

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

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

平成19年3月

都道府県・市町村の在宅医療計画に関する マニュアル

平成 19 年 3 月

在宅医療計画策定研究班

主任研究者： 仙台往診クリニック
川島 孝一郎

目次

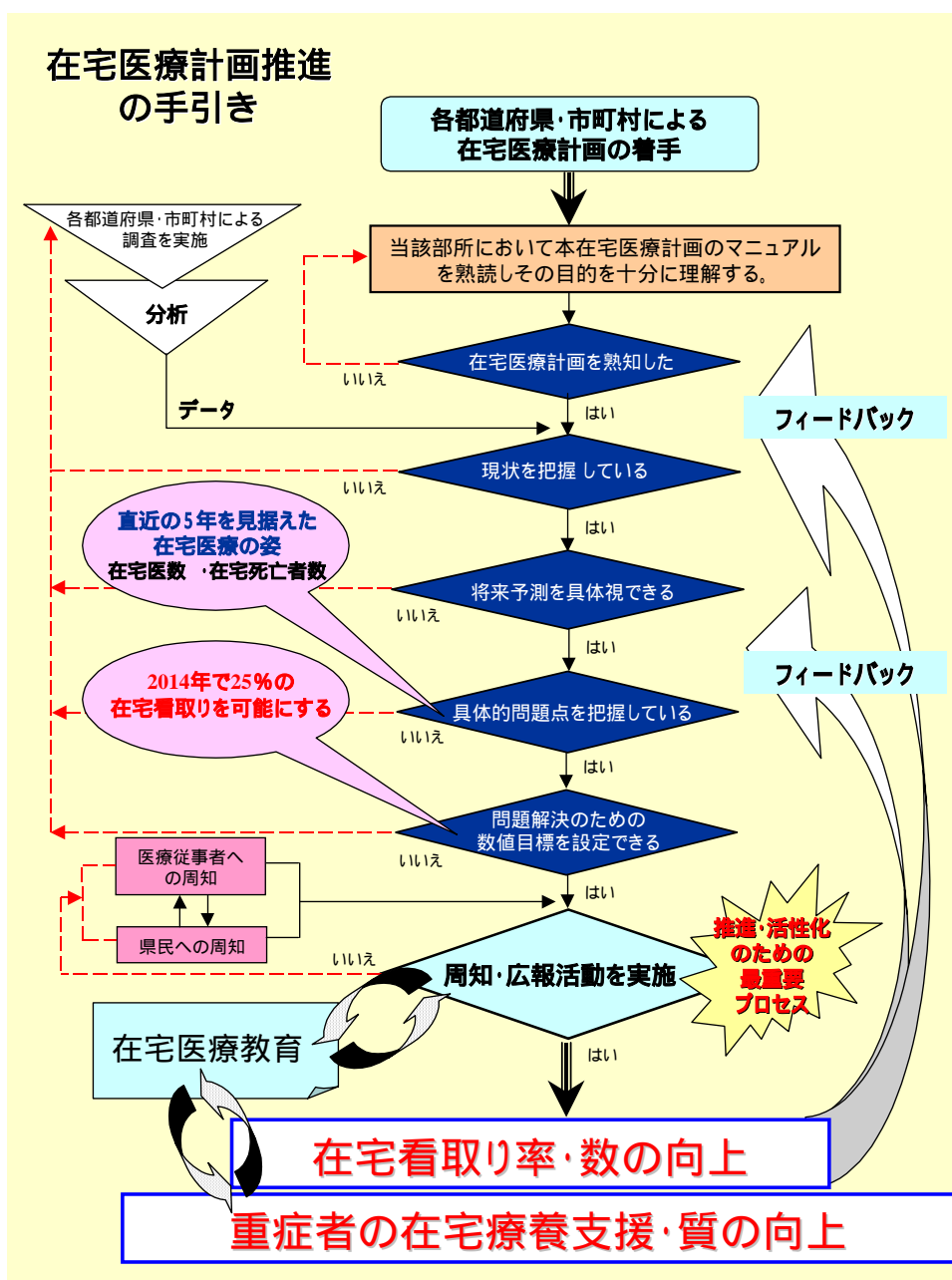
【1】要旨	1
【2】本文	
第Ⅰ部 在宅医療計画の主旨	
Ⅰ－1 在宅医療とは	3
Ⅰ－2 在宅医療計画の背景：国民のニーズと医療提供実態のミスマッチ	3
Ⅰ－3 医療計画における在宅医療の位置づけ	12
Ⅰ－4 在宅医療機関及び各連携機関とは	14
Ⅰ－5 在宅医療計画の展開	32
Ⅰ－6 医療費適正化計画・介護保険計画との整合性について	34
第Ⅱ部 利用者の視点に立った在宅医療計画の概要	
Ⅱ－1 在宅医療の周知(どこがやっているのか・なにをやってくれるのか)	39
Ⅱ－2 在宅療養支援診療所の適正数・適正配置・質・効果的な活用方策	43
Ⅱ－3 医療計画における各事業との関連	48
Ⅱ－4 在宅医療教育	52
Ⅱ－5 個人情報	56
Ⅱ－6 倫理規定	61
第Ⅲ部 在宅医療計画作成の手順及び評価	
Ⅲ－1 作成過程のイメージ	77
Ⅲ－2 現状分析	79
Ⅲ－3 数値目標	95
Ⅲ－4 将来予測	130
Ⅲ－5 モデル作成	130
Ⅲ－6 在宅医療計画における目標設定	134
Ⅲ－7 遂行過程における評価とフィードバック	160
【3】まとめ	161

【1】要旨

1) 序言

本報告書は、関係の実務者・研究者・学識者等からなる研究班により、医療計画において実施される在宅医療のあり方を検討するとともに、各都道府県・市町村がこの在宅医療計画を作成しかつ遂行するにあたり、国が定めた目標値に到達する努力が効果的に発揮され、本事業の円滑な運用が行われるべく策定されたものについての報告を行うものである。

2) 在宅医療計画推進の手引き



【2】本文

第 部 在宅医療計画の主旨

- 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 - 2 - 1)

死亡数の年次推移

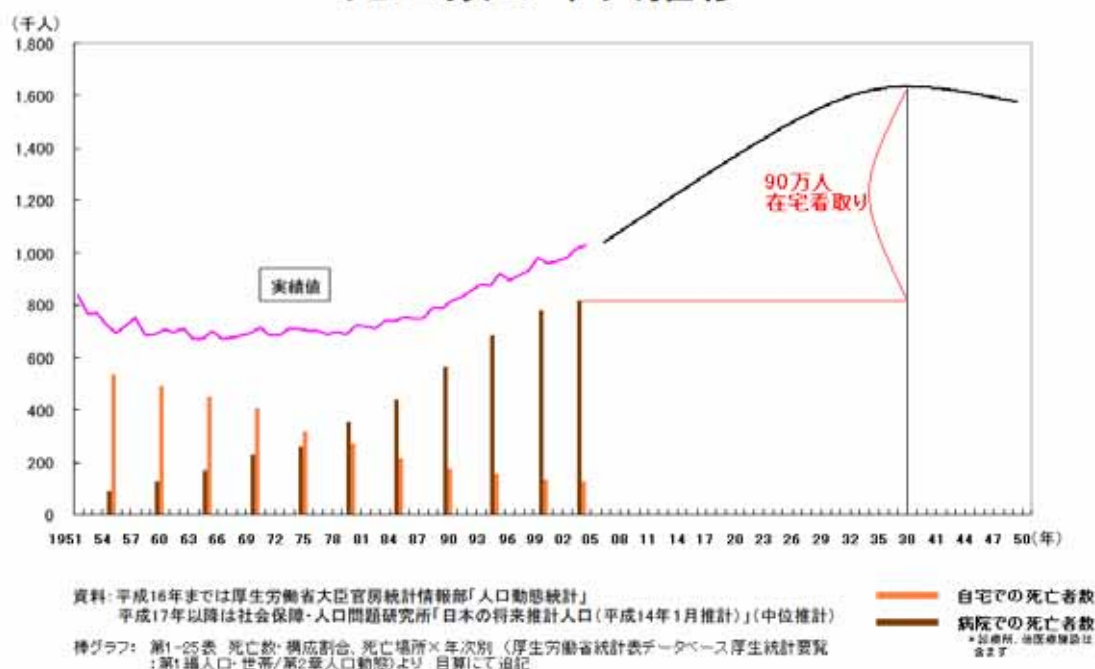


図 - 2 - 1

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 - 2 - 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。

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) 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も、突然死もあり得る心疾患などでは自宅死亡の割合が23%と比較的高いのにに対して、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すか」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%あり、自宅で過ごしたいと考える人は全体の83.3%であった(図 - 2 - 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)

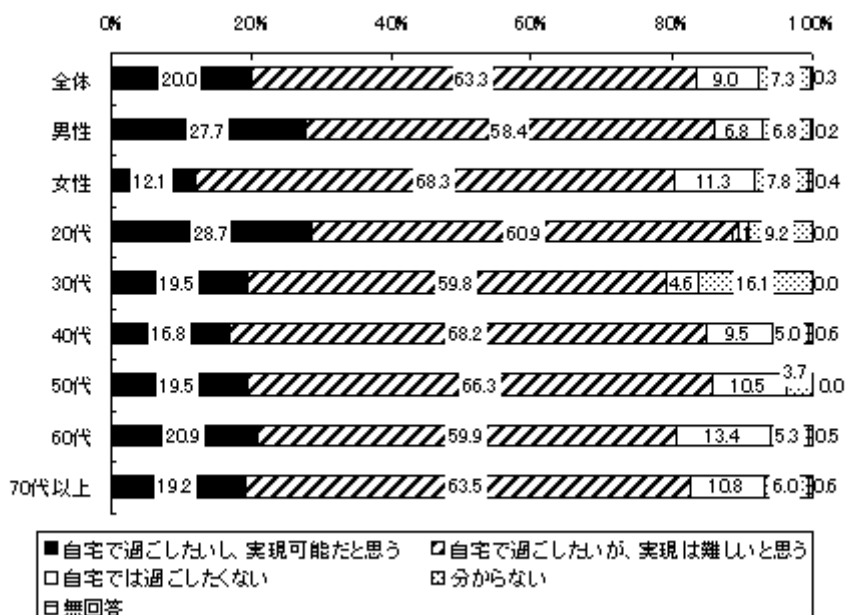


図 - 2 - 2

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。

**自宅を死亡場所として希望するものの
実際は病院等で死亡する高齢者が多い**

高齢者が死亡場所として希望していた場所		
自宅	うち実際に自宅で死亡した人	(33.1%)
	うち実際には病院で死亡した人	(66.3%)
	その他	(0.6%)
病院・診療所		8.2%
その他		2.6%

図 - 2 - 3 (平成9年 厚生白書より)

図 - 2 - 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 - 2 - 5)

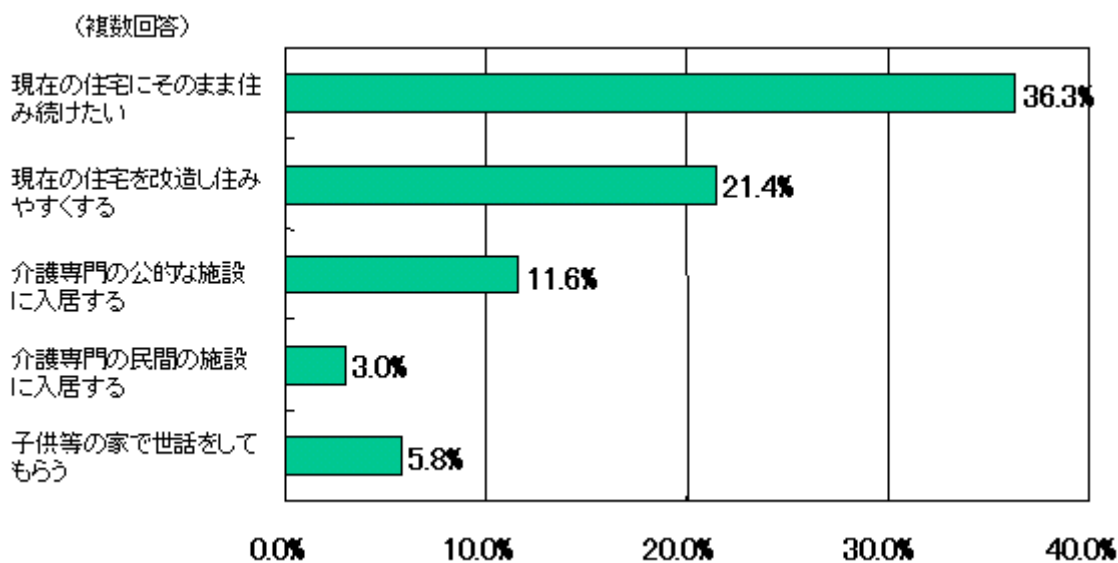


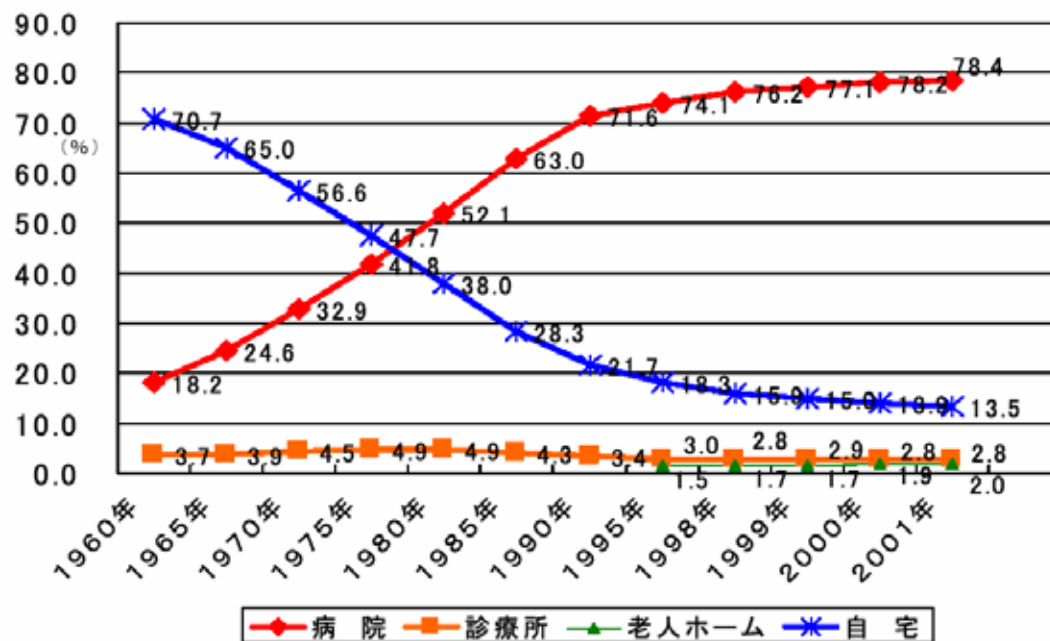
図 - 2 - 4

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

・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 - 2 - 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 - 2 - 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 - 2 - 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	49,381
30	693,523	85,086	21,646	.	402	.	533,098	53,291
35	706,599	128,306	25,941	.	791	.	499,406	52,155
40	700,438	172,091	27,477	.	774	.	455,081	45,015
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	33,466
平成2年	820,305	587,438	27,968	351	2	.	177,657	26,889
7	922,139	682,943	27,555	2,080	2	14,256	168,756	26,547
12	961,653	751,581	27,087	4,818	2	17,807	133,534	26,824
13	970,331	760,681	27,627	5,461	-	19,008	131,337	26,217
14	982,379	772,638	27,479	5,611	1	18,713	131,379	26,558
15	1,014,951	801,125	27,898	5,986	2	19,659	131,991	28,290
16	1,028,602	818,586	27,586	6,490	3	21,313	127,445	27,179
構成割合 (%)								
昭和26年	100.0	9.1	2.6	.	0.0	.	82.5	5.9
30	100.0	12.3	3.1	.	0.1	.	76.9	7.7
35	100.0	18.2	3.7	.	0.1	.	70.7	7.4
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	2.8
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	2.8
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 - 2 - 7

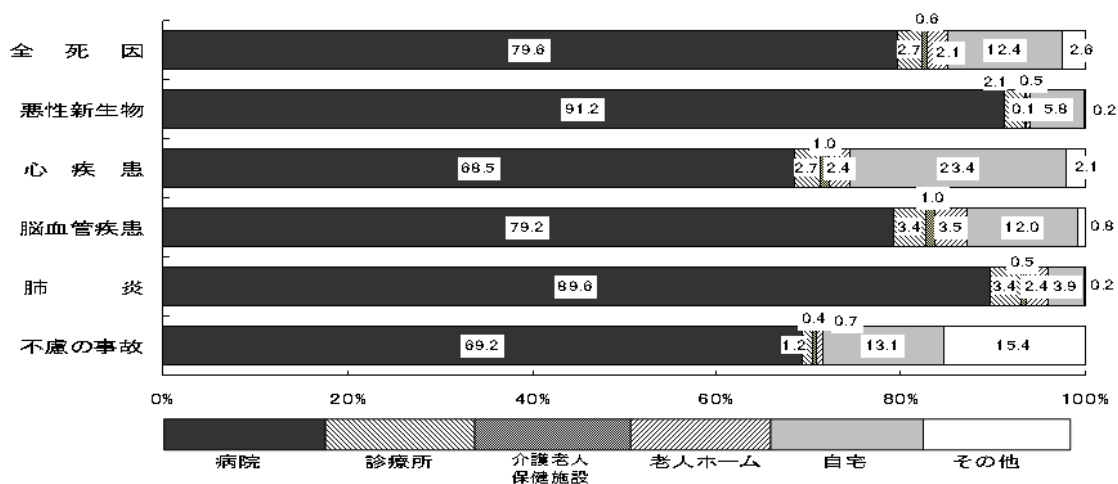


図 - 2 - 8 主な死因の死亡の場所別構成割合 - 平成16年 -

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 - 2 - 9）。

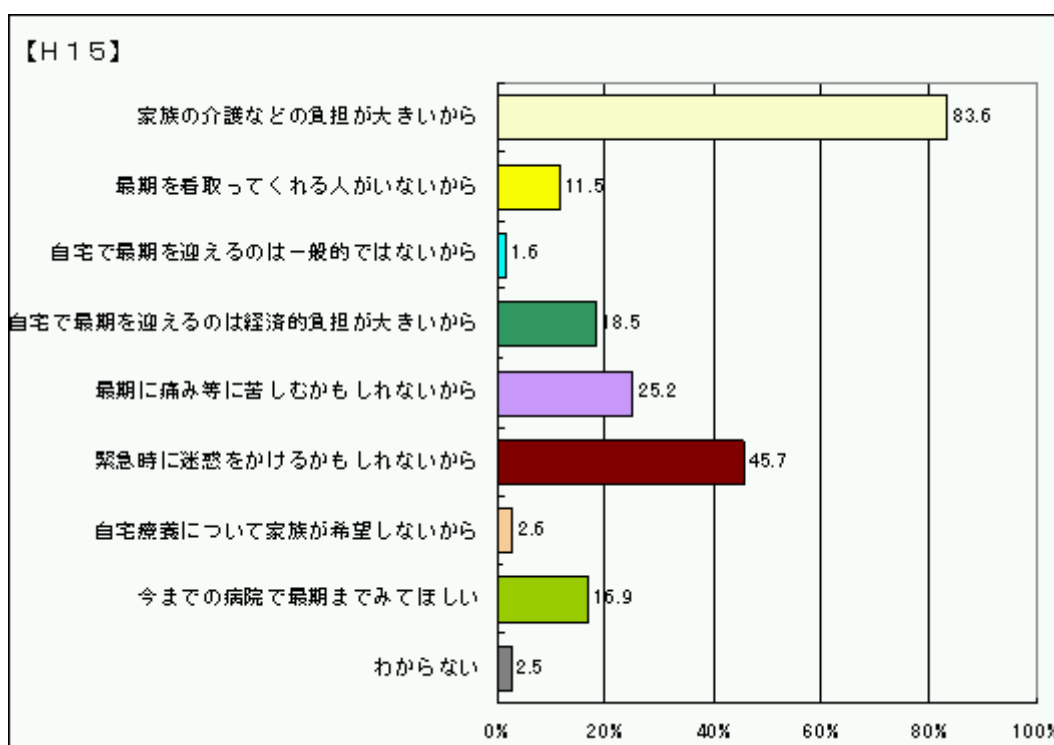


図 - 2 - 9 自宅以外の場所で療養したいとする理由
（平成16年度 厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会報告書）

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用されたこと、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 - 2 - 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)

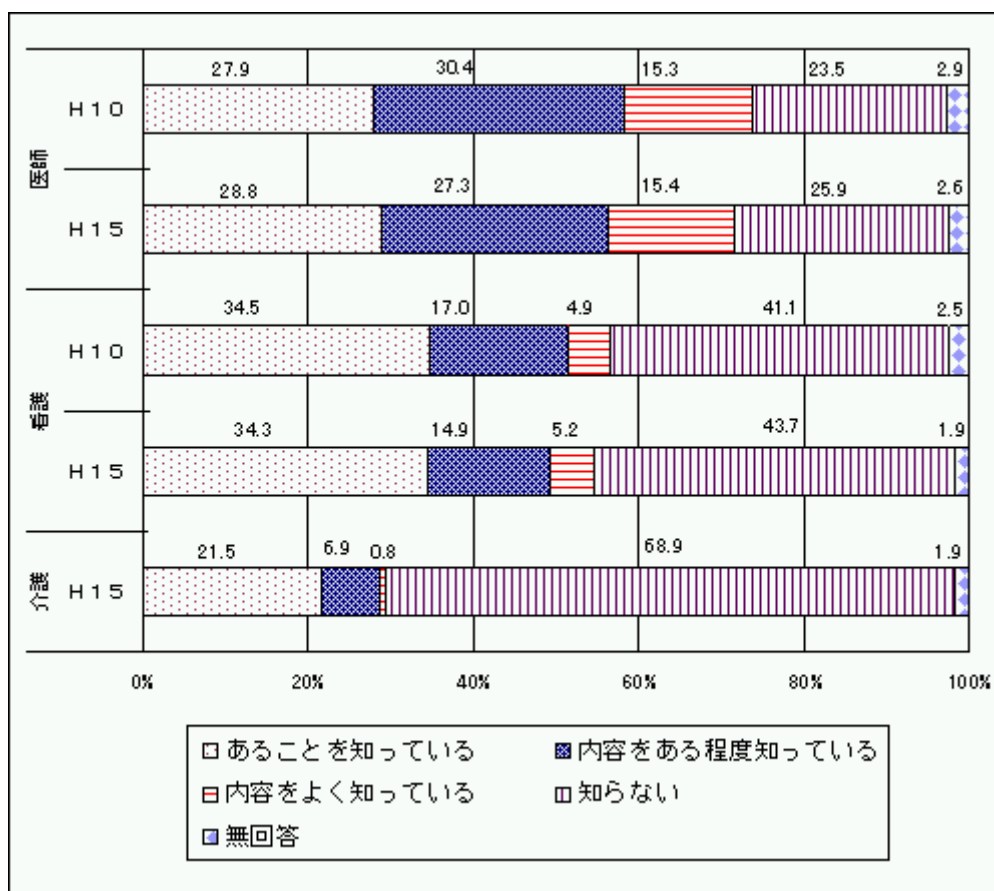


図 - 2 - 10

- 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 - 3 - 1 上段に示すように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 - 3 - 1 - 下段)。現在は図 - 3 - 2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。

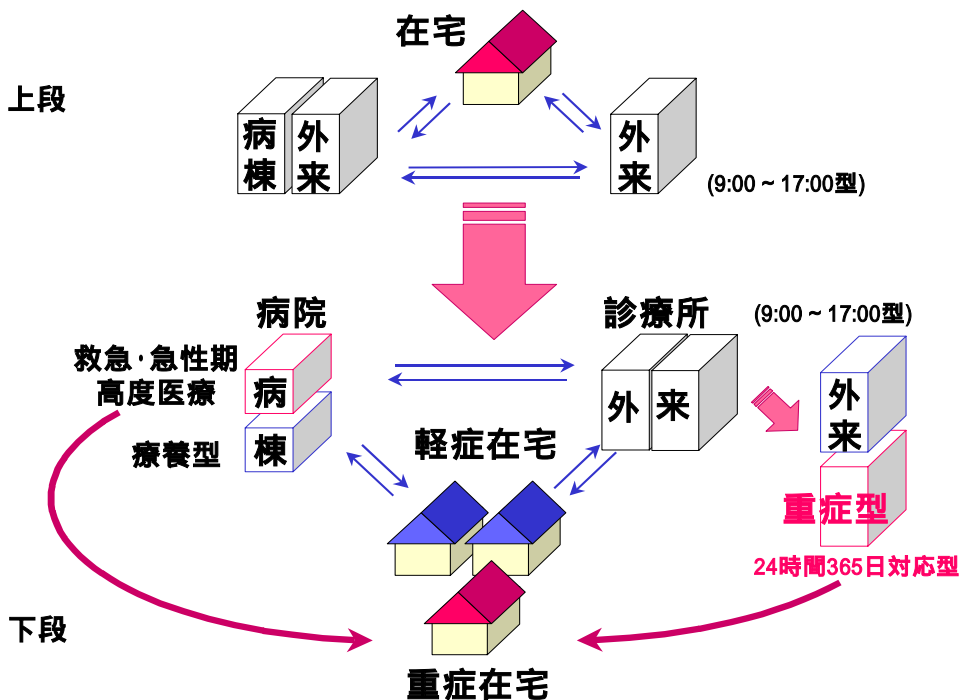


図 - 3 - 1

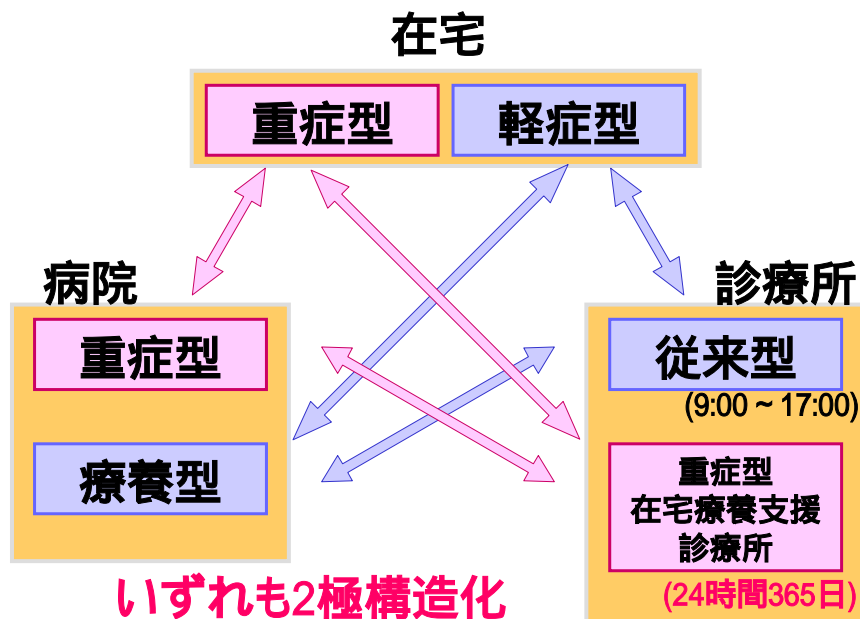


図 - 3 - 2

- ・ 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、

病状	病院入院	外来通院	在宅医療
回復可能	治癒して退院	通院可能	
現状維持	病状の平衡状態（ゴール）になったら退院		通院困難
回復不能	生活の中で看取ることを視野に入れて退院		居宅での終焉を希望

上記となり、そのうち、特に 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 在宅医療機関及び各連携機関とは

1) 在宅療養支援診療所

表 - 4 - 1 に示す要件を満たし社会保険事務局に登録された診療所である。平成18年10月現在で全国約10,000ヶ所である。

「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」2003～2005年度版(表 - 4 - 2)によれば、年間看取り約10名以上の診療所全国190ヶ所の、1ヶ所当たり平均看取り数は20名(中央値16名)である。「24時間365日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究事業」によれば、旧寝たきり老人在宅総合診療料を算定していた診療所の平均看取り数は3.2名、旧在宅時医学管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定していた診療所の平均看取り数は10.2名と考えられた。

在宅療養支援診療所の診療形態はいくつかに分けることができる。

無床(有床)診療所単独 + 医師1名 + 外来診療主体型

無床(有床)診療所単独 + 医師1名 + 在宅医療主体型

無床(有床)診療所単独 + 医師複数 + 在宅医療主体型

及び の複数参加によるグループ診療型

もっとも多いのは である。外来の空き時間・休日等に居宅訪問を行う診療所であり緊急対応に限界がある。

は在宅医療重視型であるが、医療的重症度の高いがん・人工呼吸器等の療養者の比率が多くなると一人医師の疲労が大きい。

はもっとも数が少ない(全国で200ヶ所強)が、医師が複数であり緊急対応・重症対応が可能であると同時に、個々の医師の休みを確保することが容易となる。

は各地域(長崎・神戸・東京・仙台等)で行われており、数ヶ所から数十ヶ所の診療所が参加し、主治医・副主治医等を決めて共同診療体制を組むことで、休みをとることが可能となる。

在宅医療

「在宅療養支援診療所」の創設(2006年)

診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築



在宅医療に係る評価の充実

「在宅療養支援診療所」であることを要件として、在宅医療に係る以下のような評価を充実

入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価

在宅療養における24時間対応体制に係る評価

在宅におけるターミナルケアに係る評価

特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価

県	2003年度版						2004年度版						2005年度版					
	施設数	平均受診 在宅患者数		看取(在宅)の割合 <年間>		看取率	施設数	平均受診 在宅患者数		看取(在宅)の割合 <年間>		看取率	施設数	平均受診 在宅患者数		看取(在宅)の割合 <年間>		看取率
		総数	1施設当り	総数	1施設当り			総数	1施設当り	総数	1施設当り			総数	1施設当り			
北海道	2	140	70	30	15	21.4	2	140	70	30	15	21.4	2	115	58	16	8	139
青森県	1	60	60	30	30	50.0	1	60	60	30	30	50.0	1	80	80	18	18	225
岩手県	1	170	170	63	63	37.1	1	120	120	60	60	50.0	1	160	160	60	60	37.5
宮城県	2	265	133	186	93	70.2	2	265	133	186	93	70.2	2	330	165	242	121	73.3
山形県	1	65	65	25	25	38.5	1	65	65	25	25	38.5	1	65	65	25	25	38.5
福島県	5	190	38	105	21	55.3	5	190	38	121	24	63.7	5	190	38	121	24	63.7
茨城県	4	310	78	102	26	32.9	4	310	78	102	26	32.9	6	570	95	133	22	23.3
栃木県	4	210	53	41	10	19.5	4	230	58	45	11	19.6	4	261	65	45	11	17.2
群馬県	2	140	70	38	19	27.1	2	140	70	32	16	22.9	2	140	70	32	16	22.9
埼玉県	4	105	26	40	10	38.1	4	125	31	53	13	42.4	4	125	31	53	13	42.4
千葉県	8	597	75	150	19	25.1	8	647	81	205	26	31.7	8	677	85	212	27	31.3
東京都	33	3645	110	1368	41	37.5	40	5030	126	1732	43	34.4	40	5080	127	1632	41	32.1
神奈川県	6	420	70	110	18	26.2	7	450	64	122	17	27.1	9	850	94	165	18	19.4
新潟県	4	305	76	67	17	22.0	4	315	79	62	16	19.7	4	315	79	63	16	20.0
富山県	1	60	60	15	15	25.0	1	60	60	15	15	25.0	1	60	60	15	15	25.0
山梨県	5	175	35	76	15	43.4	5	175	35	76	15	43.4	5	170	34	78	16	45.9
長野県	4	89	22	73	18	82.0	4	89	22	73	18	82.0	4	89	22	73	18	82.0
岐阜県	6	384	64	94	16	24.5	6	394	66	94	16	23.9	6	394	66	94	16	23.9
静岡県	2	85	43	27	14	31.8	2	145	73	37	19	25.5	3	195	65	47	16	24.1
愛知県	5	503	101	96	19	19.1	5	528	106	118	24	22.3	6	603	101	140	23	23.2
三重県	1	60	60	20	20	33.3	1	60	60	20	20	33.3	1	60	60	20	20	33.3
滋賀県	1	50	50	10	10	20.0	1	50	50	10	10	20.0	1	50	50	10	10	20.0
京都府	1	50	50	10	10	20.0	2	360	180	35	18	9.7	2	360	180	35	18	9.7
大阪府	14	807	58	304	22	37.7	14	822	59	324	23	39.4	14	805	58	329	24	40.9
兵庫県	19	816	43	341	18	41.8	21	921	44	390	19	42.3	21	936	45	388	18	41.5
奈良県	4	125	31	49	12	39.2	4	125	31	59	15	47.2	4	125	31	59	15	47.2
和歌山県	5	345	69	91	18	26.4	5	385	77	79	16	20.5	5	385	77	79	16	20.5
鳥取県	4	465	116	80	20	17.2	4	306	77	77	19	25.2	4	306	77	77	19	25.2
岡山県	2	83	42	30	15	36.1	2	83	42	30	15	36.1	2	83	42	30	15	36.1
広島県	3	45	15	50	17	111.1	3	51	17	55	18	107.8	3	51	17	30	10	58.8
香川県	1	80	80	40	40	50.0	1	80	80	40	40	50.0	1	60	60	10	10	16.7
愛媛県													1	230	230	39	39	17.0
高知県	1	13	13	10	10	76.9	1	13	13	10	10	76.9	1	13	13	10	10	76.9
福岡県	5	190	38	63	13	33.2	5	190	38	71	14	37.4	5	330	66	71	14	21.5
熊本県							1	12	12	12	12	102.6	1	13	13	17	17	127.8
大分県	1	30	30	8	8	26.7	2	110	55	20	10	18.2	2	80	40	18	9	22.5
宮崎県	2	11	6	19	10	172.7	2	20	10	24	12	120.0	2	22	11	28	14	127.3
鹿児島県	4	340	85	75	19	22.1	4	360	90	85	21	23.6	4	360	95	85	21	22.4
沖縄県	1	6	6	10	10	166.7	2	92	46	23	12	25.0	2	95	48	21	11	22.1
总计	169	11434	68	3946	23	34.5	183	13518	74	4582	25	33.9	190	14853	78	4620	24	31.1
都道府県中央値		60		18		33.3		60		17		33.9		65		16		25.0
都道府県平均値		60		21		44.8		63		22		41.6		71		21		37.7

在宅ケアをしてくれるお医者さんが少なくなる(2003-2005年度版)から採

表 - 4 - 2

2) 在宅療養支援診療所以外の診療所

在宅療養支援診療所以外の診療所で地域に根ざして在宅医療を行っている診療所が数多くある。現在の在宅医療の質を確保しながら、在宅療養支援診療所との連携を密に行うことが必要である。

在宅医療の主治医にはなりにくいですが、在宅医療の連携医療機関として居宅訪問を積極的に行う診療科がある。代表的なものは眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科等である。また歯科診療所においても、訪問歯科診療や居宅療養管理指導が行われる。在宅療養支援診療所と連携医療機関間の情報開示が行われることによって、在宅医療の質の向上が期待される。

3) 地域医療支援病院等後方支援あるいは連携病院

病院は、身体的理由による通院困難患者の在宅移行を積極的に促すことが必要である。入院日数削減・DPCの導入等により的確な入院医療の提供がなされると同時に、入院した時点からの退院計画の始動が必須となる。図 - 4 - 3 に示すように、在宅医療・在宅看護・在宅介護等の連携事業所あるいは行政担当者も加わり、入院中にサービス担当者会議が開催され、円滑な居宅移行がなされることが望ましい。この地域連携退院時共同指導を、在宅療養支援診療所・居宅介護支援事業所等とともに行うことが、速やかな退院促進に繋がることとなる。病院側は地域連携退院時共同指導料を算定することができる。

在宅療養支援診療所は後方病院を持つことが登録要件としてある。後方病院は地域によって、一ヶ所から数ヶ所・十数ヶ所の違いはあっても、そのすべての病院と連携することが可能である。病院は社会保険事務局からの在宅療養支援診療所リストを基に、一次医療圏はもとより、周辺他医療圏の在宅療養支援診療所に対しても、積極的に連携後方病院として名乗りを上げることが必要である。

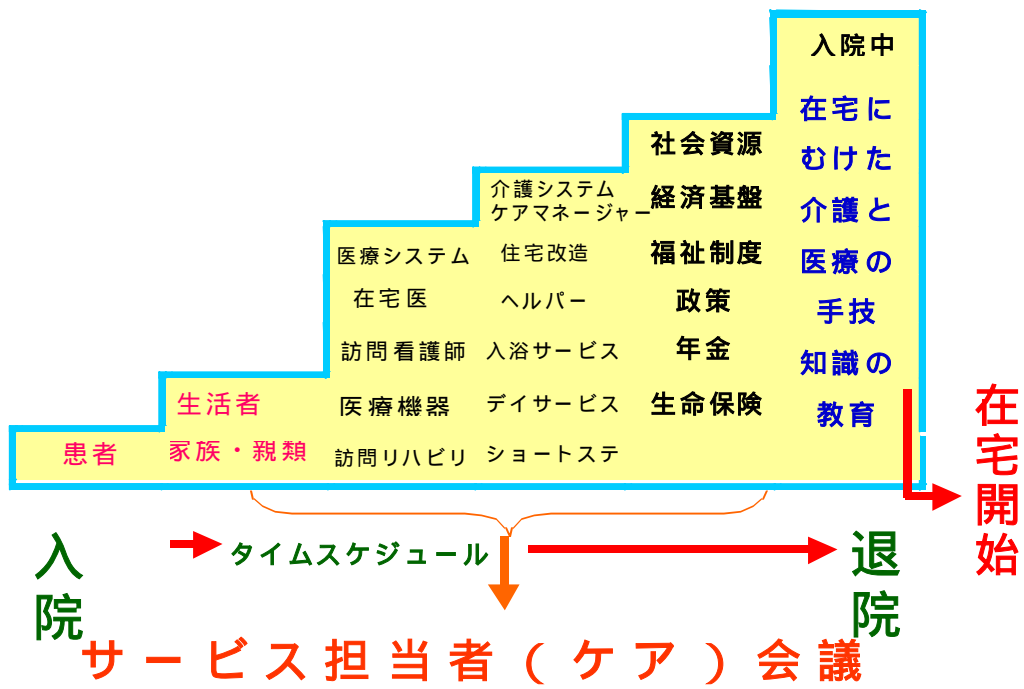


図 - 4 - 3

4) 訪問看護

(1) 訪問看護の意義

在宅医療をさらに推進し、在宅療養者が望めば、在宅での看取りまで支援できる体制を整えるため、在宅療養支援診療所が訪問看護ステーションと連携することは大変重要である。

在宅医療は、病院機能を地域コミュニティに広げたという概念でとらえられるのが一般的で、入院 或いは、老人介護施設に入所して行われていた医療サービスは、そのまま、地域コミュニティに広げ、患者の居宅や認知症グループホームなどの自宅に準ずる施設（第三類型）において、提供するものである。療養の場である病室は、療養者の居室に変わり、施設での医療現場での医師と看護師の関係性は、ここでも維持されなくてはならない。

看護師のいない病院が存在しないように、在宅医療には訪問看護師の協力が不可欠である。

訪問看護師と在宅療養支援診療所から訪問診療を行う医師は、在宅医療牽引車の両輪なのである。

(2) 制度による訪問看護の違い

現在の訪問看護サービスは、介護保険制度および医療保険制度から行われている。65歳以上の要介護者および、40歳から65歳未満の二号被保険者で、16の特定疾病であれば、介護保険が優先されるが、末期の悪性腫瘍や急性増悪期などは医療保険からの訪問看護も可能である。

(3) 訪問看護の役割

病棟におけるナースステーションの役割は、地域コミュニティにおける訪問看護ステーションが担うことになる。

導入期の関わり（移行期）

在宅介護の経験のない家族や、療養者へ不安を除くための在宅医療の姿を具体的に果たえ、療養に必要な知識や、基本的技術の指導を行う。入院先に出向いた医療情報交換にも積極的に参加すべきである。

慢性期の関わり（維持期）

在宅療養者の、病状が安定している場合は、その良好な状態をより長く維持させ、長期に在宅療養を継続できるように、専門的な技術や知識、さらには経験を生かし支援する。

病態を正確に把握し、脱水の予防や栄養状態の評価、廃用症候群の防止や改善につながる適切なりハビリテーション指導し、必要があれば、在宅医の訪問診療や、緊急往

診を依頼する。

さらに、療養環境の整備をはじめ、服薬状況の確認や、家族関係調整、経済的状況までも配慮し、療養者やその介護者らにとって、もっとも身近で、頼りになる医療専門職としての、かわりが求められる。

一方、医師とも良好な関係性を維持し、医師の立場では、聴取することができない詳細な生活情報を共有することも重要なこととなる。

急性期の関わり

下気道感染症や尿路感染症など急性疾患の合併時には、なんとなく活気がないというように、いつもと違うという医療者独自の感覚と、バイタルサインの変化などから、できるだけ早期に、その兆しをつかみ、速やかに医師に情報提供し、対応することが重要である。さらに、加療を在宅で継続するのか、入院して加療するのか、判断が必要である。その際、家族の介護力や、理解力、介護意欲など総合的に評価し、在宅での急性期加療が現実的であるかなど、看護師の立場でのアドバイスはたいへん貴重なものである。

介護力を期待できるとなると、抗生剤の投与や、点滴、酸素吸入など、いわゆる急性期の加療を在宅でおこなうことになり、機器の扱い方などを、家族へ指導することも重要な役割となる。

終末期の関わり

多くの家族は、看取りの経験がなく、漠然とした不安をいただいている。過剰な医療のない、尊厳ある穏やかな終末期の姿を具体的に説明しながら、死を受容できるようになっていぬい関わりがもとめられる。

さらに、死後の処置にもかわり、遺族へのグリーフケアを忘れてはならない。

在宅医療を行うことになった原因疾患によって、配慮ある対応をもとめられることが多いが、特に高齢者の老衰、若年障害者、神経筋難病、癌のターミナルなどでは、それぞれ在宅看取りに対する家族の受け止め方は異なる。

(4) 訪問看護事業の推進の重要性

訪問看護は、看護師が主体的にかかわることができ、臨床経験が豊富で、力量のある看護師にとっては、たいへんやりがいのある仕事となる。

病院での看護業務と違い、目の前の患者の健康問題については、訪問看護師が自ら看護診断(評価)を下すことになり、医師以上の観察力を必要とする場面もある。

現場を知らないことが、訪問看護を志望する看護師が少なくする理由の一つと考えられるため、在宅ケアの現場を体験する機会を多くし、志の高い訪問看護師をもっと養成すべきである。

(5) 訪問看護ステーションの課題

介護保険制度は、訪問看護ステーションとして、看護師が自ら開業する道を広げたが、一方で収益率が低く、事業として成り立ちにくい。おそらく、単独事業所では健全な経営は困難といえる。

さらに、訪問看護師の養成・育成は、組織的に行われていない。したがって、あるとき施設の看護師をやめ、突然未経験の訪問看護師になるという転職方法で、訪問看護に携わることになる。

さらに、24 時間・365 日対応システムの構築は、許認可の条件となっている看護師 2.5 人規模では現実的には困難で、マインド溢れる所長が、365 日携帯電話をもって対応しているというのが実態である。このような状況で、24 時間対応できる訪問看護ステーションが発展する素地は全くない。

(6) 訪問看護と訪問介護の差別化

痰の吸引、軟膏の塗布、浣腸、褥瘡の消毒といった処置が、介護士に許されるようになった。これは、訪問看護師の業務が脅かされたのではなく、むしろ看護師の役割がより専門的で、責任が重いものになったということにほかならない。

入浴介助は介護士の仕事だと信じている看護師がいるが、一方で、入浴介助を利用して全身を観察し、皮膚疾患を発見し、早期治療を可能にした。或いは、洗身時に乳房の腫瘍を発見し、無事に手術を終えたというようなことは、看護師がかかわったからこそである。一見介護士と同じ業務に携わっているようにみえても、そのサービスの質は大きく異なり、とりわけリスクマネジメントの視点では、全く違う立場で仕事を行っているといえる。

(7) 訪問看護事業ネットワークの構築

訪問看護ステーションが、在宅療養支援診療所と連携し、ケアマネジャーとの協働で、包括的地域ケアを支えるには、職域を越えたネットワーク構築が重要である。看護協会や訪問看護財団などの団体が、他の職能団体とネットワークを築くための主導的役割を担うのは、地方自治体だと考えられる。

5) 在宅療養支援調剤薬局

(1) 在宅医療における調剤薬局・薬剤師の位置付け

在宅医療において重要なのは、チームとして医療と介護が総合的に提供されることであり、医師を中心とした多職種チームケアが実践されなければならないことである。

この中で薬局もチーム医療に携わる医療提供施設として、調剤を中心とした医薬品や、医療・衛生材料等の提供拠点としての役割を担う必要がある。それと共に、薬剤師が居宅を訪問し、薬剤の管理や指導を行うことも非常に重要な業務となる。

具体的な業務の内容として、

- ・処方された薬剤、また他院の併用薬・健康食品等の情報を収集した上で、相互作用のチェックや、薬剤の適切な使用・管理がなされているかなど、医療の安全と質を保つに必要とされる薬学的管理・指導を行い、必要に応じて医師に対し薬剤変更等の助言を行う。
- ・患者の状態や生活環境をみた上で、一包化や粉末化・服薬カレンダー等の服薬支援調剤対応による、コンプライアンスの遵守
- ・麻薬や IVH・経管栄養時の薬剤等、特殊な使用法を有する薬剤の投与方法の指導や使用状況・保管状況の確認、医師への最適な薬剤選択の助言
- ・癌患者のターミナルケアなど、24 時間対応できる医薬品の供給体制の確保
- ・在宅療養に必要な医療・衛生材料の安定供給と、それに関する指導・管理
- ・在宅医療で発生する医療廃棄物の適切な処理の指導・回収
- ・服薬介護力の把握と、チーム医療への協力・服薬介護への協力要請

等

医師が診断をし、最良の処方をして、患者が指示通りその薬を服用しなければ薬物治療は完結しない。薬剤師は患者の自宅を訪問することによって、実際の患者の生活や家族の状況を把握することができるため、患者が真に必要な服薬支援に反映させることができるようになる。同時に、薬剤師には薬物療法全般について臨床判断が求められ、患者・家族や他の医療職とのコミュニケーションも不可欠になる。薬剤師が医療チームの一員として果す役割は大きい。在宅医療を担っていく調剤薬局・薬剤師は、高い資質が求められるようになる。

(2) 薬剤師教育

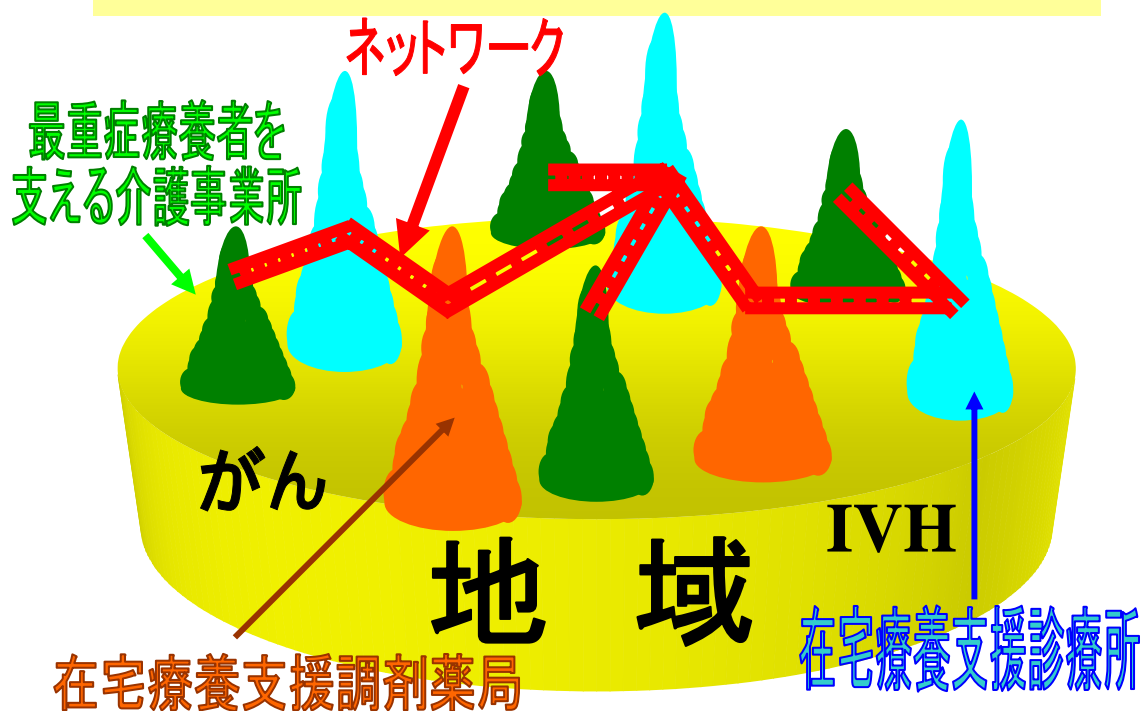
現在、在宅調剤に関する、大学での教育が十分に行われていない。その事を踏まえ都道府県は、在宅調剤の実績ある薬局、関係医療機関、学識経験者らと協力して、在宅療養生活に係わっていく薬局の役割の明確化、かつ、がん患者のターミナルなどに対応する為の薬局のルールや倫理理念などを早急に作成し、それらを研修する事が可能な施設、体制の整備を構築する。薬剤師が在宅調剤を学び、さらに質の向上を図るという観点からも体制を整えることが必要とされる。

(3) 薬局の連携

がん患者のターミナルケアなど現在の医療体制が『医療機関完結型』から『地域完結型』へスムーズに転換される為には、薬局も医療提供施設として連携体制を構築し、その中で機能分担が必要とされる。

医療機関の機能分化と連携があまり進んでいない現状を踏まえ、在宅療養生活における薬局の役割が円滑に遂行されるにあたっては、地域の薬局同士の実践として機能する連携体制の構築、及び都道府県の支援と連携が必要とされる。それを軸に医療機関の連携による地域での取り組みを拡大させる可能性と限界を合意した上で、医療の質の向上、効率化における薬局の役割を模索することが必要である。

重症在宅橋頭堡ネットワーク構想



在宅調剤に対応している薬局の機能的組織の構築

地域における資源としての薬局は資源の質、量共に、格差がかなりあると思われる。調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点としての役割を担うために各薬局の備蓄品目数、医療・衛生材料の内容、麻薬供給の有無など予め必要と思われる適切な薬局機能評価の情報が各医療提供者、介護サービス提供者に提供される基盤を整備し、これに基づいて、地域の医療連携体制に機能的に対応する組織を都道府県の支援の下に作成する。

休日・夜間における調剤による医薬品等の供給

上記の組織を基に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。

有機的連携が図れるようなネットワークシステムの構築

上記の組織を基に処方医のみならず、各医療提供者、介護サービス提供者、住民・患者においても、平等に情報が提供され、かつ提供という方向だけでなく、情報の収集も行われる為に必要なネットワークシステムを構築するにあたって都道府県に必要とされる事は調整のために各担当者との協議と合意が不可欠であり、すでに行われている都道府県での事例などを参考に地域の特性を考慮して、計画作成、各関係機関との連携調整、権限と責任の明確な位置づけなどを検討、推進していく事が望まれる。

以上の事によって患者の選択を通じた医療の質の向上、効率化につなげる。

6) 介護事業所

(1) 介護保険制度

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、又は老健施設等に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を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。

(2) 施設介護事業所

：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。

：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。

：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となった。

(3) 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）
- ・特定施設入所者生活介護（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

居宅系サービス

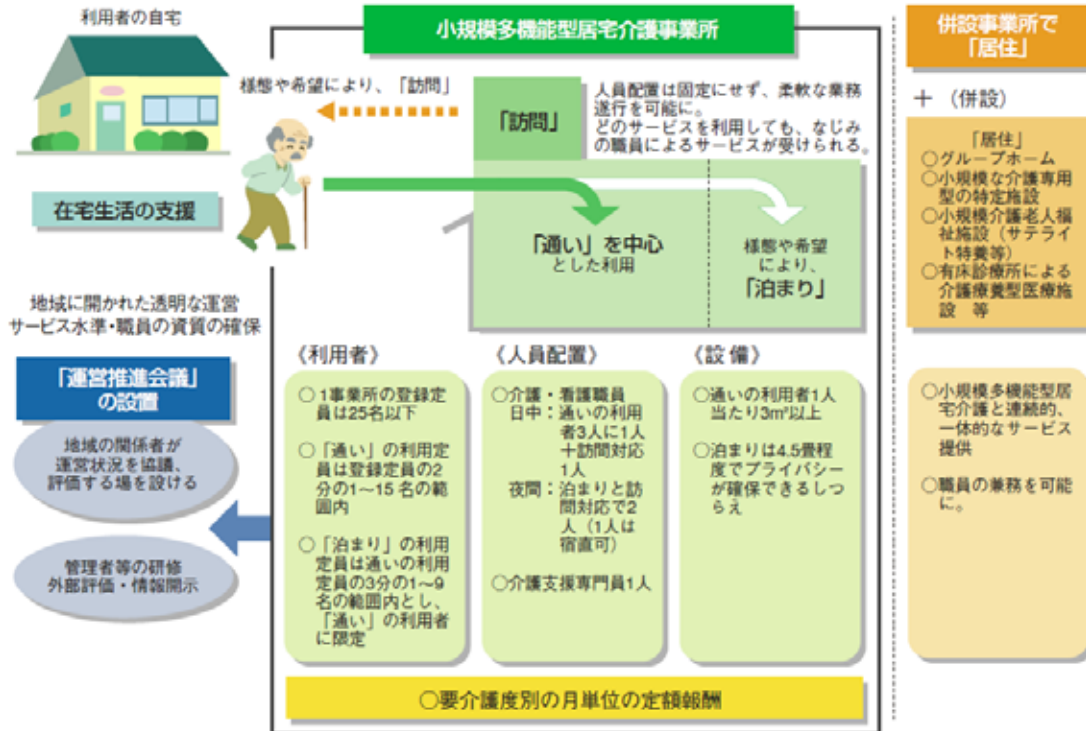
- ・ 通所介護
- ・ 通所リハビリテーション

小規模多機能型

市町村が指定・監督を行うサービス	<p>○介護予防支援</p> <p>○地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 	<p>○地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○小規模多機能型居宅介護 ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
------------------	--	---

■小規模多機能型居宅介護のイメージ

基本的な考え方：「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援する。

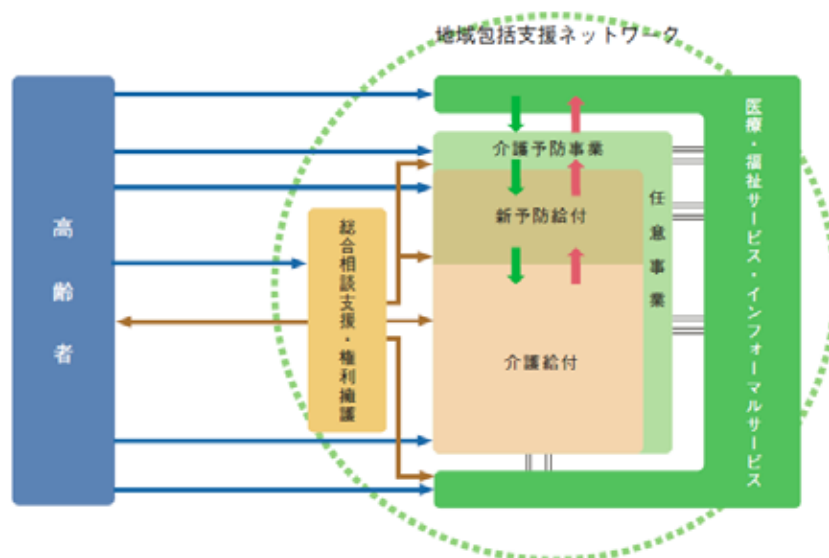


意見等の反映、 計画的な居宅サービスの利用、 総合的な居宅サービス計画の作成などを主な業務としている。

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。



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

(5) 居宅介護等における介護従事者(訪問介護員及び施設介護員)の行為等について

すでに、医政発第0324006号(平成17年3月24日)「在宅におけるALS以外の療養者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」及び、医政発第0726005号(平成17年7月26日)「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」に示されているように、これら各種行為については、介護従事者が医師・看護師等の適切な指導・監督の下に、これを行うことが可能となっている(詳細は表-4-3を参照)。

これら行為は、居宅・施設療養者等の高齢化・重度化に伴い、特に気管切開・人工呼吸器等を必要とする難病、常時臥床高齢者あるいは疼痛管理を必要とするがん末期等の重症者の療養に関与する介護従事者には必須の行為となる。

したがって、各都道府県・市町村の担当者にとっては、行政区内に分布する各居宅・施設療養者を介護する介護従事者及びその管理者等に対して、表-4-3に該当する行為については十分な知識と技術を積極的に習得させるべく、担当の医師・看護師等を通じて特に指導させるように計画しこれを実行させなければならない。

経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)・導尿については、医政発第1020008号(平成16年10月20日)「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて(協力依頼)」において、非医療関係者の教員が当該学校内での当該行為を行うことについてはすでに許可されている。在宅医療の今後の重要性に鑑み、訪問介護員・施設介護員等による当該行為を含めた生活援助の円滑な施行のための早急な改善策を提示することが必要である。各行政担当者においては、訪問介護事業所・通所介護事業所・施設介護事業所に対して当該処置行為の必要性に関する調査を行い、当該行為を要求される療養者の実態把握等を行っておくことが望ましい。

病院・療養病床から退院する重症者に対する十分な受入れ体制を構築する観点から、訪問介護事業所・通所介護事業所及び施設介護事業所においては、特に表-4-4に示される重症者加算の項目のうち、2のイ・ロ・ハの各号のいずれかに該当する療養者及びがん末期患者を積極的に受け入れるべく対応しなければならない。さらに私費入居による有料老人ホーム・介護(ケア)付マンション・同住宅等においても同様のことが求められる。行政は、各事業所の受入れ全数に対する当該療養者の受入れ員数の割合を各事業所に対して調査し、割合が上位の事業所を模範とした重症者対応型の受け入れ体制を検討すること。下位の事業所に対しては、重症者に対応可能であるように業務の改善を指導しなければならない。重症者の居宅移行が進まない場合には介護難民が生じ、病院への再入院が増加する。

各事業所の受入れ全数に対して、表-4-4の項目のうち、イ・ロ・ハの各号のいずれかに該当する療養者及びがん末期患者の割合は、当初2年間は10%以上を、最終年度は25%を目標値とすること。さらに、表-4-4(特に1と2)に示される重症者加算に該当する療養者を多く受け持つ事業所は、これを行政が育成することが望ましい。

医政発第0324006号
1： 痰の吸引
医政発第0726005号
2： 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること。
3： 自動血圧測定器により血圧を測定すること。
4： 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装着すること。
5： 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）。
6： 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。
7： 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけること。
8： 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること。
9： 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）。
10： ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること（肌に接着したパウチの取り替えを除く）。
11： 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと。
12： 市販ディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること。

表 - 4 - 3

重症者加算

1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅末期医療総合診療料を算定している患者を除く）
2 イであって、口又はハの状態である患者
イ 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
ロ ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある患者
ハ 人口肛門又は人口膀胱を設置している状態にある患者
3 居宅において療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

表 - 4 - 4

- 5 在宅医療計画の展開

国民のニーズの観点からも、年間死亡者数の増加に伴う医療供給体制・医療費適正化の側面からも、生活の視点に立ち生活を支える医療を展開し、生活の中での終焉を当たり前を迎えられるような医療の充実が望まれる。

現在のニーズに応えながら、来るべき2038年に備える万全の体制を整えるために、行政・医療・介護のいずれをも円滑に機能させ、国民の信頼を得るために、ここに平成20年～24年の5年にわたる在宅医療計画が構築されるとともに確実に実行されなければならない。

各都道府県においては、平成18年9月現在、約10,000ヶ所が登録されている在宅療養支援診療所が、各地域の橋頭堡として機能すべく（図 - 5 - 1 - 下）、居宅支援・在宅ターミナルケア支援の核として適正に運用されるとともに、在宅療養支援診療所として登録されていない従来型の診療所にも底上げとして（図 - 5 - 1 - 上）、居宅支援・在宅ターミナルケア支援の一翼を担ってもらうべく働きかけ、診療所全体の円滑な居宅生活支援機能強化が成されることが望ましい。

特に、在宅療養支援診療所に関しては、当該要件項目のみならず、当該診療所のそれぞれが居宅において可能とする医療的手技・ターミナルケア・重症対応・受入れ可能数等についても、さらに詳細な情報提供がなされることが必要である。

病院においては、地域に分散する在宅療養支援診療所のリストを入手のうえ、病院治療の結果在宅医療の適応になる「身体的理由により通院困難である患者」に対しては、在宅療養支援診療所へ通知し、速やかかつ適切な在宅移行が図られることが望ましい。そのためには、地域連携退院時共同指導を必ず行うことが必須である。

さらに、広義の居宅としての特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・グループホーム等において、適切な環境管理の下に、本人・家族の意思に即して、自宅と同様に最後まで暮らし続けながら終焉を迎えられることが望ましい。そのためには、これら広義の居宅においても、現代医学の水準において病院と同様のターミナルケアが十分に可能であることを、入居者・家族に対して適切に説明が行われる必要があり、この説明責任を施設側及び担当医師が果たし、かつ実行しているか否かの検証が求められる。

「ケア付マンション・ケア付住宅」等の語句を有する民間の入居施設においては、生活（ケア）の継続とともに、生活（ケア）の結果としての住み慣れた場所における終焉が当然であり、最後の時期において生活（ケア）の中での看取りが行えないものについては、当該語句の適切な使用について再考されなければならない。

また、国民の年間死亡者数の三割ががん死であることから、特にがん医療に関する除痛薬剤の提供・中心静脈栄養・経管栄養等の薬剤提供が常時おこなわれることが、医療供給体制にとって重要な要点となる。今後、在宅療養支援を重点的におこなう在宅療養支援調剤薬局等については、既に地域において活動をおこなっているところも散見されることが

ら、さらに当該薬局等と連携を密にすることにより、地域に欠かせない薬局の役割を、在宅薬剤供給の側面から掘り下げてゆくことが必要である。

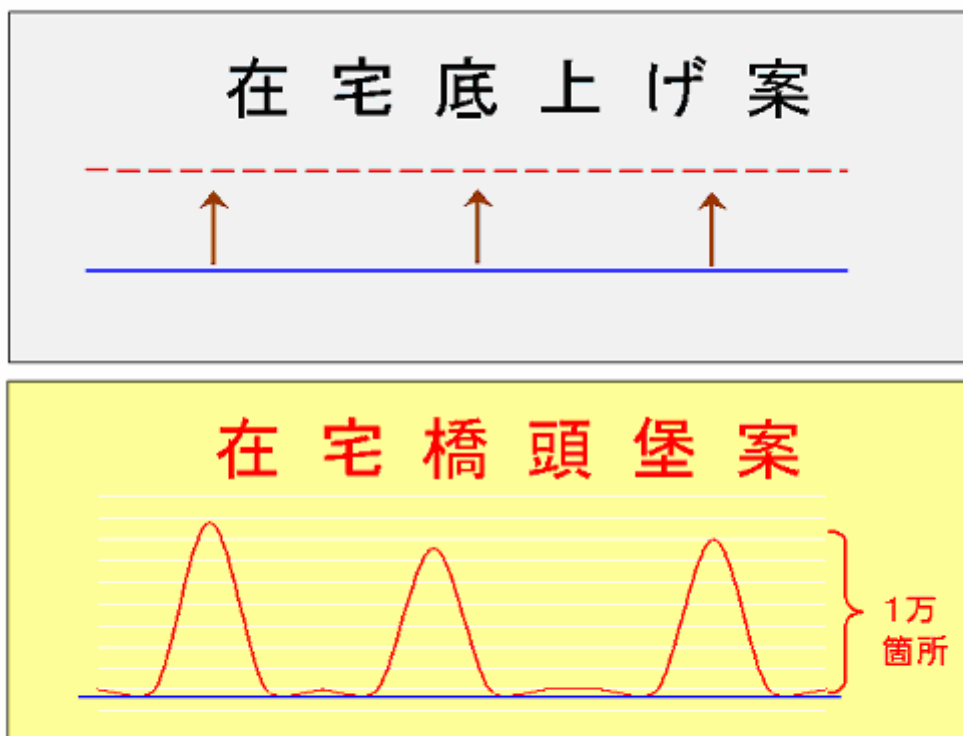


図 I - 5 - 1

- 6 医療費適正化計画・介護保険計画等との整合性について

健康保険法等の一部を改正する法律及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律が本年6月21日に公布され、今後、医療費の適正化や療養病床の再編成に向けた取組が本格化していく。

医療費の適正化、地域ケア体制の計画的な整備及び療養病床の円滑な転換を推進するためには、医療、介護等の各分野の横断的・統一的な対応が不可欠であることから、厚生労働省内の担当局である医政局、老健局及び保険局が連携して関連施策の調整を行うため、保険局総務課に「医療費適正化対策推進室」を、老健局に「地域ケア・療養病床転換推進室」を設置した。

今後、都道府県との窓口は、医療費適正化計画の策定等医療費の適正化については「医療費適正化対策推進室」、地域ケア体制の整備や療養病床の転換については「地域ケア・療養病床転換推進室」が担当する。

各都道府県においても、関係部局が連携して総合的な対策を行うための体制の整備を図っていく必要がある。

1) 医療構造改革の取組について

医療構造改革を推進するためには、トップのリーダーシップのもと、関係部局が連携して取組を行うことが必要である。このためには、

- 知事、副知事をトップとした総合的な推進本部の設置
- 保健、医療、福祉、介護、県立病院などの担当部局のほか、総務・企画部局の参画
- テーマに応じたプロジェクトチームやワーキングチームの設置
- 検討会や懇談会等の外部関係者との意見交換の場の設置

等が有効な手段として考えられる。

2) 医療費適正化対策の担当組織の設置について

都道府県医療費適正化計画の策定等にあたっては、庁内の関係部署との連携及び円滑な調整が必要である。このためには、

- 医療費適正化対策のとりまとめを行う課室及び専任の係又はチームの設置
- の総合的な推進本部の下に都道府県医療費適正化計画策定のためのチームの設置
- 外部の関係者や有識者等から構成される検討会や懇談会等意見交換の場の設置
- 「老人医療費の伸びを適正化するための指針」に基づく検討会や懇談会等の活用

等が有効な手段として考えられる。

3) 療養病床の再編成を踏まえた「地域ケア整備構想(仮称)」の策定について

診療報酬・介護報酬の改定などにより療養病床の再編成が進められる中で、できるだけ早く地域の対応方針を確立することが重要であること

療養病床の円滑な転換を進めるに当たっては、地域における老人保健施設等の施設サービスや在宅介護サービス、在宅医療、住まいなどの地域におけるケア体制全般のあり方を検討した上で、計画的に進めることが重要であること

療養病床の再編成は、都道府県が今後策定する「医療計画」(平成20年度から)「医療費適正化計画、(平成20年度から)」及び「介護保険事業支援計画」(平成21年度から)に密接に関連し、各分野横断的に対応する必要があるため、各計画と整合性のとれた方針を速やかに整理し、各計画に適切に反映させることが必要であること

から、平成19年夏頃を目途として、都道府県において「地域ケア、整備構想(仮称)」を作成することが必要となる。

このため、各都道府県は、療養病床の再編成に伴う受け皿づくりや高齢者の住まいの在り方などを含めた地域ケア体制の計画的な整備を進めるため、医療計画担当部署、医療費適正化計画担当部署及び介護保険事業支援計画担当部署相互間の連携体制を確保するとともに、担当組織の明確化や必要な情報の収集、今後の課題の整理など、必要な準備を進めるべきである。

厚生労働省も、各都道府県の作成作業を支援するため、医政局、保険局及び老健局の担当官から構成される地域ケア・療養病床転換推進室を設置し、各局が連携して、療養病床の再編成を踏まえた地域におけるケア体制の整備の方針や地域のサービスニーズ・利用見込みの設定についての考え方などを盛り込んだ「地域ケア整備指針(仮称)」を、平成18年内を目途に策定することとしている。

さらにその際には、将来の動向や地域の要介護者の状況を踏まえたサービスニーズのワークシートや、地域の特性に応じたモデルプランを併せて示すこととしている。

なお「地域ケア整備構想(仮称)」及び「地域ケア整備指針(仮称)」について検討中の概要は別紙の通りである。

各都道府県は、この趣旨を理解し、必要な準備を進める必要がある。

(別紙)

療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備について

- 「地域ケア整備指針(仮称)」の策定 -

1 趣旨

(1) 今後本格化する療養病床の再編成を踏まえ、各地域においては、その受け皿づくりを含め将来的なニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備が求められる。このような取り組みについては、都道府県では「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」の3つの計画に関連するなど、各分野にわたる横断的・統一的な基本方針の策定と関係部局の密接な連携が重要となってくる。

(2) このため、上記の取り組みを推進する観点から、

国において、地域ケア体制の整備の基本方針等を内容とする「地域ケア整備指針(仮称)」を策定するとともに、

都道府県における「地域ケア整備構想(仮称)」の作成を支援するものとする。

2 国の「地域ケア整備指針(仮称)」について

(1) 国において、以下の事項を主な内容とする「地域ケア整備指針(仮称)」を策定する。

地域ケア体制の整備の基本方針

療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備の基本的な考え方を提示。

地域のサービスニーズ・利用見込みの設定について

療養病床の再編成とともに、将来的な高齢化の進展や独居世帯の増加等を踏まえたサービスニーズの推計、それに対応した利用見込みの設定に関する考え方を提示。

療養病床の転換について

別の医療機関(療養病床)の転換を進める場合に配慮すべき事項などを提示。

各計画への反映について

「介護保険事業支援計画」「医療計画」「医療費適正化計画」へ反映させる場合に配慮すべき事項を提示。

(2) 上記の「地域ケア整備指針(仮称)」を策定するために、

学識経験者等からなる研究班を設置するとともに、

介護施設(特に療養病床)の整備水準や高齢化の状況、将来的なニーズ等を踏まえ、全国数カ所(老人保健福祉圏域単位)を対象に、当該都道府県と共同で地域ケア体制のモデルを策定する「地域ケアモデルプラン事業(仮称)」を展開する。

3 都道府県の「地域ケア整備構想(仮称)」について

(1) 都道府県は、国の「地域ケア整備指針(仮称)」等を踏まえ、以下の事項を主要内容とする「地域ケア整備構想(仮称)」を作成するものとする。

地域ケア体制の整備の方針

療養病床の再編成を踏まえた、都道府県における地域ケア体制整備の基本的な考え方を提示。

地域のサービスニーズについて

療養病床の再編成とともに、将来的な高齢化の進展や独居世帯等の増加等を踏まえたサービスニーズを提示。

各サービスの利用見込みについて

将来のサービスニーズに対応した、各サービスの利用見込みを提示。

療養病床の転換について

療養病床の転換プランを提示。

(2) 都道府県は、上記の「地域ケア整備構想(仮称)」を踏まえ、「介護保険事業支援計画」「医療計画」及び「医療費適正化計画」を策定する。

4 今後のスケジュール

<国> 地域ケア整備指針について研究班を設置し、検討を開始。地域ケアモデルプラン事業を開始。

<都道府県> 療養病床関係調査の実施

12月4日提出期限、療養病床アンケート調査

19年9月頃 23年度末までの年次別、圏域別の療養病床の転換見込みと財政影響額を算出。

医療計画については、19年2月までに、過剰な医療機能、不足している医療機能を把握する予定。

第 部 利用者の視点に立った在宅医療計画の概要

- 1 在宅医療の周知（どこがやっているのか・なにをやってくれるのか）

在宅医療が、入院・外来と連携した組織的医療提供体制（図 - 3 - 2）の一端を担うためには、地域で在宅医療を受けることが可能であることを、地域住民と地域病院のいずれにも周知されなければならない。

すでに、第2回医療情報の提供のあり方等に関する検討会（平成18年10月31日）において、都道府県が医療機関から報告のあった情報を整理して公表する制度の対象とする「一定の情報」の範囲の中に、表 - 1 - 1に掲げる情報の公表が盛り込まれている。さらに、都道府県は書面による閲覧に代えて、電子媒体による情報提供に努め、インターネットによる検索機能を有するシステムによって公表することが義務付けられる予定である。

表 - 1 - 1

医療機関の医療機能に関する情報【診療所】			
提供サービスや医療連携体制に関する事項	詳細	注記、記載例等	広告可能な事項
診療内容、提供保健・医療・介護サービス			
1 対応可能な疾患・治療内容	疾患名、治療方法の列記	別表2	
2 対応可能な在宅医療	在宅医療の内容の列記	別表1	
3 対応可能な介護保険サービス	サービスの内容の列記	別表1	
4 地域医療連携体制	医療連携に対する窓口の設置の有無		
	地域連携クリティカルパスの有無		
5 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携体制	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無		

表 - 1 - 1 別表 1

【病院・診療所用】		
基本事項	詳細	
在宅医療		
在宅医療	1	往診(24時間往診可能)
	2	往診(上記以外)
	3	地域連携退院時共同指導
	4	在宅患者訪問診療
	5	在宅時医学総合管理
	6	在宅末期医療総合診療
	7	救急搬送診療
	8	在宅患者訪問看護・指導
	9	在宅患者訪問点滴注射管理指導
	10	在宅訪問リハビリテーション指導管理
	11	訪問看護指示
	12	在宅患者訪問薬剤管理指導
	13	在宅患者訪問栄養食事指導
在宅療養指導	1	退院前在宅療養指導管理
	2	在宅自己注射指導管理
	3	在宅自己腹膜灌流指導管理
	4	在宅血液透析指導管理
	5	在宅酸素療法指導管理
	6	在宅中心静脈栄養法指導管理
	7	在宅成分栄養経管栄養法指導管理
	8	在宅自己導尿指導管理
	9	在宅人工呼吸指導管理
	10	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
	11	在宅悪性腫瘍患者指導管理
	12	在宅寝たきり患者処置指導管理
	13	在宅自己疼痛管理指導管理
	14	在宅肺高血圧症患者指導管理
	15	在宅気管切開患者指導管理
	16	寝たきり老人訪問指導管理
診療内容	1	点滴の管理
	2	中心静脈栄養
	3	腹膜透析
	4	酸素療法
	5	経管栄養
	6	疼痛の管理
	7	褥瘡の管理

	8	人工肛門の管理
	9	人工膀胱の管理
	10	レスピレーター(人工呼吸器)
	11	モニター測定(血圧・心拍等)
	12	尿カテーテル(留置カテーテル等)
	13	気管切開部の処置
	14	在宅ターミナルケア対応
連携の有無	1	病院
	2	診療所
	3	訪問看護ステーション
	4	居宅介護支援事業所
	5	薬局
介護保険サービス		
施設サービス	1	介護福祉施設サービス
	2	介護保健施設サービス
	3	介護療養施設サービス
居宅介護支援	1	居宅介護支援
居宅サービス	1	訪問介護
	2	訪問入浴介護
	3	訪問看護
	4	訪問リハビリテーション
	5	居宅療養管理指導
	6	通所介護
	7	通所リハビリテーション
	8	短期入所生活介護
	9	短期入所療養介護
	10	特定施設入居者生活介護(指定を受けている有料老人ホーム等において可)
	11	福祉用具貸与
	12	特定福祉用具販売
地域密着型サービス	1	夜間対応型訪問介護
	2	認知症対応型通所介護
	3	小規模多機能型居宅介護
	4	認知症対応型共同生活介護
	5	地域密着型特定施設入居者生活介護(指定を受けている有料老人ホーム等において可)
	6	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

【歯科診療所用】		
在宅医療	1	歯科訪問診療
介護保険サービス	1	居宅療養管理指導

表 - 1 - 1 別表 2

【対応可能な疾患・治療内容】		
領域	対応可能な措置・疾患	件数
緩和ケア領域	医療用麻薬によるがん疼痛治療	
	がんにともなう精神症状のケア	
その他	在宅における看取り	

これにより 地域住民は、2008年度からインターネット利用可能な世帯では表 - 1 - 1 の情報を入手できるようになる。しかし、高齢者世帯では情報が行き届かない可能性があり、この情報を必要とする世代への配慮がもっとも求められる。とすれば、2008年の実施に先んじて現在から在宅療養支援診療所の周知がなされていることが望ましい。

これには 地域病院を通じて 地域住民に周知する手段がある。地域の病院においては在宅療養支援診療所のリストを、(a) 社会保険事務局にて閲覧・コピーする、(b) 社会保険事務局に対して情報開示請求を行う、のいずれかにより入手可能であるため、病院事務・地域医療連携室・看護部等において入手し、これを適正な退院促進に利用するとともに、外来・入院患者と家族に広く知らしめることが可能である。

各在宅療養支援診療所が得意とする医療分野(認知症・緩和医療に基づくがんの看取り・難病医療・障害者医療・人工呼吸器・中心静脈栄養等)は異なるため、各病院は各在宅療養支援診療所に対して踏み込んだ情報収集を行っておくことが望ましい。

- 2 在宅療養支援診療所の適正数・適正配置・質・効果的な活用方策

- 4 において示したように、在宅療養支援診療所には主として4つの診療形態がある。

無床(有床)診療所単独 + 医師1名 + 外来診療主体型
無床(有床)診療所単独 + 医師1名 + 在宅医療主体型
無床(有床)診療所単独 + 医師複数 + 在宅医療主体型
及び の複数参加によるグループ診療型

1) 適正数

各都道府県・市町村においては、各地域における在宅療養支援診療所の適正数(概算として表 - 3に提示)の確保がまず求められる。

各都道府県のうち適正数に達しているところもあるが、大部分の都道府県は充分ではない。適正数の確保が第一となる。

適正数が確保されていない場合に、一般の診療所が在宅療養支援診療所に名乗りを上げない理由は、主に以下の二つである。

診療所は常時24時間の対応体制を堅持してゆくことが望ましいが、 の診療所では実際には医師1名への重責が懸かる。「24時間対応体制の困難」が、一般の診療所が在宅療養支援診療所への転換を計れない、と答える第一の理由である。

しかし、医師-患者関係が良好であるならば、ある一定期間の出張・休息等を患者に説明し、連携訪問看護ステーションの訪問・連携後方病院への受診手続き等を事前に行い、不測の事態が起こっても他の医療機関による対処が可能である状況を作り出すことにより、患者側の理解と承認を得ることが可能である。むしろ医師-患者関係が希薄なほどこの対応が困難となる。

在宅時医学総合管理料の算定は、当該診療所が診療している「身体的理由による通院困難な者」の全てに対して算定されなければならないものではない。安定しており急変の度合いの少ない患者等に対しては、当該医師の疲労の度合いに鑑みて、患者家族の承認を得ることにより、在宅時医学総合管理料の算定を一時見合わせることも可能であろう。

第二に、在宅療養支援診療所に登録すると、在宅時医学総合管理料を算定することにより、「患者の支払い負担増になる」という理由から登録を控えている診療所がある。

しかし、在宅時医学総合管理料を算定できる対象者は、「身体的理由による通院困難な者」であり、原則的にはかなりの対象者が身体障害者に該当することになる。身体障害の等級によっては「身体障害者医療費受給」の対象となり、自治体により医療費の減額・免除が行われ、むしろ負担減となる。

したがって、負担増になるという理由が当てはまる患者がいるならば、その相当数は、(a)医師が身体障害認定のための手続きを怠っている場合、(b)身体障害に該当しない患者に対して在宅時医学総合管理料を算定している場合、のいずれかの可能性がある。

医師は患者に対して、良好な関係を保ち信頼を得、的確な診断に基づく適正な措置を患者に対して行うことにより、患者の無駄な出費を抑制しなければならない。

のように単独で在宅療養支援診療所の登録を行うことが躊躇される場合には、 の形態が各地において運営されている。

以上を一般の診療所に十分に理解してもらうことにより、在宅療養支援診療所への登録がより促進されることが望ましい。

2) 適正配置

各一次医療圏に適正数の在宅療養支援診療所があることが望ましい。

表 - 3 で示すように、約 7,320 名の人口に対して 1 以上の数があることが望ましい。中山間地域の多い所・僻地・離島等のように人口密度が低く面積の大きい地域等に関しては、病院への患者移送時間の問題もあり、居宅における医療を率先して行うことが可能な在宅療養支援診療所の配置が欠かせない。したがって、政策医療の観点から当該地域においては、行政主導による公営在宅療養支援診療所の設立が提案される。

在宅療養支援診療所は、最も登録数が多いの診療所から、登録数は少ないが在宅医療に特化したの診療所まで多彩である。の診療所はがんの看取り・人工呼吸器・中心静脈栄養等の重症度の高い療養者に対する医療提供が日常的に可能であるため、各地域において、の診療所を中心として、の診療所およびその連携体としてのの形態等が配置されることが望ましい。いずれの地域においても、在宅療養支援診療所は生活の中での終焉にまで医療提供可能なことが前提となる。

特別養護老人ホーム・グループホーム等の介護保険入所施設・その他の有料老人ホーム・ケア付マンション等においても、生活としてのケアを名乗る以上は、生活の場の提供とともに生活の結果としての看取りが可能であることが前提となる。したがって、嘱託医はがんを含めた緩和医療と看取りができることが必要であり、そのような医師を配置することが前提となる。もしくは、在宅療養支援診療所の医師が個々の入居者の主治医となることが望ましい。

すでに、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションは、末期がん・症状の急性増悪等については、表 - 2 - 1 のように施設へ赴いての医療が可能となっている。

要支援・要介護認定者に対する在宅医療の算定

療養の給付を受ける場所	配置義務		往診	訪問診療	在宅時 医学総合 管理料	在宅末期 医療総合 診療料	訪問 看護・ 指導料	訪問看護療 養費(ステー ション)
	医師	看護師等						
自宅	×	×						
グループホーム(認知症対応型共同生活介護)	×	×						
ケアハウス・有料老人ホーム等	特定施設入居者生活介護を算定しない患者	×			(3)	(4)		
	外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を算定する患者	×				×		
	特定施設入居者生活介護を算定する患者	×				×		
特別養護老人ホーム			配置医師は ×(1)			×		
介護老人保健施設			×(2)	×	×	×	×	×
介護療養型医療施設			×(対診は可)	×	×	×	×	×

末期の悪性腫瘍および難病等ならびに急性増悪等により医師の特別指示が出ている場合(14日間を限度)は医療保険の適用となる。

末期の悪性腫瘍患者で、在宅療養支援診療所に係る医師が行う場合またはその指示に基づき訪問看護を行う場合は医療保険の適用となる。

在宅療養支援診療所の医師に限り算定可(末期の悪性腫瘍患者以外も可)。

1 特別の必要があって行う場合は

2 傷病等から必要な場合は

3 特別な関係にある医療機関は算定できない。ただし、在宅療養支援診療所については有料老人ホーム等と特別の関係にあっても算定できる。

また、療養病床を有料老人ホームに転換した病院であって、在宅療養支援診療所と同様の医療体制を有する場合も特別な関係にあっても算定できる。

4 有料老人ホーム等と特別の関係にあっても算定可。

3) 質

在宅医療においては、医師の医学的知識を基にした疾病論及び症候論を展開することだけでは足りない。居宅療養者は生活の中で生きている以上、現在の状態・今後の身体的変化が療養者とその家族に及ぼす生活の継続・変容と、その対処法についても十分な説明責任が果たされることが必要である。

説明責任が十分に果たせることを前提として、医療技術における在宅医療の守備範囲については表 - 2 - 2 に示す。現在の在宅医療では、手術、CT/MRI/PET のような大型検査機器、放射線療法の機器の使用等はいずれも難しいが、それ以外の一般的な入院における一通りの検査と治療は在宅医療の範囲内と考えられている。

人工呼吸器装着の難病療養者、がん末期療養者等の最重症であっても居宅に帰すことは可能である。したがって、医療的重症度は帰宅可能の尺度にはならない。どのような重症者も帰宅可能である一方で、介護力（家族介護力＋居宅支援介護・施設介護力）が不十分である場合には、重度ではない人も帰宅できない場合が生ずる。

在宅医療の質は、在宅療養支援診療所、介護保険施設等によって多様である。したがって、個々の診療所・施設等が行い得る内容を詳細に把握することによって、地域における在宅医療の充足度が確認される。第 部における調査項目を参考にして調査を実施するものとする。

表 - 1 - 1 別表1の

在宅療養指導 診療内容	参照
----------------	----

その他：	気管支鏡、内視鏡、在宅X線写真撮影 心電図、酸素飽和度、血液ガス測定、超音波エコー 点滴、輸血、持続硬膜外疼痛管理
------	---

4) 効果的な活用方策

(1) 周知内容の概要

居宅で医療を受けられることが地域住民に広く知られること
ただし、身体的理由による通院困難な患者に限られること
すべての入院患者は医療的重症度によらず退院できること
退院後の生活の場は、広義の居宅（自宅・介護施設等）であること
治癒する症状・疾病に関しては再度入院して治癒退院する場合があること
すべての居宅療養者は生活の結果としての広義の居宅における終焉が可能であること
しかし、介護力（特に家族介護＋居宅支援介護）の如何によっては、自宅生活が継続不能となる可能性があること
医療支援として居宅を訪問する在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・訪問リハビリテーション等が、介護支援としてケアマネージャー・ホームヘルパー・入浴サービス等があること
のすべてに保険が適用されていること
の他にも、自立支援法・生活保護法・都道府県単独制度等に基づく諸制度が完備されていること
その他、居宅・施設支援の様々な方法があること

以上の～について、地域病院と地域住民への啓蒙を行うことが、効果的な活用の第一歩である。

(2) 地域特性

ある地域では療養病床に患者が集積する、他の地域では施設入所が異常に多い、あるいは慢性期患者の病院での看取りが多数である、通院困難な重症度の高い患者がストレッチャーで外来受診する等々の、患者や家族が本来受たい医療や介護ではないところに、何らかの力が作用することを極力避ける必要がある。

在宅療養支援診療所は、その活用によって図 - 3 - 2 に示されるように、医療的重症度が異なる患者の、本来の希望に沿うような、入院・外来・自宅・施設入所等に表われる均等分布を地域単位で構築する有力な手段である。そのためには、

一般病院において（入院患者は必ず退院することが前提）:

地域における一般病院の入院病床総数とその回転率による、年間退院患者総数の把握

の総数に対して、在宅医療の適応となる「身体的理由による通院困難患者数」の把握

の総数のうち、通院を積極的に希望する患者以外の「在宅医療希望患者数」を、 - 1 自宅療養者と、 - 2 介護施設療養者に分類する

療養病床において：

地域における療養病床の総数のうち削減予定病床数
削減予定病床数のうち「身体的理由による通院困難患者数」の把握
の総数のうち、通院を積極的に希望する患者以外の「在宅医療希望患者数」
を、 - 1 自宅療養者と、 - 2 介護施設療養者に分類する

公的身体障害者入所施設のうち削減予定のもの：

削減人数のうち「身体的理由による通院困難者数」の把握
のうち、通院を積極的に希望する以外の「在宅医療希望者数」
を、 - 1 自宅療養者と、 - 2 介護施設療養者に分類する

上記において、

(a)自宅療養者には在宅療養支援診療所等在宅医療が関与する。

施設療養者においては、

(b)施設の嘱託医が直接医学的管理を行う場合、

(c)在宅療養支援診療所医師等が施設訪問によって医学的管理を行う場合がある。

前提として自宅療養者と介護施設療養者のいずれもが、4) - (1)の ~ を熟知していなければならない。

自宅療養者の増大に対しては、在宅医療の導入と居宅介護支援の充実を行う。施設療養者の増大には生活の場の確保として、特別養護老人ホーム・グループホーム・有料老人ホーム・ケア付マンション・ケア付住宅等の公的・民間の介護提供可能な施設の設置が必要である。施設療養者の医療は、嘱託医・在宅療養支援診療所医師等の施設訪問による医学管理となる。

入院・外来・自宅・施設等の不均等分布がはなはだしい地域においては、その実数の把握を行い、早急に分布の均等化を計らなければならない。

- 3 医療計画における各事業との関連

1) がん

年間死亡者数の三割ががんである。がん患者の死亡場所の94%は病院である。がん医療は、治癒・延命を主体とした治療の側面と、終末期における緩和を主体とした看取りの側面を持つ。

在宅医療は、主として終末期における緩和を主体とした看取りに関与することが多いと考えられる。したがって、40才以上のがん末期患者に対して、「身体的理由による通院困難」が生じた場合には、介護保険の導入を行い家族介護力の保持を行うことが必要である。40才に満たない患者の場合には、速やかに身体障害者手帳の交付が行われるように計らい、自立支援法に基づく各種の居宅介護支援を導入しなければならない。

疼痛管理を含む緩和医療は、在宅医療を行う医師にとっては必須の知識・技術であり、各都道府県においては、特に在宅療養支援診療所医師に対する、当該医療の研修を行うことが重要である。

いわゆる「がん難民」のうち多くを占める治療を希望する患者の中には、明らかに緩和を主体とする終末期医療の適応となるものがあり、医師は説明責任を果たすべきである。

2) 脳卒中

従来に比して脳卒中の入院期間は短くなった。脳卒中は急性期・回復期・維持期に分類される。リハビリテーション等回復期を過ぎてゴールに達した当該患者は、身体的理由による通院困難がある場合には在宅医療の適応になる。また、回復期中中であっても、居宅における訪問リハビリテーション、あるいは通所リハビリテーションの利用により、在宅医療が適用される。臥床状態の要介護度の高い療養者については在宅医療の適用となる。

当該患者が再発作を起こしたときの入院治療については、的確な診断の下に本人の事前指示、家族の意見、法的根拠、医学的見地等のいずれに対しても、入院治療の適応が乏しい場合については、本人・家族・医師を含め、訪問看護師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の他職種の意見も加味しながら、多人数・多職種における合議の下に在宅治療の継続による推移・看取りを行うことが望ましい。

3) 急性心筋梗塞

急性心筋梗塞は急性期・回復期・慢性期・終末期に分類される。

特に慢性期において、入退院を繰り返しながら、心機能障害の程度がベッド上あるいはその周辺の行動範囲に限定される場合には在宅医療の適応となる。さらに、終末期にはポンプ機能の失調による高度の心不全による死亡が半数を占めており、居宅における看取りについての説明を行っておくことが望ましい。

不整脈による急変時の対応については、居宅において本人・家族に対して心肺蘇生を行うか否かについての事前指示等を得ることにより、AEDの貸し出しを行うことができる。

無理な心肺蘇生を拒否するのであれば、居宅における看取りを視野に入れて家族に対する説明を行っておく必要がある。

4) 糖尿病・腎透析

糖尿病は、予防としての居宅における家族への栄養管理・食生活の指導・教育が必要
インシュリン事故対策 人工透析導入をいかに遅らせるか、の三点が居宅における対策の骨子となる。

に対しては、家族ぐるみの糖尿病専門医の訪問指導、栄養士の食生活管理、医師による服薬・インシュリン管理等によって、症状の悪化を防ぐとともに、デイサービス・通所リハビリテーション等による運動療法を加味することができる。家族が食生活の改善に意欲的になることにより、家族の発症予防に寄与する。

に対しては、居宅に赴くことによって、より厳密な生活事情の把握が可能となり、過剰投与を未然に防ぐ確立が高くなる。

に関しては、在宅医療の適応が「身体的理由による通院困難者」である点に留意し、

- 1 透析を希望する場合には、第一に在宅自己腹膜還流の導入を行うこと
- 2 すでに身体障害を持っていながらさらに人工透析を行うことを良しとするか否かについての自己決定を確認すること
- 3 腎不全の居宅での看取りの説明を行うこと

の三点が必要である。

身体的理由による通院困難者が入院人工透析を行っている場合には、居宅介護に移行し、介護保険による寝台車を利用することにより、通院透析に切り替える方法がある。更なる居宅介護支援が必要な場合には自立支援法を利用する。

5) 小児医療

種々の疾病による身体障害を持つ小児のうち、特に人工呼吸器・胃瘻経管栄養等の医療を必要とするものに対しては在宅医療が適用される。すでに小児人工呼吸器を複数利用している在宅療養支援診療所が栃木県にあり、病院での長期入院対象者の在宅復帰が可能である。

6) 周産期医療

今後、居宅における出産が増加する場合において、在宅医療の何らかの関与が起こり得るだろう。

7) 救急医療

図 - 3 - 1 に示すように、当該在宅療養支援診療所は重症者が多数である。この在宅療養支援診療所においては、図 - 3 - 2 の如く平成 16 年度における年間救急対応時間は約 295 時間であった。在宅療養支援診療所が適切に稼動することにより、医師・訪問看護師の緊急往診による対応が可能となり、救急車による無駄な緊急搬送の回数が減少することに寄与することができる。

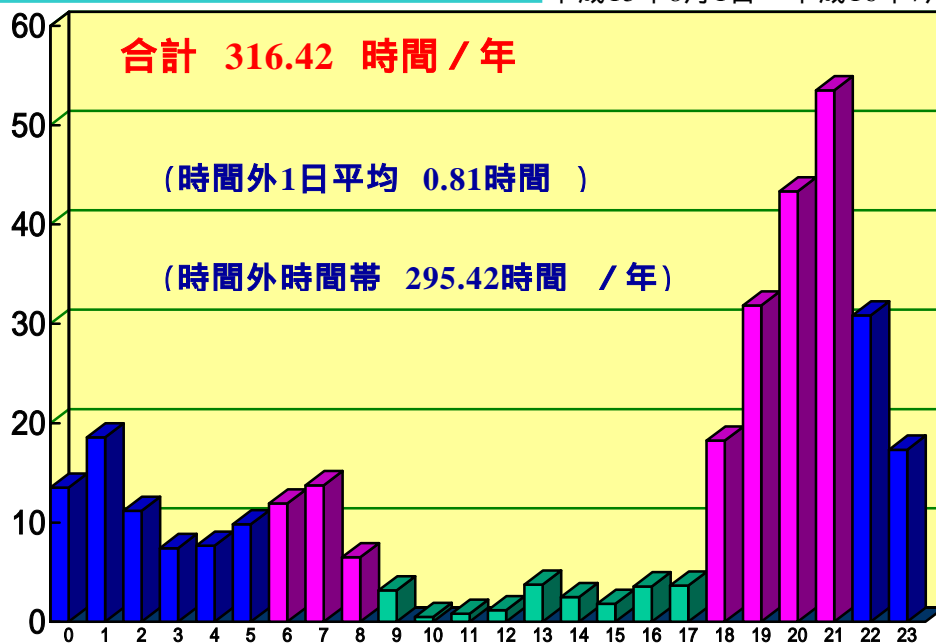
在宅療養支援診療所は居宅における看取りが可能である。看取りの説明責任を医師が果たすことにより、看取りの段階における家族の不安を解消することができ、緊急搬送することなく、また不必要な緊急蘇生を行うことなく安心した看取りが居宅において行われる。

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
A 病院	698	10	62	64	20
B 病院	500	6	72	40	20
C 病院	383	17	35	27	5
Sクリニック	178	33	55	10	67

図 - 3 - 1 重症患者の比較（'05）

緊急往診が行われた時刻と診療時間

平成15年8月1日～平成16年7月31日



対象期間レセプトにおいて時刻・診療時間の記載がある往診について累積

図 - 3 - 2

8) 災害医療

自然災害・テロ対策

在宅医療の機動性を発揮することができる。居宅において医療提供がなされていることから、災害時に麻痺する病院機能を頼って患者を搬送する必要がない。家屋の被災程度が軽い場合にはそのまま居宅での医療が可能であるし、非難場所における医療も容易である。在宅医療は、災害時の自助・共助・公助のうち初動に係る自助と共助の場面での医療提供に優れた機能を持つ。

新型インフルエンザ等感染症対策

国内の感染の広がりが把握された場合には、病院等の外来部門の閉鎖が計画されている。このため自宅待機者に対する医療提供手段として在宅医療がその機能を発揮できる可能性がある。

今後 の対策の重要要件として、在宅医療の推進がなされることが望ましい。個々の在宅療養支援診療所に対するすばやくかつ均一な情報提供が必要となる。ITを駆使した情報提供の構築が待たれる。

9) へき地医療

政策医療としての公的な在宅療養支援診療所の創設が急務である。

- 4 在宅医療教育

在宅医療を推進するにあたって、在宅医療を実施する医師・看護師を確保することは重要な課題である。在宅医療を行う医師・看護師の確保は、既存の在宅医療を実施する医療機関の活動性の向上とともに、在宅医療を実施する医師・看護師を養成することで実現される。在宅医療は地域に根付いた医療であり、おのこの地域で、在宅医療を行う医師・看護師が養成され、定着することが望ましい。

また、在宅医療は、病院医療との有効な連携によって初めて本来の機能を発揮する。この意味で、病院管理者の在宅医療に対する理解が不可欠である。また、家族の介護力が低下する中で、居宅サービスの充実、介護老人福祉施設および介護保険における居宅サービス事業所での療養や看取りを希望する国民のニーズに応えていく必要がある。

1) 在宅医療を行う医師および看護師の養成

(1) 「在宅医療推進協議会(仮称)」の設置

「在宅医療推進協議会(仮称)」の具体的な仕事の概要

県は「・・・県在宅医療推進協議会」を設置し、医師および看護師に対する在宅医療の実地教育を実施し、かつ、県内における在宅医療の普及を推進する。

「在宅医療推進協議会」の構成員には、在宅医療における有識者、十分な在宅医療における実績と教育機能を有する在宅療養支援診療所、活発に24時間対応およびターミナルケアを実施する訪問看護事業所(訪問看護ステーションおよび医療機関)、地域中核病院を含める。

「在宅医療推進協議会」は、年度ごとの整備目標を立て、十分な現場実績と在宅医療の教育機能を有する診療所、十分な現場実績と訪問看護の教育機能を有する訪問看護事業所を組織し、在宅医療を行う医師・看護師の養成ならびに、県内各地への在宅医療の普及を推進する。

2) 在宅医療の研修

(1) 教育機能を有する在宅療養支援診療所の選定

「在宅医療推進協議会」は、県内の在宅療養支援診療所を調査し、教育機能を有する在宅療養支援診療所を選定する。県により選定された在宅療養支援診療所は在宅医療推進のための教育を実施する。

< 教育機能を有する在宅療養支援診療所として望ましい選定基準 >

在宅医療を実施する常勤医師2名以上

在宅医療実施例数(在宅時医学総合管理料)30例以上

重症者医療実践 がん・呼吸器・気管切開・経管栄養を実施する患者を診療していることが望ましい

(2) 教育機能を有する訪問看護ステーションの選定

「在宅医療推進協議会」は、県内の訪問看護ステーションを調査し、教育機能を有する訪問看護ステーションを選定する。県により選定された訪問看護ステーションは在宅医療推進のための教育を実施する。

< 教育機能を有する訪問看護ステーションとして望ましい選定基準 >

常勤看護師 5 名以上

重症者医療実践 がん・呼吸器・気管切開・経管栄養患者を実施する患者を看護していることが望ましい

(3) 県単位での医師研修の実際

在宅医療に関する医師向け講習会

「在宅医療推進協議会」は、在宅医療を実施しようとする医師、現に実施しているが更に深く在宅医療を学ぼうとする医師に対して講習会を実施する。

< 講習会の具体的な内容 >

「在宅医療推進協議会」が行う、医師を対象とする在宅医療に関する講習会は次のような内容を含有するものとする。

在宅医療で可能な医療内容

在宅医療の診療報酬システム

在宅ケア地域連携（特に訪問看護ステーション）

在宅医療を前提とした病診連携の実際

居宅における看取りに関する医療内容

< 講習会の講師 >

講習会の講師としては、教育機能を有する在宅療養支援診療所の指導医、医師会保険担当役員、訪問看護ステーション看護師、他県の在宅医療実践者などを含めて、「在宅医療推進協議会」が適任者を選任し、実用的な在宅医療の知識・技能などを与える。

< 修了証 >

講習会を受けたものには、講習修了証を発行する。

(4) 教育機能を有する在宅療養支援診療所での医師短期研修

すでに各地域における在宅療養支援診療所の中には、積極的に医師研修を行っているところがある。これを有効に活用し、在宅医療の均てん化を目指す方策については現在検討中である。

(5) 看護師研修の実際

在宅医療に関する看護師向け講習会

「在宅医療推進協議会」は、在宅医療を実施しようとする看護師、現に実施しているが更に深く在宅医療を学ぼうとする看護師に対して講習会を実施する。

< 講習会の具体的な内容 >

「在宅医療推進協議会」が行う、看護師を対象とする在宅医療に関する講習会は次のような内容を含有するものとする。

訪問看護で可能なこと
訪問看護における具体的な事例の研修
在宅移行時における退院マネジメント・連絡調整
医師・介護支援専門員・訪問介護員その他の福祉職との連携

< 講習会の講師 >

講習会の講師としては、教育機能を有する訪問看護ステーションの職員、教育機能を有する在宅療養支援診療所の指導医、他県の在宅医療実践者などを含めて、「在宅医療推進協議会」が適任者を選任し、実用的な在宅医療の知識・技能などを与える。

< 修了証 >

講習会を受けたものには、講習修了証を発行する。

(6) 特定訪問看護ステーションでの看護師短期研修
(4) に順ずる。

(7) 医療施設管理者研修の実際

在宅医療に関する病院管理者向けの在宅医療に関する講習会
「在宅医療推進協議会」は、県内の病院管理者を対象として講習会を実施する。

< 講習会の具体的な内容 >

「在宅医療推進協議会」が行う、病院管理者を対象とする在宅医療に関する講習会は次のような内容を含有するものとする。

在宅医療で可能な医療内容
在宅看取りに関する必要事項と病診連携
訪問看護で可能なこと
在宅医療の診療報酬システム
在宅ケアに関する各種連携（特に訪問看護ステーション・介護支援専門員・訪問介護員等福祉職）
病診連携（特に在宅療養支援診療所）、地域連携退院時共同指導料取得の実際

< 講習会の講師 >

講習会の講師としては、教育機能を有する在宅療養支援診療所の指導医、医師会保険担当役員、教育機能を有する訪問看護ステーションの職員、他県の在宅医療実践者などを含めて、「在宅医療推進協議会」が適任者を選任し、実用的な在宅医療の知識・技能などを与える。

< 修了証 >

講習会を受けたものには、講習修了証を発行する。

(8) 居宅サービス及び施設サービス管理者研修

在宅医療に関するサービス事業所の管理者向け講習会

「在宅医療推進協議会」は、県内の居宅サービス及び施設サービス管理者を対象として在宅医療に関する講習会を実施する。対象は、介護保険によるすべてのサービス提供事業所の管理者及び老人福祉法に定める養護老人ホーム、老人福祉法に定める軽費老人ホームおよび有料法人ホーム、介護保険の居宅サービスの実施を前提として高齢者介護つき住宅として販売されているサービスの事業所となる。

< 講習会の具体的な内容 >

「在宅医療推進協議会」が行う、居宅サービス及び施設サービス管理者を対象とする在宅医療に関する講習会は次のような内容を含むものとする。

居宅及び施設におけるターミナルケア

在宅医療で可能な医療内容

訪問看護で可能なこと

在宅医療及び介護保険の報酬システム

在宅療養支援診療所および訪問看護ステーションとの連携

医行為と医行為以外の行為について

< 講習会の講師 >

講習会の講師としては、ターミナルケアの経験のある居宅サービス及び施設サービス事業所職員、教育機能を有する在宅療養支援診療所の指導医、医師会保険担当役員、教育機能を有する訪問看護ステーションの職員、他県の在宅医療実践者などを含めて、「在宅医療推進協議会」が適任者を選任し、実用的な在宅医療の知識・技能などを与える。

< 修了証 >

講習会を受けたものには、講習修了証を発行する。

- 5 個人情報

厚生労働省「モデル医療計画（骨子案）」においても、医療機関側の情報提供が重要事項とされている。とりわけ、在宅医療では、様々の事業者（表 - 5 - 1）が、多様な目的で（表 - 5 - 2）サービスを展開するため、適切な情報提供とともに、個人情報の保護が強く求められる。したがって「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号。以下「法」）にとどまらず、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」平成16年12月24日（平成18年4月21日改正）の遵守徹底が求められる。都道府県においては、なお一層の本ガイドラインの周知徹底を図るべきである。

1) 本ガイドラインの構成及び基本的考え方

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（以下、「本ガイドライン」）は、法第6条及び第8条の規定に基づき、法の対象となる病院、診療所、薬局、介護保険法に規定する居宅サービス事業を行う者等の事業者等が行う個人情報の適正な取扱いの確保に関する活動を支援するためのガイドラインとして定めるものであり、厚生労働大臣が法を執行する際の基準となるものである。

個人情報の取扱いについては、法第3条において、「個人情報が、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものである」とされていることを踏まえ、個人情報を取り扱うすべての者は、その目的や様態を問わず、個人情報の性格と重要性を十分認識し、その適正な取扱いを図らなければならない。

特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」（平成16年4月2日閣議決定。以下「基本方針」という。）及び国会における附帯決議において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つであると指摘されており、各医療機関等における積極的な取組が求められている。

また、介護分野においても、介護関係事業者は、多数の利用者やその家族について、他人が容易には知り得ないような個人情報を詳細に知りうる立場にあり、医療分野と同様に個人情報の適正な取扱いが求められる分野と考えられる。

このことを踏まえ、本ガイドラインでは、法の趣旨を踏まえ医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取扱いが確保されるよう、遵守すべき事項及び遵守することが望ましい事項をできる限り具体的に示しており、各医療・介護関係事業者においては、法令、基本方針及び本ガイドラインの趣旨を踏まえ、個人情報の適正な取扱いに取り組む必要がある。

また、法令上、「個人情報取扱事業者」としての義務等を負うのは医療・介護関係事業者のうち、識別される特定の個人の数の合計が過去6ヶ月以内のいずれの日においても5,000を超えない事業者（小規模事業者）を除くものとされている。

しかし、医療・介護関係事業者は、個人情報を提供して医療・介護関係事業者からサービスを受ける患者・利用者等から、その規模等によらず良質かつ適切な医療・介護サービスの提供が期待されていること、そのため、良質かつ適切な医療・介護サービスの提供のために最善の努力を行う必要があること、また、患者・利用者の立場からは、どの医療・介護関係事業者が法令上の義務を負う個人情報取扱事業者に該当するかが分かりにくいこと等から、本ガイドラインにおいては個人情報取扱事業者としての法令上の義務等を負わない医療・介護関係事業者にも本ガイドラインを遵守する努力を求めるものである。

2) ガイドラインの対象となる「個人情報」の範囲

法令上「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であり、個人情報取扱事業者の義務等の対象となるのは、生存する個人に関する情報に限定されている。本ガイドラインは、医療・介護関係事業者が保有する生存する個人に関する情報のうち、医療・介護関係の情報を対象とするものであり、また、診療録等の形態に整理されていない場合でも個人情報に該当する。

なお、当該患者・利用者が死亡した後においても、医療・介護関係事業者が当該患者・利用者の情報を保存している場合には、漏えい、滅失又はき損等の防止のため、個人情報と同等の安全管理措置を講ずるものとする。

3) 医療関係資格、介護サービス従業者等に係る守秘義務等

[守秘義務に係る法令の規定例（医療）]

刑法第134条

医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

保健師助産師看護師法第42条の2

保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなった後においても、同様とする。

[守秘義務に係る法令の規定例（介護）]

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

第33条 指定訪問介護事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定訪問介護事業者は、当該指定訪問介護事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

表 II - 5 - 1 医療関係資格、介護サービス従業者等に係る守秘義務等

(医療関係資格)

医師	刑法第134条第1項
歯科医師	刑法第134条第1項
薬剤師	刑法第134条第1項
保健師	保健師助産師看護師法第42条の2
助産師	刑法第134条第1項
看護師	保健師助産師看護師法第42条の2
准看護師	保健師助産師看護師法第42条の2
診療放射線技師	診療放射線技師法第29条
臨床検査技師	臨床検査技師等に関する法律第19条
衛生検査技師	臨床検査技師等に関する法律第19条
理学療法士	理学療法士及び作業療法士法第16条
作業療法士	理学療法士及び作業療法士法第16条
視能訓練士	視能訓練士法第19条
臨床工学技士	臨床工学技士法第40条
義肢装具士	義肢装具士法第40条
救急救命士	救急救命士法第47条
言語聴覚士	言語聴覚士法第44条
歯科衛生士	歯科衛生士法第13条の5
歯科技工士	歯科技工士法第20条の2
あん摩マッサージ指圧師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第7条の2
はり師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第7条の2
きゆう師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第7条の2
柔道整復師	柔道整復師法第17条の2
精神保健福祉士	精神保健福祉士法第40条

表 11 - 5 - 2

在宅医療に従事する医療・介護関係事業者の通常の業務で想定される利用目的

(医療機関等の場合)

<p>【患者への医療の提供に必要な利用目的】</p> <p>〔医療機関等の内部での利用に係る事例〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該医療機関等が患者等に提供する医療サービス ・医療保険事務 ・患者に係る医療機関等の管理運営業務のうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 入退院等の病棟管理 - 会計・経理 - 医療事故等の報告 - 当該患者の医療サービスの向上 <p>〔他の事業者等への情報提供を伴う事例〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該医療機関等が患者等に提供する医療サービスのうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携 - 他の医療機関等からの照会への回答 - 患者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合 - 検体検査業務の委託その他の業務委託 - 家族等への病状説明 ・医療保険事務のうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 保険事務の委託 - 審査支払機関へのレセプトの提出 - 審査支払機関又は保険者からの照会への回答 ・事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知 ・医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等（医療機関等の場合）
<p>【上記以外の利用目的】</p> <p>〔医療機関等の内部での利用に係る事例〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関等の管理運営業務のうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料 - 医療機関等の内部において行われる学生の実習への協力 - 医療機関等の内部において行われる症例研究 <p>〔他の事業者等への情報提供を伴う事例〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関等の管理運営業務のうち、 <ul style="list-style-type: none"> - 外部監査機関への情報提供

(介護関係事業者の場合)

<p>【介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的】</p> <p>〔介護関係事業者の内部での利用に係る事例〕</p> <ul style="list-style-type: none">・当該事業者が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス・介護保険事務・介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、<ul style="list-style-type: none">- 入退所等の管理- 会計・経理- 事故等の報告- 当該利用者の介護サービスの向上 <p>〔他の事業者等への情報提供を伴う事例〕</p> <ul style="list-style-type: none">・当該事業所等が利用者等に提供する介護サービスのうち、<ul style="list-style-type: none">- 当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答- その他の業務委託- 家族等への心身の状況説明・介護保険事務のうち、<ul style="list-style-type: none">- 保険事務の委託- 審査支払機関へのレセプトの提出- 審査支払機関又は保険者からの照会への回答・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
<p>【上記以外の利用目的】</p> <p>〔介護関係事業者の内部での利用に係る事例〕</p> <ul style="list-style-type: none">・介護関係事業者の管理運営業務のうち、<ul style="list-style-type: none">- 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料- 介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

法令上、医療機関等（医療従事者を含む）が任意に行うことができる事項として明記されているもの

- ・配偶者からの暴力により負傷又は疾病した者を発見した者による配偶者暴力相談支援センター又は警察への通報（配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律第6条）

- 6 倫理規定

1) 医師の義務について

(1) 応召義務など

「診察に従事する医師は、診療治療の求があった場合は、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」(医師法第19条第1項)

「診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会った医師は、診断書若しくは検案書または出生証明書の交付の求があった場合には、正当の理由がなければ、これを拒んではならない」(医師法第19条第2項)

「正当でない理由」(昭和24年、医務局長通達)

医療費が未払いであっても、
診療時間を制限していても、
特定の場所に勤務する人のみを診療する医師であっても、
天候の不良などで、往診不可能な場合を除き
標榜診療科以外の疾病について求診された場合でも

「正当な理由」とは(医師の使命、社会通念上)

医師が旅行中で不在のとき
医師が重病で寝込んでいるとき
その他、診療が不可能であるとき

(2) 無診療治療等の禁止

「医師は自ら、診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書もしくは死産証明書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りではない。(医師法第20条)

(3) 異常死体などの届出義務

「医師は、死体または妊娠4月以上の死産児を検案して異常があると認めたときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」(医師法第21条)

(4) 死亡診断に関する事柄

死亡診断書

死亡診断書とは、その人の疾病が明らかに診断されていて、その人の臨終に立ち会い、死を見届けた医師が作成する文書である。

死体検案書

死体検案書とは、死体(その多くは異常死体)を検案した医師が作成する文書である。ただし、死亡の24時間以内に診療した患者であって、診療したときに診断のついてい

る疾（傷）病の自然の成り行きで死亡した場合に限り、異常のないことを確かめたうえで死亡診断書として交付することができる（医師法20条）。

また、以下の2つの場合は死亡診断書ではなく死体検案書を交付すること。

- i. 診療継続中の患者以外の者が死亡した場合
- ii. 診療継続中の患者が診療に関わる疾病と関連しない原因により死亡した場合

家族の要請により医師が死体を検案して、家族の説明や、病歴などで死因が明らかで、医師が病死と認めれば、警察に届ける必要はない。

2) 医療倫理について

(1) 医療法等、法規の遵守

医療サービスは、専門職のチームが提供するものである。「医療法」は、医療サービス提供のあり方を規定する法律である。チームを構成する医療従事者は各自その一員として、以下の重要事項に精通する必要がある。

医療法（抜粋）

「第一章 総則

第一条 この法律は、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

第一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

2 医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、介護老人保健施設その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない。

第一条の四 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」

(2) 専門職としてのガイドラインの遵守

倫理綱領

社会における倫理実践は、特にビジネスエシックス（企業倫理）の面で著しい。各企業は倫理綱領を定め、サービス提供のあり方を自己規制している¹⁾。

我が国の場合、倫理綱領の制定の重要性が指摘されてきたにもかかわらず、その制定に向けての取り組みが遅れていたが、倫理綱領の整備が進んでいる²⁾³⁾。

- 1) 宮坂純一氏ホームページに、日本企業、世界企業の倫理綱領が多数収録されている(2006年10月アクセス)。
<http://www009.upp.so-net.ne.jp/juka/>
<http://www009.upp.so-net.ne.jp/juka/CodeofConduct.htm>
- 2) 日本医師会：「医師の職業倫理規程」 <http://www.med.or.jp/nichikara/rinri/index.html>
- 3) 日本看護協会：「看護者の倫理綱領」 <http://www.nurse.or.jp/senmon/rinri/rinri.html>

問題解決を図る上で、何より重要なのは情報の収集・整理である。その窓口となるホームページ等をお示しして、検索の便を図りたい。

- A. 各省庁・独立行政法人等のホームページ
<http://www.e-gov.go.jp/link/link.html>
 厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/index.html>
 文部科学省：<http://www.mext.go.jp/>
- B. 職能団体等のホームページ
 1) 日本医師会：<http://www.med.or.jp/>
 2) 日本看護協会：<http://www.nurse.or.jp/>
- C. 個人のホームページ (この他にも数多く存在している)
 1) 松本邦彦氏
<http://www-h.yamagata-u.ac.jp/~matumoto/ethics/iryousiryout.htm>
 2) 立岩真也氏
<http://www.arsvi.com/index.htm>
 3) 白浜雅司氏
<http://square.umin.ac.jp/masashi/>
 4) 清水哲朗氏
<http://www.sal.tohoku.ac.jp/~shimizu/index-j.html>
 5) 宮坂道夫氏
<http://www.clg.niigata-u.ac.jp/~miyasaka/>

原理原則

医療倫理の4原則を表II-6-1に示す。原理原則に立ち返るのが、迷いを払う早道になる場合がある。しかし、4原則がお互いに抵触する場合もしばしばである。どれか一つを優先して他を切り捨てるのが良いかどうかは、チームの話し合いによって決めることが肝要である。

表II-6-1 医療倫理の4原則

善行・仁恵原則 beneficence	患者・家族の利益を最優先させる、医療提供者に課せられた責務
無危害原則 Non-maleficence	危害を加えてはならないという医療提供者の責務
自律尊重原則 Respect for Autonomy	自らの医療について選択する患者の権利を尊重する責務
公平・正義原則 Justice	すべての人を公平に治療するため、医療資源を適正に配分する責務

医療倫理の対象

医療倫理の対象は、広く深い。臨床の現場でよく問題にされるメニュー集を、いわゆる『ハリソン内科書』^{4) 5)}によって、表II - 6 - 2に示す。これは、上記の4原則を展開する上で、イメージがより具体的になる指標である。

表 II - 6 - 2 臨床倫理の基本的な項目

1.	患者の自律尊重 (インフォームド・コンセントなど) Respecting Patient Autonomy
2.	患者のために最善を尽くす Acting in the Best Interests of Patients
3.	善行・仁恵原則と自律尊重原則の衝突 Conflicts Between Beneficence and Autonomy
4.	自己決定能力を欠く患者 Patients Who Lack Decision-Making Capacity
5.	自己決定能力の評価 Assessing Capacity to Make Medical Decisions
6.	代理人の選択 Choice of Surrogate
7.	標準的な代理人の判断 (事前指示など) Standards for Surrogate Decision Making
8.	延命治療 Decisions About Life-Sustaining Interventions
9.	誤解を招きやすい倫理的判断 Misleading Distinctions
10.	心肺蘇生術を行わない指示 (DNR: Do Not Resuscitate)
11.	自殺幫助と安楽死 Assisted Suicide and Active Euthanasia
12.	死にゆく患者への医療 Care of Dying Patients
13.	利害の衝突 Conflicts of Interest
14.	経済的理由による判断 Financial Incentives
15.	保険で賄なわれない診療行為 Denials of Coverage
16.	製薬会社からの贈答品 Gifts from Pharmaceutical Companies
17.	職業上のリスク Occupational Risks
18.	医療過誤 Mistakes
19.	臨床技術の習得 Learning Clinical Skills
20.	問題のある同僚医師 Impaired Physicians
21.	医学生、レジデント等の問題 Conflicts for Trainees
22.	その他
23.	守秘義務 Maintaining Confidentiality
24.	医療資源の公正配分 Allocating Resources Justly

4) Bernald Lo: Ethical issues in clinical medicine, Harrison's Principles of Internal Medicine 15th edition. 2001, McGraw-Hill, New York. p p.5-8.

5) 日本語版監修 福井次矢 黒川清:『ハリソン内科書 原著 15版』, MEDSI, 2003

医療倫理の歴史

医療倫理の歴史は医療職の倫理綱領改定の歴史であり、患者の権利宣言の歴史でもある。現在、日英文対照で、様々な倫理綱領を読むことができる⁶⁾。また、医療倫理の実践的審査にあたる施設倫理委員会のハンドブックが翻訳されており、医療倫理の歴史を振り返るうえで最も優れた資料となっている。また、ホームページには、補足情報・レファレンスとして各種倫理綱領の原文にアクセス可能なリンクが公開されている他、日

本国内規制・国際情報・補足情報が付録として公開されており極めて便利である⁷⁾。これらを主に参照しながら、重要な歴史上の出来事について概略する。

6) 日本医学ジャーナリスト協会編：患者の権利宣言と医療職の倫理綱領集，興仁社，2003年11月

7) ロバート・J・アムダー編著，栗原千絵子，斉尾武郎 訳：IRBハンドブック，中山書店，2003年12月 <http://www.nakayamashoten.co.jp/irb/index.html>

1. 世界医師会によるヘルシンキ宣言（1964年）

1964年、ヘルシンキ宣言の起草のためにフィンランドのヘルシンキにて世界医師会総会が開催された。ヘルシンキ宣言は、ヒトを対象とする研究についての倫理基準を示すために、1947年のニュルンベルク綱領を基に作成された文書である。

世界医師会は1964年以降、数次にわたって会合を開き、ヘルシンキ宣言の条文を再確認したり、小規模の改訂を行ってきた。最新版の改訂は2000年である。ヘルシンキ宣言は、基本的にニュルンベルク綱領で示された基準に加え以下の2つの重要ポイントにより構成されている。

研究対象者の利益は、社会的な利益よりも常に優先されなければならない。

臨床研究のあらゆる対象者は、現今の最善の治療を受けられねばならない。

2. リスボン宣言（1981年）

患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言は、1995年に改訂され以下の ような内容である。

1. 良質の医療を受ける権利 a ~ f
2. 選択の自由 a ~ b
3. 自己決定権 a ~ c
4. 意識喪失患者 a ~ c
5. 法的無能力者 a ~ c
6. 患者の意思に反する処置・治療 a
7. 情報に関する権利 a ~ e
8. 秘密保持に関する権利 a ~ c
9. 健康教育を受ける権利 a ~ b
10. 尊厳性への権利 a ~ c
11. 宗教的支援を受ける権利 a

現在、原文と三種類の日本語訳をウェブ（Web）上で読むことができる⁸⁾。

8) http://www.yokkaichi-u.ac.jp/~ushijima/be_info/thema/dec_lisbon/

1 MI - NET 訳

http://www.ne.jp/asahi/law/y.fujita/mi-net/lisbon/D_Lisbon_j.html

2 ミチオさん訳

<http://www.baobab.or.jp/~michio/961116.html>

3 久保井摂飯訳

池永満『患者の権利』1997年2月改訂増補版、九州大学出版会、巻末の資料。

4 大野善三訳、日本医学ジャーナリスト協会編：患者の権利宣言と医療職の倫理綱領集、所収。)も行われている。

患者の権利と医療者の責務

1. 患者の権利の法的根拠

人権を無視・軽視した医学研究の反省に立って、患者の権利を尊重する研究と医療の実践が求められてきた。米国では、患者の権利法が1990年に制定され、法律による人権の尊重が実践されている。我が国では、患者の権利を規定した法律は未だ存在しない。しかし、各種法規に照らして、患者の権利を尊重する医療を実践しなければならない。

患者の人権およびその保護について、まず、日本国憲法にその典拠を求めてみたい。

1) 個人の尊厳

「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」(日本国憲法13条)

個人としての人格の尊重、幸福追求の権利、自己決定権を定めたものである。

2) 平等権

「すべて国民は、法の下に平等であって、人種、信条、性別、社会的身分または門地によって政治的、経済的または社会的関係において差別されない。」(日本国憲法14条)

3) 奴隷的拘束および苦役からの自由

「何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない。また、犯罪による処罰の場合を除いては、その意に反する苦役に服させられない。」(日本国憲法18条)

2. 自己決定と自律性

自己決定の尊重は、自律性の尊重に他ならない。自律性 (autonomy) という言葉は、古代ギリシャ語の自己 (autos) と規律 (nomos) に由来し、ポリス (都市国家) における政治的自己統治を意味していた。

やがてエマニュエル・カントなどの道徳哲学で、個人の自己統治を意味するようになり、よくわきまえて自らを律しながら、他人による支配的干渉と、個人の選択を妨げるような制約から自由になることを指すようになった。

また、この自己統治能力が、人を他の動物と区別できる要因であり、人間相互の尊重の源であると考えられていた。

また、自己決定権は、自己に対する決定をなす権利でもある。その典拠は、我が国では憲法第13条前段「すべて国民は、個人として尊重される。」にある。この権利は、安楽死、治療拒否といった生死に関わる行為、ヘルメットやシートベルトの着用といった危険な行為、服装、結婚離婚といったライフスタイルなど、個人の生存に不可欠なことを公的権力から介入・干渉を受けずに自ら決定する権利である。このように自己決定権は、幸福追求権の保証する根拠であるが、公共の福祉のために制限が加えられる場合があることを忘れてはならない。

すなわち、公序良俗 (公共の秩序・善良なる風俗) に反する、他人の迷惑になる行為は、たとえ自己決定に基づくものであっても制限される。また、自傷行為、自殺は、自己決定権の外にあると考えられる。なぜなら、自らの身体を毀損することにより、医療者等他者にも迷惑がかかり、肉親等に苦痛を与えることにもなる。まして自殺は多くの人の迷惑・苦痛の原因となる。人間は社会の中で、他人との関わりの中で生き

ているのであり、自分の勝手に、自傷・自殺をすることは、公序良俗に反する行為として制限が加えられる。

3．患者の権利宣言

工夫された宣言の例として、大阪府立病院の「患者の権利に関する宣言」(平成13年9月11日 大阪府病院事業局健康福祉部、一部改編、<http://www.pref.osaka.jp/byouinkeiei/sengen/honbun.html>)を紹介する。

府立の病院は、医療行為が患者さんと医療関係者との信頼関係の上に成り立つものであり、医療の中心はあくまでも患者さんであることを深く認識し、一人ひとりの患者さんには次のような権利があることを改めて確認します。

(個人の尊厳)

1. 個人として常にその人格を尊重される権利

(良質な医療を平等に受ける権利)

2. 社会的身分、人種、民族、信条、性別、障害があること等に関わらず、良質な医療を平等に受ける権利
通訳、点字等必要な補助をつけて説明を受ける権利

(インフォームド・コンセント)

3. 自分が受ける治療や検査の効果や危険性、他の治療方法の有無などについて、わかりやすい説明を理解できるまで受ける権利

(自己決定権)

4. 自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定する権利

希望しない医療を拒む権利

医療機関を選択し、転退院する権利

(知る権利)

5. 自分が受けている医療について知る権利

(プライバシー保護)

6. 自分の情報を承諾なくして第三者に開示されない権利

4．医療者の責務

日本医師会は、「医師の職業倫理規程」において、医師の責務と具体的に明示し、解説を加えている。以下に、その趣旨を抜粋して紹介する。

(<http://www.med.or.jp/nichikara/rinri/index.html>)

5．リスクの共有

医療に先立ってインフォームド・コンセントをコミュニケーションプロセスとして確保することは、医療にかかわるリスクを患者と共に共有していくことにほかならない。このことは、今まで医療行為に存在する潜在的危険性を患者に対して積極的には開示してこなかった医療者にとって新たな課題であると同時に、「おまかせ医療」の名のもとに自己決定に伴う責任を回避してきた患者にとっても今までには考えられなかった新しい事態を生み出している。

新しい医療の援助者モデルは、健康や闘病の主体であり、自己決定の主体である患者を、専門職がその専門性に基づいて援助しようというモデルである。患者や家族との連帯、そしてスタッフとの連携、つまりは患者を中心としたチーム医療の体制が確立してはじめて、医療者は新しい時代の援助者となりうる。

リスクの共有に積極的な姿勢を明示した、福岡県医師会の「診療情報共有福岡宣言」(<http://www.fukuoka.med.or.jp/>)を紹介する。

診療情報共有福岡宣言（福岡県医師会、2000年3月）

患者さんの病気、死の恐怖の克服に役立てるために

- 1．我々は病気に伴う不安や死の恐怖を、先ず、共有します。
- 2．共有できないときは何故かを考えます。
- 3．患者さんに対する説明責任倫理を結果責任倫理に優先させます。
- 4．その為に診療情報を患者さんと医師とで共有します。
- 5．我々は情報を共有することが常に実現できるように、診療に関わる不安要望・苦情を患者さんから受け入れます。
- 6．診療総合相談窓口を設置します。

3) 在宅終末期医療に関するガイドラインについて

平成18年9月15日、厚生労働省医政局から、わが国で最初の終末期医療に関するガイドラインのたたき台が発表された。

終末期医療に関するガイドライン（たたき台）

本ガイドライン（たたき台）は、患者の意思の確認方法、治療内容の決定手続きなど終末期医療に関する主な事項について、厚生労働省として広く関係者、国民の間の議論のたたき台を提供するものである。今後、有識者からなる検討会を立ち上げ、幅広く議論を行っていただく予定である。

1 終末期医療及びケアのあり方

終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて、多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慎重に判断すべきである。

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ことが必要である。

どのような場合であっても、「積極的安楽死」や自殺幫助等の死を目的とした行為は医療としては認められない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

専門的な医学的検討を踏まえた上でインフォームドコンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。

治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。

上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

家族等の話等から患者の意思が推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

患者の意思が推定できない場合には、家族等の助言を参考にして、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

家族や家族に準ずる者がいない場合、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等には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 多専門職種からなる委員会の設置

上記(1)、(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、医療・ケアチームと同様の複数の専門職種からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討・助言を行うことが必要である。

このガイドラインたたき台に対する、パブリックコメントが募集され、平成18年12月、医政局長により、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」が設置された。

平成19年3月まで、2回の検討会が開催され、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関するガイドライン(案)」および「解説編」についての検討が重ねられている。

しかし、厚生労働省ガイドライン案は、主に、病院等入院医療を対象としており、在宅医療に関する終末期医療のあり方については、今後在宅医療に特化したガイドラインの整備をはかる必要がある。

4) 日本医師会「医療安全管理指針のモデル」(無床診療所用のモデル)

在宅医療の普及、推進にともない、無床診療所における安全管理体制の強化が強く求められるところであるが、医療倫理「危害最小化」の原則からしても極めて重要な課題といえる。

日本医師会は、2007年3月16日、「医療安全管理指針のモデル」改訂版を発表したが、今回の改訂で、従来無かった、「無床診療所用」モデル3)が加えられた。その経緯は「平成19年4月、第5次医療法改正が施行され、これまで施行規則で規定されていた医療安全に係る事項が、法律の条文で明記されることになりました。合わせて、病院、有床診療所に義務づけられていた「医療安全管理指針」の整備等の対策が無床診療所にも義務づけられることになりました。さらに、「指針」に盛り込むべき事項も追加されています。このような状況から、今回の改正に対応して、従来の二つのモデルを一部改訂するとともに、無床診療所用のモデルを作成いたしました。」と説明されている。

モデル3)は以下の通りである。

モデル3) 診療所(無床)医療安全管理指針

1 総則

1-1 基本理念

本診療所は、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを通じて、地域社会に貢献することを目的としている。

この目的を達成するため、診療所の院長のリーダーシップのもとに、全職員が一丸となって、医療安全に対する意識を高めるとともに、個人と組織の両面から事故を未然に回避しうる能力を強固なものにすることが必要である。これらの取り組みを明確なものとし、本診療所における医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、ここに 診療所 医療安全管理指針を定める。

1-2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故

診療の過程において患者に発生した望ましくない事象

医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む

(2) 職員

本診療所に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む

(3) 医療安全推進者

医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、院長の指名により、本診療所全体の医療安全管理を中心的に担当する者(医療安全管理者と同義、以下同じ)であって、専任、兼任の別を問わない
診療報酬の「医療安全対策加算」の施設基準に規定する「医療安全管理者」とは限らない

2 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

(1) 報告にもとづく情報収集

医療事故および事故になりかけた事例を検討し、本院の医療の質の改善と、事故の未然防止・再発防止に資する対策を策定するのに必要な情報を収集するために、すべての職員は以下の要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

職員からの報告等

職員は、次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、報告書式に定める書面により、速やかに報告するものとする。報告は、診療録、看護記録等に基づき作成する。

(ア) 医療事故

医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が発生した場合は、発生後直ちに院長へ報告する。

(イ) 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れれば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

速やかに院長へ報告する。

(ウ) その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

適宜、院長へ報告する。

報告された情報の取扱い

院長、その他の管理的地位にある者は、報告を行った職員に対して、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

(2) 報告内容に基づく改善策の検討

院長は、前項にもとづいて収集された情報を、本院の医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用するものとする。

すでに発生した医療事故あるいは事故になりかけた事例を検討し、その再発防止対策、あるいは事故予防対策を策定し、職員に周知すること

上記で策定した事故防止対策が、各部門で確実に実施され、事故防止、医療の質の改善に効果を上げているかを評価すること

3 安全管理のための指針・マニュアルの作成

院長は本指針の運用後、多くの職員の積極的な参加を得て、以下に示す具体的なマニュアル等を作成し、必要に応じ見直しを図るように努める。

マニュアル等は、作成、改変のつど、全ての職員に周知する。

- (1) 院内感染対策指針 * 必携
- (2) 医薬品安全使用マニュアル * 必携
- (3) 輸血マニュアル
- (4) 褥瘡対策マニュアル
- (5) その他

4 医療安全管理のための研修

(1) 医療安全管理のための研修の実施

院長は、1年に2回程度、および必要に応じて、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を実施する。職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。

研修を実施した際は、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、2年間保管する。

(2) 研修の趣旨

研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等をすべての職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本診療所全体の医療安全を向上させることを目的とする。

(3) 研修の方法

研修は、院長等の講義、診療所内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献等の抄読などの方法によって行う。

5 事故発生時の対応

(1) 救命措置の最優先

医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、まず、院長またはそれに代わる医師に報告するとともに、可能な限り、本診療所の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

緊急時に円滑に周辺医療機関の協力を得られるよう、連携体制を日頃から確認しておく。

(2) 本診療所としての対応方針の決定

報告を受けた院長は、対応方針の決定に際し、必要に応じて関係者の意見を聴くことができる。

(3) 患者・家族・遺族への説明

院長は、事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。

患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。また、この説明の事実・内容等を診療記録等に記入する。

6 - 1 本指針の周知

本指針の内容については、院長、医療安全推進者等を通じて、全職員に周知徹底する。

6 - 2 本指針の見直し、改正

院長は、必要に応じ本指針の見直しを検討するものとする。

6 - 3 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

6 - 4 患者からの相談への対応

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ院長等へ内容を報告する。

なお、報告に用いる書式の例が示されている。

報告書式（１）

医療に係る安全管理のための 事例報告書

《診療録、看護記録等にもとづき客観的な事実を記載すること》

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 報告者名 _____

(支障のある場合は無記名も可)

発生日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 発生場所 _____

事例発生時におこなっていた医療行為

報告事例の態様 (該当するものを で囲む) 手技上の不手際 記憶違い その他() 患者の転落・転倒 認識違い 連絡漏れ 機器の故障
上記 ~ の場合、その内容 患者・治療部位・薬剤名・投与量・()

患者への実際の影響 なかった あった()

発見、対応が遅れた場合に予想された結果
死亡・重篤な後遺症・要治療・軽微・不明

現在の患者の状態 _____

患者・家族への説明 _____

事例の具体的内容

報告書式（２）

インシデント・アクシデント・レポート

年 月 日 報告

報告者 氏名 _____（省略可）

担当者（上席者） 氏名 _____ 役職 _____

発生日時	年 月 日 () AM・PM 時 分				
発生場所	駐車場 診察室 健診室 風呂場 デイルーム	外階段 処置室 心電図室 トイレ 事務室	玄関 超音波室 更衣室 階段 その他 ()	待合室 内視鏡室 C T室 病室	受付 放射線室 廊下
薬物	点滴 経口	静注 外用	筋注 麻薬	皮下注 その他 ()	皮内注
内容	処方・指示ミス 投与量 投与方法 飲み忘れ・飲み違い 点滴速度 感染 機器の操作ミス		カルテ記入ミス 投与薬 投与忘れ 点滴もれ 点滴順番 副作用 その他 ()		誤調剤 投与時間 人違い 点滴忘れ 神経損傷
検査	生検 M R I 超音波		X 線 内視鏡 その他 ()		C T 採血・採尿
内容	人違い 実施忘れ 器具・設備不具合		部位違い 損傷 その他 ()		操作ミス
自己抜去 事故抜去	点滴		その他 ()		

発 生 内 容	
転 倒 転 落 そ の 他	診察時 検査時 自力歩行 補装具歩行 車椅子 ストレッチャー その他 ()
接 遇	診 察 拒 否 診 療 中 ト ラ ブ ル 盗 難 ・ 紛 失 電 話 応 対 ト ラ ブ ル 窓 口 応 対 ト ラ ブ ル 患 者 間 ト ラ ブ ル 無 断 離 院 禁 止 品 持 ち 込 み 暴 言 暴 行 自 傷 自 殺 ・ 自 殺 未 遂 訪 問 者 に よ る 乱 暴 院 内 器 具 設 備 の 破 壊 その他 ()
食 事	遅配膳 誤配膳 未配膳 誤指示 異物混入 食中毒 食物・飲み物を来院者にこぼした 窒息・誤嚥 その他 ()
生命危険度	ない 低い 可能性あり 高い 極めて高い 死亡 その他 ()
患者信頼度	損なわない 余り損なわない 少し損なう 大きく損なう その他 ()

レポート詳細

《診療録、看護記録等にもとづく客観的な事実を記載すること》

第 部 在宅医療計画作成の手順及び評価

- 1 作成過程のイメージ

作成過程のイメージは以下のとおりである。

- 1) 在宅医療計画の理解と見直しポイントの確認
- 2) 作成作業
 - (1) 現状分析
 - (2) 数値目標
 - (3) 将来予測
 - (4) モデル作成
 - (5) 遂行過程における評価とフィードバック
- 3) 全国との比較・検討

以下に各項目の解説を行う。

1) 在宅医療計画の理解と見直しポイントの確認

(1) 周知

自らが在宅医療の守備範囲 [- 2 の 3) 及び 4) - (1) を参照] を熟知すること
を踏まえて、地域住民に対する在宅医療の十分な周知がなされること
を踏まえて、病院に対する在宅医療の十分な周知がなされること
に対する周知の方法の検討と実践
十分な周知がなされたことの評価と検討 にもどる

(2) 2038年を見据えた今後5年間の医療構造を構築する

患者のニーズ(居宅生活を希望・居宅での終焉を希望)がすでにあること
に因應するサプライ(在宅医療)が存在することを周知させること

図 - 3 - 2 の医療連環の流れを滞らせないこと

年次ごとの死亡者数に対する の可能性(2014年で約25%の在宅看取り)
を設定

図 - 3 - 2 の、病院(一般病院・療養病床)・診療所(外来型・在宅療養支援診療所)・居宅(自宅・施設介護)相互の二極構造における重症療養者(身体的理由による通院困難患者)と軽症療養者の適正配分とスムーズな流れを作ること

に見合った病院・診療所・居宅それぞれの適正数を患者動態から割り出し配置する
の目標値を達成すること(在宅療養支援診療所数)

在宅療養支援診療所の質の向上を図ること(の達成)

実施の中間評価を行い、問題点を解決しフィードバックすること

計画の最終評価を行うこと

(3) 介護保険事業計画・医療費適正化計画・地域ケア計画との整合性

2) - における居宅介護・施設介護の充実

在宅医療計画の目標値達成による各計画の到達度評価・検討

以上(1)(2)(3)を踏まえた上で在宅医療計画を作成することとなる。

2) 作成作業を - 2 ~ - 7 に示す。

- 2 現状分析

1) 施設数・病床数

平成13年10月1日現在におけるXYZ県の「休止・1年以上休診中」の施設を除いた活動中の施設は10,410施設であり、以下の内容は、その「活動中の施設」について取りまとめたものである。

(1) 施設の種類の別みた施設数(医療施設調査)

病院は363施設で、前年に比べ1施設(0.3%)増加している。施設数の年次推移をみると、平成3年(383施設)をピークにその後減少傾向にある。

療養型病床群を有する病院は、81施設であり、病院数の22.3%となっている。

一般診療所は5,651施設で、前年に比べ129施設(2.3%)増加しており、調査開始以来増加傾向にある。その中で有床診療所は10.0%であり、有床診療所の割合は減少する一方、無床診療所の割合が増加している。また、「療養病床を有する一般診療所」の割合は増加している。

歯科診療所は4,396施設で、前年に比べ106施設(2.5%)増加しており、調査開始以来増加傾向にある。(図 - 2 - 1、表 - 2 - 1)

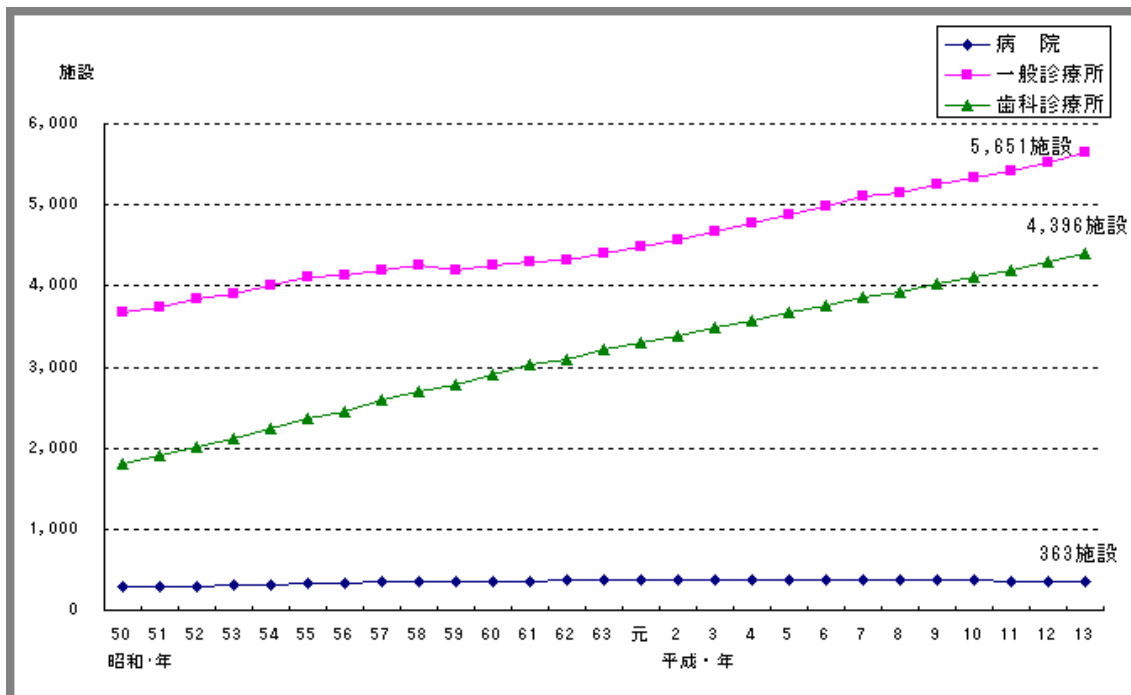


図 - 2 - 1

注:昭和58年までは12月31日現在、昭和59年以降は10月1日現在である。

各年10月1日現在

	施設数				対平成12年		構成割合(%)	
	平成10年 (1998)	平成11年 (' 99)	平成12年 (2000)	平成13年 (' 01)	増減数	増減率(%)	平成12年 (2000)	平成13年 (' 01)
総数	9,822	9,968	10,174	10,410	236	2.3	-	-
病院	365	363	362	363	1	0.3	100.0	100.0
精神病院	41	41	42	43	0	0.0	11.6	11.8
結核療養所	-	-	-	-	0	0.0	-	-
一般病院 (再掲)	324	322	320	320	-	-	88.4	88.2
地域医療支援病院	-	-	1	1	0	0.0	0.3	0.3
療養病床等を 有する病院 *	27	43	69	81	12	17.4	19.1	22.3
一般診療所	5,336	5,409	5,522	5,651	129	2.3	100.0	100.0
有床	642	613	580	563	△ 17	△ 2.9	10.5	10.0
(再掲)								
療養病床を 有する一般診療所	-	14	21	23	2	・	0.4	0.4
無床	4,694	4,796	4,942	5,088	146	3.0	89.5	90.0
歯科診療所	4,121	4,196	4,290	4,396	106	2.5	100.0	100.0
有床	1	1	1	1	0	0.0	0.0	0.0
無床	4,120	4,195	4,289	4,395	106	2.5	100.0	100.0

注：* 療養病床等とは、療養病床及び経過的日療養型砂群である。

表 - 2 - 1

(2) 病床の種類別にみた病床数(医療施設調査)

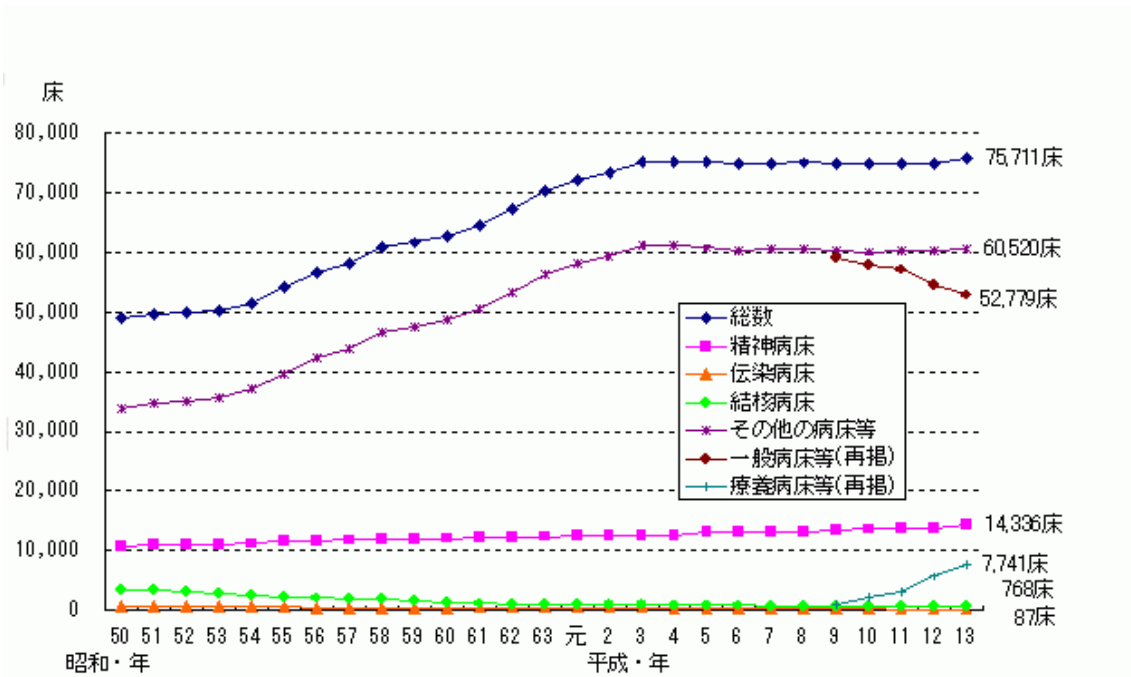
病院の病床数は75,711床で、前年に比べ904床(1.2%)増加している。平成3年(75,046床)をピークに減少したが、平成10年から増加傾向にある。

病床の種類別にみると、「その他の病床等」は、60,520床で、平成4年(61,085床)をピークに減少傾向であったが、平成13年は前年に比べ420床(0.7%)と増加している。内訳をみると、「療養病床等」は7,741床で、前年に比べ2,028床(35.5%)と大幅に増加している。

「精神病床」は14,336床で、前年に比べ505床(3.7%)増加している。調査開始以来、増加傾向にある。

病院の1施設当たり病床数は208.6床で、2.0床増加している。

一般診療所の病床数は5,231床で、前年に比べ137床(2.6%)減少している。昭和55年(8,572床)をピークに減少傾向であるが「療養病床」は234床で前年に比べ17床(7.8%)増加している。(図 - 2 - 2、表 - 2 - 2、3)



注:1 昭和58年までは12月31日現在、昭和59年以降は10月1日現在である。
 2 その他の病床等とは、療養病床、一般病床及び経過の日その他病床（経過の日療養型病床群を含む。）である。
 3 一般病床等とは、一般病床及び経過の日療養型病床群を除く経過の日その他病床である。
 4 療養病床等とは、療養病床及び経過の日療養型病床群である。

図 - 2 - 2

	病床数				対平成12年		構成割合(%)	
	平成10年 (1998)	平成11年 ('99)	平成12年 (2000)	平成13年 ('01)	増減数	増減率 (%)	平成12年 (2000)	平成13年 ('01)
総数	80,674	80,441	80,176	80,943	767	1.0	•	•
病院	74,813	74,822	74,807	75,711	904	1.2	100.0	100.0
精神病床	13,666	13,744	13,831	14,336	505	3.7	18.5	18.9
精神病院	11,149	11,149	11,256	11,568	312	2.8	15.0	15.3
一般病院	2,517	2,595	2,575	2,768	193	7.5	3.4	3.7
感染症病床	349	92	87	87	-	-	0.1	0.1
結核病床	842	819	789	768	△ 21	△ 2.7	1.1	1.0
結核療養所	-	-	-	-	0	0.0	-	-
一般病院	842	819	789	768	△ 21	△ 2.7	1.1	1.0
その他の病床等	59,956	60,167	60,100	60,520	420	0.7	80.3	79.9
一般病床等	57,789	57,055	54,387	52,779			72.7	69.7
療養病床等	2,167	3,112	5,713	7,741	2,028	35.5	7.6	10.2
一般診療所 (再掲) 療養病床	5,860	5,619	5,368	5,231	△ 137	△ 2.6	100.0	100.0
	-	154	217	234	17	7.8	4.0	4.5
歯科診療所	1	1	1	1	0	0.0	•	•

- 注：①平成11年4月に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」が施行され、「伝染病床」は「感染症病床」に改められた。
 ②平成13年9月に「医療法等の一部を改正する法律」が施行され、「その他の病床」が「療養病床」と「一般病床」に区分されたことに伴い、本調査において平成12年まで便宜上「一般病床」と表示していた「その他の病床」は、13年から「療養病床」、「一般病床」、「経過の旧その他の病床」に表示を分類した。
 また、一般診療所の「療養型病床」は「療養病床」にみなすこととされたため、「療養病床」と表示している。
 ③その他の病床等とは、療養病床、一般病床及び経過の旧その他の病床(経過の旧療養型病床を含む。)である。
 ④一般病床等とは、一般病床及び経過の旧療養型病床を除く経過の旧その他の病床である。
 ⑤療養病床等とは、療養病床及び経過の旧療養型病床である。

表 - 2 - 2

	各年10月1日現在			
	平成10年 (1998)	平成11年 ('99)	平成12年 (2000)	平成13年 ('01)
病院	205.0	206.1	206.6	208.6
精神病院	271.9	271.9	268.0	269.0
結核療養所	-	-	-	-
一般病院	196.5	197.7	198.6	200.4
一般診療所(有床診療所)	9.1	9.2	9.3	9.3

表 - 2 - 3

(3) 開設者別にみた施設数(医療施設調査)

施設数を開設者別にみると病院は、「医療法人」が202施設(病院数の55.6%)と最も多く、次いで「個人」が46施設(同12.7%)である。「医療法人」は増加傾向にあり、「個人」は減少傾向にある。

一般診療所は、「個人」が3,687施設(一般診療所数の65.2%)と最も多いが、「医療法人」が増加傾向であるのに対し、「個人」は減少傾向にある。しかし、平成13年は、前年より53施設(1.5%)増加した。

歯科診療所は、「個人」が3,777施設(歯科診療所数の85.9%)と最も多く、「個人」、「医療法人」とも増加傾向にある。(表 - 2 - 4)

	施設数				対平成12年		各年10月1日現在 構成割合	
	平成10年 (1998)	平成11年 ('99)	平成12年 (2000)	平成13年 ('01)	増減数	増減率 (%)	平成12年 (2000)	平成13年 ('01)
	病院	365	363	362	363	1	0.3	100.0
国	14	14	14	14	0	0.0	3.9	3.9
公的医療機関	36	36	35	35	0	0.0	9.7	9.6
社会保険関係団体	15	15	15	15	0	0.0	4.1	4.1
医療法人	189	195	200	202	2	1.0	55.2	55.6
個人	61	53	48	46	△ 2	△ 4.2	13.3	12.7
その他	50	50	50	51	1	2.0	13.8	14.0
一般診療所	5,336	5,409	5,522	5,651	129	2.3	100.0	100.0
国	27	27	27	30	3	11.1	0.5	0.5
公的医療機関	89	87	91	92	1	1.1	1.6	1.6
社会保険関係団体	35	35	32	32	0	0.0	0.6	0.6
医療法人	934	1,035	1,119	1,191	72	6.4	20.3	21.1
個人	3,653	3,612	3,634	3,687	53	1.5	65.8	65.2
その他	598	613	619	619	-	-	11.2	11.0
歯科診療所	4,121	4,196	4,290	4,396	106	2.5	100.0	100.0
国	-	-	-	-	0	0.0	-	-
公的医療機関	5	5	5	5	0	0.0	0.1	0.1
社会保険関係団体	2	2	1	1	0	0.0	0.0	0.0
医療法人	472	517	547	587	40	7.3	12.8	13.4
個人	3,616	3,645	3,710	3,777	67	1.8	86.5	85.9
その他	26	27	27	26	△ 1	△ 3.7	0.6	0.6

表 - 2 - 4

(4) 開設者別にみた病床数 (医療施設調査)

病床数を開設者別にみると、病院の病床数は「医療法人」が32,832床(病院病床数の43.4%)と最も多く、一般診療所の病床数は「個人」が3,111床(一般診療所病床数の59.5%)と最も多い。(表 - 2 - 5)

	病床数				対平成12年		構成割合		1施設 当たり 病床数
	平成10年 (1998)	平成11年 ('99)	平成12年 (2000)	平成13年 ('01)	増減数	増減率 (%)	平成12年 (2000)	平成13年 ('01)	
病院	74,813	74,822	74,807	75,711	904	1.2	100.0	100.0	208.6
国	5,225	5,225	5,225	5,225	0	0.0	7.0	6.9	373.2
公的医療機関	13,419	13,408	13,165	12,973	△ 192	△ 1.5	17.6	17.1	370.7
社会保険関係団体	5,151	5,151	5,142	5,152	10	0.2	6.9	6.8	343.5
医療法人	30,966	31,786	32,295	32,832	537	1.7	43.2	43.4	162.5
個人	6,442	5,619	5,296	5,176	△ 120	△ 2.3	7.1	6.8	112.5
その他	13,610	13,633	13,684	14,353	669	4.9	18.3	19.0	281.4
-					-				
一般診療所	5,860	5,619	5,368	5,231	△ 137	△ 2.6	100.0	100.0	9.3
国	125	125	125	125	0	0.0	2.3	2.4	...
公的医療機関	88	83	83	83	-	0.0	1.5	1.6	...
社会保険関係団体	-	-	-	-	-	0.0	-	-	...
医療法人	1,638	1,745	1,767	1,740	△ 27	△ 1.5	32.9	33.3	...
個人	3,822	3,494	3,221	3,111	△ 110	△ 3.4	60.0	59.5	...
その他	187	172	172	172	-	0.0	3.2	3.3	...

注：一般診療所の「1施設当たり病床数」は、有床診療所に対する数値である。

表 - 2 - 5

(5) 病床の規模別にみた施設数 (医療施設調査)

施設数を規模別にみると、病院は「100～299床」規模が149施設(病院数の41.0%)であり、病院全体の半分近くを占めている。(表 - 2 - 6)

	施設数				対平成12年		構成割合 (%)		1施設 当たり 病床数
	平成10年 (1998)	平成11年 ('99)	平成12年 (2000)	平成13年 ('01)	増減数	増減率 (%)	平成12年 (2000)	平成13年 ('01)	
病院	365	363	362	363	1	0.3	100.0	100.0	208.6
20～49床	48	47	46	45	△ 1	△ 2.2	12.7	12.4	37.1
50～99	83	80	78	78	-	-	21.5	21.5	71.5
100～299	146	148	148	149	1	0.7	40.9	41.0	177.7
300～499	63	63	65	65	0	0.0	18.0	17.9	377.7
500以上	25	25	25	26	1	4.0	6.9	7.2	671.0
一般診療所	5,336	5,409	5,522	5,651	129	2.3	.	.	.
有床	642	613	580	563	△ 17	△ 2.9	100.0	100.0	9.3

表 - 2 - 6

(6) 市区町村別にみた病院の人口 1 0 万対病床数 (医療施設調査)

「人口 1 0 万対その他の病床等」の病床数は X Y Z 県で 7 0 6 . 9 床であり、前年に比べ 1 . 0 床減少している。

「人口 1 0 万対精神病床数」は、X Y Z 県で 1 6 7 . 5 床であり、前年に比べ 4 . 6 床増加している。

市区町村別にみると、「その他の病床等」では、Y 町 (2 , 9 7 3 . 9 床) が最も多く、次いで K 町 (2 , 5 8 7 . 2 床)、M 町 (2 , 5 6 2 . 9 床) であり、S 町 (1 1 4 . 2 床)、D 市 T 区 (1 7 4 . 2 床)、O 町 (1 7 8 . 3 床) などが少ない。

(7) 診療科目別にみた施設数 (医療施設調査)

一般病院の診療科目別施設数は前年に比べに、「循環器科」(6施設増)、「呼吸器科」(4施設増)、「リハビリテーション科」(4施設増)などが増加し、「産婦人科」(4施設減)、「眼科」(3施設減)、「産科」(2施設減)などが減少している。(表 - 2 - 7)

(複数回答)
各年10月1日現在

	一般病院					精神病院				
	平成13年 (2001)	平成12年 (2000)	対前年比		施設数に 対する割合(%)	平成13年 (2001)	平成12年 (2000)	対前年比		施設数に 対する割合(%)
			増減数	増減率(%)				増減数	増減率(%)	
総数	320	320	-	-	100.0	43	42	1	2.4	100.0
内科	300	300	-	-	93.8	27	25	2	8.0	62.8
呼吸器科	101	97	4	4.1	31.6	-	-	-	-	-
消化器科 (胃腸科)	179	177	2	1.1	55.9	-	-	-	-	-
循環器科	160	154	6	3.9	50.0	1	1	-	-	2.3
小児科	146	147	△ 1	△ 0.7	45.6	1	1	-	-	2.3
精神科	84	81	3	3.7	26.3	43	42	1	2.4	100.0
神経科	36	37	△ 1	△ 2.7	11.3	36	35	1	2.9	83.7
神経内科	66	64	2	3.1	20.6	3	3	-	-	7.0
心療内科	15	15	-	-	4.7	3	3	-	-	7.0
アレルギー科	15	12	3	25.0	4.7	-	-	-	-	-
リウマチ科	24	22	2	9.1	7.5	-	-	-	-	-
外科	238	239	△ 1	△ 0.4	74.4	2	2	-	-	4.7
整形外科	236	237	△ 1	△ 0.4	73.8	-	-	-	-	-
形成外科	70	72	△ 2	△ 2.8	21.9	-	-	-	-	-
美容外科	14	14	-	-	4.4	-	-	-	-	-
脳神経外科	133	132	1	0.8	41.6	-	-	-	-	-
呼吸器外科	22	21	1	4.8	6.9	-	-	-	-	-
心臓血管外科	37	34	3	8.8	11.6	-	-	-	-	-
小児外科	12	12	-	0.0	3.8	-	-	-	0.0	0.0
産婦人科	74	78	△ 4	△ 5.1	23.1	-	-	-	-	-
産科	12	14	△ 2	△ 14.3	3.8	-	-	-	-	-
婦人科	44	44	-	-	13.8	-	-	-	-	-
眼科	120	123	△ 3	△ 2.4	37.5	1	1	-	-	2.3
耳鼻いんこう科	107	107	-	-	33.4	-	-	-	-	-
気管食道科	4	5	△ 1	△ 20.0	1.3	-	-	-	-	-
皮膚科	174	172	2	1.2	54.4	1	1	-	-	2.3
泌尿器科	160	161	△ 1	△ 0.6	50.0	-	-	-	-	-
性病科	4	5	△ 1	△ 20.0	1.3	-	-	-	-	-
こころ門科	62	64	△ 2	△ 3.1	19.4	-	-	-	-	-
リハビリテーション科	174	170	4	2.4	54.4	2	1	1	100.0	4.7
放射線科	145	144	1	0.7	45.3	1	1	-	-	2.3
麻酔科	117	115	2	1.7	36.6	-	-	-	0	0.0
歯科	59	56	3	5.4	18.4	10	9	1	11.1	23.3
矯正歯科	6	6	-	0.0	1.9	-	-	-	0.0	0.0
小児歯科	4	4	-	0.0	1.3	-	-	-	0.0	0.0
歯科口腔外科	25	25	-	-	7.8	-	-	-	-	-

表 - 2 - 7

2) 病院の1日平均患者数

(1) 1日平均患者数(病院報告)

1日平均在院患者数は62,756人で前年に比べ287人(対前年0.5%)増加し、1日平均外来患者数は102,056人で865人(同0.9%)増加している。(図 - 2 - 3)

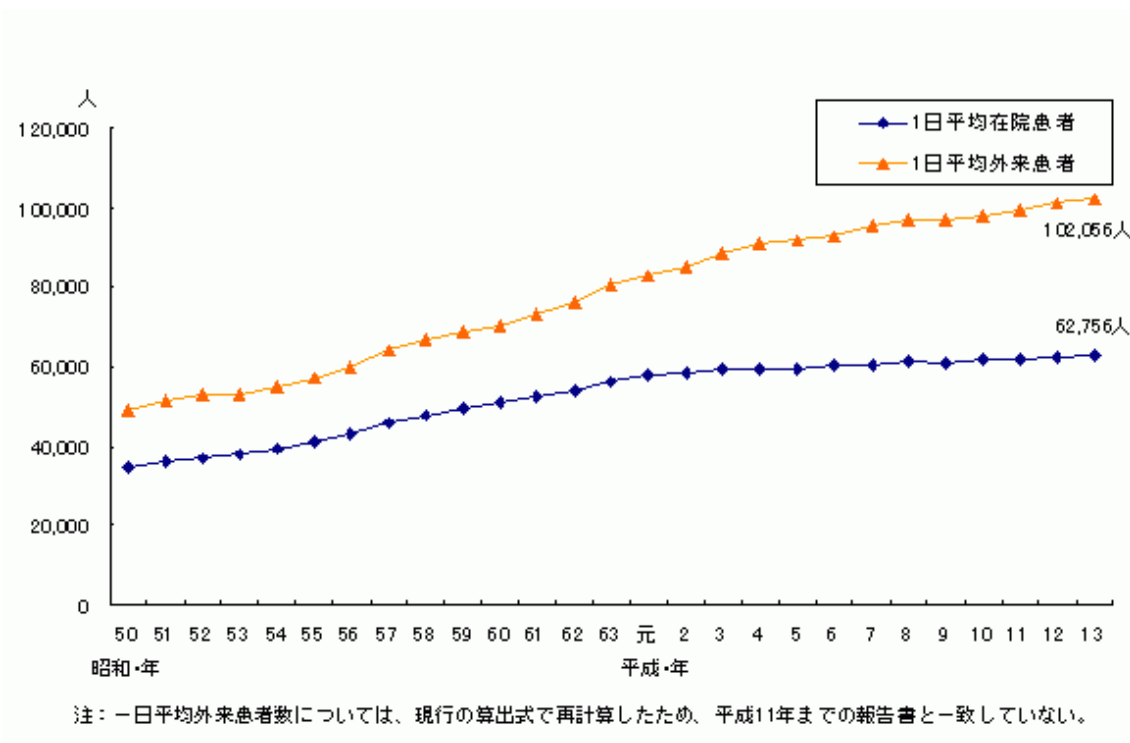


図 - 2 - 3

1日平均在院患者数は62,756人、1日平均新入院患者数は2,031人、1日平均退院患者数は2,030人である。このうち一般病院の1日平均在院患者数は、52,146人、1日平均新入院患者数は2,004人、1日平均退院患者数は2,004人で、前年に比べそれぞれ、153人、42人、44人増加している。一般病院の1日平均外来患者数は100,184人で、前年に比べ782人増加している。(表 - 2 - 8)

	各年間											
	1日平均患者数(人)											
	在院患者数			新入院患者数			退院患者数			外来患者数		
	平成13年 (2001)	平成12年 (2000)	対前年 増減率(%)	平成13年 (2001)	平成12年 (2000)	対前年 増減率(%)	平成13年 (2001)	平成12年 (2000)	対前年 増減率(%)	平成13年 (2001)	平成12年 (2000)	対前年 増減率(%)
総数	62,756	62,469	0.5	2,031	1,987	2.2	2,030	1,985	2.3	102,056	101,191	0.9
精神病院	10,610	10,476	1.3	27	25	8.4	26	25	2.7	1,871	1,799	4.6
一般病院	52,146	51,993	0.3	2,004	1,962	2.1	2,004	1,960	2.3	100,184	99,402	0.8
精神病床	2,247	2,156	4.2	14	13	9.8	15	14	3.7	.	.	.
その他の病床等	49,446	49,343	0.2	1,984	1,943	2.1	1,984	1,940	2.2	.	.	.

注：1)総数には結核療養所を含む。
 2)月の途中で病院の種類が変更された場合、患者数は月末日の病院の種類別で計上されている。
 3)その他の病床等とは、療養病床、一般病床及び経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を含む。)である。

表 - 2 - 8

(2) 病院の外来・入院比(病院報告)

外来・入院比は、1.63で前年に比べ0.01増加している。(表 - 2 - 9)

	各年間		
	平成13年 (2001)	平成12年 (2000)	対前年増減
総数	1.63	1.62	0.01
精神病院	0.18	0.17	0.01
一般病院	1.92	1.91	0.01

注：総数には結核療養所を含む。

表 - 2 - 9

3) 病院の病床利用率

(1) 病床の種類別にみた病床利用率(病院報告)

全病床における病床利用率は83.2%で前年に比べ0.5ポイント減少している。

病床の種類別にみると、「精神病床」は90.5%、「その他の病床等」は81.9%となっている。(表 - 2 - 10)

	各年間		
	平成13年 (2001)	平成12年 (2000)	対前年増減
総 数	1.63	1.62	0.01
精 神 病 院	0.18	0.17	0.01
一 般 病 院	1.92	1.91	0.01

注：総数には結核療養所を含む。

表 - 2 - 10

4) 病院の平均在院日数

(1) 病床の種類別にみた平均在院日数(病院報告)

平均在院日数は、30.9日で前年に比べ0.5日短くなっており、病床の種類別にみると、「精神病床」は314.8日、「結核病床」は89.3日、「その他の病床等」は24.9日で前年に比べそれぞれ9.8日、7.3日、0.5日短くなっている。(表 - 2 - 11)

各年間 (単位：日)			
	平成13年 (2001)	平成12年 (2000)	対前年増減
総数	30.9	31.5	△ 0.5
精神病床	314.8	324.6	△ 9.8
感染症病床	9.2	10.4	△ 1.2
結核病床	89.3	96.6	△ 7.3
その他の病床等	24.9	25.4	△ 0.5

注：その他の病床等とは、療養病床、一般病床及び経過の旧
その他の病床（経過の旧療養型病床群を含む。）である。

表 - 2 - 1 1

(2) 病床の類別にみた平均在院日数の年次推移 (病院報告)

平均在院日数の年次推移を病床の種類別にみると、「その他の病床等」では平成元年以降短縮し、「精神病床」は平成3年以降短縮している。(図 - 2 - 4)

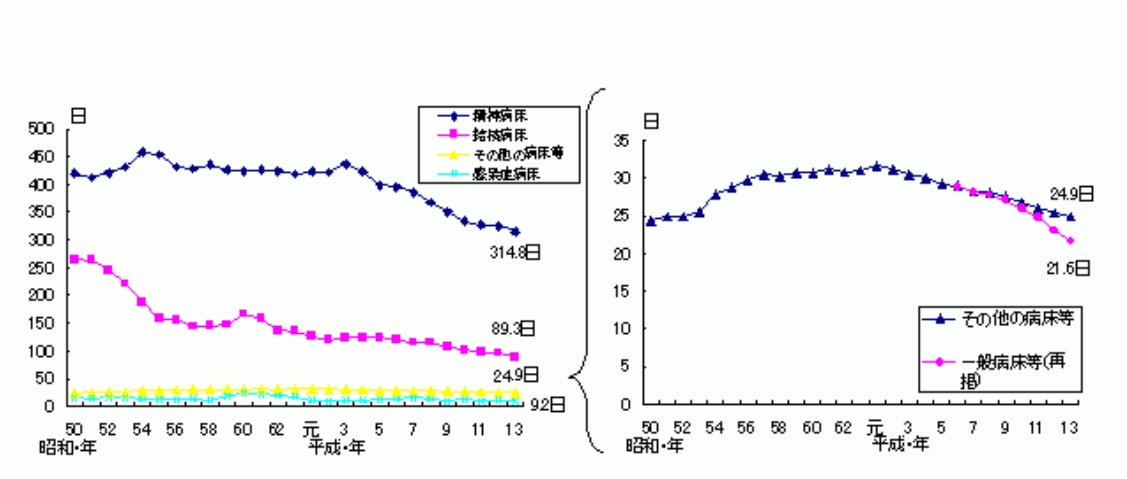


図 - 2 - 4

5) 療養病床等

(1) 療養病床等の施設数、病床数(医療施設調査)

「療養病床等を有する病院」は81施設で、前年に比べ12施設(17.4%)増加し、「療養病床を有する一般診療」は23施設で、前年に比べ2施設(9.5%)増加している。

「療養病床等の病床数」は7,975床で、前年に比べ2,045床(34.9%)増加となっている。(図 - 2 - 5)

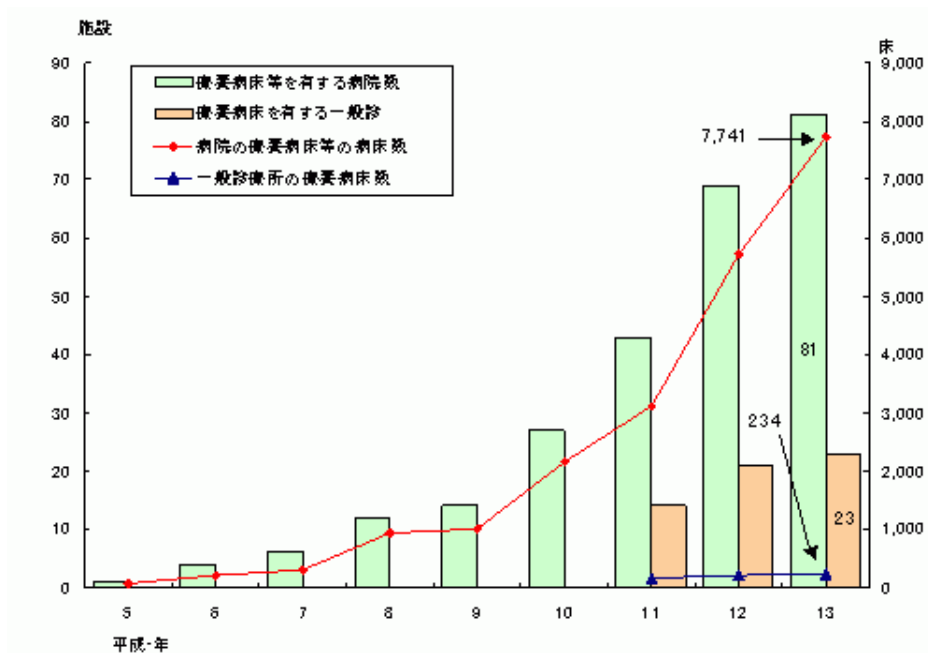


図 - 2 - 5

悪性新生物の病院死の割合と病床数の関係
($R = 0.790599$, 1985~2004)

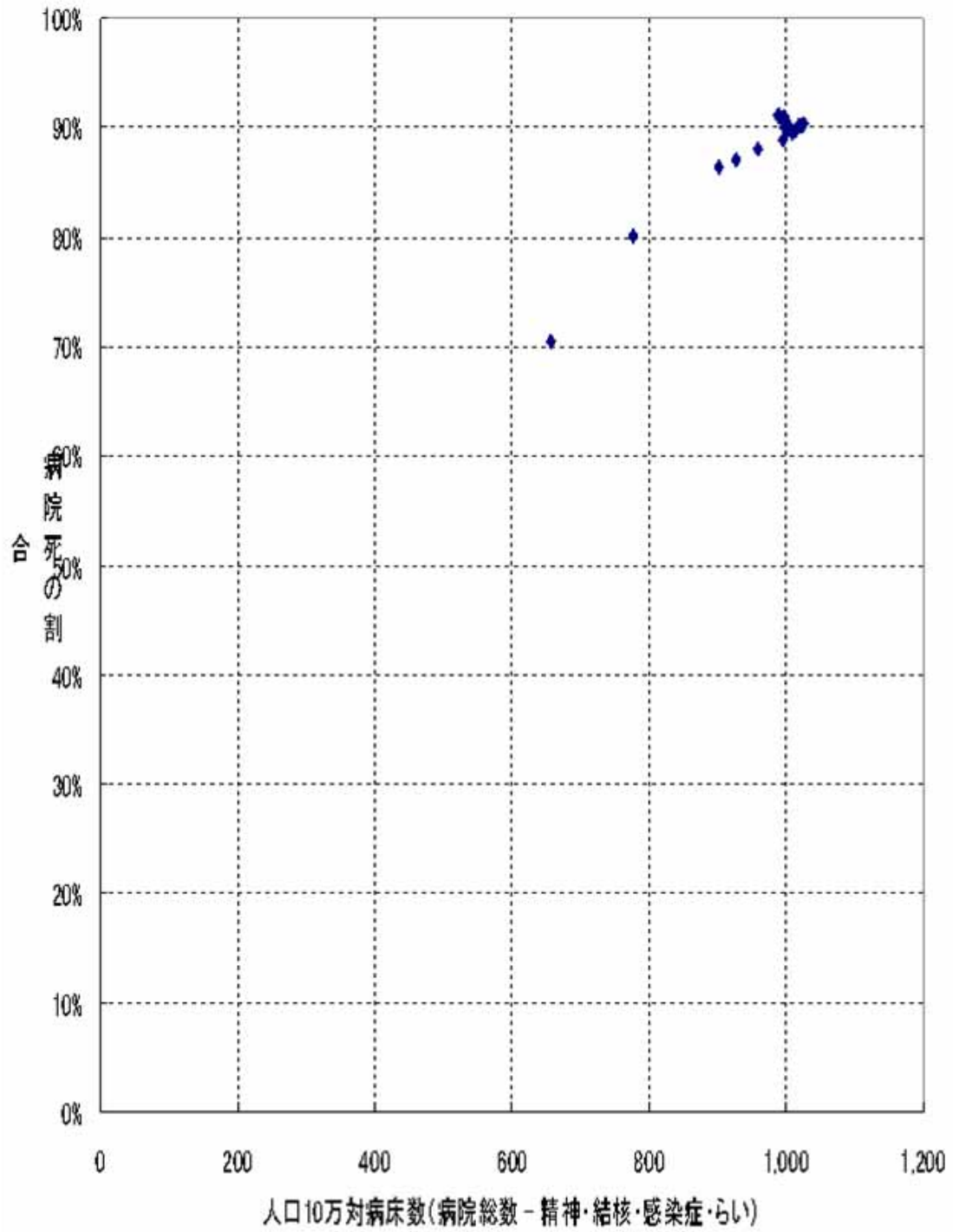


図 - 2 - 6

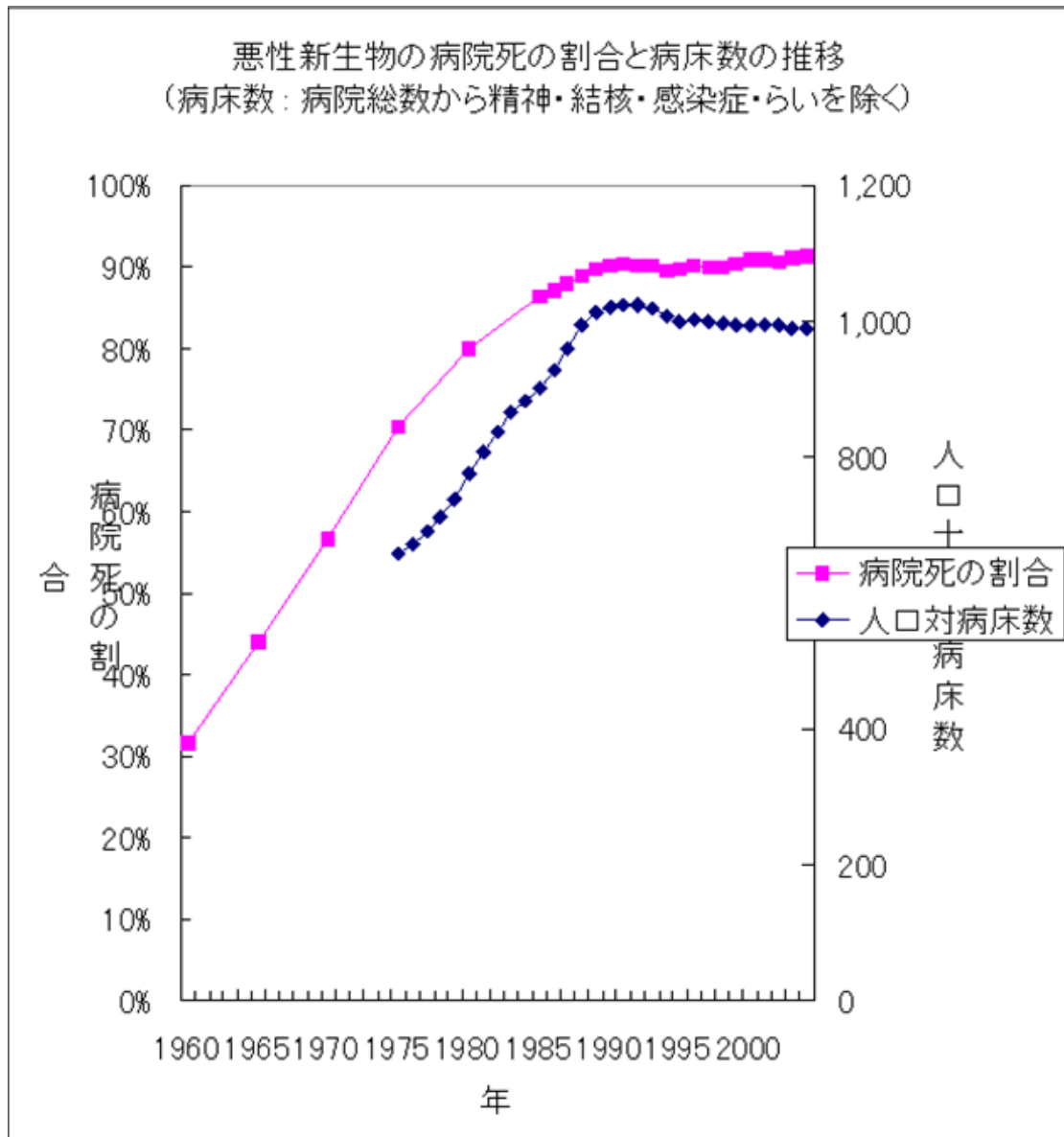


図 - 2 - 7

わが国でも、死亡統計の死亡場所と、病床数の年次推移はみごとに相関している。病床数が増えるとともに病院死亡が増え、病床数が横ばいになると横ばいになる。最近病床削減の動きとともに、心疾患、脳血管疾患では、病院死がわずかながら下がってきている。しかし、悪性新生物は、90%以上の高止まりが続き、下がっていない。

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。

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	28828	1980-1985		US	34

<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

諸外国の在宅死亡の割合

- 3 数値目標

すでに示された現状分析項目を参考にして、在宅療養支援診療所の適正配分と質の向上を図り、かつ介護保険計画・地域ケア計画等との連携により、各地域における医療供給体制の不均等分布を是正することが求められる。

特に国民のニーズの主要部分を形成する「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。

ここに、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年間が高齢者増加率が極大となる。(図

- 3 - 1)

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高齢者の増大と現状看取り率の低値14.5%（全国平均）に鑑み、実現可能な上限を25%に設定した。

- 将来展望 -

2015年は本格的な超高齢社会の「入り口」

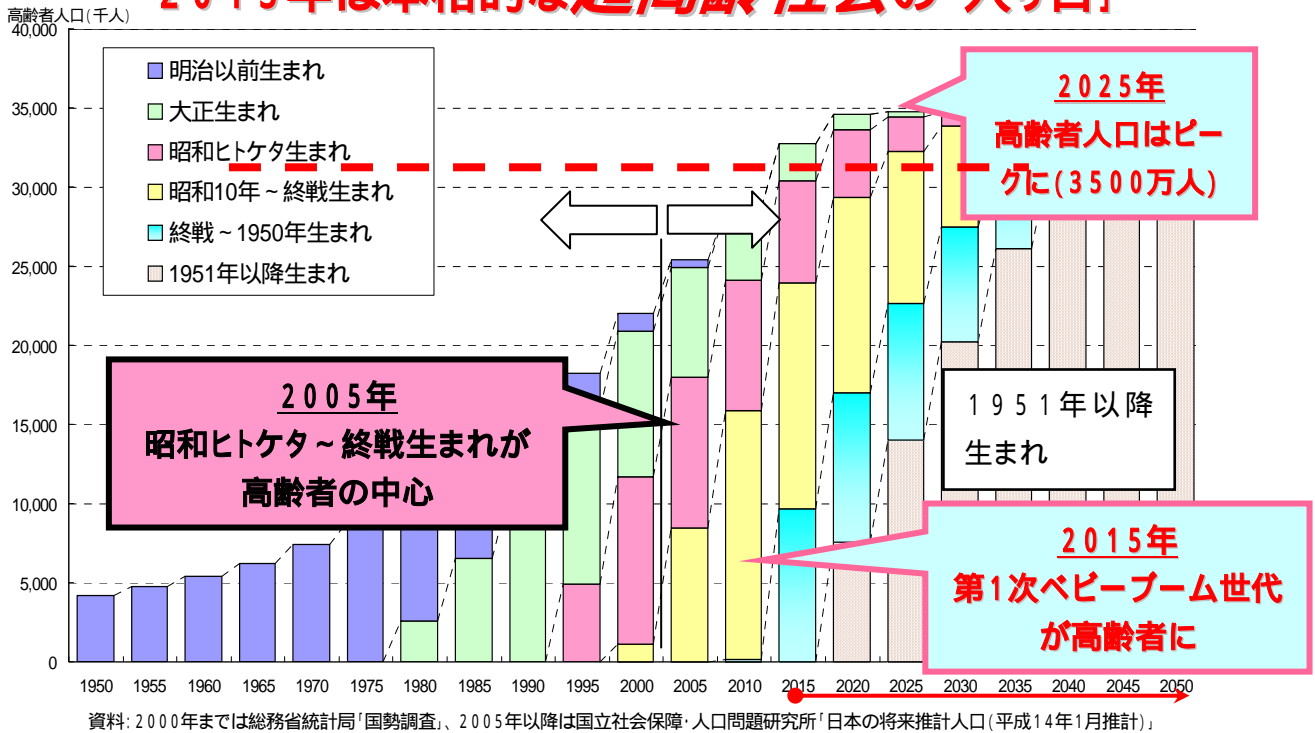


図 - 3 - 1

平成16年 人口動態調査 死亡の場所別にみた都道府県別死亡数

注：市部・郡部の計には住所地外国・不詳を含まない。

	総数	施設内	病院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	老人 ホーム	施設外	自宅	その他	老人 ホーム + 自宅	在宅死 割合
総数	1,028,602	873,978	818,586	27,586	6,490	3	21,313	154,624	127,445	27,179	148,758	14.5%
市部	773,413	658,914	622,663	18,249	4,542	3	13,457	114,499	94,985	19,514	108,442	14.0%
郡部	253,197	214,140	195,018	9,323	1,948	-	7,851	39,057	32,460	6,597	40,311	15.9%
北海道	47,335	41,956	39,863	1,355	170	1	567	5,379	3,900	1,479	4,467	9.4%
青森	14,372	12,211	10,798	942	191	-	280	2,161	1,659	502	1,939	13.5%
岩手	13,757	11,680	10,825	392	208	-	255	2,077	1,652	425	1,907	13.9%
宮城	18,525	15,168	14,239	485	148	-	296	3,357	2,737	620	3,033	16.4%
秋田	12,705	10,723	10,009	280	95	-	339	1,982	1,641	341	1,980	15.6%
山形	12,642	10,468	9,653	280	88	-	447	2,174	1,898	276	2,345	18.5%
福島	20,015	16,670	15,746	508	125	-	291	3,345	2,788	557	3,079	15.4%
茨城	24,343	20,739	19,569	683	127	-	360	3,604	3,028	576	3,388	13.9%
栃木	16,779	14,437	13,186	699	138	-	414	2,342	1,998	344	2,412	14.4%
群馬	17,267	14,735	13,771	464	178	-	322	2,532	2,115	417	2,437	14.1%
埼玉	44,987	38,974	37,169	1,121	125	-	559	6,013	5,058	955	5,617	12.5%
千葉	41,641	35,068	33,466	939	203	-	460	6,573	5,517	1,056	5,977	14.4%
東京	88,767	75,533	72,375	1,386	200	-	1,572	13,234	11,439	1,795	13,011	14.7%
神奈川	55,425	47,322	45,519	782	149	-	872	8,103	6,808	1,295	7,680	13.9%
新潟	23,511	19,225	18,123	130	272	-	700	4,286	3,734	552	4,434	18.9%
富山	10,396	9,102	8,598	190	72	-	242	1,294	1,067	227	1,309	12.6%
石川	9,976	8,582	7,903	297	147	-	235	1,394	1,107	287	1,342	13.5%
福井	7,449	6,348	5,701	290	92	-	265	1,101	926	175	1,191	16.0%
山梨	7,842	6,605	6,121	257	52	-	175	1,237	1,015	222	1,190	15.2%
長野	20,501	16,877	15,182	424	324	-	947	3,624	3,170	454	4,117	20.1%
岐阜	17,705	14,800	13,789	583	146	-	282	2,905	2,464	441	2,746	15.5%
静岡	29,809	25,118	23,282	763	189	-	884	4,691	4,031	660	4,915	16.5%
愛知	49,457	42,612	40,916	939	270	1	486	6,845	5,782	1,063	6,268	12.7%
三重	16,030	13,307	12,334	348	174	-	451	2,723	2,366	357	2,817	17.6%
滋賀	9,658	8,062	7,820	72	20	-	150	1,596	1,381	215	1,531	15.9%
京都	21,129	17,647	16,996	103	63	-	485	3,482	2,938	544	3,423	16.2%
大阪	65,160	54,094	52,550	588	148	-	808	11,066	9,086	1,980	9,894	15.2%
兵庫	44,494	36,956	34,767	923	194	-	1,072	7,538	6,312	1,226	7,384	16.6%
奈良	11,124	8,963	8,551	92	25	-	295	2,161	1,804	357	2,099	18.9%
和歌山	10,600	8,596	7,710	379	122	-	385	2,004	1,743	261	2,128	20.1%
鳥取	6,166	5,163	4,526	286	144	-	207	1,003	807	196	1,014	16.4%
島根	8,212	6,866	6,330	131	83	-	322	1,346	1,126	220	1,448	17.6%
岡山	17,489	14,959	13,572	754	174	-	459	2,530	2,120	410	2,579	14.7%
広島	24,435	20,700	18,956	819	132	-	793	3,735	3,047	688	3,840	15.7%
山口	15,702	13,614	12,558	495	96	-	465	2,088	1,707	381	2,172	13.8%
徳島	8,367	7,244	6,292	450	197	-	305	1,123	923	200	1,228	14.7%
香川	9,709	8,262	7,310	511	136	-	305	1,447	1,192	255	1,497	15.4%
愛媛	14,664	12,410	11,330	661	135	-	284	2,254	1,862	392	2,146	14.6%
高知	8,723	7,530	7,220	192	33	-	85	1,193	871	322	956	11.0%
福岡	41,144	36,192	34,359	1,044	210	-	579	4,952	3,865	1,087	4,444	10.8%
佐賀	8,214	7,181	6,485	375	85	1	235	1,033	824	209	1,059	12.9%
長崎	14,187	12,570	11,342	724	104	-	400	1,617	1,270	347	1,670	11.8%
熊本	17,076	15,047	13,339	1,046	109	-	553	2,029	1,636	393	2,189	12.8%
大分	11,733	10,316	8,933	795	151	-	437	1,417	1,118	299	1,555	13.3%
宮崎	10,578	9,217	8,065	828	74	-	250	1,361	1,082	279	1,332	12.6%
鹿児島	18,200	15,956	13,678	1,589	117	-	572	2,244	1,812	432	2,384	13.1%
沖縄	8,610	7,249	6,855	178	55	-	161	1,361	1,019	342	1,180	13.7%
外国	127	60	56	-	-	-	4	67	-	67	-	-
不詳	1,865	864	849	14	-	-	1	1,001	-	1,001	-	-

平成16年 人口動態調査 死亡の場所別にみた14大都市別死亡数

注：市部・郡部の計には住所地外国・不詳を含まない。

	総数	施設内	病院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	老人 ホーム	施設外	自宅	その他	老人 ホーム + 自宅	在宅死 割合
東京都区部	62,123	52,267	50,536	894	119	-	718	9,856	8,591	1,265	9,309	15.0%
札幌	12,348	10,727	10,411	196	51	-	69	1,621	1,175	446	1,244	10.1%
仙台	5,978	4,823	4,565	71	72	-	115	1,155	954	201	1,069	17.9%
さいたま	6,176	5,286	5,187	58	4	-	37	890	785	105	822	13.3%
千葉	5,624	4,766	4,519	175	26	-	46	858	698	160	744	13.2%
横浜	22,213	19,019	18,370	260	82	-	307	3,194	2,660	534	2,967	13.4%
川崎	7,422	6,282	6,085	101	16	-	80	1,140	956	184	1,036	14.0%
名古屋	16,353	14,050	13,553	332	67	-	98	2,303	1,941	362	2,039	12.5%
京都	11,723	9,900	9,595	35	52	-	218	1,823	1,556	267	1,774	15.1%
大阪	22,670	18,428	17,984	191	32	-	221	4,242	3,474	768	3,695	16.3%
神戸	11,658	9,622	9,177	137	53	-	255	2,036	1,682	354	1,937	16.6%
広島	7,633	6,434	5,933	213	42	-	246	1,199	946	253	1,192	15.6%
北九州	8,919	7,892	7,610	129	40	-	113	1,027	795	232	908	10.2%
福岡	8,492	7,362	7,160	147	18	-	37	1,130	882	248	919	10.8%

*資料出典：厚生労働省統計表データベース (<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>)

死亡の場所別にみた都道府県(14大都市再掲)別死亡数より

表 - 3 - 3 現状の看取り率と目標値に対する充足率

【北海道・東北】

	在宅死の割合		推計死亡者数		届出件数	平均20人を看取る在宅療養支援診療所数	目標値に対する充足率
	2004	目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年の平均)	在宅+老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.5%	24.5%	1,334,108	327,434	9,128	16,372	55.8%
北海道	9.4%	18.9%	60,851	11,486	163	574	28.4%
青森	13.5%	25.0%	17,453	4,364	64	218	29.4%
岩手	13.9%	25.0%	16,989	4,248	65	212	30.6%
宮城	16.4%	25.0%	24,430	6,108	77	305	25.2%
秋田	15.6%	25.0%	15,626	3,907	49	195	25.1%
山形	18.5%	25.0%	15,547	3,887	53	194	27.3%
福島	15.4%	25.0%	24,566	6,142	130	307	42.3%

【関東】

	在宅死の割合		推計死亡者数		届出件数	平均20人を看取る在宅療養支援診療所数	目標値に対する充足率
	2004	目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年の平均)	在宅+老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.5%	24.5%	1,334,108	327,434	9,128	16,372	55.8%
茨城	13.9%	25.0%	31,689	7,923	113	397	28.5%
栃木	14.4%	25.0%	21,440	5,360	89	268	33.2%
群馬	14.1%	25.0%	22,062	5,516	143	276	51.8%
埼玉	12.5%	25.0%	63,324	15,814	314	791	39.7%
千葉	14.4%	25.0%	57,377	14,345	166	717	23.1%
東京	14.7%	25.0%	120,447	30,112	1008	1506	67.0%
神奈川	13.9%	25.0%	77,286	19,322	465	966	48.1%

【北陸・中部・東海】

	在宅死の割合		推計死者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2004	目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年 の平均)	在宅+ 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.5%	24.5%	1,334,108	327,434	9,128	16,372	55.8%
新潟	18.9%	25.0%	29,294	7,324	80	367	21.8%
富山	12.6%	25.0%	12,960	3,240	27	162	16.7%
石川	13.5%	25.0%	12,524	3,131	85	157	54.3%
福井	16.0%	25.0%	9,273	2,319	29	116	25.0%
山梨	15.2%	25.0%	9,758	2,440	28	122	23.0%
長野	20.1%	25.0%	25,679	6,420	197	321	61.4%
岐阜	15.5%	25.0%	22,791	5,698	117	285	41.1%
静岡	16.5%	25.0%	39,486	9,872	175	494	35.4%
愛知	12.7%	25.0%	66,764	16,691	381	835	45.7%

【近畿】

	在宅死の割合		推計死者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2004	目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年 の平均)	在宅+ 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.5%	24.5%	1,334,108	327,434	9,128	16,372	55.8%
三重	17.6%	25.0%	20,779	5,195	104	260	40.0%
滋賀	15.9%	25.0%	13,232	3,308	51	165	30.8%
京都	16.2%	25.0%	27,729	6,933	240	347	69.2%
大阪	15.2%	25.0%	86,850	21,713	1,214	1,086	111.8%
兵庫	16.6%	25.0%	58,390	14,598	540	730	74.0%
奈良	18.9%	25.0%	14,830	3,708	71	185	38.3%
和歌山	20.1%	25.0%	13,097	3,275	120	164	73.3%

【中国・四国】

	在宅死の割合		推計死亡者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2004	目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年 の平均)	在宅+ 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.5%	24.5%	1,334,108	327,434	9,128	16,372	55.8%
鳥取	16.4%	25.0%	7,512	1,878	45	94	47.9%
島根	17.6%	25.0%	9,938	2,485	101	124	81.3%
岡山	14.7%	25.0%	22,164	5,541	237	277	85.5%
広島	15.7%	25.0%	30,984	7,724	387	386	100.2%
山口	13.8%	25.0%	18,756	4,689	102	234	43.5%
徳島	14.7%	25.0%	9,925	2,482	112	124	90.2%
香川	15.4%	25.0%	11,804	2,951	91	148	61.7%
愛媛	14.6%	25.0%	17,770	4,443	139	222	62.6%
高知	11.0%	21.9%	10,461	2,293	25	115	21.8%

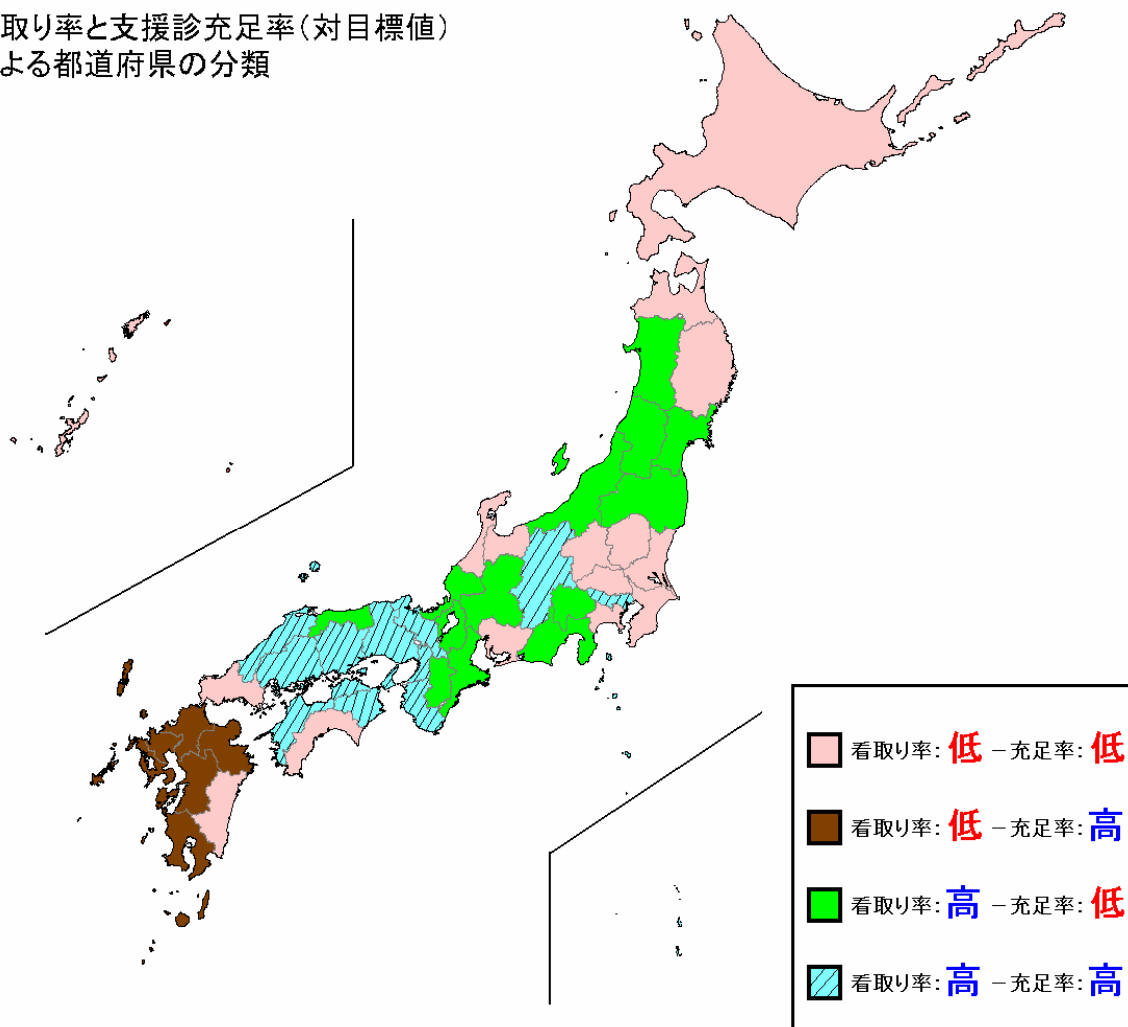
【九州・沖縄】

	在宅死の割合		推計死亡者数		届出件数	平均20人を 看取る在宅 療養支援 診療所数	目標値に対 する充足率
	2004	目標値 (上限25%)	総数 (2011～2015年 の平均)	在宅+ 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.5%	24.5%	1,334,108	327,434	9,128	16,372	55.8%
福岡	10.8%	21.6%	52,666	11,378	579	569	101.8%
佐賀	12.9%	25.0%	9,868	2,467	112	123	90.8%
長崎	11.8%	23.5%	17,499	4,120	245	206	118.9%
熊本	12.8%	25.0%	21,299	5,325	165	266	62.0%
大分	13.3%	25.0%	14,686	3,672	145	184	79.0%
宮崎	12.6%	25.0%	13,509	3,378	67	169	39.7%
鹿児島	13.1%	25.0%	22,054	5,514	180	276	65.3%
沖縄	13.7%	25.0%	10,780	2,695	38	135	28.2%

* 全国のはは全都道府県のは総和

* 在宅死の目標値は都道府県ごとの目標達成時の死亡者数から逆算

看取り率と支援診充足率(対目標値)
による都道府県のカテゴリ



国土地理院承認 平13総複 第367号

看取り率と支援診充足率（対目標値）による都道府県の分類

看取り率^低 支援診充足率^低

北海道、青森県、岩手県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、
富山県、石川県、愛知県、山口県、高知県、宮崎県、沖縄県

看取り率^低 支援診充足率^高

福岡県、佐賀県、熊本県、長崎県、大分県、鹿児島県

看取り率^高 支援診充足率^低

秋田県、宮城県、山形県、福島県、新潟県、福井県、山梨県、静岡県、岐阜県、
滋賀県、三重県、奈良県、鳥取県

看取り率^高 支援診充足率^高

東京都、長野県、京都府、大阪府、兵庫県、和歌山県、岡山県、広島県、香川県、
愛媛県、徳島県、島根県

* 高低の分類は全国平均値：看取り率 14.5%、支援診数目標値に対する充足率 55.8%を
基準とする

都道府県における在宅療養支援診療所とその現状

看取り率^低 支援診充足率^低

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【北海道 1 / 4】

支庁	市町村名	人口	在宅療養支援診療所実数	割合	推計在宅死亡者数	推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数	現数との比較	充足率
石狩支庁	札幌市	1,875,556	61	37.4%	3,825	191	130	31.9%
	江別市	123,928	2	1.2%	253	13	11	15.8%
	千歳市	92,337			188	9	9	0.0%
	恵庭市	67,939	1	0.6%	139	7	6	14.4%
	石狩市	61,438	2	1.2%	125	6	4	31.9%
	北広島市	61,068	1	0.6%	125	6	5	16.1%
	当別町	19,727			40	2	2	0.0%
空知支庁	新篠津村	3,843	1	0.6%	8	0	1	255.2%
	夕張市	13,050			27	1	1	0.0%
	岩見沢市	93,384	4	2.5%	190	10	6	42.0%
	美唄市	28,683			58	3	3	0.0%
	芦別市	18,867			38	2	2	0.0%
	赤平市	14,346			29	1	1	0.0%
	三笠市	11,916			24	1	1	0.0%
	滝川市	45,219	1	0.6%	92	5	4	21.7%
	砂川市	19,948			41	2	2	0.0%
	歌志内市	5,235			11	1	1	0.0%
	深川市	25,366			52	3	3	0.0%
	南幌町	9,459			19	1	1	0.0%
	奈井江町	6,888	1	0.6%	14	1	0	142.4%
	上砂川町	4,543			9	0	0	0.0%
	由仁町	6,583			13	1	1	0.0%
	長沼町	12,612	1	0.6%	26	1	0	77.8%
	栗山町	14,324			29	1	1	0.0%
	月形町	4,139			8	0	0	0.0%
	浦臼町	2,505			5	0	0	0.0%
	新十津川町	7,613			16	1	1	0.0%
	妹背牛町	3,951			8	0	0	0.0%
	秩父別町	2,988			6	0	0	0.0%
	雨竜町	3,195			7	0	0	0.0%
北竜町	2,403			5	0	0	0.0%	
沼田町	4,022			8	0	0	0.0%	
幌加内町	1,920			4	0	0	0.0%	
網走支庁	北見市	128,486	3	1.8%	262	13	10	22.9%
	網走市	40,760			83	4	4	0.0%
	紋別市	26,314			54	3	3	0.0%
	美幌町	22,864			47	2	2	0.0%
	津別町	6,309			13	1	1	0.0%
	斜里町	13,289			27	1	1	0.0%
	清里町	4,896			10	0	0	0.0%
	小清水町	5,791			12	1	1	0.0%
	訓子府町	6,078			12	1	1	0.0%
	置戸町	3,628			7	0	0	0.0%
	佐呂間町	6,248			13	1	1	0.0%
	遠軽町	23,682			48	2	2	0.0%
	上湧別町	5,796			12	1	1	0.0%
	湧別町	5,033			10	1	1	0.0%
	滝上町	3,398			7	0	0	0.0%
	興部町	4,632			9	0	0	0.0%
	西興部村	1,206			2	0	0	0.0%
	雄武町	5,330			11	1	1	0.0%
大空町	8,644			18	1	1	0.0%	

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【北海道 2 / 4】

	市町村名	人口	在宅療養支援診療所実数	割合	推計在宅死亡者数	推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数	現数との比較	充足率
釧路支庁	釧路市	193,214	1	0.6%	394	20	19	5.1%
	釧路町	22,099			45	2	2	0.0%
	厚岸町	11,631	1	0.6%	24	1	0	84.3%
	浜中町	7,107			14	1	1	0.0%
	標茶町	8,909			14	1	1	0.0%
	弟子屈町	8,903	1	0.6%	18	1	0	110.2%
	鶴居村	2,603			5	0	0	0.0%
	白糠町	10,585			22	1	1	0.0%
渡島支庁	函館市	293,943	9	5.5%	599	30	21	30.0%
	北斗市	49,579	2	1.2%	101	5	3	39.6%
	松前町	10,307			21	1	1	0.0%
	福島町	5,826	1	0.6%	12	1	0	168.3%
	知内町	5,557			11	1	1	0.0%
	木古内町	5,953			12	1	1	0.0%
	七飯町	29,036			59	3	3	0.0%
	鹿部町	4,841			10	0	0	0.0%
	森町	19,149			39	2	2	0.0%
	八雲町	20,207	1	0.6%	41	2	1	48.5%
	長万部町	6,957			14	1	1	0.0%
上川支庁	旭川市	358,654	19	11.7%	731	37	18	52.0%
	名寄市	31,544			64	3	3	0.0%
	富良野市	25,239	3	1.8%	51	3	0	116.6%
	士別市	23,654			48	2	2	0.0%
	鷹栖町	7,583			15	1	1	0.0%
	東神楽町	9,441			19	1	1	0.0%
	当麻町	7,673	1	0.6%	16	1	0	127.8%
	比布町	4,434	1	0.6%	9	0	1	221.2%
	愛別町	3,706			8	0	0	0.0%
	上川町	4,685			10	0	0	0.0%
	東川町	7,726			16	1	1	0.0%
	美瑛町	11,488			23	1	1	0.0%
	上富良野町	12,391			25	1	1	0.0%
	中富良野町	5,781			12	1	1	0.0%
	南富良野町	2,973			6	0	0	0.0%
	占冠村	1,397			3	0	0	0.0%
	和寒町	4,277			9	0	0	0.0%
	剣淵町	3,911			8	0	0	0.0%
	下川町	3,998			8	0	0	0.0%
	美深町	5,477			11	2	2	0.0%
音威子府村	1,013			2	0	0	0.0%	
中川町	2,039	1	0.6%	4	0	1	481.0%	
胆振支庁	室蘭市	98,573	2	1.2%	201	10	8	19.9%
	苫小牧市	173,658	1	0.6%	354	18	17	5.6%
	登別市	53,817			110	5	5	0.0%
	伊達市	37,584			77	4	4	0.0%
	豊浦町	4,805			10	0	0	0.0%
	壮瞥町	3,115			6	0	0	0.0%
	白老町	20,978	1	0.6%	43	2	1	46.7%
	厚真町	5,103			10	1	1	0.0%
	洞爺湖町	11,159			23	1	1	0.0%
	安平町	9,289	1	0.6%	19	1	0	105.6%
むかわ町	10,506	2	1.2%	21	1	1	186.7%	

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【北海道 3 / 4】

	市町村名	人口	在宅療養支援診療所実数	割合	推計在宅死亡者数	推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数	現数との比較	充足率
根室支庁	根室市	31,461			64	3	3	0.0%
	別海町	16,660			34	2	2	0.0%
	中標津町	24,127			49	2	2	0.0%
	標津町	6,049			12	1	1	0.0%
	羅臼町	6,504			13	1	1	0.0%
檜山支庁	江差町	9,978			20	1	1	0.0%
	上ノ国町	6,633			14	1	1	0.0%
	厚沢部町	4,860			10	0	0	0.0%
	乙部町	4,833			10	0	0	0.0%
	奥尻町	3,651			7	0	0	0.0%
	今金町	6,510			13	1	1	0.0%
せたな町	10,766			22	1	1	0.0%	
留萌支庁	留萌市	26,895	1	0.6%	55	3	2	36.5%
	増毛町	5,749			12	1	1	0.0%
	小平町	4,114			8	0	0	0.0%
	苫前町	4,032			8	0	0	0.0%
	羽幌町	8,835			18	1	1	0.0%
	初三別村	1,526			3	0	0	0.0%
	遠別町	3,335			7	0	0	0.0%
	天塩町	3,871			8	0	0	0.0%
幌延町	2,775			6	0	0	0.0%	
日高支庁	日高町	14,540			30	1	1	0.0%
	平取町	6,091			12	1	1	0.0%
	新冠町	6,076			12	1	1	0.0%
	浦河町	15,364			31	2	2	0.0%
	様似町	5,692			12	1	1	0.0%
	えりも町	5,858			12	1	1	0.0%
	新ひだか町	27,184	1	0.6%	55	3	2	36.1%
後志支庁	小樽市	141,418	17	10.4%	288	14	3	117.9%
	島牧村	2,040			4	0	0	0.0%
	寿都町	3,736	1	0.6%	8	0	1	262.5%
	黒松内町	3,390	1	0.6%	7	0	1	289.3%
	蘭越町	5,822			12	1	1	0.0%
	二セコ町	4,693			10	0	0	0.0%
	真狩村	2,384			5	0	0	0.0%
	留寿都村	2,154			4	0	0	0.0%
	喜茂別町	2,652			5	0	0	0.0%
	京極町	3,452			7	0	0	0.0%
	倶知安町	15,791			32	2	2	0.0%
	共和町	7,007			14	1	1	0.0%
	岩内町	16,231			33	2	2	0.0%
	泊村	2,096			4	0	0	0.0%
	神恵内村	1,127	1	0.6%	2	0	1	870.2%
	積丹町	2,979			6	0	0	0.0%
	古平町	4,099	1	0.6%	8	0	1	239.2%
仁木町	3,994	1	0.6%	8	0	1	245.5%	
余市町	22,682	3	1.8%	46	2	1	129.7%	
赤井川村	1,286			3	0	0	0.0%	

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【北海道 4 / 4】

	市町村名	人口	在宅療養支援診療所実数	割合	推計在宅死亡者数	推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数	現数との比較	充足率
宗谷支庁	稚内市	41,343			84	4	4	0.0%
	猿払村	2,911			6	0	0	0.0%
	浜頓別町	4,490			9	0	0	0.0%
	中頓別町	2,288			5	0	0	0.0%
	枝幸町	9,850			20	1	1	0.0%
	豊富町	4,844			10	0	0	0.0%
	礼文町	3,325			7	0	0	0.0%
	利尻町	2,805			6	0	0	0.0%
利尻富士町	3,112			6	0	0	0.0%	
十勝支庁	帯広市	171,183	2	1.2%	349	17	15	11.5%
	音更町	43,629			89	4	4	0.0%
	市幌町	6,853			14	1	1	0.0%
	上市幌町	5,437			11	1	1	0.0%
	鹿追町	5,926	1	0.6%	12	1	0	165.5%
	新得町	7,134			15	1	1	0.0%
	清水町	10,697	1	0.6%	22	1	0	91.7%
	芽室町	18,947	1	0.6%	39	2	1	51.8%
	中札内町	4,090			8	0	0	0.0%
	更別村	3,412	1	0.6%	7	0	1	287.4%
	大樹町	6,391	1	0.6%	13	1	0	153.4%
	広尾町	8,578			17	1	1	0.0%
	幕別町	27,485	2	1.2%	56	3	1	71.4%
	池田町	8,329	1	0.6%	17	1	0	117.7%
	豊頃町	3,874			8	0	0	0.0%
	本別町	9,045			18	1	1	0.0%
	足寄町	8,454			17	1	1	0.0%
陸別町	2,962			6	0	0	0.0%	
浦幌町	6,227			13	1	1	0.0%	
全道	5,632,043	163	100.0%	11,486	574	411	28.4%	

北海道企画振興部地域振興・計画局市町村課調べ

*人口統計：住民基本台帳人口(平成18年9月現在)より

* 累計在宅死亡者数に対して必要な支援診数 は、1診療所あたり20人/年の看取りが可能と想定した場合の数値である。

支庁	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
			施設数		病床数		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	
			一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
			総数	療養病床を有する病院								
石狩支庁	札幌市	1,875,556	193	88	20,279	10,899	39	3,359	35	3,296	244	11,255
	江別市	123,928	5	2	623	179	3	250	2	200	2	70
	千歳市	92,337	6	4	364	213	2	150	2	200	3	62
	恵庭市	67,939	5	3	563	180	1	100	2	200	3	118
	石狩市	61,438	5	2	251	293	3	200	1	100	2	177
	北広島市	61,068	5	5	126	677	2	150	1	100	4	287
	当別町	19,727	1	1	33	30	1	50	1	100		
新篠津村	3,843					1	135					
空知支庁	夕張市	13,050	1	1	131	40	1	110	1	70		
	岩見沢市	93,384	5	3	720	279	2	160	2	200	4	120
	美瑛市	28,683	4	3	523	196	1	59	1	80	2	110
	芦別市	18,867	2	2	160	109	1	106	1	80	1	68
	赤平市	14,346	2	2	212	81	2	100	1	80		
	三笠市	11,916	3	1	223	93	1	88	1	46	1	41
	滝川市	45,219	5	3	458	314	1	200	1	100	1	114
	砂川市	19,948	1		408		1	100	1	62		
	歌志内市	5,235	1	1		60	1	50				
	深川市	25,366	3	2	301	407	2	150	1	90	2	192
	南幌町	9,459	1	1	26	54	1	70	1	70	1	24
	奈井江町	6,888	1	1	46	50	1	50	1	52	1	30
	上砂川町	4,543					1	50	1	50	1	6
	由仁町	6,583	1	1	12	51	1	20				
	長沼町	12,612	1	1	110	45	1	120	1	70		
	栗山町	14,324	1	1	121	40	1	100	1	100		
	月形町	4,139	1	1	23	20	2	80	1	70		
	浦臼町	2,505					1	30				
	新十津川町	7,613	1	1		200	1	100			1	85
	妹背牛町	3,951							1	80		
	秩父別町	2,988					1	80				
	雨竜町	3,195	1	1		108	1	80			1	54
	北竜町	2,403					1	80				
沼田町	4,022	1	1	42	32	1	80			1	12	
幌加内町	1,920	1	1	8	42					1	18	
網走支庁	北見市	128,486	12	7	1,333	492	5	402	3	280	8	220
	網走市	40,760	4	3	535	153	1	50	2	169	3	48
	紋別市	26,314	5	3	214	232	1	52	1	100	2	45
	美幌町	22,864	2	1	159	30	1	84	1	100		
	津別町	6,309	1	1	60	30	1	50				
	斜里町	13,289	1	1	60	51	1	50			2	22
	清里町	4,896					1	50	1	70		
	小清水町	5,791	1	1	49	50	1	50				
	訓子府町	6,078					1	50				
	置戸町	3,628	1	1		95	1	50				
	佐呂間町	6,248	1	1	37	30	1	50			2	20
	遠軽町	23,682	4	4	355	170	2	100	1	100	1	6
	上湧別町	5,796	2	1	73	30	1	50			1	12
	湧別町	5,033					1	50				
	滝上町	3,398	1	1	26	28	1	50				
	興部町	4,632	1	1	32	34						
	西興部村	1,206					1	50				
雄武町	5,330	1	1	25	26	1	50					
大空町	8,644	1	1	42	40	2	60			1	8	

医療施設及び介護保健施設【北海道 1 / 4】

	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
			施設数		病床数		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	
			総数	療養病床を有する病院	一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
釧路支庁	釧路市	193,214										
	釧路町	22,099	1	1	50	49	1	50	1	100		
	厚岸町	11,631	1	1	56	42	1	50			1	19
	浜中町	7,107					1	50			1	6
	標茶町	8,909	1		85		1	100				
	弟子屈町	8,903	2	2	55	144	1	80			1	20
	鶴居村	2,603	1	1		28			1	100	1	26
	白糠町	10,585					1	50			1	8
渡島支庁	函館市	293,943	33	19	4,058	1,537	12	803	7	750	14	841
	北斗市	49,579					2	150	2	140		
	松前町	10,307	1		100		1	70				
	福島町	5,826					1	50				
	知内町	5,557					1	57				
	木古内町	5,953	1		141		1	50	1	36	1	10
	七飯町	29,036	2	2	89	196	1	50	1	100	2	110
	鹿部町	4,841					1	50				
	森町	19,149	2	1	108	62	2	100	1	80	2	30
	八雲町	20,207	3	1	473	120	2	119	1	90		
	長万部町	6,957	1	1	30	33	1	80			1	20
上川支庁	旭川市	358,654	38	22	4,573	2,010	10	720	10	922	20	804
	名寄市	31,544	4	3	364	255	2	180	1	100	4	201
	富良野市	25,239	2	2	321	124	1	100	1	100	2	40
	士別市	23,654	1	1	240	30	2	80	1	120		
	鷹栖町	7,583					1	50				
	東神楽町	9,441					1	70	1	100		
	当麻町	7,673					1	50			1	6
	比布町	4,434					1	50				
	愛別町	3,706					1	50				
	上川町	4,685	1	1	54	37	1	30				
	東川町	7,726					1	50	1	80	1	8
	美瑛町	11,488	1		98		1	100	1	60		
	上富良野町	12,391	1	1	44	36	1	50			1	20
	中富良野町	5,781	1	1	35	12	1	30				
	南富良野町	2,973					1	56				
	占冠村	1,397										
	和寒町	4,277	1	1	15	23	1	100				
	剣淵町	3,911					1	50				
	下川町	3,998	1	1	12	30	1	50				
	美深町	5,477	1	1	34	30	1	50			1	12
音威子府村	1,013									1	8	
中川町	2,039					1	50					
胆振支庁	室蘭市	98,573	6	4	1,377	374	2	150	3	248	2	176
	苫小牧市	173,658	13	9	1,296	780	5	340	5	438	5	307
	登別市	53,817	6	5	120	546	1	100	1	80	2	158
	伊達市	37,584	4	3	314	488	4	210	1	100	4	186
	豊浦町	4,805	1		60		2	180	1	50		
	壮瞥町	3,115	1	1		180	1	50	1	100	1	120
	白老町	20,978	2	2	82	105	2	100			1	10
	厚真町	5,103					1	80				
	洞爺湖町	11,159	3	3	245	364	1	60			3	175
	安平町	9,289	1	1	30	10	1	30			2	14
	むかわ町	10,506	1	1	56	27	2	180			1	12

医療施設及び介護保健施設【北海道 2 / 4】

	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
			施設数		病床数		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	
			一般病院	療養病床を有する病院	一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
	総数											
根室支庁	根室市	31,461	2	1	199	75	1	50	1	70	1	43
	別海町	16,660	1		99		1	86	1	50		
	中標津町	24,127	2	2	180	139	1	54			1	60
	標津町	6,049	1		35		1	58				
	羅臼町	6,504	1	1		48					1	8
檜山支庁	江差町	9,978	2	1	150	60	1	130	1	80	1	6
	上ノ国町	6,633					1	50			1	3
	厚沢部町	4,860	1	1	53	18	1	30				
	乙部町	4,833	1	1	52	10	1	50				
	奥尻町	3,651	1	1	22	32	1	30				
	今金町	6,510	1	1	33	19	1	50	1	80		
	せたな町	10,766	3	2	146	159	2	100			1	60
	せたな町	10,766	3	2	146	159	2	100			1	60
留萌支庁	留萌市	26,895	2	1	350	101	1	50	1	100		
	増毛町	5,749					1	50				
	小平町	4,114					1	50				
	苫前町	4,032	1	1	20	20	1	50			1	8
	羽幌町	8,835	2	1	120	36	1	110			1	15
	初三別村	1,526										
	遠別町	3,335	1	1	16	30	1	50				
	天塩町	3,871	1	1	22	26	1	50			1	18
	幌延町	2,775	1	1	8	28	1	30				
	日高支庁	日高町	14,540	3	2	86	84	2	80	1	50	2
平取町	6,091	1	1	31	44	1	50					
新冠町	6,076	1	1	34	35	1	50			1	13	
浦河町	15,364	1		268		1	50	1	75			
様似町	5,692					1	50			2	14	
えりも町	5,858					1	40					
新ひだか町	27,184	3	2	200	167	2	156	1	50	1	10	
後志支庁	小樽市	141,418	15	10	1,821	1,002	3	330	4	400	11	699
	島牧村	2,040										
	寿都町	3,736					1	50				
	黒松内町	3,390	1		40		1	80	1	50	1	10
	蘭越町	5,822	1	1		124	1	80			1	37
	二セコ町	4,693					1	50			1	12
	真狩村	2,384					1	50				
	留寿都村	2,154					1	50				
	喜茂別町	2,652	1	1	21	12						
	京極町	3,452	1		43		1	20				
	倶知安町	15,791	1	1	225	45	1	70	1	100		
	共和町	7,007					1	40				
	岩内町	16,231	1	1	96	90	1	50				
	泊村	2,096					1	90				
	神恵内村	1,127							1	86		
	積丹町	2,979									1	8
	古平町	4,099										
仁木町	3,994					1	50					
余市町	22,682	2	2	145	82	1	50	1	100	2	24	
赤井川村	1,286											

医療施設及び介護保健施設【北海道 3 / 4】

	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
			施設数		病床数		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	
			一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
総数	療養病床を有する病院											
十 支 庁	稚内市	41,343	3	2	356	105	1	83	1	100	1	3
	猿払村	2,911	1	1	24	4	1	30				
	浜頓別町	4,490	1	1	36	28	1	50	1	50		
	中頓別町	2,288	1		50		1	55				
	枝幸町	9,850	2	2	46	75	2	100			2	15
	豊富町	4,844	1		54		1	100				
	礼文町	3,325					1	30			1	4
	利尻町	2,805	1		48		1	30				
	利尻富士町	3,112					1	50	1	40		
十 支 庁	帯広市	171,183	17	10	2,158	883	4	279	2	200	6	303
	音更町	43,629	3	2	219	228	1	100	2	200	1	98
	士幌町	6,853	1	1	40	20	1	107				
	上士幌町	5,437	1	1	16	55	1	50			1	38
	鹿追町	5,926	1	1	23	27	1	50			1	19
	新得町	7,134					1	50				
	清水町	10,697	2	1	92	48	1	54			2	16
	芽室町	18,947	1		150		1	100	1	100	1	5
	中札内町	4,090					1	50				
	更別村	3,412										
	大樹町	6,391	1	1	52	26	1	50	1	100	1	10
	広尾町	8,578	1	1	43	22	1	50			1	16
	幕別町	27,485	1	1	52	58	1	120	1	150	1	8
	池田町	8,329	1	1	32	48	1	54			1	48
	豊頃町	3,874					1	50				
	本別町	9,045	1	1	40	20	1	50	1	80		
	足寄町	8,454	2	2	64	46	1	56			1	30
陸別町	2,962					1	50					
浦幌町	6,227					1	50					
全道	5,632,043	549	331	53,718	28,898	268	18,212	144	12,883	244	11,255	

* 一般病院数、療養病床を有する病院数、一般病床数、療養病床数は平成17年厚生労働省医療施設調査より

* 介護保健施設数、定員・病床数は平成16年厚生労働省介護保健施設調査より

医療施設及び介護保健施設【北海道 4 / 4】

看取り率^低 支援診充足率^低

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率 【高知県】

地域	市町村名	人口	在宅療養支援診療所実数	県内総数に対する割合	推計在宅死亡者数	推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数	現数との比較	充足率	
市部	高知市	328,727	8	32.0%	944	47	39	16.9%	
	室戸市	18,313	1	4.0%	53	3	2	38.0%	
	安芸市	20,968		0.0%	60	3	3	0.0%	
	南国市	50,809	2	8.0%	146	7	5	27.4%	
	土佐市	30,085	3	12.0%	86	4	1	69.4%	
	須崎市	26,263		0.0%	75	4	4	0.0%	
	宿毛市	24,086	3	12.0%	69	3	0	86.7%	
	土佐清水市	17,845		0.0%	51	3	3	0.0%	
	四万十市	37,795	1	4.0%	109	5	4	18.4%	
	香南市	34,189	5	20.0%	98	5	0	101.8%	
	香美市	29,587		0.0%	85	4	4	0.0%	
郡部	安芸郡	東洋町	3,456		0.0%	10	0	0	0.0%
		奈半利町	3,913		0.0%	11	1	1	0.0%
		田野町	3,286		0.0%	9	0	0	0.0%
		安田町	3,420		0.0%	10	0	0	0.0%
		北川村	1,536		0.0%	4	0	0	0.0%
		馬路村	1,133		0.0%	3	0	0	0.0%
	長岡郡	芸西村	4,172	1	4.0%	12	1	0	166.9%
		本山町	4,213		0.0%	12	1	1	0.0%
		大豊町	5,573		0.0%	16	1	1	0.0%
	土佐郡	土佐町	4,755		0.0%	14	1	1	0.0%
		大川村	510		0.0%	1	0	0	0.0%
	吾川郡	春野町	16,339		0.0%	47	2	2	0.0%
		いの町	28,095	1	4.0%	81	4	3	24.8%
		仁淀川町	7,598		0.0%	22	1	1	0.0%
	高岡郡	中土佐町	8,589		0.0%	25	1	1	0.0%
		佐川町	14,767		0.0%	42	2	2	0.0%
		越知町	7,045		0.0%	20	1	1	0.0%
		梶原町	4,228		0.0%	12	1	1	0.0%
		日高村	6,100		0.0%	18	1	1	0.0%
		津野町	7,148		0.0%	21	1	1	0.0%
		四万十町	21,026		0.0%	60	3	3	0.0%
幡多郡	大月町	6,787		0.0%	19	1	1	0.0%	
	三原村	1,895		0.0%	5	0	0	0.0%	
	黒潮町	13,993		0.0%	40	2	2	0.0%	
		798,244	25	100.0%	2,293	115	90	21.8%	

* 人口：住民基本台帳人口移動より 平成18年10月現在（高知県企画振興部統計課調べ）

* 在宅療養支援診療所実数は平成18年6月1日現在

推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数 は、1診療所あたり20人/年の看取りが可能と想定した場合の数値である。

地域	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
			施設数		病床数		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	
			一般病院	療養病床を有する病院	一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
		総数										
市部	高知市	328,727	60	41	4,041	4,293	9	636	9	512	32	1,735
	室戸市	18,313	2	1	50	96	1	100	1	70	2	45
	安芸市	20,968	2	1	250	52	2	130			1	30
	南国市	50,809	11	7	962	542	3	180	2	160	5	285
	土佐市	30,085	3	2	150	295	1	100	1	70	1	48
	須崎市	26,263	3	2	190	251	1	80	1	72	2	83
	宿毛市	24,086	5	4	374	191	2	130	1	54	3	84
	土佐清水市	17,845	4	3	88	194	1	100	1	70	3	86
	四万十市	37,795	8	7	211	528	2	130	3	190	6	194
	香南市	34,189	3	2	141	140	2	150	2	120		
香美市	29,587	4	4		377	2	90	2	120	3	71	
安芸郡	東洋町	3,456										
	奈半利町	3,913					1	100	1	81		
	田野町	3,286	1		88							
	安田町	3,420										
	北川村	1,536										
	馬路村	1,133										
長岡郡	芸西村	4,172	1	1		48	1	80	1	69		
	本山町	4,213	1		111		1	50				
土佐郡	大豊町	5,573	1	1		92	1	30			1	6
	土佐町	4,755	1	1		150	1	80	1	60	1	55
吾川郡	大川村	510										
	春野町	16,339	1	1		92	2	130			1	68
	いの町	28,095	4	4	169	202	2	150	1	94	3	101
高岡郡	仁淀川町	7,598	1	1		51	2	104			2	39
	中土佐町	8,589	1	1		51	1	50	1	68	1	27
	佐川町	14,767	2	2	91	107	1	112			1	15
	越知町	7,045	4	3	100	132	1	80	1	70	2	53
	梶原町	4,228	1		30		1	80				
	日高村	6,100					1	50				
	津野町	7,148					2	140				
	四万十町	21,026	2	2	114	157	2	120	2	120	2	26
幡多郡	大月町	6,787	1		25		1	50				
	三原村	1,895					1	50				
	黒潮町	13,993	1	1		100	2	100			1	55
		798,244	128	92	7,185	8,141	50	3,382	31	2,000	77	3,184

* 一般病院数、療養病床を有する病院数、一般病床数、療養病床数は平成17年厚生労働省医療施設調査より

* 介護保健施設数、定員・病床数は平成16年厚生労働省介護保健施設調査より

医療施設及び介護保健施設 【高知県】

看取り率^低 支援診充足率^高

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【福岡県 1 / 2】

地域	広域圏	市郡	市町村名	人口	在宅療養 支援診療 所実数	県内総数 に対する 割合	推計在宅 死亡者数	推計在宅死亡者数に対し 必要な支援診数	現数との 比較	充足率	
福岡地域	福岡都市広域圏	福岡市	福岡市	1,413,633	134	23.1%	3,182	159	25	84.2%	
			筑紫野市	98,087	6	1.0%	221	11	5	54.4%	
			春日市	108,044	6	1.0%	243	12	6	49.3%	
			大野城市	93,509	4	0.7%	210	11	7	38.0%	
			宗像市	94,561	4	0.7%	213	11	7	37.6%	
			太宰府市	67,771	5	0.9%	153	8	3	65.6%	
			前原市	67,437	9	1.6%	152	8	1	118.6%	
			古賀市	56,331	2	0.3%	127	6	4	31.5%	
			福津市	55,530	6	1.0%	125	6	0	96.0%	
		筑紫郡	那珂川町	47,224	4	0.7%	106	5	1	75.3%	
			糟屋郡	宇美町	39,377			89	4	4	0.0%
		篠栗町		30,997			70	3	3	0.0%	
		志免町		41,163	5	0.9%	93	5	0	107.9%	
		須恵町		25,637	1	0.2%	58	3	2	34.7%	
	新宮町	23,587		2	0.3%	53	3	1	75.3%		
	久山町	7,957				18	1	1	0.0%		
	糸島郡	粕屋町	38,332	4	0.7%	86	4	0	92.7%		
		二丈町	13,307	1	0.2%	30	1	0	66.8%		
		志摩町	17,427	4	0.7%	39	2	2	204.0%		
	甘木・朝倉広域圏	朝倉郡	朝倉市	58,723	23	4.0%	132	7	16	348.0%	
筑前町			29,320	6	1.0%	66	3	3	181.8%		
東峰村			2,705	1	0.2%	6	0	1	328.5%		
筑後地域	八女・筑後広域圏	八女郡	八女市	38,700	8	1.4%	87	4	4	183.7%	
			筑後市	47,999	11	1.9%	108	5	6	203.6%	
			黒木町	13,373	1	0.2%	30	2	1	66.4%	
			上陽町	3,819			9	0	0	0.0%	
			立花町	11,497	1	0.2%	26	1	0	77.3%	
			広川町	20,192	2	0.3%	45	2	0	88.0%	
			矢部村	1,569			4	0	0	0.0%	
	久留米広域圏	久留米市	星野村	3,509	1	0.2%	8	0	1	253.2%	
			久留米市	305,789	39	6.7%	688	34	5	113.3%	
			大川市	38,840	7	1.2%	87	4	3	160.1%	
			小郡市	57,989	9	1.6%	131	7	2	137.9%	
			うきは市	32,673	16	2.8%	74	4	12	435.1%	
			三井郡	大刀洗町	15,464	2	0.3%	35	2	0	114.9%
			三潁郡	大木町	14,361	2	0.3%	32	2	0	123.8%
	有明広域圏	山門郡	大牟田市	129,643	25	4.3%	292	15	10	171.4%	
			柳川市	73,895	10	1.7%	166	8	2	120.3%	
			瀬高町	23,511	7	1.2%	53	3	4	264.6%	
			山川町	5,312			12	1	1	0.0%	
			三池郡	高田町	14,025	1	0.2%	32	2	1	63.4%

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【福岡県 2 / 2】

筑豊地域	飯塚 広域圏		飯塚市	132,759	4	0.7%	299	15	11	26.8%	
			嘉麻市	45,265	1	0.2%	102	5	4	19.6%	
		嘉穂郡	桂川町	14,380			32	2	2	0.0%	
	直方・ 鞍手広 域圏		直方市	57,545	7	1.2%	130	6	1	108.1%	
			宮若市	30,606			69	3	3	0.0%	
		鞍手郡	小竹町	9,224	1	0.2%	21	1	0	96.3%	
	田川 広域圏	田川郡	鞍手町	17,981			40	2	2	0.0%	
			田川市	51,064	4	0.7%	115	6	2	69.6%	
			香春町	12,209			27	1	1	0.0%	
			添田町	11,591	1	0.2%	26	1	0	76.7%	
			糸田町	10,129	1	0.2%	23	1	0	87.7%	
			川崎町	19,965			45	2	2	0.0%	
			大任町	5,738	2	0.3%	13	1	1	309.7%	
	赤村	3,385			8	0	0	0.0%			
福智町	25,491	1	0.2%	57	3	2	34.9%				
北九州地域	北九州 都市圏		北九州市	990,597	159	27.5%	2,230	111	48	142.6%	
			中間市	46,213	2	0.3%	104	5	3	38.5%	
		遠賀郡	芦屋町	16,234			37	2	2	0.0%	
			水巻町	30,438	1	0.2%	69	3	2	29.2%	
			岡垣町	31,615	2	0.3%	71	4	2	56.2%	
			遠賀町	19,326	1	0.2%	43	2	1	46.0%	
	京筑 広域圏		行橋市	69,953	10	1.7%	157	8	2	127.0%	
			豊前市	27,890	3	0.5%	63	3	0	95.6%	
			苅田町	34,490	2	0.3%	78	4	2	51.5%	
		京都郡	みやこ町	22,716	3	0.5%	51	3	0	117.4%	
			築上郡	吉富町	7,040	1	0.2%	16	1	0	126.2%
				上毛町	8,112	1	0.2%	18	1	0	109.5%
				築上町	20,525	3	0.5%	46	2	1	129.9%
			5,055,219	579	100.0%	11,378	569	10	101.8%		

* 平成18年9月1日現在 福岡県企画振興部調査統 * 支援診数は平成18年6月現在のデータ

累計在宅死亡者数に対して必要な支援診数 は、1診療所あたり20人 / 年の看取りが可能と想定した場合の数値である。

地域	広域圏	市郡	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
					施設数		病床数		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	
					一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
					総数	療養病床を有する病院								
福岡地域	福岡都市広域圏		福岡市	1,413,633	106	56	12,253	5,781	31	2,499	25	2,488	42	1,742
			筑紫野市	98,087	9	5	773	321	3	200	2	200	7	139
			春日市	108,044	5	1	962	34	1	50	1	80	3	8
			大野城市	93,509	7	6	203	865	1	180	2	180	8	381
			宗像市	94,561	6	4	396	211	3	150	2	150	4	115
			太宰府市	67,771	3	2	132	396	2	210	1	80	4	294
			前原市	67,437	6	2	308	141	2	100	2	200	4	86
			古賀市	56,331	6	2	661	599	1	50			3	306
			福津市	55,530	5	4	360	578	2	104	2	200	5	258
		筑紫郡	那珂川町	47,224	1		54		1	50	1	80	1	3
		糟屋郡	宇美町	39,377	3	3		377	1	50			2	108
			篠栗町	30,997	4	3	256	462	1	50	2	155	3	139
			志免町	41,163	4	1	345	51	1	100			2	29
	須恵町		25,637	2	2	26	316	1	50	3	300	2	163	
	新宮町		23,587	1		110		1	50					
	久山町		7,957	1		83		1	50					
	糸島郡	粕屋町	38,332	3	1	267	30	1	50			1	8	
		二丈町	13,307	1	1		44	1	50	1	100	1	19	
		志摩町	17,427	1	1		75	1	130	1	50	1	30	
	甘木・朝倉広域圏	朝倉郡	朝倉市	58,723	5	2	632	156	4	250	4	290	2	32
筑前町			29,320	2	2	24	334	2	200	2	180	1	114	
東峰村			2,705					2	100					
筑後地域	八女・筑後広域圏	八女郡	八女市	38,700	5	4	504	474	1	50	3	258	1	6
			筑後市	47,999	2	1	220	41	2	175	2	182		
			黒木町	13,373					1	50	1	90		
			上陽町	3,819					1	50				
			立花町	11,497					1	50				
			広川町	20,192	4	1	252	211	2	200	1	70	1	31
			矢部村	1,569					1	30				
	星野村	3,509	1	1		160	1	80			1	54		
	久留米広域圏		久留米市	305,789	31	21	4,090	1,482	7	460	7	620	17	510
			大川市	38,840	2	2	479	140	2	130	2	180	2	9
			小都市	57,989	6	5	243	505	2	150	2	200	4	186
			うきは市	32,673	2	2	52	136	2	100	1	100	2	85
			三井郡 大刀洗町	15,464	1		120		2	100				
	三潁郡 大木町	14,361	1	1		120	1	50			1	6		
	有明広域圏		大牟田市	129,643	21	14	2,026	1,239	6	406	6	504	13	371
			柳川市	73,895	6	3	539	270	5	300	3	260	2	60
			山門郡 瀬高町	23,511	1				1	100	2	156		
山門郡 山川町			5,312					1	50					
三池郡 高田町			14,025	1	1	142	57	1	50	1	100			

医療施設及び介護保健施設【福岡県 1 / 2】

地域	広域圏	市郡	市町村名	人口	病院				介護保健施設						
					施設数		病床数		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		
					一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数	
					総数	療養病床を有する病院									
筑豊地域	飯塚広域圏		飯塚市	132,759	13	4	1,953	287	9	500	5	480	3	112	
			嘉麻市	45,265	8	6	340	373	5	370	2	200	8	137	
		嘉穂郡	桂川町	14,380	1	1	30	71	2	80	1	70	2	39	
	直方・鞍手広域圏			直方市	57,545	4	2	328	96	3	180	4	280	3	27
				宮若市	30,606	5	4	182	344	2	100	2	150	5	236
		鞍手郡	小竹町	9,224	1		56		1	50	1	70			
	田川広域圏	田川郡		鞍手町	17,981	1	1	122	100	1	100	1	50		
			田川市	51,064	5	1	786	90	3	200	3	260	3	15	
			香春町	12,209					1	100			1	8	
			添田町	11,591	1	1		19	2	110	1	100			
			糸田町	10,129	1	1	54	45	2	170	1	60	1	21	
			川崎町	19,965	4	4	104	149	1	50	1	80	2	38	
			大任町	5,738					1	100					
	赤村	3,385					1	50							
		福智町	25,491	2	1	50	48	4	342	2	160				
	北九州地域	北九州都市圏		北九州市	990,597	79	46	9,191	5,849	38	2,816	34	2,820	29	1,794
中間市				46,213	2	1	225	42	1	54	1	100	1	7	
遠賀郡				芦屋町	16,234	1	1	97	40	1	50	1	100	1	30
水巻町				30,438	3	1	324	108	1	80			2	66	
岡垣町				31,615	3	1	317	40	1	100	2	180	1	20	
遠賀町				19,326	3	1	138	105	1	50			1	75	
京筑広域圏		京都市	行橋市	69,953	6	5	406	373	2	150	1	100	5	174	
			豊前市	27,890	1	1		45	2	130	2	200	3	16	
			苅田町	34,490	3	3	176	397	1	50	1	90	3	92	
		築上郡	みやこ町	22,716	3	3	60	332	3	168	2	198	2	124	
			吉富町	7,040	1	1	51	21	1	50			2	8	
			上毛町	8,112					2	100			1	4	
			築上町	20,525	2	2		84	2	130	2	122	2	35	
			5,055,219	418	246	41,502	24,664	198	13,764	152	13,323	221	8,370		

* 一般病院数、療養病床を有する病院数、一般病床数、療養病床数は平成17年厚生労働省医療施設調査を基礎とする。
 * 介護保健施設数、定員・病床数は平成16年厚生労働省介護保健施設調査より

医療施設及び介護保健施設【福岡県 2 / 2】

看取り率^低 支援診充足率^高

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【鹿児島県】

地域	市町村名	人口	在宅療養 支援診療 所実数	県内総数に 対する割合	推計在宅 死亡者数	推計在宅死亡者数に 対して必要な支援診数	現数との 比較	充足率	
市部	鹿児島市	604,376	47	26.1%	1,912	96	49	49.2%	
	鹿屋市	105,965	7	3.9%	335	17	10	41.8%	
	枕崎市	24,922		0.0%	79	4	4	0.0%	
	阿久根市	24,687	6	3.3%	78	4	2	153.7%	
	出水市	57,417	5	2.8%	182	9	4	55.1%	
	大口市	21,834	6	3.3%	69	3	3	173.8%	
	指宿市	46,258	10	5.6%	146	7	3	136.7%	
	西之表市	17,984		0.0%	57	3	3	0.0%	
	垂水市	18,555	1	0.6%	59	3	2	34.1%	
	薩摩川内市	101,518	15	8.3%	321	16	1	93.4%	
	日置市	51,992	8	4.4%	164	8	0	97.3%	
	曾於市	41,822	2	1.1%	132	7	5	30.2%	
	霧島市	127,533	9	5.0%	403	20	11	44.6%	
	いちき串木野市	32,655	1	0.6%	103	5	4	19.4%	
南さつま市	41,113	8	4.4%	130	7	1	123.0%		
志布志市	34,474	4	2.2%	109	5	1	73.4%		
奄美市	48,912	6	3.3%	155	8	2	77.6%		
郡部	鹿児島郡	三島村	473		0.0%	1	0	0	0.0%
		十島村	687		0.0%	2	0	0	0.0%
	揖宿郡	穎娃町	13,860	3	1.7%	44	2	1	136.9%
	川辺郡	知覧町	13,101		0.0%	41	2	2	0.0%
		川辺町	14,699	1	0.6%	46	2	1	43.0%
	薩摩郡	さつま町	25,239	3	1.7%	80	4	1	75.2%
	出水郡	長島町	11,766	1	0.6%	37	2	1	53.7%
	伊佐郡	菱刈町	9,221	2	1.1%	29	1	1	137.2%
		加治木町	22,858	2	1.1%	72	4	2	55.3%
	始良郡	始良町	44,937	7	3.9%	142	7	0	98.5%
		蒲生町	7,130	3	1.7%	23	1	2	266.1%
		湧水町	12,359	3	1.7%	39	2	1	153.5%
	曾於郡	大崎町	15,149	4	2.2%	48	2	2	167.0%
	肝属郡	東串良町	7,013		0.0%	22	1	1	0.0%
		錦江町	9,790	2	1.1%	31	2	0	129.2%
		南大隅町	9,697	3	1.7%	31	2	1	195.6%
		肝付町	18,042	3	1.7%	57	3	0	105.1%
	熊毛郡	中種子町	9,068		0.0%	29	1	1	0.0%
		南種子町	6,689		0.0%	21	1	1	0.0%
		上屋久町	6,760	2	1.1%	21	1	1	187.1%
		屋久町	6,888	2	1.1%	22	1	1	183.6%
	大島郡	大和村	1,964		0.0%	6	0	0	0.0%
		宇検村	2,022		0.0%	6	0	0	0.0%
		瀬戸内町	10,599	2	1.1%	34	2	0	119.3%
		龍郷町	5,963		0.0%	19	1	1	0.0%
		喜界町	8,501		0.0%	27	1	1	0.0%
		徳之島町	12,834	2	1.1%	41	2	0	98.5%
天城町		6,926		0.0%	22	1	1	0.0%	
伊仙町		7,084		0.0%	22	1	1	0.0%	
和泊町		7,399		0.0%	23	1	1	0.0%	
知名町		6,962		0.0%	22	1	1	0.0%	
	与論町	5,666		0.0%	18	1	1	0.0%	
		1,743,363	180	100.0%	5,514	276	96	65.3%	

* 人口：平成17年国勢調査を基礎に改訂集計したもの。平成18年9月1日現在（鹿児島県庁企画部統計課人口労働統計係調べ）

* 在宅療養支援診療所実数は平成18年6月1日現在のもの。

推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数は、1診療所あたり20人/年の看取りが可能と想定した場合の数値である。

地域	市町村名	人口	病院				介護保健施設						
			施設数		病床数		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		
			一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数	
総数	療養病床を有する病院												
市部	鹿児島市	604,376	91	53	6,139	3,366	27	1,672	18	1,291	56	1,017	
	鹿屋市	105,965	17	10	1,494	571	8	460	4	300	8	136	
	枕崎市	24,922	8	5	315	260	2	120	2	128	3	72	
	阿久根市	24,687	2	2	220	123	1	65	2	157	4	60	
	出水市	57,417	6	3	397	301	4	295	2	164	6	104	
	大口市	21,834	5	3	312	155	1	130	1	117	5	65	
	指宿市	46,258	9	9	507	399	3	188	3	229	7	128	
	西之表市	17,984	2	1	215	17	2	130	1	99			
	垂水市	18,555	3	2	151	188	1	70	1	95	3	86	
	薩摩川内市	101,518	12	8	660	447	11	540	5	340	8	161	
	日置市	51,992	9	7	296	464	5	280	3	220	3	57	
	曽於市	41,822	6	5	330	344	4	209	2	169	4	110	
	霧島市	127,533	11	9	335	783	7	450	4	280	14	250	
	いちき串木野市	32,655	6	4	185	118	2	138	3	209	4	41	
南さつま市	41,113	6	2	362	59	6	370	2	130	5	26		
志布志市	34,474	4	4	48	289	3	170	2	166	3	68		
奄美市	48,912	7	4	846	359	5	280	2	170	5	84		
郡部	鹿児島郡	三島村	473										
	十島村	687											
	指宿郡	瀬田町	13,860	2	2		190	2	100			2	54
	川辺郡	知覧町	13,101					2	100	1	54	1	3
		川辺町	14,699	3	2	178	182	1	90	1	100	2	51
	薩摩郡	さつま町	25,239	5	4	227	205	3	190	2	156	4	29
	出水郡	長島町	11,766					2	100				
	伊佐郡	菱刈町	9,221	1	1		82	1	80			1	20
	始良郡	加治木町	22,858	6	3	593	524	1	130	1	96	2	160
		始良町	44,937	3	2	236	150	1	80	2	150	1	4
		蒲生町	7,130					1	50	1	66	1	6
		湧水町	12,359	1	1		43	2	100	1	84	3	33
	曽於郡	大崎町	15,149					1	50	1	80	1	6
	肝属郡	東串良町	7,013					1	50				
		錦江町	9,790	1	1	175	36	2	125	1	75		
		南大隅町	9,697					2	110				
		肝付町	18,042	2	1	124	46	2	140	1	80	1	2
	熊毛郡	中種子町	9,068					1	50				
		南種子町	6,689	1		60		1	50				
		上屋久町	6,760	1	1	80	59	1	50			2	33
	大島郡	屋久町	6,888					1	57				
		大和村	1,964					1	50				
		宇検村	2,022					1	50				
		瀬戸内町	10,599	2	2	27	63	2	100	1	50	1	12
		龍郷町	5,963					1	30	1	80		
		喜界町	8,501	1	1	50	54	1	80			1	18
徳之島町		12,834	2	1	161	79	2	110			1	30	
天城町		6,926					1	50	1	100			
伊仙町		7,084					1	34					
和泊町		7,399					1	55	1	50	2	6	
知名町	6,962	1	1	58	49	1	50			2	24		
与論町	5,666	1	1	41	40	1	55	1	48	1	8		
		1,743,363	237	155	14,822	10,045	133	7,933	74	5,533	167	2,964	

* 一般病院数、療養病床を有する病院数、一般病床数、療養病床数は平成17年厚生労働省医療施設調査より
 * 介護保健施設数、定員・病床数は平成16年厚生労働省介護保健施設調査より

医療施設及び介護保健施設【鹿児島県】

看取り率^高 支援診充足率^低

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【宮城県】

市町村名	人口	在宅療養支援診療所実数	県内総数に対する割合	推計在宅死亡者数	推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数	現数との比較	充足率	
広域仙台都市圏	仙台市	1,027,739	33	42.9%	2,665	133	100	24.8%
	青葉区	282,045	11	14.3%	731	37	26	30.1%
	宮城野区	184,505	1	1.3%	478	24	23	4.2%
	若林区	129,830	3	3.9%	337	17	14	17.8%
	泉区	209,302	5	6.5%	543	27	22	18.4%
	太白区	222,057	10	13.0%	576	29	19	34.7%
	多賀城市	63,048	2	2.6%	163	8	6	24.5%
	富谷町	42,669	1	1.3%	111	6	5	18.1%
	大和町	24,202	5	6.5%	63	3	2	159.4%
	七ヶ浜町	20,769	1	1.3%	54	3	2	37.1%
	利府町	32,619	1	1.3%	85	4	3	23.6%
	塩竈市	58,813	1	1.3%	152	8	7	13.1%
	岩取市	68,763	5	6.5%	178	9	4	56.1%
	名沼市	44,220			115	6	6	0.0%
	松島町	16,010			42	2	2	0.0%
	大郷町	9,322			24	1	1	0.0%
	大衡村	5,579	1	1.3%	14	1	0	138.3%
	亘理町	35,190	3	3.9%	91	5	2	65.8%
山元町	17,518	1	1.3%	45	2	1	44.0%	
広域仙南圏	川崎町	10,393			27	1	1	0.0%
	村田町	12,595			33	2	2	0.0%
	柴田町	39,816	1	1.3%	103	5	4	19.4%
	蔵王町	13,268			34	2	2	0.0%
	大河原町	23,464	1	1.3%	61	3	2	32.9%
	角田市	32,962	1	1.3%	85	4	3	23.4%
	白石市	39,141	1	1.3%	101	5	4	19.7%
	丸森町	16,523			43	2	2	0.0%
七ヶ宿町	1,842			5	0	0	0.0%	
広域大崎圏	大崎市	137,745	3	3.9%	357	18	15	16.8%
	色麻町	7,822			20	1	1	0.0%
	加美町	26,915			70	3	3	0.0%
	美里町	26,105			68	3	3	0.0%
	涌谷町	18,169			47	2	2	0.0%
広域栗原圏	栗原市	79,195	8	10.4%	205	10	2	77.9%
広域登米圏	登米市	88,299	1	1.3%	229	11	10	8.7%
広域石巻圏	石巻市	165,899	4	5.2%	430	22	18	18.6%
	東松島市	43,208			112	6	6	0.0%
	女川町	10,585			27	1	1	0.0%
広域気仙沼・本吉圏	気仙沼市	65,615	3	3.9%	170	9	6	35.3%
	本吉町	11,433			30	1	1	0.0%
	南三陸町	18,346			48	2	2	0.0%
	計	2,355,801	77	100.0%	6,108	305	228	25.2%

*在宅療養支援診療所数は平成18年10月現在 *人口=宮城県企画部統計課人口生活班 平成18年年9月現在
推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数は、1診療所あたり20人/年の看取りが可能と想定した場合の数値である。

	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
			施設数		病床数		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	
			一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
			総数	療養病床を有する病院								
広域仙台都市圏	仙台市	1,027,739	54	17	9,247	1,195	29	1,936	20	2,060	7	173
	多賀城市	63,048	1	1	160	100	1	54	2	198	2	30
	富谷町	42,669	1	1	54	110	1	50	2	210		
	大和町	24,202	1		110		1	200	1	80		
	七ヶ浜町	20,769					1	50				
	利府町	32,619	1		100				2	262		
	塩竈市	58,813	3	3	580	107	1	50	2	200	1	13
	名取市	68,763	2	1	383	62	3	180	2	212		
	岩沼市	44,220	4	2	374	102	2	120	1	100	2	45
	松島町	16,010	1	1	77	60	1	50	1	100	1	50
	大郷町	9,322					1	54	1	100	1	15
	大衡村	5,579					1	52				
亘理町	35,190					1	84	1	80	3	11	
山元町	17,518	1		410		1	50	1	100			
広域仙南圏	川崎町	10,393	1		61		1	50	1	86		
	村田町	12,595					1	50	1	100		
	柴田町	39,816	1		30		1	56	1	100		
	蔵王町	13,268	1	1	18	22	1	50	1	100	1	9
	大河原町	23,464	1		300		1	50				
	角田市	32,962	3	2	71	168	2	144	2	161	1	55
	白石市	39,141	2	1	407	96	2	137	1	54		
	丸森町	16,523	1	1	55	35	1	54	1	100	1	4
七ヶ宿町	1,842											
広域大崎圏	大崎市	137,745	12	9	973	457	7	482	5	452	3	90
	色麻町	7,822	1	1	40	50			1	100		
	加美町	26,915					2	108				
	美里町	26,105	3	3	33	139	1	54			2	65
涌谷町	18,169	2	2	80	76	1	24	1	80			
広域栗原圏	栗原市	79,195	5	4	550	171	6	316	4	400	2	57
広域登米圏	登米市	88,299	6	3	1,052	93	6	340	2	225		
広域石巻圏	石巻市	165,899	7	4	947	204	9	440	4	540	1	4
	東松島市	43,208	2	1	180	71	2	104	1	100	1	13
	女川町	10,585	1	1	50	48			1	50		
広域気仙沼・本吉圏	気仙沼市	65,615	3		626		3	189	2	200		
	本吉町	11,433	1	1	21	17	1	50				
	南三陸町	18,346	1	1	90	50	1	54	1	100	1	24
		2,355,801	123	61	17,079	3,433	93	5,682	66	6,650	30	658

* 一般病院数、療養病床を有する病院数、一般病床数、療養病床数は平成17年厚生労働省医療施設調査より

* 介護保健施設数、定員・病床数は平成16年厚生労働省介護保健施設調査より

医療施設及び介護保健施設【宮城県】

看取り率^高 支援診充足率^低

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【新潟県】

地域	市町村名	人口	在宅療養支援診療所実数	県内総数に対する割合	推計在宅死者数	推計在宅死者数に対して必要な支援診数	現数との比較	充足率	
上越	上越市	207,315	24	30.0%	627	31	7	76.5%	
	糸魚川市	49,331	1	1.3%	149	7	6	13.4%	
	妙高市	37,494	3	3.8%	113	6	3	52.9%	
中越	長岡市	282,751	12	15.0%	855	43	31	28.1%	
	魚沼市	43,134		0.0%	130	7	7	0.0%	
	見附市	42,405	1	1.3%	128	6	5	15.6%	
	三条市	104,252	2	2.5%	315	16	14	12.7%	
	加茂市	31,253	1	1.3%	95	5	4	21.2%	
	小千谷市	39,602	3	3.8%	120	6	3	50.1%	
	南魚沼市	62,898	4	5.0%	190	10	6	42.0%	
	十日町市	61,400	1	1.3%	186	9	8	10.8%	
	柏崎市	94,308	5	6.3%	285	14	9	35.1%	
	北魚沼郡	川口町	5,099	2	2.5%	15	1	1	259.3%
	南魚沼郡	湯沢町	8,576		0.0%	26	1	1	0.0%
	中魚沼郡	津南町	11,472		0.0%	35	2	2	0.0%
	三島郡	出雲崎町	5,242		0.0%	16	1	1	0.0%
	刈羽郡	刈羽村	4,793	1	1.3%	14	1	0	137.9%
下越	新潟市	812,726	15	18.8%	2,459	123	108	12.2%	
	阿賀野市	46,712		0.0%	141	7	7	0.0%	
	新発田市	104,125	2	2.5%	315	16	14	12.7%	
	五泉市	56,540		0.0%	171	9	9	0.0%	
	燕市	83,116	2	2.5%	251	13	11	15.9%	
	胎内市	32,682		0.0%	99	5	5	0.0%	
	村上市	30,500		0.0%	92	5	5	0.0%	
	北蒲蒲郡	聖籠町	13,567		0.0%	41	2	2	0.0%
	西蒲蒲郡	弥彦村	8,516		0.0%	26	1	1	0.0%
	東蒲蒲郡	阿賀町	14,420		0.0%	44	2	2	0.0%
	南蒲蒲郡	田上町	13,217		0.0%	40	2	2	0.0%
	岩船郡	山北町	7,153		0.0%	22	1	1	0.0%
		荒川町	11,002		0.0%	33	2	2	0.0%
		関川村	6,923		0.0%	21	1	1	0.0%
		神林村	10,035		0.0%	30	2	2	0.0%
		朝日村	11,339		0.0%	34	2	2	0.0%
		粟島浦村	429		0.0%	1	0	0	0.0%
島部	佐渡市	66,635	1	1.3%	202	10	9	9.9%	
		2,420,962	80	100.0%	7,324	366	286	21.8%	

* 人口:平成17年国勢調査を基礎に改訂集計したもの 平成18年8月1日現在 新潟県総務管理部統計課調べより

* 在宅療養支援診療所実数は平成18年6月現在のもの

推計在宅死者数に対して必要な支援診数 は1診療所あたり20人/年の看取りが可能と想定した場合の数値である。

地域	市町村名	人口	病院					介護保健施設					
			施設数		病床数		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		
			一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数	
			総数	療養病床を有する病院									
上越	上越市	207,315	9	4	1,595	199	12	890	5	467	4	120	
	糸魚川市	49,331	4	2	396	176	4	270	2	180	2	126	
	妙高市	37,494	2	1	170	60	2	160	2	180	1	37	
中越	長岡市	282,751	10	7	1,743	736	11	932	7	960	5	392	
	魚沼市	43,134	2	1	287	50	5	250	1	93	2	55	
	見附市	42,405	1		99		2	130	1	85			
	三条市	104,252	6	4	610	614	5	360	4	390	3	242	
	加茂市	31,253	1	1	150	30	2	140	1	96	1	15	
	小千谷市	39,602	3	3	408	240	1	80	2	200	2	74	
	南魚沼市	62,898	4	3	451	90	3	230	1	222	2	16	
	十日町市	61,400	4	2	425	106	6	330	3	300	2	75	
	柏崎市	94,308	5	2	833	85	6	430	3	330	2	120	
	北魚沼郡	川口町	5,099					1	70				
	南魚沼郡	湯沢町	8,576	1	1	40	50	1	50			1	26
	中魚沼郡	津南町	11,472	1	1	62	52	1	87	1	110		
	三島郡	出雲崎町	5,242					1	100				
	刈羽郡	刈羽村	4,793										
下越	新潟市	812,726	40	26	6,261	2,526	34	2,686	29	3,036	18	1,240	
	阿賀野市	46,712	2	2	323	135	4	251	2	146	1	43	
	新発田市	104,125	5	2	547	294	5	374	2	175	1	96	
	五泉市	56,540	3	3	324	194	3	280	1	90	1	50	
	燕市	83,116	2		670		4	295	3	292	1	13	
	胎内市	32,682	2		127		2	150	3	293			
	村上市	30,500	4	2	399	225	1	80	1	50	2	147	
	北蒲蒲郡	聖籠町	13,567					1	50				
	西蒲蒲郡	弥彦村	8,516					1	50				
	東蒲蒲郡	阿賀町	14,420	1		67		2	100	1	150		
	南蒲蒲郡	田上町	13,217					1	50				
	岩船郡	山北町	7,153	1	1	53	50	1	50	1	100	1	30
		荒川町	11,002	1		150		1	70				
		関川村	6,923					1	50	1	80		
		神林村	10,035					1	100				
朝日村		11,339					1	50	1	120			
粟島浦村	429												
島部	佐渡市	66,635	5	4	503	182	5	365	3	320	3	39	
		2,420,962	119	72	16,693	6,094	131	9,560	81	8,465	55	2,893	

* 一般病院数、療養病床を有する病院数、一般病床数、療養病床数は平成17年厚生労働省医療施設調査より

* 介護保健施設数、定員・病床数は平成16年厚生労働省介護保健施設調査より

医療施設及び介護保健施設【新潟県】

看取り率^高 支援診充足率^高

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【長野県 1 / 2】

地域	郡名	市町村名	人口	在宅療養支援診療所実数	県内総数に対する割合	推計在宅死亡者数	推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数	現数との比較	充足率
佐久地域		小諸市	45,402	1	0.5%	133	7	6	15.0%
		佐久市	100,250	3	1.5%	294	15	12	20.4%
	南佐久郡	小海町	5,552	1	0.5%	16	1	0	122.9%
		佐久穂町	12,888			38	2	2	0.0%
		川上村	4,694	1	0.5%	14	1	0	145.3%
		南牧村	3,474			10	1	1	0.0%
		南相木村	1,129			3	0	0	0.0%
		北相木村	917			3	0	0	0.0%
	北佐久郡	軽井沢町	17,477			51	3	3	0.0%
		御代田町	14,183			42	2	2	0.0%
立科町		8,132			24	1	1	0.0%	
上小地域		上田市	163,331	12	6.1%	479	24	12	50.1%
		東御市	31,386	4	2.0%	92	5	1	86.9%
	小県郡	長和町	7,187			21	1	1	0.0%
		青木村	4,770			14	1	1	0.0%
諏訪地域		岡谷市	54,287	11	5.6%	159	8	3	138.2%
		諏訪市	53,023	11	5.6%	155	8	3	141.5%
		茅野市	57,090	8	4.1%	167	8	0	95.6%
	諏訪郡	下諏訪町	22,473	1	0.5%	66	3	2	30.4%
		富士見町	15,548			46	2	2	0.0%
		原村	7,508	2	1.0%	22	1	1	181.7%
上伊那地域		伊那市	71,837	6	3.0%	211	11	5	57.0%
		駒ヶ根市	34,522	7	3.6%	101	5	2	138.3%
	上伊那郡	辰野町	21,594	1	0.5%	63	3	2	31.6%
		箕輪町	26,218			77	4	4	0.0%
		飯島町	10,628	1	0.5%	31	2	1	64.2%
		南箕輪村	13,745			40	2	2	0.0%
		中川村	5,275	2	1.0%	15	1	1	258.6%
宮田村	9,045	2	1.0%	27	1	1	150.8%		
飯伊地域		飯田市	107,880	14	7.1%	316	16	2	88.5%
		松川町	14,016	1	0.5%	41	2	1	48.7%
		高森町	13,058	1	0.5%	38	2	1	52.2%
		阿南町	5,877	2	1.0%	17	1	1	232.1%
		清内路村	763			2	0	0	0.0%
		阿智村	6,660			20	1	1	0.0%
		平谷村	677			2	0	0	0.0%
		根羽村	1,215			4	0	0	0.0%
		下條村	4,232	1	0.5%	12	1	0	161.2%
		売木村	722	1	0.5%	2	0	1	944.8%
		天龍村	1,947	1	0.5%	6	0	1	350.4%
		泰阜村	2,011	1	0.5%	6	0	1	339.2%
		喬木村	6,823	1	0.5%	20	1	0	100.0%
豊丘村	7,020	1	0.5%	21	1	0	97.2%		
大鹿村	1,324			4	0	0	0.0%		

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【長野県 1 / 2】

木	木曾郡	上松町	5,654	1	0.5%	17	1	0	120.7%
		南木曾町	5,159	1	0.5%	15	1	0	132.2%
		木曾町	13,681			40	2	2	0.0%
		木祖村	3,338	2	1.0%	10	0	2	408.7%
		王滝村	1,045			3	0	0	0.0%
松本地域		大桑村	4,415	1	0.5%	13	1	0	154.5%
		松本市	227,606	21	10.7%	667	33	12	62.9%
		塩尻市	68,284	3	1.5%	200	10	7	30.0%
	東筑摩郡	安曇野市	96,459	10	5.1%	283	14	4	70.7%
		波田町	14,961	1	0.5%	44	2	1	45.6%
		麻績村	3,153	1	0.5%	9	0	1	216.4%
		生坂村	2,106			6	0	0	0.0%
		山形村	8,286	2	1.0%	24	1	1	164.7%
		朝日村	4,857			14	1	1	0.0%
		筑北村	5,584	1	0.5%	16	1	0	122.2%
大北地域	北安曇郡	大町市	31,750	3	1.5%	93	5	2	64.5%
		池田町	10,584	2	1.0%	31	2	0	128.9%
		松川村	10,071			30	1	1	0.0%
		白馬村	9,366	1	0.5%	27	1	0	72.8%
長野地域		小谷村	3,859			11	1	1	0.0%
		長野市	378,338	24	12.2%	1,109	55	31	43.3%
		須坂市	53,392	2	1.0%	157	8	6	25.6%
	埴科郡	千曲市	63,805	4	2.0%	187	9	5	42.8%
		坂城町	16,400	2	1.0%	48	2	0	83.2%
	上高井郡	小布施町	11,416	2	1.0%	33	2	0	119.5%
		高山村	7,600			22	1	1	0.0%
	上水内郡	信州新町	5,386	1	0.5%	16	1	0	126.7%
		信濃町	9,763			29	1	1	0.0%
		飯綱町	12,441	1	0.5%	36	2	1	54.8%
小川村		3,308	1	0.5%	10	0	1	206.2%	
北信地域		中条村	2,472			7	0	0	0.0%
		中野市	46,519	1	0.5%	136	7	6	14.7%
	下高井郡	飯山市	24,591	5	2.5%	72	4	1	138.7%
		山ノ内町	14,438	1	0.5%	42	2	1	47.2%
		木島平村	5,265	2	1.0%	15	1	1	259.1%
	下水内郡	野沢温泉村	4,185	1	0.5%	12	1	0	163.0%
		栄村	2,426	2	1.0%	7	0	2	562.4%
計		2,189,753	197	100.0%	6,420	321	124	61.4%	

* 人口：長野県住民基本台帳 平成18年9月1日現在 * 在宅療養支援診療所字数は平成18年6月現在のもの
推計在宅死亡者数に対して必要な支援診療所は、1診療所あたり20人/年の看取りが可能と想定した場合の数値である。

地域	郡名	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
				施設数		病床数		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	
				一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
				総数	療養病床を有する病院								
佐久地域		小諸市	45,402	3	1	436	42	2	114	3	250	2	16
		佐久市	100,250	6	6	1,091	248	5	300	5	366	4	92
	南佐久郡	小海町	5,552	1	1	50	49	1	50	1	59		
		佐久穂町	12,888	1	1	62	55			1	80	1	40
		川上村	4,694										
		南牧村	3,474					1	70				
		南相木村	1,129										
		北相木村	917										
	北佐久郡	軽井沢町	17,477	1	1	79	24	1	60			1	8
		御代田町	14,183	1	1	108	42	2	150	1	100	1	42
立科町		8,132					1	66					
上小地域		上田市	163,331	13	9	973	1,111	8	570	5	360	7	431
		東御市	31,386	1		60		3	150	1	90	1	6
	小県郡	長和町	7,187	1		140				1	50		
		青木村	4,770					1	70				
諏訪地域		岡谷市	54,287	4	2	514	97	2	132	1	131	2	77
		諏訪市	53,023	3	2	425	96	1	74	2	150	2	66
		茅野市	57,090	1	1	317	45	1	74	2	150	2	46
	諏訪郡	下諏訪町	22,473	3	1	216	43	2	124	1	100	1	20
		富士見町	15,548	1		145		2	160	1	70	1	15
		原村	7,508					1	52				
上伊那地域		伊那市	71,837	3	2	401	166	3	306	3	243	2	89
		駒ヶ根市	34,522	2		350		2	167	1	96	1	18
	上伊那郡	辰野町	21,594	2	1	155	10	1	70	1	50		
		箕輪町	26,218	1		62		1	74				
		飯島町	10,628					1	54				
		南箕輪村	13,745					1	54				
		中川村	5,275										
		宮田村	9,045							1	100		
飯伊地域	下伊那郡	飯田市	107,880	8	5	921	334	5	316	3	250	6	159
		松川町	14,016	1	1	104	30	1	50			1	27
		高森町	13,058	1	1	50	49	1	60	1	140		
		阿南町	5,877	1	1	93	45	2	150	1	50		
		清内路村	763										
		阿智村	6,660					1	50	1	100		
		平谷村	677										
		根羽村	1,215										
		下條村	4,232					1	60				
		売木村	722										
		天龍村	1,947					1	50				
		泰阜村	2,011					1	56				
		喬木村	6,823					1	50				
	豊丘村	7,020							1	80			
大鹿村	1,324												

医療施設および介護保健施設【長野県 1 / 2】

地域	郡名	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
				施設数		病床数		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	
				一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
				総数	療養病床を有する病院								
木曾地域	木曾郡	上松町	5,654					1	32				
		南木曾町	5,159					1	74				
		木曾町	13,681	1	1	207	48	1	54	1	50	1	24
		木祖村	3,338					1	56				
		王滝村	1,045										
		大桑村	4,415										
松本地域		松本市	227,606	13	5	2,341	275	7	547	6	530	6	201
		塩尻市	68,284	5	3	207	197	1	104	4	346	2	52
		安曇野市	96,459	4	1	607	51	6	430	4	318	5	81
	東筑摩郡	波田町	14,961	1		209		1	54				
		麻績村	3,153					1	105				
		生坂村	2,106										
		山形村	8,286					1	104				
		筑北村	5,584										
大北地域	北安曇郡	大町市	31,750	1		280		1	76	1	50		
		池田町	10,584	1	1	176	46	2	140			1	8
		松川村	10,071							2	160		
		白馬村	9,366					1	60	1	80	1	6
		小谷村	3,859										
長野地域		長野市	378,338	24	6	3,086	300	20	1,218	11	1,122	9	310
		須坂市	53,392	2	1	329	75	3	160	2	168	1	15
		千曲市	63,805	3	2	381	148	4	212	2	172	1	24
	埴科郡	坂城町	16,400					2	100				
	上高井郡	小布施町	11,416	1	1	99	56	1	70			1	10
		高山村	7,600					1	50				
	上水内郡	信州新町	5,386	1	1	100	40	1	84			1	20
		信濃町	9,763	1	1	60	46	1	30			1	21
		飯綱町	12,441	1	1	110	51	1	72			1	21
		小川村	3,308										
中条村		2,472							1	100			
北信地域		中野市	46,519	2		533		2	140	2	240	1	17
		飯山市	24,591	1		300		1	60	1	100		
	下高井郡	山ノ内町	14,438					1	70				
		木島平村	5,265					1	90				
	下水内郡	野沢温泉村	4,185					1	60				
		栄村	2,426										
		計	2,189,753	121	61	15,777	3,819	122	8,035	76	6,501	67	1,962

* 一般病院数、療養病床を有する病院数、一般病床数、療養病床数は平成17年厚生労働省医療施設調査より

医療施設および介護保健施設【長野県 2 / 2】

看取り率^高 支援診充足率^高

在宅療養支援診療所実数と目標値に対する充足率【和歌山県】

地域	郡名	市町村名	人口	在宅療養支援診療所実数	県内総数に対する割合	推計在宅死亡者数	推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数	現数との比較	充足率
海草・那賀		和歌山市	384,824	64	53.3%	1,190	60	4	107.6%
		岩出市	51,337	4	3.3%	159	8	4	50.4%
		紀の川市	70,098	7	5.8%	217	11	4	64.6%
		海南市	59,397	5	4.2%	184	9	4	54.4%
	海草郡	紀美野町	11,844	0	0.0%	37	2	2	0.0%
伊都	伊都郡	橋本市	69,724	11	9.2%	216	11	0	102.0%
		かつらぎ町	20,169	3	2.5%	62	3	0	96.2%
		九度山町	5,609	0	0.0%	17	1	1	0.0%
		高野町	4,265	0	0.0%	13	1	1	0.0%
有田	有田郡	有田市	33,136	1	0.8%	102	5	4	19.5%
		湯浅町	14,582	1	0.8%	45	2	1	44.4%
		広川町	8,099	0	0.0%	25	1	1	0.0%
		有田川町	29,038	0	0.0%	90	4	4	0.0%
日高	日高郡	御坊市	26,840	1	0.8%	83	4	3	24.1%
		美浜町	8,461	1	0.8%	26	1	0	76.4%
		日高町	7,730	2	1.7%	24	1	1	167.3%
		由良町	7,353	0	0.0%	23	1	1	0.0%
		印南町	9,647	1	0.8%	30	1	0	67.0%
		みなべ町	14,751	2	1.7%	46	2	0	87.7%
		日高川町	11,515	0	0.0%	36	2	2	0.0%
西牟婁	西牟婁郡	田辺市	84,983	3	2.5%	263	13	10	22.8%
		白浜町	24,293	0	0.0%	75	4	4	0.0%
		上富田町	15,316	0	0.0%	47	2	2	0.0%
		すさみ町	5,339	1	0.8%	17	1	0	121.1%
東牟婁	東牟婁郡	新宮市	33,904	8	6.7%	105	5	3	152.6%
		那智勝浦町	18,628	2	1.7%	58	3	1	69.4%
		太地町	3,687	1	0.8%	11	1	0	175.4%
		古座川町	3,528	0	0.0%	11	1	1	0.0%
		北山村	528	0	0.0%	2	0	0	0.0%
	串本町	20,369	2	1.7%	63	3	1	63.5%	
			1,058,994	120	100.0%	3,275	164	44	73.3%

* 人口：和歌山県 住民基本台帳 平成18年9月30日現在 * 在宅療養支援診療所実数は平成18年7月現在のもの
推計在宅死亡者数に対して必要な支援診数 は、1診療所あたり20人/年の看取りが可能と想定した場合の数値である。

地域	郡名	市町村名	人口	病院				介護保健施設					
				施設数		病床数		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	
				一般病院		一般病床	療養病床	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数
				総数	療養病床を有する病院								
海草郡		和歌山市	384,824	37	18	4,211	1,142	15	1,085	12	969	12	332
		岩出市	51,337	3	1	186	109	1	80	2	184	1	55
		紀の川市	70,098	4	2	382	144	6	340	1	100	3	22
		海南市	59,397	6	4	272	175	3	150	3	207	4	69
伊都郡		橋本市	69,724	4	3	511	164	3	220	3	270	2	15
		かつらぎ町	20,169	1		190		1	80			1	8
		九度山町	5,609					1	50				
		高野町	4,265	1		43		1	50				
有田郡		有田市	33,136	2	1	234	60	1	85			1	20
		湯浅町	14,582	1	1	104	80	1	90	1	80		
		広川町	8,099					1	50				
		有田川町	29,038	2	2	113	105	3	157	2	188	2	49
日高郡		御坊市	26,840	3	1	491	92	1	80	1	83	1	10
		美浜町	8,461	1		355		1	80	1	101	1	6
		日高町	7,730										
		由良町	7,353					1	50				
		印南町	9,647					1	50				
		みなべ町	14,751					1	50			1	4
西牟婁郡		田辺市	84,983	4	2	794	172	6	333	2	184	5	168
		白浜町	24,293	2	2	105	365	3	160	2	174	1	100
		上富田町	15,316	1		60		1	80				
		すさみ町	5,339	1	1	48	28	1	50	1	88	1	18
東牟婁郡		新宮市	33,904	1		300		3	180	1	118		
		那智勝浦町	18,628	2	2	126	123	1	50	1	100	1	56
		太地町	3,687					1	100				
		古座川町	3,528					1	50	1	80		
		北山村	528										
		串本町	20,369	4	2	197	161	1	50				
			1,058,994	81	43	8,822	2,974	64	4,040	36	3,114	37	932

* 一般病院数、療養病床を有する病院数、一般病床数、療養病床数は平成17年厚生労働省医療施設調査より

医療施設と介護保健施設【和歌山県】

- 4 将来予測

本在宅医療計画は、2011年～2015年の年間平均死亡数1,334,108人を基準に設定されている。年間死亡数170万人に達する2038年においては、その53%となる90万人を居宅で看取る可能性がある。

特に、各都道府県・市町村は2015年までの高齢者数の急激な増加に注意を要するとともに、2038年まで増え続ける年間死亡数に対して、住民のニーズに応えるサプライを油断なく緻密に確立しなければならない。

各行政担当者は、2038年までの各都道府県・市町村の人口動態予測(国立社会保障・人口問題研究所)を詳細に分析し、決して他人事ではない自らの将来として取り組まなければならない。

- 5 モデル作成

在宅医療モデルには、-4に示された～の形態がある。

無床(有床)診療所単独+医師1名+外来診療主体型

無床(有床)診療所単独+医師1名+在宅医療主体型

無床(有床)診療所単独+医師複数+在宅医療主体型

及びの複数参加によるグループ診療型

には、尾道型・有床診療所ベース型・訪問看護主導型等がある。

には、在宅医療特化型の大部分が当てはまる。

には、仙台型・がん末期対応型等がある。

には、長崎型がある。

その他として、特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・グループホーム等の介護施設嘱託医型がある。

の形態は、一般診療所の条件をそのまま踏襲しているものであり、広島県尾道市において行われている「尾道型」は、医師会主導で行われており、患者の入院中にサービス担当者会議を開催し、円滑な在宅移行が行われるものである。この形態は無床診療所・有床診療所を問わず行えるものである。

サービス担当者会議が退院前に行われることにより、より多くの情報の獲得と、生活者・サービス担当者間の結びつきがより強固になる(図-5-1a.b)。の診療所の多くは、訪問看護ステーションとの連携を強化することにより、患者からの緊急コールに対して看護師が対応する確立が高くなり、無駄な医師の往診が軽減される。

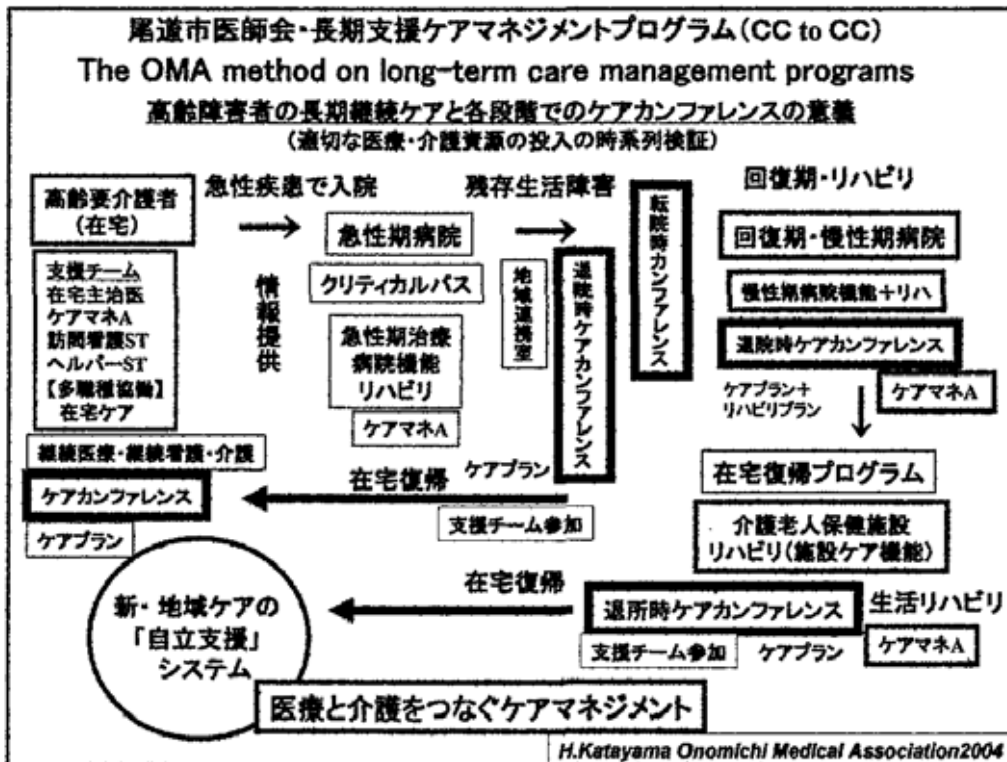


図 - 5 - 1 a) 尾道型

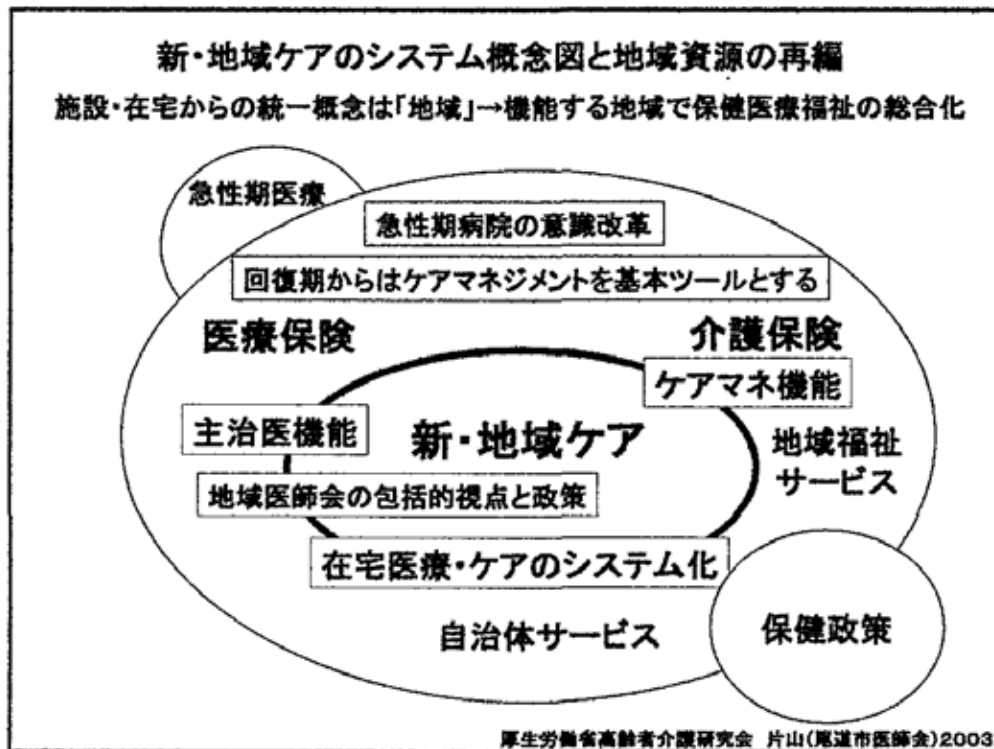


図 - 5 - 1 b) 尾道型

の形態は、仙台の診療所に見られるように、複数医師による在宅医療に特化した診療所である。がん末期医療・人工呼吸器・中心静脈栄養等の医療依存度の高い療養者にとっては、もっとも信頼性の高い形態である。(図 - 5 - 2)

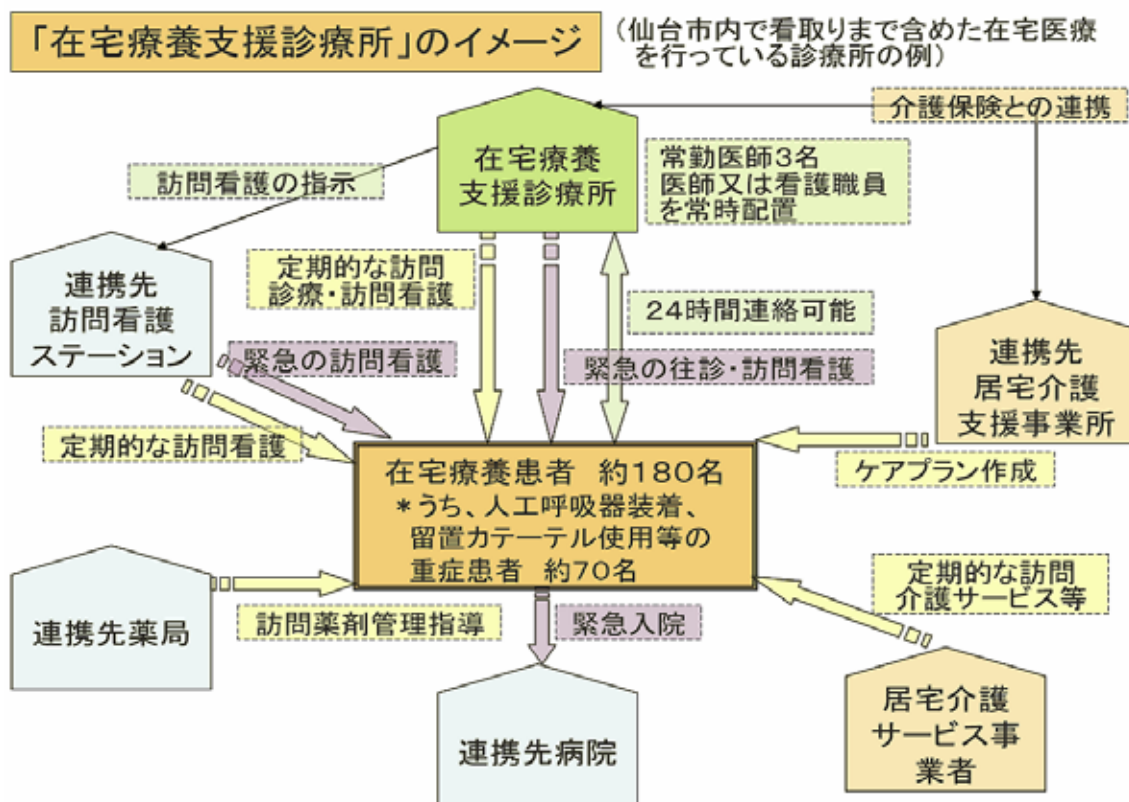


図 - 5 2 仙台型

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 第3回資料より抜粋

の形態は、長崎市において行われているものである。紹介された患者ごとに主治医と副主治医を決め、通常業務は主治医が行うが、主治医不在のときには副主治医が代行するシステムである。(図 - 5 - 3)

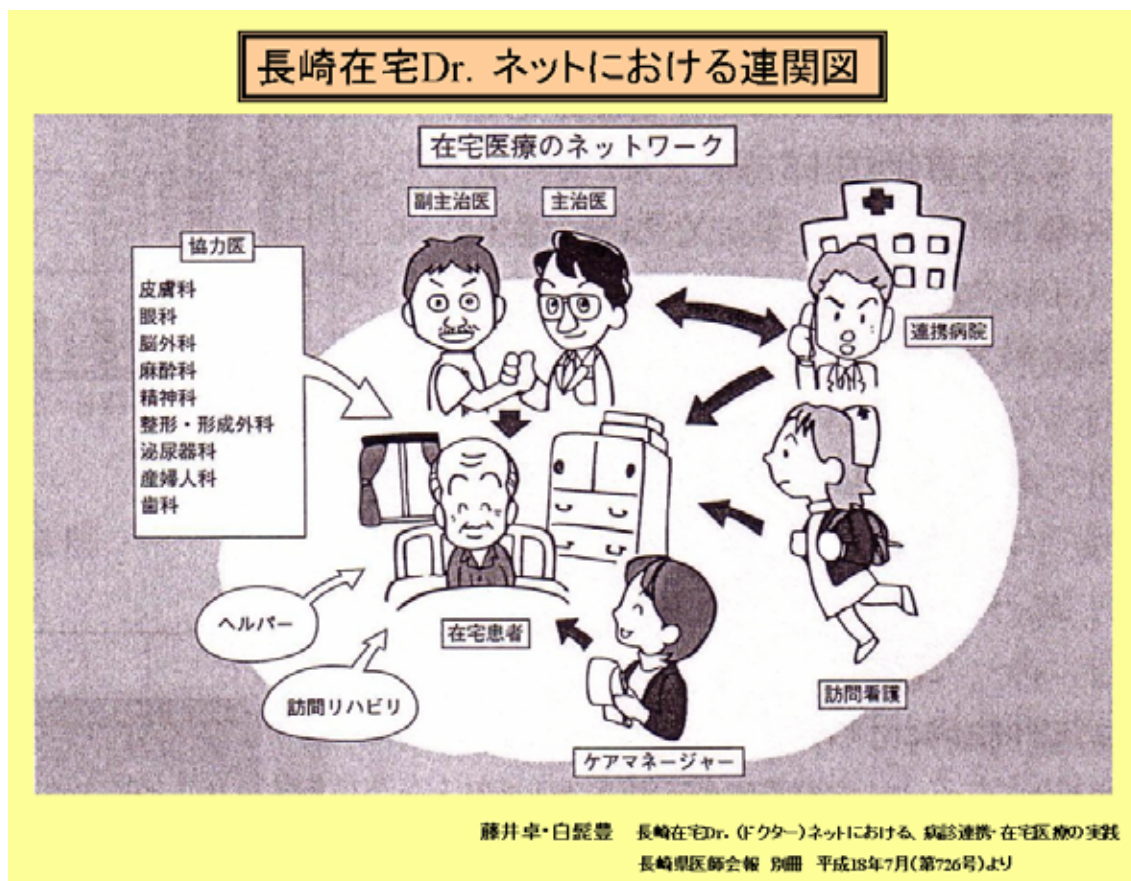


図 - 5 - 3 長崎型

【その他の事例】

がん末期対応型、有床診ベース型、訪看ナース主導型、特養嘱託医型 など

- 6 在宅医療計画における目標設定

本計画は、現在の病院医療供給体制を大きく見直すと同時に、疾病・傷病による通院困難な患者を主たる対象にした居宅における必要な受療、「かかりつけ医」としての日常の健康管理、特定疾患患者の往診、自宅または広義の居宅としての介護施設における終焉といったニーズを具現化すべく実施される計画である。

この在宅医療計画の適切な施行にあたり具体的な目標の設定は、本計画の成果の評価にとどまらず各実務者の共通認識や計画実施状況の点検といった過程評価も行い、本計画を見直す際の具体的な目安とする。

目標の設定に当たっては、目標達成のために投入される人的、財的、時間的資源を表す「インプット指標」、計画実施量の指標である「アウトプット指標」、計画を効率よく実施するための企画立案、実施過程に関する指標である「プロセス指標」、最終的な計画成果の目標設定である「アウトカム指標」、の4つの段階に整理されることが望まれる。

また、これらの目標値の設定を行う場合、全国で共通の指標と、地域の特異性を考慮した独自の指標を設定することで全国比較と同時に地域性を反映させることが可能となる。

留意すべき点は、理想の目標値ではなく実行可能な値を設定することである。そのため現状の値の調査や推計、実施可能な数値を検討する必要がある。本計画におけるアウトカム指標も同様、目標値を「当面のアウトカム指標」=現在の倍の看取り率の達成、「本来のアウトカム指標」=25%の看取り率の達成、の2段階に設定するよう考慮した。

以下、インプット指標、アウトプット指標、プロセス指標、アウトカム指標について、1)~4)に説明を記するとともに、各指標内容についての例示するものとする。また各指標における実施件数や割合は年間の累計で示すものとする。

1) インプット指標

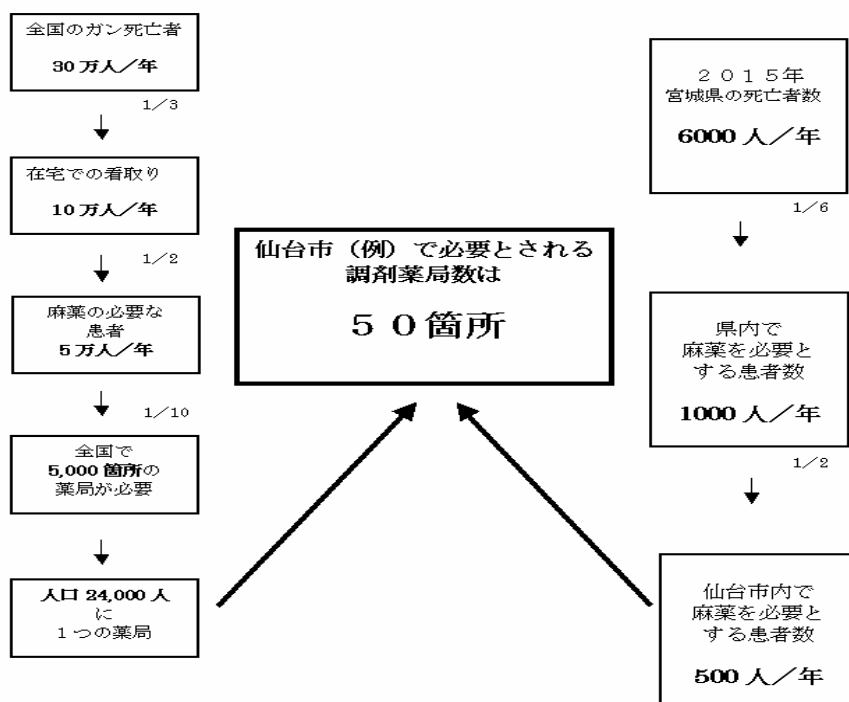
インプットとは人的資源や物的資源を投入することで、行政活動では人的・物的資源を投入の実量的なものであり、同時にその指標と換言できる。在宅医療計画においては、最終的な目標達成を目指して必要と推測される、在宅医療活動を実施できる医師数、看護師数、薬剤師数といった人的資源、在宅医療を担う在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護事業所等の施設を含めた物的資源、それぞれの運営に必要とされる事業コストをあらわす財的資源も含めたものを指す。各数値は年間の累計で示すものとする。

インプット指標例

- (1) 各都道府県、市町村における診療所数、在宅療養支援診療所数
(全国で在宅療養支援診療所 17,000 件、在宅医 3 万人の均てん化)
 - ・常勤医師数、非常勤医師数の実数
 - ・24 時間対応の在宅療養支援診療所数、訪問看護ステーション数
 - ・受け入れ可能な患者数または施設利用者数
- (2) 連携医療機関の種類及び件数
 - ・薬局、訪問看護ステーション、介護保険施設、後方支援病院など
：90 万人を看取る際(2038 年)に必要な薬剤師数

等

年間 10 人の麻薬管理を可能とする調剤薬局の必要数



仙台市における連携医療機関数（薬局）の推計例

（推計例 1）

在宅死 1 / 6 が麻薬を必要とする患者。宮城県の場合 2015 年の死亡者数は 6000 人。したがって 1000 人が麻薬を必要とする。さらに仙台市では半分の 500 人が麻薬を必要とするガン患者といえる。「年間 10 人 / 一薬局あたり」の計算でいくとちょうど仙台では 50 箇所の薬局が必要となる。

（推計例 2）

年間 30 万人はガンで亡くなり、その 30% の 10 万人を在宅で看取るとした場合、その半数が麻薬を必要とする患者である（同時に 1 人 - 年間 10 人程度の患者が麻薬を必要とする）。5 万人に対して麻薬を作成する場合、麻薬を扱える調剤薬局おおよそは全国で 5000 箇所の調剤薬局が必要。

人口 24,000 人あたりに 1 箇所 = 仙台市では約 50 箇所

2) アウトプット指標

アウトプット指標はアウトカム指標の目標達成のために必要な計画実施の量的側面である。本計画を達成するために必要とされる看取り件数や夜間緊急往診件数、在宅療養支援診療所と連携する薬局等の医療機関の活動件数を具体化させることが望まれる。

在宅療養支援診療所の教育的機関の設置と教育活動の実施は支援診療所数を増やし、質の向上にも欠かせないものである。また病院退院から在宅医療への転換時に不可欠とされる調整会議（ケアカンファレンス）の実施回数もアウトプット指標の 1 つとして挙げられる。

アウトプット指標例

- （ 1 ）在宅医療を必要とする患者数調査（年間累計）
- （ 2 ）各都道府県による推計在宅死亡者数、死亡場所の調査
- （ 3 ）各都道府県に存在する在宅療養支援診療所の実数調査及び診療内容の掌握
（各都道府県・市町村の在宅療養支援診療所過不足及び充足率は本文「都道府県・市町村の在宅医療計画に関するマニュアル」付属資料を参照のこと）
- （ 4 ）診療（経管栄養、点滴や褥瘡の管理等）の内容と年間処置件数

- (5) 在宅療養指導（在宅人工呼吸指導管理など）の年間実施件数
- (6) 自宅または広義の居宅^注における看取り率及び年間件数
 - ・がん死、非がん死の看取り率及び年間件数
- (7) 夜間、休・祝日等の緊急往診の年間実施件数
- (8) 退院前ケアカンファレンスの年間実施件数
- (9) 在宅療養支援診療所と協同した地域保健・医療研修や協議の年間実施件数
- (10) 各種介護保険サービスの実施とその内容
- (11) 診療所によるグループプラクティスの実施の有無
- (12) 医師、看護師等の社会活動＝診療報酬請求不可の活動（ 講演、執筆、テレビ出演、フォーラム・シンポジウム等の主催や参加の年間件数）

等

注): 特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム

3) プロセス指標

プロセス指標は本計画を効果的に実施するための、計画の企画立案、実施の過程に関する指標である。過程、作業、手順の意味を表し、在宅医療計画の実施過程を示すものである。単に実施の有無、実施件数や頻度を評価するものではなく、計画の質的一側面を評価するものである。

プロセス指標例

- (1) 都道府県単位でどのように在宅医療を周知させるか
 - ・各病院の医師に対する在宅医療及び、在宅療養支援診療所の周知方法
 - ・連携する医療関係従事者への在宅医療及び在宅療養支援診療所の周知方法
 - ・住民に対する在宅医療及び在宅療養支援診療所の周知方法
 - ：住民はどこに相談すればよいか（窓口はどこか）
 - ：近隣の在宅療養支援診療所をどのように知るか
 - ：対応可能な疾患、治療内容とは何か
 - 相談、苦情に対する窓口の設置や対策 相談・苦情の件数把握
 - ・メディアを活用した在宅医療の周知徹底
 - ：ドキュメンタリー番組の制作や連載番組の実施
- (2) 地域連携クリティカルパスによる地域医療連携体制の有無
- (3) 逆紹介の年間件数
- (4) ケアプランの策定の有無
- (5) 自立支援計画の策定の有無

- (6) 地域の保健医療又は福祉サービスを提供する者との連携窓口設置の有無
- (7) 医師、看護師等の社会活動 = 診療報酬請求不可の活動 (講演、執筆、テレビ出演、フォーラム・シンポジウム等の主催や参加による啓発的活動)

等

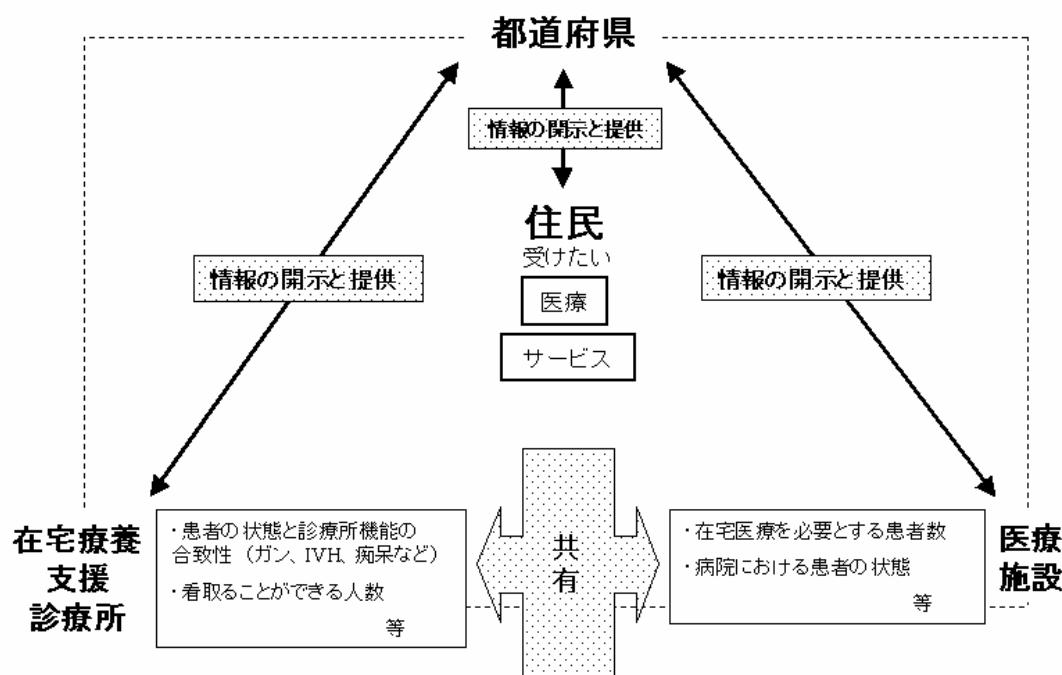


図 - 6 - 2

4) アウトカム指標

現在、在宅で看取りを必要とされる患者数は全国で約12万人、計画実施後の初期5年後における死亡者は30万人と推定される。在宅における看取り率は全国平均14.5%(平成16年現在)であるが、今後更なる死亡者数増加が推測されるため、看取り率の目標値は25%程度必要であると考えられる。

したがって本計画の本来のアウトカム指標は、総死亡者数の25%を自宅または広義の居宅において看取り、同時に病院死数の減少等を目指すものである。しかし、目標値と現状の看取り率には大きな開きがあり、短期間での目標達成は困難と推測される。したがってアウトカム指標を初期・後期の2段階に分類し、それぞれ「当面のアウトカム指標」、「本来のアウトカム指標」と位置づけるものとする。

「当面のアウトカム指標」は、各都道府県の現在の看取り率を「倍」に増加したものとし、「本来のアウトカム指標」は看取り率25%と設定するものとする。

その対象は、悪性腫瘍末期、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患者を主とするものである。

アウトカム指標例

(1) 看取り率

- ・看取り率 25% (本来の目標値)
- ・当面の看取り目標は現在の看取り率の倍
- ・現在の全国平均 (14.5%) に満たない都道府県は、現在の看取り率の倍

(2) 病院死の減少

- ・平均在院日数
- ・退院に占める死亡退院数
- ・死亡に占める病院死の割合

(3) 救急出動の減少

- ・在宅療養支援診療所の医師による緊急往診対応による救急車出動の減少。
- ・事故等への時間的、量的な救急対応の向上

等

各都道府県の看取り率及び在宅療養支援診療所充足率の分類と望まれる対応

- 看取り率^低 - 支援診充足率^低 ... 看取り数・率の向上を目指し、到達するように在宅療養支援診療所をまず増やすこと。
- 看取り率^低 - 支援診充足率^高 ... 支援診に対する教育や連携といった在宅医療のチームケアを学ばせること広く行う。薬局についても麻薬を扱い支援診との連携を強化させること。
- 看取り率^高 - 支援診充足率^低 ... 看取り率が目標値 (25%) に達するようにし、在宅療養支援診療所が充足していない地域には設置するようにすること。地域の格差を是正して支援診数を増やすこと。
- 看取り率^高 - 支援診充足率^高 ... 目標値を超えることに問題はなく、看取り率を向上させること。質の向上に努めること。

～ それぞれに該当する都道府県については p98、図 - 3 - 4 を参照のこと

インプット指標、アウトプット指標、プロセス指標、アウトカム指標の例示

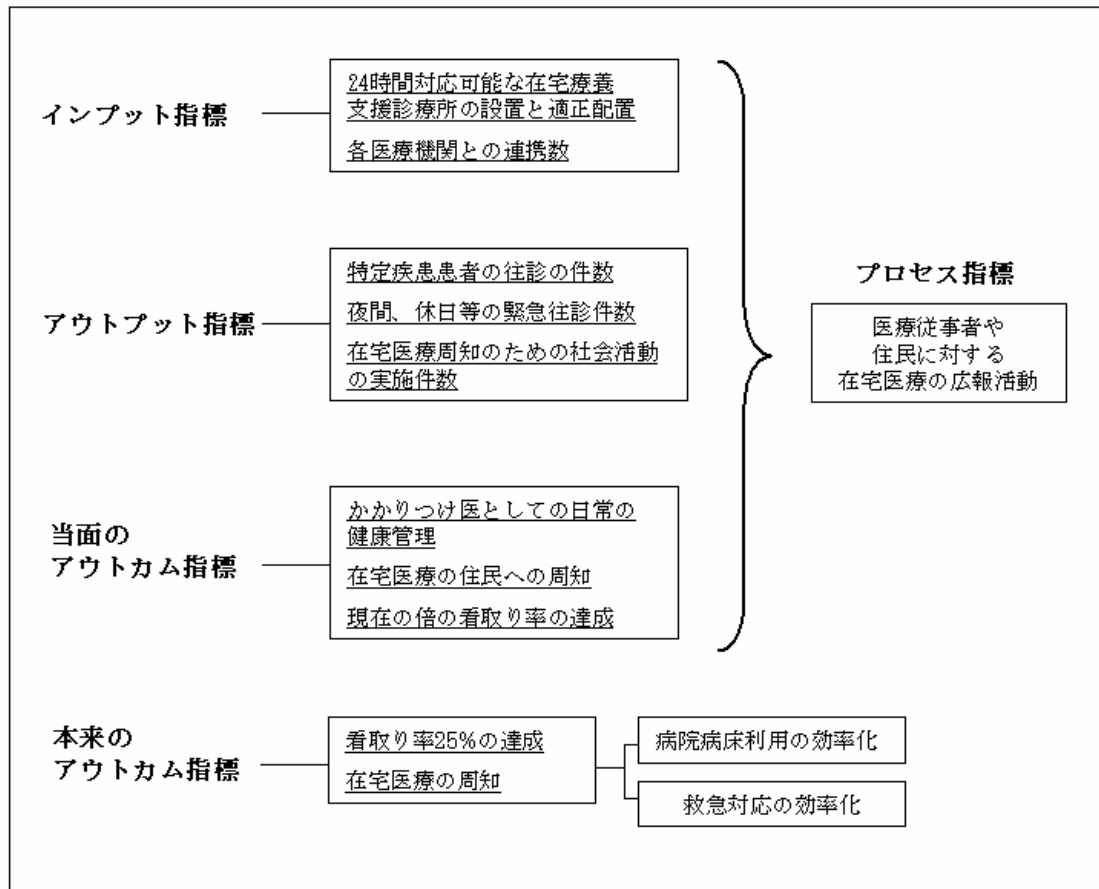


図 - 6 - 3

5) 調査項目の大枠 [これを参考に各医療機関における指標を6)以下に提示する]

(1) 全体指標

一次医療圏：各市町村の診療所数と在宅療養支援診療所数
市町村の調剤薬局数
市町村の訪問看護ステーション数
市町村の居宅介護事業所数（ホームヘルプ事業所）
市町村の施設介護事業所数（特養・有料老人ホーム・グループホーム）
市町村の年間死亡者数・死亡場所（病院・居宅・介護施設等）

(2) 個別指標

診療所（全般）

特定月における在宅医療をおこなっている患者数（あるいは年間の月平均数）
在宅医療をおこなっている場合：年間在宅看取り数・入院死亡数（総数とがん）
在宅療養支援診療所の登録予定と、登録しない場合の理由

在宅療養支援診療所

特定月における患者数と在医総管・在医総算定患者数（あるいは年間の月平均数）
の中での重症者加算の算定数・要介護度・身体障害程度区分
在医総管・在医総算定患者の年間在宅看取り数・入院死亡数・入院生存者数
年間がん患者在宅看取り数・入院死亡数
連携している訪問看護ステーション数（24時間対応ステーションの割合等）
連携している施設介護事業所数と患者数
患者の薬剤の受け取り方（家族が取りに来る・薬剤師が訪問等）
年間総収入に対する在宅医療点数の割合（%）
表 - 4 - 3 に示される行為に関しての、介護従事者に対する知識・技術指導及び
監督

連携病院

病床数・退院数

退院数の中で、診療所への逆紹介数・入所施設への紹介数

外来患者の中で、診療所への紹介数・入所施設への紹介数

病院が行っている在宅酸素・在宅人工呼吸器・在宅経管栄養・在宅中心静脈栄養の数

病院が外来で診ているおよそ6ヶ月以内と見られる外来がん患者数

入院死亡数・入院死亡がん患者数・救急医療における入院死亡数・救急以外死亡数

在宅療養支援診療所と連携の有無

在宅療養支援診療所との退院前ケアカンファレンスの有無・同カンファレンス実施数

臨床研修指定病院：地域保健・医療研修を在宅療養支援診療所と協同実施しているか

周辺の在宅療養支援診療所との連携に関する協議をおこなっているか

調剤薬局

特定月における在宅薬剤指導管理料算定患者数

特定月における経管栄養・麻薬・中心静脈栄養等の算定患者数

在宅薬剤指導管理を今後算定していきたいか否か

を算定したくない理由

訪問看護ステーション

看護師数

訪問利用者数（月平均）

利用者の要介護度・身体障害程度区分・がん患者数

24時間対応をおこなっているか否か

在宅療養支援診療所との連携の割合

年間在宅看取り数

表 - 4 - 3 に示される行為に関しての、介護従事者に対する知識・技術指導及び監督

居宅介護支援事業所（ホームヘルプ事業所）

利用者数（月平均）

利用者の要介護度・身体障害程度区分・がん患者数

年間在宅看取り数

表 - 4 - 3 に示される行為に関する知識・技術習得

施設介護事業所（特養・有料老人ホーム・グループホーム）

施設入居者数

入居者の中でのがん患者数

年間死亡数等（入院死亡数・施設内看取り数・病院入院中の生存者数）

家族と施設職員への看取りに関する指導・教育の有無

急変時の対応：施設の体制と嘱託医師の態度

在宅療養支援診療所との連携あるいは提携の状況

表 - 4 - 3 に示される行為に関する知識・技術習得

ショートステイ・デイサービス事業所

急変時の対応

ショートステイ・デイサービス中の施設内看取りの有無

在宅療養支援診療所との連携の有無

表 - 4 - 3 に示される行為に関する知識・技術習得

6) 各医療機関における指標

在宅療養支援診療所	
インプット指標	
1)	在宅療養支援診療所数
	・ 24 時間対応の在宅療養支援診療所数 (年間単位)
	・ 24 時間対応なしの在宅療養支援診療所数 (年間単位)
2)	患者数
	・ 患者数 (月単位)
	・ 受け入れ可能な患者数 (月単位)
3)	常勤医師数
4)	非常勤医師数
5)	看護師数
6)	連携病院の連携数
7)	診療所の連携数
8)	訪問看護ステーションの連携数
9)	調剤薬局の連携数
10)	居宅介護事業所の連携数
アウトプット指標	
1 在宅医療	
1)	往診 (24 時間往診可能な場合) の年間件数
2)	夜間、休日、祝日の緊急往診の年間件数
3)	往診 (24 時間対応以外) の年間件数
4)	ケアカンファレンスの年間参加件数
5)	地域連携退院時共同指導の年間実施件数
6)	在宅患者訪問診療の年間件数
7)	在宅時医学総合管理の年間件数・重症者加算の年間件数
8)	在宅末期医療総合診療の年間件数
9)	救急搬送診療の年間件数
10)	在宅患者訪問看護・指導の年間件数
11)	在宅患者訪問点滴注射管理指導の年間件数
12)	在宅訪問リハビリテーション指導管理の年間件数
13)	訪問看護指示の年間件数
14)	在宅患者訪問薬剤管理指導の年間件数

15)	在宅患者訪問栄養食事指導の年間件数
16)	歯科訪問診療の年間件数
2 在宅療養指導	
1)	退院前在宅療養指導管理の年間件数
2)	在宅自己注射指導管理の年間件数
3)	在宅自己腹膜灌流指導管理の年間件数
4)	在宅血液透析指導管理の年間件数
5)	在宅酸素療法指導管理の年間件数
6)	在宅中心静脈栄養法指導管理の年間件数
7)	在宅成分栄養経管栄養法指導管理の年間件数
8)	在宅自己導尿指導管理の年間件数
9)	在宅人工呼吸指導管理の年間件数
10)	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理の年間件数
11)	在宅悪性腫瘍患者指導管理の年間件数
12)	在宅寝たきり患者処置指導管理の年間件数
13)	在宅自己疼痛管理指導管理の年間件数
14)	在宅肺高血圧症患者指導管理の年間件数
15)	在宅気管切開患者指導管理の年間件数
16)	寝たきり老人訪問指導管理の年間件数
3 診療内容	
1)	点滴の管理の年間処置件数
2)	中心静脈栄養の年間処置件数
3)	腹膜透析の年間処置件数
4)	酸素療法の年間処置件数
5)	経管栄養の年間処置件数
6)	疼痛の管理の年間処置件数
	・医療用麻薬によるがん疼痛治療の件数
	・がんにともなう精神症状のケアの件数
7)	褥瘡の管理の年間処置件数
8)	人工肛門の管理の年間処置件数
9)	人工膀胱の管理の年間処置件数
10)	レスピレーター（人工呼吸器）の年間処置件数
11)	モニター測定（血圧・心拍等）の年間処置件数
12)	尿カテーテル（留置カテーテル等）の年間処置件数

13)	気管切開部の処置の年間件数
14)	在宅ターミナルケア対応の年間件数
4 その他	
1)	特定疾患患者の往診の年間件数
2)	在宅における看取りの年間件数
3)	グループプラクティスの年間実施件数
4)	診療報酬請求外の活動（講演、執筆、テレビ出演等）の年間件数
プロセス指標	
1)	対応可能な疾患、治療内容の公開
2)	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口の設置
3)	逆紹介の年間件数
4)	診療報酬請求外の活動（講演、執筆、テレビ出演等）の内容
アウトカム指標	
1)	かかりつけ医としての日常の健康管理
2)	現在の倍の看取り率の達成（当面の目標）
3)	看取り率 25%の達成（本来の目標）
4)	設置窓口への相談・苦情の年間件数
5)	特定月における患者数と在医総管・在医総算定患者数の中での重症者加算の算定数 ・要介護度・身体障害程度区分
6)	在医総管・在医総算定患者の年間在宅看取り数・入院死亡数・入院生存数
7)	年間がん患者在宅看取り数・入院死亡数
8)	表 - 4 - 3 に示される行為に関しての、介護従事者に対する知識・技術指導及び監督

連携病院	
インプット指標	
1)	病院数
2)	病床数
	・病床数（月単位）
	・空き病床数（月単位）
3)	患者数
	・受け入れ可能な患者数（月単位）
4)	常勤医師数
5)	非常勤医師数
6)	看護師数
7)	在宅療養支援診療所の連携数
8)	診療所の連携数
9)	連携病院との連携
10)	訪問看護ステーションの連携数
11)	調剤薬局の連携数
12)	居宅介護事業所の連携数
アウトプット指標	
1 在宅医療	
1)	往診の年間件数
2)	ケアカンファレンスの年間参加件数
3)	地域連携退院時共同指導の年間件数
4)	在宅患者訪問診療の年間件数
5)	在宅時医学総合管理の年間件数
6)	在宅末期医療総合診療の年間件数
7)	救急搬送診療の年間件数
8)	在宅患者訪問看護・指導の年間件数
9)	在宅患者訪問点滴注射管理指導の年間件数
10)	在宅訪問リハビリテーション指導管理の年間件数
11)	訪問看護指示の年間件数
12)	在宅患者訪問薬剤管理指導の年間件数
13)	在宅患者訪問栄養食事指導の年間件数
14)	歯科訪問診療の年間件数

2 在宅療養指導	
1)	退院前在宅療養指導管理の年間件数
2)	在宅自己注射指導管理の年間件数
3)	在宅自己腹膜灌流指導管理の年間件数
4)	在宅血液透析指導管理の年間件数
5)	在宅酸素療法指導管理の年間件数
6)	在宅中心静脈栄養法指導管理の年間件数
7)	在宅成分栄養経管栄養法指導管理の年間件数
8)	在宅自己導尿指導管理の年間件数
9)	在宅人工呼吸指導管理の年間件数
10)	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理の年間件数
11)	在宅悪性腫瘍患者指導管理の年間件数
12)	在宅寝たきり患者処置指導管理の年間件数
13)	在宅自己疼痛管理指導管理の年間件数
14)	在宅肺高血圧症患者指導管理の年間件数
15)	在宅気管切開患者指導管理の年間件数
16)	寝たきり老人訪問指導管理の年間件数
3 診療内容	
1)	点滴の管理の年間処置件数
2)	中心静脈栄養の年間処置件数
3)	腹膜透析の年間処置件数
4)	酸素療法の年間処置件数
5)	経管栄養の年間処置件数
6)	疼痛の管理の年間処置件数
	・医療用麻薬によるがん疼痛治療の件数
	・がんにともなう精神症状のケアの件数
7)	褥瘡の管理の年間処置件数
8)	人工肛門の管理の年間処置件数
9)	人工膀胱の管理の年間処置件数
10)	レスピレーター（人工呼吸器）の年間処置件数
11)	モニター測定（血圧・心拍等）の年間処置件数
12)	尿カテーテル（留置カテーテル等）の年間処置件数
13)	気管切開部の処置の年間件数
14)	在宅ターミナルケア対応の年間件数

4 その他	
1)	在宅における看取りの年間件数
2)	グループプラクティスの年間実施件数
3)	診療報酬請求外の活動（講演、執筆、テレビ出演等）の年間件数
プロセス指標	
1)	対応可能な疾患、治療内容の公開
2)	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口の設置
3)	逆紹介の年間件数
4)	診療報酬請求外の活動（講演、執筆、テレビ出演等）の内容
アウトカム指標	
1)	病院死の減少
	・退院数における死亡退院数の年間件数
	・死亡における病院死数の年間件数
2)	平均在院日数の減少
3)	病床の適正稼働
4)	救急出動の減少
	・急患に対する救急対応の時間的向上
	・急患に対する救急対応の量的向上
5)	設置窓口への相談・苦情の年間件数

訪問看護ステーション	
インプット指標	
1)	訪問看護ステーション数
	・24時間対応の訪問看護ステーション数
	・24時間対応ではない訪問看護ステーション数
2)	看護師数
3)	対応可能な患者数
4)	在宅療養支援診療所の連携数
5)	診療所の連携数
6)	連携病院との連携数
7)	訪問看護ステーションの連携数
8)	調剤薬局の連携数
9)	居宅介護事業所の連携数
アウトプット指標	
1 在宅医療	
1)	往診（24時間往診可能な場合）の年間件数
2)	夜間、休日、祝日の緊急往診の年間件数
3)	往診（24時間対応以外）の年間件数
4)	ケアカンファレンスの年間参加件数
5)	地域連携退院時共同指導の年間件数
6)	在宅患者訪問診療の年間件数
7)	在宅時医学総合管理の年間件数
8)	在宅末期医療総合診療の年間件数
9)	救急搬送診療の年間件数
10)	在宅患者訪問看護・指導の年間件数
11)	在宅患者訪問点滴注射管理指導の年間件数
12)	在宅訪問リハビリテーション指導管理の年間件数
13)	訪問看護指示の年間件数
14)	在宅患者訪問薬剤管理指導の年間件数
15)	在宅患者訪問栄養食事指導の年間件数
2 在宅療養指導	
1)	退院前在宅療養指導管理の年間件数
2)	在宅自己注射指導管理の年間件数

3)	在宅自己腹膜灌流指導管理の年間件数
4)	在宅血液透析指導管理の年間件数
5)	在宅酸素療法指導管理の年間件数
6)	在宅中心静脈栄養法指導管理の年間件数
7)	在宅成分栄養経管栄養法指導管理の年間件数
8)	在宅自己導尿指導管理の年間件数
9)	在宅人工呼吸指導管理の年間件数
10)	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理の年間件数
11)	在宅悪性腫瘍患者指導管理の年間件数
12)	在宅寝たきり患者処置指導管理の年間件数
13)	在宅自己疼痛管理指導管理の年間件数
14)	在宅肺高血圧症患者指導管理の年間件数
15)	在宅気管切開患者指導管理の年間件数
16)	寝たきり老人訪問指導管理の年間件数
3 診療内容	
1)	点滴の管理の年間実施件数
2)	中心静脈栄養の年間実施件数
3)	腹膜透析の年間実施件数
4)	酸素療法の年間実施件数
5)	経管栄養の年間実施件数
6)	疼痛の管理の年間実施件数
	・ 医療用麻薬によるがん疼痛治療の件数
	・ がんにともなう精神症状のケアの件数
7)	褥瘡の管理の年間
8)	人工肛門の管理の年間件数
9)	人工膀胱の管理の年間件数
10)	レスピレーター（人工呼吸器）の年間処置件数
11)	モニター測定（血圧・心拍等）の年間処置件数
12)	尿カテーテル（留置カテーテル等）の年間処置件数
13)	気管切開部の処置の年間件数
14)	在宅ターミナルケア対応の年間件数
4 その他	
1)	特定疾患患者の往診の年間件数
2)	在宅における看取りの年間件数

3)	グループプラクティスの年間実施件数
4)	診療報酬請求外の活動（講演、執筆、テレビ出演等）の年間件数
プロセス指標	
1)	対応可能な疾患、治療内容の公開
2)	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口の設置
3)	逆紹介の年間件数
4)	診療報酬請求外の活動（講演、執筆、テレビ出演等）の内容
アウトカム指標	
1)	在宅療養支援診療所と連携した利用者の日常の健康管理
2)	在宅療養支援診療所と連携した利用者の看取り件数の増加
3)	設置窓口への相談・苦情の年間件数
4)	表 - 4 - 3 に示される行為に関しての、介護従事者に対する知識・技術指導及び監督

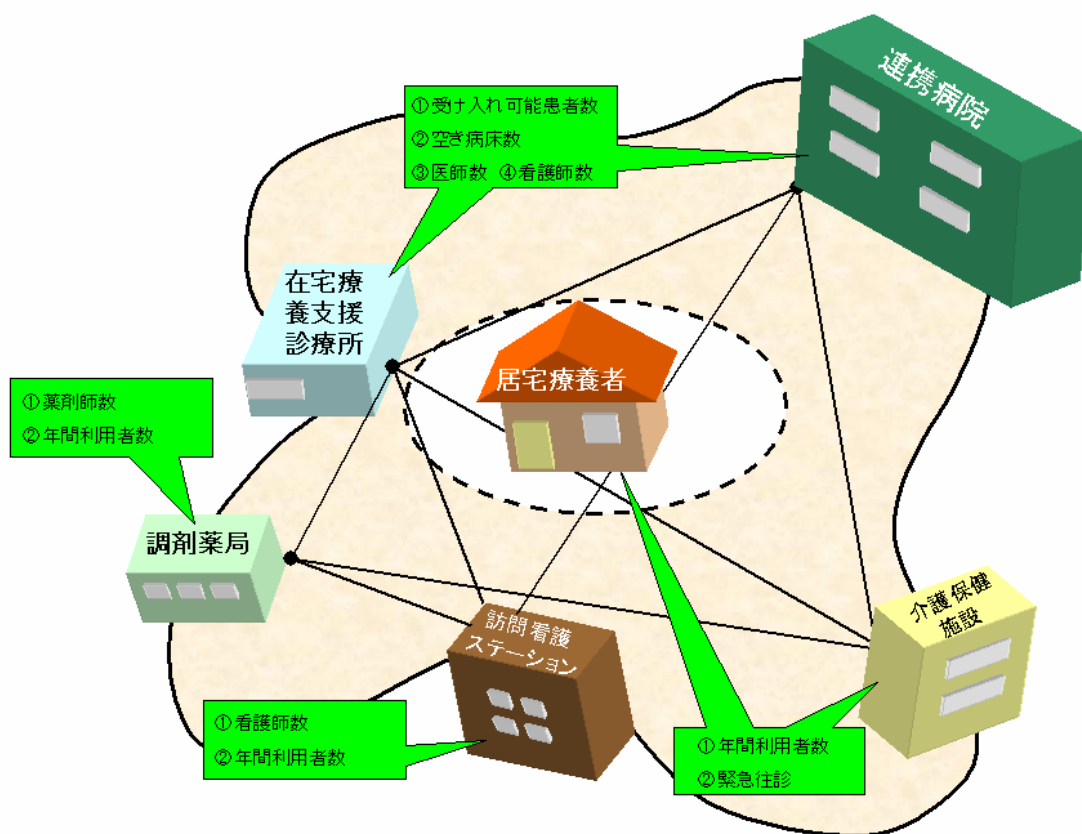
居宅サービス事業者・介護保険施設・身体障害者療護施設	
インプット指標	
1)	居宅介護事業者数
2)	居宅介護事業の年間利用者数
3)	施設介護支援施設数
4)	年間の施設入居者数
	・受け入れ可能な入居者数(月単位)
5)	在宅療養支援診療所の連携数
6)	連携病院の連携数
7)	調剤薬局の連携数
8)	診療所数の連携数
9)	訪問看護ステーションの連携数
10)	居宅介護支援事業所の連携数
11)	施設介護支援事業者所の連携数
アウトプット指標	
1 施設サービス	
1)	介護福祉施設サービスの年間実施件数
2)	介護保健施設サービスの年間実施件数
3)	介護療養施設サービスの年間実施件数
4)	ケアカンファレンスの年間参加件数
2 居宅介護支援	
1)	居宅介護支援の年間実施件数
3 居宅サービス	
1)	ケアカンファレンスの年間参加件数
2)	訪問介護の年間件数
3)	訪問入浴介護の年間件数
4)	訪問看護の年間件数
5)	訪問リハビリテーションの年間件数
6)	居宅療養管理指導の年間件数
7)	歯科診療における居宅療養管理指導の年間件数
8)	通所介護の年間件数
9)	通所リハビリテーションの年間件数
10)	短期入所生活介護の年間件数

11)	短期入所療養介護の年間件数
12)	特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）の年間件数
13)	福祉用具貸与の年間件数
14)	特定福祉用具販売の年間件数
15)	夜間対応型訪問介護の年間件数
16)	認知症対応型通所介護の年間件数
17)	小規模多機能型居宅介護の年間件数
18)	認知症対応型共同生活介護の年間件数
19)	地域密着型特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）の年間件数
20)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の年間件数
プロセス指標	
1)	ケアプランの実施
	特定疾患患者の年間利用人数
2)	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無
3)	家族と施設職員への看取りに関する指導・教育の有無
アウトカム指標	
1)	在宅療養支援診療所と連携した利用者の日常の健康管理
2)	在宅療養支援診療所と連携した利用者の居宅及び施設内看取り件数の増加
居宅介護事業所（ホームヘルプ事業所）	
1)	利用者の要介護度・身体障害程度区分・がん患者数
2)	表 - 4 - 3 に示される行為に関する知識・技術習得
3)	表 - 4 - 4 の 1 と 2 に該当する療養者及びがん末期患者の受け入れ目標値の達成
施設介護事業所（特養・有料老人ホーム・グループホーム）	
1)	入居者の中でのがん患者数
2)	年間死亡数等（入院死亡数・施設内看取り数・病院入院中の生存者数）
3)	表 - 4 - 3 に示される行為に関する知識・技術習得
4)	表 - 4 - 4 の 1 と 2 に該当する療養者及びがん末期患者の受け入れ目標値の達成
ショートステイ・デイサービス事業所	
1)	ショートステイ・デイサービス中の施設内看取りの有無
2)	表 - 4 - 3 に示される行為に関する知識・技術習得
3)	表 - 4 - 4 の 1 と 2 に該当する療養者及びがん末期患者の受け入れ目標値の達成

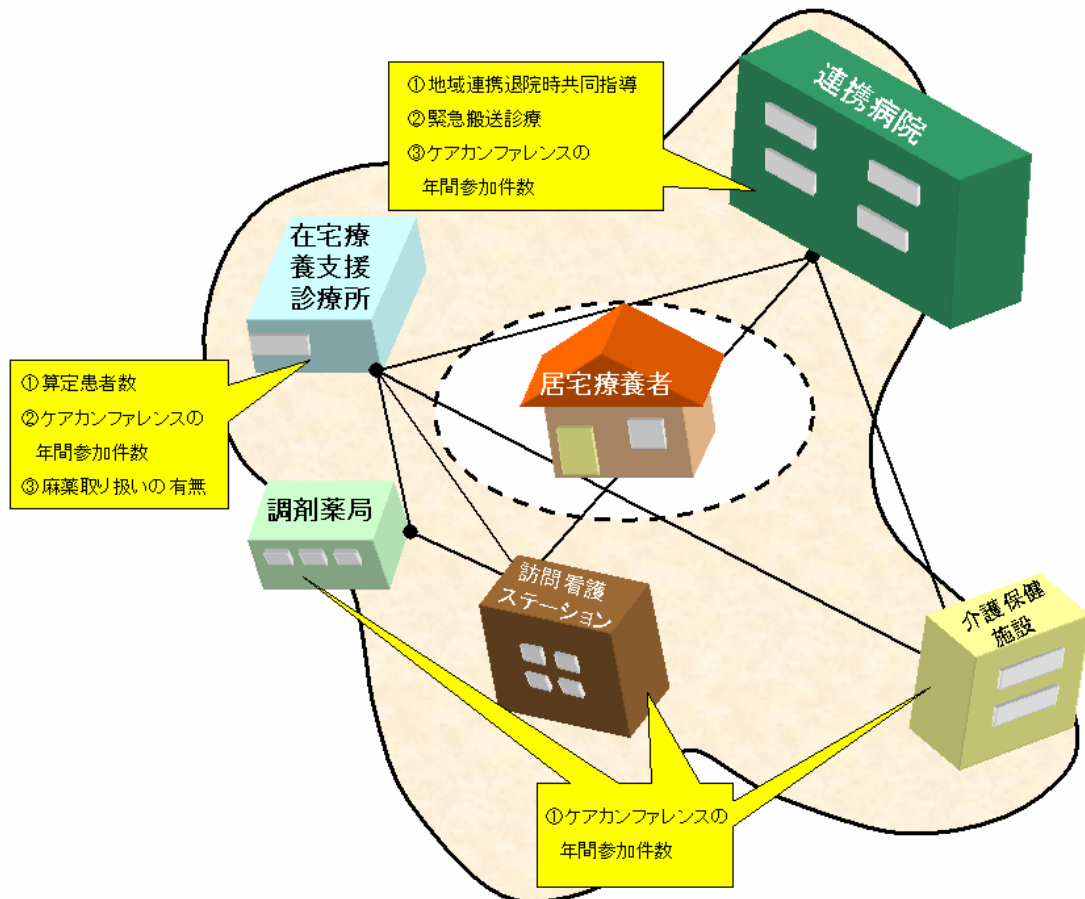
調剤薬局	
インプット指標	
1)	調剤薬局数
	・ 在宅対応の調剤薬局数
	・ 在宅未対応（外来中心の）の調剤薬局数
2)	麻薬を取り扱っている調剤薬局数
3)	利用者数
	・ 利用者数（月単位）
	・ 受け入れ可能な在宅患者数（月単位）
4)	薬剤師数
5)	在宅療養支援診療所の連携数
6)	連携病院の連携数
7)	調剤薬局の連携数
8)	診療所数の連携数
9)	訪問看護ステーションの連携数
10)	居宅介護支援事業所の連携数
11)	施設介護支援事業者所の連携数
アウトプット指標	
1)	在宅患者訪問薬剤管理指導の年間件数
2)	居宅療養管理指導の年間件数
3)	算定患者数
	・ 経管栄養の算定患者数（年間）
	・ 麻薬の算定患者数（年間）
	・ 中心静脈栄養の算定患者数（年間）
プロセス指標	
1)	薬剤師による社会的啓発活動の内容
アウトカム指標	
1)	在宅療養支援診療所と連携した利用者の日常の健康管理
2)	在宅療養支援診療所と連携した利用者の看取り件数の増加

7) 各施設間の連携指標

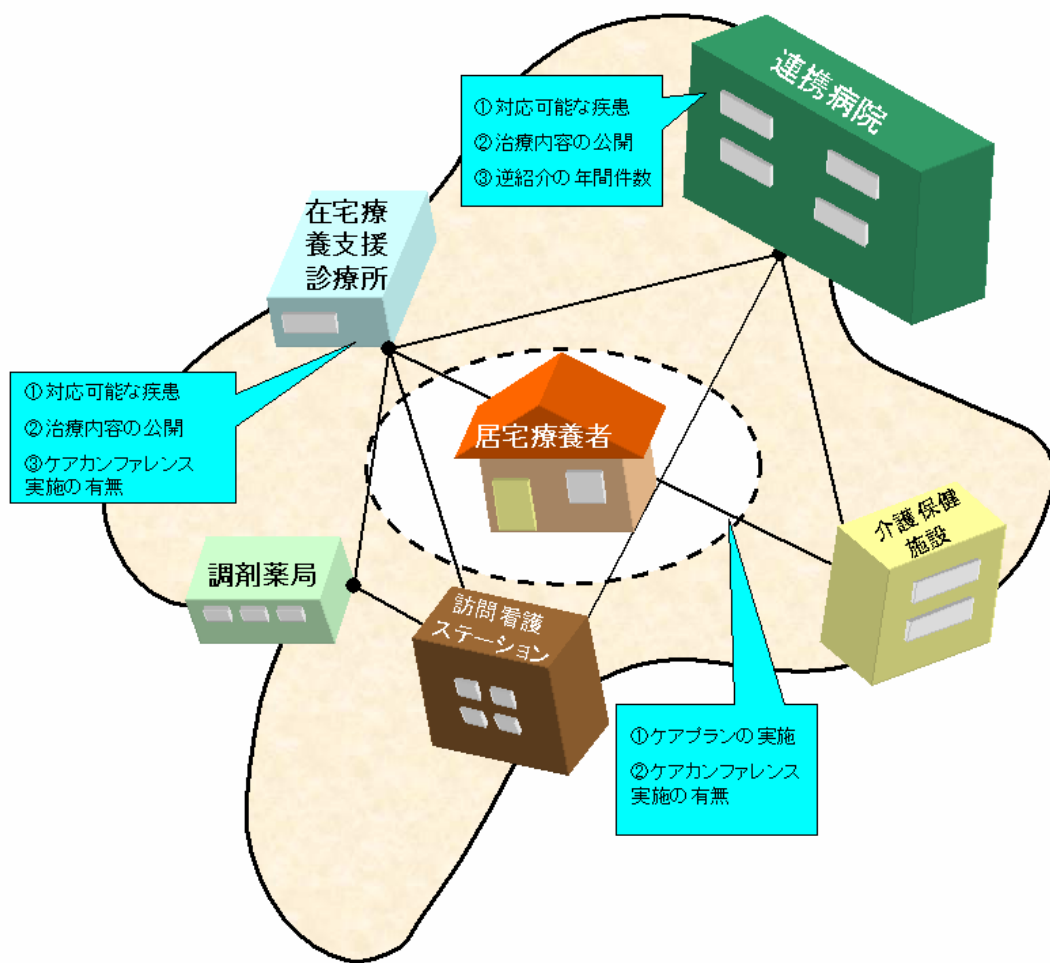
インプット指標



アウトプット指標



プロセス指標



- 7 遂行過程における評価とフィードバック

図 - 3 - 2・表 - 3 - 4 は各都道府県の、在宅看取りの割合と在宅療養支援診療所の充足率を示したものである。この二つの指標から四つの分類がなされる。

看取り率低・充足率低

看取り率低・充足率高

看取り率高・充足率低

看取り率高・充足率高

の都道府県は、第一に在宅療養支援診療所の適正数を満たすことが必要である。

の都道府県は、数についてはその適正数に近づいているが質が充分ではない。在宅医療教育を数多く行うことにより質の向上が求められる。

の都道府県は、質の高い療養支援診療所があるがその数が充分ではない。質を保ちながら適性数に到達することが必要である。

の都道府県は、看取り率・充足率ともに高いので、その数と質を保ちながらさらに適正配置の検討、質の向上を図る。

これらの評価を行いながら、2008年～2012年までの年次ごとに、看取り率・充足率の向上に努めるべく、上記4分類のどれに該当するかを分析・フィードバックし、適正数の充足・適正配置・質の向上を目的とする在宅医療教育を先進的に進めることが重要である。

【3】まとめ

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

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

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

行政担当者は本在宅医療計画の内容を熟知し、それぞれの地域における生活者の視点から地域特性を考慮しつつも、医療の側面から当たり前の生活を住民に保障できるように行動して頂きたい。

本在宅医療計画に関する問い合わせ等については巻末の連絡先に照会すること。

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 19 年 4 月 10 日

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
(H 1 8 - 特別 - 指定 - 0 0 6)

主任研究者 川島 孝一郎

仙台往診クリニック

〒980 0013

宮城県仙台市青葉区花京院二丁目 1 番 7 号

Tel : 022-212-8501

Fax : 022-212-8533