

地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と
人材養成戦略に関する研究事業

事業実績報告書

平成18年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

老第1211001号

主任研究者 川島 孝一郎

平成19年4月

目次

第1章 事業目的

(1) 本研究に直結するこれまでの成果	1
(2) 先行研究	14
(3) 医療政策の展開 その1 がん	29
(4) 医療政策の展開 その2 難病	34
(5) 在宅療養支援診療所の課題と展開	44

第2章 事業概要

(1) ワーキンググループによる打ち合わせ等の経過	47
(2) 調査	47
(3) 事業実施の委託	48

第3章 事業結果

(1) 調査① - 在宅療養支援診療所 - 回収結果	49
(2) 調査① - 在宅療養支援診療所 - 集計結果	49
(3) 調査② - 臨床研修指定病院 - 回収結果	54
(4) 調査② - 臨床研修指定病院 - 集計結果	54
(5) 分析	56

第4章 総括

(1) はじめに	57
(2) 在宅療養支援診療所	57
(3) 診療報酬・介護報酬の算定要件と評価について	60
(4) 居宅療養管理指導について	61
(5) 後期高齢者の在宅医療	61
(6) 在宅療養支援診療所の適正配置について	61

第5章 資料編

(1) 調査① - 在宅療養支援診療所 - 調査票	69
(2) 調査① - 在宅療養支援診療所 - 図表	81
(3) 調査② - 臨床研修指定病院 - 調査票	223
(4) 調査② - 臨床研修指定病院 - 図表	231

第1章 事業目的

第1章 事業目的

(1) 本研究に直結するこれまでの成果

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

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

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

【方法】重症高齢者、神経難病患者等を収容する医療施設 963 ヶ所に対し、平成 16 年 2 月郵送自計方式で調査を実施、退院困難な直近 3 事例について解析した。また、療養者について、現実のサービス、理想のサービスを記入してもらい、サービスの診療・介護報酬を積算した。

【結果】119 施設（回収率 12.4%）より合計 303 の症例が得られ、がん・腫瘍 8 件を除外、295 件を対象とし、退院できない理由について全症例（男 50.5%、女 49.5%）を医療的要因、社会的要因別に集計した。

医療的要因（複数回答、n=292）としては「常時病状の観察が必要である」に 42.8%が該当、以下「吸引・経管栄養等の行為に不安がある」が 33.9%、「呼吸障害・呼吸器管理に不安がある」が 28.4%、「痴呆が進んでいる」21.9%であった。「医療的要因にあてはまらない」との回答は 22.9%にのぼった。

合併症としては、感染症が 25.9%と最も多く、呼吸器系 22.8%、糖尿病 21.3%と続いた。一方、社会的要因（複数回答、n=292）では「受け入れ施設が不足している」55.1%、「家族が在宅療養を拒否している」が 52.7%、「主たる介護者が高齢・病弱である」26.4%であった。「社会的要因にあてはまらない」との回答は 3.8%であった。

また主病名別にみると、脳卒中後遺症（n=127）では、全症例の結果とほぼ同一傾向であるが、特定疾患（n=84）は、項目の順位の傾向は似ているが、医療的要因にあてはまるとの回答が若干多かった。医療的／社会的要因を包括して「退院できない理由で重要なもの」3つ（複数回答、n=279）を回答してもらい、医療的要因、社会的要因別に集計しなおしてみると、医療的要因を挙げなかったものは 35.1%に及んだ。社会的要因では「受け入れ施設が不足している」が 40.5%、「家族が在宅療養を拒否している」が 39.8%であった。

療養者 81 人（男：56、女：25、ALS：31、要介護度 5：56）の理想的ケアに基づいて、在宅サービスのモデルを作成し、もっとも資源を要する単身者の療養モデルについて、入院と在宅の費用を診療報酬・介護報酬等で積算すると月当たり、それぞれ約 490 万円と約 400 万円となった。

【考察】在宅に移行できない、あるいは在宅療養が継続できない要因は、いわゆる「ハイケア」のサービス提供ができる診療所が少ないためと考えられる。病院入院医療の「急性／療養」の二極化が進展する中、地域の診療所が提供する医療サービスについても、24 時間対応「在宅ハイケア」診療所／従来の安定期対応の診療所の二分化を推進すべきと考え

られる。

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

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

【目的】人工呼吸器、中心静脈栄養、常時吸引等の複数高度医療を必要とする在宅重症高齢者・ALS等重症難病患者の、医療・介護保険サービスの利用状況と満足度評価に関する調査により、あるべき24時間365日安心の在宅ハイケア療養システム構築に向けた具体的な改善戦略を検討する。

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

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

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

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

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

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

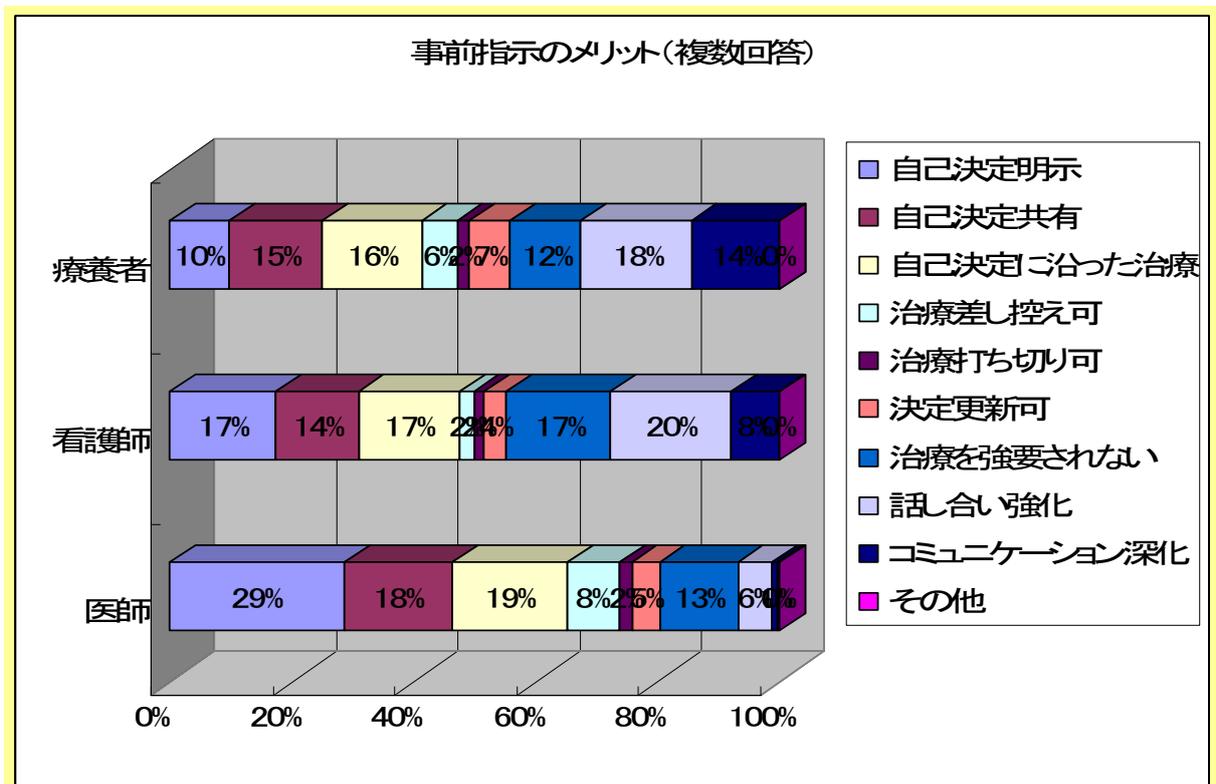
3) 基礎研究3：事前指示に関する調査研究

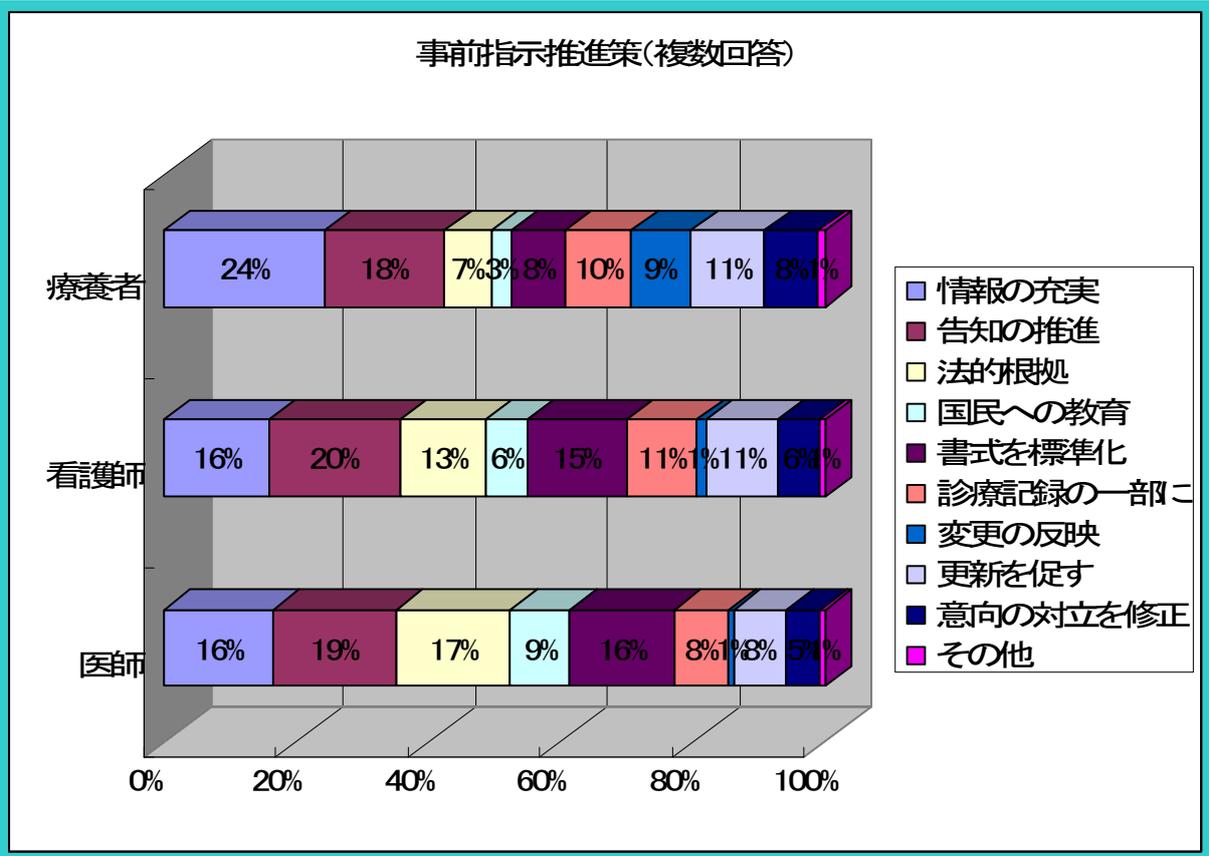
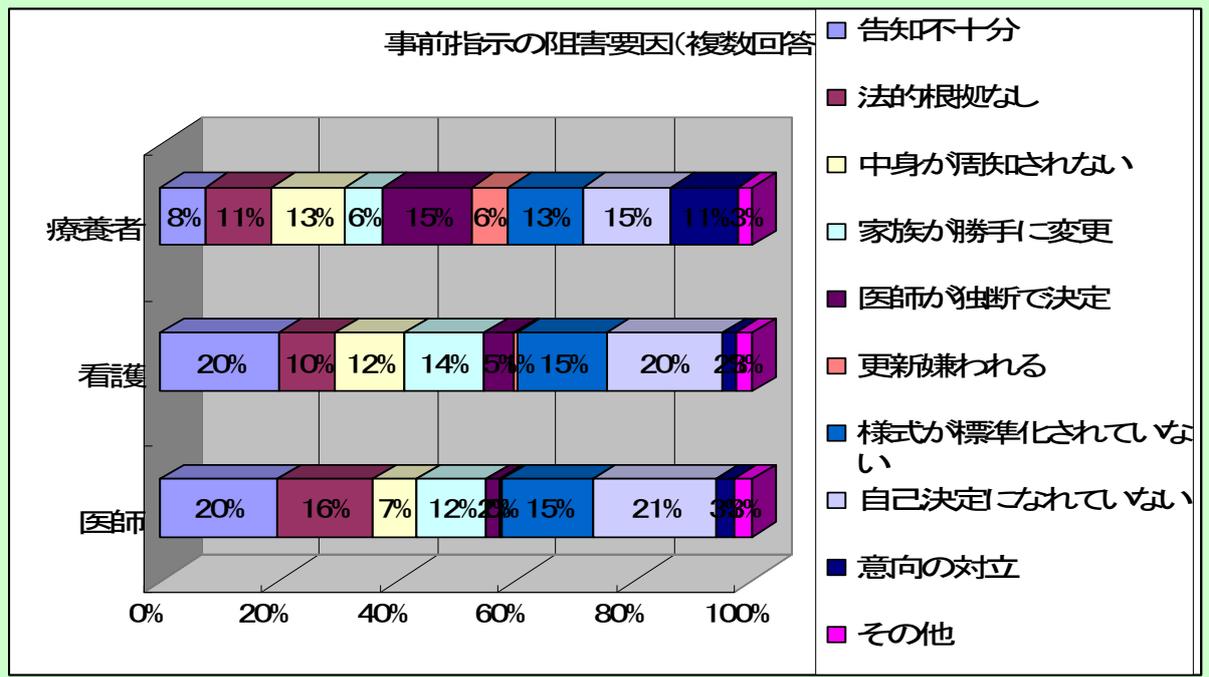
【目的】筋萎縮性側索硬化症（ALS）療養者の事前指示に関する意識・実態を調査し、神経内科医師・看護職の回答と比較することで、QOL向上に資する事前指示の在り方を検討する。

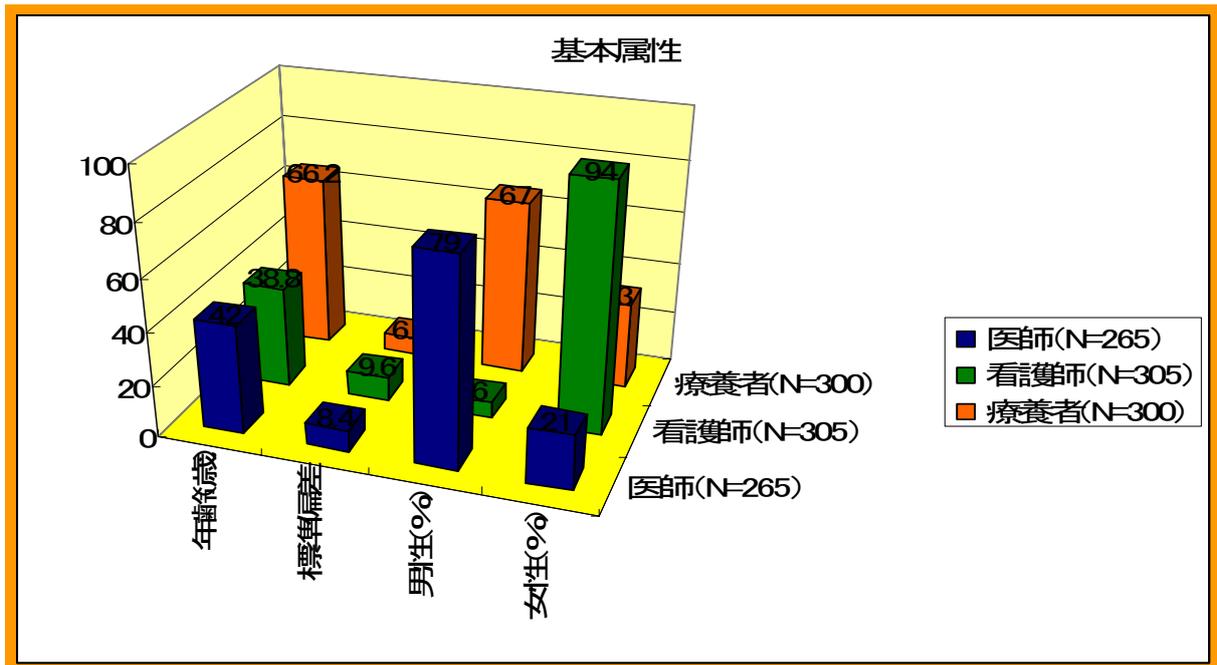
【結果】①事前指示のメリット（複数回答）は、患者回答（n=300）では「本人の希望を叶えるために話し合いがなされる」18%、「本人の希望に添って治療が進められる」16%、「自己決定の内容が共有される」15%、「本人、家族、医療者のコミュニケーションが良くなる」

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

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







以上のような成果を得て、従来の診療所とは機能をことにする、在宅医療推進の拠点となる診療所のあり方を提言した。それを受けて、厚生労働省保険局、及び、中医協は、「在宅療養支援診療所（仮称）」のビジョンを策定するに至った。それを受けて、「在宅療養支援診療所（仮称）」の要件等について、現在在宅医療に取り組む臨床家に詳細な調査を行うことで、新たな制度に関する予測を行うことを目的として、調査研究を行う必要性が確認された。

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

4) - (1) はじめに

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

① 重症高齢者等の居宅における医療のニーズとサプライのミスマッチ

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

居宅において種々の高度医療を受けている重度在宅療養者にとっては、すでに居宅に

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

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

ところが、死亡の場所別に見た死亡数・構成割合の年次推移によれば、自宅における看取りは年々低下し、平成 16 年度は死亡総数に占める割合がわずかに 12.4%となった。この大きな隔たりは、理由のひとつとして、居宅に赴かない医師—居宅で医療を受けられることを知らない療養者相互の関係性が、日本医療の医師—患者関係の大部分を占めていることによると考えられる。

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

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

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

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

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

したがって、患者の回復度によって

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

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

② ニーズとサプライのミスマッチの是正

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

ところが、居宅療養者の中・長期的な病状と生活の安定に欠かせない拠点となるべき

診療所は、その大部分が 9:00～17:00 で終了し、夜間及び日曜・祝祭日はその医療機能をまったく成していない状況にある一般外来型診療所である。

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

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

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

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

4) - (2) 在宅療養支援診療所（仮称）創設の時期

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

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

4) - (3) 本研究調査の母集団に関する検討

平成 16 年度の数値

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

から類推すると、訪問診療の基準回数（B:4 回/月；C:最低 1 回/週）は、ほぼ同率であり、患者の重症度から考えても、B と C の診療所はほぼ同一であると考えられる。B と C

との差 1,426 の診療所は、B・C よりも手軽な A との兼任であろう。一方 A のみを届け出ている診療所は B を除いた数であると考えられる。A と C という組み合わせはほとんど存在しないであろう。B と C を届け出て A を届け出していない診療所はほとんど存在しないだろう。C のみを届け出ているがんの在宅医療に特化した診療所は若干数 (α) 存在している可能性がある。以上から、在宅医療に係る既存の診療所の分布は

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

と考えられる。

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

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

と考えられる。

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

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

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

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

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

在総診を算定する患者数が在医管に比べ圧倒的に多い結果から、在総診+24 時間連携体制加算=3,690 点であったものが、在宅療養支援診療所 (仮称) として登録しないな

らば、在宅時医学総合管理料（在総管）2,200 点に減額されることとなる今回の改訂は、月 2 回の訪問診療を基本として算定すると約 28%の減収となる。診療報酬に占める在総診＋在医管＋在医総の報酬比率は、10%以上を占める診療所が全体の 42.9%であった。診療報酬の 10%のうち 28%減収となる場合には、全体の 2.8%減収となる。これは直接純利益に影響する。

したがって、(A) 在総診のみを届け出ている全国 15,020 ヶ所の診療所において、その診療報酬の 10%程度以上を在総診に依存しているところ（12 人程度の在総診患者を往診している診療所）は、在宅療養支援診療所（仮称）の届出をおこなう公算が高いといえよう。

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

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

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

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

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

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

4) - (4) 在宅療養支援診療所の周知

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

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

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

可(登録)されることについて、まったく妥当 45.4%+概ね妥当 38.8%=84.2%であった。

4) - (5) 居宅における看取り

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

この診療所数 361 件のうち、すでに積極的に在宅医療をおこなっている比率が高いと思われる「在宅ケアを支える診療所・市民ネットワーク」「在宅医学会」及び「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」から調査した診療所は 159 件であり、一件あたりの平均看取り数は 10.2 人で年間総数は 1621 人であった。

この両者から推測すると、 $361 - 159 = 202$ 件の診療所は、既存のごく一般的な主に在総診による在宅医療をおこなっている診療所と考えられた。202 件の診療所の年間看取り総数は $2274 - 1621 = 653$ 人であり、一件当たり 3.2 人の年間見取り数であった。

この数値を

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

にあてはめると、

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

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

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

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

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

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

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

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

従来、病院医療においては病院死があたりまえであった。つまり、病院医は病院での看取りを前提に、その医療を組み立てていく傾向が顕著であった。しかし、今や病院医の使命は患者の回復度によって

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

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

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

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

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

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

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

4) - (6) 日本的特性と在宅療養支援診療所（仮称）

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

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

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

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

医師が生活の場にゆき、患者とその家族—すなわち「生活者」と出会った場合、生活者の目には医師の姿が映り、その言葉が生活者の耳に届く。白衣を着ている医師が眼前にいと、言いたいことが言えずに押し黙る。その言葉が生活者につらく聞こえるときもあれば救われるときもある。医師が帰った後は重苦しい雰囲気はその家庭に立ち込めれば、バラ色にもなる。このように、生活者の世界では、医師は生活者から独立した存在ではなく、生活者の世界の中で作業をするがゆえに、その世界に多大な影響を与えている。

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

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

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

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

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

② 生活情報の特殊性に基づく日本型在宅医療と在宅ケア

- 1) 在宅ケアに集う職種は多いほどよい。多元的な把握がより可能となるから。
- 2) 同一の事業体からの職種は少ないほどよい。すべてを同一事業体に任せると、生活者はその影響のみによる変容しかなされない。影響の単一化は変容の単一化を招き、生活者の自由度を制限することになる。
- 3) 医療を含めたすべてのケア提供者は、みずからが相手を変容させる影響を与えていることに気づくことが必要である。自分の影響を含んだ生活者は、独立した対象ではなく、自分と共に全体として生きている存在であることを意識しなければならない。
- 4) したがって、医師は生活者との生の接点を持つことが必須であり、居宅に訪問しない医師は、自分の影響を基礎とした情報収集のみずから絶つことになる。在宅医療をしたことにならない。
- 5) 医師は生活者の生活全体の部分を形成している以上、生活者の要請に応じて出向くことが当然であり、24時間対応することとなる。
- 6) 在宅看取りが当然となる。
- 7) 医師一人の作業能力には限界があり、複数の医師による全体把握が基本となる。

- 8) 在宅ケアに関わる職種が、それぞれに生活者との全体性の中で得たものを、生活者と共に披露して生活者の自由度を知るための場、すなわちサービス担当者会議を開催することが重要である。これが最も真に近い情報の共有化となる。
- 9) 情報の開示と保護の両立が求められる。
- 10) 生活者個々の権利が保障されなければならないと同時に、生活世界全体（絆）を維持してゆく努力（全体性の中での義務）も必要であり、この両立が求められる。

4) - (7) おわりに

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

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

5) 基礎研究 5：地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究

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

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

- (1) 在宅医療の十分な周知：行政はまず在宅医療を十分に理解し、地域住民・医療者の双方への周知を徹底することが第一歩である。
- (2) 説明責任：生きていることは生活であり、医療者は自らの説明において①疾病論・症候論による身体情報の説明だけでは責任を果たしたことにはならない。②診断・治療がその後の患者・家族の生活にどれだけの影響や変更を迫ることになるのか・その対処等についての生活情報を、①以上に十分に説明し了解を得る必要がある。
- (3) 重症化への対応：年々の高齢化・高度医療化の結果、居宅移行する療養者の重症化が進行している。高齢者・がん・難病・認知症等のいずれもが安心・安全な生活を享受できるためには、「重症加算」に該当する療養者への十分な在宅医療提供と居宅介護提供がなされなければならない。目標の一つは重症者の在宅生活を可能にすることである。重度であっても母集団が少ない場合には重点的に支えることが可能な「日本はどんな人でも生きてゆける」という社会の達成。
- (4) 生活の中での終焉：病院がすべての死を支える時代は終わっている。終焉を迎えるということは生きて生活した結果である。生活の中での終焉=居宅での看取りは、自宅であっても介護施設であってもそこが生活の場である以上は当たり前のことと覚悟することが大切である。医療も介護も行政も一体となって、去り行く人・残される人への十分なはからいができるように努めなければならない。在宅死を

強制することではなく、当たり前居宅での看取りが行える環境整備が求められる。

- (5) 単年度ごとの目標設定：在宅医療橋頭堡と在宅医療底上げ医療機関・在宅療養支援が可能な薬局・訪問看護ステーション・吸引等重症者対応が可能な施設及び訪問介護員の十分な配置とそれぞれの連携・質の確保、在宅医療教育の充実等を念頭に、単年度ごとの数値を設定しその目標を達成する。
- (6) その他：居宅生活を妨げるあらゆる規制についての見直し
行政担当者は本在宅医療計画の内容を熟知し、それぞれの地域における生活者の視点から地域特性を考慮しつつも、医療の側面から当たり前の生活を住民に保障できるように行動して頂きたい。

(2) 先行研究

住み慣れた自宅や高齢者入所施設を選択しても、結果的に医療機関で死を迎える人が多い。この原因として、現在の医療・介護の提供体制の問題や、本人や家族の意思を反映する仕組みが十分ではないことなどが考えられる。在宅医療の提供体制、及び本人意思の確認に関して行われた先行する調査のなかで、重要なもののみ挙げる。

1) 特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究（医療経済研究機構）

【要旨】

わが国の高齢者は、自宅で亡くなりたくないという希望が多いにもかかわらず、最期は病院で亡くなるという、希望と実態のギャップを指摘されて久しい。特別養護老人ホーム（以下、「特養」という）は、生活の場と位置づけられているために自宅と類似の側面を持つ。住み慣れた特養で自らの終末を迎えたいと希望する入所者、あるいは迎えさせたいと考える家族も少なくない。特養における医療体制にはさまざまな制約があり、終末期段階で医療が必要となった場合、対応が難しいケースがある。そのため、特養で看取りまでを含めた終末期対応は難しいという見方がある。

先行研究や既存統計から、施設内での看取りまでを含めた終末期対応を実施している特養がある程度存在することは明らかであるが、その実態や内容は十分に明らかにされていない。本研究では、看取りまでを含めた特養の終末期対応の実態を把握し、特養内死亡が可能な特養の特性を探求することにより、特養における終末期ケアの社会的合意を形成するうえで活用できる情報を提供することを目的として調査研究を実施した。

1) - 1. 方法

本調査研究は全国調査とケーススタディ調査の2種類の調査から構成した。

1) - 1 - (1) 全国調査

対象はWAMNET掲載事業者から3,000施設を無作為抽出した。質問紙を用いた郵送調査であり、記入日時点の状況について回答を求めた。調査依頼状を同封し、調査の趣旨、調査結果は統計的に処理すること等を伝えた。調査期間は平成14年11月22日から12月25日であった。

質問項目は、①施設の基本属性、②施設内医療体制、医療等の実態、③施設の基本方針、対応体制、④希望の確認、受け入れ、⑤退所者の状況、⑥死亡退所者の実態、⑦今

後の方針、課題という7つの視点から設定し、3種類の調査票を作成し調査を実施した。

1) - 1 - (1) - 1) 施設に対する調査（基本調査）

施設の基本属性、医療体制、医療等の実態、退所者の状況、施設の基本方針、今後の課題等を調査した。特に方針に関する部分は施設長または施設長に準ずる方（以下、単に「施設長」とする）に回答を求めた。

1) - 1 - (1) - 2) 死亡退所者に関する調査（死亡退所者調査）

死亡退所者の属性、死亡場所、医療処置の実施状況、死亡場所について職員が把握した本人・家族等の希望等を調査した。基本調査を実施した3,000施設のうち2,000施設に対し、直近の死亡退所者5名分の記入を依頼した。

1) - 1 - (1) - 3) 職員に関する調査（職員調査）

施設内での看取り経験と意識、終末期ケアに関する関心、理解、今後の施設内の終末期ケアのあり方、課題等を調査した。基本調査を実施した3,000施設のうち1,000施設に対し、介護職員、看護職員2名ずつの記入を依頼した。

調査対象とした1,791施設から回答を得、回収率は59%であった。このうち、記載に不備のなかった1,730施設（57%）を分析対象とした。母標本と回収標本について、所在地（都道府県別）、所在地（市部・郡部別）、定員を比較した。

図表 1 回収状況

	基本調査	死亡退所者調査	職員調査
発送数	3,000(100%)	-	4,000(100%)
回収数(率)	1,791 (59%)	5,376	2,200 (55%)
無効票	61	283	80
有効回収数(率)	1,730 (57%)	5,093	2,120 (53%)

分析は、単純集計と設問間のクロス集計を実施した。死亡退所者票と職員票については施設の基本属性とのクロス集計も行った。また特に、①特養内死亡比率の高い（低い）特養の特性、②死亡退所者の死亡場所別（特養内、病院）の特性について整理した。

1) - 1 - (2) ケーススタディ調査

終末期ケアに積極的に取り組んでいるとされる特養を全国から4ヶ所選定し、施設概況調査、家族アンケート調査、家族インタビュー調査を実施した。

アンケート調査は郵送調査とし、発送は施設を介し、回収は調査機関へ直接返送する形式とした。調査依頼状を同封し、調査の趣旨、調査結果は統計的に処理すること等を伝え、調査は無記名式とした。調査期間は平成14年12月から翌1月であった。当該施設内の医療、介護体制に関する認識、終末期の医療や介護に関する希望等、終末期ケアに関する本人、家族間の話し合いの状況等を調査した。

インタビュー調査では、施設サービス計画（ケアプラン）に対する感想、医療需給の状況、終末期の医療・介護に関する希望等を調査した。インタビュー実施に先立って改めて調査の趣旨、調査結果の扱い等を口頭で説明した。

ケーススタディ調査は調査対象施設やインタビュー調査対象者において偏りがあることを認識した上で実施した。

1) - 2. 結果

1) - 2 - (1) 退所者の状況

本調査回答 1,730 施設において、過去 1 年間の退所者数は 18,744 人、そのうち約 75% は死亡退所であった。死亡場所は病院・診療所等が退所者全体の 47.6%、特養内が同 28.6% であった (図表 3)。

1) - 2 - (2) 調査対象施設の医療・看護体制

医師の体制は、常勤医がいる施設は 5.0% に留まったが、内科嘱託医がいる施設は 93.9% であり、約 9 割の施設には内科の嘱託医がいた。夜間は「必要に応じて訪問」が 44.9%、「電話での指示」が 39.5% となっていた。休日についても同様であった。看護職員が夜勤体制に含まれることは少なく (5.2%)、「オンコール体制」をとる施設が 54.8% であった。勤務時間外の電話対応は「月 3-5 回」、呼び出しは「月 1、2 回」という回答が多かった。

協力病院または同一法人、関連法人が運営する医療機関に隣接している施設は 17.1% であった。

1) - 2 - (3) 医療等の状況

特養内で対応する医療、実際に対応した医療処置は、「じょくそうの処置」が 9 割を超えもっとも多く、次いで「点滴」「カテーテル」「胃ろう (による栄養補給)」であった。休日や夜間の対応が必要と考えられる医療処置も比較的实施されていた (図表 4)。

また調査日時時点で、対象施設の定員総数の 4% が入院中で、24.1% は施設外の病院、診療所へ通院または往診、訪問診療を受けていた。

1) - 2 - (4) 終末期ケア、特養内死亡への対応体制

入所者が施設内でなくなることについての基本方針は、「原則として速やかに病院等に移すようにしている」が過半数を占めた。「原則として施設内で看取る」、「特に方針はない」はそれぞれ 20% 程度であった (図表 5)。

入所者本人や家族から施設内で亡くなりたいとの希望があった場合、約 7 割は「原則的に受け入れる」としている (図表 6)。

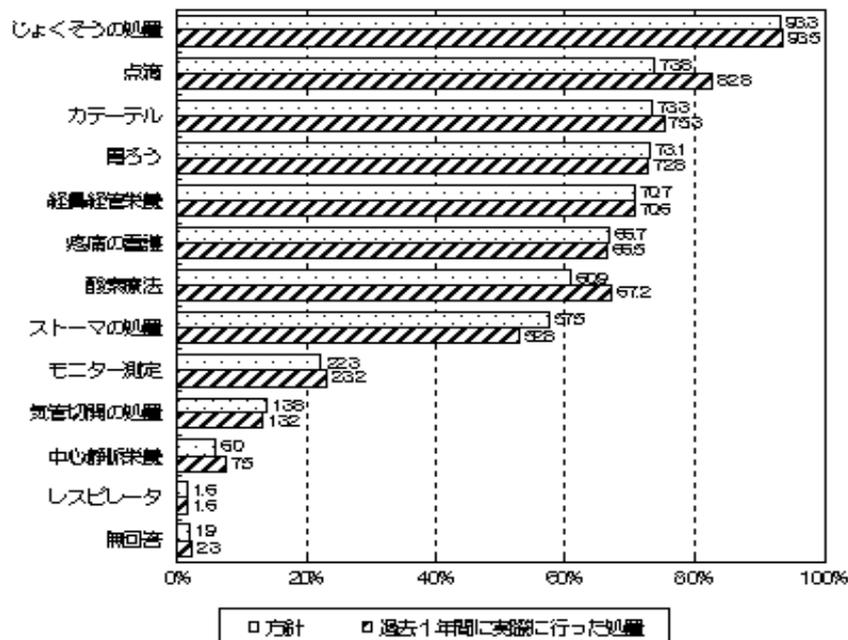
図表 2 調査対象施設の概要

基本属性	開設・運営主体	社会福祉法人立	85.6%
	入所定員	31～50人	40.1%
		51～81人	33.3%
	開設年	平成5年～平成9年	22.8%
		平成10年以降	23.0%
	1人部屋の割合	0%超15%以下	21.4%
ユニットケア	実施	13.4%	
直接処遇職員比率	2.5人超3.0人以下	46.8%	
医療看護体制	常勤医	いる	5.0%
	内科嘱託医	いる	93.9%
	嘱託医の夜間体制	必要時には一般に訪問してもらえる	44.9%
		電話で指示を得ることができる	39.5%
	緊急時の対応(MA)	嘱託医に連絡する	69.9%
		協力病院に連絡する	64.6%
	協力病院等	あり	17.1%
	看護職の夜勤体制	夜勤体制に看護職員は含まれる	5.2%
ローテーションにより含まれることがある		3.5%	
オンコール体制		54.8%	

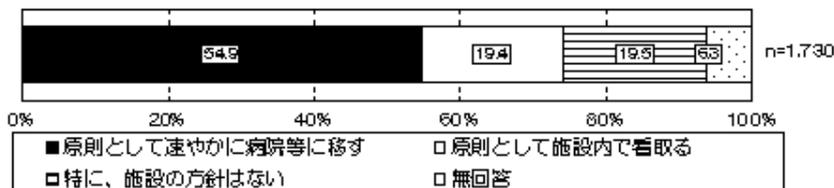
図表 3 退所者の状況

		回答施設 全体(人)	割合
退所者数(内訳の合計値)		18,744	100.0%
死亡退所者数		14,370	76.7%
死亡場所	施設内	5,352	(28.6%)
	病院・診療所	8,927	(47.6%)
	自宅	91	(0.5%)
他施設、病院、自宅等への退所		4,374	23.3%

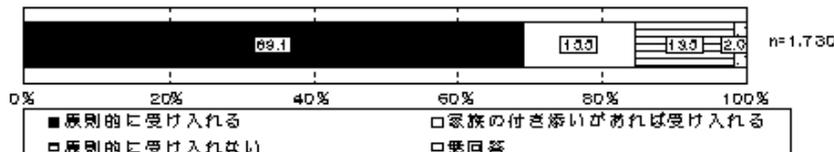
図表 4 施設内医療の実施状況



図表 5 特養内死亡についての 基本方針



図表 6 希望の受け入れ



終末期ケアに関するガイドラインやマニュアルが「ある」施設は 12.0%、「なし」が 79.1%であった。職員間における終末期ケアのあり方に関する共通理解は「あると思う」「ほぼあると思う」合わせて 3 割程度であった。同じ設問に対して施設長の回答をみると、「あると思う」「ほぼあると思う」合わせて 6 割で職員における割合の 2 倍であった。両者の間に認識の差があることが明らかになった。

終末期ケアについては、看護職、介護職ともに 8 割以上が関心をもっていた。施設内外の研修等への参加状況は 2、3 割程度であり、施設内の場合は「研修や勉強会は開催されていない」という回答が 7 割をしめた。

入所者の看取り経験が「全くない」施設長、職員（看護、介護）それぞれ、25%程度いた。「5 回以上ある」は看護職が 45.8%、施設長が 43.8%、介護職員が 31.9%であった。入所者の看取りに立ち会うことについては、「どちらともいえない」が最も多く（看護職 47.3%、介護職 43.0%）、次いで「できれば立ち会いたい」が多かった（看護職 28.8%、介護職 27.0%）。看取り経験が多くなるほど、回答が積極化する傾向がみられた。施設内の看取りは肉体的、精神的にも負担となる面があると考えられるが、職員にとっては積極的な意味を持ちうる行為であることが示唆された。

1) - 2 - (5) 終末期ケアの希望の確認と受け入れ

7 割程度の施設では本人・家族に対して入所時に特養内死亡についての一般的な方針の説明を行っていた。入所者や家族に対する亡くなる場所についての希望確認時期は「状態の変化時」が 76.6%、「入所時」が 55.0%、「日常のケアの中で」が 37.1%であった (MA)。

入所者本人の希望を職員に推測してもらったところ、「当該施設内で亡くなりたいと思っていたようだった」という回答が 14.6%、「最期は自宅に戻りたいと思っていたようだった」という回答が 8.3%であり、両者をあわせて分かると判断した割合は 3 割に満たなかった。分からないという回答が 7 割を超えていた。同様に家族の希望については「当該施設で亡くならせたいと思っていたようだった」が 44.5%、「病院で亡くならせたいと思っていたようだった」が 21.7%、「分からない」が 23.0%であった。何らかの家族の希望は把握されていた入所者が 7 割を超えていた。

家族の希望通りの死亡場所であった死亡退所者は 51.4%と約半数であり、特に、施設内で亡くなった人については、「家族の希望通り施設内」という回答が 84.9%と高い割

合であった。なお、本人の希望については74.9%がわからないと回答していた。

図表 7 特養内死亡比率の高い（低い）施設の特性

		高い(40%以上群) n=605	低い(40%未満群) n=592
開設年	昭和53年以前	21.3%	17.2%
	平成10年以降	13.1%	26.2%
隣接病院あり		21.3%	15.0%
内科医の夜間体制	必要時には、一般に訪問してもらえる	67.3%	34.3%
	電話で指示を得ることができる	23.5%	49.5%
	原則、夜間は対応してもらえない	7.4%	14.0%
緊急時の対応(MA)	嘱託医に連絡する	82.0%	66.2%
	協力病院に連絡する	52.4%	71.1%
施設内での医療処置対応 (MA)	点滴	83.3%	70.6%
	経管栄養	77.4%	69.3%
	酸素療法	69.3%	57.8%
	モニター測定	28.3%	19.3%
特養内死亡への基本方針	速やかに病院等に移すようにしている	25.3%	70.3%
	特養内で看取るようにしている	34.4%	10.3%
	特に、特養の方針はない	30.4%	13.7%
希望の受け入れ	原則的に、受け入れる	92.4%	59.8%
	家族の付き添いがあれば、受け入れる	5.3%	20.1%
	希望があっても受け入れられない	1.5%	18.4%
職員間の共通理解	あると思う	47.4%	23.1%
	ほぼあると思う	33.7%	29.6%
	経験年数、職種で異なる	16.4%	37.2%
	ほとんどないと思う	0.8%	7.8%
方針の説明あり		85.5%	71.8%
専用の居室あり		66.3%	42.9%
遺族へのサポート	遺族への精神的ケアを行っている	21.8%	13.9%
	特設のケアは行っていないが、交流のある遺族もある	50.1%	52.7%
	特に遺族のケアや交流等は行っていない	25.8%	26.5%

図表 8 死亡場所別 死亡退所者の特性

項目		当該施設内 (1,811人 35.6%)	病院等 (3,242人 63.6%)
年齢	平均年齢	平均88.4±7.3歳	平均86.4±7.6歳
性別	男性	23.1%	31.1%
	女性	76.6%	68.7%
自立度等	要介護度:要介護5	58.9%	43.7%
	寝たきり度:C	67.7%	47.5%
	痴呆の程度:IV+M	57.2%	45.8%
入所期間	平均入所期間	平均4.8±4.5年	平均3.7±3.6年
有していた傷病		ほとんどの傷病で差はみられない	
直接死因	死因順位	①老衰 31.3%	①肺炎 32.7%
		②心不全 22.6%	②心不全 25.2%
		③肺炎 17.7%	③がん 8.2%

1) - 2 - (6) 特養内死亡比率の高い施設の特性

死亡退所者のうち、特養内で死亡した人と、病院・診療所で死亡した人の合計に対する特養内死亡の比率を求めたところ、中央値は40%であった。この中央値で2分して、

特養内死亡比率の高い特養、低い特養として、特性を比較した（図表7）。

特養内死亡比率が高い特養の特性としては、まず、施設としての基本方針を「原則として、施設内で看取る」と明確にしていることがあげられ、施設の方針が実態を反映している。また、入所時に施設の基本方針の説明を入所者や家族に行い、施設内で亡くなりたいという入所者や家族の希望は原則的に受け入れる施設の割合が高い。

医療対応の面では、「隣接病院がある」、「（嘱託あるいは常勤の）内科医に夜間・休日でも必要なときに訪問してもらえる」、「施設内で実施する方針の医療処置の内容が多い」等、施設内で対応できる医療処置の範囲が広く、また、隣接病院からのサポート、あるいはいざというときの対応が期待できる施設であれば、特養内死亡比率が高い傾向がみられ、医療対応の重要性が示唆された。しかし、直接処遇職員比率、看護職員の夜勤体制については差がみられなかった。

また、亡くなることに備えた専用の部屋がある、職員に終末期のあり方に共通の理解があると考えられる施設で特養内死亡比率が高かった。

開設年が平成10年以降の新しい施設では、特養内死亡比率が低かった。

1) - 2 - (7) 死亡場所別 死亡退所者の属性

死亡場所別の死亡退所者の属性を比べると、特養内死亡者のほうが、平均年齢が高く、女性が多い。平均入所期間は長く、要介護度、寝たきり度、痴呆の程度も重い傾向がみられる。ただし、有していた傷病には差はみられない。

直接死因の順位をみると、特養内では、老衰が第一位であったが、病院等では、肺炎が第一位であった（図表8）。

1) - 2 - (8) 施設内死亡の状況

亡くなった時間帯は、職員数が少なくなっていると思われる夕方から朝にかけて（18時から8時）が57.4%と半数を占めていた。死亡時の立会い者は「介護職員」が90.4%、「看護職員」が84.4%、「医師」は66.4%、「家族・親類」は43.4%であった。

死亡時期の予測については、約7割がある程度の予測が出来ていた。

死亡前には、6割程度が経口摂取が不可能になっていた。

死亡前2週間以内に実施した処置で多かったものは、「点滴」が50.6%、「酸素療法」が44.9%であった。また、死亡前3ヶ月間の入院の有無は「なし」が86.0%であった。

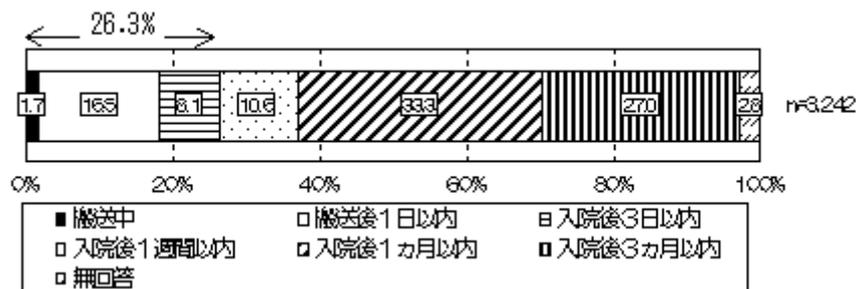
1) - 2 - (9) 病院で死亡した場合の搬送や入院の状況

医療機関への搬送（移動）方法については、「通常の搬送」が65.1%、「救急搬送」が34.2%であった。搬送理由は「その他状態の急変」が56.1%と最も多かった。死亡時点は「搬送中」が1.7%、「搬送後1日以内」が16.5%で、入院後3日以内を合わせて26.3%であった（図表9）。

死亡時期の予測は65.8%が「搬送時点では予測できていなかった」と回答している。

搬送前2週間以内に、施設内で実施した処置は、「点滴」は27.6%、「酸素療法」が17.9%と多かった。これらの割合は、特養内で死亡した者に対して死亡前2週間以内に実施された割合よりそれぞれ低かった。

図表 9 死亡時点



1) - 2 - (10) 今後の方針

終末期ケアについての今後の方針については、「施設内で亡くなることも含め、対応したい」が 65.0%と最も多い。次いで「条件が整えば対応を考えていきたい」が 16.8%となっている。「施設内で亡くなることには対応しない方針だが、終末期ケアについては充実を図っていきたい」は 9.0%であった（図表 10）。

一方、職員は、看護職員、介護職員ともに「可能な限り看取った方がよい」が最も多く（看護職員 47.4%、介護職員 48.9%）、次いで「どちらともいえない」が多い（ともに 38.9%）。「可能な限り看取った方がよい」「積極的に看取った方がよい」を合わせると約 5 割が看取った方がよいと考えており、看取らない方がよいという意見を上回っているものの、「どちらともいえない」という回答が約 4 割を占めている。

終末期ケア実施にあたっての課題としては、施設長の回答では、「医師、医療機関との関係強化」が 54.7%で最も多く、次いで「職員の知識・技術の向上（38.1%）」「居室等の環境整備（34.8%）」であった。看護職員の回答でも「医師、医療機関との関係強化」が 44.9%で最も多く、次いで「職員の知識・技術の向上（40.4%）」が挙げられた。

一方、介護職員では「職員の知識・技術の向上」が 53.4%で最も多く、次いで「医師、医療機関との関係強化（37.3%）」が挙げられた（図表 11）。

1) - 2 - (11) 家族の希望、意識

今回の家族調査の対象者は施設が選定しており、施設ケア全般に関し高い意識を持つことが予想され、調査対象集団としては偏りがあることに留意する必要がある。そうした前提のもと、終末期ケアに関する家族の希望、意識を概観してみる。

終末期の医療やケアは日頃の施設ケアの延長にあるものとして、必ずしも施設・家族の双方が改めて認識していない。例えば、ケアプランの認識状況をたずねてみると、「ケアプランを見たことがない」、「説明を受けたことがない」という回答が多く聞かれた。さらに、当該施設でできる医療の範囲についても、施設としては、入所時に本人・家族に説明したと認識していたにも拘らず、ほとんどの家族は具体的な情報は持っていなかった。

終末期に受けさせたい医療や介護について、ほとんどの家族は「痛みを取り除く程度の医療」は受けさせたいが、積極的な治療による「延命」は望まないとしていた。しかし、その医療内容について具体的なイメージを持っているわけではないようである。

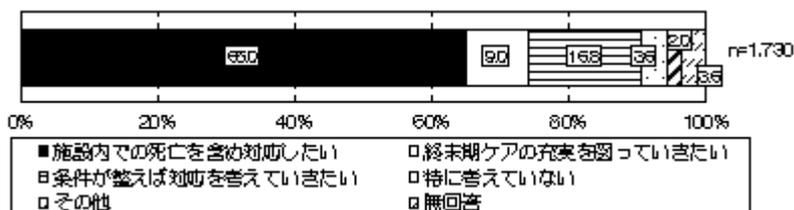
終末期の迎え方については、本人の意思を尊重したいという意見が多かった。しかし、家族は本人の意思を確認することが出来ず、その役割を施設側に期待している意見も多かった。

家族は終末期ケアに関する希望は持っているものの、具体的なものではなく、また判断材料となるような施設ケア、医療の提供体制に関する情報、さらには入所者本人の意思

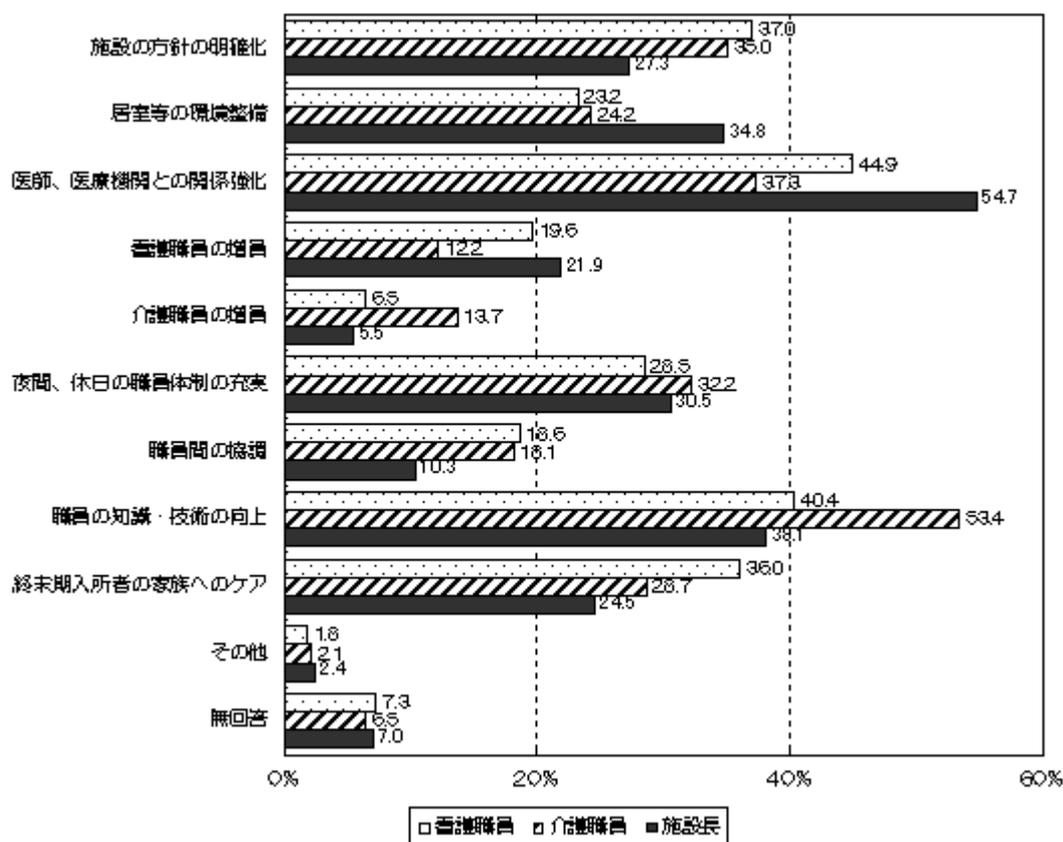
も十分に把握できていない様子が見られた。

最終的には、主介護者である家族に判断が委ねられる場合が多いが、施設側は判断に必要な情報を積極的に提供すべきであろうし、同時に家族も情報を得る努力をすべきであろう。

図表 10 今後の方針



図表 11 終末期ケア実施にあたっての課題



2) 要介護高齢者の終末期における医療に関する研究 (医療経済研究機構)

わが国では要介護高齢者が自らの人生を閉じる場所として住み慣れた自宅や高齢者入所施設を選択しても、結果的に医療機関で死を迎える人が多い。この原因として、現在の医療・介護の提供体制の問題や、本人や家族の意思を反映する仕組みが十分ではないことなどが考えられる。このような背景のもと本研究では、これらの問題の解決に資するような示唆を得るため、スウェーデン、オランダ、フランスにおける要介護高齢者

に対する終末期のケアの実態、また高齢者ケアの方針を決定するための意思決定プロセス等を調査した。この成果が、今後のわが国における要介護者高齢者の終末期ケアのあり方を検討する際の基礎的な資料として活用されることを期待する。

2) - (1) 調査の目的

スウェーデン、オランダ、フランスにおける要介護高齢者、とりわけ死期が近づいていると考えられる高齢者ケアの実態の把握、ケア方針を決定するための意思決定プロセスを調査することを通じて、高齢者自身の終末期ケアに対する意思を最大限尊重し、自宅や介護施設・ケア付き住宅などで死を迎えるための環境整備の検討に資する参考情報を収集する。

2) - (2) 調査対象

介護施設やケア付き住宅において死期が近いとみられる重度の要介護者に提供される医療・介護サービスを調査対象とした。

また、調査対象国は税財源を基盤としてサービス提供をしている北欧諸国からスウェーデン、1968年という早い時期に長期療養を対象としたAWBZ^{*1}を創設したオランダ、公的医療保険制度が浸透し、介護給付制度も創設するなど制度面で日本と比較しやすいフランス、以上3カ国とした。

2) - (3) 調査内容

以下の内容について調査を行った。

- 1) 介護高齢者の居住場所と利用している医療・介護サービス
- 2) 介護施設やケア付き住宅における死期が近づいたときの対応
- 3) 死期の近い要介護高齢者に対する医療の提供（ケーススタディ）
- 4) 終末期ケアに関する意思確認の仕組み / 等

2) - (4) 調査の結果

1) 高齢者の居住場所

① 高齢者入所施設（介護施設・ケア付き住宅）の種類

スウェーデンの場合、個別に分類されてきたサービスハウス、ナーシングホーム、老人ホーム、グループホームといった「施設」はエーデル改革以後、特別住宅（またはケア付き住宅）として統合され、「施設」ではなく「住居」と位置づけられた。各種特別住宅（ケア付き住宅）があるが明確な違いはない。

オランダの場合、ナーシングホーム、高齢者ホームがある。また自立した生活が可能な高齢者を対象としたシェルタードハウジングがあるが明確な定義はない。

フランスの場合、高齢者入所施設と長期療養病床に分けられる。高齢者入所施設には高齢者ホーム、高齢者アパート、公的病院内の高齢者ホーム部と呼ばれるものがある。

② 介護施設・ケア付き住宅に入所している者の割合

介護施設・ケア付き住宅で生活している者の割合を比較すると、スウェーデンでは8%、オランダでは7%、フランスでは4%となっている。

フランスは日本と同様に、医療施設に長期滞在することができるが、スウェーデン、

オランダでは医療施設は急性期患者のみを対象としており、要介護高齢者が長期にわたって滞在することはほとんどない。

③介護施設・ケア付き住宅の入所期間

オランダの場合、ナーシングホームが約1年半、高齢者ホームが約3～4年、フランスの場合、高齢者施設が約3年、長期療養病床が約2年となっている。スウェーデンの場合、まとまったデータがなかったが一般的にナーシングホーム系の方が重度要介護者になってから入所するため利用期間が短く、老人ホーム系は自立度が比較的高い段階で入所するため利用期間が長い傾向がある。

いずれの国も、介護の必要性の高い高齢者を対象とする施設は入所期間が短い傾向があった。なお、日本の場合、特別養護老人ホームの入所期間の中央値は3年程度である。

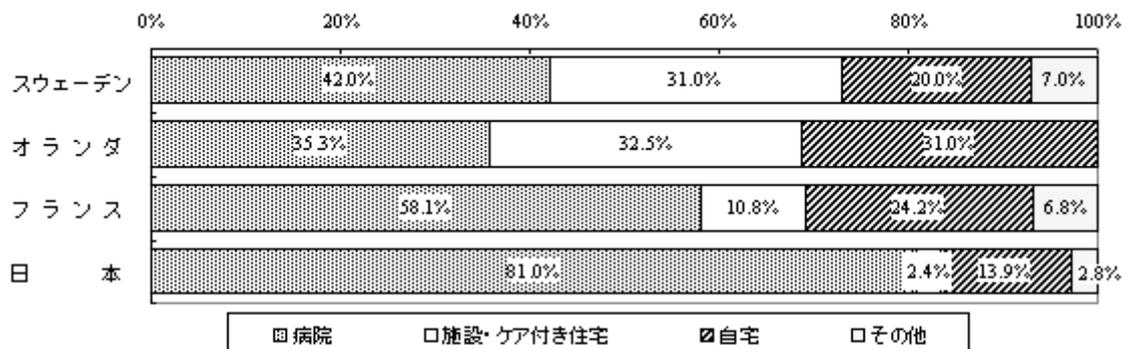
④介護施設・ケア付き住宅入所の場合の費用負担

いずれの国も利用に際して所得制限はないが、自己負担は所得に応じた設定になっていることが多く、高所得者ほど自己負担が多い。

フランスでは日本と同様に長期療養病床があるが、長期入院した場合の自己負担額は高齢者入所施設とほぼ同等の高額になるため、施設ではなく長期療養病床を選択するという経済的インセンティブは働かないと考えられる。

⑤要介護高齢者の死亡場所

オランダ・スウェーデンでは施設・ケア付き住宅で死亡する人が3割を超え、フランスは1割程度となっている。



(注)「ナーシングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Dögen angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

2) 介護施設・ケア付き住宅におけるサービス提供内容

①医師・看護師の人員配置、看護師への権限委譲

いずれの国も、人員配置のガイドラインはない。施設の種類および個々の施設において差異がある。

スウェーデンでは、看護師がいる施設といない施設がある。いない施設の場合は地域看護師が訪問し在宅での訪問看護同様24時間対応している。ナーシングホームでは

技能が高く権限を持つ看護師が多い。また家庭医の訪問は少なく看護師やケアスタッフに任されている。

オランダのナーシングホームではナーシングホーム医と看護師が常駐し医療・看護を提供する。看護師は夜間も常駐しており看護師の能力に応じて、医師が権限委譲するケースもある。

フランスの高齢者ホームでは医師は非常勤のことが多く、入所者は基本的にかかりつけ医の診察を継続して受けている。看護師は日中のみの配置など比較的少ない。

②医療機関の利用

オランダでは、ナーシングホーム医が日常的な医学的ケアを行うことができるため、病院の利用は病院でしかできないような医学的処置が必要であると認めた場合に限られる。

スウェーデン、フランスの場合も、同様に急変や手術の必要な怪我など医学的に何かできるときのみ病院を利用する。

③死期が近づいた場合の医療機関の利用

いずれの国でも介護施設・ケア付き住宅の看護師や介護スタッフは死の看取りに慣れているため、最後まで必要なケアを提供することが出来、病院へ転送することは少ないとの意見が多く聞かれた。

④死期が近い要介護高齢者に対する積極的医療の提供

はっきりとした意思表示ができない程度に痴呆が進行し、自力で嚥下不能なほどADLが低下している要介護高齢者が肺炎に罹ったケースを提示し、その対応（抗生物質投与の有無とその方法、経管栄養の実施、呼吸困難に対する処置、心停止直後の心臓マッサージ等）をインタビューした。このような状況の対応について、いずれの国においても国レベルのガイドラインは作成されていなかった。

インタビューの結果、各国とも抗生物質の投与について年齢による区別は行っていないが、点滴での投与は医療機関以外ではまれなようである。経管栄養については回復の見込みの少ない場合、胃ろうを作るなど人工的な処置を行うケースは少ないとの意見が多かった。呼吸困難に対する気管内挿管、気管切開、心停止直後の心臓マッサージについては実施するという意見は聞かれなかった。

3) 要介護高齢者の医療サービス利用（日本との相違点）

3カ国における要介護高齢者の医療サービス利用が日本と異なる理由として、次の4点が要因として考えられる。

①病院を利用するうえでの条件の違い

フランスは日本と同様に病院医療へのアクセスが比較的良好で、かかりつけ医などの紹介なしに直接入院することが可能であるが、オランダ・スウェーデンでは救急医療に限定されている。またフランスは、長期療養病床に要介護高齢者が長期入院することが可能であるが、オランダ・スウェーデンは原則的にできない。

ただし、スウェーデンでは、日本の長期療養病床に相当していたリハビリテーション病院、ナーシングホームがエーデル改革により、医療施設ではなく介護施設・ケア付き住宅と位置付けられるようになったことに留意する必要がある。このため移管後も医療機能を残しているところでは、病院へ転院させなくても必要な医療を提供でき

ている。

②介護施設・ケア付き住宅で提供される医療サービス

今回調査した国の中で、オランダのナーシングホームでは専門のナーシングホーム医学を修得した医師が常駐し、レベルの高い高齢者ケアを提供していることが目立った。このため医療機関を利用せずとも手厚い医療サービスを受けることができる。

一方、スウェーデンでは特別住宅の大半は、個人の住宅に近い環境が整備されており、多くが個室である。台所やシャワーがついており、自分の家から家具を持ち込めるなど、生活の質と継続性が保障されている。また、専門の看護スタッフを24時間備えているため、何かあったときは看護師によるケアを受けられるという安心感もある。このようなケア付き住宅が整備されたので、自立度が高い時期から安心のために看護・介護の充実した施設に入所するような対応は見られなくなったといえよう。

なお、各国とも、医療施設、介護施設、医療・看護の充実したケア付き住宅、さらに通常の住宅との区別は曖昧になってきており、単純には比較できないことに注意が必要である。

③看護師の技能向上と権限委譲

オランダ・スウェーデンでは看護師の権限が広く、特にスウェーデンではディストリクト・ナースが介護施設・ケア付き住宅の区別なく充実した看護を提供している。また、施設のスタッフが看取りに慣れており、死期が近づいても病院へ転送せずに必要なケアを提供できる。介護に熟練した看護師の養成と権限委譲が重要と考えられる。

④意思決定の仕組みの違い

オランダのナーシングホームでは、痴呆などで意思表示できなくなった場合に備えて、ナーシングホームの医師が事前に死期が近づいた場合の処置などについて希望を確認する仕組みをとっている。在宅の高齢者の場合は、かかりつけのGPと長期にわたる関係が確立されているため、患者は医師に対して意思表明をしやすい。こうした本人の意思は医療方針に反映される。オランダのナーシングホーム医はナーシングホームで手厚い医療を提供し、また患者の意思確認なども行っている。しかしそれだけでなく、ナーシングホーム医協会が蘇生(心臓マッサージと人工呼吸)に関するガイドラインを作成し、本人の希望と医学的効果に鑑みた提供を呼びかけている。このガイドラインに基づき具体的なマニュアルを作成している施設もある。ナーシングホーム医はGPとともに、それぞれ専門の診療領域(科)を形成し、医学教育においても専門分野のひとつとなっている。ナーシングホーム医やGPの存在は、専門医に対しても影響力をもつと考えられる。

これに反して、スウェーデンとフランスでは、要介護高齢者の意思確認についてはオランダのように整備されていない。終末期を想定した話し合いを持つことはタブー視される傾向があり、医師や看護師は日常的な関わりを通じて推察している。また医学教育において専門分野として確立していない。

*1: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten 特別医療費補償制度

3) 「在宅末期がん診療における麻薬使用率の検討」(在宅医療助成 勇美記念財団)

A 診療所において、1999. 4. 1～2004. 12. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 189 人、I

診療所において、1994. 4. 1～2003. 7. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 76 人、M クリニックにおいて、1997. 4. 1～2003. 12. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 102 人、K クリニックにおいて、1999. 1. 1～2003. 3. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 202 人、KG 診療所において、2000. 4. 1～2004. 3. 31 に在宅診療を行い死亡した患者 48 人の合計 617 人を対象とした。

対象全患者 617 名のうち、在宅医療施行中に 316 名に麻薬が使用され、麻薬使用率は 51.2%であった。このうち、在宅死亡患者は、355 名で、そのうち 201 人に麻薬が使用され、麻薬使用率は 56.6%であった。病院等死亡患者は 262 名で、そのうち 115 人に麻薬が使用され、麻薬使用率は 43.8%であった。ただし、病院等死亡患者に関しては、死亡までの全経過を見ているわけではなく、このデータは、経過途上における麻薬使用率と見るべきである。年齢階級別麻薬使用率においては、在宅死亡患者と病院等死亡患者のいずれにおいても、年齢階級が高いほど、麻薬使用率が低い傾向が見られ、70 歳以降においては、おおむね、麻薬使用率は半数以下になっている。

4) プライマリケアチームが在宅緩和ケアを円滑に提供するために必要な専門職緩和ケアチームとの連携について (在宅医療助成 勇美記念財団)

半構成的質問紙を作成し、実際に在宅緩和ケアに関わった両チームのメンバーに対しインタビューを行なうことで、メンバー自身の視点から捉えたチーム連携の課題について調査した。専門職緩和ケアチームは 1 チームで、医師 1 名、看護師 2 名、OT 2 名、MSW1 名、一方、プライマリケアチームはこの緩和ケアチームと連携経験のある診療所医師 5 名 (5 チーム)、訪問看護ステーションの看護師 3 名 (3 チーム)、の計 14 名を対象とした。これら対象者に対し予備研究で判明した課題を盛り込んだ半構成的質問紙法により面接を行った。面接時間は 1 時間半から 2 時間であり、面接は研究者自身がこれにあたった。また、面接者は被面接者とは異なる職種のものであたることとし、看護師への面接は医師である研究者がこれを行った。インタビューに当たっては面接予定者に対して、事前に書面によって、研究の目的と意義、研究の方法、研究への参加が、肉体的苦痛、副作用、合併症をもたらすものではないこと、研究への参加の自由と、不参加による不利益を被らないこと、参加後の中止の自由、プライバシーの保護 について説明を行い、面接の許可を得た。また改めて、面接開始前に説明用紙に基づき再度口頭により説明を行い、文書にて同意を得た後に、インタビューを行った。インタビューは同意を得て IC レコーダに録音し、インタビュー終了後これから、逐語録を作成し、内容分析の技法を用いて分析を行った。

まず、訪問看護師の立場から見た連携促進因子・阻害因子を検討したところ、連携促進因子として、1) 両チームの参加する学習会の定期開催、2) 十分な情報提供、3) プライマリケアチームによる緩和ケアに特有なケアの理解、4) 両チームの間での適切な役割分担、5) 迅速な連絡体制、6) 緩和ケアチームのバックアップによる安心感、7) 合同カンファレンスの開催、の 7 つの因子が抽出された。一方阻害する要因として 1) 2 人主治医体制、2) 緩和ケアに理解を示さないプライマリケア医、の 2 つの因子が見いだされた。

促進因子については、プライマリケア医を対象とした面接でもほぼ同じ因子が抽出された。さらに医師に特有の連携促進因子として、1) 医師同士の人間関係、2) 訪問看護ステーションの積極活用、3) グループ診療、4) 緊急事態の対応策が、また阻害因子として、医療制度の不備が抽出された。

現状の医療制度がこうしたチーム連携を阻害しているという点について、詳述する余裕はないが、平成 18 年 4 月の診療報酬改訂で、在宅医療に手厚い変更がなされたことで、

かなり改善されるのではないかと考えられる。緩和ケアチームがプライマリケアチームにスーパーバイザー的に関わることで在宅緩和ケアを必要とする患者・家族のニーズに応じていこうという取り組みを考える場合、プライマリケアチーム側からみれば、がんの在宅緩和ケアというのは、利用者としてがんよりもはるかに多い一般の慢性疾患、加齢に伴う疾患に対する在宅ケアのバリエーションのひとつというとらえ方もできる。

そうした通常扱い慣れている患者とがん患者の違いは、癌性疼痛、がん特有な症状、精神・心理的反応、急激な症状変化が挙げられるが、これとて本質的なものではなく、相対的なものとも考えられる。

在宅緩和ケアはこれまで先進的な医師・看護師を中心とする一部の施設でのみ提供されてきたが、本来在宅ケアに習熟しているプライマリケアチームと専門職緩和ケアチームが連携することで、在宅での緩和ケアならびに最期の看取りを希望する患者・家族に対して、サービス提供の機会が大幅に増大する可能性が示唆された。

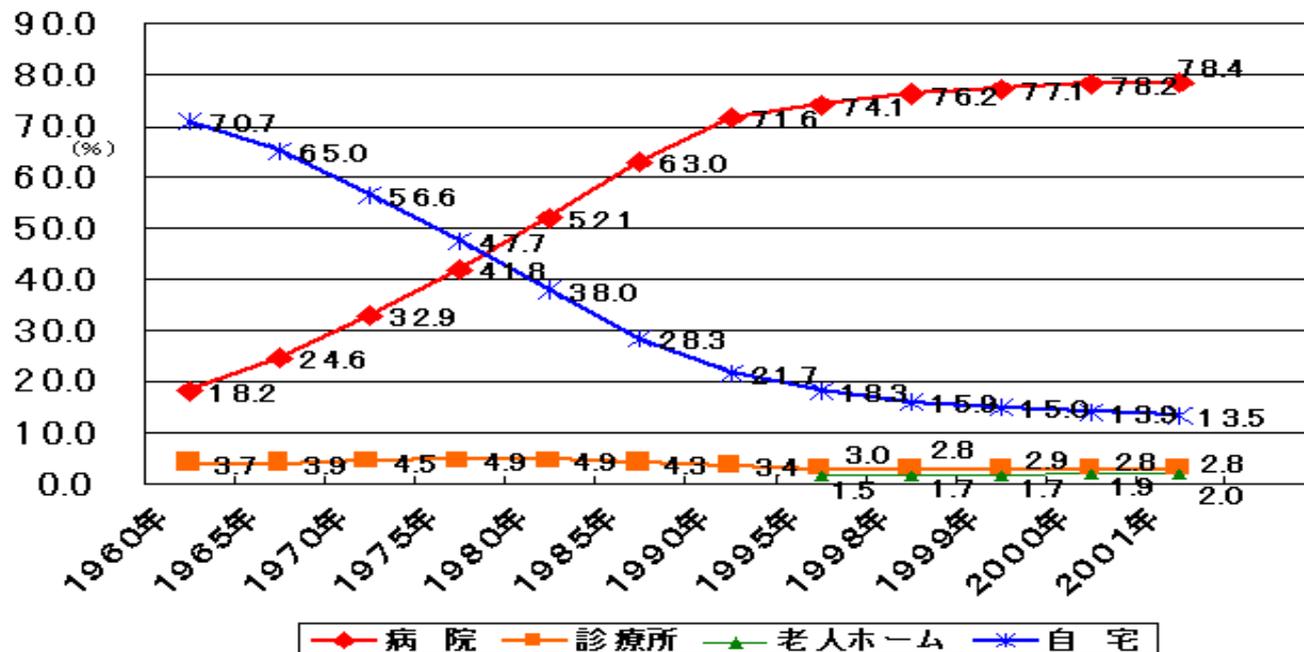
5) 在宅医療に従事する人材養成の支援（在宅医療助成 勇美記念財団）

「在宅療養支援診療所」制度発足後も、外来診療収益は比較的高い。「外来で十分に患者を獲得すればもはや在宅医療を行わなくても、開業医は生活に困らない。だから、在宅医療を行う医師が少ないのだろうか。在宅医療を行う医師の中でも、24時間対応する医師は少ない。それは果たして医師の怠慢なのだろうか。医師は経済的な動機で在宅医療に参入するのだろうか。果たして診療報酬のドライブで医師が在宅医療に参入することを本当に誘導可能なのか。」以上のようなことが議論されてきた。討論の末、経済的なドライブではなく、むしろ、「医師の精神性」こそが在宅医療を推進する根源であろう」という結論に帰着した。すなわち、在宅医療を身をもって体験し、その社会的意義と「面白さ」を真に体得した医師を養成することが重要である。そして、21世紀のニーズにこたえる在宅医療を行う医師を養成する研修コースを設けるという志を我々は持つにいたった。本コースは、初期臨床研修終了後の「専門的な研修コース（フェローシップ）」（案1）および、「開業支援コース」（案2）であり、在宅医療を学び、開業能力のある医師を養成するものである。{患者の要請に応じて24時間の対応を実施し、かつ、患者の生活背景を深く省察し、マネジメント能力にとんだ在宅医を養成する}ことを基本目的とする。このような研修プログラムの開発研究を行うことにした。とりわけ、案2に関しては、勇美記念財団内部で討論されている「在宅医療研修センター（案）」を考慮に入れた。

(3) 医療政策の展開 その1 がん

わが国は、上記先行研究が示すとおり、住み慣れた生活の場において最期を迎えるシステムが未だ整備されていないため、下図のとおりやむを得ず病院のベッドで死亡する場合が約8割である。また、表のように都道府県別に見ても、病院死は最高の北海道から長野まで約1割の幅はあるものの、この傾向は変わらない。この状況を打破するには、在宅医療支援診療所を中心とした在宅医療の一層の展開が必要条件となる。

死亡場所の内訳・推移（出典：平成13年 人口動態統計）



死亡の場所別にみた都道府県別構成割合 (%) 平成14年人口動態統計より作成

都道府県 全国には住所 が外国・不詳を 含む。	病 院	診療所	老人保 健施設	助産所	老 人 ホ ー ム	自 宅	その他
全国	78.6	2.8	0.6	0.0	1.9	13.4	2.7
北海道	84.3	3.1	0.3	-	1.2	8.4	2.8
青森	73.9	6.4	1.1	-	2.2	12.6	3.8
岩手	79.0	3.3	1.0	-	1.5	11.8	3.3
宮城	75.0	3.5	0.8	-	1.5	15.9	3.4
秋田	76.9	2.2	0.8	-	2.4	14.6	3.1
山形	74.0	2.6	0.6	-	3.3	16.9	2.5
福島	77.4	2.4	0.7	-	1.4	15.6	2.6
茨城	79.7	2.8	0.4	-	1.4	13.2	2.5
栃木	76.8	4.0	1.0	-	2.2	13.6	2.2

群馬	78.6	2.5	0.9	-	1.6	13.8	2.6
埼玉	81.6	2.6	0.3	-	1.2	12.0	2.3
千葉	79.4	2.7	0.4	-	0.9	13.9	2.7
東京	81.9	1.7	0.3	-	1.5	12.8	1.9
神奈川	81.8	1.5	0.3	-	1.2	12.7	2.5
新潟	75.5	0.8	0.9	-	2.6	17.7	2.5
富山	80.9	1.6	0.7	-	1.9	12.6	2.3
石川	77.9	3.0	1.0	-	2.1	13.0	3.0
福井	75.0	4.5	1.2	-	3.1	14.1	2.0
山梨	76.5	2.0	0.7	-	2.1	15.4	3.3
長野	72.5	2.1	1.4	-	4.4	17.4	2.1
岐阜	76.6	3.2	0.7	-	1.2	16.1	2.2
静岡	76.0	2.7	0.6	-	2.8	15.5	2.3
愛知	81.8	1.9	0.5	-	0.7	12.9	2.2
三重	75.5	2.2	0.7	-	2.6	16.4	2.6
滋賀	79.0	0.4	0.2	-	1.5	16.3	2.7
京都	79.6	0.6	0.3	-	2.0	14.7	2.8
大阪	80.0	0.9	0.2	-	1.1	14.4	3.5
兵庫	77.3	2.1	0.3	-	2.0	15.6	2.7
奈良	77.7	0.7	0.2	-	2.1	16.4	2.9
和歌山	71.2	3.9	1.2	-	4.0	17.1	2.6
鳥取	73.2	4.1	2.3	-	2.9	14.6	2.9
島根	76.3	2.2	0.7	-	4.0	14.4	2.4
岡山	75.7	4.4	0.9	-	2.7	13.7	2.5
広島	76.9	3.1	0.5	0.0	3.5	13.4	2.6
山口	79.1	3.4	0.6	-	2.8	11.3	2.8
徳島	74.6	5.0	1.8	-	3.5	12.9	2.2
香川	74.2	5.2	1.1	-	3.4	13.8	2.3
愛媛	74.4	5.2	0.9	-	2.0	14.8	2.7
高知	81.6	2.3	0.4	-	1.2	11.3	3.2
福岡	82.6	2.9	0.6	-	1.3	10.0	2.5
佐賀	77.3	5.1	1.2	-	3.0	10.7	2.6
長崎	79.6	4.9	0.9	-	2.6	9.8	2.2
熊本	77.2	6.6	0.6	-	3.1	10.2	2.3
大分	73.3	8.2	0.9	-	3.3	11.5	2.8
宮崎	75.1	7.6	0.6	-	2.6	11.3	2.8
鹿児島	74.3	8.2	0.7	-	3.2	11.2	2.3
沖縄	78.4	2.4	0.3	-	2.0	13.0	4.0

以上の先行研究より、居宅のみならず、介護・福祉施設における看取りのためには、従来の在宅医療提供サービスでは賄いきれない、あらたな在宅医療の拠点、橋頭堡の役割を果たす、在宅医療支援診療所に関する調査研究が必要であると考えられた。

さらに、最期を迎えたい場所で最期を迎えるには、救急車で入院することを避けるために、リビングウイル等の事前指示の普及が必要である。

日本医師会は、米国医師会の定義をうけて「事前指示とは、記載され署名された書面または証言された口頭による陳述であり、意識を喪失しまたは他の方法で自分の意思表示ができなくなった場合に、自分が受けることまたは受けないことを希求する、医療に関する希望を記録したもの」として、専門学会による代表的な疾病ごとの終末期医療ガイドラインの作成に必要性を提言している。とりわけ治療の差し控え、中止が特に問題となる筋萎縮性側索硬化症（ALS）、遷延性意識障害（PVS）などの疾患については、関連する専門学会がガイドラインを作成することを要望している。

厚生労働省研究班（主任研究者 林謙治 国立保健医療科学院次長）においても、終末期医療についてのガイドラインの策定が行われつつある。「今後、緩和医療が普及すればがん患者およびその家族の延命中止治療に対する認識は今のものとは大きく変化すると考えられる。しかし、現状では、延命中止治療に関する限り司法判断を超える医療行為を医療従事者に求めることは困難であると考えられる。従って、延命中止治療について社会的合意が得られるのは自然死を見守る姿勢であり、患者及び家族・介護者の意志を尊重し、チーム医療体制を整備して方針を決めることが望まれる。当面の間こうした方向性に沿うのは末期がん患者の在宅ケアであろう。」

したがって、事前指示について、在宅医療にかかわる臨床家の意識を調査する必要があると考えられる。

厚生労働省が開催していた「がん対策の推進に関する意見交換会」が、がん対策に関する提言をとりまとめた。

提言は、（１）がんの予防・早期発見（２）がん医療（３）医療機関の整備（４）がん医療に関する相談支援および情報提供（５）がん登録（６）がん研究——の６つの項目に関して、現状を描写したうえで具体的な提言を示した。提言は合計 55 項目にのぼる。

まず、がんの予防・早期発見に関しては、7 項目が挙げられた。「たばこ対策の推進」「がん予防対策の広報強化」「がん検診未受診者を無くすことに重点を置いた検診推進」などである。

2 つ目のがん医療に関しては 22 項目。放射線療法・化学療法の推進と医療従事者の育成、診療ガイドライン、緩和ケア、在宅医療の 4 分野に分けて提言が並んだ。放射線療法・化学療法の推進と医療従事者の育成の分野では、「チーム医療の推進」「専門的にがん治療を行う医療者の育成のための大学講座などの設置」「医師のコミュニケーション技術の向上」などが、診療ガイドラインの分野では、「ガイドライン作成の促進と患者用版の作成推進」「作成委員への患者参加奨励」などが盛り込まれた。

緩和ケアの分野では、「切れ目のない緩和ケアの実施や緩和ケア外来の設置」「医師への緩和ケアに関する研修の実施」「緩和ケアチームへの心のケアも含めた教育」などが、在宅医療の分野については、「在宅医療のための体制整備」「地域連携クリニカルパス（実施されるケアを医療機関の枠を超えて時系列に図示した治療計画書）の整備などによる地域で在宅医療が実施できる体制の整備」「訪問看護師の確保」「痛みのケアや医療用麻薬に詳しい在宅緩和ケア関係者の育成」などが入った。

3 つ目の医療機関の整備に関しては 5 項目。「医療機能の分化・連携の推進」「地域連携クリニカルパスの整備による切れ目のない医療の提供」「がん拠点病院のさらなる機能強化に向けた検討」国立がんセンターがん対策情報センターの機能強化」などが明記された。

4 つ目の相談支援・情報提供に関しては 12 項目。「がん経験者による相談の重視」「がん患者や患者団体ががん医療を変えよとの責任や自覚を持って活動すべきこと」「社会全体が

患者団体の支援をすべきこと」「患者と家族への心のケアを実施する体制の整備」「がん拠点病院に設置された相談支援センターの人員増強や訓練強化」「相談支援センターでの患者団体の相談員との連携」「国立がんセンターによるインターネットを通じた情報提供強化と共にインターネットを使わない人への情報提供経路の確保」などの事項がある。

5つ目のがん登録に関しては5項目。「がん登録の意義と内容の周知」「患者追跡調査の労力軽減策の検討」「地域がん登録に関する法律整備の検討」などが記述された。最後のがん研究に関しては4項目。「臨床研究グループへの支援や人材の育成など基盤の強化」「情報の提供や公開による国民の理解促進」「患者から期待が大きい患者の生活の質（QOL）向上などを含む臨床研究の重視」「研究成果を患者代表も参加した会議などで報告するなどの透明性の確保」などが盛り込まれた。

***麻薬の取り扱い

がんなどの痛みを和らげる医療用麻薬を、在宅でも使いやすくするため、厚生労働省は国の麻薬管理マニュアルを初めて改訂した。患者本人が手元で薬を管理できるようにするなど、規制を大幅に緩和した。がん対策基本法が施行される4月を前に、自宅で行える緩和医療を受けやすくし、患者の生活の質を高めるのが狙い。

モルヒネなどの麻薬は乱用防止のため、麻薬取締法で管理の仕方が厳しく制限されている。一方で、適切に使えば、意識を残したまま、痛みだけを取り除くことができ、医療用麻薬の需要が高まっていた。

このため、厚労省研究班が89年度、医療従事者向けに使用の注意点をまとめたマニュアルを作成。調剤や患者への受け渡し、管理、廃棄などの仕方をまとめた。ただ、薬は薬局やナースステーションで管理し、受け取りは患者本人か家族に限っていた。

また、「在宅患者が増えた今、マニュアルの医療用麻薬の基準は厳しすぎる」という声が在宅ケアの現場などから出ていたことなどから、厚労省は、専門家による検討会を設置。マニュアルを昨年末に改訂した。

改訂後、患者自身が自宅で薬を保管できるようになった。患者が希望すれば看護師やホームヘルパー、ボランティアなどが薬を取りに行き、患者に届けられるほか、処方箋（しょほうせん）をファクスで送り、調剤を始めてもらえる。薬局などから患者が遠くにいる場合、書留便で送ることもできる。

厚労省は「緩和医療を適切に行う」と明記する、がん対策基本法の施行に合わせ、07年度中に医療従事者向けの講習会を開き、使用実態の調査なども行い、さらに適正使用を促す方針である。

・厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課：病院・診療所における麻薬管理マニュアル（平成18年12月）による主な変更点を示す。

「譲渡（法第24条）

麻薬施用者は自ら指示をして、診療施設の薬剤師又は患者の看護に当たる看護師に麻薬及び麻薬処方せんを患者宅に届けさせることができます。麻薬施用者は、患者の病状等の事情により、患者が麻薬を受領することが困難と認める場合には、患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた看護又は介護に当たる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等に麻薬及び麻薬処方せんを手渡すことができます。その際、不正流出防止のため、看護師、ホームヘルパー、ボランティア等が患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた者であることを書面、電話等で確認し、診察時等には患者が指示どおり麻薬を

施用していることを患者又は患者の家族等を通じて随時確認してください。」

「施用、交付（法第 27 条・法第 30 条・法第 33 条）

入院患者に麻薬を交付した際、患者自身が服薬管理できる状況であれば、患者に必要な最小限の麻薬を保管させることは差し支えありません。ただし、病状等からみて患者が服薬管理できないと認めるときは、麻薬管理者は、交付した麻薬を病棟看護師詰所等で保管、管理するよう指示して下さい。入院患者に交付された麻薬は、患者が麻薬を保管する際には看護師詰所等で保管する場合のような麻薬保管庫等の設備は必要ありません。しかし、麻薬管理者は患者に対して、紛失等の防止を図るため、保管方法を助言するなど注意喚起に努め、服用状況等を随時聴取し、施用記録等に記載するようにしてください。

なお、入院患者が交付された麻薬を不注意で紛失等した場合には麻薬管理者は麻薬事故届を提出する必要はありませんが、紛失等した状況を患者から聴取して原因を把握したうえで、盗難や詐取等されたがい然性が高い時は、都道府県薬務主管課又は保健所にその状況を報告するとともに、警察にも連絡してください。」

厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課：薬局における麻薬管理マニュアル（平成 18 年 12 月）による主な変更点を示す。

「譲渡〈患者への交付〉（法第 24 条第 10 項・法第 25 条）

麻薬小売業者は、麻薬処方せんの交付を受けた者に対し、その処方せんにより調剤した麻薬を交付する以外に麻薬を譲渡することはできません。また、麻薬卸売業者へ返品することもできません。

※ 薬局、病院、診療所等の間の貸し借りは絶対にしてはいけません。譲渡・譲受違反となります。（同一開設者が開設する薬局間においても同様です。）

麻薬小売業者は、患者の病状等の事情により、患者が麻薬を受領することが困難と認める場合には、麻薬処方せんの交付を受けた患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた患者の看護にあたる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等に麻薬を手渡すことができます。その際、不正流通等防止のため、看護師等が患者等の意を受けた者であることを書面、電話等で確認してください。

さらに、患者が交付された麻薬を指示どおり服薬していることを、患者又は患者の家族等を通じて随時確認してください。

また、麻薬注射剤を患者に交付するときで、患者又は患者の看護に当たる家族等に直接手渡す際には、薬液を取り出せない構造で麻薬施用者が指示した注入速度（麻薬施用者が指示した量及び頻度の範囲内で患者が痛みの程度に応じた追加投与を選択できる「レスキュー・ドーズ」として注入できる設定を含む。）を変更できないものにして下さい。ただし、患者等の意を受け、さらに麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師が患者宅へ麻薬注射剤を持参し、患者に施用を補助する場合（麻薬小売業者が患者宅へ麻薬注射剤を持参し、麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師に手渡す場合を含む。）はこの限りではありません。なお、麻薬小売業者が患者等の意を受けた看護師等に麻薬を手渡した時点で、患者へ麻薬を交付したことになります。」

(4) 医療政策の展開 その2 難病

1) 特殊疾患療養病棟の廃止について

慢性期入院医療については平成18年6月30日までの経過措置として暫定的な診療報酬が決定され、7月からの診療報酬も示された。7月から慢性期入院医療はADL区分と医療区分の分類から患者のケアの必要度、医療の必要度に応じて分類されている。医療区分は従来、看護配置基準によって評価されていたが、処置の内容、疾患、状態といった医療の必要性に基づく区分となっている。区分3は24時間体制での監視を必要とする状態で、中心静脈栄養、24時間持続点滴、レスピレータ使用、ドレーン法・胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア、酸素療法、感染隔離室におけるケアのいずれかの条件に該当する者となっており、区分2は医療区分3に該当しない者のうち次の条件に該当する者となっている。

多発性硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病、脊髄損傷、肺気腫／慢性閉塞性肺疾患、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、じょく瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日見られる状態で、医療措置としては、透析、経管栄養、喀痰吸引、気管切開・気管内挿管のケア、血糖チェック、皮膚の潰瘍のケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア。医療区分1は医療区分3、2に該当しない者となっている（医療区分分類表参照）。

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

医療区分分類表

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

2006年6月30日時点で『特殊疾患療養病棟入院料1』を算定する病棟について、同時点で当該病棟に入院している入院患者で神経難病等に該当する者について平成20年3月31日までの間は、本来、『医療区分1』又は『医療区分2』に該当するところを『医療区分

3』に該当するものとみなすという説明がなされた。

([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/a405b74fbbf2450d4925715a00046af1/\\$FILE/20060424siryou7.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/a405b74fbbf2450d4925715a00046af1/$FILE/20060424siryou7.pdf))

また、同様に『特殊疾患療養病棟入院料 2』を算定している病棟についても、平成 20 年 3 月 31 日までの間、本来、『医療区分 1』に該当するところを、『医療区分 2』に該当するとみなすという内容が提案されている。

さらに、重度心身障害児（者）施設及び指定医療機関等については『特殊疾患療養病棟入院料 1』『特殊疾患療養病棟入院料 2』または『特殊疾患入院施設管理加算』算定病棟の重度肢体不自由児（者）又は知的障害者であって『医療区分 1』に該当する者は『医療区分 2』とみなすことが検討、提案されている。

現 行	本来の医療区分	経過的取扱い	算定点数の変化
特殊疾患療養病棟入院料 1 神経難病等患者	1 又は 2	3	885 (or 764) →1740
特殊疾患療養病棟入院料 2 神経難病等患者	1	2	885 (or 764) →1334 (or 1220)

今回の措置の対象は、病床区分上療養病床を届け出ているうちの特殊疾患療養病棟を算定している保険医療機関に限定されている。新旧の対比を表に示す。

(旧) 療養病棟入院基本料

項目	点数(老人)	看護配置基準	看護師比率	看護補助配置
1	1,209(1,151)点	5:1	2割以上	4:1
2	1,138(1,080)点	5:1	2割以上	5:1
・その他包括する加算(日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者)入院診療加算等)				

(新：2006年6月まで)

項目	点数(老人)	看護配置基準	看護師比率	看護補助配置
1	1,187点	5:1	2割以上	4:1
2	1,117点	5:1	2割以上	5:1
・その他包括する加算(日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者)入院診療加算等)				

(新：2006年7月から)

ADL 区分 3	885 点	1,344 点	1,740 点
ADL 区分 2	764 点		
ADL 区分 1		1,220 点	
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
(認知機能障害加算 5点(医療区分2・ADL区分1))			

医療保険の療病病床の診療報酬点数は7月から医療区分とADL区分で患者ごとに算定することになるが、患者の医療区分やADL区分の評価は頻回に実施することになる。たとえば医療区分3の場合、「医師及び看護職員により、常時、監視・管理を必要とする状態」

については、頻回に評価を行い、医療区分に応じた診療報酬点数を算定することになる。

このような制度改革の影響で、医療療養病床や、特殊疾患療養病棟から在宅療養への大幅なシフトが予想される。とりわけ難病患者については在宅ハイケアの提供体制の整備がなお一層望まれるところであり、療養者の視点に立った医療の質の評価こそが喫緊の課題である。当研究グループは、この課題に引き続き取り組んでゆく。

2) 平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果について

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

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

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

中間報告書の概要を以下に示す。

診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価調査分科会
(分科会長 池上直己) 中間報告書 (平成 19 年 3 月 28 日)

当分科会は、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の要請を受け、平成 18 年度診療報酬改定において療養病棟入院基本料等に導入された、医療の必要性による区分(以下「医療区分」という。)及び ADL の状況による区分(以下「ADL 区分」という)、並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価手法等について以下の事項の検証を行うことを目的として、調査を実施した。

- ①患者分類に基づく包括評価導入に伴う職員配置、患者構成、コストの変動
- ②医療区分の妥当性
- ③ADL 区分の妥当性
- ④認知症加算の妥当性
- ⑤患者分類に基づく包括評価導入前後の医療の質の変化
- ⑥医療療養病棟の役割
- ⑦患者及び施設の介護への移行の状況

A. 調査対象

(1) タイムスタディ等調査

慢性期入院医療の患者像等を適切に把握することを目的として、医療療養病棟を有し調査協力が得られた 90 病院を対象に、患者特性調査、タイムスタディ、コスト調査、レセプト調査（タイムスタディ調査対象病棟）、施設特性調査、病院長に対する基本事項に関する調査を実施した。

(2) レセプト調査（国保支払分）

全国の療養病棟入院基本料 2 を算定する病棟における入院料の算定状況等の把握を目的として、当該病棟の入院患者であって、国民健康保険からの支払いに係る者のうち約 12 万人の 1 か月分のレセプトを収集した。

(3) 有床診療所の患者分類分布調査

医療療養病床を有する診療所の患者分類分布の把握を目的として、協力が得られた 109 施設の調査基準日における患者の分布を調査した。

(4) 介護療養病床のみを有する病院の調査

介護療養病床のみを有する病院の患者の状態像等の把握を目的として、協力の得られた 16 病院を対象に、患者特性調査及び施設特性調査を実施した。

B. 結果概要

(1) 分析対象

上記の調査対象からのデータのうち、2 月時点において集計可能となったものについて集計を行った。集計の対象件数は以下のとおりである。

集計対象数

調査票	現時点での 件数	最終見込み 件数
1. 患者特性調査票(医療療養病棟)	77病院	90病院
2. 患者特性調査票(介護療養病棟等)	31病院	37病院
3. タイムスタディ調査票	70病院	90病院
4. コスト調査票	50病院	90病院
5. レセプト調査票(タイムスタディ調査病棟)	77病院	90病院
6. 有床診療所の患者分類分布調査票	109診療所	—
7. 介護療養病床のみを有する病院の調査票	16病院	—
8. 施設特性調査票	81病院	90病院
9. 病院長に対する基本事項に関する調査票	82病院	90病院
10. レセプト調査(国保支払分)	42,881件	約12万件

①ADL・医療区分、認知機能障害加算の状況

医療療養病棟においては平成 17 年度と比較して、医療区分 1 の患者の割合が減少し、医療区分 2、3 の患者の割合が増加していた。一方、介護療養病棟においてはそのような傾向はなく、医療の必要性に応じた医療と介護の機能分担が進んでいるものと評価できる。

②患者1人当たりのケア時間の状況

医療療養病棟における患者分類別の患者1人1日当たり職種別人件費重み付けケア時間(以下「ケア時間」という)は、平成16年度調査時と比較していずれの区分においても増加していたが、医療区分、ADL区分とも区分1、区分2、区分3の順にケア時間が長くなっていることに変化はなかった。ただし、言忍知機能障害の「有り」と「無し」の間におけるケア時間の差はわずかししか認められなかった。

③患者1人当たり費用の状況

医療療養病棟の患者1人当たり費用は、平成16年度と比較して大きな変化はなかった。その内訳においては、材料費等が増加し、経費等が減少した。

④職員配置の状況

看護職員1人当たりの患者数は、平成17年11月と比較して平成18年11月では減少しており、看護職員の配置が厚くなったものと評価できる。看護補助者1人当たりの患者数は、平成17年11月と比較して平成18年6月、7月は減少し看護職員の配置が厚くなったものの、平成18年11月では再び平成17年11月の状況に戻っていた。

⑤入退院患者の状況

患者分類導入直近の平成18年6月、7月においては、その前後と比較して療養病床内において医療保険・介護保険間を移行した患者数が増加した。医療療養病棟に入院する時点では、医療区分2、3の患者が7割近くを占めており、医療療養病棟における医療の必要性の高い患者の受け入れが進んでいるものと評価できる。退院又は転棟する時点では、医療区分3の患者が3割以上を占めているが、その多くは死亡退院であり、死亡退院以外では医療区分1の状態での退院又は転棟する患者が半数近くを占めていた。

⑥患者分類に対する病院長の評価

病院長による基本事項に関する評価においては、患者分類に対する総合的評価として、「やや不適當である」「不適當である」の合計が6割近くに上ったほか、医療区分2、3の各項目に対する評価として、24時間持続点滴、リハビリテーション、体内出血、喀痰吸引等の項目において、項目への該当条件や該当日数の制限が不適切との意見があった。

なお、不適當との意見は、自由記載の意見から、分類そのものというよりは、診療報酬点数の妥当性、制度実施の手順及び評価票の煩雑さ等に関して不適切として評価されたと考えられる。

また、医療区分2に加えるべき項目として、経管栄養、胃瘦等の処置を挙げる意見が多数あった。

医療区分・ADL区分の評価・記録頻度は1週間に1度でよい、との意見が4割近くを占めた。療養病床への入院対象としては、急性期一般病棟での治療後の受け皿を必要としている患者、在宅での療養が一時的に困難になった際の受け皿を必要としている患者、経口摂取が困難な患者を挙げる意見が多数あった。

患者分類の導入に伴う対応として、療養病棟の機能を明確化し、入退院する基準を見直した、患者特性の把握及び記録をより綿密に行うようになった、との意見が多数あった。また、医師、看護職員の数を増やした、または1人当たりの勤務時間が増加した、とする回答が6割から7割あった。

⑦医療療養病棟の入院料算定の状況

全国の医療療養病棟の入院患者のレセプトでの入院料の算定状況においては、医療区分1に該当する患者が30%、医療区分2が52%、医療区分3が18%であり、平成17年度と比較して医療区分1の患者の割合が減少し、医療区分2、3の患者の割合が増加していた。

⑧有床診療所の患者分布の状況

有床診療所においては、平成17年度と比較して医療区分毎の患者構成、比に変化なく、病院と異なり、医療と介護の機能分担は進んでいないことが明らかになった。

C. 患者分類に係る検証

医療区分及びADL区分については、診療報酬改定後もタイムスタディ調査による患者1人当たりの直接ケア時間の順序性が保持されていることが明らかとなったこと等から、概ね妥当であると考えられた。また、医療療養病棟において、医療の必要性の高い患者の受け入れが進んでいることが明らかになった。一方で、以下の点については、さらに詳細な検討が必要と考えられた。

- ・患者分類に対する診療報酬上の区分において、例えば医療区分3のADL区分1とADL区分3の間にケア時間の大きな開きが認められるにもかかわらず、1つの区分として整理されている等、必ずしも同質ではないものがまとめられているとも考えられること。

- ・認知機能障害の有無については、直接ケア時間の差が小さいこと等から、必ずしも区分を分ける必要はないとも考えられること。

なお、当分科会に対して要請された事項は、平成18年度診療報酬改定の基礎資料とするため、患者にかかるコストに着目して医療区分、ADL区分を設定することであった。しかし、医療区分1に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されていることについては、当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない。また、医療区分の意味づけを行う際には、介護保険施設における医療の在り方についても十分に検討される必要がある。

今回の報告は調査結果の速報に基づくものであり、コスト調査等についてはさらに詳細な分析が必要であると考えられることから、19年度以降も引き続き検証を進めるべきである。またその際には、医療の質の評価手法等についても併せて検討する必要がある。

3) 難病患者リハビリテーションに関する改編

A. 2006年診療報酬改定

従来以下の要件で行われてきた「難病患者リハビリテーション」は、2006年の診療報酬改訂で大きく「脳血管疾患等 リハビリテーション」組み込まれた。

旧「難病患者リハビリテーション」の要件

(1) 専任の常勤医師が勤務していること。

- (2) 専従する2人以上の従事者（理学療法士または作業療法士が1人以上でありかつ、看護師が1人以上）が勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は作業療法士との兼任でないこと。
- (3) 取り扱う患者数は、従事者1人につき1日20人を限度とする。
- (4) 難病患者リハビリテーションを行うにふさわしい専用の施設を有しており、当該施設の広さは60平方メートル以上としかつ、患者1人当たりの面積は4.0平方メートルを基準とする。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。
- (5) 当該訓練を行うために必要な専用の器機・器具を具備していること。

4つの疾患別の評価体系へ再編

	脳血管疾患等 リハビリテーション	運動器 リハビリテーション	呼吸器 リハビリテーション	心大血管疾患 リハビリテーション
対象疾患	脳血管疾患 脳外傷 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障害 等	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・ 骨折の手術後 四肢の切断・義肢 熱傷瘢痕による関 節拘縮 等	肺炎・無気肺 開胸手術後 肺梗塞 慢性閉塞性肺疾患 であって重症後分 類Ⅱ以上の状態の 患者 等	急性心筋梗塞 狭心症 開心術後 慢性心不全で左心 駆出率40%以下 冠動脈バイパス術 後大血管術後 等
リハビリテーション料（I）	250点	180点	180点	250点
リハビリテーション料（II）	100点	80点	80点	100点
算定日数の上限	180点	150点	90点	150点
※ リハビリテーション料（II）は、一定の施設基準を満たす場合に算定できる。 ※ リハビリテーション料（I）は、さらに医師又はリハビリテーション従事者の配置が手厚い場合に算定できる。				

B. その後の経過措置、変更点

B-1. 日本リハビリテーション医学会の意見書

社団法人日本リハビリテーション医学会は「平成18年診療報酬改定におけるリハビリテーション料に関する意見書」を平成18年11月21日に提出したが、そのなかで、日数制限を設定することのデメリットを整理した。

算定日数制限を疾患別に一律に決めることの問題点

- (1) 必要な算定日数に関しては、疾患群ではなく個々の患者においてバリエーションが大きいので、算定日数制限の除外対象患者以外の患者においても、算定日

数制限以上の日数が必要な場合にしばしば遭遇する。

- (2) 算定日数で収まらないことが予想される脊髄損傷などの疾患は、入院適応なしと判断してしまう場合がおこってしまう。
- (3) 介護保険対象でない年齢および疾患のために、どうしても医療保険で維持的なリハビリテーション治療を行わなければ廃用性の障害が出現する患者がいる。
- (4) 算定日数制限の除外対象患者になると、制度上は以前よりも診療報酬算定が行いやすくなり、不必要なリハビリテーション治療が場合によって行われてしまう可能性がある。
- (5) 開業している代替医療者に医師の同意書に基づく療養費を日数制限無く認めていることと整合性が取れないこと。
- (6) 十分に機能的なアウトカムが得られていない時点で、健康保険での診療の取り決めにおける算定日数制限の日となったことと理由で、治療を終了することを患者に説得することは難しい。
- (7) 維持期に利用することが前提となっている介護保険での通所リハビリテーションの個別患者における機能訓練の質が、現在の日本では必ずしも高くない。また、通所リハビリテーション自体の運用が個別の機能訓練を適切に行うことを目的としていない場合も多い。
- (8) 治療を継続することにより改善の得られる場合だけでなく、障害の状態の維持や進行の遅延が可能と医学的に判断される場合にもリハビリテーション医療の適応となると考えられる。

B-2. 中央社会保険医療協議会総会（平成 19 年 3 月 14 日）

平成 19 年 3 月 14 日に開催した中医協総会において、リハビリテーションにかかる調査結果概要（速報）を踏まえて、リハビリテーションの見直しに関する点数改定が諮問され、付帯決議をつけた上で了承、4 月 1 日から実施されることとなった。

改定は、①算定日数上限の除外対象を拡大する、②除外規定に該当しない場合であって別に厚労大臣が定める患者について、維持期リハビリテーションを新設する、③算定日数上限期間内の点数を逡減させ引き下げる、という内容である。

除外対象患者は拡大したものの、「障害児（者）リハビリテーション料の対象となる患者」と、「先天性又は進行性の神経・筋疾患」を除き、依然として、「改善が見込まれる場合」だけに限定されている。なぜ、「改善が見込まれる」場合だけに限定されなければならないのかなど、まだまだ多くの問題がある。

難病患者のリハビリテーションは、QOL 向上の観点からも「必要な時に」実施されるべきである。在宅移行後も、医療施設と連携して、適切なリハビリテーションが提供されるよう検討すべきである。

4) 在宅療養者の家族以外の者による、たんの吸引等について

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

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

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

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

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

ALS患者にかかる在宅療養環境の整備状況に関する調査研究（研究代表者 川村佐和子 東京都立保健科学大学教授（当時）平成16年3月）では、平成15年12月1日現在で、人工呼吸器を装着している全国のALS患者のうち、在宅療養および短期入院中の患者合計683人を対象に、有効回答の得られた673人を分析対象者とした結果であるが、家族以外の者による吸引の実施率は32%、同意書なしで実施している人数の割合が49.5%であった。

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

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

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

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

「医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下同じ。）は、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

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

（別紙）

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）
- 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（痔瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。
 - ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること

② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと

③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

注1 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。

① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること

② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること

③ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）

④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）

⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと

⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること

※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50%、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。」

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

（5）在宅療養支援診療所の課題と展開

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

①診療所間の連携（グループ化）は可能か？

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

本研究は、まさしく在宅療養支援診療所の現状について、調査により詳細に把握し、上記課題についてのあるべき方向性を指し示すものでもある。とりわけ、在宅の看取り、難病等重症者へのサービス提供について、さらには人材の養成について、支援診療所の医師の取り組みと意識が明らかとなる。

第2章 事業概要

第2章 事業概要

(1) ワーキンググループによる打合せ等の経過

【ワーキンググループメンバー】

川島孝一郎 (主任研究者) 仙台往診クリニック 院長／医師
伊藤道哉 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野 講師
小坂 健 東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野 教授
武吉宏典 合資会社テディーズ・コンピュータ・サポート 社長

【事務局】

伊藤裕子 有限会社ポーの一族
川島望美 有限会社ポーの一族
千葉宏毅 仙台往診クリニック
大瀧憲一郎 仙台往診クリニック

【会議開催日・出席者数】

第1回	平成19年1月5日(金)	出席者	8名
第2回	平成19年1月9日(火)	出席者	7名
第3回	平成19年1月10日(水)	出席者	7名
第4回	平成19年1月12日(金)	出席者	6名
第5回	平成19年1月20日(土)	出席者	7名
第6回	平成19年2月27日(火)	出席者	8名
第7回	平成19年3月26日(月)	出席者	8名
第8回	平成19年3月27日(火)	出席者	7名
第9回	平成19年3月28日(水)	出席者	8名
第10回	平成19年3月29日(木)	出席者	8名
第11回	平成19年3月30日(金)	出席者	8名
第12回	平成19年3月31日(土)	出席者	8名

(2) 調査

1) 地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と人材養成に関する調査①

【調査対象地区】 全国

【調査対象者】 在宅療養支援診療所

【調査対象者収集方法】

各都道府県社会保険事務所より、届出済みの在宅療養支援診療所リストを得た。

【調査対象者数】

全国の9,128件の在宅療養支援診療所に、調査票を発送した。1,416件回収、そのうち有効回答は1,255件であった。

【調査内容】

地域における在宅医療の提供状況、および、在宅を支える医師養成についての意識調査を実施した。

【調査実施期間】 平成 19 年 2 月～平成 19 年 3 月

【調査結果の活用方法】

平成 18 年 4 月以降の在宅療養支援診療所の実質的な活動状況を把握するとともに、ハイケア・看取りを中心とする在宅医療を支える医師養成プログラムを検討し、長期的視点に立った政策提言を行う。

2) 地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成に関する調査②

【調査対象地区】 全国

【調査対象者】 臨床研修指定病院

【調査対象者収集方法】

財団法人医療研修推進財団ホームページ (<http://www.pmet.or.jp/>) より得た。

【調査対象者数】

全国の 820 件の在宅療養支援診療所に、調査票を発送した。148 件回収、そのうち有効回答は 133 件であった。

【調査内容】

地域における在宅療養支援診療所との連携と研修の実施状況、および、在宅を支える医師養成についての意識調査を実施した。

【調査実施期間】 平成 19 年 2 月～平成 19 年 3 月

【調査結果の活用方法】

平成 18 年 4 月以降の在宅療養支援診療所との連携状況を把握するとともに、ハイケア・看取りを中心とする在宅医療を支える医師養成プログラムを検討し、長期的視点に立った政策提言を行う。

(3) 事業実施の委託

東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野に集計と解析の一部を委託した。

第3章 事業結果

**地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と
人材養成に関する調査**

第3章 事業結果

地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と人材養成に関する調査

(1) 調査① - 在宅療養支援診療所 - 回収結果

全国9,128件の在宅療養支援診療所に調査票を送付した。そのうち1,416件から回答が寄せられ、1,255件を有効回答とした(有効回答回収率13.7%)。

(2) 調査① - 在宅療養支援診療所 - 集計結果

【在宅ハイケアの提供体制について】

問1-1. 医療提供体制(患者数)(2006年12月)

在宅時医学総合管理料を算定した患者数については、9.6%が0人と回答した。1人以上10人未満と回答したのは42.3%であった。平均は20.7人であった(図診-1-1-1)。在宅末期医療総合診療料を算定した患者数については、74.3%が0人と回答し、10人未満の合計は90%近くにまで達した(図診-1-1-2)。在宅患者訪問診療料・往診料のみの患者数は、平均8.4人だった(図診-1-1-3)。

療法別においては、在宅酸素療法(HOT)が最も多く、在宅時医学総合管理料算定患者を1人以上10人未満と答えたのは64.7%であった。平均2.2人であった(図診-1-1-7)。重症者加算を算定した患者数は、平均1.6人であった(図診-1-1-19)。疾病別においては、認知症と脳血管障害後遺症の人数が多く、それぞれ在宅時医学総合管理料算定患者の平均は8.2人、7.0人であった(図診-1-1-23, 29)。

回答施設自身からの訪問看護を行っている在宅時医学総合管理料算定患者数は、平均7.1人であった(図診-1-1-38)。他施設からの訪問看護を行っている診療所は80%を超えた(図診-1-1-41)。薬剤については、在宅時医学総合管理料算定患者と在宅患者訪問診療料・往診料のみの患者において、院外処方患者や家族が薬局に赴いている患者数が最も多かった(図診-1-1-47~55)。

居宅療養管理指導は、在宅時医学総合管理料算定患者について、1人以上を回答した割合は75%近くとなった(図診-1-1-56)。

1日平均の訪問患者数は、67.6%が1人以上10人未満の回答であった(図診-1-1-59)。1日平均来院患者数は、0人と回答したのは3.0%であった。50人以上を回答したのは約60%となった(図診-1-1-60)。

問1-2. 在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の総診療報酬点数が、回答施設の診療報酬に占める割合(2006年12月)

0%以上10%未満を回答したのは53.5%、10%以上20%未満が20.8%であった(図診-1-2)。

問1-3. 在宅で看取った患者数(2006年1~12月)

年間看取りの総数では、10人未満の回答が90%近くに上った(図診-1-3-0)。夜間看取りの割合は、在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問診療料・往診料全てにおいて、それぞれの半数をやや上回った(図診-1-3-7~9)。

問 1-4. 在宅ハイケアを必要とする患者の、回答施設における現在の受け入れ

「現在積極的に受け入れており、受け入れには余裕がある」と回答したのは 45.6%であった。「受け入れてはいるが、飽和状態であり、他院を紹介することがある」と回答したのは 20.8%、「現在はほとんど受け入れていない」と回答したのは 33.6%であった（図診-1-4）。

なお、有効回答とならなかった中には、調査票到着時点で既に在宅療養支援診療所ではなくなっているとの連絡が記載されているものもあった。

問 1-5. 在宅ハイケアを提供するにあたっての個々の問題点について

自施設内の問題として、医師数の不足については、「特に問題ではない」と答えたのは 42.9%であった。「問題視している」と答えたのは 28.7%であった（図診-1-5-1）。看護師数の不足については、「特に問題ではない」と答えたのは 36.9%、「問題視している」と答えたのは 29.9%であった（図診-1-5-2）。医師・看護師以外の人員の不足については、54.3%が「特に問題ではない」と答えた（図診-1-5-3）。緩和ケアにおける経験の不足については「特に問題ではない」と答えたのは 27.8%（図診-1-5-4）、難病ケアにおける経験の不足については同 23.3%であった。これら二つは均等に分布した（図診-1-5-5）。

患者・家族の問題として、経済的な問題については 43.4%が「問題視している」と答え、24.3%が「問題視している」と「徐々に改善しつつある」の間を回答した（図診-1-5-6）。家族介護力の不足（高齢であるなど）については 36.3%（図診-1-5-7）、家族の絆の問題については 60.1%（図診-1-5-8）が「問題視している」と回答した。

病院の問題として、在宅ハイケアに対する病院医の無理解については、31.2%が「徐々に改善しつつある」、21.1%が「問題視している」と答えた（図診-1-5-9）。在宅療養支援診療所の周知の不徹底については、30.5%が「徐々に改善しつつある」、23.4%が「問題視している」と答えた（図診-1-5-10）。退院時共同指導の不徹底については 25.8%が「問題視している」と答えた（図診-1-5-11）。緊急入院の際の後方ベッド確保の困難さについては 27.9%が「問題視している」と答えた（図診-1-5-12）。

コメディカル・介護の問題として、訪問看護事業所の不足について「特に問題ではない」と答えたのは 41.1%（図診-1-5-13）、訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足については同 44.7%（図診-1-5-14）、訪問介護事業所の不足については 46.3%（図診-1-5-15）であった。

その他問題となっていることについては、

- 訪問看護ステーションが点滴を実施している在宅患者を拒否する、もしくは点滴業務のみ拒否する。
- 住民意識とした在宅死を選択しない地域性である
- 介護事業所のレベルの低さ。ビジネスに走り過ぎている
- 麻薬を処方していただける薬局が少ないこと。在庫があっても品の種類が少ないこと
- ケアマネのマネジメント力不足。
- 総合病院が往診・訪問診療にのりだし、患家は入院時ベッドの確保が確実と思い、診療所からの往診から病院往診に変える場合があり、役割（1次2次・3次医療）を問わなくてはいけない時がある。

などの回答があった（表診-1-5）。

問 1-6. 在宅ハイケアを必要とする患者の、回答施設における将来の受け入れ

「受け入れ数の規模を拡大する」と回答したのは 23.6%であった。「当分は現状を維持していく」と回答したのは 58.6%、「受け入れ数の規模を縮小する」は 5.3%、「いずれ受け入れをやめるつもりである（もしくは、既に受け入れを行っていない）」は 12.4%であった（図 診-1-6）。

【診療報酬・介護報酬のあり方】

問 2-1. 現在の診療報酬・介護報酬の算定要件や評価について

在宅患者訪問診療料、往診料、在宅患者訪問看護・指導料については、約 50%が「現状のままでよい」と回答した。また、30%前後が「より高い評価が必要」と回答した（図 診 2-1-1～3）。

夜間の訪問診療・看護、休日の訪問診療・看護については、約 50%が「より高い評価が必要」と回答した（図 診 2-1-4,5）。

在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料、各管理料と加算については在宅患者訪問診療料等と同様であったが（図 診 2-1-6～8）、包括点数に含まれる医療材料・薬剤料については、42.6%が「より高い評価が必要」、30.7%が「現状のままでよい」と分かれた（図 診 2-1-9）。在宅ターミナルケア（10,000 点）算定については、「現状のままでよい」の回答が 58.4%であった。また、「評価を低くしてもよい」が、9.1%と個々の回答に比べ高かった（図 診 2-1-10）。

退院時共同指導料は 60.2%（図 診 2-1-11）、セカンドオピニオンについては 57.6%（図 診 2-1-12）が「現状のままでよい」と回答した。

居宅療養管理指導料、主治医意見書作成、ケアプラン作成については、約 50%が「現状のままでよい」と回答した（図 診 2-1-13～15）。

問 2-2. 個々の取り組みに対する診療報酬・介護報酬上の新たな評価

いずれの項目についても、75%以上が「特に高い評価が必要」もしくは「新たな評価が必要」と回答したが、それら合計が 90%を超える項目はなかった（図 診-2-2-1～10）。

【在宅ハイケア人材養成プログラムの構築について】

問 3-1. 在宅医療を担う医師の人材養成プログラムの構築と運用は必要か

「必要である」と回答したのは 79.7%であった。「必要ではない」と回答したのは 20.3%であった（図 診-3-1）。

問 3-2. 在宅医療を担う医師を養成するにあたっての各項目の重要度

講義のうち、制度に関する項目、および在宅医療の心得については、「必須項目である」とする回答が最も多く、45%前後であった。「やや重要である」「特に重要である」の回答を加えると 75%に達した（図 診-3-2-1～5）。面接法については「特に重要である」との回答が 36.5%で、「必須項目である」の 34.7%を超えた（図 診-3-2-1～6）。家族支援、がんの緩和医療、認知症、臨終時の心構えも同様であった（図 診-3-2-7～9,12）。

実践のうち、ほぼ全てについて、「必須項目である」「やや重要である」「特に重要である」の回答が 75%に達した。「在宅腹膜灌流指導」「在宅血液透析指導」「在宅肺高血圧症患者指導」「離島など僻地における研修」「複数の施設における研修」は、重要度が低かった（図 診-3-2-13～43）。

問 3-3. 適切な研修期間

4ヶ月未満(3ヶ月以上4ヶ月未満の回答のほとんどは「3ヶ月」)の回答が合計で50%を超えた。6ヶ月以上9ヶ月未満の回答は26.5%であった。平均は4.7ヶ月であった(図診-3-3)。

問 3-4. 研修希望者と研修施設のマッチングを行う“マッチングセンター”の必要性について

45.9%が「必要である」と回答した。8.6%が「必要ない」、45.4%が「わからない」と回答した(図診-3-4)。

問 3-5. 在宅医療を担う医師に求める技術や資質などについて

○資質：フットワークが軽く、労を惜しまない。どんどん家の中に入って入れる性格。コミュニケーション力があり、家族との信頼関係をうまく築ける事。訪問介護、家族との間でリーダーシップが取れる。ボランティア的な考えも必要。

技術：特別なものは要らないと思います。臨床経験が十分ならば問題ないと思われます。→何らかの得意分野があってもいいかと思います。

○(略) 社会保障制度や医療制度、社会福祉の社会資源について向学心も必要。

○全ての家庭に個々のスタイルがある様に、在宅での医療は様々なバリエーションがあるはずである。大病院で入院医療に用いられるクリティカルパスの様な、マニュアル化はなじまないと思う。最低限必要な知識や技術を身に付け、後は、担当医の哲学や人柄が、その家族のスタイルに合うか合わないかの問題が大きい。また、個々の家族の“色”に染まる努力も、在宅医には求められる。

などの回答があった。

また、自由記載欄が少なかったためか、設問にこだわらず、研修制度のありかた、診療報酬のあり方に対する意見、回答者の現状を訴える記載も多く見られ、

○技術は臨床研修医制度内で修得すべきことで、医師として当然の技のほうです。従って、本来は人材養成プログラムの中に技術は不要のほうですが、現実的には技術不足を感じている医師がいれば再研修システムとして制度化することに意義はあると思います。(略)

○1) 在宅医療はその研修を受けた医師が行うべきである。2) 制度として在宅医療研修を受けた医師に診療報酬を支払うべき。受けていない医師は往診のみに限定すべき

○(略) 1~2週間に1回必ず診療に行きますが本当にこれほど24時間体制がきついととは思いませんでした。

○当地方では医療連携体制が整っておりますので、病院退院時にハイケアが必要な患者にかかりつけ医を指定させています。指定された医師は退院前から患者を病院に訪問し、家族との意志疎通に心がけます。さらに必要ならば機材の使用法などをその都度習熟する様に努め、在宅への移行をスムーズに行うように工夫しています。

○医師の技術料は、はるかに高くすべし。

などの回答があった(表診-3-5)。

【人材養成プログラムへの参画について】

問 4-1. 人材養成プログラムの構築と運用における回答施設の参画について（複数回答）

63.6%が「施設・患者に対するアンケート調査に協力できる」と回答した。「長期研修者を受け入れてもよい」と回答したのは12.0%であった。「協力できない」と回答したのは26.7%であった（図 診-4-1）。

長期研修者の受け入れ期間については、60日未満の回答の合計、180日以上回答の合計はそれぞれ約35%であった（図 診-4-2-a）。

研修費用については、27.9%が「無償で受け入れることができる」と回答した（図 診-4-2-b）。

対応可能な研修内容については、「在宅医療の心得」は91.4%、「臨終時の心構え」は84.4%が回答した。難病（40.6%）、難病制度（特定疾患治療研究事業）（34.4%）、自立支援法（29.7%）は低かった。実践については、問 3-2 の重要度と概ね対応していた（図 診-4-2-c）。

【回答施設の属性など】

問 5-1. 回答施設の属性

標榜している診療科として、内科を回答したのは89.9%であった。次いで小児科（30.8%）、外科（26.8%）が高かった（図 診-5-1-1）。

79.6%が無床診療所であった（図 診-5-1-3）。療養病床については、回答者中の平均は9.4床であった（図 診-5-1-3）。

医師数（常勤）の平均は1.3人（図 診-5-1-4）、看護師数（常勤）は3.4人であった（図 診-5-1-7）。

臨床経験年数の平均は27.3年（図 診-5-1-9）、診療所開設からの経過年数は15.8年（図 診-5-1-10）、在宅訪問開始からの経過年数は11.5年（図 診-5-1-11）であった。

問 5-2. 在宅療養支援診療所の全国組織の必要性について

「必要である」と回答したのは47.6%であった。「必要ない」と回答したのは11.2%、「わからない」と回答したのは41.1%であった（図 診-5-2）。

【複合図】

在宅ハイケアを必要とする患者の、現在と将来の受け入れについて

問 1-4 の現在のハイケア受け入れと問 1-6 の将来のハイケア受け入れについての集計を行った（図 診-1-7）。

在宅看取り実績の全国分布

年間看取りを合計10件以上回答している在宅療養支援診療所がある市区町村を緑、人口10万人以上であるが左記のような在宅療養支援診療所の回答が得られなかった市区町村を赤にし、全国分布を図にした（図 診-M-1～15）。

(3) 調査② - 臨床研修指定病院 - 回収結果

全国 820 件の臨床研修指定病院に調査票を発送した。そのうち 148 件から回答が寄せられ、133 件を有効回答とした（有効回答回収率 16.2%）。

(4) 調査② - 臨床研修指定病院 - 集計結果

【在宅療養支援診療所との連携について】

問 1-1. 在宅療養支援診療所の周知について

在宅療養支援診療所について「よく知らなかった」と答えたのは 3.0%、「在宅療養支援診療所という名称については知っているが、その内容や、近隣の診療所のうちいずれが該当するかは把握していない」と答えたのは 47.4%、「よく知っている」と答えたのは 49.6%であった（図 病-1-1）。

問 1-2. 在宅療養支援診療所の情報源としてもっともよくあてはまるもの

情報源としては、「在宅療養支援診療所からの情報提供」が 31.7%、「その他の各種媒体（雑誌、新聞、インターネットなど）から」が 24.4%、「社会保険事務所や行政からの、広報資料などによる紹介」が 14.6%であった（図 病-1-2）。「その他」としては「医師会」との回答が多かった（図 表-1-2）。

問 1-3. 診療所（在宅療養支援診療所以外を含む）との連携（2006 年 4～12 月）

「地域連携退院時共同指導料 2（病院側の算定）を算定して診療所と連携を行った」と回答したのは 21.1%であった（図 病-1-3）。

地域連携退院時共同指導料 2 を算定して連携を行った診療所数は、1ヶ所以上 5ヶ所未満が 50.0%であった。平均は 11.8ヶ所となった（図 病-1-3-1-1）。患者数は 1人以上 5人未満が 30.4%、5人以上 10人未満が 30.4%であった（図 病-1-3-1-2）。在宅療養支援診療所数は、0ヶ所が 13.6%、1ヶ所以上 5ヶ所未満が 59.1%であった（図 病-1-3-1-3）。在宅療養支援診療所に移った患者数は、0人が 10.0%、1人以上 5人未満が 40.0%、5人以上 10人未満が 30.0%であった（図 病-1-3-1-4）。

問 1-4. 地域保健医療の研修における診療所（在宅療養支援診療所以外を含む）との連携

「診療所と連携して在宅医療の研修プログラムを実施した」と回答したのは 21.9%であった（図 病-1-4）。

連携した診療所数は、1ヶ所以上 5ヶ所未満が 57.7%であった（図 病-1-4-1-1）。研修した医師数は、1人以上 5人未満が 52.0%であった（図 病-1-4-1-2）。在宅療養支援診療所数は、0ヶ所が 50.0%、1ヶ所以上 5ヶ所未満が 43.8%であった（図 病-1-4-1-3）。在宅療養支援診療所で研修した医師数は、0人が 52.9%、1人以上 5人未満が 17.6%であった（図 病-1-4-1-4）。

問 1-5. 回答施設と在宅医療を提供している診療所との連携について

「より積極的に行っていこうと考えている」と回答したのは 84.8%であった（図 病-1-5）。

問 1-6. 在宅医療に関する取り組み（複数回答）

患者に向けて、「在宅療養に関するガイドンス等を配布している」と回答したのは 79.0%であった。「近隣の在宅療養支援診療所の情報を常に収集し、紹介している」と回答したのは 35.5%であった（図 病-1-6-1）。

院内の職員に向けて、「近隣の在宅療養支援診療所の情報を常に収集している」と回答したのは 50.6%であった（図 病-1-6-2）。

問 1-7. 問 1-4 の研修や、問 1-5 の取り組みを行っているような専門部署の設置

在宅医療専門部署の設置については、57.1%が「専門部署を設けている」と回答した。「設置の予定はない」と回答したのは 30.2%だった（図 病-1-7）。

専門部署の平均医師数（常勤）は平均で 1.4 人（図 病-1-7-1）、看護師（常勤）は 2.3 人（図 病-1-7-3）、その他の職員（常勤）は 3.1 人であった（図 病-1-7-5）。

【在宅ハイケア人材養成プログラムの構築について】

問 2-1. 在宅医療を担う医師の人材養成プログラムの構築と運用は必要か

「必要である」と回答したのは 74.6%であった。「必要ではない」との回答はなく、「わからない」と回答したのは 25.4%だった（図 病-2-1）。

問 2-2. 在宅医療を担う医師を養成するにあたっての各項目の重要度

講義に関する項目では、「必須項目である」「やや重要である」「特に重要である」との回答が、すべてにおいて 80%以上を、「難病制度（特定疾患治療研究事業）」「難病」を除いては 90%以上を占めた（図 病-2-2-1～12）。

実践に関する項目では、ほぼすべてにおいて、「必須項目である」「やや重要である」「特に重要である」が 80%以上を占めた。手技等で特に重要度が低かったものは「在宅腹膜灌流指導」「在宅血液透析指導」「在宅肺高血圧症患者指導」であった。実践研修の方法として挙げた「離島など僻地における研修」「複数の施設における研修」も重要度が低かった（図 病-2-2-13～43）。

問 2-3. 研修希望者と研修施設のマッチングを行う“マッチングセンター”の必要性

「必要である」と回答したのは 29.3%であった。「必要ない」と回答したのは 13.8%、「わからない」と回答したのは 56.9%だった（図 病-2-3）。

【回答施設の属性など】

問 3-1. 属性

53.2%が公的医療機関であった（図 病-3-1-1）。

病床数の平均は 484.3 床であった（図 病-3-1-2）。療養病床は、89.0%が 0 床と回答した（図 病-3-1-3）。平均在院日数は、10 日以上 15 日未満が 38.9%、15 日以上 20 日未満が 48.7%であった（図 病-3-1-4）。

常勤医師数は平均 96.7 人（図 病-3-1-5）、常勤看護師数は平均 338.3 人（図 病-3-1-7）であった。

初期研修医数は平均 18.6 人（図 病-3-1-9）、後期研修医数は平均 12.0 人（図 病-3-1-10）であった。

地域がん診療拠点病院が 64.8%、地域医療支援病院が 27.8%であった。特定機能病院

は 27.8%であった（図 病-3-1-11）。

問 3-2. 今後の在宅医療のあり方について

- 今後は病床の減少、在院日数の短縮に向けて、ますます在宅医療の重要性が認識されていくと感ずる。在宅で患者が満足いく生活を送る為には決して医療のみの力では成しえず、家族、介護サービス、インフォーマルサービスとの共同作業で果たせるものだと感じる。その為にも医療と介護がどう連携していくかがキーになると思う。
- 在宅療養診療所の登録をされていても実際は夜間等 N s が対応している事も多いのではないかと感じている。1ヶ所だけでは難しい事も多いため共同で対応するなど本人家族が安心できるシステムを作してほしい また新しい事もとり入れ医療処置も何でも対応できるというような在宅医であれば病院側としても在宅をすすめやすい
- 今後、患者様の医療ニーズに応えるための病病連携・病診連携が必要不可欠である。そのためには、地域での情報共有・提供システムの構築が必要であり、患者様の在宅での「療養の質」の向上・維持を図るための地域包括的なしくみが必要である。さらには、在宅医療の質を向上させるために、医療機関相互の医療技術・知識等を共有するための研修会や事例検討会を随時開催できるような環境の整備も必要である。
- 地域における開業医の先生方が在宅医療制度 介護保険制度について関心がうすい時もあり、相談にまで至らない事もあります。制度を知っていらっしゃる先生と知らない先生では対応が全くちがいます。

などの意見があった（表 病-3-2）。

（5）分析

1）集計結果について

在宅療養支援診療所は、全数調査であるが、有効回答回収率が 13.7%と低い。回答者は在宅医療に熱心な者であるというバイアスがかかっている可能性を考慮すべきである。

臨床研修指定病院についても、有効回答回収率が 16.1%と低い。回答者は在宅医療に関心が高いというバイアスがかかっている可能性は否定できない。

在宅療養支援診療所であっても、外来診療が中心で、往診を行っている施設は必ずしも多くない。今回の調査でも、1日平均の訪問患者数は、67.6%が1人～10人未満であった。一方、1日平均来院患者数を、50人以上と回答したのが約60%である。

2）単に診療報酬上の評価を高くするだけでは、在宅看取りを行う医師が増えない

在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の総診療報酬点数が、回答施設の診療報酬に占める割合（2006年12月）0%～10%未満を回答したのは53.5%、10%～20%未満が20.8%であった。

年間看取りの総数では、10人未満の回答が90%近くであった。

3）人材の育成には、核となる診療所を厳選すべきである

人材養成プログラムの構築と運用における回答施設の参画について（複数回答）「長期研修者を受け入れてもよい」と回答したのは12.0%であった。「協力できない」と回答したのは26.7%であった。

第4章 総括

第4章 総括

(1) はじめに

本報告書は、年々増加する年間死亡者数が最大値 170 万人に到達する 2038 年に向けて、居宅における安心・安全な 24 時間 365 日の医療提供体制を整えるために新設された、「在宅療養支援診療所」が担う様々な機能についての調査結果を示したものであると同時に、掲げる問題に対する今後の対策を示したものである。

高齢化・疾病構造変化は今後の医療提供体制に深く影響するものではあるが、すでに 2008 年から始まる今後 5 年間の医療計画の重点項目に「在宅医療」があり（平成 18 年度厚生労働科学特別研究：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；都道府県・市町村の在宅医療計画に関するマニュアル、川島孝一郎）、在宅療養支援診療所が在宅医療の中心部分に関わることは間違いない。本報告書の内容は、医療計画の中の在宅医療計画と密接に関連しており、始まったばかりの在宅療養支援診療所の適切な運営に関わる事項を、担当諸局間の密接な情報連携によって効率良く改善実行するための資料として使用して頂けるならば幸いである。

(2) 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の成り立ちは、①旧寝たきり老人在宅医療総合診療料・②旧在宅時医学管理料・③在宅末期医療総合診療料のいずれかまたはその複数を登録していた診療所の内、約 10,000 ヶ所が新規に登録を行ったものである。したがって、外来診察の間に数人程度の寝たきり老人を訪問診療している所から、人工呼吸器・中心静脈栄養等の重症加算患者を多く訪問している所、がん末期に特化して年間 100 名以上をその居宅で看取っている所まで様々である。

その生い立ちは、元来の登録形態①・②・③の違いによるところが大きい。したがって、一口に在宅療養支援診療所といっても種々の形態があるわけで、この形態を判別することから、今後の機能評価がなされることになる。

(2) - 1 実質稼働数

在宅療養支援診療所は約 10,000 ヶ所が登録された。在宅時医学総合管理料を算定しているのは約 90%（図診-1-1-1）でありこれが実質稼働数と考えられる。しかしその半数 42.3%は患者数 10 人未満の所であり、さらに、在宅療養支援診療所に登録しているが実際には稼働していないところが約 9.6%あった。

(2) - 2 在宅医療主体型の在宅療養支援診療所

2006 年 12 月ひと月の重症者加算を算定している所は 41.8%であったが、10 人未満が 37.7%を占めた。重症者加算をひと月に 10 人以上算定しているところは 4.1%に過ぎない（図診-1-1-19）。

がんの看取りに大きく関係する在宅末期医療総合診療料を算定し、1 年間の内に 1 人でもがん患者を在宅で看取った所は 45.2%（図診-1-3-2）であった。

個別に分析を行ったところ、年間在宅看取り数が在医総管・在医総の総計で 10 人を超

えた所は 8.6%に過ぎない。

在宅医療に特化している診療所を示す目安として、医師 1 人が 1 日で訪問可能な在宅患者数は約 10 人と考えられている。この 1 日平均居宅訪問患者数が 10 人を超す所は、全体のわずか 9.2%（図診-1-1-59）である。逆に 1 日平均外来患者数が 20 人を超える所は 91.8%（図診-1-1-60）である。複数医師のいる診療所があるものの、多く（77.6%、図診-5-1-5）が 1 人医師であることから、外来主体の在宅療養支援診療所が多数である。

診療報酬に占める「在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料」の割合が 50%を越しているところ（在宅医療主体型）は全体の 8.2%であった。割合が 70%を越している所は 5.2%である。

以上のことから在宅医療を主体にしている、あるいは在宅医療に特化している在宅療養支援診療所は全体の約 10%弱（全国で 1,000 ヶ所弱）と考えられた（在宅医療計画に関するマニュアル p33）。

在宅医療特化型診療所は仙台の例（図 1）に見られるように、複数医師による 24 時間対応体制の下に、がん末期患者・重症加算対象者等を主体とする重症対応型の診療所である。仙台市内には、現在 5 ヶ所の同形態の診療所が機能しており（図 2）、そのうち 2 ヶ所だけで、100 万人都市仙台の年間がん死亡数 2,500 名のうち 300 名を在宅で看取っている（図 3）。

2008 年からの在宅医療計画において、その最終年度となる 2012 年に年間 1,500 名（死亡総数の 25%）の在宅看取りを特化型だけで行うとした場合には、同形態の診療所があと 6～8 ヶ所できることが望ましい（図 4）。

（2）- 3 居宅における重症者管理（在宅ハイケア）

- ・在宅人工呼吸療法：在宅時医学総合管理料を算定している所の 34.1%（図診-1-1-4）が 1 人以上の人工呼吸器装着者を管理している。全国の在宅人工呼吸器装着者数は 2,500～3,500 人と考えられており、その多数に対して在宅療養支援診療所が関与していると考えられる。
- ・在宅酸素療法：在宅時医学総合管理料を算定している所の 70.6%（図診-1-1-7）が管理している。
- ・在宅中心静脈：27.6%（図診-1-1-10）が管理している。
- ・在宅成分栄養：46.6%（図診-1-1-13）が管理している。
- ・在宅腹膜透析：わずか 0.7%（図診-1-1-16）であった。

全体としては 41.8%（図診-1-1-19）が重症加算を算定しているが、ひと月に 10 人以上を管理している所は 4.1%に過ぎない。

特に、在宅腹膜透析（連続携行式腹膜透析 CAPD）患者数が極端に少ない。この理由としては、①歩行可能な患者は外来通院で管理されているため ②腹膜透析を経過しなくても人工透析に移行する ③歩行困難な人工透析患者はすべて入院透析となっている等の理由があると思われる。今後は以下のごとく、

- ・すぐに人工透析に移行するのではなく腹膜透析を経過する順序を確立すること
- ・透析自体を行うか否かを含め、腹膜透析の後に人工透析に移行するか否かについても、身体情報だけでなく透析による生き方の変化を示す生活情報を十分に説明することが重要である。今後の透析の差し控えについての協議を患者・家族と共に考えること
- ・長期入院となっている歩行困難な入院人工透析患者に関しては、介護保険の寝台車等による通院透析に切り替えて在宅医療に移行する。今後寝台車による頻回の通院（週 2～3 回）に対する介護保険等の適用について論議されること

等の措置を考慮すべきであろう。

従来、重症であることが入院の理由であったが、今日の在宅医療においては当たり前重症者の居宅移行が可能である（在宅医療計画に関するマニュアル p45）。したがって、重症者管理が十分可能な「在宅医療主体型・在宅医療特化型在宅療養支援診療所＝在宅医療橋頭堡」（在宅医療計画に関するマニュアル p33）をさらに増設する政策が必要である。特化型の在宅患者疾患別割合を他病院との比較で示す（図 5）。

人員不足については、個別に分析を行ったところ、特に年間看取り数 20 人以上の診療所においては、20 人未満の診療所に比べ医師数・看護師数の不足を問題視していた。対策として複数医師を抱える診療所（仙台型：在宅医療計画に関するマニュアル p132）に拡大可能な施策を行うか、あるいは外来主体型の在宅療養支援診療所が複数共同することにより、休日を交互にとることが可能な長崎在宅ネット型（在宅医療計画に関するマニュアル p133）（図 6・7・8）に再編すること等により、重症者対応可能な診療所として改善される必要がある。なお、在宅医療計画の目標値 25%に対して長崎型では在宅看取りが 30%に達している。

緩和ケア・難病ケアにおける医師の経験不足も約半数が懸念していることであり、今後在宅医療計画において知識・技術指導が望まれる（在宅医療計画に関するマニュアル pp52-55）。

患者・家族にあっては、在宅ケアにおける経済的な要素・介護力不足・家族の絆のいずれもが問題であると考えられている。

重症者の在宅ケアにおいて、在宅療養支援診療所の医師から見た病院に対する問題点としては、病院の在宅医療に対する無理解・在宅療養支援診療所の周知の不徹底・退院時共同指導の不徹底・緊急入院時の後方ベッド確保の困難さ等、いずれもが問題とされていた。

今後、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の徹底（図 9）、退院前の病院におけるサービス担当者会議の開催・退院時共同指導の徹底が望まれる（在宅医療計画に関するマニュアル pp39-42）（図 10）。

訪問看護事業所・訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足は問題となっている。訪問介護事業所についてはおおむね改善していると考えられていた。

（２）－４ 居宅における看取り

在宅時医学総合管理料を算定していて、在宅での看取りを行った所は全体の 63.7%であったが（図診 1-3-1）、年間 10 人以上の看取りは 7.8%であり、在宅末期医療総合診療料算定患者の看取り（4.1%）と合わせても 8.6%に過ぎない。

ただし、訪問診療料・往診料のみの算定で年間 1 人以上看取った所も 48.9%に達しており、在医総管・在医総にこだわらず看取りを行う診療所があることは、在宅医療の底上げに重要である。新設された在宅ターミナルケア加算（10,000 点）を算定した所は、在医総管を算定している場合 60.2%（図診 1-3-4）が該当したのに対して、訪問診療料・往診料のみ算定では、15.6%（図診 1-3-6）であった。今後、在宅看取りの底上げを行うためには、在宅ターミナルケア加算の算定要件の緩和を含めた検討が必要である。

夜間の看取りには比較的積極的であり、在医総管算定では 56.5%（図診 1-3-7）であったが、訪問診療料・往診料のみ算定では 36.5%に低下していた。夜間・休日の訪問診療点数を評価することにより、訪問診療・往診料のみの診療所においても夜間の看取りが確実に増えると考えられる。

(2) - 5 訪問看護との連携

在宅時医学総合管理料を算定している所と、訪問診療・往診料のみの在宅医療を行っている所では、他施設の訪問看護を利用している所のほうが多いが、一方で訪問看護をまったく利用していない所も多い（図診-1-1-44・46）。

在宅末期医療総合診療料を算定している所では、自施設からと多施設からの訪問看護を行っている所がほぼ同数である（図診-1-1-39・42）。訪問看護を利用していない所はごく少数 2.3%（図診-1-1-45）である。

今後がん患者・重症者加算患者の居宅での看取りに関する、在宅末期医療総合診療料・看取り加算を算定する患者数の増大によって、訪問看護の需要が高まることが予想される。訪問看護の充実を考えるにあたっては、以下を評価すべきであろう。

- ・在宅訪問診療・往診のいずれも行わない医師の訪問看護指示がある在宅患者に対する医学的指導管理の医師の代行に関わる評価＝訪問しない医師よりも、訪問する看護師を評価
- ・特別指示書・点滴注射指示書によって医療保険で訪問する場合の評価
- ・在宅末期医療総合診療料を算定しないがん末期患者に対して訪問看護を継続し、在宅看取りを行った場合の訪問看護の評価
- ・重症者加算を算定している患者に対する訪問看護の評価

(2) - 6 訪問薬剤師（在宅療養支援調剤薬局など：在宅医療計画に関するマニュアル pp20-23）との連携

在宅末期医療総合診療料を算定している所では薬剤師が訪問している薬局と、患者・家族が薬局へ赴く場合とがほぼ同数（図診-1-1-51・54）である。

在宅時医学総合管理料を算定あるいは訪問診療・往診料のみ算定の場合には、患者・家族が薬局へ赴く場合が多い（図診-1-1-50・52・53・55）。急変しやすく常に目が離せない状態の重症者・がん患者・老老介護等に関しては家族が調剤薬局へ赴くことさえ困難な場合があることから、調剤薬局がこれまで以上に居宅訪問を行い、必要な薬剤指導管理を行い易くできるように計らい、評価することが必要である（図 11）。

(3) 診療報酬・介護報酬の算定要件と評価について

夜間の訪問診療・訪問看護（図診-2-1-4）・休日の訪問診療・訪問看護については、現行以上の評価を望む声が高かった。特に看取りを要件とする在宅療養支援診療所にあつては、更なる評価が実績につながると考えられる。

新たな評価を希望するものとしては、

- ・複数の診療所による連携体制
 - ・身体障害者療養施設等の障害者施設への往診
 - ・重症者に対する訪問看護
 - ・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションによる、訪問介護事業所・施設介護事業所・家族介護者への教育・指導・管理
 - ・重症者への訪問サービス・通所サービスの提供
- 等が挙げられている。

(4) 居宅療養管理指導について

現在の居宅療養管理指導費は、区分支給限度基準額（要介護5では1ヶ月38,500点等）には含まれていない。年間300億円程度と考えられている。そのうち訪問歯科・訪問薬剤・訪問栄養管理についての居宅療養管理指導費はこれからも必須である。一方で、「医師による月1回の往診で算定される居宅療養管理指導」が多くを占めており再考を要す。

在宅時医学総合管理料を算定する診療所は最低月2回の訪問診療を行い患者の状態把握を恒常的に行っている。さらに、在宅療養支援診療所においては重症者加算対象者に最低月4回の訪問診療を行い24時間緊急往診を行っている。

一方で、在宅時医学総合管理料を算定しない病院・診療所では、緊急対応を行わずに1回の往診料+居宅療養管理指導を算定している。この差を点数に反映する必要がある。

今後の居宅における看取りの増加・重症者の居宅移行を考慮し、歯科及び栄養指導はNSTの観点から、訪問薬剤管理指導はがん末期に対する24時間体制の麻薬等の在宅使用に必須である観点から、いずれも居宅における患者・家族に対する医療対応と居宅療養管理の濃密度から勘案するとさらなる評価が望ましい。

以下のごとく居宅療養管理指導費を再考すべきと考える。

- ① 在宅療養支援診療所（24時間対応体制・居宅における看取り等）
→居宅療養管理指導費の据え置き
- ② 在宅時医学総合管理料を算定している診療所（定期訪問診療のみ）
→居宅療養管理指導費の廃止または適正化
- ③ ①②以外の病院または診療所（月1回だけの往診）
→居宅療養管理指導費の廃止または適正化
- ④ 訪問歯科・訪問薬剤・訪問栄養指導
→居宅療養管理指導費の評価
- ⑤ 『重要』: 今後増加すると考えられるがん末期・重症加算算定者等の重症在宅療養者に対応するためには、要介護度4・5に該当する重症者に対応可能な質の高い事業所が必要である。このために、すでに平成12年厚生省告示第25号1「特定事業所加算（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）」が訪問介護事業所において算定可能となっている（表1）。しかし、この加算は区分支給限度基準額の中から支出されるために、相対的に利用者の必要時間数が縮小される難点があった。この点に鑑み、②③の居宅療養管理指導費の廃止または適正化を考慮しつつ、特に、重症者を多く扱っている訪問介護事業所の「特定事業所加算（Ⅰ）」に対しては、区分支給限度基準額からではなく居宅療養管理指導費からの支出を検討すべきである。これにより、訪問介護事業所の重症対応に見合った収益性が確保されるとともに、重症者の在宅移行が円滑に行われ、かつ利用者の必要時間が確保される。（当該加算においては基準の（7）が最も重要であり、届出日が属する日の前3ヶ月間に限定せず、要介護4又は5である者の割合20%以上が恒常的であることが必要）

(5) 後期高齢者の在宅医療

「後期高齢者医療制度について（平成20年4月施行関係）」において、在宅医療対象となる「疾病・傷病により通院困難な者」として65歳以上の寝たきり等の者が該当する。

注意すべき点は、在宅療養支援診療所が受け持つ患者は単なる外来患者ではなく、病院における入院患者の在宅移行形であることである。外来は1時間で15人を診察できるのに対して、在宅医療ではせいぜい1~2人である。

2015年の高齢者介護研究にも示されるように、高齢者の60%以上が最後まで居宅生活を続け居宅での看取りを希望している現状のニーズに対して、ニーズを達成するサプライを提供する主たる機関としての「在宅療養支援診療所」が受け持つ患者に対しては、居宅での終焉を希望する高齢者・重症者・がん末期患者等への適切な在宅医療と緩和ケア及び看取りの提供を前提として、さらに充実した診療報酬体系が作られることが望ましい。

(6) 在宅療養支援診療所の適正配置について

今回の在宅療養支援診療所に対する悉皆調査では、回答数1,152(91.8%)のうち、年間10人以上の看取りを行っている所は全体の12.4%であった。割合は少ないが、この診療所の普及如何によって、在宅における生活の維持と生活の結果としての居宅における看取りが可能となるか否かが決まるといっても過言ではない。

本調査において、人口10万人以上の都市で年間10人以上の看取りの回答が得られなかった地域を表示している。合わせて10人以上の看取りを行っている在宅療養支援診療所がある市区町村を表示した。

10人以上の看取りの回答がなかった都市が多い都道府県は、北海道・北東北・関東一円・北陸・東海・九州であった。10人以上の看取りの回答があったところは、南東北・東京都区部・甲信越・近畿・山陽であった。この分布は、すでに在宅医療計画報告書に記載されているように、在宅看取り率の高低分布とも一致する。

回答がなくても、すでに10人以上の看取りを行っている在宅療養支援診療所が存在するのかもしれないが、今回の回答がなかった10万人以上の都市においては、是非とも在宅看取りが普通に行える診療所を早急に設立する方向で検討が始められなければならない。

今後10万人以上の都市には、年間10人以上の看取りを行う在宅療養支援診療所を配置し、さらに人員増加等による当該診療所の機能拡大を図り、十分な地域住民のニーズに答える供給がなされるべきである(図12)。

表1 特定事業所加算

<p>【別に厚生労働大臣が定める基準→平成12年厚生省告示第25号1】</p> <p>イ 特定事業所加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること</p> <p>(1) 当該指定訪問介護事業所のすべての訪問介護員等(登録型の訪問介護員等(あらかじめ指定訪問介護事業所に登録し、当該事業所から指示があった場合に、直接、当該指示を受けた利用者の居宅を訪問し、指定訪問介護を行う訪問介護員等をいう。)を含む。以下同じ。)に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。</p> <p>(2) 次に掲げる基準に従い、指定訪問介護が行われていること。</p> <p>(一) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。</p> <p>(二) 指定訪問介護の提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する訪問介護員等に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する訪問介護員等から適宜報告を受けること。</p> <p>(3) 当該指定訪問介護事業所のすべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施すること。</p> <p>(4) 当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上であること。</p> <p>(5) 当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等のうち三級課程の訪問介護員がいないこと。</p> <p>(6) 当該指定訪問介護事業所のすべてのサービス提供責任者が五年以上の実務経験を有する介護福祉士であること。</p> <p>(7) 届出日が属する日の前三月間における利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護四又は要介護五である者の占める割合が100分の20以上であること。</p> <p>ロ 特定事業所加算(Ⅱ) イの(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること</p> <p>ハ 特定事業所加算(Ⅲ) イの(1)から(3)まで及び(7)に掲げる基準のいずれにも適合すること</p>
--

図1 在宅医療特化型診療所（仙台の例）

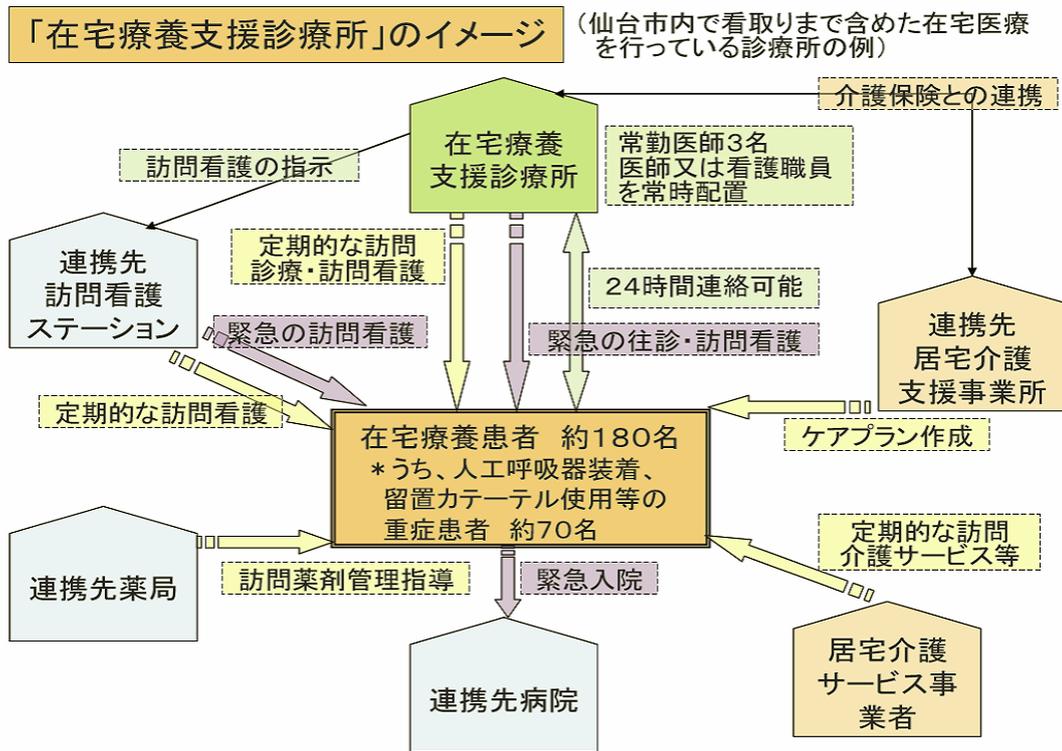


図2 仙台市内の在宅医療特化型診療所

在宅医療特化型 在宅療養支援診療所		
1996年	S 診療所(重症型)	100人/年
1998年	O 診療所(がん専門)	200人/年
2000年	H 診療所	20人/年
2006年	T 診療所(がん専門)	18人/年
2007年	M 診療所	今年開業

図3 仙台市内の在宅看取り



図4 在宅医療計画における仙台市の目標

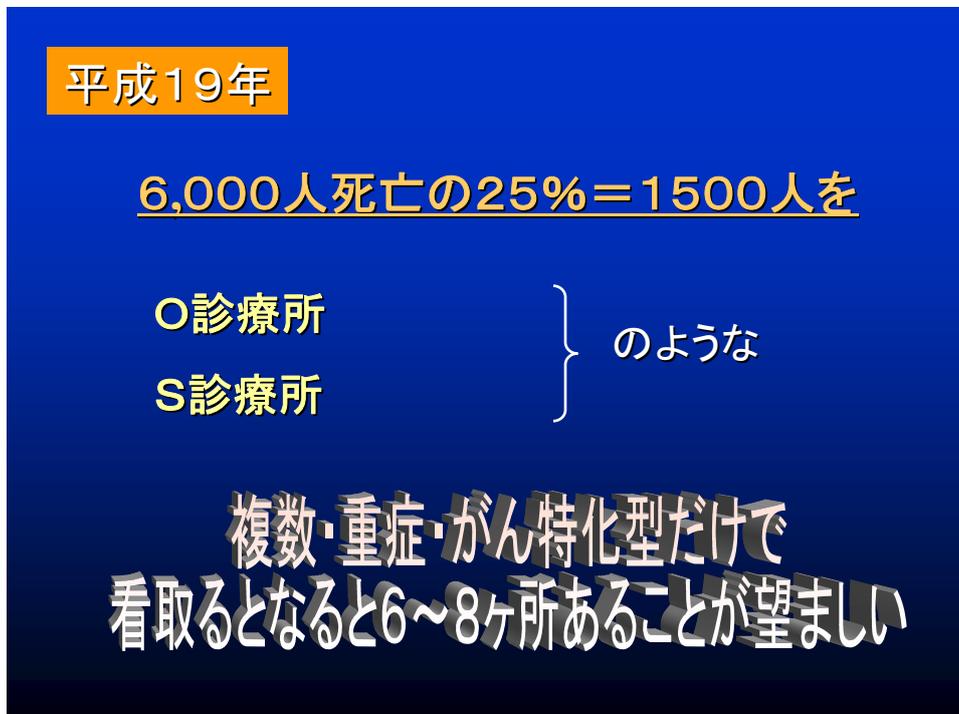
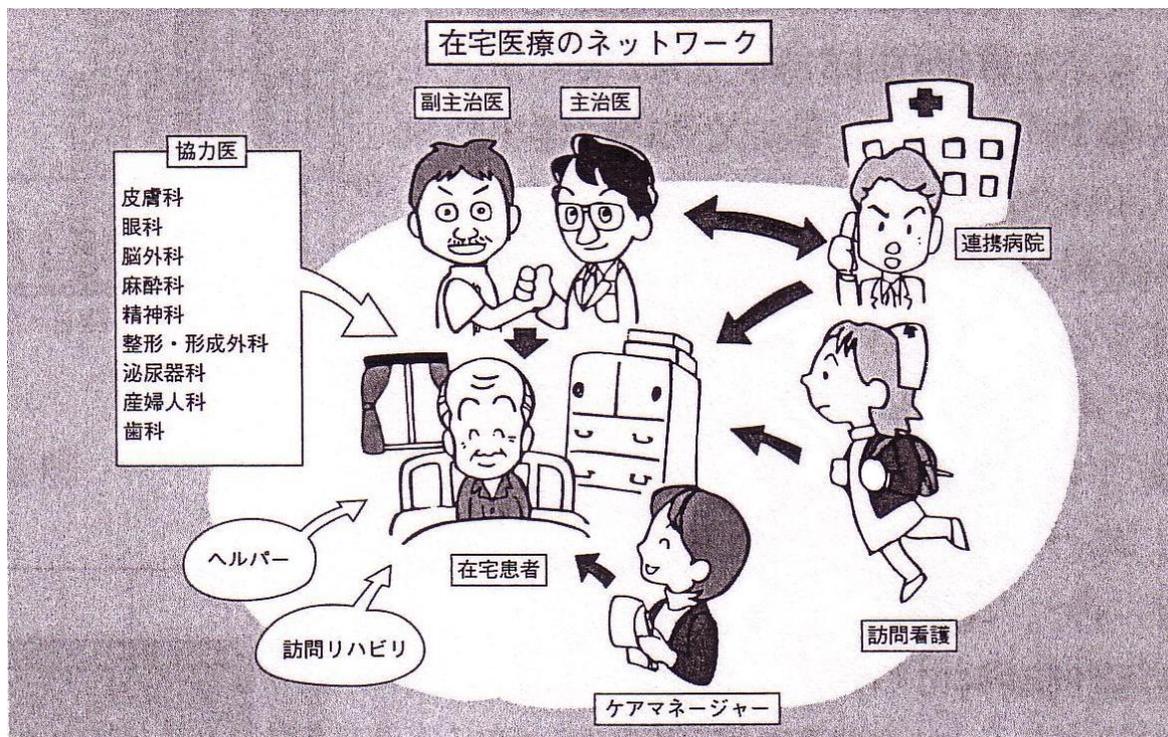


図5 重症患者数の比較（2005年）

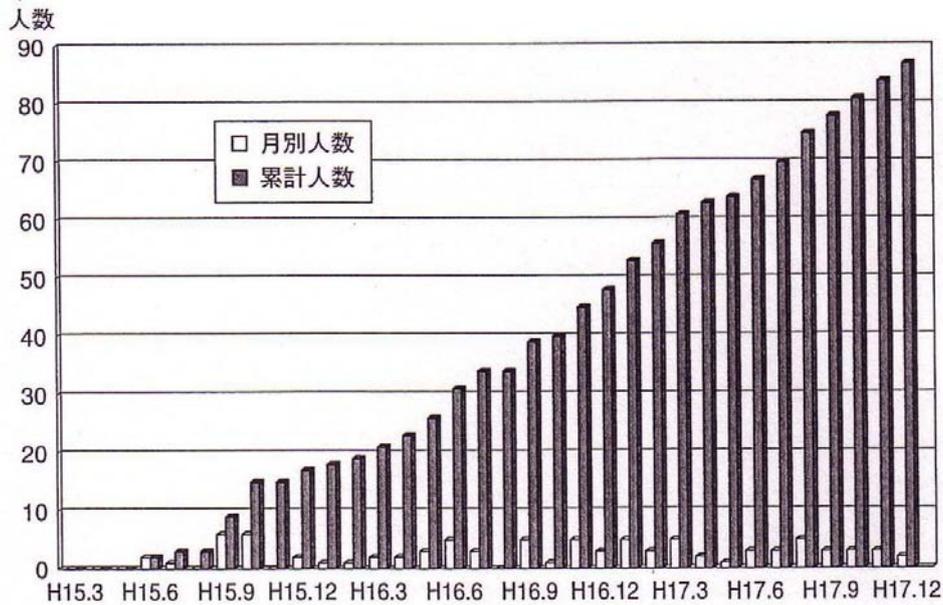
施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S病院	698	10	62	64	20
T病院	500	6	72	40	20
K病院	383	17	35	27	5
S診療所	178	33	55	10	67

図6 長崎在宅 Dr. ネットにおける連関図



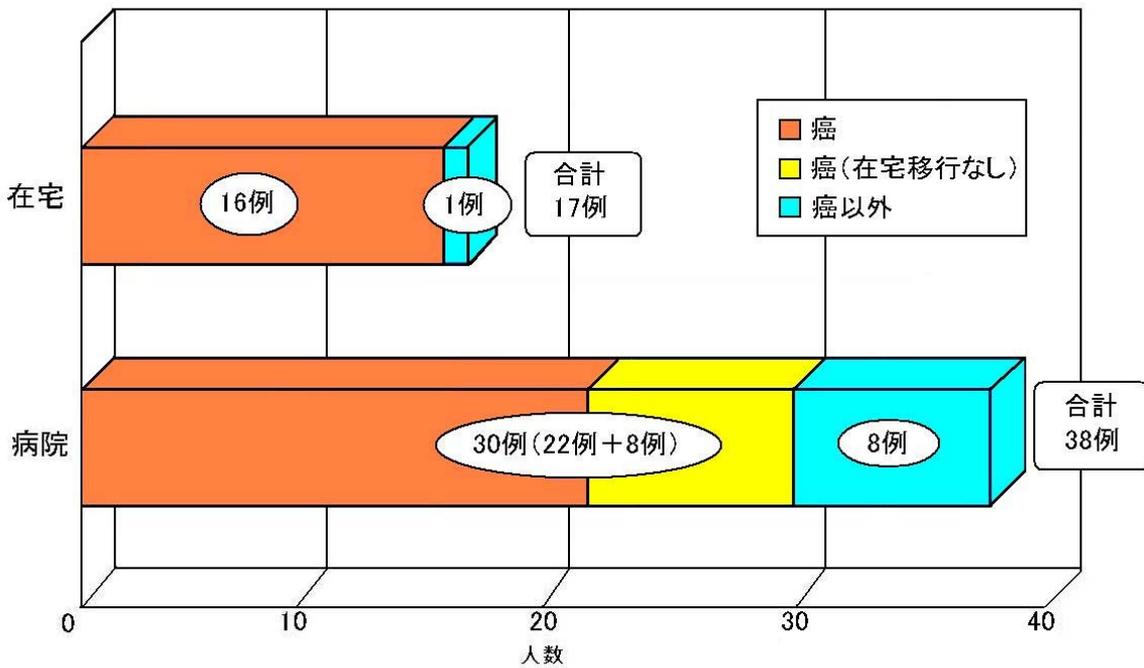
藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr.（ドクター）ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
 長崎県医師会報 別冊 平成18年7月（第726号）より

図7 Dr. ネットへの登録患者数



藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr. (ドクター) ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
 長崎県医師会報 別冊 平成 18 年 7 月 (第 726 号) より

図8 死亡症例 (55 例) の疾患と死亡場所



藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr. (ドクター) ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
 長崎県医師会報 別冊 平成 18 年 7 月 (第 726 号) より

図9 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の徹底

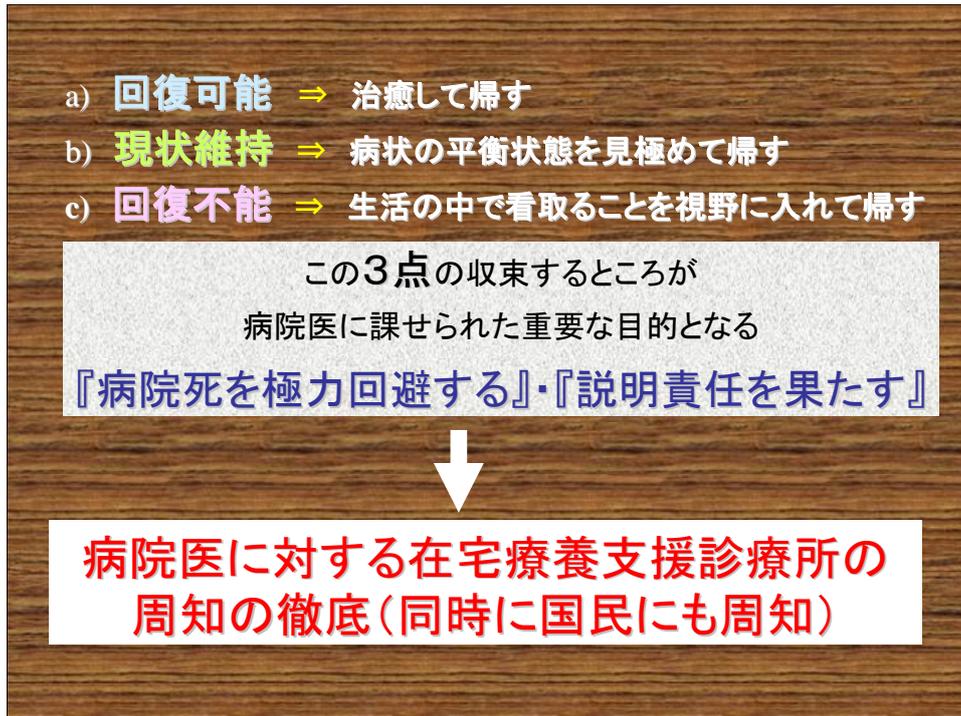


図10 サービス担当者会議の開催・退院時共同指導の徹底

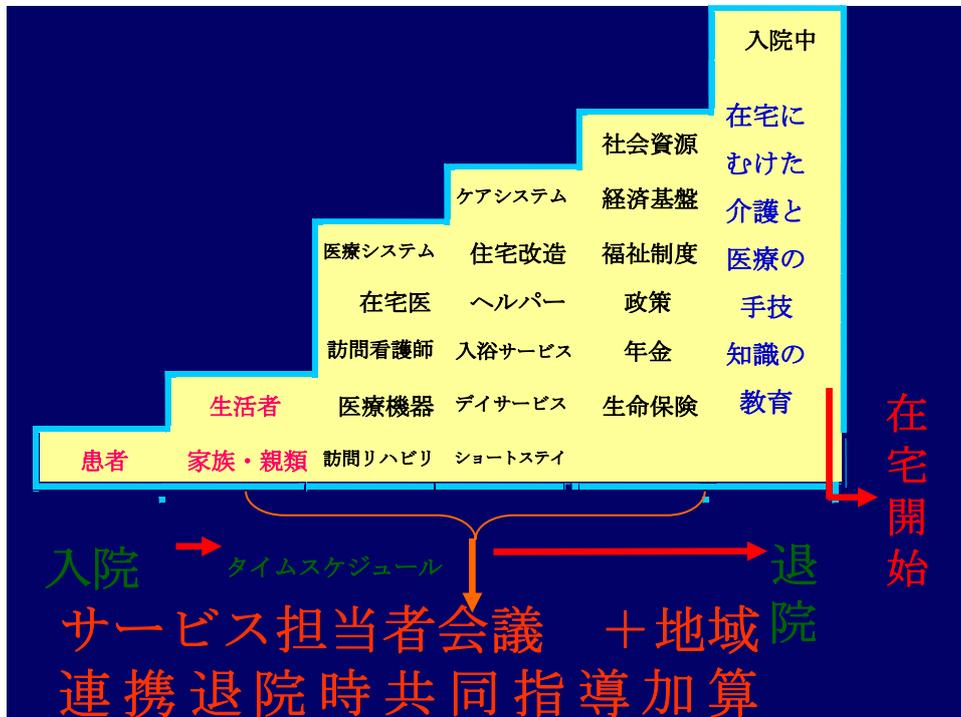
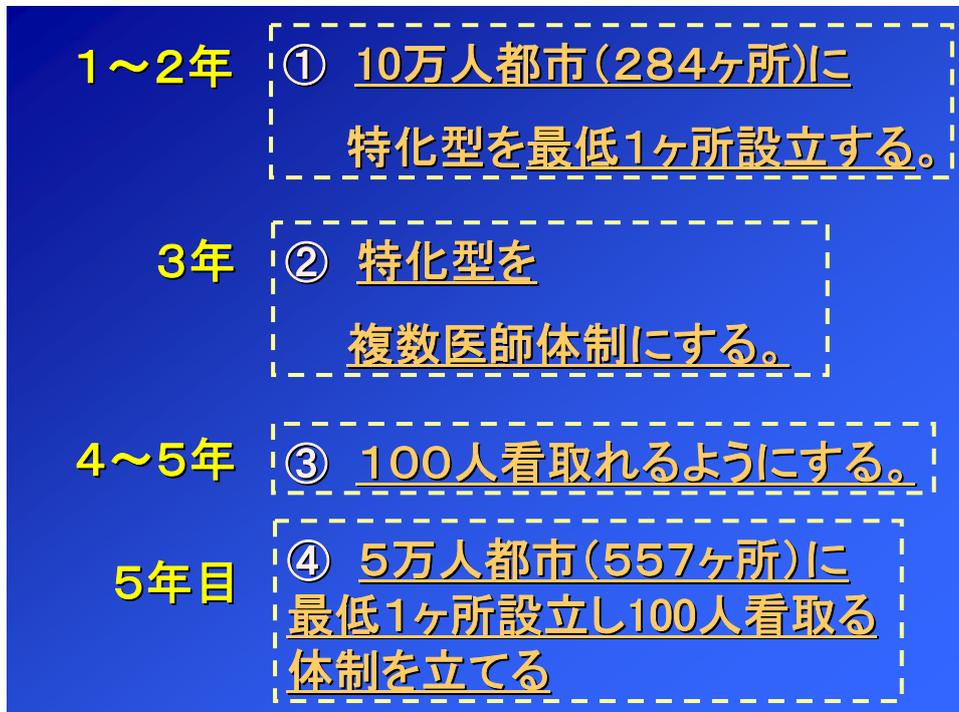


図 11 調剤薬局への評価



図 12 在宅看取りの整備



第5章 資料編

在宅療養支援診療所 院長殿

平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
『地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業』

アンケート調査ご協力のお願い

謹啓

皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

このたび、上に掲げます研究事業によるアンケート調査を行わせて頂きたいと、この資料を送付させて頂きました。

在宅療養支援診療所の今後の浮沈に関わる重要な項目が列挙されております。他人事ではない未来の自分のこととして、このアンケートへのご協力を賜りたいと願っております。

医療事情は今後めまぐるしく変化するかもしれません。しかし変わらないものが医療にはあることを信じて、なにとぞご記入をお願い致します所存でございます。

書けるところだけでも結構ですので、必ずご返送お願い申し上げます。

謹白

平成 19 年 1 月

主任研究者 川島孝一郎
(仙台往診クリニック 院長)

【調査名】

地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成に関する調査①

【調査目的】

地域包括ケアにおける、24 時間 365 日医療提供体制の核となる在宅療養支援診療所の、質及び必要数が保障されるための、短期・長期的戦略プログラムを策定し、全国レベルでの運用が可能となる政策提言をするために行います。在宅ハイケアを必要とする重症高齢者、特定疾病療養者、単身者、担癌者等に、安心・安全・安穏な居宅への移行と連携・生活維持・居宅での看取り等が短期的に確立され、システムとして長期的に安定することを目指します。

【調査の実施主体】

仙台往診クリニック

この調査は、厚生労働省の研究費『地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業』により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）が行うものです。集計・解析は東北大学大学院医療管理学教室が分担いたします。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、貴施設が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、厳重に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定する

ような氏名、イニシャル、住所等の情報は公表しません。また、この結果を本研究事業以外の目的に用いることはございません。

【調査票配布対象先】

2006年6月1日現在（一部を除きます）に届け出をされた在宅療養支援診療所（悉皆）の先生方にお送りしております。

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇ 以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、
以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。 ◇

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入下さい。設問によって、「1つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入下さい。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、
2月19日(月)までにポストに投函して下さい（郵送料はかかりません）。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。

問い合わせ先

地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と 人材養成戦略に関する研究委員会 事務局（仙台往診クリニック内） 担当：伊藤・千葉 TEL：022-212-8501（平日13～17時） FAX：022-212-8533（24時間） e-mail：zaisys@oushin-sendai.jp
--

【アンケートご記入にあたってのお願い】

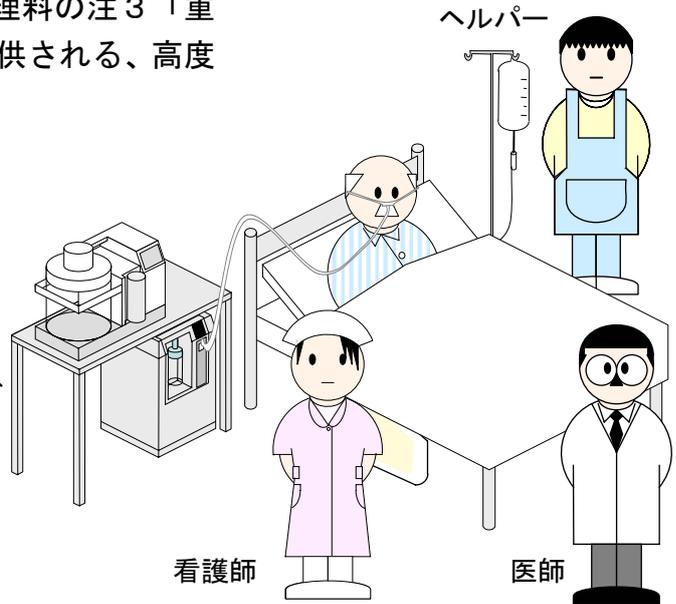
自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。

1. 在宅ハイケアの提供体制について

「在宅ハイケア」とは、在宅時医学総合管理料の注3「重症者加算」の対象*となるような、患者に提供される、高度な指導管理の事です。

* 平成十八年三月六日 厚生労働省告示第九十四号

- 別表第五 地域連携退院時共同指導料1及び2の注1のただし書に規定する疾病等及び重症者加算の状態等にある患者
- 一 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。）
 - 二 イであって、ロ又はハの状態である患者
 - イ 在宅自己腹膜還流指導管理、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 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある患者
 - 三 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



問1-1 貴施設における医療提供体制についておうかがいします。
2006年12月における、各患者の人数をご記入下さい。

管理	在宅時医学 総合管理料 を算定	在宅末期医療 総合診療料 を算定	在宅患者訪問診療料・ 往診料のみを算定
在宅訪問を行った患者総数（★）	人	人	人
★のうち、	在宅人工呼吸療法（HMV）	人	人
	在宅酸素療法（HOT）	人	人
	在宅中心静脈栄養法（HPN）	人	人
	在宅成分栄養経管栄養法（HEN）	人	人
	連続携帯式腹膜透析（CAPD）	人	人
	重症者加算を算定	人	

疾病	在医総管	在宅末期	訪問診療・往診のみ
★のうち、	悪性新生物	人	人
	認知症	人	人
	特定疾患（難病）	人	人
	脳血管障害後遺症	人	人
	呼吸器系疾患	人	人
	その他	人	人

⇒問1-1は次ページに続きます

⇒問 1 - 1 の続きです

訪問看護		在医総管	在宅末期	訪問診療・往診のみ
★の うち、	自施設の看護師が訪問	人	人	人
	他施設の看護師が訪問	人	人	人
	看護師の訪問なし	人	人	人

薬剤		在医総管	在宅末期	訪問診療・往診のみ
★の うち	院内処方	人	人	人
	院外処方、薬剤師が訪問	人	人	人
	院外処方、本人もしくは 家族が薬局へ赴く	人	人	人

介護		在医総管	在宅末期	訪問診療・往診のみ
居宅療養管理指導		人	人	人

1日平均訪問（往診）患者数	人
1日平均来院患者数	人

問 1 - 2 2006 年 12 月において、在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の総診療報酬点数が、貴施設の診療報酬に占める比率はおよそ何%ぐらいでしたか？

診療報酬に占める比率	() %
------------	-------

問 1 - 3 昨年 1 年間(2006 年 1~12 月)、在宅で看取った患者の人数をお書き下さい。

		在医総管	在宅末期	訪問診療・往診のみ
在宅看取り数(2006 年 1~12 月)		人	人	人
うち、	在宅ターミナルケア加算(10,000 点)算定	人	人	人
	夜間の看取り数	人	人	人

問 1 - 4 在宅ハイケアを必要とする患者の、貴施設における現在の受け入れ体制について、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

- | |
|-----------------------------------|
| 1. 現在積極的に受け入れており、受け入れには余裕がある |
| 2. 受け入れてはいるが、飽和状態であり、他院を紹介することがある |
| 3. 現在はほとんど受け入れていない |

問 1-5 現在、貴施設で在宅ハイケアを提供するにあたって、以下の項目についてはどの程度問題になっているのでしょうか。それぞれの項目について、5段階でお答え下さい。

1	2	3	4	5
特に問題ではない	…	徐々に改善しつつある	…	問題視している

貴施設の状況	
医師数の不足	1・2・3・4・5
看護師数の不足	1・2・3・4・5
医師・看護師以外の人員の不足	1・2・3・4・5
緩和ケアにおける経験の不足	1・2・3・4・5
難病ケアにおける経験の不足	1・2・3・4・5

患者・家族	
経済的な問題	1・2・3・4・5
家族介護力の不足（高齢であるなど）	1・2・3・4・5
家族の絆の問題	1・2・3・4・5

病院	
在宅ハイケアに対する病院医の無理解	1・2・3・4・5
在宅療養支援診療所の周知の不徹底	1・2・3・4・5
退院時共同指導の不徹底	1・2・3・4・5
緊急入院の際の後方ベッド確保の困難さ	1・2・3・4・5

コメディカル事業者・介護事業者	
訪問看護事業所の不足	1・2・3・4・5
訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足	1・2・3・4・5
訪問介護事業所の不足	1・2・3・4・5

その他、問題となっていることがありましたらお書き下さい。

<p>-----</p> <p>-----</p>

問 1-6 在宅ハイケアを必要とする患者の、貴施設における将来の受け入れについて、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 受け入れ数の規模を拡大する
2. 当分は現状を維持していく
3. 受け入れ数の規模を縮小する
4. いずれ受け入れをやめるつもりである（もしくは、既に受け入れを行っていない）

2. 診療報酬・介護報酬のあり方

問2-1 現在の診療報酬・介護報酬の算定要件や評価についておうかがいします。以下の各項目について、5段階でお答え下さい。

1	2	3	4	5
評価を低くしてもよい	…	現状のままでよい	…	より高い評価が必要

診療報酬	在宅患者訪問診療料	1・2・3・4・5
	往診料	1・2・3・4・5
	在宅患者訪問看護・指導料	1・2・3・4・5
	夜間の訪問診療・看護	1・2・3・4・5
	休日の訪問診療・看護	1・2・3・4・5
	在宅時医学総合管理料	1・2・3・4・5
	在宅末期医療総合診療料	1・2・3・4・5
	各管理料と加算	1・2・3・4・5
	包括点数に含まれる医療材料・薬剤料	1・2・3・4・5
	在宅ターミナルケア(10,000点)算定	1・2・3・4・5
	退院時共同指導料	1・2・3・4・5
セカンドオピニオン	1・2・3・4・5	
介護報酬	居宅療養管理指導料	1・2・3・4・5
	主治医意見書作成	1・2・3・4・5
	ケアプラン作成	1・2・3・4・5

問2-2 以下の取り組みに対する評価についておうかがいします。3段階でお答え下さい。

1	2	3
評価を行う必要は無い	新たに評価が必要	特に高い評価が必要

診療報酬	複数の診療所による連携体制	1・2・3
	事業主体の異なる事業者との連携	1・2・3
	身体障害者療護施設等の障害者施設への往診	1・2・3
	事前指示書作成	1・2・3
	ハイケアに対応する訪問看護事業所に対する指導・管理	1・2・3
	ハイケアに対応するヘルパー及び家族介護者に対する指導・管理	1・2・3
介護報酬	サービス提供者会議	1・2・3
	事業主体の異なる事業者との連携	1・2・3
	在宅ハイケア対象者への訪問サービス提供	1・2・3
	在宅ハイケア対象者への通所サービス提供	1・2・3

3. 在宅ハイケア人材養成プログラムの構築について

問3-1 在宅医療を担う医師の人材養成プログラムの構築と運用は必要でしょうか。あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 必要である	→問3-2へ
2. 必要ではない	→問4へ

問3-2 在宅医療を担う医師を養成するにあたって、以下の項目はどの程度重要でしょうか。それぞれについて、重要度をお答えください。

1	2	3	4	5
不要である	選択項目 としては必要	必須項目である	やや重要である	特に重要である

講義	
医療保険制度	1・2・3・4・5
介護保険制度	1・2・3・4・5
自立支援法	1・2・3・4・5
難病制度（特定疾患治療研究事業）	1・2・3・4・5
在宅医療の心得	1・2・3・4・5
面接法	1・2・3・4・5
家族支援	1・2・3・4・5
がんの緩和医療	1・2・3・4・5
認知症	1・2・3・4・5
難病	1・2・3・4・5
高齢者の特性	1・2・3・4・5
臨終時の心構え	1・2・3・4・5

⇒問3-2は次ページに続きます

⇒問3－2の続きです

実践	
在宅患者訪問点滴注射管理指導	1・2・3・4・5
在宅自己注射指導	1・2・3・4・5
在宅腹膜灌流指導	1・2・3・4・5
在宅血液透析指導	1・2・3・4・5
在宅酸素療法指導	1・2・3・4・5
在宅中心静脈栄養指導	1・2・3・4・5
在宅成分栄養経管栄養法指導	1・2・3・4・5
在宅自己導尿指導	1・2・3・4・5
在宅人工呼吸指導	1・2・3・4・5
在宅持続陽圧呼吸療法指導	1・2・3・4・5
在宅悪性腫瘍患者指導	1・2・3・4・5
在宅自己疼痛管理指導	1・2・3・4・5
在宅肺高血圧症患者指導	1・2・3・4・5
在宅気管切開患者指導	1・2・3・4・5
褥創の予防と治療	1・2・3・4・5
口腔ケア	1・2・3・4・5
退院前共同指導	1・2・3・4・5
セカンドオピニオン	1・2・3・4・5
後方病院との連携	1・2・3・4・5
訪問看護事業所との連携	1・2・3・4・5
訪問リハビリテーションとの連携	1・2・3・4・5
調剤薬局との連携	1・2・3・4・5
介護事業所との連携	1・2・3・4・5
家族介護力の評価	1・2・3・4・5
虐待・家庭内暴力	1・2・3・4・5
終末期における同意文書の作成	1・2・3・4・5
病名・予後告知	1・2・3・4・5
グリーンケア	1・2・3・4・5
災害時への対応（危機管理）	1・2・3・4・5
離島など僻地における研修	1・2・3・4・5
複数の施設における研修	1・2・3・4・5

問3－3 問3－2の実践を行うにあたり、研修期間はどのくらいが適切でしょうか。

()ヶ月

4. 人材養成プログラムへの参画について

問4-1 人材養成プログラムの構築と運用における貴施設の参画について、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

1. 養成プログラムの構築に積極的に関わりたい	
2. 長期研修者を受け入れてもよい	→問4-1-1へ
3. 施設・患者に対するアンケート調査に協力できる	
4. 協力できない	

問4-1-1 問4-1で「2. 長期研修者を受け入れてもよい」を選んだ方におうかがいします。雇用関係を結び実際に保険診療を行う場合、

a) どの程度の期間受け入れられますか。

() 日

b) 研修にかかる貴施設の負担について、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 国や自治体の補助金が必要
2. 研修者が自ら費用を負担をするべき
3. 1と2の両方が必要である
4. 無償で受け入れることができる

c) 研修内容として対応できるものすべてに○をつけて下さい。

講義
1. 医療保険制度
2. 介護保険制度
3. 自立支援法
4. 難病制度（特定疾患治療研究事業）
5. 在宅医療の心得
6. 面接法
7. 家族支援
8. がんの緩和医療
9. 認知症
10. 難病
11. 高齢者の特性
12. 臨終時の心構え

実践
1. 在宅患者訪問点滴注射管理指導
2. 在宅自己注射指導
3. 在宅腹膜灌流指導
4. 在宅血液透析指導
5. 在宅酸素療法指導
6. 在宅中心静脈栄養指導
7. 在宅成分栄養経管栄養法指導
8. 在宅自己導尿指導
9. 在宅人工呼吸指導
10. 在宅持続陽圧呼吸療法指導
11. 在宅悪性腫瘍患者指導
12. 在宅自己疼痛管理指導
13. 在宅肺高血圧症患者指導
14. 在宅気管切開患者指導
15. 褥創の予防と治療
16. 口腔ケア
17. 退院前共同指導
18. セカンドオピニオン
19. 後方病院との連携
20. 訪問看護事業所との連携
21. 訪問リハビリテーションとの連携
22. 調剤薬局との連携
23. 介護事業所との連携
24. 家族介護力の評価
25. 虐待・家庭内暴力
26. 終末期における同意文書の作成
27. 病名・予後告知
28. グリーフケア
29. 災害時への対応（危機管理）
30. 離島など僻地における研修
31. 複数の施設における研修

5. 貴施設について

問5-1 芳名、施設名等は、差し支えない範囲でお書き下さい。

※所在地（都道府県と市区町村名）は、必ずお書き下さい。

調査票記入者			職名					
医療機関名								
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)	都道府県	市区町村				
電話番号	— —							
標榜している診療科目に○をつけて下さい。また主たる診療科目1つに◎をつけて下さい。	01	内科	02	心療内科	03	呼吸器科	04	消化器科
	05	胃腸科	06	循環器科	07	アレルギー科	08	リウマチ科
	09	小児科	10	精神神経科	11	精神科	12	神経科
	13	神経内科	14	外科	15	整形外科	16	脳神経外科
	17	呼吸器外科	18	心臓血管外科	19	こう門科	20	産婦人科
	21	産科	22	婦人科	23	眼科	24	耳鼻咽喉科
	25	気管食道科	26	皮膚科	27	泌尿器科	28	リハビリテーション科
	29	放射線科	30	麻酔科	31	その他()		
病床数	() 床		うち療養病床 () 床					
医師数	常勤 () 人			非常勤 () 人				
看護職員数	常勤 () 人			非常勤 () 人				
年数	臨床経験年数 () 年							
	診療所開設より () 年							
	在宅訪問開始より () 年							

問5-2 在宅療養支援診療所の全国組織の必要性についておうかがいします。

1. 必要である	2. 必要ない	3. わからない
----------	---------	----------

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 全疾病・療法合計

図 診-1-1-1 在宅時医学総合管理料を算定した患者数
(n = 1093, m ± σ = 20.7 ± 38.5)

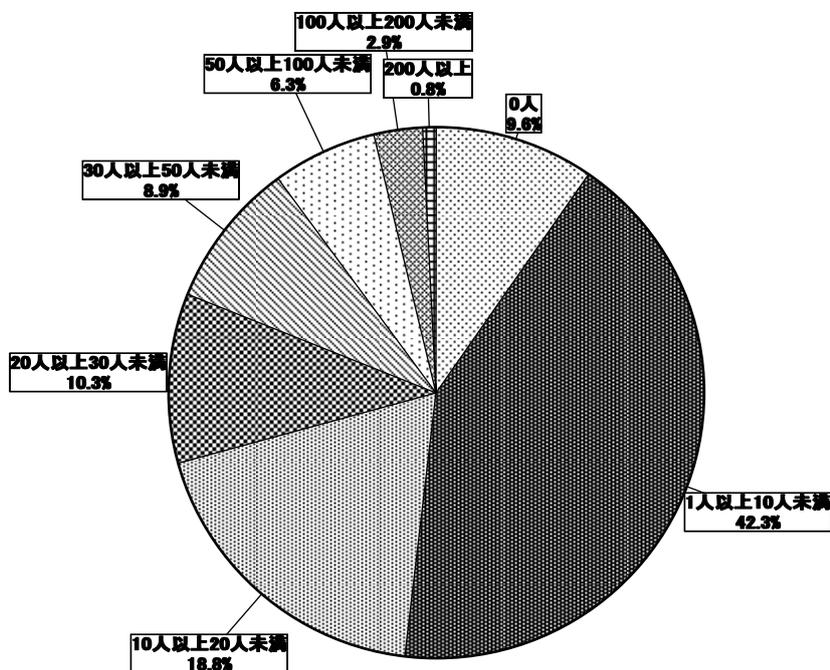


図 診-1-1-2 在宅末期医療総合診療料を算定した患者数
(n = 700, m ± σ = 0.7 ± 2.8)

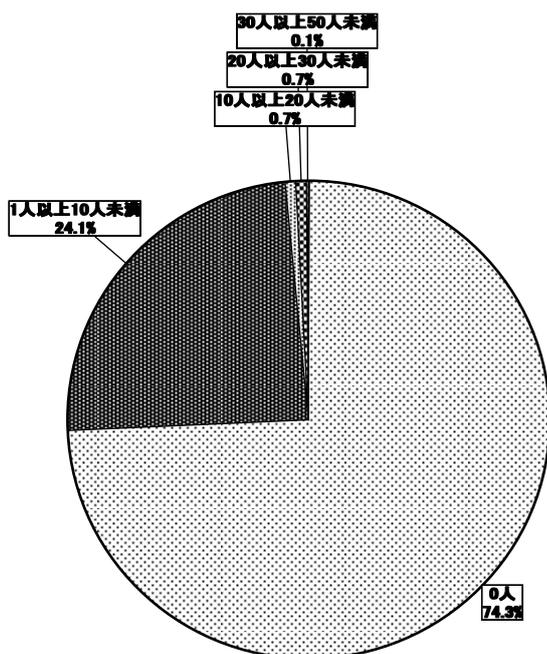
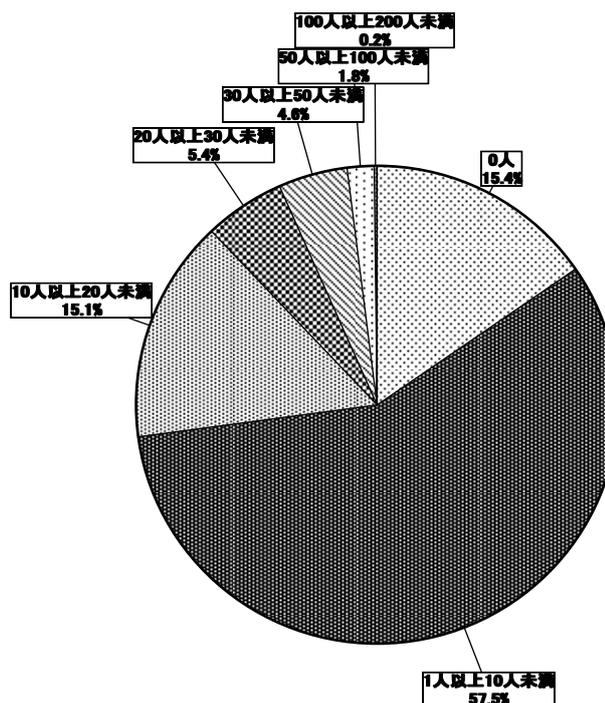


図 診-1-1-3 在宅患者訪問診療料・往診料のみを算定した患者数
(n = 995, m ± σ = 8.4 ± 13.1)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 在宅人工呼吸療法(HMV)

図 診-1-1-4 在宅時医学総合管理料
(n = 490, m ± σ = 0.7 ± 1.4)

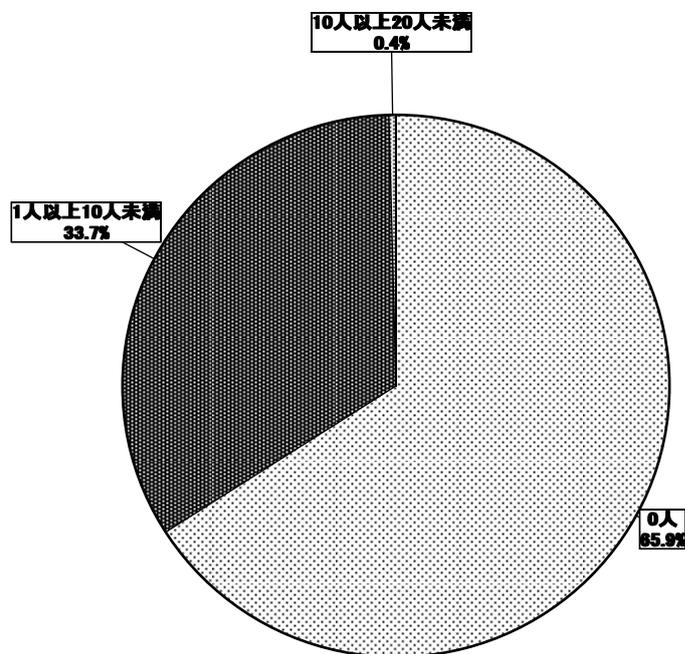
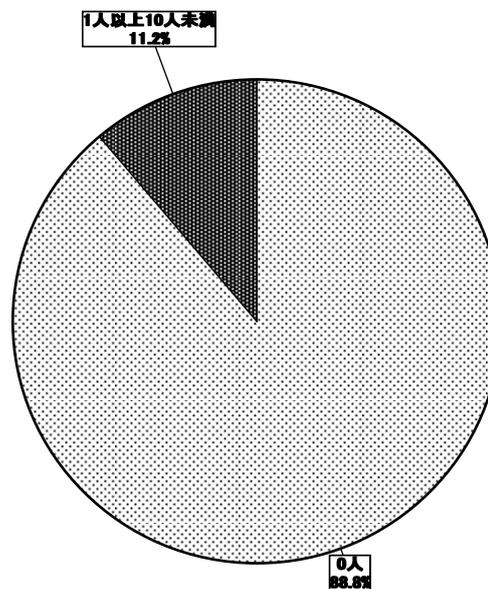
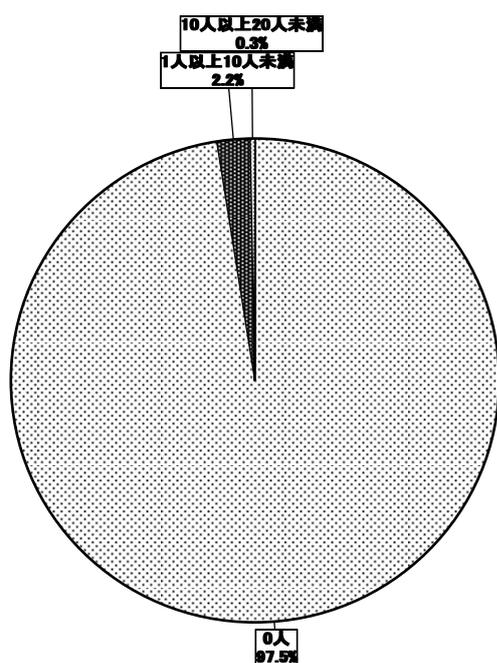


図 診-1-1-5 在宅末期医療総合診療料
(n = 319, m ± σ = 0.1 ± 0.6)

図 診-1-1-6 訪問診療料・往診料のみ
(n = 367, m ± σ = 0.2 ± 0.6)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 在宅酸素療法 (HOT)

図 診-1-1-7 在宅時医学総合管理料
(n = 723, m ± σ = 2.2 ± 3.7)

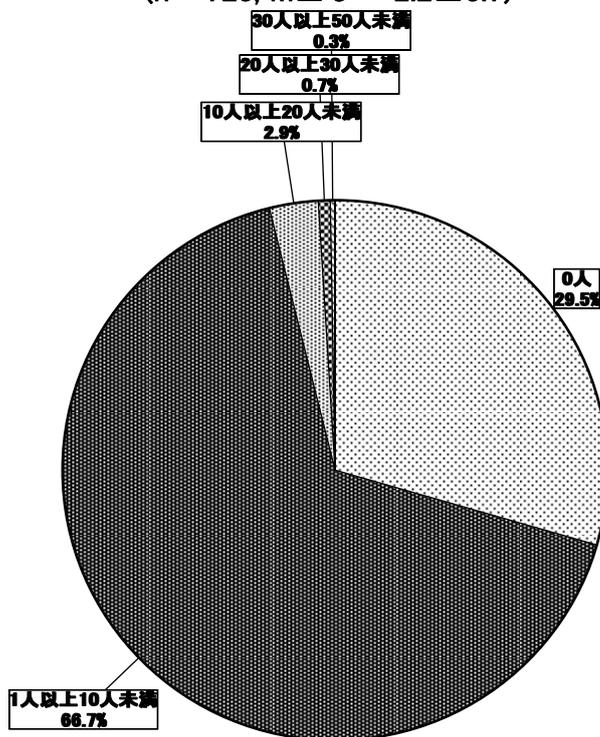


図 診-1-1-8 在宅末期医療総合診療料
(n = 349, m ± σ = 0.3 ± 1.2)

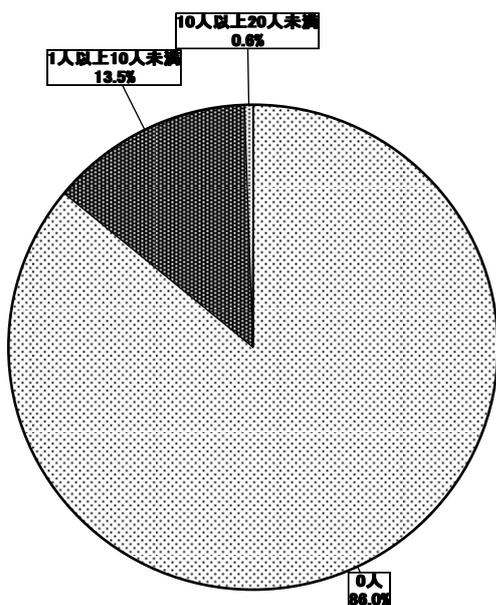
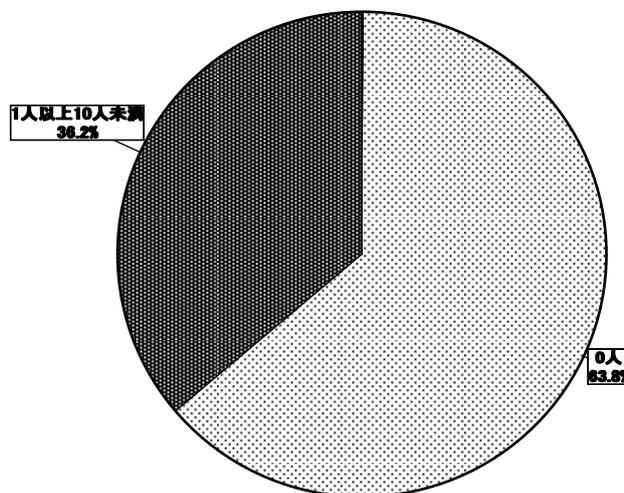


図 診-1-1-9 訪問診療料・往診料のみ
(n = 456, m ± σ = 0.7 ± 1.2)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 在宅中心静脈栄養法(HPN)

図 診-1-1-10 在宅時医学総管理料
(n = 477, m ± σ = 0.6 ± 1.6)

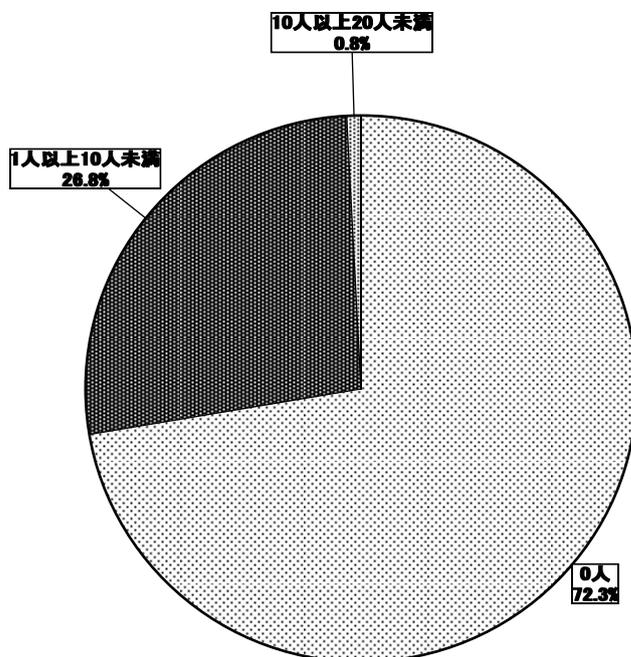


図 診-1-1-11 在宅末期医療総合診療料
(n = 330, m ± σ = 0.2 ± 0.8)

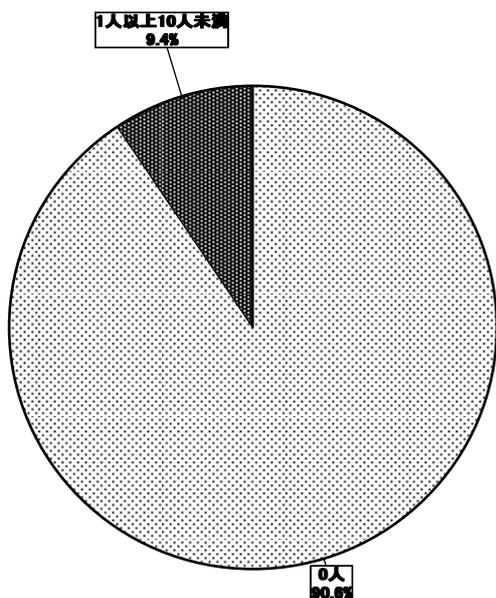
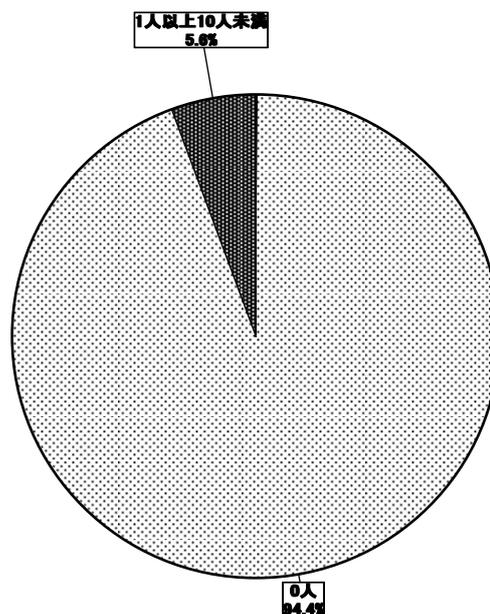


図 診-1-1-12 訪問診療料・往診料のみ
(n = 356, m ± σ = 0.1 ± 0.5)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)

図 診-1-1-13 在宅時医学総合管理料
(n = 566, m ± σ = 1.5 ± 3.8)

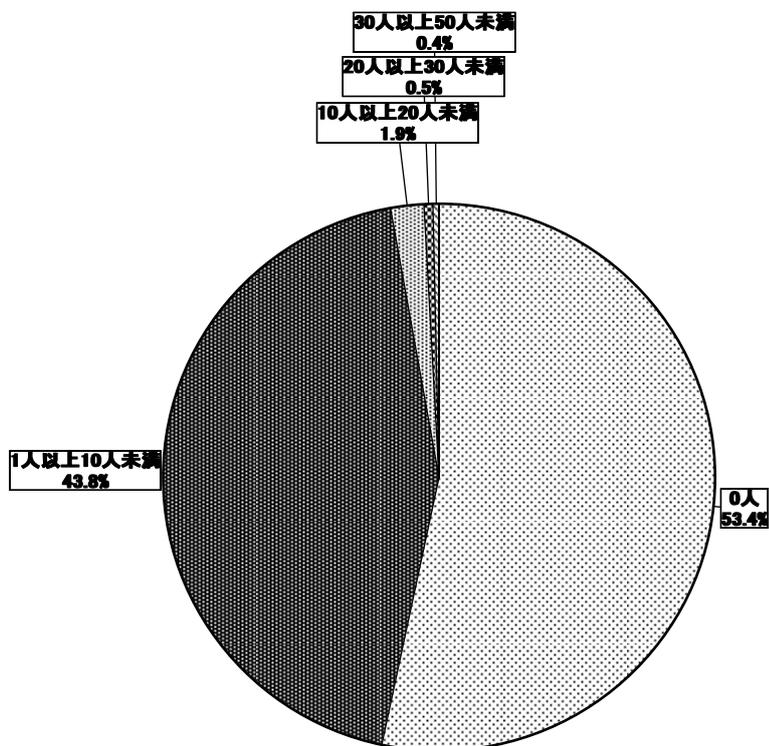


図 診-1-1-14 在宅末期医療総合診療料
(n = 322, m ± σ = 0.0 ± 0.3)

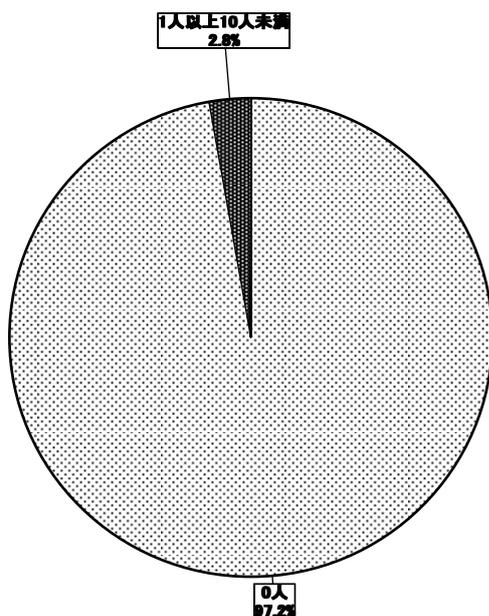
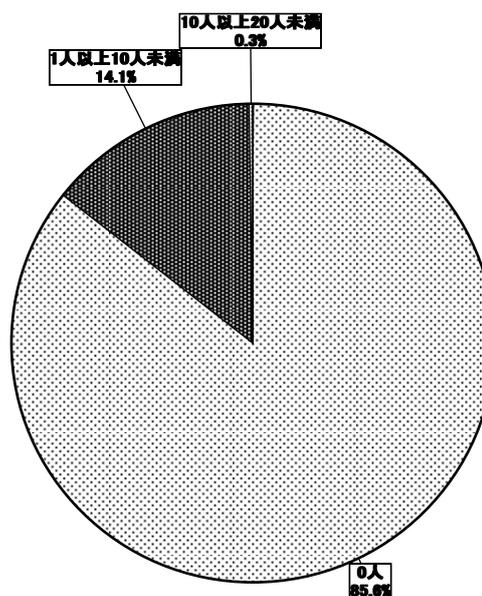


図 診-1-1-15 訪問診療料・往診料のみ
(n = 375, m ± σ = 0.3 ± 1.1)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 連続携行式腹膜透析(CAPD)

図 診-1-1-16 在宅時医学総合管理料
(n = 417, m ± σ = 0.0 ± 0.2)

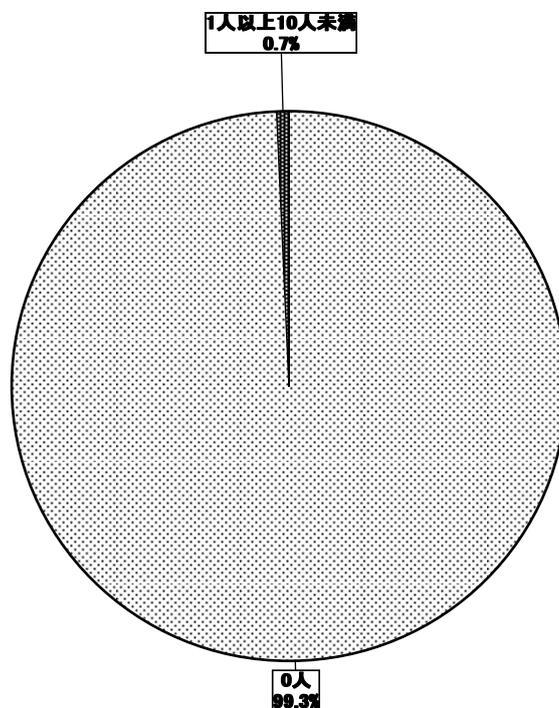


図 診-1-1-17 在宅末期医療総合診療料
(n = 313, m ± σ = 0.0 ± 0.1)

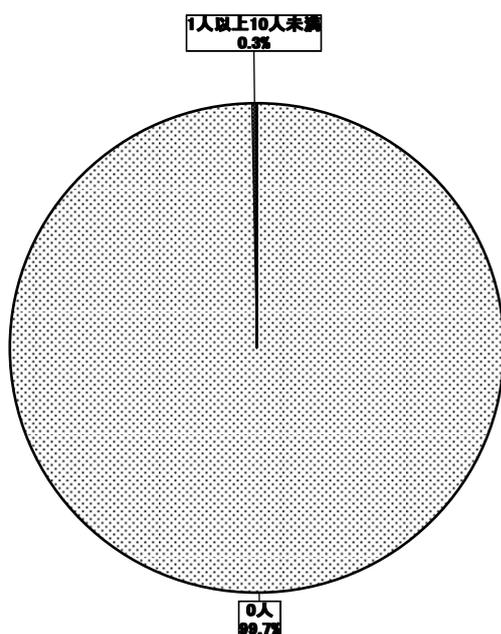


図 診-1-1-18 訪問診療料・往診料のみ
(n = 341, m ± σ = 0.0 ± 0.1)

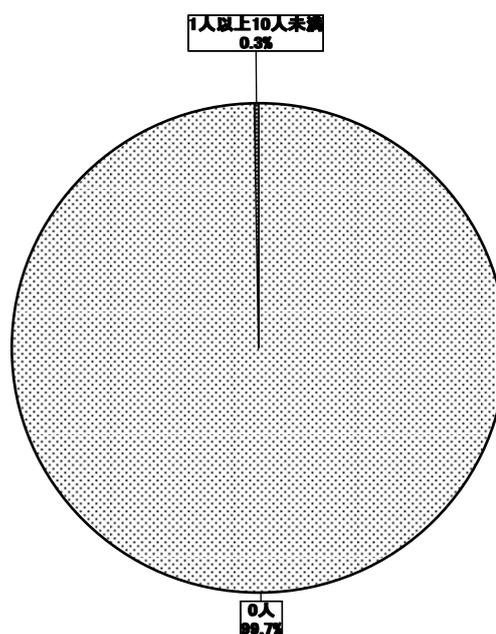
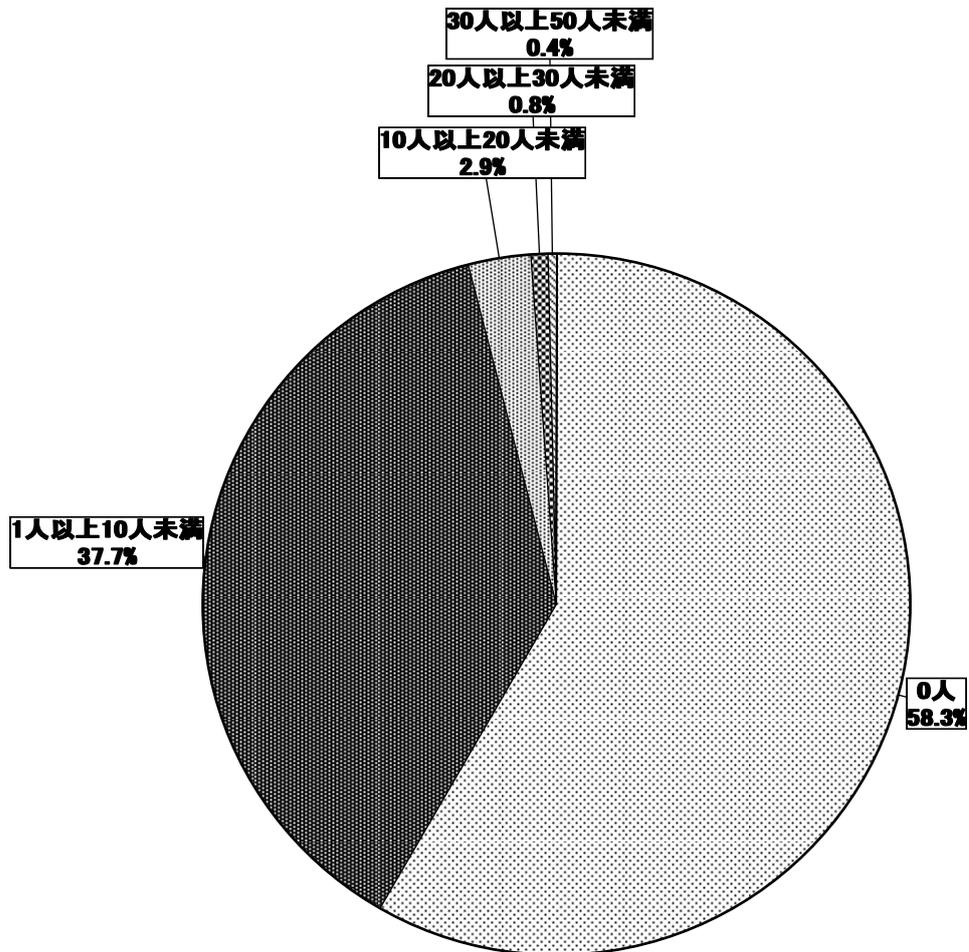


図 診-1-1-19 問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 重症者加算算定
(n = 523, $m \pm \sigma = 1.6 \pm 3.9$)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 悪性新生物

図 診-1-1-20 在宅時医学総合管理料
(n = 602, m ± σ = 2.2 ± 5.2)

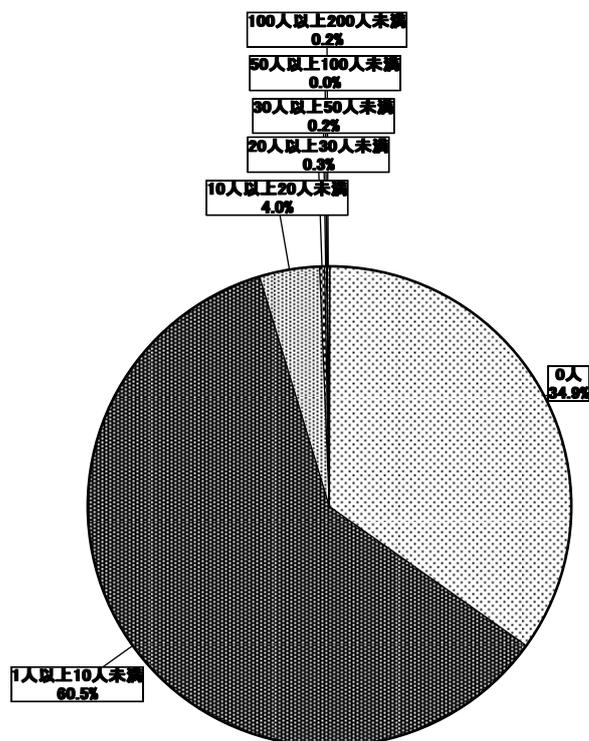
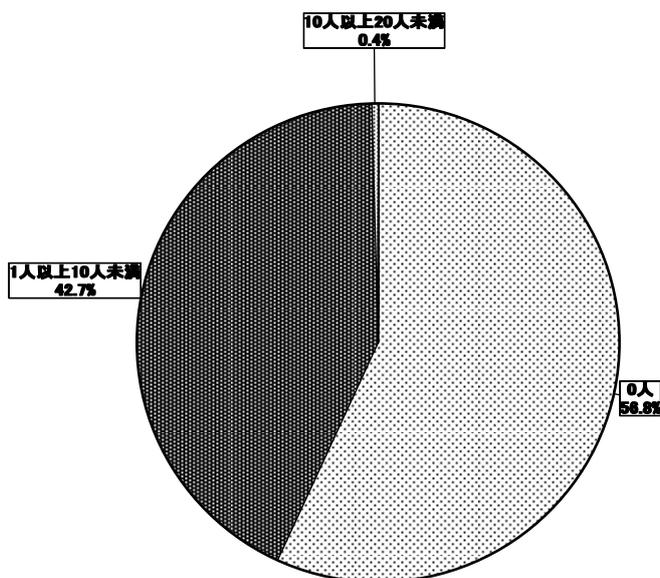
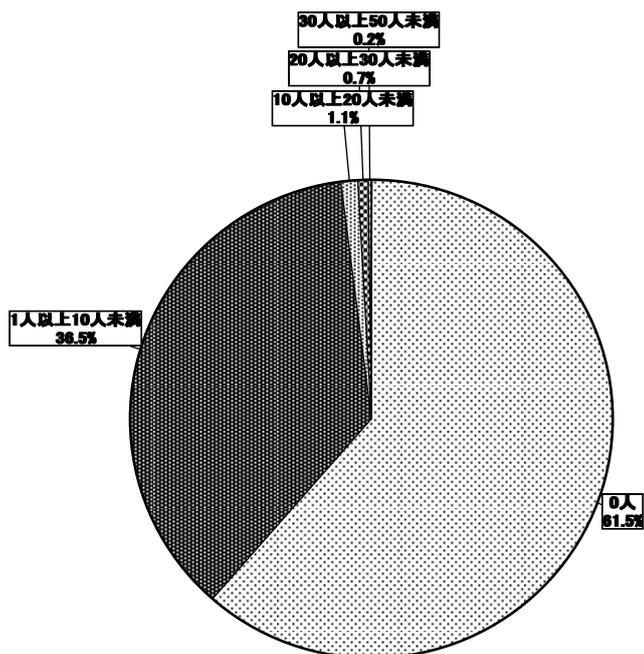


図 診-1-1-21 在宅末期医療総合診療料
(n = 441, m ± σ = 1.0 ± 3.0)

図 診-1-1-22 訪問診療料・往診料のみ
(n = 461, m ± σ = 0.8 ± 1.3)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 認知症

図 診-1-1-23 在宅時医学総合管理料算定
(n = 747, m ± σ = 8.2 ± 15.1)

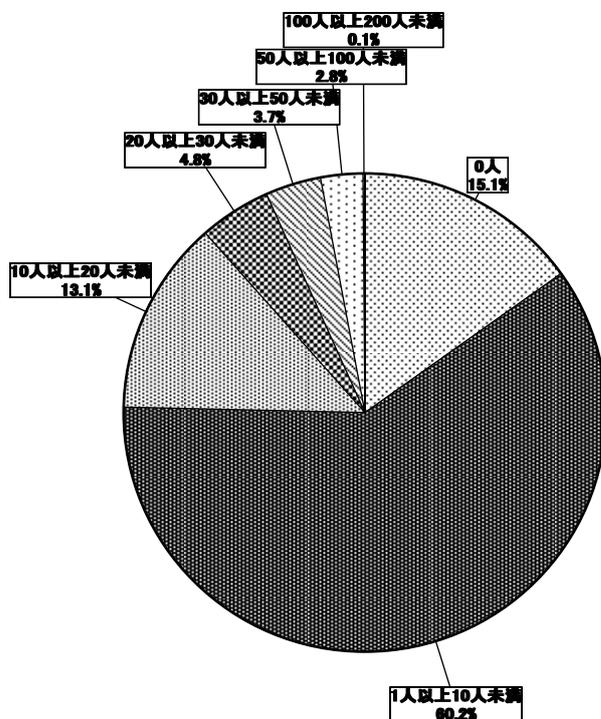


図 診-1-1-24 在宅末期医療総合診療料
(n = 306, m ± σ = 0.1 ± 0.4)

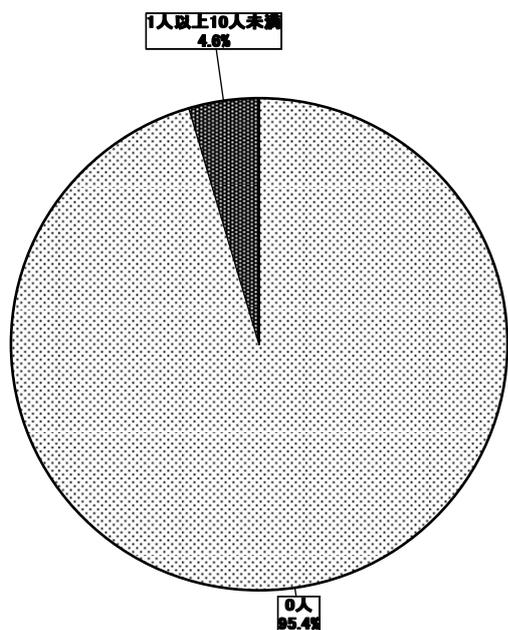
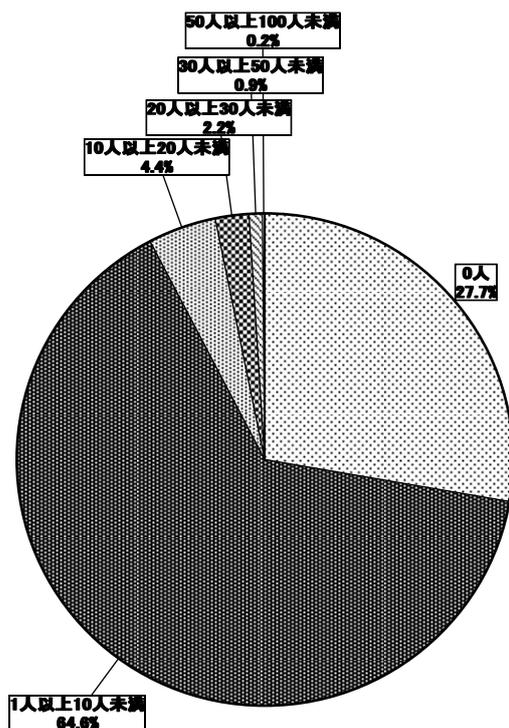


図 診-1-1-25 訪問診療料・往診料のみ
(n = 588, m ± σ = 3.2 ± 6.0)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 特定疾患(難病)

図 診-1-1-26 在宅時医学総合管理料算定
(n = 602, m ± σ = 2.5 ± 5.1)

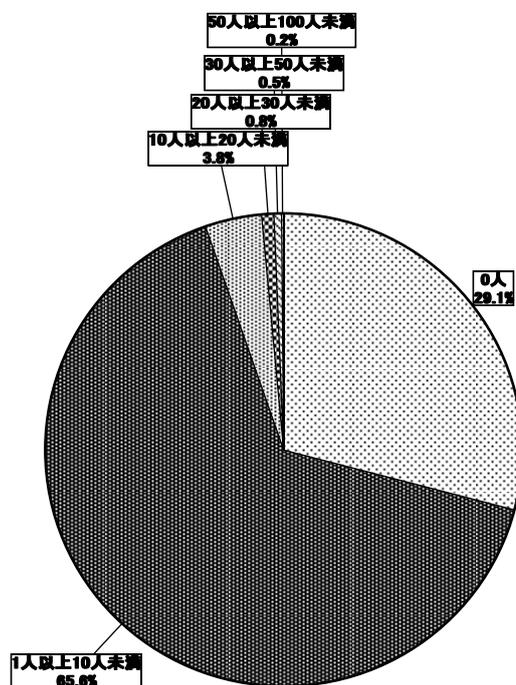


図 診-1-1-27 在宅末期医療総合診療料
(n = 302, m ± σ = 0.0 ± 0.1)

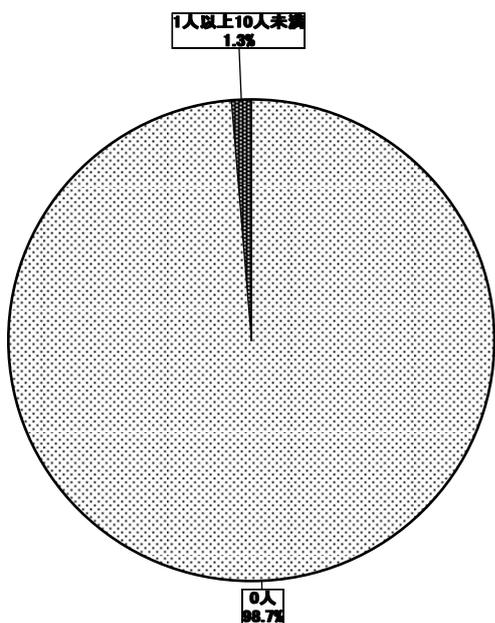
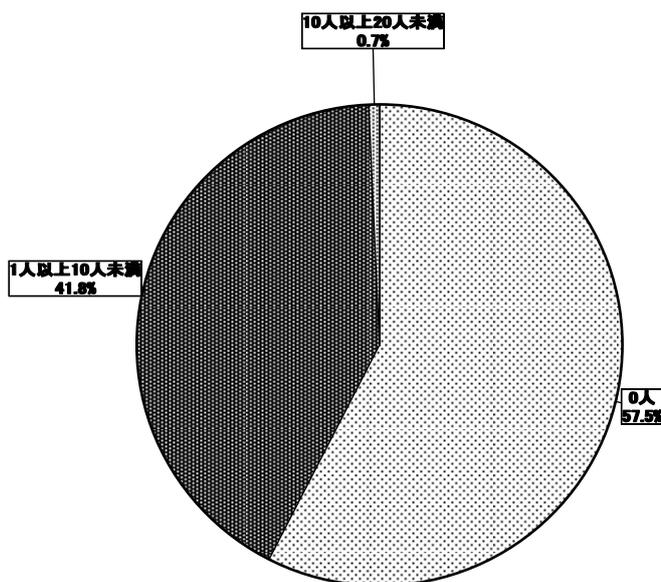


図 診-1-1-28 訪問診療料・往診料のみ
(n = 433, m ± σ = 0.9 ± 1.7)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 脳血管障害後遺症

図 診-1-1-29 在宅時医学総合管理料
(n = 833, m ± σ = 7.0 ± 11.1)

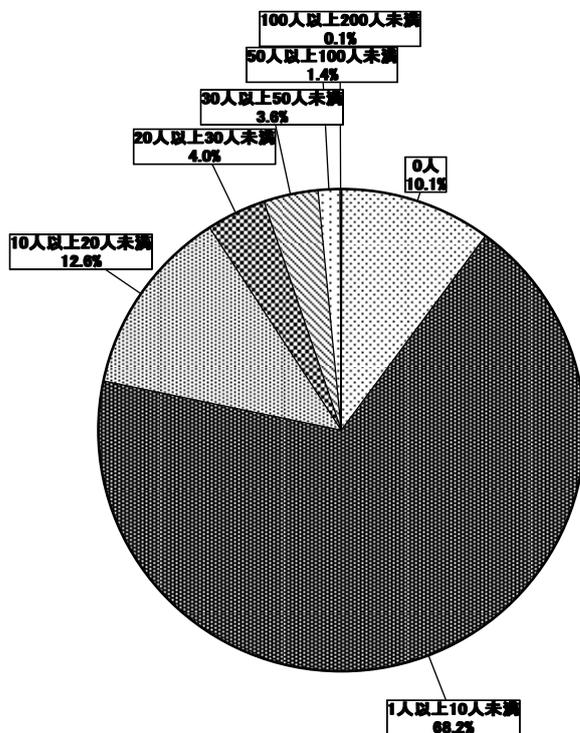


図 診-1-1-30 在宅末期医療総合診療料
(n = 304, m ± σ = 0.0 ± 0.3)

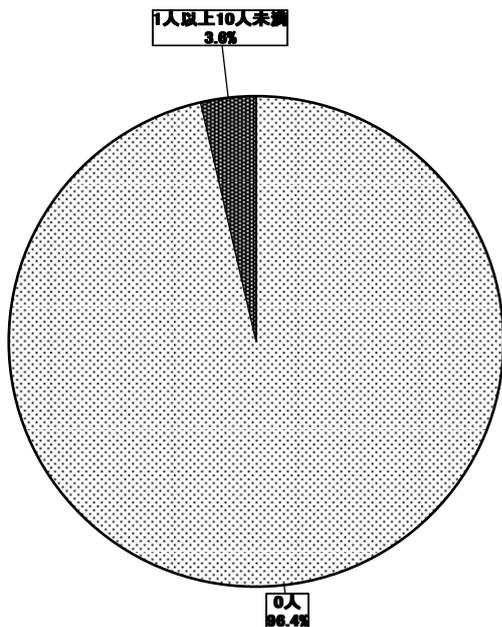
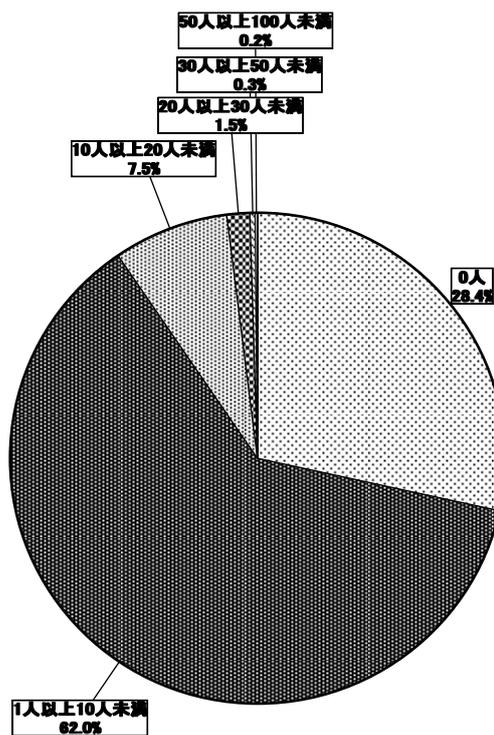


図 診-1-1-31 訪問診療料・往診料のみ
(n = 598, m ± σ = 3.2 ± 5.6)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 呼吸器系疾患

図 診-1-1-32 在宅時医学総合管理料
(n = 633, m ± σ = 3.0 ± 7.1)

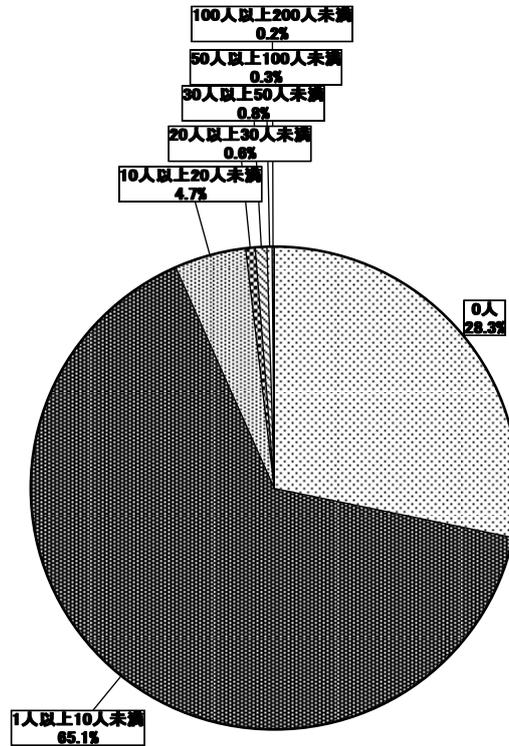


図 診-1-1-33 在宅末期医療総合診療料
(n = 303, m ± σ = 0.0 ± 0.1)

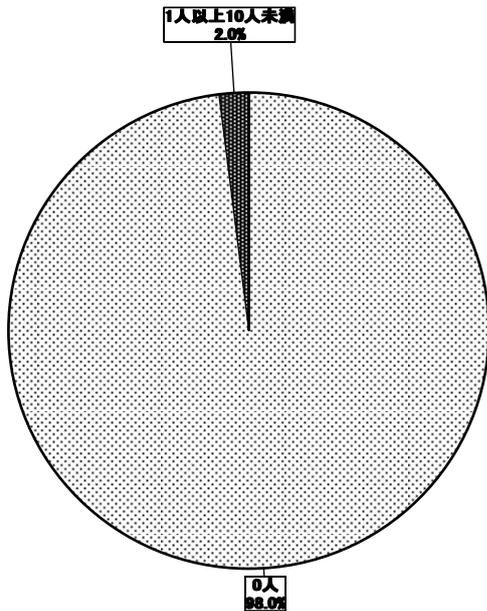
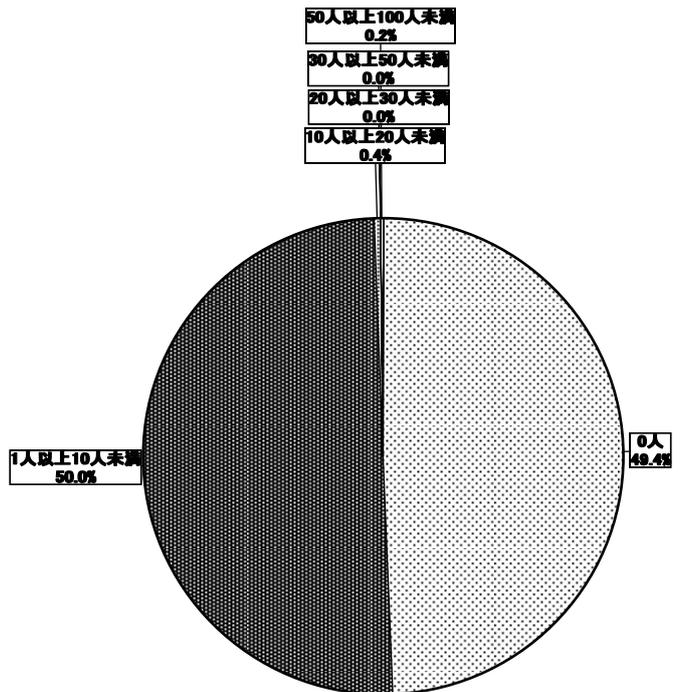


図 診-1-1-34 訪問診療料・往診料のみ
(n = 476, m ± σ = 1.2 ± 3.0)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 疾病その他

図 診-1-1-35 在宅時医学総合管理料
(n = 658, m ± σ = 6.7 ± 13.9)

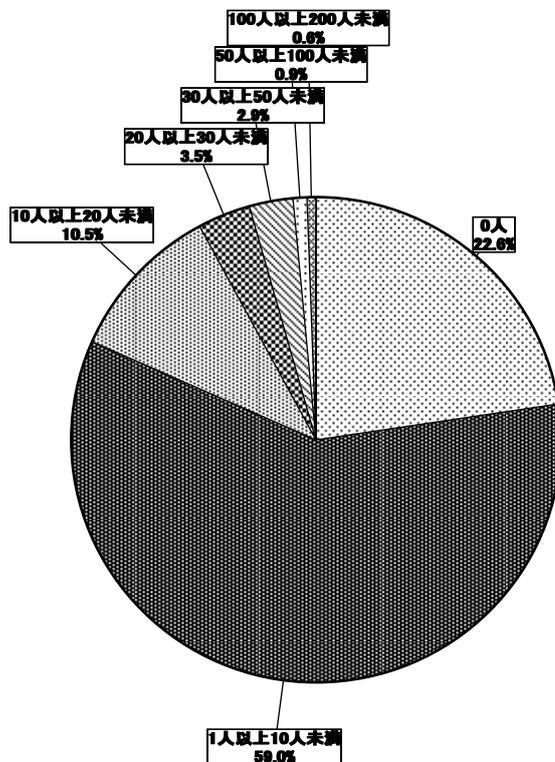


図 診-1-1-36 在宅末期医療総合診療料
(n = 289, m ± σ = 0.0 ± 0.2)

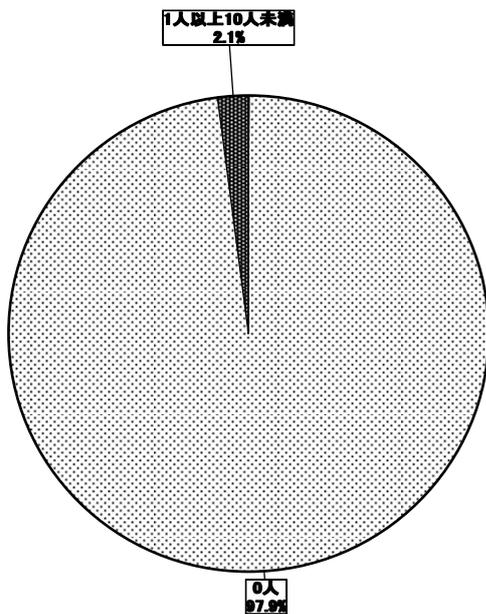
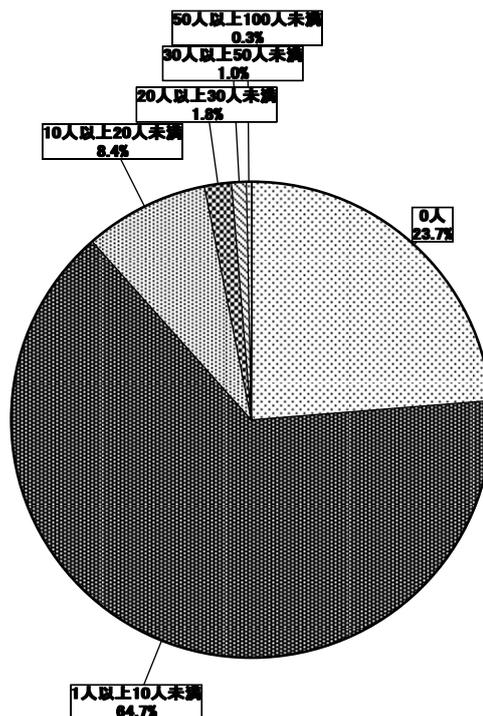


図 診-1-1-37 訪問診療料・往診料のみ
(n = 607, m ± σ = 4.0 ± 7.3)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 自施設からの訪問看護

図 診-1-1-38 在宅時医学総合管理料
(n = 614, m ± σ = 7.1 ± 25.3)

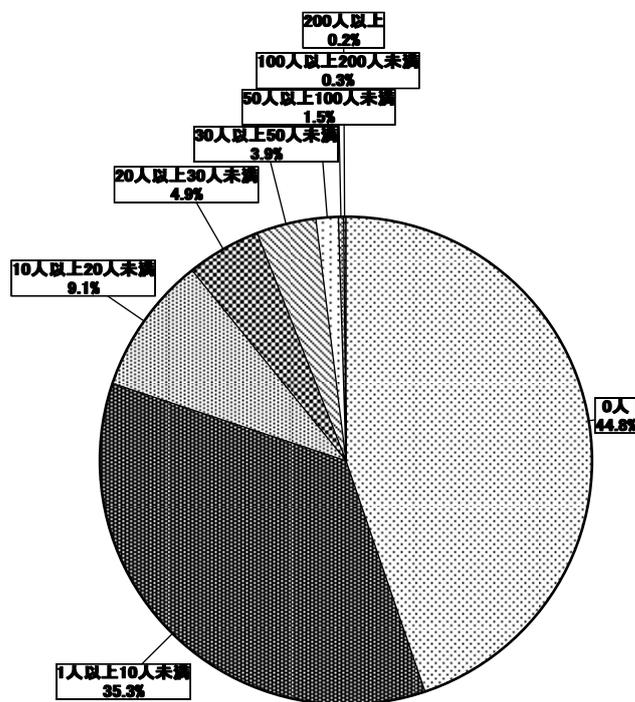


図 診-1-1-39 在宅末期医療総合診療料
(n = 381, m ± σ = 0.7 ± 2.6)

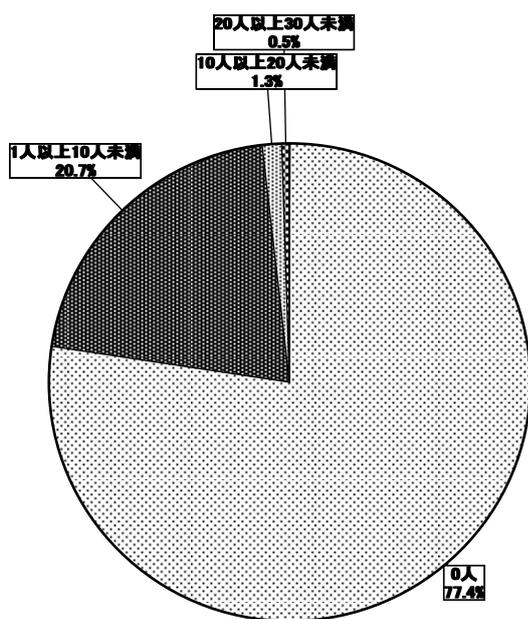
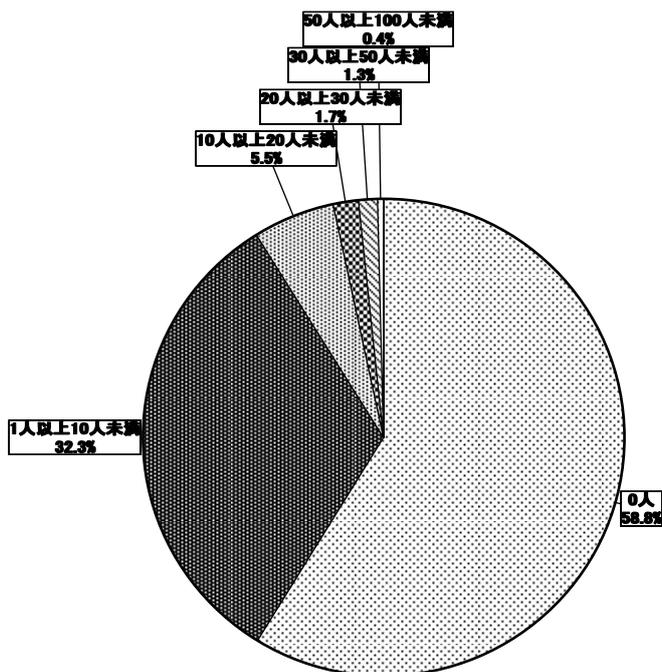


図 診-1-1-40 訪問診療料・往診料のみ
(n = 473, m ± σ = 2.9 ± 7.7)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 他施設からの訪問看護

図 診-1-1-41 在宅時医学総合管理料
(n = 764, m ± σ = 7.6 ± 14.4)

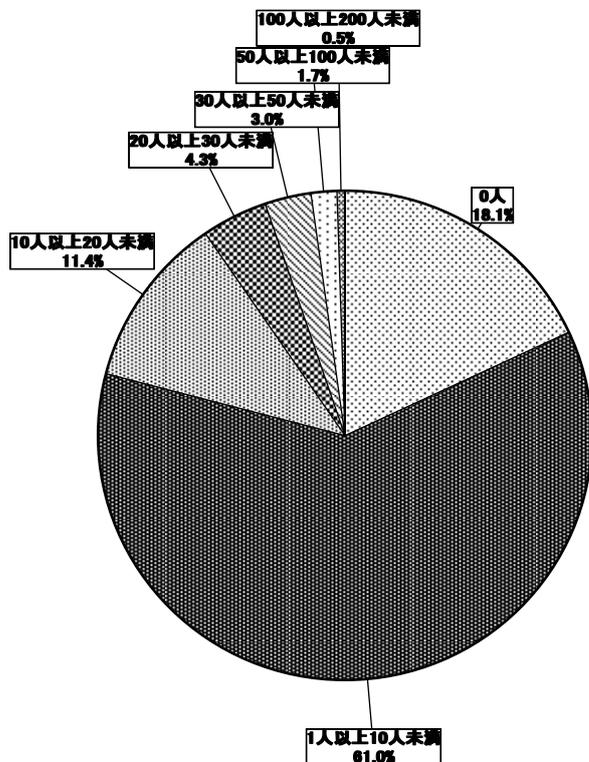


図 診-1-1-42 在宅末期医療総合診療料
(n = 375, m ± σ = 0.4 ± 1.8)

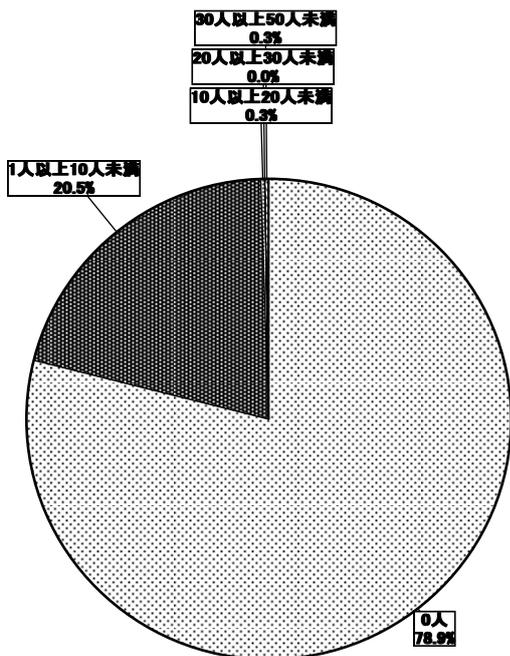
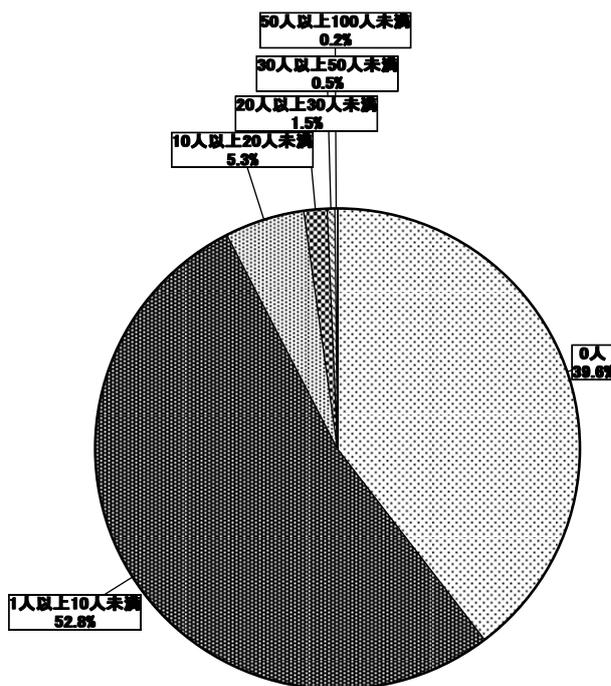


図 診-1-1-43 訪問診療料・往診料のみ
(n = 583, m ± σ = 2.7 ± 5.2)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 訪問看護なし

図 診-1-1-44 在宅時医学総合管理料
(n = 627, m ± σ = 10.9 ± 22.3)

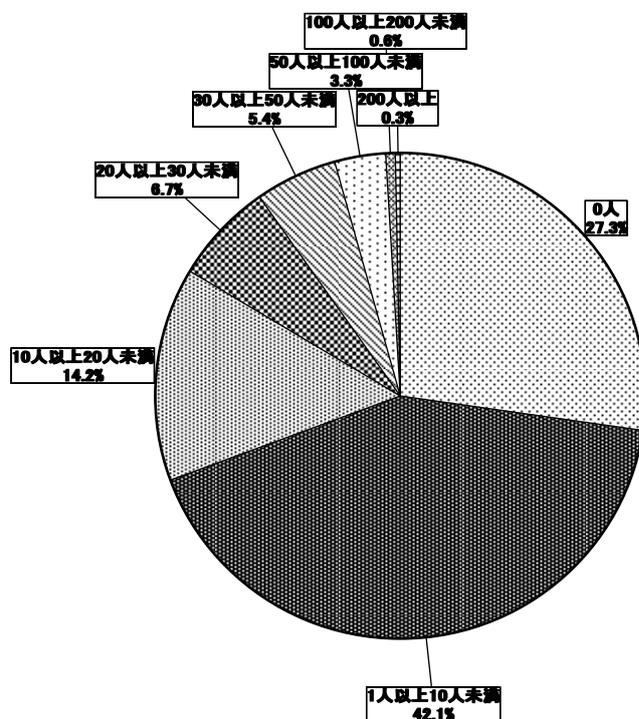


図 診-1-1-45 在宅末期医療総合診療料
(n = 308, m ± σ = 0.0 ± 0.2)

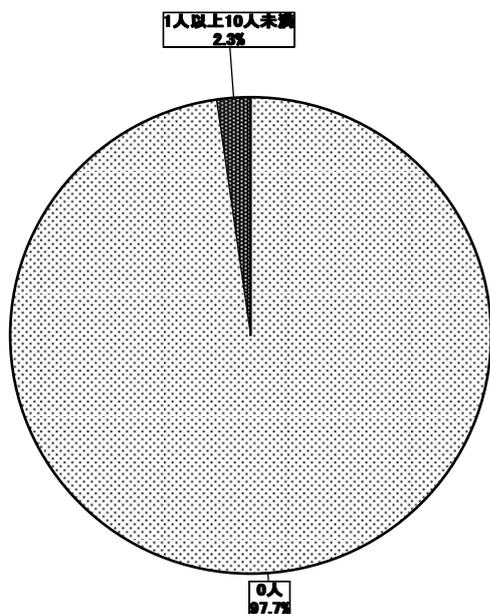
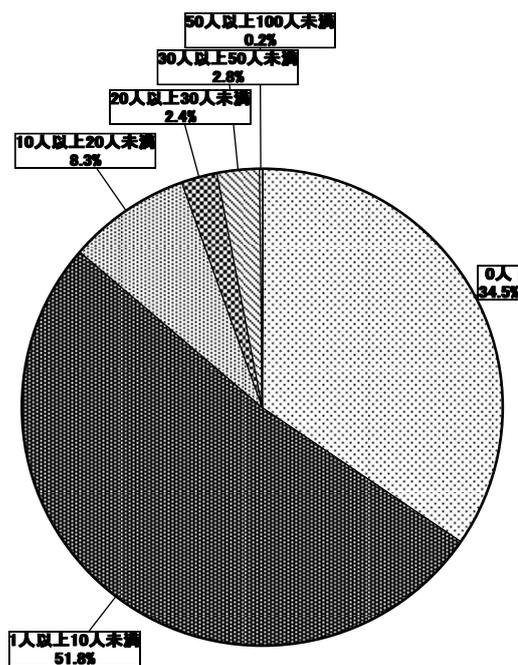


図 診-1-1-46 訪問診療料・往診料のみ
(n = 533, m ± σ = 4.6 ± 8.4)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 院内処方

図 診-1-1-47 在宅時医学総合管理料
(n = 600, m ± σ = 4.7 ± 9.9)

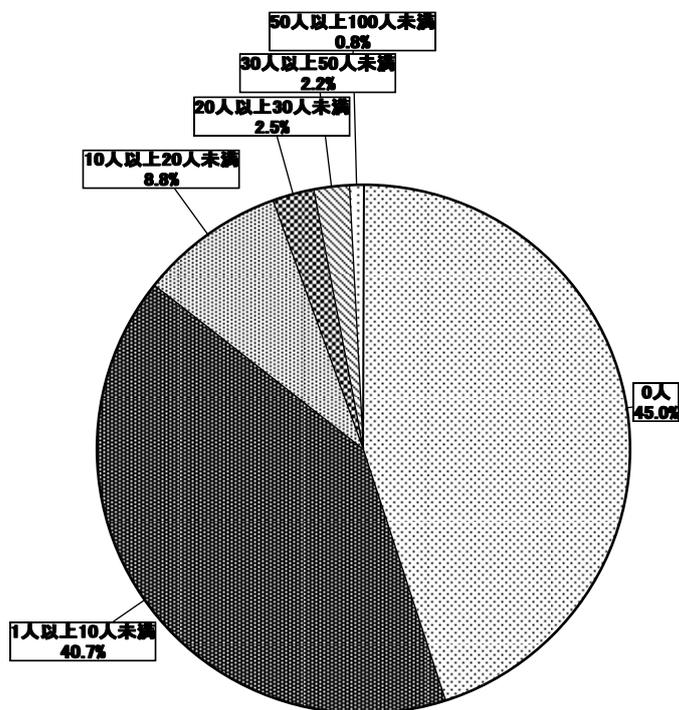


図 診-1-1-48 在宅末期医療総合診療料
(n = 335, m ± σ = 0.2 ± 0.8)

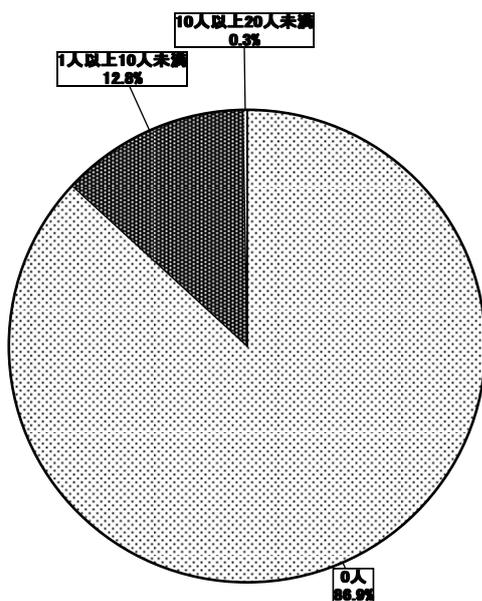
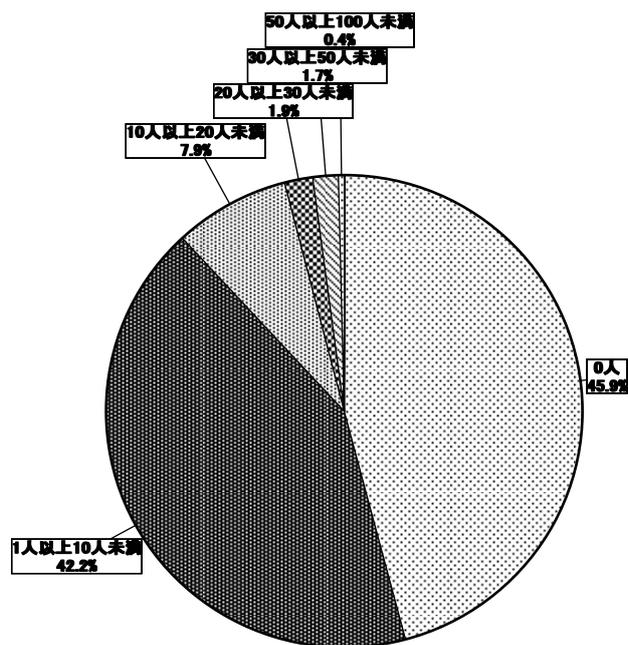


図 診-1-1-49 訪問診療料・往診料のみ
(n = 521, m ± σ = 3.7 ± 7.9)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 院外処方、薬剤師が訪問

図 診-1-1-50 在宅時医学総合管理料
(n = 606, m ± σ = 14.2 ± 31.4)

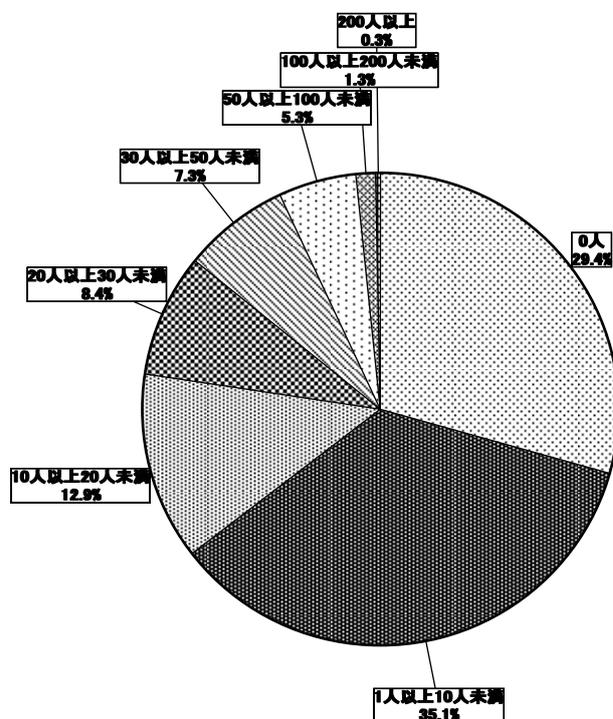


図 診-1-1-51 在宅末期医療総合診療料
(n = 325, m ± σ = 0.5 ± 1.8)

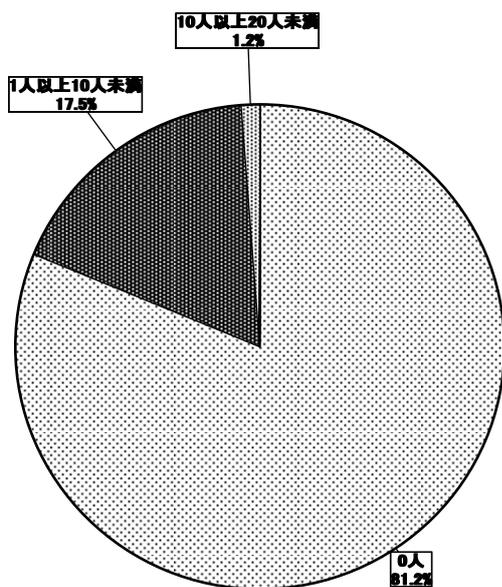
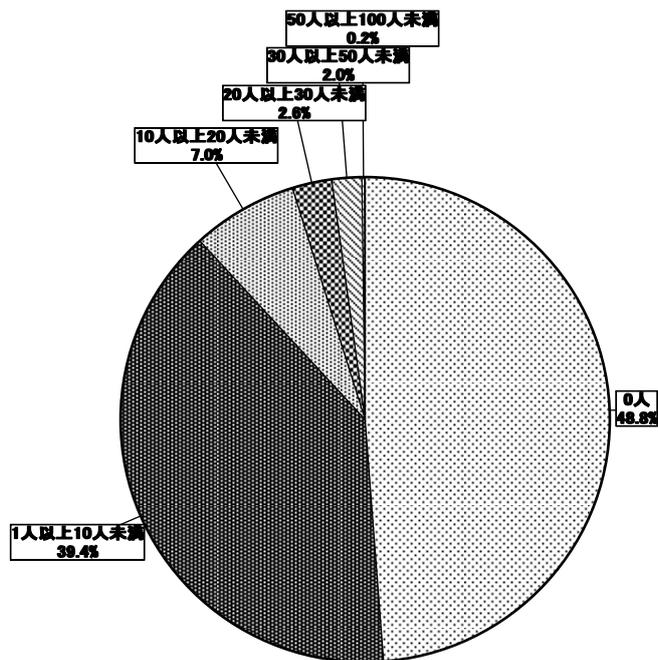


図 診-1-1-52 訪問診療料・往診料のみ
(n = 457, m ± σ = 3.6 ± 7.9)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 院外処方、本人や家族が薬局へ赴く

図 診-1-1-53 在宅時医学総合管理料
(n = 692, m ± σ = 12.7 ± 29.3)

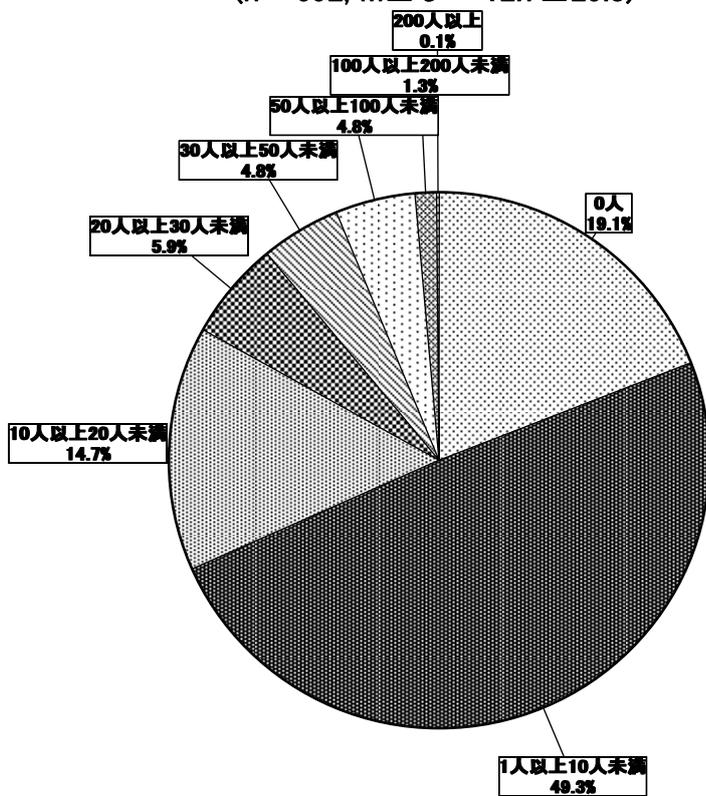


図 診-1-1-54 在宅末期医療総合診療料
(n = 328, m ± σ = 0.4 ± 2.0)

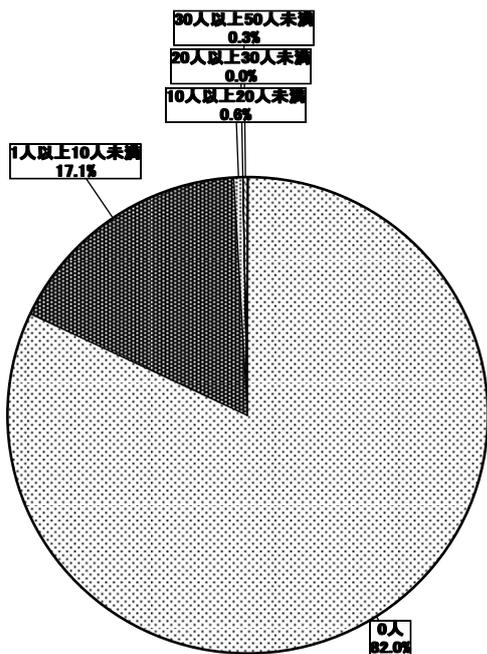
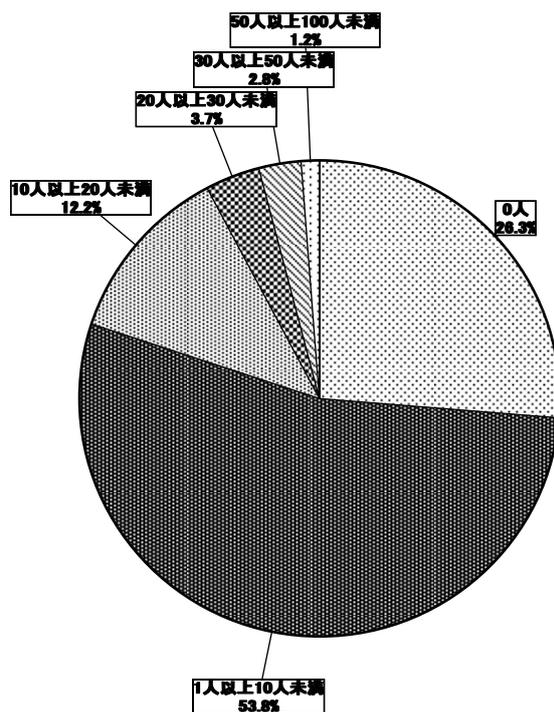


図 診-1-1-55 訪問診療料・往診料のみ
(n = 567, m ± σ = 6.0 ± 10.0)



問1-1 在宅訪問患者数(2006年12月) - 居宅療養管理指導

図 診-1-1-56 在宅時医学総合管理料
(n = 834, m±σ = 15.7±30.0)

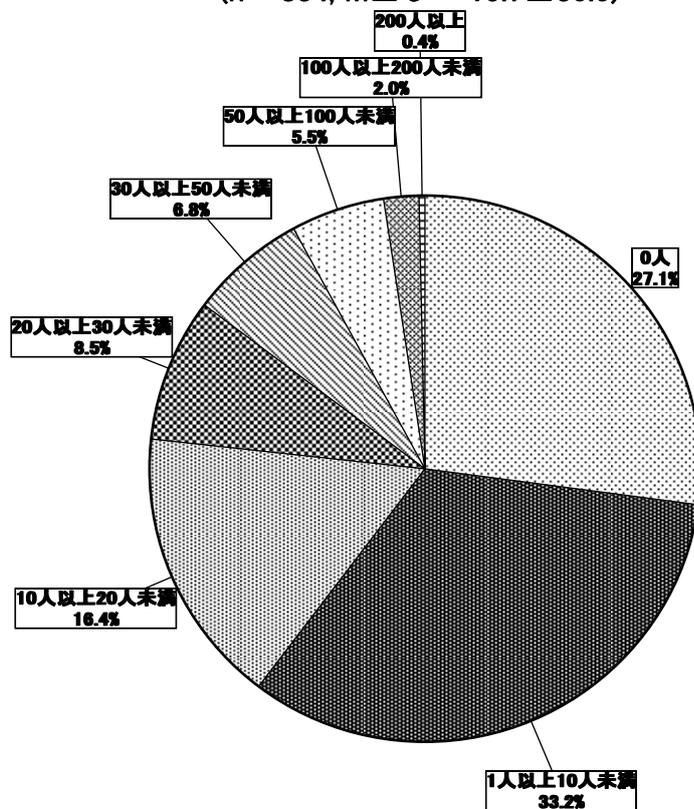


図 診-1-1-57 在宅末期医療総合診療料
(n = 414, m±σ = 0.5±1.8)

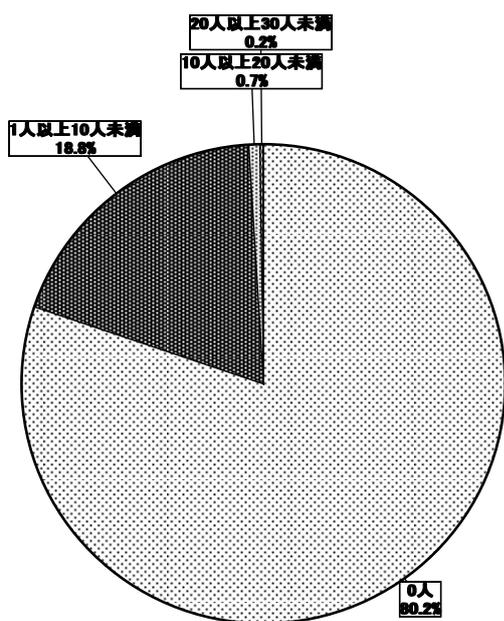
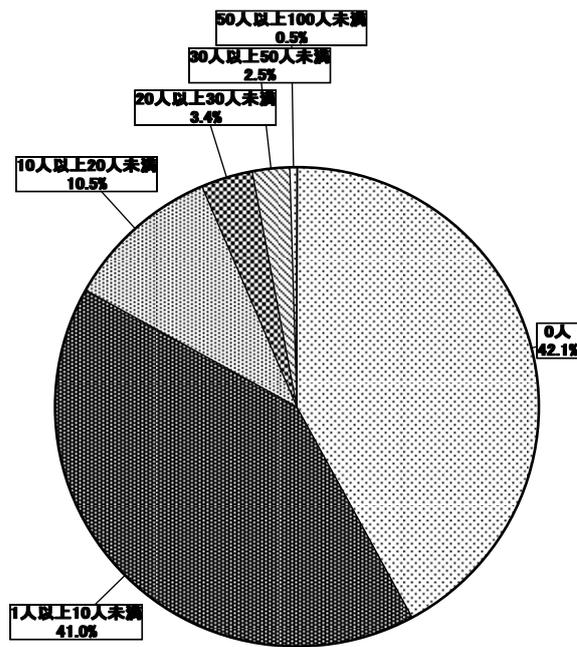
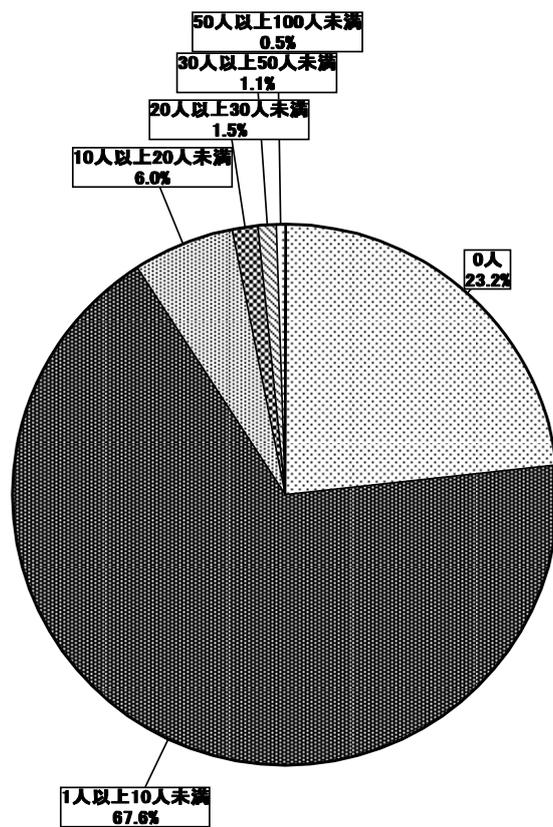


図 診-1-1-58 訪問診療料・往診料のみ
(n = 639, m±σ = 4.7±8.8)



図診-1-1-59 問1-1 1日平均訪問(往診)患者数(2006年12月)
(n = 1127, m ± σ = 4.0 ± 6.8)



図診-1-1-60 問1-1 1日平均来院患者数(2006年12月)
(n = 1126, m ± σ = 65.9 ± 68.9)

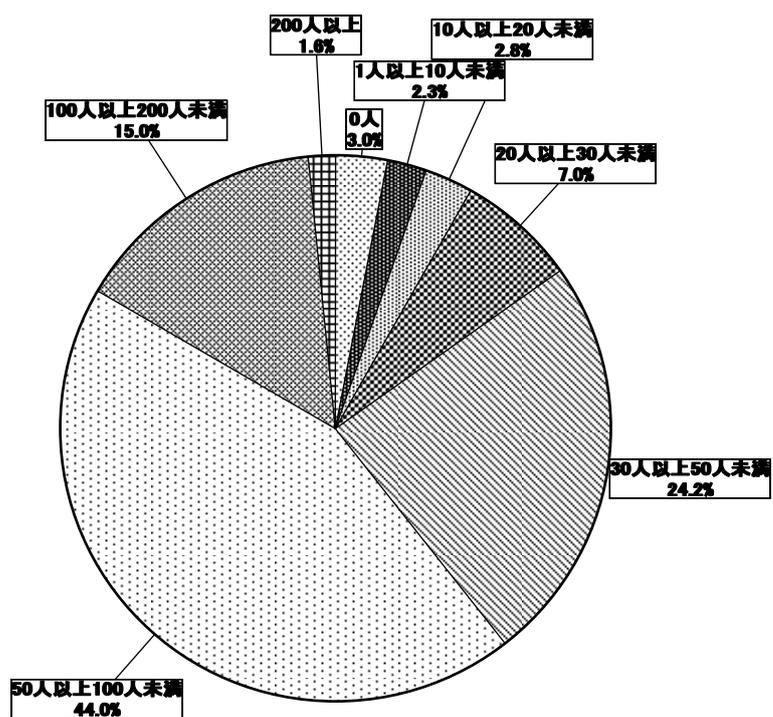
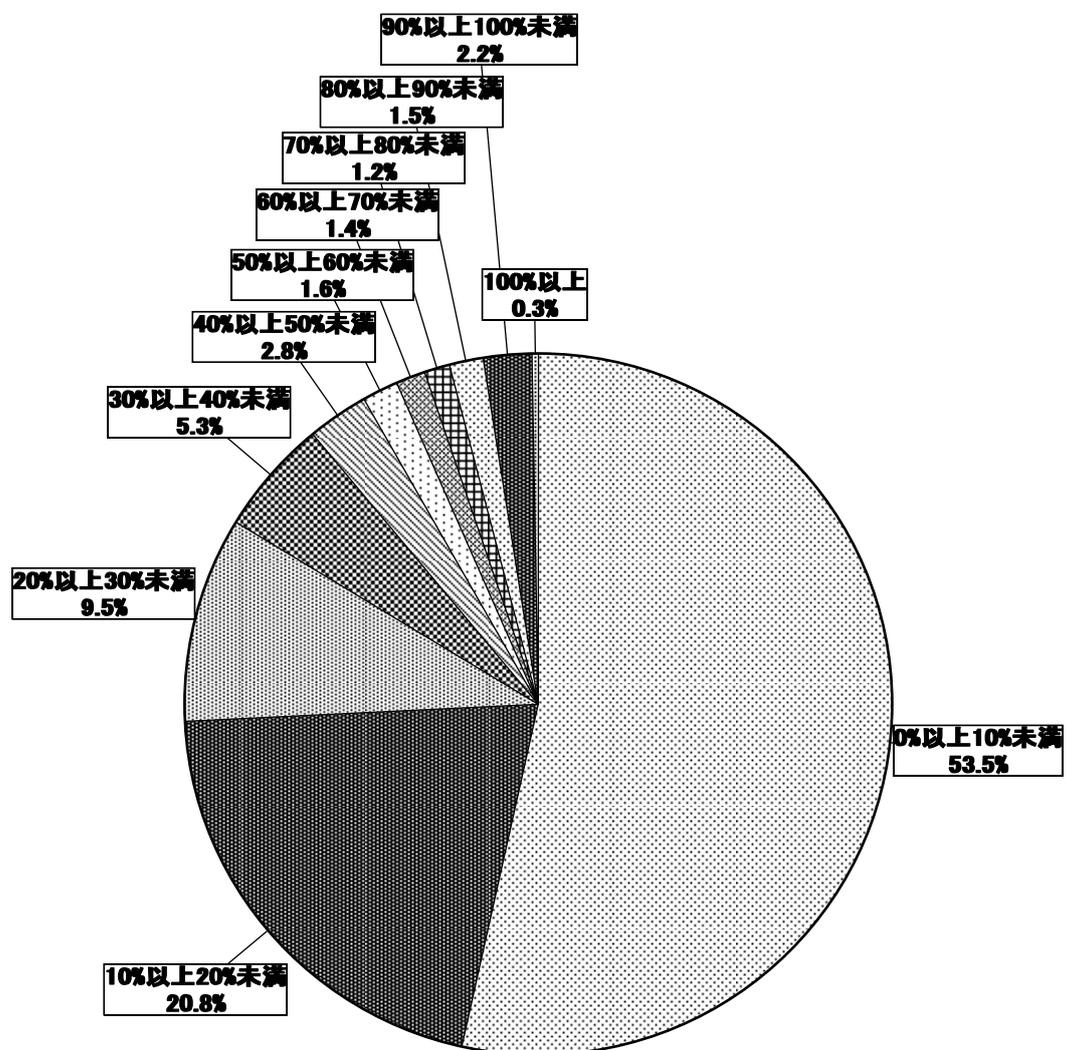
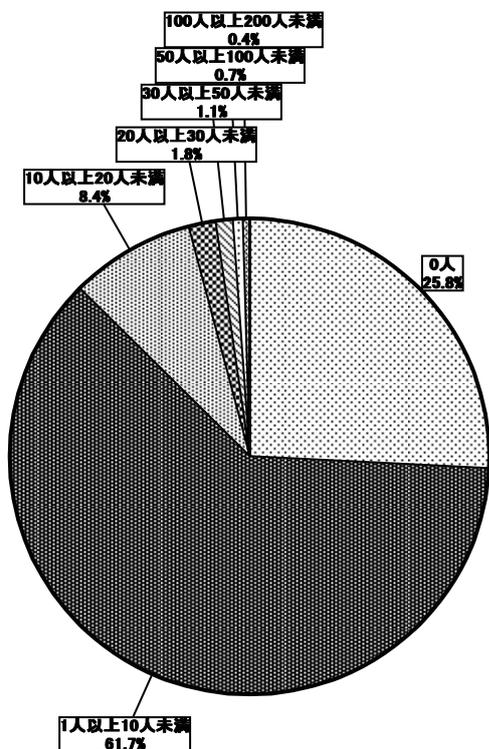


図 診-1-2 問1-2 在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料を算定している患者の診療報酬に占める割合 (2006年12月)
(n = 1036)

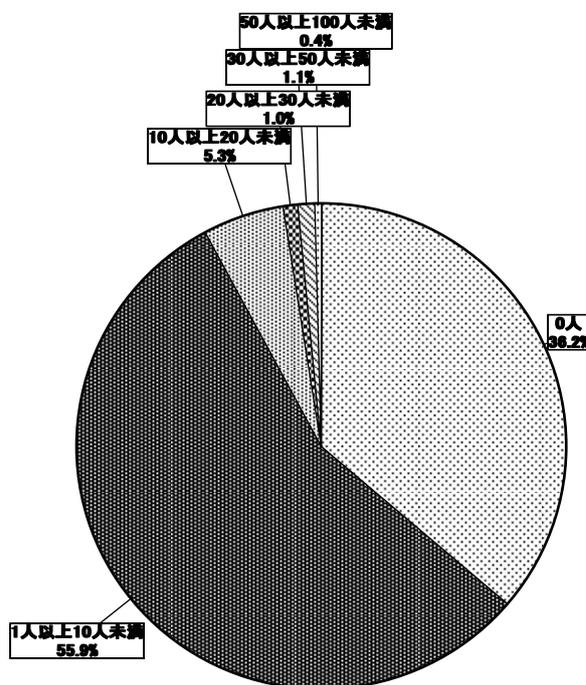


問1-3 在宅看取数(2006年1~12月) - 総数

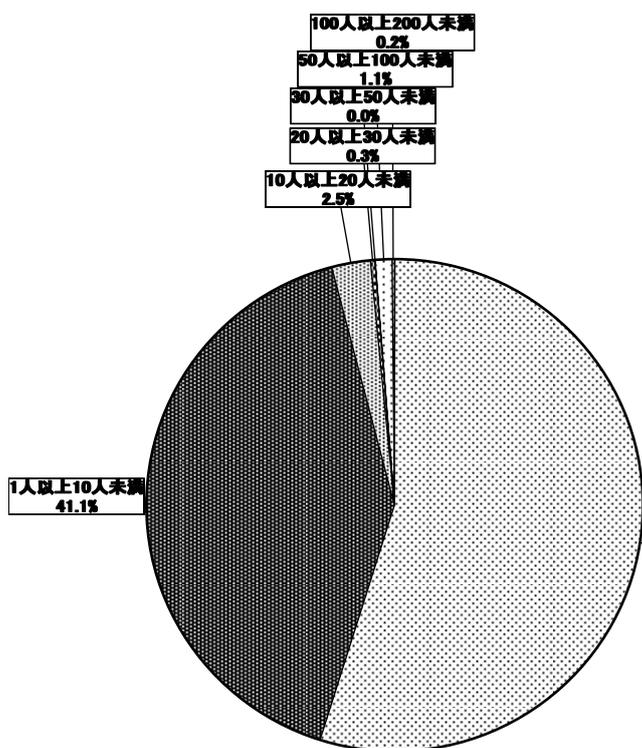
図診-1-3-0 総数
(n = 1152, m ± σ = 4.9 ± 11.6)



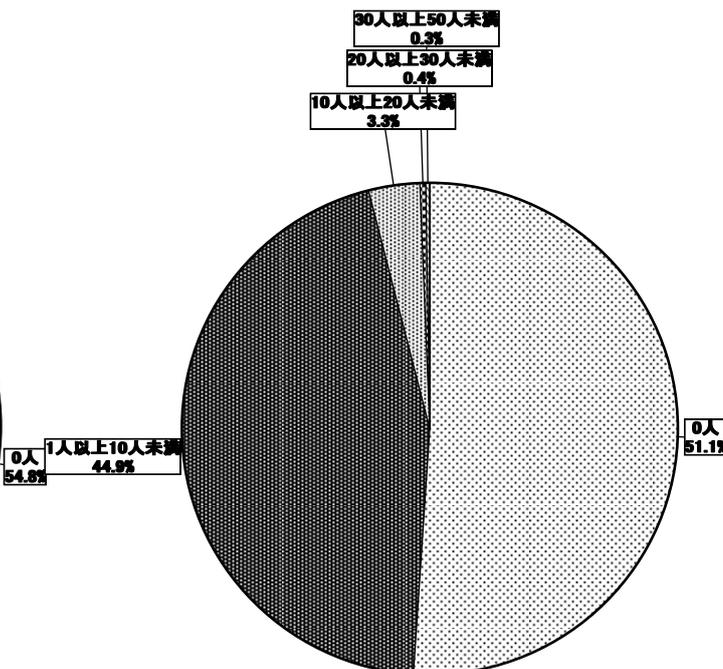
図診-1-3-1 在宅時医学総合管理料
(n = 916, m ± σ = 3.2 ± 6.5)



図診-1-3-2 在宅末期医療総合診療料
(n = 640, m ± σ = 2.2 ± 9.5)

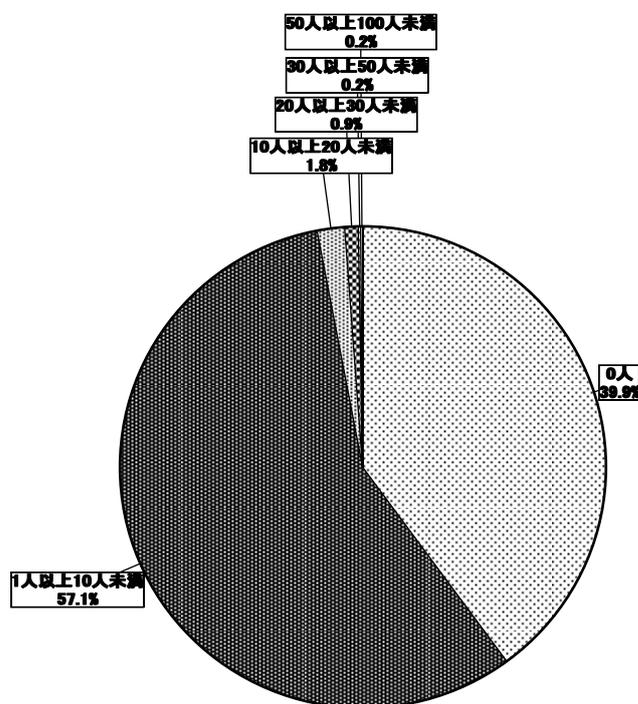


図診-1-3-3 訪問診療料・往診料のみ
(n = 752, m ± σ = 1.7 ± 3.6)

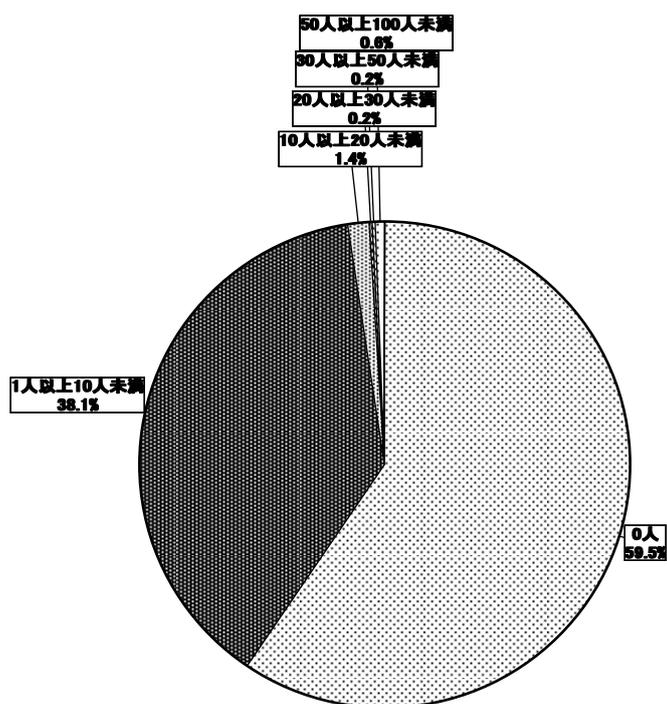


問1-3 在宅看取数(2006年1~12月) - 在宅ターミナルケア加算(10,000点)算定数

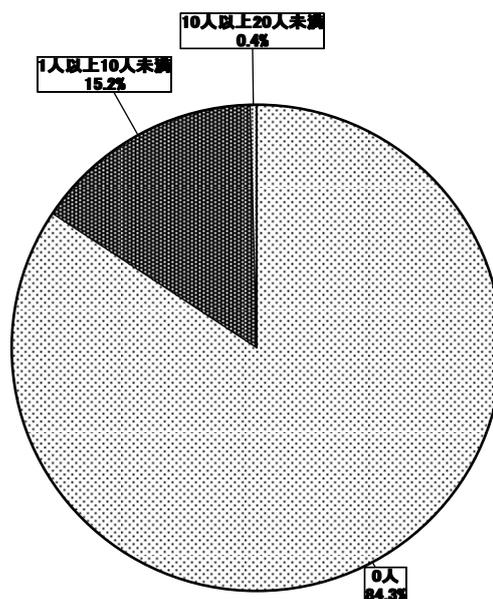
図診-1-3-4 在宅時医学総合管理料
(n = 664, m ± σ = 2.0 ± 4.0)



図診-1-3-5 在宅末期医療総合診療料
(n = 496, m ± σ = 1.3 ± 5.1)



図診-1-3-6 訪問診療料・往診料のみ
(n = 447, m ± σ = 0.4 ± 1.4)



問1-3 在宅看取数(2006年1~12月) - 夜間看取数

図 診-1-3-7 在宅時医学総合管理料
(n = 627, m ± σ = 1.7 ± 3.2)

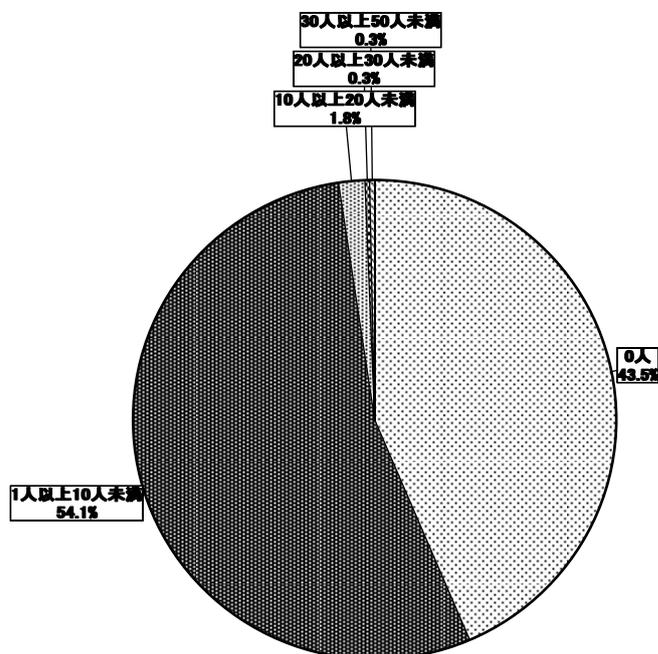


図 診-1-3-8 在宅末期医療総合診療料
(n = 455, m ± σ = 1.3 ± 5.0)

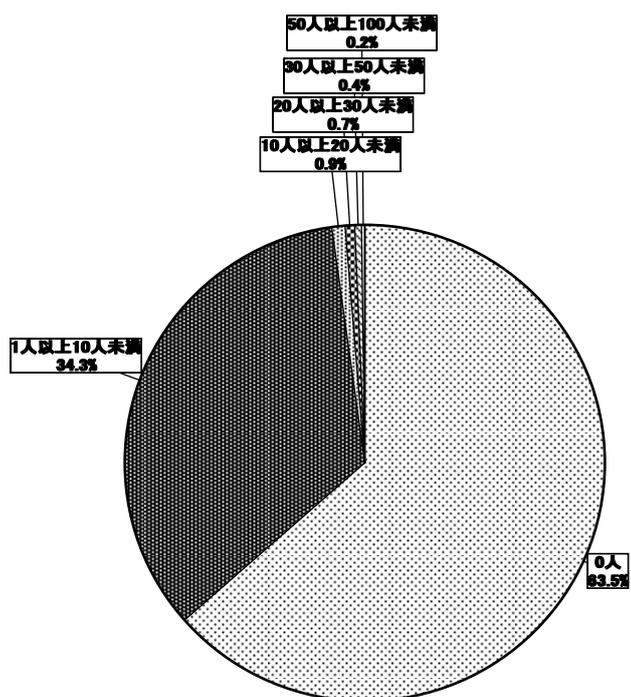


図 診-1-3-9 訪問診療料・往診料のみ
(n = 488, m ± σ = 0.9 ± 2.8)

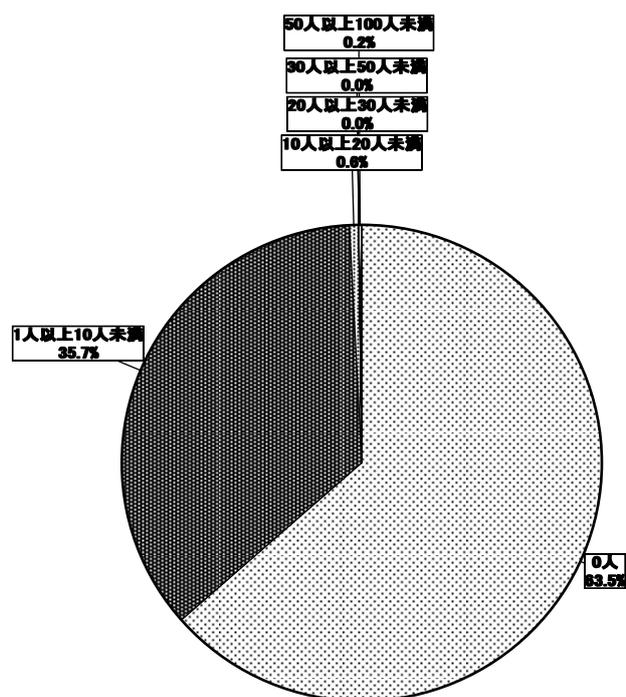
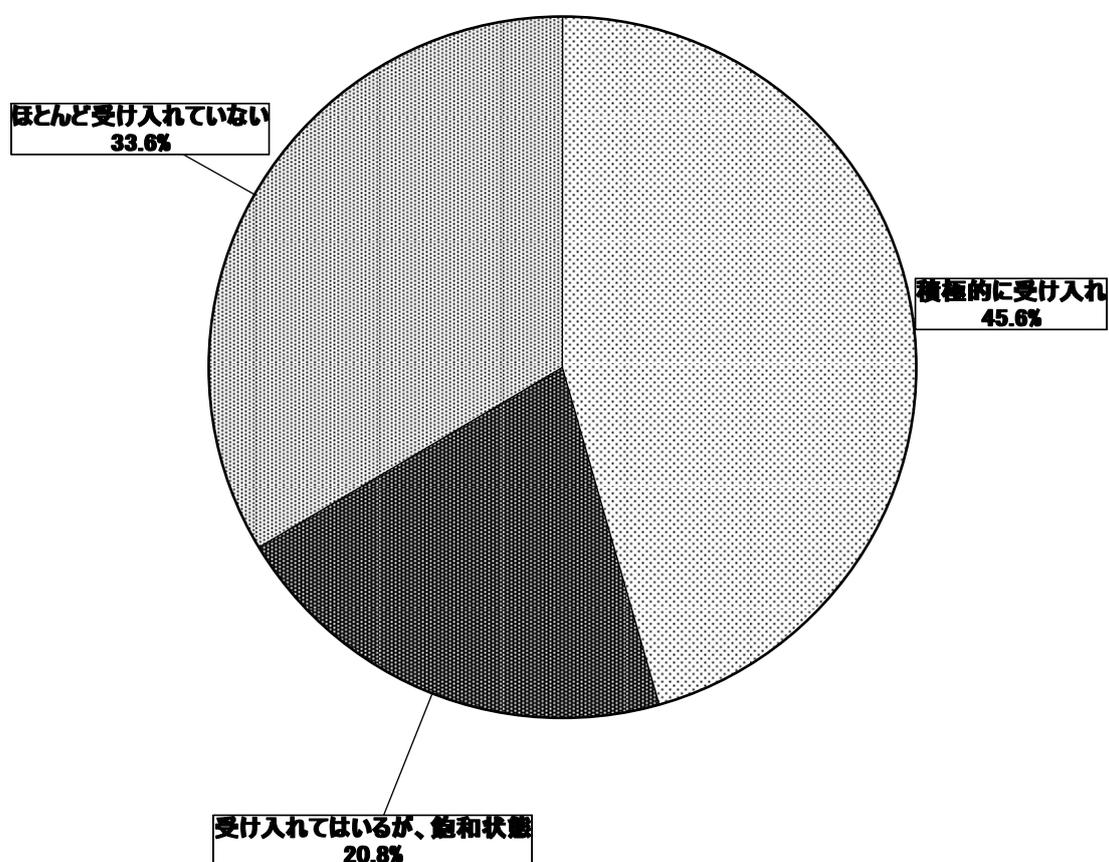


図 診-1-4 問1-4 在宅ハイケアを必要とする患者の、現在の受け入れ体制
(n = 1191)



問1-5 在宅ハイケアを提供するにあたっての問題 - 自施設内

図 診-1-5-1 医師数の不足
(n = 1183)

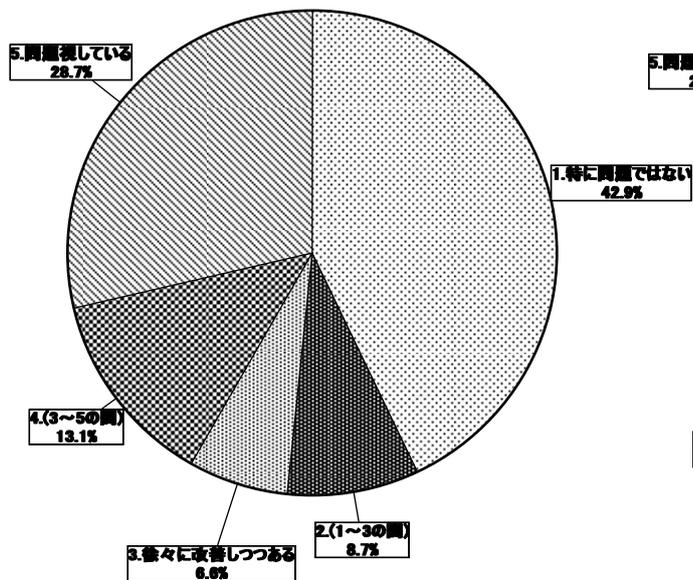


図 診-1-5-2 看護師数の不足
(n = 1179)

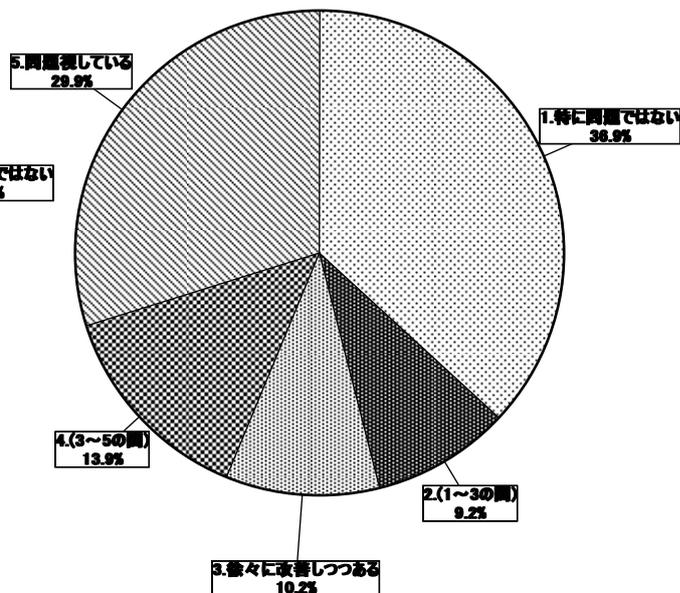
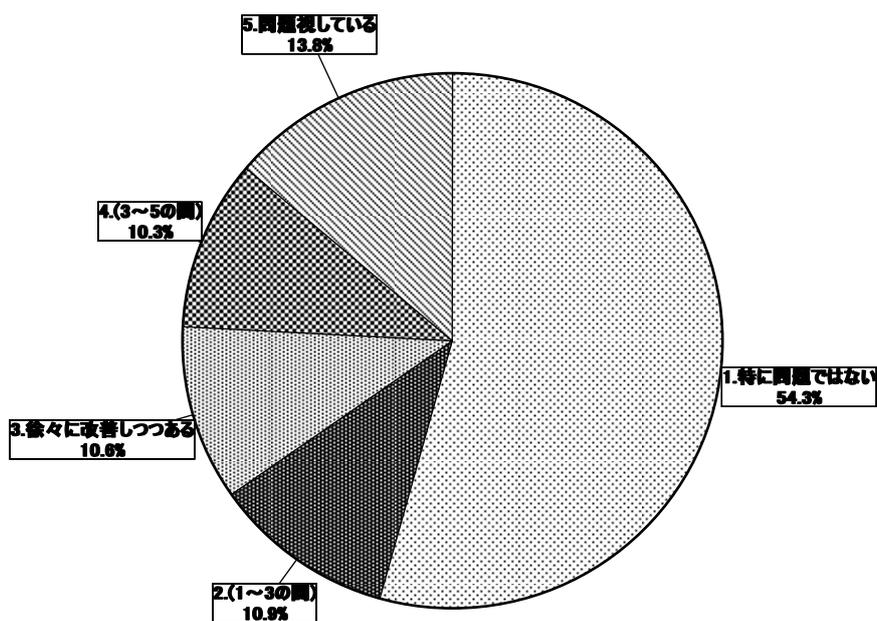


図 診-1-5-3 医師・看護師以外の人員の不足
(n = 1163)



問1-5 在宅ハイケアを提供するにあたっての問題 - 自施設内

図 診-1-5-4 緩和ケアにおける経験の不足
(n = 1178)

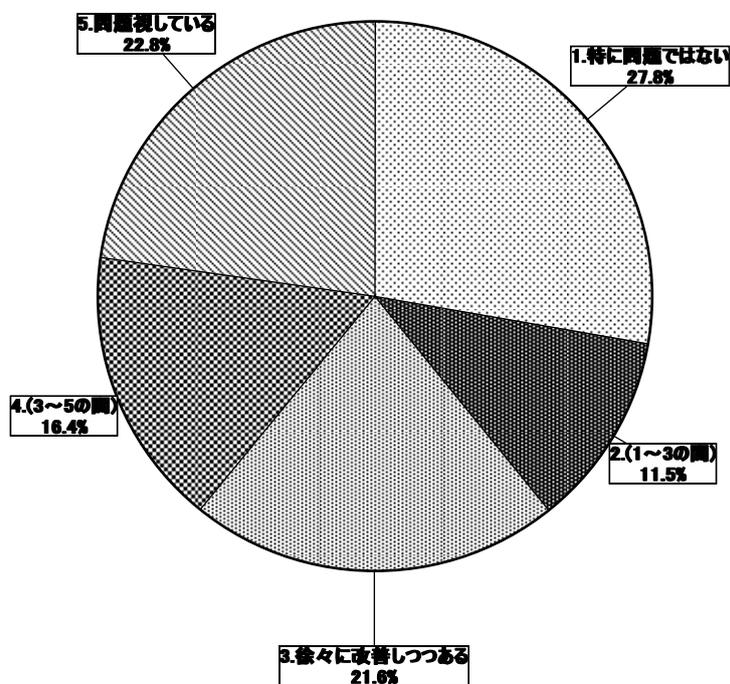
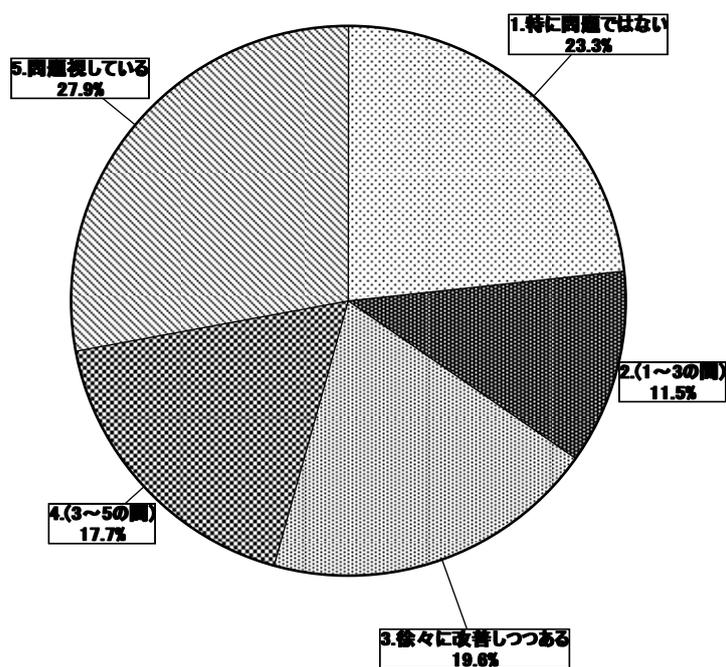


図 診-1-5-5 難病ケアにおける経験の不足
(n = 1178)



問1-5 在宅ハイケアを提供するにあたっての問題 - 患者・家族

図 診-1-5-6 経済的な問題
(n = 1171)

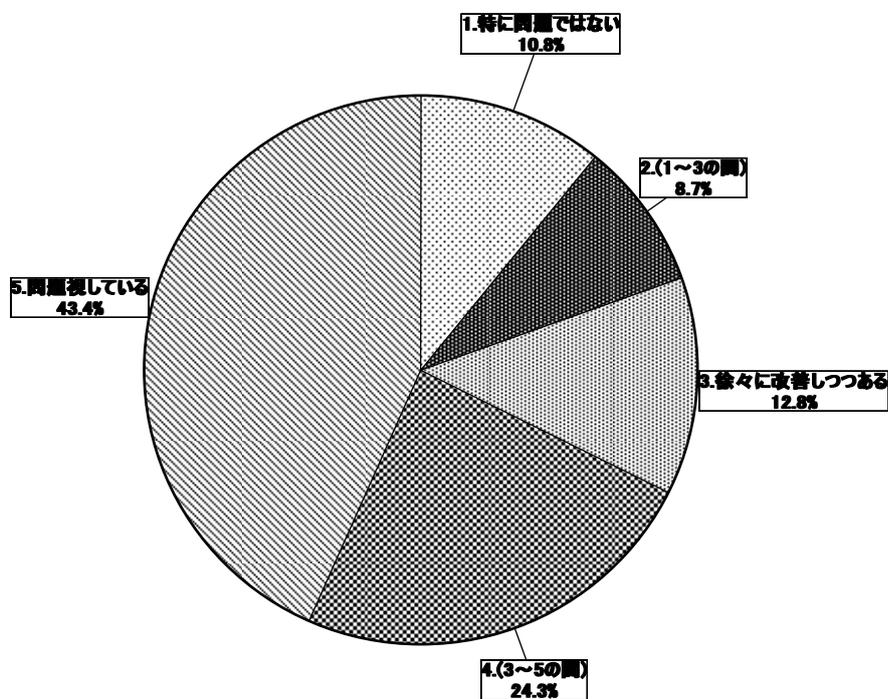


図 診-1-5-7 家族介護力の不足(高齢であるなど)
(n = 1174)

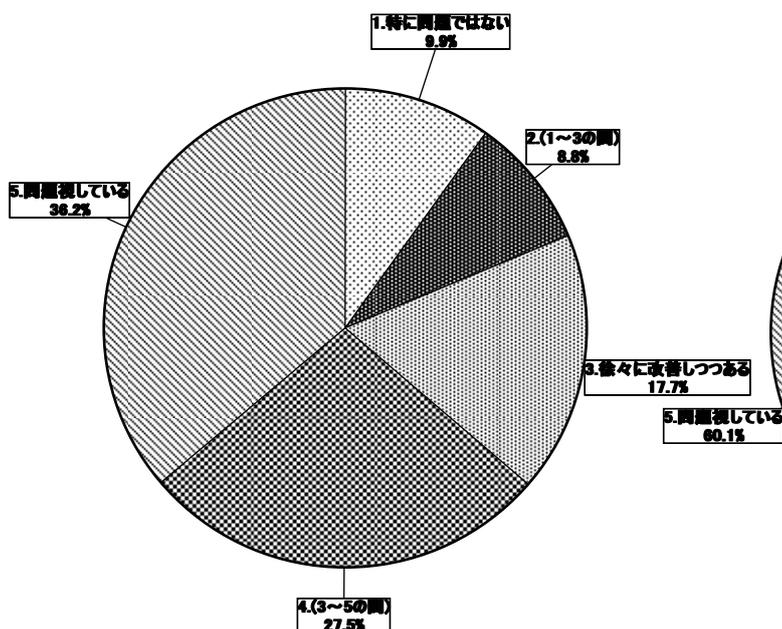
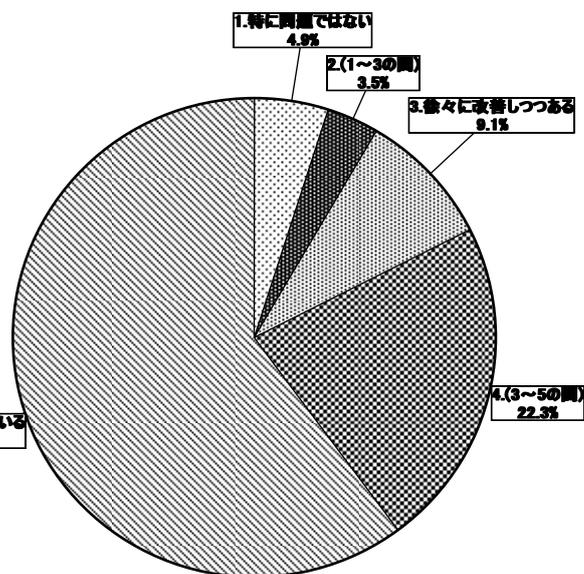


図 診-1-5-8 家族の絆の問題
(n = 1167)



問1-5 在宅ハイケアを提供するにあたっての問題 - 病院

図 診-1-5-9
在宅ハイケアに対する病院医の無理解
(n = 1097)

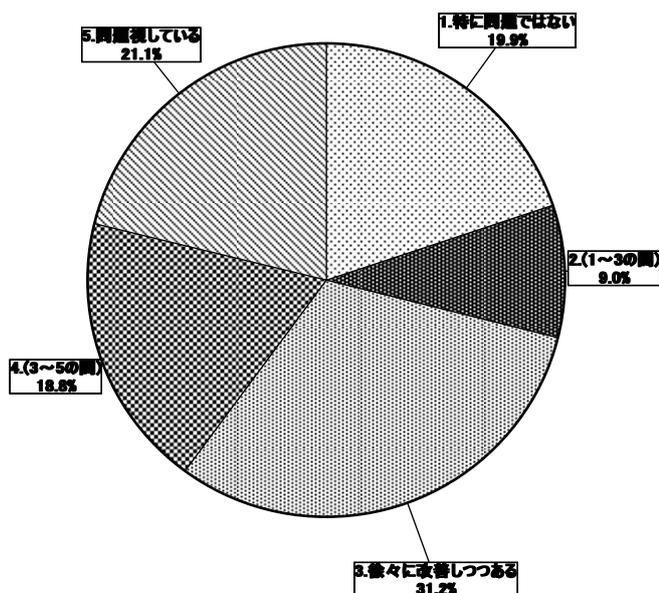


図 診-1-5-10
在宅療養支援診療所の周知の不徹底
(n = 1104)

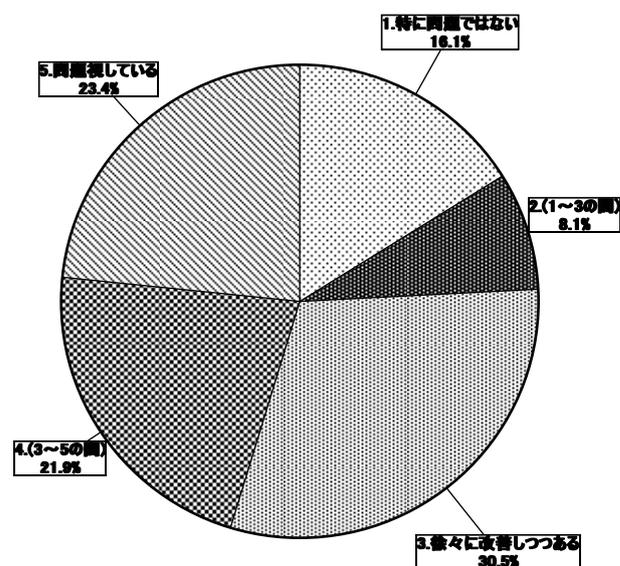


図 診-1-5-11
退院時共同指導の不徹底
(n = 1098)

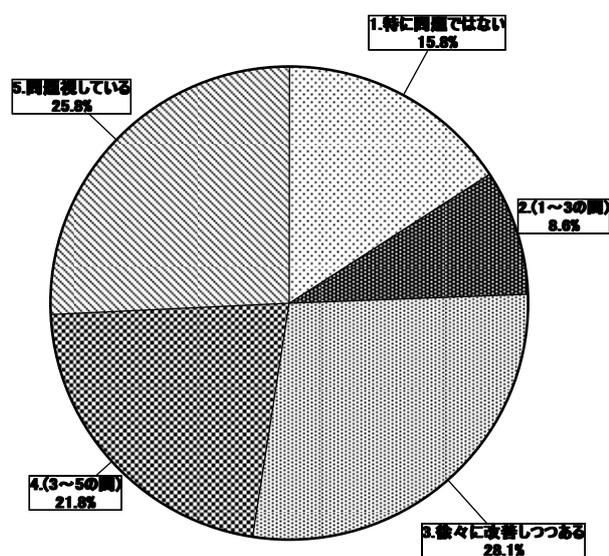
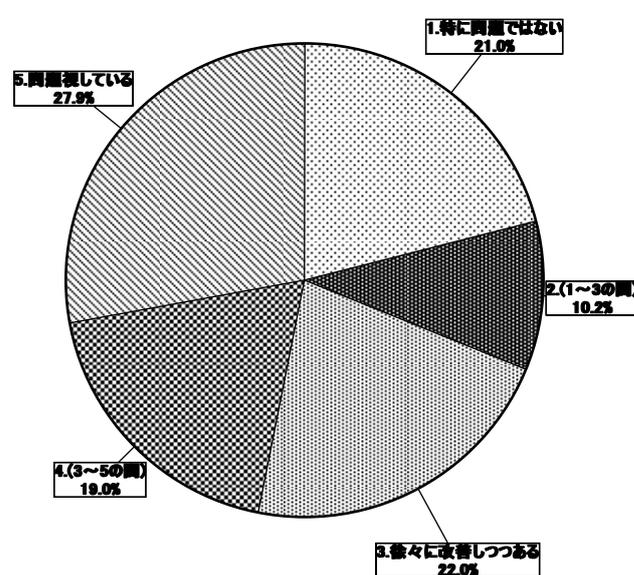


図 診-1-5-12
緊急入院の際の後方ベッド確保の困難さ
(n = 1111)



問1-5 在宅ハイケアを提供するにあたっての問題 - コメディカル・介護

図 診-1-5-13
訪問看護事業所の不足
(n = 1129)

図 診-1-5-14
訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足
(n = 1117)

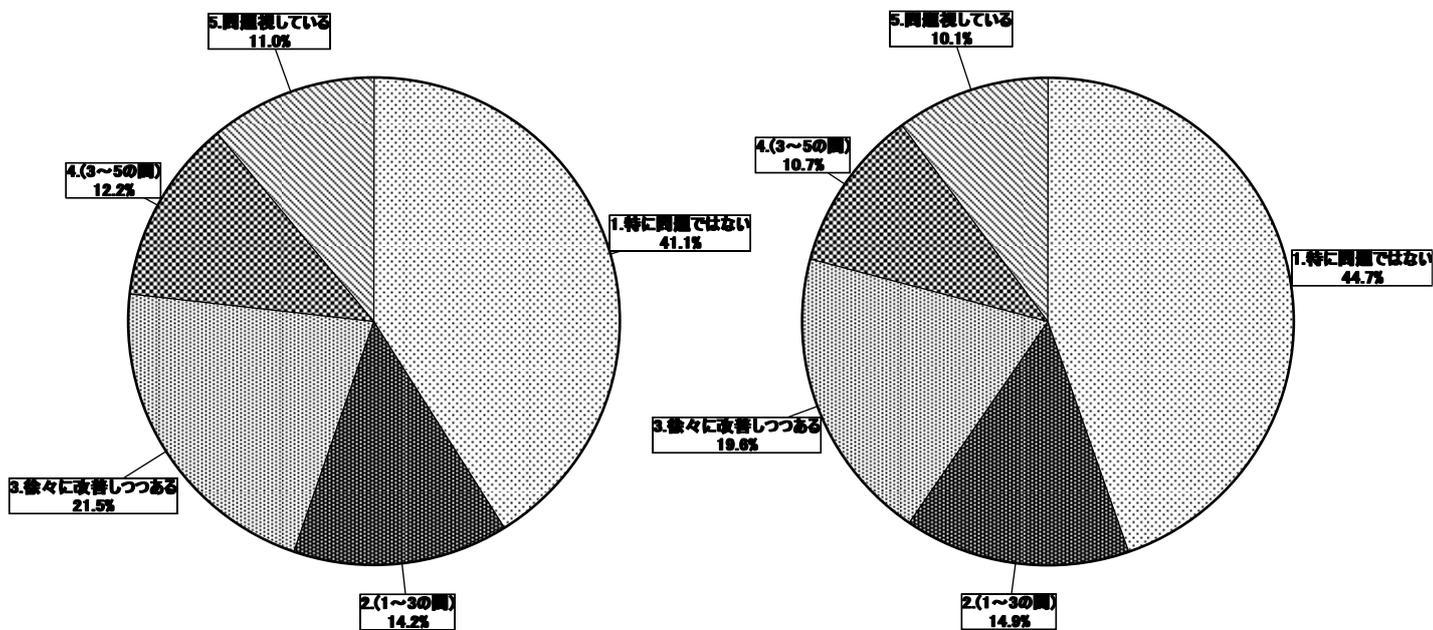


図 診-1-5-15 訪問介護事業所の不足
(n = 1122)

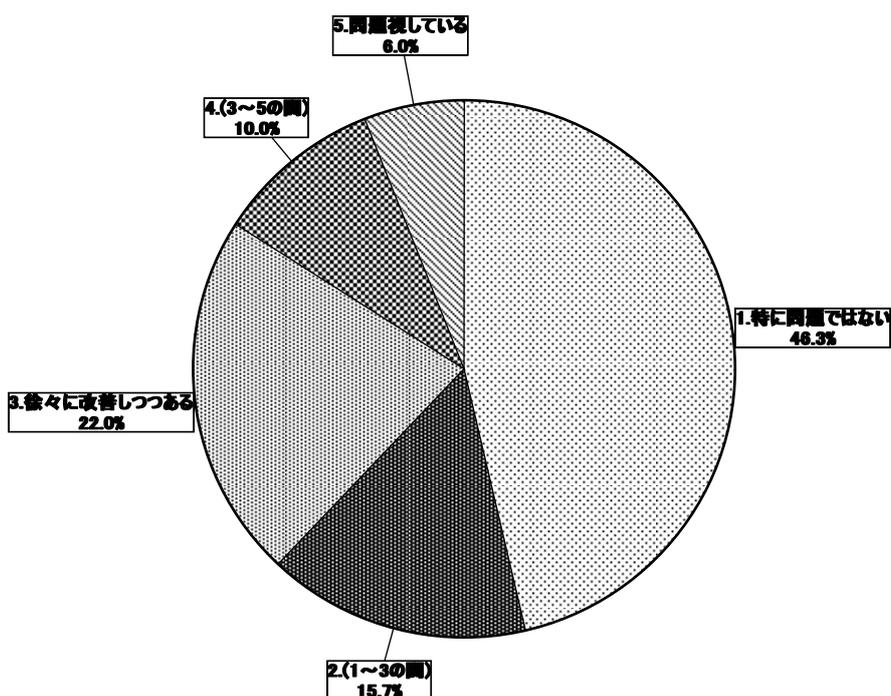


図 診-1-6 問1-6 在宅ハイケアを必要とする患者の、将来の受け入れについて
(n = 1197)

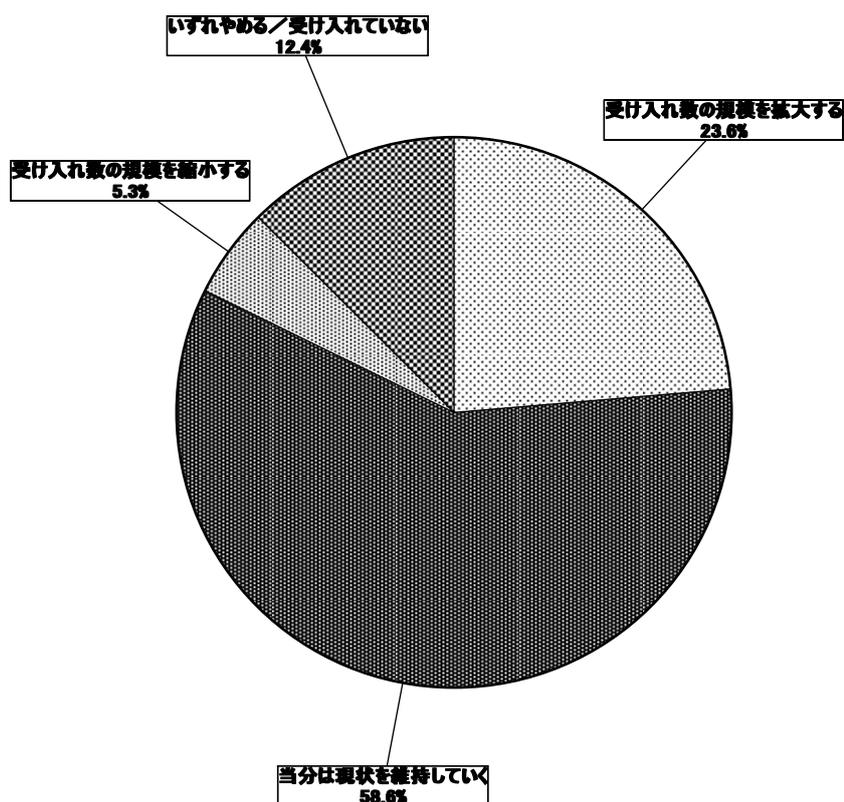


図 診-1-7 問1-4, 1-6 在宅ハイケアを必要とする患者の、現在と将来の受け入れについて
(n = 1166)

		将来の受け入れ			
		受け入れ数の規模を拡大する	当分は現状を維持していく	受け入れ数の規模を縮小する	いずれやめる／受け入れていない
現在の受け入れ	積極的に受け入れ	223	306	4	4
	受け入れてはいるが、飽和状態	21	200	22	4
	ほとんど受け入れていない	30	177	35	140

問2-1 現在の診療報酬・介護報酬の算定要件や評価について - 診療報酬

図 診-2-1-1 在宅患者訪問診療料
(n = 1213)

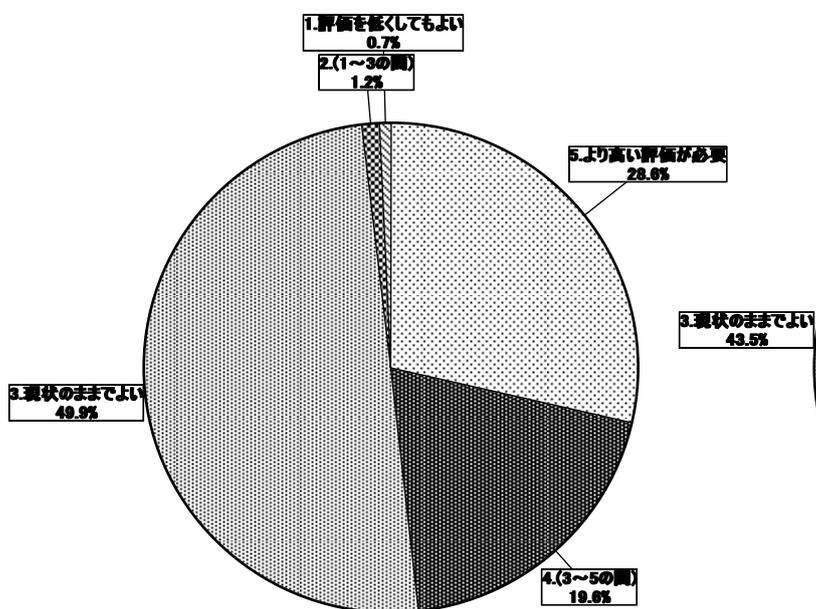


図 診-2-1-2 往診料
(n = 1219)

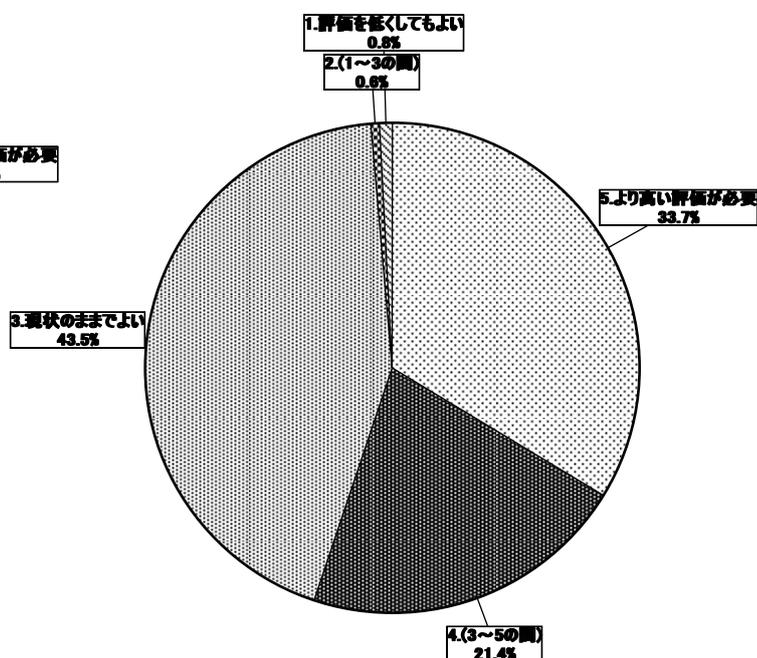
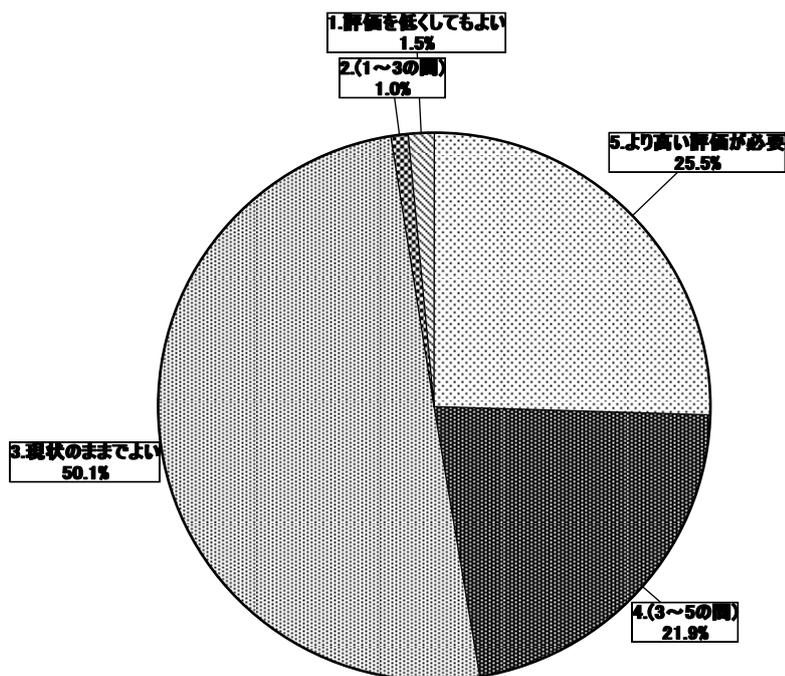


図 診-2-1-3 在宅患者訪問看護・指導料
(n = 1193)



問2-1 現在の診療報酬・介護報酬の算定要件や評価について - 診療報酬

図 診-2-1-4 夜間の訪問診療・看護
(n = 1206)

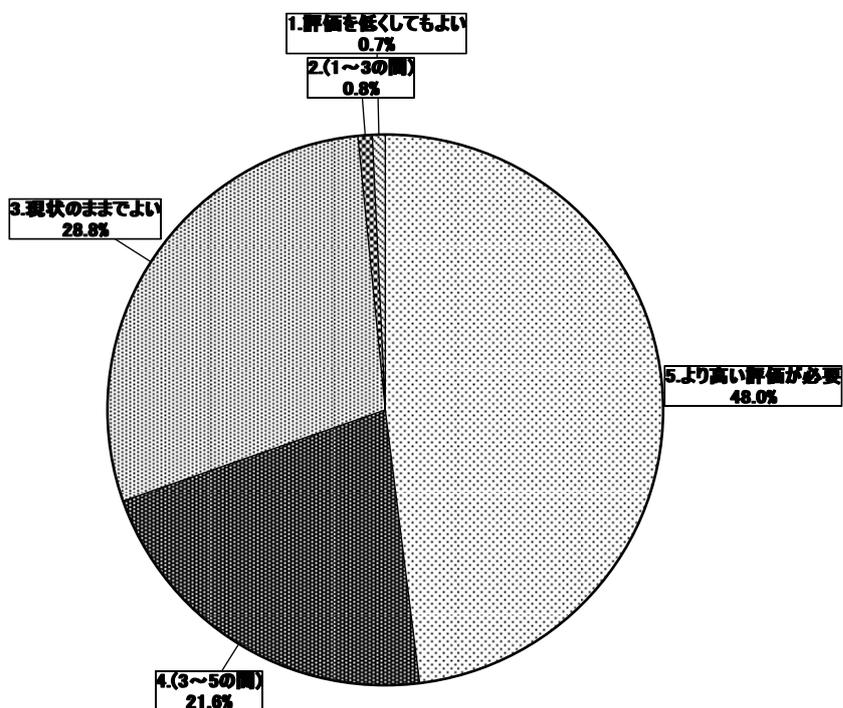
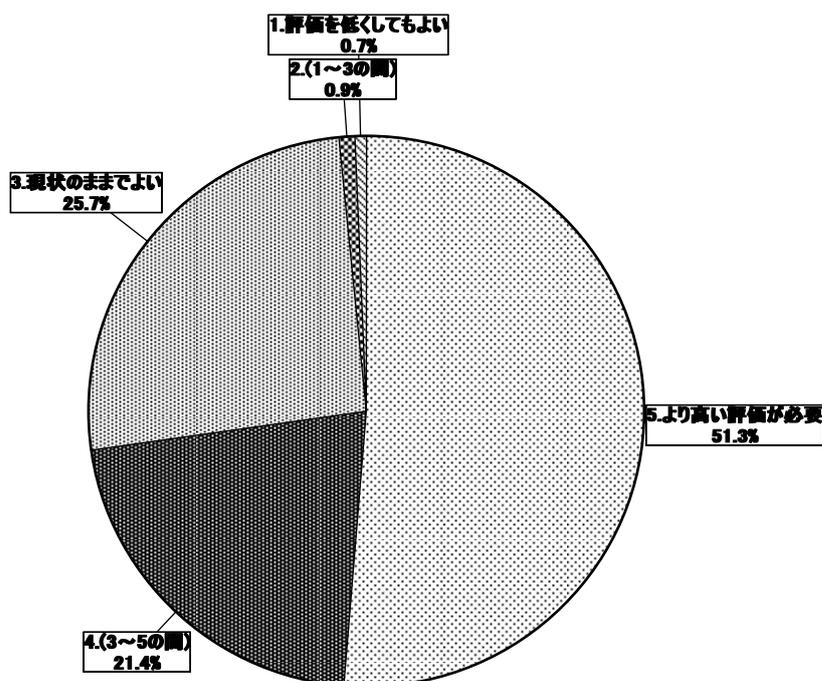


図 診-2-1-5 休日の訪問診療・看護
(n = 1203)



問2-1 現在の診療報酬・介護報酬の算定要件や評価について - 診療報酬

図 診-2-1-6 在宅時医学総合管理料
(n = 1201)

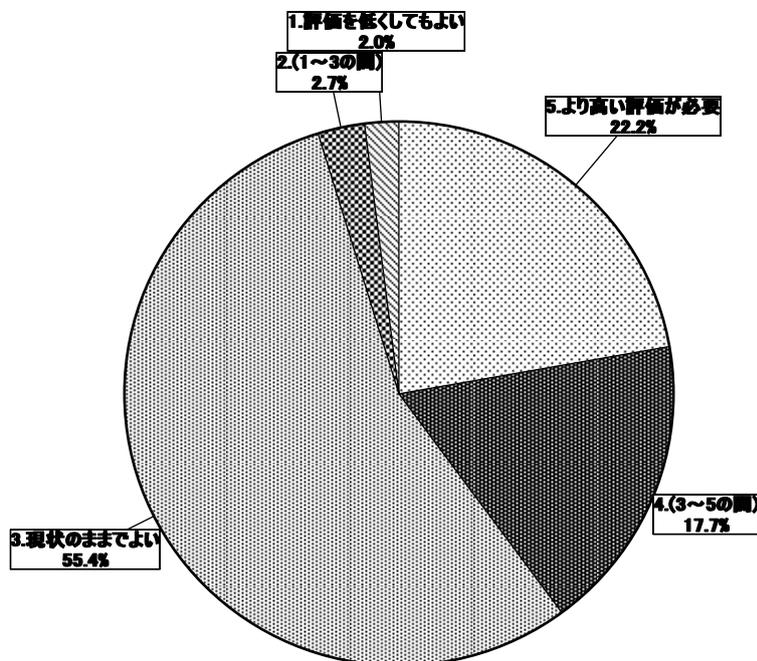
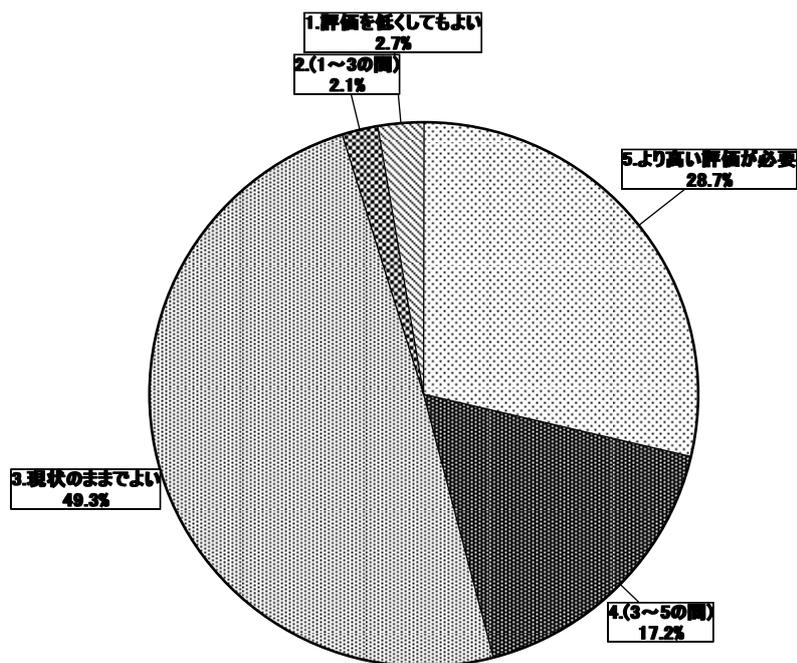


図 診-2-1-7 在宅末期医療総合診療料
(n = 1189)



問2-1 現在の診療報酬・介護報酬の算定要件や評価について - 診療報酬

図 診-2-1-8 各管理料と加算
(n = 1183)

図 診-2-1-9 包括点数に含まれる医療材料・薬剤料
(n = 1185)

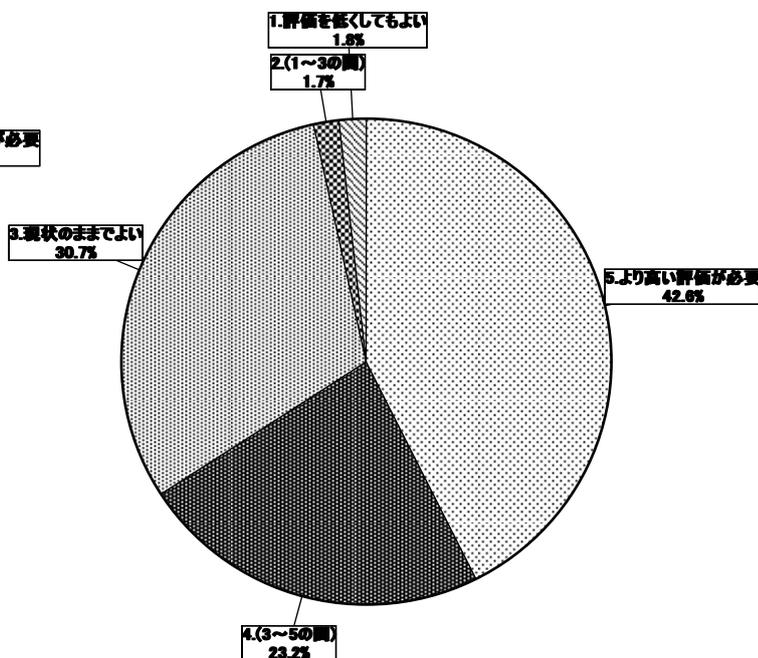
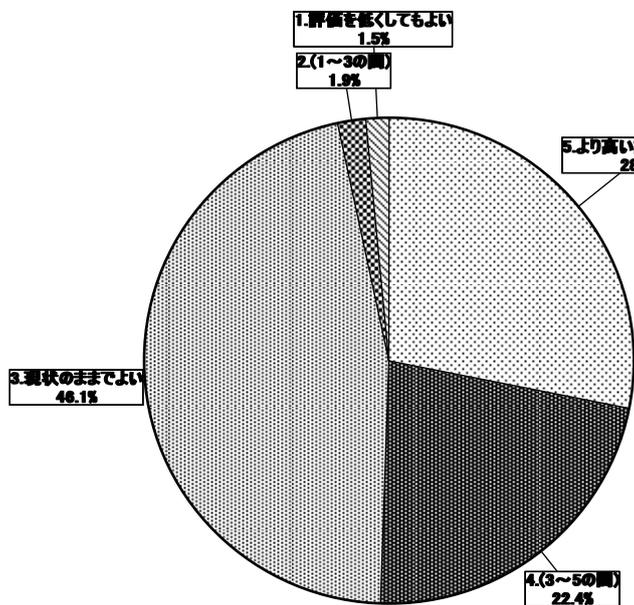
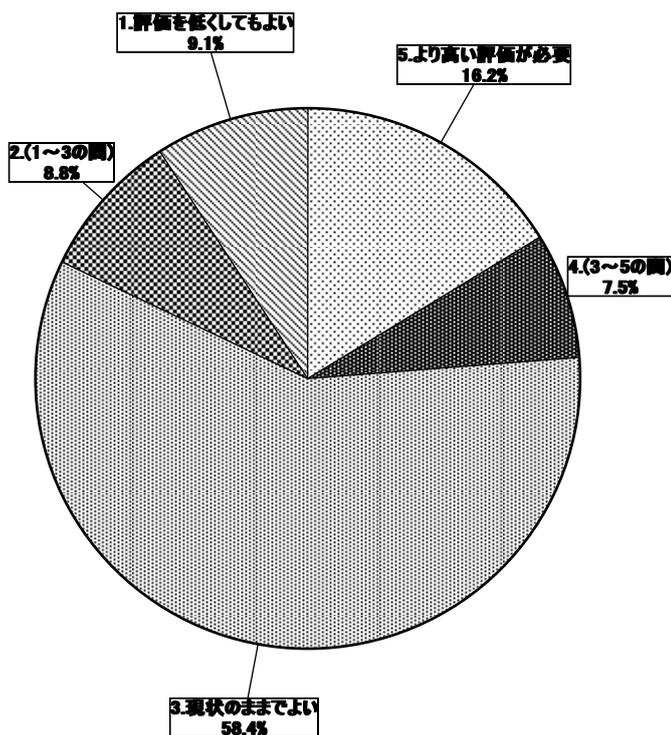


図 診-2-1-10 在宅ターミナルケア(10,000点)算定
(n = 1196)



問2-1 現在の診療報酬・介護報酬の算定要件や評価について - 診療報酬

図 診-2-1-11 退院時共同指導料
(n = 1144)

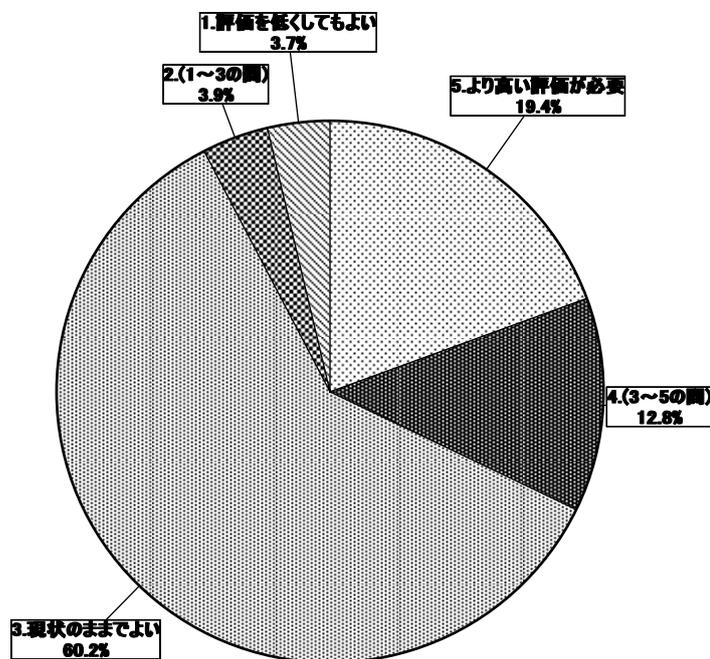
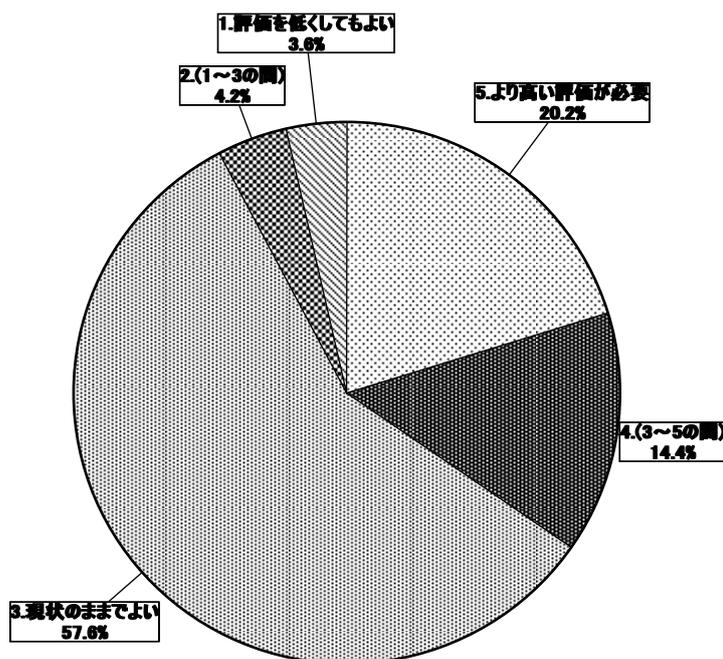


図 診-2-1-12 セカンドオピニオン
(n = 1151)



問2-1 現在の診療報酬・介護報酬の算定要件や評価について - 介護報酬

図 診-2-1-13 居宅療養管理指導料
(n = 1161)

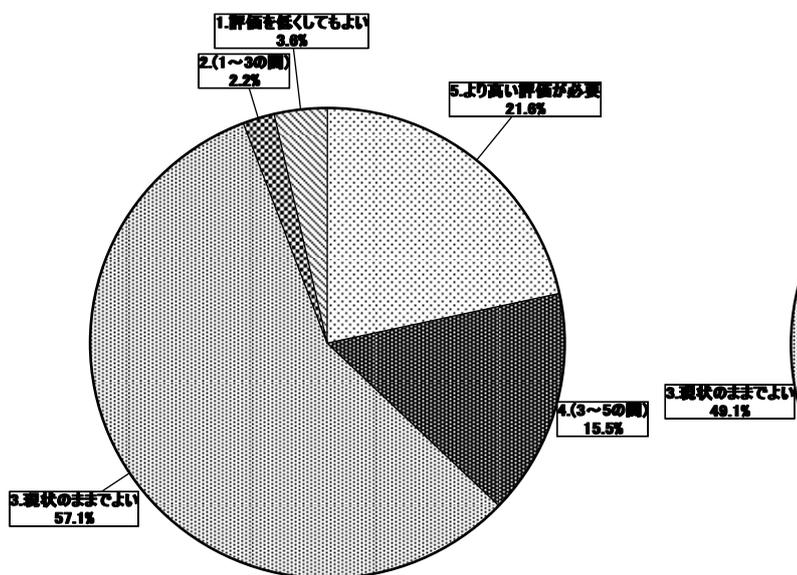


図 診-2-1-14 主治医意見書作成
(n = 1188)

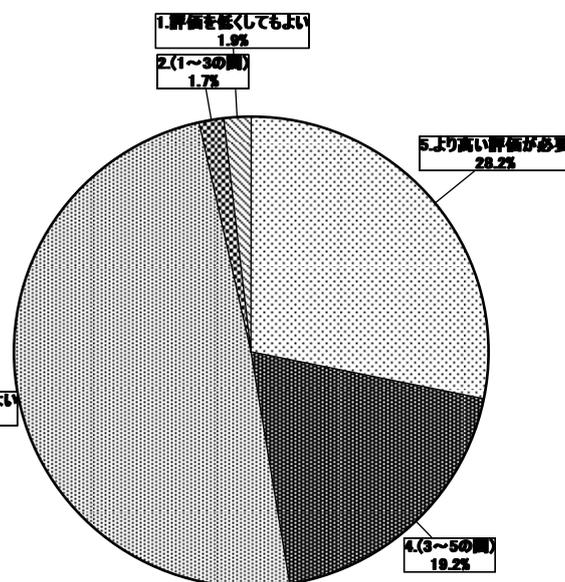
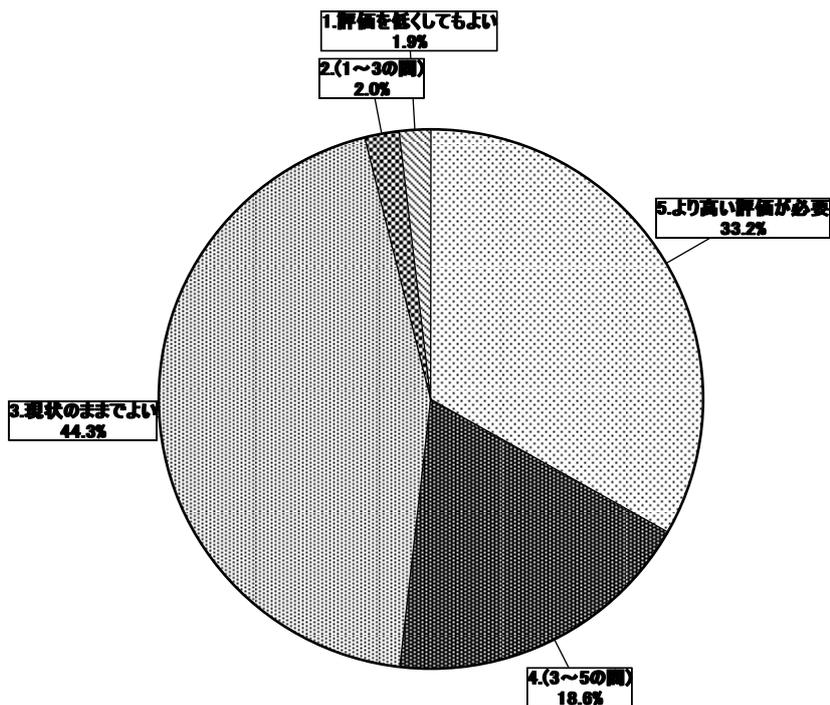


図 診-2-1-15 ケアプラン作成
(n = 1123)



問2-2 取り組みに対する新たな評価 - 診療報酬

図 診-2-2-1
複数の診療所による連携体制
(n = 1182)

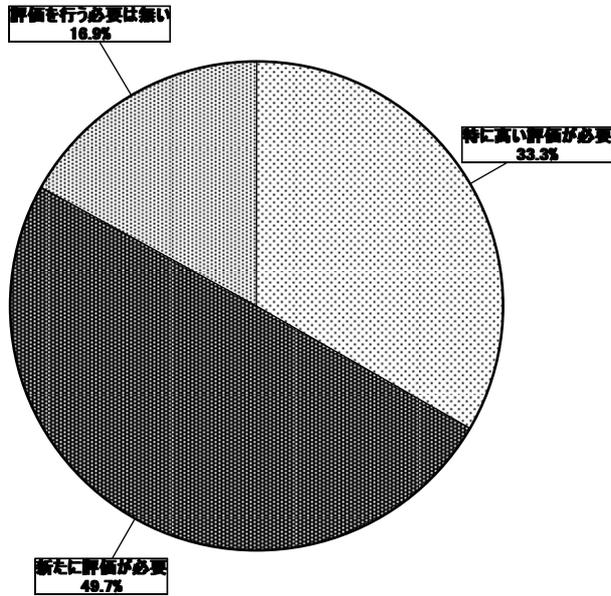


図 診-2-2-2
事業主体の異なる事業者との連携
(n = 1173)

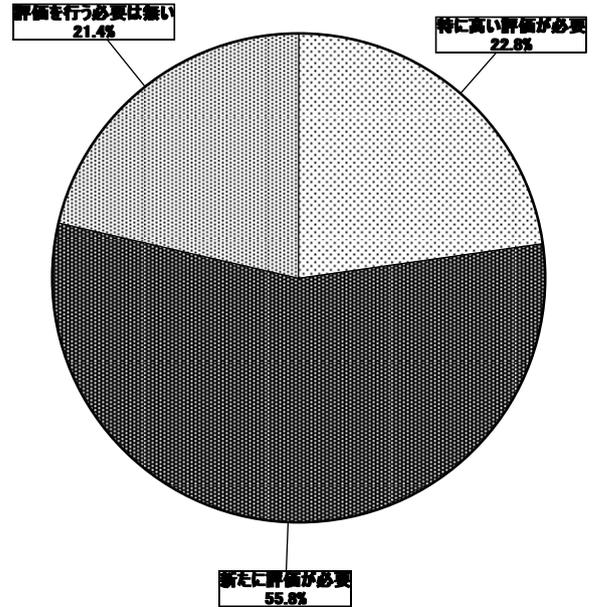
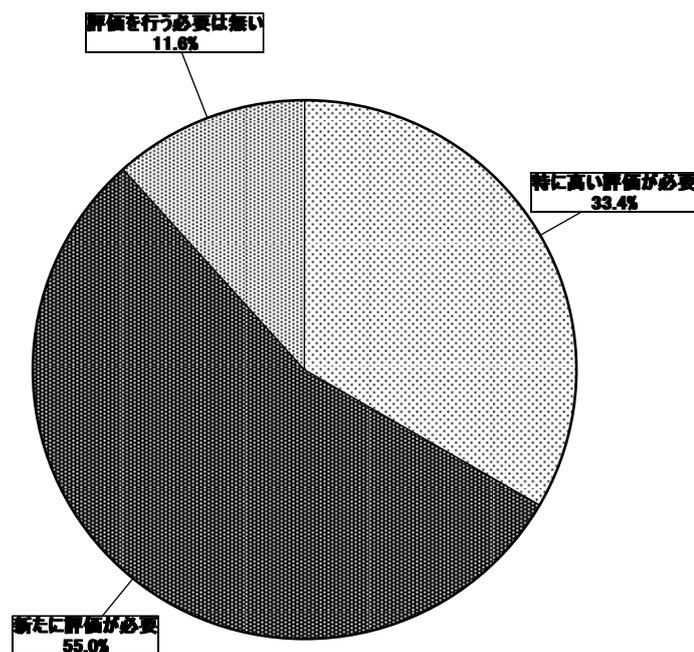


図 診-2-2-3 身体障害者療護施設等の障害者施設への往診
(n = 1159)



問2-2 取り組みに対する新たな評価 - 診療報酬

図 診-2-2-4 事前指示書作成
(n = 1148)

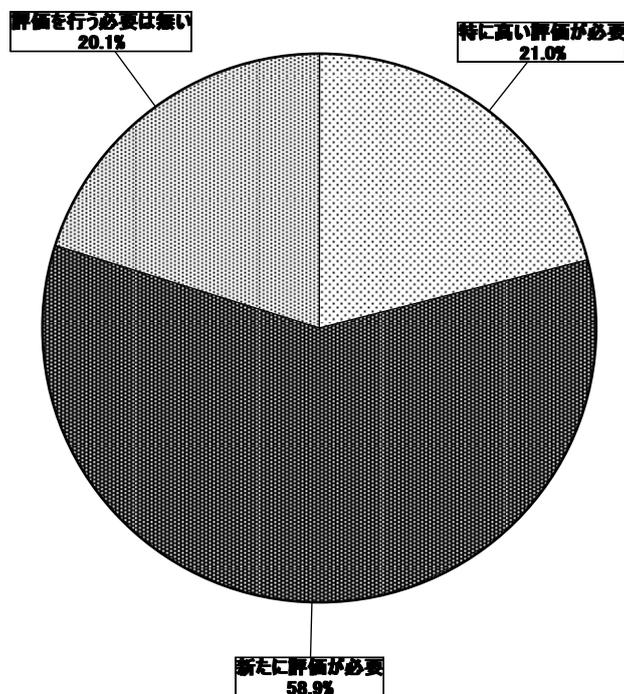


図 診-2-2-5
ハイケアに対応する
訪問看護事業所に対する指導・管理
(n = 1171)

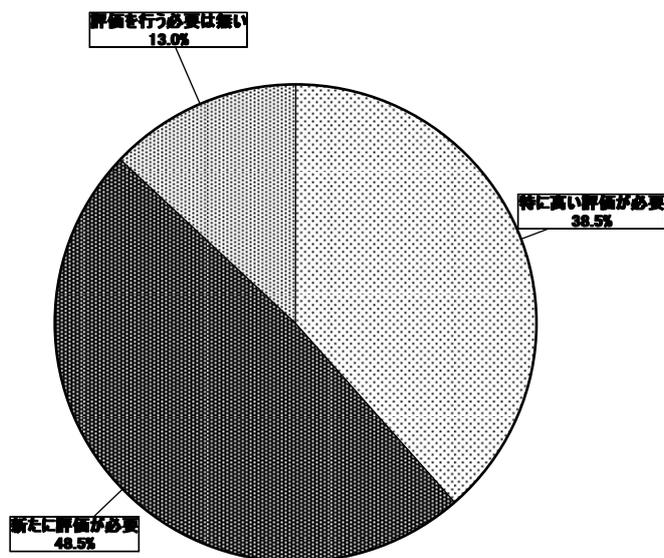
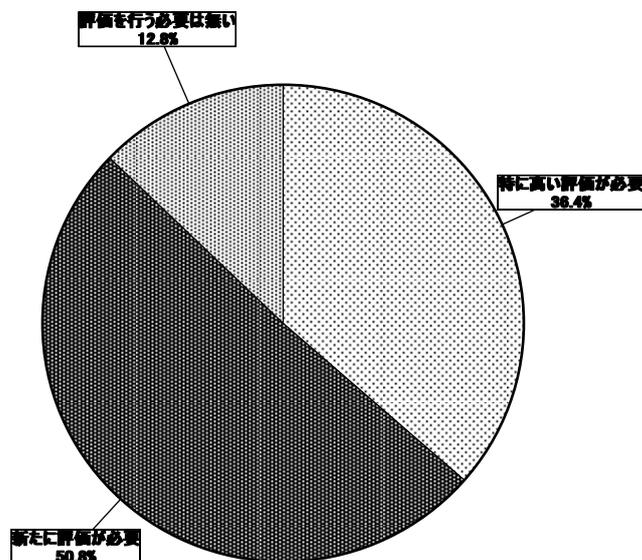


図 診-2-2-6
ハイケアに対応する
ヘルパー及び家族介護者に対する指導・管理
(n = 1170)



問2-2 取り組みに対する新たな評価 - 介護報酬

図 診-2-2-7
サービス提供者会議
(n = 1128)

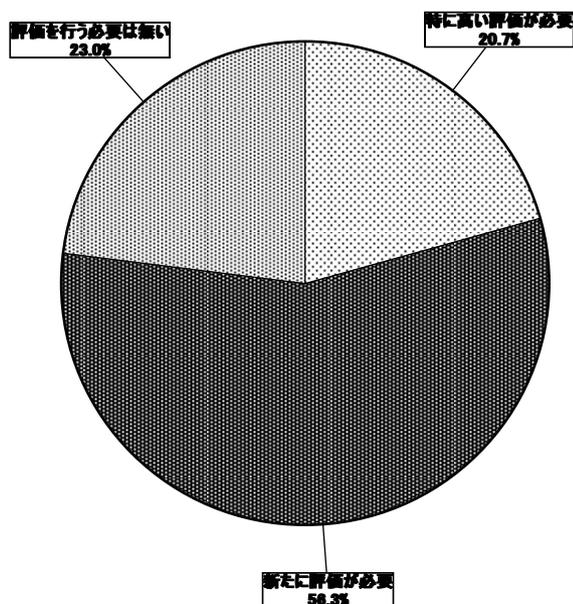


図 診-2-2-8
事業主体の異なる事業者との連携
(n = 1117)

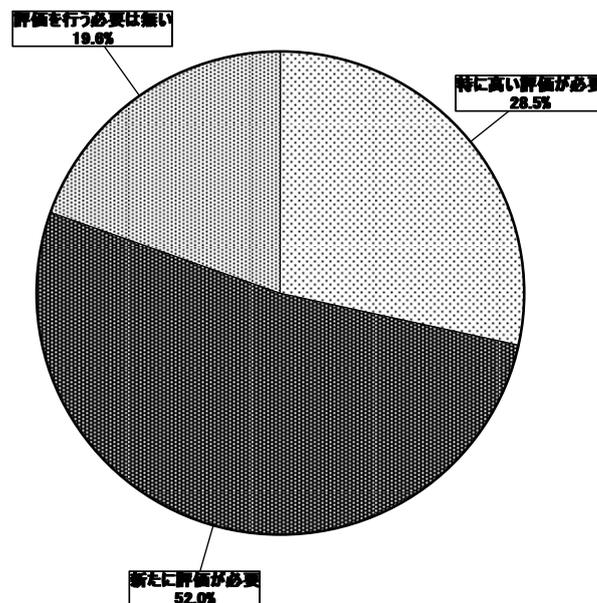


図 診-2-2-9
在宅ハイケア対象者への訪問サービス提供
(n = 1113)

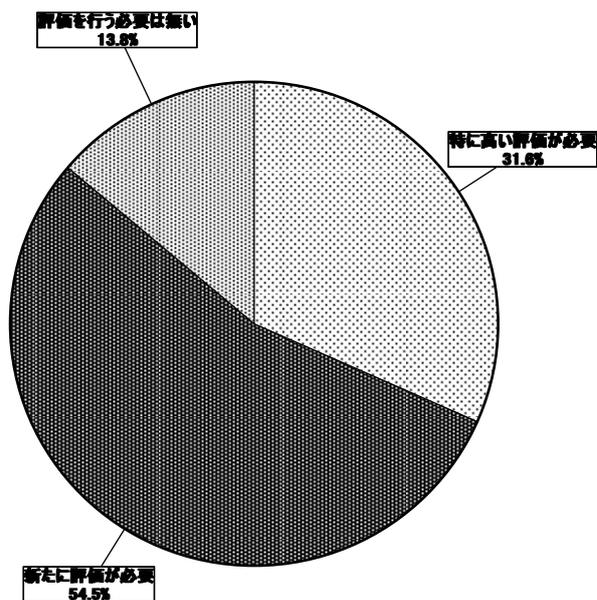


図 診-2-2-10
在宅ハイケア対象者への通所サービス提供
(n = 1111)

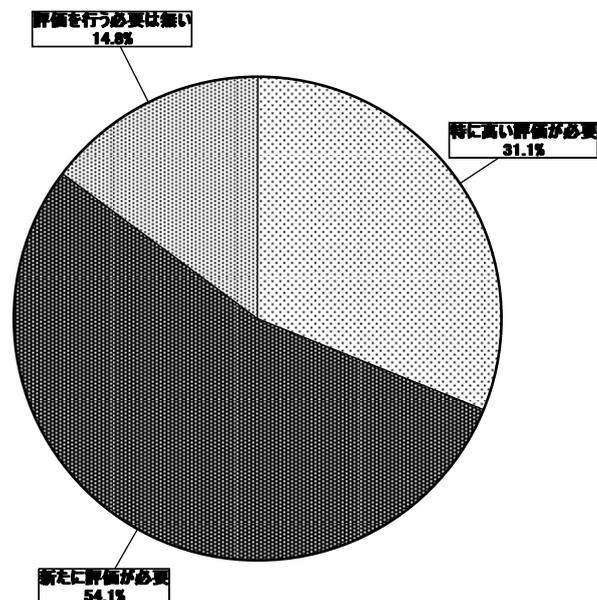
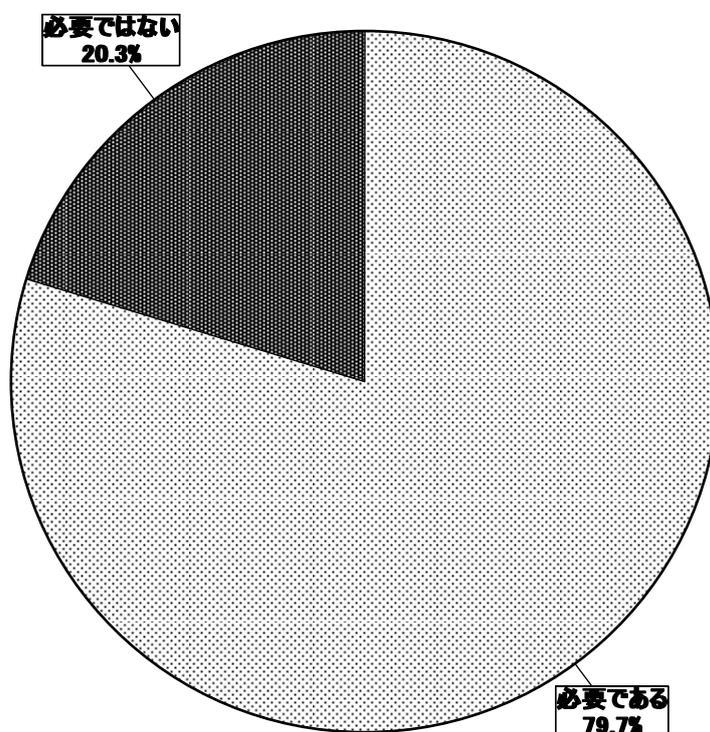


図 診-3-1 問3-1 在宅医療を担う医師の人材養成プログラムの構築と運用は必要か
(n = 1145)



問3-2 研修項目の重要度 - 講義

図 診-3-2-1 医療保険制度
(n = 903)

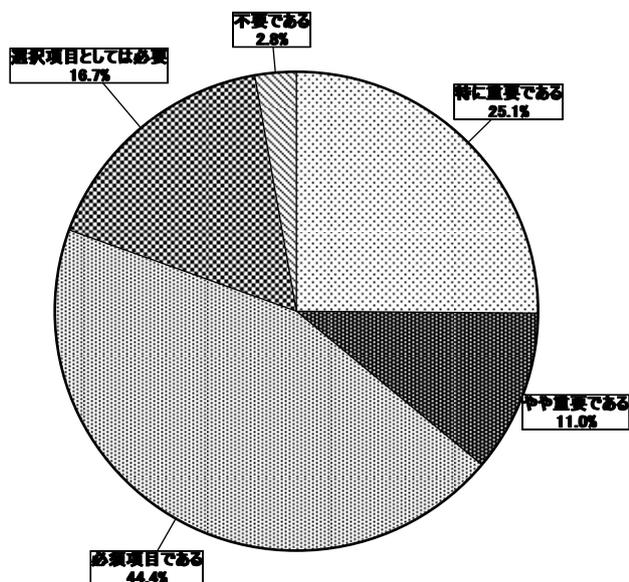


図 診-3-2-2 介護保険制度
(n = 908)

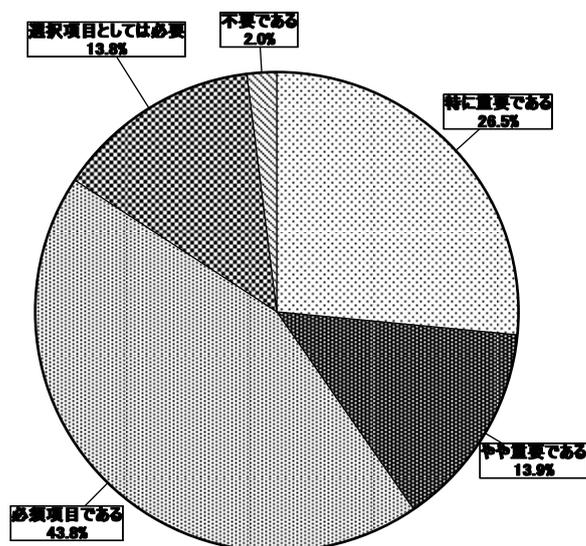


図 診-3-2-3 自立支援法
(n = 899)

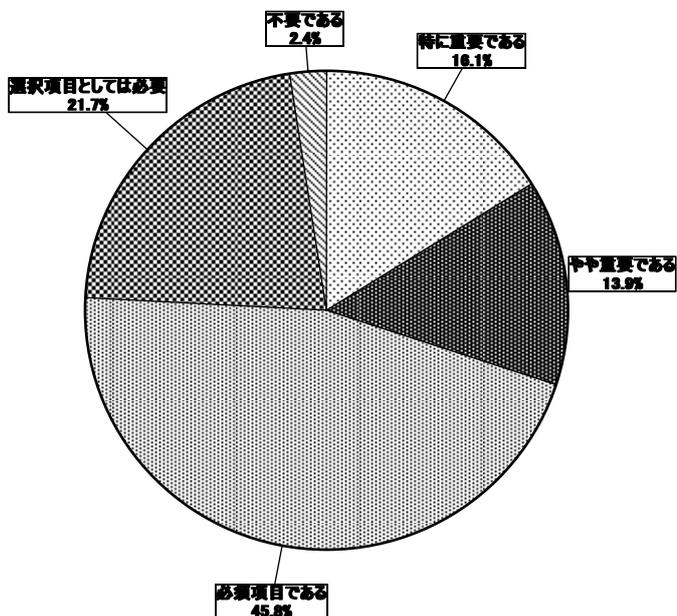
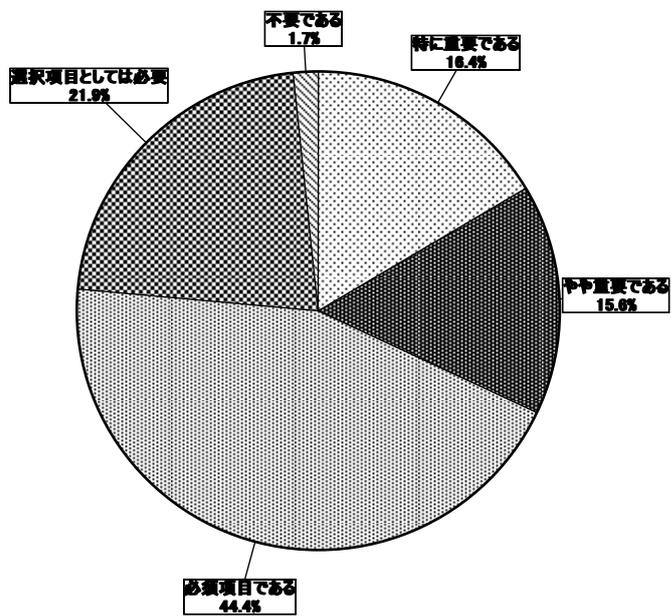


図 診-3-2-4 難病制度
(特定疾患治療研究事業)
(n = 900)



問3-2 研修項目の重要度 - 講義

図 診-3-2-5 在宅医療の心得
(n = 908)

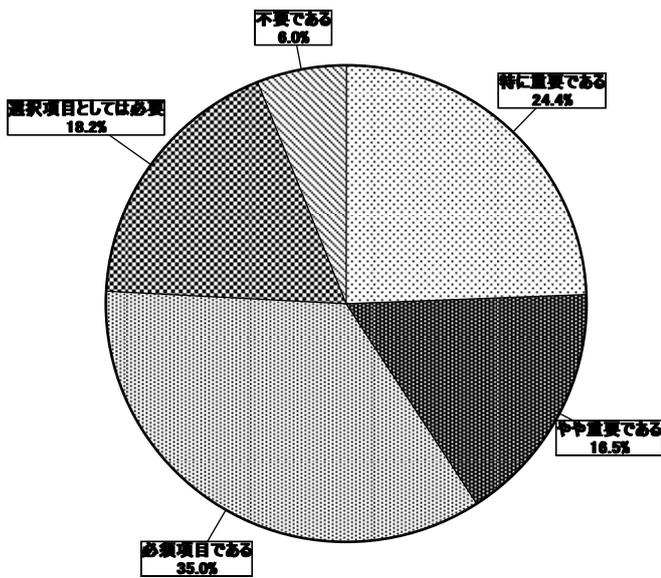


図 診-3-2-6 面接法
(n = 898)

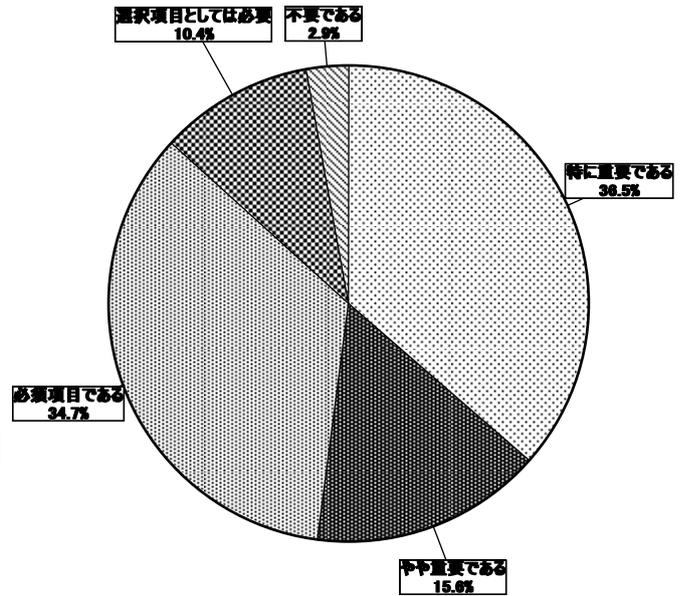


図 診-3-2-7 家族支援
(n = 909)

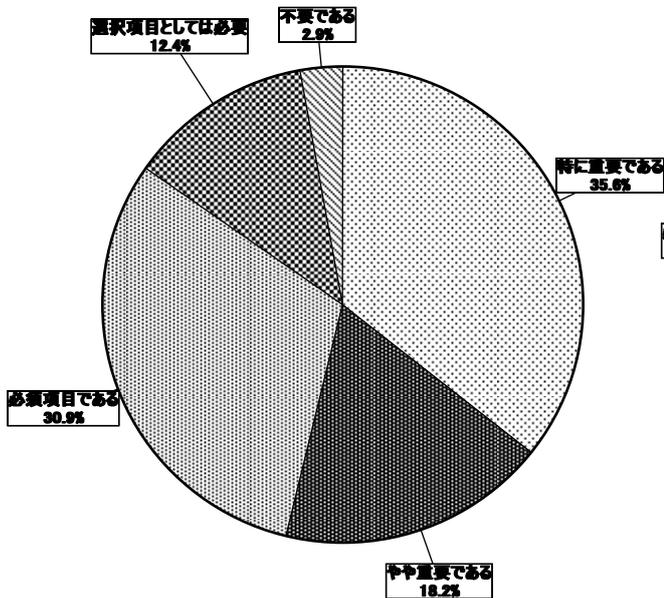
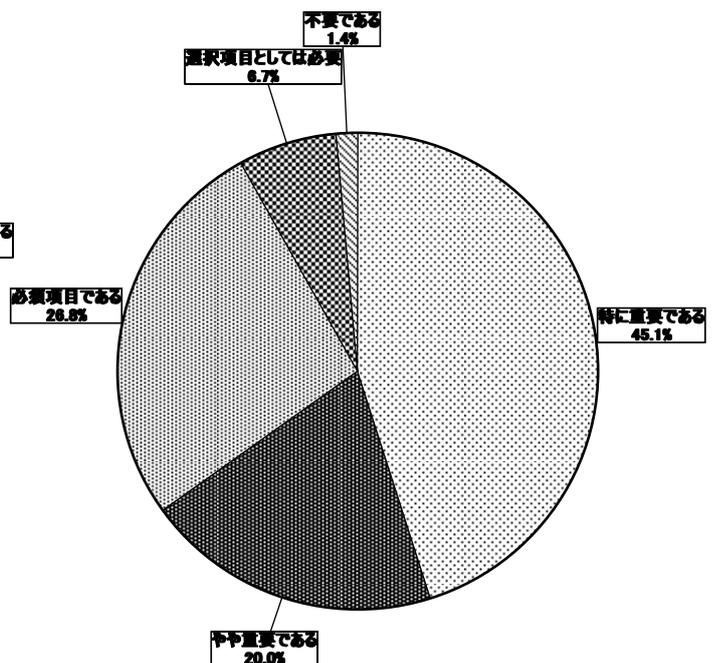


図 診-3-2-8 がんの緩和医療
(n = 902)



問3-2 研修項目の重要度 - 講義

図 診-3-2-9 認知症
(n = 905)

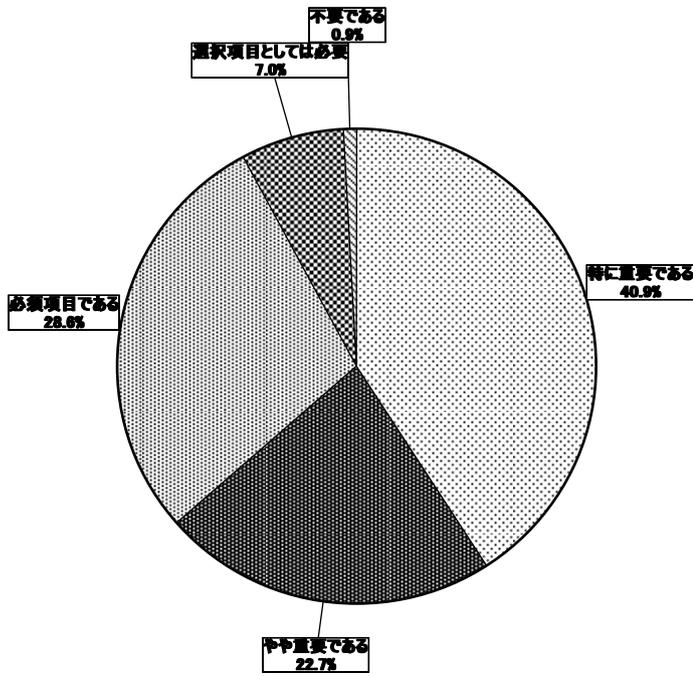


図 診-3-2-10 難病
(n = 902)

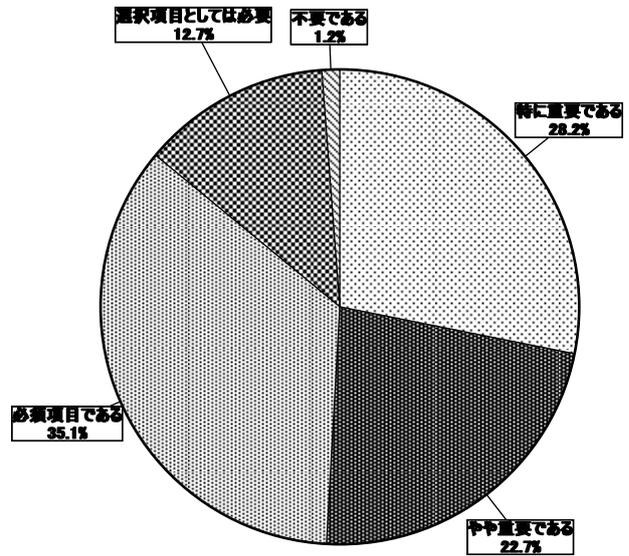


図 診-3-2-11 高齢者の特性
(n = 904)

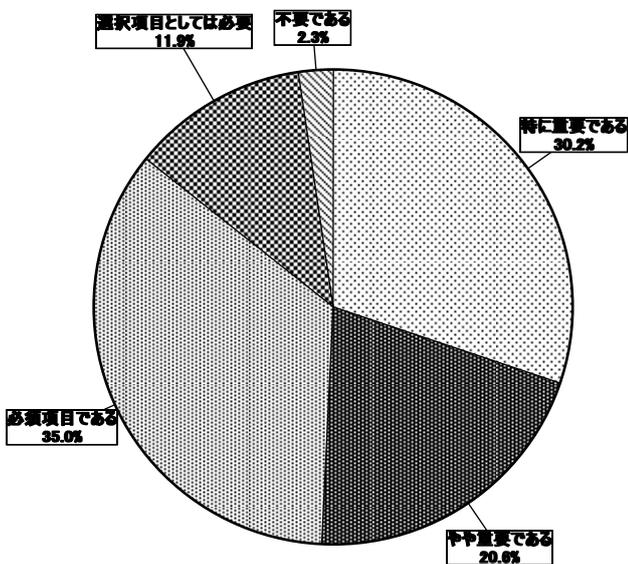
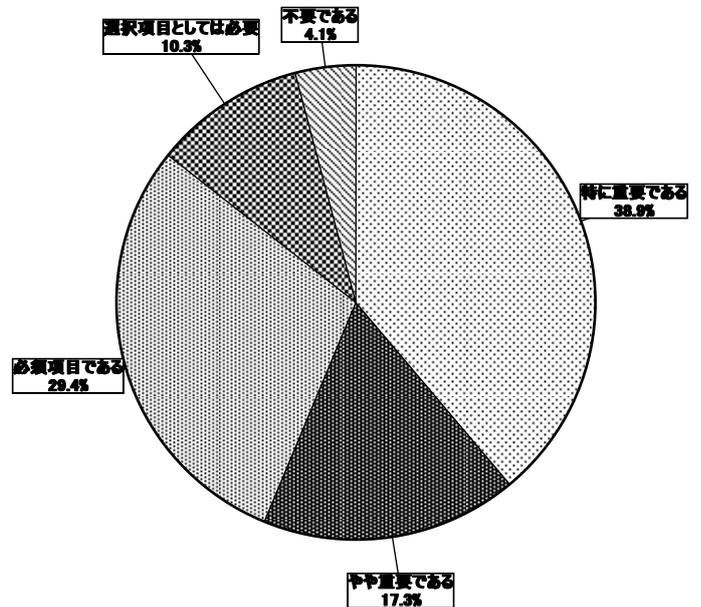


図 診-3-2-12 臨終時の心構え
(n = 905)



問3-2 研修項目の重要度 - 実践

図 診-3-2-13
在宅患者訪問点滴注射管理指導
(n = 872)

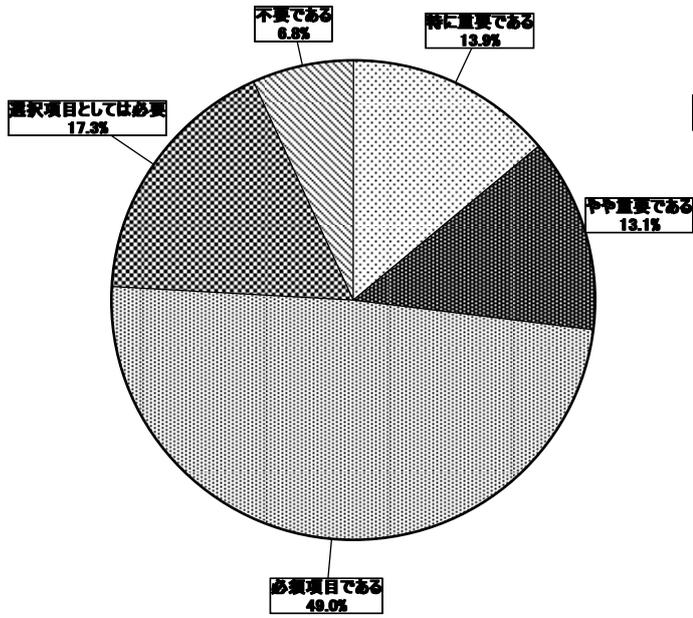


図 診-3-2-14 在宅自己注射指導
(n = 872)

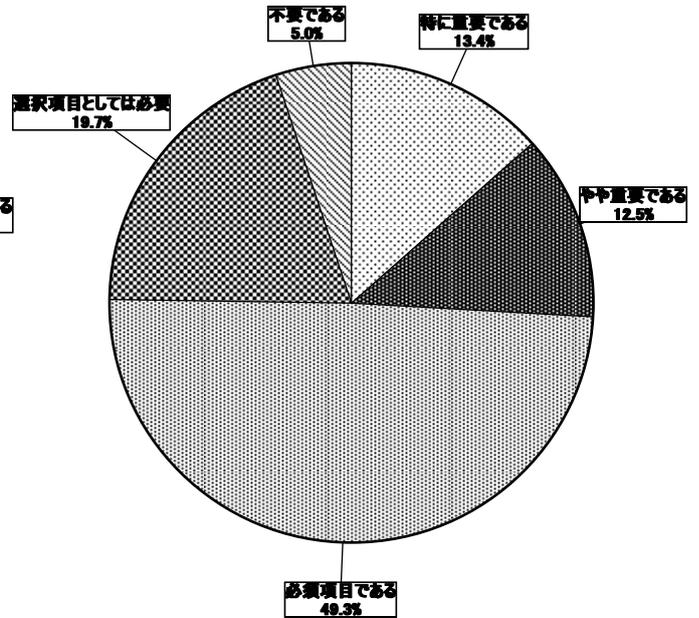


図 診-3-2-15 在宅腹膜灌流指導
(n = 861)

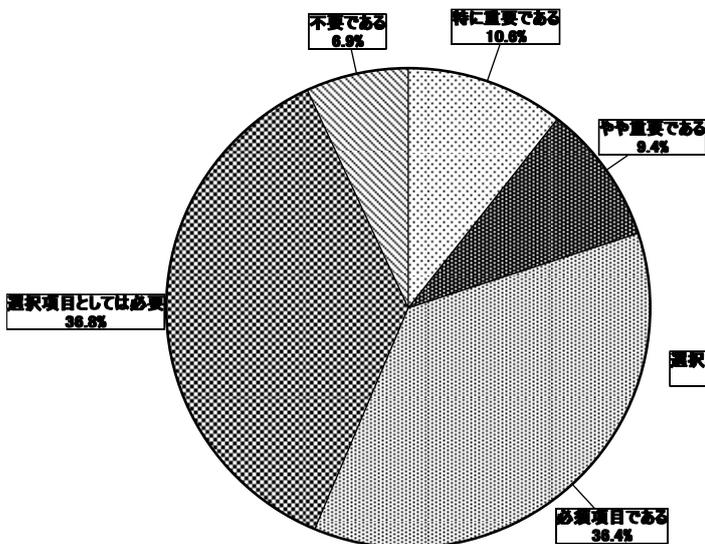
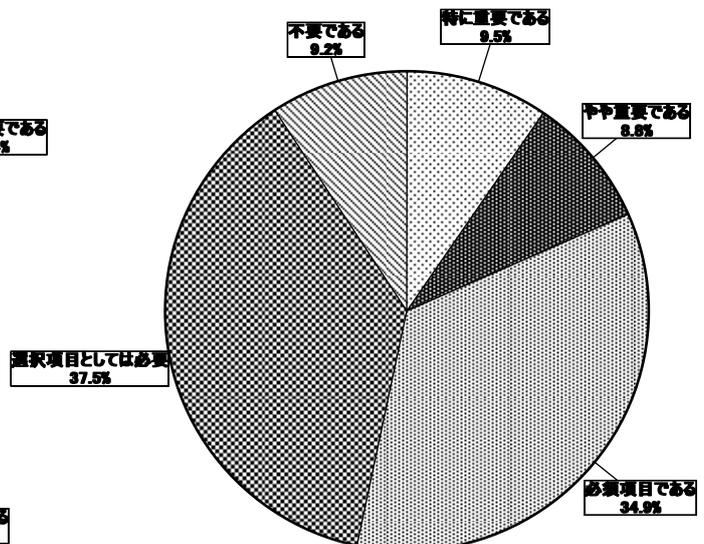


図 診-3-2-16 在宅血液透析指導
(n = 859)



問3-2 研修項目の重要度 - 実践

図 診-3-2-17 在宅酸素療法指導
(n = 877)

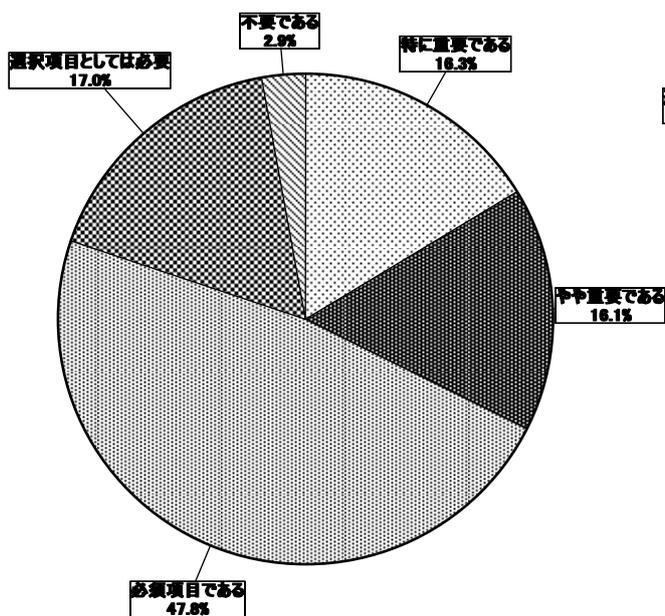


図 診-3-2-18 在宅中心静脈栄養指導
(n = 873)

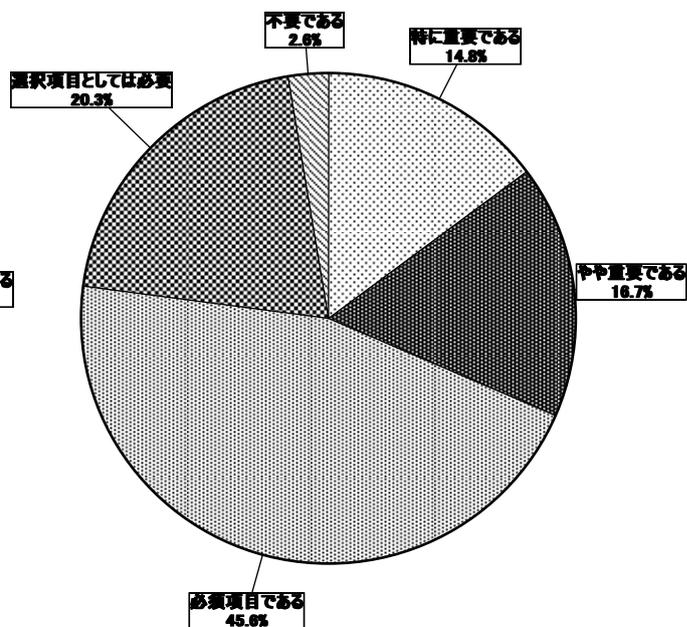


図 診-3-2-19 在宅成分栄養経管栄養法指導
(n = 868)

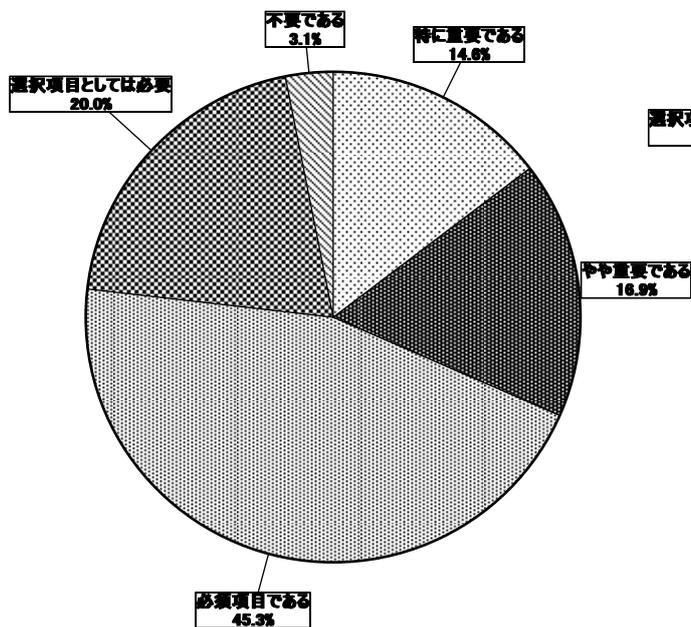
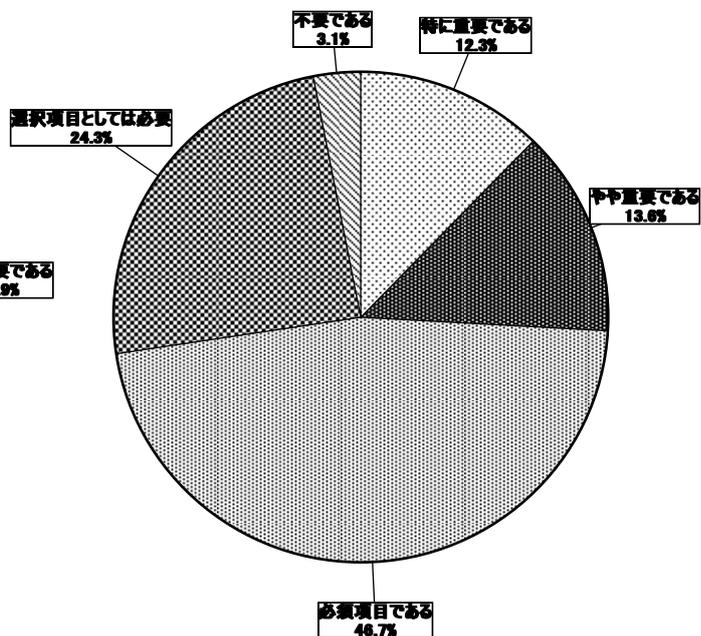


図 診-3-2-20 在宅自己導尿指導
(n = 873)



問3-2 研修項目の重要度 - 実践

図 診-3-2-21 在宅人工呼吸指導
(n = 872)

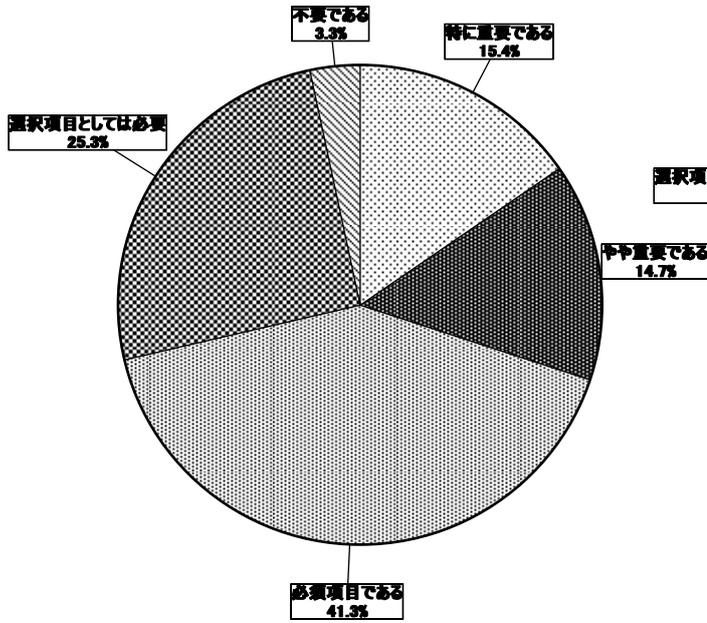


図 診-3-2-22 在宅持続陽圧呼吸療法指導
(n = 866)

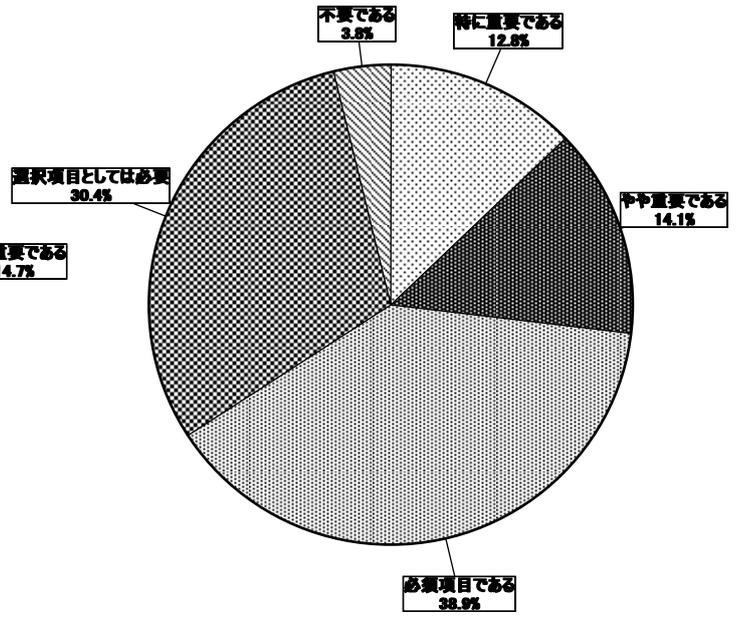


図 診-3-2-23 在宅悪性腫瘍患者指導
(n = 872)

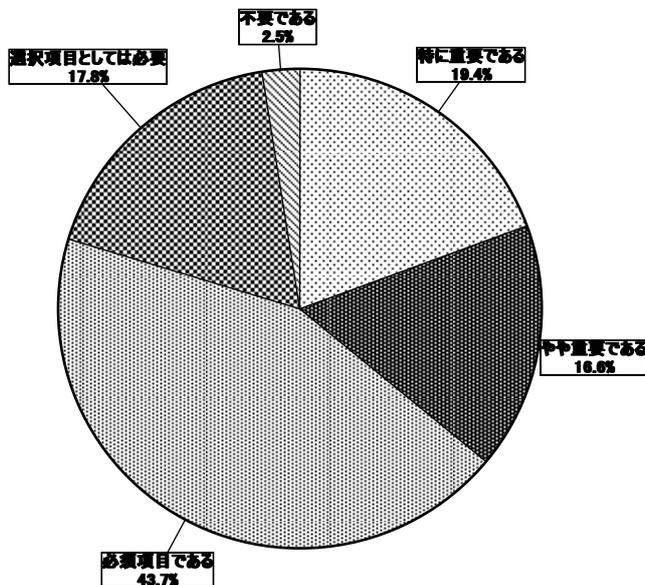
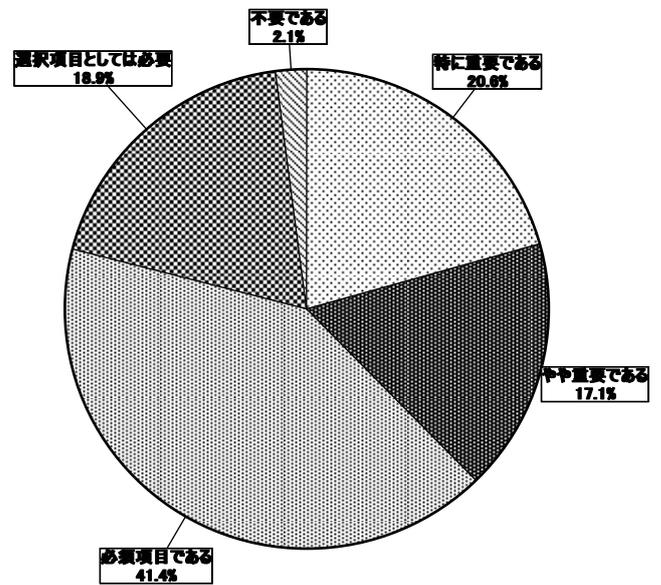


図 診-3-2-24 在宅自己疼痛管理指導
(n = 868)



問3-2 研修項目の重要度 - 実践

図 診-3-2-25 在宅肺高血圧症患者指導
(n = 856)

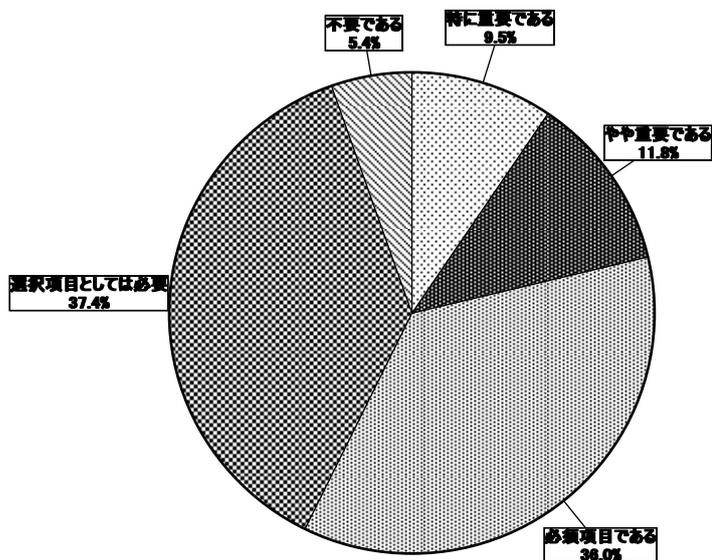


図 診-3-2-26 在宅気管切開患者指導
(n = 871)

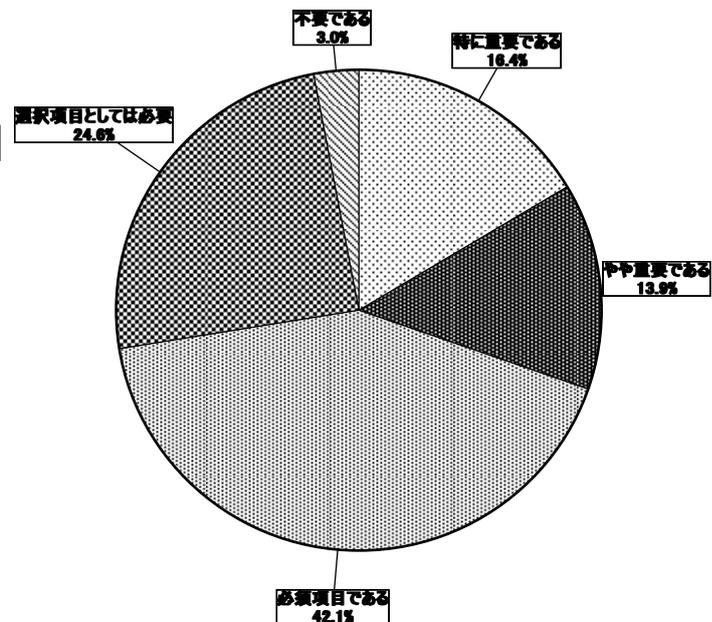


図 診-3-2-27 褥創の予防と治療
(n = 878)

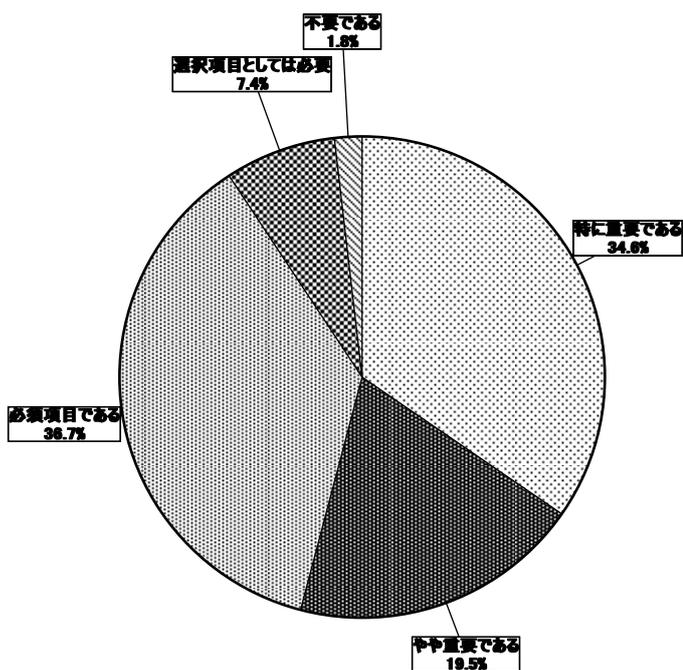
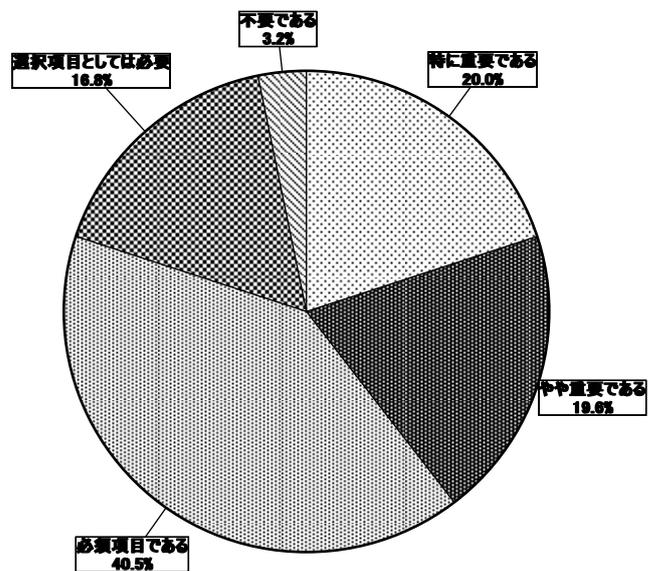


図 診-3-2-28 口腔ケア
(n = 877)



問3-2 研修項目の重要度 - 実践

図 診-3-2-29 退院前共同指導
(n = 862)

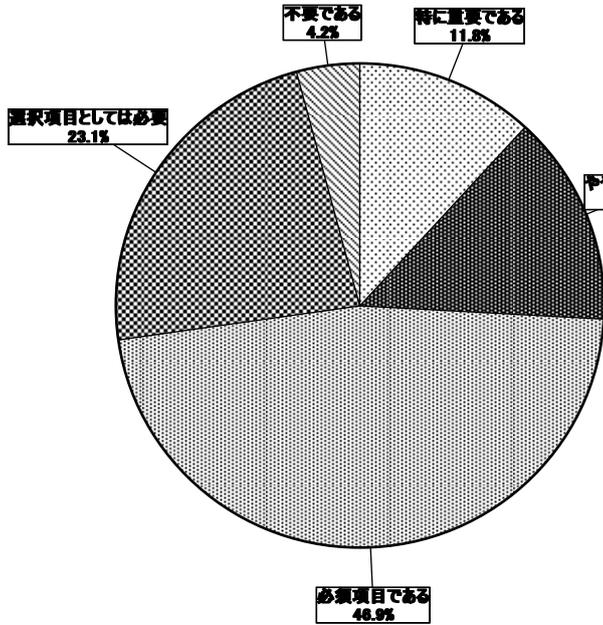


図 診-3-2-30 セカンドオピニオン
(n = 864)

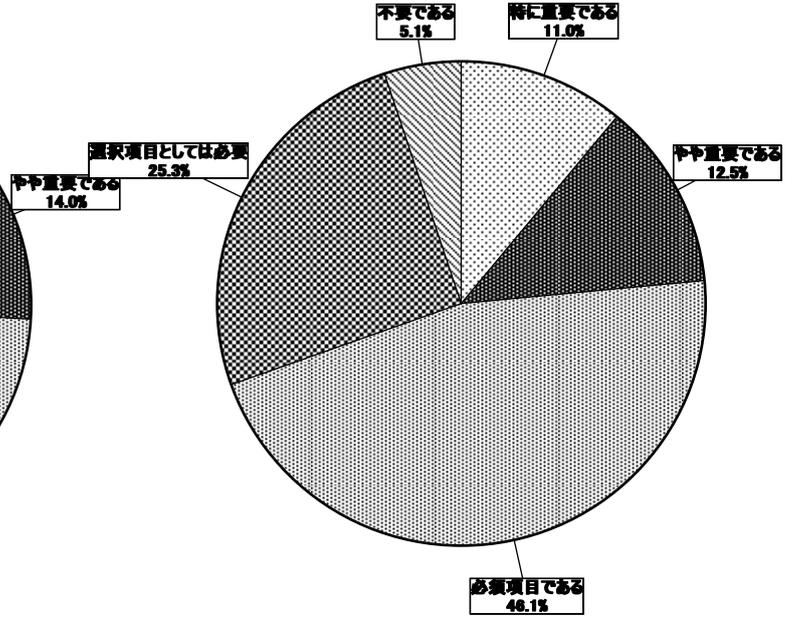
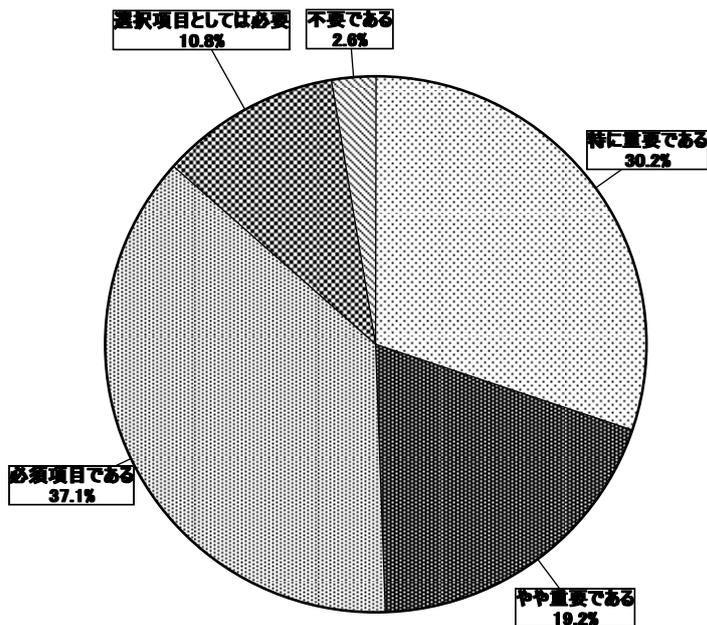


図 診-3-2-31 後方病院との連携
(n = 878)



問3-2 研修項目の重要度 - 実践

図 診-3-2-32 訪問看護事業所との連携
(n = 879)

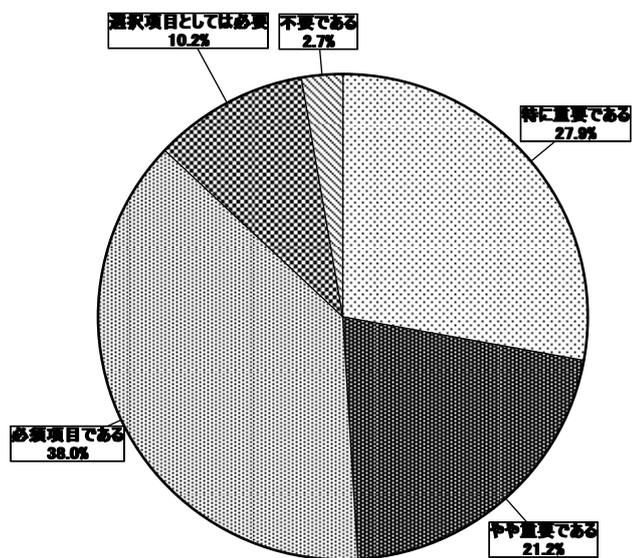


図 診-3-2-33 訪問リハビリテーションとの連携
(n = 874)

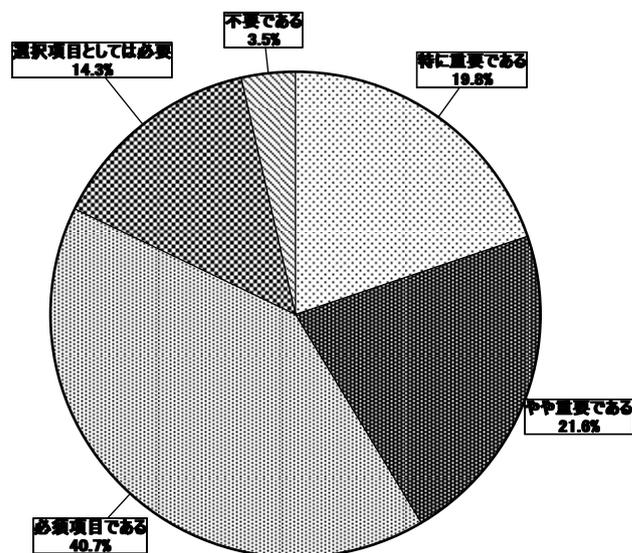


図 診-3-2-34 調剤薬局との連携
(n = 876)

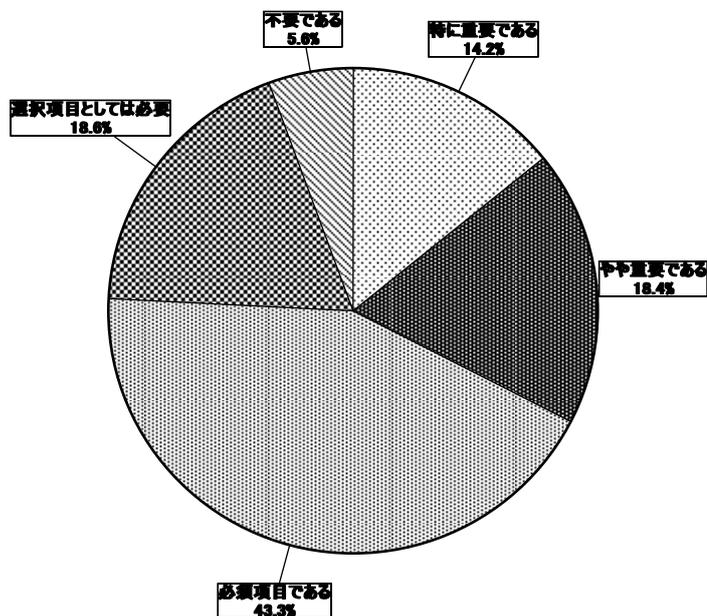
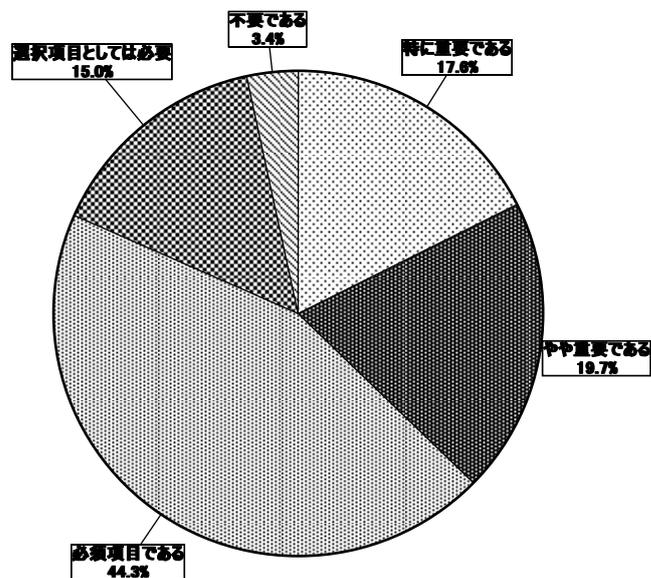


図 診-3-2-35 介護事業所との連携
(n = 882)



問3-2 研修項目の重要度 - 実践

図 診-3-2-36 家族介護力の評価
(n = 880)

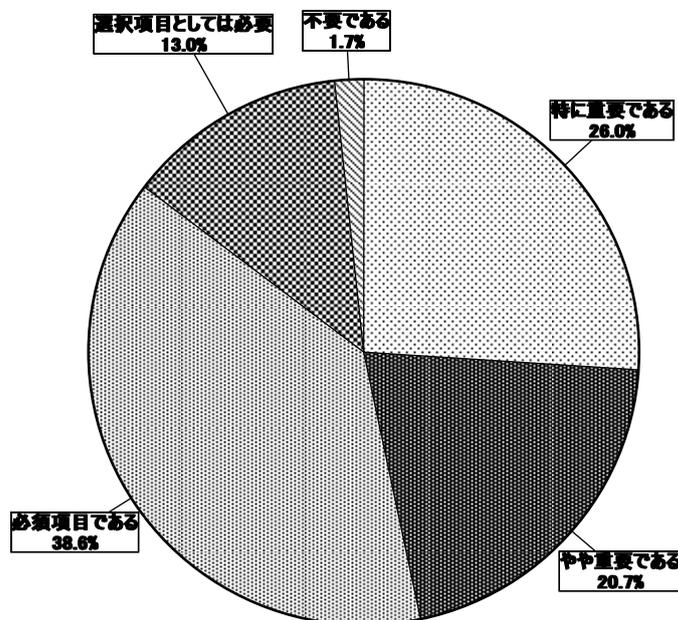
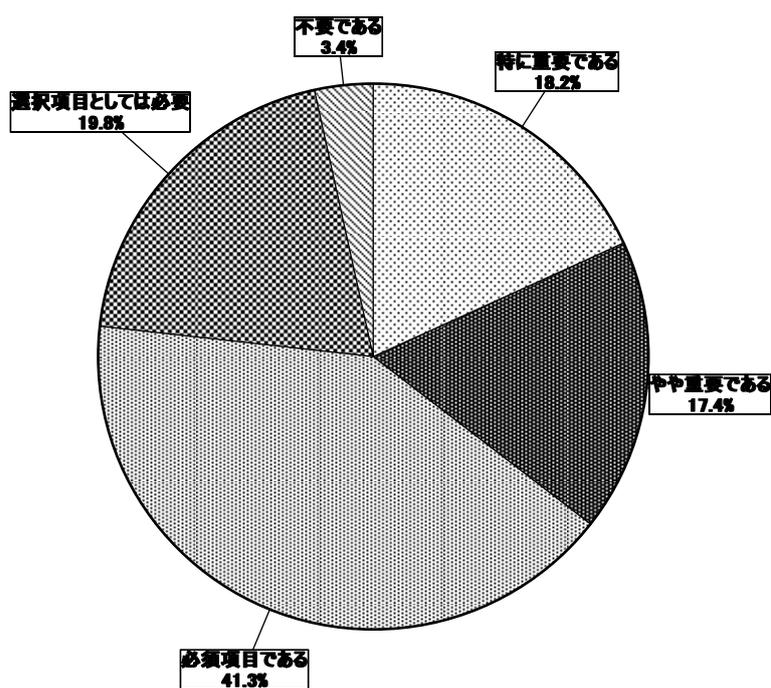


図 診-3-2-37 虐待・家庭内暴力
(n = 870)



問3-2 研修項目の重要度 - 実践

図 診-3-2-38 終末期における同意文書の作成
(n = 875)

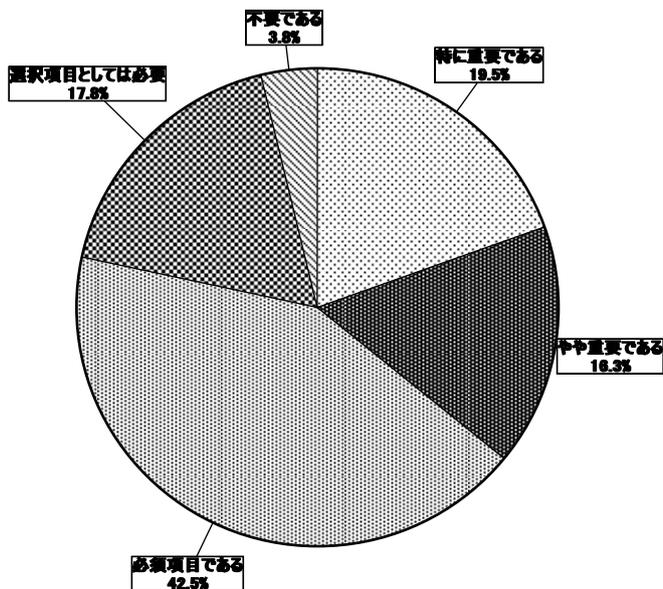


図 診-3-2-39 病名・予後告知
(n = 871)

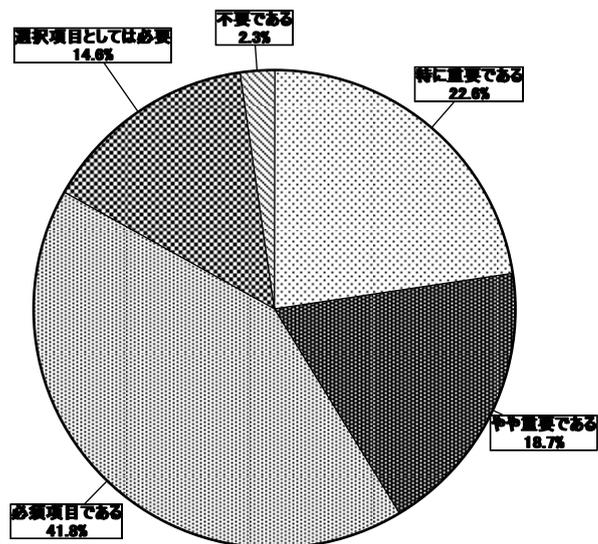
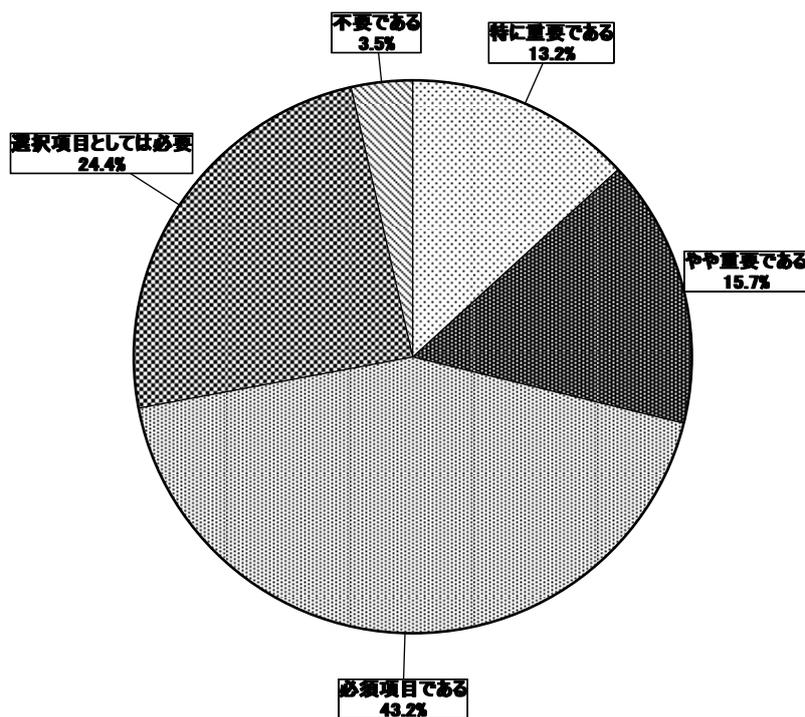


図 診-3-2-40 グリーフケア
(n = 790)



問3-2 研修項目の重要度 - 実践

図 診-3-2-41 災害時への対応(危機管理)
(n = 861)

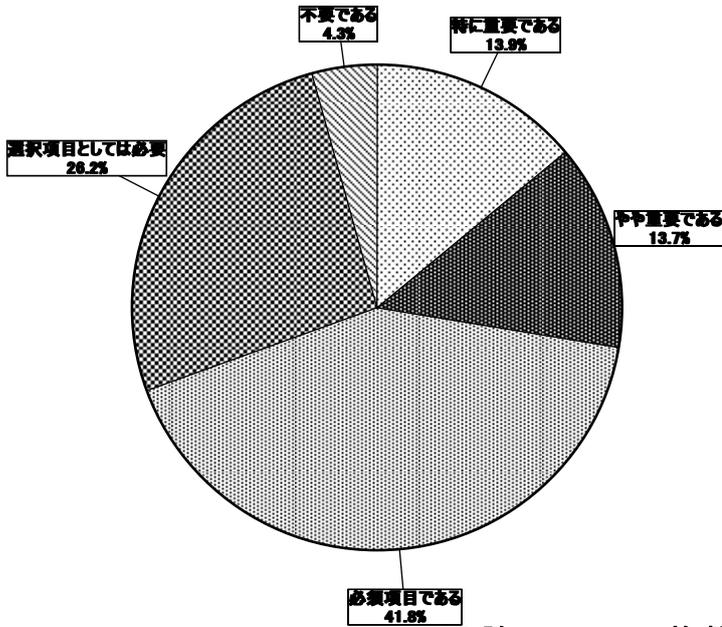


図 診-3-2-42 離島など僻地における研修
(n = 852)

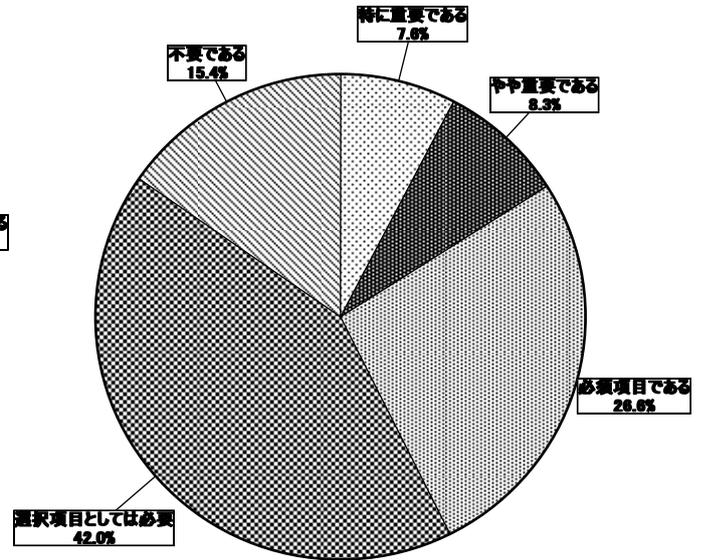


図 診-3-2-43 複数の施設における研修
(n = 857)

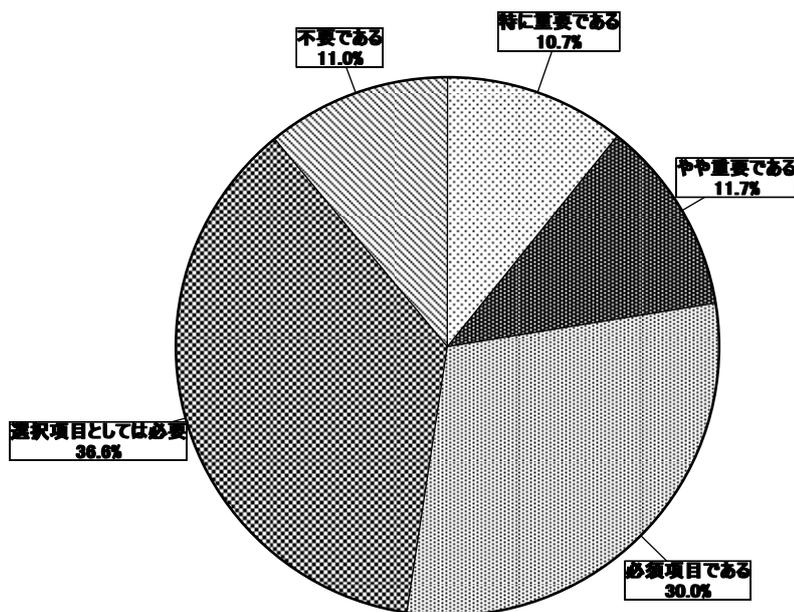


図 診-3-3 問3-3 実践を行うにあたっての適切な研修期間
 (n = 763, m ± σ = 4.7 ± 4.7, 単位: ヶ月)
 (一定の幅を記載したものはその中央値で集計)

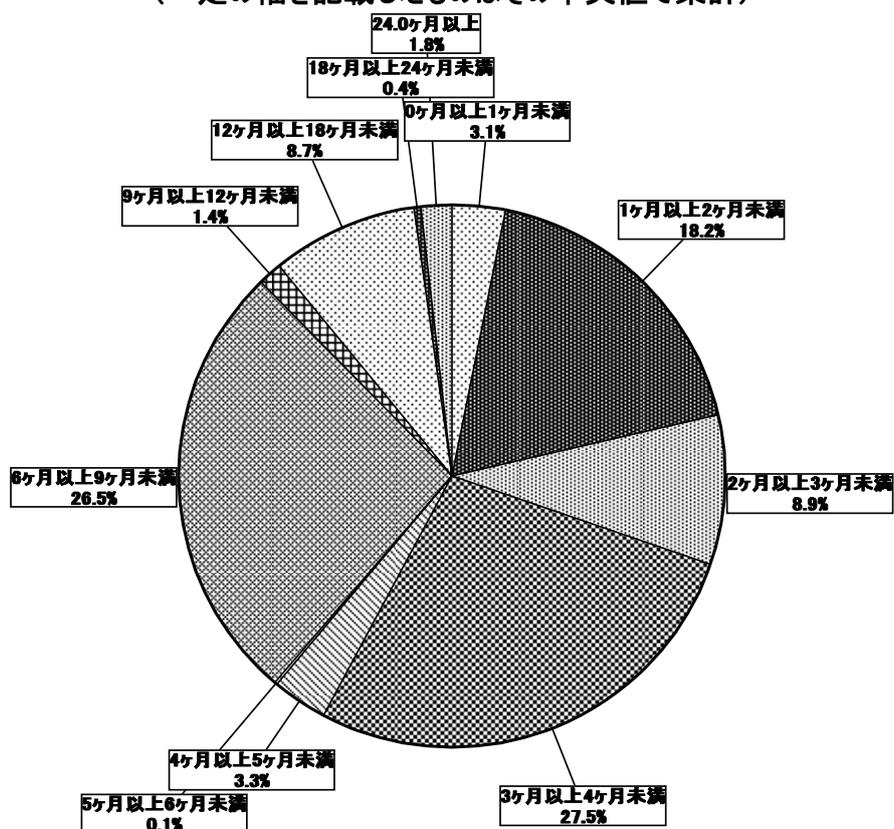


図 診-3-4 問3-4 マッチングセンターの必要性
 (n = 868)

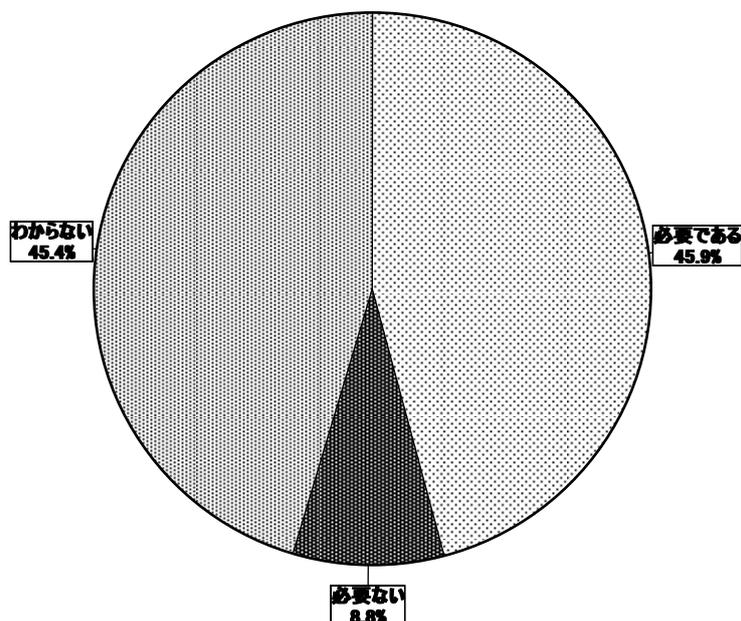


図 診-4-1 問4-1 人材養成プログラムの構築と運用への参画
(n = 1113, 複数回答)

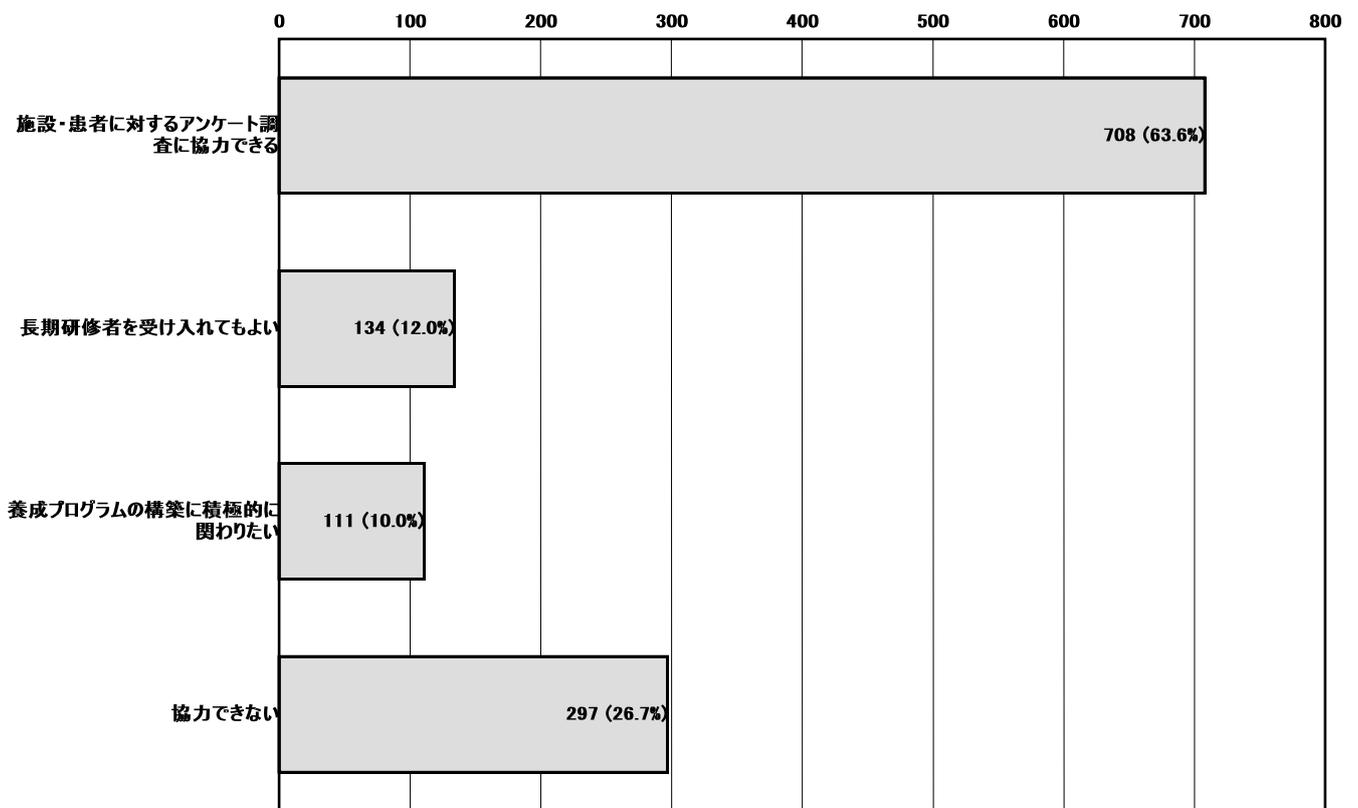


図 診-4-2-a 問4-2 a) 雇用関係を結んで診療を行う長期研修者の受け入れ期間
 (n = 113, m±σ = 142.9±159.6, 単位: 日)
 (一定の幅を記載したものはその中央値で集計)

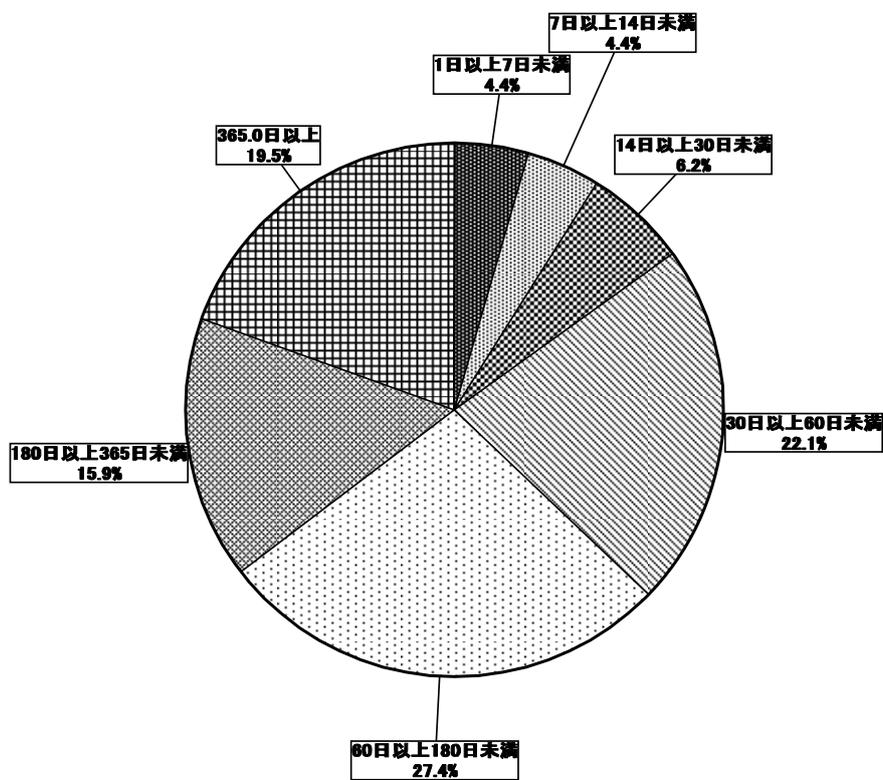


図 診-4-2-b 問4-2 b) 長期研修受け入れ時の研修費用について
 (n = 129)

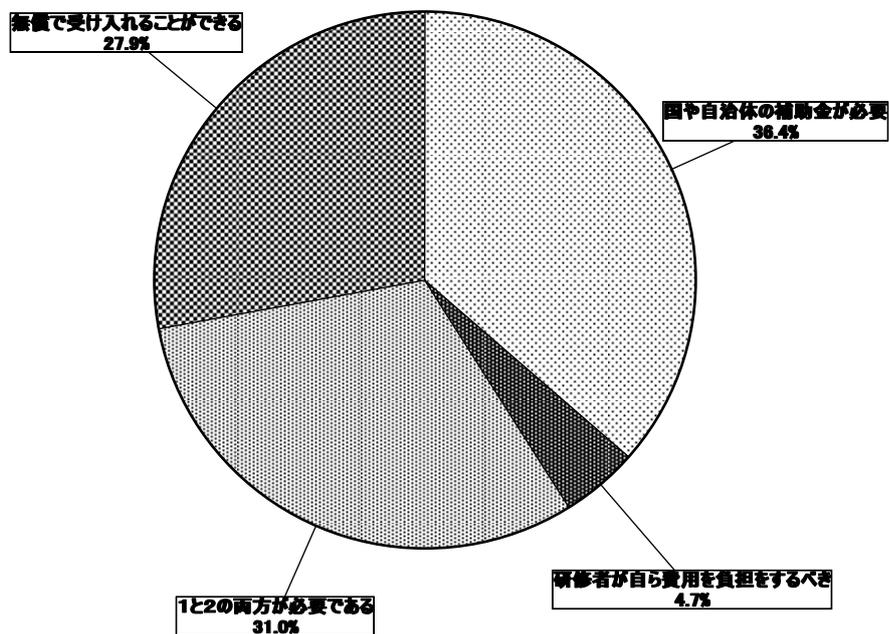


図 診-4-2-c-1 問4-2 c) 長期研修受け入れ時に対応可能な研修内容 - 講義
(n = 128, 複数回答)

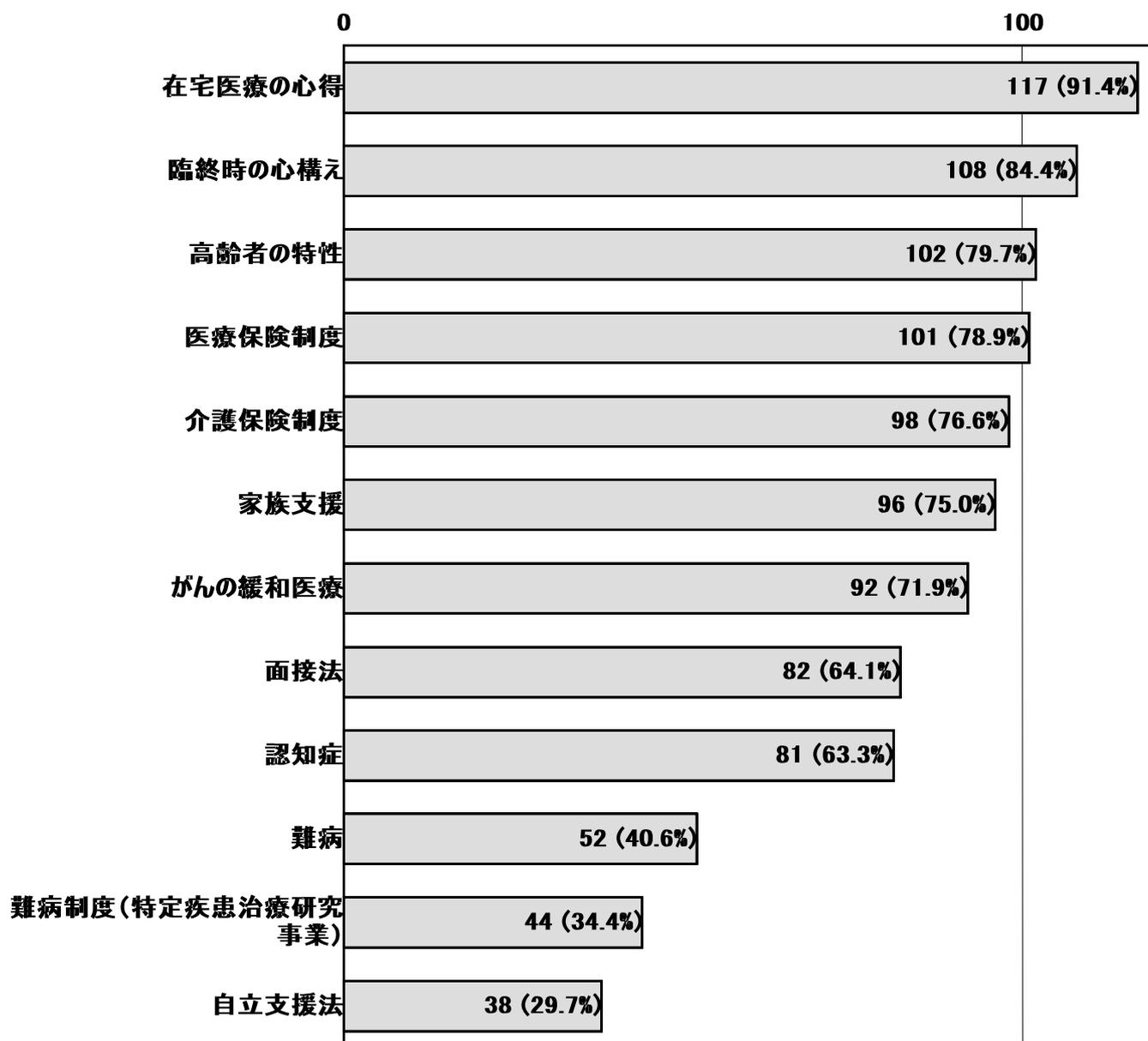
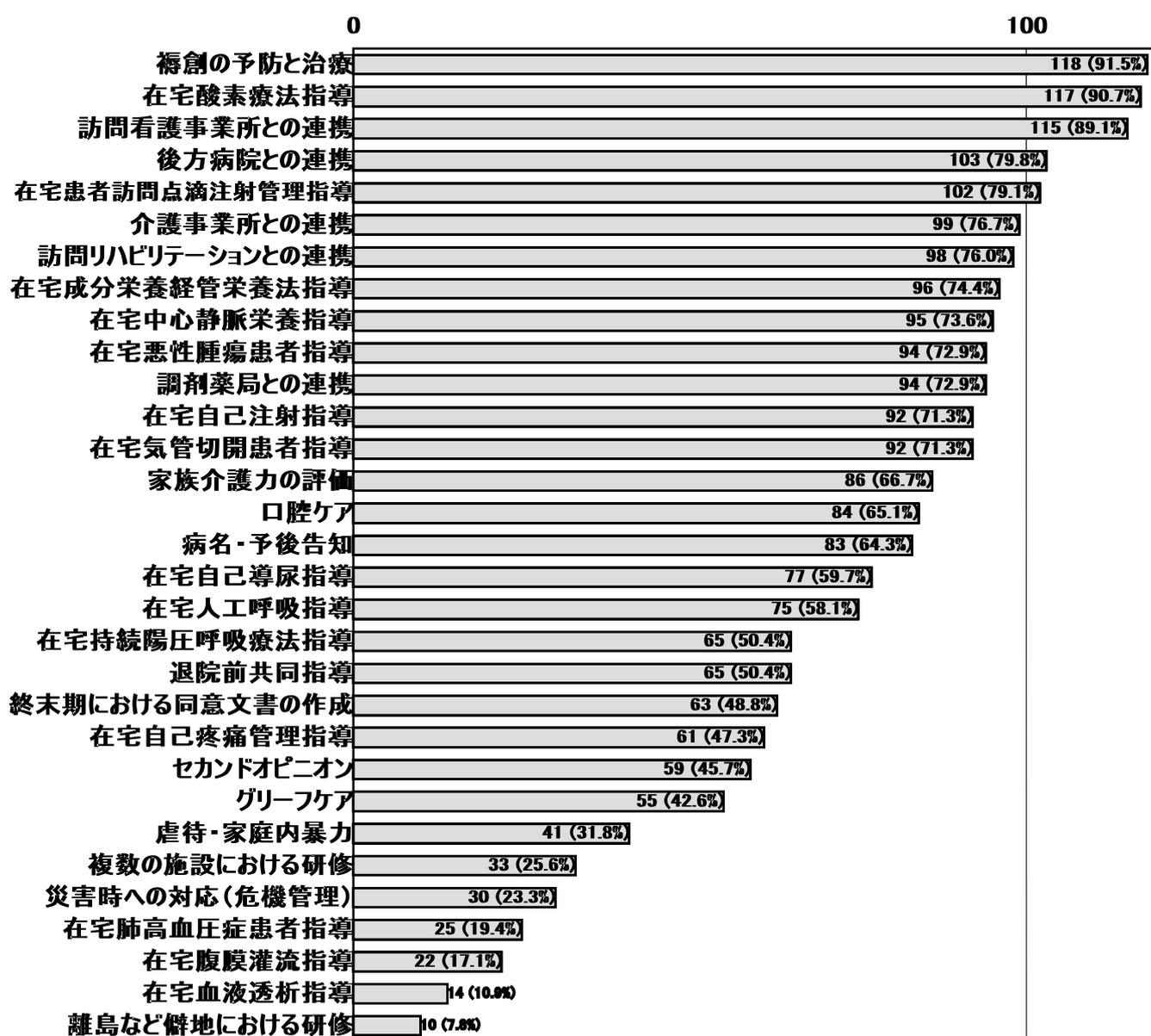
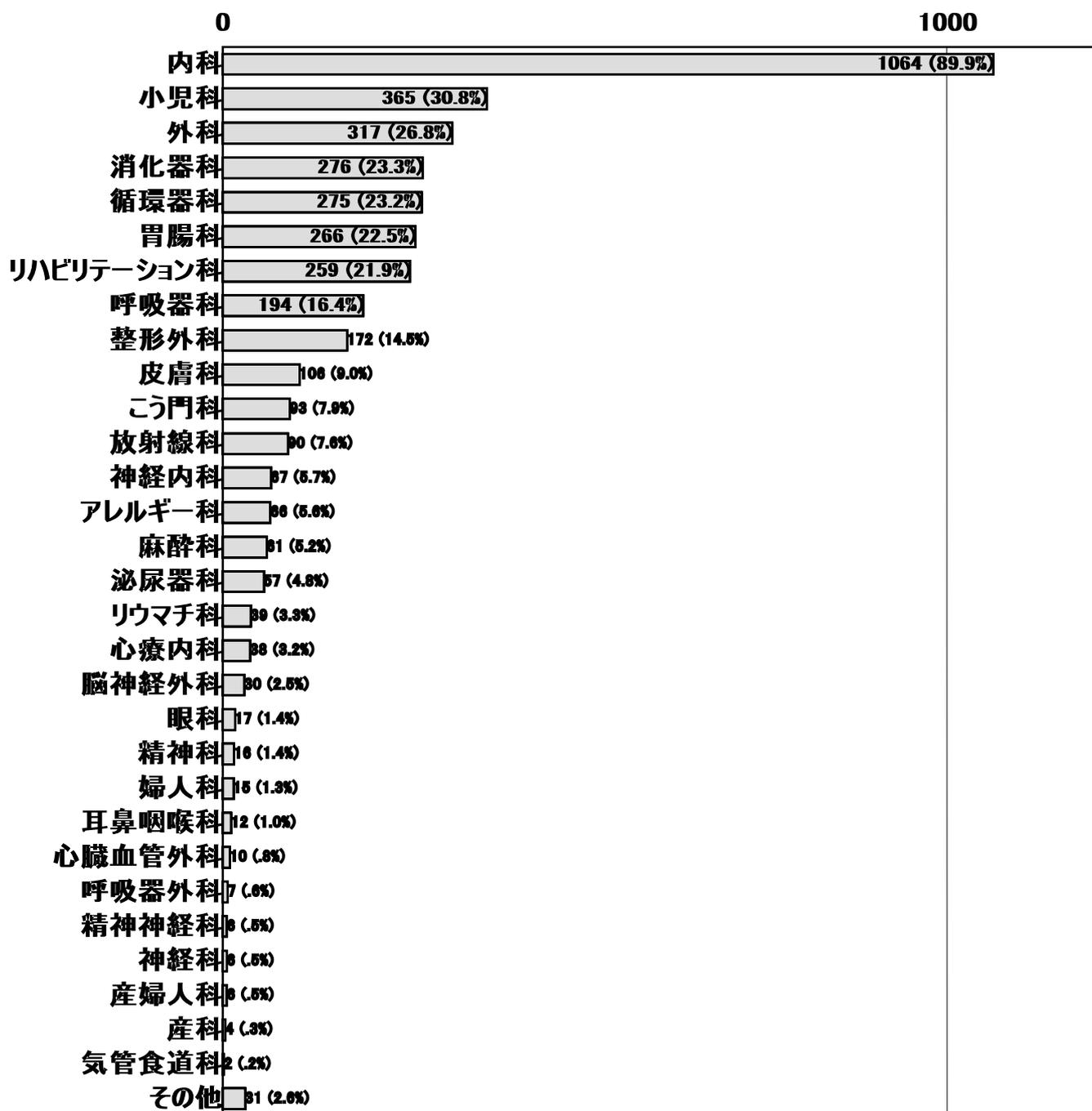


図 診-4-2-c-2 問4-2 c) 長期研修受け入れ時に対応可能な研修内容 - 実践
(n = 129, 複数回答)



問5-1 属性

図 診-5-1-1 標榜している診療科
(n = 1184, 複数回答)

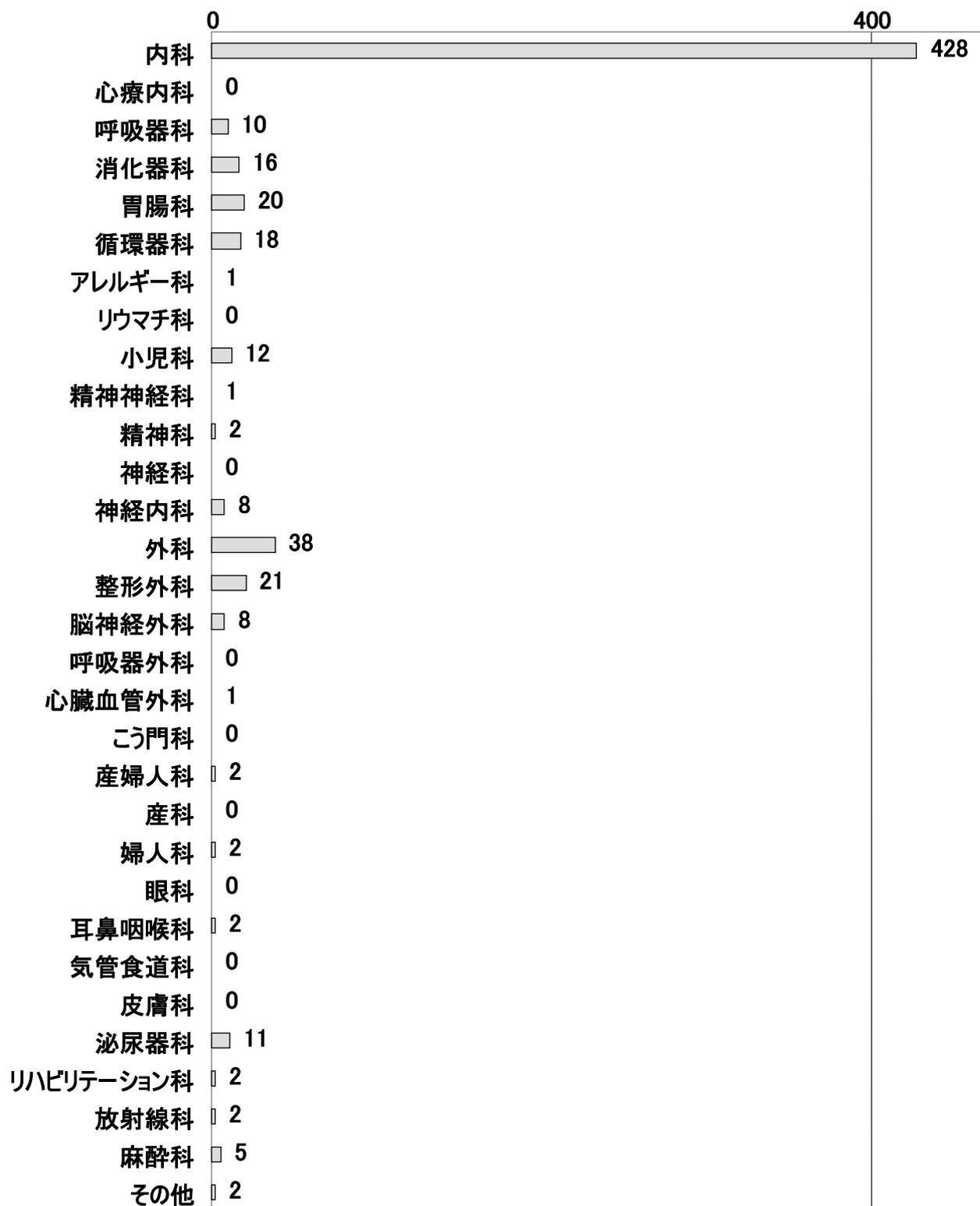


問5-1 属性

図 診-5-1-2 主たる診療科

(n = 612)

(主たる診療科を2つ選択しているものを除き、標榜している診療科を1つのみ選択しているものを含む)



問5-1 属性

図 診-5-1-3 病床数
(n = 1028, m ± σ = 3.2 ± 6.7)

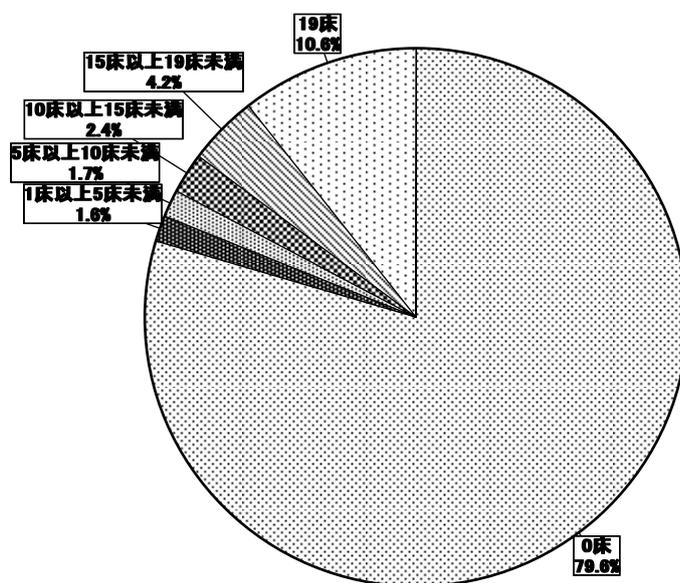
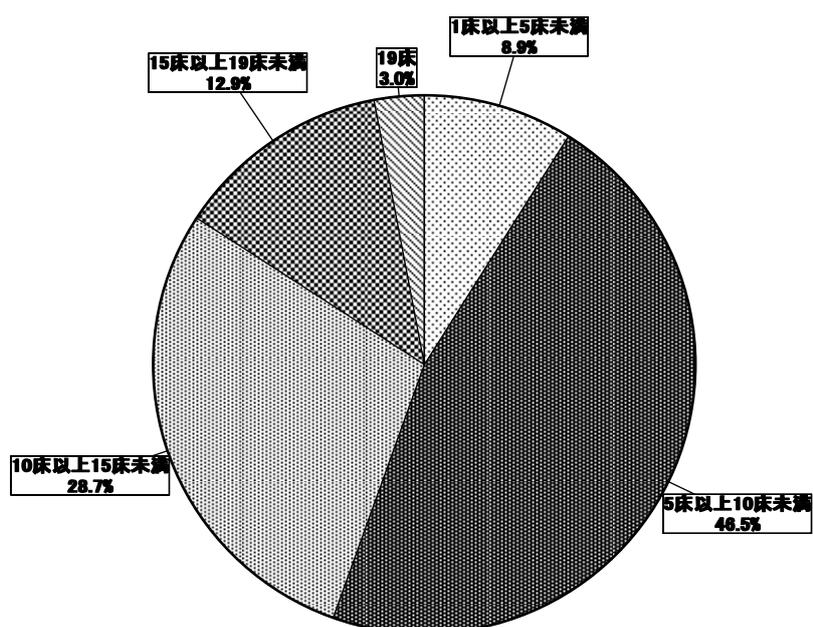


図 診-5-1-4 療養病床数
(n = 370, m ± σ = 9.4 ± 4.3)
(1床以上の回答者のみ)



問5-1 属性

図 診-5-1-5 医師数(常勤)
(n = 1164, m±σ = 1.3±0.7)

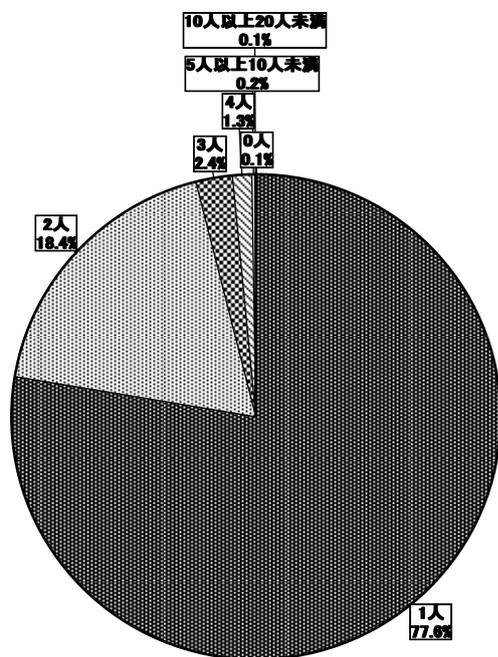


図 診-5-1-6 医師数(非常勤)
(n = 645, m±σ = 1.8±5.0)

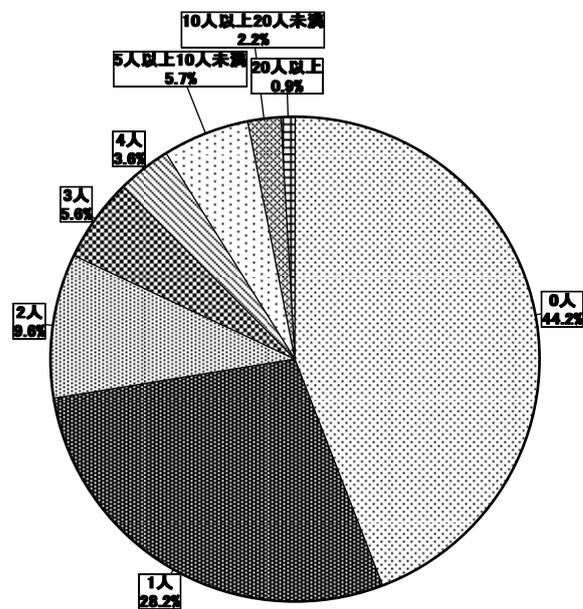


図 診-5-1-7 看護師数(常勤)
(n = 1060, m±σ = 3.4±3.6)

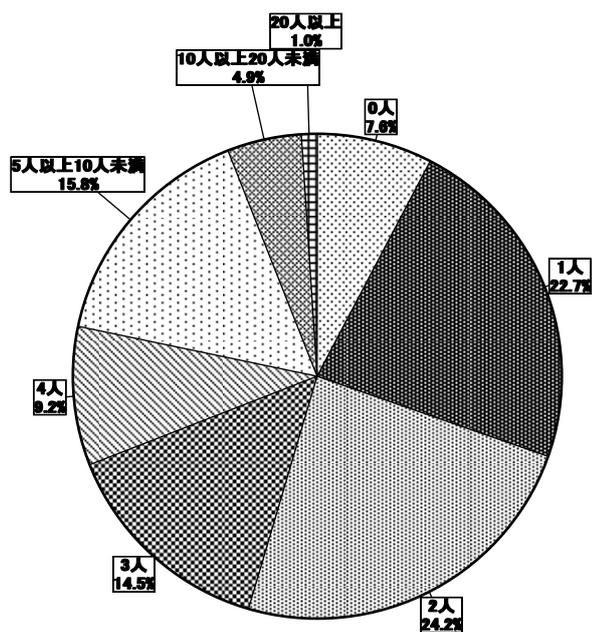
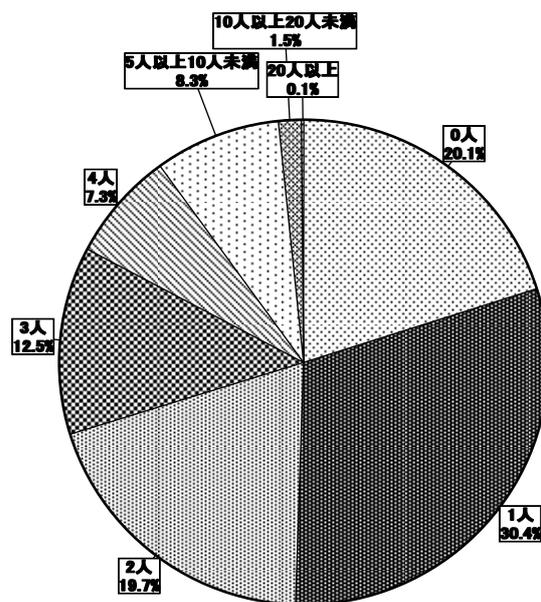


図 診-5-1-8 看護師数(非常勤)
(n = 782, m±σ = 2.1±2.2)



問5-1 属性

図 診-5-1-9 臨床経験年数
(n = 1041, m±σ = 27.3±10.6)

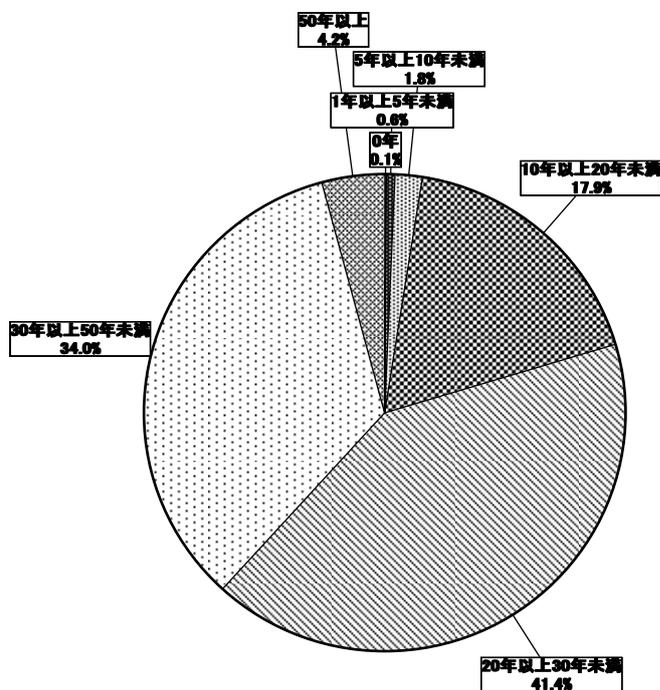


図 診-5-1-10 診療所開設からの経過年数
(n = 1103, m±σ = 15.8±13.1)

図 診-5-1-11 在宅訪問開始からの経過年数
(n = 1046, m±σ = 11.5±9.2)

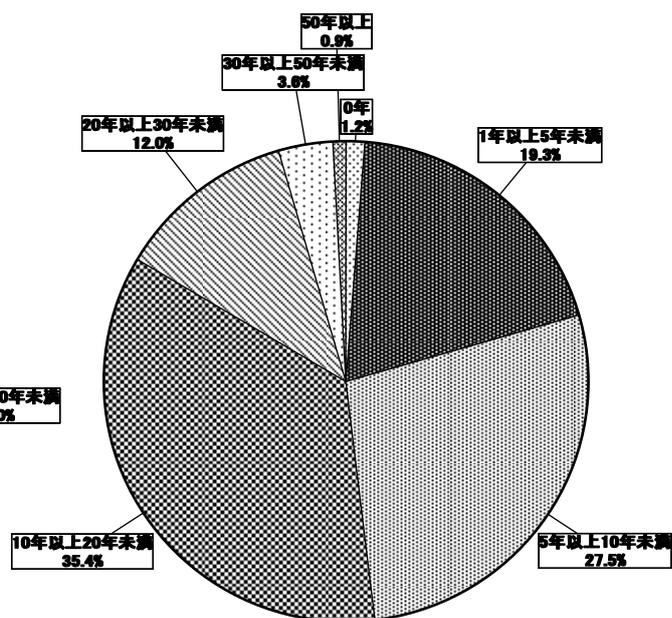
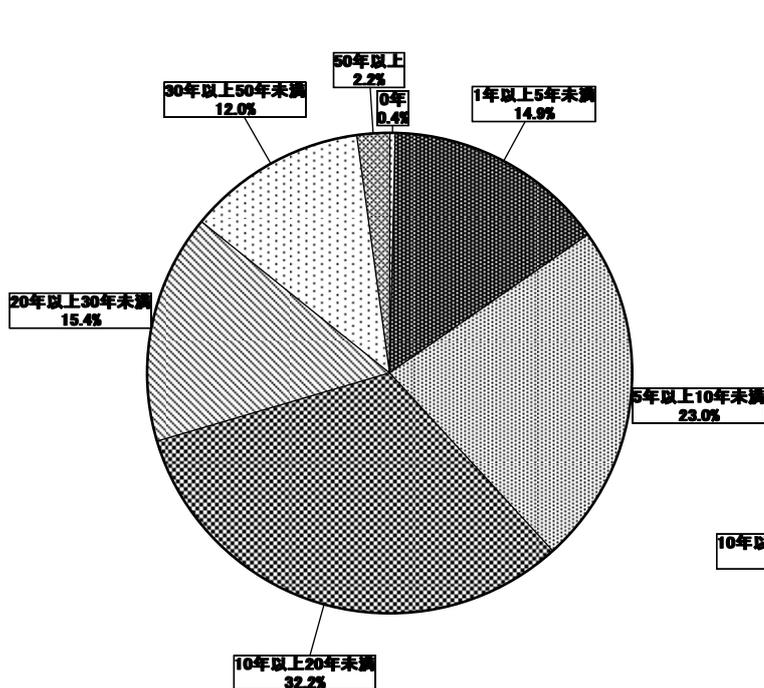


図 診-5-2 問5-2 在宅療養支援診療所の全国組織の必要性
(n = 1145)

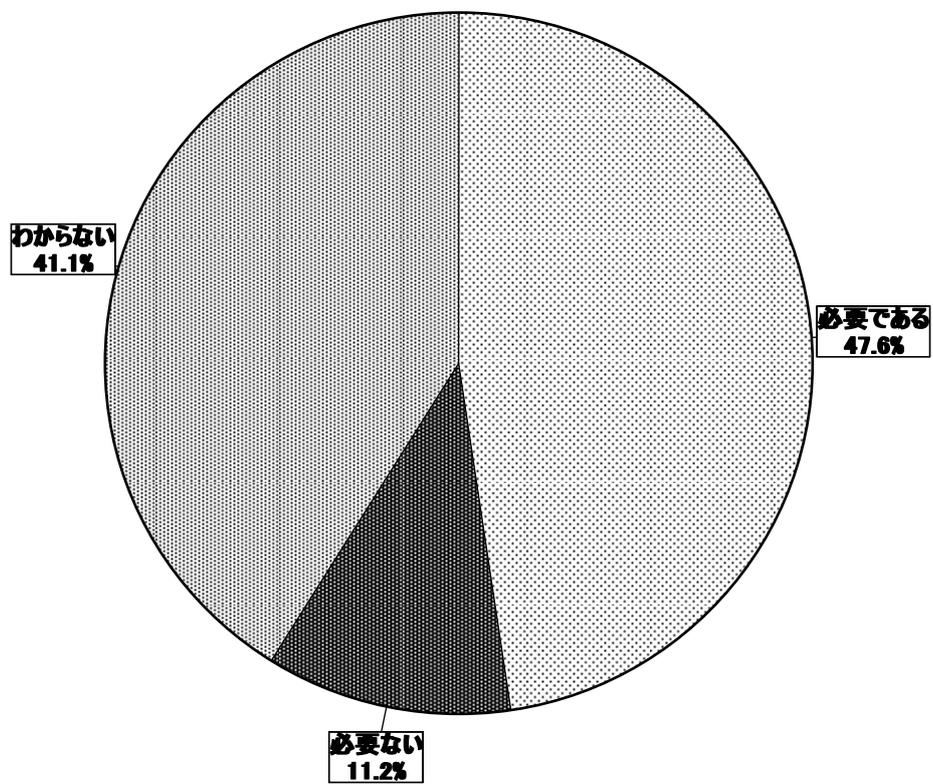


図 診-5-2 問5-2 在宅療養支援診療所の全国組織の必要性
(n = 1145)

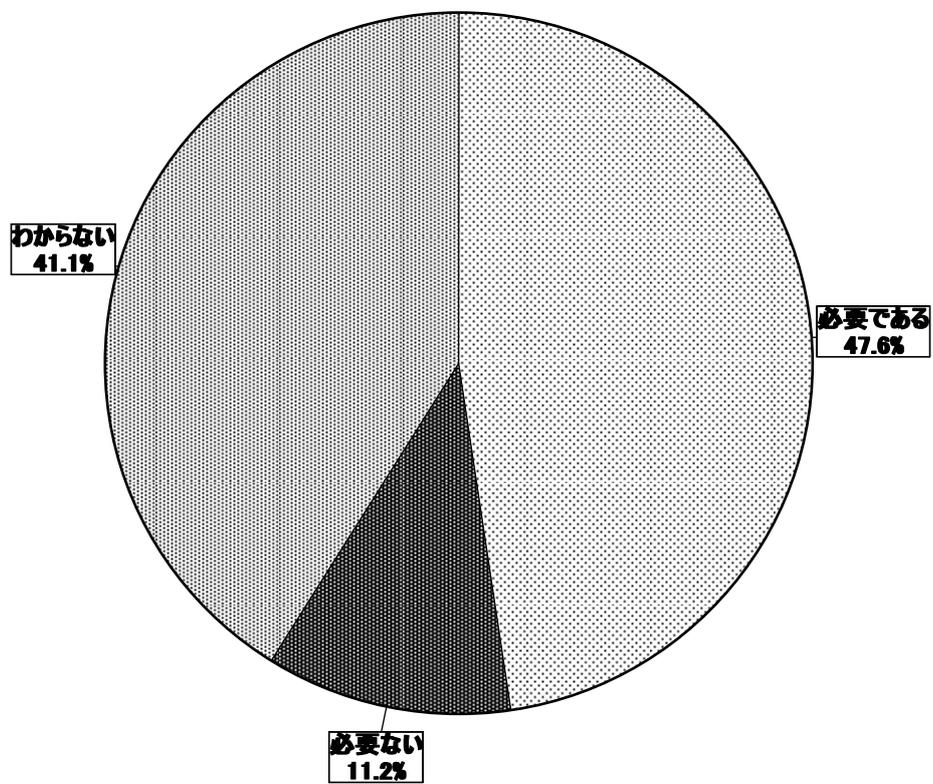


図 診-M-1 北海道

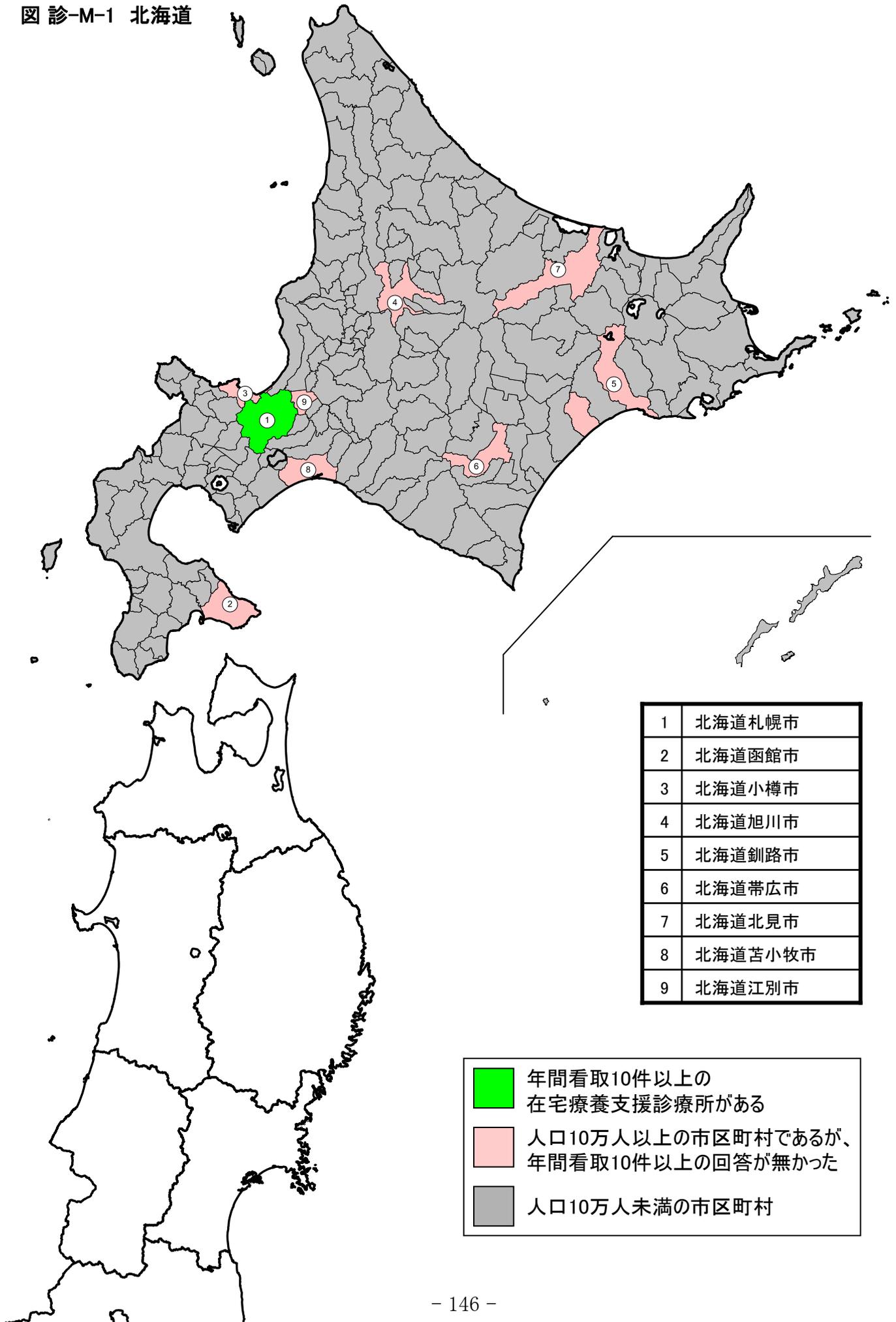
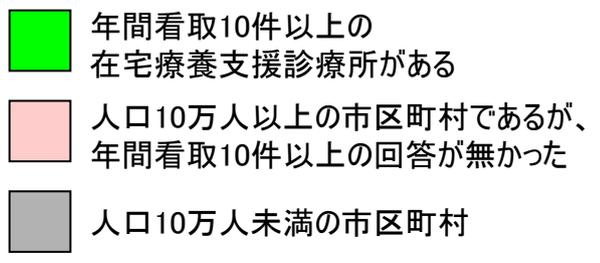


図 診-M-2 東北地方



10	青森県青森市
11	青森県弘前市
12	青森県八戸市
13	青森県西津軽郡深浦町
14	青森県北津軽郡板柳町
15	岩手県盛岡市
16	岩手県大船渡市
17	岩手県花巻市
18	岩手県北上市
19	岩手県一関市
20	岩手県奥州市
21	宮城県仙台市
22	宮城県石巻市
23	宮城県角田市
24	宮城県大崎市
25	秋田県秋田市
26	秋田県横手市
27	秋田県大仙市
28	山形県山形市
29	山形県鶴岡市
30	山形県酒田市
31	山形県寒河江市
32	山形県村山市
33	山形県最上郡大蔵村
34	福島県福島市
35	福島県会津若松市
36	福島県郡山市
37	福島県いわき市

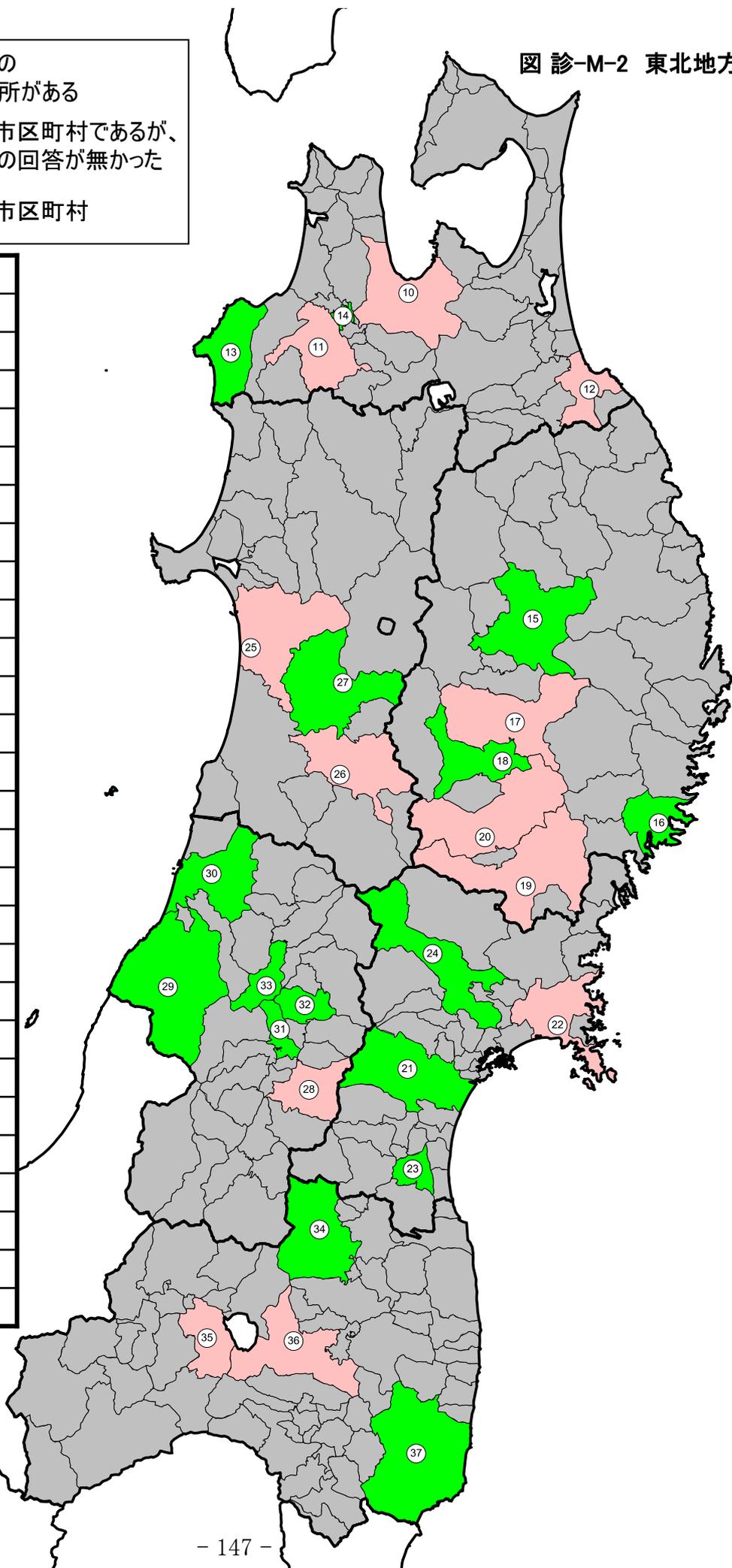
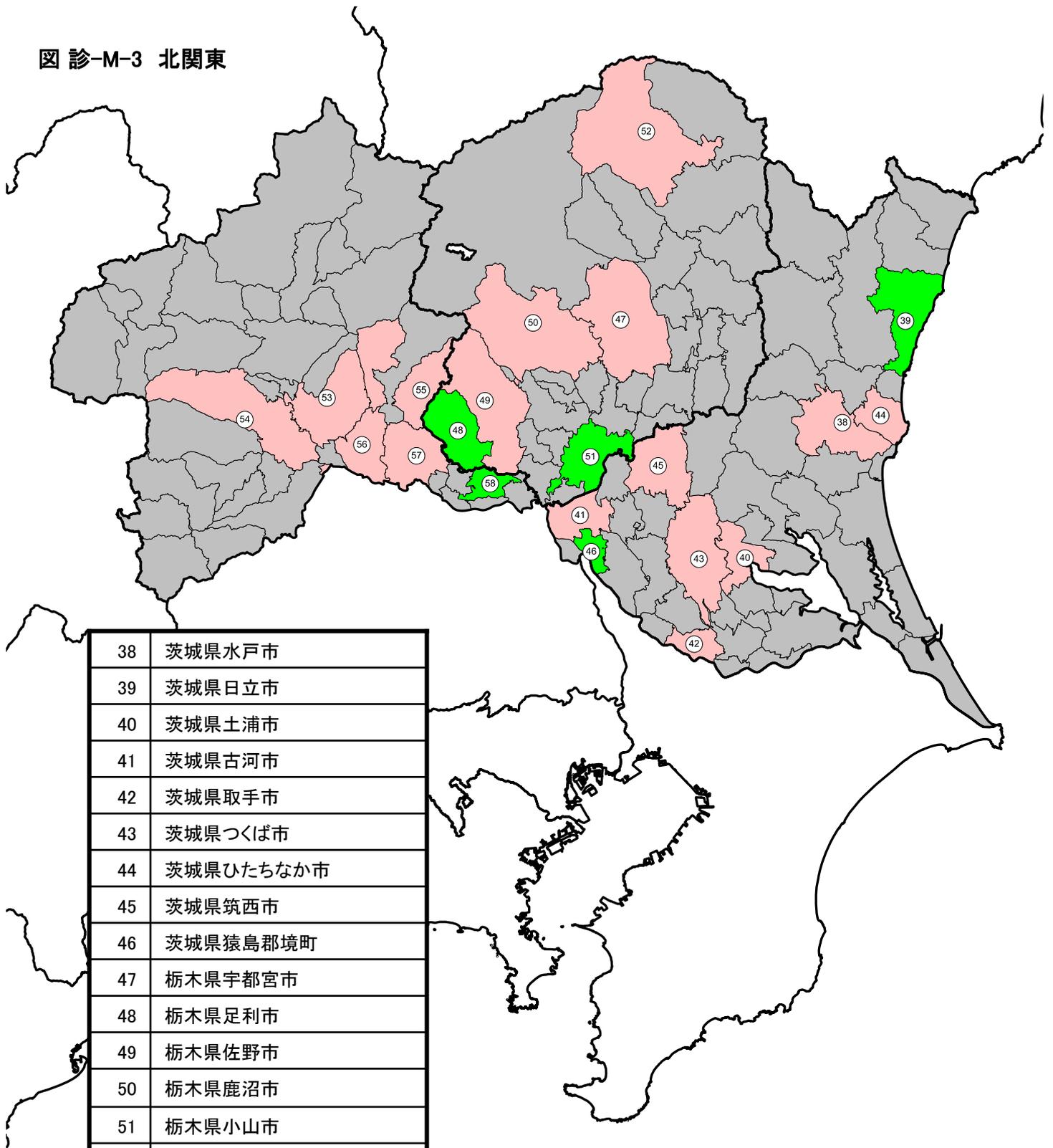


図 診-M-3 北関東



38	茨城県水戸市
39	茨城県日立市
40	茨城県土浦市
41	茨城県古河市
42	茨城県取手市
43	茨城県つくば市
44	茨城県ひたちなか市
45	茨城県筑西市
46	茨城県猿島郡境町
47	栃木県宇都宮市
48	栃木県足利市
49	栃木県佐野市
50	栃木県鹿沼市
51	栃木県小山市
52	栃木県那須塩原市
53	群馬県前橋市
54	群馬県高崎市
55	群馬県桐生市
56	群馬県伊勢崎市
57	群馬県太田市
58	群馬県館林市

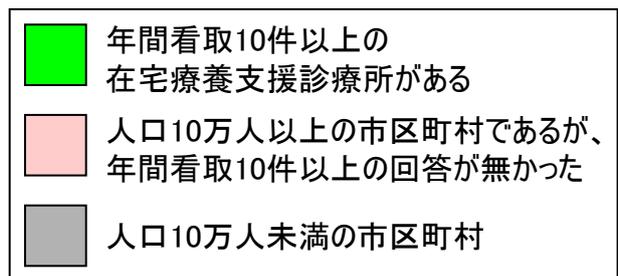
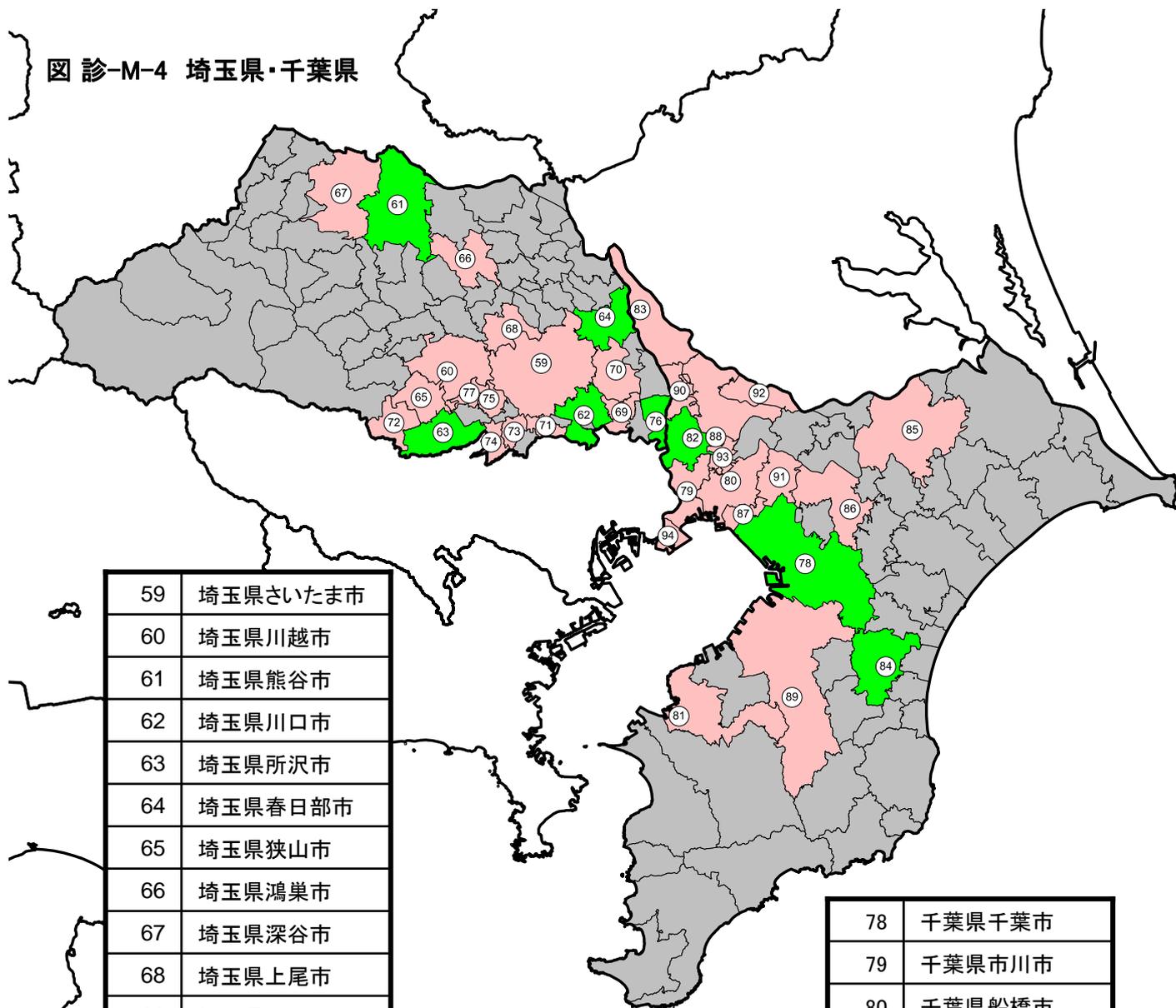


図 診-M-4 埼玉県・千葉県

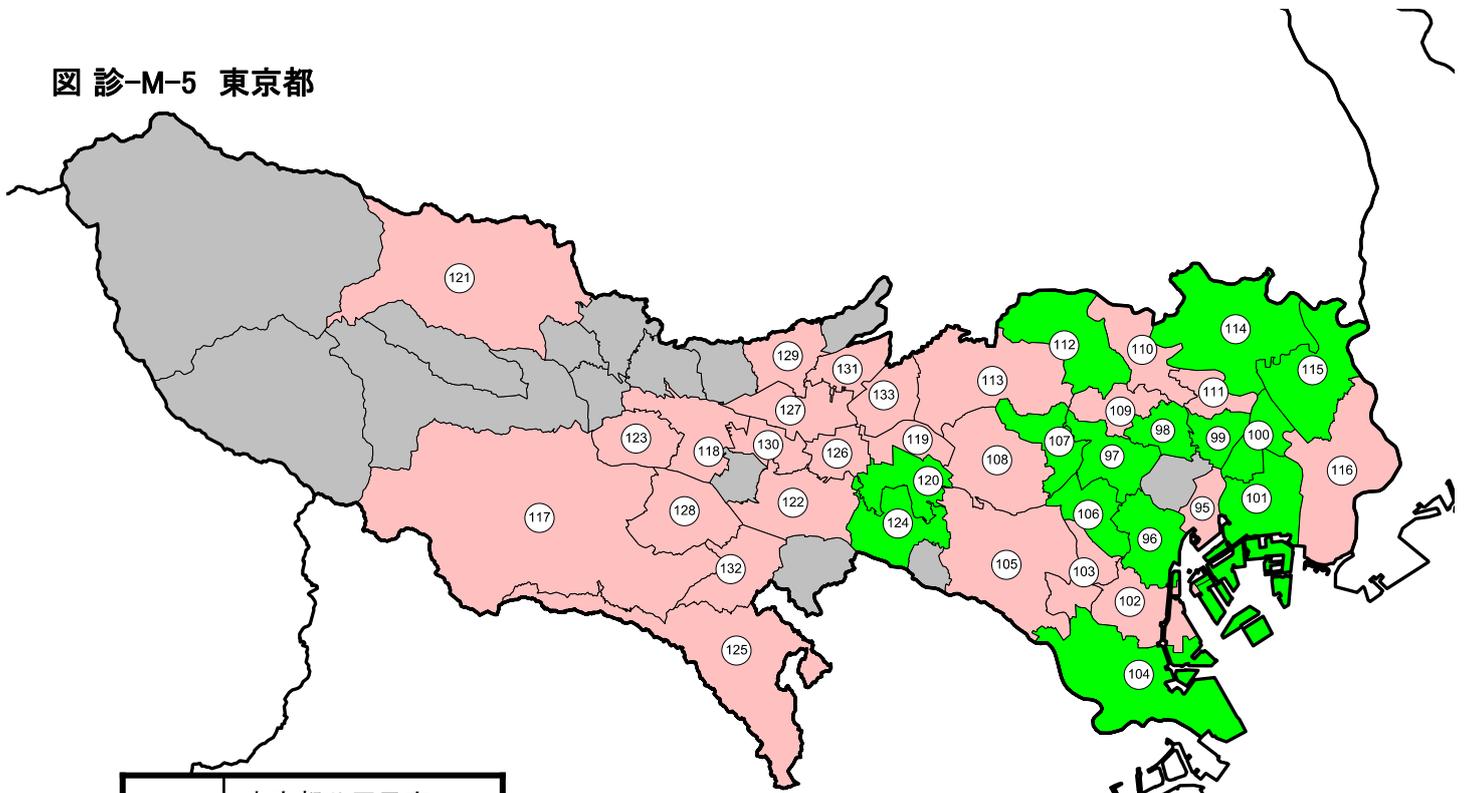


59	埼玉県さいたま市
60	埼玉県川越市
61	埼玉県熊谷市
62	埼玉県川口市
63	埼玉県所沢市
64	埼玉県春日部市
65	埼玉県狭山市
66	埼玉県鴻巣市
67	埼玉県深谷市
68	埼玉県上尾市
69	埼玉県草加市
70	埼玉県越谷市
71	埼玉県戸田市
72	埼玉県入間市
73	埼玉県朝霞市
74	埼玉県新座市
75	埼玉県富士見市
76	埼玉県三郷市
77	埼玉県ふじみ野市

78	千葉県千葉市
79	千葉県市川市
80	千葉県船橋市
81	千葉県木更津市
82	千葉県松戸市
83	千葉県野田市
84	千葉県茂原市
85	千葉県成田市
86	千葉県佐倉市
87	千葉県習志野市
88	千葉県柏市
89	千葉県市原市
90	千葉県流山市
91	千葉県八千代市
92	千葉県我孫子市
93	千葉県鎌ヶ谷市
94	千葉県浦安市

	年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所がある
	人口10万人以上の市区町村であるが、 年間看取10件以上の回答が無かった
	人口10万人未満の市区町村

図 診-M-5 東京都

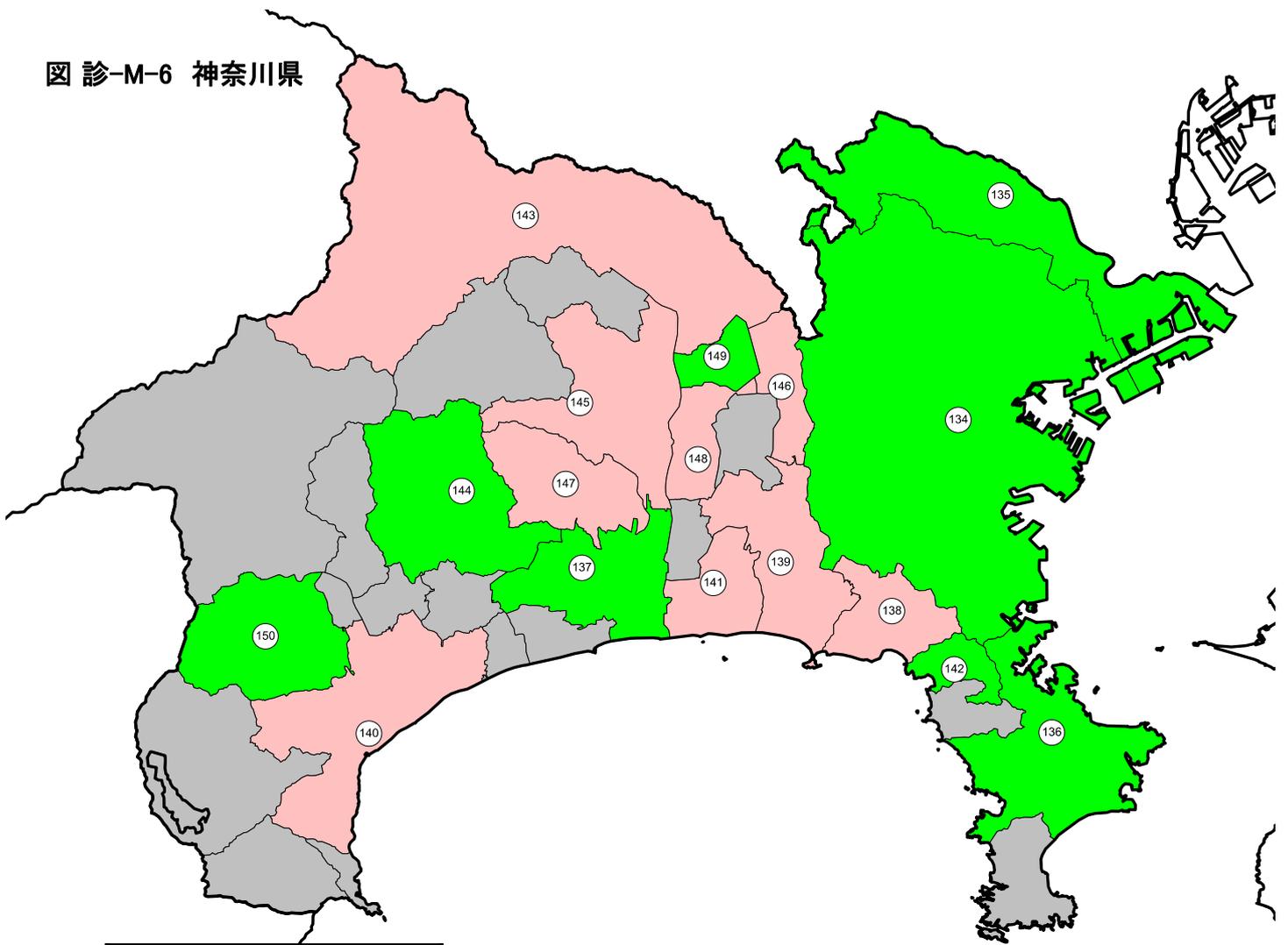


117	東京都八王子市
118	東京都立川市
119	東京都武蔵野市
120	東京都三鷹市
121	東京都青梅市
122	東京都府中市
123	東京都昭島市
124	東京都調布市
125	東京都町田市
126	東京都小金井市
127	東京都小平市
128	東京都日野市
129	東京都東村山市
130	東京都国分寺市
131	東京都東久留米市
132	東京都多摩市
133	東京都西東京市

95	東京都中央区
96	東京都港区
97	東京都新宿区
98	東京都文京区
99	東京都台東区
100	東京都墨田区
101	東京都江東区
102	東京都品川区
103	東京都目黒区
104	東京都大田区
105	東京都世田谷区
106	東京都渋谷区
107	東京都中野区
108	東京都杉並区
109	東京都豊島区
110	東京都北区
111	東京都荒川区
112	東京都板橋区
113	東京都練馬区
114	東京都足立区
115	東京都葛飾区
116	東京都江戸川区

	年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所がある
	人口10万人以上の市区町村であるが、 年間看取10件以上の回答が無かった
	人口10万人未満の市区町村

図 診-M-6 神奈川県



134	神奈川県横浜市
135	神奈川県川崎市
136	神奈川県横須賀市
137	神奈川県平塚市
138	神奈川県鎌倉市
139	神奈川県藤沢市
140	神奈川県小田原市
141	神奈川県茅ヶ崎市
142	神奈川県逗子市
143	神奈川県相模原市
144	神奈川県秦野市
145	神奈川県厚木市
146	神奈川県大和市
147	神奈川県伊勢原市
148	神奈川県海老名市
149	神奈川県座間市
150	神奈川県南足柄市

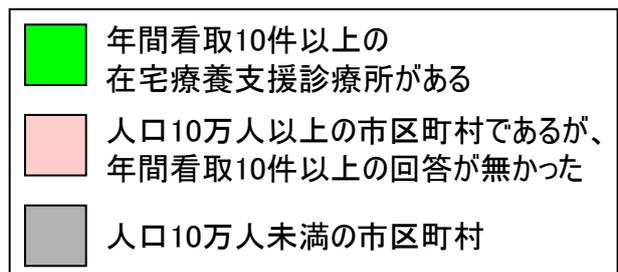
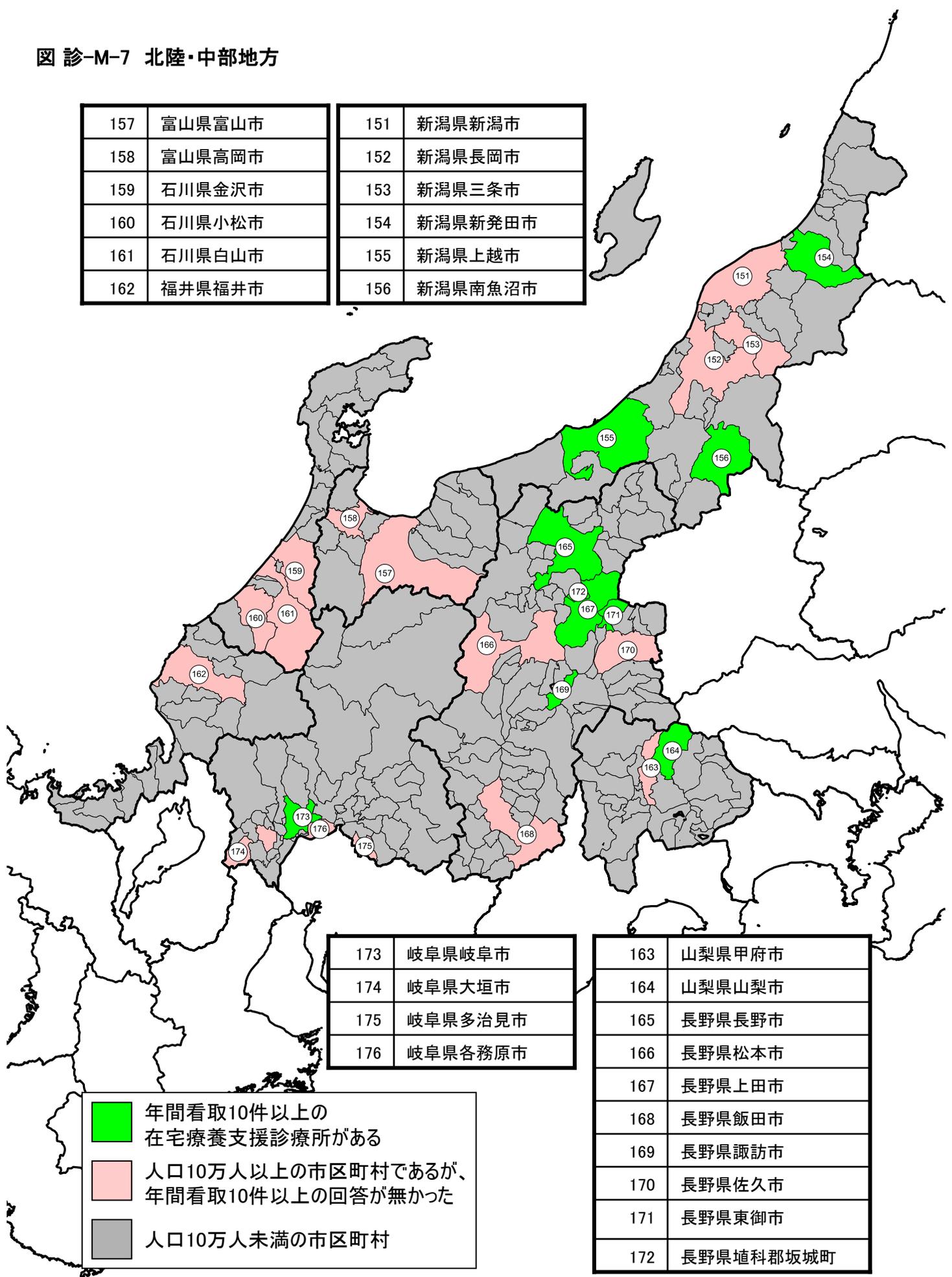


図 診-M-7 北陸・中部地方

157	富山県富山市	151	新潟県新潟市
158	富山県高岡市	152	新潟県長岡市
159	石川県金沢市	153	新潟県三条市
160	石川県小松市	154	新潟県新発田市
161	石川県白山市	155	新潟県上越市
162	福井県福井市	156	新潟県南魚沼市

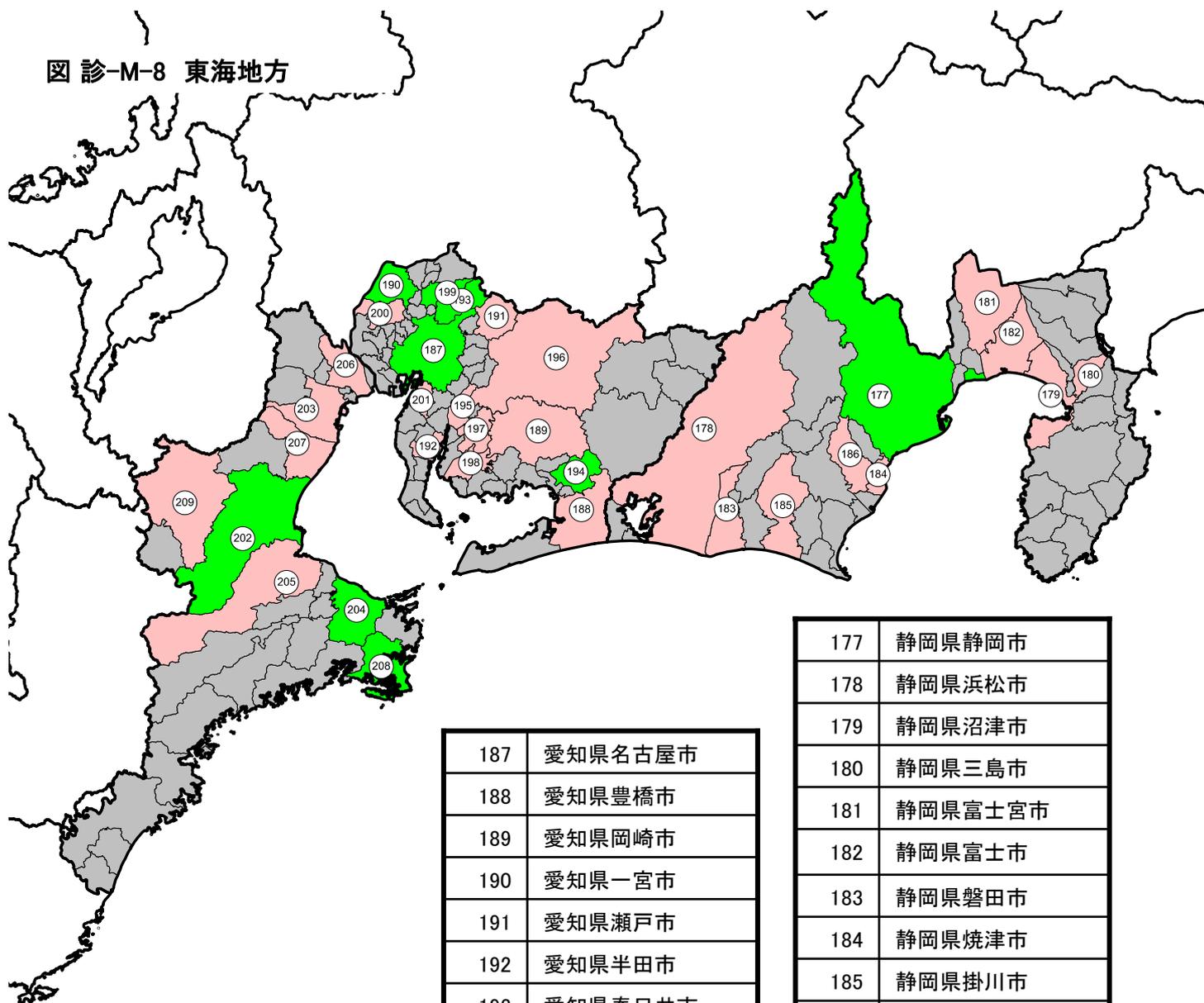


173	岐阜県岐阜市
174	岐阜県大垣市
175	岐阜県多治見市
176	岐阜県各務原市

163	山梨県甲府市
164	山梨県山梨市
165	長野県長野市
166	長野県松本市
167	長野県上田市
168	長野県飯田市
169	長野県諏訪市
170	長野県佐久市
171	長野県東御市
172	長野県埴科郡坂城町

年間看取10件以上の在宅療養支援診療所がある
 人口10万人以上の市区町村であるが、年間看取10件以上の回答が無かった
 人口10万人未満の市区町村

図 診-M-8 東海地方



202	三重県津市
203	三重県四日市市
204	三重県伊勢市
205	三重県松阪市
206	三重県桑名市
207	三重県鈴鹿市
208	三重県志摩市
209	三重県伊賀市

187	愛知県名古屋市
188	愛知県豊橋市
189	愛知県岡崎市
190	愛知県一宮市
191	愛知県瀬戸市
192	愛知県半田市
193	愛知県春日井市
194	愛知県豊川市
195	愛知県刈谷市
196	愛知県豊田市
197	愛知県安城市
198	愛知県西尾市
199	愛知県小牧市
200	愛知県稲沢市
201	愛知県東海市

177	静岡県静岡市
178	静岡県浜松市
179	静岡県沼津市
180	静岡県三島市
181	静岡県富士宮市
182	静岡県富士市
183	静岡県磐田市
184	静岡県焼津市
185	静岡県掛川市
186	静岡県藤枝市

	年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所がある
	人口10万人以上の市区町村であるが、 年間看取10件以上の回答が無かった
	人口10万人未満の市区町村

図 診-M-9 近畿地方・北

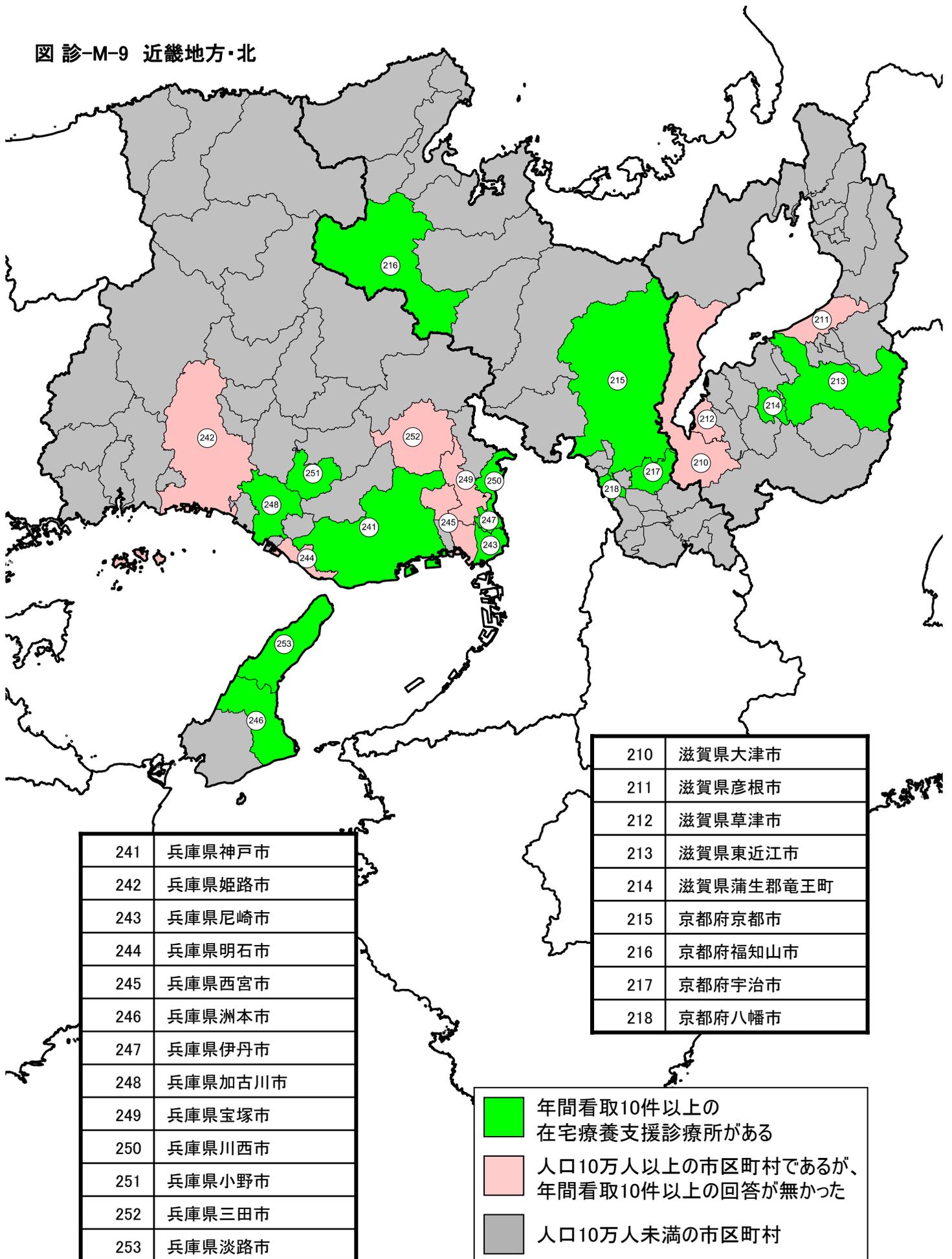


図 診-M-10 大阪府

219	大阪府大阪市
220	大阪府堺市
221	大阪府岸和田市
222	大阪府豊中市
223	大阪府池田市
224	大阪府吹田市
225	大阪府高槻市
226	大阪府守口市
227	大阪府枚方市
228	大阪府茨木市
229	大阪府八尾市
230	大阪府富田林市
231	大阪府寝屋川市
232	大阪府河内長野市
233	大阪府松原市
234	大阪府大東市
235	大阪府和泉市
236	大阪府箕面市
237	大阪府羽曳野市
238	大阪府門真市
239	大阪府摂津市
240	大阪府東大阪市

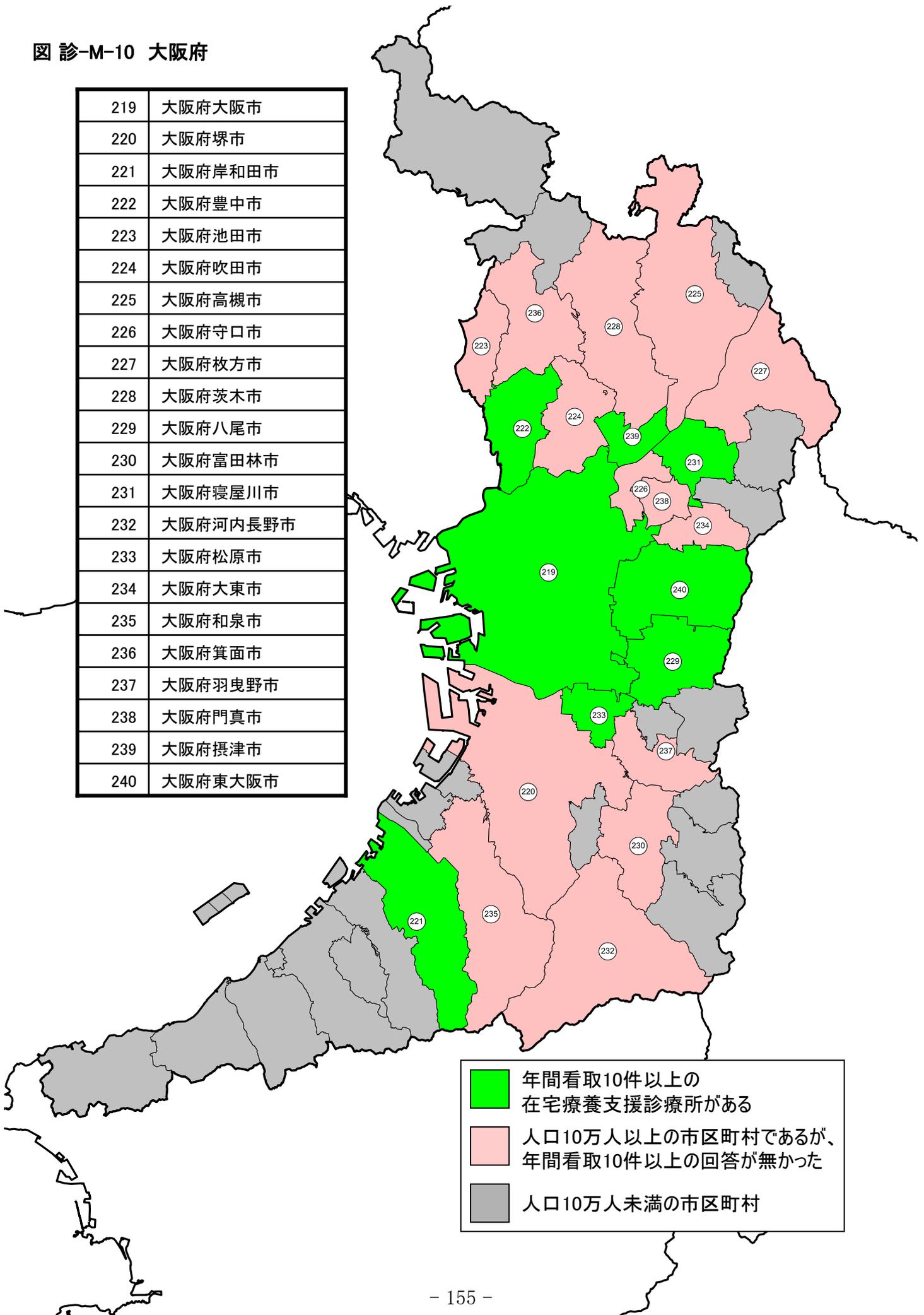
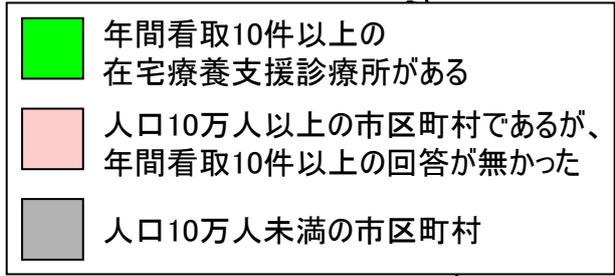


図 診-M-11 近畿地方・南



254	奈良県奈良市
255	奈良県天理市
256	奈良県橿原市
257	奈良県生駒市
258	奈良県香芝市
259	奈良県山辺郡山添村
260	和歌山県和歌山市
261	和歌山県田辺市
262	和歌山県日高郡美浜町

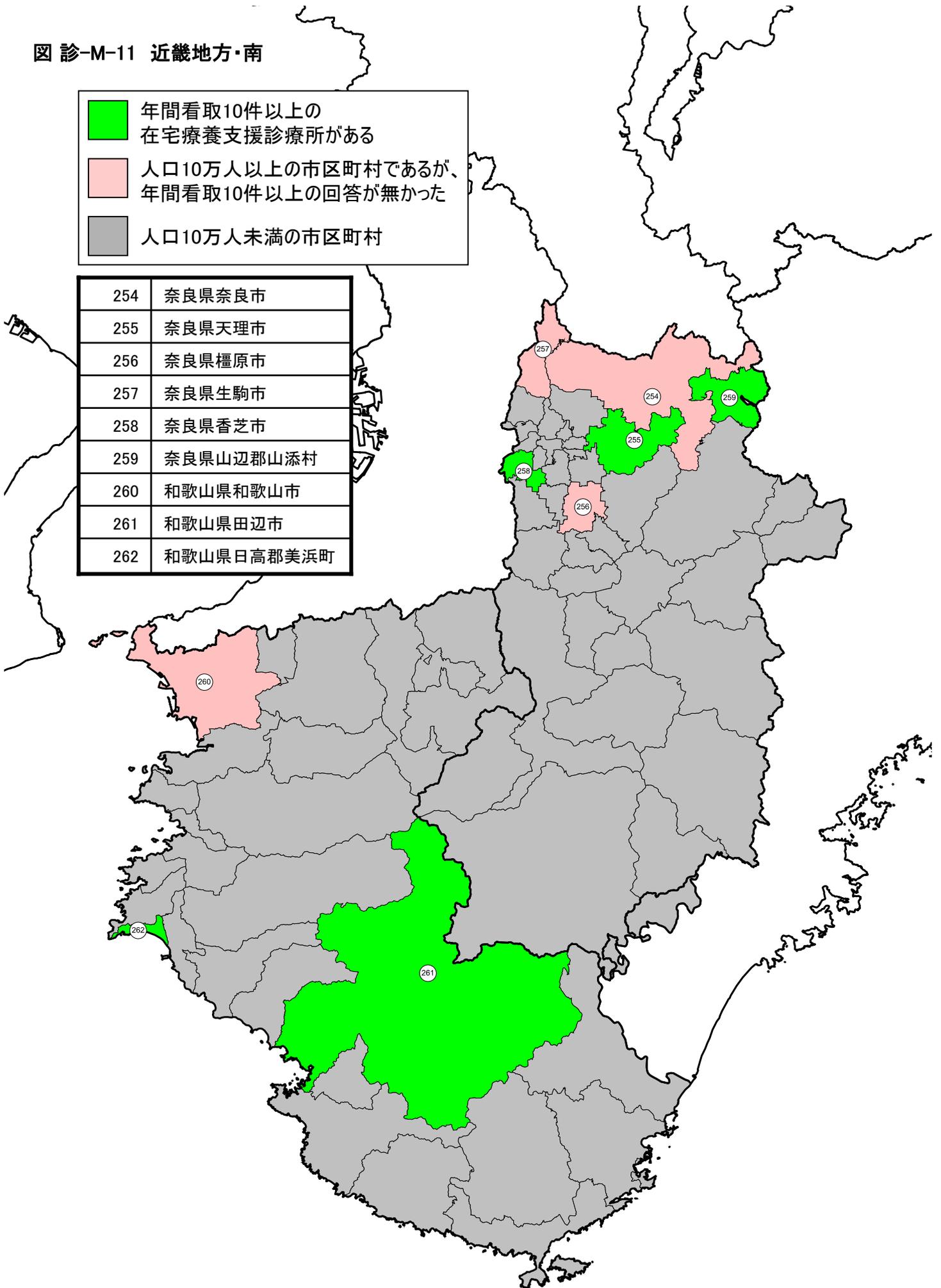


図 診-M-12 中国地方

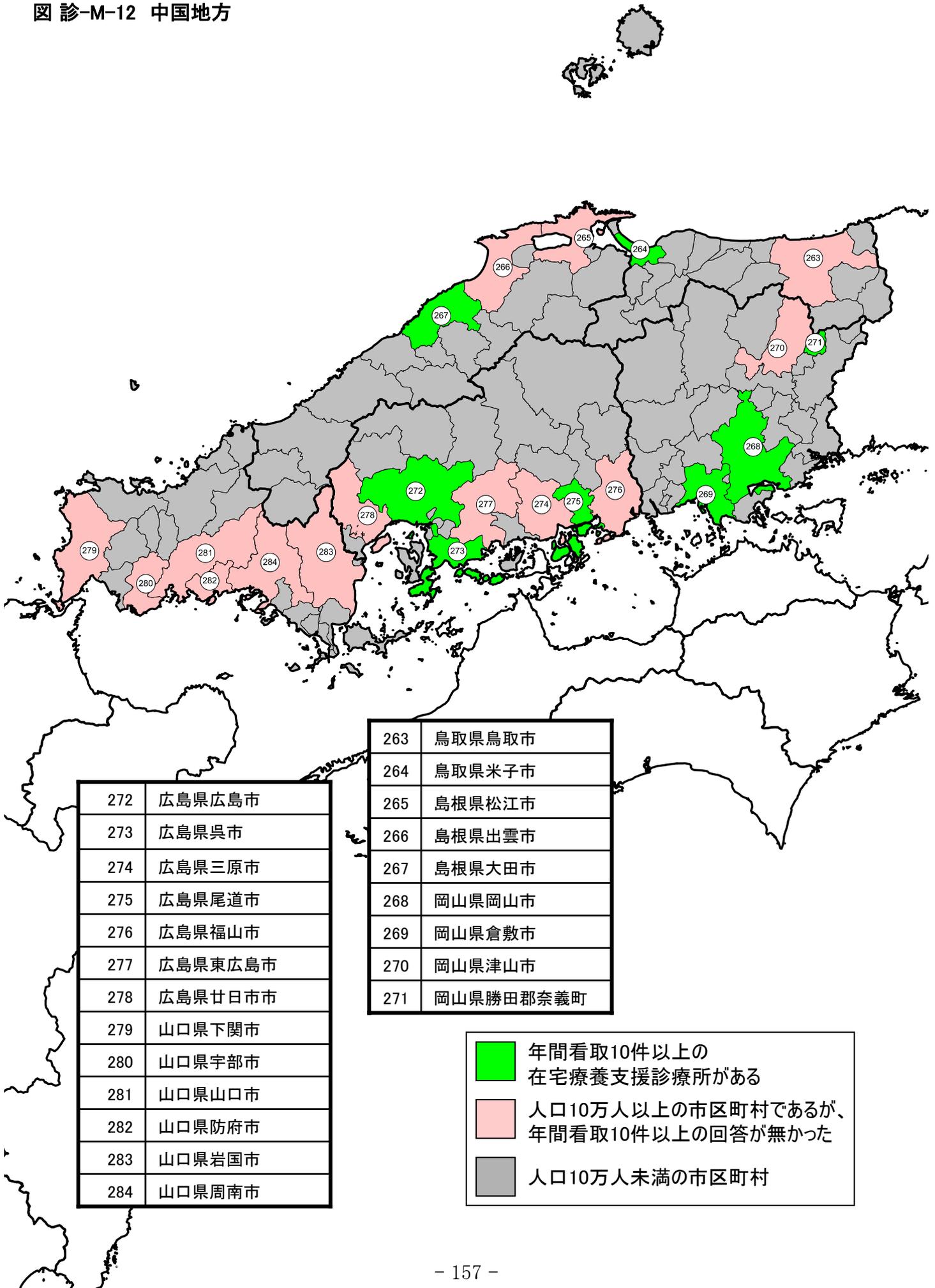
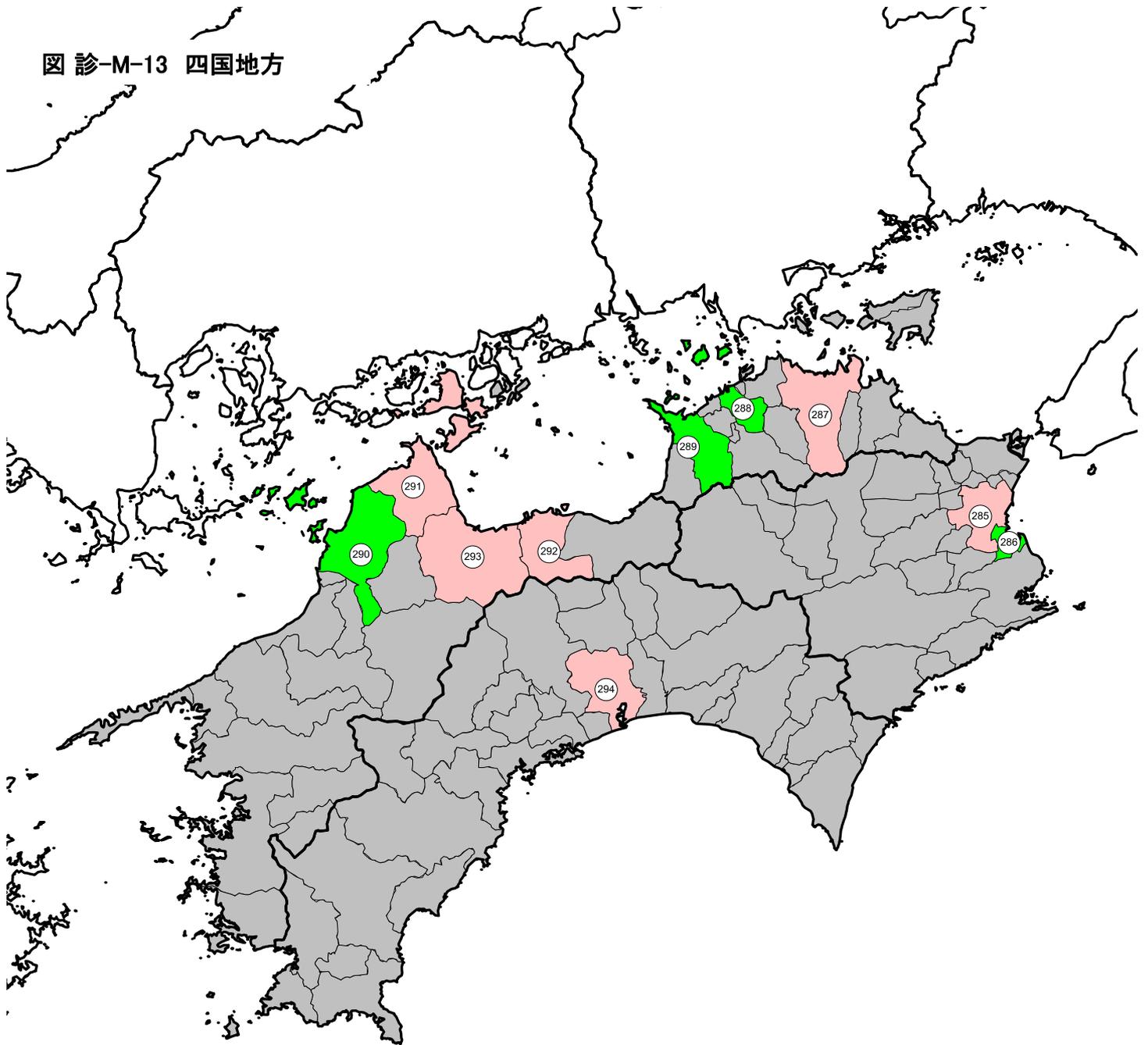


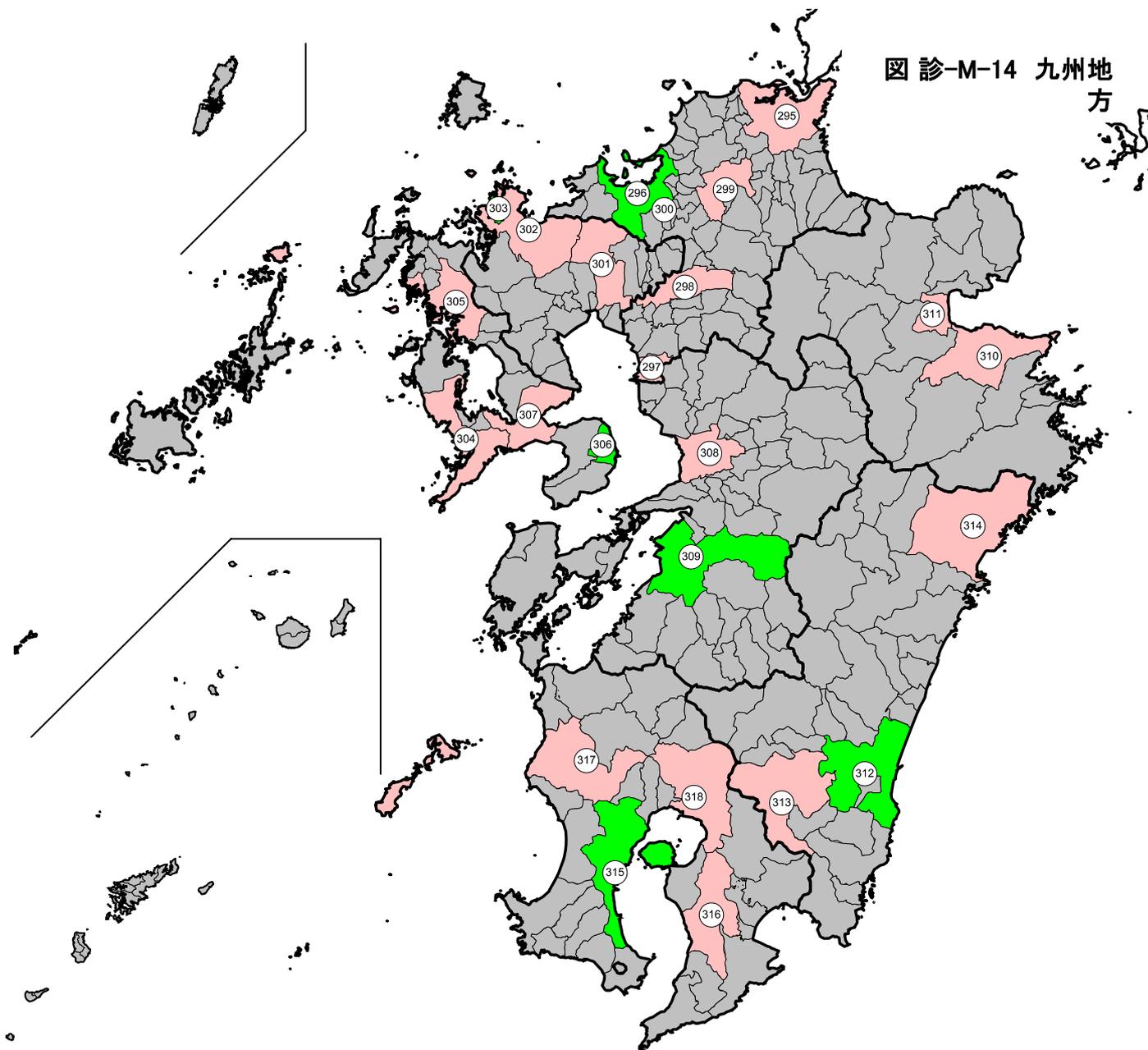
図 診-M-13 四国地方



285	徳島県徳島市
286	徳島県小松島市
287	香川県高松市
288	香川県丸亀市
289	香川県三豊市
290	愛媛県松山市
291	愛媛県今治市
292	愛媛県新居浜市
293	愛媛県西条市
294	高知県高知市

	年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所がある
	人口10万人以上の市区町村であるが、 年間看取10件以上の回答が無かった
	人口10万人未満の市区町村

図 診-M-14 九州地方



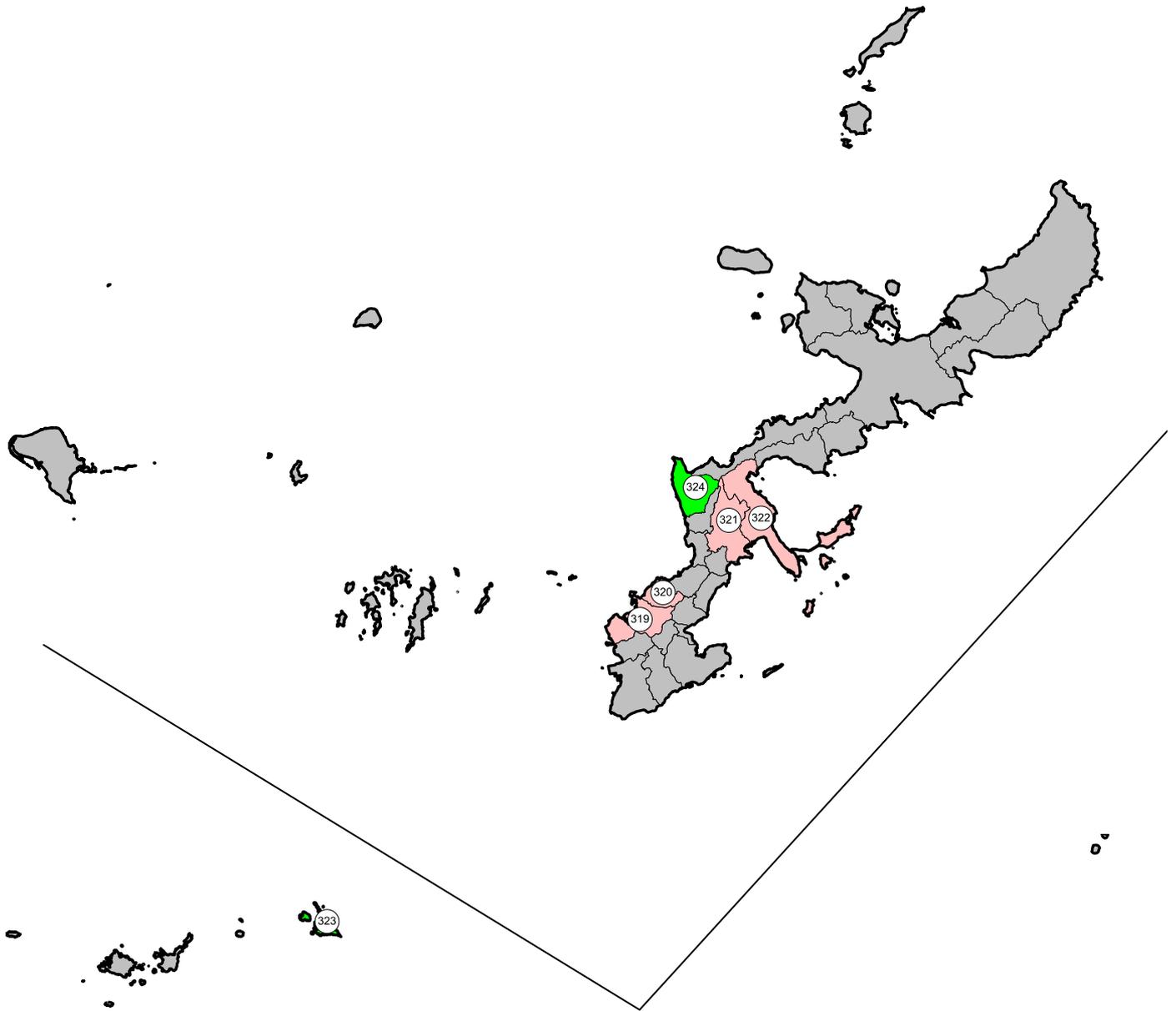
308	熊本県熊本市
309	熊本県八代市
310	大分県大分市
311	大分県別府市
312	宮崎県宮崎市
313	宮崎県都城市
314	宮崎県延岡市
315	鹿児島県鹿児島市
316	鹿児島県鹿屋市
317	鹿児島県薩摩川内市
318	鹿児島県霧島市
308	熊本県熊本市
309	熊本県八代市

301	佐賀県佐賀市
302	佐賀県唐津市
303	佐賀県東松浦郡玄海町
304	長崎県長崎市
305	長崎県佐世保市
306	長崎県島原市
307	長崎県諫早市

295	福岡県北九州市
296	福岡県福岡市
297	福岡県大牟田市
298	福岡県久留米市
299	福岡県飯塚市
300	福岡県春日市

	年間看取10件以上の在宅療養支援診療所がある
	人口10万人以上の市区町村であるが、年間看取10件以上の回答が無かった
	人口10万人未満の市区町村

図 診-M-15 沖縄



319	沖縄県那覇市
320	沖縄県浦添市
321	沖縄県沖縄市
322	沖縄県うるま市
323	沖縄県宮古島市
324	沖縄県中頭郡読谷村

	年間看取10件以上の 在宅療養支援診療所がある
	人口10万人以上の市区町村であるが、 年間看取10件以上の回答が無かった
	人口10万人未満の市区町村

臨床研修指定病院 院長殿

平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
『地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業』

アンケート調査ご協力のお願い

謹啓

皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。
このたび、上に掲げます研究事業によるアンケート調査を行わせて頂きたいと、この資料を送付させて頂きました。

病院医療の今後の浮沈に関わる重要な項目が列挙されております。病院の今後の発展を秘めて、他人事ではない未来の自分のこととして、このアンケートへのご協力を賜りたいと願っております。

医療事情は今後もめまぐるしく変化するかもしれません。しかし変わらないものが医療にはあることを信じて、なにとぞご記入をお願い致します所存でございます。

書けるところだけでも結構ですので、必ずご返送お願い申し上げます。

謹白

平成 19 年 1 月

主任研究者 川島孝一郎
(仙台往診クリニック 院長)

【調査名】

地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成に関する調査②

【調査目的】

地域包括ケアにおける、24 時間 365 日医療提供体制の核となる在宅療養支援診療所の、質及び必要数が保障されるための、短期・長期的戦略プログラムを策定し、全国レベルでの運用が可能となる政策提言をするために行います。在宅ハイケアを必要とする重症高齢者、特定疾病療養者、単身者、担癌者等に、安心・安全・安穏な居宅への移行と連携・生活維持・居宅での看取り等が短期的に確立され、システムとして長期的に安定することを目指します。

【調査の実施主体】

仙台往診クリニック

この調査は、厚生労働省の研究費『地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究事業』により仙台往診クリニック（院長 川島孝一郎）が行うものです。集計・解析は東北大学大学院医療管理学教室が分担いたします。

【プライバシーの保護について】

個人情報保護法を遵守し、得られた結果は統計的に処理して、貴施設が特定されるデータとして公表されることはありません。調査内容は皆様の個人情報を含んでおりますので、嚴重

に管理し、みだりに用いることはありません。研究成果を開示する際も、貴施設を特定するような氏名、イニシャル、住所等の情報は公表しません。また、この結果を本研究事業以外の目的に用いることはございません。

【調査票配布対象先】

“臨床研修病院ガイドブック～2007 年度版” (<http://guide.pmet.or.jp/web2007/>) の掲載病院一覧によっています。

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇ 以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、

以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。 ◇

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入下さい。設問によって、「1つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入下さい。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、**2月19日(月)**までにポストに投函して下さい（郵送料はかかりません）。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。

問い合わせ先

地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と 人材養成戦略に関する研究委員会 事務局（仙台往診クリニック内） 担当：伊藤・千葉 TEL：022-212-8501（平日 13～17 時） FAX：022-212-8533（24 時間） e-mail：zaisys@oushin-sendai.jp

【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。

1. 在宅療養支援診療所との連携について

問1-1 在宅療養支援診療所について、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. よく知らなかった
2. 在宅療養支援診療所という名称については知っているが、その内容や、近隣の診療所のうちいずれが該当するかは把握していない
3. よく知っている

問1-2 在宅療養支援診療所について、その情報源としてもっともよくあてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 貴施設から社会保険事務所への問い合わせ
2. 社会保険事務所や行政からの、広報資料などによる紹介
3. その他の各種媒体（雑誌、新聞、インターネットなど）から
4. 患者・家族から
5. 各種介護保険事業所からの情報提供
6. 在宅療養支援診療所からの情報提供
7. その他（具体的に： _____）

問1-3 診療所（在宅療養支援診療所以外を含む）との連携についておうかがいします。2006年4～12月の実績として、あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 地域連携退院時共同指導料2（病院側の算定）を算定して診療所と連携を行った
2. 紹介状（診療情報提供料）のみ

問1-3-1 問1-3で「1. 連携を行った」とお答えの方は、以下の数値をお答えください。

	診療所数	患者数（算定数）
連携を行った診療所総数		
うち、在宅療養支援診療所		

問1-4 地域保健医療の研修における、診療所（在宅療養支援診療所以外を含む）との連携についておうかがいします。あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 診療所と連携して在宅医療の研修プログラムを実施した
2. 診療所と連携した研修プログラムは行っていない

問1-4-1 問1-4で「1. 研修プログラムを実施した」とお答えの方は、以下の数値をお答えください。

	診療所数	医師数
研修を行った診療所総数		
うち、在宅療養支援診療所		

問1-5 貴施設と在宅医療を提供している診療所との連携について、どうお考えですか。あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. より積極的に行っていこうと考えている
2. 現状のままでよい
3. 特に必要ない

問1-6 在宅医療に関して、貴施設の取り組みとしてあてはまるものすべてに○をつけて下さい。

患者に向けて	
1. 在宅療養に関するガイドンス等を配布している	
2. 近隣の在宅療養支援診療所の情報を常に収集し、紹介している	
3. 在宅療養に関する相談窓口を用意している	
4. 訪問診療・往診を行っている	
5. その他	具体的に：

院内の職員に向けて	
1. 在宅療養に関するガイドンス等を配布している	
2. 近隣の在宅療養支援診療所の情報を常に収集している	
3. その他	具体的に：

問1-7 問1-4の研修や、問1-5の取り組みを行っているような専門部署を設けておられますか。

1. 専門部署を設けている	→問1-7-1へ
2. 設置を検討中	→問2へ
3. 設置の予定はない	→問2へ

問1-7-1 問1-7で「1. 専門部署を設けている」と答えた方におうかがいします。現在の人員をお答えください。

	常勤	非常勤
医師数		
看護師数		
その他の職員		

2. 在宅ハイケア人材養成プログラムの構築について

問2-1 在宅医療を担う医師の人材養成プログラムの構築と運用は必要でしょうか。あてはまるものひとつに○をつけて下さい。

1. 必要である	→問2-2へ
2. 必要ではない	→問3へ
3. わからない	

問2-2 在宅医療を担う医師を養成するにあたって、以下の項目はどの程度重要でしょうか。それぞれについて、重要度を5段階でお答えください。

1	2	3	4	5
不要である	選択項目 としては必要	必須項目である	やや重要である	特に重要である

講義	
医療保険制度	1・2・3・4・5
介護保険制度	1・2・3・4・5
自立支援法	1・2・3・4・5
難病制度（特定疾患治療研究事業）	1・2・3・4・5
在宅医療の心得	1・2・3・4・5
面接法	1・2・3・4・5
家族支援	1・2・3・4・5
がんの緩和医療	1・2・3・4・5
認知症	1・2・3・4・5
難病	1・2・3・4・5
高齢者の特性	1・2・3・4・5
臨終時の心構え	1・2・3・4・5

⇒問2-2は次ページに続きます

⇒問2－2の続きです

実践	
在宅患者訪問点滴注射管理指導	1・2・3・4・5
在宅自己注射指導	1・2・3・4・5
在宅腹膜灌流指導	1・2・3・4・5
在宅血液透析指導	1・2・3・4・5
在宅酸素療法指導	1・2・3・4・5
在宅中心静脈栄養指導	1・2・3・4・5
在宅成分栄養経管栄養法指導	1・2・3・4・5
在宅自己導尿指導	1・2・3・4・5
在宅人工呼吸指導	1・2・3・4・5
在宅持続陽圧呼吸療法指導	1・2・3・4・5
在宅悪性腫瘍患者指導	1・2・3・4・5
在宅自己疼痛管理指導	1・2・3・4・5
在宅肺高血圧症患者指導	1・2・3・4・5
在宅気管切開患者指導	1・2・3・4・5
褥創の予防と治療	1・2・3・4・5
口腔ケア	1・2・3・4・5
退院前共同指導	1・2・3・4・5
セカンドオピニオン	1・2・3・4・5
後方病院との連携	1・2・3・4・5
訪問看護事業所との連携	1・2・3・4・5
訪問リハビリテーションとの連携	1・2・3・4・5
調剤薬局との連携	1・2・3・4・5
介護事業所との連携	1・2・3・4・5
家族介護力の評価	1・2・3・4・5
虐待・家庭内暴力	1・2・3・4・5
終末期における同意文書の作成	1・2・3・4・5
病名・予後告知	1・2・3・4・5
グリーンケア	1・2・3・4・5
災害時への対応（危機管理）	1・2・3・4・5
離島など僻地における研修	1・2・3・4・5
複数の施設における研修	1・2・3・4・5

問2－3 実践研修を行うにあたって、研修希望者と研修施設のマッチングを行う“マッチングセンター”の必要性についておうかがいします。

1. 必要である	2. 必要ない	3. わからない
----------	---------	----------

3. 貴施設について

問3-1 芳名、施設名等は、差し支えない範囲でお書き下さい。

※所在地（都道府県と市区町村名）は、必ずお書き下さい。

調査票記入者			職名	
医療機関名				
所在地	〒	都道府県 市区町村名 (必須)	都道府県	市区町村
電話番号	— —			
設置主体 あてはまる番号に ○をつけて下さい	国	1. 厚生労働省 2. 独立行政法人国立病院機構 3. 国立大学法人 4. 独立行政法人労働者健康福祉機構 5. その他		
	公的 医療機関	6. 都道府県 7. 市町村 8. 日本赤十字 9. 済生会 10. 厚生連 11. その他		
	社会保険 関係団体	12. 全国社会保険協会連合会 13. 共済組合及びその連合会 14. その他		
	その他	15. 公益法人 16. 医療法人 17. 学校法人 18. 社会福祉法人 19. 医療生協 20. 会社 21. その他の法人 22. 個人		
病床数	() 床 うち療養病床 () 床			
平均在院日数	一般病床 () 日			
職員数	医師	常勤 () 人	非常勤 () 人	
	看護師	常勤 () 人	非常勤 () 人	
研修医数	初期研修医数 計 () 人		後期研修医数 計 () 人	
あてはまるものすべてに ○をつけて下さい	<input type="checkbox"/> 地域医療支援病院 <input type="checkbox"/> 地域がん診療拠点病院 <input type="checkbox"/> 特定機能病院			

問3-2 今後の在宅医療のあり方についての意見をお書き下さい。

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

図 病-1-1 問1-1 在宅療養支援診療所について
(n = 133)

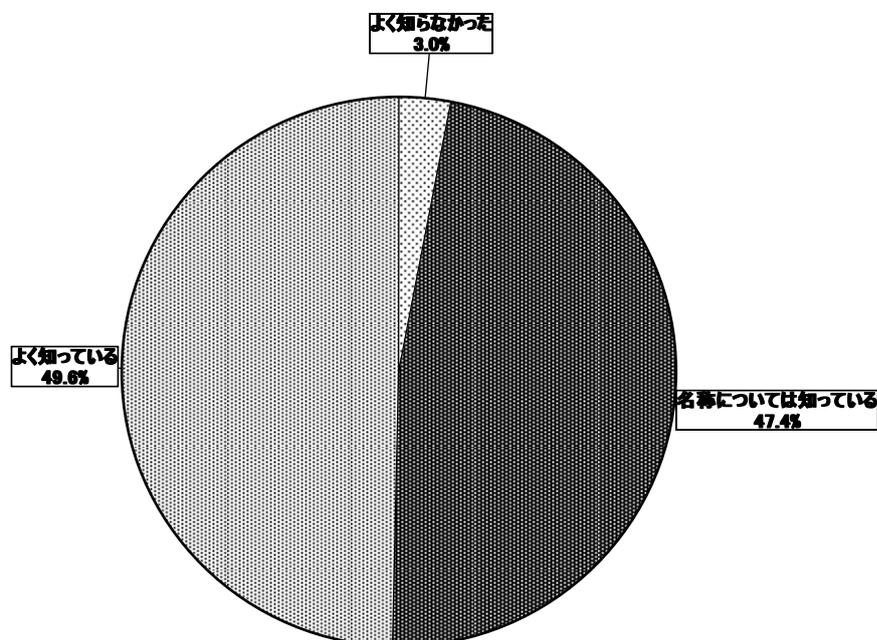
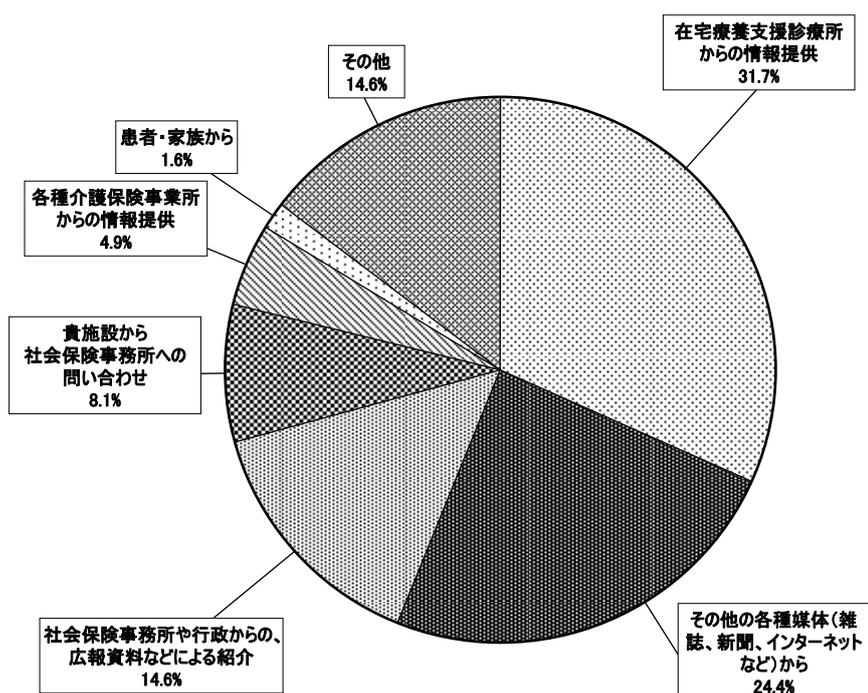
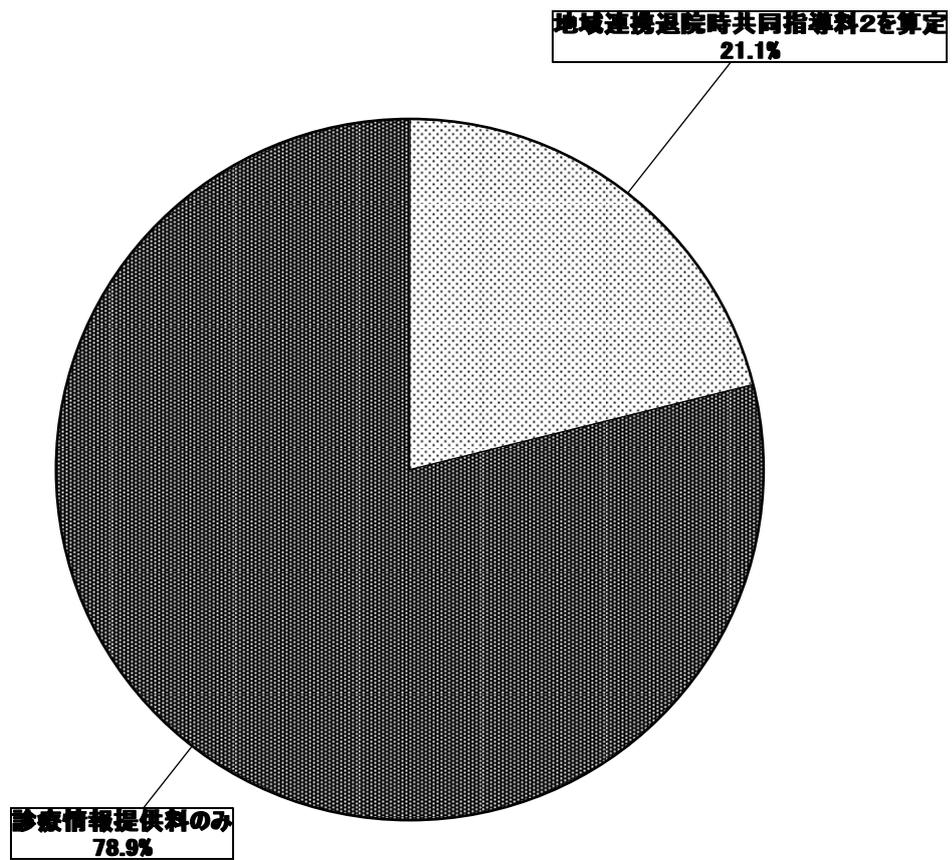


図 病-1-2 問1-2 在宅療養支援診療所の情報源としてもっともよくあてはまるもの
(n = 123)



9	同一法人のクリニック3ヶ所
12	医師間の意見交換
13	医師会の紹介システム
30	独自の調査
32	医師会より
41	市医師会からの情報提供
54	研修会で知ったが、あまり広報活動をしていないとのことで、情報ははいてこない
68	どこが在宅支援診療所か不明です。
73	医師会
84	紹介時に診療所からの確認
85	複数のMRさんよりいただきました。当院の場合・東京都・神奈川・埼玉・千葉の支援診療所一覧を有します。
96	医師会の研修
112	医師会からの情報提供
123	患者のケアマネージャーから
126	保健所
127	院内研修
134	診療報酬改定
141	訪問看護ステーションから
143	日本看護協会

図 病-1-3 問1-3 2006年4～12月の診療所(在宅療養支援診療所以外を含む)との連携
(n = 128)



問1-3-1 2006年4～12月の地域連携退院時共同指導料2の算定

図 病-1-3-1-1 診療所数
(n = 24, m ± σ = 11.8 ± 20.1)

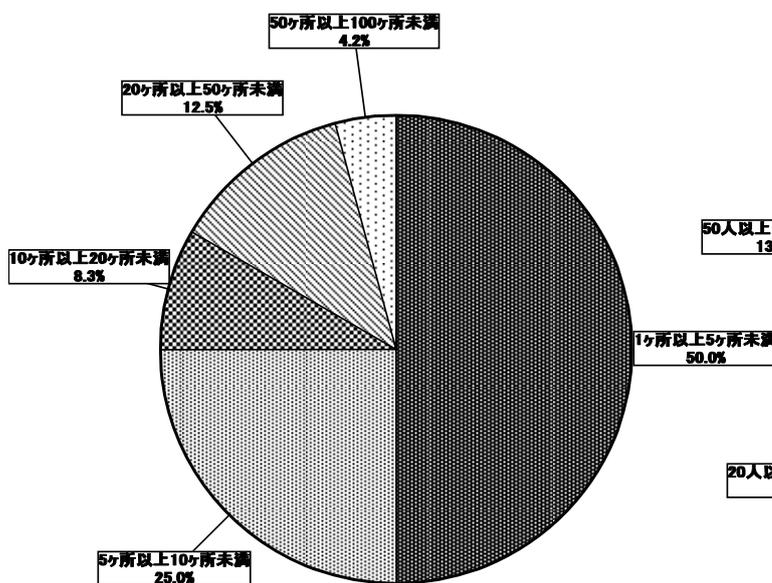


図 病-1-3-1-2 患者数
(n = 23, m ± σ = 172.0 ± 583.1)

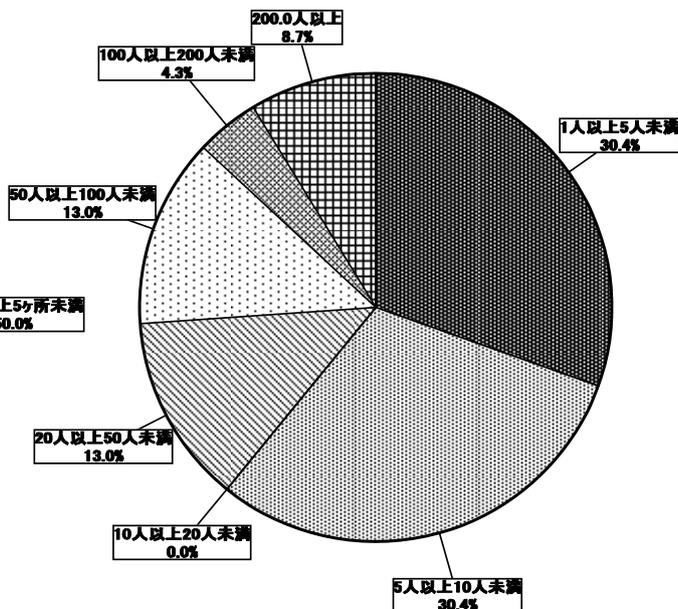


図 病-1-3-1-3 在宅療養支援診療所数
(n = 22, m ± σ = 3.4 ± 3.3)

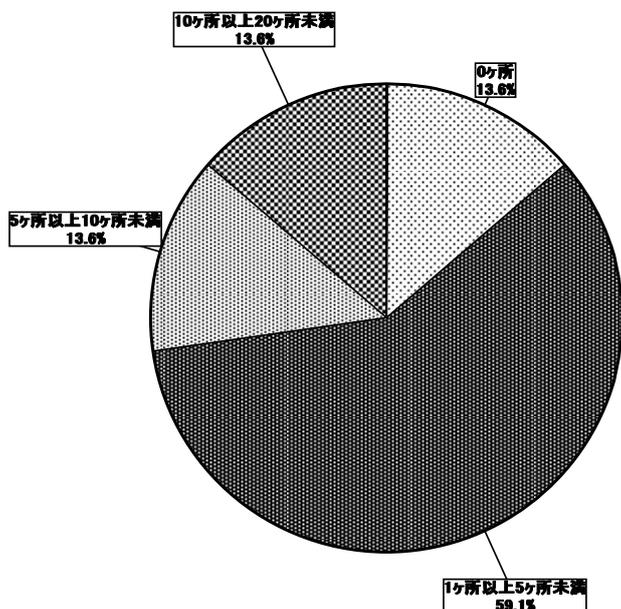


図 病-1-3-1-4 在宅療養支援診療所の患者数
(n = 20, m ± σ = 11.8 ± 25.9)

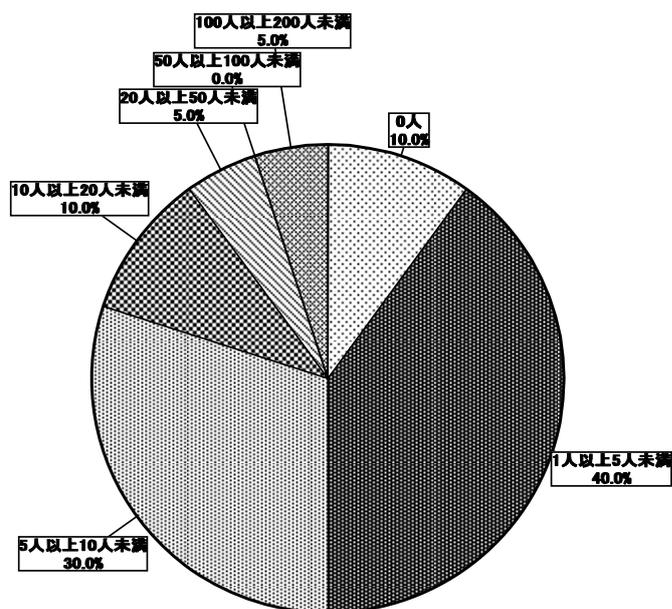
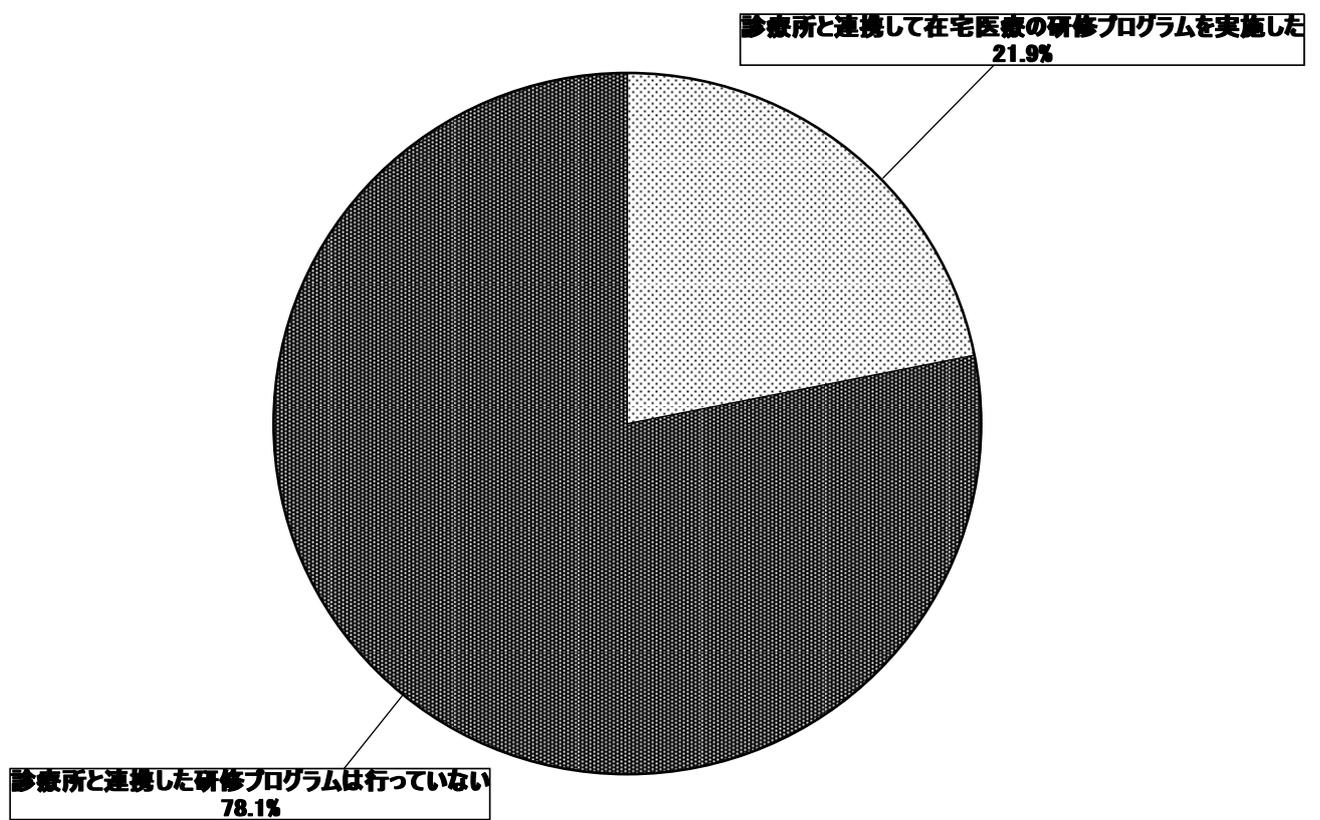


図 病-1-4 問1-4 地域保健医療の研修における診療所との連携
(n = 128)



問1-4-1 診療所と連携した研修プログラム

図 病-1-4-1-1 診療所数
(n = 26, m ± σ = 8.8 ± 14.1)

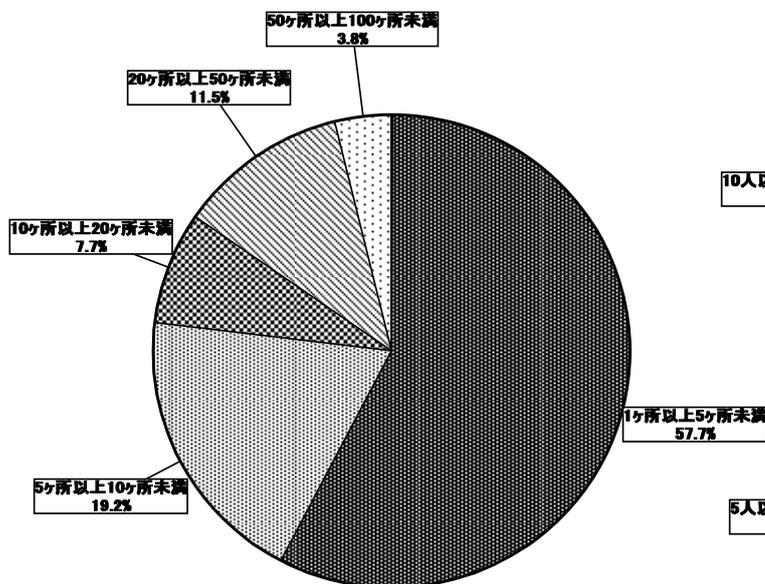


図 病-1-4-1-2 研修した医師数
(n = 25, m ± σ = 7.9 ± 12.8)

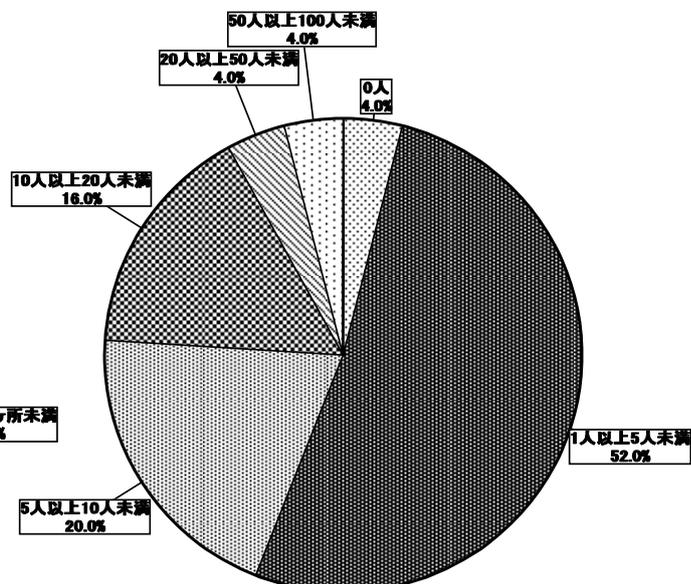


図 病-1-4-1-3 在宅療養支援診療所数
(n = 16, m ± σ = 0.9 ± 1.3)

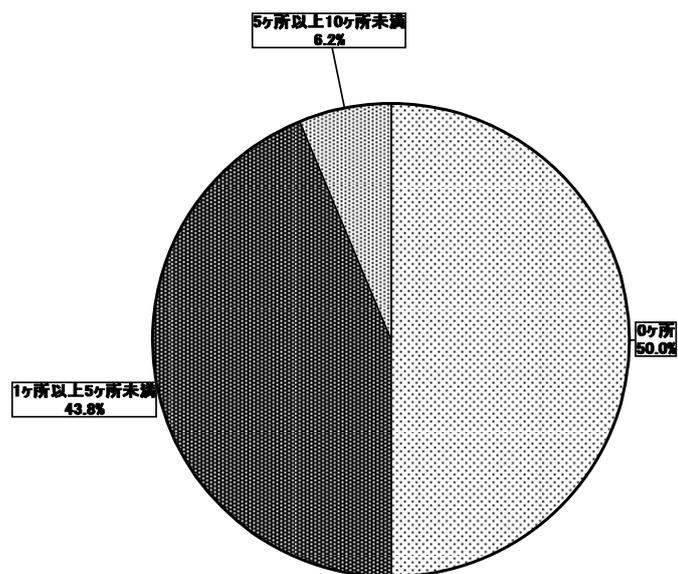


図 病-1-4-1-4 在宅療養支援診療所で
研修した医師数
(n = 17, m ± σ = 3.6 ± 6.0)

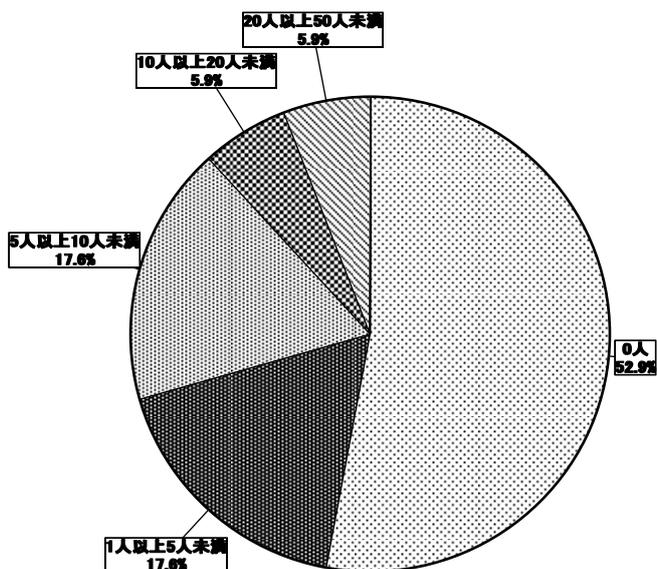


図 病-1-5 問1-5 診療所との連携についての考え
(n = 132)

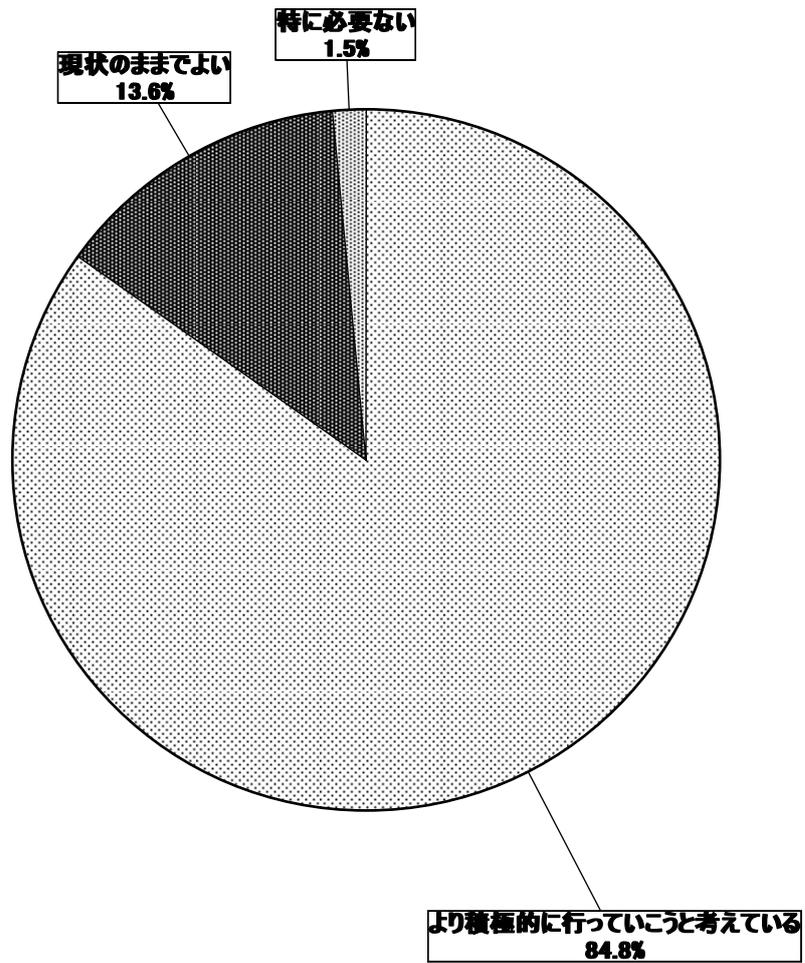


図 病-1-6-1 問1-6 在宅医療に関する取り組み - 患者に向けて
(n = 124, 複数回答, その他には「特になし」との記載も含む)

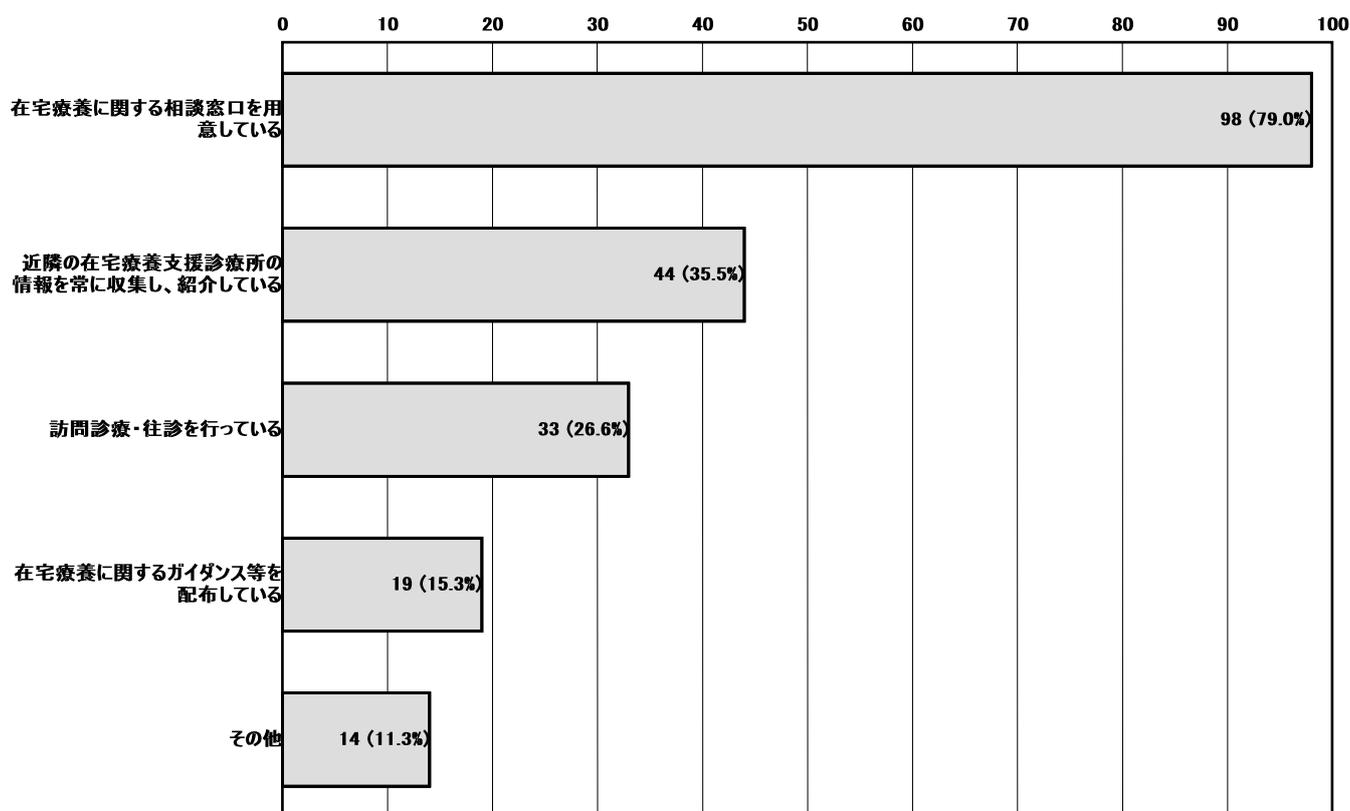


表 病-1-6-1 問1-6 在宅医療に関する取り組み - 患者に向けて - その他

9	介護保険対象者には、居宅支援事業所を紹介している。
11	在宅にまで手がまわらないのが現状です
13	地域医療連携室・病棟退院促進チームが入院患者に積極的に紹介している。
21	地域診療所との連携推進のため、登録医制度を創設 在宅医療患者の医療を診療所と連携して行うため「あんしん連携カード」を発行。退院時カンファレンスの実施
27	訪問看護・リハビリも行っている。
58	特になし
84	地域医療連携室に看護師を配置し在宅医療に関する他機関との連携コーディネートを実施している
86	登録医制度を実施しており、登録医療機関から在宅療養等の情報を頂き、紹介の依頼があった場合は、対応できるようにしている。
96	チームアプローチを行うため退院調整看護師を置き患者個々に在宅療養への円滑な移行を支援している。
99	在宅療養支援診療所に関する情報の収集に努めているが、現在では難しい。医師会も具体的な事はまだ公表していない。
112	必要に応じて情報提供している。
120	2医院と在宅療養支援診療所における緊急入院に関する連携体制を取っている。
129	法人グループ内に在宅専門のクリニックがある
132	病院の広報誌の中で紹介している。
147	特に行っていません

図 病-1-6-2 問1-6 在宅医療に関する取り組み - 院内の職員に向けて
 (n = 81, 複数回答, その他には「特になし」との記載も含む)

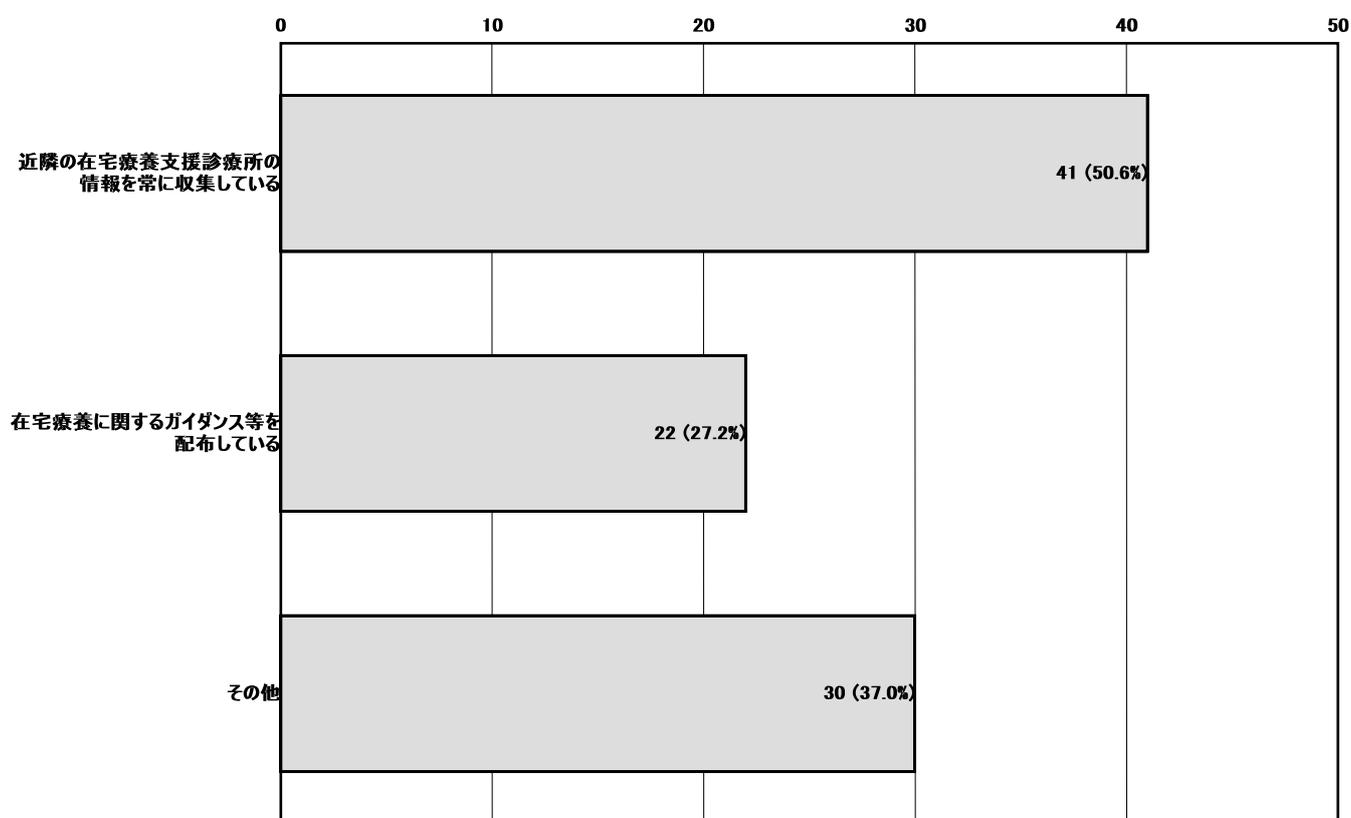
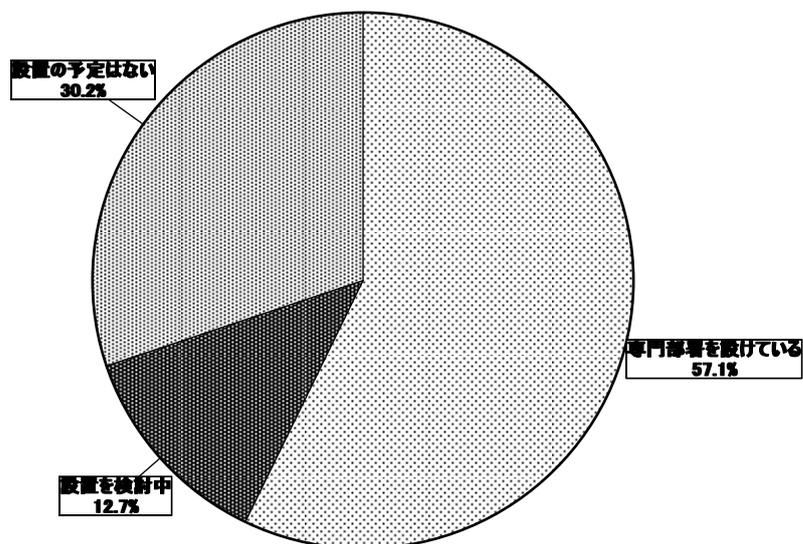


表 病-1-6-2 問1-6 在宅医療に関する取り組み - 院内の職員に向けて - その他

1	退院調整ナースの利用を呼びかけている
9	研修・勉強会があれば積極的に参加している。
11	在宅にまで手がまわらないのが現状です
12	なし
13	在宅へ退院させるよう勧奨している。
15	在宅への移行が可能な患者への対応は積極的に行っている。
21	全職員対象とした研修を年1回実施。職員からの相談問い合わせに対応。退院患者に対し、病棟、地域医療連携室と密接な連携のもと指導
31	その都度確認している
33	連携部門が病院診療所訪問等で収集した情報を随時院内に向けて発信している。
35	定期的なカンファレンスとデータ集計
41	各部署に連携している医院の名簿を含む近隣医療圏マップを作成し配布している。
47	必要時、各部署に情報提供している
48	在宅医療(看護)支援プロジェクトチームを設置。
51	定例会議の実施
55	特になし
58	特になし
73	在宅療養支援診療所が地域内にないので往診医の情報のみ。
84	看護部で、「退院支援リンクナース会」を行い、情報の共有、患者に有益な支援を検討実施している
86	登録医療機関の情報を院内に周知している。
91	ケアカンファレンスで知る程度。
99	相談ケースの内容により、訪問看護や、在宅療養支援診療所の説明をしている。
103	みやぎ在宅支援ドクターネットへの参加(H19.2～)
112	必要に応じて情報提供している
116	もっている情報は、公開し共有している。
129	院内の会ギに在宅のクリニックも参加、都度連けいをアナウンス
132	①在宅支援を行う専門部署から、毎月広報誌を発行している。②各部署での勉強会や事例検討会を行っている。③地域の保健医療福祉機関も対象としたフォーラムを年1回開催している
135	地域連携推進グループ内での勉強会や職員を対象としたオープン勉強会を開催し、情報提供を行っている。
137	特に取り組んではない
141	在宅支援や転院にむけて、情報提供を行なっている
143	居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション等参加の、在宅療養に関する研修会等の予定をたてている H19年度
147	講演会の実施

図 病-1-7 問1-7 在宅医療専門部署
(n = 126)



問1-7-1 在宅医療専門部署の人員

図 病-1-7-1-1 医師(常勤)
(n = 49, m ± σ = 1.4 ± 1.4)

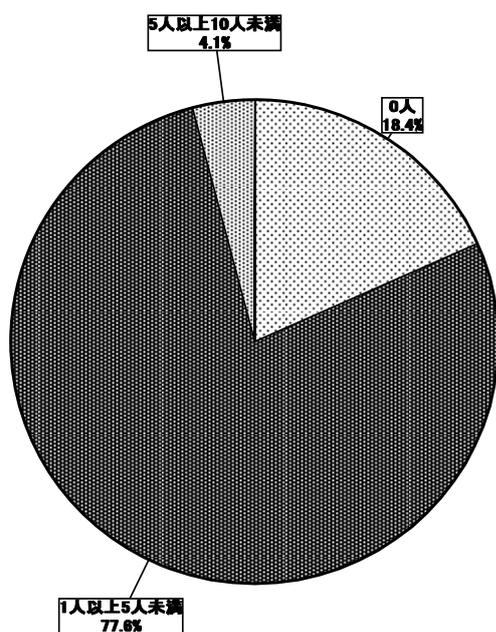
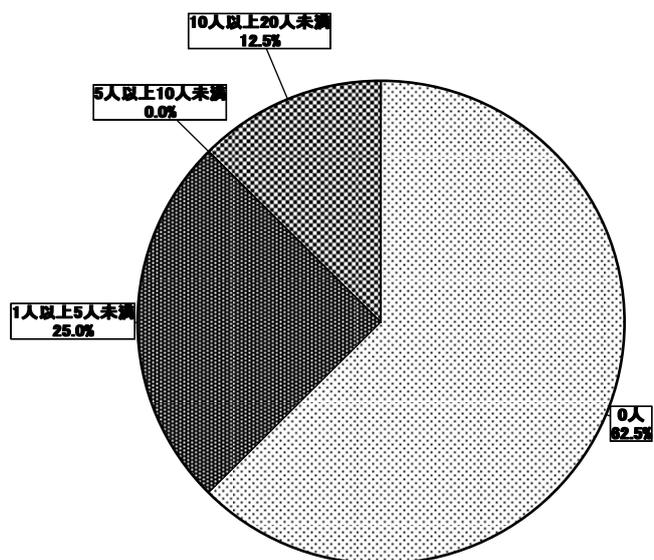


図 病-1-7-1-2 医師(非常勤)
(n = 16, m ± σ = 2.3 ± 4.8)



問1-7-1 在宅医療専門部署の人員

図 病-1-7-1-3 看護師(常勤)
(n = 64, m ± σ = 2.3 ± 3.3)

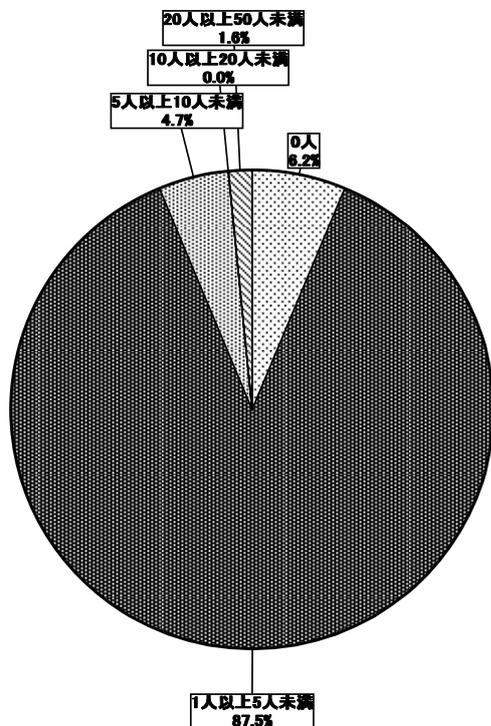


図 病-1-7-1-4 看護師(非常勤)
(n = 16, m ± σ = 0.4 ± 0.8)

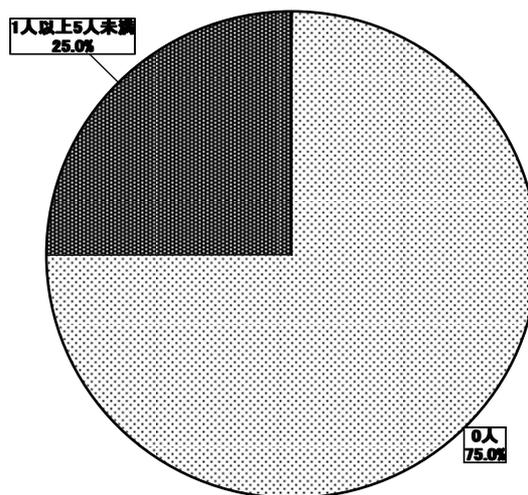


図 病-1-7-1-5 その他の職員(常勤)
(n = 64, m ± σ = 3.1 ± 2.1)

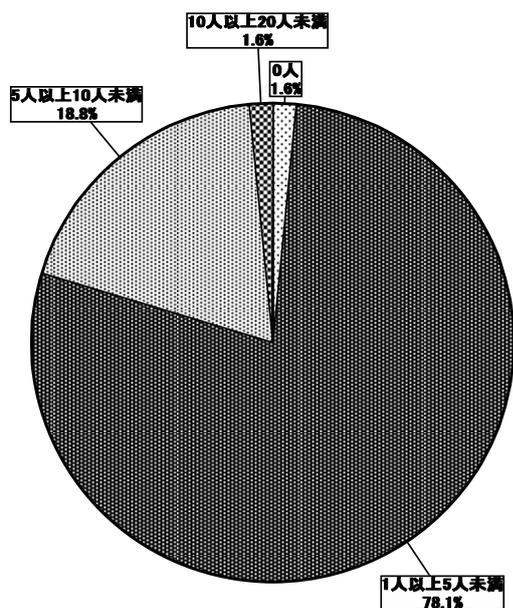


図 病-1-7-1-6 その他の職員(非常勤)
(n = 25, m ± σ = 1.3 ± 1.5)

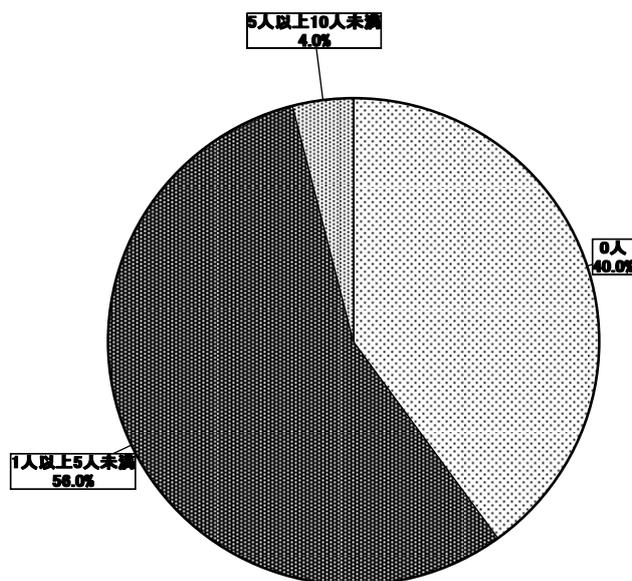
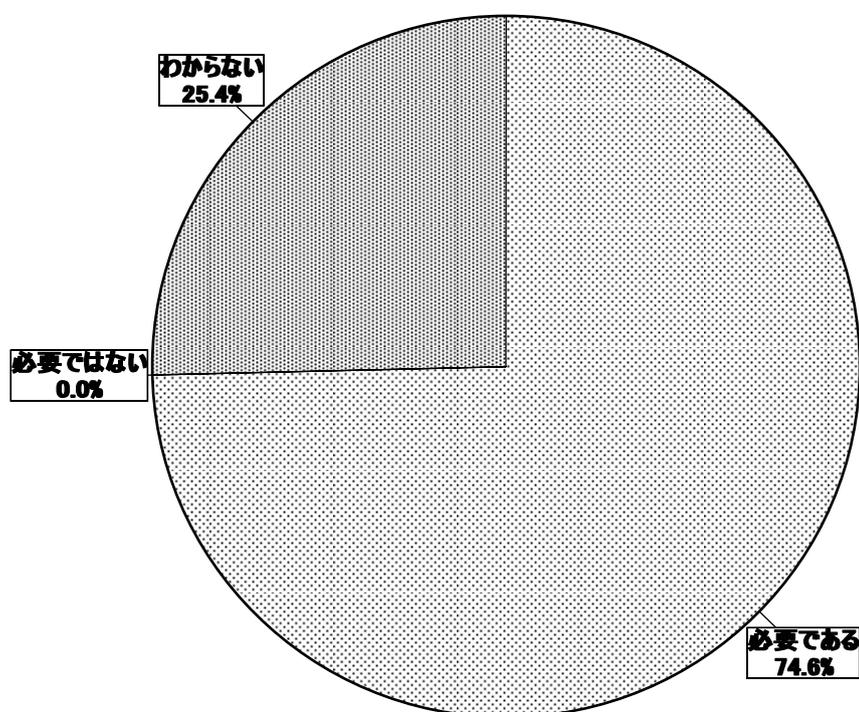


図 病-2-1 問2-1 在宅医療を担う医師の人材養成プログラムの構築と運用は必要か
(n = 130)



問2-2 研修項目の重要度 - 講義

図 病-2-2-1 医療保険制度
(n = 104)

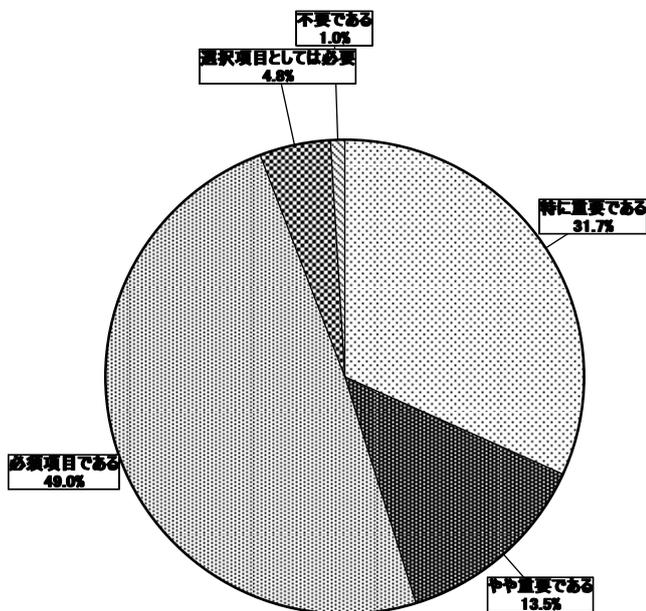


図 病-2-2-2 介護保険制度
(n = 104)

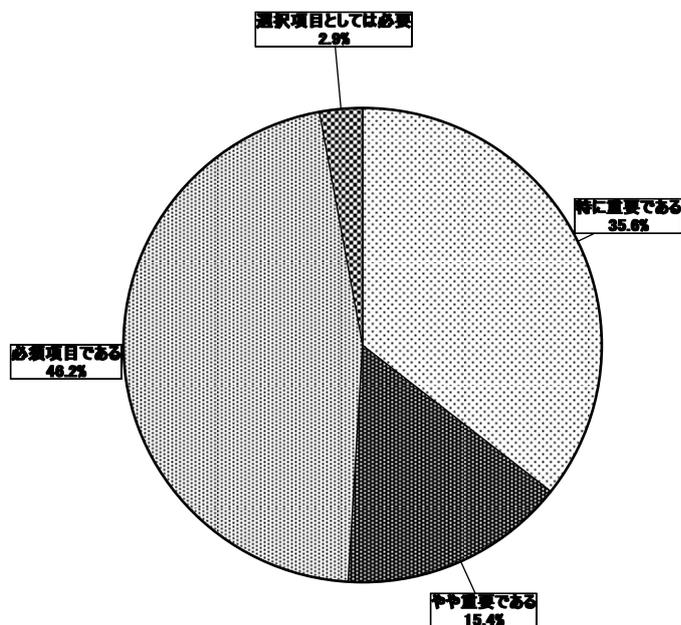


図 病-2-2-3 自立支援法
(n = 104)

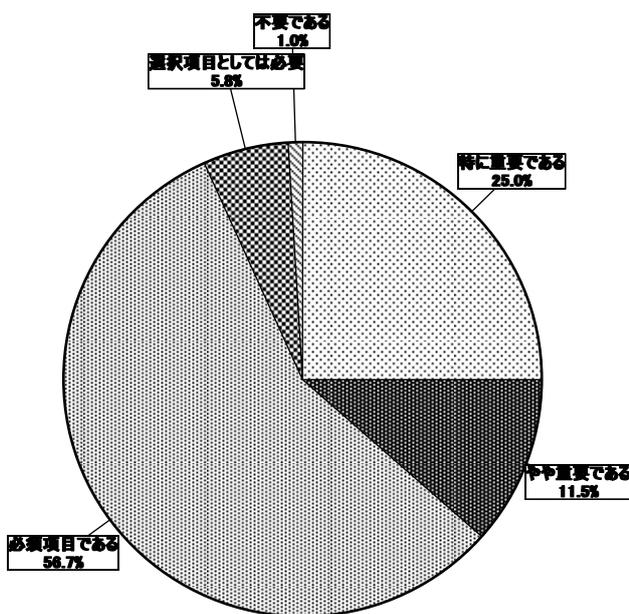
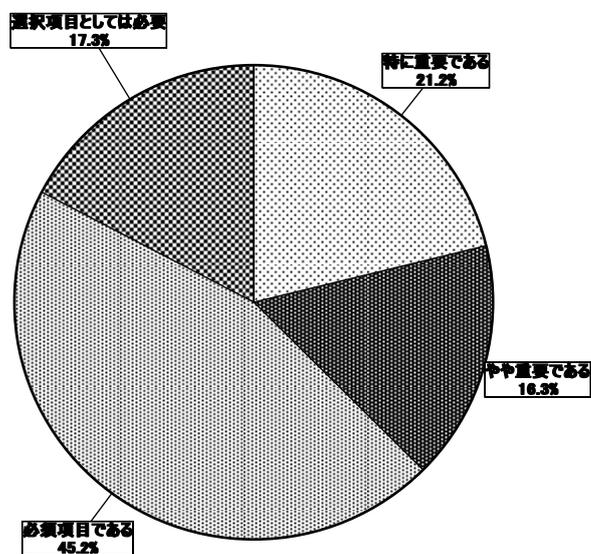


図 病-2-2-4 難病制度
(特定疾患治療研究事業)
(n = 104)



問2-2 研修項目の重要度 - 講義

図 病-2-2-5 在宅医療の心得
(n = 104)

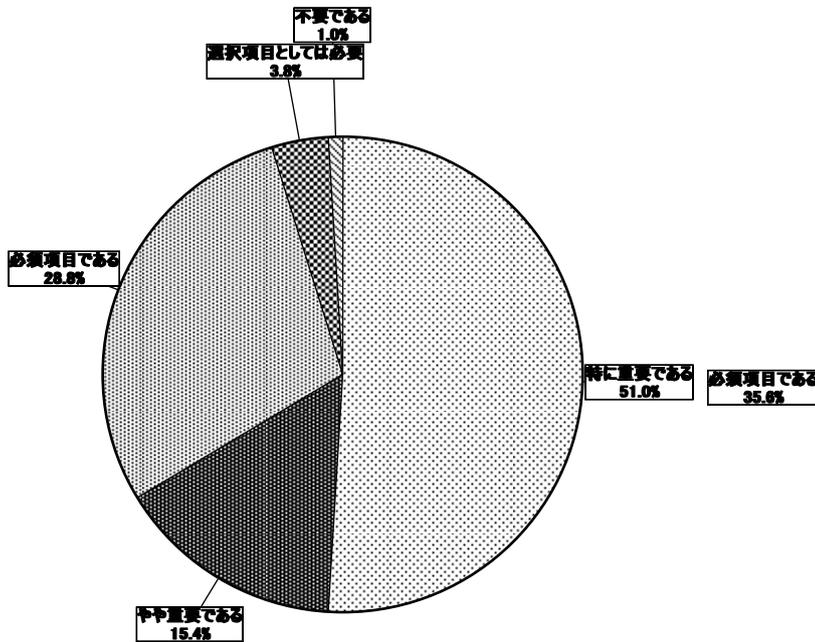


図 病-2-2-6 面接法
(n = 104)

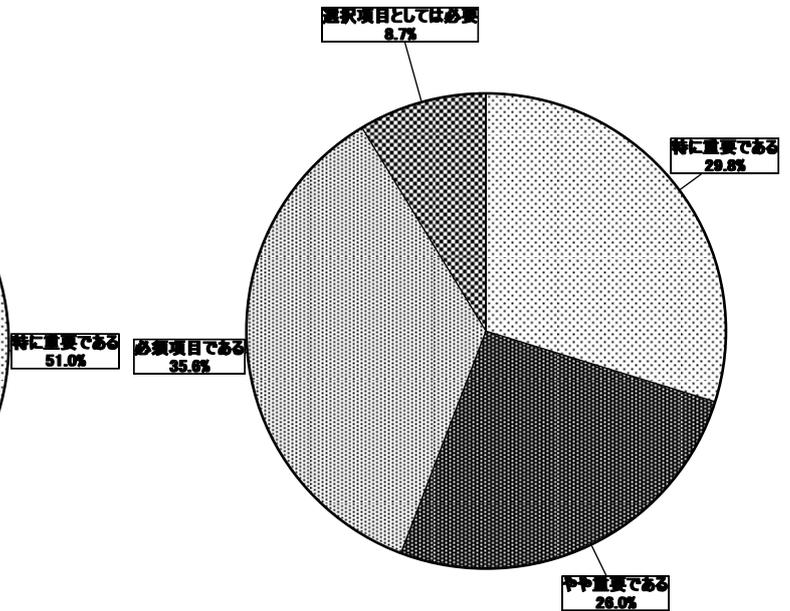


図 病-2-2-7 家族支援
(n = 104)

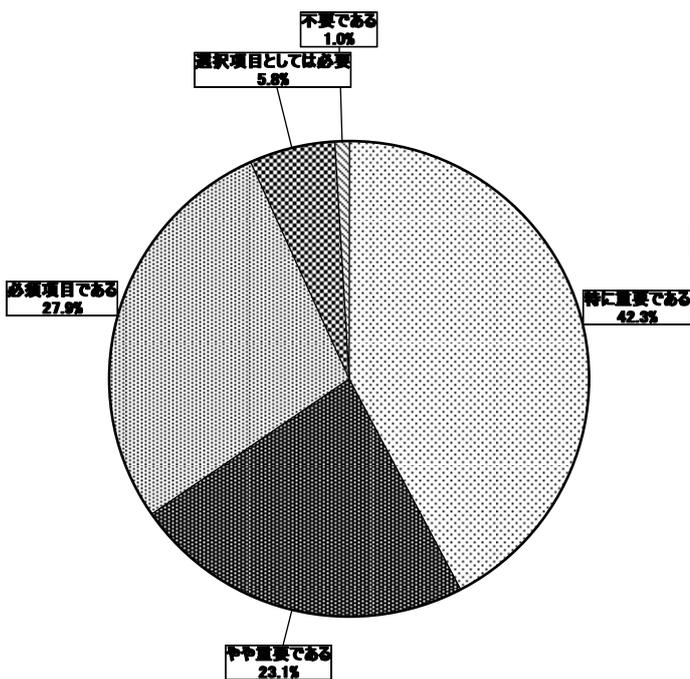
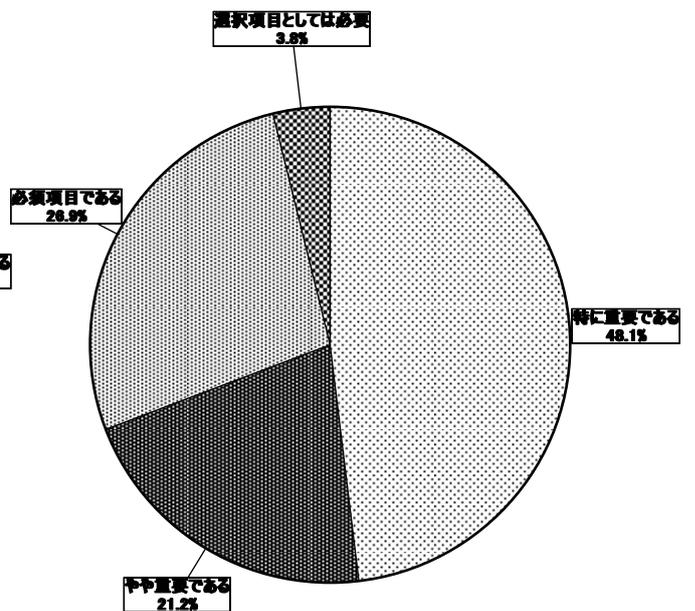


図 病-2-2-8 がんの緩和医療
(n = 104)



問2-2 研修項目の重要度 - 講義

図 病-2-2-9 認知症
(n = 103)

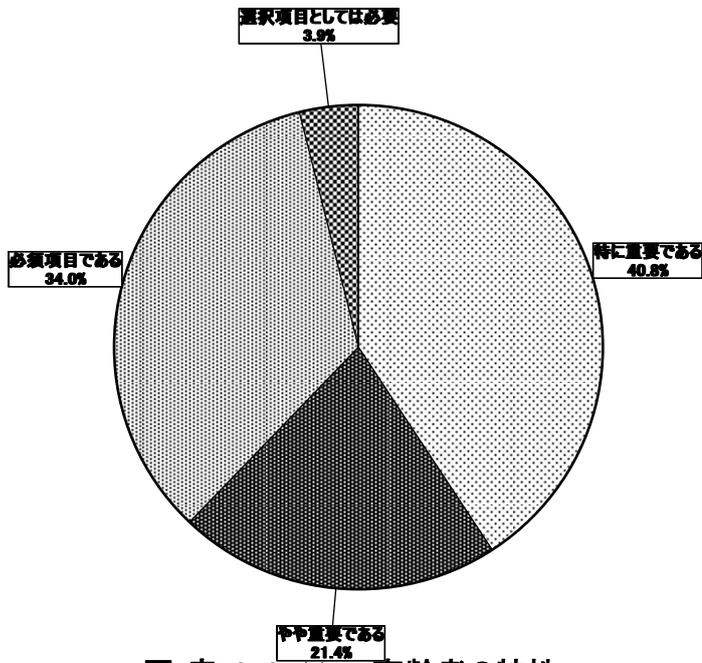


図 病-2-2-11 高齢者の特性
(n = 103)

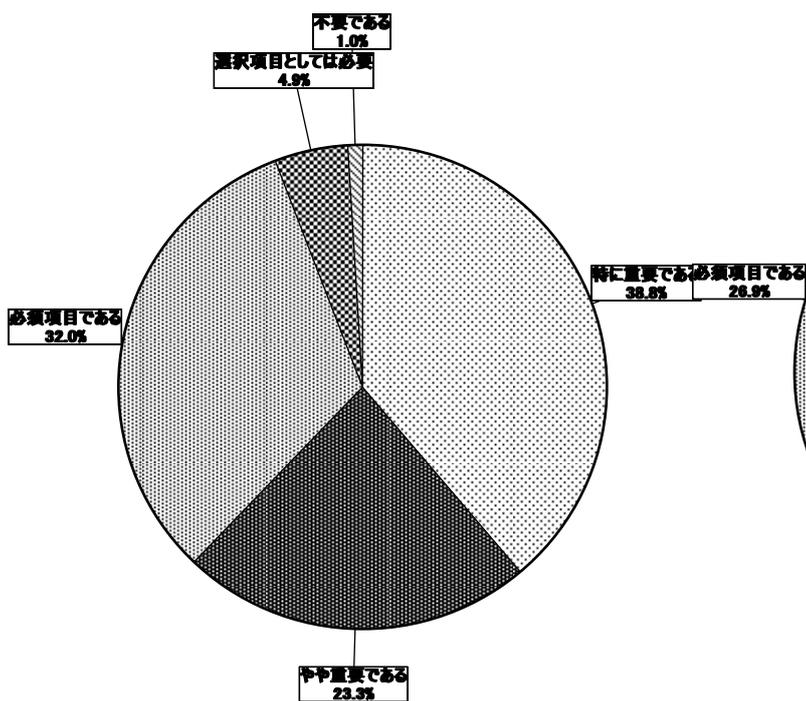


図 病-2-2-10 難病
(n = 104)

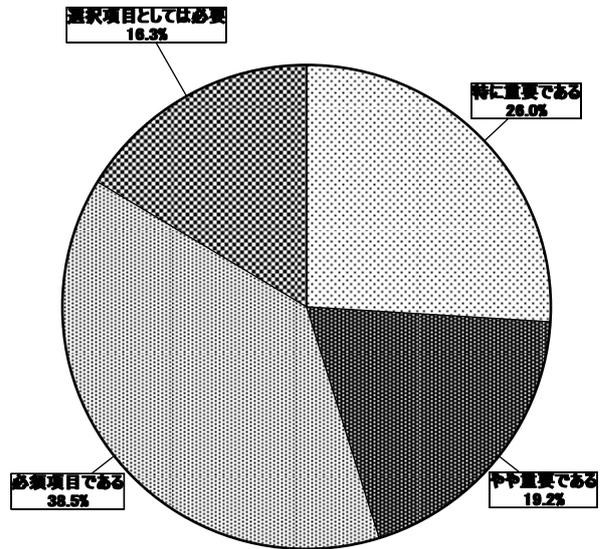
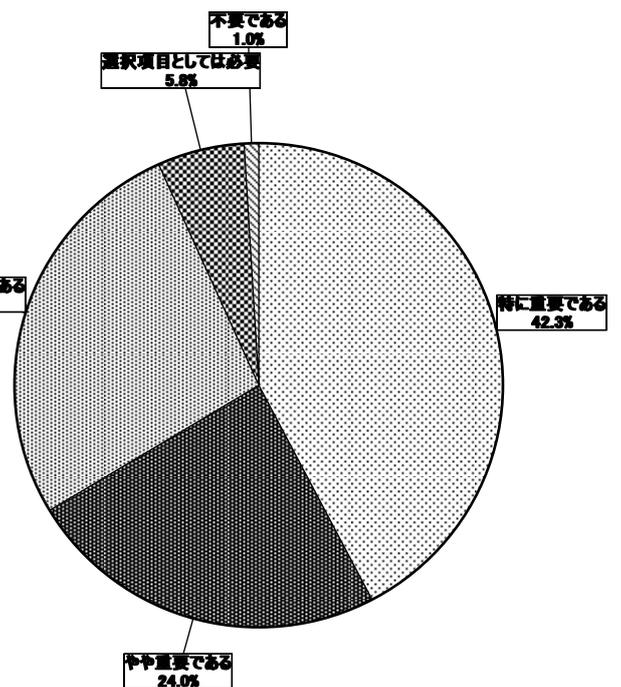


図 病-2-2-12 臨終時の心構え
(n = 104)



問2-2 研修項目の重要度 - 実践

図 病-2-2-13
在宅患者訪問点滴注射管理指導
(n = 104)

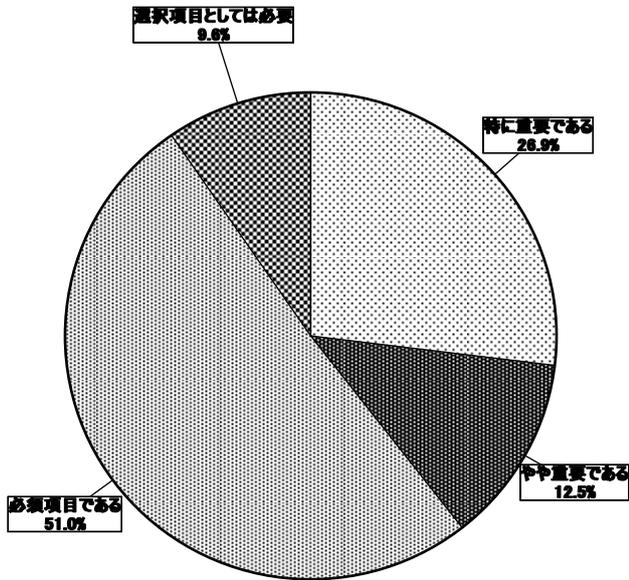


図 病-2-2-14 在宅自己注射指導
(n = 104)

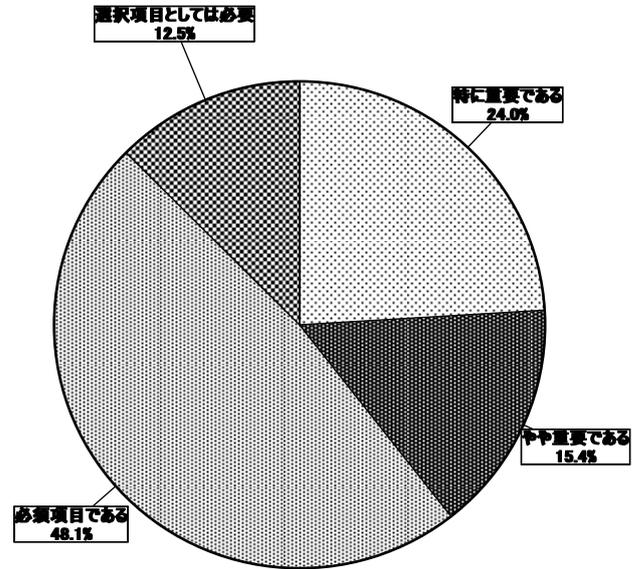


図 病-2-2-15 在宅腹膜灌流指導
(n = 104)

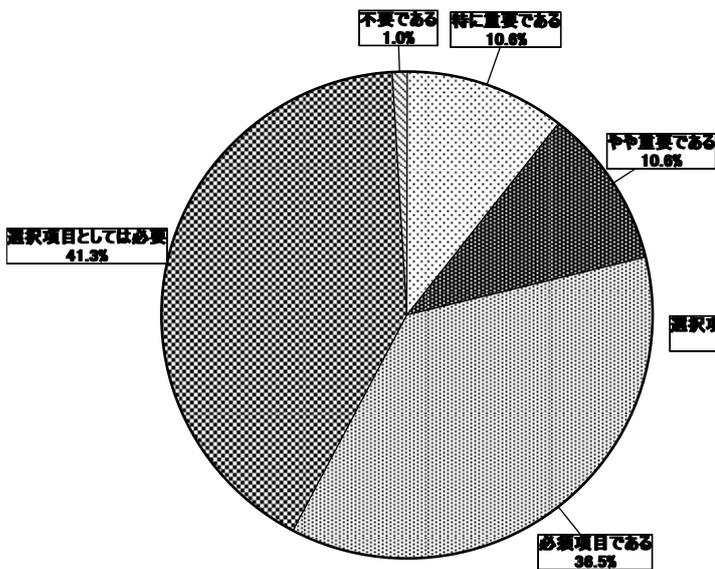
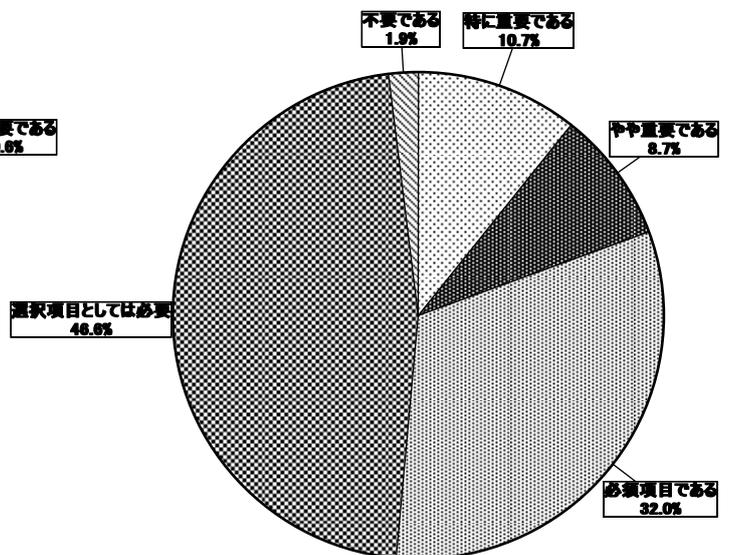


図 病-2-2-16 在宅血液透析指導
(n = 103)



問2-2 研修項目の重要度 - 実践

図 病-2-2-17 在宅酸素療法指導
(n = 104)

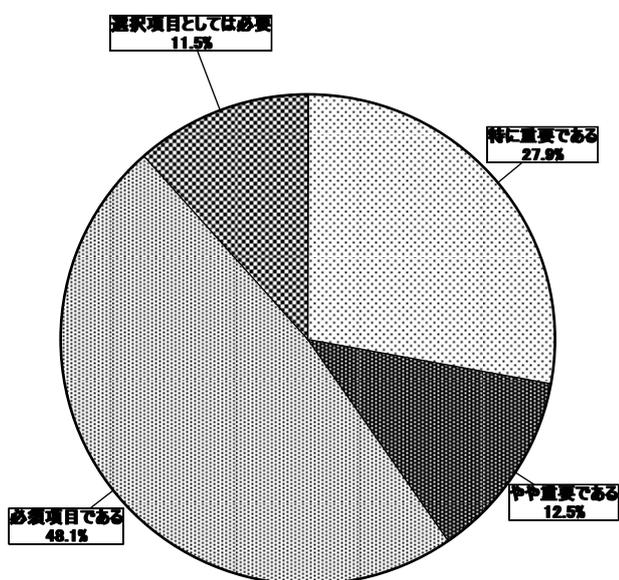


図 病-2-2-18 在宅中心静脈栄養指導
(n = 104)

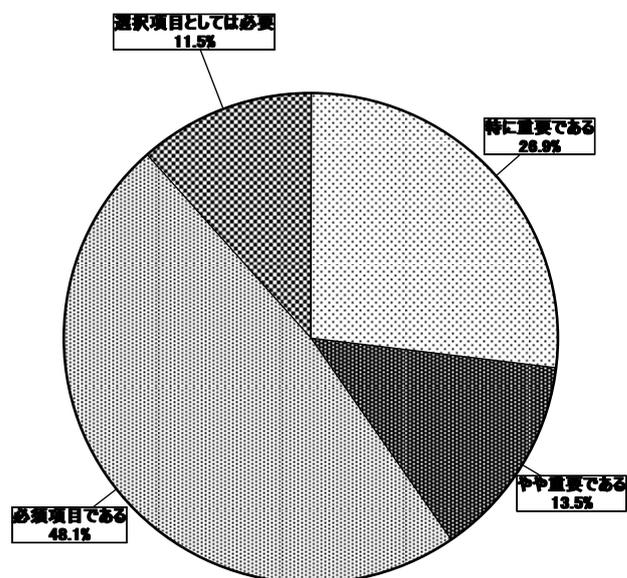


図 病-2-2-19 在宅成分栄養経管栄養法指導
(n = 104)

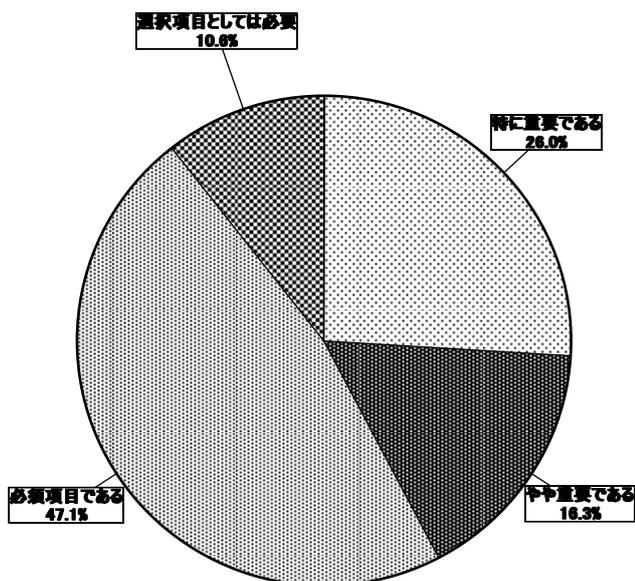
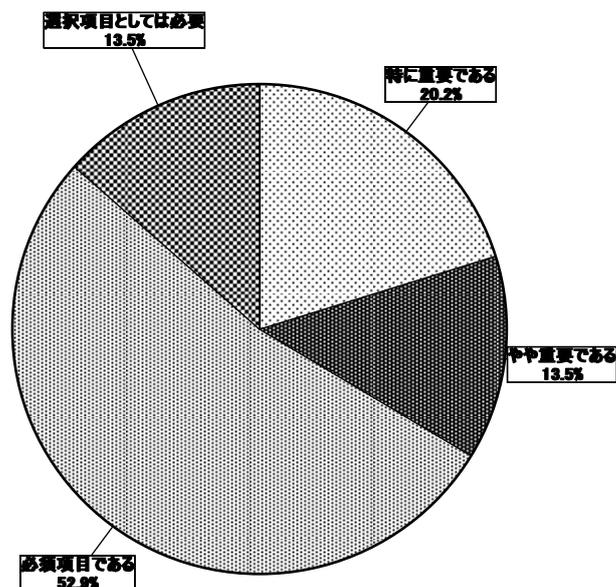


図 病-2-2-20 在宅自己導尿指導
(n = 104)



問2-2 研修項目の重要度 - 実践

図 病-2-2-21 在宅人工呼吸指導
(n = 103)

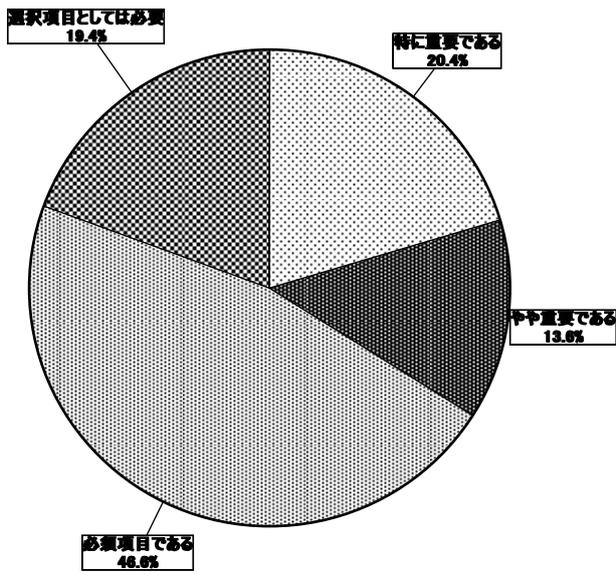


図 病-2-2-22 在宅持続陽圧呼吸療法指導
(n = 103)

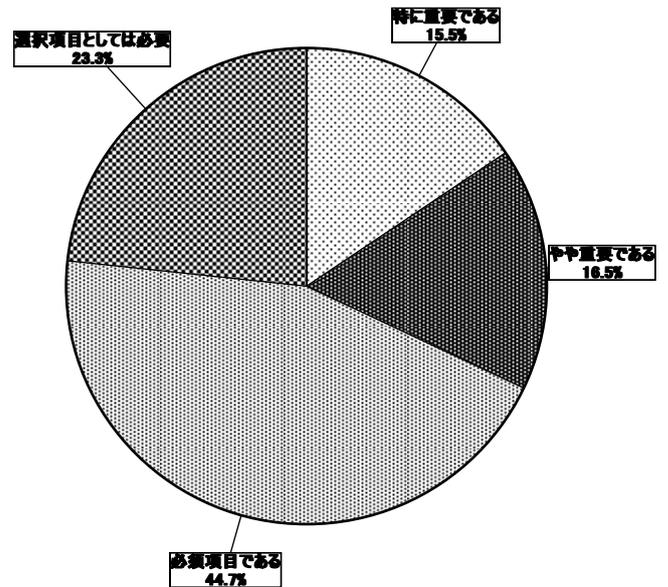


図 病-2-2-23 在宅悪性腫瘍患者指導
(n = 103)

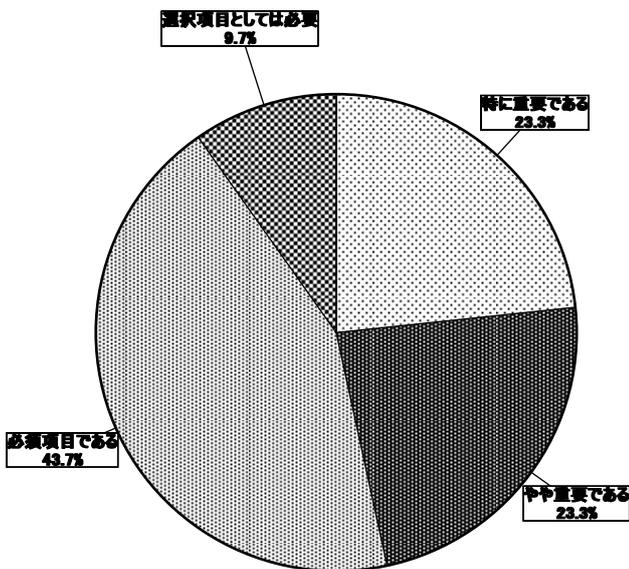
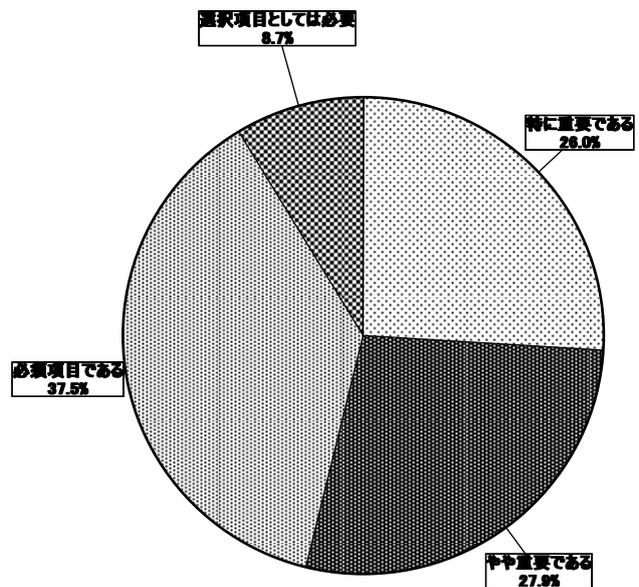


図 病-2-2-24 在宅自己疼痛管理指導
(n = 104)



問2-2 研修項目の重要度 - 実践

図 病-2-2-25 在宅肺高血圧症患者指導
(n = 103)

図 病-2-2-26 在宅気管切開患者指導
(n = 103)

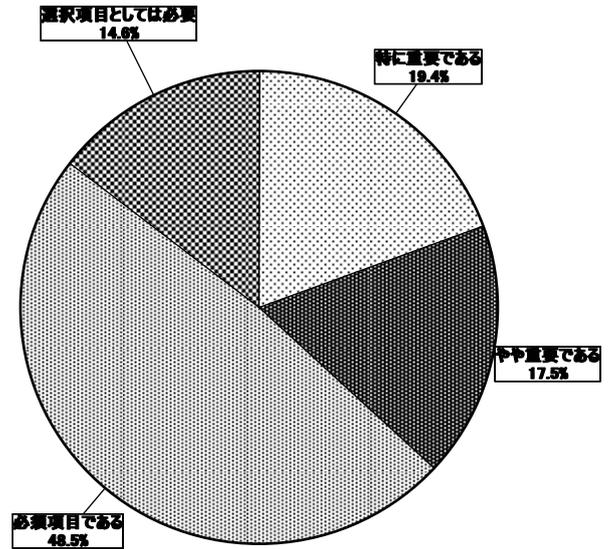
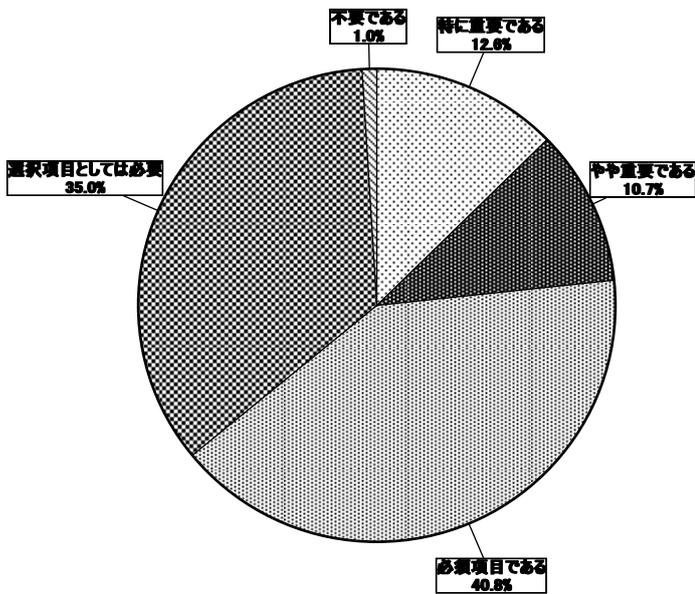
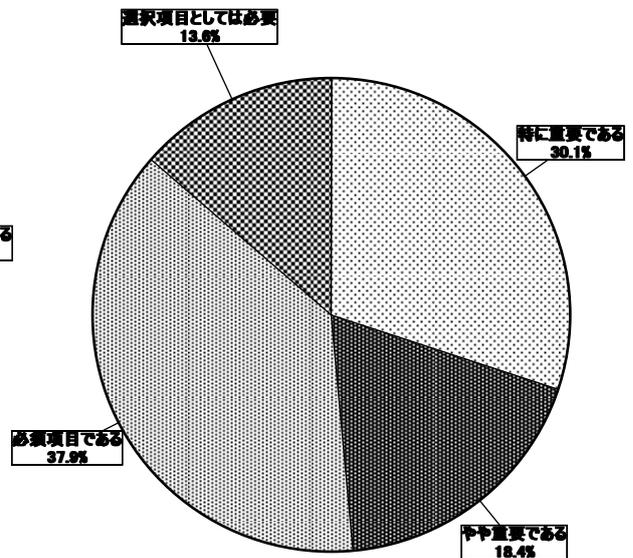
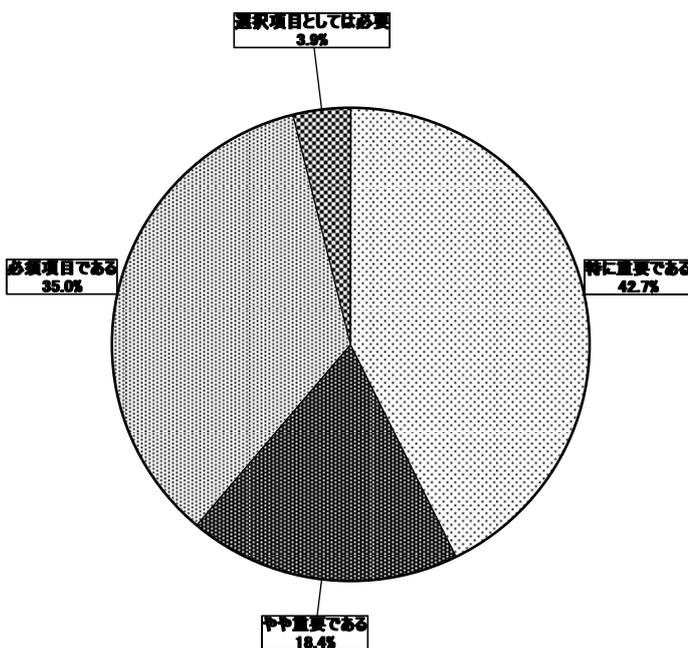


図 病-2-2-27 褥創の予防と治療
(n = 103)

図 病-2-2-28 口腔ケア
(n = 103)



問2-2 研修項目の重要度 - 実践

図 病-2-2-29 退院前共同指導
(n = 103)

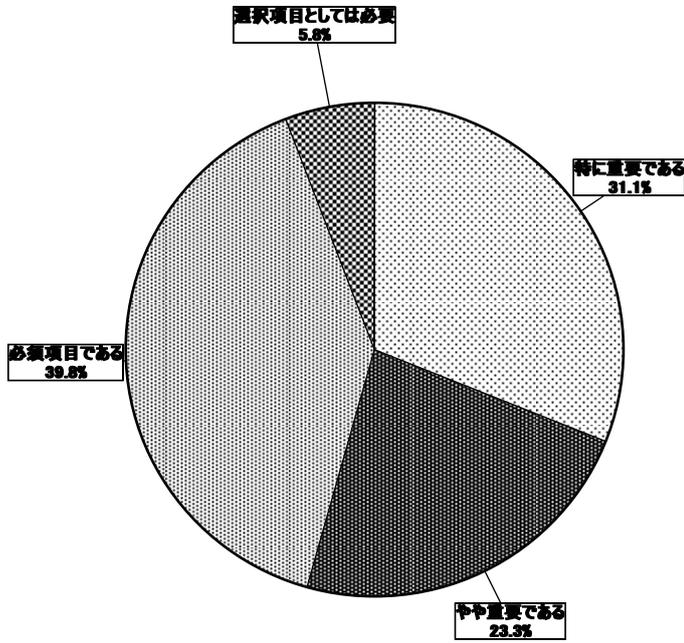


図 病-2-2-30 セカンドオピニオン
(n = 103)

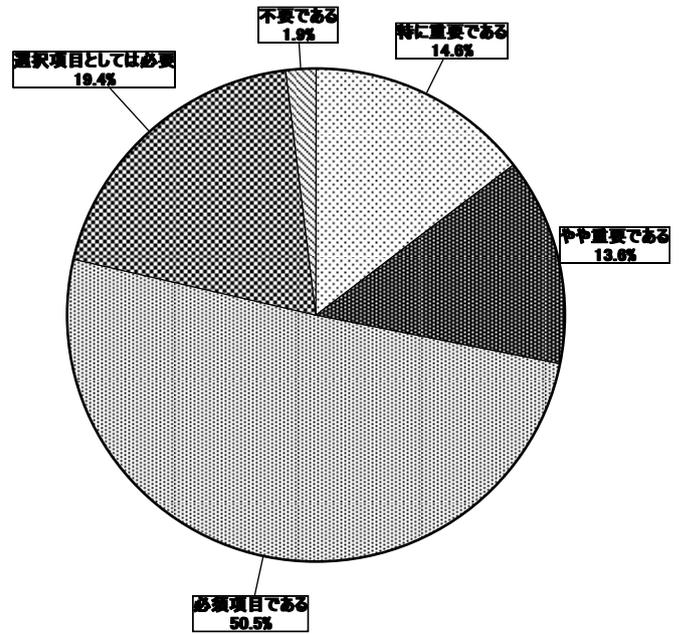
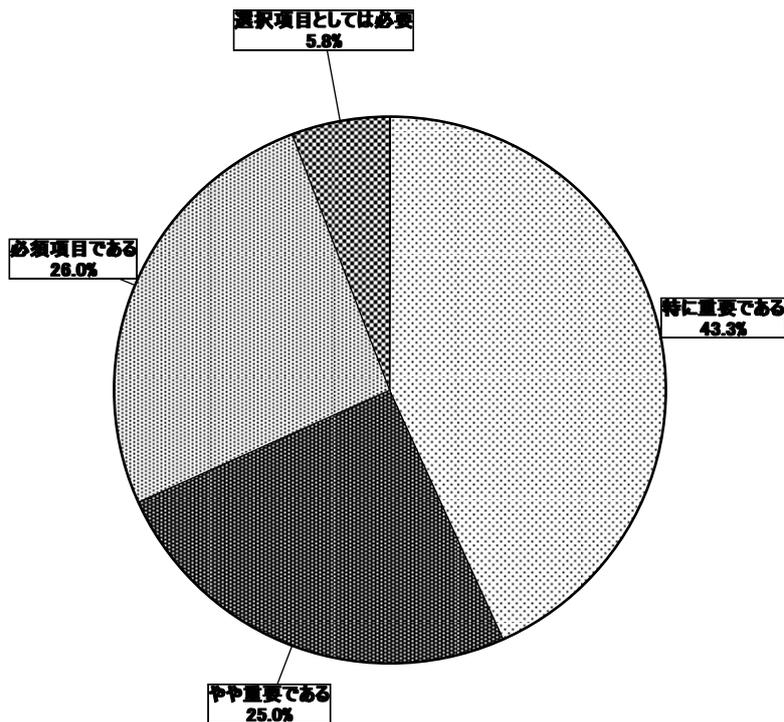


図 病-2-2-31 後方病院との連携
(n = 104)



問2-2 研修項目の重要度 - 実践

図 病-2-2-32 訪問看護事業所との連携
(n = 104)

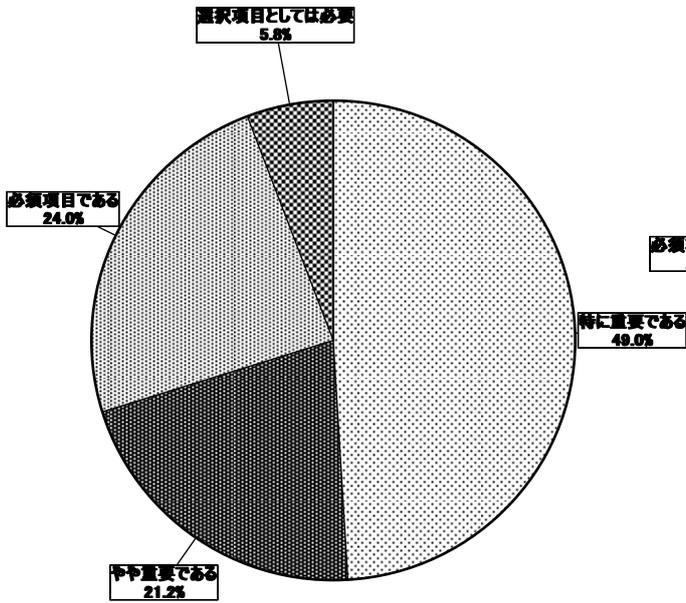


図 病-2-2-33 訪問リハビリテーションとの連携
(n = 104)

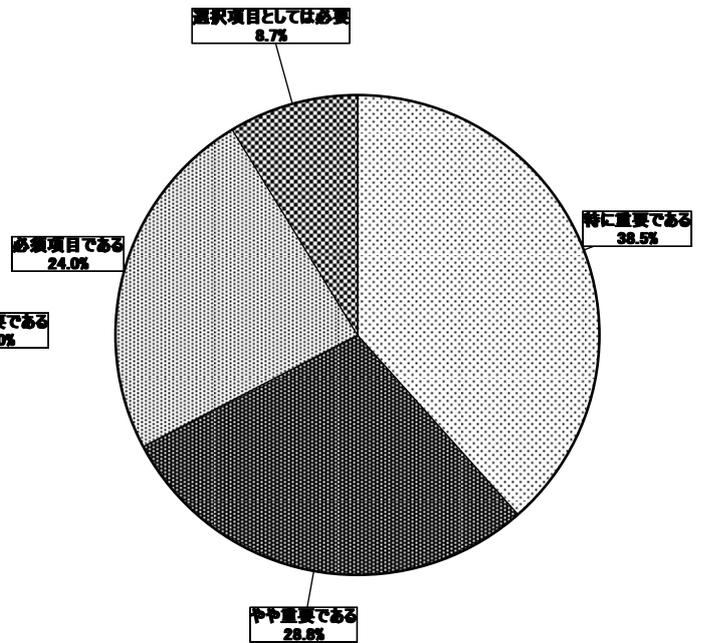


図 病-2-2-34 調剤薬局との連携
(n = 103)

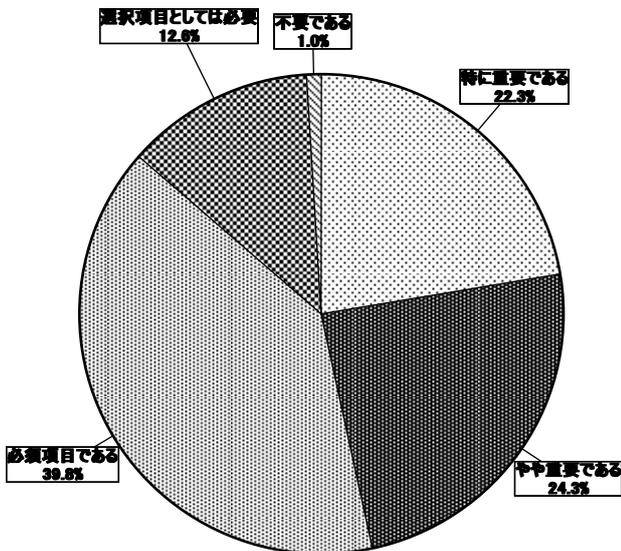
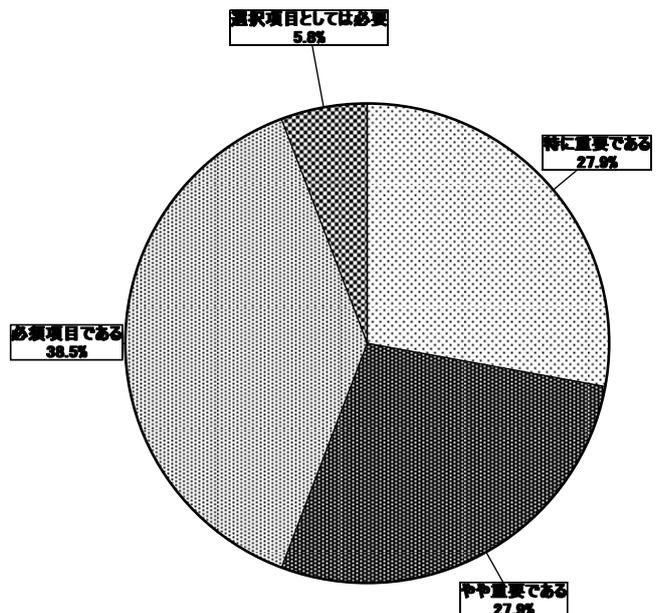


図 病-2-2-35 介護事業所との連携
(n = 104)



問2-2 研修項目の重要度 - 実践

図 病-2-2-36 家族介護力の評価
(n = 104)

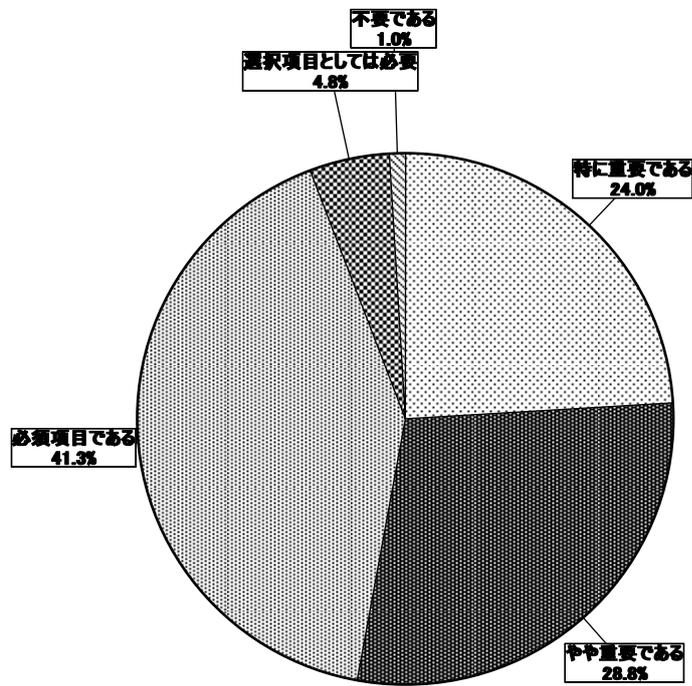
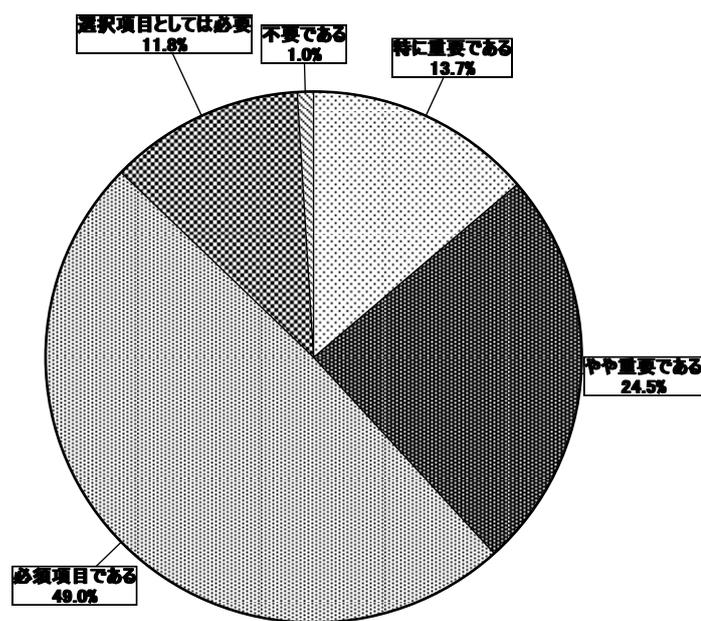


図 病-2-2-37 虐待・家庭内暴力
(n = 102)



問2-2 研修項目の重要度 - 実践

図 病-2-2-38 終末期における同意文書の作成
(n = 103)

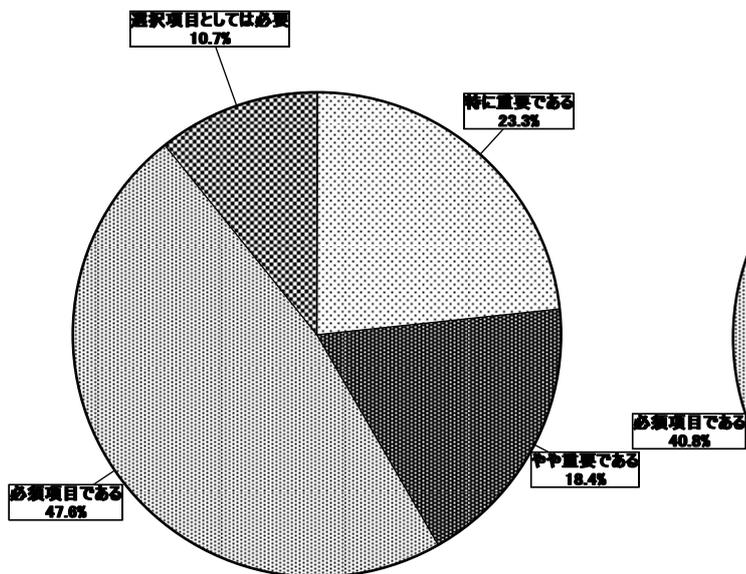


図 病-2-2-39 病名・予後告知
(n = 103)

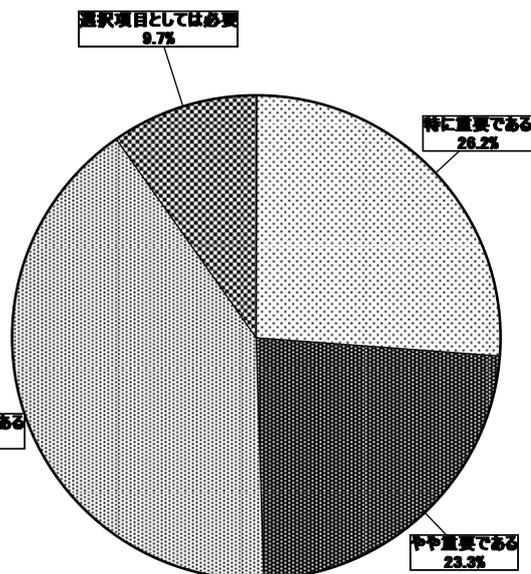
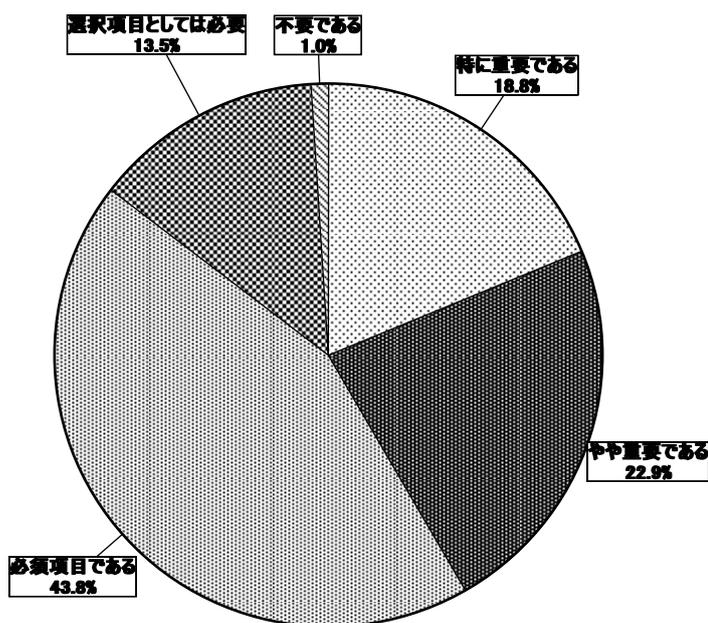


図 病-2-2-40 グリーフケア
(n = 96)



問2-2 研修項目の重要度 - 実践

図 病-2-2-41 災害時への対応(危機管理)
(n = 104)

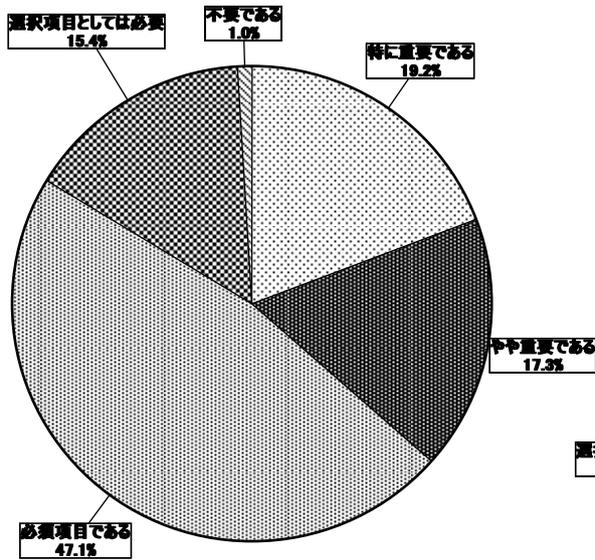


図 病-2-2-42 離島など僻地における研修
(n = 101)

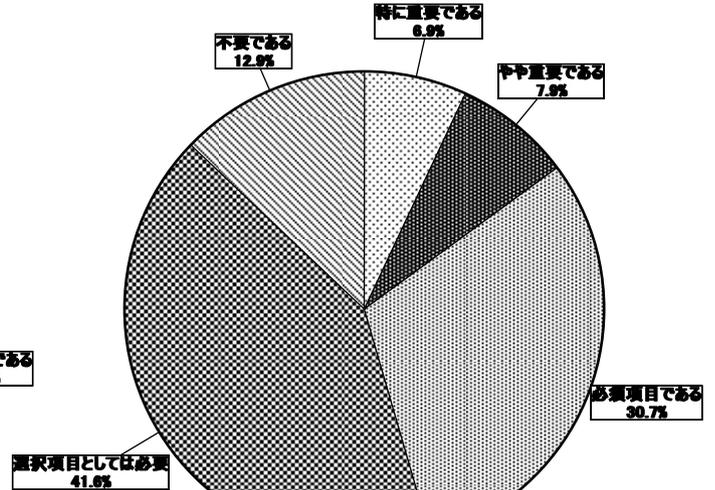


図 病-2-2-43 複数の施設における研修
(n = 101)

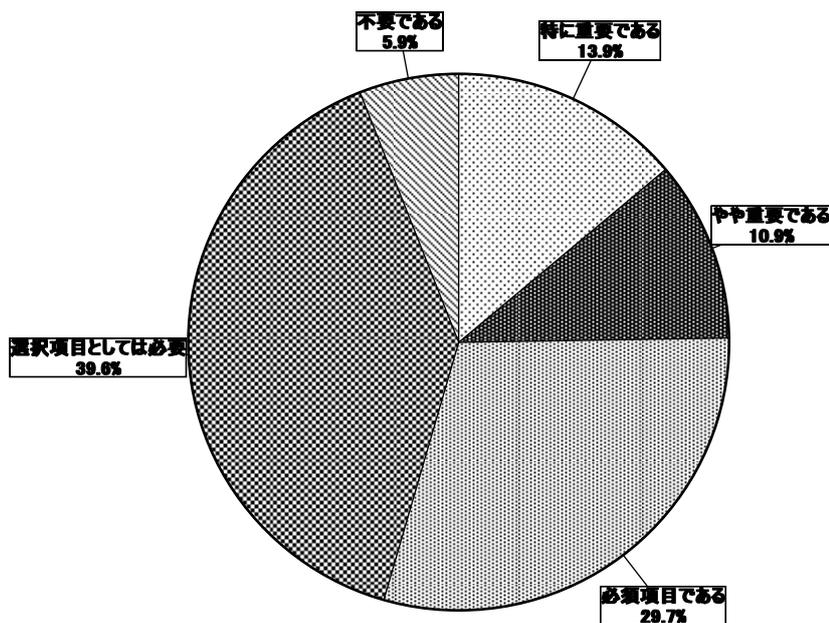


図 病-2-3 問2-3 マッチングセンターの必要性
(n = 116)

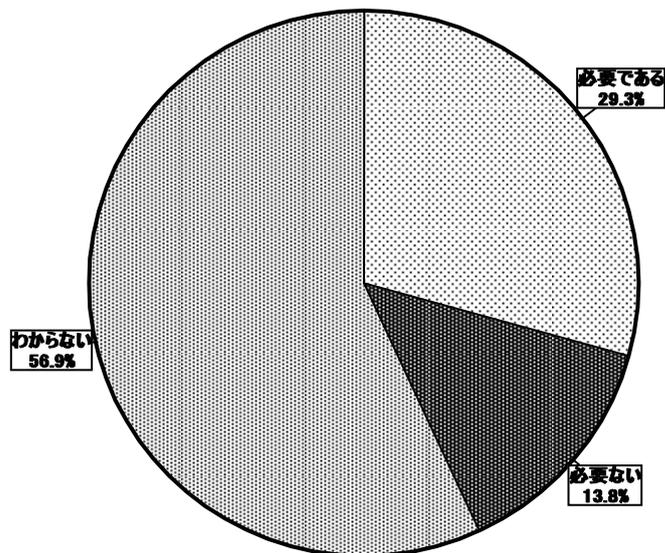
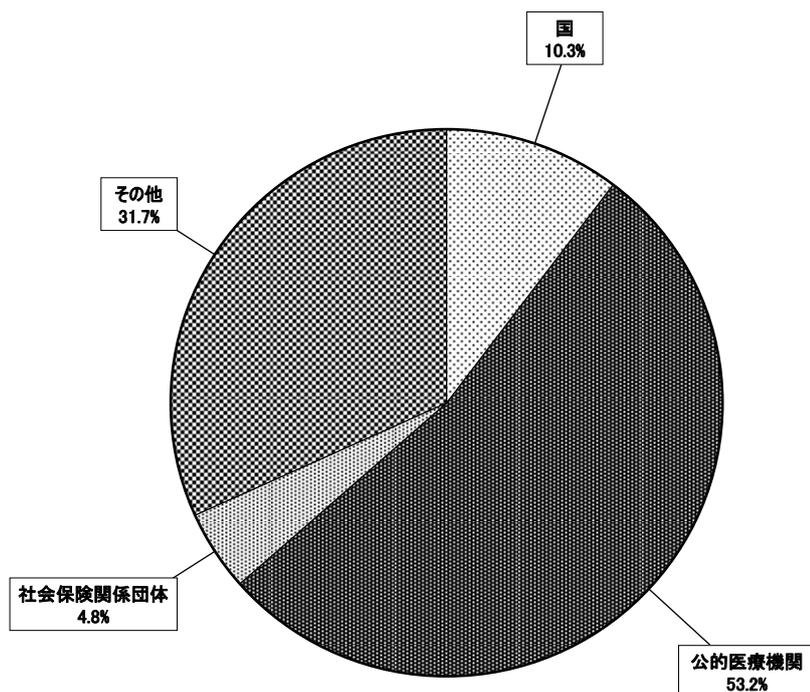
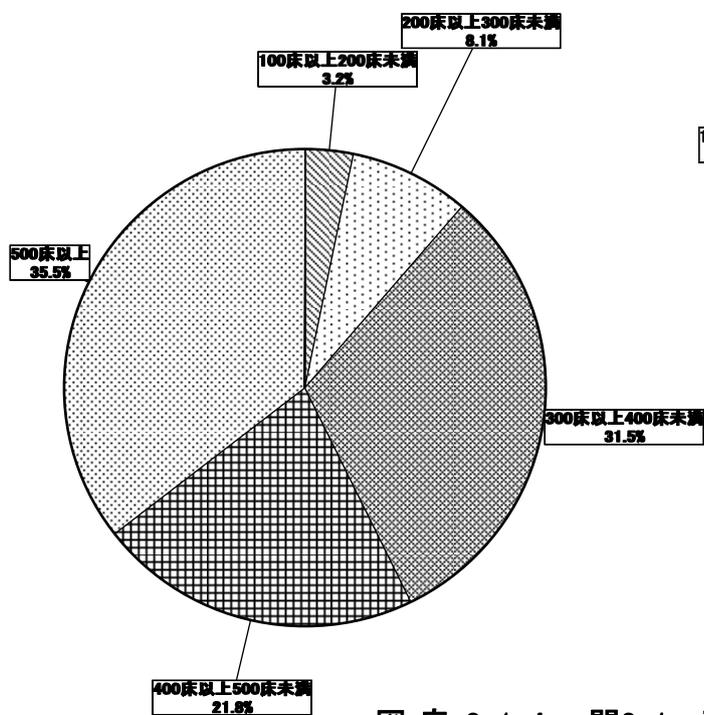


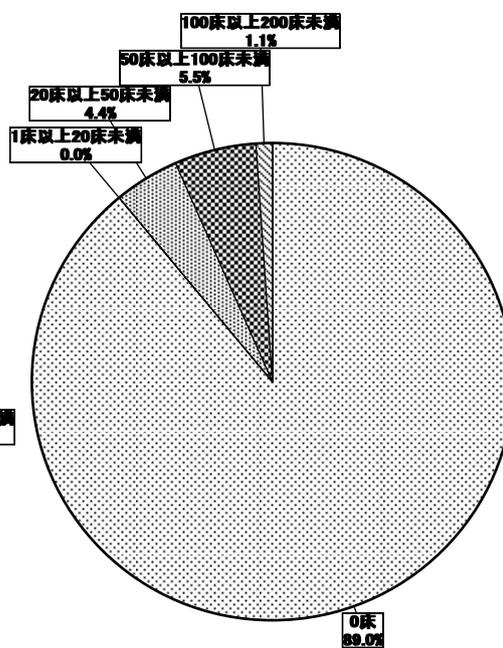
図 病-3-1-1 問3-1 設置主体
(n = 126)



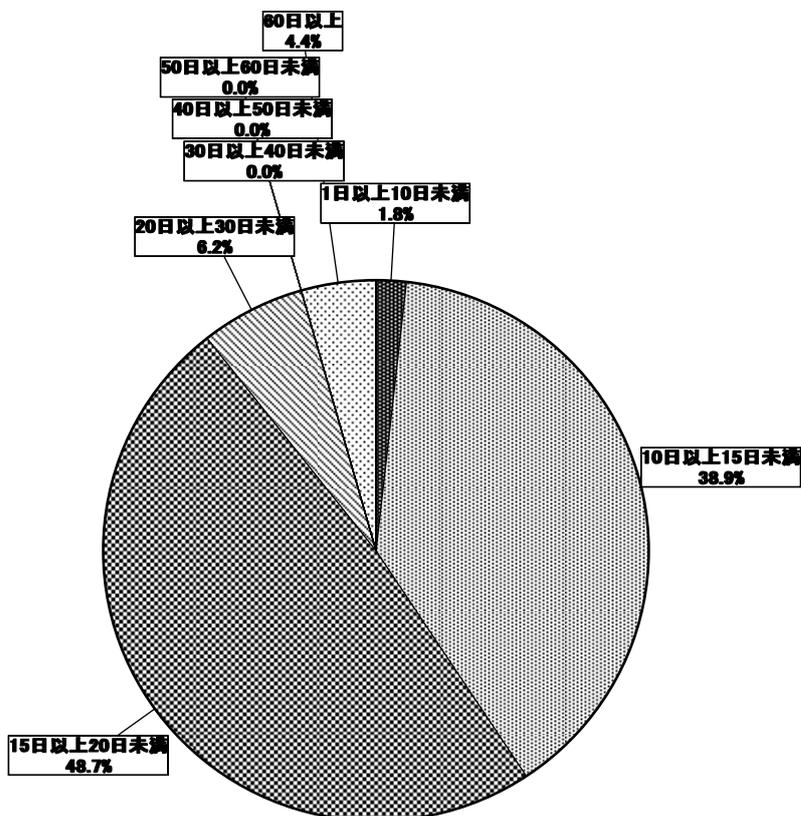
図病-3-1-2 問3-1 病床数
(n = 124, m ± σ = 484.3 ± 232.0)



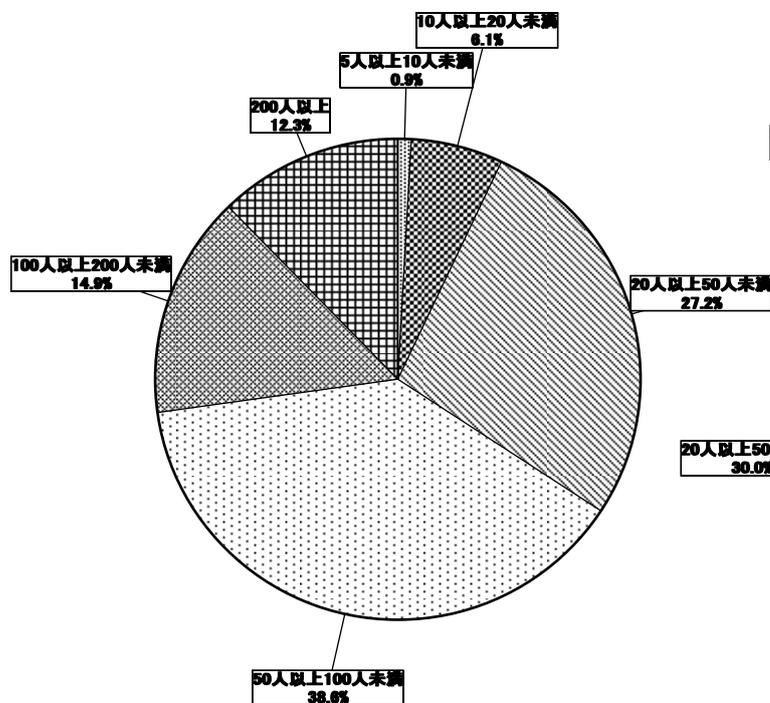
図病-3-1-3 問3-1 療養病床数
(n = 91, m ± σ = 6.2 ± 18.9)



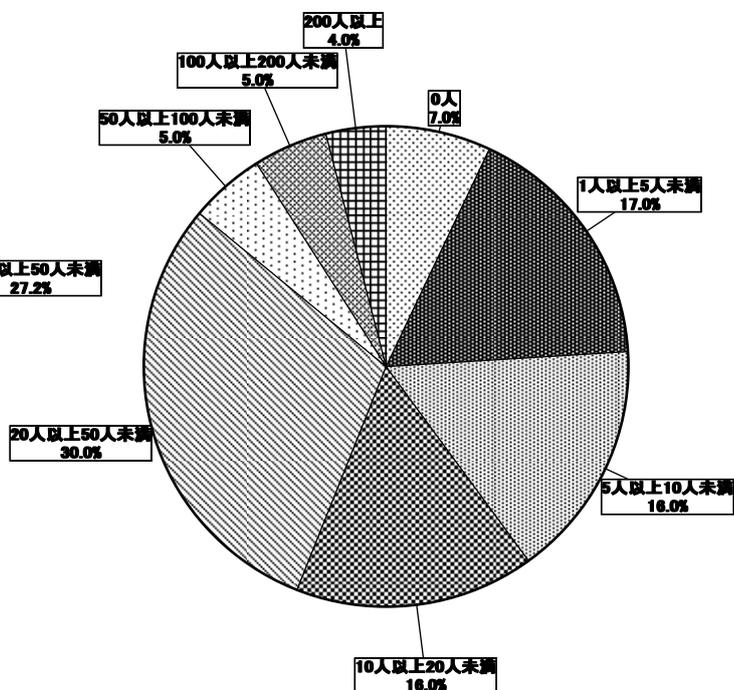
図病-3-1-4 問3-1 平均在院日数
(n = 113, m ± σ = 35.5 ± 115.8)



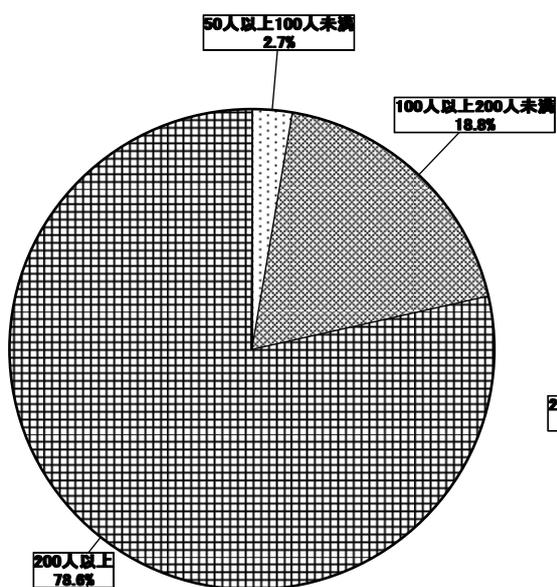
図病-3-1-5 問3-1 医師数(常勤)
(n = 114, m ± σ = 96.7 ± 102.3)



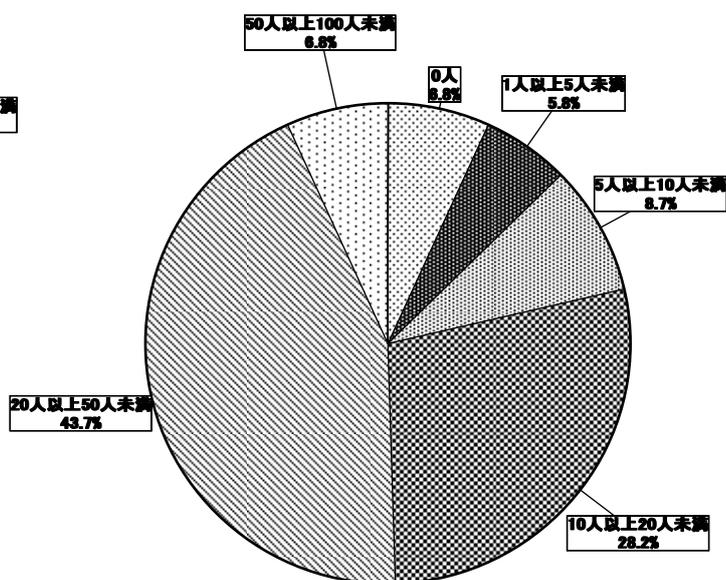
図病-3-1-6 問3-1 医師数(非常勤)
(n = 100, m ± σ = 35.4 ± 62.8)



図病-3-1-7 問3-1 看護師数(常勤)
(n = 112, m ± σ = 338.3 ± 202.5)

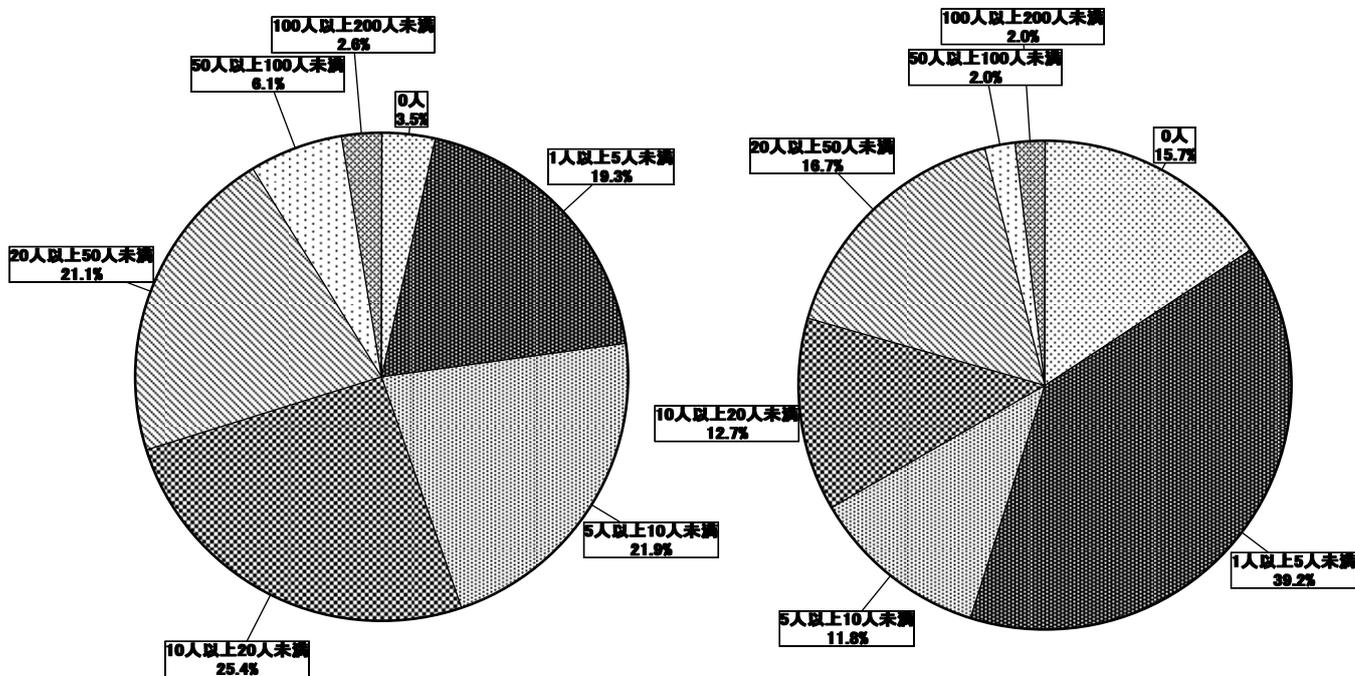


図病-3-1-8 問3-1 看護師数(非常勤)
(n = 103, m ± σ = 23.0 ± 17.5)

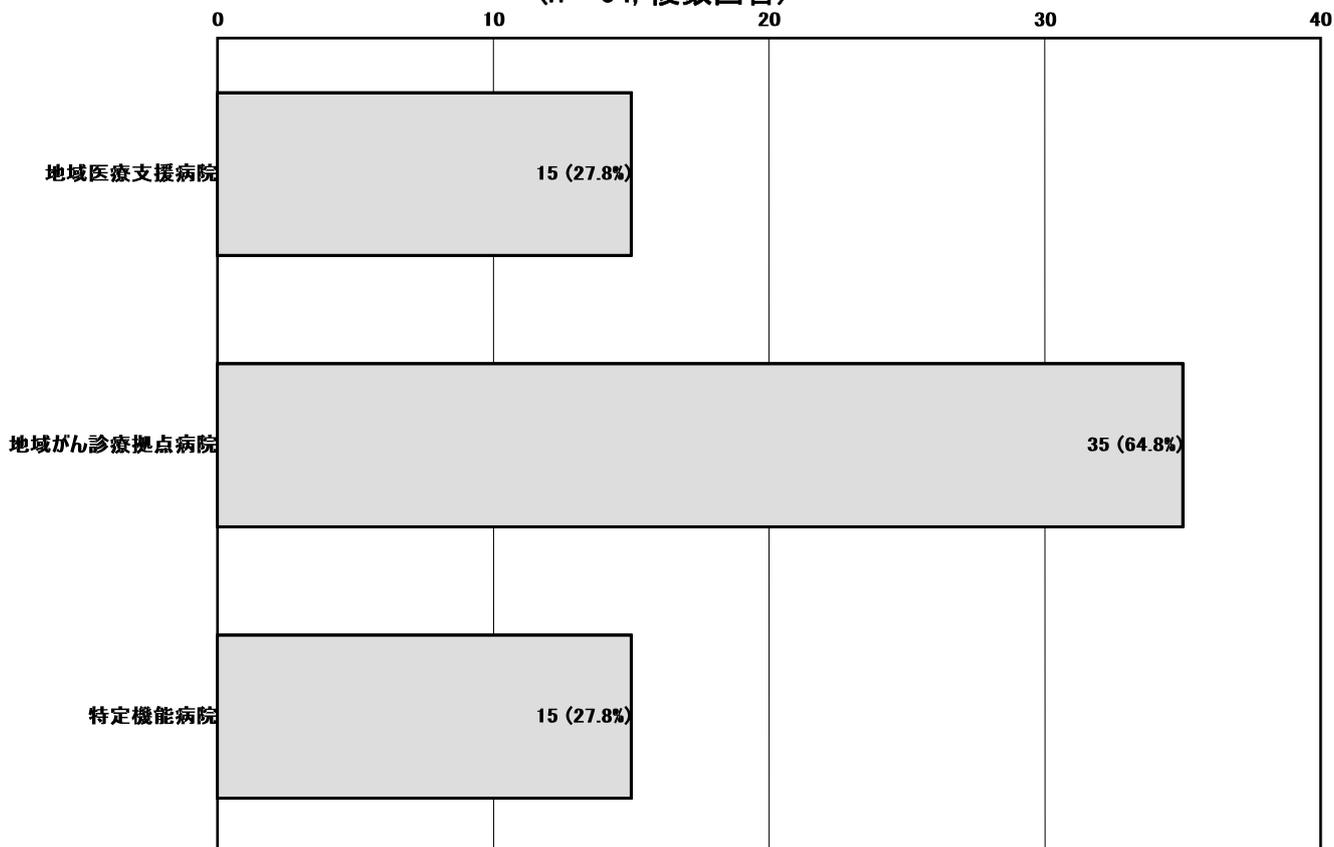


図病-3-1-9 問3-1 初期研修医数
(n = 114, m ± σ = 18.6 ± 25.5)

図病-3-1-10 問3-1 後期研修医数
(n = 102, m ± σ = 12.0 ± 21.0)



図病-3-1-11 問3-1 施設種別
(n = 54, 複数回答)



**地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と
人材養成戦略に関する研究事業
事業実績報告書**

平成19年4月10日

平成18年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)
老第1211001号

主任研究者 川島 孝一郎

仙台往診クリニック
東北大学大学院医療管理学分野

〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院二丁目1番7号

Tel: 022-212-8501

Fax: 022-212-8533
