

**重度障害者等包括支援が活きる環居宅医療一介護連携体制構築と
運用戦略に関する研究事業**

事業実績報告書

平成18年度地域生活支援事業費等補助金及び
障害程度区分認定等事業費補助金
(障害者保健福祉推進事業分)

主任研究者 川島 孝一郎

平成19年4月

目次

第1章 事業目的

(1) 本研究に直結するこれまでの成果	1
(2) 重度障害者等包括支援の問題点	12
(3) 本研究の基礎資料	13
(4) 難病医療政策の展開と重度訪問介護	17
(5) 在宅療養支援診療所の課題と展開	20
(6) 特殊疾患療養病棟の廃止等、在宅移行と自立支援法に基づくサービス	20

第2章 事業結果

(1) 調査① - 障害者福祉サービス事業者 - 回収結果	23
(2) 調査① - 障害者福祉サービス事業者 - 集計結果	23
(3) 調査② - 在宅療養支援診療所 - 回収結果	24
(4) 調査② - 在宅療養支援診療所 - 集計結果	24
(5) 分析	25

第3章 資料編

(1) 調査① - 障害者福祉サービス事業者 - 調査票	27
(2) 調査① - 障害者福祉サービス事業者 - 図表	28
(3) 調査② - 在宅療養支援診療所 - 調査票	40
(4) 調査② - 在宅療養支援診療所 - 図表	41
(5) 回収結果の全国分布	51

第1章 事業目的

(1) 本研究に直結するこれまでの成果

これまで、主任研究者川島孝一郎を中心とする研究グループは、重症高齢者、ALS 等難病患者の在宅療養について、いわゆる「在宅ハイケア」を担う医療機関のあり方について検討を重ねてきた。また、療養者、利用者の視点に立ったサービスのあり方についても詳細に検討し、高度の医療サービスを提供する在宅医療の橋頭堡の必要性を提言してきた。その成果の要点は以下の通りである。

1) 基礎研究1：重症高齢者、ALS 等難病医療提供体制の二極化に関する考察

【目的】重症高齢者、難病等で退院困難な事例を持つ医療者に、退院できない医療的理由、社会的理由を調査し、さらに療養者の求める理想的サービスをモデル化し、地域の診療所が提供する医療サービスについて今後の改革の方向性を探求する。

【方法】重症高齢者、神経難病患者等を収容する医療施設 963 ヶ所に対し、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。

【結果】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と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。

【考察】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。

そこで、24 時間対応「在宅ハイケア」地域医療センター（仮称）の整備と、「ハイケア」をになう医師、看護師等人材の育成こそが喫緊の課題である。

2) 基礎研究 2 : ALS（筋萎縮性側索硬化症）等在宅重症患者の医療・介護サービスへの評価

【目的】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在宅重症高齢者・ALS 等重症難病患者の、医療・介護保険サービスの利用状況と満足度評価に関する調査により、あるべき 24 時間 365 日安心の在宅ハイケア療養システム構築に向けた具体的改善戦略を検討する。

【方法】平成 17 年 1～2 月、全国 588 ヶ所の保健所より在宅重症高齢者に調査票を配布、無記名・自計（代筆可）・郵送法により回収し、同意を確認しえたものを解析した。

【結果】2,682 人中 395 人（14.1%）の回答が有効であった。最多は ALS の 223 名、次いでパーキンソン病 53 名。男性 60.1[64.1]%, 女性 39.9[35.9]%であった。

（イタリックは全体、[] 内は ALS のみの結果）。要介護度 5 は、84.2[92.2]%身体障害者手帳 1 級が 84.8[94.0]%, 身体障害者支援費制度利用は 47.3[53.4]%, その他の自治体サービス利用は 22.0[25.1]%であった。常時吸引が必要は 69.4[83.4]%, 胃瘻 58.2[72.0]%, 気管切開後の人工呼吸器使用が 51.6[83.4]%であった。ヘルパーによるたんの吸引実施は 37.1[65.3]%. サービスの全体的評価では、60～79 点が 29.6[26.8]%, 80～99 点が 48.2[51.7]%, 100 点が 9.0[7.8]%であった。

各種サービスへの満足度評価は、訪問看護 75.1[74.4]、訪問介護 66.3[68.2]、ショートステイ 34.0[33.3]、訪問入浴 82.3[82.0]であり、ショートステイに対する不満の原因として「担当の職員が決まっていない」が 33.7[43.2]%と最も多い。

「自己負担額が高くなってもサービスが増えたほうがよいか」について「そう思う」は 38.7[39.0]%であり、夜間の長時間看護が 39.9[55.6]%, 夜間の長時間介護が 35.3[51.4]%であった。「全額自己負担でもさらに利用したいサービスがあるか」については 25.8[22.0]%が「ある」と回答、上位は訪問介護 18.6[44.8]%, 訪問看護 7.6[34.5]%である。

【結果】各種サービスへの満足度評価は、訪問入浴を除き、一般に満足度評価の合格点とされる 80 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。また、在宅重症高齢者、ALS 等重症難病患者に対する、看護、介護サービスへの最大かつ共通の不満要因として、「知識・技術の未熟」が挙げられる。したがって、従来型の訪問看護・介護にさらに磨きをかけた、いわゆる「在宅ハイケア」を担う人材の育成が喫緊の課題である。さらに、馴染みの在宅スタッフがショートステイ先においても訪問サービスを提供できるようになれば、利用者の満足度が向上すると考えられ、今後実現可能性について詳細に検討してゆきたいと考える。

3) 基礎研究 3 : 事前指示に関する調査研究

【目的】筋萎縮性側索硬化症（ALS）療養者の事前指示に関する意識・実態を調査し、神経内科医師・看護職の回答と比較することで、QOL 向上に資する事前指示の在り方を検討する。

【結果】①事前指示のメリット（複数回答）は、患者回答（n=300）では「本人の希望を叶えるために話し合いがなされる」18%、「本人の希望に添って治療が進められる」16%、「自

己決定の内容が共有される」15%、「本人、家族、医療者のコミュニケーションが良くなる」14%、「望まない治療を強要されない」12%の順である。看護職（n=305）、医師（n=265）回答ともほぼ同様である。②事前指示が普及しない阻害要因（複数回答）は、患者回答では「医師のみが治療方針を決める場合がある」、「自己決定になっていない」、「決定内容が周知されない」、「書式が標準化されていない」、「法的根拠がない」の順であるが、医師では、「法的根拠がない」ことを問題視する傾向が見られた。③事前指示普及の方策について（複数回答）は、患者回答では「情報を充実させる」24%、「告知を推進する」18%、「内容更新、書き換えを確認する」11%の順であるが、医師は、「告知を推進する」19%について「法的根拠」17%を重要視している。④事前指示の提示方法であるが、患者回答では「口頭」「書面」「病院独自の書式」「手書きメモ」の順であり、口頭と書面がほぼ拮抗している。事前指示内容の書き換えの有無は、患者回答で約3割が有りと回答しているものの、最大値は3回である。

【結果】調査から、意思決定の前提となる告知のあり方、事前指示の法的根拠、有効性の遡及期限、提示方法、書き換えの促進等の課題が明確となった。ALSの事前指示は、今後普及が望まれるが、患者・家族と医療者の間には認識の相違がみられる部分もあり、患者の視点に立ったガイドラインの策定が喫緊の課題であると考えられる。

4) 基礎研究4：24時間365日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究

4) - (1) はじめに

平成17年度「24時間365日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究事業」は、医療におけるニーズとサプライのミスマッチに対する解決策としての、在宅療養支援診療所（仮称）の創設に焦点を当て、新たな診療所医療の形態がもたらす医療全体に及ぼす影響と意義、さらに日本医療の特殊性について分析した。

① 重症高齢者等の居宅における医療のニーズとサプライのミスマッチ

厚生労働省保険局「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」のうち「訪問診療の観点からの補足調査報告書（調査実施委員 川島孝一郎）」に示されるように、すでに居宅において高度医療を受けている重度在宅療養者においては、在宅酸素療法 HOT・在宅成分栄養経管栄養 HEN・在宅人工呼吸療法 HMV・在宅中心静脈栄養 HPN を施行されているいずれの療養者も、その生の終わりを迎える理想の場所として居宅を求めている。その割合は最も低い HOT において 65.4%であり、最も高い HEN においては実に 79.5%となっている。

居宅において種々の高度医療を受けている重度在宅療養者にとっては、すでに居宅に赴く医師を確保している状態であり、居宅において生の終わりを迎える不安が少なく、むしろ積極的に居宅での終わりを希望していることがうかがわれる。これは居宅に赴いている主治医の意識調査においても顕著であり、担当する HOT・HEN・HMV・HPN 療養者が生の終わりを迎える理想の場所として、主治医の 77.6%が居宅を上げている。

すでに在宅医療をおこなっている医師一すでに高度医療を受けている重度在宅療養者相互の関係性においては、双方が居宅での生の終わりを当たり前のこととして受け入れている結果が示された。

ところが、死亡の場所別に見た死亡数・構成割合の年次推移によれば、自宅における

看取りは年々低下し、平成 16 年度は死亡総数に占める割合がわずか 12.4%となった。この大きな隔たりは、理由のひとつとして、居宅に赴かない医師－居宅で医療を受けられることを知らない療養者相互の関係性が、日本医療の医師－患者関係の大部分を占めていることによると考えられる。

居宅での終焉が可能であることを知らない患者にとっては、病院がその終焉を迎える場所となり、一見、患者のニーズと医師のサプライがマッチしているように見せ掛けられているのである。

居宅での終焉が可能であることを知らない患者にとっては、病院での終焉が唯一のものとなり選択の余地がない。しかし、居宅での終焉が可能であることを知っている患者にとっては、居宅での終焉と病院での終焉のいずれかを選択することができる。

同様に、在宅医療を知らない病院医にとっては患者の死亡場所は唯一病院であると考えてしまい、病院死が当たり前であった。一方、在宅医療をおこなう在宅医にとっては、医療の場所は居宅と病院のいずれをも患者に提示できることとなり、その結果として患者はみずからの終焉を居宅・病院いずれかに求めることが可能となる。

病院医療は急性期病院（ホスピスを含む）または医療療養型病院のいずれかとなり、ここに医療の重症型と軽症型の二極構造が出現した。急性期病院は DPC の導入による収益の確保と入院日数の削減を実現するために早期の退院を計り、その結果重症高齢者等の早期帰宅がおこなわれるようになった。

つまり、病院医に課せられた使命とは、患者が帰宅できることを前提とした的確な検査と治療を選択することであり、帰宅不能となるような従来型の濃厚な検査・治療との違い、及び、そのメリット・デメリットを正確に患者に説明する責任をより重く持つようになったのである。

したがって、患者の回復度によって

- a) 回復可能 → 治療して帰す
- b) 現状維持 → 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) 回復不能 → 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

こととなり、この 3 点の収束するところが病院医に課せられた重要な目的となる。それは、『病院死を極力回避する』ことである。

② ニーズとサプライのミスマッチの是正

すでに病院は二極構造となった。その結果として軽症者のみならず重症高齢者等が退院することとなり、在宅療養をおこなう療養者も重症型・軽症型の二極構造を呈してきた。

ところが、居宅療養者の中・長期的な病状と生活の安定に欠かせない拠点となるべき診療所は、その大部分が 9:00～17:00 で終了し、夜間及び日曜・祝祭日はその医療機能をまったく成していない状況にある一般外来型診療所である。

一般外来型診療所は、地域住民の普段の健康管理をおこないながら、急性期病院や医療療養型病院との関係を保ち、活発に紹介・逆紹介をおこなうことにより、その機能を維持してゆくことになる。

他方、重症高齢者等の居宅療養において、その身体・精神両面の安定が計られるためには、重症であるが故の急変及び居宅における看取りの、いずれにも迅速に対応できる診療所の創設が喫緊の課題であった。

「24 時間・365 日の訪問診療・緊急往診・居宅での看取り」のいずれもが可能な重症対応型の診療所を一定数確保することにより、病院・在宅・診療所それぞれの二極構造が完成し、三者相互の、さらに重症－軽症間の、円滑な医療連携がおこなわれるのである。

以上の観点から、在宅療養支援診療所（仮称）は、診療所機能の二極構造化を強く推進するものであり、従来のような診療所医療全体の底上げを目指すものではない。重症在宅医療の橋頭堡としての機能を有することにより、重症・軽症いずれの状態の患者に対しても、診療所が等しく在宅における安心で安定した医療を常に提供できる体制を確保するために必要な形態なのである。それはまた、生活の終焉としての看取りがおこなわれる場所の選択（病院・居宅のいずれでも）を、等しく国民に提示できることでもある。

4）－（2）在宅療養支援診療所（仮称）創設の時期

従来、寝たきり老人在宅総合診療料（在総診）・在宅時医学管理料（在医管）・在宅末期医療総合診療料（在医総）のいずれかを算定する医療機関が、主として在宅医療を牽引してきた。確かに、在宅医療は医療のみならず、家族の生活・生計、介護事情、福祉制度等の、およそ「生活全般」に係る広大な領域を有するものであり、個々の状況に関する詳細な分析が必要ではあるのだが、しかし、図 D が示すように、すでに在総診は平成 15 年をピークにその総数を減じていた。診療所及び 200 床以下の病院における在医管は、平成 16 年をピークにその総数を減じている。在医総はほぼ横ばいである。

以上のように、在宅医療をおこなう医療機関の総数が種々の原因で減少しつつあるこの時期に、新たな対策を講ずることが必要であった。したがって、在宅療養支援診療所（仮称）の創設は（在宅時医学総合管理料等も含めて）、平成 18 年のこの時期を逃すわけにはいかなかったといえよう。

4）－（3）本研究調査の母集団に関する検討

平成 16 年度の数値

A 在総診の届出を出している診療所数	21,681
B 在医管の届出を出している診療所数	6,661
C 在医総の届出を出している診療所数	5,235

から類推すると、訪問診療の基準回数（B:4 回/月；C:最低 1 回/週）は、ほぼ同率であり、患者の重症度から考えても、B と C の診療所はほぼ同一であると考えられる。B と C との差 1,426 の診療所は、B・C よりも手軽な A との兼任であろう。一方 A のみを届け出ている診療所は B を除いた数であると考えられる。A と C という組み合わせはほとんど存在しないであろう。B と C を届け出て A を届け出ていない診療所はほとんど存在しないだろう。C のみを届け出ているがんの在宅医療に特化した診療所は若干数（ α ）存在している可能性がある。以上から、在宅医療に係る既存の診療所の分布は

(A) 在総診の届出のみの診療所	21,681－6,661＝15,020
(B) 在総診・在医管を届け出ている診療所	1,426
(C) 在総診・在医管・在医総を届け出ている診療所	5,235－ α
(D) 在医総のみの診療所	α

と考えられる。

回答を得た診療所総数（395）のうち在総診を届け出ているところは 342 件、在医管は 309 件、在医総は 295 件であった。積極的に回答を寄せたのは在医管・在医総を届け出ている診療所であり、在総診のみを届け出ていると思われる診療所からの回答は少数であった。内訳は、

[A] 在総診の届出のみの診療所	342－309＝ 33
[B] 在総診・在医管を届け出ている診療所	309－295＝ 14
[C] 在総診・在医管・在医総を届け出ている診療所	295

と考えられる。

在総診、在医管、在医総の届出をおこなってはいるものの、実際に患者に対して在宅医療を提供しているか否かについては、2005 年 12 月 1 ヶ月間の月断面における算定患者数によれば、算定患者数が 0 人である診療所は、在総診：18.7%、在医管：47.6%、在医総：75.9%であった。

在医総においては常にかん患者が当該診療所に供給されるとは限らないので、現状ではやむをえないと考えられる。ただし、看取りに至るがん患者の平均在宅日数が約 2 ヶ月であることを考慮すると、月断面で 5 名の在医総該当者がいる場合には、年間約 30 名の在宅看取りがおこなわれていることとなる。

在医管の該当者が少ないことも特筆すべきことではあるが、さらに在総診で該当者が 0 人という診療所が 18.7%あった。在総診等届出 342 件中 18.7%という数値は、問 24 在宅療養支援診療所（仮称）登録の希望において、386 件中登録希望なし 16.6%と完全に合致している。したがって、実際にはほとんど訪問診療をおこなっていない在総診届出診療所は、当初から在宅療養支援診療所（仮称）の届出をおこなわないと考えられる。

在宅療養支援診療所（仮称）の登録希望ありは全体の 60.9%を占めている。在医総を届け出している診療所 295 件は、回答した総数 386 件の 76.4%であり、在医総届出診療所の多くは在宅療養支援診療所（仮称）に移行すると考えられるが、一部登録希望について現時点では判断を保留している診療所がある。

収入の面から考察すると、在総診、在医管、在医総それぞれの月断面における算定患者数では、在総診は 10 人以上が全体の 50.5%を占めた。一方在医管ではかろうじて 1 人以上が全体の 52.4%であった。

在総診を算定する患者数が在医管に比べ圧倒的に多い結果から、在総診＋24 時間連携体制加算＝3,690 点であったものが、在宅療養支援診療所（仮称）として登録しないならば、在宅時医学総合管理料（在総管）2,200 点に減額されることとなる今回の改訂は、月 2 回の訪問診療を基本として算定すると約 28%の減収となる。診療報酬に占める在総診＋在医管＋在医総の報酬比率は、10%以上を占める診療所が全体の 42.9%であった。診療報酬の 10%のうち 28%減収となる場合には、全体の 2.8%減収となる。これは直接純利益に影響する。

したがって、(A) 在総診のみを届け出ている全国 15,020 ヶ所の診療所において、そ

の診療報酬の10%程度以上を在総診に依存しているところ（12人程度の在総診患者を往診している診療所）は、在宅療養支援診療所（仮称）の届出をおこなう公算が高いといえよう。

さらに、在総診・在医管・在医総の3項目について、いずれの有無にも回答してくれた診療所（総数277件）について分析した。

【A】	在総診の届出のみの診療所	74
【B】	在医管もしくは在医総を届け出ている診療所	151

の区別が明確である。ここでは、【A】の診療所の57.5%が在宅療養支援診療所（仮称）の登録を希望している。さらに、【B】の診療所においては、その75.7%が登録希望であった。これを全国の診療所区分（A）または（B）+（C）に対して当てはめると

(A)	在総診の届出のみの診療所	$15,020 \times 57.5\% = 8,636$
(B) + (C)	在医管もしくは在医総を届け出ている診療所	$6,661 \times 75.7\% = 5,042$

となり、総計13,678ヶ所の診療所が在宅療養支援診療所になる可能性がある。

以上から類推されることとして、(C)在医総届出診療所5,235ヶ所のほとんどは、結果的には在宅療養支援診療所（仮称）に移行すると考えられる。同様に、(B)在医管届出診療所1,426ヶ所も追随するであろう。(A)在総診のみを届け出ている15,020ヶ所の診療所のうち25%が移行するならば、全国約10,000ヶ所の在宅療養支援診療所（仮称）が誕生することとなる。

4) - (4) 在宅療養支援診療所の周知

在宅療養支援診療所（仮称）は在宅医療の橋頭堡として、がん・難病を含む重症高齢者等の居宅における安定を確保しつつ、急変時と居宅における看取りに24時間・364日の対応をするものである。これは、「重症者は入院するものであり、看取りは病院がおこなうものである」という、医療者・患者双方の既成概念を覆すものであるとともに、24時間・365日の対応機能を持つ当該診療所が、医療者・患者の双方に周知されなければならない。

特に、末期がん、人工呼吸器、中心静脈栄養等の医療的処置を多く必要とする患者が、みずからの意思として在宅を希望し、かつ種々の制度（40才以上の末期がんへの介護保険の適用、身体障害認定による自立支援法に基づく介護派遣、重度障害者への長時間滞在型介護サービス等）を活用することで介護力が十分に発揮できる場合には、積極的に在宅療養支援診療所（仮称）を活用してゆくことになる。

そのためには、特に急性期病院等に、地域ごとの在宅療養支援診療所（仮称）の存在が既知のものとなっている必要がある。地方社会保険事務局に登録されたリストの開示が前提となり、患者の選択肢が拡大されることが期待される。地域社会保険事務局に認可（登録）されることについて、まったく妥当45.4%+概ね妥当38.8%=84.2%であった。

4) - (5) 居宅における看取り

回答を得た診療所総数395件のうち、居宅における看取り一年間看取り数への回答は361件であった。一件あたりの平均看取り数は6.3人であり、年間2,274人が居宅で看

取られていた。

この診療所数 361 件のうち、すでに積極的に在宅医療をおこなっている比率が高いと思われる「在宅ケアを支える診療所・市民ネットワーク」「在宅医学会」及び「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」から調査した診療所は 159 件であり、一件あたりの平均看取り数は 10.2 人で年間総数は 1,621 人であった。

この両者から推測すると、 $361 - 159 = 202$ 件の診療所は、既存のごく一般的な主には在総診による在宅医療をおこなっている診療所と考えられた。202 件の診療所の年間看取り総数は $2,274 - 1,621 = 653$ 人であり、一件当たり 3.2 人の年間見取り数であった。

この数値を

(A) 在総診の届出のみの診療所	15,020
(B) 在総診・在医管を届け出ている診療所	1,426
(C) 在総診・在医管・在医総を届け出ている診療所	5,235

にあてはめると、

(A)	$15,020 \times 3.2 = 48,064$
(B) + (C)	$6,661 \times 10.2 = 67,942$

合計 116,006 人の居宅における看取りとなる。この数値は表 B に示された自宅における年間死亡数 127,445 人に近い。

さらに、都市部の診療所は地方の診療所に比べ、相対的に看取り数が多い（都市 11.9：地方 8.3）。

「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」を基本に、地域で在宅医療に特化して診療をおこなっている診療所数ヶ所を追加し作成すると、2004 年度（2005 年度版）の居宅における年間看取り数は、一施設あたり都道府県平均値では 21 人、中央値では 16 人であった。この値は本研究における都市部の看取り数 11.9 人よりもさらに多い。平均受け持ち在宅患者数（在総診＋在医管＋在医総の平均月断面における患者数）に対する年間看取り数の割合を看取り率とすると、都道府県平均値は 37.7%、中央値は 25.0% であった。

看取り数の報告義務については、まったく妥当 26%＋概ね妥当 43.6%＝69.6%が支持していた。妥当でないと答えた 21.6%の診療所については、年間看取り数 0 人の診療所の割合 23.3%に近く、同一の診療所が看取り数 0 人かつ妥当でないと答えている可能性もある。

看取りの時間帯については、全体の 1/3 の 35.4%が夜間の看取りがなかったものの、64.6%は夜間に一度は看取っている。特に看取りの 50%以上が夜間帯である診療所が全体の 35.6%を占めており、昼夜の別なく在宅での看取りが発生していることがわかる。

夜間深夜の緊急往診については、在総診では 59.4%、在医管 30.6%、在医総 53.5%であり、半分以上の診療所で昼夜の別なく患家に赴いている。

夜間・祝祭日の緊急往診と看取りは 24 時間対応の骨子となる要件であり、この時間帯において患者をすべて病院に搬送させたり、訪問看護に任せ切りにする診療所が存在しないような監視項目の作成が待たれる。

従来、病院医療においては病院死があたりまえであった。つまり、病院医は病院での看取りを前提に、その医療を組み立てていく傾向が顕著であった。しかし、今や病院医

の使命は患者の回復度によって

- a) 回復可能 → 治療して帰す
- b) 現状維持 → 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) 回復不能 → 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

ことであり、病院医に課せられた重要な目的は『病院死を極力回避する』ことである。

とすれば、ICU において人工呼吸器を装着した患者に対する治療の継続・中止の判断の類や、延命治療、または尊厳死・安楽死に対する解答のひとつとして、上記 c) が用意されるだろう。

つまり、回復不能・回復を望まない者の帰るべきところは「生活」である。「生活の中での生命感・生命観」と「病院の中での生命感・生命観」は異なる。患者がそこにいる「場」も、集う「人間」も、共有する「時間」も異なるのだ。生活の場に帰ることによって患者自身も家族もがその心の質を変容させるのである。生活を基盤とするいのちの問題を、病院を基盤として考えてゆくこと自体に問題があるのである。

ICU にいる人工呼吸器の脳死の患者も、経管栄養の植物状態といわれる患者も、安楽死を望む患者も、まずはすべて帰宅しよう。

「権利としてのいのち」を個人がいかようにでも扱えるような法整備をするのではなく、生活に集うすべての事柄によって支えられている「全体のいのち」を感じることが必要なのである。生命を維持できる居宅環境を整えることにより、そこに寄り添う人たちから、個の権利としてのいのちではない、皆と共にある全体のいのちを受け継ぎ育ててゆくことが求められているのである。

その意味で、在宅療養支援診療所（仮称）の使命は重い。在宅療養支援診療所（仮称）が在宅医療に特化してゆくなれば、重症高齢者等の希望する生活と看取りの場としての居宅を、あたりまえに提示することができるようになるだろう。

4) - (6) 日本的特性と在宅療養支援診療所（仮称）

① 在宅ケアにおける情報の特殊性（Jpn J Cancer Chemother 30(Suppl. 1):10-13, 2003）

近代的認識論によりどこをを求める科学としての医学は、どの事象・病態にも通じる普遍的原理を求め、標準化・合理化することを目指した。EBM に基づく検査や治療はその一旦である。クリニカルパスの運用も同様である。

医療はその性質ゆえに、医療者と患者がもともと独立分離していることを前提としている。対象としての患者は、観察され操作されてきたのである。その独立分離の原則ゆえに、患者は単体として把握され、それを集めれば集合として統計分析が可能となる。患者は統計的全体の部分として扱われ、集合の中にその個性は埋もれた。「全体は部分の総和である」という集合論が普遍化を促進している。

このような、標準化できる情報の共有とともに、あるいはそれ以上に重要なこととして、異なる意味での情報の共有が、在宅医療と介護の現場ではおこなわれている。

医師が生活の場にゆき、患者とその家族一すなわち「生活者」と出会った場合、生活者の目には医師の姿が映り、その言葉が生活者の耳に届く。白衣を着ている医師が眼前にいと、言いたいことが言えずに押し黙る。その言葉が生活者につらく聞こえるときもあれば救われるときもある。医師が帰った後は重苦しい雰囲気がその家庭に立ち込め

もすれば、バラ色にもなる。このように、生活者の世界では、医師は生活者から独立した存在ではなく、生活者の世界の中で作業をするがゆえに、その世界に多大な影響を与えている。

医師と相対した生活者は、もはや医師と分離独立した別個の存在ではなく、医師の影響を含んで変容した生活者となっている。つまり、医師が生活者から受け取る情報は、決して客観的に独立した情報ではなく、医師みずからが影響しその影響も含まれた全体としての情報となっている。

在宅ケアに関わる様々な職種の人が生活者と共に時間と場所を共有するたびに、その全体性は異なってくる（全体は部分の総和とは異なる）。この多様な違いこそが生活者の自由度の表現であり、そのひとつひとつがすべて正しい生活者像である。つまり、生活者の世界への窓口は多いほど多様性の情報量が多い。生活者の真意を多元的に測ることができるということになる。

もし仮に、情報の窓口を看護師のみにしてしまうと（医師が直接往診せずに、訪問看護師にだけ指示を出している場合など）、【看護師－生活者】の全体性【 】の情報が、あたかも生活者そのものの情報であるかのように伝達されてしまい、この両者の関係性のみが十全のごとく幅を利かせてしまう。

医師が居宅を訪問せずに、この情報のみを真の情報として扱うと、生活者の全体像から逸脱した指示がなされてしまう危険性が高い。

そこで、それぞれの全体性がすべて分かり合えるような「場」が必要になってくる。それが「サービス担当者会議」である。

② 生活情報の特殊性に基づく日本型在宅医療と在宅ケア

- 1) 在宅ケアに集う職種は多いほどよい。多元的な把握がより可能となるから。
- 2) 同一の事業体からの職種は少ないほどよい。すべてを同一事業体に任せると、生活者はその影響のみによる変容しかなされない。影響の単一化は変容の単一化を招き、生活者の自由度を制限することになる。
- 3) 医療を含めたすべてのケア提供者は、みずからが相手を変容させる影響を与えていることに気づく必要がある。自分の影響を含んだ生活者は、独立した対象ではなく、自分と共に全体として生きている存在であることを意識しなければならない。
- 4) したがって、医師は生活者との生の接点を持つことが必須であり、居宅に訪問しない医師は、自分の影響を基礎とした情報収集をみずから絶つことになる。在宅医療をしたことにならない。
- 5) 医師は生活者の生活全体の部分を形成している以上、生活者の要請に応じて出向くことが当然であり、24時間対応することとなる。
- 6) 在宅看取りが当然となる。
- 7) 医師一人の作業能力には限界があり、複数の医師による全体把握が基本となる。
- 8) 在宅ケアに関わる職種が、それぞれに生活者との全体性の中で得たものを、生活者と共に披露して生活者の自由度を知るための場、すなわちサービス担当者会議を開催することが重要である。これが最も真に近い情報の共有化となる。
- 9) 情報の開示と保護の両立が求められる。
- 10) 生活者個々の権利が保障されなければならないと同時に、生活世界全体（絆）を維持してゆく努力（全体性の中での義務）も必要であり、この両立が求められる。

4) - (7) おわりに

「24 時間 365 日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究」は、広く医療と介護の基盤整備と人材養成を狙ったものである。立ち遅れていた診療所医療が、在宅ケアの中核をなすべく在宅療養支援診療所として新装開店した。

事前指示の賛否、通院困難の規定、人材養成等、解決すべき問題はこれからである。しかし忘れてならないのは、生活者は対象として把握されるのではなく、医師をはじめすべてのケア提供者と共に（私も含まれた）その全体性の中で関係づけられ生きてゆくのである。その関係性の中には、誰もが納得する永遠の別れと、これから生まれてくる子供たちも取り込まれるのであり、看取り・少子化対策と在宅ケアは切り離せない

5) 基礎研究 5：地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究

本研究は、世界稀に見る高齢化・疾病構造変化により年々増加する年間死亡者数の最大値 170 万人に到達する 2038 年に向けて、『最初の 5 年間でどのように乗り切るか』について在宅医療計画を中心に検討したものである。2008 年から 2012 年の 5 年間の実績次第で、以後の各都道府県・市町村の医療提供体制の円滑化・地域住民のニーズに応えるサプライの実現が決定されるといっても過言ではない。

国民のニーズ「最後まで家に住みたい＝60%」はすでに明確であり残されているのはサプライの充実である。その達成のために重要な項目がいくつもある。

- 1) 在宅医療の十分な周知：行政はまず在宅医療を十分に理解し、地域住民・医療者の双方への周知を徹底することが第一歩である。
- 2) 説明責任：生きていることは生活であり、医療者は自らの説明において①疾病論・症候論による身体情報の説明だけでは責任を果たしたことはない。②診断・治療がその後の患者・家族の生活にどれだけの影響や変更を迫ることになるのか・その対処等についての生活情報を、①以上に十分に説明し了解を得る必要がある。
- 3) 重症化への対応：年々の高齢化・高度医療化の結果、居宅移行する療養者の重症化が進行している。高齢者・がん・難病・認知症等のいずれもが安心・安全な生活を享受できるためには、「重症加算」に該当する療養者への十分な在宅医療提供と居宅介護提供がなされなければならない。目標の一つは重症者の在宅生活を可能にすることである。重度であっても母集団が少ない場合には重点的に支えることが可能な「日本はどんな人でも生きてゆける」という社会の達成。
- 4) 生活の中での終焉：病院がすべての死を支える時代は終わっている。終焉を迎えるということは生きて生活した結果である。生活の中での終焉＝居宅での看取りは、自宅であっても介護施設であってもそこが生活の場である以上は当たり前のことと覚悟することが大切である。医療も介護も行政も一体となって、去り行く人・残される人への十分なはからいができるように努めなければならない。在宅死を強制することではなく、当たり前に居宅での看取りが行える環境整備が求められる。
- 5) 単年度ごとの目標設定：在宅医療橋頭堡と在宅医療底上げ医療機関・在宅療養支援が可能な薬局・訪問看護ステーション・吸引等重症者対応が可能な施設及び訪問介護員の十分な配置とそれぞれの連携・質の確保、在宅医療教育の充実等を念頭に、単年度ごとの数値を設定しその目標を達成する。
- 6) その他：居宅生活を妨げるあらゆる規制についての見直し
行政担当者は本在宅医療計画の内容を熟知し、それぞれの地域における生活者の視

点から地域特性を考慮しつつも、医療の側面から当たり前の生活を住民に保障できるように行動して頂きたい。

（２）重度障害者等包括支援の問題点

「重度障害者等包括支援」（以下、「重度包括」）は、地域で生活する重度障害者のニーズに応じて、円滑にサービス利用が可能となるよう、各障害者ごとに設定した標準的なサービス利用計画に基づき、一定の報酬額をあらかじめ設定する仕組み（包括払い方式）とした上で、特定の事業者（重度障害者等包括支援事業者、以下、支援事業者）がサービス提供全体について責任を負うこととすることにより、緊急のニーズに際して、その都度、支給決定を経ることを不要とし、個々のサービスを提供する事業者や、実際にサービスを提供する従事者の資格要件を緩和し、個々のサービスの報酬単価については、支援事業者による自由な設定を可能とする目的で 2006 年 10 月から施行された。

しかし、報酬単価の設定、対象者の状態像など、制度設計上の問題点があり、利用者、支援事業者双方にとってはなはだ活用しにくい現状がある。

重度訪問介護は、厚生労働省が初めて 24 時間連続利用者を中心に想定した制度であり、8 時間以上の連続利用でなければ、ヘルパーを確保することが難しいような低い単価設定（1 時間平均 1,550 円）となっている。これに対して、身体介護は 1 時間 4,000 円と高い単価設定になっている。身体介護の単価は、1 日 8 時間勤務のヘルパーが午前中に 1 回、午後 2 回サービスを行うなどで、1 回あたりサービスは 1 時間～1.5 時間程度を想定した単価設定である。1 日 3 回の身体介護の短時間サービスの単価の合計と、8 時間連続利用の重度訪問介護はほぼ同じ単価となる。重度訪問介護の場合、障害者が 1 日 8 時間以上利用する場合も、24 時間の利用の場合も事業所の取り分は同じと想定されている。人工呼吸器利用などの最重度障害者は 8 時間の連続利用の希望であっても、県内の全部のヘルパー事業所から断られることもある。重度訪問介護を行うヘルパー事業所は、連続 8 時間などの長時間連続利用であっても、ヘルパーの確保が困難な場合が少なくない。

都道府県知事、市町村長等行政首长からも、障害者自立支援法に基づくサービス提供のあり方についての根本的見直しを求める要望が次々と出されてはいるが、当研究グループとしては、特定疾患患者に対する重度障害者等包括支援事業の問題点を明確化し、改善策を提示する必要がある。そのためには、より広範な縦断調査の実施が喫緊の課題である。自治体首长等の要望書は、今のところ利用者負担の軽減に関するものが多く、「重度包括」に特化したものは見出しがたい。

重度訪問介護の対象の、状態増に応じた加算について、たとえば、意志伝達の著しく困難な「気管切開の処置あり」の障害者が 15%加算となるが、その多くが意思伝達装置を使いこなしているので、意志伝達可能という判定になり、7.5%加算となっている。判定基準中、「認定調査項目「8 医療」において「気管切開の処置あり」かつ「レスピレーター装着あり」と認定かつ、認定調査項目「6-3-ア 意思の伝達」において「ときどき伝達できる」又は「ほとんど伝達できない」又は「できない」と認定」について、見直しを必要とする。

また、NPPV (bipap) についても、適切な評価基準、現行のものでは ALSFRS-R の 10. 呼吸（呼吸困難、起坐呼吸、呼吸不全）の評価に基づき、「重度包括」の対象に加えるべきであるとの考え方もある。

(3) 本研究の基礎資料

資料1. 厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課 「重度障害者等包括支援の取扱いについて」

事務連絡 (平成18年9月27日 抜粋)

「重度障害者等包括支援」は、地域で生活する重度障害者のニーズに応じて、円滑にサービス利用が可能となるよう、各障害者ごとに設定した標準的なサービス利用計画に基づき、一定の報酬額をあらかじめ設定する仕組み（包括払い方式）とした上で、特定の事業者（重度障害者等包括支援事業者）がサービス提供全体について責任を負うこととするにより、

- ・ 緊急のニーズに際して、その都度、支給決定を経ることを不要とし、
- ・ 個々のサービスを提供する事業者や、実際にサービスを提供する従事者の資格要件を緩和し、
- ・ 個々のサービスの報酬単価については、重度障害者等包括支援事業者による自由な設定が可能となっている。

対象者像

(1) 障害程度区分6（障害児にあっては区分6に相当する心身の状態）に該当し、意思疎通を図ることに著しい支障がある者であって、次のいずれかに該当する者。なお、重度障害者等包括支援事業者は、事業の対象者（Ⅰ類型～Ⅲ類型）を運営規程に明記して事業を実施すること。

類型			状態像
重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、右のいずれかに該当する者	気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者	Ⅰ類型	・筋ジストロフィー ・脊椎損傷 ・ALS ・遷延性意識障害 等
	最重度知的障害者	Ⅱ類型	・重症心身障害者 等
障害程度区分の認定調査項目のうち行動関連項目（11項目）等の合計点数が15点以上である者		Ⅲ類型	・強度行動障害 等

(2) 判定基準

Ⅰ類型

- ① 障害程度区分6の「重度訪問介護」対象者であって
- ② 認定調査項目「1-1 麻痺等」の4項目においていずれも「ある」と認定
- ③ 認定調査項目「2-7 寝返り」において「できない」と認定
- ④ 認定調査項目「8 医療」において「気管切開の処置あり」かつ「レスピレーター装着あり」と認定
- ⑤ 認定調査項目「6-3-ア 意思の伝達」において「ときどき伝達できる」又は「ほとんど伝達できない」又は「できない」と認定

資料 2. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び 基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」(障発第 1031001 号 平成 18 年 10 月 31 日) (抜粋)

(2) 重度訪問介護サービス費

① 重度訪問介護の対象者について

区分 4 以上に該当し、二肢以上に麻痺等がある者であって、認定調査票（区分省令別表第一の認定調査票をいう。）における調査項目のうち「歩行」、「移乗」、「排尿」、「排便」のいずれもが「できる」（「歩行」にあっては「つかまらないでできる」）以外に認定されている者

② 重度訪問介護サービス費の算定について

重度訪問介護は、日常生活全般に常時の支援を要する重度の肢体不自由者に対して、食事や排せつ等の身体介護、調理や洗濯等の家事援助、コミュニケーション支援や家電製品等の操作等の援助、日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援及び外出時における移動中の介護が、比較的長時間にわたり、総合的かつ断続的に提供されるような支援をいうものである。したがって、重度訪問介護については、身体介護や家事援助等の援助が断続的に行われることを総合的に評価して設定しており、同一の事業者がこれに加えて身体介護及び家事援助等の居宅介護サービス費を算定することはできないものであること。ただし、当該者にサービスを提供している事業所が利用者の希望する時間帯にサービスを提供することが困難である場合であって、他の事業者が身体介護等を提供する場合にあっては、この限りでない。

③ 重度訪問介護の所要時間について

(一) 短時間に集中して支援を行うという業務形態を踏まえて短時間サービスが高い単価設定となっている居宅介護に対し、重度訪問介護については、同一箇所に長時間滞在しサービス提供を行うという業務形態を踏まえ、重度訪問介護従業者の 1 日当たりの費用（人件費及び事業所に係る経費）を勘案し 8 時間を区切りとする単価設定としているものである。また、8 時間を超えるサービス提供を行う場合には、事業所の管理コストが通減することを踏まえ、8 時間までの報酬単価の 95%相当額を算定することとしているものである。したがって、同一の事業者が、1 日に複数回の重度訪問介護を行う場合には、1 日分の所要時間を通算して算定する。この場合の 1 日とは、0 時から 24 時までを指すものであり、翌日の 0 時以降のサービス提供分については、所要時間 1 時間から改めて通算して算定する。また、1 日の範囲内に複数の事業者が重度訪問介護を行う場合には、それぞれの事業者ごとに 1 日分の所要時間を通算して算定する。

(例) 1 日に、所要時間 3 時間 30 分、3 時間 30 分の 2 回行う場合

→ 通算時間 3 時間 30 分 + 3 時間 30 分 = 7 時間

→ 算定単位 「所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合」

(二) 1 回のサービスが午前 0 時をまたいで 2 日にわたり提供される場合、午前 0 時が属する 1 時間の範囲内における午前 0 時を超える端数については、1 日目の分に含めて算定する。

(例) 22 時 30 分から 1 時 30 分までの 3 時間の連続するサービス

22 時 30 分から 0 時 30 分までの時間帯の算定方法

1 日目分 2 時間として算定

0 時 30 分から 1 時 30 分までの時間帯の算定方法

2日目分1時間として算定

(三) 重度訪問介護にかかる報酬は、事業者が作成した重度訪問介護計画に基づいて行われるべき指定重度訪問介護等に要する時間により算定されることとなるが、当該重度訪問介護計画の作成に当たっては、支給量が1時間を単位として決定されること、また、報酬については1日分の所要時間を通算して算定されることを踏まえ、決定された時間数が有効に活用されるよう、利用者の希望等を十分に踏まえることが重要である。

④特に重度の障害者に対する加算の取扱いについて

重度訪問介護従業者（重度訪問介護基礎研修課程（指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成18年厚生労働省告示第538号。以下「居宅介護従業者基準」という。）の別表第一に定める内容以上の研修課程をいう。）のみを修了した者を除く。）が、重度訪問介護の利用者のうち、重度障害者等包括支援の対象となる心身の状態にある者に対して重度訪問介護を行った場合にあっては所定単位数の100分の15に相当する単位数を、区分6に該当する者に対して重度訪問介護を行った場合にあっては所定単位数の100分の7.5に相当する単位数を、それぞれ所定単位数に加算する。

なお、重度訪問介護従業者養成研修（居宅介護従業者基準第1条第3号に規定する重度訪問介護従業者養成研修をいう。）を修了した者が、加算対象となる重度障害者に対して重度訪問介護を行う場合は、当該加算対象者に対する緊急時の対応等についての付加的な研修である重度訪問介護追加研修課程（居宅介護従業者基準の別表第2に定める内容以上の研修課程をいう。）を修了している場合についてのみ所定単位数が算定できるものであること。

⑤早朝、夜間、深夜等の重度訪問介護の取扱いについて

早朝、夜間、深夜の重度訪問介護の取扱いについては、原則として、実際にサービス提供を行った時間帯の算定基準により算定されるものであること。ただし、基準額の最小単位（最初の1時間とする。）までは、サービス開始時刻が属する時間帯の算定基準により算定すること（サービス開始時刻が属する時間帯におけるサービス提供時間が30分未満である場合には、多くの時間を占める時間帯の算定基準により算定すること。）。また、基準額の最小単位以降の1時間単位の中で時間帯をまたがる場合には、当該1時間の開始時刻が属する時間帯により算定すること（当該1時間の開始時刻が属する時間帯におけるサービス提供時間が30分未満である場合には、当該1時間のうち、多くの時間帯の算定基準により算定すること。）。)

**資料3. 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課訪問サービス係
事務連絡（平成19年2月16日）
重度訪問介護等の適正な支給決定について**

各 都道府県障害保健福祉担当課 御中
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課

平素より障害者自立支援法の施行に御尽力いただき厚く御礼申し上げます。
さて、訪問系サービスについては、平成18年10月に再編を行ったところですが、障害の状態やニーズに応じた支給決定が適切に行われるよう、下記の点に留意いただきたく、管内市町村への周知徹底方よろしくお取り計らい願います。

記

1 居宅介護について

居宅介護は、短時間（1回当たり30分～1.5時間程度が基本）集中的に身体介護や家事援助などの支援を行う短時間集中型のサービスであり、その報酬単価については、所要時間30分未満の身体介護中心型など短時間サービスが高い単価設定になっているが、これは、1日に短時間の訪問を複数回行うことにより、居宅における介護サービスの提供体制を強化するために設定されているものであり、利用者の生活パターンに合わせて居宅介護を行うためのものである。

2 重度訪問介護について

重度訪問介護は、日常生活全般に常時の支援を要する重度の肢体不自由者に対して、身体介護、家事援助、日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援及び外出介護などが、比較的長時間にわたり、総合的かつ断続的に提供されるような支援をいうものであり、その報酬単価については、重度訪問介護従業者の1日当たりの費用（人件費及び事業所に係る経費）を勘案し8時間を区切りとする単価設定としているものである。

3 重度訪問介護等の支給決定にかかる留意事項

（1）重度訪問介護については、

- ・1日3時間以上の支給決定を基本とすること
- ・1日に複数回の重度訪問介護を行った場合には、これらを通算して算定することとしているが、これは、1日に提供されたサービス全体でみた場合に、「比較的長時間にわたり総合的かつ断続的に提供」されているほか、1日に複数回行われる場合の1回当たりのサービスについても、基本的には、見守り等を含む比較的長時間にわたる支援を想定しているものであり、例えば、短時間集中的な身体介護（見守りを含まない）のみが1日に複数回行われた場合に、単にこれらの提供時間を通算して3時間以上あるようなケースまでを想定しているものではないこと。

（2）このため、上記の重度訪問介護の要件に該当する者であっても、サービスの利用形態によっては、重度訪問介護ではなく居宅介護の支給決定を行うことが適切である場合があること。

資料4. 日本 ALS 協会調査

日本 ALS 協会は、2007 年 2～3 月、障害者自立支援法のサービス利用を含む療養に関する調査を実施した。仮集計は、次の通りである。

回答者の年齢は、63.5±9.9 歳。男性 68%、女性 32%。自宅 77%、入院 21%、施設入居 2%である。身体障害者手帳を有する者は 98.4%で、1 級が 88.3%である。障害区分は、区分 6 が 50.7%、自立支援法に基づくサービスの利用は、有りが 29%、無しが、52.8%、非該当 18.2%である。

身体介護の月当たり利用時間は、平均 87.2 時間、最大値は 573 時間、50.5 時間である。重度訪問介護の加算区分は、加算無しが 30%、7.5%加算が、28%、15%加算が、42%である。月当たり利用時間は、平均 216.8 時間、最大値は 734 時間、124 時間である。

移動について、月当たり利用時間は、平均 29.3 時間、最大値は 155 時間、20 時間である。

重度包括支援の利用者は、回答者 450 人中 23 人、5%にとどまる。

（４）難病医療政策の展開と重度訪問介護

在宅療養者は、患者として医療保険の特定疾患研究事業、さらに介護保険、障害者として自立支援法のサービスを組み合わせて生活している。Ⅰ類型の特徴は、24 時間生命の危機に直面しながら生き抜いている点にある。とりわけ、たんの吸引は、生命の危険を回避する必須の行為である。医師、看護職、家族以外の者によるたんの吸引の実施は、重度の呼吸障害者の生命維持に欠かせない。厚生労働省は、たんの吸引のあり方について、検討を重ねてきたが、未だ十分なサービスが提供されているとは言い難い。

１）在宅療養者の家族以外の者による、たんの吸引等について

ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者のたんの吸引については、「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」（ALS 分科会）が、在宅 ALS 患者及びその家族の負担の軽減のため、一定の条件の下では、家族以外の者がたんの吸引をすることもやむを得ないとする報告書を取りまとめた。その後、行政においても同趣旨の通知（平成 15 年 7 月 17 日付け医政発第 0717001 号厚生労働省医政局長通知。以下「ALS 通知」という。）を発出した。

医療に関する資格を有しない者による医業は法律により禁止されているが、たんの吸引、経管栄養及び導尿については、看護師との連携・協力の下に教員がこれらの一部を行うモデル事業等が、平成 10 年度以来文部科学省により実施されている。このモデル事業において医療安全面、教育面の成果や保護者の心理的・物理的負担の軽減が観察されたこと、必要な医行為のすべてを担当できるだけの看護師の配置を短期間に行うことには困難が予想されることから、このモデル事業の形式を旨・豊・養護学校全体に許容することは、医療安全の確保が確実になるような一定の要件の下では、やむを得ないものと整理した。これを受けて、厚生労働省からも同趣旨の通知（平成 16 年 10 月 20 日付け医政発第 1020008 号厚生労働省医政局長通知）が発出された。

しかし、ALS 通知が都道府県内の区市町村や関係機関に周知徹底されておらず、地域の関係機関の認識が不十分なため、吸引の実施ができない例があることが報告されている。

さらには、家族以外の者が行うたんの吸引は、必ずしも制度化されたものではなく、例外的なやむを得ない措置とされていることから、行政としての関わり方が不明確である。このことによって矛盾や問題も生じており、解決策を検討する必要があるのではないか。例えば、同意書がきちんと取り交わされているかの確認など適正に実施されることについて、行政としてどのように関わるべきか、また、たんの吸引を行うホームヘルパーに対する研修の実施や、万一の事故の際の被害者保護のため事業主の損害賠償責任保険への加入も検討すべきではないか。これらの課題は依然として克服されていない。

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は、平成 17 年 3 月 24 付け医政発第 0324006 号厚生労働省医政局長通知によって「患者・障害者のたんを効果的に吸引でき、患者の苦痛を最小限にし、吸引回数を減らすことができる専門的排たん法を実施できる訪問看護を積極的に活用すべきであるが、頻繁に行う必要のあるたんの吸引のすべてを訪問看護で対応していくことは現状では困難であり、24 時間休みのない家族の負担を軽減することが緊急に求められていることから、ALS 患者に対するたんの吸引を容認するのと同様の下記の条件の下で、家族以外の者がたんの吸引を実施することは、当面のやむを得ない措置として許容されるものとする。なお、今回の措置の取扱いについては、ALS 患者に対する措置の見直しと同時期に、その実施状況や療養環境の整備状況等について把握した上で見直される必要があることを申し添える。」とされている。

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（当時）平成 16 年 3 月）では、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が、家族以外の者による吸引の実施率は 32%、同意書なしで実施している人数の割合が 49.5%であった。

日本 ALS 協会が実施した平成 19 年 2 月時点での全国調査では、たんの吸引に関する状況は、暫定値であるが、家族以外の者の吸引は 47%（257 人中 122 人）が実施、同意文書を交わしていない例が 20%（129 人中 26 人）である。

ALS 以外のたんの吸引については、川島孝一郎を主任研究者とする本研究グループにより、2005 年 2 月に調査が行われ、常時吸引が必要は 69.4 [83.4]%（[] は ALS のみの結果）、気管切開後の人工呼吸器使用が 51.6 [83.4]%, ヘルパーによるたんの吸引実施は 37.1 [65.3]%であった。

ALS 以外のたんの吸引についても ALS 患者に対する措置の見直しと同時期に、その実施状況や療養環境の整備状況等について把握した上で見直される必要があるとされるが、今後、特殊疾患療養病棟の廃止等療養病床の削減等に起因する、重症者の在宅医療へのシフトが予想される中で、早急な検討が必要である。

また、吸引以外の行為については、平成 17 年 7 月 26 日付け医政発第 0726005 号厚生労働省医政局長通知「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」により、原則として医行為ではないと考えられるものが示されている。以下に、要点を示す。

「医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下同じ。）は、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び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。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場等において安全に行われるべきものであることを申し添える。

（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を医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又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及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・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（痔瘡の処置を除く。）、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）、肛門からの坐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連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、坐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 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第17条、歯科医師法第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。

① 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く、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、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 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、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

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第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あるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等によ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。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は

看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

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可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。」

たんの吸引の見直しの際には、経管栄養の介助等、すでに盲・聾・養護学校で実施が認められている行為を家族以外の者が在宅実施することや、居宅以外の福祉・介護施設で実施することについても検討すべきである。

（５）在宅療養支援診療所の課題と展開

在宅支援診療所の運用上の課題について、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長（前保険局医療課）佐原康之氏は、2006 年 11 月 26 日の日本グループ診療研究会学術集会で次のように指摘している。

- ①診療所間の連携（グループ化）は可能か？
- ②在宅患者のすべてについて「在宅療養支援診療所」として機能できるか？
- ③病院との機能分化・連携を適切に実施できるか？
- ④訪問看護の提供（ステーションとの連携）を確実にできるか？
- ⑤介護サービスとの連携は確実にできるか？
- ⑥「自宅以外の多様な居住の場」におけるケアの質をどう向上させるか？
- ⑦在宅ケアを担えるスタッフ・技術・ソフトは十分か？

本研究は、まさしく在宅療養支援診療所の現状について、調査により詳細に把握し、上記課題についてのあるべき方向性を指し示すものでもある。とりわけ、在宅障害者への自立支援法に基づくサービス提供について、在宅支援診療所の医師の取り組みと意識が明らかとなる。

（６）特殊疾患療養病棟の廃止等、在宅移行と自立支援法に基づくサービス

１）難病入院医療の動向

慢性期入院医療については平成 18 年 7 月から、慢性期入院医療は ADL 区分と医療区分の分類から患者のケアの必要度、医療の必要度に応じて分類されている。医療区分は従来、看護配置基準によって評価されていたが、処置の内容、疾患、状態といった医療の必要性に基づく区分となっている。

区分 3 は 24 時間体制での監視を必要とする状態で、中心静脈栄養、24 時間持続点滴、レスピレータ使用、ドレーン法・胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア、酸素療法、感染隔離室におけるケアのいずれかの条件に該当する者となっており、区分 2 は医療区分 3 に該当しない者のうち次の条件に該当する者となっている。

多発性硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病、脊髄損傷、肺気腫／慢性閉塞性肺疾患、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、じょく瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日見られる状態で、医療措置としては、透析、経管栄養、喀痰吸引、気管切開・気管内挿管のケア、血糖チェック、皮膚の

潰瘍のケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア。医療区分 1 は医療区分 3、2 に該当しない者となっている（医療区分分類表参照）。

特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医学管理料は平成 20 年 3 月 31 日までの経過措置として残るが、それ以降は廃止される予定である。

医療区分分類表

医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
医療区分 3、2 に該当しない者	医療区分 3 に該当しない者のうち以下のいずれかの条件に該当する者	以下のいずれかの条件に該当する者
	【疾患・状態】 多発性硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病、脊髄損傷、肺気腫／慢性閉塞性肺疾患、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、じょく瘡、うつ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日見られる状態 【医療措置】 透析、経管栄養、喀痰吸引、気管切開・気管内挿管のケア、血糖チェック、皮膚の潰瘍のケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア	【疾患・状態】 医師及び看護師による 24 時間体制での監視を必要とする状態 【医療処置】 中心静脈栄養（消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合）、24 時間持続点滴、レスピレータ使用、ドレーン法・胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア、酸素療法（安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで SpO₂ 90% 以下）、感染隔離室におけるケア

2）平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果について

中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会は、診療報酬改定にともなう療養病棟の状況について調査を実施し、平成 19 年 3 月中間報告書を発表した。

特に、本研究に関わるいわゆる“ハイケア”を必要とする重症者は、医療区分 3 に該当する。今回の調査結果では、次のような事実が明らかとなった。「医療療養病棟においては平成 17 年度と比較して、医療区分 1 の患者の割合が減少し、医療区分 2、3 の患者の割合が増加していた。」「医療区分 2、3 の各項目に対する評価として、24 時間持続点滴、リハビリテーション、体内出血、喀痰吸引等の項目において、項目への該当条件や該当日数の制限が不適切との意見があった。なお、不適切との意見は、自由記載の意見から、分類そのものというよりは、診療報酬点数の妥当性、制度実施の手順及び評価票の煩雑さ等に関して不適切として評価されたと考えられる。また、医療区分 2 に加えるべき項目として、経管栄養、胃瘻等の処置を挙げる意見が多数あった。」

また、問題点として「患者分類に対する診療報酬上の区分において、例えば医療区分 3 の ADL 区分 1 と ADL 区分 3 の間にケア時間の大きな開きが認められるにもかかわらず、1 つの区分として整理されている等、必ずしも同質ではないものがまとめられているとも考えられること」が指摘されている。ただし、特殊疾患療養病棟に特化した調査は報告されていない。

今後、本研究に関わるいわゆる“ハイケア”を必要とする重症者は、入院医療から在宅療養へ移行せざるを得ない状況となる。自立して生活を続けるためには、サービス提供

側の様々な課題が克服される必要があるが、本調査研究により、在宅療養支援診療所の関わり、介護事業所のサービス提供の実態が明らかとなる。

第2章 事業結果

重度障害者等包括支援対象者のニーズとサプライのミスマッチに関する調査

(1) 調査① - 障害者福祉サービス事業者 - 調査方法と回収結果

独立行政法人福祉医療機構が WWW 上 (<http://www.wam.go.jp/>) に公開している情報から得られた、全国 17,081 件の障害者自立支援法による指定障害福祉サービス事業者（居宅介護、行動援護、外出介護、デイサービス、ショートステイ、グループホーム、通所療護施設、入所療護施設のいずれかを行う事業者に限る）に、調査票を発送した。

そのうち 903 件から回答が寄せられ、898 件を有効回答とした（有効回答回収率 5.26%）。なお、460 件（2.7%）については、宛先不明につき発送元に返送となった。

(2) 調査① - 障害者福祉サービス事業者 - 集計結果

問 1. 事業所の従業員数

介護福祉士をおいていない事業所・施設は 13.4%で、63.3%が 5 人未満であった。平均は 3.5 人であった（図 介-1-1）。ホームヘルパーをおいていない事業所・施設は 3.1%で、平均は 15.5%であった（図 介-1-2）。重度訪問介護従業者養成研修の修了者は、71.1%が 0 人と答えた（図 介-1-3）。

問 2. 平成 19 年 1 月のサービス提供実績

身体介護の提供実績は、23.8%が 0 人と答えた。1 人以上 5 人未満は 40.8%、5 人以上 10 人未満は 12.2%であった（図 介-2-1）。重度訪問介護 I は、17.2%に提供実績があった（図 介-2-2）。重度訪問介護 II は 18.9%（図 介-2-3）、重度訪問介護 III は 10.6%に提供実績があった（図 介-2-4）。重度障害者等包括支援（I 類型に対するもの）は、1 人以上 5 人未満への提供実績がある事業所が 3.3%、5 人以上 10 人未満が 0.7%であった（図 介-2-5）。

問 3. I 類型に該当するような療養者に対してサービスを提供するにあたって、現在回答事業所で阻害要因となるもの（複数回答）

「対象者がいない」と答えた事業所・施設は 66.6%であった。「単価が低い」は 48.7%、「技術・ノウハウの不足」は 43.2%であった（図 介-3）。

問 4. I 類型に該当するような療養者を介護する場合に介護報酬として妥当な金額

1 時間の居宅介護として妥当な金額としては、5,000 円未満で 1,000 円毎の等級では、4,000 円以上 5,000 円未満の回答が 29.8%と最も多かった。3,000 円以上 4,000 円未満は 15.3%、2,000 円以上 3,000 円未満は 13.7%であった。5,000 円以上 8,000 円未満は 24.0%を占めた（図 介-4-1）。1 日の施設介護の金額としては、10,000 円以上とする回答が半数を超え、66.7%となった（図 介-4-2）

問 5. 問 3 の阻害要因のうち、解消されればサービス提供を展開できるもの（複数回答）

「対象者がいない」と答えた事業所・施設は 53.2%であった。「単価が低い」は 50.6%、「技術・ノウハウの不足」は 41.8%であった（図 介-5）。

問 6. I 類型に該当するような療養者のうち最重度のサービス利用者の、自立支援法施行以降のサービス利用時間の変化

「利用時間が増えた」と答えたのは 8.1%、「利用時間が減った」と答えたのは 26.2%であった。「まったく変わらない」と答えたのは 65.7%であった（図 介-6）。

属性 - 提供サービス（複数回答）

居宅介護を提供していると回答したのは 85.1%であった。外出介護は 46.5%、デイサービスは 17.1%、行動援護は 13.6%であった（図 介-7）。

提供実績の全国分布

重度訪問介護 I～III、重度障害者等包括支援（I 類型）の提供実績を、全国の市区町村ごと（東京特別区部は区ごと、政令指定都市は市ごと）に集計して図を作成した（図 M-介-0）。また、各都道府県別に、人口とあわせて作成した（図 M-介護-1～47）。

重度包括の提供実績がある自治体については青で着色している。重度包括の提供はないものの、重度訪問介護の実績があったものは黄色で着色している。身体介護については全国で普遍的に行われているものであり、図には表していない。今回の調査で回答が得られなかった自治体はグレーとしてある。

調査①、調査②で回答があったか、人口 10 万人以上である都市には番号と市区町村名を表示している。

（3）調査② - 在宅療養支援診療所 - 調査方法と回収結果

各都道府県の社会保険事務所に問い合わせることで得られた、全国 9,124 件の在宅療養支援診療所に、調査票を発送した。

そのうち 1,440 件から回答が寄せられ、1,437 件を有効回答とした（有効回答回収率 15.7%）。なお、15 件（0.2%）については、宛先不明につき発送元に返送となった。

（4）調査② - 在宅療養支援診療所 - 集計結果

問 1. 重度障害者等包括支援についての情報源

情報源として最も多かったのは「医師会」で、30.4%であった。「行政」と答えたのは 16.7%であった。「情報が入ってこない」との回答が最も多く、42.9%であった（図 診-1）。「その他」の回答には「インターネット」などを上げた者が多かった（表 診-1）。

問 2. 平成 18 年 10 月～19 年 1 月に在宅において診療を行った患者（在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問診療、往診）について、自立支援方に基づく主治医の意見書を作成した人数

総数では、66.7%が 0 人と回答した。平均は 2.8 人であった（図 診-2-1）。ALS 等神経難病での平均は 0.2 人（図 診-2-2）、遷延性意識障害は 0.1 人（図 診-2-3）、筋ジストロフィーは 0.1 人（図 診-2-4）、脊髄損傷は 0.2 人（図 診-2-5）であった。

問 3. 平成 19 年 1 月に在宅において診療を行った患者（在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問診療、往診）の人数、重度障害者等包括支援（I 類型）のサービス（他の事業者によるものを含む）を受けている人数

診療を行った患者の総数では、40.4%が 0 人と回答した。平均は 10.8 人であった（図

診-3-1)。ALS 等神経難病の平均は 0.7 人（図 診-3-2）、遷延性意識障害は 0.3 人（図 診-3-3）、筋ジストロフィーは 0.1 人（図 診-3-4）、脊髄損傷は 0.3 人（図 診-3-5）であった。

重度包括のサービスを受けている人数の総数では、88.5%が 0 人と回答した。平均は 0.4 人であった（図 診-3-6）。ALS 等神経難病の平均は 0.2 人（図 診-3-7）、遷延性意識障害は 0.1 人（図 診-3-8）、筋ジストロフィーは 0.0 人（図 診-3-9）、脊髄損傷は 0.1 人（図 診-3-10）であった。

問 4. I 類型対象者の要件において、非侵襲的人工呼吸療法を常時行っている場合も含めてよいか

80.6%が「はい」、19.4%が「いいえ」と答えた（図 診-4）。

問 5. I 類型対象者へのサービス提供者に対する、1) 医師による医療的指導、2) 看護師による監視と教育が、それぞれ必要であるかどうか

医師による医療的指導については、96.5%が「必要」、3.5%が「不必要」と答えた（図 診-5-1）。看護師による監視と教育については、96.2%が「必要」、3.8%が「不必要」と答えた（図 診-5-2）。

問 6. I 類型対象者からの訪問診療希望があった場合の回答事業者の今後の受け入れについて

55.7%が「受ける」、44.3%が「受けない」と答えた（図 診-6）。

提供実績の全国分布

意見書作成、訪問診療の実績と、重度障害者等包括支援のサービス利用状況を、全国の市区町村ごと（東京特別区部は区ごと、政令指定都市は市ごと）に集計して図を作成した（図 M-診-0）。また、各都道府県別に、人口とあわせて作成した（図 M-診-1～47）。

いずれかの在宅療養支援診療所からの、重度障害者等包括支援のサービス利用者への訪問実績がある自治体については、青で着色している。重度包括サービス利用者への訪問実績はないものの、ALS 等神経難病、遷延性意識障害、筋ジストロフィー、脊髄損傷のいずれかへの訪問実績があったものは緑、左記の疾病についての自立支援法の意見書作成のみに 1 件以上を回答したものは黄色で着色している（ただし、問 2 では診療を行った患者についてたずねている。問 3 を無記入とした場合と、19 年 1 月時点では既に訪問を行っていない場合がある）。今回の調査で回答が得られなかった自治体はグレーとしてある。

調査①、調査②で回答があったか、人口 10 万人以上である都市には番号と市区町村名を表示している。

（5）分析

介護事業所

問 6 で 898 件中 397 件が「I 類型に該当するような療養者」について回答している（図 介-6）のに対し、問 2 を見ると 4%（611 件中）しか重度包括サービスを提供できていない。問 6 の回答者のみに絞って見ると、問 2 の重度訪問介護の提供実績は若干あがる（図 介-8-1～4）。問 3、問 5 の最も重要な阻害要因は「単価が低い」に変わる（図 介-8-5, 6）。実際には対象者がいるものの、単価その他の問題で提供できていない事業所がある、と

いう実体が伺える。なお、問 4 の報酬に関しては、全体と問 6 回答者では、違いがほとんどない（図 介-8-7, 8）。

全国分布

介護事業所からは回収数が少ない（1834 地区 379 地区）ものの、都市部以外からも多くの回答が得られたことがわかる。在宅療養支援診療所は回収数が多いが 448 地区であり、介護事業所とのギャップはさほど大きくない。

都道府県レベルで場合、重度訪問介護は広く行われているようである。

重度包括は 3 大都市を含むごく一部の地方でしか行われていない。にも関わらず、在宅療養支援診療所の回答では、I 類型のサービス対象者がかなり広範に分布している。これについては、

- 1) 回収率が悪いことから、提供実績のある事業者をとり漏らしている可能性がある
- 2) 1 事業所が対応する療養者数は診療所に比べて少なく、重度障害者へのサービスは地域の中でも限られたごく一部の事業所によるものに限られる
- 3) 在宅療養支援診療所向けの調査票では「サービスを受けている方」としているが、これを熟読しておらず、解答欄のみを見て「対象者」を答えている可能性がある

という 3 つの要因が考えられる。

回答の難しくない簡素な調査票を対象全数に発送し、全国から回答を得られたことを考えると、1) の理由だけでは説明できない。WAM-NET の障害者自立支援法に関する事業者数の統計情報（データそのものが掲載されていない都道府県が多く、実態をどこまで反映しているかは分からないものの）では、愛知県において訪問介護サービスを提供しているのが 640 事業所、重度訪問介護は 635、重度包括は 3 事業所であり、ごく少ないことが分かる（2007 年 3 月 31 日現在）。このことから、2) および 3) が理由として大きいものと考えられる。

3) に関わらず、在宅療養支援診療所「青の地区全て」および「緑の一部」が重度障害者等包括支援の（少なくとも）対象者の分布であることは間違いなく、上記で分析したように、実際には提供したくても提供できていない事業所も多いことから、現在ではニーズとサプライのミスマッチが大きいことは間違いなく。

※返信用はがきが回答欄になっております。

問1.事業所の従業員数について、それぞれの人数をお答えください。

問2.平成19年1月のサービス提供実績において、それぞれの人数をお答えください。

問3.Ⅰ類型に該当するような療養者に対してサービスを提供するにあたって、現在貴事業所で阻害要因となるものとして、あてはまるものすべてに○をおつけください。

問4.Ⅰ類型に該当するような療養者を介護する場合に、介護報酬として妥当な金額をお答えください。

問5.問3でお答えになった阻害要因のうち、最低限どれが解消されれば今よりもサービス提供を展開できるようになりますか。あてはまるもの3つまでに○をおつけください。

問6.Ⅰ類型に該当するような療養者のうち最重度の方についておたずねします。今回の自立支援法施行以降、その方の居宅および通所サービスの利用時間(貴事業所以外も含む)はどのように変化しましたか。

各制度やサービス提供のあり方についてご意見などございましたら、下記までお寄せください。

メールアドレス:zaisys@oushin-sendai.jp

～ご挨拶～

皆様もいつかは御身体に不具合が起こります。自立支援法の『重度障害者等包括支援』の出来具合はいかがでしたか。将来の自分を見据えて、特にⅠ類型対象者*に関する以下の『問い』に是非皆様の賛否両論を頂きたく存じます。往復はがきです

ので必ずご返却下さいますようお願い申し上げます。

仙台往診クリニック 院長 川島孝一郎



本アンケートは「平成18年度障害者保健福祉推進事業等補助金 重度障害者等包括支援が活きる環居宅医療一介護連携体制構築と運用戦略に関する研究事業」により行っております。

* 重度障害者等包括支援対象者Ⅰ類型:
障害程度区分6で、意思の疎通に著しい困難を伴う者であって、重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者

〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院2丁目1-7

仙台往診クリニック 内

重度障害者等包括支援が活きる環居宅医療一介護
連携体制構築と運用戦略に関する研究事業 事務局 行

2月26日までに投函ください。

ご回答者(都道府県・市区町村は必ずお書きください)

名称			
住所	〒	都道府県	市区町村
提供サービス(あてはまるものすべてに○)			
1.居宅介護	3.外出介護	5.ショートステイ	7.療養施設(通所)
2.行動援護	4.デイサービス	6.グループホーム	8.療養施設(入所)

※数値が“0”の場合も必ずご記入ください

問1.	介護福祉士	人
	ホームヘルパー	人
	重度研修修了者	人
問2.	身体介護	人
	重度訪問介護Ⅰ	人
	重度訪問介護Ⅱ	人
	重度訪問介護Ⅲ	人
	重度障害者等包括支援(Ⅰ類型)	人
問3.	1. 単価が低い	
	2. 技術・ノウハウの不足	
	3. 対象者がいない	
	4. 療養者の要求度が高い	
	5. 医療的処置が多い	
	6. 主治医との連携が困難	
問4.	居宅介護(1時間)	円
	施設介護(1日)	円
問5.	1. 単価が低い	
	2. 技術・ノウハウの不足	
	3. 対象者がいない	
	4. 療養者の要求度が高い	
	5. 医療的処置が多すぎる	
	6. 主治医との連携が困難	
問6.	1. 利用時間が増えた	3. 利用時間が減った
	2. まったく変わらない	

図 介-1-1 問1 従業員数 - 介護福祉士
($n = 826$, $m \pm \sigma = 3.5 \pm 4.6$)

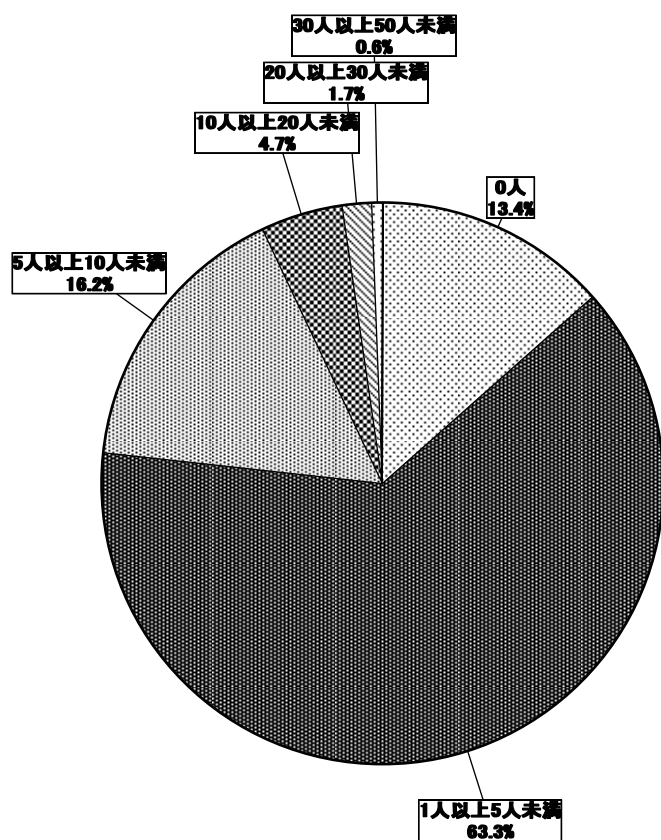


図 介-1-2 問1 従業員数 - ホームヘルパー
($n = 847$, $m \pm \sigma = 15.5 \pm 19.1$)

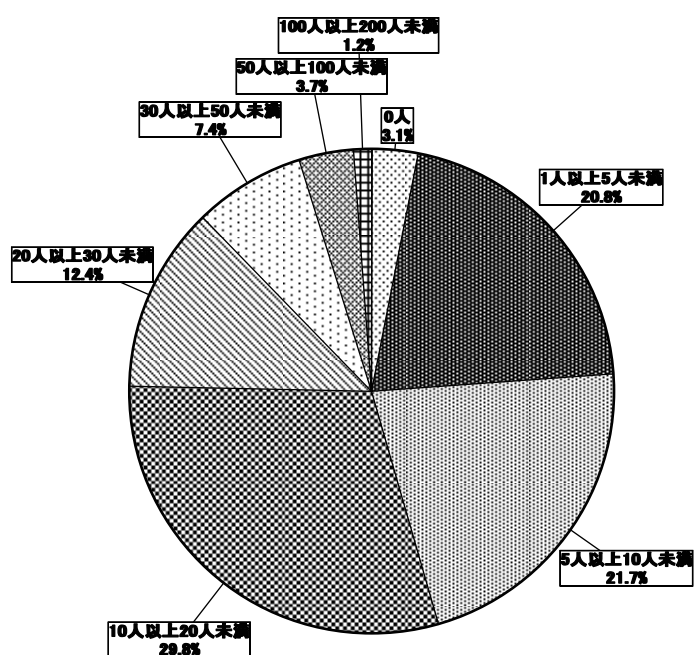


図 介-1-3 問1 従業員数 - 重度研修修了者
($n = 688$, $m \pm \sigma = 1.4 \pm 7.7$)

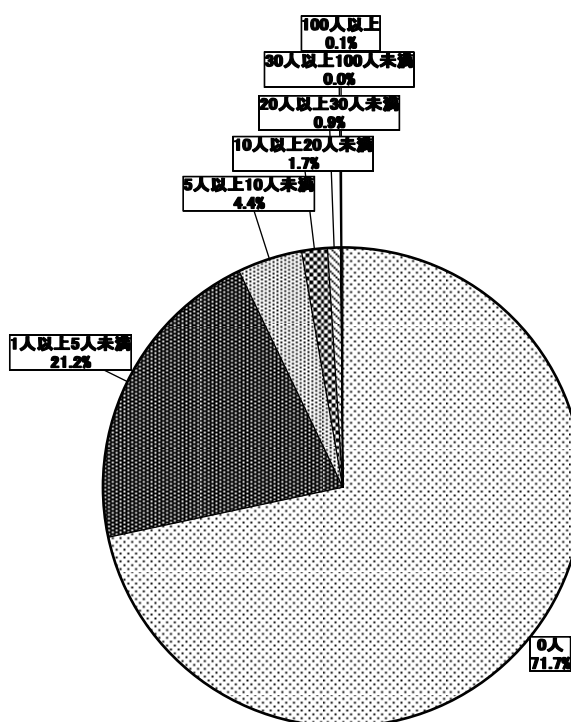


図 介-2-1 問2 提供実績 - 身体介護
($n = 794$, $m \pm \sigma = 10.8 \pm 36.6$)

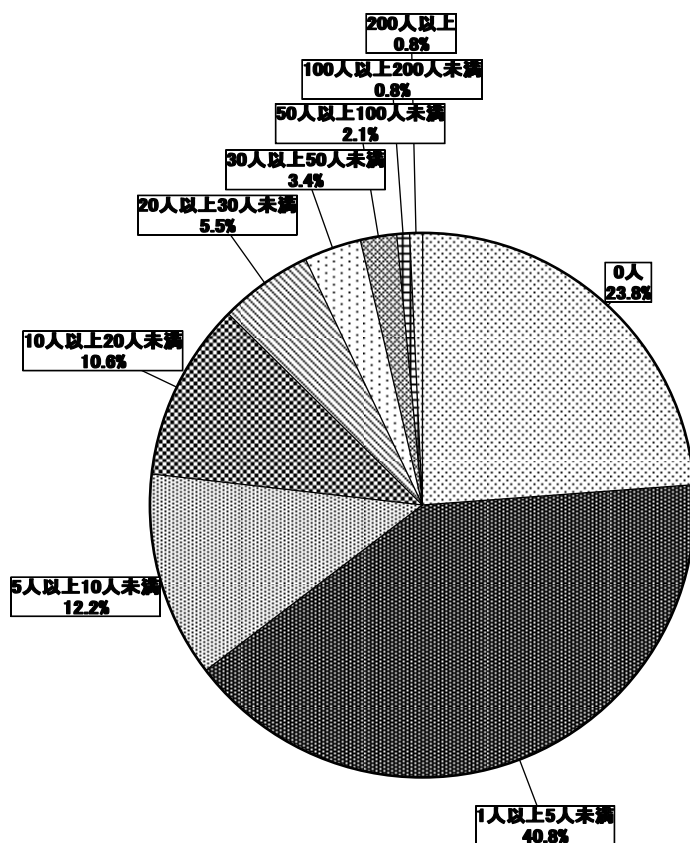


図 介-2-2 問2 提供実績 - 重度訪問介護I
($n = 653$, $m \pm \sigma = 0.5 \pm 2.1$)

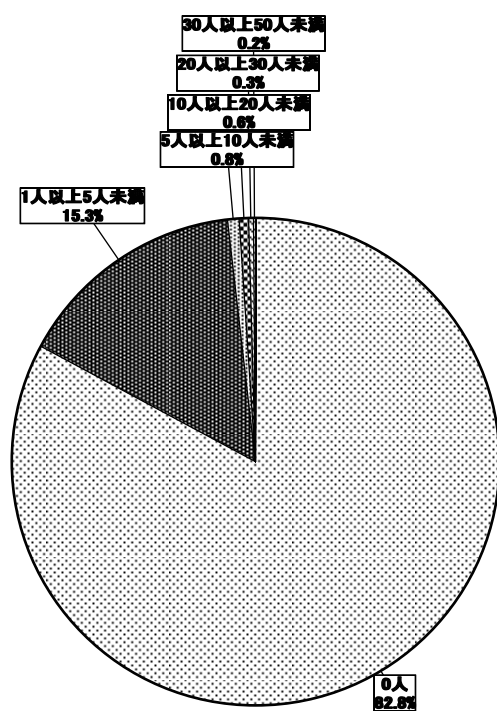


図 介-2-3 問2 提供実績 - 重度訪問介護II
($n = 641$, $m \pm \sigma = 0.5 \pm 1.9$)

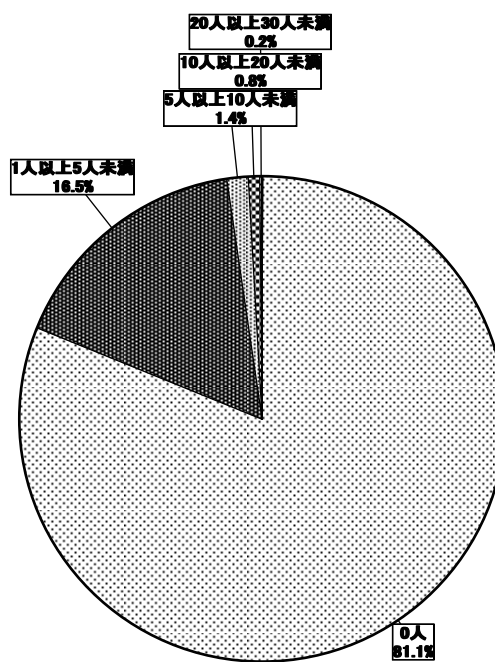


図 介-2-4 問2 提供実績 - 重度訪問介護Ⅲ
($n = 622$, $m \pm \sigma = 0.2 \pm 0.9$)

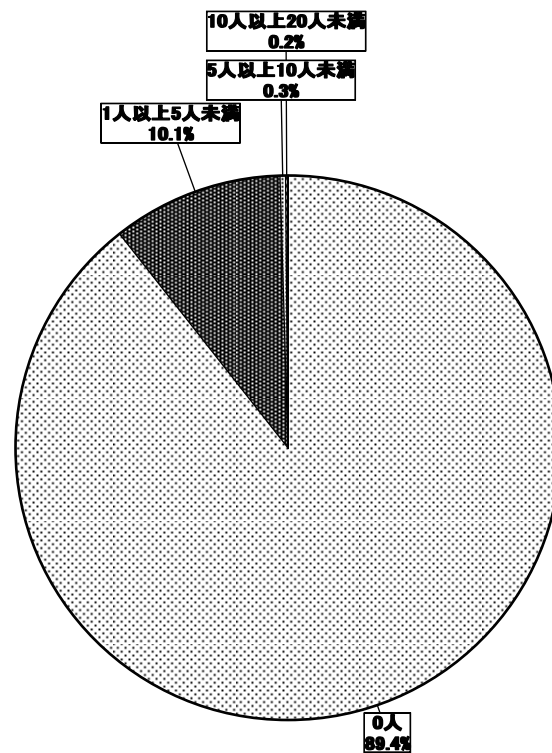


図 介-2-5 問2 提供実績 - 重度障害者等包括支援Ⅰ類型
($n = 611$, $m \pm \sigma = 0.1 \pm 0.6$)

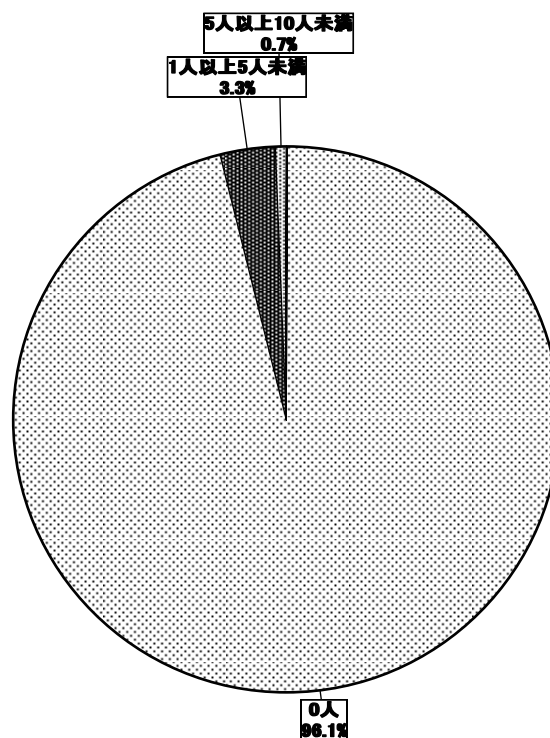


図 介-3 問3 I類型該当者へのサービス提供にかかる阻害要因
(n = 715)

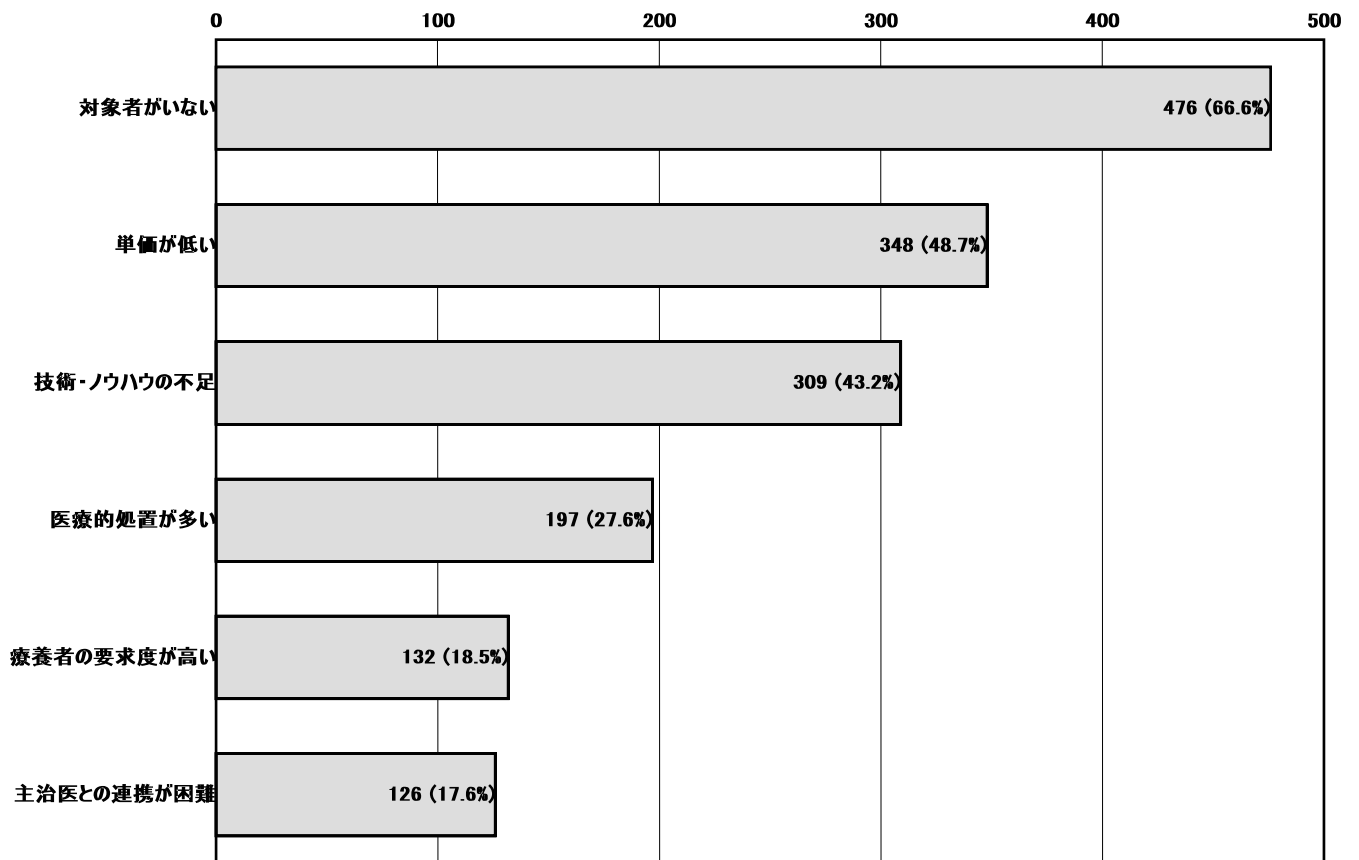


図 介-4-1 問4 I類型該当者へのサービス提供の妥当な報酬 - 居宅介護(1時間)
($n = 379$, $m \pm \sigma = 3,835.0 \pm 2,637.5$)

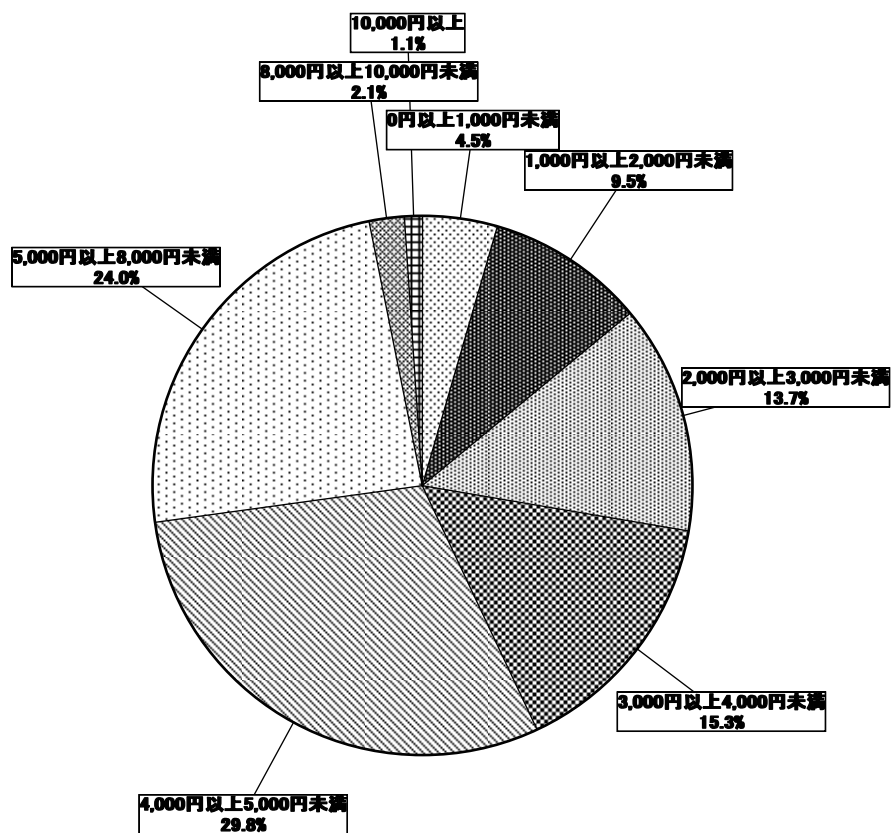


図 介-4-2 問4 I類型該当者へのサービス提供の妥当な報酬 - 施設介護(1日)
($n = 93$, $m \pm \sigma = 12,923.4 \pm 8,478.8$)

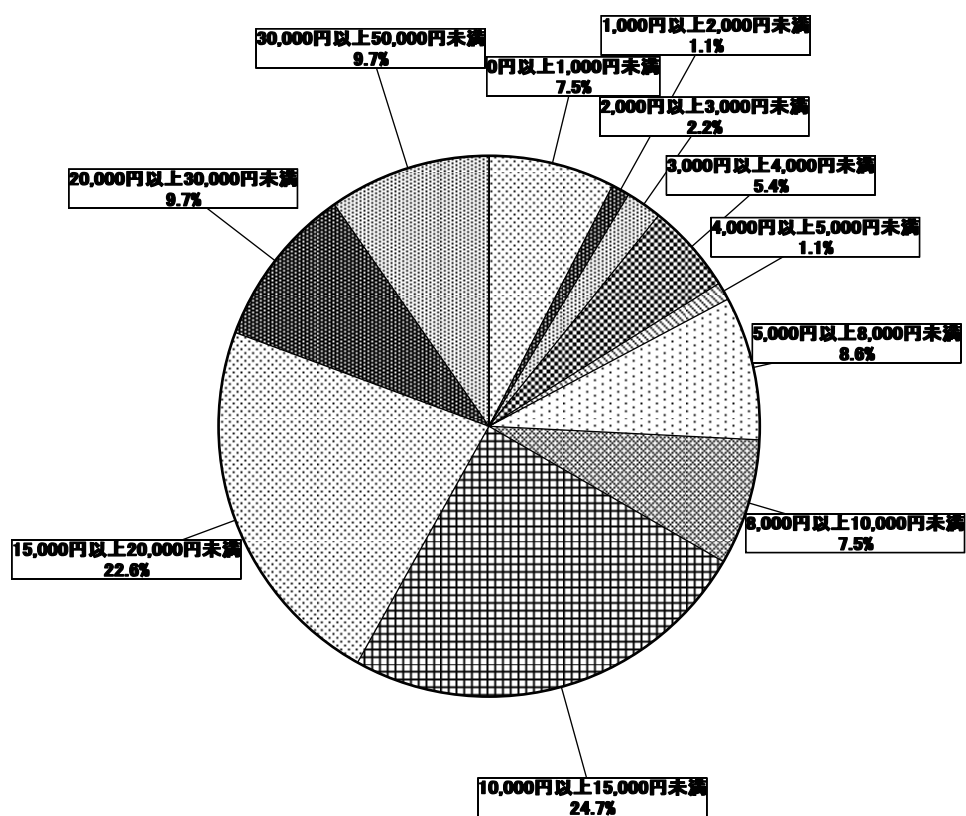


図 介-5 問5 阻害要因のうち、サービス提供のために解消を望むもの
(n = 660)

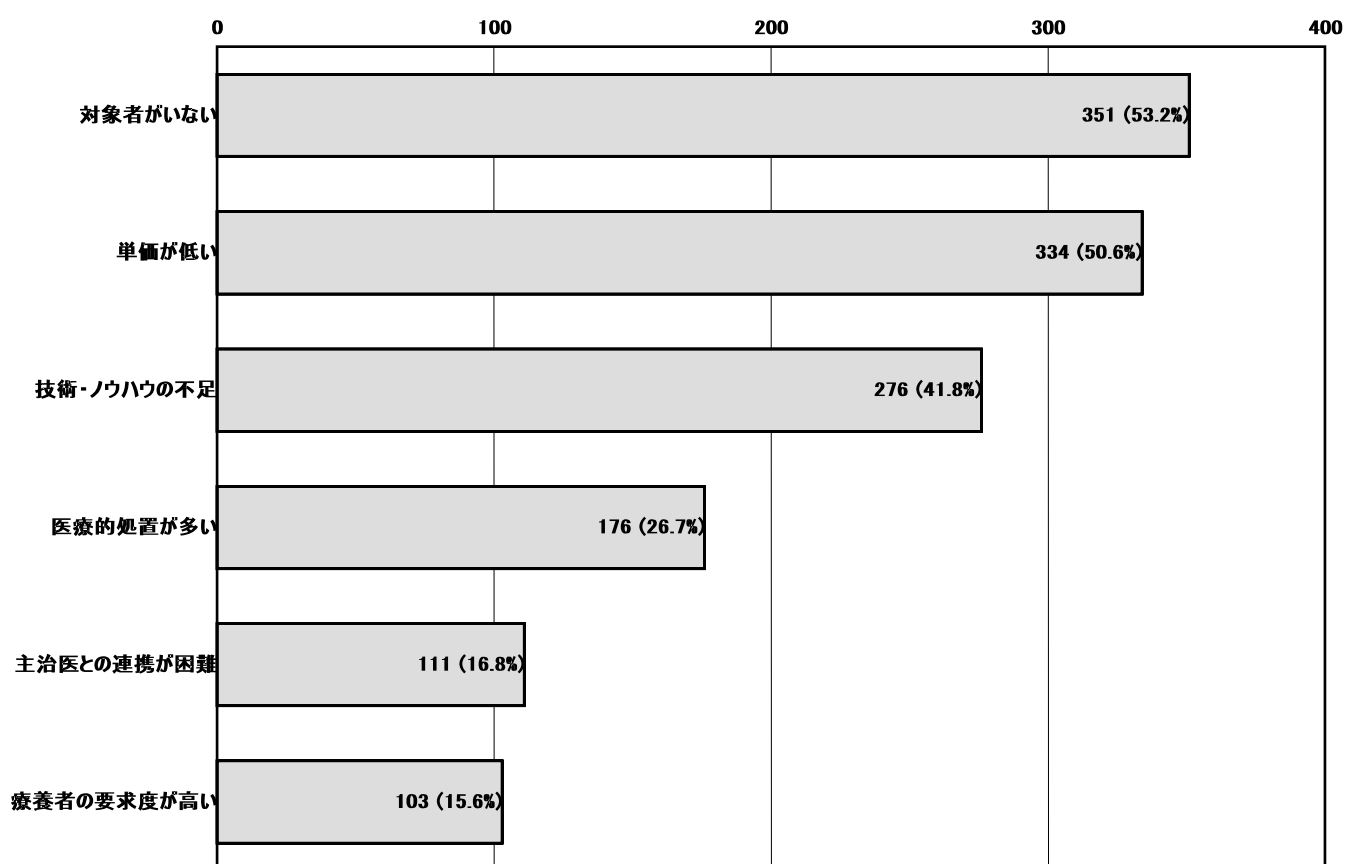


図 介-6 問6 自立支援法施行以降のサービス利用時間の変化(I類型相当、最重度のみ)
(n = 397)

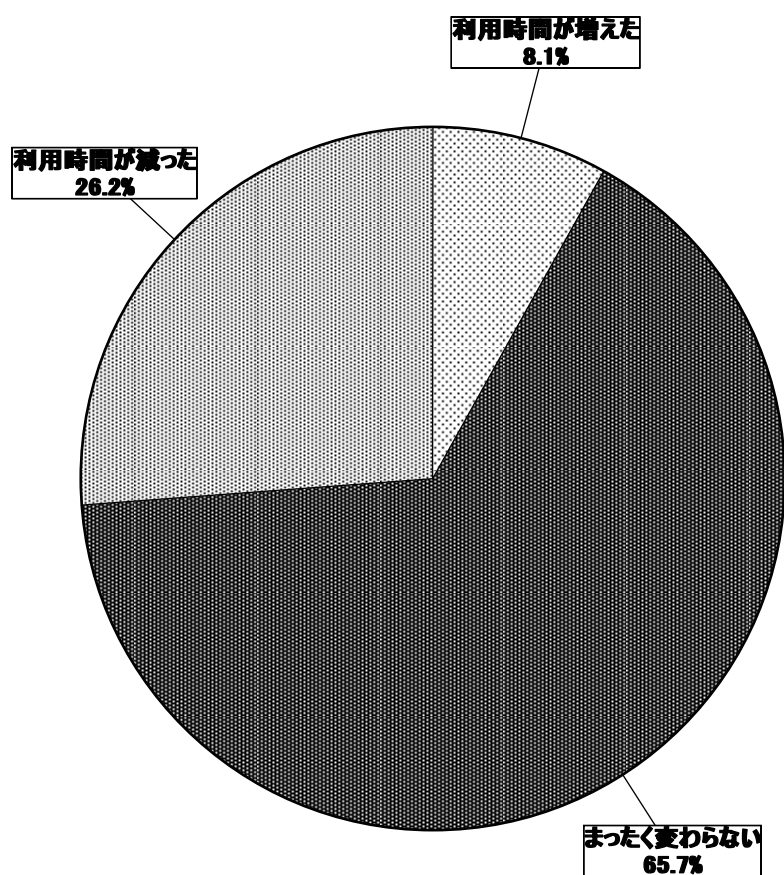


図 介-7 属性 提供サービス(複数回答)
(n = 823)

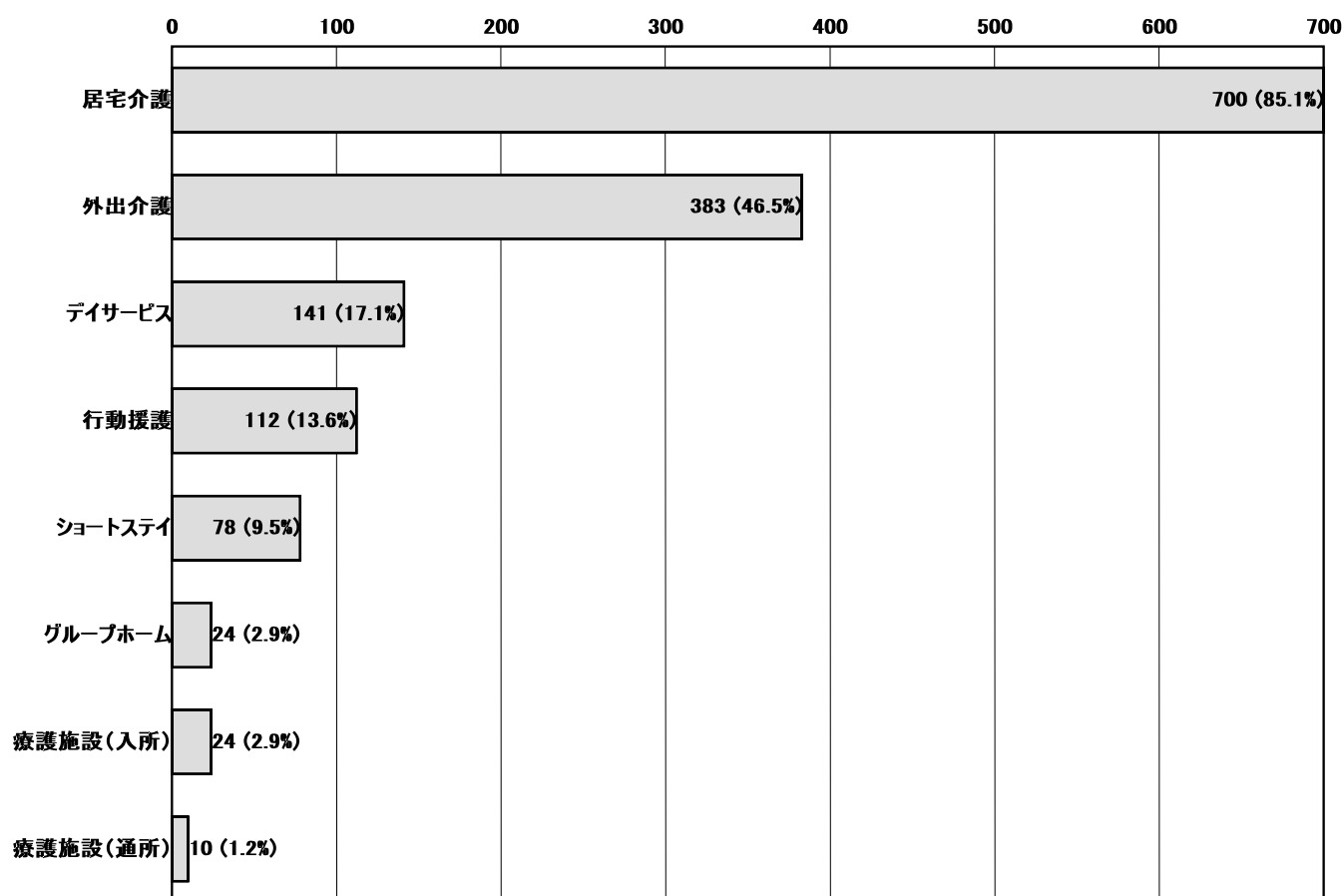


図 介-8-1 問2 提供実績 - 重度訪問介護I
問6回答者のみ
($n = 293$, $m \pm \sigma = 0.9 \pm 2.9$)

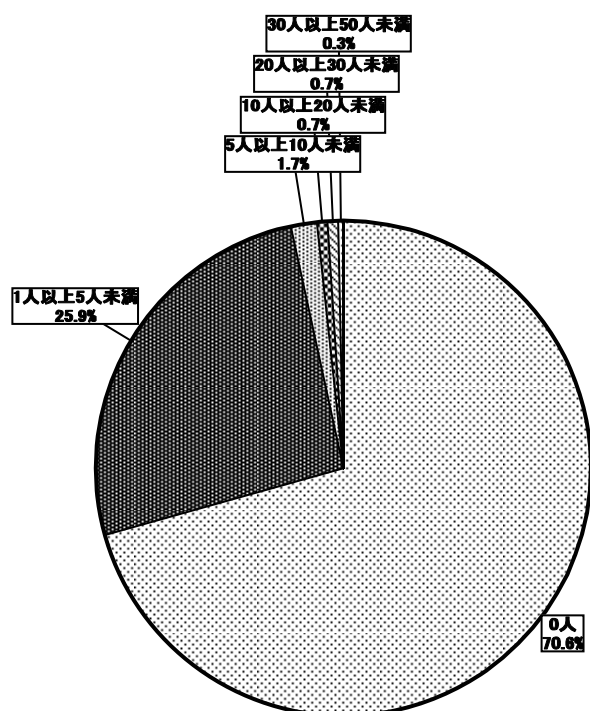


図 介-8-2 問2 提供実績 - 重度訪問介護II
問6回答者のみ
($n = 284$, $m \pm \sigma = 0.7 \pm 2.3$)

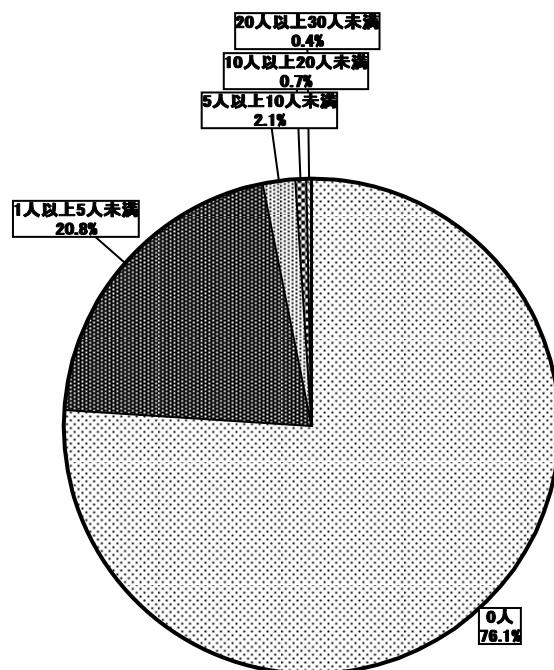


図 介-8-3 問2 提供実績 - 重度訪問介護III
問6回答者のみ
($n = 267$, $m \pm \sigma = 0.3 \pm 1.2$)

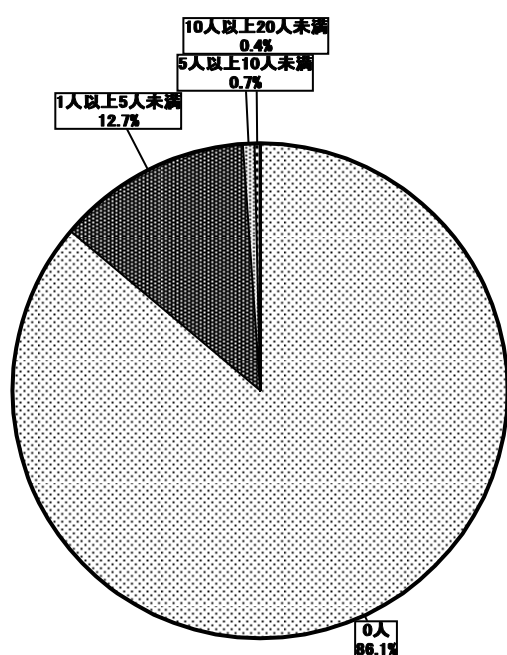


図 介-8-4 問2 提供実績
- 重度障害者等包括支援I類型
問6回答者のみ
($n = 264$, $m \pm \sigma = 0.2 \pm 0.7$)

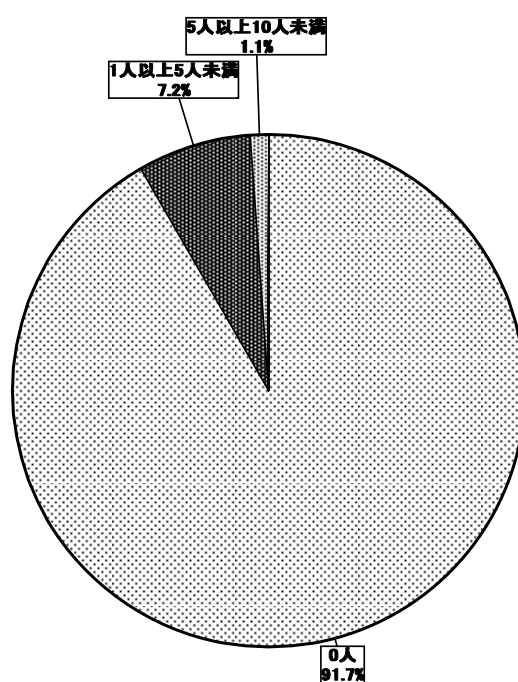


図 介-8-5 問3 I類型該当者へのサービス提供にかかる阻害要因
問6回答者のみ
(n = 373)

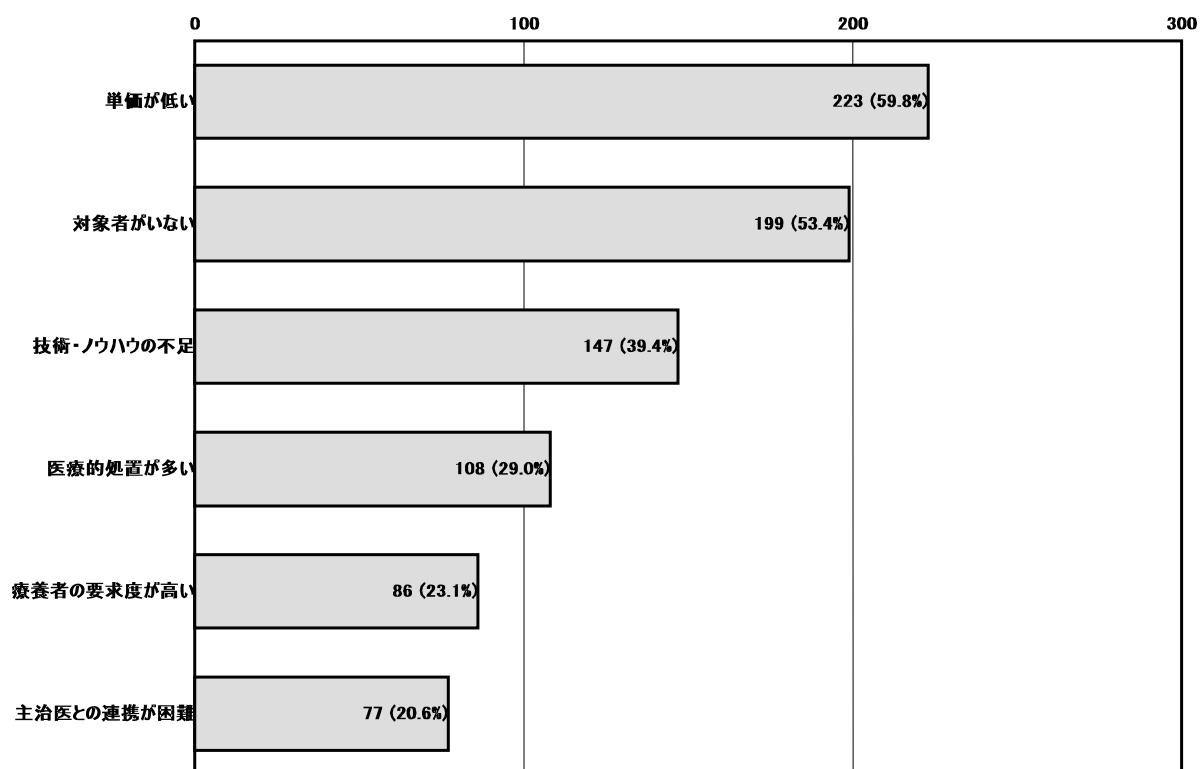


図 介-8-6 問5 阻害要因のうち、サービス提供のために解消を望むもの
問6回答者のみ
(n = 365)

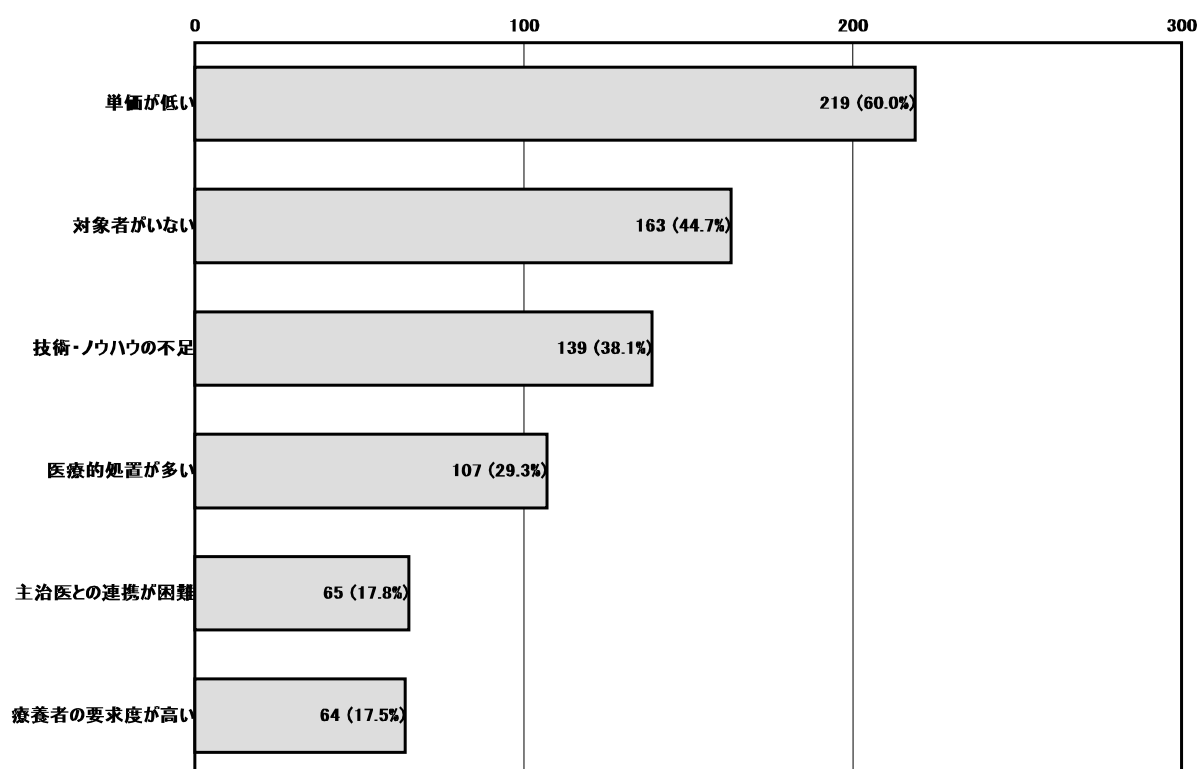


図 介-8-7 問4 I類型該当者へのサービス提供の妥当な報酬 - 居宅介護(1時間)
問6回答者のみ
($n = 248$, $m \pm \sigma = 3,675.7 \pm 1,660.4$)

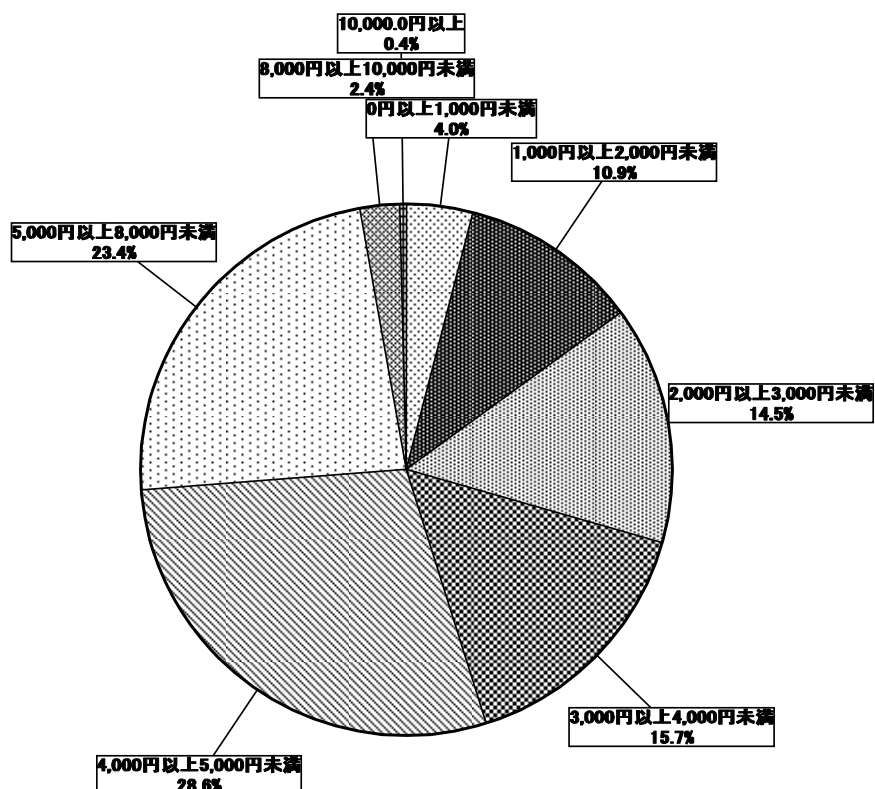
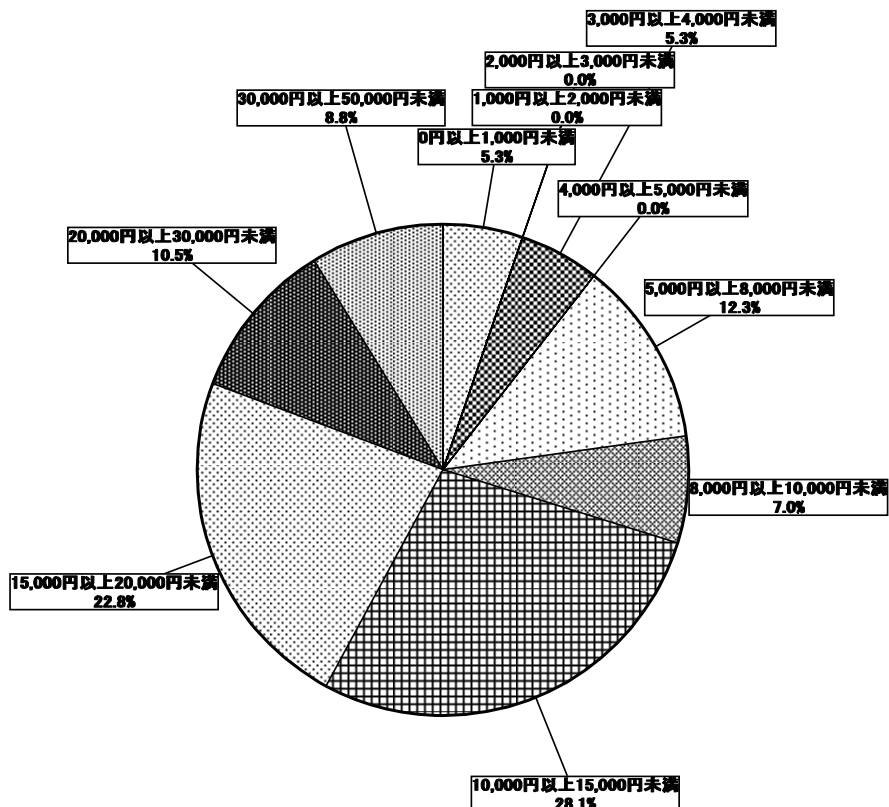


図 介-8-8 問4 I類型該当者へのサービス提供の妥当な報酬 - 施設介護(1日)
問6回答者のみ
($n = 57$, $m \pm \sigma = 13,467.9 \pm 7,598.4$)



※返信用はがきが回答欄になっております。

問1. 重度障害者等包括支援についての情報源について、主たるもの1つに○をつけてください。

問2. 平成18年10月～19年1月に在宅において診療を行った患者（在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問診療、往診）について、自立支援法に基づく主治医の意見書を作成した人数をお答えください。

問3. 平成19年1月に在宅において診療を行った患者（同上）の人数をお答えください。また、そのうち重度障害者等包括支援（I 類型）のサービス（他の事業者によるものを含む）を受けている方の人数をお答えください。

問4. I 類型対象者の要件において、非侵襲的人工呼吸療法を常時行っている場合も含めてよいと思いますか。

問5. I 類型対象者へのサービス提供者に対する、1) 医師による医療的指導、2) 看護師による監視と教育が、それぞれ必要であるかどうかをお答えください。

問6. I 類型対象者からの訪問診療希望があった場合、貴院の今後の受け入れについてお答えください。

各制度やサービス提供のあり方についてご意見などございましたら、下記までお寄せください。

メールアドレス: zaisys@oushin-sendai.jp

～ご挨拶～

皆様もいつかは御身体に不具合が起こります。自立支援法の『重度障害者等包括支援』の出来具合はいかがでしたか。将来の自分を見据えて、特に I 類型対象者に関する以下の『問い』に是非皆様の賛否両論を頂きたく存じます。往復はがきですので**必ずご返却下さいませよう** お願い申し上げます。

仙台往診クリニック 院長 川島孝一郎



本アンケートは「平成18年度障害者保健福祉推進事業等補助金 重度障害者等包括支援が活きる環居宅医療－介護連携体制構築と運用戦略に関する研究事業」により行っております。

* 重度障害者等包括支援対象者 I 類型：
障害程度区分6で、意思の疎通に著しい困難を伴う者であって、重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者

※数値が“0”の場合も必ずご記入ください

問1.	1. 行政 3. 介護保険事業者 5. その他() 6. 情報が入っていない	2. 医師会 4. 療養者・家族
-----	--	---------------------

		問2.	問3.	
			総数	I 類型
総数		人	人	人
そのうち	ALS 等神経難病	人	人	人
	遷延性意識障害	人	人	人
	筋ジストロフィー	人	人	人
	脊髄損傷	人	人	人

問4.	1. はい	2. いいえ
-----	-------	--------

問5.	1) 医師の医療的指導	1. 必要 2. 不必要
	2) 看護師の監視と教育	1. 必要 2. 不必要

問6.	1. 受ける	2. 受けない
-----	--------	---------

ご協力ありがとうございました。



〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院2丁目1-7

仙台往診クリニック 内

重度障害者等包括支援が活きる環居宅医療－介護
連携体制構築と運用戦略に関する研究事業 事務局 行

2月26日までに投函ください。

ご回答者（都道府県・市区町村は必ずお書きください）

名称			
住所	〒	都道府県	市区町村
標榜科			
病床数	() 床	うち療養病床	() 床
医師数	常勤() 人	非常勤	() 人

図 診-1 問1 重度障害者等包括支援についての主たる情報源
(n = 1323)

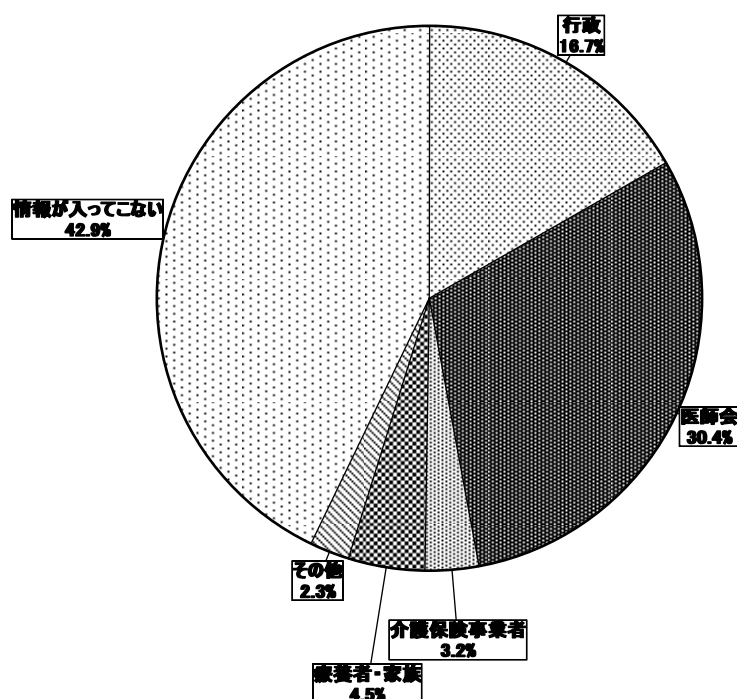
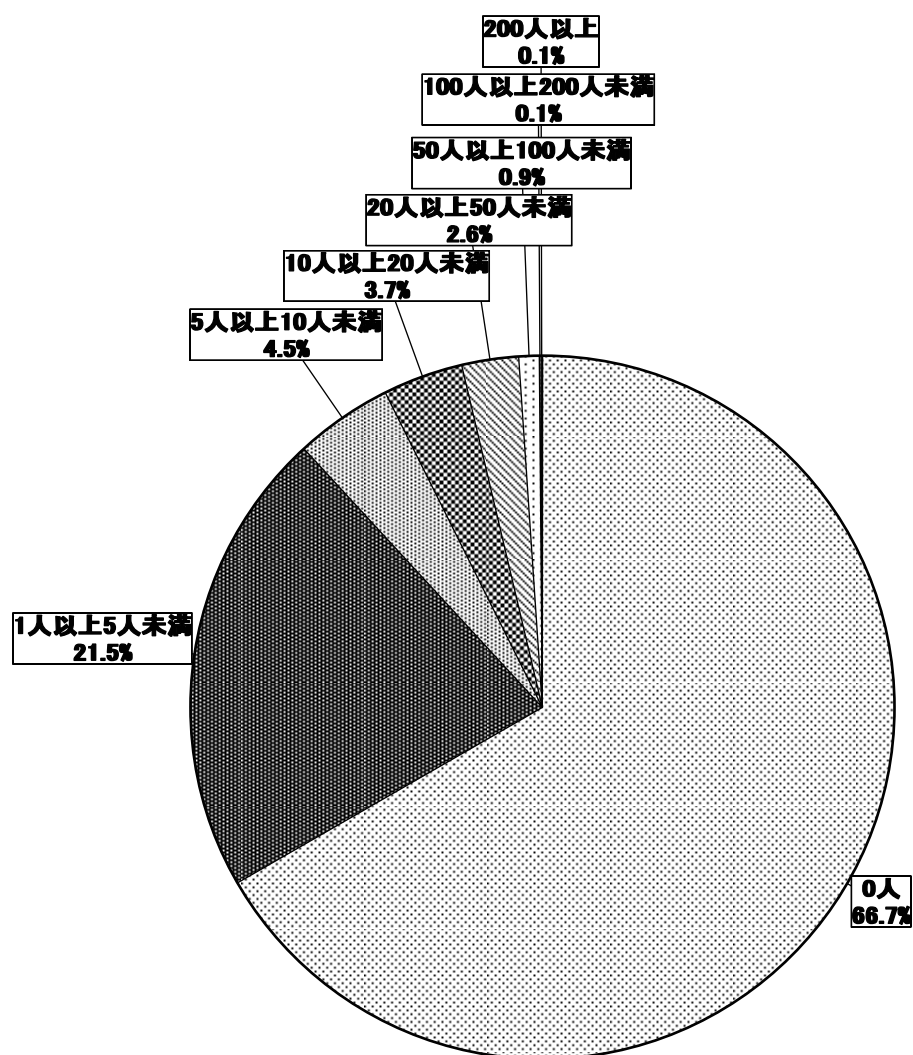


表 診-1 問1 重度障害者等包括支援についての主たる情報源 - その他
(複数に回答しており、上図で無効回答としたものも含む)

31	ネット	824	あまり興味がありませんでした
39	ネット	859	入院中の主治医より
59	ネット、メーリングリスト	868	インターネット
151	大学病院	891	当院では対応困難のため
219	国立病院	893	医療事務外注業者
276	新聞、インターネット	915	インターネット
326	該当者がいないのでわからない	918	テレビニュース
356	社会福祉協会	968	保険医協会
378	よくわからない	1074	インターネット
379	インターネット、テレビ、雑誌等	1118	自力で積極的に情報収集
393	保険医協会	1139	この葉書で知りました
398	ネット	1187	インターネット
431	審査委員会出務により	1339	他の医療機関
473	他医療機関より紹介	1356	NPO、市民団体、インターネット
496	長崎神経医療センター	1372	インターネットなど
546	病院	1377	ケースによります③④の他に元々みてた大きな病院…など
595	保険医協会	1402	研究会
619	福祉事務所	1412	電子カルテ(ダイナミクス)メーリングリスト
680	保険医協会	1423	知りませんでした。知らせがあったのに気づかなかったのかもしれませんが
809	自分で厚労省HPをチェック		

図 診-2-1 問2 自立支援法に基づく意見書作成人数（平成18年10月～19年1月）
全疾病
（ $n = 1384$, $m \pm \sigma = 2.8 \pm 10.7$ ）



問2 自立支援法に基づく意見書作成人数（平成18年10月～19年1月）

図 診-2-2 ALS等神経難病
($n = 686$, $m \pm \sigma = 0.2 \pm 0.7$)

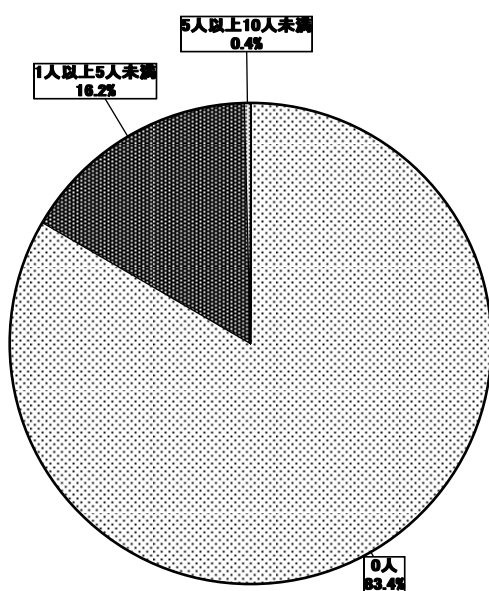


図 診-2-3 遷延性意識障害
($n = 656$, $m \pm \sigma = 0.1 \pm 0.6$)

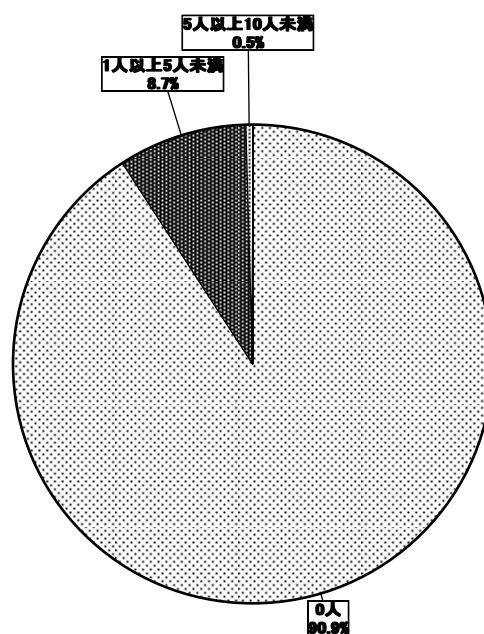


図 診-2-4 筋ジストロフィー
($n = 656$, $m \pm \sigma = 0.1 \pm 0.4$)

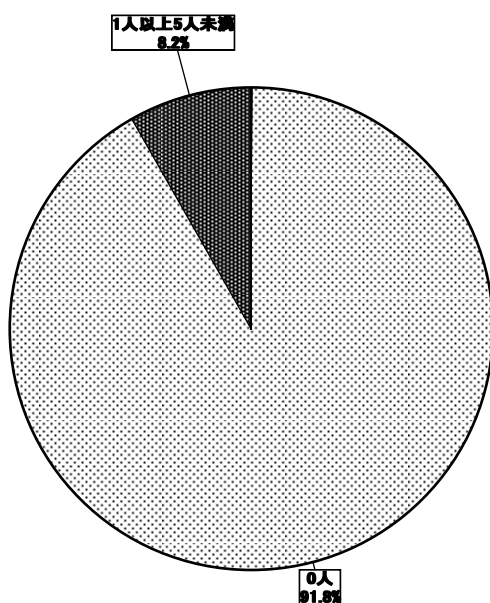


図 診-2-5 脊髄損傷
($n = 665$, $m \pm \sigma = 0.2 \pm 0.5$)

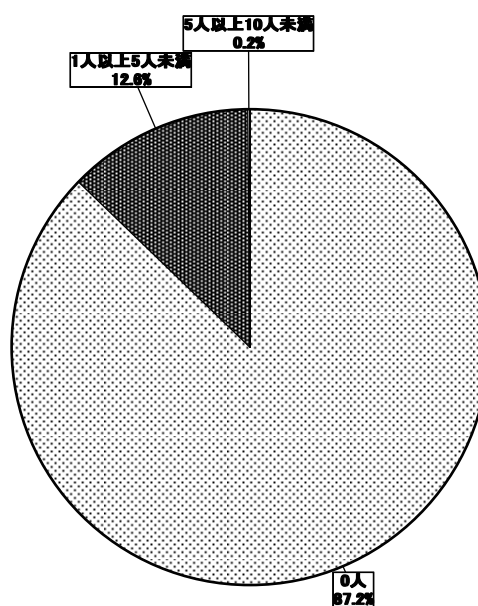
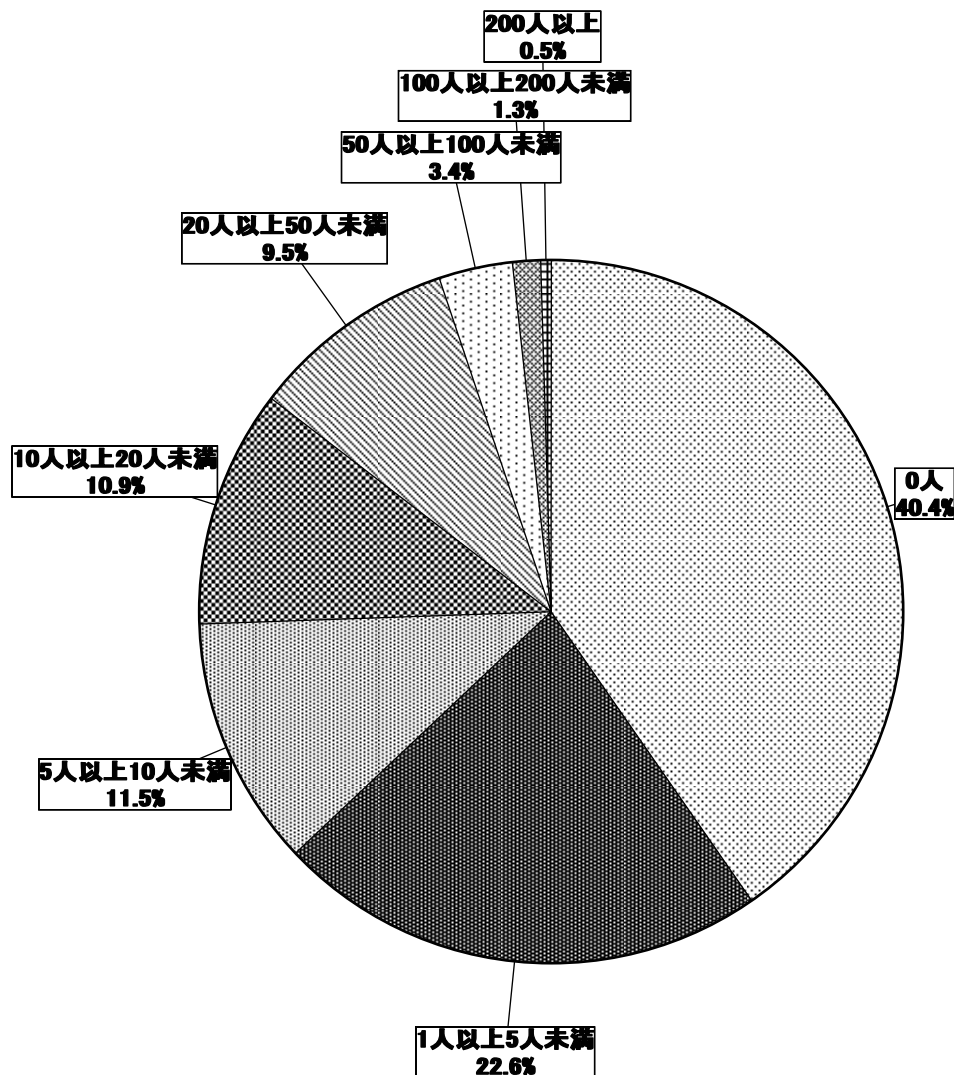


図 診-3-1 問3 在宅患者数 (平成19年1月)
全疾病
($n = 1244$, $m \pm \sigma = 10.8 \pm 26.2$)



問3 在宅患者数 (平成19年1月)

図 診-3-2 ALS等神経難病
($n = 656$, $m \pm \sigma = 0.7 \pm 3.9$)

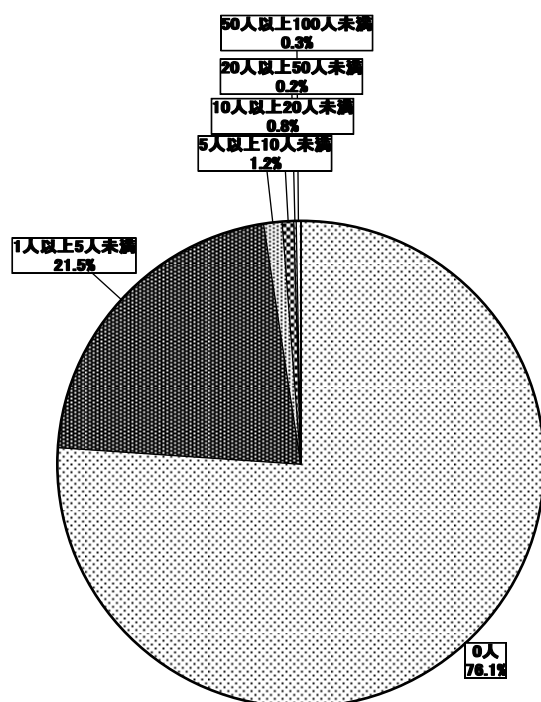


図 診-3-3 遷延性意識障害
($n = 628$, $m \pm \sigma = 0.3 \pm 2.0$)

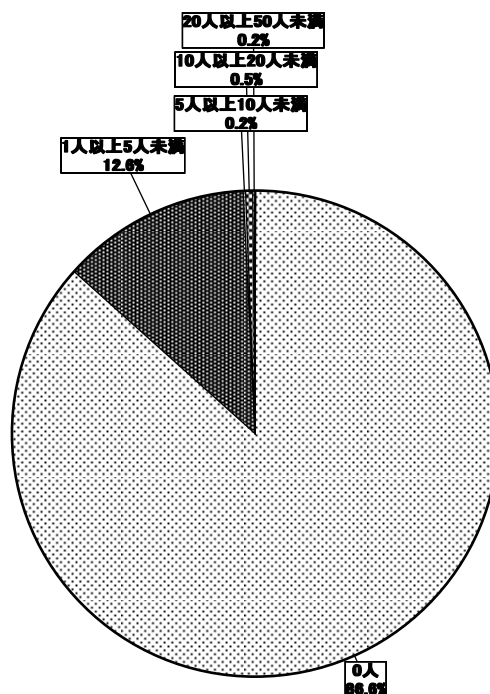


図 診-3-4 筋ジストロフィー
($n = 621$, $m \pm \sigma = 0.1 \pm 0.4$)

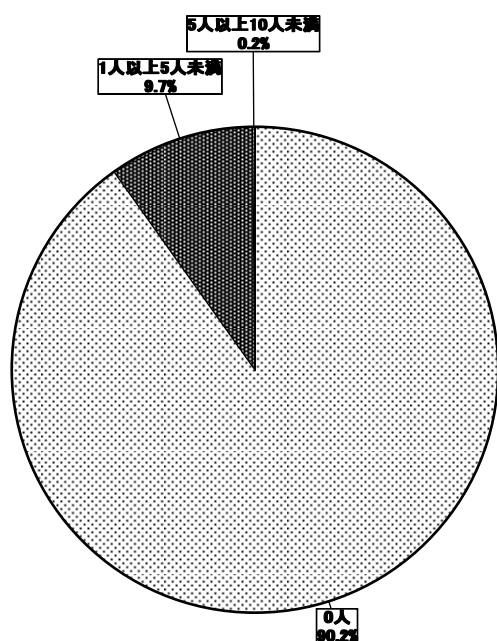


図 診-3-5 脊髄損傷
($n = 648$, $m \pm \sigma = 0.3 \pm 0.7$)

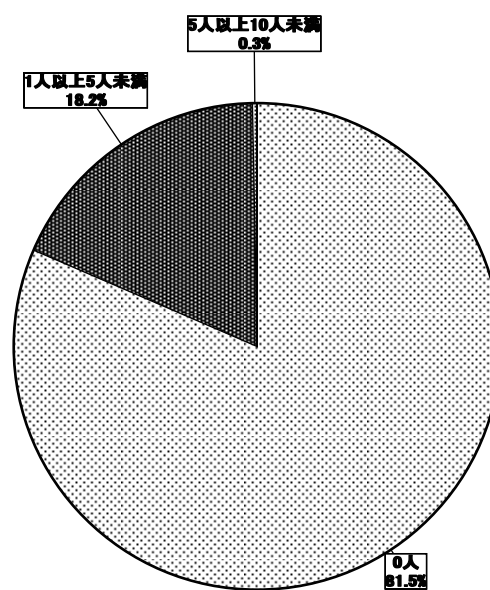
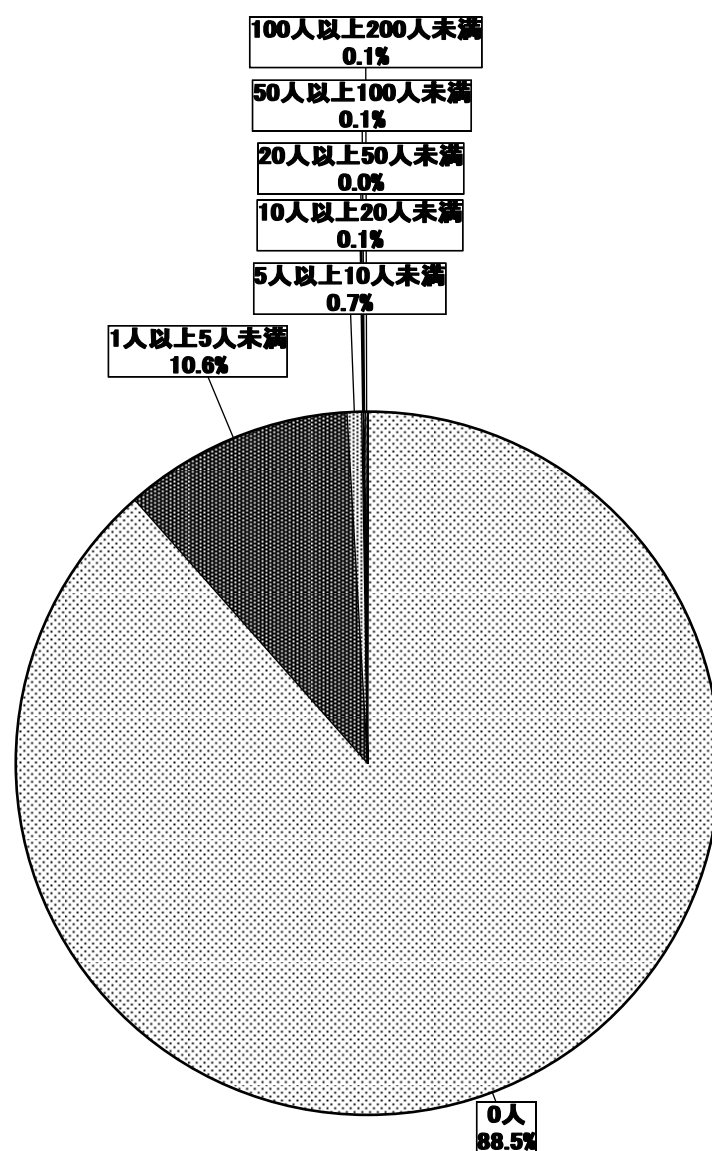


図 診-3-6 問3 在宅患者数 - 重度包括I類型 (平成19年1月)
全疾病
($n = 1059$, $m \pm \sigma = 0.4 \pm 3.5$)



問3 在宅患者数 - 重度包括I類型 (平成19年1月)

図 診-3-7 ALS等神経難病
($n = 546$, $m \pm \sigma = 0.2 \pm 0.5$)

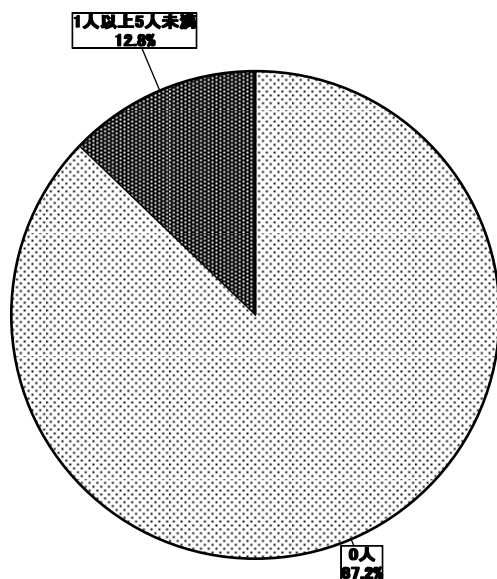


図 診-3-8 遷延性意識障害
($n = 527$, $m \pm \sigma = 0.1 \pm 0.3$)

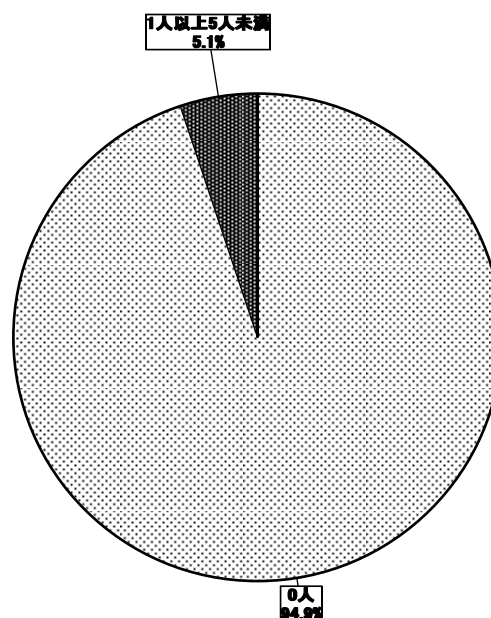


図 診-3-9 筋ジストロフィー
($n = 513$, $m \pm \sigma = 0.0 \pm 0.3$)

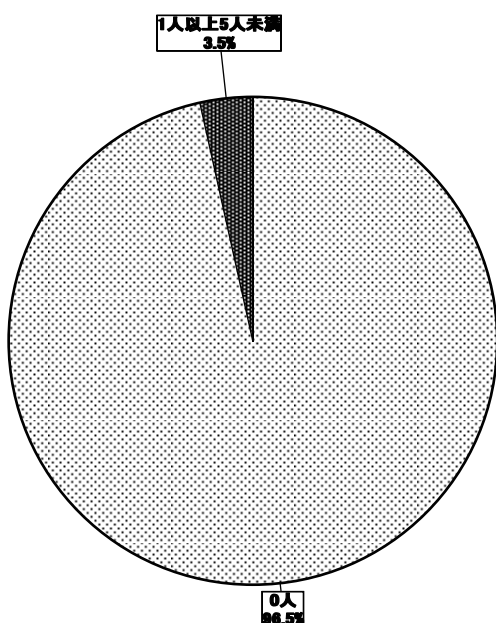


図 診-3-10 脊髄損傷
($n = 530$, $m \pm \sigma = 0.1 \pm 0.3$)

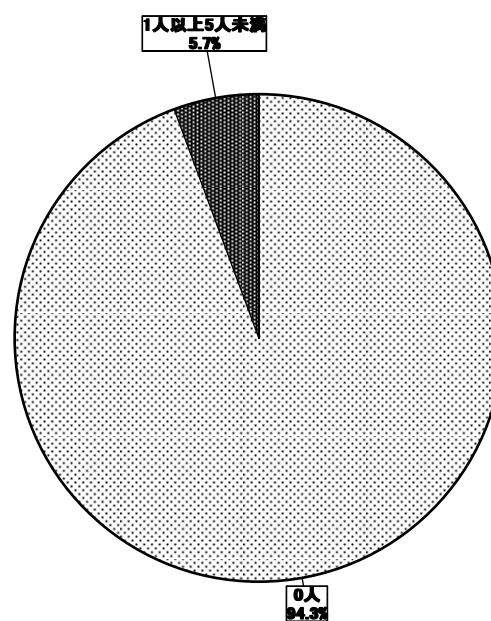


図 診-4 問4 I類型の要件に非侵襲的人工呼吸療法の常時実施を含めてよいと思うか
(n = 1244)

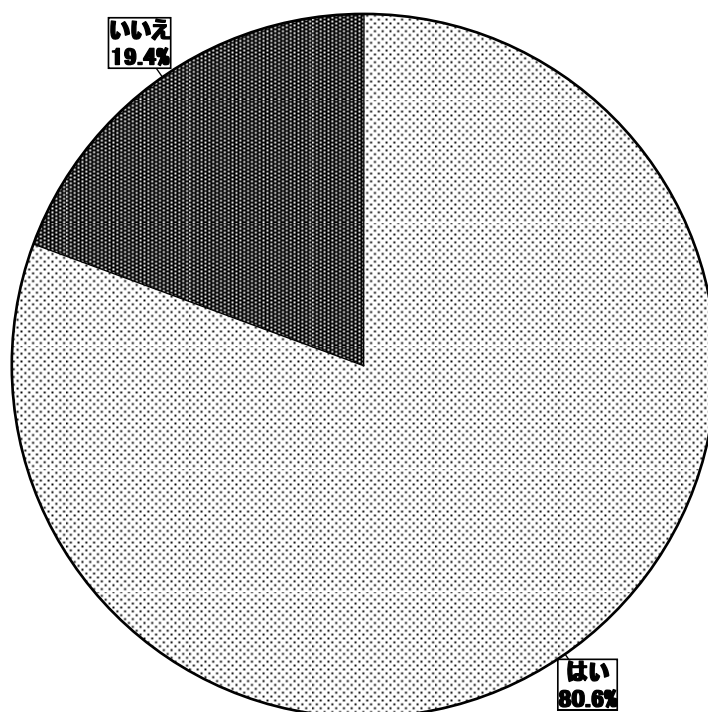


図 診-5-1 問5 I類型対象者へのサービス提供者に対する医師による医療的指導
(n = 1330)

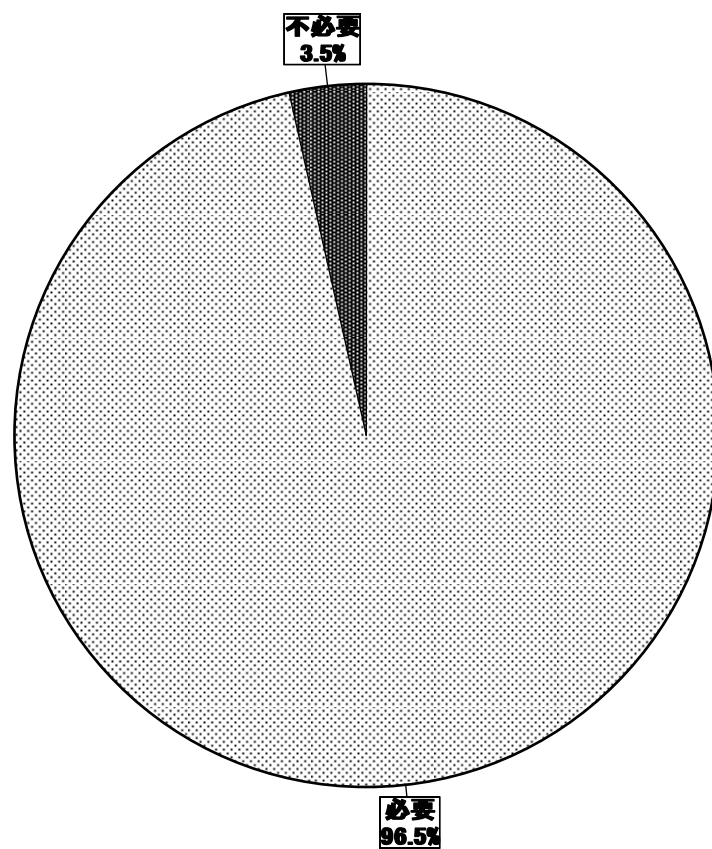


図 診-5-2 問5 I類型対象者へのサービス提供者に対する看護師による監視と教育
(n = 1316)

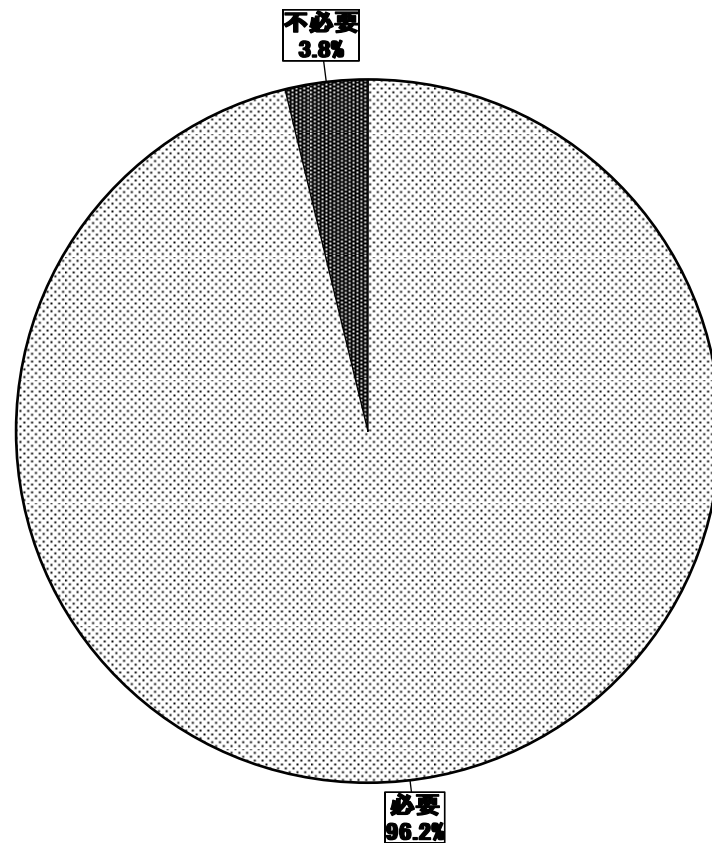
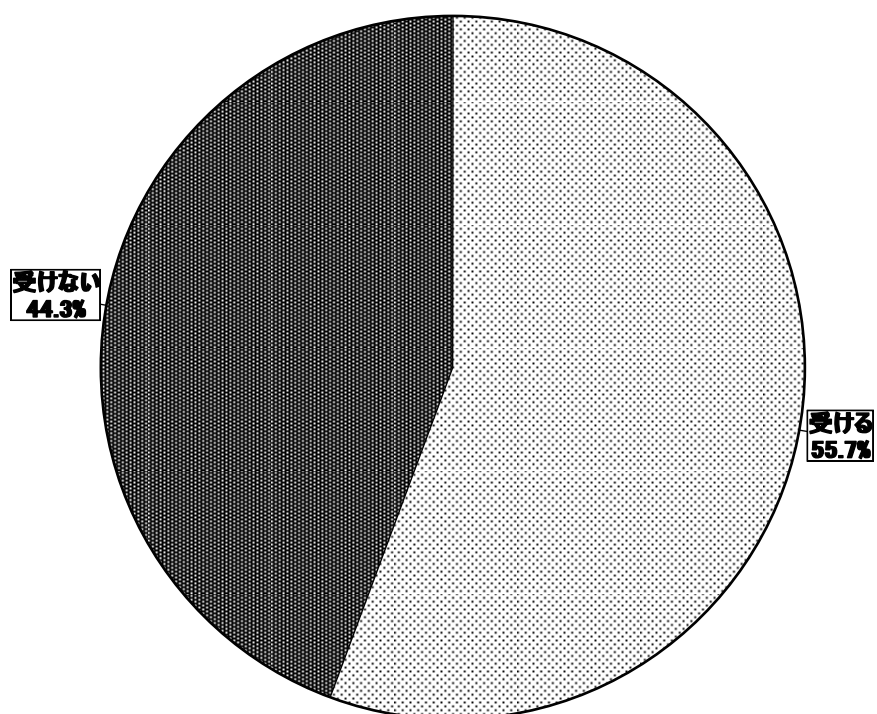


図 診-6 問6 I類型対象者の今後の受け入れ
(n = 1360)



凡例

介護事業所	在宅療養支援診療所
 重度包括I類型の実績あり	 重度包括I類型への訪問あり
 重度訪問介護の実績あり	 4疾病*への訪問あり
 上記いずれもなし	 4疾病*への意見書作成あり
 有効回答なし	 上記いずれもなし
 人口10万人以上の市区町村（都道府県別のみ）	
① 人口10万人以上、もしくは上記の有効回答あり	

* 4疾病：ALS等神経難病、遷延性意識障害、筋ジストロフィー、脊髄損傷

図 M-介-0 介護事業所回答-全国

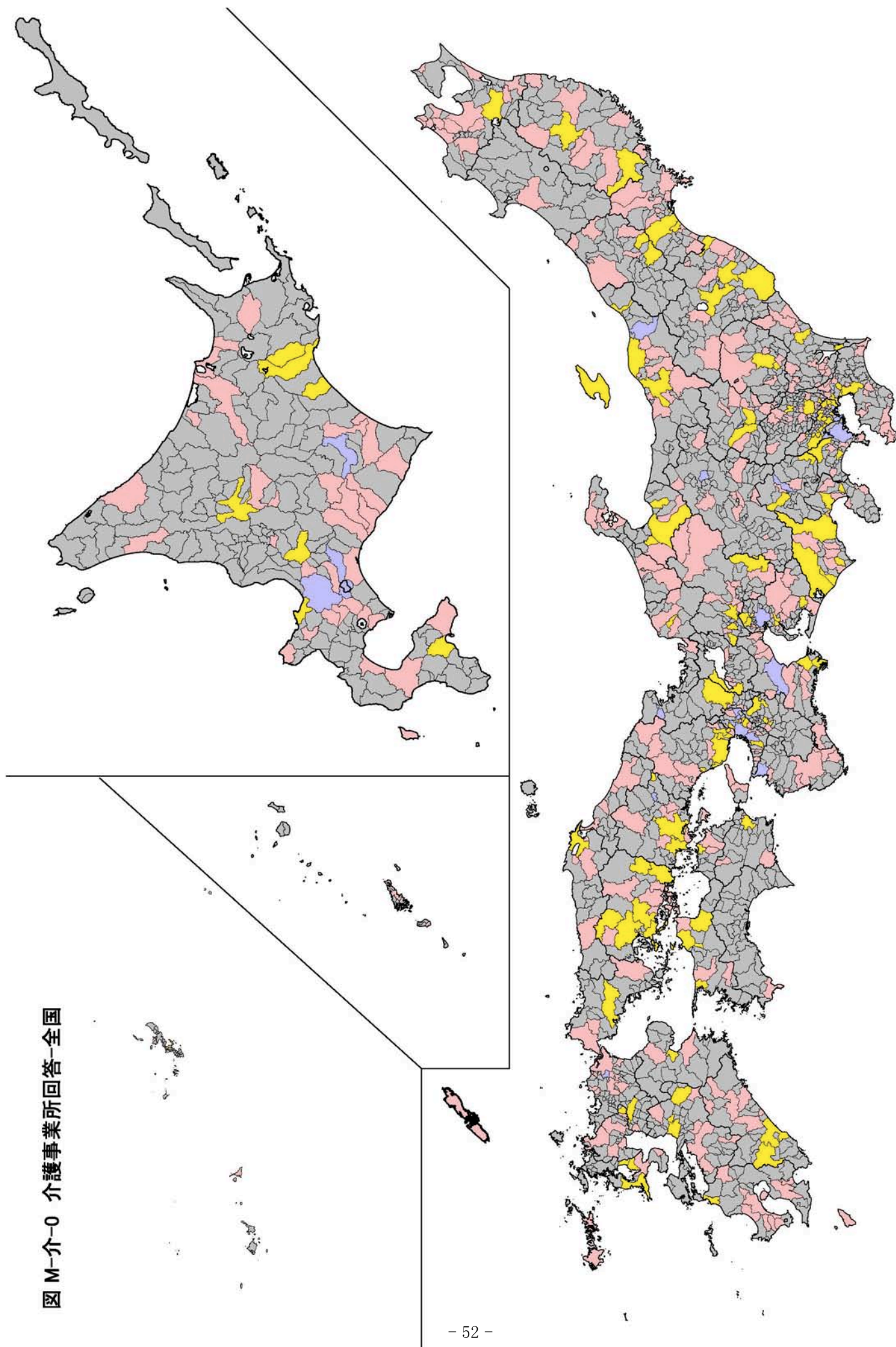


図 M-診-0 在宅療養支援診療所回答-全国

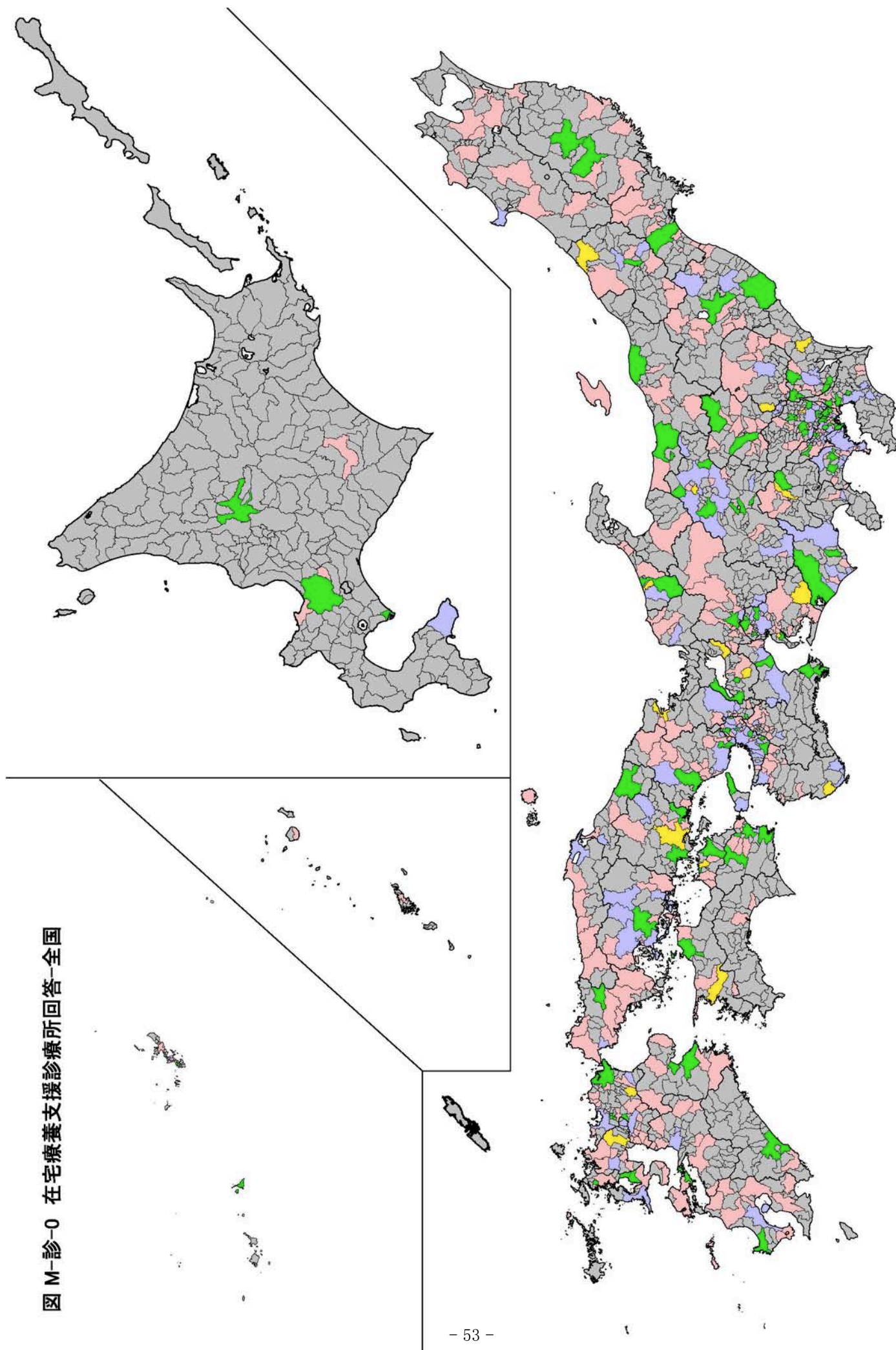
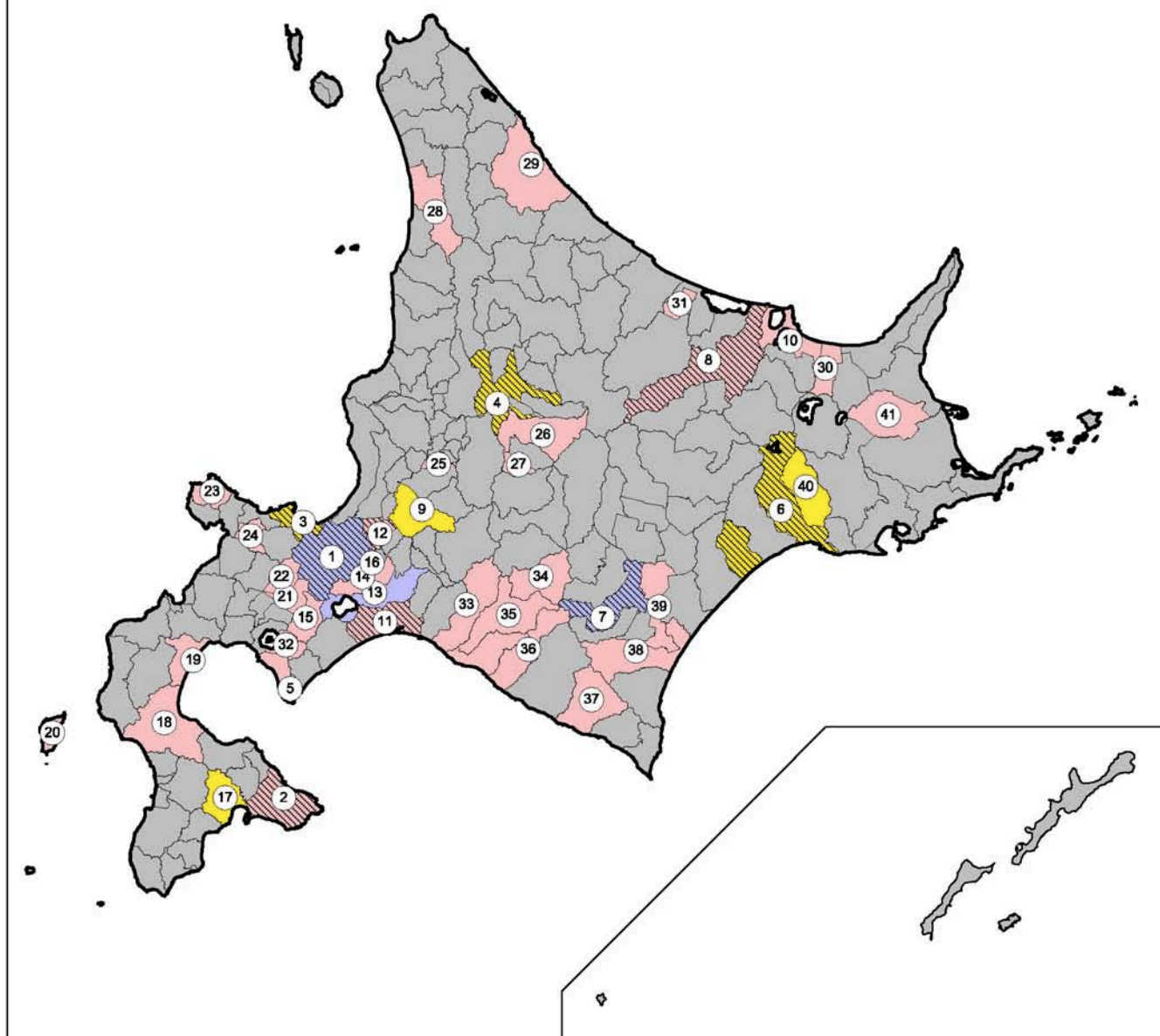


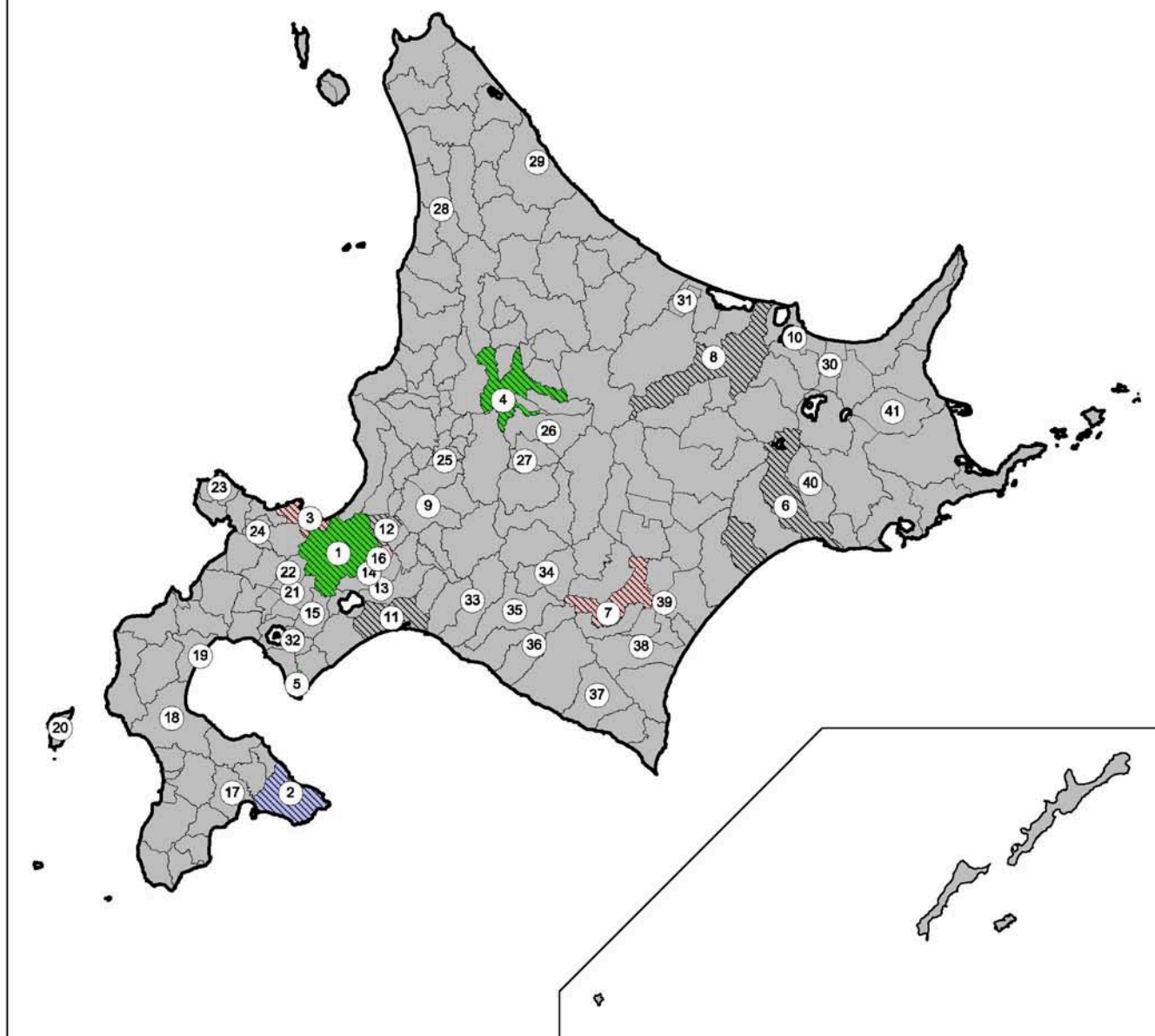
図 M-介-1 介護事業所回答 - 北海道



1	北海道札幌市
2	北海道函館市
3	北海道小樽市
4	北海道旭川市
5	北海道室蘭市
6	北海道釧路市
7	北海道帯広市
8	北海道北見市
9	北海道岩見沢市
10	北海道網走市

11	北海道苫小牧市
12	北海道江別市
13	北海道千歳市
14	北海道恵庭市
15	北海道伊達市
16	北海道北広島市
17	北海道北斗市
18	北海道二世郡八雲町
19	北海道山越郡長万部町
20	北海道奥尻郡奥尻町

図 M-診-1 在宅療養支援診療所回答 - 北海道

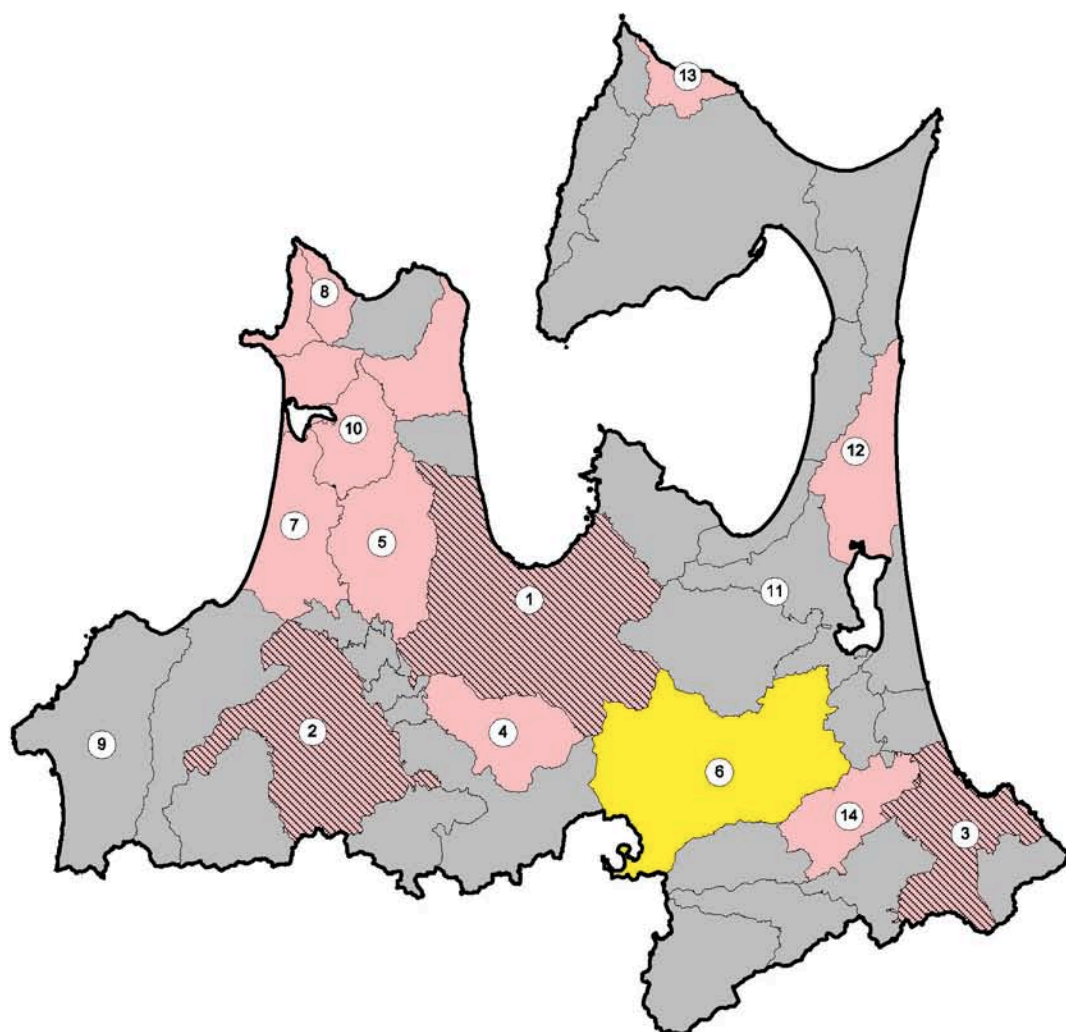


21	北海道虻田郡喜茂別町
22	北海道虻田郡京極町
23	北海道積丹郡積丹町
24	北海道余市郡仁木町
25	北海道空知郡奈井江町
26	北海道上川郡美瑛町
27	北海道空知郡中富良野町
28	北海道天塩郡遠別町
29	北海道枝幸郡枝幸町
30	北海道斜里郡小清水町

31	北海道紋別郡上湧別町
32	北海道有珠郡壮瞥町
33	北海道勇払郡むかわ町
34	北海道沙流郡日高町
35	北海道沙流郡平取町
36	北海道新冠郡新冠町
37	北海道浦河郡浦河町
38	北海道広尾郡大樹町
39	北海道中川郡幕別町
40	北海道阿寒郡鶴居村

41	北海道 標津郡 中標津町
----	--------------------

図 M-介-2 介護事業所回答 - 青森県



1	青森県青森市
2	青森県弘前市
3	青森県八戸市
4	青森県黒石市
5	青森県五所川原市
6	青森県十和田市
7	青森県つがる市
8	青森県東津軽郡外ヶ浜町
9	青森県西津軽郡深浦町
10	青森県北津軽郡中泊町

11	青森県上北郡東北町
12	青森県上北郡六ヶ所村
13	青森県下北郡風間浦村
14	青森県三戸郡五戸町

図 M-診-2 在宅療養支援診療所回答 - 青森県

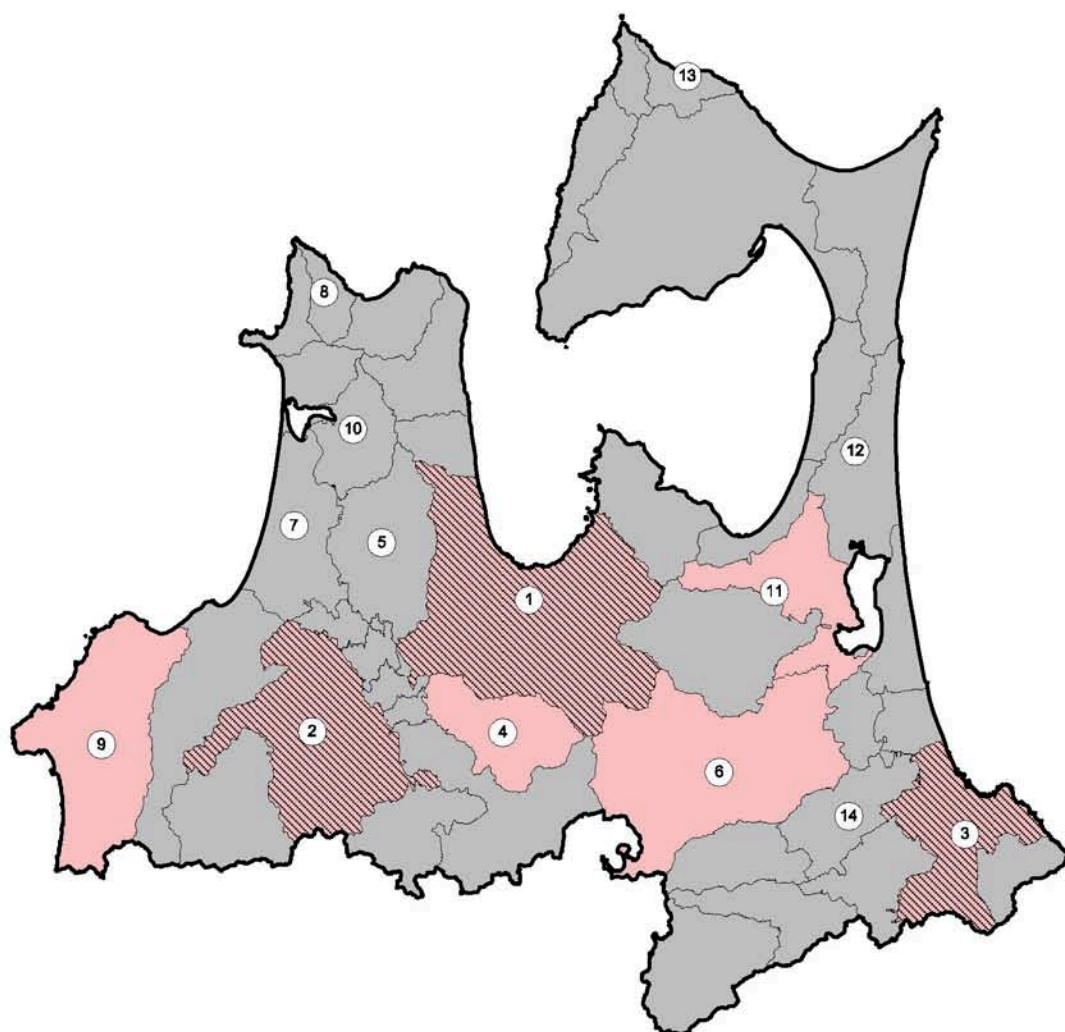
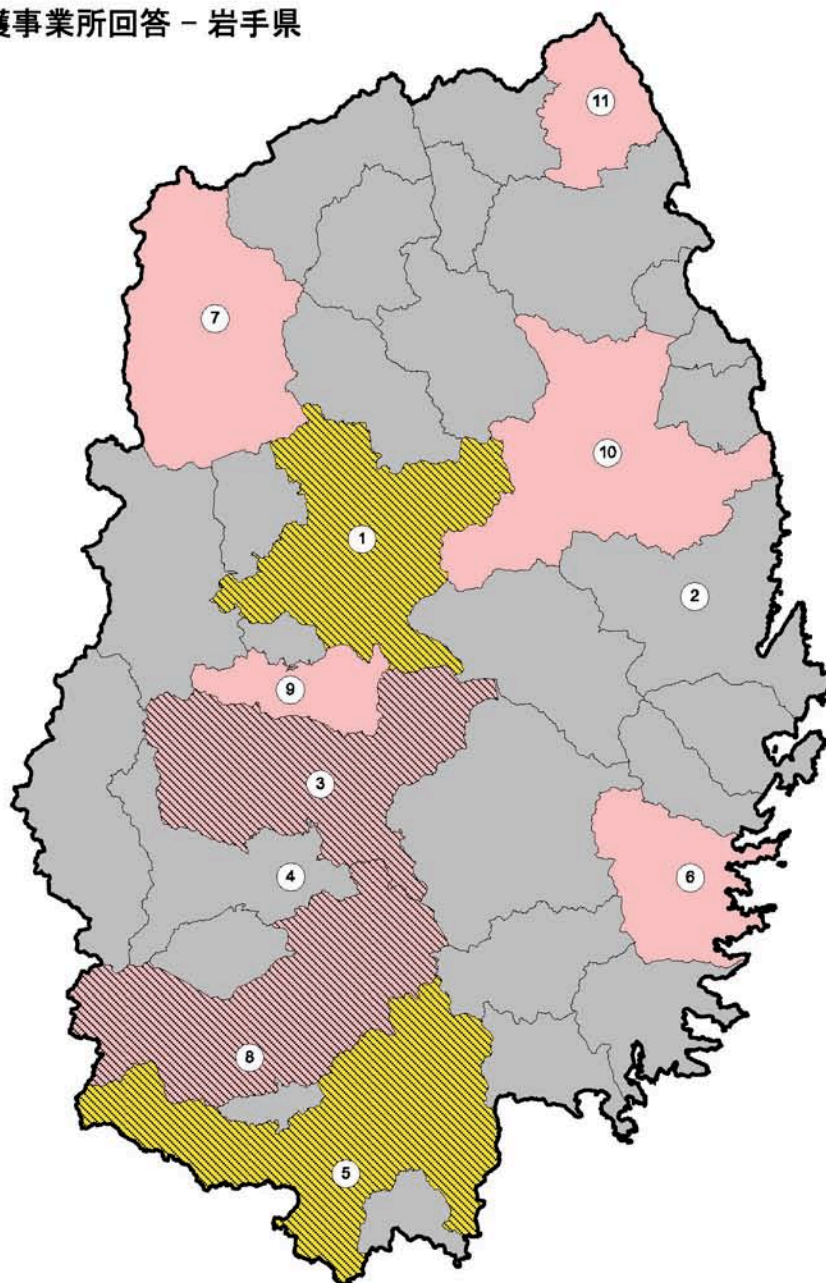


図 M-介-3 介護事業所回答 - 岩手県



1	岩手県盛岡市
2	岩手県宮古市
3	岩手県花巻市
4	岩手県北上市
5	岩手県一関市
6	岩手県釜石市
7	岩手県八幡平市
8	岩手県奥州市
9	岩手県紫波郡紫波町
10	岩手県下閉伊郡岩泉町

11	岩手県九戸郡洋野町
----	-----------

図 M-診-3 在宅療養支援診療所回答 - 岩手県

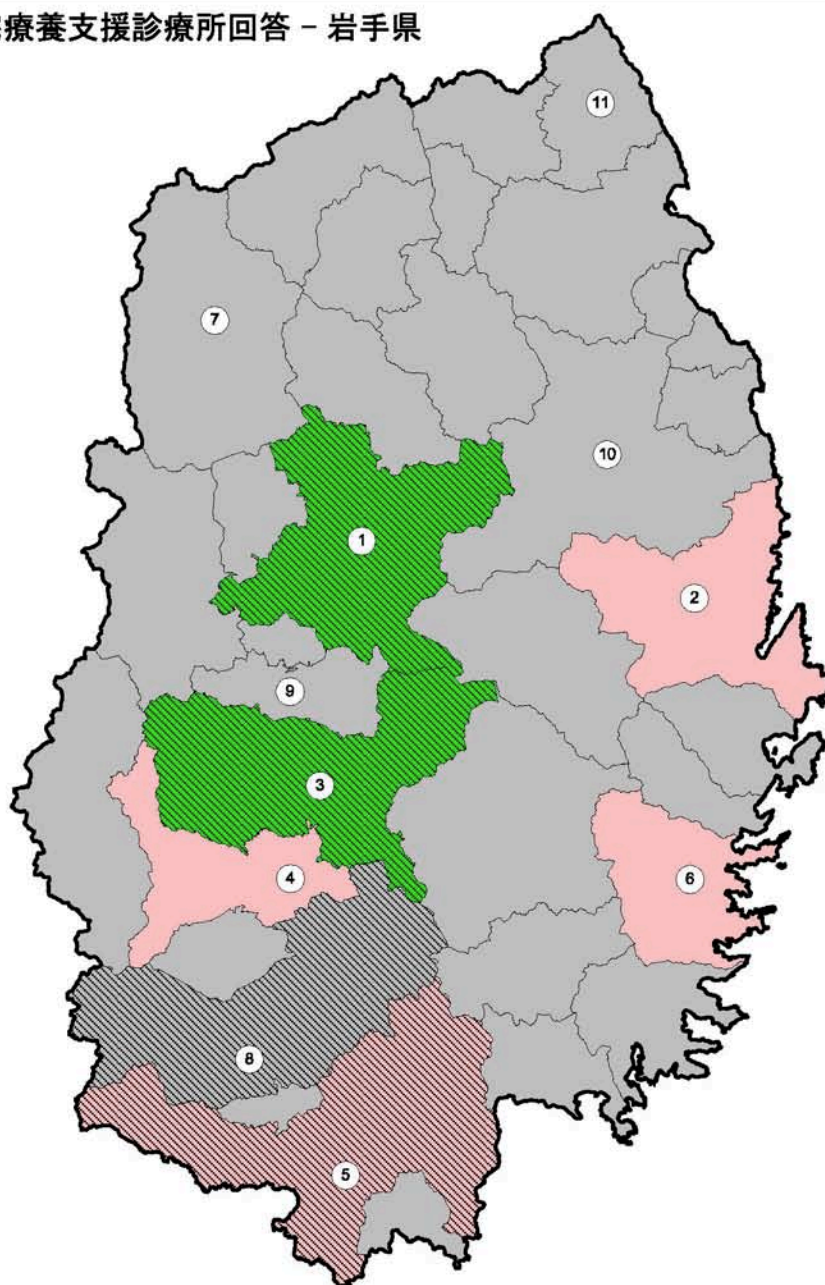
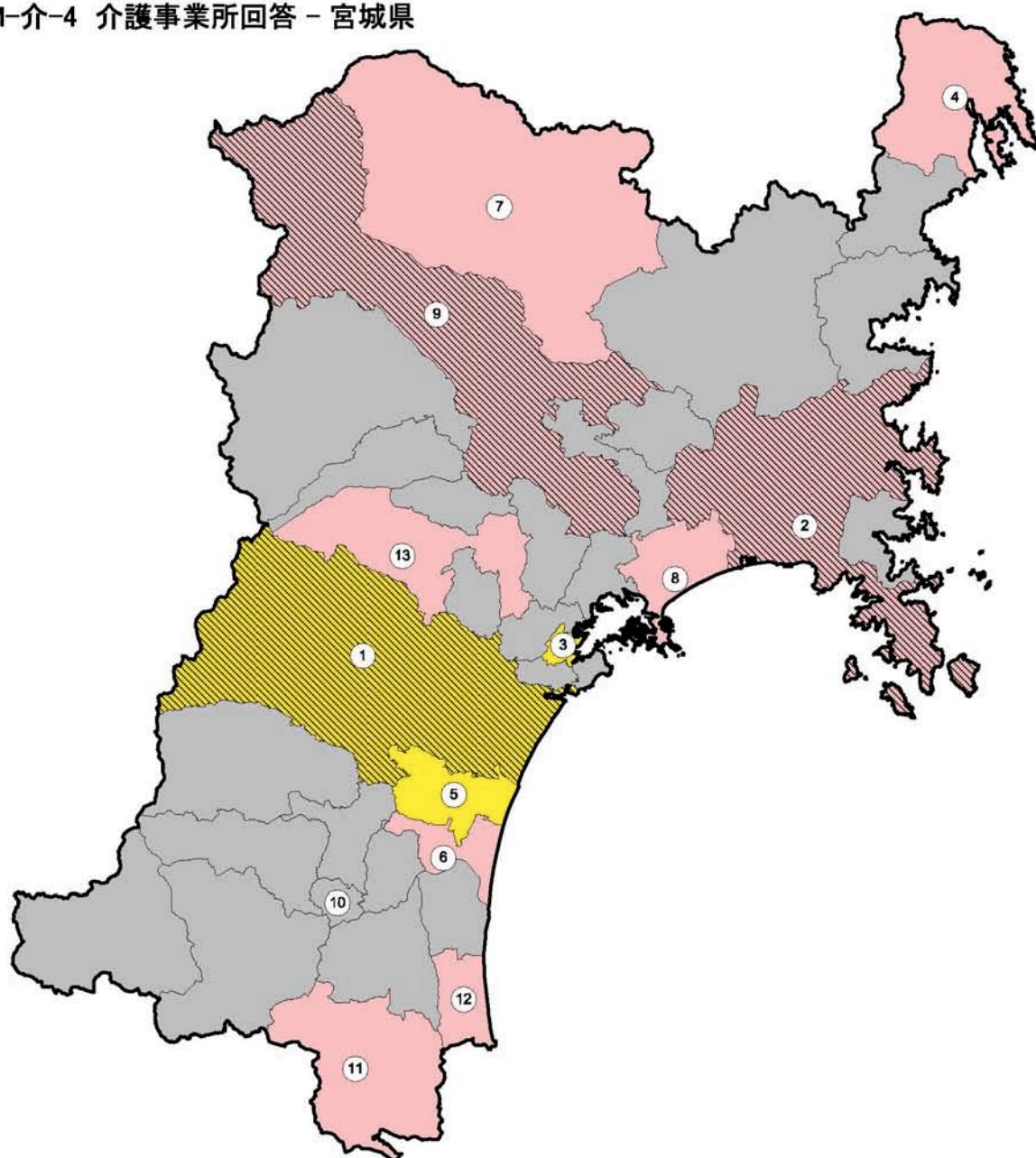


図 M-介-4 介護事業所回答 - 宮城県



1	宮城県仙台市
2	宮城県石巻市
3	宮城県塩竈市
4	宮城県気仙沼市
5	宮城県名取市
6	宮城県岩沼市
7	宮城県栗原市
8	宮城県東松島市
9	宮城県大崎市
10	宮城県柴田郡大河原町

11	宮城県伊具郡丸森町
12	宮城県亶理郡山元町
13	宮城県黒川郡大和町

図 M-診-4 在宅療養支援診療所回答 - 宮城県

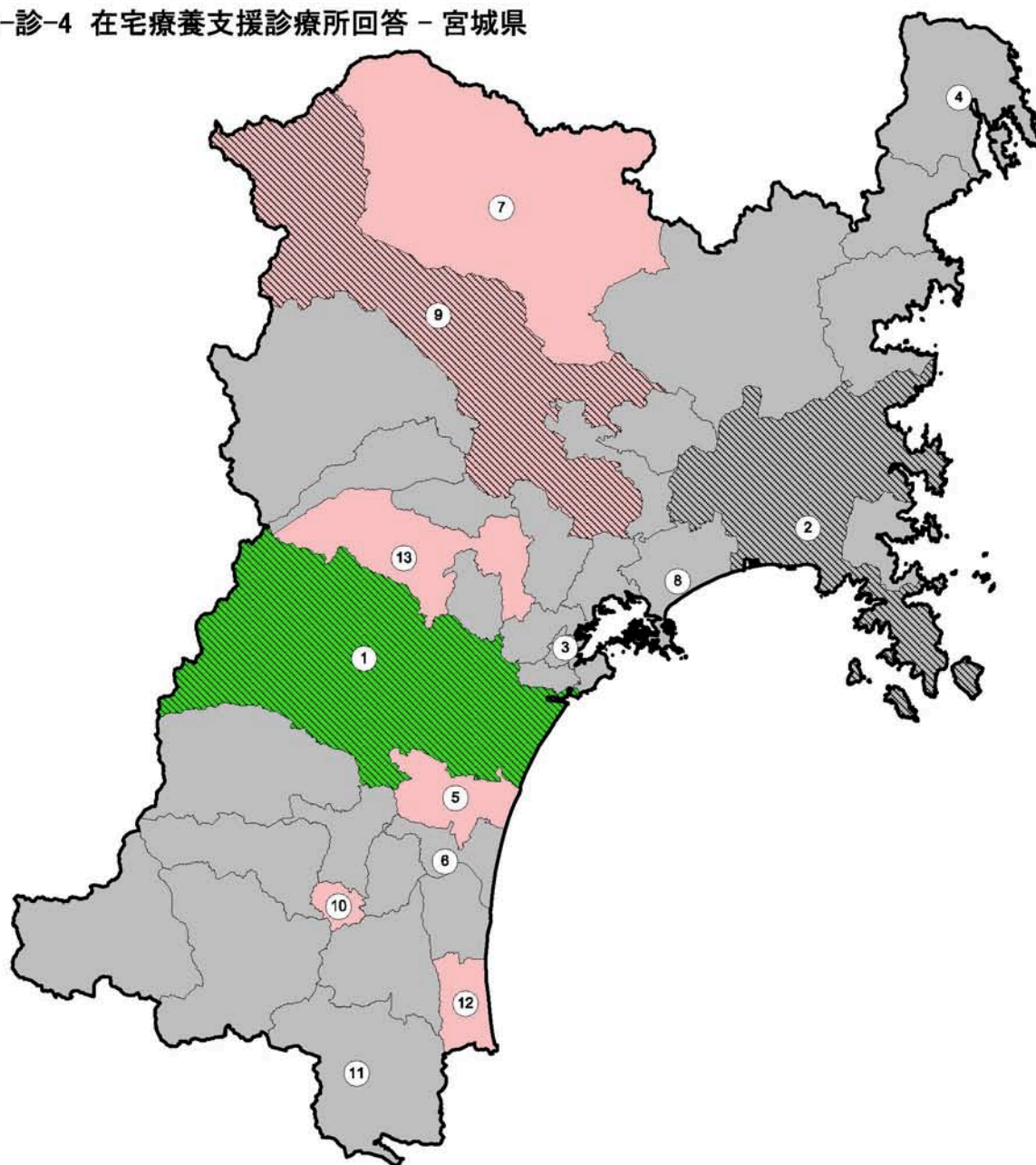
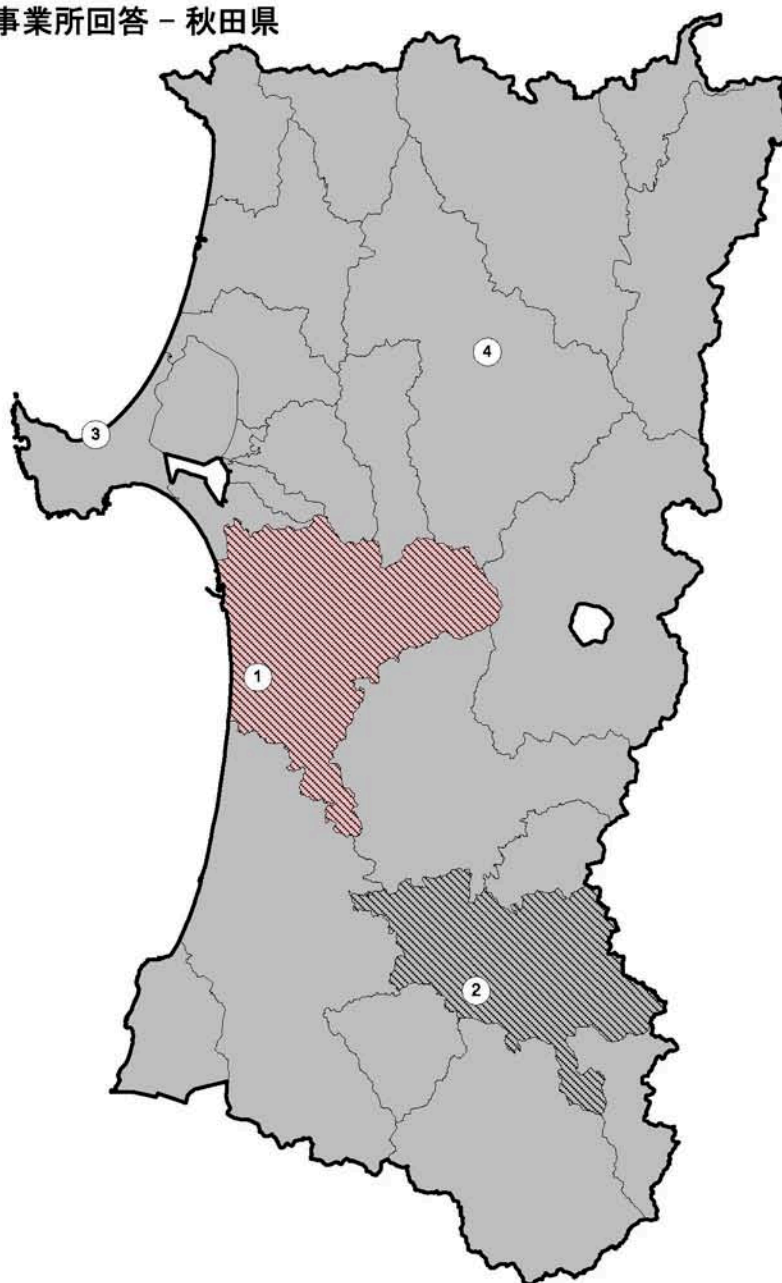


図 M-介-5 介護事業所回答 - 秋田県



1	秋田県秋田市
2	秋田県横手市
3	秋田県男鹿市
4	秋田県北秋田市

図 M-診-5 在宅療養支援診療所回答 - 秋田県

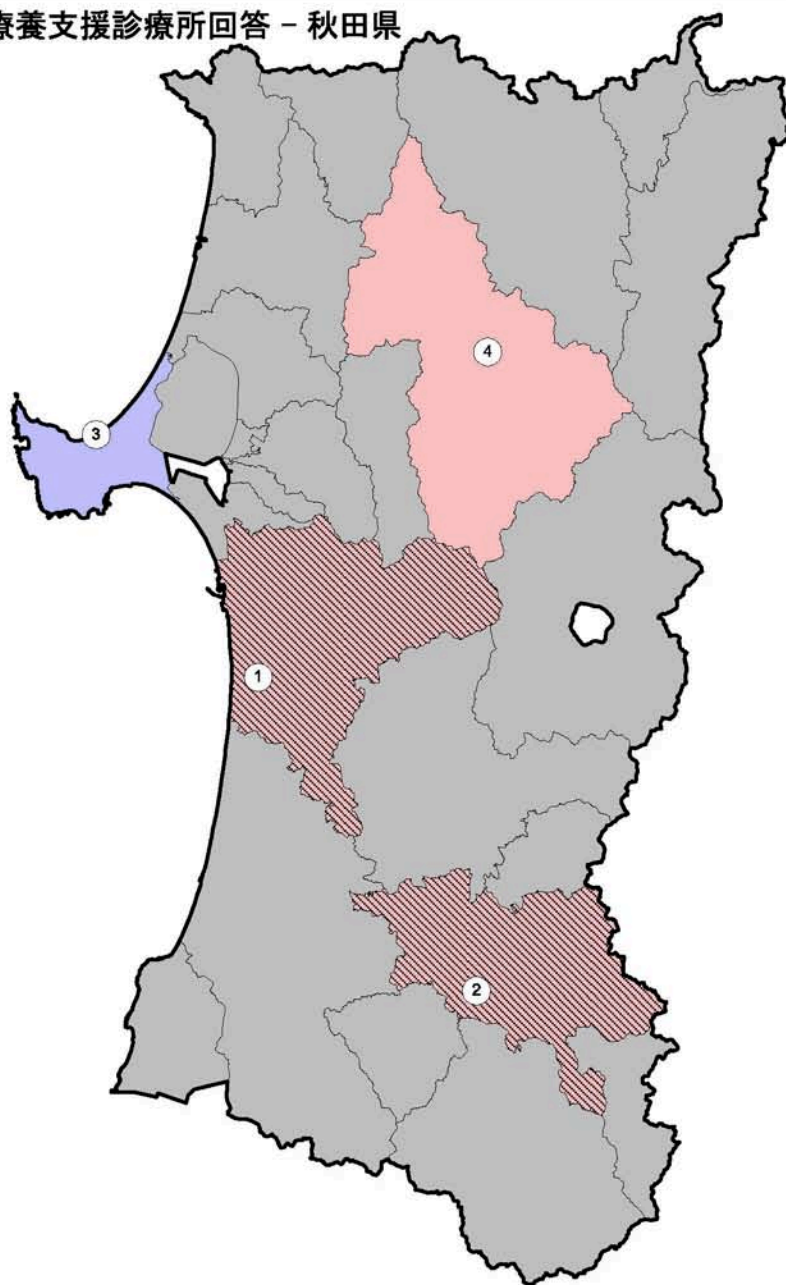
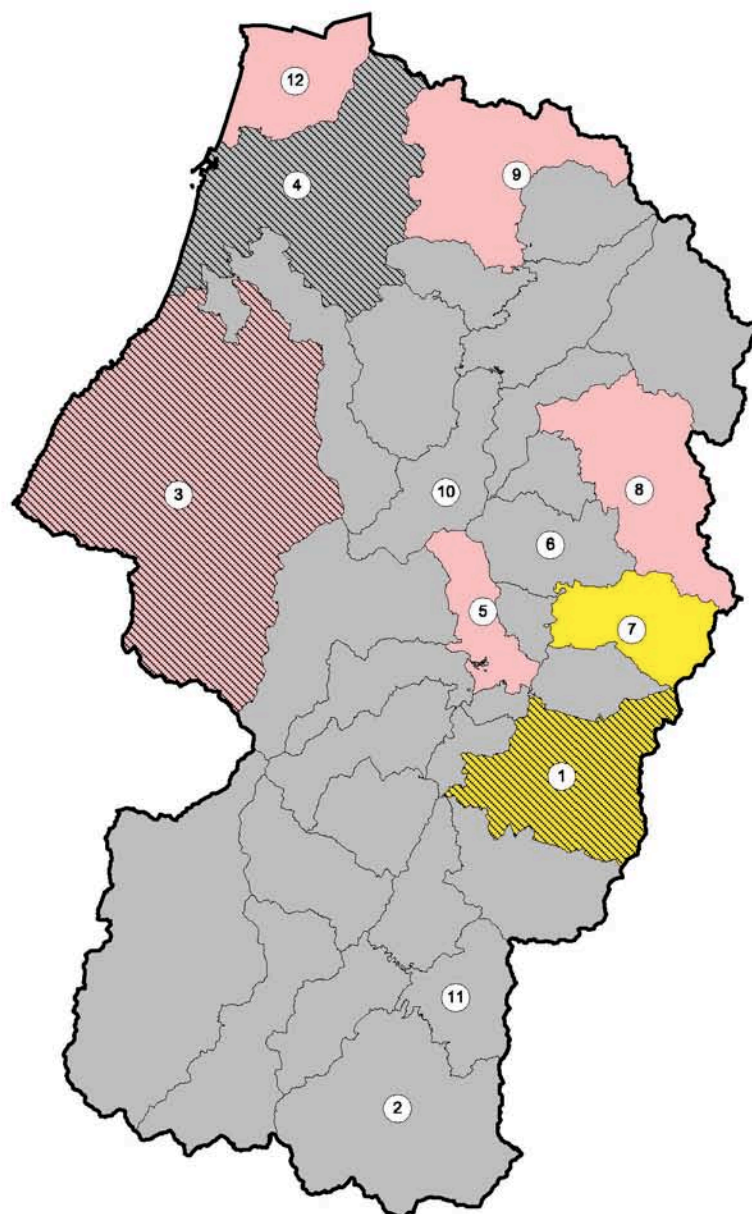


図 M-介-6 介護事業所回答 - 山形県



1	山形県山形市
2	山形県米沢市
3	山形県鶴岡市
4	山形県酒田市
5	山形県寒河江市
6	山形県村山市
7	山形県東根市
8	山形県尾花沢市
9	山形県最上郡真室川町
10	山形県最上郡大蔵村

11	山形県東置賜郡高畠町
12	山形県飽海郡遊佐町

図 M-診-6 在宅療養支援診療所回答 - 山形県

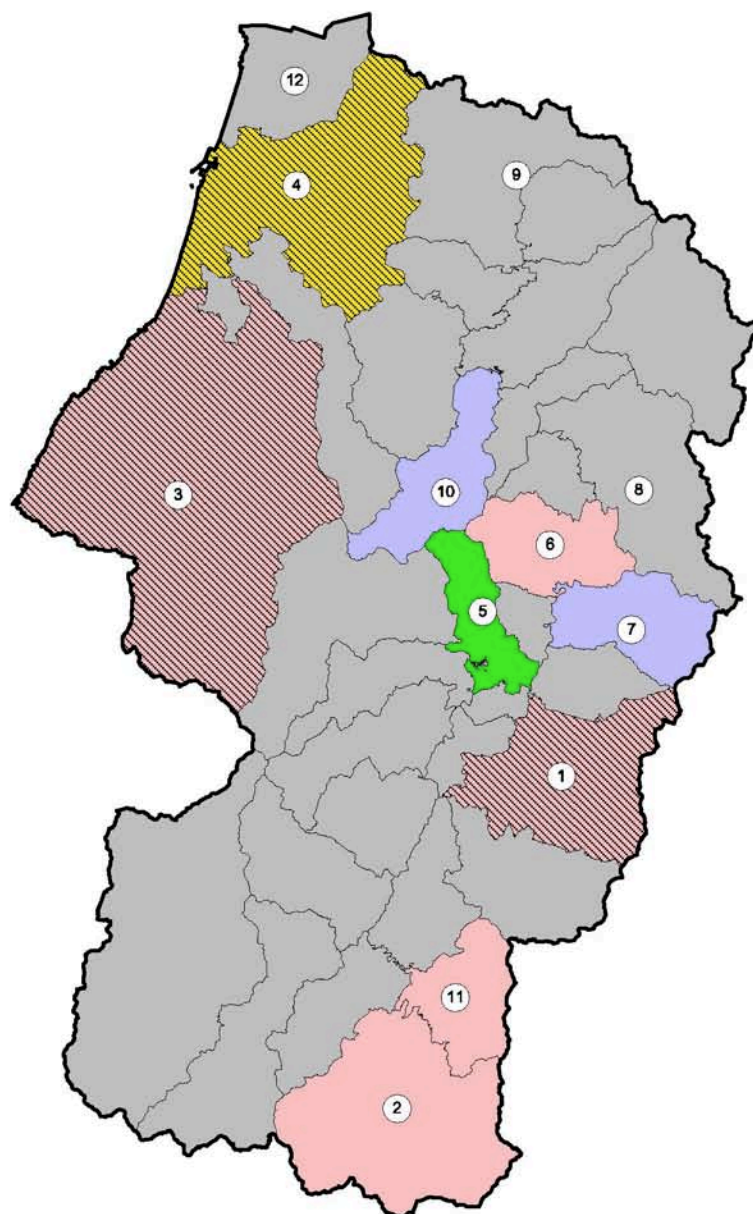
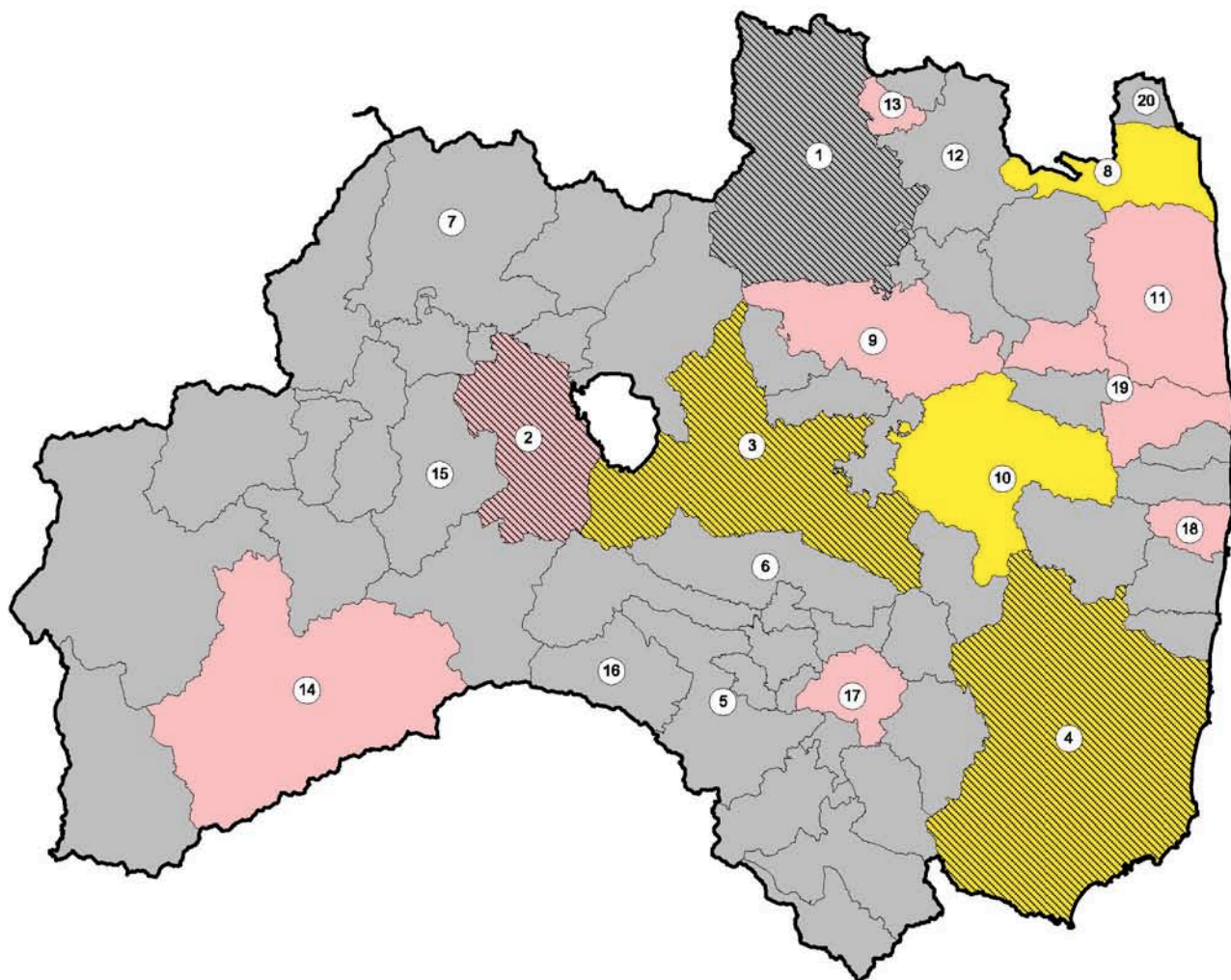


図 M-介-7 介護事業所回答 - 福島県



1	福島県福島市
2	福島県会津若松市
3	福島県郡山市
4	福島県いわき市
5	福島県白河市
6	福島県須賀川市
7	福島県喜多方市
8	福島県相馬市
9	福島県二本松市
10	福島県田村市

11	福島県南相馬市
12	福島県伊達市
13	福島県伊達郡桑折町
14	福島県南会津郡南会津町
15	福島県大沼郡会津美里町
16	福島県西白河郡西郷村
17	福島県石川郡石川町
18	福島県双葉郡富岡町
19	福島県双葉郡浪江町
20	福島県相馬郡新地町

図 M-診-7 在宅療養支援診療所回答 - 福島県

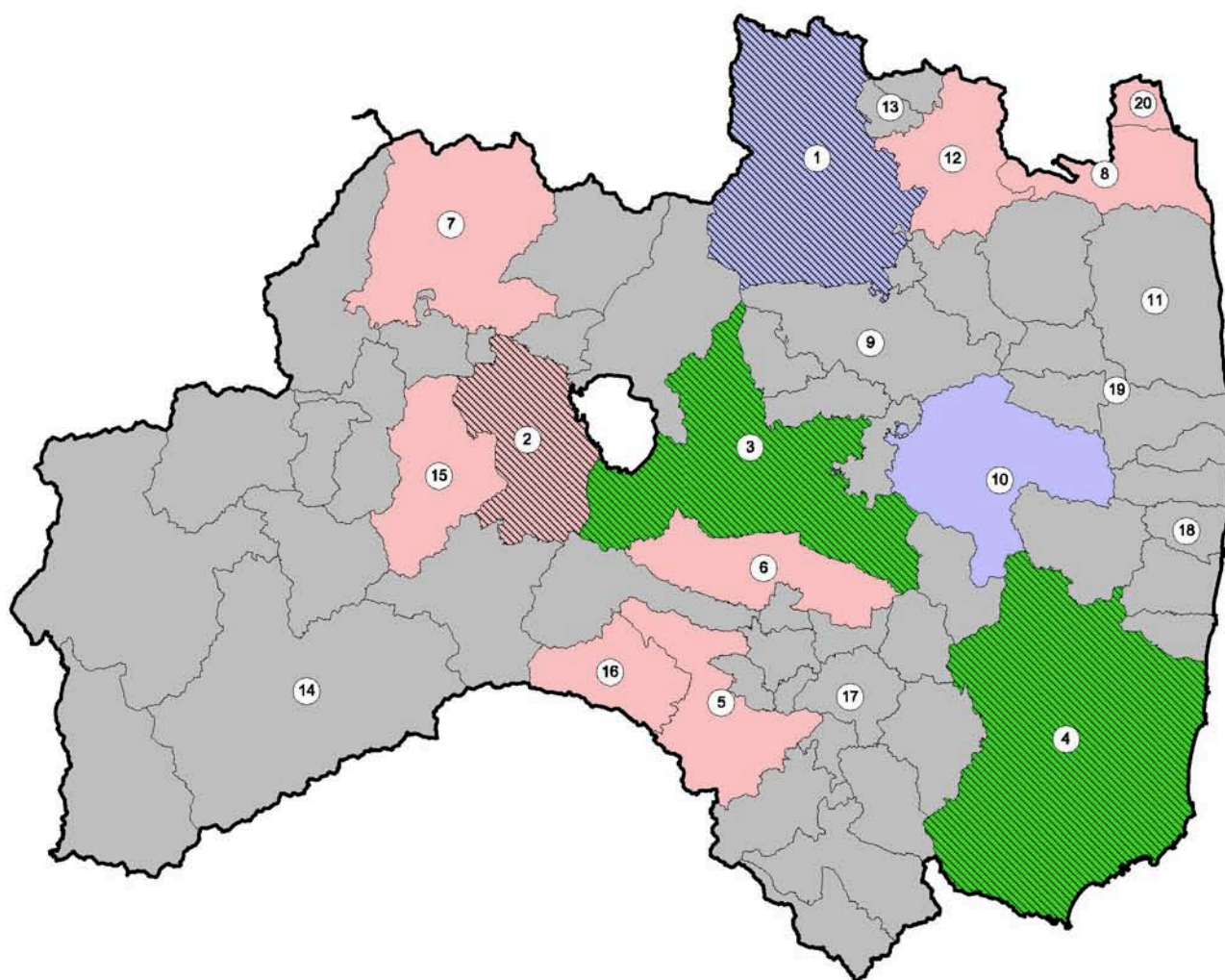
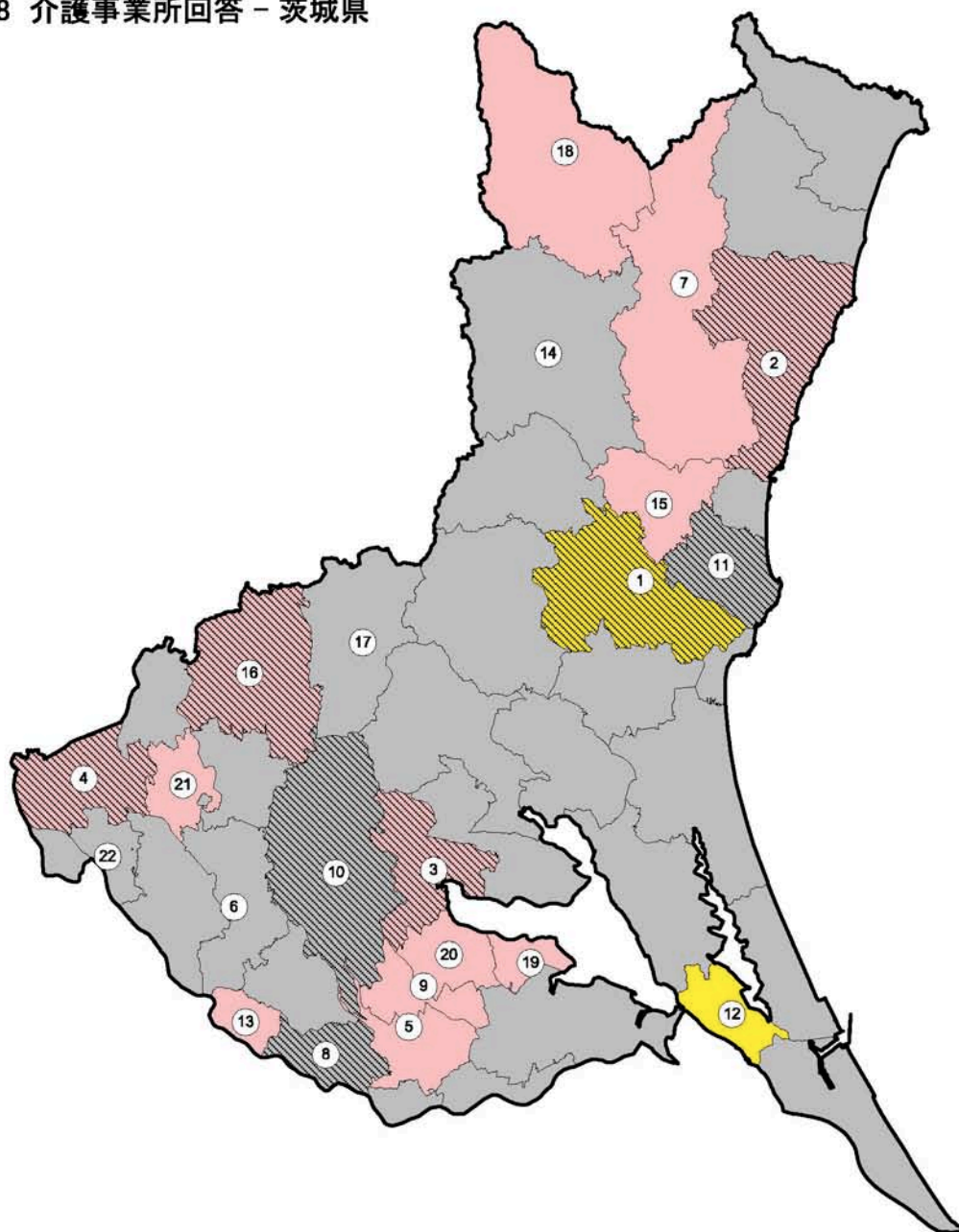


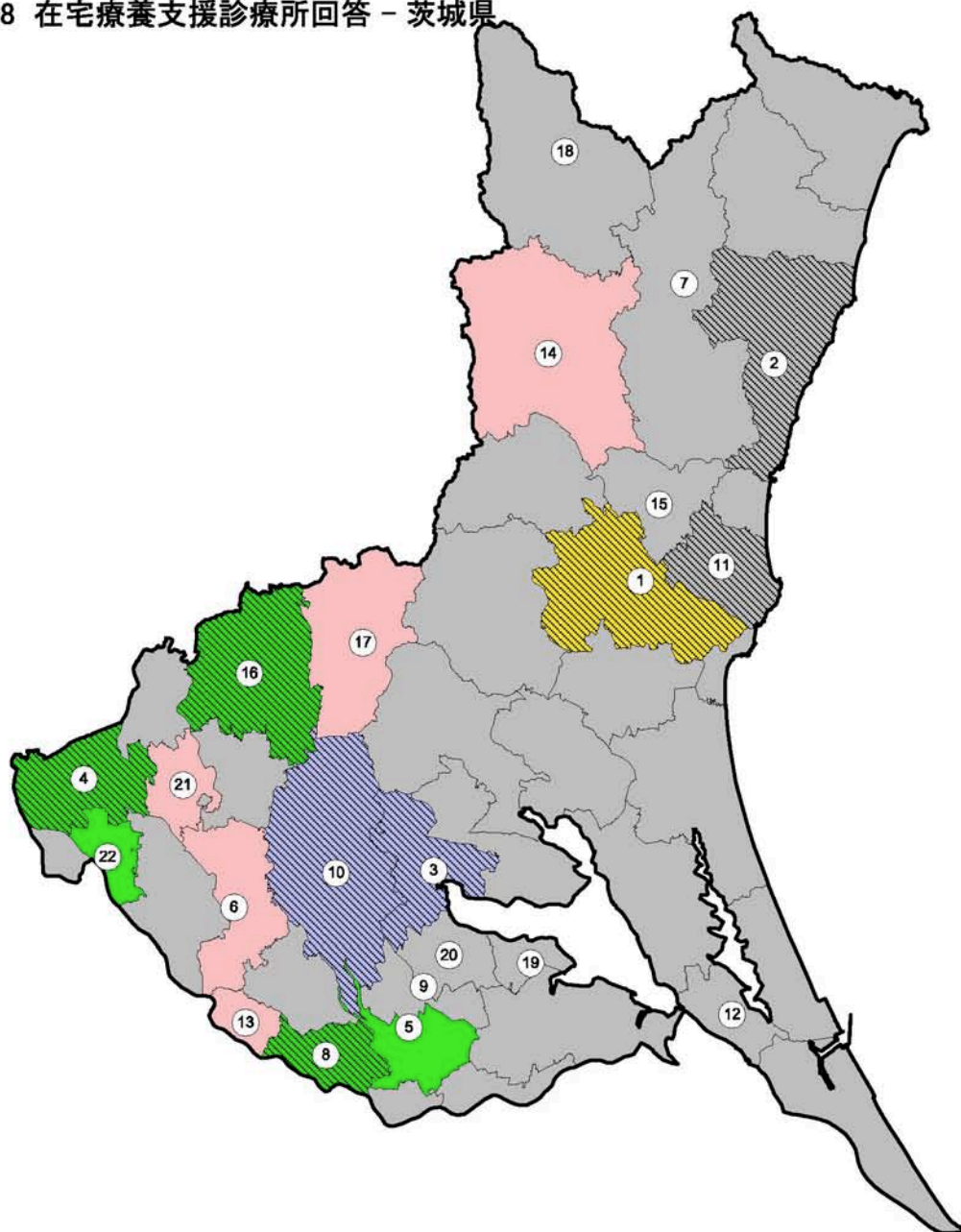
図 M-介-8 介護事業所回答 - 茨城県



1	茨城県水戸市
2	茨城県日立市
3	茨城県土浦市
4	茨城県古河市
5	茨城県龍ヶ崎市
6	茨城県常総市
7	茨城県常陸太田市
8	茨城県取手市
9	茨城県牛久市
10	茨城県つくば市

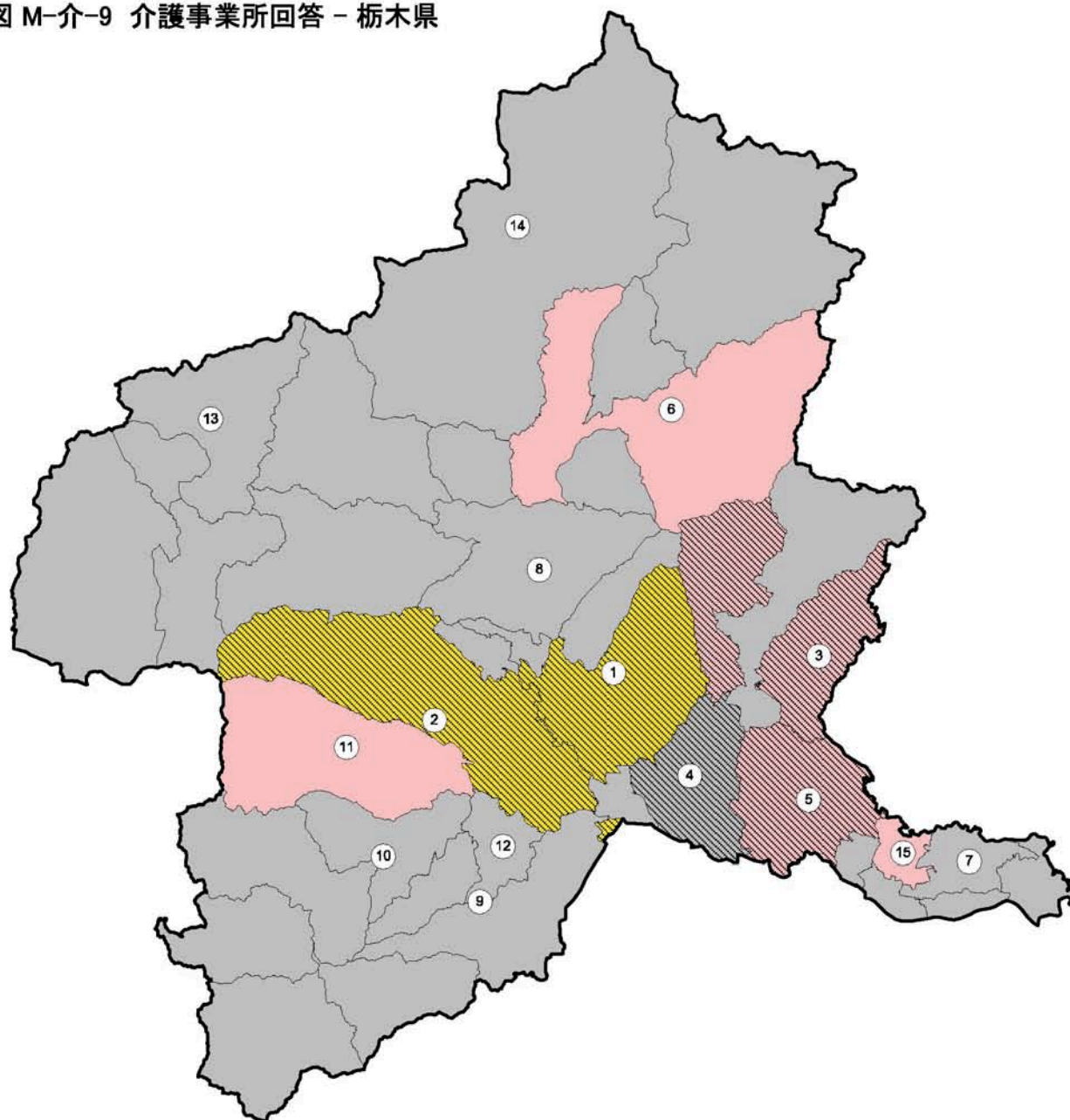
11	茨城県ひたちなか市
12	茨城県潮来市
13	茨城県守谷市
14	茨城県常陸大宮市
15	茨城県那珂市
16	茨城県筑西市
17	茨城県桜川市
18	茨城県久慈郡大子町
19	茨城県稲敷郡美浦村
20	茨城県稲敷郡阿見町

図 M-診-8 在宅療養支援診療所回答 - 茨城県



21	茨城県結城郡八千代町
22	茨城県猿島郡境町

図 M-介-9 介護事業所回答 - 栃木県



1	栃木県宇都宮市
2	栃木県足利市
3	栃木県栃木市
4	栃木県佐野市
5	栃木県鹿沼市
6	栃木県日光市
7	栃木県小山市
8	栃木県真岡市
9	栃木県大田原市
10	栃木県矢板市

11	栃木県那須塩原市
12	栃木県さくら市
13	栃木県河内郡上三川町
14	栃木県下都賀郡都賀町
15	栃木県塩谷郡高根沢町
16	栃木県那須郡那珂川町

図 M-診-9 在宅療養支援診療所回答 - 栃木県

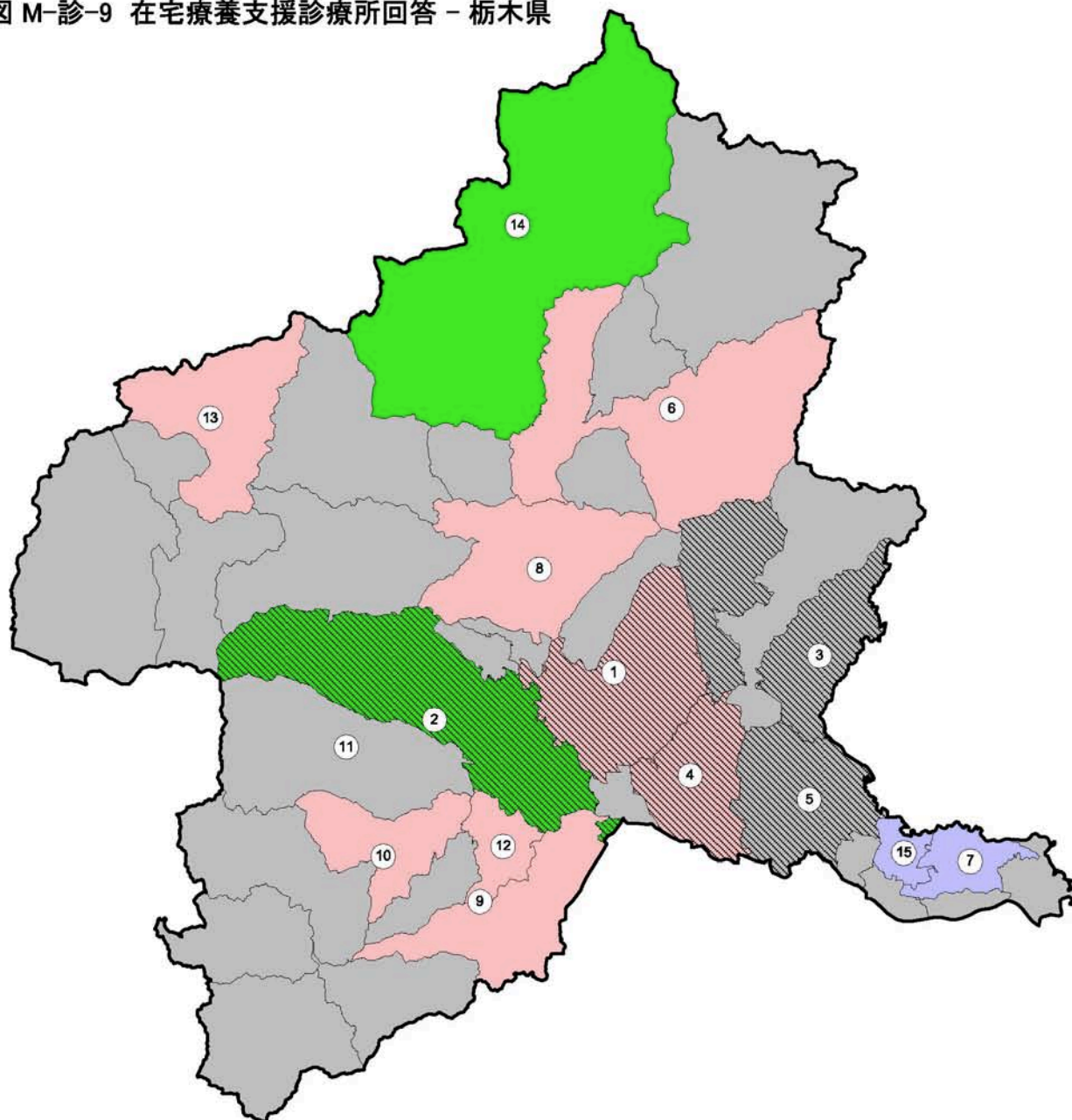
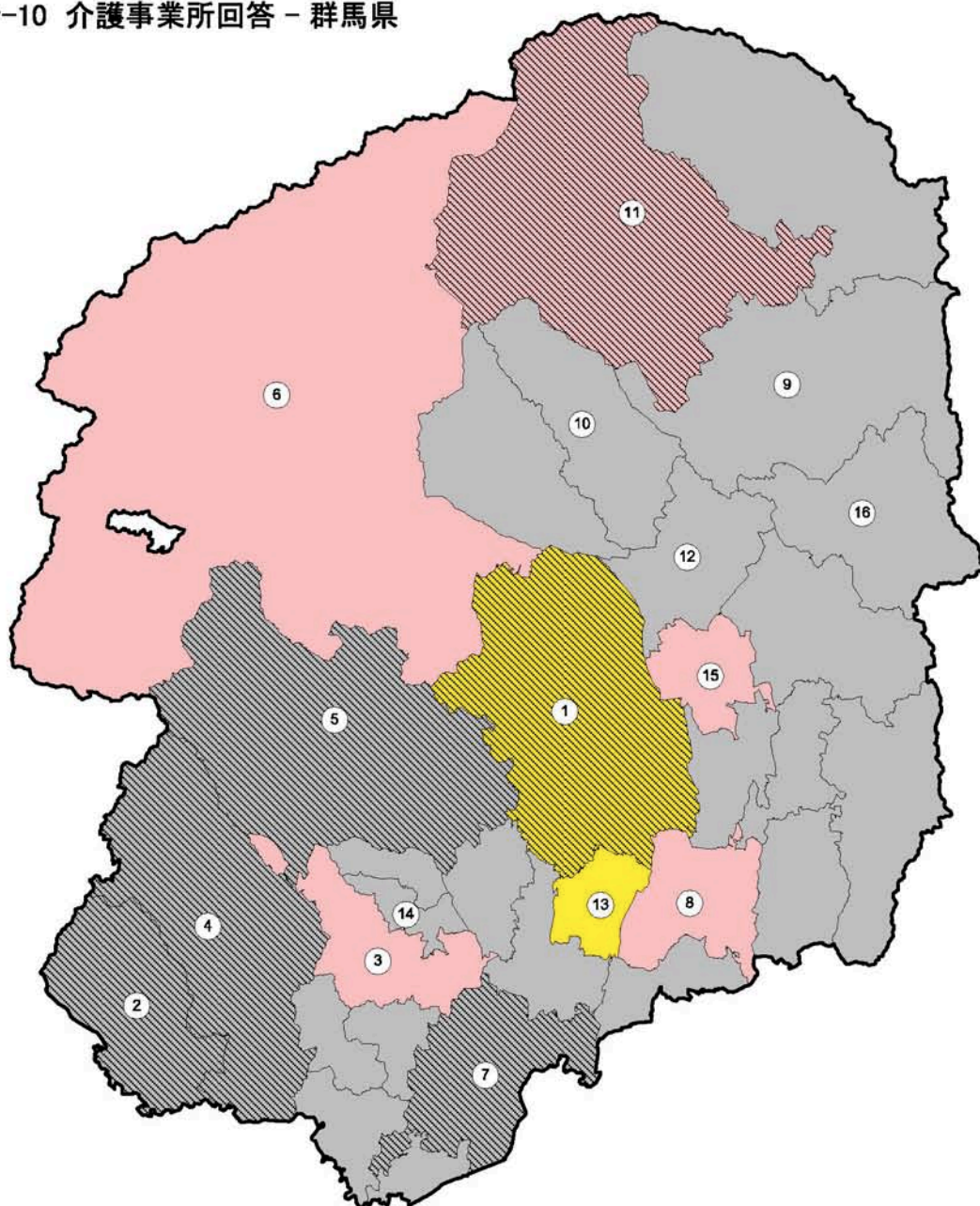


図 M-介-10 介護事業所回答 - 群馬県



1	群馬県前橋市
2	群馬県高崎市
3	群馬県桐生市
4	群馬県伊勢崎市
5	群馬県太田市
6	群馬県沼田市
7	群馬県館林市
8	群馬県渋川市
9	群馬県藤岡市
10	群馬県富岡市

11	群馬県安中市
12	群馬県多野郡吉井町
13	群馬県吾妻郡六合村
14	群馬県利根郡みなかみ町
15	群馬県邑楽郡邑楽町

図 M-診-10 在宅療養支援診療所回答 - 群馬県

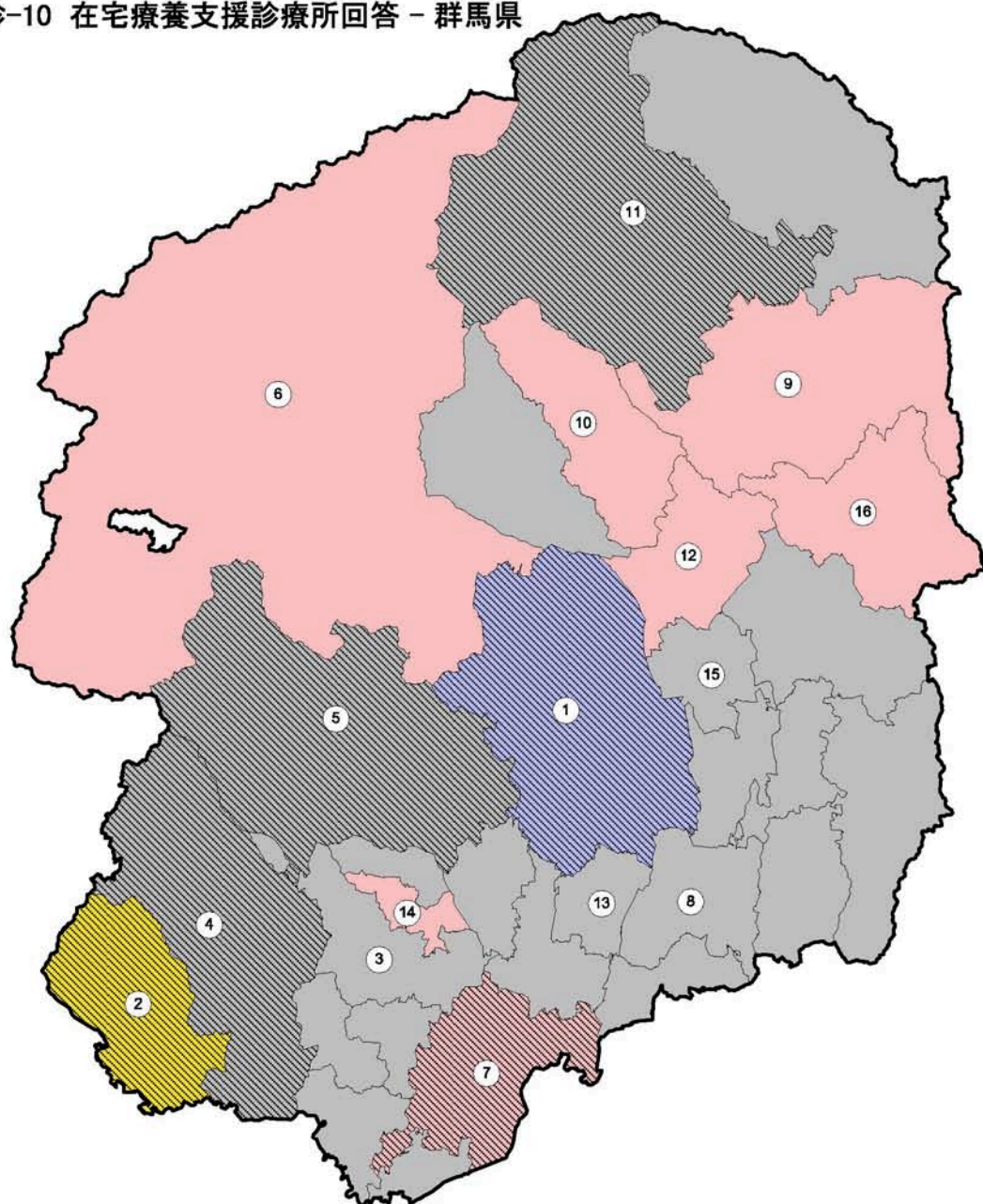
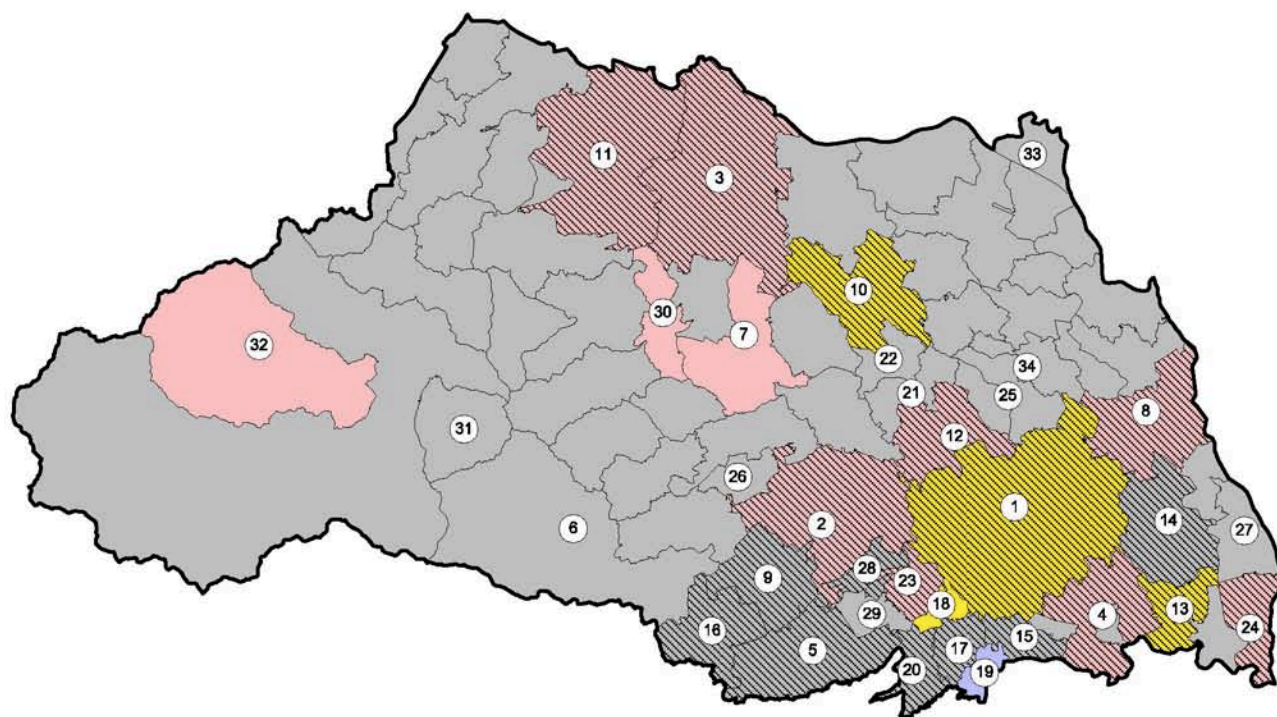


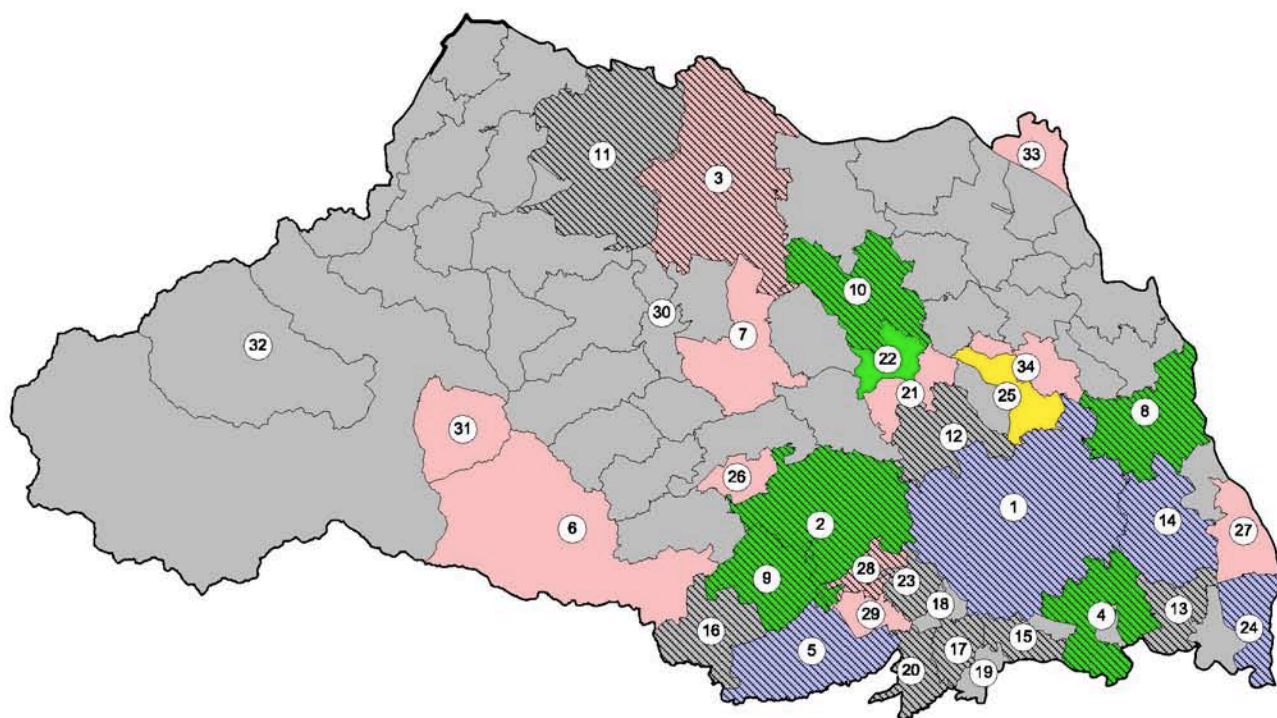
図 M-介-11 介護事業所回答 - 埼玉県



1	埼玉県さいたま市
2	埼玉県川越市
3	埼玉県熊谷市
4	埼玉県川口市
5	埼玉県所沢市
6	埼玉県飯能市
7	埼玉県東松山市
8	埼玉県春日部市
9	埼玉県狭山市
10	埼玉県鴻巣市

11	埼玉県深谷市
12	埼玉県上尾市
13	埼玉県草加市
14	埼玉県越谷市
15	埼玉県戸田市
16	埼玉県入間市
17	埼玉県朝霞市
18	埼玉県志木市
19	埼玉県和光市
20	埼玉県新座市

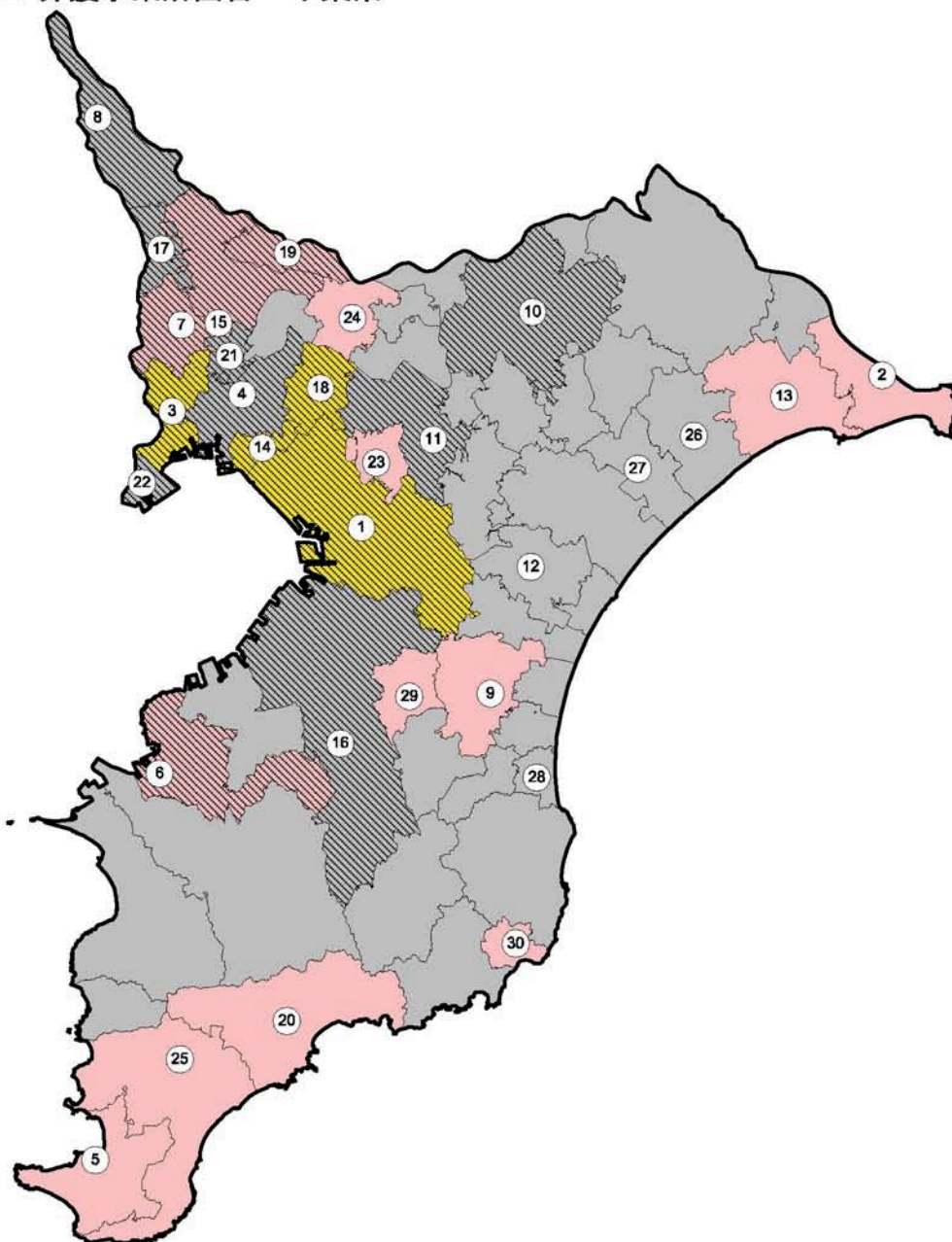
図 M-診-11 在宅療養支援診療所回答 - 埼玉県



21	埼玉県桶川市
22	埼玉県北本市
23	埼玉県富士見市
24	埼玉県三郷市
25	埼玉県蓮田市
26	埼玉県鶴ヶ島市
27	埼玉県吉川市
28	埼玉県ふじみ野市
29	埼玉県入間郡三芳町
30	埼玉県比企郡嵐山町

31	埼玉県秩父郡横瀬町
32	埼玉県秩父郡小鹿野町
33	埼玉県北埼玉郡北川辺町
34	埼玉県南埼玉郡白岡町

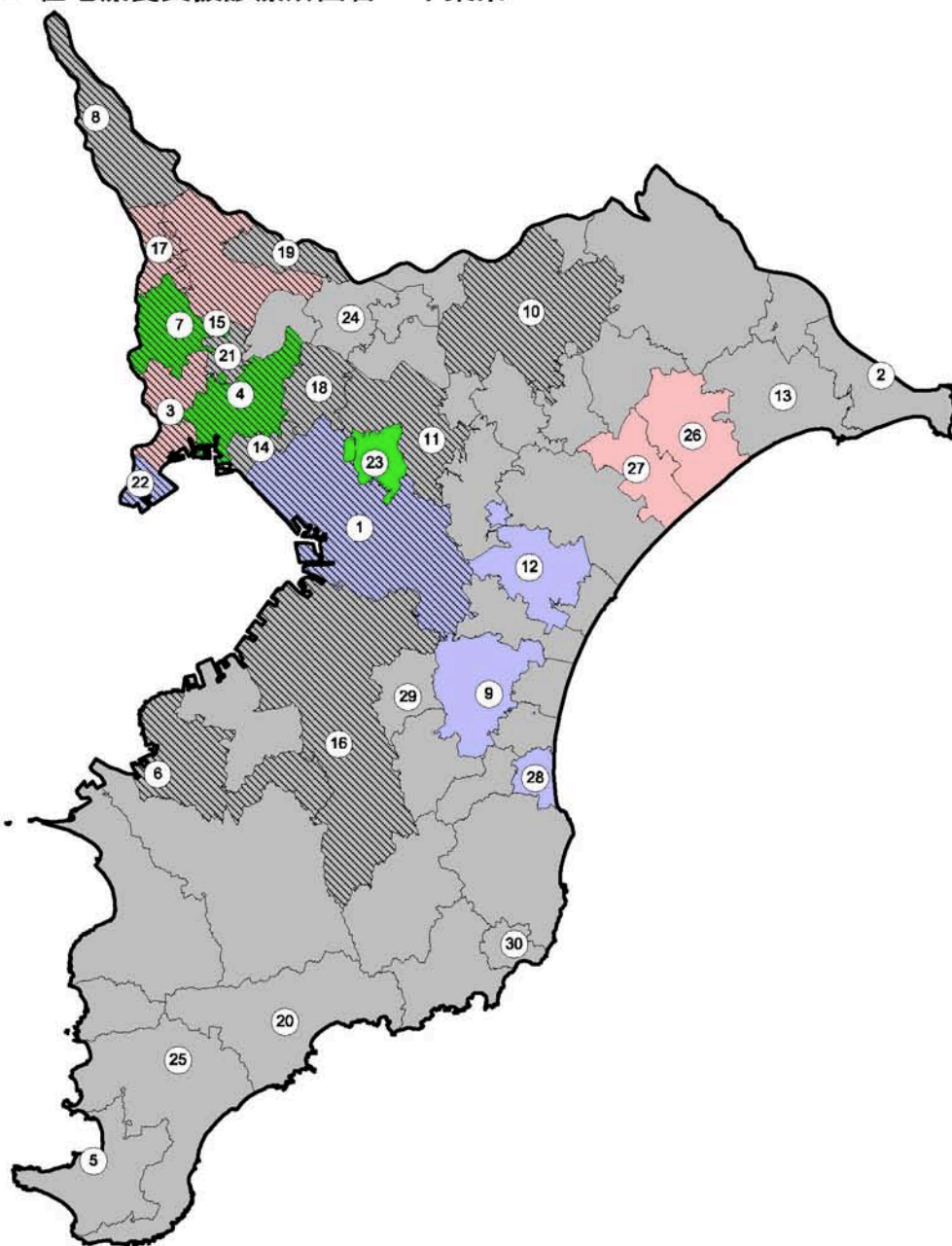
図 M-介-12 介護事業所回答 - 千葉県



1	千葉県千葉市
2	千葉県銚子市
3	千葉県市川市
4	千葉県船橋市
5	千葉県館山市
6	千葉県木更津市
7	千葉県松戸市
8	千葉県野田市
9	千葉県茂原市
10	千葉県成田市

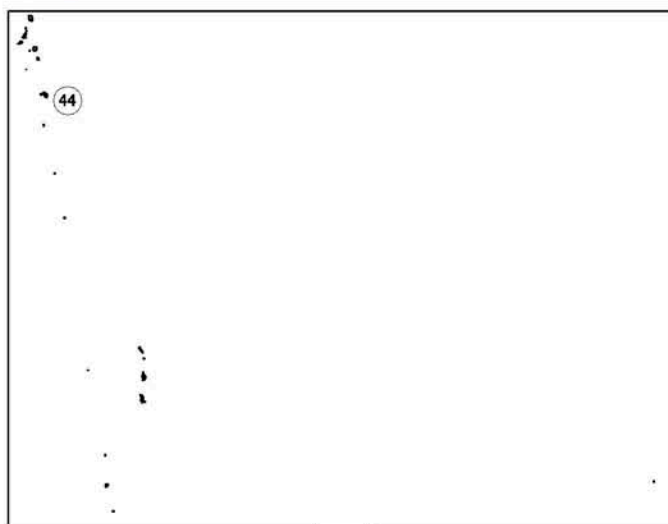
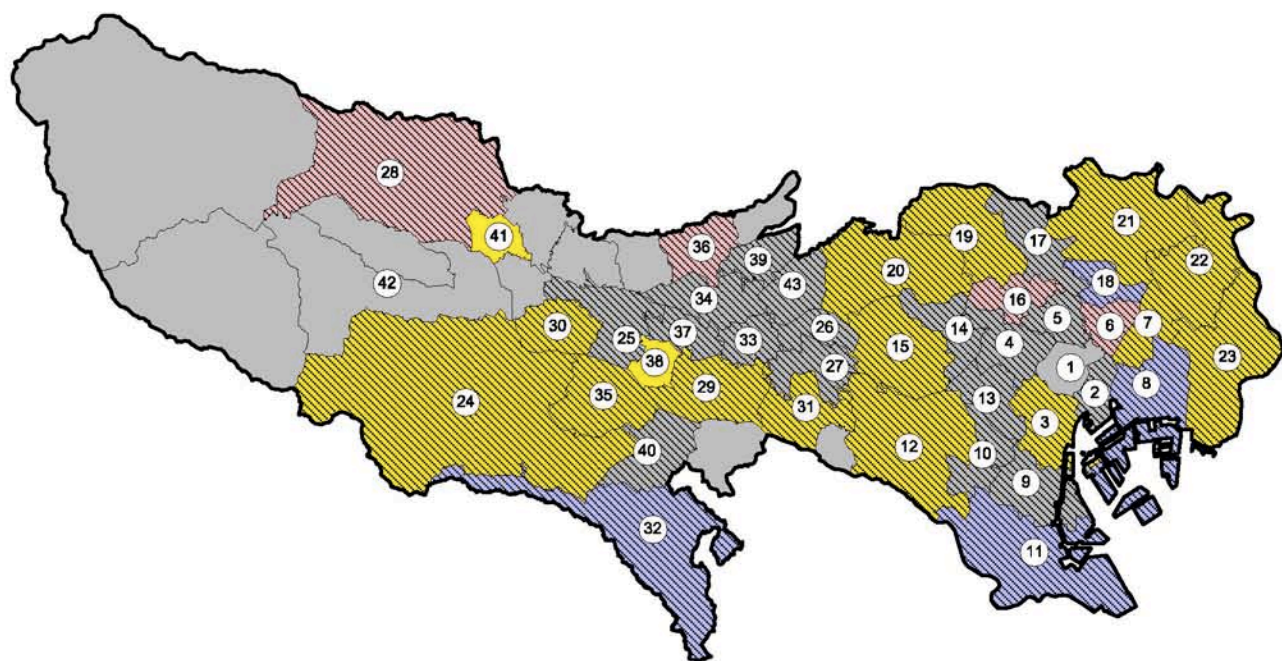
11	千葉県佐倉市
12	千葉県東金市
13	千葉県旭市
14	千葉県習志野市
15	千葉県柏市
16	千葉県市原市
17	千葉県流山市
18	千葉県八千代市
19	千葉県我孫子市
20	千葉県鴨川市

図 M-診-12 在宅療養支援診療所回答 - 千葉県



21	千葉県鎌ヶ谷市
22	千葉県浦安市
23	千葉県四街道市
24	千葉県印西市
25	千葉県南房総市
26	千葉県匝瑳市
27	千葉県山武郡横芝光町
28	千葉県長生郡一宮町
29	千葉県長生郡長柄町
30	千葉県夷隅郡御宿町

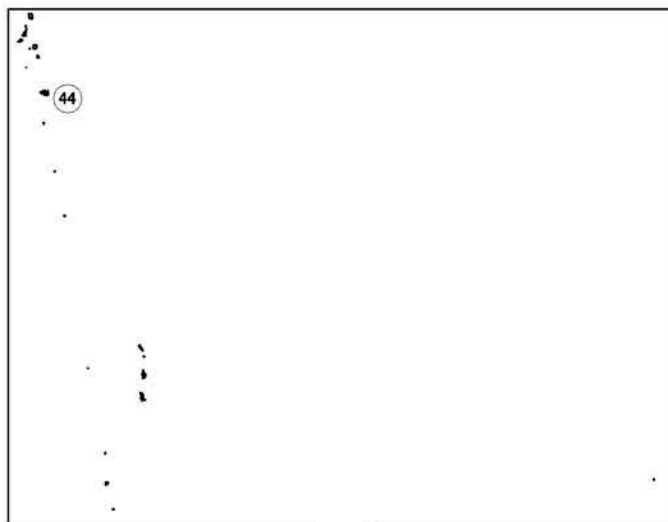
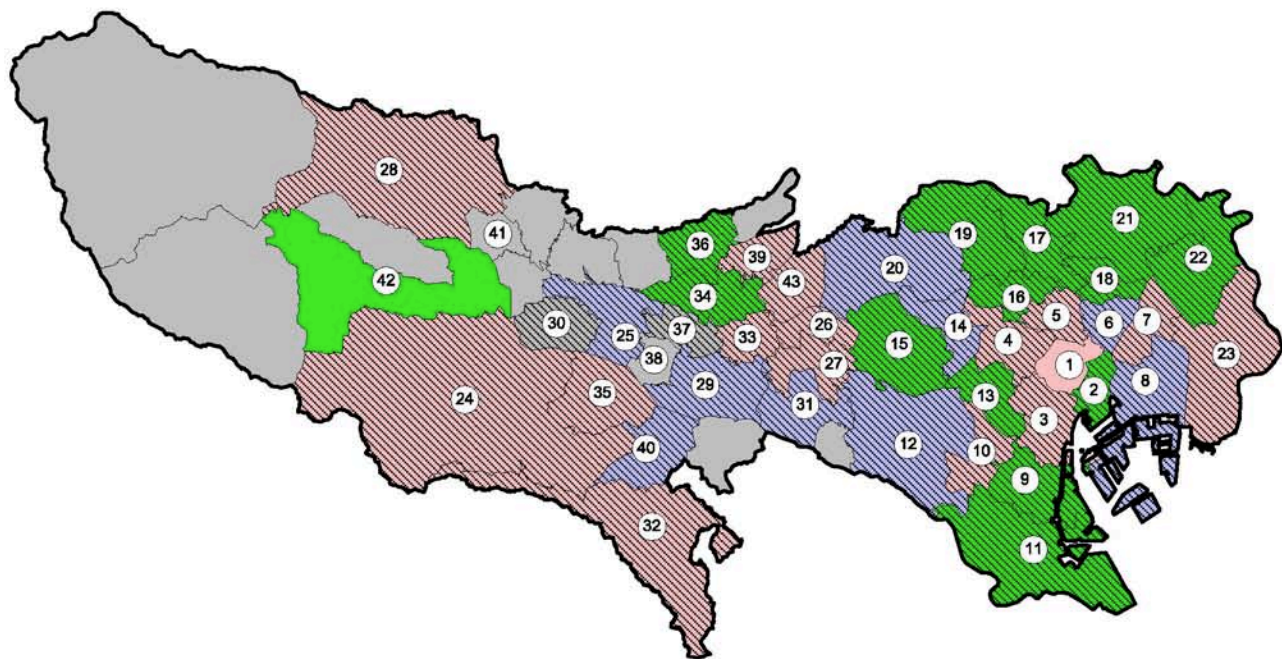
図 M-介-13 介護事業所回答 - 東京都



1	東京都千代田区
2	東京都中央区
3	東京都港区
4	東京都新宿区
5	東京都文京区
6	東京都台東区
7	東京都墨田区
8	東京都江東区
9	東京都品川区
10	東京都目黒区

11	東京都大田区
12	東京都世田谷区
13	東京都渋谷区
14	東京都中野区
15	東京都杉並区
16	東京都豊島区
17	東京都北区
18	東京都荒川区
19	東京都板橋区
20	東京都練馬区

図 M-診-13 在宅療養支援診療所回答 - 東京都

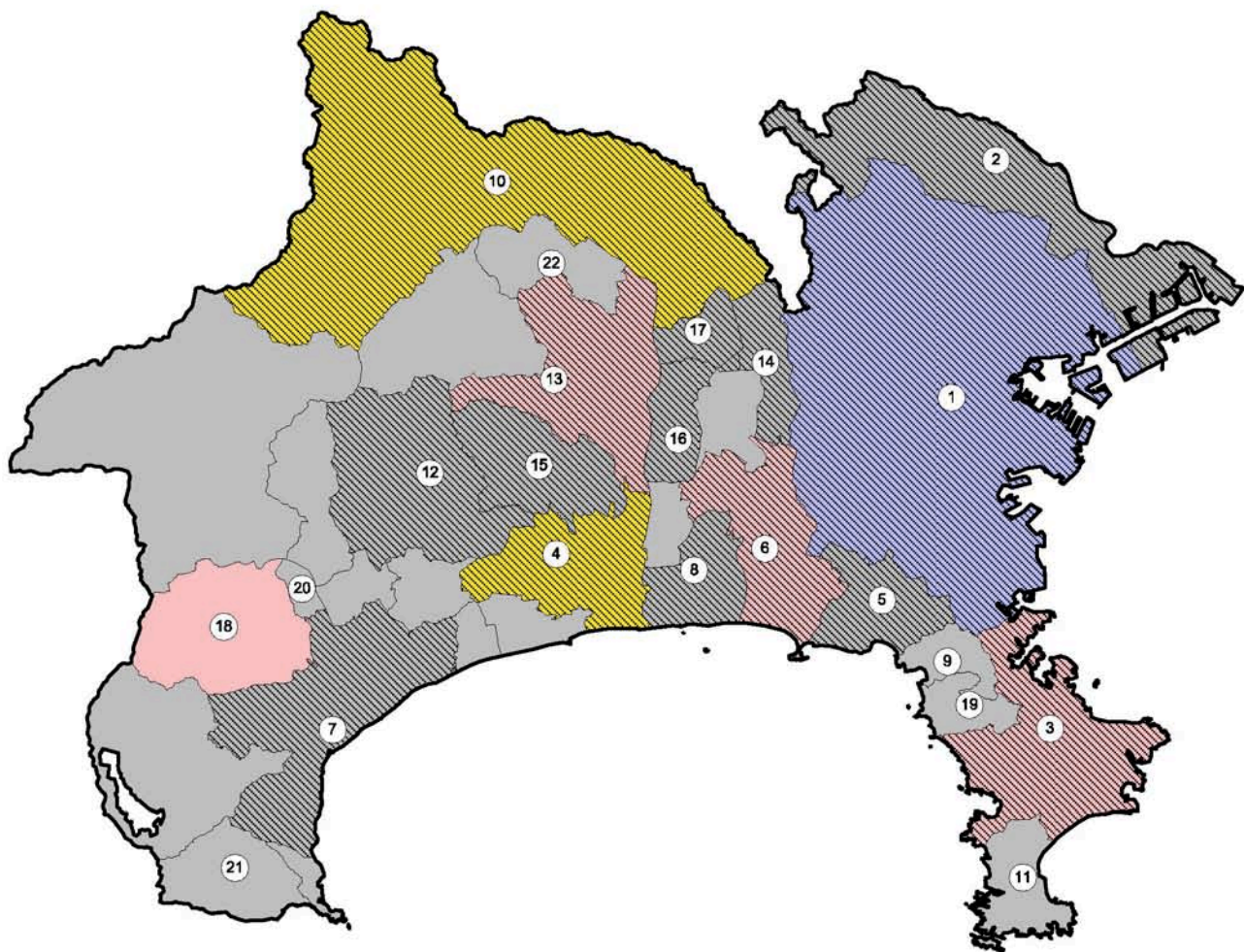


21	東京都足立区
22	東京都葛飾区
23	東京都江戸川区
24	東京都八王子市
25	東京都立川市
26	東京都武蔵野市
27	東京都三鷹市
28	東京都青梅市
29	東京都府中市
30	東京都昭島市

31	東京都調布市
32	東京都町田市
33	東京都小金井市
34	東京都小平市
35	東京都日野市
36	東京都東村山市
37	東京都国分寺市
38	東京都国立市
39	東京都東久留米市
40	東京都多摩市

41	東京都羽村市
42	東京都あきる野市
43	東京都西東京市
44	東京都八丈支庁八丈町

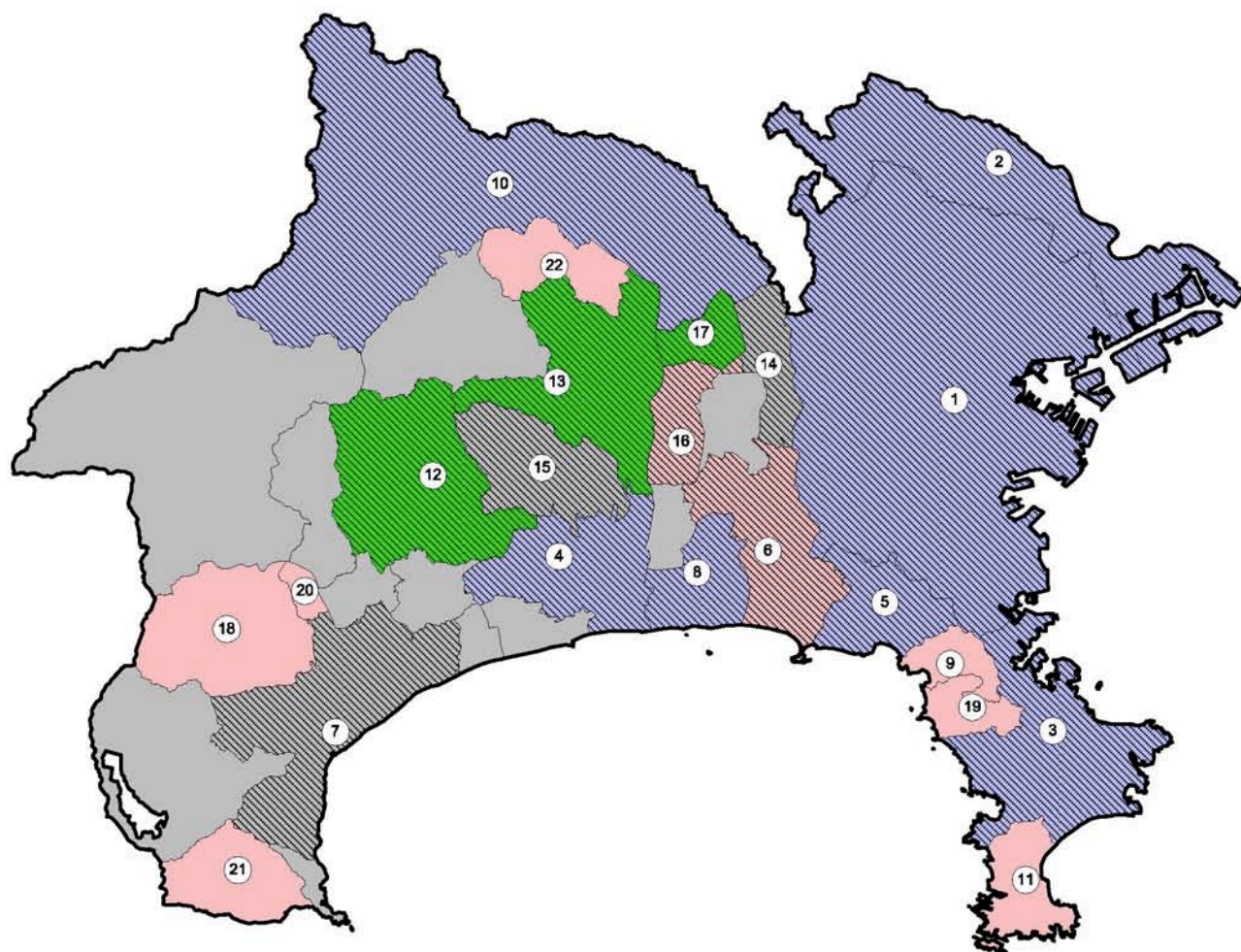
図 M-介-14 介護事業所回答 - 神奈川県



1	神奈川県横浜市
2	神奈川県川崎市
3	神奈川県横須賀市
4	神奈川県平塚市
5	神奈川県鎌倉市
6	神奈川県藤沢市
7	神奈川県小田原市
8	神奈川県茅ヶ崎市
9	神奈川県逗子市
10	神奈川県相模原市

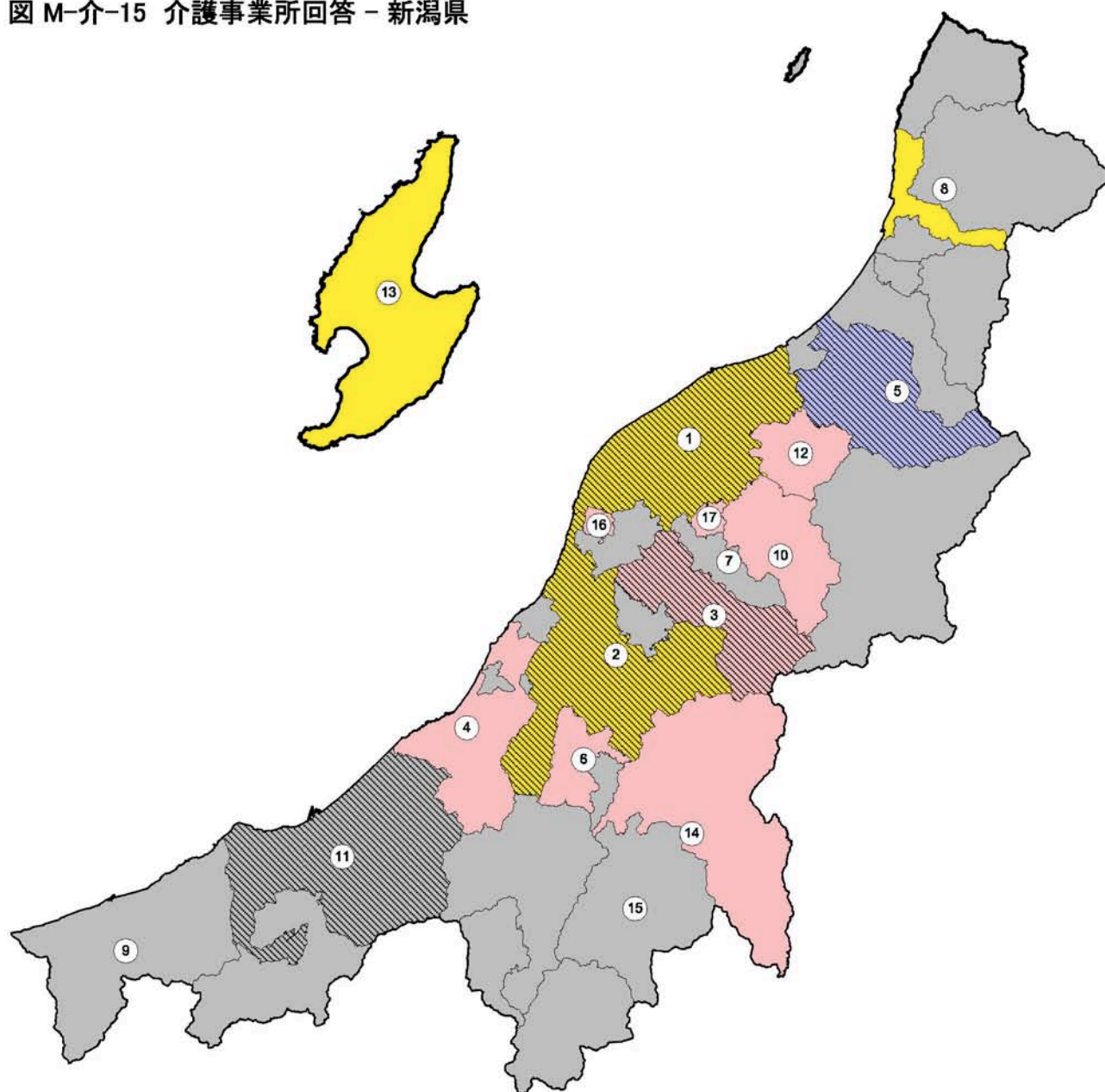
11	神奈川県三浦市
12	神奈川県秦野市
13	神奈川県厚木市
14	神奈川県大和市
15	神奈川県伊勢原市
16	神奈川県海老名市
17	神奈川県座間市
18	神奈川県南足柄市
19	神奈川県三浦郡葉山町
20	神奈川県足柄上郡開成町

図 M-診-14 在宅療養支援診療所回答 - 神奈川県



21	神奈川県足柄下郡湯河原町
22	神奈川県愛甲郡愛川町

図 M-介-15 介護事業所回答 - 新潟県



1	新潟県新潟市
2	新潟県長岡市
3	新潟県三条市
4	新潟県柏崎市
5	新潟県新発田市
6	新潟県小千谷市
7	新潟県加茂市
8	新潟県村上市
9	新潟県糸魚川市
10	新潟県五泉市

11	新潟県上越市
12	新潟県阿賀野市
13	新潟県佐渡市
14	新潟県魚沼市
15	新潟県南魚沼市
16	新潟県西蒲原郡弥彦村
17	新潟県南蒲原郡田上町

図 M-診-15 在宅療養支援診療所回答 - 新潟県

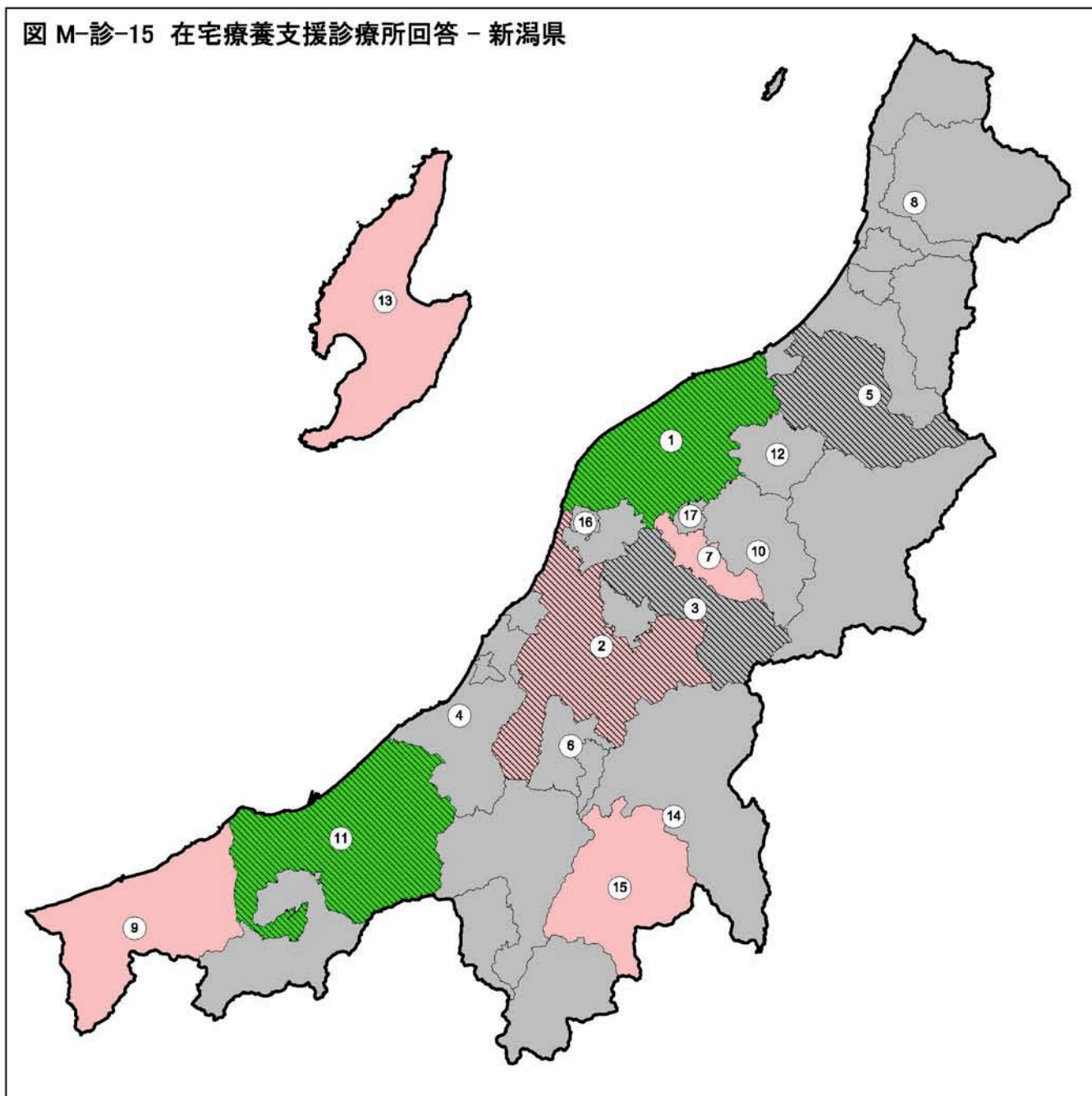
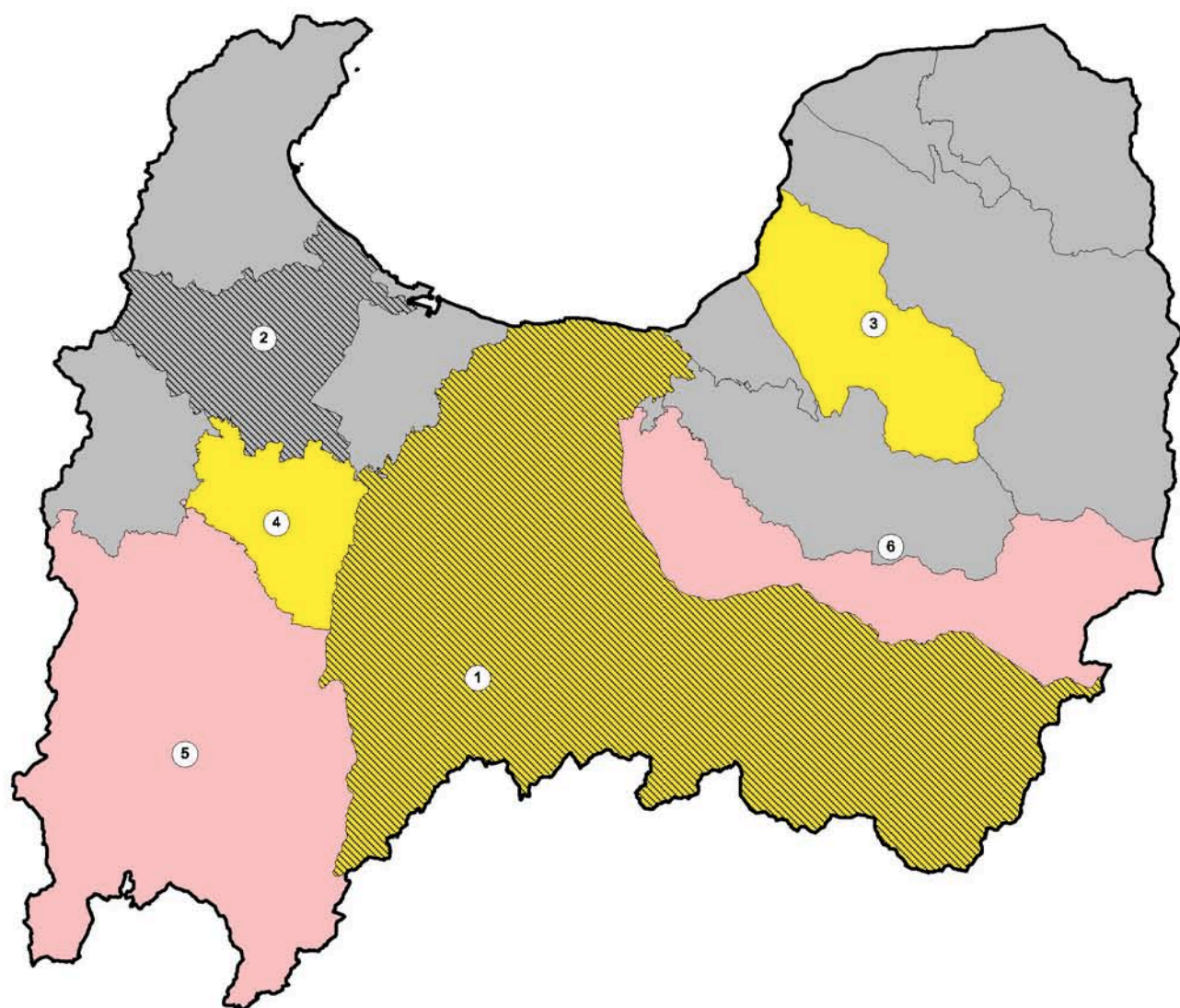


図 M-介-16 介護事業所回答 - 富山県



1	富山県富山市
2	富山県高岡市
3	富山県魚津市
4	富山県砺波市
5	富山県南砺市
6	富山県中新川郡立山町

図 M-診-16 在宅療養支援診療所回答 - 富山県

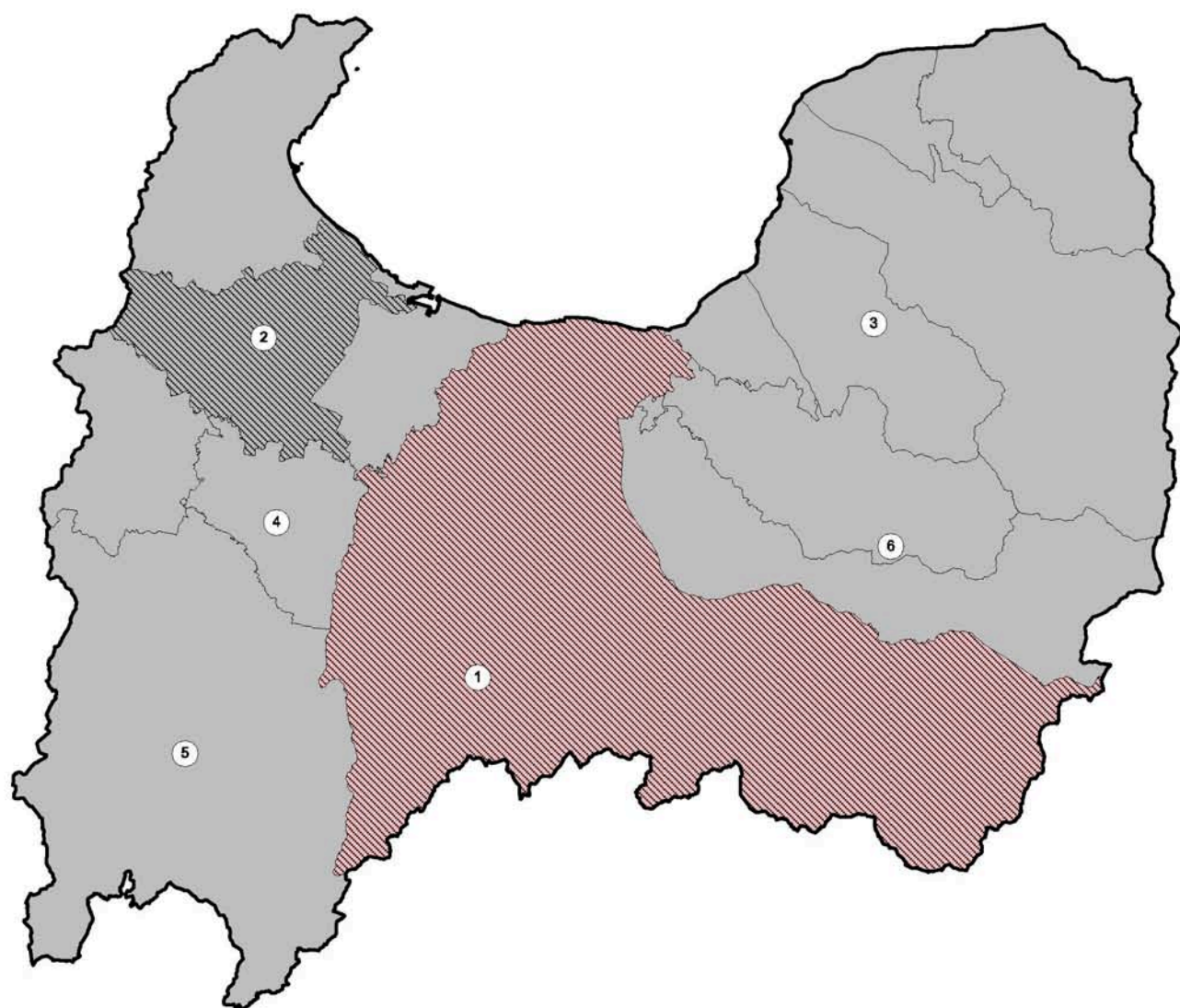
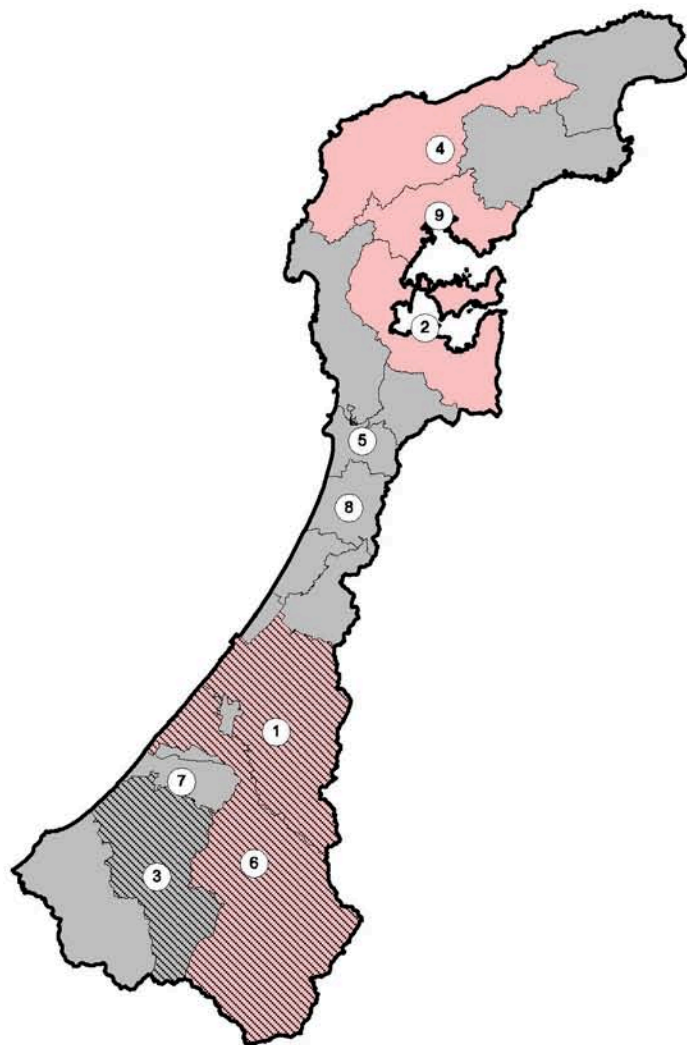


図 M-介-17 介護事業所回答 - 石川県



1	石川県金沢市
2	石川県七尾市
3	石川県小松市
4	石川県輪島市
5	石川県羽咋市
6	石川県白山市
7	石川県能美市
8	石川県羽咋郡宝達志水町
9	石川県鳳珠郡穴水町

図 M-診-17 在宅療養支援診療所回答 - 石川県

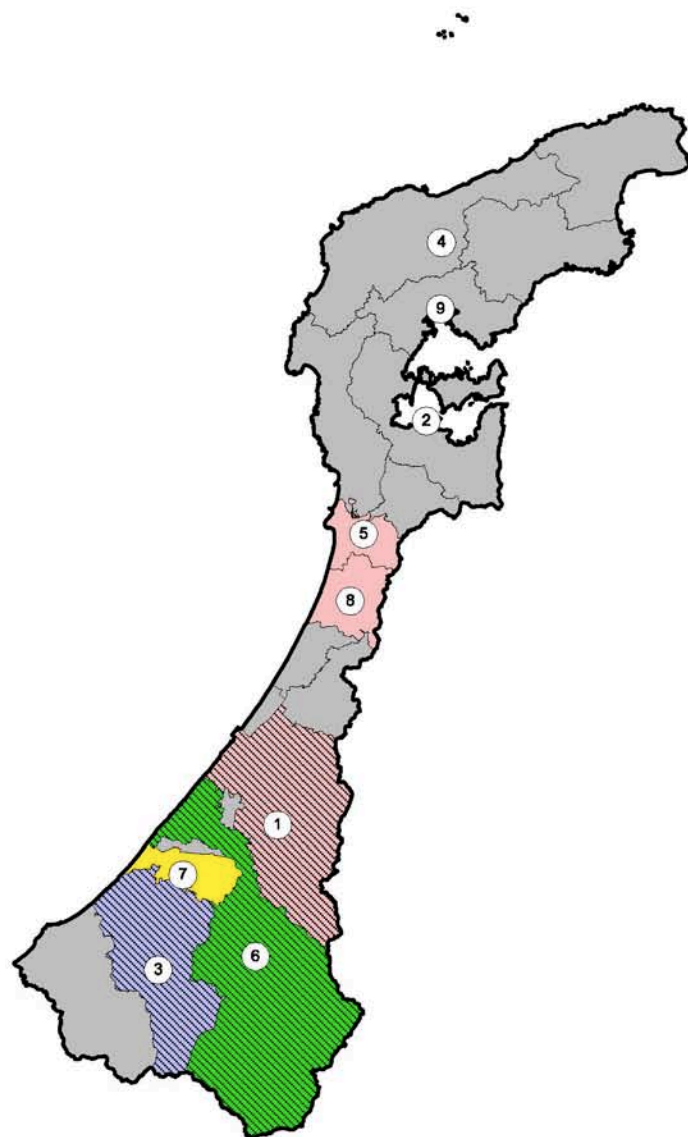
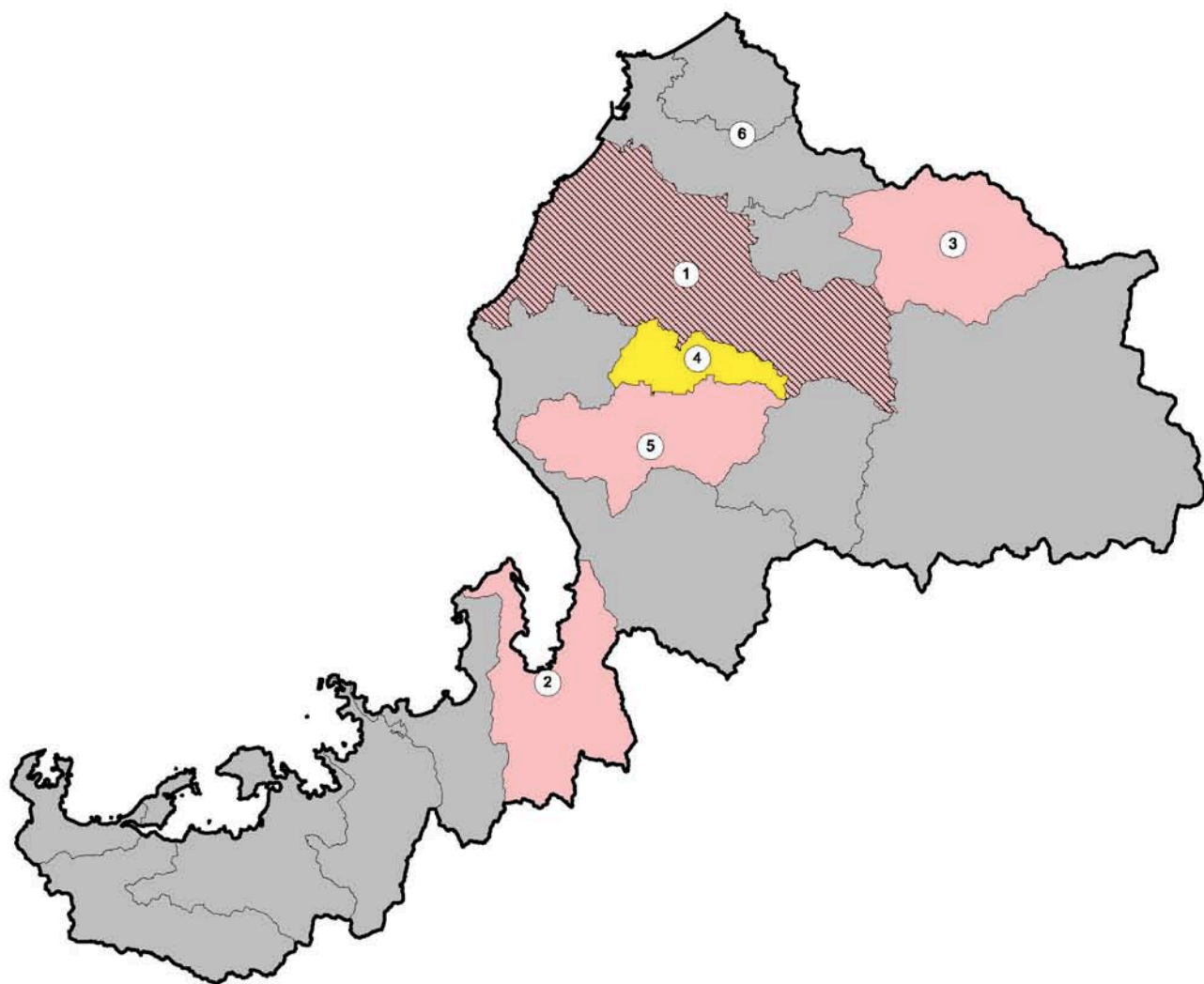


図 M-介-18 介護事業所回答 - 福井県



1	福井県福井市
2	福井県敦賀市
3	福井県勝山市
4	福井県鯖江市
5	福井県越前市
6	福井県坂井市

図 M-診-18 在宅療養支援診療所回答 - 福井県

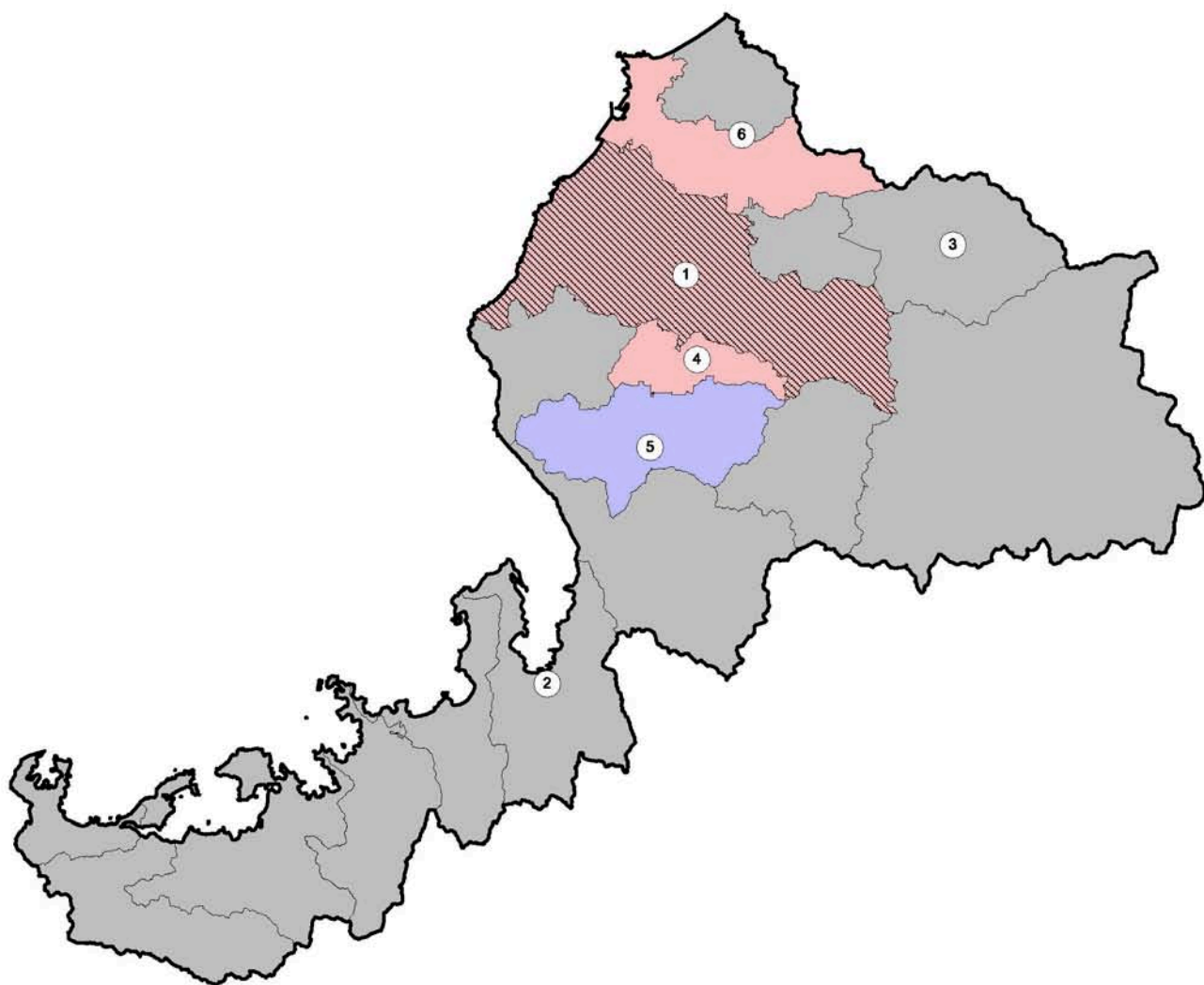
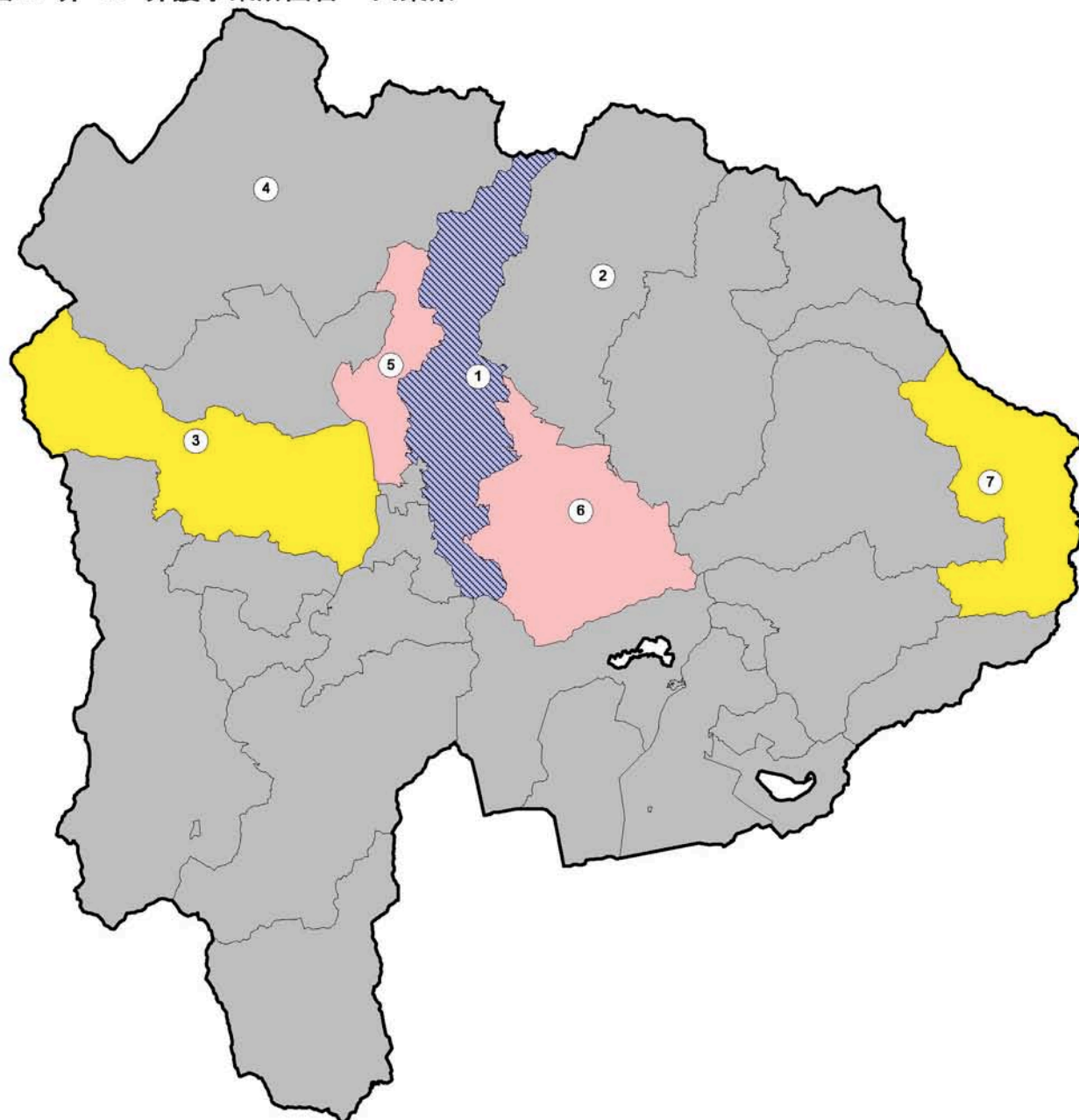


図 M-介-19 介護事業所回答 - 山梨県



1	山梨県甲府市
2	山梨県山梨市
3	山梨県南アルプス市
4	山梨県北杜市
5	山梨県甲斐市
6	山梨県笛吹市
7	山梨県上野原市

図 M-診-19 在宅療養支援診療所回答 - 山梨県

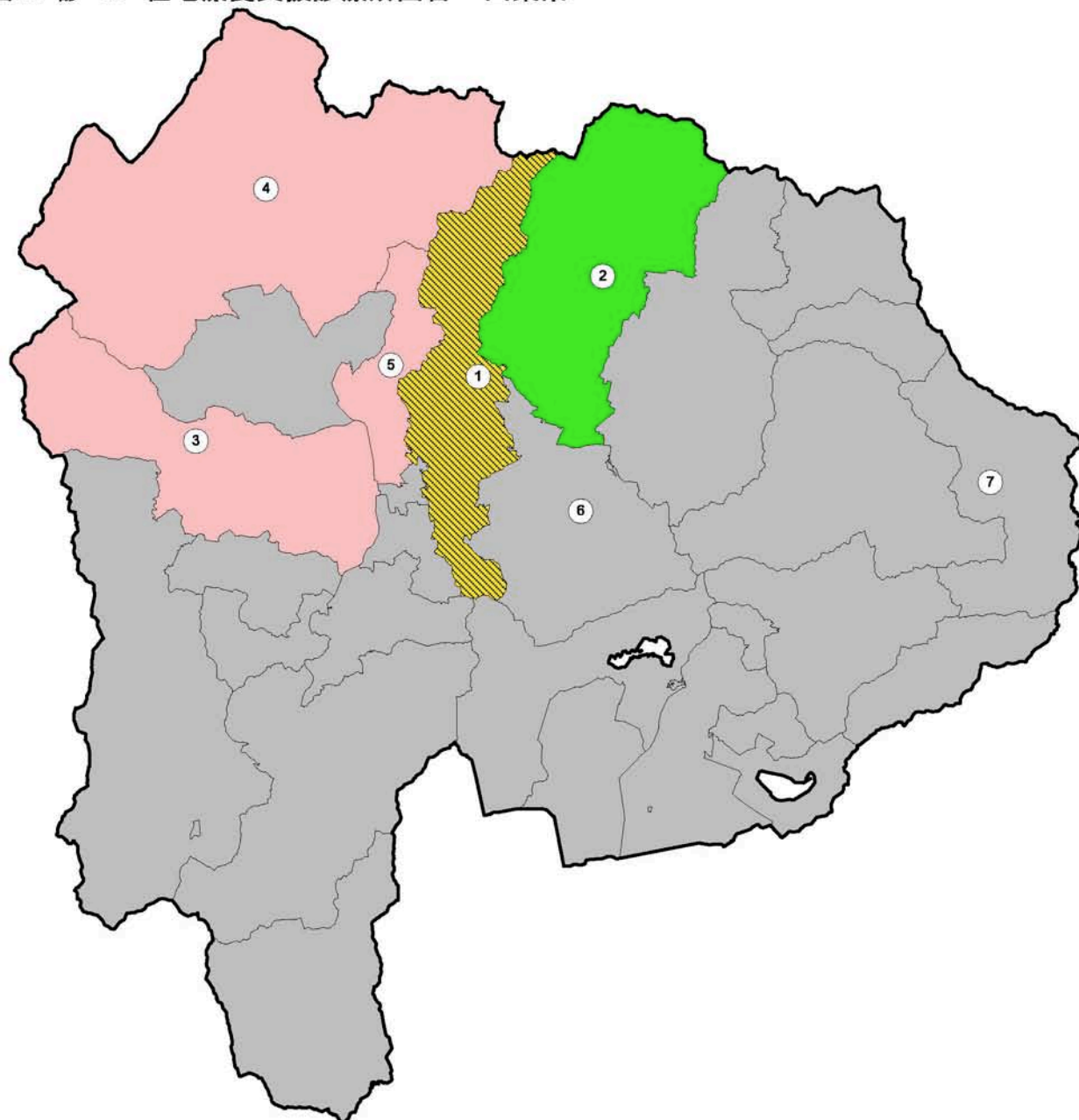
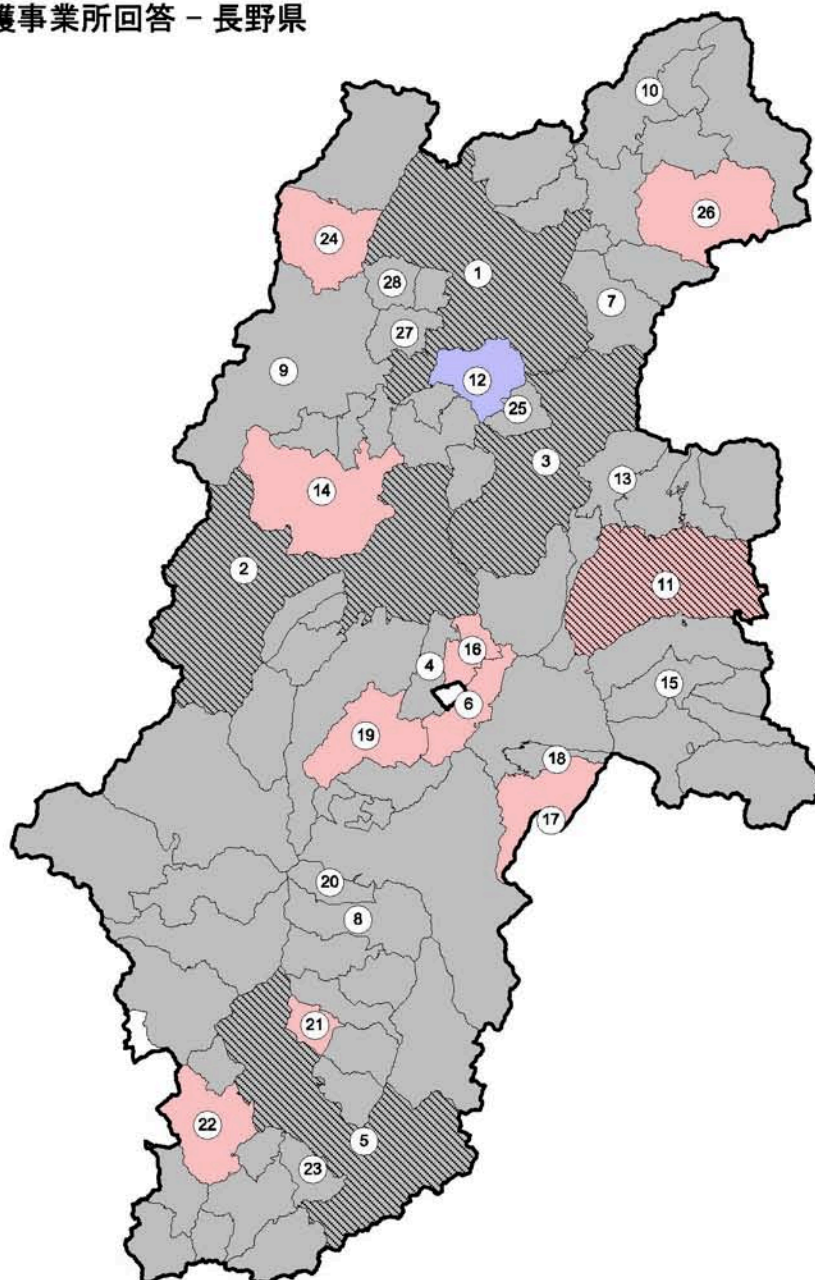


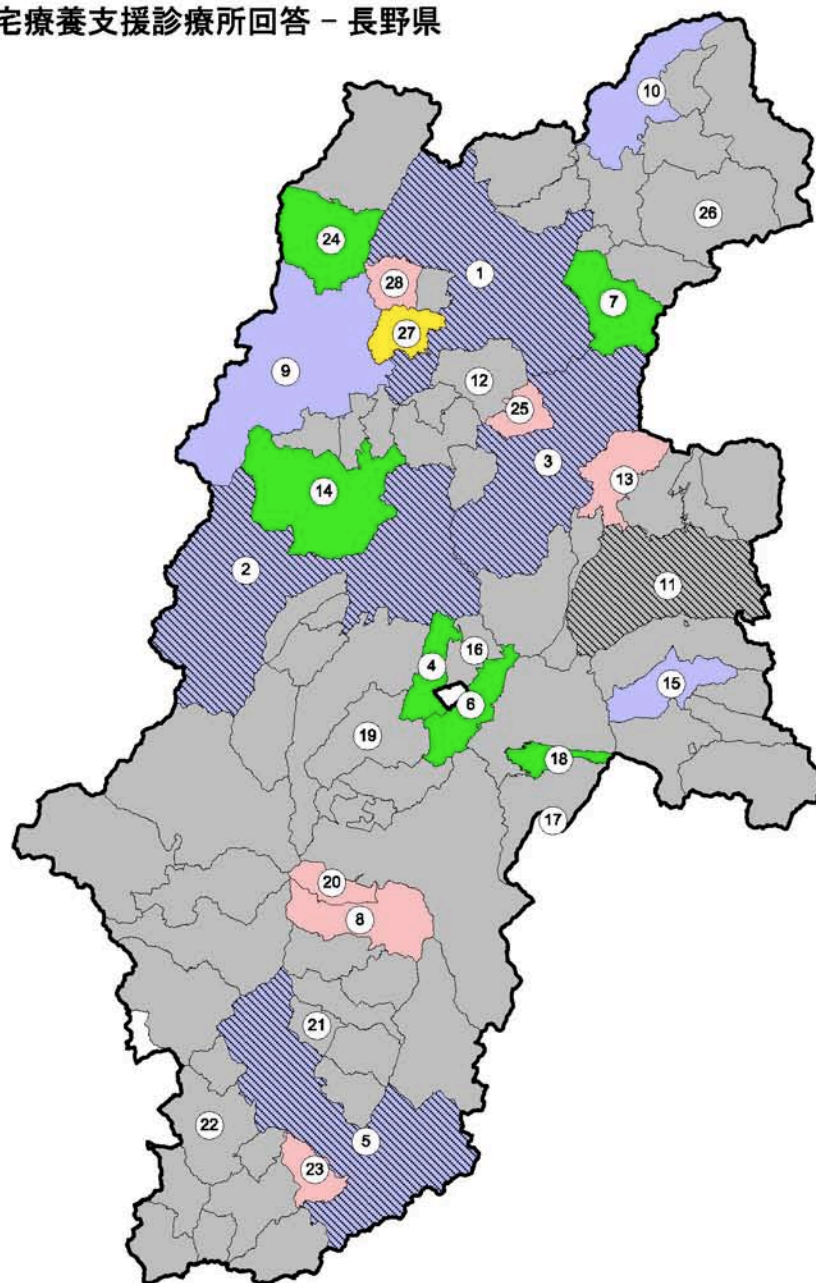
図 M-介-20 介護事業所回答 - 長野県



1	長野県長野市
2	長野県松本市
3	長野県上田市
4	長野県岡谷市
5	長野県飯田市
6	長野県諏訪市
7	長野県須坂市
8	長野県駒ヶ根市
9	長野県大町市
10	長野県飯山市

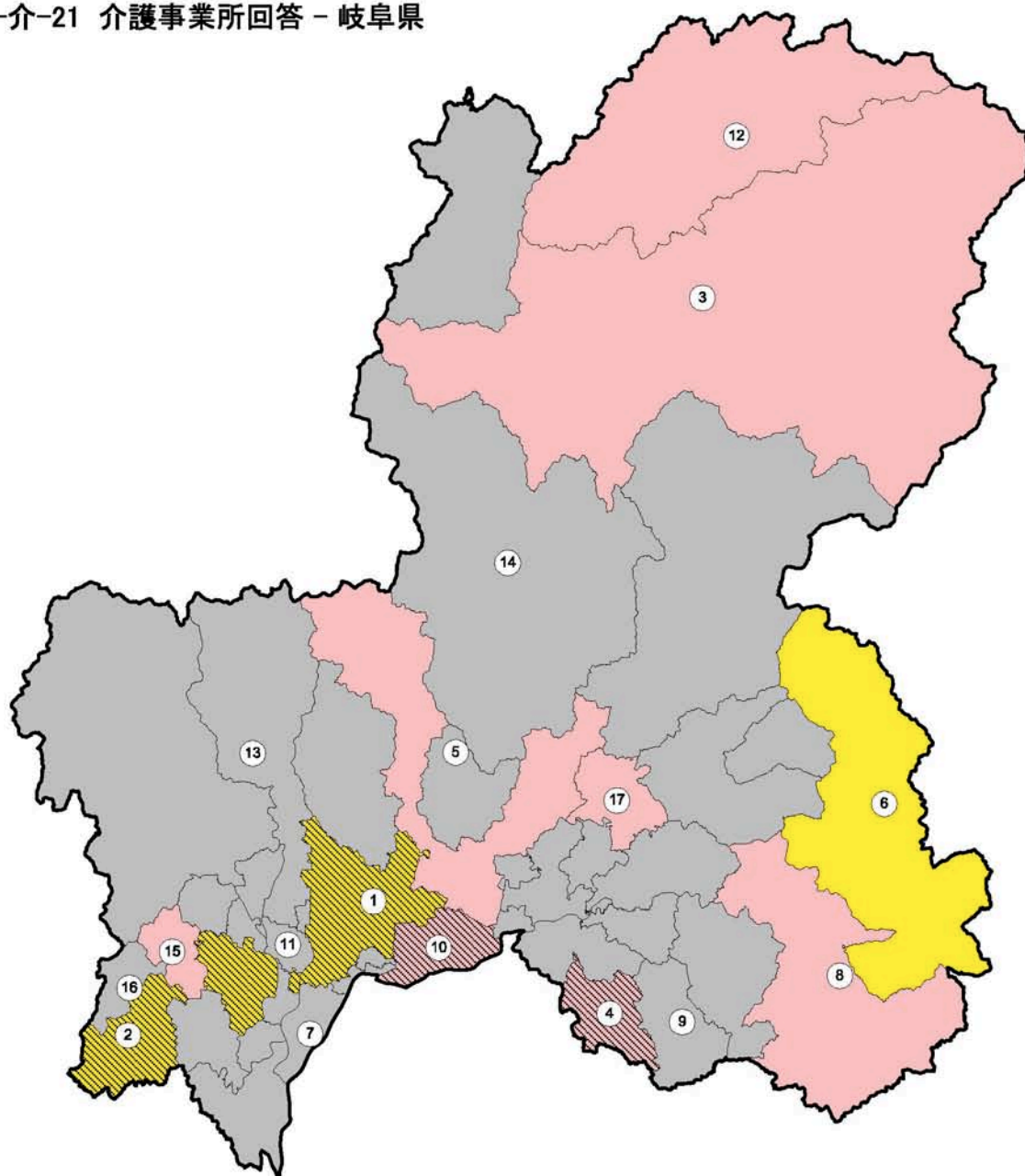
11	長野県佐久市
12	長野県千曲市
13	長野県東御市
14	長野県安曇野市
15	長野県南佐久郡小海町
16	長野県諏訪郡下諏訪町
17	長野県諏訪郡富士見町
18	長野県諏訪郡原村
19	長野県上伊那郡辰野町
20	長野県上伊那郡宮田村

図 M-診-20 在宅療養支援診療所回答 - 長野県



21	長野県下伊那郡高森町
22	長野県下伊那郡阿智村
23	長野県下伊那郡泰阜村
24	長野県北安曇郡白馬村
25	長野県埴科郡坂城町
26	長野県下高井郡山ノ内町
27	長野県上水内郡信州新町
28	長野県上水内郡小川村

図 M-介-21 介護事業所回答 - 岐阜県



1	岐阜県岐阜市
2	岐阜県大垣市
3	岐阜県高山市
4	岐阜県多治見市
5	岐阜県関市
6	岐阜県中津川市
7	岐阜県羽島市
8	岐阜県恵那市
9	岐阜県土岐市
10	岐阜県各務原市

11	岐阜県瑞穂市
12	岐阜県飛騨市
13	岐阜県本巣市
14	岐阜県郡上市
15	岐阜県不破郡垂井町
16	岐阜県不破郡関ヶ原町
17	岐阜県加茂郡七宗町

図 M-診-21 在宅療養支援診療所回答 - 岐阜県

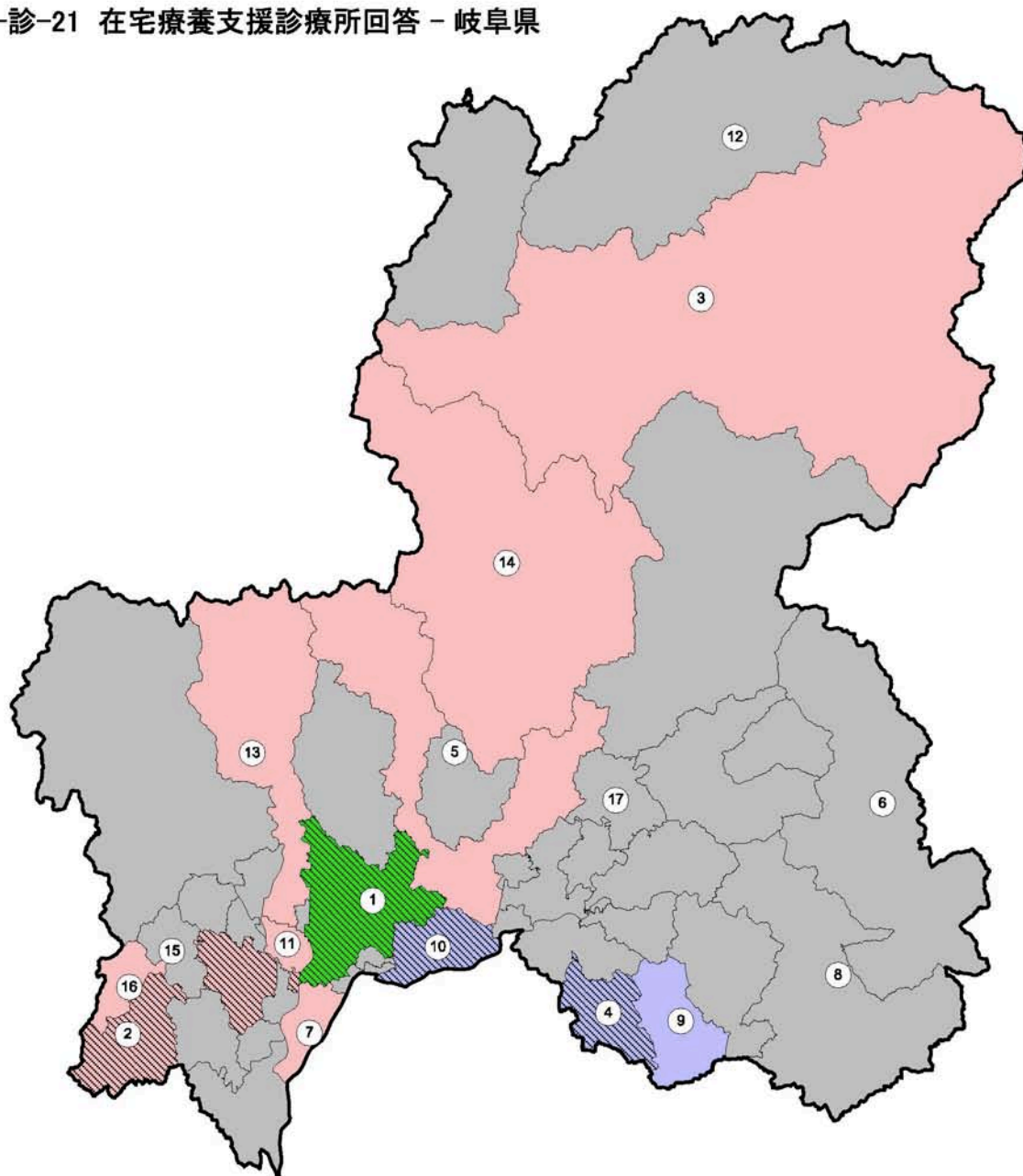
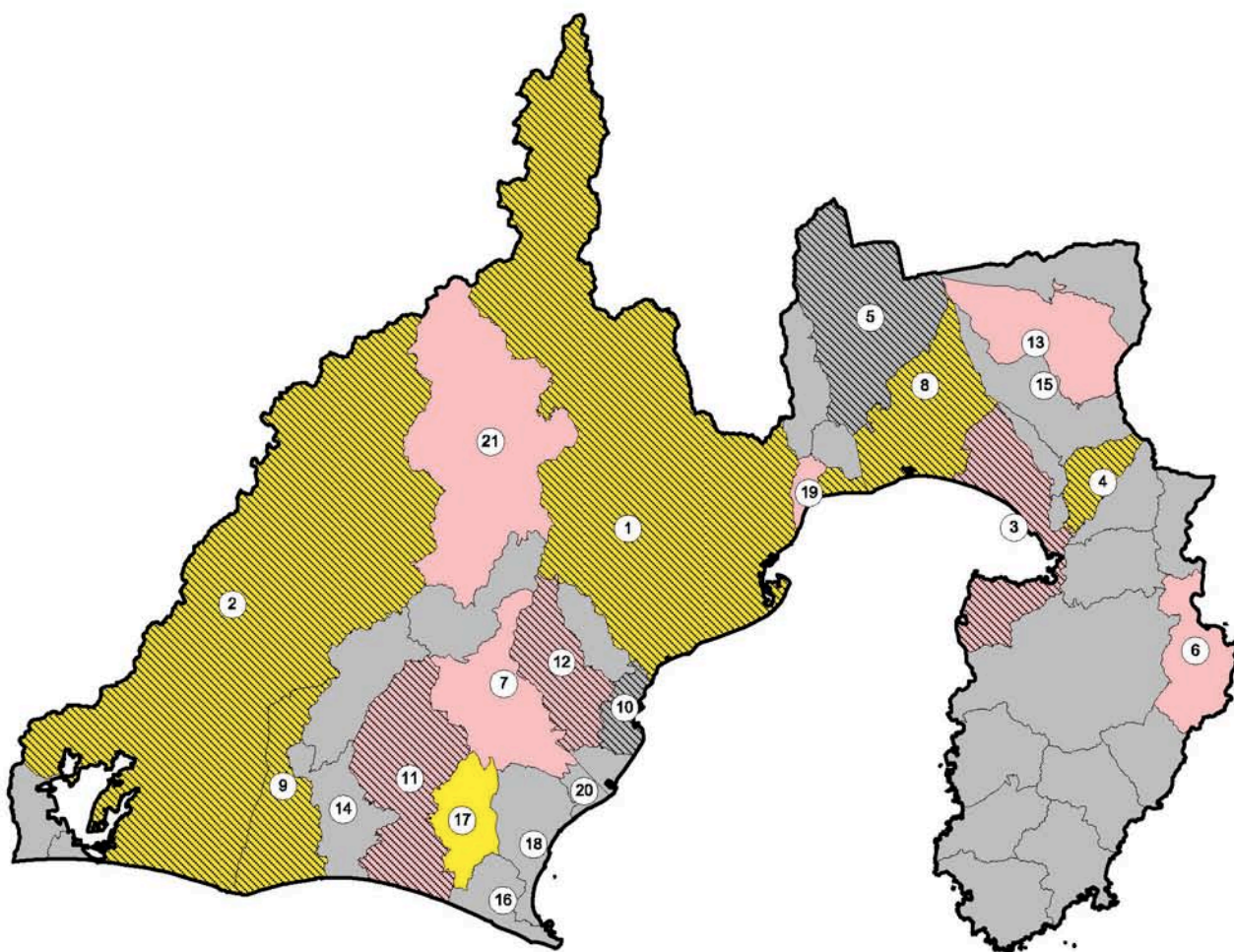


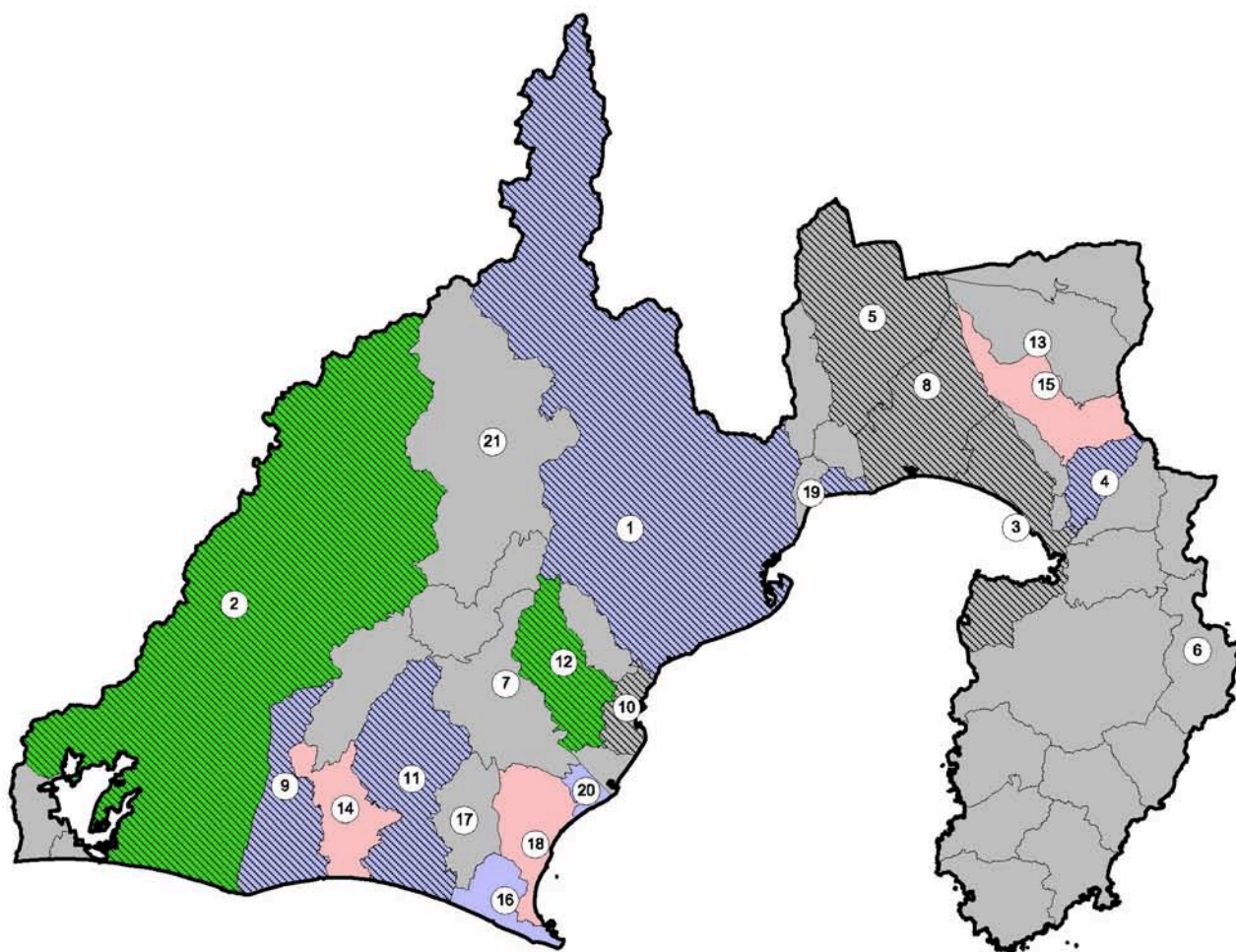
図 M-介-22 介護事業所回答 - 静岡県



1	静岡県静岡市
2	静岡県浜松市
3	静岡県沼津市
4	静岡県三島市
5	静岡県富士宮市
6	静岡県伊東市
7	静岡県島田市
8	静岡県富士市
9	静岡県磐田市
10	静岡県焼津市

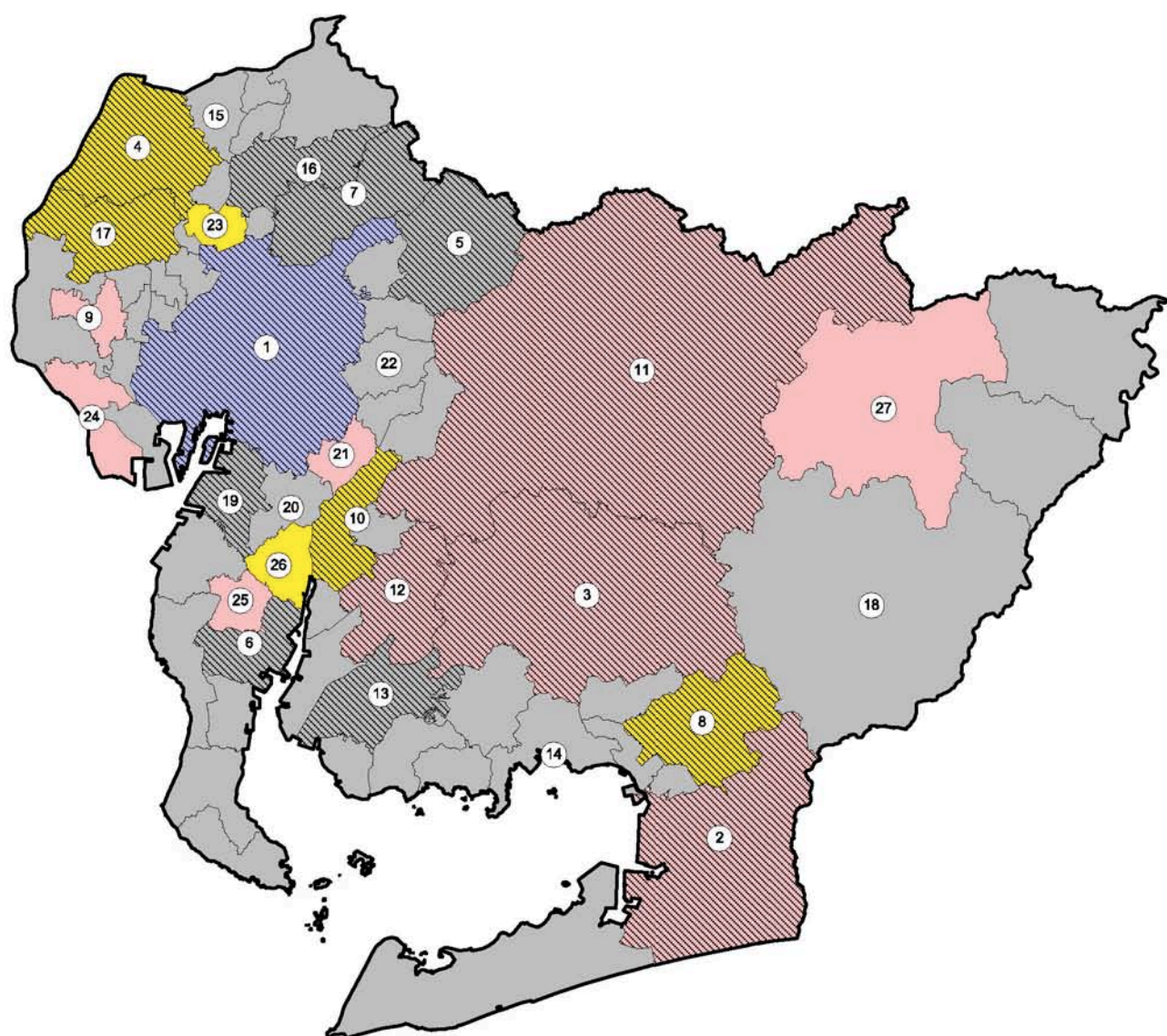
11	静岡県掛川市
12	静岡県藤枝市
13	静岡県御殿場市
14	静岡県袋井市
15	静岡県裾野市
16	静岡県御前崎市
17	静岡県菊川市
18	静岡県牧之原市
19	静岡県庵原郡由比町
20	静岡県榛原郡吉田町

図 M-診-22 在宅療養支援診療所回答 - 静岡県



21 静岡県榛原郡川根本町

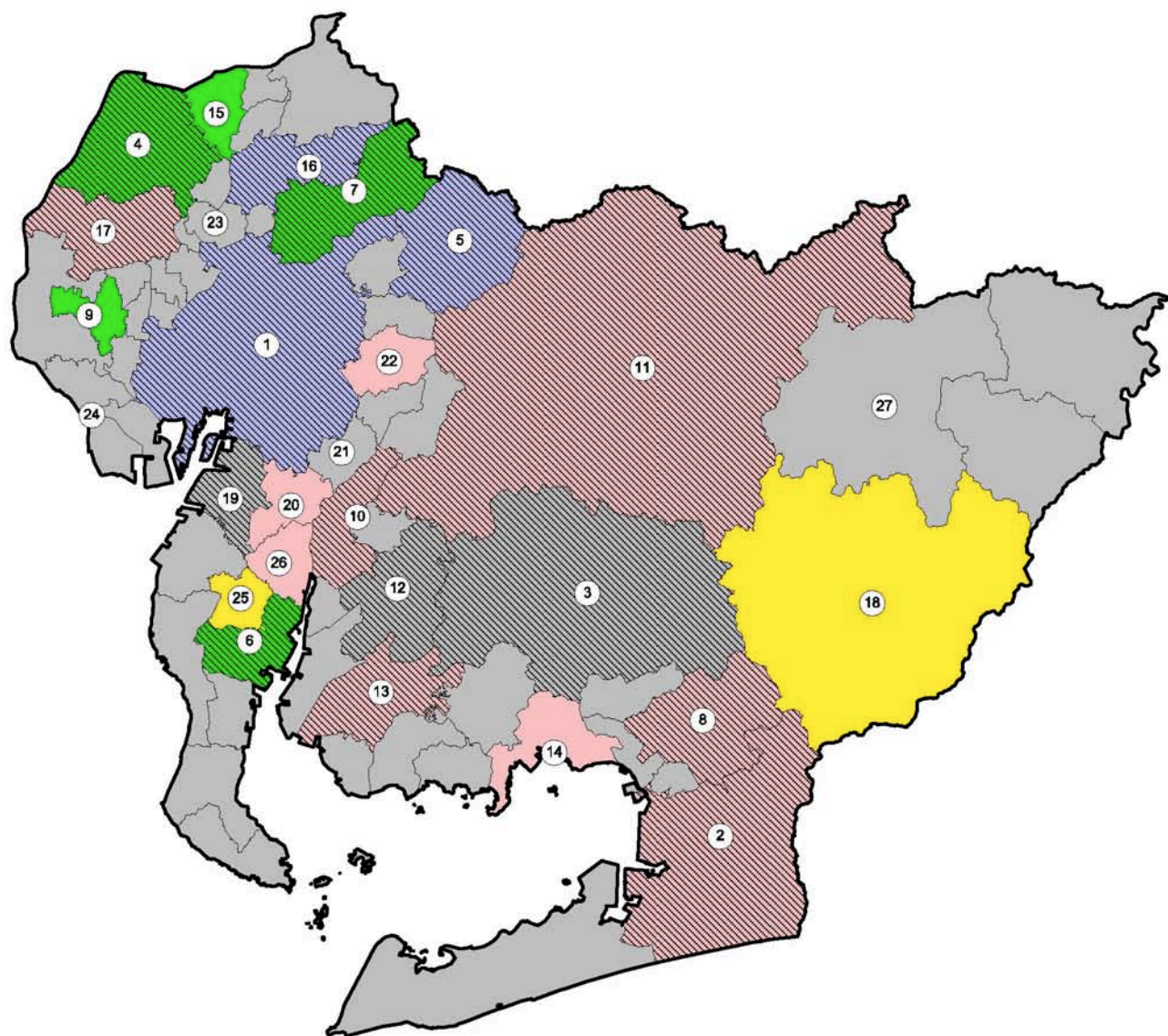
図 M-介-23 介護事業所回答 - 愛知県



1	愛知県名古屋市
2	愛知県豊橋市
3	愛知県岡崎市
4	愛知県一宮市
5	愛知県瀬戸市
6	愛知県半田市
7	愛知県春日井市
8	愛知県豊川市
9	愛知県津島市
10	愛知県刈谷市

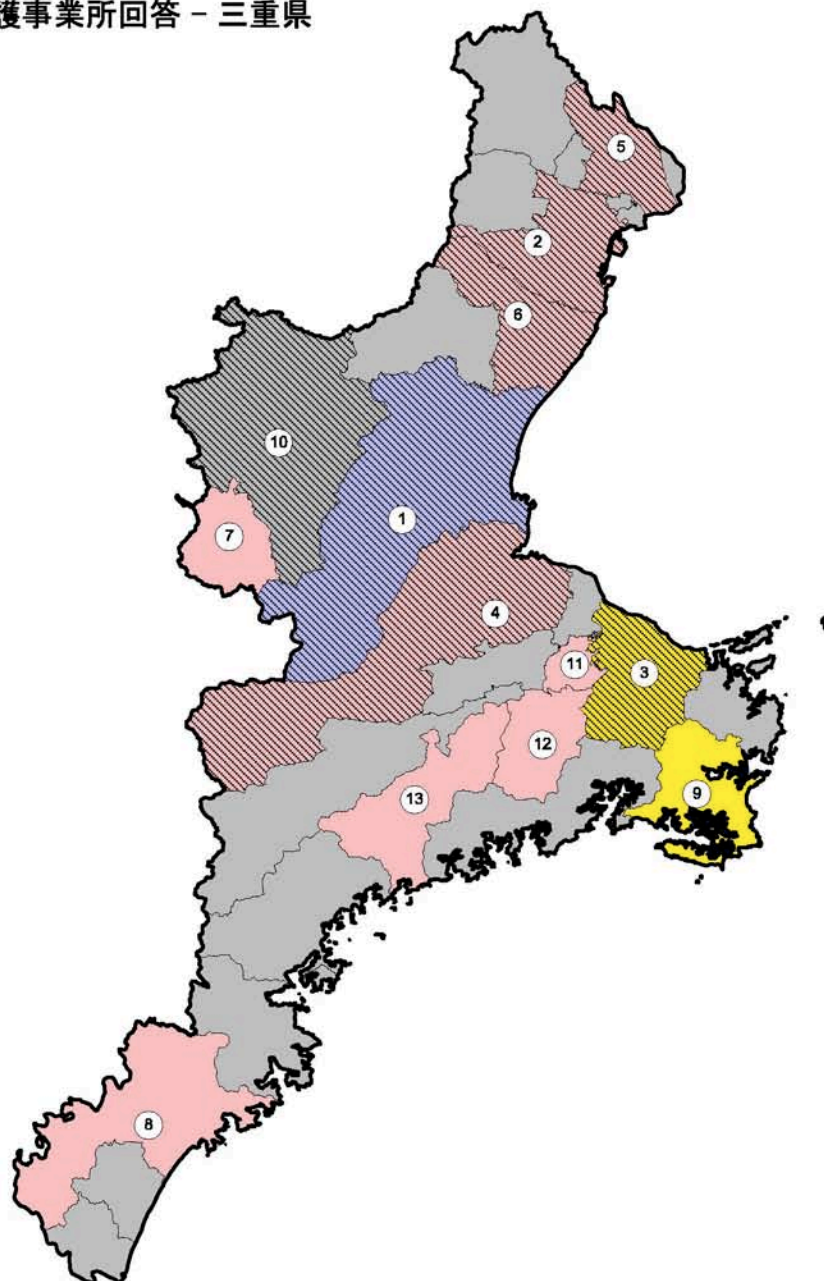
11	愛知県豊田市
12	愛知県安城市
13	愛知県西尾市
14	愛知県蒲郡市
15	愛知県江南市
16	愛知県小牧市
17	愛知県稲沢市
18	愛知県新城市
19	愛知県東海市
20	愛知県大府市

図 M-診-23 在宅療養支援診療所回答 - 愛知県



21	愛知県豊明市
22	愛知県日進市
23	愛知県北名古屋市
24	愛知県弥富市
25	愛知県知多郡阿久比町
26	愛知県知多郡東浦町
27	愛知県北設楽郡設楽町

図 M-介-24 介護事業所回答 - 三重県



1	三重県津市
2	三重県四日市市
3	三重県伊勢市
4	三重県松阪市
5	三重県桑名市
6	三重県鈴鹿市
7	三重県名張市
8	三重県熊野市
9	三重県志摩市
10	三重県伊賀市

11	三重県度会郡玉城町
12	三重県度会郡度会町
13	三重県度会郡大紀町

図 M-診-24 在宅療養支援診療所回答 - 三重県

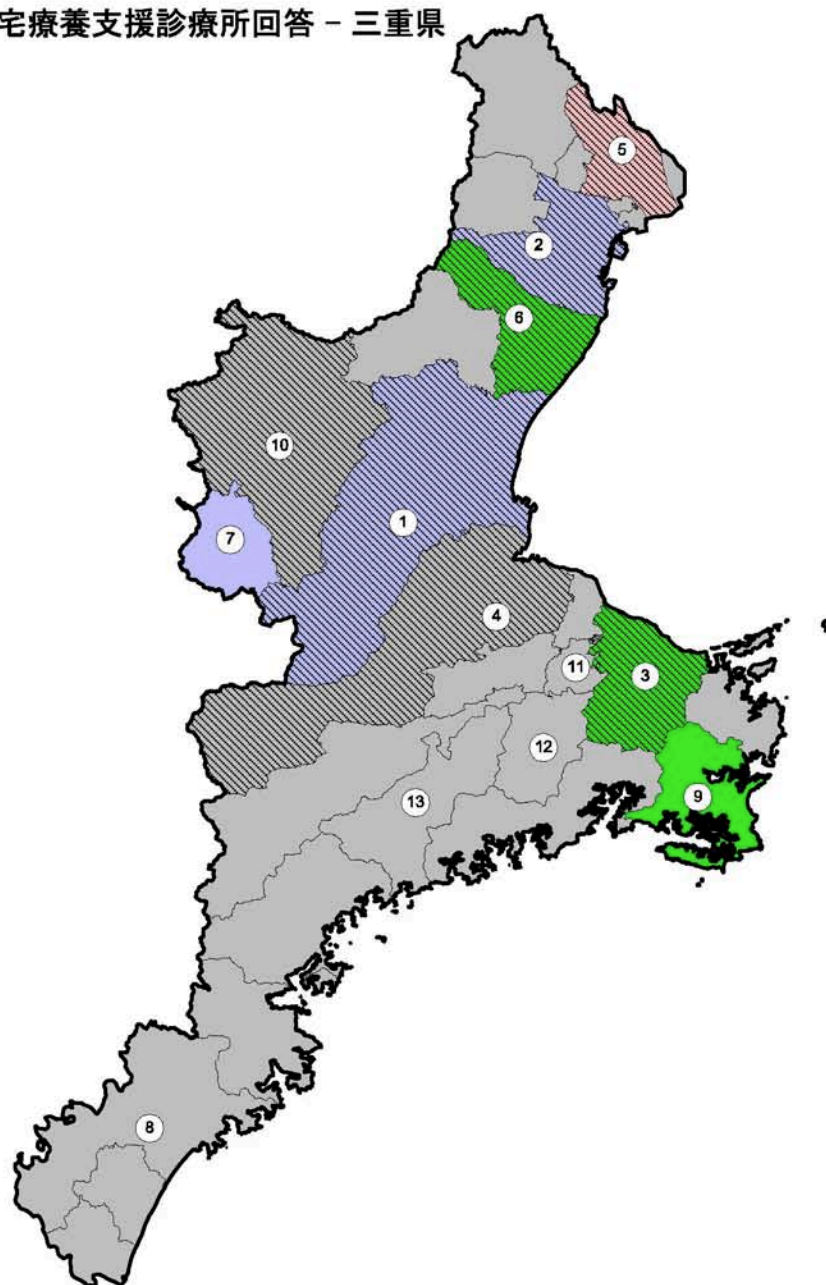
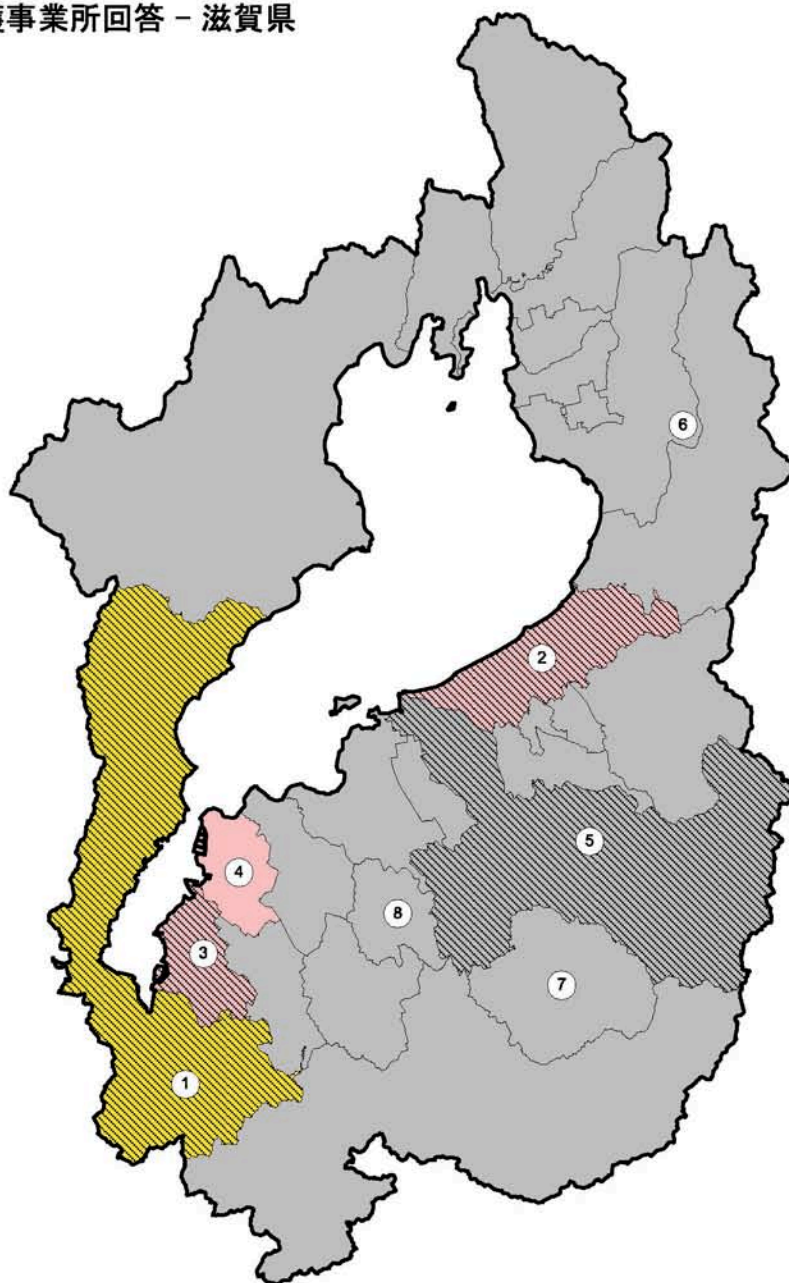


図 M-介-25 介護事業所回答 - 滋賀県



1	滋賀県大津市
2	滋賀県彦根市
3	滋賀県草津市
4	滋賀県守山市
5	滋賀県東近江市
6	滋賀県米原市
7	滋賀県蒲生郡日野町
8	滋賀県蒲生郡竜王町

図 M-診-25 在宅療養支援診療所回答 - 滋賀県

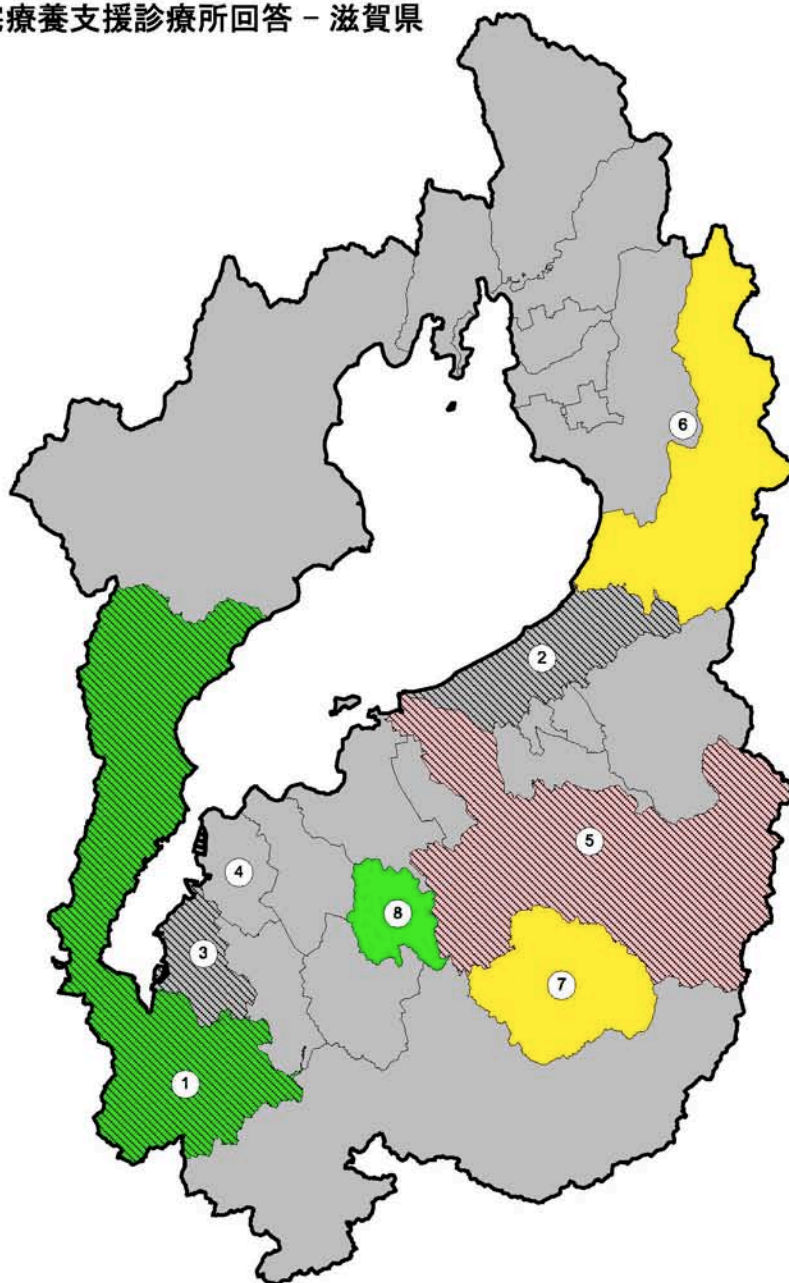
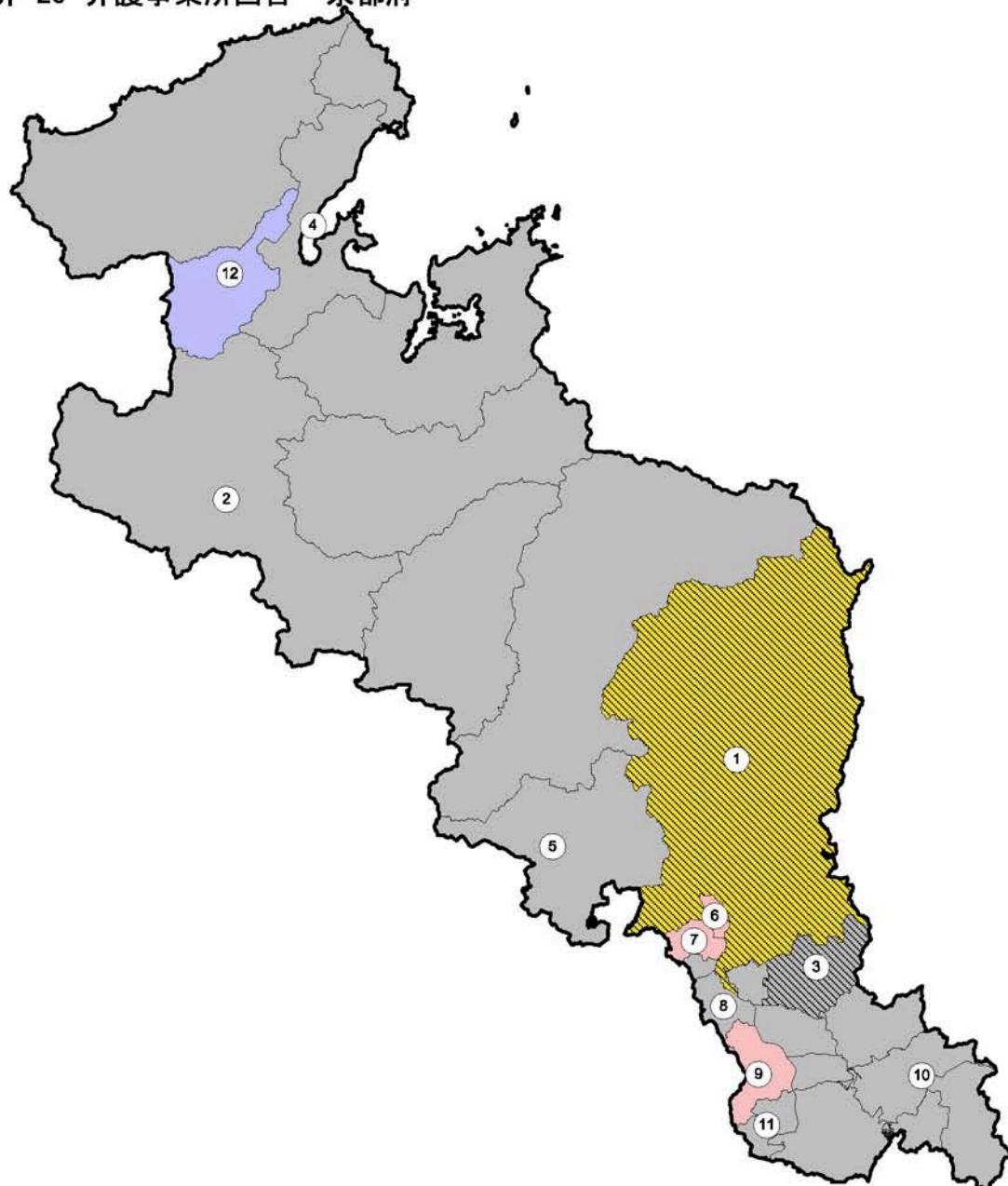


図 M-介-26 介護事業所回答 - 京都府



1	京都府京都市
2	京都府福知山市
3	京都府宇治市
4	京都府宮津市
5	京都府亀岡市
6	京都府向日市
7	京都府長岡京市
8	京都府八幡市
9	京都府京田辺市
10	京都府相楽郡和束町

11	京都府相楽郡精華町
12	京都府与謝郡与謝野町

図 M-診-26 在宅療養支援診療所回答 - 京都府

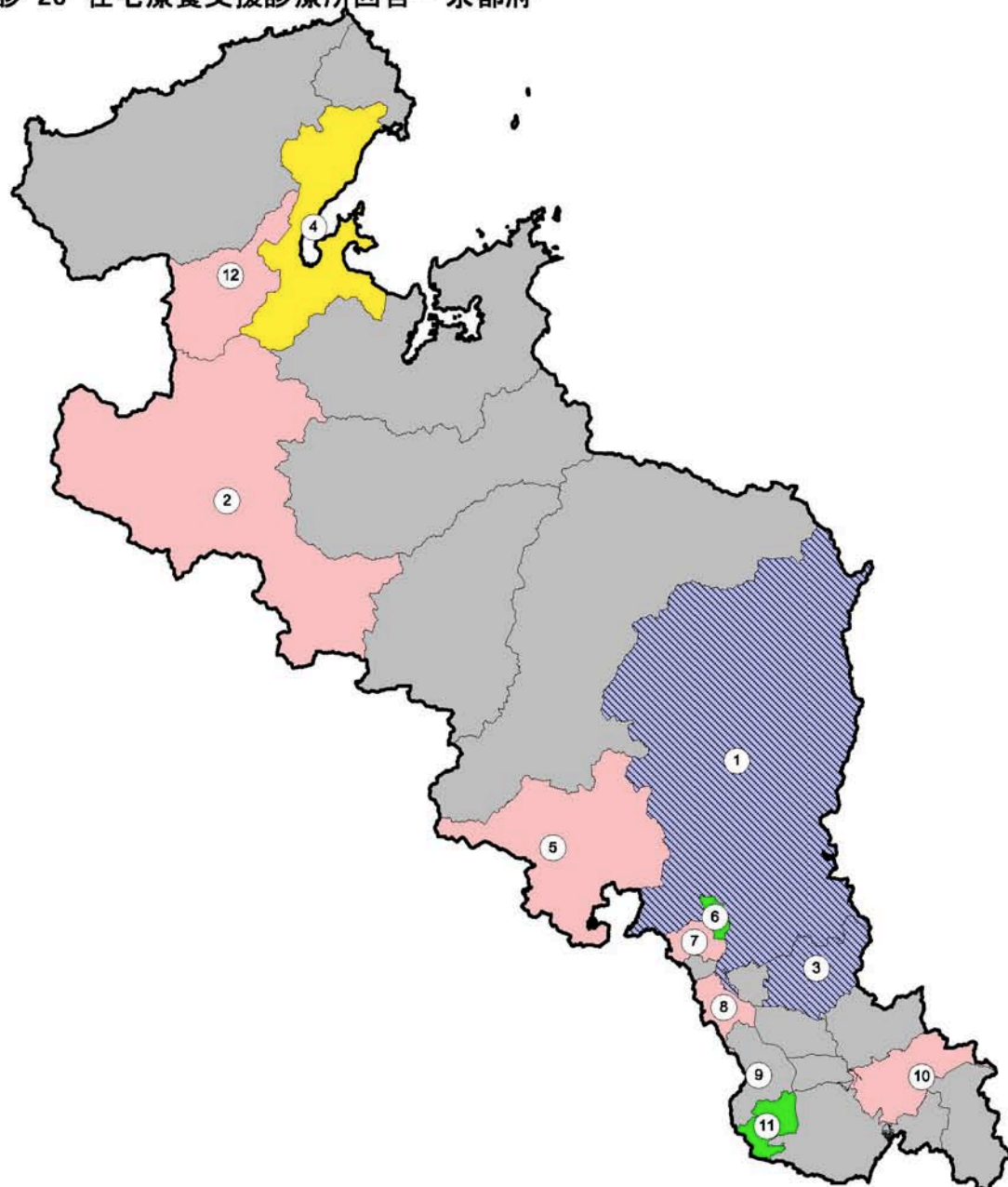
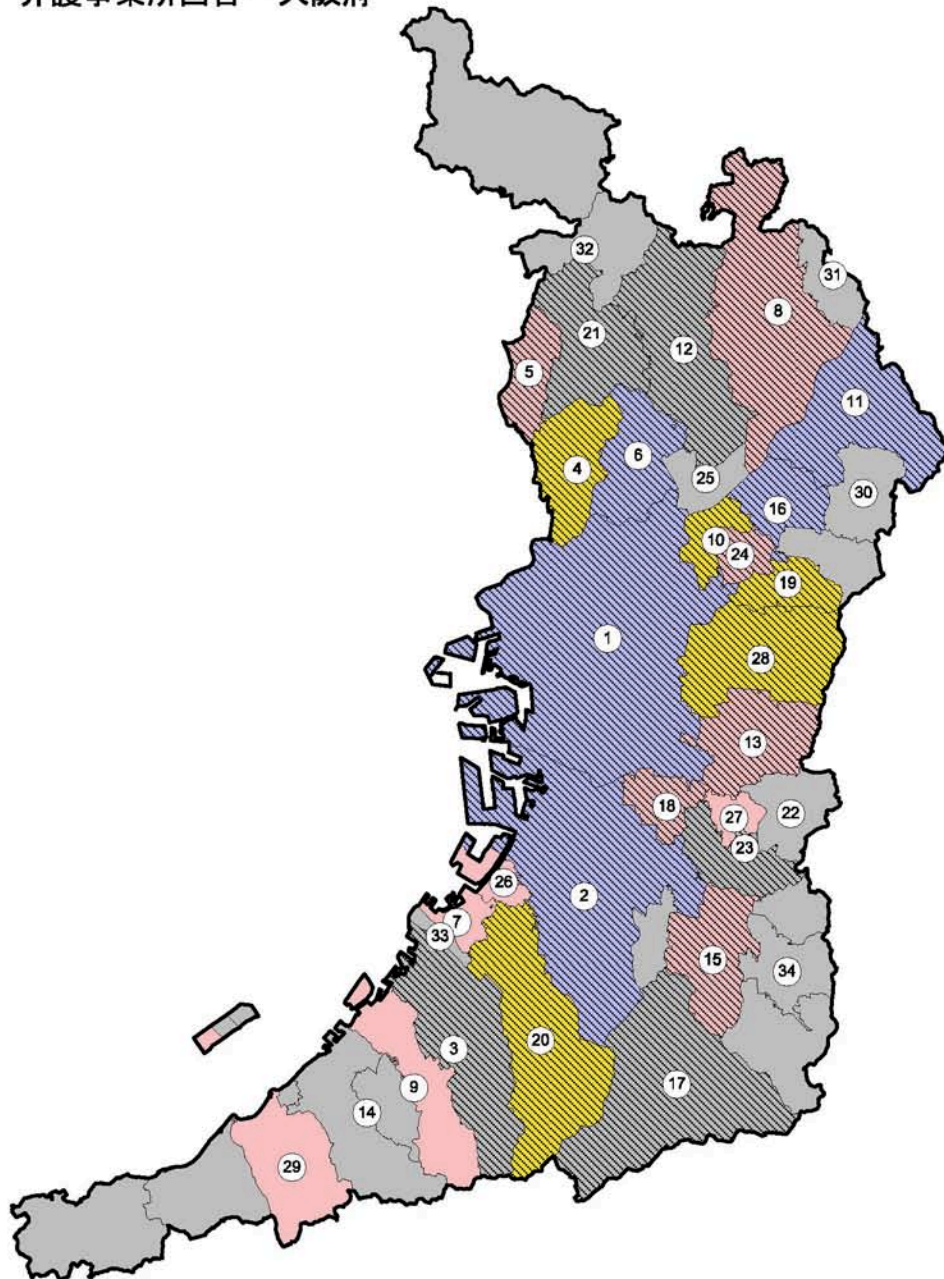


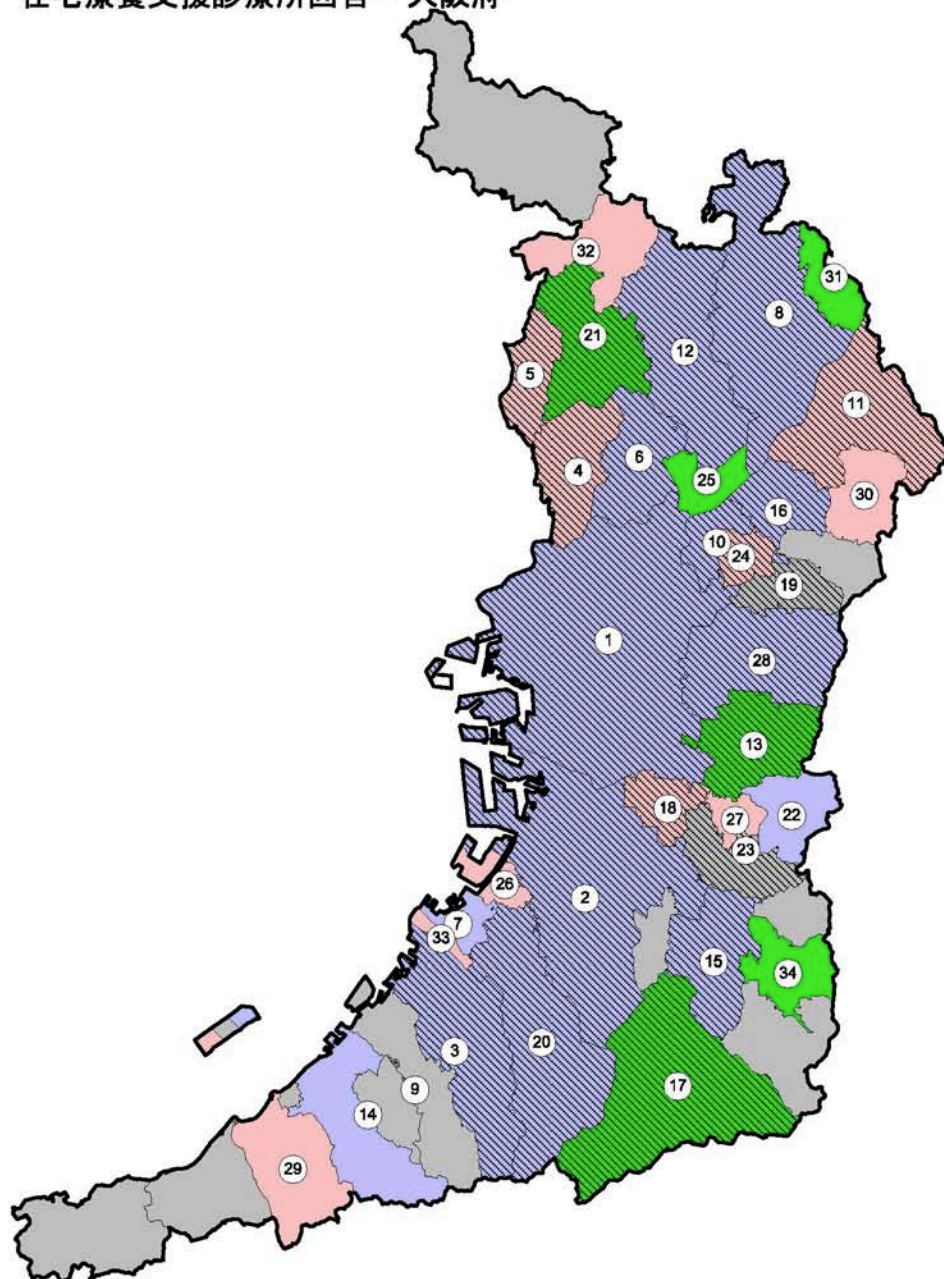
図 M-介-27 介護事業所回答 - 大阪府



1	大阪府大阪市
2	大阪府堺市
3	大阪府岸和田市
4	大阪府豊中市
5	大阪府池田市
6	大阪府吹田市
7	大阪府泉大津市
8	大阪府高槻市
9	大阪府貝塚市
10	大阪府守口市

11	大阪府枚方市
12	大阪府茨木市
13	大阪府八尾市
14	大阪府泉佐野市
15	大阪府富田林市
16	大阪府寝屋川市
17	大阪府河内長野市
18	大阪府松原市
19	大阪府大東市
20	大阪府和泉市

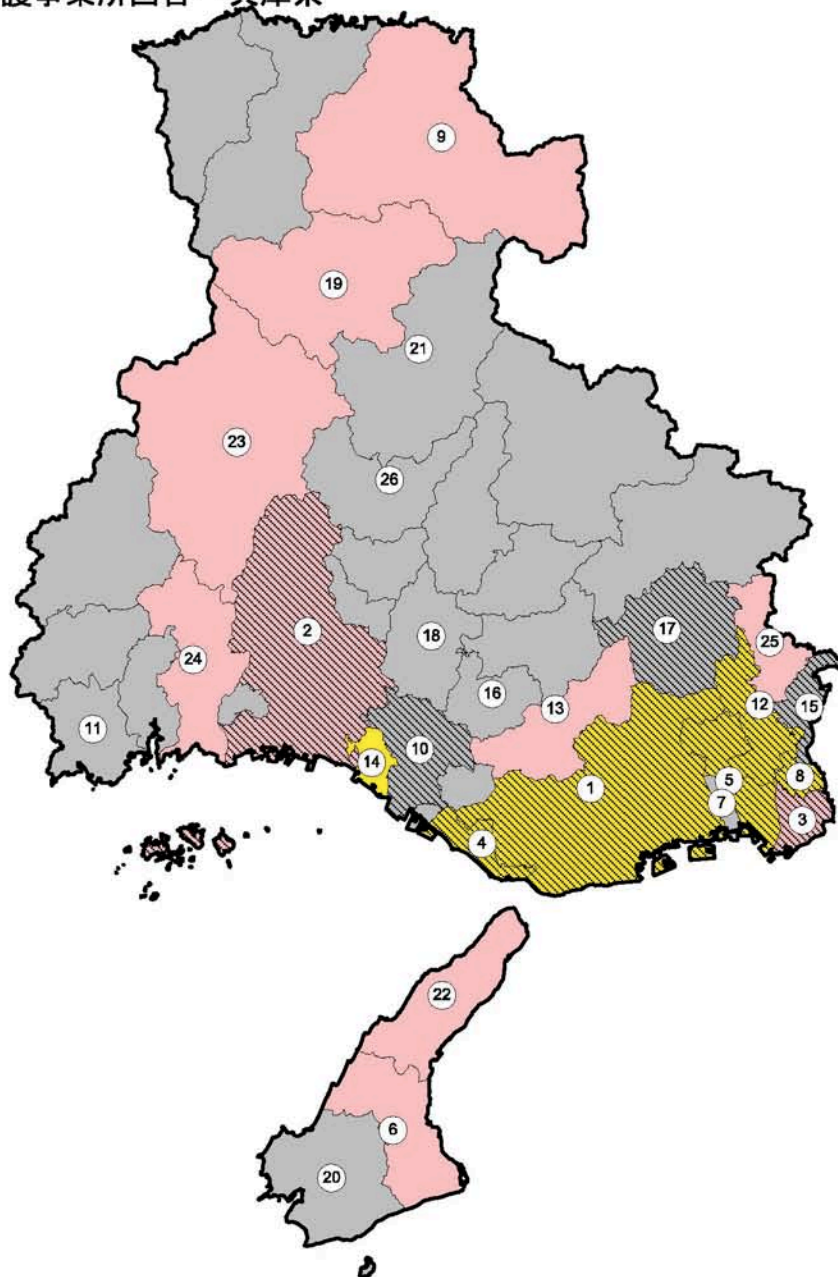
図 M-診-27 在宅療養支援診療所回答 - 大阪府



21	大阪府箕面市
22	大阪府柏原市
23	大阪府羽曳野市
24	大阪府門真市
25	大阪府摂津市
26	大阪府高石市
27	大阪府藤井寺市
28	大阪府東大阪市
29	大阪府泉南市
30	大阪府交野市

31	大阪府三島郡島本町
32	大阪府豊能郡豊能町
33	大阪府泉北郡忠岡町
34	大阪府南河内郡河南町

図 M-介-28 介護事業所回答 - 兵庫県

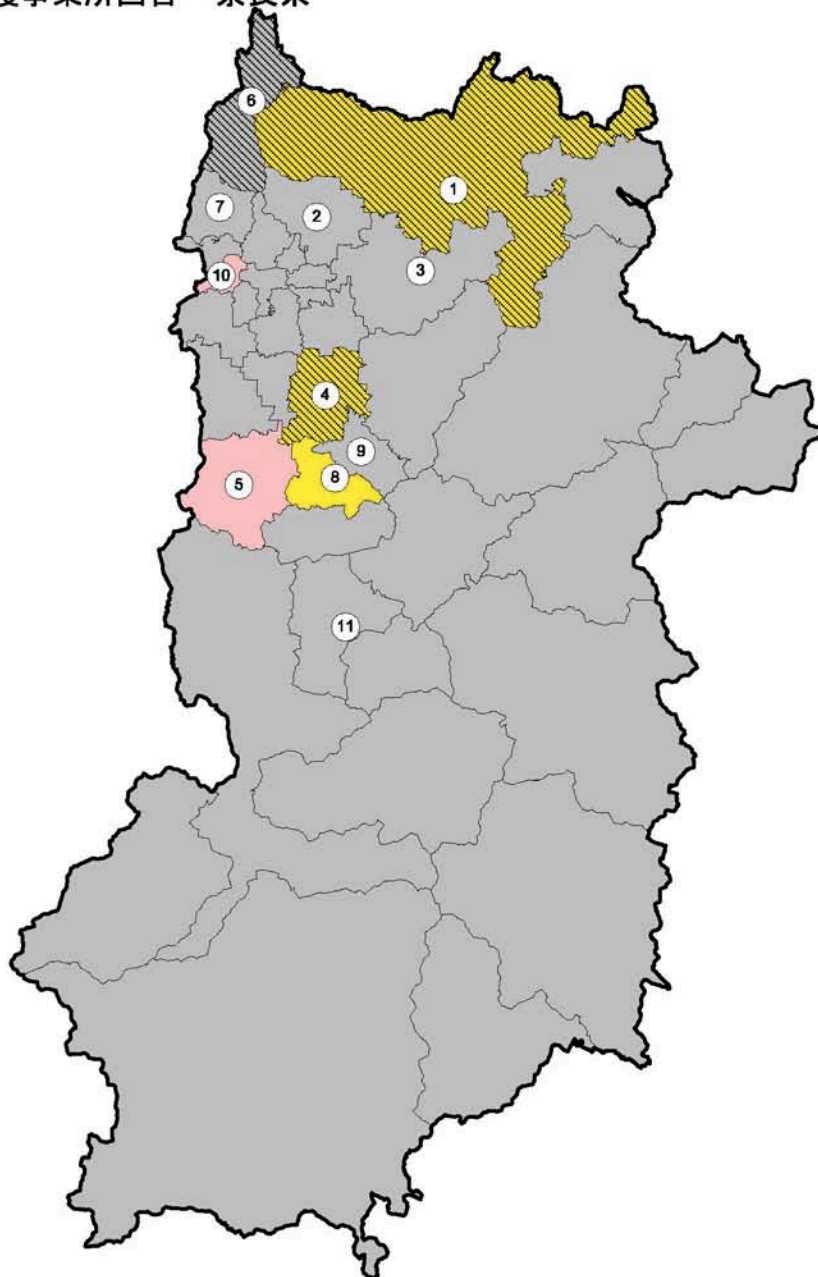


1	兵庫県神戸市	11	兵庫県赤穂市
2	兵庫県姫路市	12	兵庫県宝塚市
3	兵庫県尼崎市	13	兵庫県三木市
4	兵庫県明石市	14	兵庫県高砂市
5	兵庫県西宮市	15	兵庫県川西市
6	兵庫県洲本市	16	兵庫県小野市
7	兵庫県芦屋市	17	兵庫県三田市
8	兵庫県伊丹市	18	兵庫県加西市
9	兵庫県豊岡市	19	兵庫県養父市
10	兵庫県加古川市	20	兵庫県南あわじ市

図 M-診-28 在宅療養支援診療所回答 - 兵庫県

21	兵庫県朝来市
22	兵庫県淡路市
23	兵庫県宍粟市
24	兵庫県たつの市
25	兵庫県川辺郡猪名川町
26	兵庫県神崎郡神河町

図 M-介-29 介護事業所回答 - 奈良県



1	奈良県奈良市
2	奈良県大和郡山市
3	奈良県天理市
4	奈良県橿原市
5	奈良県御所市
6	奈良県生駒市
7	奈良県生駒郡平群町
8	奈良県高市郡高取町
9	奈良県高市郡明日香村
10	奈良県北葛城郡王寺町

11	奈良県吉野郡下市町
----	-----------

図 M-診-29 在宅療養支援診療所回答 - 奈良県

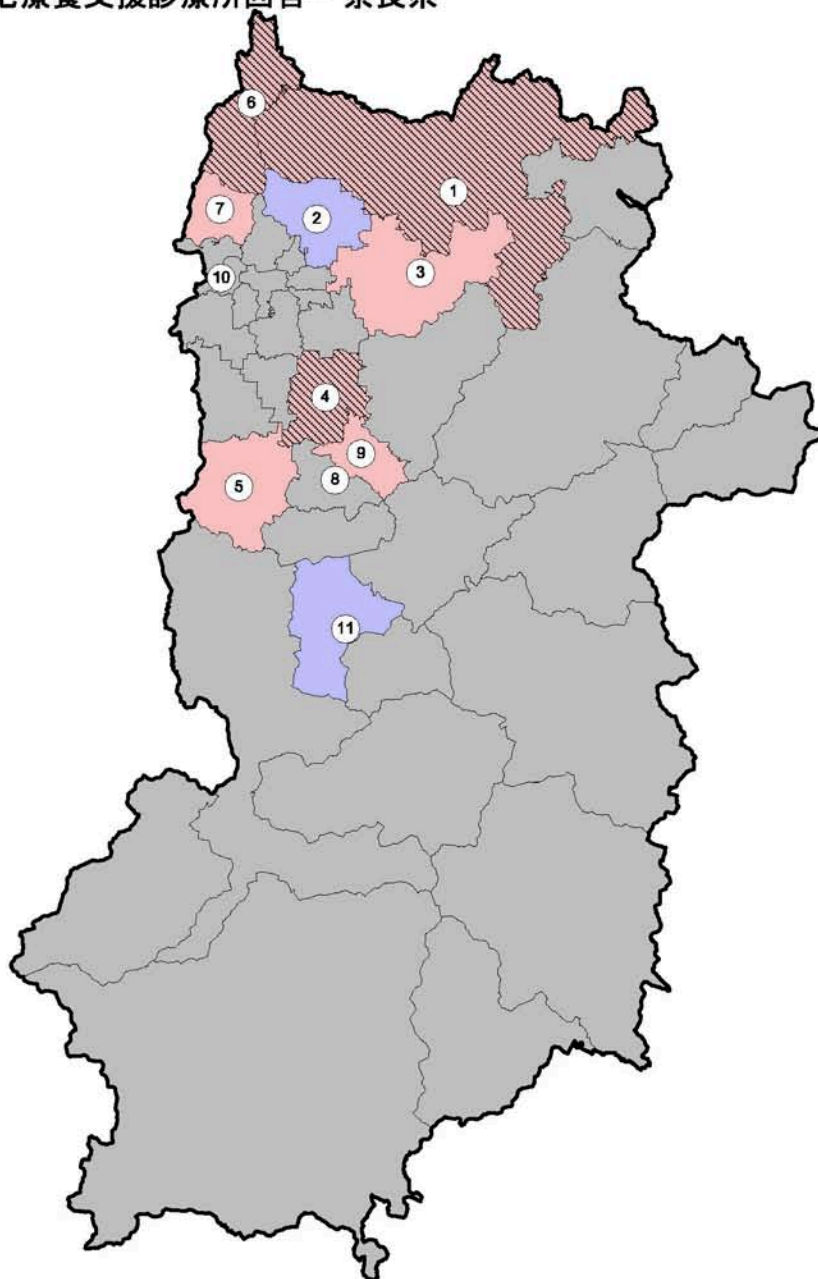
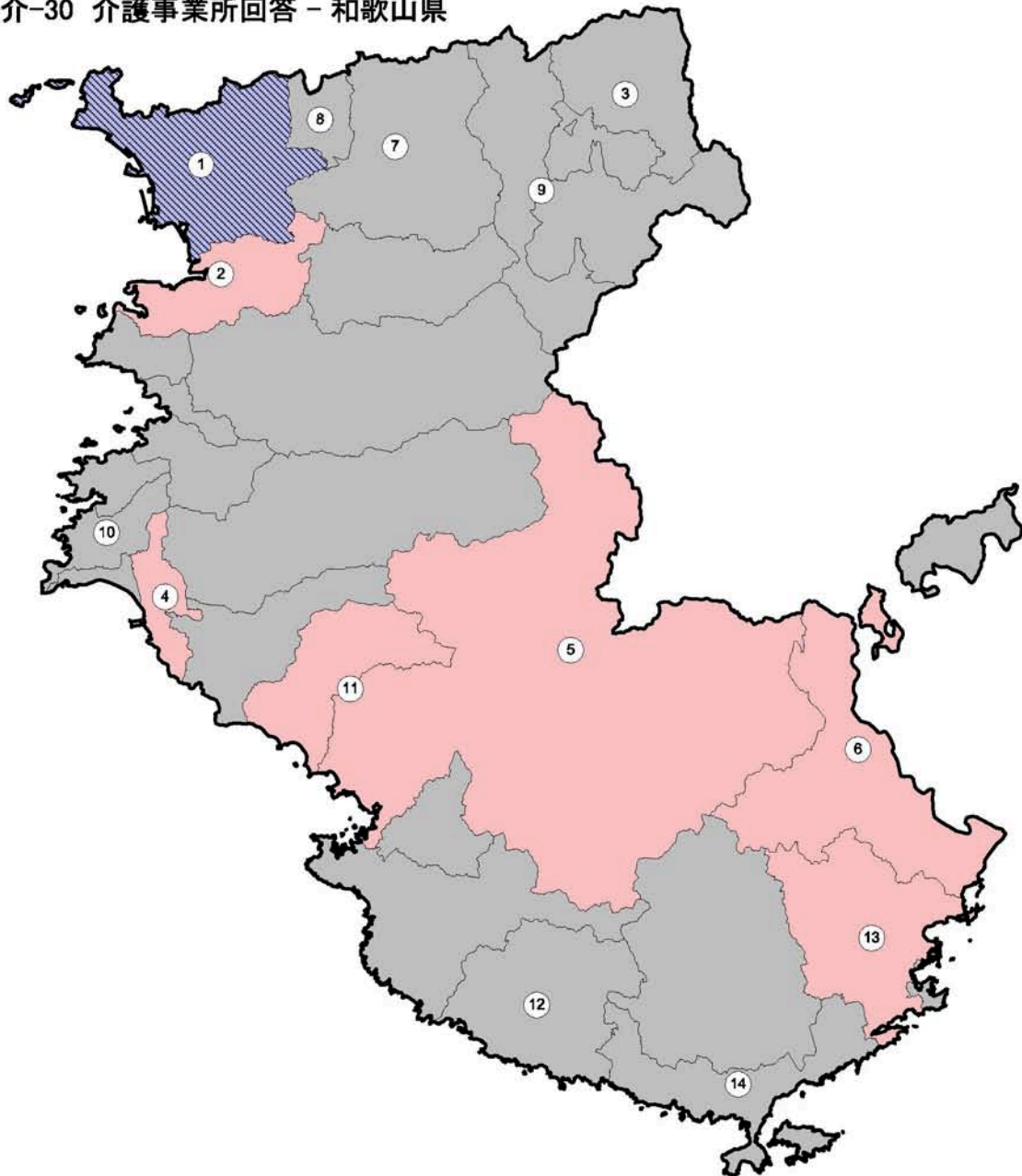


図 M-介-30 介護事業所回答 - 和歌山県



1	和歌山県和歌山市
2	和歌山県海南市
3	和歌山県橋本市
4	和歌山県御坊市
5	和歌山県田辺市
6	和歌山県新宮市
7	和歌山県紀の川市
8	和歌山県岩出市
9	和歌山県伊都郡かつらぎ町
10	和歌山県日高郡日高町

11	和歌山県日高郡みなべ町
12	和歌山県西牟婁郡すさみ町
13	和歌山県東牟婁郡那智勝浦町
14	和歌山県東牟婁郡串本町

図 M-診-30 在宅療養支援診療所回答 - 和歌山県

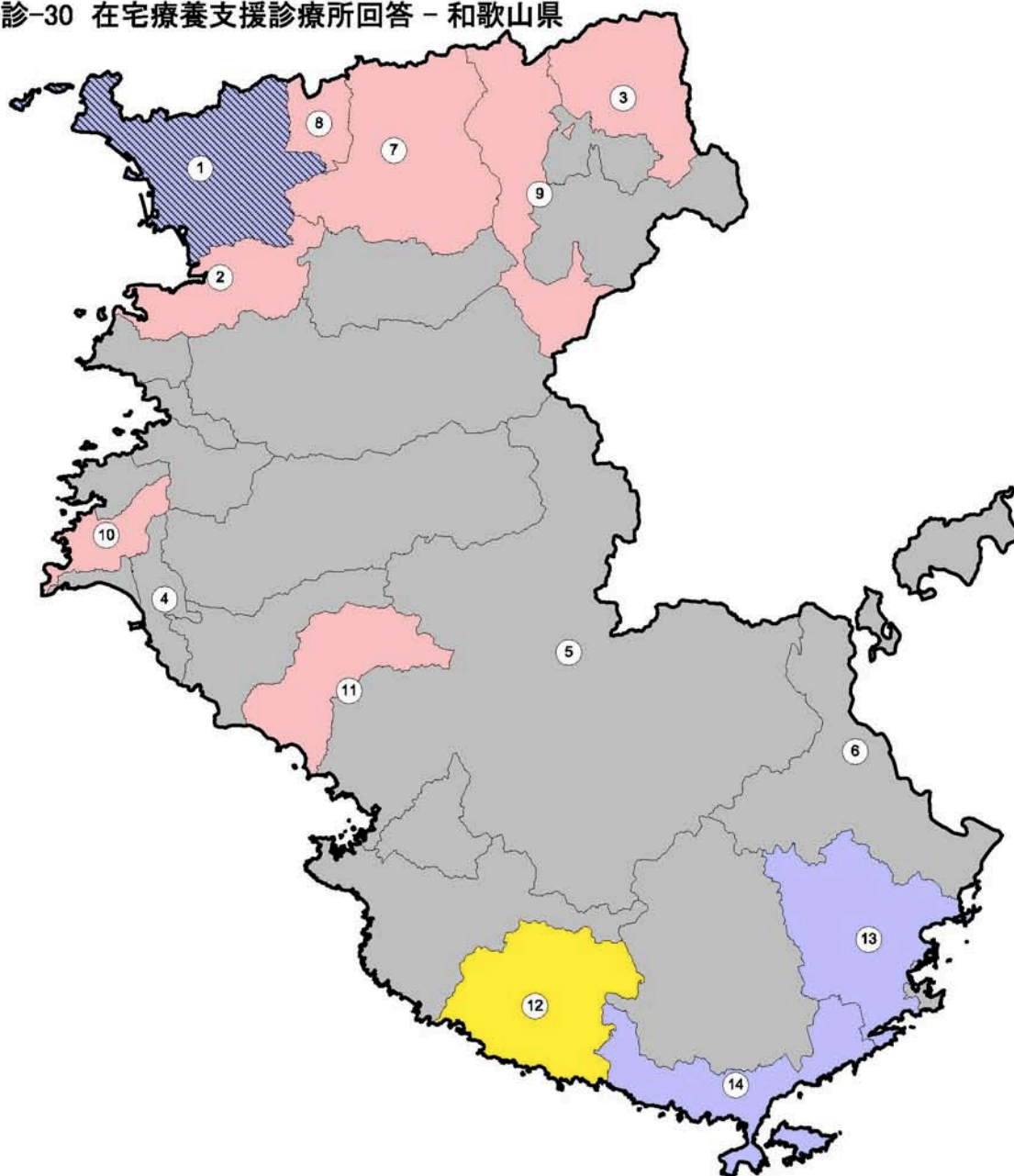
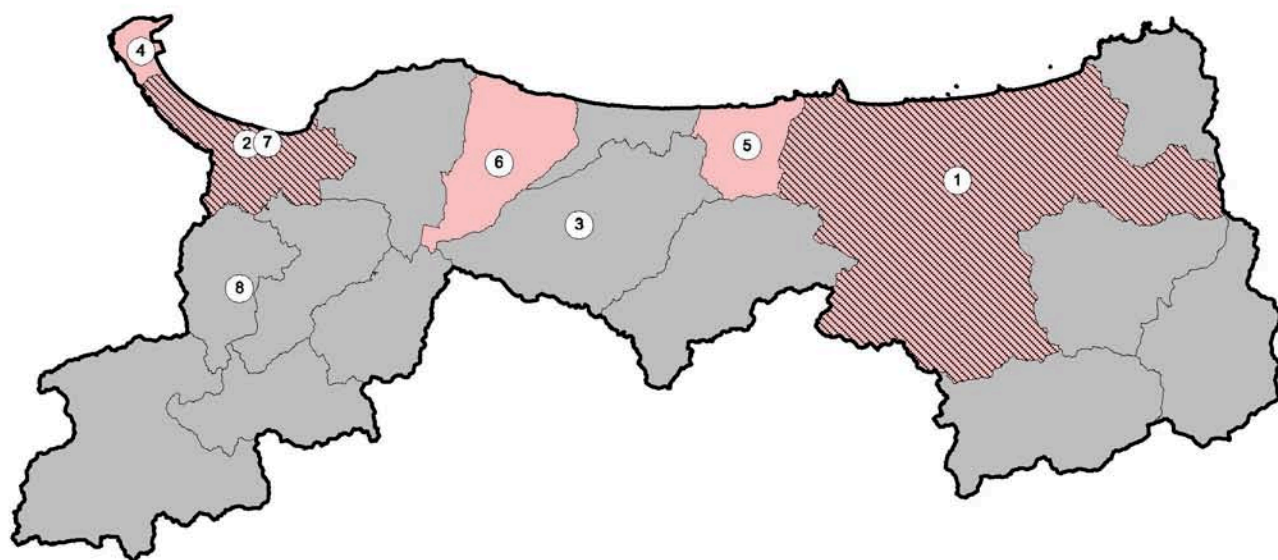


図 M-介-31 介護事業所回答 - 鳥取県



1	鳥取県鳥取市
2	鳥取県米子市
3	鳥取県倉吉市
4	鳥取県境港市
5	鳥取県東伯郡湯梨浜町
6	鳥取県東伯郡琴浦町
7	鳥取県西伯郡日吉津村
8	鳥取県西伯郡南部町

図 M-診-31 在宅療養支援診療所回答 - 鳥取県

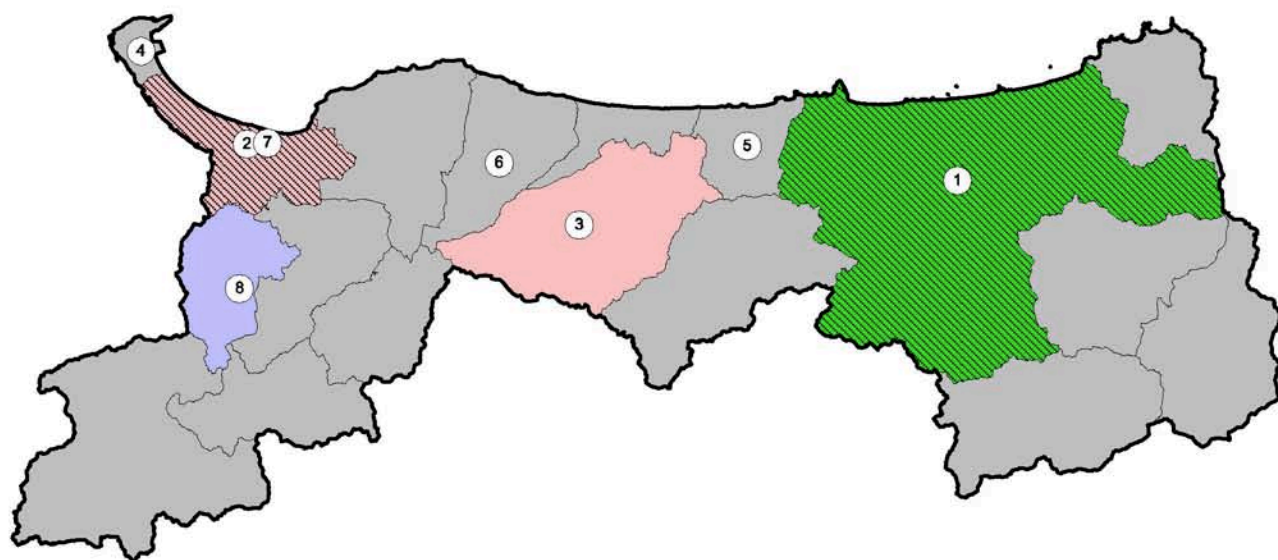
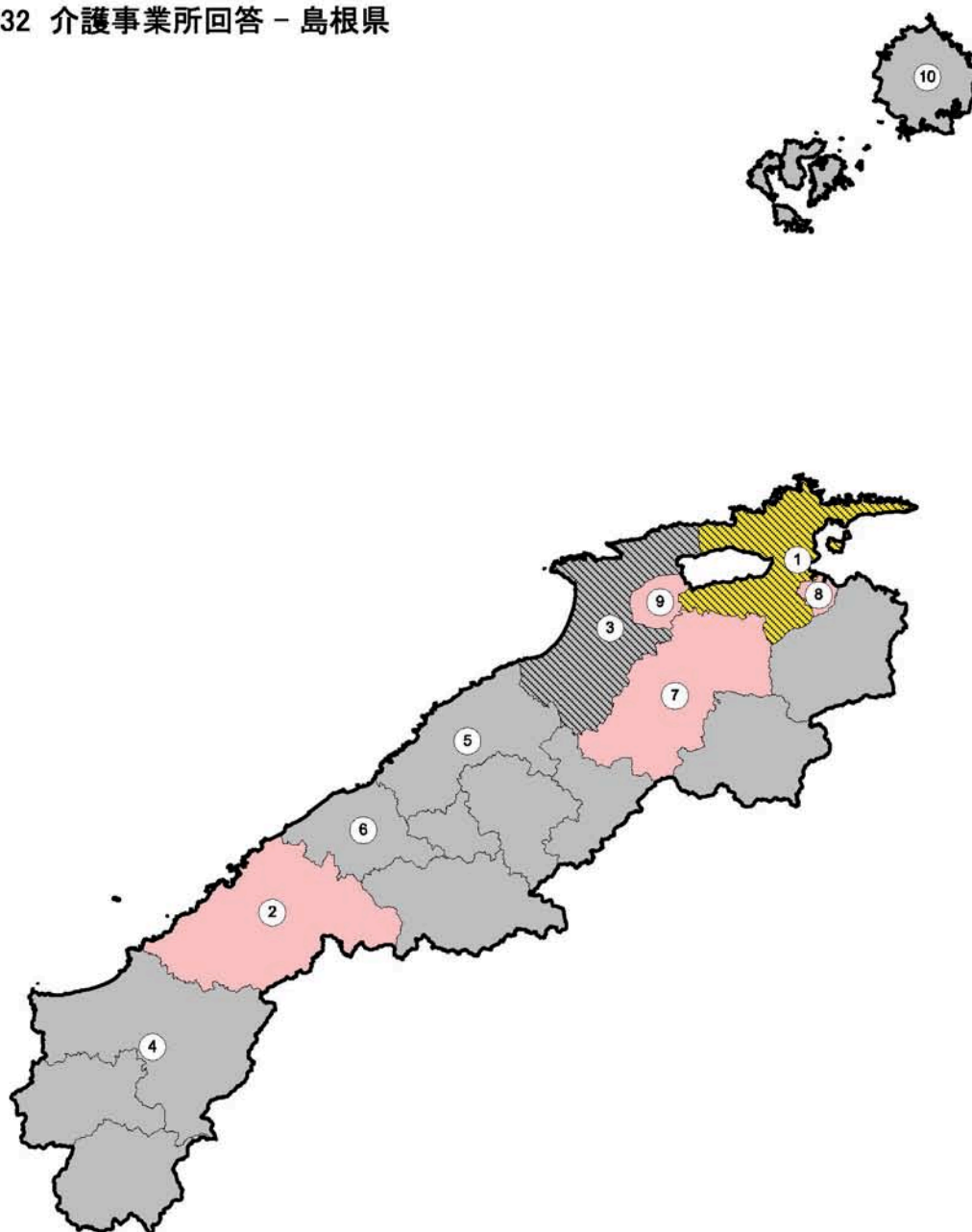


図 M-介-32 介護事業所回答 - 島根県



1	島根県松江市
2	島根県浜田市
3	島根県出雲市
4	島根県益田市
5	島根県大田市
6	島根県江津市
7	島根県雲南市
8	島根県八束郡東出雲町
9	島根県簸川郡斐川町
10	島根県隠岐郡隠岐の島町

図 M-診-32 在宅療養支援診療所回答 - 島根県

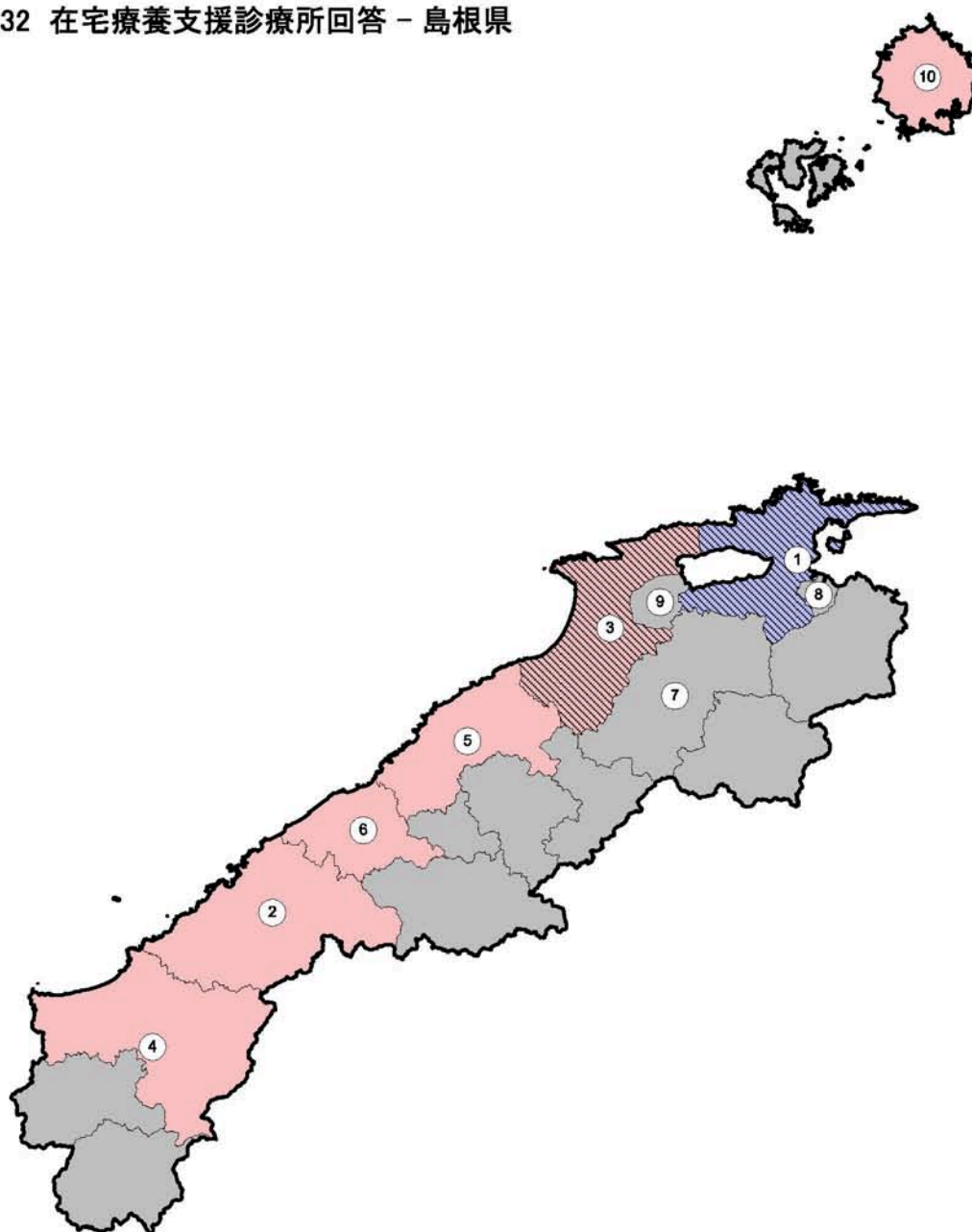
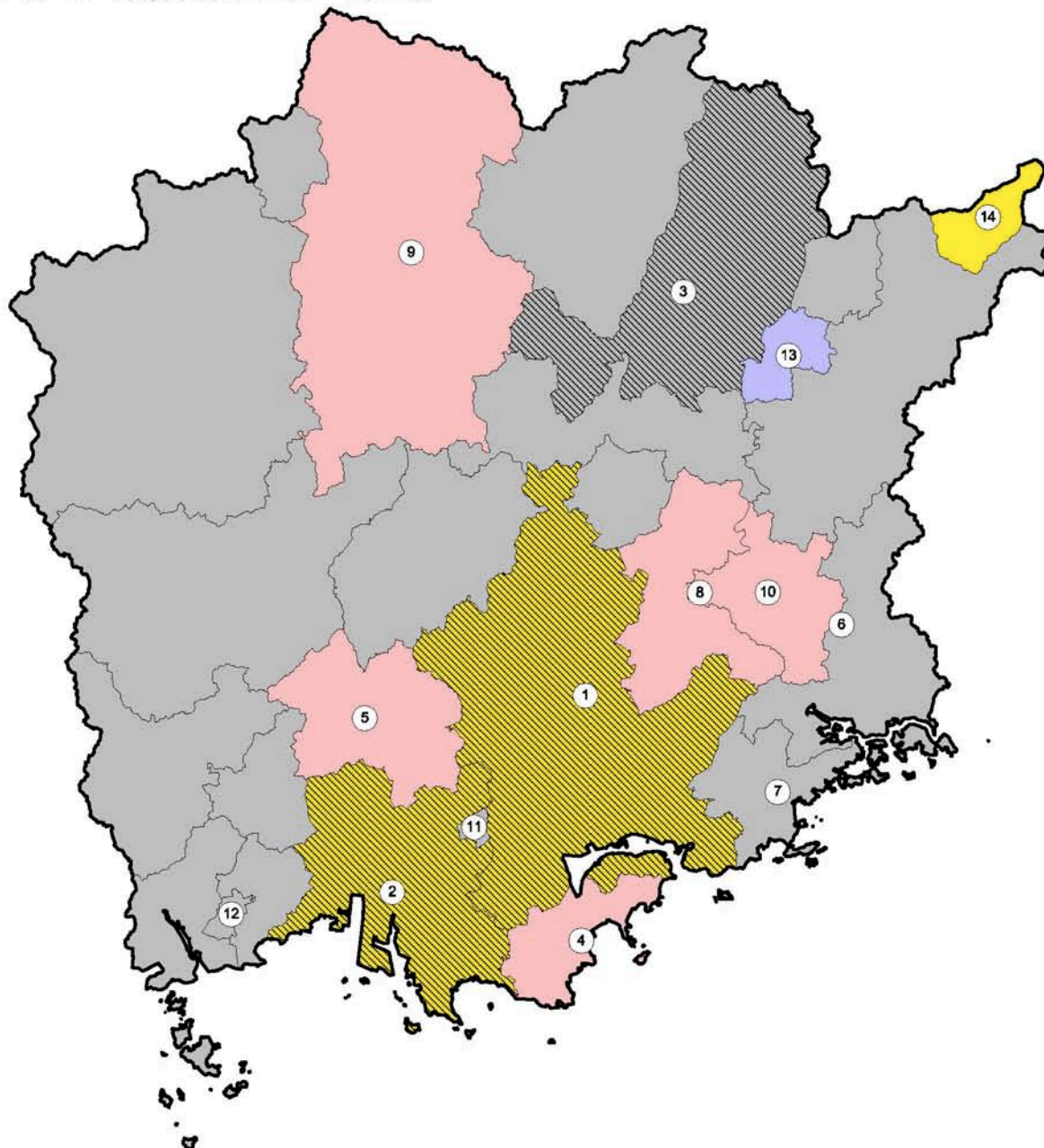


図 M-介-33 介護事業所回答 - 岡山県



1	岡山県岡山市
2	岡山県倉敷市
3	岡山県津山市
4	岡山県玉野市
5	岡山県総社市
6	岡山県備前市
7	岡山県瀬戸内市
8	岡山県赤磐市
9	岡山県真庭市
10	岡山県和気郡和気町

11	岡山県都窪郡早島町
12	岡山県浅口郡里庄町
13	岡山県勝田郡勝央町
14	岡山県英田郡西栗倉村

図 M-診-33 在宅療養支援診療所回答 - 岡山県

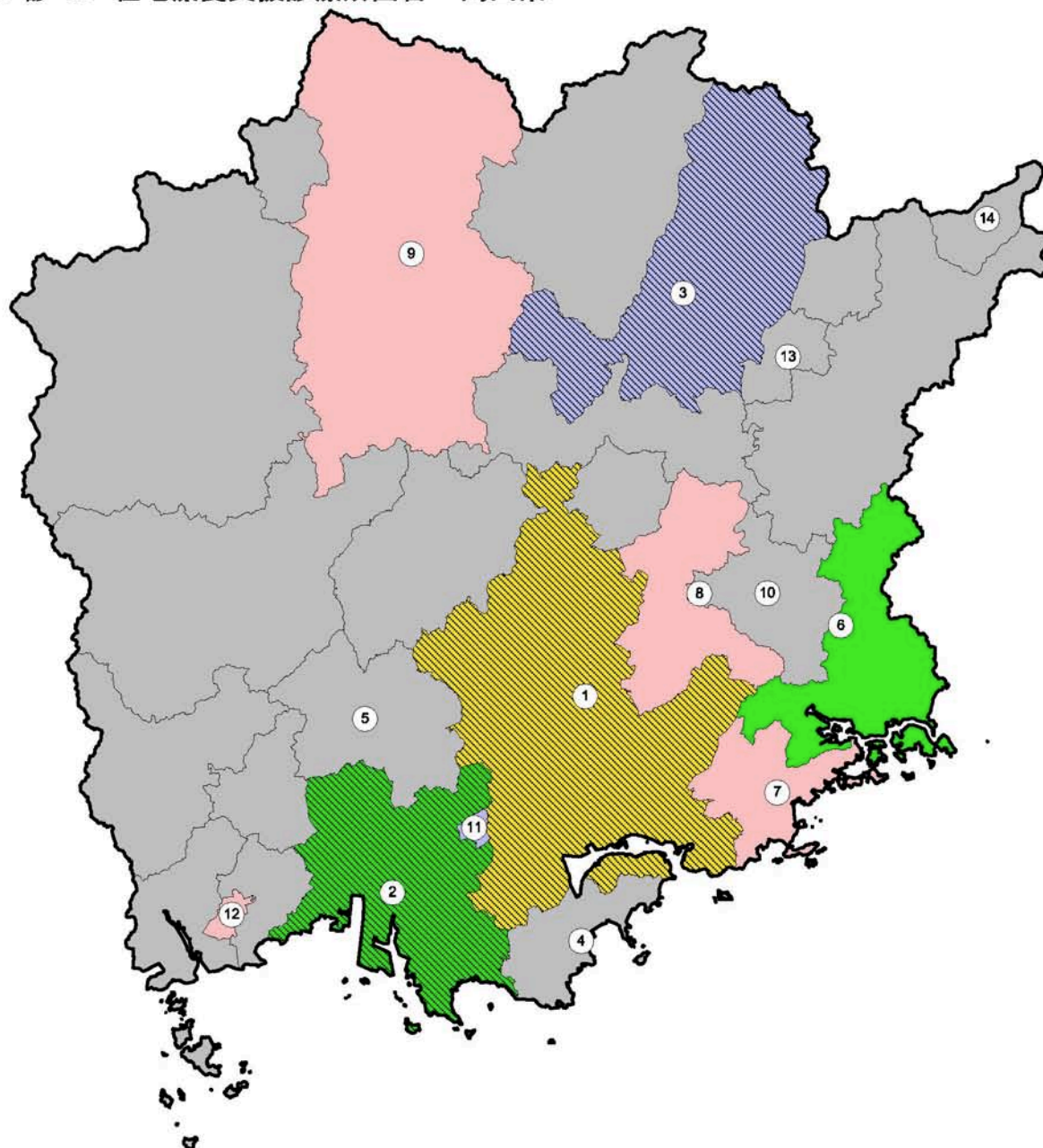
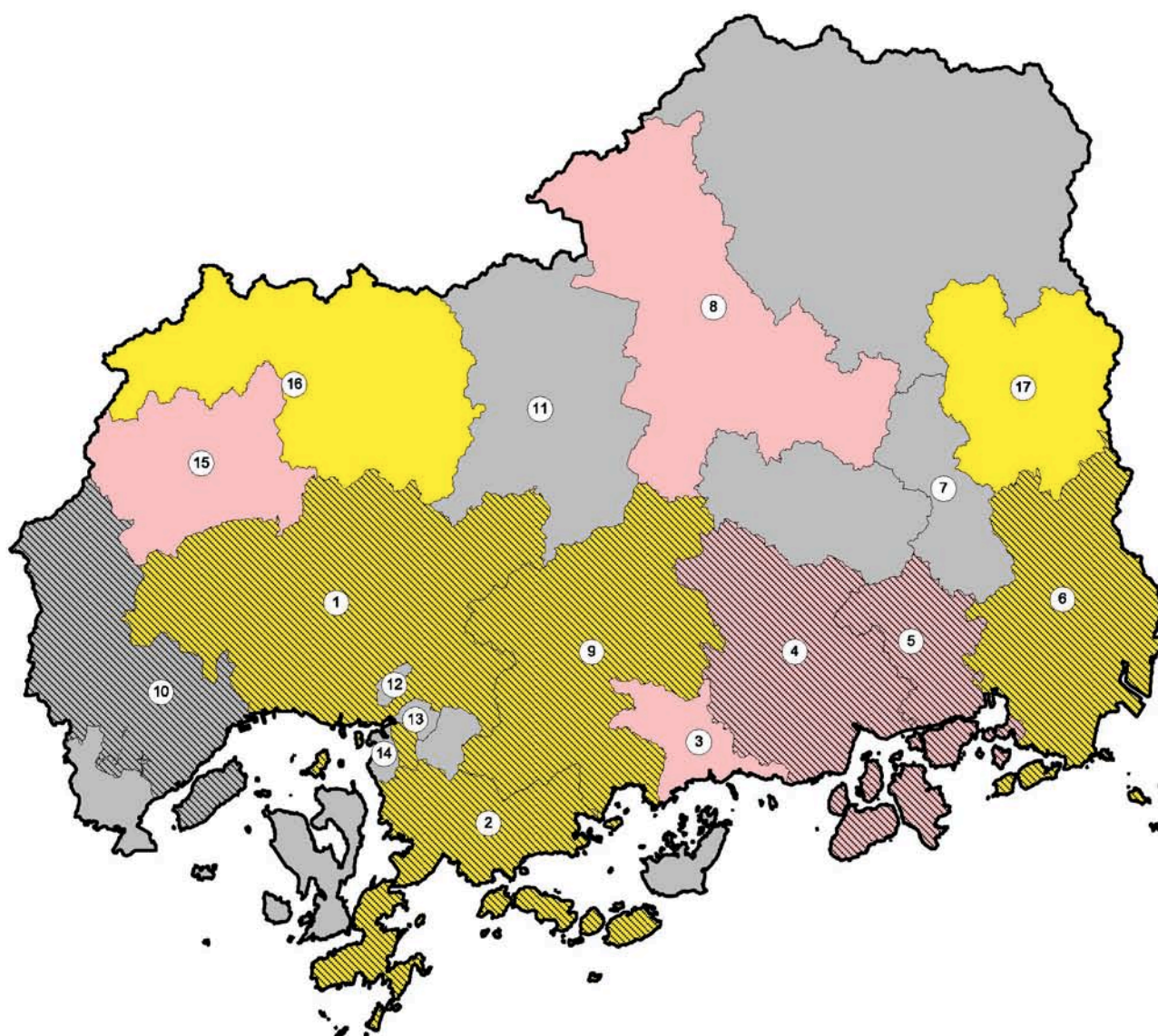


図 M-介-34 介護事業所回答 - 広島県



1	広島県広島市
2	広島県呉市
3	広島県竹原市
4	広島県三原市
5	広島県尾道市
6	広島県福山市
7	広島県府中市
8	広島県三次市
9	広島県東広島市
10	広島県廿日市市

11	広島県安芸高田市
12	広島県安芸郡府中町
13	広島県安芸郡海田町
14	広島県安芸郡坂町
15	広島県山県郡安芸太田町
16	広島県山県郡北広島町
17	広島県神石郡神石高原町

図 M-診-34 在宅療養支援診療所回答 - 広島県

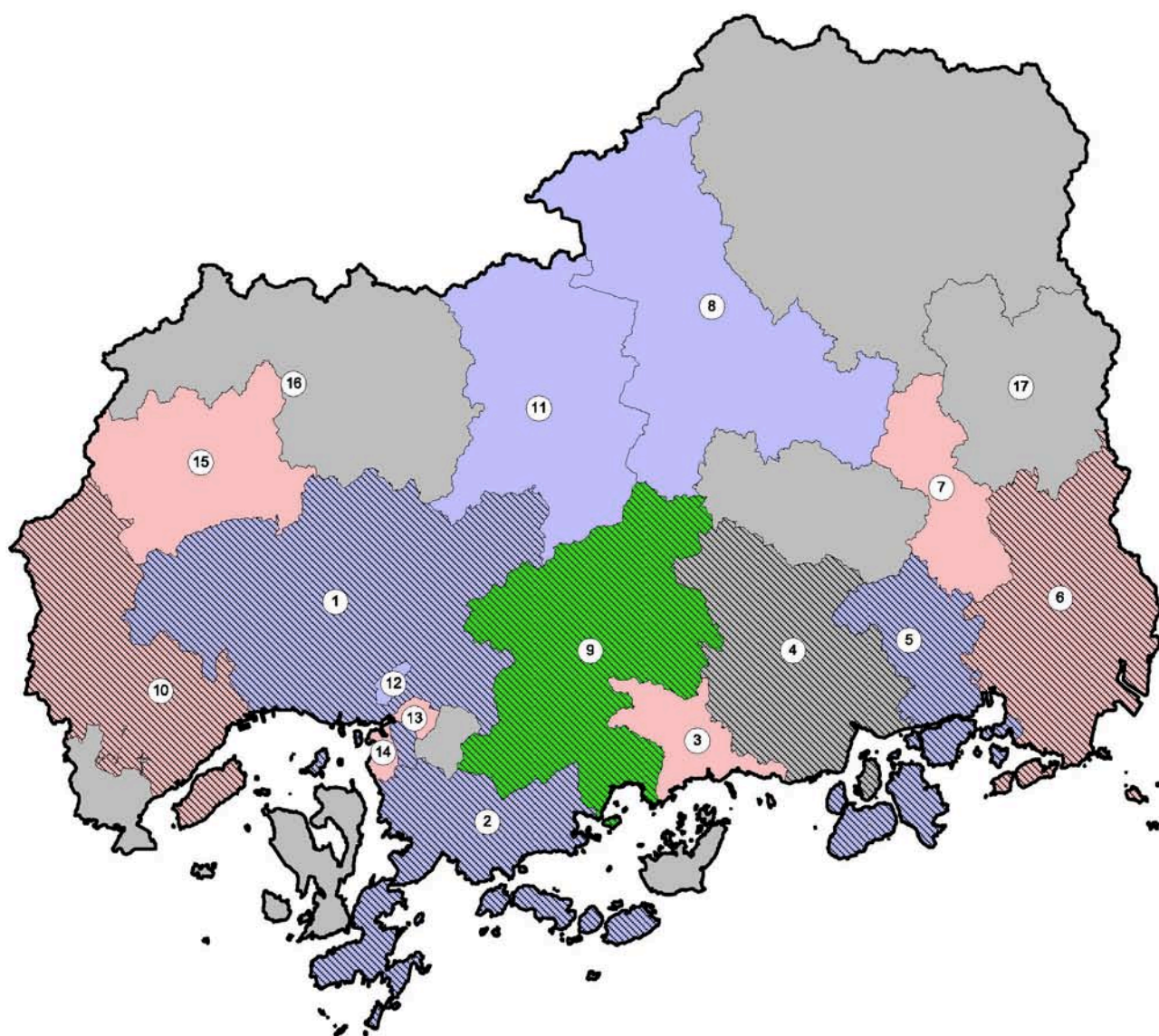
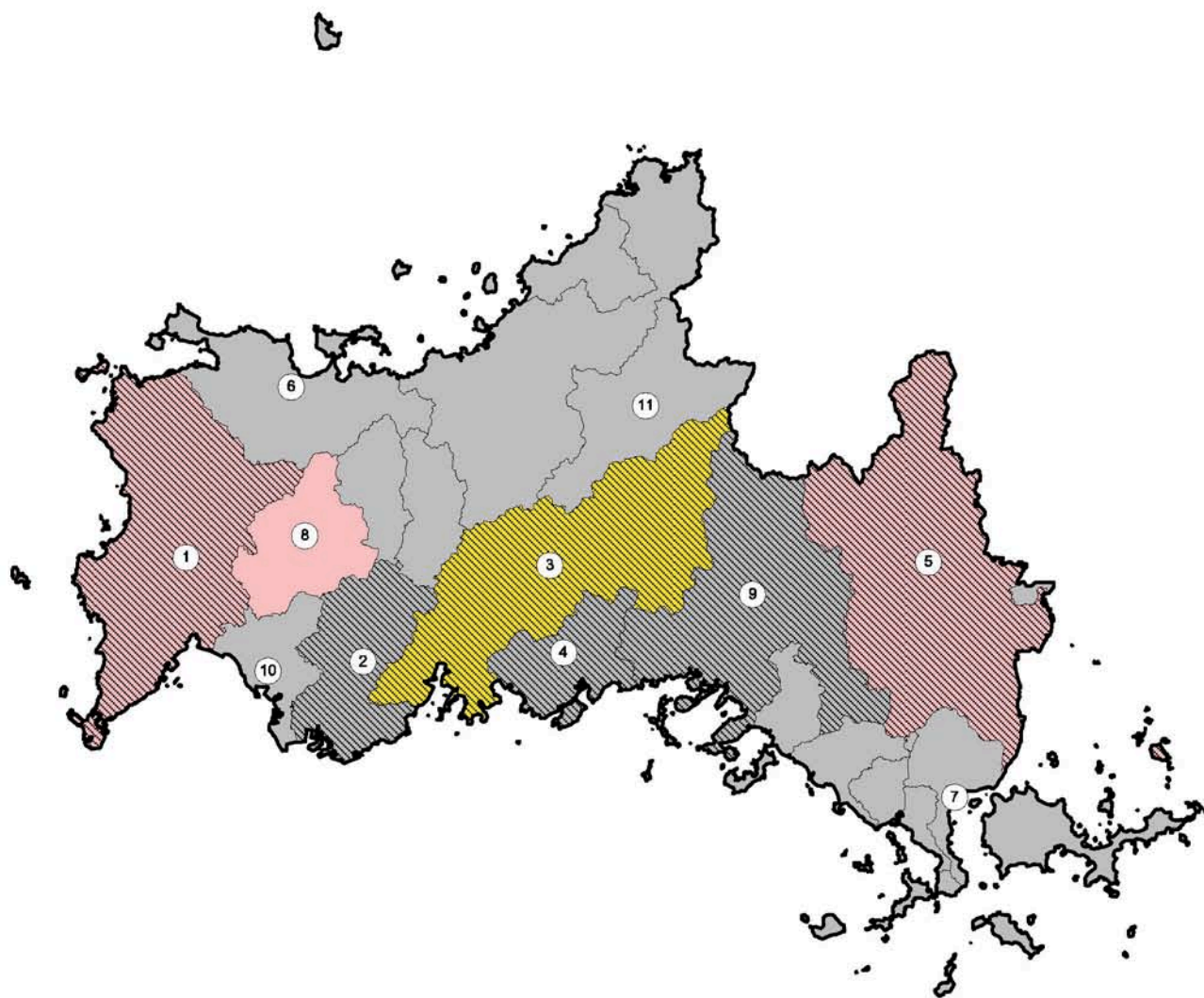


図 M-介-35 介護事業所回答 - 山口県



1	山口県下関市
2	山口県宇部市
3	山口県山口市
4	山口県防府市
5	山口県岩国市
6	山口県長門市
7	山口県柳井市
8	山口県美祢市
9	山口県周南市
10	山口県山陽小野田市

11	山口県阿武郡阿東町
----	-----------

図 M-診-35 在宅療養支援診療所回答 - 山口県

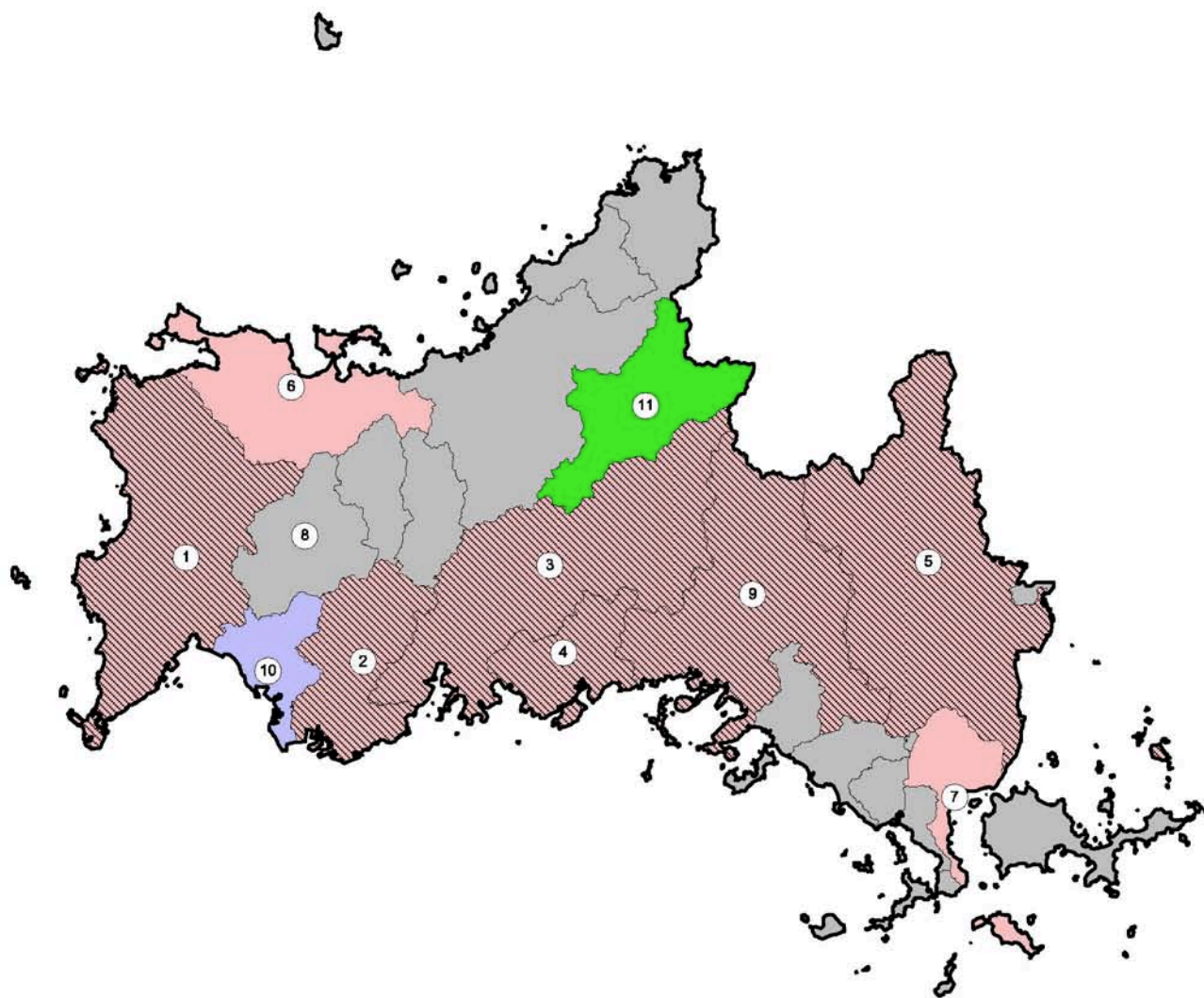
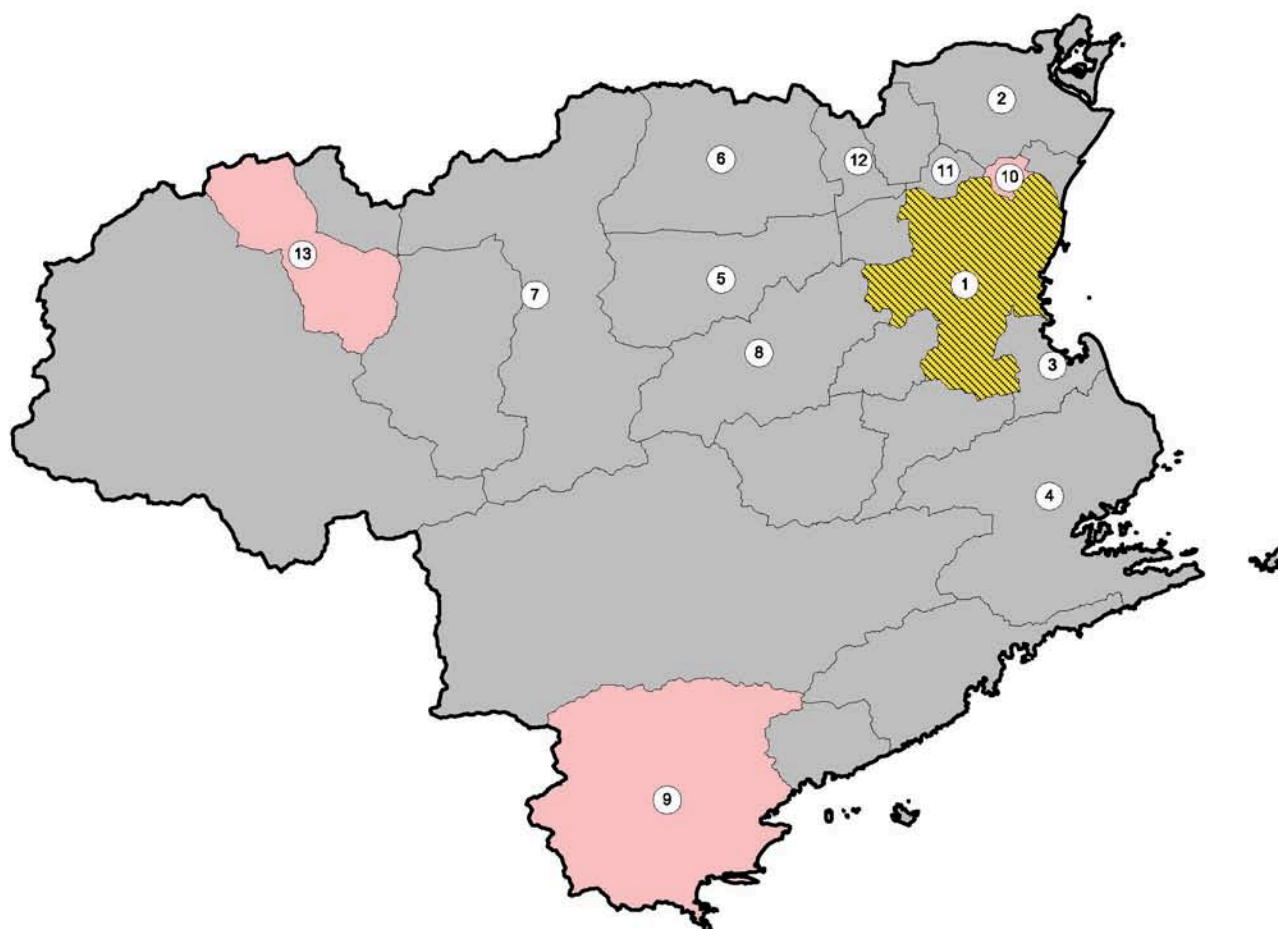


図 M-介-36 介護事業所回答 - 徳島県



1	徳島県徳島市
2	徳島県鳴門市
3	徳島県小松島市
4	徳島県阿南市
5	徳島県吉野川市
6	徳島県阿波市
7	徳島県美馬市
8	徳島県名西郡神山町
9	徳島県海部郡海陽町
10	徳島県板野郡北島町

11	徳島県板野郡藍住町
12	徳島県板野郡上板町
13	徳島県三好郡東みよし町

図 M-診-36 在宅療養支援診療所回答 - 徳島県

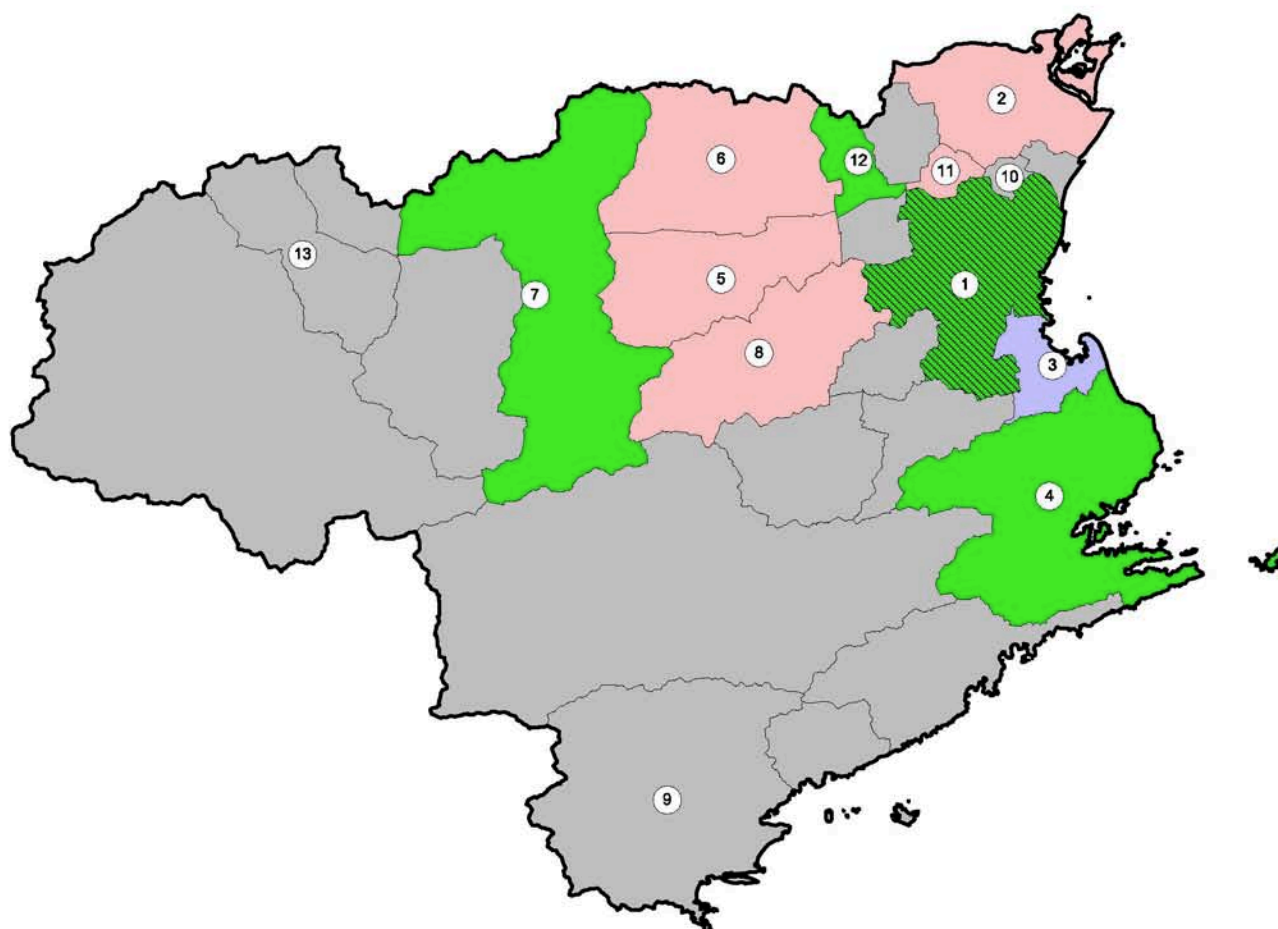
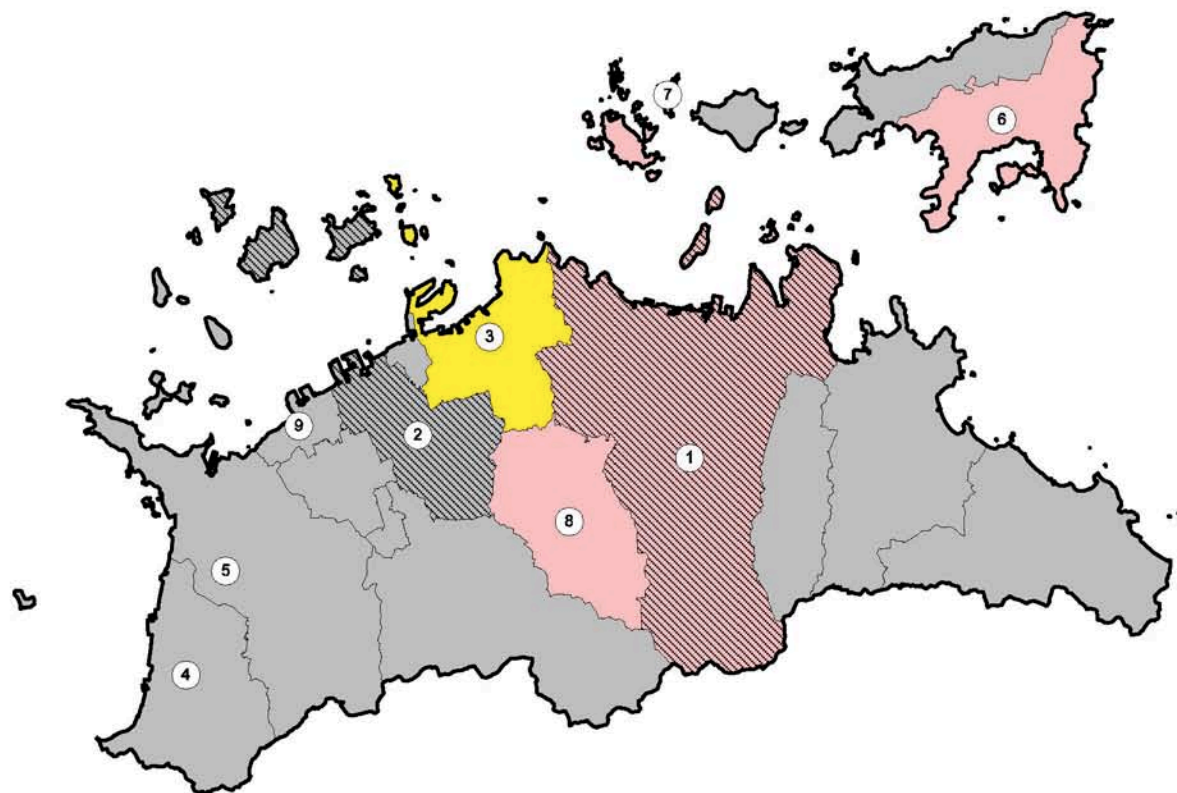


図 M-介-37 介護事業所回答 - 香川県



1	香川県高松市
2	香川県丸亀市
3	香川県坂出市
4	香川県観音寺市
5	香川県三豊市
6	香川県小豆郡小豆島町
7	香川県香川郡直島町
8	香川県綾歌郡綾川町
9	香川県仲多度郡多度津町

図 M-診-37 在宅療養支援診療所回答 - 香川県

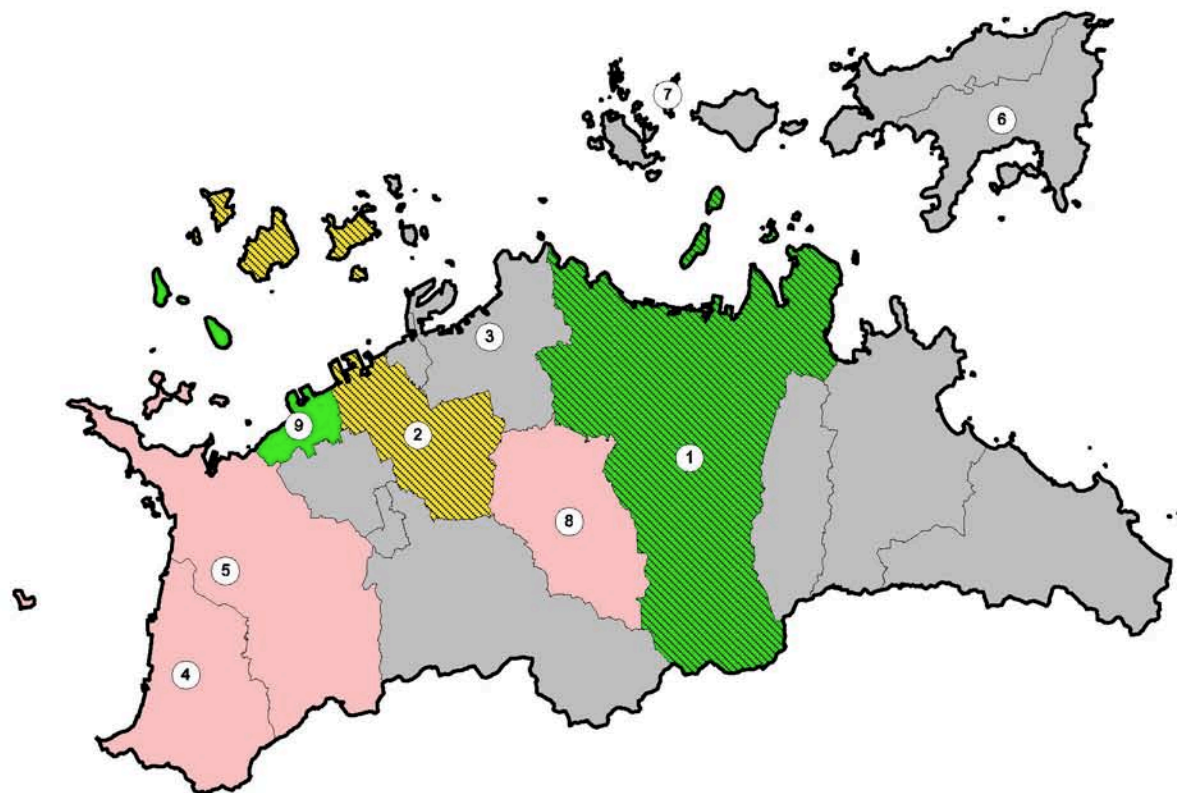
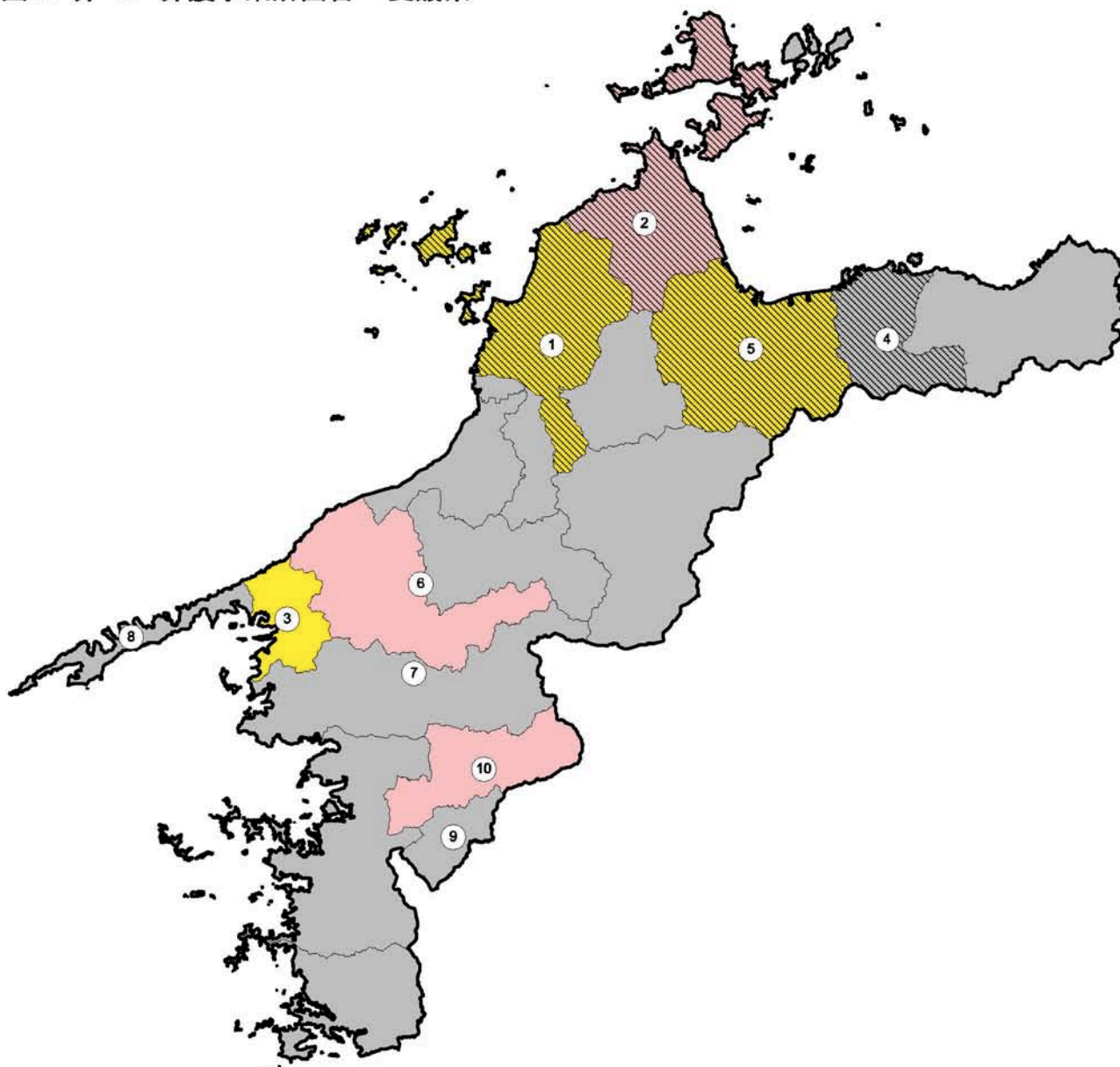


図 M-介-38 介護事業所回答 - 愛媛県



1	愛媛県松山市
2	愛媛県今治市
3	愛媛県八幡浜市
4	愛媛県新居浜市
5	愛媛県西条市
6	愛媛県大洲市
7	愛媛県西予市
8	愛媛県西宇和郡伊方町
9	愛媛県北宇和郡松野町
10	愛媛県北宇和郡鬼北町

図 M-診-38 在宅療養支援診療所回答 - 愛媛県

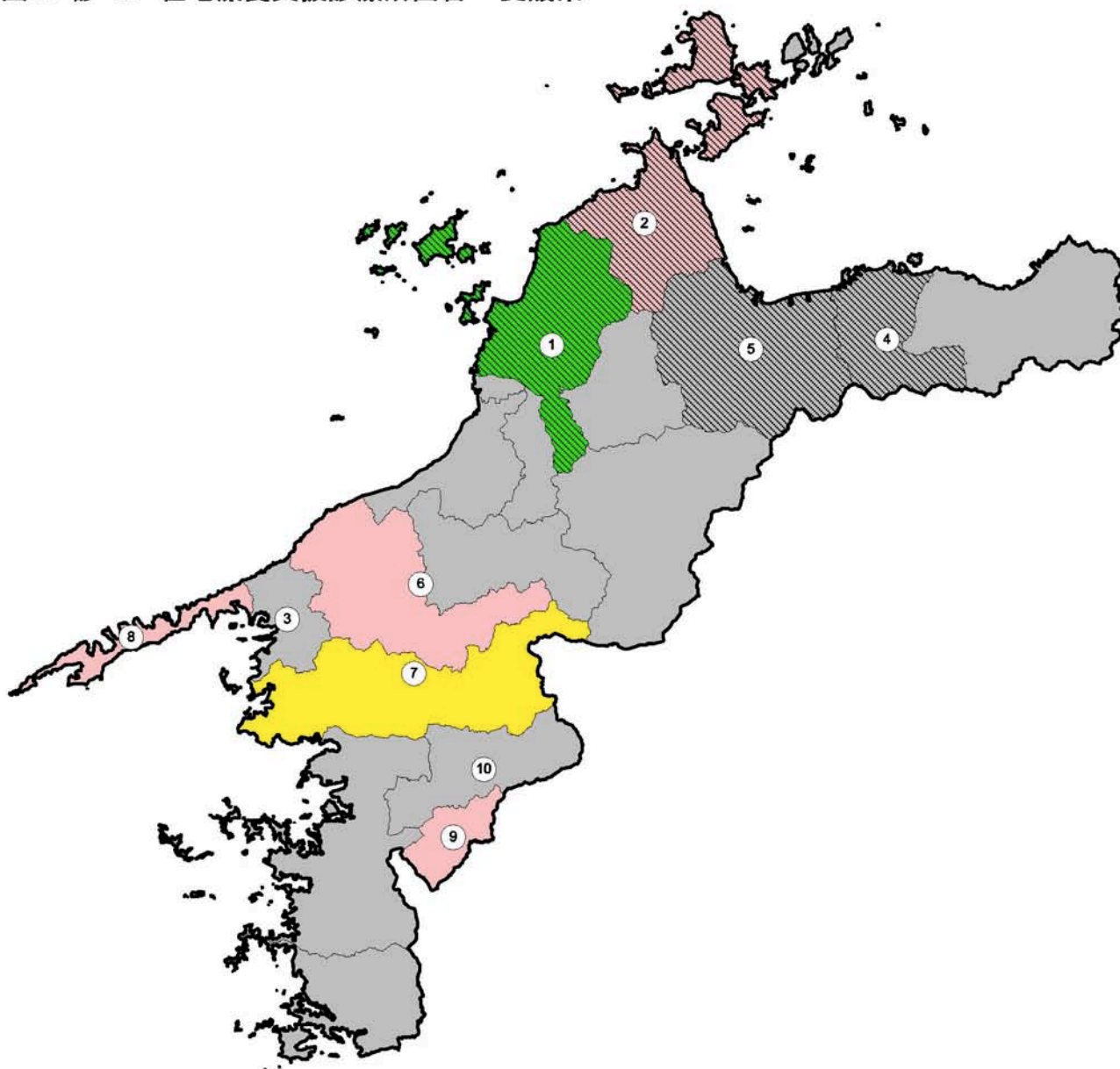
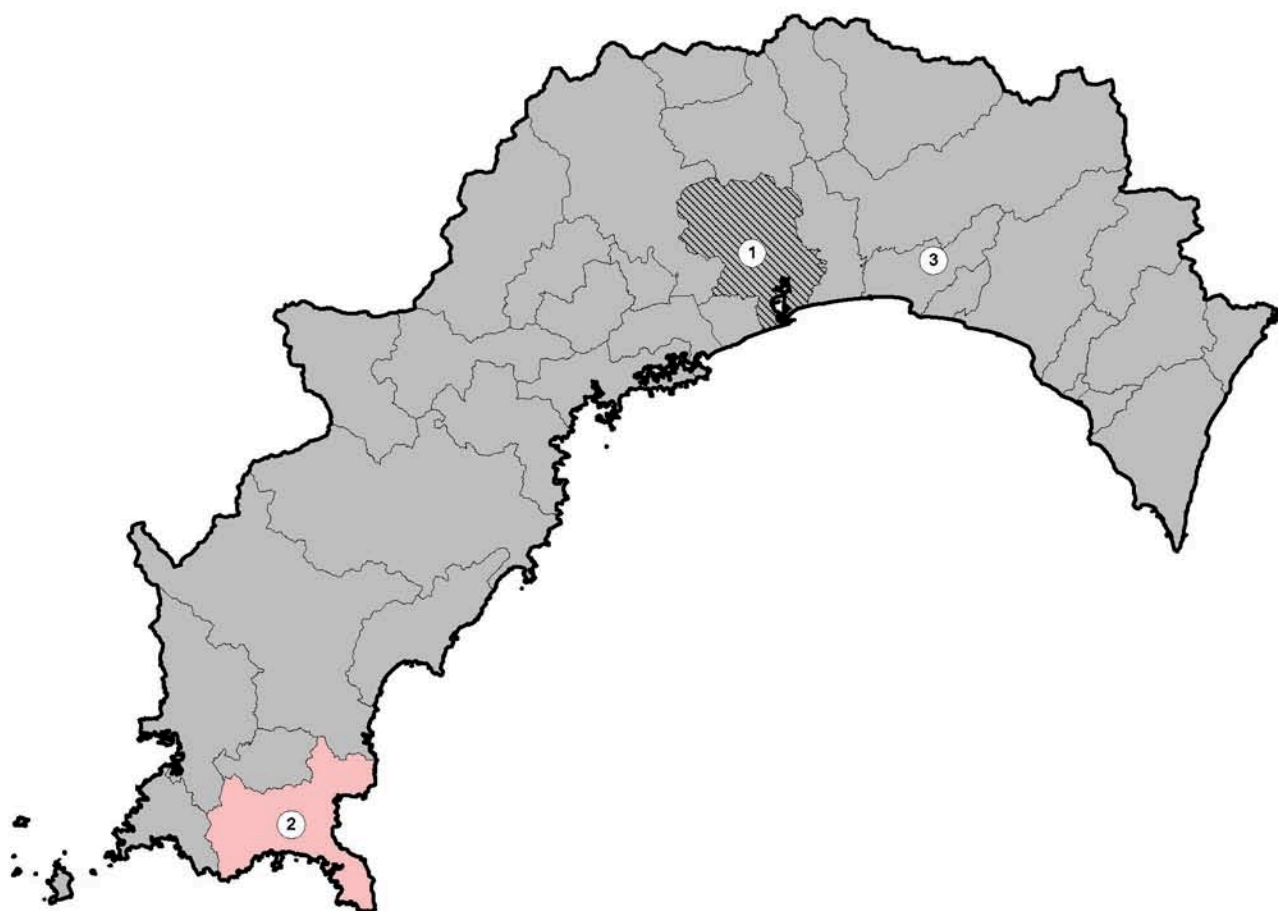


図 M-介-39 介護事業所回答 - 高知県



1	高知県高知市
2	高知県土佐清水市
3	高知県香南市

図 M-診-39 在宅療養支援診療所回答 - 高知県

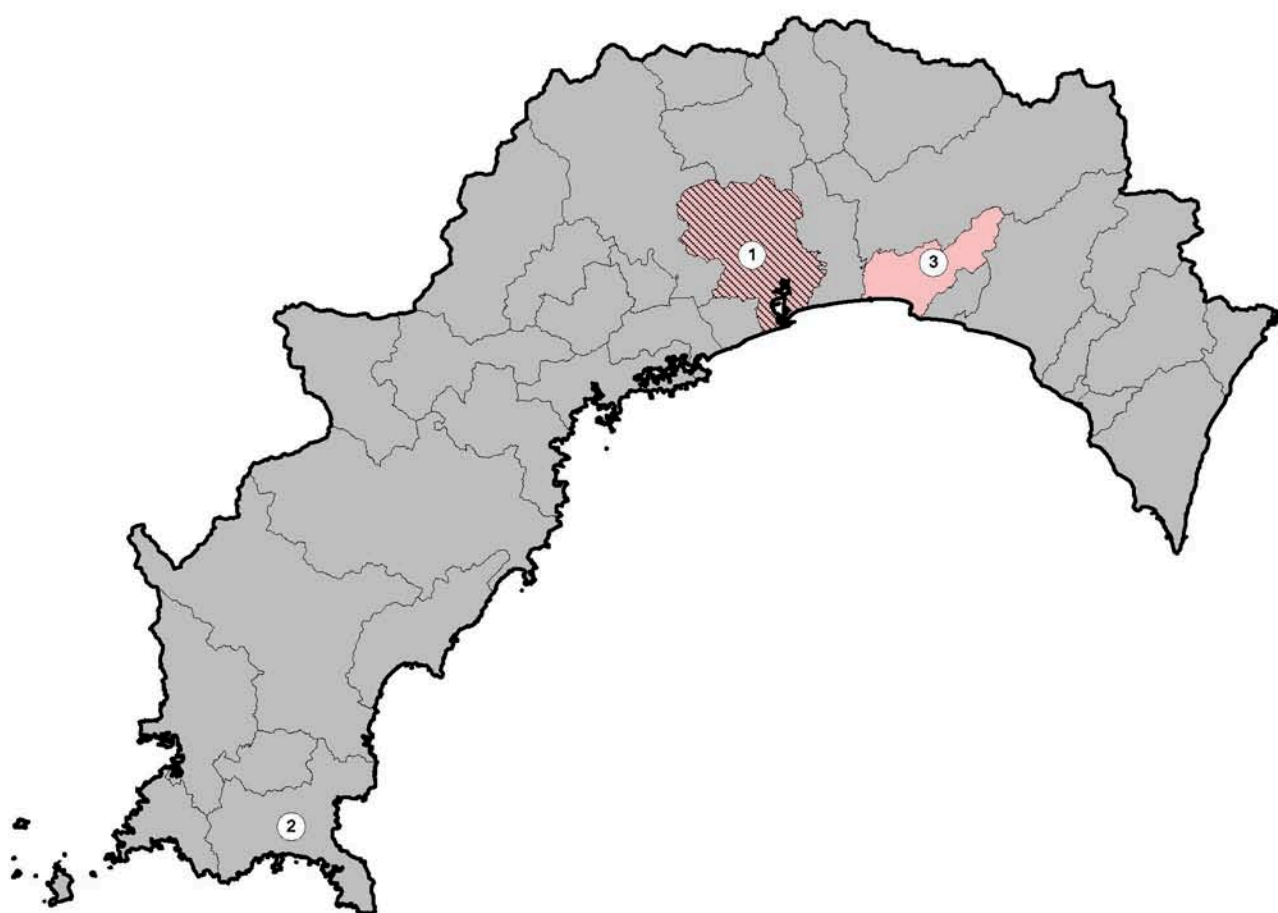
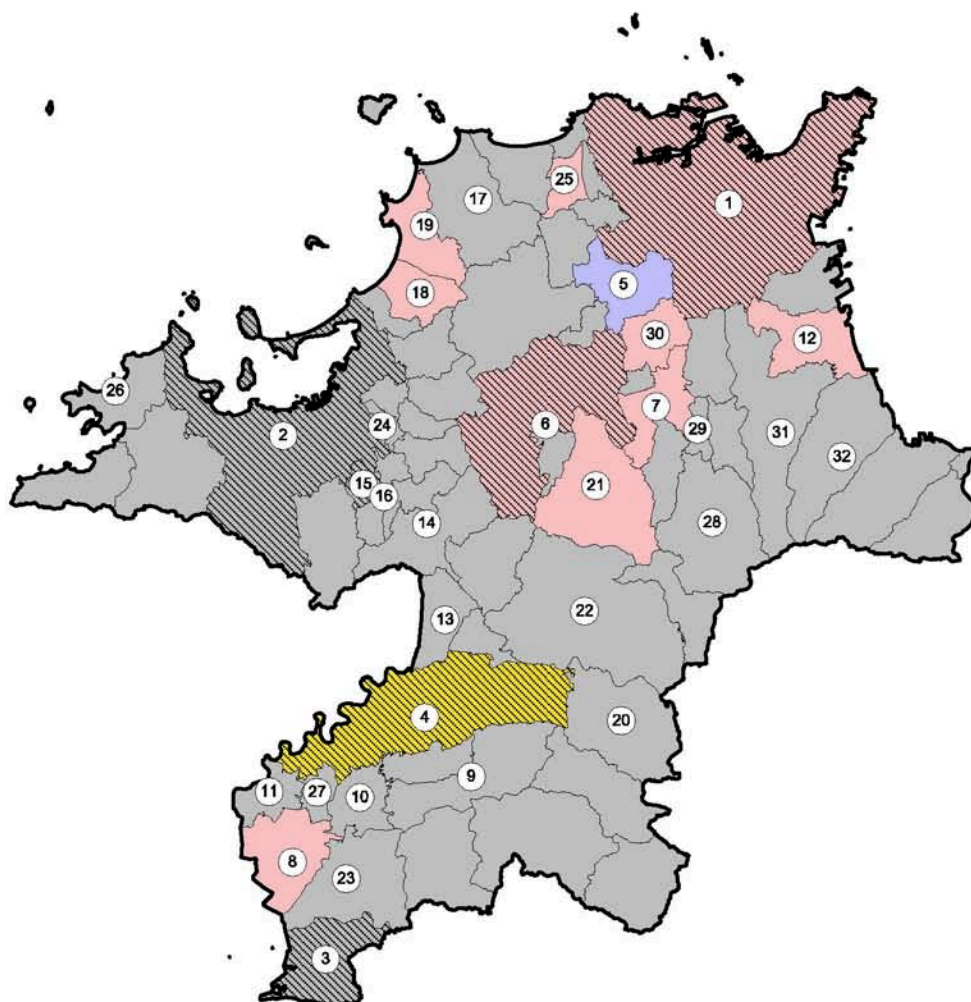
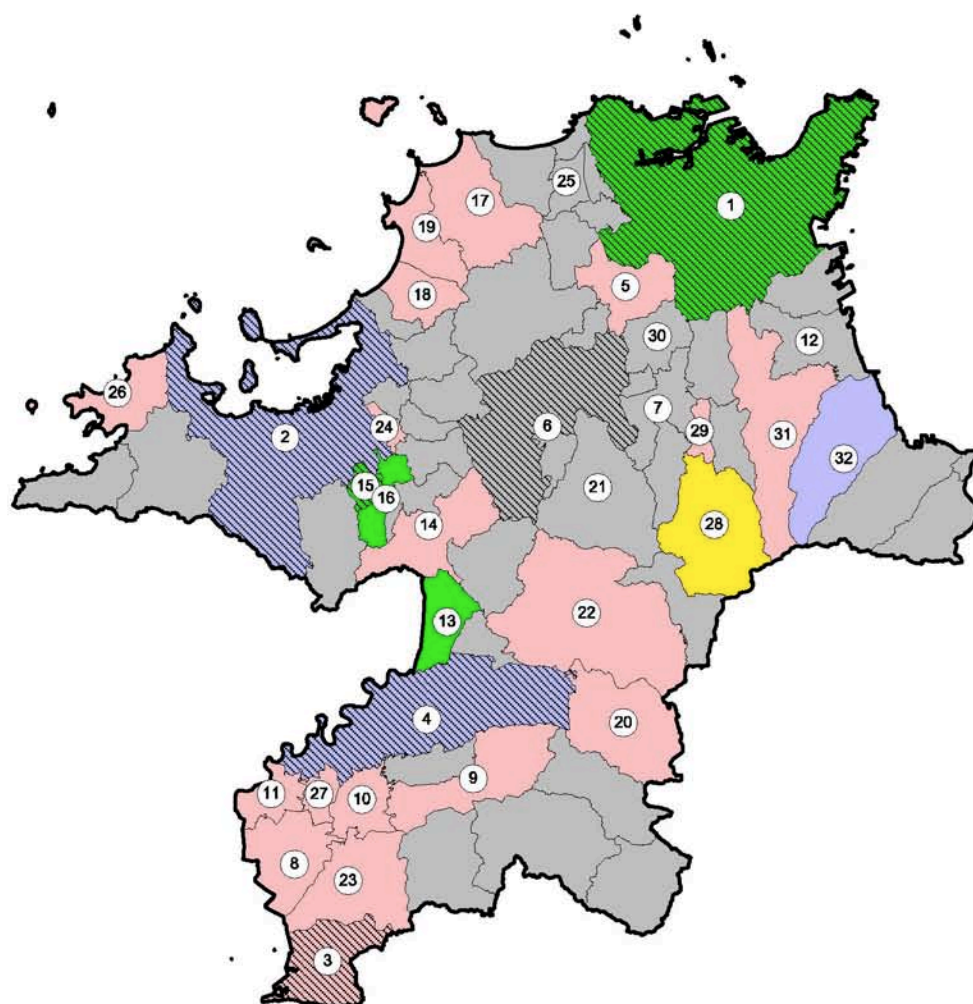


図 M-介-40 介護事業所回答-福岡県



1	福岡県北九州市	11	福岡県大川市
2	福岡県福岡市	12	福岡県行橋市
3	福岡県大牟田市	13	福岡県小郡市
4	福岡県久留米市	14	福岡県筑紫野市
5	福岡県直方市	15	福岡県春日市
6	福岡県飯塚市	16	福岡県大野城市
7	福岡県田川市	17	福岡県宗像市
8	福岡県柳川市	18	福岡県古賀市
9	福岡県八女市	19	福岡県福津市
10	福岡県筑後市	20	福岡県うきは市

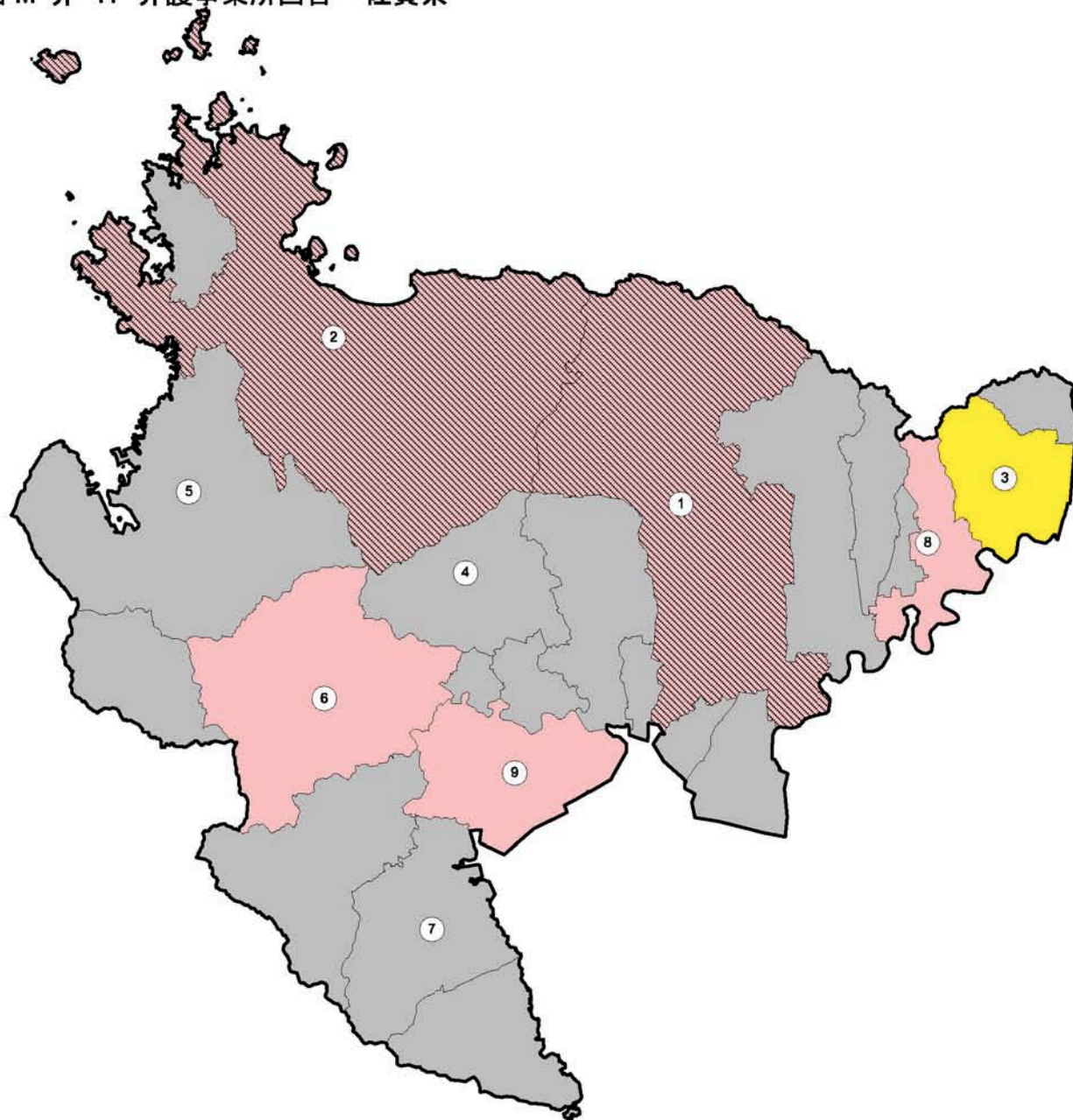
図 M-診-40 在宅療養支援診療所回答 - 福岡県



21	福岡県嘉麻市
22	福岡県朝倉市
23	福岡県みやま市
24	福岡県糟屋郡志免町
25	福岡県遠賀郡遠賀町
26	福岡県糸島郡志摩町
27	福岡県三潁郡大木町
28	福岡県田川郡添田町
29	福岡県田川郡大任町
30	福岡県田川郡福智町

31	福岡県京都郡みやこ町
32	福岡県築上郡築上町

図 M-介-41 介護事業所回答 - 佐賀県



1	佐賀県佐賀市
2	佐賀県唐津市
3	佐賀県鳥栖市
4	佐賀県多久市
5	佐賀県伊万里市
6	佐賀県武雄市
7	佐賀県鹿島市
8	佐賀県三養基郡みやき町
9	佐賀県杵島郡白石町

図 M-診-41 在宅療養支援診療所回答 - 佐賀県

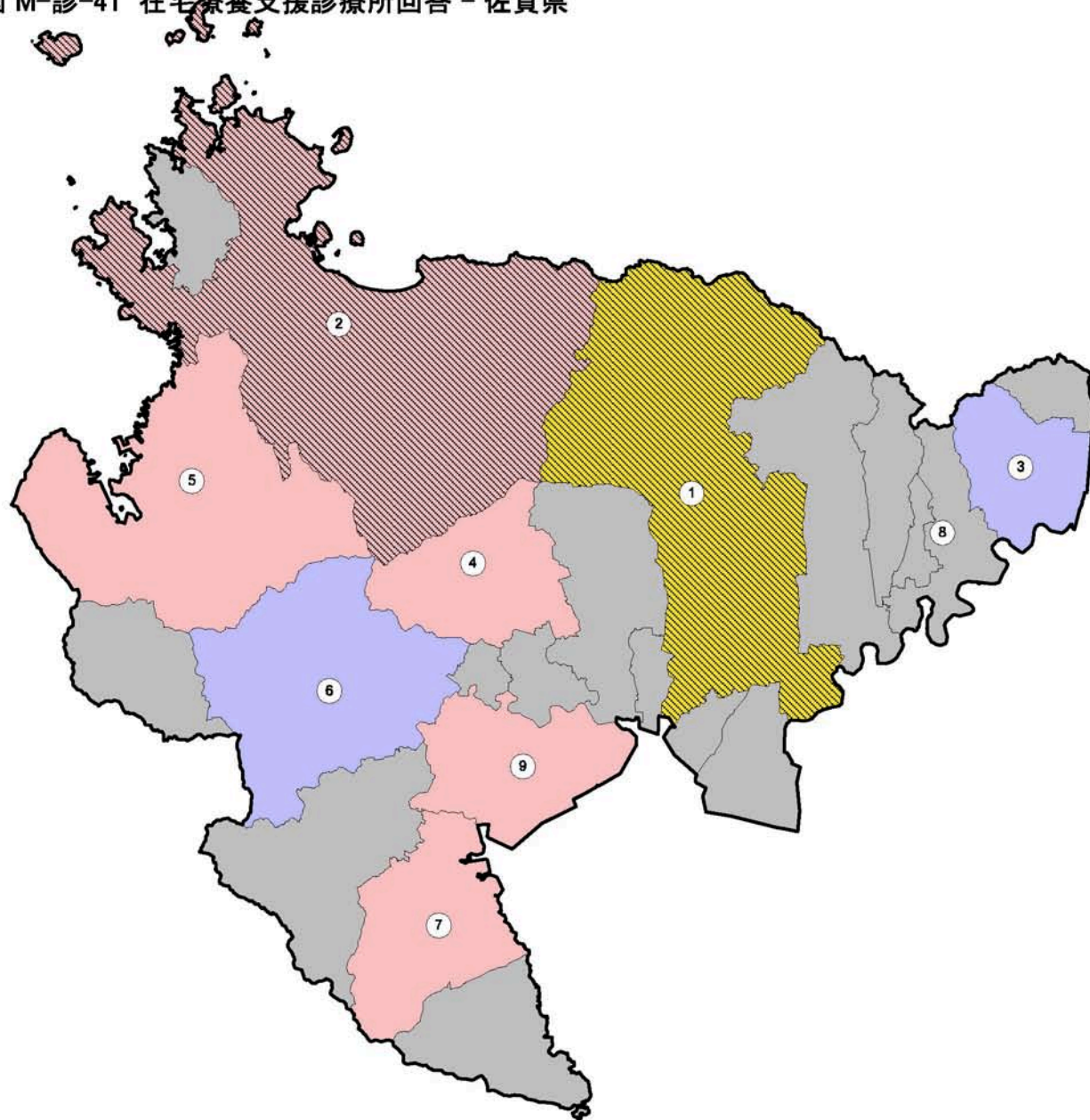
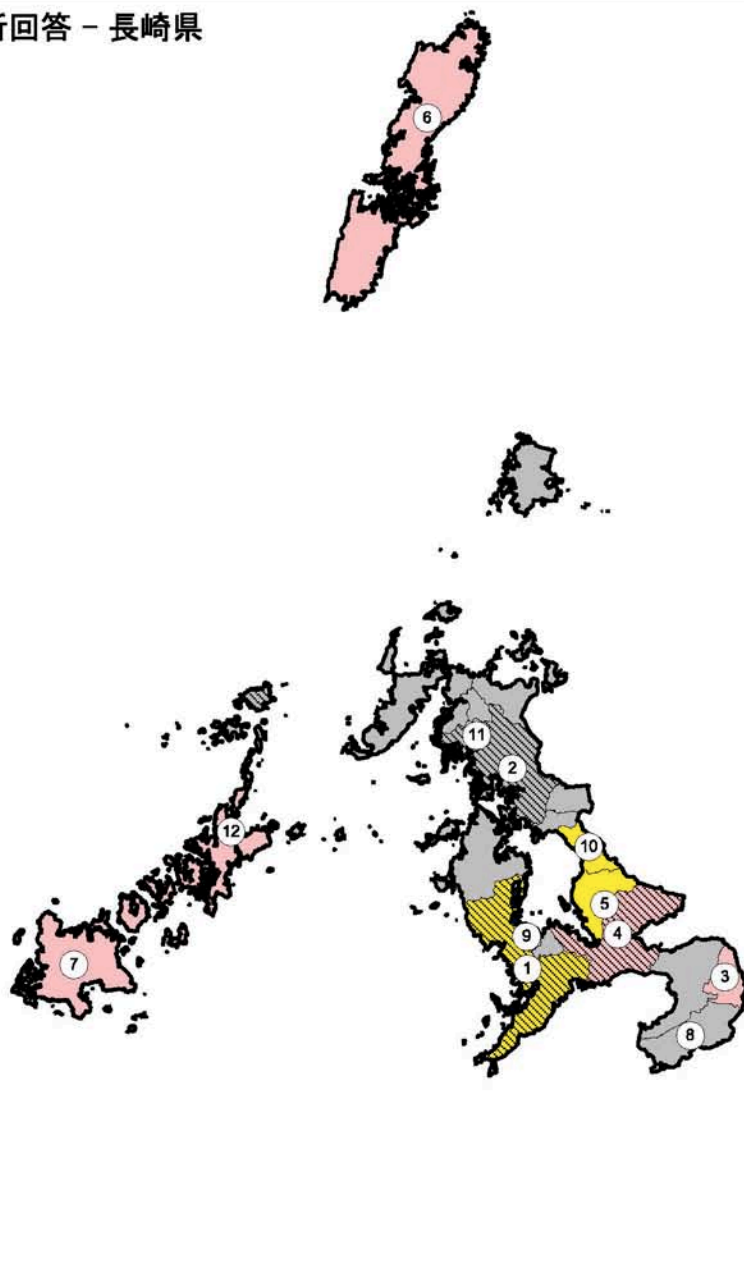


図 M-介-42 介護事業所回答 - 長崎県



1	長崎県長崎市
2	長崎県佐世保市
3	長崎県島原市
4	長崎県諫早市
5	長崎県大村市
6	長崎県対馬市
7	長崎県五島市
8	長崎県南島原市
9	長崎県西彼杵郡時津町
10	長崎県東彼杵郡東彼杵町

11	長崎県北松浦郡佐々町
12	長崎県南松浦郡新上五島町

図 M-診-42 在宅療養支援診療所回答 - 長崎県

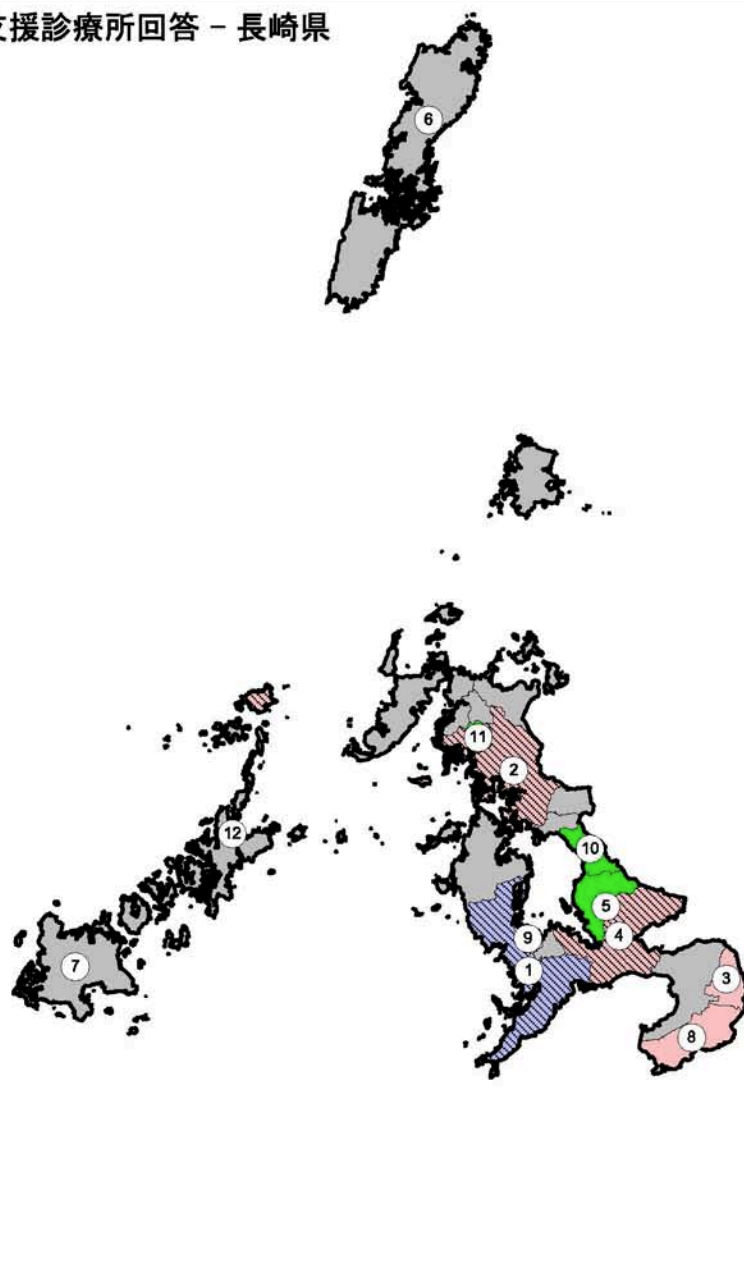
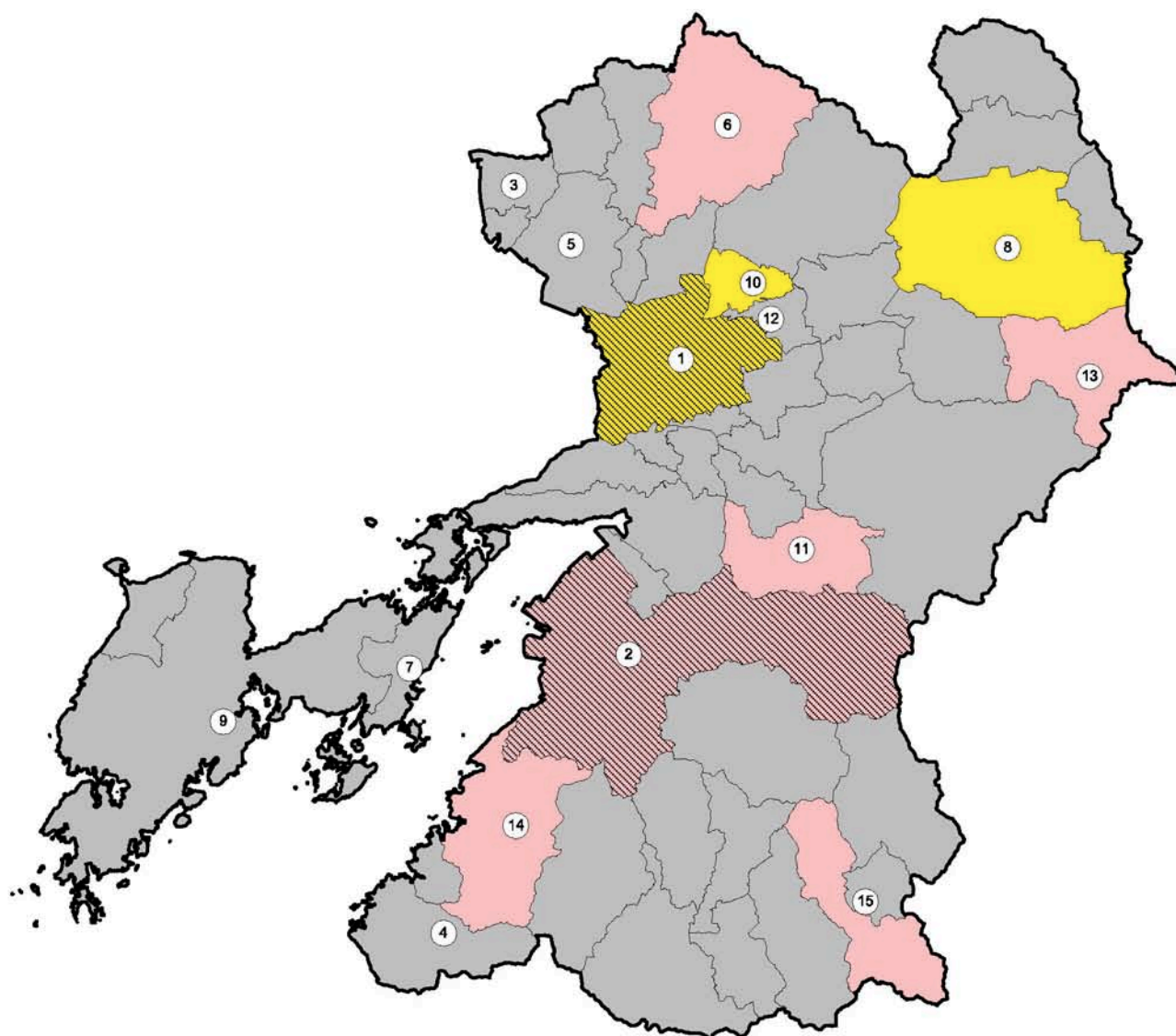


図 M-介-43 介護事業所回答 - 熊本県



1	熊本県熊本市
2	熊本県八代市
3	熊本県荒尾市
4	熊本県水俣市
5	熊本県玉名市
6	熊本県山鹿市
7	熊本県上天草市
8	熊本県阿蘇市
9	熊本県天草市
10	熊本県合志市

11	熊本県下益城郡美里町
12	熊本県菊池郡菊陽町
13	熊本県阿蘇郡高森町
14	熊本県葦北郡芦北町
15	熊本県球磨郡多良木町

図 M-診-43 在宅療養支援診療所回答 - 熊本県

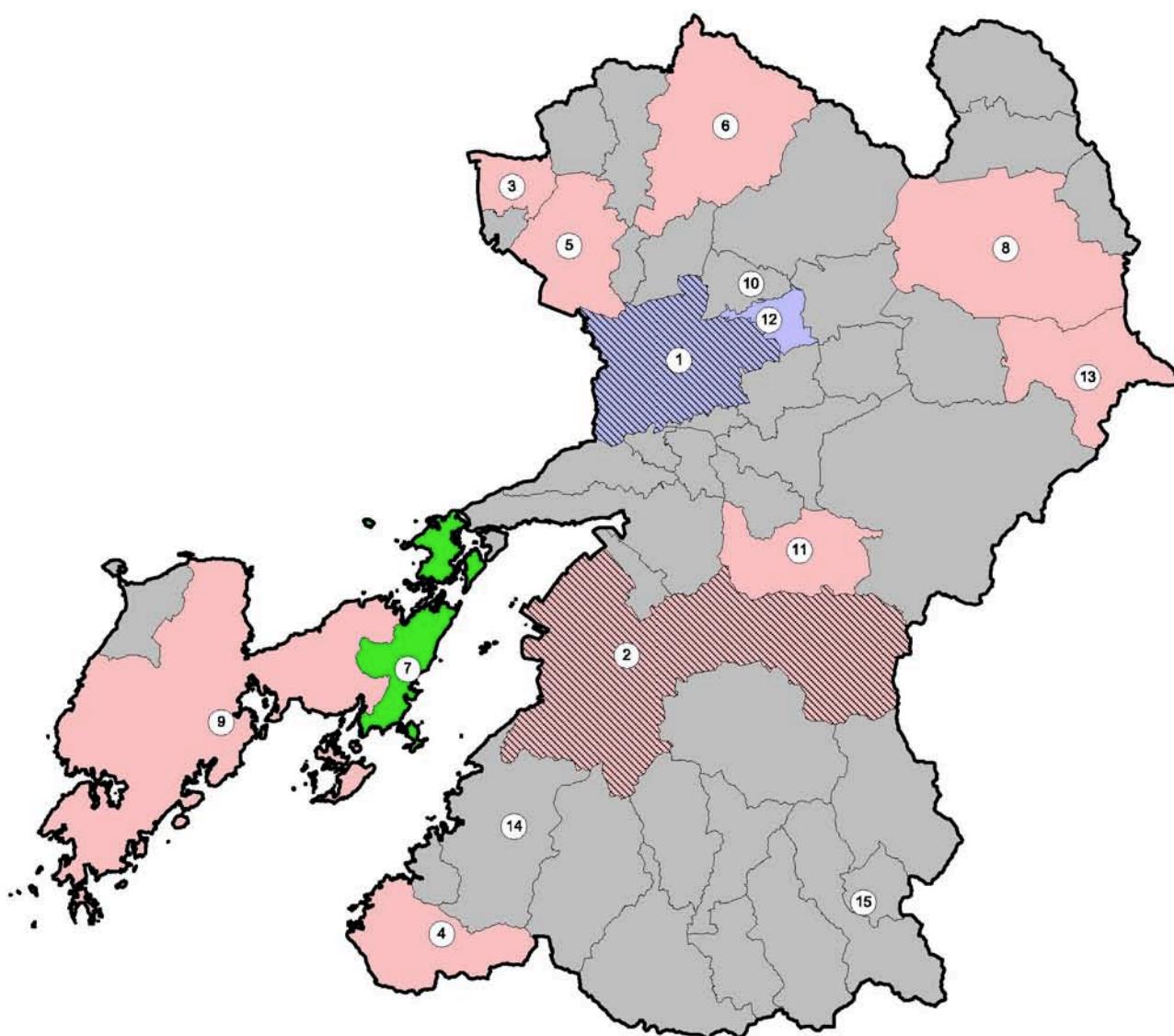
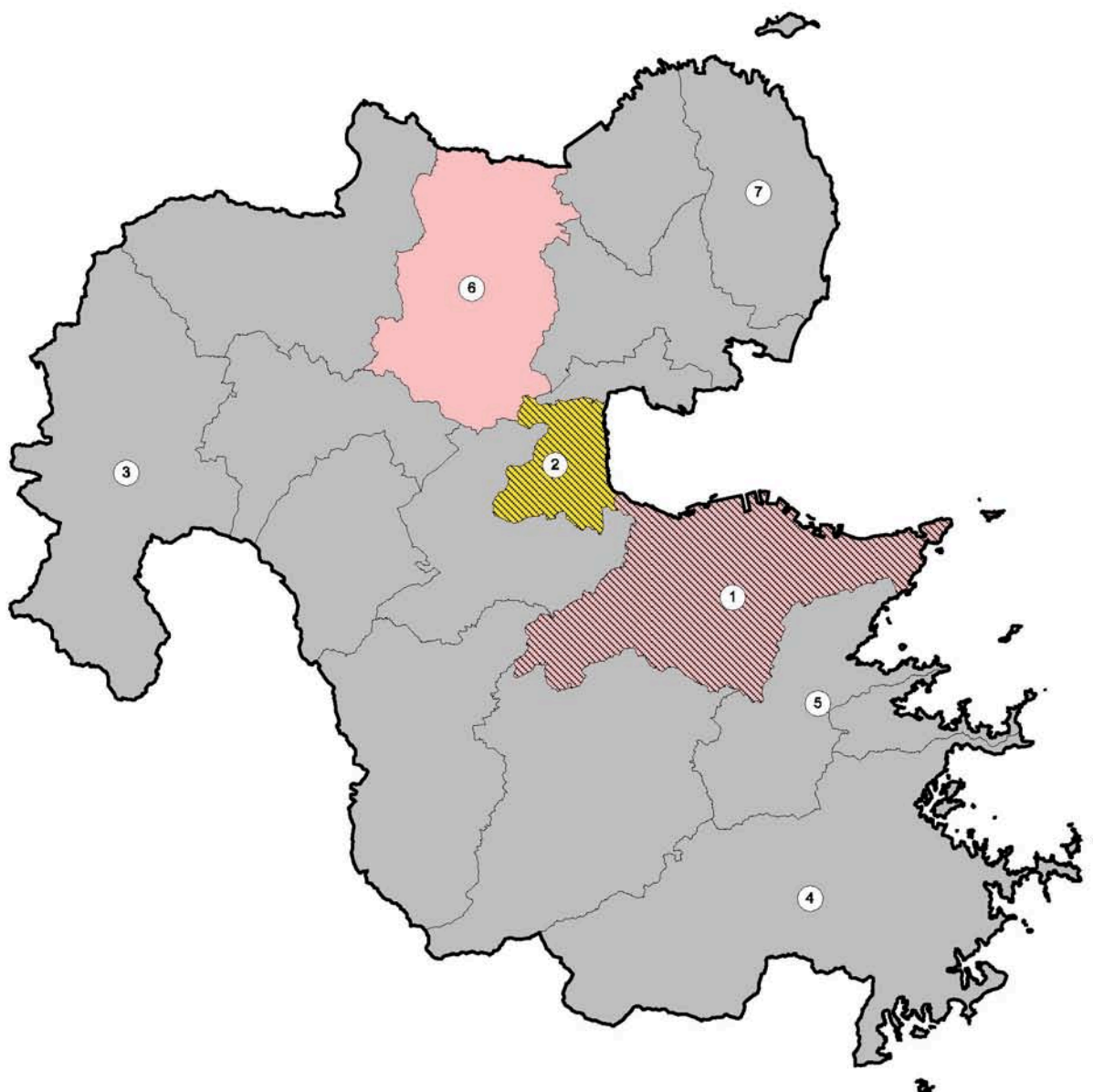


図 M-介-44 介護事業所回答 - 大分県



1	大分県大分市
2	大分県別府市
3	大分県日田市
4	大分県佐伯市
5	大分県臼杵市
6	大分県宇佐市
7	大分県国東市

図 M-診-44 在宅療養支援診療所回答 - 大分県

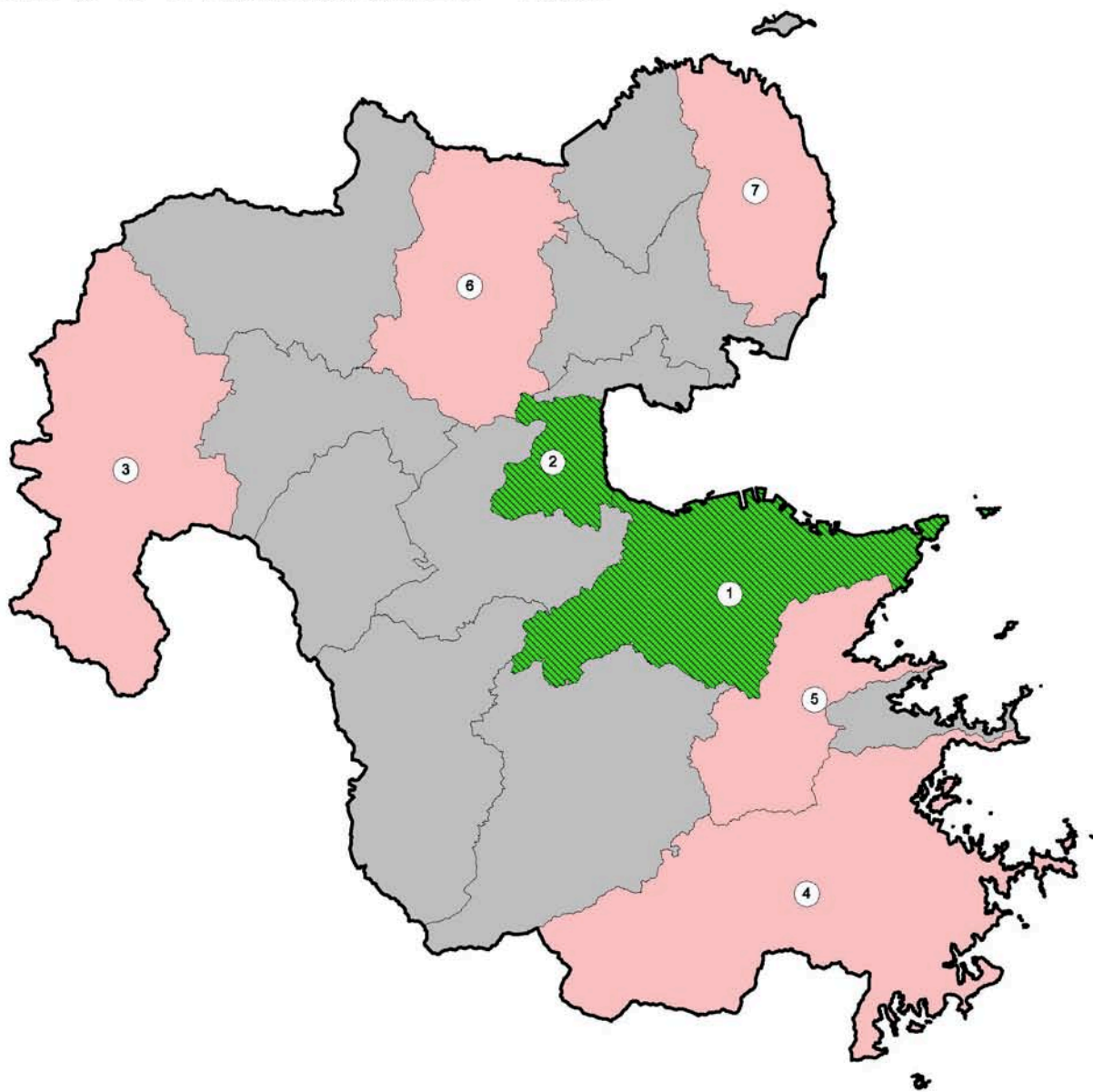
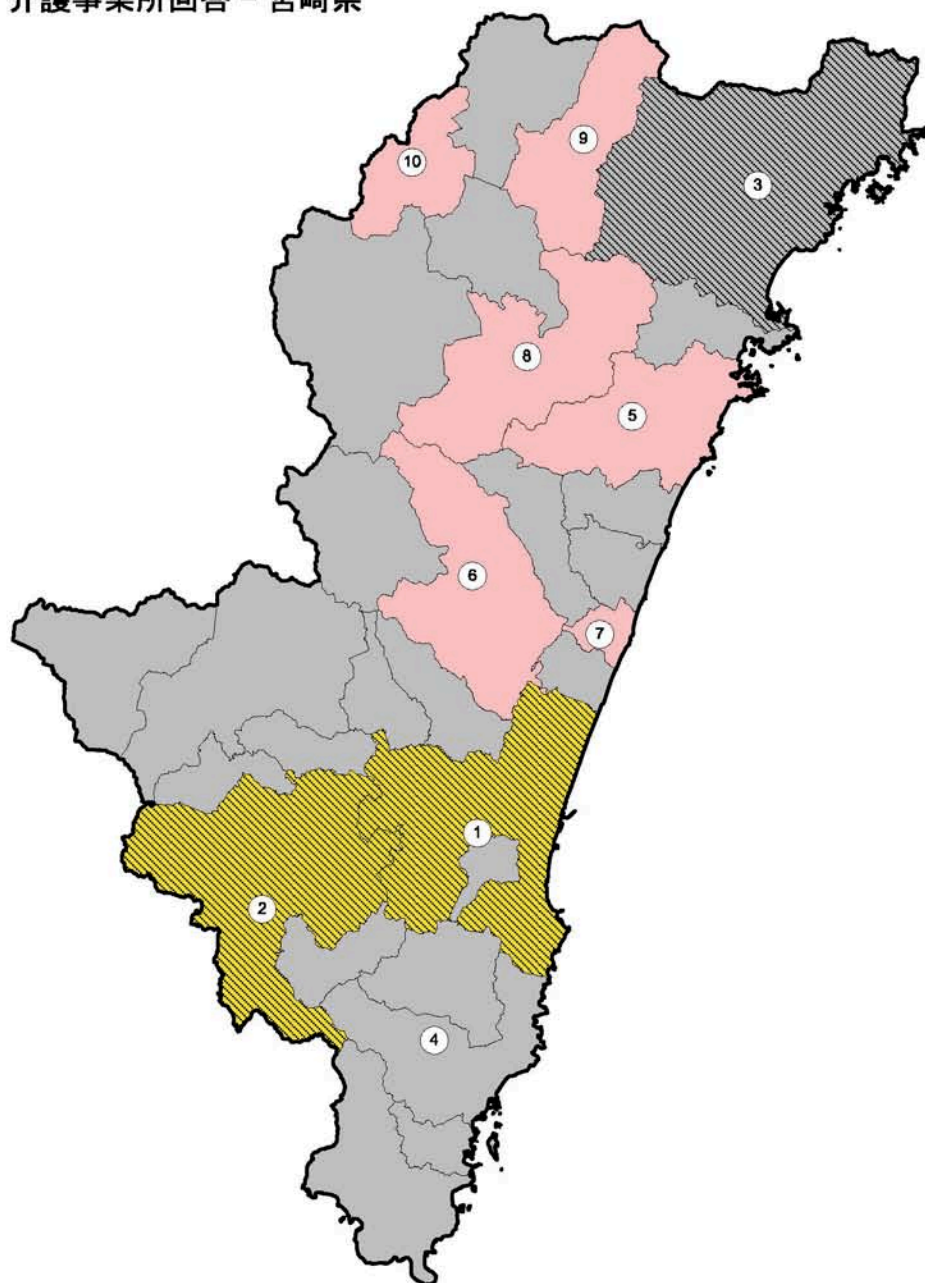


図 M-介-45 介護事業所回答 - 宮崎県



1	宮崎県宮崎市
2	宮崎県都城市
3	宮崎県延岡市
4	宮崎県日南市
5	宮崎県日向市
6	宮崎県西都市
7	宮崎県児湯郡高鍋町
8	宮崎県東臼杵郡美郷町
9	宮崎県西臼杵郡日之影町
10	宮崎県西臼杵郡五ヶ瀬町

図 M-診-45 在宅療養支援診療所回答 - 宮崎県

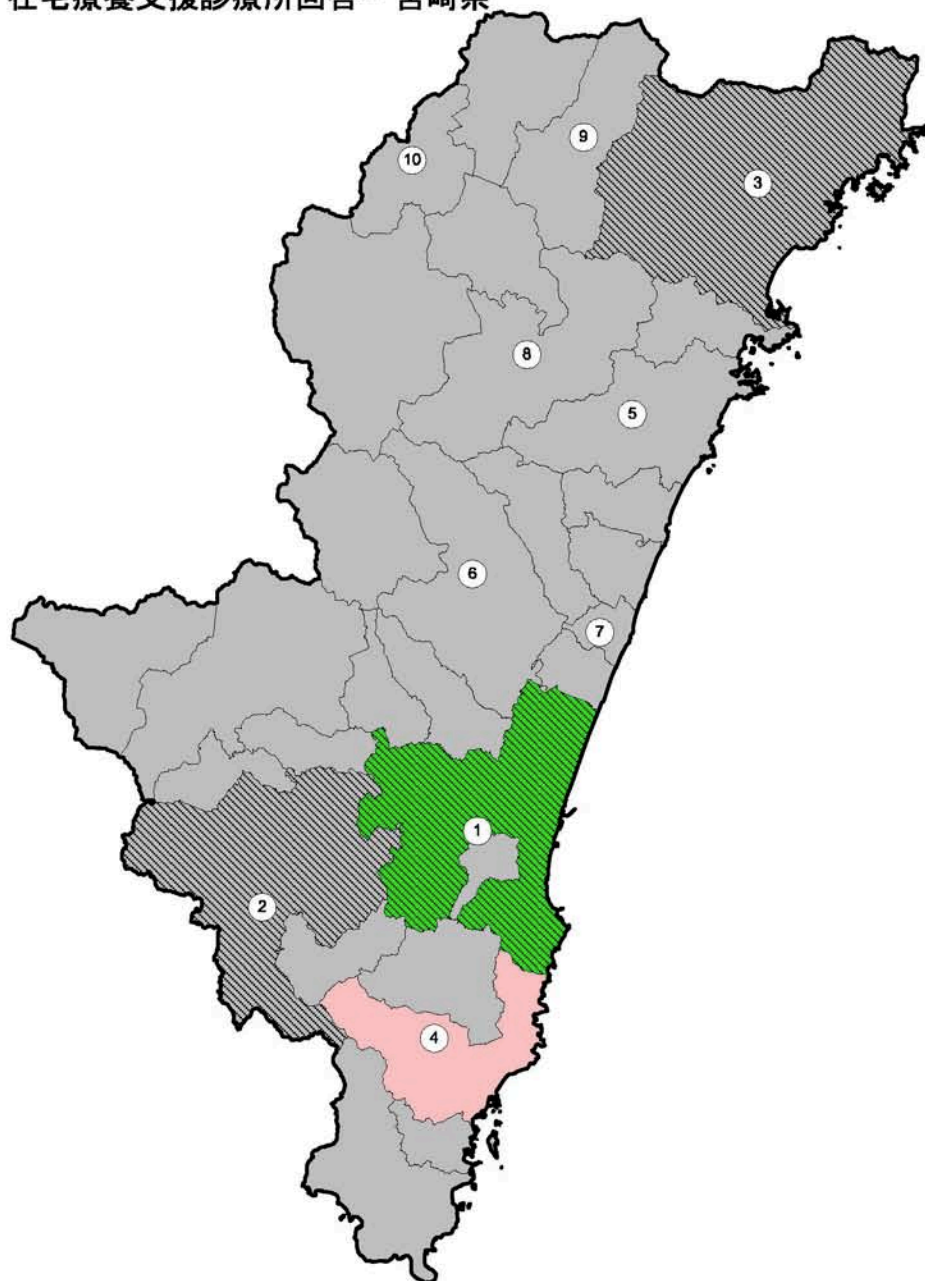
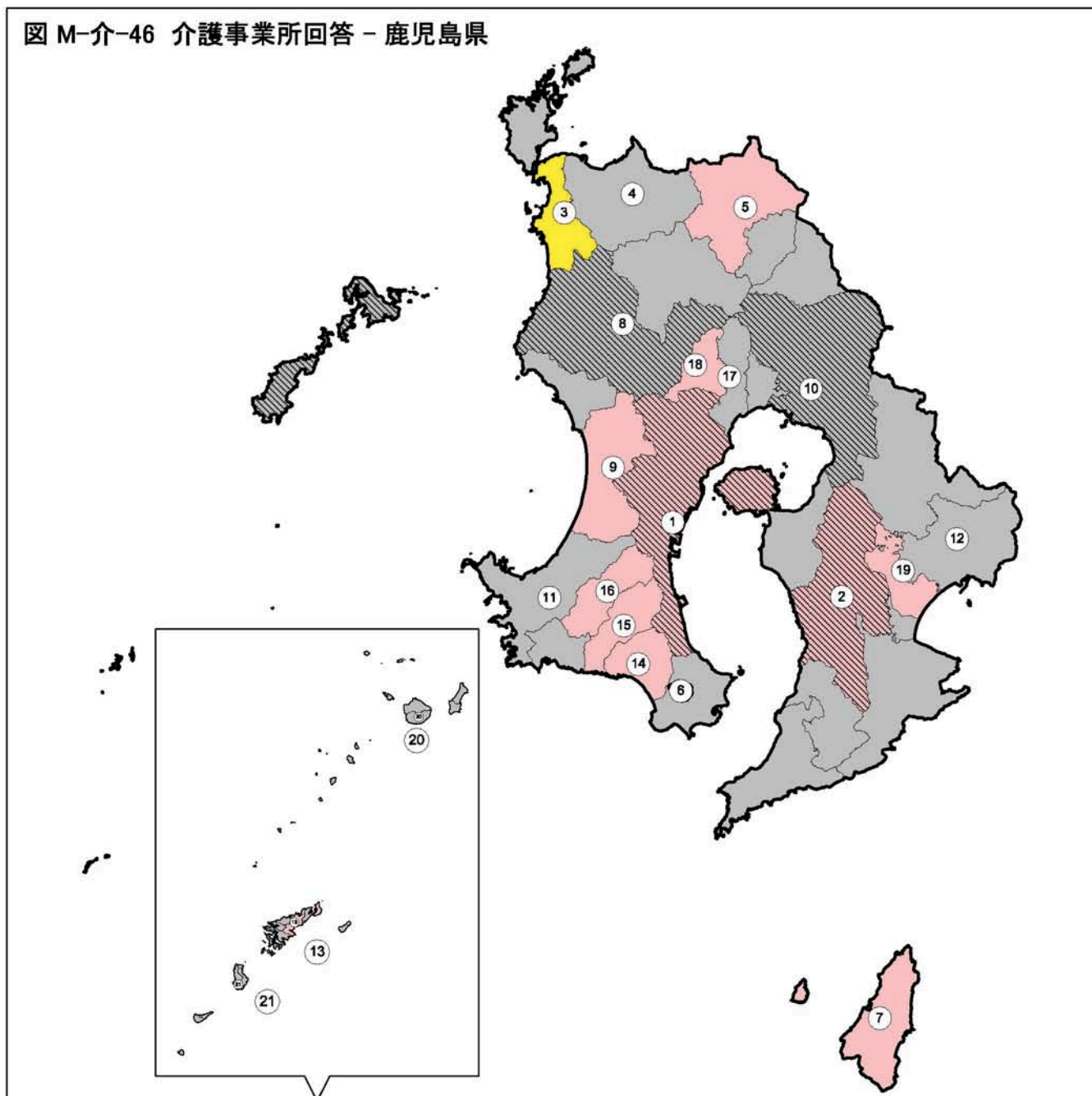


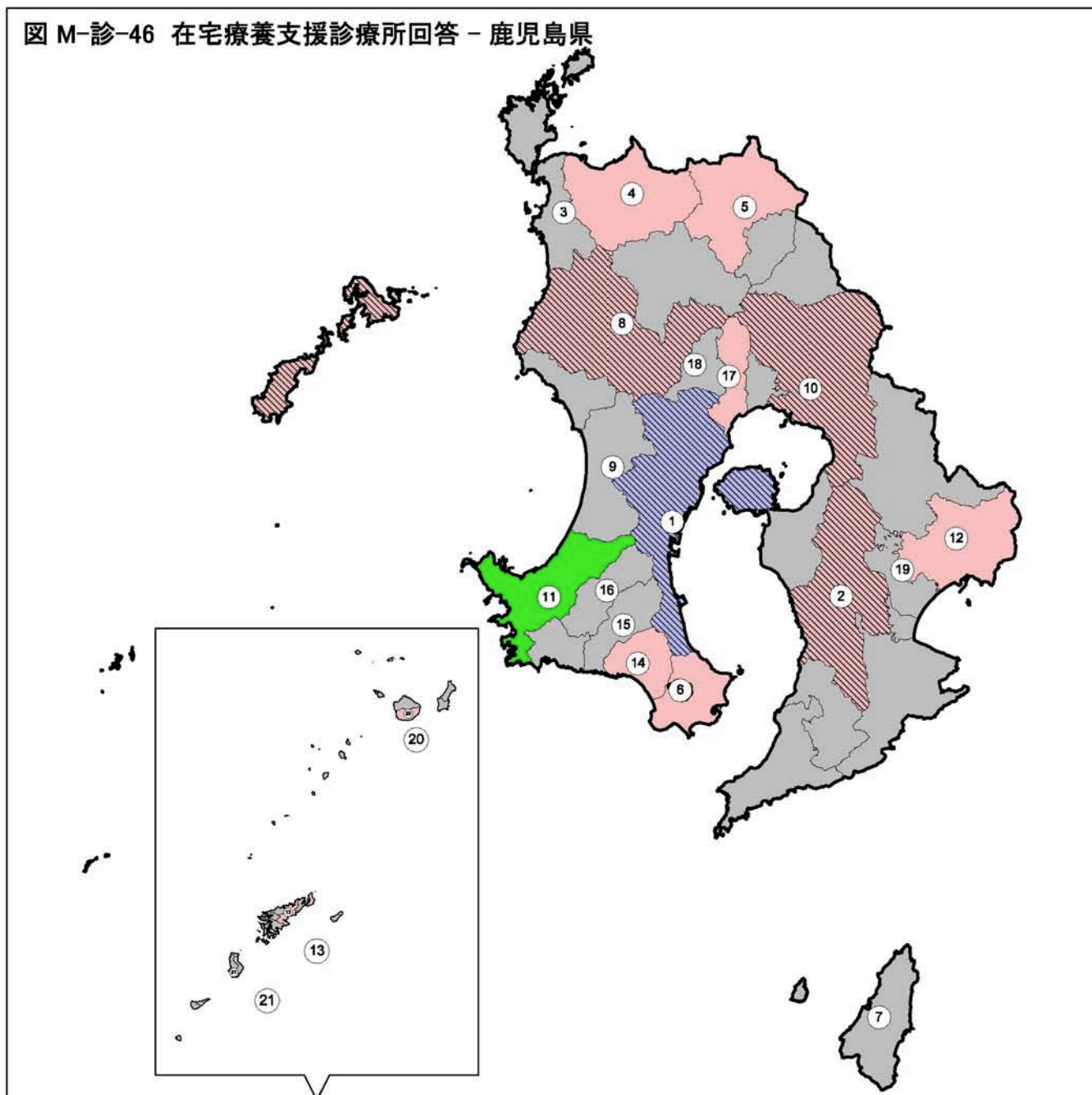
図 M-介-46 介護事業所回答 - 鹿児島県



1	鹿児島県鹿児島市
2	鹿児島県鹿屋市
3	鹿児島県阿久根市
4	鹿児島県出水市
5	鹿児島県大口市
6	鹿児島県指宿市
7	鹿児島県西之表市
8	鹿児島県薩摩川内市
9	鹿児島県日置市
10	鹿児島県霧島市

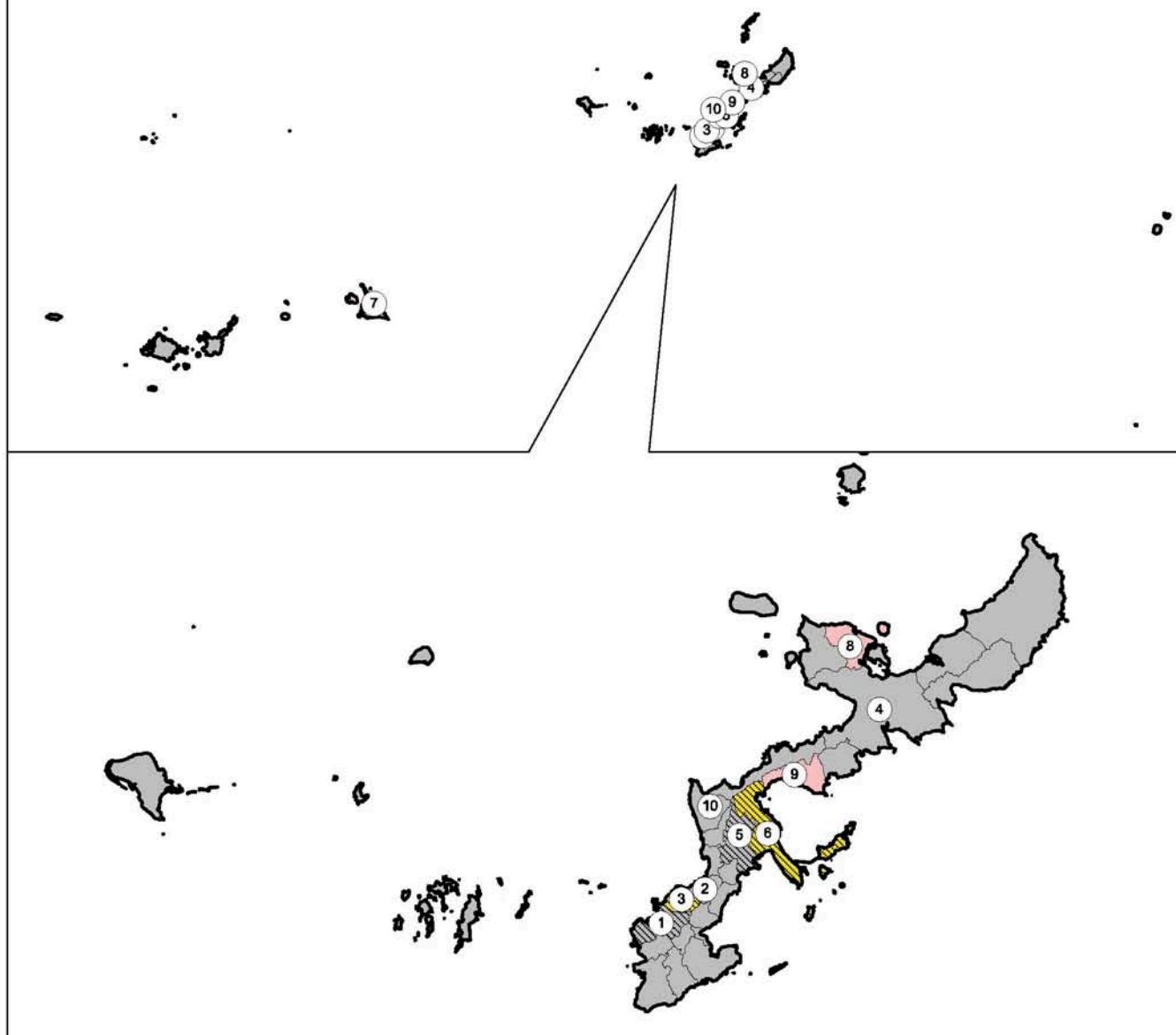
11	鹿児島県南さつま市
12	鹿児島県志布志市
13	鹿児島県奄美市
14	鹿児島県揖宿郡穎娃町
15	鹿児島県川辺郡知覧町
16	鹿児島県川辺郡川辺町
17	鹿児島県始良郡始良町
18	鹿児島県始良郡蒲生町
19	鹿児島県曾於郡大崎町
20	鹿児島県熊毛郡屋久町

図 M-診-46 在宅療養支援診療所回答 - 鹿児島県



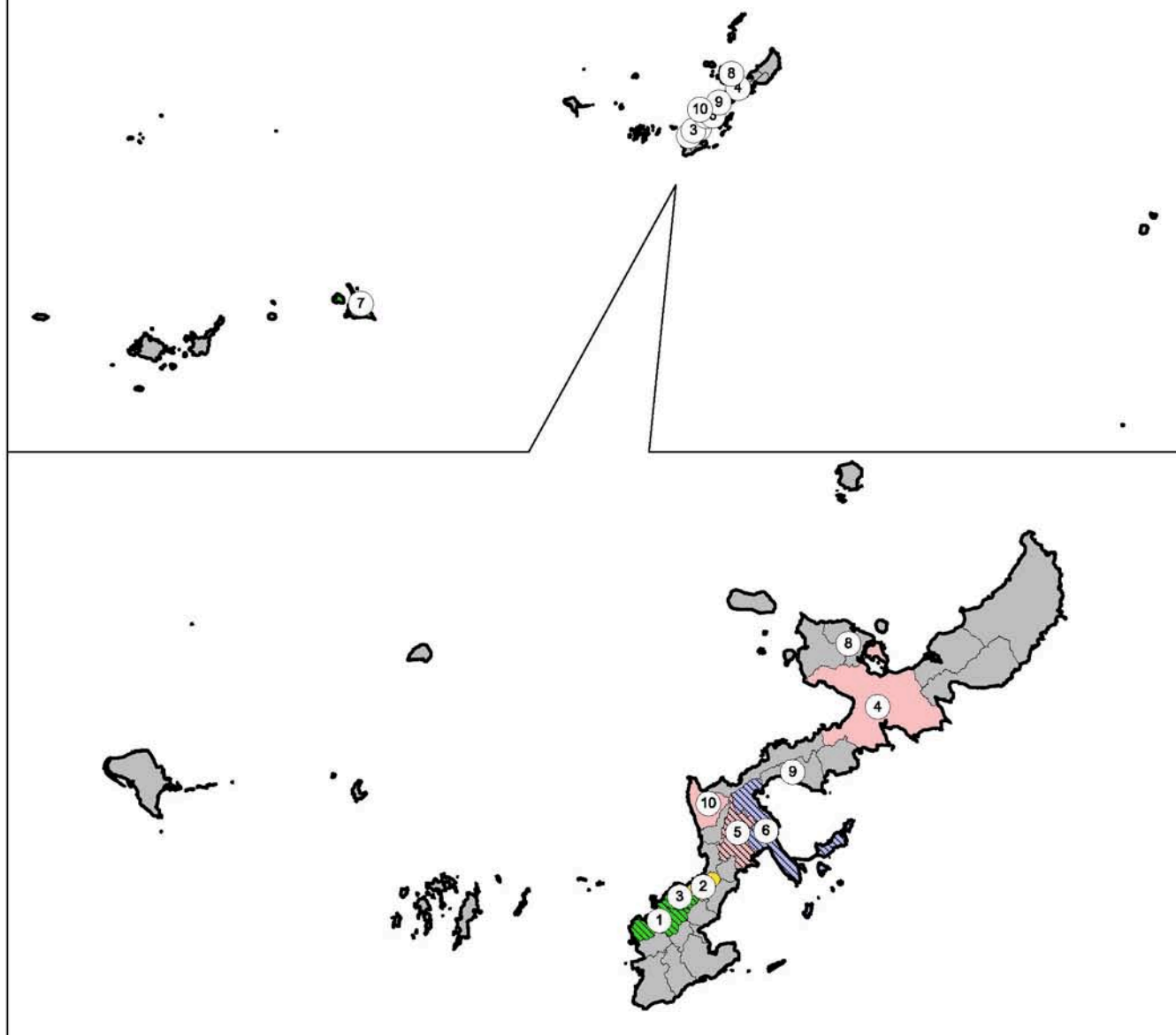
21 鹿児島県大島郡伊仙町

図 M-介-47 介護事業所回答 - 沖縄県



1	沖縄県那覇市
2	沖縄県宜野湾市
3	沖縄県浦添市
4	沖縄県名護市
5	沖縄県沖縄市
6	沖縄県うるま市
7	沖縄県宮古島市
8	沖縄県国頭郡今帰仁村
9	沖縄県国頭郡金武町
10	沖縄県中頭郡読谷村

図 M-診-47 在宅療養支援診療所回答 - 沖縄県



**重度障害者等包括支援が生きる環居宅医療－介護連携体制構築と
運用戦略に関する研究事業
事業実績報告書**

平成19年4月10日

平成18年度地域生活支援事業費等補助金及び
障害程度区分認定等事業費補助金
(障害者保健福祉推進事業分)

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

〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院二丁目1番7号

Tel: 022-212-8501

Fax: 022-212-8533
