

在宅医療のグランドデザイン

平成19年度厚生労働省長寿医療研究委託事業
(18指-3分担)

在宅医療推進会議作業部会
「在宅医療のグランドデザイン作成に関する部会」

部会長 仙台往診クリニック 院長 川島 孝一郎

平成20年3月

目次

序論 患者の視点に立った医療提供と在宅看取りの充実に向けた在宅医療のグランドデザイン

医療をめぐる国際情勢と国内の現状	1
1. 長い平均在院日数多い病床数	1
2. 今後増加する高齢者の一人暮らし世帯	2
3. 在宅死亡割合の低下と今後の死亡者数の増加	3
4. 在宅療養を選択することの難しさ	5
5. 在宅医療の普及度	6
6. がんと診断された者が最期を迎えた場所に関するデンマークの調査	8
8. 在宅看取り目標25%に向けてのグランドデザインの必要性	8
在宅医療グランドデザインの主旨	9
1. 在宅医療とは	9
2. 在宅医療計画の背景：国民のニーズと医療提供実態のミスマッチ	9
2-1. 国民のニーズ	10
2-2. 実際の死亡場所	10
参考資料	11
・療養・死亡場所の希望	11
・実際の死亡場所	13
3. 医療計画における在宅医療の位置づけ	17
4. 在宅医療の費用	22
4-1. 在宅医療の国際比較	22
4-2. 在宅医療費が国民医療費に占める割合	25
4-3. 在宅医療費の推移と内訳	25
4-4. 訪問看護の事業量と国民医療費に対する割合の推移	26
第1章 在宅医療のグランドデザイン	
はじめに	27
1. 現状を踏まえよう	27
2. 生き方の提示	30
3. 医師の説明責任	32
4. ものの見方の違いによる生き方の表現の違い	36
5. ICF（国際生活機能分類）	39
6. 生き方の再構築：説明責任と選択そして退院計画	40
7. 地域連携	43
8. 必要な制度	48
おわりに	49

在宅医療における事前指示のあり方について

1. 日本医師会「終末期医療に関するガイドライン（案）」	51
2. 今後の事前指示の診療報酬上の評価について	52
3. 終末期相談支援料について	52
4. 診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について	54
5. 相談支援情報提供書	55

在宅医療に対する日本家庭医療学会の見解

1. はじめに	57
2. 在宅医療とは	57
2-1. 古典的往診	57
2-2. 現在の在宅医療	57
3. 家庭医の役割	58
3-1. 何でも、何時でも、誰でも、何処へでもー我々の考える一次医療サービスー	58
3-2. 家庭医にとっての在宅医療ー在宅医療にとって必要な医師とはー	58
4. これからの在宅医療	59
4-1. 高齢者の在宅医療	59
4-2. 終末期の在宅医療	59
4-3. 医療的管理が必要な患者の在宅医療	59
5. 病院医療と在宅医療	60
6. 在宅以外の選択肢	60
7. おわりに	60

第2章 訪問看護におけるグランドデザイン

要旨	61
1. はじめに	62
2. 利用者の暮らしと共にある訪問看護	62
3. 訪問看護ステーションを取り巻く現状	62
3-1. 終末期医療に対する国民の意識	62
3-2. 訪問看護ステーションの現状	64
3-3. 事業所規模別にみた訪問看護ステーションの実態	66
4. 24時間365日の安定的な訪問看護サービスの供給にむけた方策	68
4-1. 看取り数の多い訪問看護ステーション実践例	68
(1) 医療保険看取り型訪問看護ステーション	68
(2) 介護保険看取り型訪問看護ステーション	69
4-2. 訪問看護ステーションモデルの構築において考慮すべき課題	70
4-3. 新たな訪問看護ステーションモデルの仮定	71
(1) 大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）	71
(2) 中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）	72
4-4. 訪問看護ステーションモデルの経営試算	73
(1) 大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）の経営試算	73
(2) 中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）の経営試算	73
4-5. 訪問看護ステーション必要数の将来推計値	74
4-6. 専門特化型訪問看護ステーション（仮称）の創設	76
5. 様々な居住の場における看取り	76
5-1. 療養病床の再編と新たな高齢者居住の場	76
5-2. 医療機能強化型老健施設への訪問看護	77
5-3. その他の介護施設、居宅系サービスへの訪問看護	77
6. 診療報酬改定に向けて	78
6-1. 在宅看取りを支える診療報酬改定	78
(1) 在宅療養移行に向けた退院支援	79
(2) 24時間365日にわたる安定的な訪問看護サービスの提供	79
(3) ターミナルケアの充実	79
7. おわりに	79

第3章 在宅歯科医療推進のためのグランドデザイン

1. はじめに	81
2. 高齢者の口腔保健と受療状況の現状	82
2-1. 高齢者・要介護高齢者の口腔内状況	82
(1) 高齢者の現在歯数と咀嚼機能低下	82
(2) 要介護高齢者の歯科疾患・口腔清掃状況	83
(3) 要介護高齢者の摂食・嚥下障害	84
2-2. 高齢者・要介護高齢者の歯科受療状況	85
(1) 外来医療	85
(2) 在宅医療	86
(3) 入院患者への対応	87
(4) 高齢者の歯科受療率が低かった背景	88
3. 歯科治療、摂食機能訓練および継続的な口腔ケアの意義	89
3-1. 専門的口腔ケアによる咀嚼機能の回復と歯科疾患発症予防	89
(1) 専門的口腔ケアとは	89
(2) 歯の保存状態と生命予後	90
(3) 訪問歯科診療の効果	92
3-2. 誤嚥性肺炎の予防と口腔ケア	92
4. 口腔機能訓練と食支援が高齢者の栄養改善に与える効果	94
4-1. 口腔内状況と食事内容との関係	94
4-2. 摂食機能訓練による栄養改善の支援	96
4-3. 摂食機能訓練および歯科的介入で、 経鼻経管栄養法や胃瘻造設の時期を遅らせることができるか	97
5. 高齢者・要介護高齢者ニーズの類型化と在宅歯科医療の供給体制のシミュレーション	98
5-1. 高齢者・要介護高齢者の歯科治療、 口腔ケアおよび口腔機能リハビリテーションのニーズとその類型化	98
5-2. 在宅歯科医療供給体制のシミュレーションと短期的目標	101
5-3. 在宅医療の需要と供給体制の改善に関する医療経済的視点	102
(1) 歯科診療所の歯科医師が在宅医療に出て行くための歯科医業経営上の要件	102
(2) 費用弁償のインセンティブが歯科医療費に与える影響	102
5-4. 今後30年間の長期的な視点からみた在宅歯科医療ニーズ	104
6. 求められる後期高齢者の歯科医療体系	106
6-1. 外来から在宅医療までの切れ目ない歯科医療の提供	106
(1) 地域包括ケア体制の一員としての歯科医療	106
(2) 外来医療	106
(3) 入院患者への対応	106
(4) 施設入所者への対応	106
(5) 在宅療養者への対応	107
6-2. 在宅療養支援歯科診療所（仮称）の設置など歯科診療所の機能分化について	107
6-3. NST (Nutrition Support Team) における歯科の役割	109
6-4. 口腔癌のスクリーニング	109
7. まとめ	109
文献	111

第4章 在宅医療への薬局・薬剤師の取り組み

1. 基本方針	131
1-1. 在宅医療への薬剤師参加の意義	131
1-2. 他職種との連携について	131
1-3. 薬局薬剤師が行う服薬支援	132
2. 体制の整備	134
2-1. 地域における薬局の必要数	134
2-2. 麻薬小売業届出薬局数・ 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出数・無菌製剤処理加算の届出薬局数	136
2-3. 新薬剤師行動計画の休日・夜間、在宅、疼痛緩和ケア関連部分	136
(1) 休日・夜間における調剤による医薬品等の供給	136
(2) 居宅等における医療（在宅医療）への参加	136
(3) 終末期医療への貢献	137
2-4. 麻薬	137
(1) 麻薬小売業者間での麻薬の譲渡しの許可申請の特例	137
(2) 麻薬小売業者間譲渡許可証明書の交付	138
(3) 麻薬小売業者間譲渡許可証明書の失効	138
2-5. 医師の指示要件の要否	138
3. 問題点	139
(1) 医薬品の供給	139
(2) 医療機器の供給	139
(3) 報酬上の評価	139

第5章 介護保険制度の役割と在宅医療との連携について

1. 介護保険制度の意義・目的	141
2. 介護保険事業計画	143
3. 介護と医療の連携について	146
参考	149
参考資料	155

序論 患者の視点に立った医療提供と在宅看取りの充実に向けた 在宅医療のグランドデザイン

伊藤 道哉（東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野）

医療をめぐる国際情勢と国内の現状

1. 長い平均在院日数多い病床数

OECD (Organization for Economic Cooperation and Development: 経済協力開発機構) の調査結果に基づき、一人の入院患者により病床が占有されている平均期間を表す平均在院日数を比較すると、我が国は OECD に加盟する先進国 30 か国の中で最も長い。2005 (平成 17) 年の OECD のデータによると、ドイツが 10.2 日、フランスが 13.4 日、イギリスが 7.0 日、アメリカが 6.5 日であるのに対し、日本は全病床の平均在院日数が 35.7 日となっており、各国によって定義に違いがあるため、単純な数字の比較による評価は困難であるものの、国際的に見て長い平均在院日数となっている。また、一般病床だけで見ても平均在院日数は 19.8 日であり、諸外国の全病床の平均在院日数よりも長い。

表序-1 諸外国における平均在院日数と人口千人当たり病床数

	平均在院日数	人口千人当たり病床数
日本	35.7	14.1
ドイツ	10.2	8.5
フランス	13.4	7.5
イギリス	7.0	3.9
アメリカ	6.5	3.2

資料：「OECD Health Data 2007」

※平均在院日数の算定の対象病床は OECD の統計上、以下の範囲となっている。

日本：全病院の病床

ドイツ：急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床（ナースিংホームの病床を除く。）

フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床

イギリス：NHS の全病床（長期病床を除く。）

アメリカ：AHA (American Hospital Association) に登録されている全病院の病床

このような違いの大きな要因の一つに、日本では、主として慢性期の患者が入院する療養病床の平均在院日数が 172.6 日と長くなっていることがあげられる。これは、介護サービスを必要とする高齢者の受け皿が家庭や福祉施設に乏しいことや、転院・退院後も考慮した切れ目のない医療が十分に提供されていないことから、本来福祉サービスが担うべき高齢者の生活支援ニーズを病院が担っていることが背景にあると考えられる。

また、同じ OECD の調査によれば、2005 年の人口千人当たり病床数は、ドイツが 8.5 床、フランスが 7.5 床、イギリスが 3.9 床、アメリカが 3.2 床であるのに対し、日本は 14.1 床となっており、国際的に見て多いものとなっている。

施設入院に偏り、在宅医療が普及しない原因は、病床数の肥大と長期入院である。

2. 今後増加する高齢者の一人暮らし世帯

次に、こうした生活支援を必要とする高齢者が置かれた状況に着目してみる。我が国の高齢者は今後ますます増加するとともに、高齢者の一人暮らし世帯の数も、2000（平成12）年の303万世帯から2025（平成37）年には680万世帯と2倍以上に増加すると推計されている（国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（2003（平成15）年10月推計）」）。これは、家族による看護や介護が難しい世帯の増加を示しており、今後は高齢者の一人暮らし世帯の増加を想定した住まいの在り方や医療提供の在り方を検討していく必要性を強く示唆している。

3. 在宅死亡割合の低下と今後の死亡者数の増加

死亡の状況について見ると、昭和30年代前半までは8割の方が家で亡くなっていたが、医療施設の整備などに伴い、病院病床数が急激に増大し、入院しやすくなったことと相まって、昭和50年代に医療機関で亡くなる割合が上回るようになった。現在は8割の方が医療機関で亡くなっており、在宅死亡割合は1割余りとなっている。

表序-2 医療機関における死亡割合の年次推移（%）

	医療機関で 死亡する割合	自宅で 死亡する割合		医療機関で 死亡する割合	自宅で 死亡する割合
1951年	11.61564152	82.46753866	1979年	55.57691862	39.29420703
1952年	12.41183790	81.30806673	1980年	56.99217350	38.04172933
1953年	12.83300563	80.39705028	1981年	59.77102776	35.37448873
1954年	14.45880822	78.03215841	1982年	62.61281699	32.67629653
1955年	15.38982846	76.86810675	1983年	63.11973169	32.05578632
1956年	16.23802556	76.18087955	1984年	65.00168187	30.32271661
1957年	17.30598250	75.26158058	1985年	67.26777024	28.28230865
1958年	19.49841345	72.52572023	1986年	68.66736831	27.00034638
1959年	20.59832541	71.21930434	1987年	70.65811825	25.22990740
1960年	21.82949594	70.67742807	1988年	71.92016787	24.16779527
1961年	23.27469223	69.23311349	1989年	74.19610091	22.24414591
1962年	24.30501292	68.73448642	1990年	75.02160782	21.65743230
1963年	26.30245837	66.52682738	1991年	75.77949788	20.86546469
1964年	28.15752369	64.96931212	1992年	76.54927432	20.12962226
1965年	28.49188651	64.97091820	1993年	76.89509318	19.76809041
1966年	30.67851932	62.66726537	1994年	76.66682269	19.94239285
1967年	32.69570937	60.91427335	1995年	77.04890477	18.30049483
1968年	34.59795646	59.36858664	1996年	78.61865119	16.72876142
1969年	36.34530483	57.59476612	1997年	79.12671529	16.06477761
1970年	37.43032588	56.64677781	1998年	79.03135558	15.88697725
1971年	39.59250337	54.46056439	1999年	80.01101798	14.97946603
1972年	42.06838454	51.98208120	2000年	80.97182664	13.88588191
1973年	44.14306979	50.24301679	2001年	81.24114349	13.53527817
1974年	45.35178956	49.17580330	2002年	81.44687539	13.37355542
1975年	46.69225019	47.69926311	2003年	81.68108608	13.00466722
1976年	48.29795100	46.25677194	2004年	82.26427715	12.39011785
1977年	50.58732832	43.96861786	2005年	82.38810625	12.24418618
1978年	52.68596378	42.04601471			

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

こうした中、「終末期医療に関する調査等検討会」報告書（2004（平成16）年）によれば、一般国民の58.8%が自宅で最期まで療養することを希望している一方で、同じく一般国民65.5%は、①介護してくれる家族に負担がかかる、②症状が急変したときの対応に不安があるといった理由により、実現困難であると回答している。

表序-3 自宅で最期まで療養することが困難な理由（%）

	一般	医師	看護職	介護職
往診してくれる医師がいない	27.0	33.6	34.8	25.2
訪問看護体制が整っていない	17.8	37.0	35.1	26.1
訪問介護体制が整っていない	10.7	21.1	18.2	17.9
24時間相談にのってくれるところがない	14.4	32.1	35.4	23.5
介護してくれる家族がいない	13.9	28.6	30.5	34.8
介護してくれる家族に負担がかかる	78.4	68.6	77.3	73.5
症状が急変したときの対応に不安がある	57.3	53.5	52.8	64.8
症状急変時すぐに入院できるか不安である	27.2	31.9	36.2	36.2
居住環境が整っていない	18.6	23.2	25.5	37.8
経済的に負担が大きい	30.8	14.1	28.7	29.2

資料：終末期医療に関する調査等検討会「終末期医療に関する調査等報告書」（2004年）

また、年間死亡者数は、2005（平成17）年に108万人であるが、2040（平成52）年には166万人に達すると推計されており（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2006（平成18）年12月推計）中位推計」）、看取りを含めた終末期医療の在り方について具体的な方策を検討することが喫緊の課題となっている。

表序-4 年齢階級別に見た死亡数の推移（千人）

	0～14歳	15～64歳	65～74歳	75歳以上
1950	252.889	358.010	159.906	133.736
1955	120.187	267.239	150.124	155.947
1960	78.446	259.991	163.590	204.550
1965	50.726	241.963	173.415	234.310
1970	39.313	234.870	187.370	250.992
1975	31.134	211.318	177.565	281.820
1980	20.698	198.708	172.990	330.077
1985	14.274	202.328	160.721	374.539
1990	10.602	204.580	159.744	444.930
1995	9.459	207.951	191.532	512.560
2000	6.751	196.621	205.586	551.972
2005	5.347	189.556	201.654	686.586
2006	5.393	185.964	203.796	707.947
2007	5.228	181.729	203.835	731.654
2008	4.984	178.470	203.889	758.183
2009	4.764	175.614	203.687	784.578
2010	4.563	174.172	201.752	811.417
2011	4.375	173.509	198.569	839.405
2012	4.201	170.104	198.440	867.718

2013	4.036	164.018	202.162	895.021
2014	3.883	157.723	207.288	920.890
2015	3.738	152.225	210.559	947.458
2016	3.603	147.900	210.270	975.970
2017	3.477	144.477	208.129	1004.855
2018	3.359	141.829	205.601	1032.912
2019	3.250	139.873	203.476	1059.756
2020	3.149	138.320	204.001	1083.138
2021	3.054	137.111	205.707	1104.421
2022	2.965	136.359	201.074	1130.621
2023	2.882	135.732	190.518	1161.543
2024	2.807	134.981	179.398	1191.922
2025	2.736	134.316	169.643	1219.555
2026	2.670	133.825	161.983	1243.711
2027	2.607	133.336	156.068	1265.056
2028	2.548	132.677	151.852	1284.043
2029	2.490	131.739	149.281	1301.066
2030	2.434	130.664	147.608	1316.479
2031	2.379	130.089	146.070	1330.417
2032	2.325	129.102	145.830	1342.664
2033	2.270	127.165	146.726	1353.767
2034	2.215	125.024	147.496	1364.011
2035	2.161	122.581	148.689	1372.906
2036	2.105	119.763	150.581	1380.236
2037	2.050	116.538	152.852	1386.190
2038	1.996	112.987	155.049	1391.009
2039	1.942	109.381	156.669	1394.825
2040	1.888	106.055	157.757	1397.201
2041	1.836	103.125	159.671	1396.952
2042	1.785	100.544	160.495	1395.830
2043	1.736	98.222	159.147	1394.958
2044	1.689	96.113	157.253	1393.019
2045	1.643	94.205	154.594	1390.261
2046	1.600	92.474	151.003	1387.340
2047	1.558	90.815	146.473	1384.591
2048	1.519	89.052	141.306	1381.748
2049	1.482	87.192	136.042	1378.611
2050	1.446	85.350	131.278	1374.971

資料：2005年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」、
2010年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計」
より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
（注1）2005年までは「（年齢）不詳」を除く。日本における日本人の数値。
（注2）2010年以降は中位推計の場合の死亡数（推計）である。日本における外国人を含む。

4. 在宅療養を選択することの難しさ

現在のところ、地域住民にとって、地域のどこでどのような医療が受けられるのか詳しく分かるようにはなっていないのが実情である。医療の内容に関する情報の提供まで行っている地域も存在するが、各都道府県によって、各医療機関の有する機能や患者の入退院、在宅療養の流れなどに関する情報の把握やその開示についての取組状況に差があり、医療提供に係る具体的な情報提供は全国的には必ずしも十分なものとなっていない。このため、患者にとっては、退院によりいったん病院から切り離されてしまうと、在宅でどのようなケアを受けることができるのか、いざという時に病院に戻れないのではないかと不安を抱えることとなる。

また、高齢者が急増する一方で往診を行う診療所の割合はむしろ減少しているなど、高齢者の生活を支える地域医療の基盤は整っていない。自宅で最期を迎えることを希望する高齢者が多いが、家族の負担や症状が急変した場合の懸念のほか、現状では実際には在宅での看取りを支える診療所等が少ないことから、在宅療養を選択できずにいる。在宅医療の中心となるかかりつけの医師が、継続して治療を行っていく中で、再入院等の時も含め、医療機関や看護・介護サービス機関等との連携を図るなど、中心的な役割を担う仕組みが構築されている地域では、患者は安心して療養生活を送りやすい。

しかし、現状では、医療面だけでなく介護の相談や家族指導など生活面全般の対応までも熟知した上で、在宅医療を行ってくれる医師を見つけることは容易ではない。

表序-5 往診を実施している一般診療所数

	往診実施施設数	往診を実施している施設 (%)
1984年	32,135	41.0
1987年	31,065	39.3
1993年	28,323	33.7
1996年	24,769	28.2
1999年	30,501	33.3
2002年	27,852	29.4
2005年	26,626	27.3

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

(注) 1984年・1987年・1993年・1996年は9月末の1週間に往診を実施した一般診療所の施設数、1999年・2002年・2005年は9月中(1か月)に往診を実施した一般診療所の施設数であり、調査期間が異なる。

さらに、24時間365日の往診体制については、保険診療上の制度として2006年在宅療養支援診療所が創設されたものの、実質的な整備は今後の大きな課題である。

表序－6 診療所における「時間外」、「休日」、「深夜」の報酬算定回数（回）

	時間外	休日	深夜
1996年	379,149	420,907	53,785
1997年	294,921	277,850	27,042
1998年	325,330	349,594	95,320
1999年	465,066	724,848	70,174
2000年	346,253	540,155	56,860
2001年	329,553	454,537	49,515
2002年	424,435	693,523	241,243
2003年	253,333	282,727	27,739
2004年	252,167	327,677	21,566
2005年	410,658	655,086	93,114

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会医療診療行為別調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

(注)「時間外」、「休日」、「深夜」の報酬算定回数とは、毎年6月審査分の診療報酬明細書の中で、初診料及び再診料の時間外加算、休日加算、深夜加算が算定された回数をいう。

5. 在宅医療の普及度

在宅医療の普及度を客観的・直接的に評価することは困難であるが、間接的には全死亡に対する自宅、老人ホーム、介護老人保健施設（老人保健施設）における死亡の割合（在宅等死亡率）がその一つの指標になると考えられる。

都道府県別に在宅等死亡率を比較すると、長野県の21.0%から北海道の9.6%まで、約2.2倍の地域差が見られる（全国値15.1%）。

在宅等で最期を迎える者の割合が非常に低い背景には、家族の負担や症状が急変した場合の懸念がある。こうした中、患者や家族が希望する場合、終末期まで対応できる在宅医療が選択肢となり得るような体制を地域で整備していく必要がある。

こうした体制の整備状況を見る指標の一つとして、地域における身近な診療所による在宅サービス実施施設数がある。そこで、人口10万人当たり医療保険等による在宅サービスの実施医療施設数（一般診療所）を都道府県別に見ると、最高の和歌山県53.5施設から最低の沖縄県10.5施設まで5倍以上の差がある（全国値27.1施設）。

また、都道府県別の訪問看護ステーションの人口10万人当たり事業所数について見ると、和歌山県の8.0事業所から埼玉県2.9事業所まで約2.8倍の差がある（全国値4.2事業所）。都道府県別の訪問看護ステーションの人口10万人当たり常勤換算従事者数は、和歌山県の39.2人から千葉県12.3人まで約3.2倍の差がある（全国値20.7人）。

我が国の現状と諸外国の在宅死亡の状況を比較してみよう。医療制度が各国ごとに異なるので単純に比較はできないが、在宅死亡の状況を整理した表を示す。イタリア、スペインの調査は、広域低人口地域であり、田舎では、在宅死が高い割合である。入院病床が少ないためと推察される。

表序-7 諸外国の在宅死亡の割合

研究者	発表年	研究デザイン	N	調査年	回答率	国	在宅死(%)
Hunt and McCaul	1998	Retrospective reviews of patient records	2207	1990		Australia	18
Hunt and McCaul	1998	Retrospective reviews of patient records	2323	1993		Australia	20
<u>Tiernan et al.</u>	2002	Prospective studies of patients	191	c. 1996	98%	Ireland	44
Constantini et al.	2000	Retrospective reviews of patient records	7597	1991		Italy	48
<u>Catalán-Fernández et al.</u>	1991	Survey of bereaved caregivers	335	1984-86	72%	Spain	45
Carroll	1998	Retrospective reviews of patient records	82	1992-1994		Scotland	30
<u>Higginson</u>	1998	Retrospective reviews of patient records	132910	1985		UK	27
Higginson et al.	1998	Retrospective reviews of patient records	132670	1994		UK	27
Cartwright	1991		—	1967-1987		UK	(50-32)
Elleshaw and Ward	2003		—	2000		UK	23
Higginson	1999		—			UK(Moreeambe Bay)	22
Higginson	1999		—			UK(South Lancashire)	33
<u>Tang and McCorkle</u>	2003	Prospective studies of patients	180	2001-2002	87%	US	20
<u>Moinpour and Polissar</u>	1989	Retrospective reviews of patient records	28828	1980-1985		US	34
Gatrell et al.	2003	Retrospective reviews of patient records	6900	1993-2000		US	22
Bruera et al.	2003	Retrospective reviews of patient records	13577	1996-1998		US	35

6. がんと診断された者が最期を迎えた場所に関するデンマークの調査

デンマークの Birgit Aabom らは、以下の論文において、がんと診断された者が、終末期であることを告げられたか否か、および、往診等の在宅医療サービス利用の程度によって、最期をどこで迎えたかを精査した。

文献 I. Population-based study of death of patients with cancer: implications for GPs. Br J Gen Pract 2005; 55: 684-9.

文献 II. Defining cancer patients as being in the terminal phase: who receives a formal diagnosis and what are the effects? J Clin Oncol 2005; 23: 7411-6.

文献 III. Does persistent involvement by the GP improve palliative care at home for end-stage cancer patients? Palliative Medicine 2006; 20; 507-12.

さらに Aabom は 2006 年に一連の成果を University of Southern Denmark から Factors of importance for organising palliative care at home, Register-based population studies of end-stage cancer patients. としてまとめた¹。その概要を以下に示す。

6-1. 調査結果

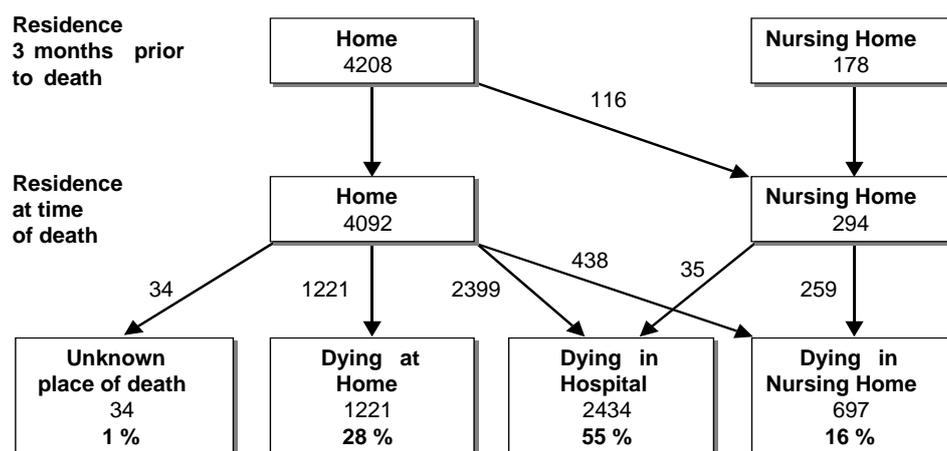


Fig 1 Place of death and change of residence during last three months of life for cancer patients (n=4386).

¹ http://www.dadlnet.dk/dmb/dmb_phd/doc/Aabom_phd2006_280706.doc

6 - 2 . 調査の設計と結果

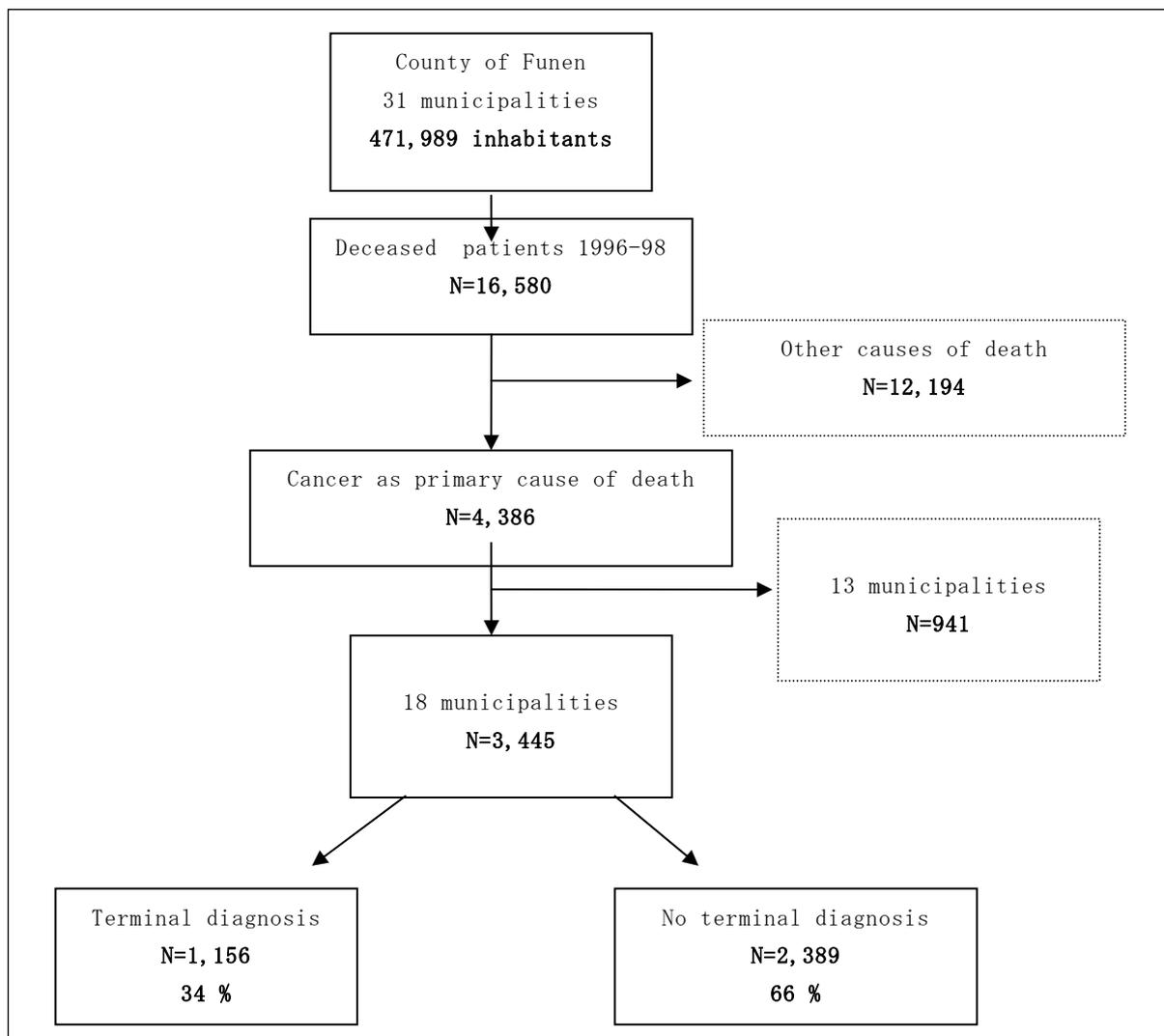


Fig 2 Cohort of patients with cancer as primary cause of death

6-3. 自分が終末期であることについての説明を受けたか

	+ TD : terminal declaration (38 %)		- TD : terminal declaration (62 %)	
	N	Hospital death %	N	Hospital death %
Sex				
Female	375 (48%)	35	616 (49%)	65
Male	399 (52%)	43	635 (51%)	68
Age at death (years)				
18-29	4 (1%)	0	3 (0%)	67
30-39	12 (2%)	50	6 (0%)	100
40-49	51 (7%)	47	34 (3%)	82
50-59	127 (16%)	50	115 (9%)	79
60-69	218 (28%)	42	223 (18%)	76
70-79	222 (29%)	38	441 (35%)	72
80-	140 (18%)	21	429 (34%)	51
Married				
Yes	553 (38%)	37	780 (29%)	68
No	221 (62%)	40	471 (71%)	64
Children				
0	285 (37%)	31	645 (52%)	58
≥ 1	489 (63%)	43	606 (48%)	76
Primary cancer				
Lung	193 (25%)	46	223 (18%)	74
Colon-rectum	71 (9%)	34	131 (10%)	66
Breast	61 (8%)	34	89 (7%)	49
Prostate	55 (7%)	31	85 (7%)	49
Haematological	7 (1%)	43	54 (4%)	74
Others	387 (50%)	38	669 (53%)	68

Table 1. Characteristics of 2025 terminal cancer patients stratified with respect to having received a terminal declaration (+ TD) or not (-TD).

6-4. 医師の往診をどの程度受けたか

GP home visits per week	+ TD			- TD		
	N	OR (95%CI)	Hospital death %	N	OR (95% CI)	Hospital death %
+ GP visit (0/1variable)	774	0.18 (0.11-0.29)	39	1251	0.08 (0.05-0.13)	66
0	160	1	78	591	1	92
0.1-0.19	153	0.28 (0.17-0.47)	77	178	0.14 (0.09-0.20)	89
0.2-0.39	116	0.11 (0.06-0.20)	48	211	0.14 (0.09-0.21)	51
0.4-0.59	155	0.08 (0.04-0.13)	30	142	0.07 (0.05-0.11)	34
0.6-1.49	155	0.09 (0.06-0.16)	26	109	0.09 (0.06-0.15)	43
≥1.5	31	0.07 (0.03-0.18)	12	20	0.10 (0.04-0.27)	40

Table 2. Risk of dying in hospital in relation to GP home visits (+/- GP) among patients with and without a terminal declaration (+/- TD)

6-5. 結論

Aabom は、がん患者本人に、終末期であることを明確に伝えること、および、在宅医療を提供する医師が継続的にかかわり続けることで、病院死が減少することを示唆している。

7. 在宅看取り目標 25%に向けてのグランドデザインの必要性

国民のニーズである「疾病とともに生きる生活の継続と、その結果としての生活の中での終焉」については、居宅における十分な医療供給体制の構築・整備とともに、居宅における看取りが現実的であることが求められる。

来る 2038 年に向け、さしあたって 5 年計画の最終年度となる 2012 年が含まれる 2011 年～2015 年の年間平均死亡数である 1,334,108 人を目標の算定基準とする。

特に 1990 年～2020 年まで、世界でもっとも急速な高齢化を歩む只中にある日本にとっては、2000 年～2015 年までのこの 15 年間で、死亡数増加率が極大となる。

したがって、基準死亡数 1,334,108 人に対して在宅看取り可能数とその割合の算出は、これからの加速度的な死亡数の増大と現状看取り率の低値 15.1% (全国平均) に鑑み、実現可能な上限を 25% に設定することが妥当と考えられる。これは、諸外国の現状に照らしても無理のない数値目標と考えられる。

在宅医療グランドデザインの主旨

1. 在宅医療とは

- 1) 疾病・傷病による通院困難な患者に対して、いずれの地域においても、居宅での必要な医療提供がなされること
- 2) 虚弱になっても最後まで居宅で暮らし続ける多くの国民のニーズ(生活の中での終焉)を可能にすること

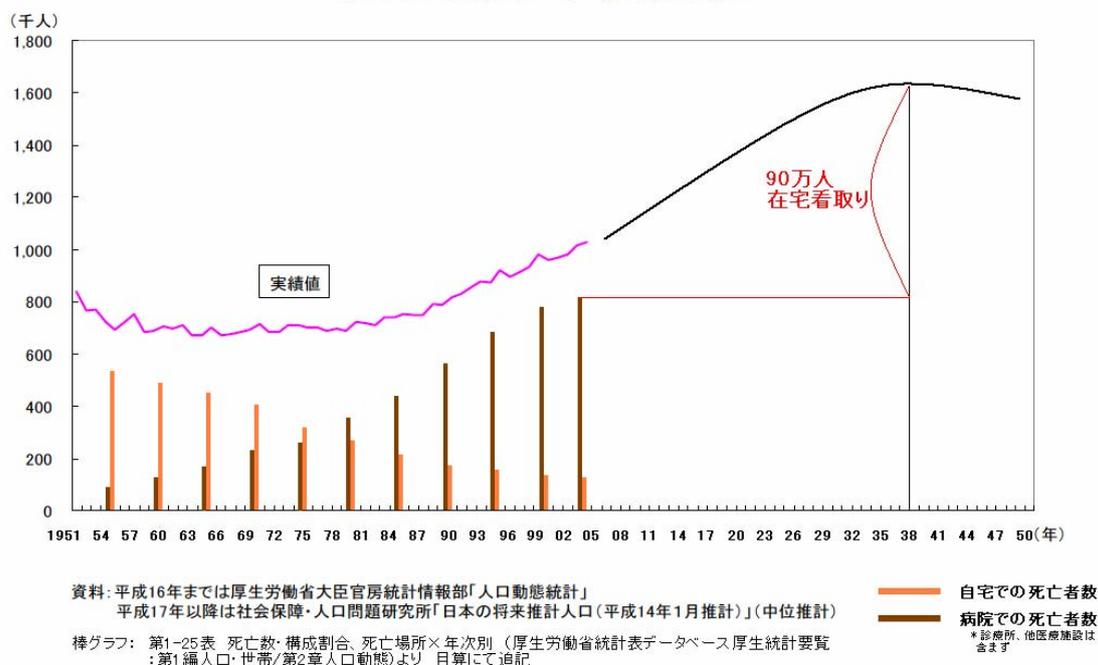
の二点が、持続的に運用可能であるために、医療提供の側面からこれを支えることを目的とする。

在宅医療とは、すなわち生活における生・老・病・死を、居宅に赴く医療を通じて持続的に支えることである。

2. 在宅医療計画の背景：国民のニーズと医療提供実態のミスマッチ

2038年には年間死亡者数が170万人となる。現在の病院医療供給体制を維持したとしても、病院で死亡する80万人を差し引いた後の、53%に当たる90万人は医療施設ではないところの、自宅または広義の居宅としての介護施設における看取りを必要とする（図序-1）。

死亡数の年次推移



図序-1 死亡数の年次推移

このような国民のニーズに対して医療の提供実態は、平成 16 年度には自宅での看取り 12.4%と施設での看取り 2.1%を足しても、わずか 14.5%に過ぎない（図序-7）。ここに、国民のニーズに対する現在の医療提供体制のミスマッチが歴然としてあり、このミスマッチを是正するために、ニーズに応える医療提供体制を構築することが喫緊の課題である。

また、医療の専門化・高度化により、在宅人工呼吸器・在宅中心静脈栄養・胃瘻経管栄養・在宅酸素療法等の種々の医療機器を携えた、医療依存度の高い重症居宅療養者の増大に対して、的確な在宅医療と生活の提供がなされなければならない。

2038 年に向けて、来る高齢化社会・医療依存度の高い地域住民に対する医療提供の面から、在宅医療の推進が必須である。

2-1. 国民のニーズ

人生の最期を過ごす場所として、自宅が望ましいと考えている人が 8 割程度を占め、多くの人々が住み慣れた自宅で最期を迎えたいと考えている。また、高齢者においては、虚弱になっても約 6 割は自宅で療養をしたいと考えている。

2-2. 実際の死亡場所

実際に死亡した場所については、病院を含む施設が 84%、自宅は 13%であり（2003 年人口動態調査）、1953 年の死亡場所の自宅と病院等の比率は 88%対 12%と全く逆になっており、50 年を経て死亡場所の比率が逆転している。

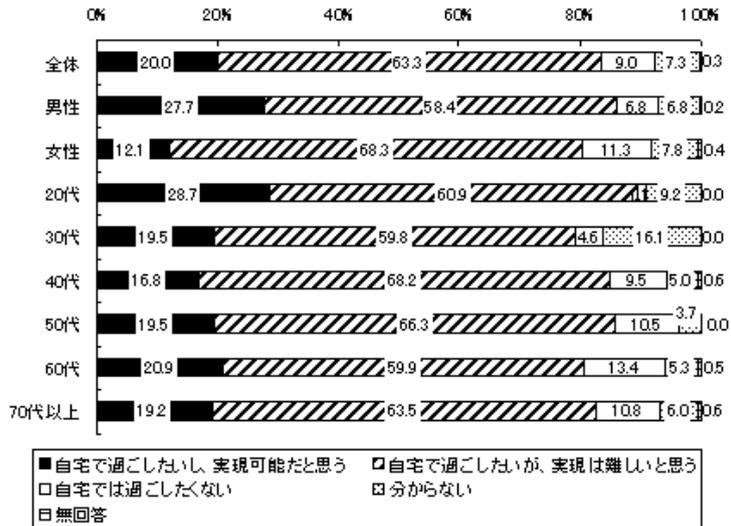
死因別の内訳を見てみると、突然死もあり得る心疾患などでは自宅死亡の割合が 23%と比較的高いものに対して、悪性新生物では自宅で死亡している者の割合は 6%に満たない。

参考資料

・療養・死亡場所の希望

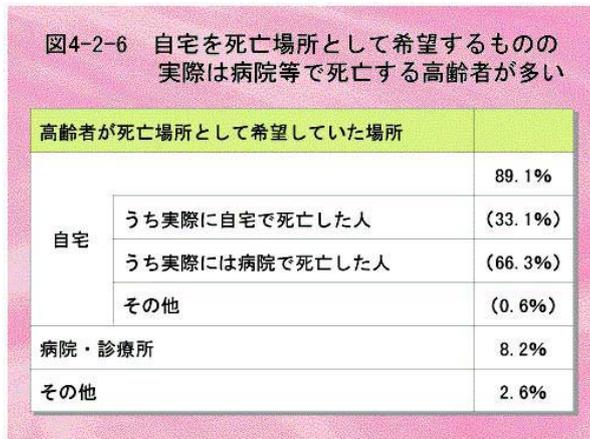
日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の 2005 年の調査によると「もしあなたが治る見込みがない病気にかかり、余命が限られているのなら、自宅で最期を過ごしたいと思いませんか」との質問に対して、「自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う」と回答した人が 63.3%と最も多く、「自宅で過ごしたいし、実現可能だと思う」人は 20.0%おり、自宅で過ごしたいと考える人は全体の 83.3%であった（図序-2）。

図表4 余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか(性別、年齢層別)



図序-2 余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか (性別、年齢層別)

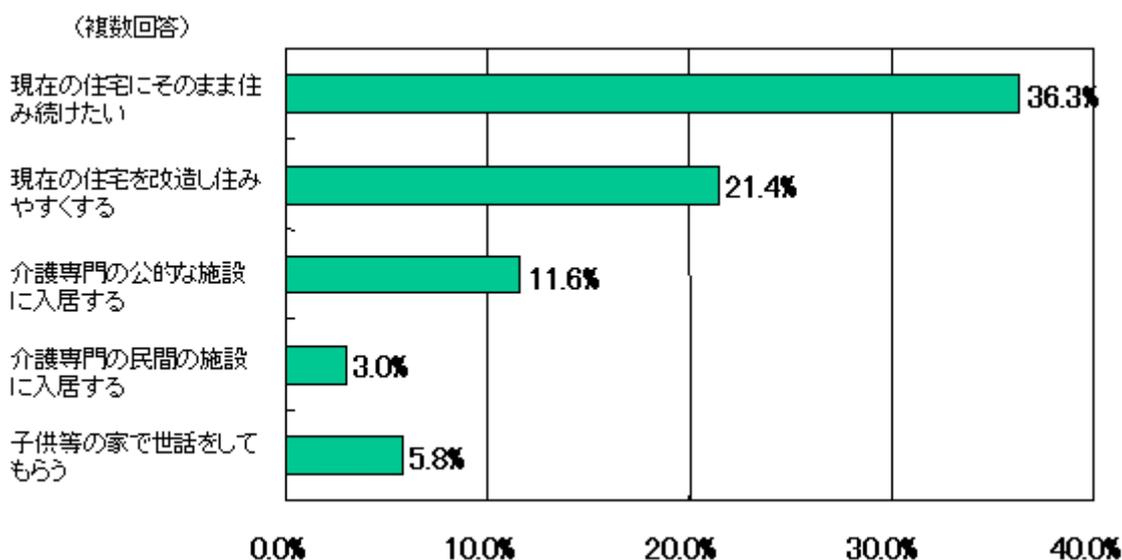
また、平成9年の厚生白書では、高齢者が死亡場所として希望していた場所は自宅が89.1%であり、ここ10年間自宅での死亡を希望している人の割合は大きく変化しているわけではないことがわかる。



(平成9年 厚生白書より)

図序-3 死亡場所の希望と実際

図序-4「2015年の高齢者介護」に示されるように、どんなに虚弱になったとしても高齢者の60%は居宅に住み続けたいという意思を持っている。平成17年「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」の補足調査においては、すでに在宅医療を受けている患者の65%以上が、最後を迎える場所として居宅を希望している。（図序-5）



図序-4 2015年の高齢者介護

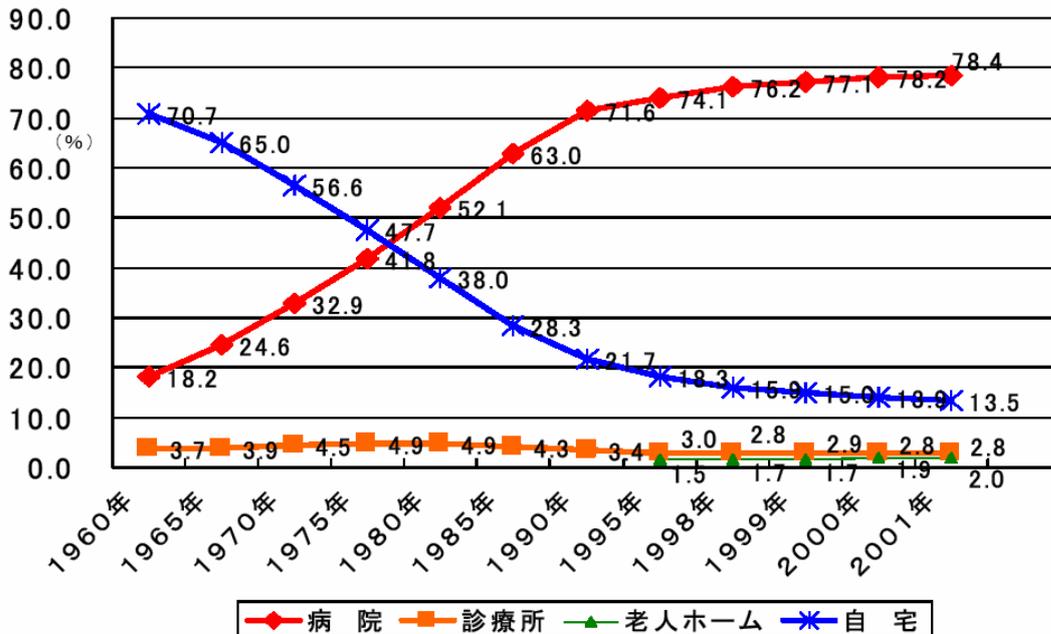
生の終わりを迎える理想の場所

	全体	病院	施設	居宅	無回答
HOT	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4	12.6
HEN	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5	8.5
HMV	45	7	—	33	5
	100	15.6	—	73.3	11.1
HPN	38	6	—	26	7
	100	15.8	—	68.4	18.4
主治医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6	19.4

図序-5 生の終わりを迎える理想の場所

・実際の死亡場所

しかしながら、実際の死亡場所については、2003年の人口動態調査では病院を含む施設での死亡は84%、自宅は13%であり、1953年調査時の死亡場所の自宅と病院等の比率は88%対12%と2003年とは全く逆になっており、50年を経て死亡場所の比率が逆転している（図序-6）。



（出典：平成13年 人口動態統計）

※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。

図序-6 死亡場所の年次推移

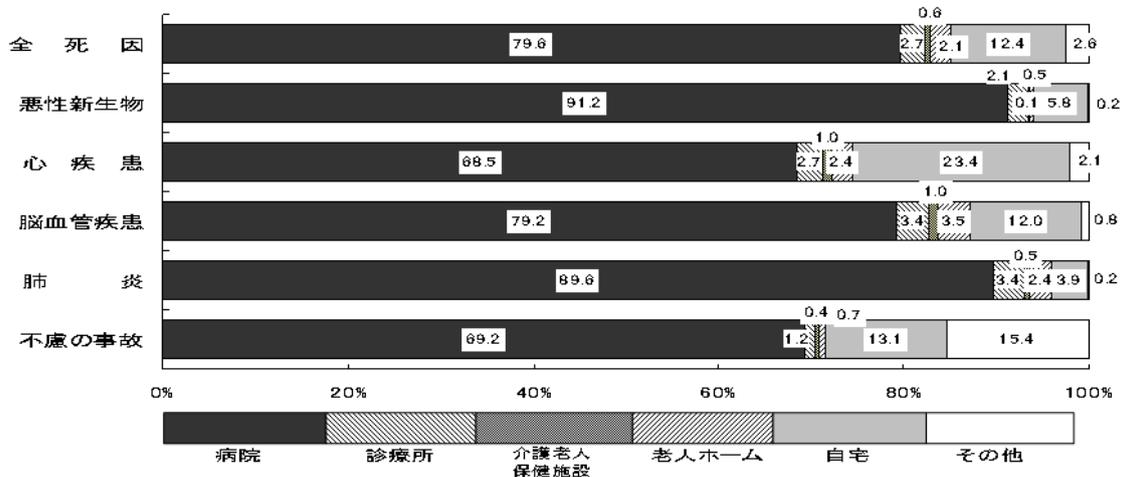
さらに、主な死因の死亡の場所を見てみると、心疾患などでは突然死も多いことから自宅での死亡の割合が23%と比較的高いものに対して、悪性新生物では自宅で死亡している者の割合は6%に満たない。従って、病院等の医療機関ではなく自宅での看取りを真の意味で選択していると考えられる者の割合は13%より遙かに少ないと考えられる（図序-8）。

死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

年次	総数	病院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	老人 ホーム	自宅	その他
死亡数								
昭和26年	838,998	75,944	21,511	-	261	-	691,901	49,382
30	693,523	85,086	21,646	-	402	-	533,098	53,297
35	706,599	128,306	25,941	-	791	-	499,406	52,151
40	700,438	172,091	27,477	-	774	-	455,081	45,091
45	712,962	234,915	31,949	-	428	-	403,870	41,800
50	702,275	293,352	34,556	-	193	-	334,980	39,194
55	722,801	376,838	35,102	-	30	-	274,966	35,865
60	752,283	473,691	32,353	-	10	-	212,763	33,469
平成2年	820,305	587,438	27,968	351	2	-	177,657	26,857
7	922,139	682,943	27,555	2,080	2	14,256	168,756	26,543
12	961,653	751,581	27,087	4,818	2	17,807	133,534	26,822
13	970,331	760,681	27,627	5,461	-	19,008	131,337	26,212
14	982,379	772,638	27,479	5,611	1	18,713	131,379	26,557
15	1,014,951	801,125	27,898	5,986	2	19,659	131,991	28,292
16	1,028,602	818,586	27,586	6,490	3	21,313	127,445	27,175
構成割合(%)								
昭和26年	100.0	9.1	2.6	-	0.0	-	82.5	5.8
30	100.0	12.3	3.1	-	0.1	-	76.9	7.6
35	100.0	18.2	3.7	-	0.1	-	70.7	7.3
40	100.0	24.6	3.9	-	0.1	-	65.0	6.4
45	100.0	32.9	4.5	-	0.1	-	56.6	5.9
50	100.0	41.8	4.9	-	0.0	-	47.7	5.6
55	100.0	52.1	4.9	-	0.0	-	38.0	5.0
60	100.0	63.0	4.3	-	0.0	-	28.3	4.4
平成2年	100.0	71.6	3.4	0.0	0.0	-	21.7	3.3
7	100.0	74.1	3.0	0.2	0.0	1.5	18.3	2.9
12	100.0	78.2	2.8	0.5	0.0	1.9	13.9	2.7
13	100.0	78.4	2.8	0.6	-	2.0	13.5	2.7
14	100.0	78.6	2.8	0.6	0.0	1.9	13.4	2.7
15	100.0	78.9	2.7	0.6	0.0	1.9	13.0	2.9
16	100.0	79.6	2.7	0.6	0.0	2.1	12.4	2.6

注：平成2年までは老人ホームでの死亡は自宅又はその他に含まれている。

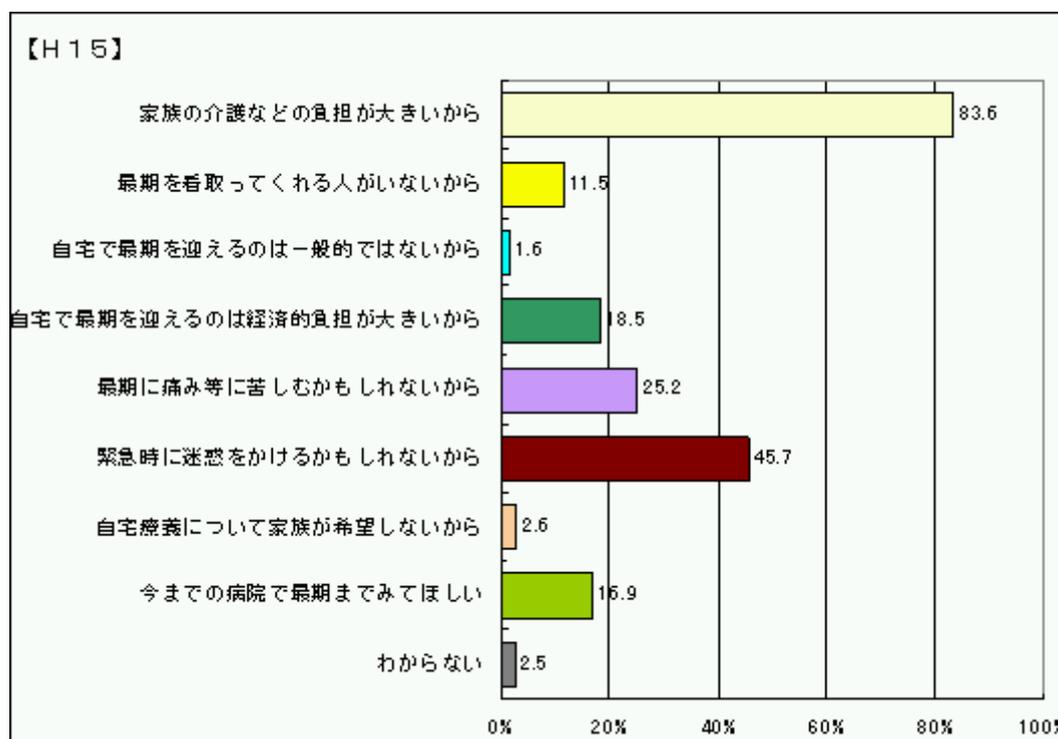
図序-7 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移



図序-8 主な死因の死亡の場所別構成割合 -平成16年-

平成16年度の厚生労働省の終末期医療に関する調査等検討会報告書においては、末期状態における療養場所について調査しており、この報告書では多くの一般国民は、自宅療養をした後で必要になった場合には緩和ケア病棟又は医療機関に入院する(48%)、あるいはなるべく早く緩和ケア病棟又は医療機関に入院することを希望している(33%)。一方、自宅で最期まで過ごしたいという人は少ない(11%)。と結論付けているが質問自体が「自分が痛みを伴う末期状態(死期が6か月程度よりも短い期間)の

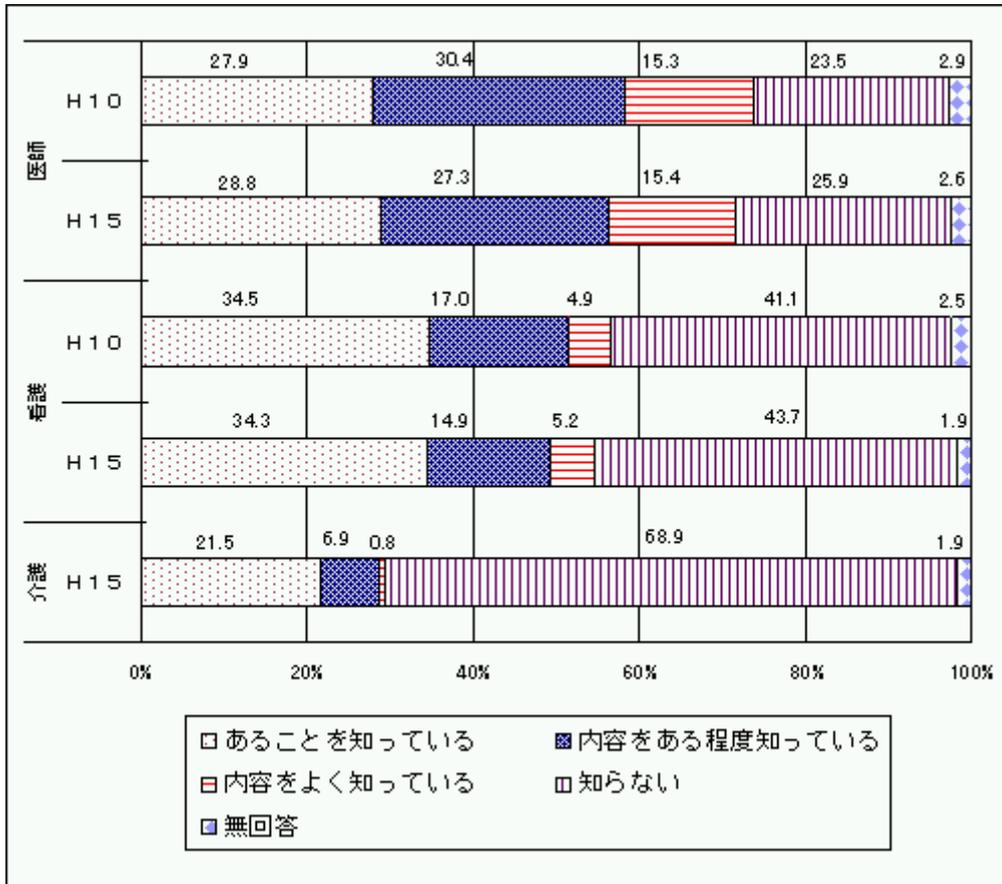
患者になった場合」との前提での質問であり、療養場所の希望について把握できているとはいえないと考えられる。自宅以外の場所で療養したいとする理由で大きなものは家族の介護への負担や緊急時の対応があげられる。また、痛み等の苦しみへの不安や、経済的な理由、看取りに対応してくれる医療機関がないなどの理由もあげられている（図序－9）。



図序－9 自宅以外の場所で療養したいとする理由
 (平成 16 年度 厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会報告書)

介護体制の充実については介護保険制度改正において、特定疾病の見直しにより 2 号被保険者へのがん末期が適応されたこと、療養通所介護等の重度者への通所サービスの充実、介護福祉施設や認知症グループホームなどでの看護体制の充実などが図られることにより、より自宅等の医療機関以外での看取りや療養の普及を後押しするものである。また、緊急時の対応や看取りに対応した医療機関の整備については、まさしく医療保険制度改革において新設された 24 時間対応可能な在宅療養支援診療所が広く行き渡ることが求められている。経済的な負担についても医療および介護の療養病床においては、食費・光熱費などが自己負担となったことから、このことにより自宅を選択しない理由にはならないと考えられる。痛み等の苦しみについては、がんの末期においても在宅での疼痛管理が特別困難であることはなく、この調査で「WHO 方式癌疼痛治療法」（図序－10）について、内容を知っている医師、看護職員の割合は少なく（医 43%、看 20%）、介護施設職員の 69%が、そのような治療法があることを知らないという状況である。また、モルヒネの有効性と副作用について患者にわかりやすく具体的に説明することができる医師や看護職員の割合も減少しており（医 42%、看 20%）、介護施設職員の 59%が説明できない状況にあるとの調査結果が出ている。したがって、医療関係者および療養者における啓発活動がますます重要となってくる。

あなたは世界保健機関（WHO）が作成した「WHO 方式癌疼痛治療法」をご存じですか。
 (○は1つ)



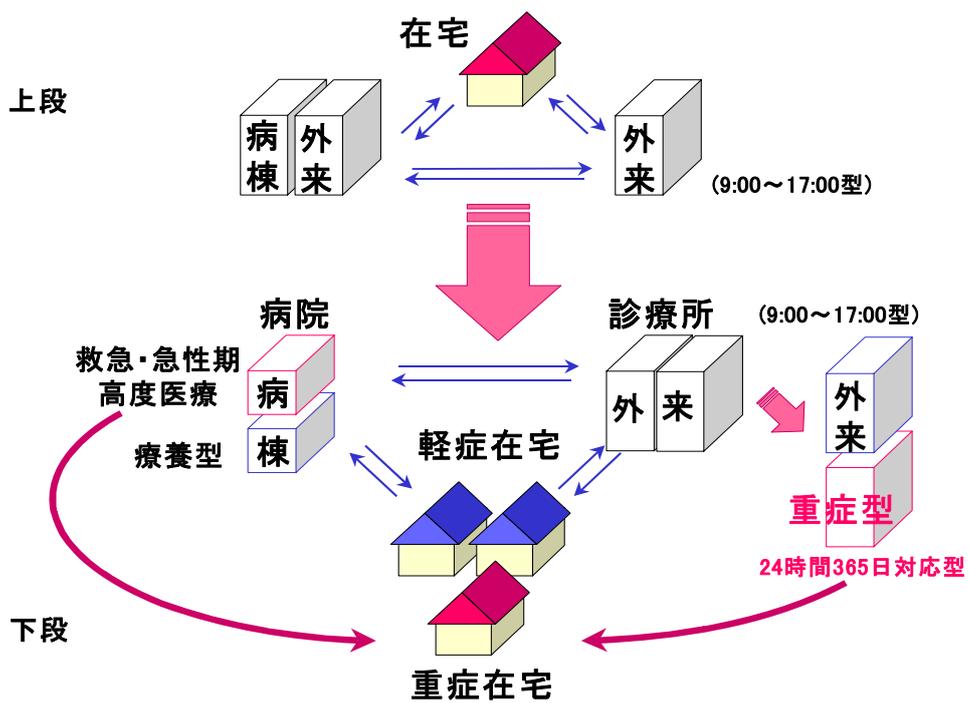
図序-10 WHO 方式癌疼痛治療法について

3. 医療計画における在宅医療の位置づけ

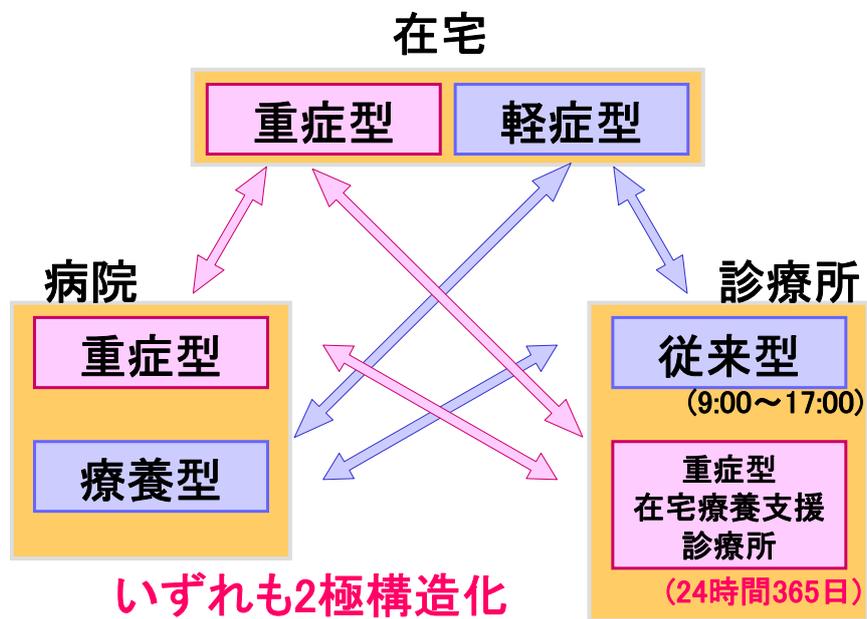
2000 年以前には、図序-11 に示すように 120 万床の病院病床の相当数が、居宅生活を行い難い療養者の生活の場となっていたと考えられる。診療所は 9:00~17:00 で診療が終了する外来型がほとんどを占めており、夜間・祝祭日の救急対応は不可能であった。

2000 年に病院は急性期・救急・高度医療の一般病院と、療養型病院の二極構造となった。DPC の導入と入院日数削減により、従来は最後まで入院し看取られた重症者が退院することとなり、居宅生活を営む住民も、軽症者と重症者の二極構造となった。

この重症者に対する継続的な生活の維持と看取りを含めた医療提供を可能にするために、2006 年度に在宅療養支援診療所が創設された（図序-11-下段）。現在は図序-12 に示すように、病院・居宅・診療所のいずれもが、重症者と軽症者の二極構造に再構成されると同時に、重症者-軽症者間あるいは病院-居宅-診療所間のいずれにおいても、円滑な患者の移行と安心な医療の提供がおこなわれるための施策が要求されている。



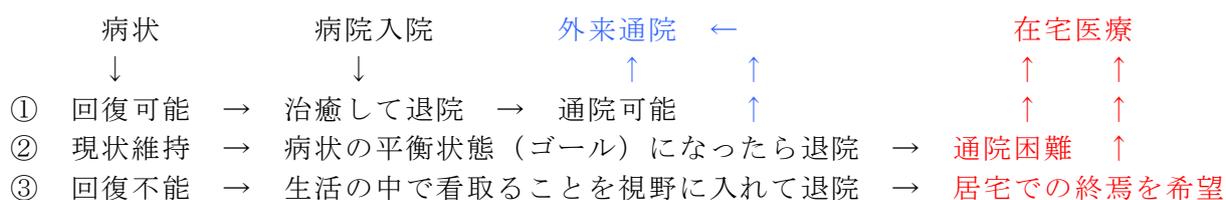
図序-11



図序-12

- ・病院は、検査・診断・治療を行い、いずれの患者も退院するという一連の作業が、「入院」というプロセスを通じて行われる場となる。
- ・外来は通院可能な住民への医療提供の場であるとともに、病院への新たな患者の主要な紹介元としての機能を保持する。
- ・在宅医療は、療養病床の削減・廃止と相まって、身体的理由による通院困難な患者・難病等重症者・がん末期患者等への医療を継続的に提供しながら、医療の側面から居宅生活を支え、かつ生活の中での終焉に積極的に寄与することとなる。

したがって、医療計画の中での入院・外来・在宅医療の関係は、



上記となり、そのうち、特に②③の相当数が在宅医療の対象者となる。

在宅医療計画は、介護支援計画・医療費適正化計画等とともにおこなわれる医療計画のうち、2038年までの各都道府県・市町村における医療の今後を決定付ける重要な項目である。在宅医療を行う診療所の質と提供数を十分に確保することにより、地域住民に対する医療の連環・介護連携が円滑に機能するとともに、居宅における生活の質の向上・住民の生きかたの選択肢が拡大されなければならない。

4. 在宅医療の費用

4-1. 在宅医療の国際比較

在宅医療費の医療費全体に対する割合を国際比較してみると、2003年の比較では、アメリカは3.4%、オランダは5.8%、ドイツは7.0%、そして日本が約2%と大変低くなっている。

2002年度 OECD の SHA 手法に基づく医療費推計及び国際比較に関する研究（医療経済研究機構）によると、[医療サービス支出]の内訳は、[入院医療費 (Expenditure on in-patient care)] 15兆3,436億円（対 THE 比 39.2%）、「外来医療費 (Expenditure on out-patient care)」約12兆6,643億円（32.4%）、[デイケア医療費 (Expenditure on day care)] 3,066億円（0.8%）、[在宅医療費 (Expenditure on home care)] 約1,822億円（0.5%）、[補助的サービス (Expenditure on ancillary services)] 約3,007億円（0.8%）であった。

2002～2003年の在宅ケアの国民一人当たり支出の国際比較は濃沼信夫（東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野教授）によると、1ドル112円換算として、デンマークは91,728円、ノルウェーは48,832円、ドイツは18,704円、アメリカは16,464円、スイスは13,104円、フランスは1,680円、そして日本が1,344円となっており、11カ国の平均は10,976円に比較して著しく低い。

最近行なわれた研究としては、今野（2004）、鈴木（2002）、鈴木・鈴木（2003）、鈴木（2004）、大日（2002）、阿波谷（2004）等が挙げられる。今野は生涯医療費の推計の一部として終末期医療費の大きさを試算しているが、残念ながらこれらは小サンプルの健保組合の一部のデータが元になっている。鈴木・鈴木（2003）、大日（2004）は Lubits et al.（1995）に触発され、終末期医療費を除いた年齢別医療費の構造に焦点を当てた分析を行っている。阿波谷（2004）は小サンプルながら、介護保険と医療保険のレセプトを結合した分析を行っている。鈴木（2002, 2004）は患者の自己選択権確保のために、どのような環境整備が必要であるかを定量的に評価した異色の研究である。

ここでは、今野（2004）及び、鈴木の研究について概要を引用する。

今野広紀：生涯医療費の推計 ～国保・健保レセプトデータによる分析～、

『医療経済研究』vol.16、2004年

本研究では、4道県国保と3組合健保の7保険グループのレセプトデータから、生涯における医療費支出、すなわち、生涯医療費の推計を試みた。推計に際しては、当該年度に一生を終えると仮定し、医療費に対して生存率を用いる方法と、レセプトデータから死亡者のデータを特定化し、通常の医療費とは性質の異なる終末期1年の医療費を平均医療費へ差し替えて行う方法の2つを試みた。

前者の推計では、北海道・福岡で約2,300～2,500万円、その他の保険グループで約1,500～1,900万円という結果となった。他方、終末期医療費を平均医療費へ差し替えた推計では、生涯医療費は約1,390万円と減額される形となり、終末期医療費が医療費全体に大きな影響を及ぼしていることが明らかとなった。

これは推計の過程で、老年期に集中する終末期医療費が、グループの総医療費の約20%

を占めており、85-100歳階層では約40%に達していること、死亡者の医療費は、生存者に比べて全年齢平均で27.9倍、70歳以降でも5.3倍に達することからも裏付けられた。すなわち、鈴木・鈴木（2001）が示すとおり、終末期医療費は生存者医療費に比べて、予想以上に大きく、結果として、医療費全体に与える影響はきわめて大きいといえる。

本研究では終末期医療費を「データ上把握可能な死亡者の死亡前1年の医療費」との定義によって一括して取り扱った。ただ、その内訳は疾病別にみると、新生物や循環器系による医療費がその多くの割合を占めていることが記述統計から明らかになっており、今後、特定の疾病に罹患した死亡者を除くなどした更なる分析が必要であろう。

鈴木 亘：老人医療費における集中と持続性及び終末期医療費

～現状の把握と削減可能性に関する基礎的知見～

<http://www.geocities.jp/kqsmr859/hoshoron/gyoseki/terminal.pdf>

本研究は、富山県における65歳以上の国民健康保険加入者の1998年4月から2003年3月の5年間の接続レセプトデータを用いて、終末期医療費の現状について確認し、その上で、①終末期医療費の地域格差などによる分布の幅、②老健移行前後の自己負担率変化と終末期医療の関係、③介護保険開始による在宅医療・介護促進の自然実験（Natural Experiment）の結果から、終末期医療の削減可能性を議論するうえで必要となる基礎的情報を収集した。

まず、終末期医療の現状については、富山県という地域限定の結果ではあるが、2002年度の死亡者の医療費（入院、入院外のほか、調剤、歯科を含む）は、10.4%であり、その内訳のほとんどは、入院医療費であった（87.0%）。また、死亡者の入院医療費が全体の入院医療費に占める割合は、17.5%であった。死亡者一人当たりの死亡前1年間の月別医療費の推移をみると、府川・郡司（1994）、府川（1998）が1990年代初めのデータで確認したように、①死亡月に近づくほど加速的に高騰してゆき、特に死亡前6ヶ月から顕著である、②年齢階級別には高齢になるほど高騰が緩やかであり、全体の累積医療費も少ない、③入院状況のカテゴリ別でパターンが大きく変わる事などが確認された。また、今回新たに、疾病別のパターンや医療機関別のパターンなどについても報告を行なった。

終末期医療費の分布の幅については、患者属性や医療機関側の特性を考慮した上でその95%区間を求めると、平均値と下限の差は5%～8%と意外に小さいことがわかった。次に、身体的な差異が小さいものの自己負担率が大きく異なる69歳と70歳の人々に対して、老健移行前後の終末期医療費を比較すると、死亡前12ヶ月から3ヶ月までの入院状況の差異を主因として、老健移行後に終末期医療費が20～40%程度大きくなることが分かった。

最後に、介護保険開始前後で終末期医療費を比較したところ、介護保険後に、入院死亡率や死亡者の入院確率が下がったために、死亡者の医療費割合は減少していることが分かった。ただし、一人当たりの死亡前医療費は3～10%ほど介護保険開始後に増加しており、介護施設や在宅にシフトした人々は比較的low額の終末期医療費であったことが想像される。

本研究の結果からまずいえることは、属性をコントロールした終末期医療費の分布の幅は意外に小さく、したがって標準化による削減余地は以外に小さいということである。ただし、富山県に限定した結果であるので、5県のデータを今後解析してゆく中では変わらう結果なのかもしれない。

第二にいえることは、終末期医療費に対する自己負担を引き上げることは、かなり医療費削減という意味では効果的である可能性があるということである。ただし、その場合にはあくまで医療のアウトカム（治癒率、生存率、生存期間、QOLの回復）が変わらないということが前提である。もし、自己負担率が引きあがり、医療費が抑制されることでアウ

トカムのレベルが下がるということであれば、単純に医療費削減のために自己負担を上げるべきという議論にはならないであろう。本稿の分析では、死亡者のみを取り出しているために、生存者を含めてこの時期の医療行為がどのようなアウトカムを生み出しているかを適切に評価できない。この点を探るためには、別の角度からの分析が必要である。

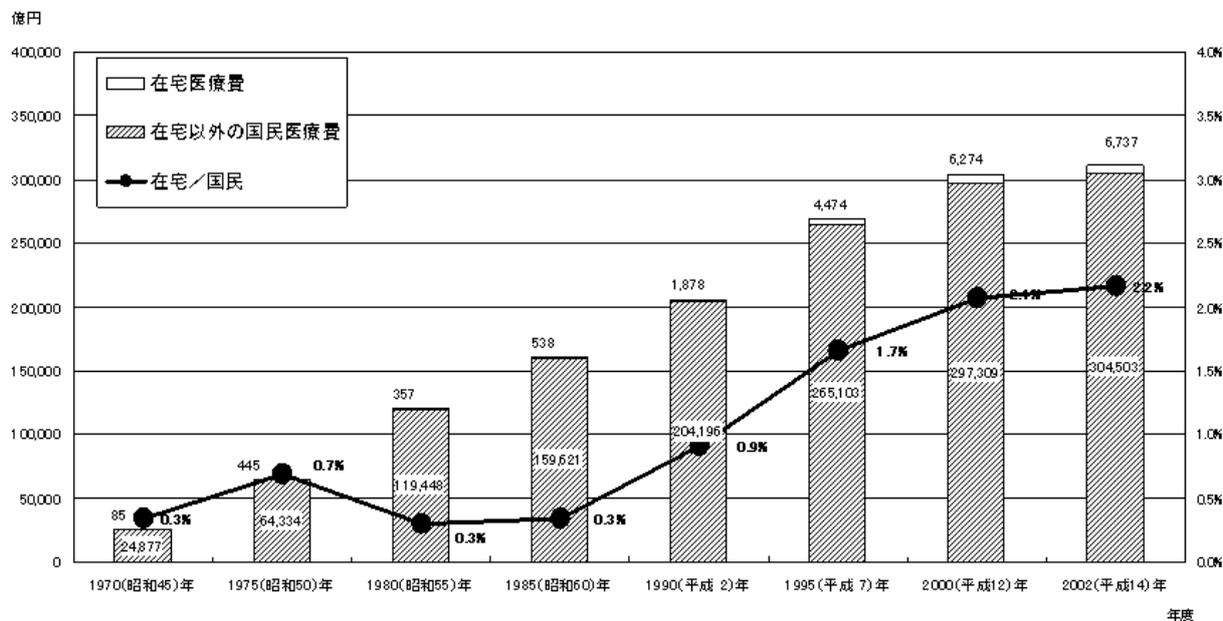
最後に介護保険開始前後の分析からは、在宅医療・在宅介護の推進による終末期医療費の減少は、一定の効果を挙げることが想像される。ただし、それは比較的低額の医療費のところではシフトが起きるのであり、高額な医療費が掛かる部分では依然として医療機関への入院が必要である。その場合、一人当たりの死亡前医療費がやや上昇するという現象が見られることから、在宅医療・介護推進による終末期医療費削減効果についてあまり過大な期待は禁物であるといえるだろう。

文献

- ・阿波谷敏英（2004）「死亡前一年間の医療および介護費用の検討」『季刊社会保障研究』Vol. 40, No. 3, pp. 236-243
- ・大日康史（2002）「高齢化の医療費への影響及び入院期間の分析」『季刊社会保障研究』38(1)： pp. 52-66
- ・鈴木亘（2002）「終末期医療の自己決定に関する経済学的考察」『Gerontology New Horizon』14(3)： pp. 245-249
- ・鈴木亘・鈴木玲子(2003)「寿命の長期化は老人医療費増加の要因か？」、『国際公共政策研究』（大阪大学）第8巻第2号，pp. 1-14
- ・鈴木亘（2004）「終末期医療の患者自己選択に関する実証分析」、『医療と社会』（財団法人・医療科学研究所）第14巻3号，pp. 175-189
- ・Lubits, J., J. Beebe and C. Baker (1995), "Longevity and Medicare Expenditure," The New England Journal of Medicine Vol. 332, pp. 999-1003.

4-2. 在宅医療費が国民医療費に占める割合

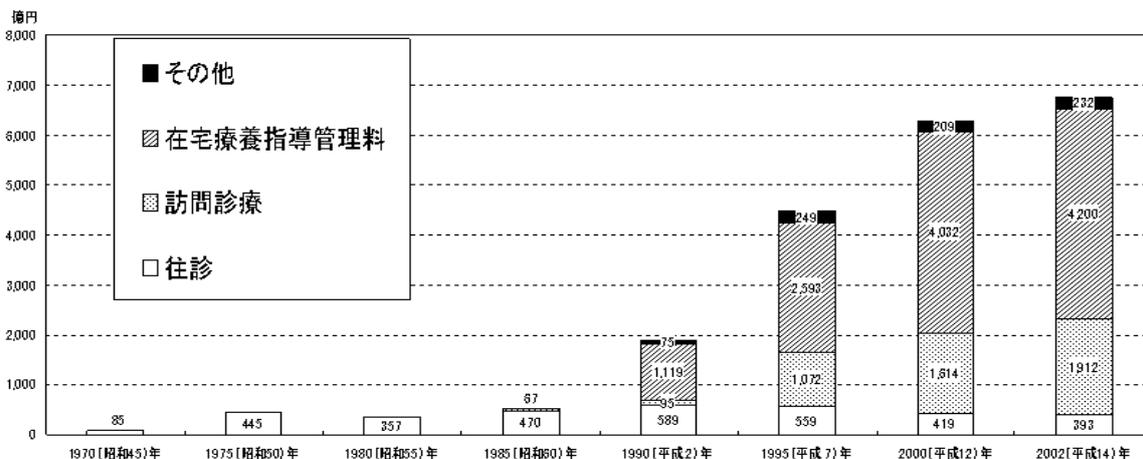
在宅医療費（医科診療費のうち）は増加しているものの、国民医療費に占める割合は2%程度となっている。



注) 国民医療費、社会医療診療行為別調査（いずれも統計情報部）をもとに算出

4-3. 在宅医療費の推移と内訳

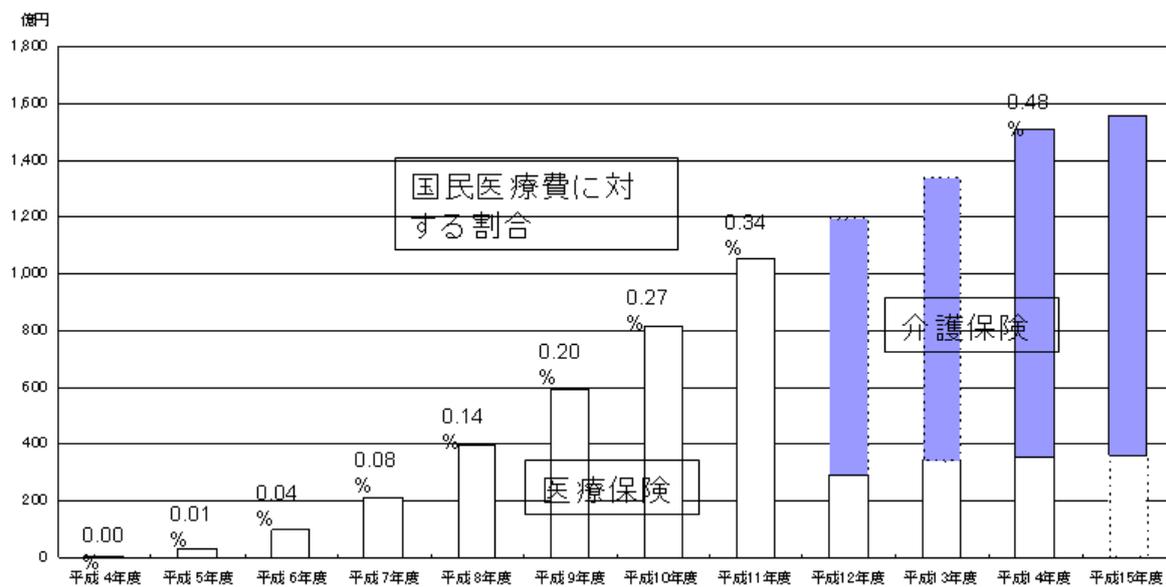
在宅で療養する患者に対する診療としては、「往診」（患者の求めに応じて患者に赴いて診療するもの）のほか、近年、「訪問診療」（居宅で療養する患者で通院困難な者に対し、その同意を得て計画的な医学的管理の下に、医師等が定期的に訪問して診療を行うもの）が大きく増加している。また、在宅で療養する患者又はその看護にあたる者に対して、医師が当該患者の医学管理を十分に行い、在宅療養の方法や注意点等についての指導等を行う「在宅療養指導管理料」も近年大きく伸びている。



注) 国民医療費、社会医療診療行為別調査（いずれも統計情報部）をもとに算出

4-4. 訪問看護の事業量と国民医療費に対する割合の推移

平成4年度に創設された訪問看護の事業量は、介護保険分も含め伸びているが、国民医療費に対する割合は、合計しても0.5%程度にとどまる。



注) 国民医療費 (統計情報部)、介護保険事業報告をもとに作成

第1章 在宅医療のグランドデザイン

はじめに

在宅医療のグランドデザインとは如何なるものか。

在宅医療が医療全体の内部でその一構造を担うとすれば、その基本構造は医療全体の構造を踏襲するものだろう。他方で、医療一般の構造に無いものが含まれなければならない。もし、在宅医療がこれからの医療の、あるときには牽引力となり、あるときには影のように支えるものであるとして、当面、在宅医療が担うべき重要な項目を列挙し、その項目が次代の医療に与える影響を示すぐらいは必要なだろう。そこで、

第一に、現在の医療が抱えている根本的な問題として、医療者－患者関係と説明責任について言及する。

第二に、実質的な在宅医療の普及が行われなければならない。現実の把握と今後の動向について説明を行う。

読者においては、本グランドデザインを理解することによって、医療関連職種がなすべき今後の行動についてそれぞれに考えを再構築し、それぞれの立場において実践していただくことを望む。

1. 現状を踏まえよう

図医－1はWHOによる諸外国の医療水準の表である。

日本は世界に冠たる医療水準の高さを誇る。低い医療費で高い質を保っているのである。日本の医療従事者はまず、胸を張って自信を持たなければならない。

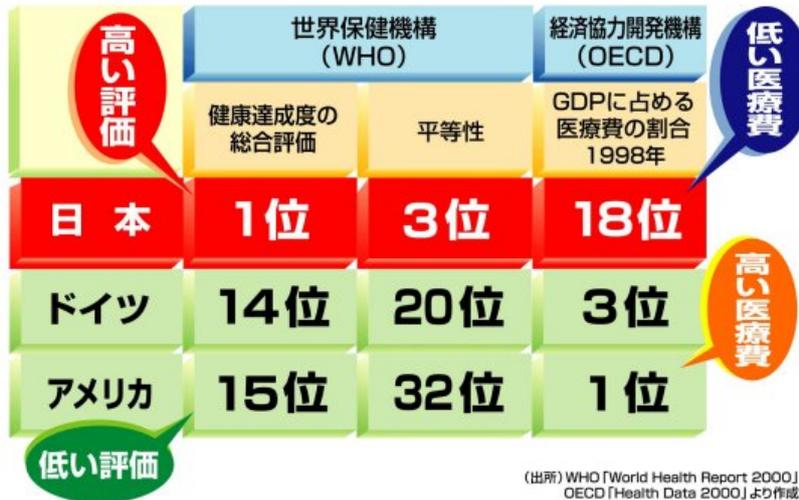
- 1) 最前線：医療の現場は最前線である。最前線の医療は世界有数であることが図医－1に示されている。
- 2) 最先端：最先端は研究を含む新しい医療技術・知識の集積である。未だに日本の医療人は欧米に留学する。最先端を学ぶには欧米の研究によるべきところが多い。

我々がこのグランドデザインで示そうとしているものは「最前線」についてである。医療の現場において欧米の現実には日本に遠く及ばない。もし最前線を視察するならば、今でも日本に学ばなければならないものが多々あるのが欧米の実情であるといえる。日本の医療は胸を張りながら、しかしこれからの山積する課題に対して周到にことを運ばなければならない。日本の医療が不適切なのは、ただ一つ、支える医療による看取りである。

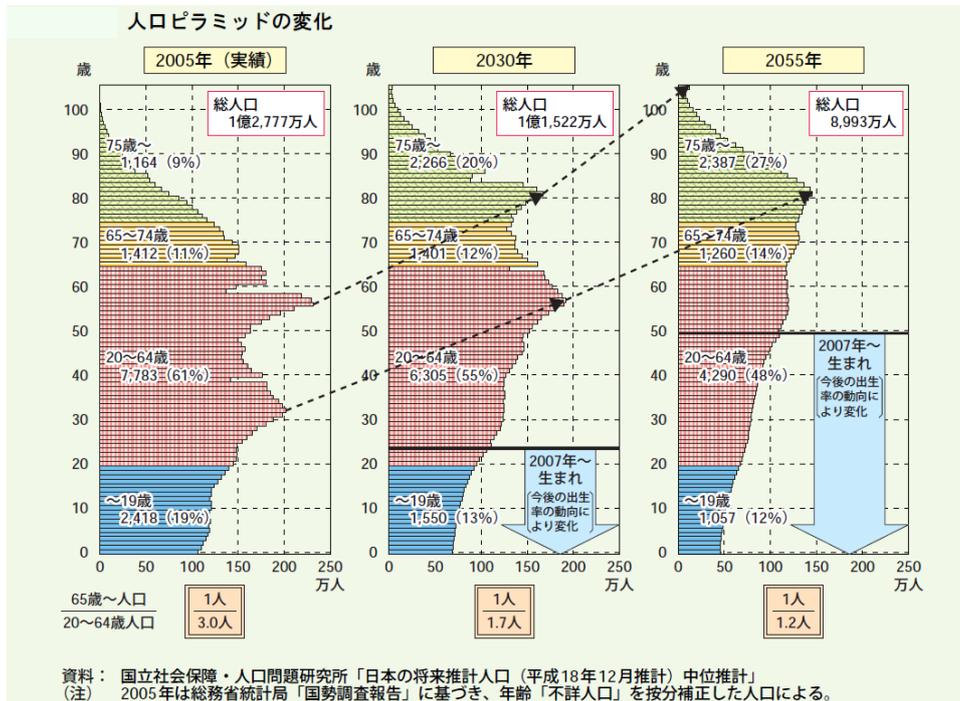
2005年における20歳から64歳までのいわゆる「支える年齢層の人口」と、20歳未満及び65歳以上の「支えられる年齢層の人口」との比率は3対1である。しかし2030年には1.7対1となり、さらに2050年には1.2対1となる。少子化＋高齢化のダブルパンチが日本に浴びせられるのだ(図医－2)。そして、2040年には年間死亡者数が166万人～170万人に達する。

日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

健康達成度総合評価・は第1位・医療費は18位



図医-1

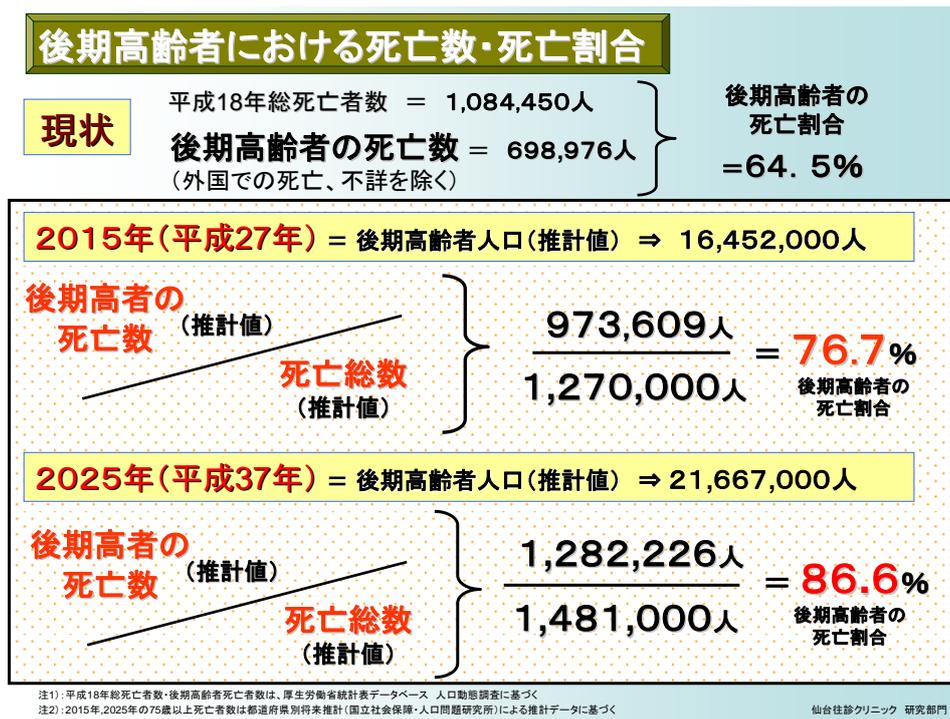


図医-2

日本の人口構成は少子高齢化が一段と進行し、未曾有の高齢社会に突入するその第一歩が2008年である。

高齢者にとっては肉体的な衰えをどのように表現したらよいのだろうか。平均寿命はさらに延びている。まだまだ老人ではないという人も多い。しかし、医療を受ける比率は若年者に比べれば格段に増し、年齢が増すほど独居率も高い。

図医-3に示すように、総死者数に対する75才以上の後期高齢者の死亡割合は10年ごとに10%ずつ増加し、平成18年度には64%であったものが、平成27年には76%、平成37年には86%に達する。



図医-3

高齢者になればなるほど生きられる期間は短くなるのが必然であり、だからこそ高齢者を含めた全ての患者が求める『真の医療』とはどういうものなのかが問われなければならない。

本論の第一は、生きている以上誰にでも当てはまる、身体的側面から見た【2. 生き方の提示】が高齢者を主として、がん末期・難病等の療養者にとって求められることを第一に示す。ところが、これに関する適切な説明が十分になされているだろうか。

そこで現在の医療の致命的な欠陥となっている【3. 医師の説明責任】の不備に言及する。不十分な説明では生き方の再構築ができない。

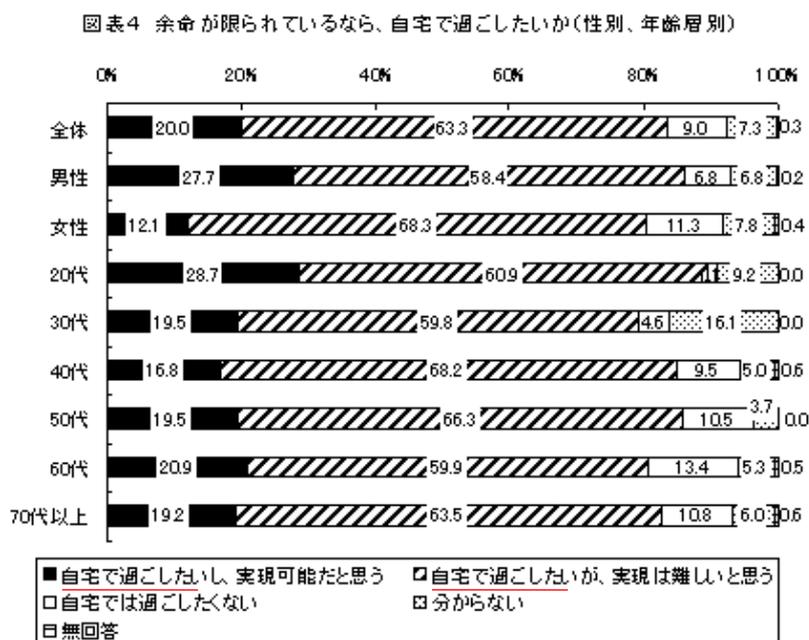
さらに、【4. ものの見方の違い】によって、療養者を取り巻く状況は刻々変化する。医療従事者が理解しておかなければならない最低限の「もの見方の違い」について言及しよう。

そして【5. ICF(国際生活機能分類)】が果たす役割こそ、前項の「もの見方の違い」を如実に反映したものであることを理解して、【6. 生き方の再構築】が可能となる医療と介護の選択が療養者に可能となること。また、必要な【7. 連携】と、【8. 制度】について紹介を行う。

2. 生き方の提示

- 1) 重症者・がん末期・高齢者・難病等は生きられる時間が短い。
- 2) したがって、残された時間をどのように有意義に生きるかという『生き方の提示』がなされなければならない。
- 3) そして、より良い生き方をした結果として皆が納得する看取りが行われるのである。

今や、病院で死亡する割合は 80%以上に達しているが、余命が限られているときの生きる場所の選択をどこに求めるかという質問に対して、80%が自宅を希望している（図医-4）。



2005年 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査

図医-4

ここに、「80%が自宅で最期まで過ごしたい」という住民のニーズと、「実際には病院で 80%が死亡している」という医療のサプライのミスマッチが厳然としてある。この両者の乖離によって、人生の集大成である終焉の場の設定に関して、この 30 年間、住民が望む形態を医療が作ってこなかったという明らかな一面が見えるのである。

図医-5 は筆者が厚生労働省保険局の「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」実施委員会の委員であったときの調査結果である。在宅酸素・在宅経管栄養・在宅人工呼吸器・在宅中心静脈栄養のそれぞれの在宅療養者、およびその方々を往診している医師に対して、「療養している方々が最期を迎える場所の希望」を聞いている。いずれもが居宅を希望する割合が圧倒的に多い。ここに示される療養者も医師も昔は病院医療を受けていたし病院医師であった。しかし今は在宅医療を受け、そして在宅医師である。この療養者も医師も、病院医療と在宅医療の両者の経験者であり、ここで初めて選択肢が生まれるのである。その結果は在宅での終焉を希望する割合が圧倒的に多い。つまり、選択肢がない患

者と医師には選択の余地がなく「調子が悪ければいつでも病院に来なさい」と言われるがまさに「病院に救急搬送される」のである。

昨今の救急搬送率の上昇は、その一部は在宅医療の知識に乏しい病院医が作り出している現象ともいえる。まず、在宅医療の周知が必要である。病一診連携の第一は「病院医の在宅医療に対する理解」が欠かせない。

生の終わりを迎える理想の場所

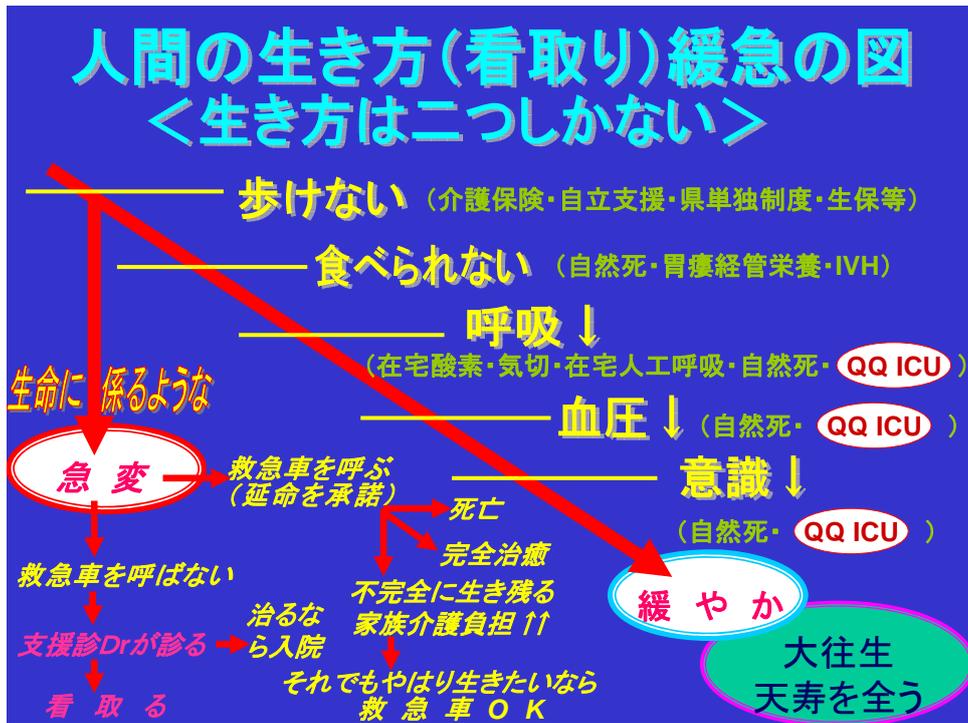
	全体	病院	施設	居宅	無回答
HOT	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4	12.6
HEN	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5	8.5
HNV	45	7	—	33	5
	100	15.6	—	73.3	11.1
HPN	38	6	—	26	7
	100	15.8	—	68.4	18.4
主治医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6	19.4

図医－5

自分の生き方を再構築するためには、どのように生きられるかという生き方の提示による生き方の選択が必要となる。つまり、選択の余地がないところに選択肢は生まれないのであり、本人の身体状況に基づく様々な今後の生き方が医師によって示されなければならない。

3. 医師の説明責任

たとえば、図医-6 に示すように、身体状況の変化に基づいて説明される生きてゆく行程は大雑把には二つしかない。ひとつには、(1) 疾病・事故等が影響しながらも、身体の緩やかな衰えによって自然に最期を迎えるものである。一般的には大往生あるいは天寿を全うすると表現される。



図医-6

大往生に向かう道筋の途中にはまったく歩けなくなる・まったく食べられなくなる時期が必ず来る。なぜなら体力が自然に低下すれば歩行・嚥下の筋力も衰えるからである。まったく歩けないことが当たり前である以上悪化でも危険でもない。この変化に対して適切な医療の選択と生活支援が提示され運用されればよい。体力が低下するたびに状況に合わせた医療と生活支援が行われるのである。

ところがその身体情報の説明が中途半端である。不適切な説明の事例を挙げよう。

「先生、うちのじいちゃんは寝たきりになったが、おれはいつまでも足腰丈夫でスタスタ歩いて大往生したいなあ。」と息子さんが話す。しかし、スタスタ歩きながら死んだら大往生ではなく急死である。同じように、「いつまでもおいしいものを食べて天寿を全うしたい。」という言葉も実は急死を意味する。

「それは大往生ではなく急死だよ。大往生というのはね・・・」と図医-6 にしたがって十分な説明をしている医師が何人いるのだろうか。

大多数の国民は大往生と急死を取り違えているのであり、こんな単純な状況の違いを説明するのでさえ、医師が十分にその役割を果たしていないことが推測される。

この取り違えは何を引き起こすだろうか。

- ①大往生の行程を医師が説明していないため、体力の自然な衰えによる歩行困難・嚥

下困難・呼吸低下・血圧低下・意識低下の各状態を、家族はすべて悪化・危険・病
気・障害とみなしてあわてて医療にすぎるのである。

②急変時の対応についての十分な打ち合わせを医師が怠っているために、急変すると
(延命治療とは知らずに) すべて救急車に委ねるのである。昨今の救急出動数増加
は、その一因として、医師自らの説明責任がなされていないことを物語る。

「ホスピスと在宅医療とどちらを選びますか。」という言葉も不十分である。治療の
限界に達した患者にとっては、残り少ない時間をどう生きるかが求められる。よりよい生
き方を考えるなら第一選択は在宅医療であり、独居・介護力低下等によって在宅生活が難
しい場合について、家族の代わりに担うホスピスが第二選択となる。はっきりした序列が
あるのであって決して同等ではない。これを分かっている医師がどれほどいるのだろう。

呼吸の低下によって呼吸苦が生じる場合には酸素吸入等により緩和し、血圧の低下が
起これば(脳循環が保たれる限界の血圧は収縮期圧 60mmHg であり)次第に意識は薄れる。
それ以前から体力の低下に応じて無駄な体力の消耗を防ぐために睡眠時間が増加する。

意識低下は継続的深睡眠であり悪化でも危険でもない。眠るように安らかに最期を迎
えるということはまさにこのことであり、あわてる必要はまったくない。

気をつけなければならないのは、本人はもっとも安らかな時を過ごしているが、周囲
に集う親族縁者はつらい思いを抱いているという、両者の心理状況に乖離がある点にある。
親族縁者は呼びかけても応えない本人を見ると、悲しい・つらい・不安等の自らの心理を
本人に投射して、あたかも本人がつらい状態であるかのように錯覚する。親族縁者に対し
て、この取り違えをしないように説明することが終焉に向けて最も重要である。

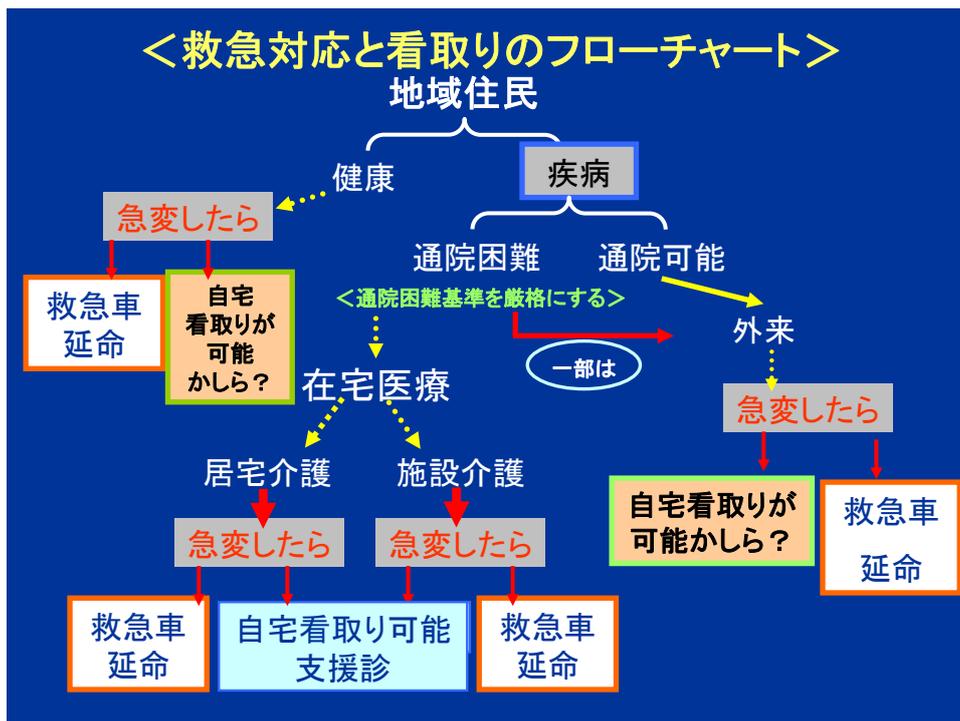
以上の説明により周囲が落ち着いていれば終焉の場は病院である必要はない。自宅であ
っても介護施設であっても人生の集大成としての看取りが可能となるのであり、後は希
望する人のために在宅医療と介護の体制整備を行えばよい。

他方、(2)命にかかわる急変によって死亡することも考えなければならない。命にか
かわる急変のときには二つの選択肢がある。①救急車を呼ぶ、②救急車を呼ばない、で
ある。

①を選択する場合に行われる行為は延命治療であることを、本人・家族が事前に知っ
ておくことが重要である。救急車を呼ぶことと延命治療であることが結びついていない住
民が多数である。搬送された後で「延命治療は望まなかったのに・・・」という声は多い。

②を希望するのであれば、事前にいつでも往診を行う医師を確保しておくことが必要
であり、日頃、どこまでの医療を望むのかを十分に話し合っておかなければならない。②
は往診するかかりつけ医が行う在宅医療によって、最終的に自宅・介護施設での急変後の
看取りが可能となる。

図医-7 は急変前の健康状態によって選ぶ医療形態と、急変したことによる終焉の場を
どこに求めるのかが示される。疑問符のある部分は、意向に沿わないことになっても仕方
がないことを本人・家族が事前に認識していなければならない。



図医－7

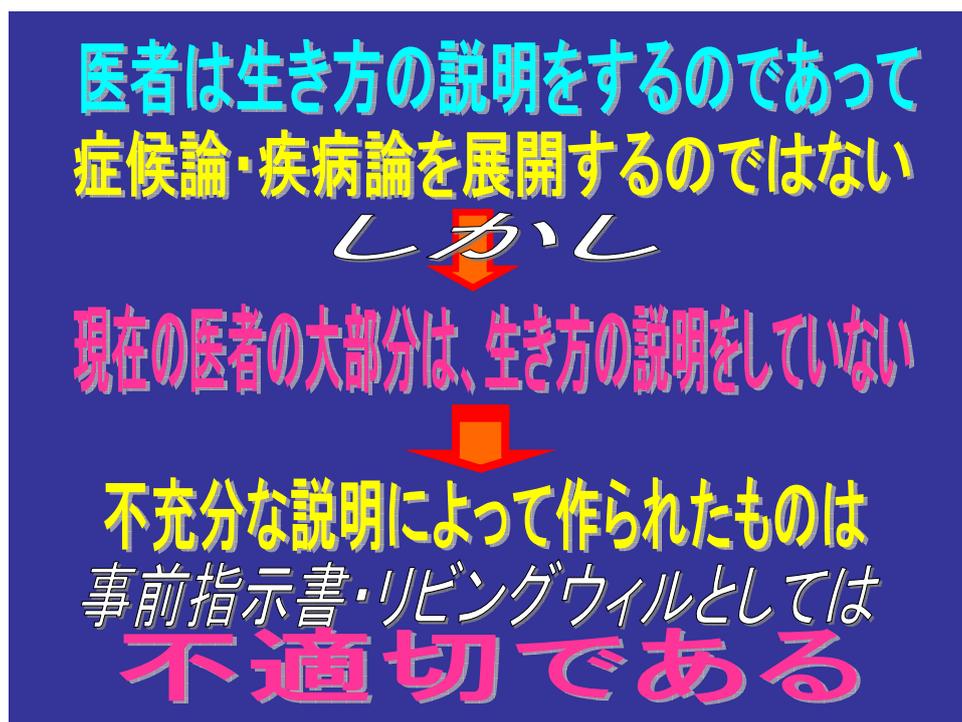
図医－6 は一例であるが、身体状況の変化によって本人の生き方が変更される以上、生きる行程・生き方の提示が十分に医師によって説明されなければならない。

医師は病気について観察（検査）し、把握（診断）し、操作（治療）を行う。したがって、今まで医師の説明といえば「疾病論・症候論に基づく身体情報」に限定されていた。

しかし、現在の医療体制においては入院させること＝退院させることである。退院させるということは生活の場に戻すことであり、身体状況が検査や治療によって変化を受けたのなら、変化した身体のまま退院した場合に果たして以前の生活形態を維持できるかが最も問題となる。

つまり、今や生活者が求める説明は、単に疾病論・症候論に基づく身体情報以上のものなのである。それは、変わってしまった身体が安心して以前のように生活するための「生活情報」を意味する。

ところが、いまだに医師は疾病論・症候論による身体情報の説明だけで説明責任を果たしていると思いをしている。「不十分な説明」しかしていない状況においては、当然選択する余地が限られることになり、不十分な説明から誘導された本人の意思決定によって作成された事前指示・リビングウイル等は不適切極まりない（図医－8）。



図医－8

本人は、そこで自分の生き方を一時的に決定しても良いし、決定しなくても良い。次の瞬間に変更しても良い。人の意思は瞬時に変わる。私の「意思決定」＝「瞬間瞬間の意思の変化」であり有機的な生ものである。意思決定は石版に彫った固定した文字ではないことを医師は良く分かっていなければならない。

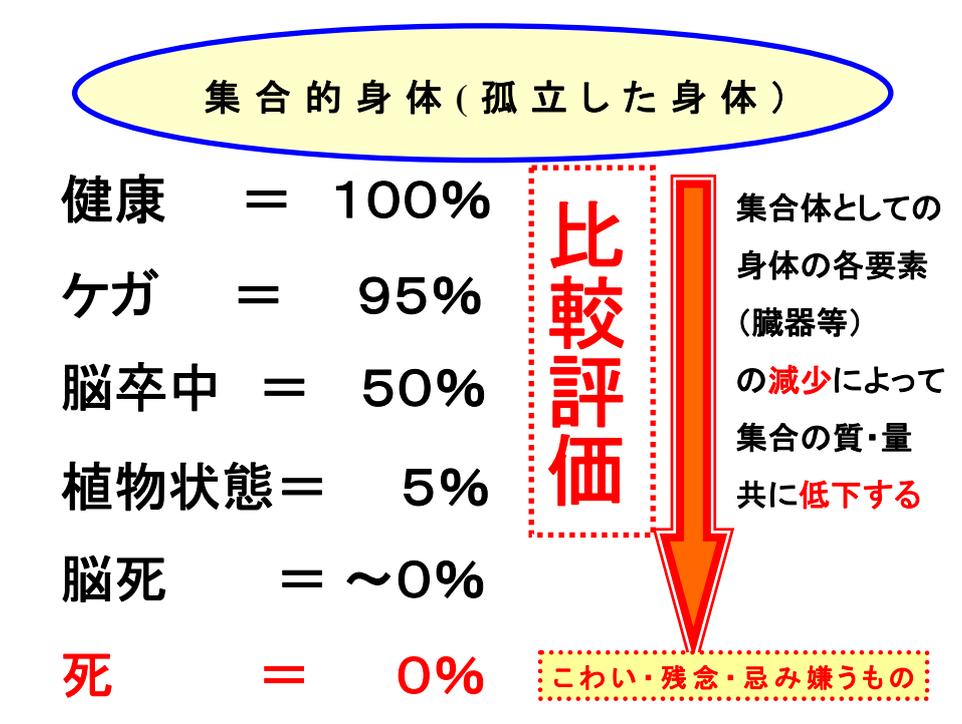
自己決定というよりは、むしろ、「生き方の再構築」を常に、しかも有機的に行っているのが人間であると考えたほうが妥当であろう。

4. ものの見方の違いによる生き方の表現の違い

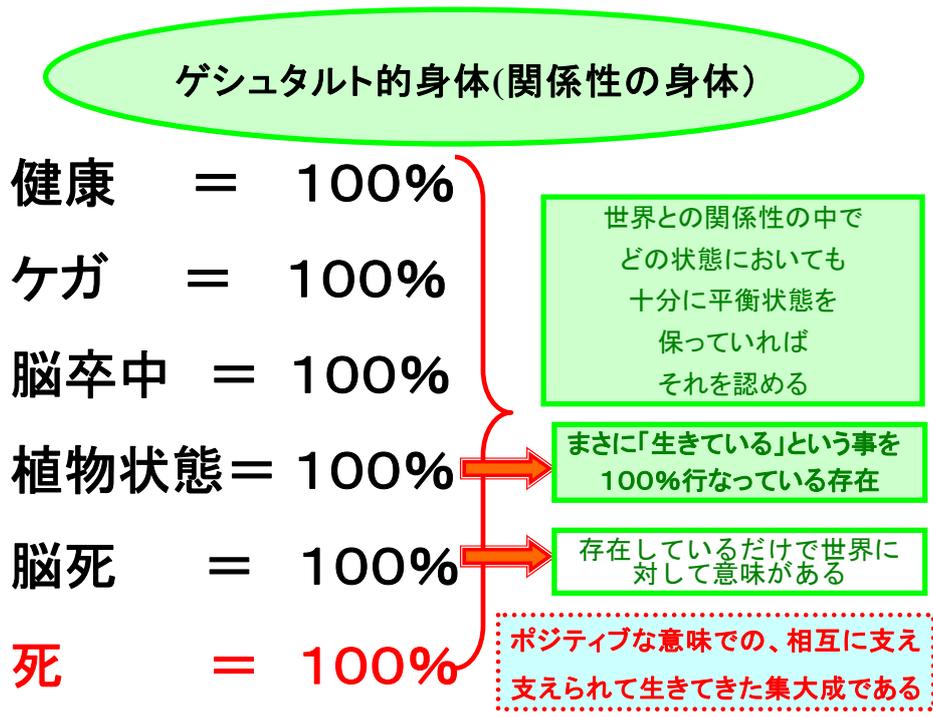
医師の話はたいてい基底還元論に基づいた比較論である。図医-9のように健康を100%とした場合に現在の状態は50%、さらに障害が進行すれば5%。だから、現在の50%をどのように改善するかという原因探索・欠陥是正型の説明となる。

確かに医学の発展の多くはこのような欠陥是正型の研究によるのだが、この論理に終始した場合には医学の限界に位置する重症な人々は救われない。がんの末期・難病・高齢者の多くは現代の医学では解明されないか、あるいは治療不能であり対象から外れるのだ。

しかしその人たちは今生きている。欠陥是正型の表現に馴染まなくとも、異なる表現が十分に当てはまるのである。それは、その人間個人や身体そのものの状態に固執する表現ではなく、人が生きる状況と那个人との関係性によって生まれる関係重視型の生き方である。



図医-9



図医-10

図医-10 はそれを表現している。人と生きる状況との関係性が保たれていれば、人はその状態を継続する。またさらに変化した身体になったとしても、それを受け入れる状況が作られたならそこでまた平衡状態を維持することができる。このような状況においては、たとえ脳死状態の人でさえ、単に重度の障害を持つ明らかな人間であり、人工呼吸器をつけながら残された日々を有意義に生きることができる。

図医-11 を見てみよう。縦軸は比較論であり原因-結果型である。状況を見捨てし身体の衰えに固執するならば、この表現においては人間には必ず「終末期」が生じる。

横軸の表現を見てみよう。どのように身体が変化しても、その人が置かれた状況との関係性を保つことができれば、その生き方の形態が変容するだけであり、常に 100%の調和した生き方を歩む。したがって横軸にはいわゆる「終末期」はない。

人は死ぬ直前までは生きているのであり、より良い生き方をした結果が「たまたま死ぬ」ことなのである。より良い生き方は最期まで継続されるのであり、もはやそれはあらかじめ運命づけられている「終末期」ではない。



図医-11

もの見方によって、ある事態や状況に対する表現方法やその結果の意味づけがこのように変わる。一つの状況に対しては無数の表現ができるのだが最低二つの表現が求められる。それは相異なる表現でありこれによって初めて選択肢が生まれる(図医-12)。

そしてその表現は同時に「生き方の表現」でなくてはならない。医師は疾病論・症候論を唱えるのではない。病気やその治療によって変化した身体が、今後どのような生き方が可能となるのかを生き方の側面から提示しなければならない時代になったのだ。



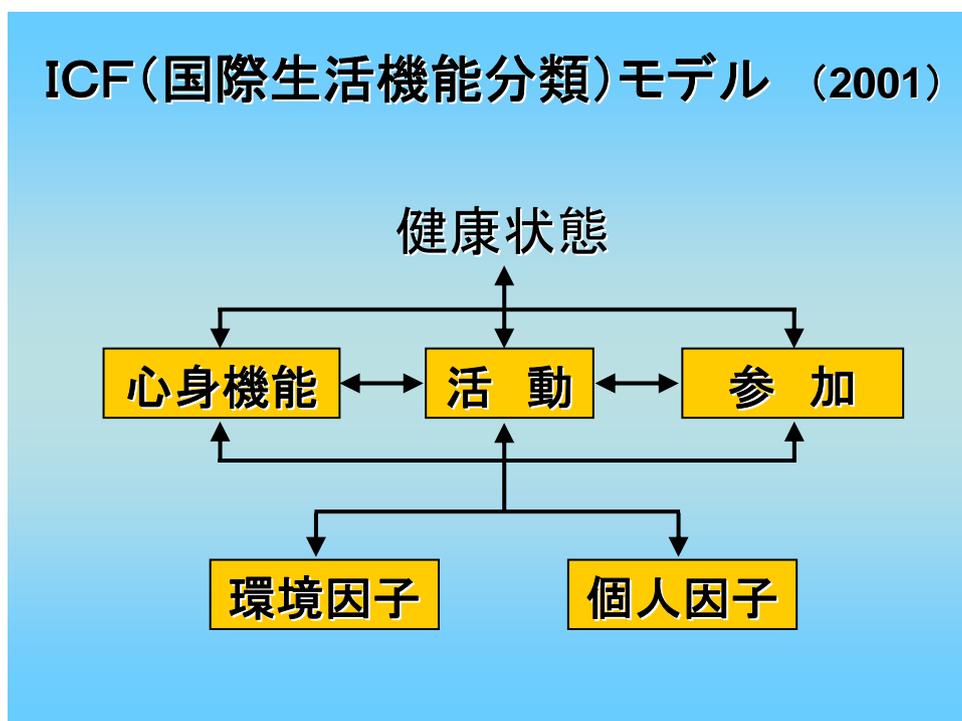
図医-12

5. ICF (国際生活機能分類)

障害を持つことに関してはすでに 2001 年に WHO が ICF を発表している。人が「生きる」こと全体の中に障害を位置づけて、「生きることの困難」として理解することにより、この困難の克服を目標とするものである。

ICF が注意すべき問題点として挙げているのは医学の基底還元論である。医学が科学である以上、最も基本的な論理を骨子としてさらに次の論拠を積み上げてゆく。これがエビデンスの成り立ちである。しかし、この手法では必ず結果に対して原因が求められることとなる。一方向の原因究明に陥ることにより、常に障害に対する是正のみが求められ、現在行われている障害者の生き方そのものがなおざりにされてしまう傾向になる。

ICF は図医-13 のごとく、心身機能の原因-結果型の因果論から脱却し、活動・参加とともに、環境因子・個人因子等を織り交ぜた循環型の「生き方の提示」をもくろみたものである。重度障害者の在宅医療を考えるときに ICF の概念を抜きにすることはできない。



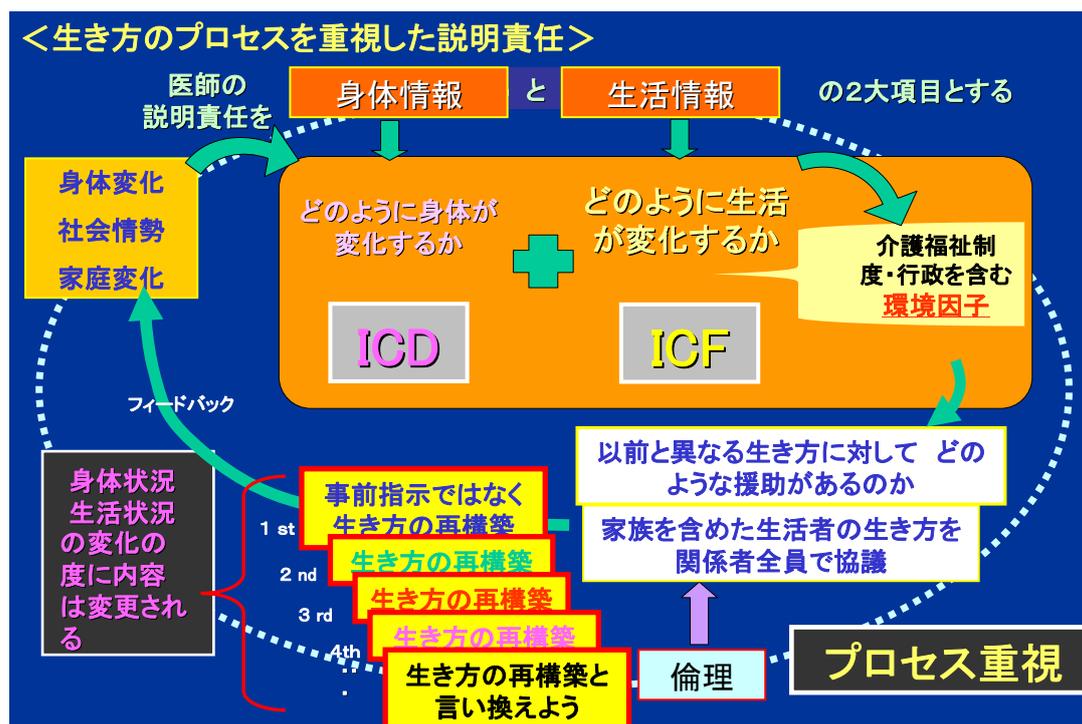
図医-13

6. 生き方の再構築：説明責任と選択そして退院計画

医師の説明が今後 ICD に基づく疾病・傷病の説明と同等あるいはそれ以上に、ICF に基づく生活情報の提示が必要になってゆくことを示す。さらにその内容を医療関連職種のみならず、在宅ケアに参加するすべての人々と協議することによって、初めて多くの選択肢が提示できるのである。

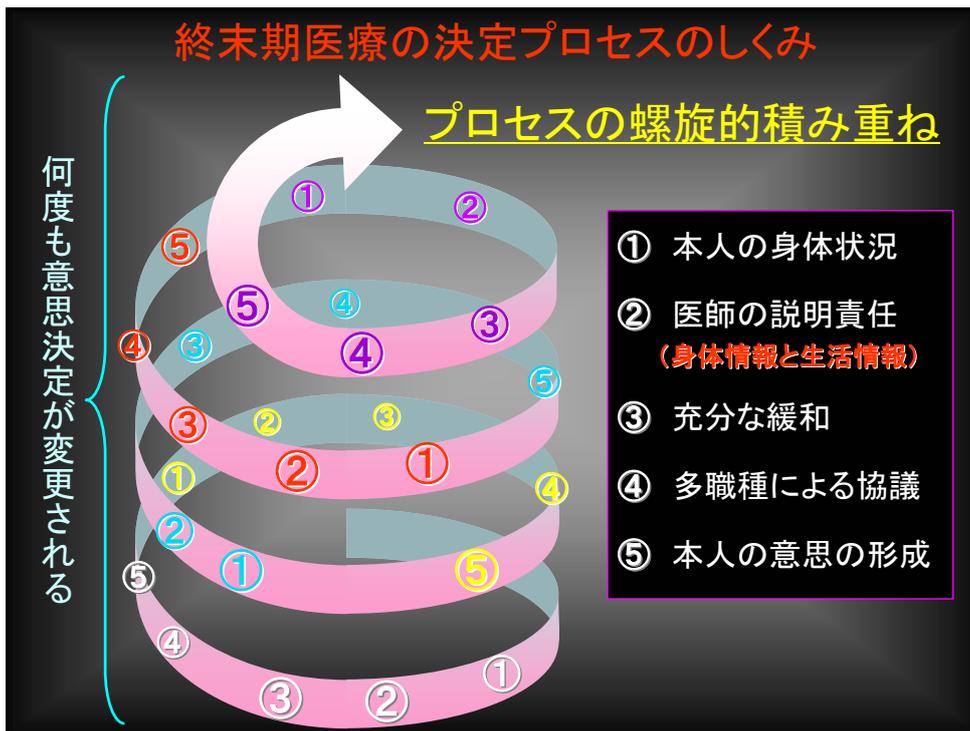
生き方の提示によって生き方の再構築が本人によってなされる。図医-14 に示すように、

- 1) 医師によって、疾病・傷病による身体変化が起こる身体情報の提供がなされること（ICD：WHO 国際疾病分類に基づく検査・診断・治療の説明）
- 2) 本人・家族を含めた生活者に対して、介護・福祉制度・生活に精通する生活支援のすべてに関する生活情報の提供がなされること（ICF：WHO 国際生活機能分類の主に環境因子に基づく退院支援＝在宅復帰の説明）
- 3) 生活者と、生活を支える医療・介護・行政等の生活支援の人々との全体によって、今後の生き方のすべての選択肢が提示され全体で協議されること
- 4) 3) を参考にして本人の生き方の再構築がなされること
- 5) あらたな生き方に沿って、今後変わってゆく生活をどのように支えるかという生活支援体制の具体的な提供がなされること



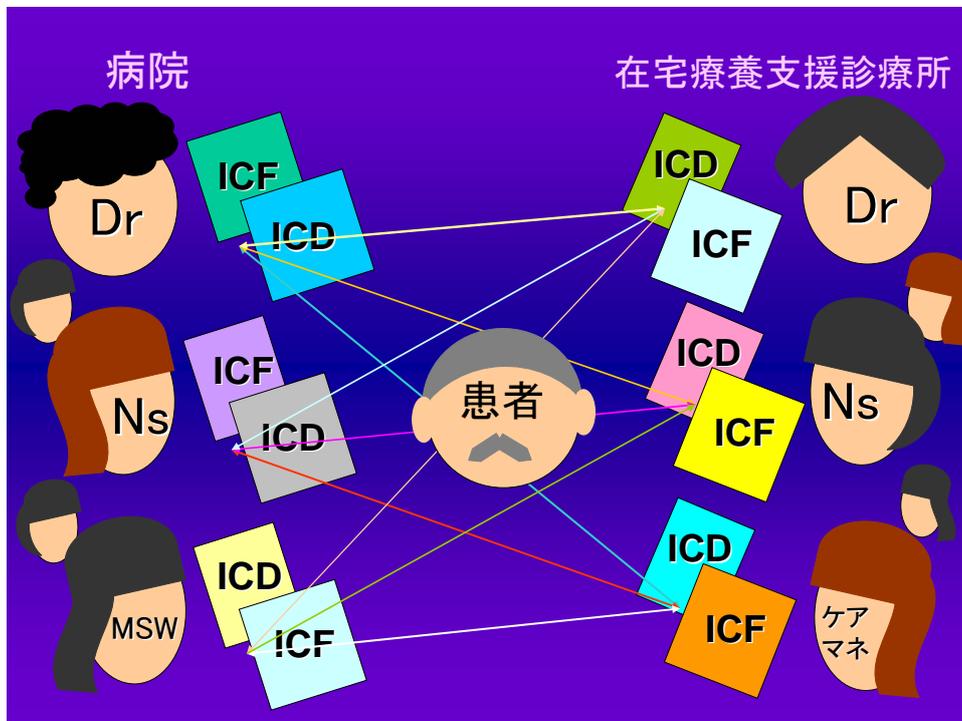
図医-14

- 6) 身体状況・生活状況の変化ごとに、1)～5)までの行程が、何度でも変更可能であること（図医-15）

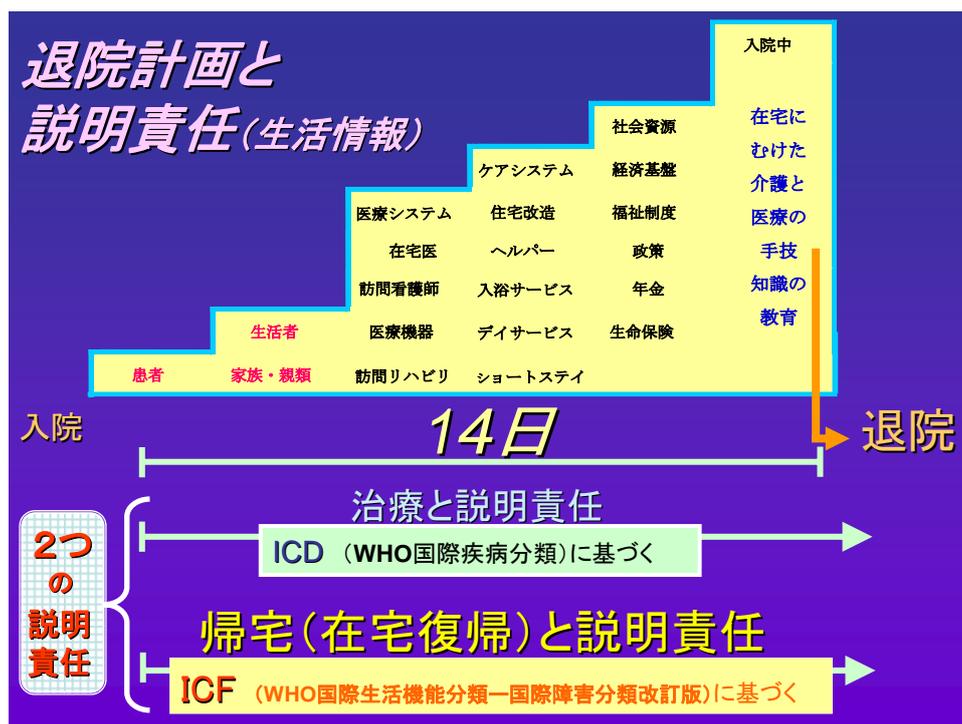


図医 - 15

7) 退院⇔再入院のたびに、病院と診療所との連携が ICD と ICF を基にして行われること (図医 - 16)



図医 - 16



図医－17

人の意思や生き方は周囲の状況・刺激によって一瞬に変化する「生もの」なので、一度構築した内容を固定したり、ひとつに固執してはいけない。関係する全員が寄り添って話し合い考えながら、本人の意思が変化するたびに新しい生き方をそのつど関連職種全員と本人が再構築してゆくのである。

ICF は、国によってその生活状況が大きく異なるため、日本の現状を十分に考慮した内容とならなければならない。

以上によって退院計画が進められることになる（図医－17）。

7. 地域連携

- 1) 診－診連携：在宅療養支援診療所は全国 10,700ヶ所である。全国の市部の在宅死数・在宅死率のいずれもが増加している反面、郡部の数は減少している。適正分布がなされていないのであり、今後当該診療所の質の向上・数の増加・適正分布が求められる。図医－18は、拠点型の在宅療養支援診療所のみで重症者を含めた死亡総数の25%を在宅で看取る場合に必要な診療所数を、人口配分で換算したものである。既存の在宅死亡率を差し引いた場合には、この1/2から1/3の数で十分機能すると考えられるので、在宅医療を専門にしている拠点型の当該診療所と、外来主体の従来型の診療所との連携が今後重要となってくる。

		100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万	
2011～2015年の平均 総死亡数		10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人	
最大25%在宅看取り		2600人	1300人	780人	260人	130人	26人	
内 がん死		860人	430人	258人	86人	43人	9人	
医師数		2110人	1055人	633人	211人	106人	21人	
診療所のタイプ	拠点	医師5人 100名看取り 26ヶ所 (医師数:130人)	医師3人 50名看取り 13ヶ所 (医師数:65人)	医師1人 20名看取り 8ヶ所 (医師数:40人)	医師1人 20名看取り 3ヶ所 (医師数:15人)	医師1人 20名看取り 1ヶ所 (医師数:5人)		
	拠点	医師3人 50名看取り 52ヶ所	医師3人 50名看取り 26ヶ所	医師1人 20名看取り 18ヶ所	医師1人 20名看取り 6ヶ所	医師3人 90名看取り 3ヶ所 (医師数:9人)		
	拠点	医師1人 20名看取り 130ヶ所	医師1人 20名看取り 65ヶ所	医師1人 20名看取り 39ヶ所	医師1人 20名看取り 13ヶ所	医師1人 20名看取り 7ヶ所	2ヶ所 (医師数:2人)	
	従来	医師1人 2～3名看取り ?	医師1人 2～3名看取り ?	医師1人 2～3名看取り ?	医師1人 2～3名看取り ?	医師1人 2～3名看取り 45ヶ所?	医師1人 2～3名看取り 9ヶ所?	

(注) で示されている数値は、拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるためご注意ください。

仙台往診クリニック 研究部門

図医－18

2) 医科－歯科連携：図医－19 は人口配分による在宅歯科診療所数である。国民の 60～80%は最期まで居宅での生活を希望している。人は亡くなる直前までは生きているので、当然最期までの生き方を支える歯科医療を在宅で行わなければならない。生き方を支える方法は、①嚥下力低下に起因する栄養低下に対して行う摂食嚥下歯科医療、②身体の衰えによる呼吸低下に起因する肺炎防止のための口腔ケア、がさしあたって重要な項目となる。①はともすれば安易に胃瘻増設をしがちな医科の処置について、歯科の立場から「より長く摂食嚥下が可能となる生き方の提示」が求められる。深井らによれば、80歳以上の高齢者において残存歯が10本以上ある場合には、10本未満の群に比較して平均寿命が有意に延長されることが分かっている。②は、口腔ケアによって死因4位である肺炎の発生率が半分になることが知られており、より多くの医師に対して、口腔ケアと歯科のかかわりの重要性を示さなければならない。①②ともに適正な運用がなされれば、在宅療養者の重度化・悪化を未然に防ぐ働きを歯科が担うこととなり、無駄な医科の医療費節減に寄与することとなる。在宅療養者の重度化・悪化を未然に防ぐ働きが歯科に求められており、全身管理の一翼を担う歯科、生き方に沿う歯科医療が今後要求される。図医－20 に示すように、歯科の領域は医科にも、看護にも、調剤にも、そして介護担当者にも幅広く適用される内容である。今後は、『歯科としての生き方の提示』が成されなければならないのであり、今や『総合力としての歯科医療』が求められている。

		100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011～2015年の平均 総死亡数		10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人
最大25%在宅看取り		2600人	1300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死		860人	430人	258人	86人	43人	9人
歯科医師数(平成16年)		740人	370人	222人	74人	37人	7人
歯科診療所数(平成17年)		520件	260件	156件	52件	26件	5件
在宅歯科診療に必要とされる 歯科診療所数(40%)		208件	104件	62件	21件	10件	2件
歯科診療所のタイプ	拠点 II型訪問 歯科診療所 (週2回診日)	104ヶ所	52ヶ所	31ヶ所	10ヶ所	5ヶ所	1ヶ所
	一般 I型訪問 歯科診療所 (週1回半日や昼休み)	104ヶ所	52ヶ所	31ヶ所	10ヶ所	5ヶ所	1ヶ所

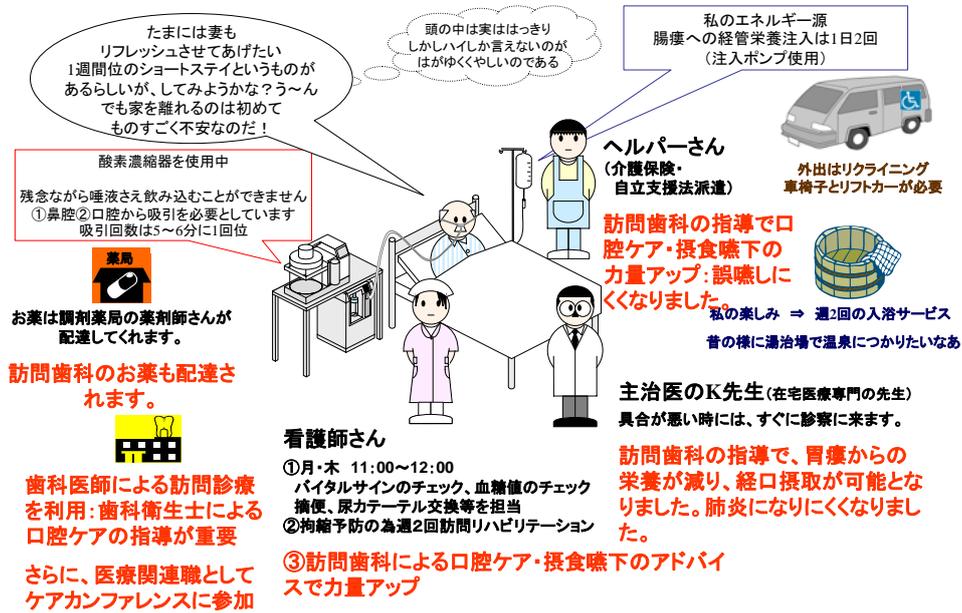
注) □で示されている数値は拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるためご注意ください

仙台往診クリニック 2007

図医－19

後期高齢者モデル 私は87歳、5年前に脳出血のため寝たきりの状態になりました。80歳の妻と二人暮らしです。

訪問歯科診療は「生活者の生き方」に寄り添う医療である。



図医－20

- 3) 医科－調剤連携：図医－21 に示すように、療養者が重度化するごとに訪問薬剤の頻度と重要度が増す。麻薬・IVH の調剤・訪問薬剤指導が的確にできる調剤薬局の増加が期待される。図医－22 のように、地域における十分な在宅支援の調剤薬局の分布が求められる。
- 4) 医科－看護連携：看護においても、在宅看取りを視野に入れ拠点となる看護ステーションの広がりが期待される。従来の少人数の看護では 24 時間体制を敷くことが困難であることも多い。地域における大規模型の訪問看護ステーションが必要である（図医－23）。

後期高齢者と在宅療養支援調剤薬局



図医 - 21

人口規模 × 在宅看取り(推計) × 調剤薬局数に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011~2015年の平均 総死亡数	10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人
最大25%在宅看取り	2600人	1300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人
薬剤師数(平成16年)	1890人	945人	567人	189人	95人	19人
麻薬が必要ながん患者	430人	215人	129人	43人	22人	4人
年間10人の麻薬管理可能な調剤薬局	43ヶ所	22ヶ所	12ヶ所	4ヶ所	2ヶ所	1ヶ所?

注) □で示されている数値は拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるためご注意ください

仙台往診クリニック 2007

図医 - 22

**人口規模 × 在宅看取り(推計)
× 訪問看護ステーション数に関するモデル**

		100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万	
2011~2015年の平均 総死亡数		10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人	
最大25%在宅看取り		2600人	1300人	780人	260人	130人	26人	
内 がん死		860人	430人	258人	86人	43人	9人	
看護師数(平成18年)		5950人	2975人	1785人	595人	298人	60人	
訪問看護師による在宅看取り (在宅死数の半分と仮定)		1300人	650人	390人	130人	65人	13人	
訪問看護ステーションのタイプ	拠点	大規模 (常勤看護師12名) 40人看取り	33ヶ所 (看護師:396人)	16ヶ所 (看護師:192人)	10ヶ所 (看護師120人)	3ヶ所 (看護師36人)	2ヶ所 (看護師:24人)	
		中規模 (常勤看護師6名) 20人看取り	65ヶ所 (看護師:390人)	33ヶ所 (看護師:198人)	20ヶ所 (看護師:120人)	7ヶ所 (看護師:42人)	3ヶ所 (看護師:18名)	1ヶ所 (看護師:6名)
	一般	小規模 (常勤看護師4名) 4人看取り	325ヶ所	163ヶ所	98ヶ所	33ヶ所	16ヶ所	3ヶ所
		極小規模 (常勤看護師2.5~3名) 4名看取り	?	?	?	?	16ヶ所	3ヶ所

注) □ で示されている数値は拠点施設のみで最大25%在宅看取りを行った場合の最大値であるためご注意ください

仙台往診クリニック 2007

8. 必要な制度

- 1) 介護保険制度
- 2) 身体障害者自立支援法：介護保険によるケアが受けられない場合には、これによる居宅・通所・施設介護制度が行われる。在宅医療の適応になる人々は、原則的には「疾病・傷病による通院困難者」であり、身体障害者手帳が交付できるはずである。がん末期も途中で必ず身体障害となる。
- 3) 2) による重度障害者等包括支援：本制度は特に重度な障害を持つ①人工呼吸器装着者、②知的障害者、③精神障害者の三者に対して、時間数無制限 24 時間 365 日で支えるものである。ただし、自治体の経済状況に左右される場合がある。
- 4) 身体障害者手帳による諸制度：図医－24 は身体障害者手帳の交付によって使用できる種々の給付品目である。身体障害者医療費助成制度は多くの自治体で行われている。医療費の減額・免除が可能となる。
- 5) 各自治体に特有な制度：宮城県では人工呼吸器装着者に対して「介助人派遣事業」を行っている。
- 6) 生命保険：どの生命保険の基礎部分にも必ず「高度障害」の項目がある。重症者はもちろん高度障害に該当するのであり、「生きている今、死亡時と同じ金額を本人の見舞金として全額受け取ることができる」しかも、見舞金扱いとなるので税金がかからない特典がある。
- 7) 在宅ケア：すでにホームヘルパーが行うことのできる種々の手技がある。体温測定・血圧測定・パルスオキシメータによる酸素飽和度測定・吸引・浣腸・座薬挿入・皮膚創処置・点鼻・点眼・軟膏の塗布・湿布の貼付・薬の内服援助・爪きり・耳垢取り・口腔清拭・人工肛門の便の除去・自己導尿の介助が認められている。重症であるほど身体の可動制限が起きやすい。自らは動けない本人の代わりにケアの担当者が率先して行動することが望まれる。また、吸引指導等を含めた種々の行為についての安全な施行のために、医師がケアの担当者に十分な知識と手技の指導を行うことが望まれる。

日常生活用具の給付対象者および品目

障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー、盲人用時計（触読式・音声式）、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計（音声式）、盲人用体重計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置（サウンドマスター、聴覚障害者用日覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む）、聴覚障害者用通信装置、聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽（湯沸し器を含む）、便器、特殊マット、エアーマット、特殊寝台、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具（住宅改修費） ※18歳未満のみ 訓練いす、訓練ベッド
上肢機能障害（一部言語機能障害を含む）	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意伝達装置、携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネブライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消化器
呼吸器機能障害3級以上、若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅酸素療法を行う者、または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） ※平成15年度より給付開始
知的障害 重度～最重度	特殊マット、特殊便器、頭部保護帽、電磁調理器、火災警報機、自動消化器

※注：色字は18歳以上が対象

図医－24

おわりに

高齢者・がん末期・難病等を含めた重症在宅医療を中心とした「在宅医療のグランドデザイン」にとって重要なことをまとめた。

- 1) どんなに重度であっても在宅に帰すことができるということ
- 2) 独居の人工呼吸器装着者にも在宅生活可能な制度が、すでに完備されていること
- 3) すべての医療が苦痛の除去にあるので、緩和の概念がすべての医療に必要なこと
- 4) ICFは治すことから支えることへの転換を予感させる重要な概念であること。
- 5) 生き方を軸とした十分な説明責任が必要であり、生きる選択肢が提示されること
- 6) 意思決定が重要ではなく、関与する皆で真剣に考え続けるプロセスこそが重要なこと
- 7) 意思は決定するものではなく、常に再構築されるものであること。
- 8) 医療と介護の関連職種全体で生活者の生き方に寄り添うこと。
- 9) すでにある利用可能な医療とケアの実際についての知識と技術を習得すること

平成 18 年に在宅療養支援診療所の制度が保険点数上に創設された。在宅看取り率はこれまで常に低下し続けていたが、ようやく平成 18 年度からわずかに上昇に転じている（図医-25）。

最期まで自宅で暮らしたいという住民のニーズに医療が応えてこなかった 30 年間のつけに対して、今後総力でサプライしなければならない。そのためには、24 時間体制で往診医療を行う在宅療養支援診療所を、医療圏ごとに適正数確保し、適正配置するとともに、その質を向上させることが必要である。

在宅医療が適応される居宅療養者にとって、在宅こそが最も希望する終焉の場所である以上、最期を迎える直前までのより良い生き方が提供されなければならない。

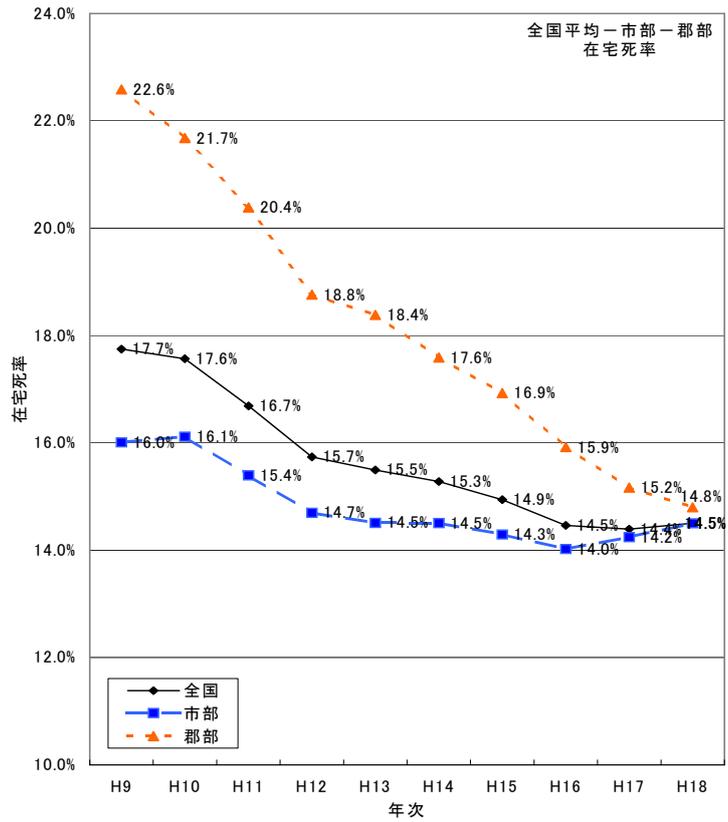
- 終焉は生きるものにとって自然な結果であることの説明責任
- 終焉を迎えるそのときまで在宅生活が安心してできるという選択肢の提示
- 生活者とともに歩む在宅医療と介護の提供

いずれもが居宅療養者が求めるものである。

在宅療養支援診療所は医療構造を有機的に稼働させるための潤滑油である。そして、在宅医療に関する医師・歯科医師・薬剤師・看護師・介護従事者のそれぞれが職能を果たし、その機能と連携が十分に活用されることによって無駄な医療支出が結果的に改善される。

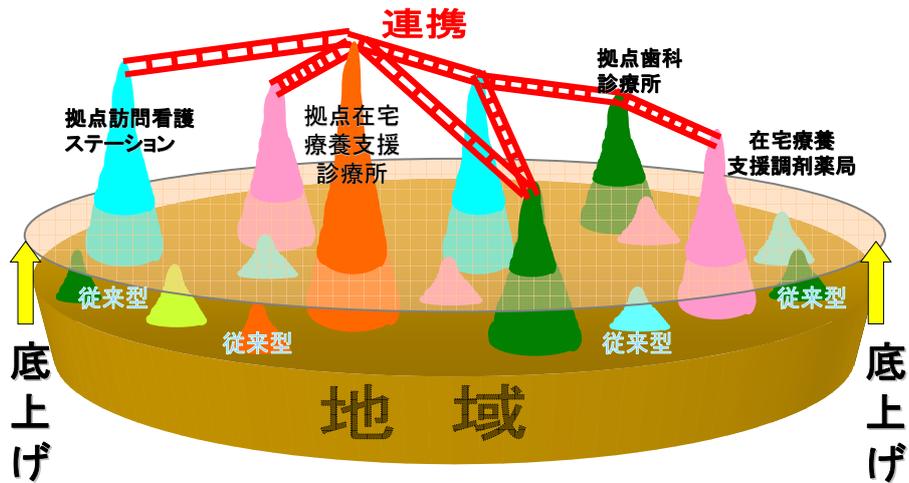
医療費適正化計画・介護支援計画・地域ケア計画等との整合性を持ちながら、今後 5 年間の医療計画において、在宅医療を推進することが結果として全ての在宅療養者を支える医療全体に寄与するのである（図医-26）。

在宅死率の 年次推移



図医－25

在宅医療のグランドデザインにおける 拠点化構想



図医－26

在宅医療における事前指示のあり方について

1. 日本医師会「終末期医療に関するガイドライン（案）」

日本医師会第x次生命倫理懇談会は、2007年8月「終末期医療に関するガイドライン（案）」を発表した。趣旨は以下のとおりである。

1. 患者が終末期の状態であることの決定は、医師を中心とする複数の専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって行う。^{注1)}
2. 終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等は、患者の意思決定を基本とし医学的な妥当性と適切性を基に医療・ケアチームによって慎重に判断する。^{注2)}
3. 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行う。
4. 積極的安楽死や自殺幫助等の行為は行わない。

患者の意思の確認が不可能な状況下にあっても「患者自身の事前の意思表示書（以下、「意思表示書」という。）」^{注3)}がある場合には、家族等に意思表示書がなお有効なことを確認してから医療・ケアチームが判断する。また、意思表示書はないが、家族等の話などから患者の意思が推定できる場合には、原則としてその推定意思を尊重した治療方針をとることとする。なお、その場合にも家族等の承諾を得る。患者の意思が推定できない場合には、原則として家族等の判断を参考にして、患者にとって最善の治療方針をとることとする。

家族等との連絡が取れない場合、または家族等が判断を示さない場合、家族等の中で意見がまとまらない場合などに際しては、医療・ケアチームで判断し、原則として家族等の了承を得ることとする。

上記のいずれの場合でも家族等による確認、承諾、了承は文書によらなければならない。

注1) 医療・ケアチームは原則として主治医、主治医以外の1名以上の医師、看護師、ソーシャルワーカー等の医療従事者から構成される。在宅医療に際しては、在宅療養に従事する医師の判断を支援するシステム(例えば委員会の設置等)を地域の医師会で構築する必要がある。その際、支援する地域の医師会の委員会は内規を定めるとともに会議の議事録を保管する。

注2) 家族等とは、法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む。なお、終末期を想定して患者にあらかじめ代理人を指定してもらっておくことが望ましい。

注3) 患者自身の事前の意思表示書とは、患者があらかじめ自身の終末期医療に関して指示している書面のことをいう。

在宅療養者、家族と医療者の間で話し合いを重ねても合意が得られない場合、日本医師会は、注1)にあるように、地域の医師会の委員会で協議し、問題解決を図る案を提示しているが、即時性・機動性を要する委員会をどう組織するか、また委員会の法的責任をどう定めるかなど課題は大きい。

2. 今後の事前指示の診療報酬上の評価について

後期高齢者医療制度の議論の中で、「患者が望み、かつ、患者にとって最もよい終末期医療が行われるよう、本人から書面等で示された終末期に希望する診療内容等について、医療関係者等で共有するとともに、終末期の病状や緊急時の対応等について、あらかじめ家族等に情報提供等を行うことが重要であり、これらの診療報酬上の評価の在り方について検討すべきである。」として、事前指示の診療報酬点数化が示唆されている（第11回社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会：「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）（たたき台）」平成19年9月）。

しかし、在宅医療においては、生活者の視点から、より良く生きてゆくための、生き方の選択につながる情報を関係者から得て、話し合いの中で、自分はどのように生きるかを決めてゆくことが大切であり、その決定がいつでも変更可能であることが重要である。

医療従事者、特に医師のみでは、医療情報の提供だけが行われてしまい、「どのように生活環境が変わるのか。その変化の中でどのように生きてゆけるのか」が説明されない場合も多く、多専門職種による情報の提供に基づく決定プロセスが不可欠である。

MSW・地域連携室職員等が関与し、さらに必要な場合は行政の障害福祉課・居宅支援及び施設支援事業所職員・民生委員等の在宅ケアに関係する人々の参加によるケア会議を開催し、よりよい選択が可能となるようなプロセスを重ねることが必要である。生活情報を伴わない不十分な情報のみで作成された事前指示書はむしろ有害であり、形式的書面の作成に診療報酬上の評価を与えることは本末転倒である。

3. 終末期相談支援料について

2008年4月より、長寿医療制度（後期高齢者医療制度）がスタートした。そのなかで、「終末期相談支援料」が創設された。その概要と、留意点について述べる。

ガイドラインに沿った終末期における十分な情報提供等の評価

第1 基本的な考え方

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する。

第2 具体的な内容

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等にまとめた場合に評価する。

1 医師又は歯科医師

新設 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

[算定要件]

- 1 終末期における診療方針等について十分に話し合い、文書（電子媒体を含む）

又は映像により記録した媒体（以下、「文書等」という。）にまとめて提供した場合に算定する

- 2 患者に対して、現在の病状、今後予想される病状の変化等について説明し、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の延命治療等の実施の希望、急変時の搬送の希望並びに希望する際は搬送先の医療機関の連絡先等終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供する
- 3 入院中の患者の診療方針について、患者及び家族等と話し合いを行うことは日常の診療においても必要なことであることから、入院中の患者については、特に連続して1時間以上にわたり話し合いを行った場合に限り算定できることとする
- 4 患者の意思の決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）及び「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考とすること等

2 薬局の薬剤師の場合

新設 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

[算定要件]

在宅患者について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

3 看護師の場合

新設 後期高齢者終末期相談支援療養費 2,000円（1回に限る）
（訪問看護療養費）

新設 後期高齢者終末期相談支援加算 200点（1回に限る）
（在宅患者訪問看護・指導料）

[算定要件]

利用者の同意を得て、保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

4. 診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について

保険局医療課長通知 保医発第 0305001 号（抜粋）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/tp0305-1.html>

(17) 「注 7」に規定する後期高齢者終末期相談支援加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

- ア 後期高齢者終末期相談支援加算は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療関係職種と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。
- イ 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成 18 年 5 月 21 日医政発第 0521011 号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に患者 1 人につき 1 回に限り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを看護記録に添付すること。
- ウ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であるからといって、患者に意思の決定を迫ってはならないこと。
- エ 話し合う内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあっては搬送先の医療機関等を含む。）をいうものであること。
- オ 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の文章等の作成に係る費用については所定点数に含まれ別に算定できない。
- カ 患者の死亡時に算定すること。
- キ 終末期相談支援の目的のみをもって患家を訪問し、終末期相談支援以外特段の指導を行わなかった日にあっては、在宅患者訪問看護・指導料等は算定できないこと。
- ク 同一の保険医療機関の保険医と終末期相談支援を行った場合又は特別の関係にある保険医療機関等のみで終末期相談支援を行った場合は算定できないこと。

5. 相談支援情報提供書について

相談支援情報提供書とは、後期高齢者の終末期相談支援において、相談支援の内容を文書にとりまとめ、これを本人及び医療関連職種が保管することによって、本人に係る支援情報を共有するためのものである。

- 1) 相談支援情報提供書は、当該職種が行った相談支援の内容を記載する。
- 2) 相談支援は、本人の実状に即すること、最新の情報であること、支援策を具体的に十分に伝えること等に留意すること。
- 3) 疾病・傷病の変化、または家族構成・生活状況等の変化・支援制度の変更等に応じて、相談支援内容に変更の必要性が生じた場合には、本人、または医療関連職種の申し出により、新たに相談支援を行うこと。
- 4) 相談支援には、医療関連職種の相談支援を、実状に応じて開催すること。
- 5) 医療関連職種以外の職種（ケアマネージャー・行政担当者・弁護士・知人等）による情報提供が必要な場合には、本人の承諾を得て当該職種による情報提供を行うこと。
- 6) 相談支援は、本人と医療関連職種との関係において行われるため、両者の良好な関係を十分に構築しておくこと。
- 7) 相談支援に関する本人の理解・納得が十分に得られない場合には、重ねて相談支援を行うこと。
- 8) 確かな実感・十分な理解や納得は、その場において直ちに形成されるものとは限らないので、後日、別途にカルテ等診療の諸記録に記入すること。
- 9) 記載内容が、本人の療養方針の最終決定を明示するものではない。

在宅医療に対する日本家庭医療学会の見解

「何故今在宅医療なのか」

私の考える在宅医療—家庭医と在宅医療—

山田隆司（日本家庭医療学会 代表理事
社団法人 地域医療振興協会
地域医療研究所 所長）

1. はじめに

現在在宅医療の必要性が説かれ、特に障害を抱えた高齢者や終末期の患者に対する医療提供の形としてその重要性が認識され始めている。暮らし慣れたところで医療を受けることができればそれぞれの患者にとって福音であることは間違いない。

しかし地域によって救急車で搬送される患者でさえ診療が受けられない事例がある現状で、果たしてどれだけの患者が自宅で医療を受けることができるのであろうか？医療費抑制という観点から、単に病院医療の一部を在宅に移行し、あたかも患者中心の医療提供の形が在宅医療であるという論調には充分注意する必要がある。

医療資源には限りがある。在宅医療が必要であるから端的にそれを提供する医師（在宅医）を増やすべきだというような安易な結論には留意すべきである。在宅医療という一つの専門的な医療分野があるわけではなく、あくまでも一次医療サービスの中の一つであって、提供する場所が自宅というだけのことである。在宅医療については地域や診療科による医師偏在の中でまさに総合的な医療提供システムを視野に入れた論議が必要であろう。本稿では提供者の論理に組しない、国民の視点からの在宅医療を考えたい。

2. 在宅医療とは

2-1. 古典的往診

在宅医療とは患者の自宅で提供する医療であり、これまで一般的には往診と呼ばれ、医師が患者に出向いて診療することを指していた。患者が病院や診療所に受診できないときに医師が出向くのは至極当然である。しかし医療機関の地域性が薄れ、診療機器の重装備化や専門分化の流れの中で、古典的な往診はほとんど行われなくなった。

2-2. 現在の在宅医療

代わって現在在宅医療という形で残っているのは定期的な往診で、医学的管理が必要な慢性的な疾患を抱えかつ医療機関を受診することが困難な患者に対するものである。医師はあらかじめ要請された患者のうち、自身が判断して対応可能な患者に定期的な訪問診療を提供することになる。基本的には予定された訪問だけだが、対象患者に何か突発的な問題が起こったときは対応が求められる。

これまでは対象としては急変が少ない脳卒中後遺症や障害を持った後期高齢者が多く、終末期患者や神経難病患者など対応に手が掛かるものは避けられてきた傾向にある。

3. 家庭医の役割

我々は一次医療の担い手は本来家庭医であるべきと考えており、ここではそのあるべき姿について論じたい。人口千人の離島に必要なのはまさしく一人のここで述べる家庭医であり、そういった観点で考えていただければわかりやすいだろう。

3-1. 何でも、何時でも、誰でも、何処へでも－我々の考える一次医療サービス－

①何でも

家庭医は一次医療の担い手である。一次医療の特徴は対象疾患が日常的に頻度の多いものであるということである。特に繰り返し受診する慢性疾患患者の管理がその割合の多くを占め、高血圧、糖尿病、骨粗鬆症、慢性閉塞性肺疾患、変形性関節症、脳卒中後遺症など老化とも関連した疾患が多く、かつ多臓器にわたっている。また初診患者では風邪や湿疹、腰痛、怪我、胃腸障害、眩暈などで特に病初期の患者で診断が付きにくい時期に対応することも多い。病初期には原因となる臓器を特定できないこともしばしばで、全身にわたる兆候について専門診療科の枠を超えて対応しなくてはならない。一次医療に関わるものは幅広い健康問題に精通する必要がある。

②何時でも

地域の中で自分が受け持つ（定期的な通院患者や往診患者など）に対しては当然突発的な健康問題が発生した際には対応すべきである。そういった際に対応できてこそ患者はかかりつけ医として頼れるのであって、決まった時間だけしか対応しない医師は地域の家庭医とはいえない。

③誰でも

一次医療の対象は地域のすべての住民である。一次医療では特に性別、年齢に関わらず診療することが求められる。そういった診療をすることで家族全員の主治医として振舞うことができ、家族関係の理解が可能となり、信頼関係も深まる。

④何処へでも

患者のすべての健康問題を承知した上で、患者や患者家族からのわきまえた要請があれば、それに答えて患家へも赴くのは当然のことである。ここでいう在宅医療はいわゆる旧来の往診と同義である。地域の患者と信頼関係を培った上で、その求めに応じて往診することは家庭医にとっては当たり前のことで、ことさら特別なことではない。

3-2. 家庭医にとっての在宅医療－在宅医療にとって必要な医師とは－

在宅医療においては特別な診療機器を使うことはできない。せいぜい持ち運びが可能な機器で、そういった意味では小さな診療所以下の装備ということが出来るかもしれない。そういった環境で差し当たり在宅患者に起こる健康問題に対応しなくてはならない。また在宅患者に起こる健康問題は発熱や咳などの内科的な問題にとどまらず、関節痛や褥創、血尿や耳漏など臓器的には広範囲にわたることは珍しくない。またこれらの問題は多くは突発的に起こるわけで、時間外休日を問わず対応が求められる。

そういった意味から在宅医療に求められる医師とはまさに前項で記した家庭医の機能や技能に他ならない。在宅医療はいつてみれば究極の一次医療であり、在宅医療こそ家庭医が実力を発揮できるフィールドと言っても過言ではない。

4. これからの在宅医療

4-1. 高齢者の在宅医療

在宅医療の中で比重が今後も大きくなるのは高齢者医療であることは誰しも認めるところであろう。高齢者の慢性的な障害を抱えた患者についての比較的安定した時期の療養については必ずしも病院でしかできないことはない。突発的な異状に一定の対応できるという保証があればかなりの割合でさらに在宅に移行できよう。

高齢者の療養に関しては老化の問題と深く関係しているものが多く、治癒の可能性がないものも珍しくない。老化と直結する機能障害を受け止め、限られた能力で余生の設計をし、それに支援するという態度が求められる。高齢者医療では疾病特異性よりそれぞれの患者の個別性が重要で、それぞれの思いや人生観、家庭環境等に沿った介入に心がけねばならない。一定のクリニカルパスがあるような疾病、病態であっても敢えてそれに従わない決断が優先される場合も少なくない。しかしここで患者に寄り添う形で疾病治療に背く形の決断をする際には医師に、より一層の倫理性が求められる。しかしここで必要なのは一般的な倫理性よりは、患者個人の生存に関わる意思を尊重し優先する態度である。家庭医は患者にとっての裁判官ではなくてあくまで弁護士なのである。患者に代わって決断する際により深い患者との信頼関係が必要であることは言うまでもない。

家庭医が長年患者及び家族と培ってきた信頼関係がそこで発揮されるのである。医師と患者の信頼関係は一朝一夕にできるものではない。それまで様々なこと献身的に貢献してきた身近な家庭医にこそバランスの良い、患者にとって質、満足度の高い療養が提供できるのである。

4-2. 終末期の在宅医療

癌末期患者等終末期の患者に対する在宅医療の提供は、上述した高齢者医療と似た側面を持つと共に、さらに時間的に短く、抱える愁訴も深刻で倫理的により一層難しい問題を抱えることになる。

避けられない死に向かっているサポートで、患者にとってより助けとなるためには患者の心情にどれだけ寄り添えるかが重要となる。しかし深刻な疾病を抱えてからの患者の心情を伺い知ることとは決して容易なことではない。

地域の家庭医の場合は患者を病前に知っていることも少なくない。場合によっては患者の家族を同様に見送った経験を共有していることさえありうる。疾病を超えて関わってきた患者とは時に死生観を共有することも可能であり、同様に患者家族とも心情を共有することが可能である。癌のターミナルケアにおいて患者の苦しみを最も和らげる可能性がある医療者はその個人を長く知る家庭医なのである。

4-3. 医療的管理が必要な患者の在宅医療

在宅療養を強いられる患者の中には様々な医療機器管理が必要なものも多くなってきた。経管栄養管理、在宅酸素管理、人工肛門、気管切開、人工呼吸器、IVH 管理等々以前は病院内でしか提供されなかったものが在宅に多く導入されている。これらを管理する技能は日常は患者家族がする程度のもので、特に臓器専門的な医療技術が必要ではない。在宅医療の中で要求される医療機器に対しては技能習熟が必要であるが、特に専門分野の技能がないと不可能であるということはない。

在宅医療という在宅に特化した医療の分野を設定し、例えば在宅医といった認定をすることはかえって在宅医療を地域医療から分断して扱うことになり適切ではない。

5. 病院医療と在宅医療

社会的入院に代表される病院医療の行き過ぎは是正されてしかるべきだが、長期にわたる療養に関して病院医療が一方的に不適切で、在宅医療にすべてを向かわせるという考え方には賛同できない。

急性期を過ぎた療養の中でも、病状によっては介護施設や在宅での療養はむしろ不適切で、一定期間病院での療養が適切である例は少なくない。

すべてを在宅に向かわせて、在宅に向かわないものは悪であるかのごとく扱うのは、そういった患者やその家族に対して一種の人権的な抑圧ともなりうる。病院医療と在宅医療は決して一方向のものではなく、双方向であることが保証されて、初めて患者および家族にとって了解されるものである。

6. 在宅以外の選択肢

近年の核家族化でそれぞれの家庭の介護力が低下していることは紛れもない事実である。そのような時代背景にあつて社会的入院で代表されるように、医療が一部介護を受け入れ一定の役割を担ってきた。社会的入院は単に社会悪ではなくむしろ患者を救ってきた側面もあることは忘れてはならない。介護保険が創設され、介護を社会全体で受け止めようとする流れができ、慢性的な障害を持った患者の生活は在宅と共に介護施設が受け持つことになった。しかし一方で介護保険の中で介護施設は安定した高齢障害者は受け入れるものの、医療的な問題を多く抱える患者は敬遠することになり、そういった患者はむしろ在宅療養を強いられるという奇妙な状態となった。今は介護施設も対象患者を絞り、病院も対象患者を受け入れられる状況ではなくなっている。もちろん在宅の医療サービスも選択肢として受けられるものの、現状ではリソースが不足し家族に掛かる負担が増強している。そもそも家庭の介護力が低下してきたという状況で起こってきた流れであるのに、今さらに在宅の介護力に頼ろうという事態になっているのである。

在宅医療を充実させることだけがこの事態を好転させる唯一の処方箋だとは思わない。在宅で問題となっているのは単なる医療の担い手だけでなく、在宅という生活環境である。高齢者の生活場所を場合によっては集合させるようなことも考慮すべきであろう。健康な若い時期に就業環境や家庭生活を優先して決めた生活場所は、イコール高齢で障害を持った場合の最適な居場所ではないであろう。

核家族化が進んでいる現在において、高齢者向けの新しい住宅のあり方が問われているのではなかろうか。介護や医療の側面からだけでなく、国民の居住の問題として総合的に捕らえる必要があるのではなかろうか。

7. おわりに

在宅医療について今後もその重要性は増すばかりであろう。しかし在宅医療という一つの特異な問題としてとらえるのではなく、医療制度改革全体の中での位置づけが必要であろう。

第2章 訪問看護におけるグランドデザイン

井伊 久美子（日本看護協会）

要旨

今後、超高齢社会・多死時代を迎えるにあたって、在宅看取りを積極的に推進していくことが求められている。訪問看護のグランドデザインの策定にあたり、訪問看護の在宅看取りの実態を整理した。厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（平成17年度）」によれば、平成17年度の訪問看護ステーションが係わった在宅死亡者数は約2万人（訪問看護ステーションは5,309ヶ所）であり、1事業所あたりの平均年間看取り数はわずか4人程度であった。このため、看取り数が少ない要因を検討するために、訪問看護ステーションの規模別の実態をみたところ、看護職員数の少ない小規模な訪問看護ステーションほど、利用者数が少なく、収支が赤字の割合が高く、労働環境も悪化している傾向が見られた。現在では看護職員5人未満のステーションが全体の約55%であり、安定した在宅看取りの実現のためには訪問看護ステーションの規模拡大が課題の一つとして挙げられた。

将来の訪問看護ステーションの必要数の試算にあたっては、現在の在宅死亡率15%について平成25年（5年後）までに20%、平成30年（10年後）までに25%に高めることを目標とした。試算では、訪問看護ステーションにおける在宅看取りの実態から、安定的な24時間サービスを供給するための「大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）」、「中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）」という事業所規模を拡大させた二つのモデルを仮定した。「大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）」の常勤看護師は12名で、年間看取り数を40人、「中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）」の常勤看護師は6名で、年間看取り数を20人とした。以上試算の結果、平成25年には5,500カ所、平成30年には7,625カ所の訪問看護ステーションが必要になることが明らかとなった。

また、今後、訪問看護ステーションを規模拡大していくためには、経営の持続可能性の確保が求められる。そこで、上記の二つのモデルに関して、勤務形態、給与等について望ましい水準を仮定した上で経営試算を行ったところ、「大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）」の経営維持に必要な最低訪問単価は1万円であり、「中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）」の経営維持に必要な最低訪問単価は1万1千円であることが明らかとなった。

以上の検討から、安定した在宅での看取りの実現には、訪問看護ステーションの規模拡大、経営の持続可能性確保のための訪問単価の見直しが不可欠であることが示された。今後、医療機能強化型老健施設やその他の介護施設、居宅系サービス等に対して訪問看護サービス提供の機会を拡大していくこと、現在では診療報酬上評価されていないが看取りのために必要となるきめ細やかなサービスを新たに評価設定すること等により、訪問看護ステーションの規模拡大と経営の安定化を図っていくこと重要だと考えられる。訪問看護の拡充に向けた、制度上、報酬上の支援体制の整備が望まれる。

1. はじめに

超高齢社会・多死時代に向けて、高齢者をはじめとする在宅療養者は確実に増加している。こうしたなか、訪問看護は、多職種の連携に基づいて24時間365日にわたり安心のある在宅療養支援体制を構築し、住み慣れた地域での生活や身近な人に囲まれて最期を迎える選択ができるよう、在宅医療を推進していく大きな役割を期待されている。

今回の在宅医療における訪問看護のグランドデザインの策定においては、訪問看護の多様な機能の中で、特に在宅における看取りに着目し検討を行った。訪問看護ステーションの現状の整理及びそれらを踏まえた5年後、10年後の訪問看護の在り方について述べたい。

2. 利用者の暮らしと共にある訪問看護

現在のところ、訪問看護における終末期ケアは、がん、難病、慢性疾患、老衰など様々な状態にある人々を対象とし、自宅を中心とした「生活の場」で展開されている。利用者の生活スタイルやサービスの導入に至る経緯や様々であり、訪問看護は、これまでの生活から途切れることなく、安らかに最期を迎えられるよう、身体的な状態はもとより利用者及びその家族の暮らしに関する細かな情報収集に基づいたケアを提供している。

特に、終末期ケアにおいては、生活環境の整備状況をはじめ、睡眠時間や会話、バイタルサインに至る様々な情報から、利用者及び家族の療養生活上の不安や戸惑いを包括的に汲み取り、医療処置や清拭や排便コントロール等の直接的なケアを提供し、最期まで療養生活が継続できるよう、支持的な関わりを行っていく。例えば、利用者の生活動作の中での微妙な変化を観察・評価し、医師と連携を図り、患者の状態に最もあったオーダーメイドの疼痛コントロールの提供や、苦痛緩和が図れる効果的な入浴時間や方法を選択し、身体的負担を最小限にした清潔援助を行っていく。また、急な発熱や病状の変化、医療機器のトラブル等の予測不可能な事態についても、24時間相談に応じ利用者の生活をしっかりと支え、安心を提供している。

H18年度の診療報酬・介護報酬の改定に伴い、限定的ではあるが、特別養護老人ホーム、グループホームなど、訪問看護提供の場が拡大されつつある。また、終末期医療への国民の意識や生活スタイルの変化、高齢者独居世帯の増加などから、訪問看護の対象者や提供機会の多様性が増してきている。どのような病気や状態になっても、安心して生活を継続し最期を迎えることができるよう、利用者や家族の暮らしに根ざす訪問看護の体制整備が一層求められている。

3. 訪問看護ステーションを取り巻く現状

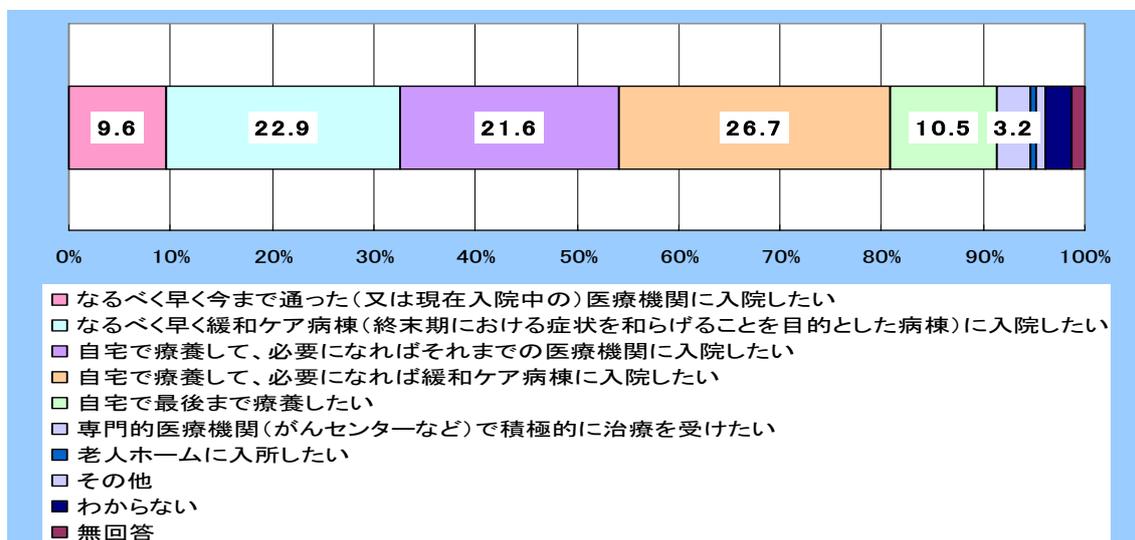
3-1. 終末期医療に対する国民の意識

社会全体が高齢化していくなかで、今後死亡者数も急速に増加していくことが予想される。国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成14年1月推計）』によれば、2020年には年間約150万人、2040年には年間約170万人が死亡すると推計されている。

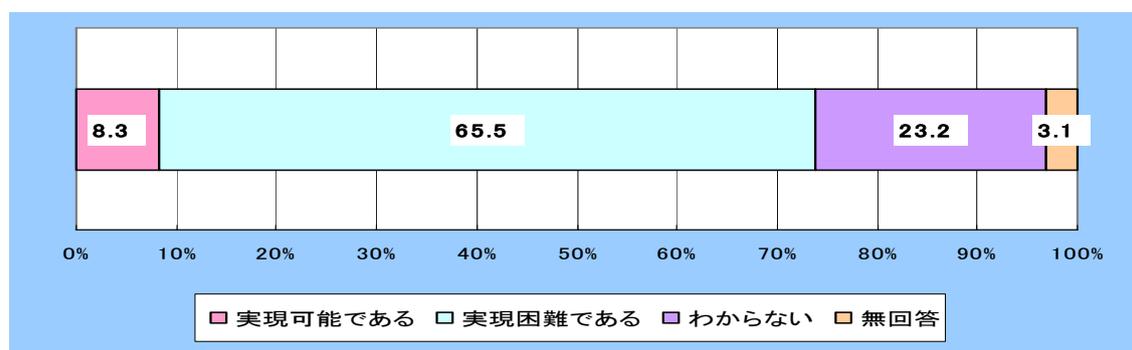
こうした多死時代を迎える状況において、国民全体としても終末期医療に対する意識の高まりが見られる。以下に示すように、国民の約6割以上は終末期には自宅で療養したいと考えている（**図看-1**）。しかし、自宅で最後まで療養することについて6割以上の国民が「実現困難である」と回答している（**図看-2**）。さらに、その理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」「症状が急変したときの対応が不安である」等が挙げら

れている（図看-3）。

以上の結果から、家族への介護負担や急変時の対応等、在宅療養上の不安に対し十分な援助を提供することができれば、最後まで自宅で療養したいという国民の望みを実現させることが可能となる。

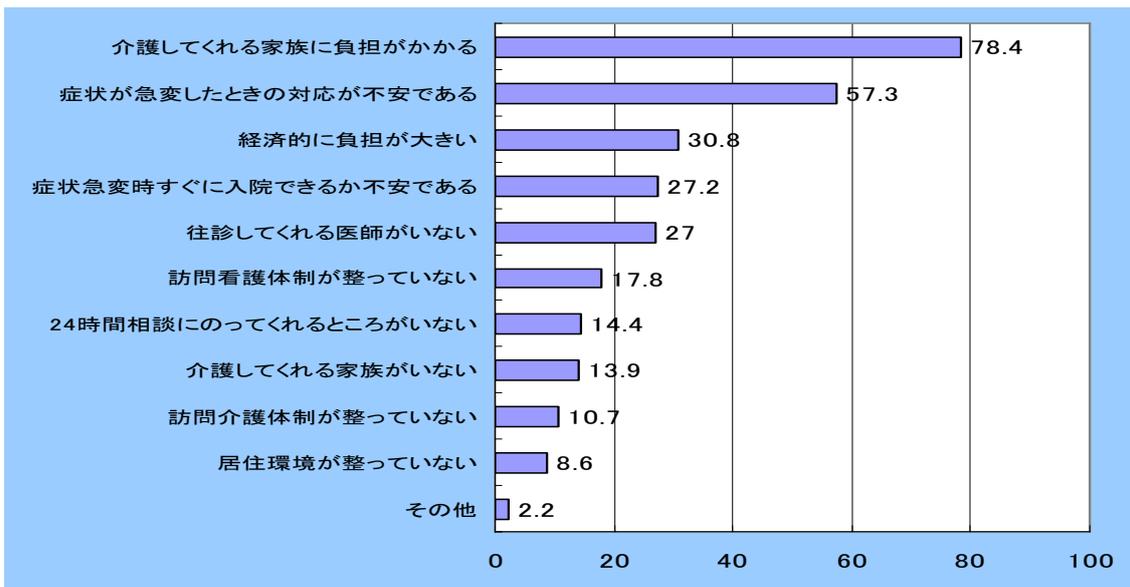


図看-1 終末期医療に対する国民の意識¹



図看-2 終末期における在宅療養の実現可能性

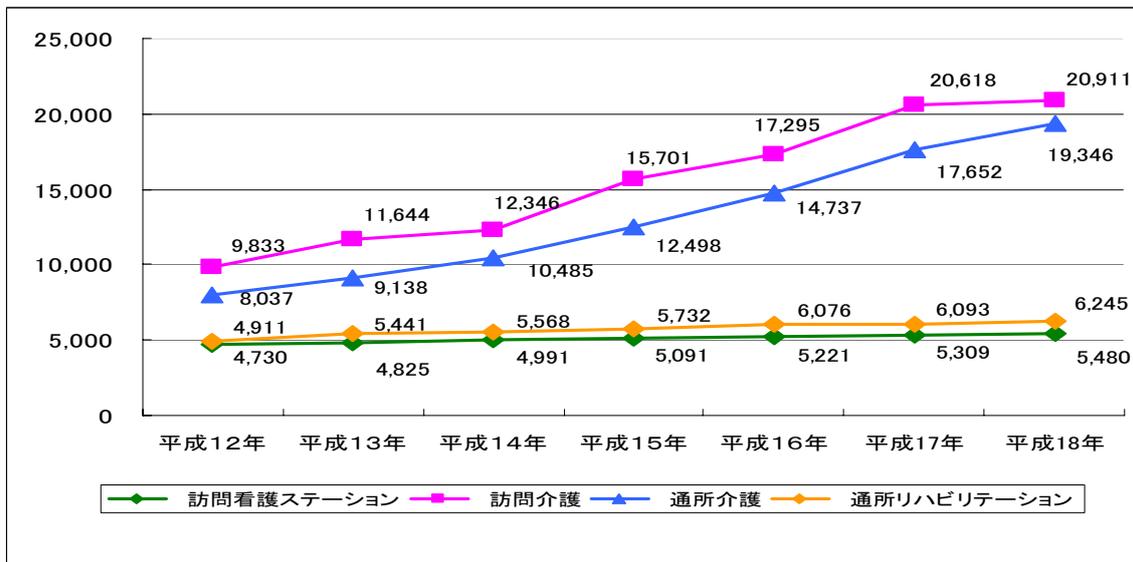
¹ 図看-1~3; H16年「終末期医療に関する調査等検討会」報告書, 厚生労働省



図看-3 自宅で最後まで療養ができないと考える理由

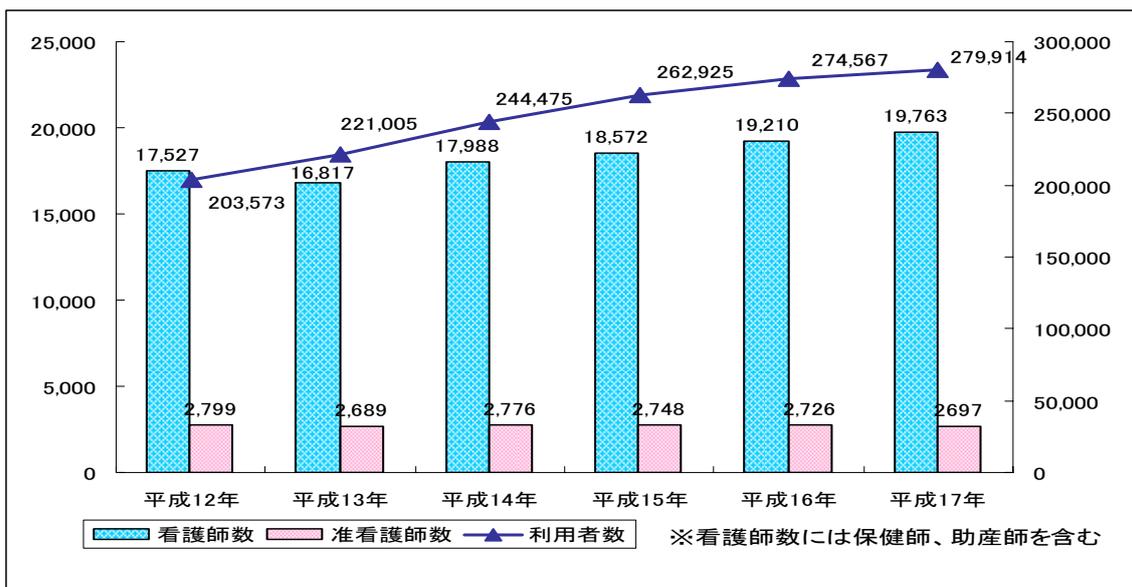
3-2. 訪問看護ステーションの現状

すでに述べたように、終末期における在宅医療に対する国民のニーズは高い。しかし、実際には在宅での療養を支える訪問看護は伸び悩んでいるのが現状である。以下に示されるように、訪問看護ステーションの設置数、看護職員数、利用者数は、高齢化の進展にもかかわらず数年間でいずれも微増に留まっている（図看-4、5）。



図看-4 訪問看護ステーションの設置数の推移²

² 図看-4~5；「介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省大臣官房統計情報部



図看－5 訪問看護ステーション看護職員数（常勤換算）と利用者数の推移

また、訪問看護ステーションにおける在宅看取りの現在の実態を見てみると、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（平成17年）」によれば、死亡による訪問看護サービス終了者数は1ヶ月間（9月）に1,846人であった。この値を12倍して年間の推計値を出してみると、訪問看護が係わって在宅で死亡している者は年間約2万人であり、1事業所あたり平均約4名という状況であった。厚生労働省「人口動態統計（平成17年）」によれば、平成17年における自宅死亡者数は132,702人であるため、自宅死亡者のうち訪問看護を利用していたのは約17%ということになる。

死亡による訪問看護サービス終了者数（月）

N=5309

	1ヶ月間	1年間
死亡者数 （内訳）	4,159名	49,908名
在宅死亡者数	1,846名	22,152名
ターミナルケアの算定者	856名	10,272名

×12ヶ月
年間死亡者数等を推計

出典：厚生労働省 H17年「介護サービス施設・事業所調査」（訪問看護ステーション5309ヶ所の回答を集計）

○訪問看護が係わって、自宅で死亡している者は年間約2万人で、1事業所あたり平均約4名

○H17(2005)年の自宅死亡者は132,702人である。したがって、自宅死亡者のうち訪問看護を利用しているのは、約17%

出典：厚生労働省「人口動態統計」

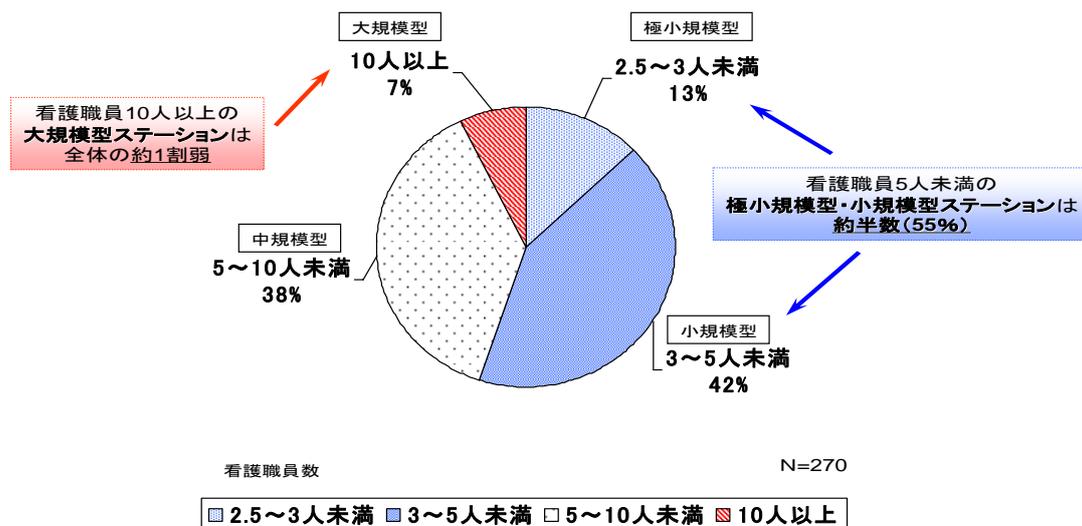
図看－6 死亡による訪問看護サービス終了者数（月）

以上のように、現在の在宅での死亡に訪問看護が係わっているのは、わずか17%であった。在宅医療に対する国民のニーズに応え、在宅での療養上の不安に対し十分な援助を提

供していくために、今後より一層の訪問看護サービスの拡充が必要となる。

3-3. 事業所規模別にみた訪問看護ステーションの実態

訪問看護ステーションにおける看護職員数と事業所割合の関係を見てみると、看護職員10人以上の大規模型ステーションは全体の1割弱であり、看護職員5人未満の極小規模型・小規模型ステーションが全体の約半数以上を占めている（図看-7）。2005年の1ステーションあたりの平均看護職員数は、常勤換算で4.67人であった。



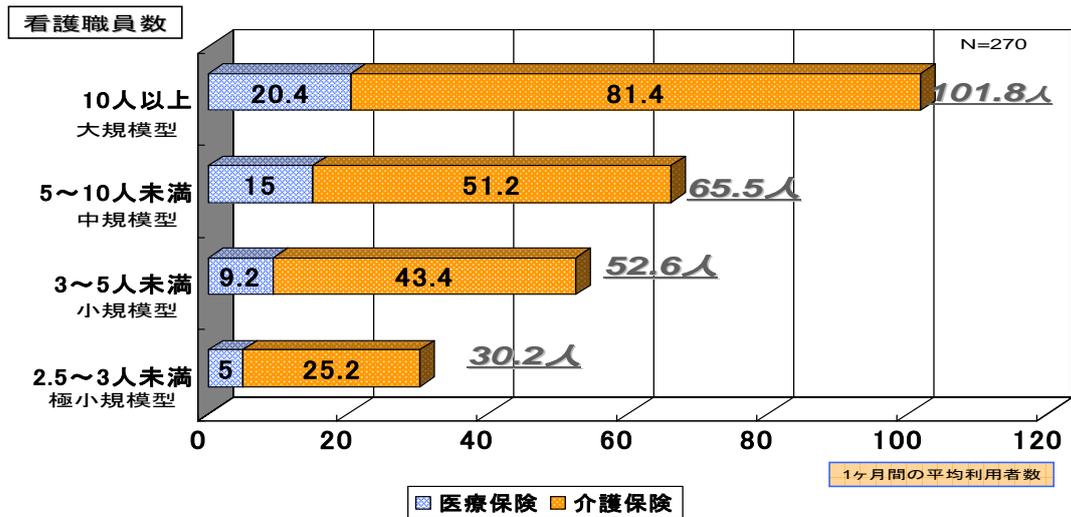
※ 訪問看護ステーションの類型を便宜的に以下の様に設定した。
 大規模型: 看護師常勤換算で10名以上、中規模型: 5~10人未満、小規模型: 3~5人未満、極小規模型: 2.5~3人未満

図看-7 訪問看護ステーションにおける看護職員数と事業所割合³

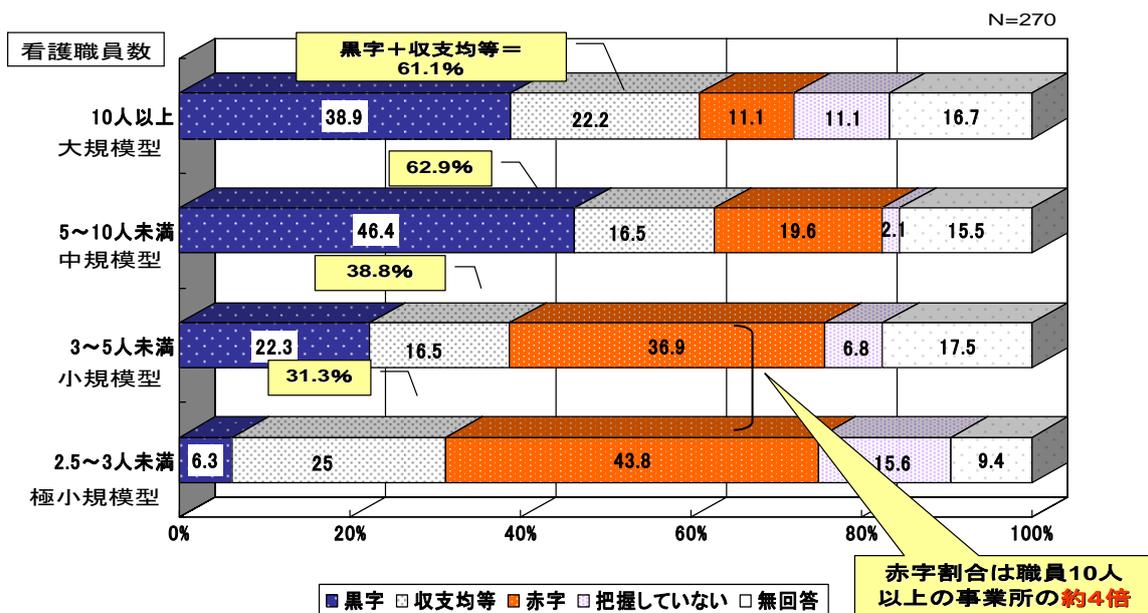
訪問看護ステーション規模別の平均利用者数を見てみると、看護職員10人以上の大規模型では利用者101.8人、5~10人未満の中規模型では利用者65.5人、3~5人未満の小規模型では利用者52.6人、2.5~3人未満の極小規模型では利用者30.2人であった。ステーションの規模が大きくなるほど利用者も多くなっていた。保険別の利用者割合を出してみると、いずれの事業所においても、医療保険利用者が約2割、介護保険利用者が約8割という状況であった（図看-8）。

また、訪問看護ステーション規模別の収支状況を見てみると、事業収支が赤字の事業所は、極小規模型では43.8%、小規模型では36.9%と約4割に達していた。一方、大規模型では、赤字は11.1%、黒字及び収支均衡の合計は61.1%であった。事業所規模が大きいほど、経営状態は良いと言える（図看-9）。

³ 図看-7~9; 「2005年(平成17)年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書」日本訪問看護振興財団

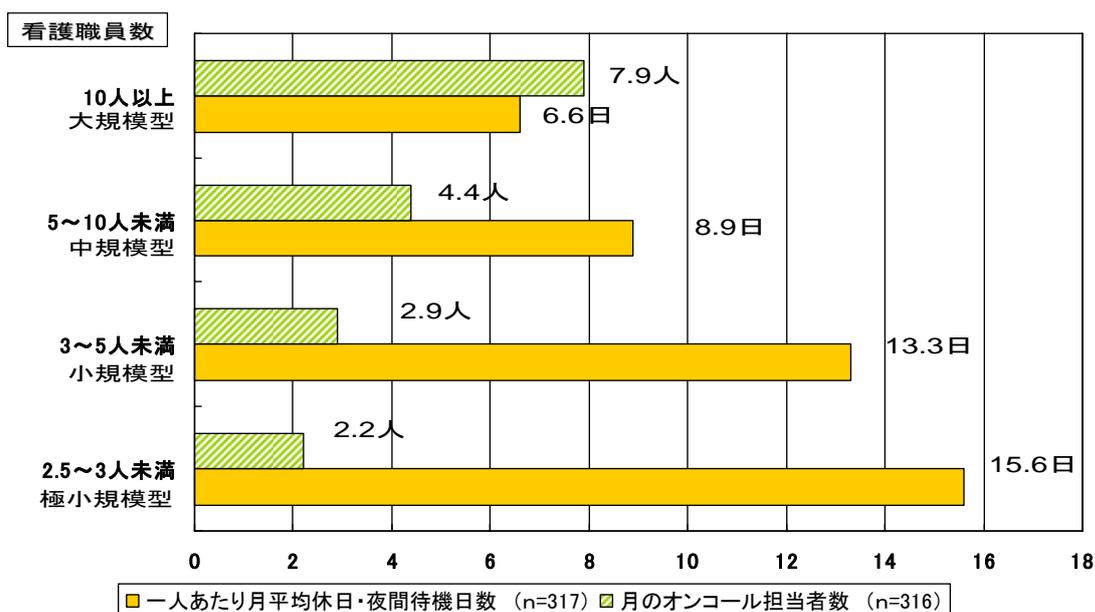


図看-8 訪問看護ステーション規模別の平均利用者数



図看-9 訪問看護ステーション規模別の収支状況

さらに、訪問看護ステーション規模別の休日・夜間待機（オンコール）の実態を見てみると、極小規模型では1ヶ月あたりのオンコール担当者数が2.2人、職員一人あたり月平均休日・夜間待機日数は15.6日と非常に高負担な状態になっていた。全体としては、訪問看護職員数に比例してオンコール担当者数は増加していた。大規模型では1ヶ月あたりのオンコール担当者数は7.9人、職員一人あたり月平均休日・夜間待機日数は6.6日であり、極小規模型の半分以下となっていた（図看-10）。



図看-10 訪問看護ステーション規模別の休日・夜間待機（オンコール）の実態

以上のように、中規模型・大規模型の訪問看護ステーションでは、安定的な24時間365日のサービス提供が可能であり、経営状況も比較的良好であることが明らかとなった。今後、訪問看護ステーションの規模を拡大させていくことで24時間365日体制の確立と経営基盤の強化を図り、看取りにも対応できるようサービス内容を充実させていくことが重要であると考えられる。

4. 24時間365日の安定的な訪問看護サービスの供給にむけた方策

4-1. 看取り数の多い訪問看護ステーション実践例

訪問看護サービスの拡充を推進していくには、磐石な24時間365日の体制の確立と訪問看護ステーションの経営の安定化の両立が不可欠である。したがって、訪問看護ステーションの実態を踏まえ、整備すべき体制や提供すべきサービスを検討した上で、安定的な訪問看護サービスを供給するための方策を明らかにすることが必要である。

以上のことから、看取りを積極的に行っている訪問看護ステーション実態を捉え「訪問看護ステーションモデル」構築のために、年間看取り数を手がかりとして訪問看護ステーションを選定し、ヒアリング調査を実施した。

(1) 医療保険看取り型訪問看護ステーション

A 訪問看護ステーションは、在宅療養支援診療所と連携し、がん終末期や難病の利用者の看取りを積極的に実践している「医療保険看取り型」の訪問看護ステーションである。年間の看取り数は、約30名で、がん末期の利用者が多かった。（平成19年1月～9月では、在宅での死亡者数39名、うちがん末期25名、その他14名）。看護師の数は、常勤4名、非常勤が10名、常勤換算で7.4名であった。また、連携先の医療機関は、在宅療養支援診療所6件、その他の診療所21件、病院10件で、がん終末期の利用者は、主に在宅療養支援診療所との連携によるケースであった。訪問看護利用者は、平成18

年 8 月実績のデータでは、月間 126 人、月の訪問延べ件数は 799 件である。また、保険別にみた利用者の内訳は、医療保険が 35 人、介護保険が 91 人であり、医療保険 2 割・介護保険 8 割という平均的な割合に比べて若干医療保険の割合が高かった。保険別にみた平均的な訪問回数は、医療保険利用者が週 3 回、介護保険利用者が週 1 回と医療保険利用者への訪問回数が高かった。さらに、がんの利用者の臨死期においては、死亡前の 1~2 週間には 1 日 2~3 回、必要に応じて複数回訪問をしており、死亡直前の 5 日間で計 20 回訪問するなど非常に手厚いケアが行われていた。平成 18 年 8 月実績での加算の算定状況は、重症者管理加算及び特別管理加算の算定者が合計 27 名（21%）、24 時間連絡体制加算及び緊急時訪問看護加算の算定者が合計 52 名（41%）で、経営収支は、黒字であった。

A 訪問看護ステーションのサービスや利用者の特徴は、次のようにまとめられた。

- 主に在宅療養支援診療所との連携に基づいた在宅看取りを提供している。
- 常に一定数の終末期ケア利用者を抱えている。医療保険を中心とした在宅看取りを実施している。
- 利用者、家族ともに最も不安の高まる臨死期のケアでは、必要に応じて 1 日に複数回の手厚いケアを実施している。
- 訪問看護の利用期間は、介護保険利用者に比べ医療保険利用者は短く、利用者の入れ替わりが早い。

（2）介護保険看取り型訪問看護ステーション

B 訪問看護ステーションは、地域の病院や診療所と連携し、老衰や慢性疾患等の介護保険利用者の療養支援及び在宅看取りを提供している「介護保険看取り型」の訪問看護ステーションである。地域に在宅療養支援診療所の届出診療所がなく、連携は 0 件であったが、病院 5 件、一般診療所（在宅療養支援診療所の以外）19 件と連携し訪問看護を提供していた。また、年間の看取り数は、A 訪問看護ステーションと同様に約 30 名であったが、すべて介護保険に基づいた在宅看取りであった。看護師数は、常勤 4 名（うちケアマネ専任者 1 名）、非常勤が 6 名、常勤換算 7.6 名であった。訪問看護利用者の平成 18 年度月平均は 107 名で、保険別にみた利用者の内訳は、医療保険 4 名、介護保険 103 名と、殆どが介護保険利用者であった。また、保険別にみた平均的な訪問回数は、医療保険利用者が週 2 回、介護保険利用者が週 1.2 回と医療保険利用者への訪問頻度がやや高かった。平成 18 年度月平均の加算の算定状況は、重症者管理加算及び特別管理加算の算定者が合計 32 名（29%）、24 時間連絡体制加算及び緊急時訪問看護加算の算定者が合計 66 名（61%）で、経営収支は、黒字であった。

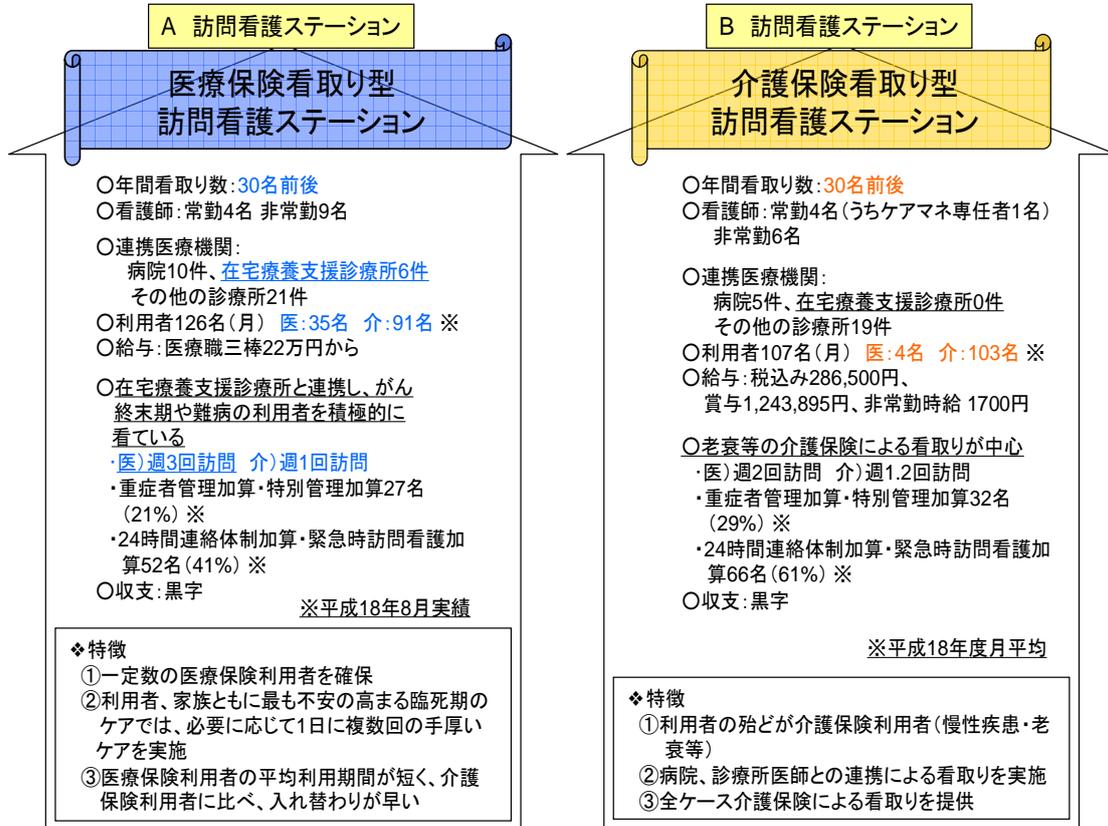
主な連携先が 24 時間体制の届出をしていない一般診療所であるため、在宅看取りにおいては、臨終時期の見通しをたて、医師との連絡方法を再確認し、介護者に対し事前に様々なオリエンテーションを行っていた。必要な助言や指導を予め行っていくことで、過剰な不安なく家族や親戚が暮らしている中での「自然死」に近い看取りを実現させていた。

B 訪問看護ステーションのサービスや利用者の特徴は、次のようにまとめられた。

- 慢性疾患や認知症、老衰などの介護保険利用者を中心とした療養支援及び「自然死」に近い在宅看取りを実現させていた。
- 病院及び 24 時間体制の届出をしていない一般診療所との連携による在宅看取りの

仕組みを整えていた。

看取り数の多い訪問看護ステーション実践例 本会ヒアリング結果より



図看-11 看取り数の多い訪問看護ステーション実践例

4-2. 訪問看護ステーションモデルの構築において考慮すべき課題

訪問看護ステーションモデルの検討にあたっては、訪問看護における在宅看取りの推進、及び安定した経営状態の維持、ならびに人材の定着化を図るために、以下の事項が考慮されるべきであると考えられた。

- 1年を通じて、一定数以上の在宅看取りを行うこと
- 24時間 365日の安定的な訪問看護サービスを行うこと
- 管理者が、管理業務に専念できる体制を整えること
- 24時間の体制維持においては、オンコールなどの緊急訪問のための待機について看護師に過剰な負担がかからない体制を整えること
- 看護師の経験年数や年齢等を評価し、適正な給与を支払える体制を整えること
- 安定的な訪問看護ステーション運営が可能な経営状態を維持できること

以上6項目を考慮し、新たな訪問看護ステーションモデルを仮定した。

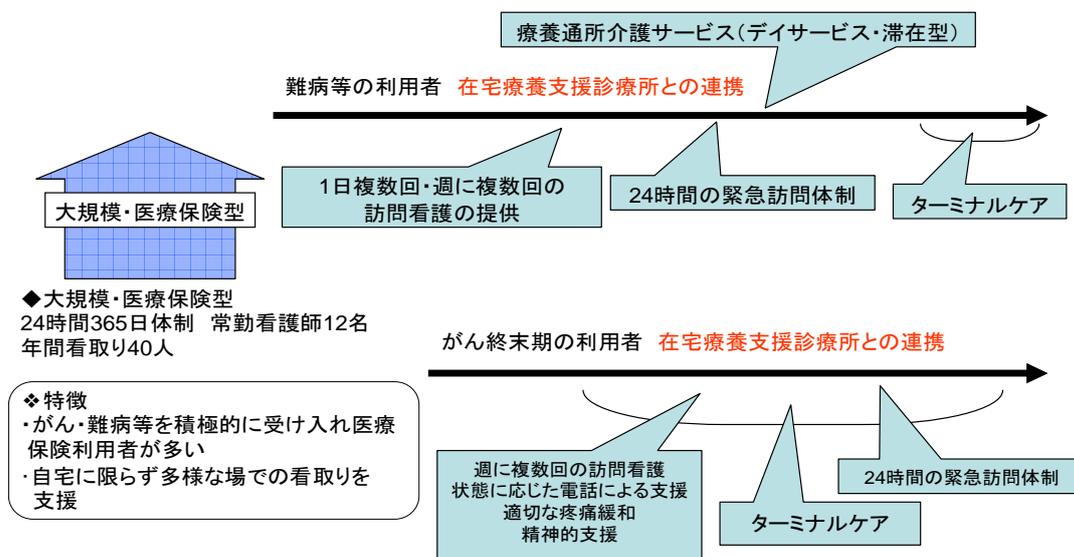
4-3. 新たな訪問看護ステーションモデルの仮定

(1) 大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）

常勤看護師 12 名体制で、がんや難病等の医療保険利用者を中心とした年間 40 名の在宅看取りを行う事業所について、大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）とした。

大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）は、主に在宅療養支援診療所と連携しながら、がん終末期の利用者のニーズに応じた柔軟性のある訪問看護や 24 時間の電話による療養相談及び緊急時の訪問体制を整備する。終末期の疼痛に対して、的確な処置及び指導を実践すると共に、利用者のみならず、家族の気持ちにも寄り添い、安心して最期を迎えられるよう支援を行う。また、難病等の利用者に対しては、がん終末期の利用者と同様、利用者の状態や介護環境に配慮し、ニーズに応じて 1 日あたり複数回、或いは 1 週あたり複数回の訪問看護を提供する。更に、利用者の QOL 向上や介護者の負担を軽減するために、療養通所介護サービスと連携した、一体的なサービス提供を行っていく。

大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）



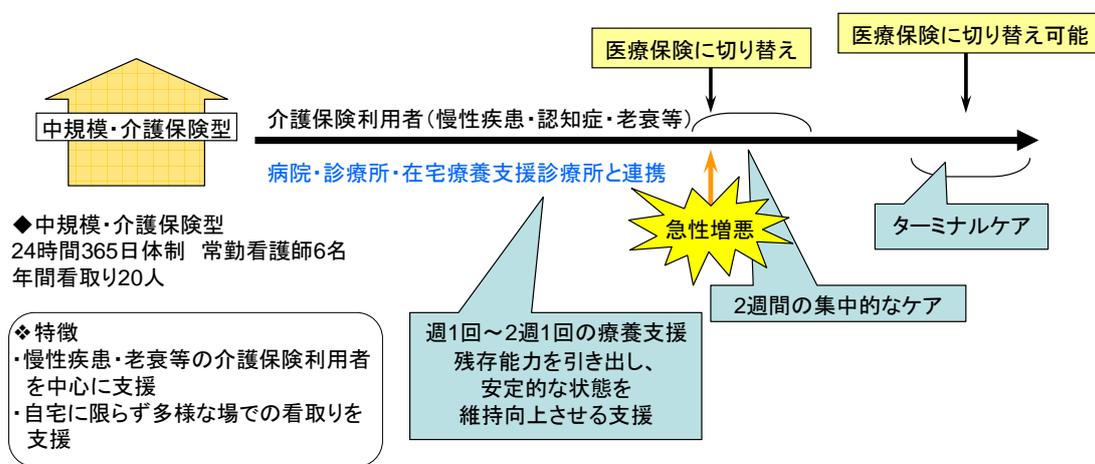
図看-12 大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）

(2) 中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）

常勤看護師6名体制で、慢性疾患や老衰等の介護保険利用者を中心とした年間20名の在宅看取りを行う事業所について、中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）とした。

中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）は、地域の病院及び一般診療所、並びに在宅療養支援診療所等と連携しながら、慢性疾患や認知症などの比較的状态が安定している介護保険利用者について、残存能力を引き出し、安定的な状態を維持向上させる療養支援を行う。また、療養中の急性増悪に対しては、主治医との緊密な連携のもと、一時的に医療保険による訪問看護を導入し、集中的な在宅治療の支援、或いは適切な入院治療への支援を行う。さらに、病気の進行や老衰等による終末期ケアにおいては、主治医をはじめ関係職種との連携体制を整え、頻回なケアができるよう、利用者の状態に応じて医療保険に切り替えて訪問看護を行う。臨死期を24時間体制で支えると共に、介護者に対しても十分なオリエンテーションを行い、生活の中で穏やかな最期を迎えられるよう支援を行っていく。

中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）



図看－13 中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）

4-4. 訪問看護ステーションモデルの経営試算

モデル構築において考慮すべき課題を踏まえ、大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）、中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）の経営試算を行った。試算においては、以下の数値を前提とした。

◆ 試算上の前提⁴

- ❖ 事業費用に対する人件費率は80%とする。
- ❖ 看護師一人あたりの給与：550万円/年
（月給35万円と賞与4ヶ月分から概算）
- ❖ 看護師一人あたりの人件費：660万円/年
（給与＋法定福利費20%）
- ❖ 看護師一人あたりの訪問回数：75回/月
- ❖ 管理者は管理業務に専念とし0人でカウント、給与は職員と同額で試算

（1）大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）の経営試算

常勤看護師が12名の場合、年間の人件費は合計7,920万円（660万円×12名）である。事業費用に対する人件費率が80%であることから、年間の事業費用を試算すると、9,900万円（825万円/月）となる。一方、訪問可能な件数は、看護師の実働11名をもとに算出すると、11名×75回/月で計825回/月となる。したがって、訪問看護ステーションの経営維持に必要な最低訪問単価は、 $825万円 \div 825回 = 1万円$ である。

（2）中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）の経営試算

常勤看護師が6名の場合、年間の人件費は合計3,960万円（660万円×6名）である。事業費用に対する人件費率が80%であることから、年間の事業費用を試算すると、4,950万円（412.5万円/月）となる。一方、訪問可能な件数は、看護師の実働5名をもとに算出すると、5名×75回/月で計375回/月となる。したがって、訪問看護ステーションの経営維持に必要な最低訪問単価は、 $412.5万円 \div 375回 = 1万円1千円$ である。

以上の経営試算の結果、管理者1名を除く常勤看護師が一人あたり、75回/月の訪問を行う事業所において、1人年間給与550万円を支払い、経営収支を黒字にするには、大規模・医療型訪問看護ステーション（仮称）を仮定した場合、訪問看護単価は最低1万円以上、中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）を仮定した場合、最低1万1千円以上に維持する必要があることが明らかになった。

現行の報酬体系では、訪問頻度が高くなるに従って訪問単価は低下する仕組みとなっている。重症者管理加算や特別管理加算のない利用者で試算すると、訪問看護単価が1万円を上回るのは、医療保険では月4回以下、介護保険では月2回の訪問頻度が少ない比較的安定した利用者に限られる。したがって、訪問看護ステーションの安定した経営基盤を確保するために、適正な訪問単価が確保できるよう、看護師が提供する終末期ケアや看取りの実態について報酬上の評価を高め、在宅看取りを推進していくことが不可欠であるといえる。

⁴ 訪問看護師の平均年齢は40歳前後、年収は看護師経験10年（30代前半）で平均400～450万円、一人の常勤看護師の訪問可能な件数は70～80件/月を参考とした。

新たな訪問看護ステーションモデルと経営試算

	大規模・医療保険型 (がん・難病利用者を看取る)	中規模・介護保険型 (慢性疾患・認知症・老衰等の 利用者を看取る)
常勤看護師数	12名	6名
年間看取り数	40名	20名
人件費(年)	660万円×12名=7,920万円	660万円×6名=3,960万円
事業費用(年)	9,900万円(825万円/月)	4,950万円(412.5万円/月)
実施可能な訪問延べ件数	825回/月(37.5件/日)	375回/月(17件/日)
受け入れ可能な利用者数の目安	全て週1回訪問の場合、約200人 全て週3回訪問の場合、約69人	全て週1回訪問の場合、約90人 全て週2回訪問の場合、約47人
経営維持に必要な最低訪問単価	1万円	1万1千円

図看－14 新たな訪問看護ステーションモデルと経営試算

4－5．訪問看護ステーション必要数の将来推計値

5年後、10年後の訪問看護ステーション設置数について、大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）と中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）を用いて、将来推計を行った。推計における前提として次の事項を目標とした。

○在宅死亡者割合を高める

H17（2005）年の在宅（自宅・介護老人保健施設・老人ホーム）死亡者割合 15.0%⁵について、H25（2013）年に 20%、H30（2018）年に 25%を目標とする。なお、在宅とは、自宅、居宅系サービス、介護保険施設を含めた様々な居住の場をさす。

○在宅死亡者の訪問看護利用者割合を高める

H17（2005）年における在宅死亡者のうち訪問看護を利用していたのは、推計で約 17%⁶であった。このため、H30（2018）年には、在宅死亡者の訪問看護利用率を 50%、現在の約 3 倍に引き上げることを目標とした。

⁵ 厚生労働省 H17 年「人口動態統計」

⁶ 厚生労働省 H17 年「人口動態統計」、H17 年「介護サービス施設・事業所調査」より推計

また、推計において前提となる数値は以下の通りである。

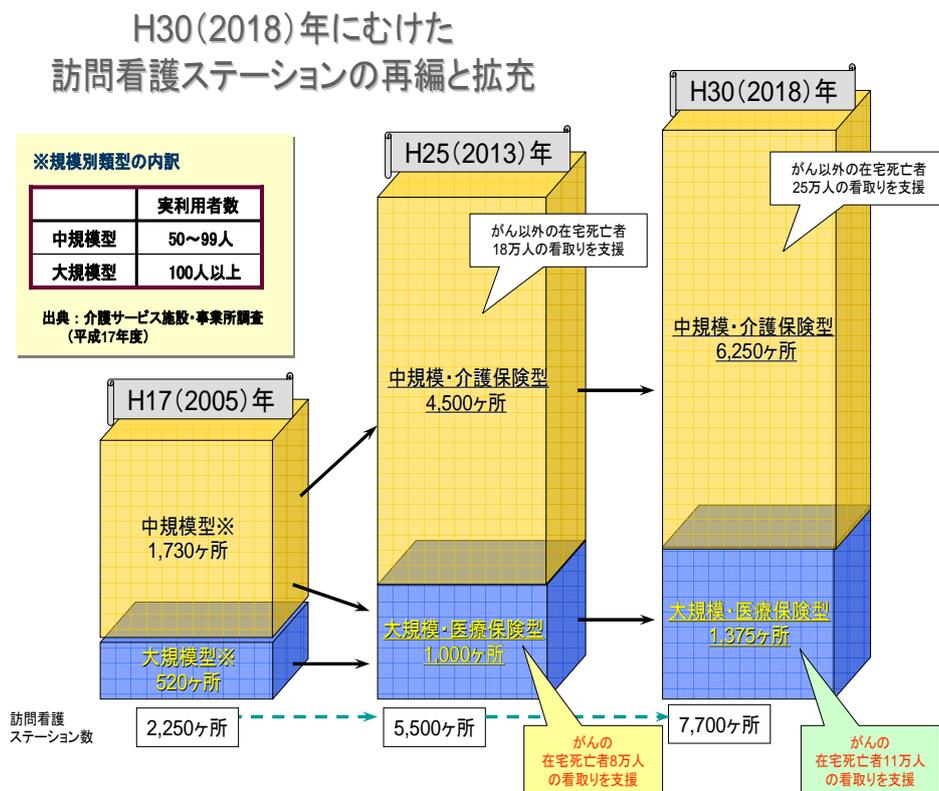
○推計死亡者数⁷；H25（2013）年；1,325,000人、H30（2018）年；1,449,000人

- ⇒ したがって、それぞれの推計死亡者数に在宅死亡者割合の目標値（H25（2013）年；20%、H30（2018）年；25%）をかけて試算すると
- ・H25（2013）年；1,325,000人×20%≒26万人
 - ・H30（2018）年；1,449,000人×25%≒36万人

○2005年現在の死因別死亡者割合 がん；30.1%、がん以外；69.9%である⁸。

- ⇒ したがって、これらの死因別割合を推計に当てはめて試算すると
- ・H25（2013）年 がん；約8万人、がん以外；約18万人
 - ・H30（2018）年 がん；約11万人、がん以外；約25万人

以上の数値をもとに、在宅での死亡者の50%に訪問看護が関わり、大規模・医療保険型訪問看護ステーション（仮称）が年間看取り40名、中規模・介護保険型訪問看護ステーション（仮称）が年間看取り20名と仮定すると、必要となる訪問看護ステーション数は、H20（2013）年の総数が5,500ヶ所（内訳：大規模・医療保険型訪問看護ステーション1,000ヶ所、中規模・介護保険型訪問看護ステーション4,500ヶ所）、H30（2018）年の総数は7,625ヶ所（内訳：大規模・医療保険型訪問看護ステーション1,375ヶ所、中規模・介護保険型訪問看護ステーション6,250ヶ所）と推計された。



図看－15 H30(2018)年にむけた訪問看護ステーションの再編と拡充

⁷ 国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』

⁸ 前掲書 4

4-6. 専門特化型訪問看護ステーション（仮称）の創設

がんの終末期ケアや難病、認知症、小児など専門性の高い看護については、訪問看護ステーションが一つの専門分野について集中的なケアを実施する“専門特化型訪問看護ステーション（仮称）”を創設する方策も考えられる。専門特化型訪問看護ステーション（仮称）を整備することは、地域が選択可能な訪問看護サービスの情報提供や、他の訪問看護ステーションに対する教育的支援拠点として、地域の訪問看護の質を高め、標準化を推進することに貢献する。

専門特化型訪問看護ステーション（仮称）が、特定のケアを提供する専門的機関として、地域の医療計画に位置づけられるとともに、専門看護師や認定看護師の配置、或いは専門性の高いケアを提供するための研修の実施など、看護の質を維持・向上させる仕組みの検討が必要である。

5. 様々な居住の場における看取り

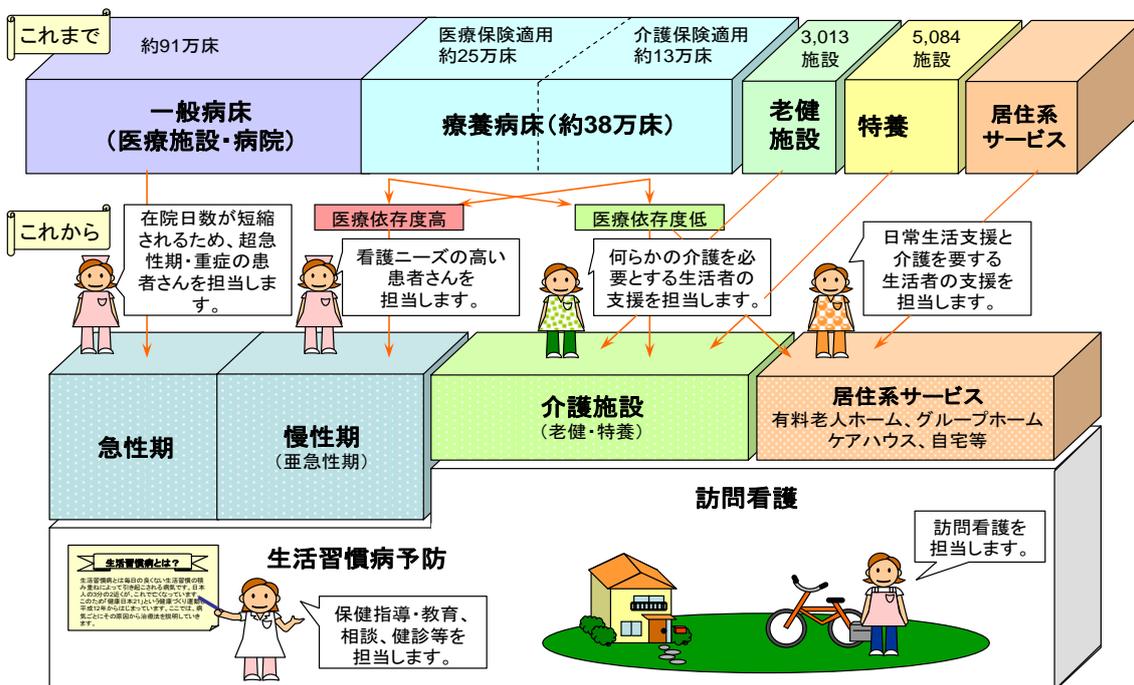
5-1. 療養病床の再編と新たな高齢者居住の場

近年、高齢化に伴う医療費の伸びを抑え、医療全体を効率化するために医療制度改革が進められている。そして、その改革の大きな柱の一つが、療養病床の再編である。平成18年現在、療養病床は全国に約38万床あり、医療保険適用の「医療療養病床」が25万床、介護保険適用の「介護療養病床」が13万床となっている。これら療養病床のうち、平成24年までに、「介護療養病床」は全廃、「医療療養病床」を25万床から15万床まで削減するという計画がすでに厚生労働省より示されている。

こうした療養病床の再編に伴い、病院が急性期医療に特化していくなかで、今後病院における看取りが少なくなっていくことが考えられる。一方で、高齢者の一人暮らし世帯が今後増えていくことも予想され、自宅での看取りを望む国民のニーズは高いものの、すべての高齢者が自宅での療養を行うことは難しい状況も存在する。よって、これからは自宅以外の介護施設等や居宅系サービスにおける看取りが増えていく可能性が考えられる。こうした状況に対応するため、訪問看護ステーションは自宅、介護施設、居宅系サービスを含む様々な居住の場においてサービスを提供していき、医療依存度の高い高齢者が病院以外の場においても安心して療養生活を送れるように援助を行っていく必要がある。

病院を退院した慢性期の高齢者が行き場をなくすことがないように、様々な居住の場における安定的な訪問看護サービスの確保が喫緊の課題である。

医療機能の再編成と看護師の活動



図看-16 医療機能の再編成と看護師の活動

5-2. 医療機能強化型老健施設への訪問看護

すでに述べた療養病床の再編に伴って、医療依存度の高い高齢者を受け入れる受け皿の一つとして新たに厚生労働省によって提唱されているのが、医療機能強化型の老健施設である。これは、従来の老健施設に比べ、夜間の看護体制や看取りの対応体制を充実させた新たな基準に基づく施設であり、看護を中心として医療依存度の高い高齢者に対して適切な医療的ケアを提供することが前提となっている。

ただし、従来型の老健施設よりも手厚い看護配置は必要であるものの、急性期対応まで含めてすべて施設の医師や看護師が行うのであれば療養病床と変わらなくなる。新しい老健施設は、看取りの機能を持つことを踏まえて、あくまでも「生活の場」としてより自宅に近い環境を整えることが必要である。よって、施設の医師や看護師は日常の健康管理を担当し、急性期対応や褥瘡処置等が必要になった場合や、終末期の水分・栄養管理や麻薬を使用する疼痛緩和ケアが必要になった場合に、専門的知識・技術を持つ訪問看護師との連携によりサービスを提供するという体制であることが望ましい。こうした体制を整えることで、専門的知識・技術に基づくサービスが提供されることで高い治療効果も期待でき、同時に施設の医師や看護師の負担を軽減することも可能になる。

5-3. その他の介護施設、居宅系サービスへの訪問看護

また、老健施設以外にも、特養や有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム等においても訪問看護サービスの拡充が求められる。現在では、ケアハウスや有料老人ホーム、グループホームに入所中の者は、末期の悪性腫瘍及び難病並びに急性増悪等により医師の

特別指示書がでていた場合であれば、訪問看護療養費Ⅰ又は在宅患者訪問看護・指導料の算定ができる。また、特別養護老人ホームの入所者については、末期の悪性腫瘍の患者であって、在宅療養支援診療所の医師の指示に基づく場合に限って、在宅患者訪問看護・指導料又は訪問看護療養費の算定ができる。ただし、これら医療保険の算定においてはサービスの対象疾患が限られているため、現在よりも対象疾患を拡大し、自宅と同様の扱いでサービスの提供ができるようにすることが望ましい。

さらに、介護保険においては、ケアハウスや有料老人ホーム、グループホーム、特別養護老人ホーム、ショートステイの利用者に対して、訪問看護ステーションが施設と契約を結ぶことで、日常的な健康管理や状況に応じた緊急の訪問等のサービスを提供することが認められている。しかし、施設側が受け取った介護報酬からステーションに対して契約料をいくら払うかについては制度上の設定がなく、ステーションが得られる収入が不安定となっている可能性も指摘されている。こうした状況を是正するために、訪問看護の提供によりステーションに直接介護報酬が支払われる仕組みに変えることが必要である。

6. 診療報酬改定に向けて

6-1. 在宅看取りを支える診療報酬改定

在宅での看取りを今後推進していくためには、訪問看護サービスの拡充は欠かせない。そのためには、訪問看護ステーションの持続的運営が可能となるための安定した経営基盤が必要であり、それを支える適切な報酬体系を構築することが求められる。

日本看護協会「平成18年度政策研究 訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携に関する研究」によれば、看取り数の多い訪問看護ステーションでは、看取りに至るまでに、現在では診療報酬上評価されていない様々なサービスを利用者の状態に応じて実施し、きめ細やかなケアを提供していた。こうしたケアを報酬上の評価として適切に反映させることで、経営基盤の安定した、看取りにも対応可能な訪問看護ステーションを増やしていくことができる。

看取り数の多い訪問看護ステーションにおいて 多く行われていたサービス

- ◆ 退院前の複数回にわたる病院・施設等での退院調整、
病院看護師-訪問看護師間連携(看-看連携)
- ◆ 退院・退所にむけた試験外泊時の訪問看護
- ◆ 退院日の訪問看護
- ◆ 計画的な休日・夜間・早朝訪問(医療保険利用者に対する)
- ◆ 休日・夜間の電話相談
- ◆ 複数名による訪問看護
- ◆ 遺族へのグリーフケア

いずれも報酬上の評価はない

出典: 日本看護協会「平成18年度政策研究 訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携に関する研究」

図看-17 看取り数の多い訪問看護ステーションにおいて
多く行われていたサービス

(1) 在宅療養移行に向けた退院支援

病院から在宅療養への円滑な移行が円滑に実現するには、入院中に在宅生活の見通しをたてた上で十分な準備を進め、患者及び家族の在宅生活に対する様々な不安を軽減し、退院後のトラブルを未然に防ぐよう、退院前後の支援を重点的に行うことが重要である。そのために、病院側に退院調整部門を設置し、病院の看護職員と訪問看護職員が連携して情報共有を図るとともに、医師や他のコメディカル、利用者や家族も含めた退院カンファレンスを実施することが必要である。

また、退院・退所直後の利用者や家族は、病状の進行や緊急時の対処方法など、在宅療養に関する様々な不安を抱えている。よって、退院・退所当日に訪問看護職員が訪問し療養指導を行うことは、利用者及び家族が新たな生活に適応していくために必要である。

さらに、病院から在宅への円滑な移行のためには、ADL の低下あるいは医療機器を導入した上でどういった生活が展開されるのかを利用者及び家族が実際に体験し、新たな注意点、改善点を明らかにすることが重要であり、「試験外泊」は非常に大きな意味を持つと考えられる。こうした「試験外泊」を活用し在宅療養生活に精通した訪問看護職員が支援を行うことで、在宅療養生活の安全性が高まるとともに、利用者及び家族が退院に向けた安心や自身を獲得することができると考えられる。

(2) 24 時間 365 日にわたる安定的な訪問看護サービスの提供

在宅での看取りをはじめ、安心した在宅療養生活を支えるには、不測の事態に備え、24 時間 365 日いつでも対応できる体制を整えておくことが不可欠である。特に終末期に現れる症状への対処、急変時、苦痛への対処、或いは医療機器の扱いなどにおいて、利用者及び家族が気兼ねなく緊急時にいつでも相談でき訪問を受けられる体制を整えておくことは、在宅療養の継続において非常に大きな支えとなる。よって、医療保険においても介護保険と同様、夜間・深夜・早朝の訪問看護について評価を設定することが求められる。

(3) ターミナルケアの充実

臨死期においては、訪問看護職員は直接的な身体ケアにとどまらず、休日・夜間に利用者に電話するなどし、全身状態の急速な変化などによる不安の軽減に努めるとともに、死に至るプロセスを適切な時期に説明することによって、過剰な心配なく家族が死と向き合えるよう支援をすることが求められる。また、訪問看護職員が臨終に立ち会い、その後も訪問等を通して悲嘆する遺族のケアを行っていくことで、遺族が安らかに家族の死を受け入れることができるよう支援をすることが望ましい。

7. おわりに

5 年後、10 年後の在宅医療の体制の中で、実現すべき訪問看護のグランドデザインを示した。国民に対し在宅医療を保障するには、訪問看護ステーションの経営基盤強化は、最も優先すべき課題である。そのためには、訪問看護の適正な報酬上の評価とともに、訪問看護に従事する看護師の量的・質的な人材不足に対する抜本的対策が検討される必要があ

る。また、病院と在宅の切れ目のない医療の提供をする仕組みを充実させ、訪問看護の潜在的な利用者を生み出すことなく、ケアの必要性に応じて訪問看護が確実に提供される体制や情報提供の仕組みが整備されるべきである。

また、人々がどこに暮らしていても一定の訪問看護サービスが同様に受けられるよう、地域性を踏まえた訪問看護の提供体制を整備する必要がある。そのためには、まず、現在、半数を占める小規模・極小規模型の訪問看護ステーションが、新たに24時間体制をとり、経営状態を維持していくことを支援する施策が検討されるべきである。例えば、小規模な事業所同士の連携及び統合、ならびに大規模型の事業所からの事業支援等のあり方について、具体的な検討がされる必要がある。また、へき地等の特殊な地域では、事業所を維持するために必要な利用者の確保が困難であることを踏まえ、一つの事業所に対し過剰な経営的負担を強いることのないよう、公的な支援に基づいた運営のあり方及び報酬上の適正な評価等が検討されるべきである。

在宅医療の推進において、訪問看護の拡充は不可欠である。グランドデザインを手がかりに、国民の安心と信頼を得られる在宅医療体制の構築にむけた各所の取り組みが強化されることを願うものである。

第3章 在宅歯科医療推進のためのグランドデザイン

深井 穂博（深井歯科医院・深井保健科学研究所）

1. はじめに

「食べること」は、咀嚼・嚥下機能として人間が生存するための最も基本的な機能のひとつであると共に、特に高齢者においては、日常生活における生きがいや楽しみとなっている。そして家族や周囲の者にとっても、この「食べている」時間と場は、その人と共に生きているということを実感できる貴重な機会である。実際に各種意識調査等においても「食べること」と「家族や友人との会話（団欒）」は高齢者の生きがい・楽しみとして常に上位にランクされており、介護老人福祉施設などの入所者を対象とした調査ではほぼ確実に「食べること」が1位として挙げられている（植田, 2006）。また、この「食べる」という観点ばかりでなく、発話や表情など言語および非言語コミュニケーションに歯・口の果たす役割は大きい（深井, 2006）。さらには、高齢者の咀嚼機能・口腔機能と口腔清掃状態は、誤嚥性肺炎の発症や低栄養など生命予後に直結する要因のひとつとなるのが、これまでの研究成果から次第に明らかになってきている（米山ほか, 2002, 2006）。

すなわち、「食べること」と発話・表情などを通じた「コミュニケーション」を直接支える口腔機能は、人がその人らしく生きていくために欠かせない機能であり、生涯にわたるQOLの維持向上に深く関わると共に、歯科医療は「生きる力を支援する生活の医療」と位置づけることができる（大久保, 2006）。

これまでの歯科医療のなかで大きな比重を占めてきたう蝕と歯周病は、いずれも歯の周囲に形成される歯垢（デンタル・プラーク）が原因となる。この要因は、その人の生活環境と生活習慣・保健行動に強く左右され、食べているかぎり生涯その発病のリスクは伴う。そのため歯科臨床の場面でも、乳幼児期から高齢者、さらには障害者にいたるまで、治療と予防処置および生活習慣改善のための保健指導は一体のものとして行われてきている。そして、フッ化物応用をはじめとする科学的根拠のある予防法が確立されるのに伴い、臨床に限らず、地域保健の場面でも小児を中心とした口腔保健の向上に確実な成果をあげてきた（厚生労働省, 2003）。しかしながら、この歯科医療が本来もっていると考えられる「総合力」が、一人ひとりの患者や住民に対して、歯から口腔、口腔機能から全身の健康づくり、そして生涯にわたって個人の生活や暮らしを支えるという「医療の遠心性」の観点からは、いまだ十分にその役割を果たしているとは言えない（高江洲, 2006）。

なかでも、この予防から治療までの生涯保健の観点から高齢者をみると、特に後期高齢者の歯科受療率は極めて低く、効果的に歯科医療サービスが提供されていないという実態があった。この口腔保健と口腔機能の維持の面からみた高齢者の不利益を解消するためには、歯科医療がこれまで外来を中心とした歯科診療所完結型であったことを見直し、地域における「生活の場の医療」の一環として提供されるための在宅歯科医療の拡充をはじめとした具体的方策が求められる。

一方、人口の高齢化と疾病構造の変化によって、年間死亡者数は2037年にはピークに達し、その数は170万人になると推計されている。そして、国民レベルでも病院での最期よりも、できるだけ自宅で看取られたいという要望は高く、医療提供体制を、病院中心から転換するための、在宅でのケアを含めた地域包括ケアの概念が提唱され、2008年にはその理念に基づいた「後期高齢者医療制度」が創設される。このとき、在宅医療にかかわる今後30年間の長期的な展望が必要となるが、それと共に、2008年から2013年までの5年

間の取り組みとその実績が、それ以降の各都道府県、市町村の医療提供体制の円滑化と地域住民のニーズに応える供給の実現に極めて重要である（川島, 2007）。

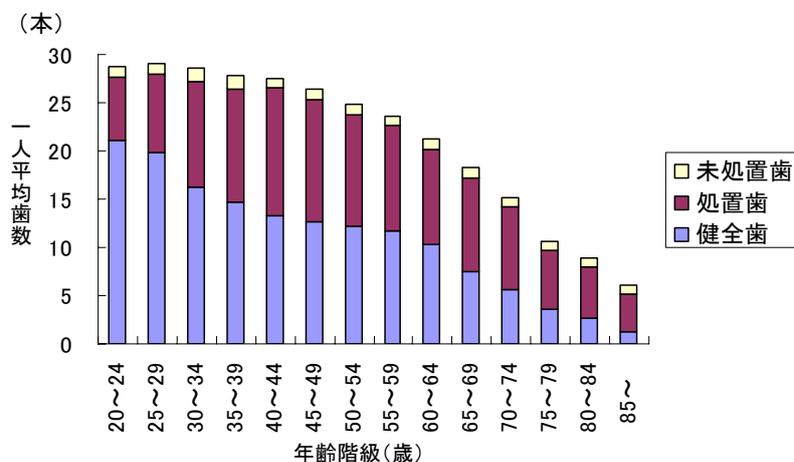
そこで本稿では「全身の健康に寄与する歯科医療」という観点から、これまでの高齢者歯科医療提供の実態、歯科的介入の効果に関する科学的根拠、外来医療中心の歯科医療体系のなかで在宅医療を拡充するための方策、高齢者医療の需要・供給のシミュレーションと診療所へのインセンティブの考え方、後期高齢者医療制度における歯科医療サービスの具体的内容について検討し、長期的な目標を示すと共に、2013年間までの今後5年間の短期目標について提言を試みた。

2. 高齢者の口腔保健と受療状況の現状

2-1. 高齢者・要介護高齢者の口腔内状況

(1) 高齢者の現在歯数と咀嚼機能低下

1989年から展開されている「8020運動」の成果等によって、「健康日本21中間報告（2007年）」では歯科関連の目標値の達成状況は、他の分野に較べて高い。しかしながら現状における高齢者の歯の保存状況をみると、一人平均現在歯数は、65～69歳で18.3本、75～79歳10.7本である。また「80歳で20歯以上を有する者」の割合は、ようやく20%を超えたに過ぎず、後期高齢者の多くは義歯などによる咀嚼機能をはじめとする口腔機能の回復が必要となっている（厚生労働省歯科疾患実態調査, 2007）（**図歯-1**、**表歯-1**）。



図歯-1 永久歯の状況

(2005年厚生労働省歯科疾患実態調査)

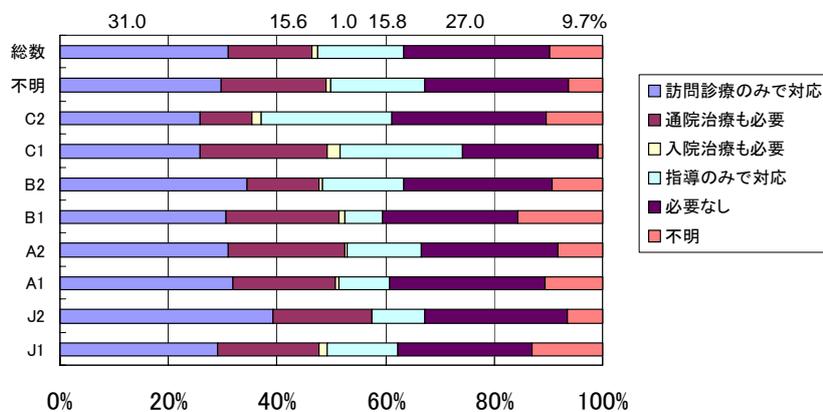
表歯-1 20歯以上有する者の割合(%)

調査年	年齢階級(歳)									
	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-
昭和62年	91.8	80.9	72.6	54.9	40.1	26.8	15.2	9.4	7.0	(-)
平成5年	92.9	88.1	77.9	67.5	40.9	31.4	25.5	10	11.3	2.8
平成11年	97.1	90	84.3	74.6	64.9	48.8	31.9	17.5	13	4.5
平成17年	98.0	95.0	88.9	82.3	70.3	57.1	42.3	27.1	21.1	8.3

(2005年厚生労働省歯科疾患実態調査)

(2) 要介護高齢者の歯科疾患・口腔清掃状況

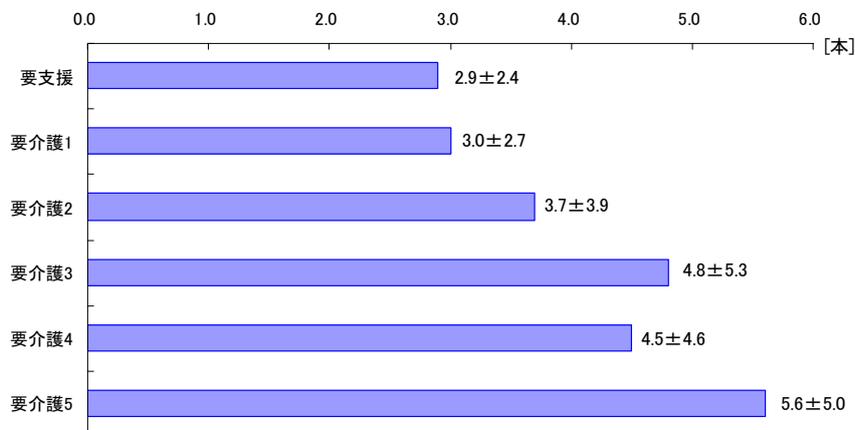
一方、要介護高齢者の口腔内状況をみると、施設入所者を中心とした重度者に対する対応は制度化されておらず、こうした要介護高齢者、有病（入院）高齢者の口腔内状況が劣悪な状況におかれていることが繰り返し指摘されてきた。例えば、高齢者施設入所者4,887名を対象とした新潟県の調査では、47.6%の者に歯科治療が必要という実態が報告されている（江面ほか, 2000）。また、要介護度別にみると、同時期に全国の施設入所者および在宅療養者1,627名を対象とした調査によれば、介護度が高くなるほど、要治療歯は増加し、口腔清掃状態が低下するために誤嚥性肺炎の危険が高まることが指摘されている（**図歯-2, 3, 4**）（全国国民健康保険診療施設協議会：以下国診協と略, 2000）。この要介護高齢者の口腔清掃状態の低下による誤嚥性肺炎の発症のリスクは、東京都の1,304名を対象とした調査でも同様の結果が示されている（東京都福祉局, 2000）。



（対象者：新潟県内施設入所者4,887名）

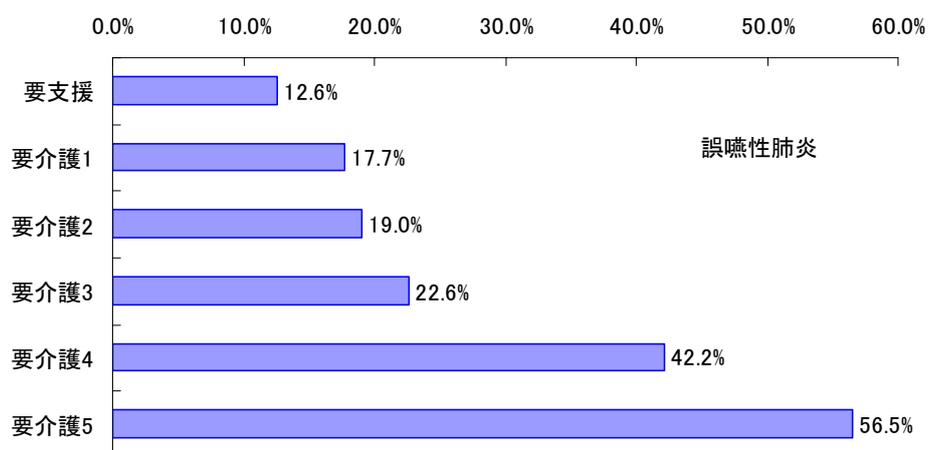
図歯-2 日常生活自立度別要介護高齢者の歯科的対応の必要性
（歯科健診担当医による評価）

（江面 新潟県要介護者歯科治療連携推進事業における調査に関する報告—特別養護老人ホームを対象とした全身・口腔内状況、歯科治療診療の必要性及び病診連携の状況に関する調査、2000）



図歯-3 要介護度別、要治療う蝕数

（全国国民健康保険診療施設協議会、2000）



図函-4 要介護度別、現在又は将来、発生の可能性が高い口腔問題

(全国国民健康保険診療施設協議会、2000)

(3) 要介護高齢者の摂食・嚥下障害

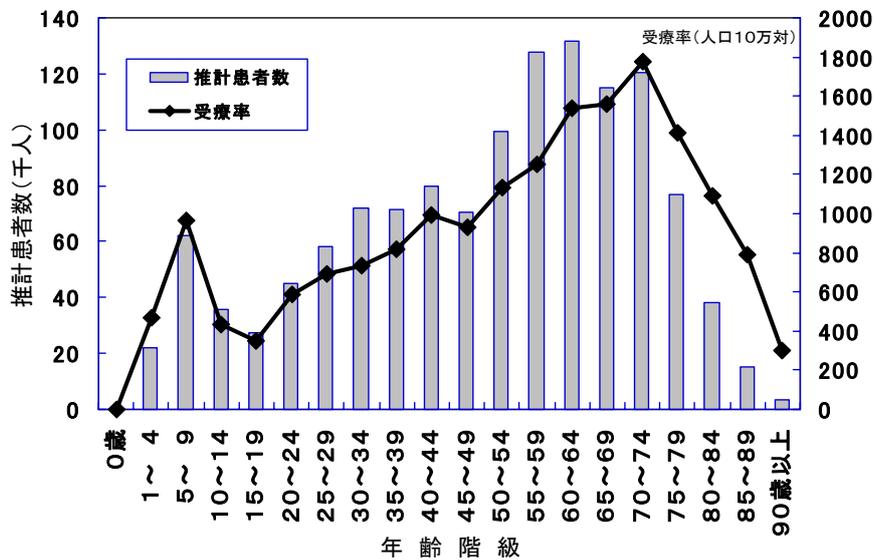
高齢社会の進展とともに、脳血管疾患、認知症等を中心に摂食・嚥下障害のある者が増加し、必要な栄養素・栄養量の摂取不足に伴う低栄養状態の者が増加していると考えられる。さらには在宅で低栄養状態にある高齢者の食生活は、通常の要介護認定では見過ごされ、医療機関への受診や健診事業等を通じて発見されることが多い(国診協, 2005)。栄養摂取の方法には、経口摂取のみ、経口摂取と経管栄養・胃瘻造設の併用、経管栄養のみという形態がある。このなかで口から食べることができる機能を最後まで残すことは、単に栄養摂取という観点からばかりでなく、人間として生きることの尊厳にかかわる問題である。

摂食・嚥下障害は、認知期、咀嚼期、口腔期、咽頭期、食道期の障害に分類され(金子ほか, 1998)、適切な対応によって改善されることが報告されているが、その発症頻度に関する全国規模・多数例を対象とした調査は極めて少ない。その中で北海道において、道内の病院、介護老人福祉施設、介護老人保健施設および介護支援専門員を対象に摂食・嚥下障害に関する実態調査が行われている。その結果、約90%以上の回収率で、病院505施設、介護老人福祉施設261施設、介護老人保健施設140施設、介護支援専門員1,032名から調査結果が得られ、道内の要介護高齢者の約18%に摂食・嚥下障害がみられたと報告されている(北海道保健福祉部, 2006)。少数例を対象とした他の地区の調査でも同様の数値が報告されており(国診協, 2000)、全国的にみても要介護高齢者の約20%に摂食・嚥下障害に対する専門的口腔ケアや口腔機能リハビリテーションに関する対応が必要であると考えられる。

2-2. 高齢者・要介護高齢者の歯科受療状況

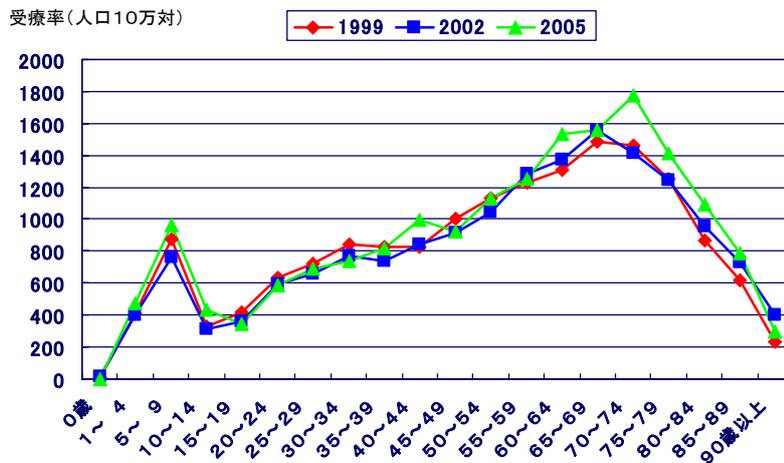
(1) 外来医療

国民皆保険制度の整備等によって医療へのアクセスが容易なわが国では、加齢による健康状態の低下や終末期は、医療の受療率の上昇として反映される。それに対して、歯科（外来）受療率は、他科の受療パターンと異なり、70～74歳をピークとして、その後は急速に低下し、口腔内状態との乖離がみられる（厚生労働省患者調査, 2005）。しかもこの歯科受療の年齢階級別の傾向はこの15年間で大きな変化はみられていない（図歯-5、6、7）。すなわち、歯科医療はこれまで外来医療を中心に行われてきたが、歯科疾患や歯の喪失に伴う口腔機能の低下を回復するための歯科医療が、特に高齢者には十分に提供されていなかったという実態があった。



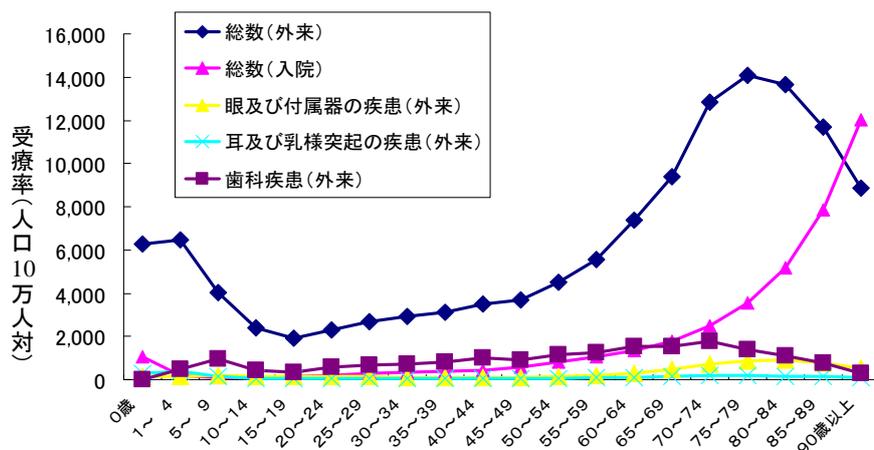
図歯-5 年齢階級別歯科推計患者数及び受療率

(2005年厚生労働省患者調査)



図歯-6 歯科疾患の受療率の推移

(1999年、2002年、2005年厚生労働省患者調査)



図歯-7 年齢階級別歯科外来受診率と医科外来・入院受療率

(2005年厚生労働省患者調査)

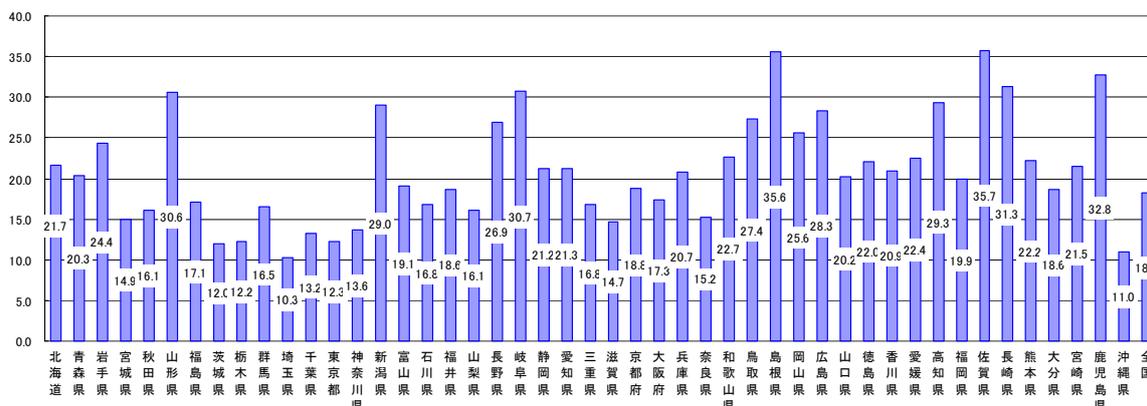
(2) 在宅医療

一方、在宅歯科医療は、身体機能が低下した要介護高齢者が受療するための機会である。これまでも日本歯科医師会によるガイドラインの策定や市町村行政と郡市区歯科医師会の連携に基づく訪問診療の体制整備が行われてきた。また 2000 年の介護保険制度の導入では、主治医意見書の中に歯科医療の必要性に関する記載が制度化され、さらに 2006 年からは特定高齢者および要支援者を対象とした介護予防事業として「口腔機能向上プログラム」が導入されるなど制度的な取り組みが行われてきているが、それでも患者側の受療の機会は少なく、住民側や医療・介護関係者の訪問歯科診療に対する認知度は低い。

実際の訪問歯科診療の実施率をみると、1ヶ月間の在宅医療実施歯科診療所は 18.2% であり、都道府県別にみると、最小 11.0% (沖縄県) から最大 35.7% (佐賀県) まで都道府県間に較差がみられる (図歯-8)。実施件数では、在宅医療サービス実施診療所 1箇所当たりの「患家」および「患家以外」への訪問歯科診療の合計件数は、全国平均で 1ヶ月間に 12.6 件である (厚生労働省医療施設調査、2005)。また、1996 年から 2001 年までの歯科診療所の実施件数をみると、医科診療所と較べてその 1/5~1/3 となっている (厚生労働省社会医療診療行為別調査)。

すなわち、約 20%の歯科診療所が毎月平均 12 件強の訪問診療を行っているというのが現状である。この実施件数は、全要介護高齢者を対象とした月 1 回の在宅歯科医療サービスを想定した場合、3.6%の充足率に過ぎない。一方、介護保険における居宅療養管理指導では、歯科医師による実施を行っている診療所は全国平均で 4.0% (最大値 9.1%、最小値 1.5%)、歯科衛生士による実施は 2.7% (最大値 8.7%、最小値 0.9%) である (表歯-2)。

また、これらの在宅医療における歯科治療の内容は、義歯や被覆冠の不適合・未装着などに起因する咀嚼障害に関するものと、歯周病・粘膜異常・う蝕など歯科疾患の処置が上位を占め、口腔ケアなど定期的な管理と歯科疾患の予防対策が十分行われるにいたっていない (国診協、2000、吉田ほか、2002)。



図表-8 在宅医療実施診療所率(%)

(2005年厚生労働省医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計)

表表-2 在宅歯科医療の現状

在宅医療サービス実施診療所数 (1ヶ月間)							
総数	訪問診療 (患者)	訪問診療 (患者以外)	訪問歯科衛生指導	居宅療養管理指導 (歯科医師)	居宅療養管理指導 (歯科衛生士等)	その他の在宅医療サービス	在宅医療実施診療所率 (%)
全国計	12,147	8,138	6,770	3,308	2,675	1,814	18.2

在宅医療サービス実施件数 (1ヶ月間)							
	訪問診療 (患者)	訪問診療 (患者以外)	訪問歯科衛生指導	居宅療養管理指導 (歯科医師)	居宅療養管理指導 (歯科衛生士等)	その他の在宅医療サービス	訪問診療 (患者+患者以外) 再掲
全国計	51,185	102,463	74,907	33,184	29,488	527	153,648

診療所1施設当たりの訪問診療実施件数							訪問診療充足率 (1ヶ月間)
	診療所1施設当たりの訪問診療 (患者) 実施件数	診療所1施設当たりの訪問診療 (患者+患者以外) 実施件数	診療所1施設当たりの訪問診療 (患者+患者以外) 実施件数	実施診療所1施設当たりの訪問診療 (患者) 実施件数	実施診療所1施設当たりの訪問診療 (患者+患者以外) 実施件数	実施診療所1施設当たりの訪問診療 (患者+患者以外) 実施件数	(訪問診療実施件数/患者+患者以外) / 要介護高齢者数 (%)
全国計	0.8	1.5	2.3	6.3	15.1	12.6	3.6

(2005年総務省国勢調査、厚生労働省人口動態調査、医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計)

(3) 入院患者への対応

訪問歯科診療には、在宅や高齢者施設以外に病院での入院患者を対象としたものがあるが、統計的な数値に表れない程の低い実施率にとどまっている。口腔ケアの呼吸器感染症の予防等が医療関係者に周知されるに伴い、急性期病院の多くで口腔ケアが実施されるようになってきているが、看護職員の口腔衛生に関する知識・技術は十分とはいえないことが指摘されている。その一方で、病院と連携している歯科医療機関はあるが、それは患者の個別的な歯科治療依頼等を中心としたものであり、歯科治療や口腔機能維持管

理上の情報が常時病院側へ提供されているわけではない。すなわち、入院前にかかりつけの歯科医院を持っていても、多くの場合、急性期病院等への入院から回復期、施設入所等へ移っていく間に歯科医師・患者関係が途切れてしまい、退院後の在宅療養時にかかりつけ医とかかりつけ歯科医との連携が取れていないために、結果的に口腔内状態の悪化や義歯治療などの対応が放置されるという悪循環を招いていると考えられる。

(4) 高齢者の歯科受療率が低かった背景

高齢者に対する歯科医療提供体制の遅れと受療率の低さには、いくつかの要因があり、しかもそれらの要因は相互に関連するものであるため、その現状を変えて、適切な歯科医療が高齢者に提供されていくためには、長期的な展望とそれを踏まえた実効性のある方策が必要になってくる。

この高齢者の受療率が低かった背景は、患者側、歯科医療提供者側、地域保健医療システムの観点から考えることができる（図歯-9）。

患者側の要因には、①外来を中心に、しかも連続して何回もの通院が必要となる現在の歯科医療体系が、高齢者の身体的心理的特性からみて合致せず、歯科医療技術の進歩と高齢社会に対応した体系化が必要となっている。また、②高齢者にはたとえ歯の喪失などによる咀嚼機能の低下があっても、食品を選択することでその不自由を我慢し、加齢による「あきらめ」の感情として納得される傾向がある。さらには、③「必要なとき在宅で治療が受けられるようにしてほしい」という国民の要望は63.3%と半数以上が在宅での歯科治療を希望している一方で、訪問歯科診療に対する実際の認知度は低い（厚生労働省保健福祉動向調査, 1999）。

歯科医療提供者側の要因は、以下の4点が考えられる。すなわち、①歯科医療はこれまで、外来診療を中心に行われ、80.5%は歯科医師1人で運営されているので（厚生労働省医療経済実態調査, 2005）、歯科医師が在宅医療にでていくためには、その時間は診療所を閉じなければならない。②臨床歯科医師の多くは、在宅医療や要介護高齢者の治療に対する経験が少ない。③大学教育においてもこうした分野での実習経験など十分な教育カリキュラムが整備されていない。④現在の訪問歯科診療に対する診療報酬体系が、各診療所が定期的かつ恒常的に在宅医療に取り組むための十分な位置づけがなされていない。

地域保健医療システムにかかわる要因には、①医科歯科連携、②介護分野と歯科との連携が不十分であったことがあげられる。実際に、2007年に開催された日本歯科医師会と日本プライマリ・ケア学会合同ワークショップ「在宅医療推進のための医科歯科連携ワークショップ」のなかで、参加した医師からは、「医師は咽頭部や舌には興味を示すがその他のことはあまり関心がなく、よくわからない」、「歯科医師が訪問診療しているのを知らない」、「伝聞・美談めいた話は聞いたことがあるが頻度は少ない」、「歯科治療の効果を体験した医師はいないのでは？」などのコメントがみられた（日本歯科医師会・日本プライマリ・ケア学会, 2007）。これらは、口腔機能の診断に対する取り組みが、医科にも歯科側にも不十分なまま「口腔機能の評価」が置き去りにされ、結果的に患者側の不利益を生じている実態の一端を反映していると考えられる。この問題の解消のためには、医療情報・歯科医療情報の共有を含めた医科歯科連携と、日常業務のなかで、食事や歯の困りごとに接する機会が多い介護・看護職と歯科医療者との情報共有を歯科医療者側から積極的に働きかけていくと共に、これら多職種連携を促進するためのシステムづくりを行っていく必要がある。

- 患者側
 - ・ 歯科診療体系(外来での複数回受診)
 - ・ “あきらめ”と食品選択による受容
 - ・ 訪問歯科診療の認知度
- 歯科医療提供者側
 - ・ 診療所の歯科医師数と外来を中心とした診療体系
 - ・ 要介護高齢者の歯科治療の経験
 - ・ 訪問歯科に関わる診療報酬体系
- 地域保健医療システム
 - ・ 医科・歯科連携
 - ・ 介護分野・歯科連携

図歯－9 なぜ高齢者が歯科受診を敬遠してきたのか？

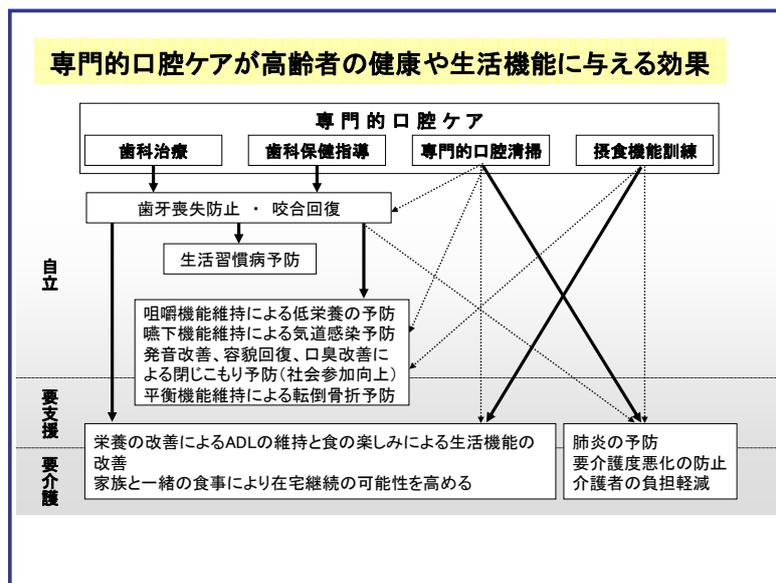
3. 歯科治療、摂食機能訓練および継続的な口腔ケアの意義

3－1. 専門的口腔ケアによる咀嚼機能の回復と歯科疾患発症予防

(1) 専門的口腔ケアとは

図歯－10 に高齢者リハビリテーション研究会中間報告「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」に示された専門的口腔ケアの内容とその意義を示した（高齢者リハビリテーション研究会, 2005）。ここで定義された専門的口腔ケアとは、単なる口腔清掃ではなく、歯科治療、歯科保健指導、専門的口腔清掃、摂食機能訓練を含んだものである。う蝕や歯周病に代表される歯科疾患は、いずれも口腔細菌叢のなかのある種の細菌が異常に増殖することによって歯の周囲に歯垢（デンタル・プラーク）が形成され、これが原因となって発生する。この歯垢の形成能の最も高い基質は、砂糖（ショ糖）であり、食べている限り、生涯、歯科疾患発病のリスクは伴い、特に唾液分泌量の低下や口腔清掃状態の悪化はそのリスクをさらに増大する。このリスクに対応した歯科疾患の予防は、歯の喪失の防止に直結するものである。

そして、この専門的口腔ケアは、歯科疾患の予防やこれに伴う咀嚼機能の維持だけでなく、高齢者および要介護高齢者に対する低栄養や誤嚥性肺炎の予防という生命に直結する効果と ADL や生活の質を高めることが指摘されている。



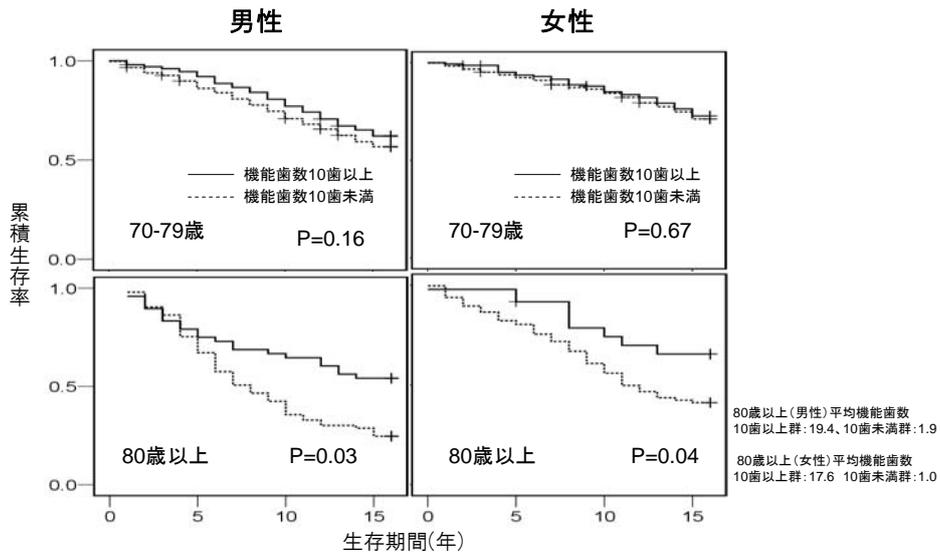
図歯-10 専門的口腔ケア

高齢者リハビリテーション研究会中間報告「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」(2004年1月)

(2) 歯の保存状態と生命予後

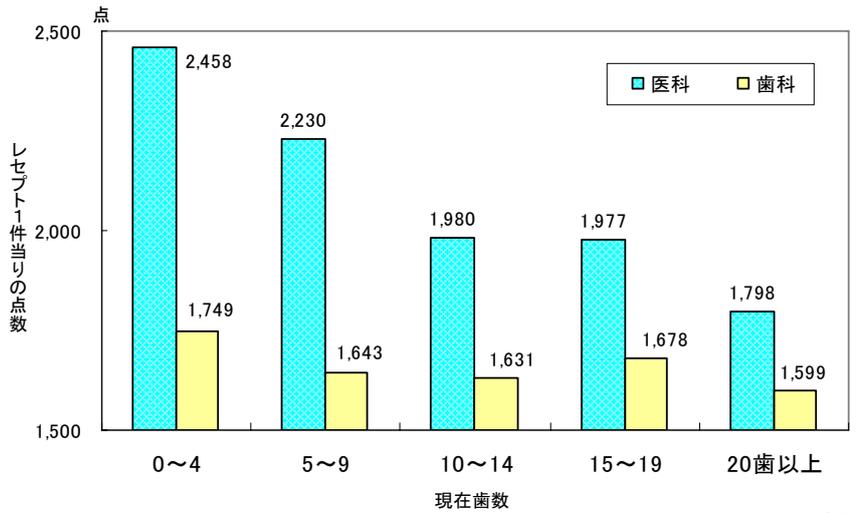
高齢者の歯の保存状態(歯数)が実は生命予後に影響することが、5,000人規模(40~89歳、男性2,268名、女性3,451名)を対象にした15年間のコホート調査(retrospective cohort study)で明らかにされている。(図歯-11)(深井ほか,2005、Fukai K ほか,2007)。要介護高齢者はもとより高齢者の歯科疾患の予防は、この歯の保存の観点からも極めて重要である。また、義歯の装着による咬合の回復が生命予後に影響するという報告がみられ(Yoshida M ほか,2005、Fukai K ほか,2008)、高齢者であっても義歯の治療をあきらめずに受診することが必要である。

一方で、歯数が多く、よく噛んでいる高齢者ほど健康で総医療費が低いという調査結果が報告されており、高齢者の口腔機能を維持増進することは、活力ある健康長寿社会を実現するために不可欠な課題の一つとなっている(図歯-12)(兵庫県歯科医師会、香川県歯科医師会,2006)。



図歯-11 Kaplan-Meier法による機能歯数別生存曲線
(機能歯数:健全歯、処置歯、未処置歯(C1,C2)の総計)

深井 稔博: 歯の保存状況と生命予後との関連についての疫学的研究、厚生労働科学研究平成15年、16年度報告書、107-122、2005 (主任研究者: 佐々木英忠)
対象人数: 40歳以上成人5,719名、追跡期間: 15年2ヶ月、調査地域: 沖縄県宮古島



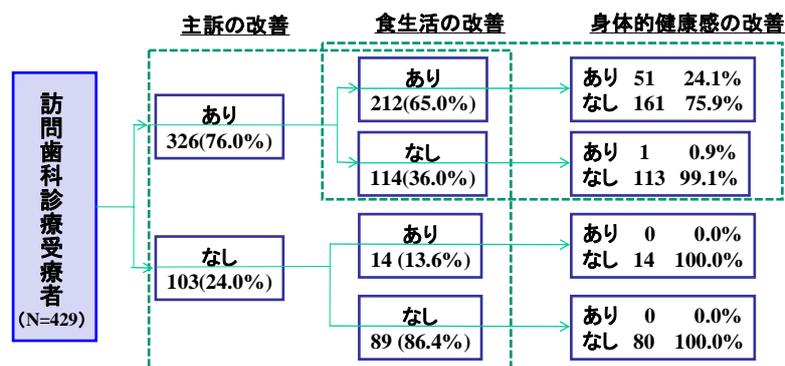
(2006年7月: 兵庫県)

調査時期: 2006年5月診療分(2006年6月審査分)
対象: 歯科の70歳以上を対象とし、兵庫県歯科医師会会員で調査協力を得られた歯科保険医療機関から抽出したレセプトおよび該当する医科レセプトを調査客体とした。
歯科レセプト件数: 31,870件、医科レセプト: 55,093件

図歯-12 現在歯数別にみた医科・歯科レセプト1件当たりの点数

(3) 訪問歯科診療の効果

歯科治療には、一般的に診療台や歯の切削器具などの機器が必要とされるが、これらの設備の制約のなかで行われる訪問歯科診療であっても、その主訴や咀嚼機能の回復には有効であることがこれまでの研究で示されている（**図歯-13**）（川南ほか, 1996、佐々木ほか, 1997）。

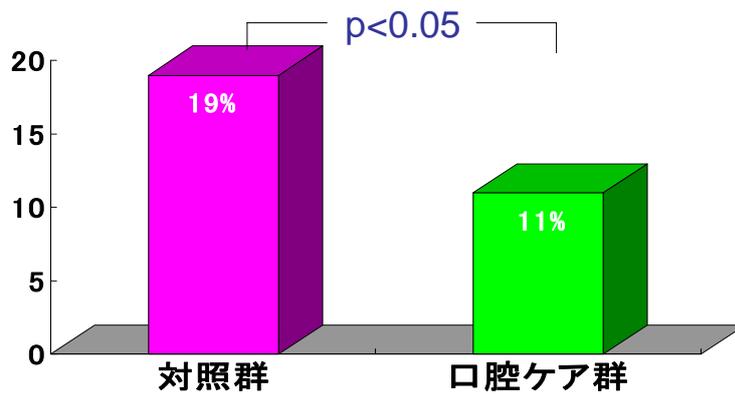


図歯-13 訪問歯科診療による主訴, 食生活, 身体的健康感の変化

(佐々木健ほか:在宅寝たきり者に対する訪問歯科診療の評価に関する調査研究, 日公衛誌, 44(11), 1997)

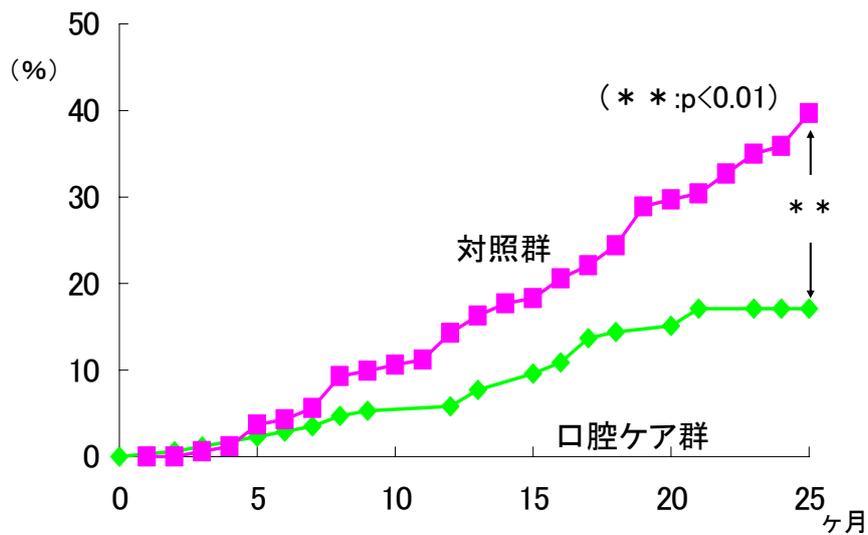
3-2. 誤嚥性肺炎の予防と口腔ケア

肺炎は日本における死因の第4位である。肺炎の発症率は加齢とともに増加し、肺炎で死亡する人の大部分は65歳以上の高齢者であり、年々増加傾向にある。また、肺炎のために入院することや、病院や施設入所患者の直接の死因としても頻度が高く、障害者や衰弱者の合併症としての危険も大きい。肺炎を発症した高齢者の多くは、嚥下反射や咳反射が低下しており、食事のときにむせこんだり、食べ物が喉につかえたりするという具体的な症状がなくとも、夜間睡眠中に唾液が下気道や肺に不顕性誤嚥を生じていることが知られている。そして、この治療や予防法としての薬物投与以外に口腔清掃を中心とした口腔機能の向上によってこの肺炎が予防できることがRCT法によって実証されている(Yoneyama Tほか, 1999) (**図歯-14**)。 **図歯-15** は、全国11箇所の高齢者施設入所者336名を、無作為に口腔ケア群と対照群にわけた介入臨床疫学研究(2年間)の結果である。口腔ケアの内容は「施設介護者または看護師による毎食後の歯磨きと1%ポビドンヨードによる含嗽、さらには週に1回の歯科医師もしくは歯科衛生士による専門的、機械的口腔清掃」であり、明らかに介入群に発熱、肺炎発症および肺炎死者数の減少がみられた(米山ほか, 2001)。この研究報告は米国老年医学会でも注目され、米国にある1,900ヶ所のナーシングホームで実施した場合には医療経済的に3億ドルの効果になると試算されている(Terpenning M, 2002)。



図歯-14 2年間の肺炎発症率

(Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H : Oral care and pneumonia, *Lancet*, 354(9177), 515, 1999)



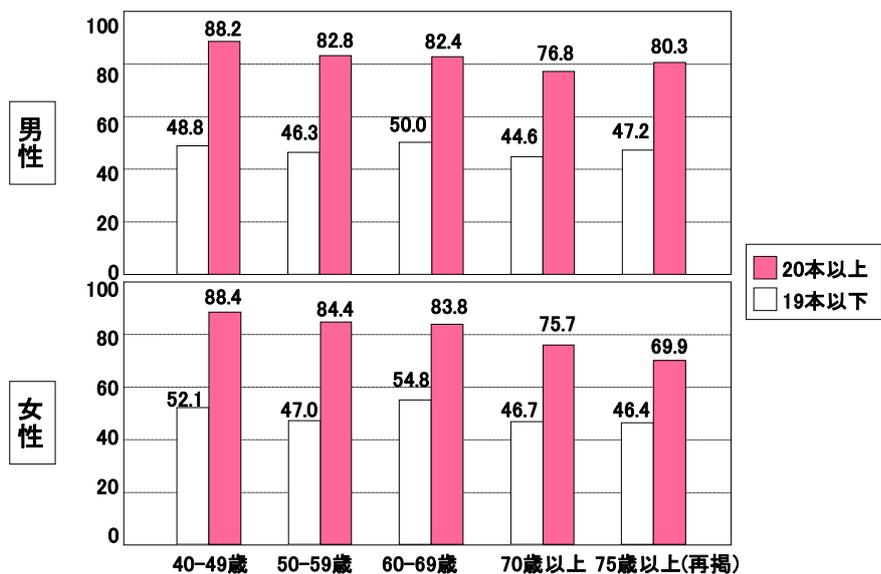
図歯-15 期間中の発熱発生率

(米山武義、吉田光由他：要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究、日歯医学雑誌、2001)

4. 口腔機能訓練と食支援が高齢者の栄養改善に与える効果

4-1. 口腔内状況と食事内容との関係

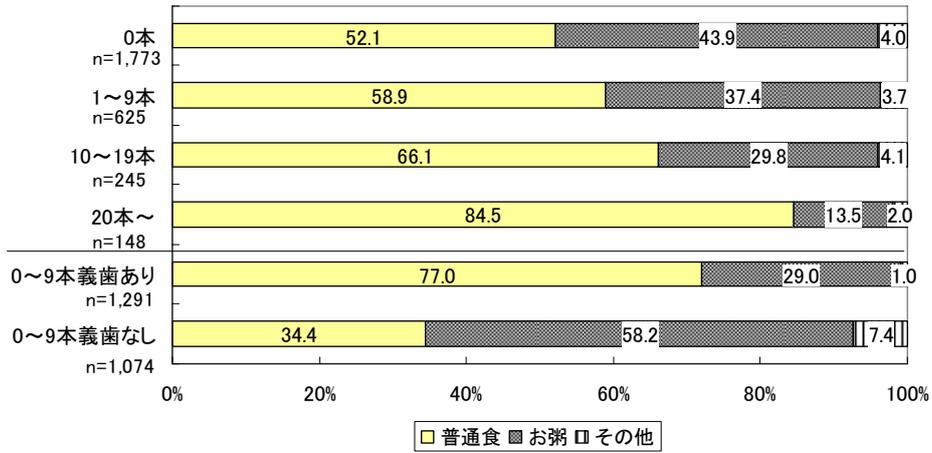
歯数と食品摂取との関係をみると、75歳以上の高齢者で20歯以上の歯を有する者の男性80.3%、女性69.9%が「何でも噛んで食べることができる」と回答したのに対して、19歯以下の群では男性47.2%、女性46.4%と明らかにその割合は低下し、歯数が日常の食品選択に影響を与えていることは容易に理解できる（厚生労働省国民健康・栄養調査, 2006）（**図歯-16**）。一方、全国の高齢者施設62施設、2,862名を対象とした高齢者施設における主食および副食の内容と歯数との関係を**図歯-17、18**に示した。主食および副食いずれにおいても歯数が多いほど「普通食」の占める割合が高い。これを義歯装着の有無でみると、0~9歯の群でもあっても義歯を装着した群では「普通食」の占める割合は約70%となり、義歯の無い群に較べて約2倍の者が「普通食」を摂れるようになっており、たとえ歯数が少なくても義歯によって咀嚼機能が回復されることが示されている（国診協, 1997）。



図歯-16 「何でも噛んで食べることができる」者の割合 (%)

(2004年厚生労働省国民健康・栄養調査)

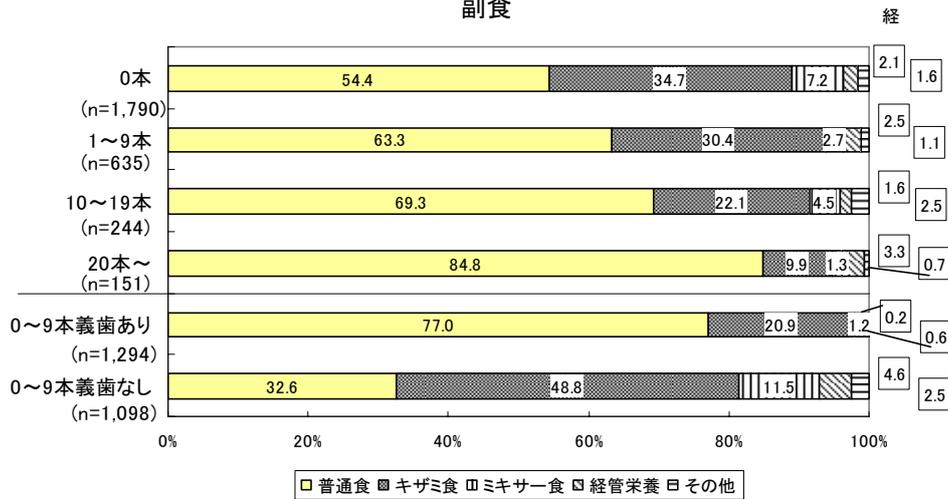
主食



図歯-17 介護保険施設における入所者の主食と歯数

(全国国民健康保険診療施設協議会、1997)

副食



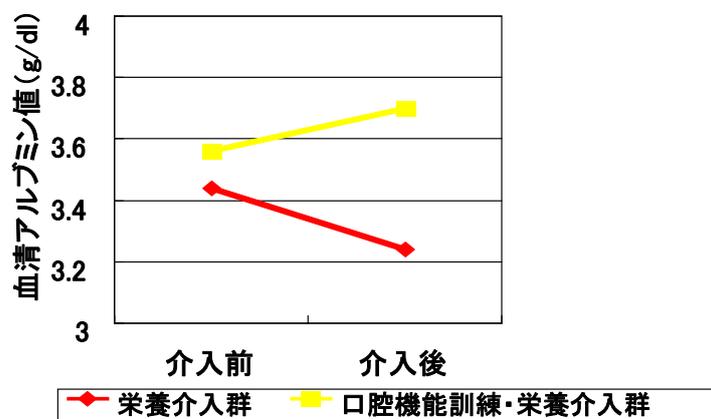
図歯-18 介護保険施設における入所者の副食と歯数

(全国国民健康保険診療施設協議会、1997)

4-2. 摂食機能訓練による栄養改善の支援

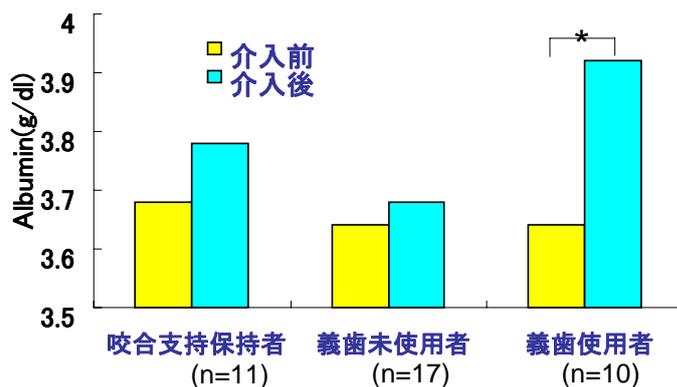
栄養状態不良者に対して、栄養を付加する群と、栄養付加に加えて口腔清掃・口腔機能訓練を併せて行う群を比較したところ、後者で4か月後には、口蓋に対する舌の押し付け圧と血清アルブミン値が上昇し、栄養状態が改善したことが認められている（図歯-19）

（菊谷ほか, 2006）。これは、口腔機能訓練による肺炎の予防効果や嚥下機能、味覚機能の向上により、食物摂取量が増加し、栄養状態が改善したものと考えられる。また、摂食・嚥下機能の指標である舌圧と栄養状態との関連について、栄養状態不良者に舌圧低下が顕著なことが示されている（児玉ほか, 2004）。さらには、この口腔機能向上のための介入の効果は、現在歯や義歯による咬合支持維持群で顕著であったと報告されている（図歯-20）（菊谷ほか, 2004）。



図歯-19 栄養介入と口腔機能訓練の効果(血清アルブミン)

(Kikutani T et al :Gerodontology 23, 93-98,2006)



図歯-20 咬合支持の違いによる介入¹⁾の効果(血清アルブミン)

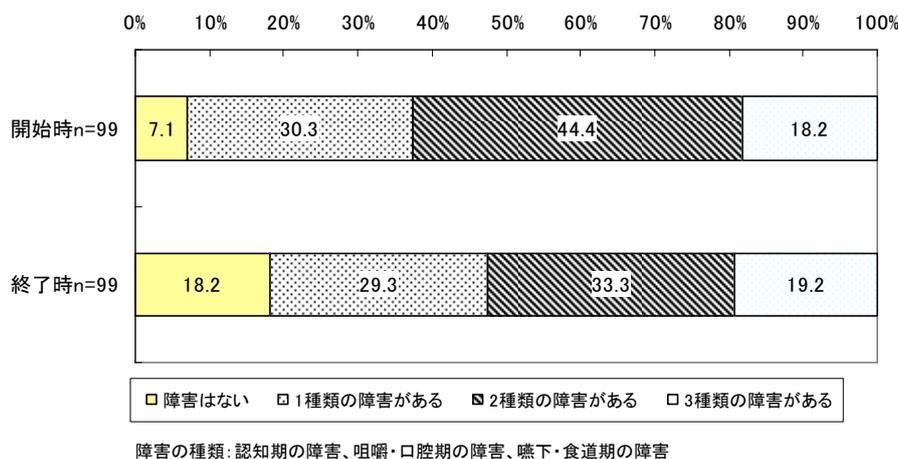
¹⁾介入: 食介護の充実と専門的な口腔機能訓練

(菊谷ら:日本老年医学会雑誌41(4),396-401, 2004)

4-3. 摂食機能訓練および歯科的介入で、経鼻経管栄養法や胃瘻造設の時期を遅らせることができるか

脳血管疾患の患者は、急性期の段階において、経口摂取を中止して誤嚥や窒息を避けることが多い。その一方で疾患の発症時期から早期の機能回復を図るために、摂食・嚥下機能が低下しないための摂食・嚥下リハビリテーションが実施される。なかでも、入院期間中の急性期からの口腔ケアが効果的であり、結果的に入院期間が短縮されるという結果も報告されている（大田, 2005）。しかしながら、口腔機能に障害が残り、必要な栄養素および栄養量を経口摂取で全量摂ることが困難な状態で維持期を迎える患者も少なくない。これらの重度者に対して、早期の摂食機能の評価が重要であり、摂食・嚥下リハビリテーション（直接的訓練法、間接的訓練法）、食形態の適正化、専門的口腔ケア等のアプローチによって早期に経管栄養からの離脱が可能になったといういくつかの事例が報告されている（戸原, 植松ほか, 2003, 2005）。また、多数例の調査では、全国16県の病院、施設入所者、在宅療養者のなかで、摂食・嚥下機能に障害（認知期、咀嚼・口腔期、嚥下・食道期）がみられた221名を対象にしたリハビリテーションの介入結果が報告されており、障害がみられない者の割合は、プログラム開始前後で7.1%から18.2%に増加したことが示されている（**図歯-21**）（国診協, 2006）。

摂食機能障害には、認知期の障害によるものから、口腔機能や嚥下機能に問題のあるものまでその病態は幅広く、重症度も様々である。したがって、脳血管疾患の発病急性期の対応に加えて、要支援者を含めた軽度要介護者の中でも、特に、摂食・嚥下機能障害の臨床症状（食欲の低下、体重の減少、栄養状態の低下、肺炎の既往、飲食中のむせ等）がある場合には、口腔機能の向上の支援を行う必要がある。そのためには、要介護高齢者への定期的な摂食・嚥下機能の評価とそれに基づいた訓練等の対応が重要となる。



図歯-21 口腔機能リハビリテーション開始前後の摂食・嚥下障害の変化

(全国国民健康保険診療施設協議会、2006)

5. 高齢者・要介護高齢者ニーズの類型化と在宅歯科医療の供給体制のシミュレーション

5-1. 高齢者・要介護高齢者の歯科治療、口腔ケアおよび口腔機能リハビリテーションのニーズとその類型化

2005年調査では、わが国の人口のなかで65歳以上の高齢者数は25,672,005人、75歳以上11,601,898人であり、要介護高齢者数は4,323,332人である。一方、歯科診療所数は66,732施設である（表歯-3）（総務省国勢調査、厚生労働省人口動態調査、医療施設調査、介護保険事業状況報告,2005）。上記に示したように高齢者・要介護者への歯科医療提供の必要性は高いにもかかわらず、その受療率は極めて低い。歯科診療所1施設当たりの要介護高齢者数を図歯-22に示した。全国平均では、その数は64.8人であるが、都道府県別にみると133.6人（島根県）から35.9人（東京都）と都道府県較差が大きい。この要介護者数に対する1ヶ月当たりの実施件数からみた在宅歯科医療充足率は、全国平均で3.6%であり、都道府県別にみると最高で7.4%（大阪府）、最低では0.8%（福井県）に過ぎない（別表歯-1）。

表歯-4に歯科診療所1施設当たりの要介護高齢者数および在宅医療実施診療所率の都道府県別の状況を示した。要介護者数が100人以上（100.0～133.6人）11都道府県、70人以上100人未満（71.2～99.0人）22都道府県、30人以上70人未満（35.9～69.1人）14都道府県となる。一方、在宅医療実施診療所率でみると、30%以上（30.6～35.7%）6都道府県、20%以上30%未満（20.2～29.3%）19都道府県、10%以上20%未満（10.3～19.9%）22都道府県となり、要介護高齢者数と実施率の3区分で、需要と供給のバランスを類型化することができる。

ここでいう要介護者数とは、介護保険認定者数から試算されたものであり、介護保険施設入所者、入院患者、在宅死亡者（居宅+老人ホーム）の人数を1歯科診療所当たりで見ると、介護保険施設入所者141.5人、入院患者（一般病床）13.5人、入院患者（療養病床）5.4人、在宅死亡者2.3人と試算される（表歯-5、別表歯-1）。

先に述べたように、高齢者の口腔保健状態はニーズが高いにも関わらず、実際の歯科医療提供との間には乖離があり、これを解消して高齢者の口腔保健状態および口腔機能を維持増進するためには、これまでの外来医療を中心とした歯科医療提供体制のなかに在宅医療を位置づけ、その実施診療所数を増やすことが最も必要となる。

これまでの研究成果や実態報告からみると、要介護高齢者への歯科医療提供のニーズとその内容は現時点では以下の5つに類型化することができる。すなわち

- ① 全要介護高齢者を対象にした誤嚥性肺炎の予防のための口腔ケアと食支援の定期的（1ヶ月毎）の実施
- ② 要介護高齢者の約50%への義歯を含む歯科治療
- ③ 要介護高齢者の約20%への摂食機能訓練
- ④ 年間死亡者の15%である在宅死亡者への終末期の歯科的支援（ターミナル・デンタルケア）
- ⑤ その他急性期を含めた入院患者への対応等

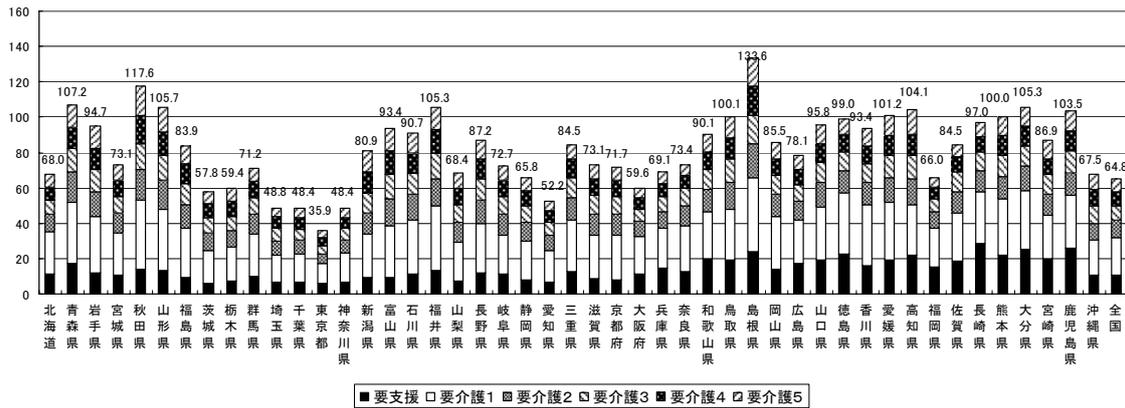
表歯-3 後期高齢者・要介護者・介護保険入所者・病院入院者数および歯科診療所数

年齢階級別人口					死亡場所		
	人口総数 (人)	65歳以上人口 (人)	75歳以上人口 (人)	65歳以上人口割合 (%)	年間死亡者総数	死亡の場所：老人ホーム+自宅	在宅死割合 (%)
全国計	127,767,994	25,672,005	11,601,898	20.1	1,081,730	155,974	14.4

要介護者数							
	総数 (要支援～要介護5)	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全国計	4,323,332	717,642	1,422,851	644,732	552,367	520,976	464,764

介護保険施設 病院入院者				歯科診療所数		歯科診療所従事者	
	入所者数	療養病床数	一般病床数	総数	歯科医師数 (総数)	歯科衛生士数	
全国計	9,442,526	359,230	904,199	66,732	87,498	71,213	

(2005年総務省国勢調査、厚生労働省人口動態調査、医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計)



図歯-22 歯科診療所1施設当たり要介護者数

(2005年厚生労働省医療施設調査、介護保険事業状況報告から集計)

表歯-4 都道府県別在宅歯科医療の需要・供給の類型

	診療所当たりの要介護者数	在宅医療実施診療所率 (%)		診療所当たりの要介護者数	在宅医療実施診療所率 (%)		診療所当たりの要介護者数	在宅医療実施診療所率 (%)
埼玉県	低	低	奈良県	中	低	新潟県	中	中
沖縄県	低	低	群馬県	中	低	岐阜県	中	高
茨城県	低	低	三重県	中	低	長崎県	中	高
栃木県	低	低	石川県	中	低	佐賀県	中	高
東京都	低	低	福島県	中	低	秋田県	高	低
千葉県	低	低	京都府	中	低	大分県	高	低
神奈川県	低	低	富山県	中	低	福井県	高	低
山梨県	低	低	山口県	中	中	青森県	高	中
大阪府	低	低	香川県	中	中	熊本県	高	中
福岡県	低	低	宮崎県	中	中	愛媛県	高	中
兵庫県	低	中	徳島県	中	中	鳥取県	高	中
静岡県	低	中	和歌山県	中	中	高知県	高	中
愛知県	低	中	岩手県	中	中	山形県	高	高
北海道	低	中	岡山県	中	中	鹿児島県	高	高
滋賀県	中	低	長野県	中	中	島根県	高	高
宮城県	中	低	広島県	中	中			

注1) 診療所当たり要介護者数：100人以上（高）、70人以上100人未満（中）、30人以上70人未満（低）

注2) 在宅医療実施診療所率：30%以上（高）、20%以上30%未満（中）、10%以上20%未満（低）

表歯-5 診療所当たりの対象者数およびニーズ推計

1歯科診療所当たり対象人数							訪問診療充足率 (1ヶ月間)
後期高齢者	要介護者	介護保険施設入所者	入院患者(一般病床)	入院患者(療養病床)	在宅死亡者		(訪問診療実施件数療養病棟+患者以外) / 要介護高齢者数 (%)
全国計	173.9	64.8	141.5	13.5	5.4	2.3	3.6

ニーズ推計				歯科医療供給推計 (実施診療所数)			
継続的口腔ケア要実施者数 (要介護高齢者全員と試算)	要治療者数 (要介護高齢者の50%と試算)	摂食嚥下指導要実施者数 (要介護高齢者の20%と試算)	ターミナルケアにおける歯科管理実施者数 (在宅死亡者実数)	全診療診療所が在宅医療実施 (A)	診療所の40%が在宅医療実施 (B)	診療所の20%が在宅医療実施 (C)	
全国計	4,323,332	2,161,666	864,666	155,974	66,732	26,693	13,346

(2005年総務省国勢調査、厚生労働省人口動態調査、医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計)

5-2. 在宅歯科医療供給体制のシミュレーションと短期的目標

歯科診療所に従事する歯科医師数をみると、全診療所の80.5%は歯科医師1人で運営されている実態があり、都道府県レベルの歯科診療所が在宅医療に恒常的に取り組むためには、その時間帯は、外来診療を中断して行うと考えるのが妥当である。

居宅や病院への訪問診療は、移動時間を考慮し、1人当たりの処置に要する時間を約30分とすると、例えば午後半日で最大4人への対応が可能となる。また、介護保険施設入所者への訪問診療では、診査や処置に関わる時間を患者1人当たり15～30分とすれば、移動時間を除いた午後3時間で、6～12人の患者への対応が可能である（表歯-6）。

この在宅歯科医療の供給体制は、長期的には全ての診療所が取り組み、生涯保健の観点から、歯科の主治医（かかりつけの歯科医師）として、一人ひとりの患者を終末期までケアすることが、歯科疾患および歯科医療の特性に合致するものであると考えられる。

一方、5年程度の短期的な在宅歯科医療推進の当面の目標を、ここで現在の実施診療所率20%から40%に増加すると設定すれば、実施診療所1施設当たりの患者数は、①全要介護高齢者への口腔ケアと食支援162.0人、②歯科治療が必要な患者数81.0人、③摂食嚥下指導が必要な患者数32.4人、④ターミナル・デンタルケア5.6人と推計される（表歯-7）。

これに対して例えば、40%に増加した実施診療所のなかで、その半数の約20%はこれまでのように週1回程度半日や昼休み等を利用した対応を行い（仮称：Ⅰ型訪問歯科診療所）、残り20%の診療所では週2回終日（あるいはそれに相当する時間帯）を確保し在宅医療に特化する（仮称：Ⅱ型訪問歯科診療所）という2つ型に機能分化できれば、介護保険施設を除いた居宅や病院への訪問歯科診療に限定した場合を想定すると、1ヶ月間に対応できる要介護高齢者件数は、907,555人と推計される。これは全要介護高齢者の21.0%の充足率となり、月1回の在宅歯科医療サービスを想定した場合、要介護高齢者の需要に対する供給は一定レベル確保できると考えられる。しかしながら、都道府県毎にこの需要と供給のバランスは異なり、全国で同一レベルの充足率を確保するためには、供給量としての実施時間帯は需要量に合わせて変更されなければならない。

表歯-6 在宅歯科医療実施時間帯別対応可能な患者数

在宅歯科医療実施時間帯	週間患者数(人)	月間患者数(人)
毎週2回(終日)	16	64
毎週1回(終日)	8	32
毎週1回(午後)	4	16
週1回程度 ¹⁾	1	4

注1)昼休み等を利用

表歯-7 在宅歯科医療実施診療所別1施設あたりの患者数

在宅医療を実施する歯科診療所数	実施診療所1施設当たりの患者数(人)			
	継続的口腔ケア要実施者数(要介護高齢者全員と試算)	要治療者数(要介護高齢者の50%と試算)	摂食嚥下指導要実施者数(要介護高齢者の20%と試算)	ターミナルケアにおける歯科管理実施者数(在宅死亡者実数)
全歯科診療所実施	64.8	32.4	13.0	2.3
全歯科診療所の40%実施	162.0	81.0	32.4	5.8
全歯科診療所の20%実施	323.9	162.0	64.8	11.7

5-3. 在宅医療の需要と供給体制の改善に関する医療経済的視点

(1) 歯科診療所の歯科医師が在宅医療に出て行くための歯科医業経営上の要件

医療経済実態調査および日本訪問診療協会等の報告資料によれば、患者1人当たりの外来診療時間は平均15～20分であるのに対して、訪問診療で1人の患者に要する時間は60～90分（4～5倍程度）と考えられる。診療所の歯科医師が1人の場合、その歯科医師が訪問診療に出向く間は、その診療所の外来診療を閉じなければならぬ。訪問診療のために別途準備する器材、消耗品などのコストも生じる。そのため、在宅医療においては、通常の外來医療の患者1人当たり5倍程度の診療報酬上の評価が少なくとも必要である。すなわち、患者1人当たりの診療報酬は、在宅医療では外来の5倍、点数ではこれまでの外来医療1人1日当たり約600点だったものが、在宅医療では約3,000点となる（表歯-8、9、別表歯-2）。

また、在宅医療を実施している時間帯では、外来での急患の対応などができず、地域医療の観点からは考慮される必要がある。

このような医療経済的視点（費用弁償の視点）は、訪問歯科診療を増加させるための基本的な要件となる。

表歯-8 外来診療および訪問診療に要する患者一人当たりの時間

外来診療	訪問診療 (移動時間含む)
15～20分	60～90分

表歯-9 外来歯科診療の現状

1日当たり患者数 平均値(人)	24.59
1時間当たり診療患者数(人)	3.09
診療所患者1人当たり診療時間(分)	19.5
一般医療 1人1日当たり点数	588.65
老人医療 1人1日当たり点数	662.17
1時間当たりの医業収入(円)	26,082

(2005年6月 医療経済実態調査)

(2) 費用弁償のインセンティブが歯科医療費に与える影響

要介護高齢者の歯科需要に対応する歯科医療が提供され、しかも費用弁償の要件も確保しながら、歯科医療の供給体制を充実していくには、医療財源の問題がある。先にあげた定期的な口腔ケア・食支援から終末期における歯科的支援までの類型に基づく歯科医療費は、対象となる患者の要介護度とその構成比率、治療難度、居宅か介護保険施設などの場所、治療に要する時間、歯科衛生による専門的口腔ケアの有無などによって変化すると考えられる。

そこで、表歯-10に「時間当たり歯科医業収入を維持するインセンティブを掛けた場合」の試算係数を仮に示した。この試算係数は、従来の出来高払いの評価とは別に、要介護高齢者の歯科治療の基礎部分を評価すると想定した。すなわち、この在宅医療に関わる診療報酬体系は、定期的な管理や摂食・嚥下障害患者への対応などの基礎部分と、従来の歯冠修復および欠損補綴評価の出来高から構成されるとした場合の試算である。これまでの外来医療を中心とした1時間当たりの歯科医業収入は、2,608点（歯冠修復・

欠損補綴を除くと 1,114 点)となっている(厚生労働省医療経済実態調査,2005)。この実態を基に上記の試算係数を用いた患者 1 人当たりの医業収入の補綴評価を除いた基礎部分は、居宅の患者 1 人当たり最小 1,003 点(要支援、歯科治療時間 30 分以内、歯科衛生士による専門的口腔ケア(－)の場合)から最大 3,676 点(要介護度 5、30 分以上、口腔ケア(+))の場合)と試算できる(別表歯-3)。

2005 年の歯科医療費、訪問診療の実施件数(居宅および介護保険施設)と 1 件当たり点数(推計)、要介護高齢者構成比率、要介護高齢者の歯冠修復および欠損補綴処置頻度(外来医療の 30%と推計)を基に、上記の試算係数を用いた場合の歯科医療費に対する影響は、①在宅歯科医療の 2 倍の増加率、②処置時間 30 分以上の構成比率 30%、③歯冠修復・欠損補綴を別に算定、とした場合、総歯科医療費の約 1.2%の増加と推計された(表歯-11、別表歯-3)。

表歯-10 時間当たり歯科医業収入を維持するインセンティブを掛けた係数

要介護度	構成%	治療難度	時間当患者数	居宅		介護保険施設		歯科衛生士による専門的口腔ケア加算
				歯科治療時間 30分未満	30分以上	歯科治療時間 30分未満	30分以上	
健常後期高齢者	71.83	1.0	3.09	0.50	1.00	0.16	0.32	0.10
要支援1,2	4.60	1.5		0.75	1.50	0.24	0.49	0.15
要介護度1,2	13.21	2.0		1.00	2.00	0.32	0.65	0.20
要介護度3,4	7.12	2.5		1.25	2.50	0.40	0.81	0.25
要介護度5	3.24	3.0		1.50	3.00	0.49	0.97	0.30

- 特徴:①医療経済的視点(費用弁償の視点)からインセンティブを確保し訪問歯科診療を増加させる。②歯冠修復および欠損補綴評価を出来高とする
- 注1)訪問歯科診療の診療報酬評価のパラメータは
①医療経済実態調査に基づく時間当たり診療報酬(点)、②要介護度に基づく治療難度(時間)、③治療時間、④歯科衛生士の行う口腔ケア、⑤訪問施設(居宅か介護施設か)
- 注2)健常後期高齢者を居宅で30分以上、または要介護度1、2で30分未満診療した場合の診療報酬の評価を医療経済実態調査の1時間当たり収入(医療+介護)と等価とする
- 注3)要介護度別居宅施設別訪問診療係数は歯科医療機関における1時間単位の収入(点数)に掛ける係数である
- 注4)在宅医療にかかる医療者側の交通費は健保法の規定に基づき保険診療費としては扱わない
- 注5)要介護認定が無い場合:「居宅、介護老人福祉、介護老人保健施設で6ヶ月以内の要介護度認定、「介護療養型医療施設で6ヶ月以内の要介護度認定が無い場合」は要介護度3、4扱いとする
- 注6)施設における訪問診療単位は医療経済実態調査での1時間当たり患者数3.09で除した数値で、通院可能な患者に対する訪問診療を助長しない意味を持たせている
- 注7)訪問歯科診療Ⅱ型(新設)
- 注8)1時間当たりの医業収入(円) 26,082 2,600 点
- 注9)後期高齢者歯科治療費に占める歯冠修復・欠損補綴の比率 57.14 %
- 注10)歯冠修復・欠損補綴を除いた1時間当たりの医業収入: $a \times (100-b)/1$ 1,114 点

表歯-11 後期高齢者訪問歯科診療 - 新体系の必要改定財源試算

項目	パラメータ	計算式	(計算)値
歯科総医療費(平成17年6月審査分)			17,825,078,577 点
X1:居宅・介護施設別/要介護度別/歯科治療時間2区分別/推定歯科医療費総計(点数)			478,292,320 点
X1の総歯科医療費に占める%		$100 \times X_1 / \text{歯科総医療費}$	2.6833 %
①要介護者歯科医療件数(月)	a:後期高齢者歯科医療総件数(月)	b:後期高齢者要介護者率(%) 要支援を含む	$a \times b / 100$ 327,419 件
②推定後期高齢者訪問歯科診療増加倍率	別表3の表Bパラメータ1と同じ		2 倍
③推定要介護者歯科医療件数(月)		$① \times ②$	654,838 件
④要介護者1件当点数(月)	c:診療所 全歯科医療費に占める後期高齢者歯科医療費 1月間(円)	d:在宅サービス実施歯科診療所当たりの訪問診療件数	$(c/d)/10$ 3,101 点
⑤後期高齢者医療費中の歯冠修復・欠損補綴割合	e:75歳以上総点数	f:75歳以上歯冠修復及び補綴点数	$100 \times f / e$ 57.14 %
⑥要介護者1件当点数(歯冠修復・欠損補綴分)		$④ \times ⑤ / 100$	1,772 点
⑦要介護者総点数(月)		$③ \times ⑥$	1,160,454,899 点
⑧ ⑦のうち実績分		$100 / ②$	50 %
⑨ X2a:新方式に伴い増加する歯冠修復・欠損補綴分		$⑦ \times ⑧ / 100$	580,227,450 点
⑩健常高齢者の歯冠修復・欠損補綴実施率を1とした場合の要介護者の数値	別表1の表Bパラメータ2と同じ		0.3
⑪ X2b:修正新方式に伴い増加する歯冠修復・欠損補綴分(月)		$⑨ \times ⑩$	174,068,235 点
⑫要介護者歯冠修復・欠損補綴分以外の点数(月)		$④ - ⑥$	1,329 点
⑬ X3:後期高齢者 要介護者歯科医療実績分(月)		$⑫ \times ①$	435,221,360 点
⑭増分(差し引き)		$X_1 + X_{2b} - X_3$	217,139,195 点
⑮増分の総医療費に占める%		$100 \times ⑭ / \text{歯科総医療費}$	1.2182 %

注) 歯科診療報酬改定に必要な財源(シェア)の1%は約250億円

5-4. 今後30年間の長期的な視点からみた在宅歯科医療ニーズ

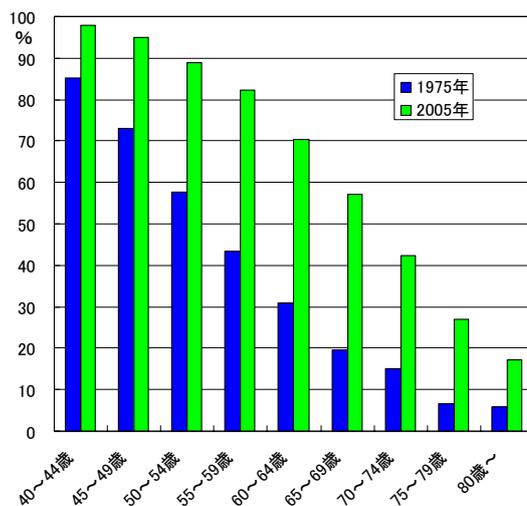
上記に示したように、要介護高齢者の歯科医療の充足率を、現状の3.6%から約20%に向上するための方策として、今後5年間で在宅歯科医療を実施する診療所を現状の18.2%から40%に増加し、しかも従来の診療形態を維持する診療所と在宅歯科医療に特化した診療所とが並存する在宅歯科医療提供体制を提言した。

しかしながら、年間死亡者数のピークに達する2037年までの今後30年間の長期的展望を考えた場合、高齢者の口腔内状態や歯科医師数は現在とは異なると考えられる。図歯-23に、「20歯以上有する者」の割合の過去30年間の変化を示した。例えば、55～59歳の年齢階級をみると1975年には43.3%の者が20歯以上の歯を有していたのに対して、2005年の調査では82.3%となり、この30年間で約2倍に増加していることが示されている（厚生労働省歯科疾患実態調査, 2007）。

将来予測を考える場合に、年代の変化と共に世代を考慮する必要があるが、30年後に終末期を迎える人々の口腔内の残存歯数は、明らかに向上していることが予想される。このことは、後期高齢者の咀嚼機能をはじめとした口腔機能が現在よりも維持されていると共に、歯数の増加に伴う歯科疾患の発病リスクを有することになるので、現在よりもさらに専門的口腔ケアのニーズは高まると考えられる。

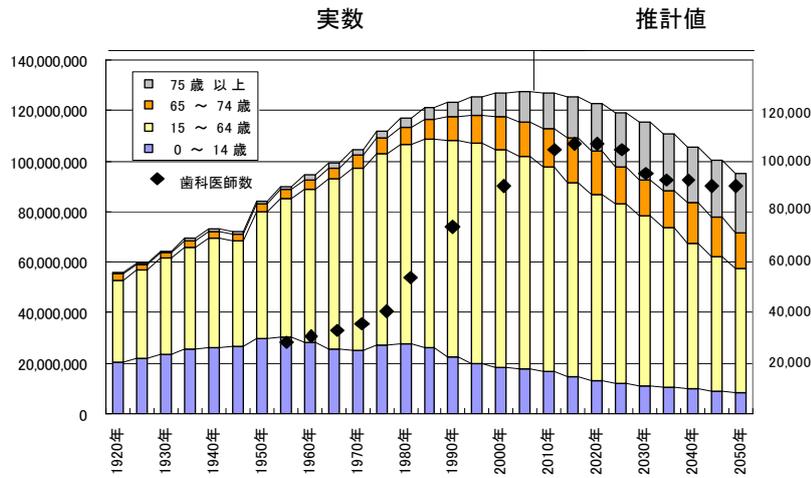
また、わが国の人口および高齢化率と歯科医師数の30年後の変化を、国立社会保障・人口問題研究所および平成17年度厚生労働科学研究（主任研究者宮武光吉）の結果と、要介護者数および歯科診療所数を現状の比率（要介護者数：65歳以上の高齢者の17%、歯科診療所数：歯科医師数の70%）に基づき推計した場合、歯科診療所1施設当たり換算した要介護高齢者数は、現状の64.8人に対して、2040年には99.3人と試算される（図歯-24、表歯-12）。

このように今後30年間の長期的な視点からみても、質的にも量的にも高まる要介護高齢者の歯科医療ニーズは高まる。そして、これに対応していくための歯科医療の提供体制の改善がさらに求められ、そのためにまず上記の短期目標の達成とその成果が重要になると考えられる。



(厚生労働省歯科疾患実態調査1975年,2005年)

図歯-23 「20歯以上を有する者」の割合の過去30年間の推移



人口・年齢構成：総務省「国勢調査」、2010年以降の推計値は、国立社会保障・人口問題研究所による
 歯科医師数：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、2005年度以降の推計値は、厚生労働科学研究平成17年度報告書「新たな歯科医療需要等の予測に関する総合的研究1. 今後の歯科医師需給の予測（主任研究者宮武光吉、分担研究者大内章嗣）、2006年3月の中位推計に基づく

図歯-24 わが国の人口・年齢構成および歯科医師数

表歯-12 わが国の人口・年齢構成・要介護者数と歯科医師・歯科診療所数の推計

	2005年	2020年	2030年	2040年
総人口(人)	127,285,653	122,735,001	115,223,664	105,694,722
0～14歳	17,521,234	13,201,024	11,149,854	9,832,974
15～64歳	84,092,414	73,634,989	67,403,975	57,335,015
65～74歳	14,070,107	17,162,316	14,011,078	16,382,221
75歳以上	11,601,898	18,736,672	22,658,757	22,144,512
65歳以上	25,672,005	35,898,988	36,669,835	38,526,733
高齢化率(%)	20.2	29.2	31.8	36.5
要介護者数	4,323,332	6,102,828	6,233,872	6,549,545
歯科医師数	95,197	107,500	97,700	94,200
歯科診療所数	66,732	75,250	68,390	65,940
歯科医師一人当たり要介護者数	45.4	56.8	63.8	69.5
歯科診療所当たり要介護者数	64.8	81.1	91.2	99.3

備注

- 2005年：総務省国勢調査，厚生労働省人口動態調査，医療施設調査，介護保険事業状況報告，2005
- 2005年歯科医師数は、2004年厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査による
- 2020年以降の推計値（人口・年齢構成）：国立社会保障・人口問題研究所
- 2020年以降の推計値（要介護者）：2005年の実数を基に、65歳以上高齢者の17%として試算した
- 2020年以降の推計値（歯科医師数）：平成17年度厚生科学研究報告（主任研究者宮武光吉）に基づく
- 2020年以降の推計値（歯科診療所数）：1965年～2004年までの実数に基づき、歯科診療所数を歯科医師数の70%と試算した

6. 求められる後期高齢者の歯科医療体系

6-1. 外来から在宅医療までの切れ目ない歯科医療の提供

(1) 地域包括ケア体制の一員としての歯科医療

後期高齢者における歯科医療は、単にう蝕や歯周疾患などの治療や喪失した歯の補綴的治療という目的だけではなく、誤嚥性肺炎や低栄養の予防、生活の質（QOL）の確保といった面からも効果的に提供されなければならない。このためには、医科や介護・福祉関係者等との多職種連携をより積極的に進め、地域包括ケア体制の一員として歯科医療を明確に位置づけていく必要がある。このための方策としては、新たな医療計画制度下における地域医療提供体制および地域連携クリティカルパスで歯科の位置づけ（役割）を明示していくとともに、医療機能情報提供制度における歯科関連情報を活用して住民および関係者への情報発信を積極的に行うことが考えられる。

(2) 外来医療

高齢者の約80%は健常高齢者であり、外来医療で対応できる。しかしこれまでの後期高齢者の歯科受療率は低く、適切な歯科医療サービスが提供されるためには、長期的には高齢者の心身の特性に合わせた歯科医療体系と治療技術の進歩、および口腔と全身の健康との関連性のエビデンスの構築と住民レベルでの啓発が必要である。また、短期的には外来医療における定期的な口腔内状態・口腔機能の評価を制度的に位置づけ、外来から入院、施設入所、在宅療養にいたるまで継続的な口腔機能維持管理を図ることが後期高齢者の口腔保健の維持・増進に繋がるものと考えられる。また、これまで以上に歯科および医科に関わる医療情報を本人と関係職種が常に共有するための新たな「後期高齢者医療手帳（仮称）」の交付など具体的対策が求められる。

(3) 入院患者への対応

これまでのように、患者の求めに応じた訪問診療の体制を維持することにより、必要な歯科医療を確保していくことが基本となる。

その一方で、入院期間中のNST（Nutrition Support Team）に歯科医師・歯科衛生士が関与することが患者の食支援に有効であることや、退院後の口腔・摂食機能の低下を早期に防止し、口腔機能維持管理をより円滑に実施していく必要があることから、退院時カンファレンスやNSTに病院外の歯科医師・歯科衛生士が参画することが求められる。この参画には、カンファレンスへの参加から意見書の提出にとどまるものまでいくつかの形態が考えられ、いずれも病院側から地域の歯科医療機関に照会するシステムを制度的に位置づけることが重要である。また、脳血管疾患等の急性期を含めた入院中患者に対し、口腔ケアと口腔機能のアセスメントを行い、入院中から退院後を含めた継続的管理を行った場合に、医療行為として病院側、歯科医療機関側それぞれが診療報酬上の評価を受けられる制度が必要であると考えられる。

(4) 施設入所者への対応

入所時の口腔内状態の評価を受けると共に、入所後も定期的な歯科医学的管理を受け

られるための新たな制度と介護保険あるいは診療報酬上の評価が必要であると考えられる。その際、施設嘱託歯科医あるいは協力歯科医師の位置づけと施設の特性に合わせたマニュアル等の整備が求められる。また、入所者が求めた場合の訪問診療体制は残しながら、施設内での当日2人目以降の診療報酬は低く設定されているなどの現在の訪問歯科診療に関わる制限をできるだけ緩和し、入所者が歯科治療をより受けやすくする体制が必要である。

(5) 在宅療養者への対応

これまでのように患者の求めに応じた訪問歯科診療体制を残すとともに、かかりつけの歯科医院等がない場合でも、いつでも相談できる安心体制を確保するための市町村レベルでの相談窓口の設置が必要である。例えば、保健所等の協力の下、県・郡市歯科医師会等が中心となり、地域内のよりきめ細かな歯科医療機関の医療機能情報を収集・蓄積し、口腔保健センター、障害者歯科センター、休日夜間歯科診療所等の組織・設備を有効活用して、在宅歯科医療に関する住民、関係者からの相談に応じる体制の整備などが考えられる。

また、継続的口腔ケアと口腔機能維持管理、摂食・嚥下障害の評価と摂食・嚥下指導、看取りまでの口腔機能維持支援など、暮らしのなかで歯科医療サービスが受けられ、在宅療養者のQOLが少しでも向上するための取り組みが制度化される必要がある。特に、在宅酸素療法や経管栄養療法、あるいは終末期のがん患者など、いわゆる「在宅ハイケア」の患者に対する歯科領域からの支援には、服薬や全身状態の悪化、低栄養などによる口内炎など口腔粘膜の異常が起りやすく、しかも誤嚥性肺炎のリスクも高くなっているため、できるだけ長い間、経口摂取ができるための専門的口腔ケアを中心とした対応が必要である。また、最期まで会話と歯・口の外観の維持を図るための歯科的支援が求められる。この際、歯科衛生士の専門職としての能力をさらに積極的に活用していくことが重要である。

在宅療養における医科歯科連携については、医師、看護師、薬剤師、歯科医師が療養者の医療情報を共有する共に、歯科医療者と介護職との連携体制とケアカンファレンス等への歯科医師・歯科衛生士の参画が必要である。また、地域の歯科診療所と在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションとの連携について具体的な検討が求められる。

介護保険における居宅療養管理指導については、これまで歯科の請求は極めて少なく、その原因を明らかにすると共に、歯科における医療と介護との識別が必要であり、見直し求められる。

6-2. 在宅療養支援歯科診療所（仮称）の設置など歯科診療所の機能分化について

要介護高齢者の誤嚥性肺炎の予防を含めた歯科需要は極めて高い。前述の在宅歯科医療供給体制のシミュレーションに示したように、この需要に即した歯科医療提供体制を構築するには、外来医療を中心としながら在宅医療を行う診療所（仮称：Ⅰ型訪問歯科診療所）と、在宅医療を中心にしかも外来医療を行うという診療所（仮称：Ⅱ型訪問歯科診療所、在宅療養支援歯科診療所）との並存が必要である。本稿ではそのⅡ型診療所の割合は、今後5年間で少なくとも全歯科診療所の20%程度は必要であると提案した。

診療報酬体系上の位置づけには、設置基準等が必要になるので、歯科診療所機能分化と在宅療養支援歯科診療所の要件を試案として表歯-13 および表歯-14 に示した。その要件には、①後期高齢者・要介護者の医学的特性に関する追加研修（日歯生涯研修として一

定単位取得した場合、社会保険事務所に登録する)、②要支援以上の後期高齢者に対する計画的訪問診療のほか患者の求めに応じてできるだけ速やかに訪問診療を行う(診療日の午前中に連絡が合った場合は同日中に、午後6時までに連絡があった場合は翌日までに訪問診療することを原則とする)、③診療期間中は携帯電話等の貸し出し等により連絡体制の緊密化をはかる(365日、午前8時から午後8時までの12時間対応)、④補綴処置、保存治療、歯周疾患等の治療の開始前、改善後がわかるために口腔内写真を撮影し、診療録に添付する、⑤口腔ケアは厚労省が指定するガイドラインに従う、⑥訪問歯科診療Ⅰ型では、健常後期高齢者の点数表を適用する、などが考えられる。

在宅医療の需要と供給に関する医療経済的視点でも述べたように、現在の歯科医療提供体制のなかの在宅医療の供給を増やすためには、在宅医療に対する診療報酬上の評価を外来診療に比べて患者1人当たり5倍程度が必要である。しかしその一方でそれは患者側の医療費の負担増となるものであり、暮らしのなかで医療が受けられる安心安全体制と医療の質の確保、あるいは患者のQOLの向上に直結するものであることを、受療者本人と家族が納得できる仕組みでなければならない。

表歯-13 歯科診療所機能とその評価

	一般歯科診療所	在宅療養支援歯科診療所(仮称)9)
外来		
1 定期的口腔内状態・口腔機能の評価	○	○
2 歯科治療	○	○
3 歯科保健指導1)	○	○
4 専門医(医科・歯科)への紹介	○	○
5 歯科医療情報の提供2)	○	○
入院		
1 訪問歯科治療	○	○
2 口腔ケア・口腔リハビリテーションと評価3)	○	◎
3 退院時カンファレンスにおける情報提供4)	○	◎
在宅		
1 訪問歯科治療	○	○
2 継続的口腔ケア・口腔機能維持管理5)	○	◎
3 摂食嚥下障害のスクリーニングと摂食嚥下指導6)	○	◎
4 看取りまでの口腔機能維持支援7)	○	◎
5 歯科医療情報の提供8)	○	○

- 註1) 口腔と全身の健康との関連を含む
 2) 患者の病歴・受診歴・健康状態に関する歯科医療情報の提供(患者および他の医療機関への情報提供)
 3) 急性期・回復期の口腔ケア・口腔リハビリテーションと評価
 4) 口腔内状態・口腔機能評価(診断)と退院後の口腔ケア口腔管理クリティカルパスの作成
 5) 継続的口腔ケア・口腔機能維持管理(要介護者全員を対象)
 6) 摂食嚥下障害のスクリーニングと摂食嚥下指導(摂食機能障害者): 食形態指導、胃ろう患者への対応、摂食嚥下訓練、専門医への紹介
 7) 看取りまでの口腔機能維持支援(終末期の患者対象)
 8) 患者の健康状態に関する歯科医療情報の提供(医科主治医・訪問看護師・介護職への情報提供)
 9) ◎: 訪問歯科診療Ⅱ型(新設)として評価

表歯-14 在宅医療支援歯科診療所(訪問歯科診療Ⅱ型)新設

訪問歯科診療Ⅱ型算定要件(試案)
1 後期高齢者・要介護者の医学的特性に関する追加研修 (日歯生涯研修として一定単位取得した場合社会保険事務所に登録する)
2 要支援以上の後期高齢者に対する計画的訪問診療のほか患者の求めに応じて訪問診療を行う (診療日の午前中に連絡が合った場合は同日中に、午後6時までに連絡があった場合は翌日までに訪問診療することを原則とする)
3 診療期間中は携帯電話等の貸し出し等により連絡体制の緊密化をはかるものとする (365日、午前8時から午後8時までの12時間対応)
4 補綴処置、保存治療、歯周疾患等の治療の開始前、改善後がわかるために口腔内写真を撮影し、診療録に添付するものとする
5 口腔ケアは厚労省が指定するガイドラインに従うものとする
6 訪問歯科診療Ⅰ型 健常後期高齢者の点数表を全ての要介護度に適用

6-3. NST (Nutrition Support Team) における歯科の役割

高齢者の栄養摂取および食事の問題は、生命の維持と共に生きる楽しみにも繋がるものであり、QOL に与える影響は大きい。特に咀嚼・嚥下機能という点からは、歯科治療や歯科的な管理の要素が多く、NST に歯科医療者が関与する意義は高い。ここでいう NST とは、①栄養状態の評価、②食形態を含めた栄養相談、③摂食・嚥下機能評価と機能訓練、④経管栄養相談などが含まれる。

特に在宅療養者においては、口腔ケアや摂食・嚥下機能訓練が、経鼻経管栄養や胃瘻造設などからの早期に離脱できるという報告がみられ(戸原, 植松ほか, 2003, 2005, 国診協 2007)、口腔機能を出来るだけ長く維持することが患者の利益である。

このような在宅療養者に対する栄養改善支援を効果的に行っていくためには、摂食・嚥下機能のスクリーニングや内視鏡、VF を用いた診査・診断は基より、継続的な専門的口腔ケアの供給者として、歯科医師の果たす役割は大きい。

6-4. 口腔癌のスクリーニング

口腔癌は増加傾向にあり、外来から在宅療養にいたるまで、患者の口腔内を直視する機会の多い臨床歯科医の果たす役割は大きいと考えられる。的確に早期発見に結びつけられるよう臨床歯科医を対象とした研修の充実が求められる。

7. まとめ

本稿では、高齢者・要介護者の口腔内状況とニーズの類型、歯科的介入効果の科学的根拠、在宅歯科医療充実のための要件と供給体制のシミュレーション、歯科診療所の機能分化と後期高齢者医療における歯科医療・歯科医師の果たす役割について長期的な展望を示すと共に、今後5年間の短期的な目標を含めた提言を試みた。

ここで歯科診療所の機能のなかで、短期的に在宅歯科医療を拡充するため、外来医療の約5倍程度の1日1患者当たりの診療報酬上の評価が必要であると提案した。しかしこれは、患者側からみれば医療費負担の増加に直結するものであり、在宅でも安心・安全な歯科医療を提供するための確実な取り組みを一層推進していくとともに、継続的な口腔管理が、誤嚥性肺炎の予防をはじめとする健康の維持増進やQOLの向上に繋がることを療養者や家族が納得し選択できるように、歯科医師が情報提供していくことが不可欠である。

また、在宅歯科医療の供給体制の整備について少なくとも現状の20%の実施率から40%に増加するための方策について、歯科診療所機能の分化を併せて提言した。今回試算した在宅歯科医療の需要と供給には都道府県較差が極めて高く、都道府県の医療計画に位置づけるなど地域レベルの整備と、市町村レベルでのきめ細かい対策が必要になる。さらには、医科歯科連携のための具体的な研修体制の整備を早急に整える必要があると考えられる。

以上の結果から、2008年度からの「新たな高齢者医療制度」における歯科医療の役割は極めて大きく、以下の観点から、上記の提言に基づいた体制整備が求められる。

- (1) 在宅歯科医療の拡充を含めた要介護高齢者が歯科治療を受けやすくする方策
- (2) すべての高齢者の口腔機能の維持向上を適切かつ効果的に実現するための、医療保険および介護保険における整合性と実効性の確保
- (3) 高齢者の口腔機能のリハビリテーションとしての観点からの歯科診療体系全体の見直しと歯科医療技術の医療現場への導入

- (4) 入院患者・要介護高齢者等の呼吸器感染予防対策，栄養改善（NST: Nutrition Support Team)の観点からの口腔機能維持管理の普及
- (5) ターミナルケアにおける歯科のかかわり

文献

1. 川南勝彦, 瀧口徹, 簗輪眞澄: 在宅寝たきり高齢者の歯科保健・医療におけるディマンドへの関連要因, 口腔衛生学会雑誌, 46: 18-28, 1996
2. 佐々木 健, 安藤 雄一, 平川 敬, 池田 恵, 小林 清吾, 石上 和男, 永瀬 吉彦, 瀧口 徹: 在宅寝たきり者に対する訪問歯科診療の評価に関する調査研究, 日公衛誌, 44: 857-864, 1997
3. 全国国民健康保険診療施設協議会: 高齢者施設における歯科口腔保健実態調査報告書, 1997
4. 金子芳洋, 千野直一監修, 才藤栄一, 田山二郎, 藤島一郎, 向井美恵編: 摂食・嚥下リハビリテーション, 第1版, 医歯薬出版, 東京, 1998
5. 佐藤格夫, 浅沼直樹, 黒川裕臣, 江面晃, 新海航一, 深井浩一, 畑好昭: 新潟県の老人福祉・保健施設における歯科健診と治療, 老年歯科医学, 12(3): 207-212, 1998
6. 黒川裕臣, 江面晃: 新潟県の老人福祉・保健施設における歯科健診の実態, 歯学, 87(1): 64-70, 1999
7. Yoneyama T., Yoshida M., Matsui T., Sasaki H.: Oral care Working Group: Oral care and pneumonia, Lancet, 354: 515, 1999
8. 厚生省: 保健福祉動向調査, 1999
9. Wiseman W.A.: Palliative care dentistry, Gerodontology, 17(1): 49-51, 2000
10. 植田耕一郎: 在宅高齢者の口腔ケア, Journal of Clinical Rehabilitation, 9(9): 864-869, 2000
11. 全国国民健康保険診療施設協議会: 介護保険制度の適正円滑な実施に資するための歯科口腔情報提供モデル事業報告書, 2000
12. 江面晃: 新潟県要介護者歯科治療連携推進事業における調査に関する報告—特別養護老人ホーム入所者を対象とした, 全身・口腔内状況, 歯科治療診療の必要性及び病診連携の状況に関する調査—: 2000
13. 在宅歯科保健医療ガイドライン作成委員会: 在宅歯科保健医療ガイドライン平成13年3月発行, 日本歯科医師会, 東京, 2001.
14. 東京都福祉局保健部介護保険課報告書: 平成12年度東京都「かかりつけ歯科医意見書」活用モデル事業に関する分析報告書, 東京都福祉局保健部, 2001
15. 斎藤徹, 長谷川慶子, 長谷川賢: 歯科治療を施工した高齢者の食事形態とADLの変化について, 老年歯学, 17(1): 15-19, 2002
16. 米山武義: 口腔ケアと誤嚥性肺炎予防の可能性, 日本歯科医学会誌, 55(2): 15-24, 2002
17. Yoneyama T., Yoshida M., Ohnishi T. et al.: Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes, J Am Geriatr. Soc., 50: 430-433, 2002
18. Terpenning M., Shay K.: Oral Health is Cost-Effective to Maintain but Costly to Ignore, JAGS, 50(3): 584-585, 2002
19. 宮田治志, 林善彦: 長崎大学医学部附属病院における訪問歯科診療に関する実態調査, 日歯保存誌, 45(6): 1027-1031, 2002
20. 窪寺敏恵: 介護支援専門員の視点から診た在宅高齢者の口腔内の問題点, 老年歯学, 17(2): 190-193, 2002
21. 厚生労働省: フッ化物洗口ガイドライン, 2003年1月
22. 深井穂博: 行動科学における口腔保健の展開, 保健医療科学, 52(1), 46-54, 2003
23. 戸原玄, 植松宏: 在宅訪問歯科診療における摂食・嚥下障害への対応—内視鏡検査を用いた一例, 老年歯科医学, 18: 285-286, 2003

24. 笠原和恵, 鄭漢中, 上野尚雄, 泉山ゆり, 前川邦昭, 戸塚靖則, 井上農夫男: 自立高齢者の摂食・嚥下障害と生きがい・社会活動性との関連, 口科誌, 52(5): 219-226, 2003
25. 道脇幸博, 角保徳, 三浦宏子, 永長周一郎, 米山武義: 要介護高齢者に対する口腔ケアの費用効果分析, 老年歯学, 17(3): 275-280, 2003
26. 菊谷武, 榎本麗子, 小柳津肇, 福井智子, 児玉実穂, 西脇恵子, 田村文誉, 稲葉繁, 丸山たみ: 某介護老人福祉施設利用者に見られた低栄養について一血清アルブミンおよび身体計測による評価一, 老年歯学, 19(2): 110-115, 2004
27. 高齢者リハビリテーション研究会中間報告「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」, 2004年1月
28. 大田洋二郎: 口腔ケア介入は頭頸部進行癌における再建手術の術後合併症を減少させる, 歯界展望 106: 766-772, 2005
29. 大田洋二郎, 米山武義: 口腔ケアについての情報提供, PRACTICE IN PROSTHODONTICS, 38(5), 500-583, 2005
30. 角町正勝, 本多啓子: 脳血管障害者に対する口腔機能リハビリテーションの介入時期別にみた口腔機能変化の評価: 老年歯科医学 20(3): 169-179, 2005
31. 石川健太郎, 大岡貴史, 弘中祥司, 内海明美, 村田尚道, 向井美恵: 介護老人福祉施設における摂食・嚥下指導一第1報 指導対象者の食事自立状況と口腔内対応の実態一, 口腔衛生会誌, 55(5): 559-566, 2005
32. 地域保健研究会:平成16年度 老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業)「未来志向研究プロジェクト」要介護高齢者の気道感染および低栄養に対する口腔ケアと摂食ケアの一体的な試行研究報告書, 2005
33. 全国国民健康保険診療施設協議会:経口摂取障害者の実態調査と生活自立度改善を目的とした口腔機能リハビリ推進事業報告書, 2005
34. 深井穫博: 歯の保存状態と生命予後との関連についての疫学的研究, 平成15年度, 16年度厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業), 高齢者に対する口腔ケアの方法と気道感染予防効果等に関する総合的研究(H15-医療-042)分担研究報告書(主任研究者:佐々木英忠, 分担研究者:深井穫博), 107-122, 2005年3月
35. 戸原玄, 服部史子, 植松宏:在宅訪問歯科診療における摂食・嚥下障害への対応 嚥下機能評価が行われていなかった一例, 老年歯科医学, 20:242-243, 2005
36. Yoshida M., Morikawa H., Yoshikawa M., Tsuga K., Akagawa Y.: Eight-year mortality associated with dental occlusion and denture use in community-dwelling elderly persons, Gerontology, 22: 234-237, 2005
37. 厚生労働省: 医療経済実態調査, 2005年6月審査
38. 厚生労働省: 社会医療診療行為別調査, 2005年6月審査
39. 厚生労働省: 医師歯科医師薬剤師調査, 2005(2004年12月31日調査)
40. 厚生労働省: 医療施設調査, 2005年9月調査
41. 総務省: 国勢調査, 2005年
42. 厚生労働省: 介護保険事業状況報告, 2005年
43. 厚生労働省: 介護サービス施設・事業所調査, 2005年
44. 厚生労働省: 患者調査, 2005年
45. 植田耕一郎: 口腔機能の向上マニュアル~高齢者が一生おいしく, 楽しく, 安全な食生活を営むために~, 口腔機能の向上についての研究班: 1-98, 2006
46. 兵庫県歯科医師会・兵庫県国民健康保険団体連合会:「8020運動」実態調査の報告について, 2006

47. 香川県歯科医師会：残存歯数・歯周炎の程度と医科診療費との関連，2006
48. 菊谷武，西脇恵子，田村文誉：介護予防のための口腔機能向上マニュアル，建帛社，2006
49. 米山武義，菊谷武，太田仁史：健康な心と身体は口腔から—口腔機能向上と高齢者の低栄養予防—，日本歯科医学会誌，25：14-20，2006
50. 山口朱見，十時久子，戸原玄：訪問歯科診療における体系的な口腔ケアの取り組み—口腔ケア及び嚥下訓練の効果が示す問題—，デンタルハイジーン，26(8)：822-830，2006
51. 菊谷武，田村文誉：様々な領域での取り組みの実際 要介護高齢者に対する栄養支援—摂食機能の支援を通じて—，臨牀看護，32(6)：851-856，2006
52. 北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会：要介護高齢者に対する摂食嚥下障害対策実態調査報告書—北海道における摂食嚥下障害患者対策の基本的方向性について—，北海道保健福祉部：1-45，2006
53. 深井穂博：医療におけるコミュニケーションの評価-表情分析の展開，the Quintessence，25(8)，1803-1810，2006
54. 厚生労働省：平成16年国民健康・栄養調査，2006年
55. 河合隼雄，辻哲夫，山口建，大久保満男，梅村長生：生きる力を支える歯科医療—看取りのための歯科医療を目指して—，日本歯科医師会雑誌，59(6)：504-519，2006
56. 高江洲義矩：医療の求心性と遠心性についての断想，ヘルスサイエンス・ヘルスケア，6(1)，3-9，2006
57. 大内章嗣：今後の歯科医師需給の予測，平成17年度厚生労働科学研究・研究補助金(医療技術評価総合研究事業)新たな歯科医療需給等の予測に関する総合的研究(主任研究者宮武光吉)，2006年3月
58. 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口 - 平成18(2006)年～平成67(2055)年，2006年12月推計
59. 厚生労働省：平成17年歯科疾患実態調査，2007年
60. 日本歯科医師会・日本プライマリ・ケア学会，在宅医療推進のための医科・歯科連携ワークショップ報告書，日本歯科医師会，東京，1-42，2007
61. 森田憲司，向井美恵：介護予防と口腔ケア—重度化予防に向けて—，日本歯科医師会雑誌，60(5)：29-42，2007
62. 川島孝一郎：地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究 総括研究報告書，平成18年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業：1-161，2007
63. 川島孝一郎：地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業 事業実績報告書，平成18年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)：1-262，2007
64. 東京都福祉保健局：障害者等歯科医療基盤整備及び在宅医療推進のための基礎調査(平成18年度8020運動推進特別事業)：1-92，2007
65. 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会：「健康日本21」中間評価報告書，2007年4月
66. 柴原孝彦，片倉朗：口腔癌検診の普及と標準化をめざして，日本歯科医師会雑誌，60：6-17，2007
67. Fukai K., Takiguchi T., Ando Y., Aoyama H., Miyakawa Y., Ito G., Inoue M., Sasaki H.: Dental health and 15-year mortality in a cohort of community-residing older people, Geriatr Gerontol Int 2007; 7: 341-347
68. Fukai K., Takiguchi T., Ando Y., Aoyama H., Miyakawa Y., Ito G., Inoue M., Sasaki H.: Mortalities of community-residing adult residents with and without dentures, Geriatr Gerontol Int 2008 in press, 15 Jan 2008 accepted)

別表歯－1.

	年齢階級別人口				死亡場所		
	人口総数 (人)	65歳以上 人口 (人)	75歳以上 人口 (人)	65歳以上 人口割合 (%)	年間死亡者総 数	死亡の場所： 老人ホーム＋ 自宅	在宅死割合 (%)
全国	127,767,994	25,672,005	11,601,898	20.1	1,081,730	155,974	14.4
北海道	5,627,737	1,205,692	543,243	21.4	49,982	4,619	9.2
青森県	1,436,657	326,562	145,911	22.7	14,882	1,900	12.8
岩手県	1,385,041	339,957	160,886	24.5	14,638	2,054	14.0
宮城県	2,360,218	470,512	217,888	19.9	19,765	3,191	16.1
秋田県	1,145,501	308,193	147,870	26.9	13,061	1,891	14.5
山形県	1,216,181	309,913	156,269	25.5	13,255	2,261	17.1
福島県	2,091,319	474,860	232,842	22.7	20,981	3,264	15.6
茨城県	2,975,167	576,272	266,600	19.4	25,839	3,427	13.3
栃木県	2,016,631	390,896	183,807	19.4	18,091	2,657	14.7
群馬県	2,024,135	416,909	198,420	20.6	18,546	2,458	13.3
埼玉県	7,054,243	1,157,006	443,862	16.4	48,095	6,241	13.0
千葉県	6,056,462	1,060,343	428,657	17.5	44,021	6,392	14.5
東京都	12,576,601	2,295,527	977,183	18.3	93,599	14,077	15.0
神奈川県	8,791,597	1,480,262	598,457	16.8	58,801	8,322	14.2
新潟県	2,431,459	580,739	287,319	23.9	24,396	4,226	17.3
富山県	1,111,729	258,317	126,696	23.2	10,861	1,331	12.3
石川県	1,174,026	245,739	120,432	20.9	10,376	1,364	13.1
福井県	821,592	185,501	92,901	22.6	7,772	1,177	15.1
山梨県	884,515	193,580	96,550	21.9	8,291	1,213	14.6
長野県	2,196,114	521,984	266,499	23.8	21,369	4,167	19.5
岐阜県	2,107,226	442,124	203,382	21.0	18,511	2,839	15.3
静岡県	3,792,377	779,193	355,495	20.5	31,747	5,098	16.1
愛知県	7,254,704	1,248,562	518,000	17.2	52,536	6,637	12.6
三重県	1,866,963	400,647	186,015	21.5	17,154	2,857	16.7
滋賀県	1,380,361	249,418	116,688	18.1	10,419	1,668	16.0
京都府	2,647,660	530,350	242,033	20.0	22,134	3,583	16.2
大阪府	8,817,166	1,634,218	649,886	18.5	68,648	10,807	15.7
兵庫県	5,590,601	1,108,564	491,615	19.8	46,657	7,927	17.0
奈良県	1,421,310	283,528	126,249	19.9	11,880	2,283	19.2
和歌山県	1,035,969	249,473	120,328	24.1	11,251	2,102	18.7
鳥取県	607,012	146,113	75,084	24.1	6,303	1,082	17.2
島根県	742,223	201,103	104,864	27.1	8,557	1,421	16.6
岡山県	1,957,264	438,054	213,415	22.4	18,428	2,712	14.7
広島県	2,876,642	600,545	288,529	20.9	25,579	3,982	15.6
山口県	1,492,606	373,346	181,725	25.0	16,522	2,348	14.2
徳島県	809,950	197,313	97,619	24.4	8,609	1,257	14.6
香川県	1,012,400	235,508	117,327	23.3	10,265	1,478	14.4
愛媛県	1,467,815	351,990	173,836	24.0	15,469	2,294	14.8
高知県	796,292	206,375	106,354	25.9	9,119	1,012	11.1
福岡県	5,049,908	997,798	461,940	19.8	42,675	4,466	10.5
佐賀県	866,369	196,108	97,821	22.6	8,546	1,084	12.7
長崎県	1,478,632	348,820	171,021	23.6	14,866	1,701	11.4
熊本県	1,842,233	437,244	218,699	23.7	17,906	2,303	12.9
大分県	1,209,571	292,805	143,580	24.2	12,160	1,584	13.0
宮崎県	1,153,042	270,586	130,599	23.5	11,167	1,518	13.6
鹿児島県	1,753,179	434,559	220,033	24.8	18,980	2,496	13.2
沖縄県	1,361,594	218,897	97,469	16.1	9,021	1,203	13.3
全国	127,767,994	25,672,005	11,601,898	20.1	1,081,730	155,974	14.4

平成17年国勢調査、人口動態調査、医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計

要介護者							
	総数（要支援～要介護5）（人）	要支援（人）	要介護1（人）	要介護2（人）	要介護3（人）	要介護4（人）	要介護5（人）
全国	4,323,332	717,642	1,422,851	644,732	552,367	520,976	464,764
北海道	205,780	33,722	73,294	29,716	23,952	22,445	22,651
青森県	61,637	9,789	19,858	9,912	7,718	7,094	7,266
岩手県	55,963	6,985	18,921	8,374	7,444	7,036	7,203
宮城県	75,624	10,748	25,280	11,546	9,400	9,797	8,853
秋田県	55,514	6,729	18,223	8,288	6,932	7,435	7,907
山形県	49,349	6,158	16,308	7,463	6,639	6,363	6,418
福島県	74,414	8,526	24,460	11,969	10,402	9,856	9,201
茨城県	77,410	8,251	24,376	13,252	11,814	10,918	8,799
栃木県	57,528	7,059	18,485	8,974	8,049	8,300	6,661
群馬県	66,260	9,320	22,499	10,204	8,912	8,254	7,071
埼玉県	156,654	20,553	49,568	25,754	22,701	21,536	16,542
千葉県	146,562	20,592	48,652	22,350	19,944	19,309	15,715
東京都	374,978	61,321	118,508	56,596	49,289	47,719	41,545
神奈川県	226,832	30,500	77,839	35,390	30,368	27,417	25,318
新潟県	94,200	10,782	28,687	14,266	13,158	13,795	13,512
富山県	43,641	4,242	13,618	7,378	6,505	6,046	5,852
石川県	42,532	5,349	14,242	6,887	5,705	5,331	5,018
福井県	28,850	3,620	10,063	4,138	3,925	3,643	3,461
山梨県	28,857	3,099	9,239	4,683	4,213	4,061	3,562
長野県	86,341	11,576	28,126	12,973	11,458	11,730	10,478
岐阜県	67,516	10,192	20,851	11,030	9,240	8,471	7,732
静岡県	113,303	13,265	37,904	18,193	15,935	15,165	12,841
愛知県	184,563	24,426	62,423	30,083	25,504	23,285	18,842
三重県	71,987	10,520	24,911	10,775	9,781	8,916	7,084
滋賀県	39,780	4,558	13,516	6,626	5,460	5,107	4,513
京都府	93,541	10,475	33,106	15,581	12,943	11,692	9,744
大阪府	315,619	58,553	114,658	44,857	35,112	34,110	28,329
兵庫県	197,930	41,197	64,473	27,869	23,623	21,840	18,928
奈良県	49,590	8,348	17,744	7,572	6,550	5,281	4,095
和歌山県	50,443	10,980	15,171	7,009	6,197	5,620	5,466
鳥取県	26,339	5,031	7,456	4,060	3,554	3,152	3,086
島根県	38,998	7,027	12,236	5,616	4,629	4,724	4,766
岡山県	84,897	14,117	29,215	12,527	10,681	9,542	8,815
広島県	118,039	26,246	36,877	16,477	14,010	12,335	12,094
山口県	65,325	13,037	20,612	9,219	7,679	7,623	7,155
徳島県	42,264	9,775	14,517	5,512	4,496	4,243	3,721
香川県	41,450	6,988	15,367	5,699	4,652	4,464	4,280
愛媛県	69,419	13,356	22,026	9,897	8,338	7,781	8,021
高知県	36,940	7,676	10,206	5,227	4,644	4,322	4,865
福岡県	194,701	45,674	64,343	26,720	21,766	20,074	16,124
佐賀県	34,057	7,588	10,907	4,825	4,410	3,600	2,727
長崎県	72,546	21,369	21,870	9,081	7,739	6,633	5,854
熊本県	80,680	17,557	25,752	10,325	9,756	9,170	8,120
大分県	57,203	13,549	18,209	7,564	6,180	6,134	5,567
宮崎県	44,849	10,151	12,813	6,267	5,550	4,720	5,348
鹿児島県	83,073	20,951	23,860	10,339	9,773	9,326	8,824
沖縄県	39,354	6115	11582	5669	5637	5561	4790
全国	4,323,332	717,642	1,422,851	644,732	552,367	520,976	464,764

要介護者 第1号 被保険者 65歳以上75歳未満							
	要支援 (人)	要介護1 (人)	要介護2 (人)	要介護3 (人)	要介護4 (人)	要介護5 (人)	計 (人)
全国	125,722	234,184	103,566	82,197	70,281	65,600	681,550
北海道	6,325	12,601	4,946	3,648	3,105	3,122	33,747
青森県	1,779	3,443	1,804	1,317	1,101	1,105	10,549
岩手県	1,001	2,846	1,375	1,144	906	963	8,235
宮城県	1,831	3,900	1,751	1,453	1,373	1,220	11,528
秋田県	1,096	2,753	1,285	1,021	909	987	8,051
山形県	841	2,181	980	883	752	796	6,433
福島県	1,310	3,593	1,728	1,460	1,273	1,292	10,656
茨城県	1,361	3,636	1,995	1,719	1,461	1,257	11,429
栃木県	1,127	2,830	1,335	1,141	1,107	990	8,530
群馬県	1,357	3,161	1,462	1,142	1,031	914	9,067
埼玉県	4,083	9,573	4,930	4,098	3,488	2,823	28,995
千葉県	4,009	8,706	3,892	3,248	2,909	2,483	25,247
東京都	11,638	21,137	10,164	8,025	6,787	6,274	64,025
神奈川県	5,953	14,845	6,765	5,343	4,465	4,173	41,544
新潟県	1,578	3,861	1,832	1,641	1,615	1,511	12,038
富山県	695	1,777	953	783	638	698	5,544
石川県	781	1,808	859	685	560	545	5,238
福井県	456	1,246	488	395	386	386	3,357
山梨県	456	1,210	631	524	481	422	3,724
長野県	1,655	3,663	1,636	1,343	1,244	1,273	10,814
岐阜県	1,703	3,337	1,697	1,333	1,156	1,151	10,377
静岡県	2,138	5,914	2,735	2,340	2,058	1,990	17,175
愛知県	4,678	11,024	5,307	4,251	3,629	3,249	32,138
三重県	1,803	4,065	1,712	1,470	1,256	996	11,302
滋賀県	850	2,043	956	697	650	616	5,812
京都府	1,950	5,266	2,376	1,730	1,385	1,324	14,031
大阪府	14,424	24,900	8,923	6,350	5,638	4,985	65,220
兵庫県	7,842	11,086	4,541	3,478	2,984	2,760	32,691
奈良県	1,535	2,776	1,222	946	670	614	7,763
和歌山県	2,089	2,561	1,046	894	715	681	7,986
鳥取県	731	962	540	440	326	352	3,351
島根県	933	1,585	731	513	485	569	4,816
岡山県	2,158	4,272	1,842	1,433	1,222	1,110	12,037
広島県	4,091	5,127	2,230	1,805	1,429	1,444	16,126
山口県	1,864	3,008	1,302	988	894	793	8,849
徳島県	1,721	2,306	887	645	502	514	6,575
香川県	1,009	2,017	789	582	547	519	5,463
愛媛県	2,110	3,362	1,455	1,218	1,005	1,021	10,171
高知県	1,119	1,547	729	541	463	578	4,977
福岡県	8,757	10,895	4,097	3,075	2,494	2,192	31,510
佐賀県	945	1,406	663	531	361	312	4,218
長崎県	3,190	3,081	1,222	1,003	763	680	9,939
熊本県	2,313	3,437	1,351	1,127	981	833	10,042
大分県	1,824	2,434	1,067	829	707	678	7,539
宮崎県	1,258	1,819	911	729	570	699	5,986
鹿児島県	2355	3210	1410	1311	1066	1068	10420
沖縄県	1000	1974	1014	925	734	638	6285
全国	125722	234184	103566	82197	70281	65600	681550

別表歯－1

要介護者 第1号 被保険者 75歳以上							
	要支援 (人)	要介護1 (人)	要介護2 (人)	要介護3 (人)	要介護4 (人)	要介護5 (人)	計 (人)
全国	580,112	1,139,639	512,450	448,839	433,293	379,412	3,493,745
北海道	26,885	58,254	23,440	19,430	18,641	18,619	165,269
青森県	7,901	15,842	7,604	6,098	5,754	5,857	49,056
岩手県	5,897	15,482	6,660	6,024	5,917	5,975	45,955
宮城県	8,733	20,438	9,259	7,552	8,085	7,232	61,299
秋田県	5,564	14,948	6,679	5,681	6,329	6,690	45,891
山形県	5,202	13,667	6,239	5,559	5,459	5,405	41,531
福島県	7,072	20,030	9,757	8,553	8,276	7,551	61,239
茨城県	6,700	19,758	10,615	9,614	9,079	7,123	62,889
栃木県	5,783	14,910	7,239	6,583	6,907	5,405	46,827
群馬県	7,793	18,505	8,275	7,422	6,983	5,873	54,851
埼玉県	15,922	37,533	19,165	17,362	17,025	12,755	119,762
千葉県	16,096	37,606	17,165	15,688	15,536	12,319	114,410
東京都	48,725	93,389	43,822	39,267	39,263	33,334	297,800
神奈川県	23,949	59,928	26,685	23,524	21,726	19,773	175,585
新潟県	9,008	23,849	11,916	11,172	11,801	11,550	79,296
富山県	3,472	11,451	6,177	5,525	5,257	4,956	36,838
石川県	4,478	12,046	5,815	4,873	4,643	4,328	36,183
福井県	3,109	8,557	3,513	3,443	3,182	2,968	24,772
山梨県	2,587	7,724	3,859	3,535	3,458	2,987	24,150
長野県	9,723	23,596	10,825	9,787	10,164	8,858	72,953
岐阜県	8,304	16,789	8,808	7,562	7,026	6,284	54,773
静岡県	10,861	30,504	14,657	12,965	12,590	10,197	91,774
愛知県	19,152	48,802	23,155	20,083	18,702	14,565	144,459
三重県	8,531	20,046	8,628	7,932	7,388	5,759	58,284
滋賀県	3,613	11,021	5,397	4,582	4,332	3,693	32,638
京都府	8,377	27,042	12,680	10,809	9,949	8,003	76,860
大阪府	43,245	85,873	33,604	27,179	27,061	21,764	238,726
兵庫県	32,582	51,307	22,172	19,181	18,109	15,335	158,686
奈良県	6,674	14,443	6,033	5,346	4,414	3,291	40,201
和歌山県	8,766	12,226	5,727	5,102	4,745	4,607	41,173
鳥取県	4,228	6,250	3,394	3,008	2,746	2,637	22,263
島根県	5,998	10,327	4,710	4,003	4,143	4,085	33,266
岡山県	11,766	24,153	10,191	8,912	8,055	7,367	70,444
広島県	21,732	30,584	13,574	11,697	10,550	10,227	98,364
山口県	10,982	16,920	7,579	6,440	6,523	6,122	54,566
徳島県	7,960	11,869	4,408	3,699	3,625	3,101	34,662
香川県	5,869	12,848	4,704	3,911	3,790	3,610	34,732
愛媛県	11,067	18,022	8,057	6,796	6,545	6,681	57,168
高知県	6,400	8,313	4,320	3,990	3,744	4,144	30,911
福岡県	36,295	51,192	21,481	17,855	16,883	13,319	157,025
佐賀県	6,530	9,181	4,034	3,767	3,156	2,332	29,000
長崎県	17,952	18,128	7,532	6,464	5,686	4,978	60,740
熊本県	14,939	21,422	8,601	8,366	7,991	7,054	68,373
大分県	11,603	15,309	6,202	5,189	5,278	4,702	48,283
宮崎県	8,732	10,493	5,148	4,640	4,034	4,477	37,524
鹿児島県	18370	19950	8541	8170	8075	7514	70620
沖縄県	4985	9112	4404	4499	4668	4006	31674
全国	580112	1139639	512450	448839	433293	379412	3493745

要介護者 第2号 被保険者							
	要支援 (人)	要介護1 (人)	要介護2 (人)	要介護3 (人)	要介護4 (人)	要介護5 (人)	計 (人)
全国	11,808	49,028	28,716	21,331	17,402	19,752	148,037
北海道	512	2,439	1,330	874	699	910	6,764
青森県	109	573	504	303	239	304	2,032
岩手県	87	593	339	276	213	265	1,773
宮城県	184	942	536	395	339	401	2,797
秋田県	69	522	324	230	197	230	1,572
山形県	115	460	244	197	152	217	1,385
福島県	144	837	484	389	307	358	2,519
茨城県	190	982	642	481	378	419	3,092
栃木県	149	745	400	325	286	266	2,171
群馬県	170	833	467	348	240	284	2,342
埼玉県	548	2,462	1,659	1,241	1,023	964	7,897
千葉県	487	2,340	1,293	1,008	864	913	6,905
東京都	958	3,982	2,610	1,997	1,669	1,937	13,153
神奈川県	598	3,066	1,940	1,501	1,226	1,372	9,703
新潟県	196	977	518	345	379	451	2,866
富山県	75	390	248	197	151	198	1,259
石川県	90	388	213	147	128	145	1,111
福井県	55	260	137	87	75	107	721
山梨県	56	305	193	154	122	153	983
長野県	198	867	512	328	322	347	2,574
岐阜県	185	725	525	345	289	297	2,366
静岡県	266	1,486	801	630	517	654	4,354
愛知県	596	2,597	1,621	1,170	954	1,028	7,966
三重県	186	800	435	379	272	329	2,401
滋賀県	95	452	273	181	125	204	1,330
京都府	148	798	525	404	358	417	2,650
大阪府	884	3,885	2,330	1,583	1,411	1,580	11,673
兵庫県	773	2,080	1,156	964	747	833	6,553
奈良県	139	525	317	258	197	190	1,626
和歌山県	125	384	236	201	160	178	1,284
鳥取県	72	244	126	106	80	97	725
島根県	96	324	175	113	96	112	916
岡山県	193	790	494	336	265	338	2,416
広島県	423	1,166	673	508	356	423	3,549
山口県	191	684	338	251	206	240	1,910
徳島県	94	342	217	152	116	106	1,027
香川県	110	502	206	159	127	151	1,255
愛媛県	179	642	385	324	231	319	2,080
高知県	157	346	178	113	115	143	1,052
福岡県	622	2,256	1,142	836	697	613	6,166
佐賀県	113	320	128	112	83	83	839
長崎県	227	661	327	272	184	196	1,867
熊本県	305	893	373	263	198	233	2,265
大分県	122	466	295	162	149	187	1,381
宮崎県	161	501	208	181	116	172	1,339
鹿児島県	226	700	388	292	185	242	2,033
沖縄県	130	496	251	213	159	146	1,395
全国	11808	49028	28716	21331	17402	19752	148037

要介護者（総数）構成比率							
	要支援 （%）	要介護 1 （%）	要介護 2 （%）	要介護 3 （%）	要介護 4 （%）	要介護 5 （%）	
全国	16.6	32.9	14.9	12.8	12.1	10.8	
北海道	16.4	35.6	14.4	11.6	10.9	11.0	
青森県	15.9	32.2	16.1	12.5	11.5	11.8	
岩手県	12.5	33.8	15.0	13.3	12.6	12.9	
宮城県	14.2	33.4	15.3	12.4	13.0	11.7	
秋田県	12.1	32.8	14.9	12.5	13.4	14.2	
山形県	12.5	33.0	15.1	13.5	12.9	13.0	
福島県	11.5	32.9	16.1	14.0	13.2	12.4	
茨城県	10.7	31.5	17.1	15.3	14.1	11.4	
栃木県	12.3	32.1	15.6	14.0	14.4	11.6	
群馬県	14.1	34.0	15.4	13.5	12.5	10.7	
埼玉県	13.1	31.6	16.4	14.5	13.7	10.6	
千葉県	14.1	33.2	15.2	13.6	13.2	10.7	
東京都	16.4	31.6	15.1	13.1	12.7	11.1	
神奈川県	13.4	34.3	15.6	13.4	12.1	11.2	
新潟県	11.4	30.5	15.1	14.0	14.6	14.3	
富山県	9.7	31.2	16.9	14.9	13.9	13.4	
石川県	12.6	33.5	16.2	13.4	12.5	11.8	
福井県	12.5	34.9	14.3	13.6	12.6	12.0	
山梨県	10.7	32.0	16.2	14.6	14.1	12.3	
長野県	13.4	32.6	15.0	13.3	13.6	12.1	
岐阜県	15.1	30.9	16.3	13.7	12.5	11.5	
静岡県	11.7	33.5	16.1	14.1	13.4	11.3	
愛知県	13.2	33.8	16.3	13.8	12.6	10.2	
三重県	14.6	34.6	15.0	13.6	12.4	9.8	
滋賀県	11.5	34.0	16.7	13.7	12.8	11.3	
京都府	11.2	35.4	16.7	13.8	12.5	10.4	
大阪府	18.6	36.3	14.2	11.1	10.8	9.0	
兵庫県	20.8	32.6	14.1	11.9	11.0	9.6	
奈良県	16.8	35.8	15.3	13.2	10.6	8.3	
和歌山県	21.8	30.1	13.9	12.3	11.1	10.8	
鳥取県	19.1	28.3	15.4	13.5	12.0	11.7	
島根県	18.0	31.4	14.4	11.9	12.1	12.2	
岡山県	16.6	34.4	14.8	12.6	11.2	10.4	
広島県	22.2	31.2	14.0	11.9	10.4	10.2	
山口県	20.0	31.6	14.1	11.8	11.7	11.0	
徳島県	23.1	34.3	13.0	10.6	10.0	8.8	
香川県	16.9	37.1	13.7	11.2	10.8	10.3	
愛媛県	19.2	31.7	14.3	12.0	11.2	11.6	
高知県	20.8	27.6	14.1	12.6	11.7	13.2	
福岡県	23.5	33.0	13.7	11.2	10.3	8.3	
佐賀県	22.3	32.0	14.2	12.9	10.6	8.0	
長崎県	29.5	30.1	12.5	10.7	9.1	8.1	
熊本県	21.8	31.9	12.8	12.1	11.4	10.1	
大分県	23.7	31.8	13.2	10.8	10.7	9.7	
宮崎県	22.6	28.6	14.0	12.4	10.5	11.9	
鹿児島県	25.2	28.7	12.4	11.8	11.2	10.6	
沖縄県	15.5	29.4	14.4	14.3	14.1	12.2	
全国	16.6	32.9	14.9	12.8	12.1	10.8	

別表歯－1

	介護保険施設	病院入院者		歯科診療所数	歯科診療所従事者	
	入所者数	療養病床数	一般病床数	総数	歯科医師数 (総数)	歯科衛生士数
全国	9,442,526	359,230	904,199	66,732	87,498	71,213
北海道	493,289	28,898	53,718	3,025	3,744	3,477
青森県	132,690	3,022	11,529	575	725	505
岩手県	135,205	3,130	12,020	591	750	662
宮城県	154,989	3,433	17,079	1,034	1,353	870
秋田県	126,097	2,730	9,793	472	610	692
山形県	121,264	1,885	9,615	467	582	759
福島県	164,039	4,355	17,299	887	1,100	791
茨城県	190,188	5,887	19,312	1,339	1,740	1,228
栃木県	126,327	4,663	12,529	968	1,244	1,016
群馬県	151,962	5,125	14,820	931	1,231	1,183
埼玉県	312,533	14,406	33,865	3,212	4,252	2,570
千葉県	303,218	10,263	32,224	3,029	4,174	2,405
東京都	696,337	21,102	83,437	10,436	14,148	8,045
神奈川県	436,999	12,547	47,905	4,689	6,525	4,363
新潟県	260,983	6,094	16,693	1,165	1,512	1,598
富山県	135,312	5,347	9,258	467	580	714
石川県	121,385	5,237	10,662	469	554	633
福井県	88,408	2,764	6,669	274	353	393
山梨県	70,176	2,505	6,415	422	541	552
長野県	202,212	3,819	15,777	990	1,253	1,369
岐阜県	153,870	3,451	12,927	929	1,181	1,390
静岡県	269,982	11,244	22,333	1,721	2,061	1,680
愛知県	389,323	13,963	41,638	3,536	4,723	3,140
三重県	144,711	4,651	11,516	852	1,052	993
滋賀県	84,017	2,671	9,567	544	719	684
京都府	207,335	7,058	22,434	1,305	1,648	1,027
大阪府	561,946	24,539	64,910	5,297	6,947	5,080
兵庫県	408,839	14,668	37,789	2,863	3,420	2,586
奈良県	94,751	3,420	10,295	676	893	698
和歌山県	100,251	2,974	8,822	560	680	525
鳥取県	67,140	1,778	5,386	263	323	589
島根県	89,518	2,740	6,391	292	360	501
岡山県	175,170	5,516	19,188	993	1,269	1,533
広島県	253,284	11,065	21,341	1,511	1,983	2,076
山口県	170,391	10,149	11,486	682	872	860
徳島県	102,814	4,926	6,437	427	585	744
香川県	102,235	2,770	10,015	444	600	773
愛媛県	150,753	5,788	12,502	686	825	854
高知県	99,833	8,141	7,185	355	434	741
福岡県	408,882	24,664	41,502	2,951	4,249	3,815
佐賀県	89,325	4,889	6,022	403	551	764
長崎県	149,735	6,896	12,757	748	962	1,003
熊本県	209,085	11,145	15,667	807	1,135	1,509
大分県	123,527	3,548	11,754	543	705	1,065
宮崎県	113,668	4,422	9,326	516	636	998
鹿児島県	193,468	10,559	14,778	803	987	1,133
沖縄県	105,060	4,383	9,612	583	730	627
全国	9,442,526	359,230	904,199	66,732	87,498	71,213

在宅医療サービス実施診療所数（1ヶ月間）								
	総数	訪問診療 （患者）	訪問診療 （患者以 外）	訪問歯科衛 生指導	居宅療養管 理指導（歯 科医師）	居宅療養管 理指導（歯 科衛生士 等）	その他の在 宅医療サー ビス	在宅医療実 施診療所率 （％）
全国	12,147	8,138	6,770	3,308	2,675	1,814	141	18.2
北海道	656	401	446	135	118	82	6	21.7
青森県	117	72	79	23	21	14	-	20.3
岩手県	144	90	83	45	36	27	1	24.4
宮城県	154	105	89	30	29	16	1	14.9
秋田県	76	50	47	23	14	9	1	16.1
山形県	143	94	74	33	36	20	3	30.6
福島県	152	103	70	24	21	9	1	17.1
茨城県	161	95	90	32	28	25	-	12.0
栃木県	118	71	57	17	16	11	2	12.2
群馬県	154	97	99	21	22	12	-	16.5
埼玉県	331	219	174	99	90	61	2	10.3
千葉県	399	287	192	98	85	52	9	13.2
東京都	1,279	960	519	329	331	197	27	12.3
神奈川県	639	492	268	203	159	109	11	13.6
新潟県	338	269	136	71	75	52	1	29.0
富山県	89	53	49	15	11	5	1	19.1
石川県	79	43	52	17	11	4	-	16.8
福井県	51	26	34	13	7	3	-	18.6
山梨県	68	36	30	20	11	17	-	16.1
長野県	266	187	141	50	50	32	9	26.9
岐阜県	285	170	191	86	55	57	3	30.7
静岡県	364	259	192	61	68	49	4	21.2
愛知県	752	468	405	142	153	75	4	21.3
三重県	143	84	95	33	26	20	-	16.8
滋賀県	80	56	42	9	16	9	-	14.7
京都府	245	180	136	70	60	42	2	18.8
大阪府	917	701	463	423	252	192	18	17.3
兵庫県	594	400	333	152	124	69	8	20.7
奈良県	103	68	59	21	22	12	1	15.2
和歌山県	127	85	68	29	16	9	-	22.7
鳥取県	72	47	42	28	24	23	1	27.4
島根県	104	70	69	27	20	8	-	35.6
岡山県	254	178	154	75	55	47	1	25.6
広島県	428	307	255	183	138	100	6	28.3
山口県	138	75	91	28	23	11	1	20.2
徳島県	94	56	60	30	22	15	2	22.0
香川県	93	62	62	41	19	16	-	20.9
愛媛県	154	81	110	32	28	22	-	22.4
高知県	104	56	78	34	30	25	1	29.3
福岡県	586	364	377	219	153	108	7	19.9
佐賀県	144	84	102	64	34	27	2	35.7
長崎県	234	148	155	57	49	37	4	31.3
熊本県	179	94	121	37	28	22	-	22.2
大分県	101	55	71	25	21	13	-	18.6
宮崎県	111	54	80	27	15	11	-	21.5
鹿児島県	263	151	178	51	44	30	1	32.8
沖縄県	64	35	52	26	9	8	-	11.0
全国	12,147	8,138	6,770	3,308	2,675	1,814	141	18.2

在宅医療サービス実施件数（1ヶ月間）							
	訪問診療（患 家）	訪問診療（患 家以外）	訪問歯科衛生 指導	居宅療養管理 指導（歯科医 師）	居宅療養管理 指導（歯科衛 生士等）	その他の在宅 医療サービス	訪問診療（患 家+患家以 外）再掲
全国	51,185	102,463	74,907	33,184	29,488	527	153,648
北海道	2,275	6,512	2,590	1,152	995	15	8,787
青森県	218	812	285	177	157	-	1,030
岩手県	205	695	358	145	115	4	900
宮城県	582	808	312	434	300	2	1,390
秋田県	470	1,143	365	66	54	1	1,613
山形県	213	511	212	130	91	4	724
福島県	478	1,108	700	270	131	1	1,586
茨城県	587	927	363	381	327	-	1,514
栃木県	233	305	118	129	110	16	538
群馬県	292	583	226	115	87	-	875
埼玉県	2,761	3,480	3,290	2,331	2,201	3	6,241
千葉県	3,765	5,604	4,912	2,716	2,797	11	9,369
東京都	8,952	14,511	12,033	6,511	5,720	62	23,463
神奈川県	5,262	4,792	3,731	2,972	2,546	52	10,054
新潟県	667	867	512	286	224	6	1,534
富山県	130	340	75	37	30	2	470
石川県	97	371	101	46	21	-	468
福井県	40	194	113	11	4	-	234
山梨県	81	193	93	32	68	-	274
長野県	732	972	405	303	223	18	1,704
岐阜県	525	1,199	824	274	285	3	1,724
静岡県	814	1,742	1,025	698	581	28	2,556
愛知県	1,524	3,284	1,526	828	496	5	4,808
三重県	297	720	520	156	125	-	1,017
滋賀県	235	222	76	94	121	-	457
京都府	1,352	2,096	1,599	713	676	5	3,448
大阪府	5,678	17,775	16,761	4,973	4,928	119	23,453
兵庫県	1,892	4,749	3,329	1,130	772	25	6,641
奈良県	288	773	910	142	330	4	1,061
和歌山県	348	517	398	166	210	-	865
鳥取県	136	382	221	72	113	1	518
島根県	293	415	129	87	58	-	708
岡山県	754	1,381	598	389	322	1	2,135
広島県	2,157	3,574	2,879	1,245	1,067	82	5,731
山口県	190	756	452	71	39	4	946
徳島県	233	523	397	89	70	7	756
香川県	500	961	763	267	137	-	1,461
愛媛県	485	1,334	716	227	115	-	1,819
高知県	224	1,012	897	293	182	3	1,236
福岡県	2,679	6,735	6,141	1,715	1,648	34	9,414
佐賀県	331	1,242	1,165	170	135	4	1,573
長崎県	396	1,504	339	202	146	4	1,900
熊本県	410	1,172	923	345	272	-	1,582
大分県	601	1,098	393	346	250	-	1,699
宮崎県	173	588	215	70	53	-	761
鹿児島県	499	1,050	290	123	103	1	1,549
沖縄県	131	931	627	55	53	-	1,062
全国	51,185	102,463	74,907	33,184	29,488	527	153,648

	診療所1施設当たりの訪問診療(患家)実施件数	実施診療所1施設当たりの訪問診療(患家)実施件数	診療所1施設当たりの訪問診療(患家以外)実施件数	実施診療所1施設当たりの訪問診療(患家以外)実施件数	診療所1施設当たりの訪問診療(患家+患家以外)実施件数	実施診療所1施設当たりの訪問診療(患家+患家以外)実施件数
全国	0.8	6.3	1.5	15.1	2.3	12.6
北海道	0.8	5.7	2.2	14.6	2.9	13.4
青森県	0.4	3.0	1.4	10.3	1.8	8.8
岩手県	0.3	2.3	1.2	8.4	1.5	6.3
宮城県	0.6	5.5	0.8	9.1	1.3	9.0
秋田県	1.0	9.4	2.4	24.3	3.4	21.2
山形県	0.5	2.3	1.1	6.9	1.6	5.1
福島県	0.5	4.6	1.2	15.8	1.8	10.4
茨城県	0.4	6.2	0.7	10.3	1.1	9.4
栃木県	0.2	3.3	0.3	5.4	0.6	4.6
群馬県	0.3	3.0	0.6	5.9	0.9	5.7
埼玉県	0.9	12.6	1.1	20.0	1.9	18.9
千葉県	1.2	13.1	1.9	29.2	3.1	23.5
東京都	0.9	9.3	1.4	28.0	2.2	18.3
神奈川県	1.1	10.7	1.0	17.9	2.1	15.7
新潟県	0.6	2.5	0.7	6.4	1.3	4.5
富山県	0.3	2.5	0.7	6.9	1.0	5.3
石川県	0.2	2.3	0.8	7.1	1.0	5.9
福井県	0.1	1.5	0.7	5.7	0.9	4.6
山梨県	0.2	2.3	0.5	6.4	0.6	4.0
長野県	0.7	3.9	1.0	6.9	1.7	6.4
岐阜県	0.6	3.1	1.3	6.3	1.9	6.0
静岡県	0.5	3.1	1.0	9.1	1.5	7.0
愛知県	0.4	3.3	0.9	8.1	1.4	6.4
三重県	0.3	3.5	0.8	7.6	1.2	7.1
滋賀県	0.4	4.2	0.4	5.3	0.8	5.7
京都府	1.0	7.5	1.6	15.4	2.6	14.1
大阪府	1.1	8.1	3.4	38.4	4.4	25.6
兵庫県	0.7	4.7	1.7	14.3	2.3	11.2
奈良県	0.4	4.2	1.1	13.1	1.6	10.3
和歌山県	0.6	4.1	0.9	7.6	1.5	6.8
鳥取県	0.5	2.9	1.5	9.1	2.0	7.2
島根県	1.0	4.2	1.4	6.0	2.4	6.8
岡山県	0.8	4.2	1.4	9.0	2.2	8.4
広島県	1.4	7.0	2.4	14.0	3.8	13.4
山口県	0.3	2.5	1.1	8.3	1.4	6.9
徳島県	0.5	4.2	1.2	8.7	1.8	8.0
香川県	1.1	8.1	2.2	15.5	3.3	15.7
愛媛県	0.7	6.0	1.9	12.1	2.7	11.8
高知県	0.6	4.0	2.9	13.0	3.5	11.9
福岡県	0.9	7.4	2.3	17.9	3.2	16.1
佐賀県	0.8	3.9	3.1	12.2	3.9	10.9
長崎県	0.5	2.7	2.0	9.7	2.5	8.1
熊本県	0.5	4.4	1.5	9.7	2.0	8.8
大分県	1.1	10.9	2.0	15.5	3.1	16.8
宮崎県	0.3	3.2	1.1	7.4	1.5	6.9
鹿児島県	0.6	3.3	1.3	5.9	1.9	5.9
沖縄県	0.2	3.7	1.6	17.9	1.8	16.6
全国	0.8	6.3	1.5	15.1	2.3	12.6

	訪問診療充足率（1ヶ月間）	歯科診療所1施設当たり対象人数					
		後期高齢者	要介護者	介護保険施設入所者	入院患者（一般病床）	入院患者（療養病床）	年間在宅死亡者
全国	3.6	173.9	64.8	141.5	13.5	5.4	2.3
北海道	4.3	179.6	68.0	163.1	17.8	9.6	1.5
青森県	1.7	253.8	107.2	230.8	20.1	5.3	3.3
岩手県	1.6	272.2	94.7	228.8	20.3	5.3	3.5
宮城県	1.8	210.7	73.1	149.9	16.5	3.3	3.1
秋田県	2.9	313.3	117.6	267.2	20.7	5.8	4.0
山形県	1.5	334.6	105.7	259.7	20.6	4.0	4.8
福島県	2.1	262.5	83.9	184.9	19.5	4.9	3.7
茨城県	2.0	199.1	57.8	142.0	14.4	4.4	2.6
栃木県	0.9	189.9	59.4	130.5	12.9	4.8	2.7
群馬県	1.3	213.1	71.2	163.2	15.9	5.5	2.6
埼玉県	4.0	138.2	48.8	97.3	10.5	4.5	1.9
千葉県	6.4	141.5	48.4	100.1	10.6	3.4	2.1
東京都	6.3	93.6	35.9	66.7	8.0	2.0	1.3
神奈川県	4.4	127.6	48.4	93.2	10.2	2.7	1.8
新潟県	1.6	246.6	80.9	224.0	14.3	5.2	3.6
富山県	1.1	271.3	93.4	289.7	19.8	11.4	2.9
石川県	1.1	256.8	90.7	258.8	22.7	11.2	2.9
福井県	0.8	339.1	105.3	322.7	24.3	10.1	4.3
山梨県	0.9	228.8	68.4	166.3	15.2	5.9	2.9
長野県	2.0	269.2	87.2	204.3	15.9	3.9	4.2
岐阜県	2.6	218.9	72.7	165.6	13.9	3.7	3.1
静岡県	2.3	206.6	65.8	156.9	13.0	6.5	3.0
愛知県	2.6	146.5	52.2	110.1	11.8	3.9	1.9
三重県	1.4	218.3	84.5	169.8	13.5	5.5	3.4
滋賀県	1.1	214.5	73.1	154.4	17.6	4.9	3.1
京都府	3.7	185.5	71.7	158.9	17.2	5.4	2.7
大阪府	7.4	122.7	59.6	106.1	12.3	4.6	2.0
兵庫県	3.4	171.7	69.1	142.8	13.2	5.1	2.8
奈良県	2.1	186.8	73.4	140.2	15.2	5.1	3.4
和歌山県	1.7	214.9	90.1	179.0	15.8	5.3	3.8
鳥取県	2.0	285.5	100.1	255.3	20.5	6.8	4.1
島根県	1.8	359.1	133.6	306.6	21.9	9.4	4.9
岡山県	2.5	214.9	85.5	176.4	19.3	5.6	2.7
広島県	4.9	191.0	78.1	167.6	14.1	7.3	2.6
山口県	1.4	266.5	95.8	249.8	16.8	14.9	3.4
徳島県	1.8	228.6	99.0	240.8	15.1	11.5	2.9
香川県	3.5	264.3	93.4	230.3	22.6	6.2	3.3
愛媛県	2.6	253.4	101.2	219.8	18.2	8.4	3.3
高知県	3.3	299.6	104.1	281.2	20.2	22.9	2.9
福岡県	4.8	156.5	66.0	138.6	14.1	8.4	1.5
佐賀県	4.6	242.7	84.5	221.7	14.9	12.1	2.7
長崎県	2.6	228.6	97.0	200.2	17.1	9.2	2.3
熊本県	2.0	271.0	100.0	259.1	19.4	13.8	2.9
大分県	3.0	264.4	105.3	227.5	21.6	6.5	2.9
宮崎県	1.7	253.1	86.9	220.3	18.1	8.6	2.9
鹿児島県	1.9	274.0	103.5	240.9	18.4	13.1	3.1
沖縄県	2.7	167.2	67.5	180.2	16.5	7.5	2.1
全国	3.6	173.9	64.8	141.5	13.5	5.4	2.3

	在宅医療実施診療所1施設当たりの対象人数 (実施診療所18.2%)					ニーズ推計			
	要介護者	介護保険 施設入所 者	入院患者 (一般病 床)	入院患者 (療養病 床)	年間在宅 死亡者	継続的口腔 ケア要実施 者数(要介 護高齢者全 員と試算)	要治療者数 (要介護高齢 者の50%と試 算)	摂食嚥下指 導要実施者 数(要介護 高齢者の 20%と試 算)	ターミナル ケアにおけ る歯科管理 実施者数 (在宅死亡 者実数)
全国	355.9	777.4	74.4	29.6	12.8	4,323,332	2,161,666	864,666	155,974
北海道	313.7	752.0	81.9	44.1	7.0	205,780	102,890	41,156	4,619
青森県	526.8	1,134.1	98.5	25.8	16.2	61,637	30,819	12,327	1,900
岩手県	388.6	938.9	83.5	21.7	14.3	55,963	27,982	11,193	2,054
宮城県	491.1	1,006.4	110.9	22.3	20.7	75,624	37,812	15,125	3,191
秋田県	730.4	1,659.2	128.9	35.9	24.9	55,514	27,757	11,103	1,891
山形県	345.1	848.0	67.2	13.2	15.8	49,349	24,675	9,870	2,261
福島県	489.6	1,079.2	113.8	28.7	21.5	74,414	37,207	14,883	3,264
茨城県	480.8	1,181.3	120.0	36.6	21.3	77,410	38,705	15,482	3,427
栃木県	487.5	1,070.6	106.2	39.5	22.5	57,528	28,764	11,506	2,657
群馬県	430.3	986.8	96.2	33.3	16.0	66,260	33,130	13,252	2,458
埼玉県	473.3	944.2	102.3	43.5	18.9	156,654	78,327	31,331	6,241
千葉県	367.3	759.9	80.8	25.7	16.0	146,562	73,281	29,312	6,392
東京都	293.2	544.4	65.2	16.5	11.0	374,978	187,489	74,996	14,077
神奈川県	355.0	683.9	75.0	19.6	13.0	226,832	113,416	45,366	8,322
新潟県	278.7	772.1	49.4	18.0	12.5	94,200	47,100	18,840	4,226
富山県	490.3	1,520.4	104.0	60.1	15.0	43,641	21,821	8,728	1,331
石川県	538.4	1,536.5	135.0	66.3	17.3	42,532	21,266	8,506	1,364
福井県	565.7	1,733.5	130.8	54.2	23.1	28,850	14,425	5,770	1,177
山梨県	424.4	1,032.0	94.3	36.8	17.8	28,857	14,429	5,771	1,213
長野県	324.6	760.2	59.3	14.4	15.7	86,341	43,171	17,268	4,167
岐阜県	236.9	539.9	45.4	12.1	10.0	67,516	33,758	13,503	2,839
静岡県	311.3	741.7	61.4	30.9	14.0	113,303	56,652	22,661	5,098
愛知県	245.4	517.7	55.4	18.6	8.8	184,563	92,282	36,913	6,637
三重県	503.4	1,012.0	80.5	32.5	20.0	71,987	35,994	14,397	2,857
滋賀県	497.3	1,050.2	119.6	33.4	20.9	39,780	19,890	7,956	1,668
京都府	381.8	846.3	91.6	28.8	14.6	93,541	46,771	18,708	3,583
大阪府	344.2	612.8	70.8	26.8	11.8	315,619	157,810	63,124	10,807
兵庫県	333.2	688.3	63.6	24.7	13.3	197,930	98,965	39,586	7,927
奈良県	481.5	919.9	100.0	33.2	22.2	49,590	24,795	9,918	2,283
和歌山県	397.2	789.4	69.5	23.4	16.6	50,443	25,222	10,089	2,102
鳥取県	365.8	932.5	74.8	24.7	15.0	26,339	13,170	5,268	1,082
島根県	375.0	860.8	61.5	26.3	13.7	38,998	19,499	7,800	1,421
岡山県	334.2	689.6	75.5	21.7	10.7	84,897	42,449	16,979	2,712
広島県	275.8	591.8	49.9	25.9	9.3	118,039	59,020	23,608	3,982
山口県	473.4	1,234.7	83.2	73.5	17.0	65,325	32,663	13,065	2,348
徳島県	449.6	1,093.8	68.5	52.4	13.4	42,264	21,132	8,453	1,257
香川県	445.7	1,099.3	107.7	29.8	15.9	41,450	20,725	8,290	1,478
愛媛県	450.8	978.9	81.2	37.6	14.9	69,419	34,710	13,884	2,294
高知県	355.2	959.9	69.1	78.3	9.7	36,940	18,470	7,388	1,012
福岡県	332.3	697.8	70.8	42.1	7.6	194,701	97,351	38,940	4,466
佐賀県	236.5	620.3	41.8	34.0	7.5	34,057	17,029	6,811	1,084
長崎県	310.0	639.9	54.5	29.5	7.3	72,546	36,273	14,509	1,701
熊本県	450.7	1,168.1	87.5	62.3	12.9	80,680	40,340	16,136	2,303
大分県	566.4	1,223.0	116.4	35.1	15.7	57,203	28,602	11,441	1,584
宮崎県	404.0	1,024.0	84.0	39.8	13.7	44,849	22,425	8,970	1,518
鹿児島県	315.9	735.6	56.2	40.1	9.5	83,073	41,537	16,615	2,496
沖縄県	614.9	1,641.6	150.2	68.5	18.8	39,354	19,677	7,871	1,203
全国	355.9	777.4	74.4	29.6	12.8	4,323,332	2,161,666	864,666	155,974

	歯科医療供給推計（実施診療所数）			実施診療所当りの対象者数（Aの場合）			
	全診療診療所 が在宅医療実 施（A）	診療所の40% が在宅医療実 施（B）	診療所の20% が在宅医療実 施（C）	継続的口腔ケ ア要実施者数 （要介護高齢 者全員と試算）	要治療者数 （要介護高 齢者の50% と試算）	摂食嚥下指 導要実施者 数（要介護 高齢者の 20%と試算）	ターミナルケ アにおける歯 科管理実施者 数（在宅死亡 者実数）
全国	66,732	26,693	13,346	64.8	32.4	13.0	2.3
北海道	3,025	1,210	605	68.0	34.0	13.6	1.5
青森県	575	230	115	107.2	53.6	21.4	3.3
岩手県	591	236	118	94.7	47.3	18.9	3.5
宮城県	1,034	414	207	73.1	36.6	14.6	3.1
秋田県	472	189	94	117.6	58.8	23.5	4.0
山形県	467	187	93	105.7	52.8	21.1	4.8
福島県	887	355	177	83.9	41.9	16.8	3.7
茨城県	1,339	536	268	57.8	28.9	11.6	2.6
栃木県	968	387	194	59.4	29.7	11.9	2.7
群馬県	931	372	186	71.2	35.6	14.2	2.6
埼玉県	3,212	1,285	642	48.8	24.4	9.8	1.9
千葉県	3,029	1,212	606	48.4	24.2	9.7	2.1
東京都	10,436	4,174	2,087	35.9	18.0	7.2	1.3
神奈川県	4,689	1,876	938	48.4	24.2	9.7	1.8
新潟県	1,165	466	233	80.9	40.4	16.2	3.6
富山県	467	187	93	93.4	46.7	18.7	2.9
石川県	469	188	94	90.7	45.3	18.1	2.9
福井県	274	110	55	105.3	52.6	21.1	4.3
山梨県	422	169	84	68.4	34.2	13.7	2.9
長野県	990	396	198	87.2	43.6	17.4	4.2
岐阜県	929	372	186	72.7	36.3	14.5	3.1
静岡県	1,721	688	344	65.8	32.9	13.2	3.0
愛知県	3,536	1,414	707	52.2	26.1	10.4	1.9
三重県	852	341	170	84.5	42.2	16.9	3.4
滋賀県	544	218	109	73.1	36.6	14.6	3.1
京都府	1,305	522	261	71.7	35.8	14.3	2.7
大阪府	5,297	2,119	1,059	59.6	29.8	11.9	2.0
兵庫県	2,863	1,145	573	69.1	34.6	13.8	2.8
奈良県	676	270	135	73.4	36.7	14.7	3.4
和歌山県	560	224	112	90.1	45.0	18.0	3.8
鳥取県	263	105	53	100.1	50.1	20.0	4.1
島根県	292	117	58	133.6	66.8	26.7	4.9
岡山県	993	397	199	85.5	42.7	17.1	2.7
広島県	1,511	604	302	78.1	39.1	15.6	2.6
山口県	682	273	136	95.8	47.9	19.2	3.4
徳島県	427	171	85	99.0	49.5	19.8	2.9
香川県	444	178	89	93.4	46.7	18.7	3.3
愛媛県	686	274	137	101.2	50.6	20.2	3.3
高知県	355	142	71	104.1	52.0	20.8	2.9
福岡県	2,951	1,180	590	66.0	33.0	13.2	1.5
佐賀県	403	161	81	84.5	42.3	16.9	2.7
長崎県	748	299	150	97.0	48.5	19.4	2.3
熊本県	807	323	161	100.0	50.0	20.0	2.9
大分県	543	217	109	105.3	52.7	21.1	2.9
宮崎県	516	206	103	86.9	43.5	17.4	2.9
鹿児島県	803	321	161	103.5	51.7	20.7	3.1
沖縄県	583	233	117	67.5	33.8	13.5	2.1
全国	66,732	26,693	13,346	64.8	32.4	13.0	2.3

	実施診療所当りの対象者数 (Bの場合)				実施診療所当りの対象者数 (Cの場合)			
	継続的口腔 ケア要実施 者数 (要介 護高齢者全 員と試算)	要治療者数 (要介護高 齢者の50% と試算)	摂食嚥下指 導要実施者 数 (要介護 高齢者の 20%と試 算)	ターミナル ケアにおけ る歯科管理 実施者数 (在宅死亡 者実数)	継続的口腔 ケア要実施 者数 (要介 護高齢者全 員と試算)	要治療者数 (要介護高 齢者の50% と試算)	摂食嚥下指 導要実施者 数 (要介護 高齢者の 20%と試 算)	ターミナル ケアにおけ る歯科管理 実施者数 (在宅死亡 者実数)
全国	162.0	81.0	32.4	5.8	323.9	162.0	64.8	11.7
北海道	170.1	85.0	34.0	3.8	340.1	170.1	68.0	7.6
青森県	268.0	134.0	53.6	8.3	536.0	268.0	107.2	16.5
岩手県	236.7	118.4	47.3	8.7	473.5	236.7	94.7	17.4
宮城県	182.8	91.4	36.6	7.7	365.7	182.8	73.1	15.4
秋田県	294.0	147.0	58.8	10.0	588.1	294.0	117.6	20.0
山形県	264.2	132.1	52.8	12.1	528.4	264.2	105.7	24.2
福島県	209.7	104.9	41.9	9.2	419.5	209.7	83.9	18.4
茨城県	144.5	72.3	28.9	6.4	289.1	144.5	57.8	12.8
栃木県	148.6	74.3	29.7	6.9	297.1	148.6	59.4	13.7
群馬県	177.9	89.0	35.6	6.6	355.9	177.9	71.2	13.2
埼玉県	121.9	61.0	24.4	4.9	243.9	121.9	48.8	9.7
千葉県	121.0	60.5	24.2	5.3	241.9	121.0	48.4	10.6
東京都	89.8	44.9	18.0	3.4	179.7	89.8	35.9	6.7
神奈川県	120.9	60.5	24.2	4.4	241.9	120.9	48.4	8.9
新潟県	202.1	101.1	40.4	9.1	404.3	202.1	80.9	18.1
富山県	233.6	116.8	46.7	7.1	467.2	233.6	93.4	14.3
石川県	226.7	113.4	45.3	7.3	453.4	226.7	90.7	14.5
福井県	263.2	131.6	52.6	10.7	526.5	263.2	105.3	21.5
山梨県	171.0	85.5	34.2	7.2	341.9	171.0	68.4	14.4
長野県	218.0	109.0	43.6	10.5	436.1	218.0	87.2	21.0
岐阜県	181.7	90.8	36.3	7.6	363.4	181.7	72.7	15.3
静岡県	164.6	82.3	32.9	7.4	329.2	164.6	65.8	14.8
愛知県	130.5	65.2	26.1	4.7	261.0	130.5	52.2	9.4
三重県	211.2	105.6	42.2	8.4	422.5	211.2	84.5	16.8
滋賀県	182.8	91.4	36.6	7.7	365.6	182.8	73.1	15.3
京都府	179.2	89.6	35.8	6.9	358.4	179.2	71.7	13.7
大阪府	149.0	74.5	29.8	5.1	297.9	149.0	59.6	10.2
兵庫県	172.8	86.4	34.6	6.9	345.7	172.8	69.1	13.8
奈良県	183.4	91.7	36.7	8.4	366.8	183.4	73.4	16.9
和歌山県	225.2	112.6	45.0	9.4	450.4	225.2	90.1	18.8
鳥取県	250.4	125.2	50.1	10.3	500.7	250.4	100.1	20.6
島根県	333.9	166.9	66.8	12.2	667.8	333.9	133.6	24.3
岡山県	213.7	106.9	42.7	6.8	427.5	213.7	85.5	13.7
広島県	195.3	97.6	39.1	6.6	390.6	195.3	78.1	13.2
山口県	239.5	119.7	47.9	8.6	478.9	239.5	95.8	17.2
徳島県	247.4	123.7	49.5	7.4	494.9	247.4	99.0	14.7
香川県	233.4	116.7	46.7	8.3	466.8	233.4	93.4	16.6
愛媛県	253.0	126.5	50.6	8.4	506.0	253.0	101.2	16.7
高知県	260.1	130.1	52.0	7.1	520.3	260.1	104.1	14.3
福岡県	164.9	82.5	33.0	3.8	329.9	164.9	66.0	7.6
佐賀県	211.3	105.6	42.3	6.7	422.5	211.3	84.5	13.4
長崎県	242.5	121.2	48.5	5.7	484.9	242.5	97.0	11.4
熊本県	249.9	125.0	50.0	7.1	499.9	249.9	100.0	14.3
大分県	263.4	131.7	52.7	7.3	526.7	263.4	105.3	14.6
宮崎県	217.3	108.6	43.5	7.4	434.6	217.3	86.9	14.7
鹿児島県	258.6	129.3	51.7	7.8	517.3	258.6	103.5	15.5
沖縄県	168.8	84.4	33.8	5.2	337.5	168.8	67.5	10.3
全国	162.0	81.0	32.4	5.8	323.9	162.0	64.8	11.7

別表歯-2

別表歯-2-1 施設数：1日当たり外来患者数階級・開設者・常勤歯科医師数別

歯科医師数		1日当たり外来患者数						無回答	全体
		～19人	20～39人	40～59人	60～79人	80～99人	100人～		
個人	1人	293	197	24	3	—	—	—	517
	2人以上	30	55	33	4	2	1	—	125
	全体	323	252	57	7	2	1	—	642
その他	1人	22	35	13	1	—	—	—	71
	2人以上	4	11	16	7	2	2	—	42
	全体	26	46	29	8	2	2	—	113
全体	1人	315	232	37	4	—	—	—	588
	2人以上	34	66	49	11	4	3	—	167
	全体	349	298	86	15	4	3	—	755

(注) 1. 初診患者数、再診患者延数は平成17年6月1ヵ月のものである。
 2. 診療日数は、月間日数30日から1ヵ月間の休診日数を控除した日数である。

(2005年 医療経済実態調査)

別表歯-2-2.1日あたりの総患者数

		全体(n=783) 47は無効	診療所 (n=495) 42 は無効	病院(n=56) 3 は無効	大学病院 (n=224) 2は 無効	不明(n=8)
1日あたり 総患者数 (人)	平均値	14.99	18.67	12.56	7.38	18.04
	中央値	12.33	17.25	11.47	6.37	19.6
	標準偏差	10.25	10.47	7.69	4.15	9.46
うち初診 患者数 (人)	平均値	2.14	2.78	1.75	0.77	3.34
	中央値	1.5	2.17	1.33	0.4	3.67
	標準偏差	2.26	2.43	1.58	1.08	2.25
うち再診 患者数 (人)	平均値	12.86	15.89	10.8	6.61	14.7
	中央値	11	14.33	10	5.5	15.69
	標準偏差	8.85	9.17	6.72	3.72	7.36

別表歯-2-3. 1日あたりの総診療時間数

		全体(n=783) 47は無効	診療所 (n=495) 42 は無効	病院(n=56) 3 は無効	大学病院 (n=224) 2は 無効	不明(n=8)
1日あたり 総診療時 間数(分)	平均値	228.35	362.75	245.33	308.06	319.55
	中央値	360	398.34	317.5	300	319.09
	標準偏差	130.5	132.26	1477.01	101.95	143.79

別表歯-2-4. 患者一人当たりの1回診療時間(分)

		全体(n=783) 47は無効	診療所 (n=495) 42 は無効	病院(n=56) 3 は無効	大学病院 (n=224) 2は 無効	不明(n=8)
		15.2	19.4	19.5	41.7	17.7

中医協 2007年5月16日(平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査—
 歯科診療における文書提供に対する患者意識調査報告書)
 2006年11月15日～21日調査

別表歯-2-5. 訪問診療のフローチャート

	作業内容	所要時間(分)	詳細
受付毎	受付ヒアリング	5	主訴、ケアマネ連絡先、保険証種類、介護サービス利用状況、駐車スペース等
	訪問前確認電話	5	ケアマネージャー、主治医等へ
一日	診療器具準備	20	
	ルート設定	10	医院からの交通ルートの確認
1訪問	移動	30	
1訪問	駐車	5	
	挨拶	3	
	医療面接	10	初回は20~30分(アセスメント含む)
	セッティング	10	水、電気、治療スペース確保
	体位の準備	3	クッションなどでの調整
	バイタル確認	3	バイタル情報のノート確認等
	治療	20~40	カルテ記載 連絡ノート記載 訪問歯科診療治療内容説明書 訪問歯科衛生指導内容説明書 訪問衛生指導指示書 老人訪問口腔指導管理説明書
	書類作成	5	
	次回の説明・連絡	5	
後片付け	5		
1訪問	次の訪問先へ	20~30	
一日	診療器具消毒など	30	管理指導計画書 歯科診療情報提供書
	往診用具セット準備	20	
	事務処理	60	
	訪問アポイント電話	20	
	全体ミーティング	30	
	チームミーティング	30	

日本訪問歯科協会作成 <http://www.houmonshika.org/> 作成

別表歯一3 後期高齢者訪問保険歯科診療一新体系必要改定財源試算基礎表

特徴：
 ①医療経済的視点(費用弁償の観点からインセンティブを確保し訪問歯科診療を増加させる)
 ②歯冠修復および欠損補綴評価を従来どおりの出来高とする

表A 要介護度居宅施設別訪問診療係数

介護施設	構成%	人口	治療難度	時間当患者数	居宅		介護施設		歯科衛生士による専門 的口腔ケア加算 (1.5分以上)
					30分未満	30分以上	30分未満	30分以上	
要介護度 健常後期高齢者	71.83	8,333,876	1.0	3.09	0.50	1.00	0.16	0.32	0.10
要支援1,2	4.60	534,184	1.5	0.75	1.50	0.24	0.49	0.15	0.15
要介護度1,2	13.21	1,532,622	2.0	1.00	2.00	0.32	0.65	0.20	0.20
要介護度3,4	7.12	825,560	2.5	1.25	2.50	0.40	0.81	0.25	0.25
要介護度5	3.24	375,656	3.0	1.50	3.00	0.49	0.97	0.30	0.30
計	100.00	11,601,898							

表B 要介護度居宅施設別訪問診療件数(推定)

表Bパラメータ1：推定後期高齢者訪問歯科診療増加倍率 **2**
 表Bパラメータ2：歯科診療時間30分以上件数比率 **0.3**
 表Bパラメータ3：在宅サービス受診要介護者総件数 **153,660**
 表Bパラメータ4：要介護者在宅歯科サービス受診者% **4.70**
 表Bパラメータ5：要介護者に占める介護施設受診者% **23.44**

介護施設	構成%	人口	要介護度別推定 介護施設受診 件数	要介護度別推定 介護施設受診 件数比率%	居宅		介護施設		歯科衛生士による専門 的口腔ケア加算 (1.5分以上)
					30分未満	30分以上	30分未満	30分以上	
要介護度 健常後期高齢者	71.83	8,333,876	0	0.00	0	0	0	0	0.10
要支援1,2	4.60	534,184	125,230	4.60	26,920	11,537	8,243	3,533	0.15
要介護度1,2	13.21	1,532,622	359,295	13.21	77,236	33,101	23,651	10,136	0.20
要介護度3,4	7.12	825,560	193,537	7.12	41,604	17,830	12,740	5,460	0.25
要介護度5	3.24	375,656	88,066	3.24	18,931	8,113	5,797	2,484	0.30
計	100.00	11,601,898	2,719,853	100.00	164,692	70,582	50,432	21,614	

表C 要介護度居宅施設別訪問診療点数

表Cパラメータ1：1時間当たりの医療収入(点) **1,114**

介護施設	構成%	人口	治療難度	時間当患者数	居宅		介護施設		歯科衛生士による専門 的口腔ケア加算 (1.5分以上)
					30分未満	30分以上	30分未満	30分以上	
要介護度 健常後期高齢者	71.83	8,333,876	1.0	3.09	668	1,225	292	472	
要支援1,2	4.60	534,184	1.5	1.003	1,838	437	708		
要介護度1,2	13.21	1,532,622	2.0	1,337	2,451	583	944		
要介護度3,4	7.12	825,560	2.5	1,671	3,064	729	1,180		
要介護度5	3.24	375,656	3.0	2,005	3,676	875	1,416		
計	100.00	11,601,898							

注1) 要介護度別居宅・介護施設別診療時間2区分各点数 = (1時間当たりの医療収入(点) + 口腔ケア加算) × 要介護度居宅施設別訪問診療係数

表D 要介護度居宅施設別訪問診療総点数

介護施設	構成%	人口	治療難度	時間当患者数	居宅		介護施設		歯科衛生士による専門 的口腔ケア加算 (1.5分以上)
					30分未満	30分以上	30分未満	30分以上	
要介護度 健常後期高齢者	71.83	8,333,876	1.0	3.09	0	0	0	0	
要支援1,2	4.60	534,184	1.5	26,990,140	21,206,538	3,606,420	2,500,868		
要介護度1,2	13.21	1,532,622	2.0	103,249,521	81,124,624	13,796,193	9,566,952		
要介護度3,4	7.12	825,560	2.5	69,520,302	54,623,094	9,289,297	6,441,651		
要介護度5	3.24	375,656	3.0	37,960,732	29,826,290	5,072,310	3,517,387		
計	100.00	11,601,898		237,720,695	186,780,546	31,764,221	22,026,858		

第4章 在宅医療への薬局・薬剤師の取り組み

岩月 進（日本薬剤師会）

1. 基本方針

1-1. 在宅医療への薬剤師参加の意義

薬局・薬剤師については、従前より訪問薬剤管理指導等を通じて在宅医療に参画しているが、平成18年6月の医療法の改正により、薬局が医療提供施設に位置づけられたこと、調剤の場所の一部緩和、麻薬の薬局間譲渡等、終末期医療への薬剤師の参画を促す施策が実施され、または、実施されようとしており、薬局・薬剤師の在宅医療への取り組みはより重要になっている。今後は、従前の高齢者や移動困難患者だけの在宅医療ではない、「入院以外は、在宅医療である」との認識に基づいて、在宅の医療の範囲が広がることが予想される。

平成6年の「薬剤師の在宅医療への参加指針」には、薬剤師の活動の中心に患者の利益を据える行動哲学であるファーマシューティカルケア（服薬支援）の概念が明示され、「従来の薬局という枠を飛び越えて、様々な場所での薬剤師のサービスを可能にするものであり、在宅医療への参加は、ファーマシューティカルケア（服薬支援）の実践である」との記述がある。

病室が患者の居宅であり、病院の廊下が街の道であるなら、回診する医師は訪問診療する診療所の医師であり、看護師は訪問看護師に、病棟プレアボイドを実践している病院薬剤師も、在宅で訪問薬剤管理指導する開局薬剤師と同じ姿に見える。

今後、在宅医療の必要性や重要性が高まるなか、多職種協働・連携時代において、地域の医療介護チームの一員として活躍する薬剤師（薬局）が求められている。

1-2. 他職種との連携について

薬局・薬剤師は、居宅療養患者の調剤はもとより、居宅療養者やその家族に対する服薬指導、在宅における医薬品の保管、管理、適正使用のためのアドバイス、医療・衛生材料の供給等を通じて、居宅療養患者の療養環境における医薬品の安全な使用に関し取り組んでいる。しかし、より一層の医薬品の安全な使用のためには、薬剤師一職種の取り組みにとどまらず、多くの医療・介護関係職種と連携した取り組みが必要である。

一方、薬剤師と医療・介護関連職種との連携以前の問題として、在宅医療における薬剤師の役割が、患者やその家族、他の多くの職種に知られていないことが指摘されている。

この解決のためには、①現に介護に当たる家族や介護従事者（ヘルパー等）を対象とした在宅療養に必要な病状の知識、看護や介護などの知識、薬を安全に使用する知識などに関する情報提供（例：講座の開催など）、②訪問看護ステーションや介護サービス事業者などへの広報、③医師をはじめ、訪問看護を実施している保健師・看護師等と訪問薬剤管理指導を実施する薬剤師による情報共有（例：意見交換会の開催など）などが有用であり、こうした取り組みを進めるためには、地域の実情に応じ、都道府県薬剤師会や地域の薬剤師会が中心的な役割を担うことや、他職種との連絡調整の窓口となるなどの方法が考えられる。

さらに、薬剤師と他職種との連携に関しては、①薬の飲み忘れ、飲み残し、飲み間違い

が見られる、②適切な薬剤の管理ができていない、③薬剤による副作用や日常生活動作への影響が推測されるなど、在宅療養者の薬学的問題点を訪問看護師やヘルパーが把握したものの、その情報が適切に生かされていないケースがあることから、こうした問題を把握した場合には必ず薬剤師に連絡してもらうよう他職種に周知を図り、問題点を解決することが重要である。

このように、各職種が協働する上では、他職種に薬剤師の役割を理解してもらう一方、薬剤師も他職種の業務内容を理解する「相互理解」が非常に重要である。

1-3. 薬局薬剤師が行う服薬支援

薬剤師は居宅療養患者の身体状況に応じ、下記のような服薬支援が実施可能であり、積極的に参画すべきである。

表薬-1 患者の身体状況と検討できる服薬支援方法の例

患者の状況	服薬行動に関する状況	服薬支援の例
<input type="checkbox"/> 運動機能障害 筋力低下 リウマチ 脳卒中片麻痺	<input type="checkbox"/> 薬をつかめない <input type="checkbox"/> シートから出せない <input type="checkbox"/> 袋を開封できない <input type="checkbox"/> 半錠にできない <input type="checkbox"/> 点眼薬のキャップがはずせない <input type="checkbox"/> 点眼薬がうまくさせない <input type="checkbox"/> 貼付剤の開封口の開閉ができない <input type="checkbox"/> 湿布がうまく貼れない <input type="checkbox"/> 軟膏を終わりまで取り出せない <input type="checkbox"/> 軟膏容器の先端に穴があげられない <input type="checkbox"/> 坐薬が挿入できない	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 調剤方法の工夫 <input type="checkbox"/> 自助具の利用 袋オブラート、軟膏を搾り出す自助具、点眼用自助具
<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 残薬がある <input type="checkbox"/> 飲み間違いがある	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 服薬カレンダー等利用 <input type="checkbox"/> 介護者・看護者への服薬指導 <input type="checkbox"/> 自助具の利用 嚥下補助ゼリー、オブラート、薬杯
<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 飲み込めない（嚥下反射遅れ、薬の咽頭への送り込み困難、麻痺） <input type="checkbox"/> 誤嚥しやすい <input type="checkbox"/> 服薬時の姿勢が保てない	<input type="checkbox"/> 小さいサイズの錠剤や散剤への変更 <input type="checkbox"/> とろみをつける <input type="checkbox"/> つぶし <input type="checkbox"/> 経管投薬 <input type="checkbox"/> 自助具の利用 嚥下補助ゼリー、服薬用カップ、オブラート

<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> あまり見えない <input type="checkbox"/> 薬袋の字は少し読める <input type="checkbox"/> 点字が読める	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 触知型シール <input type="checkbox"/> 見やすい字 <input type="checkbox"/> 点字・知覚シール、 <input type="checkbox"/> 自助具の利用
<input type="checkbox"/> 聴覚障害	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 大きな声であれば聞き取れる	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 自助具の利用 補聴器、音声伝達器
<input type="checkbox"/> 失語症	<input type="checkbox"/> 構音障害あり <input type="checkbox"/> 失語症あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害を伴う	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 剤形の検討
<input type="checkbox"/> 理解力の低下 (認知症等)	<input type="checkbox"/> 服薬の理解力がない <input type="checkbox"/> 服薬の理解力は少しある	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 服薬カレンダー・管理箱等の利用 <input type="checkbox"/> 介護者・看護者への服薬指導

また、薬剤師は在宅医療で用いられる機会も多く、薬剤使用との関連が深い在宅成分栄養経管栄養法、在宅中心静脈栄養法、在宅悪性腫瘍患者の疼痛治療にも参画可能である。

例えば、在宅成分栄養経管栄養法の場合、医薬品がしっかりと溶けて（懸濁）いるか、薬によってチューブが詰まらないか、錠剤等を粉砕することにより体内動態が変化する可能性がないか、医薬品の成分と栄養素の相互作用を起こさないか、また、医薬品と栄養剤の混合等により粘度が増すことなどもあるため、薬剤師は、薬の変更や投与方法の変更を検討すべきである。

在宅中心静脈栄養法では、薬局から、HPN に利用する薬剤、例えば高カロリー輸液用基本液（糖質・電解質）、アミノ酸製剤、脂肪乳剤、ビタミン製剤、その他（微量元素製剤、電解質補正液、糖質輸液など）を供給すると共に、混合する薬剤そのものや、薬剤を混合するタイミング、薬剤を保存しておく期間によっては、予期しない化学変化や効力の低下等が生じる可能性もあることや、他の投与方法に比べ、高血糖、低血糖、電解質異常、必須脂肪酸欠乏症、微量元素欠乏症、ビタミン欠乏症等への注意が必要なことから、薬剤師は、患者の使用実態に合わせた最適な薬剤の供給を検討すべきである。

在宅悪性腫瘍患者の疼痛治療では、例えば、モルヒネでは、服用開始すぐの嘔気と長く続く便秘の予防が重要であること、大量投与での呼吸抑制作用は言うに及ばず、嘔気・嘔吐、めまい、便秘、眠気、せん妄、排尿障害、呼吸抑制、めまい、発汗などの副作用もあり、発症予防と早期対応が求められることから、薬剤師は、患者の痛みの状況、副作用の発現状態などに合わせた最適な薬剤を医師とともに検討すべきである。また、副作用とその防止方法、追加投与方法を含めた薬の管理についても正しい情報を提供し指導すべきである。

2. 体制の整備

2-1. 地域における薬局の必要数

「市町村人口と在宅療養支援診療所の体制に関する資料」を参考とし、「必要な薬局数」を算出した。必要な薬局数は、現状の薬局業務（調剤業務、医薬品等の販売業務等との並行実施）及び現状の調剤報酬等に照らして算出したものである（薬剤師の増員等は一切考慮していない）。

※計算根拠

薬局全体のうち、「月4回訪問可能（薬剤師が1～2名）な薬局が5割、月8回訪問可能（薬剤師が3～5名）な薬局が2割、月20回訪問可能な薬局が3割」という仮定に基づき、1薬局当たり平均9.6回/月の訪問が可能とした。

・ケース A

患者一人に対する訪問回数が 2回/月 の場合

（医科の在宅患者訪問診療の点数の算定が、月2回が多数を占めることから同様とした）

<看取りに必要な薬局数>

$$100 \text{人看取る場合} (100 \text{人} \times 2 \text{回}) \div 9.6 \text{回} = 20.8 \rightarrow \underline{\text{約 21 薬局}}$$

$$50 \text{人看取る場合} (50 \text{人} \times 2 \text{回}) \div 9.6 \text{回} = 10.4 \rightarrow \underline{\text{約 10 薬局}}$$

<当該地域の看取りが必要な患者数に必要な薬局数>

$$100 \text{人を看取るために必要な在宅療養支援診療所数} \times 21 = \text{必要な薬局数}$$

$$50 \text{人を看取るために必要な在宅療養支援診療所数} \times 10 = \text{必要な薬局数}$$

・ケース B

患者一人に対する訪問回数が 4回/月 の場合

<看取りに必要な薬局数>

$$100 \text{人看取る場合} (100 \text{人} \times 4 \text{回}) \div 9.6 \text{回} = 41.6 \rightarrow \underline{\text{約 42 薬局}}$$

$$50 \text{人看取る場合} (50 \text{人} \times 4 \text{回}) \div 9.6 \text{回} = 20.8 \rightarrow \underline{\text{約 21 薬局}}$$

<当該地域の看取りが必要な患者数に必要な薬局数>

$$100 \text{人を看取るために必要な在宅療養支援診療所数} \times 42 = \text{必要な薬局数}$$

$$50 \text{人を看取るために必要な在宅療養支援診療所数} \times 21 = \text{必要な薬局数}$$

「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究（H18-特別-指定-006）総括研究報告書 主任研究者 川島孝一郎」の看取り率と支援診充足率（対目標値）による都道府県分類の分類①～④から1県ずつを例として必要薬局数を算出した。

表葉-2

分類①愛知県

位置番号	市町村名	在宅療養支援診療所現数(件)	医師5人体制×100人看取り在宅療養支援診療所数(件)	必要な医師数	ケースA 必要な薬局数 (2回/月訪問)	(ケースB) 必要な薬局数 (4回/月訪問)	医師3人体制×50人看取り在宅療養支援診療所数(件)	必要な医師数	ケースA 必要な薬局数 (2回/月訪問)	(ケースB) 必要な薬局数 (4回/月訪問)	保険薬局現数*(件)
1	名古屋市	164	51	254	1,071	2,142					1,004
2	東海市	2	2	10	42	84	1	2	10	21	30
3	大府市	1					4	11	40	84	22
4	知多市	1					4	12	40	84	28
5	常滑市						2	7	20	42	19
6	半田市	9	3	13	63	126					50
7	津島市	3					3	9	30	63	38
8	霧島市	2					3	9	30	63	17
9	北名古屋市	2					4	11	40	84	24
10	清須市	1					3	8	30	63	16
11	稲沢市	5	3	15	63	126	0	1	?	?	51
12	一宮市	33	9	43	189	378					136
13	江南市	3					5	14	50	105	44
14	小牧市	5	3	15	63	126	1	2	10	21	49
15	大山市	7					3	10	30	63	22
16	春日井市	15	7	34	147	294					104
17	瀬戸市	10	3	15	63	126	0	0	0	0	60
18	尾張旭市	7					4	11	40	84	34
19	日進市	7					4	11	40	84	31
20	豊明市	2					3	9	30	63	19
21	豊田市	5	10	48	210	420					126
22	三好町	1					3	8	30	63	16
23	岡崎市	15	8	40	168	336	1	2	10	21	125
24	安城市	4	4	20	84	168					50
25	西尾市	4	2	10	42	84	1	2	10	21	47
26	碧南市	5					3	10	30	63	27
27	刈谷市	6	3	15	63	126	1	2	10	21	41
28	知立市	1					3	9	30	63	15
29	新城市	1					2	7	20	42	17
30	豊橋市	5	9	43	189	378					155
31	田原市	5					3	9	30	63	20
32	豊川市	9	3	15	63	126	0	1	?	?	71
33	蒲郡市	5					4	11	40	84	52
計		345	118	590	2,478	4,956	63	189	650	1,365	2,560

*薬局数

分類②鹿児島

位置番号	市町村名	在宅療養支援診療所現数(件)	医師5人体制×100人看取り在宅療養支援診療所数(件)	必要な医師数	ケースA 必要な薬局数 (2回/月訪問)	(ケースB) 必要な薬局数 (4回/月訪問)	医師3人体制×50人看取り在宅療養支援診療所数(件)	必要な医師数	ケースA 必要な薬局数 (2回/月訪問)	(ケースB) 必要な薬局数 (4回/月訪問)	保険薬局現数(件)
1	鹿児島市	47	19	95	399	798	0	1	?	?	246
2	鹿屋市	7	3	15	63	126	1	2	10	21	58
3	出水市	5			0	0	4	11	40	84	35
4	薩摩川内市	15	3	15	63	126	0	1	?	?	56
5	日置市	8			0	0	3	10	30	63	24
6	霧島市	9	4	20	84	168	0	0	0	0	46
計		91	29	145	609	1,218	8	25	80	168	465

分類③宮城

位置番号	市町村名	在宅療養支援診療所現数(件)	医師5人体制×100人看取り在宅療養支援診療所数(件)	必要な医師数	ケースA 必要な薬局数 (2回/月訪問)	(ケースB) 必要な薬局数 (4回/月訪問)	医師3人体制×50人看取り在宅療養支援診療所数(件)	必要な医師数	ケースA 必要な薬局数 (2回/月訪問)	(ケースB) 必要な薬局数 (4回/月訪問)	保険薬局現数(件)
1	仙台市	33	27	133	567	1,134					482
2	多賀城市	2					3	10	30	63	29
3	塩釜市	1					3	9	30	63	30
4	名取市	5					4	11	40	84	28
5	大崎市	3	4	18	84	168					72
6	栗原市	8					4	12	40	84	44
7	登米市	1					5	14	50	105	22
8	石巻市	4	4	20	84	168	1	2	10	21	78
9	気仙沼市	3					3	10	30	63	23
計		60	34	171	735	1,428	23	68	230	483	808

分類④長野

位置番号	市町村名	在宅療養支援診療所現数(件)	医師5人体制×100人看取り在宅療養支援診療所数(件)	必要な医師数	ケースA 必要な薬局数 (2回/月訪問)	(ケースB) 必要な薬局数 (4回/月訪問)	医師3人体制×50人看取り在宅療養支援診療所数(件)	必要な医師数	ケースA 必要な薬局数 (2回/月訪問)	(ケースB) 必要な薬局数 (4回/月訪問)	保険薬局現数(件)
1	佐久市	3	3	15	63	126					44
2	上田市	12	5	24	105	210					74
3	岡谷市	11					3	10	30	63	19
4	諏訪市	11					3	9	30	63	28
5	茅野市	8					3	10	30	63	17
6	伊那市	6					4	13	40	84	24
7	飯田市	14	3	15	63	126	0	1	?	?	46
8	松本市	21	7	33	147	294					93
9	塩原市	3					4	12	40	84	23
10	安曇野市	10					6	17	60	126	33
11	長野市	24	11	55	231	462					144
12	須坂市	2					3	9	30	63	19
13	千曲市	4					4	11	40	84	25
計		129	28	142	588	1,176	31	92	300	630	589

2-2. 麻薬小売業届出薬局数・在宅患者訪問薬剤管理指導の届出数・無菌製剤処理加算の届出薬局数

表薬-3

	薬局数	時期	出所
麻薬小売業者数	28,835	H17.12.31現在	麻薬・覚せい剤行政の概況(2006年12月版) (監視指導・麻薬対策課)
在宅患者訪問薬剤管理指導の届出数	32,515	平成17年	H18.4.18 中医協総会資料
無菌製剤処理加算の届出数	107	H17.7.1現在	非公式
保険薬局数	50,372	H18.11月分	社会保険診療報酬支払基金の数値による
薬局数	51,233	H17年度末	薬事関係業態数調(医薬食品局総務課)

2-3. 新薬剤師行動計画の休日・夜間、在宅、疼痛緩和ケア関連部分

(1) 休日・夜間における調剤による医薬品等の供給

- ・会員薬局・薬剤師：
支部薬剤師会に協力し、輪番制等の方法による休日・夜間における医薬品等の供給を行う。
- ・支部薬剤師会：
都道府県薬剤師会の協力及び地方公共団体（医務及び薬務主管部局）の理解を得ながら、地域における救急医療の対応状況にあわせて、当該地域の休日・夜間の医薬品等の供給体制を構築する。
- ・都道府県薬剤師会：
地方公共団体（医務及び薬務主管部局）の理解を得ながら、支部薬剤師会の取り組みを支援する。
- ・日本薬剤師会：
地域における休日・夜間の医薬品等の供給体制構築のための取り組みを支援する。

(2) 居宅等における医療（在宅医療）への参加

- ・会員薬局・薬剤師：
在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション等との連携のもと、訪問薬剤管理指導業務を通じて在宅医療に積極的に取り組む。
- ・支部薬剤師会：
都道府県薬剤師会の協力を得ながら、地域医師会等との連携のもと、会員薬局・薬剤師が在宅医療に取り組みやすい環境整備（駐車禁止除外規定車許可の取得等）を行う。
- ・都道府県薬剤師会：
支部薬剤師会と連携しつつ、都道府県医師会等との連携のもと、会員薬局・薬剤師が在宅医療に取り組みやすい環境整備（駐車禁止除外規定車許可の取得等）を行う。
- ・日本薬剤師会：

会員薬局・薬剤師による取り組みを支援するため、①訪問薬剤管理指導に関する啓発資料（地域住民向け）の作成と提供、②在宅医療への参加のためのマニュアルの作成と提供、③「食事・排泄・睡眠・運動からみた体調チェックフローチャート（BOOK版）」の作成と提供を行う。また、駐車禁止除外指定車許可について、厚生労働省等の理解を得ながら、都道府県薬剤師会等の取り組みを支援する。

（3）終末期医療への貢献

- ・会員薬局・薬剤師：
麻薬小売業の許可を取得し、医療用麻薬の供給を行う。
- ・支部薬剤師会：
会員薬局・薬剤師が医療用麻薬を供給しやすい環境整備を行う。
- ・都道府県薬剤師会：
会員薬局・薬剤師が医療用麻薬を供給し易い環境整備を行う。
- ・日本薬剤師会：
厚生労働省や医薬品関係企業の理解を得ながら、都道府県薬剤師会等の取り組みを支援する。

2-4. 麻薬

麻薬小売業者間の麻薬の譲受譲渡について

（1）麻薬小売業者間での麻薬の譲渡しの許可申請の特例

- ①麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号。以下「法」という。）第24条第11項の規定により麻薬の譲渡の許可を受けようとする麻薬小売業者のうち、麻薬処方せんに記載された分量の麻薬を調剤することができないときに限り、特定の2以上の麻薬小売業者（麻薬業務所の所在地が同一の都道府県内にあるものに限る。以下「特定麻薬小売業者」という。）の間で当該不足分を補足するために麻薬を反復継続して譲り渡し、又は譲り受けようとするものは、麻薬及び向精神薬取締法施行規則（昭和28年厚生省令第14号）第9条に規定する申請書に代えて、以下に掲げる事項を記載した申請書（別紙）を地方厚生局長に共同で提出することができることとする。
- ・申請者の氏名及び住所（法人にあっては、その名称及び主たる事務所所在地）
 - ・免許証の番号及び免許年月日
 - ・麻薬業務所の名称及び所在地
- ②2以上の特定麻薬小売業者の免許を有する申請者は、当該免許に係る麻薬業務所ごとに、①に掲げる事項を記載しなければならないこととする。
- ③ある麻薬小売業者（同一の者が2以上の麻薬小売業者の免許を有する場合には、ある麻薬業務所）について、1回に限り①の申請を行うことができることとし、2以上の麻薬小売業者間譲渡許可（①の申請による麻薬の譲渡許可をいう。以下同じ。）を受けることはできないこととする。ただし、麻薬小売業者間譲渡許可が失効したときは、再度、①の申請を行うことができることとする。

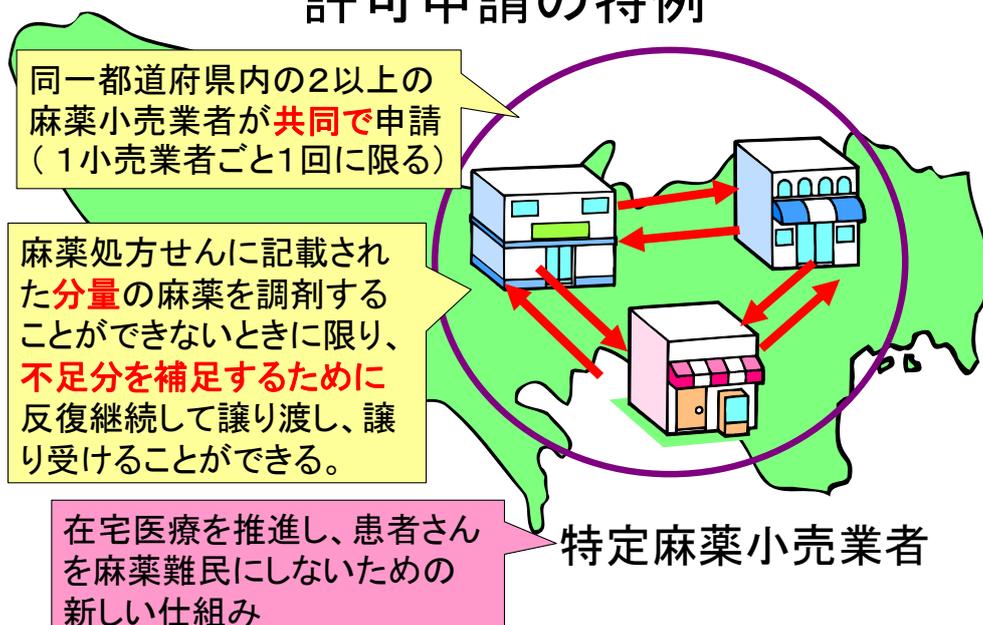
(2) 麻薬小売業者間譲渡許可証明書の交付

① 1. の申請に対し、地方厚生局長が許可を与えた場合には、1. ①に掲げる事項を記載した麻薬小売業者間譲渡許可証明書を交付することとする。

(3) 麻薬小売業者間譲渡許可証明書の失効

① 麻薬小売業者間譲渡許可の有効期間は、許可の日から、許可を与えた年の12月31日までとする。
② 麻薬小売業者間譲渡許可は、以下のいずれかの場合にその効力を失うこととする。
・有効期間が満了したとき
・麻薬小売業者間譲渡許可を受けたいずれかの麻薬小売業者の免許が失効したとき

麻薬小売業者間での麻薬の譲り渡しの許可申請の特例



図薬-1 麻薬小売業者間での麻薬の譲り渡しの許可申請の特例

2-5. 医師の指示要件の要否

在宅患者訪問薬剤管理指導の実施については、医師の指示が必要とされているが、医師の指示が無くとも、薬剤師が訪問指導の必要性を認め、患者や現に看護に当たっている家族の同意を得た上で、医師に了解を求める、ことで訪問指導が実施できるような要件緩和について検討したい。

3. 問題点

(1) 医薬品の供給

- ①後発医薬品の銘柄指定解消のための一般名記載処方せんの推進もしくは、原則後発品変更可の処方せん様式変更の検討
- ②製薬会社に対して、特殊製剤（IVH等）の調剤が不要となるような製品化の要望
- ③在宅で使用できる注射剤の範囲の拡大（在宅自己注射薬）

(2) 医療機器の供給

- ①包装単位の問題（病院向けの包装単位の大きさ）
- ②医療材料（輸液ライン等）の価格の是正（逆鞘の解消）

(3) 報酬上の評価

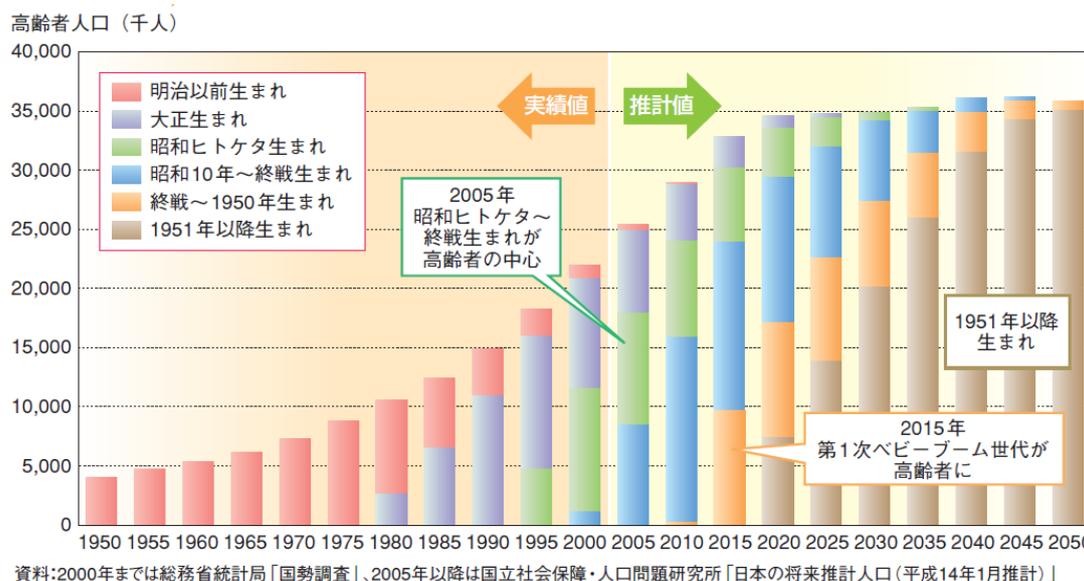
- ①現在の訪問指導料の報酬は医師や看護師に比して低く、在宅訪問のインセンティブになりにくく、とりわけ緊急時の対応に対する評価が無いことや一週間の訪問間隔が算定要件としてあること等が、現状の訪問実態を反映していないとの評価がある。
- ②調剤報酬上の評価を、一回あたりの点数ではなく、月単位での評価としてはどうか（訪問管理料）
- ③その上で、実訪問に対する評価を加えてはどうか
- ④専任薬剤師の雇用を検討すれば、患者一人当たり、最低でも月額2,500点程度の報酬で、月20人を担当という試算としてはどうか

第5章 介護保険制度の役割と在宅医療との連携について

小坂健（東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野）

1. 介護保険制度の意義・目的

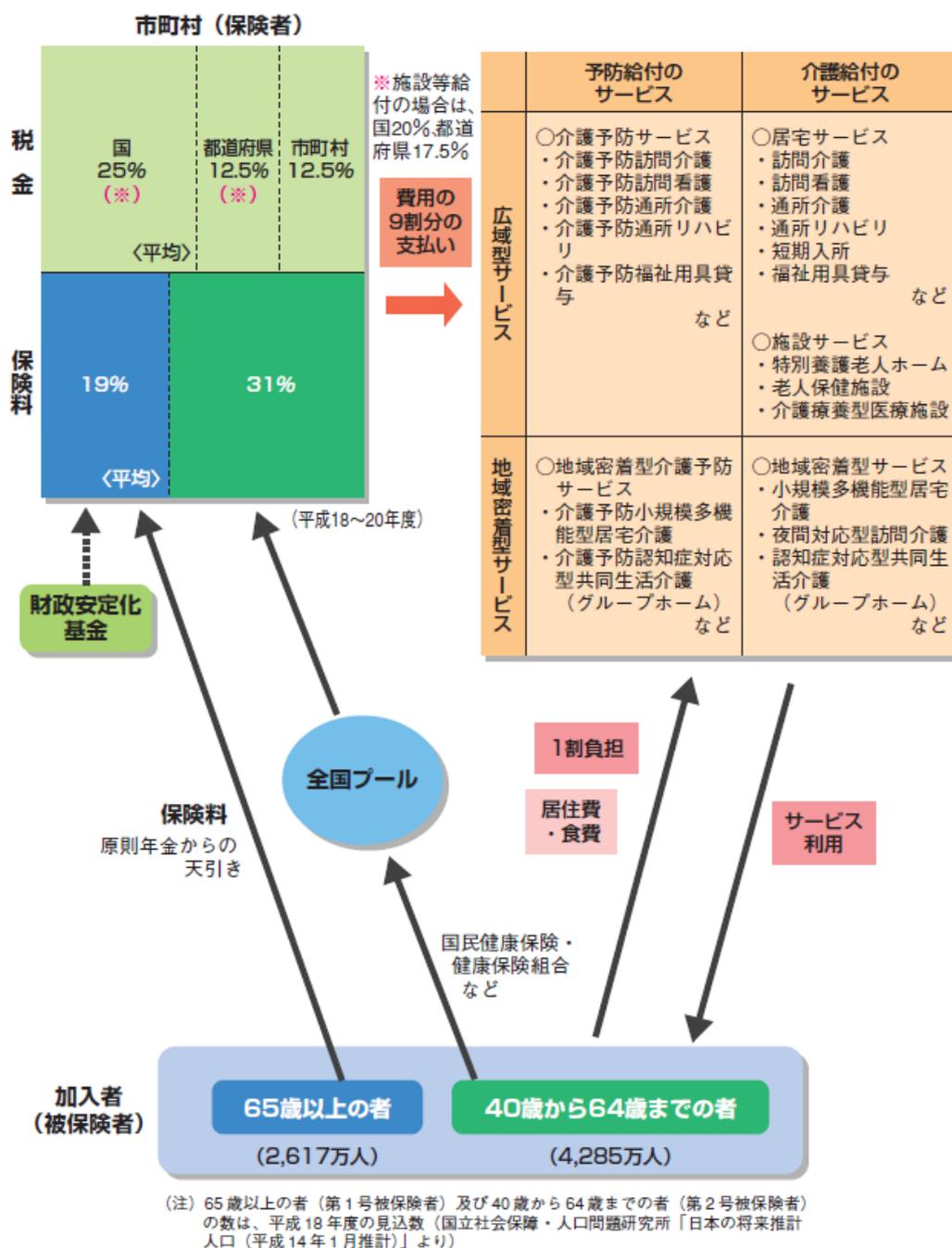
我が国では、世界の中でも急速な高齢化が進行しており、50年後には65歳以上の高齢者人口が総人口の3分の1に達すると予測されている。



厚生労働省 介護保険制度改革の概要より一部抜粋

図介-1

従来の高齢者福祉・医療制度では要介護者への対応が困難になり、また、高齢者のみの世帯の増加や介護期間の長期化などにより、家族の負担が増大し、充実した在宅介護支援サービスが求められていた。さらには、介護の重度化・長期化が進む一方で、介護を行う家族の高齢化・核家族等に伴う高齢者とその子供の同居率の低下、女性の社会進出等の要因により、家族による介護では十分な対応が困難になってきた状況を改善するために、介護保険制度が創設され、できるだけ家族の負担を軽くし、介護を社会全体で支える仕組みである。

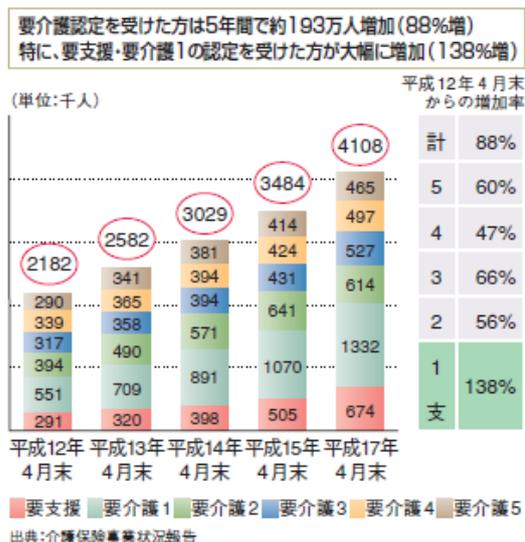


厚生労働省 介護保険制度改革の概要より一部抜粋

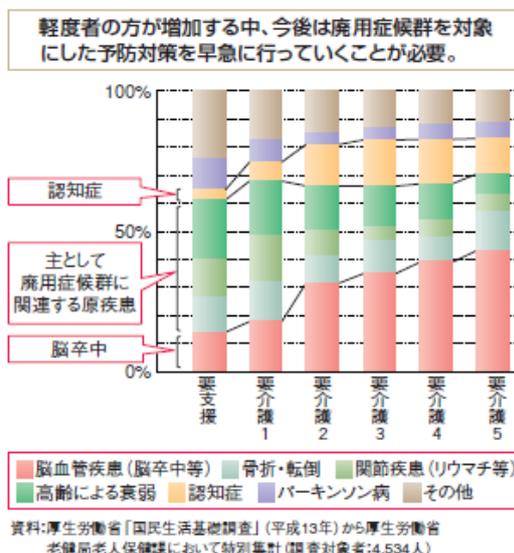
図介-2

以前、高齢者保証のサービスは大きく分けると老人福祉制度と老人医療制度から成り立っていて、この2分野はそれぞれ独自のサービスを提供していた。しかし、福祉と医療の連携が取れていなければ本当に充実したサービスは提供できず、介護保険制度では福祉サービスと医療サービスの統合化を図り、共通の窓口でどのサービスの申請もできるようになった。

■要介護度別・認定者数の推移



■要介護度別・要介護状態の原因の割合



図介-3 要介護度別・認定者数の推移、要介護状態の原因の割合

我が国の介護保険制度は2000年に導入されて以来、サービスを利用する高齢者数やそのサービス量も年々増加してきており、高齢者及び虚弱高齢者を抱える家族への欠かすことの出来ない社会保障制度のひとつとなってきた。2006年度からは、40歳以上65歳未満の2号被保険者において介護保険が適用となる特定疾病としてがん末期が加わり、この年代のがん患者が介護保険のサービスを利用できるようになり、がん患者の在宅医療における体制面からの支援となっている。

※特定疾病

がん末期/関節リウマチ/筋萎縮性側索硬化症/後縦靭帯骨化症/骨折を伴う骨粗鬆症/初老期における認知症/パーキンソン病関連疾患/脊髄小脳変性症/脊柱管狭窄症/早老症/多系統萎縮症/糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症/脳血管疾患/閉塞性動脈硬化症/慢性閉塞性肺疾患/両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

図介-4

2. 介護保険事業計画

市町村及び都道府県においては、介護保険法第117条第1項及び第118条第1項に基づき、国の基本指針に沿った形で、3年を1期(平成18年度～20年度)とする第3期介護保険事業(支援)計画が定められており、平成21年度からの第4期の介護保険事業(支援)計画について、策定することになっている。この介護保険事業計画は介護サービスの整備計画であるとともに、各市町村の第1号被保険者に係る保険料の算定基礎となる計画となる。

第3期の介護保険事業計画においては、

「地方自治体を中心となり、地域の実情を踏まえ、次のように介護予防の拠点から重度の要介護状態に対応する入所施設に至るまで介護サービス基盤を計画的に推進していく必要がある。

- (1) 非該当者や軽度者に対する介護予防の推進(以下略)
- (2) 中重度者を支える在宅サービスの充実・強化

要介護状態となっても自宅で介護を受けたいとする者が多い中で、特別養護老人ホームの入所申し込み数が増えている一因として、在宅サービスが中重度者を365日体制で支えるものとはなっていないことが挙げられる。(以下略)

(3) 重度者に対する入所施設の整備

上記のような対策を講じた上でも、常時介護を必要とする者が自宅等で暮らすことが困難な場合のために、地域における既存施設の整備状況を十分に踏まえた上で、特別養護老人ホームの入所施設の整備を進める。」(厚生労働省全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料)

今後の高齢者介護の基本的な方向性

国の基本指針においては、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の策定指針と併せ、今後の高齢者介護において、重点的に取り組むべき施策についての基本的な方向性を示すこととしています。

- 第1次ベビーブーム世代が高齢者になる2015年(平成27年)に向けて今後の高齢者介護の基本的な方向性を推進していくため、第5期介護保険事業計画の最終年度である平成26年度を見据えた目標を設定
- 各市町村は、この目標達成に向けた第3期介護保険事業計画(平成18年度～20年度)を作成

■平成26年度における目標

○介護保険3施設及び介護専用の居住系サービスの適正な整備

平成16年度
要介護認定者数(要介護2～5)に対する施設・居住系サービス利用者の割合は**41%**(87万人)



平成26年度
施設・介護専用の居住系サービス利用者割合
37%以下(108万人)
(平成16年度よりも1割引下げ)

○多様な「住まい」の普及の推進

・高齢者単身世帯の増加
・都市部の高齢化の急速な進行
・高齢期の住み替えに対するニーズ



多様な「住まいの普及」
→高齢者が安心して暮らせるよう、介護が付いている住まいを適切に普及

○介護保険3施設利用者の重度者への重点化

平成16年度
施設利用者全体に対する要介護4、5の割合は**59%**



平成26年度
重度者が施設を利用できるよう施設利用者全体に対する要介護4、5の割合を**70%以上**

○介護保険3施設の個室化の推進

平成16年度
・3施設の個室割合は**12%**
・介護老人福祉施設(特養)の個室の割合は**15%**



平成26年度
・介護保険3施設のユニット型個室(準個室)の割合**50%以上**
・特養のユニット型個室(準個室)の割合**70%以上**

厚生労働省 介護保険制度改革の概要より一部抜粋

図介-5

介護保険制度改革の経緯と今後のスケジュール

第Ⅰ期	平成12年	4月	介護保険法施行
第Ⅱ期	平成15年	4月	第2期事業計画期間開始(～平成17年度) －第1号保険料の見直し、介護報酬改定
		5月	社会保障審議会に介護保険部会設置
	平成16年	7月	介護保険部会意見取りまとめ
		12月	介護保険部会意見(被保険者・受給者の範囲)取りまとめ
	平成17年	2月	介護保険法等の一部を改正する法律案国会提出
		4月	地域介護・福祉空間整備等交付金の創設
		6月	介護保険法等の一部を改正する法律成立
		10月	施設給付の見直し、介護報酬改定(10月施行分)
第Ⅲ期	平成18年	4月	改正法の全面施行 ・新予防給付、地域包括支援センターの創設 ・地域密着型サービスの創設 ・介護サービス情報の公表制度の創設 第3期事業計画期間開始(～平成20年度) －第1号保険料の見直し、介護報酬改定(4月施行分)
		4月	第4期事業計画期間開始(～平成23年度) －第1号保険料の見直し、介護報酬改定 被保険者・受給者の範囲 …平成21年度を目途に所要の措置 新予防給付、地域支援事業 …施行後3年を目途に実施状況等踏まえ検討
第Ⅳ期	平成21年	4月	第4期事業計画期間開始(～平成23年度) －第1号保険料の見直し、介護報酬改定 被保険者・受給者の範囲 …平成21年度を目途に所要の措置 新予防給付、地域支援事業 …施行後3年を目途に実施状況等踏まえ検討

厚生労働省 介護保険制度改革の概要より一部抜粋

図介－6

3. 介護と医療の連携について

医療と介護の役割分担と連携については、介護保険設立時からの論点であり、介護療養型医療施設での医療、健康管理に対する訪問看護など、介護保険制度の基で医療が行われてきており、我が国の介護保険制度は医療を内包していることが一つの特徴であるといわれてきた。しかしながら、在宅での介護を行う高齢者などにおいては、介護スタッフと医療関係者の連携といった実際の医療と介護の連携については十分でない場合が多いことが指摘されてきている。

介護支援専門員と主治医の関係についての調査（厚生労働省老人保健健康増進等事業「都市部における医療と在宅介護との連携に関する研究」医療経済研究機構 平成16年3月）においては、介護支援専門員とかかりつけ医との関係の課題として、

- 利用者の要介護度や医療依存度は高いにもかかわらず、利用者の要介護度や医療依存度が高いにもかかわらず、医師に「相談したことがない」ケース、介護支援専門員から「相談を受けたことがない」ケースが多かった。これは、介護支援専門員が医師への連絡を躊躇していることを示すものと考えられる。
- 利用者の状態変化について、介護支援専門員は、同一法人等の医師には連絡しやすいが、それ以外の医師の場合には連絡しているケースが少なかった。
- 介護支援専門員は診療所の医師に比べて病院の医師に対して情報を伝えていない。
- 医師は、介護支援専門員へケアマネジメントに必要な情報を伝えようとしているが、介護支援専門員に直接情報を伝えているケースは少なかった。
- 家族（介護者）を介して介護支援専門員に情報を伝えたと考えているかかりつけ医が多かった。

として、

医療と介護との連携における情報の共有とその課題の解決に向けた取組みは、地域にある医師会やケアマネジャー協議会などの団体・組織レベルでの「面」としての実践が望まれる。

としている。

また、厚生労働省「在宅高齢者等のターミナル期における介護、看護のあり方に関する研究」（医療経済研究機構 平成19年3月）においては、訪問看護ステーションに対する調査を行い以下の通りの結果を報告している。

◇在宅死亡者の特徴

在宅死亡者の年齢は平均85.3歳であり、死亡時の要介護度は「要介護5」が50.9%を占めた。

死因は「悪性新生物」が37.6%で最も多く、次いで「老衰」が30.1%であった。

訪問看護の利用月数は「利用開始月と同月に死亡」が20.5%、「1月または2月」が28.6%と比較的短い利用者が約半数を占めた。一方、「36月以上」も12.7%あり、長期にわたり訪問看護ステーションを利用して在宅療養が長かったと思われる利用者もいた。

◇在宅死亡者と入院死亡の見込みの者の相違点

在宅死亡者322名と入院死亡が見込まれる入院者41名を比較したところ、次のような違いがみられた。

- ・在宅死亡の方が年齢は高く、訪問看護利用開始前の居場所は在宅が多く、痛み・苦しみがあった割合は低かった。
- ・利用者の家族が病院で亡くなることを希望した割合は、在宅死亡者よりも入院死亡が見込まれる者の方が高く、利用者本人の希望を比較したときよりも差は大きかった。
- ・主治医の所属先は、在宅死亡者では42.5%が在宅療養支援診療所であった。入院死亡が見込まれる入院者では在宅療養支援診療所は17.1%であり、51.2%が病院となっていた。

◇終末期の判断とその後のサービス提供のプロセス

ヒアリング調査から、終末期という判断はまず「飲食ができない状態」「血圧の低下」「排椎の状況の変化」「気力、意欲の低下」等の状態をもとになされ、カンファレンス等でその後の対応方針等、関係者間での合意が図られていることが分かった。

アンケート調査では在宅死亡者の27.3%で本人家族の死亡場所に関する希望のゆれが生じていた。ゆれのきっかけは「本人の状態の急変」(60.2%)、「介護者の病気・疲れ」(31.8%)が多かった。その対応として「訪問看護師と相談」(79.5%)が最も多かった。

死亡前1か月におけるケアマネジャーの訪問頻度は、「1週間に2回以上」が29.7%、「1週間に1回程度」が27.6%となっており、訪問頻度が比較的高かった。

◇訪問看護師の対応

在宅死亡者が亡くなる1週間の訪問看護の訪問回数は「増加」が49.7%、「変化なし」が48.1%であった。半数程度は訪問回数が増えるが、必ずしも全ての人に対して訪問回数が増えるわけではなかった。ただし、事業所としての体制をみると、終末期ケアの対象者に対して24時間の連絡対応の体制は必要と考えており、緊急時訪問看護加算、24時間連絡体制加算を算定していない事業所であっても実際には携帯電話の番号を利用者や家族に伝える等で、対応していた。

また、自宅以外の在宅医療の場として、認知症グループホームについての看取りの調査では、ヒアリングにおいて、グループホーム内での看取りを希望された利用者が多い背景として、病院では「認知症」の方への対応が適切でなく、認知症の方が混乱し問題行動がおこったり、認知症が悪化したりする等の経験を持ち、入院に対してどちらかというところ積極的でない考えを持っている場合が挙げられた。

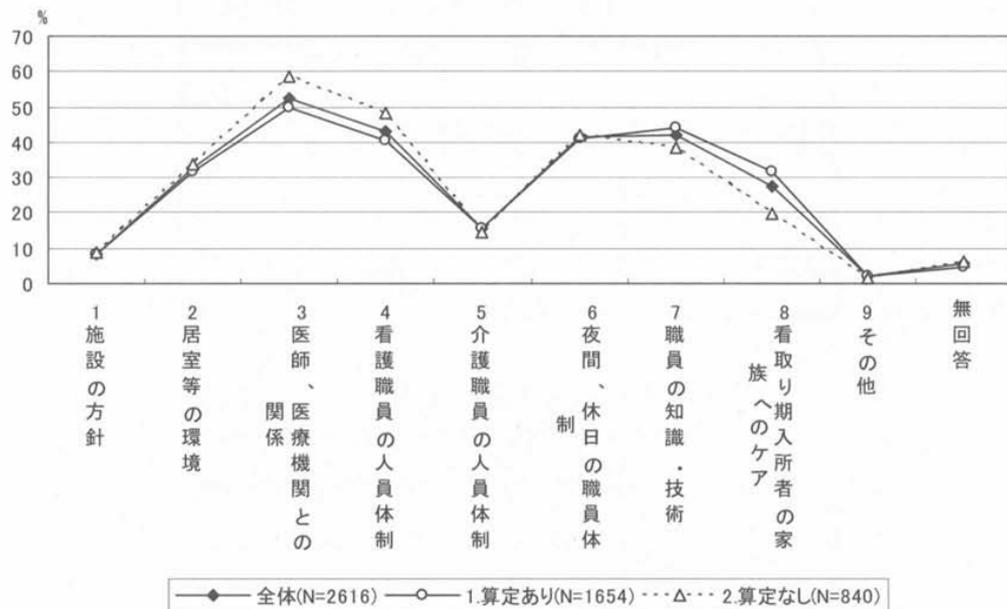
終末期ケアの内容の組み立てを中心的に行った者は「ホーム長」が60.6%であった。終末期の入居者がいる期間、実際の対応として、介護職員のみでは不安に思うホームでは、看護職員が泊り込み支援をする場合もあることがヒアリングであげられた。

ケアに「特に看護職は関与しなかった」というケースが27.3%あった。これらには、医師の診察が行われていた場合と、死亡直前の医療処置が必要なかった場合とがあった。看護職がケアに関与した24名において、亡くなる1週間前の看護職員の直接ケア時間は「長くなった」が83.3%、介護職員のケア時間は「長くなった」が69.7%であった。

したがって、医療と介護の有機的な連携の下では、グループホームなどでの看取りは可能であり、今後このような施設での看取りについても積極的に行っていく必要がある。

また、厚生労働省「特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書」(三菱総合研究所 2007年3月)においては、施設での看取りに関する課題とし

ては、施設の看取りに関する課題として「医師、医療機関との関係」「看護職員の人員体制」「夜間、休日の職員体制」といった体制面の課題と「職員の知識・技術」「看取り期入所者の家族へのケア」といった看取りの具体的な質を高めるために必要な課題があげられた。



図介-7 施設の看取りに関する課題（複数回答）

医療と介護の連携におけるもっとも重要な場としては、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）が挙げられる。これは介護・医療に関わる様々な職種が協働して、高齢者の心身の状況、家庭の状況、本人や家族の希望などに行われた課題分析（アセスメント）の結果などに基づいて介護サービス計画の原案を作成されるが、その原案について、提供されるサービスの内容や留意点などを検討し、具体的な日程調整や従事する職員などを明記した介護サービス計画の最終案が決定される場である。したがって、医療と介護の連携のためには、このサービス担当者会議（ケアカンファレンス）について質的、量的な充実が求められている。

参考

平成 18 年度の介護保険制度の改正について

平成 18 年度の医療制度および介護保険制度の変更により、療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、医療の必要性の低い患者については、在宅、居住系サービス、又は老健施設等で対応することとしており、在宅医療計画を作成するにあたっては療養病床の再編成を含めた地域ケア体制の整備の状況を踏まえて行く必要がある。

また、医療との連携が必要な要介護者への対応を強化する観点から、ケアマネジメントにおける主治医等との連携の強化が図られることとなった。さらに、中重度者については在宅生活継続のための支援を強化するとともに、以下の通り施設等における重度化対応や看取りへの対応の強化が図られることとなった。

- 「療養通所介護」の創設
難病やがん末期の要介護者などに対して、医療機関や訪問看護ステーション等と連携して提供する通所サービスの創設
- 若年認知症ケアの充実（通所介護・通所リハビリテーション）
通所介護・通所リハビリテーションにおいて、若年認知症ケアの充実。
- 「緊急短期入所ネットワーク」の整備等
緊急的なショートステイの利用ニーズに対応するためのネットワーク整備（複数事業者による調整窓口・24 時間相談体制）や在宅中重度者に対する短期入所の看護体制・訪問看護利用体制の強化
- 「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」の体制整備
夜勤体制の義務付けや健康管理・医療連携体制の充実
- 介護老人福祉施設等における重度化・看取りへの対応
入所者の重度化に対応した、看護体制の強化や夜間の 24 時間連絡体制の整備、各職種協働による看取り介護の実施体制の充実

介護保険の基盤整備については、平成 21-23 年の第 4 期介護保険事業支援計画によって計画されるが、医療計画においてもこの介護保険事業支援計画等との調整をはかり、包括的なものにすべきである。

在宅医療に係る介護保険関係のサービスには以下のようなものがある。

施設系サービス

1：介護老人福祉施設（特養）

在宅復帰の困難な要介護度の高い高齢者の施設となっているが、今回の改正により、施設での看取りに対応した、看護体制の評価や在宅療養支援診療所からの訪問診療が可能となり、自宅以外で在宅医療が行われる施設となりうる。

2：介護老人保健施設（老健）

主にリハビリテーション等により在宅復帰のための施設として位置づけられている。今回の医療制度の改正により、介護療養型医療施設などの老健への転換が進められることになる。空きベッドを利用したショートステイも行われており、医師も配置されていることから、中重度者のショートステイへの対応が望まれる。

3：介護療養型医療施設

平成23年までに、介護療養病床が廃止され、老健等への転換を促進していくための地域ケア整備が行われていくことが計画されている。

その他の施設系サービス

- ・認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
- ・特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）
- ・ケアハウス、宅老所等

これらの施設においては、在宅療養支援診療所等からの訪問診療・往診が可能であり、特養とともに自宅以外の在宅医療の場となりうる。

	予防給付におけるサービス	介護給付におけるサービス
都道府県が指定・監督を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護 ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所介護 ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護 ○介護予防短期入所療養介護 <p>○介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>○介護予防福祉用具貸与</p> <p>○特定介護予防福祉用具販売</p>	<p>◎居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護 ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護 ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護 <p>○特定施設入居者生活介護</p> <p>○福祉用具貸与</p> <p>○特定福祉用具販売</p> <p>◎居宅介護支援</p> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設

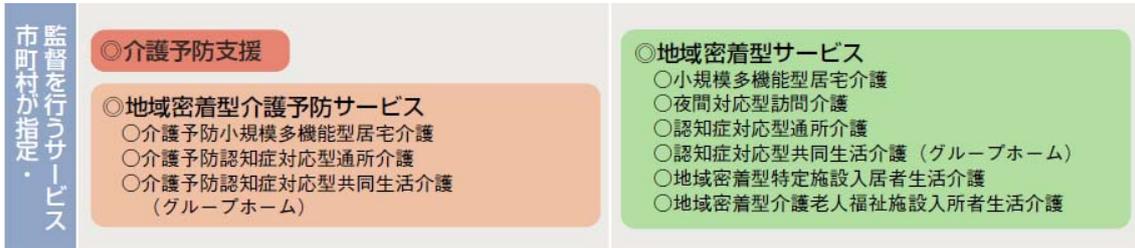
厚生労働省 介護保険制度改革の概要より一部抜粋

図介－8

居宅系サービス

- ・通所介護
- ・通所リハビリテーション

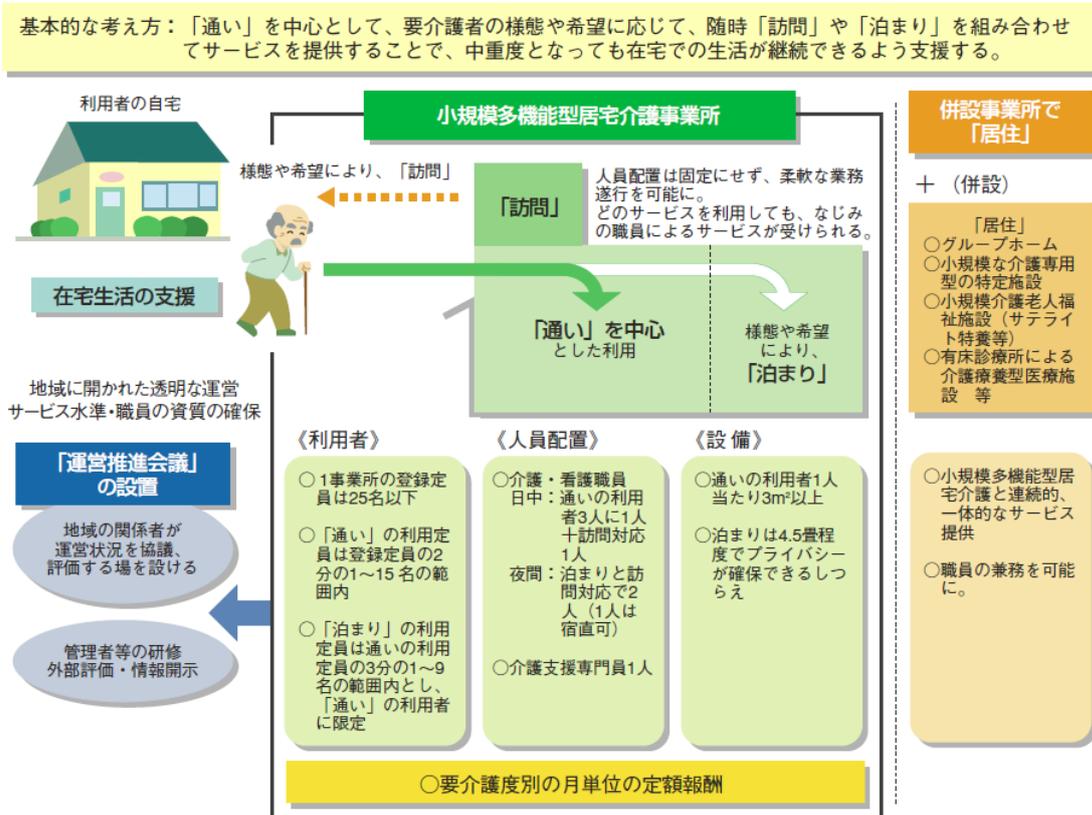
小規模多機能型



厚生労働省 介護保険制度改革の概要より一部抜粋

図介－9

■小規模多機能型居宅介護のイメージ



厚生労働省 介護保険制度改革の概要より一部抜粋

図介－10

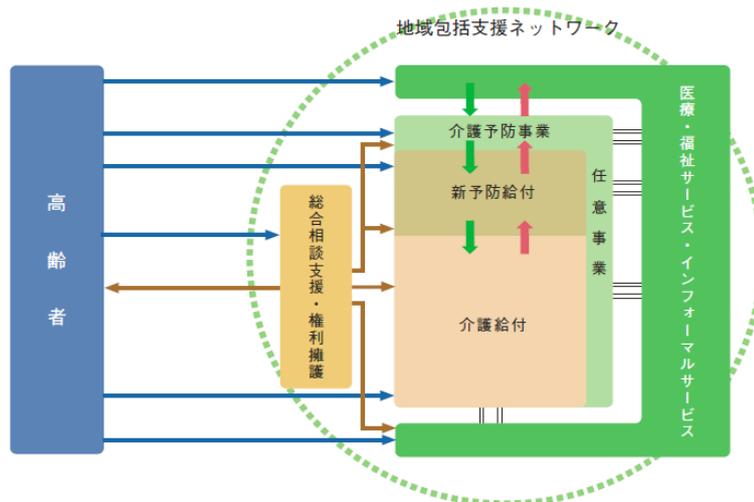
- 7 計画の変更等
- 8 介護保険施設への紹介
- 9 介護保険施設との連携
- 10 主治医との連携
- 11 認定審査会意見等の反映
- 12 計画的な居宅サービスの利用
- 13 総合的な居宅サービス計画の作成

などを主な業務としている。

在宅医療を行っている高齢者の場合については、病状の変化などが起こりやすいことから、主治医や訪問看護ステーションなどとの連携の強化や新たに特定疾病になったがん末期の要介護者に対して専門的なケアマネジメントが要求されることから、研修事業などの充実が望まれる。

■地域包括支援センターの基本機能

共通の支援基盤構築	地域に、総合的、重層的なサービスネットワークを構築すること。
総合相談支援・権利擁護	高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐこと。虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること。
包括的・継続的ケアマネジメント支援	高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること。
介護予防ケアマネジメント	介護予防事業、新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメントを行うこと。



厚生労働省 介護保険制度改革の概要より一部抜粋

図介-12

表介-1 在宅医療充実のための、介護保険サービスの指標（例）

- 療養通所介護サービス提供者数
- 老人介護福祉施設における見取り介護加算の算定数
- 緊急短期入所ネットワーク加算算定数
- 短期入所生活介護での在宅中重度加算
- 老人介護福祉施設における重度化対応加算の算定数
- 認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算算定数
- 老人介護福祉施設における夜間看護体制加算の算定数

参考資料

- ・在宅医療助成 勇美記念財団 2005 年度（平成 17 年度）助成研究
“初期臨床研修における訪問診療教育の方法とその効果 研修医、指導医、患者・家族の 3 視点からの実績評価と展望”，富塚太郎他，2007. 4. 9
http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20080328111948.pdf
- ・“高齢者にふさわしい診療報酬体系等のあり方について”，
健康保険組合連合会 医療部 医療・情報グループ，2007. 9. 6
<http://www.kenporen.com/press/pdf/20070906180939-0.pdf>
- ・第 3 回介護施設等の在り方に関する委員会資料 参考資料
“最期の療養場所の希望（65 歳以上男女別）について”，厚生労働省，2007. 3. 12
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0312-11.html>
- ・在宅医療推進に係る情報交換会 在宅医療推進に係る情報交換会（高知）資料，
2007. 4. 12
<http://www.pref.kochi.jp/~kokuho/zaitaku/toujitu.pdf>
- ・“ホスピスケアのネットワークづくり～終末期を如何に豊かに過ごすか～”，
（医）拓海会大阪北ホームケアクリニック 白山宏人，吹田市まちづくり市民塾，
終末期・在宅ホスピスを考える市民塾
<http://homepage2.nifty.com/zaitakus/pp-1.pdf>
- ・国際医療福祉大学 在宅地域ケア研究センター 2006 年 報告書
“在宅終末期ケア標準化のためのプログラム開発と実用化”，島内 節
<http://www.iuhw.ac.jp/hcc/siryoku/tm.pdf>
- ・“平成 18 年度東京都医療機能実態調査の結果（概要）”，
東京都福祉保健局 医療政策部医療政策課，2007. 6. 12
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUA/2007/06/DATA/60h6c100.pdf>
- ・“人口減少地域における在宅終末期医療の実態と住民の意識
－第 1 報：中能登町の場合－”，浅見 洋他，石川看護雑誌 Vol. 4. 2007 p11-18
http://www.ishikawa-nu.ac.jp/kenkyu/pdf/04_05.pdf
- ・第 11 回社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会 資料 1
“後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）（たたき台）”，
厚生労働省，2007. 9. 4
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/d1/s0914-3c.pdf>
- ・“障害者白書 平成 19 年版 総合的取り組み”，内閣府，2007
<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h19hakusho/zenbun/index.html>

- ・ “障害者白書 平成 18 年版 生活安定のための施策”，内閣府，2006
http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h18hakusho/zenbun/h18_index.html
- ・ “News 在療診の届け出予定はわずか 12%”，日経ヘルスケア 21，2006. 4
http://medical.nikkeibp.co.jp/all/info/mag/nhc/magazine/news/news06_04.pdf
- ・ “第 2 章 東京都における医療機能の実態”，東京都福祉保健局，2007. 3，p. 11-118
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUUSA/2007/06/DATA/60h6c101.pdf>
- ・ “グランドデザイン 2007 ー国民が安心できる最善の医療を目指して 各論 第 2 版”
 日本医師会，2007. 8
<http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/>
- ・ “後期高齢者の診療報酬体系のあり方について”，日本医師会，2007. 9. 19
http://www.med.or.jp/teireikaiken/20070919_3.pdf
- ・ “後期高齢者の診療報酬体系のあり方について”，日本医師会，2007. 9. 14
http://www.med.or.jp/teireikaiken/20070919_6.pdf
- ・ “在宅における医療・介護の提供体制ー「かかりつけ医機能」の充実 指針”，
 日本医師会，2007. 1. 11
http://www.soc.nii.ac.jp/jpta/from_chairman/070216dr.pdf
- ・ “後期高齢者の死亡前入院医療費の調査・分析”，日本医師会，2007. 7. 11
http://www.med.or.jp/teireikaiken/20070711_3.pdf
- ・ “日医総研ワーキングペーパー 在宅療養支援診療所実態調査ー2007 年 1 月実施ー”，
 (社)福岡県医師会，(財)福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構，
 日本医師会総合政策研究機構，2007. 5. 15
<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=349>
- ・ “後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)についての意見”，
 社団法人日本看護協会，2007. 9. 20
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2007pdf/20070914.pdf>
- ・ “平成 20 年度診療報酬改定に関する要望書”，
 社団法人日本看護協会広報部，2007. 6. 27
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2007pdf/20070627.pdf>
- ・ “平成 20 年度税制改正に対する重点要望書”，
 日本看護協会・日本看護連盟，2007. 10. 22
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2007pdf/yobo20071022.pdf>

- “療養病床再編へ向け日本看護協会が、老健施設の新たなサービス提供を提案”，
社団法人日本看護協会広報部，2007.5.11
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2007pdf/20070511.pdf>
- “療養病床の再編成と円滑な転換に向けた支援措置について”，
厚生労働省，2007.9.20
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/dl/seido01.pdf>