

茶☆りんり】、姉妹店【かふえ☆りんり】)を利用したことがある医療従事者に対するインタビュー調査を踏まえ、「臨床倫理コンサルテーション」の現状と課題、特に臨床倫理サポートを担う人材の基本的素養とスキルを明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

常設型倫理コンサルテーション・ルーム(本店【喫茶☆りんり】、姉妹店【かふえ☆りんり】)にて倫理相談をしたことがある、主として神経難病医療または終末期医療に関わっている医療従事者(看護師、医師、作業療法士、理学療法士、ソーシャル・ワーカー等、職種は問わない)を対象とし、調査協力に同意をしてくれたスタッフに対し半構造的インタビューを行い、逐語録を質的に分析した。インタビュー期間は、2006年3月から10月。インタビュー参加者は、総計18名。内訳は以下の通り。看護職:10名、医師:4名(神経内科医:3名、ホスピス・ドクター:1名)、医療福祉関連職:4名(ソーシャル・ワーカー:2名、介護福祉専門員1名、特殊機能指導員1名)。主な質問項目は以下の通り。「倫理相談を受けてみようと思った動機は何か。」「受けてみて良かったことは何か。」「患者さんへの接し方やあなた自身の考え方で変化したことはあったか。」「物足りなかったことはなかったか。」「倫理相談を行う人材には、どのようなスキルや素養が必要だと思うか。」「倫理相談をはじめとする臨床倫理サポートは必要だと思うか。」

## C. 研究結果

主な結果は以下の通り。「動機」については、「患者とのコミュニケーションの問題」、「医療従事者間の対立」、「診療行為の適性に対す

る疑問」、「治療方針に関する迷い」等の他、「現場の医療慣行に対するモヤモヤした感覚」を抱き、「とにかく相談してみたい」という理由での相談もあった。「効用(良かった点)」としては、「具体的なアドバイスや方向性の提示」、「職業的盲点や自己の固定観念からの解放」、「自分自身への振り返りの機会を得る」、「新たな気づき」、「精神的ストレスの解消」、「自分の悩みをわかってもらえるという実感」、「話し合うことの大切さの再認識」、「同職種間に限定された話し合いによって生じる煮詰まり感の打開」等が挙げられた。倫理コンサルタンの「スキル・素養」については、「医学および倫理学の知識」、「医療現場の実実への精通」、「話し易さ」、「お仕着せでない態度」、「明るさと優しさ」、「アクセスの容易さとすばやいレスポンス」、「包容力」そして「第三者的立場にあること」等が挙げられた。

### インタビュー結果のまとめ

#### <臨床倫理コンサルテーション

##### 依頼のきっかけ>

- ①診療方針に関する迷い(倫理的・法的妥当性に対する不安)
- ②医師と患者・家族との板挟みにあつて(看護師など医師以外の医療従事者の場合)
- ③患者・家族への対応に困って
- ④医療従事者間の意見の不一致をきっかけに
- ⑤「モヤモヤ」して(漠然とした「煮詰まり」感)

#### <臨床倫理コンサルテーションに

##### 対する積極的評価>

- ①具体的なアドバイスを得る
- ②疑問的・問題点を整理できる
- ③あらたな「気づき」を得る
- ④「スッキリ感」が得られる
- ⑤同職種間の「煮詰まり」を打開できる
- ⑥感情的・心理的サポートが得られる

- ⑦「チーム」によるコンセンサス形成が得られる
- ⑧「医療・ケアの質」の向上に貢献できる

#### ＜臨床倫理コンサルタントに

##### 求められる資質＞

- ①法的・倫理的知識のみならず、医療現場の実情に精通していること
- ②コミュニケーション・スキル(話しやすさ:傾聴、共感、受容、包容力、人柄の明るさ、等)
- ③「中立的」立場(患者・家族の側でもなく、医療者側でもなく、というバランス感覚)

#### ＜臨床倫理コンサルテーション

##### 有効活用を妨げるもの＞

- ①「倫理」という言葉のネガティブなイメージ
- ②「倫理を語る」ことに対する抵抗感
- ③時間的・精神的余裕の無さ
- ④医療チーム内での問題意識共有の欠如

#### ＜わが国における

##### 臨床倫理コンサルテーションの

##### 今後の課題＞

- ①「倫理委員会」の限界
- ②施設内常駐「倫理コンサルタント」へのニーズ
- ③24 時間「フルタイム」倫理コンサルテーションへのニーズ(活用のしやすさの工夫)

## D. 考察

逐語録を分析する中で、特徴的なカテゴリーとしては「医療従事者の多忙さ」、「倫理的なことを語るにあたっての心理的抵抗感」、「初めて話す場合のコンサルタントの人間性に対する不安」等が注目に値する。さらに「倫理」という言葉の持つ様々な「ネガティブ・イメージ」のため、参加者は倫理的な発言を行う難しさと「敷居の高さ」を感じていたが、回答者全員が第三者的立場からの迅速な臨床倫理

サポート(臨床倫理コンサルテーション)の必要性を認めていた。医療従事者の「バーン・アウト予防のためにも有益」という発言も多く見られたことから、現場の医療スタッフに対する組織的・体系的な「倫理コンサルテーション」の体制を早急に確立することが必要であるといえる。

## インタビュー結果の詳細と 各カテゴリーの考察

#### ＜臨床倫理コンサルテーション

##### 依頼のきっかけ＞

- ①診療方針に関する迷い  
(倫理的・法的妥当性に対する不安)  
「・・・これだと法に触れるのではないかと。マスコミを見るたびにいろんな医師たちがいろんな目にあったり問題を抱えたりしている。自分たちもそうなるのではじゃないか。こうしていいのかいけないのか、分からないわけですよ。」「正直不安なんですよ。」
- ②医師と患者・家族との板挟みにあつて  
(看護師など  
医師以外の医療従事者の場合)  
「例えば、人工呼吸器をつけないほうがいいという先生の意見もすごく分かるし。最後まで、一生懸命やってほしいというご家族の意見も分かるし。そういうときに、どこまでわたし(看護師)が介入していいのか・・・」
- ③患者・家族への対応に困って  
「(ある神経難病患者が)人工呼吸器をつけて気管切開をするという時点で、ものすごく本人の気持ちが揺れ動いて、周りを巻き込んだ・・・どうしてそういうことになったか。僕らの診療は、どうして理解されないのか。謎なんですよ。」

#### ④医療従事者間の意見の不一致を

きっかけに

「例えば、ひとりの患者さんに関して、対応の仕方がスタッフ間で考えがいろいろ分かれたとき。この看護師は『こういうのいいんじゃないか』って、『でも、私はこう思う』とか、『じゃあ、倫理的にはどうなのか、この対応の仕方、聞いてみよう』という感じで。」

#### ⑤「モヤモヤ」して(漠然とした「煮詰まり」感)

「やっぱり倫理相談に行くときって、自分のモヤモヤをとりいえず言いたいので、自分の中でも分かっているんです。もう、こういうことを言いたいんじゃないなと思うことも一緒に出してしまうんですけど、それをばーっと言う、一度言わせていただいて、そこから自分の中で整理したいっていう人、多いと思うんです。」

- 医師の多くは受け持ち患者の治療方針に関する迷いや倫理的法的妥当性に関する不安からコンサルテーション依頼をすることが多かった。
- また自分達医師の考え方が社会で通用する「常識」なのかについて疑問を持つ回答者もいた。
- 依頼は行ったことの振り返りのためのこともあれば現在進行形の事例に関する選択肢についてのこともあった。
- 看護師やその他の医療従事者は医師と患者またはその家族との板ばさみになって、自分の立場ではどのような役割を果たすべきかというジレンマに陥っていた。
- 患者の希望と家族の意向が食い違う場合、ケアにあたる人々はいかにすべきか悩む。
- また医師の見解も家族の気持ちも共に説得力がある場合、医師の指示のもとで活動する立場にある医療従事者の苦悩は深まった。

#### ＜臨床倫理コンサルテーションに

対する積極的評価＞

##### ①具体的なアドバイスを得る

「私たちの話を聞きながら、ポツと、こう、アドバイスを下さるので、私たちが『ああ、そうなんだ。これでいいんだ』とか、『こういう方向に行けばいいんだ』っていうのをちゃんと自分たちが分かって帰れる。」

##### ②疑問的・問題点を整理できる

「『何が解決した』とかいうことじゃなくても、自分の中で考えが整理されるので、(コンサルテーション室に)入ってきた時と出て行くときではちょっと違うかなという気があります。」  
「冷静に聞いてくださっているというところで、自分たちの気持ちの整理も出来るということ。自分たちが悶々としているところがなんなのか、というところがちょっと整理できるかなという気がします。」

##### ③あらたな「気づき」を得る

「私もうまく伝えられないので、いろんなことを、あっち飛び、こっち飛びで話すんですけど、先生がそれをうまくまとめて、こういうことだよな？といわれるので、そこで、自分の一番困っていることに気づく。」

##### ④「スッキリ感」が得られる

「倫理相談を受けてですよね。パツと晴れたんです、モヤモヤが。スッキリしたんです。そこで、『こうなさい、こうだから、こう』って、答えをもらったわけではないんですけど。スッキリしたので、次の日からの行動が変わりました。ヒントをいただいて。」

##### ⑤同職種間の「煮詰まり」を打開できる

「当事者でない人からのアドバイスはいい。視野が広がるというか、医学的適応だけじゃないところで・・・。」

「自分自身の考えに盲点がないかどうか。特

に医者同士だと同じ盲点持っている場合がありますので、倫理コンサルタントが医者ではありませんので、僕らが持っている盲点を気がつけられる可能性が非常に高い。」

⑥感情的・心理的サポートが得られる

「この場というのは倫理だけではない、メンタルな相談室になっているんじゃないかな」

【「カフェ☆りんり」そのものはどちらかというとさっきおっしゃったような”ガス抜き”的な意味あいがかかなり強いだろうな、というのは、僕も感じているんですけど。」

「そして、同情じゃないけど、『そうだよね』っていう空気が多分、安心するんだと思う。『先生、こうですよ』って言ったら、『うん、うん、そうだよね』って言える空気も安心します。」

「多分全然違う職種一般のひと、例えば友人とか、そういう人に話しても分かってもらえないところが、ここ(倫理コンサルテーションの場)ではわかってもらえる。」

「自分じゃなんともできないことは、世のなかにもいろいろありますので、そういうときにやっぱりこう、あの『駆け込み寺』じゃないけれどもね。」  
「あたし即行動なんです。一回考えないんで。それでよく失敗するんですけど。でもそういうことじゃなしに、ちょっと一呼吸置ける。みんながギリギリのところ仕事をしてるとバランスがとれなくなってしまうところがあると思うので。」

「ほんとに悩んで、悩んで、悩んでドロップアウトする人を救えるのじゃないかなと思ってですね。」

⑦「チーム」によるコンセンサス形成が得られる

「みんなで話し合っただけとか、みんなで納得の上で決めたとか、倫理的な調整が計られてこういう決定がなされたというプロセスがすごく大事な気がしまして。例えば、家族の誰々のせいだとか、医師のせいだとか、看護職のせいだとか、そういう一つのこう人とか職種だ

けに責任がいかずに、そういうような調整のプロセスの中で、納得したかたちで。」

⑧「医療・ケアの質」の向上に貢献できる

「一つのこう、人とか職種だけに責任がいかずに、そういうような調整のプロセスの中で、納得したかたちで医療に携わっていく形であれば、医療スタッフの方もすごく精神的な安定が得られると思いますし、医療職が精神的に安定しているということは、家族や患者さん側にとっても安心感をもってくださることだと思いますので、そういう意味で非常に力になるんじゃないかなと思います。」

- すべてのインタビュー参加者が、職種を問わず、臨床倫理コンサルテーションによって自分たちが担当する患者の診療方針について個別的具体的なアドバイスが得られることを相談して得られた大きな利益のひとつとして捉えていた。
- コンサルテーションによって法的な不安・疑問が解消することは最終決断を下す医師には重要だった。
- さらに、たとえコンサルタントから相談した問題についての「答え」(直接的な行動指針)を示されなくても、インタビュー参加者は自ら答えを見つけることができる場合もあった。
- その段階での『暫定的な答え』を手掛かりに、その後も自分自身で『考え続ける』というプロセスが生じ、依頼者が「答え」を見出すきっかけになっていた。
- インタビュー参加者は、自分が固定観念に縛られていたこと、視野が狭かったこと、自分が長年抱いていた考え方以外にも様々な見解が存在すること、患者の人権の重要性、自分の対人関係における問題点に、倫理コンサルタントとの対話を通して気づくことができた。
- 依頼前は何となく「もやもや」していた思

いが明確な問題として認識されることもあった。

- インタビュー参加者の多くが、看護師だけの話し合い、医師同士の対話、そして同じ施設で働く医療従事者だけによる問題検討の不十分さを指摘していた。
- 同業者はおうおうにして同じような視野狭窄に陥っており、話し合ってもみな同じような考え方しかできず、対話がすぐに煮詰まってしまうという問題点が指摘された。
- 同じ職場で同じ職種に就く者は社会的には通用しない閉鎖的な常識と盲点を持っていた。
- 外部の全く当事者ではない立場(第三者的立場)からの客観的で臨床現場の倫理に関する専門的な意見は、上記の現場の閉塞感を打開することができた。
- 臨床倫理コンサルテーションは依頼者たちの精神的ケアにも一役買っていた。
- コンサルタントとの対話を通して、自分の悩みを語り、受け入れられ、共感されることで心が軽くなり精神的ストレスがある程度解消されていた。
- またコンサルテーションの場で、他職種に対して日々蓄積する不満を話すことで「ガス抜き」的な役割を果たし、現場での人間関係に円滑化にも間接的な形で寄与していた。
- 自分だけでは対応しきれない問題に直面したときはいつでも相談できるという状況も、医療従事者たちの精神的安定に貢献していた。

## ＜臨床倫理コンサルタントに

### 求められる資質＞

- ①法的・倫理的知識のみならず、医療現場の実情に精通していること  
「ある程度医療のことが分かる方で、やっぱりその倫理という面で学んでいる方」

「学問だけされている人だと、どうしても、こう現場と乖離してしまうんですけど、その辺臨床の場に来てくだされば、いろんな場面で相談しやすいところがありますね。」

「医療の当事者じゃないほうがいいと思いますが。でも、やっぱりある程度、医療のことが分かって、なおかつ法的なことがわかって。」

### ②コミュニケーション・スキル(話しやすさ:傾聴、共感、受容、包容力、人柄の明るさ、等)

「一番その中で一番重要視するのは話しやすいかが一番なんですけど、『違うんじゃない』ってこういきなり言いされると、あと引いてしまいますので。とりあえず聞いてくださる方がいいですね。」

「話しやすいとか、穏やかな感じとか。明るいというのもいいですね。やっぱり、結構やっぱり暗い問題が多いので。」

「やっぱり現場の大変さをまずこう受け入れてくれる方かなと思いますけれども。まあ、なかなかこう言葉に出せないような大変さっていうのが臨床にはあるので、そういうのも含めて、まずはやっぱり『日々大変だね』っていう『お疲れ様です』みたいな、受け入れてくださるところがあると、なんかうれしいですけどね。それが一番最初かな。」

「じっくり話を聞いてくれるというところの包容力というのがやっぱりあると思うんですよ。ありのままの言葉とか自分を、まず受け入れて下さるので、多分、わたしが間違っただけを言っても、まずは話を『うん』といって聞いてくれて、受け止めてくれるので、そこから話しが始まっていく。」

### ③「中立的」立場(患者・家族の側でもなく、医療者側でもなく、というバランス感覚)

「重要なのは、中立であること。中立。その中立という意味あいなんですけれども、うーん、どう言えばいいかな、やっぱりどうしても僕ら医療者の仕事は、患者さんを相手にする以上、患

者さんの立場と医者の方の立場というのが、どうしても、非常に微妙なんです。そこをうまくバランスをとってくれる。」

「どちらかというと、まあ、患者さんの立場から、ものを考えるような方だと、かえって僕のほうでは心を開きづらくなる。」

- インタビュー参加者にとっては、専門的知識、対人的技術、人柄の他にも、コンサルタントの第三者的立場と中立性が重要であった。
- 第三者的立場を維持するという意味で、コンサルタントは医療従事者でない方がよいという意見があった。
- 患者側・医療側どちらかに偏ったアドボケイトにならないということも大切であった。
- インタビュー参加者たちは、倫理コンサルタントには冷静な傾聴的態度、共感的態度、気軽に相手をリラックスさせる雰囲気、お仕着せでない態度が必要だと考えていた。
- 適切なタイミングでの具体的なアドバイスも重要だった。途中で話を中断せず、最後まで否定せずに話を聞くことが求められていた。何を話しても安心という感覚が大切だとされた。

## ＜臨床倫理コンサルテーションの

### 有効活用を妨げるもの＞

#### ①「倫理」という言葉のネガティブなイメージ

「最初はなんか肩の凝る言葉だって思ったんです。あの確かにすごく大事な問題でもあるし、あのやっぱり自分たち医療関係者とか、やっぱりこう介護の世界でも、避けては通れない問題があるんですけど。その名前自体が結構、硬いんで。こう、なんだろう、肩苦しいというか。」

「何となく、人の生死に関わるような……私のイメージはなんかくらくらしい、難しい問題だな、

と思うと同時に、なんか、ちょっと暗いというか、私には苦手な分野だなと思う部分がありますね」

「倫理の冷たい部分というのは、許さないのね、許さない。許さない倫理みたいなのに触れたときがあった。倫理学者同士がすごい議論になっているようなところに、僕は出くわした。自由闊達な意見こそ大事なんであって、一方で、倫理にはまった先生がその互いの倫理を裁いていると思ったんですよ。倫理は、相手を糾弾することじゃないと僕はそう思っています。」  
「でもやっぱり言い出しにくいですね。敷居が高いしなんか触れてはいけないような。」

#### ②「倫理を語る」ことに対する抵抗感

「こんなこと聞いたらあの、ばかにされるんじゃないかとか。あと逆にあの、そういうこと打ち明けることで、あの……なんていうのかな、あの人あんなこと言ってるみたいな感じで。」

「病棟なので、なんか、硬いというか。難しい話のときは特に、みんな、『結構自分はこうかな』と書いていても、それを簡単に発言できない。みんなから、そんな、批判が来るわけではないんですけど、『ああ、みんな、そういう意見が多いんだ……』と思うと、ちょっと違う意見の時に『こうじゃないかな』っていうのが言えない雰囲気というのがあるんですね。」

「倫理の問題はとんでもない問題だから、用心してしゃべりなさい」と言われたことある」

「新人さんでも、大なり小なり悩みを持っている部分があると思うんですけど、それをここへ来て、先生に相談するまでには、それなりの関係もある程度、『ここで言ってもいいんだろうか、こんなつまらないことを』とっている子の中には居ると思う。『こんなことを先生に聞いてもいいんだろうか』と、なかなかそこまで踏み込めない人も居るだろうし。」

#### ③時間的・精神的余裕の無さ

「ある意味もう流していたかもしれません。道義

的な問題とか。もう、いっぱいあるんだけど、立ち止まってられない、みたいところがあって。いろんな症例があって、一緒に勉強会とかケース検討とかしたら、いろんないい方向にいった症例もたくさんあったかもしれないですけど。それも忙しくてなかなかもうその日の業務を済ませるのがやっとで。」

「もう目の前の仕事、自分のノルマを果たすのに精一杯なので、何か気づかないことって多いかもしれない。仕事が増えているけれども、人は増えない。」

「患者者さんに対してどういう考え方をするか。どういう哲学を倫理的な考え方を持って接するか。そういうことを(医師同士で)話す機会というのは、もう皆無とっていいぐらいないんじゃないですかね。」

「曜日が決まっていて、っていうようなところで合わせにくい、というのがあって、そして日にちが過ぎれば、もう、結構、その場では一生懸命になっていても、一晩考えたら考えが変わったりして、なあなあになってしまった、なんていう。そういうのもあったりするから。」

#### ④医療チームでの問題意識共有の欠如

「同じフィールドで話し合えないですね。やっぱり医療の中心となる医者が、もう少し倫理的な問題とかに目を向けて、病名告知をちゃんとするとか、家族と患者さんとのコンタクトをうまくとっていくとか。倫理問題はもう同じフィールドで話し合う、話すものだというそういう教育というのはすごく大事なかなと思いますね。同じ患者さんを取り巻く医療です。」

「本当にこうなんかトップでやってらっしゃる主治医の意向がすごく影響する部分なので、主治医が『もう問題ないよ、これでいいんだよ』って言われれば、それから、『いえ、でも……』ってなかなか言えないところがありますよね。」

「もう一つは、そういう(倫理コンサルタントの現場への介入)が一切嫌で、拒否される先生もあると思うんですけど、だけど、それはもう通用

しない」

「(医療従事者は)変なところでプライド高いんですね。自分がやっぱり、あのある程度経験があるんで。こんなこと人に聞けないとか、うん。で逆にそういうこと聞くと、ばかにされるんじゃないかとか。」

- 日常業務の多忙さ、時間のなさ、依頼者が相談可能な時間とコンサルテーション実施の時間帯のずれ、コンサルテーションを受けられる場所との距離が、必要に応じて十分なコンサルテーション依頼をうける妨げになっていた。
- インタビュー参加者は、一旦臨床倫理コンサルテーションのタイミングを逸すると、時間的制約と倫理的相談をしようとする気力が萎えてしまうため、問題がそのままになる、「なあなあ」になることがあると述べている。
- 倫理的問題に対する意識が低く、プライドが高い医師が指揮体系のトップにあり、患者診療において主治医がスタッフ間で話し合うべき、またはコンサルテーション依頼すべき問題の存在を一切認めない場合、看護師ら医療スタッフはそれ以上の試みを諦めるしかなかった。
- 看護師が医師と対等に話せない状況が残っている地域では、その傾向が顕著で、それが一因となって倫理コンサルテーションをする気力が消え失せ、無力感が残った。

#### ＜臨床倫理コンサルテーション、

#### 今後の課題＞

##### ①「倫理委員会」の限界

「倫理委員会は、あるけどそういう、なんていうのかな、現場での、その、その日その日の困っていることを相談にのってもらえる、っていう感じじゃないような気がしますね。・・・おすみつ

き委員会です。」

#### ②施設内常駐「倫理コンサルタント」への ニーズ

「いろんな葛藤がいっぱい出てきますよね。だから病院内にほしいな、と思っているんですよ、そういう、倫理の先生みたいな。臨床倫理の方がひとりいらっしゃるといいなあって。何かがあったときにパッと駆け込んで、的確なアドバイスをしてくださる方が居るといいなあって。」  
「答えのないところだと思うので、やっぱり、そういう風に専門の知識を持った方が実際にそうやって入ってもらうということも必要だし、実際僕も、そういう相談を受けたりする事で、すごい役に立っているのです、どんどん入ってきてほしいと思います。」

#### ③24 時間「フルタイム」倫理コンサルテーションへのニーズ(活用のしやすさの工夫)

「予約を取ると、いろんなことを考えてしまって、取れないような気がします。構えてしまうような気がするんですよね。こちらの都合だけじゃなくて、先生の都合も入ってくるので、なかなか調整時間がつきにくくなって、来づらくなるかなっていう気はしますよね。」

「ちょっと電話して、「今日の夕方いいですか？」とかなんとかっていう気軽さ。なんか、曜日が決まっていて、っていうようなところで合わせにくい、というのがあって、そして日にちが過ぎれば、もう、結構、その場では一生懸命になっけていても、一晩考えたら考えが変わったりして、なあなあになってしまった、なんていう。そういうのもあったりするから。」

「一つは、やっぱり電話ですぐ、連絡いって相談する。それから病棟での症例検討にアドバイスだけして参加していただくという(2つ)が、中心かな。その二つが一番大きな変化かなと思っています。」

- 現行の病院内に設置されている倫理委員会では個別的な現場の問題に対処するという点では活動に限界があると指摘があった。
- コンサルテーションは24時間体制で、フルタイムのコンサルタントが医療従事者が働く施設に常駐することが望まれていた。
- コンサルテーション依頼に対しては、すばやい対応とすばやい回答が求められた。
- 医療従事者はみな悩んでおり、患者さんの人間性や人権を重視するためにも倫理的支援は重要であった。
- 今後の倫理コンサルテーションの普及のためには、医療従事者に対する臨床倫理教育、倫理問題に関する啓発、倫理的問題を扱う重要性についての積極的アピールが必要とされた。

## E. 結論

とりわけ強調しなくてはならないことは、倫理問題を「個人の悩み」にしないということである。質的分析の結果からも浮かび上がってきたように、「患者のために献身的・自己犠牲的に努力すること」のみを要求する「倫理」教育だけでは、かえって責任感のある医療スタッフほど倫理的問題を自分独りで解決しようと抱え込み、「独善」に陥る傾向性を助長してしまう。いわゆる「真面目で患者想いの『善良な医療者』」ほど、この「独善の罠」に陥りやすいばかりでなく、その結果バーン・アウトしてしまったとするなら、それは「悲劇」という他ない。こうした「独善の悲劇」を予防するためにも、「倫理コンサルテーション」は不可欠である。

## 重度包括支援の現状と改善策

分担研究者：伊藤道哉(東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野)

研究協力者：濃沼信夫(東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野)

川島孝一郎(仙台往診クリニック)

### 研究要旨

「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。都道府県知事、市町村長等行政首長からも、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、当研究班としては、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。

報酬単価の設定、対象者の状態像など、制度上の問題点があり、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。利用者のニーズは高いが、単価の設定が低いためサービスの提供できない事業所があることがうかがえる。報酬単価の早急な見直しが必要である。また、「重度障害者等包括支援」判定基準中、「気管切開の処置あり」かつ「レスピレーター装着あり」について、見直しを必要とする。気管切開を伴わない非侵襲的人工呼吸療法 NPPV (Bipap) を受けている患者についても、ALS に限って「重度包括」の対象に加えるべきである。

### A. 研究目的

障害程度区分6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、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ALS等の身体障害者が、

「重度訪問介護」「重度包括」を利用する場合の問題点を明らかにする。また、サービス提供者の動向を探り、今後の改善点を提示する。

## B. 研究方法

サービス提供に関して(1)全国 9124 の「在宅療養支援診療所」および(2)全国 17081 の「指定障害福祉サービス事業者」に対して、サービス利用については(3)日本 ALS 協会患者 1000 人に対して、2007 年 2～4 月郵送自計匿名調査を実施した。

## C. 研究結果

回収状況は(1)支援診療所 1437 件(有効回答率 15.7%)(2)事業所 898 件(有効回答率 5.3%)(3)ALS 患者 470 件(暫定)であった。

(1)支援診療所が管理する「重度包括」のサービス対象者数は、88.5%が 0 人、平均 0.4 人。ALS 等神経難病患者数は平均 0.2 人(n=656)であった。また、「I 類型対象者の要件」で「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」について、支援診療所管理者の 80.6%がよいと回答した(n=1244)。I 類型対象者からの訪問診療の希望があった場合、今後の受け入れについて 55.7%が「受ける」と回答した(n=1360)。

(2)障害者自立支援法による指定障害福祉サービス事業者の 4%(n=611)が重度包括サービスを提供している。「最も重要な阻害要因」(複数回答)は「単価が低い」(n=223)が第 1 位であった。1 時間当りの居宅介護の妥当な報酬は、4000 円以上 5000 未満が 29.8%で最も多かった(n=223)。

(3)ALS 患者(63.5±9.9 歳、要介護度 5=80.1%、障害者手帳 1 級=88.3%、障害区分 6=50.1%)の「重度訪問介護」の月当り利用時間は、平均 216.8 時間、中央値 124 時間

である。15%加算該当の最重度の者は 42%である。「重度包括」制度利用者は、23 人である。自由意見は「ALS は進行性の疾患で、呼吸器装着前には介護者が足りず命にかかわるケースもある。全てのステージで 15%加算するか、単価を高く設定して欲しい」等膨大である。

## D. 考察

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ため、意志伝達可能という判定になり、7.5%加算となっている。

したがって、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「6-3-7 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り、特定疾患の需給、身体障害者手帳所持の条件に、主治医の意見書により認定を行うべきである。

## E. 結論

報酬単価の設定、対象者の状態像など、制度上の問題点があり、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。利用者のニーズは高いが、単価の設定が低いいためサービスの提供できない事業所がある

ことがうかがえる。報酬単価の早急な見直しが必要である。また、「重度障害者等包括支援」判定基準中、「気管切開の処置あり」かつ「レスピレーター装着あり」について、見直しを必要とする。気管切開を伴わない非侵襲的人工呼吸療法 NPPV (Bipap) を受けている患者についても、ALS に限って「重度包括」の対象に加えるべきである。

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」が出され、自体の解決の方向性が示されたものの、ALS 患者の生命の危機に直結する問題だけに、研究班として、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。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

#### 1) 川島孝一郎、伊藤道哉:

身体が存在形式または、意思と状況との関係性の違いに基づく生命維持治療における差し控えと中止の解釈、生命倫理 Vol. 18、198-206、2007.

#### 2) 伊藤道哉:

看護支援システム導入に向けて看護部が覚悟すべき留意点、月刊看護きろく、Vol.16、No.12、21-24、2007.

#### 3) 伊藤道哉:

在宅医療の推進に向けて、クレコンレポート;29、1-5、2007.

#### 4) 加藤尚武、伊藤道哉他 共編著:

応用倫理学事典、丸善、東京、2008 年 1 月、  
総ページ数 990。担当ページ数 16。  
事前指示 4-5  
AIDS 6-7  
安楽死 20-21  
緩和ケア 42-43  
QOL 52-53  
尊厳死 62-63  
生命維持治療の差し控えと中止 82-83  
エンハンスメント 90-91

#### 5) 伊藤道哉:

医療福祉と倫理、幡山久美子 編:臨床に必要な福祉、弘文堂、東京、17-30、2007。  
(総ページ数233)

#### 6) 伊藤道哉:

神経難病と介護保険、阿部康二 編:神経難病のすべて、新興医学出版社、東京、367-372、2007。(総ページ数389)

## 2. 学会発表

#### 伊藤道哉、濃沼信夫、川島孝一郎:

重度障害者包括支援事業の問題点と改善策に関する研究、日本病院管理学会、横浜、2007年10月

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案 登録なし
3. その他 なし

# ピアカウンセリングにおける難病患者の自立を考える

## ーピアカウンセリング養成講座における受講者と 難病患者とのコミュニケーションのあり方ー

分担研究者：今井尚志（独立行政法人国立病院機構宮城病院 診療部長）  
研究協力者：坂野尚美、今水 靖（あいちピアカウンセリング／ピアカウンセリングセンター）  
椿井富美恵、大隅悦子  
（独立行政法人国立病院機構宮城病院 ALS ケアセンター）  
栗原久美子（宮城県神経難病医療連絡協議会）  
佐藤栄次（NEC）、廣澤克彦（NTT DoCoMo）松尾光晴（ファンコム株式会社）

### 研究要旨

2007 年 11 月に行ったピアカウンセラー養成講座で、人工呼吸器を装着し在宅療養中の ALS 患者に講師を依頼し、モバイルスタジオを使用して自宅と会場をつなぎ講演を行った。結果的に講演は成功し、患者は講師としての重責を果たした。モバイルスタジオは重度の身体的障害を有する患者の就労に関して有用であると考えられた。

#### A. 目的

重度の障害を有する神経難病患者の生きがいや就労に対して、モバイルスタジオがどのように役立てるか、調査を行った。

行い、患者の講演終了後、参加者を対象にアンケート(自由記載)を行う。

#### B. 方法

- ①重度の障害を持つ神経難病患者で、障害者用パソコンを使用してコミュニケーションを行っている症例に、ピアカウンセラー養成講座の講師として講演を依頼する。講演はモバイルスタジオを使用し、患者が直接会場に赴かずに行うこととする。
- ②準備段階として、患者に実際にモバイルスタジオを使用してもらい、電波の状態などを評価する。
- ③実際のピアカウンセラー養成講座で講演を

#### C. 結果

- ①2007 年 9 月、人工呼吸器装着後 6 年を経過し在宅療養中の ALS 患者(72 歳男性)を訪問し、ピアカウンセラー養成講座の講師として講演を依頼した。モバイルスタジオを使用して、患者は自宅に居ながら講演を行えることを説明し、承諾を得た。
- ②10 月中旬、千葉市の患者宅と宮城病院(宮城県亘理郡)で遠隔講演のデモンストレーションを行ったが、電波状況が不良で失敗した。10 月下旬、患者宅と宮城県神経難病医療連絡協議会(仙台市)で 2 回目のデモンストレーションを行い、成功した。
- ③11 月 2 日～11 月 4 日、千葉県難病相談・支援センターの協力の下で、相談支援員・

保健師、相談援助関係者、病院職員、ケアマネジャー、患者等を対象にピアカウンセラー養成講座を開催した。

は、重症神経難病患者がピアカウンセラー養成講座の講師として就労していく可能性を広げる一つのツールとして有用であると思われる。

#### アンケート調査結果

- 1) 調査対象者は 38 名で、アンケート回収数 36、回収率 94.7%であった。
- 2) 回答内容で多かったものは、患者の外出という負担を軽減して講演を聴くことができよかった(19.5%)、講演の内容が有意義(11.7%)、ALS 患者にエネルギーや笑顔をもらった(11.7%)などがあった。また、モバイルスタジオを別の患者にも紹介したい、公共の施設にも設置してほしい(各 1 名)があった。

また、講演を行った患者自身も、「引き受けた当初は責任の重さから不安を感じたが、準備をしているうちに自分の気持ちをいろいろな人たちに伝えられる、と期待と喜びを感じるようになった。講演直後には、反響が大きく、自分にもこんなにすごいことができたんだ、と自信がついた」と感想を述べていた。

## D. 考察

あいちピアカウンセリングセンターでは、2004 年 6 月からピアカウンセラー養成講座を実施し、これまでに患者・障害者ばかりでなく、医療福祉従事者を含め約 100 人が参加した。難病を抱える人の経験や語りは、ピアカウンセラーになろうとする人をエンパワーメントすることが可能となる。また、難病患者自身も、講師を務めることで自己実現の機会となり、就労に繋がる可能性もあると思われる。今後、各都道府県の難病相談支援センターでピアカウンセリングを積極的に取り入れていくためにも、難病を持つ人自身がピアカウンセラーとなることが急務である。今回使用したモバイルスタジオ

## 難病相談支援センターにおける相談内容の検討

分担研究者：岡本幸市(群馬大学大学院医学系研究科脳神経内科学)  
研究協力者：川尻洋美、金古さつき(群馬県難病相談支援センター)  
笠井秀子(前東京都難病相談・支援センター)  
根本久栄(福島県難病相談支援センター)  
坂本裕美(かながわ難病相談・支援センター)  
日高響子、黒田久美子(茨城県難病相談支援センター)  
大塚博子、青木厚子(とちぎ難病相談支援センター)  
両角由里(長野県難病相談支援センター)  
割田直美(群馬県健康福祉部保健予防課)  
矢島正栄、牛込三和子(群馬パース大学保健科学部看護学科)

### 研究要旨

難病相談支援センターに寄せられる相談の実態から相談対応体制整備の課題を明らかにすることを目的に、1都6県の難病相談支援センターが受けた難病相談 4376 件の相談内容の特性を検討した。相談内容は療養、生活、支援、その他に区分され、さらに受療、疾病自己管理、療養環境、生活、療養生活支援に分類された。療養に関する相談が全体の 50%を占め、うち、受療に関する相談が 42%を占めた。相談内容の詳細では、病気の理解、医療機関・医師の選択、症状管理、療養生活全般、経済に関する相談内容件数が多かった。疾患に特徴的な課題、医療や疾病自己管理に関わる課題、療養環境整備の課題への対応体制を充実する必要性が認められた。

### A. 研究目的

難病相談支援センターでは、開設から数年が経過し、相談事業の実績を積み重ねるに従いその課題も明確になってきている。利用者の要望に応え、相談事業の質を高めていくためには、施設を超えて課題を共有し、対策を探っていくことが重要である。そこで平成17年度に、関東近県で活動する難病相談支援員により構成された難病相談支援員連絡会を発足し、情報交換、勉強会、調査研究などを行っている。昨年度は「難病相談支援センターにおける就労相談の実態と支援のあり方に関する研究」を報告した。

今年度は、難病相談支援センターに寄せら

れた相談内容の実態から、相談対応体制整備の課題を明らかにすることを目的とする。

### B. 研究方法

#### 1. 対象

東京、神奈川、群馬、栃木、福島、茨城、長野の1都6県の難病相談支援センターが平成18年度に受けた相談 5790 件のうち、特定疾患調査研究の対象疾患に関する相談 4376 件を対象とした。(表 1)

#### 2. 方法

相談記録の記載内容を相談内容のまとまり毎に分割し、さらに相談内容毎に分類し、集

計した。相談内容の分類は先行研究を基本とし、研究グループで検討して修正を加えた。

### (表 3)

## 3. 倫理的配慮

各難病相談支援センターの難病相談支援員が、自ら対応した相談について連結不可能匿名化した後に分類、集計したデータを集約した。

## C. 研究結果

### 1. 対象の概要

全相談 4376 件から抽出された相談内容は 5625 件であった。(表 2) 特定疾患対策研究事業対象疾患の疾患群分類に基づいて分類した 11 疾患群で見ると、相談は全ての疾患群に渡っていた。疾患群別相談内容件数は、神経・筋疾患およびスモン 2400 件(42.7%)、免疫系疾患 1089 件(19.4%)、消化器系疾患 543 件(9.7%)、骨・関節系疾患 377 件(6.7%)、視覚系および聴覚・平衡機能系疾患 214 件(3.8%)、呼吸器系疾患 207 件(3.7%)、血液系疾患 196 件(3.5%)、皮膚・結合組織疾患 185 件(3.3%)、循環器系疾患 92 件(1.6%)、腎・泌尿器系疾患 42 件(0.7%)、代謝系および内分泌系疾患 34 件(0.6%)の順であった。(図 1)

### 2. 相談内容

相談内容は、区分 4、大項目 6、中項目 20、小項目 109 に分類された。区分は「療養」2792 件(49.6%)、「生活」1897 件(33.7%)、「支援」189 件(3.4%)、「その他」747 件(13.3%)であった。大項目は「受療」2358 件(41.9%)、「疾病自己管理」434 件(7.7%)、「療養環境」1114 件(19.8%)、「生活」783 件(13.9%)、「療養生活支援」189 件(3.4%)であった。(図 2) 中項目は、「病気の理解」(17.3%)が最も多く、次いで「医療機関・医師の選択」(13.6%)、「療養生活全

般」(10.0%)、「経済」(9.8%)、「保健・医療・福祉サービスの利用」(7.3%)、「仕事・学業」(4.1%)、「症状管理」(3.9%)の順であった。(図 3)

### 3. 相談内容の疾患群別特徴

大項目は、何れの疾患群も「受療」が最も多かった。中項目を相談内容件数の多い順にみると、神経・筋では「病気の理解」、「医療機関・医師の選択」、「療養生活全般」、免疫では「療養生活全般」、「病気の理解」、「医療機関・医師の選択」、消化器では「病気の理解」、「医療機関・医師の選択」、「経済」、骨・関節では「医療機関・医師の選択」、「病気の理解」、「療養生活全般」の順となり、疾患群による違いが見られた。(表 4)

## D. 考察

難病相談支援センターの相談内容の特徴として、特定疾患対策研究事業対象疾患の疾患群分類に基づく 11 疾患群全てが相談の対象となること、療養に関する相談が半数を占めること、疾患群毎に相談内容の特徴があること、さらに、病気の理解、医療機関・医師の選択、症状管理、療養生活全般、経済に関する相談のニーズが高いこと等が明らかになった。これらのことから、疾患に特徴的な課題、受療や疾病自己管理に関わる課題、療養環境整備の課題への対応体制を充実する必要性が認められた。

## E. 結論

難病相談支援センターの主な事業である相談事業の質を高めるためには、相談事業の実態から明らかになった課題への対応体制を充実する必要がある。今後は、全国の各難

病相談支援センターが施設を超えて課題を共有し、対策を探っていくことが重要であると思われた。

## F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし
2. 登用新案登録 該当なし
3. その他 特になし

表 1 都道府県別相談人数・件数

	相談件数 n=5790		相談内容数 n=7254	
	件	(%)	件	(%)
	東京都	2444	(42.2)	3255
神奈川県	1521	(26.3)	1609	(22.2)
群馬県	545	(9.4)	564	(7.8)
栃木県	465	(8.0)	563	(7.8)
福島県	436	(7.5)	476	(6.6)
茨城県	213	(3.7)	570	(7.9)
長野県	166	(2.9)	217	(3.0)

\* 長野県は H19 年 6 月(開設時)～8 月まで

表 2 難病、難病外別相談件数

	相談件数 n=5790		相談内容数 n=7254	
	件	(%)	件	(%)
	難病	4376	(75.6)	5625
難病外	1194	(20.6)	1389	(19.1)
不詳	220	(3.8)	240	(3.3)

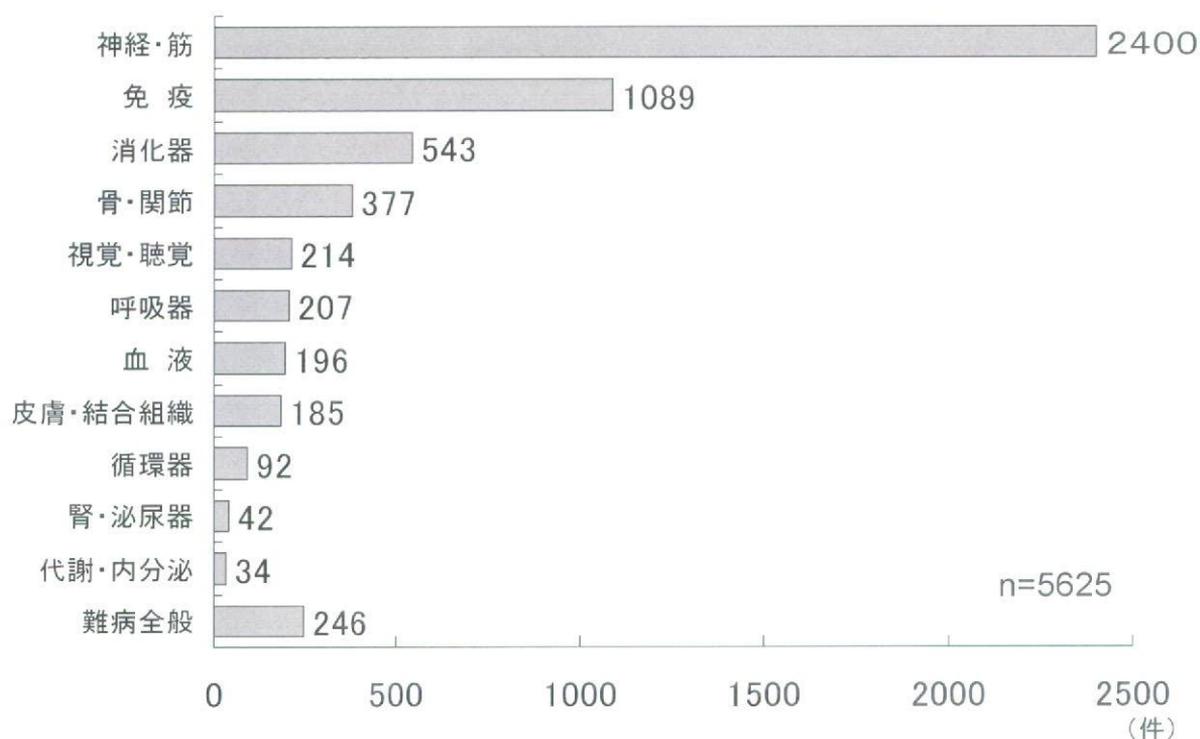


図1 疾患群別相談内容数

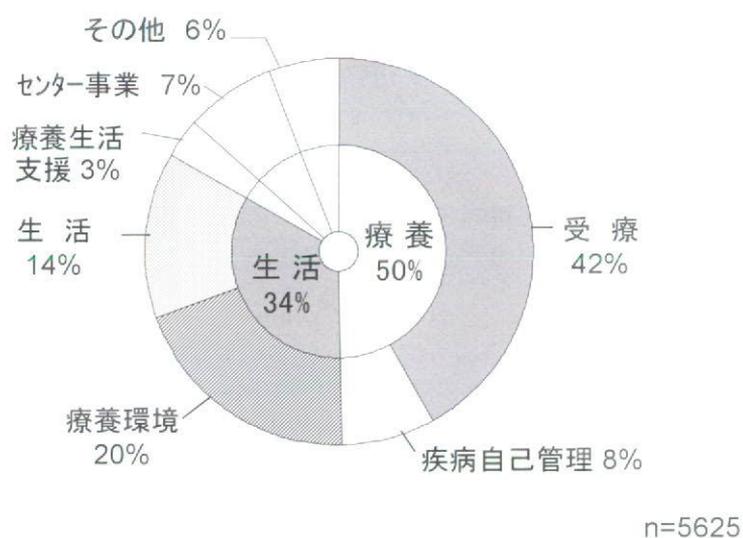


図2 相談内容別(大項目)相談内容数<全体>

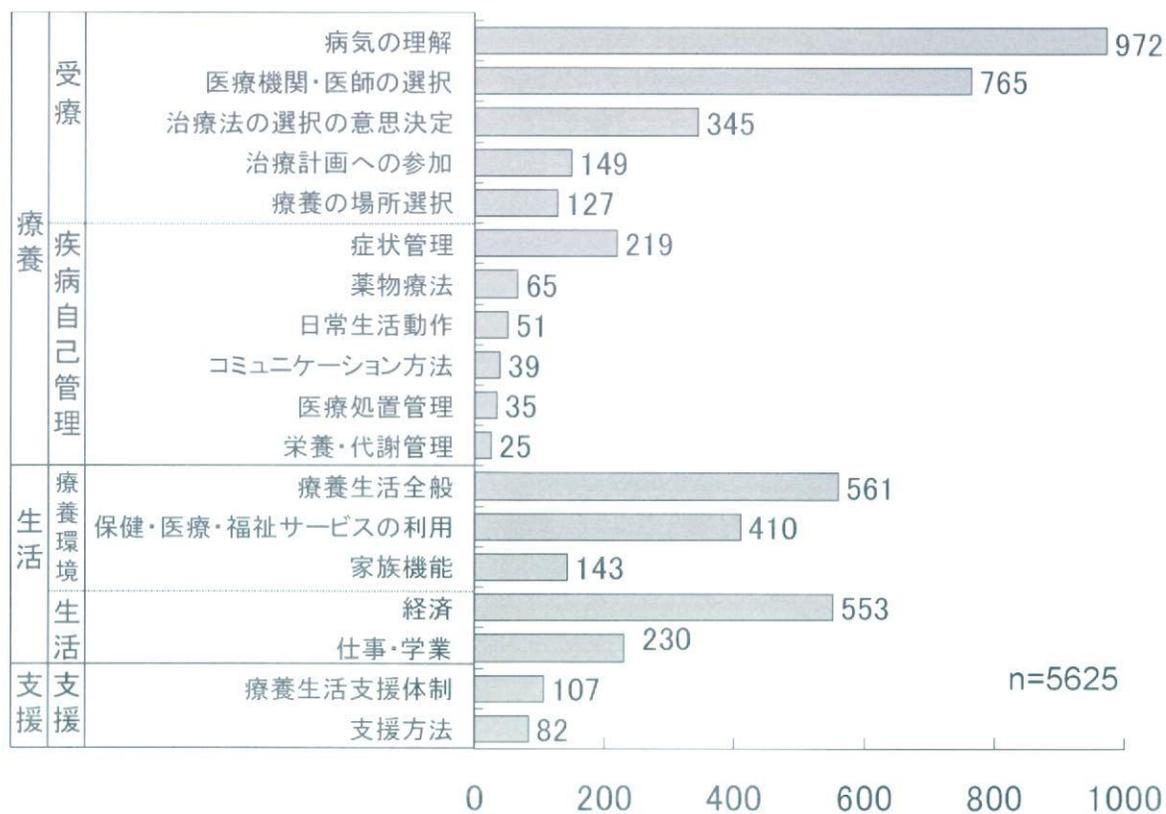


図3 相談内容別(中項目)相談内容数 〈全体〉

表3 相談内容区分

相談内容区分	相談内容	生活	支援	環境	利用	情報
療	A 病気の理解	1 病名に関する情報 2 病名に関する不安・混乱 3 遺伝問題に関する不安・対応方法・情報 4 妊娠・出産に関する不安 5 その他(合併症、その他の病状)			L 保健・医療・福祉サービスの利用	1 利用できる資源に関する情報 2 保健・看護・福祉職との関係形成に関する不安・困難 3 各種制度に関する不慮 4 身体障害者手帳の取得に関する情報・困難
	B 治療法の選択の意思決定	1 薬物療法 2 手術療法 3 気管切開 4 人工呼吸療法 5 胃ろう 6 人工肛門 7 治療法の適切性・安全性・有益性に関する不安・情報 8 移転、新築、修繕、最新の医療等			M 療養生活全般	1 療養生活管理に関する情報 2 緊急時の対応に関する不安・情報 3 民間療法に関する情報 4 患者会・ボランティアに関する不安・情報 5 在宅療養支援体制に関する不安・情報 6 その他
	C 治療計画への参加	1 治療に関する意思表明に関する困難 2 医療職との関係の形成に関する不安や困難 3 リハビリテーションをうけることに関する情報・困難 4 その他			N 家族機能	1 介護態勢 2 介護方法に関する不安・情報 3 介護者の健康に関する不安・情報 4 介護者の生活に関する不安・情報 5 療養者の理解への家族の対応困難 6 家事・育児の困難 7 家族の生活・健康問題への不安・困難 8 その他
療	D 医療機関・医師の選択	1 医療機関の選択に関する情報・困難 2 7カントピオニオンに関する情報・困難 3 担当医に関する不信を理由とする医療機関変更に関する不安・情報 4 治療計画不信を理由とする医療機関の変更に関する不安・情報 5 専門医の確保困難 6 医療態勢に関する不安(受診方法、他科連携、専門科等) 7 緊急時医療態勢に関する不安 8 かかりつけ医に関する情報・困難			O 経済	1 生活費・医療費に関する不安・困難 2 特定疾患医療費に関する情報 3 年金・生活保護に関する情報 4 税制に関する情報 5 生命保険に関する情報 6 その他
	E 療養の場所選択	1 退院後の療養場所の確保が困難 2 在宅療養困難 3 在宅療養移行への不安・情報不足 4 長期療養施設の情報・確保困難 5 終末期の療養の場に関する不安・困難			P 仕事・学業	1 就労に関する困難 2 就学に関する困難
養	F 症状管理	1 症状への対応困難 2 自律神経障害への対応困難 3 運動機能障害への対応困難 4 呼吸機能障害への対応困難 5 嚥下障害への対応困難 6 消化器の疾患・機能障害への対応困難 7 排泄障害への対応困難 8 排便障害(閉塞・下痢)への対応困難 9 聴覚障害への対応困難 10 疼痛への対応困難 11 その他(精神症状など)			Q 療養生活支援態勢	1 療養者と支援者間の調整 2 支援者間の連携 3 支援者会議 4 支援者間の研修 5 医療態勢の調整 6 技術支援 7 地域支援態勢の整備に関する困難・調整
	G 栄養・代謝管理	1 栄養摂取量の不足・過剰への対応 2 体液量不足・過剰への対応困難 3 食事療法、養生法への不安・対応困難			R 支援方法	1 療養生活支援方針 2 告知および始期方法選択の意思決定支援 3 退院準備 4 療養者・家族との関係形成 5 支援方法などの技術支援
疾病自己管理	H 医療処置管理	1 気管カニューレ管理 2 吸引器使用に関する不安 3 人工呼吸療法管理 4 IVH 5 経管栄養管理 6 薬液以外のものが行いうれや吸引 7 その他			S センター事業について	1 事業全般 2 難病についての取組 3 その他
	I 薬物療法	1 薬物療法に関する情報 2 副作用に関する不安・対応 3 その他(投薬など)		センター事業		
	J コミュニケーション方法	1 コミュニケーション療養の進行に関する不安・対応困難 2 コミュニケーション方法の困難 3 コミュニケーション機器に関する情報 4 その他		センター事業		
	K 日常生活動作	1 姿勢保持に関する困難 2 移動 3 食事動作 4 入浴・着脱・更衣に関する困難 5 排泄動作 6 療養環境の整備		その他		

表4 疾患群別相談内容数

相談内容	疾患群																									
	総数																									
	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%										
療養	2792	(49.6)	1227	(51.1)	471	(43.3)	292	(53.8)	207	(54.9)	97	(45.3)	93	(44.9)	113	(61.1)	134	(68.4)	35	(38.0)	27	(64.3)	23	(67.6)	73	(29.7)
受療	2358	(41.9)	986	(41.1)	384	(35.3)	249	(45.9)	181	(48.0)	96	(44.9)	96	(44.9)	106	(57.3)	129	(65.8)	34	(37.0)	23	(54.8)	23	(67.6)	68	(27.6)
病気の理解	972	(17.3)	391	(16.3)	156	(14.3)	114	(21.0)	61	(16.2)	56	(26.2)	42	(20.3)	45	(24.3)	39	(19.9)	19	(20.7)	13	(31.0)	11	(32.4)	25	(10.2)
医療機関・医師の選択	765	(13.6)	285	(11.9)	144	(13.2)	79	(14.5)	78	(20.7)	34	(15.9)	28	(13.5)	35	(18.9)	36	(18.4)	8	(8.7)	6	(14.3)	10	(29.4)	22	(8.9)
治療法選択の意思決定	345	(6.1)	146	(6.1)	59	(5.4)	40	(7.4)	17	(4.5)	4	(1.9)	7	(3.4)	11	(5.9)	45	(23.0)	6	(6.5)	2	(4.8)	1	(2.9)	7	(2.8)
療養の場所選択	127	(2.3)	100	(4.2)	8	(0.7)	5	(0.9)	5	(1.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(1.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(2.4)
治療計画への参加	149	(2.6)	64	(2.7)	17	(1.6)	11	(2.0)	20	(5.3)	2	(0.9)	2	(1.0)	12	(6.5)	9	(4.6)	1	(1.1)	2	(4.8)	1	(2.9)	8	(3.3)
疾病自己管理	434	(7.7)	241	(10.0)	87	(8.0)	43	(7.9)	26	(6.9)	1	(0.5)	14	(6.8)	7	(3.8)	5	(2.6)	1	(1.1)	4	(9.5)	0	(0.0)	5	(2.0)
症状管理	219	(3.9)	107	(4.5)	56	(5.1)	17	(3.1)	18	(4.8)	1	(0.5)	9	(4.3)	5	(2.7)	1	(0.5)	1	(1.1)	4	(9.5)	0	(0.0)	0	(0.0)
日常生活動作	51	(0.9)	40	(1.7)	5	(0.5)	1	(0.2)	2	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.5)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.4)
コミュニケーション方法	39	(0.7)	34	(1.4)	2	(0.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.8)
医療処置管理	35	(0.6)	29	(1.2)	2	(0.2)	0	(0.0)	3	(0.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.4)
薬物療法	65	(1.2)	25	(1.0)	20	(1.8)	12	(2.2)	2	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.5)	0	(0.0)	4	(2.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.4)
栄養・代謝管理	25	(0.4)	6	(0.3)	2	(0.2)	13	(2.4)	1	(0.3)	0	(0.0)	3	(1.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
生活	1897	(33.7)	762	(31.8)	447	(41.0)	184	(33.9)	133	(35.3)	75	(35.0)	87	(42.0)	51	(27.6)	32	(16.3)	44	(47.8)	13	(31.0)	8	(23.5)	61	(24.8)
療養環境	1114	(19.8)	526	(21.9)	242	(22.2)	78	(14.4)	82	(21.8)	43	(20.1)	46	(22.2)	27	(14.6)	14	(7.1)	12	(13.0)	8	(19.0)	1	(2.9)	35	(14.2)
療養生活全般	561	(10.0)	229	(9.5)	174	(16.0)	36	(6.6)	51	(13.5)	14	(6.5)	21	(10.1)	7	(3.8)	5	(2.6)	7	(7.6)	4	(9.5)	1	(2.9)	12	(4.9)
保健・医療・福祉サービス	410	(7.3)	202	(8.4)	50	(4.6)	33	(6.1)	28	(7.4)	17	(7.9)	25	(12.1)	17	(9.2)	8	(4.1)	4	(4.3)	4	(9.5)	0	(0.0)	22	(8.9)
家族機能	143	(2.5)	95	(4.0)	18	(1.7)	9	(1.7)	3	(0.8)	12	(5.6)	0	(0.0)	3	(1.6)	1	(0.5)	1	(1.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.4)
生活	783	(13.9)	236	(9.8)	205	(18.8)	106	(19.5)	51	(13.5)	32	(15.0)	41	(19.8)	24	(13.0)	18	(9.2)	32	(34.8)	5	(11.9)	7	(20.6)	26	(10.6)
経済	553	(9.8)	190	(7.9)	110	(10.1)	72	(13.3)	39	(10.3)	20	(9.3)	35	(16.9)	13	(7.0)	13	(6.6)	27	(29.3)	5	(11.9)	6	(17.6)	23	(9.3)
仕事・学業	230	(4.1)	46	(1.9)	95	(8.7)	34	(6.3)	12	(3.2)	12	(5.6)	6	(2.9)	11	(5.9)	5	(2.6)	5	(5.4)	0	(0.0)	1	(2.9)	3	(1.2)
支援	189	(3.4)	153	(6.4)	11	(1.0)	3	(0.6)	3	(0.8)	2	(0.9)	1	(0.5)	3	(1.6)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.9)	11	(4.5)
療養生活支援	189	(3.4)	153	(6.4)	11	(1.0)	3	(0.6)	3	(0.8)	2	(0.9)	1	(0.5)	3	(1.6)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.9)	11	(4.5)
支援態勢	107	(1.9)	87	(3.6)	5	(0.5)	3	(0.6)	2	(0.5)	2	(0.9)	1	(0.5)	1	(0.5)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.9)	4	(1.6)
支援方法	82	(1.5)	66	(2.8)	6	(0.6)	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(1.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(2.8)
その他	747	(13.3)	258	(10.8)	160	(14.7)	64	(11.8)	34	(9.0)	40	(18.7)	26	(12.6)	18	(9.7)	29	(14.8)	13	(14.1)	2	(4.8)	2	(5.9)	101	(41.1)
センター事業	417	(7.4)	133	(5.5)	32	(2.9)	51	(9.4)	23	(6.1)	18	(8.4)	24	(11.6)	7	(3.8)	23	(11.7)	13	(14.1)	2	(4.8)	2	(5.9)	89	(36.2)
その他	330	(5.9)	125	(5.2)	128	(11.8)	13	(2.4)	11	(2.9)	22	(10.3)	2	(1.0)	11	(5.9)	6	(3.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	12	(4.9)