

**24時間介護を要する重症高齢者等の
どこでも安心生活環境提供に関する研究事業**

事業実績報告書

平成16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)

老第0323004号

主任研究者 川島 孝一郎

平成17年4月

目次

第1章 事業目的

(1) 本調査の目的と意義	1
(2) 受けているサービスに対する満足度評価	1
(3) 重症高齢者の療養に関するメディカルコントロールと保健所の姿勢	3
(4) いわゆる「在宅ハイケア」の必要性	5
(5) ホスピタリティーの原点	5
(6) 診療報酬・介護報酬・支援費	6

第2章 事業概要

(1) ワーキンググループによる打ち合わせ等の経過	7
(2) 調査	8
(3) 温泉療養視察調査	9
(4) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供体制モデルの策定	10
(5) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供体制モデルの運用	10
(6) 事業実施の委託	10

第3章 事業結果

1) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査①	
(1) 回収結果	11
(2) 集計結果－全回答	11
(3) 分析－全回答	23
(4) 集計結果－ALSのみ	25
(5) 分析－ALSのみ	30
(6) 結語	33
2) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査②	
(1) 回収結果	37
(2) 集計結果	37
(3) 分析	43
(4) 結語	48
3) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査③	
(1) 回収結果	57
(2) 集計結果	57
(3) 結果・分析	61
(4) 結語	61
4) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供モデル	
(1) 鳴子温泉施設調査－町立鳴子温泉病院	63
(2) 鳴子温泉施設調査－東鳴子温泉まるみや旅館	63
(3) モデルの理念と理論的基盤	66
(4) モデル実行にあたっての基礎情報・阻害要因等の検討	67
(5) モデル運用調査の協力について	67
(6) 結果・分析	68
(7) 効果と評価	70
5) 総括	
(1) はじめに	73
(2) 在宅ハイケア提供システムの理念	74
(3) 在宅ハイケア提供システムを構築するための指針	74
(4) 在宅ハイケア提供システムと現行システムとの整合性	75
(5) おわりに	76

第4章 資料編

24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査①

（1）調査票	79
（2）図表	97
（3）自由記載（抜粋）	140

24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査②

（1）調査票	155
（2）図表	168
（3）自由記載（抜粋）	184

24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査③

（1）調査票	191
（2）図表	197
（3）自由記載（抜粋）	208

第1章 事業目的

(1) 本調査の目的と意義

厚生労働省医政局「医療計画の見直し等に関する検討会」＜検討すべき課題と方向性＞(案) (平成17年1月25日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0125-6b.html#0>) には、「今後の方向としては、医療計画制度における新たな目的を明確化した上で、記載事項については医療計画の目的を達成するための具体的な数値目標として位置づけ、医療提供体制の整備に係る進捗状況の把握とその達成度の評価を実施できるよう、あらかじめ数値化できる適切な指標を選択し、導入しておく必要がある。平成18年の医療制度改革に向け、例えば以下の事項について、評価可能な形で医療計画に記載すべきものとして追加することを検討すべきであり、引き続き本検討会に具体的な検討を行うこととする」として、「政策的に推進すべき医療や機能との関連医療を取り巻く最近の情勢や新たに政策的に推進すべき医療施策を踏まえ、次の事項を医療計画に記載すべきものとして法令上明確に位置づける必要がある」項目を列挙している。

その中で「重症難病患者に係る入院施設の確保対策の推進」として「ALS（筋萎縮性側索硬化症）等における人工呼吸器装着患者のように看護や介護に多大の労力を要する患者が存在すること等の状況から、病状の悪化等により居宅での療養が極めて困難となった重症難病患者に対し、適時に適切な入院施設を確保等できるよう、地域の医療機関の連携による難病医療提供体制の整備を医療計画に位置づける必要があるのではないか」また、「在宅医療の推進」として「わが国は、欧米諸国と比較しても少子高齢化のスピードが速く、介護を必要とする高齢者は、既に約390万人にのぼっている。患者のQOLの向上を図るため、できるだけ地域・家庭において日常生活を送ることができるよう在宅医療の推進が求められている。在宅での療養を可能とするためには、患者の病態に応じた医療と介護の両面からの支援が必要であることから、2000年度から介護保険制度が開始されているが、今後、医療と介護の連携を図る上で、医療計画に明確に位置づける必要があるのではないか」との指摘を行っている。

本研究は、まさしく「ALS（筋萎縮性側索硬化症）等における人工呼吸器装着患者のように看護や介護に多大の労力を要する患者」が、在宅で24時間365日安心して療養生活を継続できるように「在宅ハイケアシステム」（仮称）の構築に向けてのさまざまな検討のための基礎資料を得ることを目的としている。

昨年度は、在宅に移行できない要因を分析するために、医療施設（主に病院）に対する調査研究を行った。また、在宅療養者の「理想のサービス」に関する調査をふまえて、在宅ハイケアモデルを構築した。

本年度は、上記を踏まえて、①療養者による医療・介護サービスへの評価、②ショートステイを中心としたさまざまな施設への調査、③宿泊施設への調査の3調査を有機的に関連させて、24時間365日安心の療養システム構築のための、あらたな戦略を策定する基礎資料を提供する。本調査研究の意義は、重症高齢者・ALS等神経難病患者へのあるべき医療・福祉の方向性をより明確化できる点にある。

(2) 受けているサービスに対する満足度評価

重症高齢者は、医療保険、介護保険、あるいは障害者自立支援給付法案（仮称）に基づくサービス等、さまざまなサービスを選択し、受給する権利がある。しかしながら、サービス提供態勢は、不十分であり、地域格差も大きい。また、受給者と提供者との意識の乖離、コ

コミュニケーションの不足が療養の質を低下させ、療養の長期化が隔たりを増大させる可能性も否定できない^{1)～9)}。24 時間 365 日安心の療養態勢の構築には、量的充実もさることながら、質的向上を図るべきサービスが多い。

長期療養者は、ケアスタッフに「話」をするうちに、自分自身で自分の生き様の「ストーリー」を何度も再構成し、それがそのつど「満足」につながる。療養者は障害や病気の進行に応じて、常に自らの価値観を変え、Narrative（人生の物語）を変換しつつ生きている。Narrative の変換を促す役割こそが、医療・介護の提供者にはある。療養者が十分に「話す」ことで、満足を得るという現象を解釈することができよう。そのような観点から、調査によって、調査者に回答することは「語る」ことであり、Narrative の変換を促す。

確かに、これまでの満足度の評価も、標準化された満足度評価尺度を用いておらず、信頼性が疑わしい点がある。さらに、満足度の評価と、サービス提供の効果についての評価はまったく異なる。アウトカム指標として満足度を測定しても、医療・介護そのものの質を評価したことにはならない。療養者は、ちゃんと話を聞いてもらったのはうれしいが、ケアの成果が思わしくない場合、不満が高まるということもあろう。

しかし、満足度を調査することで、実際のサービスへの不満の程度や、不満度の高いサービス内容を特定して手当てをなすことができる可能性がある。

介護保険にかかわるサービスについて、利用者の満足度調査は、行政側から多数行われているが^{#)}、重症高齢者、重症難病患者が回答者となった調査は、本調査が嚆矢となる。

医師・看護職、家族以外の者による、ALS 患者のたんの吸引については、厚生労働省医政局長通知によって可能となり、厚生労働省は、平成 16 年度から訪問看護推進事業の創設、1 日に 3 回以上の訪問看護に対する診療報酬上の評価、研究事業である人工呼吸器装着患者への訪問看護の見直しを実施した。

また、平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金により「ALS 患者にかかる在宅療養環境の整備状況に関する調査研究」（研究代表者 川村佐和子東京都立保健科学大学教授 平成 16 年 3 月）も行われた。平成 15 年 12 月 1 日現在で、人工呼吸器を装着している全国の ALS 患者のうち、在宅療養および短期入院中の患者合計 683 人を対象に、有効回答の得られた 673 人を分析対象者とした結果である。ただし、川村らの調査研究は通知後間もない調査であり、限界も多い。

#) 介護保険利用者満足度調査のうち、代表的なもののみ挙げる。

県レベル：

http://www.jsdi.or.jp/~y_ide/020223kaigo_anke.htm

市レベル：

http://www.city.tondabayashi.osaka.jp/kaigo-hp/kaigo_iinkai/h15.08_research_

<http://www.city.kochi.kochi.jp/deeps/11/1106/s4/sakute19.pdf>

<http://www.city.odawara.kanagawa.jp/kaigo/manzoku.html>

http://www.city.kofu.yamanashi.jp/kaigo_hoken/reserch.htm

http://www.city.sukagawa.fukushima.jp/pdf/2001_11/8_9.pdf

区レベル：

<http://www.city.bunkyo.lg.jp/kusei/kaigohoken/>

http://www.city.setagaya.tokyo.jp/kaigo/topic/jittai_tyousa/

<http://www.city.shinjuku.tokyo.jp/kaigo/main/sry/tyousa.htm>

文献

- 1) Leebov W, Scott G : Service Quality Improvement: The Customer Satisfaction Strategy for Health Care. Jossey-Bass Inc Pub, 1994. (神尾、杉浦 訳 医療の質とサービス革命―「患者満足」への挑戦、日本医療企画、1997)
- 2) Patrick J. Shelton : Measuring and Improving Patient Satisfaction. Aspen, 2000.
- 3) Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. : Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? Patient Educ Couns. 2005 Feb;56(2):139-46.
- 4) Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. : General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. BMJ. 1997 Apr 5;314(7086):1014-8.
- 5) N. Kerse, S. Buetow, A. G. Mainous III, G. Young, G. Coster, and B. Arroll : Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. Ann. Fam. Med, September 1, 2004; 2(5): 455 - 461.
- 6) H. Reiso, P. Gulbrandsen, and S. Brage : Doctors' prediction of certified sickness absence. Fam. Pract., April 1, 2004; 21(2): 192 - 198.
- 7) A. Ring, C. Dowrick, G. Humphris, and P. Salmon : Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. BMJ, May 1, 2004; 328(7447): 1057.
- 8) T. van der Weijden, M. van Velsen, G.-J. Dinant, C. M. van Hasselt, and R. Grol : Unexplained Complaints in General Practice: Prevalence, Patients' Expectations, and Professionals' Test-Ordering Behavior. Med Decis Making, May 1, 2003; 23(3): 226 - 231.
- 9) Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP : Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. Soc Sci Med. 2001 Aug; 53(4):487-505.
- 10) 総務省行政評価局 編：介護する人される人を応援します ―介護保険の運営状況に関する実態調査結果より―、財務省印刷局、平成 14 年 5 月。

(3) 重症高齢者の療養に関するメディカルコントロールと保健所の姿勢

今回の調査①は、全国保健所を解しての悉皆調査であり、ALS 等難病患者の療養を把握すべき行政の取り組み自体を瞥見する役割も担っている。

ALS 以外の対象者の範囲については、個別の疾患名や障害名で特定することは困難であると考えられるため、一定の状態像で記述することが適当である。具体的には、病状又は障害が在宅生活が可能な程度に安定しており、医学的管理下にある者であって、嚥下機能及び呼吸機能の悪化等により自力で排痰することが困難な状態が持続し、長期間にわたってたんの吸引が必要な者とするのが適当であると考えられる。

ALS 以外の患者・障害者については、その状態像が多様であり、ALS 患者に対して主として保健所が関わってきた状況とは異なって、様々な機関の関わりが必要となる。そのため、家族以外の者によるたんの吸引の実施状況の把握、調整等が困難であったり、相談窓口としての確に機能しないことも予想される。

したがって、保健所や市町村、難病相談・支援センター、患者・障害者の団体及びその家

族の会等、地域で関わる機関が連携して相談支援に当たる体制が確立される必要がある。さらにたんの吸引等の措置が有効に機能するためには患者の主治医、訪問看護職員からの情報提供等医療関係者との連携協力が不可欠である。

いわば、メディカルコントロールの中心的役割を担う、保健所の姿勢が、本調査によって明らかとなる。

厚生労働省医政局長通知：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（医政発第 0324006 号 平成 17 年 3 月 24 日）および、厚生労働省老健局振興課長通知（老振発第 0324001 号 平成 17 年 3 月 24 日）においては、以下のようにメディカルコントロールの充実を求めている（抜粋）。

1 療養環境の管理

- 入院先の医師は、患者・障害者の病状等を把握し、退院が可能かどうかについて総合的に判断を行う。
- 入院先の医師及び看護職員は、患者・障害者が入院から在宅に移行する前に、当該患者・障害者について、家族や患者・障害者のかかりつけ医、看護職員、保健所の保健師等、家族以外の者等患者・障害者の在宅療養に関わる者の役割や連携体制などの状況を把握・確認する。
- 入院先の医師は、患者や家族に対して、在宅に移行することについて、事前に説明を適切に行い、患者・障害者の理解を得る。
- 入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び看護職員は、患者・障害者の在宅への移行に備え、医療機器・衛生材料等必要な準備を関係者の連携の下に行う。医療機器・衛生材料等については、患者・障害者の状態に合わせ、必要かつ十分に患者に提供されることが必要である。
- 家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医、看護職員、保健所の保健師等、家族以外の者等患者の在宅療養に関わる者は、患者・障害者が在宅に移行した後も、相互に密接な連携を確保する。

2 患者・障害者の適切な医学的管理

- 入院先の医師や患者・障害者のかかりつけ医及び訪問看護職員は、当該患者について、定期的な診療や訪問看護を行い、適切な医学的管理を行う。

5 医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施

- 適切な医学的管理の下で、当該患者・障害者に対して適切な診療や訪問看護体制がとられていることを原則とし、当該家族以外の者は、入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員の指導の下で、家族、入院先の医師、患者・障害者のかかりつけ医及び訪問看護職員との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を密にして、適正なたんの吸引を実施する。
- 入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員は、定期的に、当該家族以外の者がたんの吸引を適正に行うことができていることを確認する。

6 緊急時の連絡・支援体制の確保

- 家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医、訪問看護職員、保健所の保健師等及び家族以外の者等の間で、緊急時の連絡・支援体制を確保する。」

当該患者について、定期的な診療や訪問看護・介護を行い、たんの吸引のみならず、適切な医学的管理を行う必要性があり、対象者の拡大にともない、各職種を束ねる往診医、指導に当たる訪問看護師の役割は大きくなっている。また、難病患者のみならず、障害者へのメディカルコントロールの質的向上が求められる。

（４）いわゆる「在宅ハイケア」の必要性

昨年度、重症高齢者、神経難病患者等を収容する医療施設 963 カ所に対し、平成 16 年 2 月郵送自計方式で調査を実施、退院困難な直近 3 事例について解析した。また、療養者について、現実のサービス、理想のサービスを記入してもらい、サービスの診療・介護報酬を積算した。

119 施設（回収率 12.4%）より合計 303 の症例が得られ、がん・腫瘍 8 件を除外、295 件を対象とし、退院できない理由について全症例（男 50.5%、女 49.5%）を医療的要因、社会的要因別に集計した。

医療的要因（複数回答、n=292）としては「常時病状の観察が必要である」に 42.8%が該当、以下「吸引・経管栄養等の行為に不安がある」が 33.9%、「呼吸障害・呼吸器管理に不安がある」が 28.4%、「痴呆が進んでいる」21.9%であった。「医療的要因にあてはまらない」との回答は 22.9%にのぼった。

合併症としては、感染症が 25.9%と最も多く、呼吸器系 22.8%、糖尿病 21.3%と続いた。一方、社会的要因（複数回答、n=292）では「受け入れ施設が不足している」55.1%、「家族が在宅療養を拒否している」が 52.7%、「主たる介護者が高齢・病弱である」26.4%であった。「社会的要因にあてはまらない」との回答は 3.8%であった。

また主病名別にみると、脳卒中後遺症（n=127）では、全症例の結果とほぼ同一傾向であるが、特定疾患（n=84）は、項目の順位の傾向は似ているが、医療的要因にあてはまるものの回答が若干多かった。医療的／社会的要因を包括して「退院できない理由で重要なもの」3 つ（複数回答、n=279）を回答してもらい、医療的要因、社会的要因別に集計しなおしてみると、医療的要因を挙げなかったものは 35.1%に及んだ。社会的要因では「受け入れ施設が不足している」が 40.5%、「家族が在宅療養を拒否している」が 39.8%であった。

療養者 81 人（男：56、女：25、ALS：31、要介護度 5：56）の理想的ケアに基づいて、在宅サービスのモデルを作成し、もっとも資源を要する単身者の療養モデルについて、入院と在宅の費用を診療報酬・介護報酬等で積算すると月当たり、それぞれ約 490 万円と約 400 万円となった。

在宅に移行できない、あるいは在宅療養が継続できない要因は、いわゆる「ハイケア」のサービス提供ができる診療所が少ないためと考えられる。

病院入院医療の「急性／療養」の二極化が進展する中、地域の診療所が提供する医療サービスについても、24 時間対応「在宅ハイケア」診療所／従来の安定期対応の診療所の二分化を推進すべきと考えられる。

先述の、医政局長通知でも「家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医、看護職員、保健所の保健師等、家族以外の者等患者の在宅療養に関わる者は、患者・障害者が在宅に移行した後も、相互に密接な連携を確保する。」とあるとおり、密接な連携を保証する「ケア会議の」必要性もますます増大している。

（５）ホスピタリティーの原点

病院（ホスピタル）とルーツを同じくする、ホテル・旅館等宿泊施設（ホステル）におい

て、重症高齢者等の受け入れが可能となるならば、心温まるもてなしというホスピタリティーの原点に立ち返ったサービス提供が改めて可能となろう。

元来ホテル事業はホスピタリティーを通じ、多くの人々に喜びと安心を与える人間の生活文化に直結した事業である。人々は太古の時代から旅をし、旅先では宿の主の暖かいもてなしを受け、温かい食事とやわらかいベッドで旅の疲れを癒し、安全に旅を続けることで経済や文化の交流を世界中に広げてきたのである。

近年のホテル事業は、本来のホスピタリティー精神に則り、利用者に喜びと安心を与えることには変りがないが、事業として利益を確保するための効率的なホテル運営が強く要求されるようになってきた。一方、急性期病院を中心とする入院医療に関しても、特定機能病院等における DPC 導入など、在院日数短縮と経済効率を重視せざるを得ない状況にたちいたっている。

重症高齢者、神経難病患者は、ホテルからも、急性期病院からも、「ご遠慮」いただくべき存在となって久しい。しかし、利用者の満足というサービス目標の原点に立ち返ってみる必要があると考えられる。

医療・介護施設よりも、宿泊施設のほうが、暖かなもてなしを提供する意欲を維持しているかもしれない。古来、湯治の伝統のある温泉地のホテルや湯治場が、重症高齢者や、ALS 等神経難病患者のショートステイをどう受け止めるかを調査することで、新たな介護保険の展開が見えてくるかもしれない。

(6) 診療報酬・介護報酬・支援費

平成 17 年 4 月 17 日中医協総会において、「医事法制における自己注射に係る取扱いについて」および「在宅自己注射指導管理料について」審議されたところである。医師法 17 条を巡る問題は、在宅療養の拡大とともに、いくつかの検討の場が設けられたが、「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 日医政発第 0717001 号 抄）

「在宅 ALS 患者の療養環境の向上を図るための措置を講じていくことは重要であり、また、たんの吸引については、その危険性を考慮すれば、医師又は看護職員が行うことが原則であるが、ALS 患者の在宅療養の現状にかんがみれば、在宅 ALS 患者に対する家族以外の者によるたんの吸引の実施について、下記の条件（※）の下では、当面のやむを得ない措置として許容されるものとする。

※適切な医学的管理、たんの吸引を実施する者に対する適切な教育等」を受けて、適切な診療報酬上の評価が求められている。現行制度下では、在宅療養者が医療機関の外来を月に 2 回受診することが算定要件となるなど、外来受診を前提とした在宅医学管理料が算定されている。

しかし、在宅重症者に関しては、むしろ居宅に赴いた場合の、適切な診療報酬算定が必要と考えられる。

在宅医療・介護の適切な診療報酬・介護報酬を再検討する上でも、本研究は基礎資料を提示する。

第2章 事業概要

(1) ワーキンググループによる打ち合わせ等の経過

【ワーキンググループメンバー】

川島孝一郎 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
泉山昌洋 医療法人泉仁会仙台中江病院院長／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

【事務局】

伊藤裕子 仙台往診クリニック
佐藤裕子 仙台往診クリニック
野上真理子 仙台往診クリニック

【会議開催内容】

第 1 回	平成 16 年 6 月 10 日 (木)	出席者 7 名
第 2 回	平成 16 年 6 月 21 日 (月)	出席者 7 名
第 3 回	平成 16 年 7 月 14 日 (水)	出席者 7 名
第 4 回	平成 16 年 7 月 28 日 (水)	出席者 7 名
第 5 回	平成 16 年 8 月 18 日 (水)	出席者 7 名
第 6 回	平成 16 年 8 月 29 日 (日)	出席者 7 名
第 7 回	平成 16 年 9 月 29 日 (水)	出席者 7 名
第 8 回	平成 16 年 10 月 28 日 (木)	出席者 7 名
第 9 回	平成 16 年 11 月 11 日 (木)	出席者 7 名
第 10 回	平成 16 年 11 月 30 日 (火)	出席者 8 名
第 11 回	平成 16 年 12 月 8 日 (水)	出席者 7 名
第 12 回	平成 16 年 12 月 15 日 (水)	出席者 7 名
第 13 回	平成 17 年 1 月 13 日 (木)	出席者 7 名
第 14 回	平成 17 年 1 月 19 日 (水)	出席者 7 名
第 15 回	平成 17 年 2 月 1 日 (火)	出席者 7 名
第 16 回	平成 17 年 2 月 8 日 (火)	出席者 7 名
第 17 回	平成 17 年 2 月 15 日 (火)	出席者 7 名
第 18 回	平成 17 年 2 月 21 日 (月)	出席者 7 名
第 19 回	平成 17 年 3 月 1 日 (火)	出席者 7 名
第 20 回	平成 17 年 3 月 7 日 (月)	出席者 7 名
第 21 回	平成 17 年 3 月 10 日 (木)	出席者 7 名
第 22 回	平成 17 年 3 月 16 日 (水)	出席者 7 名
第 23 回	平成 17 年 3 月 22 日 (火)	出席者 7 名
第 24 回	平成 17 年 3 月 23 日 (水)	出席者 7 名
第 25 回	平成 17 年 3 月 24 日 (木)	出席者 7 名
第 26 回	平成 17 年 3 月 25 日 (金)	出席者 7 名
第 27 回	平成 17 年 3 月 28 日 (月)	出席者 7 名
第 28 回	平成 17 年 3 月 29 日 (火)	出席者 7 名

第 29 回 平成 17 年 3 月 30 日（水） 出席者 7 名
第 30 回 平成 17 年 3 月 31 日（木） 出席者 7 名

（２）調査

1）24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査①

【調査対象地区】 全国

【調査対象者等】

在宅療養者のうち、人工呼吸器、中心静脈栄養、常時吸引等の複数高度医療を必要とする重症高齢者、介護保険の特定疾病に該当する複数高度医療の療養者および単身者 395 名

【抽出方法】

全国保健所より、各所職員が把握する上記対象者から調査協力者を募る

【調査方法】 調査票郵送自計方式

【調査対象数】 395 人

【調査内容】

現在受けている各種介護サービスの現状と満足度評価、医療的ケアや技術的行為の実態把握、今後の制度改革や本事業が提言する新制度に関する意識調査（別添調査票参照）

【調査実施期間】 平成 17 年 1 月 1 日～平成 17 年 2 月 28 日

【調査結果の活用方法】

現状の訪問サービス担当者に要求・重視される事項、ショートステイの満足度の実態を把握し、モデル運用に際しての必要因子を検証する

2）24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査②

【調査対象地区】 全国

【調査対象者等】

訪問介護、訪問看護、デイケア、ショートステイを行っている介護保険適用施設、および、入所型の身体障害者療護施設 143 施設

【抽出方法】

独立行政法人福祉医療機構がインターネット公開している事業者リストのうち、NTT 番号情報株式会社がインターネット公開している情報に掲載されている施設から無作為抽出

【調査方法】 調査票郵送自計方式

【調査対象数】 143 施設

【調査内容】

高度医療を必要とする療養者モデルを提示し、サービス対応の実態と阻害要因の把握、主たる担当者を中心とした、最適なサービス提供体制に関する意識調査（別添調査票参照）

【調査実施期間】 平成 17 年 3 月 1 日～平成 17 年 3 月 31 日

【調査結果の活用方法】

現行の制度下における、高度医療を必要とする療養者へのショートステイ提供体制の問題点を検証する

3) 24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査③

【調査対象地区】 全国

【調査対象者等】

全国の旅館・ホテルなど、自施設による医療・介護サービスを目的としていない宿泊施設 107 施設

【抽出方法】

社団法人日本観光旅館連盟がインターネットで公開しているホテル・旅館などの宿泊施設リストのうち、1 泊 1 名料金を 5,000 円以上としているものより無作為

【調査方法】 調査票郵送自計方式

【調査対象数】 107 施設

【調査内容】

呼吸器や経管栄養などを行っている療養者と介護者の宿泊、外部からの訪問入浴サービスなどへの対応について、設備の状況、職員の対応に関する現状と展望の把握のための調査（別添調査票参照）

【調査実施期間】 平成 17 年 3 月 1 日～平成 17 年 3 月 31 日

【調査結果の活用方法】

レスパイトケアの際の利用施設として、入院病床や老人保健施設のみならず、一般宿泊施設を用い、現在の居宅介護担当スタッフによる療養者介護を行なう新制度の展望について検証・提言する

（3）温泉療養視察調査

【調査日】 平成 17 年 3 月 10 日（木）

【調査場所】

病院・・・町立鳴子温泉病院（宮城県玉造郡鳴子町 鳴子温泉）
宿泊施設・・・まるみや旅館（宮城県玉造郡鳴子町 東鳴子温泉）

【調査出張者】

川島孝一郎 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
泉山昌洋 医療法人泉仁会仙台中江病院院長／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

【調査内容】

重症高齢者等のサービス利用の新たな選択肢を模索するため、実際に現在宮城県玉造郡の鳴子温泉で行なわれている、温泉旅館に宿泊し病院において行なわれる「温泉療養プラン」についての現地視察調査を行なった

（４）24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供体制モデルの策定

【モデル作成過程】

- ①（３）の温泉療養視察調査の実態と予想される問題点の把握
- ②モデル対象者選定
- ③②で選定した対象者の現在の医療・介護サービス利用状況の確認
- ④内容・人ともに居宅と同一のサービスを提供するためのタイムスケジュール調整

（５）24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供体制モデルの運用

【運用日】 平成 17 年 3 月 22 日（火）～24 日（木）

【運用場所】 ホテル佐勘（宮城県仙台市太白区秋保 秋保温泉）

【モデル対象者】

宮城県仙台市太白区在住 58 歳 筋萎縮性側索硬化症 男性

【調査出張者】

川島孝一郎 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
泉山昌洋 医療法人泉仁会仙台中江病院院長／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

【調査内容】

モデル運用の経過確認と、療養者・介護者・サービス提供者に、モデル運用について聞き取り調査を行なった

（６）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集計と解析の一部を委託した

第3章 事業結果

1) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査①

(1) 回収結果

全国 588 ヶ所の保健所に、合わせて 2,804 通の調査票を発送した。対象者抽出と、一部、代理記入にご尽力いただくことで、多くの療養者の方々から回答を得ることができたことに感謝申し上げたい。

残念ながら、「該当者未把握」が 8 保健所 51 通、「該当者なし」が 6 保健所 22 通、「その他の理由」および理由不明が 5 保健所 28 通であった。また、転居先不明等で 5 保健所 21 通が未達となった。

これらを除く 2,682 件のうち、395 件から回答があり（回収率 14.1%）、全てを有効回答とみなした。

(2) 集計結果—全回答

【A 利用者本人について】

問 1. 現在の住まい

自宅が 92.8%、入院が 5.4%、その他の施設への入居が 1.8%であった（図 1-1）。都道府県別の結果を表に示す（表 1-1）。

問 2. 記入者

記入者は、本人自身が 2.8%、本人を家族が手伝ったのが 6.1%で、代理記入が 91.1%であった（図 1-2）。代理記入者のうち、配偶者が 60.9%を占め、子どもは 20.3%であった。ケアマネジャーは 2.6%、その他は 8.1%で、保健師や訪問看護師の回答が多かった（図 1-3、表 1-2）。

問 3. 本人家族の状況

ひとり暮らしが 2.3%、本人と 65 歳以上が 19.9%であった（図 1-4）。

問 4. 年齢、性別

64 歳以下は 34.3%、65～69 歳は 20.6%であった（図 1-5）。男性が 60.1%、女性が 39.9%であった（図 1-6）。

問 5. 主病名

回答者 392 名中、223 名が筋萎縮性側索硬化症（ALS）と答えた。ついでパーキンソン病が 53 例、多系統萎縮・シャイドレーガー症候群が 24 例であった（図 1-7）。

問 6. 利用中の制度

介護保険の利用は 100%、身体障害者支援費制度は 47.3%、その他の自治体サービス利用は 22.0%であった（図 1-8）。要介護度 5 であるとの回答は 84.2%であった（図 1-9）。

問 7. 身体障害者手帳

身体障害者手帳を持っていると答えたのは 94.1%であった（図 1-10）。そのうち、1 級であるとの回答は 84.8%であった（図 1-11）。

問 8. その他の状況

常時吸引が必要であると答えたのは 69.4%であった。胃ろうによる経管栄養が 58.2%、気管切開を伴う人工呼吸器使用が 51.6%、気管切開が 47.3%であった（図 1-12）。

【B ケアプラン・ケアマネジャーについて】

問 9. 事業者をどのように知ったか

病院・施設で知ったのが 32.7%であった。役所での相談が 21.5%であった（図 1-13）。

問 10. 満足度

- ①ケアプラン作成・見直しの説明については、説明がないと答えたのは 4.8%であった（図 1-14）。
- ②本人・家族の質問や要望は、1.6%が聞いてくれないと答えた（図 1-15）。
- ③相談などの際連絡がとりにくいと答えたのは 4.2%であった（図 1-16）。
- ④ケアマネジャーからの訪問や連絡については、4.5%がよく訪問してくれないと答えた（図 1-17）。
- ⑤担当者は、7.0%がたびたび代わると答えた（図 1-18）。
- ⑥頼りがいがあるかどうかについては、5.6%がないと答えた（図 1-19）。
- ⑦態度やマナーは、1.1%が悪いと答えた（図 1-20）。

問 11. 要望しないサービス・事業者について

- ①「要望していないサービスを組み込もうとしたことがある」との回答は、3.4%であった。「提案されたが断った」が 5.5%、「ない」が 91.1%であった（図 1-21）。
- ②「利用を希望していない事業者の利用を薦めたことがある」との回答は、2.1%であった。「提案されたが断った」が 4.5%、「ない」が 93.4%であった（図 1-22）。

問 12. 全体の満足度

全体として満足しているかとの問いには、「満足していない」が 5.6%、「どちらでもない」が 16.2%、「満足している」が 77.1%であった（図 1-23）。

【C-1 それぞれのサービスの満足度－訪問介護】

問 14. 現在利用しているか

現在訪問介護を利用していると答えたのは、66.5%であった（図 1-24）。

問 14-1. 満足度

- ①時間どおりに訪問していないと答えたのは 1.2%であった（図 1-25）。
- ②言葉づかいや行動が悪いと答えたのは 0.4%であった（図 1-26）。
- ③ケアプランにそってきちんと行っていないと答えたのは 2.4%であった（図 1-27）。
- ④プライバシーについて配慮してくれていないと答えたのは 1.6%であった（図 1-28）。
- ⑤話をよく聞いてくれないと答えたのは 0.4%であった（図 1-29）。

- ⑥衛生面に気を配ってくれないと答えたのは0.4%であった（図1-30）。
- ⑦本人の体調を聞き工夫してくれるかという問いには、5.7%が工夫してくれないと答えた（図1-31）。
- ⑧引継ぎがしっかりされていないと答えたのは、5.3%であった（図1-32）。

問 14-2. 医療的ケア

現在訪問介護を利用している利用者のうち、ヘルパーが検温をしてくれると答えたのは39.1%であった。痰の吸引は37.1%、口腔ケアは34.8%であった（図1-33）。

問 14-3. 全体の満足度

訪問介護サービス全体の満足度では、「満足していない」が12.1%、「どちらでもない」が20.8%、「満足している」が66.3%であった（図1-34）。

問 14-6. 今後の継続利用

現在の事業者を今後も継続して利用したいかとの問いには、「変更したい」が1.2%、「担当は変更したい」が2.4%、「継続して利用したい」が87.0%であった（図1-35）。

問 14-7. 事業者変更時について

事業者を変更する場合重視したいことでは、「家族のことも親身になって相談に乗ってくれそうか」が49.2%、「相談したときの対応や説明の仕方」が39.8%、「資格、技術があるとの期待」が33.2%であった（図1-36）。

【C-2 それぞれのサービスの満足度－ショートステイ】

問 15. 現在利用しているか

現在ショートステイを利用していると答えたのは、27.6%であった（図1-37）。

問 15-1. 満足度

- ①送迎してくれない、もしくは自宅から遠いところだけ送迎してくれると答えたのは16.3%であった（図1-38）。
- ②希望する日に利用できないと答えたのは18.2%であった（図1-39）。
- ③希望する日数の利用ができないと答えたのは16.8%であった（図1-40）。
- ④言葉づかいや対応がきちんとしていないと答えたのは6.1%であった（図1-41）。
- ⑤日程や内容の急な変更については、対応してくれないと答えたのは9.1%であった（図1-42）。
- ⑥ケガや体調不良などの際の家族への連絡については、6.2%が対応してくれないと答えた（図1-43）。
- ⑦職員が良く気を配ってくれないと答えたのは17.3%であった（図1-44）。
- ⑧担当の職員が決まっていないと答えたのは33.7%であった（図1-45）。
- ⑨プログラムの内容に満足していないと答えたのは15.3%であった（図1-46）。

問 15-2. ケガ・褥創の有無

ケガや褥創の有無については、24.0%がこれまでにあったと答えた（図1-47）。

問 15-3. 全体の満足度

全体として「満足していない」と答えたのは 22.3%であった。「どちらでもない」が 39.4%、「満足している」が 34.0%、「わからない」が 4.3%であった（図 1-48）。

【C－3 それぞれのサービスの満足度－訪問入浴】

問 16. 現在利用しているか

現在訪問入浴を利用していると答えたのは 70.1%であった（図 1-49）。

問 16-1. 全体の満足度

全体として「満足していない」と答えたのは 4.2%であった。「どちらでもない」が 13.6%、「満足している」が 82.3%であった（図 1-50）。

問 16-2. 改善して欲しい点

訪問入浴を利用している療養者のうち、改善してほしい点について、「技術や知識が充分ではない」に該当するのが 16.7%であった（図 1-51）。

【C－4 それぞれのサービスの満足度－訪問看護】

問 17. 現在利用しているか

現在訪問看護を利用していると答えたのは 86.9%であった（図 1-52）。

問 17-1. 全体の満足

全体として「満足していない」と答えたのは 5.0%であった。「どちらでもない」が 18.9%、「満足している」が 75.1%であった（図 1-53）。

問 17-2. 改善して欲しい点

改善してほしい点については、「技術や知識が充分ではない」が 13.8%であった（図 1-54）。

【D サービスの利用回数・利用時間】

問 18. 利用量の増減について

- ①訪問介護は、「今後と同程度の利用」と答えたのが 44.2%であった。「自己負担額が増えないのであれば増やす」と答えたのは 27.9%、「自己負担額に関わらず増やす」が 5.9%であった（図 1-55）。
- ②訪問入浴は、「今後と同程度の利用」と答えたのが 55.0%であった。「自己負担額が増えないのであれば増やす」と答えたのは 19.7%であった（図 1-56）。
- ③訪問看護は、「今後と同程度の利用」と答えたのが 57.7%であった。「自己負担額が増えないのであれば増やす」と答えたのは 25.7%、「自己負担額に関わらず増やす」が 4.9%であった（図 1-57）。
- ④訪問リハビリは、「自己負担額が増えないのであれば増やす」と答えたのは 17.5%、「自己負担額に関わらず増やす」が 6.0%であった（図 1-58）。
- ⑤デイサービス・デイケアは、「今後とも利用しない」と答えたのが 63.3%であった（図 1-59）。

⑥ショートステイは、「今後とも利用しない」と答えたのが 50.5%であった。「新たに利用したい」と答えたのは 20.2%であった（図 1-60）。

問 19. 自己負担額が高くなってもサービスの種類が増えたほうがよいか

「そう思う」と答えたのは 38.7%であった（図 1-61）。そのうち、夜間の長時間看護を希望したのは 39.9%、夜間の長時間介護を希望したのは 35.3%であった（図 1-62）。

【E 介護保険等、制度の全体的評価】

現在受けている介護保険制度や身体障害者支援費制度のサービスの全体的評価では、60～79 点が 29.6%、80～99 点が 48.2%、100 点が 9.0%であった（図 1-63）。

【F 介護保険の利用の度合い】

問 22. 1 ヶ月あたり介護保険自己負担金

介護保険の 1 ヶ月あたり自己負担金は、30,000～40,000 円が 24.8%、10,000～20,000 円が 24.5%であった（図 1-64）。

限度額まで利用していない理由を答えたもののうち、「今の利用回数・時間で満足しているから」と答えたのは 50.2%、「家族が介護してくれているから」と答えたのが 49.4%であった（図 1-65）。

問 23. 料金の妥当性

料金を概ね妥当と答えたのは 64.1%であった。どちらかという高いと答えたのは 17.5%であった（図 1-66）。

問 24. 全額自己負担でも利用したいか

全額自己負担でも今後利用したいサービスがあるかとの問いでは、25.8%があると答えた（図 1-67）。そのうち、訪問介護が 18.6%、訪問看護が 17.6%に該当した（図 1-68）。

【G 主たる介護者の普段の生活】

問 25. 外出の頻度

主たる介護者がほとんど毎日外出できると答えたのは 15.7%であった。ほとんどでかけられないと答えたのは 24.2%であった（図 1-69）。

問 26. 頼りになる人

介護者にとって、近くにいる頼りになる人には、「子どももしくは子どもの家族」が 50.9%、医師が 42.4%となった（図 1-70）。その他の回答では、訪問看護師が多数を占めた（表 1-10）。

【H 意見・提案】

問 27. 保険制度について改善してほしい点

「介護保険料の負担軽減」を、45.8%が改善してほしいと答えた。「認定更新期間の延長」が 40.3%、「利用者負担の軽減」が 38.1%、「介護認定申請手続きの簡素化」が 32.8%

であった（図 1-71）。

問 28. 任意保険に付随する介護費用給付割合の拡大

介護総費用において、任意保険給付の割合が拡大することについて、「基本的に賛成」と答えたのは 13.6%であった。「社会的に不公平で反対」が 11.7%、「どちらともいえない」が 25.9%、「わからない」が 48.7%であった（図 1-72）。

問 29. 越境入所の自己負担増について

越境入所の自己負担増については、「基本的に賛成」が 8.7%、「格差拡大につながり反対」が 37.4%、「どちらともいえない」が 23.8%、「わからない」が 30.1%であった（図 1-73）。

【自由記載】（記載内容は特にことわらない限り表記のまま）

問 13-1. 現在のケアマネジャーについて

- ケアマネの人に色々教えてもらうことが多い（注：要約）
- 勉強熱心で ALS のことについていろいろ勉強されてます。心強い後立てとなり何でも相談できます
- 初回挑戦で頑張ってくれるのにわありがたい。ALS の病気進行の対応に気の毒なくらい努力している
- 例えば、痰の吸引における清潔さの維持について、経管栄養の時の注入のスピード、血圧の状態の悪化や変化時の対応、人工呼吸器をつけるかどうかの判断に必要な資料の提供等々必要な時にさっと提供していただき感謝しています

との意見もあれば、

- 研修制度を通じてでも、もっと勉強して欲しい。年に 1 回でもテストを行なうよう希望します
- ALS に対応できる人材が不足している。育っていない
- 患者は、ALS の初心者なのだからケアマネは、プロとして、その患者の望む生活にソフトランディングできるよう導くべきだと考える
- 日本のどこに住んでも同福祉でありたい

との意見もあった。その他、

- ケアマネジャーは頼りにしていない。介護保険法で決められているのでしかたなく利用している
- その人の経歴、出身によって看護色が強かったり行政色が強かったりしてなかなか公正中立な判断ができない
- 本人の意見の前に自分の考えをおしつける傾向がある
- 商品をよく勧められる。自分の会社以外はとり合っていない場合がある
- 以前のケアマネ事業者は要望していないサービスを導入むりに勧められたので、代えてもらい、今の事業者になった

などの意見があった。

問 13-2. 理想のケアマネジャーについて

- あまりにも会社の規則にしばられて何のための、誰のためのケアプランを作るのか、忘れているケアマネが結構いる
- 現在の制度を忠実に守るのではなく、現在の制度が不完全なものであるという認

識を持ち、制度改善にも積極的に取り組む姿勢が欲しい

- 病院系列のケアマネージャーは独立した立場でありながら中立とはおもえません
- 会社の利益不利益に関係なくケアプランを組んでほしいと思う
- 事業者とのゆ着がない。制度に対する知識が豊富であること。

などの意見や、

- 介護保険制度発足に伴い云わば急造ケアマネが多い（注：要約）
- 個人によって知識、経験にバラつきがあるので余祐（50人まで担当→30人程度まで減して）を持たせ、研修等をさせる時間を（略）（能力レベルの平準化）
- 介護保険制度の枠内で想定されているケアマネでは、ALSといった難病を持ちながら生活したい者のケアは荷が勝ち過ぎている
- ケアマネの仕事は社会福祉士が果たすべきと考えます
- 小さくても良いから目標を持たせてくれ常に前向きに生きてゆけるように助言、助力してほしい
- こちらの意見を、かかわる人（介保のサービス）に、十分伝えて欲しい
- 気弱になっている者の橋渡しとなる方なので人柄、人徳のある方、顔に出るのではないかと思います。優しさ・あたたかさが何より大切だと思います

との意見があった。

問 14-4. 現在のホームヘルプサービスについて

- ヘルパーさんの吸引がなければ在宅介護はなりたちません
- 医療行為において法律で規制されている枠を緩めてほしい
- 痰の吸引のできる方が少ないので、増員していただきたいです
- 要介護者と介護者を介護ユニットとして支援の対象にすべきだと思う

などの意見があった。

- 毎日ヘルパーが変わるので大変です

との意見がある一方、

- 4人～5人交代で来て下さる事は良いです。色々な人との出会いがあって楽しみです

との意見もあった。その他、

- 経験とその人の人間性が左右される仕事だと思う
- 単なる資金稼ぎできている。思いやりの気持がない
- 時間の切売りみたいに感じる
- ホームヘルパーさんは変ってもらいたくない。（同じヘルパーさんに来てもらいたい）引きつぎの後が大変です
- 新しいヘルパーが来ればまた一からやりなおし

などの意見があった。

問 14-8. 訪問介護を利用していない理由

- 家族だけでは大変になる時は仕方ないと思いますが、できる限り身内の者でコミュニケーションとりながらみてあげたい
- あまり多くの人々が、家に入出入りするのに抵抗がある
- 個人情報がもれそう
- やはり自分でやりたい部分、踏み込まれたくない部分があります
- 他人の世話を必要以上に借りたくない
- 長くなると、人が変わったように言葉が悪くなり（略）家のものもなくなったり

した事もあります

- 以前利用させていただいておりましたが患者家族の考えでなくヘルパーさんの考えで事態をすすめてしまった

との意見や、

- ヘルパーさんが手慣れた方でなかった為。家族より下手で、どうにもならなかった
- ホームヘルパーさんでは無理なので訪問看護師さんをお願いしています
- ヘルパーの技量に大変不満
- 訪問介護は母の病気（注：問 5 主病名で ALS を回答）の場合対応してくれるのが難かしいからと説明を受けました
- 私くし（夫）が、いつでも一緒にいてやる事が、今、妻（患者）に一番必要だと思ったので実行した

などの意見もあった。

問 14-9. 理想の訪問介護について

- 他の人の話をしない事が一番求められる事です
- 家族のプライバシーに関せず必要以上深入りしてこない事
- 「信頼」「ヘルパーは物をとる」といううわさがあったので、利用したくない
- 話ができないので、ひとつひとつやることを確認してからやってほしい
- ホームヘルパーは"素人に毛のはえた"程度の知識しか持っていない人が多い
- 人は最期まで人間的に終わらねばならないし、終わらせてあげることこそ最優先させるべきである
- 体の動かない患者を人間扱いしないヘルパーはいりません。「人間の心」が一番大事です
- 吸引ができて、緊急時（介護者が動けない時）に来てくれる人

などの意見があった。

問 15-4. 現在のショートステイについて

- 気管切開や胃ろう等で厄介な者は審査で落とされる場合が多々ある
- 遠いので車の手配が大変 3 ヶ月先の予約でなかなか日取がとれない
- 職員の人数不足により放たらしにしている時間が多い
- 夜は看婦が不在のため、人工呼吸器の管理ができない。このために家族（私）が夜は泊りに行くことになる。実行不可能となるので、後は利用していない。ショートステイが必要な時には、遠方となるが、緊急入院の方法しかとれない
- 実際に利用して感じた事は家族の休息と患者の気分転換などの理由で利用しているはずが（略）不安で、家族がほぼ、毎日病院に行かなければならない
- 病院は病気になった人が治す目的のために入院する所で、治療の目的の無い人にとっては地獄に等しい所だと思います

との意見もあれば、現在利用中の施設について

- 『利用者本位』という考え方が徹底されていてすばらしい（略）あえて更に望むことを言えば、介護者が病気になったときのような緊急時にもショートステイを受け入れてもらえるような体制があればいいのですが

とする意見もあった。

問 15-5. ショートステイを利用していない理由

- 呼吸器をつけているため、受入れてもらえない
- ALS で気切あり、胃瘻造設のため受け入れ可能施設が近隣ではない
- 気管切開をしていると預かってくれないとケアマネージャーに言われたのであきらめている

などの意見や、

- 患者本人があらゆる機材を積んで移動する事を希望しないのといろいろな人々の注目されるのを気にしております
- コミュニケーションがとれる介護者がいなければがまん、がまんのショートステイになります
- 家族がつかれていても安心して預けられる所がないと言う事が一番の理由です
- レスパイト入院を利用している為
- 体の動かない家族を付き添いなしで出すなどという、かわいそうなことはできません

との意見があった。

問 15-6. 理想のショートステイについて

- Nr センターのガラス越しで観察のできる所
- どんな状態にある人でも、どうしても預けなければならない時があるので安心して預けられるような場所を作って欲しい
- 近くにあり、家族といつでも面会可能なこと。パソコンのつながること
- 個人のプライバシーが守られ、一方で淋しい思いをしない様な、バランスのとれた生活ができる事
- お年寄のホームステイだけでなく若年者向けの施設もあってもよいのでは

などの意見があった。その他、

- 現在、私の住んでいる町では、難病専門病院がない
- 軽症患者はむしろ自宅療養が可能で、重症患者ほど受け入れ施設の必要性が増す筈なのに、現実には全く逆転している
- 苦痛や疲労を伴うようであれば利用したくない
- 介護保険のパンフレットには介護する人の為に、緊急の時、冠婚葬祭等の時短期入所と書いてありますその言葉を信じて（安心）看護しておりますが一度も役に立った事はありません

など、ここでも不満の声が聞かれた。

問 16-2. 訪問入浴 - 改善して欲しいと思う点

- 会社の働く人への待遇が良くないのかやめてしまう人が多いようで残念です。折角こんなお仕事をしてお下さるのですから大切にしたい
- 浴槽が短いので「ヒザ」が出たままなので、冬場は心配です。(174cm)
- メンバーが同一でなく、申し送りが十分でない

などの意見があった。

問 16-3. 理想の訪問入浴について

現状に満足している意見としては、

- 家には風呂も水もお湯も無くても入浴サービスカーが来て呉れるので満足しています

○今利用しているサービスは、本当に満足している。スタッフも優しくテキパキしているし、家の中もぜんぜん汚れず、義父も、1 番の楽しみです
などがあった。不満の声としては、

- 入浴後に、苦しい思いをしたので、入浴はしたいと思わない
- 人工呼吸を装着している為出来るだけ、担当者が同じ人を望みます。手順が、うまくゆかないと患者も苦しい
- 力仕事で男性が必要だが、女性患者にとり恥ずかしいとも思うので、女性なら女性スタッフのみによる入浴サービス
- 週 1 回なので夏場など 2 回を希望

などの意見のほか、

- 今後も施設利用時の入浴サービスを続けたいと思います。(設備が整っている所で利用したい)
- 廃業になった旅館を障害者用にリフォームして気軽に利用できないものでしょうか
- たまには温泉を使ってほしい

などの意見もあった。

問 17-2. 訪問看護 - 改善してほしいと思う点

その他の回答として、

- 交通費がかかる事と、訪問時刻の調整が難しい。年中無休でない
- 土、日、祝日が休みで、その日に依頼すると、金額も高い

との意見のほか、

- 看護師は割と他に仕事を見つけられるので他に移ってしまう
- 訪問看護師、医師、理学療法士、および、関係職員間の連絡体制が少し悪い

などの意見があった。

問 17-3. 理想の訪問看護

満足しているという意見には、

- 退院してから訪問看護を受けて、いますが、病院の看護師さん以上によく見ていただいています。私はとってもうれしいです
- 難病の為、医療保険での訪問看護を受けております。ホームドクター、病院との連携も十分とれて満足しております

との声があった。不満の声には、

- 医師の休診日に訪問してくれると助かる
- すぐこられなくても連絡した時、力付けてほしいです
- 休みの日にどうしても利用したい時は来て頂けますが時間給が高すぎて、利用しにくい
- 毎週でなくても月 2 回位日曜日も訪問していただきたい
- 交通費の負担（800 円／回）かかるが、この負担をなくしてほしい
- 地域格差が有り過ぎる
- 理想の訪問看護などないし、求めもしない

との意見があった。

問 19-1. 増えたほうが良いと思うサービス

- 冠婚葬祭の時に、長時間訪問看護師が看護してくれる（急な依頼）

- 移送サービス（車椅子でそのまま乗り込める車で希望する所へ移送）
 - ヘルパーさんに連れてもらって、車で外出したい、墓参り等
 - 通院や入院時に、慣れたヘルパーさんについていてほしい
- などの意見があった。

問 22-1. 限度まで利用していない理由

- 自己負担金は大きい
- 生活するのに困難になる
- 医療外の出費が高い
- 年金生活のため生活費の出費もあり介護保険にばかり出費出来ない
- 母子家庭で子が学生の為障害者手当では毎日の生活が精一杯
- レンタルのベット、マット、さく等は高いと思う

との意見がある他、

- 希望しても、人が少なくて来られないと断われた
- ショートステイを利用したいのに預ける所がない

などの意見があった。

また、

- 特定疾患の制度を利用しているから
- 状態を見ながら徐々にふやす予定だから
- 緊急時の対応でサービス利用が必要となることを考え残している
- ショートステイ利用したいため、あけてある
- 介ゴ保険料が増加したら保険者に悪いから

との意見もあった。

問 24-1. 全額自己負担でも利用したいサービス

その他の回答として、「訪問リハビリ」「夜間訪問介護」のほか

- 留守番をしてくれるサービス
- 病人を施設の整った所へ連れて行ってあげたい（温泉・旅行）

があった。

問 27. 介護保険制度 - 改善してほしいと思う点

その他の回答として、

- 重度障害の場合は、事業所の管理的出費をきりつめ、ヘルパーのサービスを多く（時間数）してほしい
- 生死を共う要介護 5 と老人というだけの要介護 5 が同じ内容、料金というのは絶対におかしい
- ねたきりの重度の障害者の介護者を助けてほしい
- 人工呼吸器つけてショートステイできる施設が近距離にほしい
- 40 才になっていないので、介護保険が使えない

などの意見があった。

問 30. 介護保険制度の意見と要望

認定制度に関しては、

- 要介護 5 以上の認定はないのか、あまりにも認定の範囲が大ざっぱではないか
- 難病者には要介護度 5 以上が必要

- 特定疾患の場合特に ALS の様に進行性の病気は、人によって違いますが、見込みの様な形で認定はしてもらえないものなのか

納入・給付制度には、

- 年金の中から、介護保険負担料を支払うのは厳しい
- 自宅で介ゴしている人への市町村からの手当が、なくなった。実際に見ている人への手当はあったほうが在宅介ゴはすすむのではないか
- 病気の形態によっては介護保険制度では費用的に家族の手のかかる事もあるので重症患者への配慮をもう少し深く考えてほしい
- 経済的にも、精神的肉体的に長く続けるには、今のサービス利用の限度のわくはせまくて、きびしいと思います
- 介ご保険に ALS が組みこまれてから、かえって経済的負担が増加している
- 支入のない者からお金を取らない制度にしてほしい
- 年金額の格差がある。利用限度額が年金で払えないケースが多くある。低所得者には、公費による援助が必要と考える
- 公的制度なので、不公平感の無い公平公正な質の高い制度とすることが、高齢化する日本社会で重要

などの意見があった。また、

- 手足がまだ動くので、介護保険を利用してのパソコンの購入ができません。手足が不自由になってからでは使いこなす事はできませんので、今のうちに利用できるようになるとうい（注：要約）

との意見があった。

そのほか、

- 各自治体によって上手に旦つ能率的に介護が完全に行なわれているが落差もかんじられる
- 田舎なので事業所が少ない。訪看、訪リハは希望するがサービス自体ない
- 介護にあたり知識及情報等が薄いため自治体よりなにかしらのメールがあれば

との地域格差・情報格差に関する意見、サービス提供に関しては、

- 在宅介護で一番欲しいのは、日中ではなく、夜間
- 時間計算より労力を要する仕事個々に点数を付けて
- 往診して下さる先生方が少なくなすぎて、今やっている先生方だけでは負担が多すぎると思います（略）限ぎられた先生方達だけが自分の身を彫っているのは不公平です

との意見があった。総括的な意見としては、

- 介護保険のねらいは介護の社会化で、家族介護を助けるためのものである。介護は、そんなに、生活援助とか身体介護とかに、すっきり区別できるものではなく、生活の中の介護や家事援助と言えないことはない
- 介護保険制度の破綻の危機は初めから見えていたように思えてなりません

などがあった。

問 31. その他の制度の意見と要望

支援費に関しては、

- 感謝しています
- 経済的にはずいぶん助けられた気がしています
- 知らない人も多くいます
- 何が支援費制度なのですか？年収 400 万以下の家族や、母子家庭、独居のみが利

用できるだけで、ほとんどの家族には適用しない

などの意見があった。

制度と介護の現実との矛盾については、

- どの様なサービスでも利用者が申請又は申し込みをしないとサービスが受けられない結果となっているのが現状であり、非常に不公平感がある
- 役場に持参しないといけないので大変（本人又は家族が行かないといけないが）介護をしているのでなかなか外出できない
- 障害者を預かってくれる施設があまりに少なく驚きました。主人の場合、昨日迄元気で突然の事故で脊損となり家族共々、何十ヶ所という施設を申し込みましたが、すべて断られました（略）自宅で生活が出来ると思われる老人があまりにも施設に入っている人が多い
- 介護者に対して、介護手当を支給してほしい
- 形に残らない物にはなかなか支援がなく残念です。どうぞ形あるものばかりにお金をかけず心豊かな介護にお金をかけて下さい
- リース制度が使えると良いと思いました。又、病気の変化にともない、買い換えなければならない事もありますよね

と、様々な意見があった。

今後の展開については、

- 今後、介保と支援費を一体化する法案が出ていることが、とても気になります
- 自治体によっては、財政難の折、制度にマイナスになるような状況が予想されます。可能な限り、従来通りの取扱いを希望します
- 介護保険で動いていたほうが事業者としては有利だという考えが強いと思います
- 制度の動きあるたびにサービスの低下を懸念します

との不安があった。

その他、

- 難病専門のショートステイできる病院、スタッフがほしい
- どこにどんな障害者がいて、どんな災害にはこの人からなど、はあくできてるのが不安
- 知的障害者に対する通所施設が町によってはまったくない所があります

や、

- 役所の窓口の対応が悪くて悔しい思いをしましたがいろんな事を学びました
- 時間がかかり過ぎるのもっと早く希望がかなうと良い

など、様々な意見が寄せられた。

（３）分析－全回答

１）回答者の特徴

回答者 392 名のうち、筋萎縮性側索硬化症（ALS）が 223 例、パーキンソン病が 53 例、多系統萎縮・シャイドレーガー症候群が 24 例と、神経難病患者からの回答が多く寄せられた。

本調査は保健所を介しての調査であり、保健師等が把握する難病患者へ調査票が配布された結果を反映していると思われる。要介護度は 5 が 84.2%であり、重症者が多いと推察される。

身体障害者手帳は、1 級が 84.8%であり、障害の程度も大きい。

2) 満足度評価

介護保険の利用は、100%。身体障害者支援費制度は 47.3%、その他の自治体サービス利用は 22.0%であった。

具体的なサービスに対する満足度調査の結果は、慎重な解釈が必要である。

まず、ケアプラン、ケアマネジャーへの評価は、「満足していない」が 5.6%、「どちらでもない」が 16.2%、「満足している」が 77.1%であった。一般に、満足度評価のカットオフラインは、80 点とされる。それに照らすと、不合格である。

ケアプラン作成・見直しの説明について、「説明がない」との回答が 4.8%あり、十分な説明、やり取りを重ねて、より一層コミュニケーションを深める必要がある。

次に、訪問介護サービス全体の満足度は、「満足していない」が 12.1%、「どちらでもない」が 20.8%、「満足している」が 66.3%で、満足度は合格点を大きく下回っている。「引継ぎがしっかりされていない」との回答が 5.3%あり、スタッフ間のコミュニケーションの不足が、利用者の不満の原因となっていると思われる。

また、「本人の体調を聞き工夫してくれるか」に対して 5.7%が「工夫してくれない」と不満を漏らしている。いつもと違う「変化」をアセスメントし、ご本人の訴えを、「ちゃんとお聞きする」ことが、満足につながる。

医療的ケアについてであるが、現在訪問介護を利用している利用者のうち、ヘルパーが検温をしてくれると答えたのは 39.1%であった。たんの吸引は 37.1%、口腔ケアは 34.8%であった。

たんの吸引は、医政局長通知（医政発第 0324006 号 平成 17 年 3 月 24 日）によって、ALS 以外の在宅患者・障害者にも一定の条件化で認められるようになったが、まだまだ、これからの課題である。その他の医療的ケアについては、結語で述べる。

ショートステイについては、全体として「満足していない」が 22.3%であった。「どちらでもない」が 39.4%、「満足している」が 34.0%、「わからない」が 4.3%であった。満足度は著しく低く、落第点である。

不満の原因は、多々あり、なかでも「担当の職員が決まっていない」との回答が 33.7%と最も高く、しょっちゅう担当者が変わるのでは、安心して療養できない。なじみのスタッフが、ショートステイ先にもサービス提供に赴くことができれば、不満は和らぐと考えられる。

訪問入浴に対する評価は、全体として「満足していない」と答えたのは 4.2%、「どちらでもない」が 13.6%、「満足している」が 82.3%であった。かろうじて合格点である。不満の原因として最大のものは「技術や知識が充分ではない」という点であり、工夫の積み重ねで改善できる余地がある。

訪問看護への満足度評価は、全体として「満足していない」は 5.0%、「どちらでもない」が 18.9%、「満足している」が 75.1%であり、合格点に達していない。「技術や知識が充分ではない」が不満の最大原因であり、大いに工夫の余地がある。

3) 今後充実を望むサービス

「自己負担額が高くなってもサービスの種類が増えたほうがよいか」について「そう思う」と答えたのは 38.7%であった。そのうち、夜間の長時間看護を希望したのは 39.9%、夜間の長時間介護を希望したのは 35.3%であった。

「全額自己負担でも今後利用したいサービスがあるか」について、25.8%があると答えた。そのうち、訪問介護が 18.6%、訪問看護が 17.6%と拮抗している。

これより、夜間滞在型の「看護」「介護」の充実が今後の課題であることがわかる。

4) 保険制度について改善してほしい点

「介護保険料の負担軽減」が 45.8%、「認定更新期間の延長」が 40.3%、「利用者負担の軽減」が 38.1%、「介護認定申請手続きの簡素化」が 32.8%であり、何より、経済負担の軽減が課題である。

また、介護施設への越境入所の自己負担増については、「基本的に賛成」が 8.7%、「格差拡大につながり反対」が 37.4%、「どちらともいえない」が 23.8%、「わからない」が 30.1%であった。

市町村の枠を超えて、望ましいサービスを受けることができるようにすることと自己負担の増大のトレードオフは、今後検討を進めるべき課題である。

5) 介護負担の解消

主たる介護者が「ほとんど毎日外出できる」と答えたのは 15.7%にすぎず、「ほとんどでかけられない」と答えたのは 24.2%であった。介助人の確保、レスパイトケアの充実が一層望まれる。

(4) 集計結果－ALS のみ

回答者 392 名のうち、筋萎縮性側索硬化症（ALS）が 223 例であり、最大の回答者数である。さらに、厚生労働省をはじめとする行政の政策は、ALS を中心に展開されてきた経緯がある。いわば、政策医療のモデル疾患として ALS きわめて重要な意味を持つ。そこで、ALS のみの回答について集計結果を示す。さらに、療養者の声を反映している可能性の高い当事者団体である、日本 ALS 協会役員のコメントを付す。

【A 利用者本人について】

問 1. 現在の住まい

自宅が 95.5%、入院が 4.1%、その他の施設への入居が 0.5%であった。

問 2. 記入者

記入者は、本人自身が 2.2%、本人を家族が手伝ったのが 5.4%で、代理記入が 92.4%であった。代理記入者のうち、配偶者が 65.8%を占め、子どもは 19.4%であった。ケアマネジャーは 0.5%、その他は 7.7%で、保健師や訪問看護師の回答が多かった。

問 3. 本人家族の状況

ひとり暮らしが 1.0%、本人と 65 歳以上が 16.6%であった。

問 4. 年齢、性別

64 歳以下は 44.4%、65～69 歳は 23.3%であった。男性が 64.1%、女性が 35.9%であった。

問 6. 利用中の制度

介護保険の利用は 100%、身体障害者支援費制度は 53.4%、その他の自治体サービス利用は 25.1%であった。要介護度 5 であるとの回答は 92.2%であった。

問 7. 身体障害者手帳

身体障害者手帳を持っていると答えたのは 99.1%であった。そのうち、1 級であるとの回答は 94.0%であった。

問 8. その他の状況

常時吸引が必要であると答えたのは 83.4%であった。気管切開を伴う人工呼吸器使用が 83.4%、胃ろうによる経管栄養が 72.0%、気管切開が 59.2%であった。

【B ケアプラン・ケアマネジャーについて】

問 9. 事業者をどのように知ったか

病院・施設で知ったのが 34.6%であった。役所での相談が 26.3%であった。

問 10. 満足度

- ①ケアプラン作成・見直しの説明については、説明がないと答えたのは 5.9%であった。
- ②本人・家族の質問や要望は、1.8%が聞いてくれないと答えた。
- ③相談などの際連絡がとりにくいと答えたのは 6.4%であった。
- ④ケアマネジャーからの訪問や連絡については、5.5%がよく訪問してくれないと答えた。
- ⑤担当者は、7.8%がたびたび代わると答えた。
- ⑥頼りがいがあるかどうかについては、6.0%がないと答えた。
- ⑦態度やマナーは、1.4%が悪いと答えた。

問 11. 要望しないサービス・事業者について

- ①「要望していないサービスを組み込もうとしたことがある」との回答は、3.7%であった。「提案されたが断った」が 6.0%、「ない」が 90.4%であった。
- ②「利用を希望していない事業者の利用を薦めたことがある」との回答は、3.7%であった。「提案されたが断った」が 3.2%、「ない」が 93.2%であった。

問 12. 全体の満足度

全体として満足しているかとの問いには、「満足していない」が 6.5%、「どちらでもない」が 16.6%、「満足している」が 76.0%であった。

【C－1 それぞれのサービスの満足度－訪問介護】

問 14. 現在利用しているか

現在訪問介護を利用していると答えたのは、74.4%であった。

問 14-1. 満足度

- ①時間どおりに訪問していないと答えたのは 0.6%であった。
- ②言葉づかいや行動が悪いと答えたのは 0.0%であった。
- ③ケアプランにそってきちんと行っていないと答えたのは 2.5%であった。
- ④プライバシーについて配慮してくれていないと答えたのは 2.5%であった。
- ⑤話をよく聞いてくれないと答えたのは 0.6%であった。
- ⑥衛生面に気を配ってくれないと答えたのは 0.0%であった。
- ⑦本人の体調を聞き工夫してくれるかという問いには、6.9%が工夫してくれないと答えた。
- ⑧引継ぎがしっかりされていないと答えたのは、6.2%であった。

問 14-2. 医療的ケア

現在訪問介護を利用している利用者のうち、ヘルパーが痰の吸引をしてくれると答えたのは 65.3%であった。口腔ケアは 57.6%、検温は 43.2%であった。

問 14-3. 全体の満足度

訪問介護サービス全体の満足度では、「満足していない」が 13.0%、「どちらでもない」が 18.2%、「満足している」が 68.2%であった。

問 14-6. 今後の継続利用

現在の事業者を今後も継続して利用したいかとの問いには、「変更したい」が 1.9%、「担当は変更したい」が 2.5%、「継続して利用したい」が 86.4%であった。

問 14-7. 事業者変更時について

事業者を変更する場合重視したいことでは、「家族のことも親身になって相談に乗ってくれそうか」が 58.3%、「相談したときの対応や説明の仕方」が 46.4%、「資格、技術があるとの期待」が 38.4%であった。

【C－2 それぞれのサービスの満足度－ショートステイ】

問 15. 現在利用しているか

現在ショートステイを利用していると答えたのは、18.3%であった。

問 15-1. 満足度

- ①送迎してくれない、もしくは自宅から遠いところだけ送迎してくれると答えたのは 24.3%であった。
- ②希望する日に利用できないと答えたのは 15.8%であった。
- ③希望する日数の利用ができないと答えたのは 18.9%であった。
- ④言葉づかいや対応がきちんとしていないと答えたのは 7.9%であった。
- ⑤日程や内容の急な変更については、対応してくれないと答えたのは 7.9%であった。

- ⑥ケガや体調不良などの際の家族への連絡については、11.4%が対応してくれないと答えた。
- ⑦職員が良く気を配ってくれないと答えたのは、24.3%であった。
- ⑧担当の職員が決まっていないと答えたのは43.2%であった。
- ⑨プログラムの内容に満足していないと答えたのは25.0%であった。

問 15-2. ケガ・褥創の有無

ケガや褥創の有無については、21.1%がこれまでにあったと答えた。

問 15-3. 全体の満足度

全体として「満足していない」と答えたのは33.3%であった。「どちらでもない」が27.8%、満足している」が33.3%、「わからない」が5.6%であった。

【C－3 それぞれのサービスの満足度－訪問入浴】

問 16. 現在利用しているか

現在訪問入浴を利用していると答えたのは78.7%であった。

問 16-1. 全体の満足度

全体として「満足していない」と答えたのは3.5%であった。「どちらでもない」が14.5%、「満足している」が82.0%であった。

問 16-2. 改善して欲しい点

訪問入浴を利用している療養者のうち、改善してほしい点について、「技術や知識が充分ではない」に該当するのが42.0%であった。

【C－4 それぞれのサービスの満足度－訪問看護】

問 17. 現在利用しているか

現在訪問看護を利用していると答えたのは96.4%であった。

問 17-1. 全体の満足

全体として「満足していない」と答えたのは6.5%であった。「どちらでもない」が18.1%、「満足している」が74.4%であった。

問 17-2. 改善して欲しい点

改善してほしい点については、「希望する回数を利用できない」が39.3%、「技術や知識が充分ではない」が34.8%であった。

【D サービスの利用回数・利用時間】

問 18. 利用量の増減について

- ①訪問介護は、「今後と同程度の利用」と答えたのが43.5%であった。「自己負担額が増えないのであれば増やす」と答えたのは34.9%、「自己負担額に関わらず増やす」が7.2%であった。

- ②訪問入浴は、「今後と同程度の利用」と答えたのが 59.6%であった。「自己負担額が増えないのであれば増やす」と答えたのは 23.6%であった。
- ③訪問看護は、「今後と同程度の利用」と答えたのが 57.6%であった。「自己負担額が増えないのであれば増やす」と答えたのは 32.3%、「自己負担額に関わらず増やす」が 5.1%であった。
- ④訪問リハビリは、「自己負担額が増えないのであれば増やす」と答えたのは 20.9%、「自己負担額に関わらず増やす」が 7.1%であった。
- ⑤デイサービス・デイケアは、「今後とも利用しない」と答えたのが 69.6%であった。
- ⑥ショートステイは、「今後とも利用しない」と答えたのが 55.9%であった。「新たに利用したい」と答えたのは 20.6%であった。

問 19. 自己負担額が高くなってもサービスの種類が増えたほうがよいか

「そう思う」と答えたのは 39.0%であった。そのうち、夜間の長時間看護を希望したのは 55.6%、夜間の長時間介護を希望したのは 51.4%であった。

【E 介護保険等、制度の全体的評価】

現在受けている介護保険制度や身体障害者支援費制度のサービスの全体的評価では、60～79 点が 26.8%、80～99 点が 51.7%、100 点が 7.8%であった。

【F 介護保険の利用の度合い】

問 22. 1 ヶ月あたり介護保険自己負担金

介護保険の 1 ヶ月あたり自己負担金は、10,000～20,000 円が 25.8%、30,000～40,000 円が 24.7%であった。

限度額まで利用していない理由を答えたもののうち、「家族が介護してくれているから」と答えたのが 45.9%、「今の利用回数・時間で満足しているから」と答えたのは 45.2%であった。

問 23. 料金の妥当性

料金を概ね妥当と答えたのは 64.2%であった。どちらかという高いと答えたのは 18.4%であった。

問 24. 全額自己負担でも利用したいか

全額自己負担でも今後利用したいサービスがあるかとの問いでは、22.0%があると答えた。そのうち、訪問介護が 44.8%、訪問看護が 34.5%に該当した。

【G 主たる介護者の普段の生活】

問 25. 外出の頻度

主たる介護者がほとんど毎日外出できると答えたのは 17.0%であった。ほとんどでかけられないと答えたのは 26.4%であった。

問 26. 頼りになる人

介護者にとって、近くにいる頼りになる人には、「子どももしくは子どもの家族」が

47.7%、医師が 42.7%となった。その他の回答では、訪問看護師が多数を占めた。

【H 意見・提案】

問 27. 保険制度について改善してほしい点

「介護保険料の負担軽減」を、47.6%が改善してほしいと答えた。「利用者負担の軽減」が 43.7%、「認定更新期間の延長」が 42.7%、「介護認定申請手続きの簡素化」が 32.0%であった。

問 28. 任意保険に付随する介護費用給付割合の拡大

介護総費用において、任意保険給付の割合が拡大することについて、「基本的に賛成」と答えたのは 14.4%であった。「社会的に不公平で反対」が 9.0%、「どちらともいえない」が 23.4%、「わからない」が 53.2%であった。

問 29. 越境入所の自己負担増について

越境入所の自己負担増については、「基本的に賛成」が 7.1%、「格差拡大につながり反対」が 33.3%、「どちらともいえない」が 22.4%、「わからない」が 37.1%であった。

（５）分析－ALS のみ

これらの ALS 患者の結果について、日本 ALS 協会役員よりコメントを頂戴した。網羅的な金沢公明事務局長のコメントを始めに全文引用（一部改編）し、他の役員のコメントを加える形でご紹介する。

「24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査①」 に対するコメント

日本 ALS 協会 事務局長 金沢公明

ALS 患者回答者の内訳が身障 1 級 94.0%、要介護度 5 が 92.2%、呼吸器利用者 83.4%であり、ほとんどが重度障害、重症者である点から見て問題があり、関連研究②ショートステイ③宿泊施設と合わせて、改善検討が必要と思われる事項

1. 【A 利用者本人について】

＊ 1. 「現在の住まい」に対する回答で、医療施設への「入院」4.1%、「その他施設」への入所 0.5%、合わせて 4.6%は低い。

病院の平均在院日数短縮による転院、在宅化が進められていることや在宅療養地域支援ネットワーク構築が進んでいることが要因と思われる。

しかしながら、入院・入所が必要な患者が安心して長期療養できる施設は大都市圏では極めて少ない。重症難病患者施設確保事業、身体障害者療護施設 ALS 等居室の整備達成度（充足度）の調査が必要である。

＊ 2. 身体障害者支援費制度の利用率 53.4%が低い。
（以下の改善措置が必要）

- ①吸引、コミュニケーションができるヘルパーがいない
- ②介護保険訪問介護優先利用制度
- ③自治体の給付抑制がある

2. 【C－1 訪問介護】

＊1. 利用率（74.4%）と満足度（68.2%）が低い。

（以下の改善措置が必要）

- ①一番利用したいサービスがない（問 19 自己負担増しを伴うサービス種類の増加で「そう思う」が 39.0%、夜間長時間介護 51.4%）
- ②吸引、コミュニケーションができるヘルパーがいない（問 14-2 医療的ケア「痰吸引実施率」65.3%）
- ③経済的負担（問 18 の訪問介護「自己負担増し」にならなければ希望が 34.9%）

＊2. 医療的ケアの痰吸引実施率 65.3%が低い。

痰吸引が必要な患者には 100%の実施率が必要。そのためには業務としての位置付けと特別付加報酬の措置が必要である。

3. 【C－2 ショートステイ】

＊1. 利用率が 18.3%で低く、満足していない者が 33.3%もあり多すぎる。

原因は吸引、コミュニケーション等ができる職員体制が整備されていないことにあり、特別付加報酬も必要。在宅で長期療養を可能にするには近くの施設利用が不可欠。

4. 【C－3 訪問入浴】

＊改善要望で「技術、知識不十分」が 42.0%あり。研修の必要性を示している。

5. 【C－4 訪問看護】

＊1. 満足度が 74.4%と低い。

- ①改善要望の「技術、知識不十分」34.8%は研修の必要性を示している
- ②「利用回数不足」39.3%は回数抑制報酬制、医療保険優先制にある
- ③夜間等のモデル事業が 1 件も実現していないのは問題
自己負担増しを伴うサービス種類の増加要望に関して「そう思う」が 39.0%、夜間長時間看護 55.6%と高い

6. 【E 介護保険等の制度評価】

＊1. 80 点以上が 59.5%で低い。

画一的制度で ALS 等重度障害、重症者には特例措置制度が必要。全額自己負担しても今後利用したいサービスがあると答えた者が 22.0%あり、その内、訪問介護 44.8%、訪問看護 34.5%。（ALS の場合、訪問看護は医療保険）あり、改善が必要である。

＊2. 家族介護前提とした介護保険にとどまっている。

限度額まで利用していない理由で「家族が介護してくれているから」45.9%。主たる介護者の外出頻度では「ほとんど出かけられない」が 26.4%。

＊3. 経済的負担感が高い。

意見で約半数の利用者が負担軽減を要望している（介護保険料軽減 47.6%、自己負担軽減 43.7%）。

7. 総合・その他の関係する意見

① 今回の調査から特に言えること

ALS 等重症患者、重度障害者が在宅で安心して長期療養を可能とするには夜間の介護、看護体制の整備が必要であり、また必要な時に近くのショートステイ（医療機関含む）を利用できる整備が必要である。

② 介護保険施行 5 年を経過して言えること

ALS 協会で 2000 年 9 月に介護保険利用実態調査を行った。利用率や問題点は今回の調査と基本的に変わっていない。変化があったのは、ヘルパーによる喀痰吸引が条件付きで認められたことのみである

ALS 等重症患者、重度障害者には要介護度によるサービス提供だけではなく、進行性神経難病としての切り口からの特例措置（介護給付量増大、長期滞在型介護制、自己負担軽減、特別介護報酬付加、他制度に対する介護保険優先利用制度の適用外し等）がなければ患者、家族とも救済されない。

③ 老々介護や単身で呼吸器装着療養している者もあり、そういうケースの 24 時間療養保障体制（在宅、施設）の整備も必要

④ 障害者自立支援法

ALS 患者の支援費利用者が少なく、また、自治体での給付量格差が大きいことは問題。重度障害等包括支援サービスにおいては、介護保険を含めて 24 時間の介護保障が必要。

⑤ 医療的ケアの見直し

経管栄養等も痰吸引と同じく、ヘルパーが実施できるようにすべきである。

また、別の役員からは、今後の希望として以下の点が指摘された。

① 時系列的に調査を行い（毎年／3 年毎）、すべての項目で満足点を越えるような取り組みが欲しい。行政、医療機関、介護保険事業者、ボランティアのネットワークづくり。

② ALS 患者に対する処置（知識・技術）の啓蒙・普及に取り組む必要がある。

③ 特に介護保険事業者については、本当の意味で「患者をお客様」とみる意識の向上が必要。患者を物として扱うのではなく、心を持った人間として接するためには、心理的支援・カウンセリング技術の普及が重要と思われる。

また、別の役員（医療職）から、以下のような指摘があった。

① ALS の重症度、重度障害の状況がわかった。支援費の利用はもっと多いと思ったが、意外に少ない。その理由として、制度利用が周知されていない、介護保険の利用（ヘルパー）1 割負担の厳しさが考えられる。

② ショートステイについては、利用したくてもできない現実がある。障害が重いほど、送迎は必須である。個別のニーズに対応するショートステイの必要がある。

③ 訪問入浴について、ALS の症状と障害について講習が必要である。ALS 協会講習会等企画にも工夫が必要である。

④ALS の症状と障害の理解のために何をしたらよいか、ALS 協会が提言できることは何か。研究事業（260 回分）を含めて、利用しやすい制度運用が求められる。

また、ALS 協会役員は、たんの吸引を始め、医行為とされている行為について「生活行為」として捕らえ、医行為からはずすよう強く要望している。

（6）結語

各種サービスへの満足度評価は、訪問入浴を除き合格点に達していない。特に、ショートステイへの不満が大きい。療養者は、今のままでは「安心してショートステイできない」と考えている。

本研究調査②の施設側の回答率の低さも、重症者は「手に負えない」という段階に、施設側が甘んじている可能性を示唆するものである。これでは、介護者のレスパイトもおぼつかない。

重症高齢者、難病患者に対する、看護、介護サービスへの不満要因として、「知識・技術の未熟」が最大かつ共通要因として挙げられる。これは、従来型の訪問看護・介護にさらに磨きをかけた、在宅ハイケアを担う人材の育成が必要であることを物語っている。

医療的ケアについては、厚生労働省医政局が、医行為の整理を図っている（参考（案）参照）。療養者の QOL 向上に資する「医療的ケア」の「生活援助行為」への転換が強く求められている。

とりわけ ALS に関しては、政策医療としてこれまでもさまざまな取り組みがなされてきたが、本調査の結果、それに対する日本 ALS 協会役員のコメントからも、その実効性はいまだ不十分といわざるを得ない。

さらに、365 日 24 時間安心のケアを提供するための積極的な取り組みが求められる。なかでも、ショートステイに関しては、問題が山積しており、利用者の評価も著しく低い。家族のレスパイトを図る意味でも、既存の制度を大幅に見直し、新たなショートステイ先の開拓と専門スタッフの要請が喫緊の課題である。

参考（案）

医政発第 号
平成17年 月 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）

医師、看護師等の免許を有さない者による医業は、医師法第17条、保健師助産師看護師法第31条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

(別紙)

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）
- 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることが医師、歯科医師又は看護職員によって確認された場合に、事前の本人若しくは家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方、薬剤師の服薬指導や看護職員の指導助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの座薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
- ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による継続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
- ③ 内用薬については誤嚥の可能性、座薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

注1 上記に掲げる行為は、原則として医行為でないと考えられるものであるが、病状が不安定であり専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注2 上記に掲げる行為は原則として医行為ではないが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。また、介護サービスの管理者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注3 今回の整理はあくまでも医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注4 上記に掲げる行為について看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。上記5に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

注5 以下に掲げる行為も、医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられるので、念のため申し添える。

- ① 爪の手入れ、爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること
- ② 歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
- ③ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）
- ④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）
- ⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
- ⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること
※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50%、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

第3章 事業結果

2) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査②

(1) 回収結果

調査対象 3,165 施設のうち、142 施設から回答が寄せられ（回収率 4.5%）、全てを有効回答とした。

(2) 集計結果

【モデルA】

問 1. 最適な場所

1 番に回答されたものを 3 点、2 番を 2 点、3 番を 1 点で評価し、全回答の累積点数を求めた。「療養型施設への入院」が最も高く、142 件の回答からの合計は 286 点となった。「老人保健施設でのショートステイ」は 221 点、「自宅のままで家族は関与しない」は 151 点であった（図 2-1）。

問 2. 最適な担当者

1 番の回答を 4 点、以下 3、2、1 点で評価した。「主として現在居宅支援をおこなっている担当者とそのサービス事業所に加えて他の事業所や施設内の担当者も参加できる」が最も高く、403 点となった。「主として現在居宅支援をおこなっている担当者とそのサービス事業所」のみは 362 点であった（図 2-2）。

問 3. 最適な距離

レスパイトケアの場所は、問 2 と同じく、1 番の回答を 4 点、以下 3、2、1 点で評価した。「小・中学校区」は 515 点、「市・区・町・村区域」は 444 点であった（図 2-3）。

問 4. 最適な組合せ

「療養型施設への入院」「施設の担当者に居宅担当者も参加できる」「小中学校区」の組合せに 11.7%が答えた。「老人保健施設でのショートステイ」「居宅担当者のみ」「小中学校区」、および「老人保健施設でのショートステイ」「居宅担当者に施設の担当者も参加できる」「小中学校区」が 10.2%であった（図 2-4）。

要素別にみると、「療養型施設への入院」は 39.7%、「老人保健施設でのショートステイ」は 26.0%であった（図 2-5）。担当者は、「居宅担当者のみ」が 43.1%、「居宅担当者に施設の担当者も参加できる」が 28.5%であった（図 2-6）。距離は、「小・中学校区」が 73.8%であった（図 2-7）。

問 5. サービス提供の可否

モデルAのケースに対してサービスの提供が可能であると答えたのは 48.1%であった（図 2-8）。

22 件から、場所の提供についての回答が得られた。利用可能な日数は平均 44.6 日、稼働率は 76.7%が求められた（表 2-1）。

サービス担当者の提供については、63 件の回答が得られた。平均人数は 3.0 人、最大

時間単価の平均は 6,894 円となった（表 2-2）。

問 7. 理想的な組合せ

「療養型施設入院」「施設担当者＋居宅担当者」「小中学校区」が 13.6%となった（図 2-9）。

場所についての回答は、「療養型施設への入院」は 41.3%、「老人保健施設でのショートステイ」は 24.0%となった（図 2-10）。担当者では、「居宅担当者のみ」は 40.0%となった（図 2-11）。距離では、「小・中学校区」は 74.4%となった（図 2-12）。

【モデル B】

問 8. 最適な場所

問 1 と同様の評価を行い、「療養型施設への入院」が最も高く、132 件の回答からの合計は 277 点となった。「急性期病院への入院」は 164 点、「老人保健施設でのショートステイ」は 149 点であった（図 2-13）。

問 9. 最適な担当者

問 2 と同様の評価を行い、「居宅担当者＋施設の担当者」は 371 点、「居宅担当者のみ」は 349 点となった（図 2-14）。

問 10. 最適な距離

問 3 と同様の評価を行い、「小・中学校区」が 480 点となり、最も多かった（図 2-15）。

問 11. 最適な組合せ

「療養型施設への入院」「居宅担当者のみ」「小中学校区」、「療養型施設への入院」「施設担当者＋居宅担当者」「小中学校区」がそれぞれ 11.7%であった。「自宅のまま」の回答が 9.0%であった（図 2-16）。

場所の回答のみを見ると、「療養型施設への入院」が 46.0%と最も多かった（図 2-17）。担当者では「居宅担当者」が 41.2%であった（図 2-18）。距離では、「小・中学校区」が 69.6%であった（図 2-19）。

問 12. サービス提供の可否

モデル B のケースへのサービス提供は、48.8%が可能であると答えた（図 2-20）。

場所の提供について、21 件の回答を得た。稼働率は平均 81.3%が求められた（表 2-3）。

サービス担当者の提供については 55 件の回答を得た。時間単価の最大額は、平均 7,517 円であった（表 2-4）。

問 14. 理想的な組合せ

「療養型施設への入院」「居宅担当者のみ」「小中学校区」および、「自宅のまま」の回答がそれぞれ 9.6%となった。（図 2-21）。

それぞれの要素で見ると、「療養型施設への入院」が 44.7%、「急性期病院への入院」が 18.4%、「自宅のまま」が 16.5%であった（図 2-22）。担当者では、「居宅担当者」が 36.5%であった（図 2-23）。距離では、「小・中学校区」が 72.1%であった（図 2-24）。

【自由記載】（記載内容は特にことわらない限り表記のまま）

問 1-1. モデル Aー最適な場所

- 現在の状態と合併症を考慮に入れると、栄養状態や体力面から様態の急変悪化の危険度が非常に高い。緊急時の対応を第一に考察すると、医療施設での療養が望ましいと思います（②療養型－①急性期－⑥自宅）
- 理想的には、御本人の希望通り、環境やスタッフの協力が得られれば 5、なのでしょうが、現実的には厳しい。そこで介護者の休養と、本人が慣れている環境での介護という意味で 6 を選択した。2 番目は急性期 HP では手が足りない事も多いと思われる為療養型施設を。老健などの施設ではカバーできないと思うので 3 番目には急性期を選んだ（⑥自宅－②療養型－①急性期）
- ④⑤での対応は、本モデルでは無理だと思われる。⑥に関しても、家族が家から移動（旅行にでかける等）するのであれば可能だとも思うが、これも基本的にはあまり考えられないのではないかと思います。よって、3 つ順番をつけるとすれば、1 ～3 の中から選択せざるを得ない。これまでの経験から、③においても十分な対応は難しい。ケアハウスの様に、外部からの職員が比較的自由に出入りをし、ケアできれば別だが、施設内の職員だけで基本的に対応し、しかもショートステイとなると、職員の対応等で、やはり③は難しいのではないかと。よって、残るは入院という型の①、②であるが、特別高度な医療を提供するわけではないので急性期病院よりは②の療養型施設への入院が適当かと考えた。（②療養型－①急性期－③老健）

などの意見が得られた。

問 2-1. モデル Aー最適な担当者

現在の事業所のスタッフを選んだ回答が多く、

- 対象者の方を良く理解して、慣れている方のほうが、不安なく、接することができると思いますが、一事業所だけのサービスでは、量と質の保障はむずかしいのではと考えます（②居宅＋施設－④施設＋居宅－③施設）
- 新しい場所でのサービス提供も、他の患者、利用者があり 24 時間の自宅と全く同じ質と量を提供することは困難であるため、不足している部分をうめることのできる在宅でのサービス担当者が参加できれば良いと思う。顔なじみがあるのとならないのでは本人に与える影響は大きく異ってくる（③施設－②居宅＋施設－①居宅）
- まずは、現在の担当者と、レスパイトケアをする施設が、参加することが、大切だと考えます。在宅、施設だけでは、在宅は施設のことがわからないし、施設は在宅でのことがわからないのではないかと考えます（②居宅＋施設－③施設－①居宅）
- 御本人が信頼しているスタッフにケアしてもらえらる事がのぞましい。それが無理であればよく申し送りをして行き、利用者介護者に苦痛や不安を与えない工夫が必要だと思う（②居宅＋施設－③施設－④施設＋居宅）
- 病院や施設のスタッフに加えて現在のサービス担当者も参加できることで本人の不安も減少し、家族も安心である。自宅外の場所で、情報を密に交換すれば、その担当者も変わらず接することができるのではと思う（③施設－②居宅＋施設－①居宅）

との意見が得られた。

問 4-1. モデル Aー最適な組合せ

- 自宅にサービス業者が入った方が、手厚く、介護を受けることができ本人の精神安定も図れる。家人は身体的負担が減ることにより、時間的ゆとりができる。状況によっては、施設サービスの利用も考慮できる。(⑥自宅ー①居宅ー②市内)
- 本人の心身状況の把握、本人及び妻に与える安心感、家庭と施設間の往来の利便さ、妻に対する介護の軽減と解放感、費用面での精神的負担度の減少等が考えられます。(②療養型ー③施設ー②市内)
- 利用者にとっては、慣れた事業者のスタッフが携えることでより安心、また、異常の早期発見につながると思われる。また、距離はなるべく区内での移動にした方が本人、家族の負担も少なくて良い。(②療養型ー①居宅ー②市内)
- もし、自分だったら、あまり病人あつかいされるよりかは、温泉とかにつかっていたい。せっかくのショートスティだし。ただ、まわりの顔ぶれが全部かわってしまうとすごく不安だから、いつもケアをしてくれている人にきてもらえたら嬉しい。(⑤温泉ー①居宅ー①学区)
- 家族のレスパイトは身体的なもののみではなく精神的な安心安定も含まれることを考えると居住地域なら遠くない地域にて現在の担当者との連携を持ち施設入院とその担当者とが共働しながらケアして活用できるようすすめることが理想的だと思います。(②療養型ー④施設＋居宅ー①学区)

など、様々な意見が得られた。

問 5-1. モデル Aー提供不可能な理由

施設の状況を理由にしたものについては、

- 施設は築 30 年以上と古く 6 人部屋で狭く医療器具を設置するスペースがない。また職員は医療行為ができず、また現在の利用者の介助で手一杯のため。
- 現在の環境では場所の提供が全く不可能。又、看護師も日勤、夜勤で考えても、人員不足であり、配置不可能。しかし、人員では、1 日、訪問 1 回分ずつで考えると可能なこともある。訪問利用者も固定されず日々変動しているので、もっと対応可能なこともあるが不可能になることもあると考える。

などの意見が得られた。またヘルパーの吸引に関して、

- 医療行為が頻回にあり、夜間の対応に自信がない。又、ちっ息の可能性が大なので、事故の事も心配である。他の事業所のサービス担当者等沢山の人が関わる事で連携がうまく出来ればよいが、出来ない場合も考えなくては。
- ヘルパーには医療行為が出来ることになる方向だが、ミスが有った時、このリスクを背負うには大きすぎるので、医療行為はしない。
- 滞在できる場所がなく吸引のできるヘルパーがいない 今は吸引はしないと事業所内で決められている

などの意見があった。

問 6. モデル Aー主治医に求めること

- 連携が取りやすい事と、必要時にはすぐに関わってくれる事。又、適確な指示、アドバイスが受けられること。
- ケア提供の場所が変わっても緊急時の対応が重要。(療養者にとって)・療養者のサービスチームの中での中心的存在 N 各担当者との良い人間関係(サービス担当者にとって)
- ケア会議に参加し、どのサービス担当者からの連絡も確実にとれるような体制を

ととのえてほしい。

○細かな事であっても気軽に相談できる雰囲気してほしい！相談したら叱られそうな先生は困る。

○自宅に居ても病院に居る位の安心感だと思います。TEL1本ですぐに対応してくれるDrの存在は大きいし、信頼関係も構築できるのではないのでしょうか…。

など、緊急連絡と普段の意思疎通についての意見があった。

問 8-1. モデル Aー最適な場所

○パソコン等も必要なため、在宅がいいのでは。またそれらのスペースを考えると、比較的広いグループホームでもいいかと思う。温泉は理想ではあるが近くにあればまだいいが、医療器具も含めた移動や看護の派遣を考えると無理と思う（⑥自宅ー④ホームー③老健）

○1番：主治医の所属する病院または診療所に入院。2番：主治医が無床診療所の医師であれば、共同診療体制のある地域支援病院に入院。または神経内科医のいる病院へ入院。（理由）医療スタッフがそろった場所が本人にとっても最も安心できるから（無回答ー無回答ー②療養型）

○本人にとってできるだけ居宅での生活を多くした方が良いと思われるので、家族の介護が見込める間は、医療も行なえる3番にて、時々、家族の疲労を取り除く、4番は夜間の勤務要員が少なくケアがおろそかになる。5、6番では、ケアできる状態にない。家族の長期静養が必要な場合は2番がよい。1番は、状態が急変しないと入院は難しいと思われる（③老健ー②療養型ー①急性期）

○人工呼吸器の管理に対する専門的なケア及びSC等はやはり専門職が担うことが必要。自発呼吸ができない状況では緊急性も考えらるために急性期病院が選択され、次いで療養型の入院、3番目は住みなれた自宅という形であると思います（①急性期ー②療養型ー⑥自宅）

○人工呼吸器使用は医療事故が起きやすいので、急性期病院への入院が安心。現在、自宅での介護が安定しているので、看護師、ヘルパー等を利用し、自宅でのレスパイトケアも良いと思う（①急性期ー②療養型ー⑥自宅）

などの回答があった。

問 9-1. モデル Aー最適な担当者

○重度障害者の在宅ケアは、単品サービス（例えば在宅サービスのみや施設サービスのみ）では成りたちません。既存のサービスに加え、地域の様々なささえ合いも組み入れた、総合的なケアが重要だと思います（②居宅＋施設ー④施設＋居宅ー③施設）

○常日、対応しているサービス事業所であれば、環境が変わっても安心感がえられ不安が軽減される。ご本人の確実な情報を持っている。又施設側との連携と相互して質の高いケアを提供できる（①居宅ー②居宅＋施設ー④施設＋居宅）

○常に介護をうけている人からの援助が本人にとってストレスがないのでは。例えば環境が変わっても介護をうけている体制が変わらない事が本人にとっては良いような気がする（①居宅ー②居宅＋施設ー④施設＋居宅）

○なるべく長く関わってきて、本人、家族の状態を把握している現在の居宅支援担当者が必ず中心となり、計画の段階では、レスパイトケア時に関わる施設等の担当者も情報交換などのために必ず担当者会議を行なう事が重要である（②居宅＋施設ー①居宅ー④施設＋居宅）

- 急性期病院への入院を想定し、本人の不安解消の為、現在のサービス担当者の参加が望ましいと思う。自宅で看護師、ヘルパー等を利用し、レスパイトケアを行うとすると、現在のサービス担当者だけではケア不足を生じと思うので、他の事業所や施設内の担当者の参加も望ましいと思う（④施設＋居宅－②居宅＋施設－①居宅）

などの回答が得られた。

問 11-1. モデル A－最適な組合せ

- 年齢的に若いため老健の利用は本人も好まないと考えた。又、妻の負担を軽減するためには自宅以外がよいと考えたが、本人の個別性を考えると施設や入院ではなく温せんなどがよいと思うが、かなり難しいと考え自宅です。これまでのサービスを利用することが一番安心と考えたため（⑥自宅－②居宅＋施設－②市内）
- 群馬県は温泉が豊富です。病状が安定し、医療ケアが十分に提供できるなら、趣味である温泉に入れてあげたいです。（⑤温泉－②居宅＋施設－③県内）
- 病院の方が安全性が高く、処置的にも慣れている。担当は、その場所の担当に任せ、必要な情報を提供し、連携していく事が必要場所については、広範囲から考えても良いか考える。（①急性期－③施設－②市内）
- 急性期病院へ入院し、本人の不安解消の為施設担当者に現在の担当者に参加してもらい、緊急時に直ぐに会いに行ける距離が良いと思う。（①急性期－②居宅＋施設－①学区）
- 本人が自宅に居るのと変わらず過ごすためサービス担当者も何名か同じである方がよい。それには自転車で移動できる距離である方が現実的であり利用しやすい（無回答－②居宅＋施設－②市内）

などの回答が得られた。

問 12-1. モデル A－提供不可能な理由

- 当院において ALS に対するケアが困難であると思われます。正直、積極性のある Dr がいませんもっと在宅診療を積極的に行ってくれる Dr がいれば当院でも受け入れられると思うのですが…
- 当事業所は訪問介護サービスであるが、ヘルパーの未熟な為医療行為に近いケアが必要な利用者に対応できるヘルパーが育っていない。
- 当事業所には、訪問入浴、訪問介護のサービスがあるが、医療的処置のある利用者に対してケアのできる担当者が、少ないため。

などの回答があった。

問 13. モデル A－主治医に求めること

- 連携がとりやすく、適切な指示、アドバイスを受ける事が出来、必要時すぐにかけてくれること。
- 人間の尊厳ある医療と介護チームの新しいシステムづくり・目線を変えて頂ける医療であって頂きたいです。
- レスパイトケア先スタッフに十分な情報提供。療養者に関しての熱発時、便秘時等のあらかじめ決めてある指示内容。また、24h 主治医と連絡がとれるという確信。
- 週一回の往診をせめて一日置き（できるなら毎日）とかにしていきたい。状態等についてのカンファレンスをしてほしい

○双方の情報提供 生活をみる側とその方の命、健康医療をみる側 双方で、本当にその方にとって大事なことは何なのか、その方が何をしつづけたいのかな等を相互理解出来るといい

との意見があった。

問 15. 療養者のためのレスパイトケアが今後充分におこなわれるためには

施設に現在の居宅事業者が赴く制度と、施設の受け入れに関しては、

○保険制度や料金の心配なく考えられて、施設の間を借りて、その場の職員と在宅のスタッフが協力してこの療養者を支えていけるのであれば、こんな素敵な事はないと思います。自宅で家族が全く手を出さないサービスを計画したとしても家族はどうしても気をつかってしまい、休息にはなりません。

○第一に受け入れ可能な施設がないと思われます。当事業所では、介護保険以外の自費による重症者も診ております。いずれも ALS が呼吸器導入しているものです。生活面（経済）でほとんどレスパイトケアは、家族がまったく行えず、当事業所は、自宅にベット（患者用）を五台入れ、緊急対応しています。本年度、複合多機能型施設を開設しますが A さん、B さんのような方の受け入れを積極的導入するため全員看護師及び福祉士、になると思われます。

との意見が得られた。また、医療者やヘルパーの技術面に関して、

○以前当事業所のヘルパー依頼で、タン吸引の依頼あり、Dr と訪問の指導のもと対応できるよう学習と練習を行いました。が現実には訪問の活動日に同行し実際のタンの吸引は行わずタンをティッシュでぬぐいとる程度です。やはり対応するヘルパーの不安、等もあり主導的にタンの吸引等を行うことができませんでした。”責任”を強く感じるようです。法的な整備も必要と思われますし、受け入れる施設のきめ細やかな対応ができる”人数”配置も必要と思われます。

○在宅診療医の拡大と質の充実（教育）を行ってほしい。少しずつ在宅に目を向けてもらえる Dr が増えてきたがでもまだ、まだ足りない。もう一つは、レスパイトを受け入れる施設の充実を図る為に地域医療連携を密に行う事であると思う。急性期病院にもレスパイトを受け入れてもらえる場があればいいのと思う

○例えばこれからヘルパーは介護福祉士を目指せと言われており、私共もそれに向けてスタッフは勉強しておりますが、マーケンチューブ、バルンカテーテル装着の利用者がいるとして、家族は費用の面で訪問ではなくヘルパーを活用したいが、これらは医療行為なので、ヘルパーにはできません 今後重度の方が在宅へどんどん戻って来られるでしょうが、厚生省はヘルパーに勉強せよ、技術力を高めよというばかりでなく、これはやっても良いときちんとした基準をして下さい ちなみにマーケンチューブをヘルパーが家族の同意でやってる所もあるが、私はいろいろな事考えあわせて恐くてヘルパーにはさせてません。県もしないでほしいとの解答でした

などの意見があった。

（3）分析

1）調査の背景

平成 15 年度重症高齢者等の 24 時間安心在宅介護提供に関する研究事業の、実績報告書にすでに記載されているように、重症高齢者等にあつてはサービス提供のニーズとサプライのミスマッチがもっとも甚だしいものとして、ショートステイが挙げられた。

重症高齢者等において、さらに週 60 時間を越える介護サービスを必要とする群において、特に要介護度 5 および ALS において、というように医療的重症度と介護作業の質と量が高くなれば高くなるほど、ショートステイが利用されない事実を見出している。

週 60 時間を越える介護サービスを必要とする群においては、要介護度 5 および ALS 共にショートステイの利用率は 0.0%であった。

本来家族の疲労を癒す大きな役割を果たすはずのショートステイが、介護者の疲労度が最も高い重症高齢者等においてまったく利用不可能である現状は、より重度の障害を持つ者に、より工夫された制度を活用してもらう意図が伝わっていないといえよう。

レスパイトケアの主用部分を担うべきショートステイが本来の目的を果たしていないとすれば、ニーズとサプライのミスマッチの原因を解明しなければならない。

2) 調査①と②の整合性と意図

以上の背景から、利用者調査①における重症高齢者等のサービス利用の内、特にショートステイの利用状況（図 1-37、図 1-60）に鑑み、本来ショートステイを十分に整備すべき介護事業所側に対して調査②をおこなった。

調査②におけるモデル A とモデル B は共に、平成 15 年度重症高齢者等の 24 時間安心在宅介護提供に関する研究事業の実績報告書に記載されている、モデル 1 とモデル 2 に該当する。

脳出血で臥床状態、常時吸引を要する重症高齢者であるモデル A と、2 号被保険者である人工呼吸器装着 ALS のモデル B が実際におこなっている在宅生活状況を紹介し、家族介護力を必要としないレスパイトケアとしてのショートステイを、居宅における介護と同等のケアを提供しうるか否かについて、現存する介護事業所側に対して求めた。

居宅においておこなわれている実際のケア内容は「表 A：モデル A 介護記録の一部」と、「表 B：モデル B 介護記録の一部」にそれぞれ提示した。

3) 調査②対象施設の抽出

独立行政法人福祉医療機構の公開サイト“WAM NET”に公開されている訪問介護・訪問看護・デイケア・ショートステイをおこなっている施設のうち、NTT 公開の“i タウンページ”に掲載されているものからのランダム抽出をおこなった。加えて入所型の身体障害者療護施設のすべて、および「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」から難病医療をおこなっておりさらに上記の併設施設を持つものすべての、計 3,165 件に発送し 142 件の回答を得た。回収率 4.5%であった。

この回収率の低さは、回答に要する手間の煩雑さを差し引いても憂慮するものがある。重症高齢者等のショートステイは、昨年度の調査においてすでに利用者側にとって利用不可能な状態であることが判明している。さらに介護事業所側の回答回収率の低さが利用者側の先の結果を裏返して反映しているとすれば、はじめから重症高齢者等はショートステイの対象者として扱われていない可能性が見えてくる。この点に関してはさらに調査を必要とするものである。

4) モデル A、B に対するショートステイの可能度

回答総数 142 件のうち約半数の 48～49%が場所、人員のいずれかまたは両方を提供できると答えた。モデル A 図 2-8 (48.1%)、モデル B 図 2-20 (48.8%)。

4) - 1 : 場所の提供について (モデル A 表 2-1、モデル B 表 2-3)

モデル A では 15 件 (10.6%)、モデル B では 17 件 (12%) であった。提供に要する費用

についてはその中央値を指標とした。1 部屋 1 日あたりモデル A では 10,000～15,000 円、モデル B では 10,845～13,345 円であった。モデル A、B 共に同じような費用であり、場所の提供のみを考慮すれば妥当な額と考えられる。

回答してくれたこれらの施設に対して月 6 泊 7 日のショートステイを申し込むと（室数と日数から割り出して）モデル A では計 101.4 名／月、モデル B では 103.9 名／月の重症高齢者等を引き受けることができる。年に換算すればモデル A では 1,216.8 名、モデル B では 1,246.8 名を引き受けることになる。

日本 ALS 協会による全国在宅人工呼吸器装着 ALS 療養者 1,125 名に対して、仮にこの受け入れ可能な施設を利用して、年 1 回 6 泊 7 日のショートステイをおこなうためには現在のこの施設数で足りることになる。

しかし他の疾患をも含めた在宅人工呼吸器（TPPV）装着者の総数はさらに多く、常時吸引を要する、中心静脈栄養等の複数医療を必要とする重症高齢者等における総数と住居地域分布を勘案し、それに見合った配置と施設数の確保がなされるかが問題となる。さらにショートステイの回数や日程如何によって利用頻度の格差が生じるものであり、受け入れ施設側の負担増となる可能性も否定できない。全国的に標準化しうる「受け入れ可能施設」の配置については今後の検討を要す。

さらに重要なことは、「受け入れ可能施設」をこれまでの医療と介護の事業所に限定して求めることが妥当か否かも検討されなければならない。なぜなら従来のショートステイの原則は場所＋人員すなわち「受け入れ施設を利用＋施設にいる人員が担当」がセットとして利用者に提供されていた。しかし重症高齢者等においてはこの概念が大きく訂正されなければならないことになる。それは第 3 章 5）に述べる。

4）－ 2：人員の提供について（モデル A 表 2-2、モデル B 表 2-4）

モデル A で 63 件（44.4%）、モデル B で 55 件（38.7%）であった。介護費用は介護担当者 1 人 1 時間当たりで算出され、モデル A では 2,000～4,020 円、モデル B では 2,750～4,515 円であった。モデル B が人工呼吸器を装着し医療依存度が高いという側面と共に、文字盤を使用するコミュニケーションのむずかしさ、酸素飽和度の測定、呼吸器の回路の水切り、加湿器への水の補充等の特殊な作業がさらに加わり費用が上昇しているものと思われる。

63 施設のうち計算可能な 41 施設について、その施設が人員を派遣してモデル A に対して、常時 1 人の介護担当者を配置し 24 時間介護を 7 日間おこなった場合には、計 87.9 名／月の重症高齢者等を引き受けることができる（療養者 2.1 名／施設）。

55 施設のうち計算可能な 38 施設について、その施設が人員を派遣してモデル B に対して、常時 1 人の介護担当者を配置し 24 時間介護を 7 日間おこなった場合には、89.9 名／月の人工呼吸器装着療養者を引き受けることができる（人工呼吸器装着者 2.4 名／施設）。

全国在宅人工呼吸器装着 ALS 療養者 1,125 名に対して、仮に年 1 回 6 泊 7 日のショートステイのためにこの 38 施設が人員派遣をおこなった場合には、その充足率は

$$89.9 \text{ 名／月} \times 12 \text{ ヶ月} \div 1,125 \text{ 名} \times 100 = 95.9\%$$

となり、現在の施設数でほぼ充足することができる。ただし実際には 7 日間の 24 時間介護には異なる 5 名の介護担当者を必要とする。そして施設間での派遣人員に大きな差があるとともに、1 日の派遣可能な時間、1 ヶ月の派遣可能な日数も千差万別である。

さらに他の疾患をも含めた在宅人工呼吸器（TPPV）装着者の総数はさらに多く、常時吸引を要する、中心静脈栄養等の複数医療を必要とする重症高齢者等における総数と住居地域分布を勘案し、それに見合った配置と派遣施設数の確保がなされるかが問題となる。そ

してショートステイの回数や日程如何によって利用頻度の格差が生じるものであり、派遣施設側の負担増となる可能性も否定できない。全国的に標準化しうる「人員派遣施設」の配置については今後の検討を要す。

しかし ALS 以外の疾患についても介護担当者の吸引が可能となったことによって、常時吸引を要する重症高齢者等への介護の質の保障が今まで以上になされるであろう。介護担当者の技術の向上によって、人員派遣可能な施設と員数が相対的に増加することが期待される。

4) - 3 : ショートステイ 6 泊 7 日の総費用 (下限の費用を記載)

モデル A : 場所の提供	10,000 円 / 日 × 6 日間 =	60,000 円
人員の提供	2,000 円 / 時 × 24 時間 × 6 日間 =	288,000 円
合計		348,000 円

モデル B : 場所の提供	10,845 円 / 日 × 6 日間 =	65,070 円
人員の提供	2,750 円 / 時 × 24 時間 × 6 日間 =	396,000 円
合計		461,070 円

5) 理想的な組み合わせ

療養者が居宅を離れてショートステイを利用する際に、その環境の変化が与える心理的・身体的影響が大きければ大きいほど療養者の苦悩は大きくその影響は家族にも及ぶ。したがって療養者と家族が培ってきた環境になるべく沿うような状態を、ショートステイの場においても作り上げることが望まれる。

家庭環境に準じた環境形成に必要な因子は数多いが、本論では介護に携わる担当者、ショートステイの場所、本来の居宅からの距離の 3 点を重要な因子とし、この 3 点の理想的な組み合わせを求めた。

5) - 1 : モデル A

もっとも理想的な組み合わせは、「療養型施設入院－施設職員＋居宅担当者－小中学校学区」(図 2-9)であった。そしてこの組み合わせのすべてを集計すると、理想的な場所(図 2-10)の順序は、療養型施設への入院(41.3%)、老健施設入所(24.0%)、自宅(15.7%)、急性期病院入院(13.2%)であった。理想的な担当者(図 2-11)の順序は、現在の担当者(40.0%)、現在の担当者＋他の事業所や施設内の担当者(27.5%)でこの 2 項目で全体の 68%を占めた。理想的な距離(図 2-12)は小中学校学区(74.4%)であった。

重症高齢者に該当するモデル A に関しては、病院と居宅の中間的な療養型の医療施設をショートステイの場所として選んでいる。

しかしその担当者はその施設の職員ではなく、現在居宅で介護をおこなっている担当者を第一に選んでおり、さらに人員が足りない場合には居宅介護担当者に加えて他の事業所や施設内からの派遣で補うものである。

このことから考察されるのは、居宅環境をなるべく崩さないために第一に求められることが、居宅で介護していた担当者を、居宅ではない場所に移動させてまで介護に従事させる必要性があるということである。

清拭、おむつ交換、着替えといったどの介護担当者でもおこなえるような容易な手技は、どの担当者にも共通する標準化出来るものである。しかし「表 A モデル A 介護記録の一部」に示されているように、分単位での手厚い介護、意思の把握と疎通、頻回の吸引等は標準化し難い。そこですでに個別性を重視した介護をおこなっている担当者を配置するこ

とがもっとも理屈に叶っている。

以上より、複数高度医療を要する重症高齢者等のショートステイにおいては、第一に居宅における現在の介護担当者を、移動した場所へそのまま派遣できるようにしなければならない。

5) - 2 : モデル B

もっとも理想的な組み合わせは、「自宅のままで家族は関与しない－居宅担当者－小中学校学区」と「療養型施設入院－居宅担当者－小中学校学区」それぞれ 9.6% (図 2-21) であった。そしてこの組み合わせのすべてを集計すると、理想的な場所 (図 2-22) の順序は、療養型施設への入院 (44.7%)、急性期病院入院 (18.4%)、自宅のままで家族は関与しない (16.5%)、老健施設入所 (13.6%) であった。理想的な担当者 (図 2-23) の順序は、現在の居宅担当者 (36.5%)、現在の担当者＋他の事業所や施設内の担当者 (28.8%) の 2 項目で全体の 65% を占めた。理想的な距離は小中学校学区 (72.1%) であった。

人工呼吸器装着 ALS 療養者のモデル B に関しては、ショートステイの場所の 1 位は療養型施設への入院でありモデル A と同様であった。そして 2 位には急性期病院への入院が選ばれている。両者合わせて 63% である。人工呼吸器装着という医療依存度の高い療養者のショートステイ先として医療施設が選ばれるのはごく自然なことであろう。

身体的重症度からみても病院をショートステイの場を選ぶ妥当性はあるように思われがちであるが、モデル A、B の作業内容 (表 A、表 B) をみてほしい。分単位の質のきめ細かいケアの提供がなされている。病院の中で実際に可能な看護師の動きは時間単位のものほとんどであり、だからこそ病院にはナースিংはあっても十分なケアの体制は皆無である。このきめ細かいケアをおこなうために看護師を常時連続的に配置したならば、病院の既存のシステムを変更せざるを得ないであろう。

理想的な担当者はモデル A と同様に、その施設の職員ではなく現在居宅で介護をおこなっている担当者を第一に選んでおり、さらに人員が足りない場合には居宅担当者に加えて他の事業所や施設内から派遣を求めている。

このことはモデル A と同じく、居宅で介護をしていた担当者を、居宅ではない場所に移動させてまで介護に従事させる必要があることを意味する。

清拭、おむつ交換、着替えといったどの介護担当者でもおこなえるような容易な手技は、どの担当者にも共通する標準化出来るものである。しかし、モデル B のように分単位の手厚い介護、文字盤や意思伝達装置を駆使しての意思の疎通に深く関与する対応、人工呼吸器関連の日常的な業務と注意、危機管理、頻回の吸引等は標準化し難い。すでに個別性の高い介護をおこなっている担当者を配置することがもっとも理屈に叶っている。

調査①の図 1-62 増えた方が良くと思うサービスにおいても人的配置のさらなる増員 (夜間の長時間看護、夜間の長時間介護) が 1 位、2 位に求められている。個別性の高い介護を提供する人的支援の 24 時間対応可能な体制の整備が今後求められる。

5) - 3 : 理想的な場所と距離の関係

モデル A、モデル B は共に居宅においてすでに介護をおこなっている担当者を引き連れて、ショートステイの場に移り住むことがもっとも理想的である。もちろん現在担当している医師もその中にはいる。したがって現在の担当者が移動可能な距離にその場所があることが望ましい。この理由を満たす結果としてモデル A (74.4%)、モデル B (72.1%) とともに第 1 位に小中学校学区が上げられている。

しかしこの狭い範囲に十分な数のショートステイの場所を確保できるであろうか。居宅自体をその場とすることもひとつの方法である。医療施設に限定せずに介護施設において

も多機能かつ積極的にショートステイを受け入れる方向で検討すべきである。そしてこの際にもっとも問題となるのが、現在の居宅介護担当者が他の医療および介護施設内において自由に介護を継続できうるか否かであろう。

さらに、調査①の図 1-62 増えた方が良いと思うサービスでは、訪問看護ステーション、身体障害者療護施設、温泉等旅館ホテルでのショートステイと当該場所への担当者の派遣などが上げられた。医療と介護の施設に限定せずに、むしろホスピタリティーを重視するホテルや旅館等におけるショートステイは考えられる範疇に存在するのであろうか。今回の調査②においてはわずかにモデル A では 4.1%、モデル B では 3.9%であった。

もし法改正をおこなわず、小中学校学区という狭い範囲の中で既存のシステムを有効利用しようとするならば、①居宅で家族は介護に関与しない、②旅館、ホテル等の宿泊施設の 2 点が小規模多機能拠点と共に重症高齢者等のショートステイ先として勘案されるべきであろう。

5) - 4 : 自由記載

自由記載の中で、「療養者の主治医に求めるもっとも重要なことは」において、緊急時の対応を求める割合について調査した。

モデル A では記載数 112 施設中 55 施設、49.1%が緊急時の対応が常に可能であることを望んでいた。モデル B では記載数 90 施設中 53 施設、58.9%が緊急時の対応が常に可能であることを望んでいた。

「緊急時の対応が常に可能」という文脈には、①連携病院を決めておき入院可能にする。②電話指示が 24 時間できる。③医師自身が緊急往診する。というようにその対応は千差万別であろう。そこで、特にモデル B においては明確に「緊急時にすぐに往診をおこなう」という表現をしていた記載が 10 施設、11.1%あったことは重要である。

緊急対応は重症高齢者等の主治医としての姿勢が問われることであり、多くの療養者にとっては上記③を求めているであろうことは想像に難くない。

(4) 結語

すでに「平成 15 年度重症高齢者等の 24 時間安心在宅介護提供に関する事業」において示されている重症高齢者等に必要な介護の要件は、

①生命の保障と維持を伴う身体介護であり標準化する容易な介護ではないこと。すなわち医療的な行為と介護行為が混在し分離不能である特殊性が明確で、個別性が高いこと。

②家族のレスパイトケアを担う長時間滞在型の介護であり、しばしば 8 時間以上で 12 時間、24 時間となる。1.5 時間で終了するような単純作業の身体介護ではないこと。

特殊身体介護では「生命維持」の要件が基本となる。すでに「表 A : モデル A 介護記録の一部」と「表 B : モデル B 介護記録の一部」に示されているように、生命維持を長時間に渡って介護担当者が担っている。分刻みの連続的な行為と観察がすべての危機を未然に防ぐ盾となっているのである。

その介護を長時間連続で提供する人的支援が骨子であるからには、その介護が提供される場所は原則的にはその形態と用途を選ばない。重要な点は「どの場所においても、現在の居宅介護担当者が利用者の傍らで連続的に介護し続ける」ということである。30 分ごと、1 時間ごとというような（病棟における時間単位の看護見廻りの如き）寸断された「点」の観察ではなく、種々の作業を連綿とおこないながらの「面」の観察が絶対条件なのである。倫理的に問題なく危機管理が充分ならば、これが「24 時間介護を要する重症高齢者等

のどこでも安心生活環境提供」の基本となる。

病院あるいは介護保険施設内において、他の事業所の担当者が当該療養者の介護に出向いて 24 時間勤務をおこなうためには法改正の必要が生じる。責任の所在等についても吟味を要する。

したがって法改正せず現在の制度のままで本法を立ち上げるためには、①現在の担当者が属している介護保険事業所内においてショートステイができること、②自宅のままで家族が関与しないショートステイができること、もしくは③旅館・ホテル等宿泊施設においてショートステイができることが望ましい。①②③は現行の居宅介護担当者がそのまま継続可能である。

24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査③では、さらに旅館・ホテルにおける場所の提供状態について報告する。そこでは 6 泊 7 日分の宿泊費の平均は 1 人 2 食付で 71,675 円であり、11,946 円／日であった。これは調査②における場所の提供の際に希望する提供事業者側の金額中央値の下限（4）－3 とほぼ同額である。

したがって介護人員の確保ができるならば、①②③のどこの場所においてもショートステイは可能であると考えて良い。

費用については、24 時間連続の特殊身体介護に精通したホームヘルパーに支払われる割合がもっとも多い。4）－3 の総費用において、この 1 時間単価の希望最低額（重症高齢者：2,000 円、人工呼吸器装着者 ALS：2,750 円）は特殊身体介護を長時間こなす特殊なホームヘルパーに対する妥当な報酬と考えられる。理由は以下の試算表から算出されるように、

介護時間	現行身体介護（円）	長時間滞在特殊身体介護（円）：仮に
1 時間	4,020	2,900
1.5 時間	5,840	
2 時間	6,670	5,800
3 時間	8,330	8,700
4 時間	9,990	11,600
5 時間	11,650	14,500
6 時間	13,310	17,400
7 時間	14,970	20,300
8 時間	16,630	23,200
1.5 時間以内で終了するサービスを 1 日 4 件こなすと試算すれば $5,840 \times 4 \text{ 件} = 23,360 \text{ 円／日}$		8 時間連続介護をおこなうと 23,200 円／日

現行制度の下では、ほとんどの介護事業所が 1.5 時間以内で収まる単純身体介護をおこない、1 日の回数をこなすことによって収益性を上げている（23,360 円／日）。これが介護保険の総額を押し上げる要因ともなっている。

一方で、この試算表に見られるように 8 時間連続介護をおこなった場合にはわずかに 16,630 円／日の収益となり、重症高齢者等の介護に見合わない不当に低い額となる。重症高齢者等におこなわれる特殊で長時間連続の介護では、この 16,630 円に対しての技術料

30%を加算するのが妥当であり、 $16,630 \times 1.3 = 21,619$ 円／日と考えるならば、単純身体介護を数多くこなしている現行事業所との整合性もあるだろう。さらに、長時間の連続介護では最初の 1.5 時間を高くする必要はなく、時間均等配分で良い。例として上げた時間単価 2,900 円の場合には、8 時間連続介護での収益 23,200 円／日と単純身体介護×回数であげた収益 23,360 円／日との整合性もある。

調査②の介護事業所が提示した中央値の下限、モデル A 重症高齢者：2,000 円、モデル B 人工呼吸器装着者 ALS：2,750 円は、以上のようにまったく適正な提示であると共に、おこなわれる作業の質・量から考えるならば想像以上に小額の要求であるといえる。

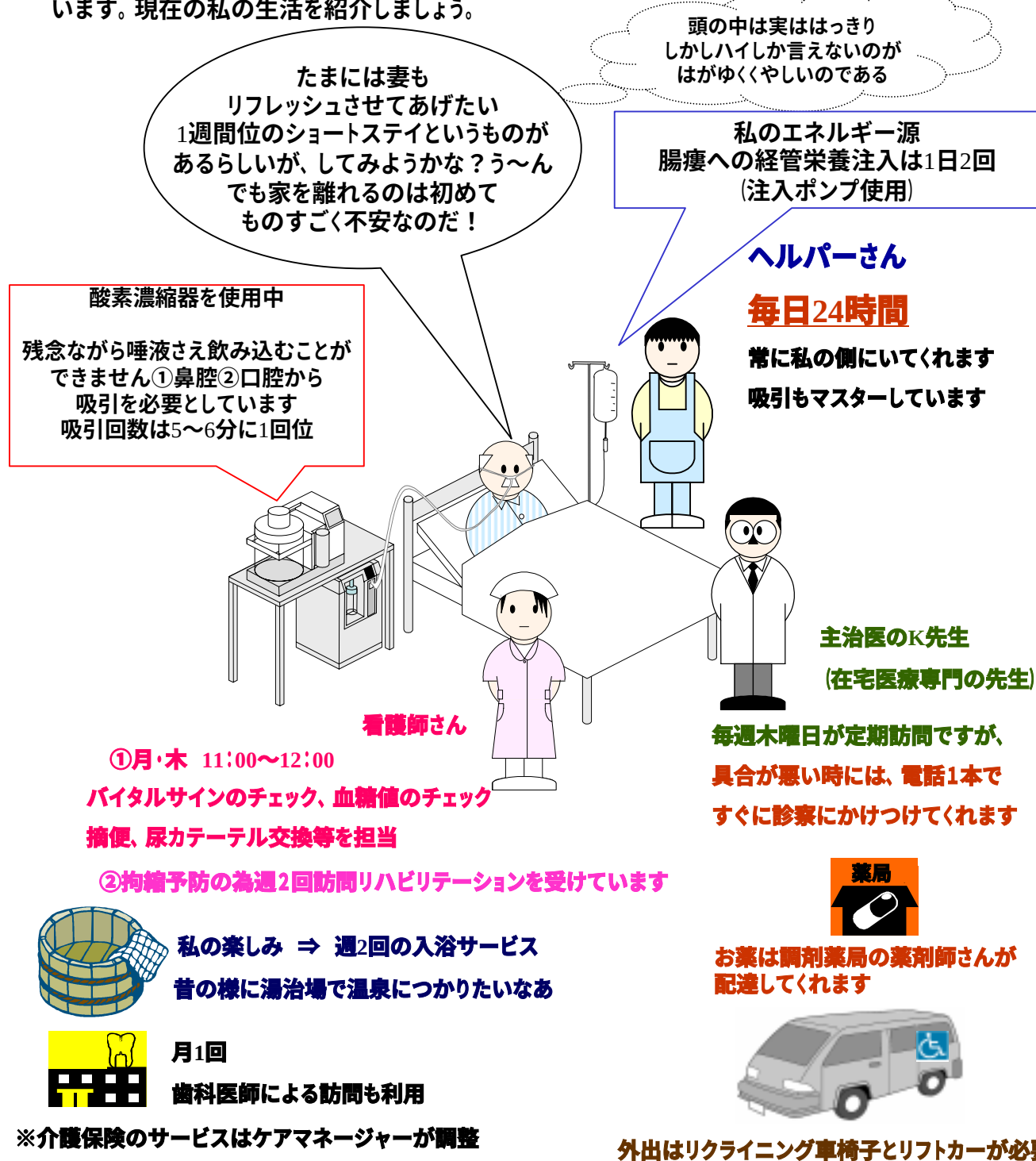
むしろ清拭、おむつ交換、着替え等の単純作業に対して現在支払われている 1 時間単価 4,020 円、1 時間半単価 5,840 円が高額すぎると共に、1 時間半以降 30 分ごとの単価 830 円は逆に特殊身体介護の長時間滞在型サービスにとっては低すぎる。

介護保険費用が年々増大している現状に鑑み、母集団が小さく、しかし十分な介護提供がなされていない重症高齢者等にこそ手厚い費用の再分配が必要である。介護度 1、2 に対する費用の再評価と、通常身体介護の 1 時間半以内の単価及びそれ以降 30 分ごとの特殊身体介護の単価をも見直すことを提言する。

重症高齢者等の介護においては、それにたずさわる介護事業所の人材養成（在宅ハイケア人材養成）を今後の課題として提示すると共に、長時間連続しておこなわれる特殊身体介護に対しては、その具体的な審査基準（在宅ハイケアの介護審査基準）の策定がおこなわれるべきである。

図A モデルA 《自己紹介》

私は87歳、5年前に脳出血のため寝たきりの状態になりました。80歳の妻と二人暮らしです。糖尿病、狭心症も合併、1日2回の血糖値測定、インスリン注射を必要としています。一時は気管切開も検討されましたが、妻が反対（私ももちろん嫌）、吸引が命綱になっています。妻も年なので、全日訪問介護を利用しています。要介護5の認定を受け、身体障害者手帳1級を持ち、支援費制度も利用しています。現在の私の生活を紹介します。



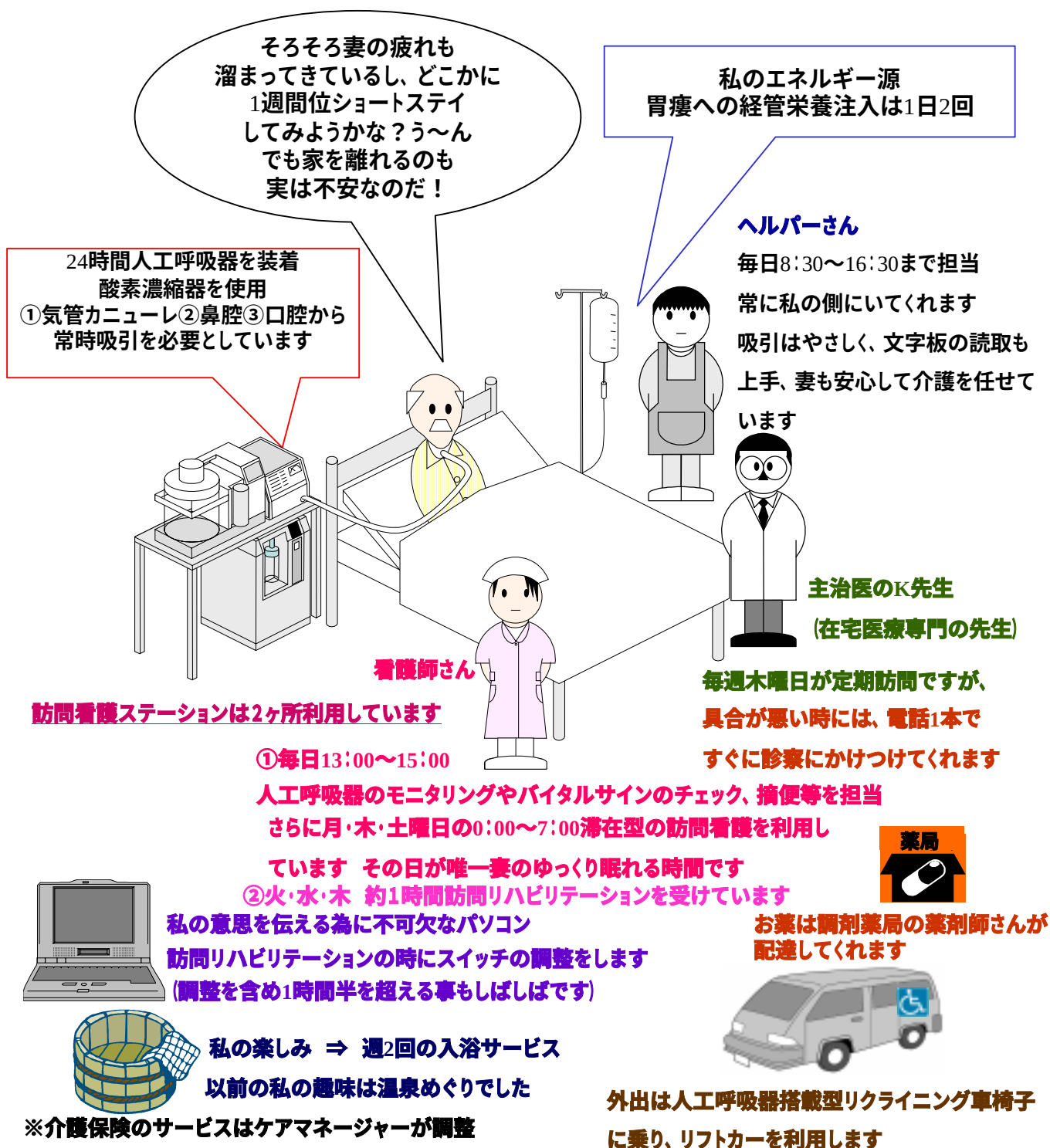
私の在宅生活を支える療養費用は約270万円／月です

表A モデルA 介護記録の一部

9:00	訪問・ご挨拶・引継ぎ 朝のご挨拶の際には、本日の日付、時間 お天気をお知らせしました ニコッと笑顔を返してくれました	12:20	経管栄養準備 清拭の後の疲れのためか、うとうとし 始めました
9:10	おむつチェック、床ずれ防止用踵パット・ 肩甲骨パットのずれチェック、シーツ、 バスタオルのしわ、ずれチェック	12:23	経管栄養注入 注入ポンプ滴数の調整
9:20	吸引	12:35	吸引 (咳)
9:26	CDをかける	12:57	吸引 (咳)
9:30	マッサージ開始 (上半身) 首筋、肩、背中にかけて、痛いところは 何処ですか？問いかけながら、そこを重 点的にもみほぐす 好きな音楽が流れているのでリラック スした表情で、とても嬉しそうに耳を傾 けていらしゃいました 今日は気分が良さそうで、お返事もかな りしっかり「ハイ」と答えていただきま した	13:02	検温
9:49	タッピング 身体がかなり痛そうなので、右、左と身 体を傾け、背中に風を入れ、タッピング の回数を増やしました	13:08	ドライシャンプー準備
9:57	吸引	13:10	おめざめ シャンプーを希望されるかお伺い
10:00	マッサージ一旦中止 検温、心臓の薬の貼替	13:13	フケ取り、ブラッシング、 頭皮マッサージ、ドライシャンプー とても気持ち良さそうで、再びうと うとされました
10:08	吸引	13:22	吸引 (咳)
10:12	マッサージ再開 (下半身) 腰、足、足裏等もみほぐす	13:30	ドライシャンプー終了、洗顔、吸引
10:25	吸引	13:55	吸引
10:30	経管栄養終了イルリガートル片付け 定期薬腸瘻より注入	14:00	吸引
10:45	吸引 (咳) うとうと眠りに入られたので、CDの音を 消して見守り	14:03	午後のマッサージ開始 痛いところを聞き出しながらそこを 重点的にもむ、マッサージをしながら 世間話、再び眠りに入られたので、 好きな音楽を音量を低くしておかけ しました
10:55	吸引、看護師訪問	14:35	吸引
11:05	吸引	14:58	吸引、マッサージ終了
11:10	清拭・着替え準備 (訪看さんと2人体制)	15:15	吸引
11:15	前日下剤を注入したので、排便 本日の便の状態はコロコロ便→普通便→ 軟便で、中等量でした	15:20	吸引
11:38	陰部洗浄、おむつ交換	15:35	吸引 (咳) 2回
11:42	吸引	15:45	吸引 (咳)、検温
11:45	全身清拭、腹帯、パジャマ着替え	15:57	吸引
11:55	吸引	16:00	口腔ケア準備
12:00	全身点検して軟膏塗布	16:10	口腔ケア (低圧持続吸引器を使用) 歯みがき、虫歯点検、イソジン消毒
12:08	吸引、清拭終了後片付け (訪看さん終了) 着替えの合間に看護師さんと駄洒落を言 っていたら、声を上げて笑って下さいま した	16:23	吸引
12:16	吸引 (咳)	16:45	口腔ケア終了、吸引 (咳)
		16:50	タッピング
		16:55	吸引
		17:00	髭剃り、洗顔準備
		17:03	吸引 (咳)
		17:05	髭剃り
		17:17	吸引 (咳)
		17:20	洗顔、ローションでお肌を整え リップクリームを塗る
		17:28	吸引
		17:33	洗面用具後片付け
		17:40	経管栄養終了イルリガートル片付け 定期薬腸瘻より注入
		17:52	吸引
		18:00	夜間の担当者へ引継ぎ

図B モデルB 《自己紹介》

私は64歳、5年前にALS（筋萎縮性側索硬化症）と診断されました。58歳の妻と二人暮らしです。現在四肢は全く動きませんが、額に特殊スイッチを付けてパソコンを駆使、短歌を詠むのを趣味にしています。要介護5の認定を受け、身体障害者手帳1級を持っています。人工呼吸器を装着していますが、私の心は極めて自由です。現在の私の生活を紹介します。



私の在宅生活を支える療養費用は約200万円／月です

表B モデルB 介護記録の一部

8:30	モニタリング	11:28	洗濯する	14:21	散歩出発
8:33	点眼・目やに取り	11:30	昼食準備	14:37	吸引
8:34	文字盤で会話を行う	11:36	点眼	14:41	散歩より戻る
8:39	洗面準備	11:37	メガネかける	14:43	吸引
8:43	髭剃り	11:42	吸引	14:44	ベッドメイキング
8:47	顔拭き	11:43	パルスオキシメーター測定 (昼食時20分おき)	14:47	ベッドへ移動
8:50	吸引	11:44	散歩準備	14:52	バイタルチェック
8:52	化粧水塗布	11:49	手足マッサージ	14:54	吸引
8:53	頭皮確認	11:52	文字盤	14:56	点眼
8:54	頭拭く	12:02	パルスオキシメーター測定	14:58	散歩の片付け
8:55	ベビーオイル塗布	12:03	洗濯干し	15:00	上下肢運動補助
8:56	吸引	12:12	回路水切り	15:05	文字盤
8:57	リップクリーム塗布	12:13	吸引	15:17	上下肢運動補助
8:58	メガネ掛ける	12:22	パルスオキシメーター測定	15:28	吸引
8:59	回路水切り	12:35	点眼	15:29	体位交換
9:00	ギャッジアップ	12:44	パルスオキシメーター測定	15:30	タッピング
9:01	洗面片付け	12:45	吸引	15:32	体位交換
9:02	お茶準備	13:05	パルスオキシメーター測定	15:34	タッピング
9:07	胃瘻より水分補給	13:06	お茶準備	15:36	身体の位置移動
9:08	文字盤	13:10	水分補給(お茶)開始	15:37	吸引
9:10	掃除機がけ	13:20	水分補給終了	15:39	脱衣介助
9:25	吸引	13:21	片付け	15:43	クッションセット
9:26	吸引ビン洗浄	13:22	パルスオキシメーター測定	15:45	尿器セット
9:30	水分補給終了・片付け	13:23	吸引	15:46	タオルケット掛ける
9:34	ギャッジダウン	13:24	回路水切り	15:47	ギャッジアップ
9:35	吸引	13:28	点眼	15:49	回路水切り
9:36	点眼	13:45	吸引	15:51	水分(お茶)準備
9:37	洗髪・清拭・着替え準備	13:46	ベットギャッジ・ダウン	15:56	胃瘻より
9:49	回路水切り	13:47	クッション・		お茶注入開始
9:50	メガネはずす		タオルケットはずす	15:57	吸引
9:52	吸引	13:49	尿器はずす	15:58	点眼
10:02	洗髪開始	13:50	尿測、尿処理	15:59	メガネ掛ける
10:20	洗髪終了	13:52	更衣介助	16:02	吸引セット交換
10:21	吸引	13:57	メガネ外す	16:05	吸引
10:22	ドライヤーをかける	13:57	吸引	16:08	酒精綿作り
10:28	頭皮に化粧水つける	13:58	バイタルチェック	16:10	環境整備
10:29	尿測・尿処理	14:03	体位交換	16:12	お茶注入
10:36	吸引	14:04	タッピング	16:14	片付け
10:37	点眼	14:05	体位交換	16:15	吸引
10:38	全身清拭・Yガーゼ交換・	14:07	タッピング	16:23	洗濯物たたみ
	クリーム塗布・体位交換・	14:08	体位交換	16:28	文字盤
	タッピング・衣類交換・	14:10	吸引	16:28	回路水切り
	吸引3回	14:12	車椅子へ移乗		加湿器水補充
11:20	吸引	14:15	シーツ、マット干す	16:29	吸引
11:23	尿器セット	14:20	吸引		
11:27	後片付け				

第3章 事業結果

3) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査③

(1) 回収結果

調査対象 1,012 施設のうち、107 施設から回答が寄せられ（回収率 10.6%）、全てを有効回答とした。

(2) 集計結果

【記入者】

問 1. 記入者

記入者は経営者が 51.5%、宿泊担当責任者 30.7%、接客担当責任者 6.9%であった（図 3-1）。

【施設内、客室の設備・仕様】

問 2. ハンディキャップルームの有無

ハンディキャップルームは、「ある」と答えたのが 14.4%、「今後用意する予定」9.6%、「介護保険が適用されるのであれば用意したい」27.9%で、用意する、もしくはその意志があると答えたのは合わせて 51.9%であった。「今後も用意する予定はない」が 38.5%であった（図 3-2）。

問 3. エレベータの状況

客室用・業務用両方のエレベータが奥行き 150cm 以上あるとしたのが 8.5%、客室用エレベータのみが 16.0%、業務用のみが 5.7%、どちらも 150cm 以下であると答えたのが 29.2%であった。エレベータを必要とする構造ではない施設は 37.7%であった（図 3-3）。

奥行き 150cm 以上の業務用エレベータを備える施設のうち、療養者と付き添い人が使えたと答えたのは 52.4%であった。介護者は 33.3%、介護用品搬出業者に対しては 57.1%が使用可であった（図 3-4）。

問 4. ネットワーク環境の状況

無線 LAN は 6.3%、有線モジュールは 11.6%が使用可能であると答えた。「今後導入する予定」は 31.6%、「今後も導入する予定はない」は 50.5%であった（図 3-5）。

問 5. 電源コンセントの状況

「2 口以上の空きがある」は 35.4%、「1 口空きがある」は 37.5%、「2 口以上備えているが、空きはない」は 8.3%、「備品以外を接続する余裕がない」18.8%であった（図 3-6）。

問 6. 介護用ベッドの有無

所有していると答えた施設はなかった。「レンタルはできる」が 25.8%、「今後購入する予定」が 2.1%、「介護保険が適用となれば準備したい」が 32.0%で、準備する意志のある回答は 59.8%であった。「所有もレンタルで準備する予定もない」は 40.2%であった

(図 3-7)。

問 7. 点滴台（もしくは代用品）の有無

所有していると答えた施設は 12.4%であった。「レンタルはできる」が 17.5%、「今後購入する予定」が 0.0%、「介護保険が適用となれば準備したい」が 30.9%で、準備する意志のある回答は 60.8%であった。「所有もレンタルで準備する予定もない」は 39.2%であった（図 3-8）。

【介護サービスについて】

問 8. 療養者の食事への対応

「レンジ等で温める」は 67.7%が対応可能であると答えた。「細かく切り刻む」は 59.4%、「材料を加熱・調理する」は 55.2%であった。「対応は困難」と答えたのは 19.8%であった（図 3-9）。

問 9. 入浴サービスの利用

利用可能であると答えたのは 36.8%、不可能であると答えたのは 63.2%であった（図 3-10）。

利用不可能である理由として、「部屋のスペースにゆとりがない」に 78.1%の施設が回答した。「換気ができず、湿気がこもる」は 31.2%、「搬入出時に他の宿泊客に迷惑がかかる」は 23.4%であった（図 3-11）。

問 10. 介護スタッフの出入りについて

予め連絡があれば 24 時間可能であると答えたのは 36.2%であった。時間帯によっては OK と答えたのは 55.0%であった。8.8%が不可能であると答えた（図 3-12）。

時間帯を制限した場合、平均して、8 時 34 分から 20 時 54 分が可能であるとの結果となった（図 3-13）。

【宿泊料・支払方法について】

問 11. 療養者・介護者の 6 泊 7 日分の料金

療養者

0 円であると答えた施設が 1 例あった。1 円以上 30,000 円未満が 3.1%、30,000 円以上 40,000 円が 13.8%、40,000 円以上 50,000 円未満が 13.8%であった。平均は 66,850 円であった（図 3-14）。

介護者

1 円以上 30,000 円未満が 3.0%、30,000 円以上 40,000 円未満が 4.5%、40,000 円以上 50,000 円未満が 13.6%であった。平均は 71,397 円となった（図 3-15）。

問 13. 療養者の食事への対応

「公的給付金による支払い」は 51.3%が今後対応可能であると回答した。自費での支払いは 69.7%、両者の合算は 59.2%であった。

【自由記載】（記載内容は特にことわらない限り表記のまま）

問 8-1. 療養者の食事に対応してもらう際の条件

すでに対応している施設の回答として、

- 老人を対象にした固い物が食べられない場合に調理方法を変えている。
- 養護学校の修学旅行の宿として御利用をいただき健常者と異なりますので食べやすい様に協力をしています。特別の条件はございません

などがあった。制限が伴う場合などには

- レストラン利用ピーク時間帯をさけていただければ助かる・調理法などレシピがあれば
- 特別な繁忙期でない限り対応はできる
- 他の宿泊客とのかね合せがあり希望通りの時間に対応できないかもしれない
- 持ち込みの食材の調理は不可
- 食物の内容をできるだけ詳しく教えて欲しい

との回答があった。

問 12. 採算とるための利用率や条件

既に実績のある施設からは、

- 現在、月 200 名程ご利用頂いています。介護に疲れた家族の為にとする発想で 12 室程改装しました。
- 障害をお持ちの方は、常時宿泊がありますが、採算を考えた事はありません。どなたも同じように、料金が合えばいろんな宿泊プランを御利用いただいております。但し、社員には「ここは病院ではない」と云っております。出来る事、出来ない事があります。
- この様なケースでは採算を度外視しなければいけないでしょう。状況により従業員のヘルプでお客様に満足していただければと思います。私供では一般の健常者とそんなに差別なく料金は設定しています。

との意見が得られた。具体的な条件を挙げたものとしては、

- これは、採算と言うより、平日の利用で、客室を稼働させたいと思う施設が多いと考えますので、一度に多くの利用というよりも、毎週（一日）1～2 組が宿泊するような形の方が当館としては望ましいです（全 20 室の為）貸切露天風呂も 3 つありますので、一般の観光客との共存で考えて行きたいです。
- 1 件でも採算の取れる料金設定をしたい。
- 1 ルームで 200 日の利用があれば療養者対応出来ます。
- ハンディキャップルームの客室稼働率が 80%以上確保できるのであれば、部屋の改装をしても良いのでは。

との回答が得られた。また、

- 採算は、とれないと思います。温泉旅館では、むずかしいと考えます。
- 総合的に考えて採算計算が困難です
- 部屋を全面的に作りなおさなければならない。作りなおしても採算がとれるとは思われない。作りなおすなら有料老人ホームの方がよいと思う。

など、採算がとれないとの意見もあった。

問 14. ハンディキャップルームの一般利用や高齢者向けプランなど

実践中もしくは計画中の具体的な案としては、

- 日頃 高齢者の宿泊客の多い旅館ですのでハンディキャップルームがあればそのまま喜ばれると思います。年中使用できる温水プールがあるので高齢者の機能回復や健康思考をとり入れた短期滞在形のプランを作ってみたいと思います
 - 身体障害者（軽度）の利用できる部屋3室を9月を目度に改装予定但しハンディキャップの方に対して介護者同伴の場合は受け入れ可能です。通常は一般にも開放予定
 - 高令社会化している現状を考えますと理解出来賛同いたしますが、私どもの施設ではレスパイトケアの対応に設備投資が大きすぎむずかしい状況です。ただ健常者でない養護学校の修学旅行の宿としてご利用いただいております従業員が積極的に協力して喜ばれており今年も積極的対応を考えています
 - 一応ホテル使用ですのでハンディキャップルームは一般の方はきっと望まないと思われますし、又夜間の大声など（うめき声）など色々ありますのでもしあるとすれば夏休みなどの期間をすべて一般の客を取らずにその様な方のみを領かってゆっくりとしていただきたいと思います
 - 今の段階で現実的に考えた事がございませんが、シルバー年令の方々の旅行が増加しておりその延長での収客でのメリットはあると思われます。現在でも身障者の入浴対応で時間外でお湯に入っていたりしております。また本年貸しきり風呂を1ヶ所作成予定（4月末）です
 - 今後泊る形の一つとして必要と思われるが、もし行なうとすれば、それなりの諸設備が必要なので、当初よりそのことを考えておかないと非常にむずかしいと思われる。（当館は日本風旅館であるので尚更）。営業休止中の洋風ホテルなどを利用するようなアイディアは如何ですか？当方の温泉にもそのような建物はあります
 - （URL による回答。バリアフリールームを宴会場・会議室・研修室や幼稚園・保育園のお泊り保育などに開放している）
- などかなり具体的な回答があった。一方で
- 実施したいと思うが、医療保険が使えるようにならなければ利用者の負担が多すぎて無理だと思う
 - 公的補助があれば設備が可能ですが、現状では無理です
 - 宿泊では、かなり困難です。時間をかけてお部屋に行かれたとしても、事故（火災等）が発生した時にお客様にご迷惑をおかけしてしまいますので当館では、歩行可能なお客様がメインとなっています
 - ハンディキャップの方、身動きならない方のご宿泊については、現在手薄きわまりないのですが療養中の方が、社会復帰などの前に、湯治＋復帰にむけての、体力づくり等のため、"晴耕雨読"できる宿、土と親しみながら、散歩したり、運動したりしながら、野菜中心の食事をとって、温泉に入り、岩盤浴に入り、療養していただく宿を、目指しております
 - 私の母もいまこのような状態でくらしております。我母と言えども、年に1、2日旅館の方で生活させてあげるには、大変な協力が無いと出来ませんし、温泉に入れるにも苦労が大変ですが、入ってもらったら、本当に喜んでいる顔が目につかびつかれも取れます。でも実際に、大変です。私どものような古くて小さな旅館には大変改善費用を有します。今の所なかなか出来ません
- など問題点が指摘された。

（３）結果・分析

温泉地を含め北日本がやや多いものの地域偏在なく全国 107 施設から回答があった。

宿泊施設の 1/4 で車椅子対応客室（ハンディキャップルーム）が現在あるか設置の予定があり、本研究の意図するレスパイトケアが介護保険の対象事業の適応となれば、更に 1/4 の施設に整備の意向があることが判明した。もっとも既に広めの客室を車椅子対応としているホテル等は少なくないし、夜間の介護者の交代や出入りに対する制約も小さい。

療養者が 1 週間の滞在中に何度か施設内或いは近隣を散策する場合の阻害要因としては、平屋建て以外の施設でのエレベータの有効内寸がリクライニング型車椅子には不十分である可能性と、バリアフリーでない古い施設・温泉旅館での滞在が問題点となる。火災・震災時の対応は施設管理者にとっても大きな不安材料だが、在宅でもリスクは同等である。

療養者本人の食事および介護用寝台や医療機器用電源といったアメニティは身障者団体・精薄施設・養護学校の修学旅行指定旅館という複数の実例もあり、本制度への理解が進み客室稼働率が高まることを前提にした場合、改修工事を含めた前向きな取組みがみられた。

訪問入浴サービスを他の事業者滞滞施設内に前出してもらうという設定にはなお問題点が多い。温泉地や都市部スーパー銭湯に隣接する宿泊施設の場合は、小型機械入浴装置の整備またはレンタルで対応が可能と思われる。今回我々の行った湯治場での実態調査では地域における連携と役割分担がうまく機能しており、単一施設内での完結を求めないことが成功の秘訣との確信を得た（添付 DVD 映像を参照）。

宿泊費は療養者本人が 1 泊 11,000 円、介護者一人当り 1 泊 2 食付 12,000 円と常識的な額であり訪問看護・介護費と訪問入浴費を加えた本制度における利用者個人負担の総額が如限の域内例えば数万円であれば年 1～2 回の実施は夢ではない。

（４）結語

宿泊施設の半数からレスパイトケアに対する前向きの回答を得た。前項の調査②によるとモデル A および B に対する回答では、1 日あたりの部屋代は 10,000～15,000 円と妥当な額ではあるものの前向きの介護保険事業所は全国で十数箇所に過ぎず、山奥の旅館や高級リゾートを除けば一般の宿泊施設を利用するほうが実施への近道であると提言したい。

多くの施設に共通した姿勢には病院（hospital）よりも hospitality が感じられた。レスパイトケア滞在を受け入れることが不慣れな従業員にとってはストレスで経営的にもこの部門からは利益を出しえないと試算されるものの、繁忙期を避けて受け入れたいという地域社会に対する職業奉仕的回答が大半であった。

第3章 事業結果

4) 24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供モデル

(1) 鳴子温泉施設調査ー町立鳴子温泉病院

成川院長のご高配により、院内の要所を見学した（添付 DVD 参照）。

とりわけ印象深かったのは、治療用浴室である。温泉を文字通り「湯水のごとく」活用した、浴場は圧巻である。目的に応じてさまざまな浴場、浴槽、温度等の組み合わせが可能である。温泉病院ならではの、贅沢な浴室であった。

また、リハビリテーションの訓練室も、物理的空間の広さとプロスタッフの充実もあいまって、効果の実を上げているものと考えられた。

さらに、ALS 療養者の個室を訪問し、在宅移行の計画に希望を持つ本人とコミュニケーションをとる機会に恵まれた。

ナースステーションで、成川院長、島崎副院長と、ショートステイのあり方等について、話しが弾んだ。日頃馴染みのスタッフが、そのままショートステイ先まで、ケアの提供に訪れるシステムができれば、質の高いショートステイが実現し、病院側スタッフの負担も軽減でき、ひいては療養者の QOL 向上につながるものと期待される点で、意見の一致を見た。

(2) 鳴子温泉施設調査ー東鳴子温泉まるみや旅館

ご主人にインタビューを行った（添付 DVD 参照）。以下、インタビューの抜粋を示す。

①ポリシー：来たときより元気に

私たちできることっていうのは
数ある施設の中からここがいいと言って
こんなボロ屋だけれどここがいいと言って来ていただいた方を
来たときより元気に帰っていただくっていう
これは医学ではなくともできます
そうすることによって
温泉の総合的生体調整作用っていうんでしょうか
高いものを真中に低いものも真中に傾いたものを平衡に
ということを心がけてるわけですね
そうすることで治療力免疫力をあげていただくと
その状態でお帰りいただければあとはお医者様が治療された時に
多分来た前の治療よりはいい結果が出てくれるんじゃないかなと
私たちはそれだけなんです
そういう考えでやっておりますんですが

②施設・サービス

私どものやり方ちうか昔からのやり方なんですけど 自炊施設なんですね
ですから毎朝決まった時間に玄関前に移動販売車来ます

お客さんは旅館に関係なく取れます

アパート住まいのような感覚で自分のお部屋のナンバー言えば
食堂の出前は宿に関係なく取れます
宿は一切関わりません
また魚屋さんや八百屋さんも部屋まで配達できるシステムが出来てます
箱根やあたりも昔は
地元の商店でのは地元の湯治のお客さんを相手に商売してたと思うんですね
旅館が囲い込みする前までは
そういった原形がここでは残ってるっていうことでしょうね
私達にとっては商店で買い物する 散歩する 地元の人と一緒に触れ合う
それ全てが商品になります湯治の場合 旅館では完結しません

③源泉の泉質

源泉なんですけども男女別の源泉は私の庭に二本の源泉があります
そちらが自噴泉そのまま湯壺に入れてます
こちらの大浴場は含食塩芒硝重曹泉（ナトリウム-炭酸水素塩・塩化物硫酸塩泉）
という源泉をひいてまして
そちらが赤湯なんで（純重曹泉、ナトリウム-炭酸水素塩泉）
この湯タンクに一度貯めます あとは湯量の調節ですね
この左右の温泉は全く泉質が異なります

注：泉質は鳴子温泉源泉一覧表による
<http://www.narukospa.com/gensen.htm>

④料金

お一人この部屋ですと 3,870 円です
全部光熱費税金込みで
ですが 7 泊以上長くなればなるほど 10%とか安くなりますので
1 ヶ月で 10 万あれば入れます お一人でも
曜日や人数によっての割増一切ありません 年中同じ 365 日同じです

お部屋はこのとおり
調理器具一式包丁から入っております
ご宿泊の方実際来る場合は電気のほうも無料でここに付きます
お箸とか茶碗とか生活用品は一式あります
シーツとか布団とか毛布ほとんど整っておりますんで

うちは外来入浴とか一泊素泊まりは一切空いててもお断りします
滞在の方のみになります
今現在お入りになっている方で一番長い方が
もう半年から一年の方がおるんですが
平均三週間です
そういった中で毎日決まった方と顔を合わせます
従いまして事故というのが過去何十年遡ってもありません
開けっ放しで例えばここに財布おいて一日遊んできても
これが無くなるということがないんですねうちは

こちらの部屋税金光熱費一切込みで 4,070 円です一人（上記とは別の部屋）
ただし 7 泊越えた時点で初日に遡って 1 割安くなります
従いましてほとんど 7 泊未満という方ほとんどおりません
そうということ考えますと 3,670 円です
冬場こたつがとれますとさらに 200 円安くなります
ですから 1 ヶ月大体 10 万ぐらいで充分お一人でも

⑤湯治の留意点

自分の湯治のペースっていうのは自分で掴んでいただく
これは酸性の強い玉川さんですとか泥湯とかあの場合
皮膚の弱いとかやられちゃうときありますね
そういった場合はある程度
入浴の仕方っていうのが必然的に出て来るわけなんです
中性からアルカリに近い温泉ですんで
特に何回までとか何分までっていうのはあまり意味ないですね

⑥他の旅館との関係

ここで一軒で引き受けようということは全く考えてないんですね
だからうちに紹介されたお客様でも
あなたが多分滞在が一番合ってる旅館はこちらですというふうに
すぐ他の施設を紹介します
要するに全てやるんだったらうち大変なんです
全部手すりをつけて食事の対応もある程度できるようにして
そうしていけばいいんだろうけど
それを一軒でやる無理して全部やるより分担なんですね
ここ選んでくれるかそちらか選ぶのはお客さん
そういうのが私達全体のアレだと思います

みんなでとにかくこの地域で生活する地域のお客さんて捉え方していかないと
湯治というのは地域での生活が全部商品になりますから
当然一軒で完結することはありません

全然構いません
大いに薦めてます 大いに薦めてて
肌が合うというか「あーこのお湯」と思ったらお移りになって結構ですと
そういうことにしてます
どんどん施設の外に出して
他の旅館も意欲的に見てきていただくようには工夫してます
はい 大歓迎です
やはり色んなところを見て合うところを選ばれるのがいいと思うんですね
そう思うからここに
なんでもかんでもここで完結しようなんていう気持ちは最初からありません
どんどん風通しよくして行くべきだと思うし

**私達も他の施設に行きます 外を全部見ます
そしてお客さんに聞かれたときに答えられるようにしてます**

**私達は長年やってきたんだからっていうのがありましてね
来てから考えましょうっていう感じなんですよ
もうアバウトだかもしれないけども
この人と一ヶ月一緒にいるのに何あればいいかっていうのは
来てからでも話し合い十分できるし
できないときはどっかできる施設と相談するなりできるわけですね
設備だけしたって何のフォローなしで入れたってしょうがないですよ
まずほんとに相談から始まりますね**

まるみや旅館のインタビューより、以下の点が示唆された。

- ①泉質、サービス価格の異なる温泉施設が、互いに連携し、湯治客の選択に合わせてサービスを提供している。医療・福祉施設の機能分化、施設連携の原点を見る思いである。
- ②無駄な設備投資を避け、低料金でサービスを提供している。しかし、利用者のニーズに合わせて臨機応変に対応する能力は、医療施設以上であるかもしれない。
- ③各部屋への出前等、地域の商店による血の通ったサービスは、湯治客の生活の質を向上させて、満足度を高めていると考えられる。
- ④重症者であっても、生活の場の延長として、湯治に参加できる可能性がある。
- ⑤町立鳴子温泉病院等の医療施設との連携も可能であり、急性増悪への対応も可能である。
- ⑥介護保険の適用となれば、利用者負担はさらに軽減される。
- ⑦日ごろなじみのスタッフが、そのまま出張できれば、安全安心の湯治が可能となり、家族のレスパイトも図れると考えられる。
- ⑧温泉地の湯治場が、重症高齢者等の、ショートステイ先として新たな選択肢となりうる可能性が示唆される。

（３）モデルの理念と理論的基盤

ホスピタリティーの原点に立ち返り、暖かいもてなしとしてのショートステイをホテルで行い、療養者の喜びである「訪問入浴」を、温泉を用いてなじみのスタッフが行う。宿泊施設において、重症高齢者、ALS 等神経難病患者のショートステイを、安全に行いうることを実践によって証明する。また、実際の費用をもとめることで、事業として成り立つ条件を検討する。

なじみのスタッフが、ボランティアとして、外出や旅行に同伴し、安全に帰宅する事例はこれまでもあった。なじみのスタッフが滞在先でも、いつものサービスを提供できれば、療養者は、安心して旅行やショートステイを行うことができる。

(4) モデル実行にあたっての基礎情報・阻害要因等の検討

1) 法規制の見直し

厚生省（当時）の「付添看護に係る経過措置の対象となる医療機関数調査について」の（参考）として「1 付添看護の解消について付添看護については、(1)患者の保険外負担が重いこと、(2)患者自身が個別契約で依頼するため、チーム医療の観点から医療の質を確保する上で問題があること等が指摘されており、これらの問題点を解決するために、平成6年に健康保険法等が改正され、原則平成7年度末までに付添看護を解消することされた。

一方、保険医療機関及び保険医療養担当規則の第11条の2によると、「保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。」とあり看護を外部の者にさせることを禁じている。

施設においても、当該施設の職員以外の者にサービスを提供させることは、安全確保の面でも許容されない。

しかし、法規制の見直しを行い、ショートステイを広義の在宅医療とみなして、なじみのスタッフが訪問することができれば、利用者にとっても、施設職員にとっても益するところが大きいと考えられる。利用者は、なじみのスタッフによって、いつものケアが受けられ安心である。施設職員も重症者に対して、高度かつ緻密な分単位のケアを提供する必要が少なくなる。

参考 保険医療機関及び保険医療養担当規則

第11条の2（看護）

保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

2 保険医療機関は、当該保険医療機関の従業者による看護を行うため、従業者の確保等必要な体制の整備に努めなければならない。

2) 介護保険適用と自己負担

施設に、なじみのスタッフが赴いた場合の費用負担は、本人分については介護保険からまかなわれるべきである。ホテル等のショートステイ先に家族が同行する場合については、家族の費用は家族の自己負担を基本とすべきであろう。

(5) モデル運用調査の協力について

今回のモデル運用に際して、S市内に住む療養者S氏と、そのご家族の協力をいただき、その了解のもと、ここに報告するものである。

S氏

男性、58歳。平成2年にALSを発症。その後水頭症の病歴あり。完全四肢麻痺、人工呼吸器の装着と常時の吸引を必要としている。胃瘻による経管栄養があり、点滴は行っていない。家族は妻、子ども2名。日中は訪問介護・訪問看護のサービスを受けているが、夜間は妻が介護している。

(6) 結果・分析

1) 移動

ロビー～エレベータ

玄関には約 5cm の段差があった。スロープは作りつけのものではなく、木製で可搬性のものであった。高さはこの段差に合わせて作ってあった。車椅子に左右 10cm ほどを加えた幅で、フェルト張りであった。奥行きは 60cm ほどで角度は若干急であったが、一人で押せないほどではない。旅館スタッフにより、迅速に用意してもらうことができた。

旅館内に入ると、エレベータホールまでに 3 段の階段があったが、脇に作り付けの緩やかなスロープがあり、容易に通過することができた。1 階のフロント、ロビー、エレベータ、温泉施設は、中庭を囲み一周が 200m ほどで全てが一続きになっており、上記の短い階段以外は、全て平面とゆるやかなスロープで繋がっており、移動困難な箇所はなかった。

客室のある棟には、エレベータが隣接して 2 基あり、通常移動時の角度のまま車椅子を載せることができた。また、同時にスタッフが 4 名ほど乗ることができた。

客室内

客室はエレベータに最も近い部屋で、途中で段差はなかった。また、他の部屋の場合も、曲がり角で若干狭くなるところはあるが、通行困難な箇所は確認出来た範囲ではなかった。

客室の入り口に段差があり、かつ狭いため、1 日目の到着時には、車椅子のままの移動は困難だった。ただし、介助者が多かったためにかえって繁雑となったとの見方もできる。2 日目には、介助者を 2 名のみにし、背後の介助者が腕力で仰向けに傾け、前方の者が車輪や車体で設備を傷つけないよう保持する形も可能であった。

介護ベッドを設置した部屋は、客室角の絨毯敷きの部屋であった。他の畳敷きの部屋より低くなっており、ここでも車椅子の移動に工夫を要した。ふすまと家具の配置を変えれば、入り口よりもスムーズに移動できた。

最終日には、玄関用のスロープを部屋に運び入れた。車椅子利用者が、同一施設に同時に宿泊する機会は少ないだろうが、今回の運用先は大きな宿泊施設であり、可搬性のスロープは各棟に 1 つ程度あると望ましいものと思われる。

その他

これまで、移動時にはほぼ全ての場合妻と行動していた。今回は移動直前まで睡眠をとっていた様子で、移動中は、同行したヘルパーが「医師が後ろについている」と話すまでは不安だったとのことである。

ベッド～車椅子間の療養者の移動には、3 人の介助者が必要であった（ただし、入浴サービスの担当者は、2 名で行なっていた）。この際は頸部、腰部の保護が重要であるが、それまでにほとんど経験のなかった調査委員でも補助することができた。ある程度の経験を持った施設職員がいて、こうした際のみでも協力を仰ぐことができればなおよいと思われる。

車椅子に呼吸器を設置する際、回路を接続したままカートを移動するのは、柱とベッドの位置の関係で不可能であった。2 日目の外出の際には、呼吸器を外し、アンビューによる人工呼吸を必要とした。

2) 機器設置と電源

今回のように同一市区町村内での宿泊であれば、機器等について全く同じものを希望することは容易であろう。仮に宿泊施設に備え付けであった場合、使い勝手に困難が生じることもあるだろう。ただし、介護用ベッドは、自宅で使用しているものと同型のものを設置したはずであったが、ヘルパーによれば「狭い」「しかしこれはこれで問題ない」とのことであった。

ベッドを設置した部屋には、コンセントが2ヶ口しかなかった。1つには吸引器が接続された。もう1つには4ヶ口のタップを1つひき、呼吸器、呼吸器のバッテリー、ベッドリクライニング装置、3ヶ口のタップが接続された。タップには低圧持続吸引器が接続され、2ヶ口が空きとなった。

療養者が普段外出用として利用している吸引器を持参し利用していたが、ヘルパー、看護師が「音が大きい」と判断し、1日目夕刻、妻が自宅用を持参した。ベッド設置の部屋は他の客室と隣接しておらず、入り口ドアにも厚みがあり、外に音が響くということではなかった。

バックアップの酸素濃縮器を設置した。しかし実際には使わず、万一に備えての用意となった。自宅でも同様に、未使用のまま用意されている。

3) 採光

ベッド設置の部屋には、天井にメイン照明、柱にサブ照明、四方の壁天井近くにインテリア指向のライトがあった。メイン照明は3段階の調節が出来たが、常時仰向けのS氏には最も暗い状態でも明るすぎるため、サブ照明のみを点灯させた。ただし、医師の処置時にはメイン照明も点灯させた。

通常、洋室であればこうした採光が可能であると思われるが、和室の場合には困難であるかもしれない。

4) 食事

S氏は経管栄養で食事を行っている。今回は自宅から持参となったが、長期滞在の場合、現地での調達、できれば居宅療養時の薬局からの配達があればよいだろう。

5) 入浴

浴槽などの設置

浴槽は、業務用エレベータで、水平状態のまま搬入された。通常の住宅よりもはるかに条件が良かったものと思われる。

ベッド設置の部屋の隣に配置した。その際は、通常と同様に、畳の上に防水シートを敷いて設置した。

シャワー使用のために、浴室にポンプを設置する。電源コンセントは、浴室に隣接する洗面台壁のものをを用いた。浴室、洗面室共に広かったため、距離があり接続困難であった。電源タップを用いて安全に対応できた。スペースに余裕があることがかえってデメリットになった一例である。

温泉の利用

温泉地であるので、この機会に、温泉の湯を用いることにした。宿泊施設の好意により、源泉から直接、20リットルポリタンク5つ分を準備することができた。客室に

到着した時点で、49～50℃を保つことができ、若干量の水道水で調節することができた。もしこの時、通常の入浴温度より低い状態でしか準備できなかったとすれば、温度調節が難しく、客室の湯に少量温泉の湯を注ぎ足す形しかとれなかったであろう。タンク3つを浴槽にあけ、残り2つを部屋付の浴槽からポンプで送り出し、シャワーとして使った。

6) その他

客室の施設のみでは、風呂用、洗顔用の温度でしか給湯されず、湯たんぽ用の熱湯を用意することはできなかった。ポットに用意されていたが量は多くなく、介護者が用いる分が足りなかった。フロントに湯たんぽを直接渡し、準備してもらうことができた。

(7) 効果と評価

療養者の妻に、今回の感想を尋ねた。

「今回は普段のスタッフが皆同行してくれて、安心して預けることができた。実際には私も夜間宿泊したのだが、任せていいと言ってもらえたので、ゆっくりすることができた」

「入浴の際、本人は、スタッフがいつもと同じだったこともあってか気持ちよく入浴できたようだった。表情がよく、楽しめたのではなかっただろうか」

「既存のショートステイについては、呼吸器装着患者を受け入れる施設がなかなかなく器だけは用意されていくが、スタッフが揃っておらず、安心して預けることができず躊躇していた」

「こうしたサービスは同じ ALS の患者らが前々から希望しており、今回の参加はとても有意義だった」

「大きくなくともよいので、こうしたサービスを受けることができる施設や制度を地域ごとに用意してほしい」

とのことであった。

S 氏に精通したヘルパーにより十分な介護が 24 時間行われることで、妻は日中自宅で過ごし、夜間も休むことができた。このモデルを通じて、真のレスパイトサービスを実現することができた。

【運用日】

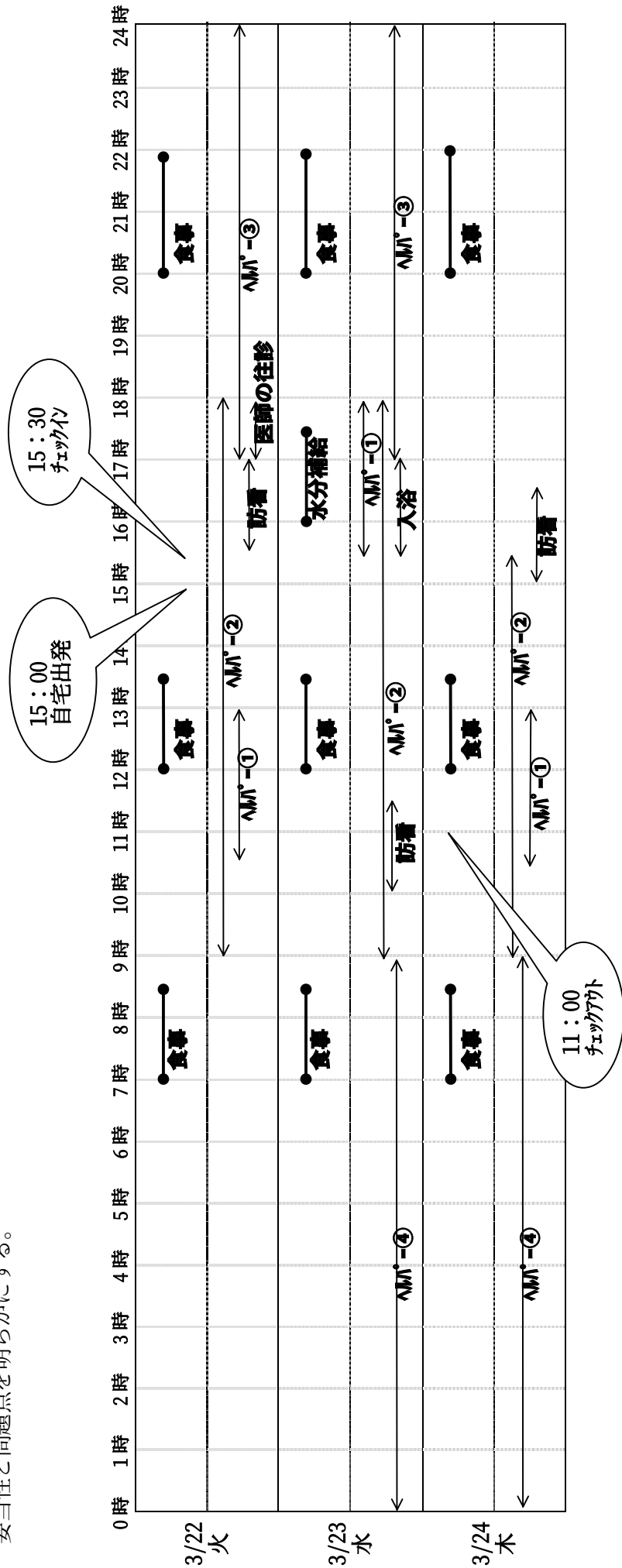
平成17年3月22～24日

【介護保険サービス】

- ケアマネージャー／入浴／訪問看護／ヘルパー（吸引、胃瘻に栄養・薬とも注入、清拭、着替え、排便介助、口腔ケア、etc.）
- 貸与介護用品：ギャッジアップベッド（今回は実費負担）
- 移動：介護タクシー／自家用車使用

【プラン目的】

24時間介護を要する重症高齢者等の方々に、居宅に限らずどこでも安心できる同一介護環境提供体制を確立するため、実際にモデルを運用し、モデルの妥当性と問題点を明らかにする。



第3章 事業結果

5) 今後の展開

(1) はじめに

平成 15 年度「重症高齢者等の 24 時間安心在宅介護提供に関する研究事業」において、医療的重症度と介護の質と量の難易度が高く、要介護 5 の介護では支えきれない少数の一群があることが示された。この療養者を支えるために「在宅ハイケア」が提示された。ここでは主として介護に関する要件が示され、

- ①生命の保障と維持を第一の目的とする身体介護であること。医療的行為と介護行為が混在し分離不能である特殊性が明白である。個別性が高く、標準化しうる容易な介護ではないこと。
- ②居宅において家族のレスパイトケアを担う長時間滞在型の介護である。その時間内の担当者の行動は分刻みの連続的な観察と介護の行為である。この連続性がすべての危機を未然に防ぐ手段となっている。

であった。

平成 16 年度「24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活介護提供に関する研究事業」においては、さらに家族のレスパイトケアの主要部分となるショートステイについて、

- ③居宅において介護を担当している現在の担当者が、ショートステイ先に赴いて居宅と同様の介護サービスを提供できるようにする。

ということが重症高齢者等のショートステイでは基本となることが判明した。

第3章2)(3)5)－4自由記載(p.48)の「療養者の主治医に求めるもっとも重要なことは」において、緊急時の対応が常に可能であることを求める割合が、モデルAで49.1%、モデルBで58.9%に達している。したがって、

- ④重症高齢者等のショートステイでは主治医の緊急対応が常に可能であることが必要である。

これら一連の結果が示すことは、居宅介護におけるいつも見慣れた信頼できる介護担当者こそが、居宅やショートステイを含めた地域のどの場所においても、介護をおこない続けることが可能なシステムを構築しなければならないということである。と同時に、主治医の緊急対応が常に可能でなければならない。

従来、要介護 5 に認定されていた重度の在宅療養者の中で、母集団は小さいが、医療的重症度と介護依存度の極めて高い「在宅ハイケア」に該当する対象者がいたのである。その該当要件を抽出し医療と介護の重症度分類を作成すること。在宅ハイケアを希望する対象者に対する審査と評価をおこない、さらにハイケアが適正に運用されているかを監視するシステムを立ち上げる。

そして人材養成は在宅ハイケアにとって重要な柱である。重症高齢者等を支えるには、すでに上記①②③に示された介護担当者の養成が欠かせない。同時に④に示されたように、急変しやすい重症高齢者等に対して 24 時間 365 日の医療の安心を提供する、「24 時間対応の在宅医」の存在が欠かせない。

以上より、重症高齢者等には【在宅ハイケア提供システム】を構築し対応してゆくことが緊急に求められている。

(2) 在宅ハイケア提供システムの理念

居宅において人工呼吸器、中心静脈栄養、常時吸引、疼痛緩和等の複数高度医療を必要とする重症高齢者、特定疾病療養者及び単身者等に、24 時間 365 日安心の医療と介護を提供するシステム。

(3) 在宅ハイケア提供システムを構築するための指針

- ①在宅ハイケア重症度分類の作成：在宅ハイケアは第一に療養者本人の「生命の保障と維持」を目的とする。第二に家族の介護疲労の軽減を目的にする。療養者の医療的重症度と介護依存度が複雑に絡み合っており、医療的重症度が介護依存度を高める主たる理由であると共に、長時間の連続的介護を必要とし、介護の質には医療的行為と介護行為が分離されず介護時間全体の中に混在している特長がある。したがって重症度分類のチェック項目は細かく設定し、②の審査モデルの運用に反映させる。
- ②在宅ハイケア審査機構モデルの運用：従来の介護度の判定には認定調査と主治医意見書を基に、介護認定審査会において要介護度の認定がなされていた。しかし在宅ハイケアを必要とする重症高齢者等においては、
 - 1) 介護の質において医療的行為と介護行為が複雑に絡んでいること
 - 2) 介護の量において長時間の介護を必要とすること
 - 3) 生命維持に関する介護担当者の観察とその介護行為が連続的であること
 - 4) サービス担当者会議による担当者全員の合意に基づくケアプランの提示が必要であること
 - 5) 各介護事業所の担当者が作成したそれぞれのサービス計画書と共に必ずサービス手順書を必要とすること
 - 6) 医療的重症度に見合った 24 時間 365 日の医師の緊急対応と在宅看取りが要求されること
 - 7) 手順書どおりに実際のサービスが提供されている状況を長時間に渡り調査し評価すること
 - 8) 療養者及び家族の、医療と介護の満足度調査を実施し評価すること
 - 9) 医療と介護の内容に見合った費用の適正な運用状況を確認すること等の要件が求められる。提出され吟味される資料は、従来の介護認定審査会に提示された判定要件とは、質が異なるばかりでなくその量も膨大となる。さらに実地調査も必要である。したがって従来の介護認定審査会とは異なる専門の判定システムを構築しなければならない。重症度分類に沿って審査の対象となった対象者に対して、実際に在宅ハイケア審査機構モデルの運用をおこなう。

介護審査部門については上記要件を満たす対象者と介護事業所に適正な費用の運用がおこなわれていることを随時チェックしてゆくことが求められる。

医療審査部門については 24 時間 365 日安心在宅医療の提供についての項目を策定

- 1) 24 時間 365 日の緊急往診が可能であること
- 2) 特に夜間、祝祭日、休日の緊急往診が適正におこなわれていること
- 3) 在宅における看取りが夜間を含めて適正におこなわれていること
- 4) 一定割合の重症高齢者等や担癌者の在宅医療が率先しておこなわれていること
- 5) 一定割合以上に特定の病院からの紹介患者が集中するような門前診療所ではないこと、特定の病院との特殊な関係がないこと、不特定多数の医療機関から紹介を受けること

6) 人口構成に見合った割合で当該診療所数が確保されること(5年計画で最終的には全国1,000ヶ所、3,000人以上の医師数を見込む)

等が求められる。

③在宅ハイケア人材養成プログラムの策定とモデル運用：

1) 在宅ハイケアに従事する医師には、24時間365日の緊急対応と在宅看取りが可能であることが求められる。

2) 在宅ハイケアに従事する介護担当者には医療的重症度に対応した知識と観察技術が求められる。同時に医療的行為を含めたより高度な介護の知識と技術が求められる。

そのために医師及び介護担当者の全国的な養成プログラムを策定し評価をおこなう。

同時に1)については仮称「在宅ハイケア医療ステーション」として在宅難病医療ステーション、在宅緩和医療ステーション等を立ち上げ運用をおこなう。2)については既存の訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、居宅介護支援事業所等に人材養成プログラムの指導側、受講側の二面調査をおこない、養成プログラムを積極的に取り入れる事業所に対してはモデルを運用してもらい評価をおこなう。

(4) 在宅ハイケア提供システムと現行システムとの整合性

在宅ハイケアの医療部門を担う「24時間365日の安心在宅医療を提供する診療所」については図C・図Dを参照のこと。

従来外来部門と病棟部門を併せ持っていた病院は、いまやDPCの導入と在院日数の短縮により、外来部門を切り離して運営される「病棟病院」化してゆく急性期病院が一方にある。急性期病院からは担癌者や重症高齢者等の、より重症な患者が在宅に移行しなければならない。

他方では、この重症者を居宅で管理しなければならない診療所が必要である。しかし、診療所の大部分は9時～17時診療時間の外来無床診療所である。担癌者・重症高齢者等に対して24時間365日安心の医療を提供する診療所は現在非常に少ない(表C)。病院→診療所→居宅への重症者の円滑な移行がなされるためには、24時間365日安心の医療を提供する診療所の増数と医師の増員が必須である。

図Dのように、この診療所が全国に適正配置されたならば、そこで初めて病院・診療所・居宅における医療的重症度の異なる重症者・軽症者の二極構造化が完成し、それぞれの円滑な移行がおこなわれることになる。医師の人材養成はこれを目的とする。

保険点数については「24時間365日の安心医療を提供する診療所・医師」の増数を誘導する措置が必要となる。特に9時～17時だけの定期訪問と緊急往診のみではなく、

①24時間365日の緊急往診を実際におこなっていること

②特に夜間・日曜祝祭日の緊急往診の事実と実績について評価すること

③24時間365日の在宅看取りを実際におこなっていること

④特に夜間・日曜祝祭日の在宅看取りの事実と実績について評価すること

の4項目が必須である。ひるがえって、

⑤医師が居宅に訪問しないで算定されている在宅医療の点数についてはその妥当性を再検討すること

が望まれる。

在宅ハイケアの介護部門は「2015年の高齢者介護」における地域包括ケアシステムの「困難事例等への支援」及び「ターミナルまで在宅生活を支える」に該当する。この部門は現在のところ母集団が非常に少数なために、今まで具体的な対処法が示されていなかった。

重症高齢者等も当然地域包括ケアに組み込まれるものではあるが、その医療的重症度と介護依存度は質・量共に要介護５の中に納まりきれない高さである。医療的行為と介護行為が混在し分離不能である特殊性と、分刻みの連続的な観察と介護行為を必要とする在宅ハイケアの介護要件の審査には、現行の認定調査員や介護認定審査会の枠内では対応しきれない。当初は在宅ハイケア審査機構が必要である。審査の作業段階で次第に標準化できるものを獲得してゆくことになる。

担当するケア提供者の人材養成をおこなうことにより、ホームヘルパー全体の知識と技術の底上げがおこなわれるだろう。

(５) おわりに

重症高齢者等に安心在宅医療と介護を十分に提供するためには、在宅ハイケア提供システムの構築と、それに従事する人材養成戦略の開発が喫緊の課題であり、今後この課題に積極的に取り組んで行きたい。

表 C

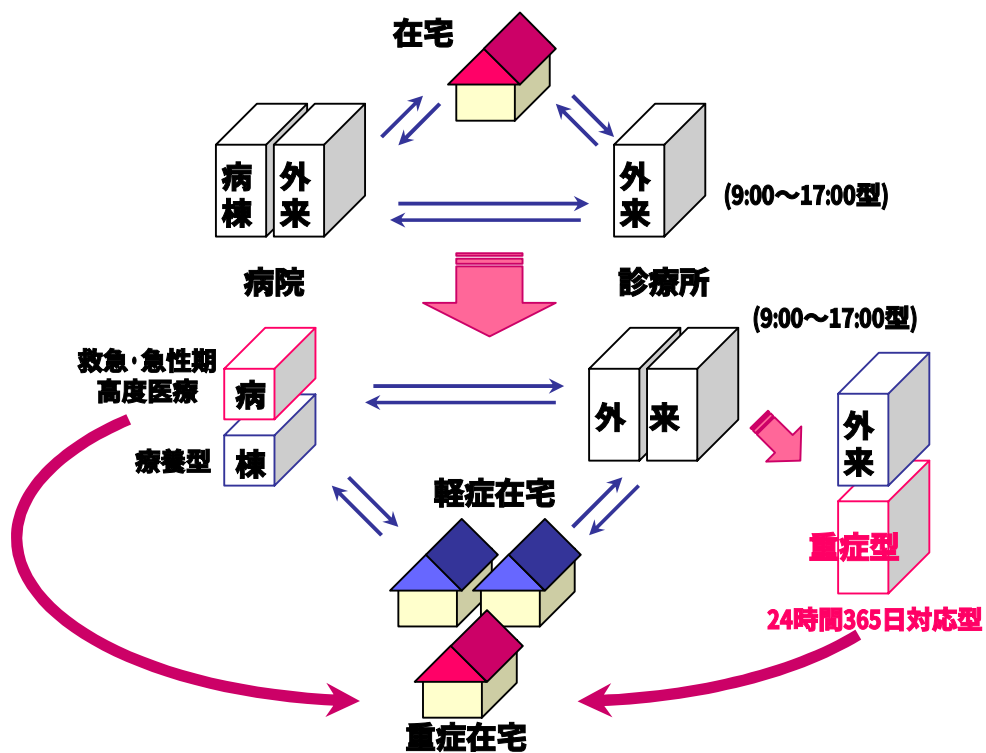
在宅で最期まで生活を支えてくれる開業医

《在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本（全国版）》

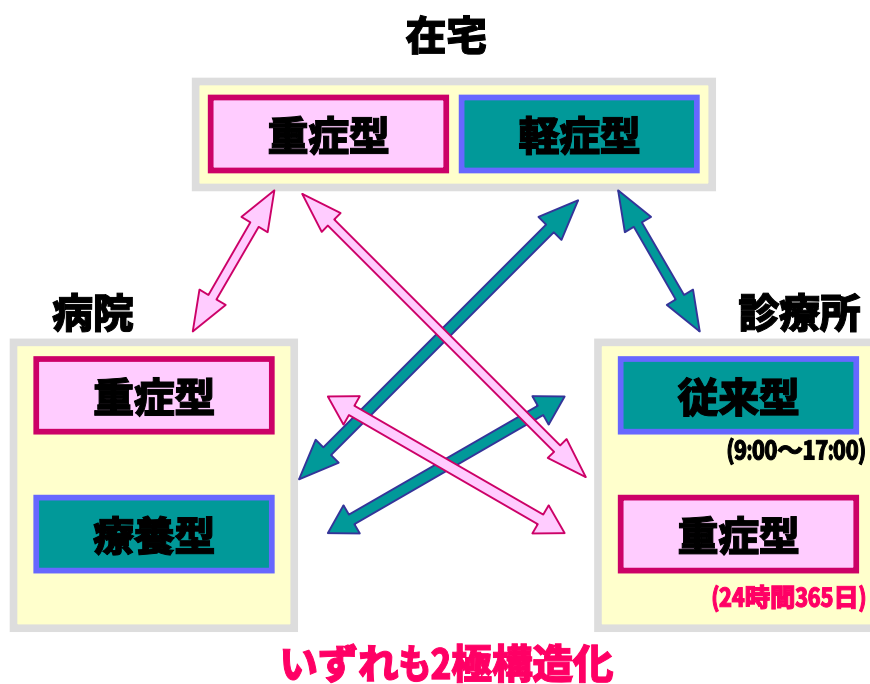
3,850 名の方を看取っています

在宅看取り（年間）	診療所数
1～9 名	399 ケ所
10 名以上	151 ケ所
20 名以上	59 ケ所
40 名以上	15 ケ所

図C



図D



平成16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）
『24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業』

アンケート調査ご協力をお願い

謹啓

寒さ厳しい季節ではございますが、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。

私は宮城県仙台市の北部で在宅医療専門の診療所を開業している医師です。この度、厚生労働省の研究費により、東北大学大学院医療管理学教室との共同事業として、『24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業』を行う事となりました。

この事業は特に人工呼吸器、中心静脈栄養、常時吸引等の複数高度医療を必要とする重症高齢の皆様、特定疾病(難病)で既に在宅にて療養なさっておられる皆様および単身で生活の皆様、に、365日・24時間、居宅に限らずどこでも、また同じ介護者による同一の介護環境提供体制を確立することを目指すものです。

現在の介護状況は必ずしも皆様の希望を十分に満たしているとは言えないかも知れません。しかし必ずや、より安心して快適に在宅生活をお送り頂くためのアイデアが、この調査から生まれることとなるでしょう。そのために、何卒ご協力を賜りたくお願い申し上げます。

謹白

平成17年1月

主任研究者 川島孝一郎
(仙台往診クリニック 院長)

【調査名】

『24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業』

【調査目的】

24時間介護を要する重症高齢者等の皆さまに対し、ショートステイ等施設利用の現状と理想を調査し、365日・24時間どこでも安心生活環境提供体制確立のための全国レベルでの提言を行います。

【調査の実施主体】

仙台往診クリニック

この調査は、厚生労働省の研究費により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）が行うものです。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】

ご回答は無記名で結構です。得られた結果が特定の個人のデータとして公表されることはありません。もしご回答者を特定できた場合でも、調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理され、みだりに用いられることはありません。研究を開示する際も、ご本人を特定するような氏名、イニシャル、住所等の情報は公表しません。また、この結果を本研究事業の目的以外に用いることはございません。

【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今後の療養で何らかの不利益が生じることは全くございません。

- ◇ この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 ◇

調査の趣旨を理解いたしました。（どちらかに○をつけてください。）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することを同意します。（どちらかに○をつけてください。）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【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○をつけるか直接ご記入ください。設問によって、「1つ」「あてはまる番号いくつでも」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直接ご記入ください。
2. 設問は、介護保険のサービスをご利用されているご本人と主たる介護者に対してお伺いするものです。
3. 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、
1 月 2 5 日（火）までにポストに投函してください。（郵送料はかかりません。）
4. 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。

問合せ先

**24時間介護を要する重症高齢者等の
どこでも安心生活環境提供に関する研究委員会
事務局（仙台往診クリニック内） 担当：伊藤・佐藤**
〒981-3213
宮城県仙台市泉区南中山3-30-2
TEL 022-376-3680（平日9～18時） FAX 022-303-1336（24時間）
e-mail ansin24h@ahtr.gr.jp

【アンケートご記入にあたっての注意点】

1. このアンケートは、ご本人でのご記入が難しければ、ご本人の意見を伺いながら、代理の方がご記入いただいても結構です。
2. ご本人が意思表示できない場合は、ご家族の方がご本人の立場に立ってご記入ください。
3. なお、**13頁Eの総合評価**（満点を100としたもの）と、設問に「**理想の～**」と記してあります **問13-2、問14-9、問15-6、問16-3、問17-3**につきましては、お手数ではございますが**必ずご記入を**お願い申し上げます。
4. この調査は ①介護保険制度をご利用の方
②身体障害者支援費制度をご利用の方
③その他の自治体サービスをご利用の方
のいずれの方もご記入ください。

A はじめに、ご利用者（患者）様ご本人のことについておうかがいします

問1. ご利用者（患者）様ご本人は、現在どちらにお住まいですか。（あてはまる番号に1つ
○をつけてください。）

1. ご自宅
2. 病院に入院している
3. 特別養護老人ホームや老人保健施設、グループホーム、ケアハウス等に入居している

問1で○をつけられた現在お住まいのご住所を簡単にご記入ください。

都道府県 市郡 区 町・村

※問1で2、3に○をつけられた「ご自宅にいらっしゃらない方」は、ご自宅にいらっしゃった頃のことを想定して以下の質問にご回答ください。

問2. このアンケートは、どなたが記入されますか。（あてはまる番号に1つ○をつけてください。）

1. ご利用者（患者）様ご本人が記入 → 問 3 へ
2. ご家族等に手伝っていただいて、ご利用者（患者）様ご本人が記入 → 問 3 へ
3. ご利用者（患者）様ご本人以外の方が、ご本人の立場に立って、代理で記入 → 問2-1 へ

問2 で「3. ご利用者（患者）様ご本人以外の方が、ご本人の立場に立って、代理で記入」とされた方に、お伺いします。

問2-1. 代理で記入されている方とご利用者（患者）様ご本人との関係にあてはまる番号に1つ
○をつけてください。

- | | |
|--|---|
| 1. ご本人の配偶者
2. ご本人の子ども
3. ご本人の子どもの配偶者 | 4. その他家族・親族 ()
5. ケアマネジャー
6. その他 () |
|--|---|

問3. ご家族の状況についておうかがいします。入院中などで、自宅にいらっしゃらない方は、在宅時の状況についてお答えください。（あてはまる番号に1つ〇をつけてください。）

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. ご本人のみのひとり暮らし
2. ご本人と 65 歳以上の方のみ
3. その他の家族等と同居 | 4. その他
(具体的にご記入ください) |
|--|-------------------------|

問4. ご利用者（患者）様ご本人の年齢・性別についておうかがいします。（1つずつ○をつけてください。）

年齢 (1つに○)	1. 64 歳以下 2. 65 歳～69 歳 3. 70 歳～74 歳 4. 75 歳～79 歳	5. 80 歳～84 歳 6. 85 歳～89 歳 7. 90 歳以上
性別 (どちらかに○)	1. 男性	2. 女性

問5. ご利用者（患者）様ご本人の主病名は何ですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 脳卒中後遺症 2. 脳梗塞 3. 脳内出血 4. くも膜下出血 5. 老人性痴呆 6. 脊髄小脳変性症 7. 筋萎縮性脊索硬化症 8. パーキンソン病 9. 慢性腎不全 10. 脊髄損傷 11. 両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症 12. 後縦靭帯骨化症	13. 脊柱管狭窄症 14. 骨折を伴う骨粗鬆症 15. 悪性関節リウマチ 16. 多系統萎縮症・シャイドレーガー症候群 17. 多発性硬化症 18. 筋ジストロフィー症 19. 糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症・糖尿病性神経障害 20. 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫・慢性気管支炎・気管支喘息・びまん性汎細気管支炎） 21. その他（病名 ）
---	--

問6. あなたが現在ご利用になられている制度は何ですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 介護保険制度	2. 身体障害者支援費制度	3. その他の自治体サービス
-----------	---------------	----------------

問6. で「1. 介護保険制度」とお答えの方にお伺いします。2と3だけの方（介護保険制度をご利用になられていない方）は問7へお進みください。

問6-1. 現在のご利用者（患者）様ご本人の要介護認定の状況（要介護度）についておうかがいします。（1つ○をつけてください。）

要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
-----	------	------	------	------	------

問7. ご利用者（患者）様ご本人は身体障害者手帳をお持ちですか。どちらかに○をつけてください。

1. 持っている → 問 7-1 へ	2. 持っていない → 問 8 へ
--------------------	-------------------

問7. で「1. 持っている」とお答えの方にお伺いします。

問7-1. 等級は何ですか。（あてはまる等級に1つ○をつけてください。）

1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	わからない
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

問7-2. 部位毎の等級もおわかりの場合はそれぞれご記入ください。

・視覚（ ）級	・そしゃく機能（ ）級	・平衡機能（ ）級
・聴覚（ ）級	・呼吸器機能（ ）級	・体幹（ ）級
・上肢（ ）級	・心臓機能（ ）級	・膀胱または直腸機能（ ）級
・下肢（ ）級	・じん臓機能（ ）級	・その他（部位名： ） （ ）級
・言語機能（ ）級	・小腸機能（ ）級	

問8. 下記でご利用者（患者）様ご本人にあてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 人工呼吸器を装着している (鼻マスク使用)	7. 胃ろう経管栄養
2. 人工呼吸器を装着している (気管切開)	8. 腸ろう経管栄養
3. 気管切開をしている	9. 経鼻経管栄養
4. 常時痰の吸引が必要である	10. 在宅で血液透析を行っている
5. 在宅酸素濃縮器を使っている	11. 在宅腹膜灌流を行っている
6. 中心静脈栄養	12. 自己導尿を行っている
	13. インスリンなどの自己注射を行っている

B ケアプランやケアマネジャーのことについておうかがいします。

問9. ケアプランを作成する担当のケアマネジャーが所属している現在の事業者をどのようにして知りましたか。（あてはまる番号にいくつでも○をつけてください。）

1. 事業所が自宅の近所にあった	9. 以前からその事業者のサービスを受けていたから
2. 役所に相談に行った時に知った	10. 要介護認定の訪問調査に来た事業者だったから
3. 在宅介護支援センターで知った	11. 通院先や入院先の病院や施設で知った
4. 要介護認定申請時に申請窓口で貰った 居宅介護支援事業所一覧で知った	12. その他（)
5. 知人に紹介された	13. ケアマネジャーは決めず、自分や家族 がケアプランを作った（→ 問 13-2 へ）
6. ホームページを見て	
7. 介護事業者情報誌を見て (情報誌名)	
8. 広告やチラシなどを見て	

問10. ご担当のケアマネジャーや事業者の対応について、①～④それぞれについてお答えください。（あてはまる番号に1つずつ○をつけてください。）

① ケアプランの作成や見直しについての説明はありますか

0 1 2 3
|-----|
わからない 説明がない どちらでもない よく説明してくれる

② 本人や家族の質問や要望を聞いてくれますか

0 1 2 3
|-----|
わからない 聞いてくれない どちらでもない よく聞いてくれる

③ 報告や相談したいときに連絡がとれますか

0 1 2 3
|-----|
わからない 連絡が取りにくい どちらでもない いつでも連絡が取れる

④ サービス開始後も訪問や連絡をしてくれ、様子を聞いてくれますか

月1回以上、利用者宅へ訪問して面接することが義務付けられています。

0 1 2 3
|-----|
わからない 訪問してくれない どちらでもない よく訪問して
様子を聞いてくれる

⑤ 事業者の都合だけでケアマネジャーが代わることがありますか

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 わからない たびたび代わる どちらでもない 代わったことはない

⑥ 頼りがいがありますか

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 わからない 頼りがいがない どちらでもない 頼りがいがある

⑦ 態度やマナーについてどう思われますか

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 わからない 悪い どちらでもない よい

問11. ご担当のケアマネジャーや事業者の対応について、①、②それぞれについてお答えください。（あてはまる番号に1つずつ○をつけてください。）

①本人や家族が要望していないサービスをケアプランに組み込もうとすることがありましたか

1. ある	2. 提案されたが断った	3. ない
-------	--------------	-------

②本人や家族が利用を希望しない事業者の利用を薦めることがありましたか

1. ある	2. 提案されたが断った	3. ない
-------	--------------	-------

問12. 全体として、ご担当のケアマネジャーや事業者の対応に満足していますか。（あてはまる番号に1つ○をつけてください。）

0 1 2 3
 |-----|-----|-----|
 わからない 満足していない どちらでもない 満足している

問13-1. 現在の居宅介護支援事業者やケアマネジャーについて、お感じのことがあれば、自由にご記入ください。

問13-2. あなたの求める**理想のケアマネジャー**と、その**ケアマネジメント**について自由に
記入ください。(必ずご記入ください。)

C それぞれのサービスの満足度などについておうかがいします。

【C-1 訪問介護（ホームヘルプサービス）について】

ホームヘルパーがお宅に訪問して介護や日常生活上のお手伝いやお世話をします。

問14. このサービスを現在ご利用されていますか。(あてはまる番号に1つ○をつけてください。)

1. はい → 問14-1 へ

2. いいえ → 問14-8へ

問14で「1. はい」と答えた方におうかがいします。

問14-1. ホームヘルプサービスについて、①から⑨それぞれについてお答えください。(あてはまる番号に1つずつ○をつけてください。)

①ホームヘルパーは時間どおりに訪問していますか

0	1	2	3
わからない	時間どおりではない	どちらでもない	ほぼ時間どおりである

②ホームヘルパーの言葉づかいや行動についてどう思われますか

0	1	2	3
わからない	悪い	どちらでもない	よい

③ホームヘルパーはケアプランで決められたサービスをきちんと行っていますか

0	1	2	3
わからない	きちんと行っていない	どちらでもない	きちんと行っている

④ホームヘルパーは、ご本人やご家族のプライバシーに配慮し、守ってくれますか

0	1	2	3
わからない	配慮してくれていない	どちらでもない	配慮してくれている

⑤ホームヘルパーは、ご本人やご家族の話をよく聞いて対応してくれますか

0	1	2	3
わからない	聞いてくれない	どちらでもない	よく聞いてくれる

0 1 2 3

わからない 配ってくれない どちらでもない よく配ってくれる

0 1 2 3

わからない 工夫してくれない どちらでもない 工夫してくれる

0 1 2 3

わからない 引継ぎされていない どちらでもない きちんと引継ぎされている

1. 発熱時の坐薬	4. 血圧測定	7. 吸入器による吸入
2. 便秘時の摘便	5. 検温	8. 経管栄養の注入
3. 痰の吸引	6. 口腔ケア	9. 褥瘡（床ずれ）の処置

0 1 2 3

わからない 満足していない どちらでもない 満足している

事業所名	住所（お分かりになる範囲で）
	市・郡 区 町・村

0 1 2 3

変更したい どちらともいえない 継続して利用したいが
担当のヘルパーは
変更してほしい 継続して利用したい

問14-7. 今後、仮に現在のホームヘルプの事業者を変更する場合、重視したいことはどのようなことですか。（あてはまる番号にいくつでも○をつけてください。）

1. 利用している知人やその家族の薦め 2. 通院先、入院していた病院、老健施設等の薦め 3. ケアマネジャーの薦め 4. 系列の事業者が病院や施設を経営していて安心なこと 5. 事業者のこれまでの営業実績や経営内容 6. 事業者の知名度 7. 行政の関連機関であること 8. 相談したときの対応や説明の仕方がいいこと	9. 利用者だけでなく、介護している家族のことも親身になって相談に乗ってくれそうなこと 10. 資格をもつ従業員が多く、技術があると期待できること 11. 事業所の場所が近いこと 12. その他（具体的にご記入ください） 13. 変える気になったことはないのでわからない
--	---

→ 問14-9へお進みください

問14-8. 現在ホームヘルプサービスを利用されていない理由はなぜですか。具体的にご記入ください。

問14-9. あなたの求める理想のホームヘルパーと、そのサービスについて自由にご記入ください（必ずご記入ください）

【C-2 短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）について】

1～2週間程度、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設などの施設でお預かりするサービスです。

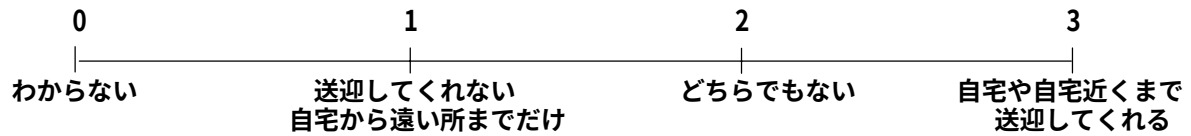
問15. このサービスを利用されたことはありますか。あてはまる番号に1つ○をつけてください。

1. はい → 問15-1 へ	2. いいえ → 問15-5 へ
-----------------	------------------

問15で「1. はい」と答えた方におうかがいします。

問15-1. ショートステイについて、①から⑨それぞれについてお答えください。（あてはまる番号に1つずつ○をつけてください。）

①自宅もしくは自宅近くまで送迎してくれますか



②希望する日に利用できますか



③希望する期間(日数)の利用ができますか



④職員の言葉づかいや対応はきちんとしていますか



⑤利用日程や利用内容の急な変更などに対応してくれますか



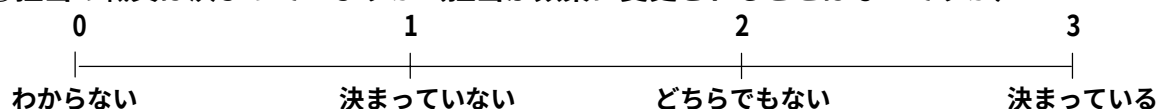
⑥ケガや体調不良などについて、ご家族などにきちんとした連絡などの対応をしてくれていますか



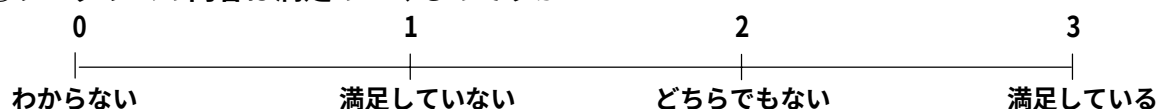
⑦利用していて職員などがよく気を配ってくれますか（放っておかれるように感じることはありませんか）



⑧担当の職員は決まっていますか（担当が頻繁に変更されることはありませんか）



⑨プログラムの内容は満足のものですか



問15-2. 利用しているショートステイについて、利用中にケガをしたり、褥瘡（じょくそう）ができるなどしたことはありますか。（あてはまる番号に1つ○をつけてください。）

1. はい

2. いいえ

問15-3. 全体として、ショートステイの内容に満足されていますか。（あてはまる番号に1つ ○をつけてください。）



問15-4. ショートステイについて、問15-2. で利用の際に生じた具体的な問題や、その他お感じのことがあれば、自由にご記入ください。

→ 問15-6へお進みください

問15-5. 現在、ショートステイが多数あるにも関わらず利用されていない理由はなぜですか。具体的にご記入ください。

問15-6. あなたの求める理想のショートステイについて自由にご記入ください。（必ずご記入ください）

【C-3 訪問入浴について】

問16. このサービスを現在ご利用されていますか。（あてはまる番号に1つ○をつけてください。）

1. はい → 問16-1 へ	2. いいえ → 問16-3 へ
-----------------	------------------

問16で「1. はい」と答えた方におうかがいします。

問16-1. 訪問入浴サービスの内容に満足されていますか。（あてはまる番号に1つ○をつけてください。）



問16-2. 今後、もっとこういう点を改善してほしいと思う点がありますか。（あてはまる番号にいくつでも○をつけてください。）

1. 介護をしてくれる人の技術や知識が十分ではない 2. 入浴後に発熱など体調がぐずれやすい 3. 微熱で入浴を断られる 4. 介護をしてくれる人の態度などがよくなかったり乱暴だ 5. 希望する回数を利用できない 6. 約束の時間に遅れてくることが多い 7. その他（具体的にご記入ください）
--

問16-3. あなたの求める**理想の入浴サービス**についてご自由にご記入ください。（必ずご記入ください。）

【C-4 訪問看護について】

問17. このサービスを現在ご利用されていますか。（あてはまる番号に1つ○をつけてください。）

1. はい → 問17-1 へ	2. いいえ → 問18へ
-----------------	---------------

問17で「1. はい」と答えた方におうかがいします。

問17-1. 訪問看護サービスの内容に満足されていますか。(あてはまる番号に1つ○をつけてください。)



問17-2. 今後、もっとこういう点を改善してほしいと思うことはありますか。(あてはまる番号にいくつでも○をつけてください。)

1. 看護をしてくれる人の技術や知識が十分でない
2. 看護をしてくれる人の態度などがよくない
3. 希望する回数を利用できない
4. 医師の指示がないのに、突然サービス(訪問日や回数など)の変更や中止がある。
5. 緊急の時に担当の訪問看護師に連絡して来てもらおうとしても、すぐ来てくれない
6. 請求額に関する説明がなかったり、説明があっても納得できない場合がある
7. その他(具体的にご記入ください)

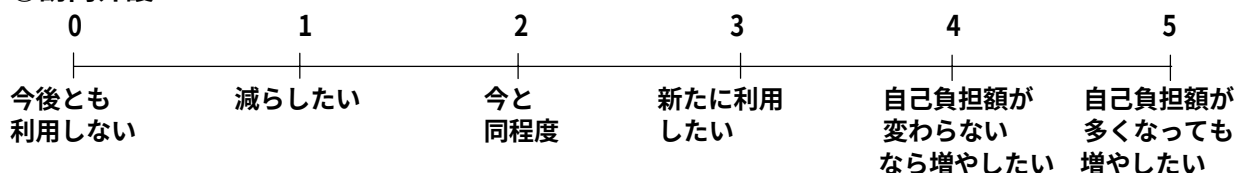
)

問17-3. あなたの求める理想の訪問看護について自由にご記入ください。(必ずご記入ください。)

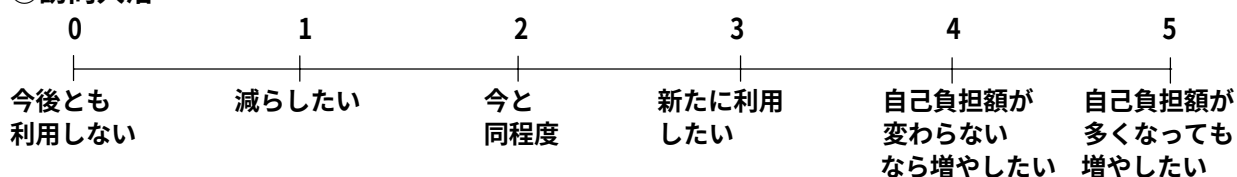
D ご利用中のサービスの利用回数や利用時間などについておうかがいします。

問18. それぞれのサービスの利用量(回数・時間)について、今後どのようにしたいとお考えですか。①から⑥の全てにお答えください。(あてはまる番号に1つずつ○をつけてください。)

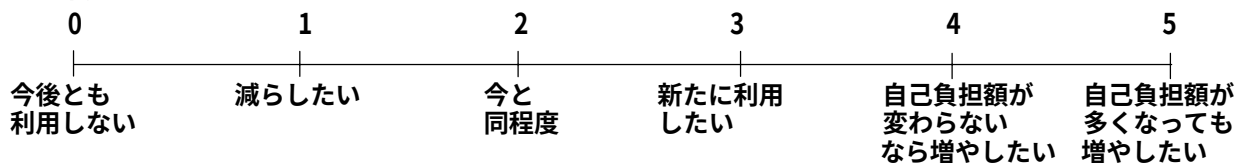
①訪問介護



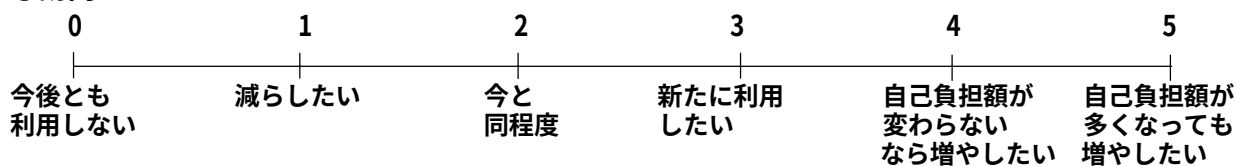
②訪問入浴



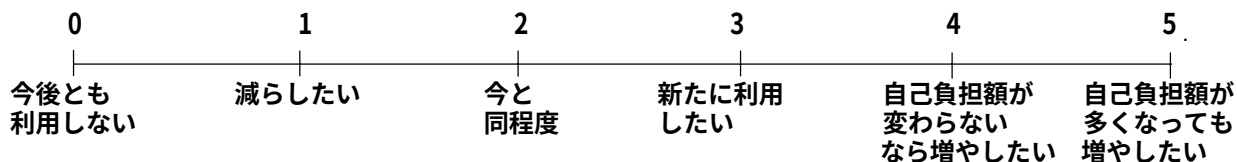
③訪問看護



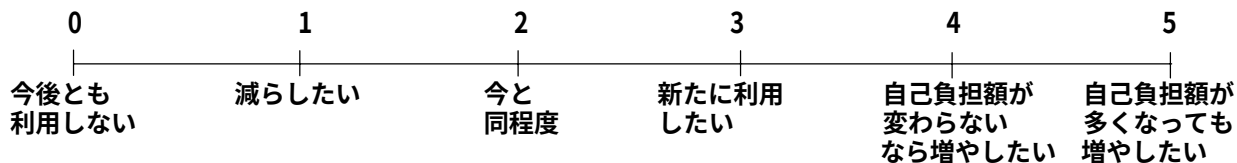
④訪問リハビリ



⑤デイサービス・デイケア



⑥ショートステイ



問19. あなたは、今後、介護保険料や支援費の自己負担割合が高くなってもサービスの種類が増えたほうが良いと思いますか。（あてはまる番号に1つ○をつけてください。）

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. そう思う → 問19-1 へ | 3. わからない → 問20 へ |
| 2. そうは思わない → 問20 へ | |

問19で「1. そう思う」に○をつけた方におうかがいします。

問19-1. 増えたほうが良いと思うサービスは何ですか。（あてはまる番号にいくつでも○をつけてください。）

- | |
|--|
| 1. 夜間に長時間、ヘルパーが介護してくれる
2. 夜間に長時間、訪問看護師が看護してくれる
3. 訪問看護ステーションでのデイサービス
4. 訪問看護ステーションでのショートステイ（およそ1週間）
5. 身体障害者療護施設でのショートステイ（およそ1週間）
6. 身体障害者療護施設でのロングステイ（期間の制限なし）
7. 温泉宿泊ホームヘルパー派遣サービス（介護保険を適用して利用可能な自治体があります）
8. その他 （具体的にご記入ください） |
|--|

E 現在あなたが受けている介護保険制度や身体障害者支援費制度のサービスの全体的評価は何点ですか？

（必ずご記入ください。）



総合評価（ / 100 ）点

F 介護保険の利用の度合いや自己負担額についておうかがいします

問22. 前月1ヶ月間の介護保険の自己負担金はいくらでしたか？金額をご記入ください。
(円)

要介護度ごとの訪問・通所サービスの支給限度額は1ヶ月あたり次の通りです。

要支援	61,500円	要介護1	165,800円	要介護2	194,800円
要介護3	267,500円	要介護4	306,000円	要介護5	358,300円

問22で、支給限度額いっぱいまでご利用されなかった方におうかがいします。

問22-1. 利用限度額までサービスを利用されていないのはなぜですか。(あてはまる番号にいくつでも○をつけてください。)

1. 今の利用回数や利用時間で十分だから 2. 家族が介護してくれているから 3. 他人を家に入れることに抵抗があるから 4. 利用料(1割の自己負担)が大きい 希望するサービスが利用できないから	6. 利用したサービスがあまりないから 7. 入院しているから 8. 特に理由はない 9. その他(具体的にご記入ください)
--	---

問23. 現在利用しているサービスの利用回数や利用時間や内容からみて、実際に支払う利用料(1割の自己負担金額)をどのように感じますか。(あてはまる番号に1つ○をつけてください。)



問24. 要介護度によって決められている「介護保険で利用できるサービスの上限」を超えると、超えた分は利用者の全額自己負担となります。あなたは、全額自己負担でも今後利用したいサービスがありますか。(あてはまる番号に1つ○をつけてください。)

1. 全額自己負担でも利用したいサービスがある → 問24-1へ
 2. 今のままでよい → 問25へ
 3. わからない → 問25へ

問24で「1.全額自己負担でも利用したいサービスがある」に○をつけた方におうかがいします。

問24-1. 全額自己負担でも利用したいサービスは何ですか。(あてはまる番号にいくつでも○をつけてください。)

1. 訪問介護(ホームヘルプ) 2. 短期入所生活介護(ショートステイ) 3. 訪問入浴	4. 訪問看護 5. その他(具体的にご記入ください)
--	--------------------------------

G 主たる介護者様の普段の生活のご様子についておうかがいします

問25. あなたの外出の頻度はどのくらいですか。（最も近いものに1つ○をつけてください。）

1. ほとんど毎日	4. 月に1～2回程度
2. 2,3日に1回程度	5. 2,3ヶ月に1回程度
3. 週に1回程度	6. ほとんど出かけられない

問26. あなたがご家族を介護するにあたり、困った時に、近くに頼りになる方はいますか。なお、「近くに」は、「30分程度以内で来られる方」とします。（あてはまる番号にいくつでも○をつけてください。）

1. 配偶者	9. 医師
2. 子ども・子どもの家族	10. 役所の人
3. その他の親戚	11. 在宅介護支援センターの人
4. 近所の人	12. 社会福祉協議会の人
5. 友人	13. その他（具体的にご記入ください）
6. 民生委員や自治会の人	
7. ホームヘルパー	
8. ケアマネジャー	14. 頼りになる人がいない

H 以下へのご意見・ご提案をおうかがいします。

問27. 今後、介護保険制度をより使いやすくするために、どのようなことを改善してほしいと思いますか。（あてはまる番号にいくつでも○をつけてください。）

1. 介護認定のための訪問調査の内容や方法	8. 制度や事業者についての情報提供
2. 介護認定の申請手続きの簡素化	9. 介護保険料の負担軽減
3. 認定更新の期間の延長	10. 利用者負担（1割負担）の軽減
4. ケアマネジャーの質	11. 相談や苦情の窓口の充実
5. サービス提供事業者選択の自由度	12. 介護保険で利用できるサービスの上限
6. サービス利用の契約手続きの簡素化	13. その他（具体的にご記入ください）
7. サービス提供事業者の質	
	14. 現状で十分で改善の必要なし

問28. 任意契約に基づく民間の生命保険・損害保険商品に付随する介護費用給付の割合が、介護の総費用の中で今後拡大していくことは好ましいと思いますか。（あてはまる番号に1つ○をつけてください。）

1. 基本的に賛成	2. 社会的に不公平で反対	3. どちらともいえない	4. わからない
-----------	---------------	--------------	----------

問29. 介護保険制度改革のなかで、高齢者が住み慣れた地域で暮らせるようにグループホームをはじめ種々の「地域密着型サービス」が新設されております。しかし今後は居住地以外の市町村にある施設への、いわゆる越境入所は自己負担増になりますが、それについてどのようにお考えですか。

1. 基本的に賛成	2. 格差拡大につながり反対	3. どちらともいえない	4. わからない
-----------	----------------	--------------	----------

問30. 介護保険制度全体について、これまでの質問事項やお答え以外にご意見・ご要望等ありましたら自由にご記入ください。

問31. 身体障害者支援費制度やその他の自治体サービスについて、これまでの質問事項やお答え以外にご意見・ご要望等ありましたら自由にご記入ください。

～ 以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。 ～

図1-1 問1 現在の住まい
(n = 387)

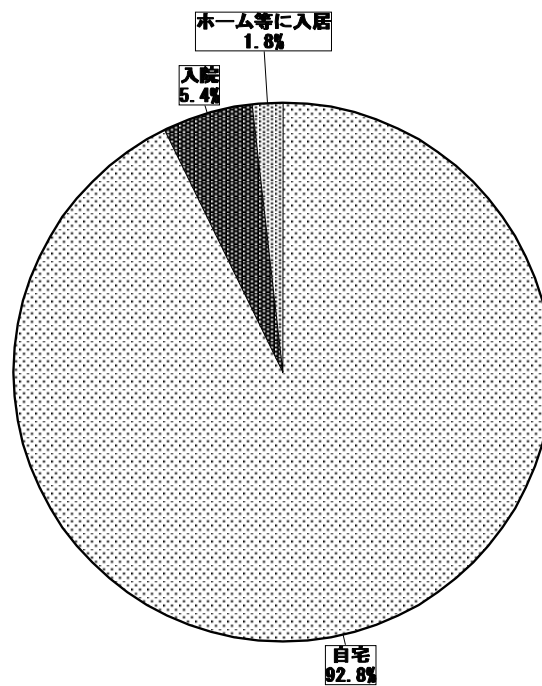


表1-1 問1 自宅住所
(n = 383)

北海道	10
青森県	10
岩手県	9
宮城県	52
秋田県	11
山形県	13
福島県	3
茨城県	7
栃木県	7
群馬県	12
埼玉県	2
千葉県	26
東京都	3
神奈川県	6
新潟県	10
富山県	4

石川県	5
福井県	6
山梨県	4
長野県	9
岐阜県	0
静岡県	16
愛知県	21
三重県	4
滋賀県	0
京都府	6
大阪府	11
兵庫県	15
奈良県	1
和歌山県	2
鳥取県	0
島根県	9

岡山県	10
広島県	2
山口県	7
徳島県	4
香川県	4
愛媛県	6
高知県	3
福岡県	10
佐賀県	1
長崎県	2
熊本県	10
大分県	9
宮崎県	8
鹿児島県	8
沖縄県	5

図1-2 問2 記入者
(n = 395)

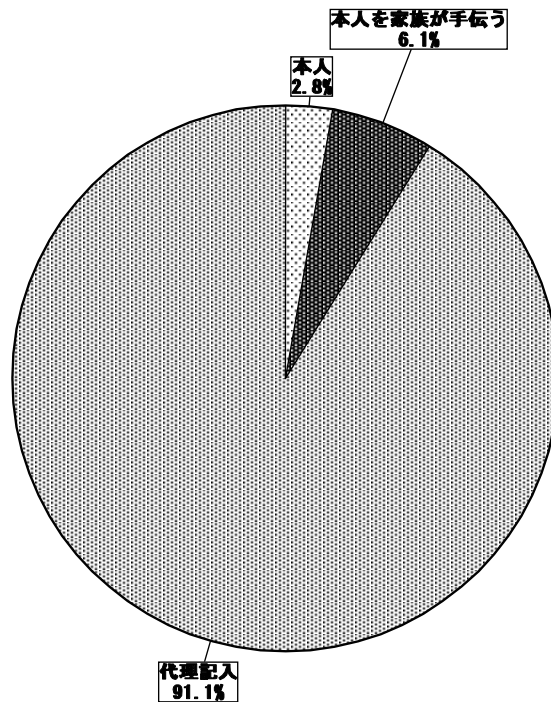


図1-3 問2-1 代理記入者と本人との関係
(n = 345)

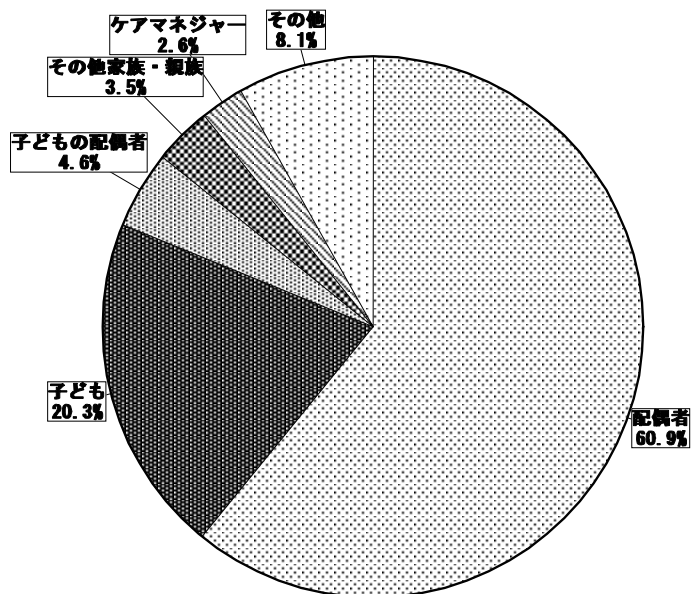


表1-2 問2-1 代理記入者と
本人との関係・その他 (表記のまま)

その他
家族・親族

父	2
父親	1
親	1
弟	1
孫	1
祖父	1

その他

保健師	6
県保健師	1
担当保健師	1
保健師妻から聞きとり	1
保健所、保健師	1
保健所保健師	1
保健所PHN	1
ヘルパー	2
介助者	1
訪問看護師	2
看護師	1
訪看、スタッフ	1
訪問看護	1
S. W	2
相談員	1
他人後見人	1

図1-4 問3 本人家族の状況
(n = 352)

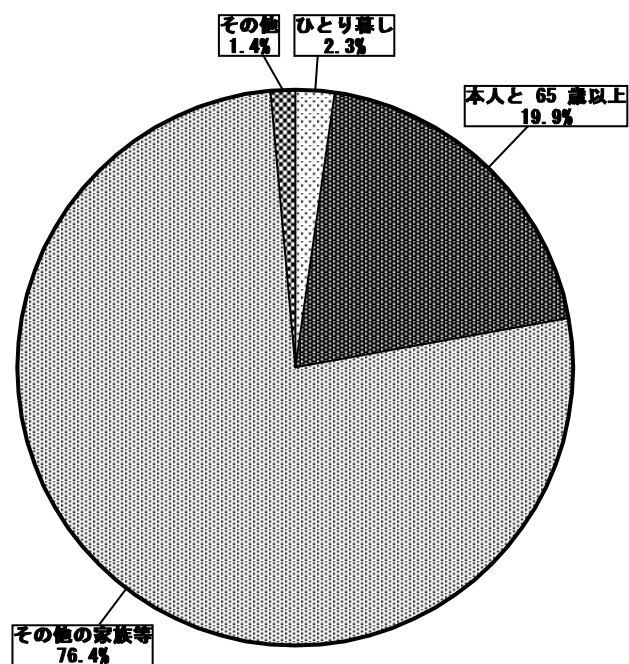


表1-3 問3 本人家族の状況 - その他 (表記のまま)

他人で19手の介護している
敷地内別棟に母と弟
独り暮らしの為、子供達が交代で家族を連れ泊まりに来ている。

図1-5 問4 - 年齢
(n = 394)

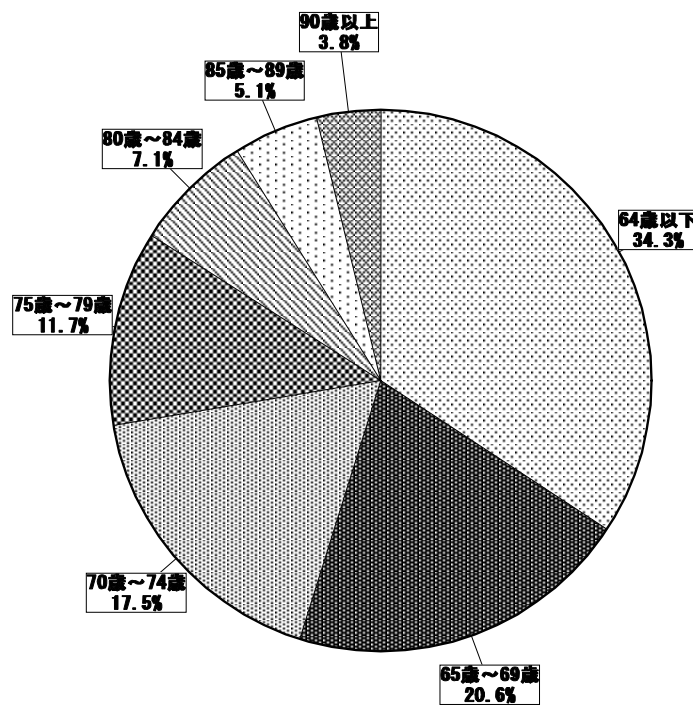


図1-6 問4 - 性別
(n = 393)

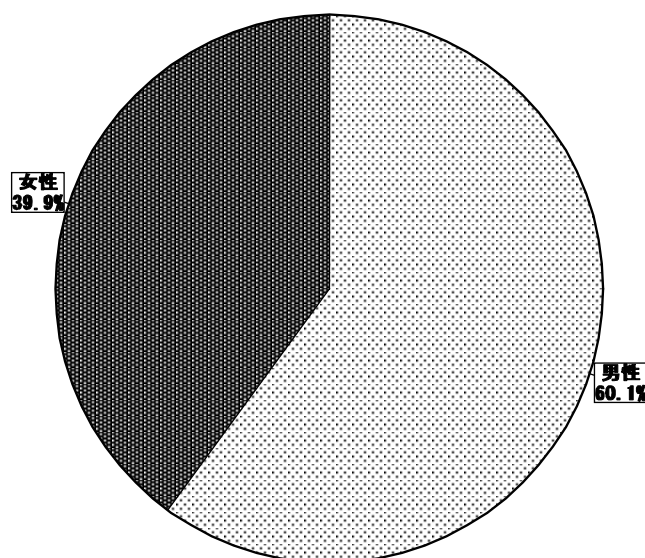


図1-7 問5 主病名
(n = 392, 複数選択)

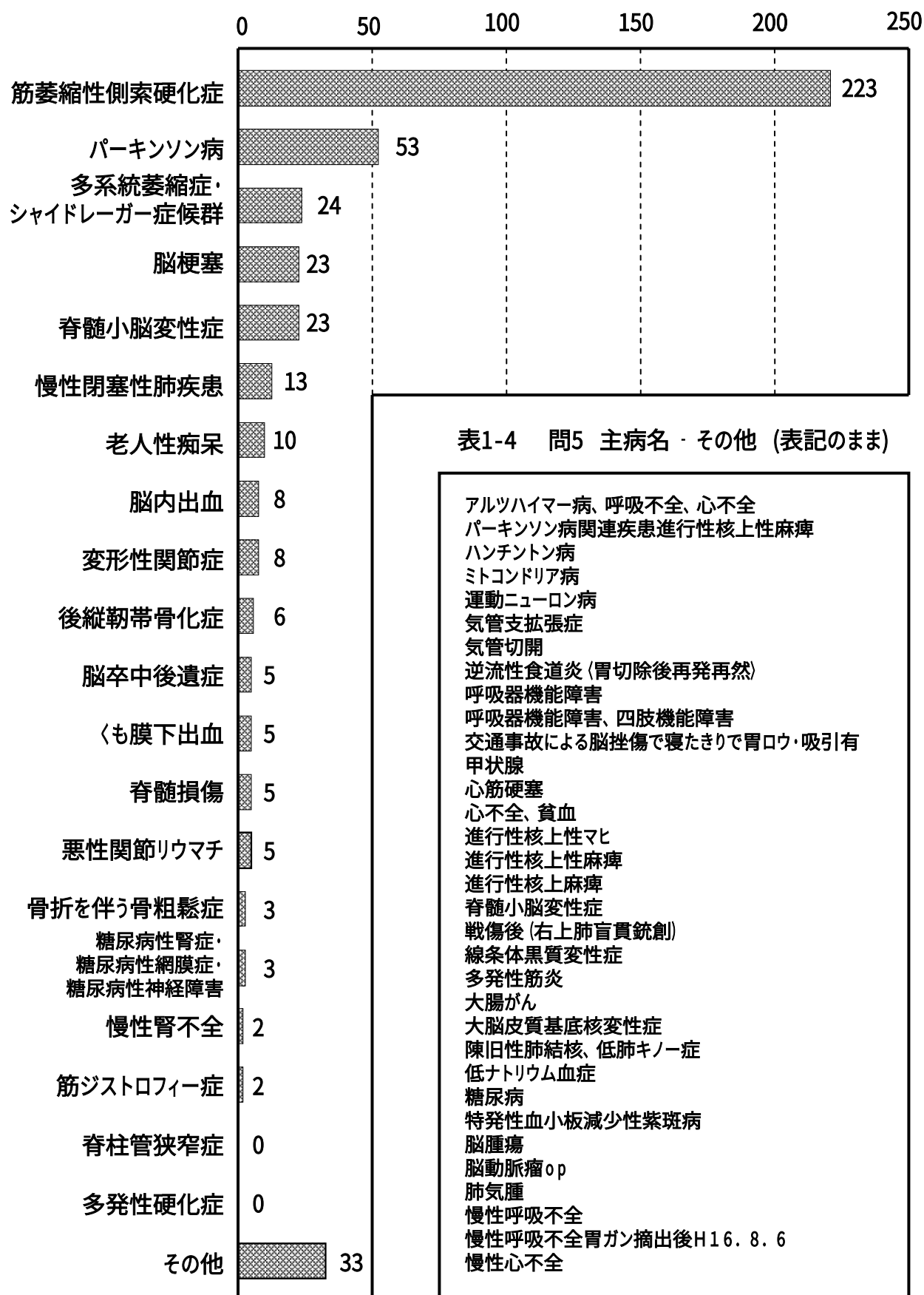


表1-4 問5 主病名・その他 (表記のまま)

アルツハイマー病、呼吸不全、心不全
 パーキンソン病関連疾患進行性核上性麻痺
 ハンチントン病
 ミトコンドリア病
 運動ニューロン病
 気管支拡張症
 気管切開
 逆流性食道炎(胃切除後再発再燃)
 呼吸器機能障害
 呼吸器機能障害、四肢機能障害
 交通事故による脳挫傷で寝たきりで胃ろう・吸引有
 甲状腺
 心筋硬塞
 心不全、貧血
 進行性核上性マヒ
 進行性核上性麻痺
 進行性核上麻痺
 脊髄小脳変性症
 戦傷後(右上肺盲貫銃創)
 線条体黒質変性症
 多発性筋炎
 大腸がん
 大脳皮質基底核変性症
 陳旧性肺結核、低肺キノー症
 低ナトリウム血症
 糖尿病
 特発性血小板減少性紫斑病
 脳腫瘍
 脳動脈瘤op
 肺気腫
 慢性呼吸不全
 慢性呼吸不全胃ガン摘出後H16.8.6
 慢性心不全

図1-8 問6 利用中の制度
(n = 395, 複数選択)

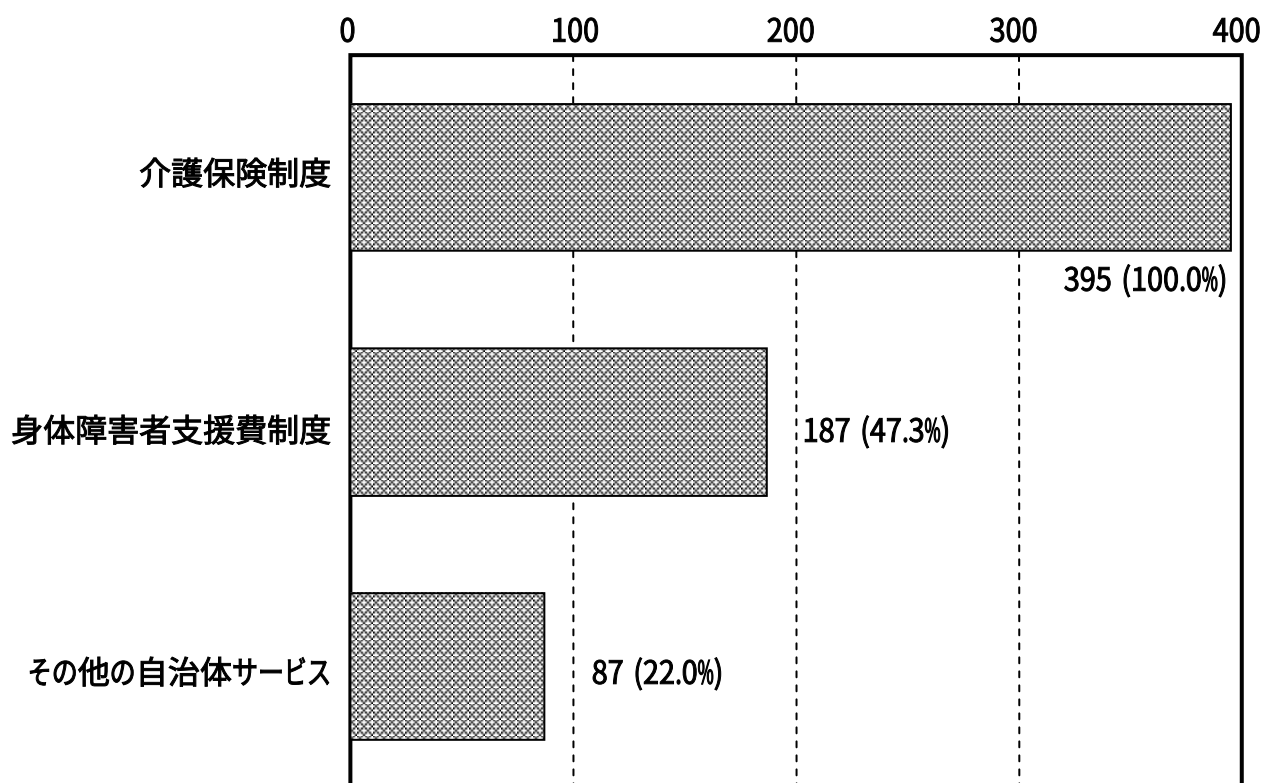


図1-9 問6-1 要介護認定
(n = 379)

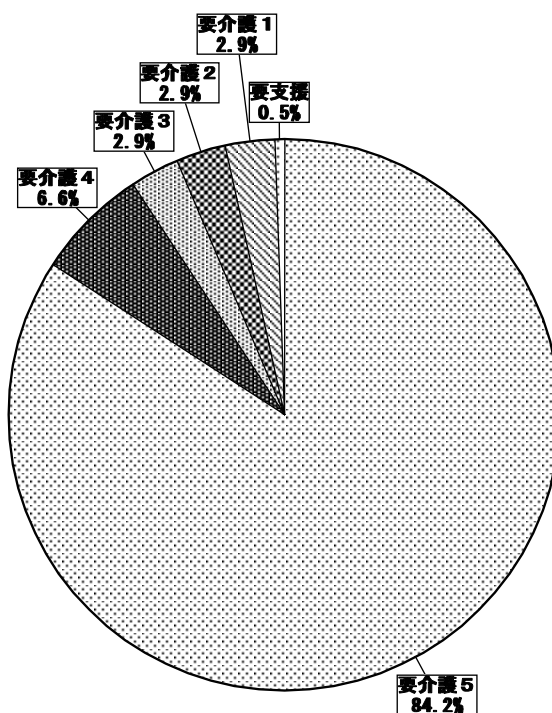


図1-10 問7 身体障害者手帳 - 有無
(n = 390)

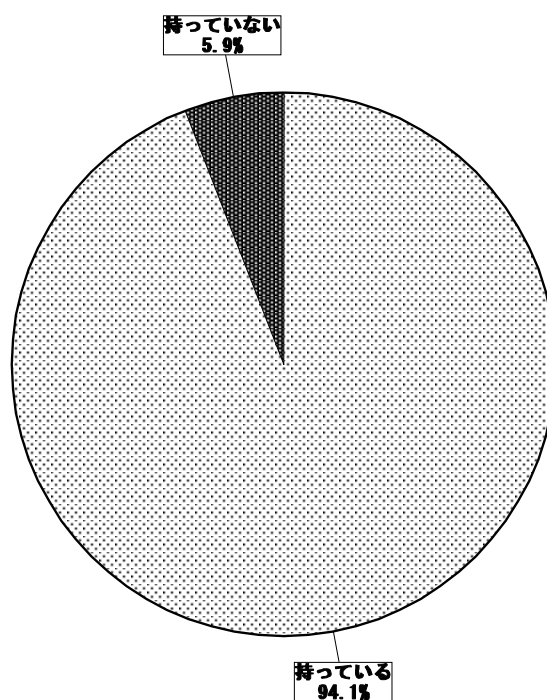


図1-11 問7-1 身体障害者手帳 - 等級
(n = 363)

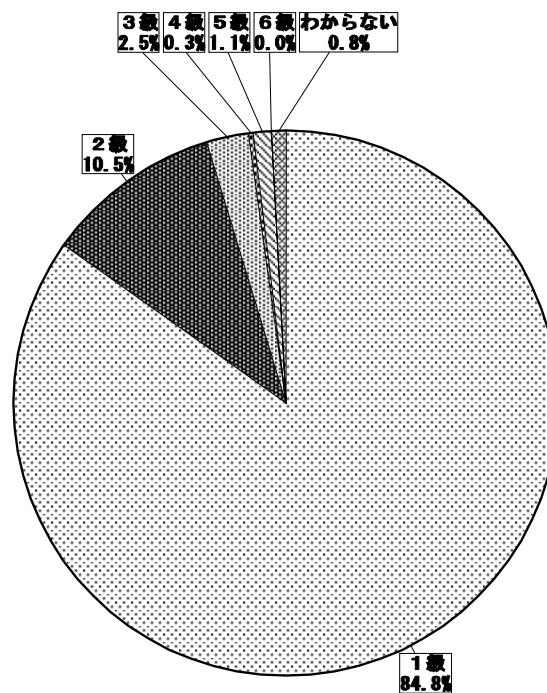


表1-5 問7-2 身体障害者手帳・部位別
(n = 395, 複数選択)

	1級	2級	3級	4級	5級	6級以上	合計
視覚	1	0	0	1	0	0	2
聴覚	1	0	1	0	0	0	2
上肢	121	36	4	1	0	2	164
下肢	119	33	5	1	0	1	159
言語機能	31	2	47	3	0	0	83
そしゃく機能	16	0	16	0	0	0	32
呼吸器機能	66	0	5	2	0	0	73
心臓機能	1	0	1	0	0	0	2
じん臓機能	0	0	0	0	0	0	0
小腸機能	0	0	0	0	0	0	0
平衡機能	4	0	0	0	0	0	4
体幹	59	21	7	0	0	0	87
膀胱または直腸機能	2	0	0	0	0	0	2
その他	6	1	8	0	1	0	16

表1-6 問7-2 身体障害者手帳・部位別・その他（表記のまま）

起立性保持困難
音声機能
全身障害です
四肢麻痺・歩行起立・座位不能
四肢機能障害
上肢、下肢。体幹の2級は現在はまだ進行している。級の変更を行っていない自己の身の周りの日常生活活動が極度に制限される
上肢右3、左7
脊髄小脳変性症による
音声機能そう失
ALS
音声機能
パーキンソン病
頸髄症
左上肢の肩、肘、手関節手指の機能
両肩関節4級、両膝関節4級、両手関節3級、両足関節5級
音声機能
ポータブル吸引仕用
音声機能そう失
両手指機能障害(8)4級×2 進行性核上性麻痺
脳幹
音声機能喪失
音声
疾病により自己の身の周りの日常生活活動が極度に制限される

図1-12 問8 本人 - その他の状況
(n = 349, 複数選択, 全回答者395名中の割合)

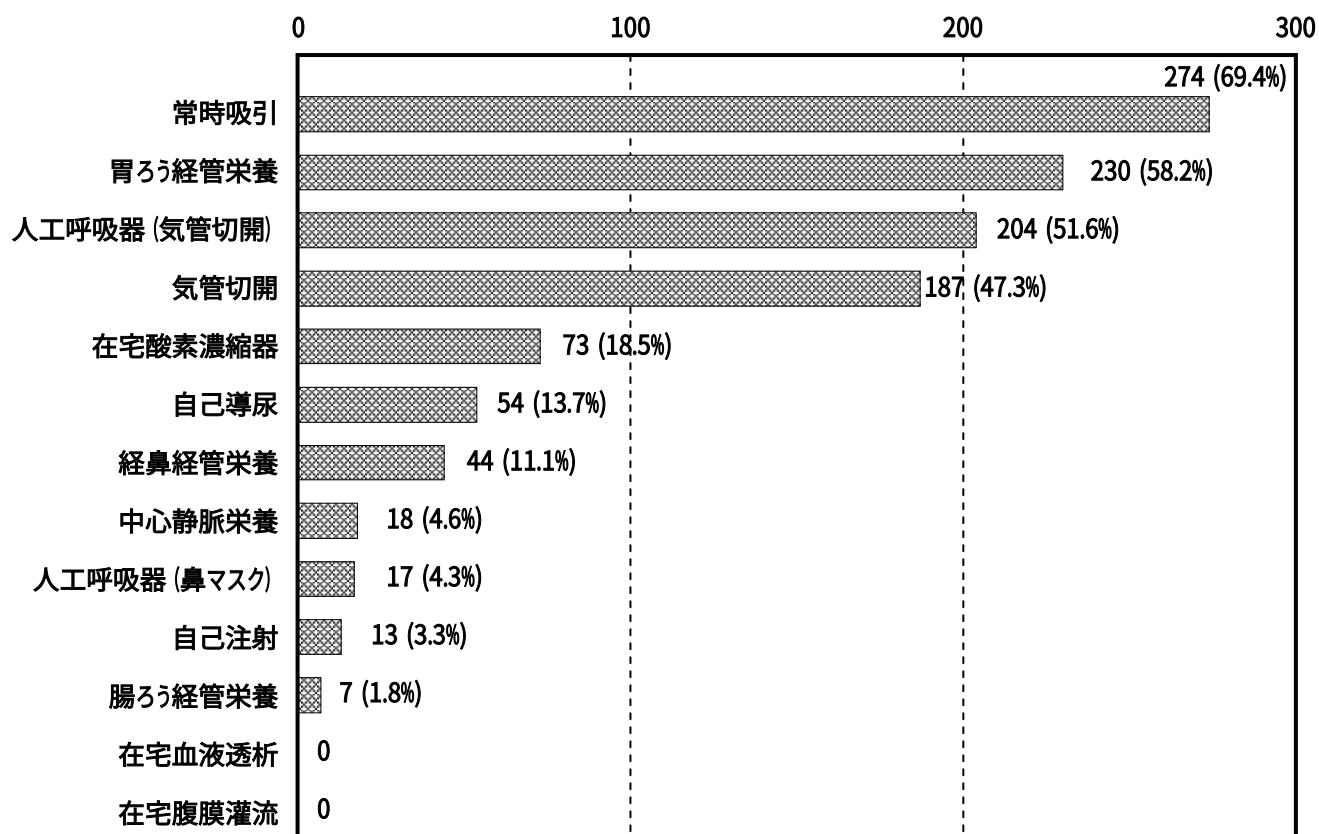


図1-13 問9 ケアマネジャー - 事業者をどのように知ったか
(n = 378, 複数選択, 全回答者395名中の割合)

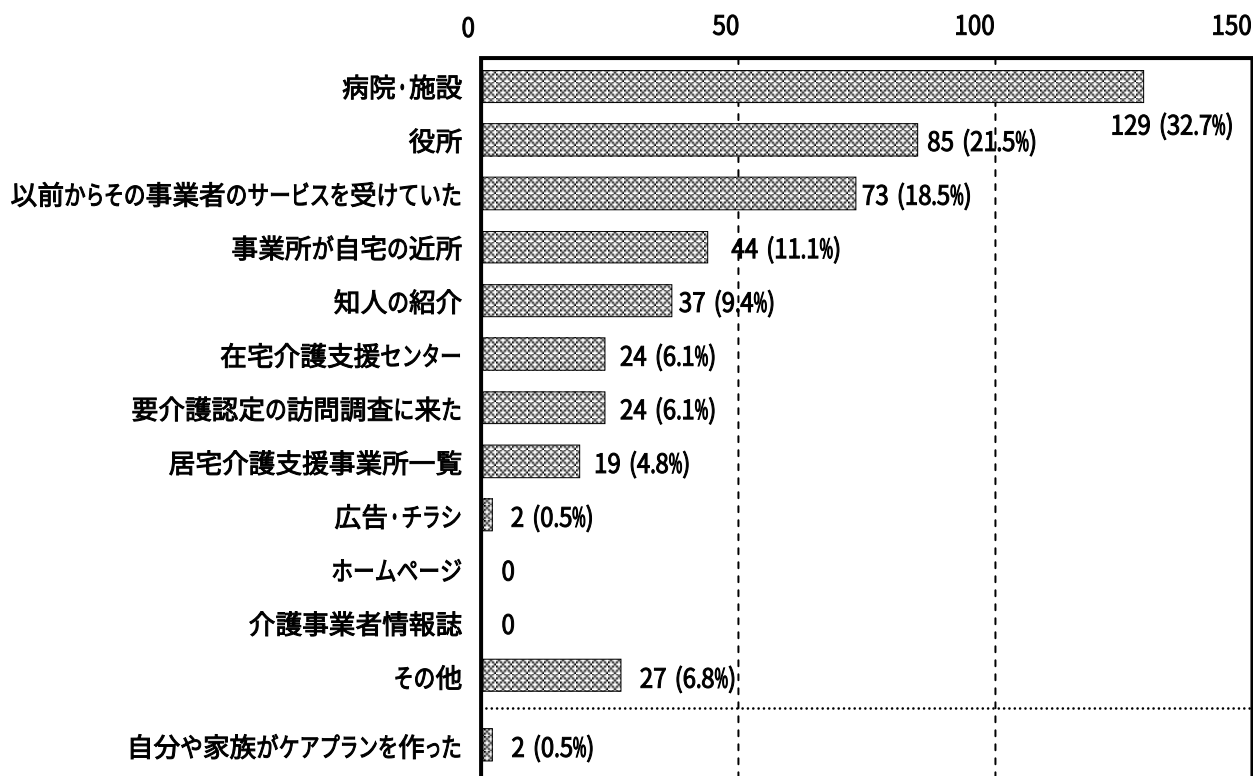


表1-7 問9 ケアマネジャー - 事業者をどのように知ったか - その他 (表記のまま)

患者本人の友人の奥さんが事業所の所長さんだった。	介護用品販売している所で知った
家族が福祉関係の仕事に従事	旧ケアマネジャーの紹介
主治医の紹介	前任のケアマネジャーからの紹介
知人・友達	健康な時に見学に行き知っていた
主待医 (病院) の紹介	知人のため
主治医紹介	家族の仕事関係
保健師さんに探してもらった	通院先の併設事業の所属者
訪問指導をしていた厚生センター保健師に紹介された	神経難病医療専門員
職務上知っていた	介護保険の勉強会の時の教師だったのでお願いした
近所の個人医院に相談	かかりつけの医院の訪問看護ステーション
近所の人が利用して居たから	ケアハウス内のサービスの為、自動的に入会
社会福祉協議会	入院中のHPで紹介
役所の介護課に行った時たまたま隣りに息子の同級生のお母さんがいてケアマネをしていることを知った	往診クリニックの医師
	介護保険が始まる前からお世話になっていて、そのままケアマネをお願いしている
	近所の人

図1-14 問10① ケアマネジャー - 説明はよいか (n = 375)

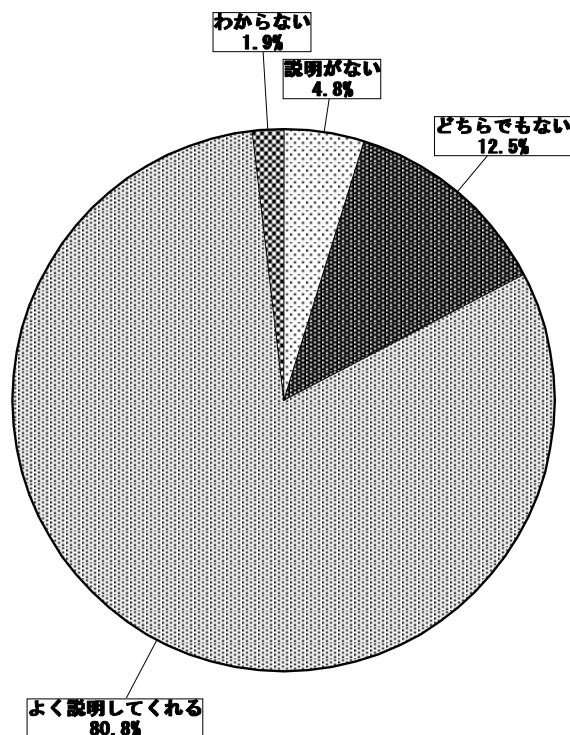


図1-15 問10② ケアマネジャー - 質問や要望を聞くか
(n = 378)

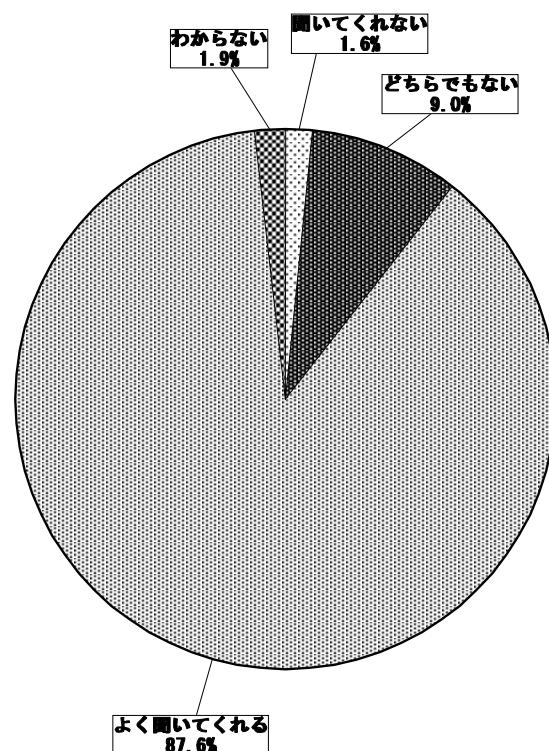


図1-16 問10③ ケアマネジャー - 連絡がとれるか
(n = 380)

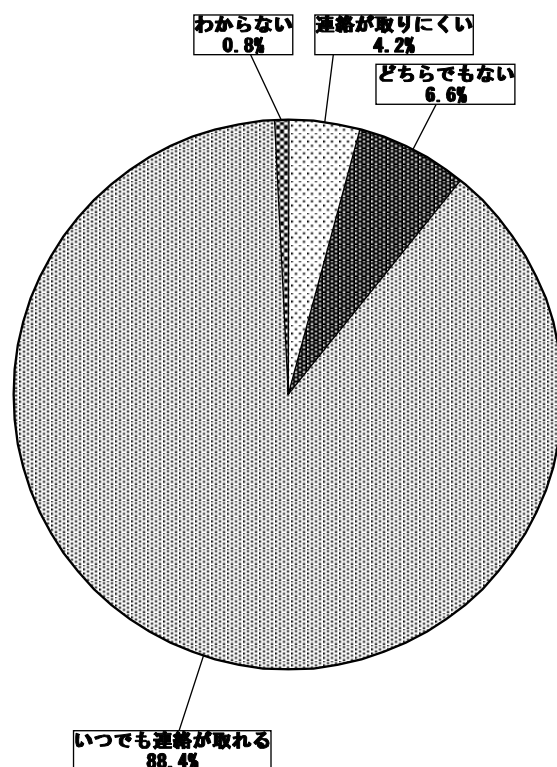


図1-17 問10④ ケアマネジャー - よく訪問してくれるか
(n = 376)

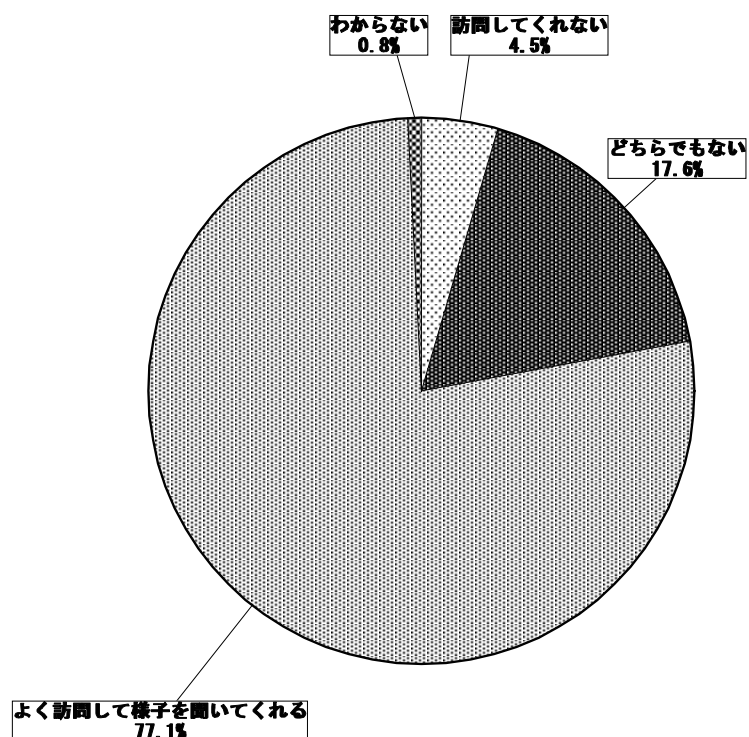


図1-18 問10⑤ ケアマネジャー - たびたび代わることはないか
(n = 374)

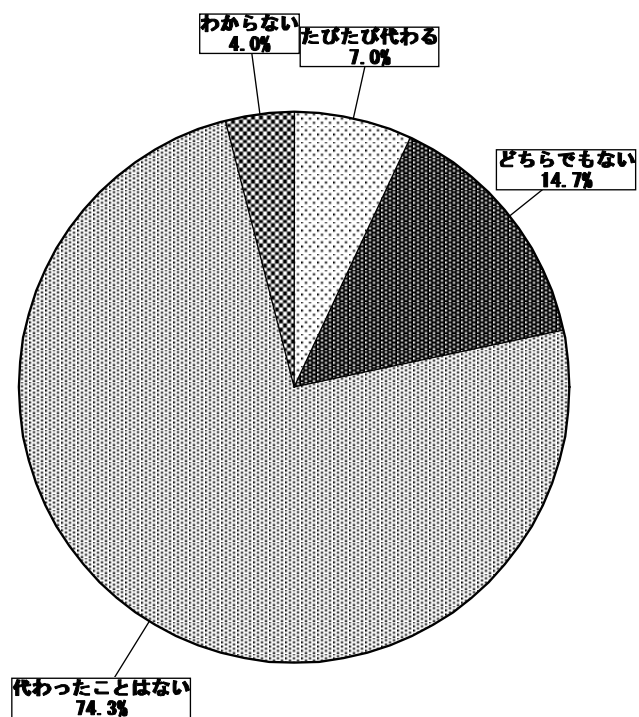


図1-19 問10⑥ ケアマネジャー - 頼りがいがあるか
(n = 377)

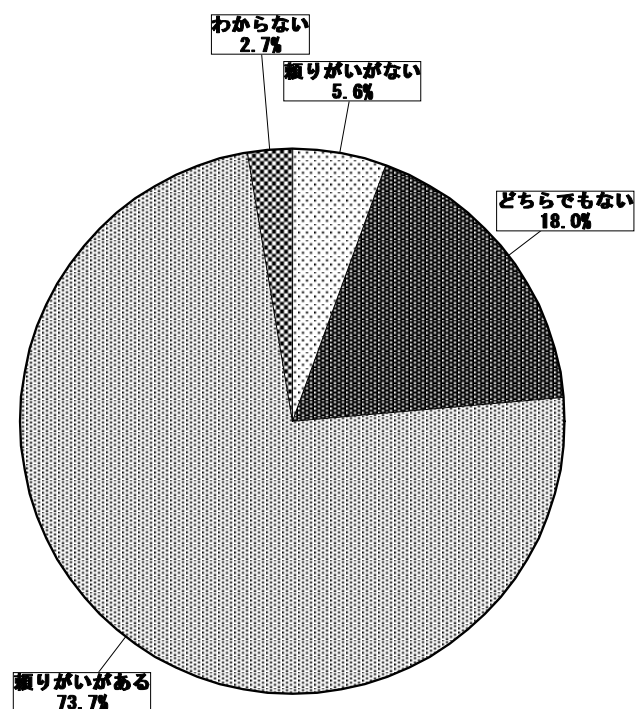


図1-20 問10⑦ ケアマネジャー - 態度やマナーはよいか
(n = 378)

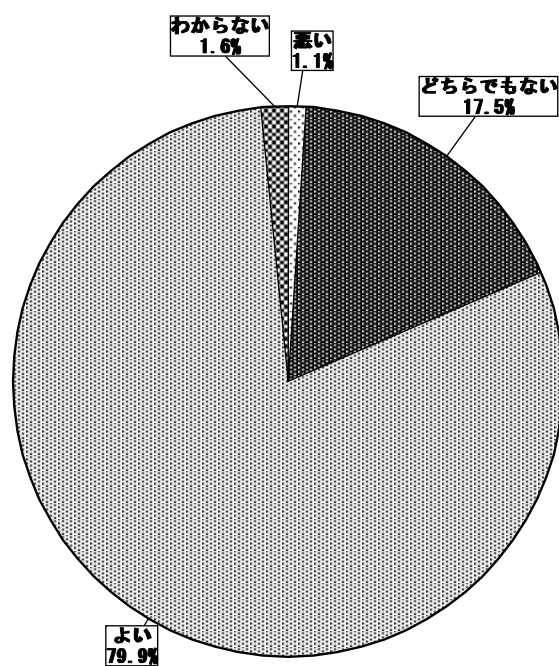


図1-21 問11① ケアマネジャー - 要望しないサービスを組み込もうとしたことはないか
(n = 380)

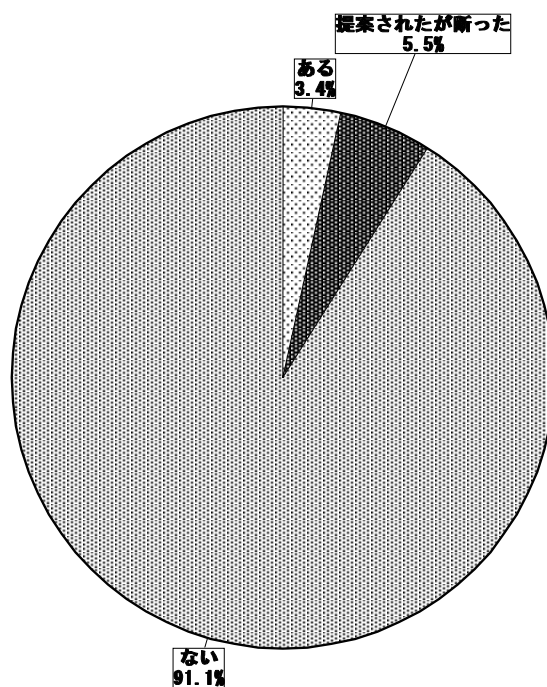


図1-22 問11② ケアマネジャー - 利用を希望していない事業者の利用を薦めたことはないか
(n = 381)

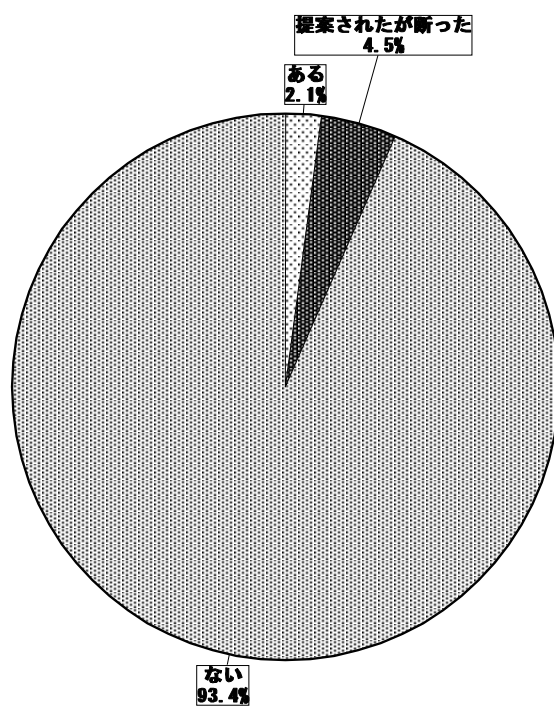


図1-23 問12 ケアマネジャー - 全体として満足しているか
(n = 376)

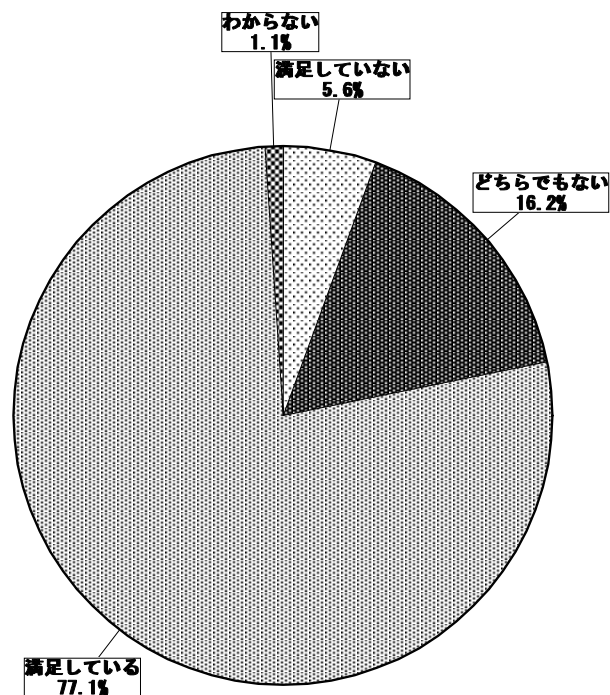


図1-24 問14 訪問介護 - 現在利用しているか
(n = 385)

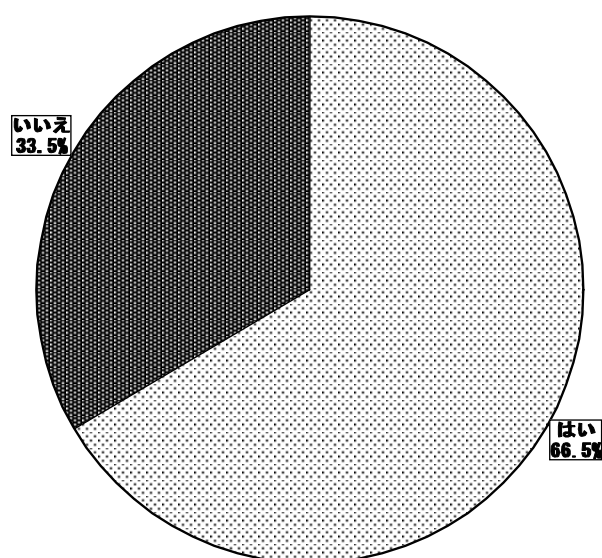


図1-25 問14-1① 訪問介護 - 時間どおりか
(n = 248)

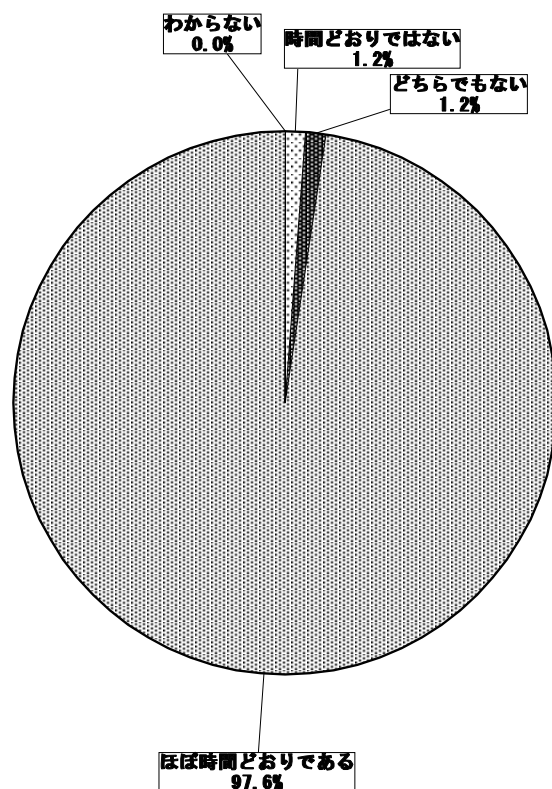


図1-26 問14-1② 訪問介護 - 言葉づかいや行動
(n = 245)

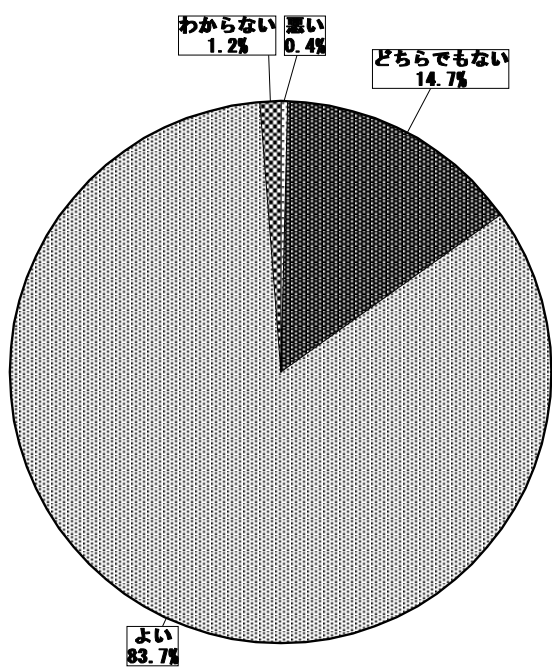


図1-27 問14-1③ 訪問介護 - ケアプランどおりか
(n = 245)

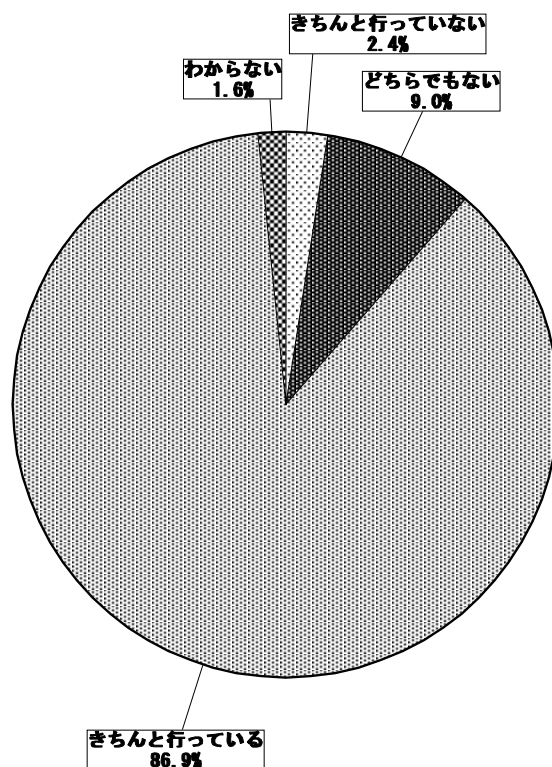


図1-28 問14-1④ 訪問介護 - プライバシーへの配慮
(n = 247)

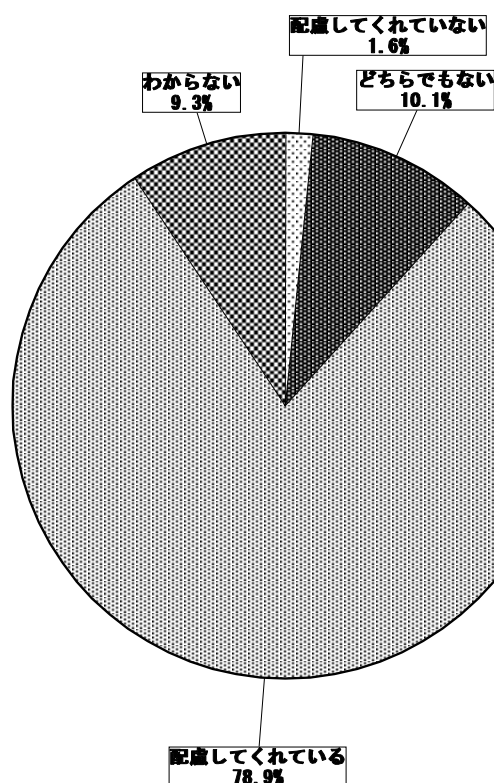


図1-29 問14-1⑤ 訪問介護 - 話をよく聞か
(n = 245)

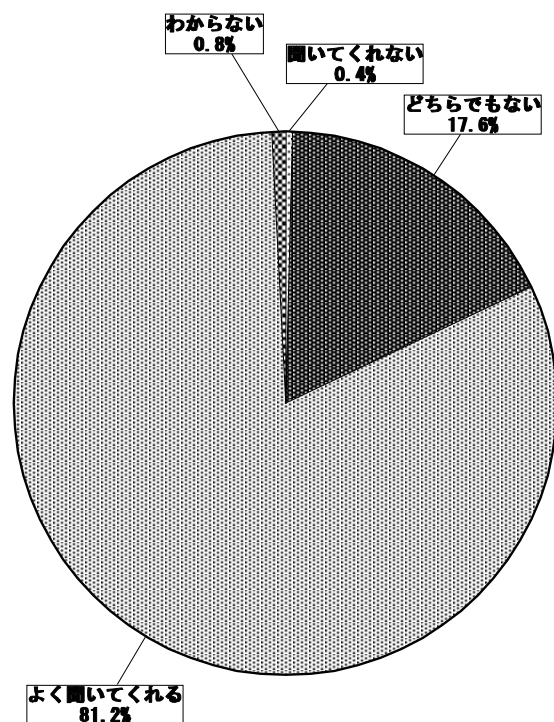


図1-30 問14-1⑥ 訪問介護 - 衛生面に気を配るか
(n = 247)

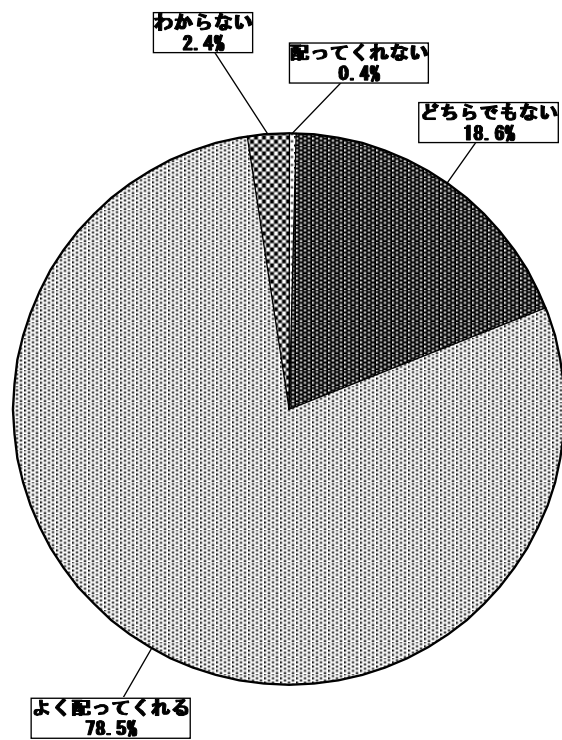


図1-31 問14-1⑦ 訪問介護 - 体調を聞き工夫するか
(n = 245)

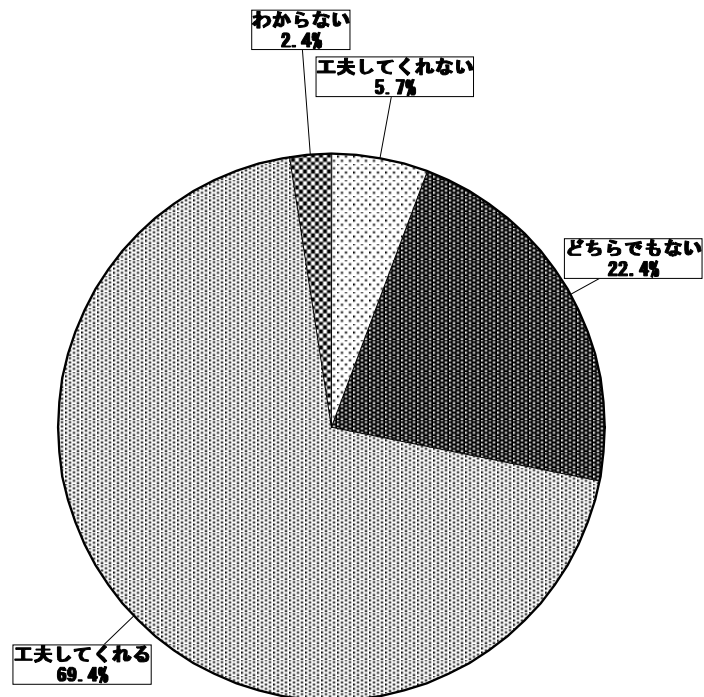


図1-32 問14-1⑧ 訪問介護 - 引継ぎがしっかりしているか
(n = 247)

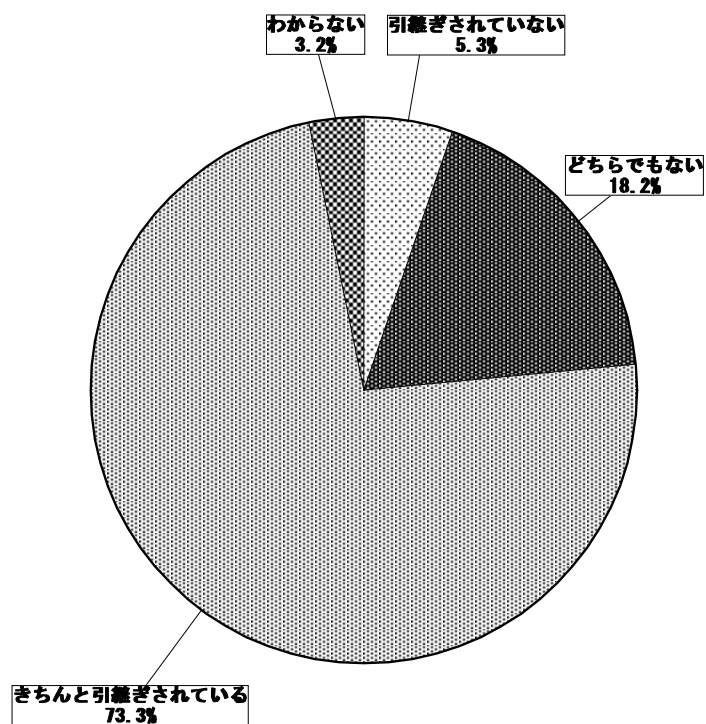


図1-33 問14-2 訪問介護 - 医療的ケア
(n = 179, 複数選択, 問14「はい」回答者中の割合)

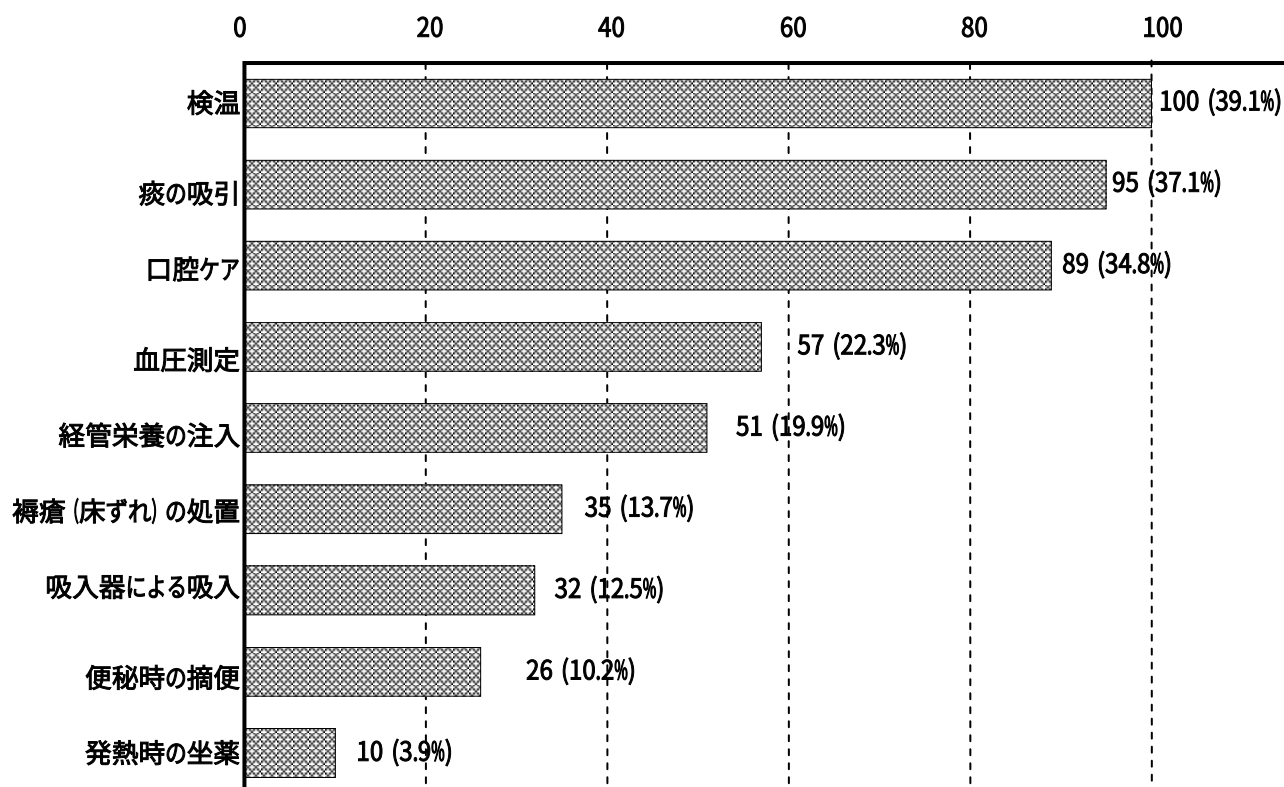


図1-34 問14-3 訪問介護 - 全体として満足しているか
(n = 240)

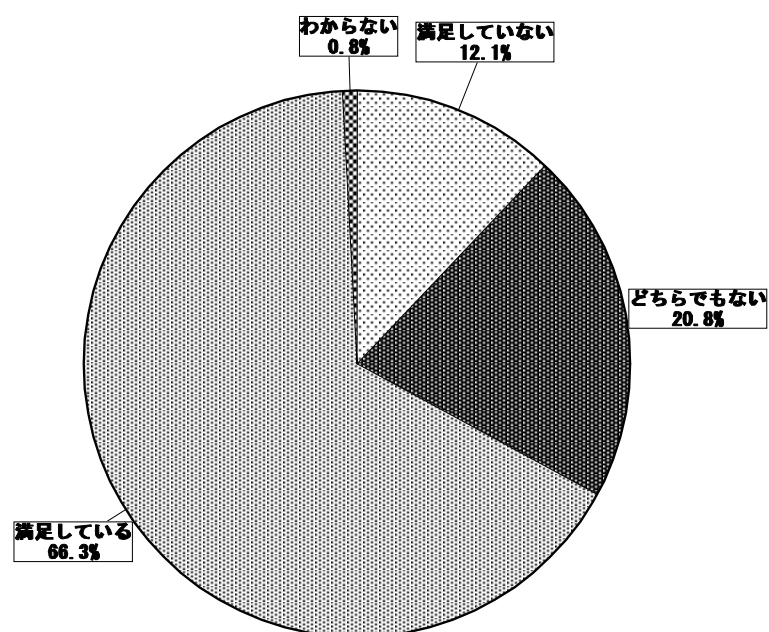


図1-35 問14-6 訪問介護 - 現在の事業者を今後も継続して利用したいか
(n = 253)

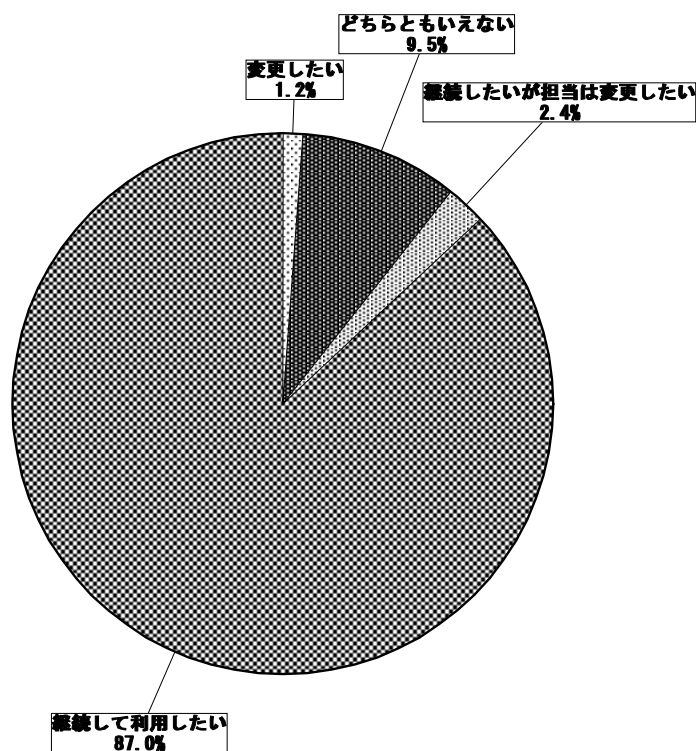


図1-36 問14-7 訪問介護 - 事業者を変更する場合重視したいこと
(n = 235, 複数選択, 問14「はい」回答者中の割合)

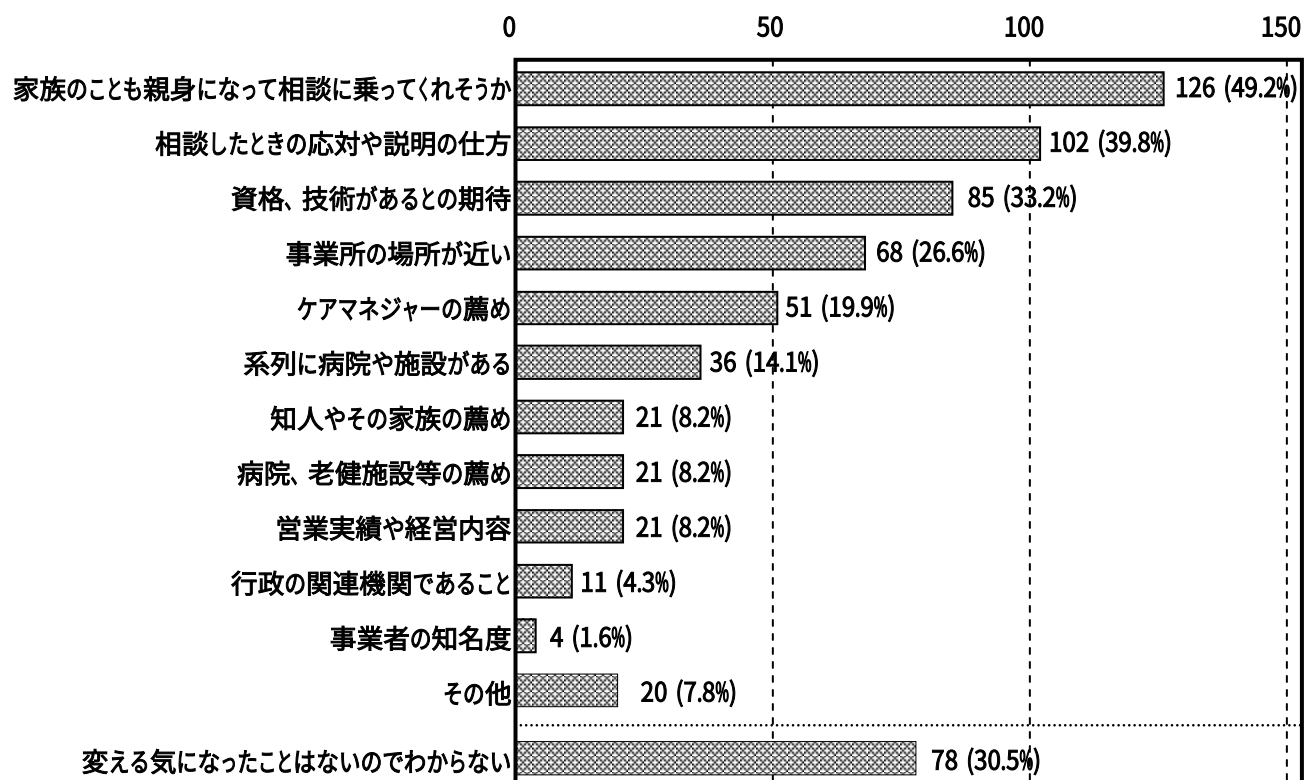


表1-8 問14-7 訪問介護 - 事業者を変更する場合重視したいこと - その他 (表記のまま)

内容、ヘルパーの資質
吸引ができること
吸引ができる。
痰の吸引してくれているところ
少人数で決まった人でなれてくれること
他の事業所の様子が全々わからないので不安がある。
前向きで迅速で親身な対応するヘルパーがいること
ずっとお世話になっているので変える事はないがもう少し勉強して欲しい (病人の身になって…)
緊急時に対応可能
変えてみたいが、他にどんな事業所が良いのかわからない。
無断で休まないこと (ミスも含む)
利用者の身になって、介護してくれる様な事業者
吸引が出来る人がある事業所
急な依頼でも対応可能な人員ヘルパーが確保されていること
たん吸引の契約に理解ある事業者
人柄、心ある事業所

図1-37 問15 ショートステイ - 現在利用しているか
(n = 377)

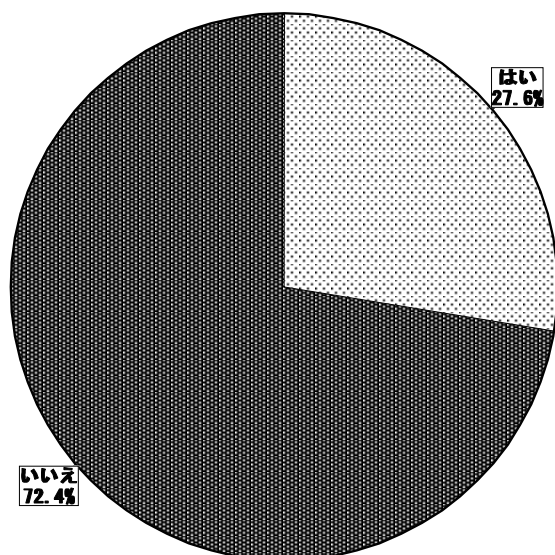


図1-38 問15-1① ショートステイ - 送迎
(n = 98)

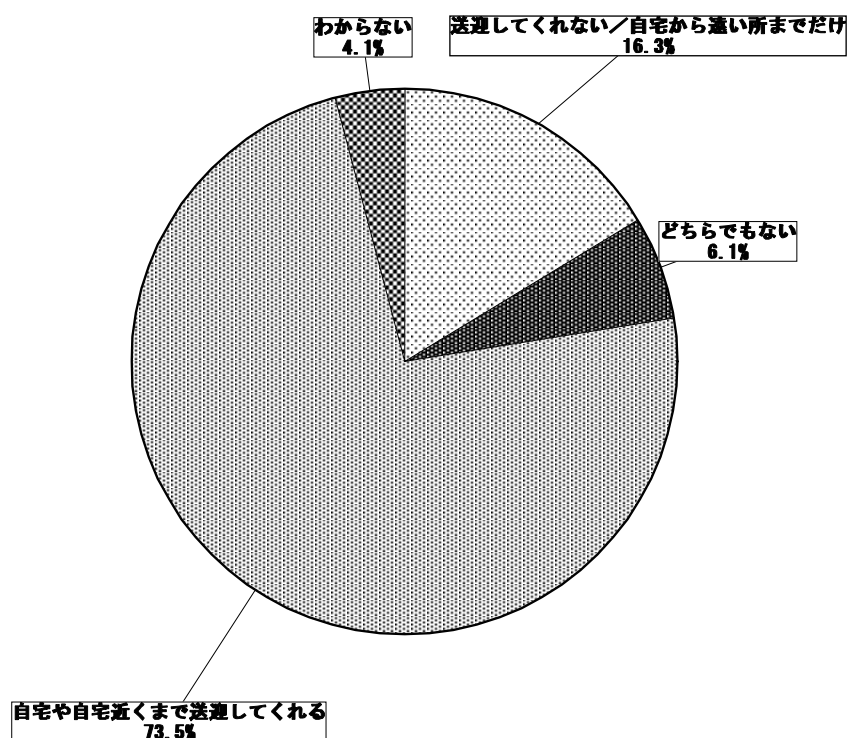


図1-39 問15-1② ショートステイ - 希望する日に利用できるか
(n = 99)

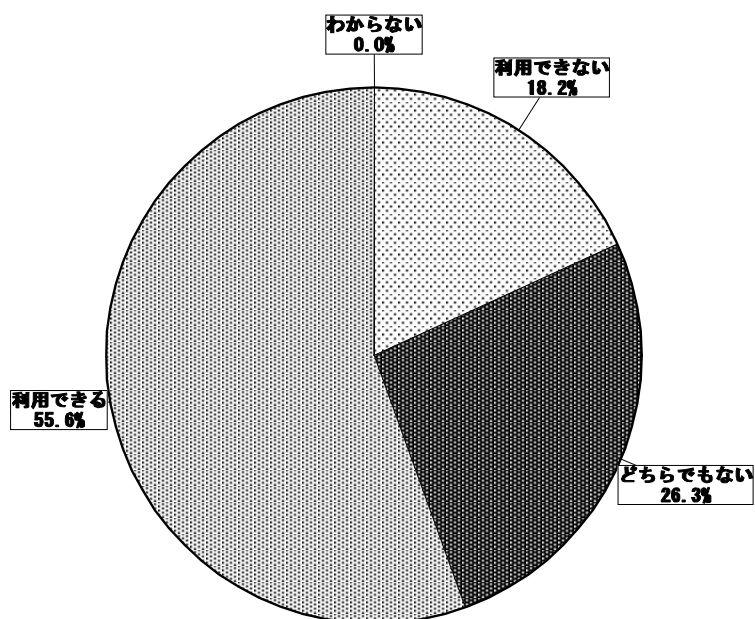


図1-40 問15-1③ ショートステイ - 希望する期間(日数)の利用ができるか
(n = 95)

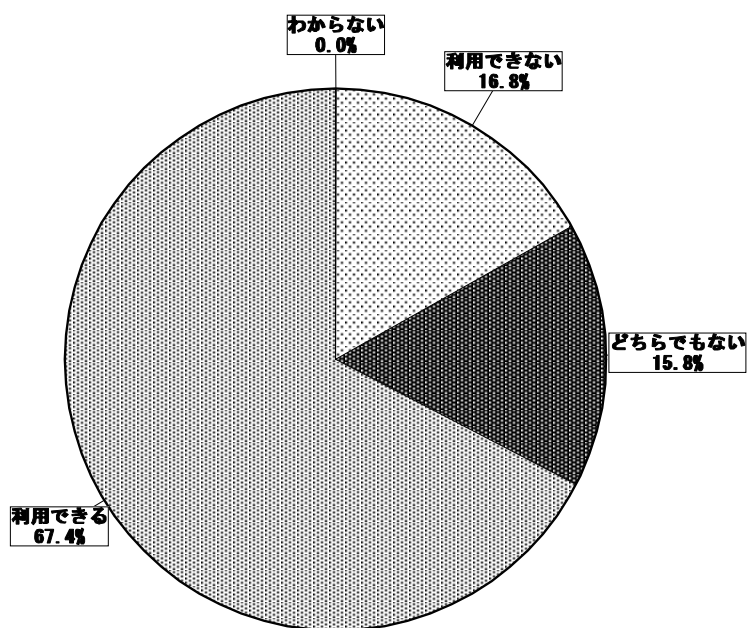


図1-41 問15-1④ ショートステイ - 言葉づかいや対応
(n = 99)

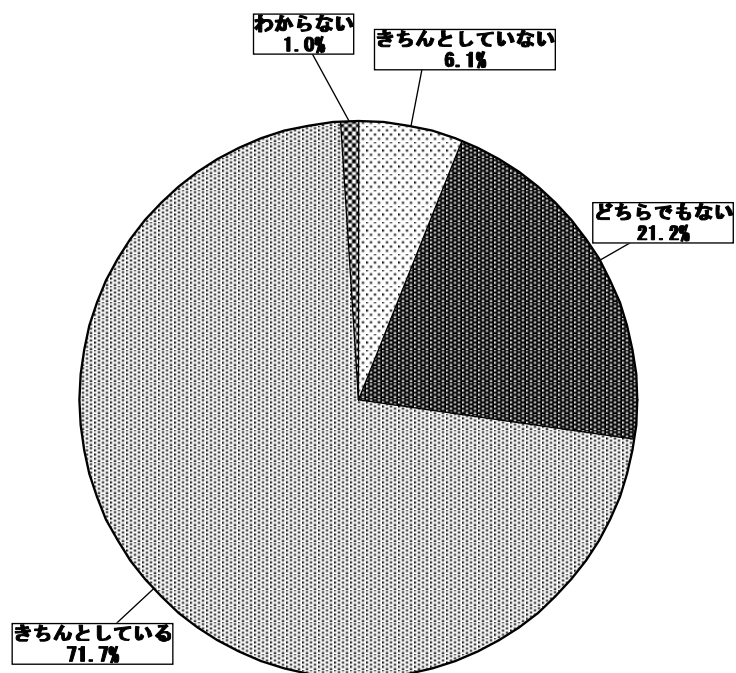


図1-42 問15-1⑤ ショートステイ - 日程や内容の急な変更への対応
(n = 99)

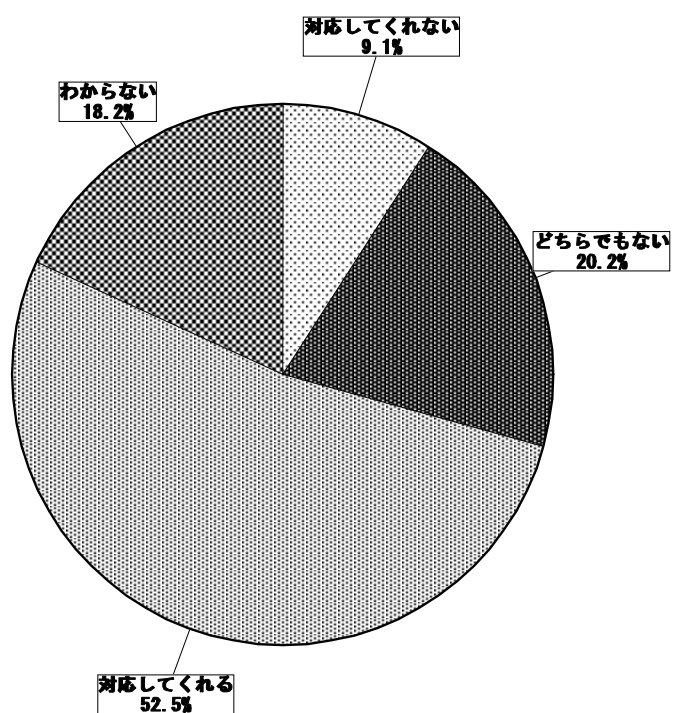


図1-43 問15-1⑥ ショートステイ - ケガや体調不良などについての連絡・対応
(n = 96)

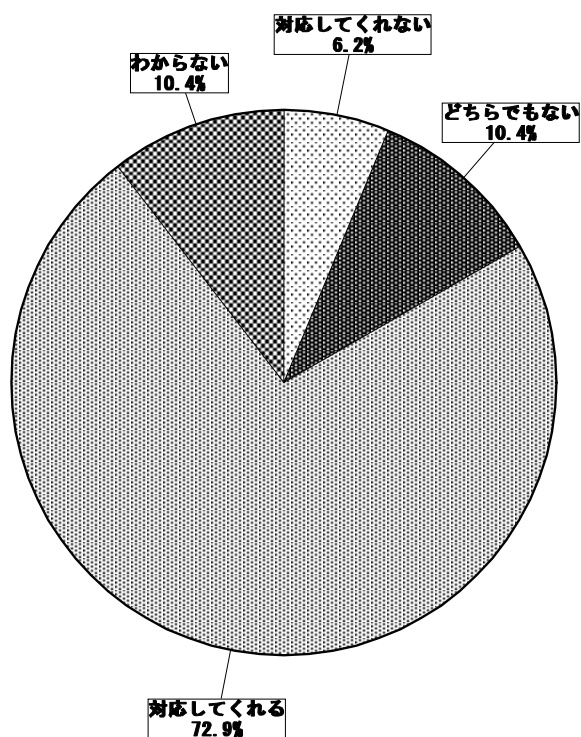


図1-44 問15-1⑦ ショートステイ - よく気を配るか
(n = 98)

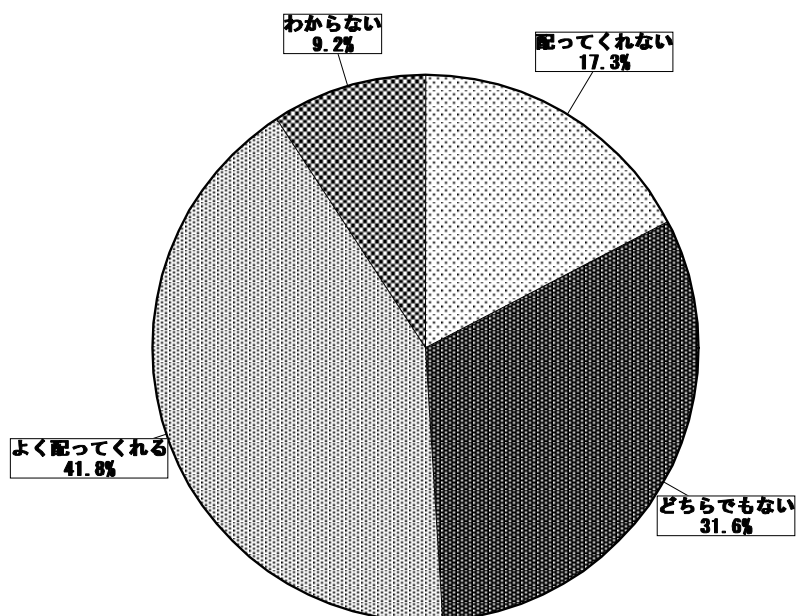


図1-45 問15-1⑧ ショートステイ - 担当の職員は決まっているか
(n = 98)

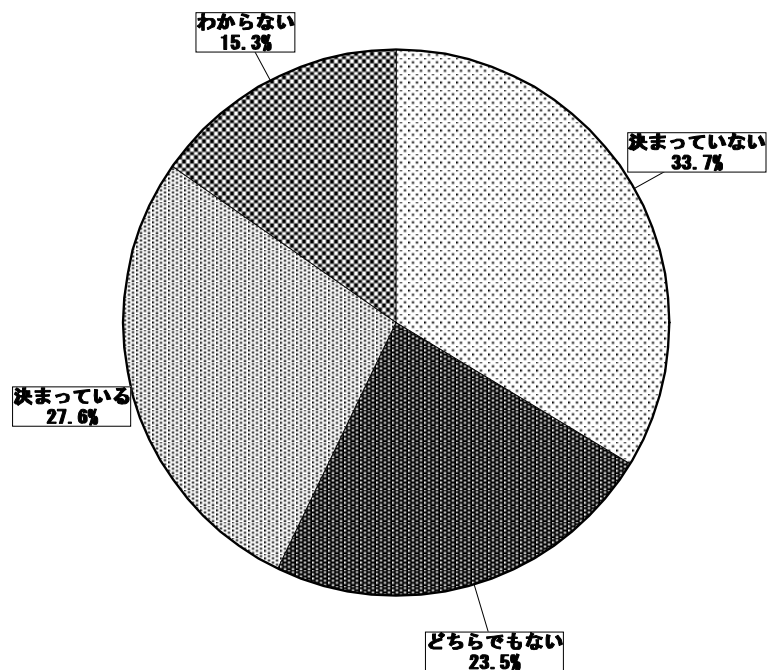


図1-46 問15-1⑨ ショートステイ - プログラムの内容は満足のいくものか
(n = 98)

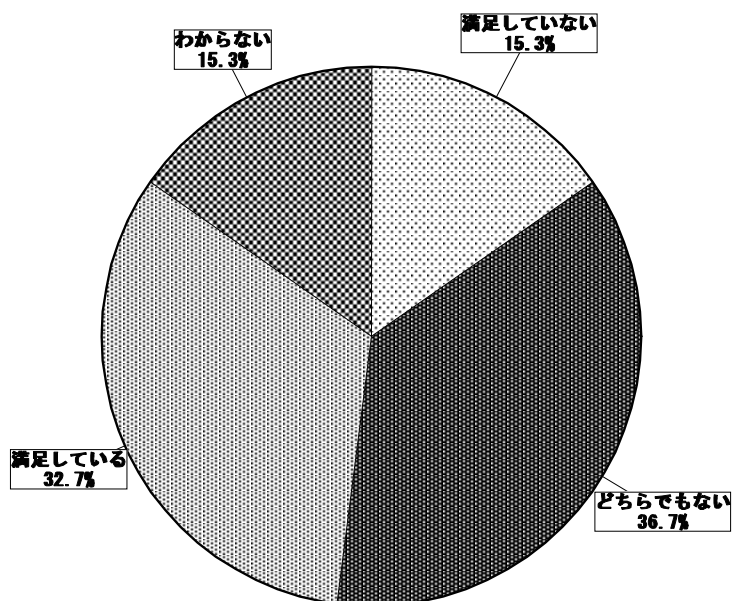


図1-47 問15-2 ショートステイ - ケガや褥創があったか
(n = 100)

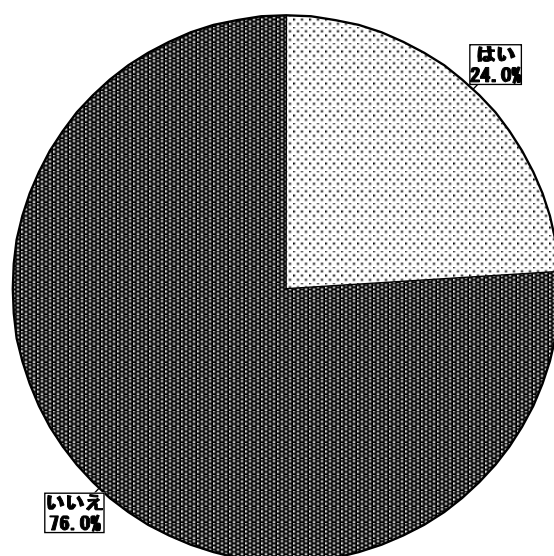


図1-48 問15-3 ショートステイ - 全体として満足しているか
(n = 94)

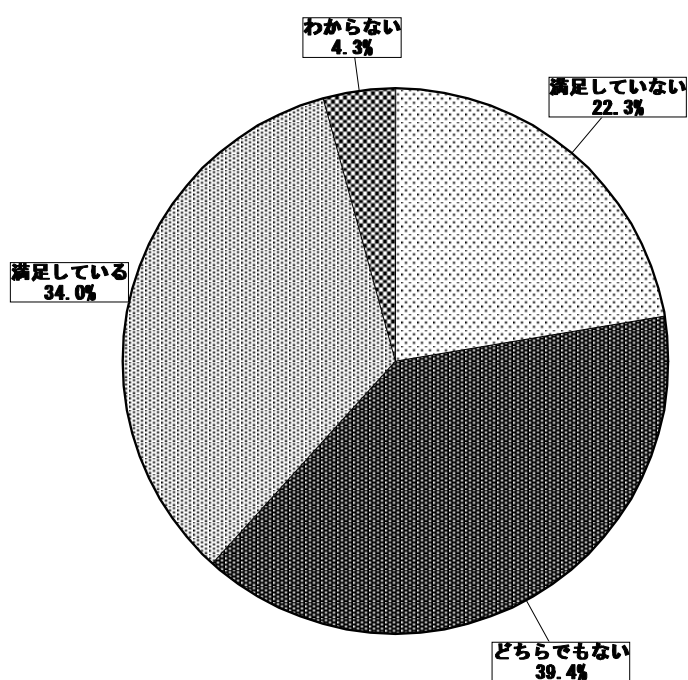


図1-49 問16 訪問入浴 - 現在利用しているか
(n = 384)

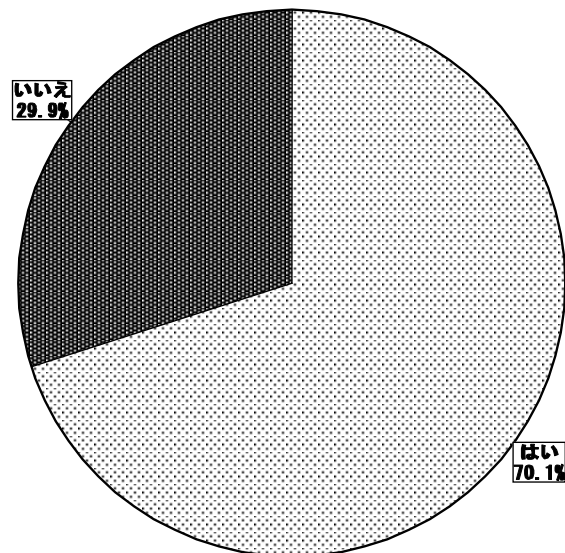


図1-50 問16-1 訪問入浴 - 満足しているか
(n = 265)

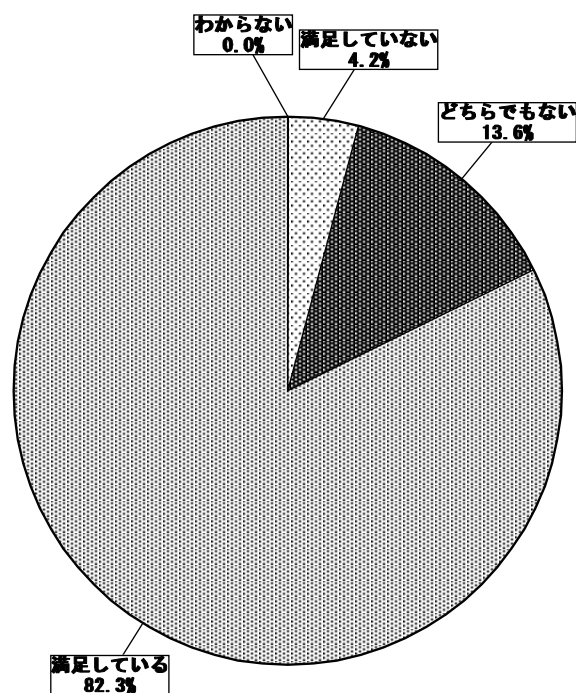
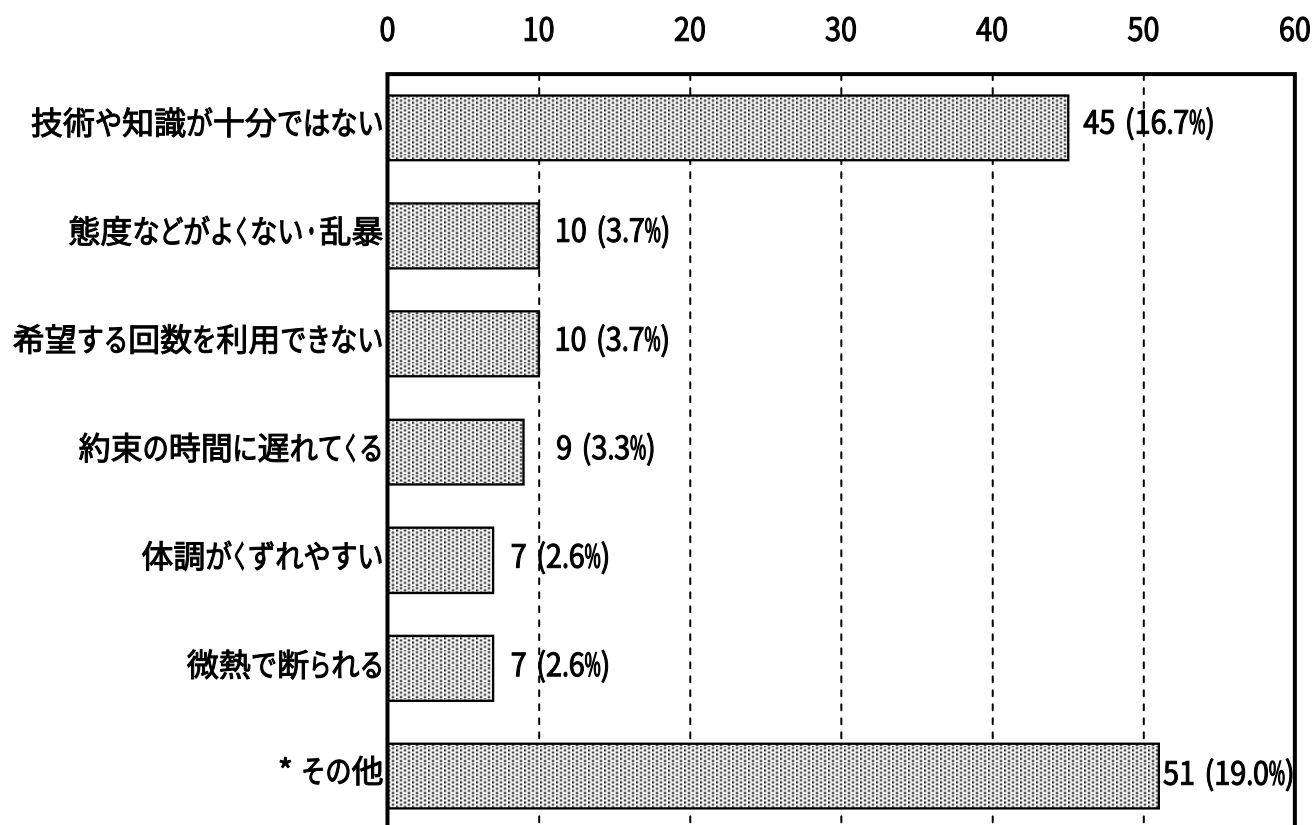


図1-51 問16-2 訪問入浴 - 改善してほしいと思う点
(n = 104, 複数選択, 問16「はい」回答者中の割合)



* 回答内容は本節末尾に収録

図1-52 問17 訪問看護 - 現在利用しているか
(n = 383)

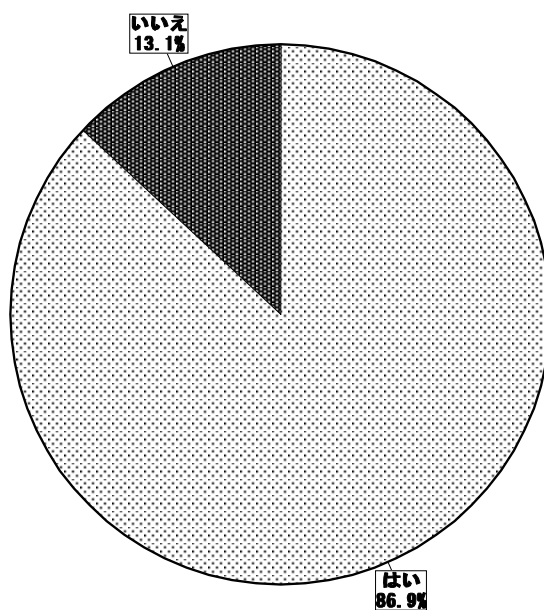


図1-53 問17-1 訪問看護 - 満足しているか
(n = 338)

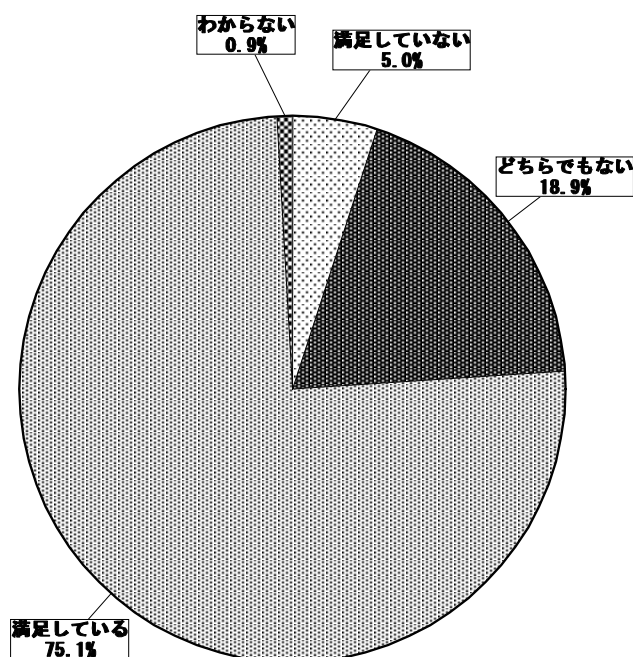


図1-54 問17-2 訪問看護 - 改善してほしいと思う点
(n = 125, 複数選択, 問17「はい」回答者中の割合)

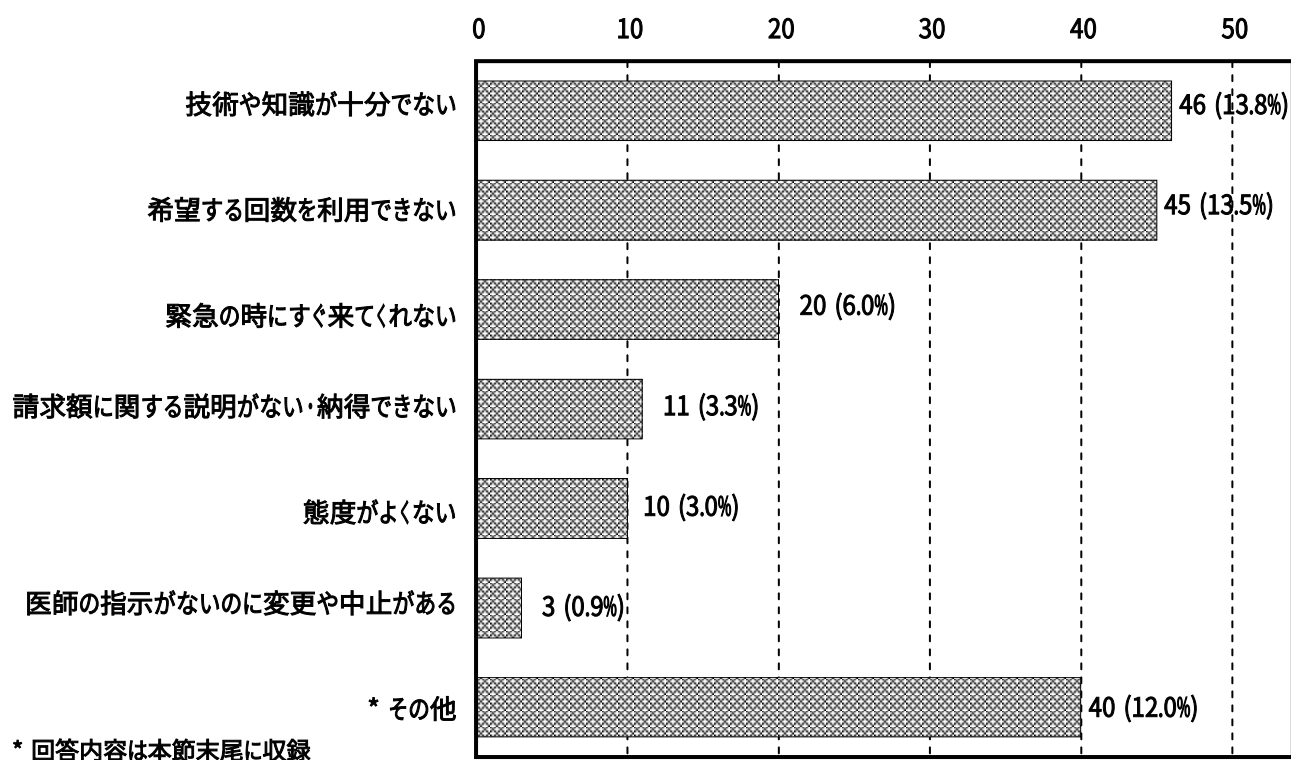


図1-55 問18① サービスの利用 - 利用量 - 訪問介護
(n = 355)

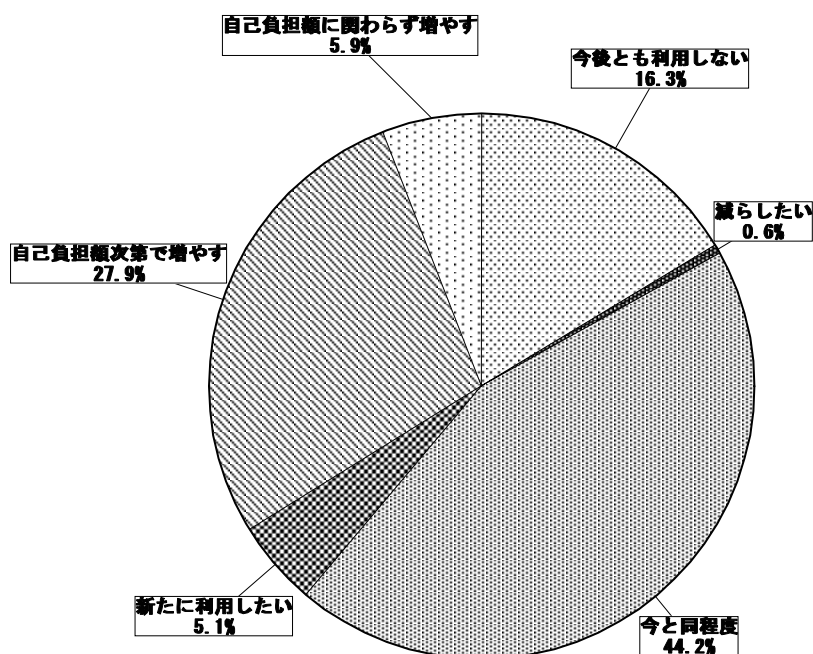


図1-56 問18② サービスの利用 - 利用量 - 訪問入浴
(n = 351)

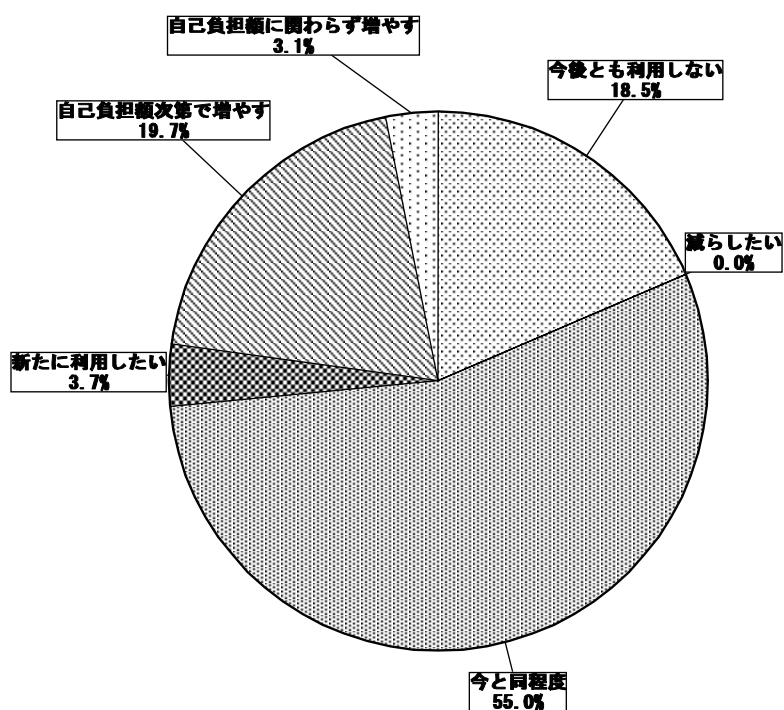


図1-57 問18③ サービスの利用 - 利用量 - 訪問看護
(n = 366)

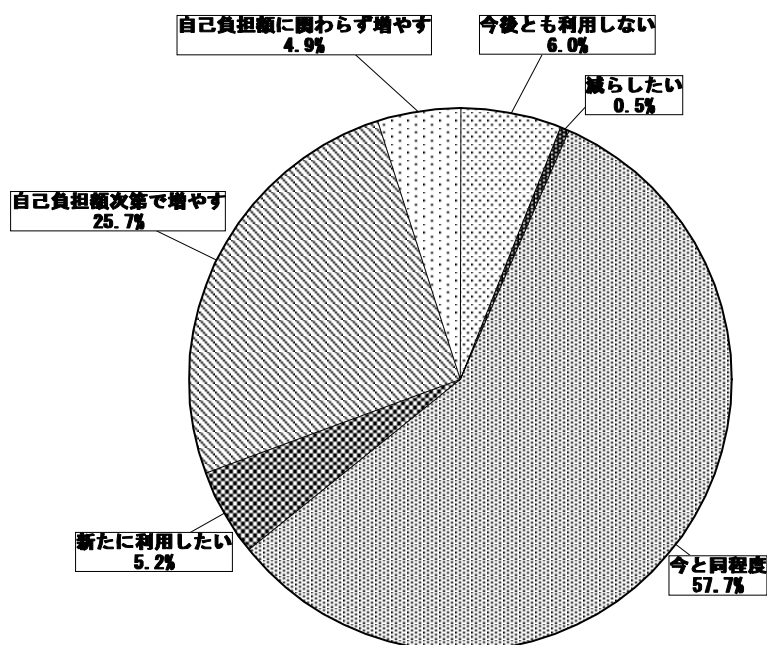


図1-58 問18④ サービスの利用 - 利用量 - 訪問リハビリ
(n = 332)

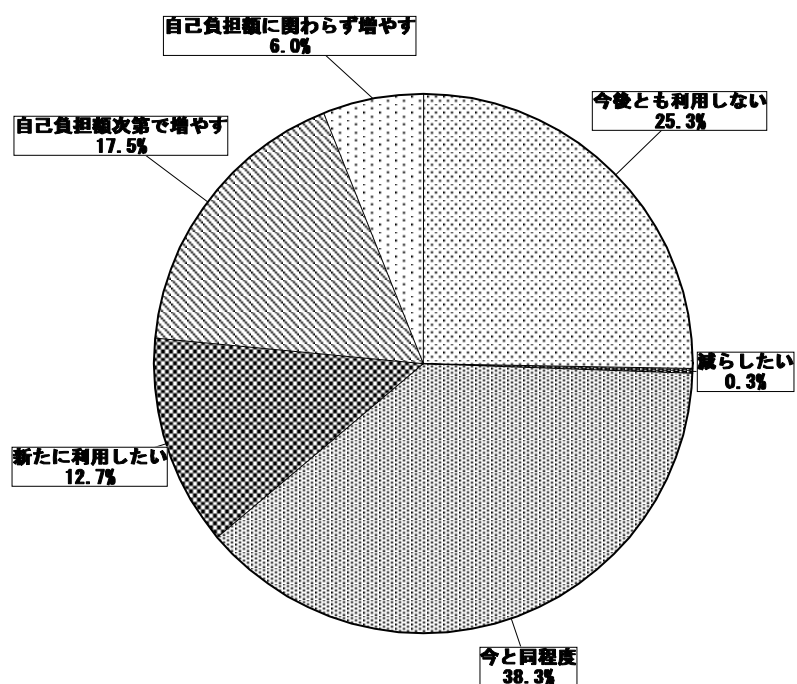


図1-59 問18⑤ サービスの利用 - 利用量 - デイサービス・デイケア
(n = 297)

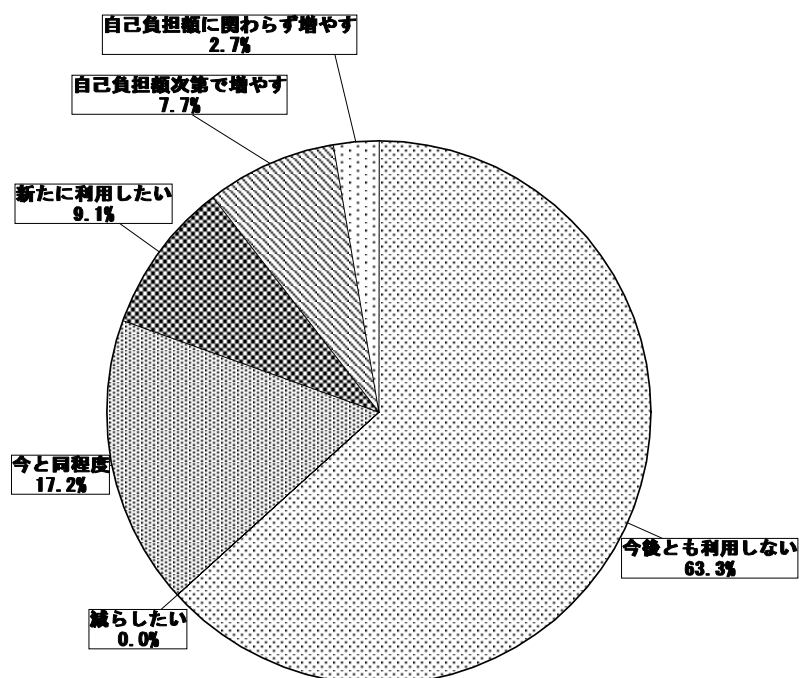


図1-60 問18⑥ サービスの利用 - 利用量 - ショートステイ
(n = 297)

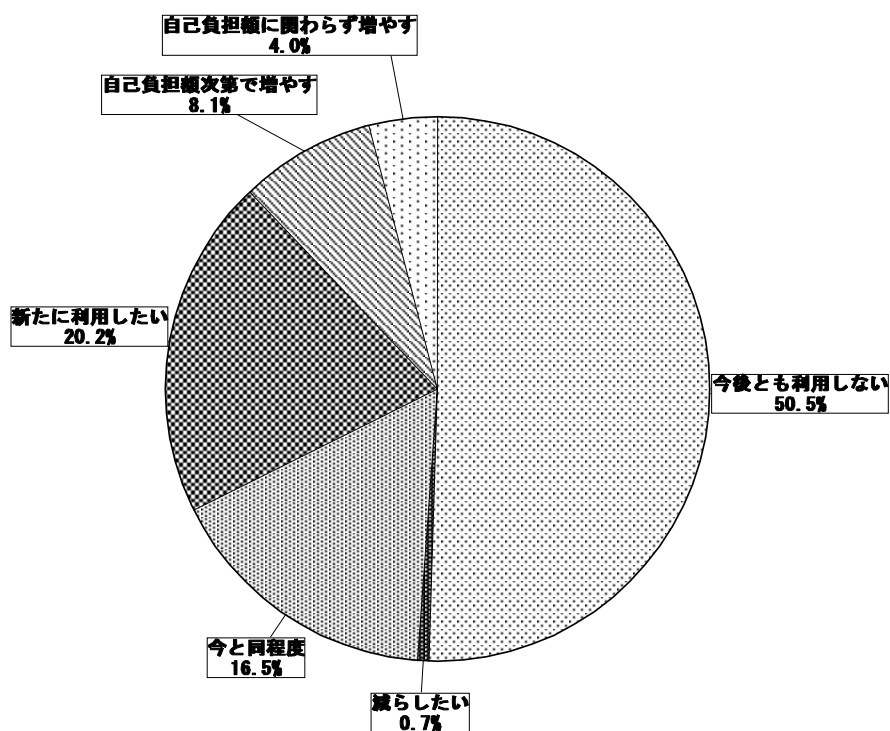


図1-61 問19 自己負担割合が高くなってもサービスの種類が増えたほうが良いか
(n = 395)

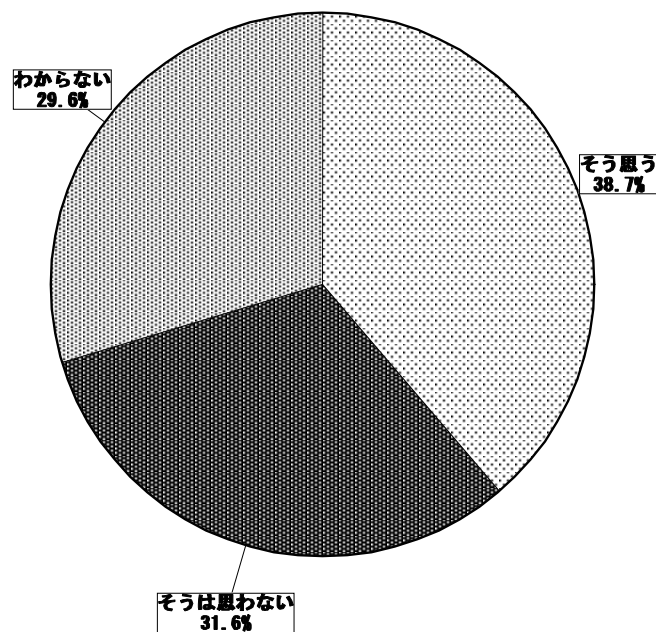


図1-62 問19-1 増えたほうが良いと思うサービス
(n = 118, 複数選択, 問19「そう思う」回答者中の割合)

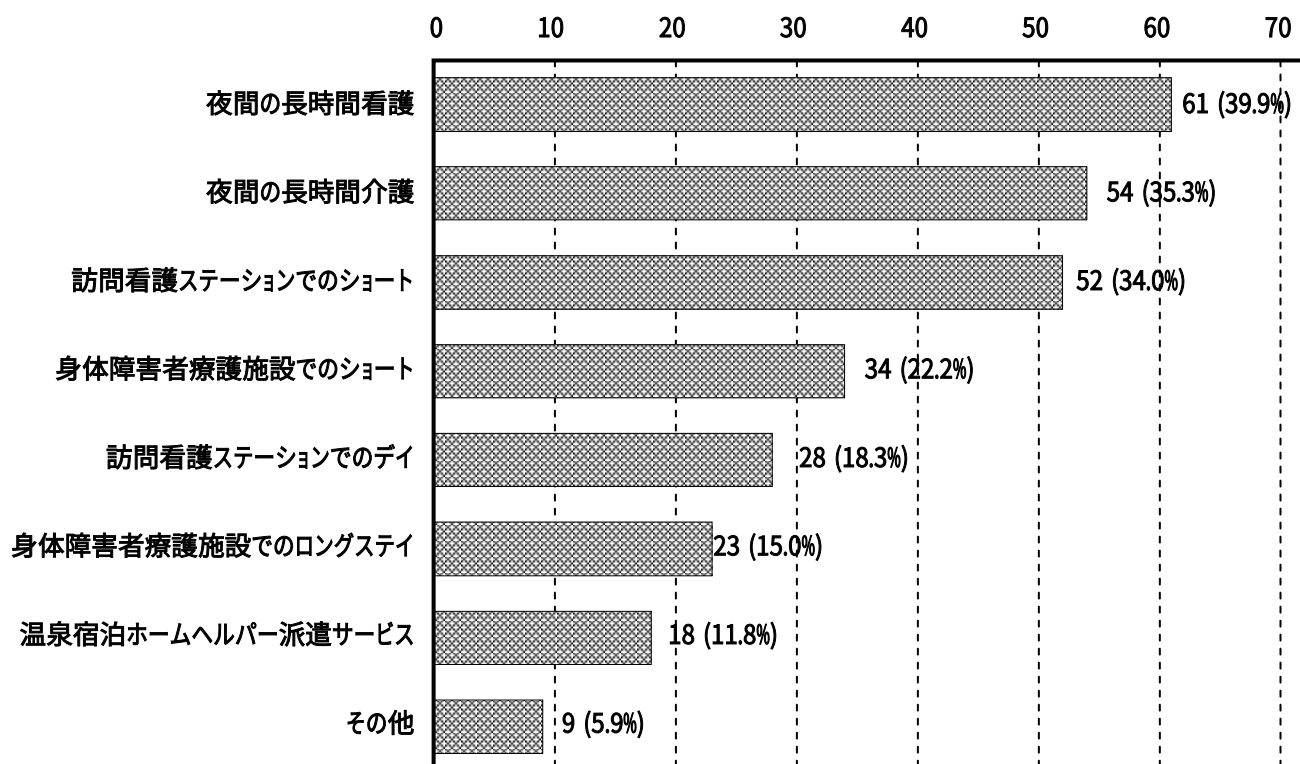


表1-9 問19-1 増えたほうが良いと思うサービス - その他 (表記のまま)

土・日祝日をたまに利用するのですが利用代金が高い。30分→2,000円
ヘルパーさんに連れてもらって、車で外出したい、墓参り等
人工呼吸器をつけていても断わらないで欲しいです
痰の吸引(ヘルパー)
訪問入浴サービス
訪問看護を中心して行きたい
移送サービス(車椅子でそのまま乗り込める車で希望する所へ移送)
重病人はどの程度のサービスを受け入れてもらえるのでしょうか
問20がEというのはおかしいこの項目は非常に大事な事である問19で2に○をつけた者を無視していると思う。2に○をつけた人こそ取り上げてほしいと思うEが問20とはいくら考えてもおかしい
冠婚葬祭の時に、長時間訪問看護師が看護してくれる(急な依頼)
土、日、祭日に長時間診てくれる
通院や入院時に、慣れたヘルパーさんについてほしい。 (2～3時間でいいので)(家族だけでは食時などの時不便)
外出サポート専門施設があれば良いと思います。入院中を含めて3年8ヶ月外へ出てません。

図1-63 問21 サービスの利用- 介護保険・身体障害者支援費両制度の全体的評価
(n = 355)

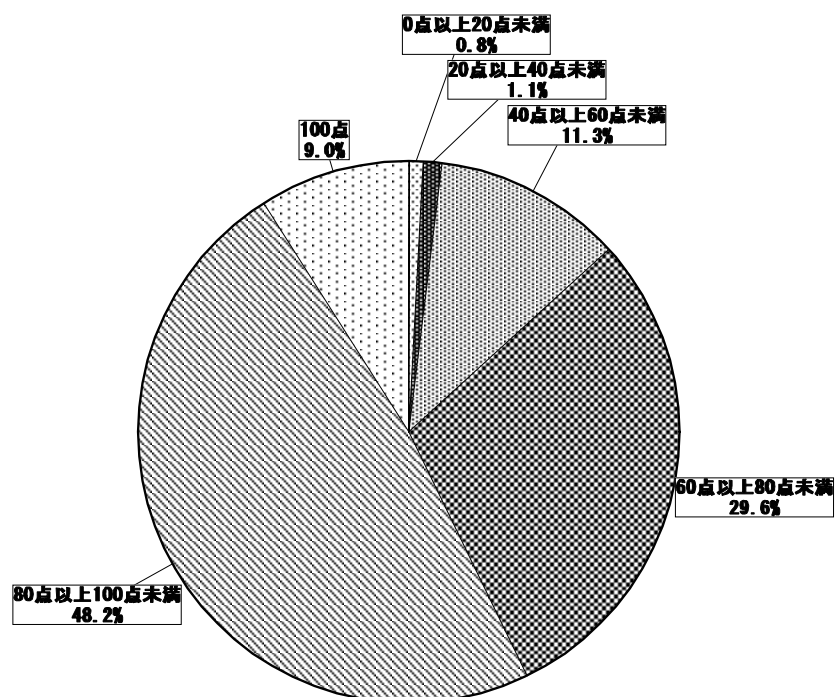


図1-64 問22 サービスの利用- 1ヶ月間あたり介護保険自己負担金
(n = 314)

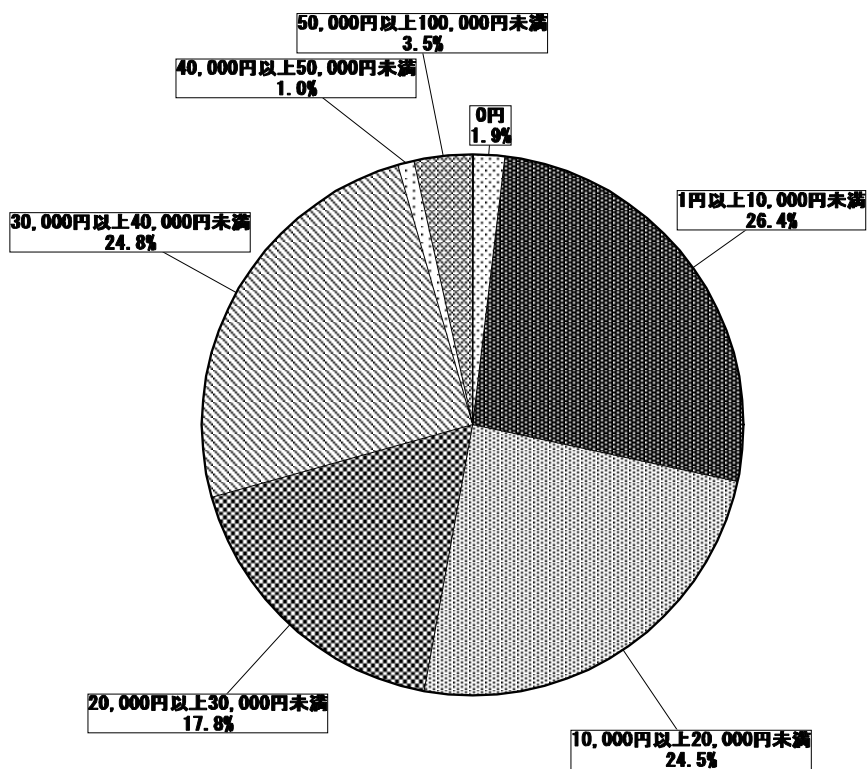
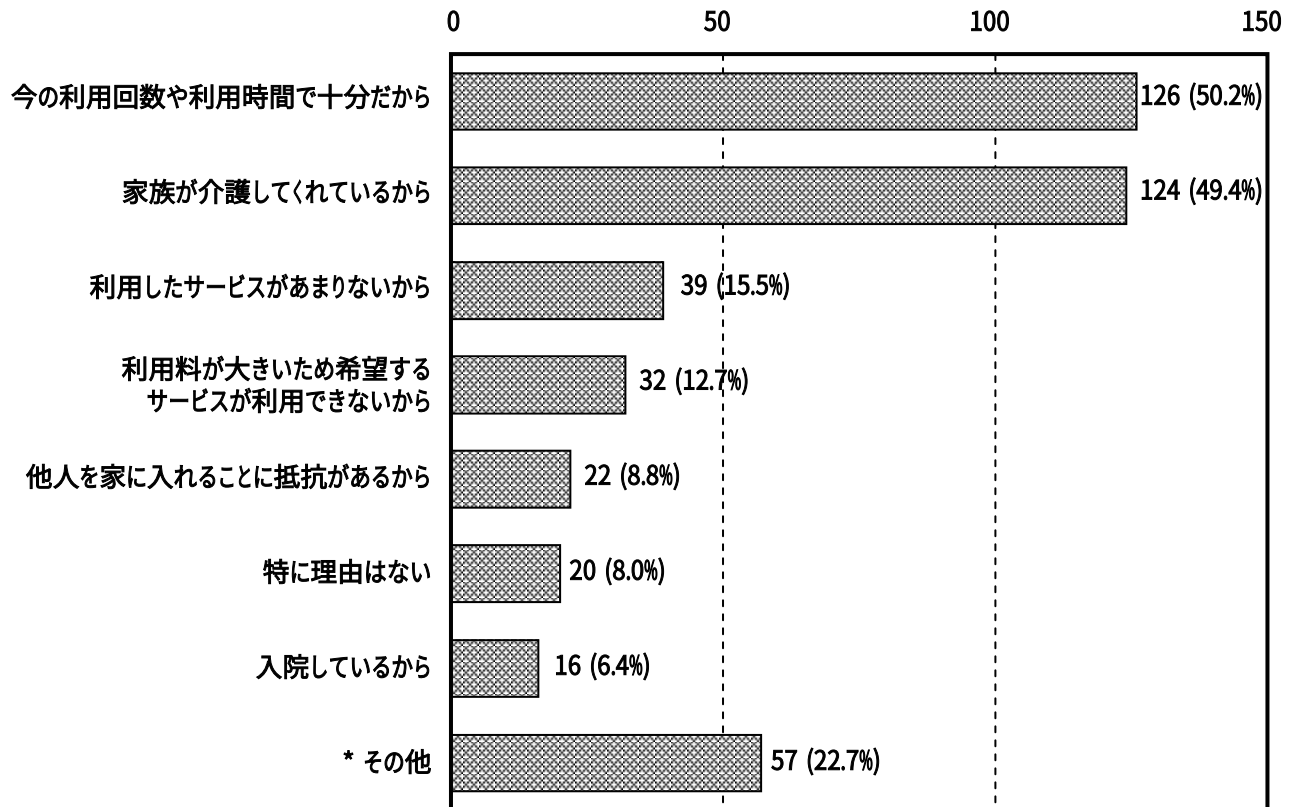


図1-65 問22-1 限度額まで利用していない理由
(n = 251, 複数選択, 回答者中の割合)



* 回答内容は本節末尾に収録

図1-66 問23 サービスの利用- 料金の妥当性
(n = 343)

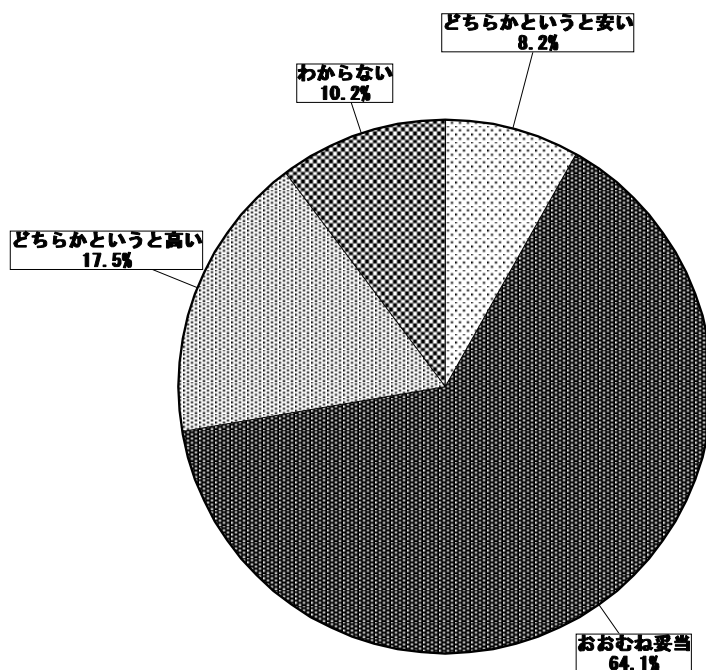


図1-67 問24 全額自己負担でも今後利用したいサービスがあるか
(n = 395)

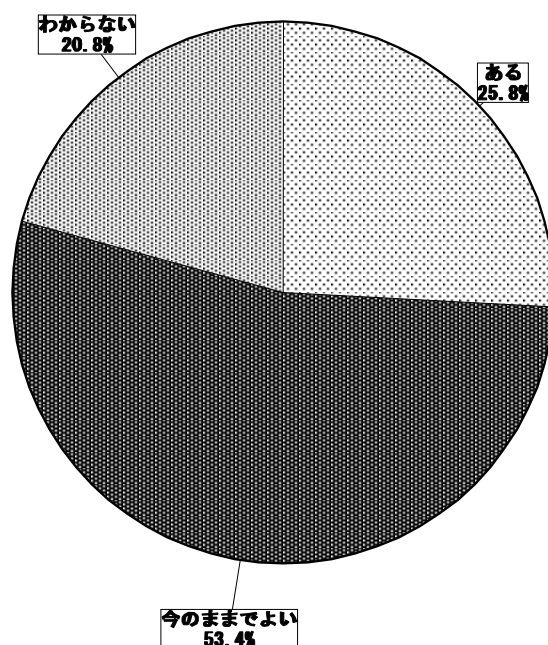


図1-68 問24-1 全額自己負担でも利用したいサービス
(n = 53, 複数選択, 問24「ある」回答者中の割合)

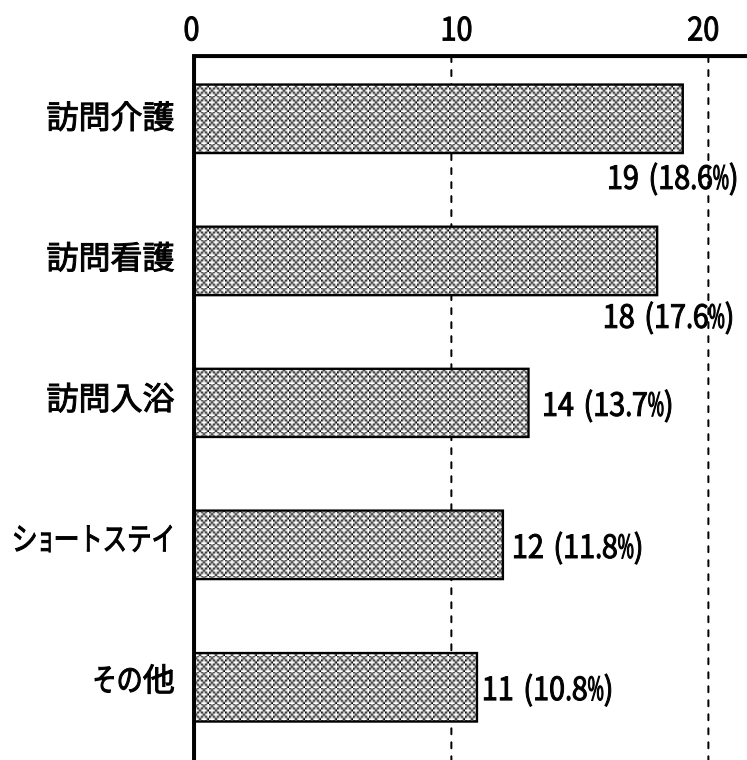


表1-9 問24-1 全額自己負担でも
利用したいサービス - その他
(表記のまま)

リハビリまでやってくれるところ
訪問リハビリ
デイサービス
土、日、祭日、正月、も 訪問看護制又はホームヘルパー制
ヘルパーを利用できない 介護者のためのお手伝い(家族のこと)
早朝・夜間吸引(介護でも看護でも可)
夜間訪問介護
患者交流会や会合に同行して貰う
・吸引ができるホームヘルプサービスで長時間 ・看師の長時間の滞在
自己負担ではもうできない
○留守番してくれるサービスがない
○タンを取ってもらえない
○病人を施設の整った所へ 連れて行ってあげたい(温泉・旅行)
○前からの予約ではなく、 突然の事でも対処してくれる施設
家族(介護者)の体調が悪い時に 24時間対応してくれる人が必要な時

図1-69 問25 介護者の外出の頻度
(n = 363)

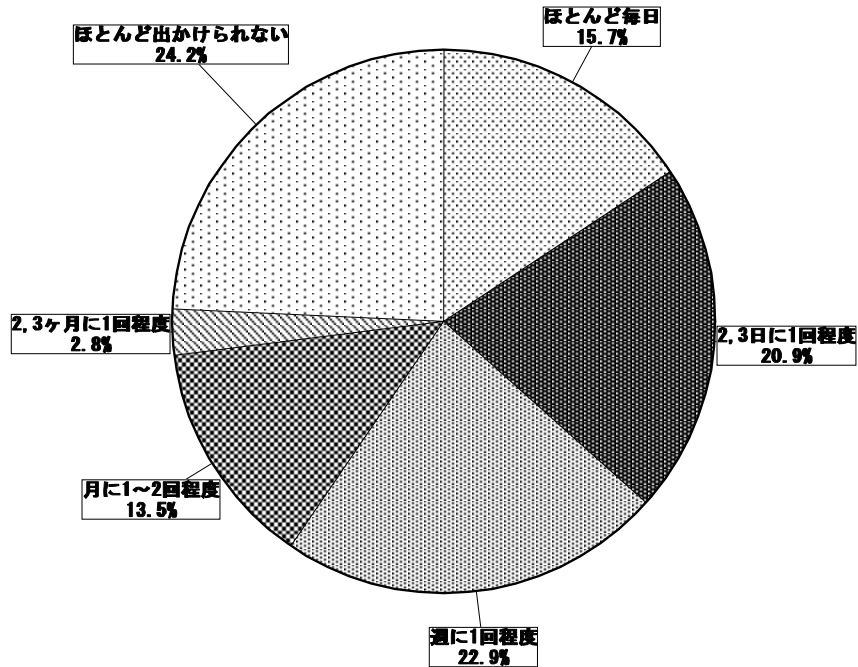


図1-70 問26 介護者の頼りになる近くにいる人
(n = 375, 複数選択, 回答者中の割合)

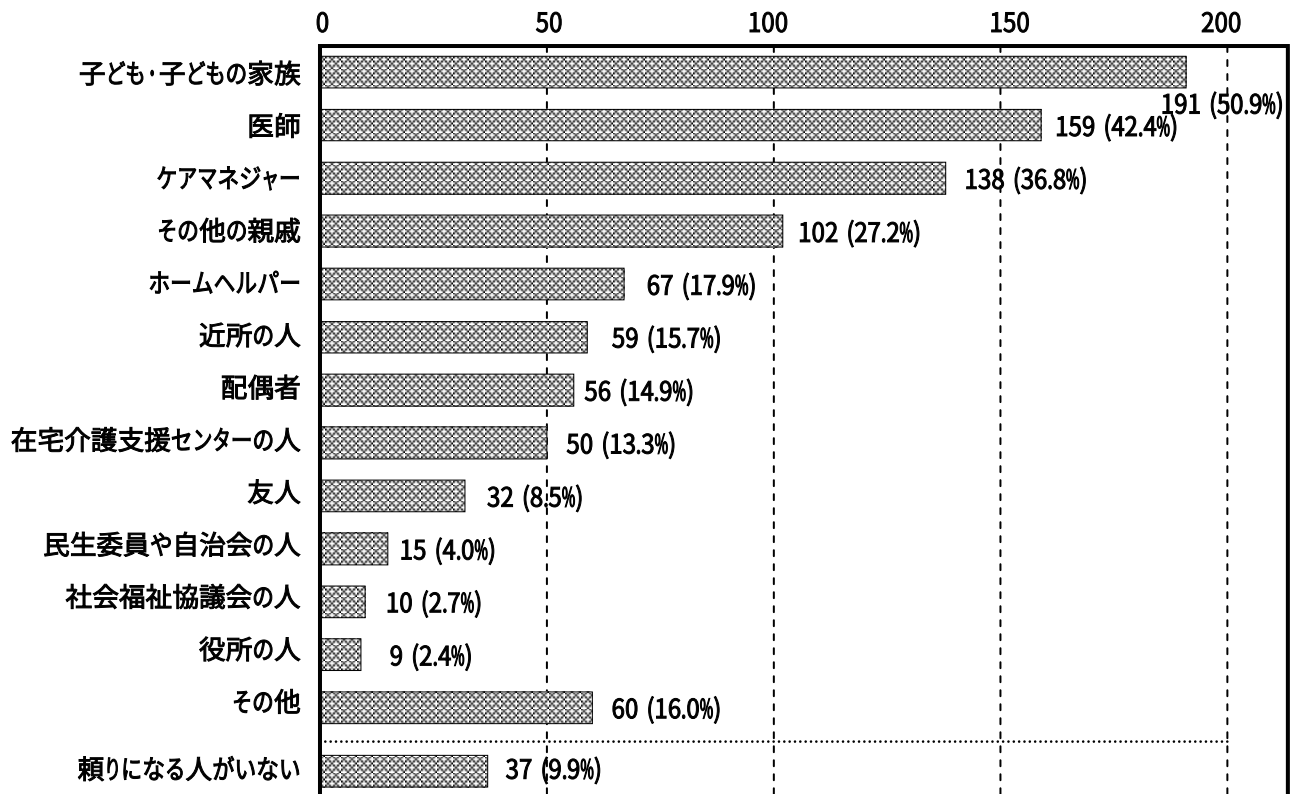


表1-10 問26 介護者の近くにいる、頼りになる人・その他（表記のまま）

家族

家族以外はなし
兄、姉など
兄弟
姉
実父、実母、実妹
知人
父、母
妹
両親
昨年7月に娘ムコが転勤になり近くに帰ってくれたそれまでは誰もいなかった娘も2才の子供を連ての移動でたいへんだったと思う

他

通院にタクシー利用
・常時利用している介護人
ALS協会の事務局長さん
ケアハウス職員
ボランティア
家政婦
介護人
家族を介護する可能性は無い
個人差の大きい病のようで、分からない
タンを取れる人でなければいけないのでいつでもお願いするという事は出来ないタンを取れない為私がある時に手伝って下さる方は大勢います。

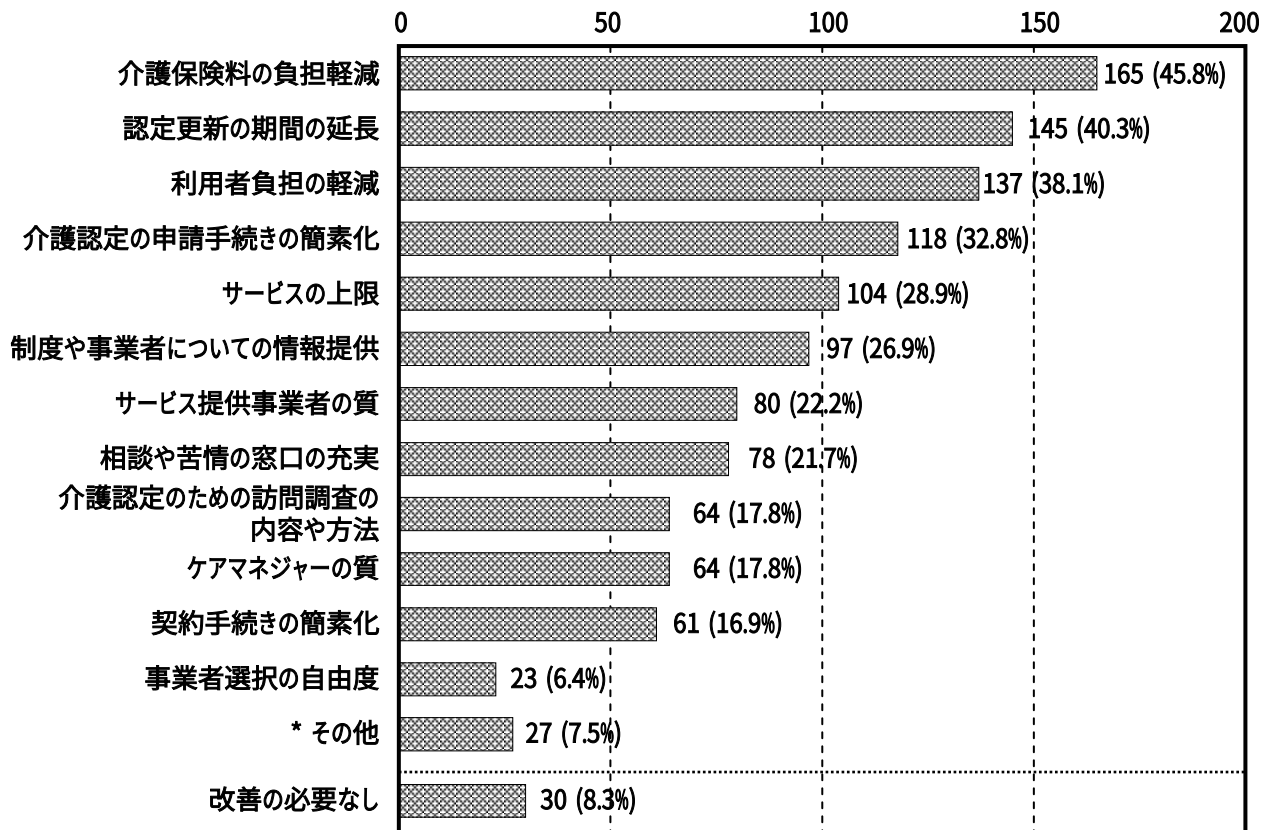
看護師

訪問看護師 (11)
看護師さん
看護師
看護師さん (2)
訪問看護の看護師さん
訪問看護の人 (師)
訪問看護の方
訪問看護師さん
訪問看護師さん
訪問看護婦さん
訪問の看護師
病院の訪問看護
訪問看護 (4)
訪問Ns
訪問看護ステーション (3)
訪問看護ステーションがあります
訪問看護ステーション電話連絡
訪問看護センター
緊急の場合はかかり付けの病気にtelしますと看護師がすぐに対応してくれます。訪問看護師さんが電話で指示をしてくれる。

保健師

県の保健婦
保健師さん
保健婦
保健婦さん
保健センター、NS、保健師

図1-71 問27 保険制度 - 改善してほしいと思う点
(n = 360, 複数選択, 回答者中の割合)



* 回答内容は本節末尾に収録

図1-72 問28 保険制度 - 任意保険に付随する介護費用給付割合の拡大
(n = 359)

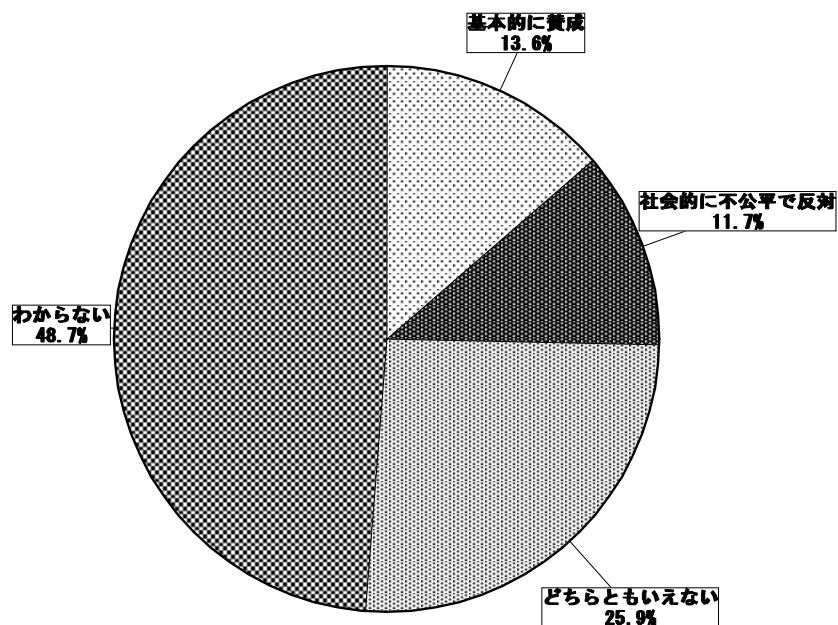
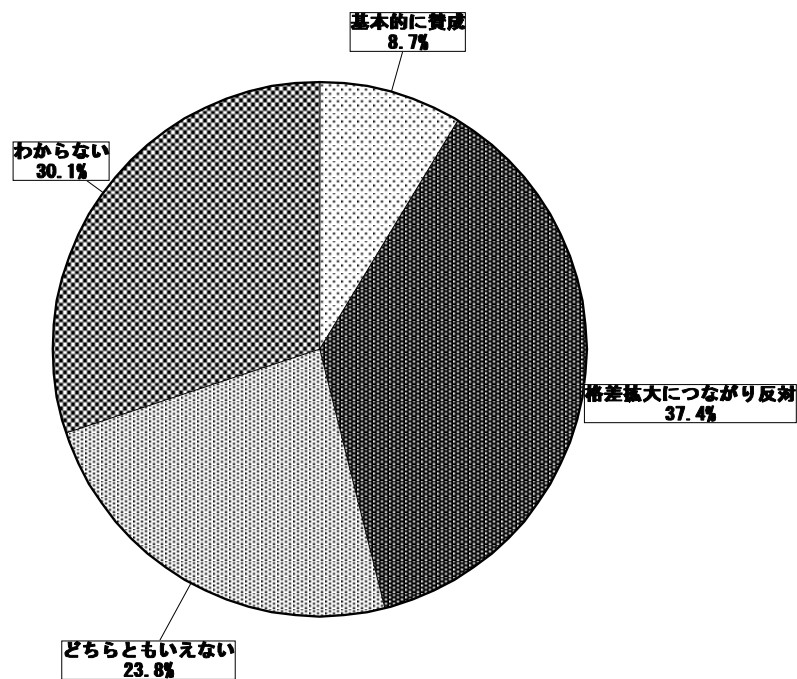


図1-73 問29 保険制度 - 越境入所の自己負担増について
(n = 369)



平成 16 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）
『24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業』

アンケート調査ご協力をお願い

【はじめに】

医療依存度の高い重症高齢者等の療養者のご家族の居宅での生活は、医療内容の密度の濃さとともに、介護の内容もその質の高さと量の多さには圧倒的なものがあります。この医療依存度の高い重症高齢者等の療養者の居宅生活にはさまざまな制約があることが、私たちが平成 15 年度におこなった「重症高齢者等の 24 時間安心在宅介護提供に関する研究事業」によって明らかとなりました。特に週 60 時間を越える身体介護時間（看護と介護の総時間数：介護保険と支援費等の併用）を必要とする療養者は、レスパイトケアを受けたいと願っても、その医療状況と身体介護状況の特異性が一般的な介護保険施設の受入れ態勢に適合しないために、これらの施設を利用していないあるいはできないことがわかったのです。

ではレスパイトケア的入院として、一時的に病院に入院したときに、そこでは手厚い介護を連続的に受けられるのでしょうか。病院に果たして理想の介護が存在するのかも考えなければなりません。

そこで、このたび平成 16 年度「24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業」で、重症高齢者等の療養者の方々に 24 時間安心なレスパイトケアを提供するためには、どのような工夫が必要なのかを調査いたしたいと考えております。

現行制度にとらわれず、自由な発想で真に療養者のご家族にとって良いものを一緒に考えてゆきたい所存です。何卒宜しくお願い申し上げます。

【目的】

重症高齢者等の 24 時間安心レスパイトケアのためのアンケート調査です。

【内容】

キーワードはレスパイトケア。別紙にあります重症高齢者等のモデル A、B の 6 泊 7 日にわたるレスパイトケアをおこなうにあたって、全国介護保険事業所に対して意向調査をおこないます。

【調査の実施主体】

仙台往診クリニック

この調査は、厚生労働省の研究費により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）がおこなうものです。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】

ご回答は無記名で結構です。得られた結果が貴事業所を特定されるデータとして公表されることはありません。もしご回答者を特定できた場合でも、調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理され、みだりに用いられることはありません。研究を開示する際も、貴事業所を特定するような氏名、イニシャル、住所等の情報は公表しません。また、この結果を本研究事業の目的以外に用いることはございません。

【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今後貴事業所に何らかの不利益が生じることは全くございません。

- ◇ 以上この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 ◇

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することを同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【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○をつけるか直接ご記入ください。設問によって、「1つ」「あてはまる番号いくつでも」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直接ご記入ください。
2. 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、

3月25日(金)までにポストに投函してください。(郵送料はかかりません)

3. 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。

問合せ先

24 時間介護を要する重症高齢者等の
どこでも安心生活環境提供に関する研究委員会
事務局（仙台往診クリニック内） 担当：伊藤・佐藤
TEL 022-376-3680(平日 9～18 時) FAX 022-303-1336 (24 時間)
e-mail ansin24h@ahtr.gr.jp

【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。

【回答のための順序】

この療養者モデル A とモデル B は実際に居宅生活をおこなっています。したがってこの方にとっては以下の①②③は当然なのですが、④の問題が持ち上がりました。そこで⑤以下の態勢整備が必要になりました。皆さん一緒に考えてゆきましょう。

- ① 居宅がもっとも安全で居心地がよい。
- ② 家族がもっとも安心。
- ③ 居宅にくるいつもの医療、看護、介護サービスの担当者が家族の次に安心。
- ④ でも家族の疲労軽減のためには、家族を休ませなければならない。(レスパイトケアが必要)
- ⑤ 介護している場所を変更するならどこがよいか。
- ⑥ 家族が介護に加わらないのなら、だれが介護を継続するのがよいか。
- ⑦ 医療の質と量を維持する。
- ⑧ 現在おこなわれているケアの質を維持する。さらに家族が関与しない分を担当するケアの量が増える。
- ⑨ ⑤⑥の組み合わせを考えましょう。
- ⑩ ⑦⑧を保障しましょう。
- ⑪ ⑨⑩に必要な費用を考えましょう。

まずモデル A の居宅における生活内容をよく把握した上でお答えください。

問 1 からすぐに書き始めず、すべての問いに目を通したあと、総合的に判断してそれぞれの順位をつけてください。

問 1. 場所の提供：この家庭にレスパイトケアを提供するにあたり、以下のどの場所がより適しているでしょうか。

1. 急性期病院への入院 2. 療養型施設への入院 3. 老人保健施設でのショートステイ	4. グループホームでのショートステイ 5. 旅館ホテルや温泉でのショートステイ 6. 自宅のままで家族は関与しない
--	--

1 番 _____ 2 番 _____ 3 番 _____ (適していると思われる順にご記入ください)

問 1-1. この順序になった理由をご記入ください。

問 2. サービス担当者の提供：この家庭にレスパイトケアを提供するにあたり、担当者の選定が適している順に並べてください。この担当者は問 1 のどの場所へも赴くことが可能であるという前提です。

1. 主として現在居宅支援をおこなっている 担当者とそのサービス事業所 2. 1 に加えて他の事業所や施設内の担当者 も参加できる	3. 主として居宅から移動した新しい場所（病院 や施設）の担当者に任せる 4. 3 に加えて現在のサービス担当者も参加でき る
--	--

1 番 _____ 2 番 _____ 3 番 _____ 4 番 _____ (適していると思われる順にご記入ください)

問 2-1. この順序になった理由をご記入ください。

問 3. 問 1 と問 2 が満足されるためには、居宅からどの程度の距離にレスパイトケアの場所があることが理想ですか。理想の順に並べてください。

1. 小・中学校学区 2. 市・区・町・村区域	3. 都・道・府・県区域 4. 県境を超えて可
----------------------------	----------------------------

1 番 _____ 2 番 _____ 3 番 _____ 4 番 _____ (適していると思われる順にご記入ください)

さあ、貴殿が考えた理想のレスパイトケアの場所とサービス担当者が決まりました。



問 4. ①問 1.場所、②問 2.サービス担当者、③問 3.距離 の各設問の中から選択しすべてを理想的にかなえてくれる最適な組み合わせをご記入ください。

最適な組み合わせ	①	②	③
----------	---	---	---

問 4-1. この組み合わせにされた理由をご記入ください。

問 5. モデル A では居宅生活における医療と介護にかかる総費用の理想の値が提示されています。貴事業所に①場所の提供、または②サービス担当者の提供の要請がきました。理想の費用を参考にして 6 泊 7 日のレスパイトケアをおこなう場合にどのように対処しますか。

- ・レスパイトケアのすべてを必ずしも単独の事業所で受け持つ必要はありません。貴事業所でできる範囲の内容でお考えください。
- ・ここでは医療保険、介護保険、支援費等の区分は必要ありません。貴事業所の必要金額をご記入ください。

問 5-1. 場所・サービス担当者のいずれか または両方の提供をおこなうことができますか

- ・はい → 問 5-2 および 問 5-3 にご記入ください。
- ・いいえ → どちらの提供も不可能な場合は理由をご記入ください。

・どちらの提供も不可能な理由

問 5-2. 場所の提供が可能：他事業所のサービス担当者が、24 時間ケアのために貴事業所に滞在することを許可することが前提となります。

・何室用意できますか： _____ 室
・何日利用可能ですか： _____ 日
・一室あたりの必要金額はいくらですか： 最低 _____ 円 から 最高 _____ 円まで
・収益を確保するために、この部屋の 1 ヶ月の最低稼働率は _____ % が必要

- ・ 貴事業所が 問 5-2 をおこなう前に用意すべきことは何でしょうか。

問 5-3. サービス担当者の提供が可能：貴事業者のサービスケア担当者が、ケア提供の場所に出向くことになります。

・ 何人配置できますか： _____ 人（総人員の _____ %） ・ 何日サービスを提供できますか： _____ 日 ・ 一人あたりのケア時間数は何時間ですか： _____ 時間 ・ 必要時間の時間単価はいくらですか： 最低 _____ 円 から 最高 _____ 円まで
--

問 6. 問 5.まで記入が終わりました。そこでおうかがいします。このようなサービス提供が可能となるために、この療養者の主治医に求める最も重要なことはどのようなことでしょうか。

問 7. 問 6.まで記入が終わりました。あらためて問 4.の質問についてもう一度お尋ねいたします。モデルAのレスパイトケアを充分におこなうことができるとしたなら、①問 1.場所、②問 2.サービス担当者、③問 3.距離 の各設問の中からすべてを理想的にかなえてくれる最適な組み合わせを選択してください。

最適な組み合わせ	①	②	③
----------	---	---	---

※問 4. の回答欄にすでに記入していただいた内容を変更する必要はありません。

次にモデルBの居宅における生活内容をよく把握した上でお答えください。

問 8 からすぐに書き始めず、すべての問いに目を通したあと、総合的に判断してそれぞれの順位をつけてください。

問 8. 場所の提供：この家庭にレスパイトケアを提供するにあたり、以下のどの場所がより適しているでしょうか。

1. 急性期病院への入院 2. 療養型施設への入院 3. 老人保健施設でのショートステイ	4. グループホームでのショートステイ 5. 旅館ホテルや温泉でのショートステイ 6. 自宅のままで家族は関与しない
--	--

1 番 _____ 2 番 _____ 3 番 _____ （適していると思われる順にご記入ください）

問 8-1. この順序になった理由をご記入ください。

問 9. サービス担当者の提供：この家庭にレスパイトケアを提供するにあたり、担当者の選定が適している順に並べてください。この担当者は問 1 のどの場所へも赴くことが可能であるという前提です。

1. 主として現在居宅支援をおこなっている 担当者とそのサービス事業所	3. 主として居宅から移動した新しい場所（病院 や施設）の担当者に任せる
2. 1 に加えて他の事業所や施設内の担当者 も参加できる	4. 3 に加えて現在のサービス担当者も参加でき る

1 番 _____ 2 番 _____ 3 番 _____ 4 番 _____ (適していると思われる順にご記入ください)

問 9-1. この順序になった理由をご記入ください。

問 10. 問 8 と問 9 が満足されるためには、居宅からどの程度の距離にレスパイトケアの場所があることが理想ですか。理想の順に並べてください。

1. 小・中学校学区	3. 都・道・府・県区域
2. 市・区・町・村区域	4. 県境を超えて可

1 番 _____ 2 番 _____ 3 番 _____ 4 番 _____ (適していると思われる順にご記入ください)

さあ、貴殿が考えた理想のレスパイトケアの場所とサービス担当者が決まりました。



問 11. ①問 8.場所、②問 9.サービス担当者、③問 10.距離 の各設問の中からすべてを理想的にかなえてくれる最適な組み合わせを選択してください。

最適な組み合わせ	①	②	③
----------	---	---	---

問 11-1. この組み合わせにされた理由をお書きください。

- 問 12. モデル B では居宅生活における医療と介護にかかる総費用の理想の値が提示されています。貴事業所に①場所の提供、または②サービス担当者の提供の要請がきました。理想の費用を参考にして 6 泊 7 日のレスパイトケアをおこなう場合にどのように対処しますか。
- ・レスパイトケアのすべてを必ずしも単独の事業所で受け持つ必要はありません。貴事業所のできる範囲の内容でお考えください。
 - ・ここでは医療保険、介護保険、支援費等の区分は必要ありません。貴事業所の必要金額をご記入ください。

問 12-1. 場所・サービス担当者のいずれか または両方の提供をおこなうことができますか

- ・はい → 問 12-2 および 問 12-3 にご記入ください。
- ・いいえ → どちらの提供も不可能な場合は理由をご記入ください。

・どちらの提供も不可能な理由

問 12-2. 場所の提供が可能：他事業所のサービス担当者が、24 時間ケアのために貴事業所に滞在することを許可することが前提となります。

・何室用意できますか： _____ 室
・何日利用可能ですか： _____ 日
・一室あたりの必要金額はいくらですか： 最低 _____ 円 から 最高 _____ 円まで
・収益を確保するために、この部屋の 1 ヶ月の最低稼働率は _____ % が必要

・貴事業所が 問 12-2 をおこなう前に用意すべきことは何でしょうか。

問 12-3. サービス担当者の提供が可能：貴事業者のサービスケア担当者が、ケア提供の場所に出向くことになります。

・何人配置できますか： _____ 人（総人員の _____ %）
・何日サービスを提供できますか： _____ 日
・一人あたりのケア時間数は何時間ですか： _____ 時間
・必要時間の時間単価はいくらですか： 最低 _____ 円 から 最高 _____ 円まで

問 13. 問 12.まで記入が終わりました。そこでおうかがいします。このようなサービス提供が可能となるために、この療養者の主治医に求める最も重要なことはどのようなことでしょうか。

問 14. 問 13.まで記入が終わりました。あらためて問 11.の質問についてもう一度お尋ねいたします。モデル B のレスパイトケアを充分におこなうことができるとしたなら、①問 8.場所、②問 9.サービス担当者、③問 10.距離 の各設問の中からすべてを理想的にかなえてくれる最適な組み合わせを選択してください。

最適な組み合わせ	①	②	③
----------	---	---	---

※問 11. の回答欄にすでに記入していただいた内容を変更する必要はありません。

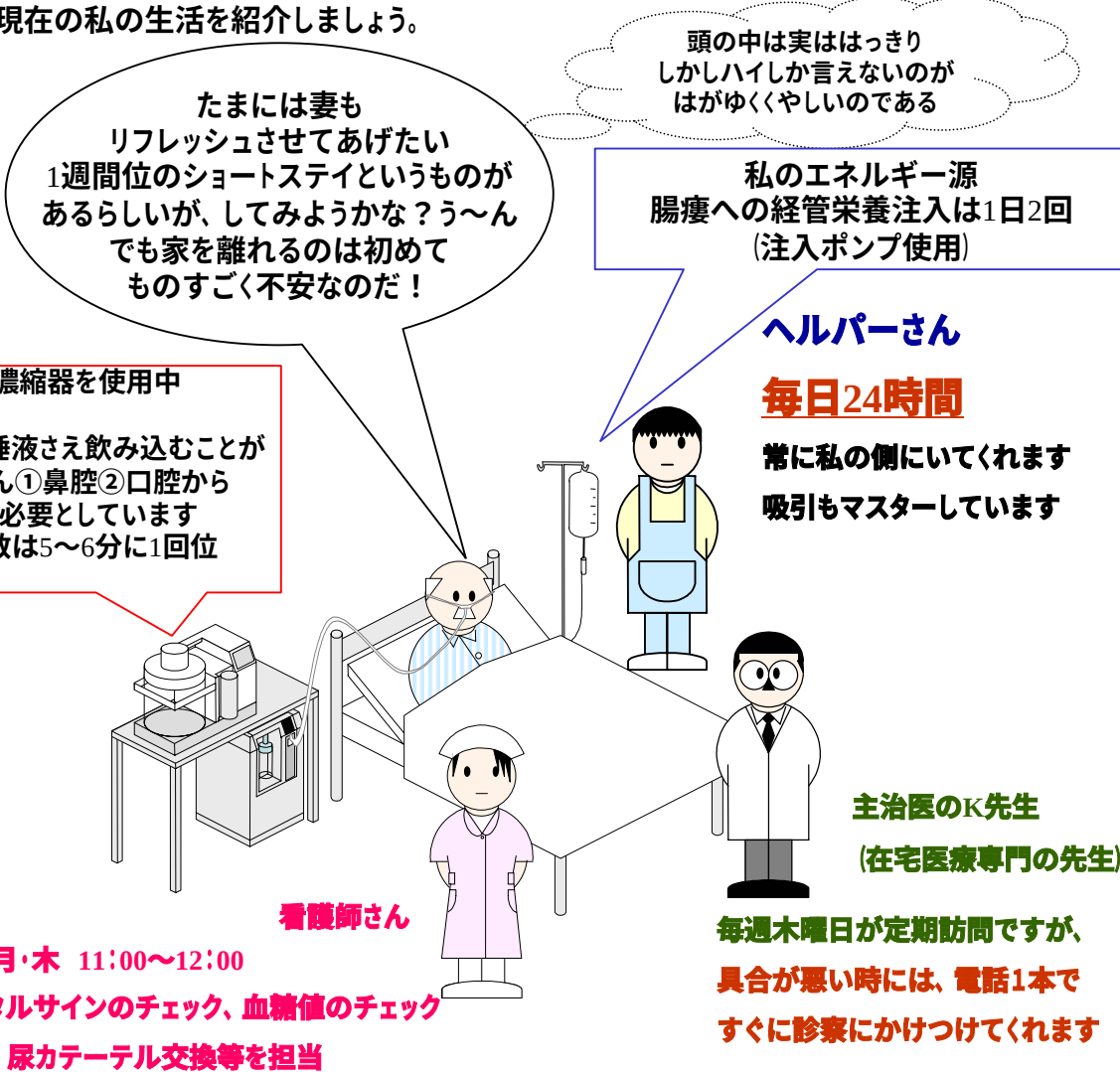
問 15. 最後におうかがいします。

医療的重症度が高く、かつ介護の質の高さと量の多さを同時に求められる療養者のためのレスパイトケアが、今後充分におこなわれるためには何が必要でしょうか。
ご意見を自由にお書きください。

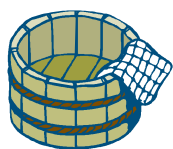
～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

モデルA 《自己紹介》

私は87歳、5年前に脳出血のため寝たきりの状態になりました。80歳の妻と二人暮らしです。糖尿病、狭心症も合併、1日2回の血糖値測定、インスリン注射を必要としています。一時は気管切開も検討されましたが、妻が反対（私ももちろん嫌）、吸引が命綱になっています。妻も年なので、全日訪問介護を利用しています。要介護5の認定を受け、身体障害者手帳1級を持ち、支援費制度も利用しています。現在の私の生活を紹介します。



②拘縮予防の為週2回訪問リハビリテーションを受けています



私の楽しみ ⇒ 週2回の入浴サービス
昔の様に湯治場で温泉につかりたいなあ



月1回
歯科医師による訪問も利用

※介護保険のサービスはケアマネージャーが調整



お薬は調剤薬局の薬剤師さんが配達してくれます



外出はリクライニング車椅子とリフトカーが必要

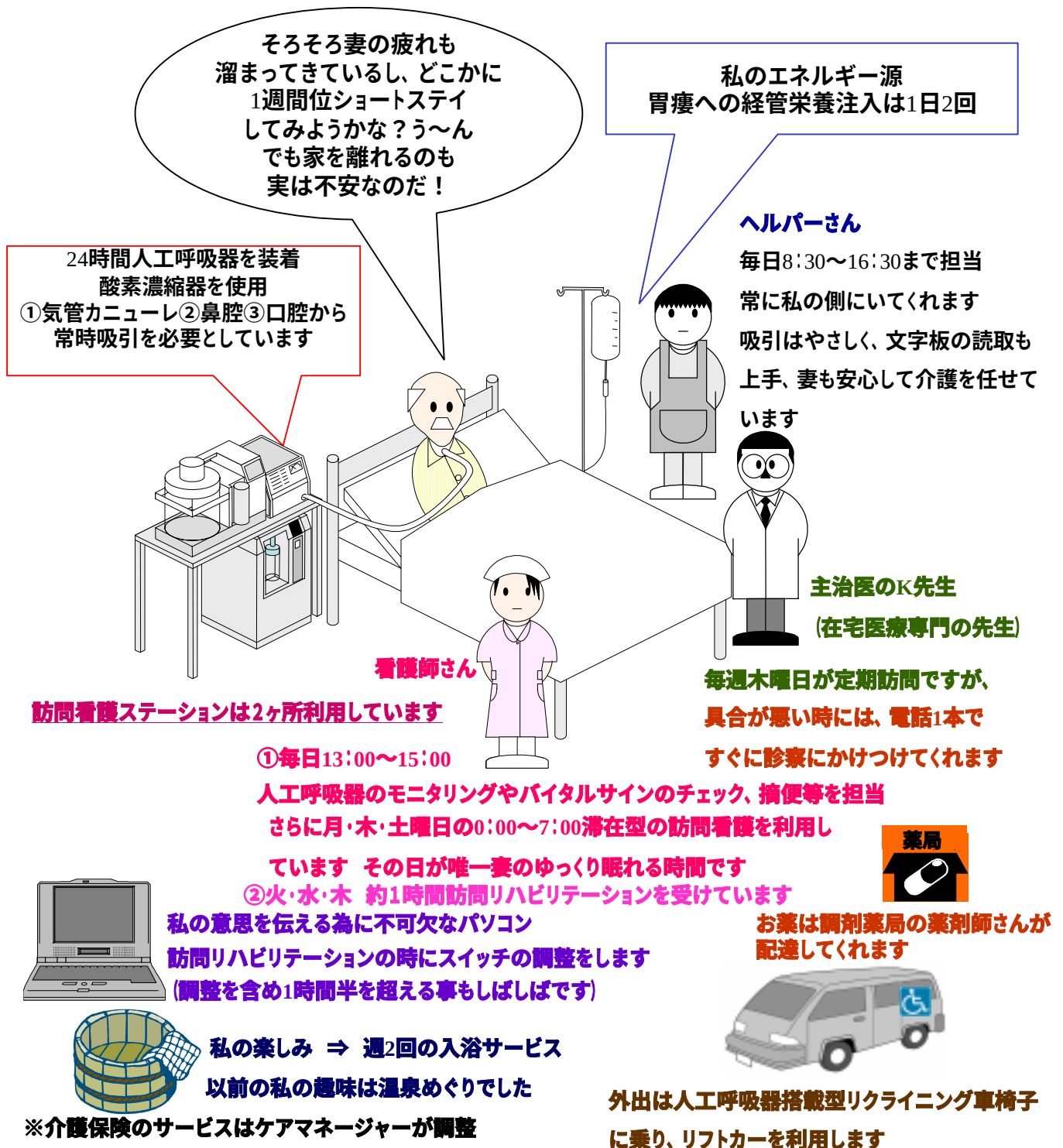
私の在宅生活を支える療養費用は約270万円／月です

モデルA 介護記録の一部

9:00	訪問・ご挨拶・引継ぎ 朝のご挨拶の際には、本日の日付、時間 お天気をお知らせしました ニコッと笑顔を返してくれました	12:20	経管栄養準備 清拭の後の疲れのためか、うとうとし 始めました
9:10	おむつチェック、床ずれ防止用踵パット・ 肩甲骨パットのずれチェック、シーツ、 バスタオルのしわ、ずれチェック	12:23	経管栄養注入 注入ポンプ滴数の調整
9:20	吸引	12:35	吸引（咳）
9:26	CDをかける	12:57	吸引（咳）
9:30	マッサージ開始（上半身） 首筋、肩、背中にかけて、痛いところは 何処ですか？問いかけながら、そこを重 点的にもみほぐす 好きな音楽が流れているのでリラック スした表情で、とても嬉しそうに耳を傾 けていらしゃいました 今日は気分が良さそうで、お返事もかな りしっかり「ハイ」と答えていただきま した	13:02	検温
9:49	タッピング 身体がかなり痛そうなので、右、左と身 体を傾け、背中に風を入れ、タッピング の回数を増やしました	13:08	ドライシャンプー準備
9:57	吸引	13:10	おめざめ シャンプーを希望されるかお伺い
10:00	マッサージ一旦中止 検温、心臓の薬の貼替	13:13	フケ取り、ブラッシング、 頭皮マッサージ、ドライシャンプー とても気持ち良さそうで、再びうと うとされました
10:08	吸引	13:22	吸引（咳）
10:12	マッサージ再開（下半身） 腰、足、足裏等もみほぐす	13:30	ドライシャンプー終了、洗顔、吸引
10:25	吸引	13:55	吸引
10:30	経管栄養終了イルリガートル片付け 定期薬腸瘻より注入	14:00	吸引
10:45	吸引（咳） うとうと眠りに入られたので、CDの音を 消して見守り	14:03	午後のマッサージ開始 痛いところを聞き出しながらそこを 重点的にもむ、マッサージをしながら 世間話、再び眠りに入られたので、 好きな音楽を音量を低くしておかけ しました
10:55	吸引、看護師訪問	14:35	吸引
11:05	吸引	14:58	吸引、マッサージ終了
11:10	清拭・着替え準備（防看さんと2人体制）	15:15	吸引
11:15	前日下剤を注入したので、排便 本日の便の状態はコロコロ便→普通便→ 軟便で、中等量でした	15:20	吸引
11:38	陰部洗浄、おむつ交換	15:35	吸引（咳）2回
11:42	吸引	15:45	吸引（咳）、検温
11:45	全身清拭、腹帯、パジャマ着替え	15:57	吸引
11:55	吸引	16:00	口腔ケア準備
12:00	全身点検して軟膏塗布	16:10	口腔ケア（低圧持続吸引器を使用） 歯みがき、虫歯点検、イソジン消毒
12:08	吸引、清拭終了後片付け（防看さん終了） 着替えの合間に看護師さんと駄洒落を言 っていたら、声を上げて笑って下さいま した	16:23	吸引
12:16	吸引（咳）	16:45	口腔ケア終了、吸引（咳）
		16:50	タッピング
		16:55	吸引
		17:00	髭剃り、洗顔準備
		17:03	吸引（咳）
		17:05	髭剃り
		17:17	吸引（咳）
		17:20	洗顔、ローションでお肌を整え リップクリームを塗る
		17:28	吸引
		17:33	洗面用具後片付け
		17:40	経管栄養終了イルリガートル片付け 定期薬腸瘻より注入
		17:52	吸引
		18:00	夜間の担当者へ引継ぎ

モデルB 《自己紹介》

私は64歳、5年前にALS（筋萎縮性側索硬化症）と診断されました。58歳の妻と二人暮らしです。現在四肢は全く動きませんが、額に特殊スイッチを付けてパソコンを駆使、短歌を詠むのを趣味にしています。要介護5の認定を受け、身体障害者手帳1級を持っています。人工呼吸器を装着していますが、私の心は極めて自由です。現在の私の生活を紹介します。



私の在宅生活を支える療養費用は約200万円／月です

モデルB 介護記録の一部

8:30	モニタリング	11:28	洗濯する	14:21	散歩出発
8:33	点眼・目やに取り	11:30	昼食準備	14:37	吸引
8:34	文字盤で会話を行う	11:36	点眼	14:41	散歩より戻る
8:39	洗面準備	11:37	メガネかける	14:43	吸引
8:43	髭剃り	11:42	吸引	14:44	ベッドメイキング
8:47	顔拭き	11:43	パルスオキシメーター測定 (昼食時20分おき)	14:47	ベッドへ移動
8:50	吸引	11:44	散歩準備	14:52	バイタルチェック
8:52	化粧水塗布	11:49	手足マッサージ	14:54	吸引
8:53	頭皮確認	11:52	文字盤	14:56	点眼
8:54	頭拭く	12:02	パルスオキシメーター測定	14:58	散歩の片付け
8:55	ベビーオイル塗布	12:03	洗濯干し	15:00	上下肢運動補助
8:56	吸引	12:12	回路水切り	15:05	文字盤
8:57	リップクリーム塗布	12:13	吸引	15:17	上下肢運動補助
8:58	メガネ掛ける	12:22	パルスオキシメーター測定	15:28	吸引
8:59	回路水切り	12:35	点眼	15:29	体位交換
9:00	ギャッジアップ	12:44	パルスオキシメーター測定	15:30	タッピング
9:01	洗面片付け	12:45	吸引	15:32	体位交換
9:02	お茶準備	13:05	パルスオキシメーター測定	15:34	タッピング
9:07	胃瘻より水分補給	13:06	お茶準備	15:36	身体の位置移動
9:08	文字盤	13:10	水分補給(お茶)開始	15:37	吸引
9:10	掃除機がけ	13:20	水分補給終了	15:39	脱衣介助
9:25	吸引	13:21	片付け	15:43	クッションセット
9:26	吸引ビン洗浄	13:22	パルスオキシメーター測定	15:45	尿器セット
9:30	水分補給終了・片付け	13:23	吸引	15:46	タオルケット掛ける
9:34	ギャッジダウン	13:24	回路水切り	15:47	ギャッジアップ
9:35	吸引	13:28	点眼	15:49	回路水切り
9:36	点眼	13:45	吸引	15:51	水分(お茶)準備
9:37	洗髪・清拭・着替え準備	13:46	ベットギャッジ・ダウン	15:56	胃瘻より
9:49	回路水切り	13:47	クッション・		お茶注入開始
9:50	メガネはずす		タオルケットはずす	15:57	吸引
9:52	吸引	13:49	尿器はずす	15:58	点眼
10:02	洗髪開始	13:50	尿測、尿処理	15:59	メガネ掛ける
10:20	洗髪終了	13:52	更衣介助	16:02	吸引セット交換
10:21	吸引	13:57	メガネ外す	16:05	吸引
10:22	ドライヤーをかける	13:57	吸引	16:08	酒精綿作り
10:28	頭皮に化粧水つける	13:58	バイタルチェック	16:10	環境整備
10:29	尿測・尿処理	14:03	体位交換	16:12	お茶注入
10:36	吸引	14:04	タッピング	16:14	片付け
10:37	点眼	14:05	体位交換	16:15	吸引
10:38	全身清拭・Yガーゼ交換・	14:07	タッピング	16:23	洗濯物たたみ
	クリーム塗布・体位交換・	14:08	体位交換	16:28	文字盤
	タッピング・衣類交換・	14:10	吸引	16:28	回路水切り
	吸引3回	14:12	車椅子へ移乗		加湿器水補充
11:20	吸引	14:15	シーツ、マット干す	16:29	吸引
11:23	尿器セット	14:20	吸引		
11:27	後片付け				

図2-1 モデルA 問1 最適な場所
(n = 142, 1～3番を3～1点で評価し累積)

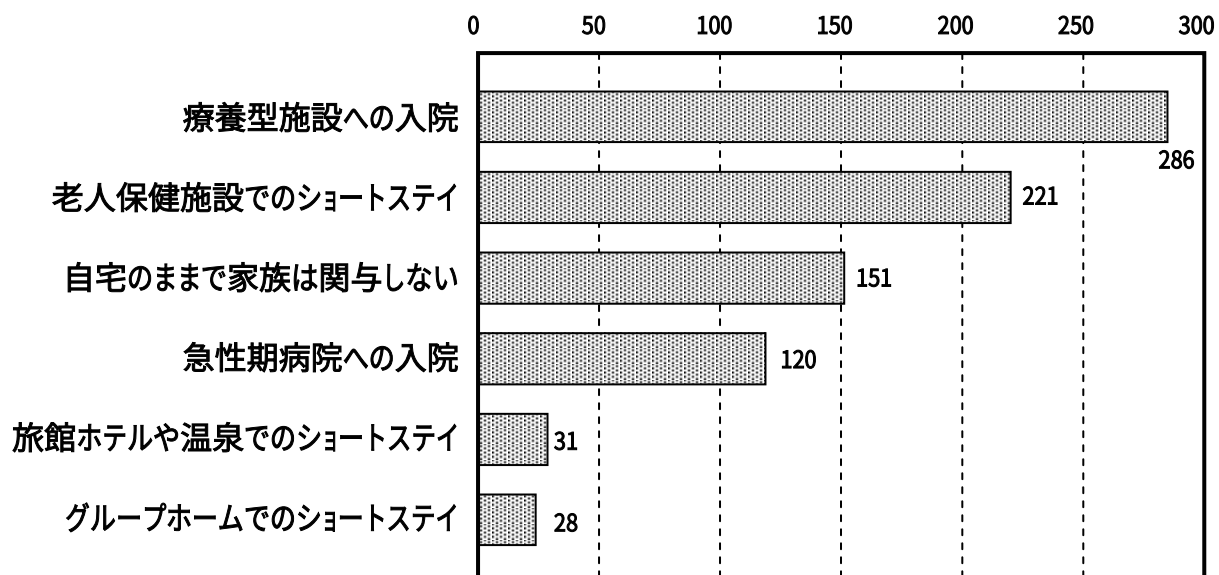


図2-2 モデルA 問2 最適な担当者
(n = 141, 1～4番を4～1点で評価し累積)

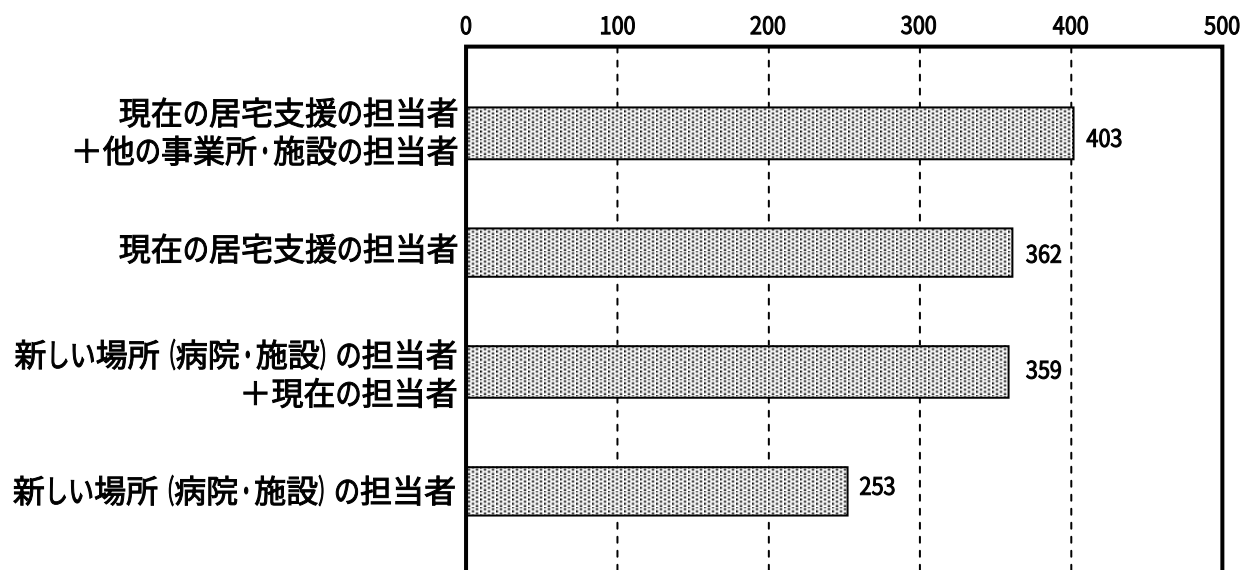


図2-3 モデルA 問3 最適な距離
(n = 140, 1～4番を4～1点で評価し累積)

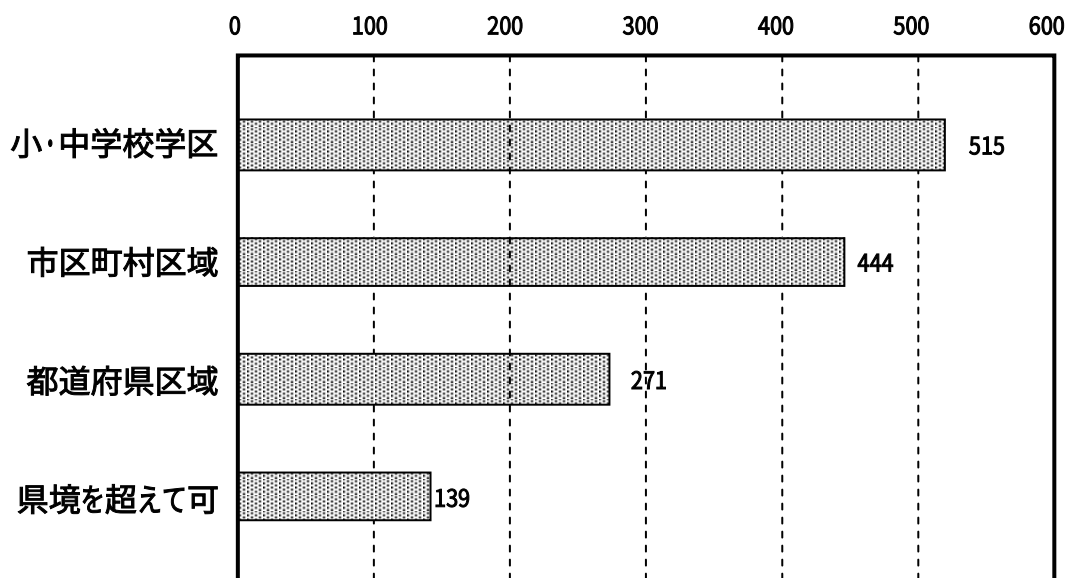


図2-4 モデルA 問4 最適な組合せの順位
(n = 128)

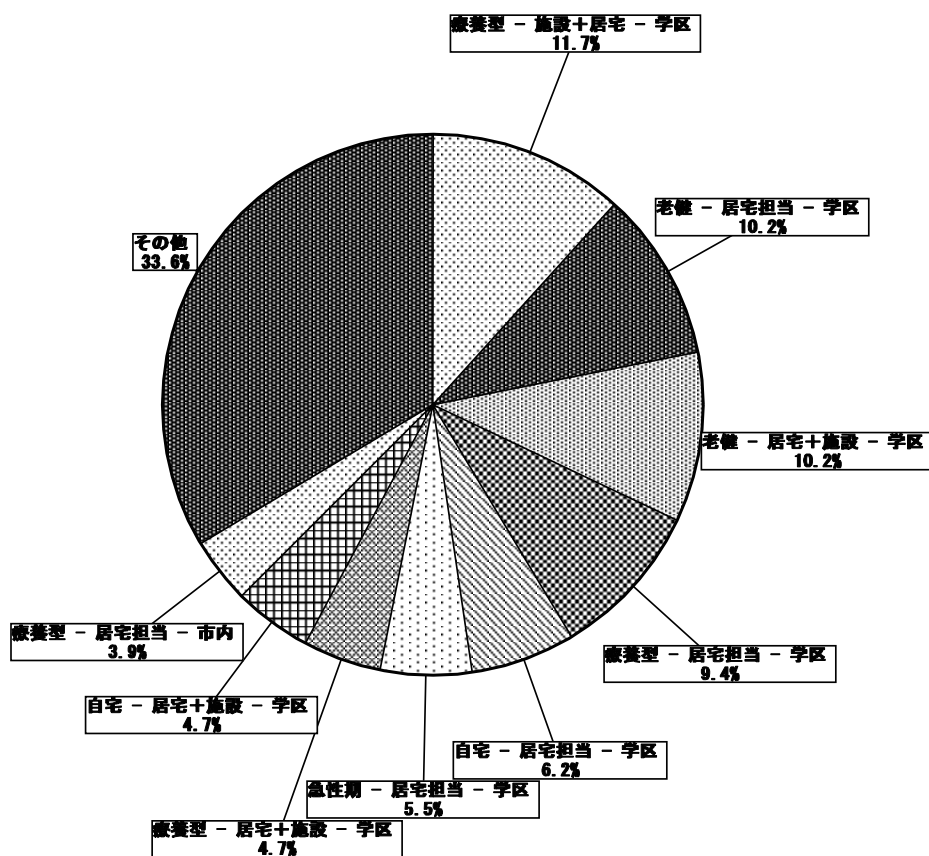


図2-5 モデルA 問4 最適な組合せ - 場所
(n = 131)

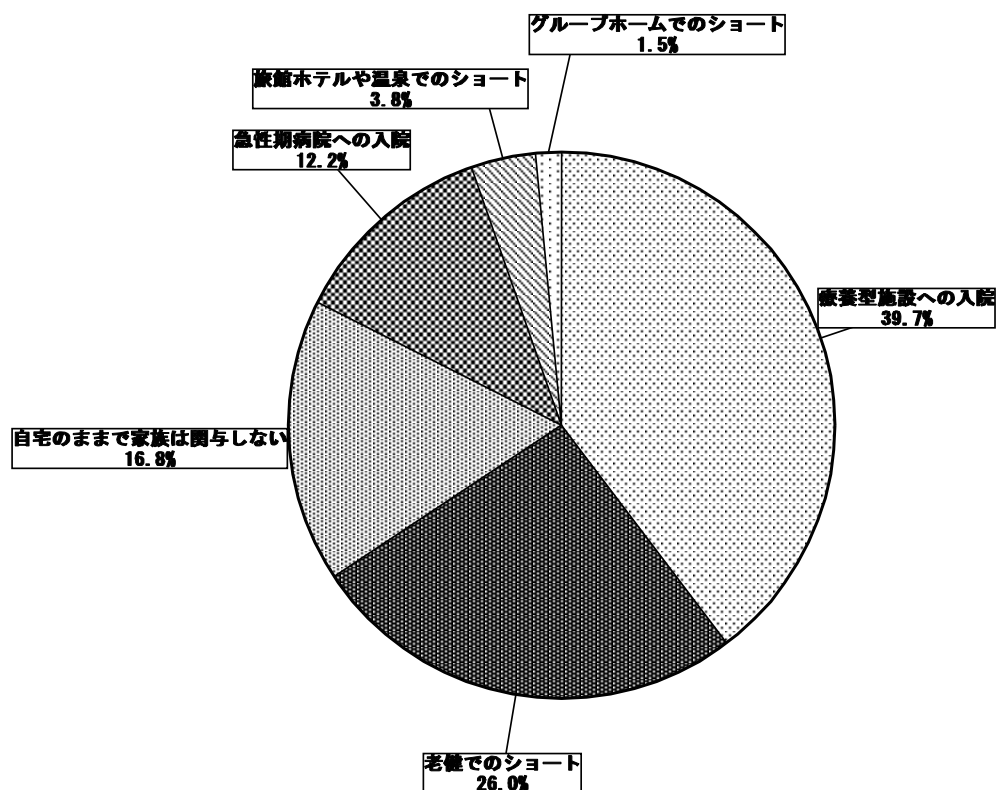


図2-6 モデルA 問4 最適な組合せ - 担当者
(n = 130)

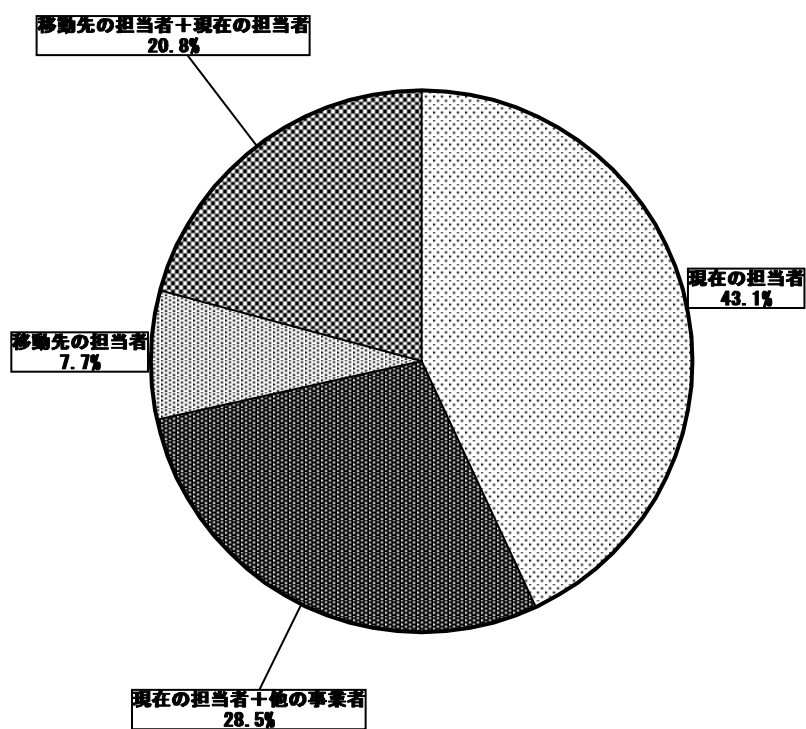


図2-7 モデルA 問4 最適な組合せ - 距離
(n = 130)

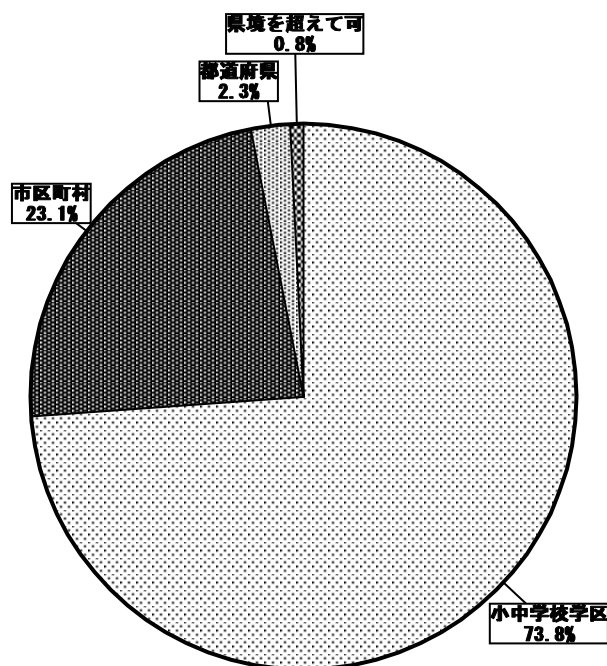


図2-8 モデルA 問5-1 このケースに対応できるか
(n = 135)

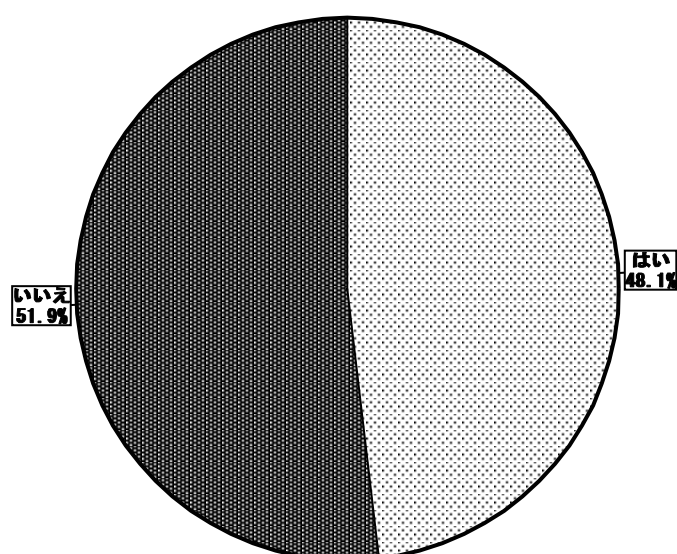


表2-1 モデルA 問5-2 場所の提供
(n = 22, 自由記載は表記のまま)

整理番号	室数	日数	最低	最高	稼働率	必要な用意
1	1	30	100,000	150,000	80	医と介の情報
5	1	2				
7	9	7	70,000	105,000	70	施設の確保
11						介護保険上特定の場合、他事業者が施設に出向きサービスをして もよいとの法改正が必要です。そのため用意出来ません。5-3も同 様です。他の施設には、出向けません。自宅に出向くとして。
22						職員のレスパイトケアについての研修、学習会、各部署のワーカー・ ヘルパー・看師、etc共通認識とする必要があります
32						24hの介護を目的とした付添等を行っていない為入所、入院した 施設にまかせます。
41	4	30	5,000	15,000		ニーズに応える為の環境整備をする
45						主治医からの情報提供書。又はご本人のADL、痴呆度等のわかる もの
46						・スペースの問題と、器材・器具(トイレ類、O2 Bed類、車、入浴、 食事、送迎する人材、シーツ等のリース、洗濯機
48	1	10	100,000	200,000	100	部屋の予約、確保、各種情報の提供を受ける。
58	1				90	利用者やご家族のご希望をどれ位、受け入れられるかを判断し、適 切な判断情報を提供し、利用の有無を確認(納得)してもらう
72	7	30			80	看護職員を若干ふやす必要がある
88	1	365		8,180		24H電源を必要とする器材の安全確保のための改修
89	1	7	6,250	8,750	95	
90						24時間ケアをしていく為の体制づくりを進めていく。
94	1	7	1,000	7,900		場所のみの提供となる。サービス担当の事業所、本人、家族との情 報支援
98	1	7	14,750			環境整備。スタッフの確保。事前学習。(研修)
103	1		10,000	30,000		受入れに必要な人的物的資源の確保と、各担当者内の打ちあわ せ
120	1	30	12,000	15,000	80	他事業所職員が施設に入ることにより、現在の利用者、家族に影 響がある(自費利用がどこまで可能になるのか、など)その部分の 整理が必要。
122	18	10	5,000	10,000	70	・職員配置・部屋の環境整備
126						施設の確保、スタッフの確保、運営費の確保、設備の充実等あらゆ ることに不足です。
144			5,000	10,000	25	
n	14	12	11	11	9	
平均	3.4	44.6	29,909	50,894	76.7	
標準偏差	4.7	97.2	37,703	65,219	20.7	
最小	1	2	1,000	7,900	25	
最大	18	365	100,000	200,000	100	
中央値	1	10	10,000	15,000	80	

表2-2 モデルA 問5-3 担当者の提供
(n = 63)

整理番号	人数	総人数%	日数	時間	最低単価	最高単価
2	4	60	7	3	1,500	2,000
3	3	20	3	5	1,500	2,000
5	2		2	6		
6	2	30	3	3	4,000	10,000
7	3	10	5	40	1,500	2,000
10	5	20	7	2	2,000	2,500
11	1	20	3	9	850	1,200
18	3	50	20	8	1,200	2,000
20	1	6	6	4		
22	2			2		
24	1			1	5,000	8,500
29	4	50	5	2		
31	1		3	9	10,000	20,000
32	1	8	7			
40	2	20	14	2.5	5,000	15,000
41	10	30	30	4.5	3,000	4,000
42	4		5	1.5	1,500	2,000
43	1	20		1	8,500	9,000
45	1			1		
46	1		4	8	12,500	
48	2	20	10	8	10,000	20,000
49	10	10		8	1,200	1,700
51	2	20			2,000	4,000
52	1		5		830	
53	2	50	8	1		
56				8	1,800	2,700
58	2	8	1	2	2,000	6,000
59	7	10	7			
60	4		365	8	1,600	4,030
64	2	20	7		8,300	10,000
66	10	30	30	24	2,500	4,000
67	2				830	
68	1		7	3	2,000	4,000
73	3	15	10	8	4,020	6,030
74	2	25		1.5		

整理番号	人数	総人数%	日数	時間	最低単価	最高単価
75	1			2		
88	5	5	365	8		1,300
89	2	4	5	5	1,500	2,000
91	5	10	6	4	1,600	2,000
92	1	20		1	8,000	10,000
93	1	30	7	1.5	12,000	20,000
98	3	25	7	5	1,300	
103	3	15	7	8	4,000	9,000
105	2		30	6	4,020	
106		40	3	1	8,300	11,980
107	6				1,300	1,800
109		10		8	2,000	2,500
111	3	10	6	6	4,020	4,020
115					8,400	12,200
116			7	4	8,300	12,500
119	1	10	7	1	8,300	8,300
120	1	5	30	8	16,000	20,000
121	1	20	7	8	8,500	10,000
122	10	30	10	8	1,000	1,500
123	5	10	3	7	1,400	1,750
125	4	20	365			
128	1	10		2	8,300	20,000
133	2	50	4	4	3,900	5,700
134	10	20	7	3.5	1,530	4,020
135	1	30	365	1.5	830	
137	1	12	4	1	2,000	5,000
144	5	10	20	2	1,500	2,000
145	0.5	20	7	4	9,000	
n	58	46	48	54	51	45
平均	3.0	21.0	38.5	5.4	4,355	6,894
標準偏差	2.6	13.6	98.7	6.1	3,743	5,863
最小	0.5	4	1	1	830	1,200
最大	10	60	365	40	16,000	20,000
中央値	2	20	7	4	2,000	4,020

図2-9 モデルA 問7 理想的な組合せの順位
(n = 118)

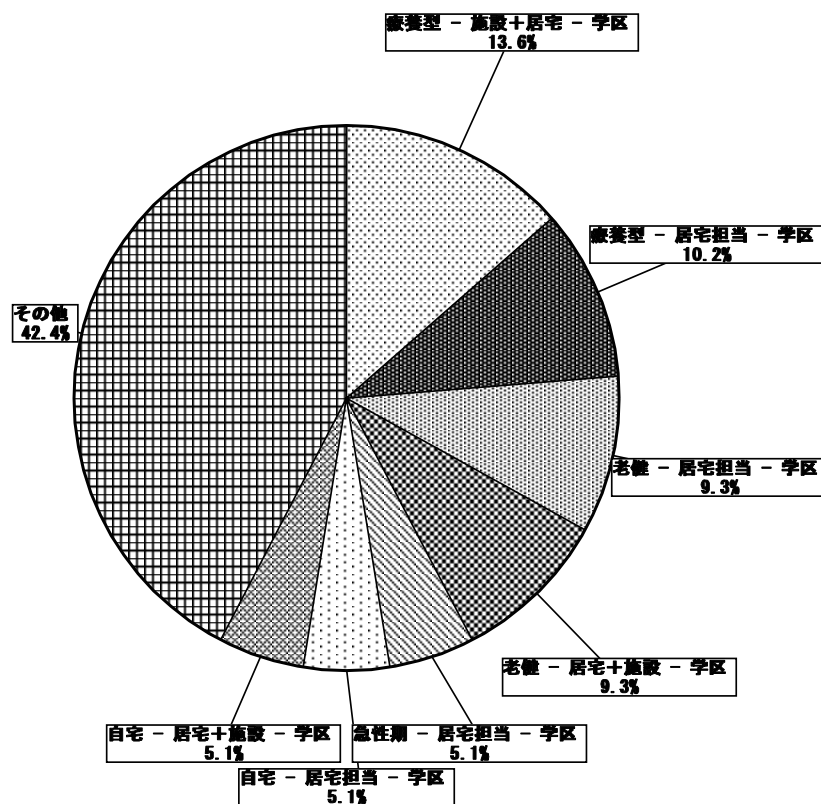


図2-10 モデルA 問7 理想的な組合せ - 場所
(n = 121)

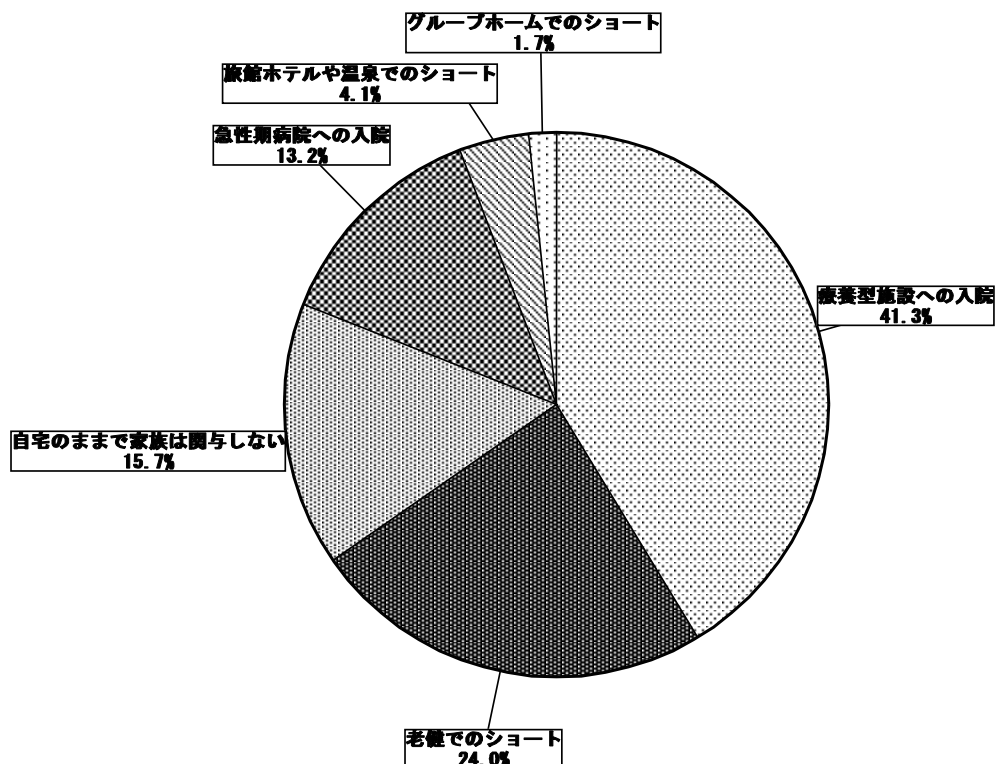


図2-11 モデルA 問7 理想的な組合せ - 担当者
(n = 120)

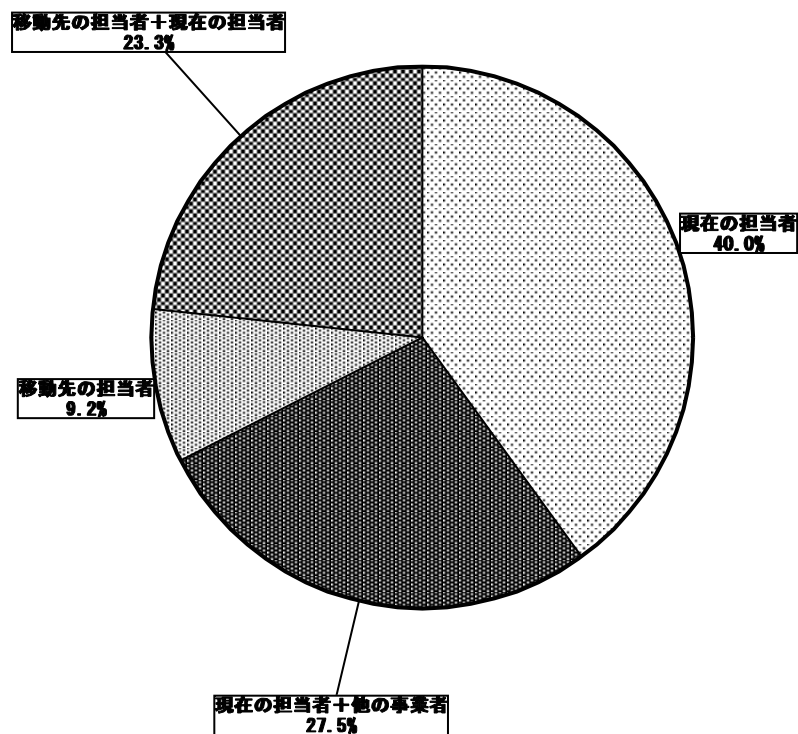


図2-12 モデルA 問7 理想的な組合せ - 距離
(n = 121)

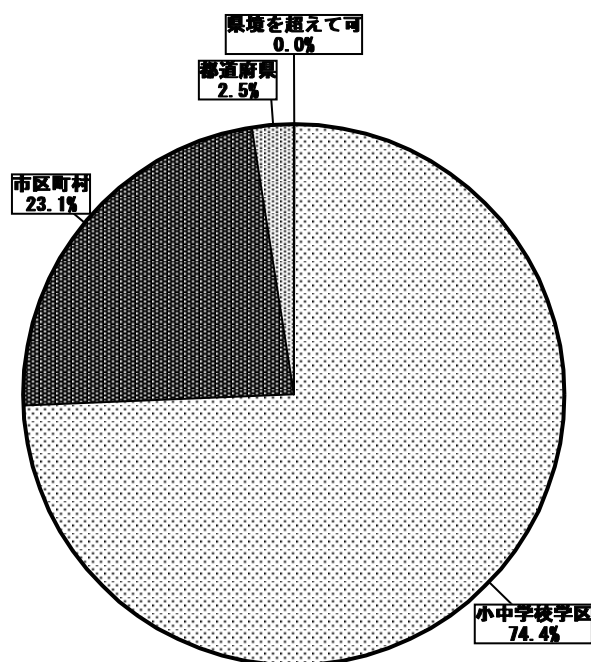


図2-13 モデルB 問8 最適な場所
(n = 132, 1～3番を3～1点で評価し累積)

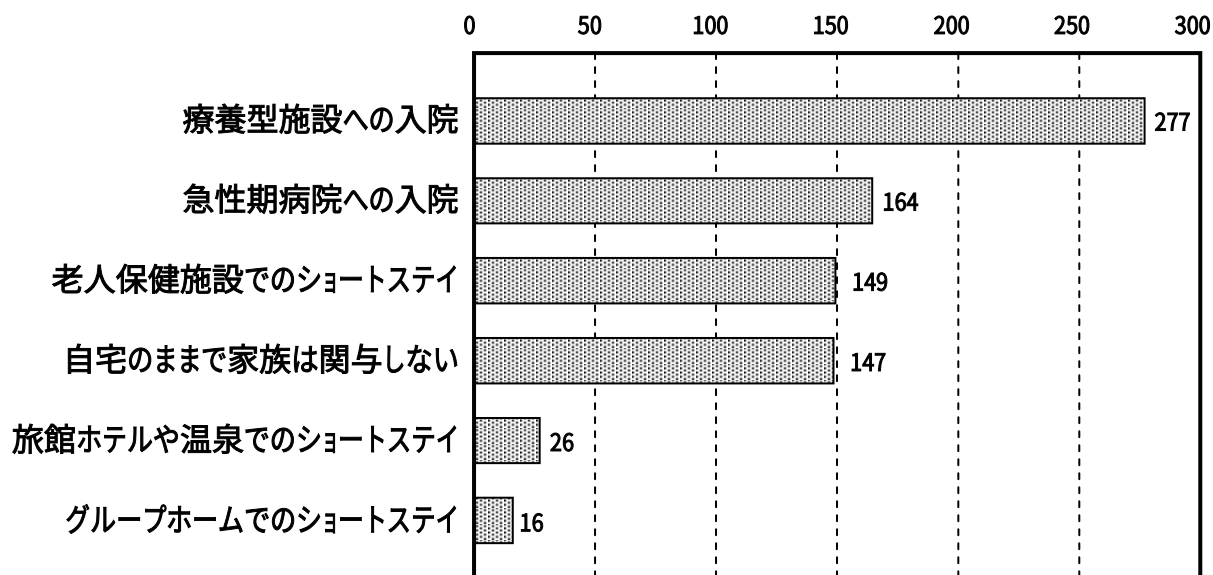


図2-14 モデルB 問9 最適な担当者
(n = 133, 1～4番を4～1点で評価し累積)

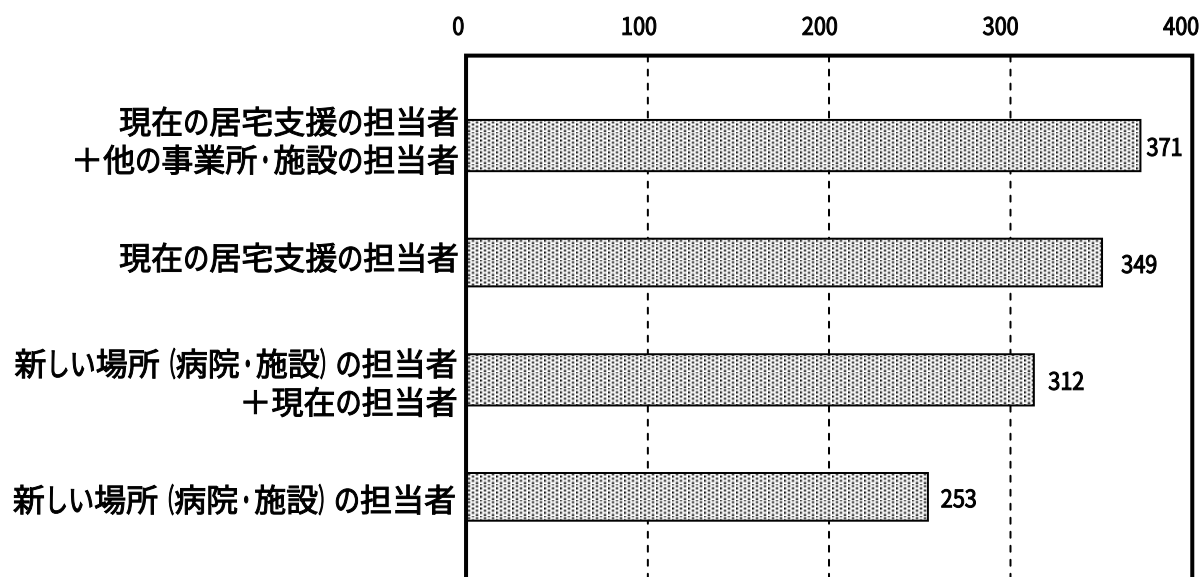


図2-15 モデルB 問10 最適な距離
(n = 132, 1～4番を4～1点で評価し累積)

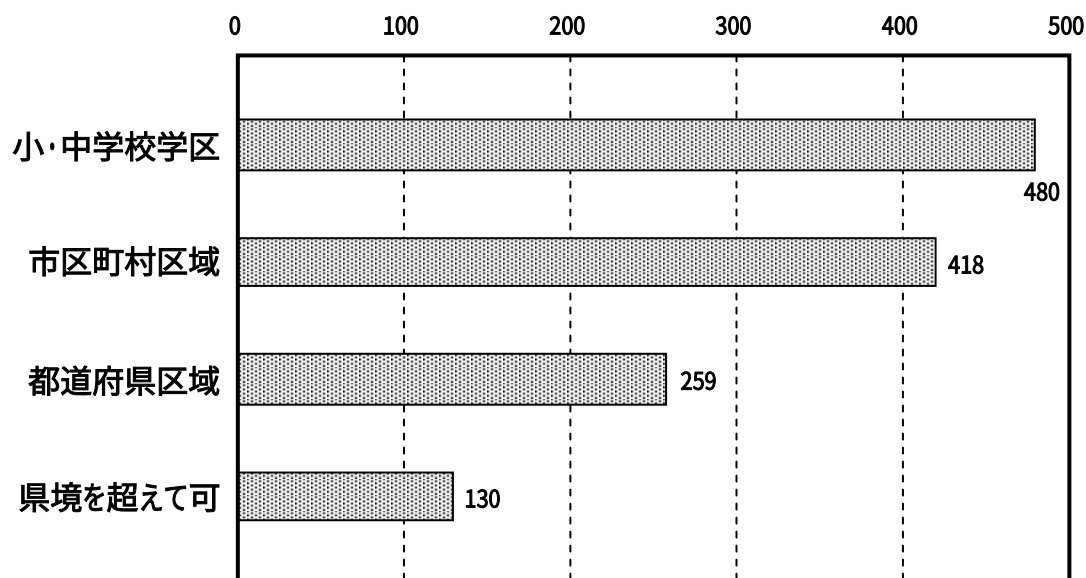


図2-16 モデルB 問11 最適な組合せの順位
(n = 111)

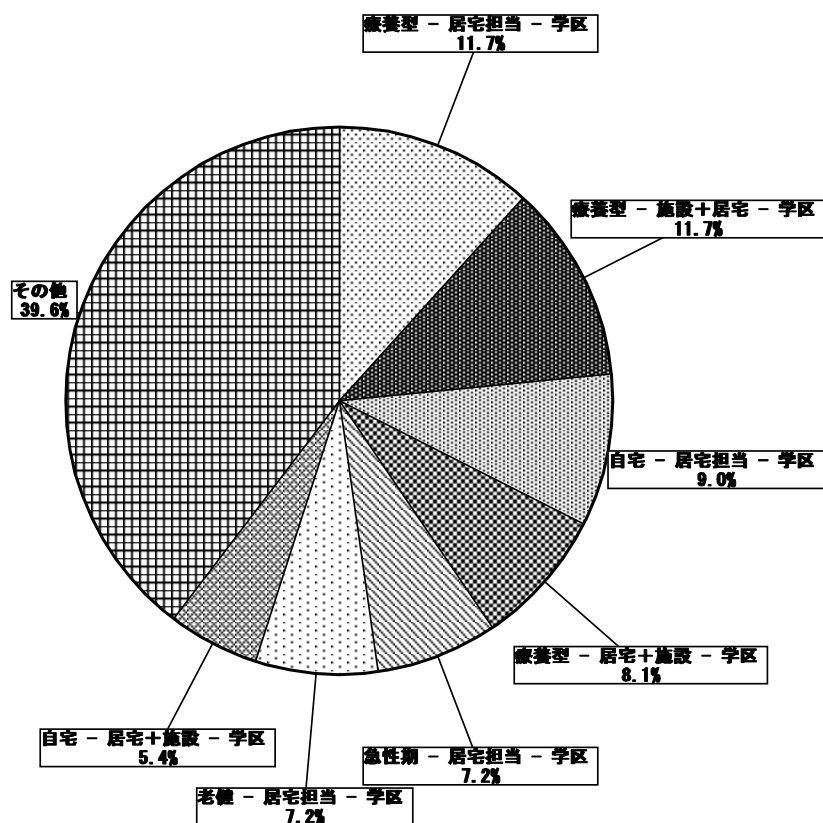


図2-17 モデルB 問11 最適な組合せ - 場所
(n = 113)

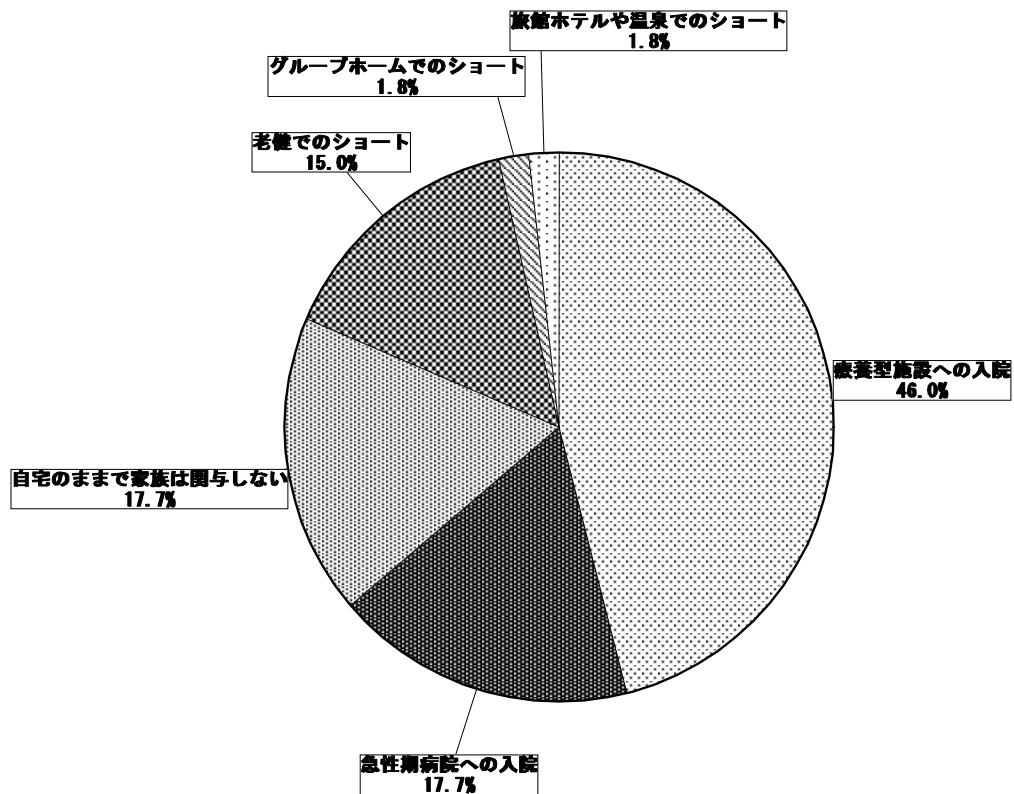


図2-18 モデルB 問11 最適な組合せ - 担当者
(n = 114)

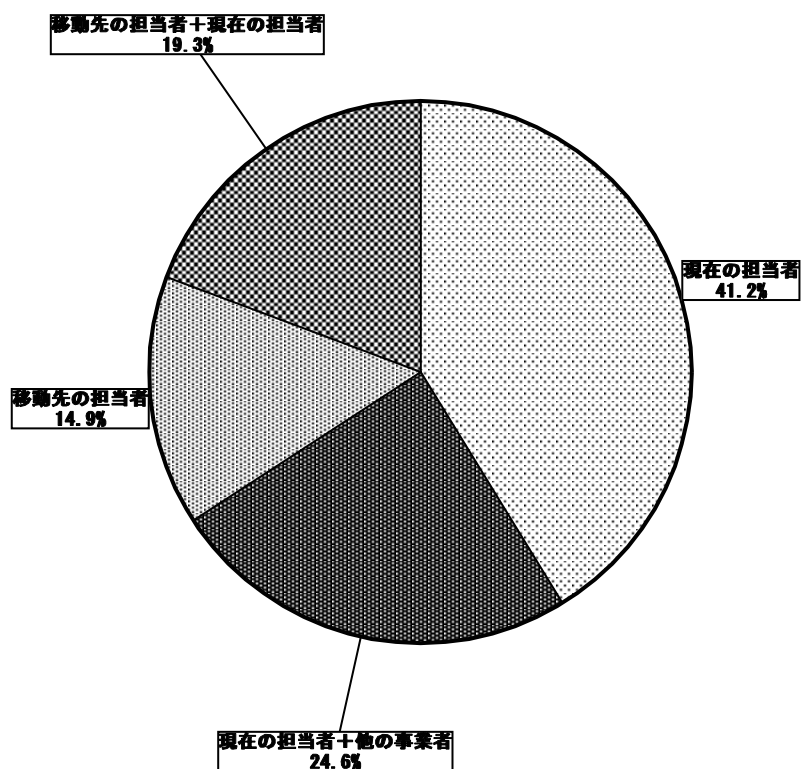


図2-19 モデルB 問11 最適な組合せ - 距離
(n = 115)

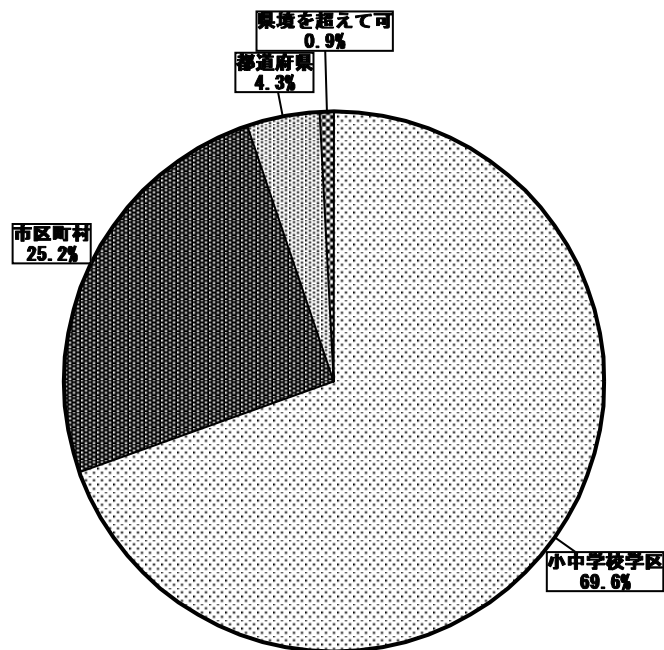


図2-20 モデルB 問12-1 このケースに対応できるか
(n = 125)

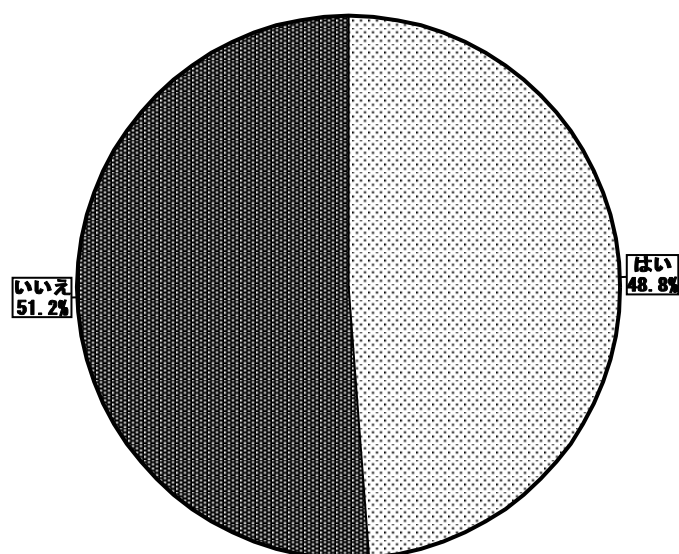


表2-3 モデルB 問12-2 場所の提供
(n = 21, 自由記載は表記のまま)

整理番号	室	日	最低	最高	稼働率	必要な用意
1	1	30	100,000	150,000	80	
5	1	7				
7	9	7	70,000	105,000	70	
11						モデルAと同じ。
41	4	30	5,000	15,000		・ニーズに応える為の環境整備をする・ヘルパーの選任とスキルアップの研修会
45						機器の準備
46						・部屋、ベッド類、器具、器材類、O2、車、入浴スペース、送迎の人材、食事の件
48	1	10	200,000	300,000	100	確実な診療情報を得ること。費用負担について了解していること。
58	1	3	1,500	3,000	95	ケアの可能性（人的配置、部屋、サービス内容）
72		30	11,690	11,690	80	・現在ヘルパー50%、看護職員50%の割合で介護にあたっている ので、看護職員を増やさなければならない。
88	1	365		8,180		24H電源を必要とする器材の安全確保のための改修
90						24時間体制のケアへの準備。
94	1	7	1,000	7,900		モデルAと同様
98	1	7	14,750			環境整備。スタッフの確保。事前学習（研修）
103	1		10,000	30,000		受け入れに必要な人的物的資源の確保と、担当者間の打ち合わせ
105		26				本人の情報及び家族等の情報 緊急先 TEL等
120	1	30	12000	15000	80	他事業所職員が施設に入ることにより、現在の利用者、家族に影響がある（自費利用がどこまで可能になるか、など）その部分の整理が必要。
122	18	10	5000	10000	70	・住宅改修・医療設備
127	1		20000	150000	80	事前での連絡調整
137	1	7	2000	5000	98	身体の状態に応じた機材、体制の確認
144	1	10	1500	1800	60	
n	15	15	14	14	10	
平均	2.9	38.6	32,460	58,041	81.3	
標準偏差	4.5	87.8	54,252	84,775	12.4	
最小	1	3	1,000	1,800	60	
最大	18	365	200,000	300,000	100	
中央値	1	10	10,845	13,345	80	

表2-4 モデルB 問12-3 担当者の提供
(n = 55)

整理番号	人数	総人数%	日数	時間	最低単価	最高単価
3	3	20	3	5	1,500	2,000
5	1		7	6		
6	2	30	3	3	4,000	10,000
7	3	10	5	40	1,500	2,000
10	5	20	7	2	2,000	2,500
18	3	50	20	8	800	1,200
22	2					
24	3	50	3		8,000	10,000
29	4	50	5	2		
31	1		7	14	10,000	20,000
40	1	10	7	7	14,000	35,000
41	10	30	30	5	3,000	4,000
42	4		5	1.5	1,500	2,000
45	1			1		
46	1		4	4	12,500	
48	2	20	10	8	3,000	5,000
51	2	20			2,000	4,000
52	1		5		830	
58	2	8			1,000	2,000
59	7	10	7			
60	2		365	4	1,600	4,030
62	1	20				
64	2	20	3	6	10,000	15,000
66	10	30	30	24	2,500	4,000
67	2				830	
73	3	15	10	8	4,020	6,030
74	2	25		1.5		
75	1			2	250	15,000
84	4	10		4	3,000	3,000
88	5	5	365	8		1,300
89	3	5	5	3	1,500	2,000
91	5	10	6	4	1,600	2,000
92	1	20			8,000	10,000
93	1	30	7	2	12,000	20,000
98	3	25	7	5	1,300	

整理番号	人数	総人数%	日数	時間	最低単価	最高単価
103	3	15	7	8	4,000	9,000
105	2	10	26	6	4,020	
106		40	3	1	10,000	12,000
109		0.5		8	2,500	
116	6	85	7	4	8,500	12,500
118			4			
119	1	10	7	1	8,300	8,300
120	1		30	8	16,000	20,000
121	1	20	7	8	8,500	10,000
122	10	30	10	8	1,000	1,500
123	5	10	3	7	1,400	1,750
125	4		365	4		
127		1			2,500	10,000
128	1		7	2	8,300	20,000
129	5	100	3	1.5		
133	2	50	2	16	5070	
134	10	20	7	3.5	1530	4020
135	1	30	365	1.5	830	
144	1		10	2	1500	1800
145	0.5	20	7	4	9000	
n	51	40	43	44	44	36
平均	3.1	24.6	41.8	6.2	4,663	8,137
標準偏差	2.5	20.4	103.8	6.7	4,150	7,517
最小	0.5	0.5	2	1	250	1,200
最大	10	100	365	40	16,000	35,000
中央値	2	20	7	4	2,750	4,515

図2-21 モデルB 問14 理想的な組合せの順位
(n = 94)

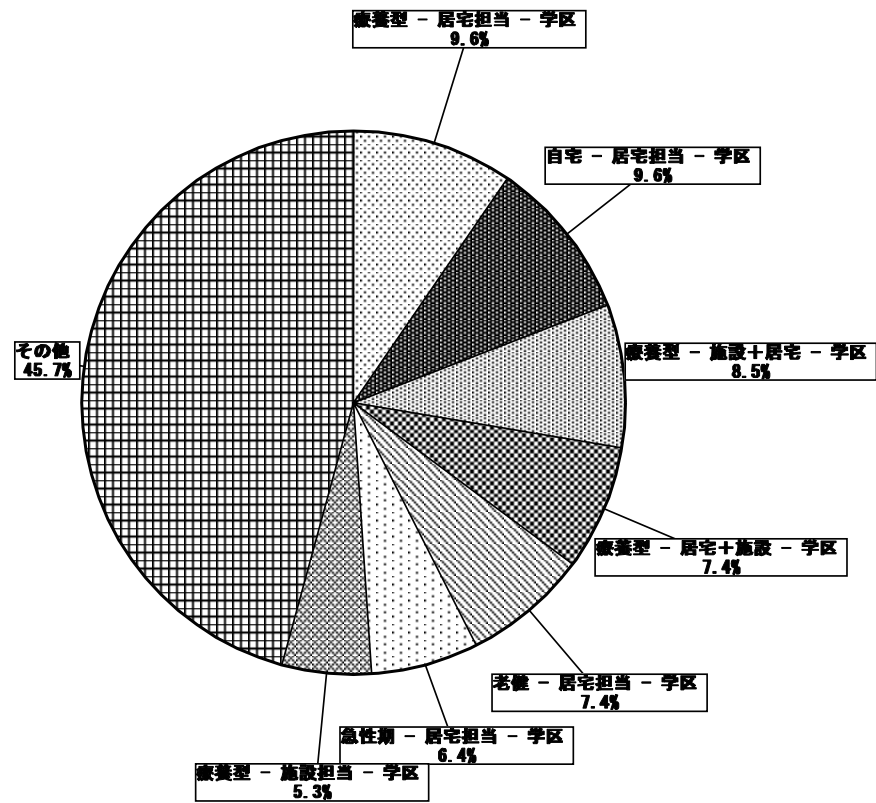


図2-22 モデルB 問14 理想的な組合せ - 場所
(n = 103)

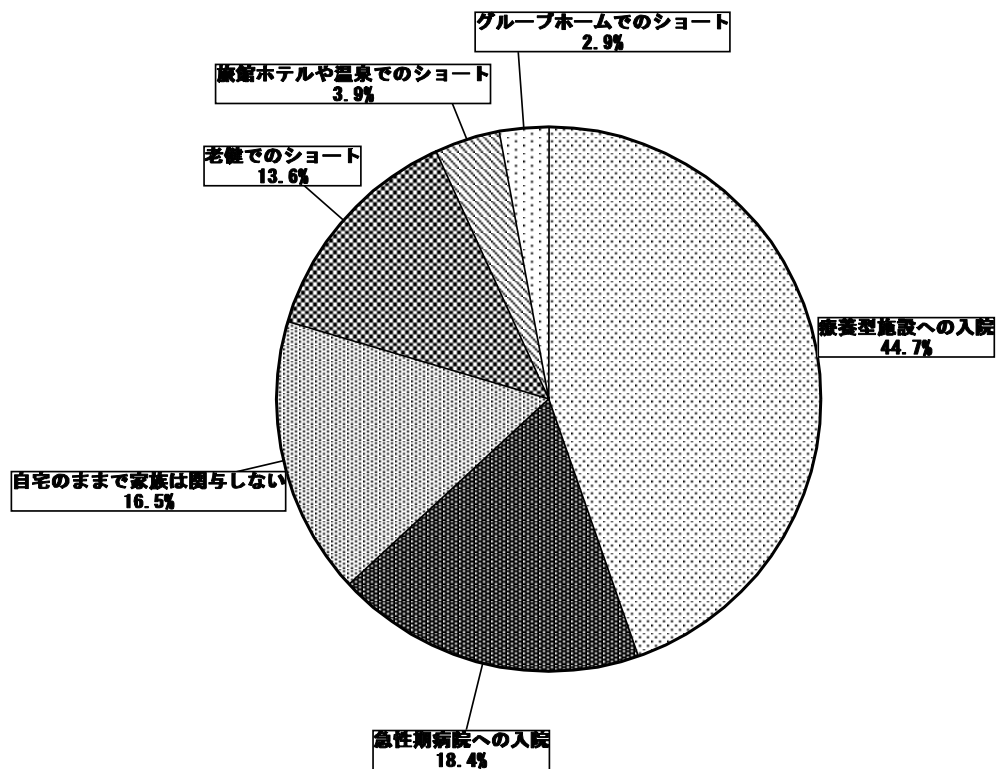


図2-23 モデルB 問14 理想的な組合せ - 担当者
(n = 104)

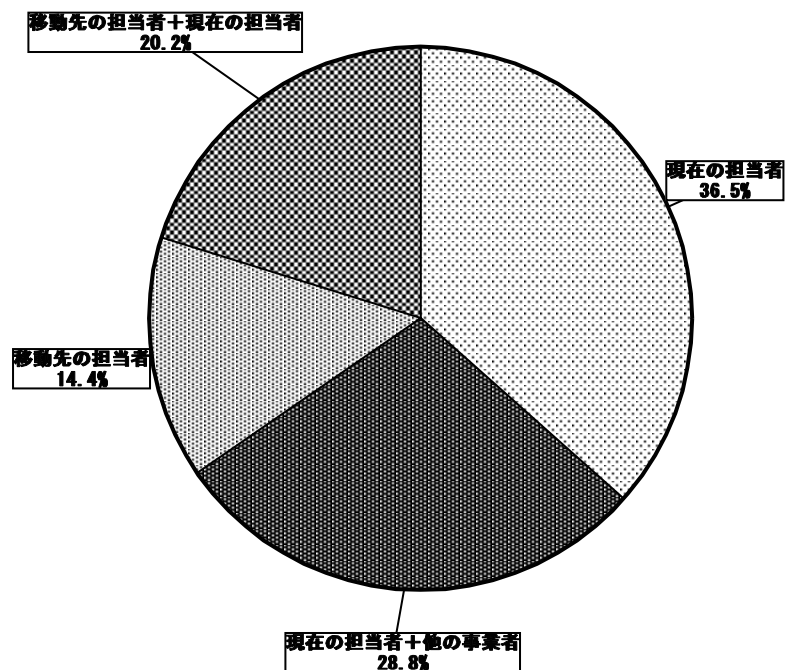
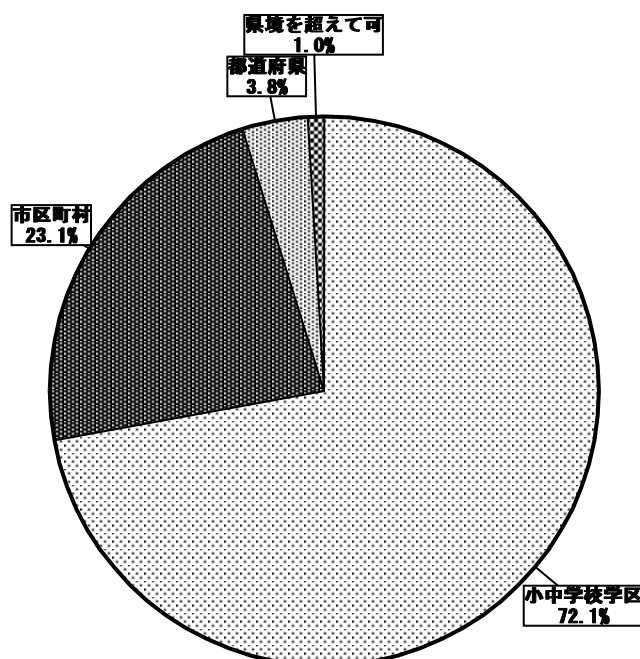


図2-24 モデルB 問14 理想的な組合せ - 距離
(n = 104)



平成16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）
『24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業』

アンケート調査ご協力をお願い

謹啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は宮城県仙台市の北部で在宅医療専門の診療所を開業している医師です。この度、厚生労働省の研究費により、東北大学大学院医療管理学教室との共同事業として、『24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業』を行う事となりました。

この事業は特に人工呼吸器、中心静脈栄養、常時吸引等の複数高度医療を必要とする重症高齢の皆様、特定疾病(難病)で療養なさっておられる皆様および単身で生活の皆様に、365日・24時間、居宅に限らずどこでも、また同じ介護者による同一の介護環境提供体制を確立することを目指すものです。

レスパイト・ケア（respite care）という言葉をご存知でしょうか？障害をもつ療養者をかかえる家族は長い年月の間に心身ともに疲れはてて、余裕がなくなってしまうことがあります。そんなときに介護者側が、ほっと一息つけることができれば、心身ともにリフレッシュされ、また新たな気持ちで介護に望むことができるのです。レスパイト・ケアとは、介護者がブレイクダウンする前に介護疲れから開放するという目的をもっています。

現状におきましては、必ずしもこうした療養者・介護者の皆様の希望を十分に満たしているとは言えないかも知れません。しかし、宿泊施設の皆様のご理解を得て、このアンケートをご回答いただくことにより、必ずや、「どこでも安心生活環境提供」の場を開くためのアイデアが、この調査から生まれることとなるでしょう。そのためにも、ご多忙中貴重なお時間をお割きいただくこととなり誠に申し訳ございませんが、何卒ご協力を賜りたくお願い申し上げます。

謹白

平成17年3月

主任研究者 川島孝一郎
(仙台往診クリニック 院長)

【調査名】

『24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業』

【調査目的】

全国宿泊施設の皆さまに対し、現施設設備や宿泊の現状と意向を調査し、365日・24時間どこでも安心生活環境提供体制確立・レスパイトのための全国レベルでの提言を行います。

【調査の実施主体】

仙台往診クリニック

この調査は、厚生労働省の研究費により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）が行うものです。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】

ご回答は無記名で結構ですが、差し障りがございません場合は、温泉地名あるいは施設名をお書きいただければ、地域性の違いなど参考とさせていただきます。得られた結果が貴施設を特定されるデータとして公表されることはありません。もしご回答者を特定できた場合でも、調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理され、みだりに用いられることはありません。研究を開示する際も、貴施設を特定するような氏名、イニシャル、住所等の情報は公表しません。また、この結果を本研究事業の目的以外に用いることはございません。

【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今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇ 以上この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 ◇

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することを同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【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○をつけるか直接ご記入ください。設問によって、「1つ」「あてはまる番号いくつでも」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直接ご記入ください。
2. 設問は、全国宿泊施設に対してお伺いするものです。
3. 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、
3月25日(金)までにポストに投函してください。(郵送料はかかりません)
4. 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。

問合せ先

24時間介護を要する重症高齢者等の
どこでも安心生活環境提供に関する研究委員会
事務局（仙台往診クリニック内） 担当：伊藤・佐藤
TEL 022-376-3680(平日9～18時) FAX 022-303-1336 (24時間)
e-mail ansin24h@ahtr.gr.jp

【アンケートご記入にあたってのお願い】

- ・自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。

2 4時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する調査

宿泊設定：3名1室利用（療養者1名・介護者2名） 6泊7日（うち介護者は1日2食つき）

※ 今回想定致します療養者は50～80歳、自宅ではベッドに寝たきりの状態に近く、酸素濃縮や人工呼吸器を使用しています。移動は専ら車椅子ですが、意識は正常で意思表示はできます。

問1. この調査票はどなたが記入されていますか。（あてはまる番号ひとつに○をつけてください）

1. 経営責任者	4. 一般事務職
2. 宿泊担当責任者	5. その他
3. 接客担当責任者	()

【貴施設内、または客室の設備・仕様についておうかがいたします】

問 2. 現在、車椅子の宿泊者を想定した身障者用のハンディキャップルームはございますか。（あてはまる番号ひとつに○をつけてください）

1. ある	4. ない 今後も用意する予定はない
2. ない が、今後用意する予定	5. その他 ()
3. ない が、介護保険が適用されるのであれば用意したい	

問 3. エレベーターの内寸は奥行き150cm以上ございますか。（あてはまる番号いくつでも○をつけてください）

1. 客室用エレベーターは150cmはある	3. どちらも150cm以下
2. 業務用エレベーターは150cmはある	4. 館内の構造上（平屋建てなど）不要なためエレベーターを備えていない

問 3 で「1. 業務用エレベーターは150cmはある」に○をつけた方におうかがいたします。

問 3-1. 「業務用エレベーター」は貴施設職員以外の利用ができますか（あてはまる番号にいくつでも○をつけてください）

1. 療養者と付き添い人	3. 介護用品搬出入業者
2. 介護者（訪問看護ヘルパー等）	4. その他 ()

問 4. 上記の療養者・宿泊者が客室でインターネットを利用するためのLANなどを導入されていますか。（あてはまる番号ひとつに○をつけてください）

1. 無線LANが利用できる	3. どちらもないが今後導入する予定
2. 有線モジュールが利用できる	4. どちらもなく、今後も導入する予定はない

問 5. 客室に、医療用の機材を使用するための電源（100V・10A程度の容量を有する）はございますか。（あてはまる番号ひとつに○をつけてください）

1. 2口以上の空きがある	3. 2口以上備えているが、空きはない
2. 1口空きがある	4. 備品以外の機器を使用できる余裕はない

問 6. 介護用ベッドは所有されていますか。（あてはまる番号ひとつに○をつけてください）

1. 所有している	4. 所有していないが、介護保険が適用となれば準備したい
2. 所有していないがレンタルはできる	5. 所有もレンタルで準備する予定もない
3. 所有していないが、今後購入する予定	

問 7. 点滴台（ハンガーラックなど代用品となるものでも結構です）は所有されていますか。（あてはまる番号ひとつに○をつけてください）

1. 所有している	4. 所有していないが、介護保険が適用となれば準備したい
2. 所有していないがレンタルはできる	5. 所有もレンタルで準備する予定もない
3. 所有していないが、今後購入する予定	

【介護サービスについておうかがいたします】

～ 療養者の食事 ～

貴施設の厨房で作られ、一般の宿泊客に提供されている食事の内容とは異なる場合が多く、乳児の離乳食や飲み物に似た内容のものとお考えください。

問 8. 療養者の食事に関して、どこまで対応していただけますか（あてはまる番号にいくつでも○をつけてください）

1. レンジ等で温める	4. 材料を加熱・調理する
2. ミキサー等ですり潰す	5. 対応は困難
3. 細かく切り刻む	理由（ ）

問 8 で 1. 2. 3. 4. のいずれかひとつにでも○をつけた方におうかがいたします。

問 8-1. 対応していただく際の条件等はございますか。《 例 》 厨房・レストラン等の、業務時間のみ可 など

～ 療養者の入浴 ～

「訪問入浴」という介護サービスについておうかがいたします。

『訪問入浴』とは入浴が困難な方のために、特殊浴槽を持ち込み、室内のスペースで入浴していただくサービスの事です。その際、スタッフが入浴の準備、看護師による身体状況を確認(血圧、体温、脈拍など)のうえ、入浴介助をし、入浴後も看護師が体調をチェックするといった、安全なサービスです。

問 9. 客室内・または貴館内で、この1週間の宿泊中に2回程度の訪問入浴サービスを受けることは可能ですか。(いずれかに○をつけてください)

1. 利用可能 → 問 10 へ	2. 利用不可能 → 問 9-1 へ
------------------	--------------------

問 9 で「2. 利用不可能」に○をつけた方におうかがいたします。

問 9-1. 利用不可能な理由をおうかがいたします。(あてはまる番号にいくつでも○をつけてください)

1. 換気ができず、湿気がこもる 2. 火災報知機が作動してしまう 3. 部屋のスペースにゆとりがない 4. 搬入出時に他の宿泊客に迷惑がかかる	5. その他 具体的な理由をお書きください 理由 ()
---	---------------------------------

問 10. 介護者の交代やサービス等で人の出入りが必要な場合はどの程度可能でしょうか(あてはまる番号ひとつに○をつけてください)

1. あらかじめフロントに来館者の氏名、来訪時間等の連絡があれば24時間いつでも問題ない 2. あらかじめフロントに来館者の氏名、来訪時間等の連絡があれば時間帯によっては問題ない (時 ～ 時)	3. 不可能 具体的な理由をお書きください 理由 () 4. その他 ()
--	---

問 11. 上記の宿泊設定で利用する場合、一人あたりの宿泊費(6泊7日分)はおいくらになりますか。諸税・サービス料込みの金額をご記入ください。

療養者1名 (円)	介護者1名につき (円)
---------------	------------------

【年間利用率・お支払いの方法についておうかがいたします】

問 12. 年間にどのくらいの頻度で、このようなレスパイト滞在の宿泊ケースがあれば、採算が取れるとお考えですか。 利用率や条件など自由にご記入ください。

問 13. このような宿泊ケースの場合、どういう支払い方法が可能でしょうか（あてはまる番号にいくつでも○をつけてください）

1. 公的給付金による支払い（約 2 ヶ月後になります）	2. 自費での支払い	3. 両者の合算
------------------------------	------------	----------

問 14. 普段、ハンディキャップルームを一般の宿泊者の方々も利用できるようなアイデアをお持ちでしょうか。また、今後実施してみたいプラン等がございましたら自由にご記入ください。

《 例 》 65 歳以上の高齢者用の特別宿泊プランを用意している。 ～プラン内容の詳細～

※ 最後に、貴施設の所在地名・温泉地名・また、差し支えなければ貴施設名もご記入ください。

（所在地）

（温泉地名）

（貴施設名）

都道

府県

～ 以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。 ～

図3-1 問1 記入者
(n = 101)

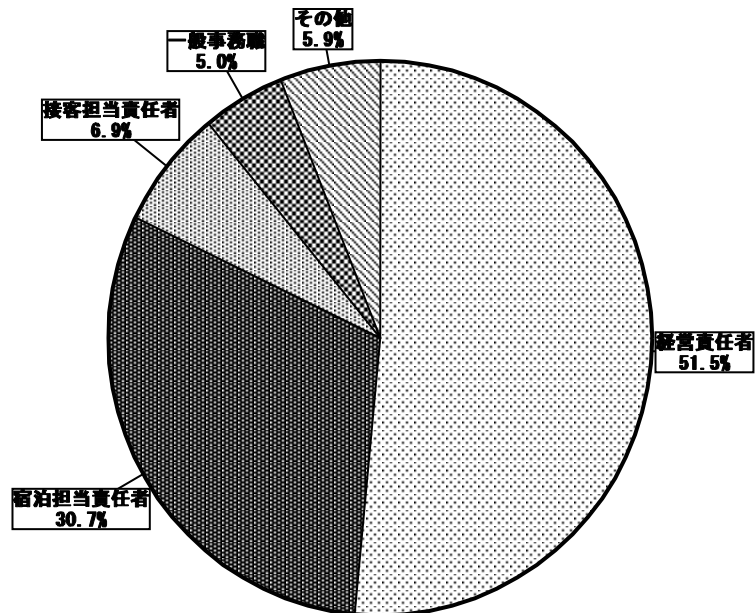


表3-1 問1 記入者 - その他 (表記のまま)

総務部長	2
支配人	2
経営企画室マネージャー	1
営業職	1

図3-2 問2 ハンディキャップルームの有無
(n = 104)

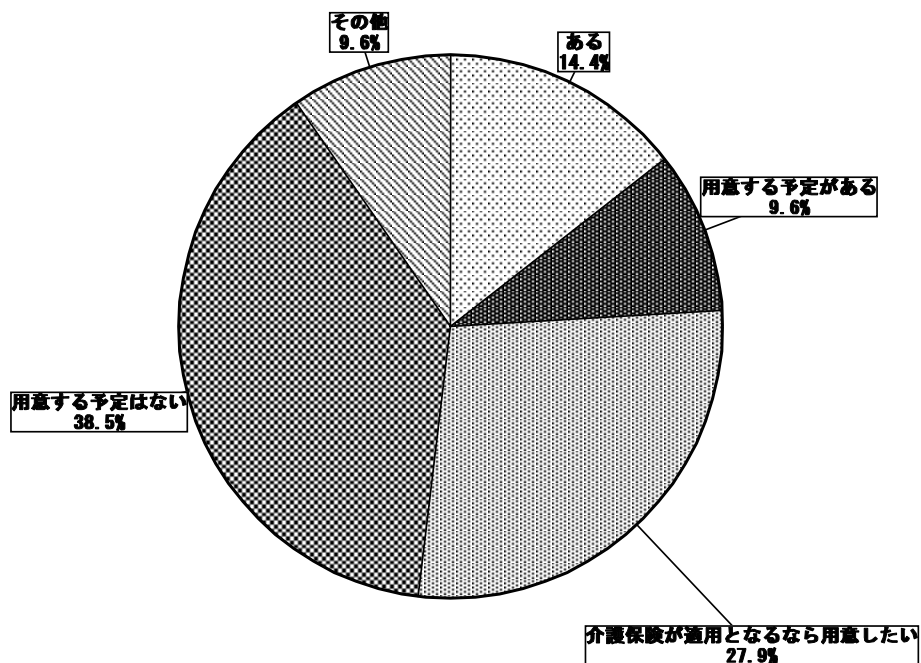


表3-2 問2 ハンディキャップルームの有無・その他 (表記のまま)

ないが、4ほど断定的ではない
客室がほとんど平屋建になっておりますので
かんいベッド等用意している普段は、一般客用で利用している
現在規模が小さいけれど大きくする機会があればさせて頂きたいと思います
ない。平等がらみ
施設が小さい
ない。必要性は感じるが、状況がきびしい。
ハンディキャップルームではないが、広めの和洋室があり(1 ROOM) 車椅子を御利用の方の希望が多い
館内車椅子可能介護者がいれば客室、浴場利用可能

図3-3 問3 エレベータの状況
(n = 106)

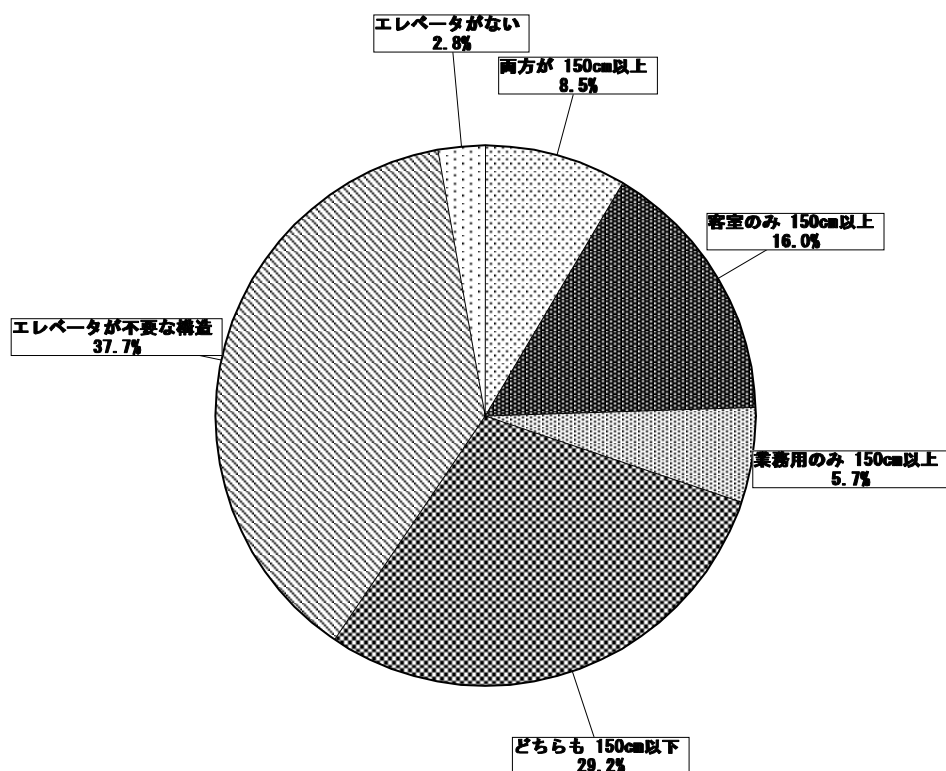
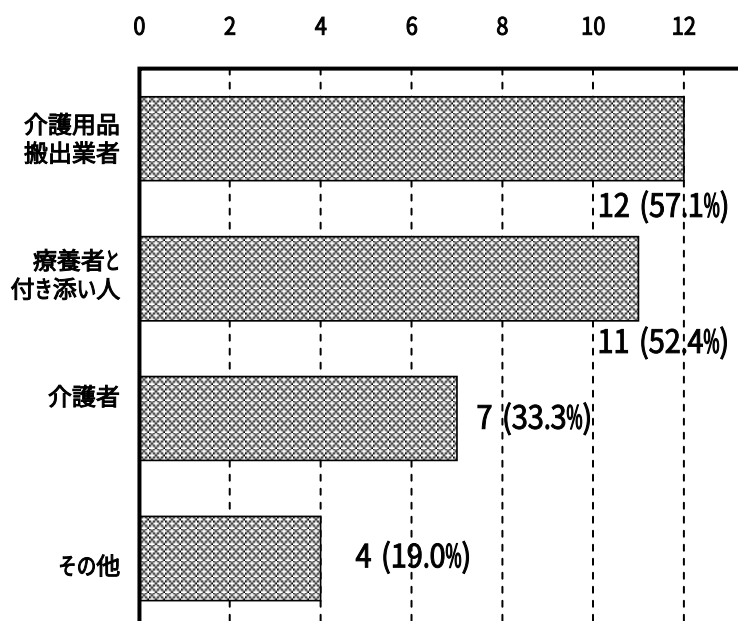


図3-4 問3-1 業務用エレベータの利用
(n = 21, 複数選択)

表3-3 問3-1 業務用エレベータの利用
・その他 (表記のまま)



従業員のみのみ

出来ない

食材専用で職員以外不可

図3-5 問4 ネットワーク環境の状況
(n = 95)

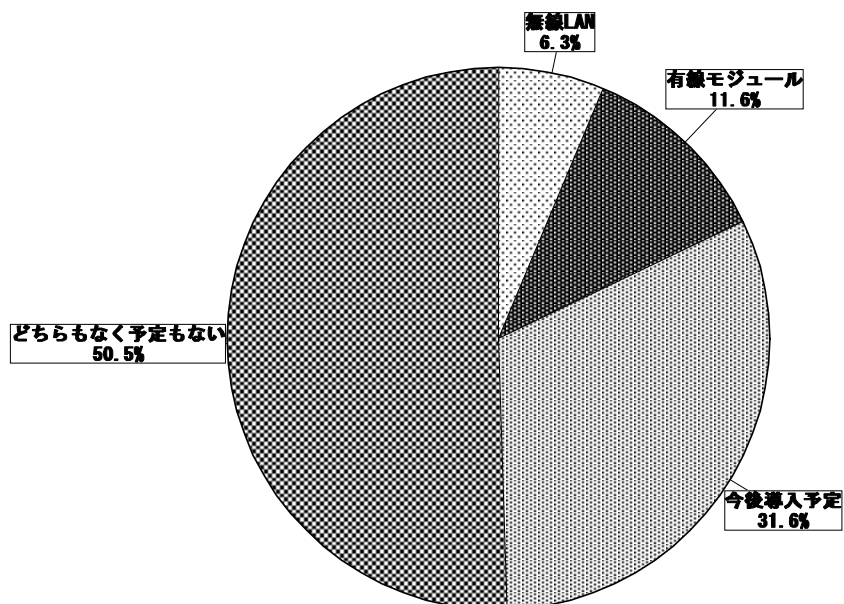


図3-6 問5 電源コンセントの状況
(n = 96)

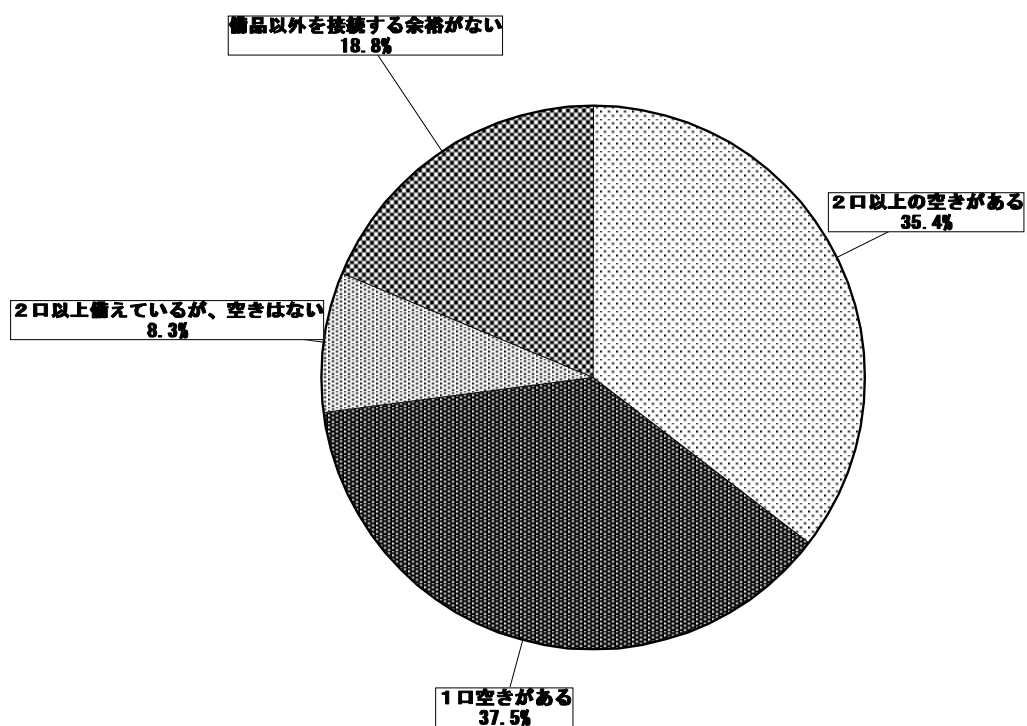


図3-7 問6 介護用ベッドの有無
(n = 97)

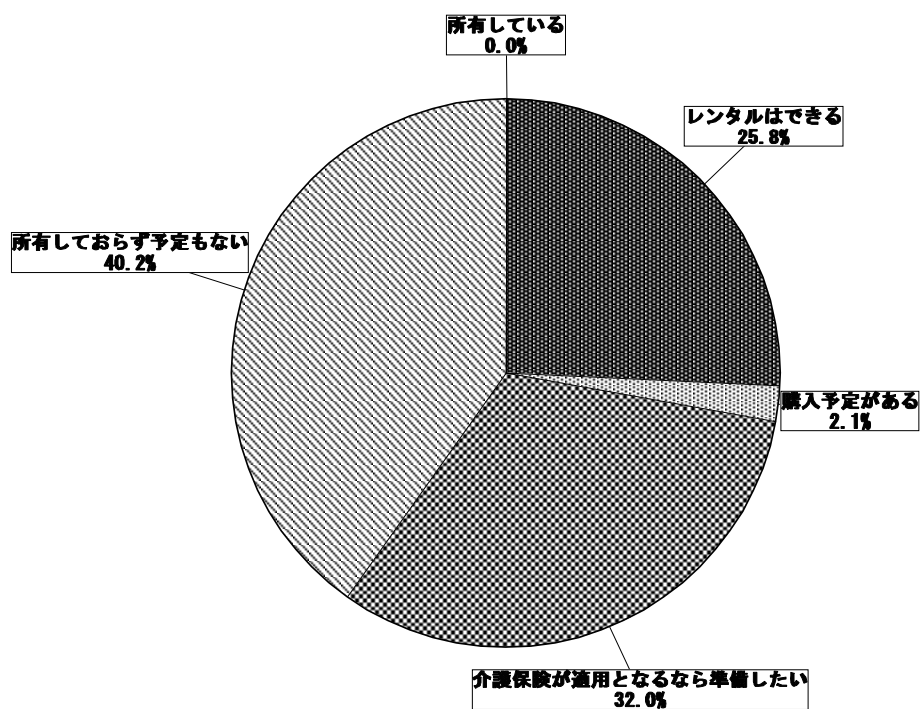


図3-8 問7 点滴台 (もしくは代用品) の有無
(n = 97)

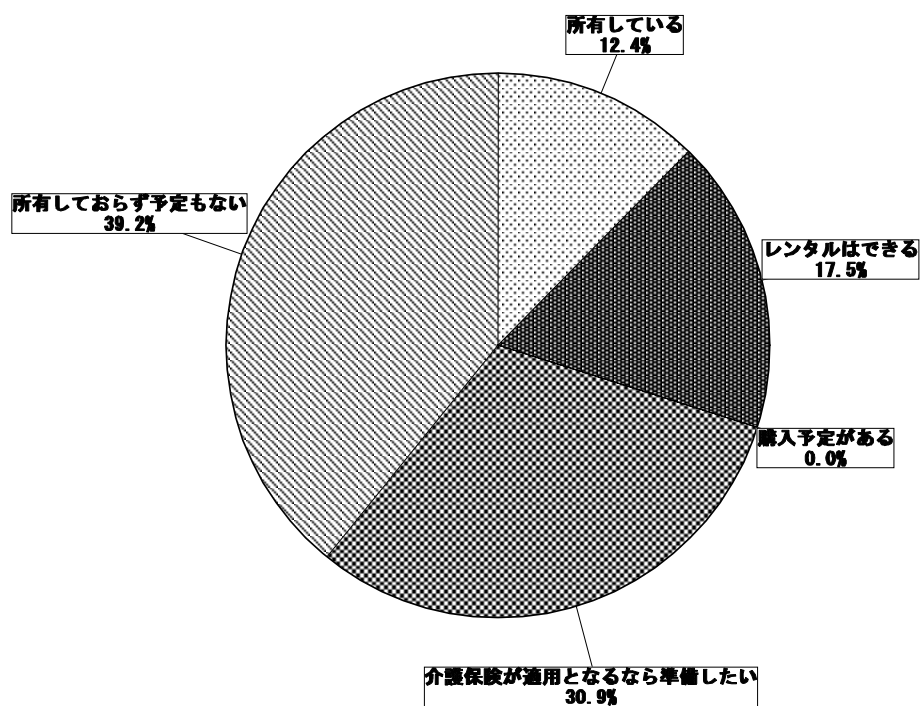


図3-9 問8 療養者の食事への対応
(n = 96, 複数選択)

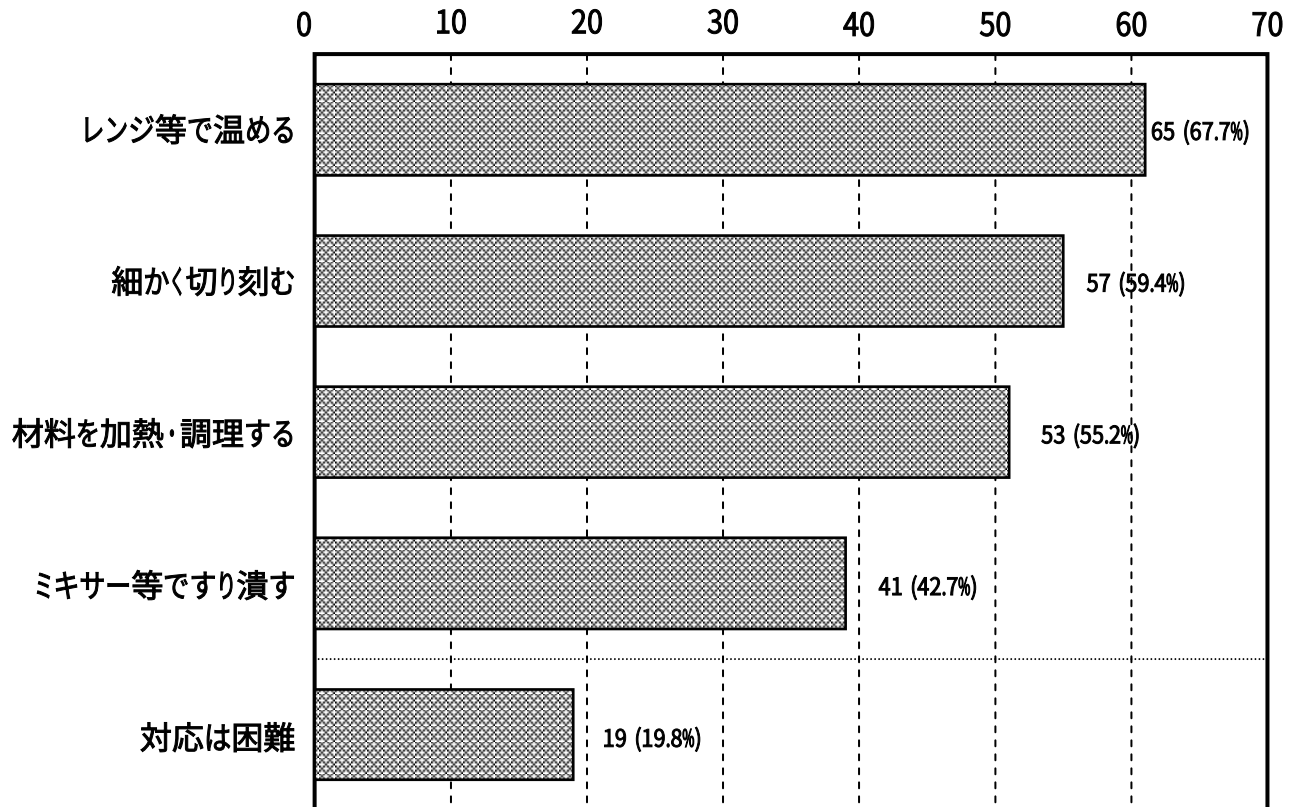


表3-4 問8 療養者の食事への対応 - 対応困難な理由 (表記のまま)

朝食のみ営業の為
現状のスタッフ数では対応できない
人手不足
基本的に山小屋です
そのみの調理はできない

図3-10 問9 入浴サービスの利用
(n = 97)

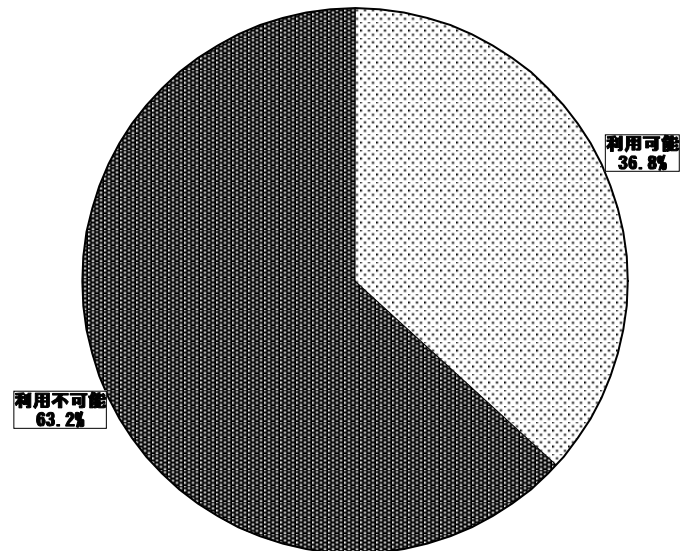


図3-11 問9-1 入浴サービス利用不可能な理由
(n = 66, 複数選択)

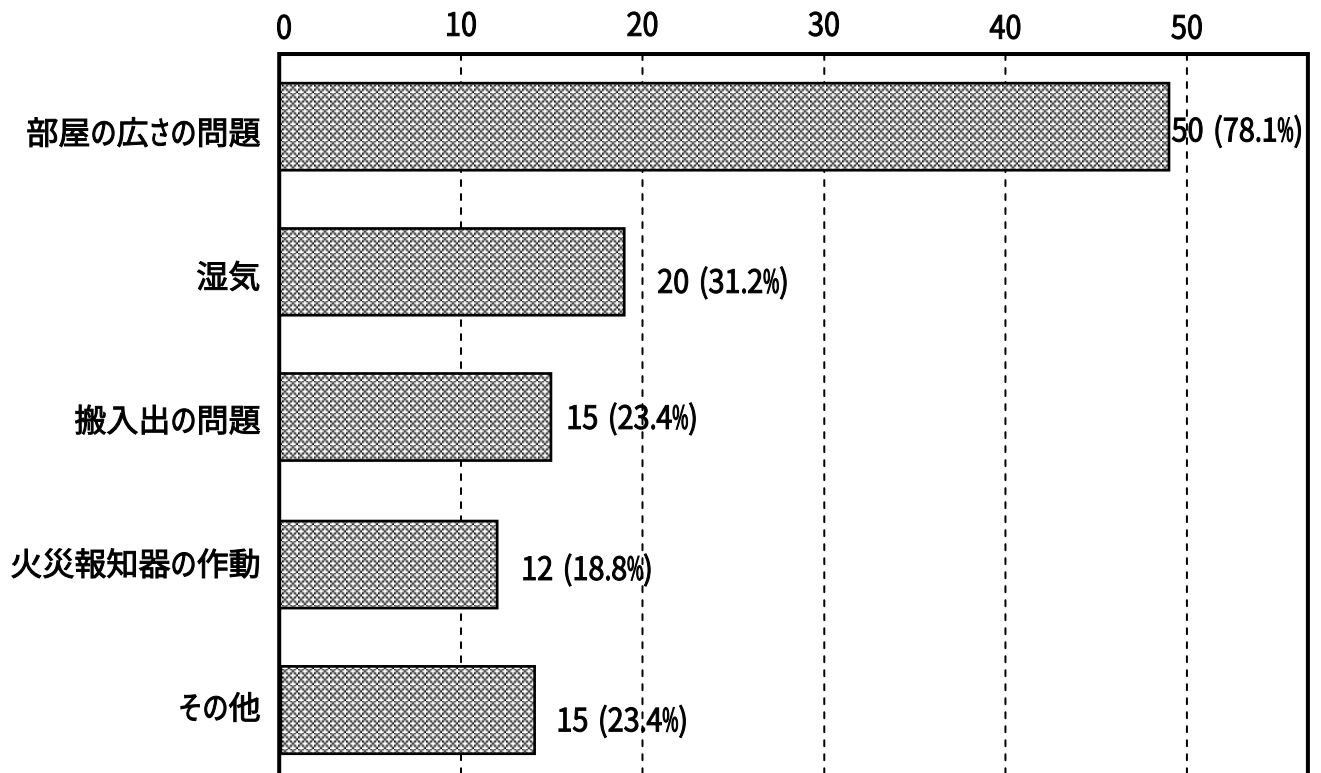


表3-5 問9-1 入浴サービス利用不可能な理由・その他（表記のまま）

部屋によっては出来る可能性はあるが、したことがないのでわからない
きたないイメージがある
特殊浴槽がどのようなものでどのような準備、受入れ備品等が必要か全くわからない為
客室床がジュウタンのため、水もれが心配。
風呂が地下にある。
なんのため温泉に来るのですか？
明治に建築された旅館で全て8帖の和室です。廊下も狭く、階段も急で、多くの段差があり不向きな施設です。
1週間の宿泊例が無い
どのような場所を提供したら良いか不明
重症高齢者の方のご希望が無いたとえ有っても、全てがバリアフリー化されていない為にお過ごし難しい
当館はバリアフリーになって無い為
八丈島で訪問入浴サービスが一般的に行なわれているか分からない（調べていない）
日帰りのお客様が多い為広間を仕切る事も難かしく、部屋でも通路がせまいので困難
間がせまいため搬入できない。

図3-12 問10 介護スタッフの出入りについて
(n = 80)

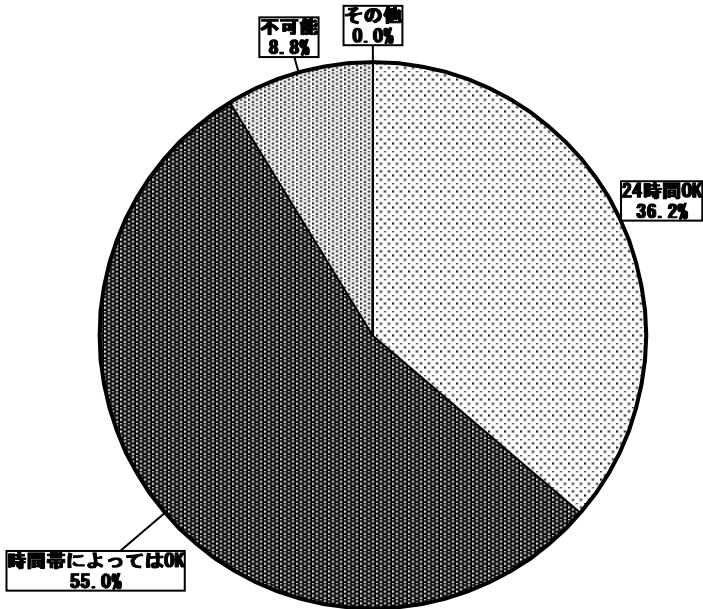


図3-13 問10 人の出入りについて - 可能な時間帯
(n = 40, 開始・終了の各平均時刻 : 8:34~20:54)

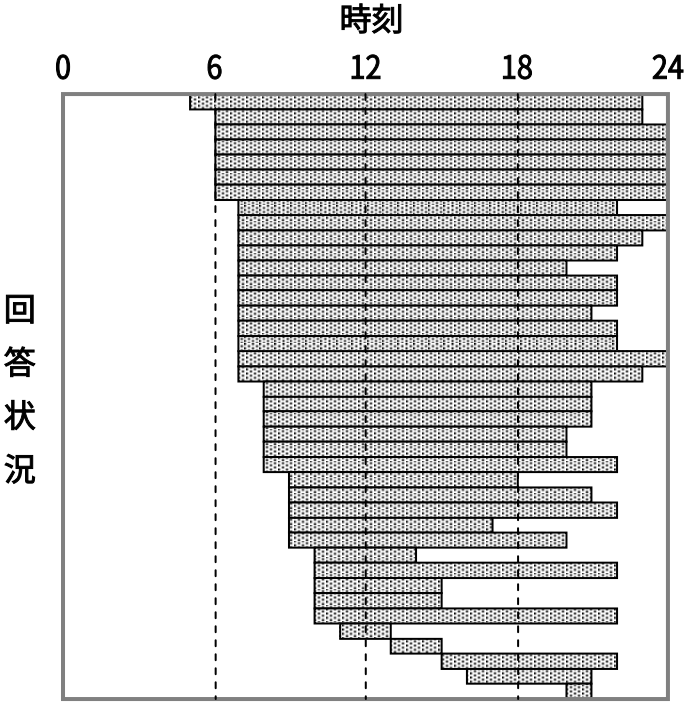


表3-6 問10 人の出入りについて
・ 不可能な理由 (表記のまま)

ほとんど家族営業の為 充分な介護は無理
お客様の安全の為 門限24:00となっている為

図3-14 問11 療養者1名・6泊7日分料金
($n = 65$, $m \pm \sigma = 66,850 \pm 45,218$ 円)

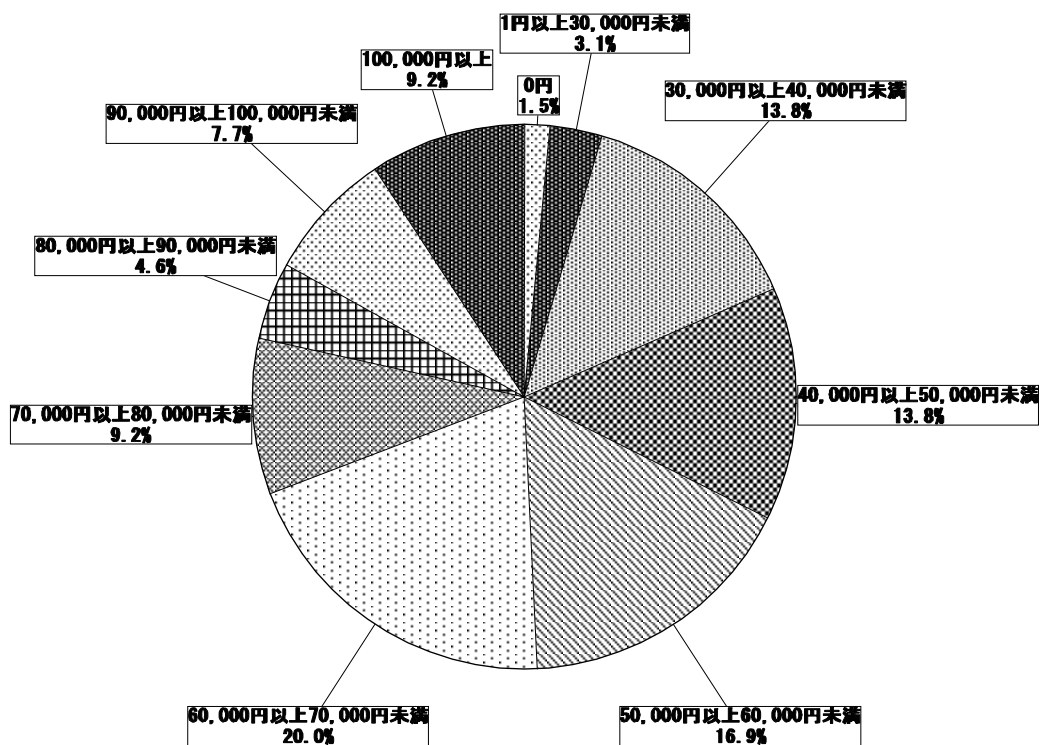


図3-15 問11 介護者1名・6泊7日分料金
($n = 66$, $m \pm \sigma = 71,397 \pm 43,173$ 円)

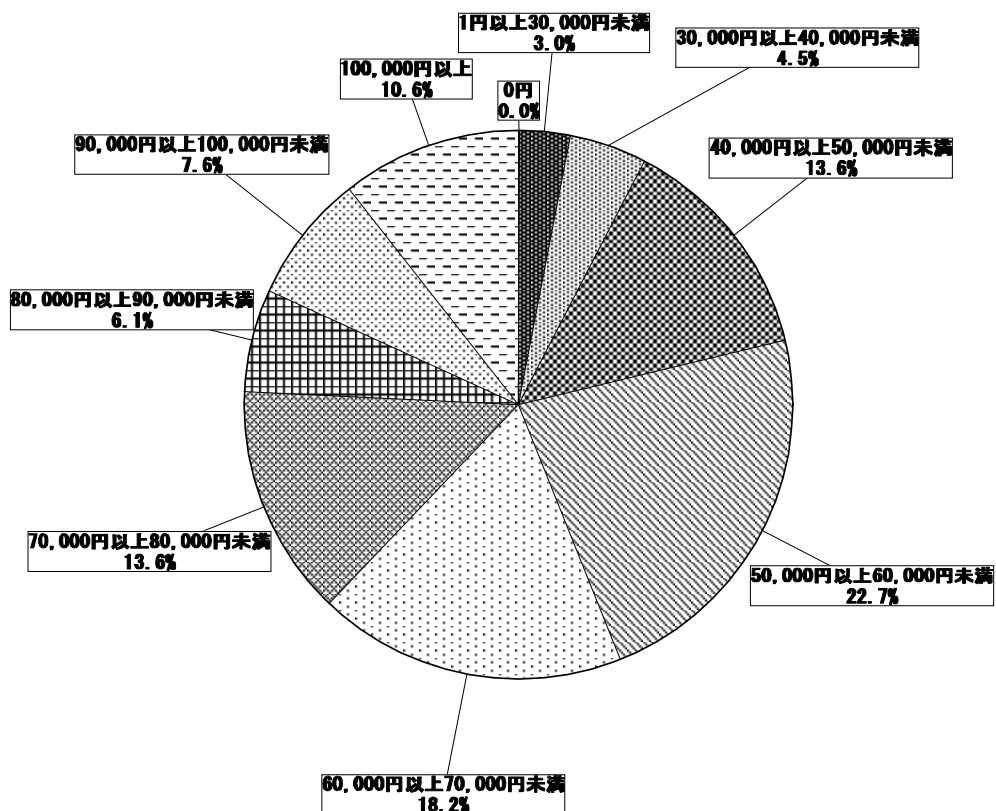


図3-16 問13 支払方法
(n = 76, 複数選択)

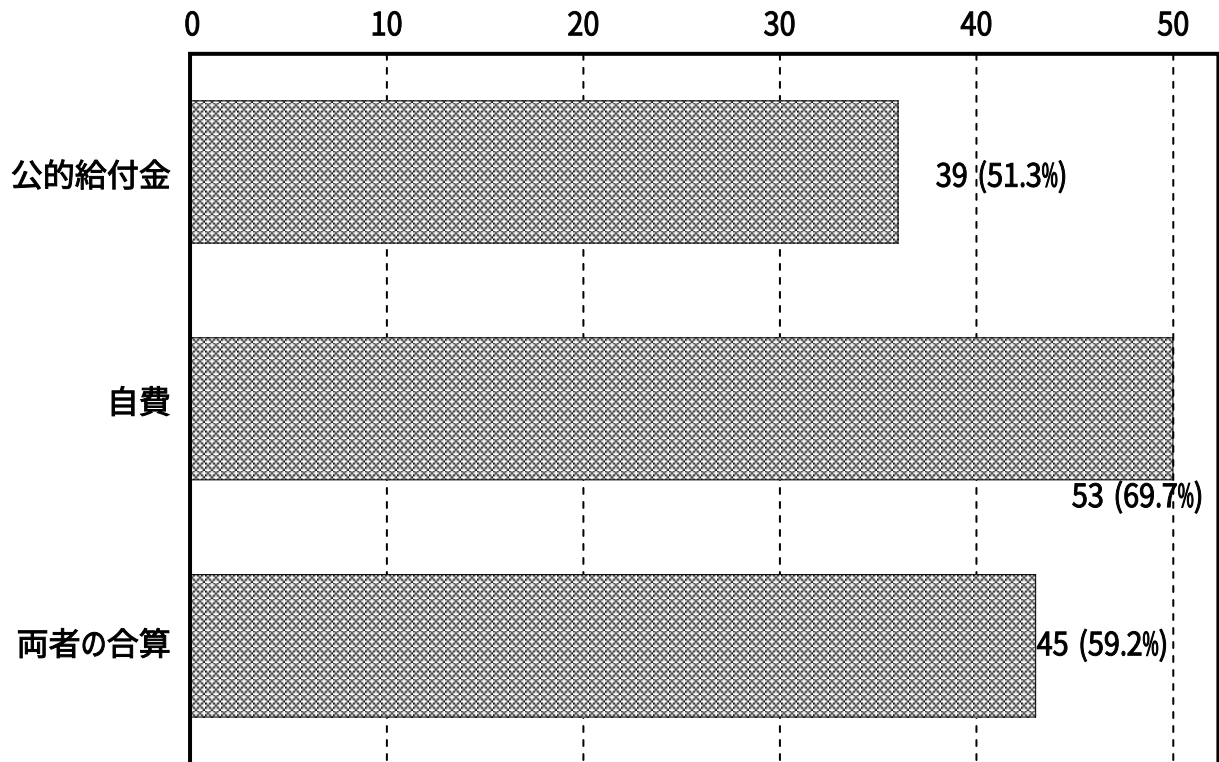


表3-7 回答施設住所地
(n = 100)

新潟県	9	高知県	3	福井県	1	神奈川県	0
北海道	9	秋田県	2	愛知県	1	富山県	0
長野県	9	栃木県	2	兵庫県	1	山梨県	0
群馬県	6	東京都	2	奈良県	1	滋賀県	0
大分県	5	石川県	2	和歌山県	1	大阪府	0
山形県	5	岐阜県	2	鳥取県	1	島根県	0
静岡県	5	京都府	2	広島県	1	岡山県	0
岩手県	4	山口県	2	徳島県	1	佐賀県	0
宮城県	4	青森県	1	愛媛県	1	長崎県	0
福島県	3	茨城県	1	福岡県	1	熊本県	0
三重県	3	埼玉県	1	宮崎県	1	沖縄県	0
香川県	3	千葉県	1	鹿児島県	1		

**24時間介護を要する重症高齢者等の
どこでも安心生活環境提供に関する研究事業
事業実績報告書**

平成17年4月10日

平成16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)

老第0323004号

主任研究者 川島 孝一郎

仙台往診クリニック
東北大学大学院医療管理学分野

〒981-3213

宮城県仙台市泉区南中山三丁目30番2号

Tel: 022-376-3680

Fax: 022-303-1336
