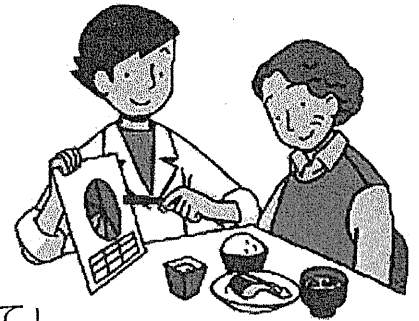


『抗がん剤治療中の栄養管理について』 研修プログラム

日時 H23年 11月 1日(火) 14:00~15:00
場所 匝瑳市民病院 3病棟 食堂
講師 栄養ケアシステム研究所 所長 馬場真佐美さん

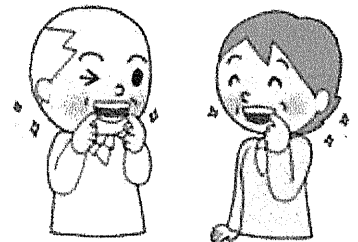


プログラム

- 14:00 1.看護部長挨拶
- 14:05 2.講師紹介
- 14:10 3.講義「抗がん剤治療中の栄養管理について」
参加者に事前に行ったアンケート結果も取り入れた
内容(配布資料あり)
- 14:40 4.質疑応答
- 14:50 5.補助食品の試食(協力業者 クリニコ)
- 15:00 6.アンケート記入
終了

『抗がん剤治療中の口腔ケアの重要性について』 研修プログラム

日時 H23年 11月 17日(木) 14:00~15:00
場所 匝瑳市民病院 3病棟 食堂
講師 城の内歯科医院 院長 江波戸 寛 先生



プログラム

- 14:00 看護部長挨拶
- 14:05 講師紹介
- 14:10 講義「抗がん剤治療中の口腔ケアの重要性について」
(パンフレット配布)
口腔ケアの実際の方法についてDVD放映
- 14:40 静岡ガンセンターの手術前の口腔ケアの重要性についての
取り組みを紹介(DVD) 協力会社 サンスター
- 14:50 トラブルのある場合の口腔ケアの方法と使用するグッズの紹介
質疑応答
- 15:00 試供品の体験(洗口水等)
アンケート記入

抗がん剤治療を受けている皆さまへ

H23.9.16

国保匝瑳市民病院 副院長 布村正夫

看護部長 大木信子

まだまだ残暑厳しい中、治療を続けている皆さまにとっては、増して身体に与える影響は大きいこととお察しいたします。

さて、当院では、抗がん剤治療を多くの患者様に提供しています。抗がん剤の効果も高くなっておりませんが、少なからず副作用の問題も避けて通れないのが現実です。

そこで、少しでも副作用を和らげ日常生活が負担なく送れるようにするためにはどのような対処(工夫)をすべきかを一緒に考えていきたいと思っております。今回は、『抗がん剤治療中の栄養管理』と『抗がん剤治療中の口腔ケアの重要性』についてそれぞれ講師を招いて皆さんと学んでいく計画を立てています。そして、この研修会を効果的にするため、事前に皆様の現状をうかがっておく必要があると考えています。そこで簡単なアンケート調査(看護職員がお話を伺います)と味覚テストをさせて頂くことをご了解いただきたくお願い申し上げます。

研修会の予定

①『抗がん剤治療中の栄養管理について』

日時 H23年 11月 1日(火) 14:00~15:00

場所 匝瑳市民病院 3病棟 食堂

講師 栄養ケアシステム研究所 所長 馬場真佐美さん

②『抗がん剤治療中の口腔ケアの重要性について』

日時 H23年 11月 17日(木) 14:00~15:00

場所 匝瑳市民病院 3病棟 食堂

講師 城之内歯科医院 江波戸 寛先生



※ ご本人、ご家族と一緒に参加されてもよろしいです。

※ 参加料は無料です。

分担課題名 最近のバリアの傾向と課題

研究分担者 河野秀一

施設名 渋谷区医師会 渋谷区ひがし健康プラザ地域包括支援センター

職名 主任介護支援専門員

研究要旨

介護支援分野から、介護保険や相談・サービスについてのバリアを分析検討してきた。しかし、最近では家族・世帯状況が多様・複雑化しており、在宅緩和ケアを望む患者さんの年齢が幅広くライフステージも様々になっている。そこで患者さんが抱える問題も多様化しており、これまで関係してきた機関だけでは解決できないものも多い。地域の他分野機関と関わらなければいけないが、在宅緩和ケアというものの理解がされず、患者さんの抱えている不安や想いが伝わらず、思うように解決に向かない場面が多い。患者さんが抱える不安や想いー心理的な痛みーに対しては、直接的なサービスだけではなく、代弁＝アドボカシーが必要で、介護支援分野が担う役割でもある。それを行う事で、地域のすべての機関が在宅緩和ケアに関われる体制が出来ると考える。

A. 研究目的

これまで介護保険や相談、サービスについてのバリアを、日常業務やケアマネージャーに対するアンケート等で分析してきた。最近では、家族・世帯状況や背景が多様・複雑化し、生じる課題が多くなってきた。患者さん自身の身体的な問題というだけではなく、自身亡き後の家族の心配や不安と言った心理的な部分で生じる問題があり、医療・介護分野の機関だけでなく、他の機関（児童・障害・生活保護・民生・保健所等）と連携しなければ解決に向かわないものも多くなってきた。それらについて、介護支援分野が出来る事は何かを考えたい。

B. 研究方法

これまでの2年間で挙げたバリアについて、本年度どの様な傾向がみられ、また課題が残っているかを、日常業務での実績より検討した。又、最近のケースを分析する事で、そこから見られるバリアの傾向と課題を検討した。

(倫理面への配慮)

個が特定されることがない為、倫理面での問題は無い。

C. 研究結果

これまでの2年間で挙げたバリアー介護保険・窓口相談・サービスーの最近の傾向と課題を挙げる。そして今回新たに、多様化するケースから傾向と課題を挙げる。

○介護保険について

<傾向>

- ・申請から調査までの期間が短縮され、申請日当日若しくは翌日の調査が行われる。
- ・新規申請の場合、要介護1（以上）の認定結果が出る傾向にある（地域により）
- ・結果が出る前にサービスを利用する、いわゆる暫定サービス利用が周知された。

これまでよりスピーディーに対応するという傾向はみられる。

<課題>

- ・申請から調査までの期間は短縮される傾向にあるが、認定結果が出るまでの期間短縮には至っていない。
- ・要介護1の認定結果が妥当か？ターミナル期の利用頻度の高い福祉用具ーとりわけ特殊寝台については、原則的に要介護2以上で利用できる要件になっているが、要介護1以下であれば、担当者会議を行い、主治医より利用の必要性を伺い、市区町村へ利用についての理由書を提出し、妥当性が認められて初めて利用出来るものである。実際の利用までに、時間が掛かるのが実情。
- ・認定結果が出ても、介護保険サービスの利用に繋がらない、サービスを利用しなければケアマネージャーに繋がらない。

申請から調査までの期間が短縮されたが、認定

結果が出るまでの短縮には至っていない。これは、短い期間で状態が変わるターミナル期の申請者には、区分変更申請という手続きも必要になってくるが、結果が出なければ変更の申請も出来ないという事になり、必要なサービスの利用が保険内でできなくなるという事態にも陥る。又、特に必要性の高い福祉用具については、認定結果次第で導入までに時間の掛かる物もある。これについては、福祉用具レンタルを行う各事業所の工夫により、解決されてきている面もあるので、これについては後述する。在宅＝介護保険・ケアマネージャーという流れが浸透してきているが、必ずしもそうでないのがターミナル期の現状である。

○窓口相談について

<傾向>

- ・相談経路としては、病院・訪問看護ステーションから直接相談される事が多くなってきている。又、それらの機関から情報提供され、患者さんご自身やご家族が窓口に来られる事も多くなってきている。

- ・上記機関からの相談の場合、より細かい情報提供がされるようになった。

- ・訪問医が先に設定されている場合には、訪問医から、患者さんご自身の言葉やエピソード等が伝えられ、その方が在宅でどの様に生活したいのか、それらをどう支えていくかという相談が増えている。

専門機関からの相談は、より具体的な内容で、患者さんの情報もより細かく提供される事が多くなってきた。単に介護保険の申請をしたいという事ではなく、その方の想いに添った生活が送れ、最期を迎えられる為にとという目的での相談で、質を求められる相談が多くなっている傾向にある。

<課題>

- ・初回相談時の面談内容－対応にまだ課題がある。相談＝介護保険申請という画一的な対応ではなく、何に困っているのか・何を求めているのかという部分を捉える対応が求められる。

- ・初回相談機関からの繋ぎ

全ての相談が、地域包括支援センターに来る訳ではない。初回相談に行った窓口からの繋ぎの部分スムーズに行かないと、同じ事を何度も

繰り返して話して頂いたりしなければならない。その事が、在宅生活へのタイムロスに繋がりが、バリアになり得る。

初回の相談が、その後の生活に影響を及ぼす。ともすれば相談窓口が、在宅生活への移行の妨げ（バリア）になる可能性すらある。

○サービスについて

<傾向>

- ・訪問看護が入っていないケースはない。訪問看護師がチームの中心となっている。

- ・各サービス機関が、スピーディーで効率的な対応をする様になった。

- ・様々な制度・方法を利用し、その方の希望に添い実現させる工夫をしている

ほぼ100%の割合で、訪問看護が入っている。退院時にセッティングされている場合がほとんどで、チームの中心的役割を担っている場合が多い。医療とは切り離せないケースなので、訪問看護が関わりそこから訪問医や介護保険に繋がるパターンも増えている。介護保険サービスに繋がった場合には、各サービス機関がその方の想いに添い、限られた時間の中で実現できるような工夫がされつつある。例えば、前述した福祉用具レンタルについては、導入までに時間が掛かる物－特殊寝台－については、結果を待たずに申請中という条件で、介護保険でのレンタルと大きく変わらない値段（月2000円前後）で提供する事業所も増えている。現状踏まなければならない手続きを否定する訳ではないが、それに掛かる時間以上に、その方が自宅で過ごす事ができる限られた時間を、希望通りに過ごせる事の重みを各事業所が意識している結果だと解釈できる。その他のサービスについても、契約等々踏まなければならない手続きについては、ご本人の調子を見ながらサービス導入と同日に行い、時間的・身体的負担を減らし、生活という場面の確保を急ぐ傾向にある。

<課題>

- ・サービス機関の意識・理解・捉え方のギャップがより大きくなってきた。

- ・独走してしまう機関、サービス側が発する言葉の影響

・サービス側の「したいケア」

傾向で挙げられた事の真逆である。平成18年の改正で2号特定疾病にがん末期が追加され、5年が経過している。その間、より多くのターミナル期の在宅ケアを経験してきた機関については、傾向に挙げられた様な対応や理解をしているが、経験の少ない機関と比べると、意識や理解のギャップがより大きくなっていると感じる。慣れ不慣れという事が原因なのかは定かではないが、ギャップが大きくなればなるほど、地域で在宅緩和ケアを担う機関が固定化＝限定される傾向にある。一局に集中し、それらの機関だけが成長し、地域全体のケアの質の向上には繋がらないという事も考えられる。地域全体で、同じ意識・理解をどのようにしたら持てるかという課題でもある。

○ケースについて

<傾向>

- ・家族・世帯状況や背景等の多様・複雑化
- ・関係する機関の拡大⇒高齢者、介護保険、生活保護、障害、児童、民生、保健所等々
- ・訪問医・訪問看護・ケアマネージャーが、ある一定機関に集中される

ターミナル期の相談については、40歳以上であるので、世帯状況や家族が抱える問題、ライフステージが様々である。自身が患者でありながら子育てをしている方や、障害を抱えている家族の介護をしている方、経済的に不安のある方や独居、老々世帯等、広く多岐にわたる様々な分野・機関との調整連携が必要になってくるケースが多くなっている。又、家族間の問題は往々にして複雑で、それらが在宅生活の妨げになる場合があると思われる。

訪問医・訪問看護・ケアマネージャー等の一極集中傾向については、前述したように、これまでの積み重ねの結果である。

<課題>

- ・関わる機関が多くなる事による弊害＝バリアの発生
- ・チームメンバーが特定の期間に集中することによるマイナス

関わる機関が多くなればなるほど、情報や共有

事項が行き渡らず、徹底されないという事の発生確率が高くなる。これらは、結局はご本人やご家族の生活を脅かし、在宅での緩和ケアを叶わない状況にもしかねない。特に、患者さんが先立つ事で起こる家庭内の問題や、残していく家族に対する思いがあり、自分の痛みよりも残される家族に不自由で惨めな思いをさせたくないという思いが強い場合が多い。一機関で解決できるような問題ではなく、様々な分野の機関との関わりと連携が必要であるが、それらが出来ていないのが現状である。

D. 考察

前段で傾向と課題を挙げてきたが、それらが実際のケースの中でどのように起こり、影響を及ぼしたのかを、実際のケースエピソードから振り返ってみる。

<高齢者のみ世帯のケース>

90歳台と80歳台の姉妹2人暮らし

姉がガン末期(要介護)で妹は障害者(要支援)

【関係機関】ケアマネージャー・訪問医・訪問看護・訪問介護・民生委員・成年後見人・地域包括支援センター・ショートステイ

【エピソード】これまでもずっと2人で暮らしていたケース。毎年年末年始は2人で一緒にAというショートステイを利用し過ごしていた。年末年始を他の方が居る所で過ごす事で安心でき、その年また2人で頑張って生活していこうという在宅生活を続けていく為の利用であった。姉がガン末期と宣告された年の年末に、いつものようにケアマネージャーがショートステイへ申し込むと『末期の患者さんなので、何かあっても対応出来ない』という理由で、断られた。ADLは保たれており意思表示も可能で、処置等は必要のない状態。『何か』という説明一例えば急変したらどうするか、物が詰まったらどうするか等を訪問医・訪問看護から説明し、訪問医は『何か』あったら連絡をくれれば対応すると伝えたが、ショートステイを利用する事ができなかった。その事でショックを受け、自分が罹った病気を恨み、妹にまで自分の病気のせいで迷惑を掛けたと思い、急に入院すると言い出した。

そのショートステイがこれまでも、ターミナル期の患者さんを断っていたのかは分からない

が、現状医療的な処置が必要ではない状態なので、断られる理由が無いと関係者では思っていた。しかし『ガン末期』という診断名だけで、何かが起こると思込まれて断られ、それが在宅生活を送る意欲と希望を喪失させ、患者さんが自身を責める原因にもなっている。住み慣れた地域のサービス機関の理解不足と捉えられるが、他の機関であれば受け入れてもらえたかというとその保証はない。各サービス機関の理解不足という事だけで片付けられそうだが、地域のサービス機関の体制の確認をしておけば、防げたケースなのかもしれない。サービス機関間の意識格差を感じ、事前情報としてきちんと伝えられる体制を作らなければならないと感じた象徴的なケースであると考え。

<残される子>

40歳台膵臓ガン末期。10歳台前半の子と同居。連れ合いは数年前に逝去。

【関係機関】訪問医・訪問看護・地域包括支援センター・児童分野機関

【エピソード】退院時より訪問医・訪問看護セッション。訪問看護師より介護保険申請を勧められた。要介護が出ていたがサービス利用はなし。自身亡き後の子の心配を常々話っていた。連れ合いが逝去した際に、行政の窓口で嫌な思いをして以来、どこにも相談していなかった。介護保険申請窓口での面談で、自身の事よりも子の心配があり、自身がどこかの機関に繋がれば子の問題解決に繋がると思っていたの申請であった事が本心。ケアマネージャーも居ない状況であったので、訪問医・訪問看護と情報共有・役割分担をはかり、地域包括支援センターより児童分野の行政機関へ連絡する。しかし、機関のフローに則った対応のみを強調され前進せず、何も解決しないまま半年後ご本人逝去。最期まで、自身の身体の痛みよりも子の心配で生じる心の痛みを訴え、自分が居なくなる事の痛みで苦しんでいる様子があった。

医療や保健・介護の機関以外との連携を考えさせられたケース。日常業務の中でそれ程頻繁に関わらない機関に対して、ご本人の想いを伝えたり、関わってもらいたい事の重大さや時間に限りがある事を伝えたり、生じている痛みが疾病からだけではなく、抱えている不安や自身亡き後は如何しようもないという心理的な痛み

であるという事を伝えられていない現状があるのかもしれない。日頃頻繁に関わっている医療や介護の機関であれば、「ターミナル期」という事だけで、限られた時間にご本人の想いに添った支援をするとイメージできると思うが、接する事のない機関にとっては、通常の相談のフローに乗せて対応するしかないのかもしれない。

E. 結論

在宅緩和ケアへの移行時若しくは継続の為に、介護保険・初回相談・サービスについて、まだまだ今後解決していかなければいけない課題はある。又、多様・複雑化する家族・世帯状況や背景、様々なライフステージで生じる課題に対して対応していかなければならない。それには、地域における様々な機関の在宅緩和ケアに対しての理解を深め、連携を取っていかなければならないが、そこで介護支援分野が出来る事として、直接的なサービスだけではなく、ご本人やご家族が抱えている不安や想いというもの、代弁していく事＝アドボカシーが必要だと結論付けたい。特に、自身亡き後の心配やこれまで送ってきた生活が送れなくなるという心理的な痛みに対しては、直接的なサービスだけでは賅いきれない。その心配や不安が、医療介護分野だけで解決できないもので、他の機関の力を借りなければいけないものについては、なおさら他機関に対して、状況や想いを正確に且つスピーディーに伝える事が必要になる。その役割が、現状行われている在宅緩和ケアのチームの一員であるケアマネージャーや地域包括支援センターにあると考える。住み慣れた自宅＝地域で最期を迎える為に、又望んでいる在宅生活を継続する為には、介護支援分野がアドボカシーを行い、地域で横断的に在宅緩和ケアを行える体制作りをしていかなければならない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成23年度 分担研究報告書

分担課題名 末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査

研究分担者 藤田敦子

施設名 NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア

職名 代表

研究要旨

末期がん患者は、比較的ADL（日常動作）を保つことができ、死亡2ヶ月前ぐらいから急速に状態の悪化になることが多く、申請が遅くなり、認定が間に合わない人や、要介護度が出た時は調査時とは異なり重度になっていることがあった。また、要介護2以上の人が利用できる福祉用具の貸与を受けられない状態が生じていた。以上のことを解決するために、2010年に老健局より2つの通知が出されているが、状況の改善に結びついているのか検証が行われていなかった。

今般、心身の状態が急速に悪化するがん患者が適切な介護保険サービスの提供を受けて質の高い在宅療養を送れるように、上記2つの通知以後の「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査」を行い、バリアの分析とその解決策を図ることを目的とし、調査を行った。

調査結果から、「末期」の言葉が患者そして主治医に与える影響、申請時にがん末期と判断できるものがないこと、主治医意見書の遅れや審査会の遅れ、患者と家族への正しい知識の普及がなされていないこと、主治医意見書の記載の不備等により要支援になる人がいること、福祉用具の貸与が一番の問題であることなど、当初考えていた国や保険者側の問題だけでなく、医療の部分のバリアが多いことがわかった。

末期がん患者に対する介護サービスの提供を迅速および適切にするためには、医療の連携部門の充実と相談機能の拡充が必要であり、福祉だけでなく、行政との連携も図るべきである。また、「末期」という言葉がもたらす負のイメージは強く、「末期」の言葉の使用を改めるべきである。

A. 研究目的

2007年4月に「がん対策基本法」が施行され、第16条において、「がん患者の療養生活の質の維持向上」がうたわれ、国及び地方公共団体は、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとされておりますが、下記の理由により、一部適切な介護サービスを受けられない状態が生じており、2010年4月12日、全国がん患者関係者一同は、「がん患者の在宅支援にふさわしい介護保険制度のあり方について」検討を国に求め、下記の2つの通知が厚生労働省から出た。

<問題>

介護保険は要介護認定までに通常1か月を要する仕組みになっているが、がん末期の急速な悪化により、要介護認定が追い付かず、認定前に亡くなり、介護サービスを受けられず、自費に

なる人もいる。また、「介護の手間に係る審査」や「状態の維持・改善可能性に係る審査」を経て、提供する介護（要支援2区分、要介護5区分）を定めているが、さまざまな問題により、がんの状態を正確に把握できていないために、一部不適切な判定が生じている。暫定プランの申請で介護サービスを申請時から提供できるが、さまざまな問題により、十分行われていないのが現状であった。

<通知>

「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」2010年4月30日

- ・認定結果前であっても暫定ケアプランを作成し、介護サービスを提供する
- ・迅速な要介護認定を実施する
- ・入院中からケアマネジャー等と医療機関が連携していく
- ・告知の問題に留意しつつ、主治医意見書の診

断名へ「末期がん」を明示する

- ・区分変更申請がされたら、変更を速やかに行うこと

<問題>

比較的日常生活が保たれ要介護度が低く出る末期がん患者は、要介護2以上の人が利用できる福祉用具の貸与を受けられない状態が生じていた。

<通知>

「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」2010年10月25日

- ・要支援及び要介護1であっても、状態が急速に悪化し日常生活に困難等が見込まれる場合は、市町村の判断で、本来は貸与にならない福祉用具を貸与することができる
- ・介護認定審査会が付する意見で、急激な悪化を見込まれる等意見付記を周知する

今般、心身の状態が急速に悪化するがん患者が適切な介護保険サービスの提供を受けて質の高い在宅療養を送れるように、上記2つの通知以後の「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査」を行い、バリアの分析とその解決策を図ることを目的とする。

B. 研究方法

本調査の方法は以下の通りである。

- <調査期間> 2010年5月から11月
- <調査対象者> 全国市区町村等の介護保険者（介護認定担当者）1597件
- <調査方法> 郵送調査法
- <調査時期> 2010年12月1日から12月24日
- <有効回収数> 988件（有効回収率61.9%）
*989件回収のうち、無効1件あり

（倫理面への配慮）

本研究は、個人を対象にした調査ではなく、市区町村介護保険者を対象に行われ、調査協力は任意である。得られたデータは電子化し、施錠保管を行い、報告書を送付後に、シュレッダーを利用し破棄する。回答者の個人情報、電子化を行わない。得られたデータは、多数のデータの一部として統計的に処理し公開す

るが、同意を得られた被調査機関名については公表を行う旨を文書で通知した。また、公表の際に作成文書を添付の上、再度の承認を取った。

C. 研究結果

① 特定疾病における「がん」の表記

保険者において、特定疾病における「がん」の統一した表記はなく、「がん末期」は45%であり、過半数以下であった（図1）。

今回、保険者からの自由記載において、「がん末期」の定義や診断基準を問う声、医師の告知ができていない患者への対応や意見書への未記載、患者や家族の「末期」の申告の忌避など、迅速な要介護認定の妨げが報告された（表5）。がんの表記に、「末期」は必要不可欠ではないと考える。

② 要介護認定等における迅速化

迅速を求める通知の後に、保険者が行った対応では、「申請受付担当者に対して教育を行った」が35%、「地域包括支援センター」が20.5%、「ケアマネジャー」に対してが18.8%であり、介護関係者のみで周知徹底を図ることに留まっている。今後必要になる医療との連携であるが、「医師会等関係機関を交えて会議を開催した」が1.7%、「連絡票等文書を新たに作成した」1.5%と、市区町村において医療と介護の連携は図れていない。なお、「予後予測を含めた要介護度を定めた」は2.0%、「一律の要介護度を定めている」は0.7%であった（図2）。

「その他」の回答が、20%（198件）寄せられたが、「末期がん等の方に対しては、通知以前より申請から認定結果通知までの迅速化を図っている」と『以前から迅速に努めている』と答えた保険者は26件いた。また、ほとんどの「その他」の回答が、通知の迅速化に向けて「優先」して「努力」や「配慮」を行っていると答えた。

下記に、「その他」に寄せられた好事例を紹介する。

<認定調査>

- ・申請受付者ががん末期の申請が来たら、急ぎで調査をくむように説明。→ 調査員が他の調査でいっぱいの場合は、職員（保健師）が対応するようにする。
- ・認定調査時、担当ケアマネージャーに同行し、必要なサービスはすぐに利用出来るようにしている。
- ・他自治体の委託調査を優先して実施。

<末期がんの明示>

- ・申請書に朱書きで末期がん等であることを明記することを事業所等に周知した。
- ・介護認定審査会「1号がん末期者リスト」を作成（別紙1）。
- ・迅速化を図るための「至急依頼等連絡票」文書については、4月当初にがんに限らず急ぐべき者の連絡集を作り活用（別紙2）。

<主治医意見書>

- ・意見書は死亡してからも受付、さかのぼって認定する。
- ・主治医意見書に対して文書「末期がん等の方への意見書をご記入いただく場合の留意事項について」作成。
- ・昨年12月に連絡票等文書「介護保険主治医意見書の早期提出について」を作成。「癌末期患者が介護認定の申請した場合の対応」を明記している（別紙3）。
- ・文書「主治医意見書における留意事項について」作成。
- ・主治医意見書の診断名に「〇〇がん」というだけでは、「末期」なのか問い合わせをして確認をしていたところであるが、通知以降は、「〇〇がん末期」と明記するよう依頼時文書を同封するようになった。

<審査会>

- ・認定を急ぐ場合、tel等で連絡をもらい、可能な限り早い審査会にかけています。
- ・「1次判定終了後、2次判定までの事務の流れ」を文書作成（別紙4）。

<予後予測を含めた要介護度>

- ・主治医意見書の記載内容を参考に、がん末期の急速に悪化する場合に対して、予後予測を含めた要介護度を認定する審査会が増えた。
- ・予後予測を含めた審査判定をしている。
- ・要介護1の振り分け時のみ、予後予測を含めた要介護度を定めた。

<福祉用具>

- ・認定審査委員に国通知内容及び関連情報として市の「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付」について周知。

<その他>

- ・通知文をホームページに掲載した。
- ・内規を定め迅速にサービス提供が出来るよう対応している。
- ・受付情報及びがん末期に関する情報については、対象者ごとシステムに入力し、全職員の共有化を図っている。
- ・県医師会が市区町村等宛に、認定に関する調査や主治医意見書への要望などの聞き取りをしている。

別紙1、別紙2、別紙3、別紙4については、保険者が通知後に行った好事例として、末尾に添付をする。

通知後に実施している内容では、「申請当日に認定調査を実施している」5.9%、「申請3日以内に認定調査を実施している」23.7%、「主治医意見書の提出を5日以内に行っている」13.4%であり、「認定結果通知を2週間以内に行っている」は2.2%しかない（図3）。

「認定調査を実施する期間を定めている」うち、半数近くが7日であるが（図4）、「主治医意見書の提出期限を定めている」13.4%のうち、10日以内が半数であり、2週間以内には主治医意見書の提出が行われていたが、ほとんどの保険者で、主治医意見書の提出期限は定められていない（図5）。

また、迅速を図るさまざまな実施のほとんどが、通知後に行われていた（図6）ことから、「がん」に関する通知は、しっかりと疾病名を入れて通知することが望ましい。

平成22年11月の「迅速な対応が必要な末期がんの方の申請について」たずねたところ、「はい」と回答した保険者は、半数近くいた(図7)。

平成22年11月の申請において、「非該当」になった件数は0件であったが(図8)、「要支援」になった件数は101件、約2割が、迅速な対応が必要にも関わらず、区分変更やケアマネジャーの変更を余儀なくされ、不適切な状況に置かれている(図9)。

「迅速に介護サービスを提供する上でバリアがあるか」とたずねたところ、「はい」が67%であった(図10)。「バリアと思われるもの」についてたずねたところ、「主治医意見書の提出を早めるのが困難である」46.9%、「申請時点で末期がんと判断することは困難である」27.4%、「主治医意見書に、末期がんと記載がないので判断できない」20.1%であった(図11)。

バリアに関する自由記載によると、主治医意見書の提出を早めるのが困難な背景に、外来化学療法等の外来治療中の患者への地域連携部門や相談支援部門の関わりが難しいことがあげられる。

また、「家族に末期がんについての認識がなく、医師からの説明をよく理解していない者が多い」

「医療従事者側で考えている在宅ターミナルケアのイメージと本人・家族が感じている不安との開きがある」など(表5)、患者と家族に対して、説明が不十分なことがあげられている。

早期に申請を行う必要があるが、早期では「要支援」になる事例もあり(図9)、二重の手間がかかってしまう。また、調査を行うことに心理的負担を感じている保険者もいる(表5)。

認定調査の迅速化のバリアについては、「本人の体調により日程日が定まらない」「辛い思いをしているのに調査を受け入れなければいけない」と患者本人の体調や心理的負担に言及するもの、「新規申請の調査全てを市が行うようになってから、緊急対応の余裕がなくなっている」など、末期がんを優先して認定調査を行うことの困難が挙げられている(表5)。

審査会におけるバリアは、審査会の回数が少ない(月2回等)、審査会を開催前に審査資料を送付して事前審査を行う必要があるなど、審査会

前をどんなに迅速にしても、審査会の日程があわなければ、30日以降の認定結果通知になってしまう。

迅速化を図るためには、仕組みを変える必要がある。

主治医意見書の記載や患者と家族への十分な説明は、事務作業補助や医療機関での相談やコーディネート機能を充実することで、もっと早期に申請を行い、また要支援にならないことを可能にする。現在、緩和ケア外来もでき、緩和ケアの早期から患者や家族の気持ちや感情の揺れに寄り添い、経済的負担や在宅側の情報提供を行いながら、意思決定を支える仕組みも少しずつではあるが整いつつある。この機能をもっと拡充させる必要がある。

また、在宅緩和ケアの地域連携パスが作成されることにより、訪問看護師へつなぐ時期を緩和ケア移行期にすることができ、もっとスムーズに連携が図れるであろう。患者と家族の意思決定を支えるための正確な情報提供がバリアを解決する糸口になる。

認定調査のバリアについては、病院内で行う調査については、新規申請でも代行を可能にする、FAXや電話を活用するなど迅速な対応が必要な場合の特例が必要ではないか。

一部の保険者では、「介護認定審査会1号がん末期者リスト」(別紙1)を作成しているところ、「至急依頼等連絡票」(別紙2)を作成して、訪問調査や審査会の迅速化を図っているところ、医師会も交えて協議を図り、「介護認定の申請した場合の対応」(別紙3)を作成したところ、「1次判定終了後、2次判定までの事務の流れ」(別紙4)を作成したところ、「保険所管内の市町村と合同で『ターミナルケアの手引き』のような市民向けのパンフレットを作成している」ところ、「意見書を死亡してからも受け付けてさかのぼって認定しているところ」もある。また、県医師会が市区町村等宛に、認定に関する調査や主治医意見書への要望などの聞き取りをしているところもあった。

今後、各地の実情に応じた柔軟な対応をしていくが望ましい。

③ 末期がん患者に対する福祉用具貸与

「平成22年11月に、要支援1、2及び要介護1と判定された末期がんの方の福祉用具貸与申請がありましたか」とたずねたところ、「はい」は25.6% (253件) いた (図12)。そのうち「却下したケース」はわずか2件であり (図13)、通知以降に、適切に貸与が行われている。

「福祉用具貸与申請を却下した理由」をたずねたところ、「短期間のうちに日常的に起き上がりや寝返り等が困難となることが確実に見込めると判断できなかった」2件等、主治医意見書に医学的所見の記載がない、または判断できないことが理由であった (図14)。

「介護認定審査会が付する意見において、審査会委員への周知を行いましたか」とたずねたところ、26%、4分の1しか周知を行っていなかった (図15)。

「前述のがん患者において、認定審査会が付する意見がありましたか」とたずねたところ、わずか13件であった。その13件に「認定審査会が付する意見は、福祉用具貸与の要否を決定する際に参考になるものでしたか」とたずねたところ、11件が「はい、参考になった」と答えた。

④ 要介護認定の実施及び介護サービスの提供についての自由記載

要介護認定の実施及び介護サービスの提供についての自由記載の中で、福祉用具貸与について、「主治医の意見の添付 (今後急速に状態が悪化の可能性のある等の内容) で認められている」や「介護保険制度以外のベッド・車イスのレンタル等の利用ができ、申請窓口でアセスメントして、サービス導入もしている」という、保険者独自の取り組みも寄せられた。

また、「ターミナルケアの場合、ベッドのレンタルのみ利用が多く、利用期間も2か月以内と短いので介護保険サービスではなく、他の福祉サービスで対応した方がいい」、「必要時すぐに利用が可能な医療でレンタル等のサービスがあればと思います」「入退院を繰り返される事例や一時帰宅 (外泊) を希望される事例でのベッド利用希望などは、介護保険より医療保険でのサービス利用の方が円滑に希望に添えるのではないかと

と、介護保険外での対応ができないかという意見が多数寄せられている。

迅速な対応が必要な場合について、福祉用具の関係者にも聞き取りをし、国が検討すること、また市区町村が各地の実情に応じた柔軟な対応がしていくことも必要である。

国に対しては、現状の制度のままでは、保険者が行えることは限度があり、末期がんを支える新たな仕組みを求める声が多かった。「要支援になる可能性がある中で、暫定ケアプランを作成し、サービスを入れていくことで限度額をオーバーしないかケアマネジャーが不安に思っている」「在宅の準備を整えても、結局退院できず、ケアマネジャーが徒労に終わっている」など、ケアマネジャーの声を代弁したり、「一律な介護度を国に定めてほしい」という声もあったが、「末期がんすべてが迅速な対応が必要なわけではない」という声もあり、的確な要介護度が出る仕組みを新たに作る事が大切である。

医療機関や医師会に対しては、主治医意見書の提出や審査会の迅速化、そして患者と家族に正しい情報を伝えることの要望が多数占めていた。

⑤ がん対策との連携

調査結果から、国や都道府県で行っているがん対策について、市区町村等の保険者が十分に連携を図れていないことが伺える。北上市 (図17) や山口市 (図18) のように、市民の声や在宅緩和ケアを求める団体との協働により、市独自に条例等を作り、相談や講演会開催、介護保険外の患者に福祉用具等の貸与を可能にしている市区町村もある。市民の身近な存在である市区町村において、情報発信および相談窓口としての機能を、今後どう作っていくのか考えていくべきではないだろうか。

D. 考察

調査結果から、がん患者が迅速ならびに適正に介護サービスを受けるためには、上記多くのバリアを解消する必要があることが明らかになった。今後、国、都道府県ならびに市区町村等地方公共団体、医師等関係者は、がん患者が介護保険サービスを適正に受けられるよう必要な施策を講ずることが大切である。

また、介護保険サービスを受ける患者と家族を含めた一般市民も、介護保険サービスの制度や仕組みなどに関心を持ち、人として誰にでも訪れる「人生のラストステージ」をどう迎えていくのかを考えていくことが大切である。

E. 結論

調査結果から、「末期」の言葉が患者そして主治医に与える影響、申請時にがん末期と判断できるものがないこと、主治医意見書の遅れや審査会の遅れ、患者と家族への正しい知識の普及がなされていないこと、主治医意見書の記載の不備等により要支援になる人がいること、福祉用具の貸与が一番の問題であることなど、当初考えていた国や保険者側の問題だけでなく、医療の部分のバリアが多いことがわかった。また、一律の要介護度を定めるより、柔軟に状態に合わせた予後予測を含んだ要介護度を定めた保険者の方が多かった。

しっかりと対応している保険者もあれば、特に対応を行っていない保険者も3分の1もいた。回答が6割だったこともあり、対応を行っていない保険者はもっといると思われる。

問題を解決するためには、国の働きが大きいですが、医療、介護に携わる人たちが、市区町村等保険者も含めて、顔と顔を合わせて、問題を協議し、解決していくことが必要と考える。

- ・国は、医療と介護の連携強化に向け、相談機能や患者の希望に沿ったコーディネーター機能の充実を図ること、診断時から在宅緩和ケア導入時までの地域連携パスを構築し、在宅緩和ケア移行をスムーズに行えるようにすること、がん患者が迅速かつ適切に介護保険サービスを受けられるように、訪問調査の特例、がん末期の状態が的確に反映される訪問調査項目の見直し、名称の変更等の検討を行うなど必要な施策を講ずることが重要である。
- ・都道府県ならびに市区町村等地方公共団体は、がん対策と連動し、予防から看取り期まで連携した窓口を作り対応すること、一部の保険者では、条例や要綱で介護保険適用外のサービスを提供している、また、1号被保険者のリストを作成しているところ、至急依頼等連絡票を作成して訪問調査や審査会の迅速化

を図っているところ、医師会も交えて協議を図り、申請から審査会までの対応を作成したところ、1次判定終了後、2次判定までの事務の流れを作成したところ、状態に合わせた予後予測を含めた要介護度を定めたところ、保険所管内の市町村と合同で『ターミナルケアの手引き』のような市民向けのパンフレットを作成しているところなどがある。今後、各地の実情に応じた柔軟な対応をしていくことが重要である。

- ・医師等関係者は、がん患者が迅速かつ適切な介護サービスを受けられるよう、問題の改善を図り、保険者や関係機関との連携を強化すること、また、がん患者と家族を支えるためには、緩和ケアの知識や技術の習得が必要であり、研修会等を開催していくこと、一部の市では、患者や家族の希望を叶えるところから、支える仕組みを関係者が集う形で作っており、病院と在宅、医療と介護が、保険者も含め、顔と顔を合わせて問題の改善を図っていくことが大切である。また、特に病院関係者は、主治医意見書の遅れや記載の不備がないよう地域連携部門を充実し、早期から患者と家族への相談を受け、入院や外来からケアマネジャーや保険者へつなぐなど、その体制を作ることが重要である。
- ・介護保険サービスを受ける患者と家族を含めた一般市民抜きにして、がん患者に対する介護保険の適正化は図ることができない。介護保険の制度や仕組み、在宅療養の具体的なイメージなどを知ること、人として誰にでも訪れる「人生のラストステージ」をどう迎えていくのか、必要だと感じたときに、講演会や書籍、映像、相談窓口、がんサロンなどで知識を得て、少しずつ自分の意思を定め、表明しておくことが大切である。また、国の終末期の療養場所の関する調査では、自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合が63%いる。訪問サービスを使うことがなくても、ベッド等福祉用具は必要になるかもしれない。一人暮らしの高齢者の増加は、ますます、介護保険の中でがん患者の利用が増えていくことだろう。介護を必要とするときに使えない状態にならないように、医療と介護の動向に関心を持つことも大切なことである。

(本研究について)

本研究の限界としては、調査結果は調査票記入者の判断力や経験によるものが多いことである。また、1号被保険者も含めたことにより、1号、2号のそれぞれの問題点は明らかになっていない。そして、1号被保険者すべての状況の把握ができていないことも本研究の限界といえる。

謝辞

本研究の実施は、渡辺敏研究代表者をはじめ、「がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究」渡辺班の研究分担者、事務局の皆様、アドバイスなどご支援下さった多くの方のご協力により可能になりました。特に千葉大学広井良典教授には、研究を行う場の提供など、多大なご支援を賜りました。感謝申し上げます。またなにより、お忙しい中、がん患者が適切な介護保険サービスを受けられない現状を解決するための調査に、全国 988 市区町村の保険者の皆様よりご回答を頂きました。ここに、厚く御礼申し上げます。また、資料をご送付くださった皆様にも重ねて御礼申し上げます。さらに、介護保険の仕組みや問題点などをご教示頂き、報告書指導を下さった国際医療福祉大学大学院大熊由紀子教授に深く感謝申し上げます。そして、量的調査、質的調査についてご指導下さった大学院の先生方に厚く御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

(1) 論文発表

藤田敦子：在宅ケア市民ネットワークピュア—学生との連携による看取り文化の再生。広井良典、小林正弥著。コミュニティ。東京：勁草書房。221-228, 2009

藤田敦子：がんサロン～がん患者と家族が明日を生きるために。NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア発行。2011

藤田敦子：末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査報告書;2011. 11

藤田敦子：がん緩和ケア流民～自分らしく最後まで暮らすことは可能か。国際医療福祉大学大学院平成23年度修士論文発表プログラム。国際医療福祉大学大学院。2012. 2

藤田敦子：末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査中間報告。ホスピスケアと在宅ケア;19 (2) , 2011. 5

藤田敦子ほか：デンマーク高齢者ケア視察研修報告書。(特)福祉フォーラム・ジャパン;2011. 6

藤田敦子：地域がんサロンから見たがんサロンの力。死の臨床;34(2)307, 2011. 8

藤田敦子：がんサロン開設のための分かりやすい手引書。緩和ケア;21 (5) 497, 2011. 9

(2) 学会発表

藤田敦子：がん患者と家族を支える力。島根がん緩和ケアを考える会。講演, 島根, 2011. 3

藤田敦子：末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査中間報告。日本ホスピス・在宅ケア研究会第19回沖縄大会。講演, 沖縄, 2011. 7

藤田敦子：終末期における緩和ケア。(社)かながわ福祉サービス振興会。講演, 神奈川, 2011. 8

藤田敦子：地域がんサロンから見たがんサロンの力。第35回日本死の臨床研究会年次大会。ポスター, 千葉, 2010. 10

藤田敦子：地域医療計画編 ～高齢化時代の地域に根差した医療とケアをどう構築するか～。東大HPU/H-PAC公開シンポジウム。パネルディスカッション, 東京, 2011. 10

藤田敦子：自分らしく最後まで暮らしたい。うらやす市民大学校。講演, 千葉浦安, 2011. 10

藤田敦子：NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュアの活動。第48回日本癌治療学会学術集会。ポスター, 愛知, 2011. 10

藤田敦子：在宅ターミナル期におけるケアマネジャーの役割～利用者や家族に寄り添ったケアマネジメントを行うには～。平成23年度足立区介護支援専門員現任研修。講演, 東京, 2011. 12

藤田敦子：今、あなたはどこで最期を迎えたいと
考えますか？～家族・市民として～. 千葉大学看
護学研究科エンドオブライフケア看護学市民協働シンポ
ジウム. 講演,千葉, 2012. 1

藤田敦子：がん緩和ケア流民～自分らしく最後
まで暮らすことは可能か. 国際医療福祉大学大
学院平成23年度修士論文発表. 国際医療福祉大
学大学院. 東京, 2012. 2

藤田敦子：平成23年度在宅がん緩和ケアフォーラ
ム. パネルディスカッション, 千葉, 2012. 2

(3) その他

第26回がん対策推進協議会天野委員、花井委
員、前川委員、眞島委員、松本委員 提出資料
がん患者に対する介護保険の適正化に向けて
の意見書添付資料. 厚生労働省がん対策推進協議
会, 東京, 2011. 10

がん患者の在宅ケアを考える(動画). NHK 首都
圏ネットワークニュース. 千葉, 2012. 2

http://www.nhk.or.jp/chiba-news/20120219184400_01.html

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他

平成 22 年度 厚生労働省科学研究費補助金 がん臨床研究事業

「がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究」班

末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査 ご協力をお願い

拝啓 向寒の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は、がん患者・家族の療養生活のQOL向上に際し、格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

2007年4月に「がん対策基本法」が施行され、第16条において、「がん患者の療養生活の質の維持向上」がうたわれ、国及び地方公共団体は、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとされておりますが、がんの末期は急速に悪化するため、認定前に亡くなる方、また要介護度が低く出る方など一部適切な介護サービスを受けられない状態が生じており、本年4月12日、全国がん患者関係者一同は、「がん患者の在宅支援にふさわしい介護保険制度のあり方について検討」を国に求め、下記の通知が厚生労働省から出ました。

①「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」平成22年4月30日

②「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」平成22年10月25日

今般、がん患者が適切な介護保険サービスを受けられるよう、通知以後の「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査」を行うことに致しました。

つきましては、趣旨をご理解いただき関係者によるご回答をよろしくお願いいたします。敬具
(調査責任者)

「がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究」班

研究分担者 藤田敦子

調査の概要

1. 調査の目的

がん患者が適切な介護保険サービスを受けることができるよう、平成22年度の末期がん患者に対する2つの通知以後の介護保険サービスの提供状況を調査し、バリアの分析とその解決策を図ります

2. 調査の対象ならびに実施時期

全国市区町村等の介護保険者に平成22年12月実施

3. 調査方法ならびに調査票の回収

研究分担者が調査票を対象機関あてに郵送により送付します

被調査機関は調査票を記入後、12月24日(金)までに、研究分担者へご返送ください

4. プライバシー保護

本研究の回答は市区町村介護保険者を対象に行われ、調査協力は任意です。得られたデータは電子化し、施錠保管を行い、報告書を送付後に、シュレッダーを利用し破棄します。回答者の個人情報、電子化を行いません。得られたデータは、多数のデータの一部として統計的に処理し公開しますが、同意を得られた被調査機関名については公表を行います。研究成果は、科研費研究として報告書およびホームページ公開されます。平成23年4月に当法人ホームページにおいて公開を行い、学会、国際医療福祉大学大学院修士研究報告書等で発表いたします。回答された被調査機関に対し、別途報告書を7月頃に送付いたします。

(本研究の連絡先)

NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア 代表 藤田敦子

〒263-8522 千葉市稲毛区弥生町1-33 千葉大学法経学部福祉環境交流センター気付

TEL 070-5554-3734 FAX 047-448-7689 Eメール pure721@wind.sannet.ne.jp

末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査

3. 認定調査を実施する期間を定めている（日数を記載： 日）
4. 主治医意見書の提出を5日以内に行っている
5. 主治医意見書の提出期限を定めている（日数を記載： 日）
6. 直近の介護認定審査会で二次判定を行っている
7. 認定結果通知を2週間以内に行っている
8. 認定結果通知期限を定めている（日数を記載： 日）
9. 変更申請を最優先で行っている
10. 一律の要介護度を定めている（要介護： ）
11. 上記の実施を通知前より行っている（該当番号： ）
12. 特別に実施していることはない
13. その他（ ）

(3) 平成22年11月において、迅速な対応が必要な末期がんの方の申請がありましたか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない



「はい」と答えた方に質問します

(3-1) 迅速な対応が必要な末期がんの件数は何件でしたか？ おわかりでしたらお書き下さい。また、11月の要介護認定申請件数をお書きください。

申請件数：() 件 / 11月要介護認定申請総件数 () 件

(3-2) 非該当になった方はおられましたか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(3-3) 要支援になった方はおられましたか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(4) 迅速に介護サービスを提供する上で、バリアとなっていることはありますか？

1. はい (ある)
2. いいえ (ない)
3. わからない



「はい」と答えた方に質問します

(4-1) バリアと思われるものについて、○をお付け下さい (複数回答可)

1. 申請時点で、末期がんと判断することは困難である
2. 申請から死亡までが1カ月以内が多く、短期間すぎる
3. 申請受付の担当者は、末期がんに関し、知識がない
4. 該当者数に対し、認定調査員の人数が不足している
5. 認定調査員は、末期がんの症状を正確に把握するのが困難である

末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査

6. 主治医意見書の提出を早めるのが困難である
7. 主治医意見書に、末期がんと記載がないので判断できない
8. ケアマネジャーは、末期がんに関し、知識が不足している
9. 申請件数が増加し、認定審査会において十分な討議が難しい
10. その他 ()

3. 末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について (平成 22 年 10 月 25 日
通知 VOL. 170) 資料 3

(1) 平成 22 年 11 月において、要介護認定で要支援 1、2 及び要介護 1 と判定された末期がんの方の福祉用具貸与申請がありましたか？

1. はい (ある)
2. いいえ (ない)
3. わからない



「はい」と答えた方に質問します

(1-1) 申請を受けたなかで、却下したケースはありますか？

1. はい (ある)
2. いいえ (ない)
3. わからない



「はい」と答えた方に質問します

(1-1-1) 却下した理由について、○をお付け下さい (複数回答可)

1. 医師の医学的所見に基づき判断した
2. 書面等の記載に不備があり、特に必要だと判断できなかった
3. 短期間のうちに日常的に起き上がりや寝返り等が困難となることが確実に見込めると判断できなかった
4. 要支援 1、2 及び要介護 1 については、福祉用具貸与を行っていない
5. その他 ()

(2) 介護認定審査会が付する意見について、審査会委員への周知を行いましたか

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(3) 平成 22 年 11 月において、要介護認定で要支援 1、2 及び要介護 1 と判定された末期がんの方の福祉用具貸与について、認定審査会が付する意見がありましたか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない



「はい」と答えた方に質問します

(1-1) 認定審査会が付する意見は、福祉用具貸与の要否を決定する際に参考になるものでしたか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない

4. 末期がんの方への適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供について、ご提案やご意見がございましたら、記載ください。

5. 貴保険者についてお答えください。

(1) 貴都道府県ならびに市区町村において、がんの在宅療養に関する一般向け講演会を行政主催で開催されていますか？

1. はい 2. いいえ 3. わからない

(2) 貴都道府県ならびに市区町村において、がんの在宅療養に特化した公の相談窓口がありますか？（拠点病院の相談窓口とは別。例：千葉県在宅緩和ケア支援センター）

1. はい 2. いいえ 3. わからない

(3) 都道府県ならびに市区町村において、がん対策に関する条例は策定されていますか？

1. はい 2. いいえ 3. わからない

(4) 貴保険者名をお書き下さい。また、貴保険者名の公表について該当するものに○をお付けください。

_____ (団体コード) _____

調査結果の公開にあたり、上記保険者名の公表に 1. 同意する 2. 同意しない

*本調査にお答え頂いた方のお名前、役職、連絡先をお書きください。（個人情報につきましては、内容の確認等、本事業の目的以外に利用することはありません）

氏名

役職

電話番号

FAX 番号

Email

以上で、アンケートは終了です。貴重なご意見をありがとうございました。

同封の封書にお入れになり、**12月24日(金)まで**にご返信をお願いいたします。

アンケート結果につきましては、7月頃に報告書をご送付いたします。