

『生きることの全体』を支えるICF(国際生活機能分類)に基づく
医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業
事業実績報告書

平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分
厚生労働省発老 0928 第 1 号

一般社団法人 国際在宅医療研究会
代表理事 川島 孝一郎

平成 23 年 (2011 年) 3 月

目次

第1章 事業目的とこれまでの経緯 -----	1
1. 医療の機能分化と在宅医療	1
2. 多職種連携ツールとその活用	2
3. 連携に関する評価	18
4. たんの吸引等のありかた	20
【資料】介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案	24
第2章 事業概要 -----	39
1. 検討委員会による会議開催とその経過	39
2. 調査概要	40
3. 事業実施の委託	44
第3章 調査結果 -----	45
1. 退院時のたんの吸引と胃瘻栄養に関する説明と指導の調査	45
2. 『生きることの全体』を支えるICF(国際生活機能分類)に基づく	55
医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査	
◇職種別調査票および集計結果(グラフ)	
1) 回答に必要な配布資料	59
2) 職種別調査票	
・ 共通項目	71
・ 職種別調査票	79
(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、臨床研修指定病院、 訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所)	
3) 集計結果	115
第4章 総括 -----	263
第5章 本事業にかかわる資料 -----	289

第1章 事業目的とこれまでの経緯

第1章 事業目的

1. 医療の機能分化と在宅医療

今後ますます少子高齢化が進む中、従来からの医療に加えて、住民の住み慣れた地域における在宅医療の進展は、地域医療の重要な課題のひとつである。2006年の第五次医療法改正で、24時間体制で往診や訪問看護を実施する在宅療養支援診療所が新設された。自宅における終末期ケアや慢性疾患の療養等への対応が行われることが期待されているが、それを実現するには診療所内の体制のみならず地域間の連携が不可欠である。

日本医師会は、平成19年1月『在宅における医療・介護の提供体制－「かかりつけ医機能」の充実－指針』を示し、今後のビジョンを次のとおり示した。

①将来ビジョンを支える3つの基本的考え方

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

②将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅(多様な施設)と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

「日本医師会は上記の3つの考え方、7つの提言が広く社会に受け入れられ、実現することを目指したい。また、地域における「在宅死」の追求と支援も行いたい。もちろん、死の看取りは多様な選択肢があり、たとえ医療提供者であっても他者が強制できるものではない。高齢者が求めているさまざまな医療と介護、社会サービスを利用者本位、地域で提供できるよう取り組む先には、家族や友人・知人に囲まれながら、生活の場における安らかな眠りへの看取りがあると考えたい」とも示唆している。

そして、2008年2月に「終末期医療に関するガイドライン」を提示した(3. 多職種連携ツールとその活用、1)終末期医療における、他職種連携のためのガイドライン I. 生命維持治療のあり方に関するガイドラインの(2)を参照)。

2. 多職種連携ツールとその活用

終末期医療における、他職種連携のためのガイドライン

i. 生命維持治療のあり方に関するガイドライン

1) 厚生労働省の指針

「終末期医療の決定プロセスのあり方に関するガイドライン」(2007年5月)

同: 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11b.pdf>

2) 日本医師会の指針

日本医師会第X次生命倫理懇談会: 終末期医療に関するガイドライン(2008年2月)

http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf

3) 日本学術会議の指針

日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 終末期医療のあり方についてー亜急性型の終末期についてー

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>

4) 救急医療のガイドライン

(1) 日本集中治療医学会: 集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告
(平成18年8月28日)

http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html

(2) 日本救急医学会: 「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」に対する
当院倫理委員会の見解と留意点(2008年5月10日)

<https://secure02.red.shared-server.net/www.m-kousei.com/saka/18rinri/kyuukyugaidorainkennkai.pdf>

(3) 日本医科大学 終末期医療に関する暫定指針(2007年4月)

http://www.college.nms.ac.jp/up_files/upload00134.pdf

5) 全日本病院協会のガイドライン

全日本病院協会終末期医療に関するガイドライン策定検討会: 終末期医療に関するガイドライン
～よりよい終末期を迎えるために～(2009年5月)

http://www.ajha.or.jp/about_us/activity/zen/090618.pdf

ii. 緩和ケアに関する資料・ツール

1) 緩和医療学会のガイドライン

- (1) 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン(2005年1月)

<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/sedation01.pdf>

- (2) 終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン(2006年10月)

<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/glhyd/glhyd01.pdf>

- (3) 終末期がん患者の泌尿器症状対応マニュアル(2008年11月)

<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/urology/urology01.pdf>

2) 日本ホスピス緩和ケア協会

ホスピス緩和ケアの基準(2009年5月)

http://www.hpcj.org/what/gd_kijyun.html

3) 実用ツール

- (1) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)

医療者用ツール <http://gankanwa.jp/tools/pro/index3.html>

- (2) 医療における悪い知らせを伝える際のコミュニケーションスキル - SHARE プロトコール

http://www.bms.co.jp/pdf/medical/cancer/gan_shojo_04.pdf

- (3) NCI(米国国立癌研究所)パンフレット『進行してしまったがんと向き合うために』

http://www.cancerit.jp/xoops/modules/nci_pamphlet/index.php/03coping_with_advance_d_cancer/page01.html

- (4) 国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部監修

がん患者さんとのコミュニケーション Q&A 第2版

http://med.astrazeneca.co.jp/disease/q_a/images/q_a.pdf

- (5) がん患者さんとのコミュニケーション

http://med.astrazeneca.co.jp/oncology/onc_qa/

iii. 市町村等で作成した連携ツール

都道府県医療計画に基づいた、市町村医療計画、及びがん対策基本法に基づく、市町村がん対策計画の推進のため、行政主導の連携ツールが作成され、活用されようとしている。例を示す。

* 宮城県仙南保健所

「仙南地区における在宅ホスピスケア連絡会患者受け入れのための手引き」(改訂版)について

<http://www.pref.miyagi.jp/sn-hohuku/seijin/hsp.htm>

■「仙南地区在宅ホスピスケア連絡会」について

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会は、仙南地域の医師、看護師、薬剤師、福祉関係者、行政機関等の連携のもと、がん患者の方の在宅での緩和ケアの推進をはかり、がん患者、その家族の支援を目的として、平成 11 年設立されました。

～在宅ホスピスケアって何～

治癒の難しい終末期にある、がんなどの患者を対象に QOL(生活の質)の向上を目的として、症状コントロールなどを中心に在宅において行われる支援の形です。

※仙南地区在宅ホスピスケア連絡会会員名簿(H21.12.31 現在)  (14KB)

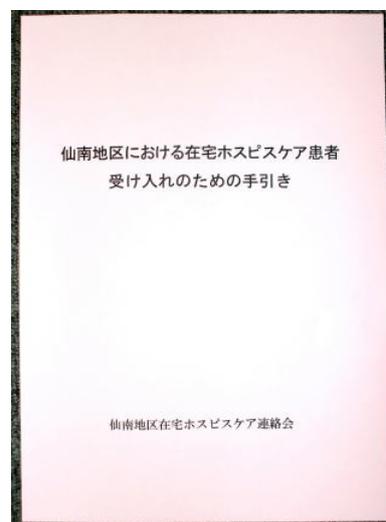
■「仙南地区における在宅ホスピスケア連絡会患者受け入れのための手引き」(改訂版)について

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会では、在宅での療養を希望するがん患者の方の受け入れについて、関係機関と連携し、支援を行っています。平成 13 年に、支援を通じて培ったノウハウを整理した「仙南地区における在宅ホスピスケア連絡会患者受け入れの手引き」をまとめ、目的を同じとする関係者の皆様への情報共有の手段とさせていただきました。

今回、制度的な改正等をまとめた、「手引き」(改訂版)を作成いたしましたのでお知らせします。

詳しくは下記問合せ先までご連絡ください。

※仙南地区在宅ホスピスケアの支援体制  (644KB)



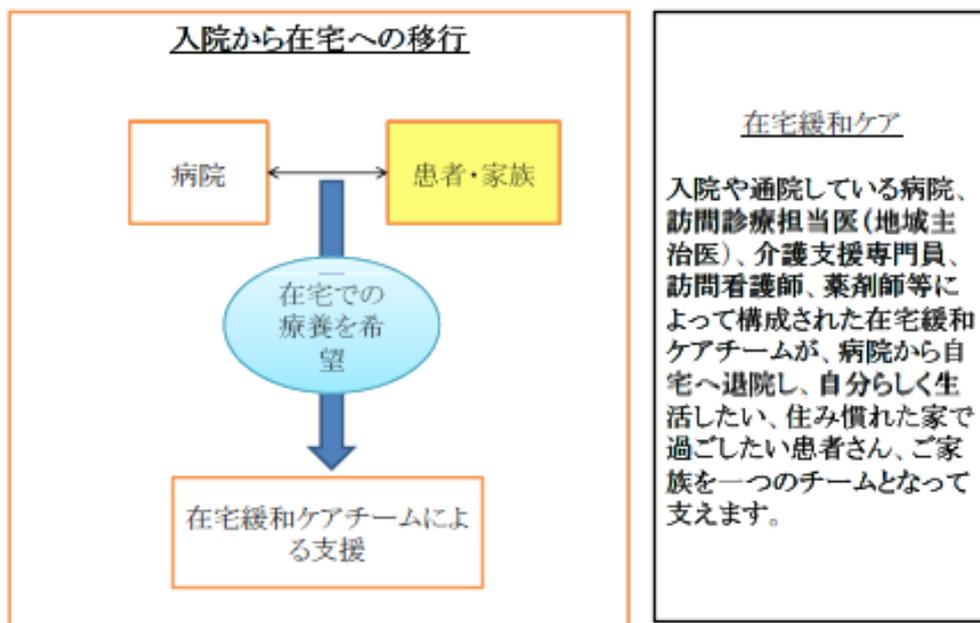
問合せ先

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会事務局
宮城県仙南保健福祉事務所成人・高齢班
電話:0224-53-3120

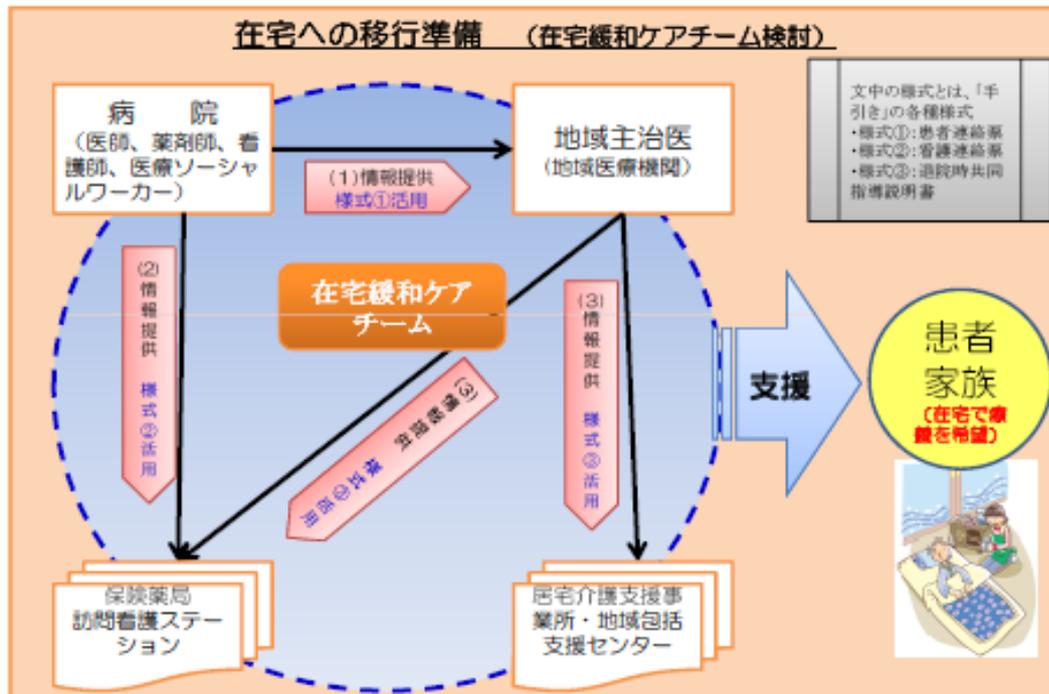
Link

[みやぎのがん情報ポータルサイト\(宮城県疾病・感染症対策室のHP\)](#)

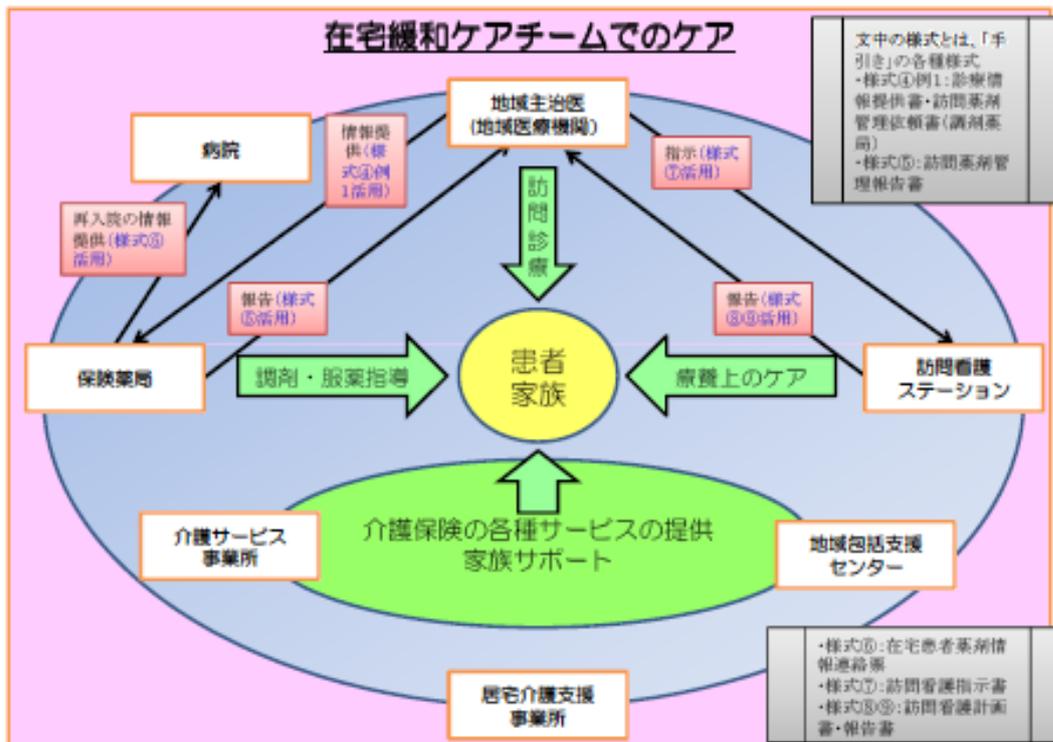
「仙南地区における在宅ホスピスケア患者受入の手引き」



「仙南地区における在宅ホスピスケア患者受入の手引き」における支援体制(1)



「仙南地区における在宅ホスピスケア患者受入の手引き」における支援体制(2)



＊ 山形県村山保健所

－がんと向き合う方の－在宅療養支援のための手引き

<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/murayama/301023/publicdocument200903258861350542.html>

村山保健所では、「山形県がん対策推進計画」のもと、「村山地域版－がんと向き合う方の－在宅療養支援のための手引き」を作成いたしました。在宅療養支援の一助として関係の皆様よりご活用いただければ幸いです。〔平成21年3月〕

IV在宅療養支援にかかわる関係機関一覧 1病院 8市町問い合わせ先 の内容を一部変更いたしました。〔平成21年5月〕

IV在宅療養支援にかかわる関係機関一覧 7地域包括支援センター の内容を一部変更いたしました。〔平成21年8月〕

IV在宅療養支援にかかわる関係機関一覧 2診療所 の内容を一部追加いたしました。〔平成21年9月〕

目次の項目・番号・ページを変更いたしました。〔平成22年3月〕

IV在宅療養支援にかかわる関係機関一覧の内容を追加・変更いたしました。〔平成22年3月〕

[表紙\[PDF/92.9kB\]](#)／[はじめに\[PDF/14.5kB\]](#)／[目次\[PDF/54.0kB\]](#)

I 保健・医療・福祉の関係者に知っていただきたい基本情報

[1 がん向き合う人の在宅療養を支援すること\[PDF/64.8kB\]](#)

[2 疼痛コントロールの基本\[PDF/217.3kB\]](#)

[3 麻薬取扱上の注意事項\[PDF/139.1kB\]](#) [\[麻薬一覧\]\[PDF/87.7kB\]](#)

[4 身体症状と対処のポイント\[PDF/247.2kB\]](#) [\[IVHポートについて\]\[PDF/130.1kB\]](#)

[5 精神的ケア\[PDF/36.6kB\]](#)

[6 看取り\[PDF/85.9kB\]](#)

II 地域連携を進めるために

[1 退院調整から、在宅支援・看取りに向けてのフロー\[PDF/63.2kB\]](#)

[2 在宅療養支援 モデルケース\[PDF/234.4kB\]](#)

[3 地域連携のためのツール\[PDF/21.9kB\]](#)

Ⅲ 資料

- [1 統計から 将来予測\[PDF/44.0kB\]／現状\[PDF/18.8kB\]](#)
- [2 がん患者の在宅療養支援に関する実態調査結果\[PDF/75.4kB\]](#)

Ⅳ 在宅療養支援にかかわる関係機関一覧／関係機関一覧説明[PDF/33.3kB]

- [1 病院\[PDF/65.1kB\]](#)
- [2 診療所\[PDF/83.5kB\]](#)
- [3 訪問看護ステーション\[PDF/44.3kB\]](#)
- [4 薬局\[PDF/57.9kB\]](#)
- [5 歯科訪問診療に関する窓口 \[PDF/23.0kB\]](#)
- [6 介護老人\(保健\)施設\[PDF/71.6kB\]](#)
- [7 地域包括支援センター\[PDF/50.8kB\]](#)
- [8 市町問い合わせ先\[PDF/44.6kB\]](#)
- [9 県の機関\[PDF/8.9kB\]](#)
- [10 その他の相談機関\[PDF/8.9kB\]](#)

[協力者一覧\[PDF/12.6kB\]](#)

※内容について、ご意見等ございましたら下記までお願いします。

この記事に対するお問い合わせ

担当課:村山保健企画課

担当:企画担当

TEL/FAX:023-627-1181

E-Mail:[お問い合わせはこちら](#)

-病と向き合いながら地域で暮らす-在宅療養の手引き

<http://www.pref.yamagata.jp/kenfuku/kenko/gan/9301023kanjtebiki.html>

村山保健所では、「山形県がん対策推進計画」により、「村山地域版-病と向き合いながら地域で暮らす-在宅療養の手引き」を作成しました。がんと向き合う方々のほか、一般の方にも広くご活用いただければ幸いです。〔平成 22 年 3 月〕

次の表紙から裏表紙までは A5 サイズ(横)の原稿となっております。印刷される場合、必要に応じて A4(141%)に拡大して印刷して下さい。

[表紙\[PDF64kB\]](#) / [はじめに\[PDF60kB\]](#) / [目次\[PDF40kB\]](#) / [本文\[PDF537kB\]](#) / [裏表紙\[PDF32kB\]](#)

【別冊】相談機関の一覧 A4 サイズ(縦)で作成しております。

[表紙・目次\[PDF20kB\]](#)

[1 がん診療連携拠点病院\[PDF29kB\]](#)

[2 一般病院\[PDF40kB\]](#)

[3 診療所\[PDF84kB\]](#)

[4 訪問看護ステーション\[PDF35kB\]](#)

[5 薬局\[PDF49kB\]](#)

[6 歯科訪問診療に関する相談窓口\[PDF22kB\]](#)

[7 介護老人福祉\(保健\)施設\[PDF47kB\]](#)

[8 地域包括支援センター\[PDF43kB\]](#)

[9 市町問い合わせ先\[PDF44kB\]](#)

[10 県の機関\[PDF28kB\]](#)

[11 その他の相談機関\(税務署等\)\[PDF39kB\]](#)

* 内容について、ご意見等がございましたら下記までお願いいたします。

この記事に対するお問い合わせ

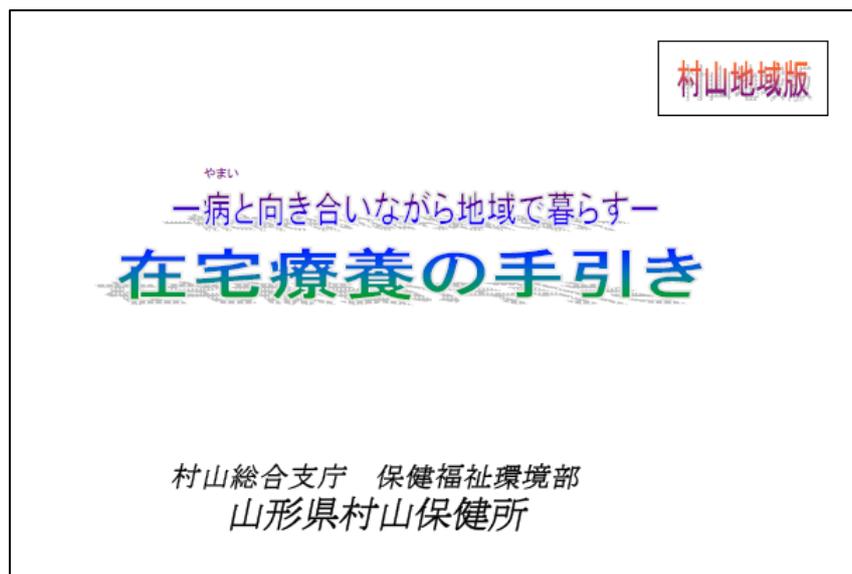
担当課: 村山保健企画課

担当: 企画担当

TEL/FAX: 023-627-1181/023-622-0191

E-Mail: [お問い合わせはこちら](#)

IV. 医師、看護師等専門集団の連携ツール



*長崎 Dr.ネット

Dr.ネット関連文献

<http://doctor-net.or.jp/7.html>

原著

- **医療連携でのメーリングリストの活用** (PDF)
日本臨床内科医会会誌 第24巻第1号(平成21年6月10日発行)
(P52-58)(白髭豊)
- **在宅緩和ケアネットワークの構築—長崎での取り組み(最新情報)—** (PDF)
日在医会誌 第11巻・第1号 2009年7月
(P119-123)(白髭豊・藤井卓・野田剛稔)
- **「長崎における地域医療連携ネットワーク」**
第13回長崎県国保地域医療学会 学会誌
(P82-P85 2009年3月 長崎県国民健康保険団体連合会)(白髭豊)
- **「長崎における在宅医療連携の取り組み」～長崎在宅Dr. ネットの実践を通して～** (PDF)
香川県医師会誌 第61巻 第6号 通巻296号
P85-88(P(24)-(27)) 2009年2月(白髭豊)
- **第3章 地域を支える緩和ケア・各地の取り組み**
長崎在宅Dr. ネットの取り組みと「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」 (PDF)
地域で支える患者本位の在宅緩和ケア
(P172～P188 2008年10月 篠原出版新社)(白髭豊)
- **第8章 長崎市における在宅医療と地域連携** (PDF)
明日の在宅医療 第5巻 在宅医療・訪問看護と地域連携
(P150～P171 2008.9月 中央法規)(白髭豊)
- **「メーリングリストを利用した診診連携**
—長崎在宅 Dr.ネットの歩み— (PDF)
治療増刊号 (Vol.90 P1317～P1324 2008年)(安中正和、白髭豊)
- **「長崎在宅 Dr.ネットの活動と栄養士との連携」** (PDF)
臨床栄養 (Vol.112(3) P277-283 2008年)

- 「長崎在宅 Dr.ネットによる地域医療連携」(PDF)
日本在宅医学会(Vol.9(1) 2007年10月)(白髭豊)

- 「診療所での地域医療連携の試み
ー長崎在宅 Dr.ネットの歩み(後編)」(PDF)
月刊総合ケア(Vol.17(9) 2007年9月号)(白髭豊)

- 「診療所での地域医療連携の試み
ー長崎在宅 Dr.ネットの歩み(前編)」(PDF)
月刊総合ケア(Vol.17(8) 2007年8月号)(白髭豊)

- 「長崎在宅 Dr.ネット～在宅療養支援診療所の新設、
介護療養病床廃止のなかでの地域医療連携の試み～」(PDF)
大津市医師会誌(Vol.30 第348号 2007年5月号)(白髭豊)

- 長崎在宅 Dr.(ドクター)ネットにおける病診連携・在宅医療の実践(PDF)
長崎県医師会報(2006.7)(藤井卓、白髭豊)

- 長崎在宅 Dr.ネットによる地域医療連携(PDF)
日本医事新報(4224号 2005年4月9日号 P29～P32)(白髭豊、藤井卓)

新聞掲載記事

- 第14回日本緩和医療学会 緩和ケアとプライマリケアの融合を目指す
在宅スタッフの働きかけで緩和ケアネットワークを構築(PDF)
Medical Tribune(2009年8月13日号 vol.42, No.33)(P29)

- 座談会 在宅歯科診療の実際～現場で抱える問題点と解決策を探る～
日歯広報(2009年3月25日 第1468号)(白髭豊)

- 第22回日本臨床内科医学会 IT導入で変わる地域医療連携 ～長崎在宅Dr. ネット～
(PDF) Medical Tribune(2008年11月20日号 vol.41, No.47)

- 在宅医療(PDF)
長崎新聞(2008.7.7)(谷川健)

- 在宅医療の先進例紹介(PDF)
市民タイムス(2008.6.29)(白髭豊)

- あんしん社会保障ーがん対策推進計画(上)(PDF)

読売新聞(2008.4.23)

□ 病院から在宅へ一働き始めた町医者たち(下)入院中からケア計画 (PDF)
産経新聞(2008.1.24)

□ 病院から在宅へ一働き始めた町医者たち(中)組織化し情報共有 (PDF)
産経新聞(2008.1.23)

□ 在宅療養支援診療所 診療報酬の未請求 4割超(PDF)
長崎新聞(2007.12.2)

□ 在宅で看取り 2万7000人(PDF)
読売新聞(2007.10.27)

□ 開業医の連携で目指す「がんばらない在宅医療」(PDF)
Medi Cafe 2007 vol.2.No.4

□ 「在宅医療支える現場」(PDF)
朝日新聞(2007.5.15)(河野通夫)

□ 「最期は家で迎いたい」在宅医療支えるドクターネット(PDF)
長崎新聞(2007.2.11)(影浦博信、安中正和)

□ 『最期は自宅で』支援(PDF)
朝日新聞(大阪版 2007.1.11)(影浦博信、安中正和)

□ 主治医が二人の安心感(PDF)
読売新聞(2006.12.5)(影浦博信、安中正和)

□ 在宅療養支援の診療所(PDF)
朝日新聞(大阪版 2006.10.22)(白髭豊)

雑誌掲載記事(インタビュー)

□ 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を中心とした長崎の取り組み(PDF)
緩和ケア VOL.20, No.1 2010 特集 がん対策基本法の前と後一何が変わり、何がかわらないか
P43-45 (青海社)(白髭豊 野田剛稔)

- 在宅支持療法のネットワーク構築(PDF)
呼吸 29 卷 1 号 講座 在宅支持療法(平成 22 年 1 月) P63-69
(レスピレーション リサーチ ファンデーション)(白髭豊 野田剛稔)
- 病診・診診・地域多職種連携の実際ー長崎の町ぐるみの医療と介護ー(PDF)
治療(J.Therap.)別冊 Vol.91, No.5<2009. 5> (P1445-1449)(古川美和 白髭豊)
- 在宅医療と緩和ケアネットワークー長崎での地域医療連携の試みー(PDF)
緩和医療学 vol.11 no.3 2009 特集 がん在宅医療と緩和医療 P9(201)-15(207)(株式会社 先端医学社)(白髭豊)
- 医師会からみた地域連携の取り組み方(PDF)
治療学 2009 年 4 月 10 日発行 vol.43 no.4 P67-70(ライフサイエンス出版)(白髭豊)
- 腹膜透析を行い在宅での看取りが可能であった肝臓癌末期患者(PDF)
治療学 2009 年 4 月 10 日発行 vol.43 no.4 P121-124(ライフサイエンス出版)
(安中正和 宮崎正信 河津多代 白髭豊 出口雅浩 下屋敷元子 錦戸雅春 井上健一郎 藤井 卓)
- 在宅から日本の医療モデルを変える(PDF)
日本医事新報 No.4438(2009 年 5 月 16 日 P34-39)(白髭豊)
- 病診・診診・地域多職種連携の実際ー長崎の町ぐるみの医療と介護ー(PDF)
治療(2009年 Vol.91, No.5 P1445-1449)(古川美和・白髭豊)
- 在宅ケアの視点からみた急性期病院に求められる地域連携(PDF)
緩和ケア(VOL..19,NO.2 2009)(別刷)(白髭豊)
- 岡崎市医師会学術講演会 長崎在宅Dr. ネットの取り組みと在宅緩和ケアネットワーク(PDF)
岡崎医報 (第303号 平成 21 年 1 月 15 日 P12-14)(白髭豊)
- ◆ワークショップ 長崎での地域医療連携ネットワークの構築の試み(PDF)
日本在宅医学会 雑誌 (Vol.10 No.1 P68-71)(白髭豊)
- 病診連携インタビュー2「長崎在宅 Dr. ネットについて」(PDF)
Cancer Pain Information(2008.10 月号 P6-12)(白髭豊)

- 第 3 回 長崎在宅 Dr. ネットの試み (PDF)
がんの痛みをとる！ (2008.8 月 Vol.7/No.2) (白髭豊)

- 地域シンクタンク便り 第 22 回
西洋医学発祥の地・長崎から 150 年の時を越えて-現代の若きポンペ達-(PDF)
((株)長崎経済研究所 調査研究部 主席研究員 藤原章)
自治体チャンネル+ 23 (2008.8 月号)

- 小平市医師会 市民公開講座 (PDF)
小平市医師会ニュース(第 355 号 2008.3 月)(白髭豊)

- 「ふろんと・ふえーす」「長崎在宅 Dr. ネットの実際ー地域医療連携はどのように行なわれるか」
「他職種で市民連携をリードする長崎斜面研究会」(PDF)
在宅緩和ケアねっと(2008.3 月号)

- 第 45 回 日本癌治療学会総会
在宅緩和ケアの施設連携でシンポ 地域で看取る「街角ホスピス」の概念提唱(PDF)
日本医事新報(4361 号 2007.11 月 24 日号 P24～P25)

- 緩和ケアにおける病診連携チームの立ち上げ(PDF)
Cancer Pain Information(2007.9 月号 P14-15)

- 在宅緩和ケア担う開業医の輪を広げ入院患者の在宅移行をサポート(PDF)
日経メディカル(P75-P76 2007.12)

- 「在宅医療連携の礎を築いた長崎在宅 Dr. ネット」(PDF)
第一三共株式会社 『パス最前線』(P21～P24)(白髭豊)

- 開業医の連携ネットワークで地域の在宅医療を推進(PDF)
PCP(2006.27 Vol.5 No.3)(藤井卓)

- Dr. ネットを中心とする地域医療・介護連携の実際 (PDF)
病院新時代 (Vol.26 P12～P14 2006.10)(藤井卓、白髭豊)

- 開業医同士のネットワークを利用し地域における在宅医療を推進(PDF)
Medical Partnering(2006.9 月号 Vol.26 P5～P8)(藤井卓、白髭豊)

- 在宅療養支援診療所運営のツボ (PDF)
日経ヘルスケア(2006.7 P57～P60)(白髭豊)

- **在宅医療マーケットの地殻変動**(PDF)
連携医療(2006.7月号 P22～P24)(藤井卓、白髭豊)

- **発展する長崎の地域医療連携～地域全体をひとつの病院のように～**(PDF)
パリアティブニュース(2005.10 Vol.9)(富安志郎、白髭豊)

- **在宅医療の定着めざし仲間と作った Dr.ネット**(PDF)
日経ヘルスケア(2005.8 P3～P5)(白髭豊)

その他

- **「長崎在宅Dr. ネットによる地域医療連携」**(PDF)
厚労省「第4回がん対策の推進に関する意見交換会」(2007.1.29)提出資料

- **CAPD(腹膜透析)研修会-高齢化社会の腎不全対策のために-**(PDF)
古川内科 宮崎正信(2006.11.9)

HTML

- **Home Care MEDICINE**

- **ケアマネちゃんぼん 2004年1月号掲載より**
『長崎在宅 Dr.ネット』のご紹介(詫摩和彦)

- **長崎保険医新聞 2003年7月号掲載より**
長崎在宅 Dr.ネットで医療機関のネットワークづくり
複数医師の連携で「24時間対応」を实践(白髭豊)

- **NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク**
長崎在宅 Dr.ネットの紹介(白髭豊)

*『宮崎をホスピスに』プロジェクト

<http://blog.canpan.info/koho/archive/996>

「病院から家に帰るとき読む本」 宮崎でホスピスガイド出版 [2010年02月19日(金)]



住み慣れた家や地域で最期の時を送る「在宅ケア」に関心集まりつつある中で、「病院から家に帰るとき読む本」(A4判、定価 2100円)というガイドブックが、このほど出版された。宮崎県内の医師や看護師、ホスピス、行政関係者らで組織する「『宮崎をホスピスに』プロジェクト」が編集、患者や家族向けに発行した。写真やイラストを多用し、分かりやすく解説したガイドブックは、在宅介護のためのバイブルともいえそうだ。(写真:出版されたガイドブック)

プロジェクトは、「病院から家に帰る時に役立つ医療・介護の知識を患者と家族に届けること、この分野の医療・介護のネットワークづくり」を目的に、延べ 1600 件のアンケート調査を基に約 1 年かけてこの本の編集に取り組んだ。プロジェクトの中心メンバーの NPO ホームホスピス宮崎理事長の市原美穂さんは、宮崎市内で「かあさんの家」という 24 時間介護の在宅型ホームホスピスを運営。認知症や末期がんの患者らを受け入れており、日本財団も夢の貯金箱を経由した笹川医学医療研究財団の「君和田桂子基金」から活動支援のため、助成している。



編集の中心になった市原美穂さん

ガイドブックは、第 1 章「帰れますよ」、第 2 章「おかえりなさい」、第 3 章「マギーの風」第 4 章「宮崎ホスピスガイド」から成っている。このうち「帰れますよ」では、病院で治療が終わった患者が「退院してください」と言われた時のために利用できるよう、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、町の薬局と薬剤師など、地域の関係施設とその役割を紹介している。



民家を借りた在宅型ホームホスピスカあさんの家

「おかえりなさい」では、介護保険の仕組み、グループホームと看取りへの取り組みなどを具体的に記している。「マギーの風」では、市原さんの英国ロンドンにあるがん患者支援センター訪問記のほか、かあさんの家の運営方針や理念など「ホームホスピス」とは何かについて触れている。このほか「宮崎ホスピスガイド」では、宮崎県内の緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、療養型医療施設、歯科医院、調剤薬局、グループホームなどのデータを掲載している。



市原さんにオルガン演奏を聞かせる利用者の女性

市原さんらが2004年から始めたホームホスピスは、「患者と家族が望む場所で望むように生の終わりを全うするために支援する」をモットーに活動しており、これまでに22人を看取った。横浜からかあさんの家に移り、亡くなるまで1年半を過ごした男性は、生前「ここはみんなが家族です」と話していたという。(石井克則)



かあさんの家のスタッフとボランティアの打ち合わせ風景

3. 連携に関する評価

1) 診療報酬上の評価についての新設予定項目

I. 急性期医療に対する後方病床機能の評価

急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅患者や介護施設入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や病院の療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

<具体的内容>

1. 有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

***有床診療所一般病床初期加算** 100点(7日以内、1日につき)

[算定要件] 急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)を、年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

2. 介護支援連携指導料

介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネジャー)と連携し退院後のケアプラン作成につなげることに對する評価を新設。

介護支援連携指導料300点(入院中2回)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。

このような取り組みに当たっては、入院時における基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等の総合的な評価が重要であることから、後期高齢者総合評価加算の名称を変更し、総合評価加算として、対象年齢を65歳以上の患者等に拡大する。

4. たんの吸引等のありかた

介護職が生活支援として、いわゆる医行為とされるたんの吸引等を行うに当たっては、安全性の確保等の観点から一部に限ってやむを得ない状況下で違法性を阻却する観点から実施されてきた。

筋萎縮性側索硬化症（以下「ALS」という。）患者及びそれ以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引や特別支援学校における教員によるたんの吸引等、特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等については、実質的に違法性が阻却されるとの解釈によって、一定の条件下で容認されてきた。

- 1) 「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」（平成 15 年 7 月 17 日付け医政発第 0717001 号厚生労働省医政局長通知）
- 2) 「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（協力依頼）」（平成 16 年 10 月 20 日付け医政発第 1020008 号厚生労働省医政局長通知）
- 3) 「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」（平成 17 年 3 月 24 日付け医政発第 0324006 号厚生労働省医政局長通知）
- 4) 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成 22 年 4 月 1 日付け医政発 0401 第 17 号厚生労働省医政局長通知）

（最近の動き）

- 「新成長戦略」（平成 22 年 6 月 18 日閣議決定）においては、「不安の解消、生涯を楽しむための医療・介護サービスの基盤強化」として、「医療・介護従事者の役割分担を見直す」ことを提言している。
- また、「規制・制度改革に係る対処方針」（平成 22 年 6 月 18 日閣議決定）においては、「医行為の範囲の明確化（介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁等）」として、「医療安全が確保されるような一定の条件下で特別養護老人ホームの介護職員に実施が許容された医行為を、広く介護施設等において、一定の知識・技術を修得した介護職員に解禁する方向で検討する。また、介護職員が実施可能な行為の拡大についても併せて検討する。＜平成 22 年度中検討・結論、結論を得次第措置＞」とされたところである。
- さらに、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（平成 22 年 6 月 29 日閣議決定）においては、「たん吸引や経管栄養等の日常における医療的ケアについて、介助者等による実施ができるようにする方向で検討し、平成 22 年度内にその結論を得る。」とされたところである。
- 加えて、「介護・看護人材の確保と活用について」（平成 22 年 9 月 26 日総理指示）

により、「介護人材の活用のため、在宅、介護保険施設、学校等において、介護福祉士等の介護職員が、たんの吸引や経管栄養等といった日常の『医療的ケア』を実施できるよう、法整備の検討を早急に進めること。」との総理からの指示があったところである。

		在宅(療養患者・障害者)	特別支援学校(児童生徒)	特別養護老人ホーム(高齢者)	
対象範囲	たんの吸引	口腔内 (咽頭の手前までを限度)	○ (咽頭の手前までを限度)	○ (咽頭の手前までを限度)	
		鼻腔	○	-	
		気管カニューレ内部	○	-	
	経管栄養	胃ろう	-	○ (胃ろうの状態確認は看護師)	○ (胃ろうの状態確認・チューブ接続・注入開始は看護職)
		腸ろう	-	○ (腸ろうの状態確認は看護師)	-
		経鼻	-	○ (チューブ挿入状態の確認は看護師)	-
要件等	①本人との同意	患者が、方法を習得した家族以外の者に依頼し、当該者が行うことについて文書による同意(ヘルパー個人が同意) ・ホームヘルパー業務と位置づけられていない	保護者が、学校に依頼し、学校の組織的対応を理解の上、教員が行うことについて書面による同意 ・主治医が、学校の組織的対応を理解の上、書面による同意	入所者(入所者に同意する能力がない場合にはその家族等)が、施設に依頼し、施設の組織的対応を施設長から説明を受け、それを理解の上、介護職員が行うことについて書面による同意	
	②医療関係者による確かな医学的管理	かかりつけ医、訪問看護職員による定期的な診察、訪問看護	主治医から看護師に対する書面による指示 ・看護師の具体的指示の下で実施 ・在校時は看護師が校内に常駐 ・保護者、主治医、看護師、教員の参加下で個別具体的な計画の整備	配置医から看護職員に対する書面による指示 ・看護職員の指示の下で実施 ・配置医、看護職員、介護職員の参加の下で個別具体的な計画の整備	
	③医行為の水準の確保	かかりつけ医、訪問看護職員による家族以外の者への技術指導 ・かかりつけ医、訪問看護職員との間において同行訪問や連絡・相談・報告などにより手技を確認	看護師及び教員が研修を受講 ・主治医による担当教員、実施範囲の特定 ・マニュアルの整備	看護師及び介護職員が研修を受講 ・配置医による担当介護職員・実施範囲の特定 ・マニュアルの整備	
	④施設・地域の体制整備	緊急時の家族、かかりつけ医、訪問看護職員、家族以外の者等との連絡・支援体制の確保	・学校長の統括の下、関係者からなる校内委員会の設置 ・指示書、実施記録の作成・保管 ・緊急時対応の手順、訓練の実施 等	・施設長の統括の下、関係者からなる施設内委員会の設置 ・指示書、実施記録の作成・保管 ・緊急時対応の手順、訓練の実施 等	

表 実質的違法性阻却による現状

安全性を確保し、生活者のニーズに即応できる介護者を認定するための研修のありかたについても、さまざまな議論がなされ、不特定の者を対象として行う場合と、特定の者に対して行う場合とで研修内容を分けることが検討されるにいたった。

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会：介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方について 中間まとめ（平成 22 年 12 月 13 日）では、研修のありかたについての課題を次のように記している。

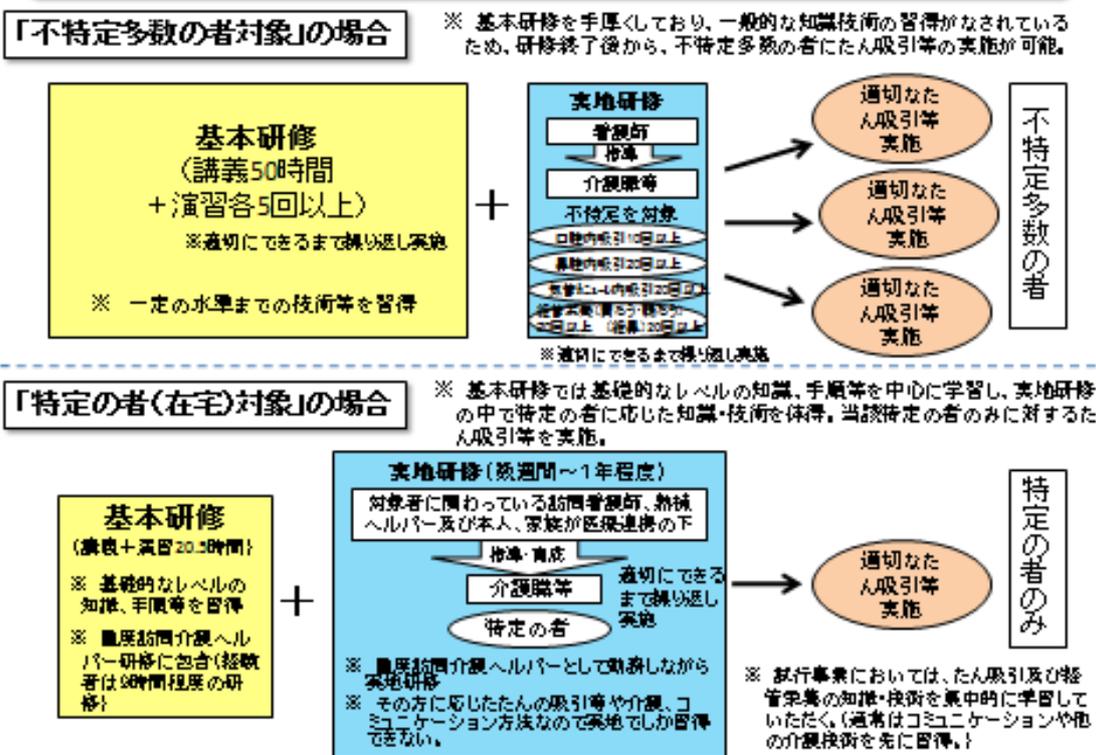
○「試行事業」においては、より高い安全性を確保しつつ、評価・検証を行うという観点から、50 時間の講義を含む基本研修と実地研修を行うこととしているところであるが、研修時間が長すぎるのではないか、働きながら研修を受講できるような柔軟な仕組みとすべきではないか、等の意見があったところであり、これらの点を含め、教育・研修の具体的な内容については、今後、試行事業の結果等を踏まえてさらに検討する必要がある。

○ また、ALS 等の重度障害者の介護や施設、特別支援学校等における教職員などについては、利用者とのコミュニケーションなど、利用者と介護職員等との個別的な関係性が

より重視されることから、これらの特定の利用者ごとに行う実地研修を重視した研修体系を設けるなど、教育・研修（基本研修及び実地研修）の体系には複数の類型を設けるとし、その具体的内容についても、試行事業の結果等を踏まえてさらに検討する必要がある。

そこで、本研究では、特定の者に対して吸引等を行う場合の実地研修の現状について、全国の基幹病院を対象に、調査を実施することとした。

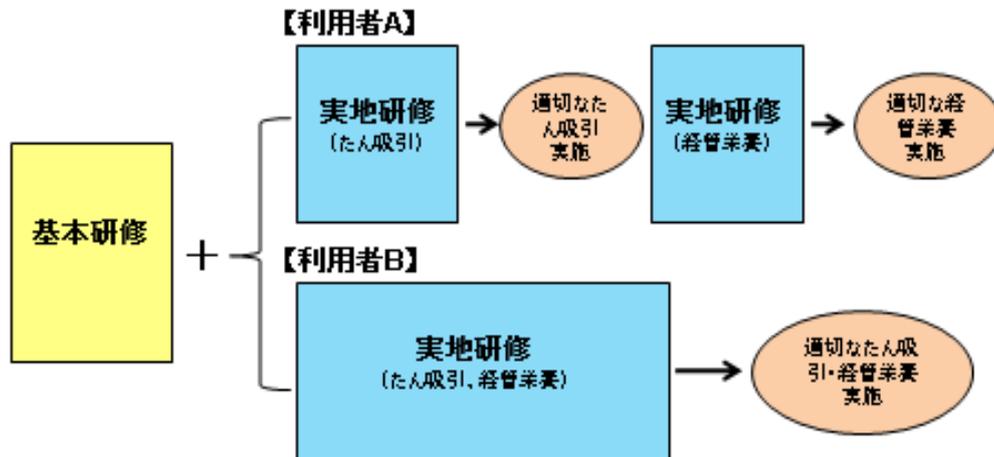
「不特定多数の者対象」と「特定の者対象」における研修プロセスの違い



「特定の者対象」における研修プロセス

対象者に必要な行為が、段階的に必要になる場合は各段階毎に実地研修を実施し、また、一人の介護職員が複数名担当する場合実地研修は対象者毎に実施することとなる。

※ ALS等の進行性疾患の場合、必要な行為が追加、変更されることが想定される。



また、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会：介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について（骨子）において、今後の法整備とともに人材育成のありかた、現に吸引等を行っているものの取り扱いについて以下のよう方向性を示しているが、この点についても検討を加えることとした。

○ 介護保険制度等の見直しの時期も踏まえ、平成24年度の実施を目指す。ただし、介護福祉士の位置付けについては、介護福祉士養成課程の体制整備や新カリキュラムでの養成期間等を踏まえた実施時期とする。

○ 現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が、新たな制度の下でも実施できるよう、必要な経過措置を設ける。

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案について

第一七七回 閣第五〇号は、平成 23 年 5 月 31 日衆議院にて修正可決され、参議院にて審議中である。介護福祉士等による喀痰吸引等の実施等の措置に関する部分のみを抜粋する。

理 由

高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の新たなサービス類型の創設、保険料率の増加の抑制のための財政安定化基金の取崩し、介護福祉士等による喀痰吸引等の実施等の措置を講ずる必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

(社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正)

第五条 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号）の一部を次のように改正する。

目次中「第五十四条」を「第五十六条」に改める。

第二条第二項中「応じた介護」の下に「（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）」を加える。

第三条第二号中「禁錮」を「禁錮」に改め、同条第三号中「社会福祉」の下に「又は保健医療」を加える。

第四十七条第二項中「第八条第十六項」を「第五条の二」に改める。

第四十八条の二を第四十八条の十一とし、第四十八条の次に次の九条を加える。

(保健師助産師看護師法との関係)

第四十八条の二 介護福祉士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三十三号）

第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として喀痰吸引等を行うことを業とすることができる。

2 前項の規定は、第四十二条第二項において準用する第三十二条第二項の規定により介護福祉士の名称の使用の停止を命ぜられている者については、適用しない。

(喀痰吸引等業務の登録)

第四十八条の三 自らの事業又はその一環として、喀痰吸引等（介護福祉士が行うものに限る。）の業務（以下「喀痰吸引等業務」という。）を行おうとする者は、その事業所ごとに、その所在地を管轄する都道府県知事の登録を受けなければならない。

2 前項の登録（以下この章において「登録」という。）を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を記載した申請書を都道府県知事に提出しなければならない。

- 一 氏名又は名称及び住所並びに法人にあつては、その代表者の氏名
- 二 事業所の名称及び所在地
- 三 喀痰吸引等業務開始の予定年月日
- 四 その他厚生労働省令で定める事項
（欠格条項）

第四十八条の四 次の各号のいずれかに該当する者は、登録を受けることができない。

- 一 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 二 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者
- 三 第四十八条の七の規定により登録を取り消され、その取消の日から起算して二年を経過しない者
- 四 法人であつて、その業務を行う役員のうち前三号のいずれかに該当する者があるもの

（登録基準）

第四十八条の五 都道府県知事は、第四十八条の三第二項の規定により登録を申請した者が次に掲げる要件の全てに適合しているときは、登録をしなければならない。

- 一 医師、看護師その他の医療関係者との連携が確保されているものとして厚生労働省令で定める基準に適合していること。
- 二 喀痰吸引等の実施に関する記録が整備されていることその他喀痰吸引等を安全かつ適正に実施するために必要な措置として厚生労働省令で定める措置が講じられていること。
- 三 医師、看護師その他の医療関係者による喀痰吸引等の実施のための体制が充実しているため介護福祉士が喀痰吸引等を行う必要性が乏しいものとして厚生労働省令で定める場合に該当しないこと。

2 登録は、登録簿に次に掲げる事項を記載してするものとする。

- 一 登録年月日及び登録番号
- 二 第四十八条の三第二項各号に掲げる事項
（変更等の届出）

第四十八条の六 登録を受けた者（以下「登録喀痰吸引等事業者」という。）は、第四十八条の三第二項第一号から第三号までに掲げる事項を変更しようとするときはあら

かじめ、同項第四号に掲げる事項に変更があつたときは遅滞なく、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

- 2 登録喀痰吸引等事業者は、喀痰吸引等業務を行う必要がなくなつたときは、遅滞なく、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。
- 3 前項の規定による届出があつたときは、当該登録喀痰吸引等事業者の登録は、その効力を失う。

(登録の取消し等)

第四十八条の七 都道府県知事は、登録喀痰吸引等事業者が次の各号のいずれかに該当するときは、その登録を取り消し、又は期間を定めて喀痰吸引等業務の停止を命ずることができる。

- 一 第四十八条の四各号（第三号を除く。）のいずれかに該当するに至つたとき。
- 二 第四十八条の五第一項各号に掲げる要件に適合しなくなつたとき。
- 三 前条第一項の規定による届出をせず、又は虚偽の届出をしたとき。
- 四 虚偽又は不正の事実に基づいて登録を受けたとき。

(公示)

第四十八条の八 都道府県知事は、次に掲げる場合には、その旨を公示しなければならない。

- 一 登録をしたとき。
- 二 第四十八条の六第一項の規定による届出（氏名若しくは名称若しくは住所又は事業所の名称若しくは所在地に係るものに限る。）があつたとき。
- 三 第四十八条の六第二項の規定による届出があつたとき。
- 四 前条の規定により登録を取り消し、又は喀痰吸引等業務の停止を命じたとき。

(準用)

第四十八条の九 第十九条及び第二十条の規定は、登録喀痰吸引等事業者について準用する。この場合において、これらの規定中「厚生労働大臣」とあるのは、「都道府県知事」と読み替えるものとする。

(厚生労働省令への委任)

第四十八条の十 第四十八条の三から前条までに規定するもののほか、喀痰吸引等業務の登録に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第五十三条に次の二号を加える。

- 四 第四十八条の三第一項の規定に違反して、同項の登録を受けないで、喀痰吸引等業務を行つた者
- 五 第四十八条の七の規定による喀痰吸引等業務の停止の命令に違反した者

第五十四条の次に次の二条を加える。

第五十五条 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした者は、二十万円以下の罰金に処する。

- 一 第四十八条の九において準用する第十九条の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。
- 二 第四十八条の九において準用する第二十条第一項の規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をしたとき。

第五十六条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して第五十三条第四号若しくは第五号又は前条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても各本条の罰金刑を科する。

附則に次の二十六条を加える。

(認定特定行為業務従事者に係る特例)

第三条 介護の業務に従事する者（介護福祉士を除く。次条第二項において同じ。）のうち、同条第一項の認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けている者（以下「認定特定行為業務従事者」という。）は、当分の間、保健師助産師看護師法第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として、医師の指示の下に、特定行為（喀痰吸引等のうち当該認定特定行為業務従事者が修了した次条第二項に規定する喀痰吸引等研修の課程に応じた厚生労働省令で定める行為をいう。以下同じ。）を行うことを業とすることができる。ただし、次条第四項の規定により特定行為の業務の停止を命ぜられている者については、この限りでない。

- 2 認定特定行為業務従事者は、特定行為の業務を行うに当たっては、医師、看護師その他の医療関係者との連携を保たなければならない。

第四条 認定特定行為業務従事者認定証は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事が交付する。

- 2 認定特定行為業務従事者認定証は、介護の業務に従事する者に対して認定特定行為業務従事者となるのに必要な知識及び技能を修得させるため、都道府県知事又はその登録を受けた者（以下「登録研修機関」という。）が行う研修（以下「喀痰吸引等研修」という。）の課程を修了したと都道府県知事が認定した者でなければ、その交付を受けることができない。

- 3 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する者に対しては、認定特定行為業務従事者認定証の交付を行わないことができる。

- 一 成年被後見人又は被保佐人
- 二 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して二年を経過しない者
- 三 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して二年を経過しない者

四 第四十二条第二項において準用する第三十二条第一項第二号又は第二項の規定により介護福祉士の登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者

五 次項の規定により認定特定行為業務従事者認定証の返納を命ぜられ、その日から二年を経過しない者

4 都道府県知事は、認定特定行為業務従事者が次の各号のいずれかに該当する場合には、期間を定めて特定行為の業務を停止し、又はその認定特定行為業務従事者認定証の返納を命ずることができる。この場合において、当該処分の実施に関し必要な事項は、政令で定める。

一 前項各号（第五号を除く。）のいずれかに該当するに至つた場合

二 前号に該当する場合を除くほか、特定行為の業務に関し不正の行為があつた場合

三 虚偽又は不正の事実に基づいて認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた場合

5 前各項に定めるもののほか、認定特定行為業務従事者認定証の交付、再交付及び返納、第二項の都道府県知事の認定その他認定特定行為業務従事者に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

（認定特定行為業務従事者認定証の交付事務の委託）

第五条 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、前条に規定する認定特定行為業務従事者認定証に関する事務（認定特定行為業務従事者認定証の返納に係る事務その他政令で定める事務を除く。次項において「認定証交付事務」という。）の全部又は一部を登録研修機関に委託することができる。

2 前項の規定により認定証交付事務の委託を受けた登録研修機関の役員（法人でない登録研修機関にあつては、前条第二項の登録（次条から附則第九条まで並びに附則第十六条、第十七条及び第十九条において「登録」という。）を受けた者）若しくは職員又はこれらの職にあつた者は、当該委託に係る認定証交付事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

（登録の申請）

第六条 登録は、厚生労働省令で定めるところにより、事業所ごとに、喀痰吸引等研修を行おうとする者の申請により行う。

（欠格条項）

第七条 次の各号のいずれかに該当する者は、登録を受けることができない。

一 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者

二 この法律の規定その他社会福祉又は保健医療に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して二年を経過しない者

三 附則第十六条の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過しない者

四 法人であつて、その業務を行う役員のうち前三号のいずれかに該当する者があるもの

(登録基準)

第八条 都道府県知事は、附則第六条の規定により登録を申請した者が次に掲げる要件の全てに適合しているときは、登録をしなければならない。

一 喀痰吸引等に関する法律制度及び実務に関する科目について喀痰吸引等研修の業務を実施するものであること。

二 前号の喀痰吸引等に関する実務に関する科目にあつては、医師、看護師その他の厚生労働省令で定める者が講師として喀痰吸引等研修の業務に従事するものであること。

三 前二号に掲げるもののほか、喀痰吸引等研修の業務を適正かつ確実に実施するに足りるものとして厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。

2 登録は、研修機関登録簿に次に掲げる事項を記載してするものとする。

一 登録年月日及び登録番号

二 登録を受けた者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあつては、その代表者の氏名

三 事業所の名称及び所在地

四 喀痰吸引等研修の業務開始の予定年月日

五 その他厚生労働省令で定める事項

(登録の更新)

第九条 登録は、五年以上十年以内において政令で定める期間ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によつて、その効力を失う。

2 前三条の規定は、前項の登録の更新について準用する。

(喀痰吸引等研修の実施に係る義務)

第十条 登録研修機関は、公正に、かつ、附則第八条第一項各号の規定及び厚生労働省令で定める基準に適合する方法により喀痰吸引等研修を行わなければならない。

(変更の届出)

第十一条 登録研修機関は、附則第八条第二項各号（第一号を除く。）に掲げる事項を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

(業務規程)

第十二条 登録研修機関は、喀痰吸引等研修の業務に関する規程（次項において「業務規程」という。）を定め、喀痰吸引等研修の業務の開始前に、都道府県知事に届け出なければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 業務規程には、喀痰吸引等研修の実施方法、喀痰吸引等研修に関する料金その他の厚生労働省令で定める事項を定めておかなければならない。

(業務の休廃止)

第十三条 登録研修機関は、喀痰吸引等研修の業務の全部又は一部を休止し、又は廃止しようとするときは、厚生労働省令で定めるところにより、あらかじめ、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

(適合命令)

第十四条 都道府県知事は、登録研修機関が附則第八条第一項各号のいずれかに適合しなくなつたと認めるときは、その登録研修機関に対し、これらの規定に適合するため必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

(改善命令)

第十五条 都道府県知事は、登録研修機関が附則第十条の規定に違反していると認めるときは、その登録研修機関に対し、同条の規定による喀痰吸引等研修を行うべきこと又は喀痰吸引等研修の方法その他の業務の方法の改善に関し必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

(登録の取消し等)

第十六条 都道府県知事は、登録研修機関が次の各号のいずれかに該当するときは、その登録を取り消し、又は期間を定めて喀痰吸引等研修の業務の全部若しくは一部の停止を命ずることができる。

- 一 附則第七条各号（第三号を除く。）のいずれかに該当するに至つたとき。
- 二 附則第十一条から第十三条までの規定に違反したとき。
- 三 前二条の規定による命令に違反したとき。
- 四 附則第十八条において準用する第十七条の規定に違反したとき。
- 五 虚偽又は不正の事実に基づいて登録を受けたとき。

(公示)

第十七条 都道府県知事は、次に掲げる場合には、その旨を公示しなければならない。

- 一 登録をしたとき。
- 二 附則第十一条の規定による届出（氏名若しくは名称若しくは住所又は事業所の名称若しくは所在地に係るものに限る。）があつたとき。
- 三 附則第十三条の規定による届出があつたとき。
- 四 前条の規定により登録を取り消し、又は業務の全部若しくは一部の停止を命じたとき。

(準用)

第十八条 第十七条、第十九条及び第二十条の規定は、登録研修機関について準用する。この場合において、第十七条中「試験事務」とあるのは「喀痰吸引等研修の業務」と、

第十九条及び第二十条第一項中「厚生労働大臣」とあるのは「都道府県知事」と読み替えるものとする。

(厚生労働省令への委任)

第十九条 附則第六条から前条までに規定するもののほか、登録研修機関の登録に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

(特定行為業務の登録)

第二十条 自らの事業又はその一環として、特定行為（認定特定行為業務従事者が行うものに限る。）の業務（以下「特定行為業務」という。）を行おうとする者は、その事業所ごとに、その所在地を管轄する都道府県知事の登録を受けなければならない。

2 第十九条及び第二十条の規定は前項の登録を受けた者について、第四十八条の三第二項、第四十八条の四から第四十八条の八まで及び第四十八条の十の規定は前項の登録について準用する。この場合において、これらの規定中「厚生労働大臣」とあるのは「都道府県知事」と、「喀痰吸引等業務」とあるのは「特定行為業務」と、第十九条中「指定試験機関」とあるのは「附則第二十条第一項の登録を受けた者（以下「登録特定行為事業者」という。）」と、第二十条第一項中「指定試験機関」とあるのは「登録特定行為事業者」と、第四十八条の四第三号中「第四十八条の七」とあるのは「第四十八条の七（附則第二十条第二項において準用する場合を含む。）」と、第四十八条の五第一項第二号中「喀痰吸引等」とあるのは「特定行為」と、同項第三号中「喀痰吸引等」とあるのは「特定行為」と、「介護福祉士」とあるのは「認定特定行為業務従事者」と、第四十八条の六第一項中「登録を受けた者（以下「登録喀痰吸引等事業者」という。）」とあるのは「登録特定行為事業者」と、同条第二項及び第三項並びに第四十八条の七中「登録喀痰吸引等事業者」とあるのは「登録特定行為事業者」と読み替えるものとする。

(罰則)

第二十一条 附則第五条第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

第二十二条 附則第十六条の規定による業務の停止の命令に違反したときは、その違反行為をした登録研修機関（その者が法人である場合にあつては、その役員又は職員）は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

第二十三条 次の各号のいずれかに該当する者は、三十万円以下の罰金に処する。

- 一 附則第二十条第一項の規定に違反して、同項の登録を受けないで、特定行為業務を行つた者
- 二 附則第二十条第二項において準用する第四十八条の七の規定による特定行為業務の停止の命令に違反した者

第二十四条 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした登録研修機関（その者が法人である場合にあっては、その役員又は職員）は、二十万円以下の罰金に処する。

- 一 附則第十三条の規定による届出をせず、又は虚偽の届出をしたとき。
- 二 附則第十八条において準用する第十七条の規定に違反して帳簿を備えず、帳簿に記載せず、若しくは帳簿に虚偽の記載をし、又は帳簿を保存しなかつたとき。
- 三 附則第十八条において準用する第十九条の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。
- 四 附則第十八条において準用する第二十条第一項の規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をしたとき。

第二十五条 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした者は、二十万円以下の罰金に処する。

- 一 附則第二十条第二項において準用する第十九条の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。
- 二 附則第二十条第二項において準用する第二十条第一項の規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をしたとき。

第二十六条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して附則第二十三条又は前条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても各本条の罰金刑を科する。

第二十七条 正当な理由なく、附則第四条第四項の規定による命令に違反して認定特定行為業務従事者認定証を返納しなかつた者は、十万円以下の過料に処する。

（第四十八条の四第三号の規定の適用関係）

第二十八条 第四十八条の四第三号の規定の適用については、当分の間、同号中「第四十八条の七」とあるのは、「第四十八条の七（附則第二十条第二項において準用する場合を含む。）」とする。

（社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律の一部改正）

第六条 社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（平成十九年法律第百二十五号）の一部を次のように改正する。

第三条のうち社会福祉士及び介護福祉士法第四十四条の改正規定の次に次のように加える。

附則第二十八条の見出しを「（第三条第四号の規定等の適用関係）」に改め、同条中「附則第二十条第二項」を「附則第二十七条第二項」に改め、同条を同条第二項とし、同条に第一項として次の一項を加える。

第三条第四号の規定の適用については、当分の間、同号中「第四十二条第二項」とあるのは、「第四十二条第二項及び附則第四条第三項」とする。

附則第二十八条を附則第三十七条とする。

附則第二十七条中「附則第四条第四項」を「附則第十一条第四項」に改め、同条を附則第三十六条とする。

附則第二十六条中「附則第二十三条」を「附則第三十一条第三号若しくは第四号」に改め、同条を附則第三十五条とする。

附則第二十五条中「附則第二十条第二項」を「附則第二十七条第二項」に改め、同条を附則第三十四条とする。

附則第二十四条第一号中「附則第十三条」を「附則第二十条」に改め、同条第二号から第四号までの規定中「附則第十八条」を「附則第二十五条」に改め、同条を附則第三十三条とする。

附則第二十三条第二号中「附則第二十条第二項」を「附則第二十七条第二項」に改め、同号を同条第四号とし、同条第一号中「附則第二十条第一項」を「附則第二十七条第一項」に改め、同号を同条第三号とし、同条に第一号及び第二号として次の二号を加える。

一 附則第四条第三項において準用する第三十二条第二項の規定により准介護福祉士の名称の使用の停止を命ぜられた者で、当該停止を命ぜられた期間中に、准介護福祉士の名称を使用したもの

二 附則第七条の規定に違反した者

附則第二十三条を附則第三十一条とし、同条の次に次の一条を加える。

第三十二条 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした指定登録機関の役員又は職員は、二十万円以下の罰金に処する。

一 附則第五条第三項において準用する第十七条の規定に違反して帳簿を備えず、帳簿に記載せず、若しくは帳簿に虚偽の記載をし、又は帳簿を保存しなかつたとき。

二 附則第五条第三項において準用する第十九条の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。

三 附則第五条第三項において準用する第二十条第一項の規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をしたとき。

四 附則第五条第三項において準用する第二十一条の許可を受けないで登録事務の全部を廃止したとき。

附則第二十二条中「附則第十六条」を「附則第二十三条」に改め、同条を附則第三十条とする。

附則第二十一条の前の見出し及び同条を削る。

附則第二十条第二項中「附則第二十条第一項」を「附則第二十七条第一項」に、「附則第二十条第二項」を「附則第二十七条第二項」に改め、同条を附則第二十七条とし、同条の次に次の見出し及び二条を加える。

(罰則)

第二十八条 次の各号のいずれかに該当する者は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

- 一 附則第五条第三項において準用する第十六条第一項の規定に違反した者
- 二 附則第八条において準用する第四十六条の規定に違反した者
- 三 附則第十二条第二項の規定に違反した者

2 前項第二号の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

第二十九条 附則第五条第三項において準用する第二十二条第二項の規定による登録事務の停止の命令に違反したときは、その違反行為をした指定登録機関の役員又は職員は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

附則第十九条中「附則第六条」を「附則第十三条」に改め、同条を附則第二十六条とする。

附則第十八条を附則第二十五条とする。

附則第十七条第二号中「附則第十一条」を「附則第十八条」に改め、同条第三号中「附則第十三条」を「附則第二十条」に改め、同条を附則第二十四条とする。

附則第十六条第一号中「附則第七条各号」を「附則第十四条各号」に改め、同条第二号中「附則第十一条から第十三条まで」を「附則第十八条から第二十条まで」に改め、同条第四号中「附則第十八条」を「附則第二十五条」に改め、同条を附則第二十三条とする。

附則第十五条中「附則第十条」を「附則第十七条」に改め、同条を附則第二十二條とする。

附則第十四条中「附則第八条第一項各号」を「附則第十五条第一項各号」に改め、同条を附則第二十一条とする。

附則第十三条を附則第二十条とし、附則第十二条を附則第十九条とする。

附則第十一条中「附則第八条第二項各号」を「附則第十五条第二項各号」に改め、同条を附則第十八条とする。

附則第十条中「附則第八条第一項各号」を「附則第十五条第一項各号」に改め、同条を附則第十七条とする。

附則第九条を附則第十六条とする。

附則第八条第一項中「附則第六条」を「附則第十三条」に改め、同条を附則第十五条とする。

附則第七条第三号中「附則第十六条」を「附則第二十三条」に改め、同条を附則第十四条とする。

附則第六条を附則第十三条とする。

附則第五条第二項中「附則第九条まで並びに附則第十六条、第十七条及び第十九条」を「附則第十六条まで並びに附則第二十三条、第二十四条及び第二十六条」に改め、同条を附則第十二条とする。

附則第四条を附則第十一条とし、附則第三条を附則第十条とする。

第三条のうち、社会福祉士及び介護福祉士法附則第二条を附則第十五条とし、附則第一条の次に十三条を加える改正規定中「附則第十五条」を「附則第九条」に、「次の十三条」を「次の七条」に改め、同改正規定のうち附則第二条に係る部分中「介護等」の下に「（喀痰吸引等を除く。）」を加え、同改正規定のうち附則第九条から第十四条までに係る部分を削る。

附則第一条中「平成二十四年四月一日」を「平成二十七年四月一日」に改める。

（社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正に伴う経過措置）

第十二条 平成二十四年四月一日から平成二十七年三月三十一日までの間においては、第五条の規定による改正後の社会福祉士及び介護福祉士法（以下「新社会福祉士及び介護福祉士法」という。）第二条第二項中「介護（^{かくたん}喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）」とあるのは「介護」と、新社会福祉士及び介護福祉士法第三条第三号中「社会福祉又は保健医療」とあるのは「社会福祉」と、新社会福祉士及び介護福祉士法附則第三条第一項中「介護の業務に従事する者（介護福祉士を除く。次条第二項において同じ。）」とあるのは「介護の業務に従事する者」と、「同条第一項」とあるのは「次条第一項」と、「喀痰吸引等の」とあるのは「^{かくたん}喀痰吸引その他の身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。附則第八条第一項第一号及び第二号において「喀痰吸引等」という。）の」とする。

2 新社会福祉士及び介護福祉士法第四十八条の二第一項及び第四十八条の三第一項の規定は、平成二十七年三月三十一日までは、適用しない。

第十三条 平成二十七年四月一日に介護福祉士の登録を受けている者及び同日に介護福祉士となる資格を有する者であつて同日以後に介護福祉士の登録を受けたもの（以下この条において「特定登録者」という。）については、新社会福祉士及び介護福祉士法第二条第二項、第三条（第三号に係る部分に限る。）及び第四十八条の二第一項の規定は適用せず、第五条の規定による改正前の社会福祉士及び介護福祉士法第二条第二項及び第三条（第三号に係る部分に限る。）の規定は、なおその効力を有する。

- 2 特定登録者は、平成二十七年四月一日から平成三十七年三月三十一日までの間に申請をした場合には、前項の規定にかかわらず、新社会福祉士及び介護福祉士法第二条第二項、第三条（第三号に係る部分に限る。）及び第四十八条の二第一項の規定を適用する。
- 3 前項の申請をしようとする特定登録者は、その申請に先立って厚生労働大臣が指定する研修の課程（次項及び第五項において「指定研修課程」という。）を修了しなければならない。
- 4 厚生労働大臣は、第二項の規定による申請を受けたときは、遅滞なく、当該特定登録者に係る介護福祉士登録簿に指定研修課程を修了した旨の付記をしなければならない。
- 5 厚生労働大臣は、前項の規定により介護福祉士登録簿に付記をしたときは、当該申請者に、その者が指定研修課程を修了した旨の付記をした介護福祉士登録証（次項において「特定登録証」という。）を交付しなければならない。
- 6 前項の規定により特定登録証の交付を受けた特定登録者は、遅滞なく、現に交付を受けている介護福祉士登録証を厚生労働大臣に返還しなければならない。
- 7 前各項に規定するもののほか、特定登録者に係る研修その他前各項の規定の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。
- 8 特定登録者に対する第六条の規定による改正後の社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律第三条の規定による改正後の社会福祉士及び介護福祉士法（次条第三項において「改正後の社会福祉士及び介護福祉士法」という。）附則第十条第一項の規定の適用については、同項中「介護福祉士」とあるのは、「介護福祉士（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成二十三年法律第▼▼▼号）附則第十三条第一項に規定する特定登録者であつて、同条第三項に規定する指定研修課程を修了していないものを除く。）」とする。

第十四条 この法律の施行の際現に介護の業務に従事する者であつて、この法律の施行の際新社会福祉士及び介護福祉士法附則第三条第一項に規定する特定行為（以下この項において「特定行為」という。）を適切に行うために必要な知識及び技能の修得を終えている者（この法律の施行の際現に特定行為を適切に行うために必要な知識及び技能を修得中であり、その修得をこの法律の施行後に終えた者を含む。）は、厚生労働省令で定めるところにより、当該特定行為ごとに新社会福祉士及び介護福祉士法附則第四条第二項に規定する^{かくたん}喀痰吸引等研修の課程を修了した者と同等以上の知識及び技能を有する旨の都道府県知事の認定を受けることができる。

- 2 都道府県知事は、前項の認定を受けた者に対しては、新社会福祉士及び介護福祉士法附則第四条第二項の規定にかかわらず、同条第一項の認定特定行為業務従事者認定証を交付することができる。
- 3 前項の規定により新社会福祉士及び介護福祉士法附則第四条第一項の認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けている者に対する新社会福祉士及び介護福祉士法附則第三条第一項の規定の適用については、平成二十四年四月一日から平成二十七年三月三十一

日までの間は、同項中「医師の指示の下に、」とあるのは「医師の指示の下に、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成二十三年法律第▼▼号）附則第十四条第一項の規定による認定を受けた者ごとに当該認定に係る」と、「喀痰吸引等」という。）のうち当該認定特定行為業務従事者が修了した次条第二項に規定する喀痰吸引等研修の課程に応じて」とあるのは「喀痰吸引等」という。）のうちとし、同年四月一日以後は、改正後の社会福祉士及び介護福祉士法附則第十条第一項中「医師の指示の下に、」とあるのは「医師の指示の下に、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成二十三年法律第▼▼号）附則第十四条第一項の規定による認定を受けた者ごとに当該認定に係る」と、「喀痰吸引等のうち当該認定特定行為業務従事者が修了した次条第二項に規定する喀痰吸引等研修の課程に応じて」とあるのは「喀痰吸引等のうち」とする。

4 新社会福祉士及び介護福祉士法附則第四条第三項及び第五条の規定は、第二項の規定による交付について準用する。

5 前各項に規定するもののほか、第二項の規定による交付その他前各項の規定の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第十五条 新社会福祉士及び介護福祉士法附則第四条第二項及び第二十条第一項の登録並びに前条第一項の認定の手続は、施行日前においても行うことができる。

第十六条 附則第十四条第四項において準用する新社会福祉士及び介護福祉士法附則第五条第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。

第2章 事業概要

第2章 事業概要

1. 検討委員会による会議開催とその経過

[検討委員]

川島孝一郎 (研究代表者) 一般社団法人 国際在宅医療研究会 代表理事
仙台往診クリニック 院長/医師

伊藤道哉 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野 講師

小坂 健 東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野 教授/医師

武吉宏典 合資会社テディーズ・コンピュータ・サポート 社長

芳賀智子 仙台往診クリニック 看護師・介護支援専門員

[事務局]

伊藤裕子 一般社団法人 国際在宅医療研究会 理事

千葉宏毅 仙台往診クリニック 研究部

須田山応実 株式会社 アルプス技研

小湊紘子 株式会社 アルプス技研

熊坂陽太郎 仙台往診クリニック 研究部

[研究検討会議開催日および出席者数] 会議開催数 計31回

第1回	平成22年	7月6日	(火)	9名
第2回		8月3日	(火)	7名
第3回		8月10日	(火)	7名
第4回		8月24日	(火)	8名
第5回		8月31日	(火)	8名
第6回		9月7日	(火)	7名
第7回		10月5日	(火)	8名
第8回		10月19日	(火)	9名
第9回		10月26日	(火)	11名
第10回		11月2日	(火)	8名
第11回		11月9日	(火)	9名
第12回		11月18日	(木)	8名
第13回		11月25日	(木)	8名
第14回		11月30日	(火)	9名
第15回		12月7日	(火)	10名

第16回	平成22年	12月10日	(金)	8名
第17回		12月17日	(金)	8名
第18回		12月21日	(火)	8名
第19回		12月24日	(金)	8名
第20回		12月27日	(月)	8名
第21回	平成23年	1月4日	(火)	7名
第22回		1月7日	(金)	8名
第23回		1月11日	(火)	8名
第24回		1月14日	(金)	8名
第25回		1月17日	(月)	8名
第26回		1月22日	(土)	5名
第27回		1月24日	(月)	8名
第28回		1月28日	(金)	6名
第29回		2月1日	(火)	7名
第30回		2月18日	(金)	9名
第31回		2月22日	(火)	8名

2. 調査概要

1) 退院時のたんの吸引と胃瘻栄養に関する説明と指導の調査

調査期間 平成22年11月1日～11月20日

調査範囲 全国(悉皆)

調査対象施設

①臨床研修指定病院

(財団法人 医療研修推進財団 -PMET-、臨床研修病院ガイドブック 2011年度版
2010.3.24現在 <http://guide.pmet.jp/web2011/index.html>)

②独立行政法人 国立病院機構

(独立行政法人国立病院機構 <http://www.hosp.go.jp/> より)

③難病医療拠点病院

(難病情報センター <http://www.nanbyou.or.jp/soudan/nanren.htm> より)

調査対象施設数 907ヶ所 (重複を除く)

①臨床研修指定病院 759ヶ所

②独立行政法人国立病院機構 144ヶ所

③難病医療拠点病院 108ヶ所

調査宛先 対象施設の看護部長

調査手法 往復はがきによる調査票送付 郵送自計

調査内容

- ・ひと月の退院患者数に占める、たん吸引を必要とする患者の割合（％）
- ・胃ろう栄養 に関する年間造設件数（例）
- ・たんの吸引に関する指導実施の有無
- ・胃ろう栄養に関する指導実施の有無
- ・たんの吸引を患者・家族へ教える際の説明にあたる職種
- ・胃ろう栄養を患者・家族へ教える際の説明にあたる職種
- ・たんの吸引を患者・家族へ教える際の1回あたりの説明時間
- ・栄養を患者・家族へ教える際の1回あたりの説明時間
- ・たんの吸引の実技指導をする職種
- ・胃ろう栄養の実技指導をする職種
- ・たんの吸引の1回あたりの実技指導時間
- ・胃ろう栄養の1回あたりの実技指導時間
- ・たんの吸引の実技指導の実施回数（退院まで）
- ・胃ろう栄養の実技指導の実施回数（退院まで）

2) 『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査

調査期間 平成 23 年 2 月 4 日～2 月 25 日

調査範囲 全国（悉皆）

調査対象施設

①在宅療養支援診療所

（各地方厚生局 届出受理医療機関名簿 平成 22 年 10 月現在）

②臨床研修指定病院

（財団法人 医療研修推進財団 -PMET-、臨床研修病院ガイドブック 2011 年度版）

③在宅療養支援病院

（各地方厚生局 届出受理医療機関名簿 平成 22 年 10 月現在）

④訪問看護ステーション

(社団法人シルバーサービス振興会介護サービス情報公表支援センター 平成22年10月現在)

⑤訪問介護事業所

(社団法人シルバーサービス振興会介護サービス情報公表支援センター 平成22年10月現在)

⑥居宅介護支援事業所

(社団法人シルバーサービス振興会介護サービス情報公表支援センター 平成22年10月現在)

調査対象施設数

- ①在宅療養支援診療所 12,548ヶ所
- ②臨床研修指定病院 7,259ヶ所
- ③在宅療養支援病院 759ヶ所
- ④訪問看護ステーション 7,259ヶ所
- ⑤訪問介護事業所 26,566ヶ所
- ⑥居宅介護支援事業所 31,907ヶ所

調査宛先

各施設長宛てに郵送した

調査手法

調査票郵送自計

調査回答に係る①～⑥に共通する資料集を作成した。

回答用紙は①～⑥に共通する設問と①～⑥個別の設問に分類され、資料集を通読後に回答する手順とした。

調査内容

〈共通調査項目〉

1. 心身機能に係る設問（終焉に関する意識等）
2. 平均余命、自立調整健康余命、障害期間に関する設問
3. ICFの基本概念に沿った包括的な支援に関する設問
4. ICFに基づく包括的な支援策の事例検討
5. 生活機能を支える説明内容に関する設問
6. ICFに基づく包括的支援の中心的職種の検討
7. ICFを活用した情報提供に関する設問

《在宅療養支援診療所 独自調査項目》

- 1) 訪問診療の実績に関する設問
- 2) 地域における連携体制と実績に関する設問
- 3) 重症者の受け入れのきっかけと今後の受け入れ体制に関する設問
- 4) 在宅復帰にともなう説明とその実施体制
- 5) サービス担当者会議への出席状況に関する設問
- 6) 在宅看取り（がん末期、夜間）と病院での看取りに関する設問
- 7) 在宅生活の阻害要因に関する設問
- 8) 医療・介護従事者の今後の課題と評価の見直しに関する設問
- 9) 施設属性

《臨床研修指定病院 独自調査項目》

- 1) 地域における連携体制と実績に関する設問
- 2) 在宅医療が適用となる患者の在宅復帰につながるきっかけ
- 3) 在宅復帰にともなう説明とその実施体制
- 4) 在宅看取り（がん末期、夜間）と病院での看取りに関する設問
- 5) 在宅看取りの阻害要因に関する設問
- 6) 医療・介護従事者の今後の課題と評価の見直しに関する設問
- 7) 施設属性

《在宅療養支援病院 独自調査項目》

- 1) 訪問診療の実績に関する設問
- 2) 地域における連携体制と実績に関する設問
- 3) 重症者の受け入れのきっかけと今後の受け入れ体制に関する設問
- 4) 在宅復帰にともなう説明とその実施体制
- 5) サービス担当者会議への出席状況に関する設問
- 6) 在宅看取り（がん末期、夜間）と病院での看取りに関する設問
- 7) 在宅生活の阻害要因に関する設問
- 8) 医療・介護従事者の今後の課題と評価の見直しに関する設問
- 9) 施設属性

《訪問看護ステーション 独自調査項目》

- 1) 訪問看護サービスの提供実績（医療保険・介護保険別）
- 2) 訪問看護の依頼元別患者数
- 3) 重症者の受け入れのきっかけと今後の受け入れ体制に関する設問
- 4) 在宅復帰にともなう説明とその実施体制

- 5) サービス担当者会議への出席状況に関する設問
- 6) 在宅で看取られた利用者の人数と割合に関する設問
- 7) 在宅生活の阻害要因に関する設問
- 8) 医療・介護従事者の今後の課題と評価の見直しに関する設問
- 9) 施設属性

《訪問介護事業所 独自調査項目》

- 1) 訪問介護サービスの提供実績
- 2) 重症者の受け入れのきっかけと今後の受け入れ体制に関する設問
- 3) 在宅復帰にともなう説明とその実施体制
- 4) サービス担当者会議への出席状況に関する設問
- 5) 在宅で看取られた利用者の人数と割合に関する設問
- 6) 在宅生活の阻害要因に関する設問
- 7) 医療・介護従事者の今後の課題と評価の見直しに関する設問
- 8) 施設属性

《居宅介護支援事業所 独自調査項目》

- 1) 居宅介護支援サービスの提供実績
- 2) 重症者の受け入れのきっかけと今後の受け入れ体制に関する設問
- 3) 在宅復帰にともなう説明とその実施体制
- 4) サービス担当者会議への出席状況に関する設問
- 5) 在宅で看取られた利用者の人数と割合に関する設問
- 6) 在宅生活の阻害要因に関する設問
- 7) 医療・介護従事者の今後の課題と評価の見直しに関する設問
- 8) 施設属性

3. 事業実施の委託

東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野に、調査・調査票の設計、調査データの解析方法、調査結果の集計・分析、調査結果の解釈に関し、その一部を委託した。

第3章 調査結果

1. 退院時のたんの吸引と胃瘻栄養に関する説明と指導の調査
2. 『生きることの全体』を支えるICF（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

第3章 調査結果

1. 退院時のたんの吸引と胃瘻栄養に関する説明と指導の調査

生活機能

I C Fの各部分のゆがみ = 生活機能の破たんを是正する説明と支援が重要である。

重症者の活動と参加に必要な吸引・胃ろう栄養

日常生活の支援として、生活機能の維持に欠かせないもの



重症者の吸引・胃ろう栄養について、退院時に病院スタッフは、必要な説明や指導を患者自身や家族へ誰がどの程度行っているかについて、その実態が不明であった。本研究事業にとって重要かつ緊急性を要したため、以下の調査を実施した。

調査名：退院時のたんの吸引と胃瘻栄養に関する説明と指導の調査

調査期間：平成22年11月1日～11月20日

調査範囲：全国（悉皆）

調査対象施設：

1：臨床研修指定病院

（出典：財団法人 医療研修推進財団 -PME T、臨床研修病院ガイドブック 2011 年度版
（2010.3.24 公開）より）

2：独立行政法人 国立病院機構

（独立行政法人国立病院機構 <http://www.hosp.go.jp/>）

3：難病医療拠点病院

（難病情報センター <http://www.nanbyou.or.jp/soudan/nanren.htm>）

調査対象施設数 907ヶ所 (以下1.2.3の重複を除く)

- 1 : 臨床研修指定病院 759ヶ所
- 2 : 独立行政法人国立病院機構 144ヶ所
- 3 : 難病医療拠点病院 108ヶ所

調査宛先 : 対象施設の看護部長

調査手法 : 往復はがきによる調査票送付 郵送自計

調査内容 :

- 1. 1) ひと月の退院患者数に占める、たん吸引を必要とする患者の割合 (%)
 - 2) 胃ろう栄養 に関する年間造設件数 (例)

- 2. 1) たんの吸引に関する指導実施の有無
 - 2) 胃ろう栄養に関する指導実施の有無

- 3. a) 1) たんの吸引を患者・家族へ教える際の説明にあたる職種
 - 2) 胃ろう栄養を患者・家族へ教える際の説明にあたる職種
- 3. b) 1) たんの吸引を患者・家族へ教える際の1回あたりの説明時間
 - 2) 胃ろう栄養を患者・家族へ教える際の1回あたりの説明時間

- 4. a) 1) たんの吸引の実技指導をする職種
 - 2) 胃ろう栄養の実技指導をする職種
- 4. b) 1) たんの吸引の1回あたりの実技指導時間
 - 2) 胃ろう栄養の1回あたりの実技指導時間
- 4. c) 1) たんの吸引の実技指導の実施回数 (退院まで)
 - 2) 胃ろう栄養の実技指導の実施回数 (退院まで)

回収状部数 : 284部 (臨床研修指定病院218部、独立行政法人国立病院機構47部、
難病医療拠点病院27部)

回収率 : 31.3% (臨床研修指定病院28.7%、独立行政法人国立病院機構32.6%、
難病医療拠点病院25.0%)

ハガキ調査票

郵便往復はがき



往信

※数値が“0”の場合もご記入ください

		1) たん吸引		2) 胃ろう栄養	
1	対象者	ひと月の退院患者数の約 %		年間増設数例	
		約	%		例
2	指導の実施	あり	なし	あり	なし
3	説明について	a) 職種	医師 看護師	医師 看護師	
		b) 説明時間	約 分/回	約 分/回	
4	実技指導について	a) 職種	医師 看護師	医師 看護師	
		b) 実技時間	約 分/回	約 分/回	
		c) 実施回数	約 回	約 回	

看護部長殿

いつも大変お世話になっております。
お忙しいところお手数とは存じますが、今後の医療・介護の包括的提供体制の発展のために是非とも皆様のお力を拝借いたしたく、何卒ご記入の上、返送頂きますようお願い申し上げます。

一般社団法人 国際在宅医療研究会
代表理事 川島孝一郎
(仙台往診クリニック 院長)

本アンケートは「平成 22 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)」「『生きることの全体』を支えるICF(国際生活機能分類)に基づく医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業」に基づくものです。

ご協力、誠にありがとうございました。

郵便往復はがき



返信

〒980-0013
宮城県仙台市青葉区花京院2丁目1-7
(仙台往診クリニック 内)

『生きることの全体』を支えるICF(国際生活機能分類)に基づく医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業 事務局 行

必ず 11月10日(水)までに
ご投函 下さいますよう、お願い申し上げます。

(都道府県・市区町村は必ずお書きください)

施設名										
住所	〒	都道府県	市区町村							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>									

※返信用はがきが回答欄になっております。

患者さんやそのご家族への退院指導の中で、たんの吸引や胃ろう栄養に関する指導を実施する際の、貴院の取り組みについてお伺い致します。
※お答え頂く時間数や実施回数はおよその数字でけっこうでございます。

- 対象者のパーセントと数をそれぞれお答え下さい。
- 退院指導の中で、たんの吸引の指導、胃ろう栄養の指導を実施していますか。それぞれお答え下さい。
- たんの吸引、胃ろう栄養を家族等に教える際に、
a) 説明にあたる主な職種、b) 1回あたりの説明時間、をそれぞれお答え下さい。
1) たんの吸引の場合、 2) 胃ろう栄養の場合
- たんの吸引、胃ろう栄養の実技を家族等に教える際に、
a) 実技指導をする職種、b) 1回あたりの実技指導時間、
c) 退院までの指導実施回数をそれぞれお答え下さい。
1) たんの吸引の場合、 2) 胃ろう栄養の場合

この折り目を内側に折って差し出して下さい。

調査結果：

1. 1) ひと月の退院患者数に占める、たん吸引を必要とする患者の割合

有効回答は 246 件であった。ひと月の退院患者数に占める、たん吸引を必要とする患者の割合は 6.1%であった。施設種別ごとに割合を見た場合、臨床研修指定病院では 5.5%、国立病院機構では 9.2%、難病医療拠点病院では 6.4%であった。

1. 2) 胃ろう栄養に関する年間造設件数 (例)

273 件の有効回答を得た。対象の病院における胃ろう栄養の年間造設件数は、平均 38.4 例であった。もっとも多い造設件数では 300 例の施設もあった。施設種別ごとで見た場合、臨床研修指定病院では平均 41.6 例/年、国立病院機構では平均 16.2 例/年、難病医療拠点病院では平均 39.7 例/年であった。

1. 1)、2)	たんの吸引を必要とする患者 (%/月)	胃ろう栄養の造設件数 (件/年)
平均値	6.1	38.4
最大値	100.0	300
最小値	0.0	0
中央値		25
標準偏差		41.6

表 1

2. 1) 退院指導の中で、たんの吸引に関する指導実施の有無

退院指導の中でたんの吸引に関する指導を実施している施設は、回答を寄せた 268 施設中 184 施設 (68.7%) であった。次に施設種別ごとに割合を見た場合、臨床研修指定病院では 84.4%、国立病院機構では 61.7%、難病医療拠点病院では 100.0%がたんの吸引の指導を実施している結果であった。

2. 2) 胃ろう栄養に関する指導実施の有無

退院指導の中で胃ろう栄養に関する指導を実施している施設は、回答を得た 270 施設のうち 245 施設 (90.7%) であった。施設種別ごとの割合では、臨床研修指定病院では 89.4%、国立病院機構では 68.1%、難病医療拠点病院では 92.6%であった。

3. a) 1) たんの吸引を患者・家族へ教える際の説明にあたる職種
 2) 胃ろう栄養を患者・家族へ教える際の説明にあたる職種

	説明 (たんの吸引) n=244	説明 (胃ろう栄養) n=258
医師	7 2.9%	23 8.9%
看護師	213 87.3%	195 75.6%
医師・看護師	24 9.8%	38 14.7%
看護師・栄養士	0 0.0%	2 0.8%

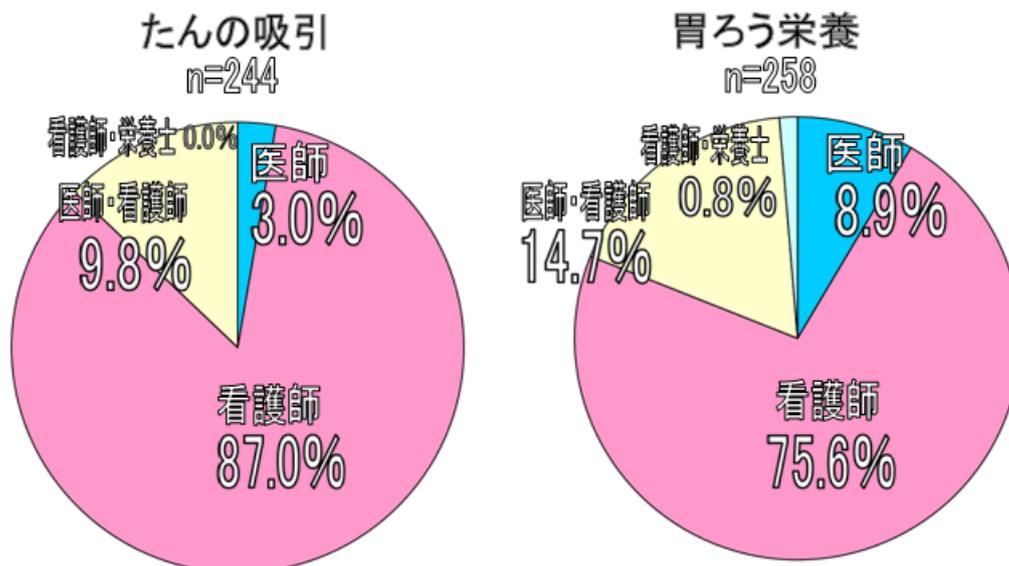


図 1

たんの吸引、胃ろう栄養のどちらも、看護師によって説明が行われている割合が非常に多い（たんの吸引 87.0%、胃ろう栄養 75.6%）。医師・看護師の両者が共同で説明にあたる場合もある（たんの吸引 9.8%、胃ろう栄養 14.7%）。胃ろう栄養では、栄養摂取や栄養価を考慮し、看護師と栄養士がともに説明を実施するケースも少数見られた。

3. b) 1) たんの吸引を患者・家族へ教える際の1回あたりの説明時間

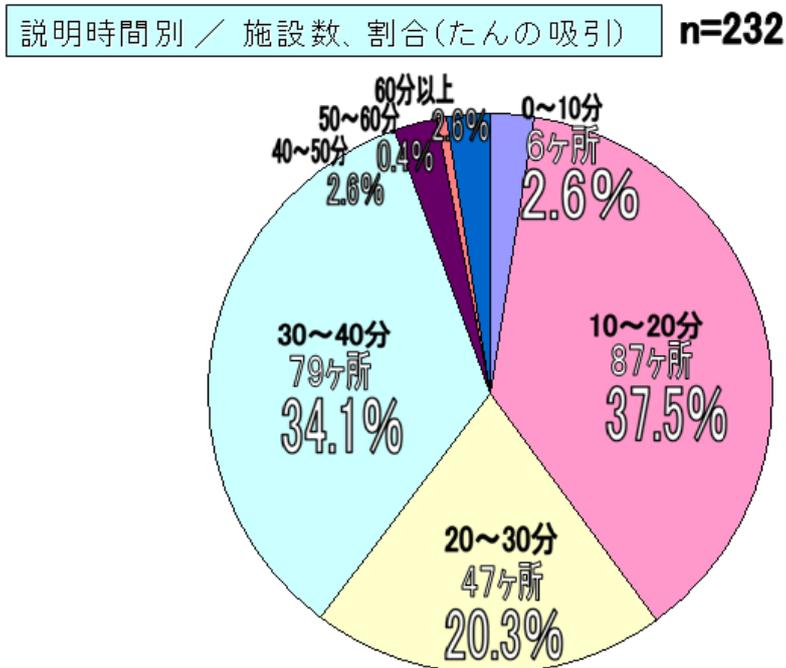


図 2 - 1

3. b) 2) 胃ろう栄養を患者・家族へ教える際の1回あたりの説明時間

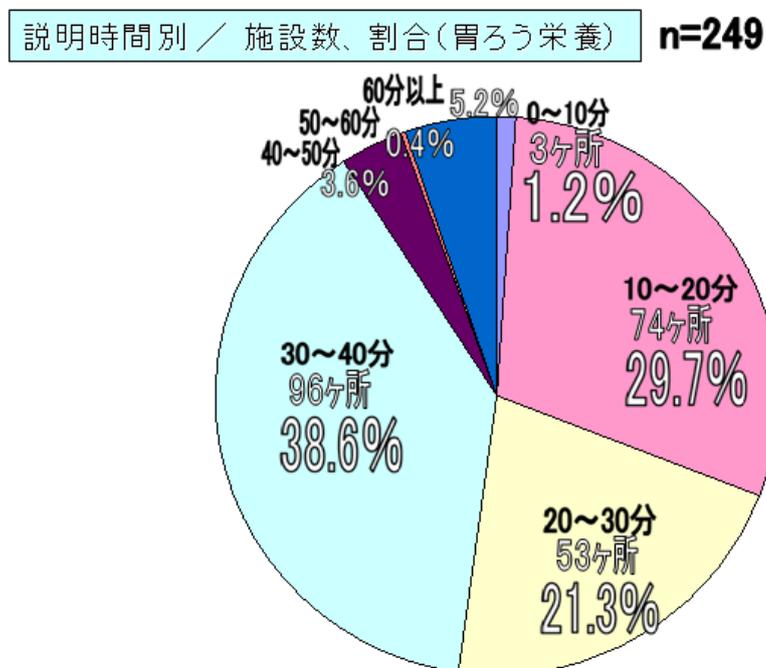


図 2 - 2

4. a) 1) たんの吸引の実技指導をする職種
 2) 胃ろう栄養の実技指導をする職種

	実技指導 (たんの吸引) n= 237	実技指導 (胃ろう栄養) n= 257
医師	0 0.0%	0 0.0%
看護師	235 99.2%	255 99.2%
医師・看護師	2 0.8%	2 0.8%
看護師・栄養士	0 0.0%	0 0.0%

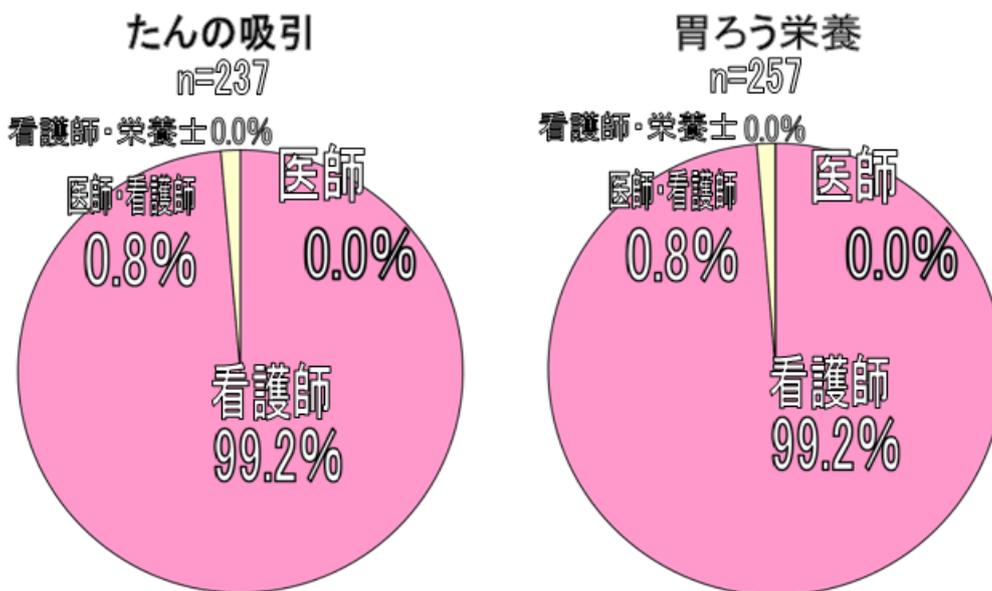


図 3

患者・家族へ説明をする職種と同様に、実技指導においても看護師に指導が行われている割合が非常に多い（たんの吸引 99.2%、胃ろう栄養 99.2%）ことがわかった。

4. b) 1) たんの吸引の1回あたりの実技指導時間

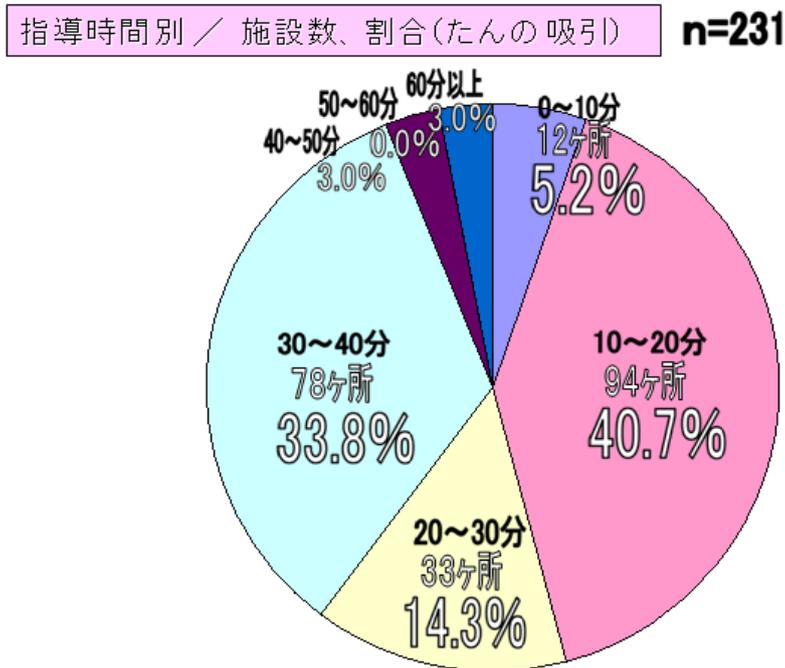


図 4-1

4. b) 2) 胃ろう栄養の1回あたりの実技指導時間

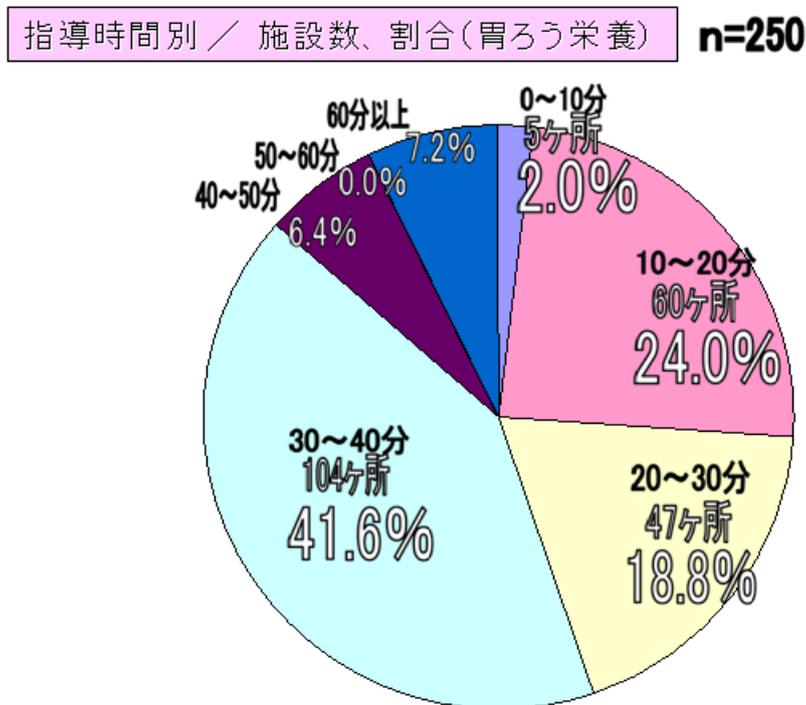


図 4-2

4. c) 1) たんの吸引の実技指導の実施回数（退院まで）

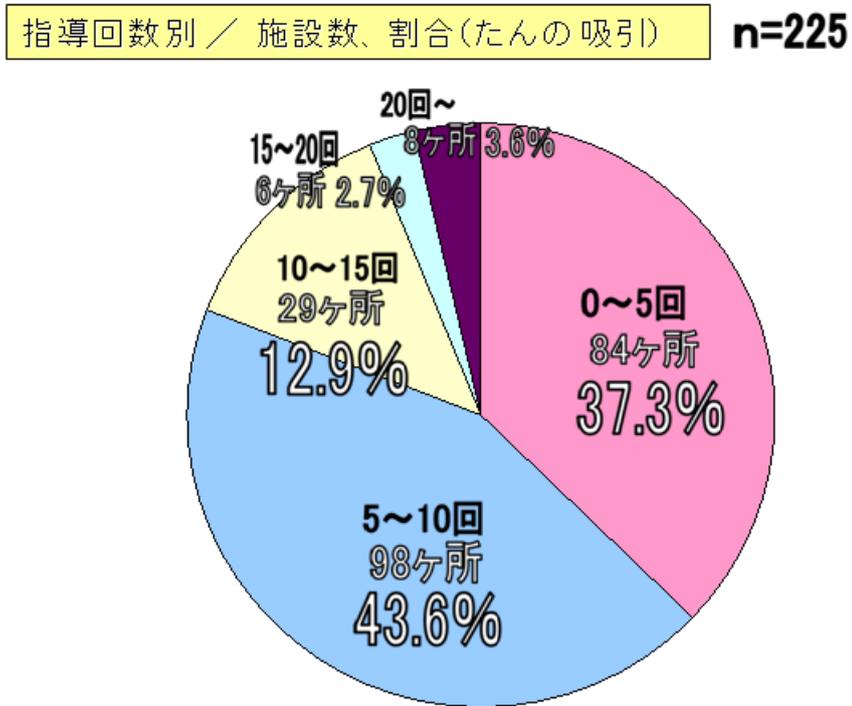


図 5-1

4. c) 2) 胃ろう栄養の実技指導の実施回数（退院まで）

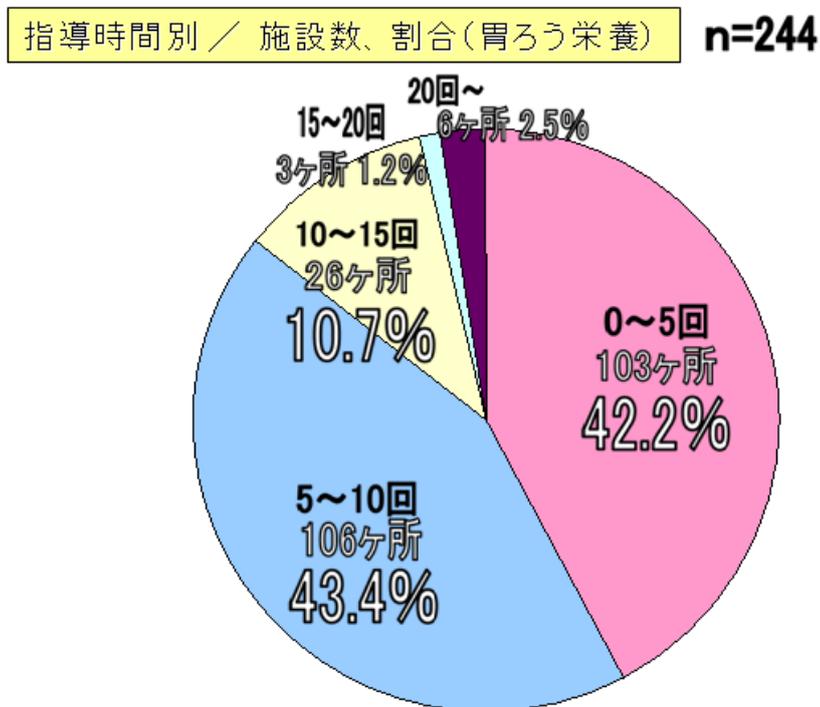


図 5-2

1 回あたりの実技指導時間では、たんの吸引の場合、10～20 分が最も多く 40.7%、次いで 30～40 分が 33.8%であった。指導時間の平均は約 22 分、全体の約 88%は 40 分以内の実技指導であることがわかった。胃ろうにおける 1 回あたりの実技指導時間は、たんの吸引と異なり、30～40 分が最も多く 41.6%、次いで 10～20 分が 24.0%であり、指導時間の平均は約 27 分であった。また 60 分以上の実技指導を実施している病院が 7.2%（18 ヶ所）あった。

実技指導の実施回数は、たんの吸引に関しては 5～10 回が 43.6%、0～5 回が 37.3%であった。胃ろう栄養の実技指導回数は 5～10 回が 43.4%、0～5 回が 42.2%、たんの吸引と近似した傾向であった。

2. 『生きることの全体』を支える ICF（国際生活機能分類）に基づく 医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

調査名：ICF（国際生活機能分類）に基づく医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査

調査概要：「生活機能」の維持に必要な項目を考慮し、医療施設・介護事業所等に対して、共通した設問と、調査対象ごとの設問を設け、包括的な調査を実施した。ICFに関する共通した設問を設定することで、多職種間を比較することが可能となる。また、実際にICFの生活機能モデルに沿った事例を検討させ、医療従事者、介護従事者の差異や共通点に着目した。また、医療・介護の包括的な提供体制を築く際に、ICFの各項目（心身機能、活動、参加、環境因子、個人因子等）すべてをつなぎ合わせる役割をになう職種に関して回答を得た。さらに各調査対象施設のサービス提供体制について回答を得た。

調査期間：平成23年2月5日～平成22年2月25日

調査範囲：全国（悉皆）

調査対象施設：

1. 在宅療養支援診療所（各地方厚生局における届出受理医療機関名簿より）
2. 臨床研修指定病院（財団法人医療研修推進財団・PMET、臨床研修病院ガイドブック2011年度版より）
3. 在宅療養支援病院（各地方厚生局における届出受理医療機関名簿より）
4. 訪問看護ステーション（社団法人シルバーセンターサービス振興会介護サービス情報公表支援センター）
5. 訪問介護事業所（社団法人シルバーセンターサービス振興会介護サービス情報公表支援センター）
6. 居宅介護支援事業所（社団法人シルバーセンターサービス振興会介護サービス情報公表支援センター）

調査対象施設数：

1. 在宅療養支援診療所 12,548ヶ所、2. 臨床研修指定病院 759ヶ所、3. 在宅療養支援病院 356ヶ所、4. 訪問看護ステーション 7,259ヶ所、5. 訪問介護事業所 26,566ヶ所、6. 居宅介護支援事業所 31,907ヶ所

調査結果：

5,269 件から有効回答が寄せられた（内訳：在宅療養支援診療所 598 件、臨床研修指定病院 45 件、在宅療養支援病院 12 件、訪問看護事業所 517 件、訪問介護事業所 1,687 件、居宅介護支援事業所 2,410 件）。

全回答者のうち 62.8%が、自らの最期が「ピンピンコロリ（加齢に伴う健康上の衰えの少ないまま最期を迎えること）と死ぬとは思っていない」ものの、63.2%は「ピンピンコロリと死にたい」と回答した。

ICFの活用による支援については、全回答者のうち 60.0%が「最適なものと言える」と回答した。ICFを活用した支え方の中心的な役割を担うべき職種については、「ケアマネジャー」であるとの回答が最も多かった（在宅療養支援診療所においては 42.2%。ほか、訪問看護事業所では 49.9%、訪問介護事業所では 58.4%、居宅介護支援事業所自身らでは 62.3%など）。

生活機能モデルに基づく説明を充分に行った場合、病院から在宅への移行が「促進される」と回答したのは、全回答者の 52.8%であった。「変化しない」と回答したのは 16.7%、「移行がしにくくなる」と回答したのは 1.8%であった。ICFの生活機能モデルを意識した情報提供が「必要と思う」と回答したのは、全回答者の 67.9%であった。

重度の患者・療養者を担当するきっかけについては、在宅療養支援診療所では「病院からの紹介」が 38.5%、「本人・家族による直接の依頼」が 26.9%、「ケアマネジャーからの紹介」が 22.3%であった。訪問看護では「病院からの紹介」が 38.8%、「ケアマネジャーからの紹介」が 32.0%であった。「本人・家族による直接の依頼」は 6.6%であった。訪問介護では「ケアマネジャーからの紹介」が 43.7%、「本人・家族による直接の依頼」は 21.2%、「病院からの紹介」が 10.7%であった。

在宅療養支援診療所における在宅時医学総合管理料の算定患者数（2010 年 12 月、以下同）は、一診療所あたり平均 23.7 人、在宅末期医療総合診療料は平均 0.5 人であった。訪問看護事業所における悪性腫瘍の患者数は平均 2.2 人、公費負担者は平均 5.0 人、人工呼吸器装着者は平均 1.2 人であった。訪問介護事業所における重度訪問介護 I の利用者は平均 1.5 人であった。居宅介護支援事業所における人工呼吸器装着者平均 0.2 人、悪性腫瘍は平均 2.5 人であった。

サービス担当者会議の開催／出席回数は、在宅療養支援診療所が一診療所あたり平均 1.8 回であった。同様に、訪問看護事業所が 5.2 回、訪問介護事業所が 7.7 回、居宅介護支援事業所が 12.3 回であった。

問 1・問 3 では、在宅療養の現場に従事しており、高齢者の健康を取り巻く様子を目の当たりにしている者らでさえも、現実とは大きく異なる姿を理想として描いていることがわかった。この理想と現実とのギャップに対して、介護予防・アンチエイジングの研究に

より、現実を理想に近づけようという動きがあるが、理想を現実近づけていく運動こそが実現可能な選択枝ではないか。

ひとの総合的な健康状態（＝ICF生活機能モデルが示す“健康”）の良好性は、自然に進行していく身体機能の衰えがたとえあったとしても、精神面・社会面・対人面・経済面等を充実させることで補うことができる。また、そうした広い視点に立たなければ、医療・介護従事者の支援のあり方を論じることはできない。問7・問14・問15では、ICF生活機能モデルを踏まえた支援のあり方が、在宅移行と在宅療養に有効である、との意見が多数を占めることがわかっている。

問12では、支える中心となる職種にケアマネジャーを推す声が最も多いことがわかった。また、「重度担当のきっかけ」の各設問では、入院中の病院もしくはケアマネから、在宅療養を支える各職種への紹介が一般的な形となっていることが推察される。

しかしながら、重症度の高い療養者と関わっているケアマネジャーは非常に少ない。在宅療養支援診療所においては、在医総管算定数は平均して一定数あるものの、在宅末期はまったく充分ではない。また、サービス担当者会議の出席実績が、介護事業所に比べ少ない。

医療依存度の高い療養者に介護事業者が積極的に関わっていき、経験を深めることと、医療者と介護者との協議・交流の場を積極的に作っていくことがもつぱらの課題である。また、「自らの専門分野における自らの役割」ではなく、「療養者の生活全体における自らの役割」という視点に立ち、総合的な状態把握と情報交換とを行っていくことが求められる。

第3章 調査結果

2. 『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

1) 回答に必要な配布資料

本冊子は、調査の主旨および、ご回答頂く際の資料です

各位

平成 22 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

『生きることの全体』を支えるICF(国際生活機能分類)に基づく医療・介護等の 包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業

【アンケート調査ご協力のお願い】

謹啓

皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

少子・高齢化が進行するこれからの日本の医療・介護に最も適用しやすく必須と考えられる

ICF(国際生活機能分類)は、医療の再生・介護の充実に欠かせないものです。

「病を治す」医療中心のICDから、「人を癒す」ケアを中心としたICFによる医療・介護の包括的提供が喫緊の課題です。

すでに2025年に向けた地域包括ケア＝ケア付きコミュニティが始動しようとしています。

本研究は、全国の病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等に、ICFに基づくサービス提供への転換とその浸透の方策についてのご意見を頂戴することを目的としています。

お忙しい中大変恐縮ではございますが、ご協力を賜りたく何卒宜しくお願い申し上げます。

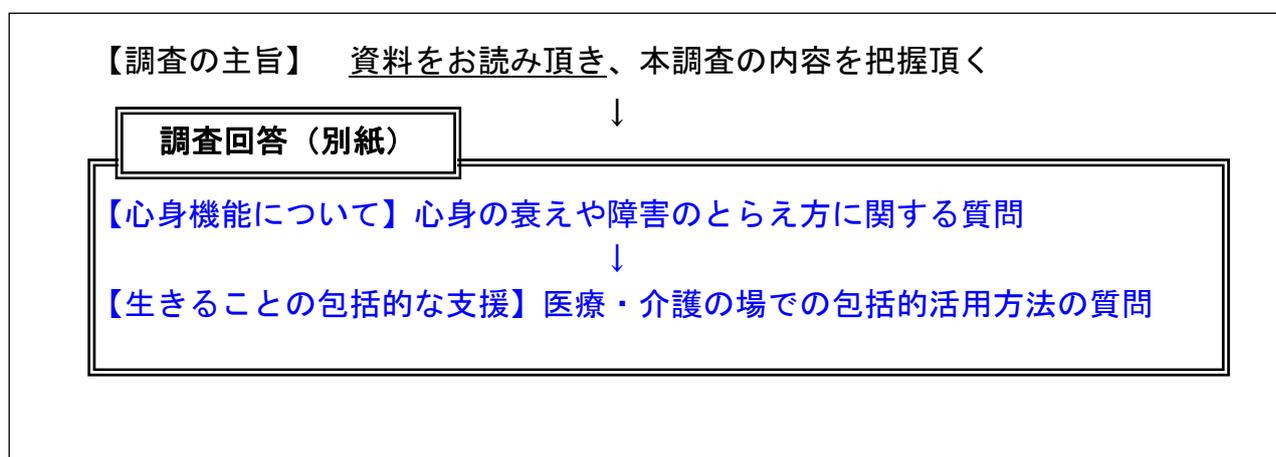
謹白

平成 23 年 2 月

主任研究者 川島孝一郎

(国際在宅医療研究会 代表理事)

本調査の流れ



【調査の実施主体】・・・一般社団法人国際在宅医療研究会

この調査は、厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業の採択により、一般社団法人 国際在宅医療研究会（代表理事 川島孝一郎：仙台往診クリニック院長）が実施するものです。集計・解析は東北大学大学院医療管理学教室が分担いたします。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、貴施設が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定するような氏名、イニシャル、住所等の情報は、承諾無く公表することはありません。

【調査票配布対象先】

全国の

①在宅療養支援診療所

12,548ヶ所 [平成22年10月現在、各地方厚生局への届出受理医療機関名簿より]

②訪問看護ステーション

7,259ヶ所 [平成22年10月現在、社団法人シルバーセンターサービス振興会介護サービス情報公表支援センター]

③臨床研修指定病院

759ヶ所 [平成22年3月現在、財団法人医療研修推進財団 PMET 臨床研修病院がトブック2010より]

④在宅療養支援病院

356ヶ所 [平成22年10月現在、各地方厚生局への届出受理医療機関名簿より]

⑤訪問介護事業所

26,566ヶ所 [平成22年10月現在、社団法人シルバーセンターサービス振興会介護サービス情報公表支援センター]

⑥居宅介護支援事業所

31,907ヶ所 [平成22年10月現在、社団法人シルバーセンターサービス振興会介護サービス情報公表支援センター]

【調査同意の可否】

◇この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても、貴施設に何らかの不利益が生じることは全くありません。

◇本アンケート調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入下さい。設問によって、「ひとつ」「あてはまるものすべて」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入下さい。
2. 自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。
3. 回答用紙のみご返送下さい。
4. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、**2月25日(金)**までにポストに投函して下さい（郵送料はかかりません）。
5. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。

ご回答は、同封の回答用紙にご記入頂きますようお願い申し上げます

問い合わせ先

『生きることの全体』を支えるICF（国際生活機能分類）に基づく医療・介護等の
包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業 事務局

（一般社団法人 国際在宅医療研究会：仙台往診クリニック内） 担当：千葉・伊藤

TEL：022-212-8502（平日13～17時） FAX：022-212-8533（24時間）

e-mail：doctork@oushin-sendai.jp

以下の資料をお読みください

まずは疑問を持つことから始まります

国民のかなりの方が「いつまでも元気で大往生」と 考えているようですが、本当にそうなのでしょうか？ あなたもそう思いますか？

ここから皆様といっしょに考えてゆきましょう。

資料1 【いつまでも元気で大往生を図に表す】

図1. を見てください。これは日本人の一日消費カロリーを年齢別に見たものです。

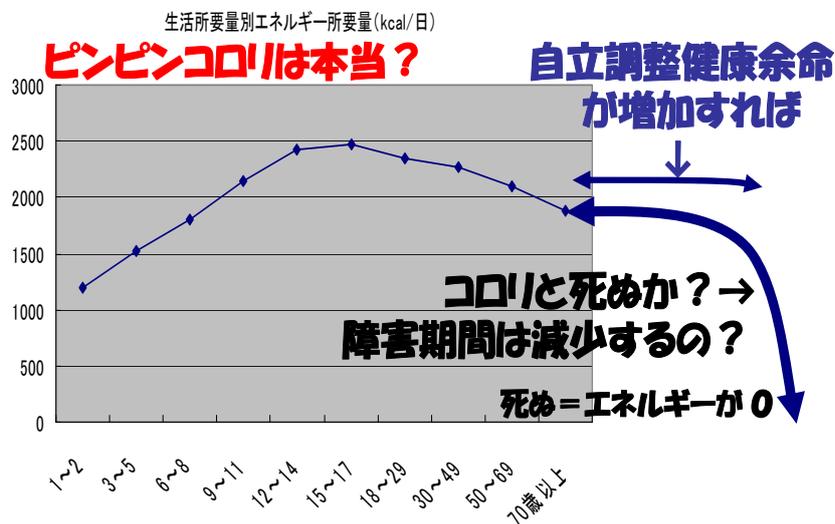


図1

15~17歳のときがもっとも元気な時期で消費カロリーが2500キロカロリーと一番多いのですが、年をとるごとに体力・処理能力が衰え消費カロリーも低下してくるのがわかります。

さて、いつまでも元気でいるためには体力・処理能力が衰えない＝消費カロリーもそれに見合って維持される、ということになりますから、高齢になっても一定のカロリーを維持し続けるはずですが。

図1. ではそれを自立調整健康余命または健康余命（他者から援助や介護を受けずに生活できる期間）青矢印←→で示しています。いつまでも元気＝体力が衰えない＝消費カロリーが維持される＝自律調整健康余命が延長する、ということになります。

つぎに、大往生をイメージしましょう。よく用いられる言葉に「ピンピンコロリ」があります。ピンピンはいつまでも元気ですしコロリが大往生なのでしょう。

ようするに、「他人に迷惑をかけずに健康を維持しながらある日ポックリ死ぬ」ことが一種の美德と考えられたり、時に皆さんが希望していることなのかもしれません。図1. では太い青矢印が急角度で落下し消費カロリーがゼロになる＝コロリと死ぬことをイメージしています。

では、本当にこのような「いつまでも元気で大往生」ができるのでしょうか。これを検証してみましょう。

資料2 【健康余命が延びるからといってコロナと死ぬのか】

自立調整健康余命（健康余命）とは、他者から援助や介護を受けずに生活できる期間を指します。表1. のように平成14年から平成21年の7年間で、平均余命が延びるとともに健康余命も延びています。

年	性別 (65歳時点)	平均余命	自立調整健康余命
平成14年から 21年まで	男性	17.6年→18.1年	16.5年→16.9年
	女性	22.5年→23.0年	19.9年→20.2年

表1 瀬上清貴 平成21年の都道府県別自立調整健康余命の算出とその活用より

健康余命が伸びていますから、確かに健康でいられる期間が延長されているのです。しかし、健康余命が伸びたことで「コロナと死ぬ=急死する」のでしょうか。図2. を見てください。

死亡者総数と急死者数の年次増加率

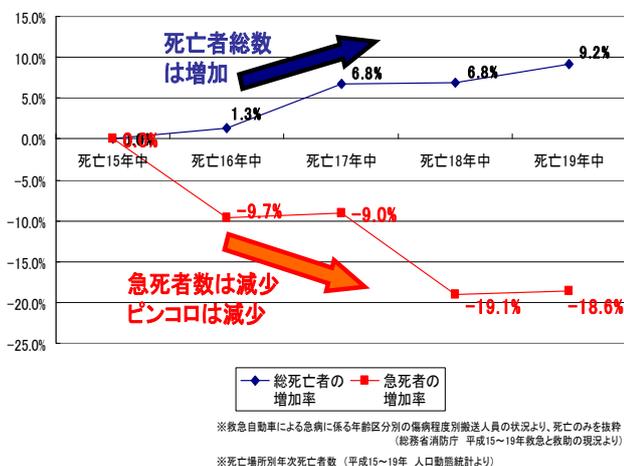


図2

65歳以上人口と65歳以上の要介護5認定人口の年次増加率

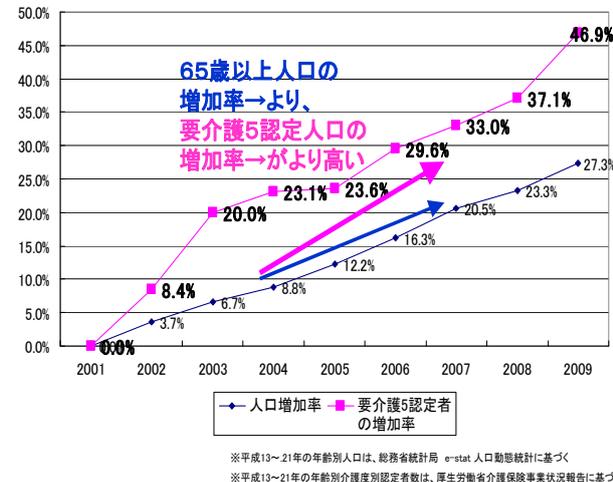


図3

実は日本人の急死率は年々低下しています。一方、図3. で明らかなように65歳以上の人口の増加率よりも、要介護5認定人口の増加率のほうが年ごとにより高くなってきているのです。

つまり、健康余命が伸びているにもかかわらず急死率（コロナと死ぬ率）は減少し、逆に要介護5（他人の介護を受ける）認定率は65歳以上人口の増加率よりもずっと高まっているのです。

この意味するところは、「ひょっとすると平均余命や健康余命が伸びたからといって必ずしもコロナとは死なないのではないか」さらに「障害を持ちながら介護を受けて暮らすのか」という疑念がわいてくるのです。つぎに、この疑念が事実になることを示しましょう。

資料3 【ピンピンコロリとはならない今後の見通し】

介護を必要としない期間（自立調整健康余命）が延びることで、ピンピンしながらコロナと死亡し、介護を受けずに終焉を迎えることはあり得るのでしょうか。 **平均余命－自立調整健康余命 = 障害期間（健康ではなく障害を持ちながら過ごす期間）**と表すことができます（図4）。

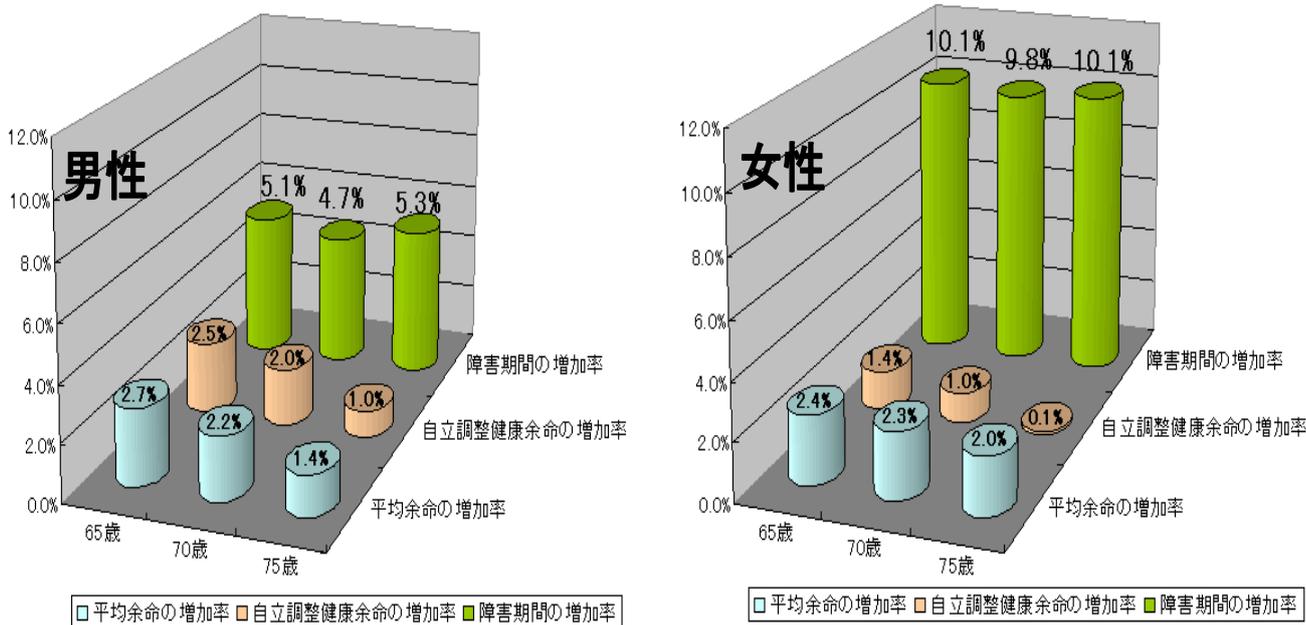
平成14年～21年の7年間で、65歳、70歳、75歳の男女の障害期間の増加率（緑）を見てみましょう。

なんと障害期間の増加率が、平均余命や自立調整健康余命の増加率をはるかに上回っているのです。

特に75歳の女性の場合には、7年間で平均余命が2%増加しているにもかかわらず、健康余命はわずか0.1%

の延びにとどまり、それどころか障害期間の増加率は10.1%も延びています。

私たちの寿命が延びる＝平均余命が延びたからといって、必ずしも元気でいられる期間が延びるということではなく、むしろ障害を持ちながら生きてゆく期間のほうが格段に延びるのです。



注) 図4. 瀬上清貴 平成21年の都道府県別自立調整健康余命の算出 (http://www.wam.go.jp/ca90/kenkyu/20100401/result_report.html) とその活用をもとに作図

図4

私たちはいつまでも元気で大往生＝ピンピンコロリと死ぬのではなく、平均余命の延びや健康余命の延び以上に障害を持ちながら生きてゆく期間のほうがより増加するとともに、65・70・75歳と年齢を経ると一層障害を持って生きてゆく割合が増えることが分かったのです。

年齢の増加とあいまって障害期間がより増加するのですから、この実状を図1.の消費カロリーに見立てれば図5.が想定されることとなります。

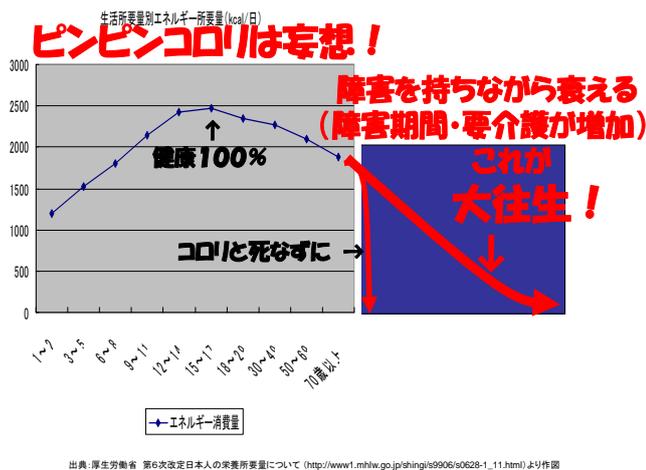


図5



図6

図5.の青枠で囲ってある部分を拡大して見れば図6.となります。

年齢とともに平均余命・健康余命の延び以上に障害期間がより増加して、次第に消費カロリーが低下＝緩やかに体力や処理能力が低下して、最終的には緩やかに最期を迎えると考えられるのです。急死率は年々減少していますので、多くの国民はコロリとは死なずに障害を持ちながら衰えてゆくと思わなければなりません。

図6. に示すように、私たちは消費カロリーの低下＝体力・処理能力の低下が緩やかに進行し、歩けない・食べられない・呼吸の低下・血圧・意識の低下等の衰えを経ながら最終的には最期を迎える日が来るのです。このように「**緩やかに衰えて行くことが大往生**」の道筋であり、けっしてコロリと死ぬことが大往生ではないのです。コロリと死んだらそれは急死であって、急死の現場に居合わせた人たちはパニックになり救急車を呼ぶでしょう。だからこそ障害を持ってもより良い生き方ができるために必要な指標を用い支援をおこなうのです。

資料4 【介護を必要とする人が増加する将来、何がよりどころとなるか】

WHOは2001年に**国際生活機能分類（通称ICF）**を提唱しました。国際生活機能分類は、

- ① 本人が「生きることの困難」（たとえば病気になった・破産した・移り住んだ地域のしきたりに馴染めない等）のさまざまな状況に遭遇した場合に、
- ② 困難の理由（疾病・経済基盤・環境変化等）の如何に係わらず
- ③ 困難をその人の「生きることの全体」像としてとらえ
- ④ 「生きることの全体」が維持されるように計らっていくための目安を
- ⑤ 多方面にわたって分類したものです。
- ⑥ **生活機能とは「生きることの全体」を意味します。したがって、**
- ⑦ 国際生活機能分類は、あなたの今の姿が「生きることの全体」中で、「生きることの困難」に直面したときの、
- ⑧ あなたの困難の実像をもっとも具体的に示すとともに、
- ⑨ 困難の原因の解明と
- ⑩ 困難に対する対処と支援がもっとも有効におこなわれるためのものなのです。

WHOの承認決議を見てみましょう（図7）。

ICFの国際使用に関する第54回世界保健会議承認決議

WHO 54.21の決議文は以下の通りである。

第54回世界保健会議は、

- 1. 「国際障害分類」(ICIDH)第2版を、国際生活機能分類：国際障害分類改訂版(略称**ICF**)として承認し、**
- 2. 加盟国に対し、ICFを研究、サーベイランスおよび報告の上で各国の事情を考慮し、特に将来の改定を念頭におきつつ **適切な方法で用いることを勧告**し、**
- 3. WHO事務総長に対し、加盟国への要請に応じてICFの活用のための援助を行うことを要請する。**

第54回 世界保健会議(WHO総会 2001年5月22日 ジュネーブ) 決議文より

図7

さらにWHOは「生きることの全体」を、健康状態をひとつの尺度として考えてゆくように示しています。

国際生活機能分類における健康状態の特徴は

- ① 身体の完全性を表すものではないことにあります。言い換えれば「五体不満足でOK」なのです。
 - ② 身体的には不自由であったり、障害を持っていたとしても
 - ③ その身体機能をうまく利用しながら適応できる活動（生活行為等）をおこない、
 - ④ その身体のありのままに参加（生活参加・社会参加等）がおこなえるように計らうことにより
 - ⑤ 身体の不完全さに囚われない生き方、その人固有の「生きることの全体」が維持されるのです。
- この概念を示したものが図8です。

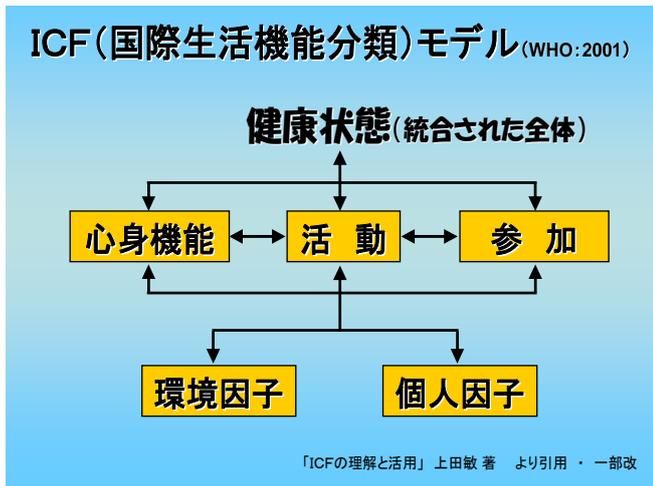


図8

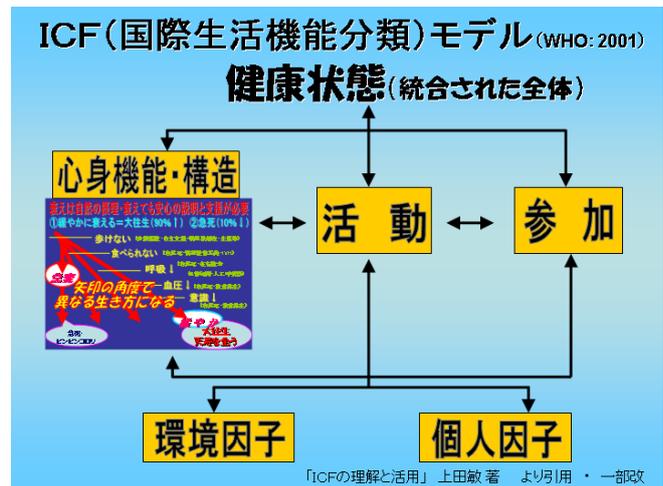


図9

今までは病気・けが・事故等に起因した身体の不具合にだけ着目することが多かったのです。したがって、如何により良く生きるかという「生きることの全体」を考慮するのではなく、如何に身体の不具合を改善するか、に目が向けられる傾向にありました。

- ① 今までは「身体を治す」ことに力が注がれました。
- ② しかし、図4～6. に表されるように、高齢化とともに大部分の人は障害を持ちながらよりよく生きる手立てを探さなければならない世の中になってきたのです。
- ③ したがってこれからは単に「身体を治す」にとどまらず、むしろ治らなくても「人を癒す」方策が採られなければなりません。「五体不満足で良いよ」と言える社会と支援が求められます。
- ④ そのために必要なのが生活機能「生きることの全体」の視点でものごとを考えることです。

人間が次第に、歩けなくなる、食べられなくなるという自然の衰え（図6）の過程は、「生きることの全体」の中では心身機能に当てはまるごく一部分（図9）です。

治らない身体でありながらそれに囚われることなく、できる限りの活動・参加を通して「生きることの全体」を充実させることが重要となります。

それには、本人が生活している環境のさまざまな状況＝環境因子、本人の個人的特性や実状＝個人因子等を含めて図8に示されるような全体像を構築しなければなりません。心身機能の低下を、活動、参加によって「生きることの全体」で支える包括的な仕組みが一層重要となるのです。

資料5 【ICFを活用して生きることの全体が説明できる】

知っていますか？ 有名な物理学者ホーキング博士の例を示しましょう。

重度の疾患（筋萎縮性側索硬化症：ALS）を持ちながらも、日常生活や仕事をして活躍するホーキング博士（物理学者）です。生活機能の視点から、たとえ身体が不自由でも博士の活動や社会参加が、彼の環境・個人の因子等を統合しながらうまく展開されている内容が図8を利用した図10です。

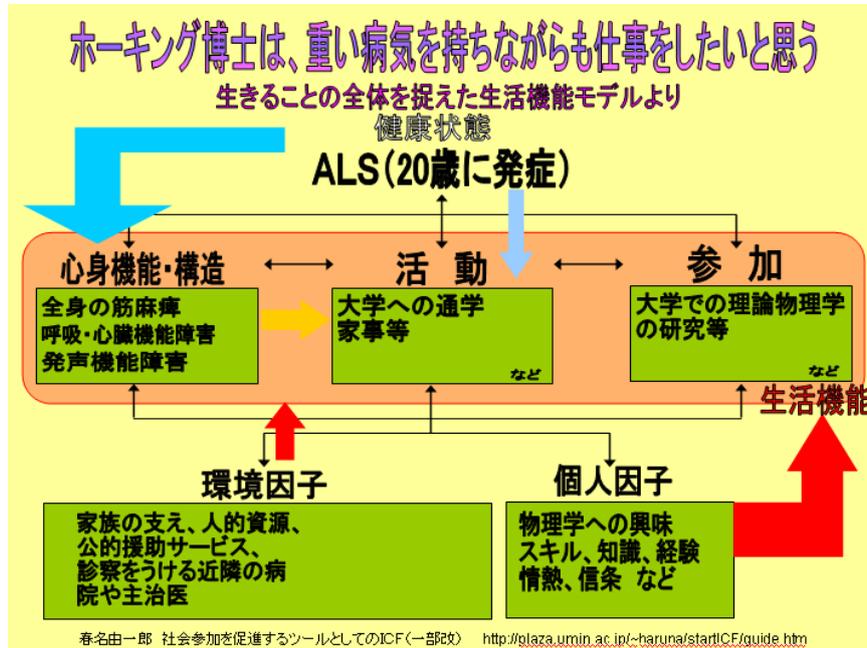


図 10

日本人●▲さんの場合には、個人因子としてのセルフネグレクトが災いしており、活動・参加を含めた統合的な生活機能を展開させるための必要項目を生活機能分類の中から抽出しているところ（図11）。

●・▲さんの生活:ICFに基づく生活機能モデルの視点から

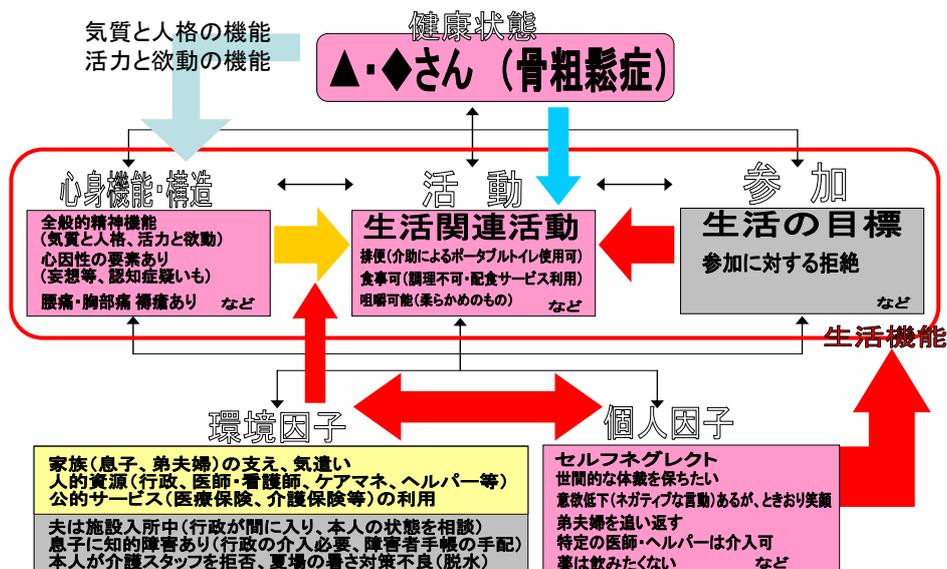


図 11

図 10 も図 11 もホーキング博士や●▲さんの生活の、ある日の一断面における「生きることの全体」を表しているものです。

でも、私たちは生きることを絶え間なく繰り返している時間経過の中で継続した生き方をしていますから、図 10 や図 11 を時間の経過を含めて描いて見ると図 12 のようになります。

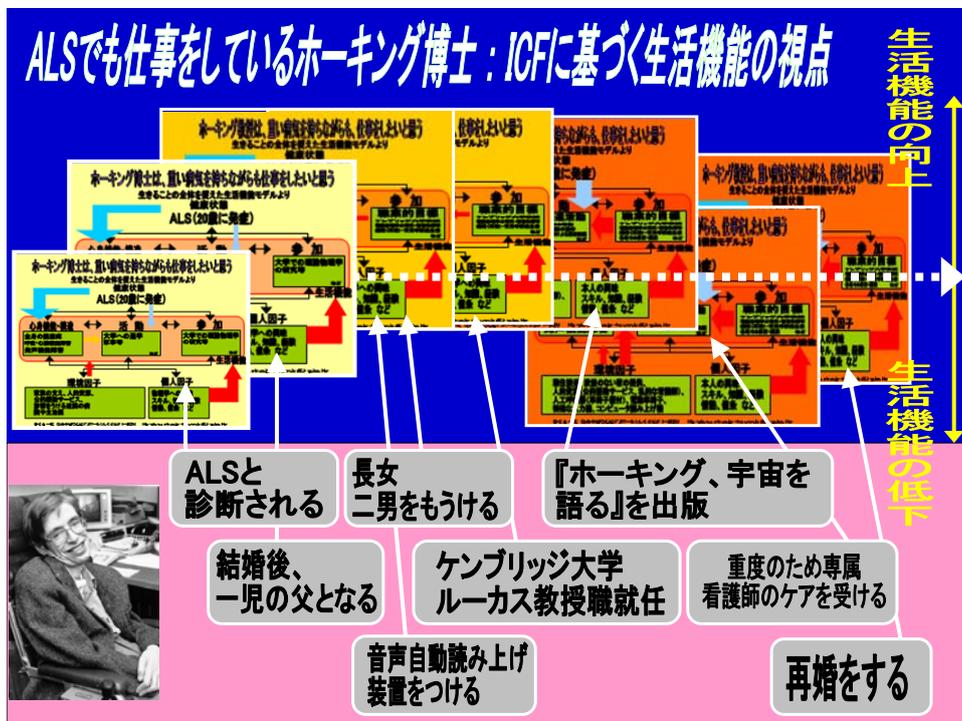


図 12

このように、図 8 に基づいて心身機能・活動・参加の全体＝健康状態を、環境因子・個人因子と絡み合わせながら、図 12 の時間経過に基づく継続的な「生きることの全体」として把握・評価・支援をおこなってゆくのです。

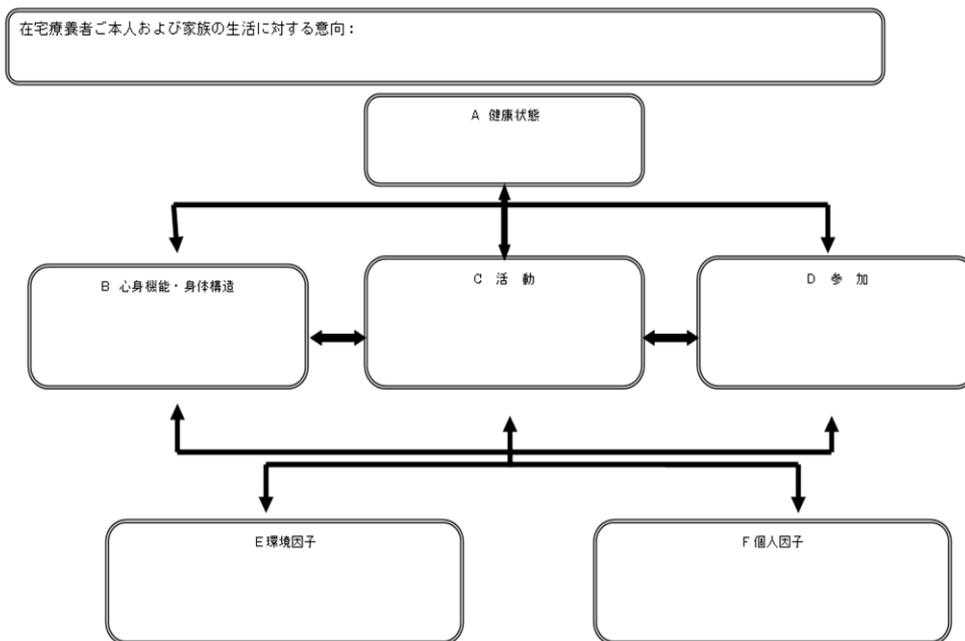


図 13

図 8・10・11 に記入されている情報欄が空白になっているのが図 13 です。生活者それぞれの独特な生き方を理解するための情報を、この中に記入してゆくことから医療・介護・福祉等の支援が始まるのです。

問9の参考資料

ICFの生活機能モデルの図を用いて、以下の事例をご自身が支援をする場合を想定してください。回答用紙の生活機能モデルの図にご自身が考えられる問題点をご記入ください。

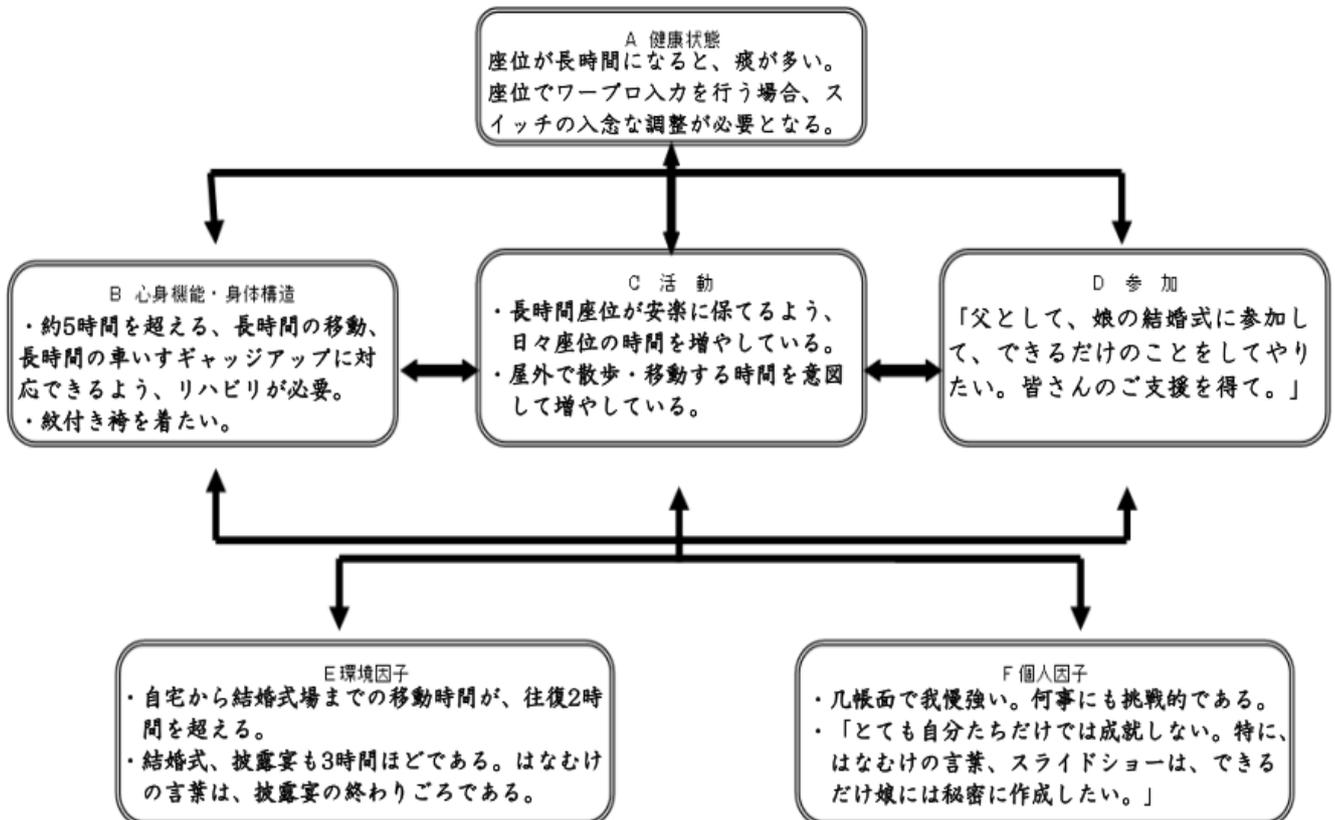
注) 回答用紙は、別の事例が挙げられています。

例 : 64歳 人工呼吸器を装着するALSの療養者(要介護5、身体障害手帳1級)

意向 : 長女の結婚式に参加し、父親としてメッセージを送りたい。

回答例

在宅療養者ご本人および家族の生活に対する意向: 4月11日(日)予定の、長女の結婚式・披露宴に列席し、娘夫婦にはなむけの言葉を文書とスライドショーで贈る。



※ 資料をお読み頂いた上で、回答用紙へご記入下さい。

※ 本資料は返送不要です。

第3章 調査結果

2. 『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

2) 職種別調査票

共通項目

〈問 1～問 15〉

『生きることの全体』を支えるICF(国際生活機能分類)に基づく医療・介護等の
包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業

回 答 用 紙

◎ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、**2月25日(金)**までにポストに
投函して下さい(郵送料はかかりません)。

◎ご回答後は、**こちらの回答用紙のみ**をご返送下さい。

1. 心身機能について

問 1

この資料を見る以前のあなた自身は、ピンピンしながら कोरोリと死亡し、介護を受けずに終焉を迎えられると思っていましたか。以下の選択肢よりあてはまるものをひとつ選び、番号に○をつけてください。

1. どちらかというピンピン कोरोリと 死ねると思っていた
2. どちらかというピンピン कोरोリと 死ねるとは思っていなかった
3. 1. 2. のどちらともいえなかった
4. 考えて見たこともなかった
5. その他 []

問 2

この資料を見る以前は、あなたから見た一般の人たち(家族・友人・仕事関係等)は ピンピンしながら कोरोリと死亡し、介護を受けずに終焉を迎えられると思っているようでしたか。以下の選択肢よりあてはまるものをひとつ選び、番号に○をつけてください。

1. どちらかというピンピン कोरोリと 死ねると思っているようだ
2. どちらかというピンピン कोरोリと 死ねるとは思っていないようだ
3. 1. 2. のどちらともいえないようだ
4. 考えて見たこともないようだ
5. その他 []

問3

この資料を見たあとの、あなた自身はピンピンしながらコロリと死亡し、介護を受けずに終焉を迎えたいと思っていますか。以下の選択肢よりあてはまるものをひとつ選び、番号に○をつけてください。

- 1. どちらかというピンピンコロリと死にたい
- 2. どちらかというピンピンコロリと死にたくない
- 3. どちらかというピンピンコロリとは死ななくてもよい（障害を持ち介護を受けてもよい）
- 4. 1. 2. 3. のどれともいえない
- 5. 考えても見ない
- 6. その他 []

問4

平均余命－自立調整健康余命 = 障害期間 と表すことができます。今後、介護を必要としない期間（自立調整健康余命）を伸ばすためにはどのような方策が有効と思いませんか。

問4の回答

問5

平均余命－自立調整健康余命 = 障害期間 と表すことができます。今後、障害を持ちながら生きてゆく期間（障害期間）が短くなるためにはどのような方策が有効と思いませんか。

問5の回答

問6

平均余命－自立調整健康余命＝障害期間 と表すことができます。今後障害を持ちながら生きてゆく期間（障害期間）が延びるとしたなら、障害を持ちながら生きるための「理念＋説明＋支援」のよりどころを何に求めたら良いと思いますか。

問6の回答

問7

心身機能の衰えがあっても、活動を支え、参加を支援し、包括的にその人の「生きることの全体」を支えることがICFの重要な考え方です。このようなICFの活用による支援は最適なものといえますか。以下の選択肢よりあてはまるものをひとつ選び、○をつけてください。

- 1. イエス、
- 2. いいえ、
- 3. わからない、
- 4. その他 []

問8

問7で、「2. いいえ」とご回答の方におたずねいたします。
ICFが最適なものと言えない理由やお考えをお聞かせください。

2. 生きることの包括的な支援

問9

ICFの生活機能モデルの図を用いて、考えられる問題点をご記入ください。

事例：年齢68歳、ALS、要介護度5、長男夫婦と同居、コミュニケーションは意思伝達装置を利用、主たる介護者は妻65歳

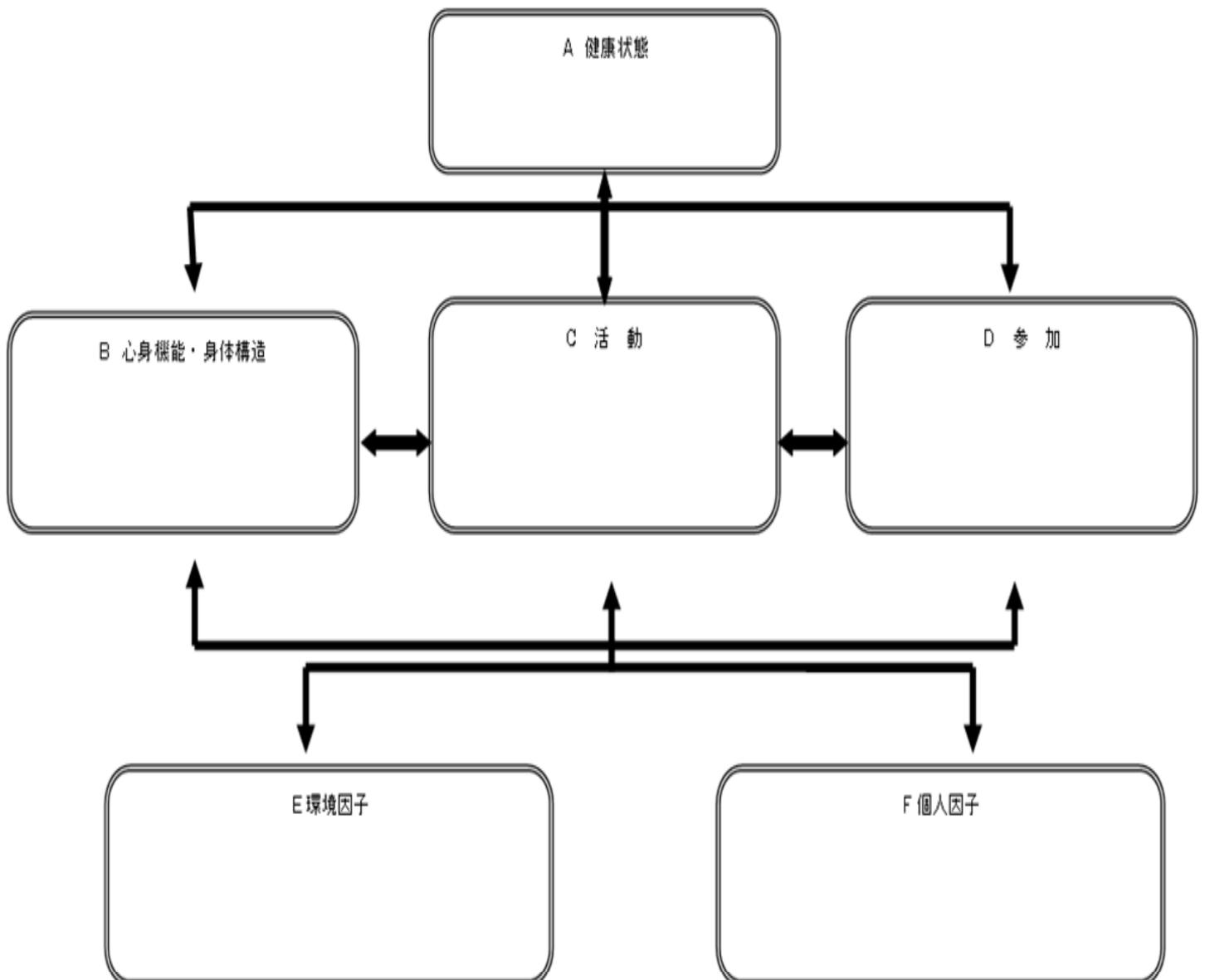
※上記以外の具体的特徴については、

- ・ 普段新しい療養者を担当する際に、確認している事項を挙げて下さい。
- ・ または身近な療養者をモデルにした、仮想的な設定に基づき問題点を考えて下さい。

注) 同封の資料冊子 p11 **問9の参考資料** をご参照ください。

在宅療養者ご本人および家族の生活に対する意向：

親戚一同で、1泊2日の温泉旅行をすることとなり、本人も参加し久々に温泉に入りたい。



問 10

ご自身が実際に説明している内容についておたずね致します。以下の中から該当すると思うものすべてを選び、○をつけてください。

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. 医療保険制度の説明 | 13. 訪問看護との連携 |
| 2. 介護保険制度の説明 | 14. 調剤薬局との連携 |
| 3. 自立支援制度の説明 | 15. 訪問リハビリテーションとの連携 |
| 4. 都道府県・市町村の独自制度の説明 | 16. ケアマネジャーとの連携 |
| 5. 在宅医療に関する全般的な説明 | 17. 訪問介護との連携 |
| 6. 病院での入院と在宅医療の違いの説明 | 18. 家族介護力の評価 |
| 7. 家族支援に関する説明 | 19. 虐待・家庭内暴力 |
| 8. 各疾患の療養生活像の説明 | 20. 最期をむかえる場所の確認 |
| 9. 高齢者の特性 | 21. 病名・予後告知 |
| 10. 導入支援や医療的な指導 | 22. 臨終時の心構え |
| 11. 在宅医と後方病院との連携 | 23. グリーフケア |
| 12. 訪問歯科との連携 | 24. 災害時への対応（危機管理） |

問 11

問9のような生活機能「生きること全体」に基づく支援を行う場合、説明すべき重要なことと
思われるものは、どのようなものでしょうか。以下の中から該当すると思うものすべてを選び、
○をつけてください。

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. 医療保険制度の説明 | 13. 訪問看護との連携 |
| 2. 介護保険制度の説明 | 14. 調剤薬局との連携 |
| 3. 自立支援制度の説明 | 15. 訪問リハビリテーションとの連携 |
| 4. 都道府県・市町村の独自制度の説明 | 16. ケアマネジャーとの連携 |
| 5. 在宅医療に関する全般的な説明 | 17. 訪問介護との連携 |
| 6. 病院での入院と在宅医療の違いの説明 | 18. 家族介護力の評価 |
| 7. 家族支援に関する説明 | 19. 虐待・家庭内暴力 |
| 8. 各疾患の療養生活像の説明 | 20. 最期をむかえる場所の確認 |
| 9. 高齢者の特性 | 21. 病名・予後告知 |
| 10. 導入支援や医療的な指導 | 22. 臨終時の心構え |
| 11. 在宅医と後方病院との連携 | 23. グリーフケア |
| 12. 訪問歯科との連携 | 24. 災害時への対応（危機管理） |

問 1 4

生活機能モデルに基づく説明を十分に行った場合、病院から在宅への移行が促進されると思いますか。該当すると思うものをひとつ選び、○をつけてください。

1. 病院から在宅への移行が促進される
2. 病院から在宅への移行は変化しない
3. 病院から在宅への移行がしにくくなる
4. わからない
5. その他 [

]

問 1 5

在宅移行した生活者を支えるために、関連する職種が相互に I C F を活用した情報提供をすることについてどう思われますか。該当すると思うものをひとつ選び、○をつけてください。

1. これまでどおりの情報提供で十分である
2. I C F の生活機能モデルを意識した情報提供が必要と思う
3. どちらともいえない
4. その他 [

]

第3章 調査結果

2. 『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

2) 職種別調査票

在宅療養支援診療所 用

〈問 16～問 32〉

問 1 6. 2010 年 12 月（1 ヶ月間）に、下記の管理料等を算定した患者数をそれぞれご記入下さい。

	在宅時医学総合管理料	特定施設入居時等 医学総合管理料	在宅末期医療総合診療料
患者数	() 人	() 人	() 人

問 1 7. 2010 年 12 月（1 ヶ月間）に、訪問診療を行った施設数についてそれぞれご記入下さい。

	高専賃	有料老人ホーム	グループホーム
施設数	() ヶ所	() ヶ所	() ヶ所

問 1 8. 2010 年 1～12 月（1 年間）に、貴施設において地域連携退院時共同指導料 1（診療所算定）を算定しましたか。あてはまるものひとつ選び、○をつけて下さい。

1. はい
2. いいえ

問 1 9. 問 1 8 で「はい」と答えられた方のみ回答をお願いします。

貴施設における病院との連携体制についておたずね致します。2010 年 10、11、12 月（3 ヶ月間）の地域連携退院時共同指導料 1の算定状況について、以下の内容をそれぞれご記入下さい。

算定を行った病院総数		() ヶ所	
算定した患者総数（★）		() 人	
★ の う ち	療 法 ・ 加 算 別	在宅人工呼吸療法（HMV）	() 人
		在宅酸素療法（HOT）	() 人
		在宅中心静脈栄養法（HPN）	() 人
		在宅成分栄養経管栄養法（HEN）	() 人
		連続携行式腹膜透析（CAPD）	() 人
		重症者加算を算定	() 人
	疾 病 別	悪性新生物	() 人
		認知症	() 人
		特定疾患（難病）	() 人
		脳血管障害後遺症	() 人
		呼吸器系疾患	() 人
		その他 ()	() 人

問20. 貴施設における医療機関との連携体制についておたずね致します。

2010年10、11、12月（3ヶ月間）で診療情報提供書を発行した施設数についてお書き下さい。

	病院	一般診療所	歯科診療所
施設数	()ヶ所	()ヶ所	()ヶ所

問21. 貴施設における訪問看護ステーションとの連携体制についておたずね致します。

2010年10、11、12月（3ヶ月間）で連携をした訪問看護ステーション数についてお書き下さい。

連携した訪問看護ステーション数	()ヶ所
-----------------	-------

問22. 貴施設における調剤薬局との連携体制についておたずね致します。

2010年10、11、12月（3ヶ月間）で連携をした調剤薬局数についてお書き下さい。

連携した調剤薬局数	()ヶ所
そのうち麻薬調剤を依頼した調剤薬局数	()ヶ所

問23. 貴施設が重度の方（悪性腫瘍、在宅人工呼吸療法など）の訪問診療を担当するきっかけとして、よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. ケアマネジャーからの紹介
2. 病院からの紹介
3. 他の診療所からの紹介
4. 行政窓口からの紹介
5. 療養者本人・家族による直接の依頼
6. その他 ()

問24. 訪問診療を必要とする患者・療養者のうち、重度の方（悪性腫瘍、在宅人工呼吸療法など）に対する将来の受け入れについて、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 受け入れ数の規模を拡大する
2. 当分は現状を維持していく
3. 受け入れ数の規模を縮小する
4. いずれ受け入れをやめるつもりである
5. 受け入れを行っていない

問25. 病院に入院中の方が退院し、在宅療養に移行する場合についておたずね致します。退院後の療養生活と医療・介護サービスに関して、どのような体制で本人や家族への説明を行ないますか。

説明時期：よくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 退院前に行い、退院後に改めて行う
2. 退院前にのみ行う
3. 退院後にのみ行う
4. その他 ()

貴施設内からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

(兼務している場合もそれらすべてに○をつけて下さい)

1. 医師
2. 看護師
3. MSW
4. その他 ()

貴施設外からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 病院医師	2. 病院看護師
3. 他事業所の訪問看護師	4. ケアマネジャー
5. 訪問介護員等	
6. その他 ()	
7. 他の医療・介護サービスを行う同席者はいない	

説明所要時間：おおよその時間をお書き下さい。

約 _____ 時間 _____ 分

問26. 居宅介護支援事業所が行うサービス担当者会議についておたずね致します。2010年12月(1ヶ月間)に医師又は看護師が出席したサービス担当者会議の回数についてご記入下さい。

回数	() 回
----	-------

問32. 貴施設について

ご芳名、貴施設名等は、差し支えない範囲でお書き下さい。

※記入者の職名、所在地（都道府県と市区町村名）は必ずお書き下さい。

記入者氏名												
記入者職名 (当てはまる すべてに○)	・管理者または管理職 ()			・医師			・看護師					
	・ケアマネジャー			・介護福祉士			・訪問介護員					
	・MSW			・事務員			・その他 ()					
医療機関名												
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)			都道府県			市区町村				
電話番号	— —											
同一事業体が行っているサービス、または併設している施設(当てはまるすべてに○)	・病院			・一般診療所			・歯科診療所					
	・介護老人保健施設			・特別養護老人ホーム			・調剤薬局					
	・訪問看護			・訪問介護			・居宅介護支援事業所					
	・行動援護			・外出介護			・デイサービス					
	・ショートステイ			・グループホーム			・療護施設(入所)					
	・療護施設(通所)			・有料老人ホーム			・高専賃					
	・その他 ()											
貴施設の診療科すべてに○をつけて下さい。	01	内科	02	心療内科	03	呼吸器科	04	消化器科				
	05	胃腸科	06	循環器科	07	アレルギー科	08	リウマチ科				
	09	小児科	10	精神神経科	11	精神科	12	神経科				
	13	神経内科	14	外科	15	整形外科	16	脳神経外科				
	17	呼吸器外科	18	心臓血管外科	19	こう門科	20	産婦人科				
	21	産科	22	婦人科	23	眼科	24	耳鼻咽喉科				
	25	気管食道科	26	皮膚科	27	泌尿器科	28	リハビリテーション科				
	29	放射線科	30	麻酔科	31	その他 ()						
病床	・無床											
	・有床 () 床											
医師数	常勤 () 人					非常勤 () 人						
看護職員数	常勤 () 人					非常勤 () 人						
年数	臨床経験年数 () 年											
	診療所開設より () 年											
	在宅訪問開始より () 年											

— 以上でアンケートは終わりです。ご協力頂きまして誠にありがとうございました。 —

第3章 調査結果

2. 『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

2) 職種別調査票

在宅療養支援病院 用

〈問 16～問 32〉

問16. 2010年12月(1ヶ月間)に、下記の管理料等を算定した患者数をそれぞれご記入下さい。

	在宅時医学総合管理料	特定施設入居時等 医学総合管理料	在宅末期医療総合診療料
患者数	()人	()人	()人

問17. 2010年12月(1ヶ月間)に、訪問診療を行った施設数についてそれぞれご記入下さい。

	高専賃	有料老人ホーム	グループホーム
施設数	()ヶ所	()ヶ所	()ヶ所

問18. 2010年1~12月(1年間)に、他の病院または貴施設に入院中の患者が退院する際、訪問診療への移行に関するケアカンファレンスを行ないましたか。あてはまるものひとつ選び、○をつけて下さい。

1. はい
2. いいえ

問19. 問18で「はい」と答えられた方のみ回答をお願いします。

訪問診療への移行に関するケアカンファレンスを行なった患者数について、以下の内容をそれぞれご記入下さい。

カンファレンスを行なった病院総数(貴施設を含む)		()ヶ所	
カンファレンスを行なった患者総数(★)		()人	
★のうち	療 法 ・ 加 算 別	在宅人工呼吸療法(HMV)	()人
		在宅酸素療法(HOT)	()人
		在宅中心静脈栄養法(HPN)	()人
		在宅成分栄養経管栄養法(HEN)	()人
		連続携行式腹膜透析(CAPD)	()人
		重症者加算を算定	()人
	疾 病 別	悪性新生物	()人
		認知症	()人
		特定疾患(難病)	()人
		脳血管障害後遺症	()人
		呼吸器系疾患	()人
		その他 ()	()人

問20. 貴施設における医療機関との連携体制についておたずね致します。

2010年10、11、12月（3ヶ月間）で診療情報提供書を発行した施設数についてお書き下さい。

	病院	一般診療所	歯科診療所
施設数	()ヶ所	()ヶ所	()ヶ所

問21. 貴施設における訪問看護ステーションとの連携体制についておたずね致します。

2010年10、11、12月（3ヶ月間）で連携をした訪問看護ステーション数についてお書き下さい。

連携した訪問看護ステーション数	()ヶ所
-----------------	-------

問22. 貴施設における調剤薬局との連携体制についておたずね致します。

2010年10、11、12月（3ヶ月間）で連携をした調剤薬局数についてお書き下さい。

連携した調剤薬局数	()ヶ所
そのうち麻薬調剤を依頼した調剤薬局数	()ヶ所

問23. 貴施設が重度の方（悪性腫瘍、在宅人工呼吸療法など）の訪問診療を担当するきっかけとして、よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 病院内における部門間の紹介、または調整
2. ケアマネジャーからの紹介
3. 他の病院からの紹介
4. 診療所からの紹介
5. 行政窓口からの紹介
6. 療養者本人・家族による直接の依頼
7. その他 ()

問24. 訪問診療を必要とする患者・療養者のうち、重度の方（悪性腫瘍、在宅人工呼吸療法など）に対する将来の受け入れについて、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 受け入れ数の規模を拡大する
2. 当分は現状を維持していく
3. 受け入れ数の規模を縮小する
4. いずれ受け入れをやめるつもりである
5. 受け入れを行っていない

問25. 病院に入院中の方が退院し、在宅療養に移行する場合についておたずね致します。退院後の療養生活と医療・介護サービスに関して、どのような体制で本人や家族への説明を行ないますか。

説明時期：よくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 退院前に行い、退院後に改めて行う
2. 退院前にのみ行う
3. 退院後にのみ行う
4. その他 ()

貴施設内からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

(兼務している場合もそれらすべてに○をつけて下さい)

1. 訪問診療を行う医師	2. 訪問看護師
3. 病棟医師	4. 病棟看護師
5. MSW	
6. その他 ()	

貴施設外からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 病院医師	2. 病院看護師
3. 他事業所の訪問看護師	4. ケアマネジャー
5. 訪問介護員等	
6. その他 ()	
7. 他の医療・介護サービスを行う同席者はいない	

説明所要時間：おおよその時間をお書き下さい。

約 _____ 時間 _____ 分

問26. 居宅介護支援事業所が行うサービス担当者会議についておたずね致します。2010年12月(1ヶ月間)に医師又は看護師が出席したサービス担当者会議の回数についてご記入下さい。

回数	() 回
----	-------

問32. 貴施設について

ご芳名、貴施設名等は、差し支えない範囲でお書き下さい。

※記入者の職名、所在地（都道府県と市区町村名）、施設種別は必ずお書き下さい。

記入者氏名												
記入者職名 (当てはまる すべてに○)	・管理者または管理職 ()			・医師			・看護師					
	・ケアマネジャー			・介護福祉士			・訪問介護員					
	・MSW			・事務員			・その他 ()					
医療機関名												
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)			都道府県			市区町村				
電話番号	— —											
施設種別 (当てはまる すべてに○)	・臨床研修指定病院			・がんセンター			・都道府県がん診療連携拠点病院					
	・地域がん診療連携拠点病院			・地域医療支援病院			・在宅療養支援病院					
同一事業体が行っているサービス、または併設している施設(当てはまるすべてに○)	・病院			・一般診療所			・歯科診療所					
	・介護老人保健施設			・特別養護老人ホーム			・調剤薬局					
	・訪問看護			・訪問介護			・居宅介護支援事業所					
	・行動援護			・外出介護			・デイサービス					
	・ショートステイ			・グループホーム			・療護施設(入所)					
	・療護施設(通所)			・有料老人ホーム			・高専賃					
	・その他 ()											
貴施設の診療科すべてに○をつけて下さい。	01	内科	02	心療内科	03	呼吸器科	04	消化器科				
	05	胃腸科	06	循環器科	07	アレルギー科	08	リウマチ科				
	09	小児科	10	精神神経科	11	精神科	12	神経科				
	13	神経内科	14	外科	15	整形外科	16	脳神経外科				
	17	呼吸器外科	18	心臓血管外科	19	こう門科	20	産婦人科				
	21	産科	22	婦人科	23	眼科	24	耳鼻咽喉科				
	25	気管食道科	26	皮膚科	27	泌尿器科	28	リハビリテーション科				
	29	放射線科	30	麻酔科	31	その他 ()						
病床	一般病床 () 床					療養病床 () 床						
医師数	常勤 () 人					非常勤 () 人						
看護職員数	常勤 () 人					非常勤 () 人						

— 以上でアンケートは終わりです。ご協力頂きまして誠にありがとうございました。—

第3章 調査結果

2. 『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

2) 職種別調査票

臨床研修指定病院 用

〈問 16～問 24〉

問 16. 2010年12月(1ヶ月間)に、貴施設において地域連携退院時共同指導料2(入院施設側の算定)を算定しましたか。あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. はい
2. いいえ
3. 不明

問 17. 問16で「はい」と答えられた方のみ回答をお願いします。

貴施設における在宅療養支援診療所との連携体制についておたずね致します。2010年10、11、12月(3ヶ月間)の地域連携退院時共同指導料1の算定状況について、以下の内容をご記入下さい。

算定を行った在宅療養支援診療所総数		()ヶ所	
算定した患者総数(★)		()人	
★のうち	療法・加算別	在宅人工呼吸療法(HMV)	()人
		在宅酸素療法(HOT)	()人
		在宅中心静脈栄養法(HPN)	()人
		在宅成分栄養経管栄養法(HEN)	()人
		連続携行式腹膜透析(CAPD)	()人
	疾病別	悪性新生物	()人
		認知症	()人
		特定疾患(難病)	()人
		脳血管障害後遺症	()人
		呼吸器系疾患	()人
		その他 ()	()人

問 18. 2010年10、11、12月(3ヶ月間)のがん治療連携計画策定料およびがん治療連携指導料の算定状況について、以下の内容をご記入下さい。

	病院		診療所	
	在宅療養支援病院	それ以外の病院	在宅療養支援診療所	それ以外の診療所
がん治療連携計画策定料	()ヶ所	()ヶ所	()ヶ所	()ヶ所
	()人	()人	()人	()人
がん治療連携指導料	()ヶ所	()ヶ所	()ヶ所	()ヶ所
	()人	()人	()人	()人

問19. 貴施設に入院中の患者のうち、在宅医療適用の対象となる方（疾病・傷病により通院が困難な方）が、在宅に戻って療養を続けることになったきっかけとして、よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 貴施設からの提案
2. 患者本人・家族からの申し出
3. ケアマネジャーからの提案
4. 訪問看護師からの提案
5. その他 ()

問20. 病院に入院中の方が退院し、在宅療養に移行する場合についておたずね致します。退院後の療養生活と医療・介護サービスに関して、どのような体制で本人や家族への説明を行ないますか。

説明時期：よくあてはまるものひとつに○を付けてください。

1. 診断確定時
2. 治療経過中
3. 治療終了後
4. その他 ()

貴施設内からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

(兼務している場合もそれらすべてに○をつけて下さい)

1. 医師
2. 看護師
3. MSW
4. その他 ()

貴施設外からの同席者：よくあてはまるものすべてに○を付けてください

1. 訪問診療を行う医師	2. 訪問看護師
3. 訪問介護員等	4. ケアマネジャー
5. その他 ()	
6. 他の医療・介護サービスを行う同席者はいない	

説明所要時間：おおよその時間をお書き下さい。

約_____時間_____分

問24. 貴施設について

ご芳名、貴施設名等は、差し支えない範囲でお書き下さい。

※記入者の職名、所在地（都道府県と市区町村名）、施設種別は必ずお書き下さい。

記入者氏名												
記入者職名 (当てはまる すべてに○)	・管理者または管理職 ()			・医師			・看護師					
	・ケアマネジャー			・介護福祉士			・訪問介護員					
	・MSW			・事務員			・その他 ()					
医療機関名												
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)			都道府県			市区町村				
電話番号	— —											
施設種別 (当てはまる すべてに○)	・臨床研修指定病院			・がんセンター			・都道府県がん診療連携拠点病院					
	・地域がん診療連携拠点病院			・地域医療支援病院			・在宅療養支援病院					
同一事業体が行っているサービス、または併設している施設(当てはまるすべてに○)	・病院			・一般診療所			・歯科診療所					
	・介護老人保健施設			・特別養護老人ホーム			・調剤薬局					
	・訪問看護			・訪問介護			・居宅介護支援事業所					
	・行動援護			・外出介護			・デイサービス					
	・ショートステイ			・グループホーム			・療護施設(入所)					
	・療護施設(通所)			・有料老人ホーム			・高専賃					
	・その他 ()											
貴施設の診療科すべてに○をつけて下さい。	01	内科	02	心療内科	03	呼吸器科	04	消化器科				
	05	胃腸科	06	循環器科	07	アレルギー科	08	リウマチ科				
	09	小児科	10	精神神経科	11	精神科	12	神経科				
	13	神経内科	14	外科	15	整形外科	16	脳神経外科				
	17	呼吸器外科	18	心臓血管外科	19	こう門科	20	産婦人科				
	21	産科	22	婦人科	23	眼科	24	耳鼻咽喉科				
	25	気管食道科	26	皮膚科	27	泌尿器科	28	リハビリテーション科				
	29	放射線科	30	麻酔科	31	その他 ()						
病床	一般病床 () 床					療養病床 () 床						
医師数	常勤 () 人					非常勤 () 人						
看護職員数	常勤 () 人					非常勤 () 人						

— 以上でアンケートは終わりです。ご協力頂きまして誠にありがとうございました。—

第3章 調査結果

2. 『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

2) 職種別調査票

訪問看護ステーション 用

〈問 16～問 24〉

問16. 貴事業所における訪問看護サービスの提供実績についておたずね致します。

a) 2010年12月(1ヶ月間)に訪問看護サービスを提供した方の人数について、それぞれご記入下さい。

医療保険		
合計		()人
合計のうち	新規利用者	()人
	12月中に訪問が終了となった利用者(在宅看取り)	()人
	12月中に訪問が終了となった利用者(入院)	()人
	12月中に訪問が終了となった利用者(施設入所)	()人
	末期の悪性腫瘍	()人
	公費負担(特定疾患治療研究事業)	()人
	人工呼吸器を使用している状態	()人
	24時間対応体制加算	()人
	24時間連絡体制加算	()人
	重症者管理加算	()人
	退院時共同指導加算	()人
	退院支援指導加算	()人
	在宅患者連携指導加算	()人
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(1回)	()人
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(2回)	()人
	訪問看護ターミナルケア療養費	()人
	特別訪問看護指示書による訪問	()人
	在宅患者訪問点滴注射指示書による訪問	()人
在宅末期医療総合診療料(医療機関との連携)	()人	

介護保険		
合計		()人
合計のうち	新規利用者	()人
	12月中に訪問が終了となった利用者(在宅看取り)	()人
	12月中に訪問が終了となった利用者(入院)	()人
	12月中に訪問が終了となった利用者(施設入所)	()人
	要介護 5	()人
	要介護 4	()人
	要介護 3	()人
	要介護 2	()人
	要介護 1	()人
	緊急時訪問看護体制加算	()人
ターミナルケア加算	()人	

b) 2010年12月(1ヶ月間)に行なった訪問看護について、その依頼元ごとの患者数をご記入下さい。

	病院		診療所	
	在宅療養 支援病院	それ以外の 病院	在宅療養 支援診療所	それ以外の 診療所
患者数	()人	()人	()人	()人

問17. 貴事業所が重度の方(悪性腫瘍、人工呼吸器装着など)の訪問看護を担当するきっかけとして、よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. ケアマネジャーからの紹介
2. 病院からの紹介
3. 診療所からの紹介
4. 行政窓口からの紹介
5. 療養者本人・家族による直接の依頼
6. その他 ()

問18. 訪問看護を必要とする患者・療養者のうち、重度の方(悪性腫瘍、人工呼吸器装着など)に対する将来の受け入れについて、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 受け入れ数の規模を拡大する
2. 当分は現状を維持していく
3. 受け入れ数の規模を縮小する
4. いずれ受け入れをやめるつもりである
5. 受け入れを行っていない

問19. 病院に入院中の方が退院し、在宅療養に移行する場合についておたずね致します。退院後の療養生活と訪問看護サービスに関して、どのような体制で本人や家族への説明を行ないますか。

説明時期：よくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 退院前に行い、退院後に改めて行う
2. 退院前にのみ行う
3. 退院後にのみ行う
4. その他 ()

貴事業所内からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

(兼務している場合もそれらすべてに○をつけて下さい)

1. 事業所管理者
2. 実際に在宅に赴く訪問看護師
3. ケアマネジャー
4. その他 ()

貴事業所外からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 訪問診療を行う医師	2. 他事業所の訪問看護師
3. 病院医師	4. 病院看護師
5. ケアマネジャー	6. 訪問介護員等
7. その他 ()	
8. 他の医療・介護サービスを行う同席者はいない	

説明所要時間：おおよその時間をお書き下さい。

約 _____ 時間 _____ 分

問20. 居宅介護支援事業所が行うサービス担当者会議についておたずね致します。2010年12月(1ヶ月間)に看護師が出席したサービス担当者会議の回数についてご記入下さい。

回数	() 回
----	-------

問24. 貴事業所について

ご芳名、貴事業所名等は、差し支えない範囲でお書き下さい。

※記入者の職名、所在地（都道府県と市区町村名）は必ずお書き下さい。

記入者氏名			
記入者職名 (当てはまる すべてに○)	・管理者または管理職 ()		・医師
	・ケアマネジャー		・看護師
	・MSW	・介護福祉士	・訪問介護員
	・事務員	・その他 ()	
事業所名			
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)	都道府県 市区町村
電話番号	— —		
同一事業体が行っているサービス、または併設している施設(当てはまるすべてに○)	・病院	・一般診療所	・歯科診療所
	・介護老人保健施設	・特別養護老人ホーム	・調剤薬局
	・訪問看護	・訪問介護	・居宅介護支援事業所
	・行動援護	・外出介護	・デイサービス
	・ショートステイ	・グループホーム	・療護施設(入所)
	・療護施設(通所)	・有料老人ホーム	・高専賃
	・その他 ()		
職員数	正看護師	常勤 () 人	非常勤 () 人
	准看護師	常勤 () 人	非常勤 () 人
	保健師	常勤 () 人	非常勤 () 人

— 以上でアンケートは終わりです。ご協力頂きまして誠にありがとうございました。—

第3章 調査結果

2. 『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

2) 職種別調査票

訪問介護事業所 用

〈問 16～問 24〉

問16. 貴事業所における訪問介護サービスの提供実績についておたずね致します。

2010年12月(1ヶ月間)に訪問介護サービスを提供した方の人数についてご記入ください。

	サービス提供者数
身体介護	()人
重度訪問介護Ⅰ	()人
重度訪問介護Ⅱ	()人
重度訪問介護Ⅲ	()人
重度障害者等 包括支援(Ⅰ類型)	()人

問17. 貴事業所が重度の方(重度訪問介護、重度障害者等包括支援など)の訪問介護を担当するきっかけとして、よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. ケアマネジャーからの紹介
2. 病院からの紹介
3. 診療所からの紹介
4. 行政窓口からの紹介
5. 療養者本人・家族による直接の依頼
6. その他 ()

問18. 訪問介護を必要とする患者・療養者のうち、重度の方(重度訪問介護、重度障害者等包括支援など)に対する将来の受け入れについて、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 受け入れ数の規模を拡大する
2. 当分は現状を維持していく
3. 受け入れ数の規模を縮小する
4. いずれ受け入れをやめるつもりである
5. 受け入れを行っていない

問19. 病院に入院中の方が退院し、在宅療養に移行する場合についておたずね致します。退院後の療養生活と訪問介護サービスの提供に関してどのような体制で本人や家族への説明を行ないますか。

説明時期：よくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 退院前に行い、退院後に改めて行う
2. 退院前にのみ行う
3. 退院後にのみ行う
4. その他 ()

貴事業所内からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

(兼務している場合もそれらすべてに○をつけて下さい)

1. 事業所管理者
2. サービス提供責任者
3. 実際に在宅に赴く訪問介護員
4. ケアマネジャー
5. その他 ()

貴事業所外からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 訪問診療を行う医師	2. 訪問看護師
3. 病院医師	4. 病院看護師
5. ケアマネジャー	6. 他事業所の訪問介護員等
7. その他 ()	
8. 他の医療・介護サービスを行う同席者はいない	

説明所要時間：おおよその時間をお書き下さい。

約 _____ 時間 _____ 分

問20. 居宅介護支援事業所が行うサービス担当者会議についておたずね致します。2010年12月(1ヶ月間)に訪問介護員等が出席したサービス担当者会議の回数についてご記入下さい。

回数	() 回
----	-------

問24. 貴事業所について

ご芳名、貴事業所名等は、差し支えない範囲でお書き下さい。

※記入者の職名、所在地（都道府県と市区町村名）は必ずお書き下さい。

記入者氏名			
記入者職名 (当てはまる すべてに○)	・管理者または管理職 ()		・医師
	・ケアマネジャー		・看護師
	・介護福祉士	・訪問介護員	
	・MSW	・事務員	・その他 ()
事業所名			
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)	都道府県 市区町村
電話番号	— —		
同一事業体が行っているサービス、または併設している施設(当てはまるすべてに○)	・病院	・一般診療所	・歯科診療所
	・介護老人保健施設	・特別養護老人ホーム	・調剤薬局
	・訪問看護	・訪問介護	・居宅介護支援事業所
	・行動援護	・外出介護	・デイサービス
	・ショートステイ	・グループホーム	・療護施設(入所)
	・療護施設(通所)	・有料老人ホーム	・高専賃
	・その他 ()		
職員数	介護福祉士	常勤 () 人	非常勤 () 人
	ホームヘルパー	常勤 () 人	非常勤 () 人
	重度研修修了者	常勤 () 人	非常勤 () 人

— 以上でアンケートは終わりです。ご協力頂きまして誠にありがとうございました。—

第3章 調査結果

2. 『生きることの全体』を支える I C F（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

2) 職種別調査票

居宅介護支援事業所 用

〈問 16～問 24〉

問16. 貴事業所における居宅介護支援サービスの提供実績についておたずね致します。2010年12月(1ヶ月間)に居宅介護支援サービスを提供した方の人数についてご記入ください。

		サービス提供者数
合計		()人
合計のうち、	訪問介護利用者	()人
	訪問看護利用者	()人
	人工呼吸器装着	()人
	悪性腫瘍	()人
	吸引器の利用者	()人
	胃瘻経管栄養実施者	()人

問17. 貴事業所が重度の方(悪性腫瘍、人工呼吸器装着など)の居宅介護支援を担当するきっかけとして、よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 他のケアマネジャーからの紹介
2. 病院からの紹介
3. 診療所からの紹介
4. 行政窓口からの紹介
5. 療養者本人・家族による直接の依頼
6. その他 ()

問18. 居宅介護支援を必要とする患者・療養者のうち、重度の方(悪性腫瘍、人工呼吸器装着など)に対する将来の受け入れについて、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 受け入れ数の規模を拡大する
2. 当分は現状を維持していく
3. 受け入れ数の規模を縮小する
4. いずれ受け入れをやめるつもりである
5. 受け入れを行っていない

問19. 病院に入院中の方が退院し、在宅療養に移行する場合についておたずね致します。退院後の療養生活と介護サービスに関して、どのような体制で本人や家族への説明を行いますか。

説明時期：よくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 退院前に行い、退院後に改めて行う
2. 退院前にのみ行う
3. 退院後にのみ行う
4. その他 ()

貴事業所内からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

(兼務している場合もそれらすべてに○をつけて下さい)

1. 事業所管理者
2. ケアマネジャー
3. その他 ()

貴事業所外からの同席者：よくあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 訪問診療を行う医師	2. 訪問看護師
3. 病院医師	4. 病院看護師
5. 訪問介護員等	
6. その他 ()	
7. 他の医療・介護サービスを行う同席者はいない	

説明所要時間：おおよその時間をお書き下さい。

約 _____ 時間 _____ 分

問20. サービス担当者会議についておたずね致します。2010年12月(1ヶ月間)に貴事業所がサービス担当者会議を行なった回数についてご記入下さい。

回数	() 回
----	-------

問24. 貴事業所について

ご芳名、貴事業所名等は、差し支えない範囲でお書き下さい。

※記入者の職名、所在地（都道府県と市区町村名）は必ずお書き下さい。

記入者氏名			
記入者職名 (当てはまる すべてに○)	・管理者または管理職 ()		・医師
			・看護師
	・ケアマネジャー	・介護福祉士	・訪問介護員
	・MSW	・事務員	・その他 ()
事業所名			
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)	都道府県 市区町村
電話番号	— —		
同一事業体が行っているサービス、または併設している施設(当てはまるすべてに○)	・病院	・一般診療所	・歯科診療所
	・介護老人保健施設	・特別養護老人ホーム	・調剤薬局
	・訪問看護	・訪問介護	・居宅介護支援事業所
	・行動援護	・外出介護	・デイサービス
	・ショートステイ	・グループホーム	・療護施設(入所)
	・療護施設(通所)	・有料老人ホーム	・高専賃
	・その他 ()		
職員数	ケアマネジャー	常勤 () 人	非常勤 () 人

— 以上でアンケートは終わりです。ご協力頂きまして誠にありがとうございました。—

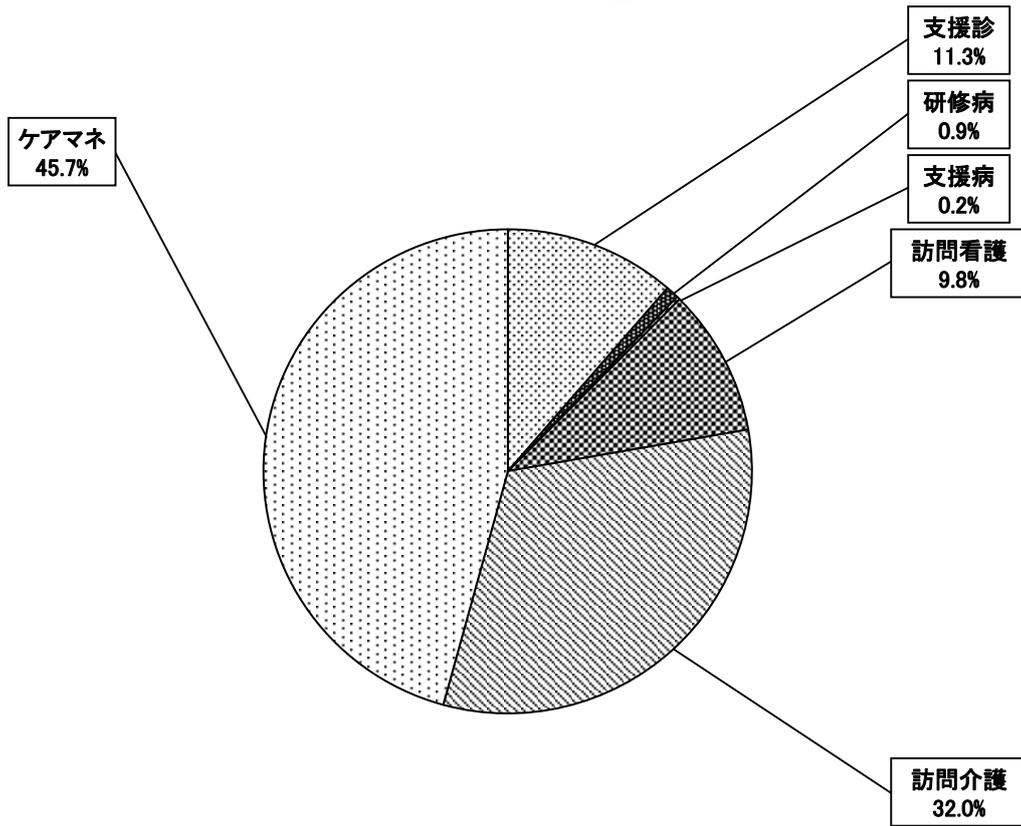
第3章 調査結果

2. 『生きることの全体』を支える ICF（国際生活機能分類）に基づく医療・介護の包括的提供と運営戦略に関する調査

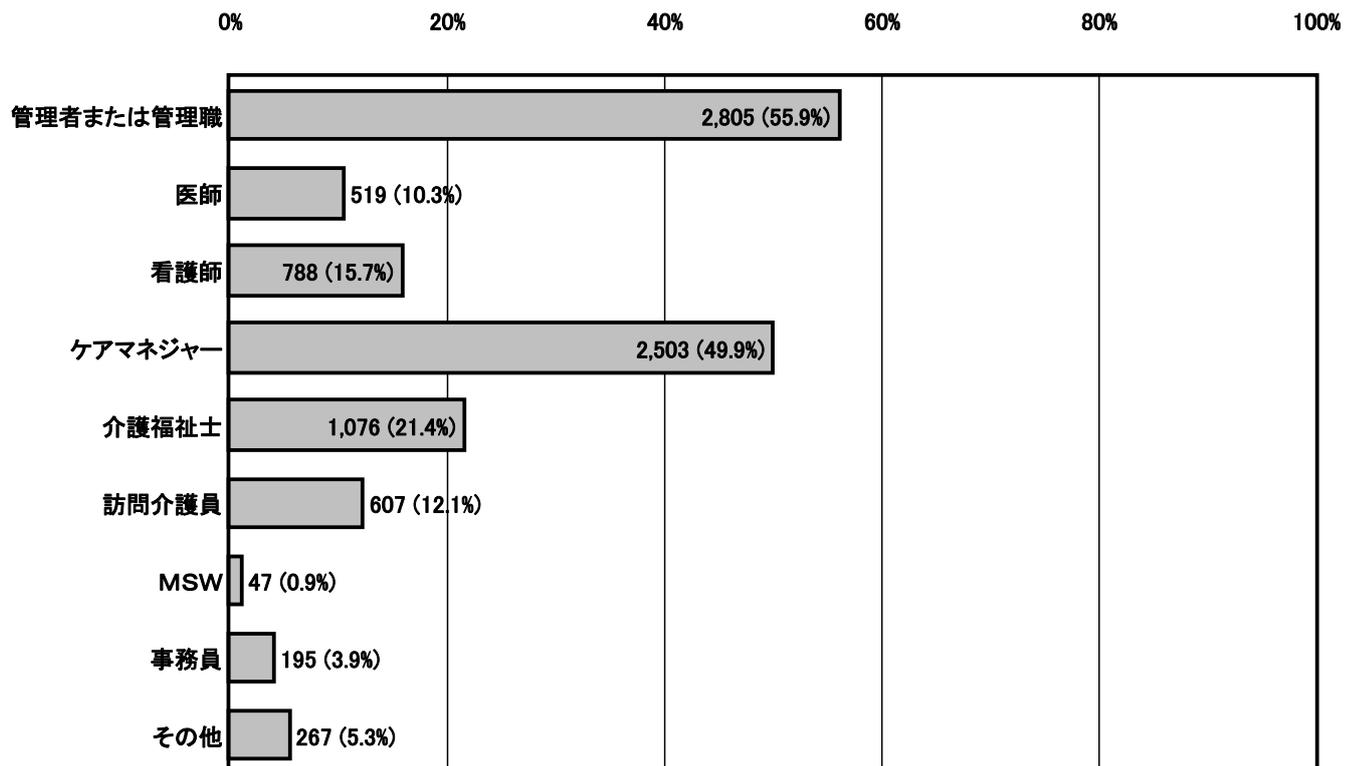
3) 集計結果

回答者構成

図A-0-1 業種

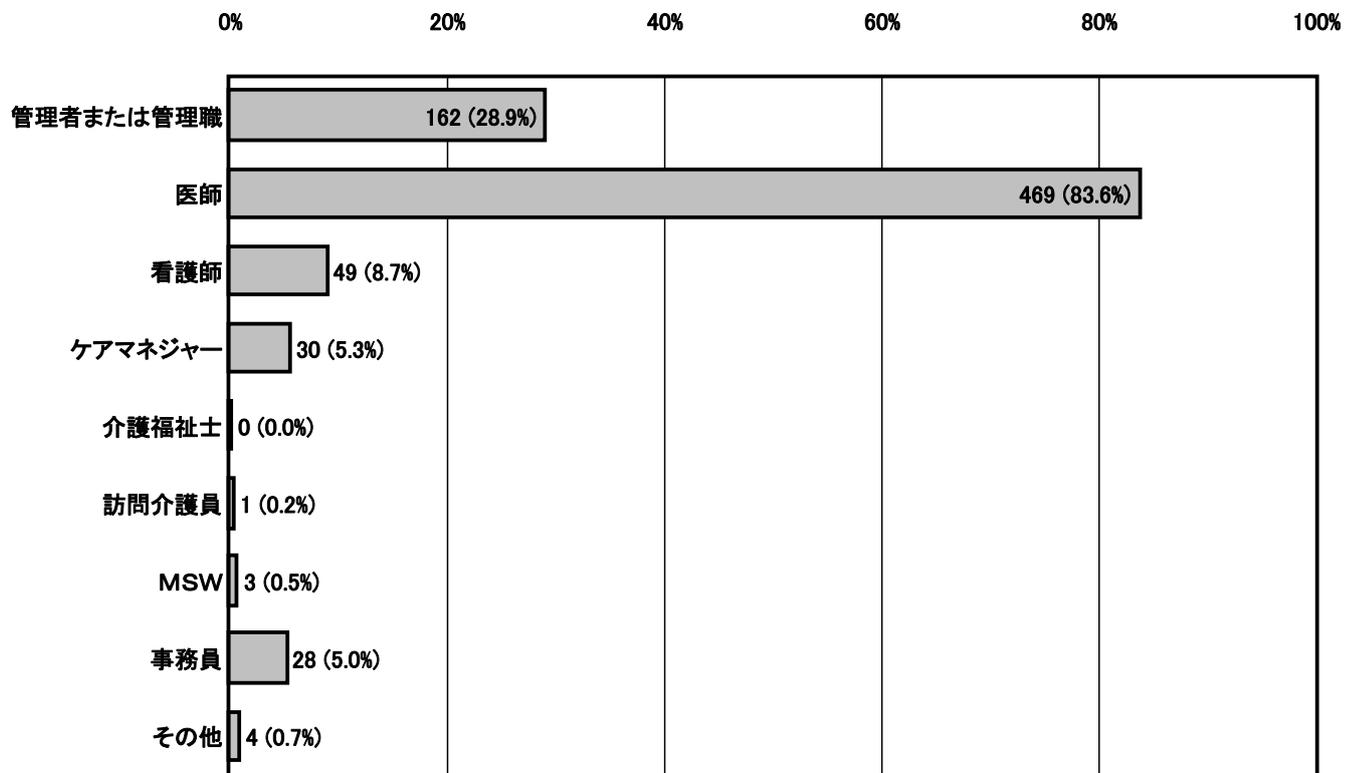


図A-0-2 職種 - 全業種
(n = 5,018, 複数回答)

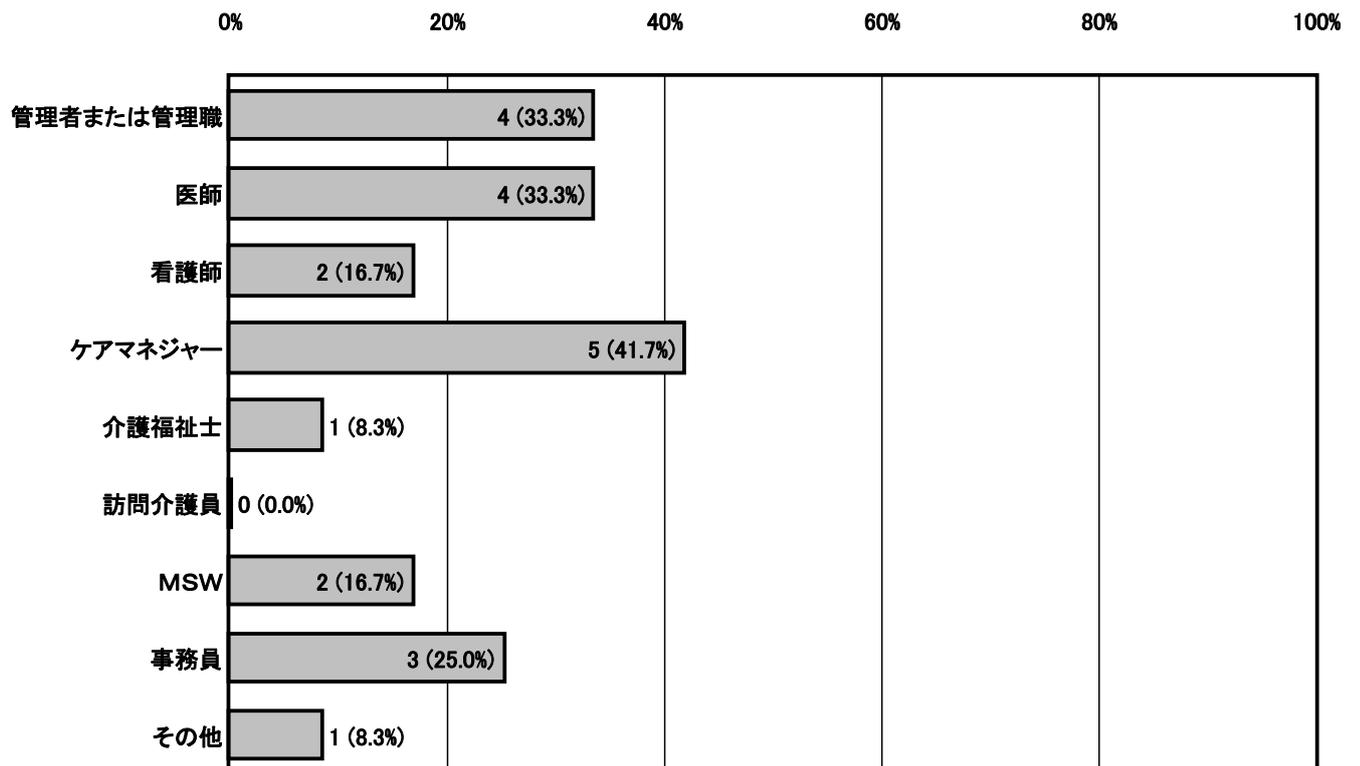


回答者構成

図A-1-2 職種 - 在宅療養支援診療所
(n = 561, 複数回答)

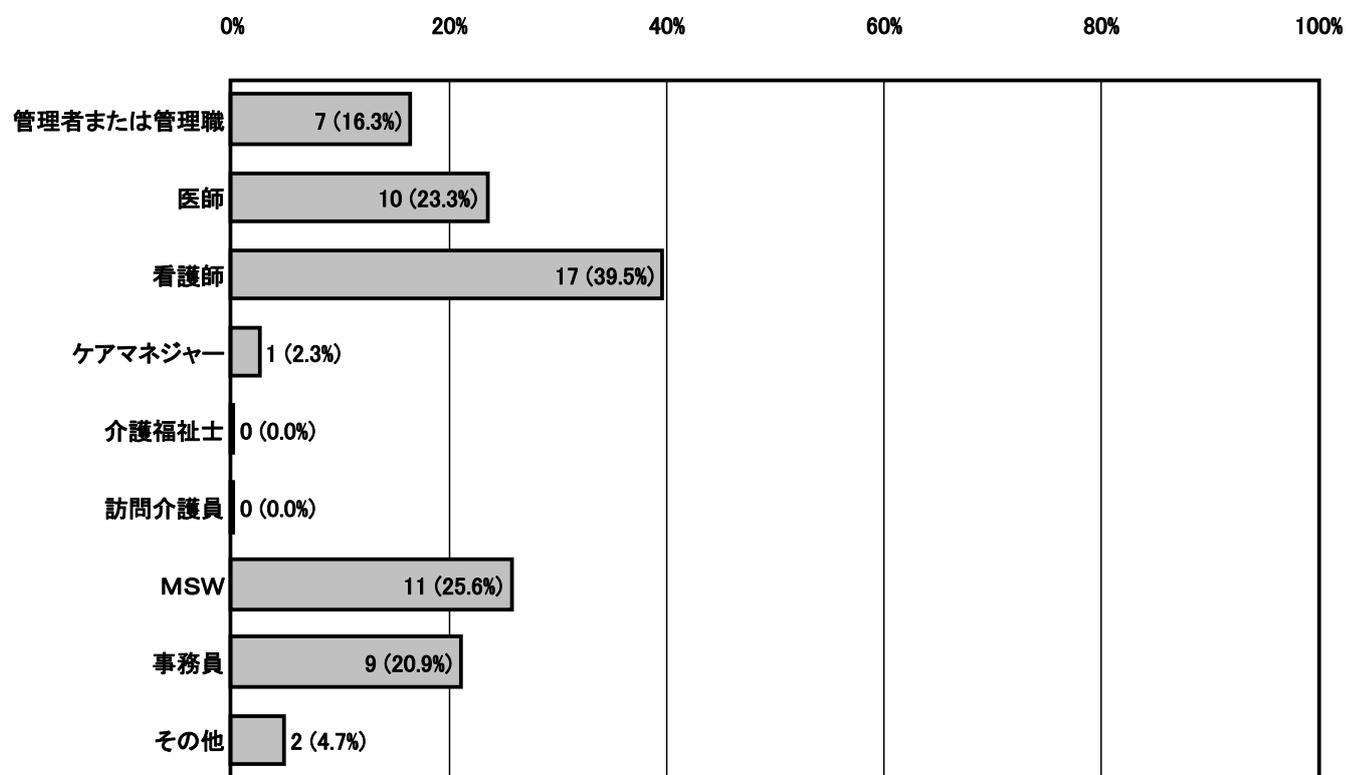


図A-2-2 職種 - 在宅療養支援病院
(n = 12, 複数回答)

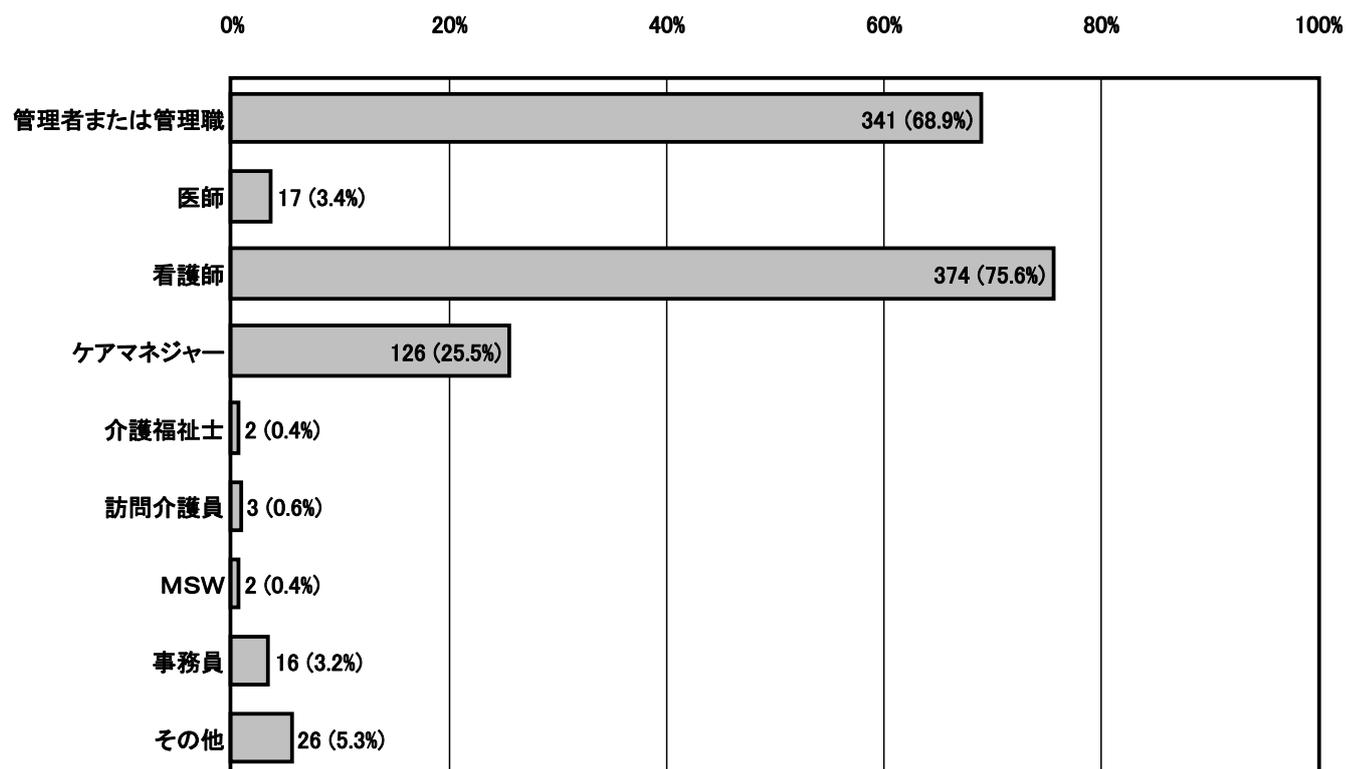


回答者構成

図A-3-2 職種 - 臨床研修指定病院
(n = 43, 複数回答)

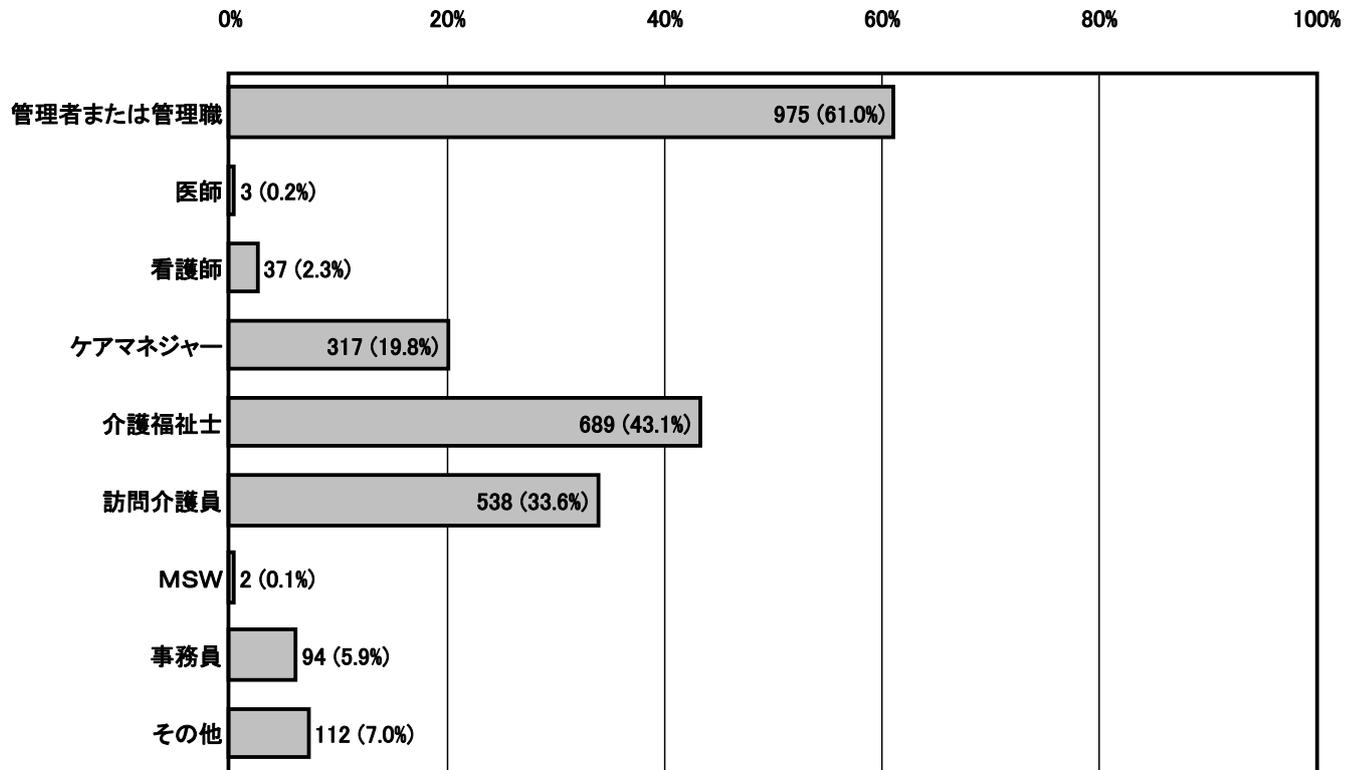


図A-4-2 職種 - 訪問看護事業所
(n = 495, 複数回答)

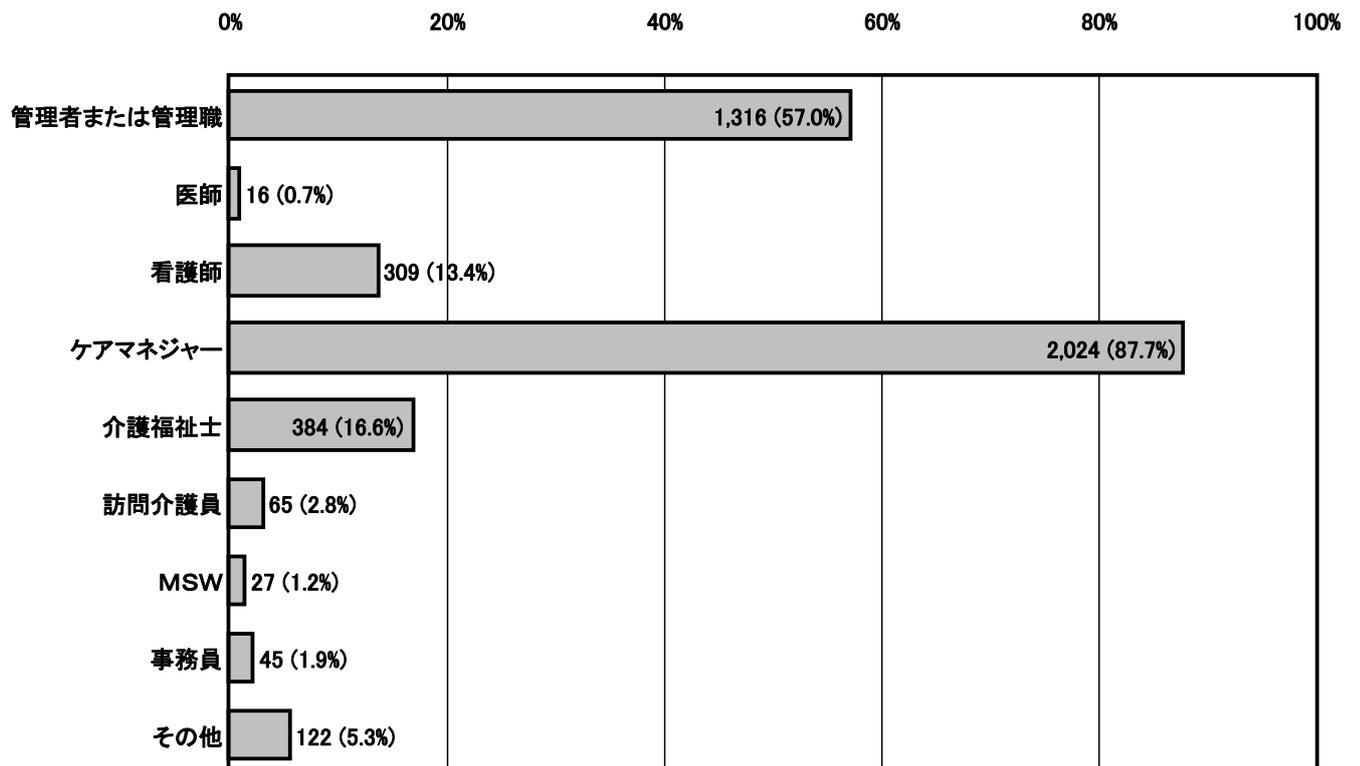


回答者構成

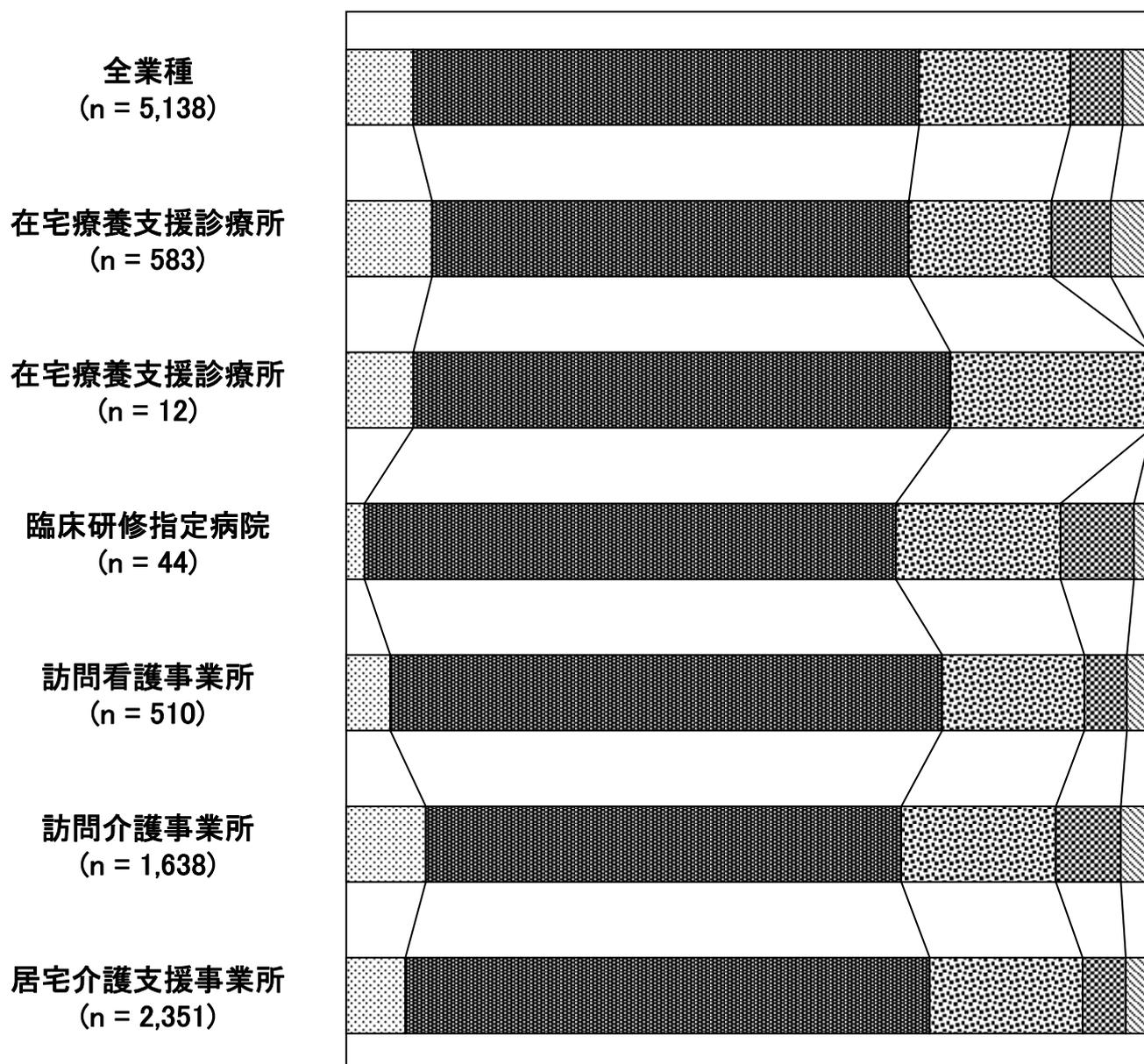
図A-5-2 職種 - 訪問介護事業所
(n = 1,599, 複数回答)



図A-6-2 職種 - 居宅介護支援事業所
(n = 2,308, 複数回答)

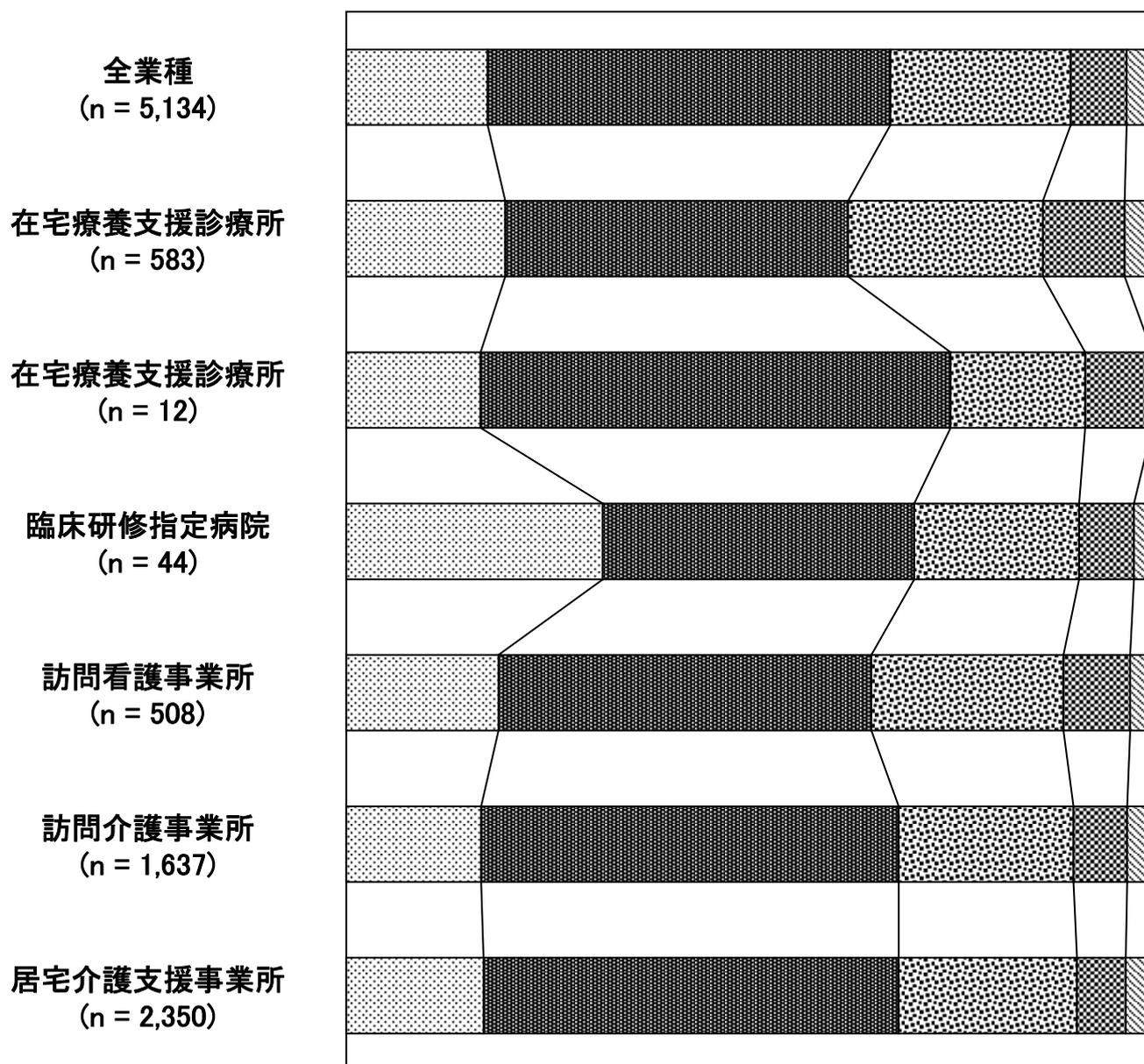


図B-0-1 問1 ピンピンコロリー自分自身のこれまでの意識



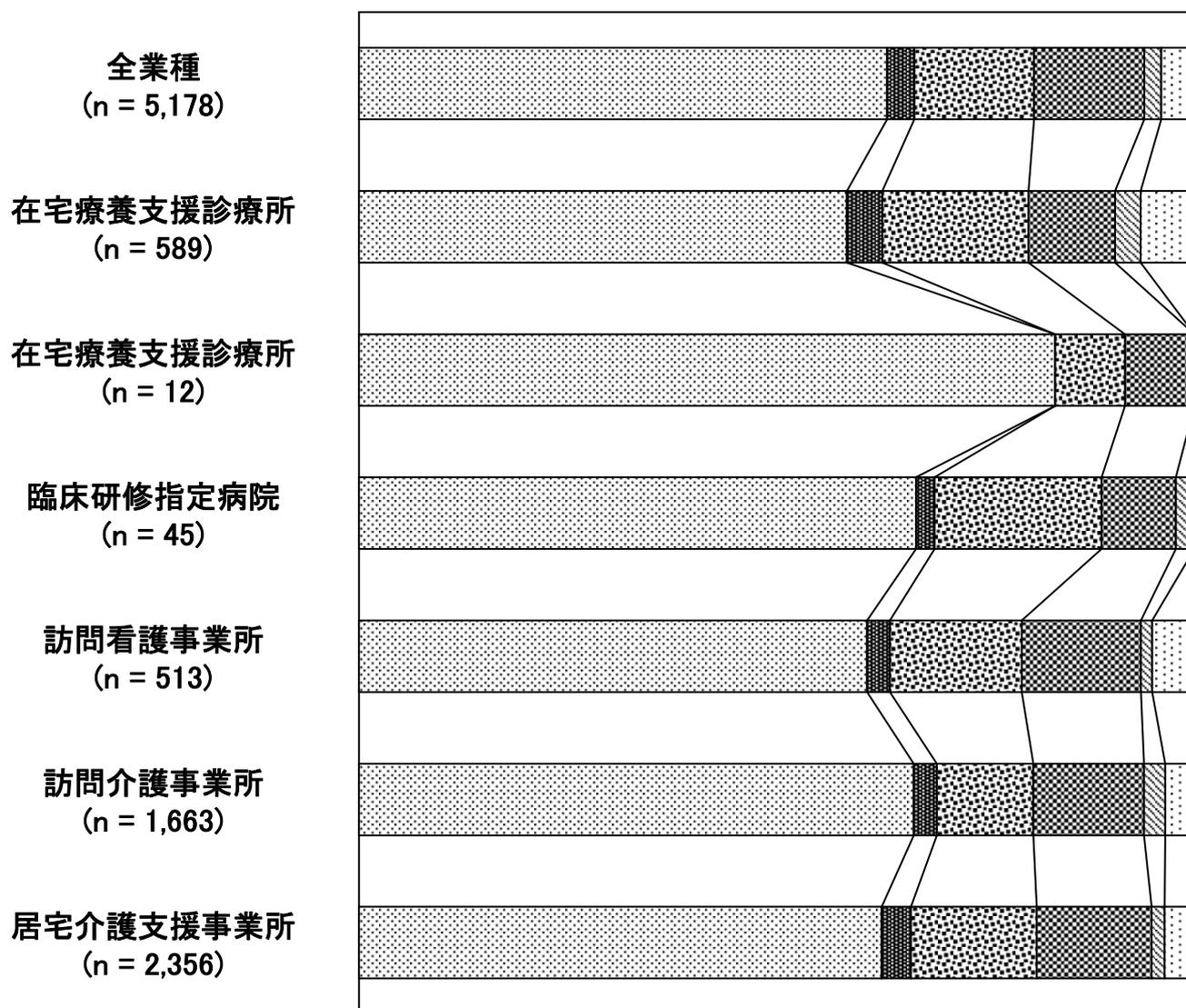
	 どちらかとい うとピンピンコ ロリと死ねる と思っていた	 どちらかとい うとピンピンコ ロリと死ねる とは思ってい なかった	 1. 2. のどち らともいえな かった	 考えて見たこ ともなかった	 その他
全業種	8.3%	62.8%	18.8%	6.5%	3.7%
在宅療養支援診療所	10.6%	59.2%	17.7%	7.4%	5.1%
在宅療養支援診療所	8.3%	66.7%	25.0%	0.0%	0.0%
臨床研修指定病院	2.3%	65.9%	20.5%	9.1%	2.3%
訪問看護事業所	5.5%	68.4%	17.6%	5.3%	3.1%
訪問介護事業所	9.9%	59.0%	19.2%	8.1%	3.9%
居宅介護支援事業所	7.3%	65.1%	19.0%	5.4%	3.3%

図B-0-2 問2 ピンピンコロリ周辺のこれまでの意識



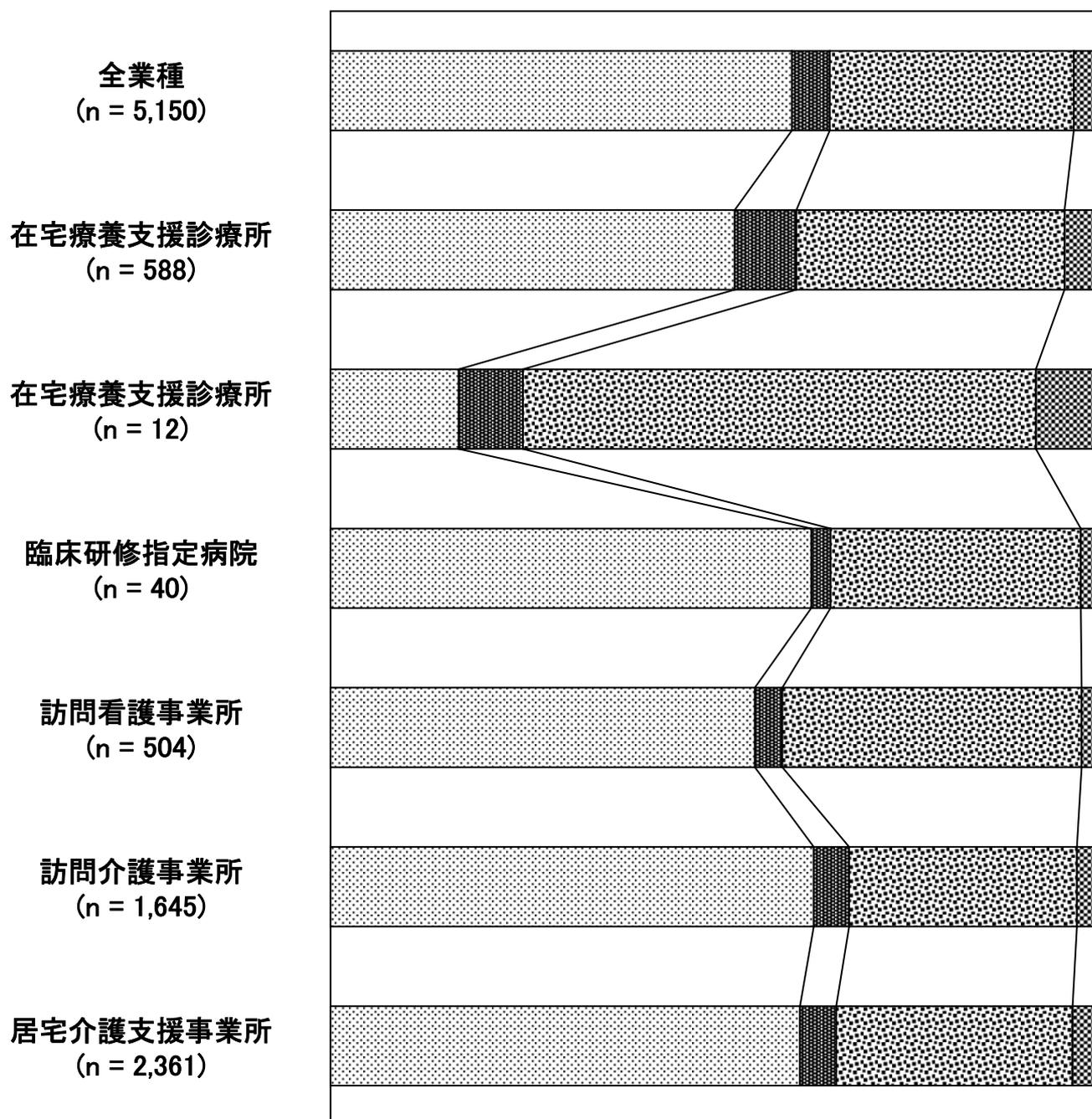
	どちらかという とピンピンコ ロリと死ねる と思っている ようだ	どちらかとい うとピンピンコ ロリと死ねる とは思ってい ないようだ	1. 2. のどち らともいえな いようだ	考えて見たこ ともないよう だ	その他
全業種	17.5%	50.0%	22.4%	6.9%	3.2%
在宅療養支援診療所	19.7%	42.5%	24.2%	10.1%	3.4%
在宅療養支援診療所	16.7%	58.3%	16.7%	8.3%	0.0%
臨床研修指定病院	31.8%	38.6%	20.5%	6.8%	2.3%
訪問看護事業所	18.9%	46.3%	23.8%	8.3%	2.8%
訪問介護事業所	16.7%	51.8%	21.7%	6.7%	3.1%
居宅介護支援事業所	17.0%	51.5%	22.1%	6.0%	3.3%

図B-0-3 問3 ピンピンコロリー自分自身のこれからの意識



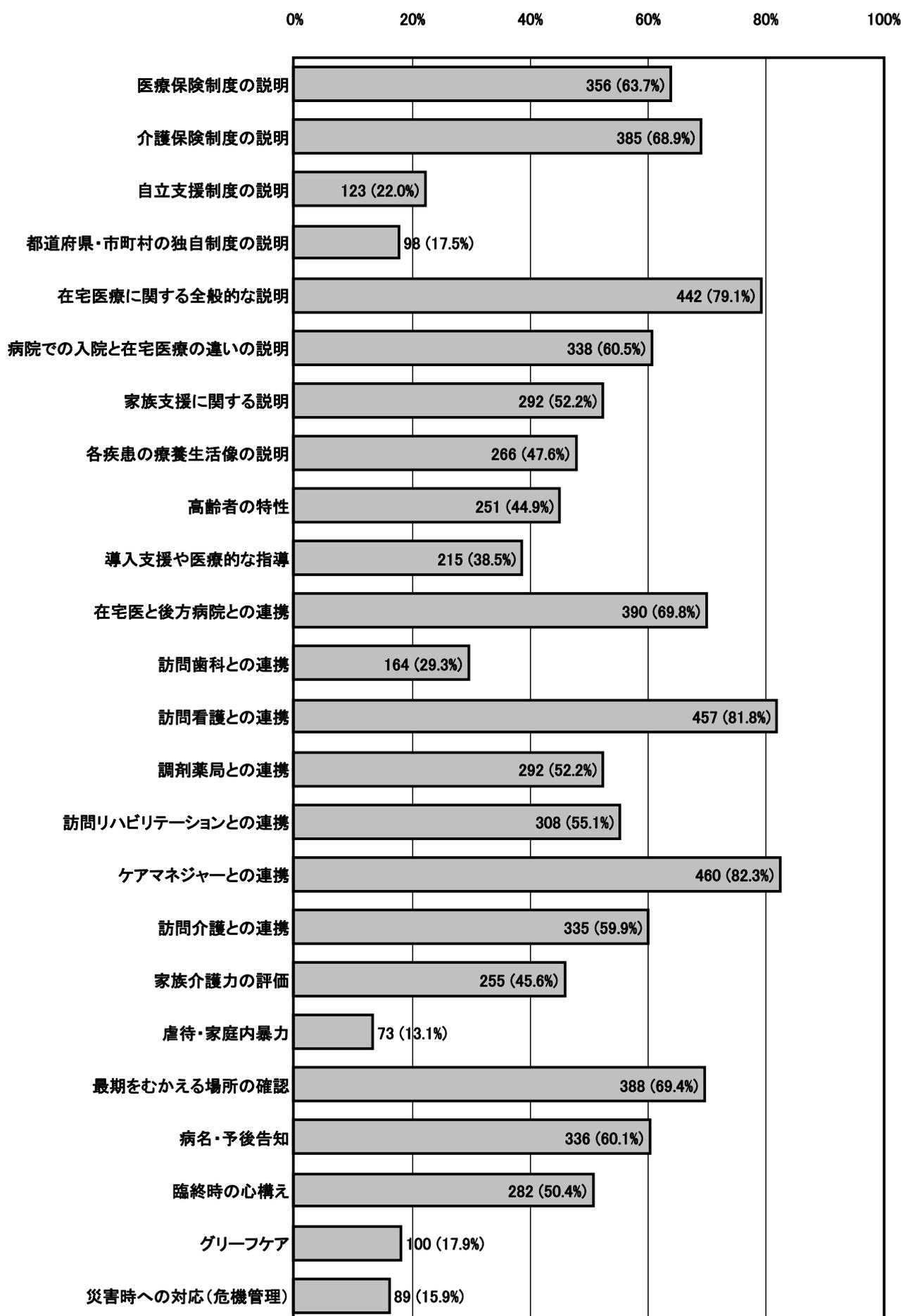
	どちらかというピンピンコロリーと死にたい	どちらかというピンピンコロリーと死にたくない	どちらかというピンピンコロリーとは死ななくてもよい(障害を持ち介護を受けてもよい)	1. 2. 3. のどれともいえない	考えても見ない	その他
全業種	63.2%	3.2%	14.3%	13.2%	2.0%	4.0%
在宅療養支援診療所	58.4%	4.2%	17.5%	10.4%	3.1%	6.5%
在宅療養支援診療所	83.3%	0.0%	8.3%	8.3%	0.0%	0.0%
臨床研修指定病院	66.7%	2.2%	20.0%	8.9%	2.2%	0.0%
訪問看護事業所	60.8%	2.7%	15.8%	14.2%	1.4%	5.1%
訪問介護事業所	66.4%	2.8%	11.5%	13.2%	2.6%	3.5%
居宅介護支援事業所	62.6%	3.5%	15.1%	13.8%	1.6%	3.6%

図B-0-7 問7 ICFの活用による支援は最適なものと言えるか

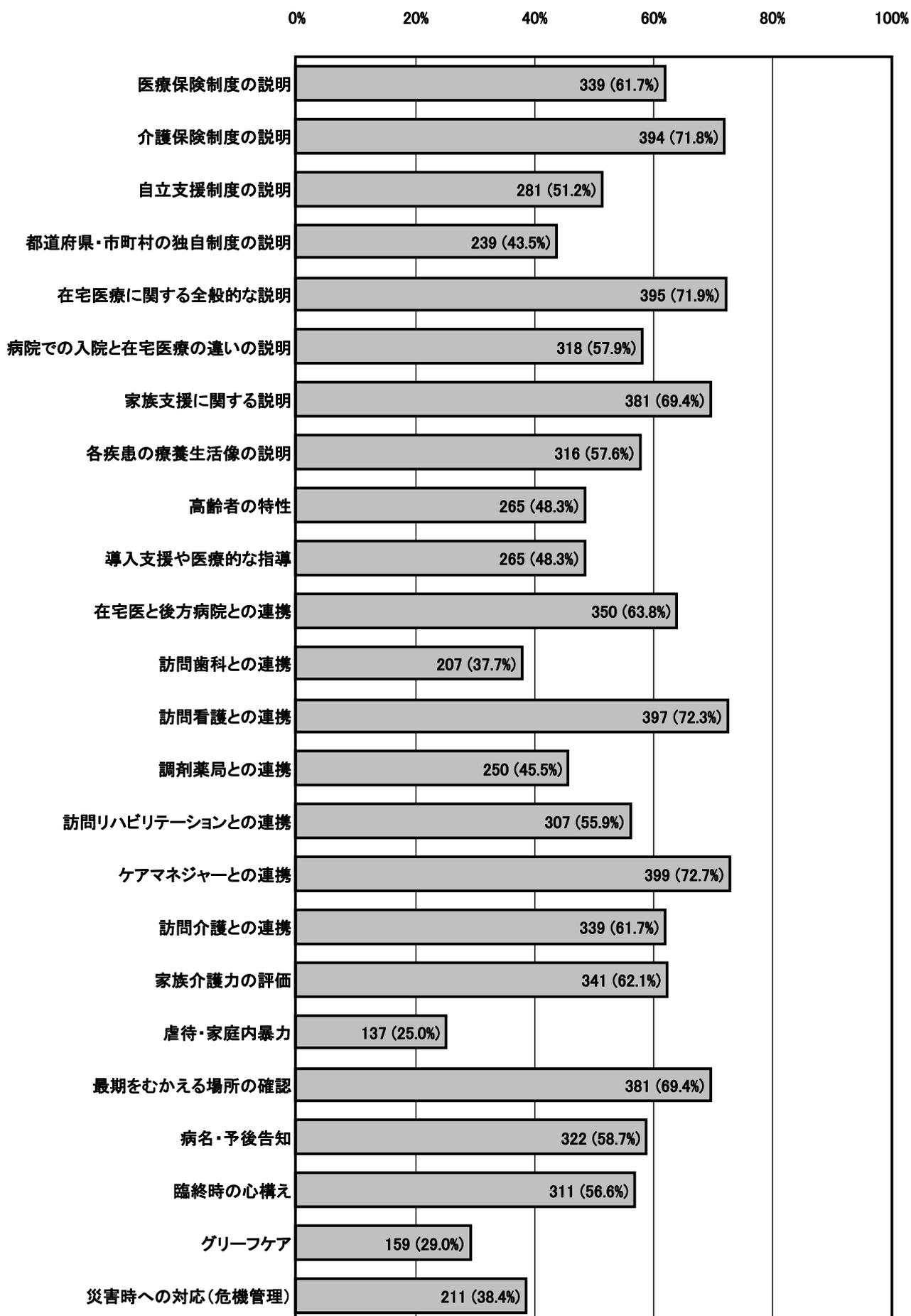


	いえる	いえない	わからない	その他
全業種	60.0%	4.9%	31.7%	3.4%
在宅療養支援診療所	52.6%	8.0%	34.9%	4.6%
在宅療養支援診療所	16.7%	8.3%	66.7%	8.3%
臨床研修指定病院	62.5%	2.5%	32.5%	2.5%
訪問看護事業所	55.2%	3.6%	38.9%	2.4%
訪問介護事業所	62.8%	4.6%	29.6%	3.0%
居宅介護支援事業所	61.0%	4.7%	30.7%	3.6%

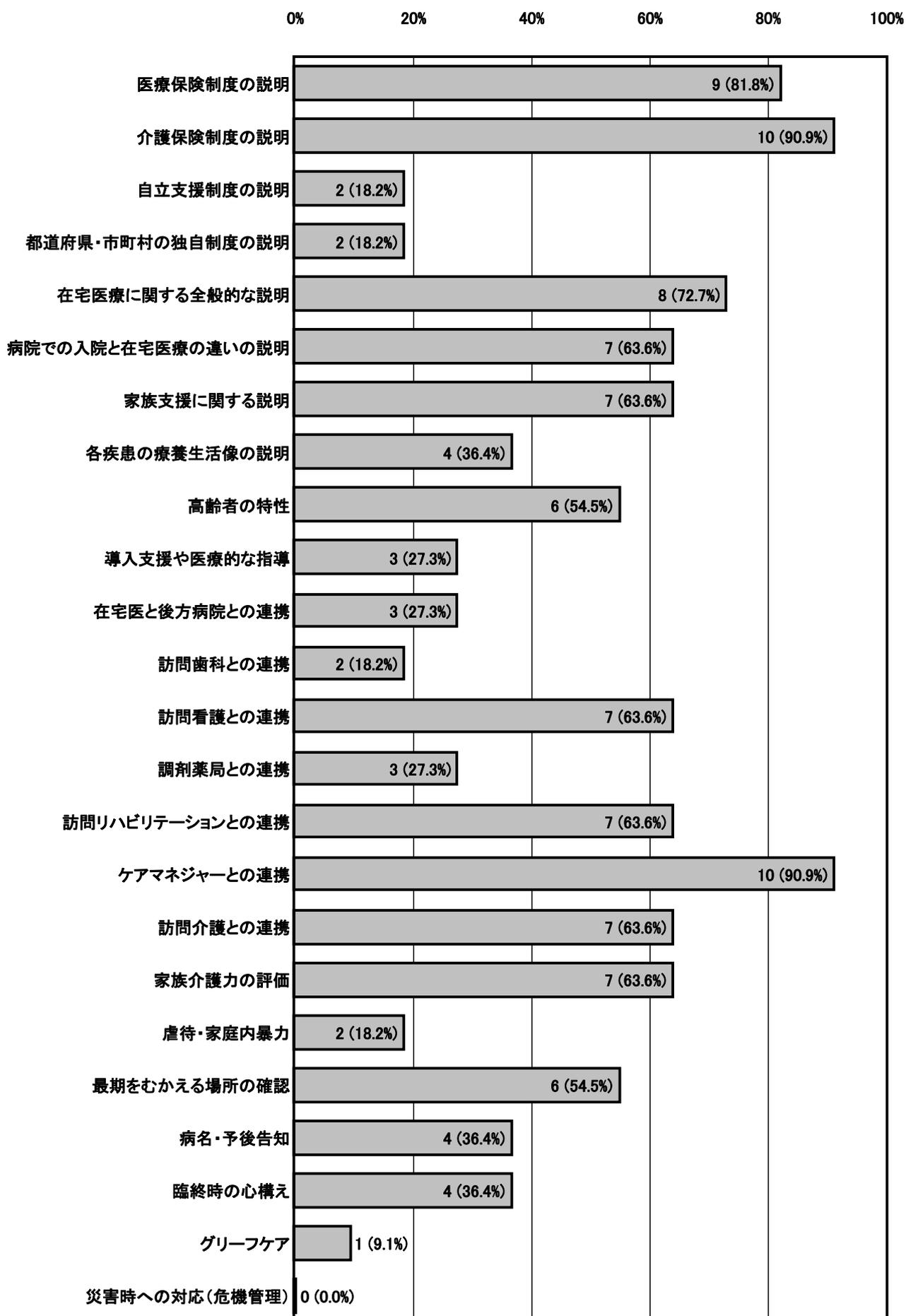
図B-1-10 問10 自身が実際に説明している内容 - 在宅療養支援診療所
(n = 559, 複数回答)



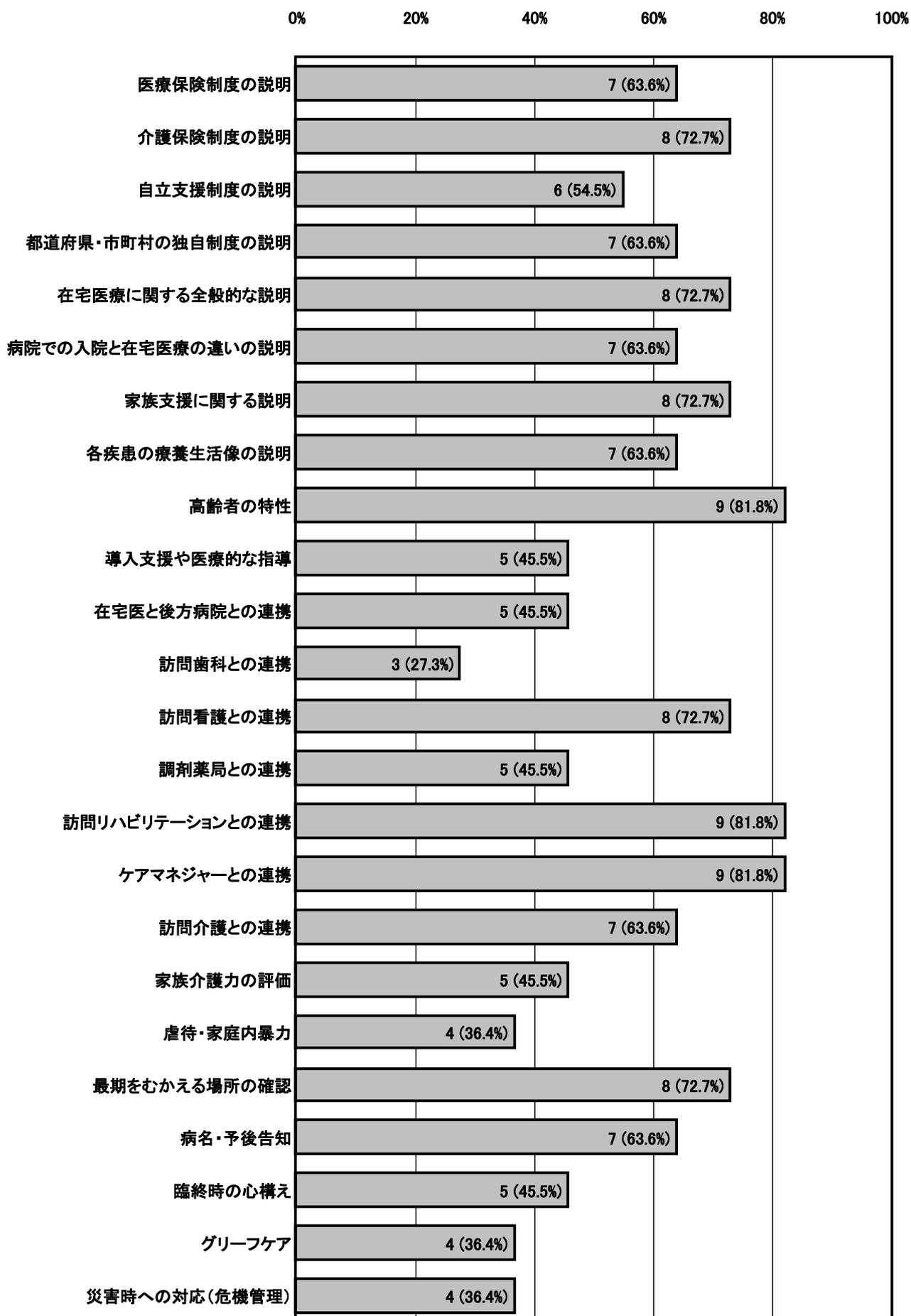
図B-1-11 問11 説明すべき重要なこと - 在宅療養支援診療所
(n = 549, 複数回答)



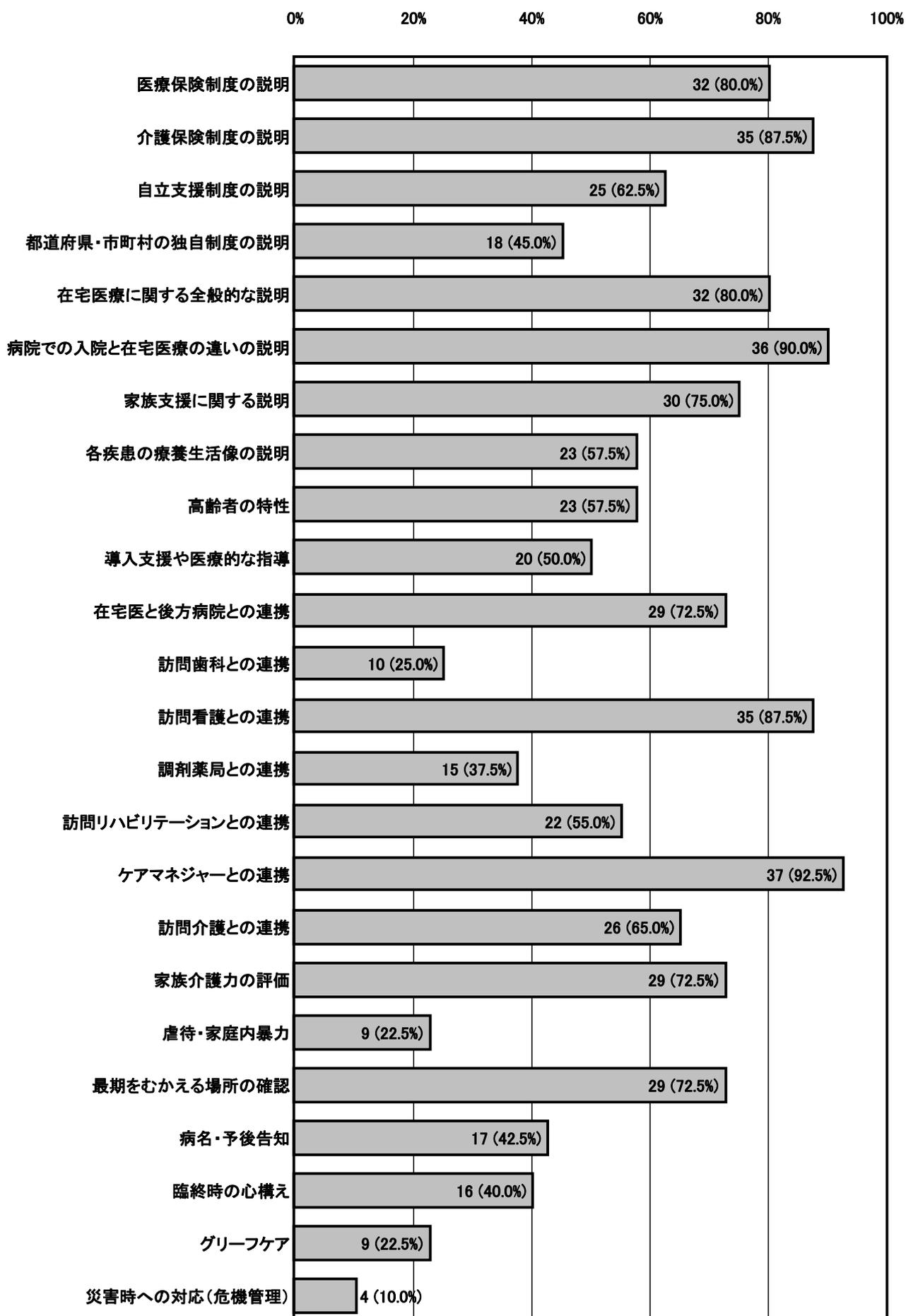
図B-2-10 問10 自身が実際に説明している内容 - 在宅療養支援病院
(n = 11, 複数回答)



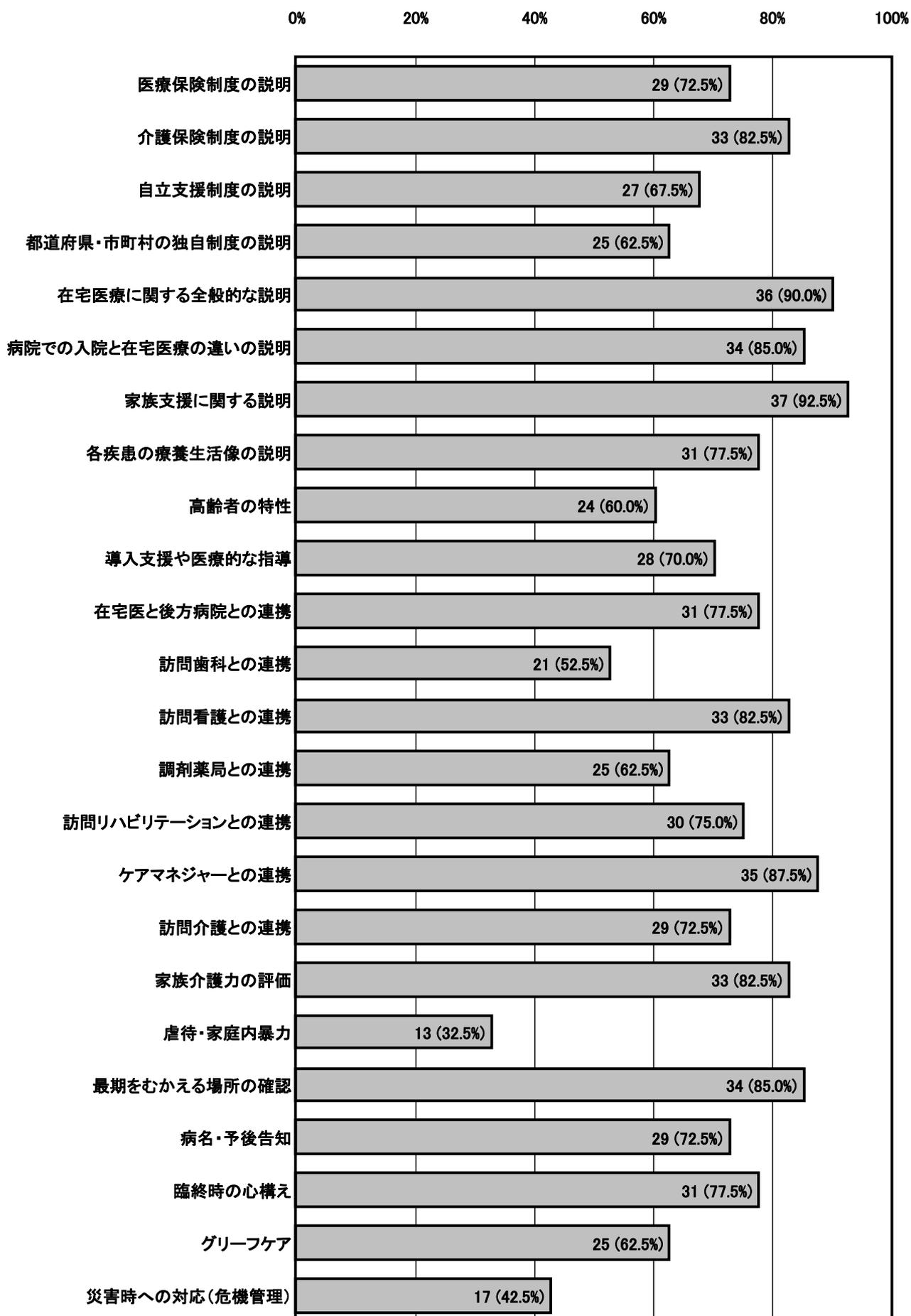
図B-2-11 問11 説明すべき重要なこと - 在宅療養支援病院
(n = 11, 複数回答)



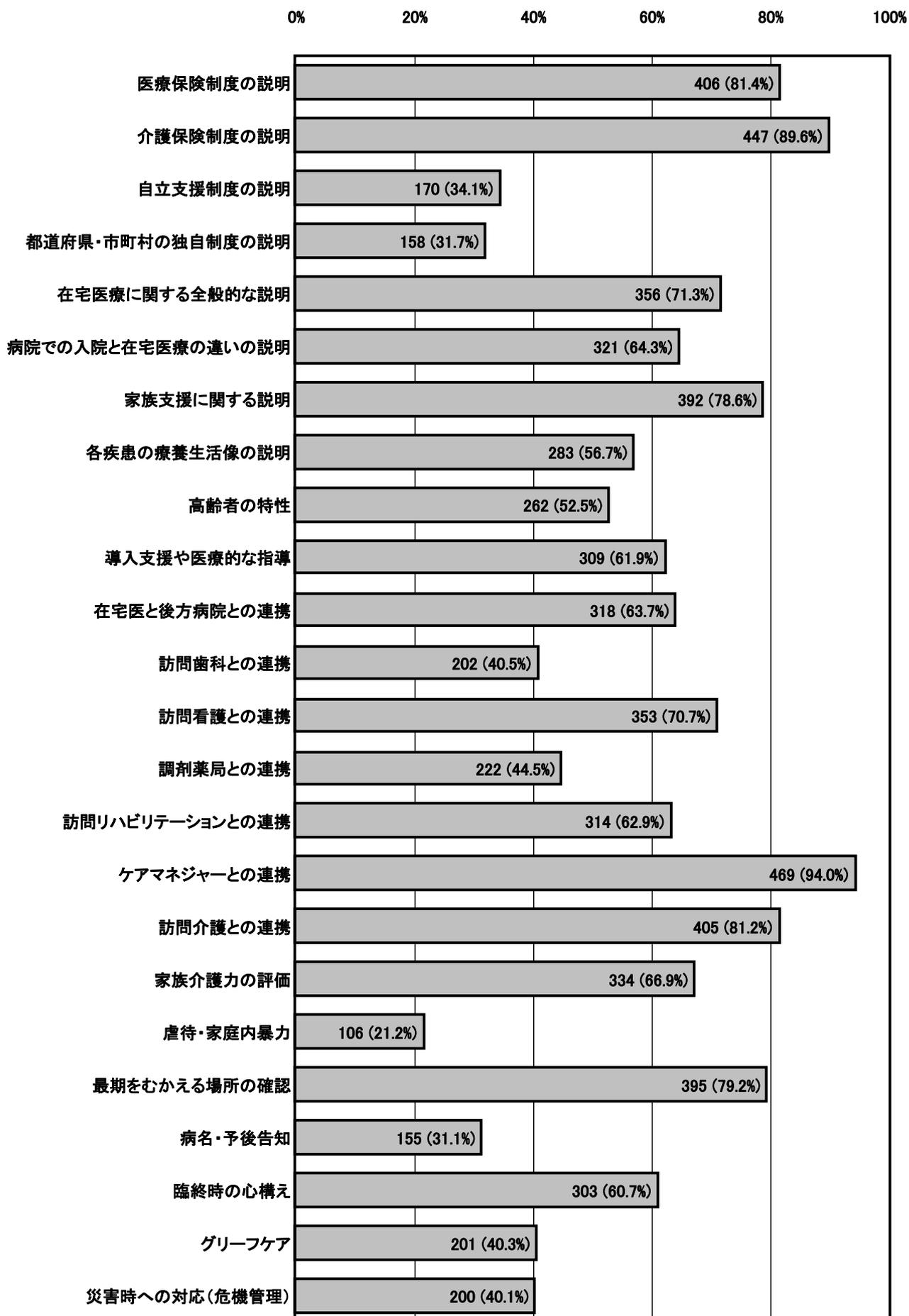
図B-3-10 問10 自身が実際に説明している内容 - 臨床研修指定病院
(n = 40, 複数回答)



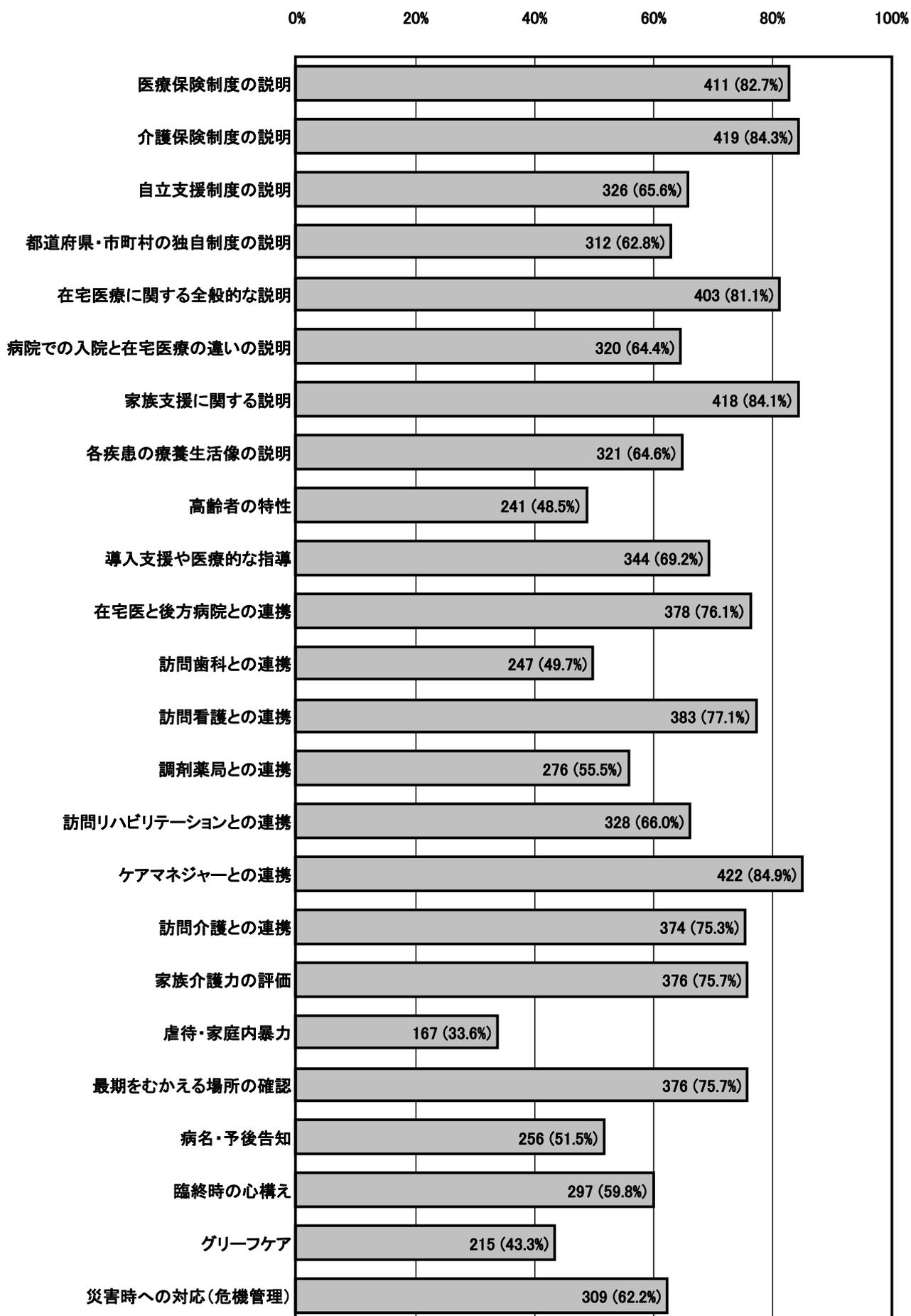
図B-3-11 問11 説明すべき重要なこと - 臨床研修指定病院
(n = 40, 複数回答)



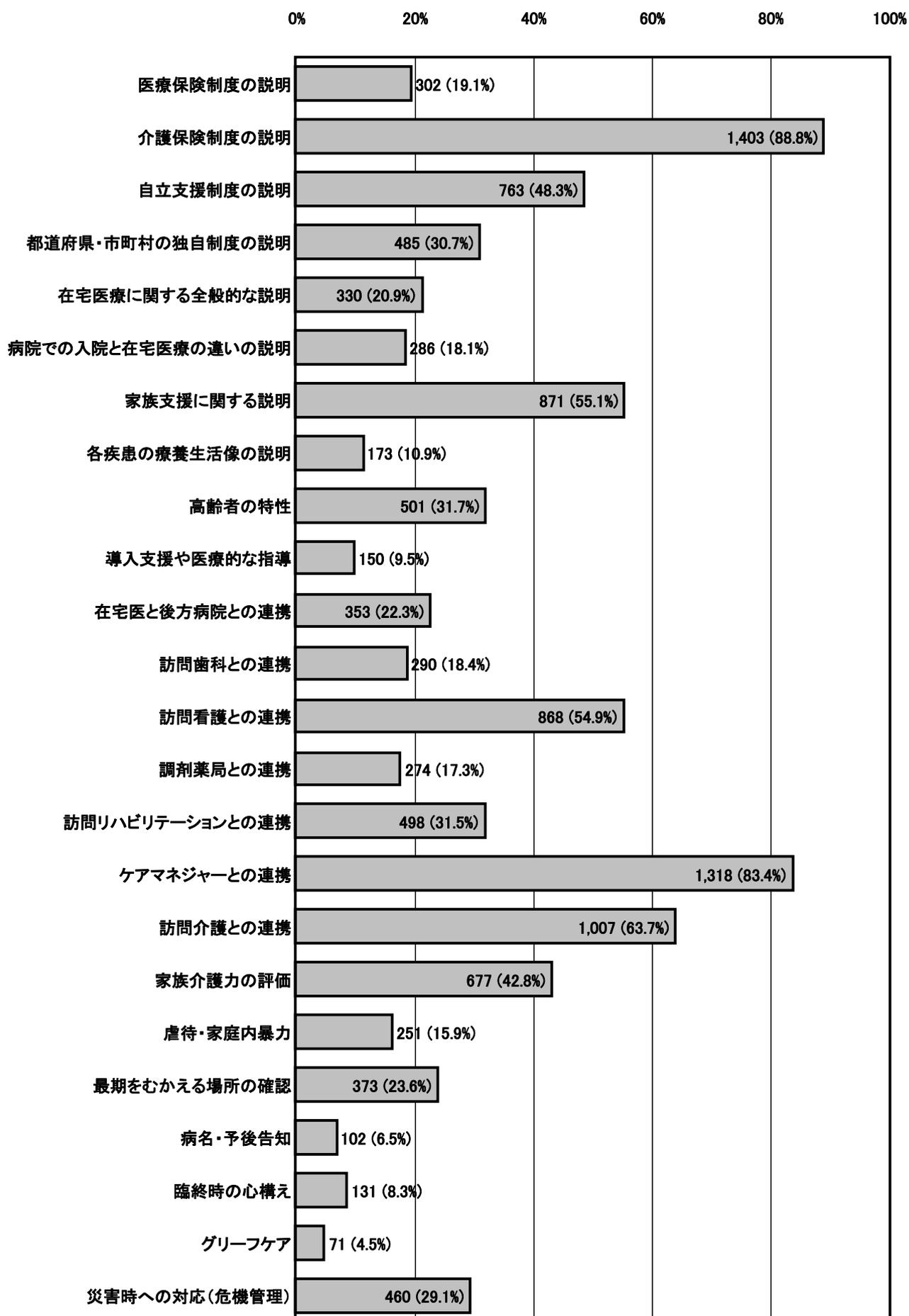
図B-4-10 問10 自身が実際に説明している内容 - 訪問看護事業所
(n = 499, 複数回答)



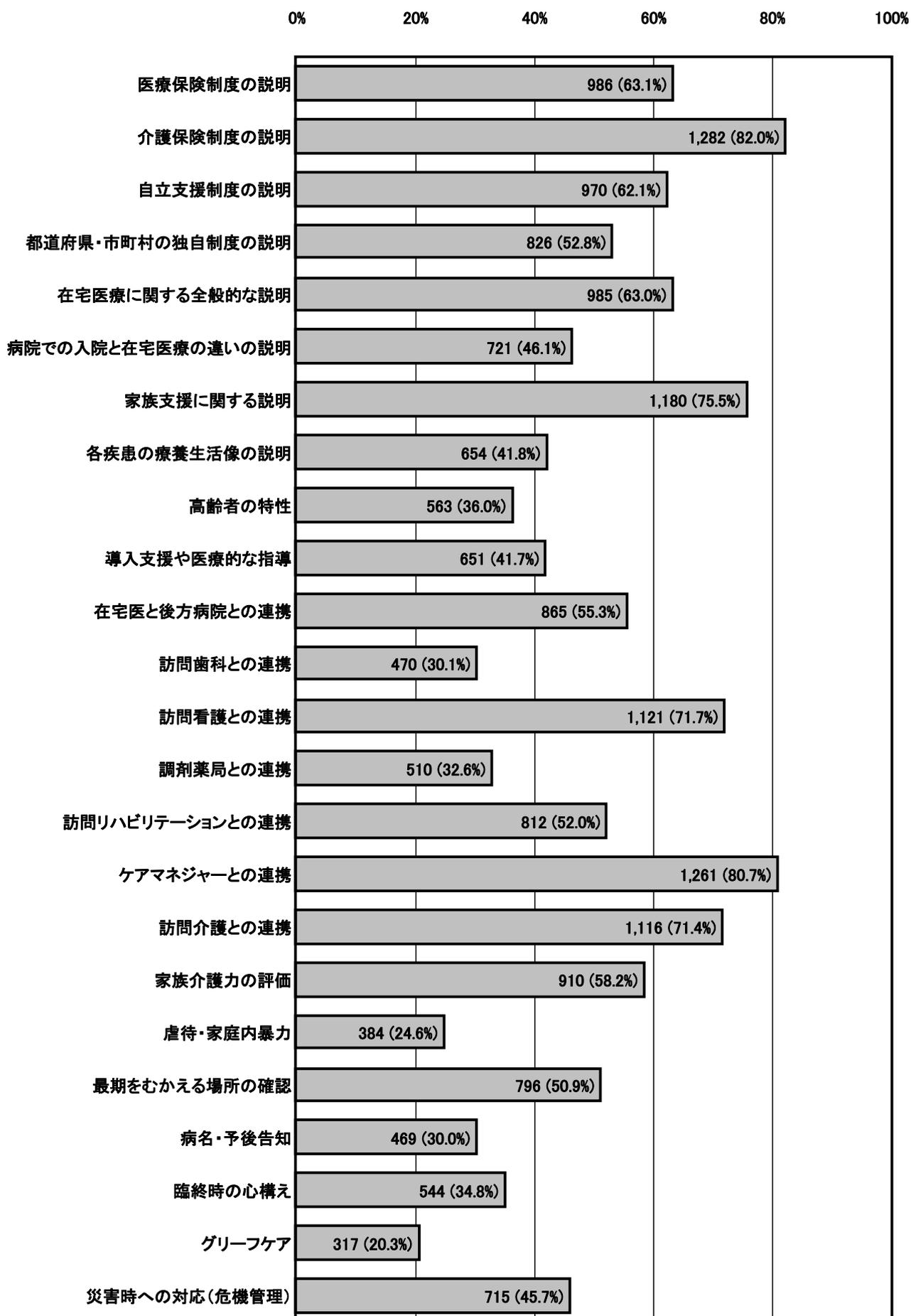
図B-4-11 問11 説明すべき重要なこと - 訪問看護事業所
(n = 497, 複数回答)



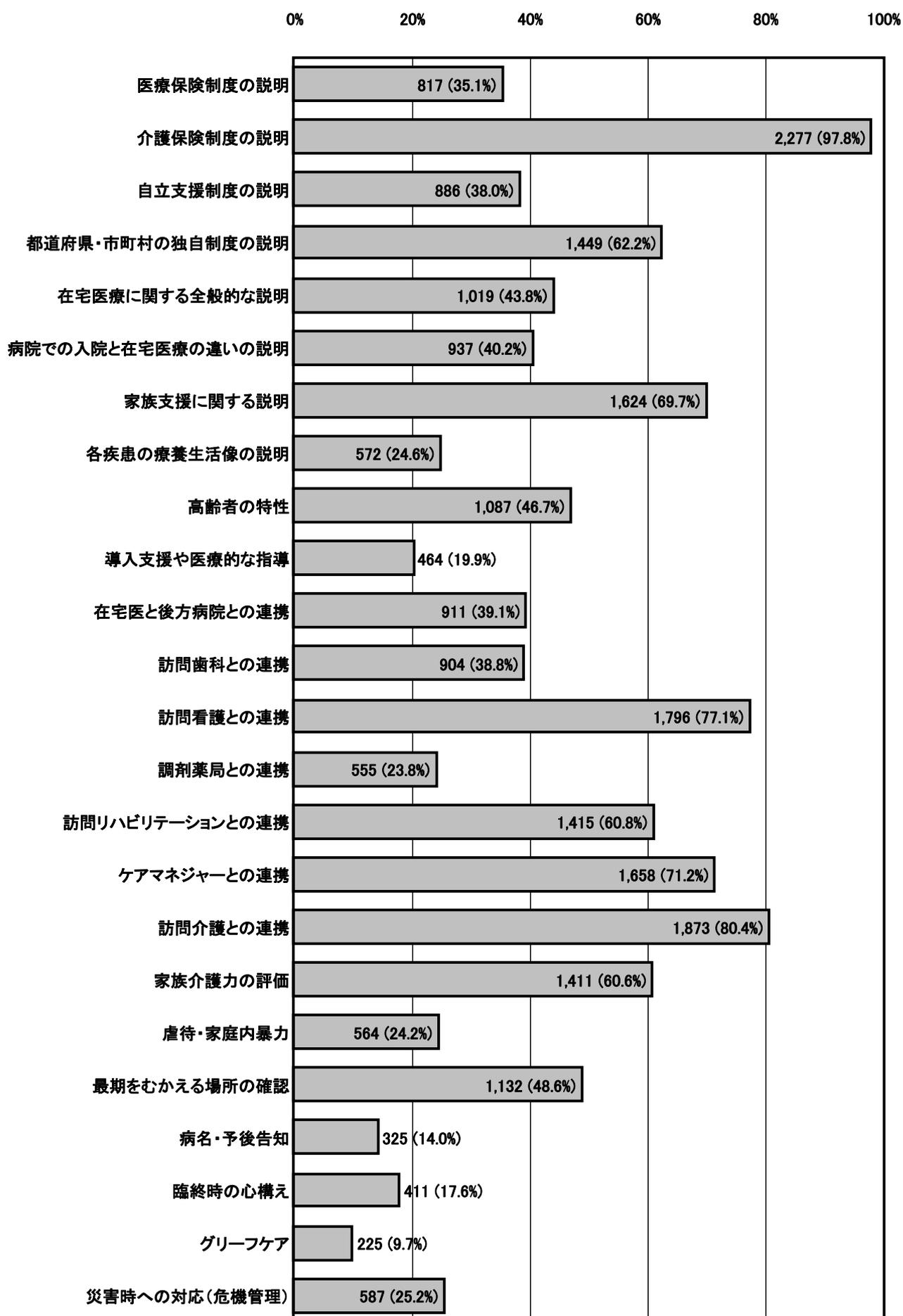
図B-5-10 問10 自身が実際に説明している内容 - 訪問介護事業所
(n = 1,580, 複数回答)



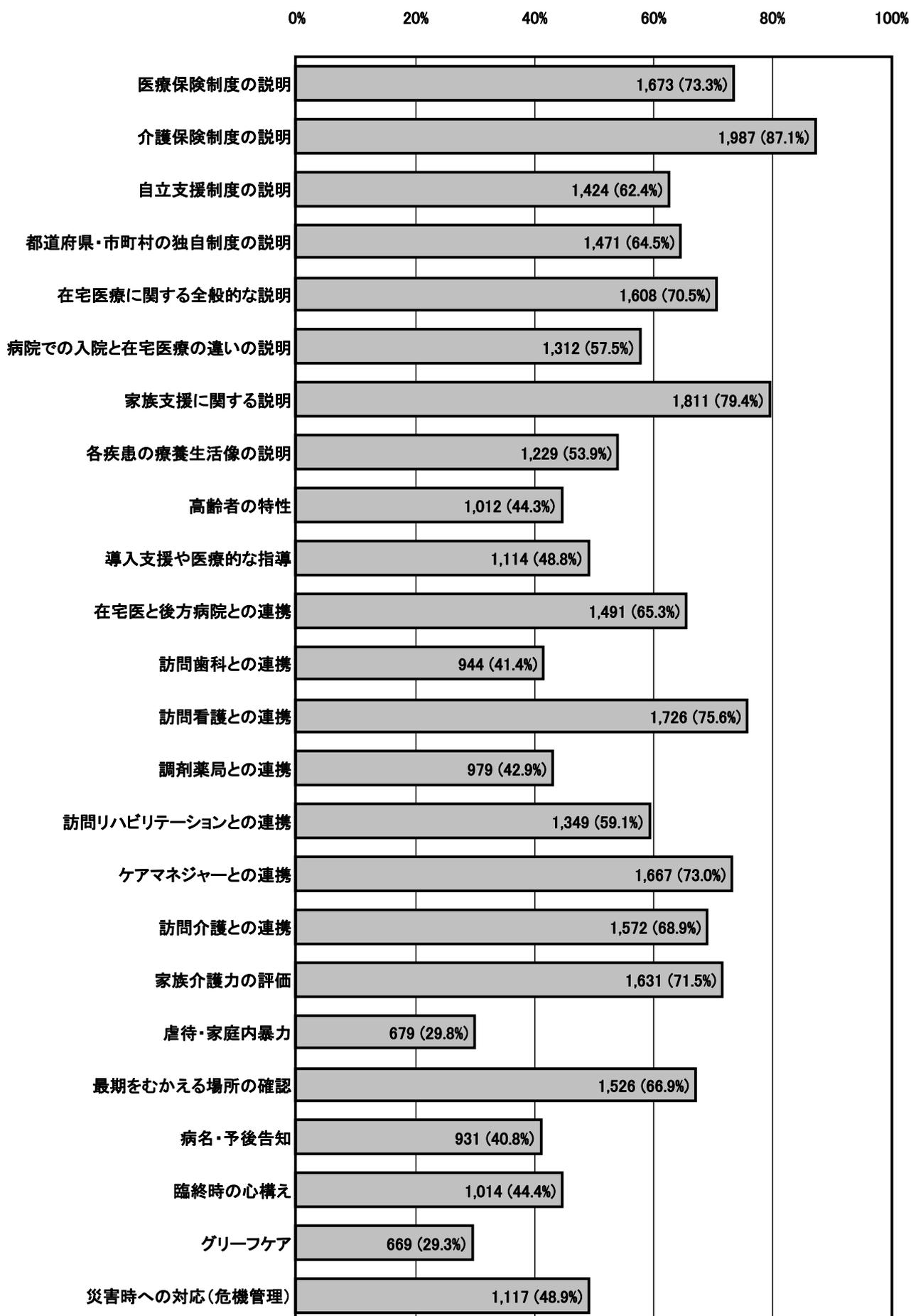
図B-5-11 問11 説明すべき重要なこと - 訪問介護事業所
(n = 1,563, 複数回答)



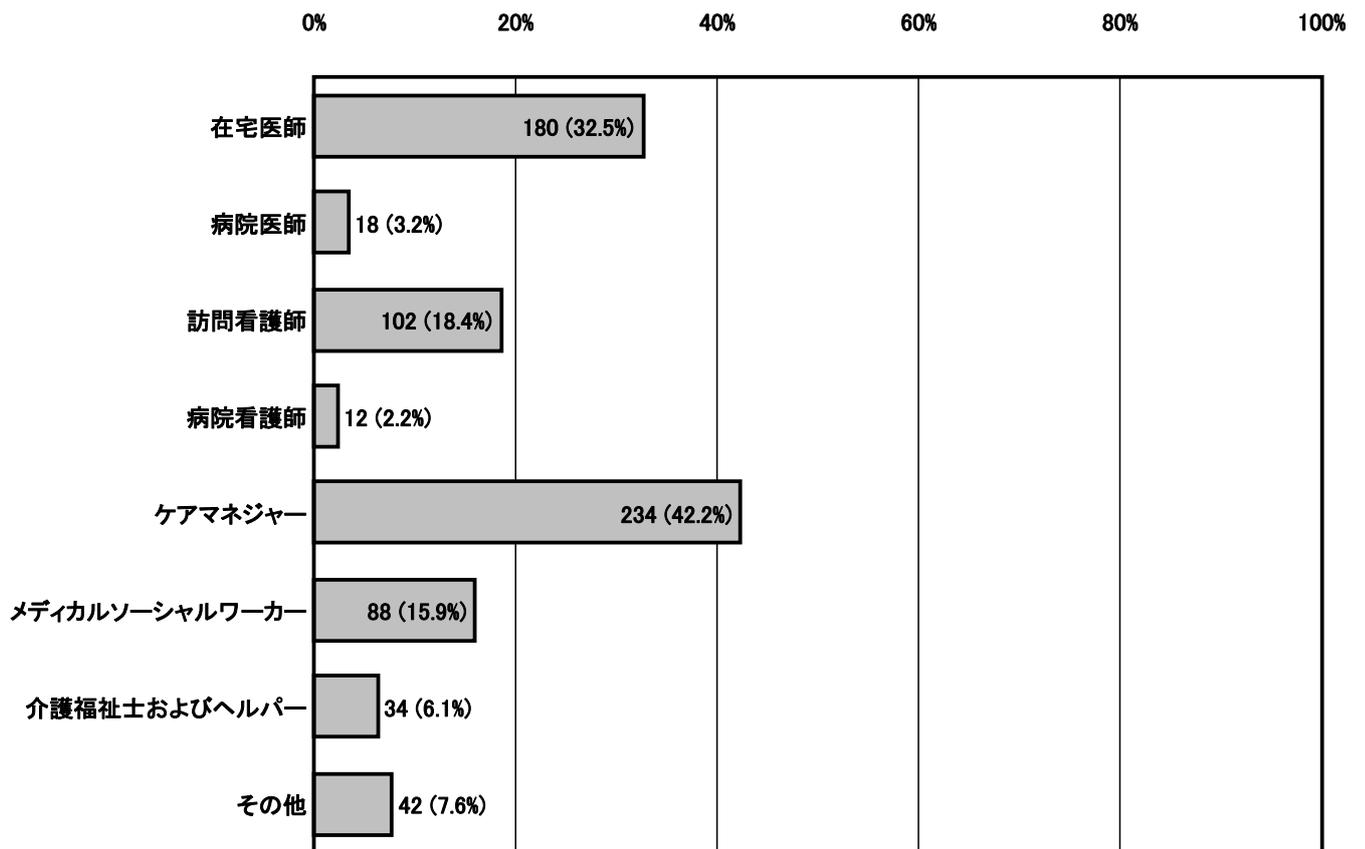
図B-6-10 問10 自身が実際に説明している内容 - 居宅介護支援事業所
(n = 2,329, 複数回答)



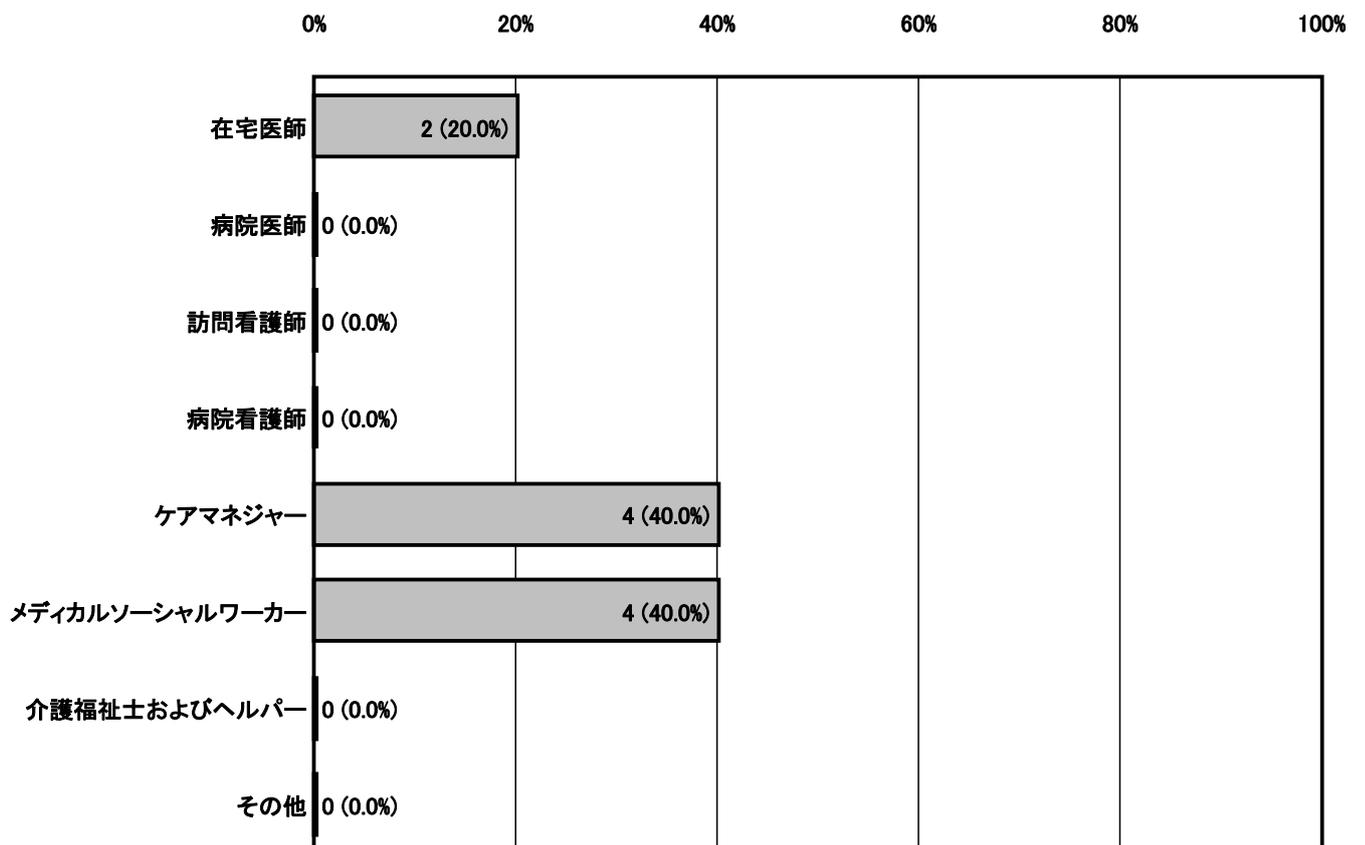
図B-6-11 問11 説明すべき重要なこと - 居宅介護支援事業所
(n = 2,282, 複数回答)



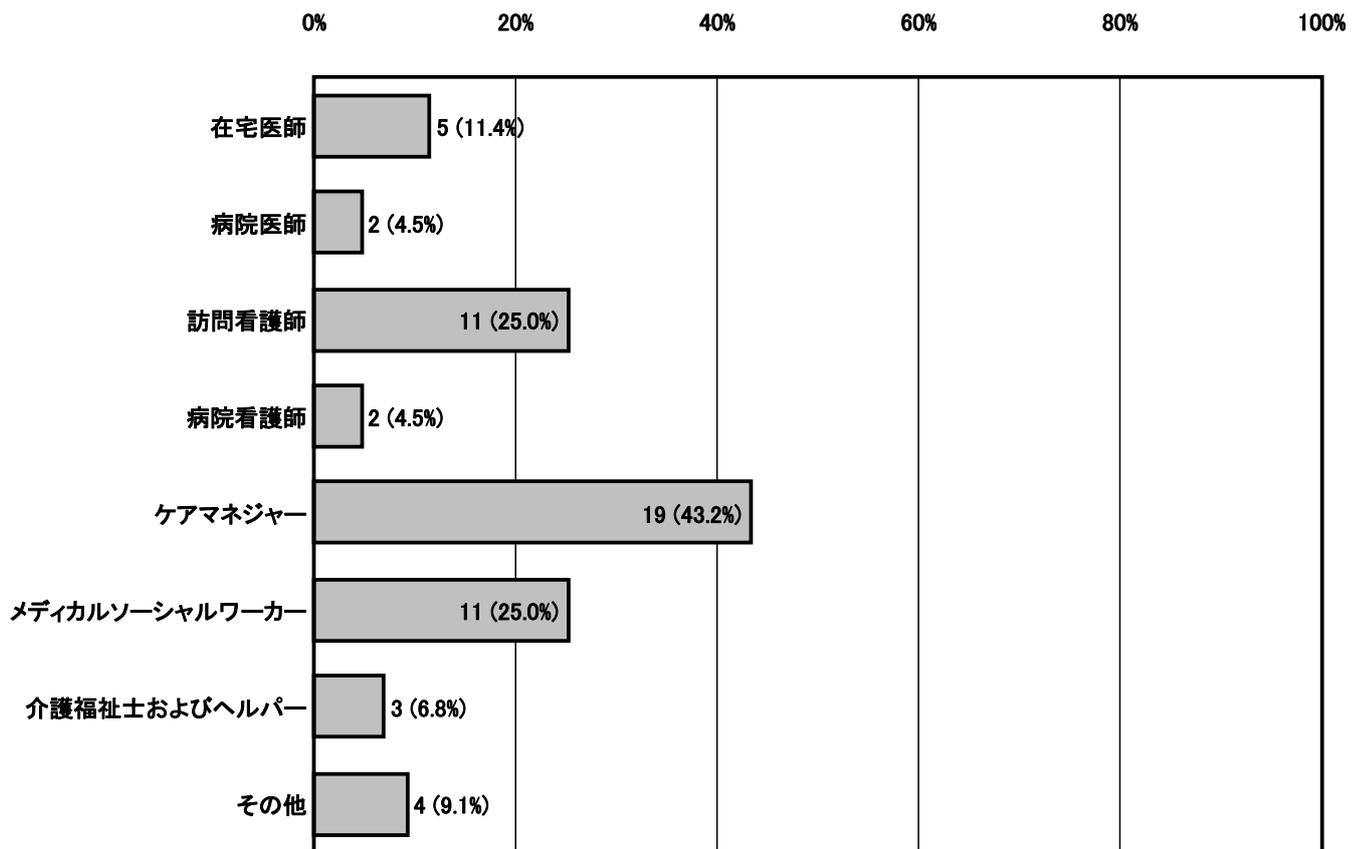
図B-1-12 問12 ICFを活用した支え方の中心な役割を担うべき職種 - 在宅療養支援診療所
(n = 554, 複数回答)



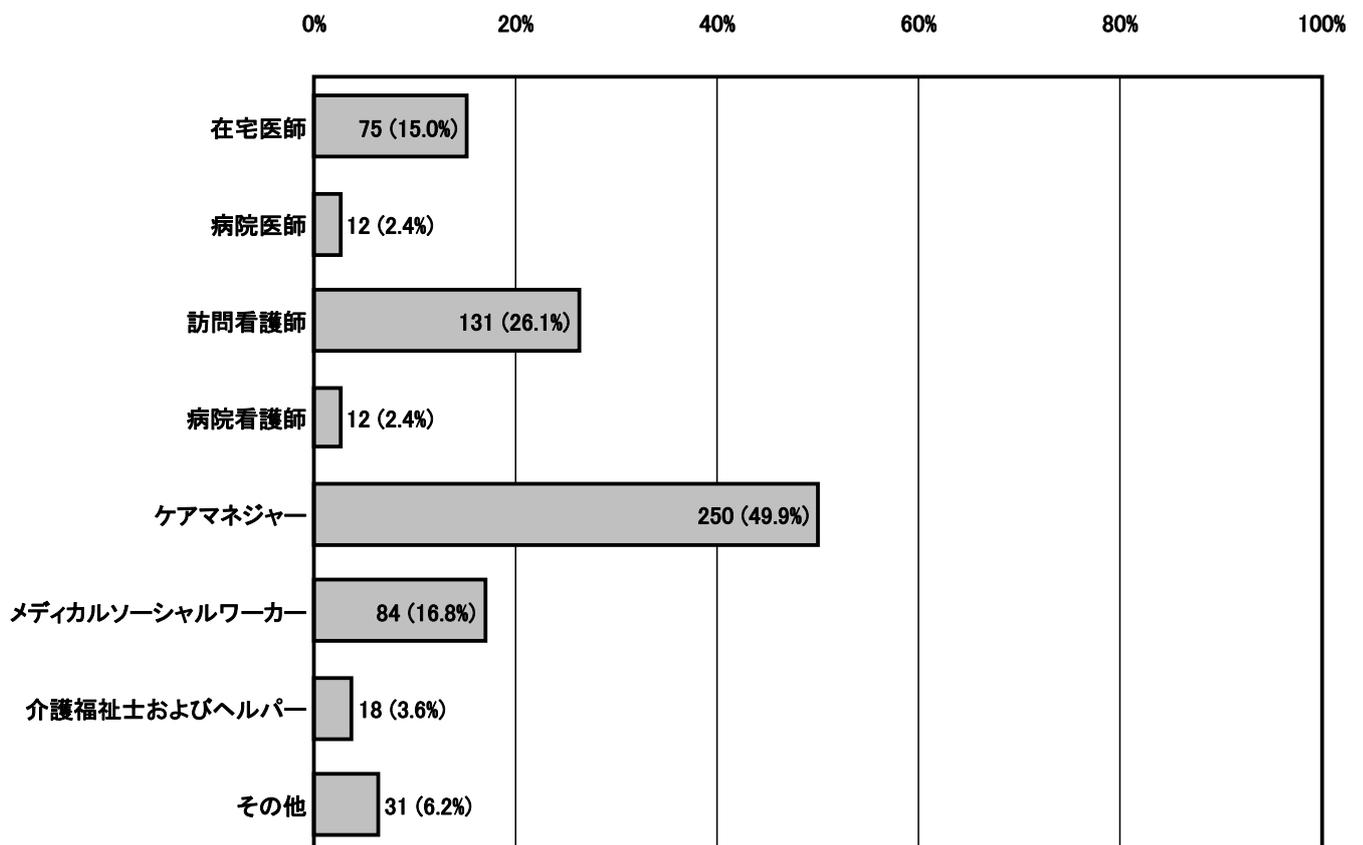
図B-2-12 問12 ICFを活用した支え方の中心な役割を担うべき職種 - 在宅療養支援病院
(n = 10, 複数回答)



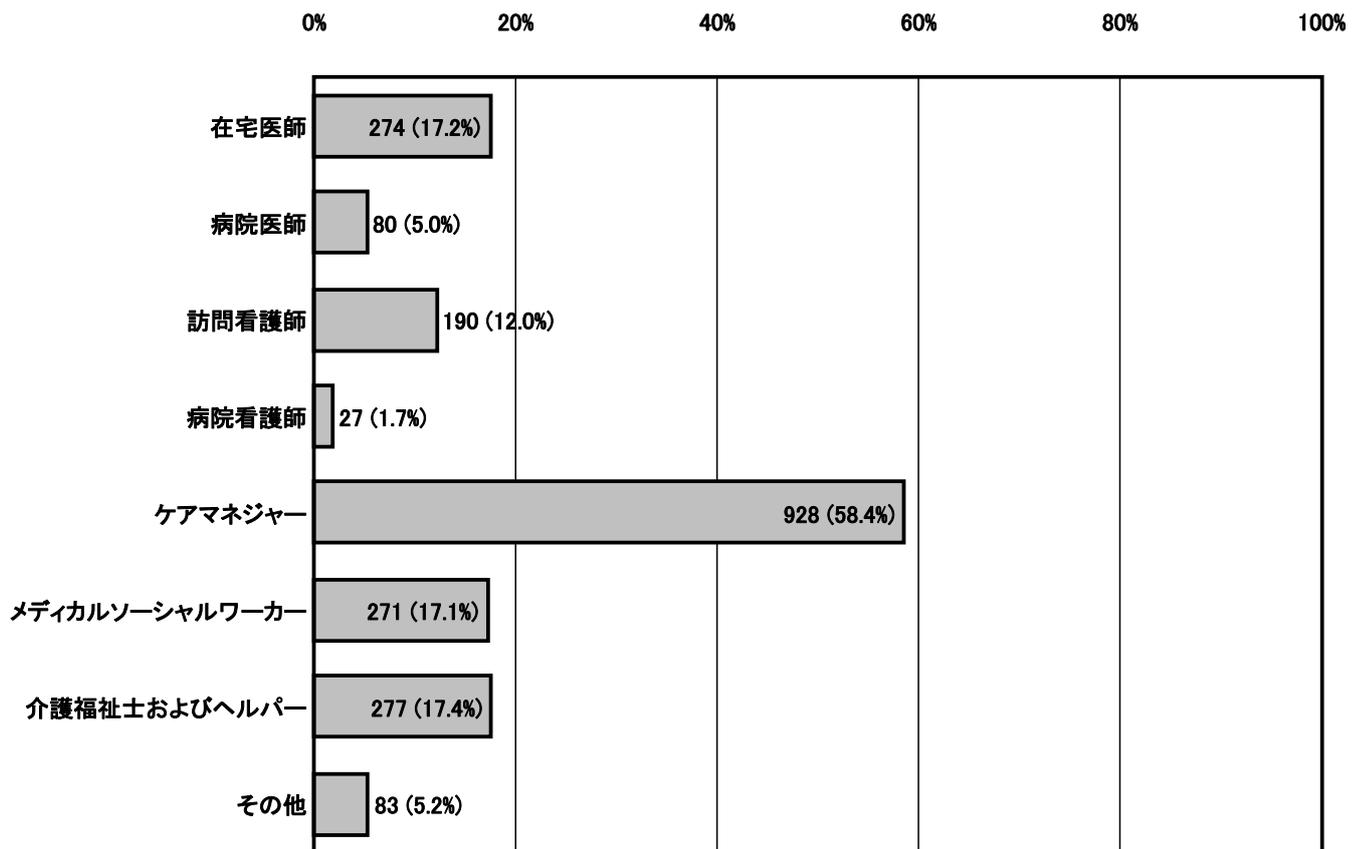
図B-3-12 問12 ICFを活用した支え方の中心的な役割を担うべき職種 - 臨床研修指定病院
(n = 44, 複数回答)



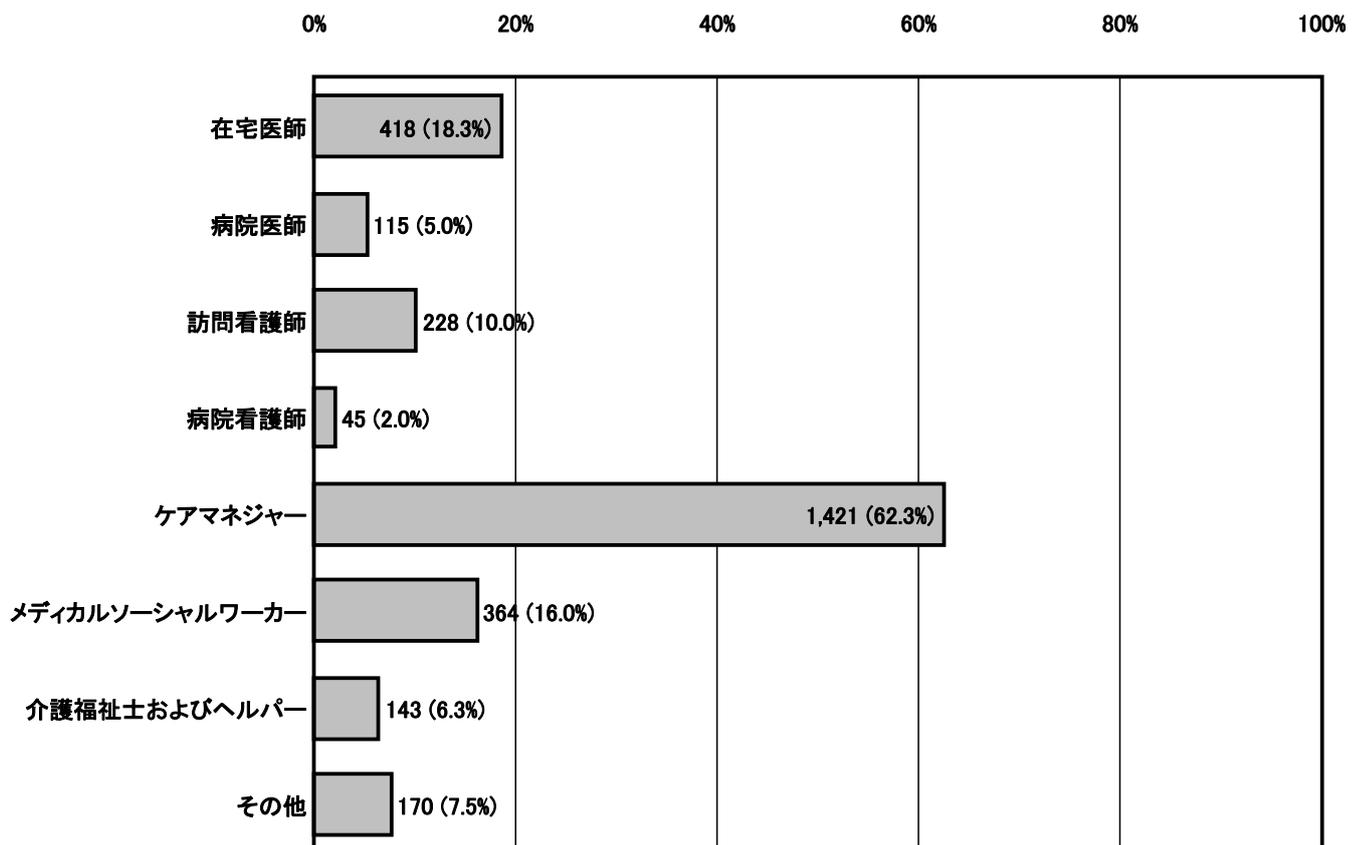
図B-4-12 問12 ICFを活用した支え方の中心的な役割を担うべき職種 - 訪問看護事業所
(n = 501, 複数回答)



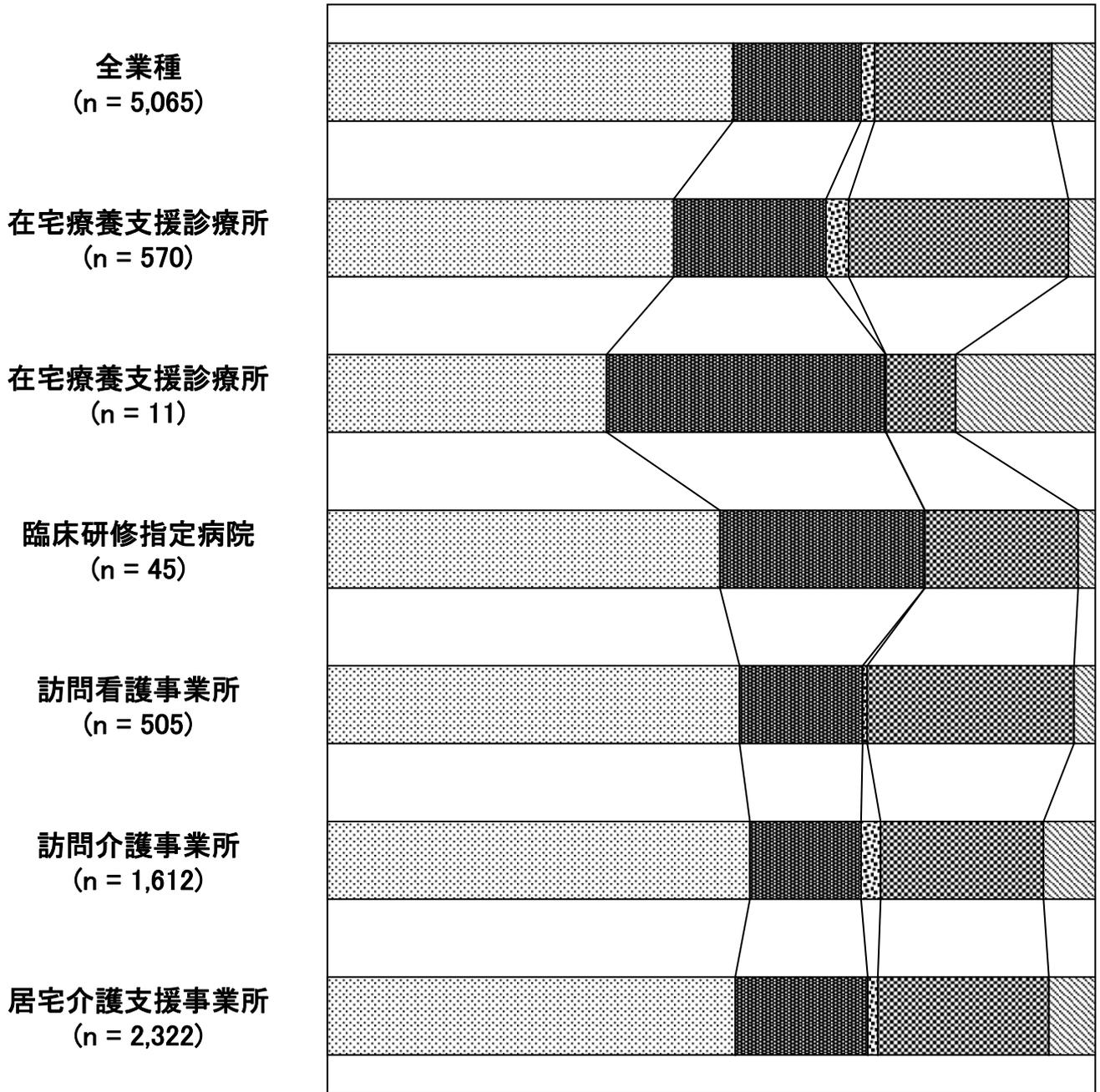
図B-5-12 問12 ICFを活用した支え方の中心的な役割を担うべき職種 - 訪問介護事業所
(n = 1,589, 複数回答)



図B-6-12 問12 ICFを活用した支え方の中心的な役割を担うべき職種 - 居宅介護支援事業所
(n = 2,281, 複数回答)

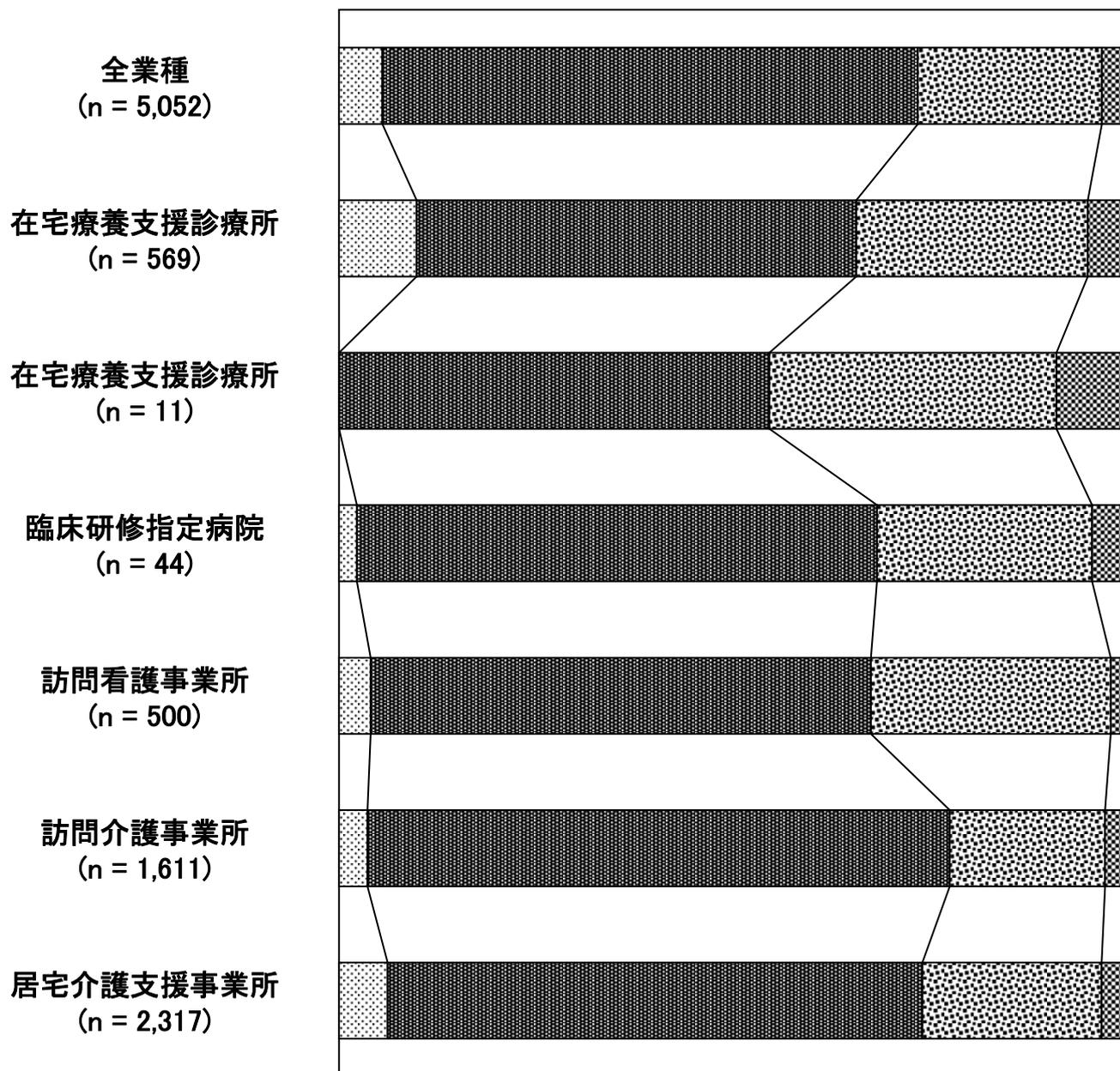


図B-0-14 問14 生活機能モデルに基づく説明を十分に行った場合、病院から在宅への移行が促進されるか



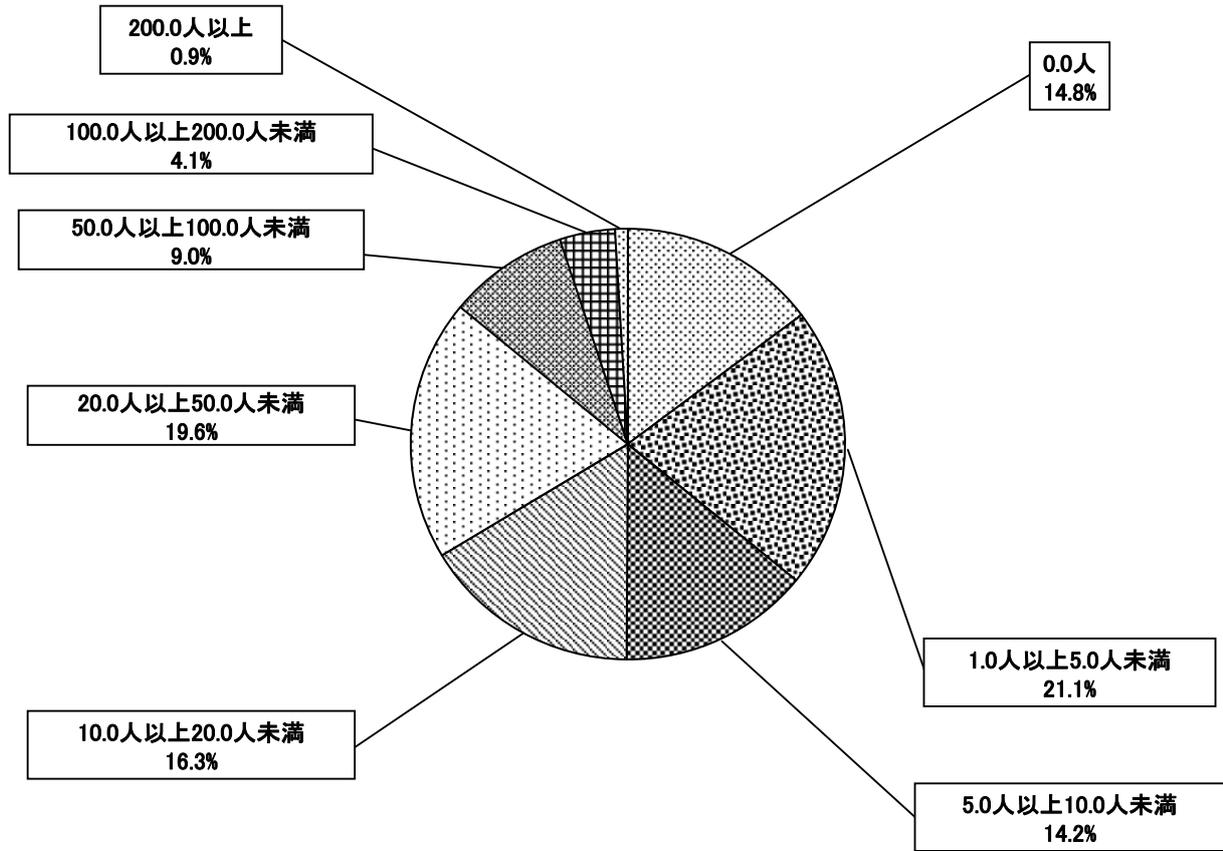
	病院から在宅への移行が促進される	病院から在宅への移行は変化しない	病院から在宅への移行がしにくくなる	わからない	その他
全業種	52.8%	16.7%	1.8%	23.1%	5.7%
在宅療養支援診療所	45.1%	19.8%	3.0%	28.6%	3.5%
在宅療養支援診療所	36.4%	36.4%	0.0%	9.1%	18.2%
臨床研修指定病院	51.1%	26.7%	0.0%	20.0%	2.2%
訪問看護事業所	53.7%	16.0%	0.6%	26.9%	2.8%
訪問介護事業所	55.0%	14.5%	2.5%	21.2%	6.8%
居宅介護支援事業所	53.1%	17.3%	1.3%	22.3%	6.1%

図B-0-15 問15 ICFを活用した情報提供をすることについて

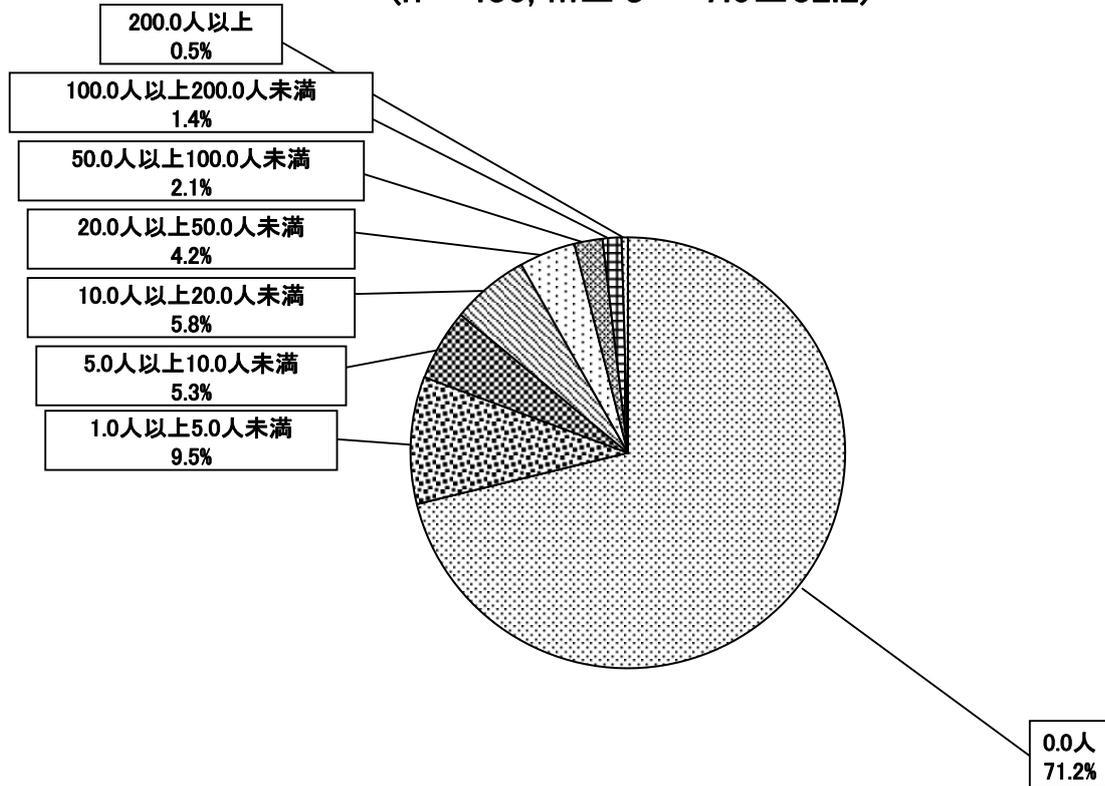


	 これまでどおりの 情報提供で十分で ある	 ICFの生活機能モ デルを意識した情 報提供が必要と思 う	 どちらともいえ ない	 その他
全業種	5.5%	67.9%	23.3%	3.3%
在宅療養支援診療所	9.8%	55.7%	29.3%	5.1%
在宅療養支援診療所	0.0%	54.5%	36.4%	9.1%
臨床研修指定病院	2.3%	65.9%	27.3%	4.5%
訪問看護事業所	4.0%	63.4%	30.4%	2.2%
訪問介護事業所	3.6%	73.8%	19.7%	2.9%
居宅介護支援事業所	6.2%	67.8%	22.7%	3.4%

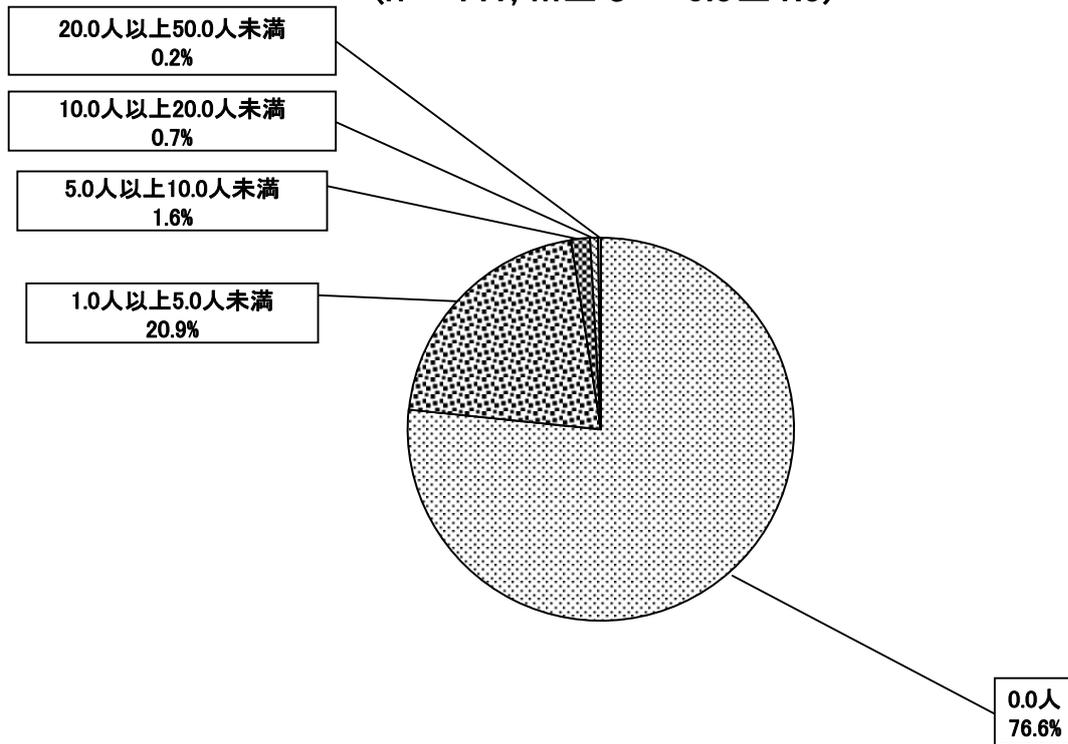
図C-1-1 在宅時医学総合管理料算定患者数(在宅)
(n = 535, m ± σ = 23.7 ± 40.7)



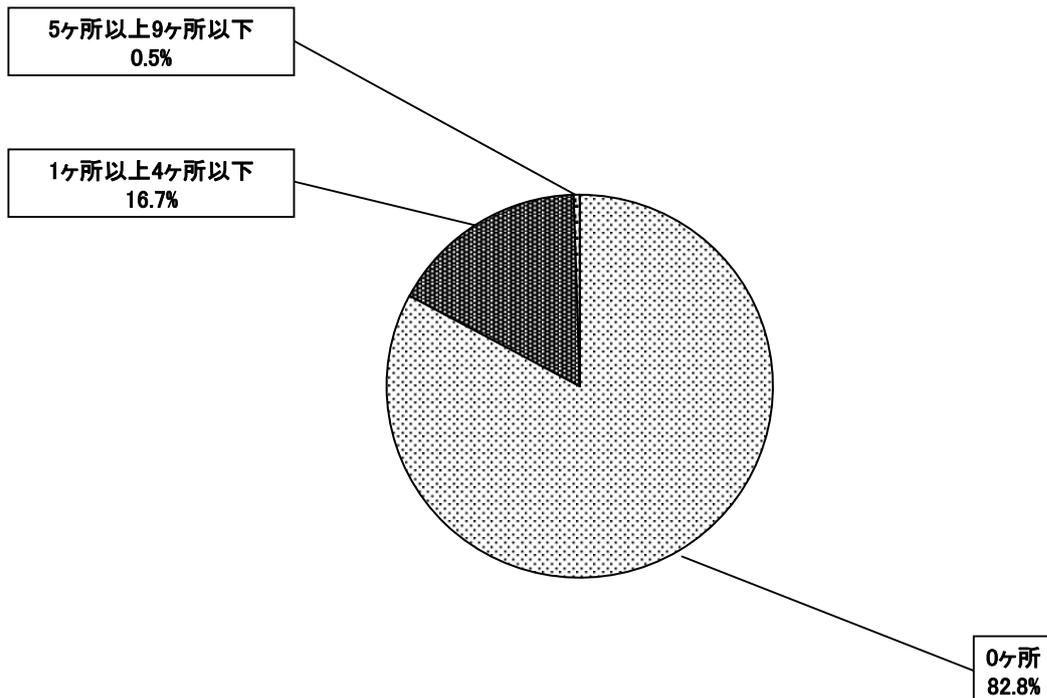
図C-1-2 在宅時医学総合管理料算定患者数(施設)
(n = 430, m ± σ = 7.6 ± 32.2)



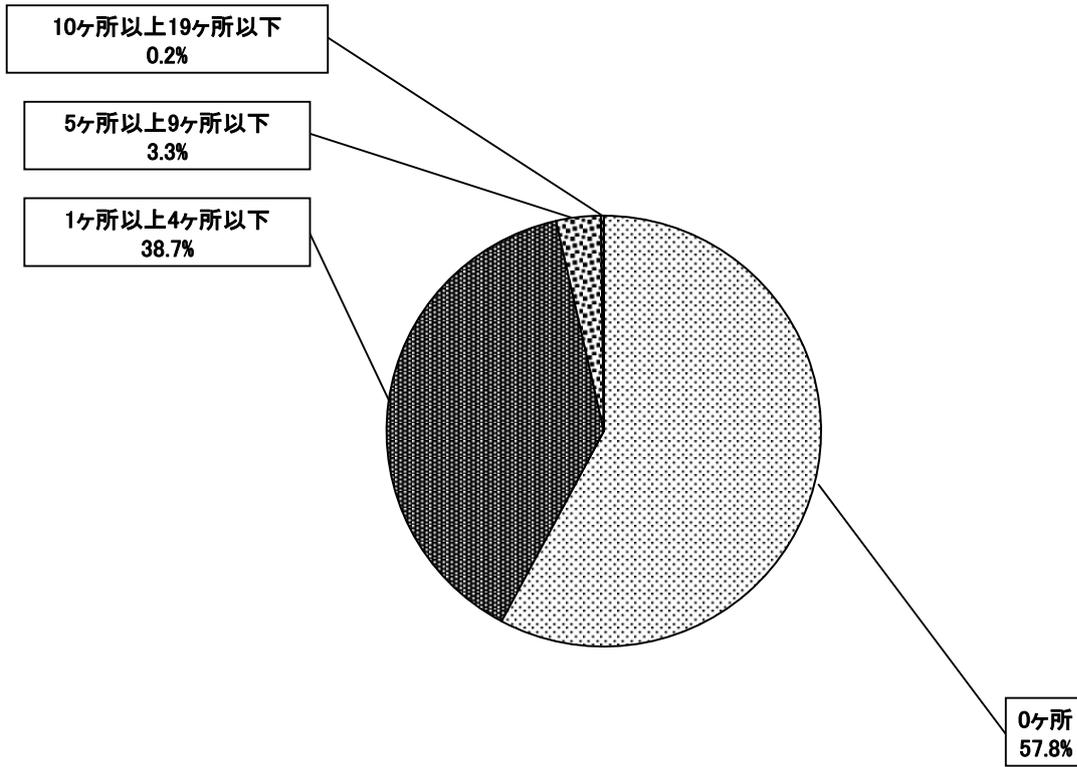
図C-1-3 在宅末期医学総合管理料算定患者数
($n = 441, m \pm \sigma = 0.5 \pm 1.5$)



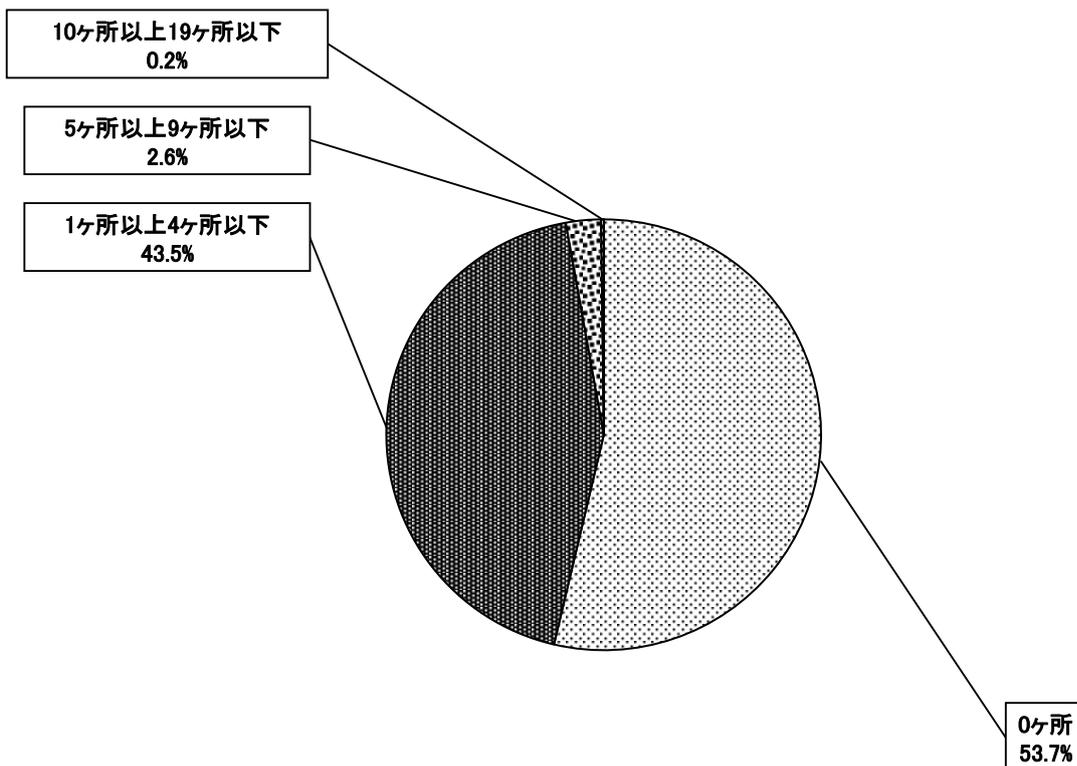
図C-1-4 高専賃
($n = 390, m \pm \sigma = 0.3 \pm 0.8$)



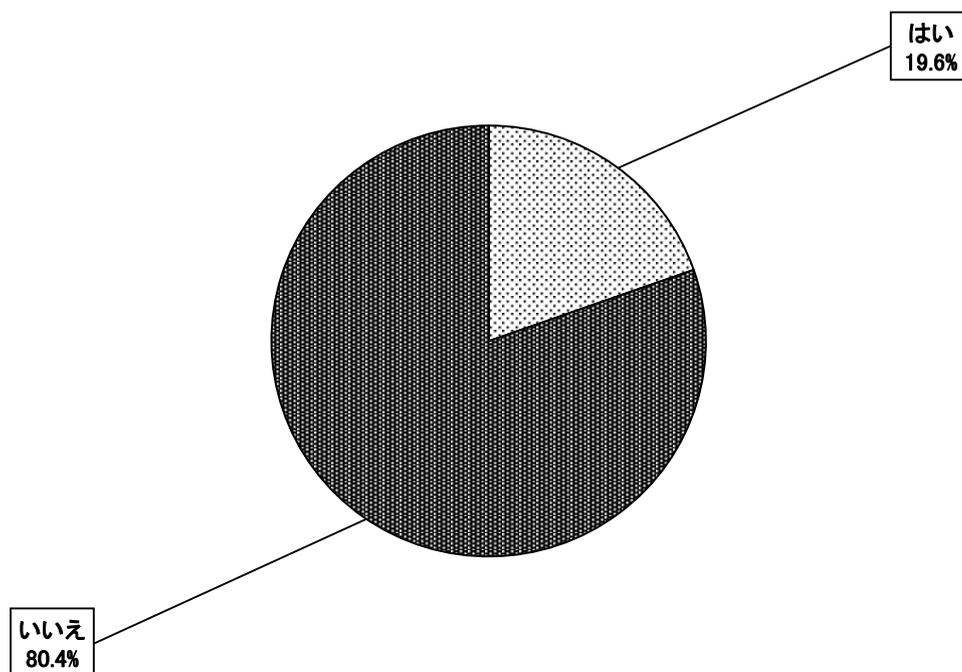
図C-1-5 有料老人ホーム
($n = 455, m \pm \sigma = 0.8 \pm 1.4$)



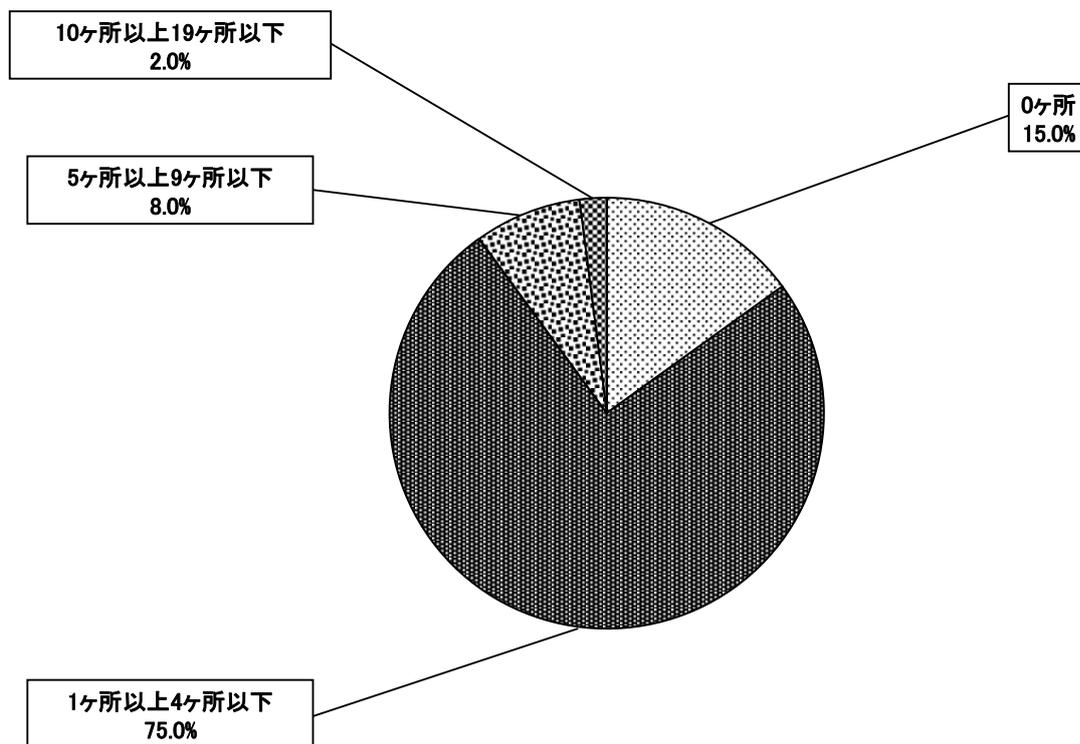
図C-1-6 グループホーム
($n = 462, m \pm \sigma = 0.9 \pm 1.5$)



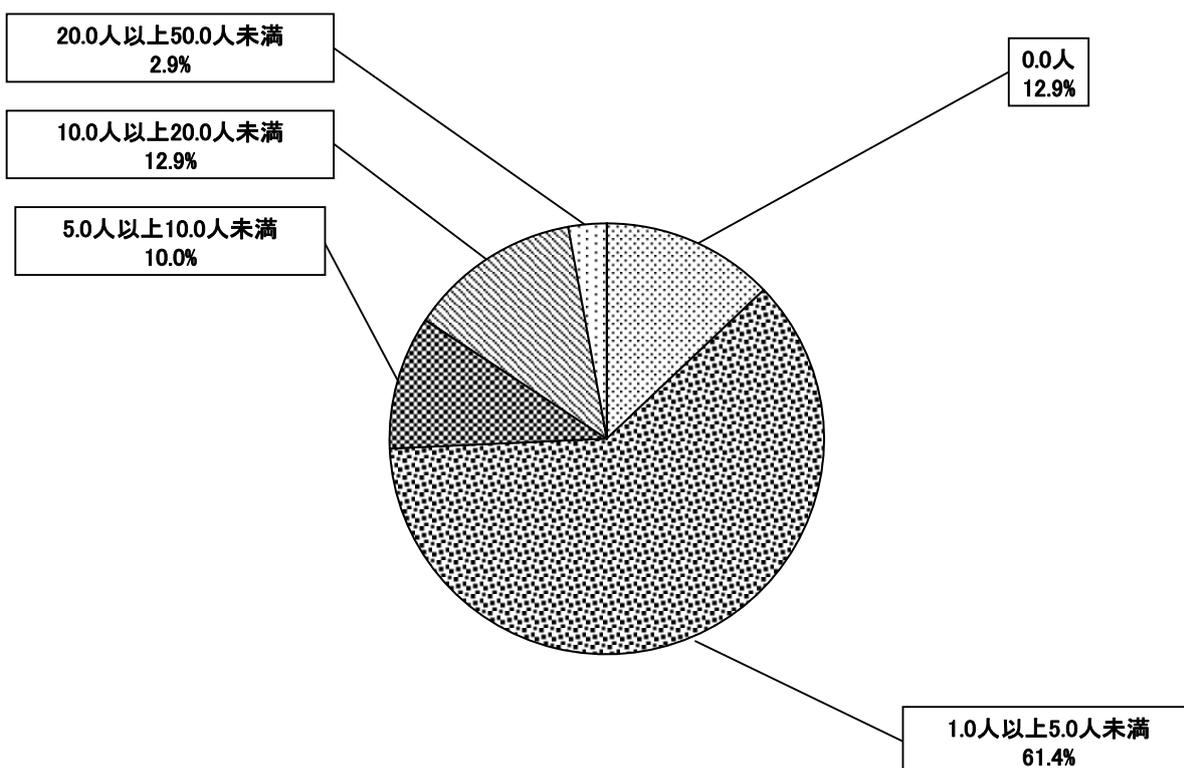
図D-1-1 算定の有無(2010/1~12)
(n = 565)



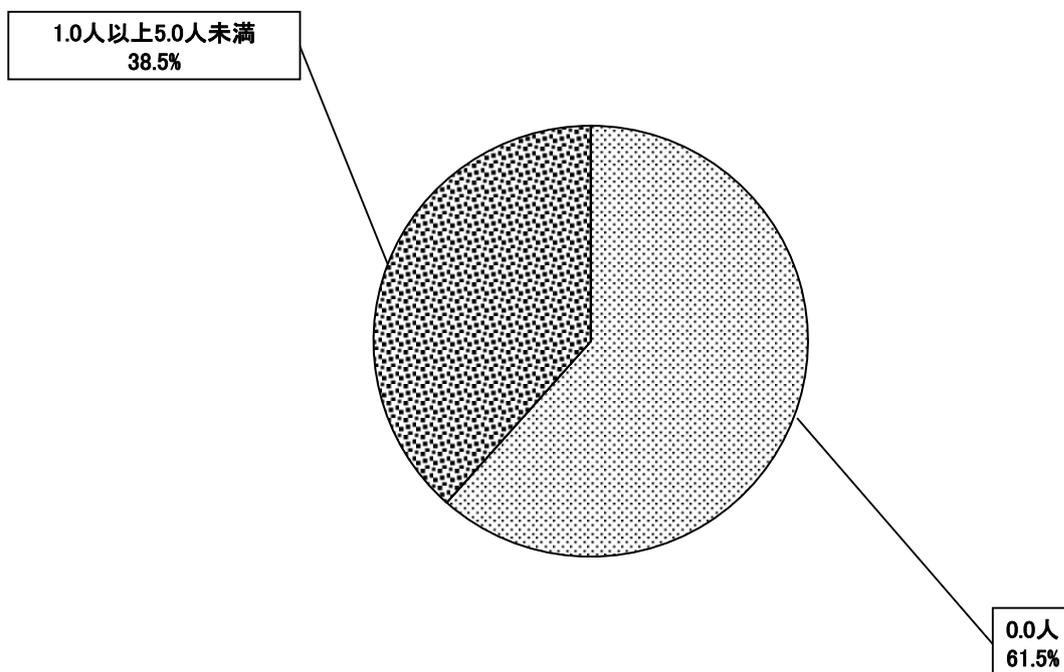
図D-1-2 相手先病院総数
($n = 100, m \pm \sigma = 1.9 \pm 2.1$)



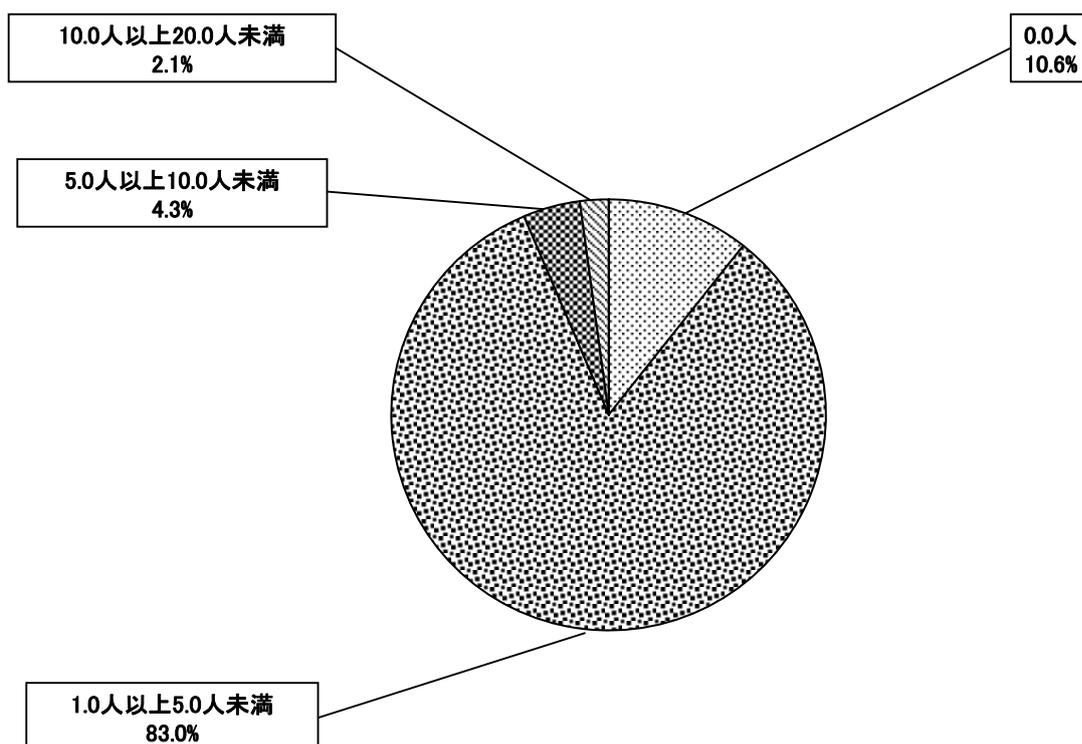
図D-1-3 患者総数
($n = 70, m \pm \sigma = 4.1 \pm 5.4$)



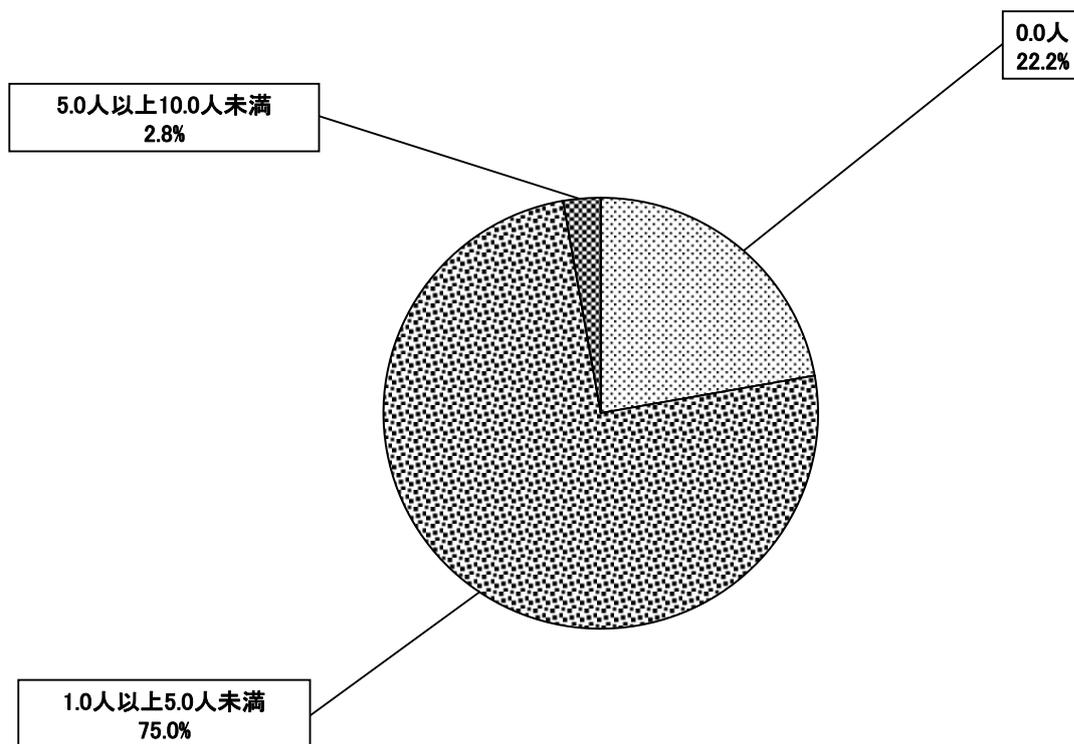
図D-1-4 在宅人工呼吸療法(HMV)
($n = 26, m \pm \sigma = 0.4 \pm 0.6$)



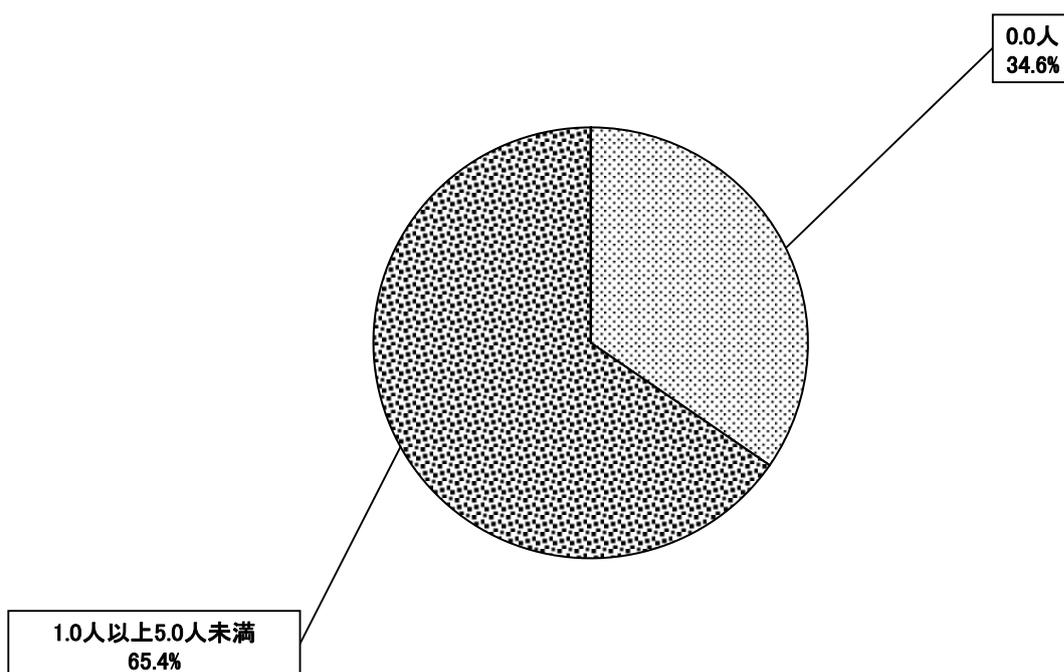
図D-1-5 在宅酸素療法(HOT)
($n = 47, m \pm \sigma = 1.7 \pm 1.9$)



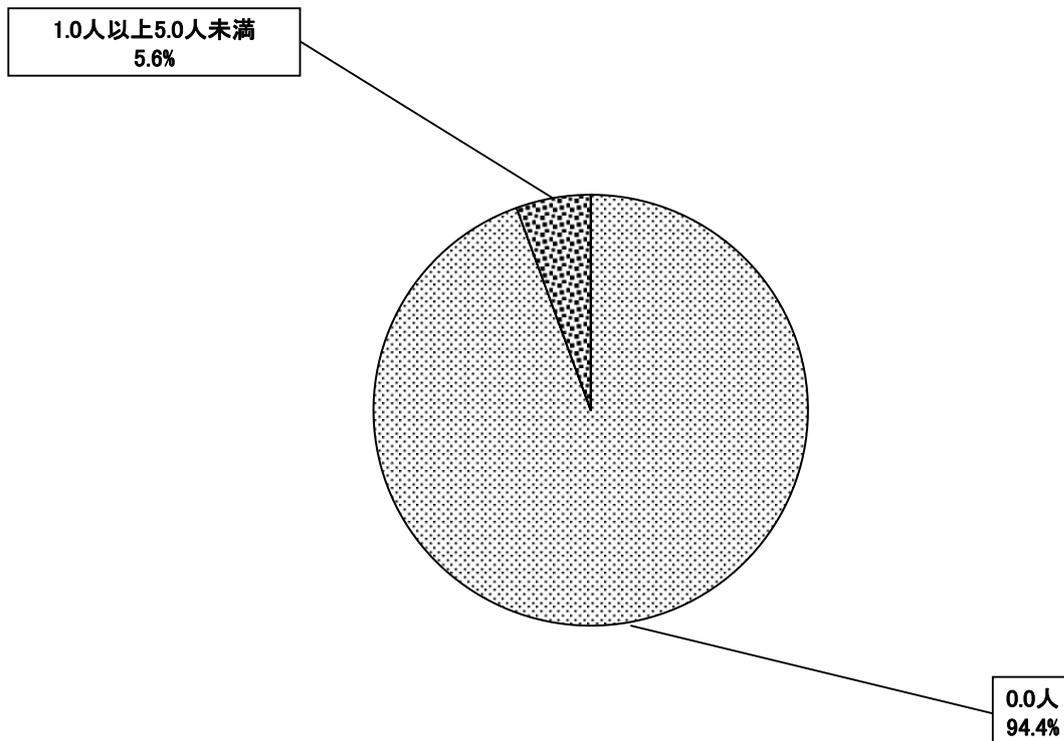
図D-1-6 在宅中心静脈栄養法(HPN)
($n = 36, m \pm \sigma = 1.2 \pm 1.0$)



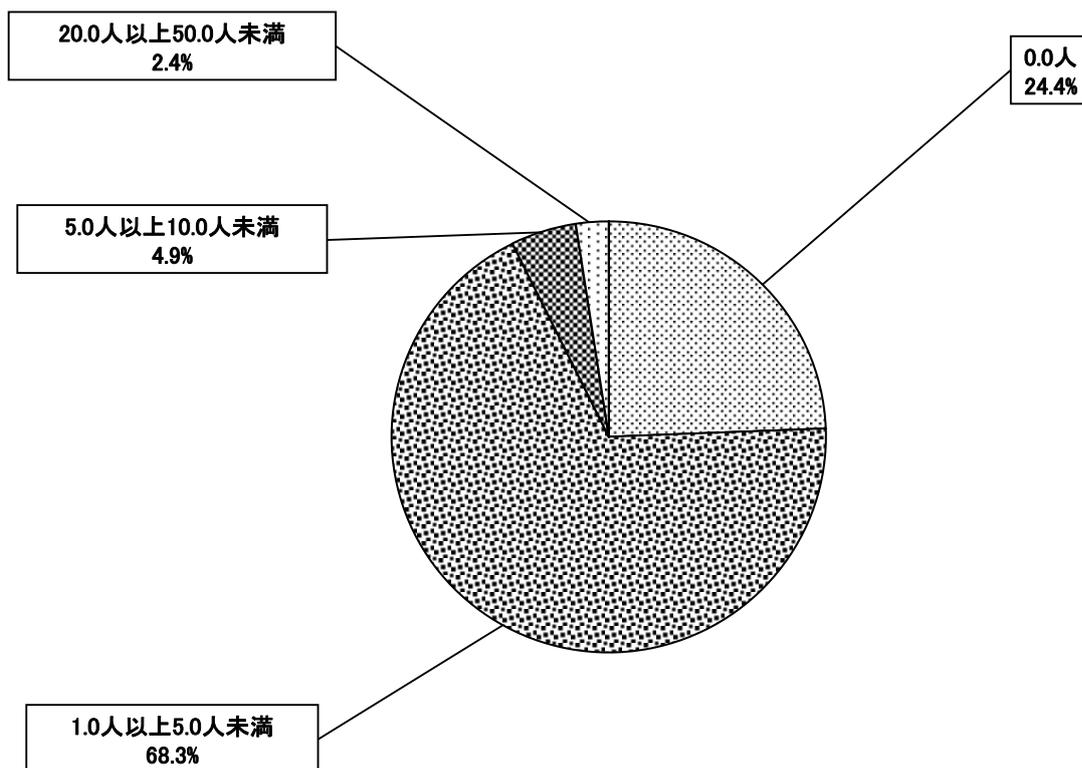
図D-1-7 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)
($n = 26, m \pm \sigma = 0.8 \pm 0.7$)



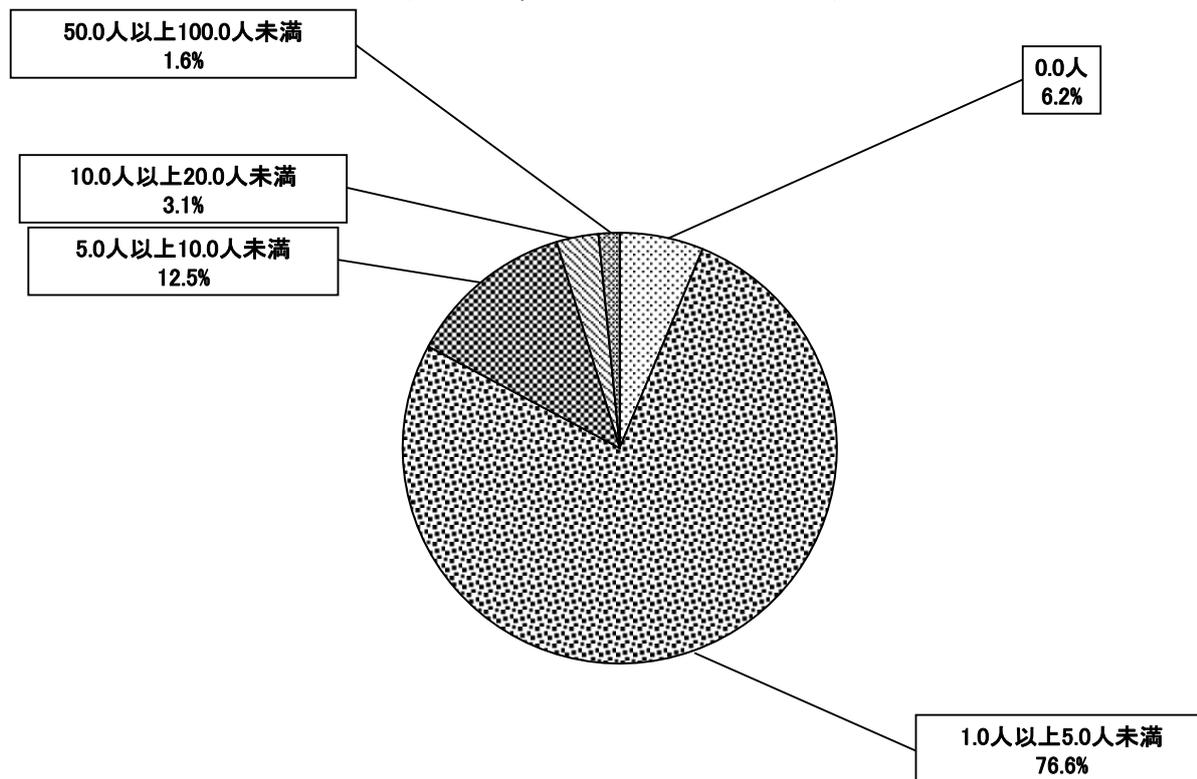
図D-1-8 連続携帯式腹膜透析(CAPD)
(n = 18, m ± σ = 0.1 ± 0.2)



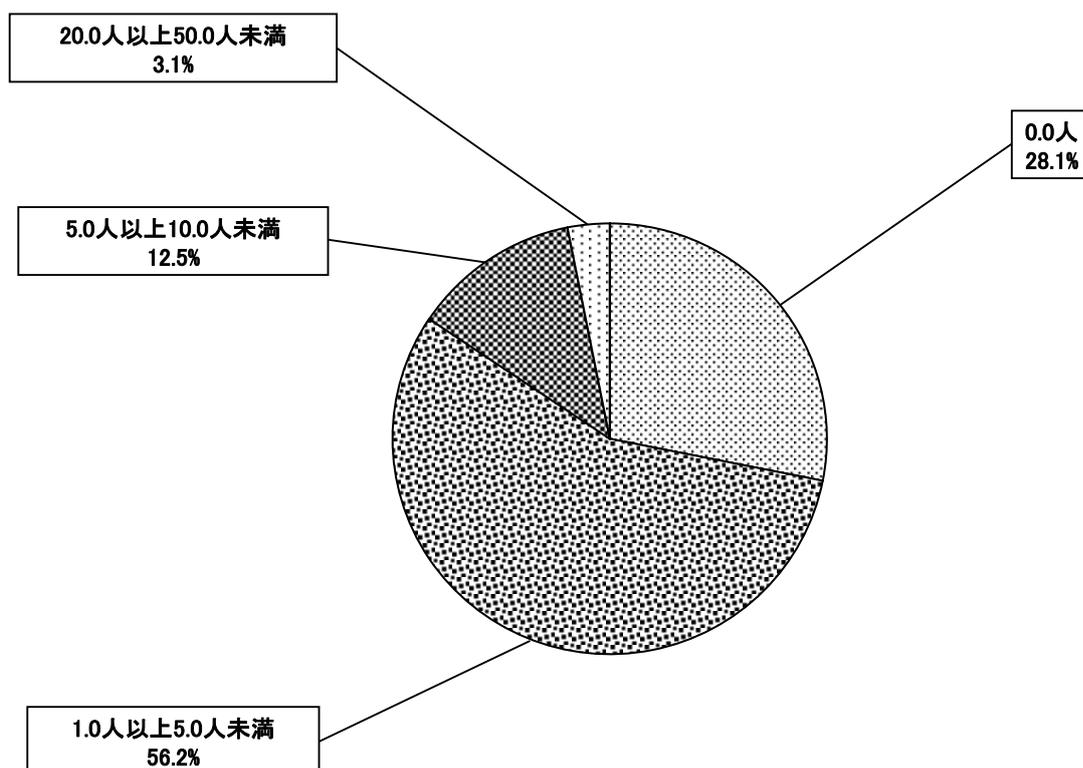
図D-1-9 重症者加算を算定
(n = 41, m ± σ = 2.0 ± 3.4)



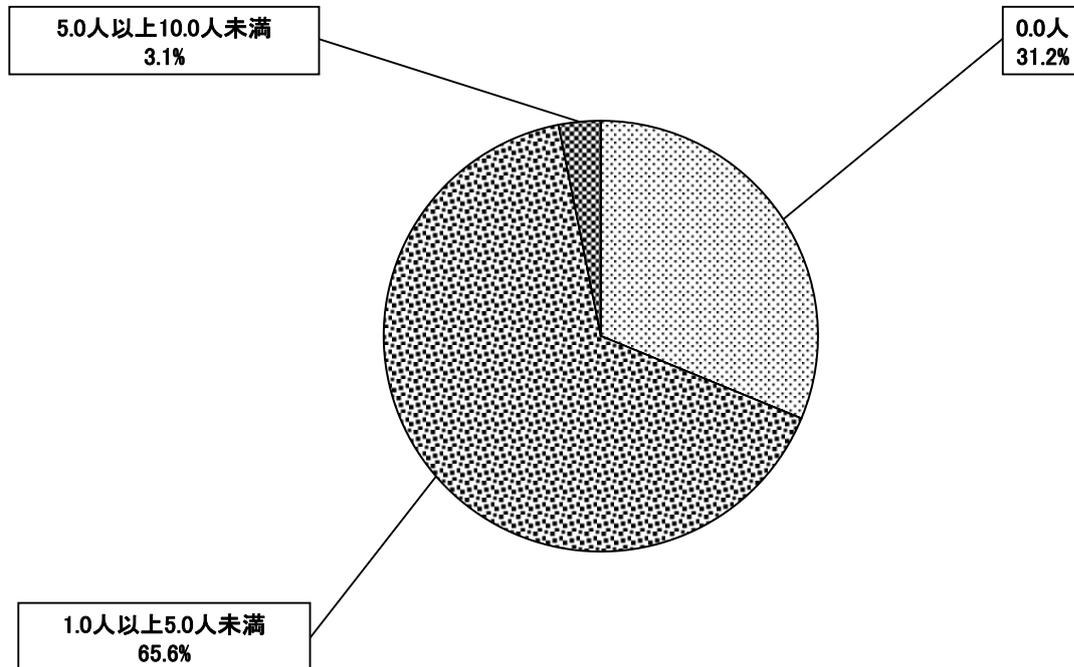
図D-1-10 悪性新生物
($n = 64, m \pm \sigma = 3.2 \pm 7.0$)



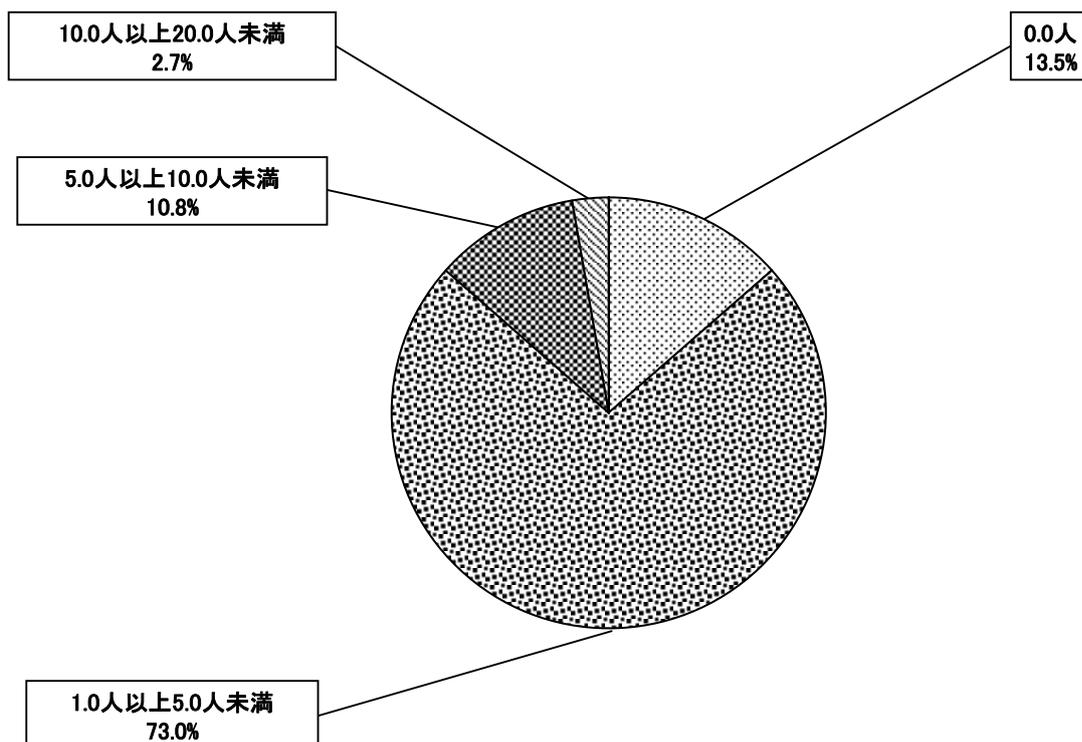
図D-1-11 認知症
($n = 32, m \pm \sigma = 2.4 \pm 3.8$)



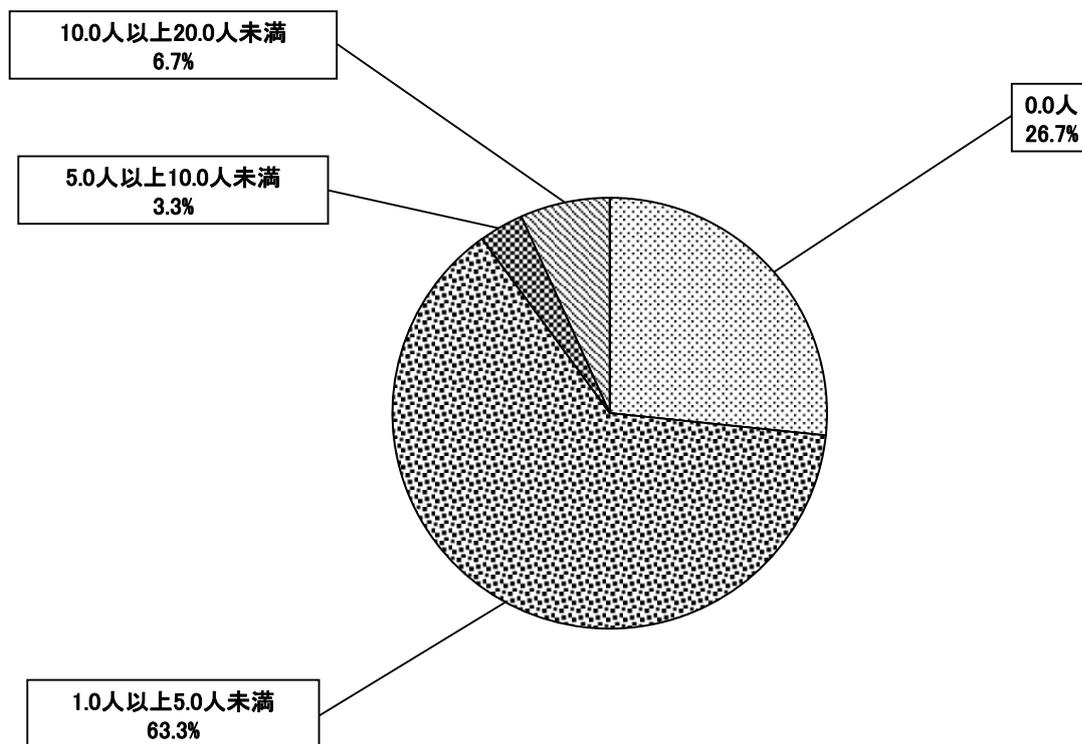
図D-1-12 特定疾患(難病)
(n = 32, m ± σ = 1.0 ± 1.0)



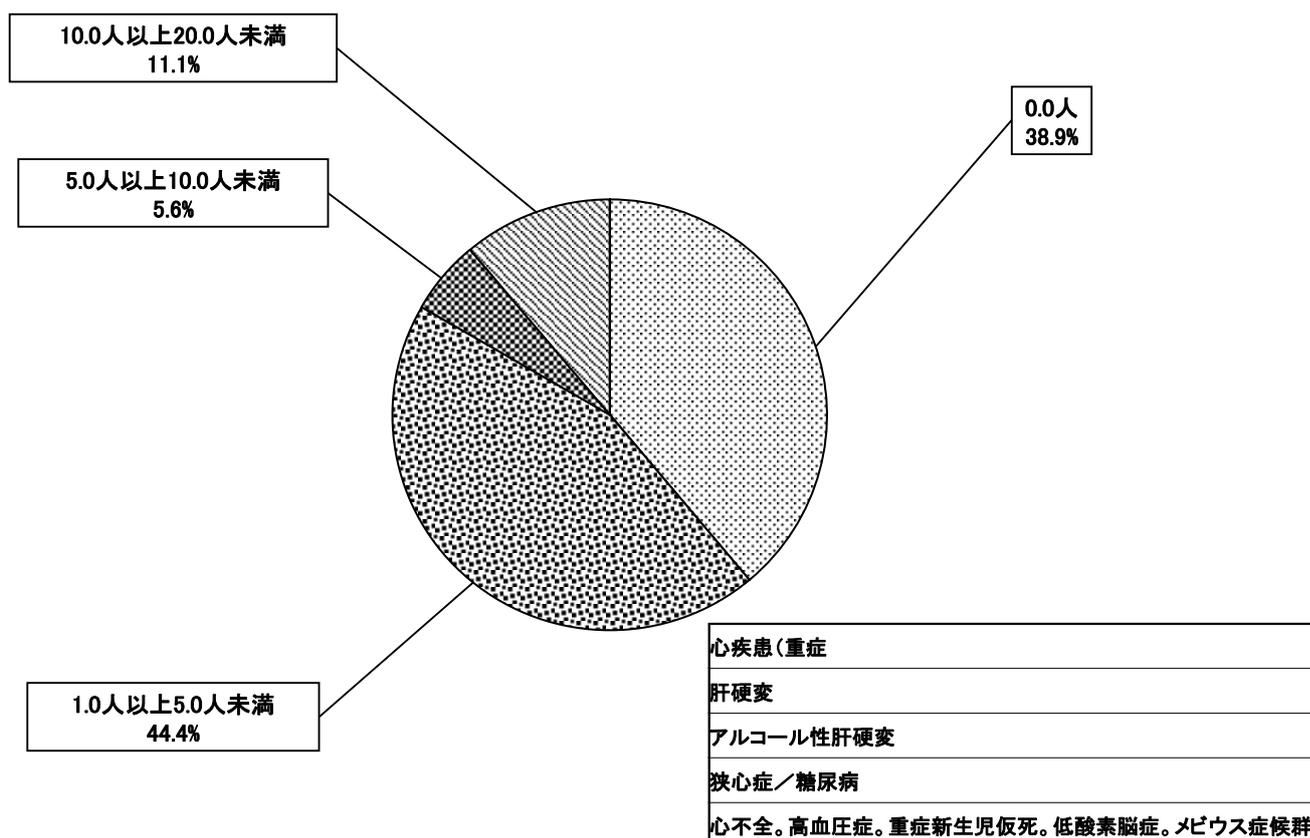
図D-1-13 脳血管障害後遺症
(n = 37, m ± σ = 1.9 ± 3.2)



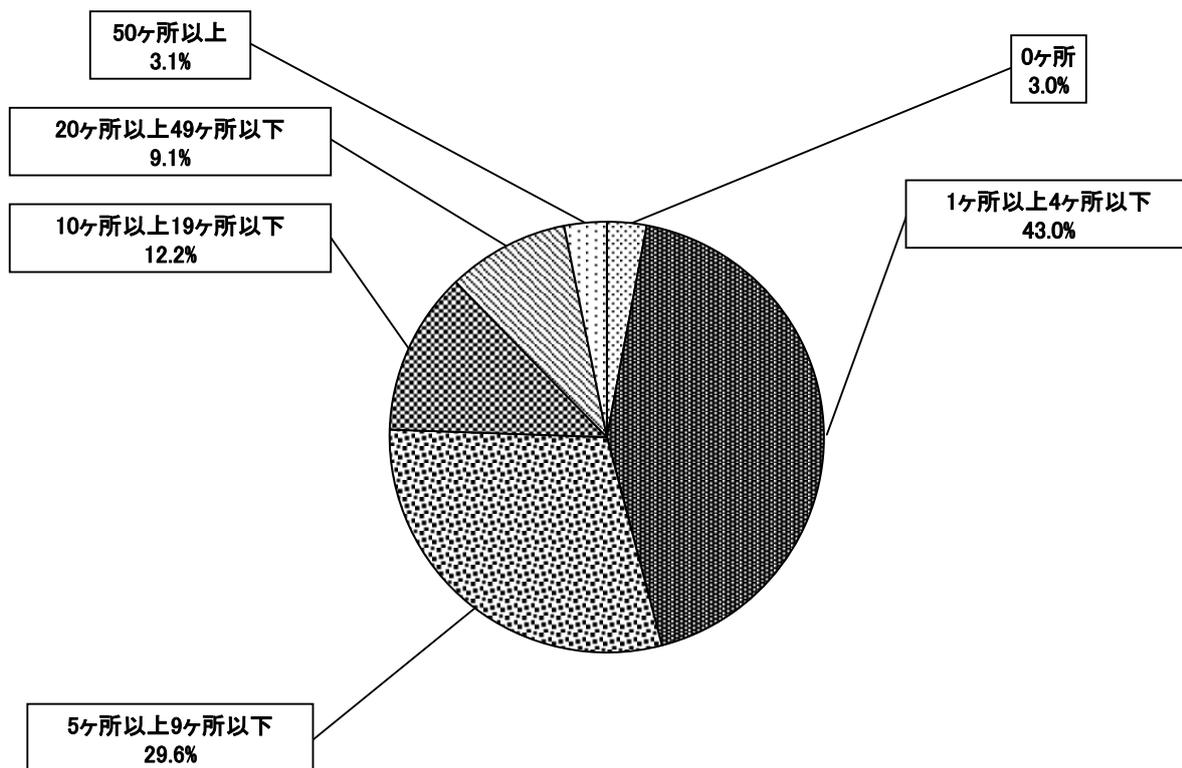
図D-1-14 呼吸器系疾患
(n = 30, m ± σ = 1.8 ± 2.9)



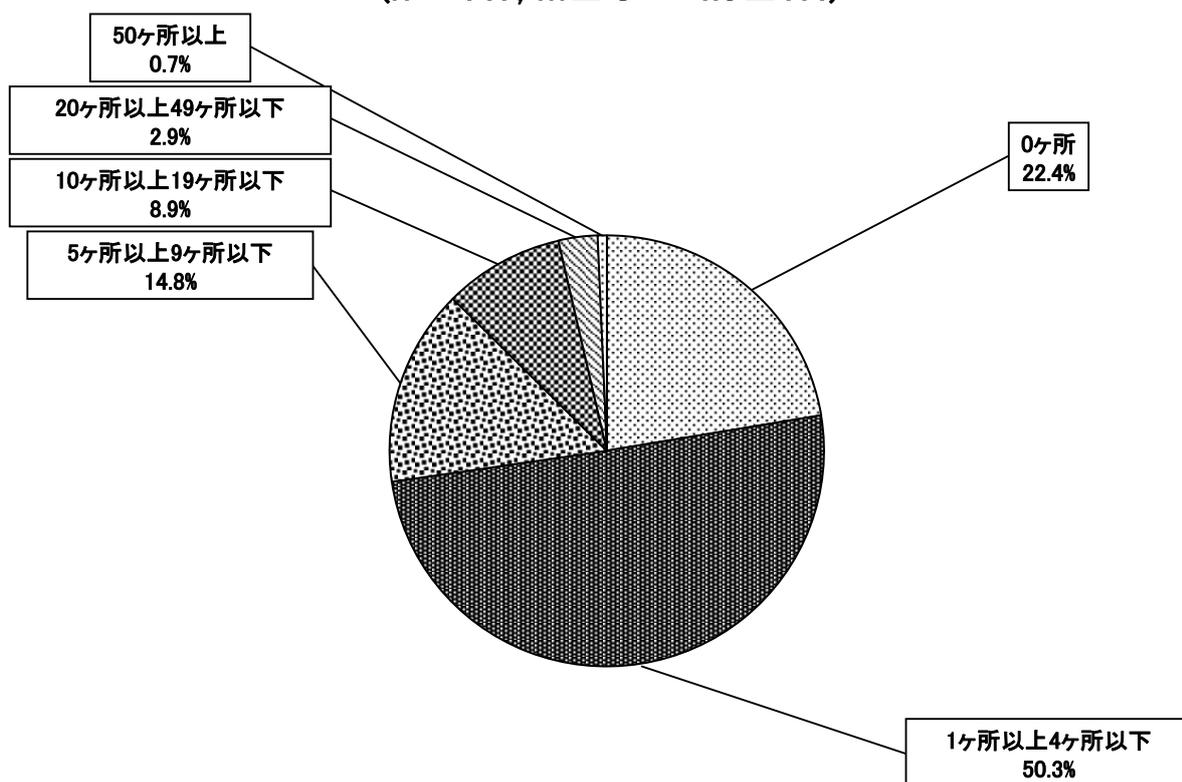
図D-1-15 その他
(n = 18, m ± σ = 2.4 ± 3.7)



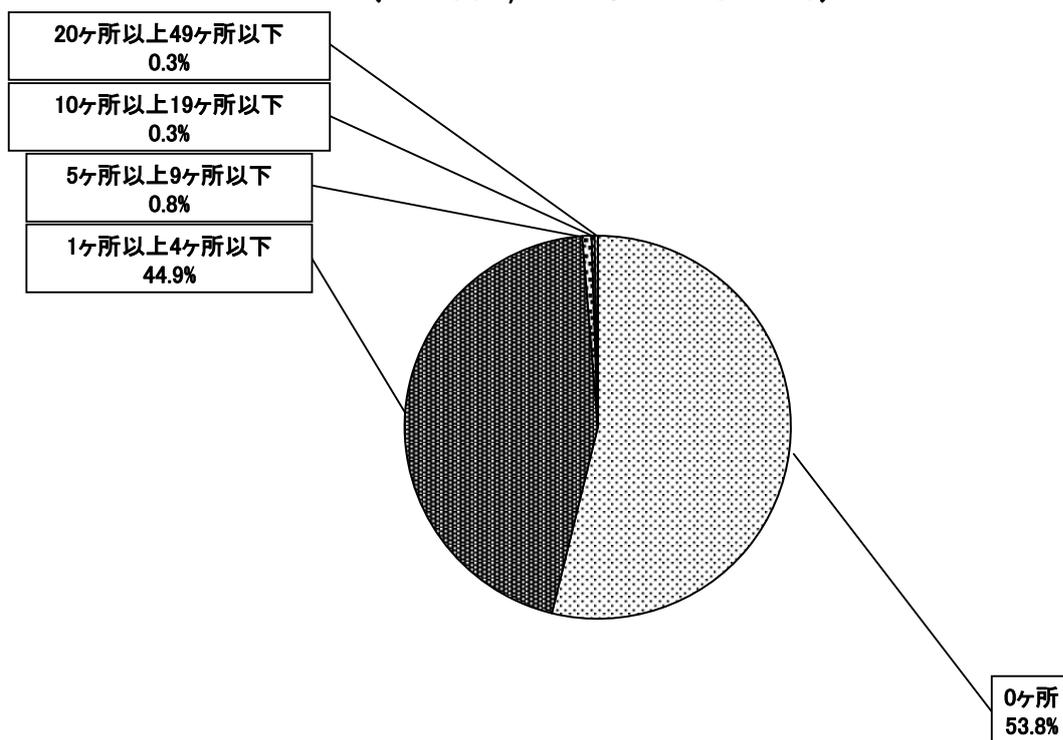
図E-1-1 病院
(n = 540, m ± σ = 9.5 ± 16.2)



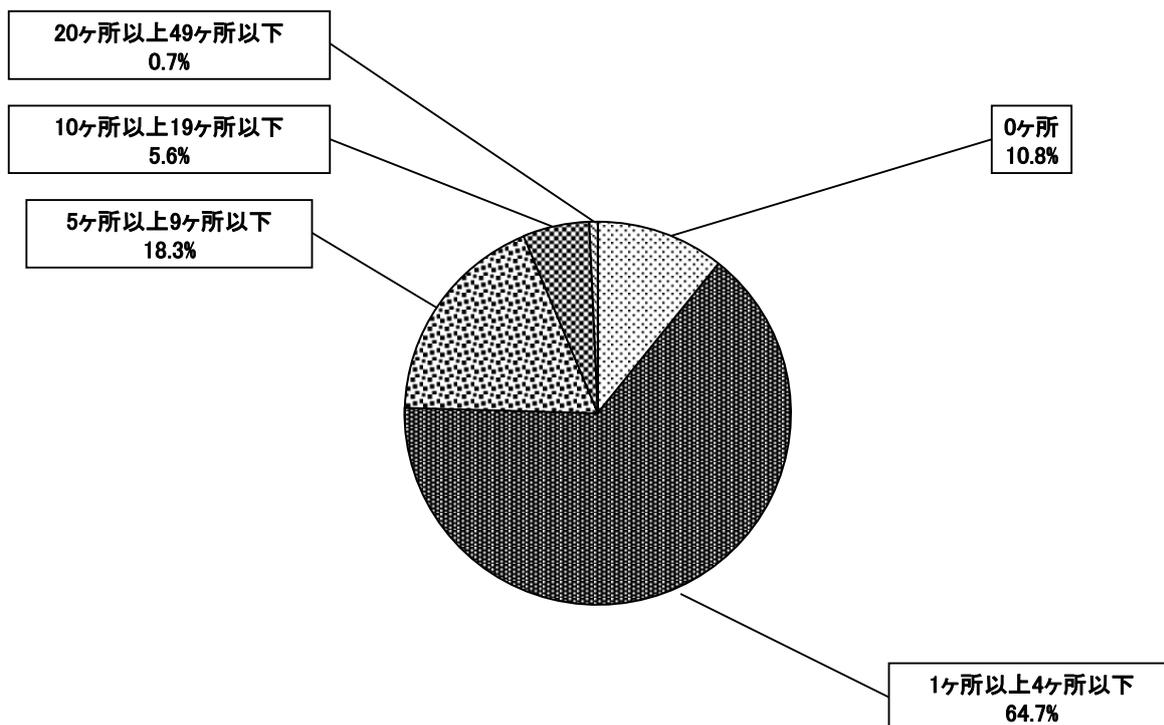
図E-1-2 一般診療所
(n = 447, m ± σ = 4.3 ± 7.4)



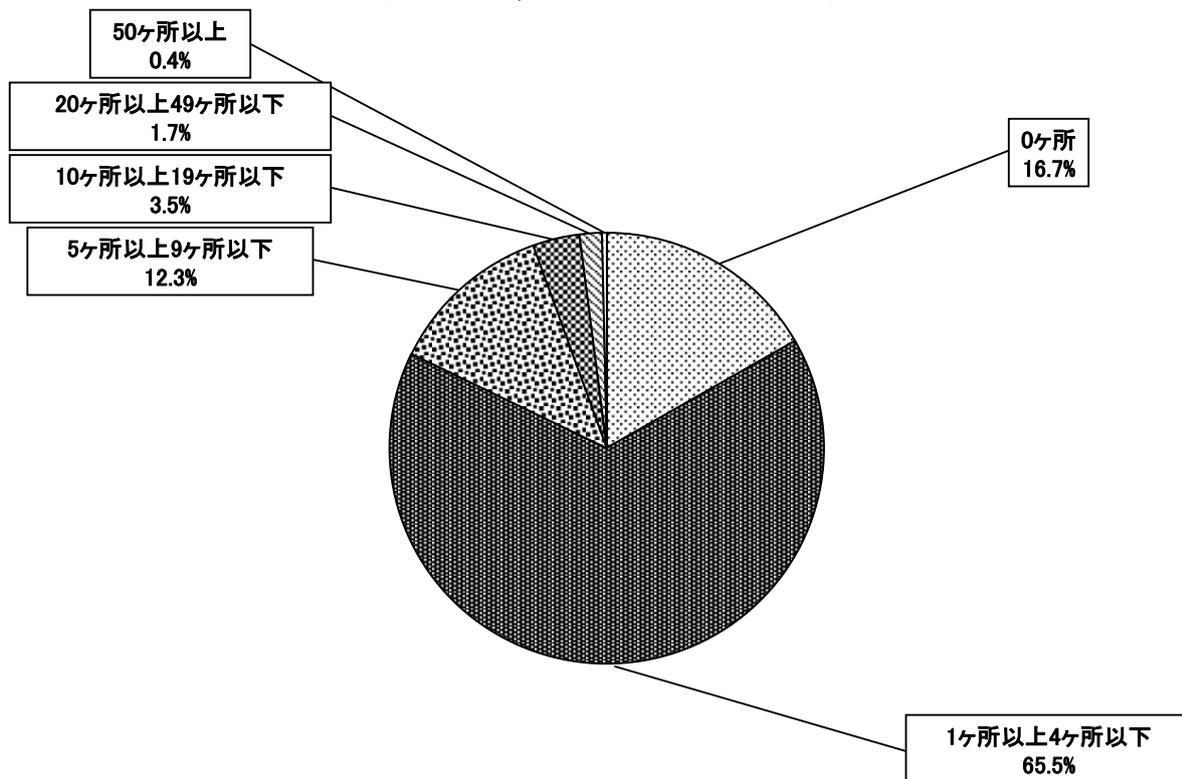
図E-1-3 歯科診療所
($n = 390, m \pm \sigma = 0.8 \pm 1.5$)



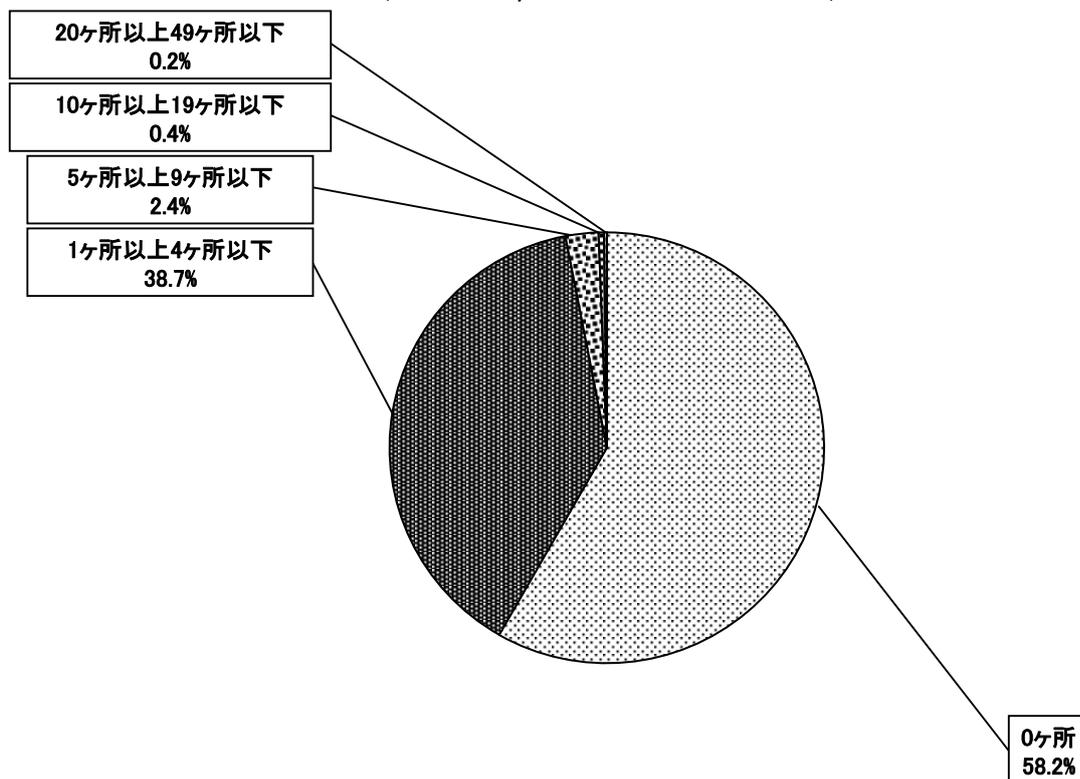
図E-1-4 訪問看護事業所
($n = 558, m \pm \sigma = 3.5 \pm 3.7$)



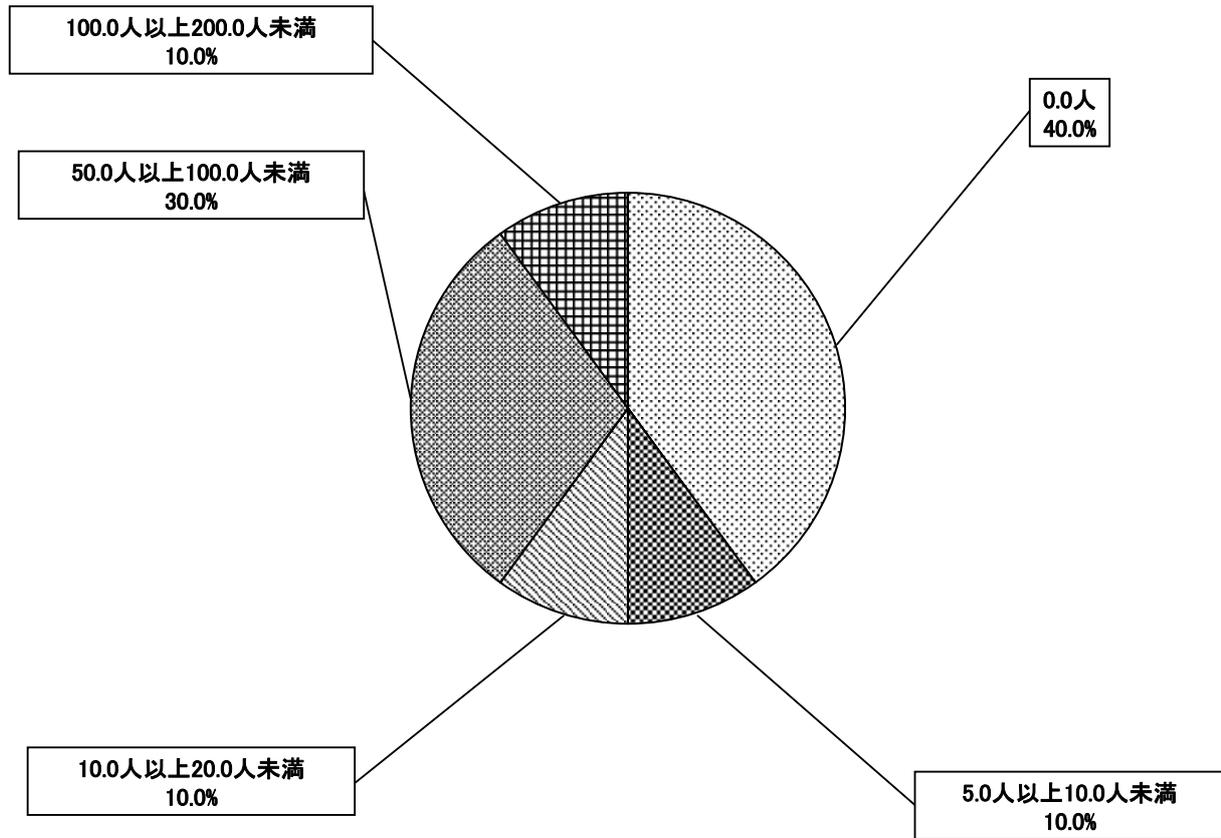
図E-1-5 調剤薬局
($n = 545, m \pm \sigma = 3.1 \pm 5.3$)



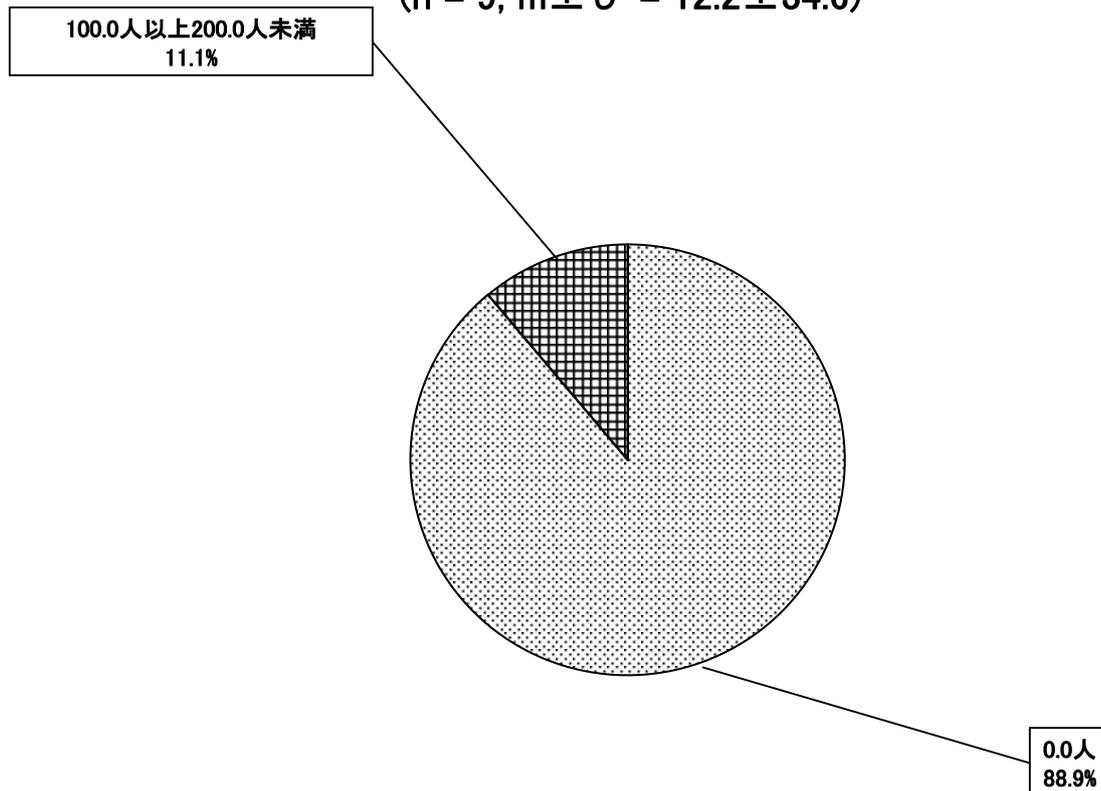
図E-1-6 麻薬調剤薬局
($n = 491, m \pm \sigma = 0.7 \pm 1.6$)



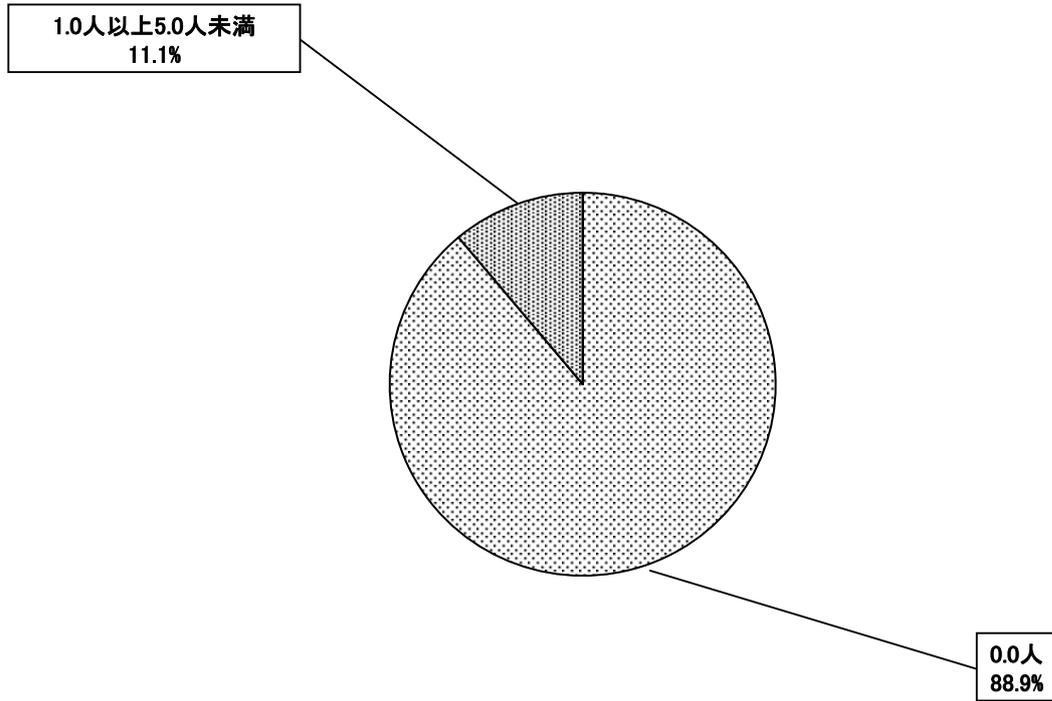
図C-2-1 在宅時医学総合管理料算定患者数(在宅)
($n = 10, m \pm \sigma = 37.1 \pm 50.1$)



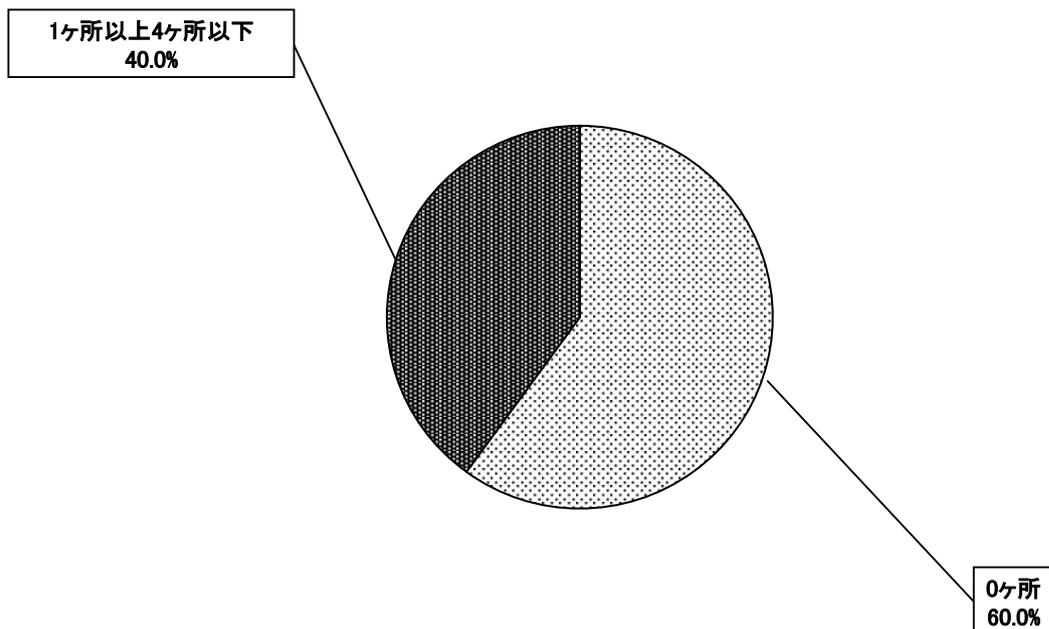
図C-2-2 在宅時医学総合管理料算定患者数(施設)
($n = 9, m \pm \sigma = 12.2 \pm 34.6$)



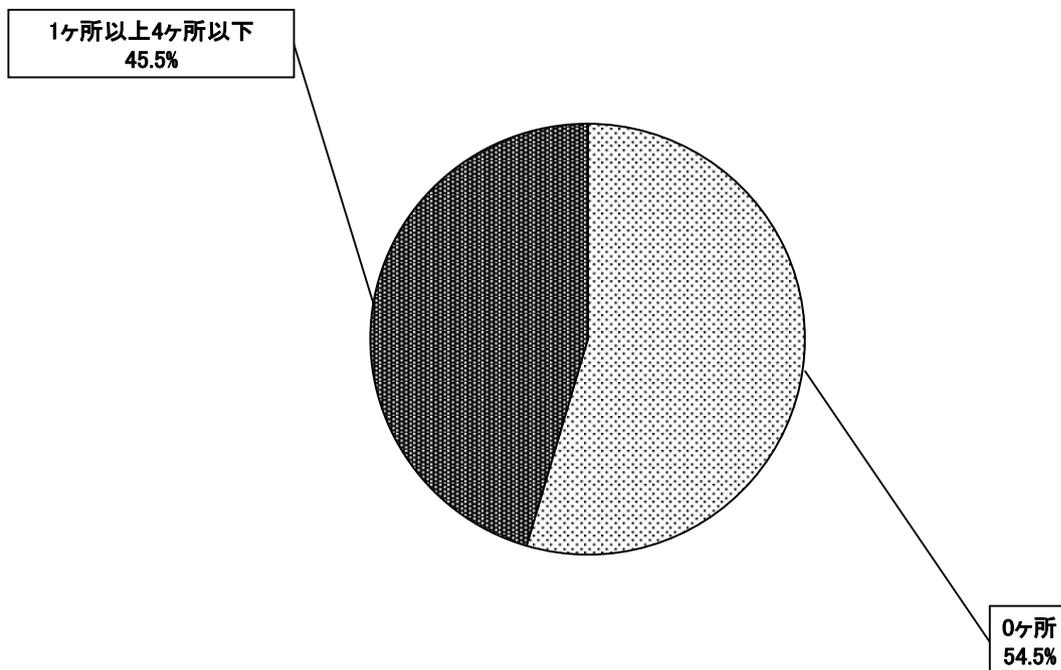
図C-1-3 在宅末期医学総合管理料算定患者数
($n = 9, m \pm \sigma = 0.3 \pm 0.9$)



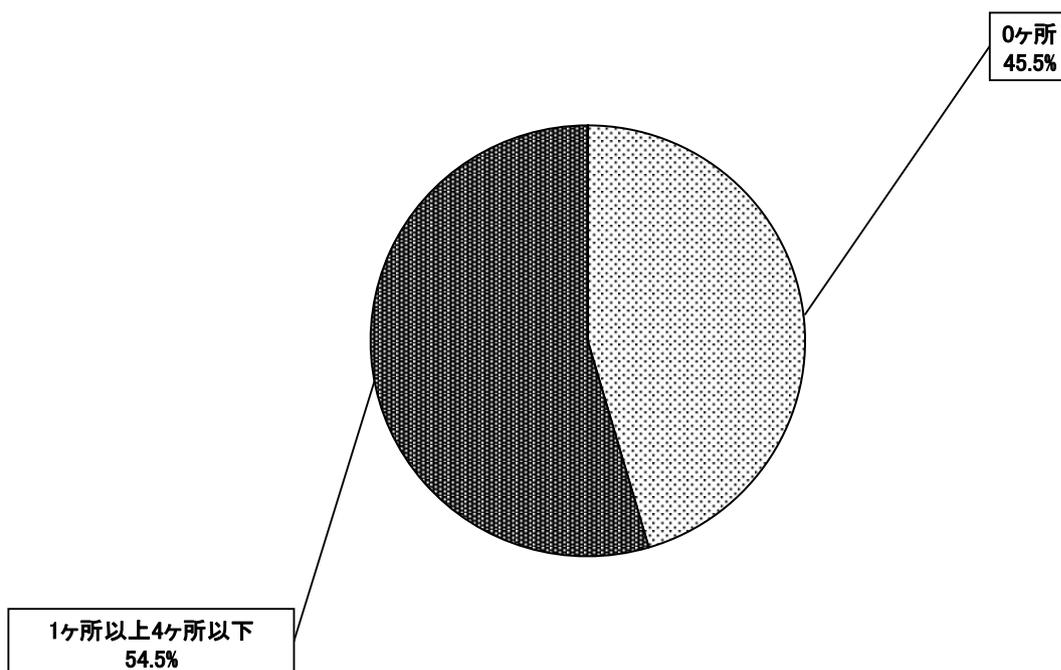
図C-1-4 高専賃
($n = 10, m \pm \sigma = 0.5 \pm 0.7$)



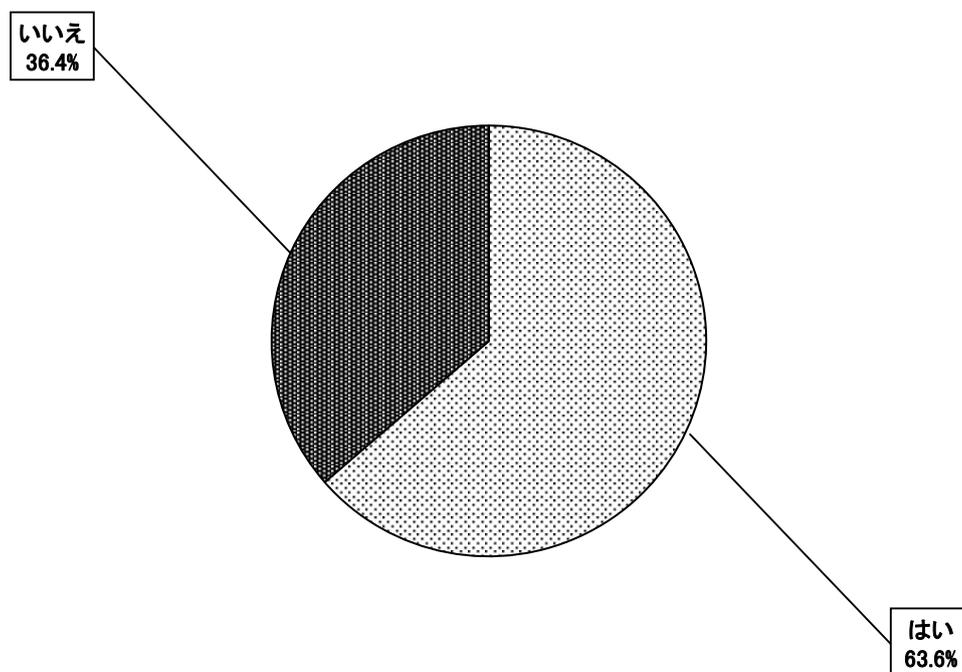
図C-2-5 有料老人ホーム
(n = 11, m ± σ = 0.7 ± 0.9)



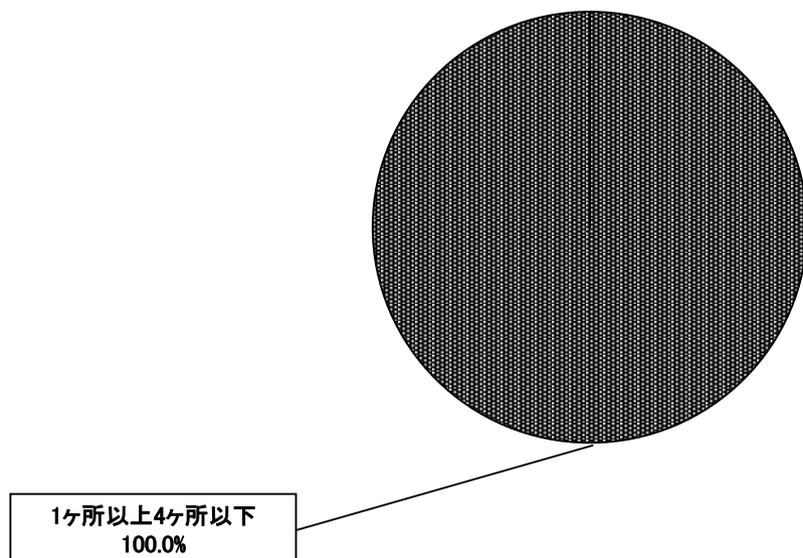
図C-2-6 グループホーム
(n = 11, m ± σ = 0.7 ± 0.7)



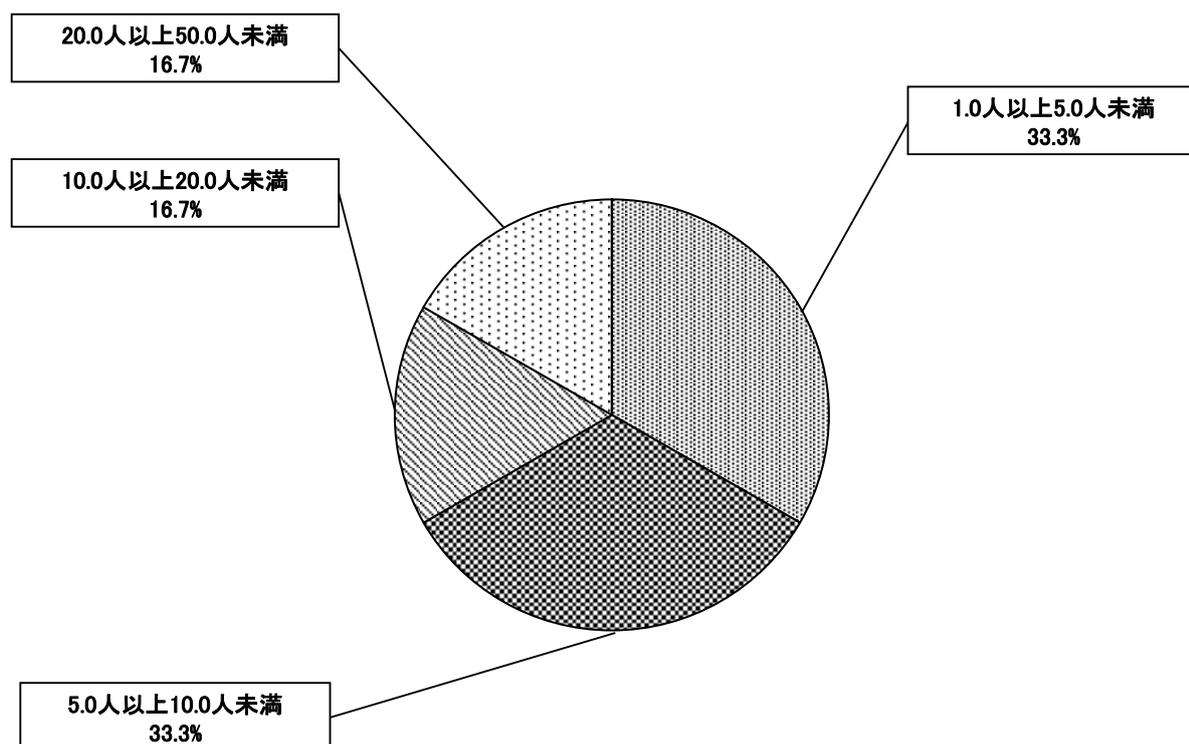
図D-2-1 実施の有無
(n = 11)



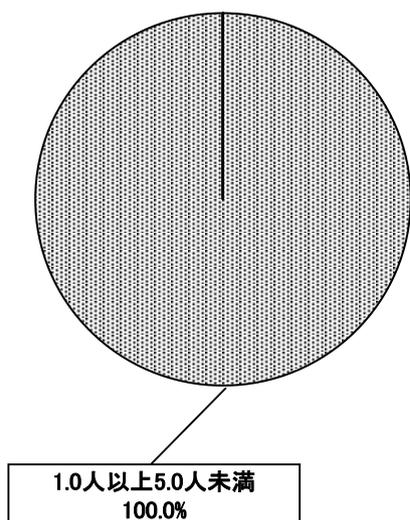
図D-2-2 相手先病院総数
($n = 7, m \pm \sigma = 1.7 \pm 0.9$)



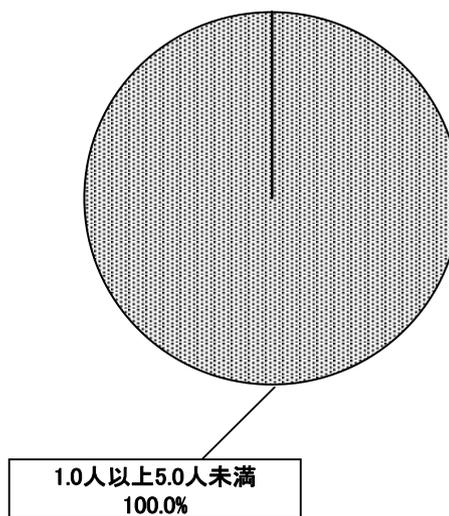
図D-2-3 患者総数
($n = 6, m \pm \sigma = 8.2 \pm 5.8$)



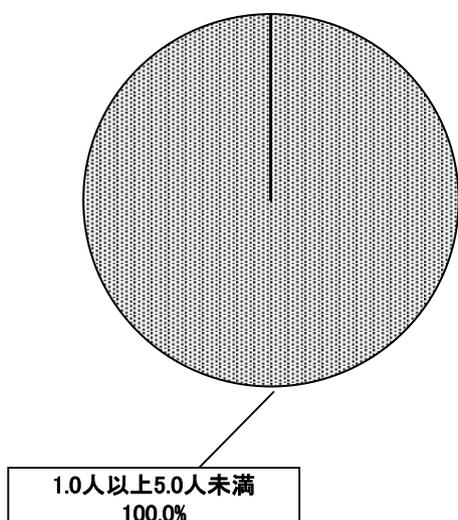
図D-2-4 在宅人工呼吸療法(HMV)
($n = 1, m \pm \sigma = 1.0 \pm 0.0$)



図D-2-5 在宅酸素療法(HOT)
($n = 2, m \pm \sigma = 1.0 \pm 0.0$)



図D-2-6 在宅中心静脈栄養法(HPN)
($n = 1, m \pm \sigma = 1.0 \pm 0.0$)



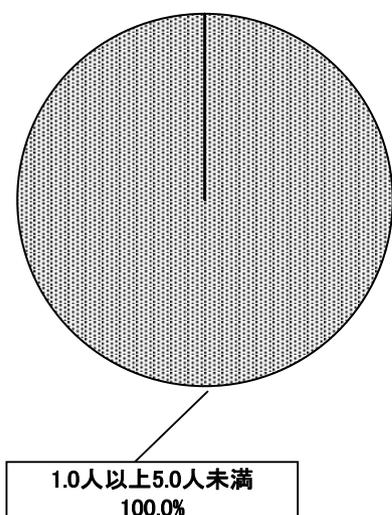
図D-2-7 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)
($n = 0, m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.0$)

(回答無し)

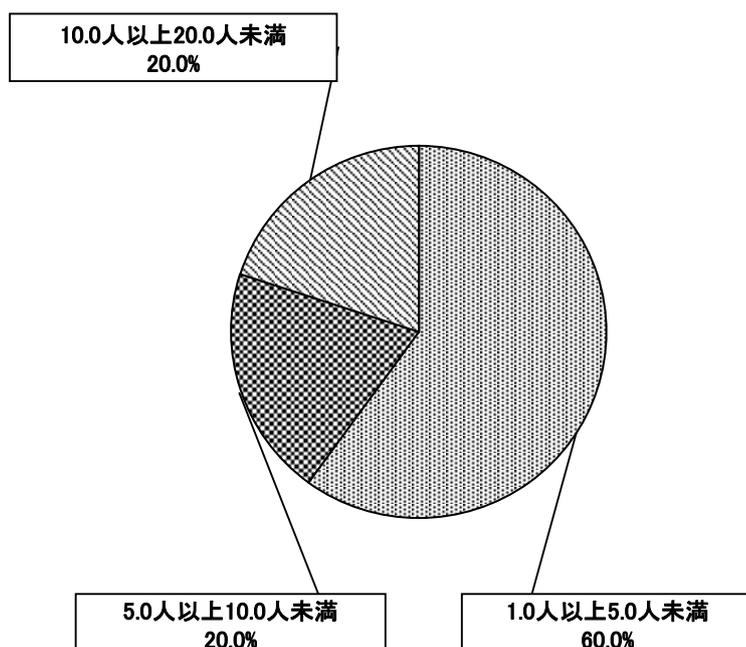
図D-2-8 連続携行式腹膜透析(CAPD)
($n = 0, m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.0$)

(回答無し)

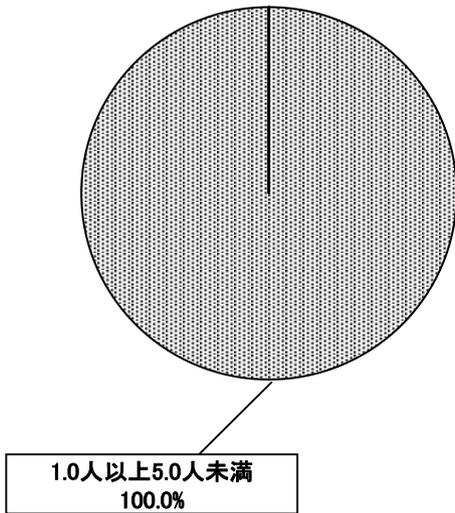
図D-2-10 悪性新生物
($n = 3, m \pm \sigma = 2.0 \pm 0.8$)



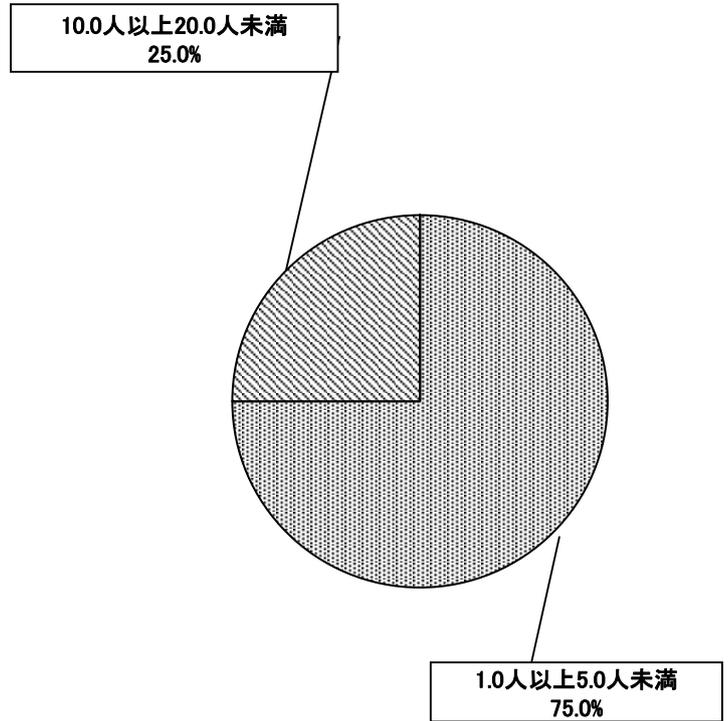
図D-2-11 認知症
($n = 5, m \pm \sigma = 4.2 \pm 3.4$)



図D-2-12 特定疾患(難病)
($n = 2, m \pm \sigma = 1.5 \pm 0.5$)



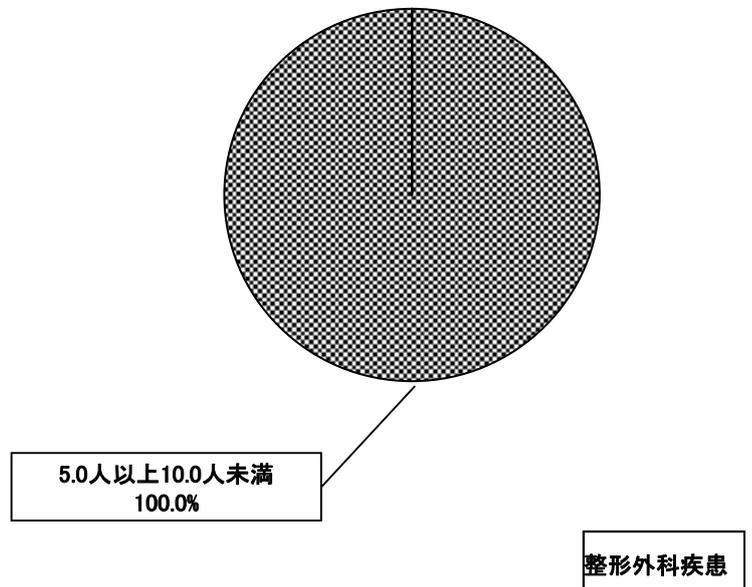
図D-2-13 脳血管障害後遺症
($n = 4, m \pm \sigma = 5.5 \pm 6.7$)



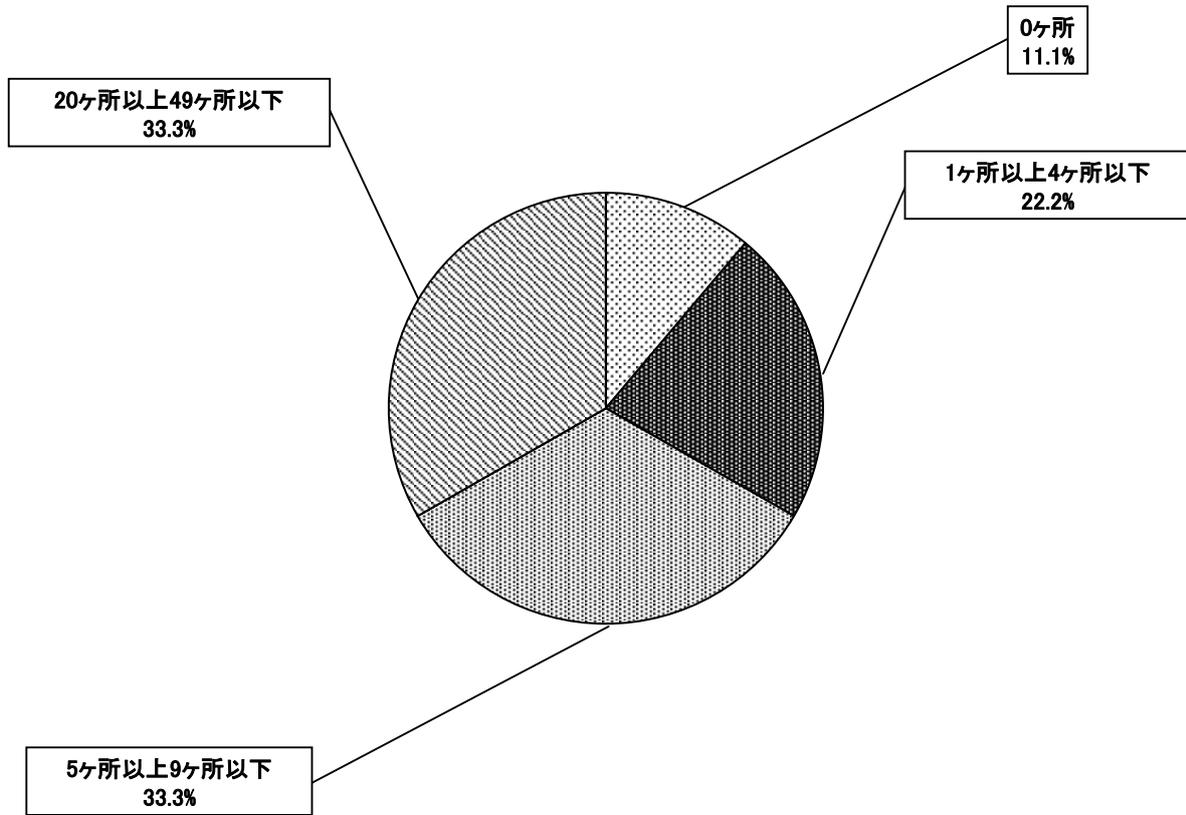
図D-2-14 呼吸器系疾患
($n = 0, m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.0$)

(回答無し)

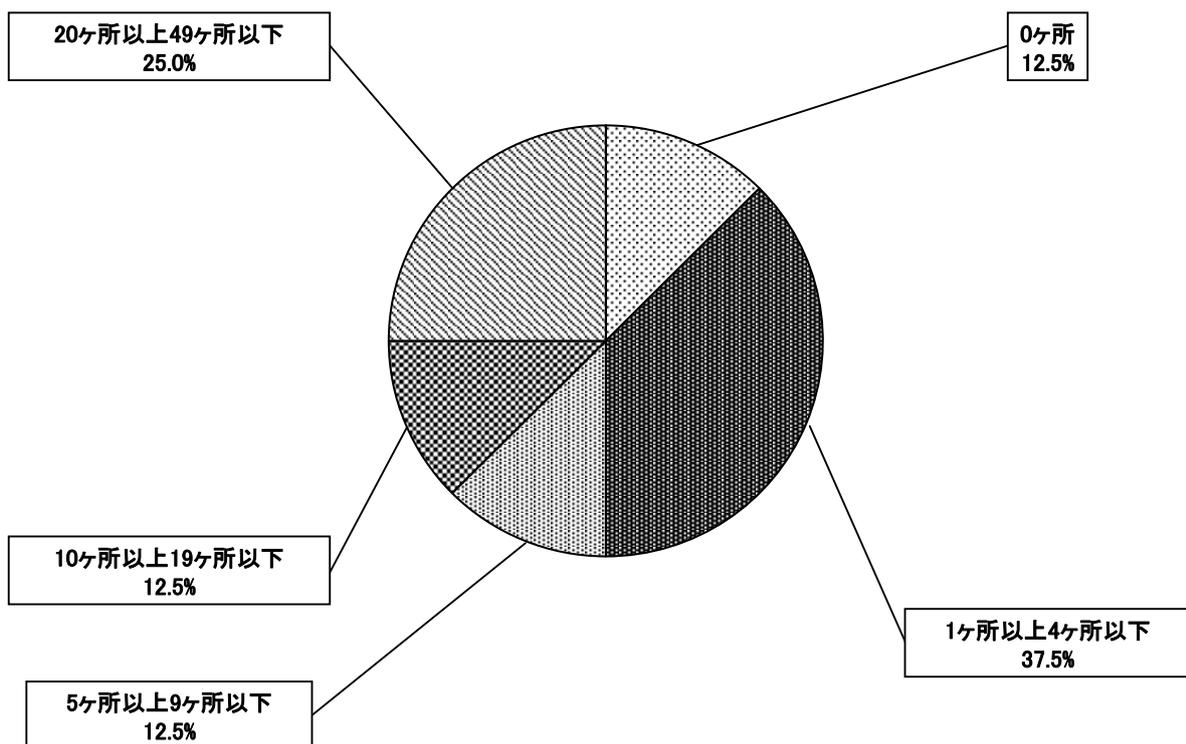
図D-2-15 その他
($n = 1, m \pm \sigma = 5.0 \pm 0.0$)



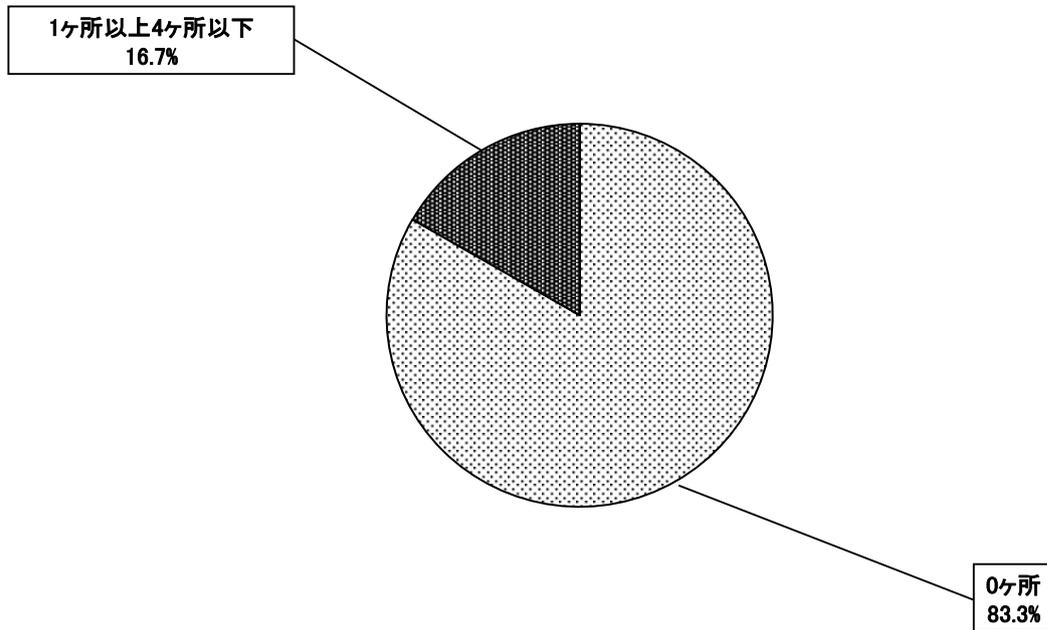
図E-2-1 病院
($n = 9, m \pm \sigma = 10.3 \pm 8.4$)



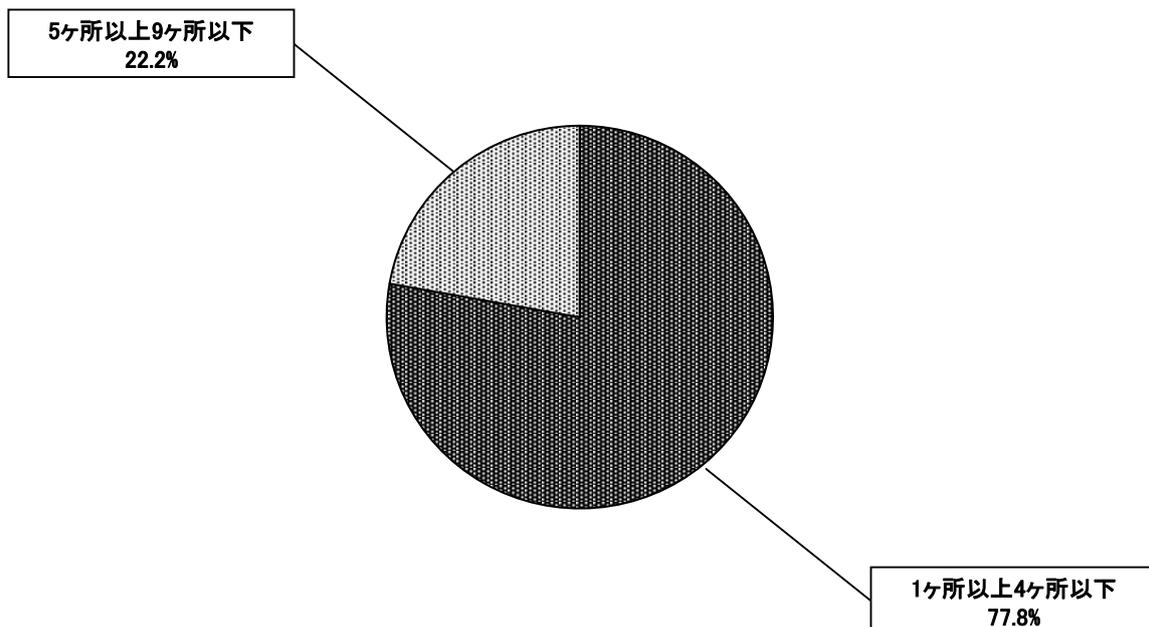
図E-2-2 一般診療所
($n = 8, m \pm \sigma = 8.5 \pm 7.4$)



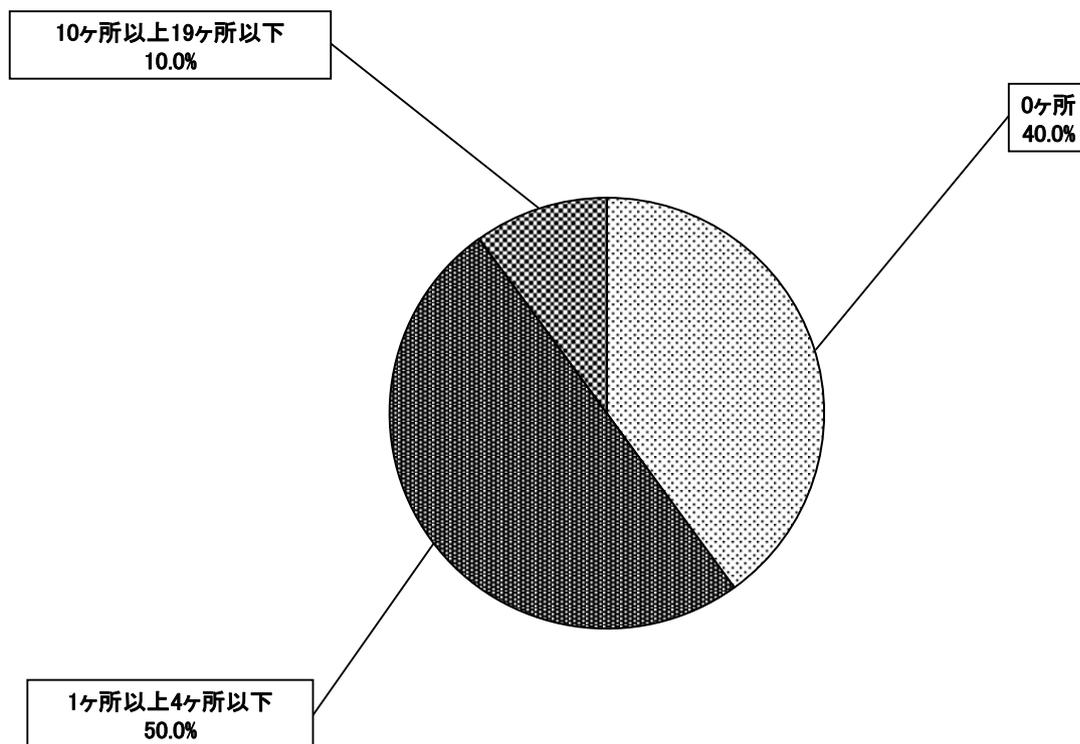
図E-2-3 歯科診療所
($n = 6, m \pm \sigma = 0.3 \pm 0.7$)



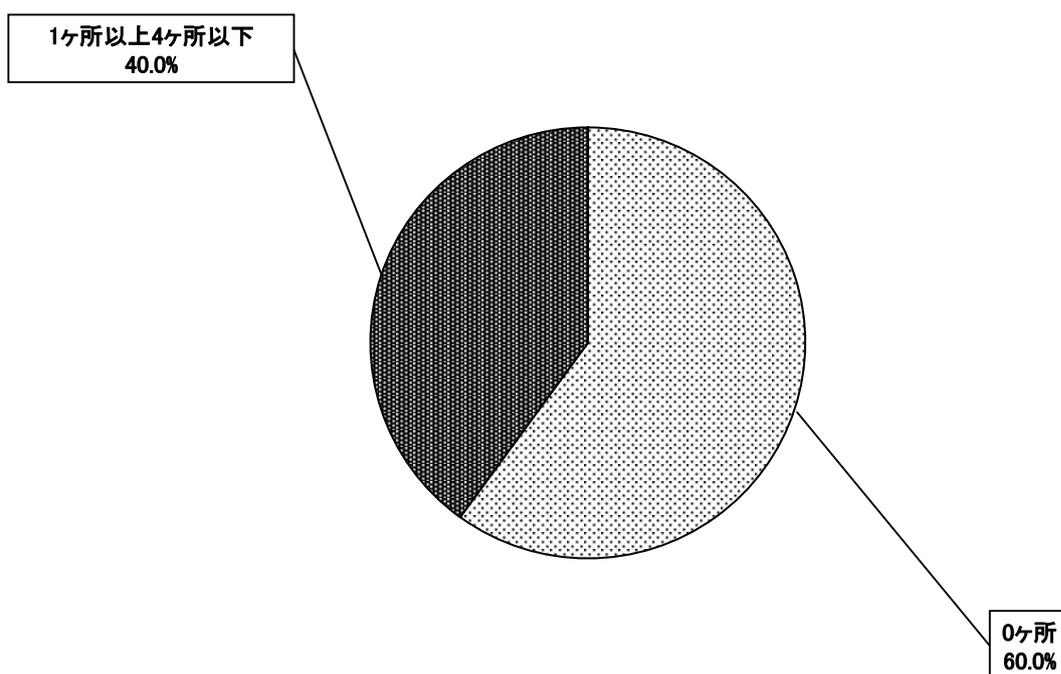
図E-2-4 訪問看護事業所
($n = 9, m \pm \sigma = 2.6 \pm 1.9$)



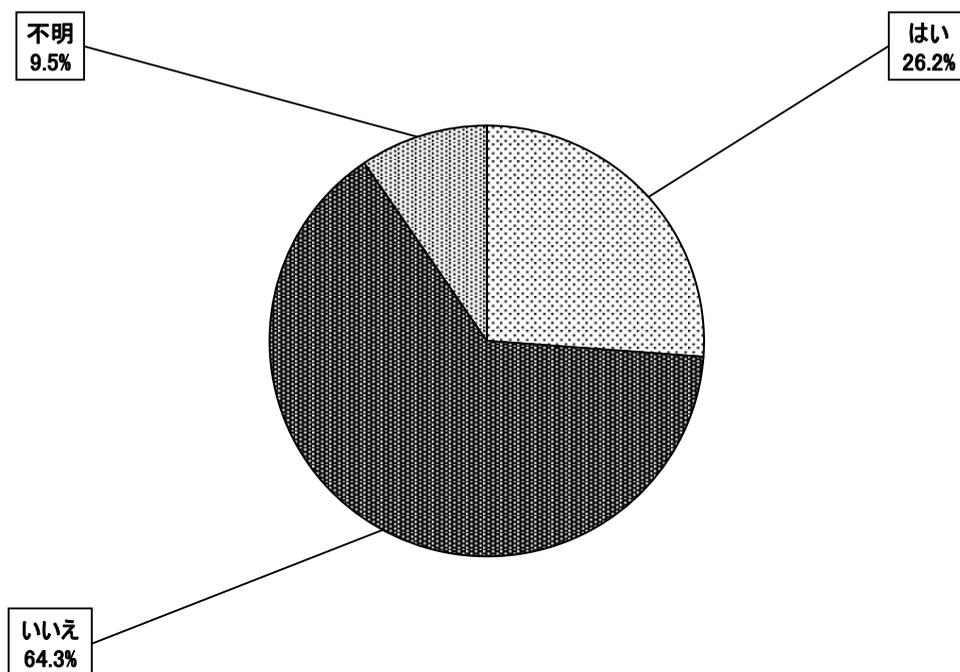
図E-2-5 調剤薬局
($n = 10, m \pm \sigma = 2.3 \pm 4.4$)



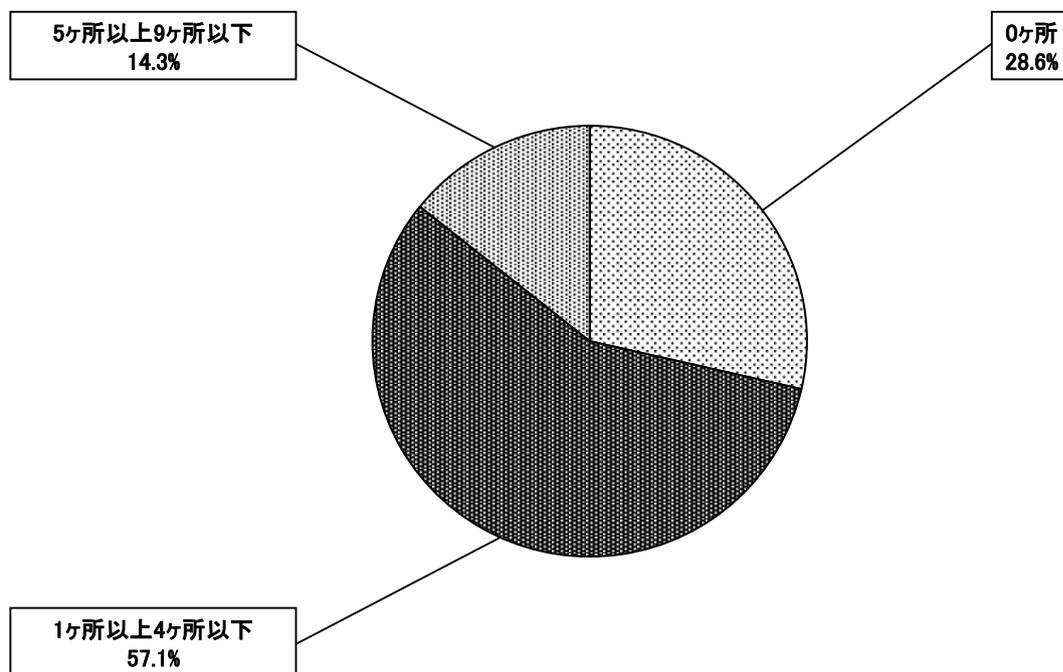
図E-2-6 麻薬調剤薬局
($n = 10, m \pm \sigma = 0.6 \pm 0.9$)



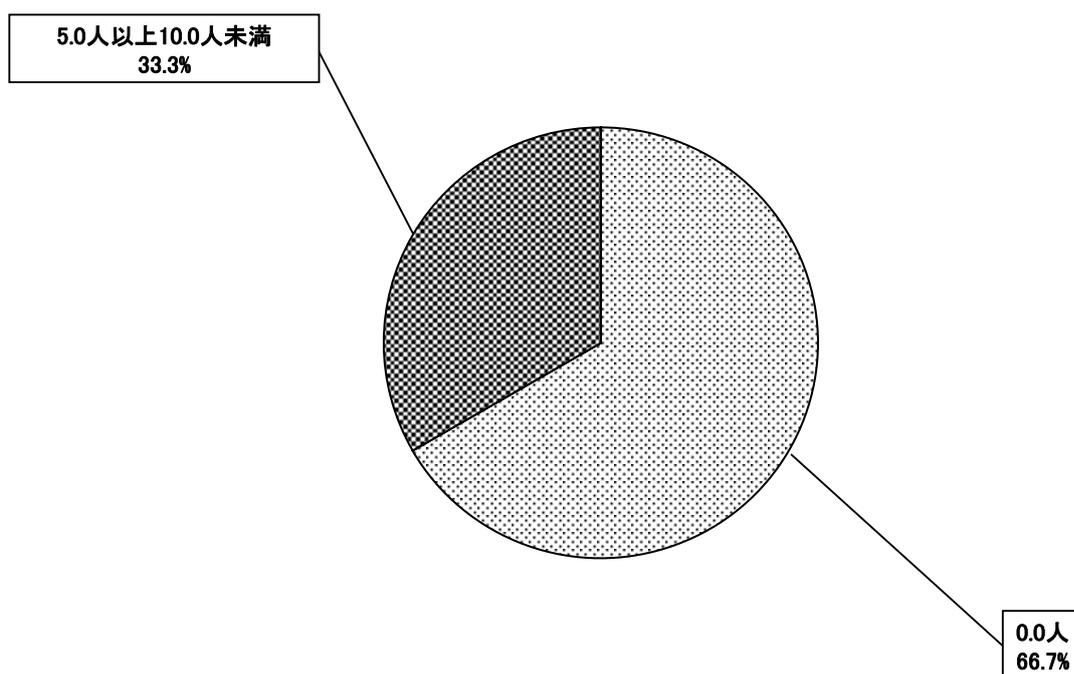
図D-3-1 算定の有無
(n = 42)



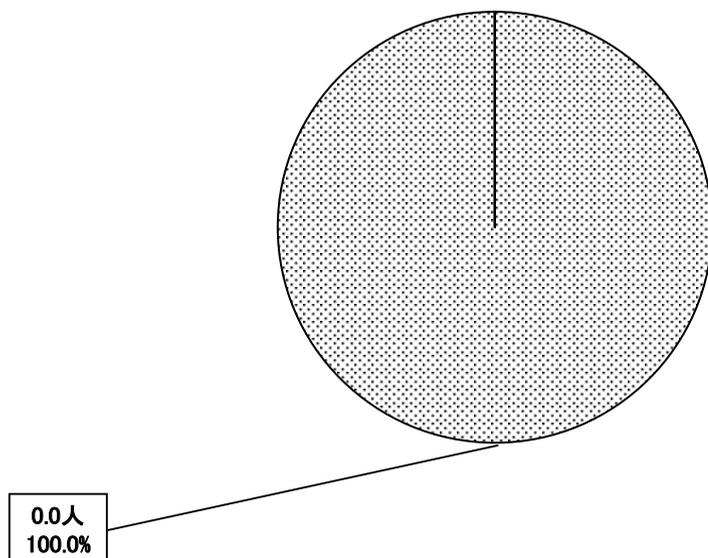
図D-3-2 相手先病院総数
($n = 7, m \pm \sigma = 2.1 \pm 1.6$)



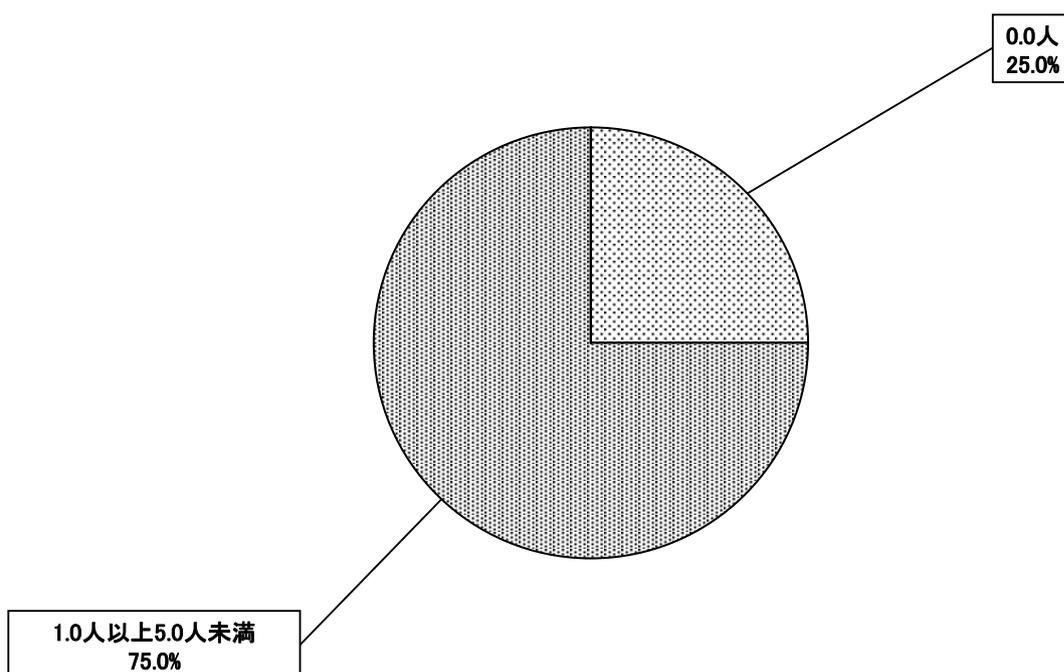
図D-3-3 患者総数
($n = 3, m \pm \sigma = 1.7 \pm 2.4$)



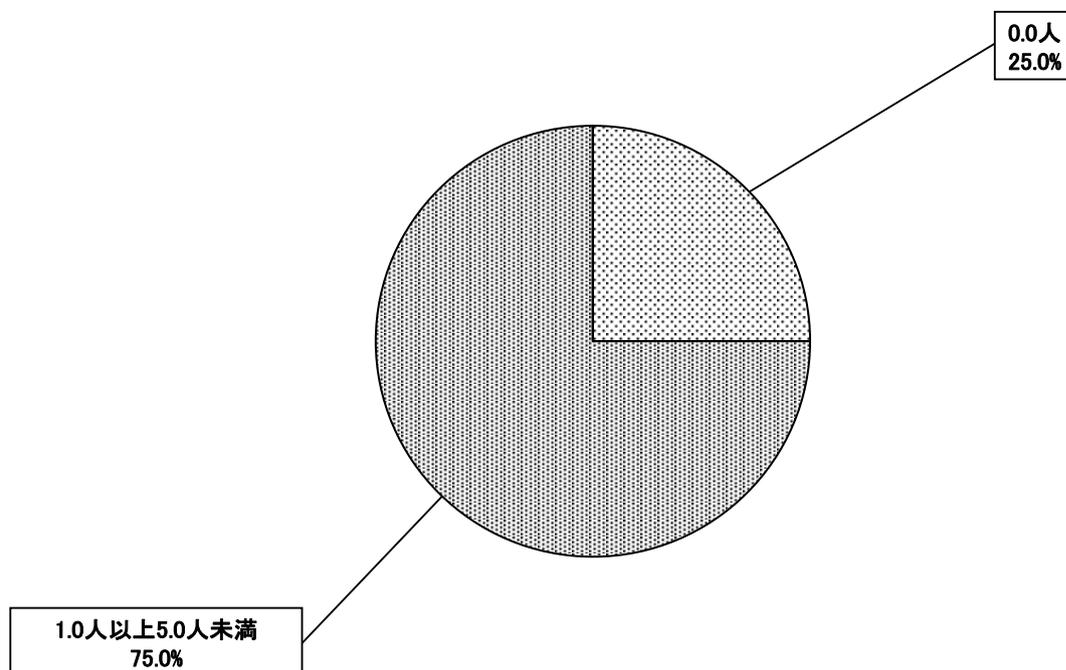
図D-3-4 在宅人工呼吸療法(HMV)
($n = 1, m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.0$)



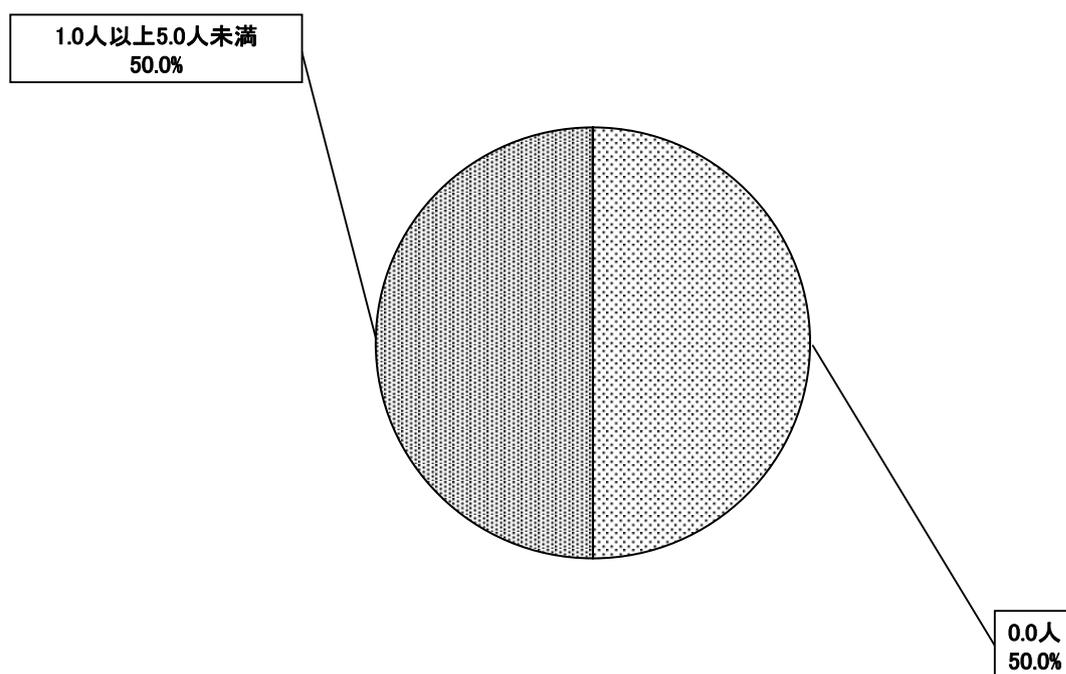
図D-3-5 在宅酸素療法(HOT)
($n = 4, m \pm \sigma = 1.0 \pm 0.7$)



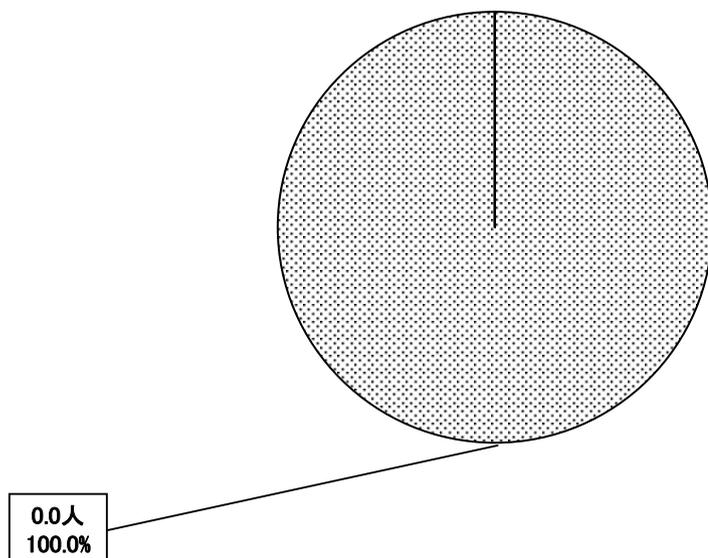
図D-3-6 在宅中心静脈栄養法(HPN)
($n = 4, m \pm \sigma = 1.0 \pm 0.7$)



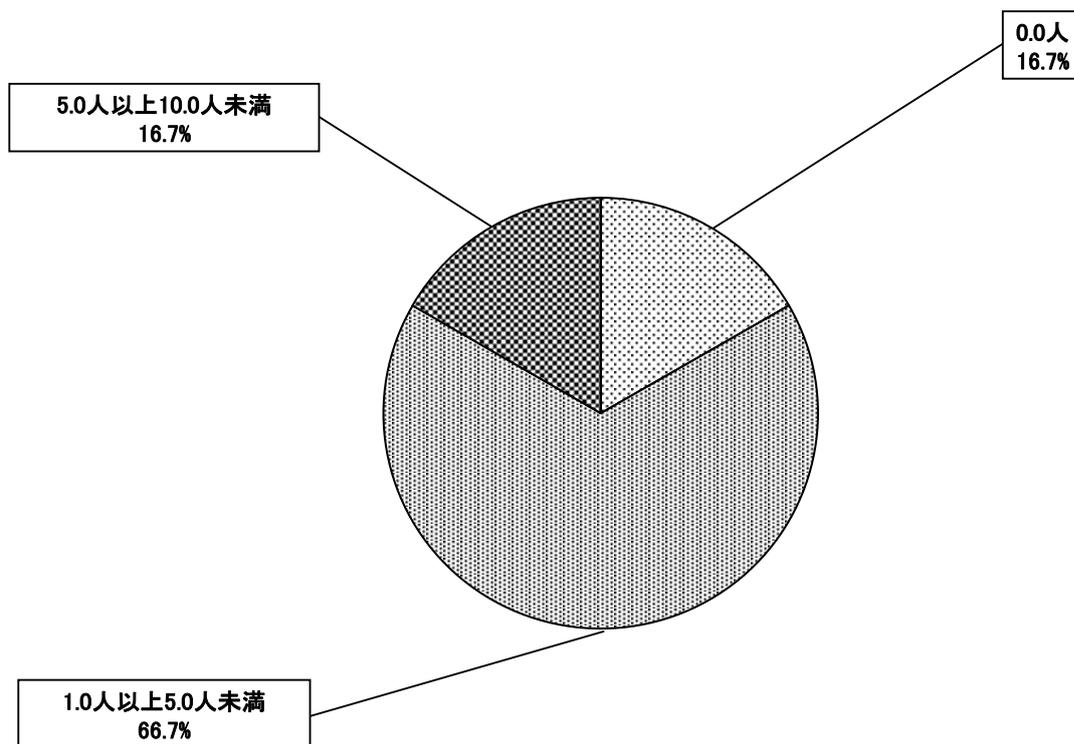
図D-3-7 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)
($n = 2, m \pm \sigma = 1.0 \pm 1.0$)



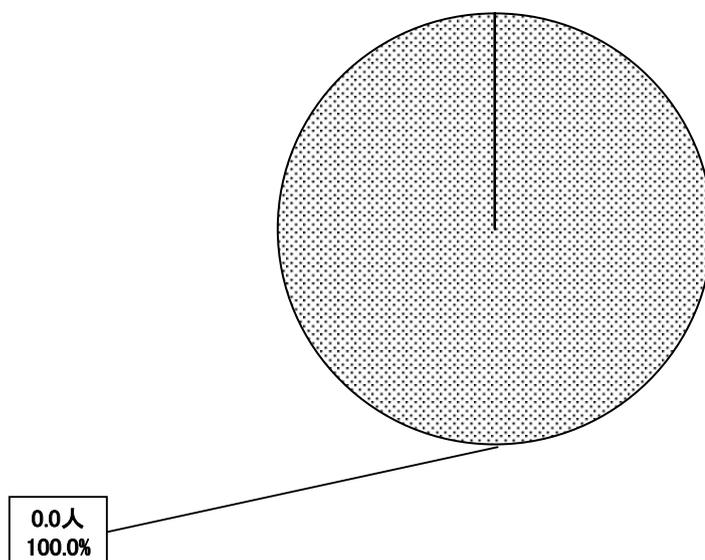
図D-3-8 連続携行式腹膜透析(CAPD)
($n = 1, m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.0$)



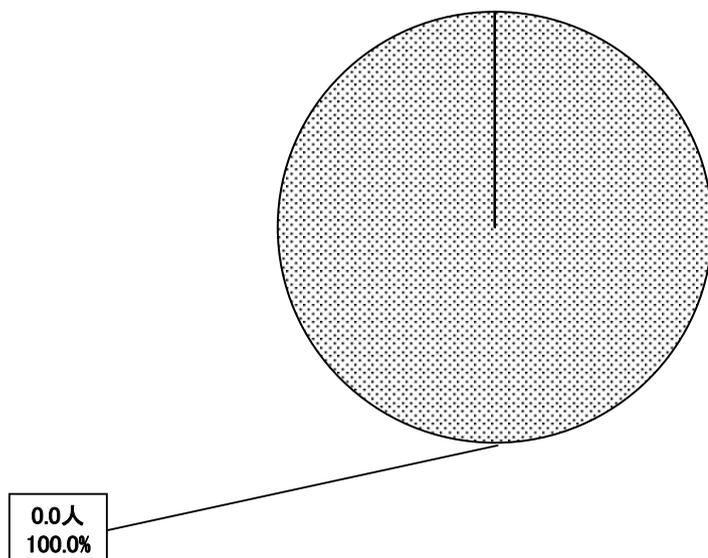
図D-3-10 悪性新生物
($n = 6, m \pm \sigma = 2.3 \pm 1.5$)



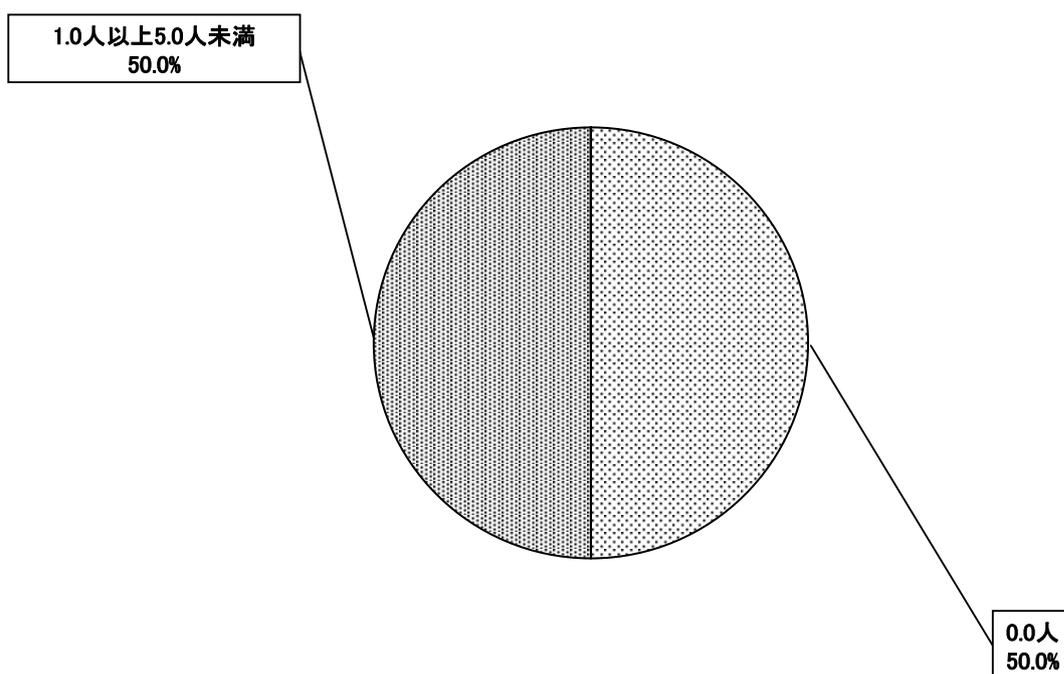
図D-3-11 認知症
($n = 1, m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.0$)



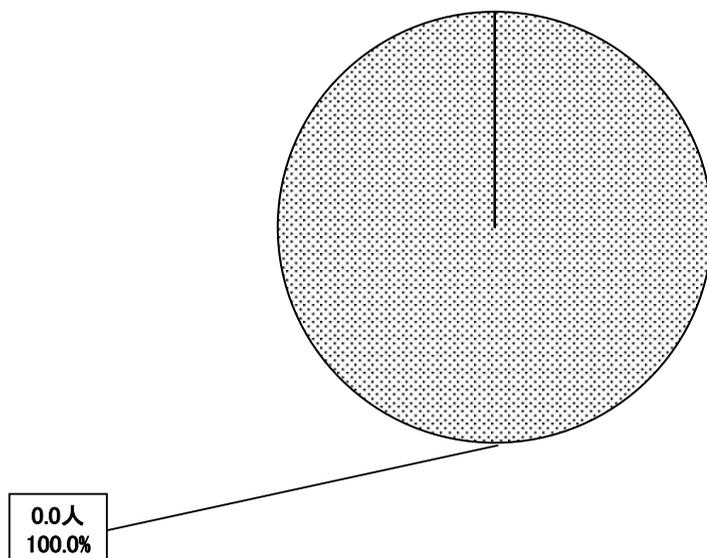
図D-3-12 特定疾患(難病)
($n = 1, m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.0$)



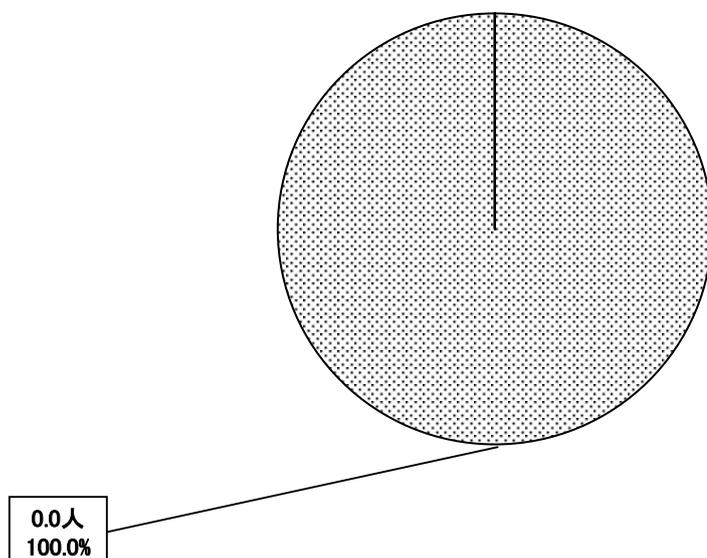
図D-3-13 脳血管障害後遺症
($n = 2, m \pm \sigma = 0.5 \pm 0.5$)



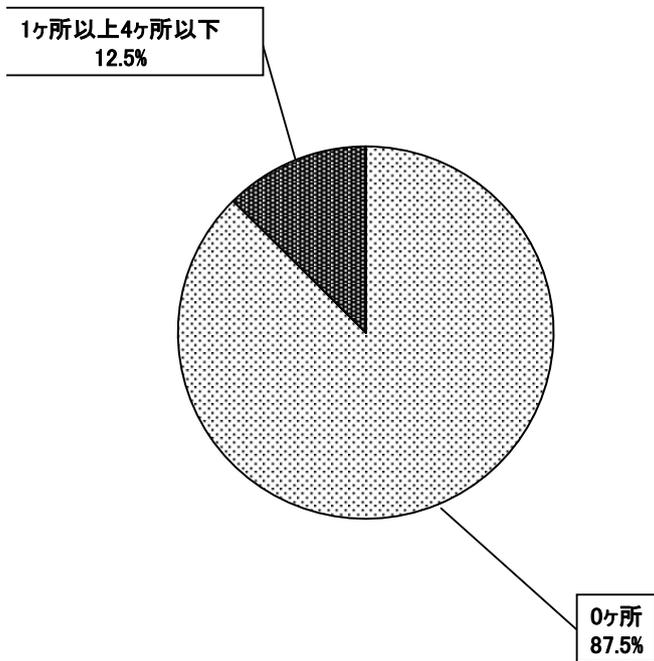
図D-3-14 呼吸器系疾患
($n = 1, m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.0$)



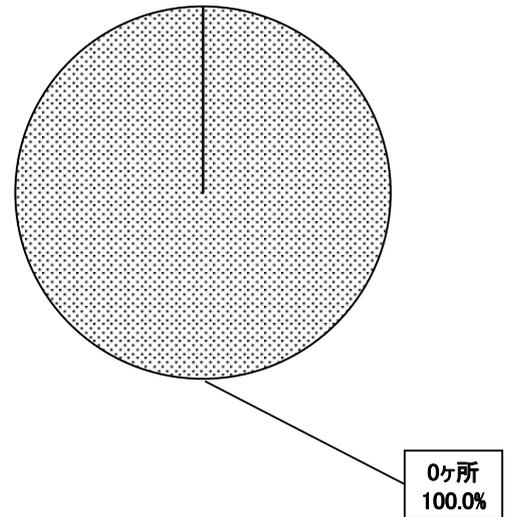
図D-3-15 その他
($n = 1, m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.0$)



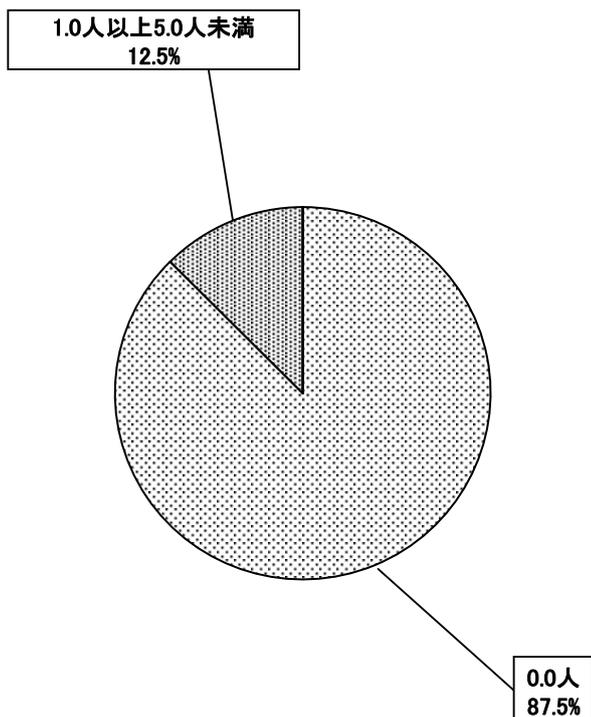
図E-3-1 施設数 - 在宅療養支援病院
(n = 8, m ± σ = 0.1 ± 0.3)



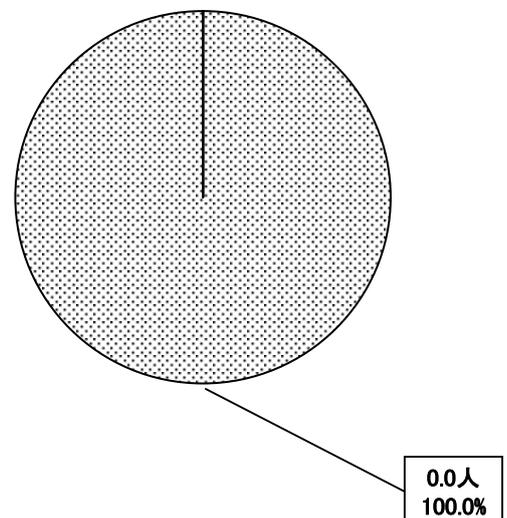
図E-3-2 施設数 - その他の病院
(n = 11, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



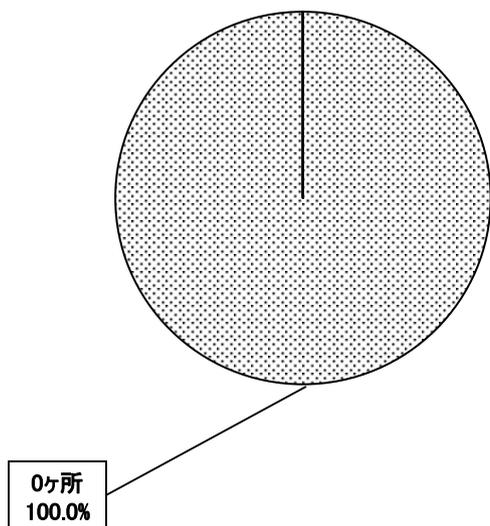
図E-3-3 患者数 - 在宅療養支援病院
(n = 8, m ± σ = 0.1 ± 0.3)



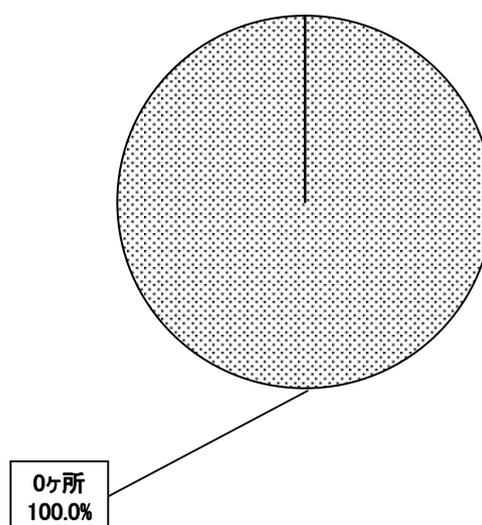
図E-3-4 患者数 - その他の病院
(n = 11, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



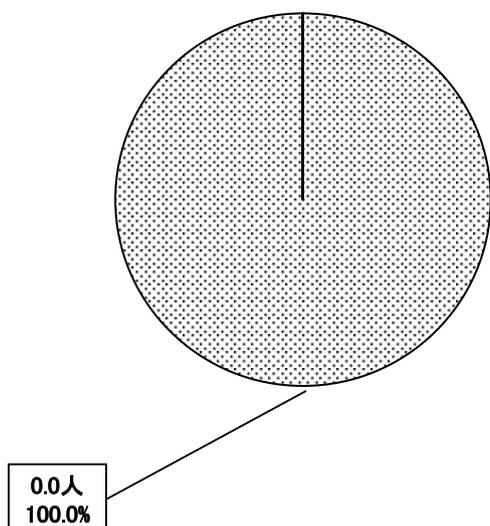
図E-3-5 施設数 - 在宅療養支援診療所
(n = 5, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



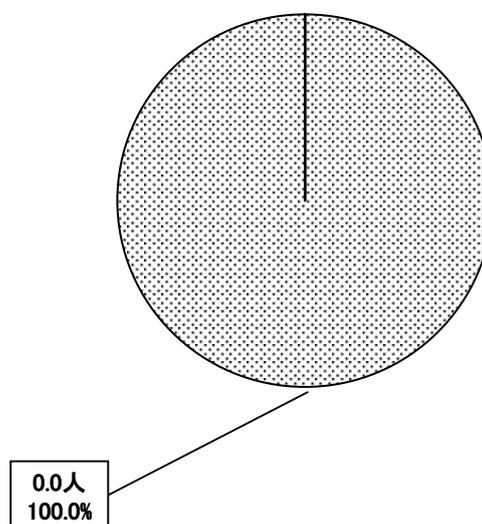
図E-3-6 施設数 - その他の診療所
(n = 5, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



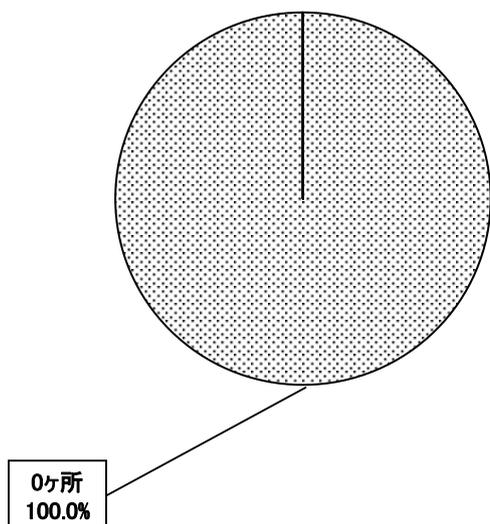
図E-3-7 患者数 - 在宅療養支援診療所
(n = 6, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



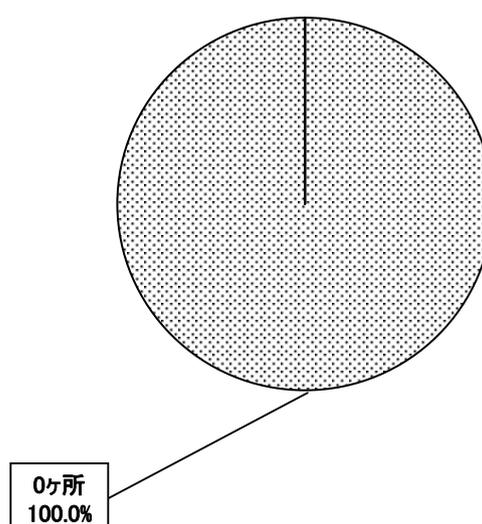
図E-3-8 患者数 - その他の診療所
(n = 6, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



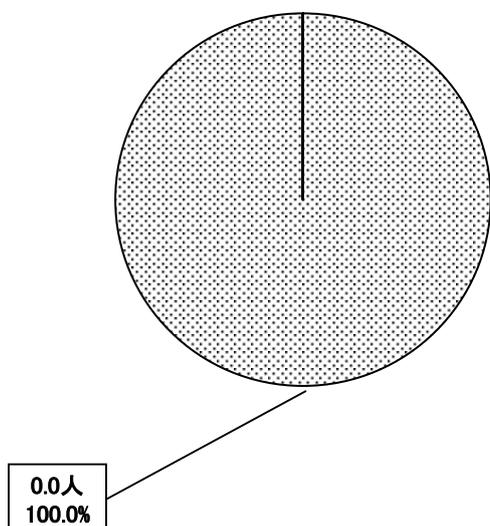
図E-3-9 施設数 - 在宅療養支援病院
(n = 8, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



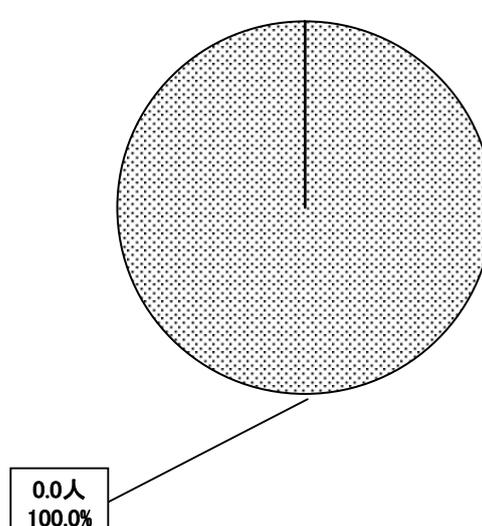
図E-3-10 施設数 - その他の病院
(n = 10, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



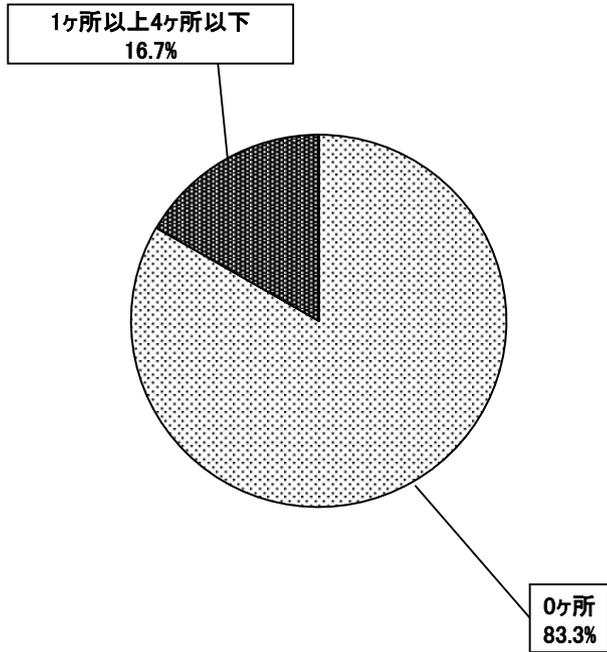
図E-3-11 患者数 - 在宅療養支援病院
(n = 8, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



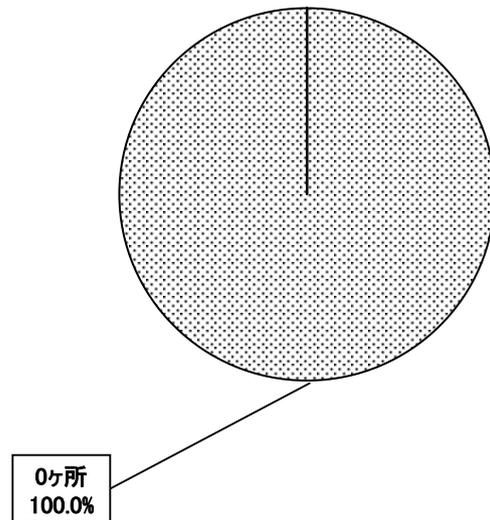
図E-3-12 患者数 - その他の病院
(n = 10, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



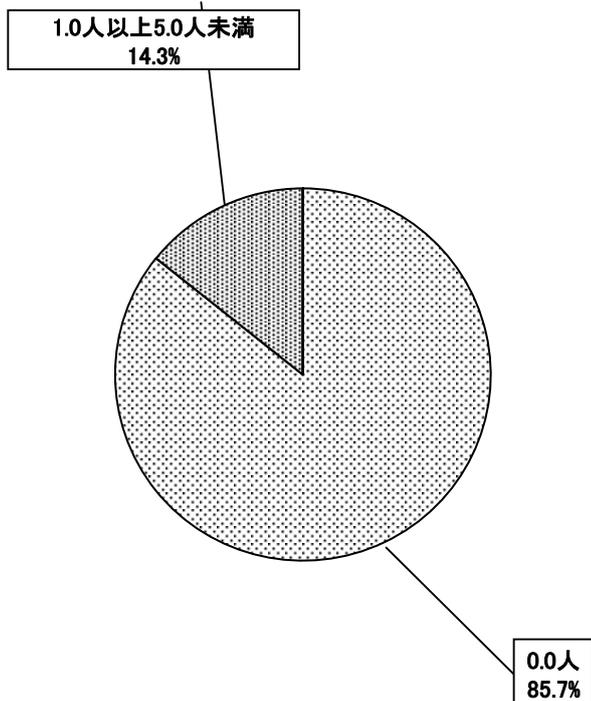
図E-3-13 施設数 - 在宅療養支援診療所
(n = 6, m ± σ = 0.3 ± 0.7)



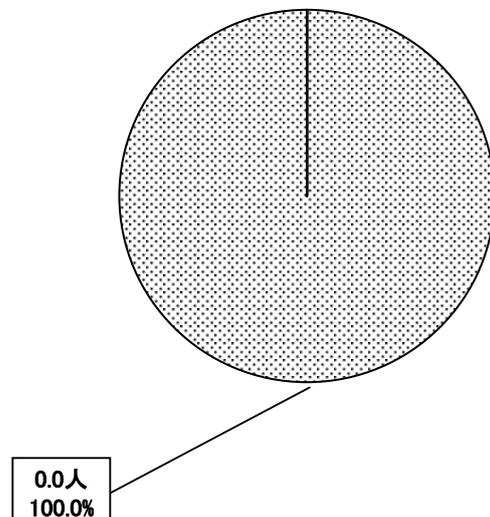
図E-3-14 施設数 - その他の診療所
(n = 5, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



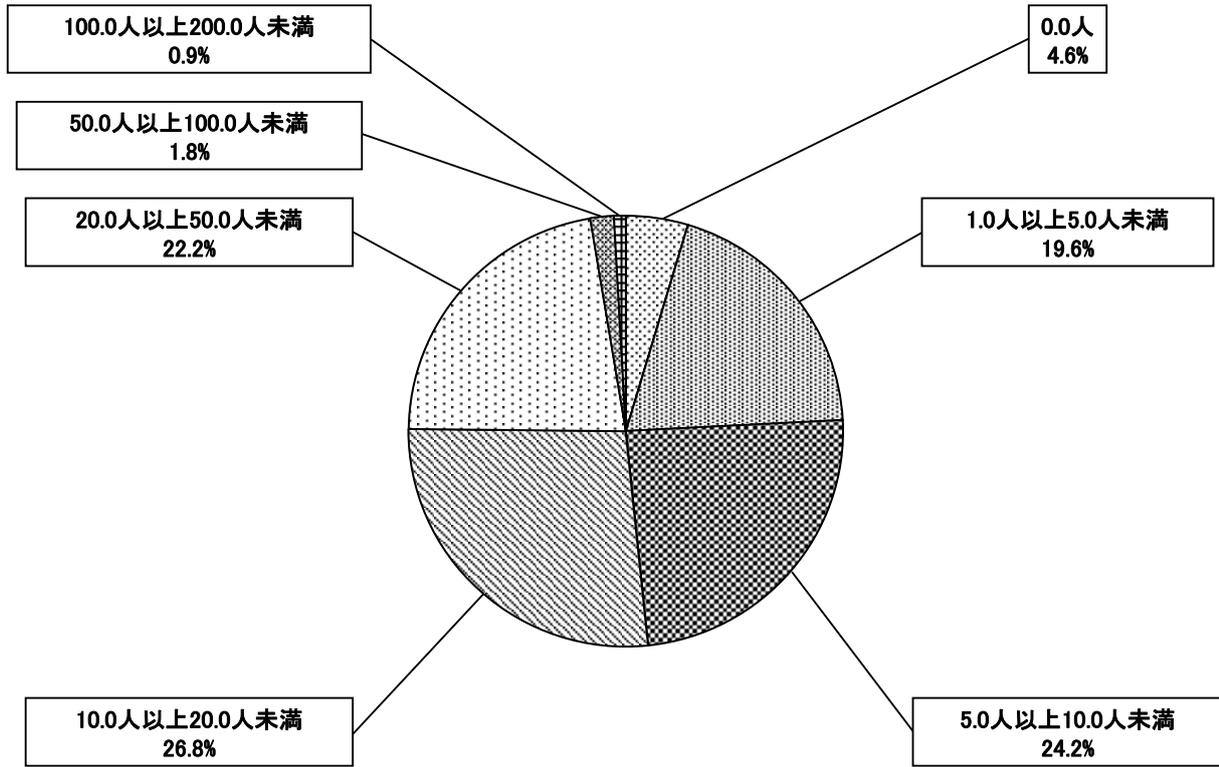
図E-3-15 患者数 - 在宅療養支援診療所
(n = 7, m ± σ = 0.3 ± 0.7)



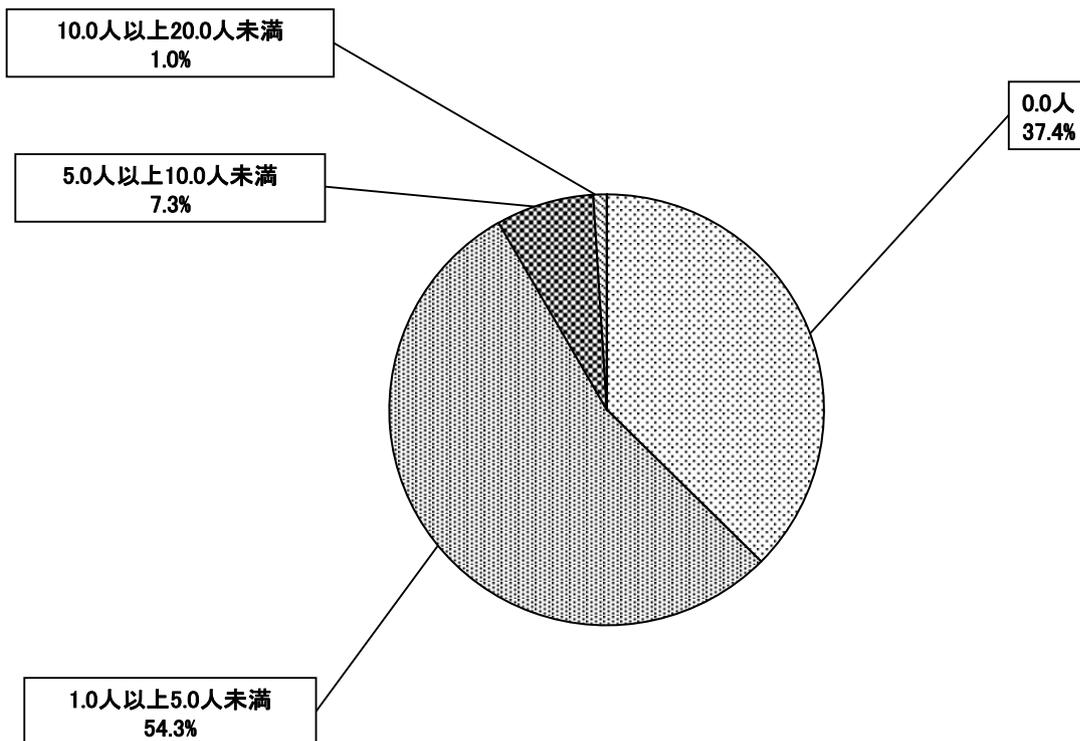
図E-3-16 患者数 - その他の診療所
(n = 6, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



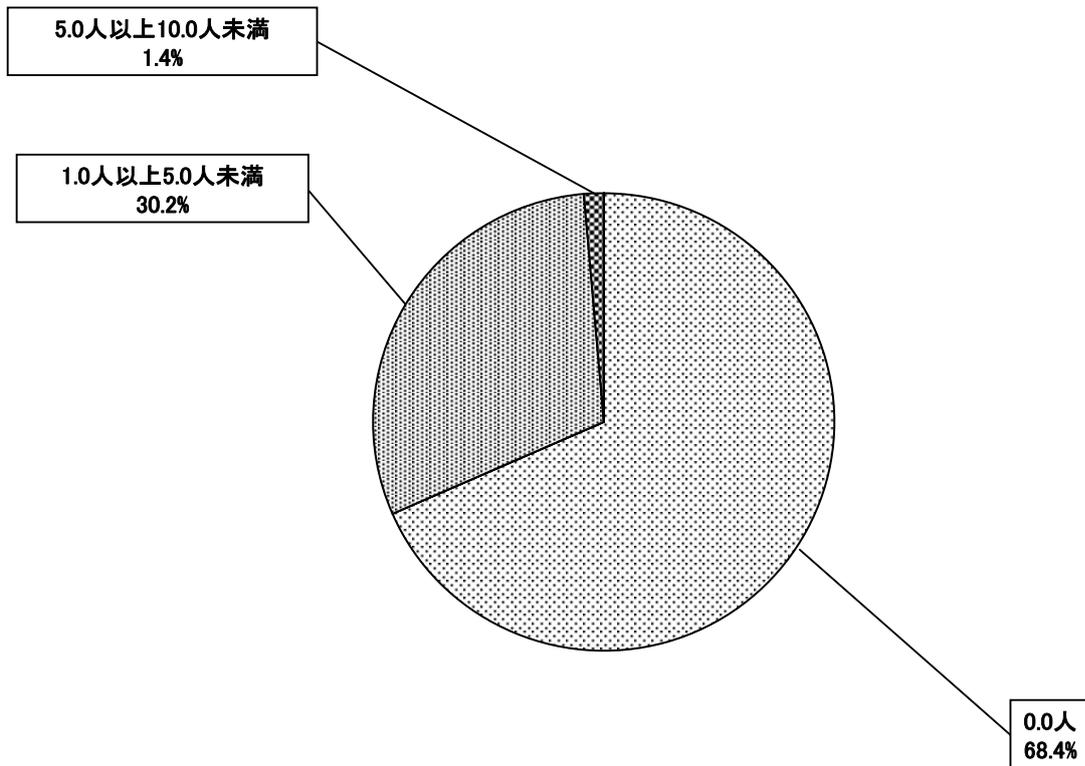
図C-4-1 看16a)1 医療保険—合計
(n = 455, m ± σ = 14.6 ± 16.7)



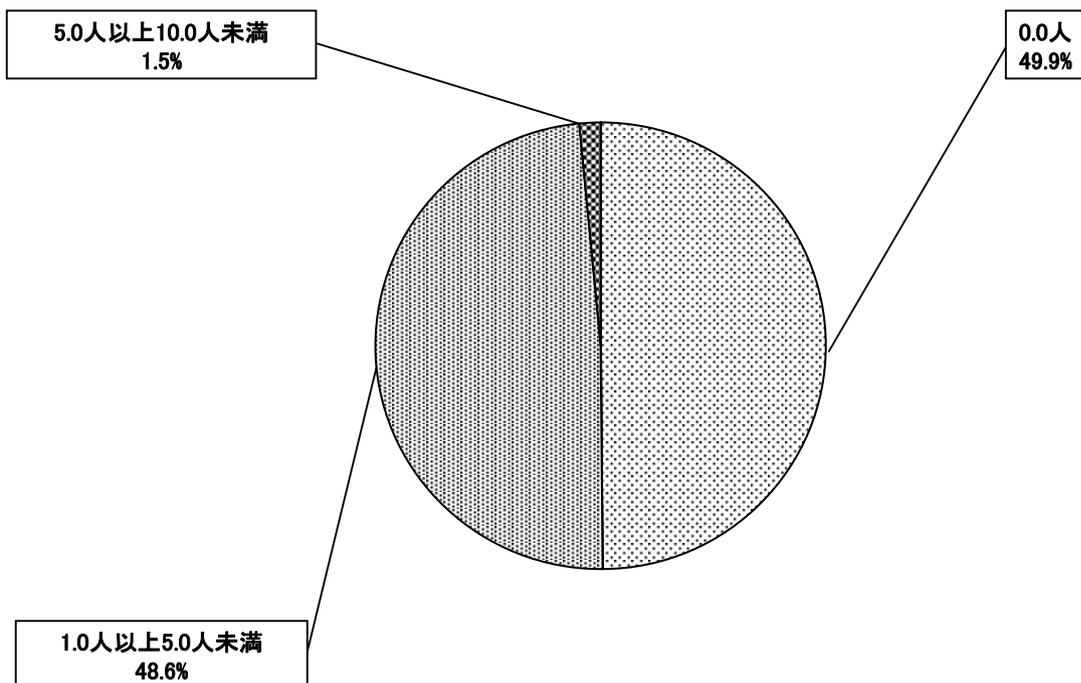
図C-4-2 看16a)2 医療保険—新規利用者
(n = 398, m ± σ = 1.5 ± 2.1)



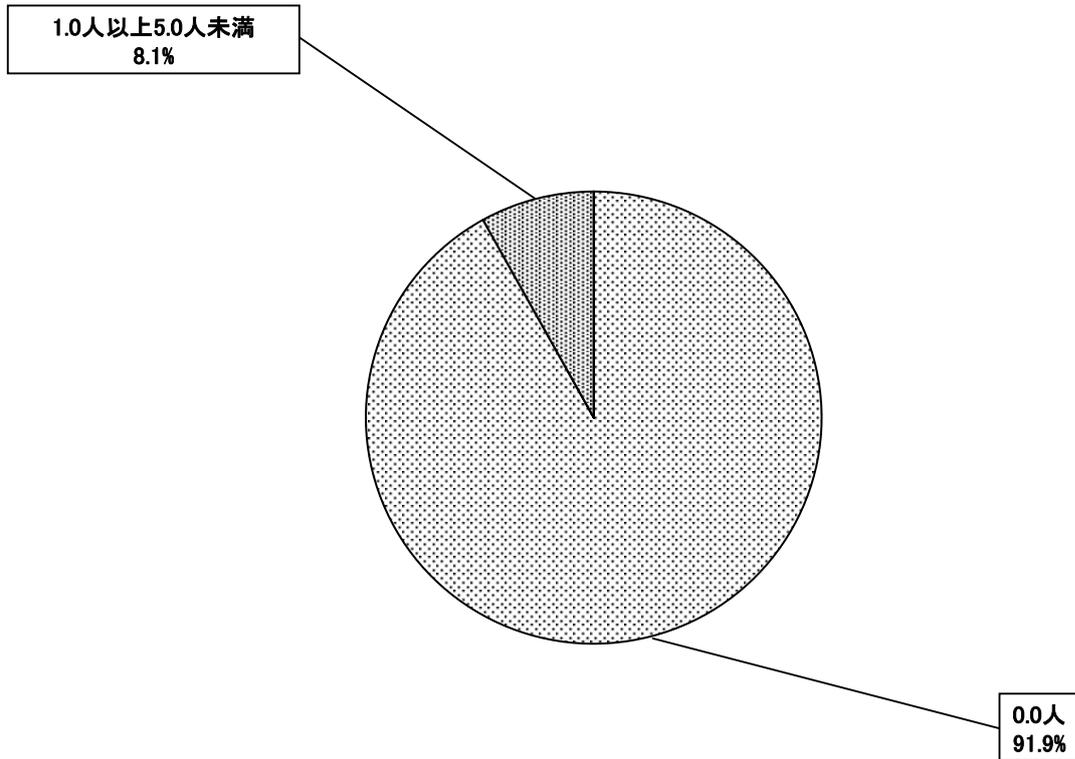
図C-4-3 看16a)3 医療保険 - 12 月中に訪問が終了となった利用者(在宅看取り)
(n = 361, $m \pm \sigma = 0.5 \pm 1.1$)



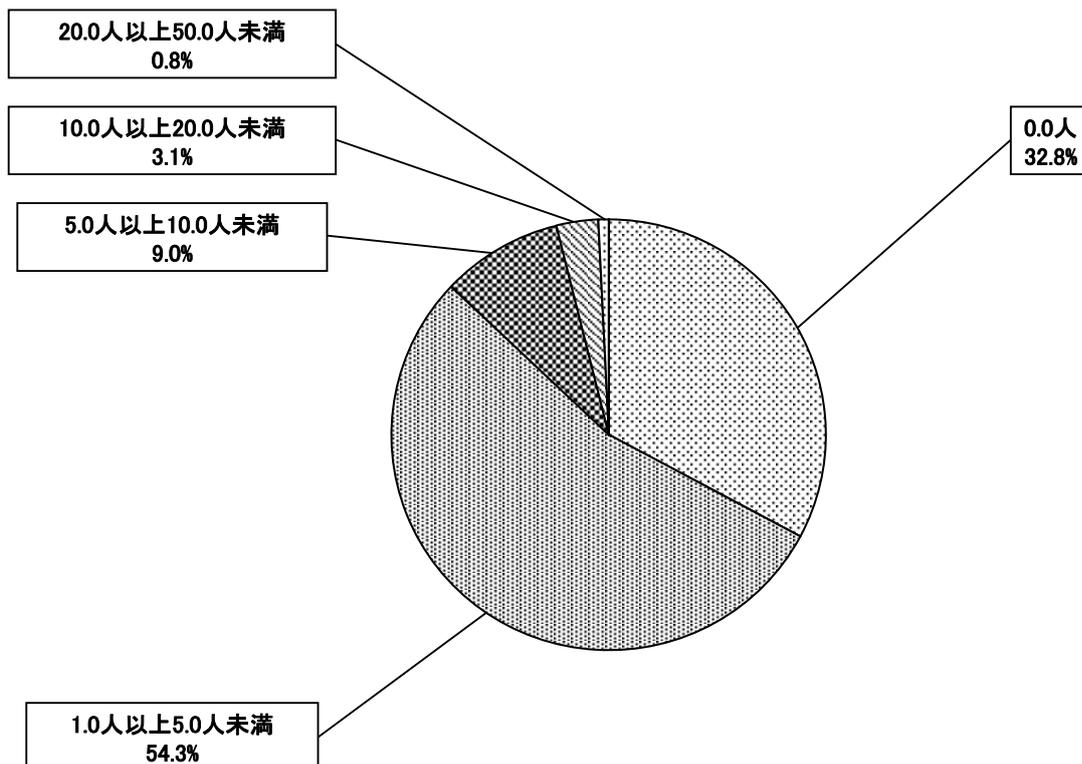
図C-4-4 看16a)4 医療保険 - 12 月中に訪問が終了となった利用者(入院)
(n = 391, $m \pm \sigma = 0.8 \pm 1.2$)



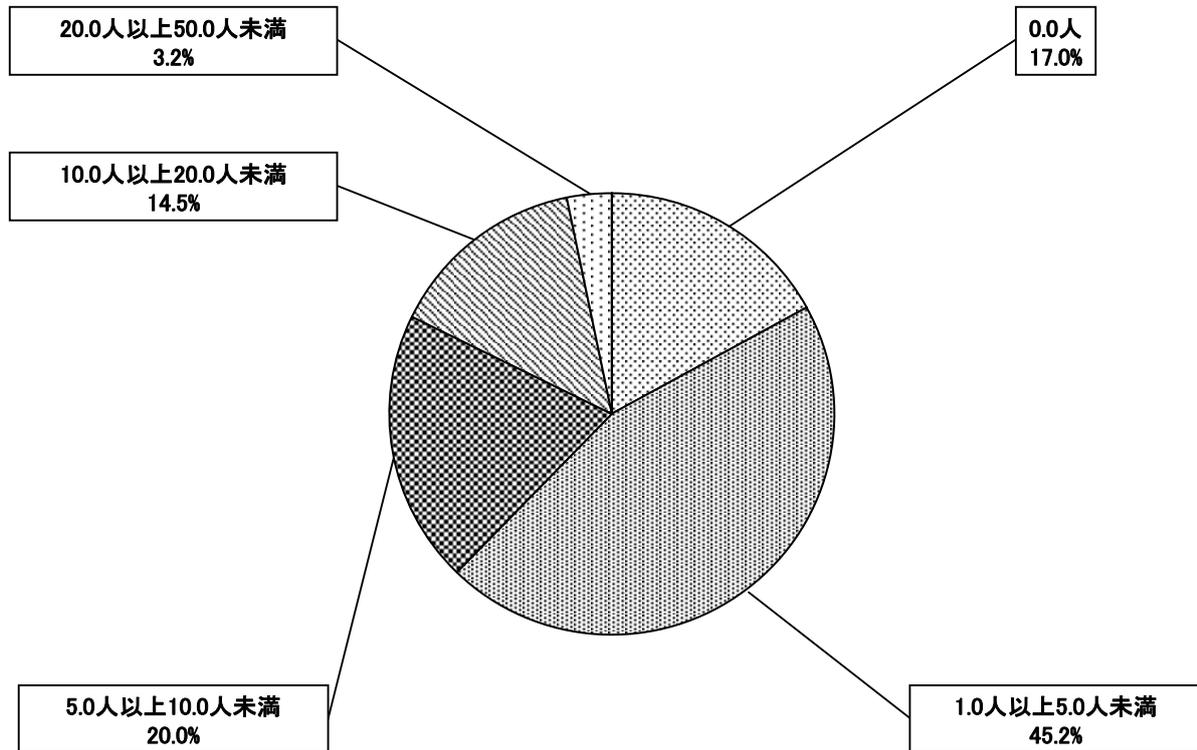
図C-4-5 看16a)5 医療保険 - 12 月中に訪問が終了となった利用者(施設入所)
(n = 347, m ± σ = 0.1 ± 0.3)



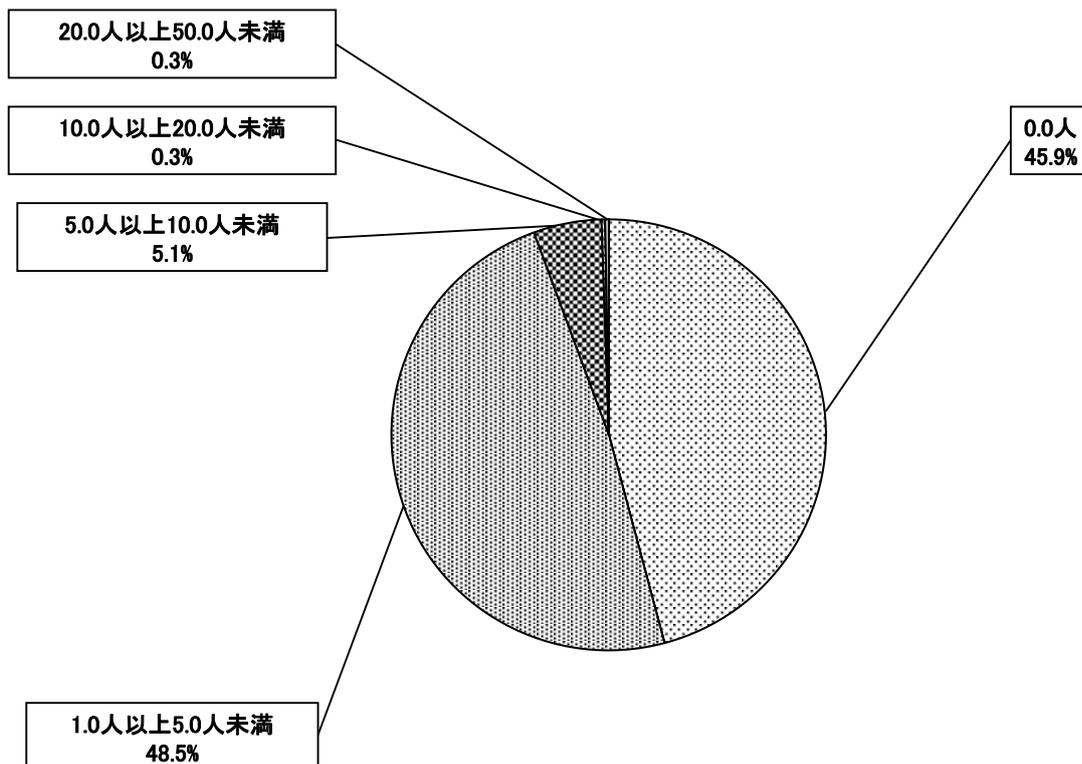
図C-4-6 看16a)6 医療保険 - 末期の悪性腫瘍
(n = 387, m ± σ = 2.2 ± 3.4)



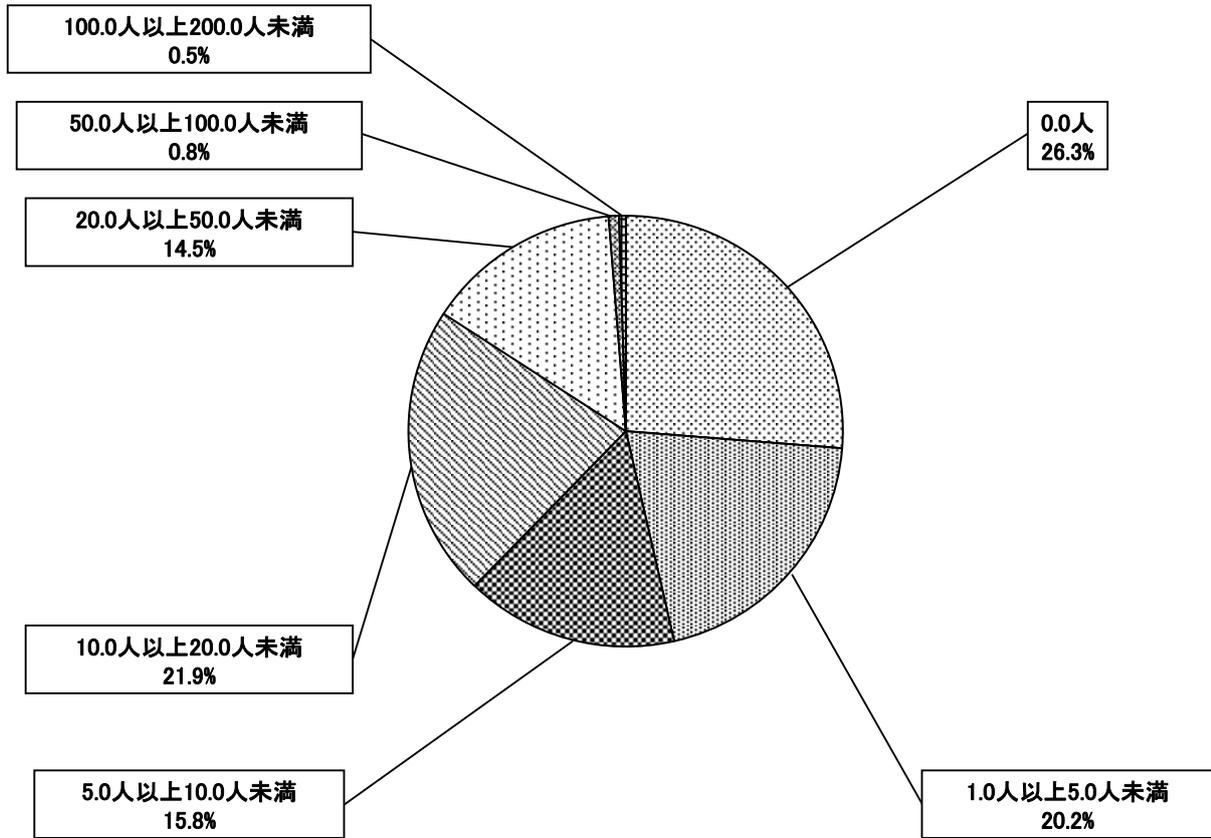
図C-4-7 看16a)7 医療保険—公費負担(特定疾患治療研究事業)
(n = 400, m±σ = 5.0±5.5)



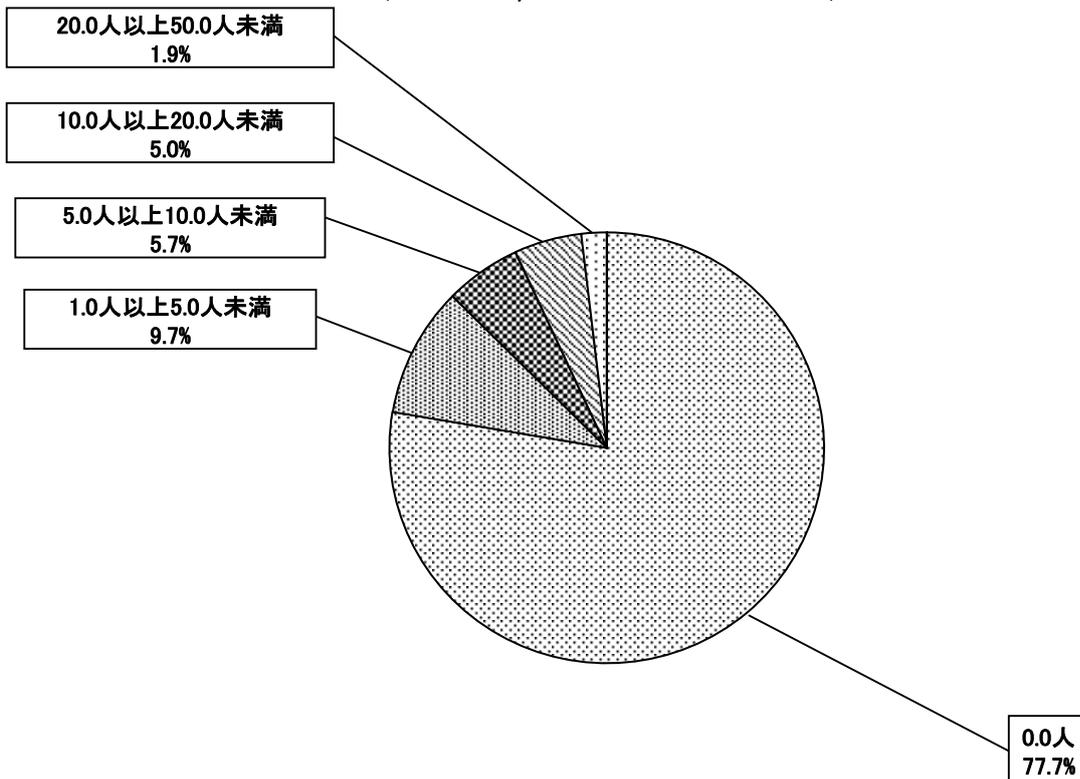
図C-4-8 看16a)8 医療保険—人工呼吸器を使用している状態
(n = 375, m±σ = 1.2±1.9)



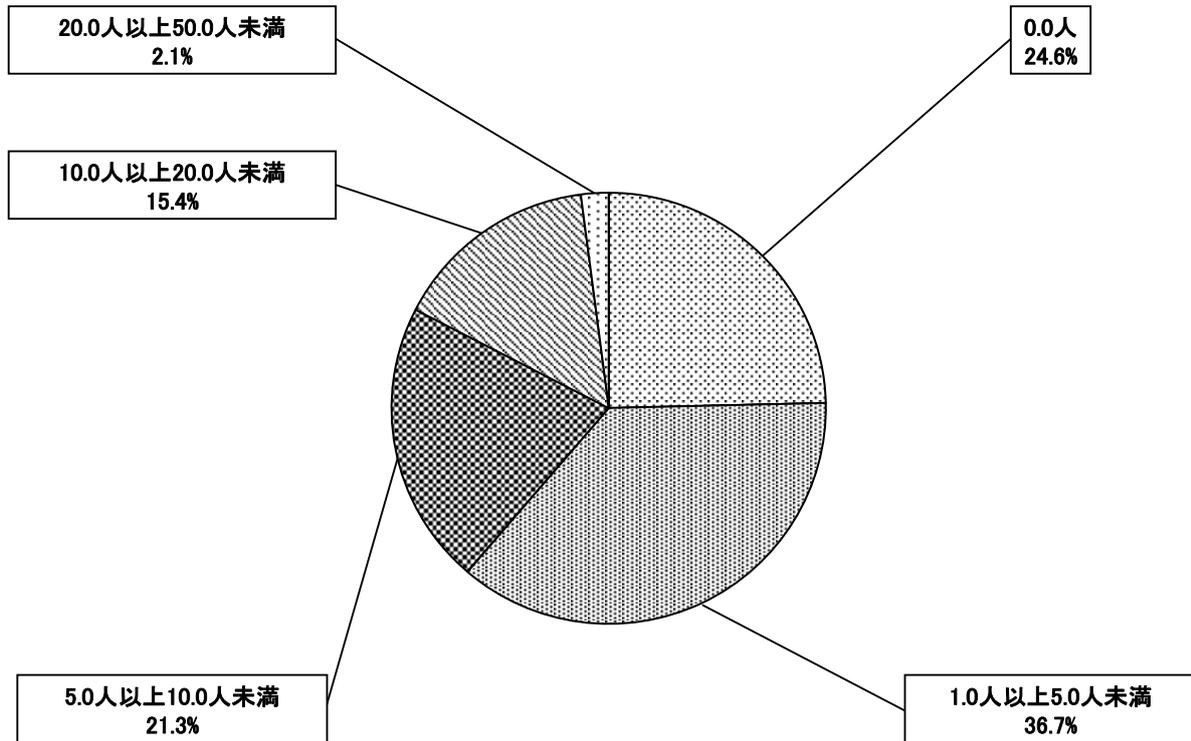
図C-4-9 看16a)9 医療保険—24 時間対応体制加算
(n = 392, m ± σ = 9.9 ± 14.4)



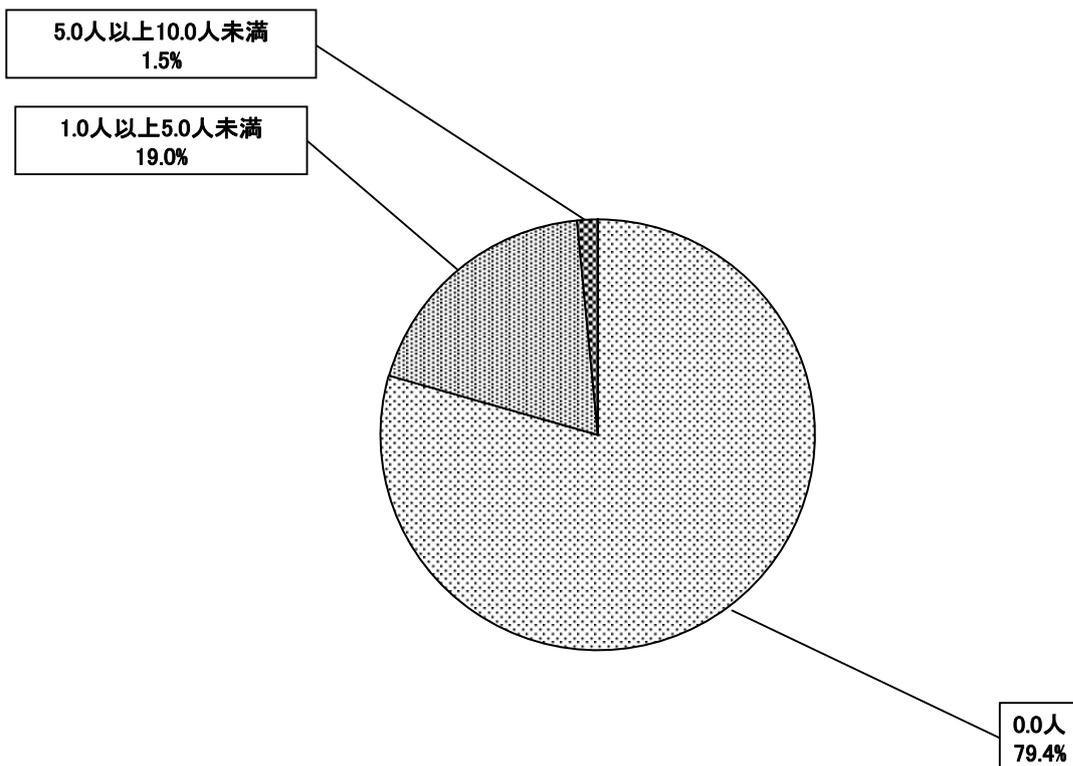
図C-4-10 看16a)10 医療保険—24 時間連絡体制加算
(n = 318, m ± σ = 1.8 ± 5.2)



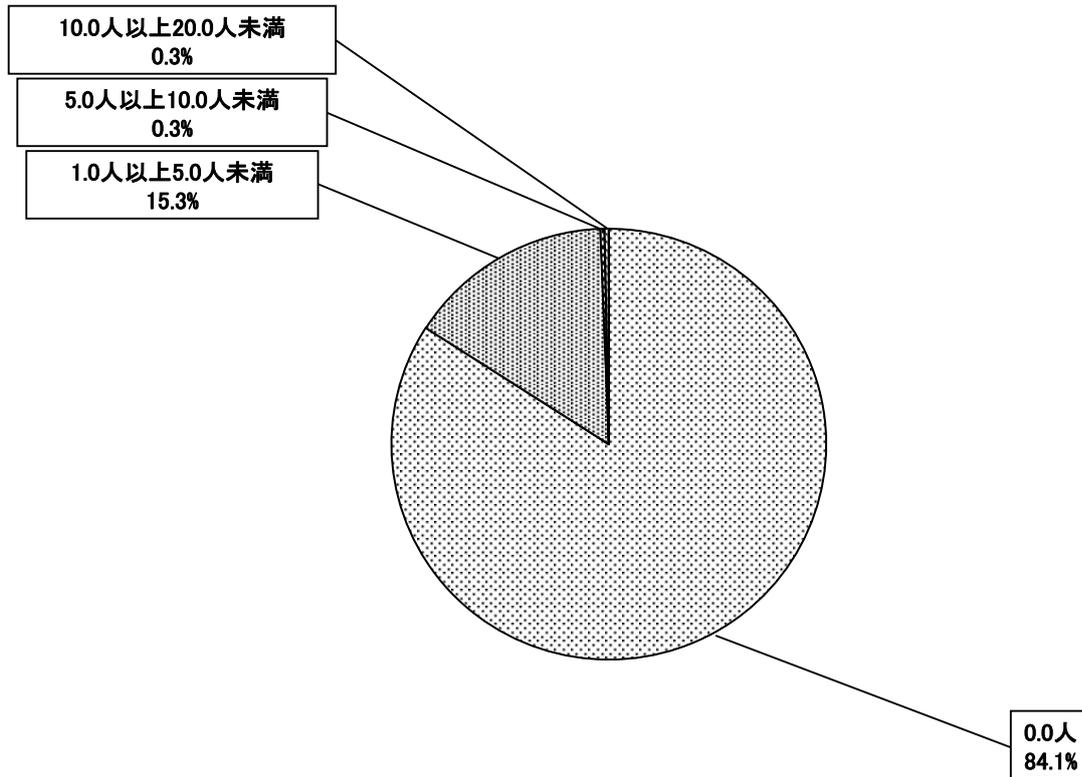
図C-4-11 看16a)11 医療保険一重症者管理加算
($n = 390, m \pm \sigma = 4.9 \pm 5.7$)



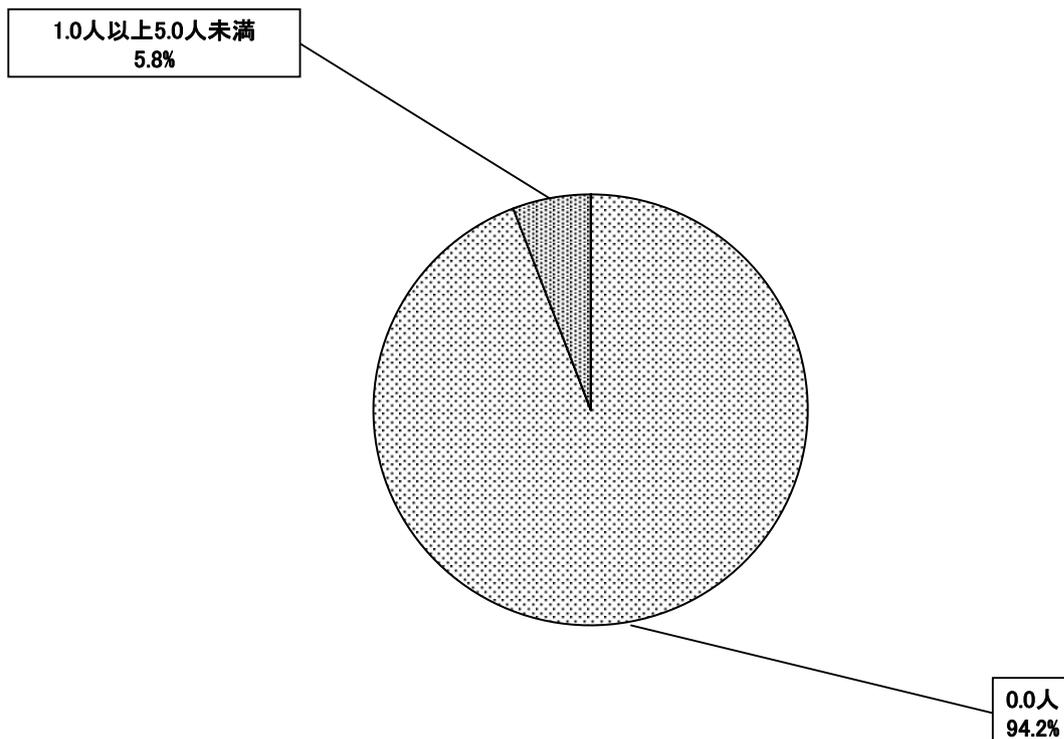
図C-4-12 看16a)12 医療保険一退院時共同指導加算
($n = 326, m \pm \sigma = 0.4 \pm 1.0$)



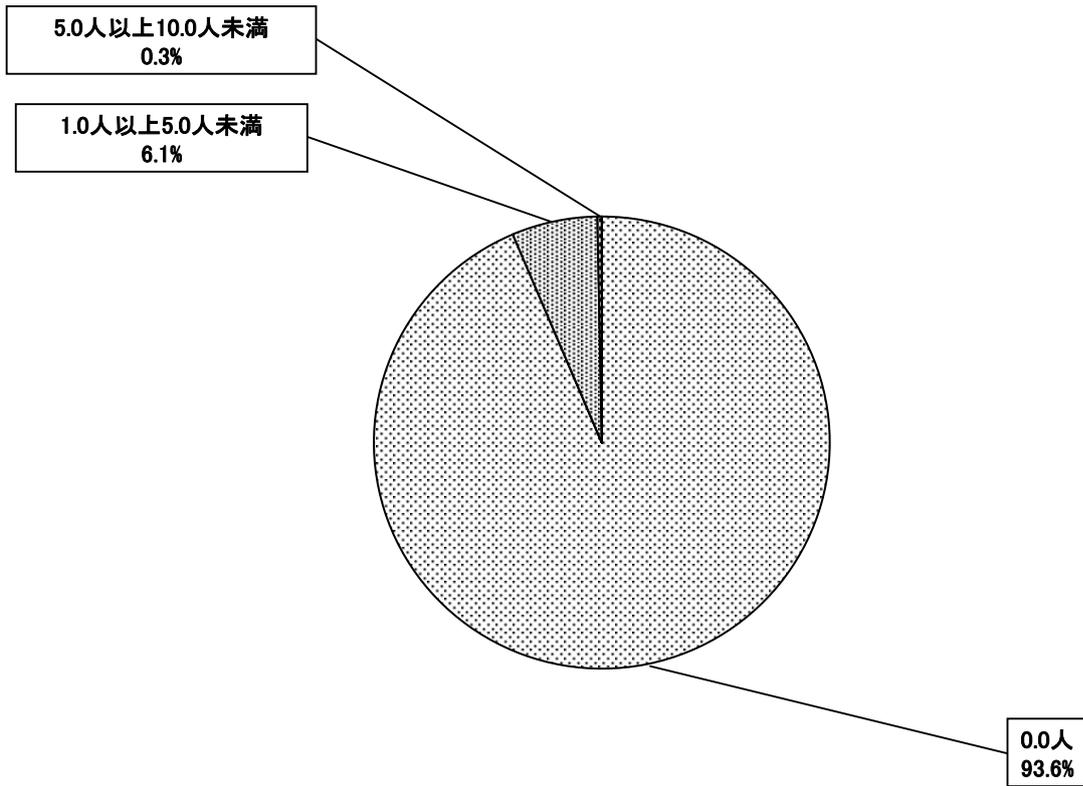
図C-4-13 看16a)13 医療保険—退院支援指導加算
($n = 320, m \pm \sigma = 0.3 \pm 0.8$)



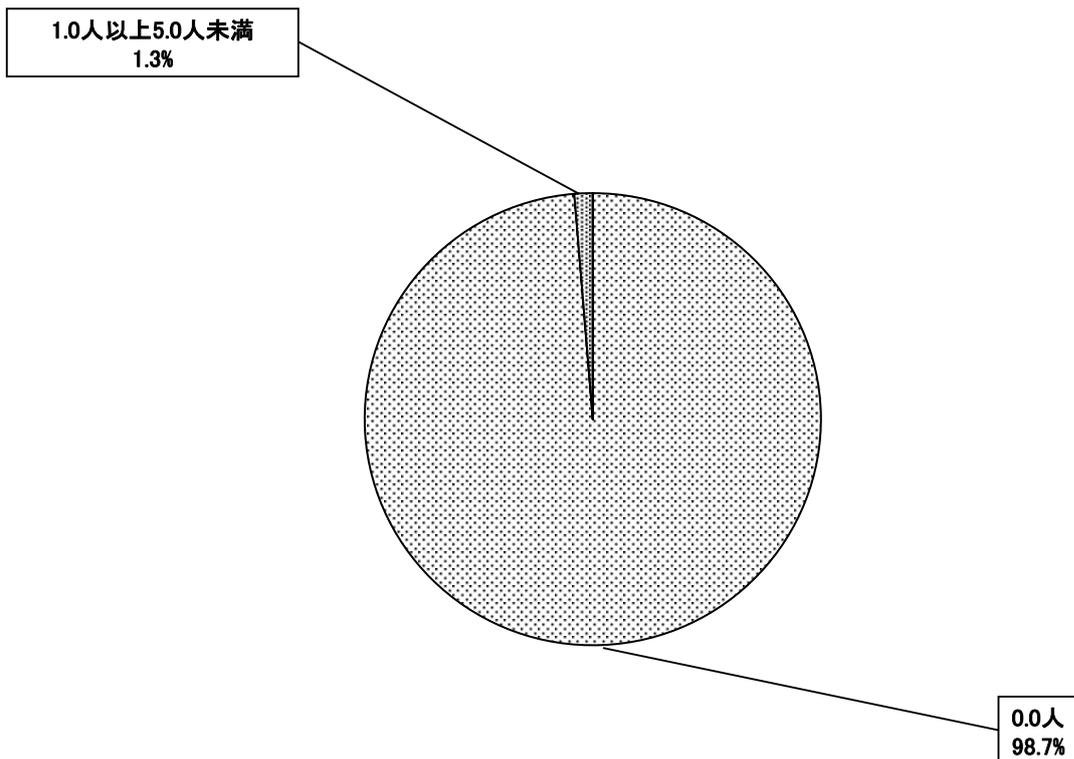
図C-4-14 看16a)14 医療保険—在宅患者連携指導加算
($n = 310, m \pm \sigma = 0.1 \pm 0.4$)



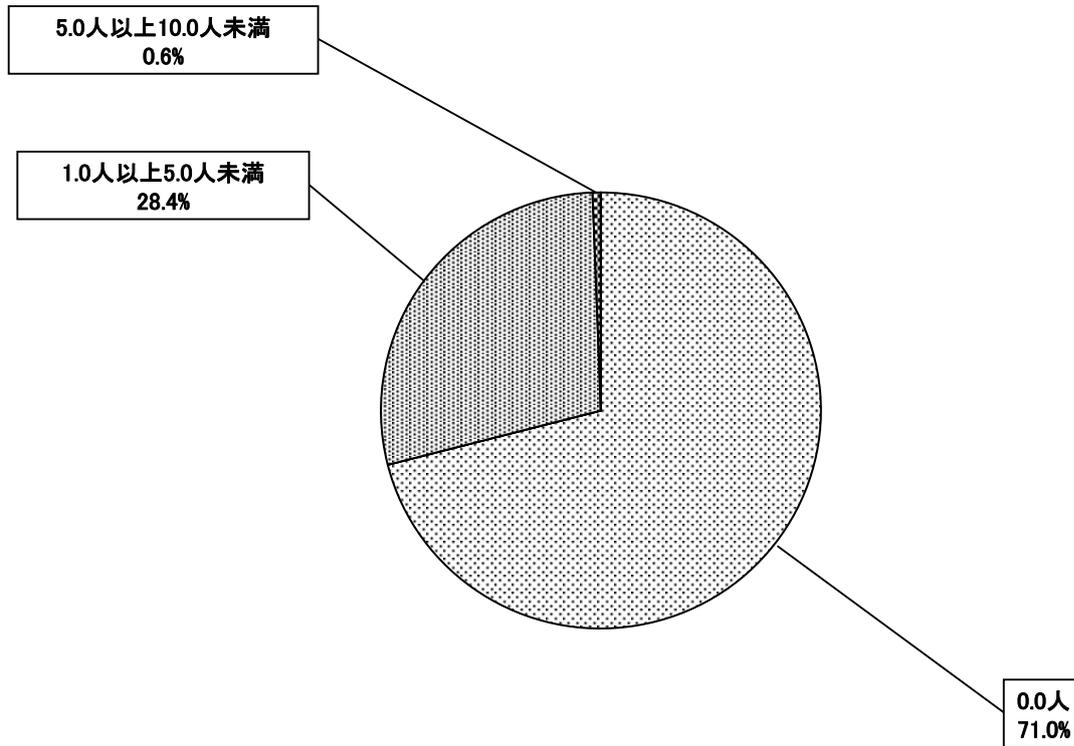
図C-4-15 看16a)15 医療保険－在宅患者緊急時等カンファレンス加算(1回)
(n = 313, m ± σ = 0.1 ± 0.5)



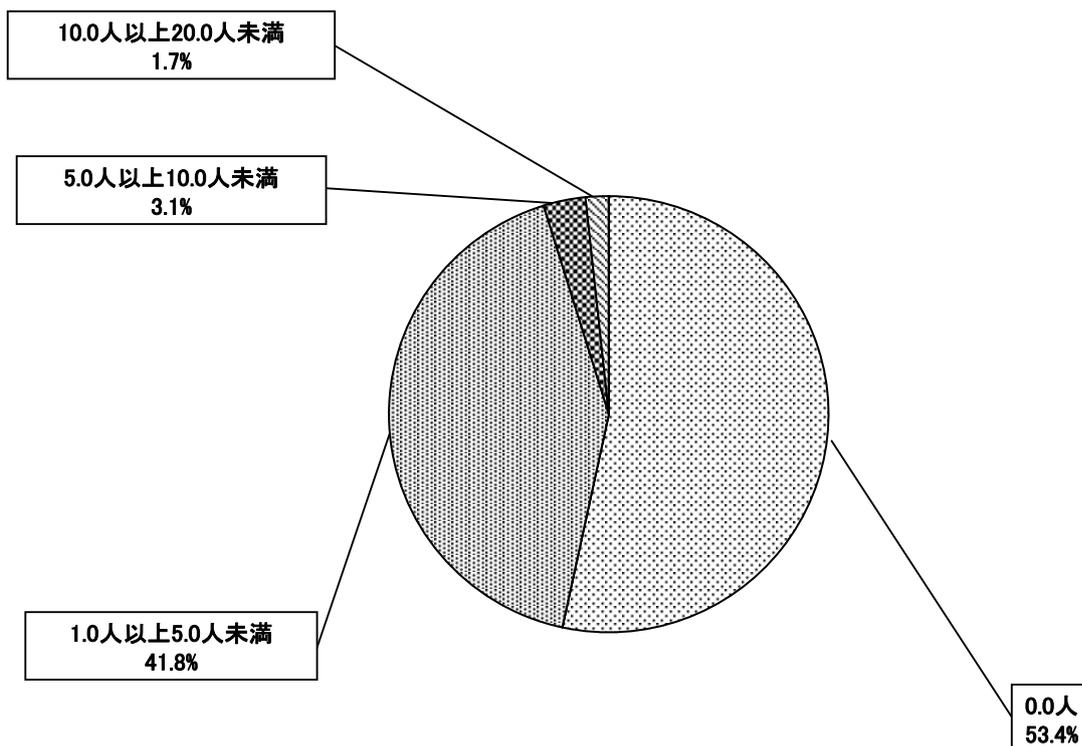
図C-4-16 看16a)16 医療保険－在宅患者緊急時等カンファレンス加算(2回)
(n = 309, m ± σ = 0.0 ± 0.1)



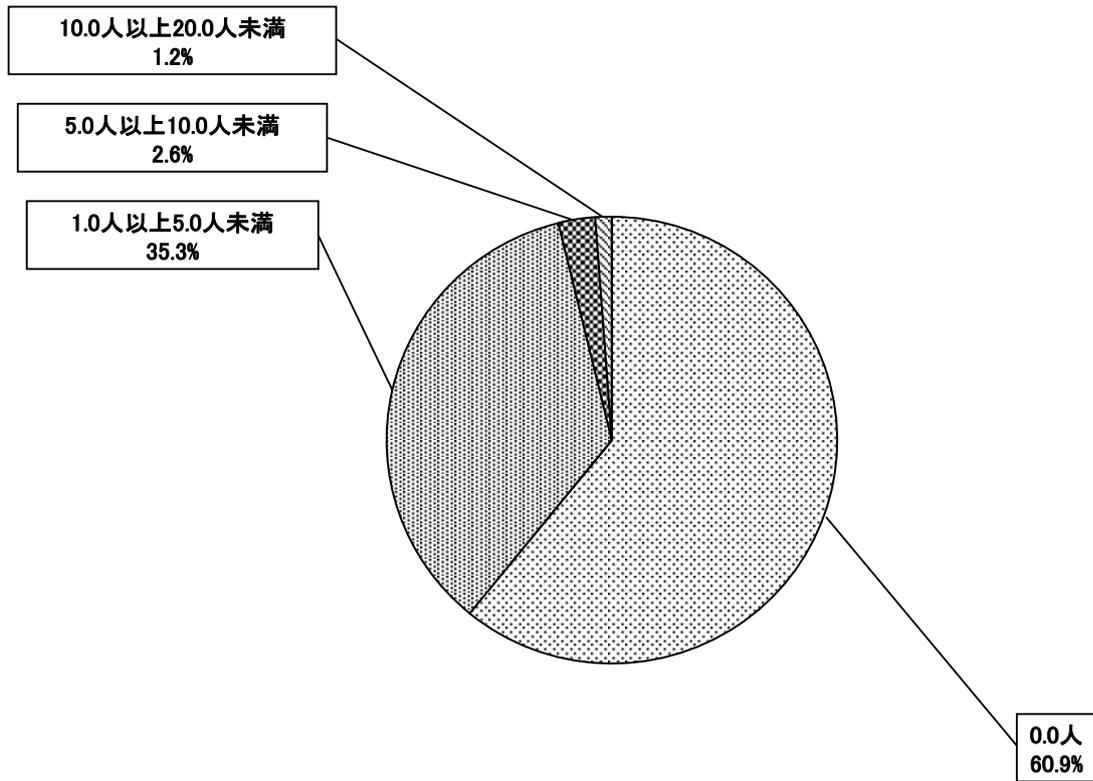
図C-4-17 看16a)17 医療保険—訪問看護ターミナルケア療養費
(n = 331, m ± σ = 0.4 ± 0.9)



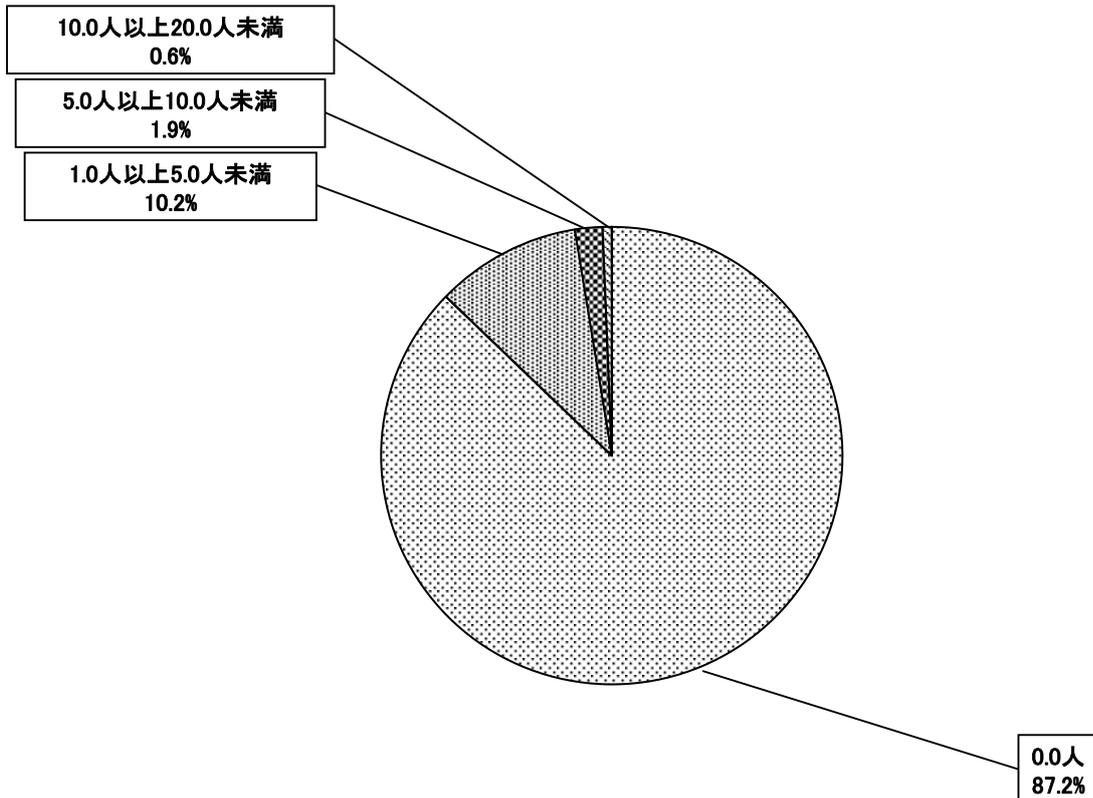
図C-4-18 看16a)18 医療保険—特別訪問看護指示書による訪問
(n = 354, m ± σ = 1.1 ± 2.1)



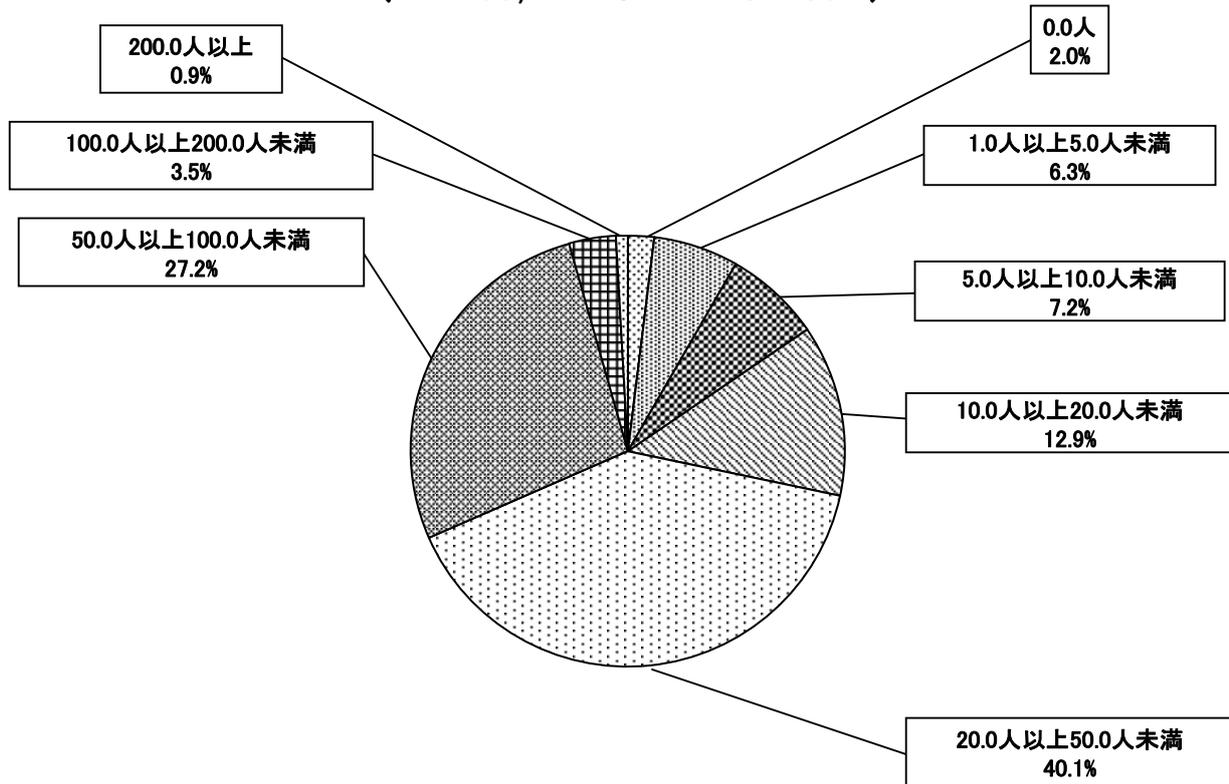
図C-4-19 看16a)19 医療保険 - 在宅患者訪問点滴注射指示書による訪問
(n = 340, $m \pm \sigma = 0.9 \pm 1.9$)



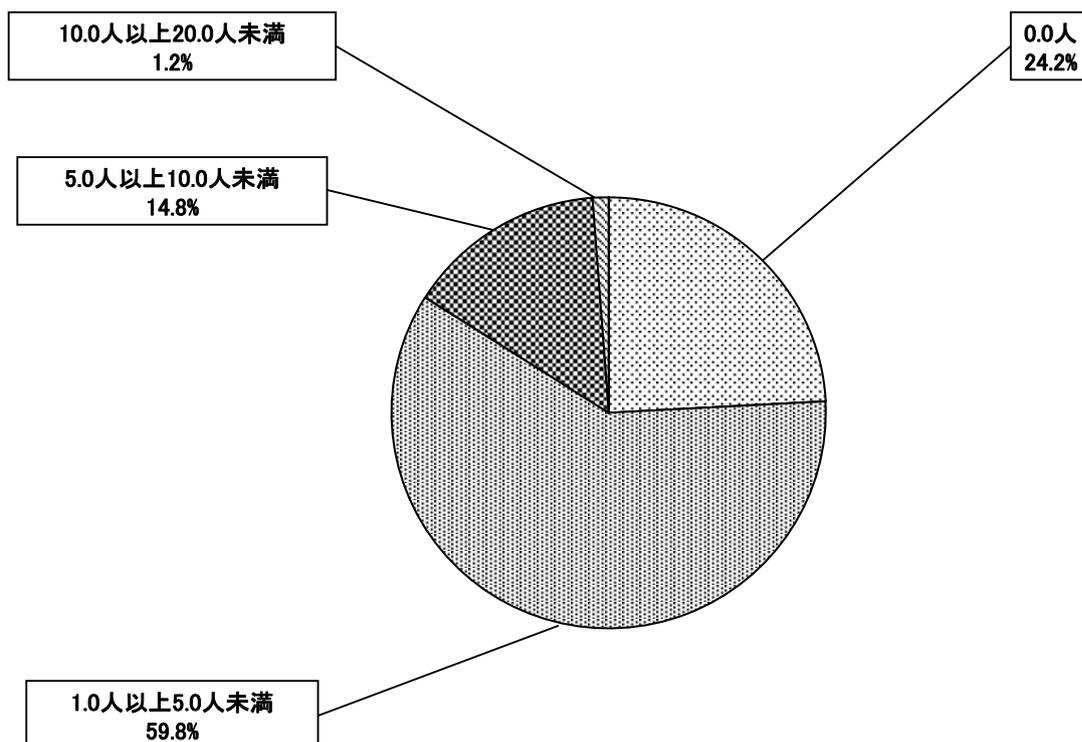
図C-4-20 看16a)20 医療保険 - 在宅末期医療総合診療料(医療機関との連携)
(n = 313, $m \pm \sigma = 0.4 \pm 1.5$)



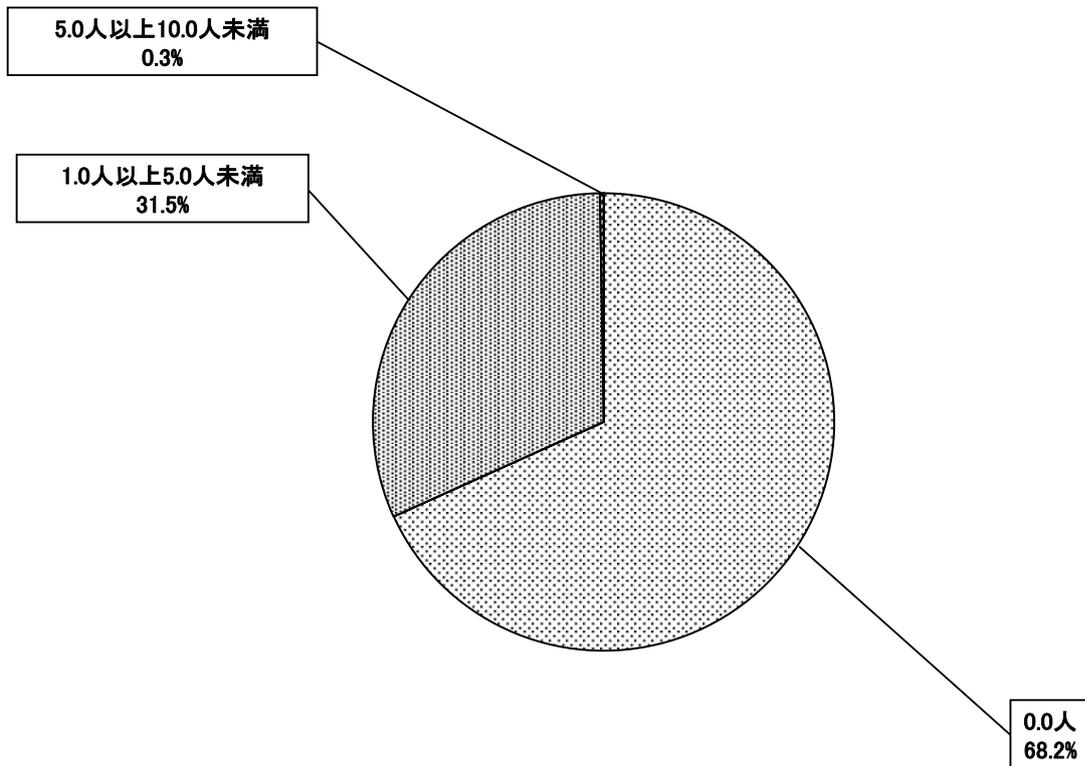
図C-4-21 看16a)21 介護保険一合計
(n = 459, m ± σ = 41.8 ± 39.7)



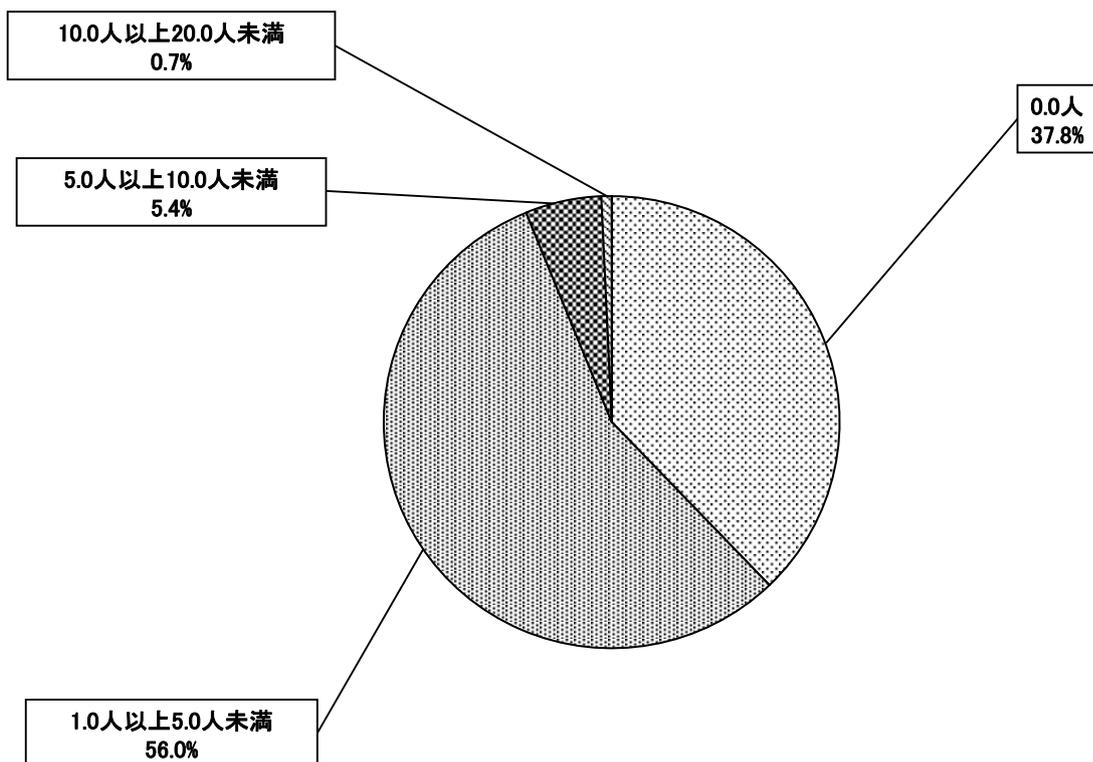
図C-4-22 看16a)22 介護保険一新規利用者
(n = 418, m ± σ = 2.4 ± 2.4)



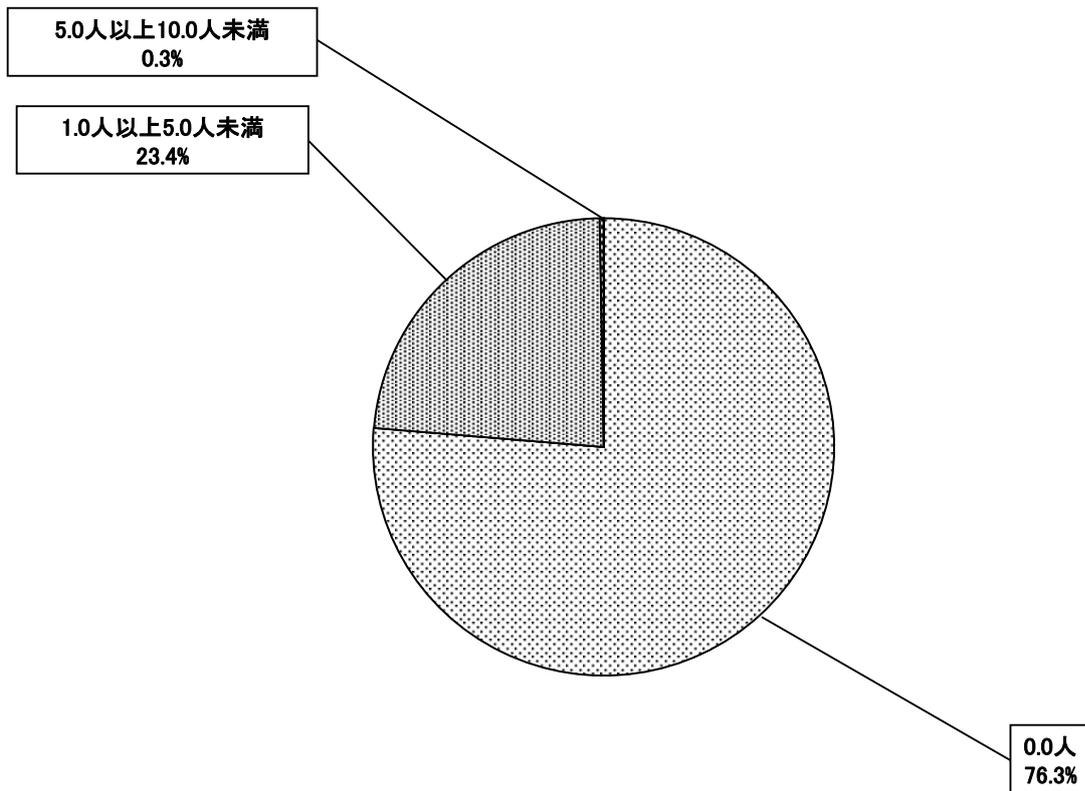
図C-4-23 看16a)23 介護保険-12月中に訪問が終了となった利用者(在宅看取り)
(n = 365, $m \pm \sigma = 0.5 \pm 0.8$)



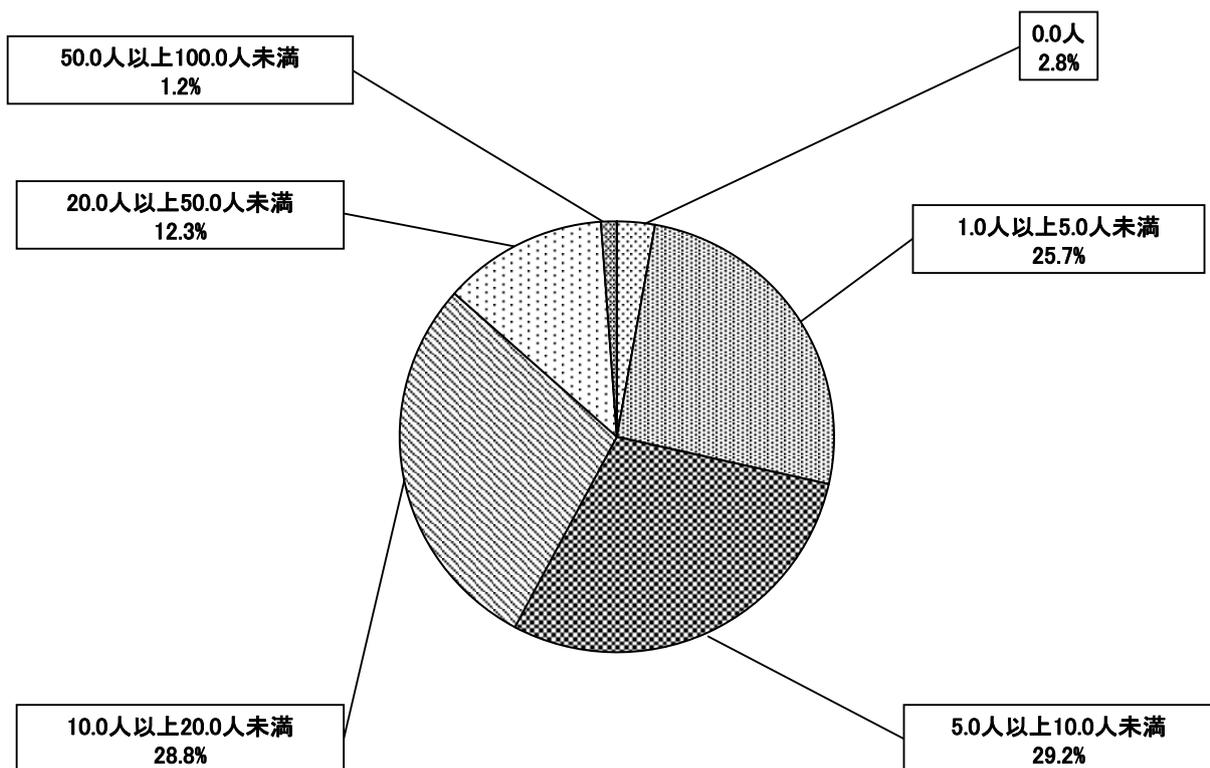
図C-4-24 看16a)24 介護保険-12月中に訪問が終了となった利用者(入院)
(n = 407, $m \pm \sigma = 1.4 \pm 1.8$)



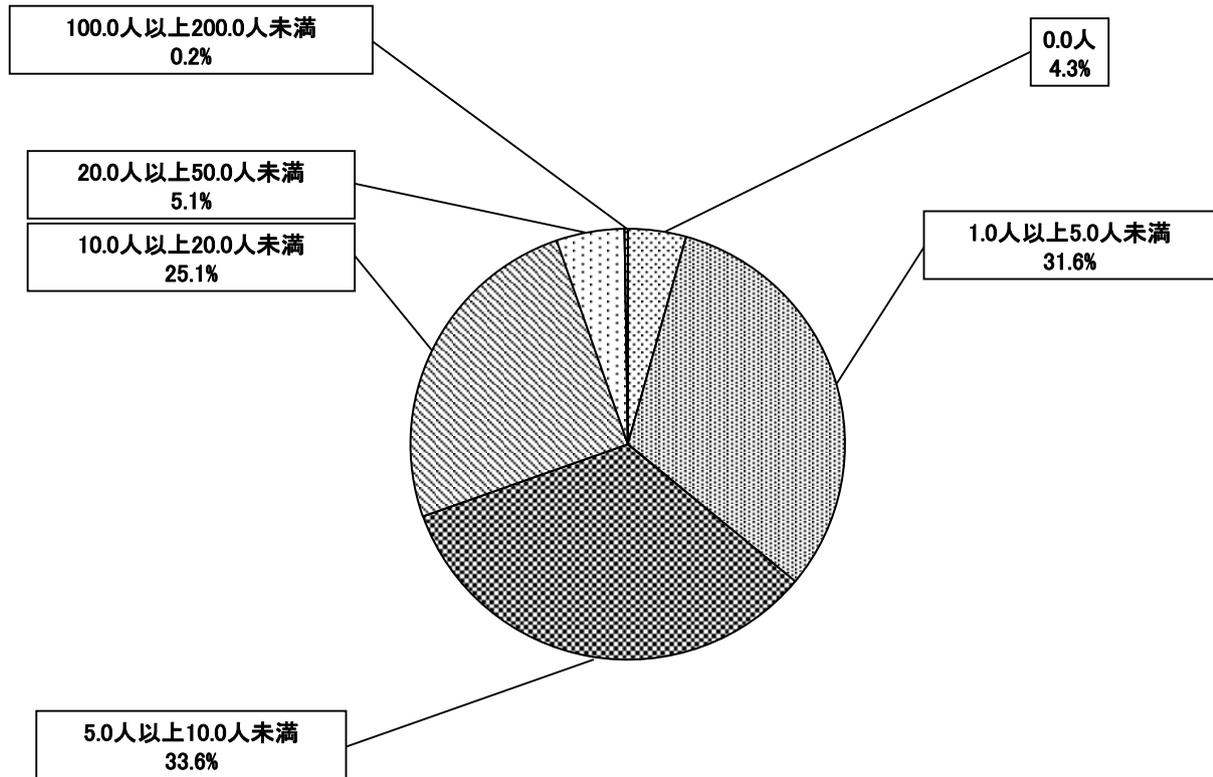
図C-4-25 看16a)25 介護保険-12 月中に訪問が終了となった利用者(施設入所)
(n = 359, m±σ = 0.3±0.6)



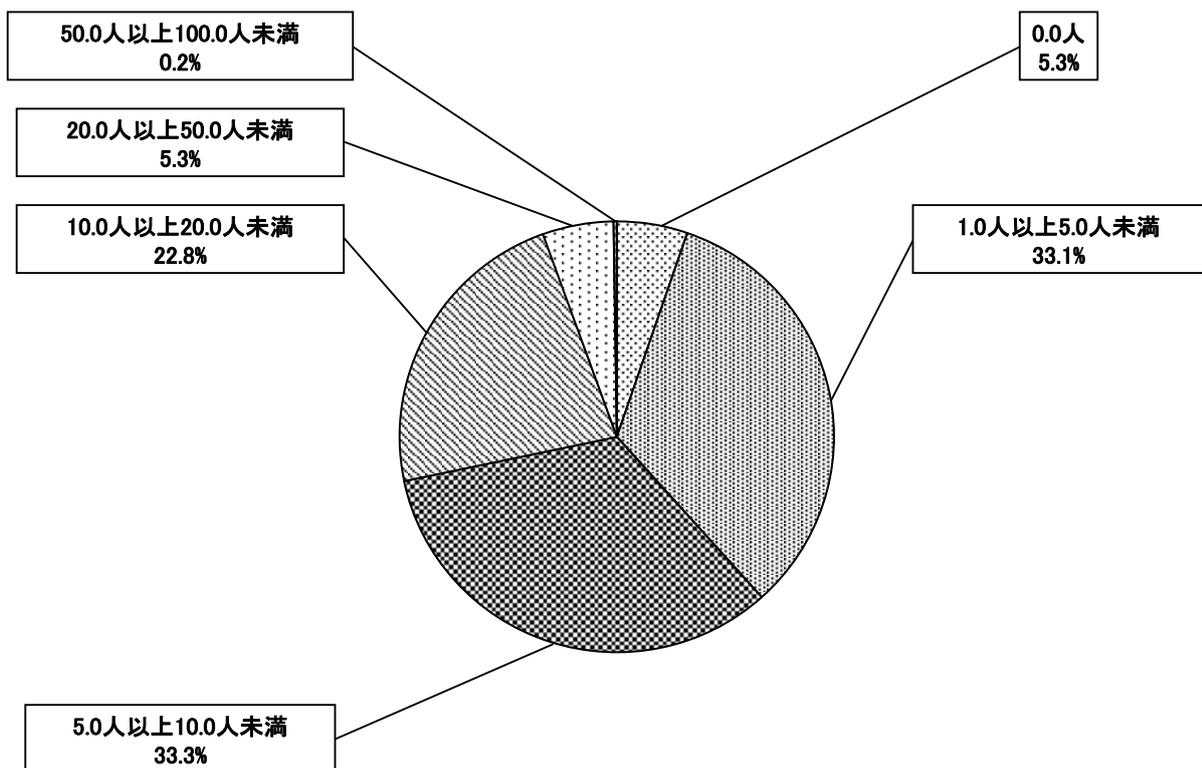
図C-4-26 看16a)26 介護保険-要介護 5
(n = 424, m±σ = 10.6±10.4)



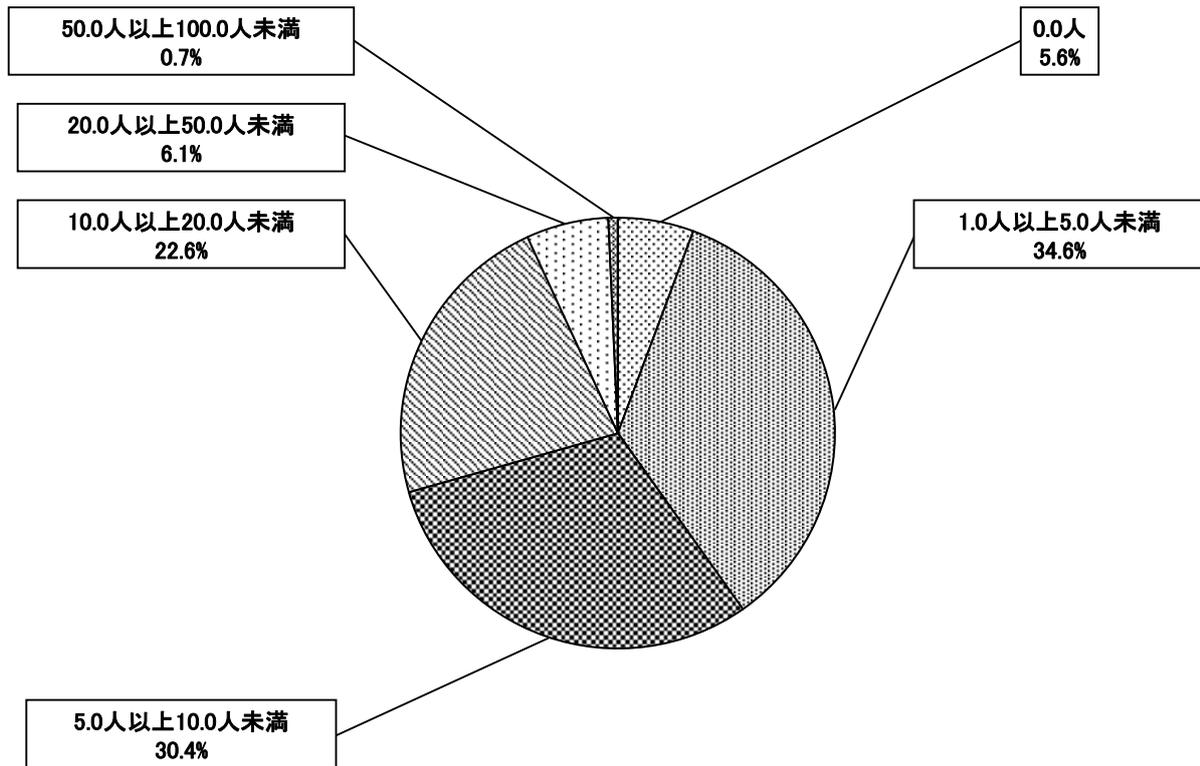
図C-4-27 看16a)27 介護保険一要介護 4
(n = 414, m ± σ = 8.0 ± 8.4)



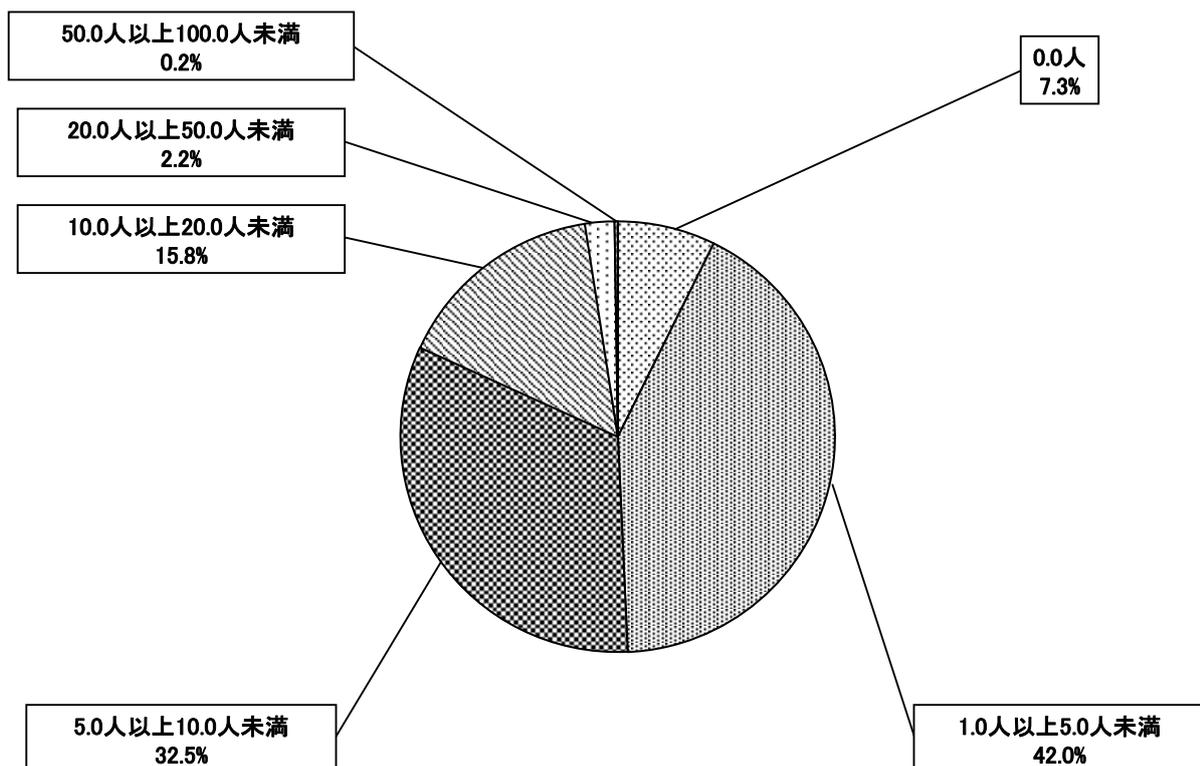
図C-4-28 看16a)28 介護保険一要介護 3
(n = 417, m ± σ = 7.5 ± 7.5)



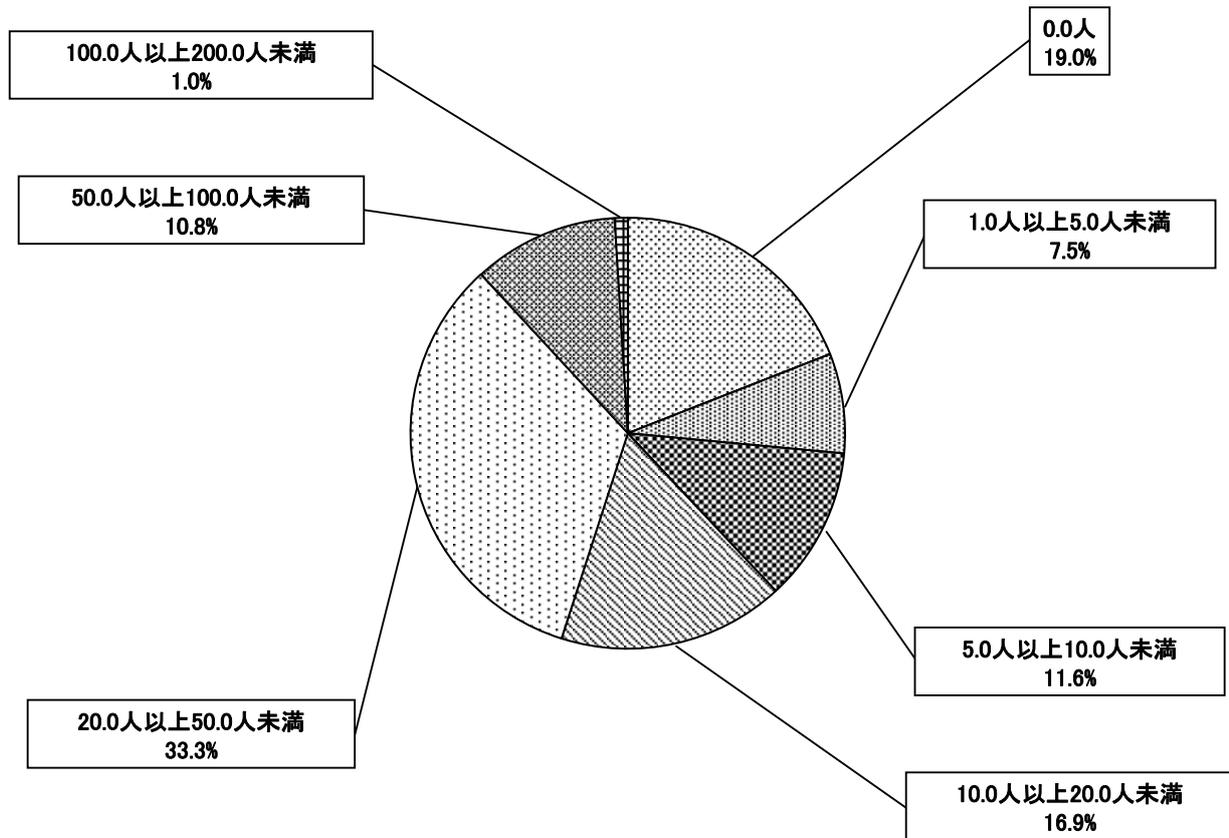
図C-4-29 看16a)29 介護保険一要介護 2
($n = 425, m \pm \sigma = 7.9 \pm 7.7$)



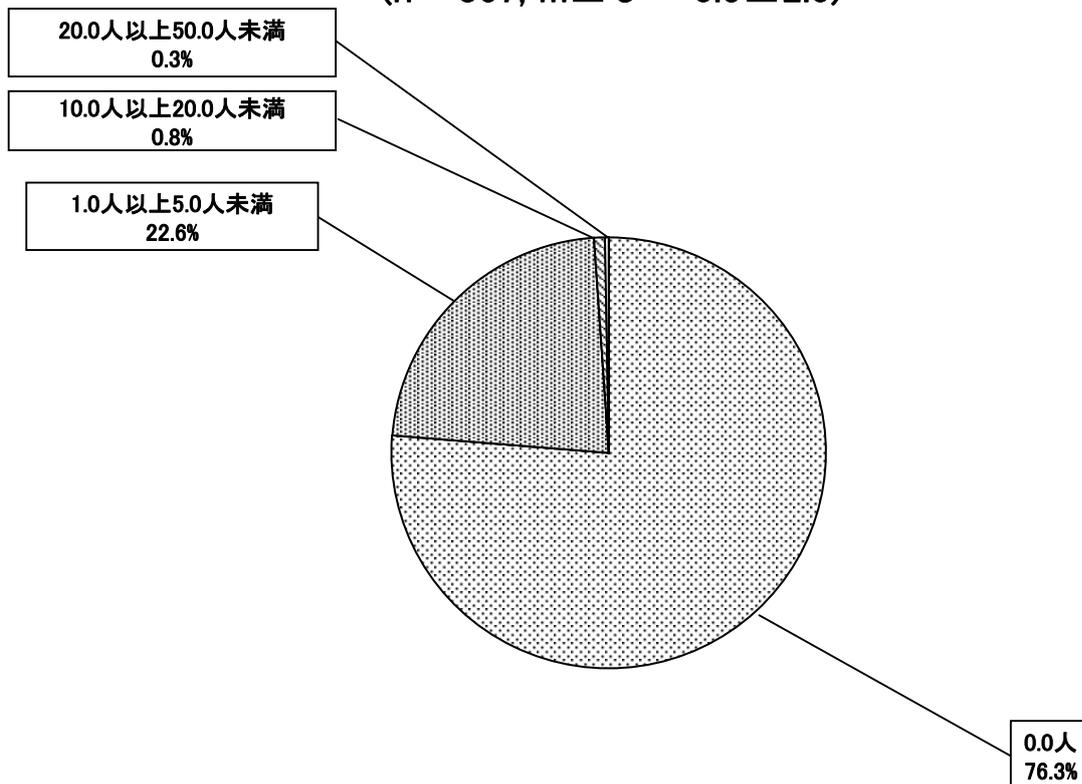
図C-4-30 看16a)30 介護保険一要介護 1
($n = 412, m \pm \sigma = 6.1 \pm 6.0$)



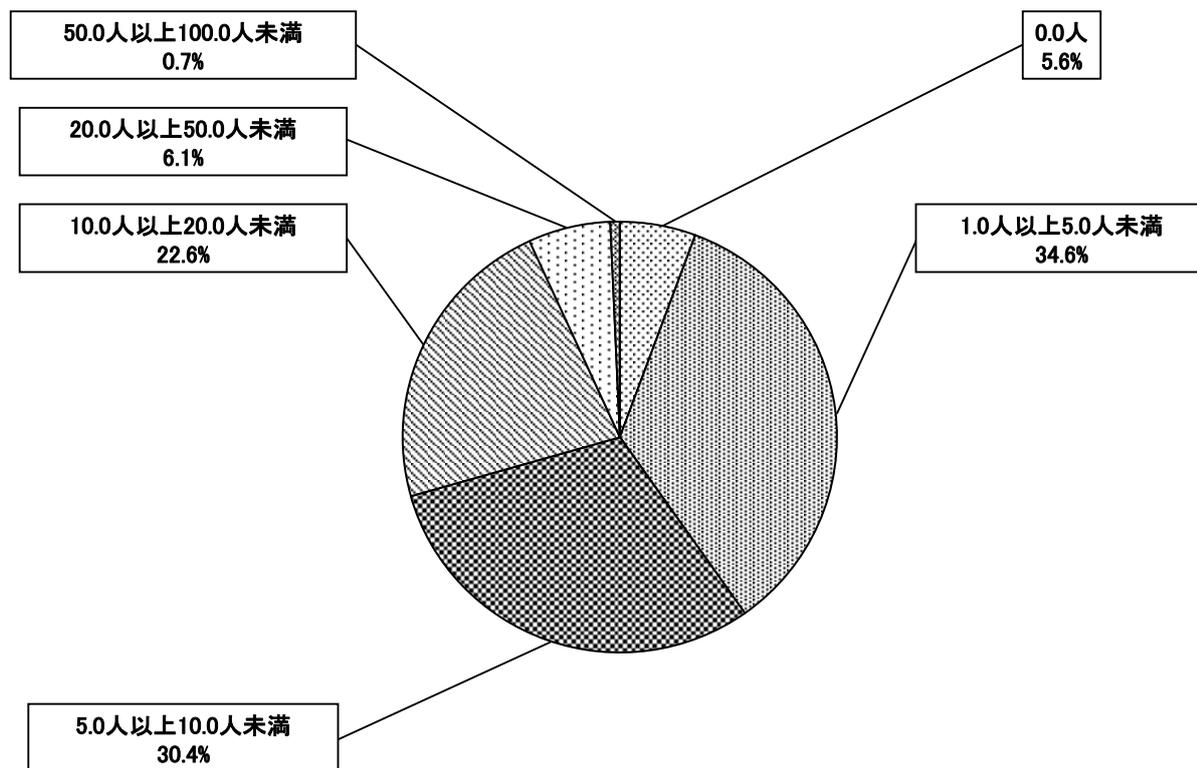
図C-4-31 看16a)31 介護保険一緊急時訪問看護体制加算
(n = 415, m ± σ = 22.2 ± 23.2)



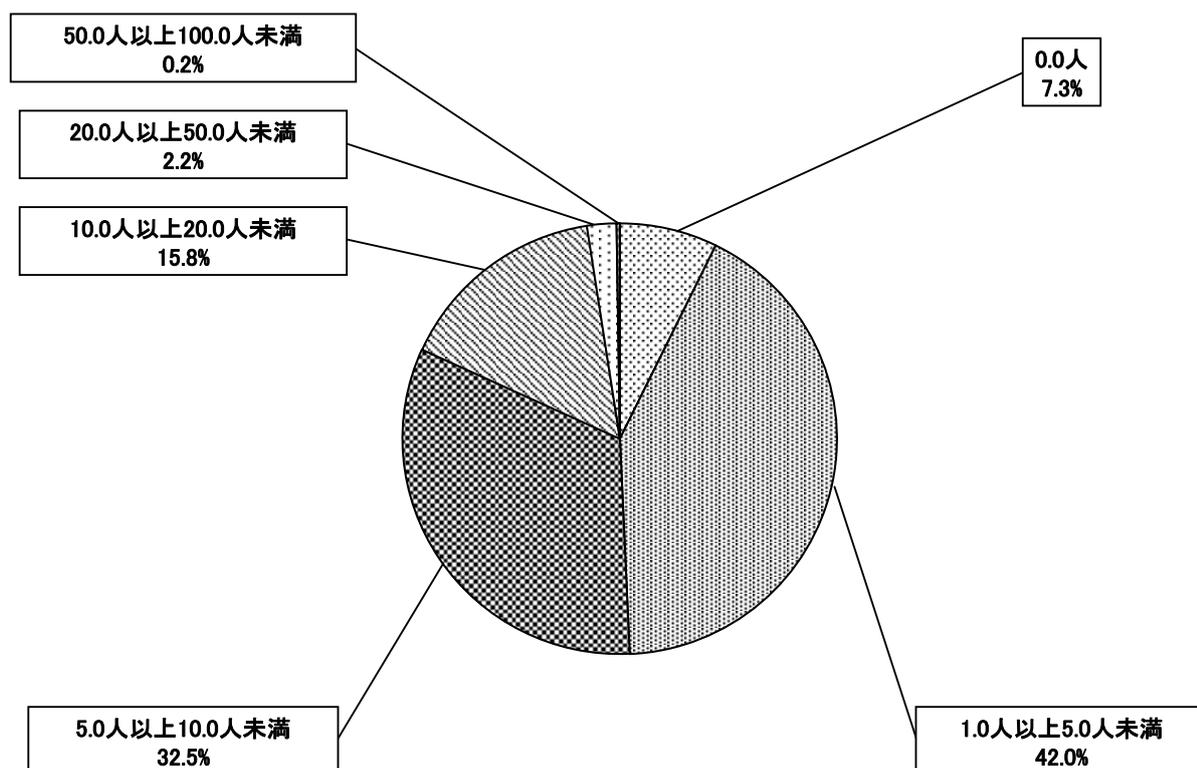
図C-4-32 看16a)32 介護保険一ターミナルケア加算
(n = 367, m ± σ = 0.5 ± 2.0)



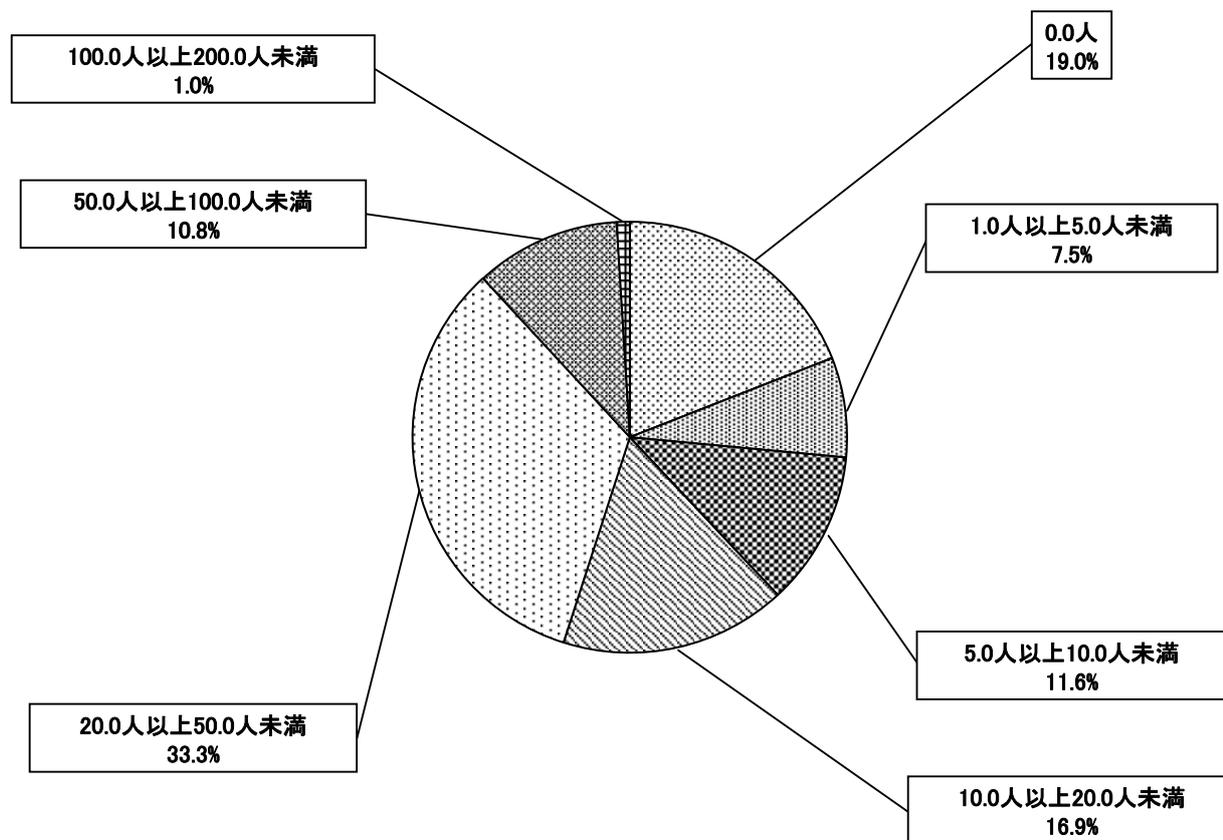
図E-4-1 在宅療養支援病院
(n = 425, m ± σ = 7.9 ± 7.7)



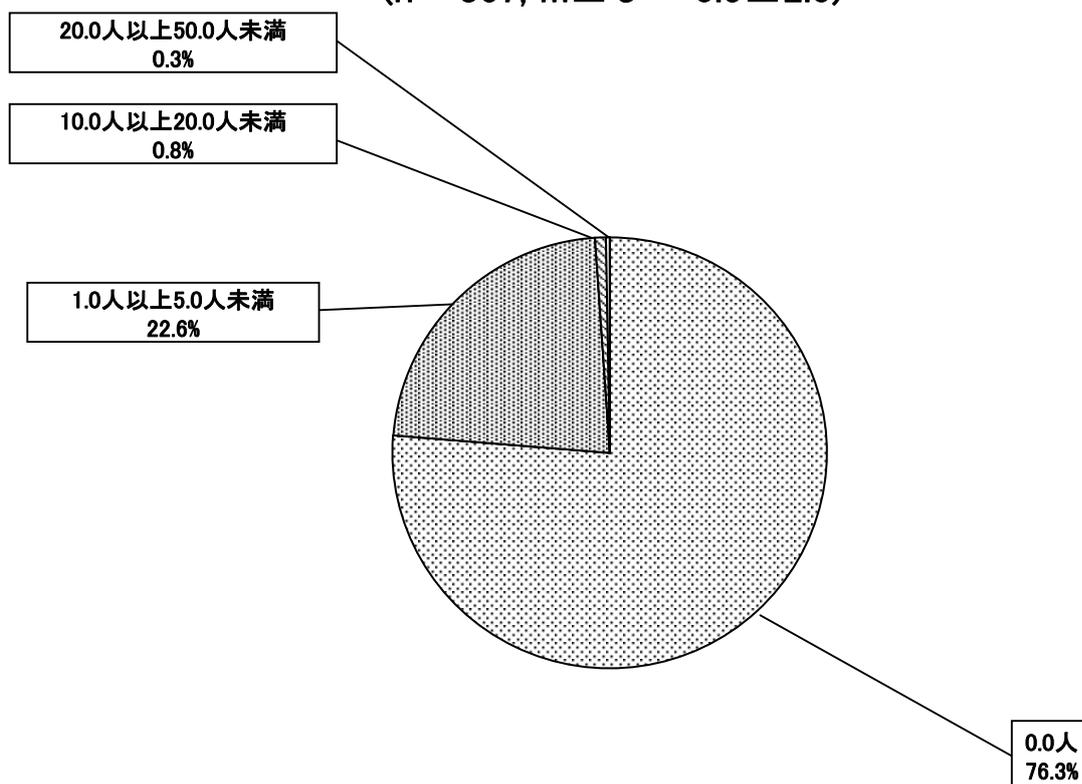
図E-4-2 その他の病院
(n = 412, m ± σ = 6.1 ± 6.0)



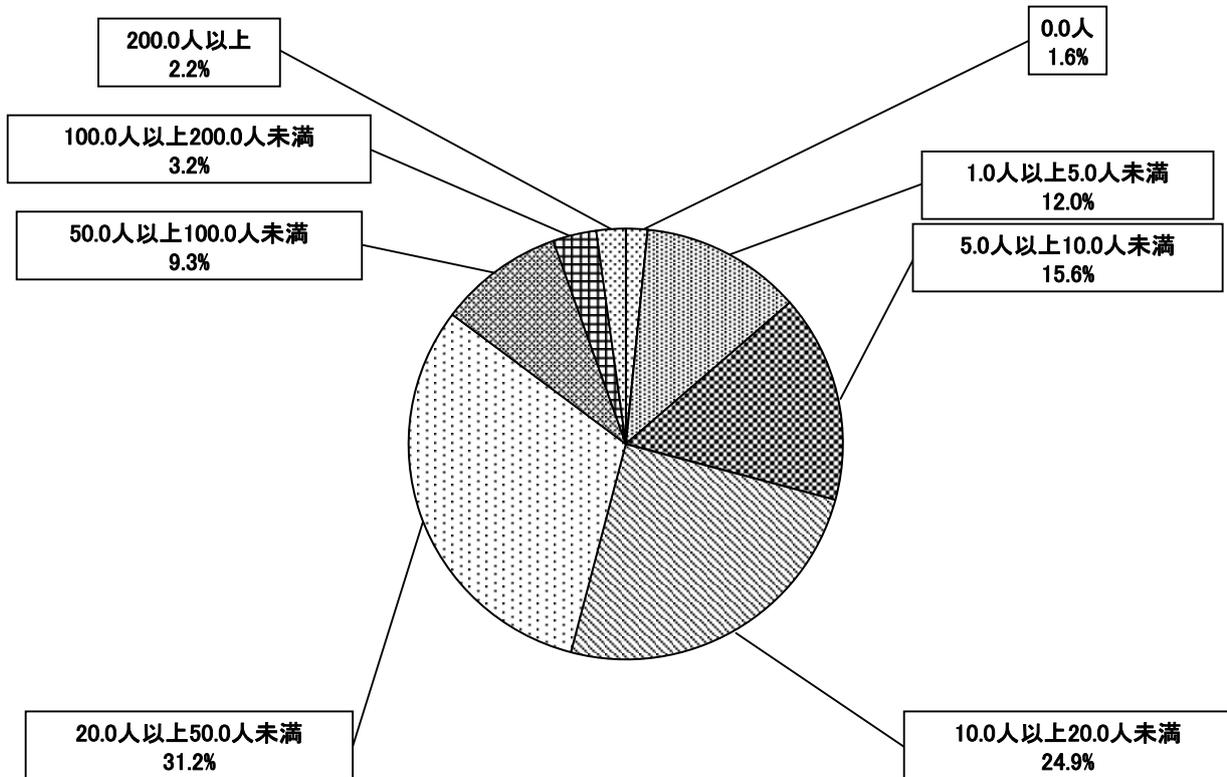
図E-4-3 在宅療養支援診療所
(n = 415, m ± σ = 22.2 ± 23.2)



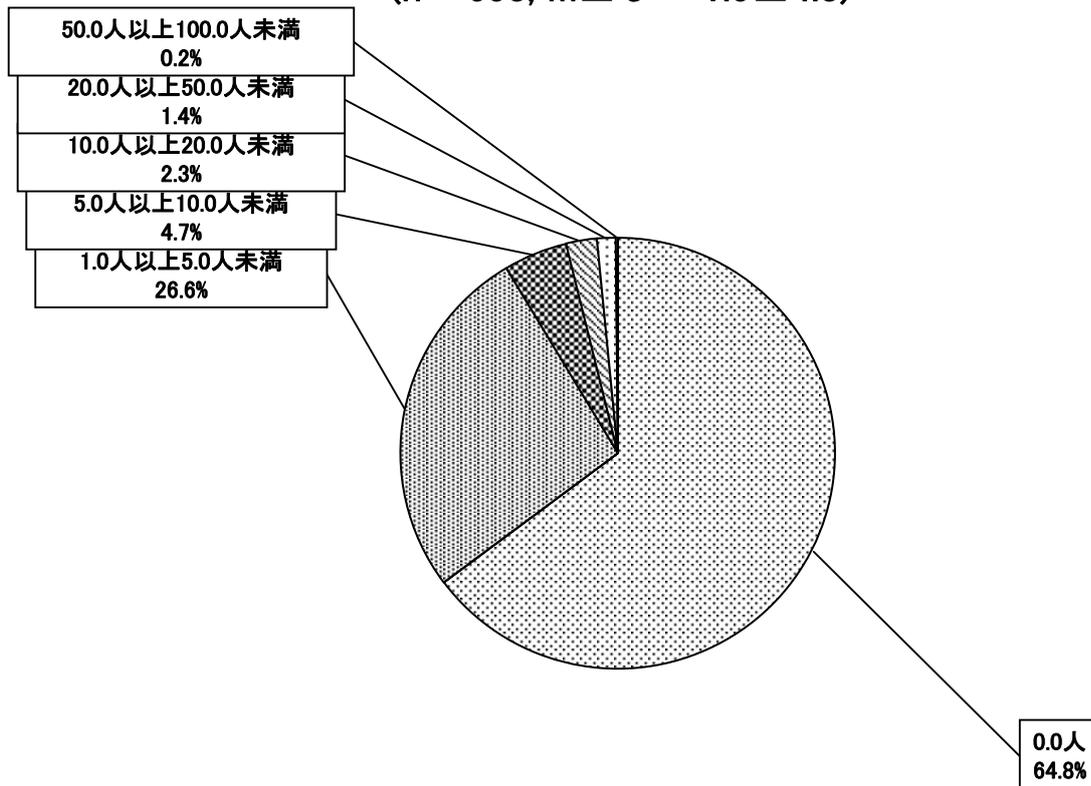
図E-4-4 その他の診療所
(n = 367, m ± σ = 0.5 ± 2.0)



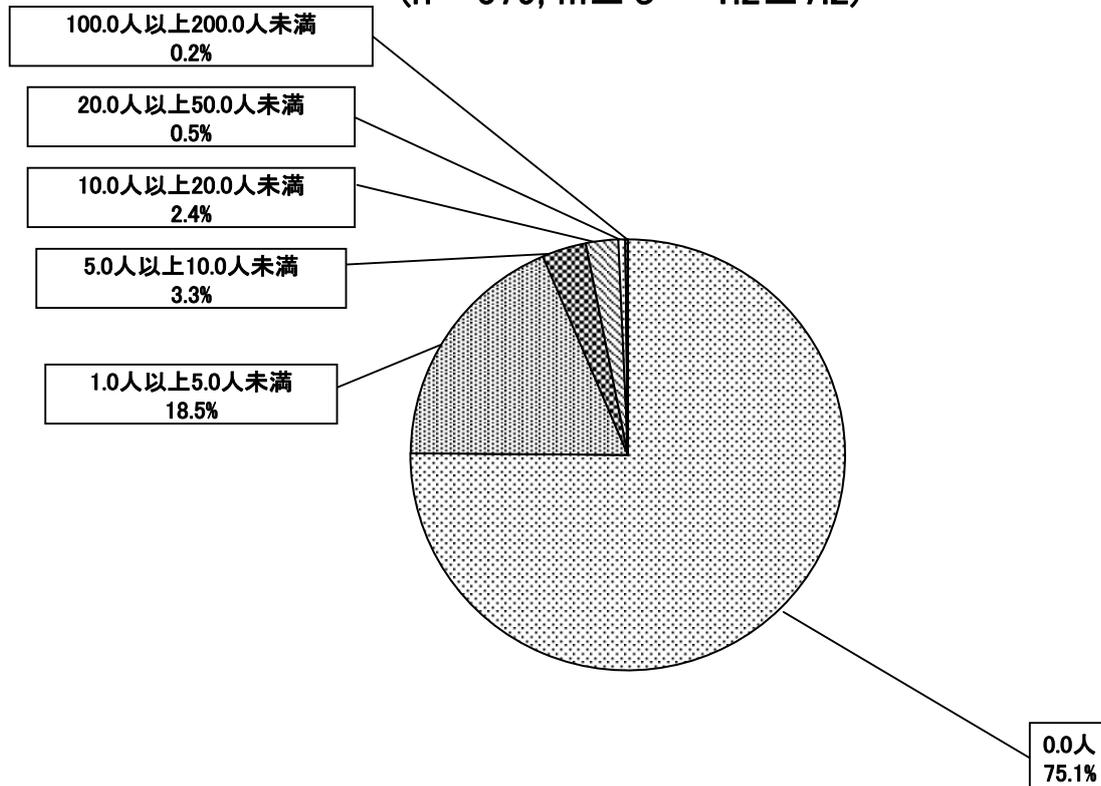
図C-5-1 身体介護
(n = 1,418, m ± σ = 34.7 ± 104.7)



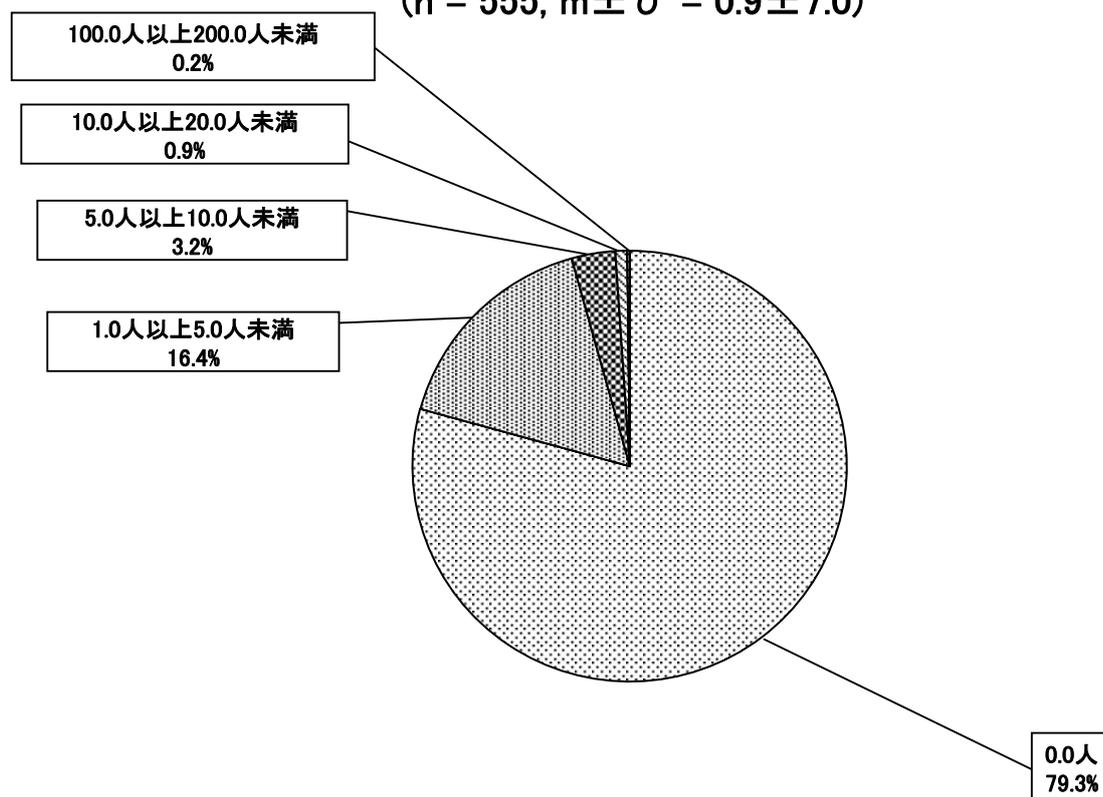
図C-5-2 重度訪問介護 I
(n = 653, m ± σ = 1.5 ± 4.3)



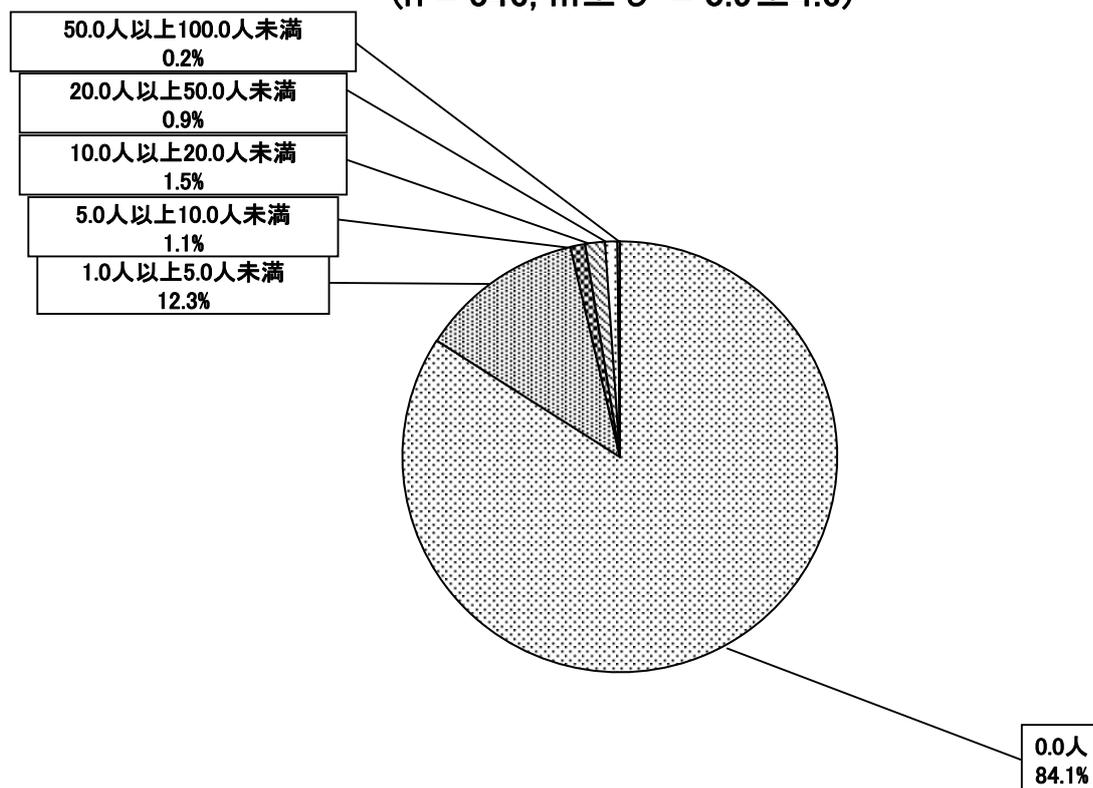
図C-5-3 重度訪問介護 II
(n = 579, m ± σ = 1.2 ± 7.2)



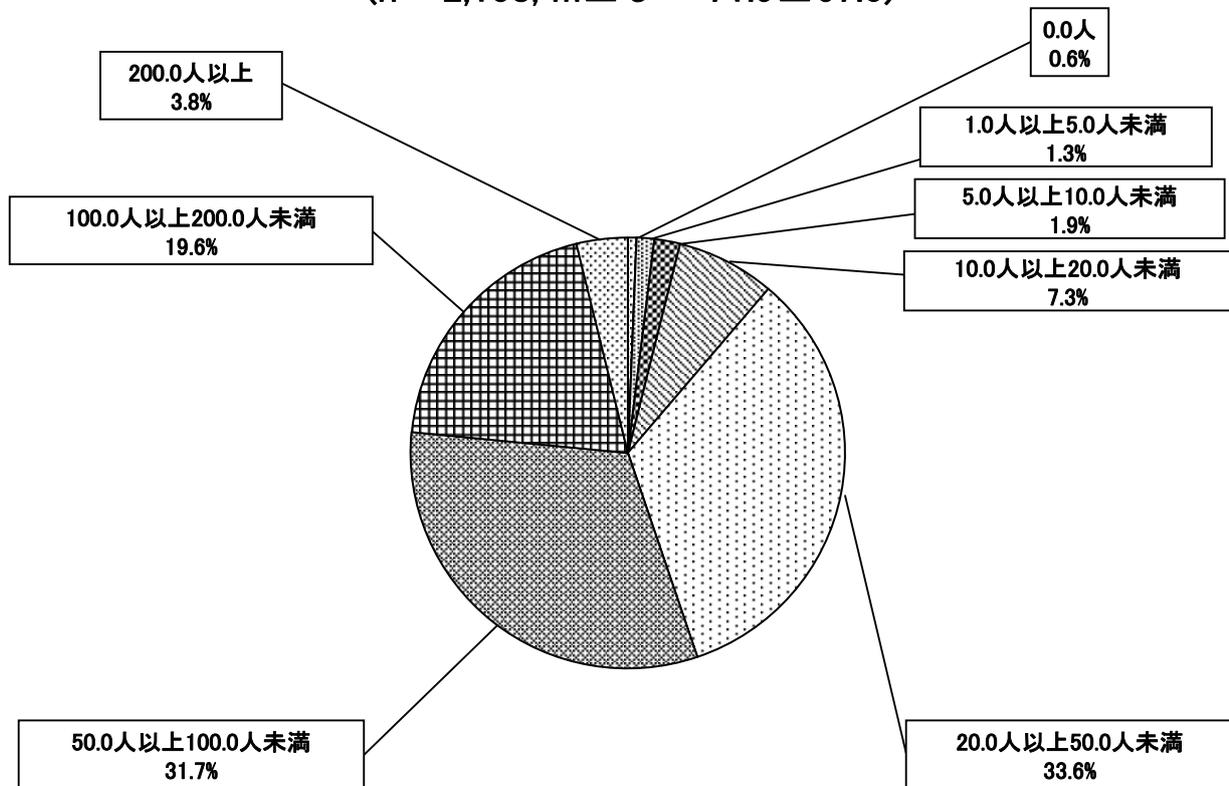
図C-5-4 重度訪問介護Ⅲ
(n = 555, m ± σ = 0.9 ± 7.0)



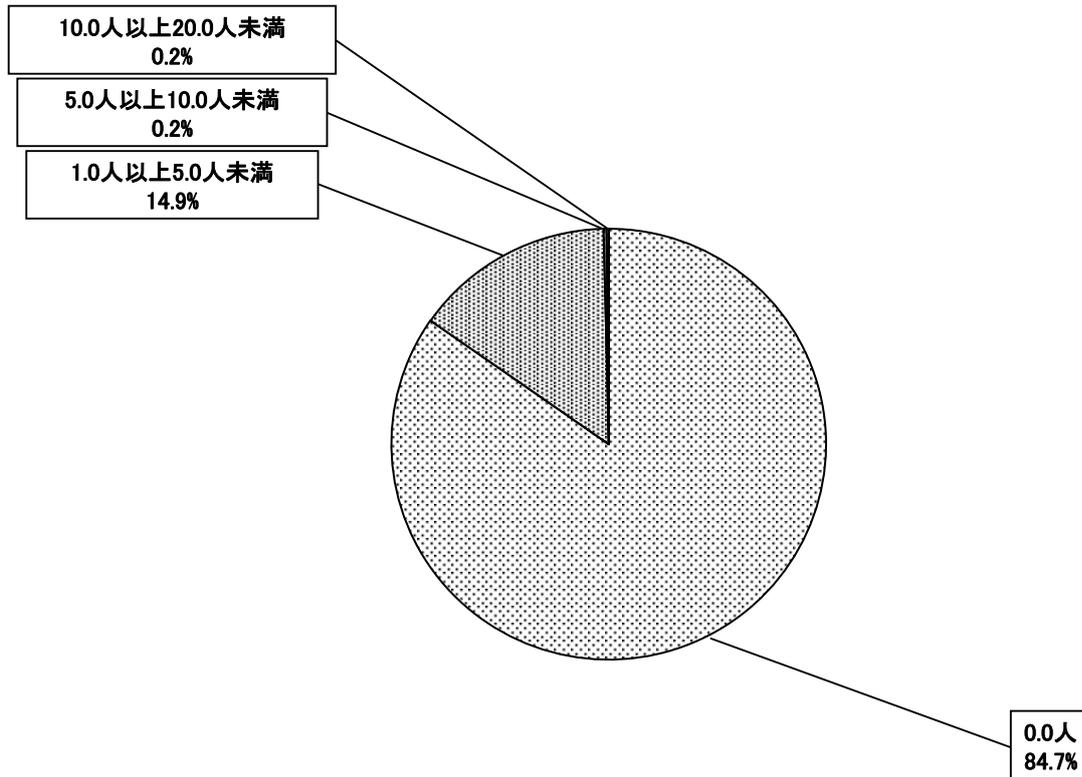
図C-5-5 重度障害者等包括支援(Ⅰ類型)
(n = 546, m ± σ = 0.9 ± 4.6)



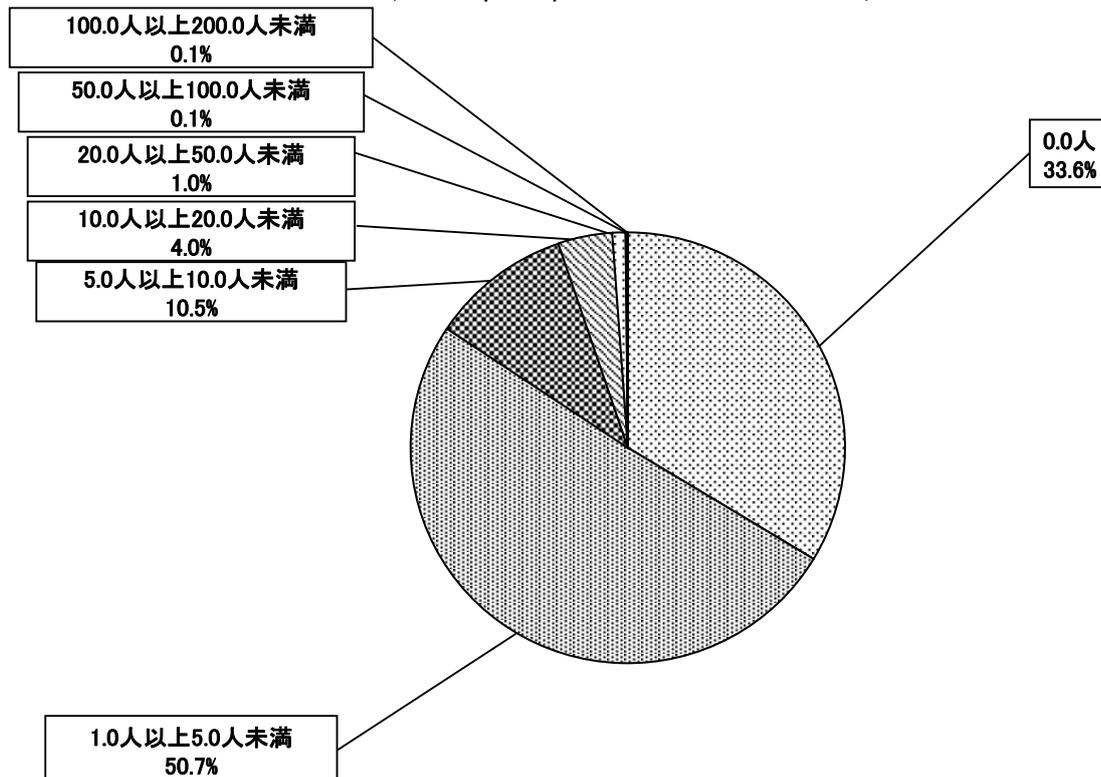
図C-6-1 合計
(n = 2,158, m ± σ = 71.9 ± 67.0)



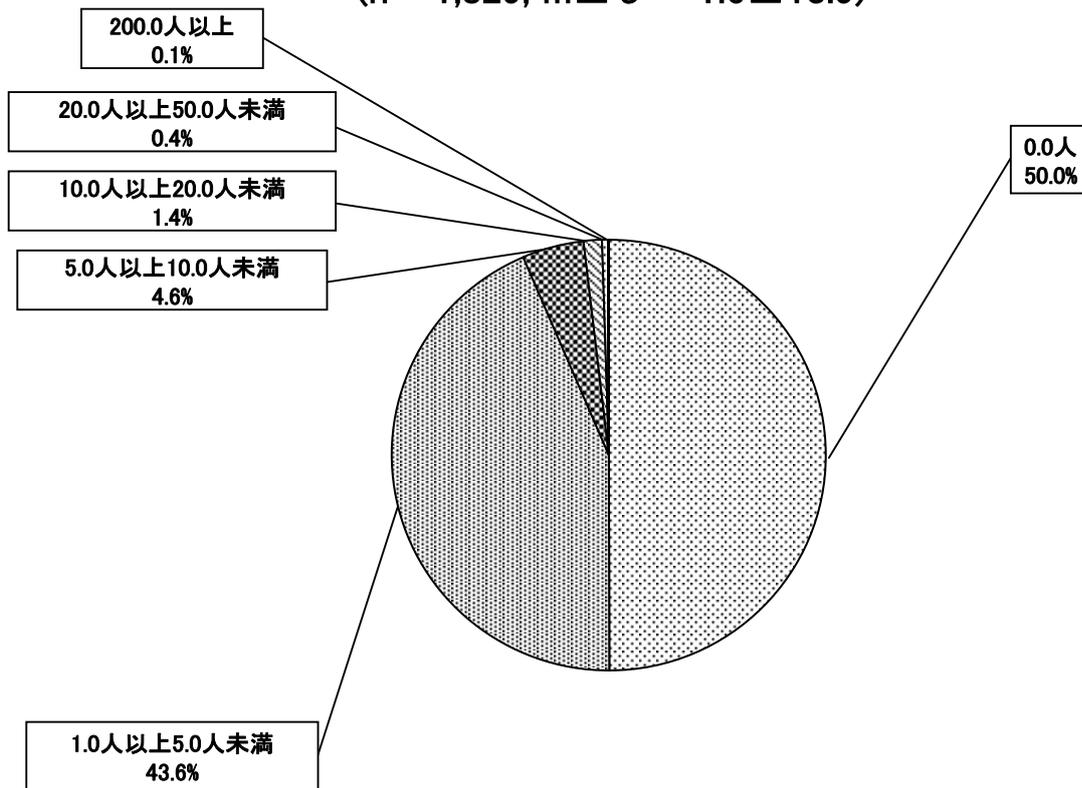
図C-6-2 訪問介護利用者
(n = 1,785, m ± σ = 0.2 ± 0.8)



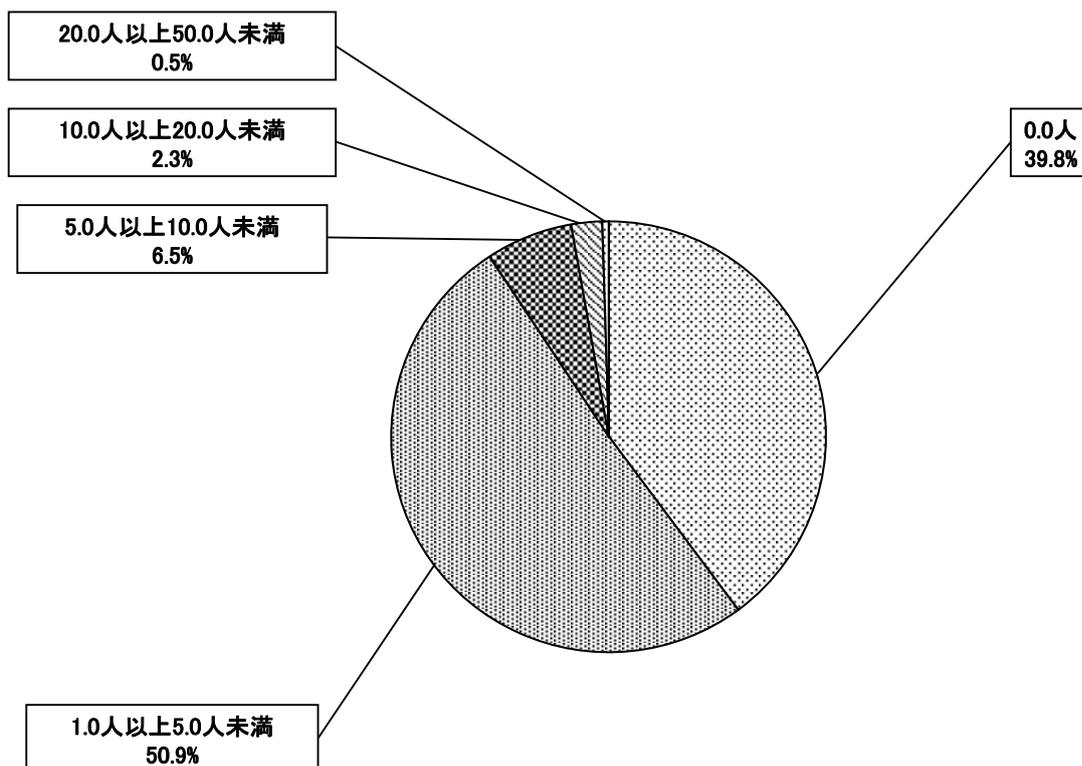
図C-6-3 訪問看護利用者
(n = 1,852, m ± σ = 2.5 ± 5.7)



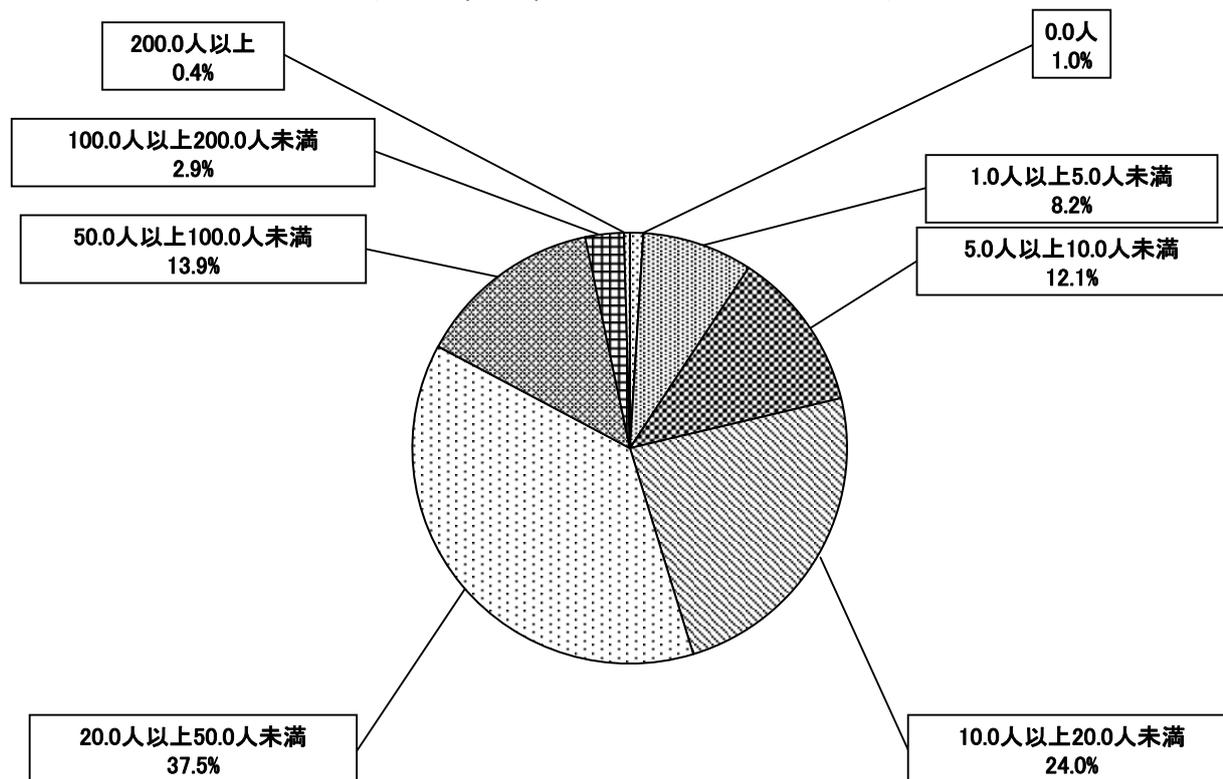
図C-6-4 人工呼吸器装着
($n = 1,829$, $m \pm \sigma = 1.6 \pm 13.9$)



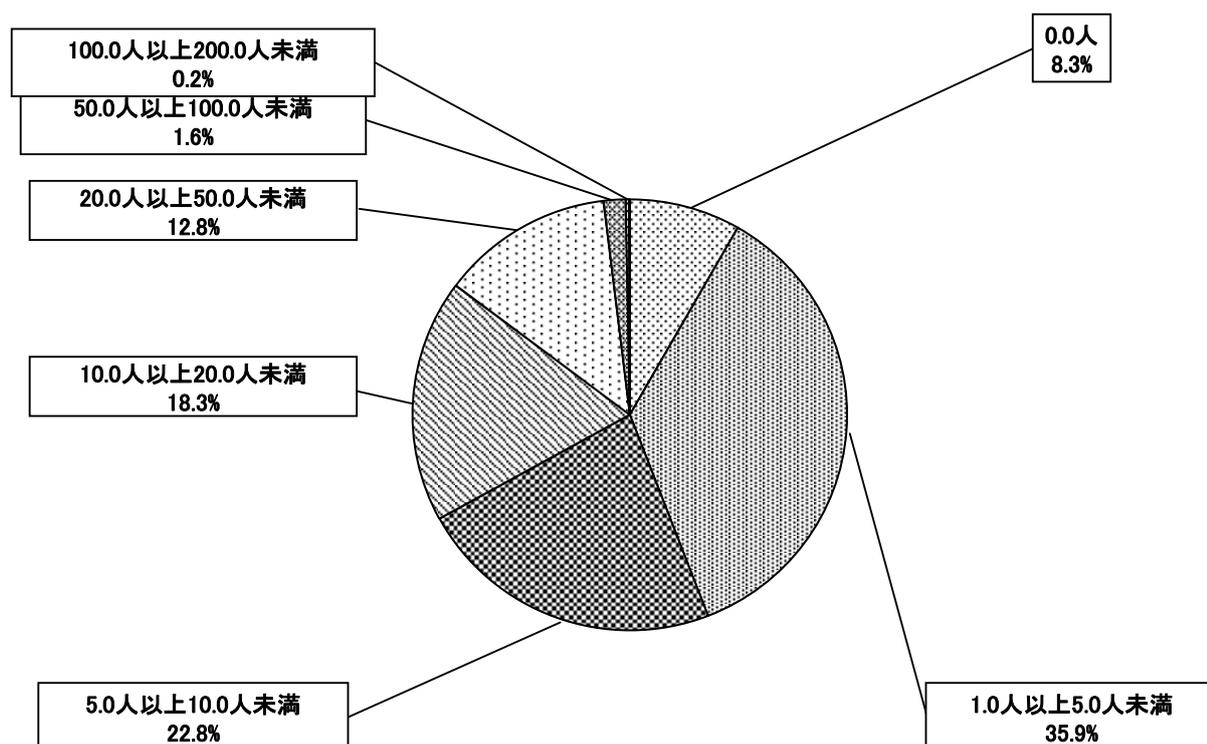
図C-6-5 悪性腫瘍
($n = 1,873$, $m \pm \sigma = 1.7 \pm 3.0$)



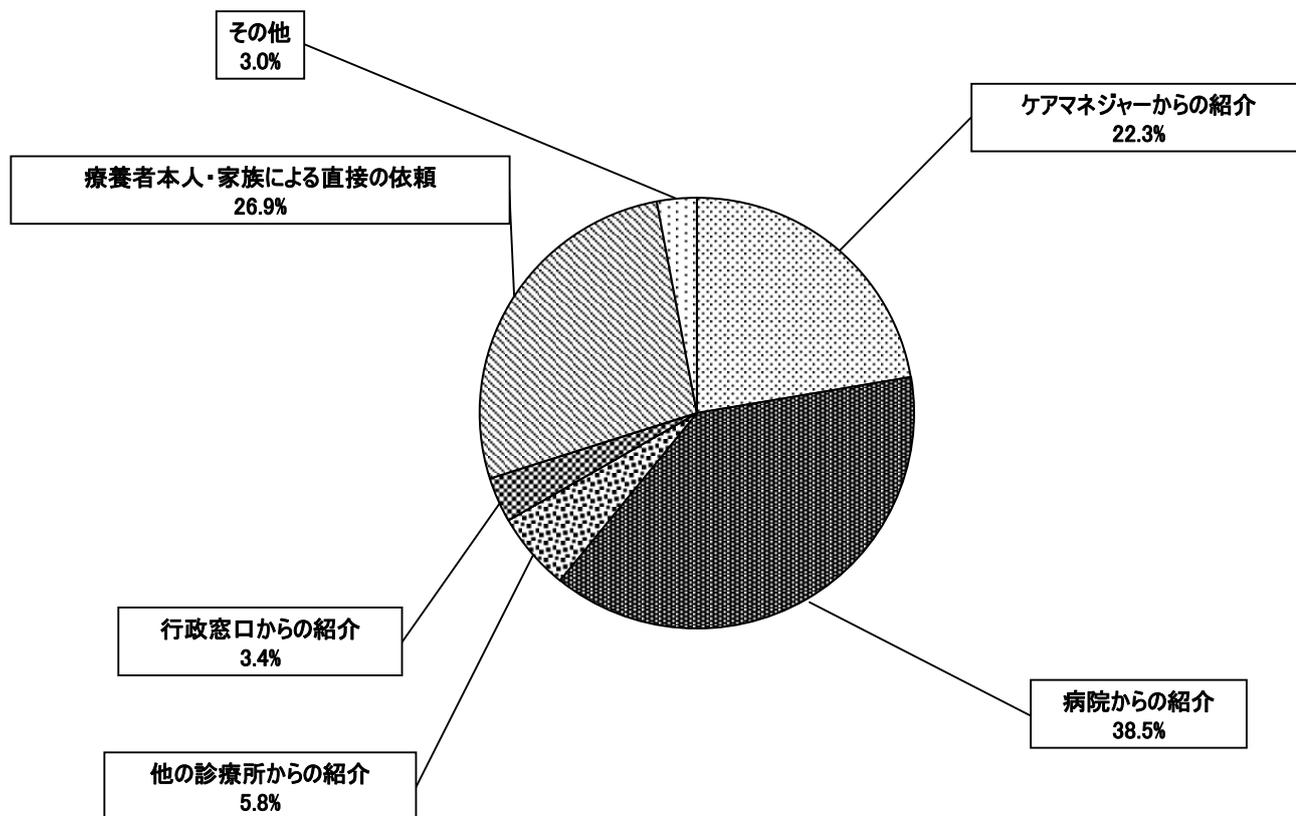
図C-6-6 吸引器の利用者
(n = 2,096, m ± σ = 30.0 ± 31.1)



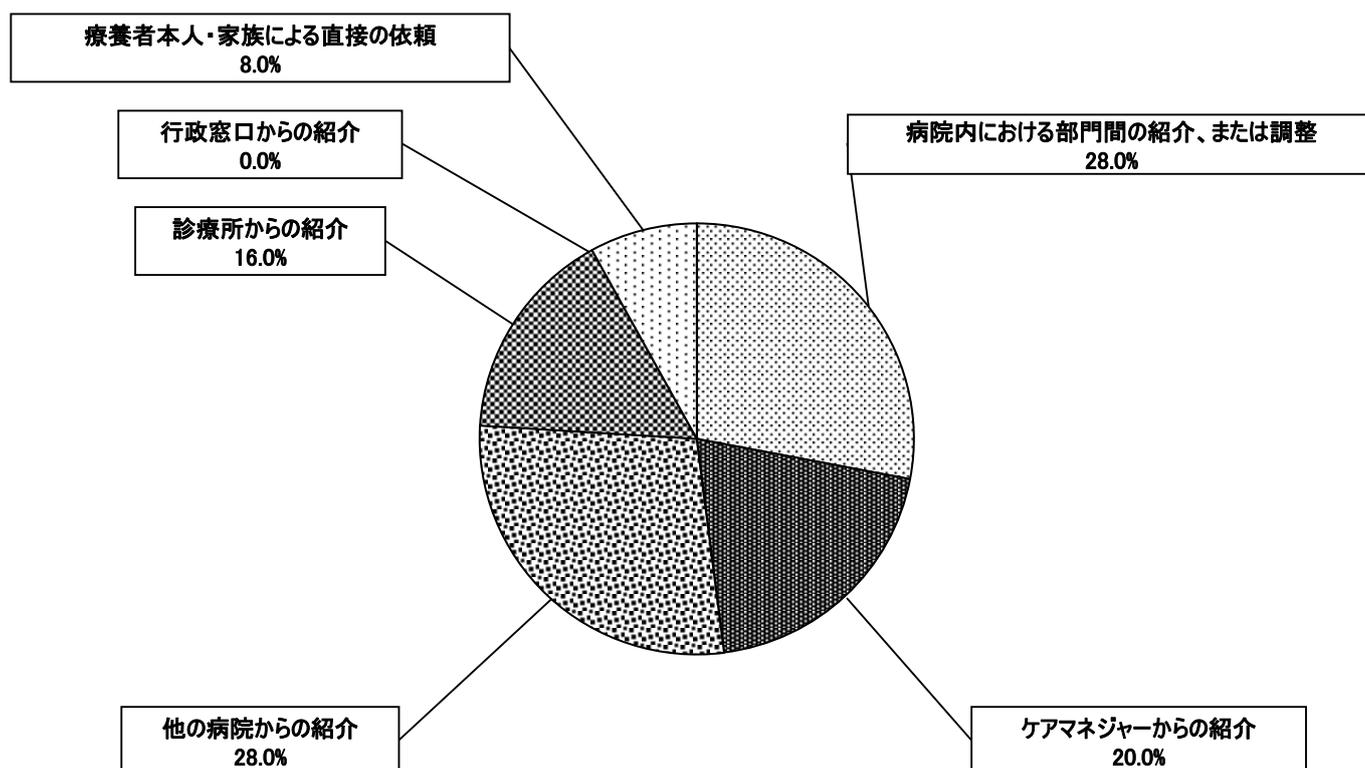
図C-6-7 胃瘻経管栄養実施者
(n = 2,005, m ± σ = 9.9 ± 14.3)



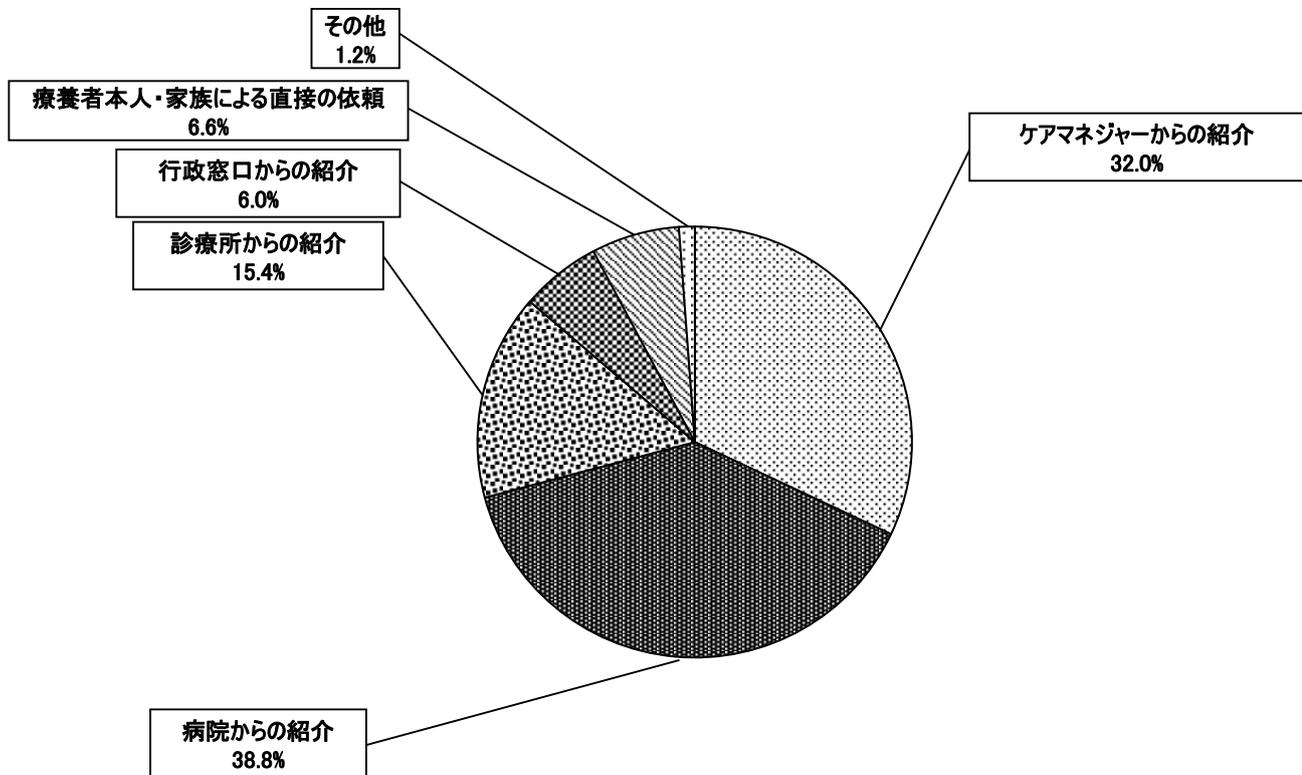
図F-1 在宅療養支援診療所(問23)
(n = 541, 複数回答)



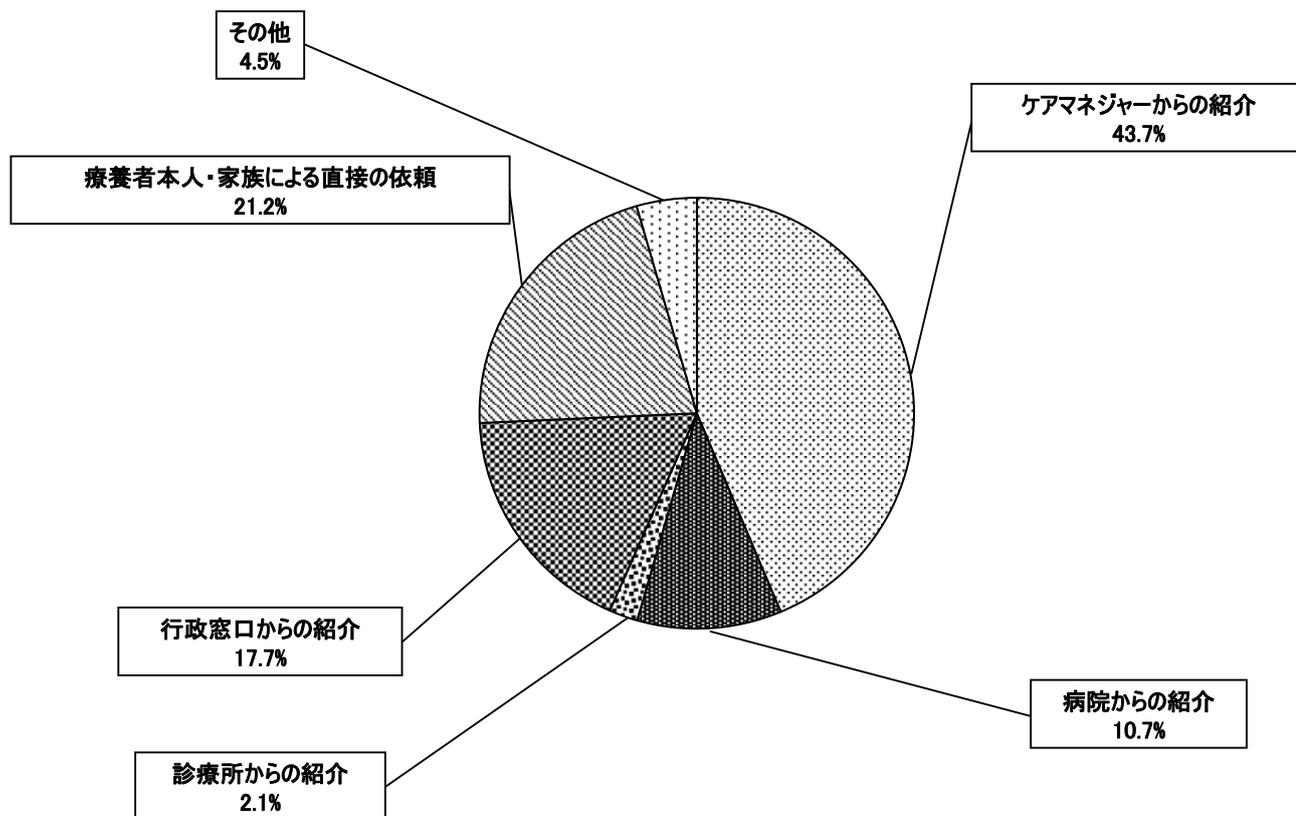
図F-2 在宅療養支援病院(問23)
(n = 9, 複数回答)



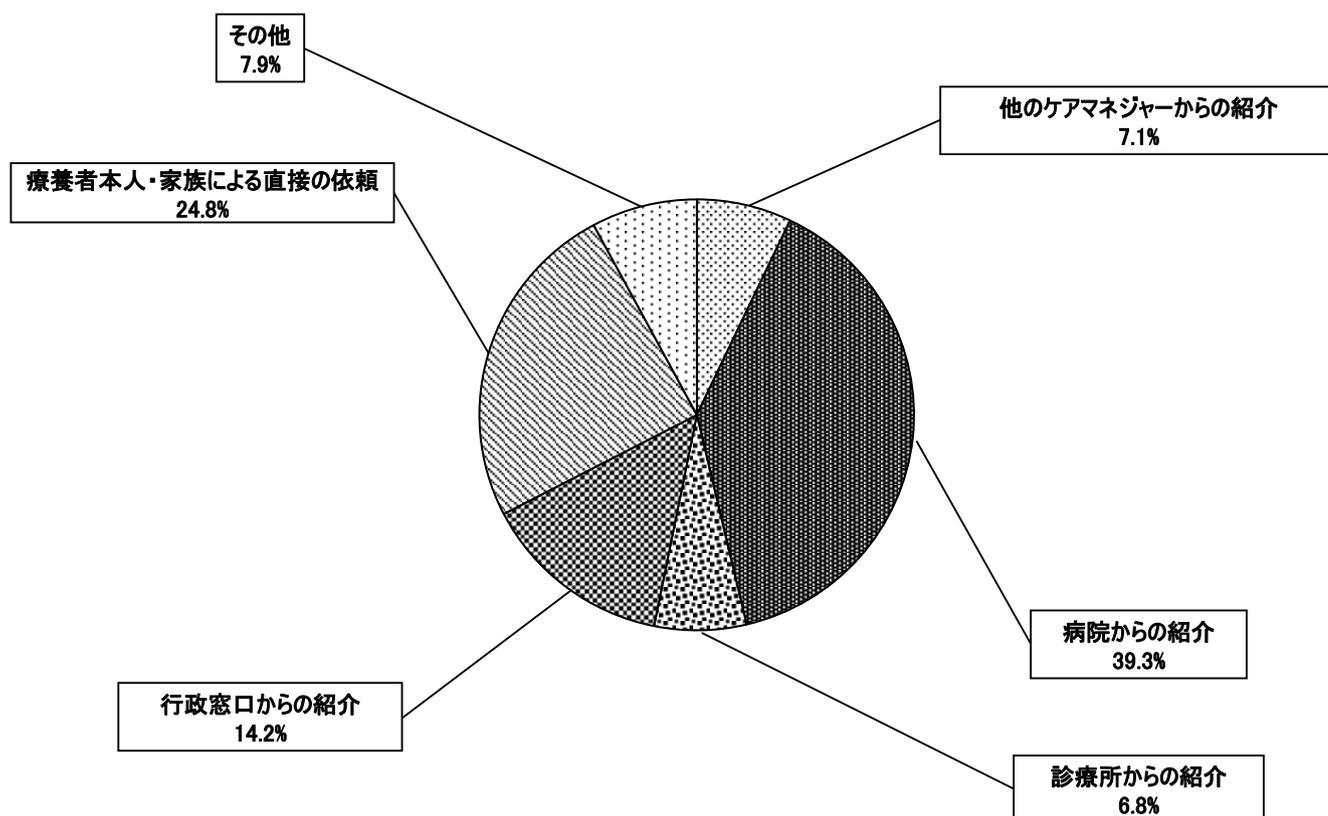
図F-4 訪問看護事業所(問17)
(n = 482, 複数回答)



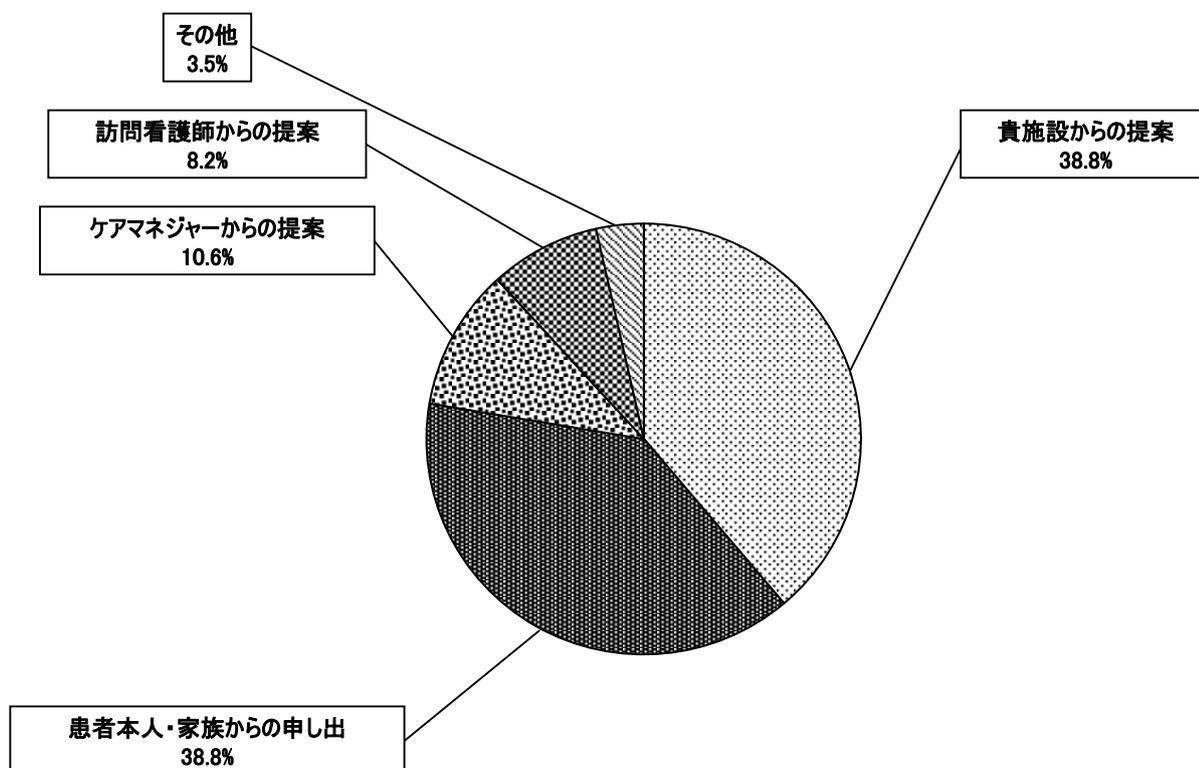
図F-5 訪問介護事業所(問17)
(n = 1,208, 複数回答)



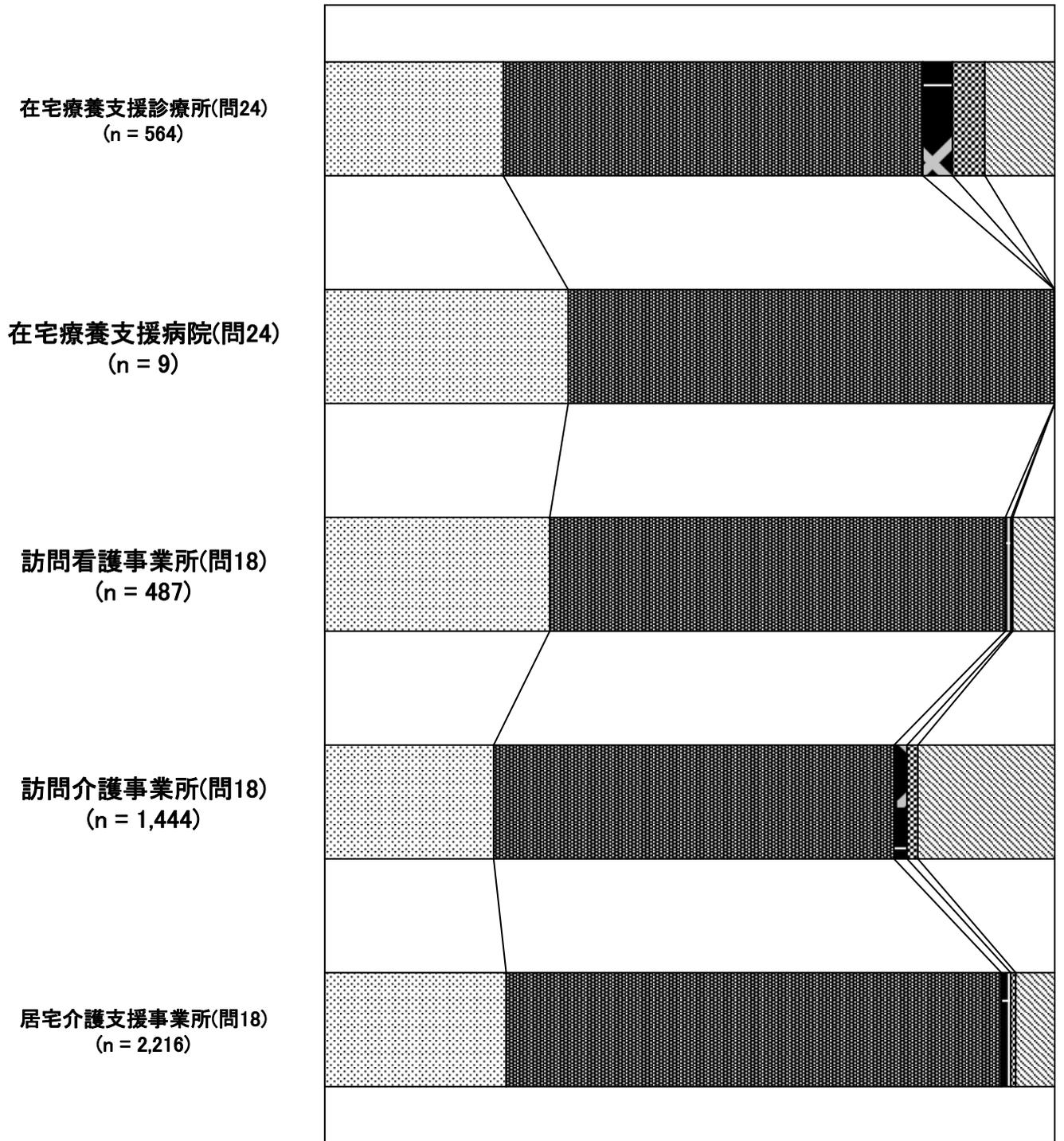
図F-6 居宅介護支援事業所(問17)
(n = 2,142, 複数回答)



図F-3 臨床研修指定病院(問19)
(n = 41, 複数回答)

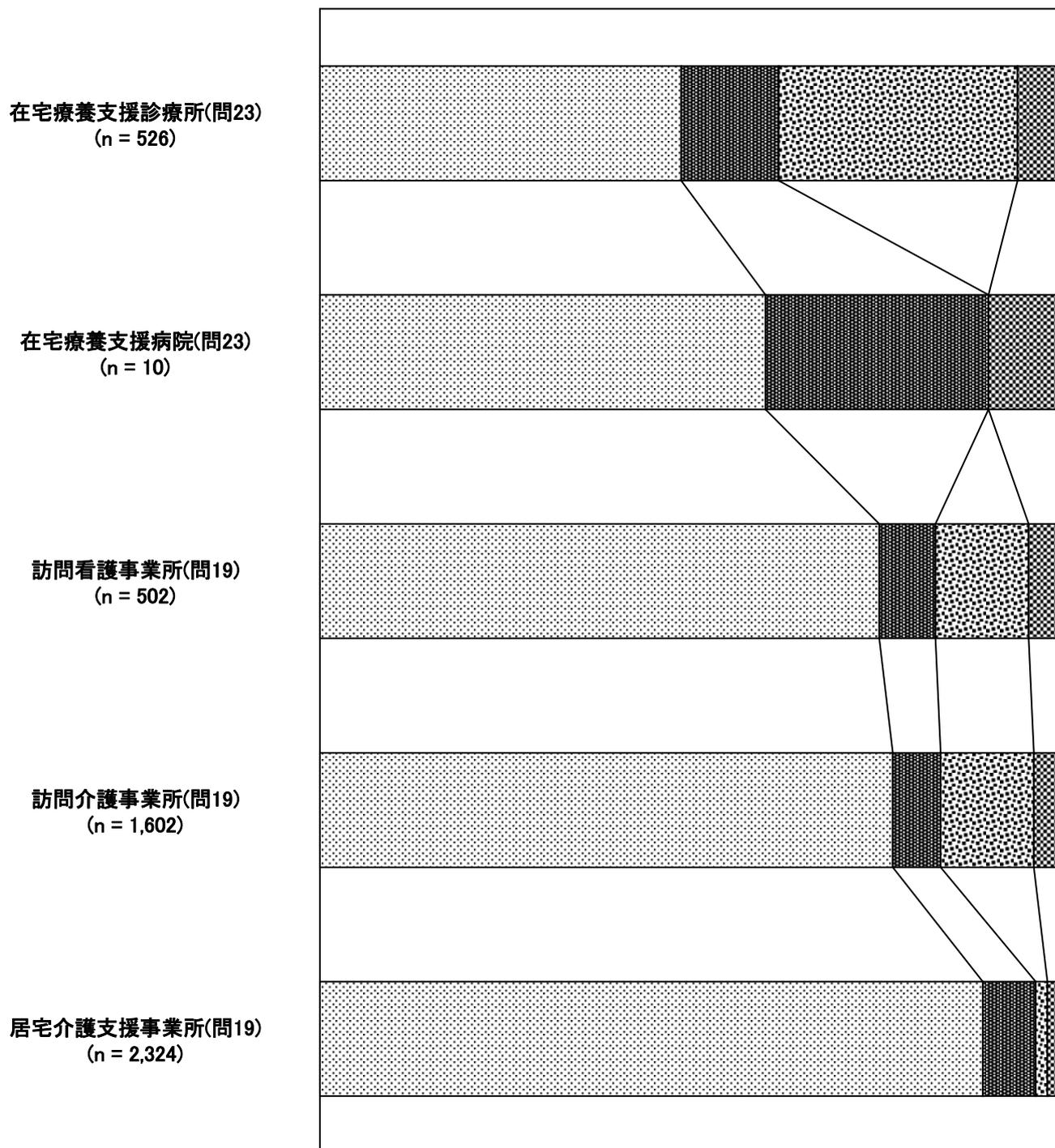


図G-0 重度の方に対する将来の受け入れ



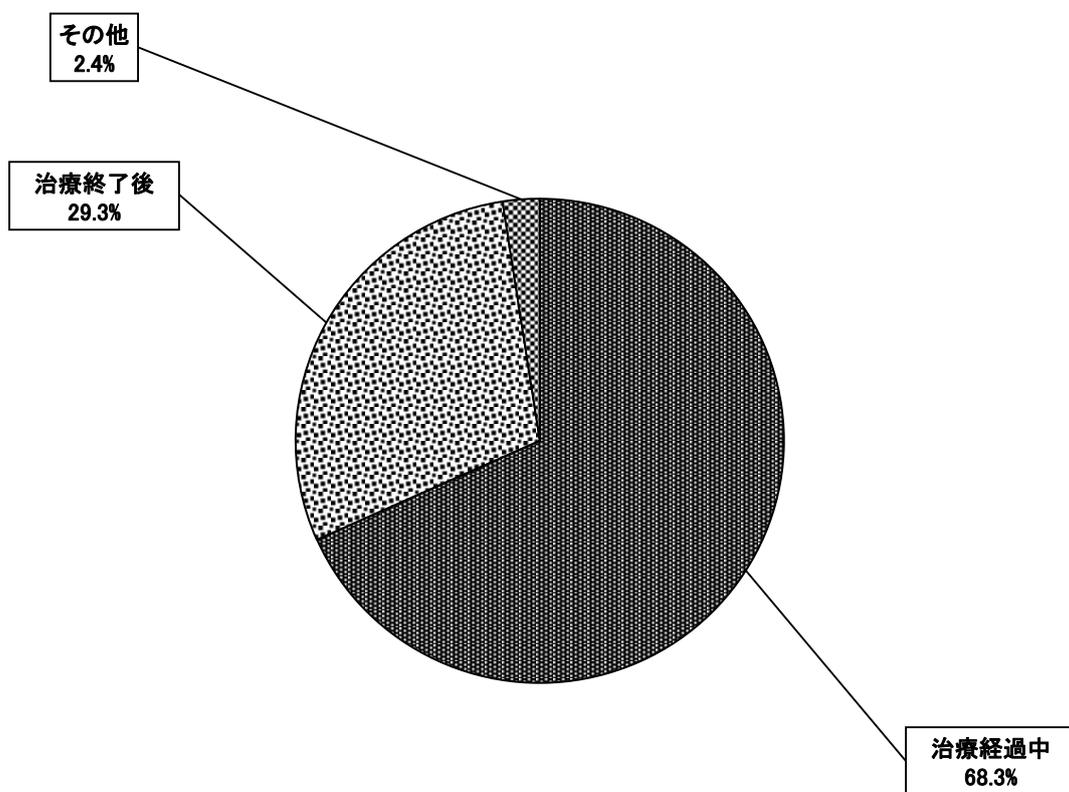
	受け入れ数の規模を拡大する	当分は現状を維持していく	受け入れ数の規模を縮小する	いずれ受け入れをやめるつもりである	受け入れを行っていない
在宅療養支援診療所	24.5%	57.4%	4.1%	4.4%	9.6%
在宅療養支援病院	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%
訪問看護事業所	30.8%	62.4%	0.8%	0.2%	5.7%
訪問介護事業所	23.1%	54.8%	1.8%	1.5%	18.8%
居宅介護支援事業所	24.9%	67.8%	1.3%	0.7%	5.3%

図H-0-1 在宅移行時の説明 - 説明時期
(n = 526)

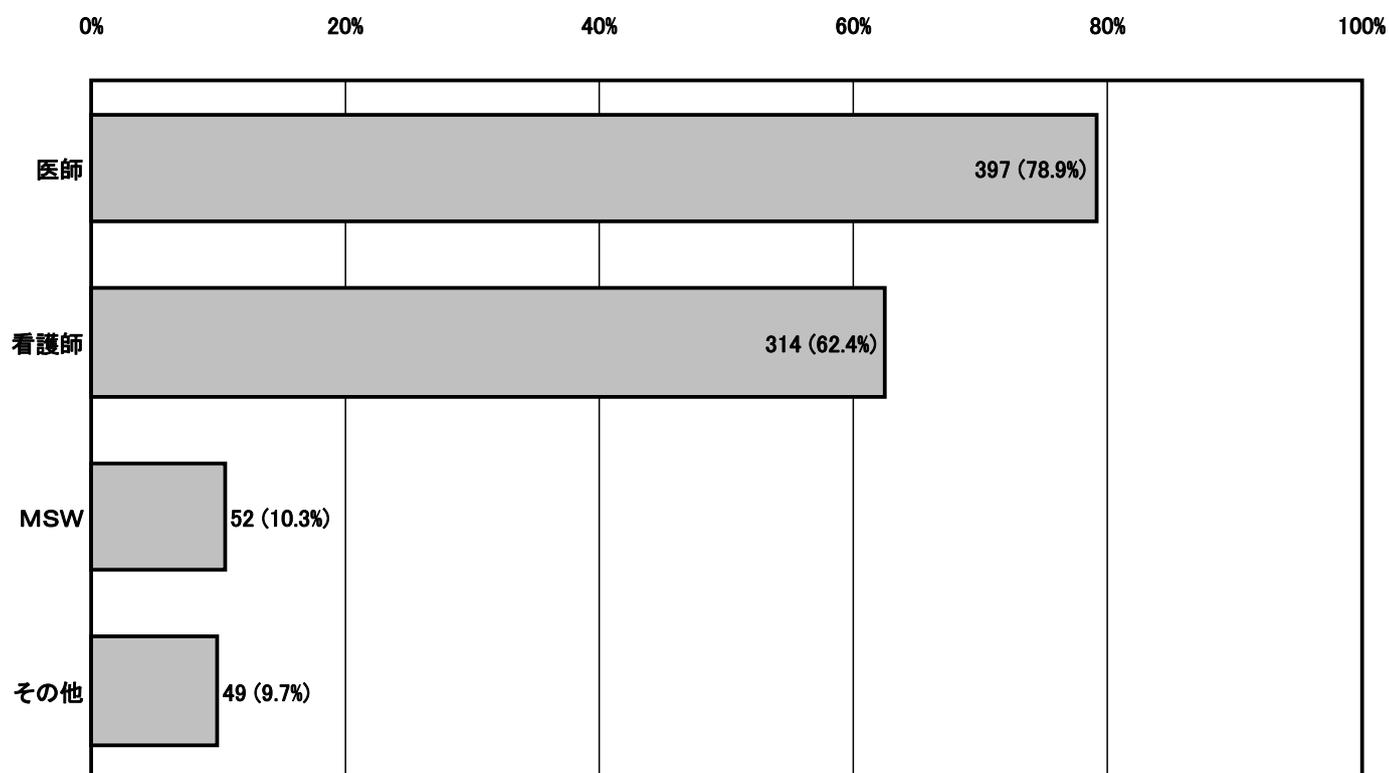


	退院前に行い、退院後に改めて行う	退院前にのみ行う	退院後にのみ行う	その他
在宅療養支援診療所	48.7%	13.1%	32.1%	6.1%
在宅療養支援病院	60.0%	30.0%	0.0%	10.0%
訪問看護事業所	75.3%	7.6%	12.5%	4.6%
訪問介護事業所	77.2%	6.4%	12.5%	3.9%
居宅介護支援事業所	89.2%	7.1%	1.5%	2.1%

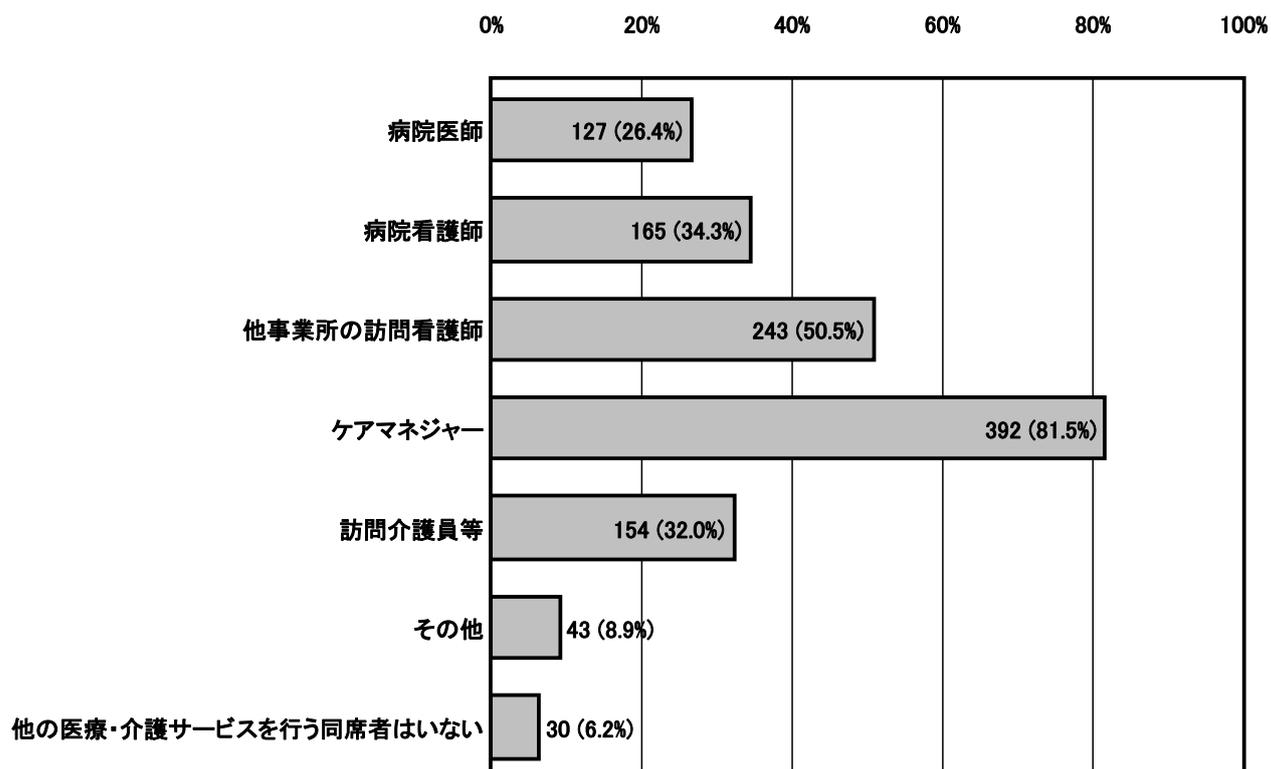
図H-3-1 在宅移行時の説明 - 説明時期 - 臨床研修病院(問20)
(n = 41)



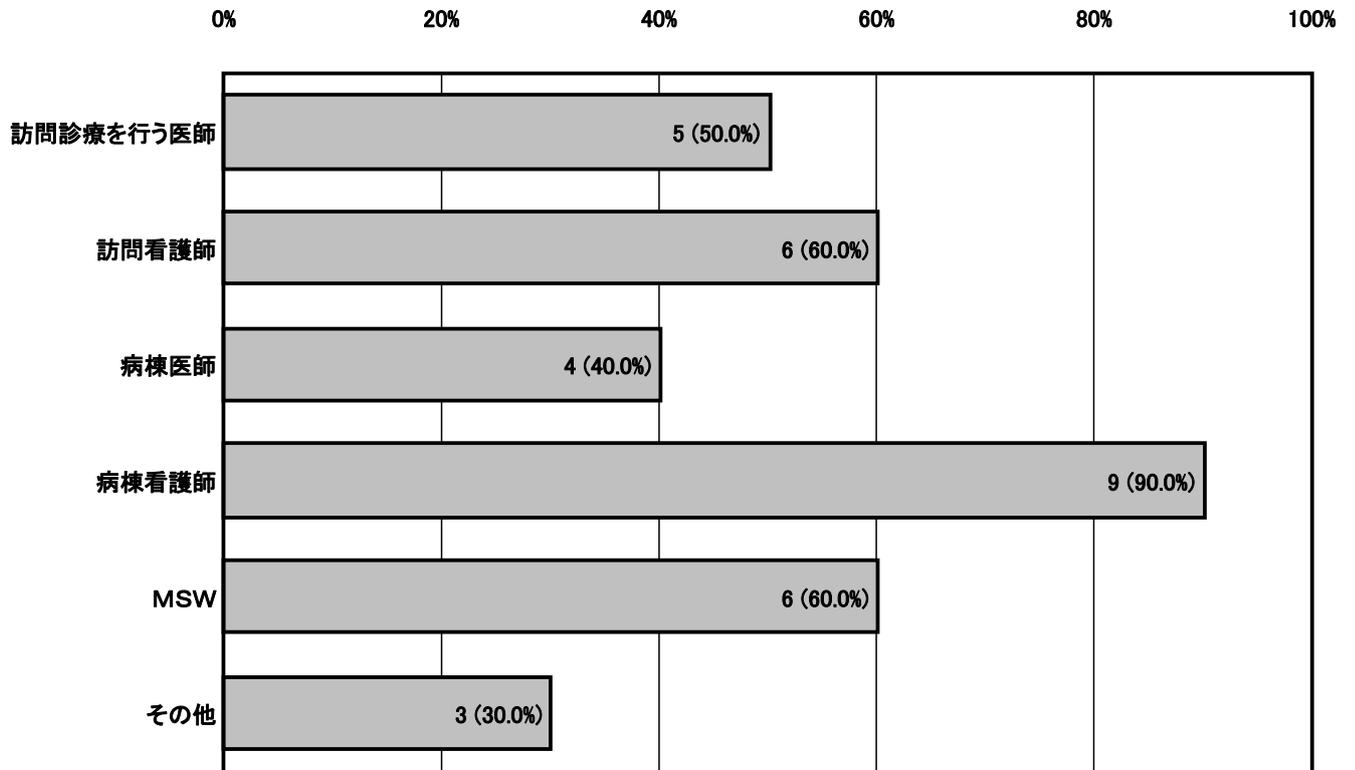
図H-1-2 在宅療養支援診療所 自施設同席者
(n = 503, 複数回答)



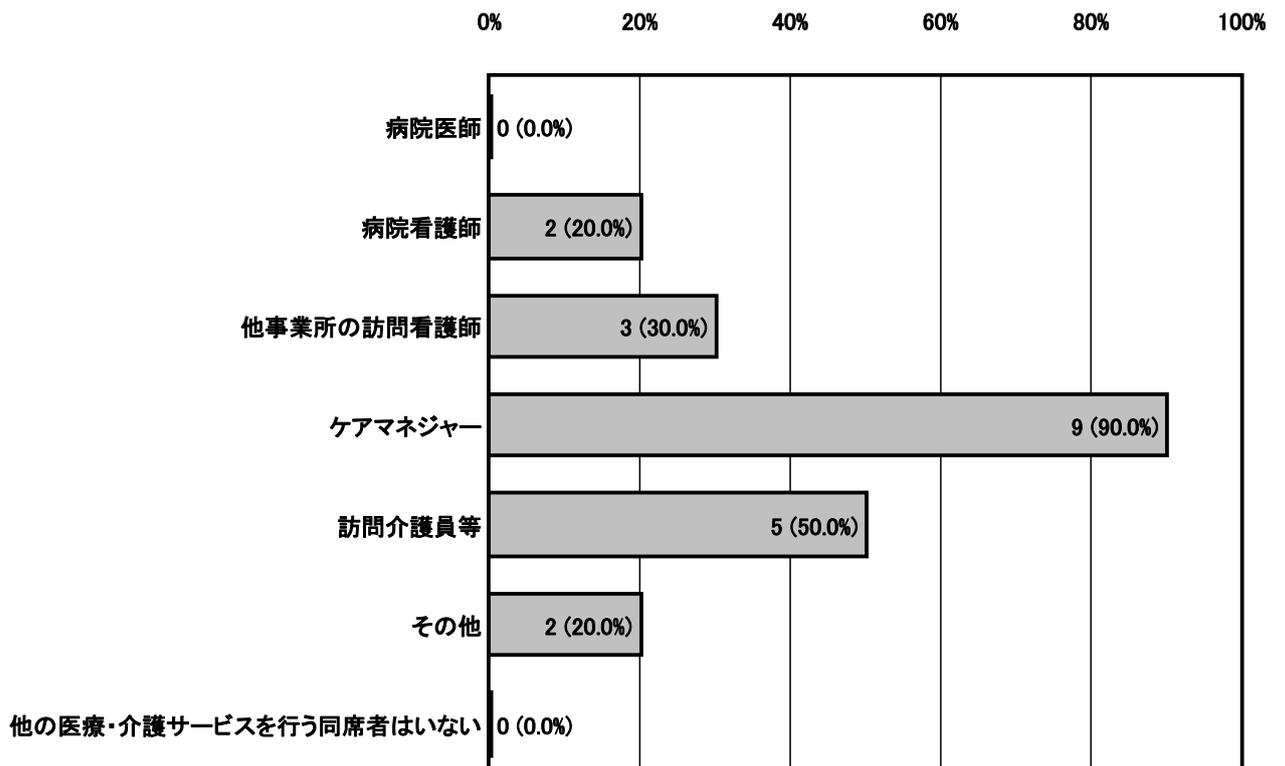
図H-1-3 在宅療養支援診療所 他施設同席者
(n = 481, 複数回答)



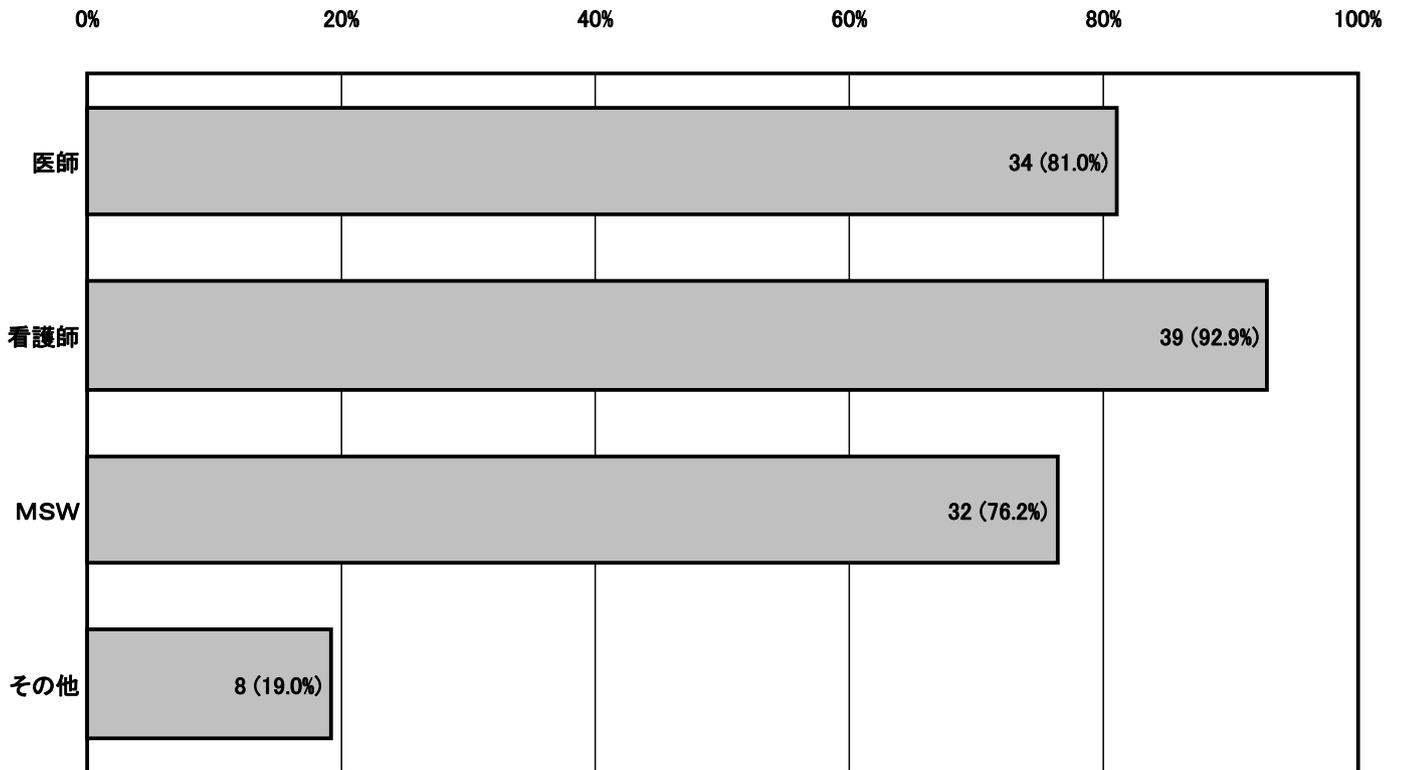
図H-2-2 在宅療養支援病院 自施設同席者
(n = 10, 複数回答)



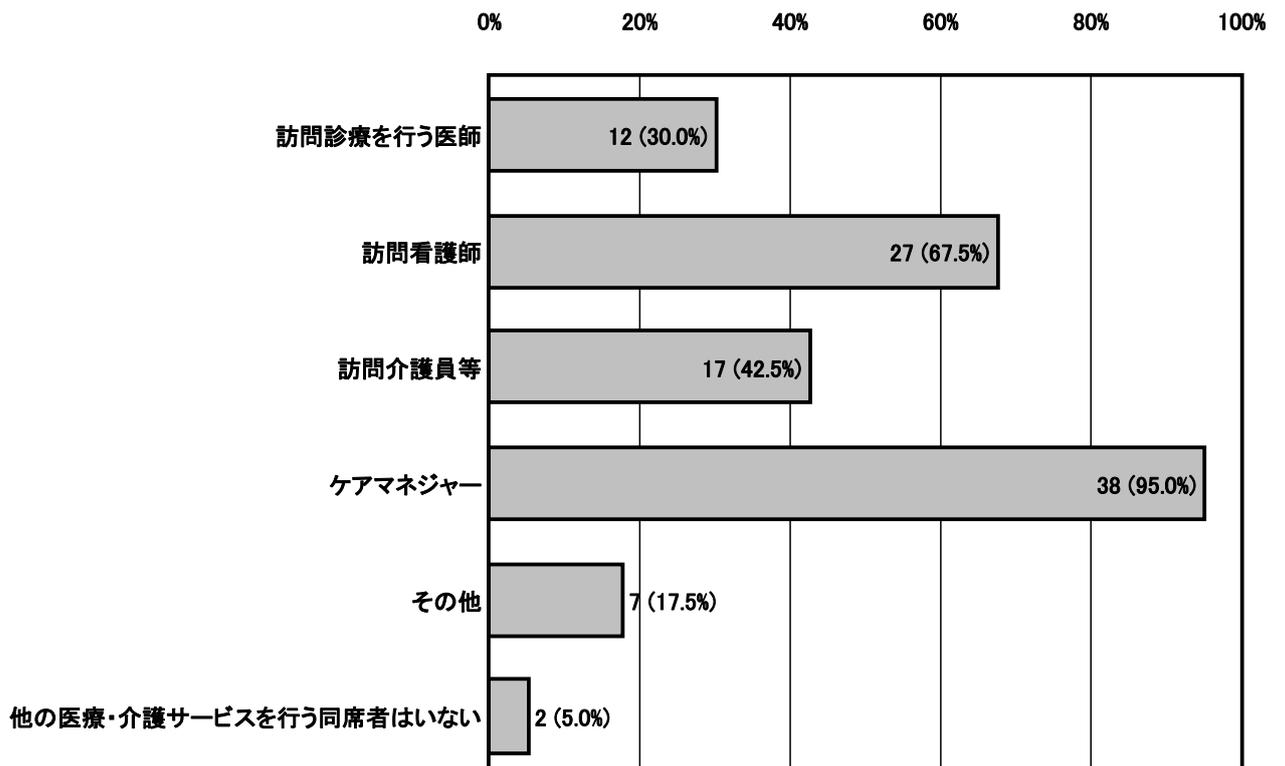
図H-2-3 在宅療養支援病院 他施設同席者
(n = 10, 複数回答)



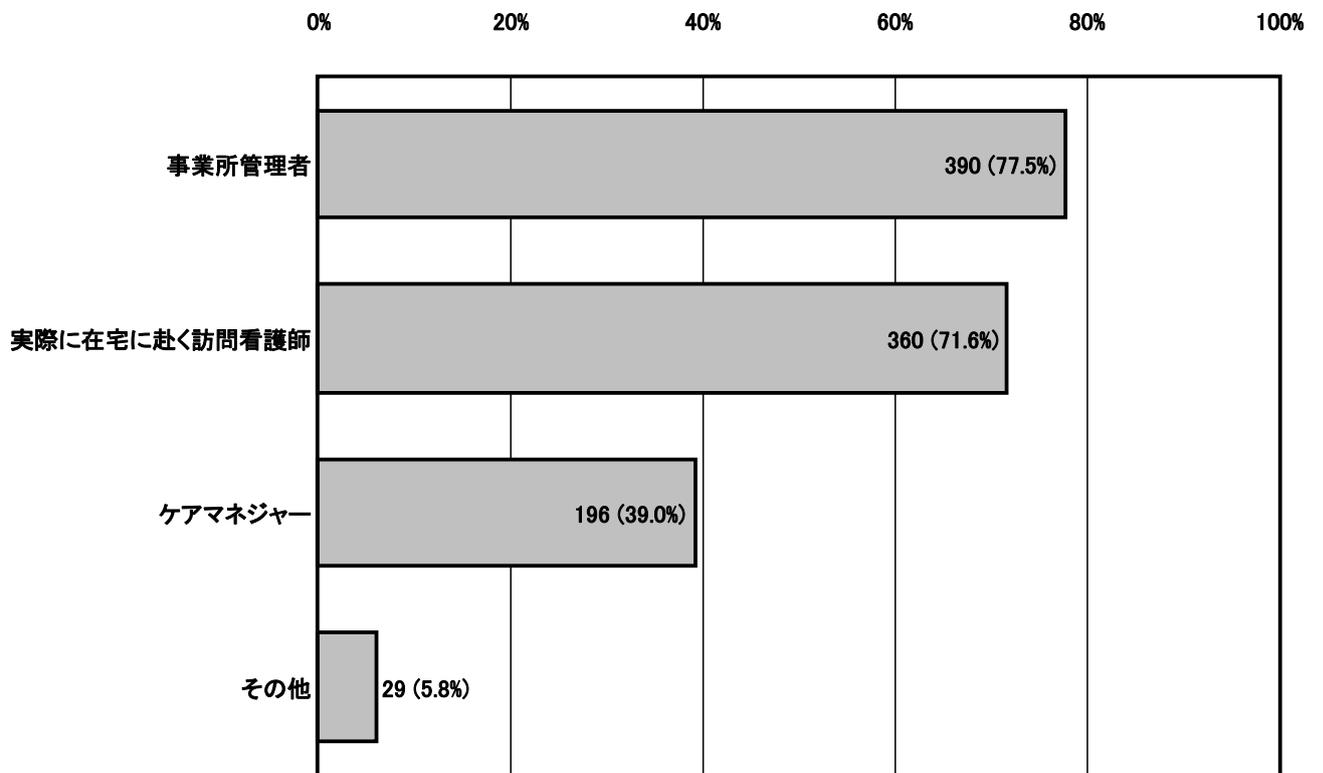
図H-3-2 臨床研修指定病院 自施設同席者
(n = 42, 複数回答)



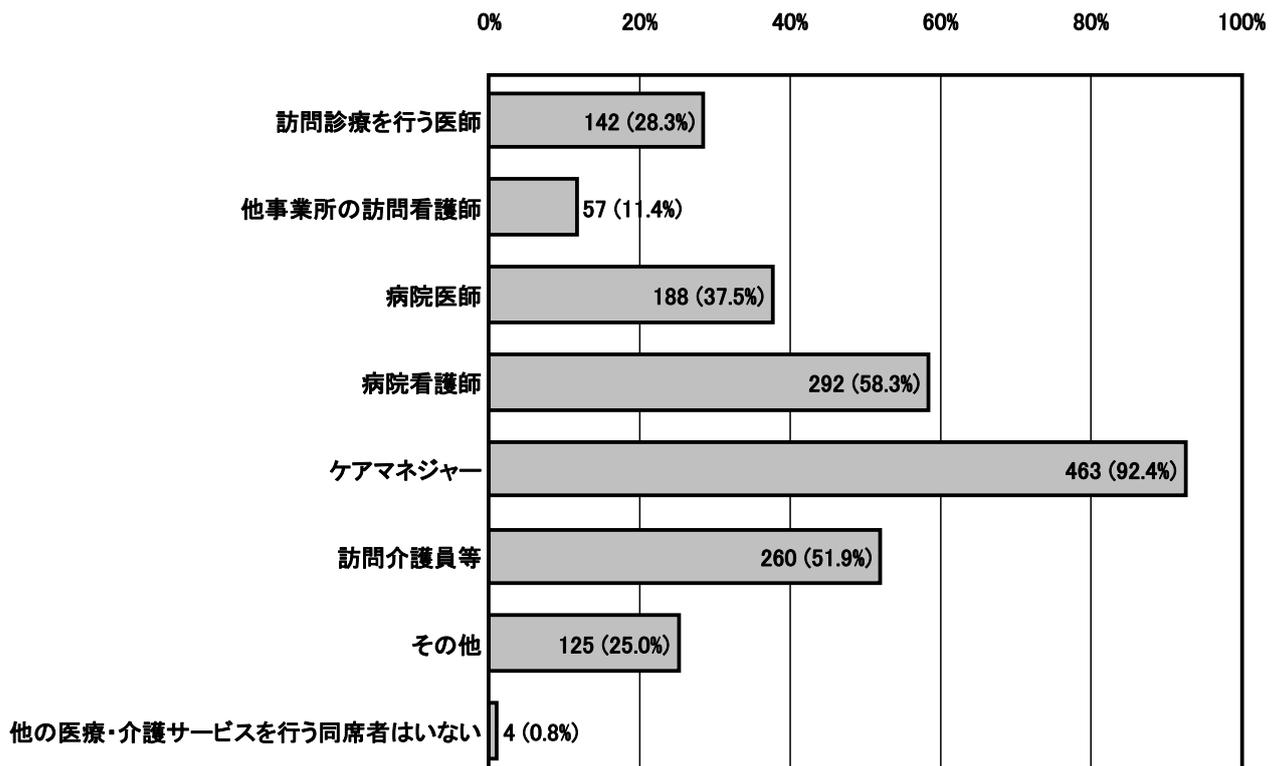
図H-3-3 臨床研修指定病院 他施設同席者
(n = 40, 複数回答)



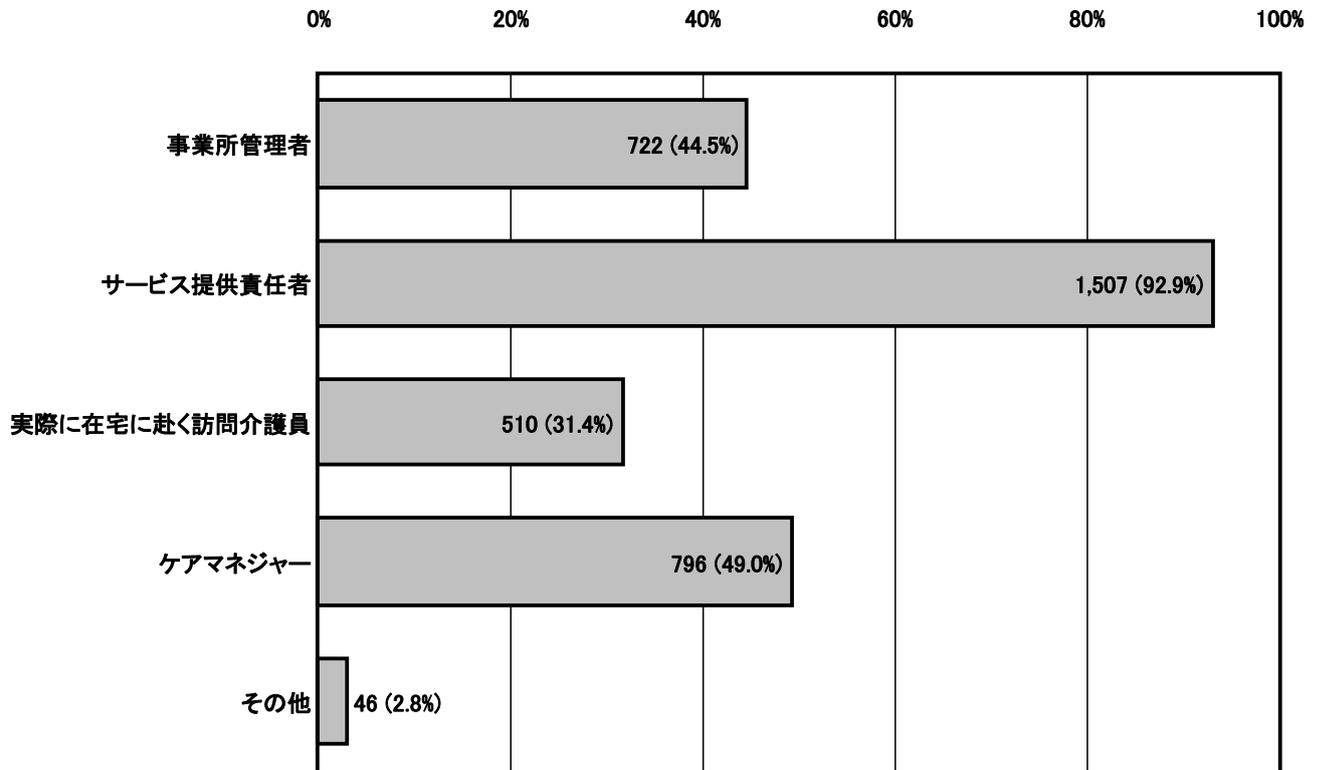
図H-4-2 訪問看護事業所 自施設同席者
(n = 503, 複数回答)



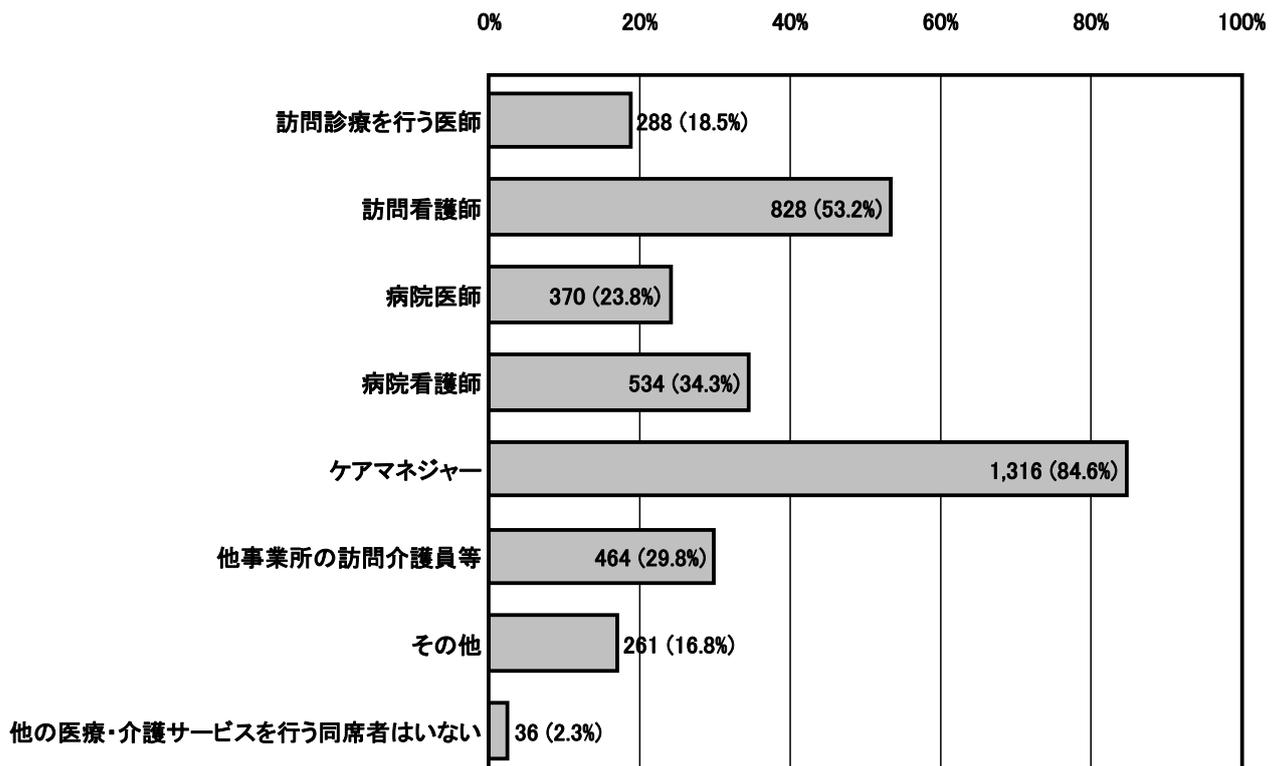
図H-4-3 訪問看護事業所 他施設同席者
(n = 501, 複数回答)



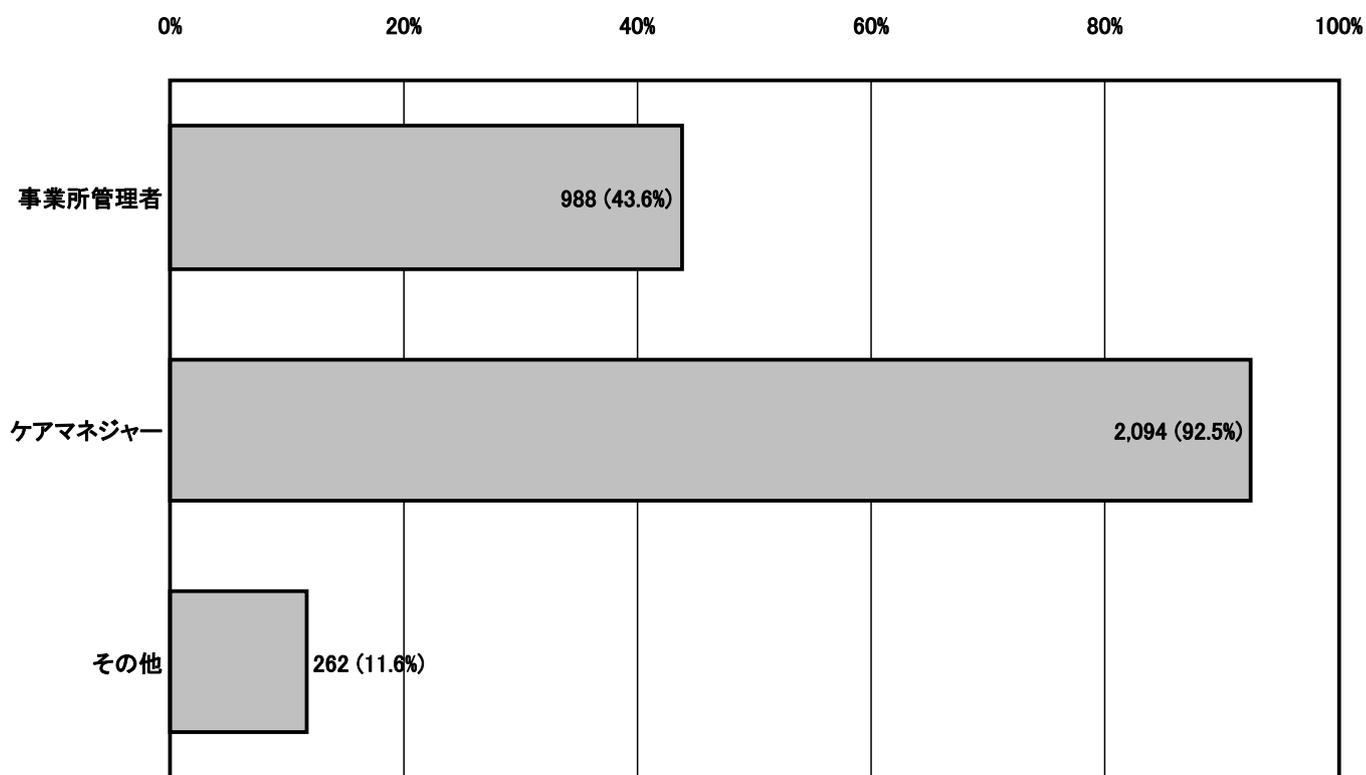
図H-5-2 訪問介護事業所 自施設同席者
(n = 1,623, 複数回答)



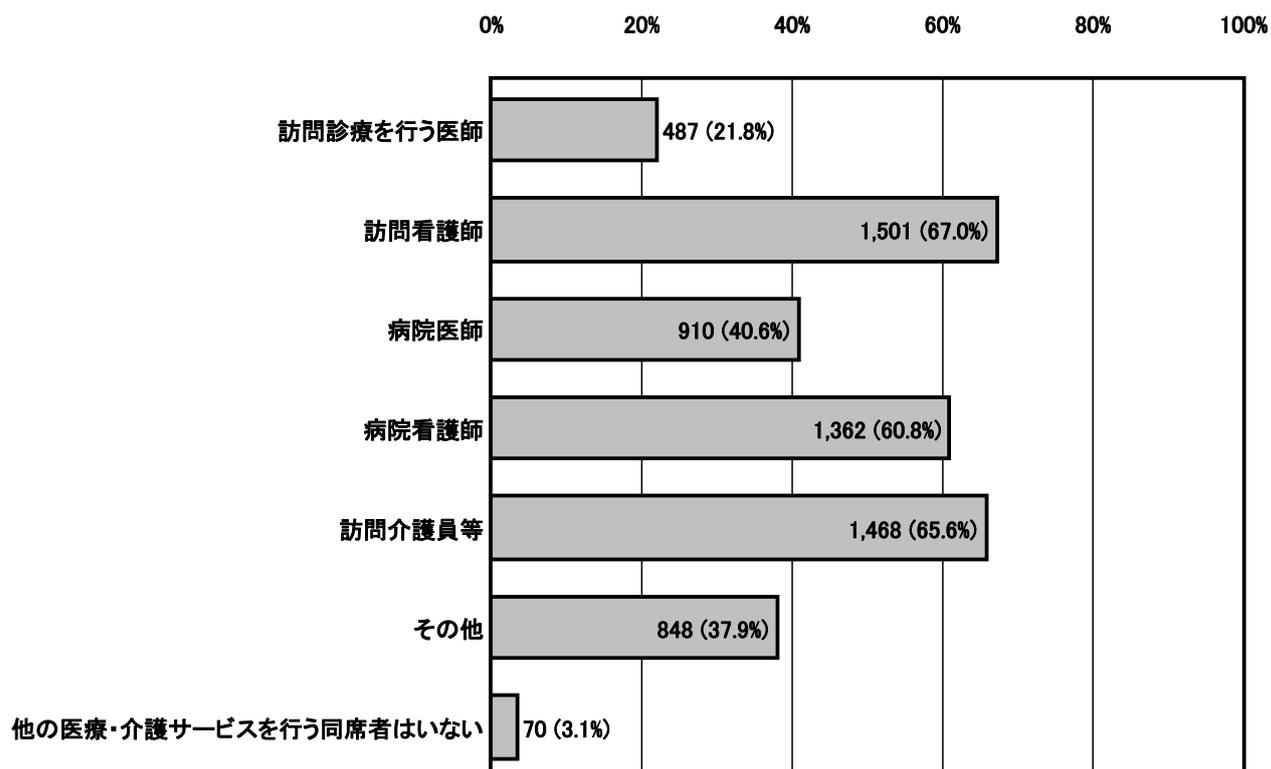
図H-5-3 訪問介護事業所 他施設同席者
(n = 1,556, 複数回答)



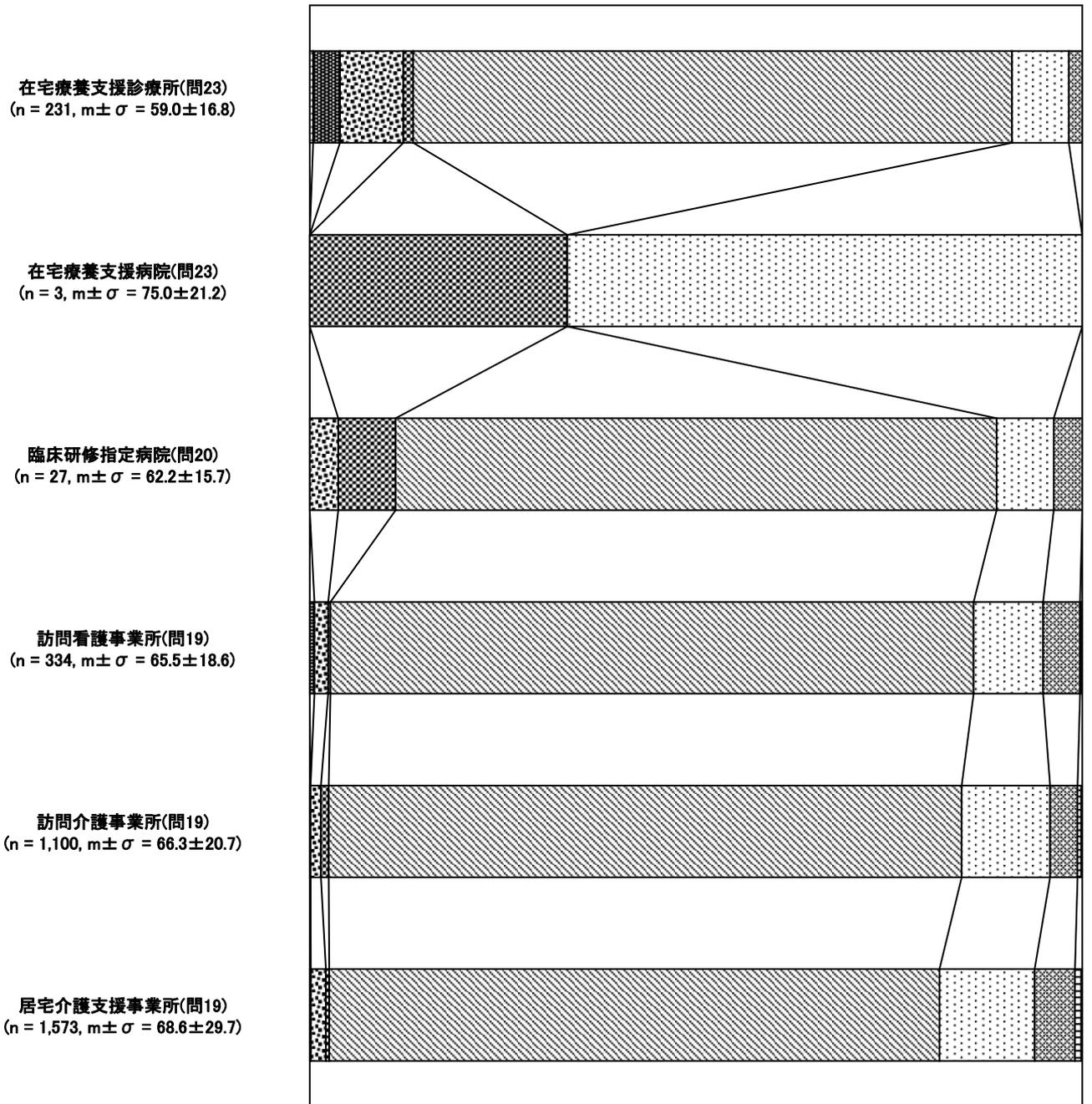
図H-6-2 居宅介護支援事業所 自施設同席者
(n = 2,265, 複数回答)



図H-6-3 居宅介護支援事業所 他施設同席者
(n = 2,239, 複数回答)

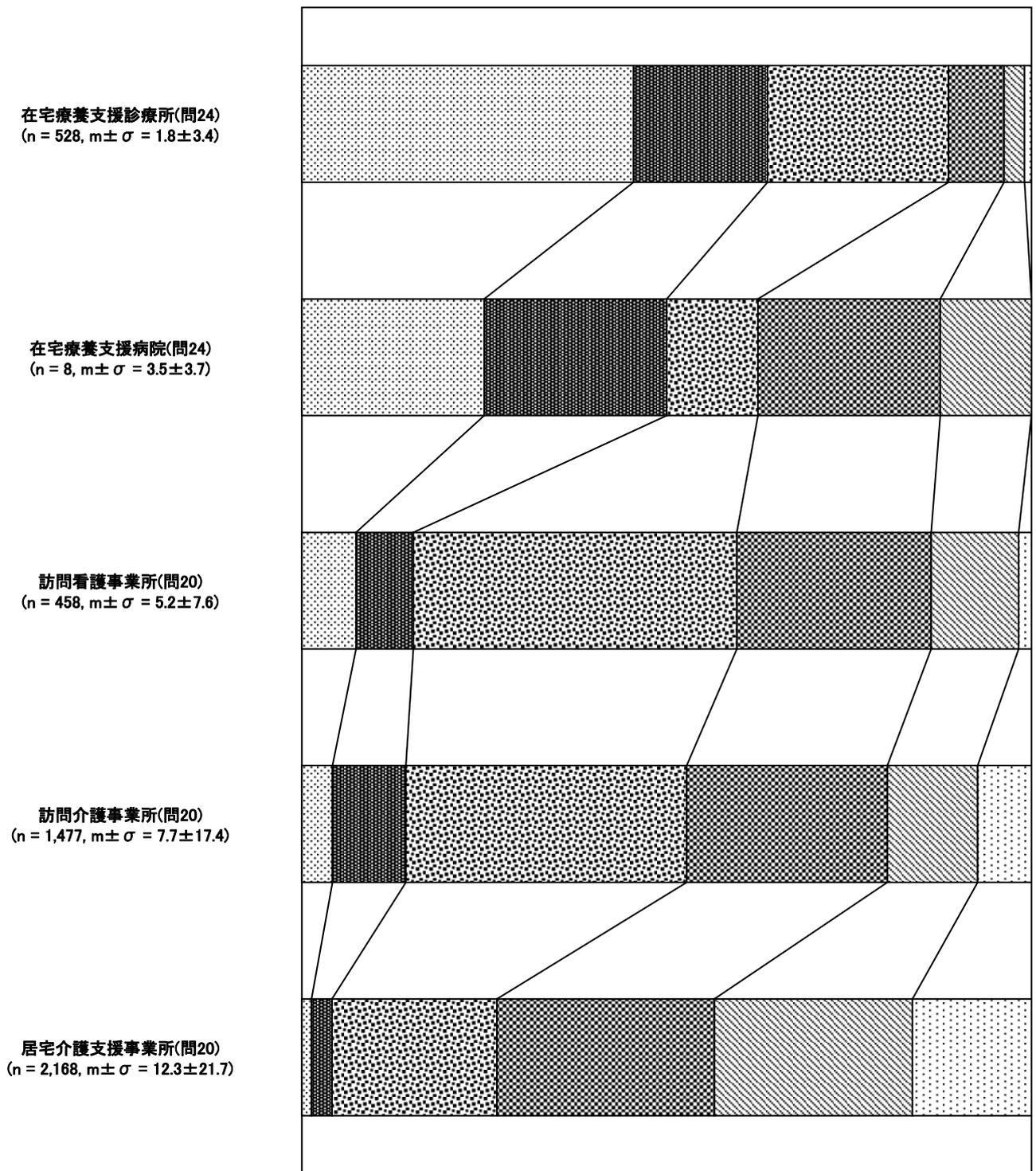


図H-0-4 在宅移行時の説明 - 説明時間



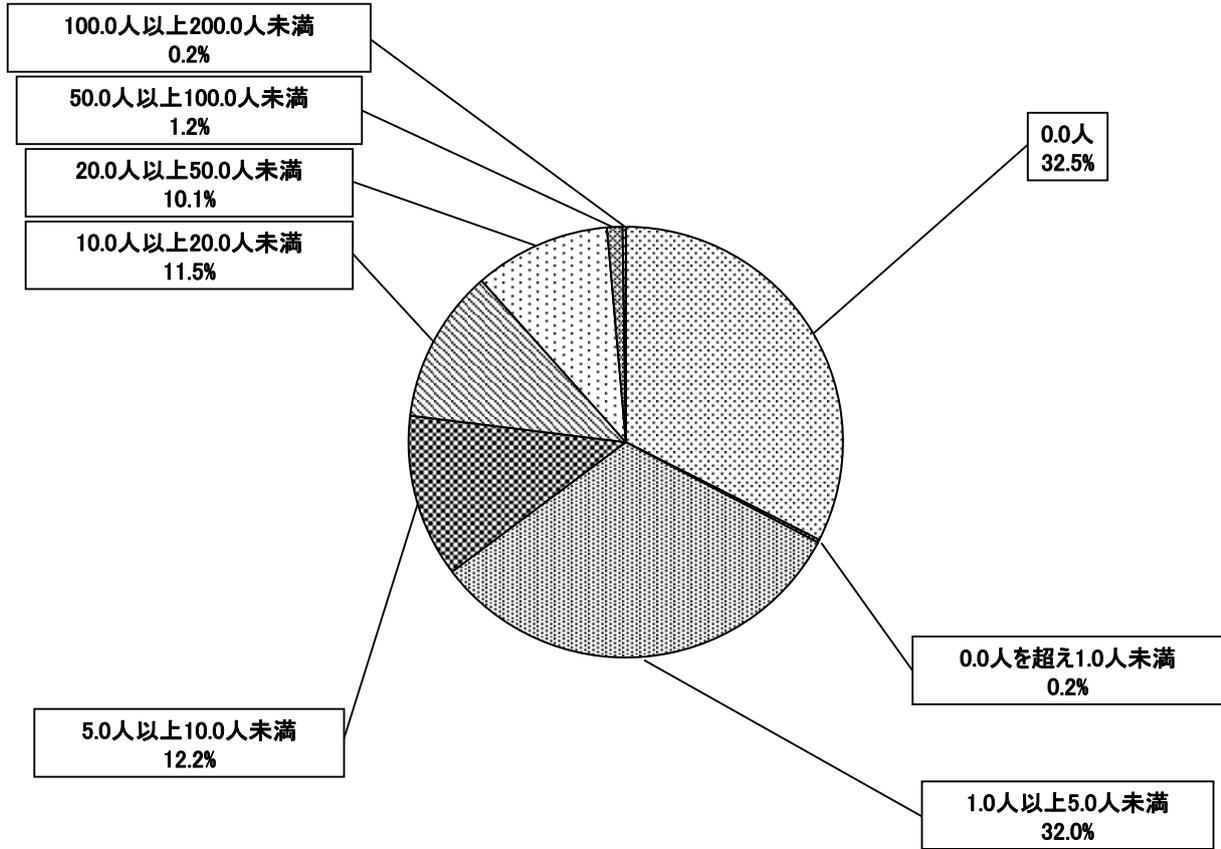
	0分	0分を超え29分以下	30分以上44分以下	45分以上59分以下	60分以上89分以下	90分以上119分以下	120分以上179分以下	180分以上
在宅療養支援診療所	0.4%	3.5%	8.2%	1.3%	77.5%	7.4%	1.7%	0.0%
在宅療養支援病院	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
臨床研修指定病院	0.0%	0.0%	3.7%	7.4%	77.8%	7.4%	3.7%	0.0%
訪問看護事業所	0.0%	0.6%	1.8%	0.3%	83.2%	9.0%	4.8%	0.3%
訪問介護事業所	0.1%	0.0%	1.4%	1.0%	81.9%	11.5%	3.5%	0.6%
居宅介護支援事業所	0.1%	0.1%	2.0%	0.4%	79.0%	12.3%	5.2%	1.0%

図I-0 ケア会議出席(開催)回数

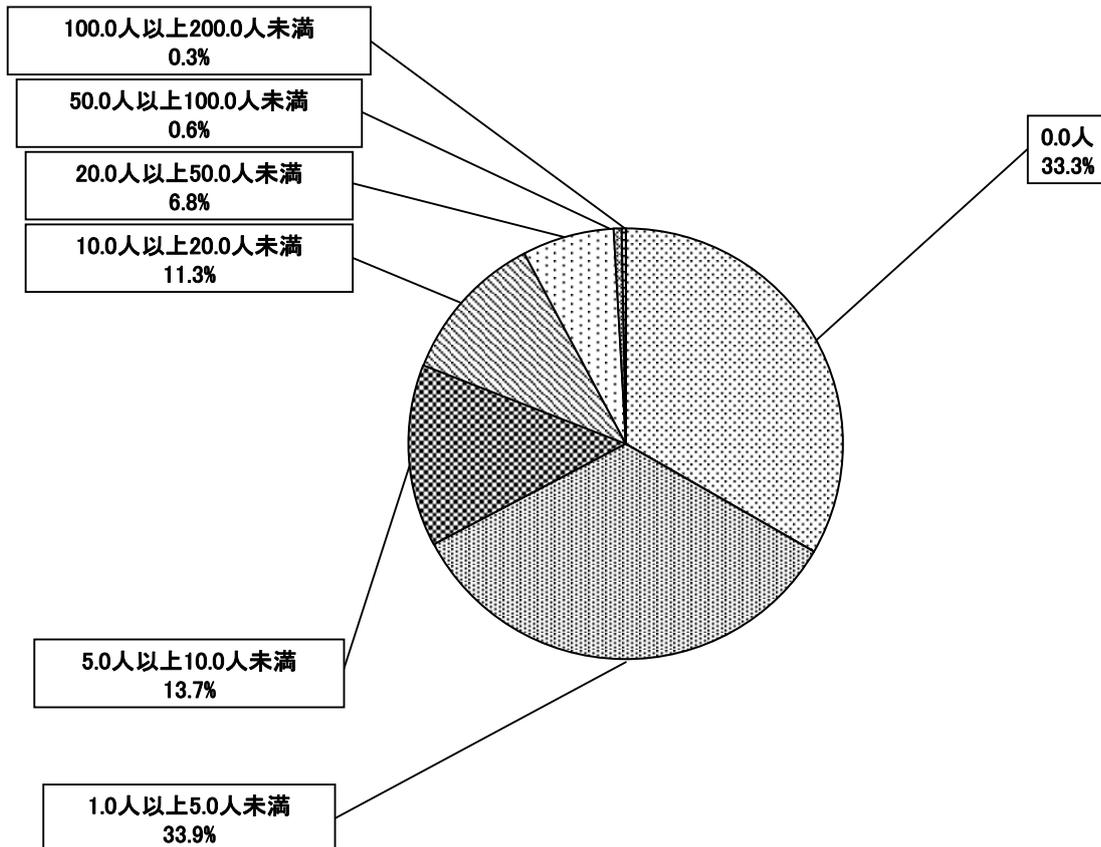


	0回	1回	2回以上4回以下	5回以上9回以下	10回以上19回以下	20回以上
在宅療養支援診療所	45.5%	18.4%	24.8%	7.6%	2.8%	0.9%
在宅療養支援病院	25.0%	25.0%	12.5%	25.0%	12.5%	0.0%
訪問看護事業所	7.4%	7.9%	44.3%	26.6%	12.0%	1.7%
訪問介護事業所	4.2%	10.1%	38.5%	27.5%	12.4%	7.4%
居宅介護支援事業所	1.3%	2.8%	22.6%	29.8%	27.1%	16.3%

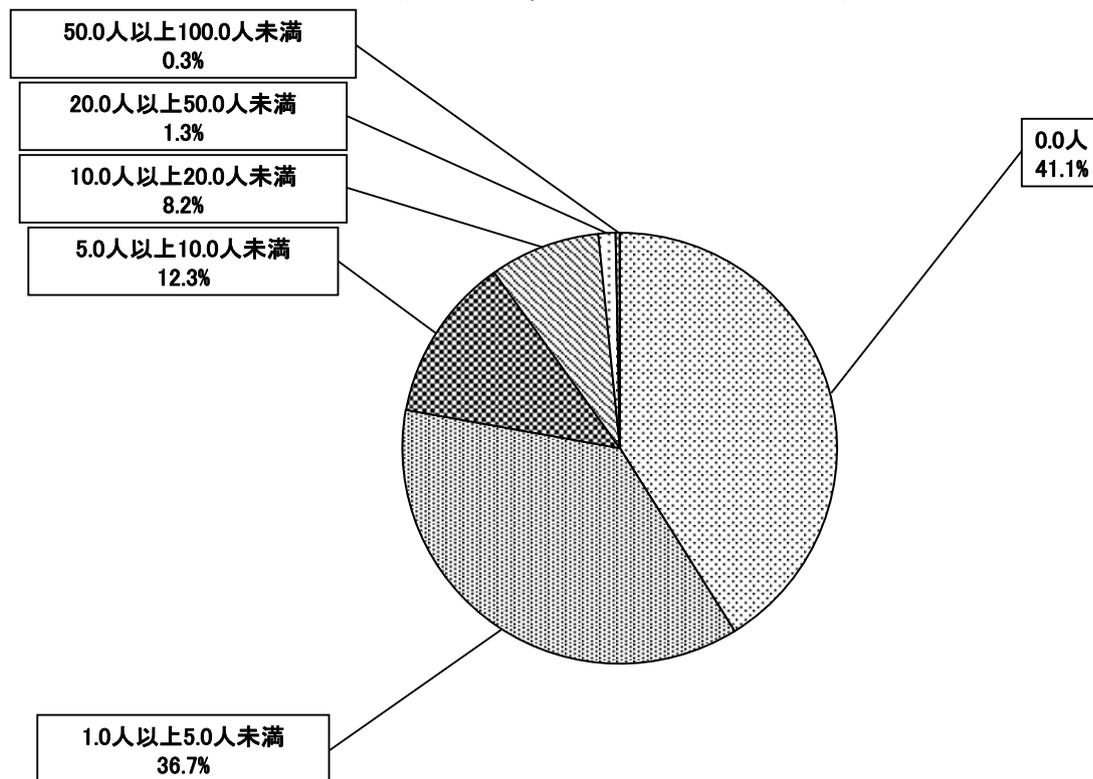
図J-1-1 在医総管 - 合計
(n = 434, m ± σ = 7.1 ± 14.2)



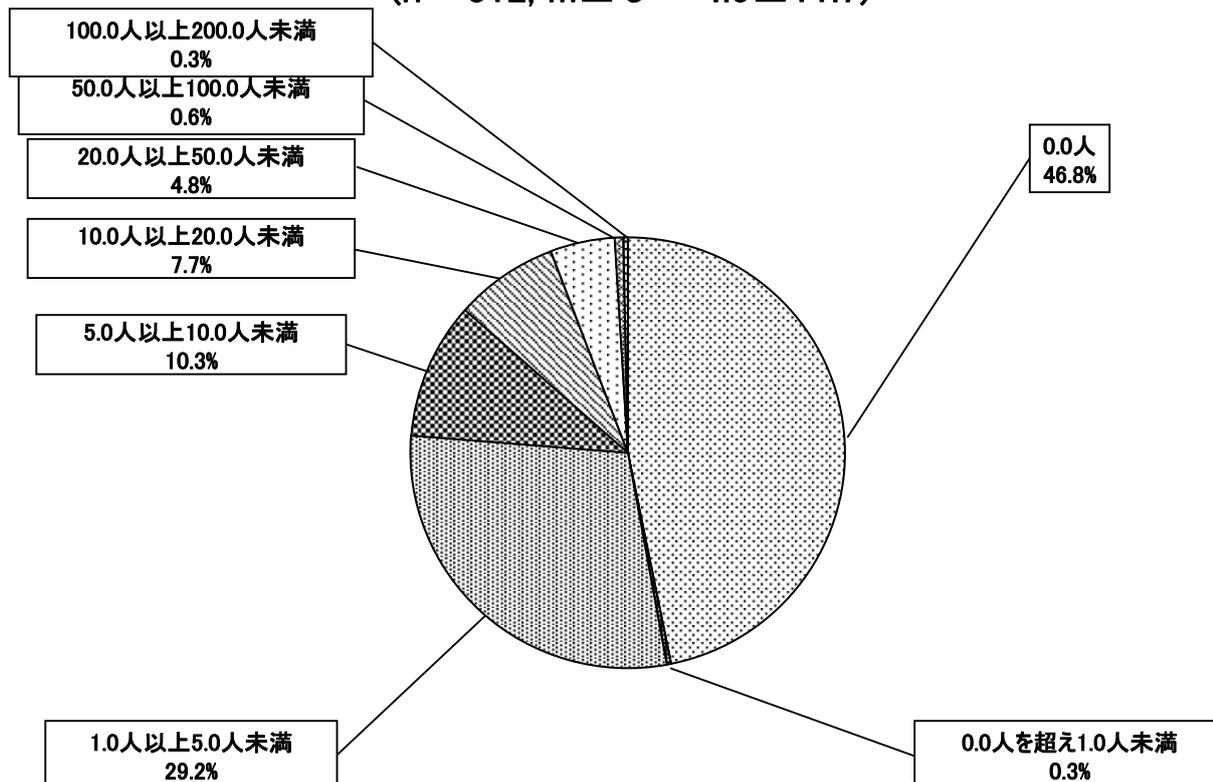
図J-1-2 在医総管 - 10000点加算
(n = 336, m ± σ = 5.8 ± 12.2)



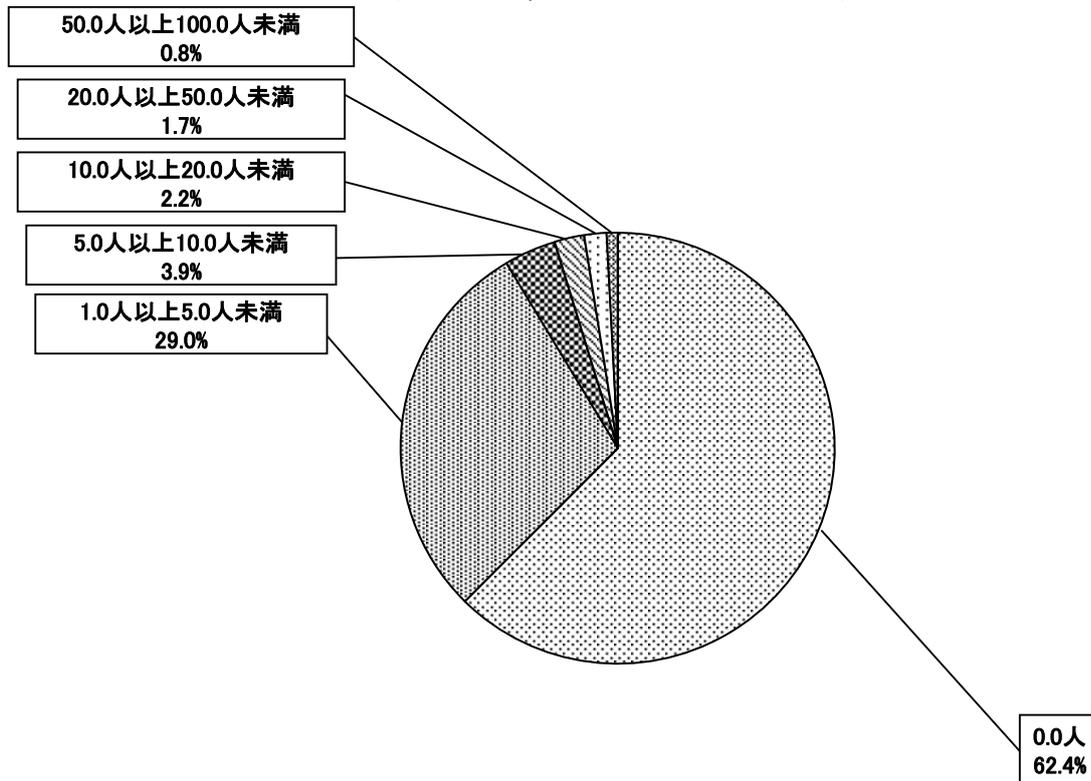
図J-1-3 在医総管 - 夜間
($n = 316, m \pm \sigma = 3.2 \pm 6.2$)



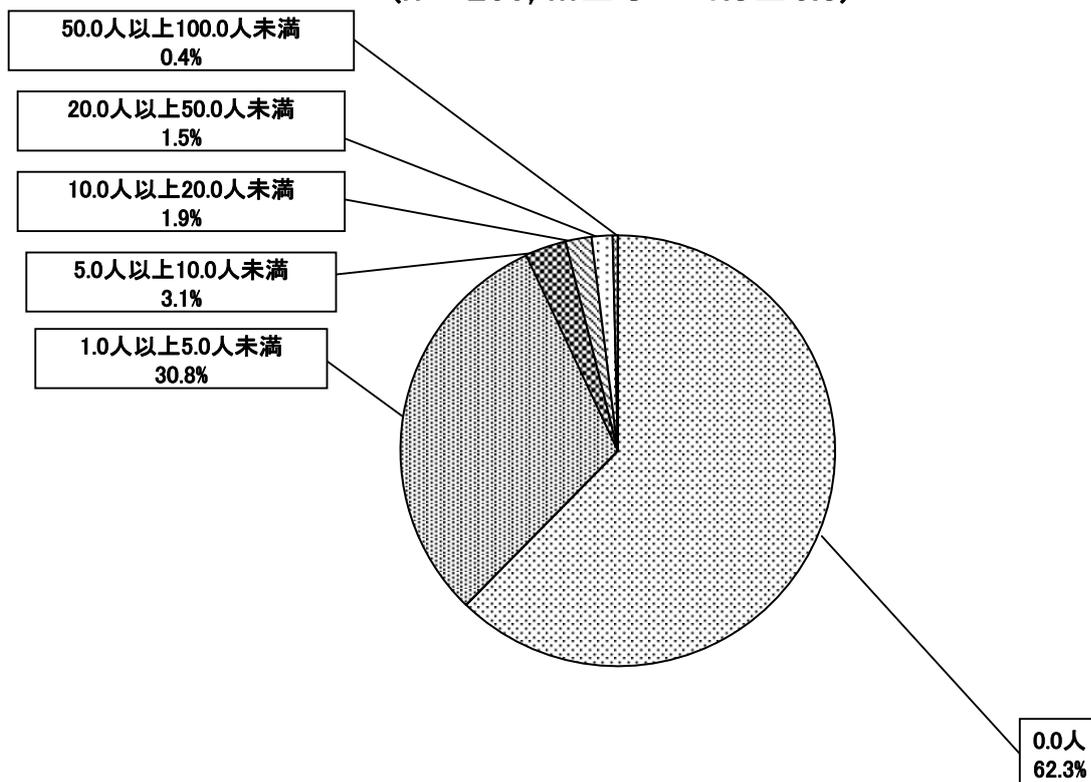
図J-1-4 在医総管 - がん
($n = 312, m \pm \sigma = 4.5 \pm 11.7$)



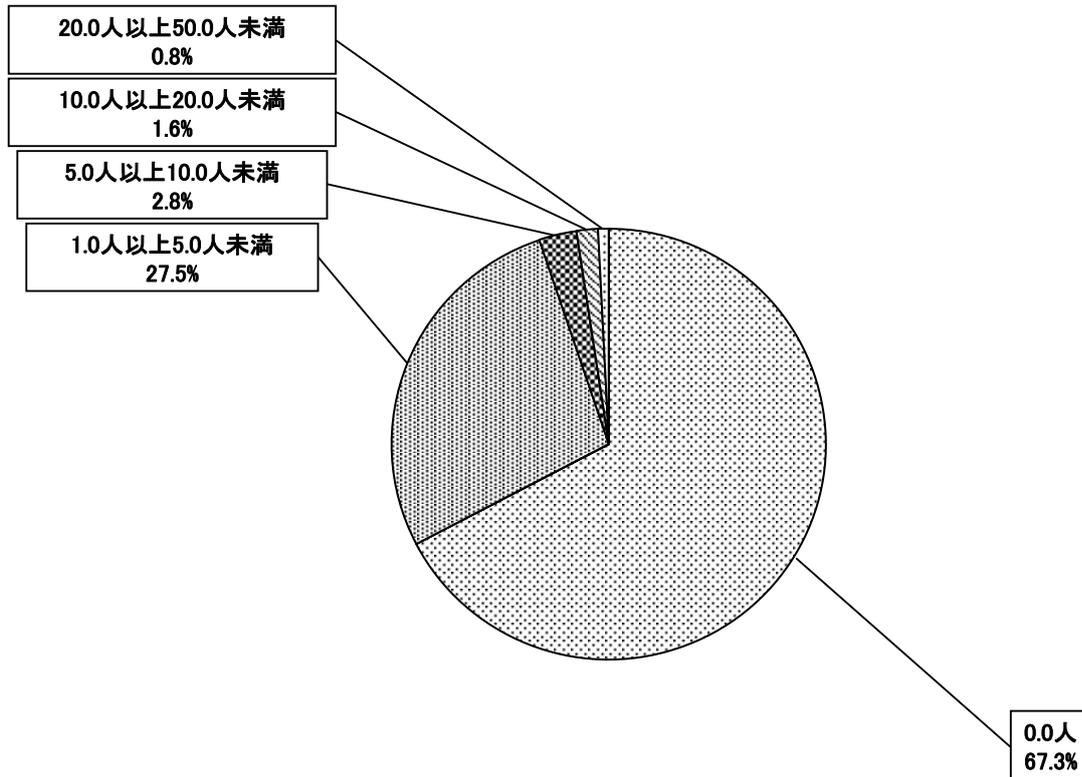
図J-1-5 在宅末期 - 合計
($n = 362, m \pm \sigma = 2.0 \pm 6.7$)



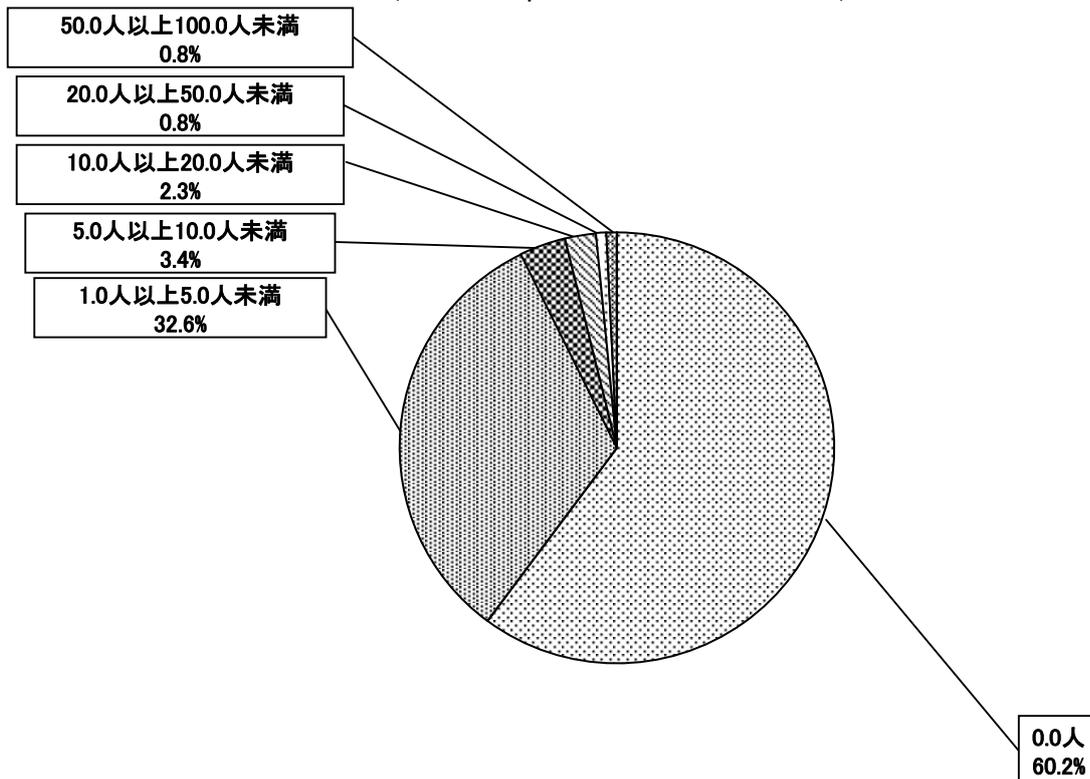
図J-1-6 在宅末期 - 10000点加算
($n = 260, m \pm \sigma = 1.8 \pm 6.3$)



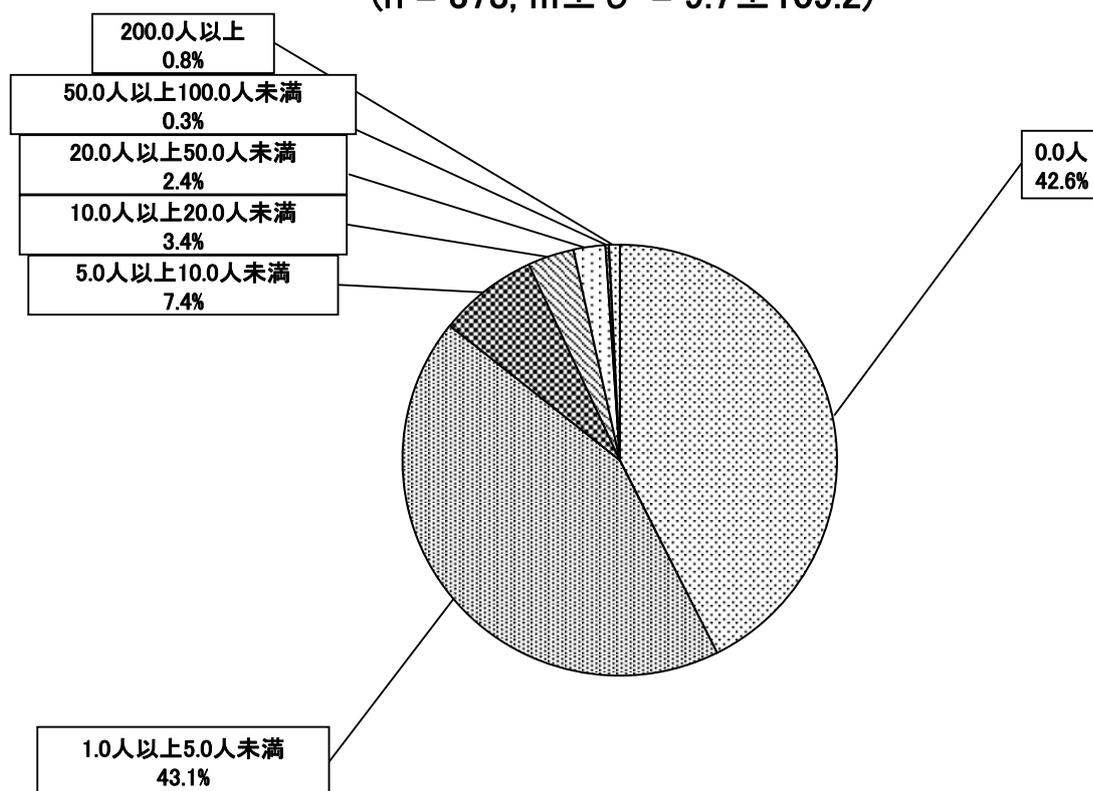
図J-1-7 在宅末期 - 夜間
(n = 251, m ± σ = 1.0 ± 3.2)



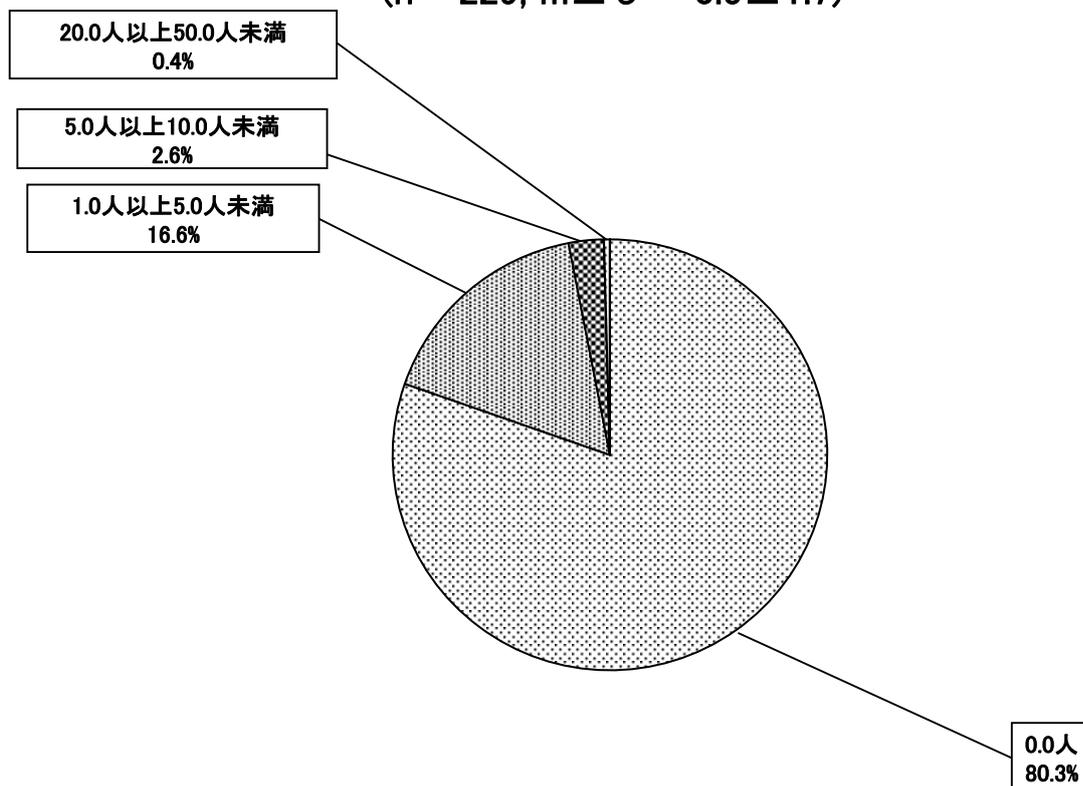
図J-1-8 在宅末期 - がん
(n = 261, m ± σ = 1.9 ± 6.8)



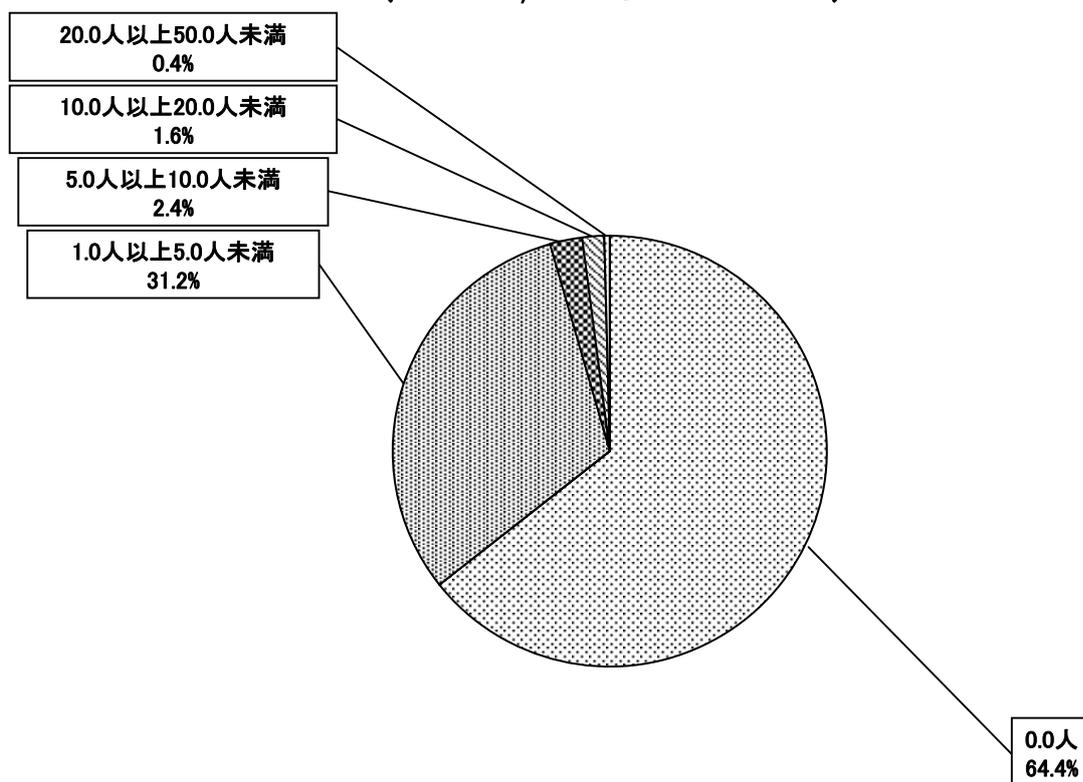
図J-1-9 訪問診療・往診のみ - 合計
(n = 378, m ± σ = 9.7 ± 109.2)



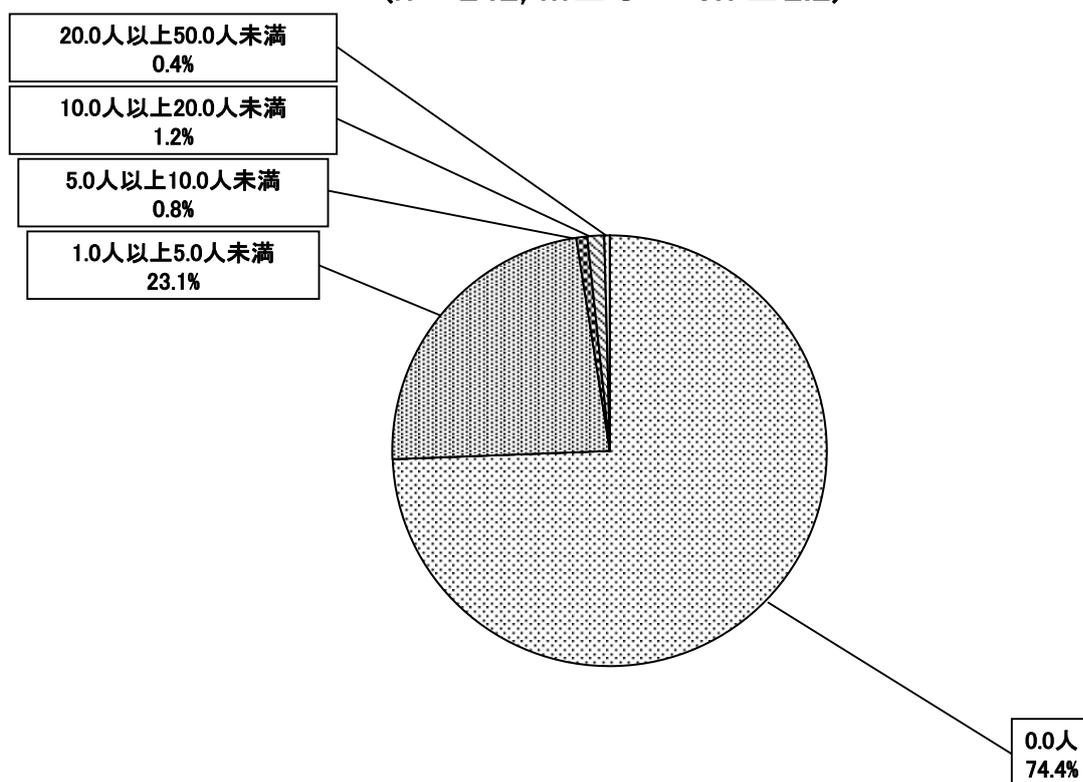
図J-1-10 訪問診療・往診のみ - 10000点加算
(n = 229, m ± σ = 0.5 ± 1.7)



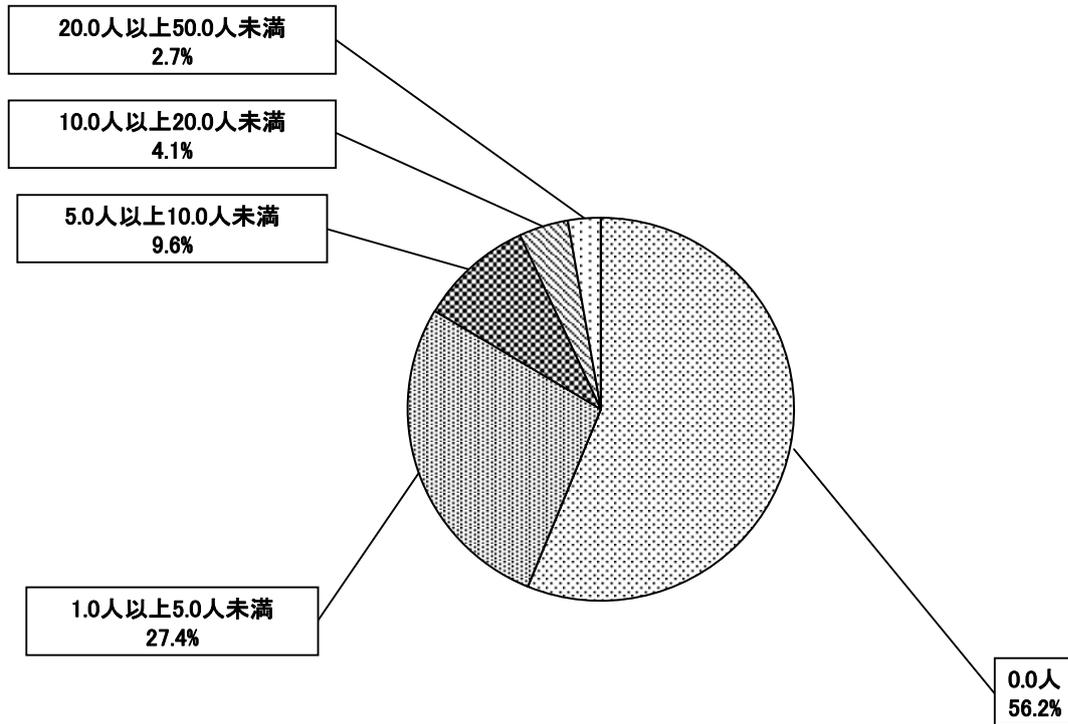
図J-1-11 訪問診療・往診のみ - 夜間
(n = 247, m ± σ = 1.1 ± 2.7)



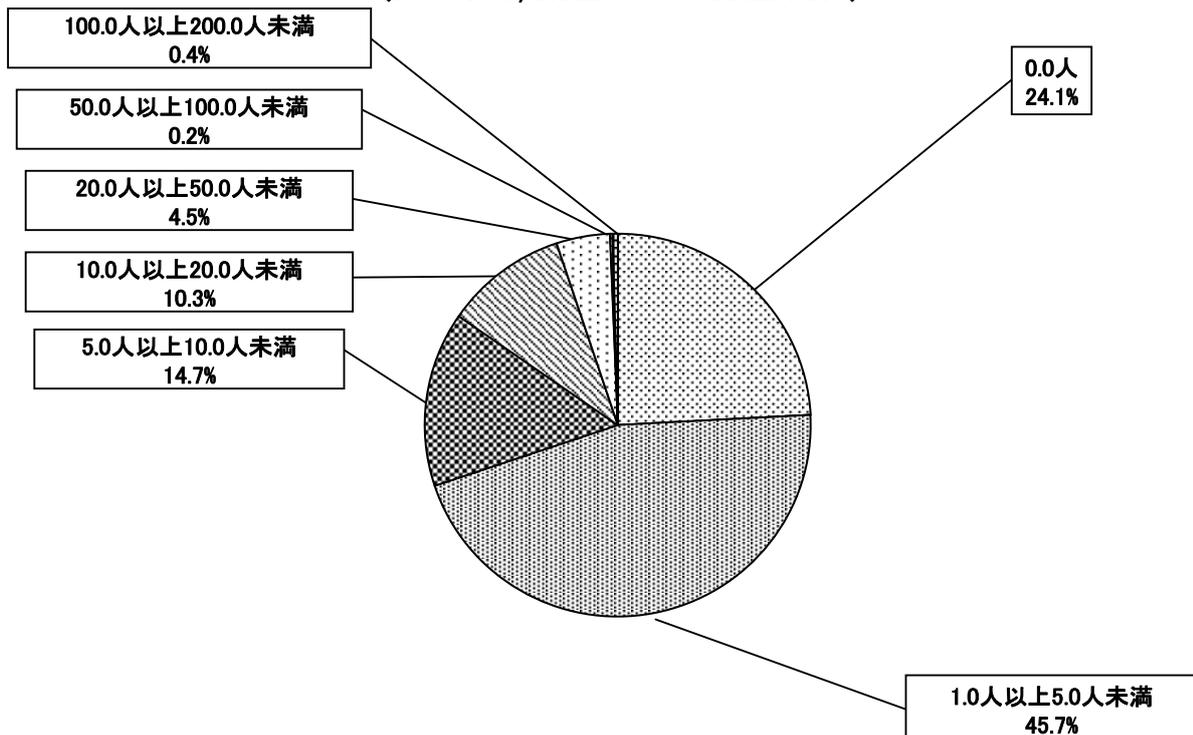
図J-1-12 訪問診療・往診のみ - がん
(n = 242, m ± σ = 0.7 ± 2.2)



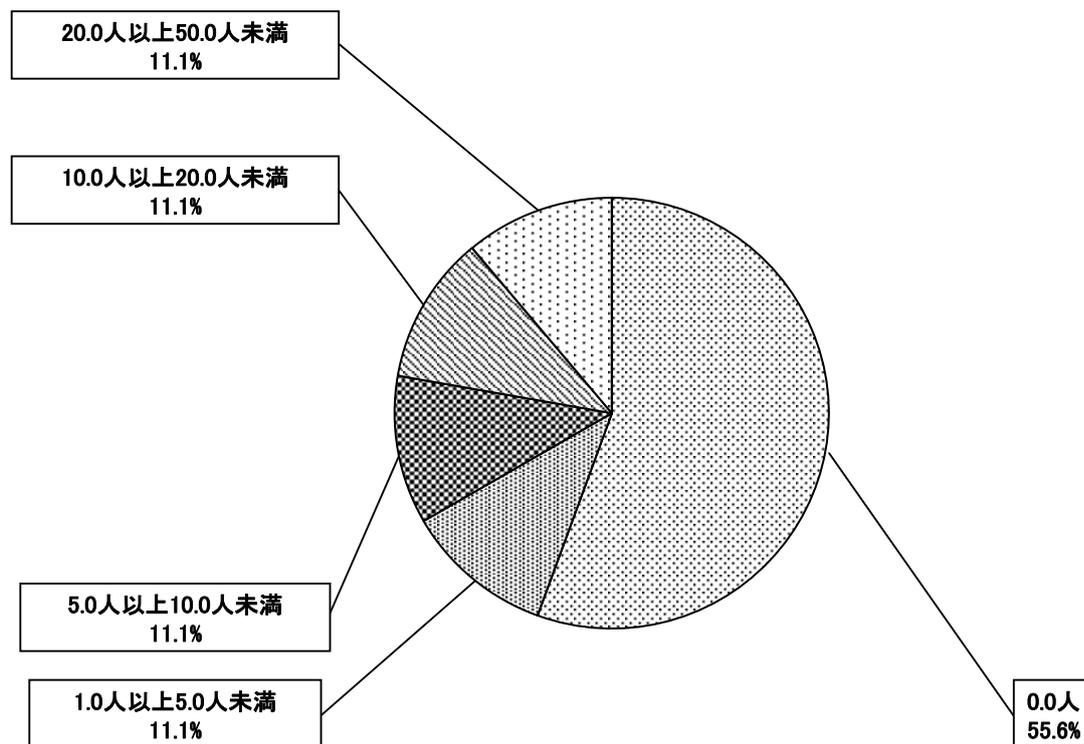
図J-1-13 施設内での看取り数(有床診療所のみ)
(n = 73, m ± σ = 2.2 ± 4.4)



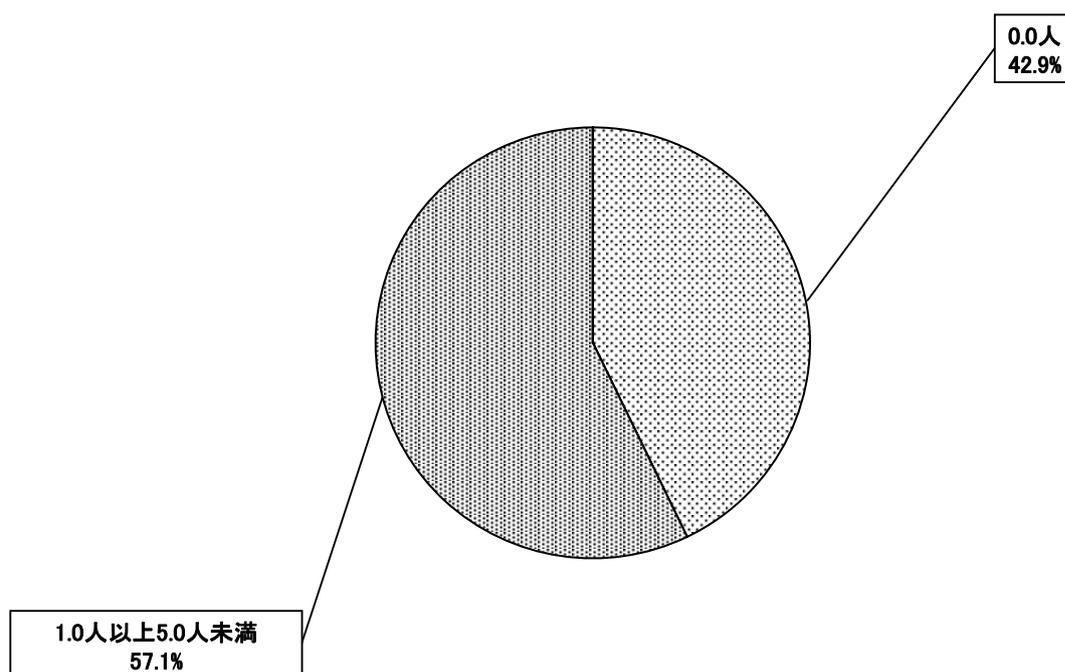
図J-1-14 他病院での死亡者数
(n = 468, m ± σ = 5.0 ± 10.0)



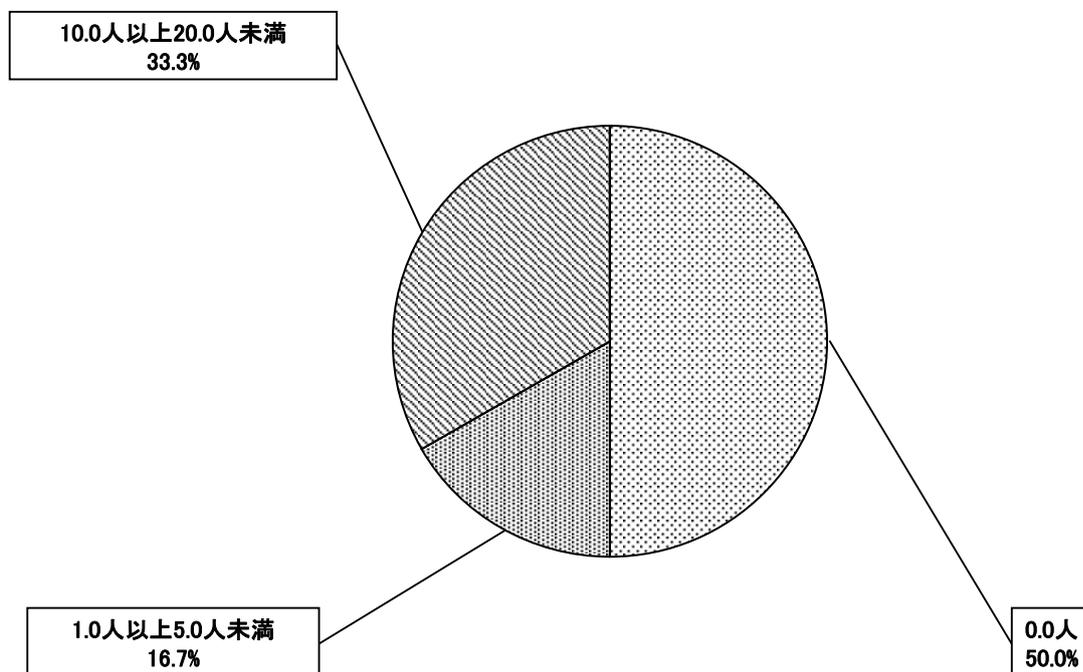
図J-2-1 在医総管 - 合計
($n = 9$, $m \pm \sigma = 5.4 \pm 8.6$)



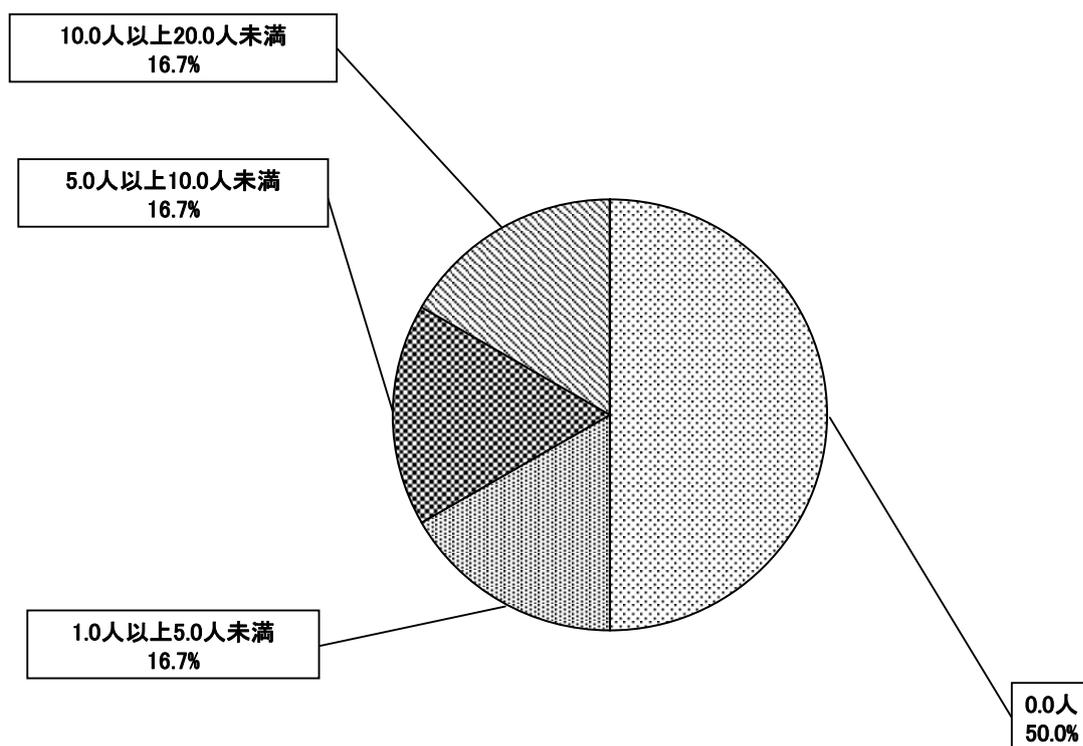
図J-2-2 在医総管 - 10000点加算
($n = 7$, $m \pm \sigma = 1.0 \pm 1.3$)



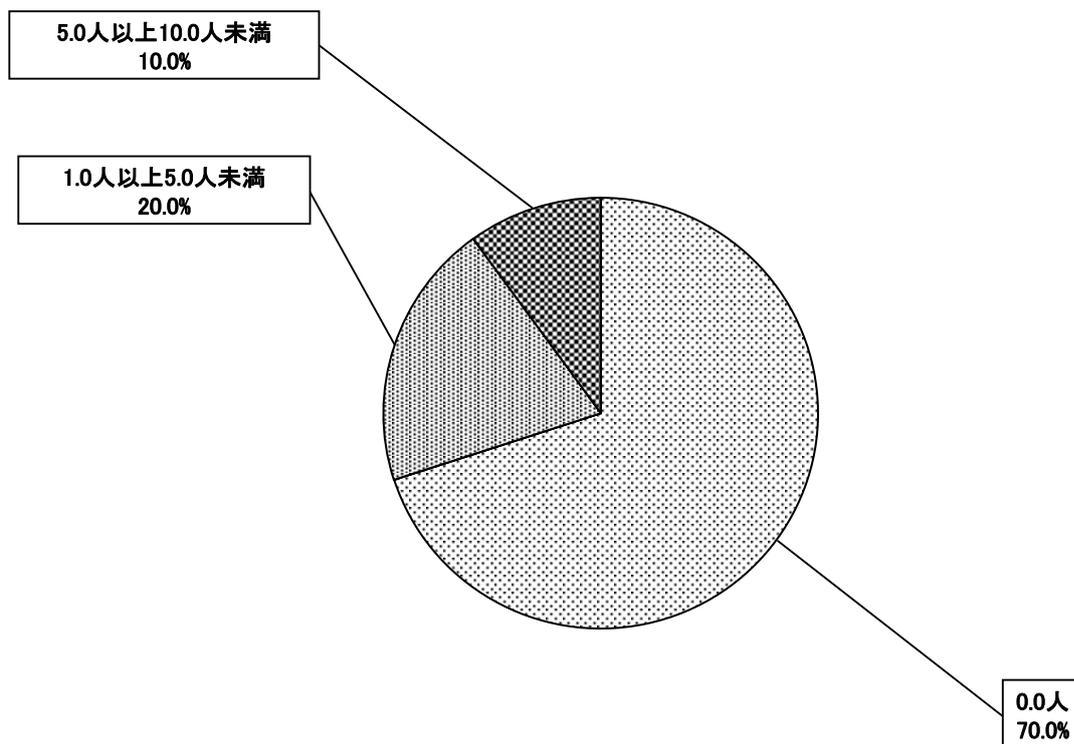
図J-2-3 在医総管 - 夜間
($n = 6, m \pm \sigma = 4.3 \pm 4.9$)



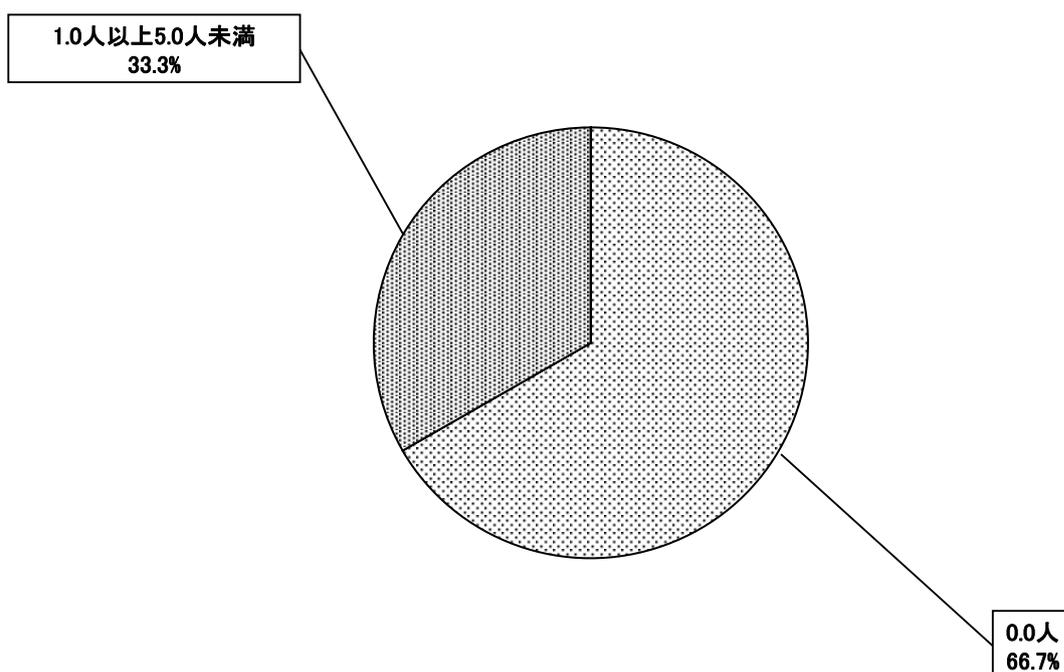
図J-2-4 在医総管 - がん
($n = 6, m \pm \sigma = 3.8 \pm 4.6$)



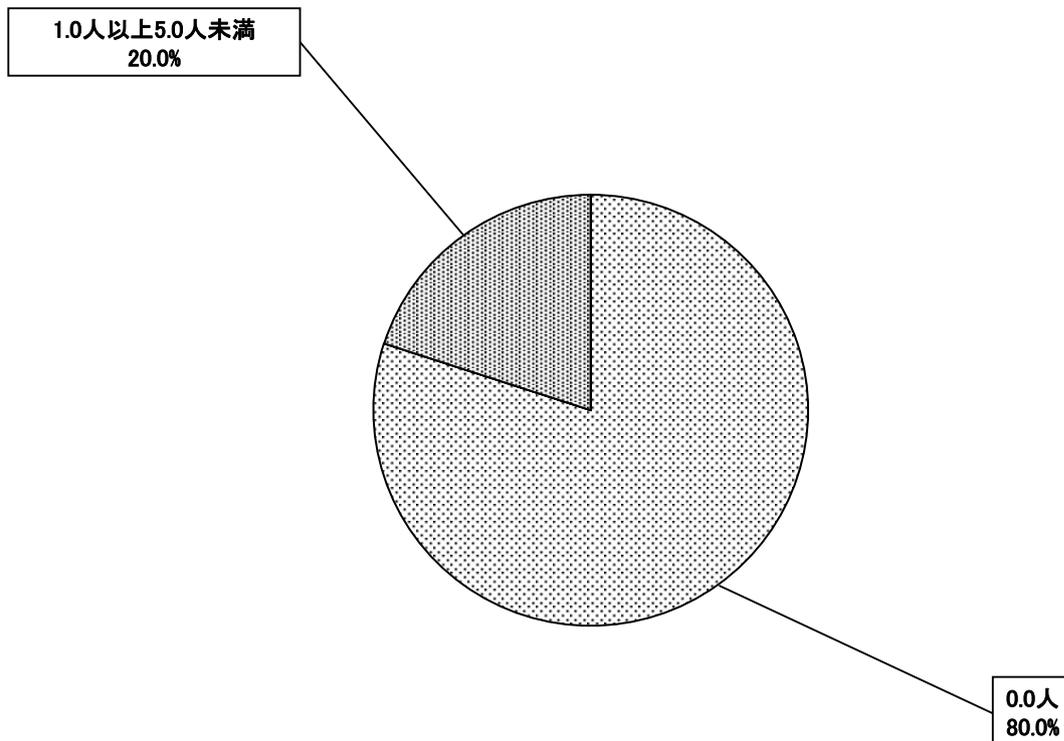
図J-2-5 在宅末期 - 合計
(n = 10, m ± σ = 1.1 ± 1.9)



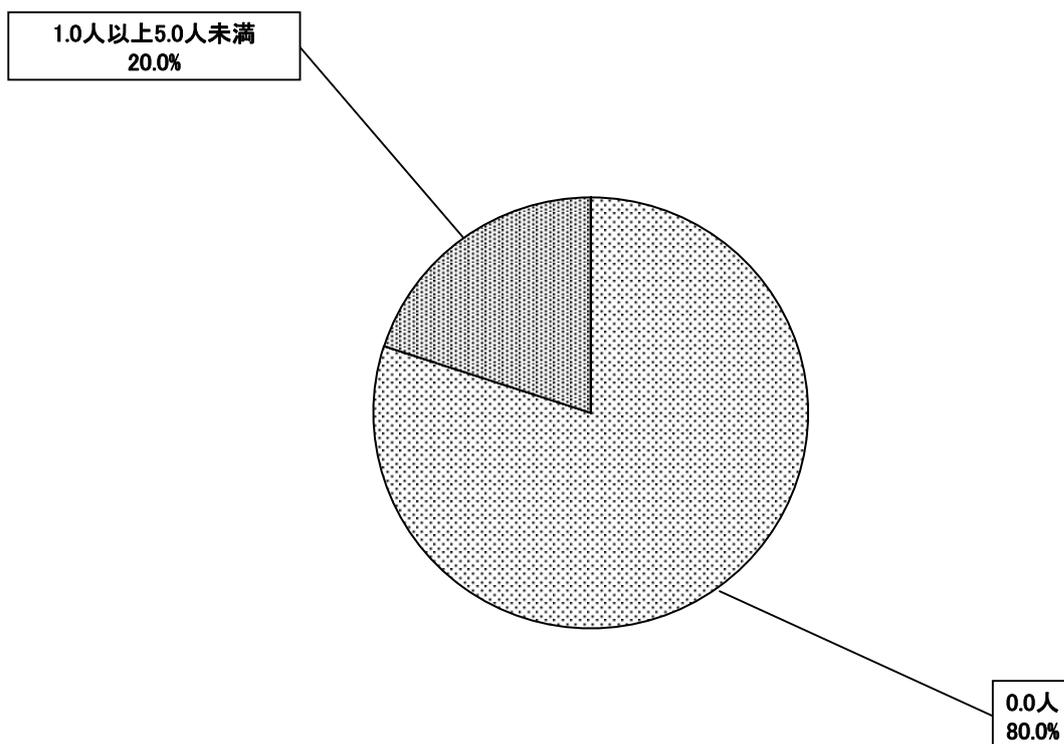
図J-2-6 在宅末期 - 10000点加算
(n = 6, m ± σ = 0.7 ± 1.1)



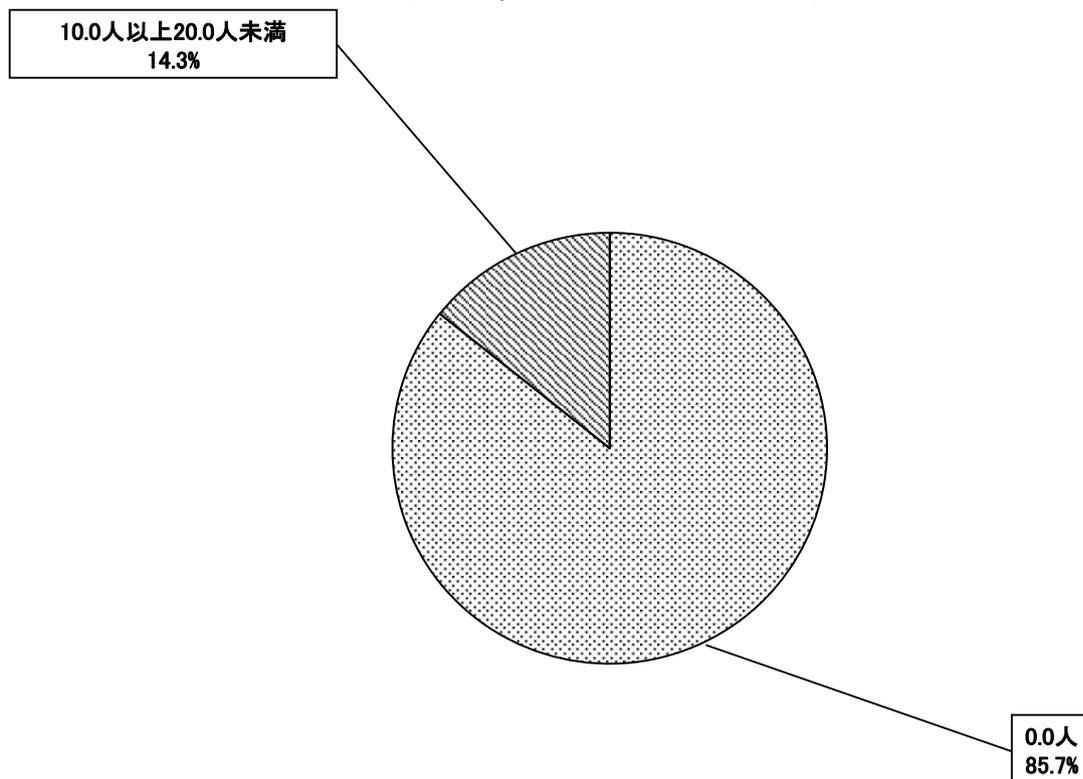
図J-2-7 在宅末期 - 夜間
($n = 5, m \pm \sigma = 0.8 \pm 1.6$)



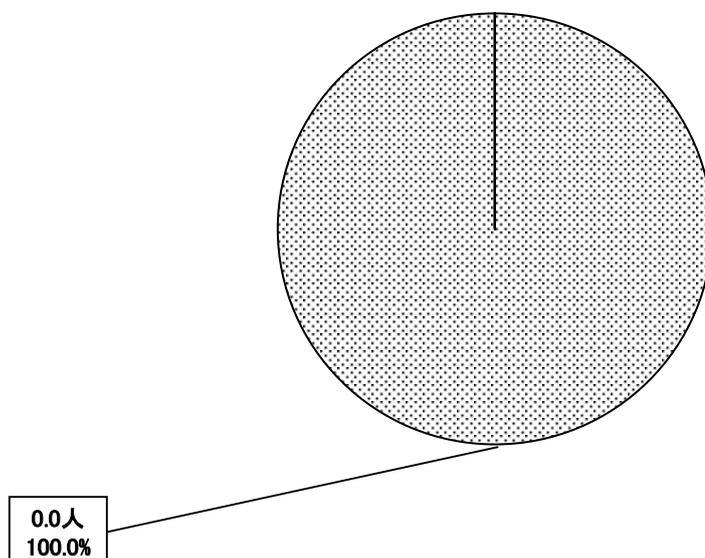
図J-2-8 在宅末期 - がん
($n = 5, m \pm \sigma = 0.6 \pm 1.2$)



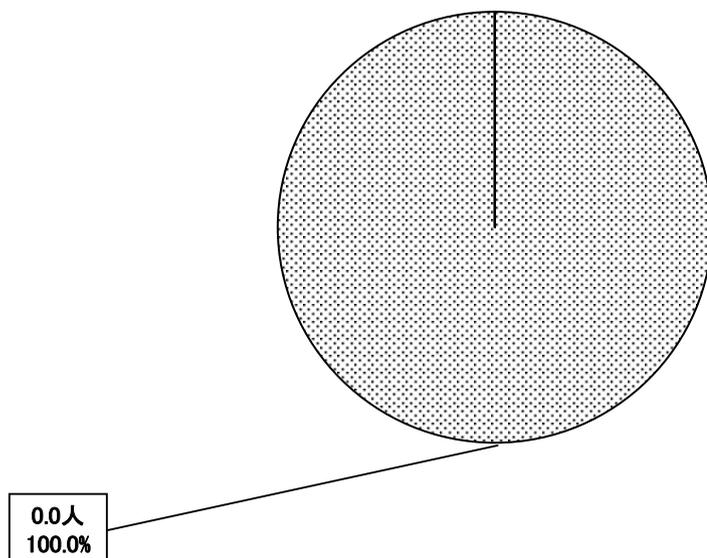
図J-2-9 訪問診療・往診のみ - 合計
(n = 7, m ± σ = 2.0 ± 4.9)



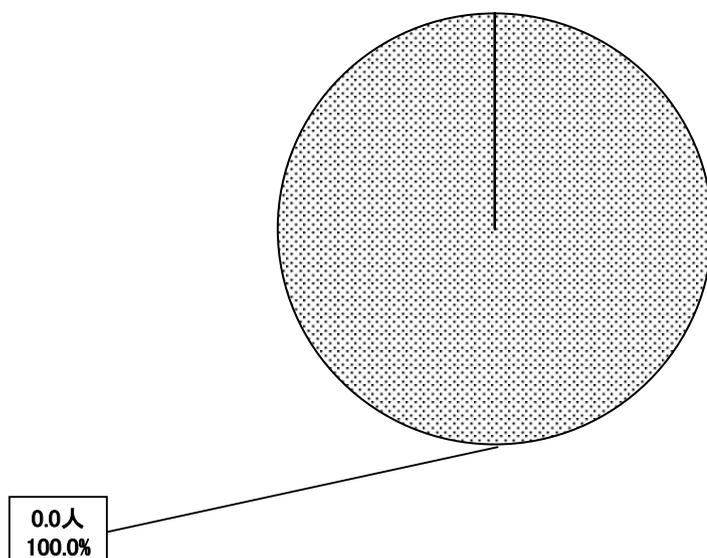
図J-2-10 訪問診療・往診のみ - 10000点加算
(n = 5, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



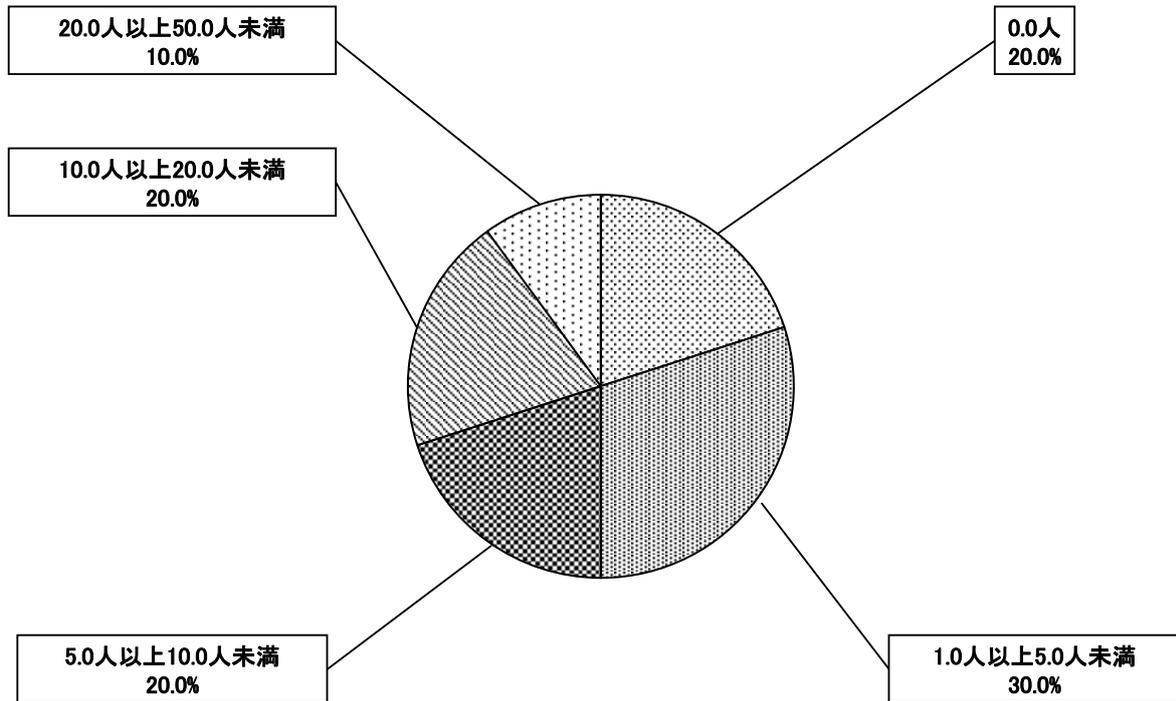
図J-2-11 訪問診療・往診のみ - 夜間
(n = 4, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



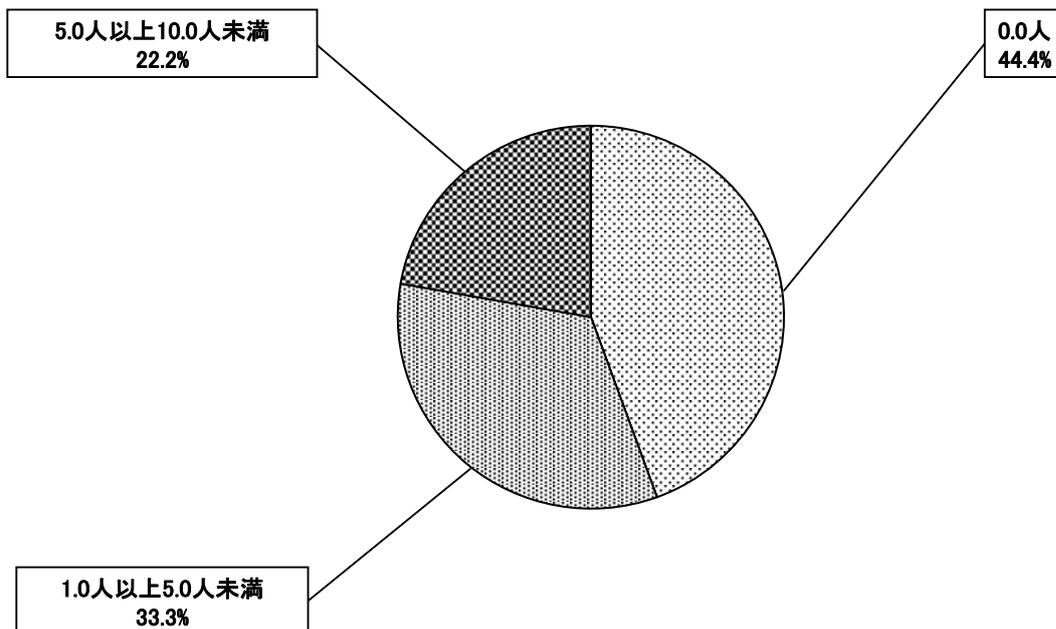
図J-2-12 訪問診療・往診のみ - がん
(n = 4, m ± σ = 0.0 ± 0.0)



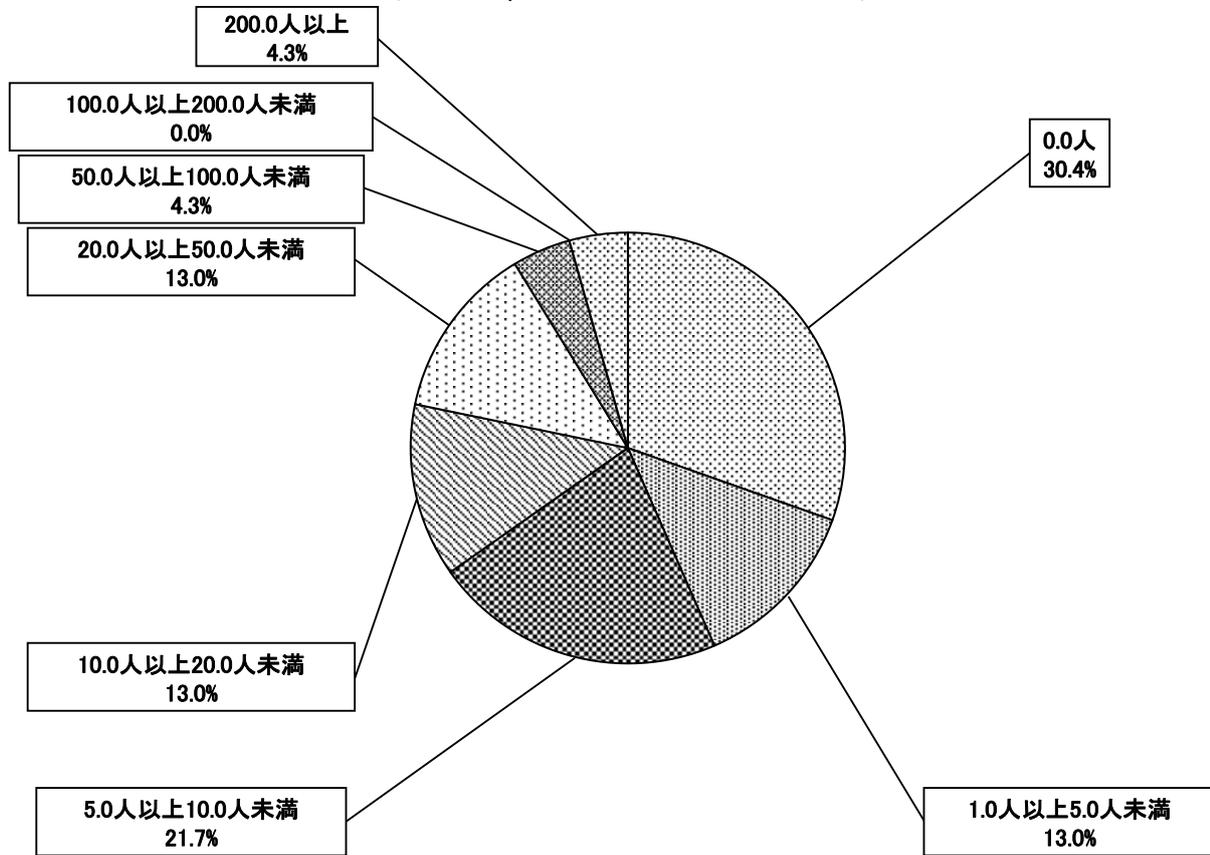
図J-2-13 問28 施設内での看取り数
($n = 10, m \pm \sigma = 7.1 \pm 7.7$)



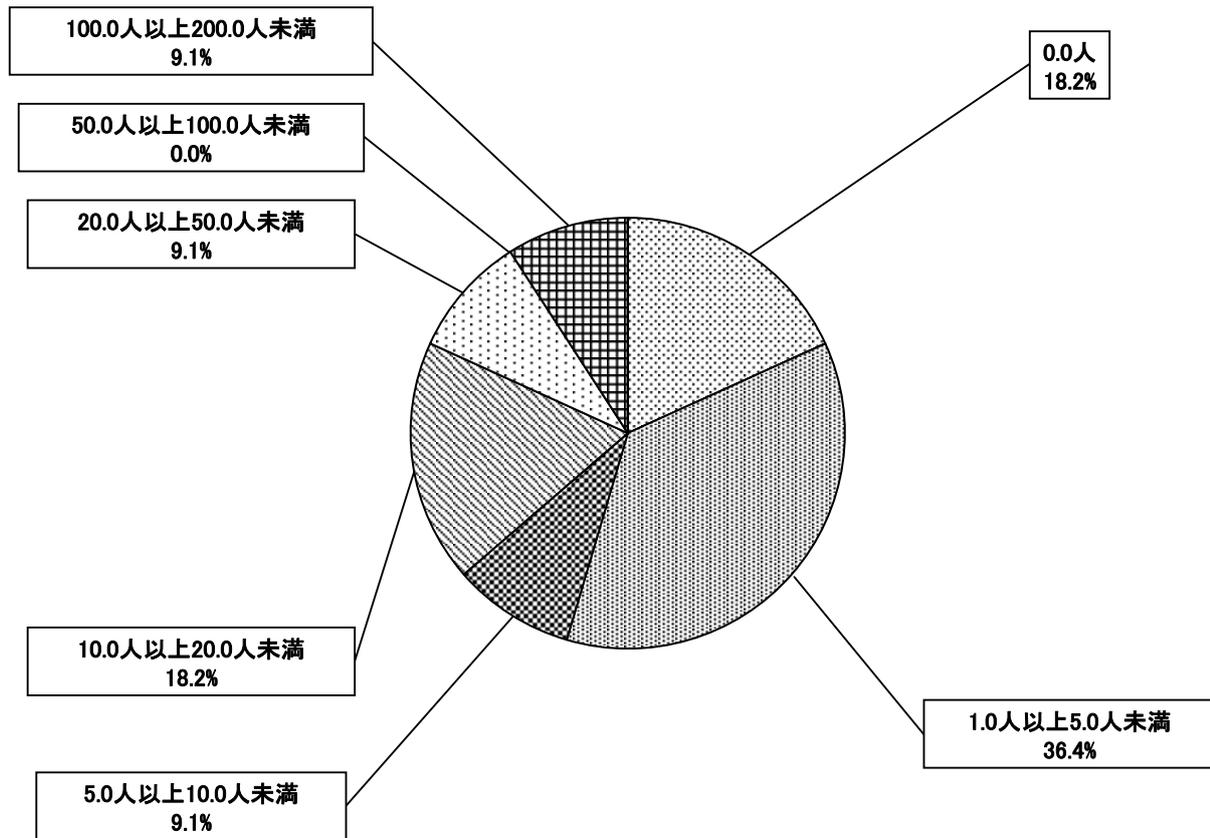
図J-2-14 問29 他病院での死亡者数
($n = 9, m \pm \sigma = 1.8 \pm 2.4$)



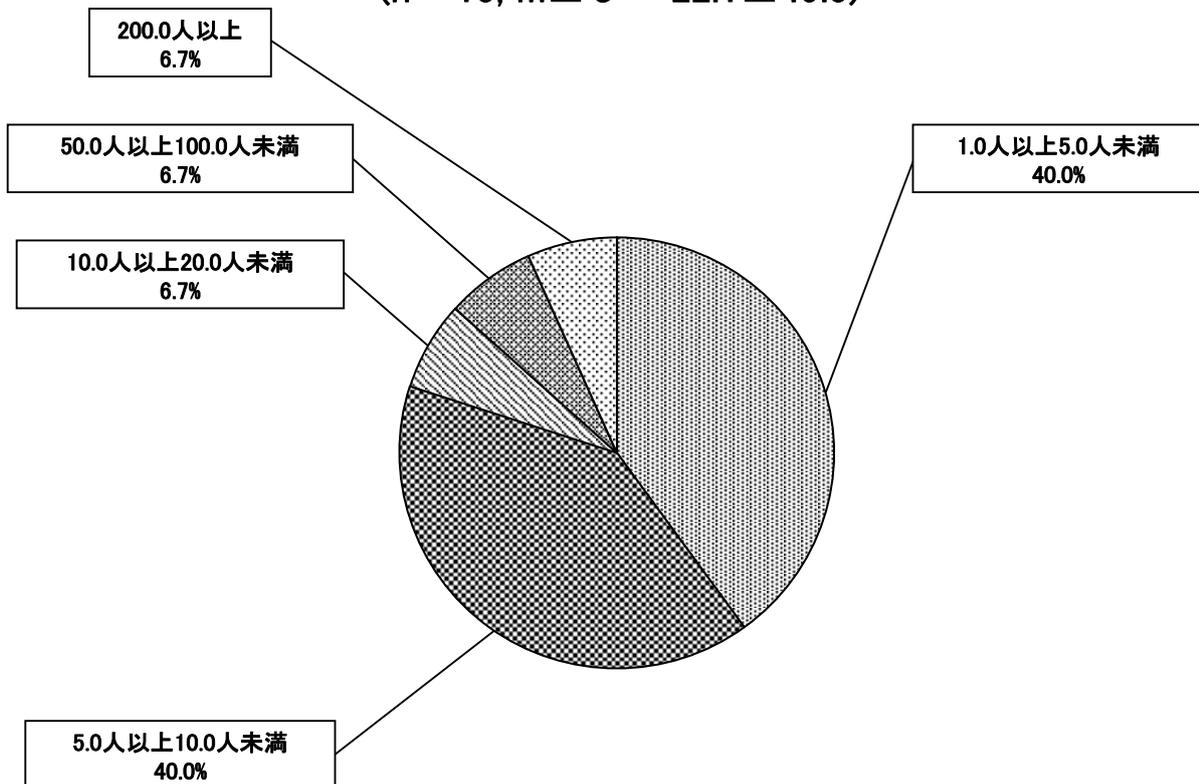
図J-3-1 在宅看取り数(2010/1~12, 合計)
(n = 23, $m \pm \sigma = 19.7 \pm 50.9$)



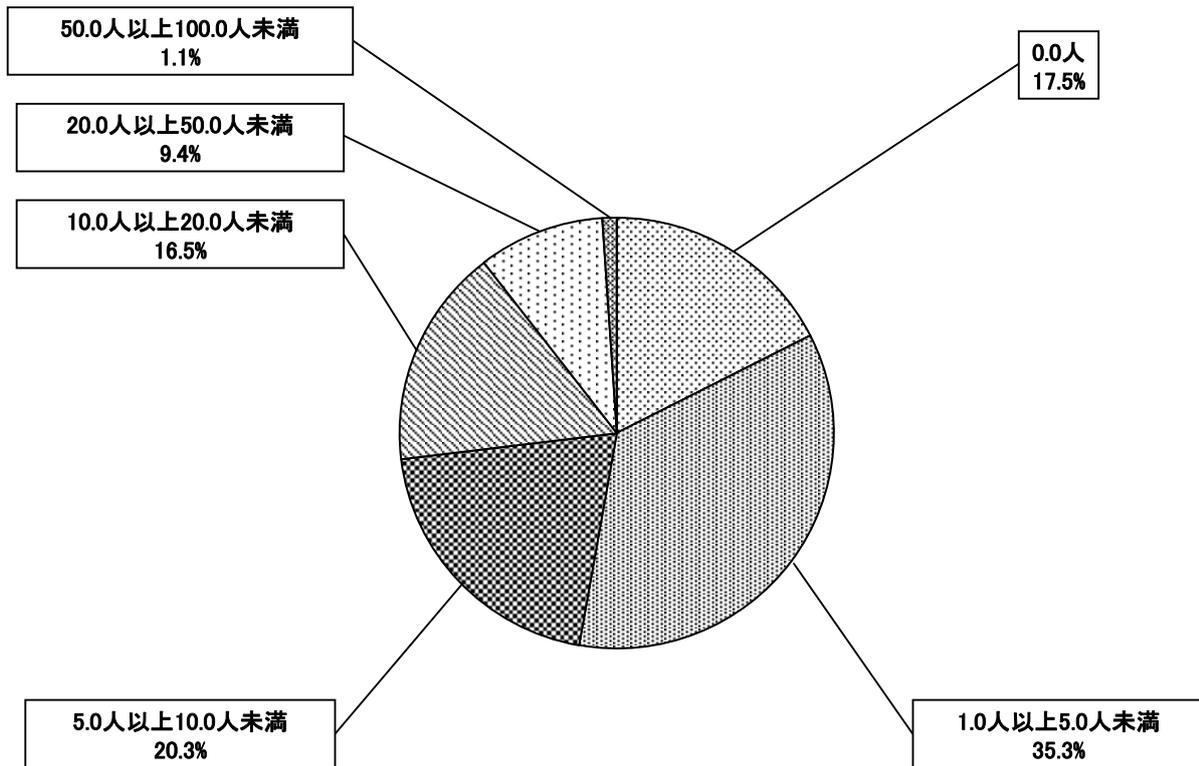
図J-3-2 在宅看取り数(2010/1~12, 夜間)
(n = 11, m ± σ = 15.3 ± 27.7)



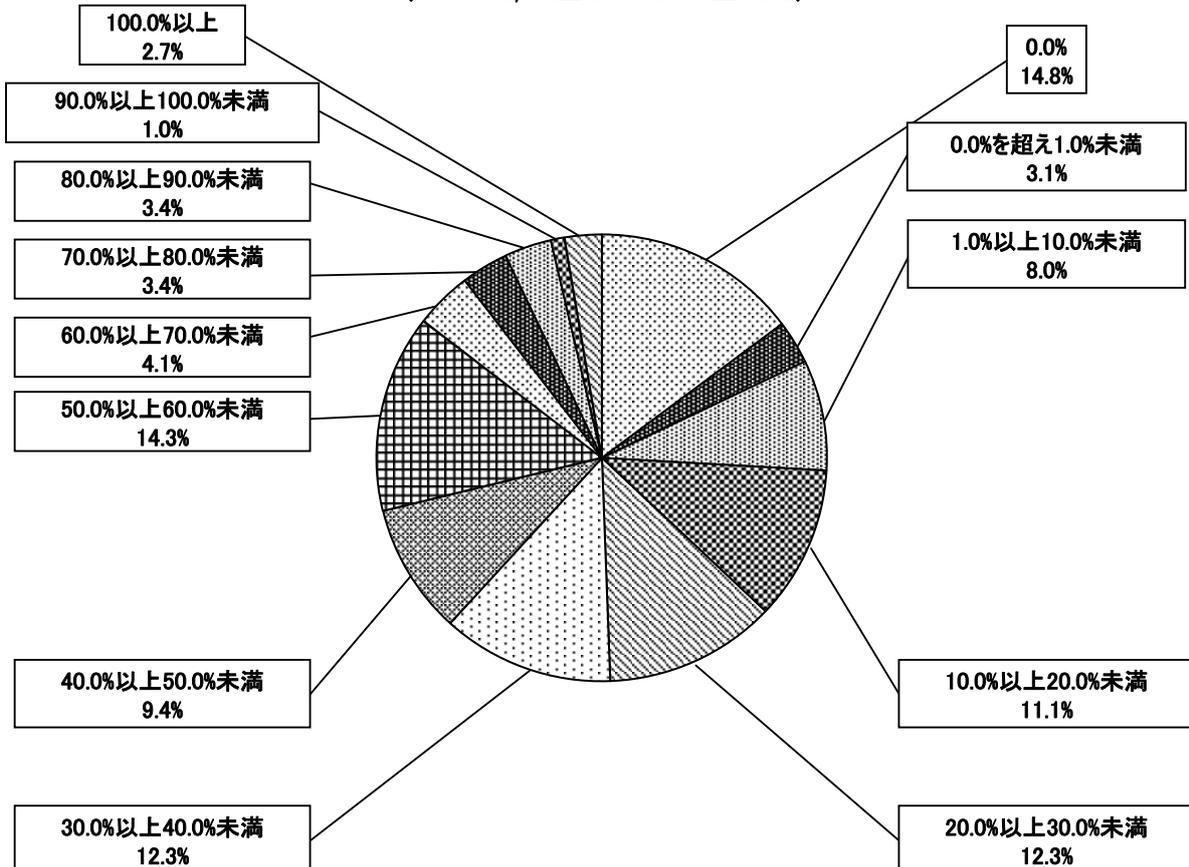
図J-3-3 在宅看取り数(2010/1~12, がん)
(n = 15, m ± σ = 22.1 ± 49.5)



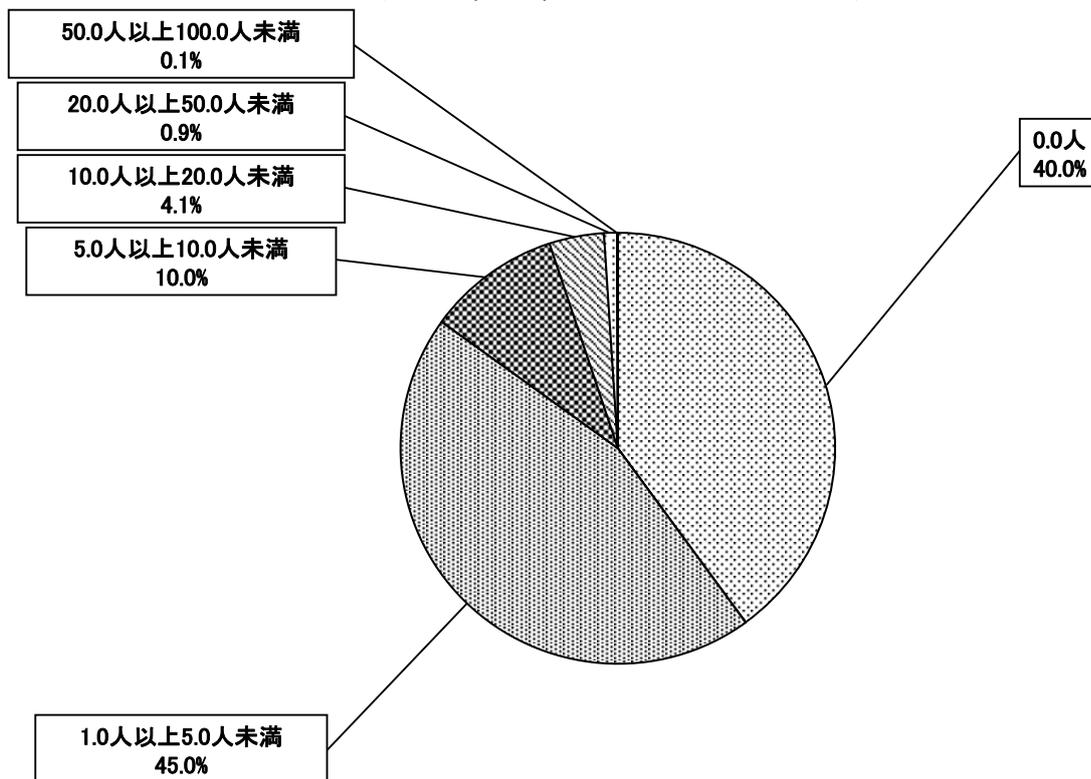
図J-4-1 在宅で最期を迎えた療養者の人数(2010/1~12)
(n = 468, m ± σ = 7.4 ± 9.5)



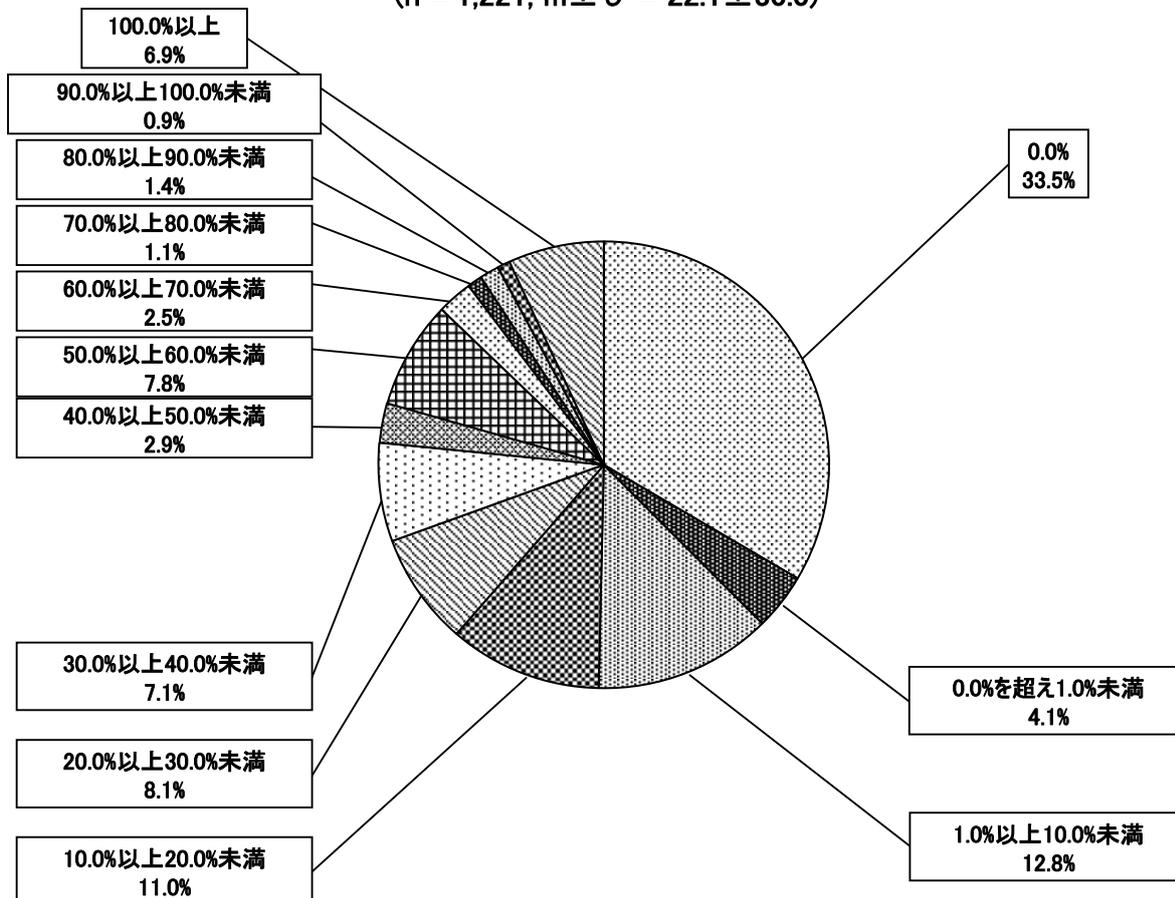
図J-4-2 病院・在宅のうち在宅で最期を迎えた療養者の割合(2010/1~12)
(n = 413, m ± σ = 31.4 ± 26.6)



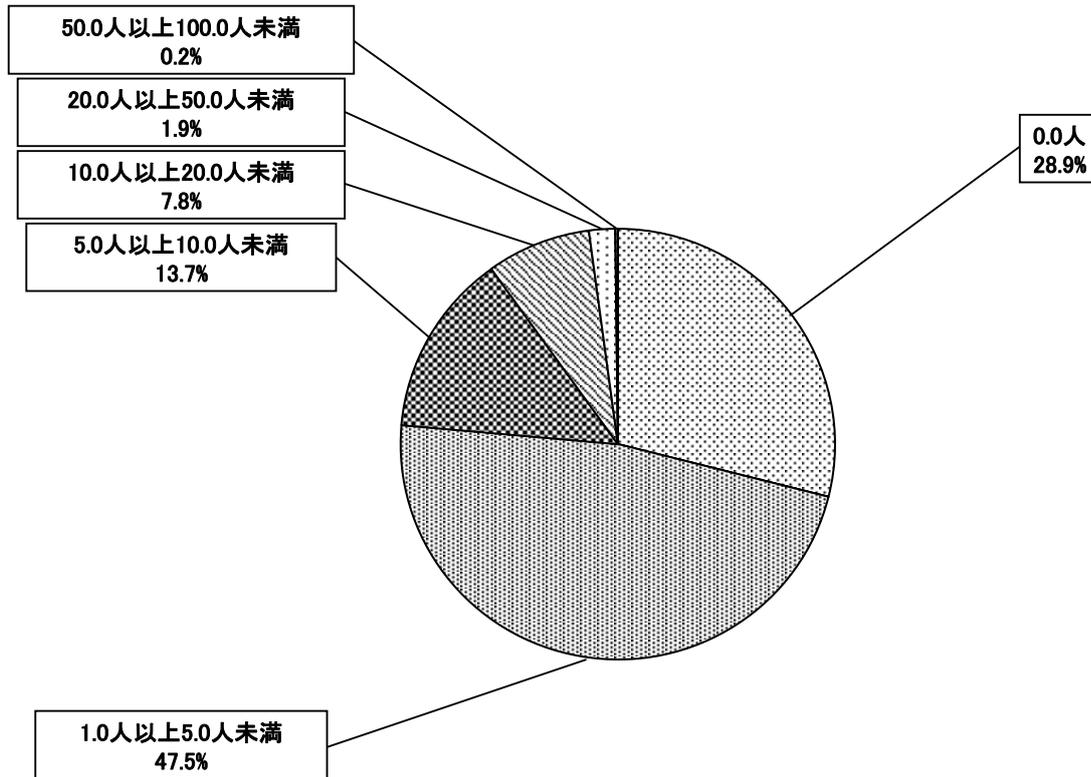
図J-5-1 在宅で最期を迎えた療養者の人数(2010/1~12)
 (n = 1,476, m ± σ = 2.2 ± 3.9)



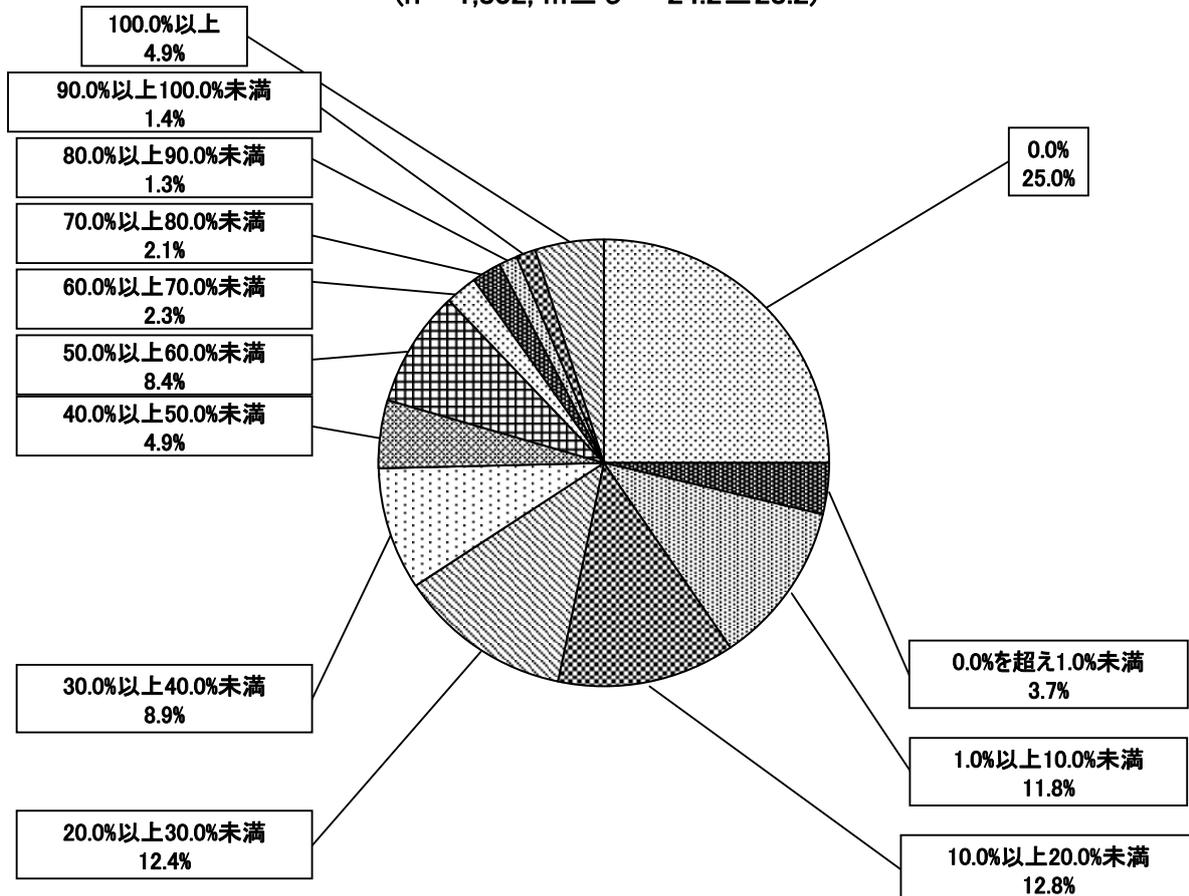
図J-5-2 病院・在宅のうち在宅で最期を迎えた療養者の割合(2010/1~12)
 (n = 1,221, m ± σ = 22.1 ± 30.0)



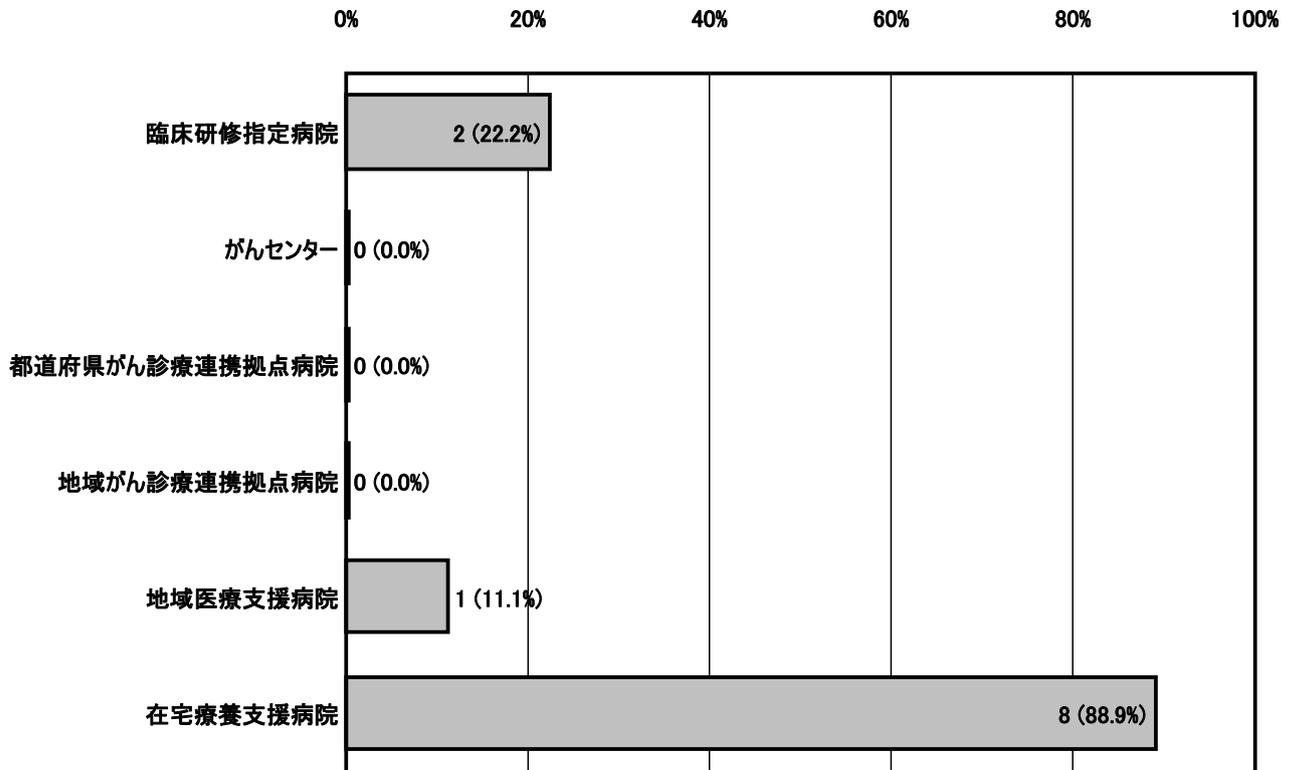
図J-6-1 在宅で最期を迎えた療養者の人数(2010/1~12)
 (n = 2,074, m ± σ = 3.4 ± 5.6)



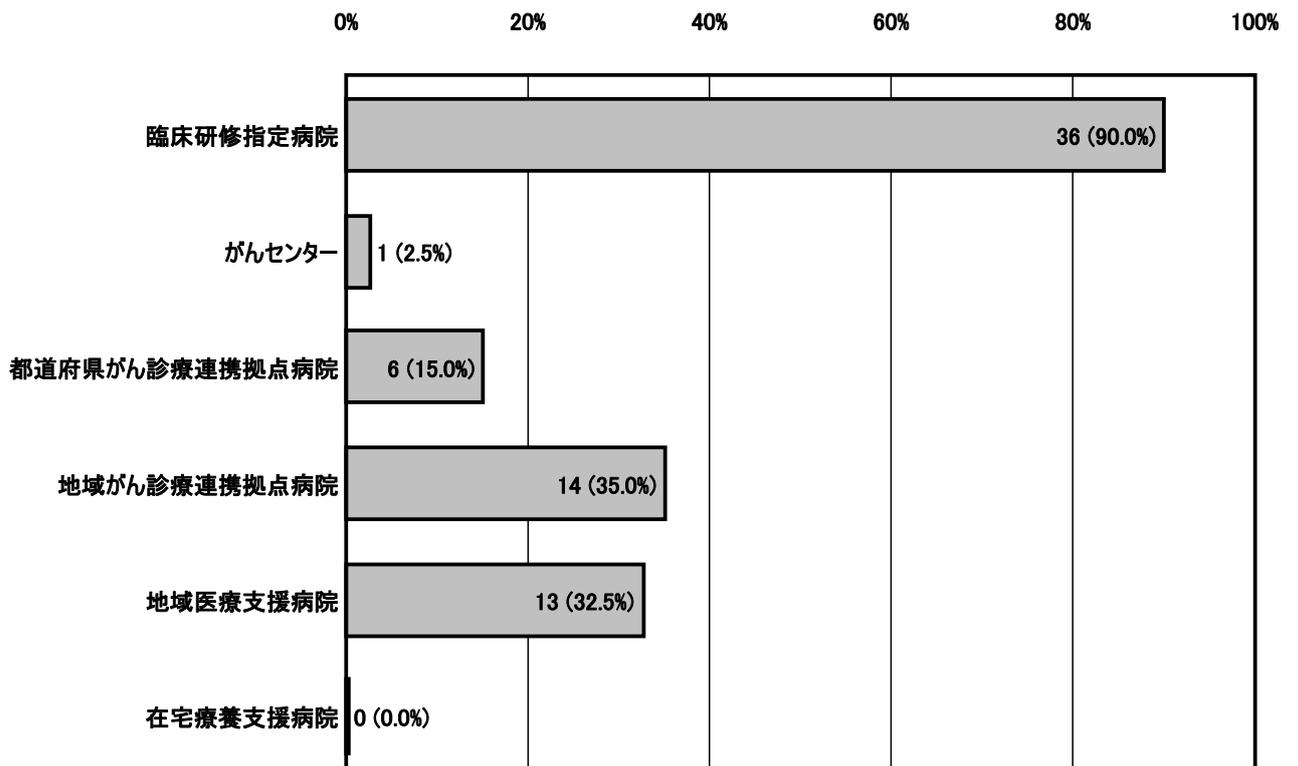
図J-6-2 病院・在宅のうち在宅で最期を迎えた療養者の割合(2010/1~12)
 (n = 1,832, m ± σ = 24.2 ± 28.2)



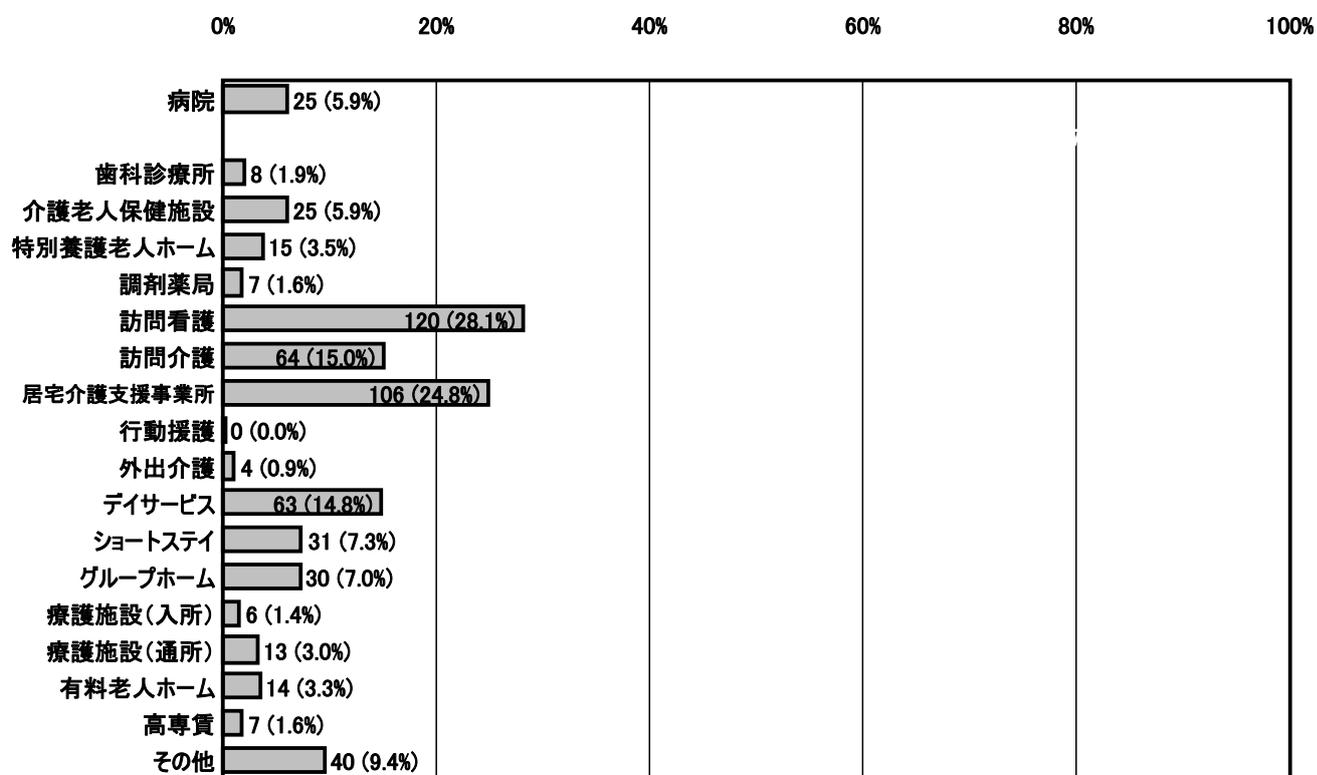
図Z-2-1 施設種別 - 在宅療養支援病院(問32)
(n = 9, 複数回答)



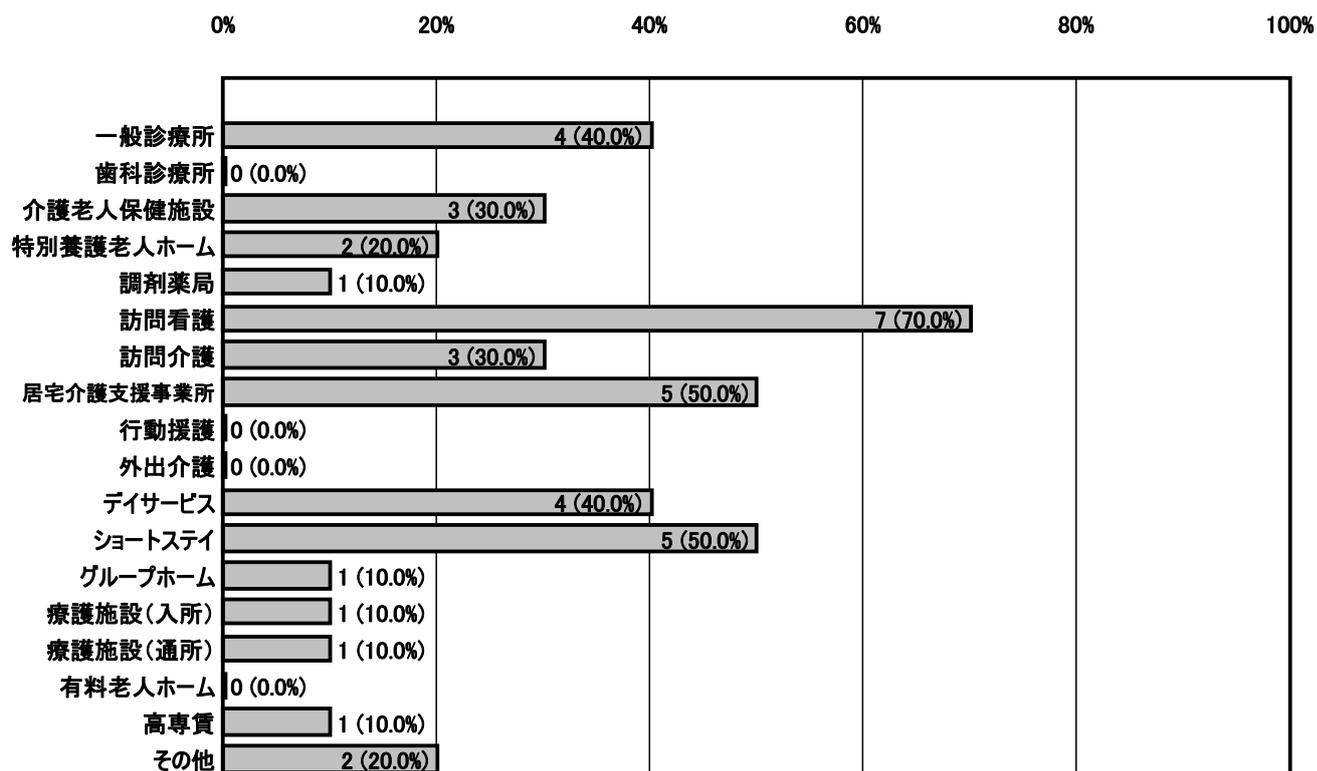
図Z-3-1 施設種別 - 臨床研修指定病院(問24)
(n = 40, 複数回答)



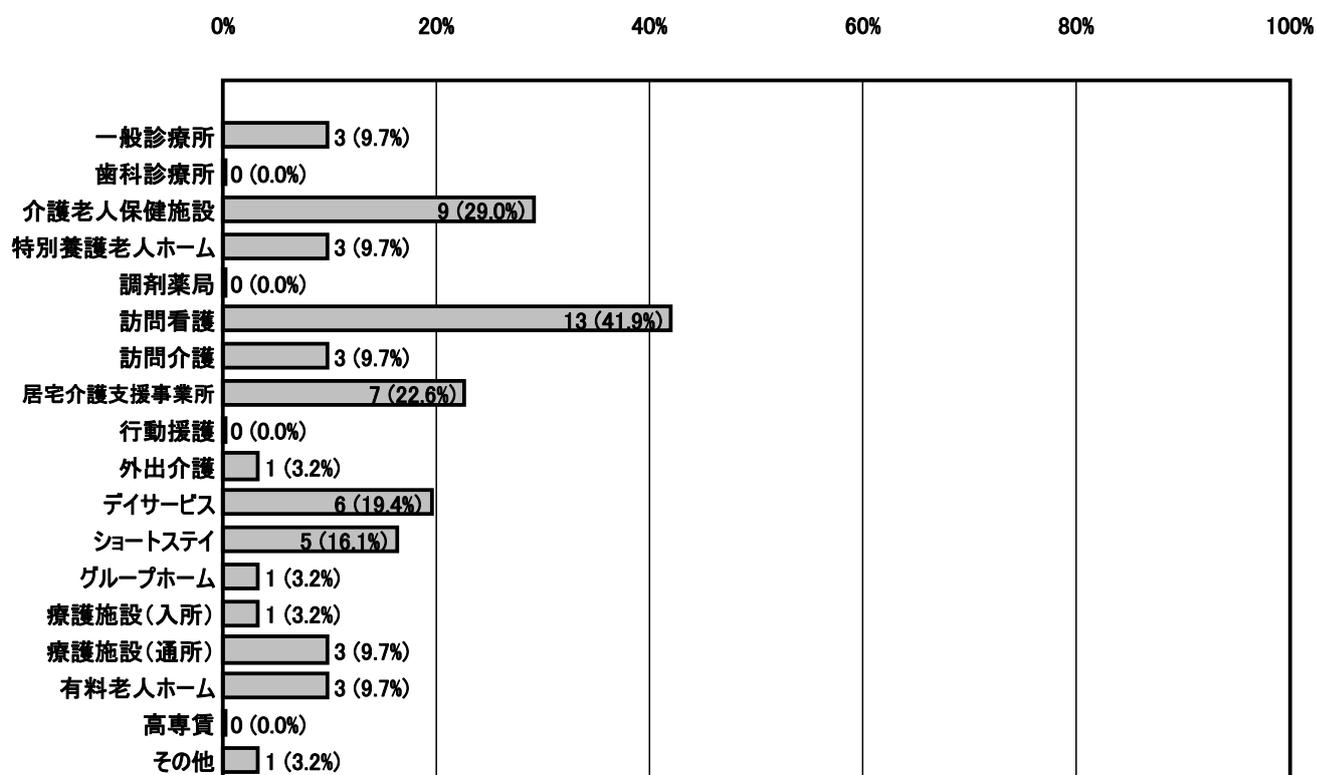
図Z-1-2 併設施設 - 在宅療養支援診療所(問32)
(n = 427, 複数回答)



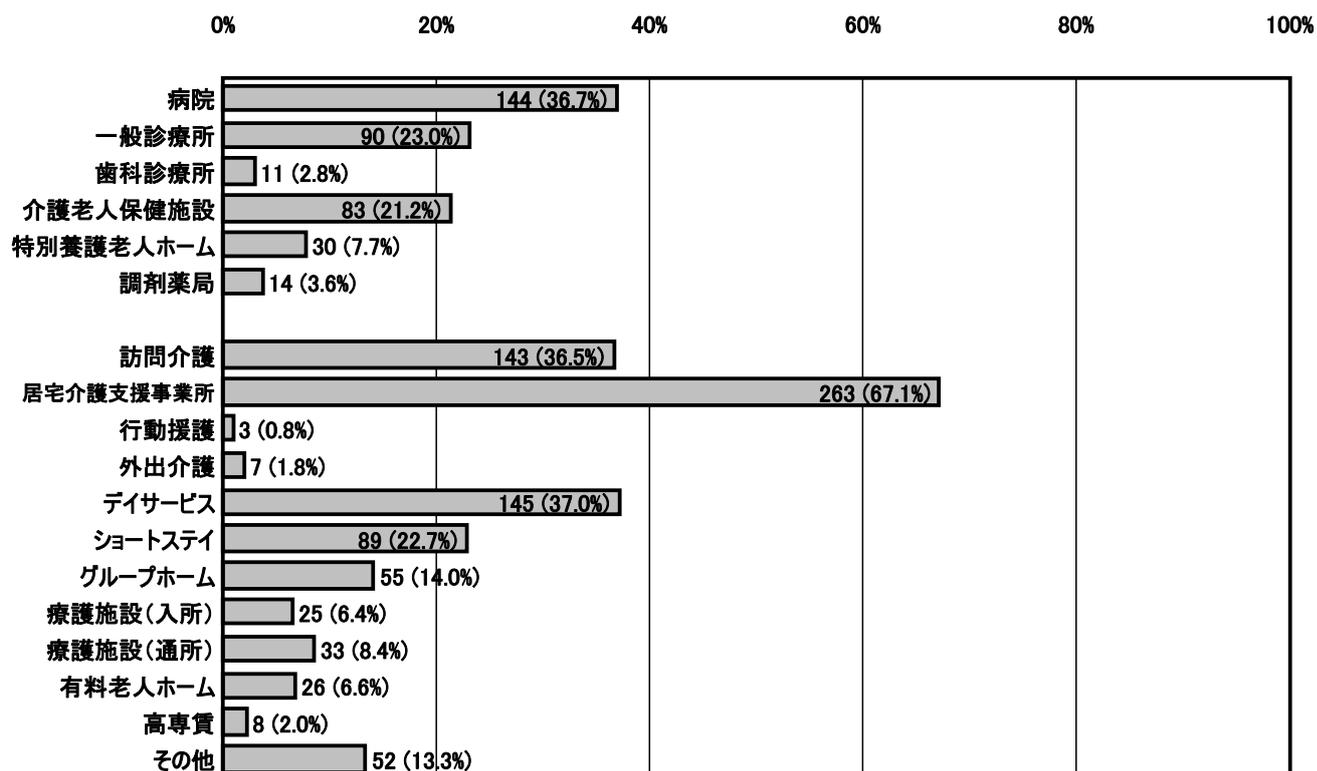
図Z-2-2 併設施設 - 在宅療養支援病院(問32)
(n = 10, 複数回答)



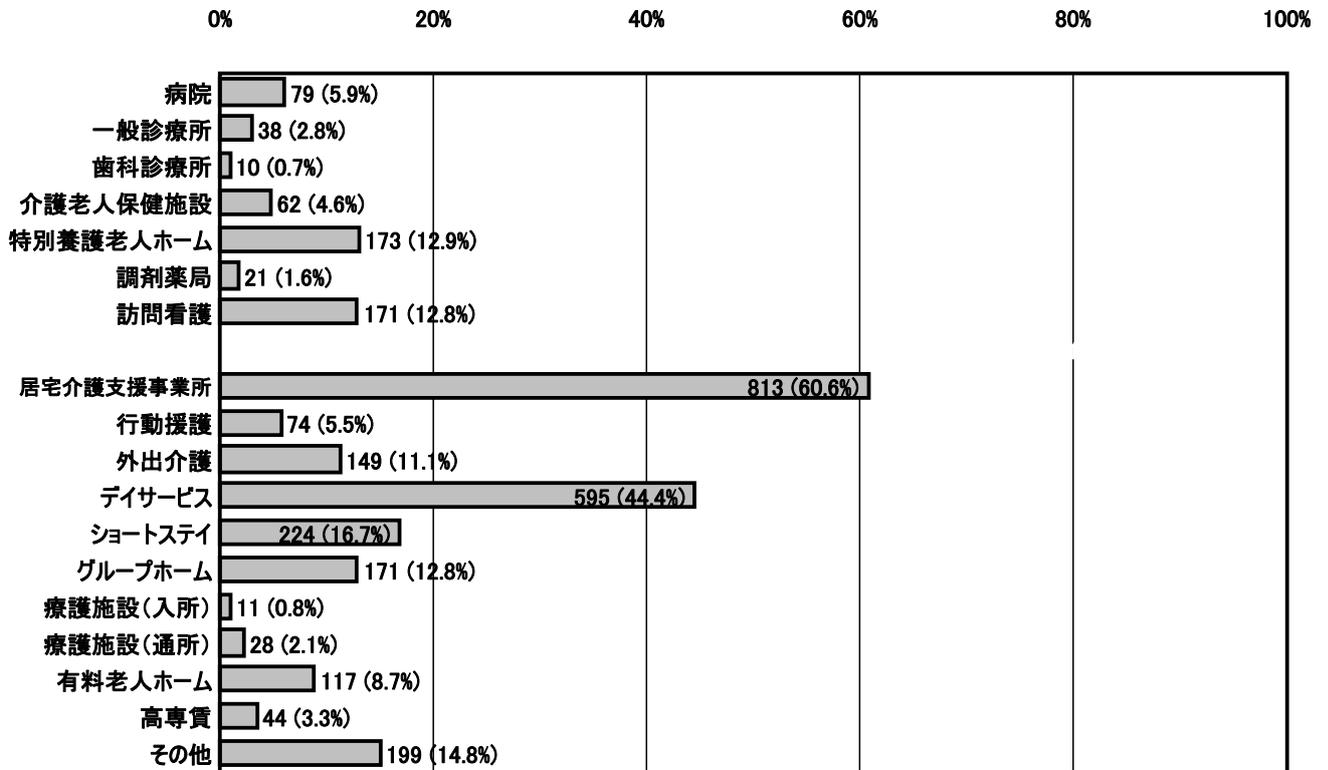
図Z-3-2 併設施設 - 臨床研修指定病院(問24)
(n = 31, 複数回答)



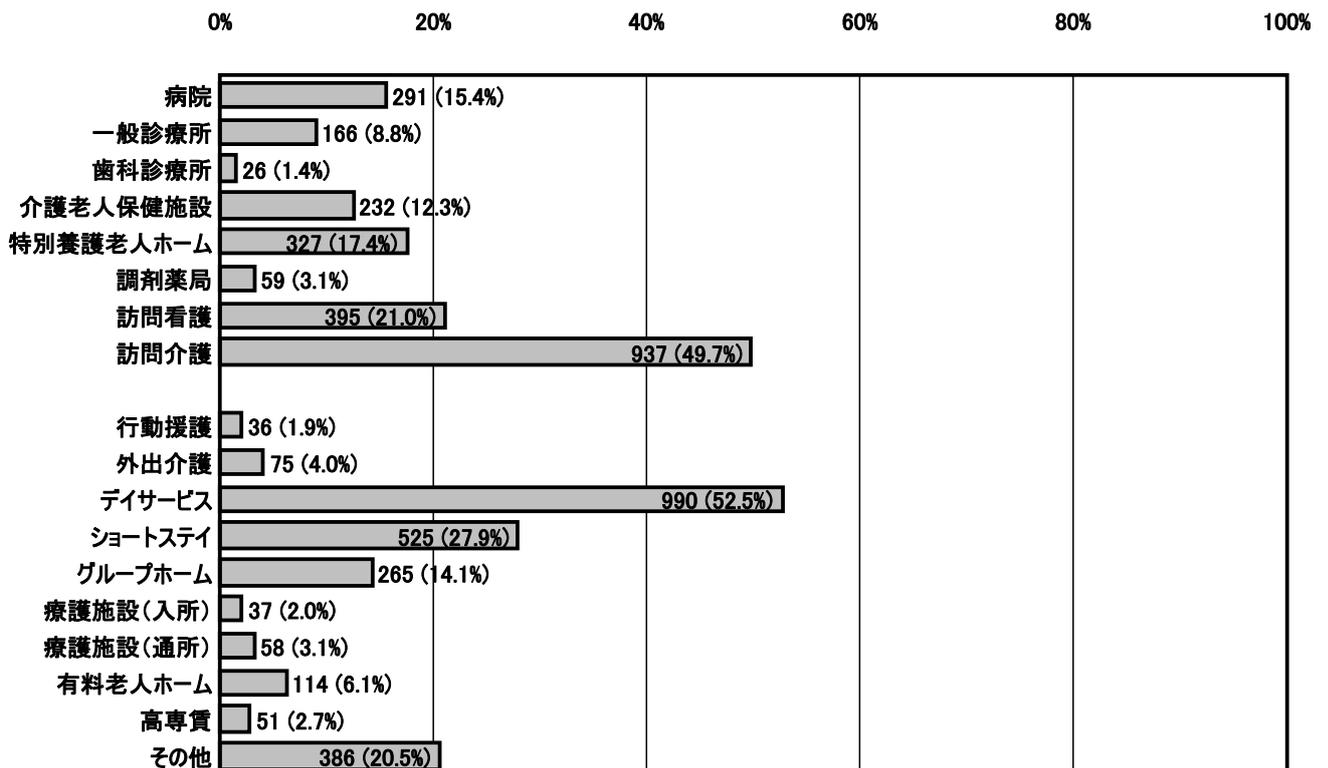
図Z-4-2 併設施設 - 訪問看護事業所(問24)
(n = 392, 複数回答)



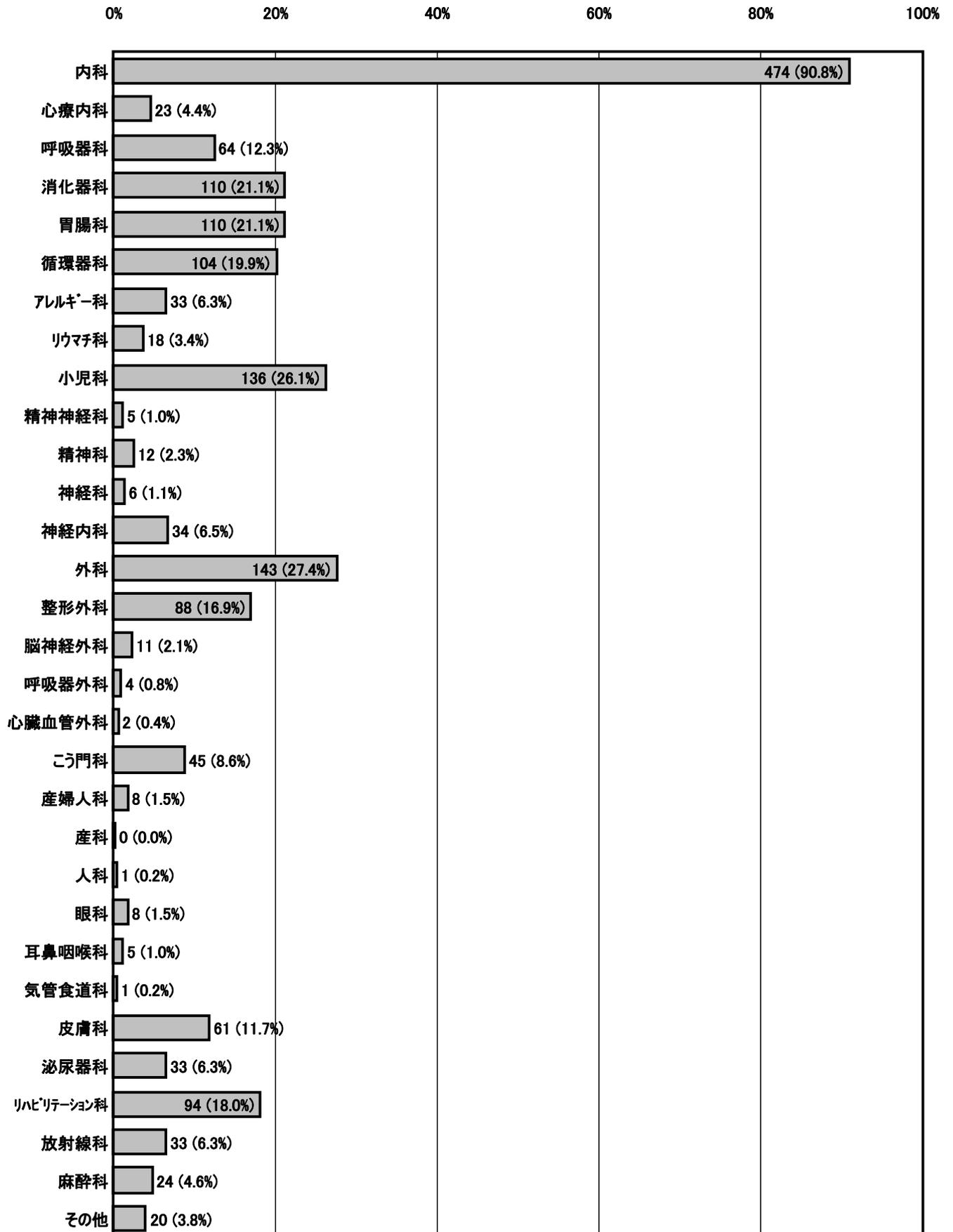
図Z-5-2 併設施設 - 訪問介護事業所(問24)
(n = 1,341, 複数回答)



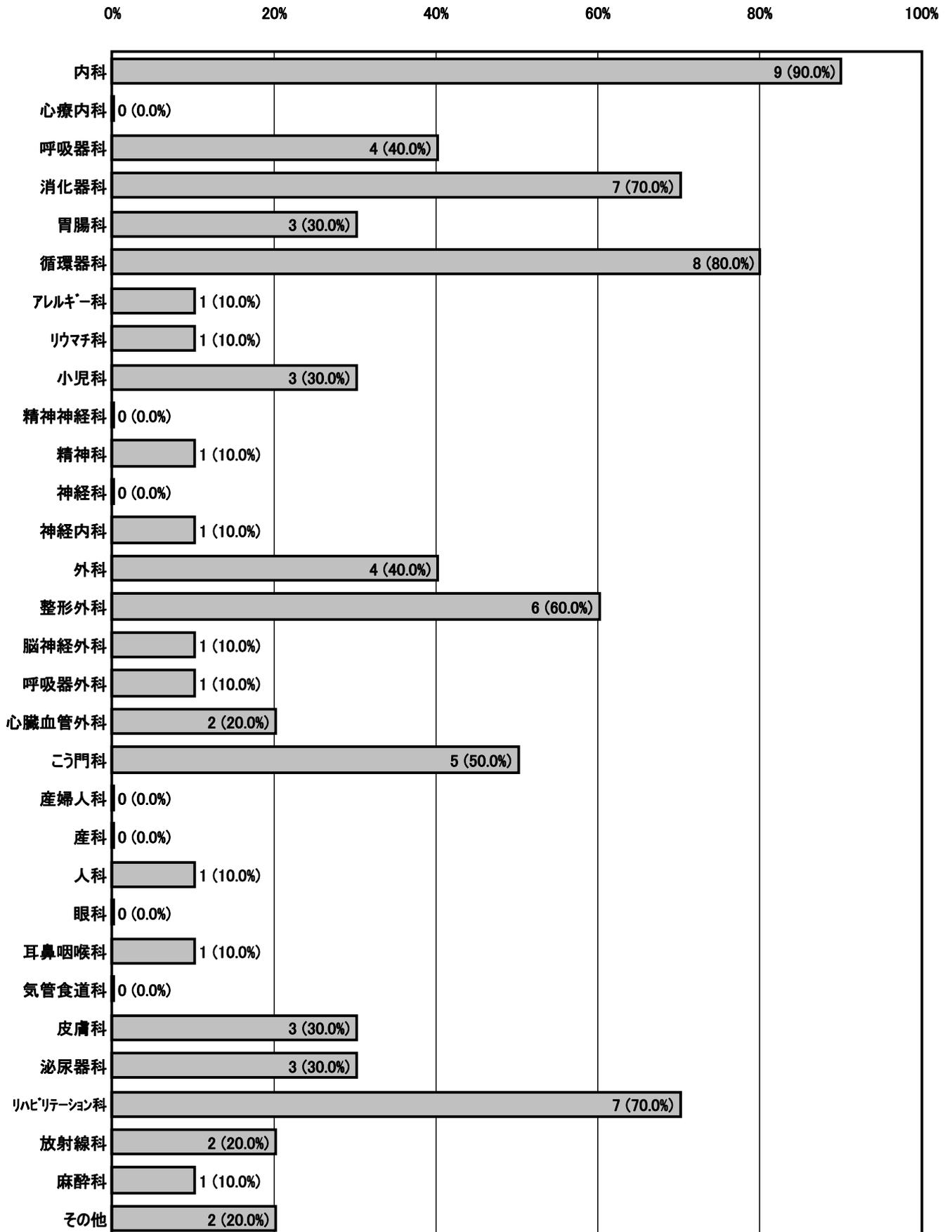
図Z-6-2 併設施設 - 居宅介護支援事業所(問24)
(n = 1,884, 複数回答)



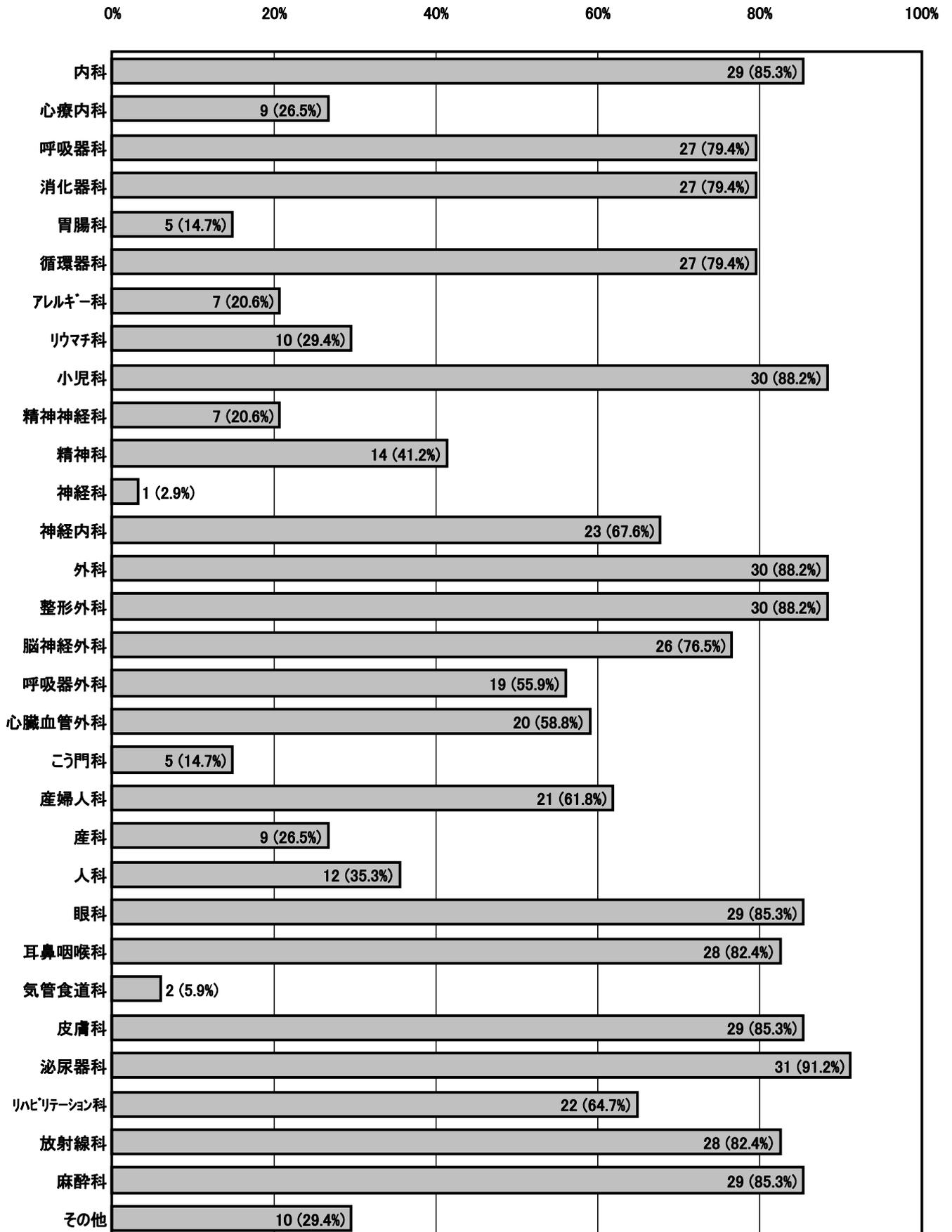
図Z-1-3 診療科 - 在宅療養支援診療所(問32)
(n = 522, 複数回答)



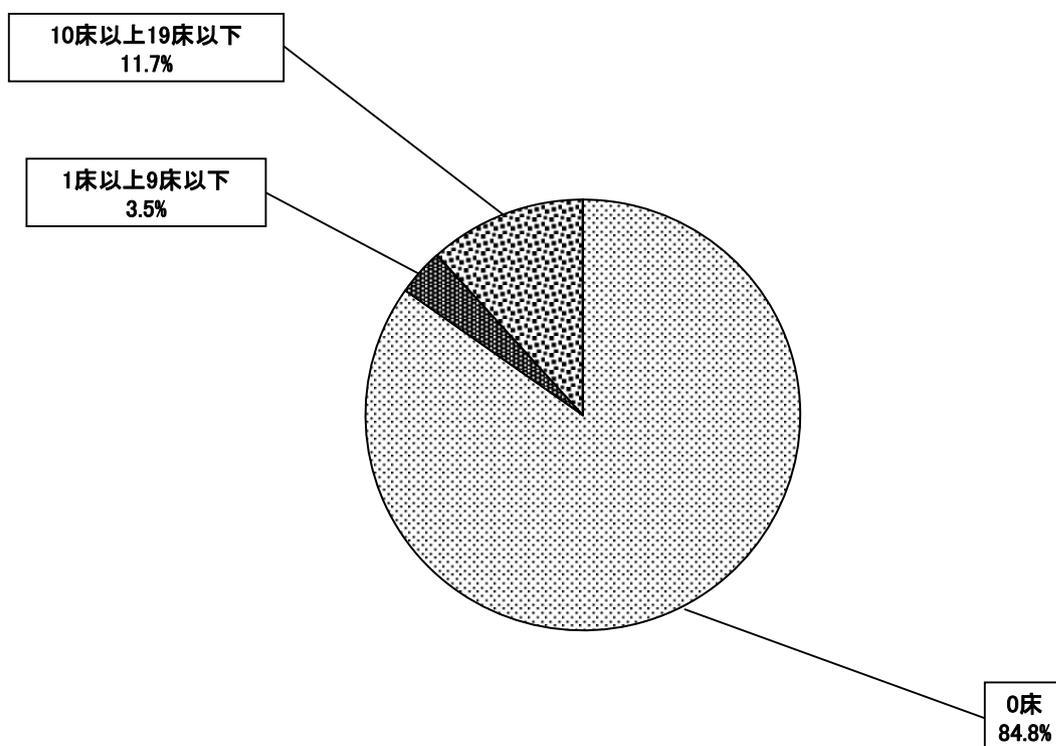
図Z-2-3 診療科 - 在宅療養支援病院(問32)
(n = 10, 複数回答)



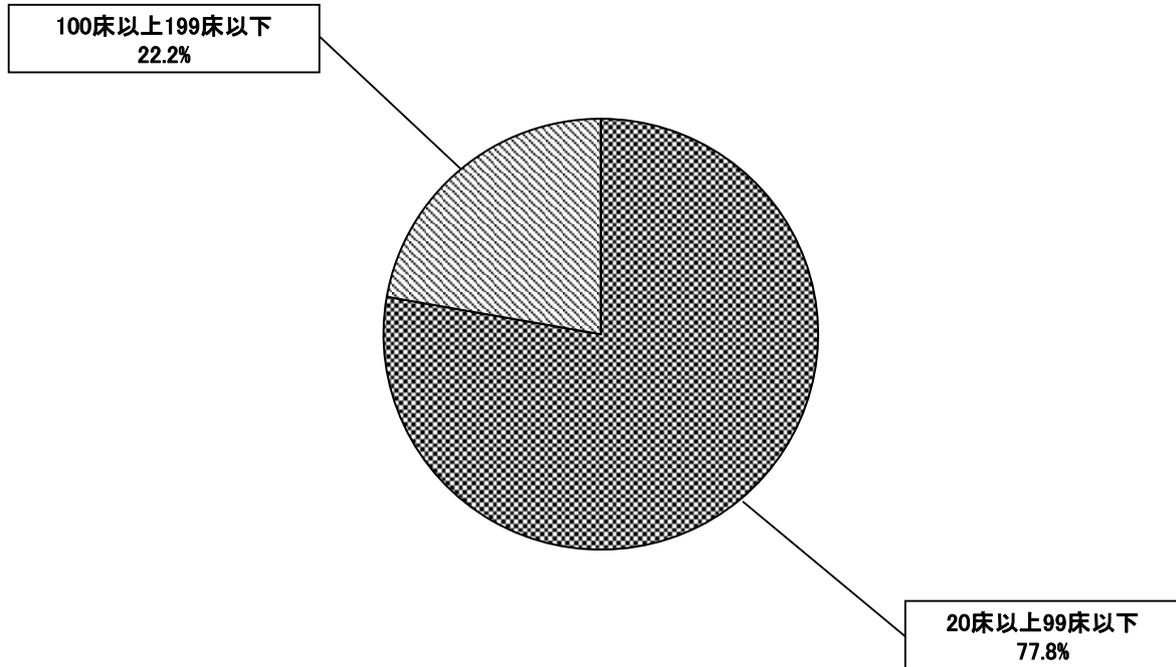
図Z-3-3 診療科 - 臨床研修指定病院(問24)
(n = 34, 複数回答)



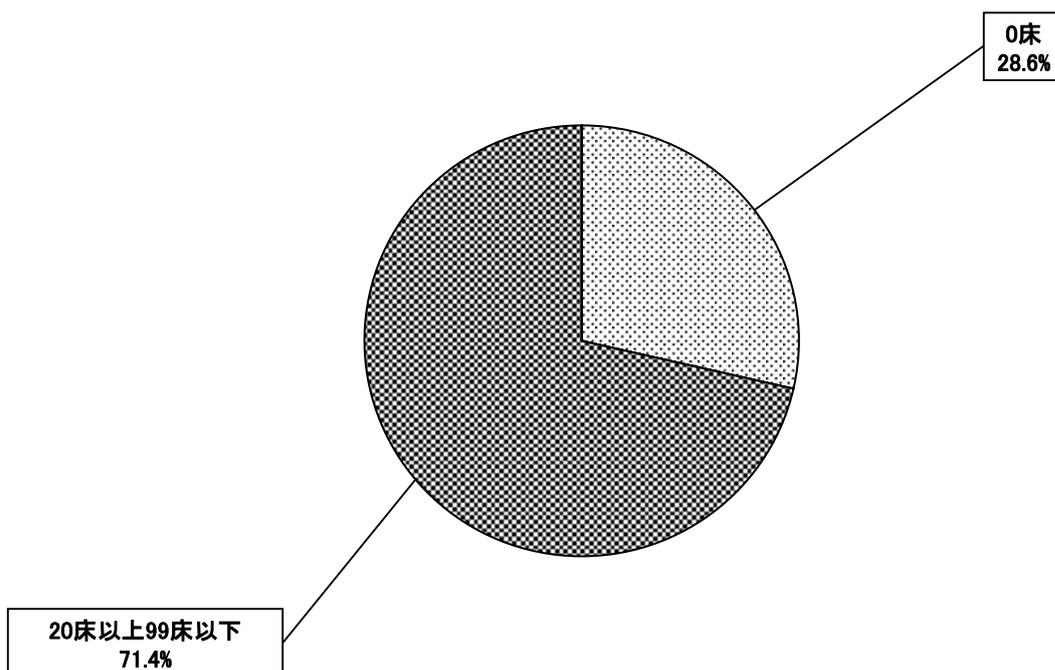
図Z-1-4 病床数
($n = 513, m \pm \sigma = 2.2 \pm 5.7$)



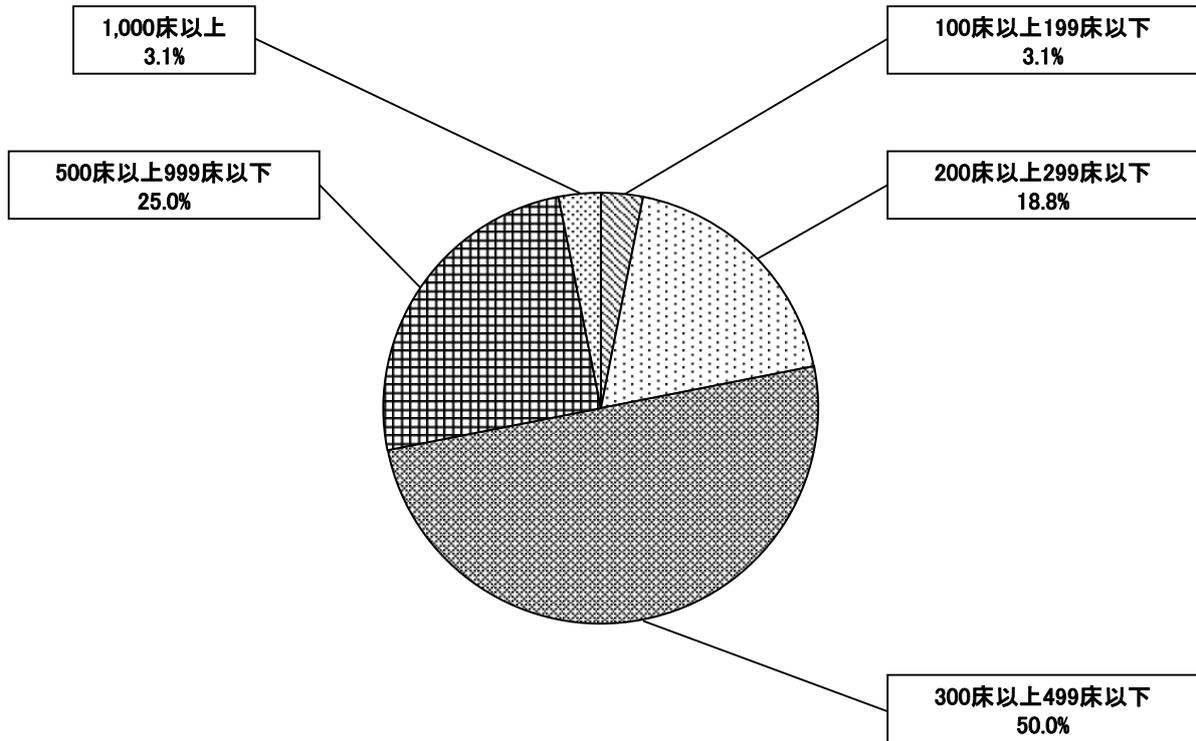
図Z-2-4 一般病床
($n = 9, m \pm \sigma = 60.9 \pm 26.0$)



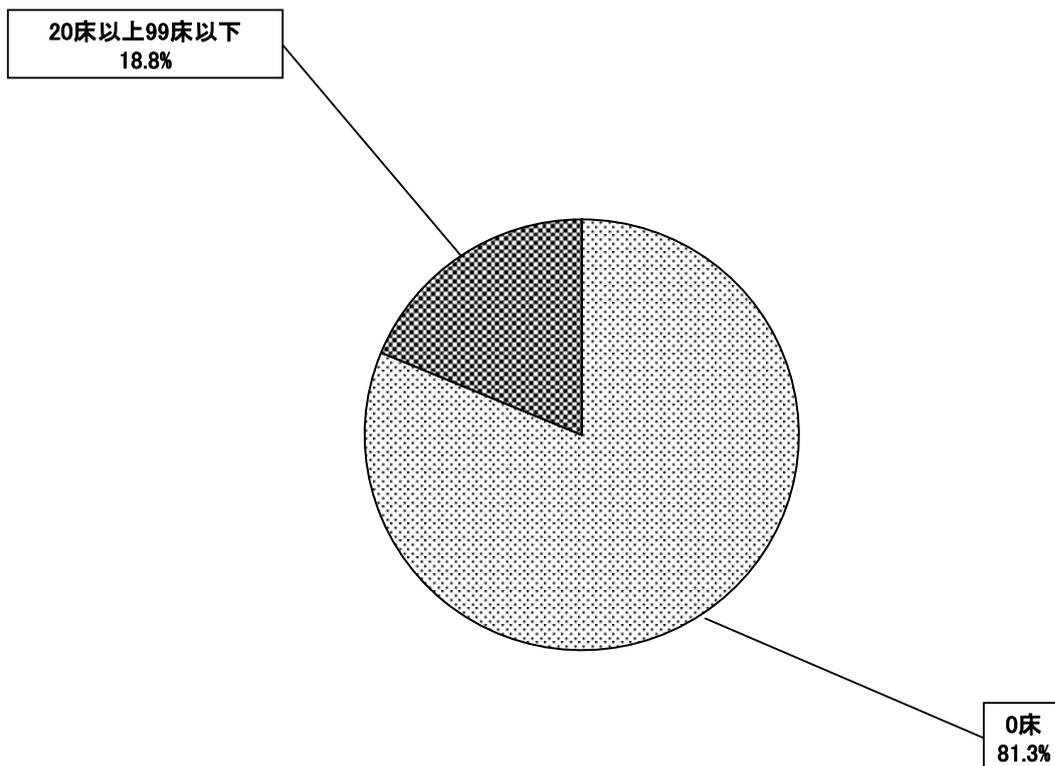
図Z-2-5 療養病床
($n = 7, m \pm \sigma = 42.3 \pm 32.5$)



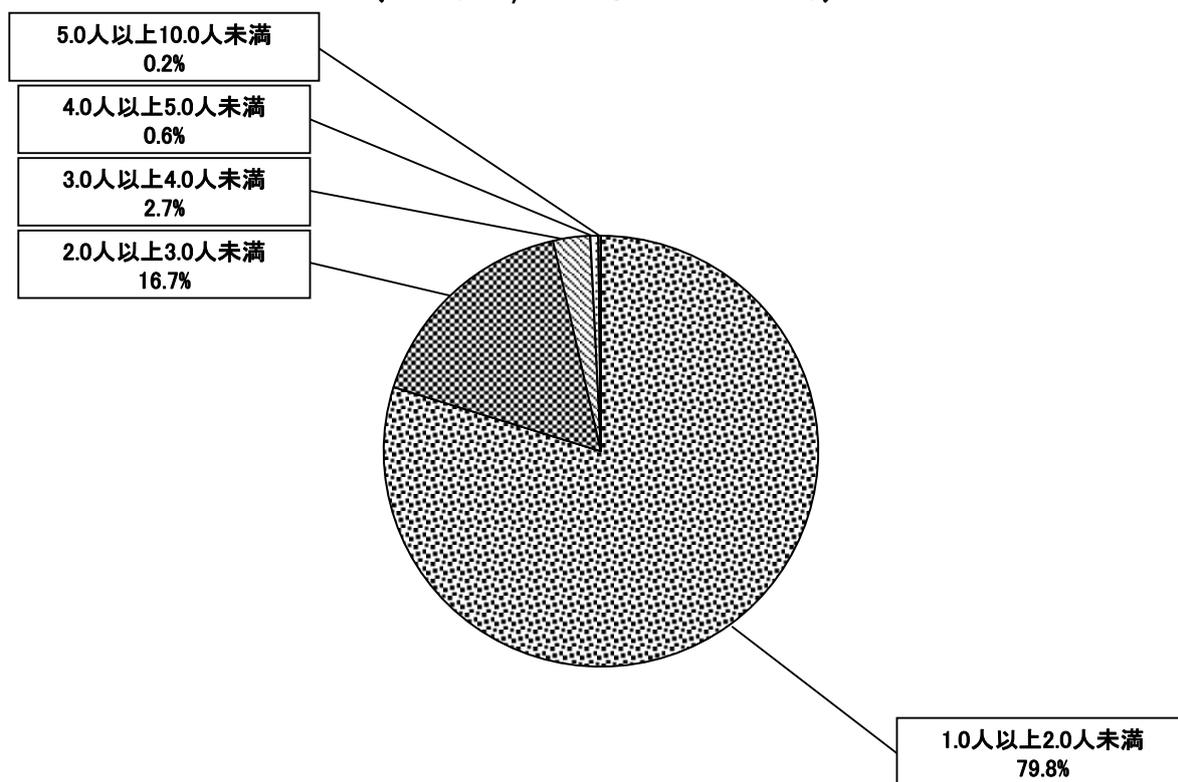
図Z-3-4 一般病床
($n = 32, m \pm \sigma = 438.4 \pm 192.4$)



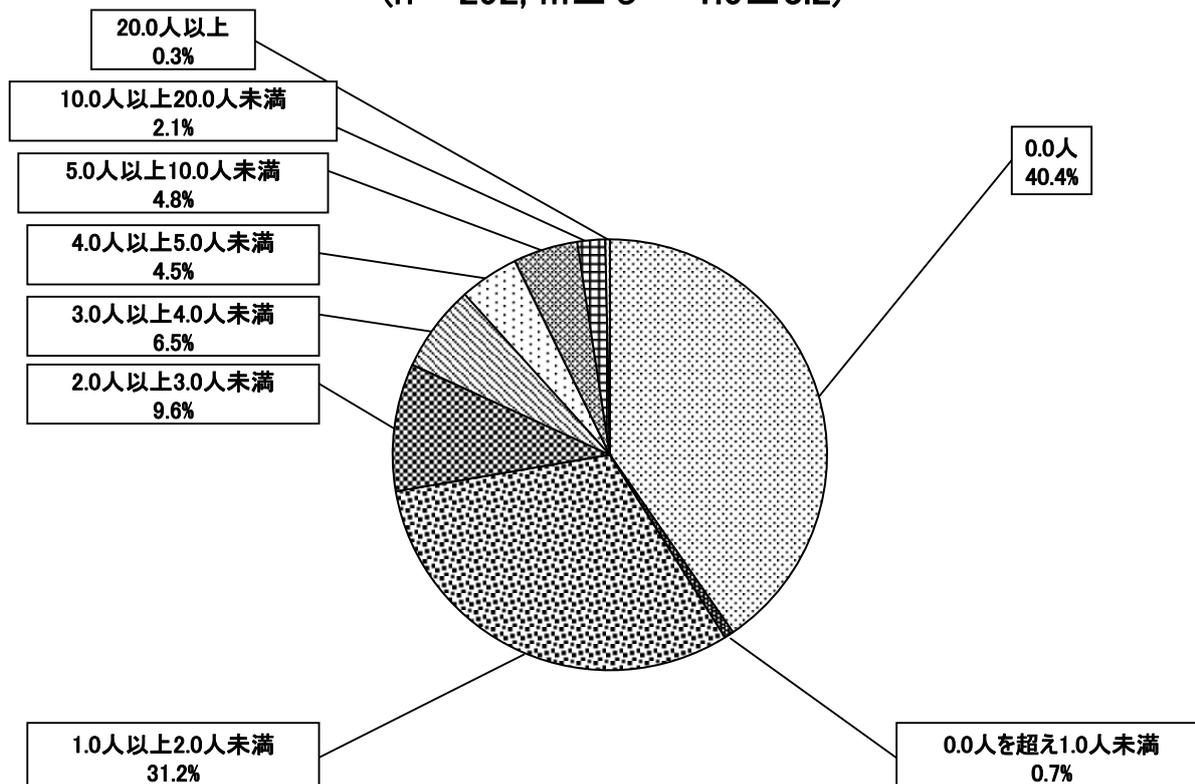
図Z-3-5 療養病床
($n = 16, m \pm \sigma = 9.0 \pm 19.2$)



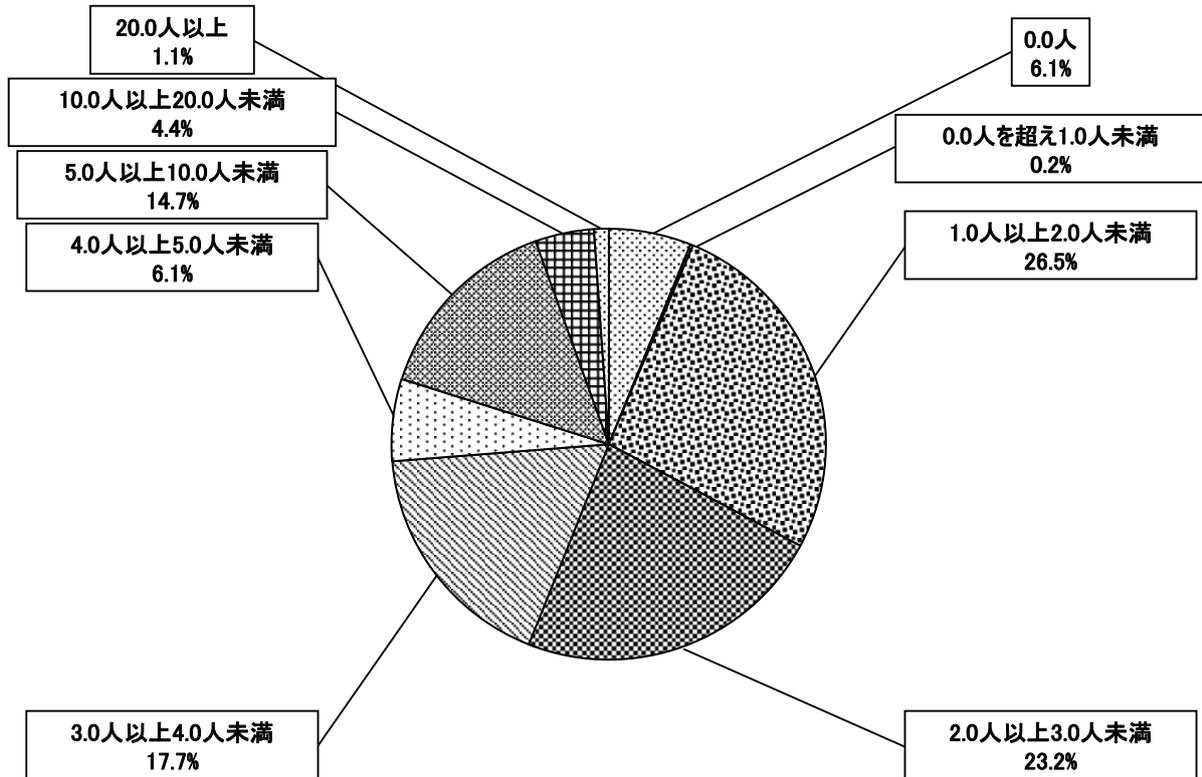
図Z-1-6 属性一職員数一医1 医師数一常勤
($n = 510, m \pm \sigma = 1.2 \pm 0.6$)



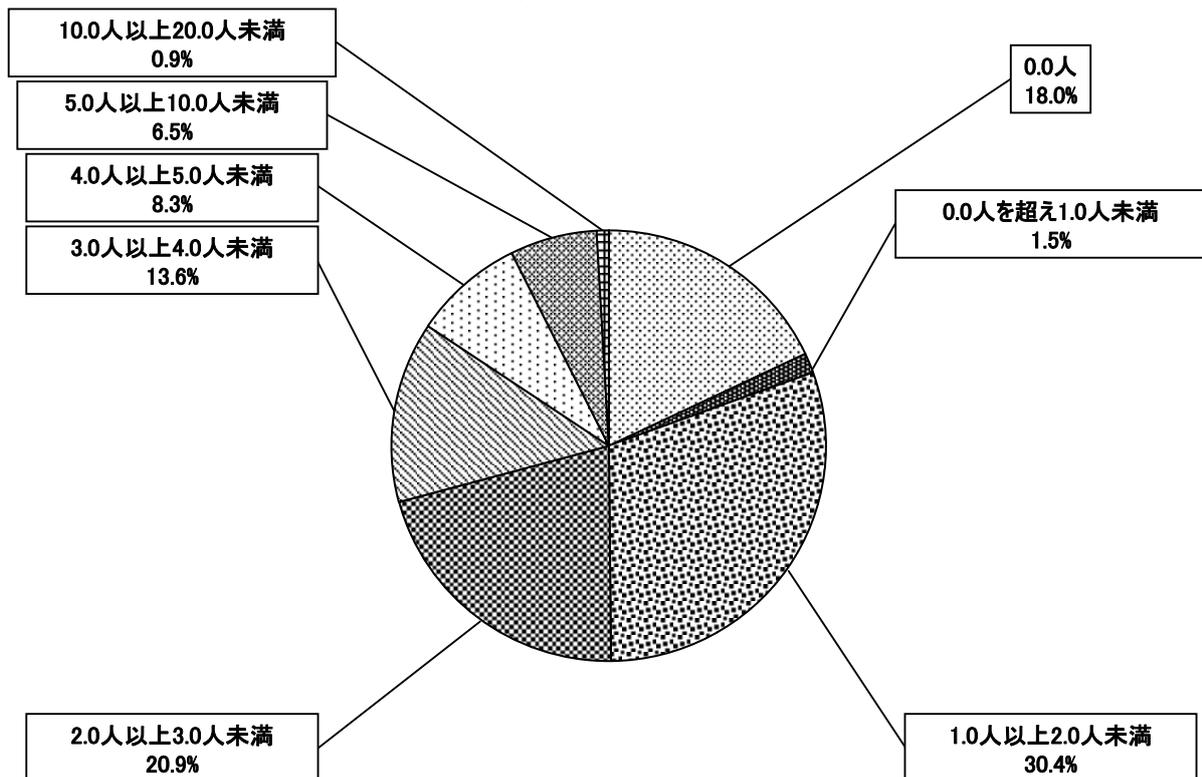
図Z-1-7 属性一職員数一医3 医師数一非常勤
($n = 292, m \pm \sigma = 1.6 \pm 3.2$)



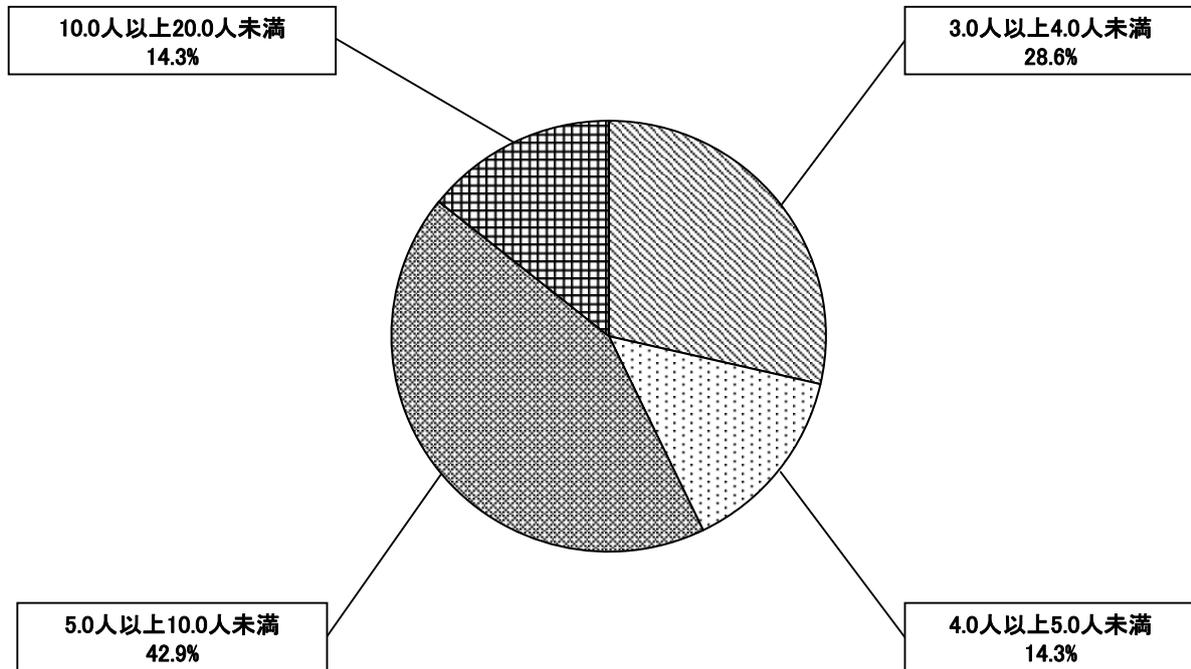
図Z-1-8 属性一職員数一医2 看護職員数一常勤
(n = 457, m ± σ = 3.3 ± 3.9)



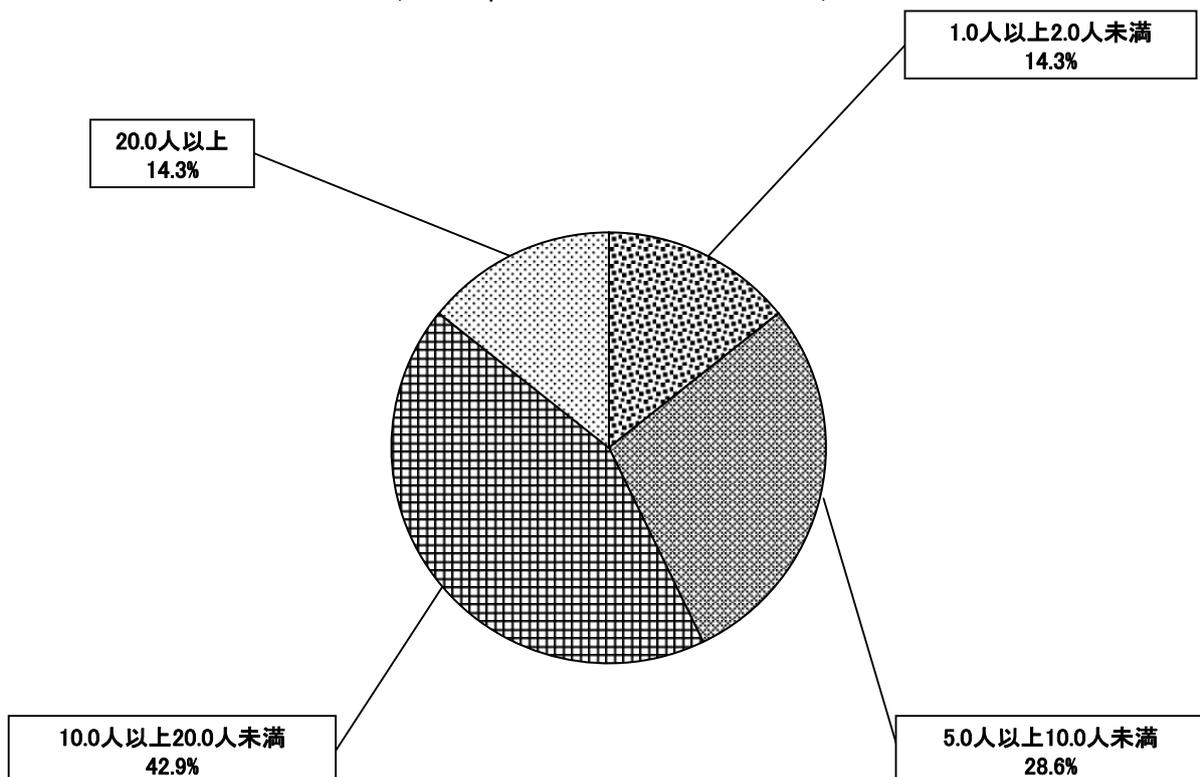
図Z-1-9 属性一職員数一医4 看護職員数一非常勤
(n = 339, m ± σ = 1.9 ± 1.8)



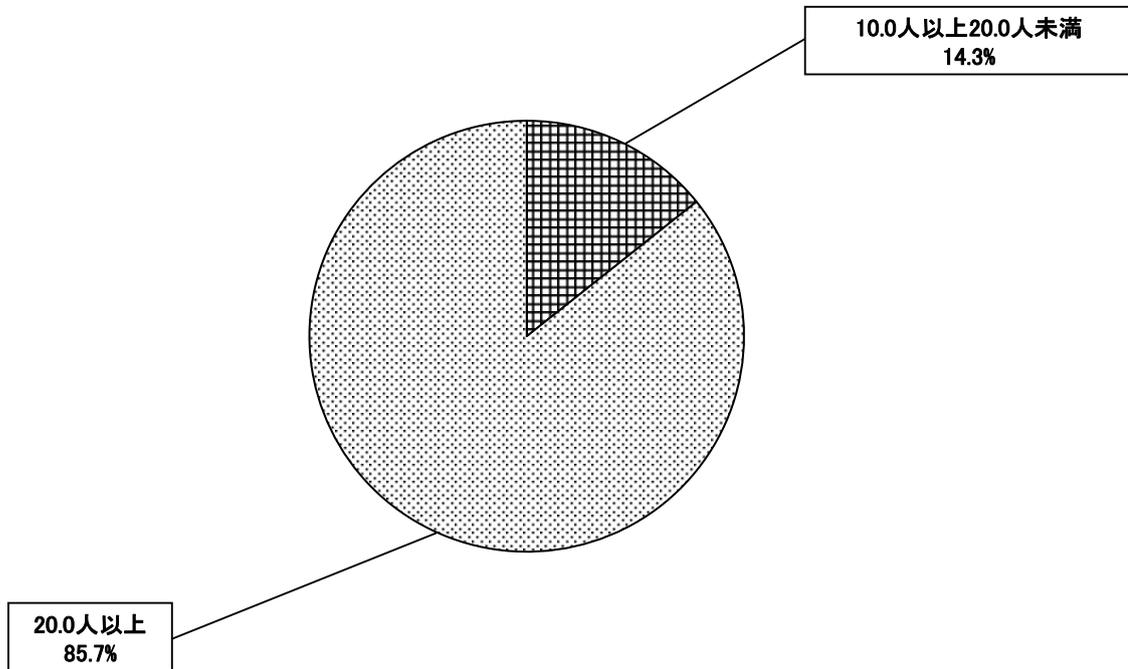
図Z-2-6 属性一職員数一医1 医師数一常勤
($n = 7, m \pm \sigma = 5.7 \pm 2.4$)



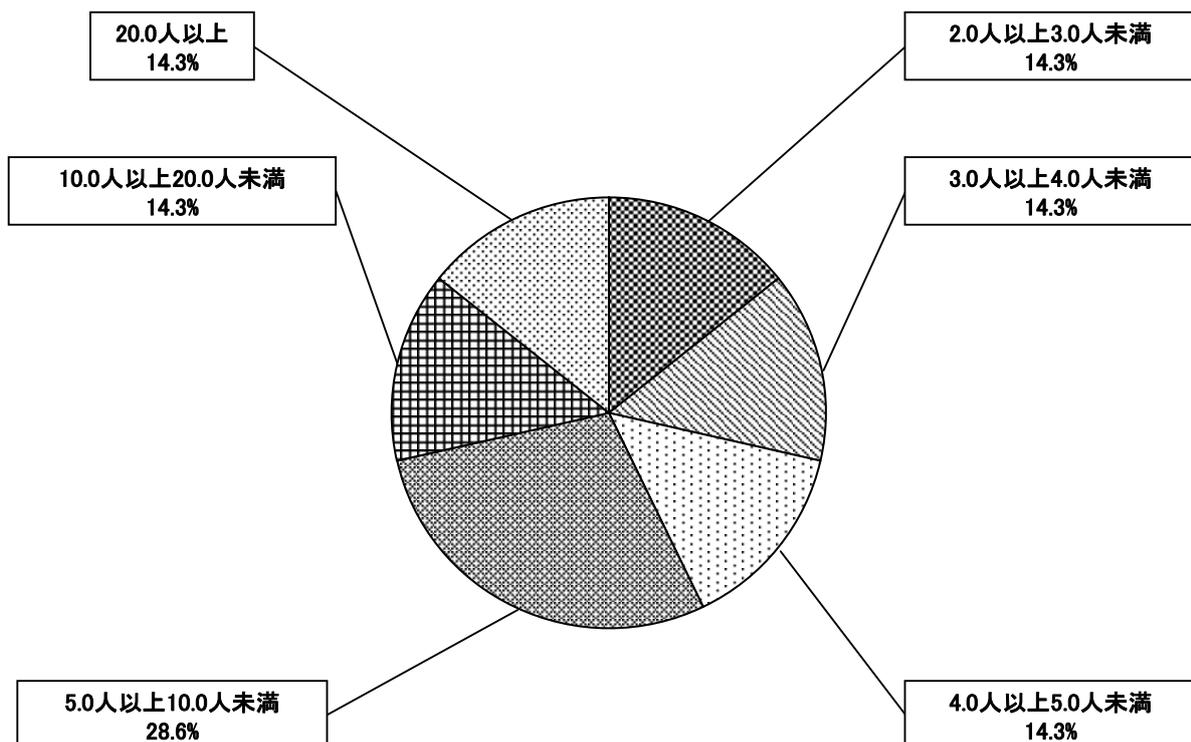
図Z-2-7 属性一職員数一医3 医師数一非常勤
($n = 7, m \pm \sigma = 10.9 \pm 6.4$)



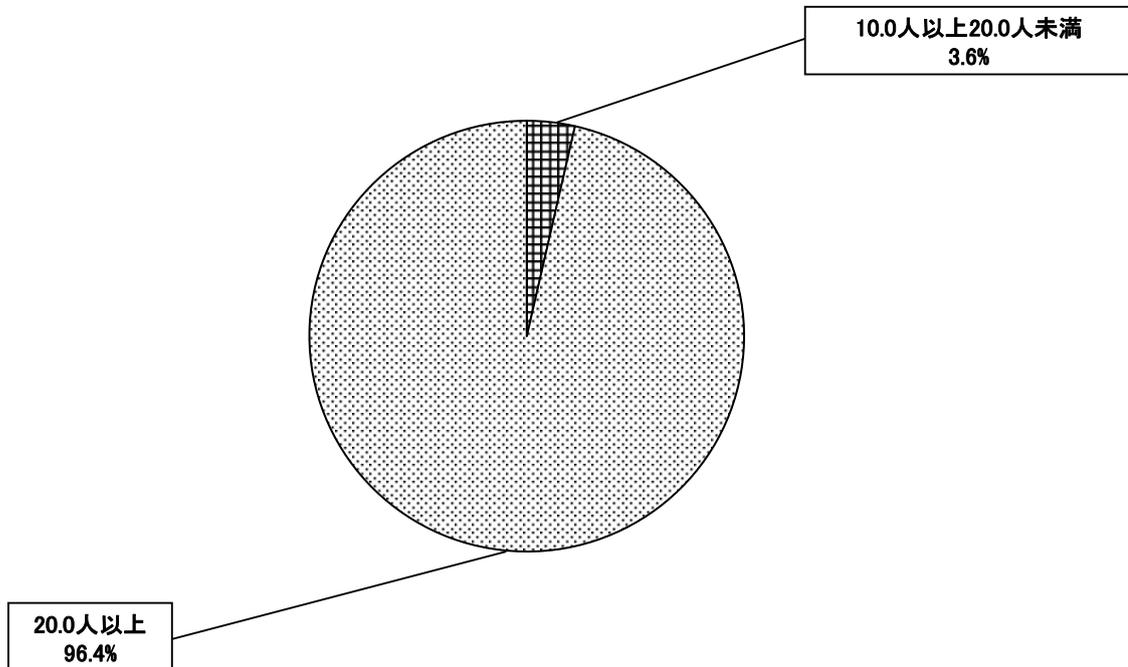
図Z-2-8 属性一職員数一医2 看護職員数一常勤
($n = 7, m \pm \sigma = 36.1 \pm 19.6$)



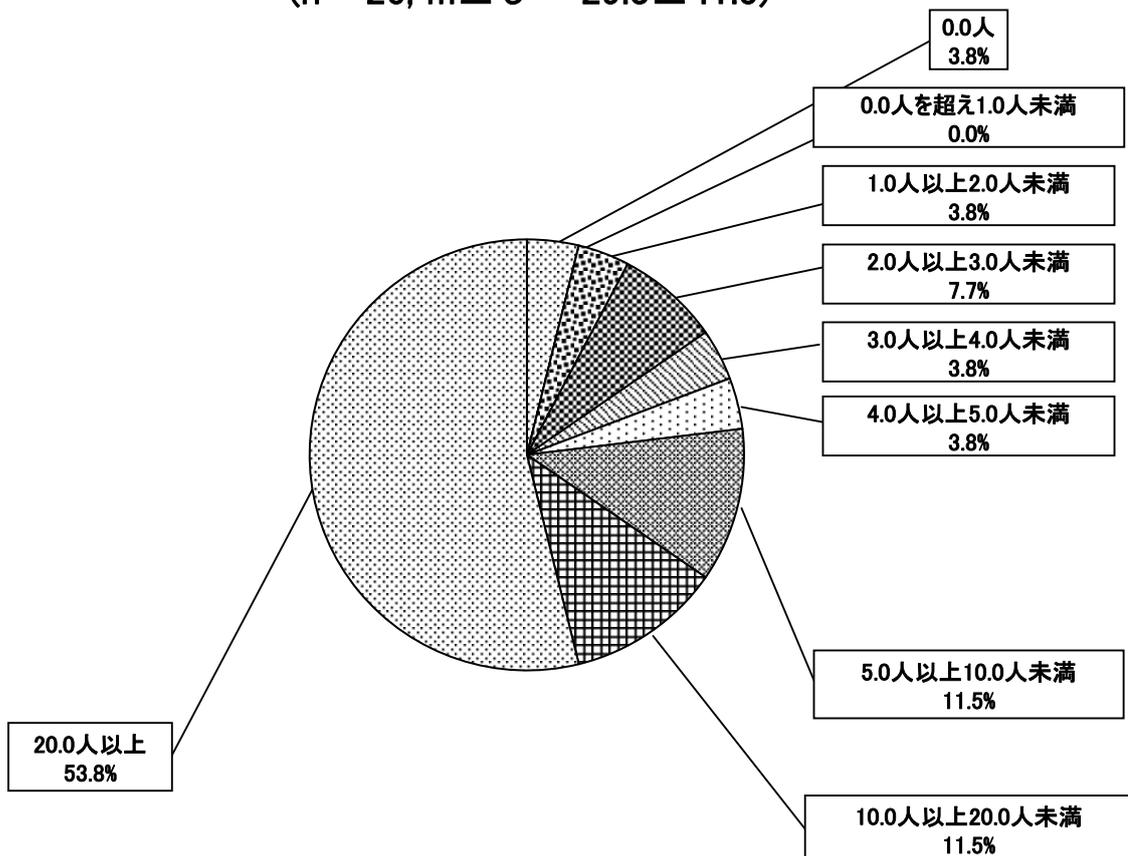
図Z-2-9 属性一職員数一医4 看護職員数一非常勤
($n = 7, m \pm \sigma = 7.9 \pm 6.0$)



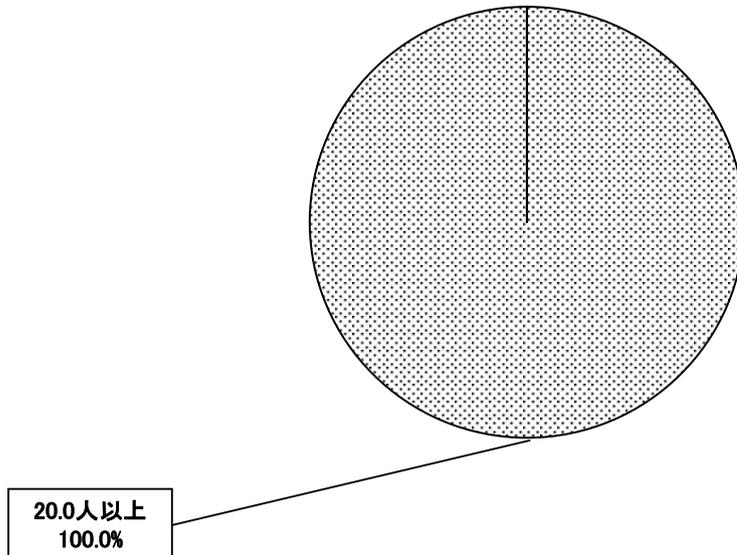
図Z-3-6 属性一職員数一医1 医師数一常勤
($n = 28, m \pm \sigma = 80.9 \pm 74.5$)



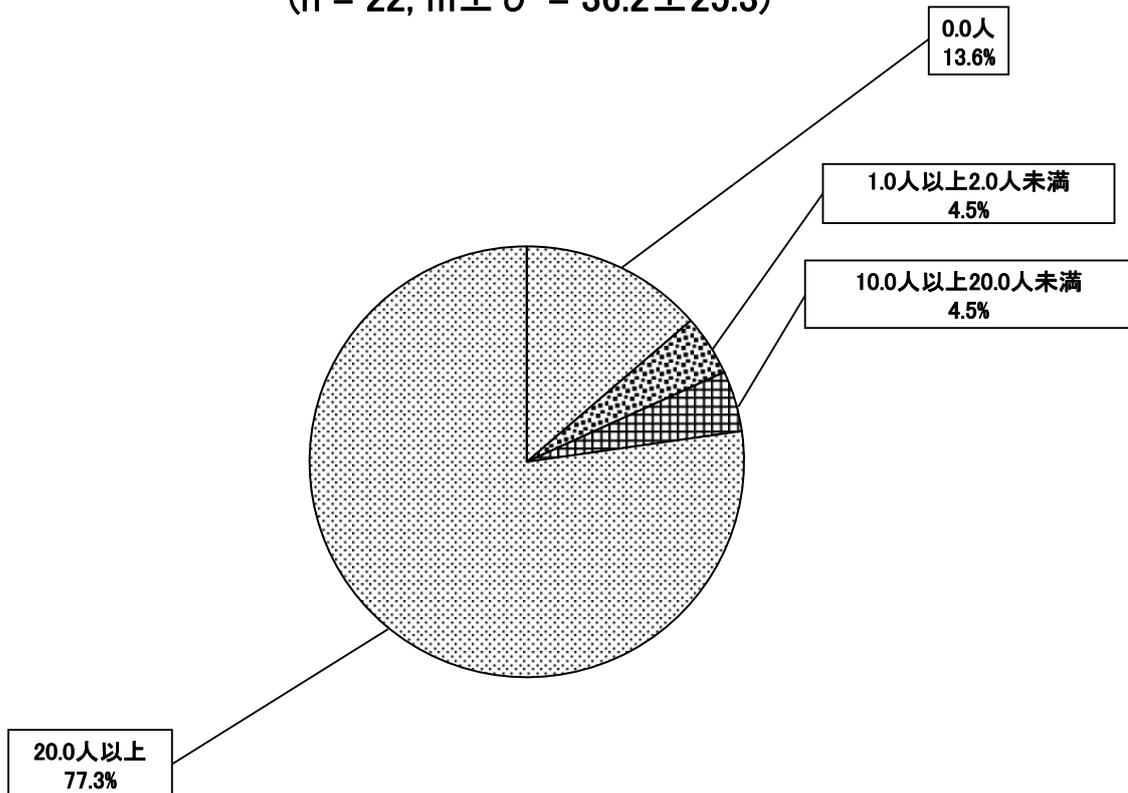
図Z-3-7 属性一職員数一医3 医師数一非常勤
($n = 26, m \pm \sigma = 29.3 \pm 41.5$)



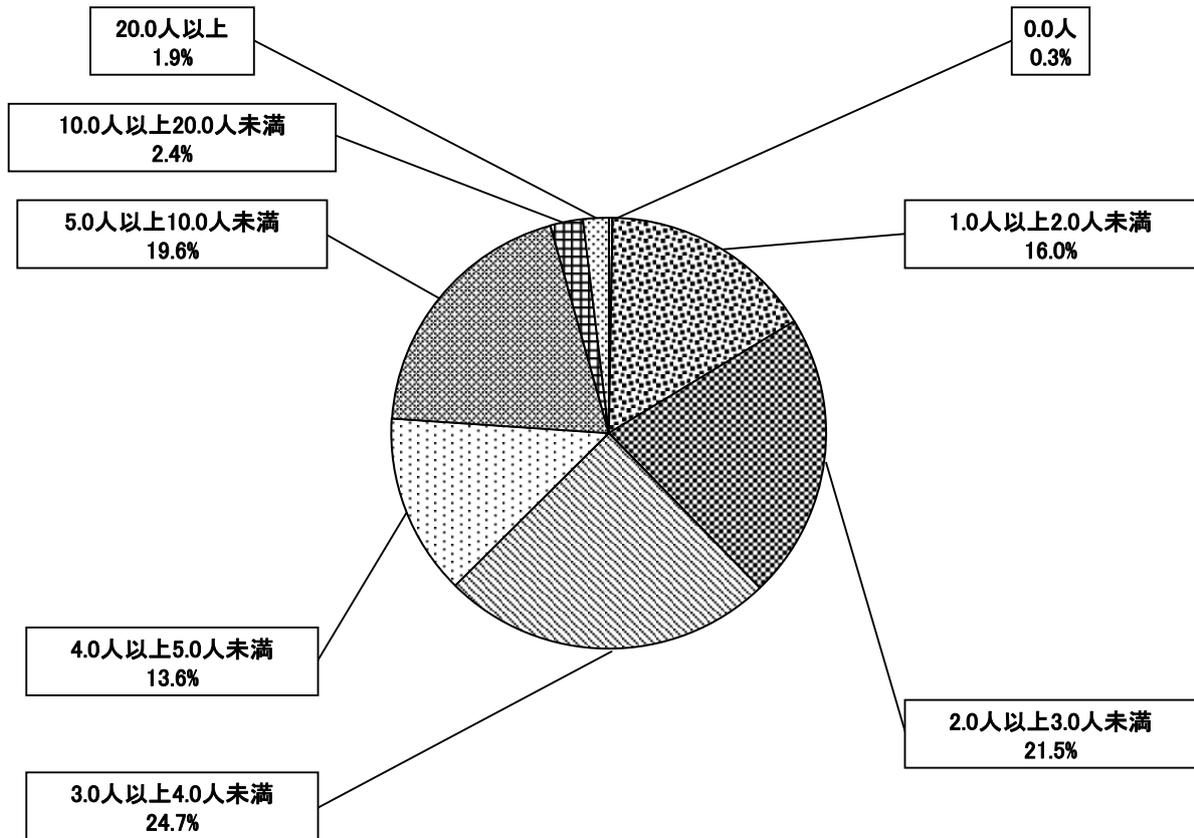
図Z-3-8 属性一職員数一医2 看護職員数一常勤
($n = 27, m \pm \sigma = 385.4 \pm 348.8$)



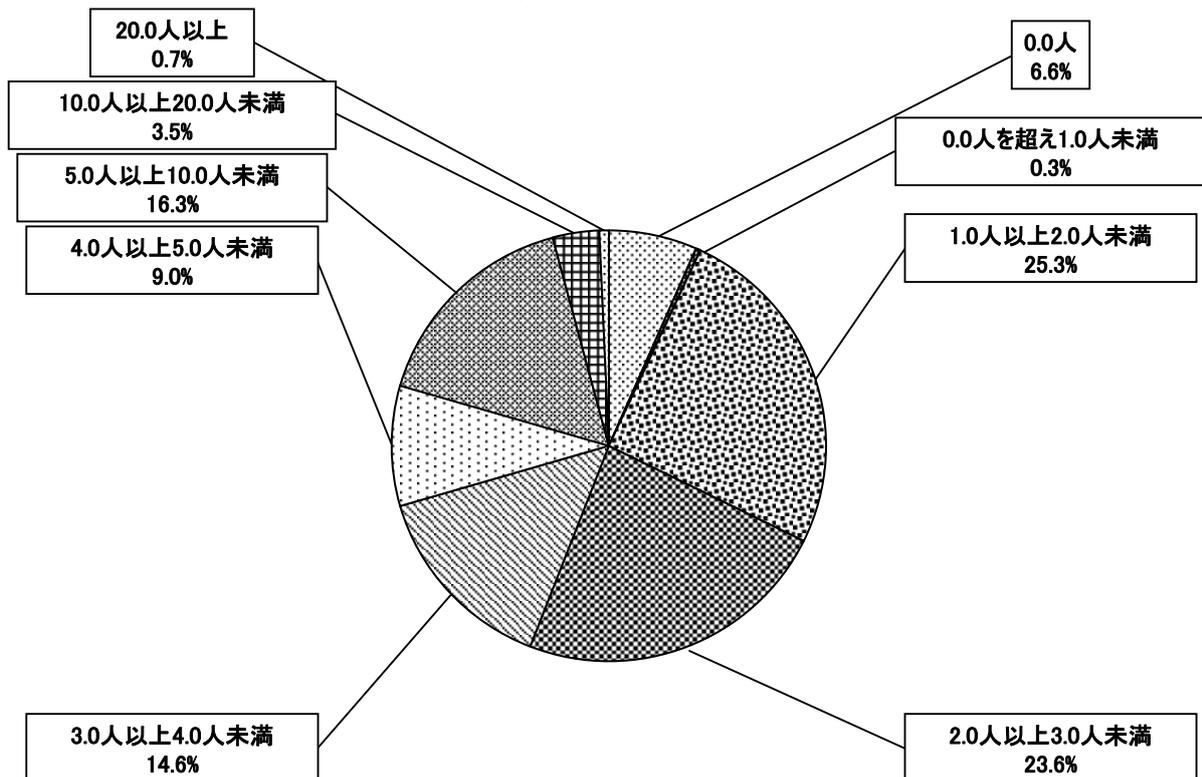
図Z-3-9 属性一職員数一医4 看護職員数一非常勤
($n = 22, m \pm \sigma = 36.2 \pm 25.3$)



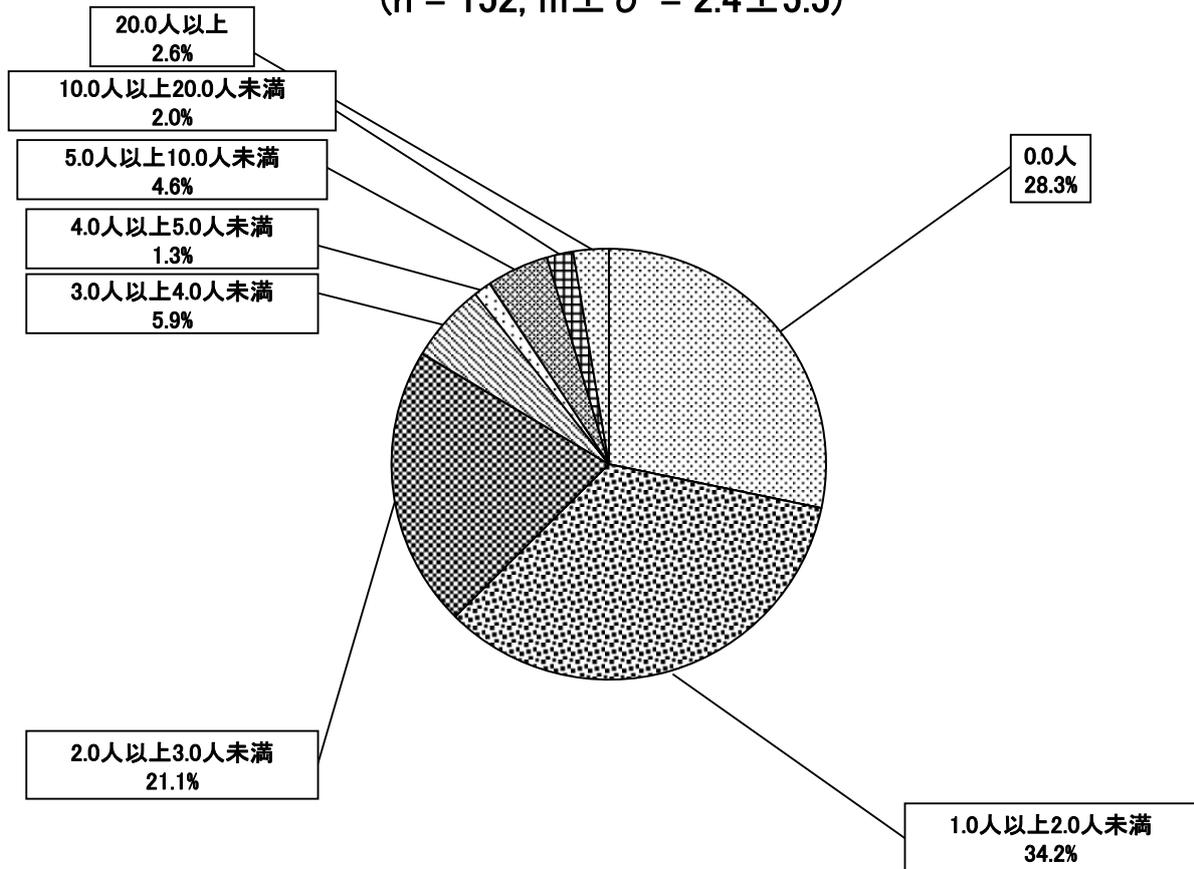
図Z-4-6 属性一職員数一看1 正看護師数一常勤
(n = 368, m ± σ = 4.3 ± 6.9)



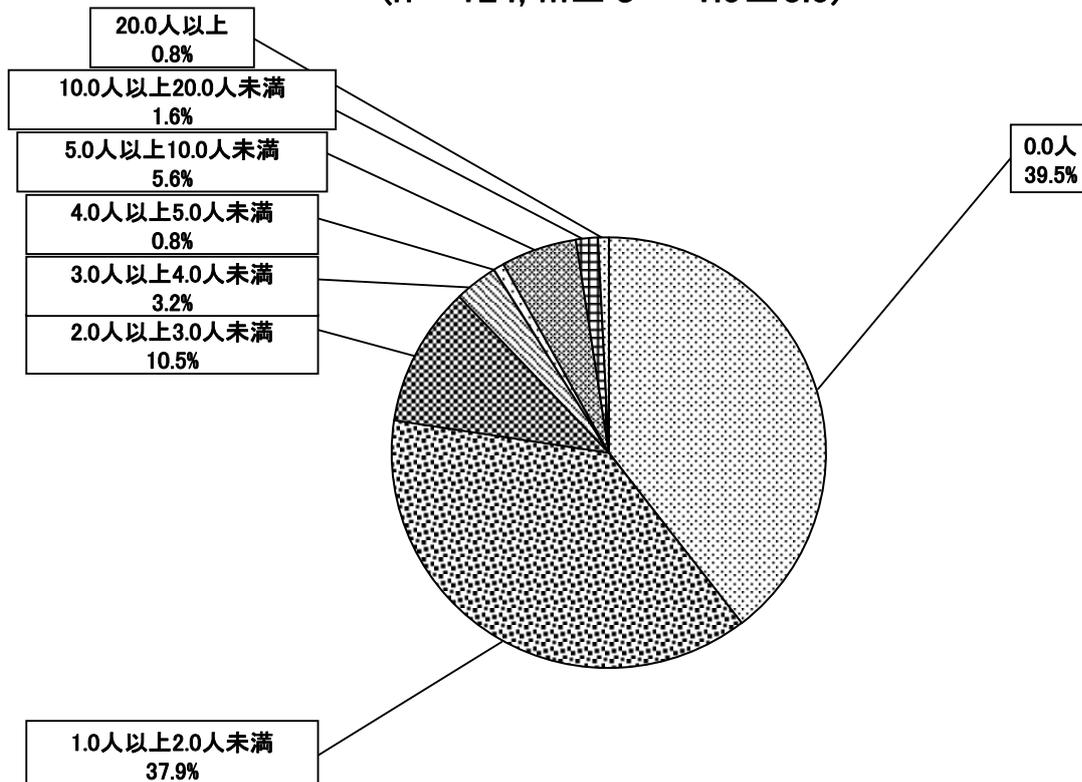
図Z-4-7 属性一職員数一看4 正看護師数一非常勤
(n = 288, m ± σ = 3.2 ± 3.7)



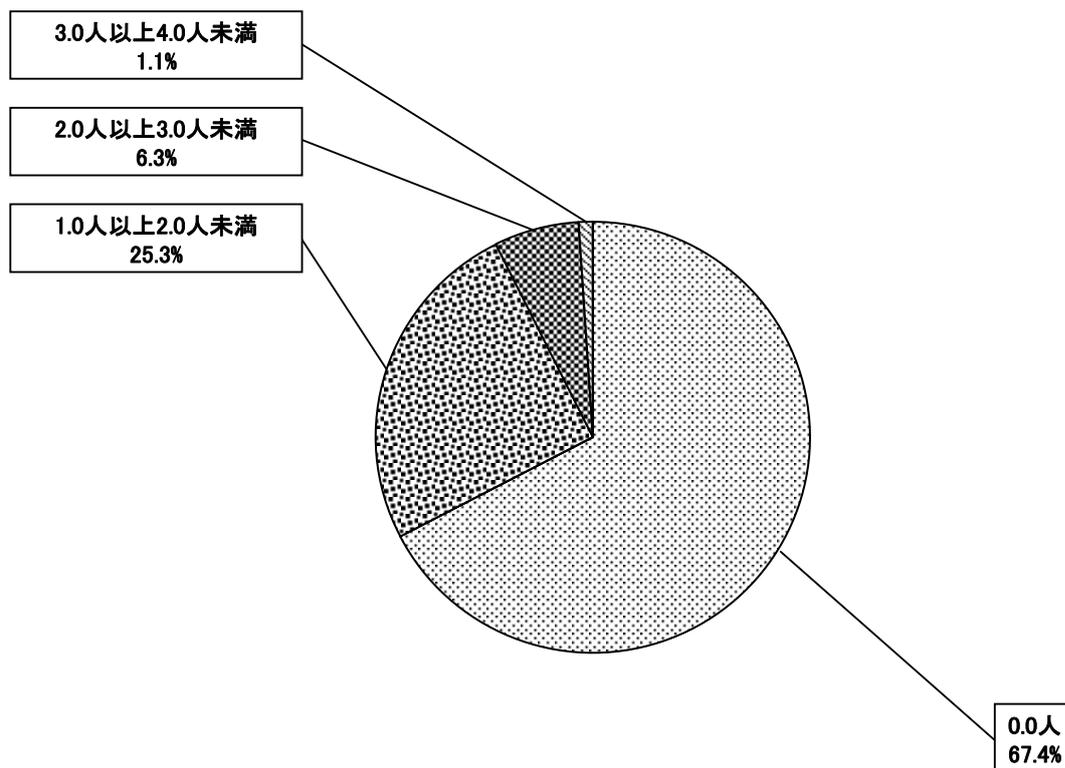
図Z-4-8 属性一職員数一看2 准看護師数一常勤
($n = 152, m \pm \sigma = 2.4 \pm 5.5$)



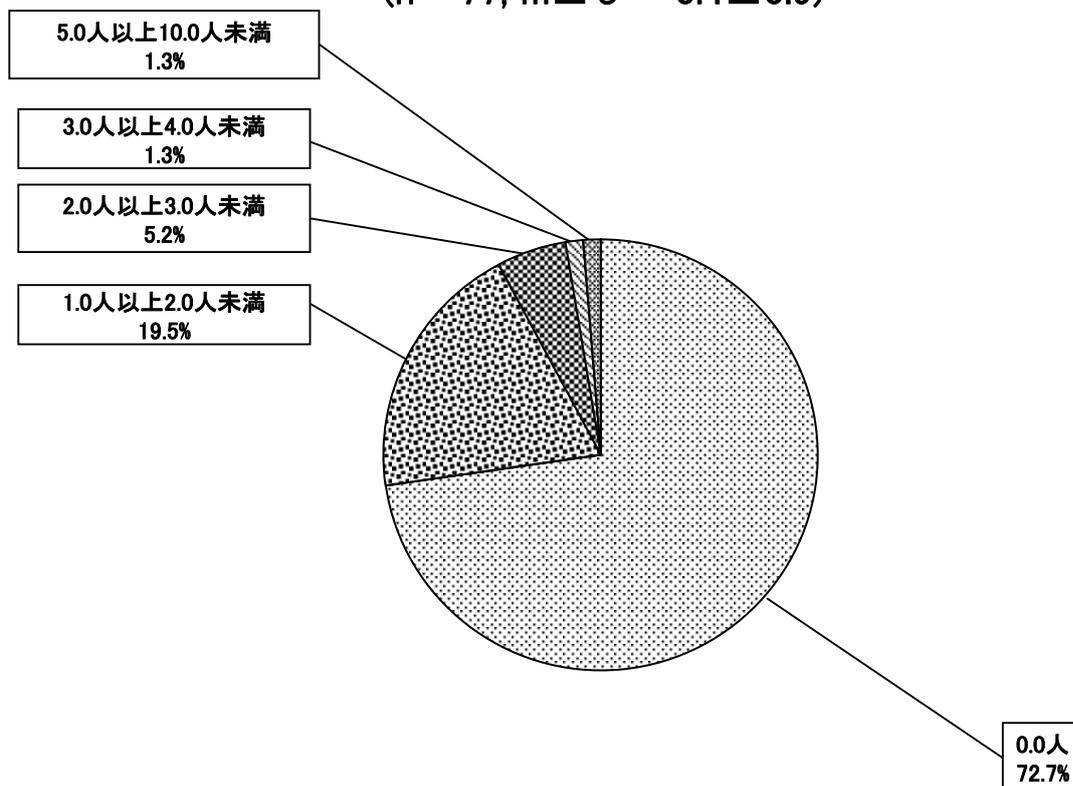
図Z-4-9 属性一職員数一看5 准看護師数一非常勤
($n = 124, m \pm \sigma = 1.5 \pm 3.5$)



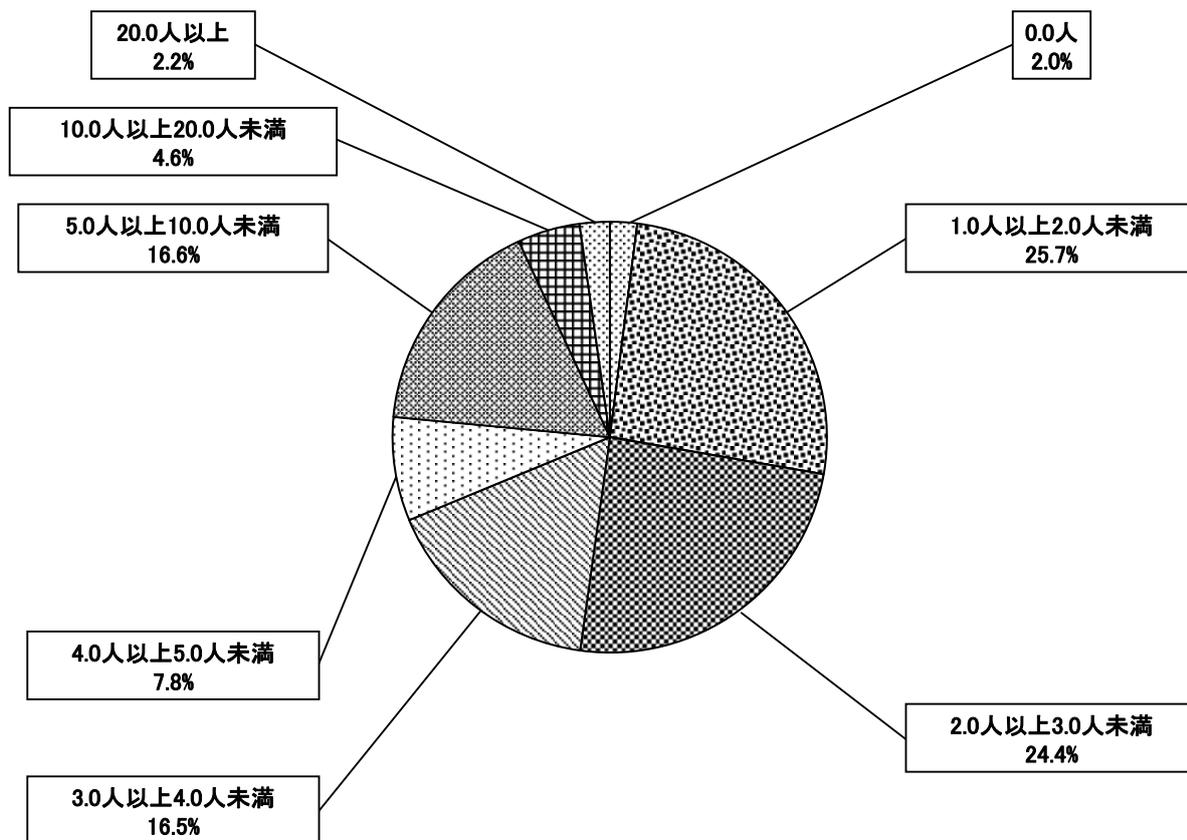
図Z-4-10 属性一職員数一看3 保健師数一常勤
(n = 95, m ± σ = 0.4 ± 0.7)



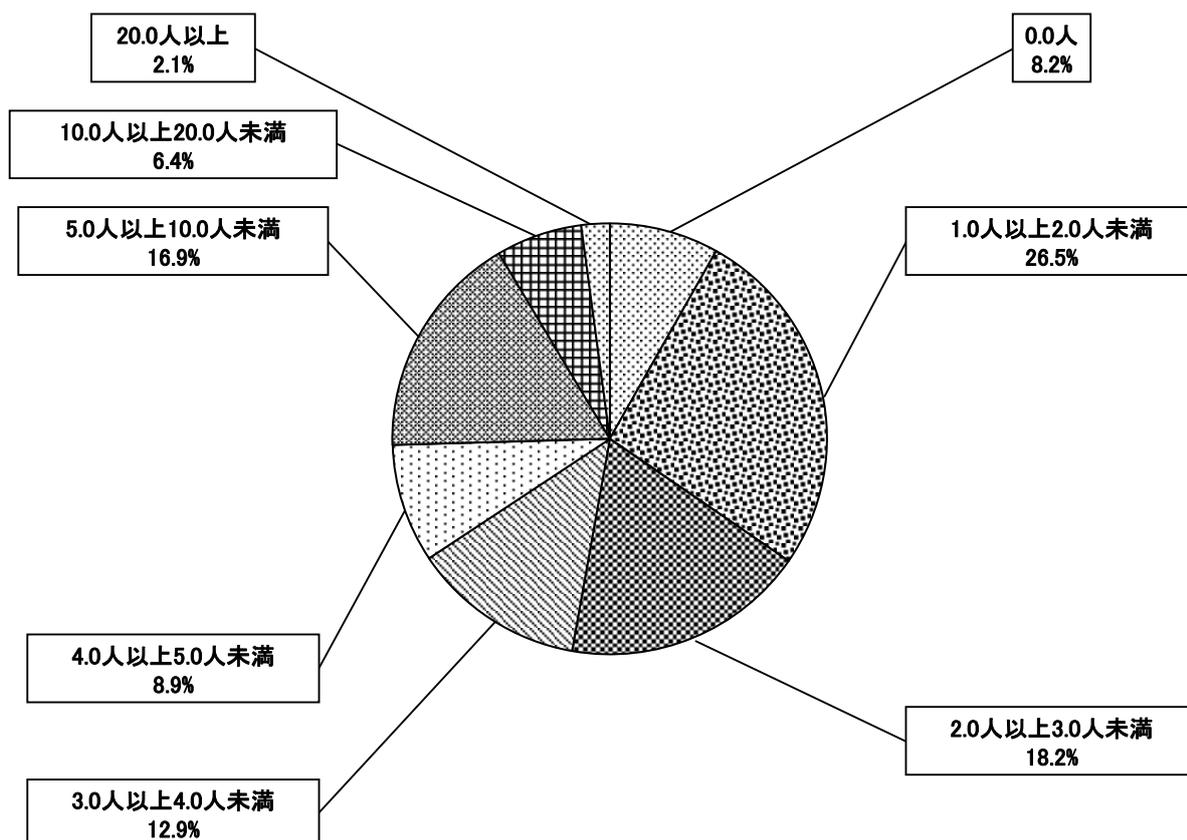
図Z-4-11 属性一職員数一看6 保健師数一非常勤
(n = 77, m ± σ = 0.4 ± 0.9)



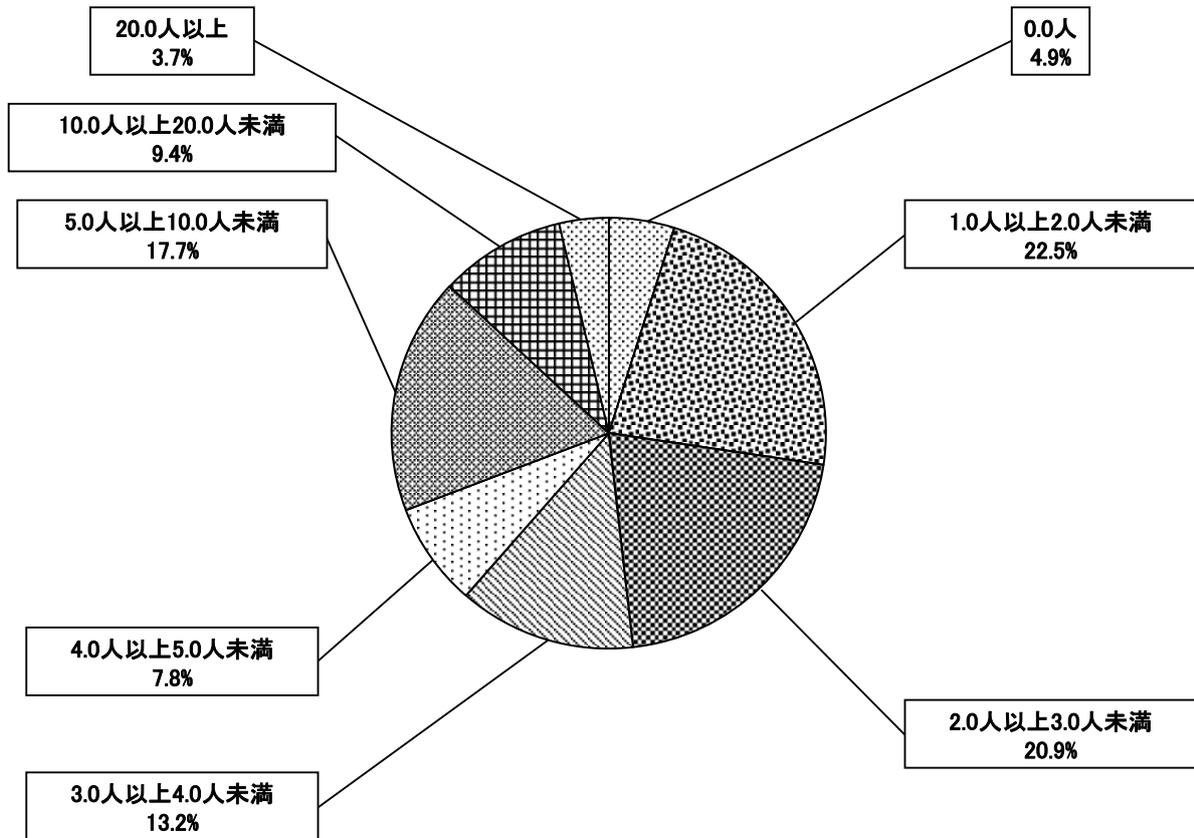
図Z-5-6 属性一職員数一介1 介護福祉士一常勤
(n = 1,077, m ± σ = 3.8 ± 5.1)



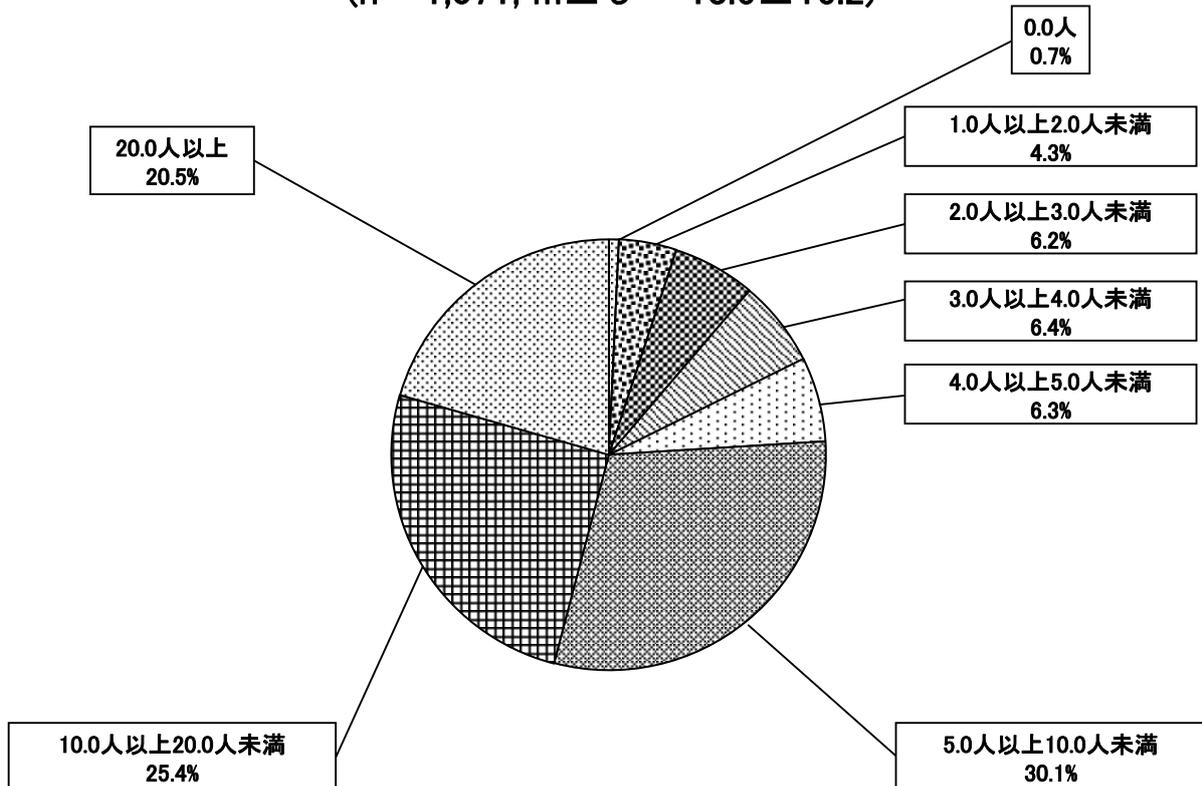
図Z-5-7 属性一職員数一介4 介護福祉士一非常勤
(n = 809, m ± σ = 3.9 ± 5.6)



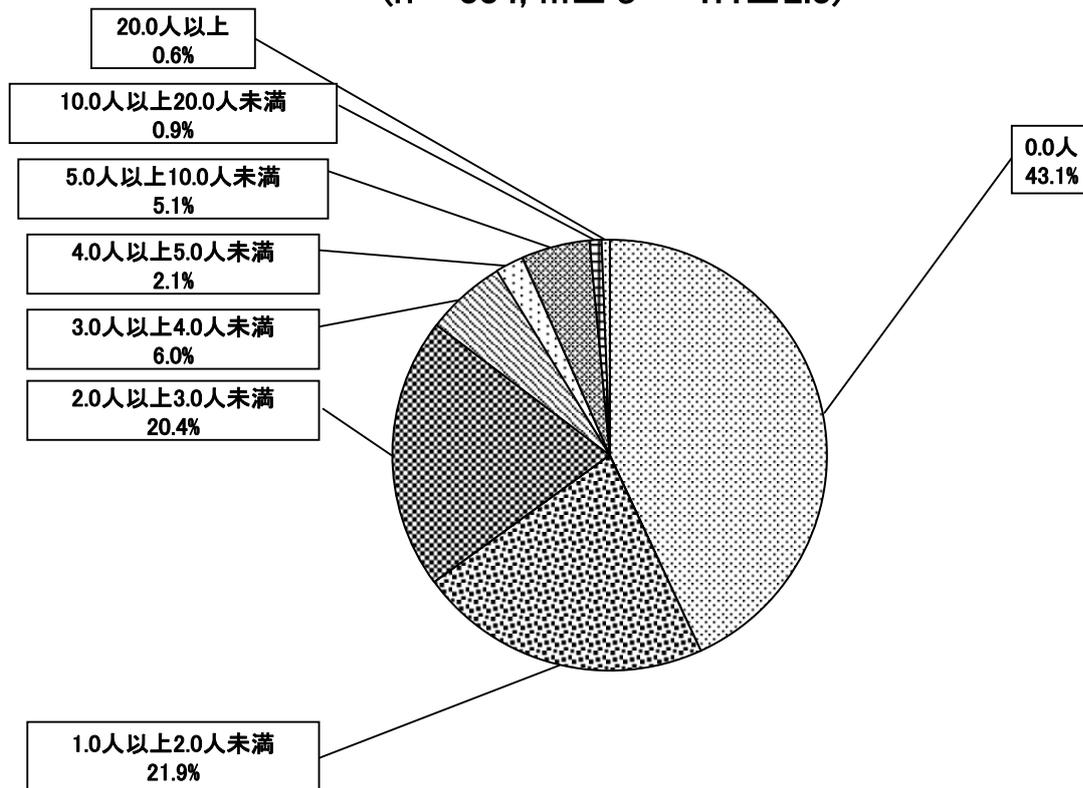
図Z-5-8 属性一職員数一介2 ホームヘルパー一常勤
(n = 925, m ± σ = 4.8 ± 6.6)



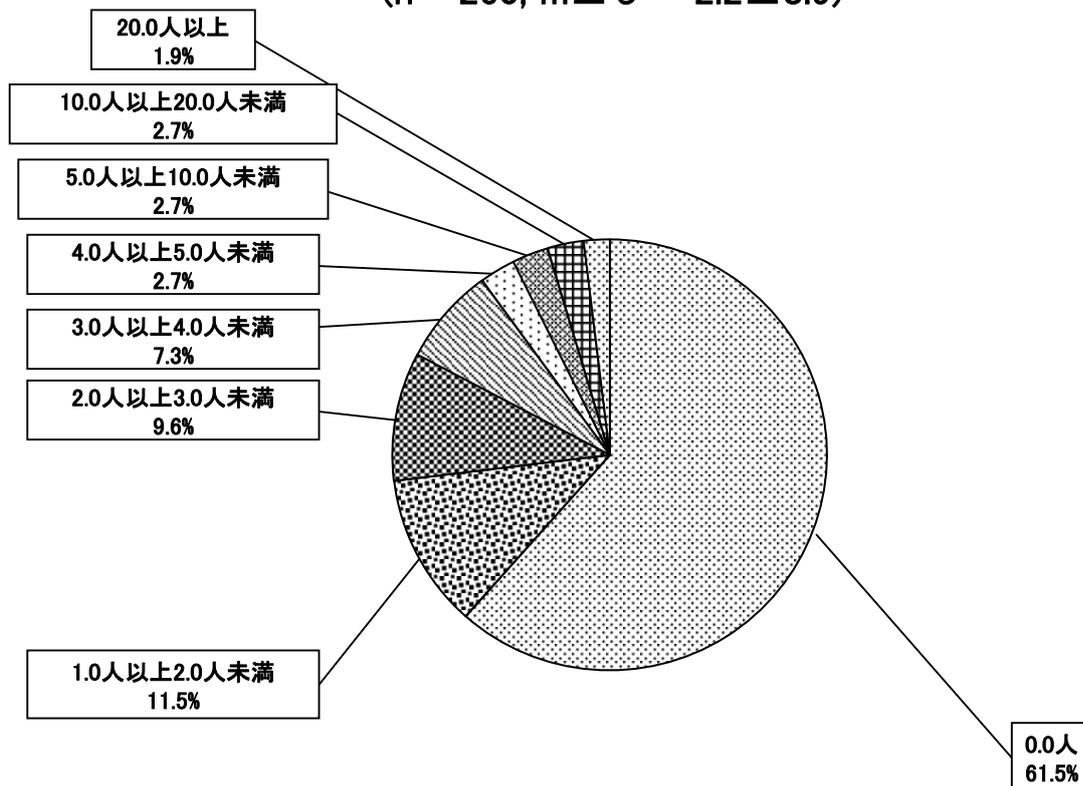
図Z-5-9 属性一職員数一介5 ホームヘルパー一非常勤
(n = 1,071, m ± σ = 13.6 ± 16.2)



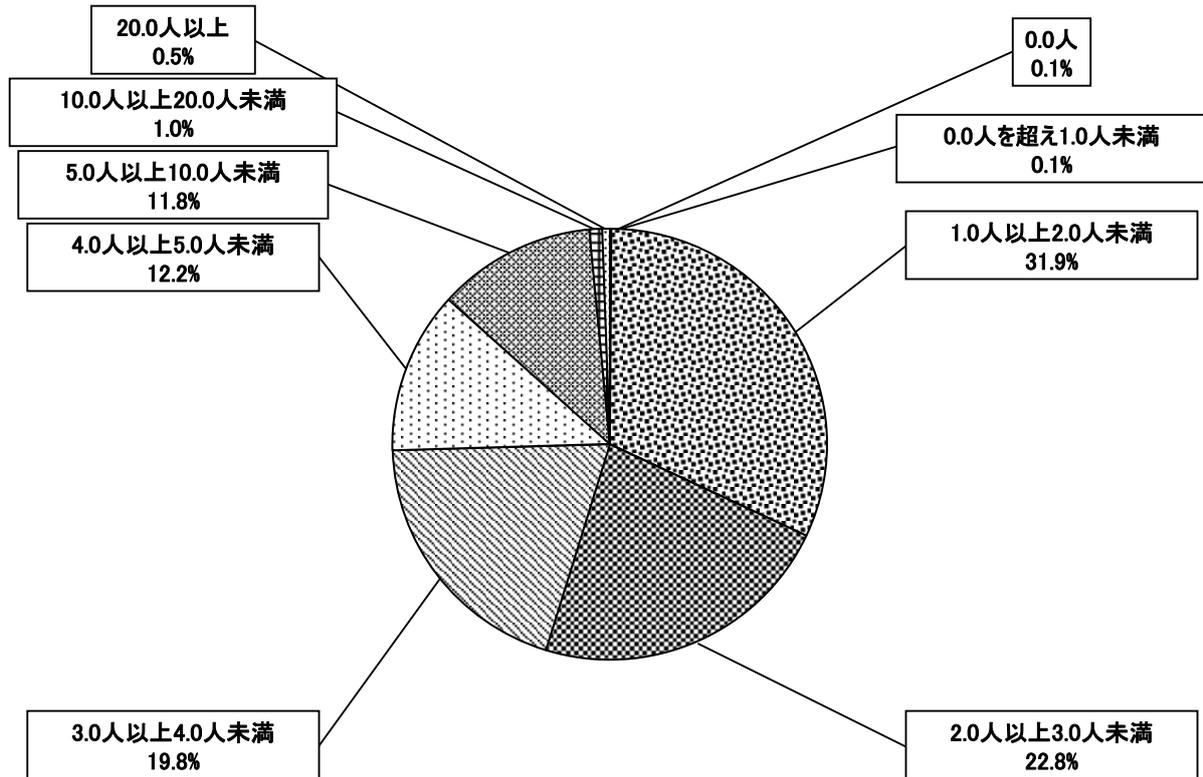
図Z-5-10 属性一職員数一介3 重度研修修了者一常勤
(n = 334, m ± σ = 1.4 ± 2.3)



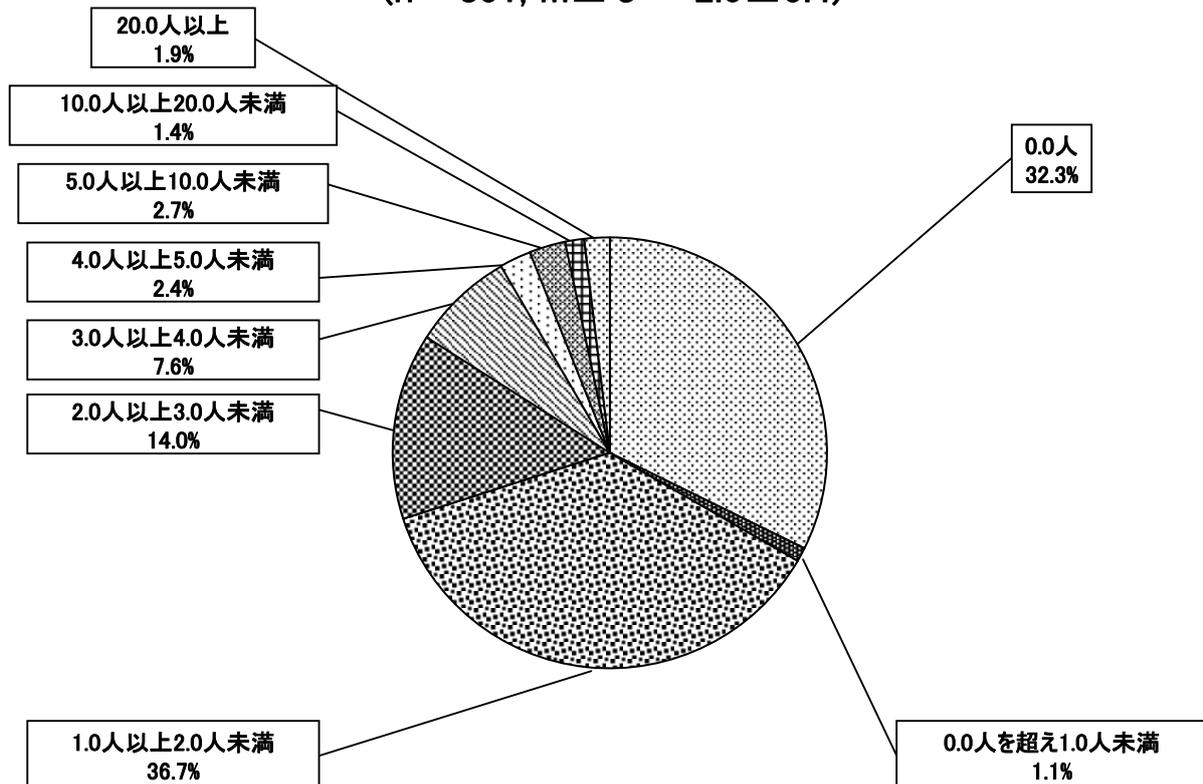
図Z-5-11 属性一職員数一介6 重度研修修了者一非常勤
(n = 260, m ± σ = 2.2 ± 8.9)



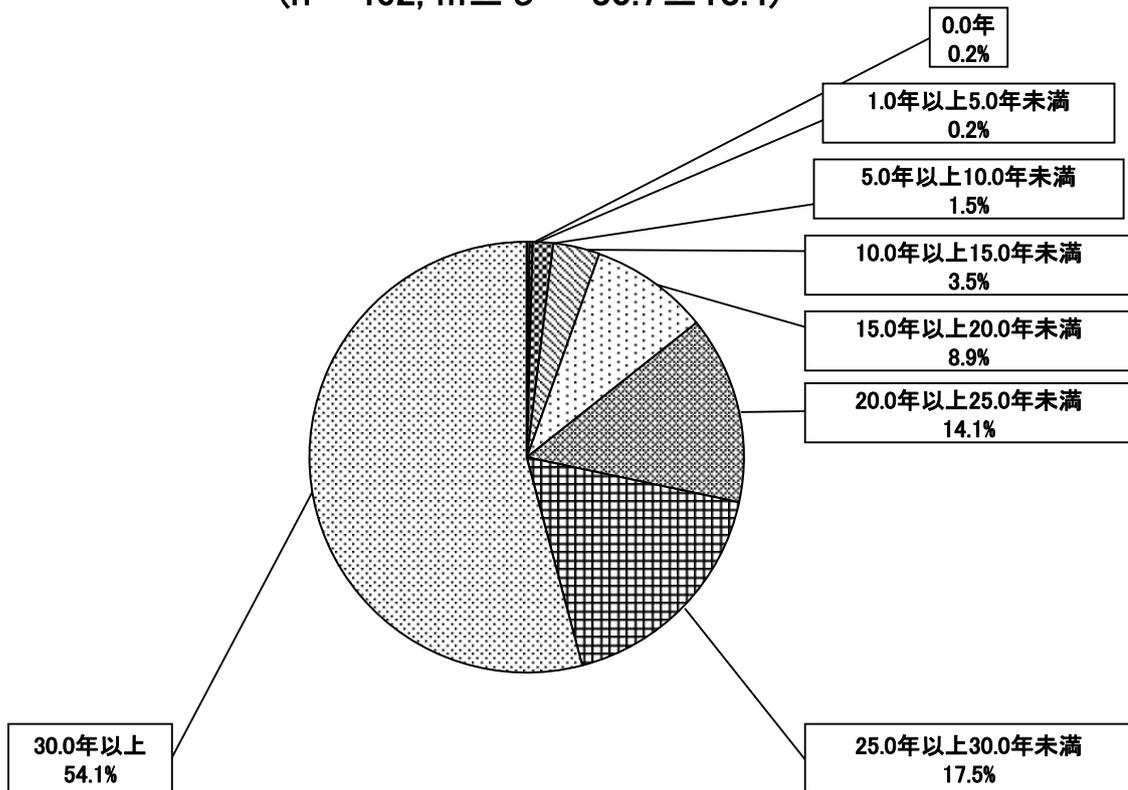
図Z-6-6 属性一職員数一ケ1 ケアマネジャー一常勤
(n = 1,850, m ± σ = 3.0 ± 4.6)



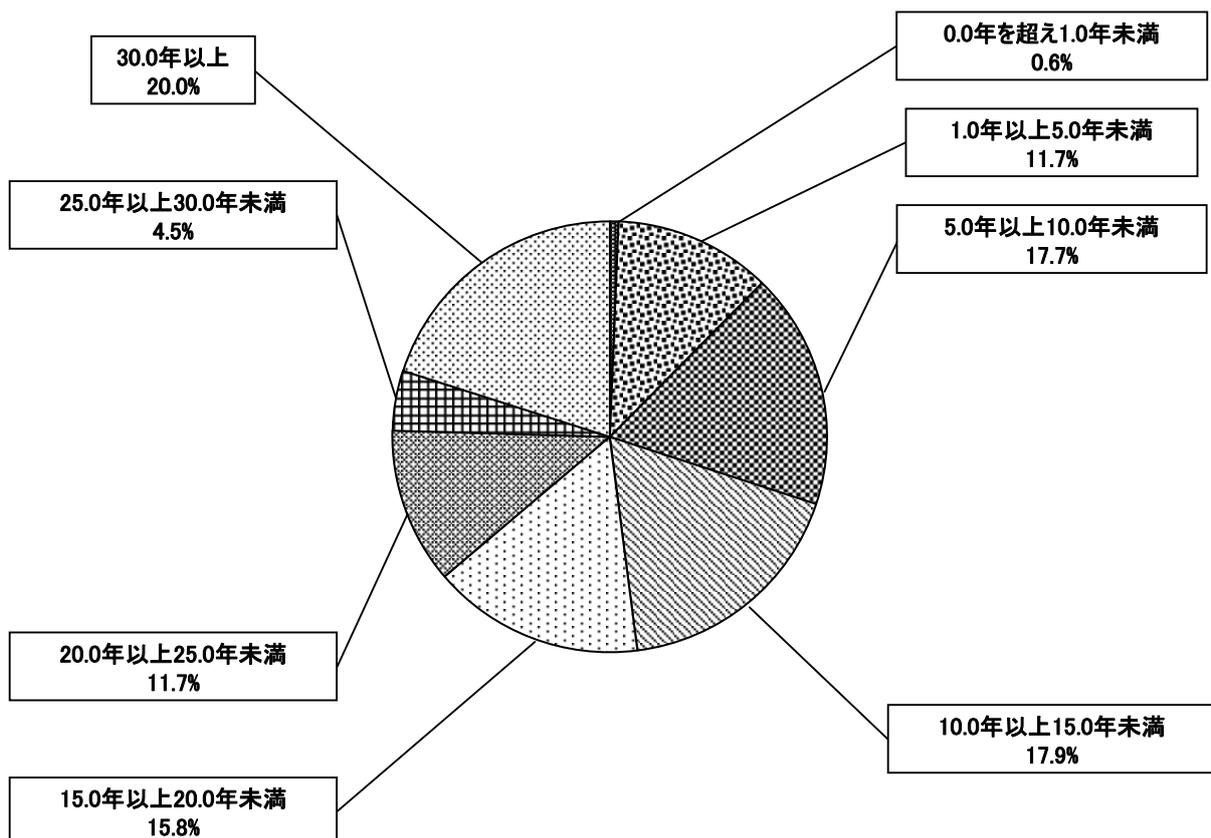
図Z-6-7 属性一職員数一ケ2 ケアマネジャー一非常勤
(n = 851, m ± σ = 2.0 ± 5.4)



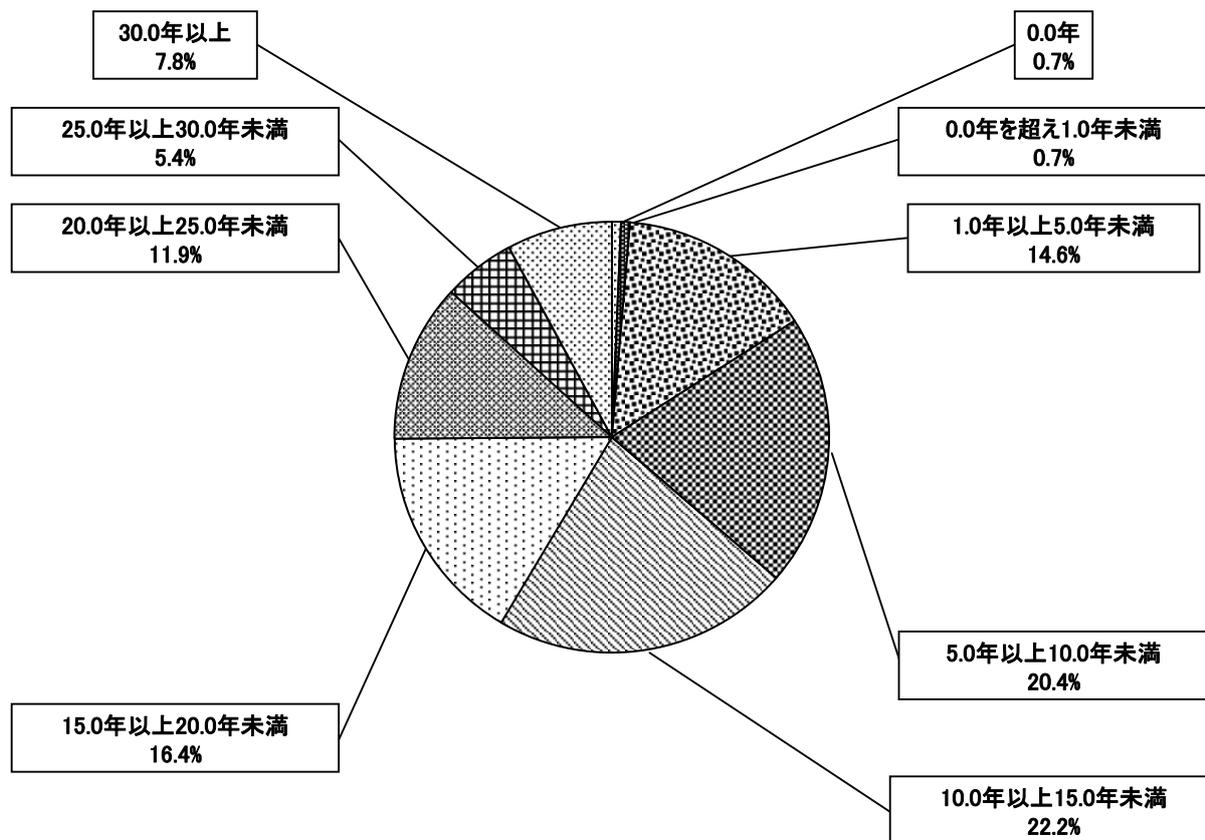
図Z-1-12 属性一年数1 臨床経験年数
(n = 462, m ± σ = 30.7 ± 13.4)



図Z-1-13 属性一年数2 診療所開設より
(n = 469, m ± σ = 17.9 ± 13.7)



図Z-1-14 属性一年数3 在宅訪問開始より
(n = 446, m ± σ = 13.8 ± 10.4)



第4章 総括

【総括】

本研究報告の骨子は、

- 1) 来るべき少子・高齢化における I C F の有効性について提言し医療と介護の包括的提供及び運営戦略を確立する。
 - 2) 生きることの全体を支える多職種（全国の病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所）へ調査を実施し、ICF に基づく医療・介護等の意識及び、I C F の生活機能モデルを結びつける構造や方法を提示し、包括的な実践のあり方を示す。
 - 3) 在宅へ復帰する際の病院における退院指導（たんの吸引、胃瘻栄養を必要とする患者、家族に対する説明や指導）の現状に関して調査し、ICF の視点から在宅移行時の退院支援の在り方を提言する。
- 等である。

第一に、少子・高齢化による人口動態の変化に基づく医療形態の変化について論じる。

図 1 の中図に示すように来るべき 2025 年には人口は 1300 万人減少（東京都全域ないし東北北海道全域の人口が消滅すると考えれば分かりやすい）し、支えられる人口と支える人口の比率が、現在の 1 : 3 から 1 : 2 に変化する。

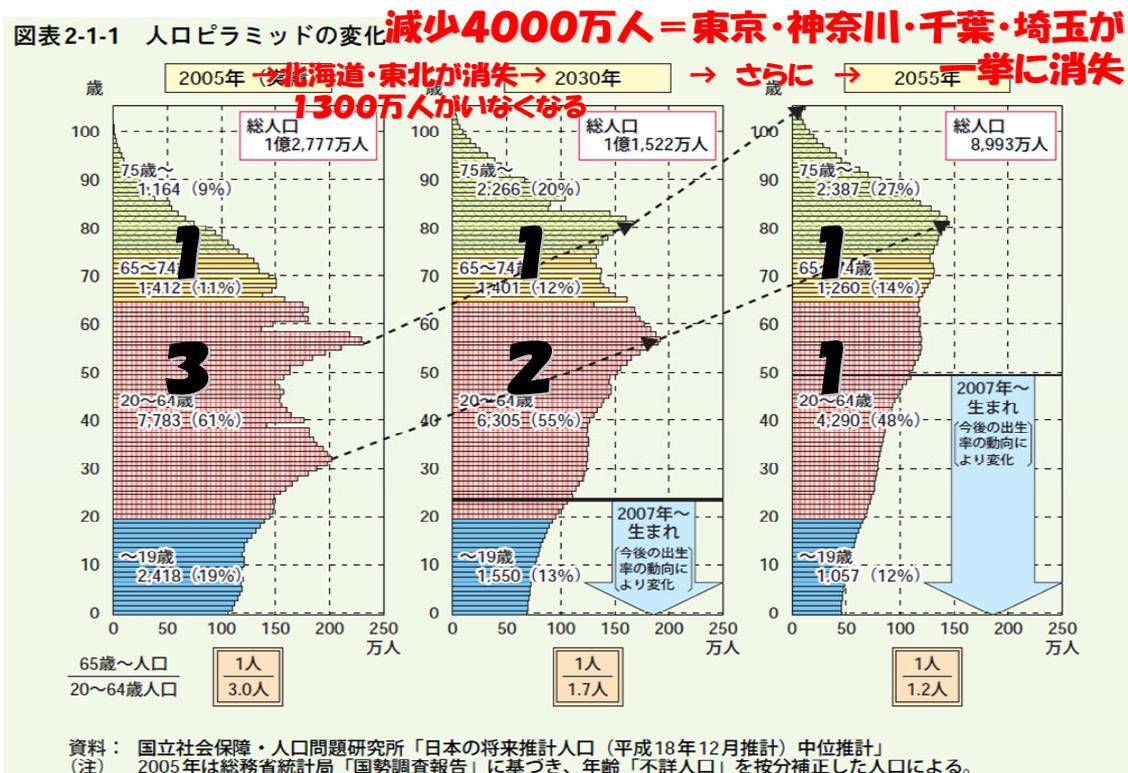


図 1

これは図 2 のように、介護をする側の人的縮小を意味し、支える質・量ともに低下することを示している。

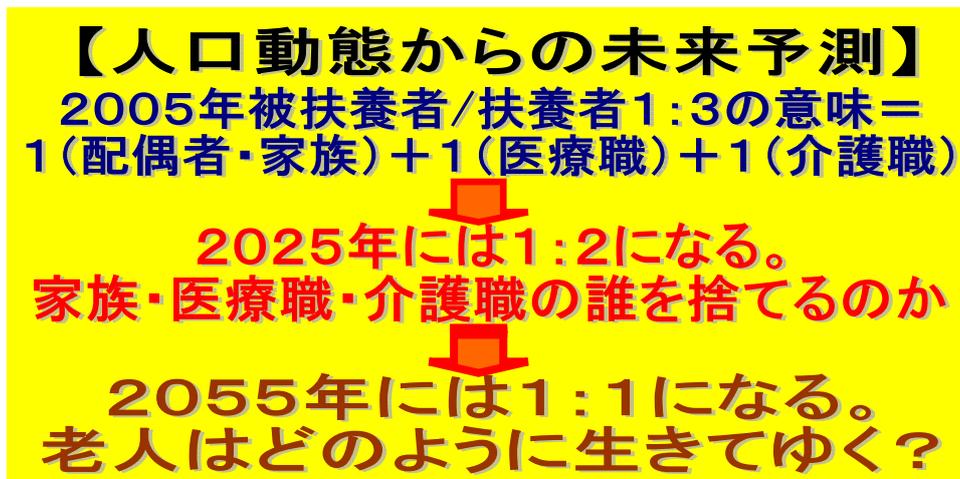


図2

さらに死亡者数の増加と同時に、死亡者に占める高齢者（老化は治らない）が増し、2025年には総死亡者数に占める後期高齢者（75歳以上）の死亡割合が86.6%に達する。

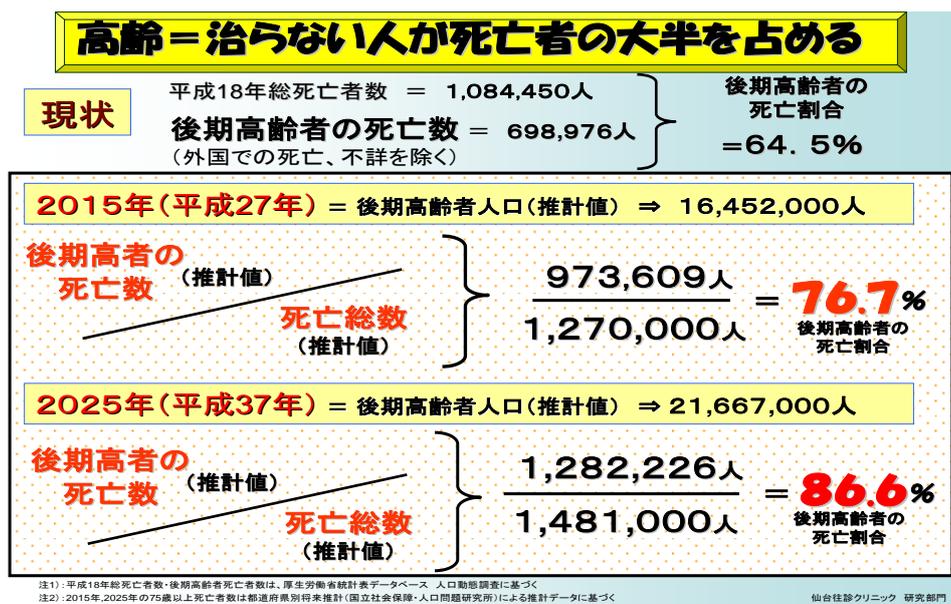


図3

ここに、生存する人口の構成比の老化のみならず、死亡比率においても老化の一途をたどるのがわが国の将来像であることを踏まえなければならない。

二つの問題が生じる。ひとつは『高齢者の死亡比率が相対的に高まった場合に高齢者自らの終焉への道筋を本人がどのように描き、どのように処遇されることを希望するのか』という点である。

一つ目の問題に関しては、すでに多方面において多くのアンケート調査が行われており、いずれも ①自宅で生活したい、②自宅で最期を迎えたい、という結果が出ており、国民の60%～80%は①②を希望していると言って差し支えない。

図4 (がん患者へのアンケート調査では83%の人が自宅での暮らしを希望している)

図5 (酸素吸入・胃瘻栄養・人工呼吸器・中心静脈栄養の在宅患者の65%~80%は自宅での看取りを希望している)



図4

生の終わりを迎える理想の場所は？

病院と在宅双方のメリット・デメリットが分かると、患者も医者も在宅医療を選ぶ

	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅酸素	159	36	3	104	20
在宅胃瘻栄養	100	22.6	1.9	65.4%	12.6
在宅人工呼吸	45	7	-	33	5
在宅中心静脈	100	15.6	-	73.3%	11.1
在宅医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6%	19.4

※平成17年6月厚生労働省「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」補足調査結果

図5

したがって、国民の希望に沿う医療と介護提供が今後早急に行われなければならない事態に、すでに達しているのである。

二つ目は『高齢人口比率が相対的に高まった場合に高齢者の身体状況が日本の実情にどのように影響するか』という点である。

この問題は種々の要素が絡むので一言で示されるものではない。しかしまずは、『高齢者の身体状況がどのように変わってゆくか』については、国民すべてに統一された認識がなされなければならない。そもそも「私はどのように老いてゆくのか」を事前に知らなければ、その時点における対処が想定されなくなってしまうのではないか。

そこで、二つ目の問題について深く掘り下げる必要がある。つまり、

- 1) そもそも私はどのように老いて身体が変化するか
- 2) 変化した身体に関してどのような対処があるのか
- 3) 1) の変化と、2) の対処は、今後の日本の医療・介護・政策・経済動向等にどのように影響するのか

等が論議されることとなるはずである。

本研究は1) 2) について言及してゆくものである。

●日本人の身体観

「いつまでも元気で大往生」「ピンピンコロリが理想」「寝たきりはイヤ」等の一般的な希望は医療の現場のみならず、茶飲み話の上でも良く聞く言葉である。

日本人の大多数は、この希望が叶うような身体変化で最期を迎えているのであろうか。

「いつまでも元気」「ピンピンしている」「寝たきりにはならない」等が理想のようである。「いつまでも元気で大往生」を思い描いて見よう。いつまでも元気であるからには、年長いても健康状態を保っているわけで、その結果亡くなる間際まで健康であり続けることが理想と目される。

亡くなるその日まで健康であるならば、本人は次の瞬間にこと切れることになり、急死に近い状態であろう。「ピンピンコロリ」もほぼ同様の事態を想定できる。

では日本人は実際に「ずっと健康であり続けある日突然に亡くなっている」のだろうか。

	新生児	乳幼児	少年	成人	うち高齢者	急死者合計
死亡15年中	88	1,023	331	12,131	43,133	56,706
死亡16年中	78	374	107	9,679	40,975	51,213
死亡17年中	72	400	120	9,986	41,032	51,610
死亡18年中	60	374	105	9,274	36,082	45,895
死亡19年中	65	357	122	9,466	36,130	46,140

※救急自動車による急病に係る年齢区分別の傷病程度別搬送人員の状況より、死亡のみを抜粋（総務省消防庁 平成15～19年救急と救助の現況より）

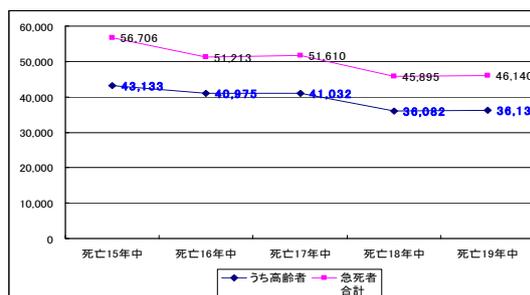


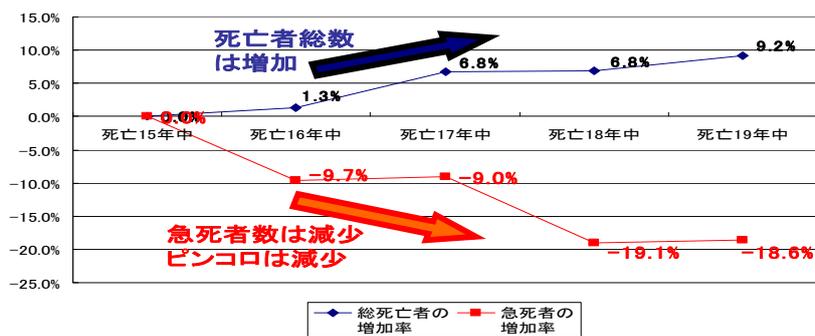
図6

図7

図6・7はいずれも日本の年間急死者数を示している。総死亡者数が約110万人に達している平成19年の状況においては、急死者数はわずかに4%に過ぎない。

つまり日本人の大多数は急死していないのである。

死亡者総数と急死者数の年次増加率

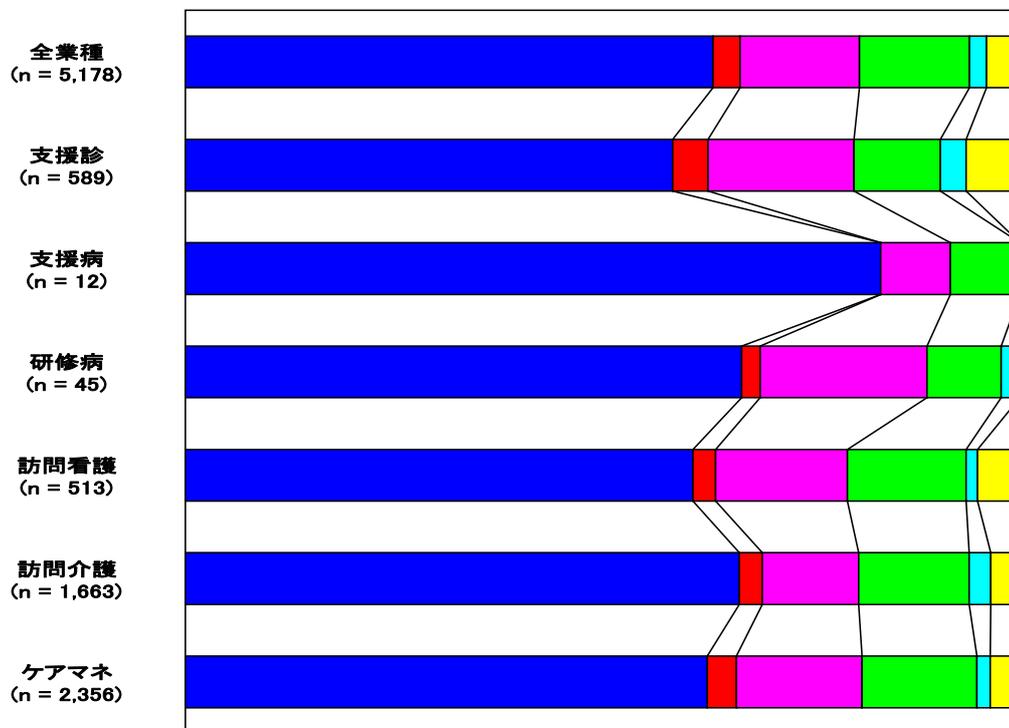


※救急自動車による急病に係る年齢区分別の傷病程度別搬送人員の状況より、死亡のみを抜粋（総務省消防庁 平成15～19年救急と救助の現況より）
 ※死亡場所別年次死亡者数（平成15～19年 人口動態統計より）

図8

図8はこれを端的に示している。年々総死亡率は増加しているが、急死者数も急死率も低下している。健康なままある日突然亡くなること、「いつまでも元気で大往生」「ピンピンコロリ」は実は急死を意味するのであって、このような急死は、総死亡者数・死亡率の中に占める割合は非常に少ないのである。

問3 ピンピンコロリ—自分自身のこれからの意識



	全業種	支援診	支援病	研修病	訪問看護	訪問介護	ケアマネ
どちらかというとピンピンコロリと死にたい	63.2%	58.4%	83.3%	66.7%	60.8%	66.4%	62.6%
どちらかというとピンピンコロリと死にたくない	3.2%	4.2%	0.0%	2.2%	2.7%	2.8%	3.5%
どちらかというとピンピンコロリとは死ななくてもよい(障害を持ち介護を受けるとよい)	9.3%	20.0%	15.8%	11.5%	15.1%		
1. 2. 3. のどれともいえない	13.2%	10.4%	8.3%	8.9%	14.2%	13.2%	13.8%
考えても見ない	2.0%	3.1%	0.0%	2.2%	1.4%	2.6%	1.6%
その他	4.0%	6.5%	0.0%	0.0%	5.1%	3.5%	3.6%

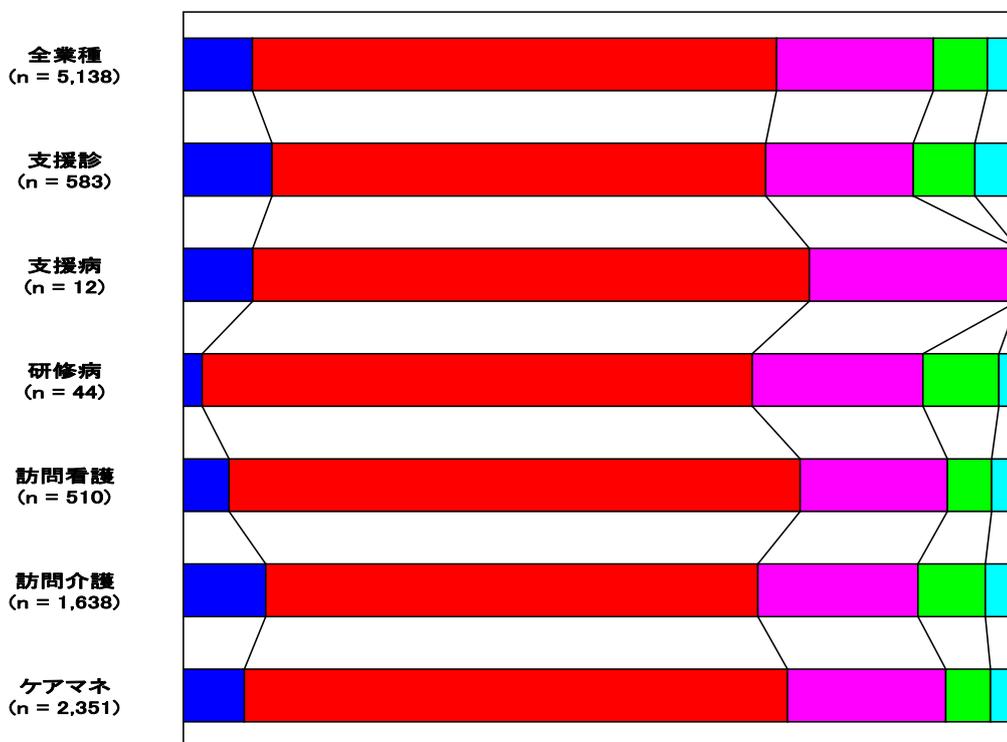
図9

本調査の結果では、図9に示すように、自分自身がこれからいずれは最期を迎えるに当たって、『どちらかというとピンピンコロリと死にたい』という希望が、実に63%に達している。

実際とかけ離れた希望を持っていることを全業種が分かっていること、図10に示すように、問いかけられた本人自身は『どちらかというとピンピンコロリと死ぬとは思っていなかった』と回答している。

このように、理想『ピンピンコロリと死にたい』と、現実『ピンピンコロリとは死ねない』の落差を認識しているように思えるのだが、自由記載を見ると、漠然と思いついていいる場合や、概念として考えられているが実感がない記載が多数である。

問1 ピンピンコロリ自分自身のこれまでの意識



	全業種	支援診	支援病	研修病	訪問看護	訪問介護	ケアマネ
どちらかというピンピンコロリと死ぬと思っていた	8.3%	10.6%	8.3%	2.3%	5.5%	9.9%	7.3%
どちらかというピンピンコロリと死ぬとは思ってなかった	62.8%	59.2%	66.7%	65.9%	68.4%	59.0%	65.1%
1. 2. のどちらともいえなかった	18.8%	17.7%	25.0%	20.5%	17.6%	19.2%	19.0%
考えて見たこともなかった	6.5%	7.4%	0.0%	9.1%	5.3%	8.1%	5.4%
その他	3.7%	5.1%	0.0%	2.3%	3.1%	3.9%	3.3%

図 10

したがって、ピンピンコロリとは死ねない場合の具体的な状況把握や、いつまでも健康ではいられない場合における支援にまでは考えが及んでいないことが推測された。

いつまでも健康ではいられないという現実把握に乏しいことが、医療職種・介護職種のいずれにも見受けられるので、人は一体どのように衰えて最期を迎える日が来るのか、刻々変化してゆく衰えにどのように対処するのが推測されないのである。

医療職種・介護職種本人ではなく、周囲の人がどのように考えているように見えるかについて質問した回答が図 11 である。

いずれの職種からも、相対的に周囲の人はよりピンピンコロリと死ぬと思っているように見えているようである。特にその傾向は臨床研修指定病院において強調されている。当該病院は救命・救急搬送される率が高く、それだけ急死者数も多いためと思われる。

問2 ピンピンコロリ周辺のこれまでの意識

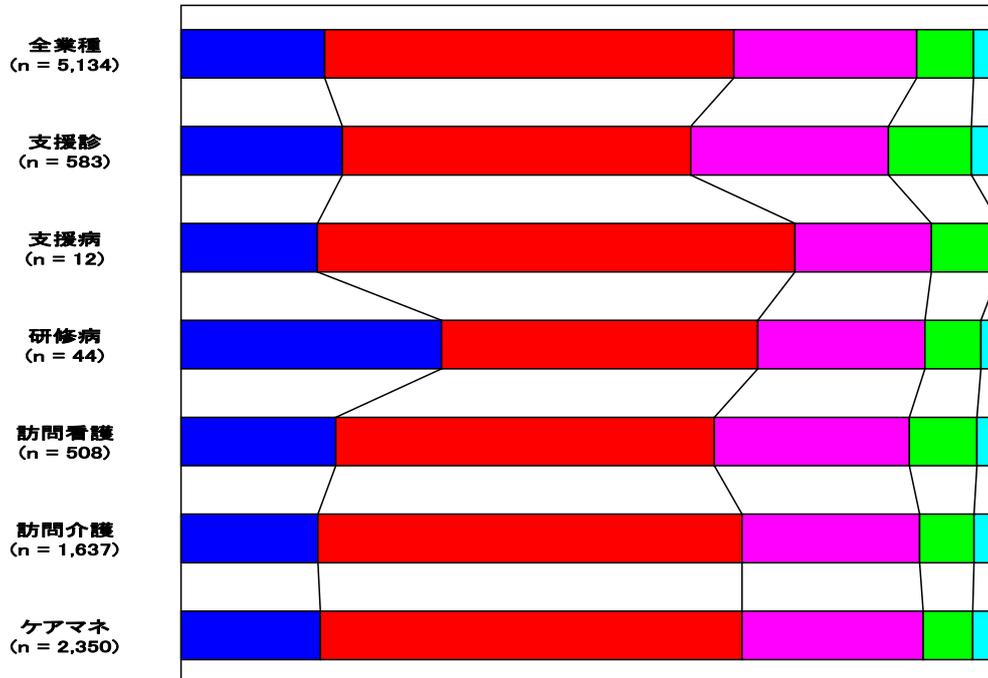


図 11

ただし、周囲の人もピンピンコロリとは死ねないと思っているようであると感じている率が最も多いのは図 10 と同様である。

以上より、図 9・10・11 及び自由記載からは以下のことが推測される。

- 1) 医療職・介護職ともにいつまでも健康で大往生＝ピンピンコロリとは死ねないと考えている。
- 2) しかし、希望としてはピンピンコロリと死にたいと思っている。
- 3) 1) 2) の落差を補完する概念的道筋と具体的な補填条件の抽出に乏しい傾向がある。
- 4) したがって、①実際にピンピンコロリ＝急死の際にはあわてる可能性がある。
- 5) 逆に、②次第に衰えて最期を迎える道筋に関する具体的な視点と支援に乏しい。

医療職・介護職のいずれもが、①急死、にも、②緩やかな衰え、にも的確な説明や支援策の提示ができない可能性があるとなると、実際の現場においては、説明責任の有無と対処が適格か否かが大きな問題となる。

●衰えの実際と最期の迎え方の意味するところ●

では、日本人は実際にはどのように衰えて最期を迎えているのだろうか。図 12 を見ると、65 歳以上の人口の増加率に比べ、要介護 5 すなわちほぼ臥床状態の認定人口の増加率のほうがより高い。老人人口が増加するほど介護を受ける人口の増加のほうがより高くなるのである。つまり、いつまでも健康＝ピンピンではいられない人口がより多くなる。

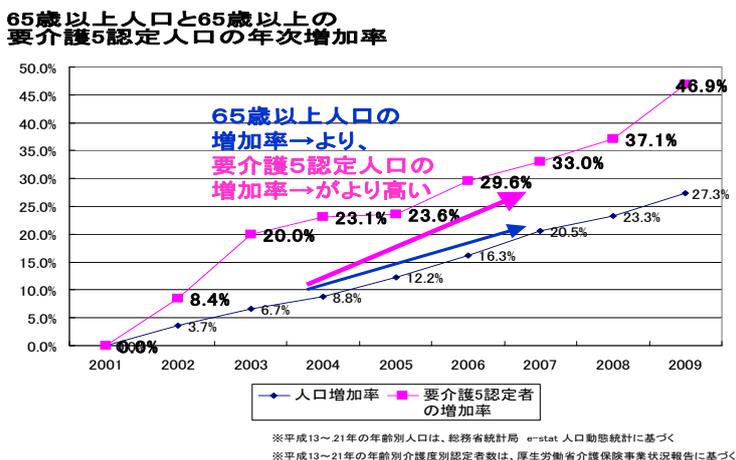


図 12

これを、図 13 に示す日本人の生活所要量別エネルギー所要量で見てみよう。摂取エネルギーが高いほど処理能力が高いと考えられるので、年齢別の体力を間接的に表すとも言える。最も高い値は 15～17 歳時であり 2500Kcal/日を摂取する。しかし、それ以降は年齢と

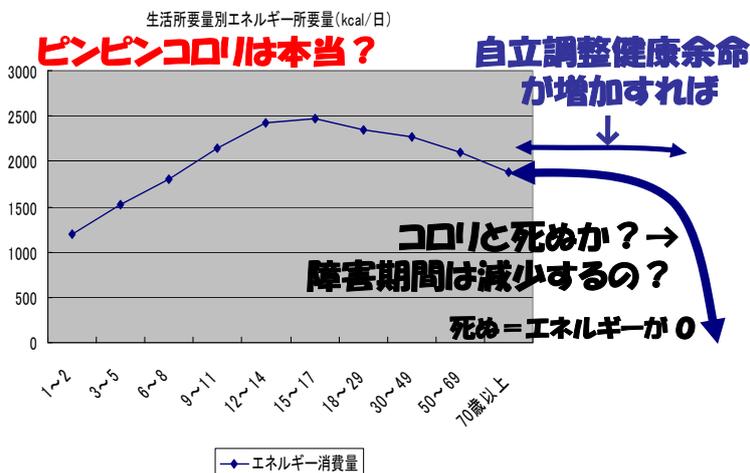


図 13

ともに摂取カロリーは低下する。つまり処理能力の低下→体力の低下が起こると考えられる。ここで、もし「いつまでも健康＝ピンピン」でいるとすれば、健康でいられる期間すなわち「自立調整健康余命」が延長されることとなる。これを模式的に図 13 の青い直線で示している。

「いつまでも健康で大往生」や「ピンピンコロリ」であるなら、自立調整健康余命が延長された後に、ある日コロリと突然死ぬはずであろう。死ぬ＝エネルギーが突然に0になる。健康なままで突然死ぬのであれば、障害を持たずに最期を迎えることができる。すなわち障害期間（障害を持ちながら生きてゆく期間）が短くて済むことになる。

果たして図 13 のようになるのかを検証して見る。

平均余命・健康余命・障害期間 の増加率【H14→H21年】

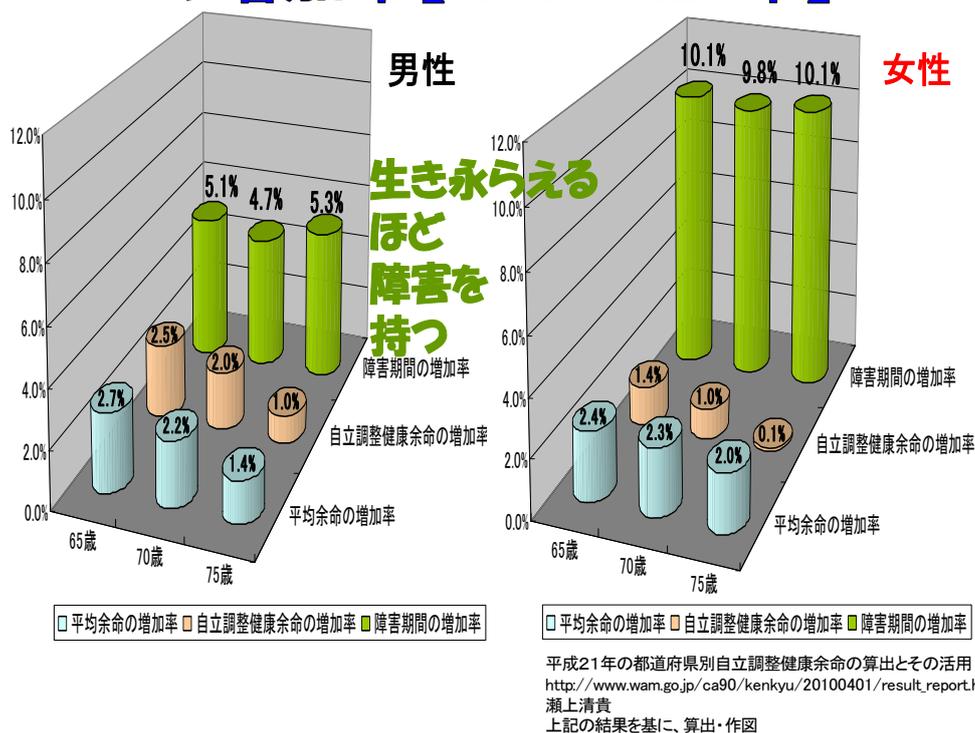


図 14

図 14 は、平成 14 年から 21 年までの 7 年間における平均余命・自立調整健康余命・障害期間（障害を持ちながら生きてゆく期間）のそれぞれの増加率を示したものである。

男女各年齢層（65・70・75 歳）ともに平均余命・自立調整健康余命は若干延長されている。確かに健康である期間が若干延長されているのである。

しかし、その延長の度合いよりも格段に障害期間がより延長されている。意味するところは、『年をとればとるほど健康ではいられなくなり、障害を持ちながら生きてゆく』のである。

特に、女性の 75 歳においては、自立調整健康余命はほとんど延長されない（わずか 0.1%）。そして障害期間の増加率が大幅（10.1%）である。

75 歳の女性においては、健康でいられる女性はほとんど無く、いずれかの障害を持ちながら生活してゆくことになると考えられる。

全国高齢者パネル調査

調査方法

- 全国の住民基本台帳から60歳以上の住民を無作為抽出 (N=5715)
- 3年毎に訪問面接調査

パネル調査年

1 次調査	1987
2 次調査	1990
3 次調査	1993
4 次調査	1996
5 次調査	1999
6 次調査	2002
7 次調査	2006
8 次調査	2010 (生検導入予定)

機能的健康

得点

- 3 ADL、IADL ともに自立
- 2 IADL 項目に要支援、ADL 項目は自立
- 1 ADL、IADL ともに要支援
- 0 死亡

ADL questions (3項目)

- 風呂にはいる
- 短い距離を歩く
- 階段を2、3段上がる

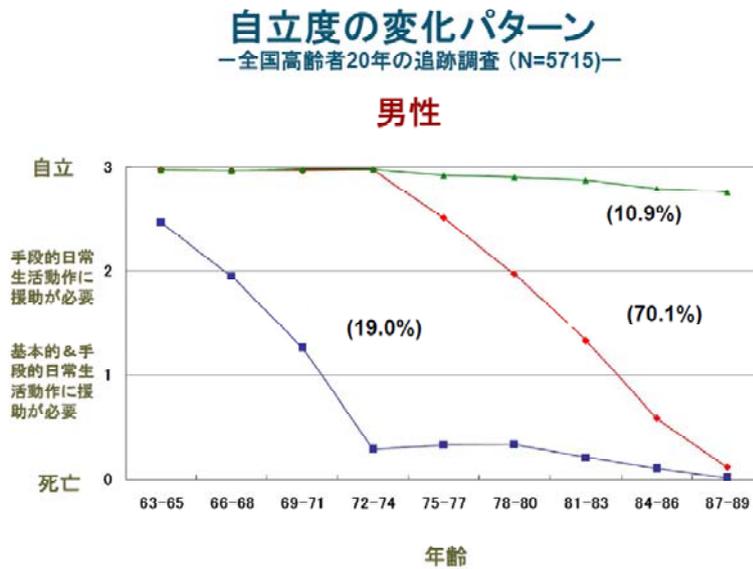
IADL questions (3項目)

- 日用品の買い物をする
- 電話をかける
- バスや電車に乗って外出する

出典：秋山弘子「長寿社会のまちづくり(2010) <http://www.bunshin.co.jp/activity/20100813.pdf>

表 1

表 1 は東京大学秋山弘子教授が、60 歳以上の住民 5715 名を 23 年間に渡って追跡調査したものである。ここでは、機能的健康を 4 段階に分け、年齢を経るごとに機能が衰える様子をグラフ化している。



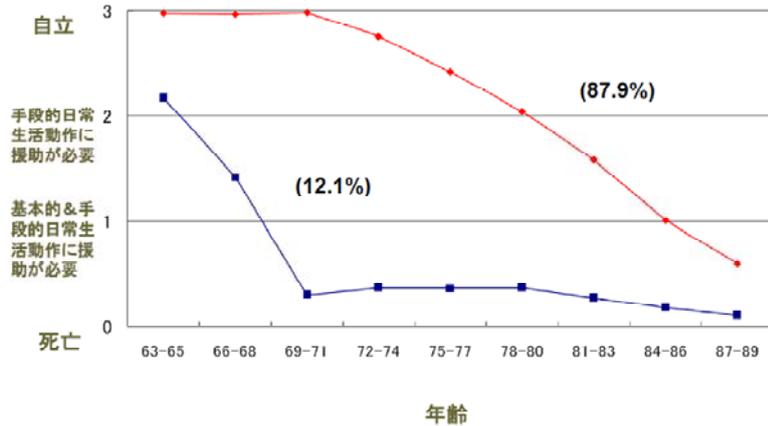
出典) 秋山弘子「長寿時代の科学と社会の構想」【科学】岩波書店、2010

図 15

男性の 70.1%は年齢とともに次第に身体機能は衰えている。ごく一部 10.9%は 80 歳を過ぎてもかくしゃくとして生きている。一方で、19%はすでに 60 歳代で身体機能が早くも衰え援助が必要になっている。男性においては、このような三つのパターンが認められ、70.1%は年齢とともに身体機能が徐々に衰え、援助を受けるようになるのである。

自立度の変化パターン —全国高齢者20年の追跡調査 (N=5715)—

女性



出典) 秋山弘子「長寿時代の科学と社会の構想」『科学』岩波書店, 2010

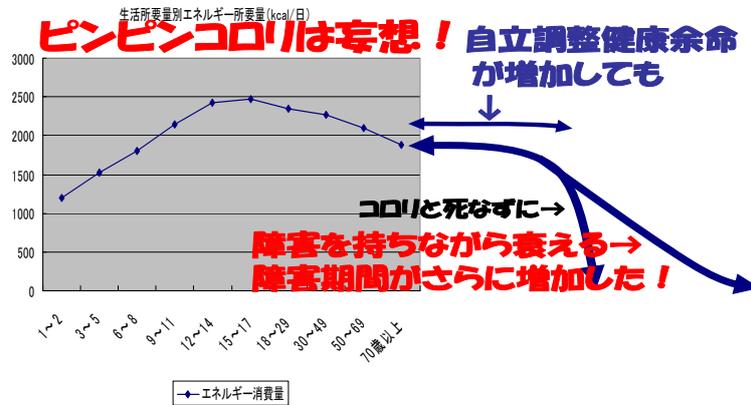
図 16

他方、女性においては、12.1%は60歳代ですでに身体機能の衰えが出現している。

さらに、70歳を過ぎてまったく健康でいられる女性は皆無に近く、87.9%が何らかの理由で身体機能の衰えを持ち、年齢とともに次第に援助が必要になっている。

このデータは、図14の75歳女性における自立調整健康余命の増加率がほとんど無い(0.1%)ことと一致する。

以上より、『いつまでも健康=ピンピン』は男女のいずれにおいてもほとんど妄想に近いといえる。特に、75歳以上(厳密には72歳以上)の女性においてはほとんど有り得ない。ただし男性はかろうじて健康であり続ける者が10.9%いる。



出典: 厚生労働省 第6次改定日本人の栄養所要量について (http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9906/s0628-1_11.html) より作成

図 17

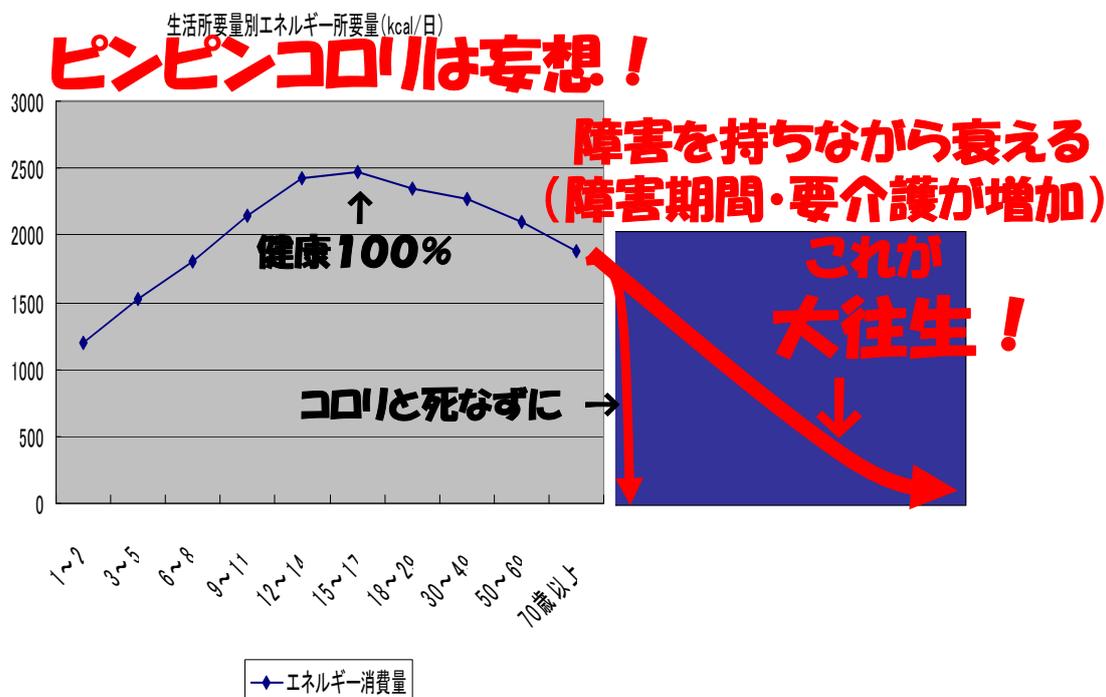
以上の結果から、図 17 に示すように、たとえ自立調整健康余命が多少延長されたとしても、ごく一部の男性を除いては、ピンピン=いつまでも健康で、ある日コロリと死ぬことは現在のほとんどの日本人にとっておよそ叶わぬことなのである。

大多数の日本人は

- 1) 『いつまでも健康=ピンピン』は、年齢とともに叶わぬものとなり、
- 2) 次第に身体機能が衰えて
- 3) 援助や介護支援を必要とするようになり
- 4) 最終的には臥床状態（要介護5程度）に至り
- 5) 最期を迎える

のである。

したがって、健康なままある日突然コロリ=大往生するのではない！これを明らかにしたものが下図 18 である。



出典:厚生労働省 第6次改定日本人の栄養所要量について (http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9906/s0628-1_11.html)より作図

図 18

●●『大往生』の解釈●●

一般には『大往生』は①少しの苦しみも無く安らかに死ぬこと、②りっぱな死に方であること、の二つの意味を持つ。

病気や事故に合わず元気で居続けて大往生する場合には①の意味がある。つまり、①少しの苦しみも無く安らかに死ぬこと、における・・・の文脈がいつの間にか苦しみの象

徴である病気や事故あるいは（惨めな意味での）老化などに置き換えられて解釈され使用されるようになったのだろう。「いつまでも病気や事故に合わずにかくしゃくとして健康なままで最期の日を迎える。」が「大往生」の変容した解釈になったと思われる。

もし、①の意味を今後も保持しようとするのであれば、

大多数の日本人は

- 1) 『いつまでも健康＝ピンピン』は、年齢とともに叶わぬものとなり、
- 2) 次第に身体機能が衰えて
- 3) 援助や介護支援を必要とするようになり
- 4) 最終的には臥床状態（要介護5程度）に至り
- 5) 最期を迎える

この1)～5)の中で、少なくとも

A：5) 最期を迎える時には少しの苦しみも無く安らかであることが必須条件である。

あるいは、

B：少しの苦しみも無く安らかを急死・瞬間死・突然死等に限定してしまう立場がある。

心の変容を主題とした場合には、

C：上記1)～5)に囚われない意識の変革が少しの苦しみも無く安らかな状態を作り出す場合がある。この意識変革に寄与するのがICF（国際生活機能分類）における『健康状態』である。

AとBを説明する際に必須の図19を示す。図19は図18の青色の■を拡大したものである。

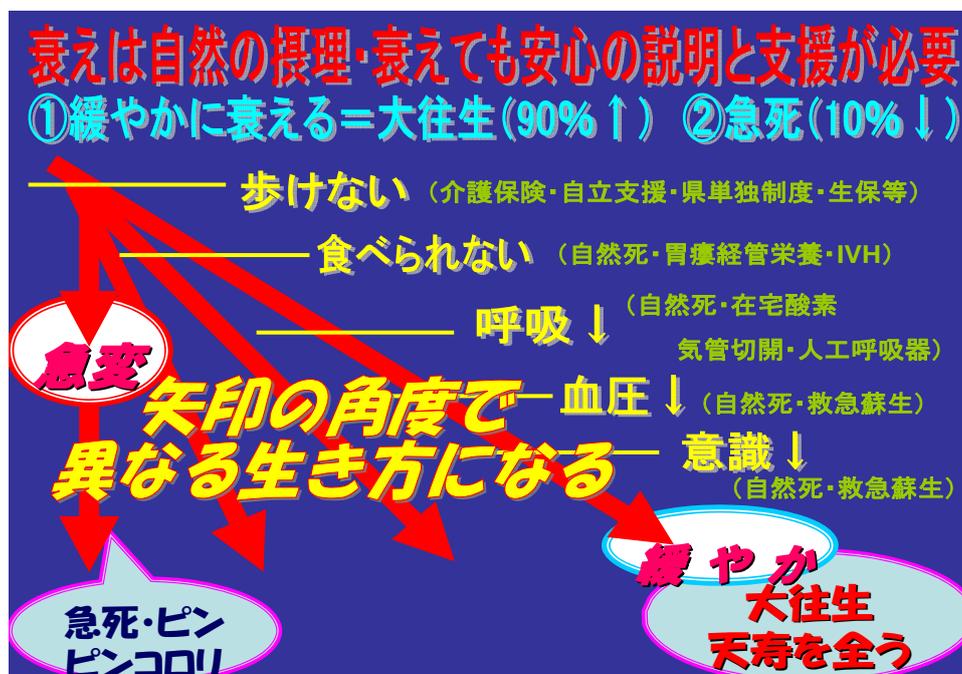


図 19

図 19 は老化・疾病・事故等の身体変化を来たしながら、次第に衰えてゆく状況を模式化したものである。

すでに図 8・12・14・15・16・18 から日本人の死亡者の大多数（90%以上）はピンピンコロリではなく、身体の不具合を持ちながら衰えて最後を迎えることが明らかになった。

図 19 において各矢印→の角度によって、身体の衰える速度が異なる。

①健康体が急性心筋梗塞や自動車に轢かれて即死すれば→は真っ逆さまに低下し、歩けない・食べられない・呼吸低下・血圧低下・意識低下等の身体事象が一挙に訪れ、直後に死亡する。

②老衰の場合には、上記の歩けない・食べられない・呼吸低下・血圧低下・意識低下等の身体事象が段階的に出現しながら衰えることとなる。

③①と②の間には老化・疾病・事故等の程度によって、その角度がさまざまな行程が出現する。

①②③の行程のいずれにも共通する事象がある。それは意識低下である。

人が亡くなるときには必ず血圧が低下し、最終的には0になる。その過程の中で最高血圧が 70mmHg を切ると、脳循環（CBF）が低下し必ず意識低下を来たす。意識低下とは何か？

意識低下とは一切の苦痛を感じないことと解釈可能である。もし痛み・苦痛があるなら、必ず覚醒するものである。覚醒せずに意識低下の状態を継続するのであれば、それは苦痛の回避を自らが行っているといえよう。月並みな言葉で表現すれば「スヤスヤ眠ったままで息を引き取る。」のである。

急死の場合にはその行程が急激で短時間であり、老衰のような場合には徐々に行程が進行するのであり、いずれにしても最終的には体力0＝死亡の直前まではっきり覚醒して意思表示をする場合はごく稀であろう。たとえそのような事例があっても血圧が 70mmHg を切って0となり死亡するのであるから、その直前には意識は消失するのである。

最終的には、人は苦痛を感じないでいられるある程度の時間の幅を持って死亡する。

上記 A と B は意識低下を基に解釈すれば、A であっても B であっても人は最期には苦痛なく息を引き取るのである。

以上から、『大往生』の解釈は、緩やかに衰えて援助が必要になっても、あるいは急死であったとしても、意識低下＝最終的には安らかであることを、本人や家族・親族に対して的確に伝える能力が医師・看護師等の医療職側にあるか否かに係っているといても過言ではない。

死に関して一般の人たちはほとんどアマチュアである。一生に数回しか人の死に接することはないであろう。

したがって、医療の専門職がプロフェッショナルとして、アマチュアの一般の人たちに分かりやすく納得がいくように説明をすることが求められる。

『大往生』についての医療職の説明責任が重要である。

以上の結果と考察から得られたものは、

◎日本人の90%以上は何らかの原因で身体の不具合・機能低下を来し、援助を受けながら最期を迎えるものであること。

◎10%以下ではあるが急死する人がいること。

◎そのいずれもが意識低下を来すので、最終的には苦痛なく全員が息を引き取ること。

◎以上についての医療職の説明責任が重要なこと。

が示された。

●●ICFの健康状態の解釈●●

しかし、息を引き取る間際まで「つらい。」と思いながら生きてゆく場合もあるであろう。身体の衰えが長期間に及ぶ脳卒中後遺症・事故等の後遺症等では、臥床状態のまま暮らしてゆくことになる。図19の、歩けない・食べられない・呼吸低下・血圧低下等の各事象自体が本人にとっての苦痛となり生きる意欲を殺いでしまうことになり兼ねない。

その意識を自らに変更することが可能となる場合がある。その意識の変更にとって有効なものがICF（国際生活機能分類）における『健康状態』の解釈である。

ICFの国際使用に関する第54回世界保健会議承認決議

WHO 54.21の決議文は以下の通りである。

第54回世界保健会議は、

1. 「国際障害分類」(ICIDH)第2版を、**国際生活機能分類：国際障害分類改訂版(略称ICF)**として承認し、
2. 加盟国に対し、ICFを研究、サーベイランスおよび報告の上で**各国の事情を考慮し、特に将来の改定を念頭におきつつ適切な方法で用いることを勧告**し、
3. WHO事務総長に対し、加盟国への要請に応じてICFの活用のための援助を行うことを要請する。

第54回 世界保健会議(WHO総会 2001年5月22日 ジュネーブ) 決議文より

図 20

ICD（国際疾病分類）における健康の解釈は「心身が完全であること」であった。しかし、2001年WHOはICFによって健康状態について新たな解釈に変更した。すなわち健康状態とは、『心身機能・活動（生活行為の全体）・参加（家庭・社会参加等）の全体像である』としている。

もともと生活機能とは『生きることの全体』を意味するものであり、ICFはその人の生きることの全体が安定するように計らうためのものである。（図21）

大前提:ICFの生活機能に基づく

- ICF: 国際生活機能分類 (WHO2001年提唱)
- 生活機能とは: 「人が生きることの全体」である。これが共通言語。すべての人に関係する。
- 健康状態とは: 心身機能、活動(生活行為の全体)、参加(家庭・社会参加等)の全体像であり、疾患・外傷に限らずいろいろなものを含む広い概念
- 大川弥生: 生活機能とは何か. 東京大学出版会. 2007

図 21

健康状態¹⁾とは

健康状態は単に心身機能のみで評価されるものではない。心身機能・活動・参加の全体像である。(図 21・22)

基底還元主義²⁾あるいは要素還元主義による科学的身体論に偏重しやすい医学的視点に対して、ICFは健康を、心身機能・活動・参加の全体像として捉えることにより、集合体として見られやすい心身機能を、活動・参加を含めた総合的に人を見る「統合モデル」と考える。

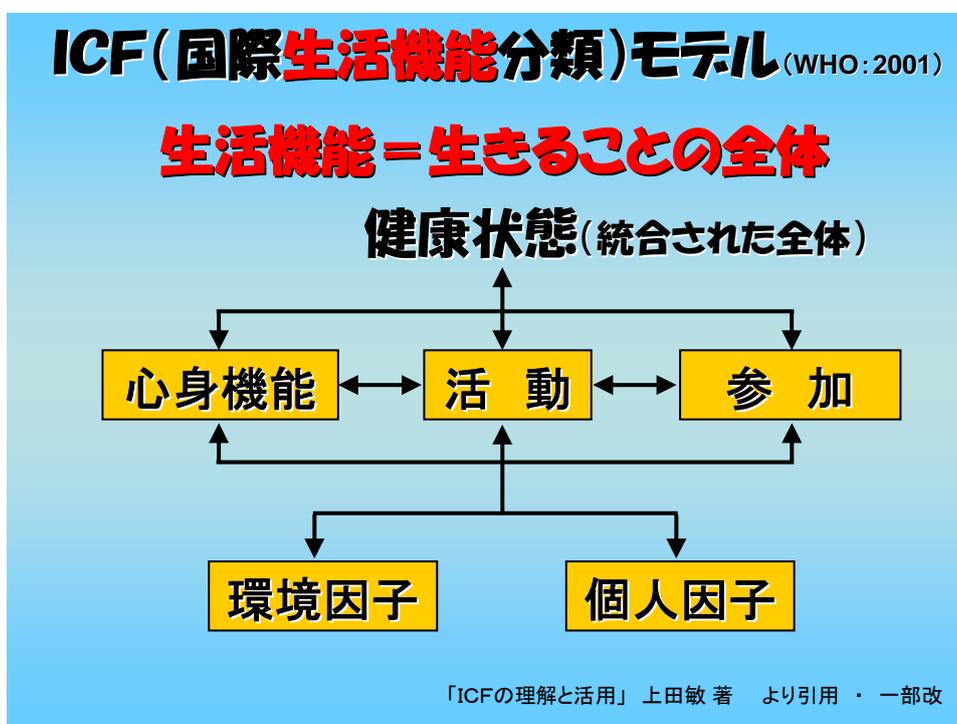


図 22

従来、医学が用いてきた基底還元主義あるいは要素還元主義による健康状態の評価の概略は図 23 のように示される³⁾。

心身の健康を 100% と見立て、老化・病気・事故等による心身の質・量の低下を不健康とみなす。比較論・価値論であり較差を数値化し、標準化された低下状態に対して価値を上げる努力目標を立てることが可能となる。

基底還元主義あるいは要素還元主義は比較評価により標準化可能な利点があるため、疾病・傷病が治療可能な場合において力を発揮する。「下がった点数を回復しましょう。」「胃がんを手術で取り除きましょう。」「肺炎を抗生物質で治しましょう。」等はこの類である。医学の進歩や文明の発達も同様である。

しかし、この主張を治療不可能な場合に当てはめると問題が生じる。治らない疾病・傷病は低下した点数のままで、「あなたは 100 点満点の 5 点である。」等の評価を下される。さらに「あなたの点数は回復不能である。」と医師が主張せざるを得なくなる。

回復不能であることを伝えられた患者は、「点数が 5 点しかない。」と絶望する。しかも医療的な対処法がないと宣言されるため逃げ道に窮する。解決法を探したあげくに、説明した医師も、説明を受けた患者側も「生きられない。」という袋小路でさまよい、結果としてある点数以下になった人は、両者ともにすべて標準化した終末期という概念を当てはめ画一的な対処を求めようとする。

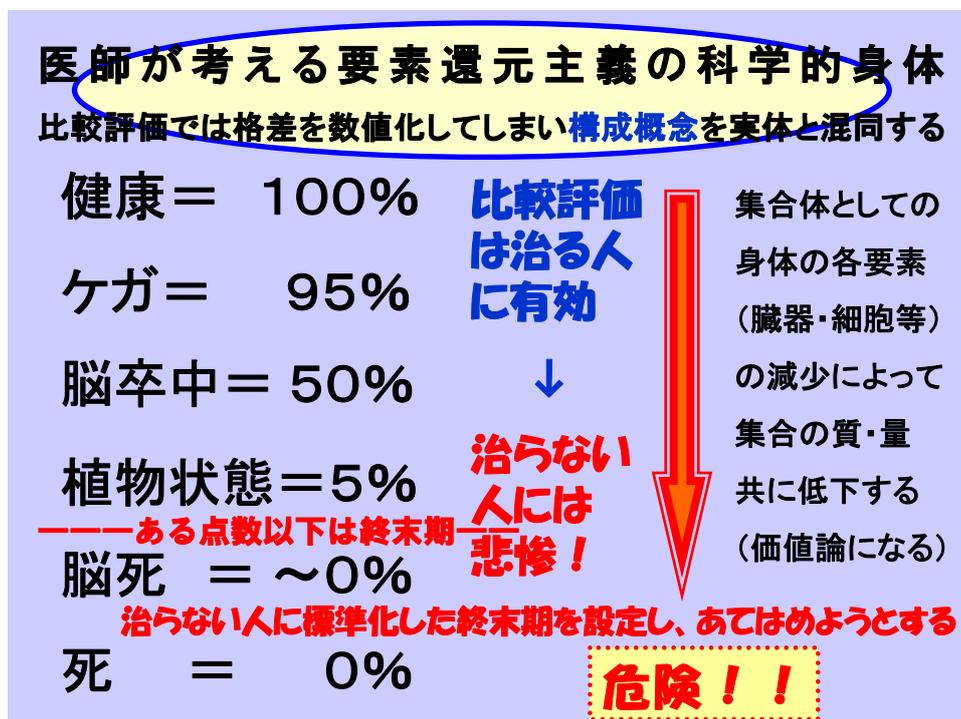


図 23

このように構成概念であるものを点数化できる実体と誤認する。終末期及びその対応を一律に規定しようとする主張の根拠は基底還元主義や要素還元主義から派生する。したがって、治療不可能な場合にこの思考プロセスを用いてはならない。

『治療不可能な場合』には、どのようなプロセスを要するであろうか。

ICF は、健康を、心身機能・活動・参加の全体像として捉えることにより、集合体としての心身機能ではない、活動・参加を含めた総合的に人を見る「統合モデル」と考える⁴⁾。(図24)

「統合モデル」における健康状態は、衰えた心身機能を持ちながら行い得る精一杯の活動・参加の統合された全体として捉える。置かれた状況においてできる限りの平衡状態を保っているならばそれを認めるものである。

植物状態の人が行える最大限の仕事は「まさに生きているというそのもの」であるとすれば、その状態をそのまま認め、かつ維持できるように計らう。

そのまま認めるか否かは人間の思考が構成することであり、したがって健康状態は構成概念である。

単に物理的に完全な身体機能を持って健康状態と解釈するものではない。

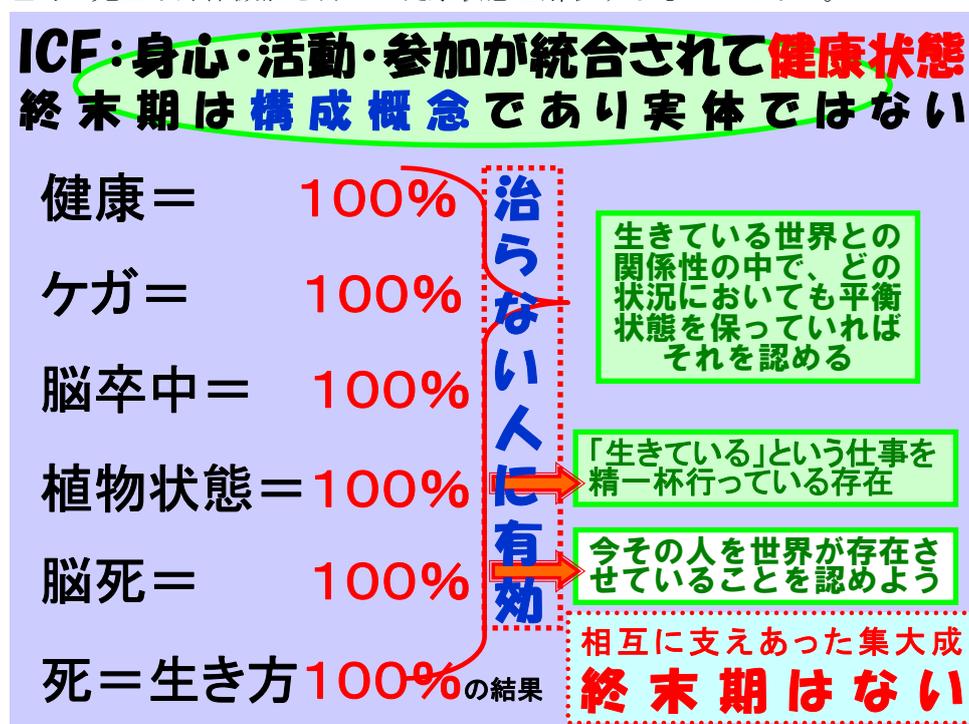


図 24

治療不可能な状況に置かれた人は ICF の健康状態を用いることにより、いずれの心身機能においてもその状況下での統合された健康を維持しているとみなされる。これにより治療不可能な状況に置かれても下がった点数評価に囚われることなく、「新たな健康状態にいる」とみなすことが可能となる。

置かれた状況での精一杯の生き方を支えることで当該健康状態は維持される。

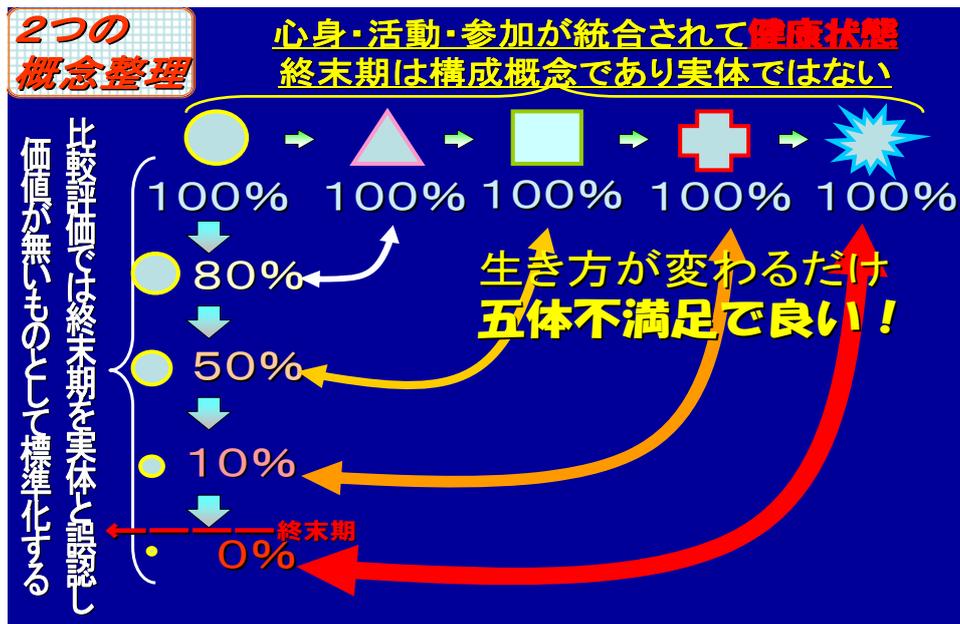


図 25

このように、健康状態の概念は二つに大別され、

- (1) 基底還元主義または要素還元主義による、比較評価可能な標準化された較差を持つ心身機能として表される健康状態。治療可能な場合に有効。実体として誤認されやすい。
- (2) ICF による、心身機能・活動・参加が統合された全体像としての健康状態。いずれの状況においても健康とみなすことが可能である。治療不可能な場合に有効。構成概念。

がある。この二種類の健康状態を模式的に示したものが図 25 である。

横軸にあつては、治療不可能であっても心身機能・活動・参加の統合された全体が、状況に対応した形態（●：いわゆる健康体）→（▲：脳梗塞半身麻痺でも介護保険と自立支援法で快適生活）→（■：胃瘻から毎日晚酌で日本酒を楽しむ）→（+：人工呼吸器を着けながら京都旅行。選挙で投票に行く）→（*：脳死状態でも自宅に帰り家族と生活）を、その状況ごとに精一杯保っていれば健康状態と構成する。

五体不満足でもより良い生き方が可能という思想である。

このように、ICF の健康状態の概念なしには

◎日本人の 90%以上は何らかの原因で身体の不具合・機能低下を来し、援助を受けながら最期を迎えるものであること。

◎10%以下ではあるが急死する人がいること。

◎そのいずれもが意識低下を来すので、最終的には苦痛なく全員が息を引き取ること。

◎以上についての医療職の説明責任が重要なこと。

に対する説明を明快に行うことは困難であろう。

今後、ICF における生活機能＝生きることの全体及び健康状態、の解釈が全ての医療・介護関係職に流布されることが望ましい。

参考文献

大川弥生：生活機能とは何か，東京大学出版会、2007.

上田 敏：ICF の理解と活用，きょうされん、2007.

3) 4) 川島孝一郎：在宅医療のグランドデザイン 平成 19 年度長寿医療研究委託費

●●●ICF に関する医療職・介護職の意識●●●

ICF の活用による支援については、全回答者のうち 60.0%が「最適なものと言える」と回答した。ICF を活用した支え方の中心的な役割を担うべき職種については、「ケアマネジャー」であるとの回答が最も多かった（在宅療養支援診療所においては 42.2%。ほか、訪問看護事業所では 49.9%、訪問介護事業所では 58.4%、居宅介護支援事業所自身らでは 62.3%など）。

生活機能モデルに基づく説明を充分に行った場合、病院から在宅への移行が「促進される」と回答したのは、全回答者の 52.8%であった。「変化しない」と回答したのは 16.7%、「移行がしにくくなる」と回答したのは 1.8%であった。ICF の生活機能モデルを意識した情報提供が「必要と思う」と回答したのは、全回答者の 67.9%であった。

人の総合的な健康状態（ICF＝生活機能モデルが示す“健康”）の良好性は、自然に進行していく身体機能の衰えがたとえあったとしても、精神面・社会面・対人面・経済面等を充実させることで補うことができる。また、そうした広い視点に立たなければ、医療・介護従事者の支援のあり方を論じることはできない。問 7・問 14・問 15 では、ICF 生活機能モデルを踏まえた支援のあり方が、在宅移行と在宅療養に有効である、との意見が多数を占めることがわかっている。



図 26

図 27

図 26・27 が示すように高齢化での治らない状況下にある人たちに欠かせない概念である。

問 12 では、支える中心となる職種にケアマネジャーを推す声が最も多いことがわかった。また、「重度担当のきっかけ」の各設問では、入院中の病院もしくはケアマネから、在宅療養を支える各職種への紹介が一般的な形となっていることが推察される。

しかしながら、重症度の高い療養者と関わっているケアマネジャーは非常に少ない。在宅療養支援診療所においては、在医総管算定数は平均して一定数あるものの、在宅末期はまったく充分ではない。また、サービス担当者会議の出席実績が、介護事業所に比べ少ない。

医療依存度の高い療養者に介護事業者が積極的に関わっていき、経験を深めることと、医療者と介護者との協議・交流の場を積極的に作っていくことがもっばらの課題である。また、「自らの専門分野における自らの役割」ではなく、「療養者の生活全体における自らの役割」という視点に立ち、総合的な状態把握と情報交換とを行っていくことが求められる。

そのためには ICF における生活機能=生きることの全体、の視点から観察・把握・支援がなされなければならない。

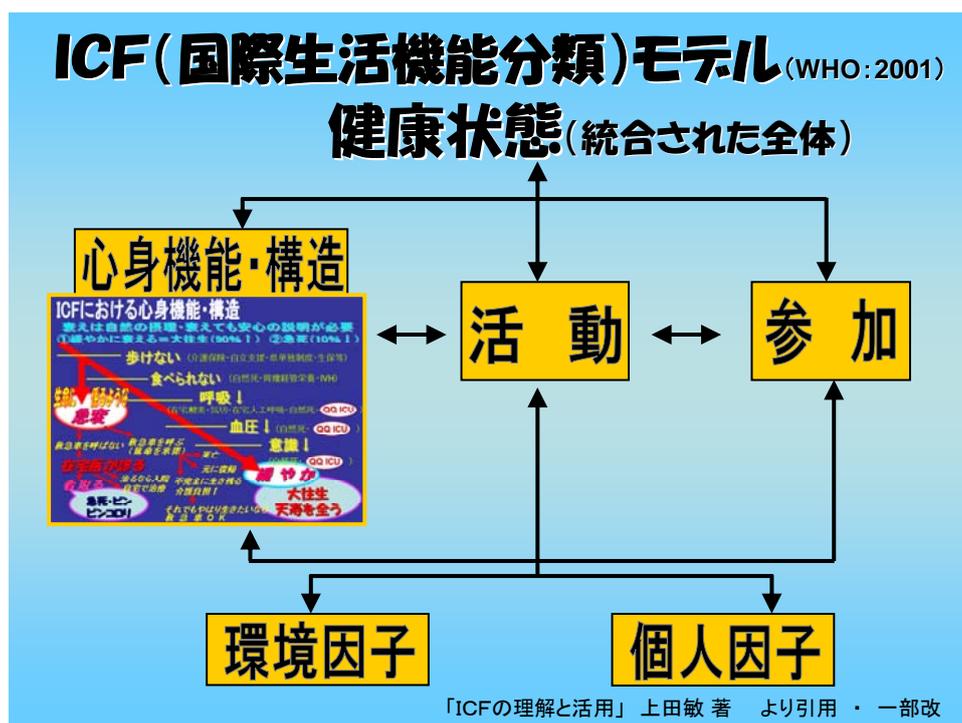


図 28

図 28 に示すように、心身機能のみならず、活動・参加を含めた健康状態を、環境因子・個人因子を組み入れながら総合的に支える「統合モデル」であり、これを各家庭・各個人に対して適応させてゆくことが重要である。

アンケートの設問に図式化されたホーキング教授の事例、さらに進行性筋ジストロフィー一症の事例、骨粗鬆症の事例等に見られるように、時系列の断片においては図 28 を応用し

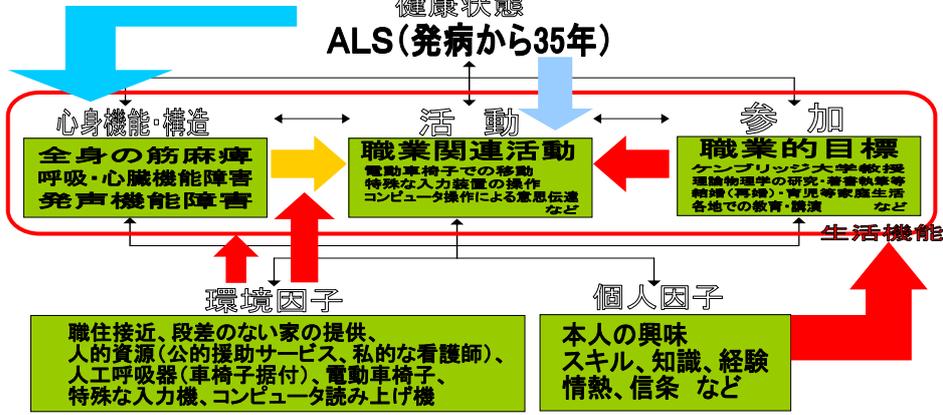
て図 29・30・31 が描かれる。

Hawking教授は何故働けるのか

生きることの全体を捉えた生活機能モデルより

健康状態

ALS(発病から35年)



春名由一郎 社会参加を促進するツールとしてのICF(一部改) <http://plaza.umin.ac.jp/~haruna/startICF/guide.htm>

図 29

■・▲さんの生活:ICFに基づく生活機能モデルの視点から

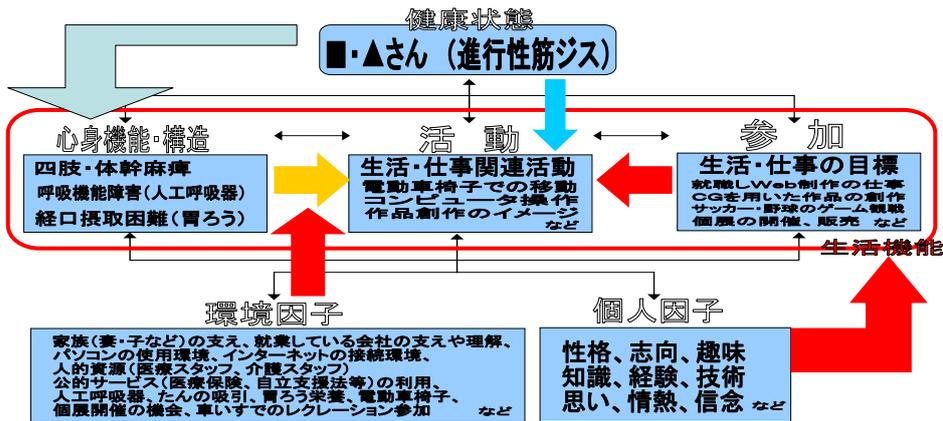


図 30

●・▲さんの生活:ICFに基づく生活機能モデルの視点から

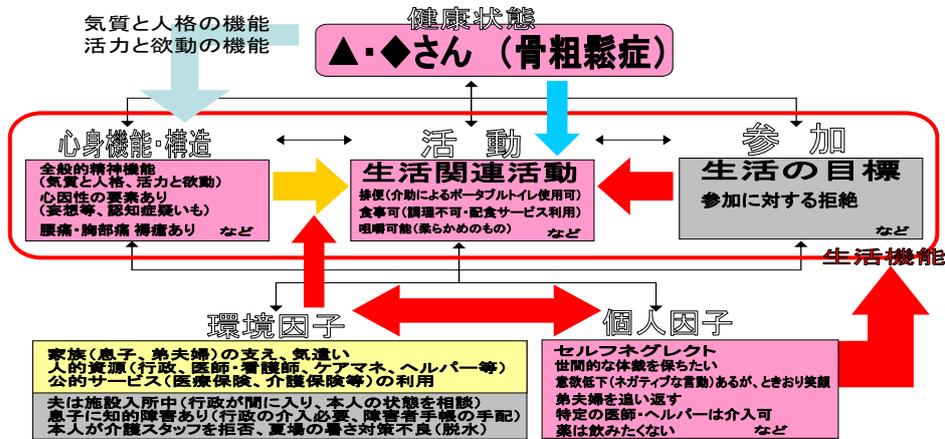


図 31

●●●ICF モデルを拡張・展開する●●●

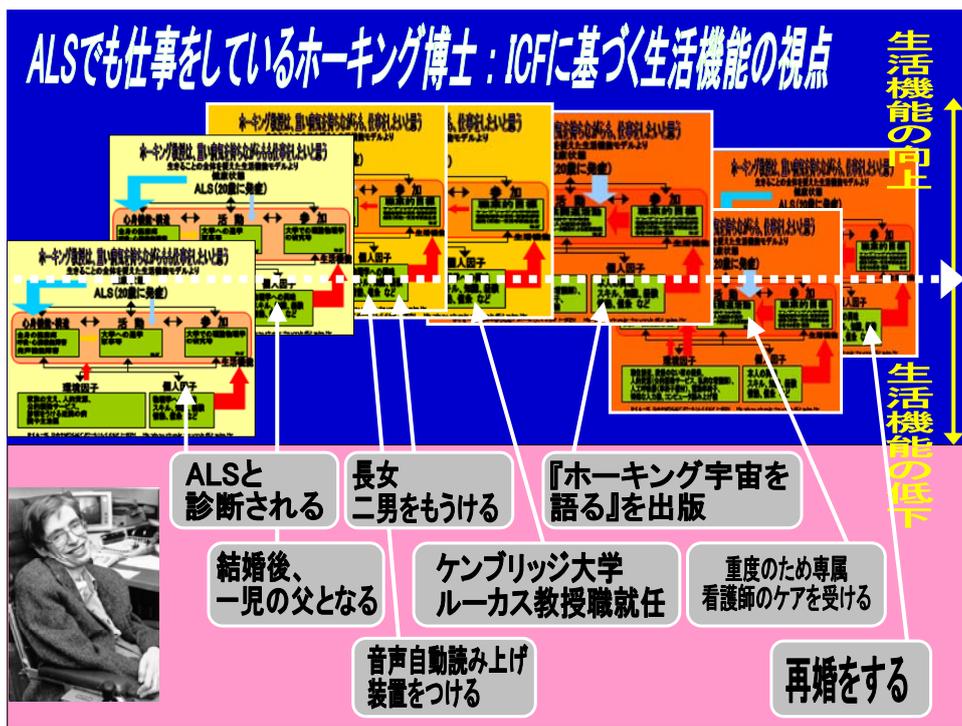


図 32

さらに変化を時系列で示せば図 32 となる。このようにホーキング教授の生活機能＝生きることの全体は刻々と変容しながら、心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子のいずれかに問題が発生するたびに、問題を解決するためのチームが結集するのである。

図 32 をチームの概念から書き換えた場合には、図 33 が成立する。

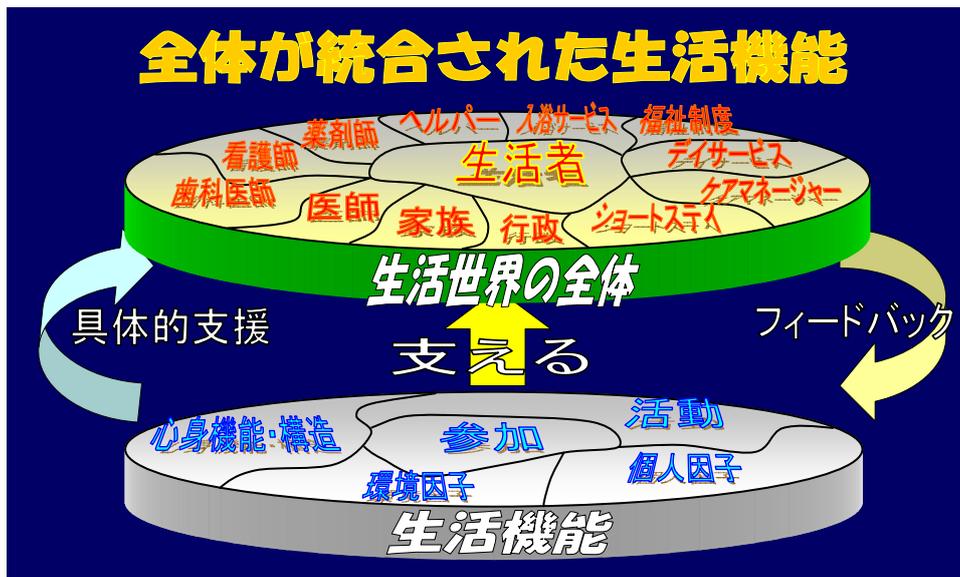


図 33

図 33 においては、生活者に係わる全ての職種が互いに相対的な役割分担を行って、全体構造（その家庭の生活機能）を支えている。それぞれの職種は独立しているのではなく、各業種の専門性に先んじて生活機能＝生きることの全体が優先されるのである。

これを模式的に描いたものが図 34 である。

状況ごとに相対的に支えあう全体構造

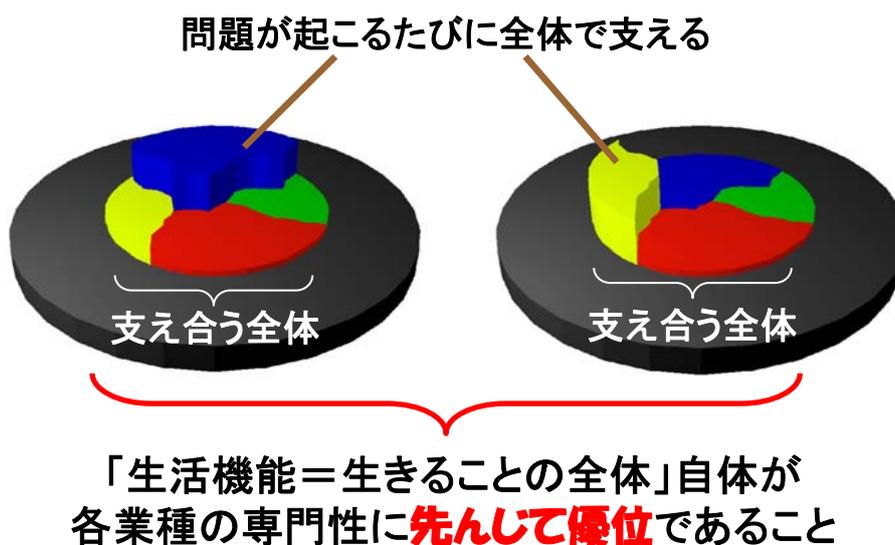


図 34

図 33・34 を図 32 のように時系列で表すと図 35 になる。

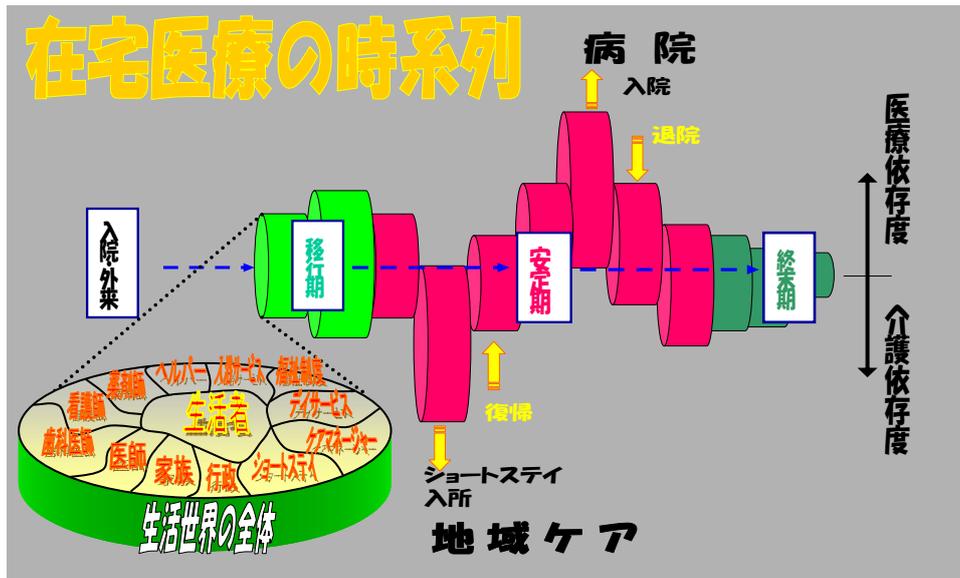


図 35

時系列のある時点ごとに図 36 のように問題（欠損として表現）が起こっては修復され、またあるときに問題が起これば全体で修復を試みる全体構造を維持するのである。

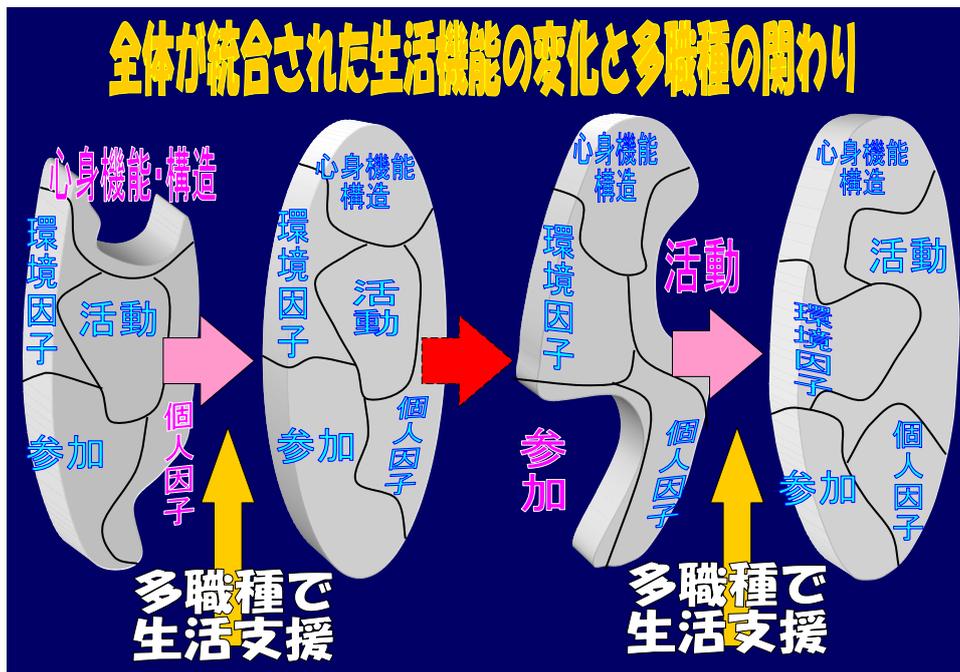


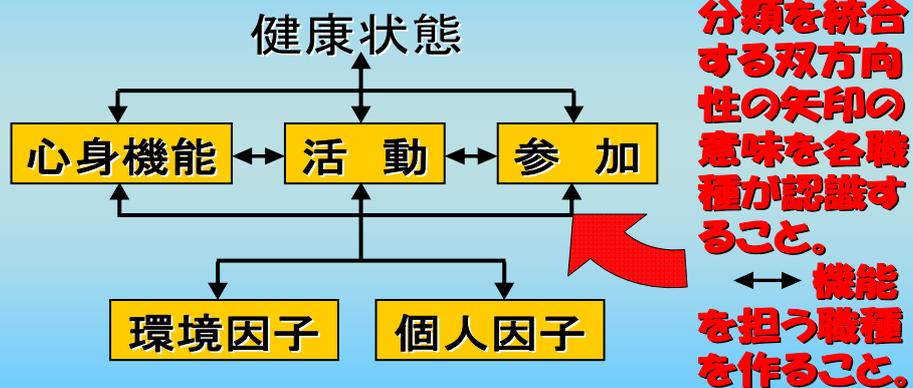
図 36

●●●●ICF モデルの最重要課題●●●●

図 37 に示す双方向の \leftrightarrow の機能を担うべきは誰なのか？職種を限定するのか、全員で協議するのか、そのシステムは何が最も有効なのかが今後の課題である。

ICF(国際生活機能分類)モデル(2001年WHO提唱)

モデルの最重要課題はこれだ!



「ICFの理解と活用」 上田敏 著 より引用(一部改)

図 37

第5章 本事業にかかわる資料

第5章 本事業にかかわる資料

1. 在宅死亡者数と在宅死亡率の変化（都道府県別 平成21年）
2. 在宅死亡数と在宅死亡率（政令指定都市 平成21年）
3. 在宅死亡率の変化(在宅・病院・在宅がん:平成11年～21年)
4. <都道府県・都市規模別>
在宅療養支援診療所数および在宅療養支援病院数
5. 在宅看取り率 25%に対する現状の到達度と全診療所に占める在宅療養支援診療所の割合(地域別)
6. 在宅看取り率 25%に対する現状の到達と在宅療養支援診療所数（人口 10万対）による分類図

1. 在宅死亡者数と在宅死亡率の変化（都道府県 平成 21 年）

	在宅死亡者数 [老人ホーム+自宅] H21(2009年)	在宅死亡者数 [老人ホーム+自宅] H20(2008年)	増減	在宅死亡率 H21(2009年)	在宅死亡率 H20(2008年)	増減
総数	178,769	177,899	870	15.7%	15.6%	
市部	157,280	156,213	1,067	15.7%	15.7%	
郡部	21,483	21,680	△ 197	15.2%	15.2%	
北海道	5,424	5,314	110	10.2%	10.0%	
青森	2,253	2,125	128	14.6%	13.8%	
岩手	2,358	2,207	151	15.3%	14.7%	
宮城	3,602	3,550	52	17.3%	17.2%	
秋田	1,880	1,996	△ 116	13.6%	14.6%	△
山形	2,200	2,154	46	16.0%	15.7%	
福島	3,363	3,422	△ 59	15.6%	15.9%	△
茨城	3,859	3,674	185	13.9%	13.4%	
栃木	3,171	3,056	115	16.9%	16.6%	
群馬	2,778	2,623	155	14.3%	13.9%	
埼玉	7,425	7,218	207	14.2%	14.0%	
千葉	7,737	7,465	272	16.2%	15.8%	
東京	18,186	17,473	713	18.5%	17.8%	
神奈川	11,042	10,748	294	17.3%	16.9%	
新潟	4,241	4,487	△ 246	16.9%	18.0%	△
富山	1,625	1,532	93	14.2%	13.2%	
石川	1,512	1,456	56	13.4%	13.2%	
福井	1,253	1,291	△ 38	15.3%	16.0%	△
山梨	1,462	1,422	40	17.0%	16.3%	
長野	4,536	4,755	△ 219	20.5%	21.0%	△
岐阜	3,063	3,062	1	15.8%	15.7%	
静岡	6,457	6,334	123	18.9%	18.4%	
愛知	8,050	8,076	△ 26	14.6%	14.4%	
三重	3,037	3,147	△ 110	17.3%	17.6%	△
滋賀	1,907	1,981	△ 74	17.3%	17.8%	△
京都	4,078	4,045	33	17.6%	17.6%	
大阪	12,536	12,845	△ 309	17.1%	17.6%	△
兵庫	9,286	9,354	△ 68	19.0%	19.1%	△
奈良	2,331	2,403	△ 72	19.2%	19.4%	△
和歌山	2,142	2,245	△ 103	18.3%	19.2%	△
鳥取	1,166	1,233	△ 67	17.6%	18.5%	△
島根	1,537	1,480	57	17.4%	16.4%	
岡山	2,757	2,886	△ 129	14.6%	14.9%	△
広島	4,566	4,498	68	16.9%	16.6%	
山口	2,434	2,366	68	14.3%	14.0%	
徳島	1,195	1,217	△ 22	13.7%	13.7%	
香川	1,636	1,687	△ 51	15.4%	15.8%	△
愛媛	2,309	2,338	△ 29	14.7%	14.8%	△
高知	1,130	1,109	21	12.0%	11.7%	
福岡	4,663	4,835	△ 172	10.4%	10.7%	△
佐賀	1,002	1,112	△ 110	11.3%	12.4%	△
長崎	1,942	1,907	35	12.5%	12.1%	
熊本	2,465	2,544	△ 79	13.3%	13.4%	△
大分	1,751	1,720	31	14.0%	13.6%	
宮崎	1,573	1,550	23	13.2%	13.0%	
鹿児島	2,373	2,602	△ 229	12.2%	13.0%	△
沖縄	1,470	1,349	121	14.8%	14.2%	

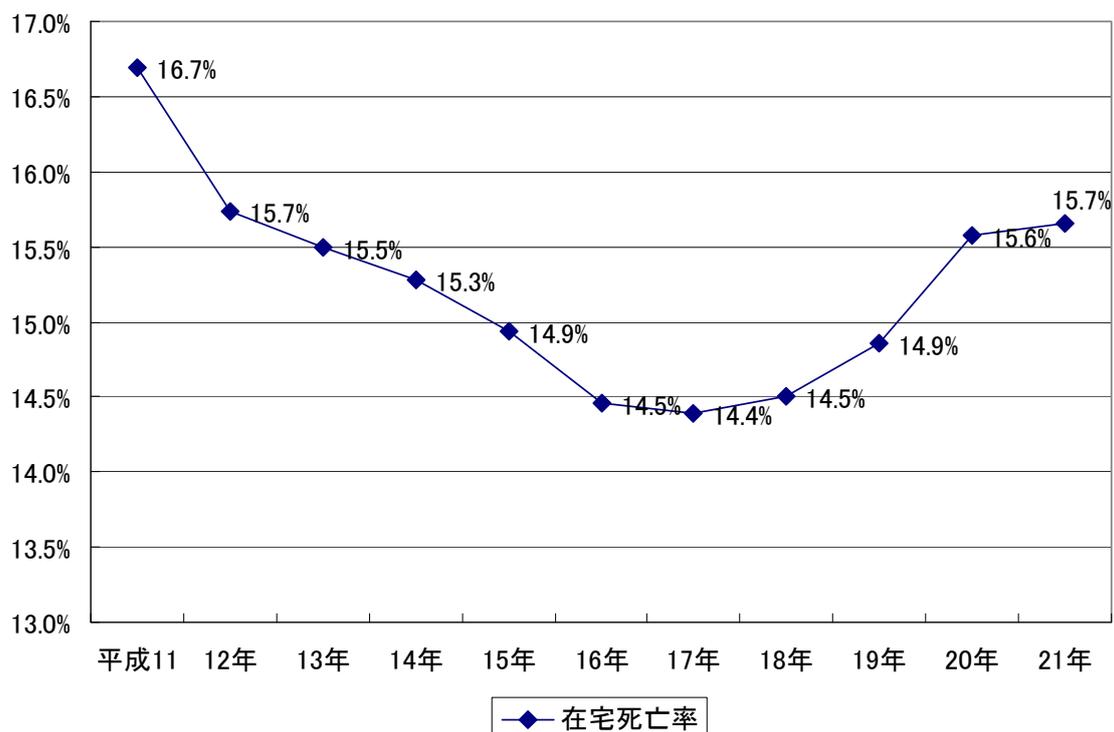
2. 在宅死亡数と在宅死亡率（政令指定都市 平成 21 年）

	在宅死亡者数 [老人ホーム+自宅] H21(2009年)	在宅死亡者数 [老人ホーム+自宅] H20(2008年)	増減	在宅死亡率 H21(2009年)	在宅死亡率 H20(2008年)	増減
総数	178,769	177,899	870	15.7%	15.6%	
市部	157,280	156,213	1,067	15.7%	15.7%	
郡部	21,483	21,680	△ 197	15.2%	15.2%	
東京都区部	13,053	12,759	294	19.3%	18.8%	
札幌	1,630	1,666	△ 36	11.2%	11.6%	△
仙台	1,360	1,414	△ 54	19.7%	20.5%	△
さいたま	1,120	1,146	△ 26	13.9%	14.2%	△
千葉	1,074	1,000	74	16.2%	16.1%	
横浜	4,627	4,523	104	18.1%	17.7%	
川崎	1,461	1,478	△ 17	16.6%	17.0%	△
新潟	1,027	1,062	△ 35	14.6%	15.1%	△
静岡	1,152	1,239	△ 87	17.5%	18.7%	△
浜松	1,313	1,256	57	19.7%	18.6%	
名古屋	2,815	2,933	△ 118	15.4%	15.9%	△
京都	2,263	2,212	51	17.6%	17.4%	
大阪	4,492	4,795	△ 303	18.4%	19.5%	△
堺	1,027	1,039	△ 12	15.1%	15.1%	
神戸	2,652	2,522	130	20.2%	19.2%	
岡山	865	-	-	15.3%	-	-
広島	1,561	1,492	69	18.1%	17.3%	
北九州	991	923	68	9.9%	9.7%	
福岡	1,085	1,174	△ 89	11.7%	12.1%	△

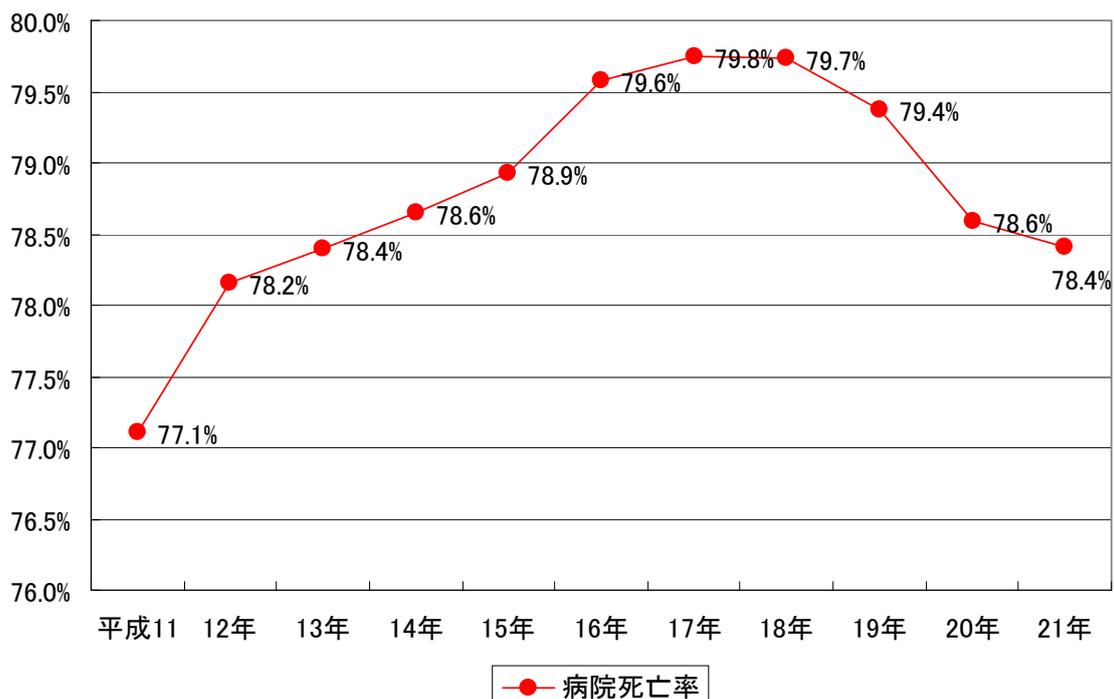
※平成 20 年の総死亡者数は 1,142,407 人、平成 21 年総死亡者数は 1,141,865 人であり、総死亡者数の減少という逆転が発生している点を考慮する必要がある。また平成 22 年総死亡者数は 1,194,000 人である（厚生労働省 人口動態統計より）。

3. 在宅死亡率の変化（在宅・病院・在宅がん：平成11年～21年）

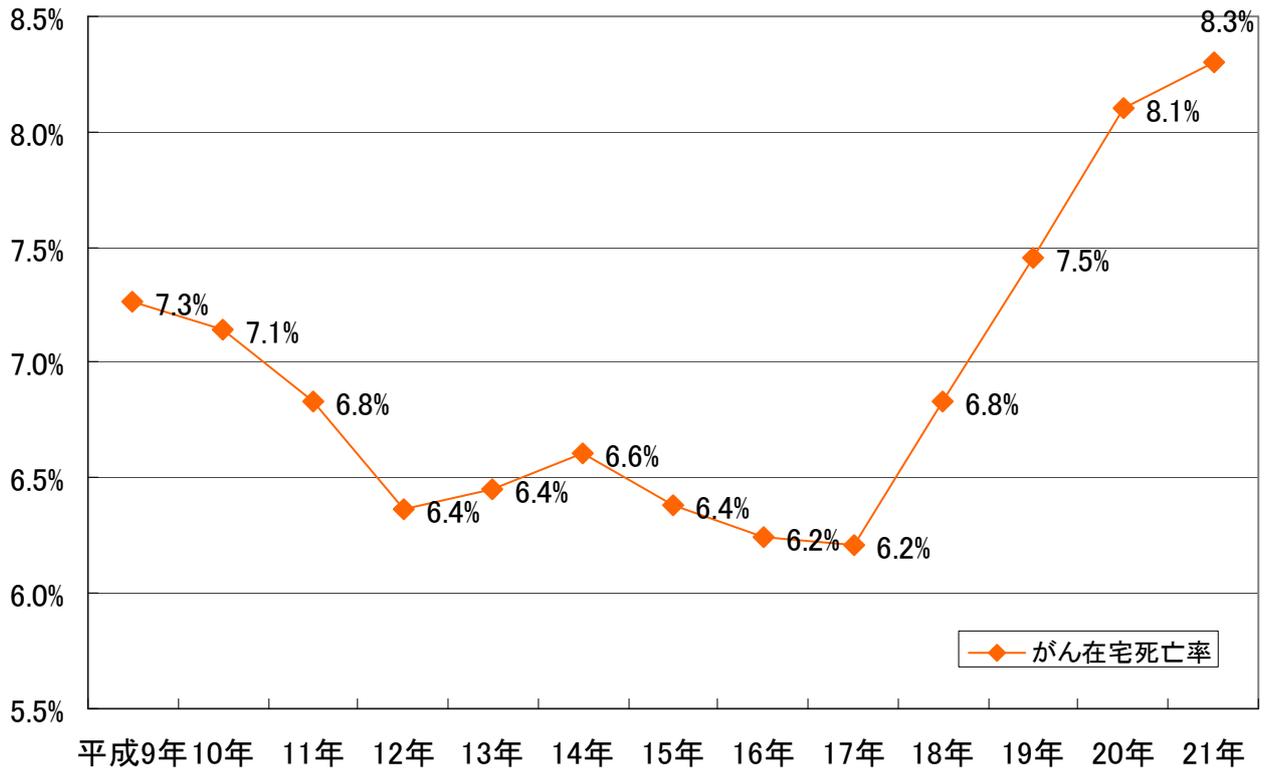
在宅死亡率の推移（全国）



病院死亡率の推移（全国）



がん在宅死亡率



(平成9年～21年)

在宅死亡率と病院死亡率の推移

	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
病院での死亡率		78.9%	79.6%	79.8%	79.7%	79.4%	78.6%	78.4%
在宅での死亡率		14.9%	14.5%	14.4%	14.5%	14.9%	15.6%	15.7%

※在宅での死亡とは、自宅での死亡と老人ホームでの死亡を合算したものである

出典：2003-2009 人口動態調査(厚生労働省 人口動態・保健統計課)

死亡の場所別にみた都道府県別死亡数を基に仙台往診クリニック研究部が算出・作成

4. <都道府県・都市規模別> 在宅療養支援診療所数および在宅療養支援病院数

北海道・東北地方

地方	都道府県	人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)		在宅療養支援病院数(ヶ所)
				[人口10万対]	
		H22年3月現在	H22年10月現在	H22年10月現在	H22年10月現在
	総数	127,057,860	12,548	9.88	356
北海道・東北地方	北海道・東北地方	14,937,402	884	5.92	30
	北海道	5,520,894	289	5.23	16
	札幌市	1,891,494	121	6.40	4
	旭川市	353,289	35	9.91	4
	函館市	282,459	18	6.37	2
	青森	1,405,535	80	5.69	2
	青森市	304,321	23	7.56	0
	八戸市	241,928	11	4.55	0
	岩手	1,345,007	84	6.25	0
	盛岡市	291,709	43	14.74	0
	秋田	1,108,237	67	6.05	2
	秋田市	323,425	29	8.97	0
	宮城	2,329,344	116	4.98	4
	仙台市	1,010,256	52	5.15	1
	山形	1,176,759	77	6.54	3
	山形市	250,040	9	3.60	0
福島	2,051,626	171	8.33	3	
郡山市	334,189	35	10.47	0	
いわき市	349,181	21	6.01	0	

関東地方

地方	都道府県	人口（人）	在宅療養支援診療所数（ヶ所）		在宅療養支援病院数（ヶ所）
				[人口10万対]	
		H22年3月現在	H22年10月現在	H22年10月現在	H22年10月現在
	総数	127,057,860	12,548	9.88	356
関東地方	関東地方	41,752,952	3,192	7.64	62
	茨城	2,979,139	167	5.61	5
	水戸市	266,713	21	7.87	0
	つくば市	203,116	34	16.74	0
	栃木	2,000,774	134	6.70	1
	宇都宮市	505,804	31	6.13	0
	群馬	2,004,786	201	10.03	6
	前橋市	340,383	70	20.57	0
	高崎市	370,301	34	9.18	1
	伊勢崎市	199,820	15	7.51	0
	太田市	212,036	8	3.77	1
	埼玉	7,123,084	421	5.91	15
	さいたま市	1,209,234	149	12.32	1
	川越市	335,924	16	4.76	0
	川口市	495,110	22	4.44	1
	所沢市	337,686	26	7.70	1
	越谷市	321,766	9	2.80	0
	草加市	237,872	7	2.94	0
	春日部市	237,721	9	3.79	0
	熊谷市	202,505	16	7.90	0
	千葉	6,149,799	242	3.94	14
	千葉市	932,421	47	5.04	4
	船橋市	598,213	31	5.18	1
	柏市	394,188	15	3.81	0
	東京	12,609,912	1,312	10.40	13
	特別区	8,519,059	1,059	12.43	7
	神奈川県	8,885,458	715	8.05	8
	横浜市	3,620,562	282	7.79	2
	川崎市	1,373,851	102	7.42	1
	相模原市	696,994	39	5.60	3
	横須賀市	425,258	39	9.17	0
	平塚市	257,387	25	9.71	0
小田原市	197,081	16	8.12	0	
茅ヶ崎市	235,643	16	6.79	0	
厚木市	219,027	21	9.59	0	
大和市	222,640	10	4.49	0	

甲信越地方、東海・北陸地方

地方	都道府県	人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)		在宅療養支援病院数(ヶ所)
				[人口10万対]	
		H22年3月現在	H22年10月現在	H22年10月現在	H22年10月現在
	総数	127,057,860	12,548	9.88	356
甲信越地方	甲信越地方	5,416,873	394	7.27	15
	山梨	864,210	45	5.21	3
	甲府市	192,725	19	9.86	0
	長野	2,161,572	239	11.06	8
	長野市	384,854	34	8.83	0
	松本市	238,602	28	11.74	2
	新潟	2,391,091	110	4.60	4
	新潟市	803,421	30	3.73	2
	長岡市	283,631	16	5.64	0
	上越市	205,708	28	13.61	0
東海・北陸地方	東海・北陸地方	16,160,566	1,249	7.73	47
	富山	1,097,736	45	4.10	3
	富山市	417,322	24	5.75	1
	石川	1,162,950	141	12.12	9
	金沢市	444,125	54	12.16	4
	福井	809,465	54	6.67	7
	福井市	265,457	22	8.29	1
	静岡	3,769,685	264	7.00	4
	静岡市	717,578	86	11.98	0
	浜松市	792,446	66	8.33	1
	沼津市	207,835	13	6.25	0
	富士市	256,523	13	5.07	0
	愛知	7,237,612	560	7.74	19
	名古屋市	2,178,272	240	11.02	11
	豊橋市	365,539	9	2.46	1
	豊田市	408,191	16	3.92	0
	岡崎市	365,486	20	5.47	0
	一宮市	380,743	40	10.51	0
	春日井市	301,265	27	8.96	0
	岐阜	2,083,118	185	8.88	5
岐阜市	410,971	56	13.63	3	

近畿地方

地方	都道府県	人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)		在宅療養支援病院数(ヶ所)
				[人口10万対]	
		H22年3月現在	H22年10月現在	H22年10月現在	H22年10月現在
	総数	127,057,860	12,548	9.88	356
近畿地方	近畿地方	22,501,690	3,158	14.03	73
	三重	1,849,703	145	7.84	4
	四日市市	305,277	16	5.24	0
	滋賀	1,386,570	74	5.34	3
	大津市	333,038	29	8.71	1
	京都	2,551,706	299	11.72	11
	京都市	1,384,896	181	13.07	8
	奈良	1,411,715	125	8.85	2
	奈良市	365,157	22	6.02	1
	和歌山	1,032,779	146	14.14	2
	和歌山市	380,483	76	19.97	1
	大阪	8,683,035	1,618	18.63	25
	大阪市	2,534,176	682	26.91	5
	堺市	837,680	135	16.12	4
	高槻市	355,636	75	21.09	1
	東大阪市	487,869	84	17.22	0
	岸和田市	201,167	23	11.43	0
	豊中市	389,842	69	17.70	1
	吹田市	347,279	49	14.11	1
	枚方市	406,827	34	8.36	3
	茨木市	270,965	47	17.35	1
	八尾市	265,220	41	15.46	1
	寝屋川市	239,942	23	9.59	2
	兵庫	5,586,182	751	13.44	26
	神戸市	1,511,351	258	17.07	11
	姫路市	533,547	45	8.43	6
	西宮市	470,682	57	12.11	1
尼崎市	460,245	89	19.34	2	
明石市	293,846	35	11.91	0	

中国・四国地方

地方	都道府県	人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)		在宅療養支援病院数(ヶ所)
				[人口10万対]	
		H22年3月現在	H22年10月現在	H22年10月現在	H22年10月現在
	総数	127,057,860	12,548	9.88	356
中国地方	中国地方	7,578,545	1,135	14.98	36
	鳥取	595,331	56	9.41	1
	鳥取市	195,957	19	9.70	0
	島根	723,182	119	16.46	2
	岡山	1,939,449	296	15.26	14
	岡山市	688,996	143	20.75	4
	倉敷市	474,147	53	11.18	3
	広島	2,856,308	531	18.59	16
	広島市	1,157,495	209	18.06	5
	福山市	464,790	84	18.07	6
	呉市	244,490	44	18.00	1
	山口	1,464,275	133	9.08	3
下関市	282,091	34	12.05	0	
四国地方	四国地方	4,040,003	478	11.83	23
	徳島	796,897	138	17.32	8
	香川	1,012,755	117	11.55	6
	高松市	423,564	51	12.04	2
	愛媛	1,457,950	177	12.14	4
	松山市	514,924	84	16.31	2
	高知	772,401	46	5.96	5
	高知市	339,714	16	4.71	2

九州・沖縄地方

地方	都道府県	人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)		在宅療養支援病院数(ヶ所)
				[人口10万対]	
		H22年3月現在	H22年10月現在	H22年10月現在	H22年10月現在
	総数	127,057,860	12,548	9.88	356
九州・沖縄地方	九州・沖縄地方	14,669,829	2,058	14.03	70
	福岡	5,038,574	786	15.60	16
	北九州市	979,233	195	19.91	3
	福岡市	1,396,789	204	14.60	5
	久留米市	302,964	56	18.48	0
	佐賀	859,400	135	15.71	6
	長崎	1,450,027	305	21.03	9
	長崎市	444,757	138	31.03	4
	佐世保市	264,959	37	13.96	0
	熊本	1,833,757	197	10.74	9
	熊本市	723,707	84	11.61	4
	大分	1,206,976	185	15.33	4
	大分市	470,293	86	18.29	1
	宮崎	1,152,514	111	9.63	6
	宮崎市	400,901	63	15.71	1
	鹿児島	1,722,405	263	15.27	16
	鹿児島市	603,444	74	12.26	6
沖縄	1,406,176	76	5.40	4	

※ 市名において、左揃えは政令指定都市、中央揃えは中核市、右揃えは特例市を示す。

※ データの出典は以下のとおり。

項目	時点	出典
在宅療養支援診療所	平成22年10月現在	各地方厚生局への届出受理医療機関名簿
在宅療養支援病院	平成22年10月現在	各地方厚生局への届出受理医療機関名簿
人口	平成22年3月31日現在	総務省:住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
政令指定都市	平成22年4月1日現在	総務省ホームページより
中核市・特例市	平成22年4月1日現在	総務省ホームページより

5. 在宅看取り率 25%に対する現状の到達度と全診療所に占める在宅療養支援診療所の割合

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）としてすでに公表された、「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究（研究代表者 川島孝一郎）」では、各都道府県が在宅医療計画を作成する際の手順及び評価についてすでに言及している。作成作業では（1）現状分析、（2）数値目標、（3）将来予測、（4）モデル作成、が整理されており、とくに（2）数値目標では平成 18 年時点の全国平均の在宅死亡率（14.5%）をもとに、実現可能な上限を 25.0%と設定している。当該研究報告では 2011 年から 2015 年の間の平均総死者数を 1,334,108 人としている。

ここでは、平成 21 年人口動態統計の総死者数（1,141,865 人）の 25%を、在宅死亡率の数値目標に設定した場合の現状の到達率について、都道府県別、政令指定都市別に整理することとした。

以下都道府県別、政令市指定都市別の在宅看取り目標到達率を示す。また都道府県、政令指定都市別に診療所総数にしめる在宅療養支援診療所数（平成 22 年 10 月現在 届出受理医療機関名簿から）を示した。

北海道・東北地方

	北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島
総人口 ^{※1}	5,489,000	1,375,000	1,335,000	2,324,000	1,093,000	1,173,000	2,030,000
総死者数 ^{※2}	53,221	15,387	15,410	20,808	13,866	13,729	21,568
(在宅看取りの目標値 ^{※3} ／現状 ^{※4})	13305/5424	3847/2253	3853/2358	5202/3602	3467/1880	3432/2200	5392/3363
在宅看取り数 (目標値との差)	7,881	1,594	1,495	1,600	1,587	1,232	2,029
到達率	40.8%	58.6%	61.2%	69.2%	54.2%	64.1%	62.4%
現在の医師数 ^{※5}	12,447	2,563	2,594	5,106	2,307	2,499	3,905
現在の支援診療数 ^{※6}	289	80	84	116	67	77	171
現在の診療所総数 ^{※7}	3,378	936	927	1,578	824	927	1,476
全診療所に占める 在宅療養支援診療所	8.6%	8.5%	9.1%	7.4%	8.1%	8.3%	11.6%

関東地方

	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川
総人口 ^{※1}	2,920,000	1,977,000	1,970,000	7,041,000	6,060,000	12,596,000	8,815,000
総死亡数 ^{※2}	27,807	18,777	19,421	52,374	47,819	98,304	63,745
(在宅看取りの目標値 ^{※3} ／現状 ^{※4})	6952/3859	4694/3171	4855/2778	13094/7425	11955/7737	24576/18186	15936/11042
在宅看取り数 (目標値との差)	3,093	1,523	2,077	5,669	4,218	6,390	4,894
到達率	55.5%	67.6%	57.2%	56.7%	64.7%	74.0%	69.3%
現在の医師数 ^{※5}	4,805	4,246	4,187	10,393	10,228	38,079	16,792
現在の支援診数^{※6}	167	134	201	421	242	1,312	715
現在の診療所総数 ^{※7}	1,694	1,419	1,576	4,004	3,652	12,629	6,372
全診療所に占める 在宅療養支援診療所	9.9%	9.4%	12.8%	10.5%	6.6%	10.4%	11.2%

北陸地方

	新潟	富山	石川	福井
総人口 ^{※1}	2,367,000	1,082,000	1,156,000	798,000
総死亡数 ^{※2}	25,148	11,480	11,246	8,187
(在宅看取りの目標値 ^{※3} ／現状 ^{※4})	6287/4241	2870/1625	2812/1512	2047/1253
在宅看取り数 (目標値との差)	2,046	1,245	1,300	794
到達率	67.5%	56.6%	53.8%	61.2%
現在の医師数 ^{※5}	4,482	2,642	3,028	1,851
現在の支援診数^{※6}	110	45	141	54
現在の診療所総数 ^{※7}	1,667	779	862	594
全診療所に占める 在宅療養支援診療所	6.6%	5.8%	16.4%	9.1%

中部地方

	山梨	長野	岐阜	静岡	愛知
総人口 ^{※1}	853,000	2,126,000	2,044,000	3,705,000	7,220,000
総死亡数 ^{※2}	8,586	22,130	19,402	34,209	55,189
(在宅看取りの目標値 ^{※3} ／現状 ^{※4})	2147/1462	5533/4536	4851/3063	8552/6457	13797/8050
在宅看取り数 (目標値との差)	685	997	1,788	2,095	5,747
到達率	68.1%	82.0%	63.1%	75.5%	58.3%
現在の医師数 ^{※5}	1,845	4,451	3,869	6,993	14,420
現在の支援診数^{※6}	45	239	185	264	560
現在の診療所総数 ^{※7}	671	1,571	1,543	2,698	5,030
全診療所に占める 在宅療養支援診療所	6.7%	15.2%	12.0%	9.8%	11.1%

近畿地方

	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山
総人口 ^{※1}	1,823,000	1,378,000	2,581,000	8,638,000	5,503,000	1,391,000	1,000,000
総死亡数 ^{※2}	17,590	11,036	23,191	73,135	48,864	12,139	11,736
(在宅看取りの目標値 ^{※3} ／現状 ^{※4})	4398/3037	2759/1907	5798/4078	18284/12536	12216/9286	3035/2331	2934/2141
在宅看取り数 (目標値との差)	1,361	852	1,720	5,748	2,930	704	792
到達率	69.1%	69.1%	70.3%	68.6%	76.0%	76.8%	73.0%
現在の医師数 ^{※5}	3,580	2,900	7,756	22,650	12,313	3,018	2,720
現在の支援診数^{※6}	145	74	299	1,618	751	125	146
現在の診療所総数 ^{※7}	1,498	975	2,536	8,231	4,936	1,160	1,068
全診療所に占める 在宅療養支援診療所	9.7%	7.6%	11.8%	19.7%	15.2%	10.8%	13.7%

中国地方

	鳥取	島根	岡山	広島	山口
総人口 ^{※1}	587,000	715,000	1,924,000	2,831,000	1,444,000
総死亡数 ^{※2}	6,636	8,854	18,948	26,992	16,995
(在宅看取りの目標値 ^{※3} ／現状 ^{※4})	1659/1166	2214/1537	4737/2757	6748/4566	4249/2434
在宅看取り数 (目標値との差)	493	677	1,980	2,182	1,815
到達率	70.3%	69.4%	58.2%	67.7%	57.3%
現在の医師数 ^{※5}	1,711	1,911	5,317	6,864	3,630
現在の支援診数^{※6}	56	119	296	531	133
現在の診療所総数 ^{※7}	533	751	1,623	2,642	1,279
全診療所に占める 在宅療養支援診療所	10.5%	15.8%	18.2%	20.1%	10.4%

四国地方

	徳島	香川	愛媛	高知
総人口 ^{※1}	785,000	992,000	1,429,000	764,000
総死亡数 ^{※2}	8,719	10,639	15,670	9,437
(在宅看取りの目標値 ^{※3} ／現状 ^{※4})	2180/1195	2660/1636	3918/2309	2359/1130
在宅看取り数 (目標値との差)	985	1,024	1,609	1,229
到達率	54.8%	61.5%	58.9%	47.9%
現在の医師数 ^{※5}	2,377	2,590	3,519	2,184
現在の支援診数^{※6}	138	117	177	46
現在の診療所総数 ^{※7}	783	823	1,238	578
全診療所に占める 在宅療養支援診療所	17.6%	14.2%	14.3%	8.0%

九州地方（福岡、佐賀、長崎、熊本）

	福岡	佐賀	長崎	熊本
総人口※ ¹	5,014,000	849,000	1,424,000	1,806,000
総死亡数※ ²	44,879	8,831	15,491	18,505
(在宅看取りの目標値※ ³ ／現状※ ⁴)	11220/4663	2208/1002	3873/1942	4626/2465
在宅看取り数 (目標値との差)	6,557	1,206	1,931	2,161
到達率	41.6%	45.4%	50.1%	53.3%
現在の医師数※ ⁵	14,310	2,154	4,007	4,706
現在の支援診数※⁶	786	135	305	197
現在の診療所総数※ ⁷	4,476	695	1,431	1,454
全診療所に占める 在宅療養支援診療所	17.6%	19.4%	21.3%	13.5%

九州（大分、宮崎、鹿児島）地方・沖縄地方

	大分	宮崎	鹿児島	沖縄
総人口※ ¹	1,187,000	1,129,000	1,703,000	1,375,000
総死亡数※ ²	12,528	11,959	19,498	9,923
(在宅看取りの目標値※ ³ ／現状※ ⁴)	3132/1751	2990/1573	4875/2373	2481/1470
在宅看取り数 (目標値との差)	1,381	1,417	2,502	1,011
到達率	55.9%	52.6%	48.7%	59.3%
現在の医師数※ ⁵	2,975	2,602	4,058	3,115
現在の支援診数※⁶	185	111	263	76
現在の診療所総数※ ⁷	969	904	1,433	812
全診療所に占める 在宅療養支援診療所	19.1%	12.3%	18.4%	9.4%

6. 在宅看取り率 25%に対する現状の到達と在宅療養支援診療所数（人口 10 万人）による分類図

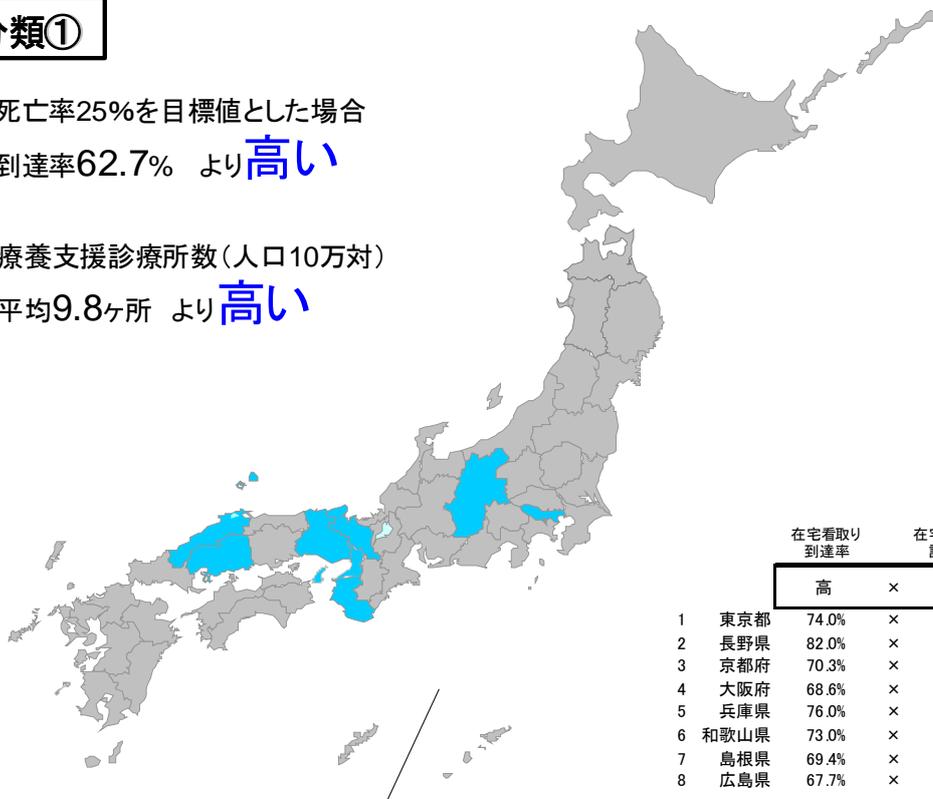
分類①

在宅死亡率25%を目標値とした場合

全国到達率62.7% より**高い**

在宅療養支援診療所数(人口10万対)

全国平均9.8ヶ所 より**高い**



		在宅看取り 到達率		在宅療養支援 診療所数
		高	×	高
1	東京都	74.0%	×	10.4
2	長野県	82.0%	×	11.06
3	京都府	70.3%	×	11.72
4	大阪府	68.6%	×	18.63
5	兵庫県	76.0%	×	13.44
6	和歌山県	73.0%	×	14.14
7	鳥根県	69.4%	×	16.46
8	広島県	67.7%	×	18.59

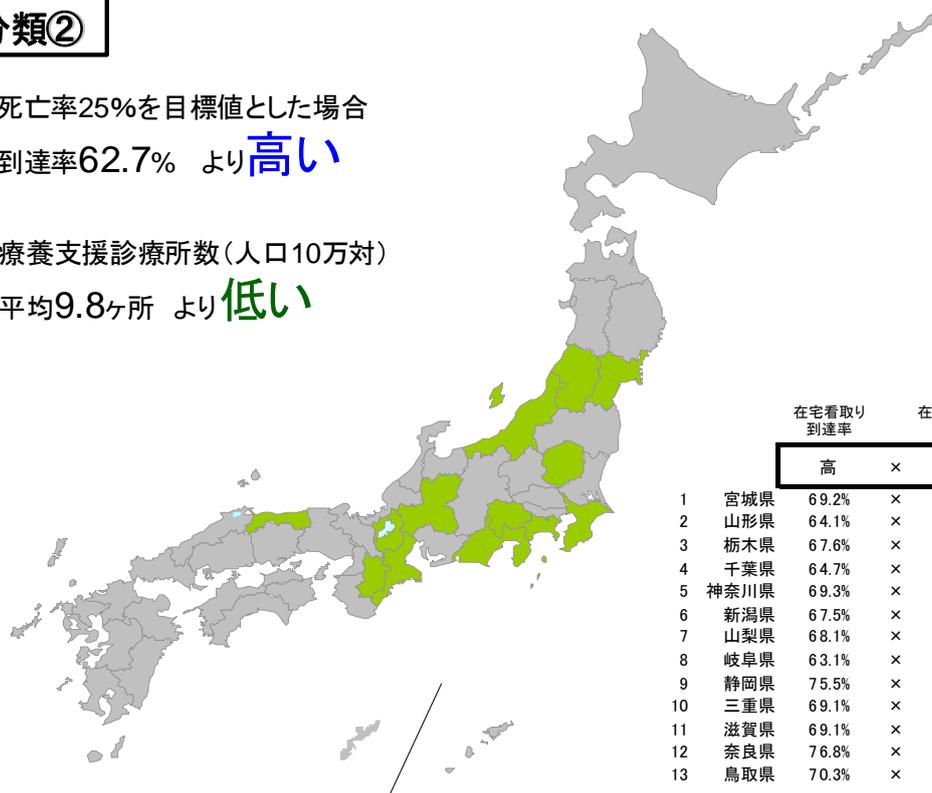
分類②

在宅死亡率25%を目標値とした場合

全国到達率62.7% より**高い**

在宅療養支援診療所数(人口10万対)

全国平均9.8ヶ所 より**低い**

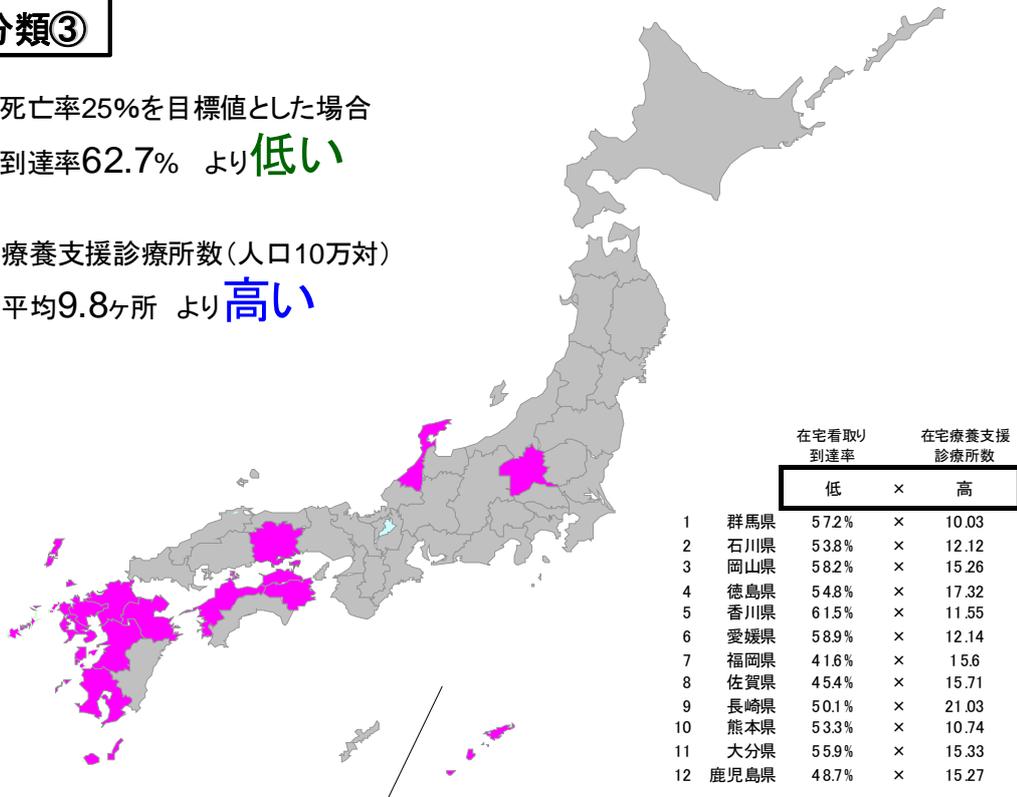


		在宅看取り 到達率		在宅療養支援 診療所数
		高	×	低
1	宮城県	69.2%	×	4.98
2	山形県	64.1%	×	6.54
3	栃木県	67.6%	×	6.7
4	千葉県	64.7%	×	3.94
5	神奈川県	69.3%	×	8.05
6	新潟県	67.5%	×	4.60
7	山梨県	68.1%	×	5.21
8	岐阜県	63.1%	×	8.88
9	静岡県	75.5%	×	7.00
10	三重県	69.1%	×	7.84
11	滋賀県	69.1%	×	5.34
12	奈良県	76.8%	×	8.85
13	鳥取県	70.3%	×	9.41

分類③

在宅死亡率25%を目標値とした場合
 全国到達率62.7% より**低い**

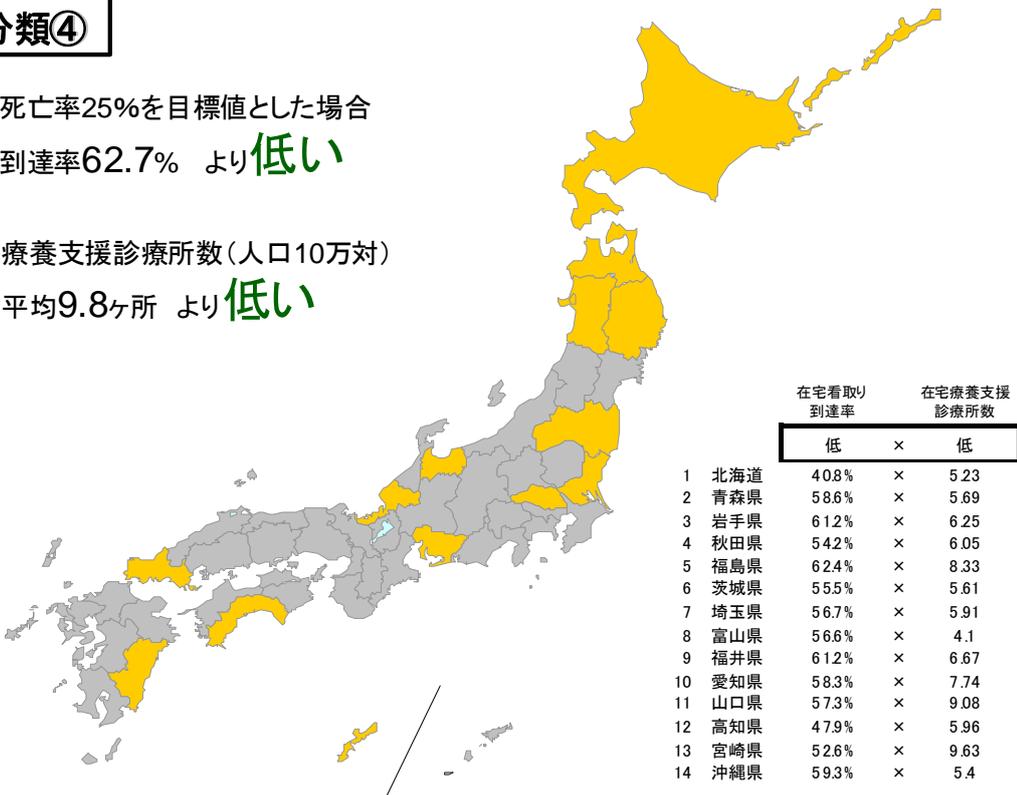
在宅療養支援診療所数(人口10万対)
 全国平均9.8ヶ所 より**高い**



分類④

在宅死亡率25%を目標値とした場合
 全国到達率62.7% より**低い**

在宅療養支援診療所数(人口10万対)
 全国平均9.8ヶ所 より**低い**



『生きることの全体』を支えるICF(国際生活機能分類)に基づく
医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業

事業実績報告

平成 23 年 3 月

平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業分

厚生労働省発老 0928 第 1 号

研究代表者 川島 孝一郎

一般社団法人 国際在宅医療研究会
東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院二丁目 1 番 7 号

TEL : 022-212-8502

FAX : 022-212-8533