

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

## 事業実績報告書

平成17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0124001号

主任研究者 川島 孝一郎

平成18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) 先行する調査研究 .....	5
(3) 診療報酬改訂がもたらす新たな問題点 .....	20
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 .....	25
(2) 調査 .....	26
(3) 事業実施の委託 .....	26
第3章 事業結果	
(1) 回収結果 .....	27
(2) 集計結果 .....	27
(3) 分析 .....	36
(4) 結語 .....	39
第4章 総括	
(1) はじめに .....	43
(2) 在宅療養支援診療所（仮称）創設の時期 .....	45
(3) 本研究調査の母集団に関する検討 .....	45
(4) 在宅療養支援診療所の周知 .....	47
(5) 居宅における看取り .....	47
(6) 日本的特性と在宅療養支援診療所（仮称） .....	49
(7) おわりに .....	50
第5章 資料編	
(1) 全施設 .....	59
(2) 診療所 .....	95
(3) 診療所 - 6都府県 .....	131
(4) 診療所 - 学会名簿・文献 .....	165
(5) 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市 .....	199
(6) 診療所 - 学会名簿・文献 - 地方 .....	233
(7) 自由記載 .....	267
(8) 調査票 .....	427
(9) 参考資料 .....	439

## 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) 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 カ所に対し、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) 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]点、訪問介護 66.3[68.2]点、ショートステイ 34.0[33.3]点、訪問入浴 82.3[82.0]点であり、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) 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

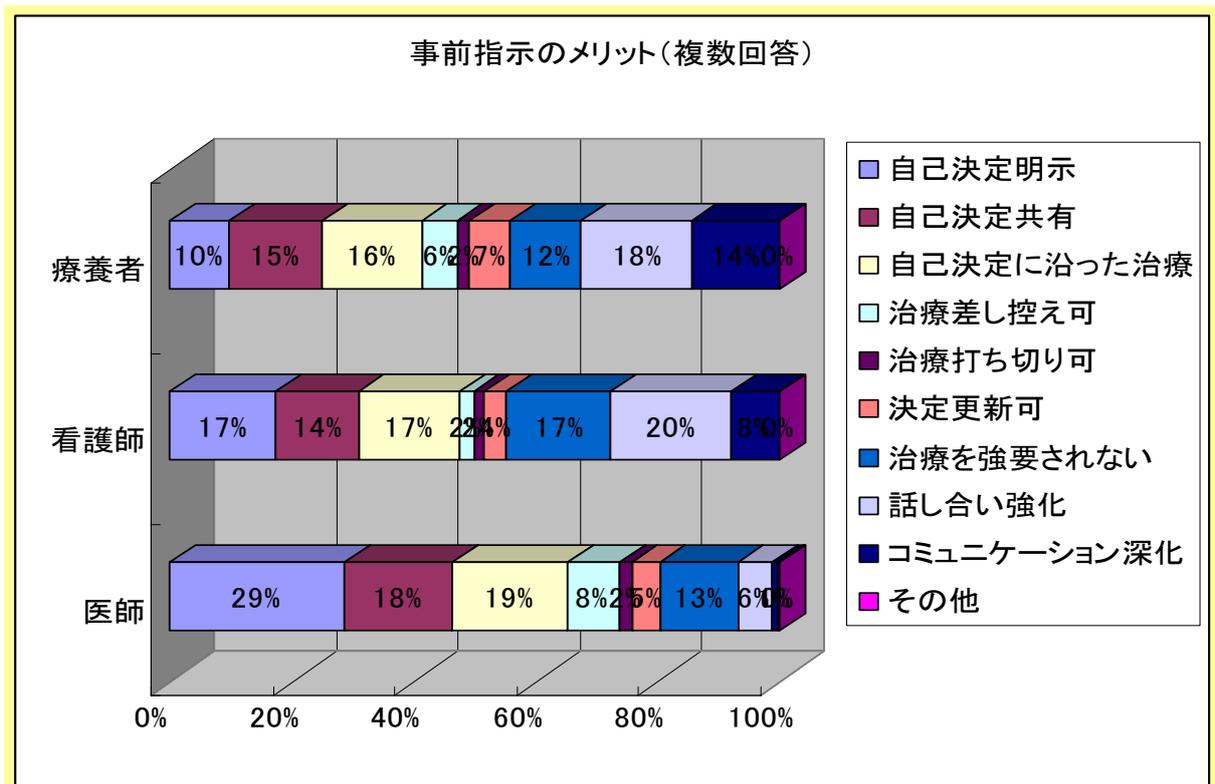
ために話し合いがなされる」18%、「本人の希望に添って治療が進められる」16%、「自己決定の内容が共有される」15%、「本人、家族、医療者のコミュニケーションが良くなる」14%、「望まない治療を強要されない」12%の順である。看護職（n=305）、医師（n=265）回答ともほぼ同様である。

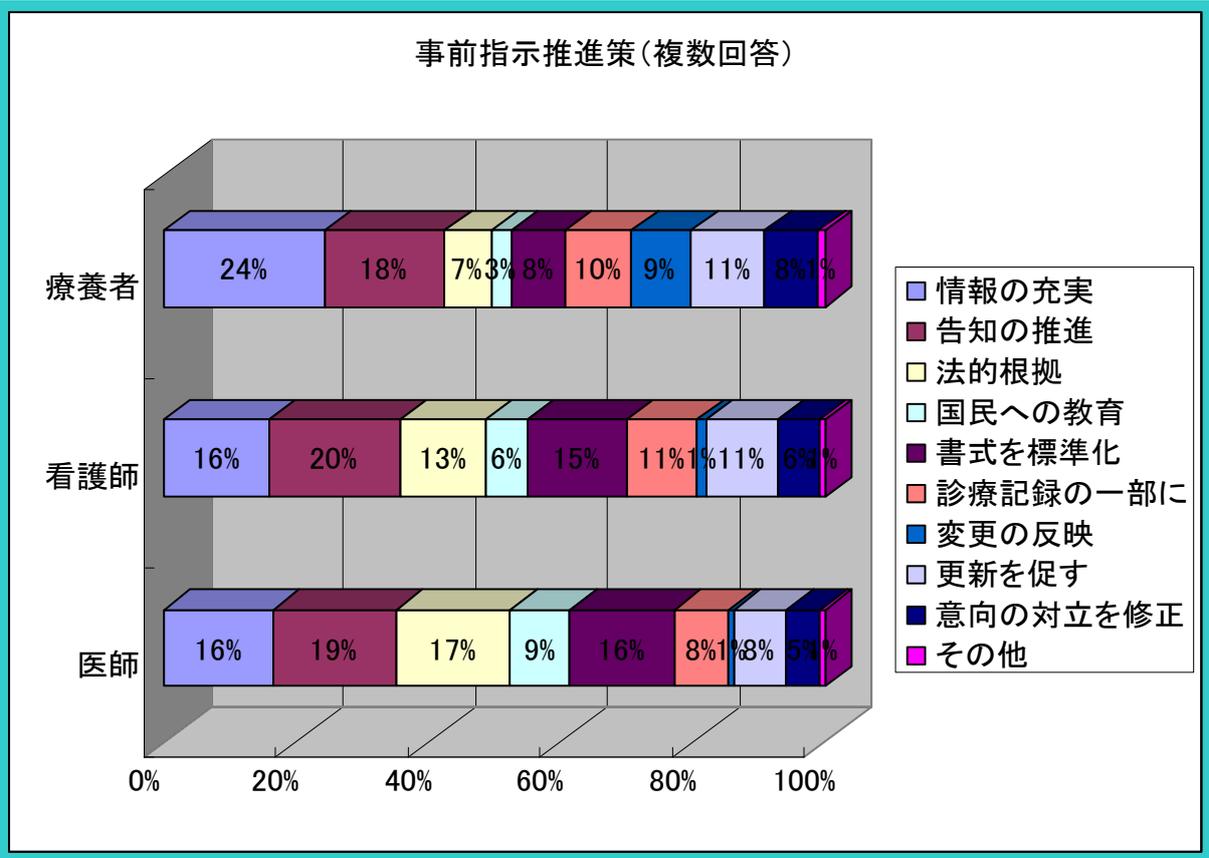
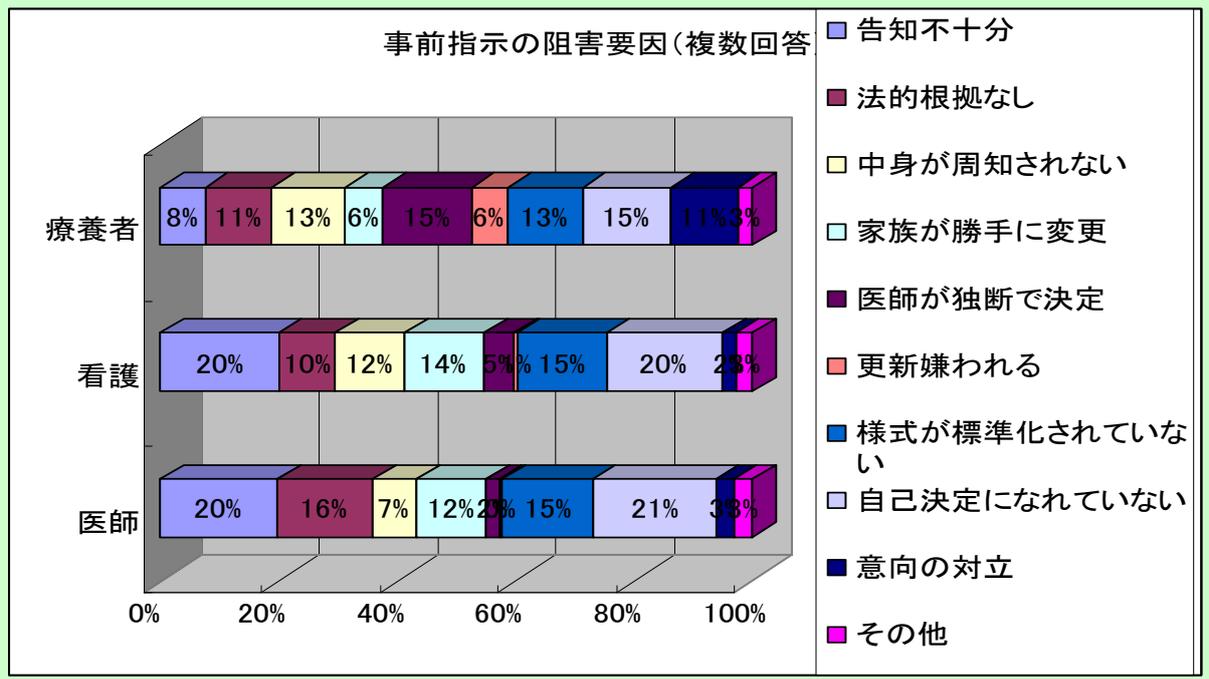
②事前指示が普及しない阻害要因（複数回答）は、患者回答では「医師のみが治療方針を決める場合がある」、「自己決定になれていない」、「決定内容が周知されない」、「書式が標準化されていない」、「法的根拠がない」の順であるが、医師では、「法的根拠がない」ことを問題視する傾向が見られた。

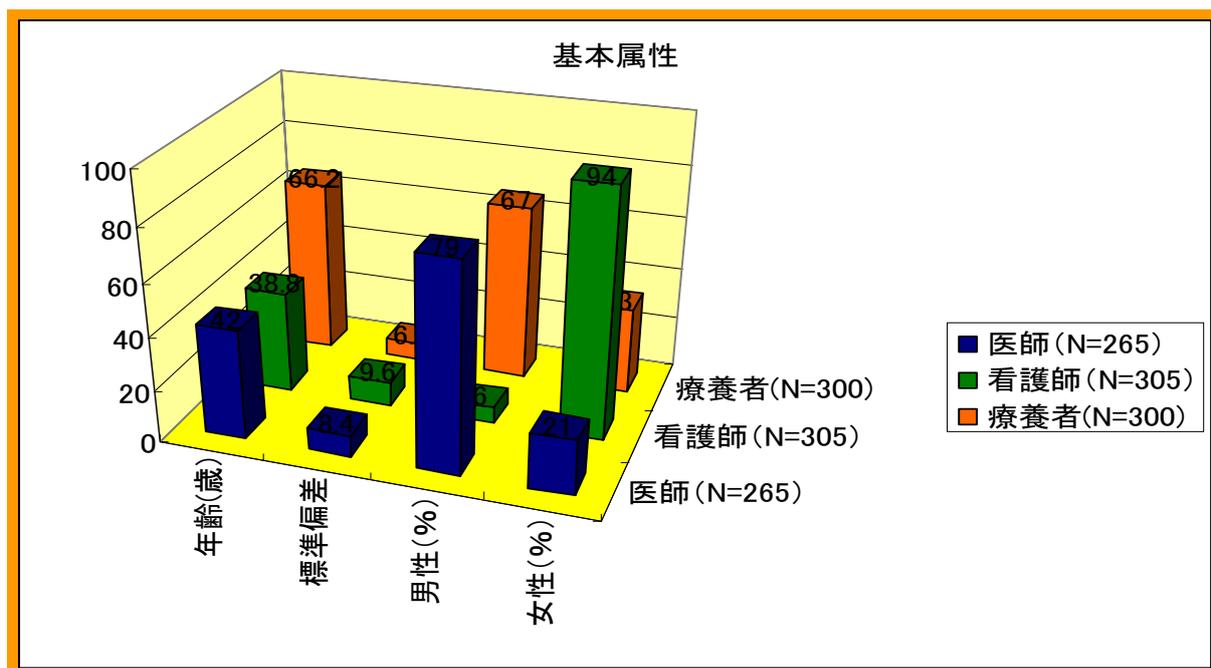
③事前指示普及の方策について（複数回答）は、患者回答では「情報を充実させる」24%、「告知を推進する」18%、「内容更新、書き換えを確認する」11%の順であるが、医師は、「告知を推進する」19%について「法的根拠」17%を重要視している。

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。

## (2) 先行する調査研究

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. 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) 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) 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。

#### 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。

#### 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。

## (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。

## 2. 結果

### (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）。

### (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。

### (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。

### (4) 終末期ケア、特養内死亡への対応体制

入所者が施設内で亡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は約7割は「原則的に受け入れる」としている（図表6）。

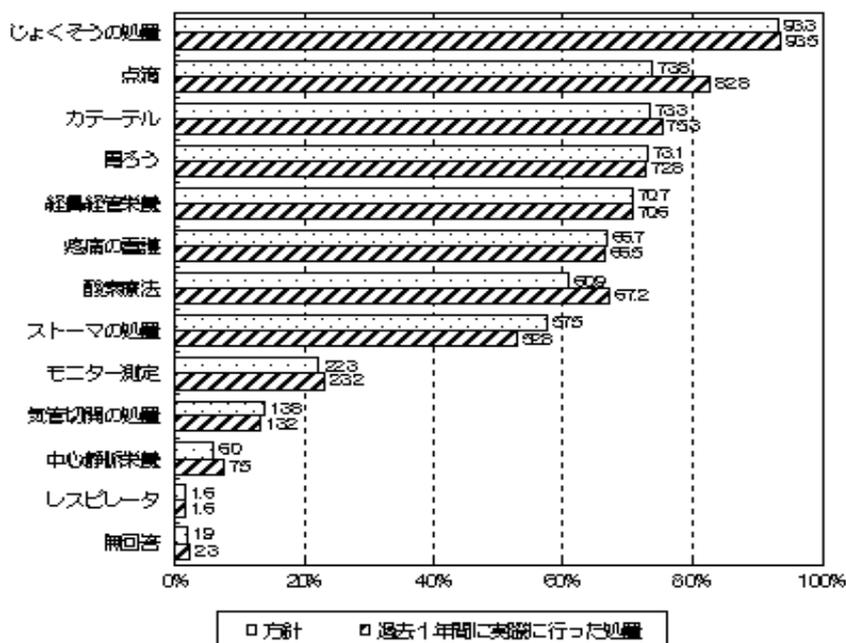
図表 2 調査対象施設の概要

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%	

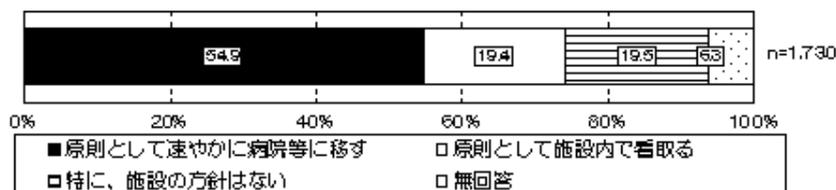
図表 3 退所者の状況

		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%

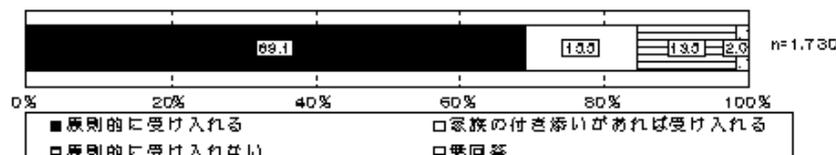
図表 4 施設内医療の実施状況



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。同じ設間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。

### (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%

#### (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。この中央値で二分して、

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。

#### （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1位であったが、病院等では、肺炎が第1位であった（図表8）。

#### （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。

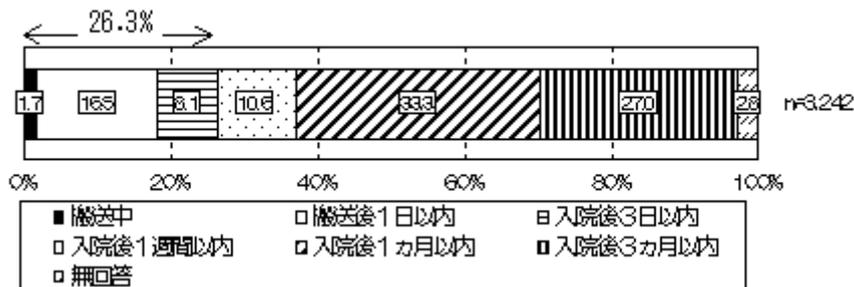
#### （9）病院で死亡した場合の搬送や入院の状況

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



### (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）。

### (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。

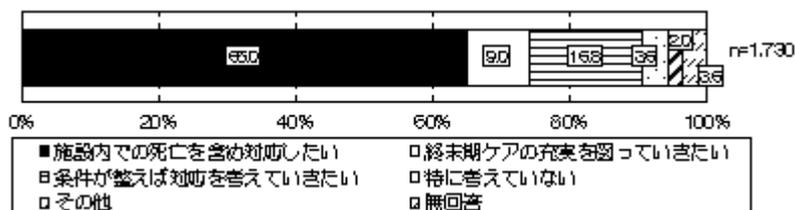
終末期の迎え方については、本人の意思を尊重したいという意見が多かった。しかし、家族は本人の意思を確認することが出来ず、その役割を施設側に期待している意見も多かった。

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

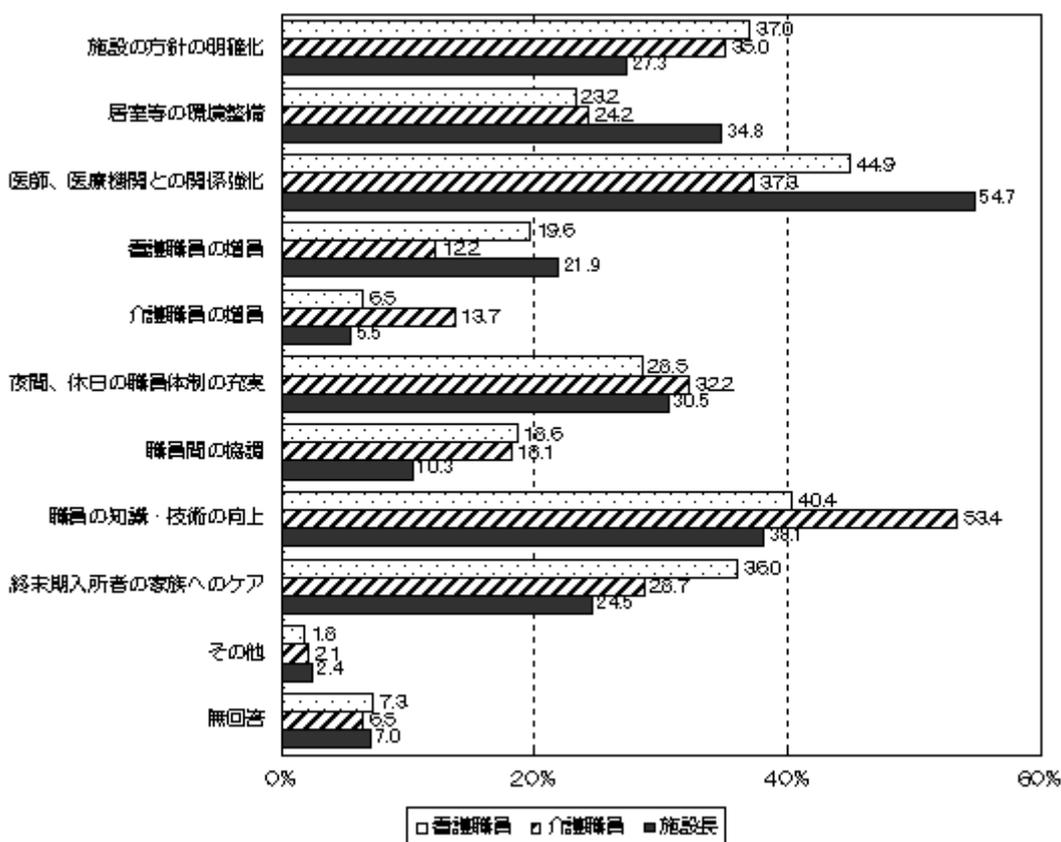
思も十分に把握できていない様子が見られた。

最終的には、主介護者である家族に判断が委ねられることが多いが、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。

### (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) 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。

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

### (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

### (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・ケアつき住宅）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。

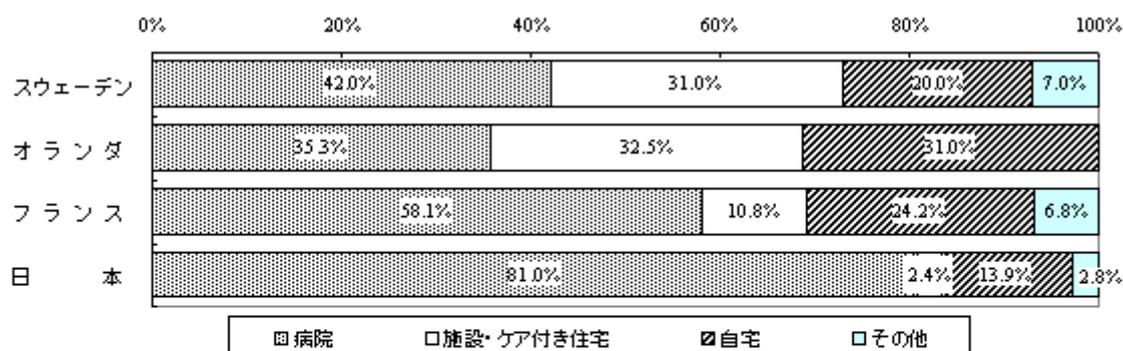
### ④介護施設・ケア付き住宅入所の場合の費用負担

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 Döden 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 ヶ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、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。

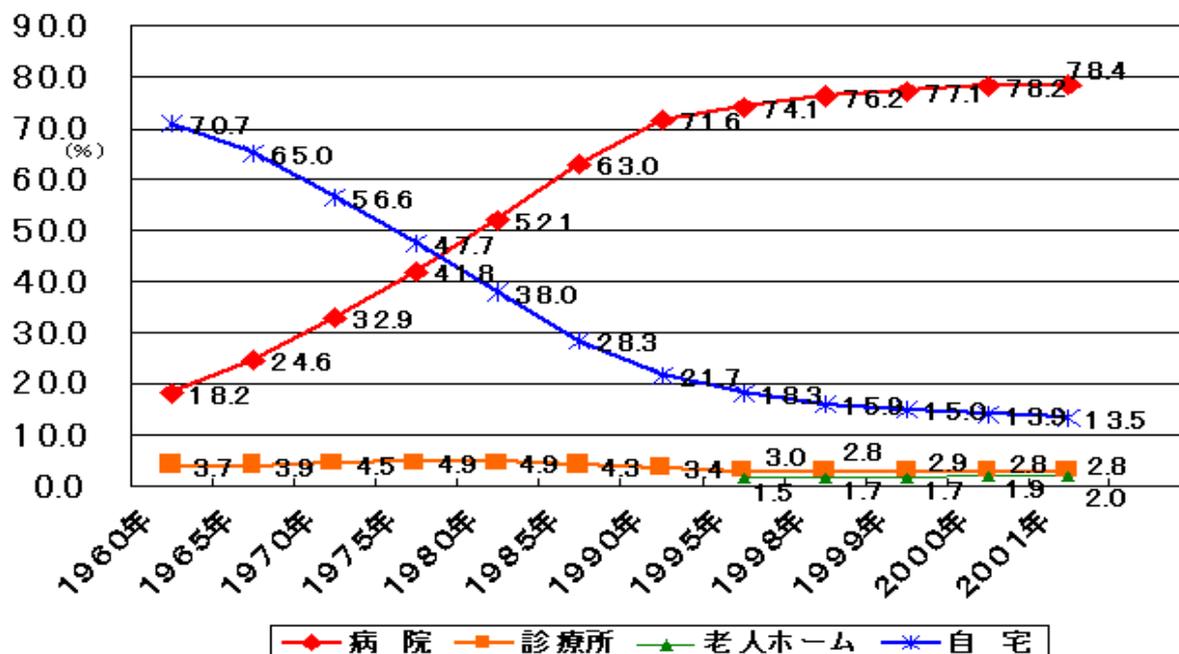
#### ④意思決定の仕組みの違い

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。

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（仮称）を中心とした新たな在宅医療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（仮称）の創設と、その要件等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、リビングウィ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。

### （3）診療報酬改訂がもたらす新たな問題点

#### 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、2 に該当しない 者	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
	<b>【疾患・状態】</b> 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 <b>【医療措置】</b> 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	<b>【疾患・状態】</b> 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 <b>【医療処置】</b> 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 SaO <sub>2</sub> 90%以下）、感染隔離室におけるケア

本年 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) 点 →1,740 点
特殊疾患療養病棟入院料 2 神経難病等患者	1	2	885(or 764) 点 →1,334(or 1,220) 点

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))			

医療保険の療養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. 難病患者リハビリテーションに関する改編

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、今回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」に組み込まれた。

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 日	150 日	90 日	150 日
※ 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。				

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が、算定日数の上限が定められているため、打ち切りの可能性も出てくると思われる。

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。



## 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  
小坂 円 国立感染症研究所 客員研究員  
川島望美 有限会社ポーの一族 社長  
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  
長澤治夫 県立宮城大学看護学部 教授  
橋本禎子 有限会社ゆいまる 社長  
李 光子 伊庭調剤薬局 薬局長

#### 【事務局】

伊藤裕子 仙台往診クリニック  
村上温子 仙台往診クリニック

#### 【会議開催日・出席者数】

第1回	平成17年8月5日(金)	出席者	7名
第2回	平成17年8月18日(木)	出席者	5名
第3回	平成17年8月31日(水)	出席者	7名
第4回	平成17年9月2日(金)	出席者	5名
第5回	平成17年9月8日(木)	出席者	9名
第6回	平成17年9月12日(月)	出席者	8名
第7回	平成17年9月24日(土)	出席者	6名
第8回	平成17年10月3日(月)	出席者	6名
第9回	平成17年10月12日(水)	出席者	6名
第10回	平成17年10月20日(木)	出席者	7名
第11回	平成17年11月7日(月)	出席者	10名
第12回	平成17年11月9日(水)	出席者	4名
第13回	平成17年11月14日(月)	出席者	9名
第14回	平成17年12月14日(水)	出席者	6名
第15回	平成18年1月12日(木)	出席者	6名
第16回	平成18年1月18日(水)	出席者	6名
第17回	平成18年1月23日(月)	出席者	6名
第18回	平成18年1月25日(水)	出席者	6名
第19回	平成18年1月26日(木)	出席者	6名
第20回	平成18年2月25日(土)	出席者	6名
第21回	平成18年3月3日(金)	出席者	6名
第22回	平成18年3月9日(木)	出席者	6名
第23回	平成18年3月16日(木)	出席者	6名
第24回	平成18年3月23日(木)	出席者	6名

第 25 回 平成 18 年 3 月 30 日 (木) 出席者 6 名

## (2) 調査

【調査対象地区】 全国

【調査対象者】 在宅医療を実施している医師

【抽出方法】

『日本在宅医学会会員名簿』、『NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク会員名簿』、WAM NET (URL : <http://www.wam.go.jp/>)、その他 web サイトから抽出

【調査対象者数】

全国で在宅医療を実施している 4,173 件の病院・診療所に、調査票を発送した。506 件回収、そのうち有効回答は 494 件であった。

【調査内容】

在宅訪問医療を積極的に実施している全国医療機関(病院・診療所)に在宅療養支援診療所(仮称)についての調査を実施した。

【調査実施期間】 平成 18 年 2 月～平成 18 年 3 月

【調査結果の活用方法】

本年 4 月以降、実際に在宅療養支援診療所として新たな在宅医療に取り組む施設に対し、制度上、経営上の諸問題について調査を実施、新制度の検証に資する提言を行う。  
さらに、在宅療養支援診療所を中心とした、新たな在宅医療に取り組む人材養成の長期・短期プログラムについて検討する。

## (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

### 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調査

#### (1) 回収結果

全国4,173件の病院・診療所に調査票を発送した。そのうち506施設から回答が寄せられ、そのうち494件を有効回答とした（有効回答回収率11.8%）。

#### (2) 集計結果

##### 【調査・回答施設の特徴】

発送先4,173件の内訳は、以下の通りである。

- ・6都府県（東京都、大阪府、宮城県、香川県、福岡県、大分県）の公的ウェブサイトから得られた、何らかの在宅医療を行う病院・診療所 ……………3,009件
- ・学会名簿・文献から得られた、積極的に在宅医療を行っていると推察される病院・診療所 ……………1,164件  
（日本在宅医学会会員名簿／NPO在宅ケアを支える市民診療所全国ネットワーク会員名簿より893件、『在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本』より271件）

“6都府県”と“学会名簿・『～わかる本』”では調査票の色が異なっており、回収時点で、どちらの発送先名簿であったかを判別できるようにしてある。前者の“6都府県”の群は、在宅医療への積極度に偏りのない調査対象であり、後者の“学会名簿・『～わかる本』”は、地域に偏りのない調査対象である。

本調査・分析では、(1)全施設、(2)診療所、(3)診療所－6都府県、(4)診療所－学会名簿・文献、(5)診療所－学会名簿・文献－都市（東京都及び政令指定都市を持つ道府県）、(6)診療所－学会名簿・文献－地方（“都市”以外）の、4段階6種類の群でグラフを作成している（各回収数は表1を参照）。

##### 【解析方法】

件数・統計的数値を集計したほか、日本電子計算株式会社“Word Miner”によって、頻出語句の集計を行った。なお、問いによらず用いられる「医療」「問題」などの一般的な語句は除いている。

##### 【在宅療養支援診療所（仮称）の要件について】

#### 問1. 保険医療機関たる診療所であること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは74.4%、「概ね妥当」21.1%、「妥当でない」2.6%であった。「わからない」と答えたのは1.8%であった（図1-1）。診療所のみでの回答では、「全く妥当」75.4%、「概ね妥当」20.8%であった（図2-1）。

「妥当でない」理由として、

○在宅療養をサポートする機能があれば病院でもかまわないと思う

○多くの診療所は医師1名であり、この人数では機能できない また看護師も24hr体制の確保は困難である  
などがあった。

**問2. 医療機関は地方社会保険事務局に申請をおこない、「在宅療養支援診療所(仮称)」としての認可をうけること**

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは47.3%、「概ね妥当」38.7%、「妥当でない」7.7%であった。「わからない」と答えたのは6.3%であった(図1-2)。診療所のみでの回答では、「全く妥当」45.4%、「概ね妥当」38.8%であった(図2-2)。

「妥当でない」理由として、

- 診療所は何時でも在宅支援診療所であるから
- 在宅医療を一定の資格や届出するものにするべきでない
- 社会保険事務局は本来医療機関の質を判断する能力は与えられておらず、認可する立場ではない為、届出を行う事で十分と思う

などがあった。

**問3. 在宅療養支援診療所(仮称)は、定期的な認定更新を必要とする**

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは32.6%、「概ね妥当」48.5%、「妥当でない」13.0%であった。「わからない」と答えたのは5.9%であった(図1-3)。診療所のみでの回答では、「全く妥当」32.0%、「概ね妥当」48.0%であった(図2-3)。

「妥当でない」理由として、

- 事務作業の増加
- 在宅を推進するために在宅医療を行っている全ての医療機関を認めるべきと考える。将来の診療制限を危惧する

などがあった。

**問4. 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護師等を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していること**

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは55.7%、「概ね妥当」37.6%、「妥当でない」4.7%であった。「わからない」と答えたのは2.0%であった(図1-4)。診療所のみでの回答では、「全く妥当」55.5%、「概ね妥当」37.7%であった(図2-4)。

「妥当でない」理由として、

- 当該診療所は24時間連絡を受けるようにするのは必要ですが、職員の個人連絡先を文書で患者に提供するのはどうかと思います
- クリニックとしての連絡先を提供すれば充分である

などがあった。

**問5. 当該診療所内において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、患者の求めに応じて24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること**

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは43.3%、「概ね妥当」40.2%、「妥当でない」13.5%であった。「わからない」と答えたのは3.1%であった(図1-5)。診療所のみでの回答では、「全く妥当」42.2%、「概ね妥当」41.2%であった(図2-5)。

「妥当でない」理由として、

- 担当日については在宅医としての性格上、または開業医としての会議等、夜間の都合に

変化が多いので、臨機応変に担当交代することも予想されるため  
○夜間、休日の担当はかなり変更することが多いと思われる  
などがあった。

問 6. 当該診療所内において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護師との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護師の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは 40.3%、「概ね妥当」42.4%、「妥当でない」13.4%であった。「わからない」と答えたのは 3.9%であった（図 1-6）。診療所のみ回答では、「全く妥当」39.3%、「概ね妥当」42.7%であった（図 2-6）。

「妥当でない」理由として、

- 訪問看護ステーション等 24 時間提供可能な所がない、又は実際には行かない
- 訪看は医師の指示でいくのであるので医師に連絡がつくようになっていけば良いのではと思われる。医師から看ご師に連絡する

などがあった。

問 7. 当該診療所内において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは 44.7%、「概ね妥当」44.4%、「妥当でない」8.4%であった。「わからない」と答えたのは 2.5%であった（図 1-7）。診療所のみ回答では、「全く妥当」43.2%、「概ね妥当」45.0%であった（図 2-7）。

「妥当でない」理由として、

- 緊急入院時は当連携病院のベット確保に難があり、その時点で受入れ病院を探すことが殆んどある。患者の病状でも対応病院が変わることあり。
- 緊急入院は緊急入院であり緊急の救急体制を確保するのは診療所の役目ではない。当該の在宅療養とは診療所レベルでのサービスであり新たに緊急入院の体制を設置する意味はない

などがあった。

問 8. 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは 46.6%、「概ね妥当」45.2%、「妥当でない」5.5%であった。「わからない」と答えたのは 2.7%であった（図 1-8）。診療所のみ回答では、「全く妥当」45.5%、「概ね妥当」46.3%であった（図 2-8）。

「妥当でない」理由として、

- ケアマネの質が低すぎ、連携するに値しない
- ケアマネージャーとの連携の有無を条件にするのはどうかと思う あくまで医療行為を中心に考えるべき

などがあった。

問 9. 当該診療所における在宅看取り数を報告すること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは 27.6%、「概ね妥当」44.5%、「妥当でない」20.0%であった。「わからない」と答えたのは 7.8%であった（図 1-9）。診療所のみ回答では、「全く妥当」26.0%、「概ね妥当」43.6%であった（図 2-9）。

「妥当でない」理由として、

- 地域性がある 最後の1~2週間は病院を望む患者さんは多い
- 数十年前には在宅での死はあたり前のことであり、特別なことではないので報告する必要はないと思います
- 在宅で看取る数が多いことと在宅医療をしっかりとした体制で行うのとは別問題である

などがあった。

#### 問 10. 緊急往診の実績報告を定期的に行うこと

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは19.6%、「概ね妥当」46.8%、「妥当でない」25.4%であった。「わからない」と答えたのは8.2%であった(図1-10)。診療所のみ回答では、「全く妥当」17.2%、「概ね妥当」46.8%であった(図2-10)。

「妥当でない」理由として、

- レセプトを見るとわかることを2重に報告することはないと思います
- 緊急往診をできるだけ少なくするため在宅医療では色々と工夫をしています。したがって実績報告に意味がない。

などがあった。

#### 問 11. その他加えるべき要件について

その他加えるべき要件として、

- 在宅療養計画書を作成し、全例ではなく1~2例提出する義務を課してもよいのではないだろうか
- 患者が入院中に在宅でのプランを検討。退院時共同指導を必須とする
- 逆紹介が、公平に行なわれる医療、介護機関であることが、絶対的な前提条件ではないだろうか。

などがあった。また、

- 最初はあまり厳しく制限しないで制度を開始した方がよいのではないか
- 「在宅医療」を推進する立場からは要件は少いがよい また、政策的に診療報酬のみを操作して欲しくない。安い負担で高度の医療を支援したい
- もっとしばりをなくさないと出来ない

などの意見もあった。

#### 【退院指導料、退院時共同指導料等について】

#### 問 12. 在宅療養支援診療所(仮称)の医師や訪問看護を行う看護師等の多職種が協働して行う、入院患者に対する退院後の療養上必要と考えられる指導について、評価を引き上げること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは43.1%、「概ね妥当」43.1%、「妥当でない」5.0%であった。「わからない」と答えたのは8.8%であった(図1-12)。診療所のみ回答では、「全く妥当」41.1%、「概ね妥当」44.8%であった(図2-12)。

「妥当でない」理由として、

- 医師が出席することは時間的に困難で情報提供書で代用できるようにすべき
- 病院側が必要性を認識しなければ共同指導が行われたい。病院に対しては減点方式が妥当。

などがあった。

## 【在宅療養の対象となる「通院困難な患者」の定義について】

### 問 13. 「通院困難な患者」の患者像について

回答には、交通機関が整備されておらずタクシーなど高額の方法を用いなければならない地域の例、また、認知症などにより本人が診察を受けることを拒否する例が多く挙げられた。また、症状は軽くとも長時間の電車通院・順番待ちで状態を悪化させることもあることや、待合室で感冒等に感染するリスクについても指摘があり、例え通院が困難でなくとも、医療の観点から見てそれがベストとは限らないとする意見があった。

頻出語句としては、「障害」54件(57回)、「疾患」43件(44回)、「認知症」58件(60回)、「精神」34件(30回)、「末期」27件(28回)、「社会」92件(96回)、「経済」82件(85回)、「歩行」58件(69回)、「交通」32件(32回)、「介護」81件(86回)、「介助」68件(69回)、「独居」35件(39回)、「判断」62件(79回)などがあった。

## 【在宅患者訪問診療料におけるターミナルケアに係る評価について】

### 問 14. 死亡何日前に何回以上の訪問診療をターミナルケアの算定要件とするか

全施設の平均では、16.1±26.8日、4.6±7.3回、即ち、約2週間以内に約5回であった(図1-14)。診療所のみでの回答では16.7±28.9日、4.8±8.0回であった(図2-14)。

## 【在宅患者訪問看護・指導料及び

### 訪問看護療養費におけるターミナルケアに係る評価について】

### 問 15. 死亡何日前に何回以上の訪問看護をターミナルケアの算定要件とするか

全施設の平均では、15.7±21.7日、5.4±7.0回、即ち、こちらも約2週間以内に約5回であった(図1-15)。診療所のみでの回答では16.2±23.3日、5.6±7.6回であった(図2-15)。

## 【自宅以外の多様な居住の場における悪性腫瘍のターミナルケアについて】

問 16. 末期の悪性腫瘍の患者については、介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者であっても、在宅療養支援診療所(仮称)に係る医師が訪問診療を行う場合には、在宅患者訪問診療料を算定できること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは52.5%、「概ね妥当」36.4%、「妥当でない」8.1%であった。「わからない」と答えたのは3.1%であった(図1-16)。診療所のみでの回答では、「全く妥当」50.8%、「概ね妥当」37.2%であった(図2-16)。

「妥当でない」理由として、

○コストがかかりすぎる(医療費の面で)→医療・介護の両方にコスト生じる

○在宅療養支援診療所の規定が厳しい為、仲々認定されない。支援診療所以外の医師の訪問も認めるべき

などがあった。

問 17. 末期の悪性腫瘍の患者については、特別養護老人ホームの入所者であっても、在宅療養支援診療所(仮称)に係る医師が訪問診療を行う場合やその指示に基づき訪問看護等を行う場合には、在宅患者訪問診療料及び在宅患者訪問看護・指導料等又は訪問看護療養費を算定できること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは48.7%、「概ね妥当」38.3%、「妥当でない」8.3%

であった。「わからない」と答えたのは4.8%であった（図1-17）。診療所のみでの回答では、「全く妥当」47.2%、「概ね妥当」38.5%であった（図2-17）。

「妥当でない」理由として、

- 経営上、悪質に上記システムを利用する商業ベースの施設の増加を危惧します
- 特養は施設であって在宅ではない

などがあった。

#### 問18. 末期の悪性腫瘍のターミナルケアに限定されていることについて

問16、問17の設問について、評価の対象が末期の悪性腫瘍のターミナルケアに限定されていることについては、

- 看取りとしてはどんな疾患でも同じなので悪性腫瘍に限るのはおかしい。
- 末期の悪性腫瘍のターミナルケアのみならず全般で良いと思われませんが、基本的にはその様な場合は医療の出来る場にもどるべきと思われます。
- まず末期悪性腫瘍からはじめるのは妥当と思います
- “末期”の考え方に差があると思います。それによって期間、状態に大きな差が生じる
- パーキンソン病などの難病の末期で医療を必要とされる方も対象に含めた方がよいと思います
- 将来は難病→一般の病気と広げるべきであるが導入としてはok
- 他の疾患と違い確実な死が予定されている点で妥当性が高い。その他の疾患の場合はあいまい性が残る場合がある

などがあった。

頻出語句としては、「限定」60件（63回）、「慢性」11件（11回）、「難病」27件（27回）、「腫瘍」109件（116回）、「末期」90件（97回）、「老衰」17件（17回）、「死」23件（23回）、「すべて」15件（15回）、「必要」53件（57回）などがあった。

#### 【在宅末期医療総合診療料について】

#### 問19. 在宅末期医療総合診療料について、在宅療養支援診療所(仮称)の関与を要件として、在宅医療と入院医療とが混在した場合にも算定できる取扱いとすること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは45.7%、「概ね妥当」40.0%、「妥当でない」4.6%であった。「わからない」と答えたのは9.7%であった（図1-19）。診療所のみでの回答では、「全く妥当」46.1%、「概ね妥当」39.8%であった（図2-19）。

「妥当でない」理由として、

- 入院へはしってしまう（入院施設をかねるところ）危険性が高い。
- この問題は、在宅療養支援診療所に限定する必要はない。今までの、24時間連携加算診療所でも充分できると思われる。

などがあった。

#### 【文書等で事前指示を徴することについて】

#### 問20. 在宅で最期を迎える希望について、文書等で患者・家族より事前指示を徴すること

全施設の回答では、「全く妥当」と答えたのは25.3%、「概ね妥当」55.6%、「妥当でない」9.8%であった。「わからない」と答えたのは9.3%であった（図1-20）。診療所のみでの回答では、「全く妥当」23.7%、「概ね妥当」56.8%であった（図2-20）。

「妥当でない」理由として、

- わざわざ文書を徴する必要はないと思う。患者・家族の気持ちはその時々で変化することも多いため。患者・家族とコミュニケーションがとれていれば充分なはず。
- 在宅で最期を迎える時、最も大切なのは医師と本人家族との信頼感であり、事前文書など有ってはならないものです。
- 最期を自宅で迎えることを直接家族に質問することが難しい場合もあり、全てにおいて可能とは限らない  
などがあった。

#### 問 21. 事前指示のメリットとして重要なもの（3つまで）

全施設の回答では、「本人の自己決定が明示される」が最も多く、50.8%が選択した。ついで「本人が望まない治療を強要されない」46.6%、「本人の自己決定を共有できる」37.5%であった。（図 1-21）。診療所のみの回答では、「本人の自己決定が明示される」51.1%、「本人が望まない治療を強要されない」46.8%、「本人の自己決定に沿って治療が進められる」39.0%であった。（図 2-21）。

上位3 選択肢の全体に占める割合であるが、全施設（n=466）では、「本人の自己決定が明示される」17.8%、「本人が望まない治療を強要されない」16.4%、「本人の自己決定を共有できる」13.2%である（図 1）。

#### 問 22. 事前指示が普及しない阻害要因として重要なもの（3つまで）

全施設の回答では、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知が行われていない」が最も多く、58.2%が選択した。ついで「事前指示の前提としての自己決定に患者がなれていない」53.9%、「事前指示が尊重されず、家族が治療方針を変更してしまう場合がある」37.8%であった。（図 1-22）。診療所のみの回答では、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知が行われていない」57.0%、「事前指示の前提としての自己決定に患者がなれていない」52.8%、「事前指示が尊重されず、家族が治療方針を変更してしまう場合がある」37.7%であった。（図 2-22）。

上位3 選択肢の全体に占める割合であるが、全施設（n=466）では、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知が行われていない」22.0%、「事前指示の前提としての自己決定に患者がなれていない」20.4%、「事前指示が尊重されず、家族が治療方針を変更してしまう場合がある」14.3%である（図 2）。

#### 問 23. 事前指示を普及させる方策として重要なもの（3つまで）

全施設の回答では、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知を推進する」が最も多く、48.8%が選択した。ついで「事前指示の前提としての自己決定についての教育を充実させる」48.6%、「事前指示の書式を標準化する」40.8%であった。（図 1-23）。診療所のみの回答では、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知を推進する」50.7%、「事前指示の前提としての自己決定についての教育を充実させる」48.5%、「事前指示の書式を標準化する」41.9%であった。（図 2-23）。

上位3 選択肢の全体に占める割合であるが、全施設（n=466）では、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知を推進する」18.8%、「事前指示の前提としての自己決定についての教育を充実させる」18.7%、「事前指示の書式を標準化する」15.7%である（図 3）。

## 【在宅療養支援診療所（仮称）について、現時点での登録の希望】

### 問 24. 現時点での登録の希望

全施設の回答では、「あり」と答えたのは57.9%、「なし」19.3%、「わからない」22.9%であった（図 1-24）。診療所のみでの回答では、「あり」60.9%、「なし」16.6%、「わからない」22.5%であった（図 2-24）。

「なし」の理由として、

- 診療所の規模が小さいので業務遂行への可能性はない。
- 登録すると規制が多くなりそうなので様子を見てたい。
- 厚労省の考えに同調できない。
- 患者負担が増える可能性があり、介護する（家族）の負担について何も配慮されていないため

などがあった。

## 【障害者自立支援法の重度障害者等包括支援の対象となる療養者・障害者像について】

### 問 25. 重度の療養者・障害者像

常時介護が必要な者という回答が多かった。具体的には、ALS 等難病、脳性麻痺、脊髄損傷による四肢の麻痺、精神疾患、人工呼吸器使用などがあった。

頻出語句としては、「脳」50件（51回）、「神経」27件（27回）、「麻痺（もしくはマヒ）」27件（28回）、「精神」26件（27回）、「寝た（きり）」25件（29回）、「難病」23件（23回）、「呼吸」23件（23回）、「認知」15件（15回）、「知的」14件（14回）、「介護」65件（71回）、「介助」26件（26回）、「常時」20件（20回）などがあった。

## 【医療保険と介護保険・障害者自立支援（支援費制度）の統合後のあり方について】

### 問 26. 改正介護保険法・障害者自立支援法（支援費制度）によるサービスの統合後の、ALS 等神経難病の療養者に対する診療のあり方について

「神経難病などの医療に携わったことがないので、わからない」という主旨の回答が多かった。統合することによる財政規模の縮小の懸念、難病に関しては介護保険のような一定額までではなく全額公的負担にすべきとの回答があった。

頻出語句としては、「医療」80件（85回）、「介護」86件（96回）、「看護」18件（21回）、「ヘルパー」9件（10回）、「難病」27件（29回）、「保険」49件（53回）、「負担」33件（33回）、「わかりません（もしくはわからない）」18件（18回）などがあった。

## 【在宅ハイケアシステム（仮称）を担う人材育成について】

### 問 27. 在宅療養支援診療所（仮称）等、在宅医療の橋頭堡において、24 時間 365 日安心の医療を提供する医師、訪問看護師等の育成について

教育過程における研修制度を例に挙げた意見が多かった。また、24 時間体制を整備するに見合う診療報酬をインセンティブとすべきとの回答も多数見られたが、利益による誘導が質を保証するわけではないとする意見もあった。

頻出語句としては、「教育」73件（81回）、「研修」54件（57回）、「大学」17件（19回）、「看護」85件（97回）、「介護」17件（18回）、「ケアマネ」4件（9回）、「人材」31件（35回）、「経験」23件（26回）、「技術」15件（15回）、「報酬」14件（14回）などがあった。

## 【在宅医療の実施状況について】

### 問 28. 在宅時医学管理料、寝たきり老人在宅総合診療料、在宅末期医療総合診療料の算定患者数、訪問回数等

全施設では、在宅時医学管理料を算定している患者数について「0人」と答えたのは47.9%であった。「1人」以上「5人」未満は33.2%であった(図1-28A-1)。寝たきり老人在宅総合診療料は「0人」が22.3%、「100人」以上を答えたのは3.7%であった(図1-28B-1)。在宅末期医療総合診療料は「0人」が74.9%であった(図1-28C-1)。

診療所のみでは、在宅時医学管理料は「0人」が47.6%、「1人」以上「5人」未満が34.3%であった(図2-28A-1)。寝たきり老人在宅総合診療料は「0人」が18.7%(図2-28B-1)であった。在宅末期医療総合診療料は「0人」が75.9%であった(図2-28C-1)。

### 問 29. 在宅人工呼吸療法等を行った患者数

在宅療法を行っている患者数については、在宅酸素療法の回答が最も多く、寝たきり老人在宅総合診療料を算定している患者では、「1人」以上「5人」未満が48.1%、「5人」以上「10人」未満が13.2%であった(図1-29B-2)。

### 問 30. 在宅時医学管理料、寝たきり老人在宅総合診療料、在宅末期医療総合診療料を算定した患者が占める、診療報酬点数における割合

全施設では、「0%」と答えたのが23.1%、「1%」以上「10%」未満であったのが35.3%、「10%」以上「20%」未満が19.0%であった(図1-30)。診療所のみでは、「0%」と答えたのが19.4%、「1%」以上「10%」未満であったのが37.7%、「10%」以上「20%」未満が19.4%であった(図2-30)。6都府県(在宅医療の積極度が比較的低い施設を多く含むと推察される)では、「0%」以上「20%」未満が87.6%を占めた(図3-30)。学会名簿・わかる本から抽出した施設(積極度が高い施設を多く含むと推察される)では、「0%」以上「20%」未満は62.2%にとどまった(図4-30)。

### 問 31. 在宅療養連携窓口の有無、介護保険の実施状況等

在宅療養連携窓口の有無について、「有」と答えたのは40.3%、「無」と答えたのは59.7%であった(図1-31-1)。精神科訪問看護については、「有」と答えたのは1.6%であった(図1-31-2)。介護保険の訪問看護については、「有」と答えたのは39.2%、「無」が60.8%であった(図1-31-10)。外来処方については、「院内処方」が26.1%、「院外処方」66.0%であった。両方を選択したのは7.9%であった(図1-31-13)。

### 問 32. 昨年1年間(2005年1~12月)の在宅看取り数および夜間看取りの割合

1年間の在宅看取りの人数について、全施設では、「0人」と答えたのは24.8%、「1人」以上「5人」未満を答えたのは37.5%であった(図1-32-1)。1施設あたりの平均は6.6人であった。診療所のみでは、「0人」が23.3%、「1人」以上「5人」未満が39.9%であった(図2-32-1)。6都府県では平均3.3人(図3-32-1)、学会名簿・『~わかる本』では平均10.2人であった(図4-32-1)。

### 問 33. 施設の所在地・標榜する診療科・病床数・職員数

標榜する診療所でもっとも多かったのは「内科」で、67.9%が回答した(図1-33-1)。また、主たる診療科として「内科」を選択したのは68.8%であった(図1-33-2)。

### 問 34. 今後の在宅医療のあり方について

施設ではなく在宅にて医療を行うことに関して、国民への啓蒙をまず行うべきとの回答があった。24時間体制の構築については、医師1人で診療を行う診療所では困難であり、在宅に特化した施設の整備ではなく、複数の地域かかりつけ医による輪番制でも在宅医療の推進が図れるとの回答があった。また、地域によっては病院が在宅医療の中核を担っているとの例が挙げられた。

頻出語句としては、「連携」64件(81回)、「家族」57件(82回)、「地域」58件(73回)、「国」28件(29回)、「医師会」15件(17回)、「協力」13件(14回)、「制度」28件(30回)、「保険」25件(25回)、「報酬」16件(16回)、「福祉」10件(11回)、「末期」19件(19回)、「看取り」16件(20回)、「無理」13件(14回)などがあった。

### (3) 分析

本調査研究は、厚生労働省保険局医療課が策定した案に基づき、在宅療養支援診療所(仮称)について、要件等の妥当性を検討することを目的に、一つ一つの項目について調査したものである。

調査後、保険局医療課より、「告示」が出されている。本調査と「告示」の対応は以下の通りである。

#### [在宅療養支援診療所の施設基準]

##### 「告示」

(1) 診療所であること：問1

(2) 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること：問4

(3) 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること：問5

(4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること：問6

(5) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方社会保険事務局長に届け出ていること：問2

(6) 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること：問7

(7) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

(8) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること：問8

(9) 定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること：問9

また、詳細な「通知」が出されている。本研究時点の要件に、診療録、診療の諸記録の扱いが加えられている。

#### 「通知」

以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保すること

(1) 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供し、診療録にその写しを添付すること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること

(2) 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供し、診療録に添付すること

(3) 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供し、診療録にその写しを添付すること

(4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ社会保険事務局長に届け出ていること

(5) 他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーション（以下、この部において「連携保険医療機関等」という）において、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む）により随時提供し、当該提供した診療情報の写しを当該患者の診療録に添付すること

(6) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

(7) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること

(8) 年に1回程度、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること

さらに、運用上の疑義に関しては、4月4日現在以下の通りである。

#### 在宅療養支援診療所

【質問①】在宅療養支援診療所の連携する訪問看護STと診療所の訪問看護師は協力して利用者に名前を提示してよいですか。また、訪問看護の依頼があったとき、内容によって医師または看護師の訪問を決めてもよいですか。

【回答】訪問看護の協力する担当体制が患家に文書で伝わっていれば問題ありません。ただし、24時間受付が対応できる体制は診療所に限定され、義務化されています。また、患家からの求めに応じる際の医師か看護師の対応については内容によって判断してよいと考えます。

【質問②】在宅療養支援診療所の施設基準の届出に当たって、届出用紙様式11の1の「24時間対応体制に係る事項」での「往診体制」、「緊急訪問看護体制」ですが、自院で整備できる場合は、自院のみ担当医、担当看護職員の氏名を記載することでよろしいでしょうか。

【回答】そのとおりの記載で結構です。

【質問③】在宅療養支援診療所の施設基準通知中(3)に、「訪問看護ステーションの看護師等との連携により・・・」とありますが、これは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行う訪問看護療養も対象となりますか。

【回答】対象となります。

【質問④】在宅療養支援診療所において、往診料の緊急往診加算、夜間加算、深夜加算、在宅訪問診療料のターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料等、通常の医療機関が算定する場合に比べて高い点数が算定できることとなっていますが、在宅支援診療所の届出を行った場合、必ずそれら高い点数を算定しなくてはならないのですか。

【回答】そうではありません。在宅療養支援診療所であっても、24時間往診・訪問看護を行う担当医師・看護職員の氏名、担当日等を患者に文書提供していない場合はその他の医療機関が算定する低い点数での算定となります。

#### 在宅時医学総合管理料

【質問①】在総診が在宅時医学総合管理料に再編されましたが、在宅酸素療法指導管理料は算定できますか？

【回答】算定できます。寝たきり患者処置指導管理料を除く、在宅療養指導管理料があわせて算定できます。

【質問②】寝たきり老人在宅総合診療料が在宅時医学管理料と統合されましたが、老人保健法対象患者、高齢受給者の高額医療費、高額療養費は現物給付される（一般所得で12,000円を超えた部分は現物給付）と考えて良いですか。

【回答】そのとおりです。（4月4日施行令が出ました。）

【質問③】在宅時医学総合管理料の施設基準に通知に、「ア 介護支援専門員（ケアマ

ネージャー)、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置している」との記述がありますが、これは「等」の中に、介護支援専門員、社会福祉士以外の特に国家資格等を有しない者であっても職員を配置している場合も含まれると考えてよいですか。

【回答】 その通りでよいと考えます。(3月31日保団連の厚労省交渉で確認)

【質問④】 医師が介護支援専門員の資格を有する場合もよいのですか。

【回答】 よいです。

#### (4) 結語

「在宅療養支援診療所(仮称)」は、4月の診療報酬改訂において制度化され、在宅診療支援診療所として申請受付が開始されている。

保険局医療課は、診療所の約10%が手挙げすると予想している。本調査研究では、全施設で57.9%、診療所のみでは、60.9%が、申請を希望しており、今後の動向を知る上で重要な資料を提供している。この数字は、2月15日に、具体的な診療報酬点数が公表された前後で大きな変化はない。

在宅療養支援診療所を中心とした、新たなシステムについては、10月を目途に評価のための調査を実施する必要がある。また、診療報酬点数が、当該診療所、連携施設の経営にどのような影響を与えているかについても、詳細な検証が必要である。

介護保険制度と障害者自立支援法に基づくサービスの統合が検討される中で、医療のみならず、在宅療養を支える役割を担う在宅療養支援診療所の機能についても、在宅ハイケア提供の有無によりさらなる細分化の検討も必要である。

さらに、地域医療の橋頭堡を確立するため、在宅ハイケア人材養成についての長期・短期の新たな戦略を立案することが喫緊の課題である。

表1 都道府県別配布数・回収数(有効回答のみ)

	配布数	1) 全施設							病院	不明	
		2) 診療所					3) 都府県名簿	4) 学会名簿・書籍			
		5) 都市	6) 地方	5) 都市		6) 地方					
北海道	38			6	5		5	5			1
青森県	4	1	0		0			0	1	0	
岩手県	13	3	2		2			2	0	1	
宮城県	210	40	32	30	2	2			2	6	
秋田県	3	1	1		1			1	0	0	
山形県	5	2	1		1			1	1	0	
福島県	15	5	5		5			5	0	0	
茨城県	17	5	4		4			4	0	1	
栃木県	16	5	4		4			4	1	0	
群馬県	9	1	0		0			0	1	0	
埼玉県	33	3	2		2	2			1	0	
千葉県	37	12	9		9	9			2	1	
東京都	916	72	59	43	16	16			3	10	
神奈川県	76	14	10		10	10			2	2	
新潟県	13	3	2		2			2	1	0	
富山県	5	0	0		0			0	0	0	
石川県	8	0	0		0			0	0	0	
福井県	4	1	1		1			1	0	0	
山梨県	13	3	3		3			3	0	0	
長野県	27	7	7		7			7	0	0	
岐阜県	31	7	7		7			7	0	0	
静岡県	26	5	4		4	4			1	0	
愛知県	82	10	7		7	7			2	1	
三重県	10	5	5		5			5	0	0	
滋賀県	3	0	0		0			0	0	0	
京都府	35	5	4		4	4			0	1	
大阪府	1314	114	97	86	11	11			5	12	
兵庫県	66	6	6		6	6			0	0	
奈良県	13	5	4		4			4	1	0	
和歌山県	10	2	2		2			2	0	0	
鳥取県	11	3	2		2			2	1	0	
島根県	9	1	1		1			1	0	0	
岡山県	25	3	2		2			2	0	1	
広島県	28	9	7		7	7			1	1	
山口県	11	3	2		2			2	1	0	
徳島県	11	1	1		1			1	0	0	
香川県	214	12	12	11	1			1	0	0	
愛媛県	18	3	3		3			3	0	0	
高知県	7	2	1		1			1	1	0	
福岡県	519	40	37	37	0	0			2	1	
佐賀県	5	2	1		1			1	1	0	
長崎県	14	3	3		3			3	0	0	
熊本県	10	1	1		1			1	0	0	
大分県	210	14	14	10	4			4	0	0	
宮崎県	4	3	3		3			3	0	0	
鹿児島県	19	4	4		4			4	0	0	
沖縄県	6	2	1		1			1	1	0	
計	4173	449	378	217	161	83	78		33	38	
県無回答	-	45	18	12	6	-	-		1	26	
合計	4173	494	396	229	167	83	78		34	64	

\*病院、不明も名簿種別を特定できるが、割愛する

図1 問21 事前指示を徴することのメリット  
(3つまで回答, 各回答の割合)

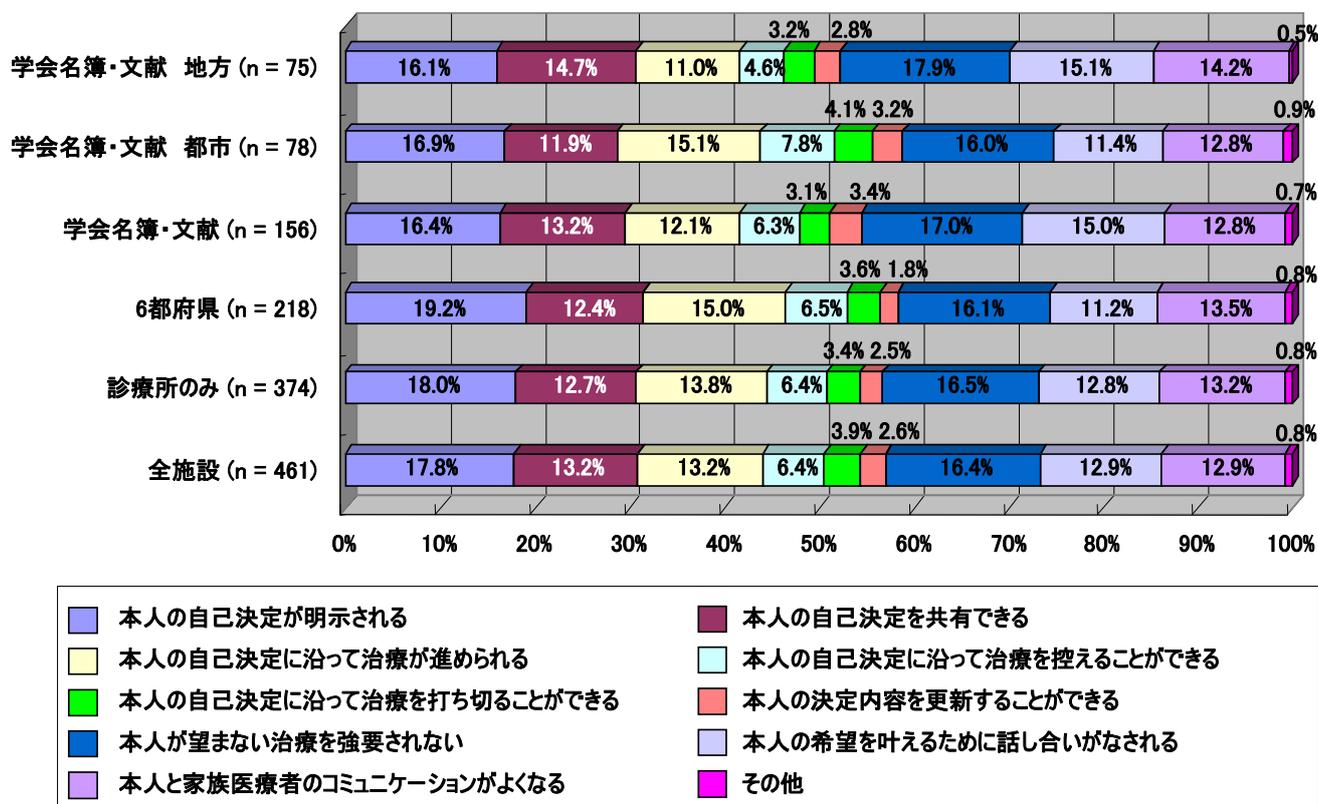


図2 問22 事前指示普及の阻害要因  
(n = 491, 各回答の割合)

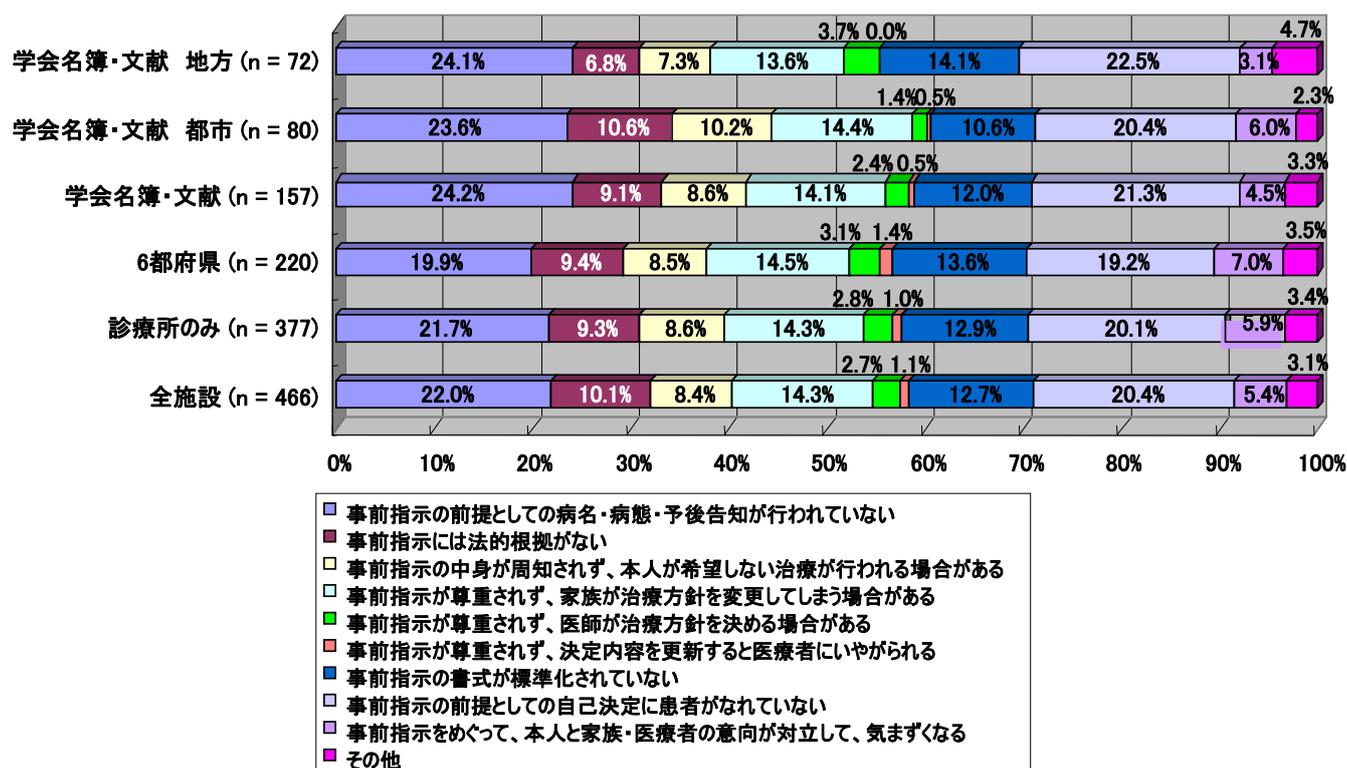
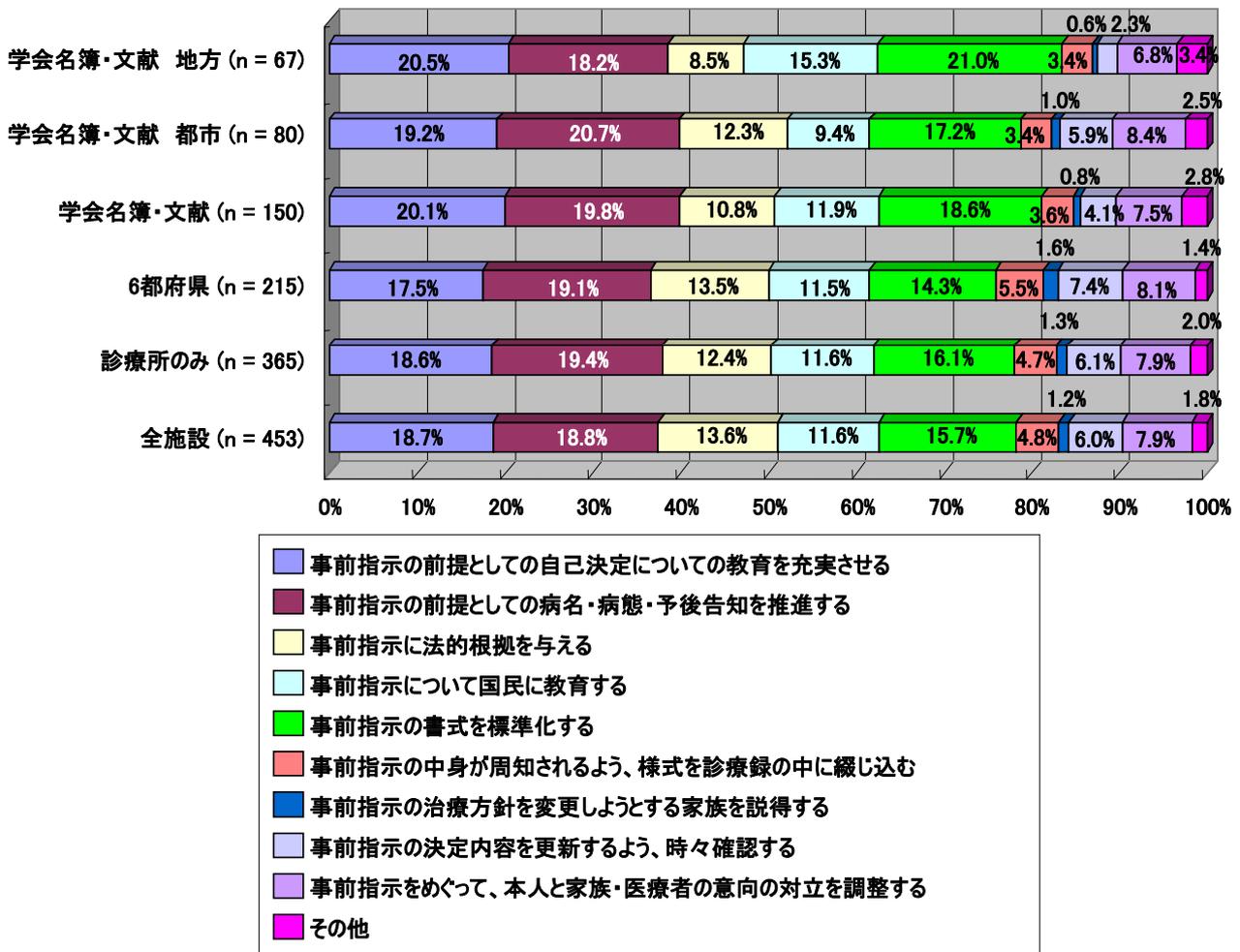


図3 問23 事前指示普及の方策  
(3つまで回答, 各回答の割合)



## 第4章 総括

### (1) はじめに

平成16年度「24時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業」においては、24時間介護を要する重症高齢者等に対する医療と介護の体制作りを「在宅ハイケア」と仮称し、24時間介護を要する重症高齢者等の医療と介護におけるニーズと、それに応えるべきサプライとのミスマッチを明らかにした。

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、上記に示した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）」（表A）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わりを迎える不安が少なく、むしろ積極的に居宅での終わり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%が居宅を挙げている。

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わり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、表B「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。表Aと表Bとの大きな隔たりは、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。

居宅での終わりが可能であることを知らない患者にとっては、病院がその終わり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。

居宅での終わりが可能であることを知らない患者にとっては、病院での終わりが唯一のものとなり選択の余地がない。しかし、居宅での終わりが可能であることを知っている患者にとっては、居宅での終わりと病院での終わり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わりを居宅・病院いずれかに求めることが可能となる。

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金による「24 時間介護を要する重症高齢者等のどこでも安心生活環境提供に関する研究事業」報告書 p77 図 C (本報告書 図 A) に示すように、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、図 B に示されるような、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。図 C に示すように、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。

## (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。

## (3) 本研究調査の母集団に関する検討

図 D において、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 を届け出ている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（ $\alpha$ ）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	$\alpha$

と考えられる。

本研究で抽出した 4,173 件（在総診等届出診療所数全体の 19.2%）の医療機関（200 床以下の病院 22 件、200 床以上の病院 9 件を含む）からの回答結果（総数 494 件：回収率 11.84%）のうち、医療機関名として「診療所」と答えてくれた回答に限定し上記（A）（B）（C）との比較を試みる。

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%（図2-28B-1）、在医管：47.6%（図2-28A-1）、在医総：75.9%（図2-28C-1）であった。

在医総においては常にご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、看取りに至るご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（図2-24）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（図2-28B-1）。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（図2-28A-1）。

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（図2-30）。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。図E、F、Gに示すように、

【A】 在総診の届出のみの診療所	73
【B】 在医管もしくは在医総を届け出ている診療所	148

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（図 F）。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（図 G）。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 ケ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 ケ所のほとんどは、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 ケ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 ケ所の診療所のうち 25%が移行するならば、全国約 10,000 ケ所の在宅療養支援診療所（仮称）が誕生することとなる。

#### （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。図 2-2 では、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。

#### （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（図 2-32-1）。

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」名簿及び「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 1,621 人であった（図 4-32-1）。

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  $2,274 - 1,621 = 653$  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、

$$\begin{aligned} (A) & 15,020 \times 3.2 = 48,064 \\ (B) + (C) & 6,661 \times 10.2 = 67,942 \end{aligned}$$

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（図 5-32-1）は地方の診療所（図 6-32-1）に比べ、相対的に看取り数が多い（都市 11.9：地方 8.3）。

表 C は「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したものである。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（図 2-9）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（図 2-32-1）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（図 2-32-2）。

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含め医療を組み立て、そして説明してゆ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 b)・c) が用

意されるだろう。

つまり、回復不能であったり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。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と環境の質を変容させるのである（図 H・I 参照）。

したがって、本来生活を基盤とするはずの生命の問題を、病院を基盤とする生死の問題として考えてゆくこと自体が問われなければならない。在宅療養支援診療所がその本来の機能を十分に果たすのであれば、医療的重症度の高い ICU にいる人工呼吸器の脳死の患者、経管栄養の植物状態といわれる患者、病院の中で安楽死を望む患者等であっても、介護体制を整えることによって生活に根ざした生き方の選択（存在の継続）が可能となる。

現在、ほとんどが病院の中でおこなわれている生死の判断を一旦中止して、居宅での生活を基本とした生命の継続に置き換えることを整備することが、喫緊の課題である。「権利としての生死」に関する法整備をすることは、その基盤となるところの、生きてゆける環境を十分に整えた後に吟味される事柄である。

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や生きかたと、生の終焉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。

## （6）日本の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を求める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端である。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。

一方でこのような、標準化できる情報の共有があると同時に、他方で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、患者とその家族一すなわち「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もすれば、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（図 H）。

図 I が示す①から⑥までのそれぞれの形態は、生活者が出会った人によってその時々

刻々変化している状況を模式的に示している。医師が受け取る生活者の情報は、「医師によって変えられた生活者」としての「 」の形態となる。看護師が受け取る生活者の情報は【看護師の影響を受けた生活者】として【 】のように表される。

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、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、図 I ①～⑥までの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。

## (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関係なのである。

**表A 生の終わりを迎える理想の場所**

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

表B

(死亡)

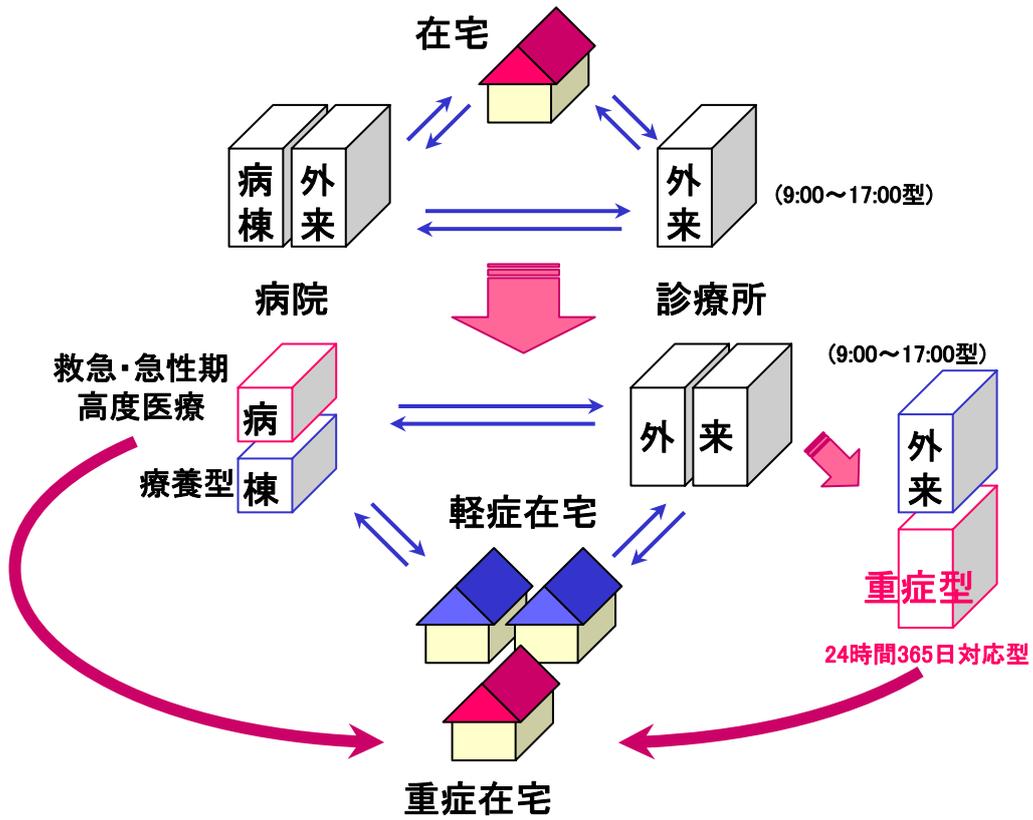
第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

年次	総数	病院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	老人 ホーム	自宅	その他
死亡数								
昭和26年	838,998	75,944	21,511	・	261	・	691,901	49,381
30	693,523	85,086	21,646	・	402	・	533,098	53,291
35	706,599	128,306	25,941	・	791	・	499,406	52,155
40	700,438	172,091	27,477	・	774	・	455,081	45,015
45	712,962	234,915	31,949	・	428	・	403,870	41,800
50	702,275	293,352	34,556	・	193	・	334,980	39,194
55	722,801	376,838	35,102	・	30	・	274,966	35,865
60	752,283	473,691	32,353	・	10	・	212,763	33,466
平成2年	820,305	587,438	27,968	351	2	・	177,657	26,889
7	922,139	682,943	27,555	2,080	2	14,256	168,756	26,547
12	961,653	751,581	27,087	4,818	2	17,807	133,534	26,824
13	970,331	760,681	27,627	5,461	-	19,008	131,337	26,217
14	982,379	772,638	27,479	5,611	1	18,713	131,379	26,558
15	1,014,951	801,125	27,898	5,986	2	19,659	131,991	28,290
16	1,028,602	818,586	27,586	6,490	3	21,313	127,445	27,179
構成割合(%)								
昭和26年	100.0	9.1	2.6	・	0.0	・	82.5	5.9
30	100.0	12.3	3.1	・	0.1	・	76.9	7.7
35	100.0	18.2	3.7	・	0.1	・	70.7	7.4
40	100.0	24.6	3.9	・	0.1	・	65.0	6.4
45	100.0	32.9	4.5	・	0.1	・	56.6	5.9
50	100.0	41.8	4.9	・	0.0	・	47.7	5.6
55	100.0	52.1	4.9	・	0.0	・	38.0	5.0
60	100.0	63.0	4.3	・	0.0	・	28.3	4.4
平成2年	100.0	71.6	3.4	0.0	0.0	・	21.7	3.3
7	100.0	74.1	3.0	0.2	0.0	1.5	18.3	2.9
12	100.0	78.2	2.8	0.5	0.0	1.9	13.9	2.8
13	100.0	78.4	2.8	0.6	-	2.0	13.5	2.7
14	100.0	78.6	2.8	0.6	0.0	1.9	13.4	2.7
15	100.0	78.9	2.7	0.6	0.0	1.9	13.0	2.8
16	100.0	79.6	2.7	0.6	0.0	2.1	12.4	2.6

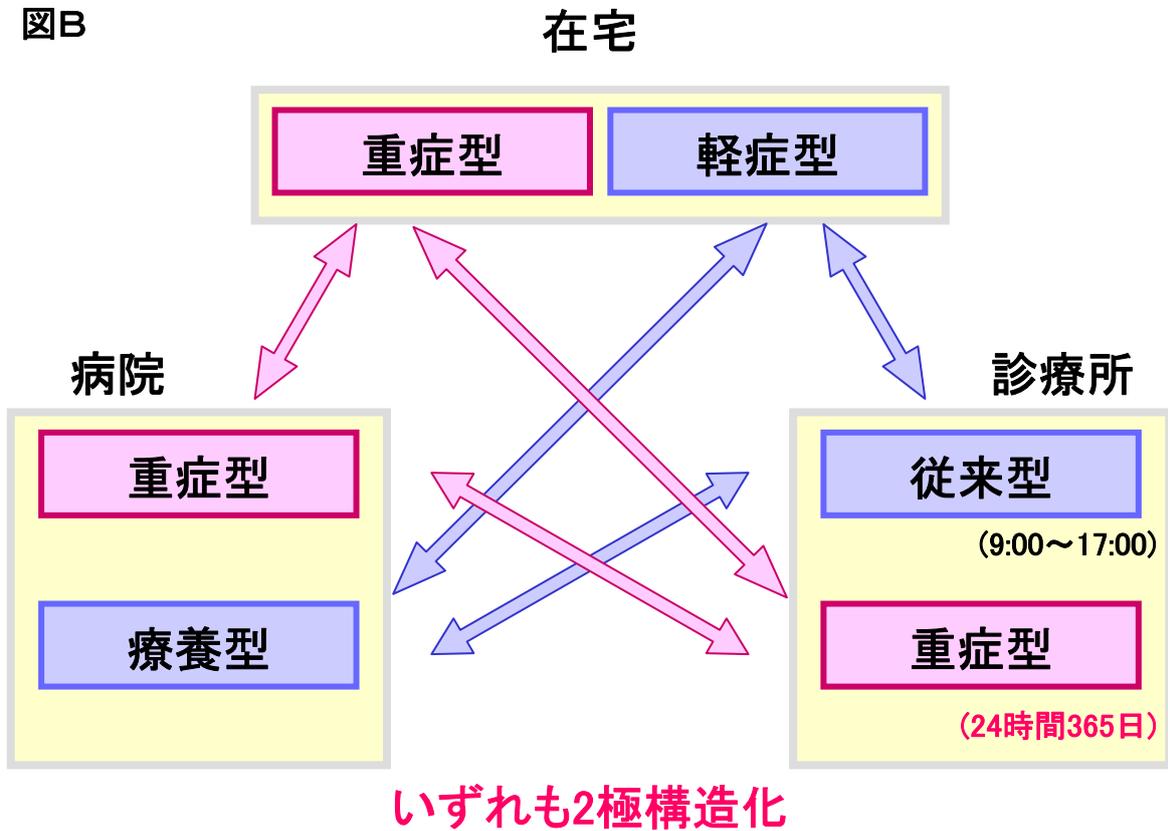
注： 平成2年までは老人ホームでの死亡は自宅又はその他に含まれている。

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iinkou/suii00/deth5.html>より抜粋

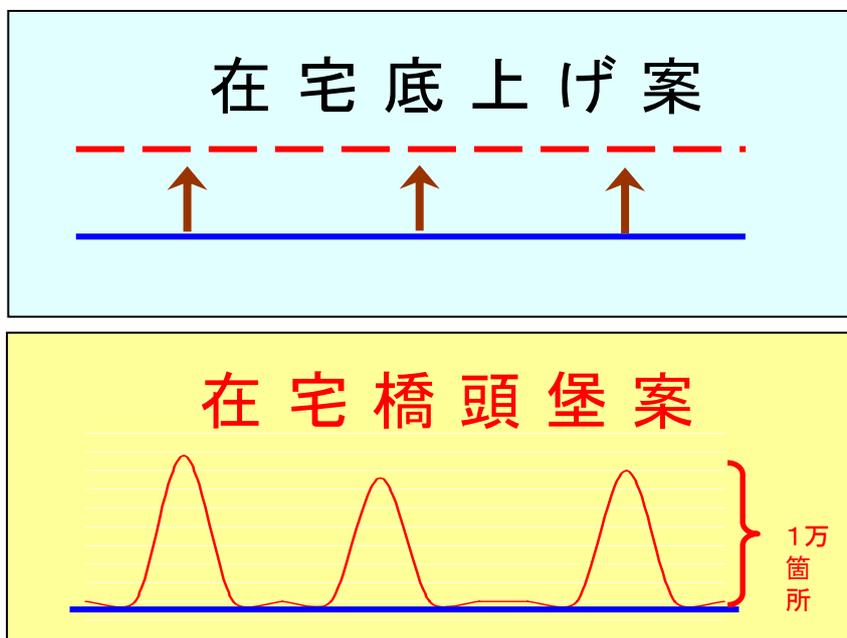
図A



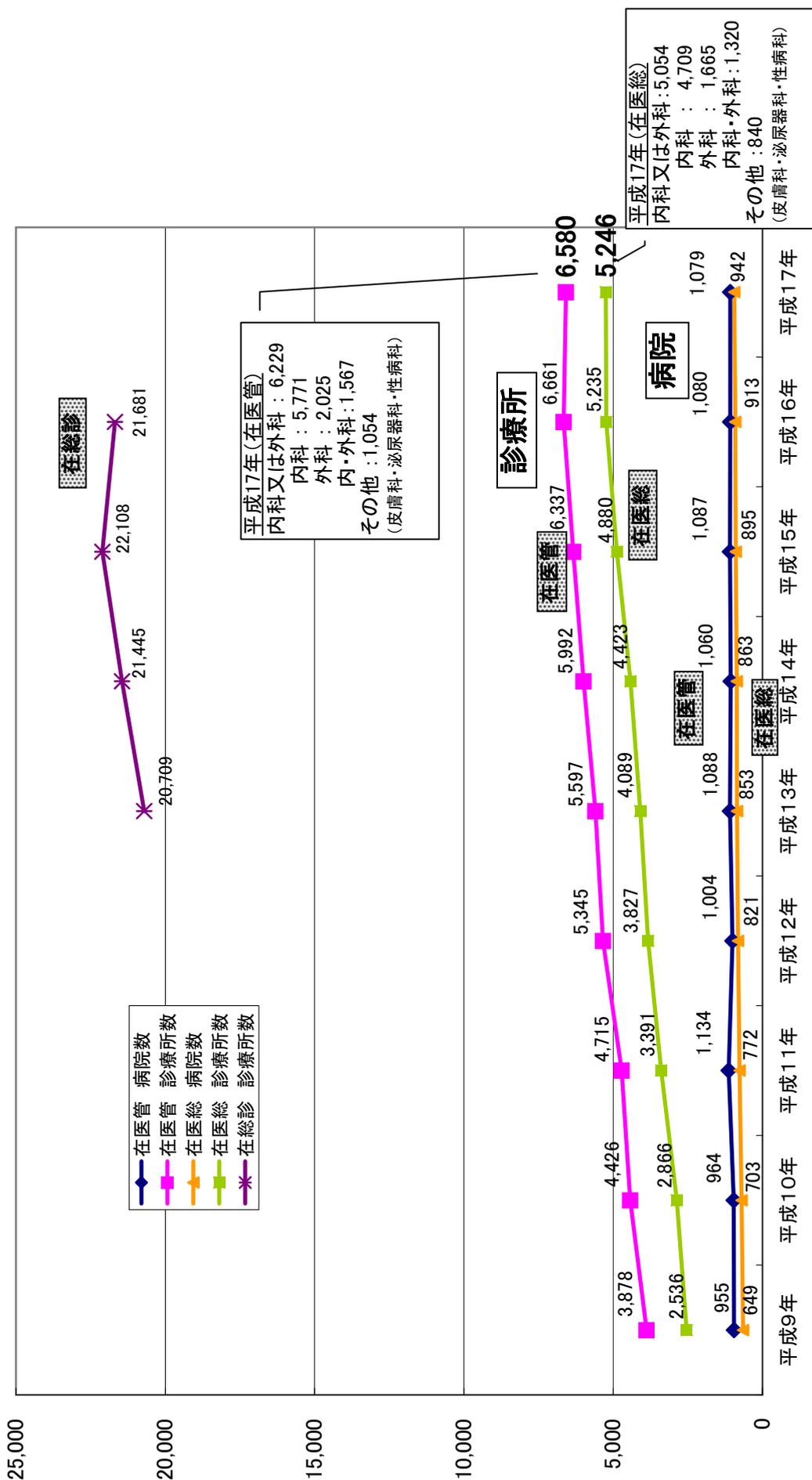
図B



図C

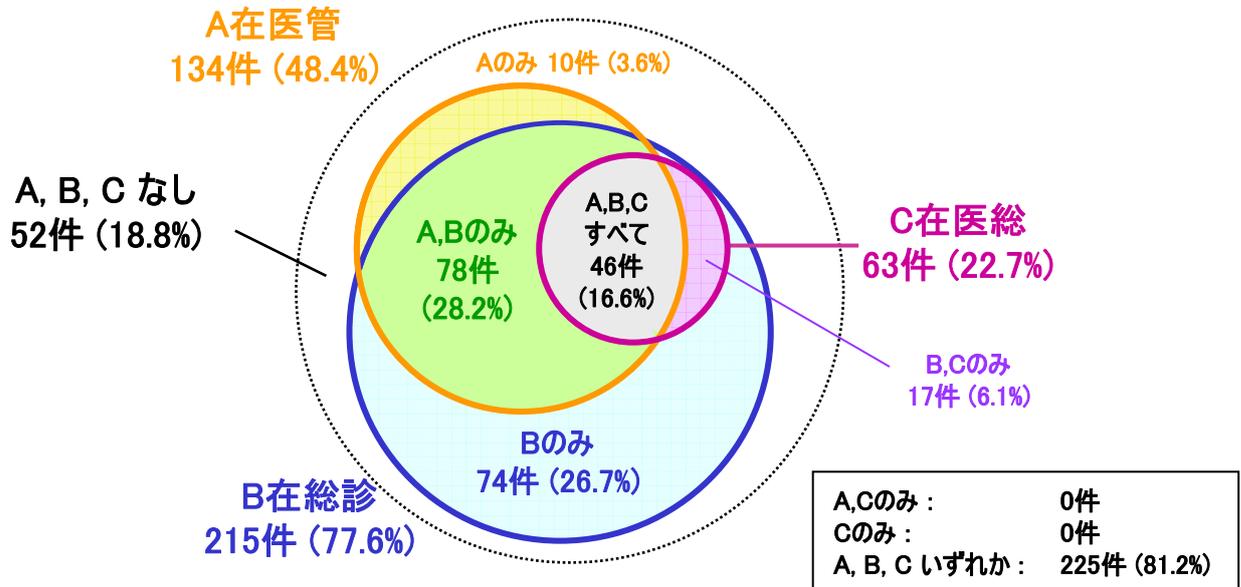


図D 在宅時医学管理料(在医管)、在宅末期医療総合診療料(在医総)及び寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)の届出医療機関数



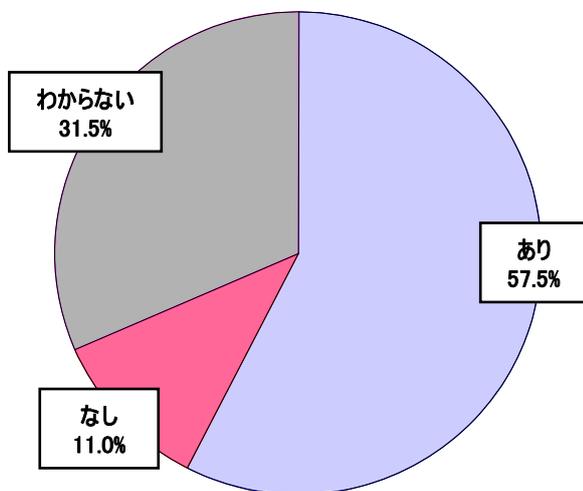
図E

問28 A在医管、B在総診、C在医総の算定の有無を  
全て回答した診療所の内訳  
(n = 277)

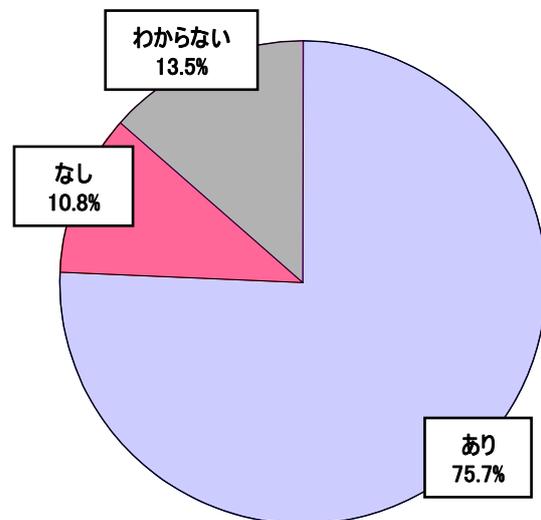


問24 在宅療養支援診療所(仮称)登録の希望

図F B在総診のみを  
算定している診療所  
(n = 73)

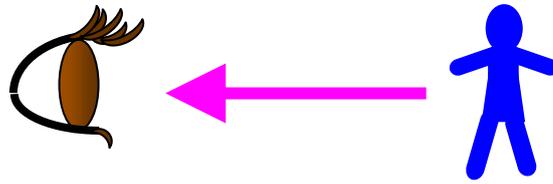


図G A在医管またはC在医総を  
算定している診療所  
(n = 148)

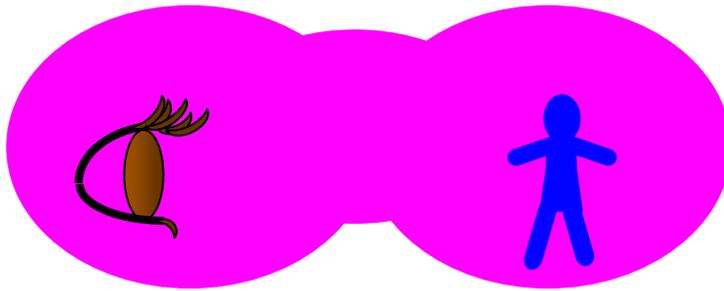




図H



私が「彼の情報」を得るのではない



「私の影響を含んだ彼」の情報である

図I

- |               |        |     |
|---------------|--------|-----|
| ①「在宅医         | — 生活者  | 「 」 |
| ②（ケアマネージャー    | — 生活者） | （ ） |
| ③【看護師         | — 生活者】 | 【 】 |
| ④<訪問リハビリテーション | — 生活者> | < > |
| ⑤『ヘルパー        | — 生活者』 | 『 』 |
| ⑥{入浴サービス      | — 生活者} | { } |

この各々が両者の全体性を  
意味する



図1-1 問1 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 保険医療機関たる診療所であること  
(n = 492)

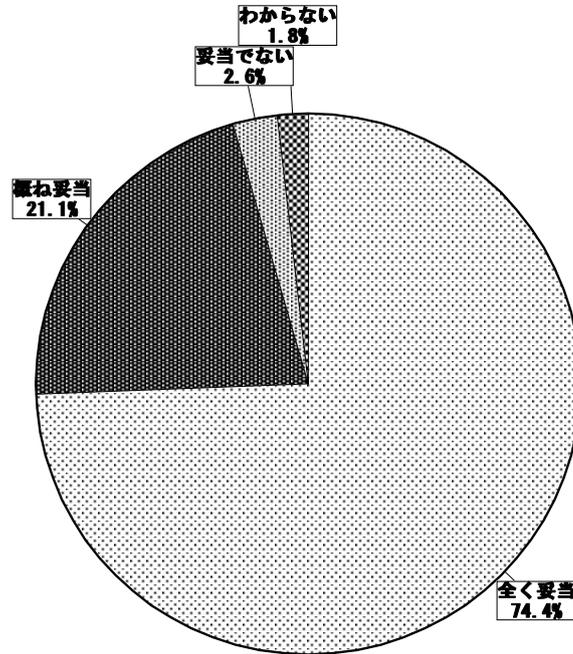


図1-2 問2 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 地域社会保険事務局に認可をうけること  
(n = 491)

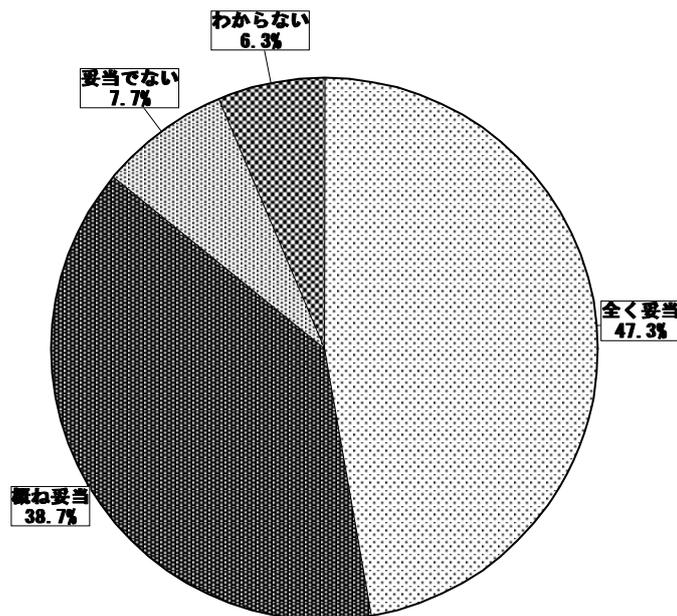


図1-3 問3 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 定期的な認定更新を必要とすること  
(n = 491)

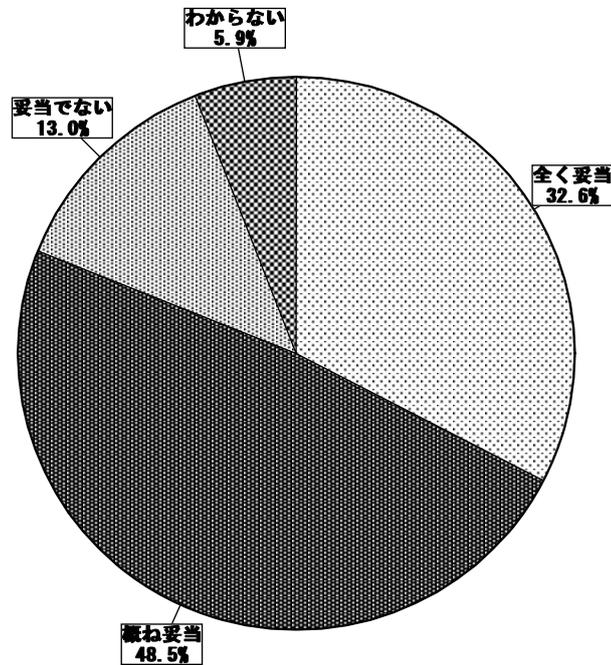
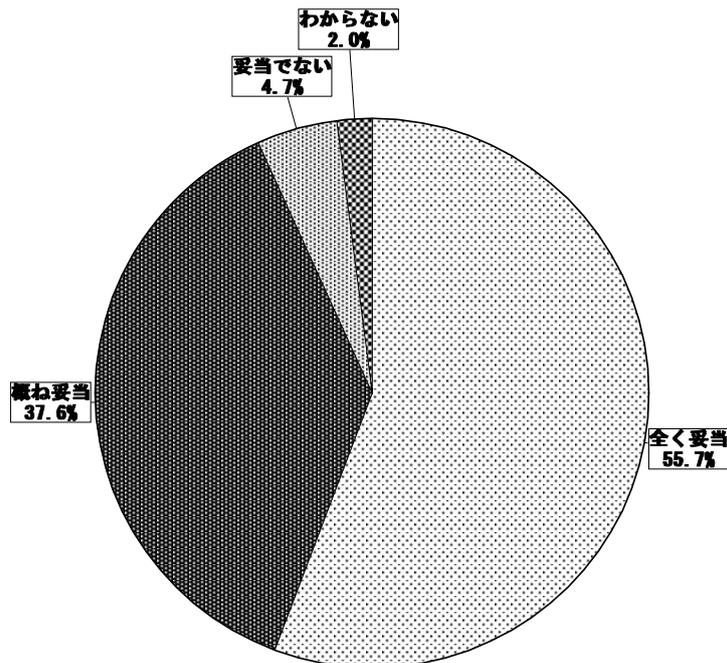


図1-4 問4 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること  
(n = 490)



(1) 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調査  
全施設

図1-5 問5 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間往診が可能な体制  
(n = 490)

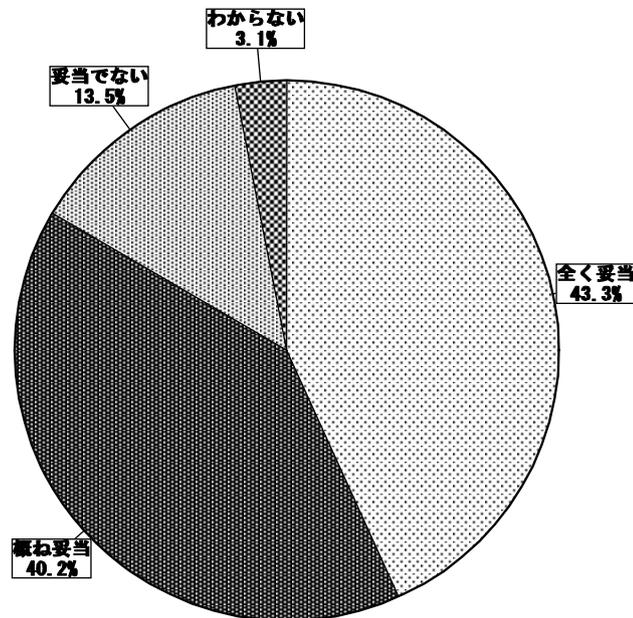
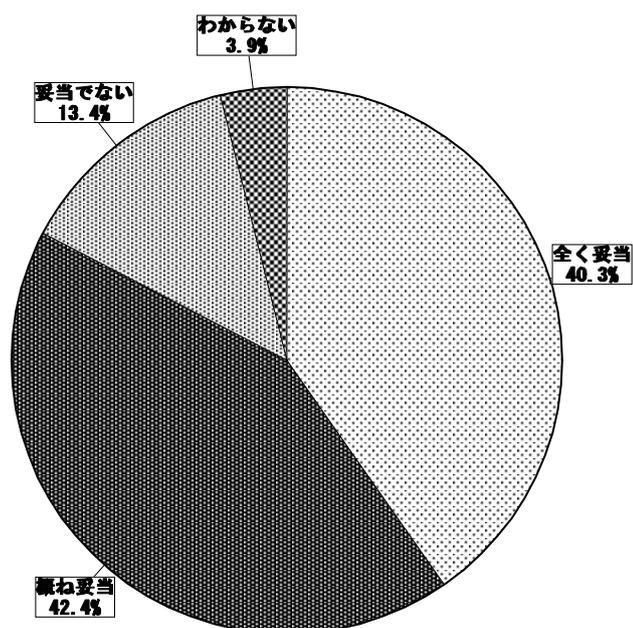


図1-6 問6 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間訪問看護の提供が可能な体制  
(n = 486)



(1) 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調査  
全施設

図1-7 問7 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保  
(n = 486)

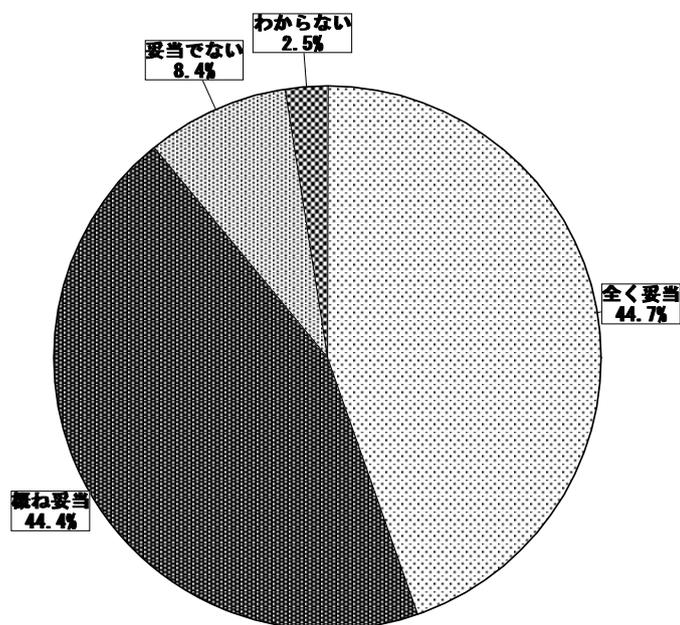
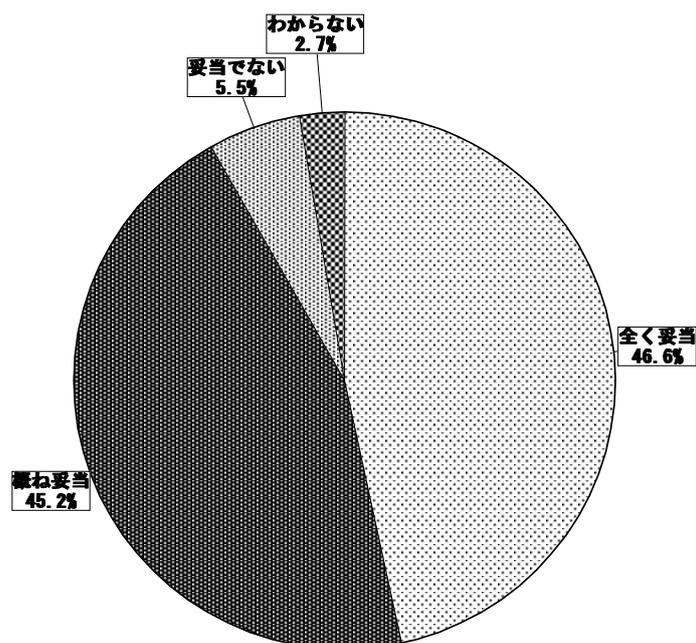


図1-8 問8 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること  
(n = 487)



(1) 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調査  
全施設

図1-9 問9 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 在宅看取り数を報告  
(n = 485)

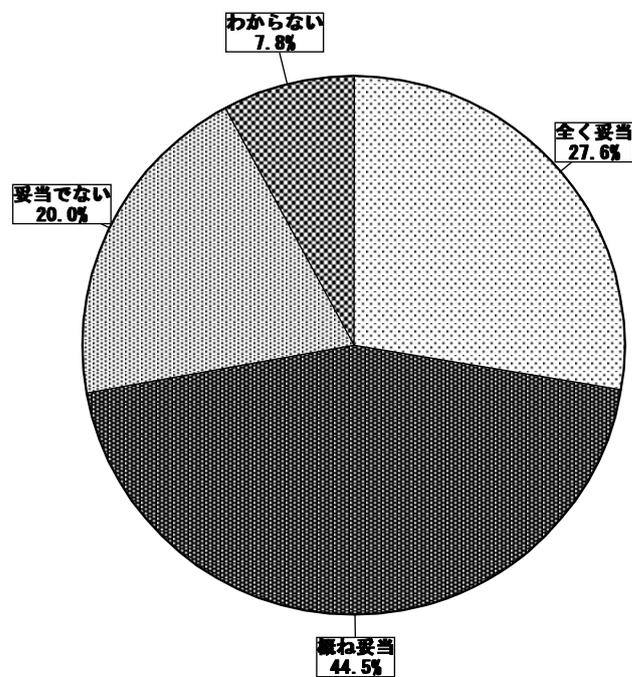
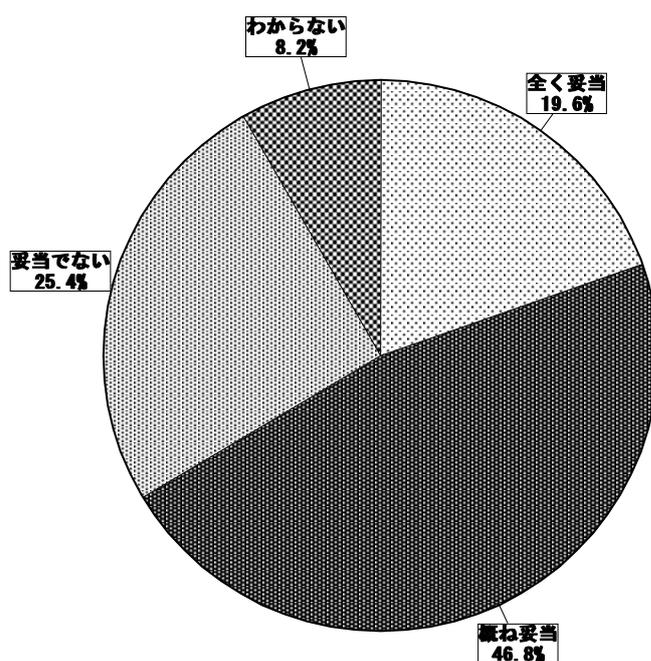


図1-10 問10 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 緊急往診の実績報告を定期的に行うこと  
(n = 485)



(1) 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調査  
全施設

図1-12 問12 要件 - 退院時ケアカンファランスの評価向上  
(n = 480)

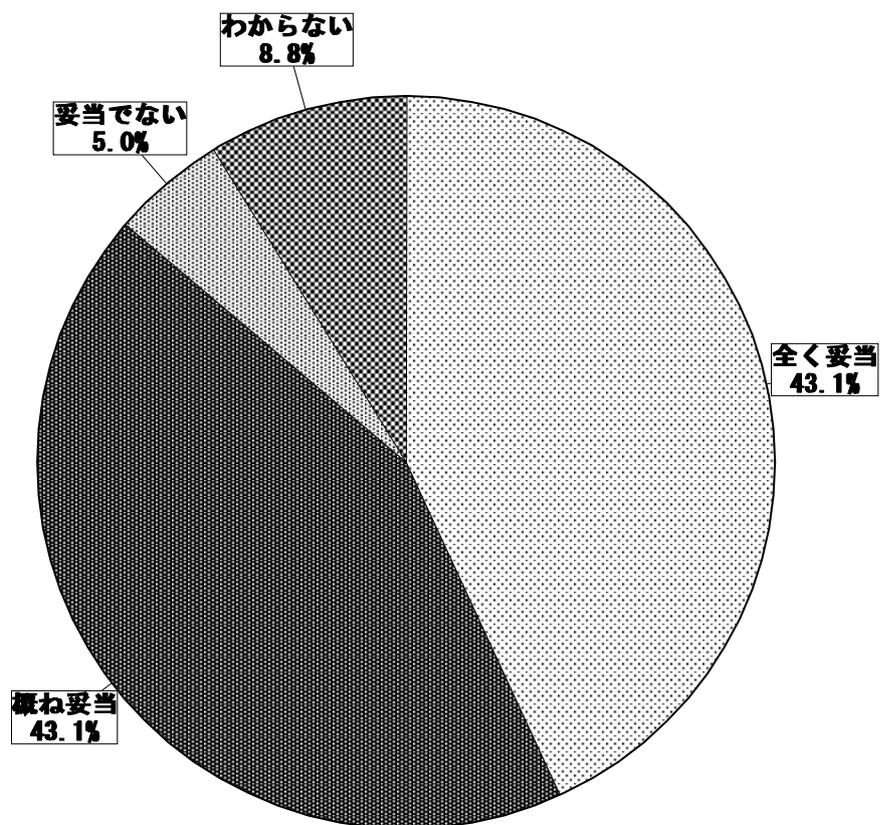


図1-14 問14 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 医師訪問  
死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
(n = 442, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
(日数 :  $m \pm \sigma = 16.1 \pm 26.8$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 4.6 \pm 7.3$ )

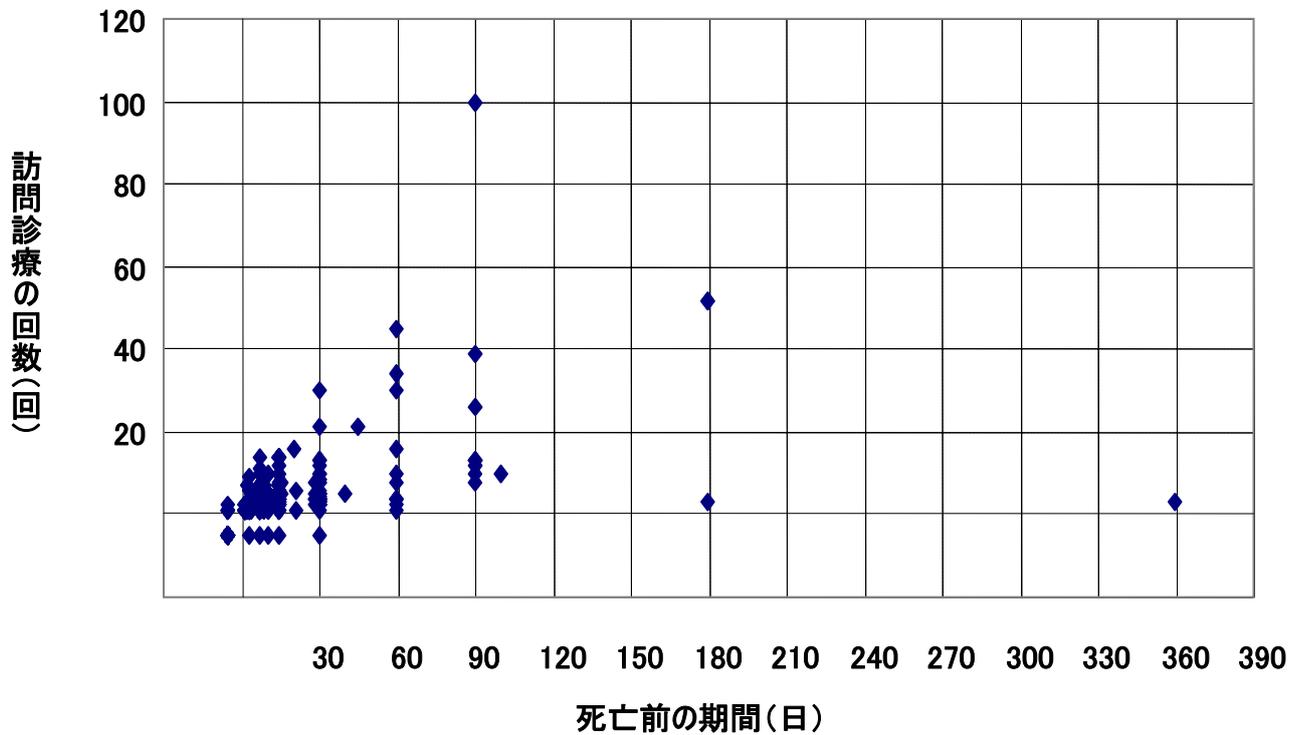
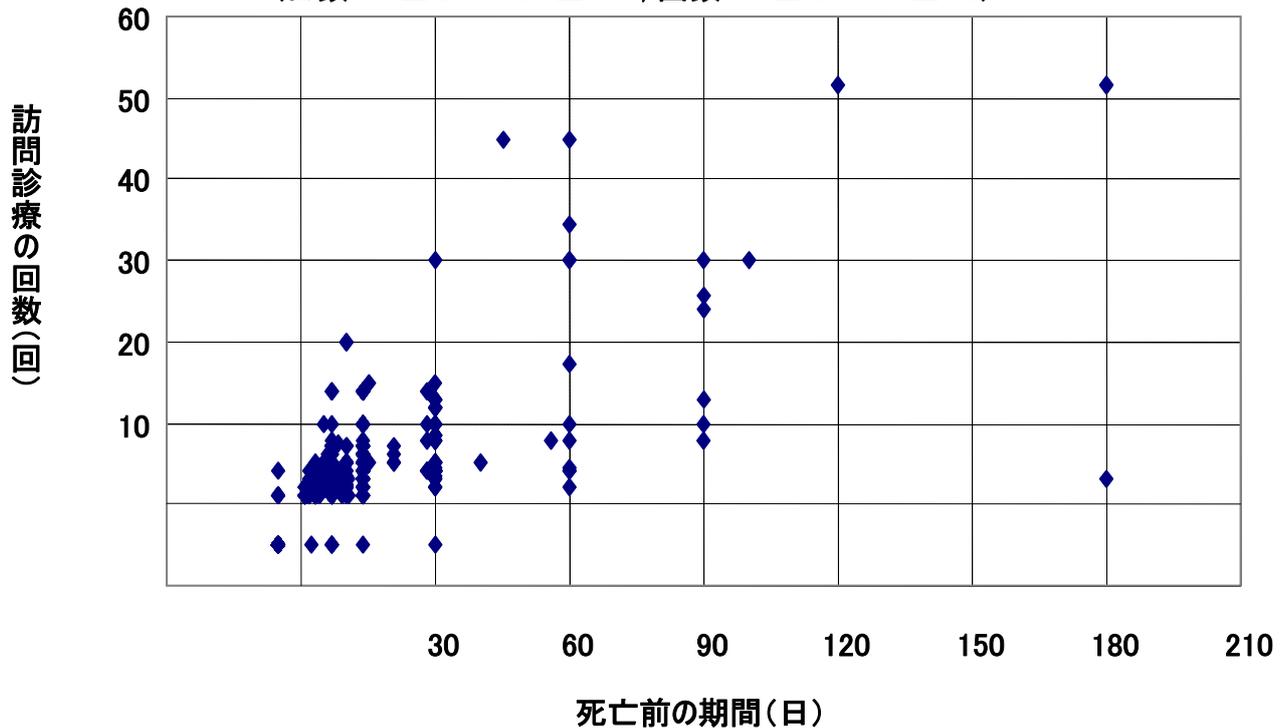


図1-15 問15 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 看護師訪問  
死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
(n = 431, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
(日数 :  $m \pm \sigma = 15.7 \pm 21.7$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 5.4 \pm 7.0$ )



(1) 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調査  
全施設

図1-16 問16 他施設でのターミナルケア - 医師  
(n = 484)

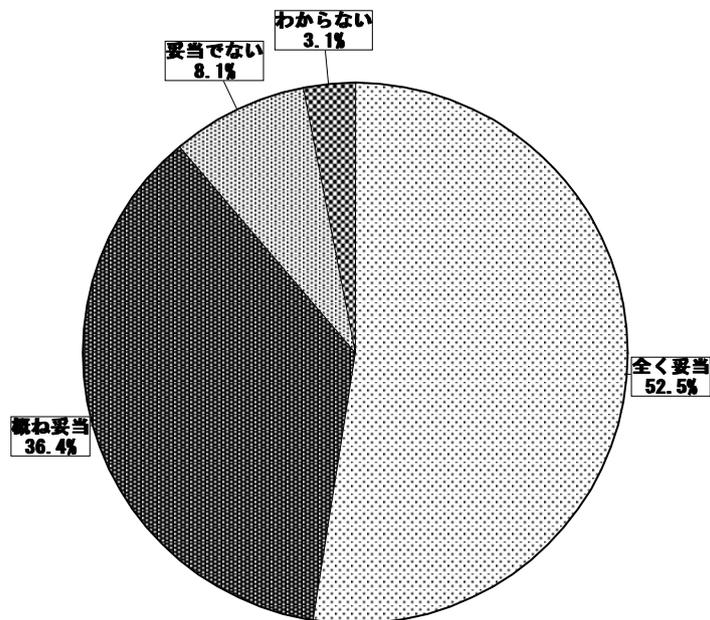
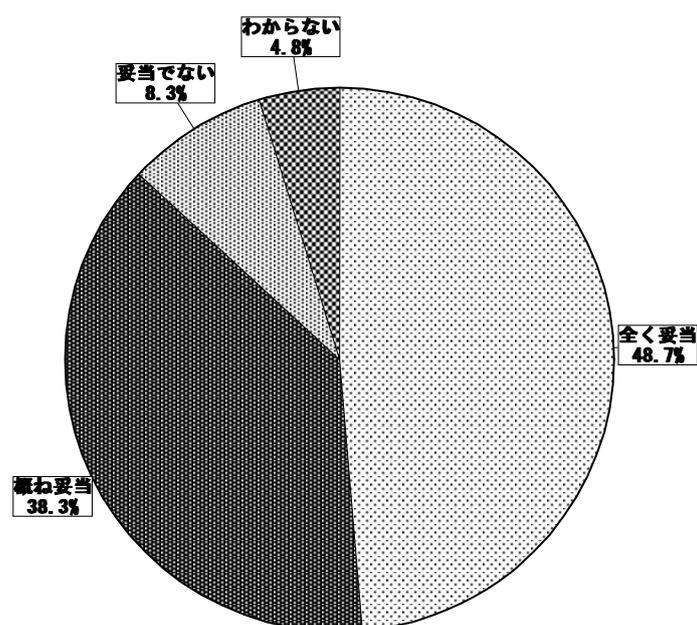


図1-17 問17 他施設でのターミナルケア - 看護師  
(n = 483)



(1) 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調査  
全施設

図1-19 問19 在宅・入院の混合診療においても在総診を算定  
(n = 475)

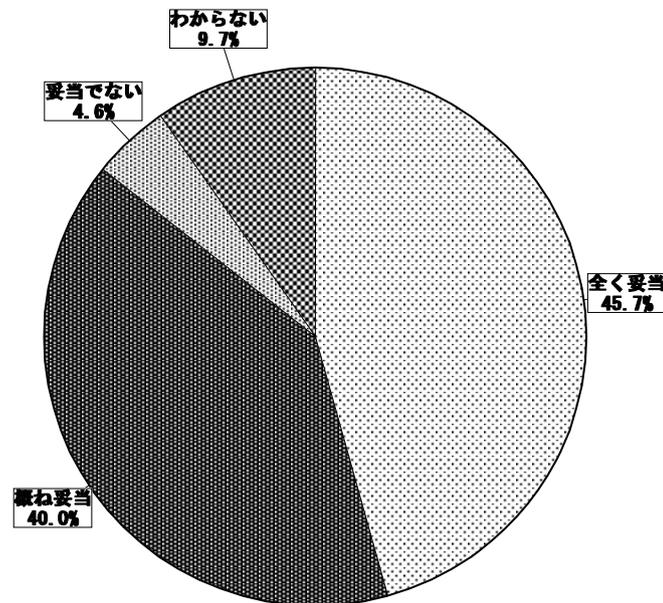


図1-20 問20 事前指示を徴することについて  
(n = 471)

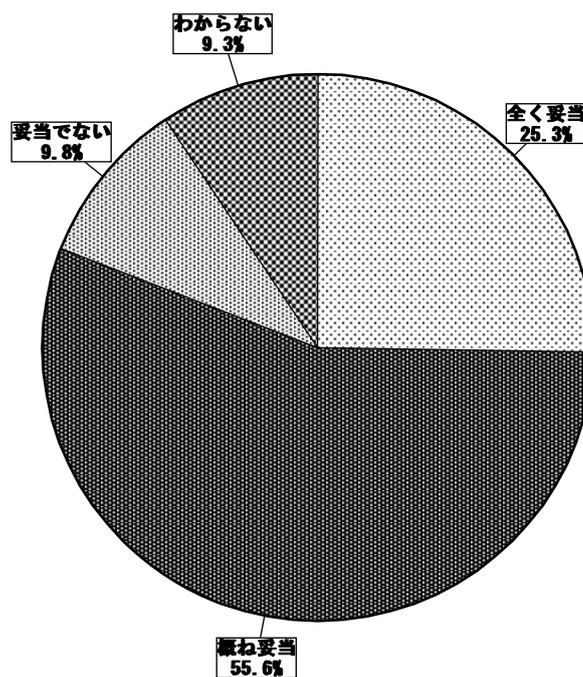


図1-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット  
(n = 461, 3つまでを選択)

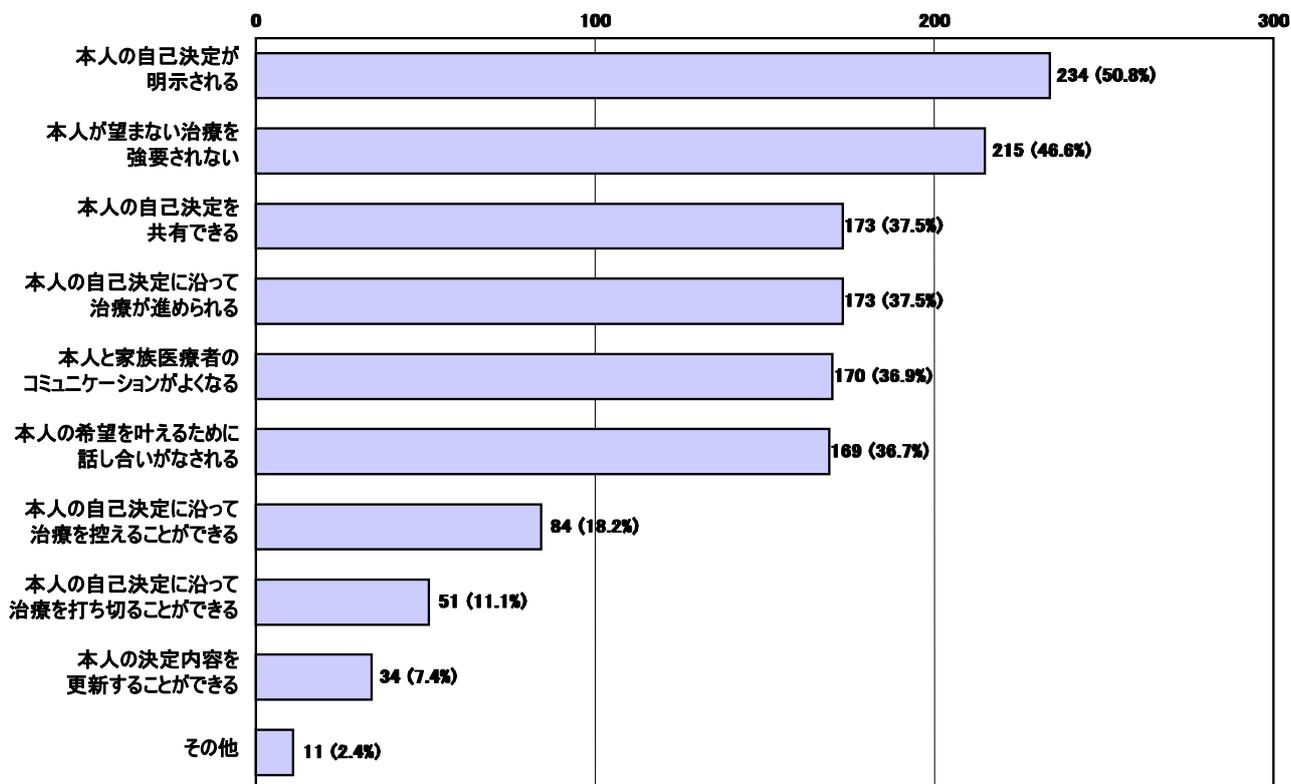
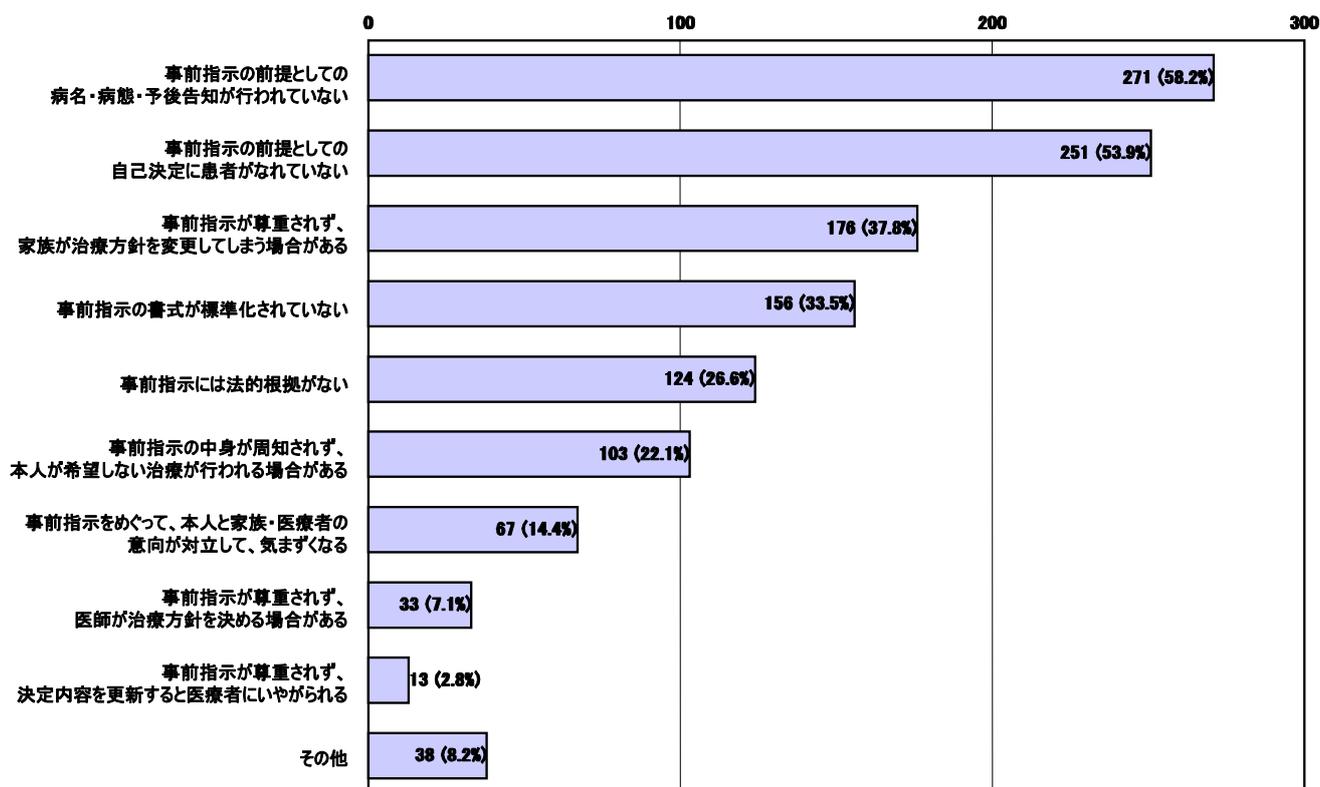


表1-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット - その他(表記のまま)

1	死亡後の訴訟の危険性が減ると考えられる
31	ケースバイケースでしないといけないと思う。全員一律にとはいかないと思う。特に小児患者など！
44	よく分かりません
60	1～9は型はよいが他人の考え
68	終末期に入院させずにすむ
93	家族・医療機関間のトラブル回避
174	反対
198	家族の意思の確認が可能となる
244	家族、患者とのトラブル防止のため
358	家族と医師の意志をはっきりする事ができる
370	客観的判断がしやすくなる

図1-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因  
(n = 466, 3つまでを選択)

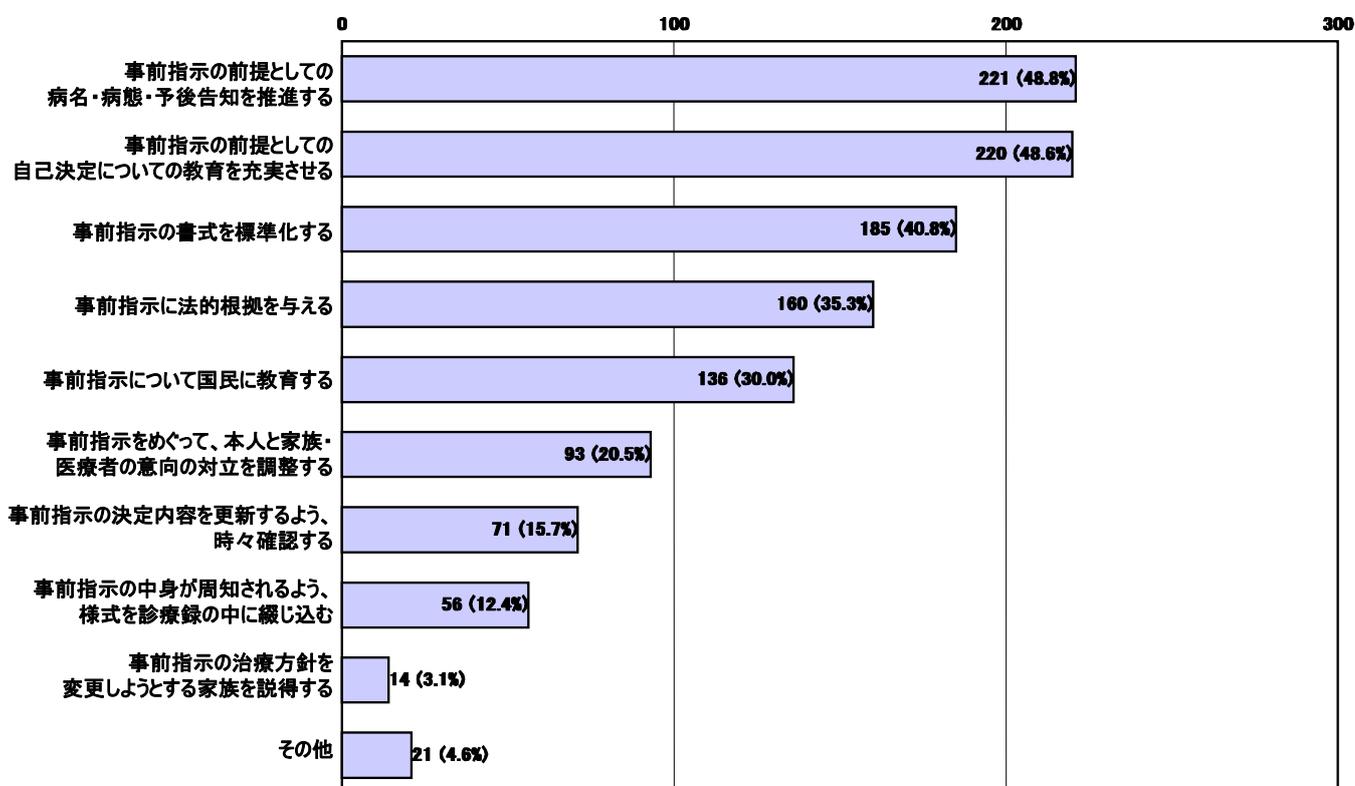


(1) 24時間365日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する調査  
全施設

表1-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因 - その他(表記のまま)

2	医師(主治医)がケアチームのリーダーとしての役割を十分にはたす能力がなければうまくゆかない
44	3つ迄とかいてありますがかくことありません
57	患者本人の理解力不足や、人間性による。受容不能な例多し
64	希望があっても物理的・経済的・人的に在宅医療等が困難な場合がある
77	助からない病気とわかっていても、1分1秒でも長く生きたいという人が多く、欧米のキリスト教的な“神のもとへ”という最期のうけ入れをうまくできない方が多いのでは
105	患者さんや家族の気持ちが変わっていく場合がほとんどで、ある時期に証言させたり書面を書かせたりすることは不適切である。
109	病態変化の予測のつかないものも癌末期にはあるため
123	本人の死後残るのは家族→治療法に対し訴訟
128	事前指示を知らない。習慣がない。
132	事前指示が一般に知られていない。(医師をも含む)
140	事前指示は医療者と家族に同時に知らされるべき(意見対立時)調整者(調整機関)必要
156	『初診時、療養計画作製時(更新時)事前指示を聞く仕組みを制度として確立すれば何ら問題なく普及される。』と考えている。
175	状況の変化に対応できなくなる
182	患者・家族の状況によって在宅で診れなくなる事もあるから
188	末期にゆれ動く患者や家族の決断を容認する必要もある
198	家族の意思。本人に知らせないでほしいという
200	末期なので病状が急変するため事前指示には無理がある。
205	国民性として必要と感じない人が多いと思うから
221	本人が中身を理解しなかったり、自己決定できなかつたりする
234	事前指示を積極的に肯定する社会的背景がない
235	複数の医療機関で諒介し難い
255	インフォームドコンセントさえ、十分に理解されていないのに無理
269	患者あるいは家族の理解度(認識)
300	こういった方法があること自体が知られていない。
305	事前指示に医師も慣れていない
333	事前指示の内容が、本人の状態の変化によって、変わりうる。
334	本人が方針の決定ができない。ききとりの度に考えがかわる
344	臨死期に関する話題に、御家族でも話しにくい、一種、タブーのようになっている。
345	自己決定に家族がなれていない
350	手続きが多くなる。病態は流動的である。
364	末期の悪性腫瘍以外で予後の予測が困難なため。高齢者の肺炎で入院すれば治る可能性があるが、結果的には在宅でも入院でも治らなかつたりする例があり、正確な情報を示せないことがあるため
388	自己決定ができる知的レベルを保てていない高齢者も多い為できにくい
395	決定権が同居していない(ケアに係わらない)家族に有る
405	未来の予測がつかず、又事情が変化する可能性が大
439	状況が変化するごとにその情報を正しく患者・家族に医療者が説明することになれていない(特に在宅という患者が主体の場面で)
483	この様な手続き自体、本人家族が希望しない
503	本来、死は自然なもの

図1-23 問23 事前指示 - 普及の方策  
(n = 453, 3つまでを選択)



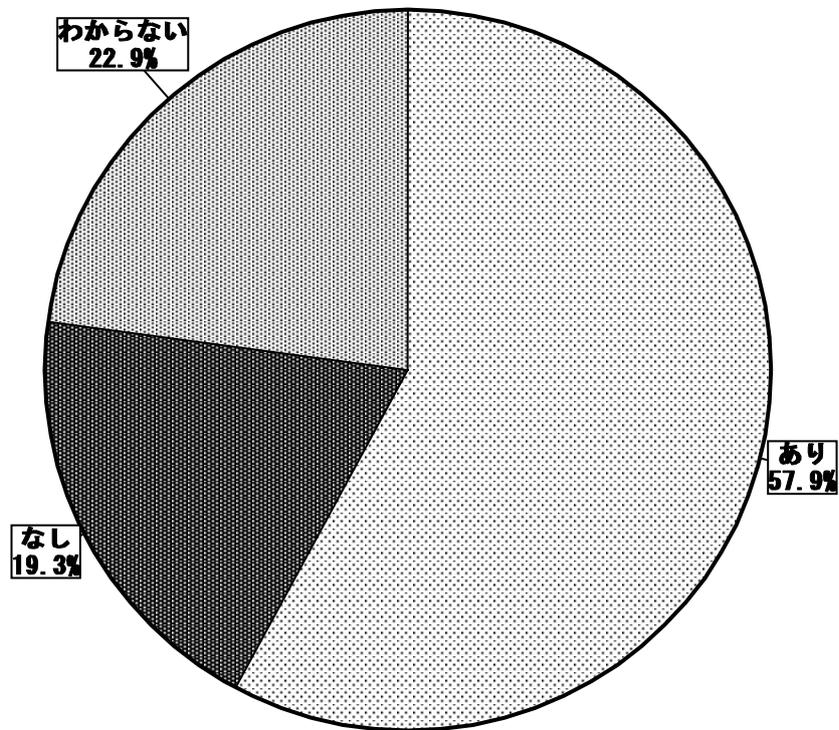
(1) 24時間365日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する調査  
全施設

表1-23 問23 事前指示 - 普及の方策 - その他(表記のまま)

31	人命はケースバイケースによるのであって一律に事前に決めるものではないと思われる
44	よく分かりません
57	主治医が患者の症例毎に判断し、勧めたり、進めたりするべき。
77	病名告知、予後告知をした後、本人が抑うつ状態になったのを主治医が全部1人で支える…これが現在の医療です。心理療法士などが少なく保健適応もない。「癌告知以後」という運動がありましたが、癌も含め、認知症など告知以後を支えるスタッフの数が少なすぎます。
105	死を前にした人に対して、事前指示を自己決定させるのは、いびつな医療ゆがんだ医療という気がします。
109	本人と医療者、本人が信頼している家族で方向づけをして他の家族等と調整する。
174	反対
188	個人的には日本人には必ずしもなじむものではないと考えます ゆらぎを認め受けとめる体制も必要と考えます
221	事前提示に柔軟性をもたせる
234	患者の自己決定を優先するには家族の権利を制約するしかない
235	医療契約と信頼関係
253	自己決定＝自己責任であることを十分国民が理解すること。
255	時間
278	事前指示をめぐって、本人と家族・医療者の意向をよく話し合いをする。
288	医師と患者及び家族との話し合いが大切
333	最終的には、事前指示にこだわらず、変化しても本人の意向を尊重する。
344	臨死期のことをタブー視しない、良く話し合っていたら。
364	疾病の予後をより正確に予測し、本人に情報提供する。(その予測の限界も含めて)
405	元気な時と病気になった時で全く精神状態が変わることが多いので無理である
448	医療者への普及と異なり、国民への普及は時間がかかって当然なので、「癌は告知するもの」という意識が医療者の中でのみ急速に進み、それについていけない一般人が問題視することがあったようにある程度の教育・標準化とともに、「時期を待つ」のも重要。

(1) 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調査  
全施設

図1-24 問24 在宅療養支援診療所(仮称)登録の希望  
(n = 477)



(1) 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調査  
全施設

図1-28A-1 問28 A 在宅時医学管理料 - 算定患者数  
(n = 365, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 3.7 \pm 9.8$ )

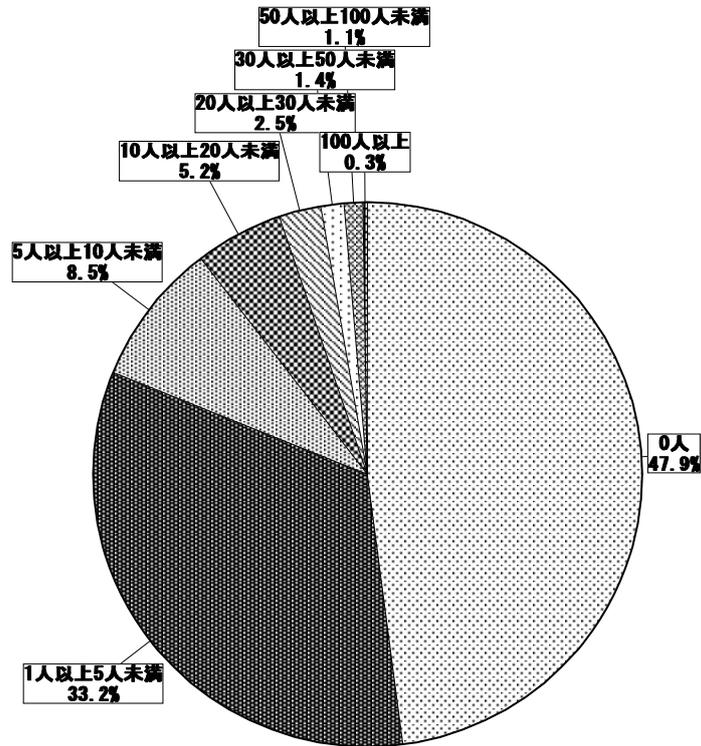
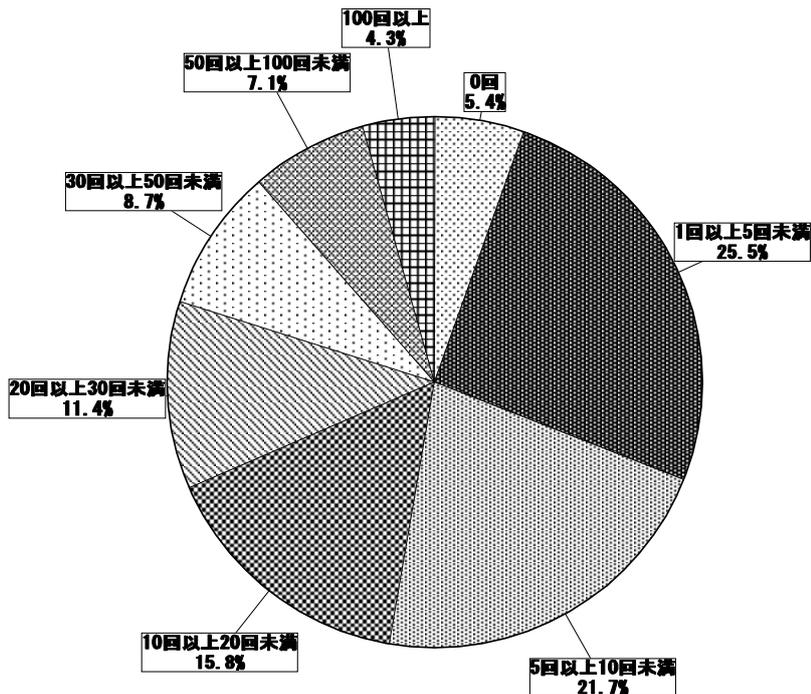


図1-28A-2 問28 A 在宅時医学管理料 - 訪問診療延回数  
(n = 184, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 25.1 \pm 54.2$ )



(1) 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調査  
全施設

図1-28A-3 問28 A 在医管 - 往診  
(n = 131, m±σ = 4.1±9.7)

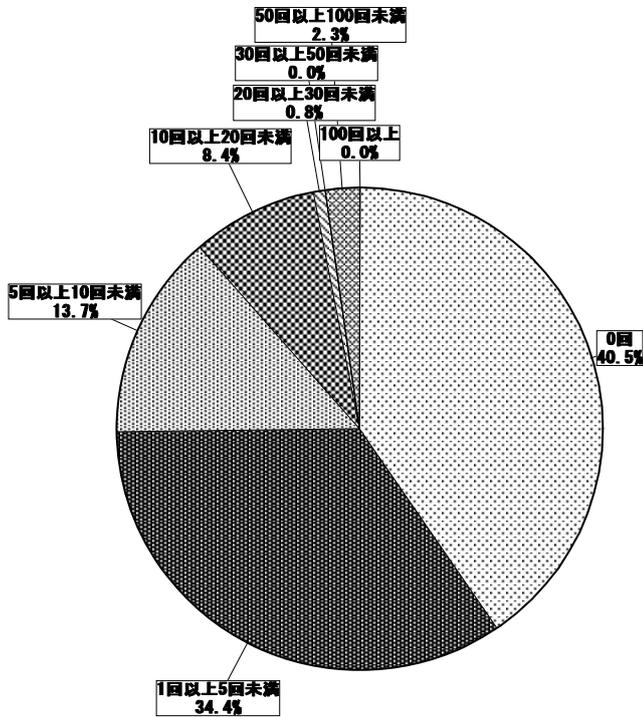


図1-28A-4 問28 A 在医管 - 往診・夜間深夜  
(n = 121, m±σ = 1.5±9.1)

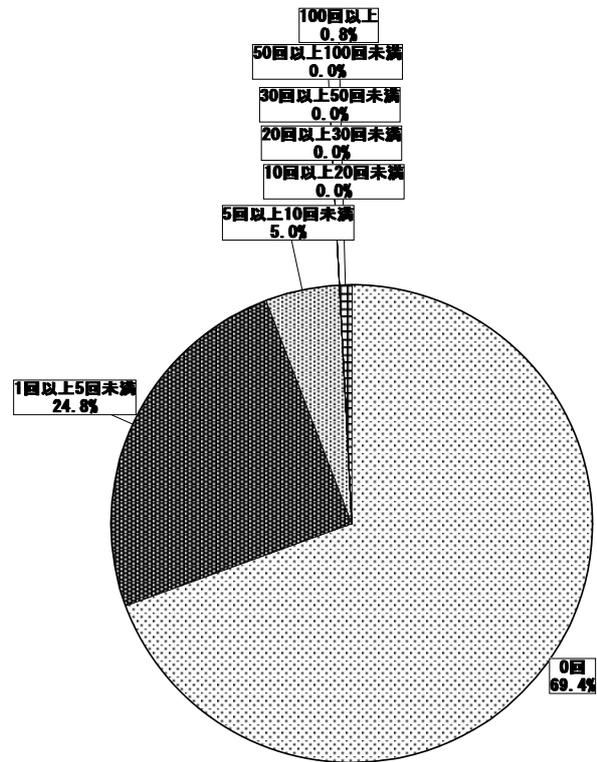


図1-28A-5 問28 A 在医管 - 訪問看護延人数  
(n = 81, m±σ = 3.6±8.7)

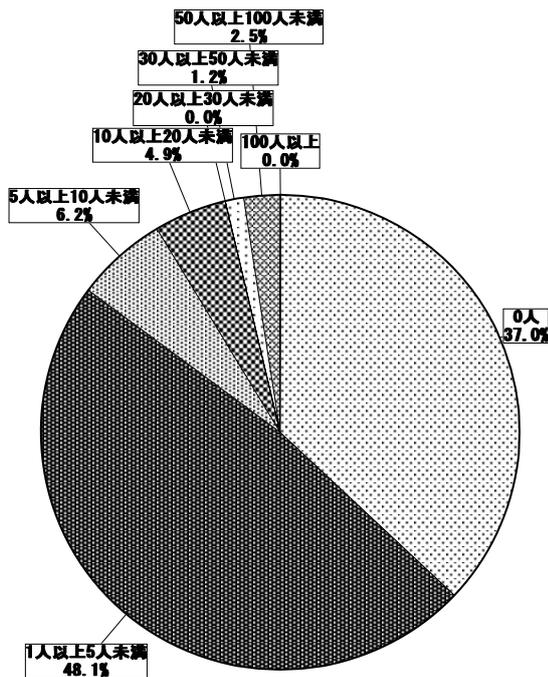
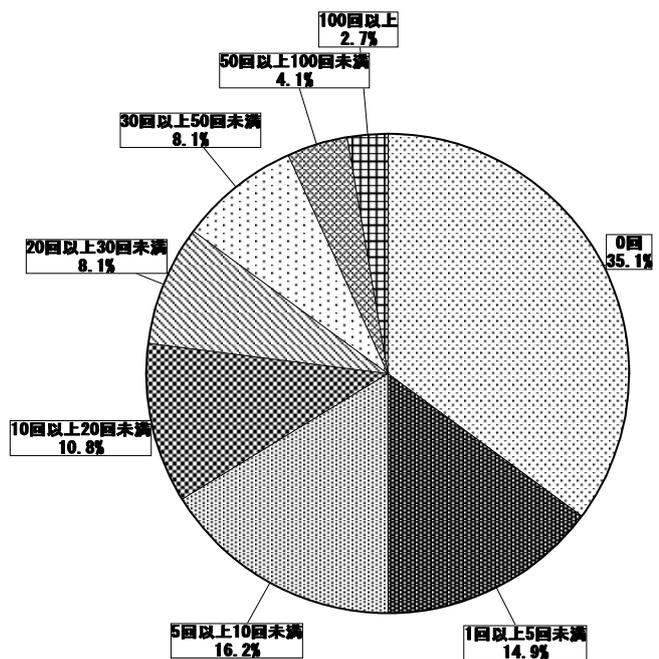


図1-28A-6 問28 A 在医管 - 訪問看護延回数  
(n = 74, m±σ = 17.3±41.7)



(1) 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調査  
全施設

図1-28B-1 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 算定患者数  
(n = 408, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 21.4 \pm 36.5$ )

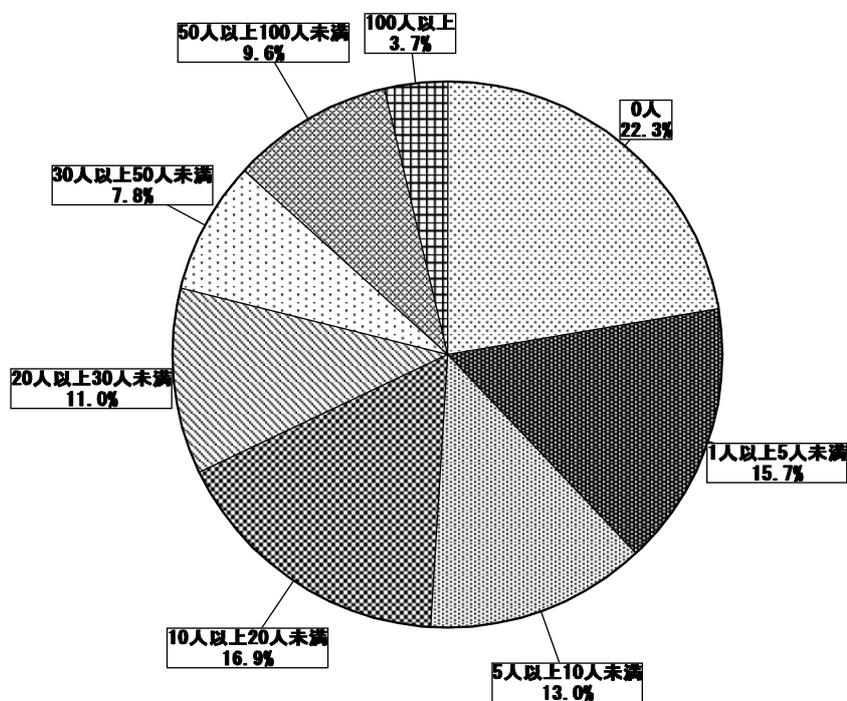
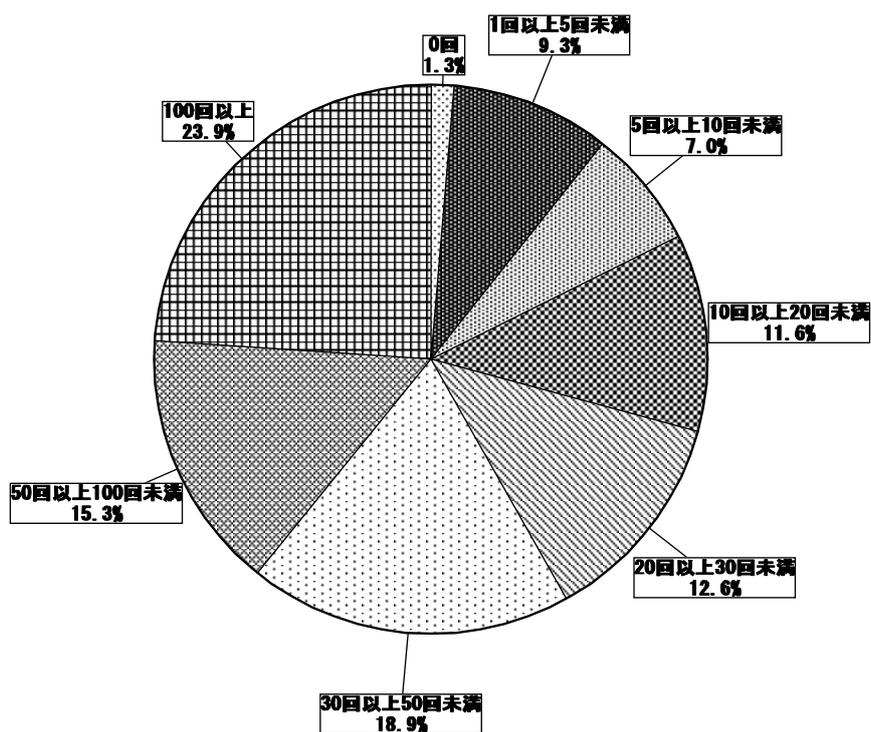


図1-28B-2 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 訪問診療延回数  
(n = 301, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 72.1 \pm 108.3$ )



(1) 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調査  
全施設

図1-28B-3 問28 B 在総診 - 往診  
(n = 236, m±σ = 9.3±16.3)

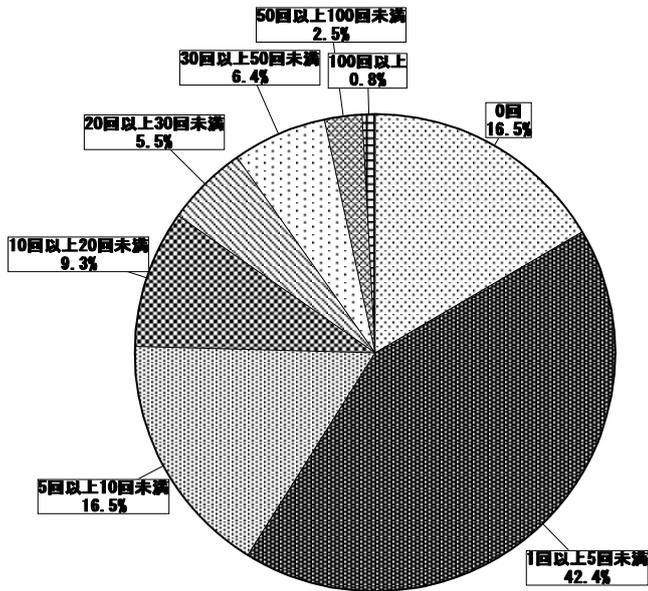


図1-28B-4 問28 B 在総診- 往診・夜間深夜  
(n = 220, m±σ = 1.9±3.6)

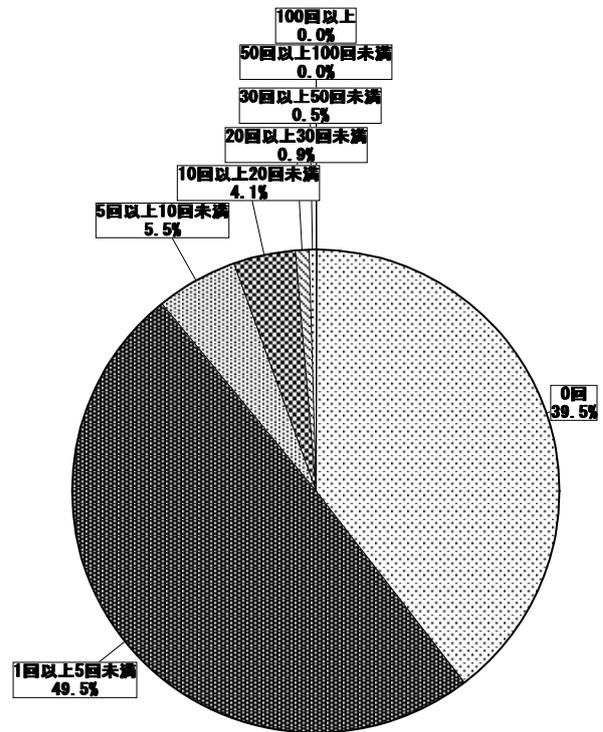


図1-28B-5 問28 A 在総診- 訪問看護延人数  
(n = 127, m±σ = 9.6±17.1)

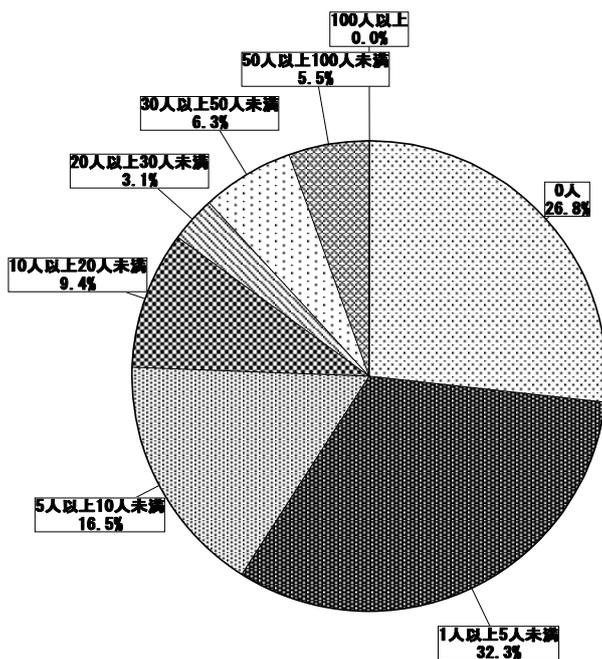
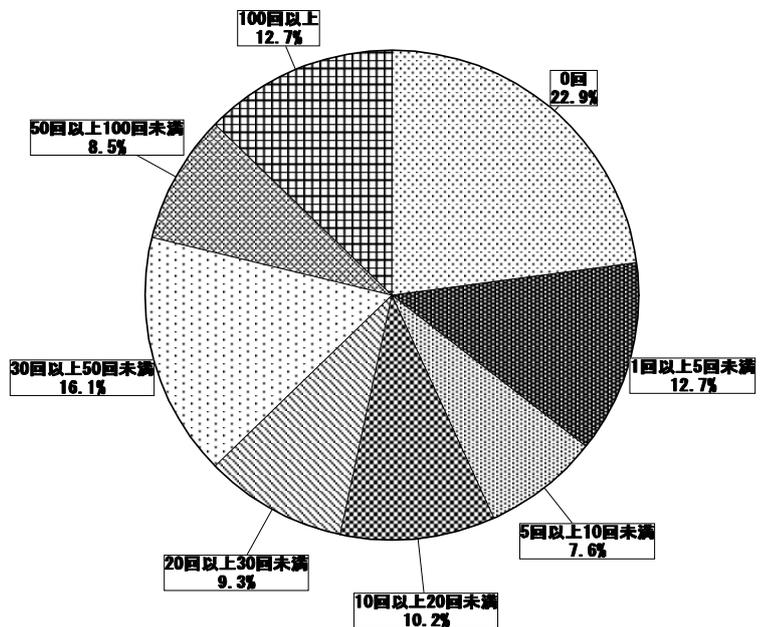


図1-28B-6 問28 B 在総診 - 訪問看護延回数  
(n = 118, m±σ = 51.1±98.1)



(1) 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調査  
全施設

図1-28C-1 問28 C 在医総 - 算定患者数  
(n = 346, m ± σ = 0.6 ± 1.8)

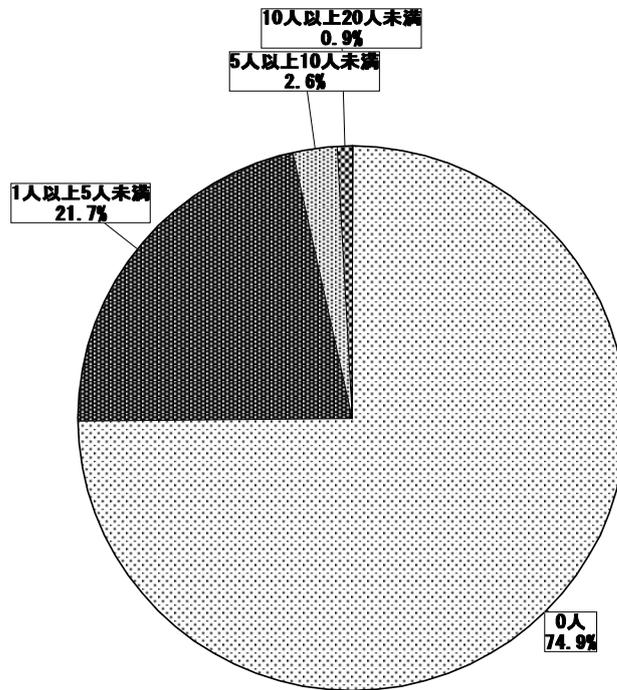
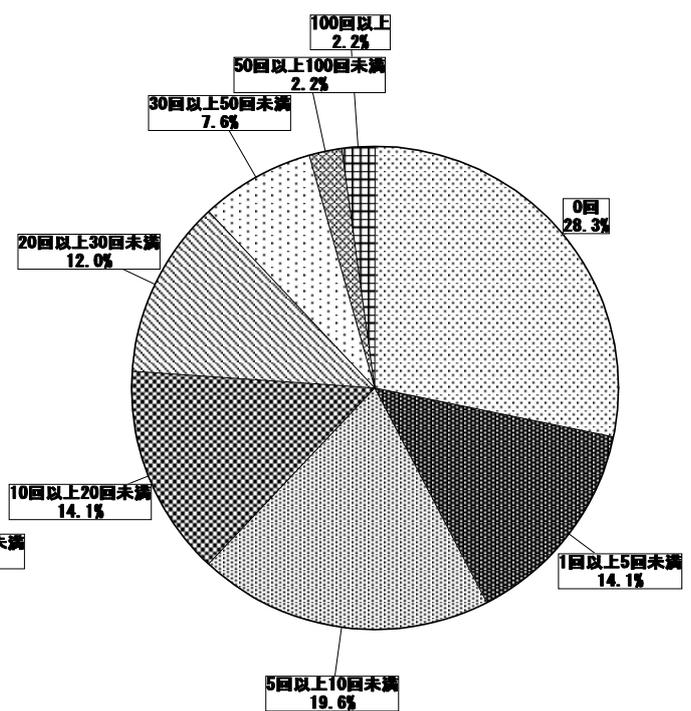
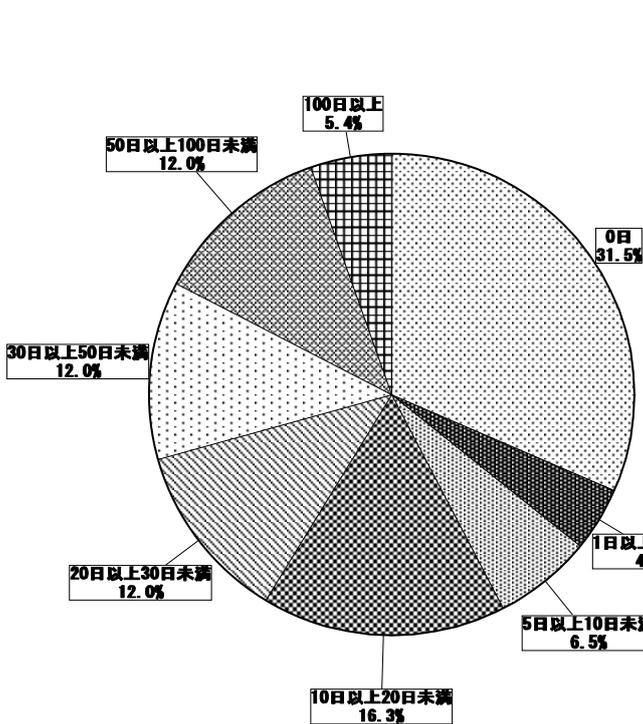


図1-28C-2 問28 C 在医総 - 延日数  
(n = 92, m ± σ = 28.8 ± 50.3)

図1-28C-3 問28 C 在医総 - 訪問診療延回数  
(n = 92, m ± σ = 14.4 ± 26.5)



(1) 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調査  
全施設

図1-28C-4 問28 C 在医総 - 往診  
(n = 86, m±σ = 3.2±5.9)

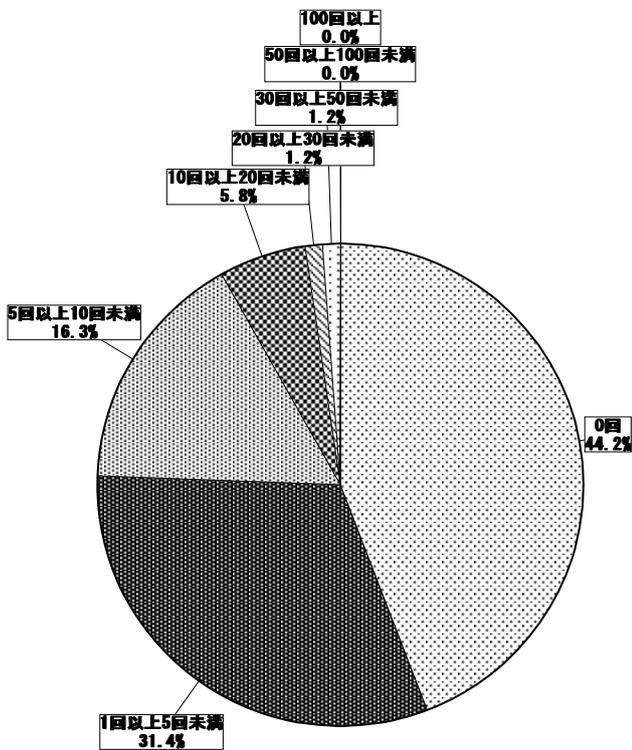


図1-28C-5 問28 C 在医総 - 往診・夜間深夜  
(n = 82, m±σ = 1.9±3.3)

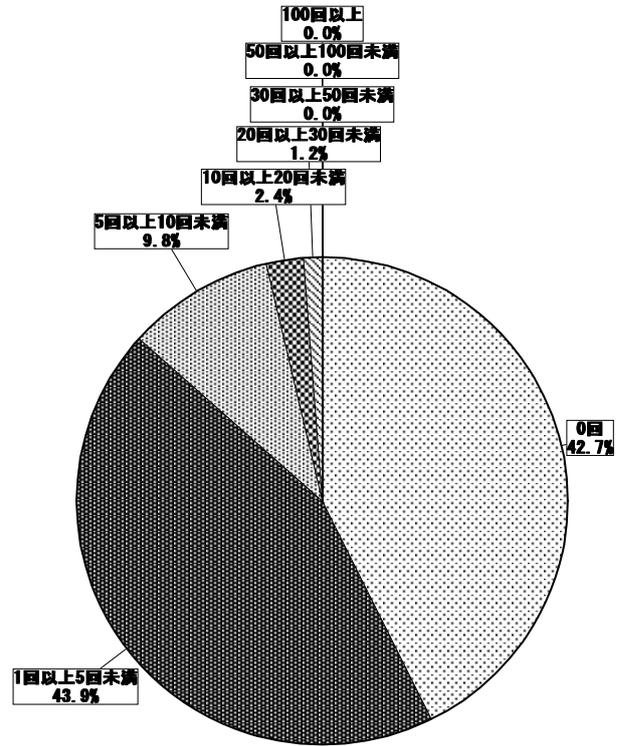


図1-28C-6 問28 C 在医総 - 訪問看護延人数  
(n = 63, m±σ = 1.6±2.7)

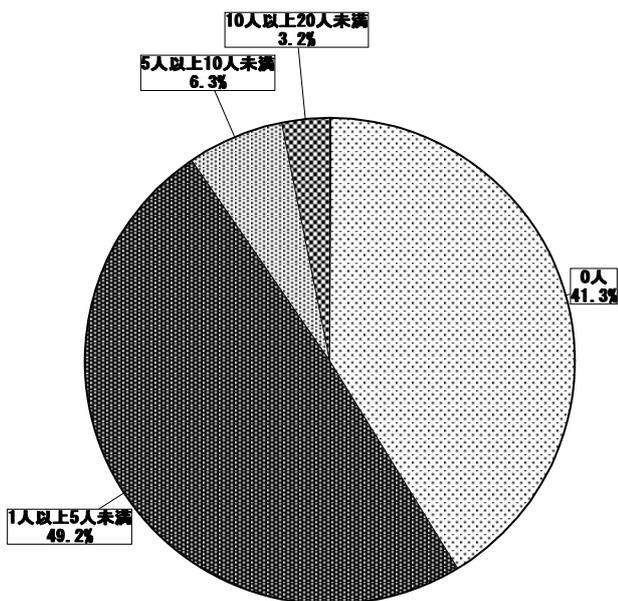
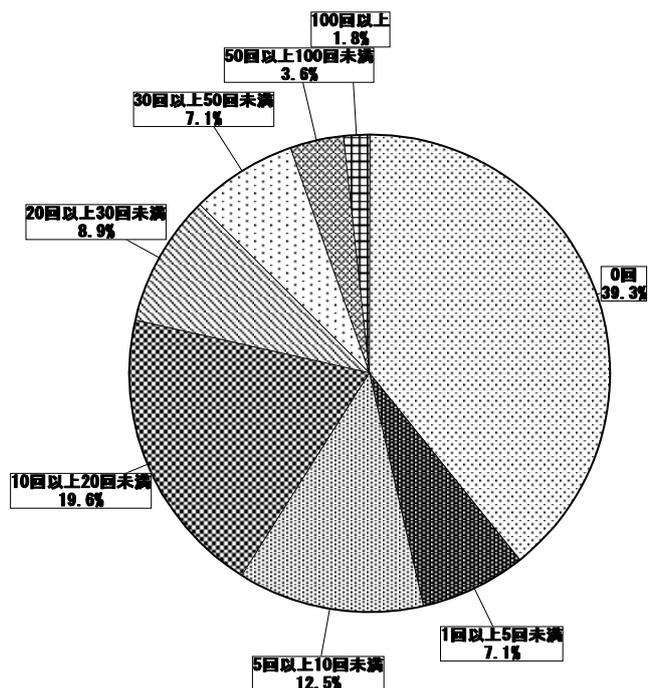


図1-28C-7 問28 C 在医総 - 訪問看護延回数  
(n = 56, m±σ = 13.3±20.7)



(1) 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調査  
全施設

図1-28D-1 問28 D その他の患者 - 往診回数  
(n = 325, m ± σ = 12.1 ± 22.2)

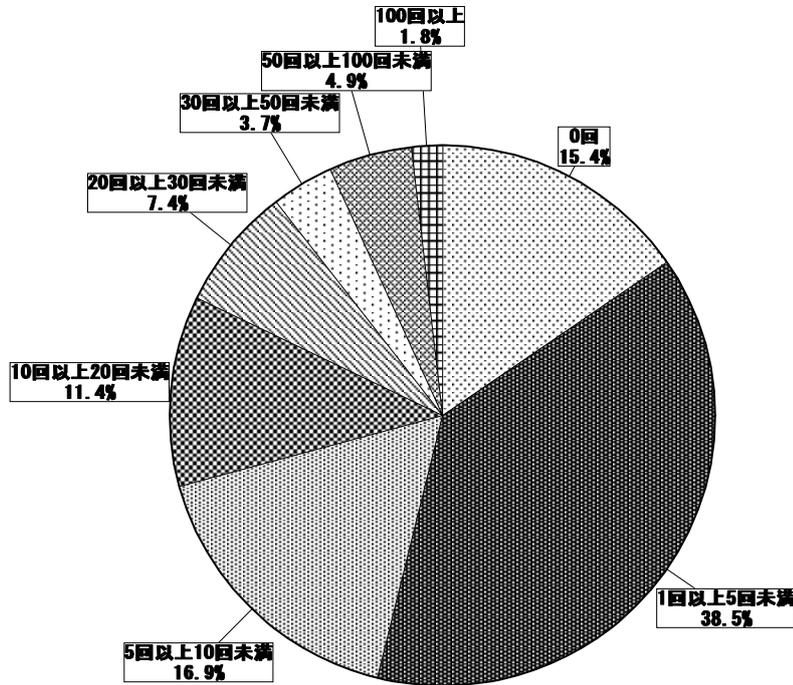
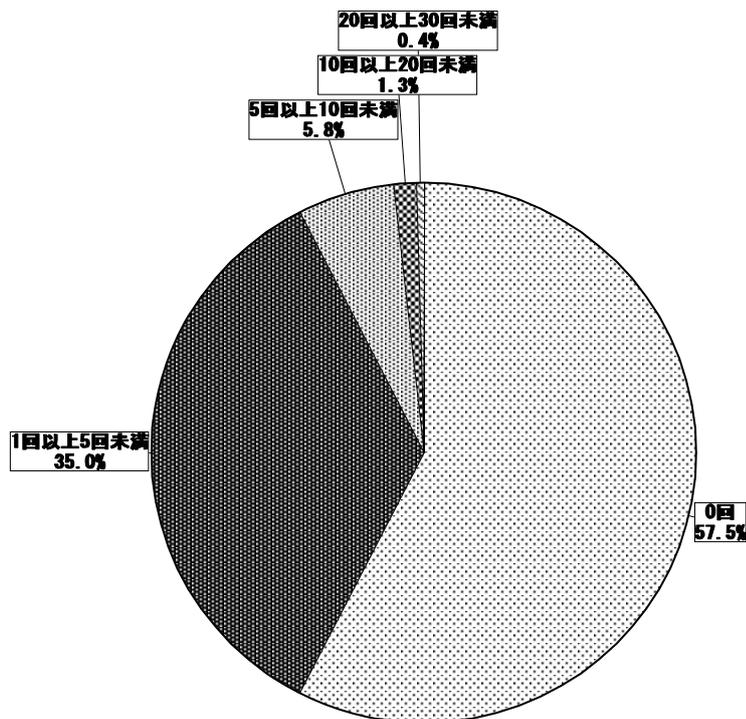


図1-28D-2 問28 D その他の患者 - 往診・夜間深夜  
(n = 226, m ± σ = 1.2 ± 2.3)



(1) 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調査  
全施設

図1-29A-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- A在医管  
(n = 159, m±σ = 0.4±0.9)

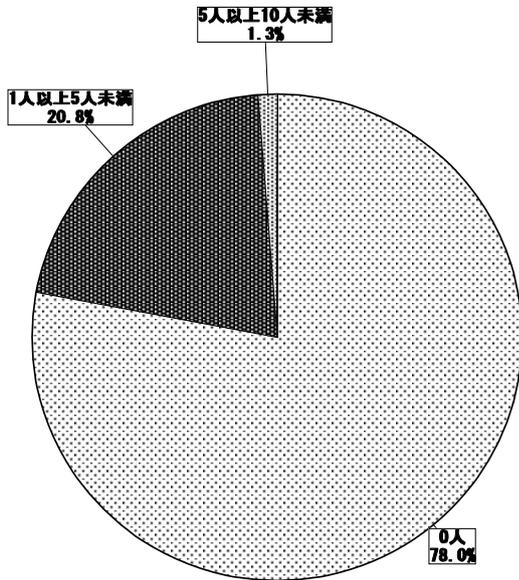


図1-29B-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- B在総診  
(n = 174, m±σ = 0.4±0.7)

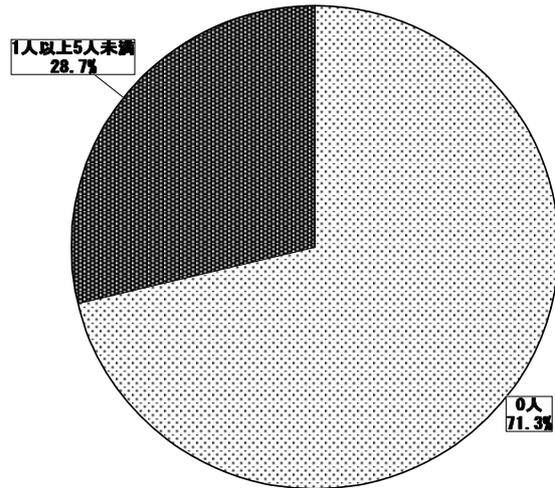


図1-29C-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- C在医総  
(n = 126)

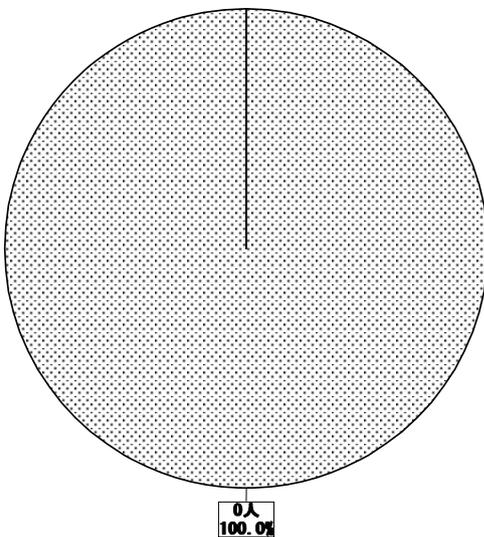
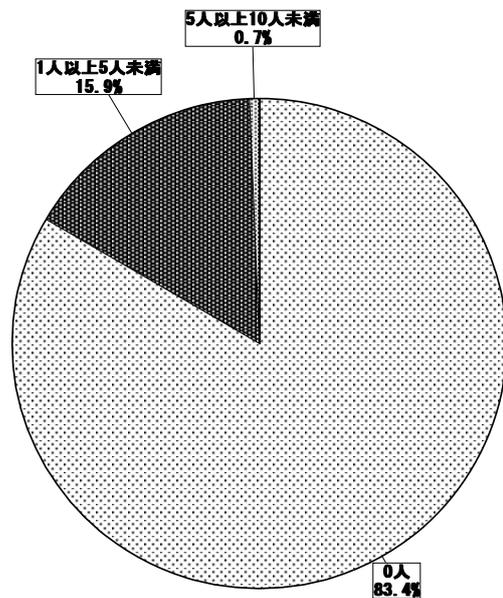


図1-29D-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- Dその他  
(n = 151, m±σ = 0.3±0.8)



(1) 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調査  
全施設

図1-29A-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- A在医管  
(n = 178, m±σ = 0.7±1.5)

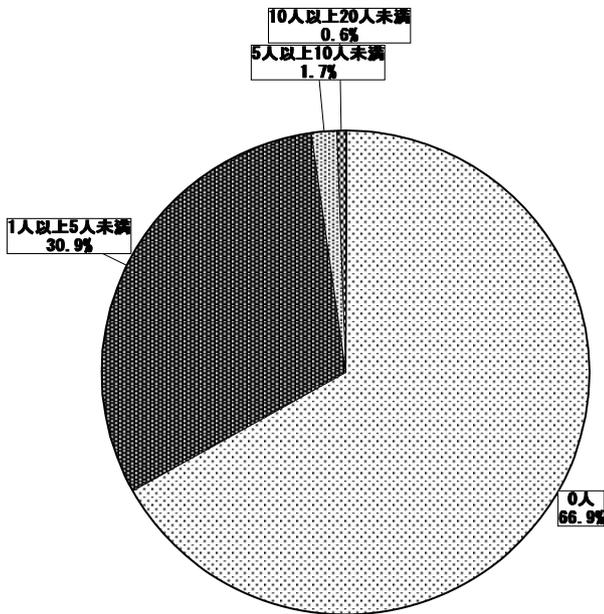


図1-29B-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- B在総診  
(n = 266, m±σ = 2.2±2.8)

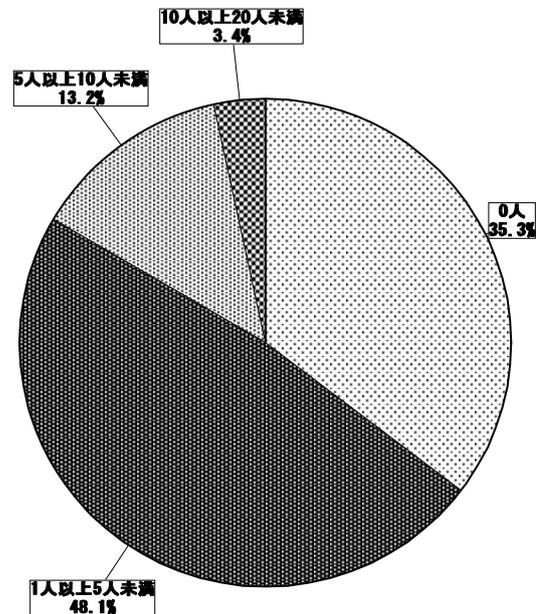


図1-29C-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- C在医総  
(n = 147, m±σ = 0.5±1.4)

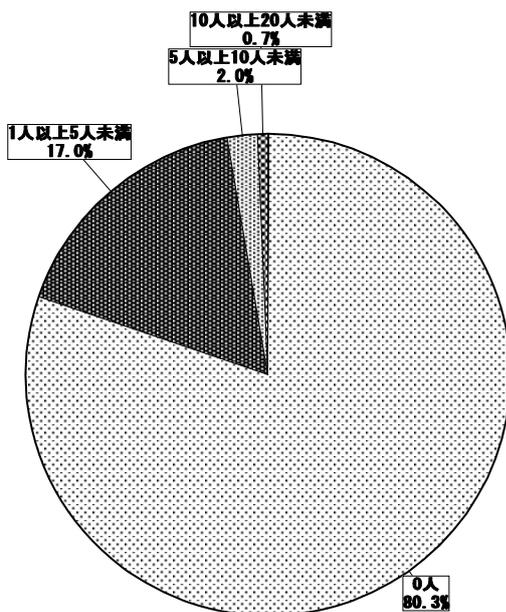
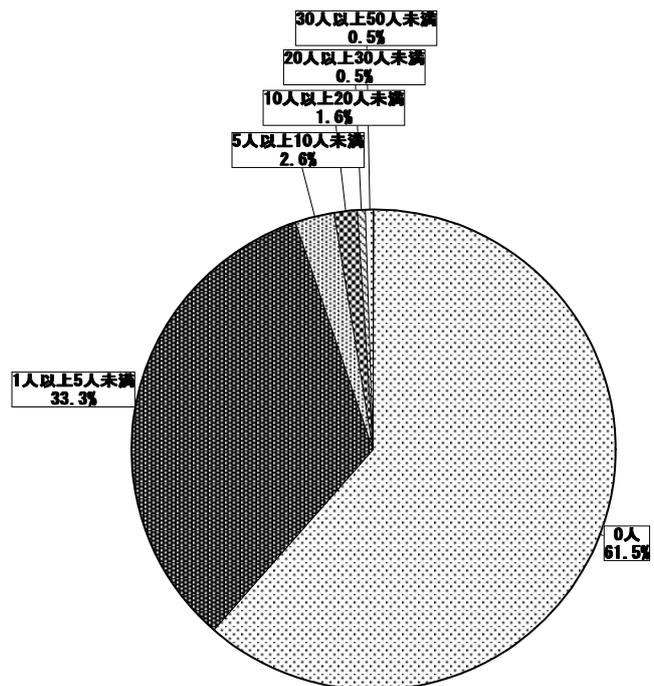


図1-29D-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- Dその他  
(n = 192, m±σ = 1.2±3.3)



(1) 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調査  
全施設

図1-29A-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- A在医管  
(n = 143, m±σ = 0.2±0.4)

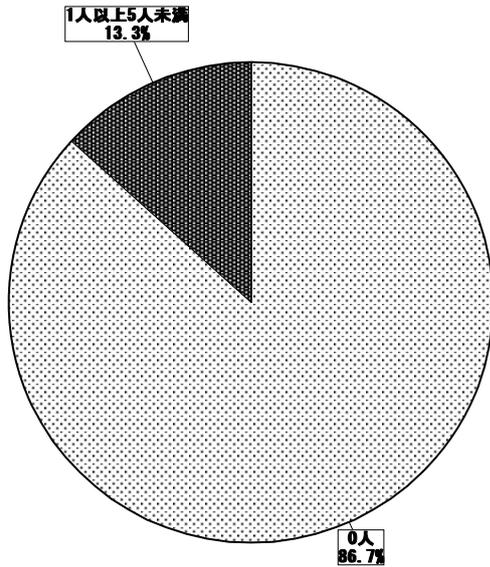


図1-29B-3 問34 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- B在総診  
(n = 172, m±σ = 0.4±0.9)

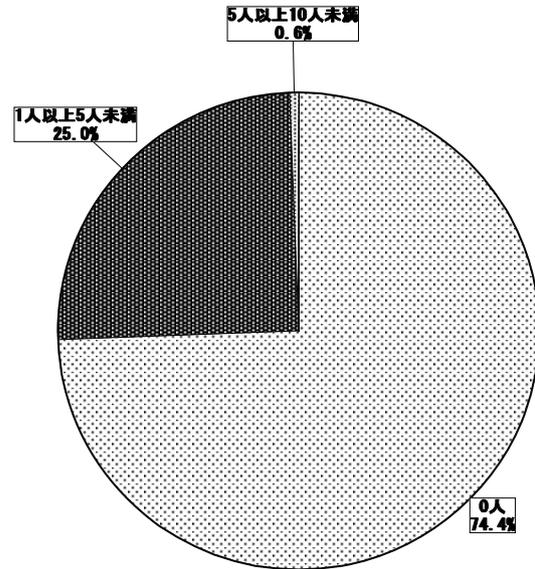


図1-29C-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- C在医総  
(n = 141, m±σ = 0.2±0.6)

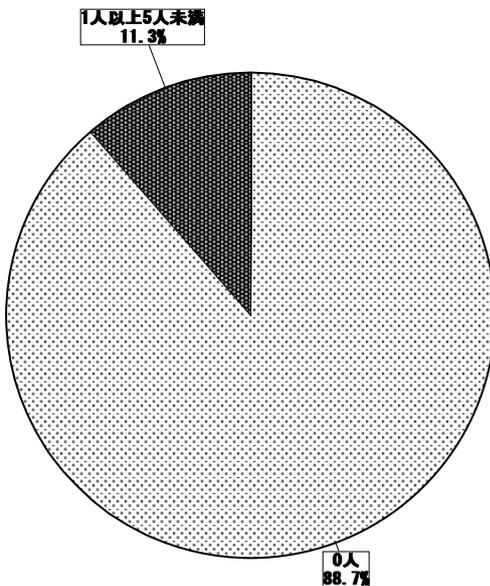
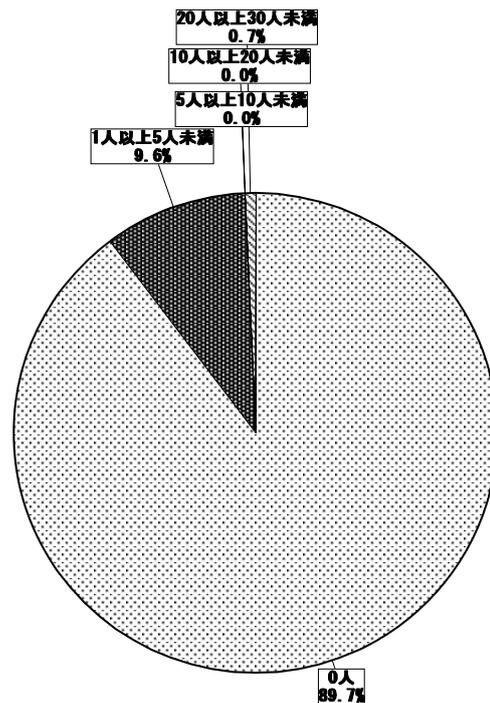


図1-29D-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- Dその他  
(n = 146, m±σ = 0.3±1.7)



(1) 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調査  
全施設

図1-29A-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- A在医管  
(n = 156, m±σ = 0.4±0.9)

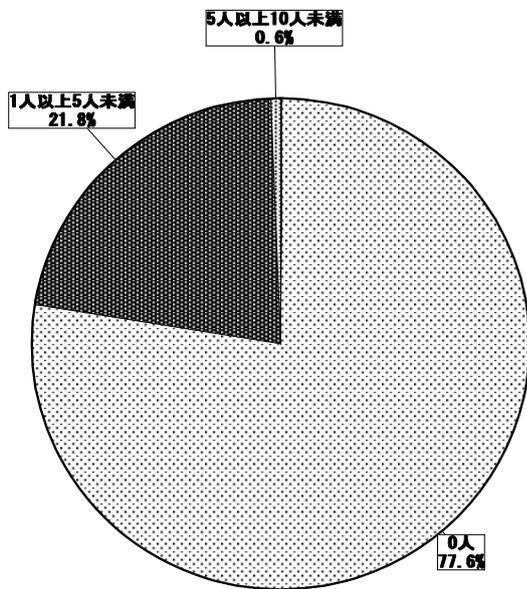


図1-29B-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- B在総診  
(n = 209, m±σ = 1.5±2.4)

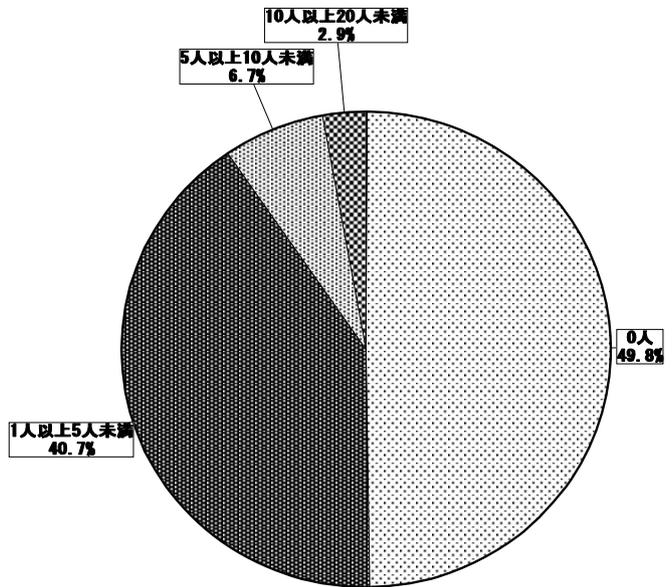


図1-29C-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- C在医総  
(n = 128, m±σ = 0.1±0.4)

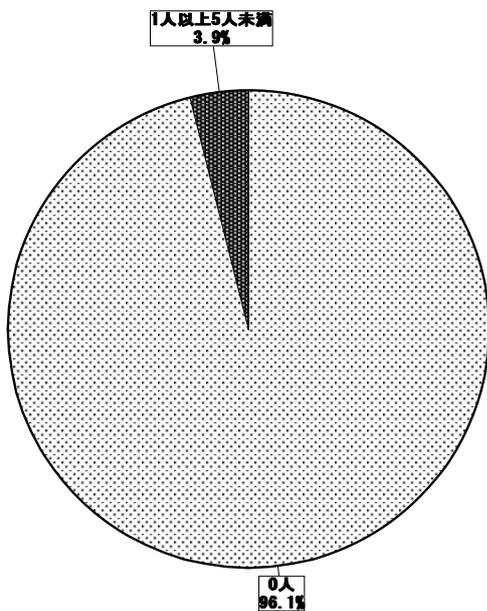
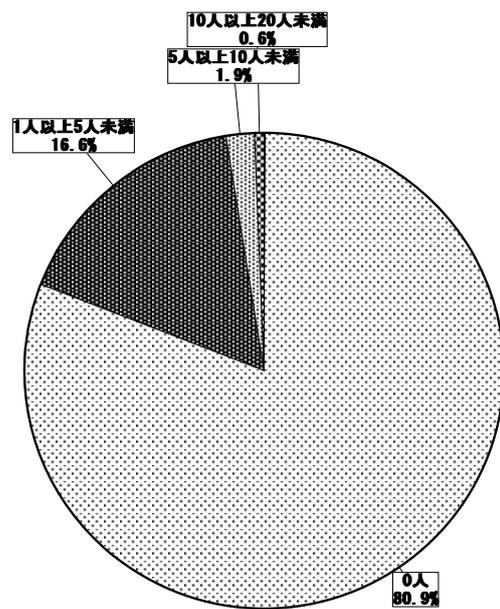


図1-29D-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- Dその他  
(n = 157, m±σ = 0.4±1.4)



(1) 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調査  
全施設

図1-29A-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- A在医管  
(n = 135, m±σ = 0.2±1.7)

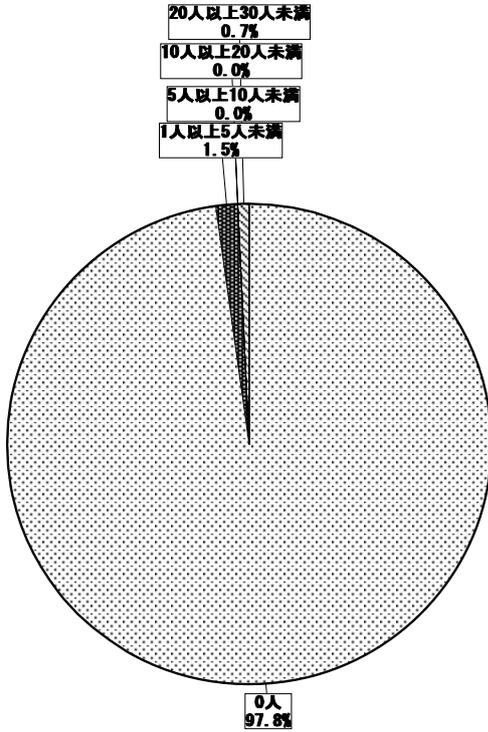


図1-29B-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- B在総診  
(n = 140, m±σ = 0.0±0.1)

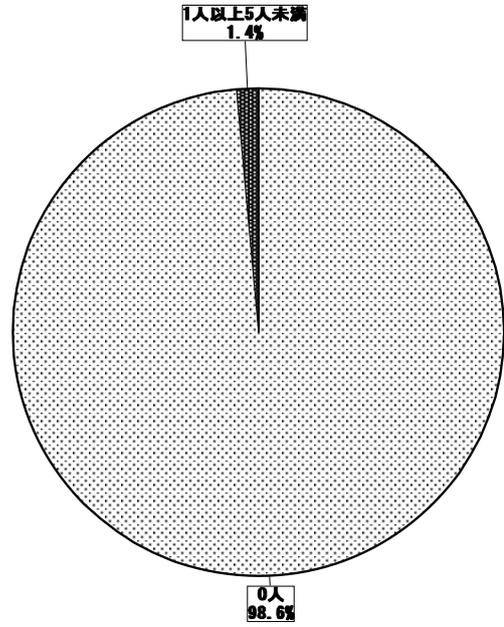


図1-29C-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- C在医総  
(n = 125)

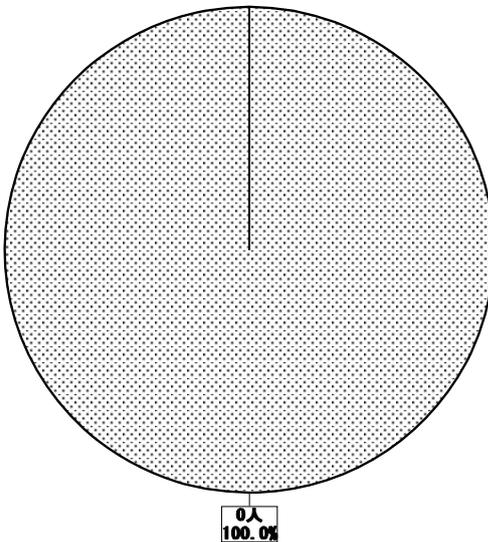
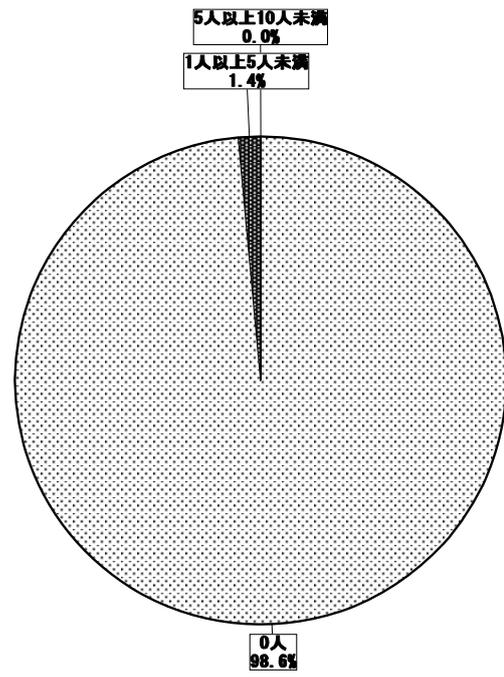
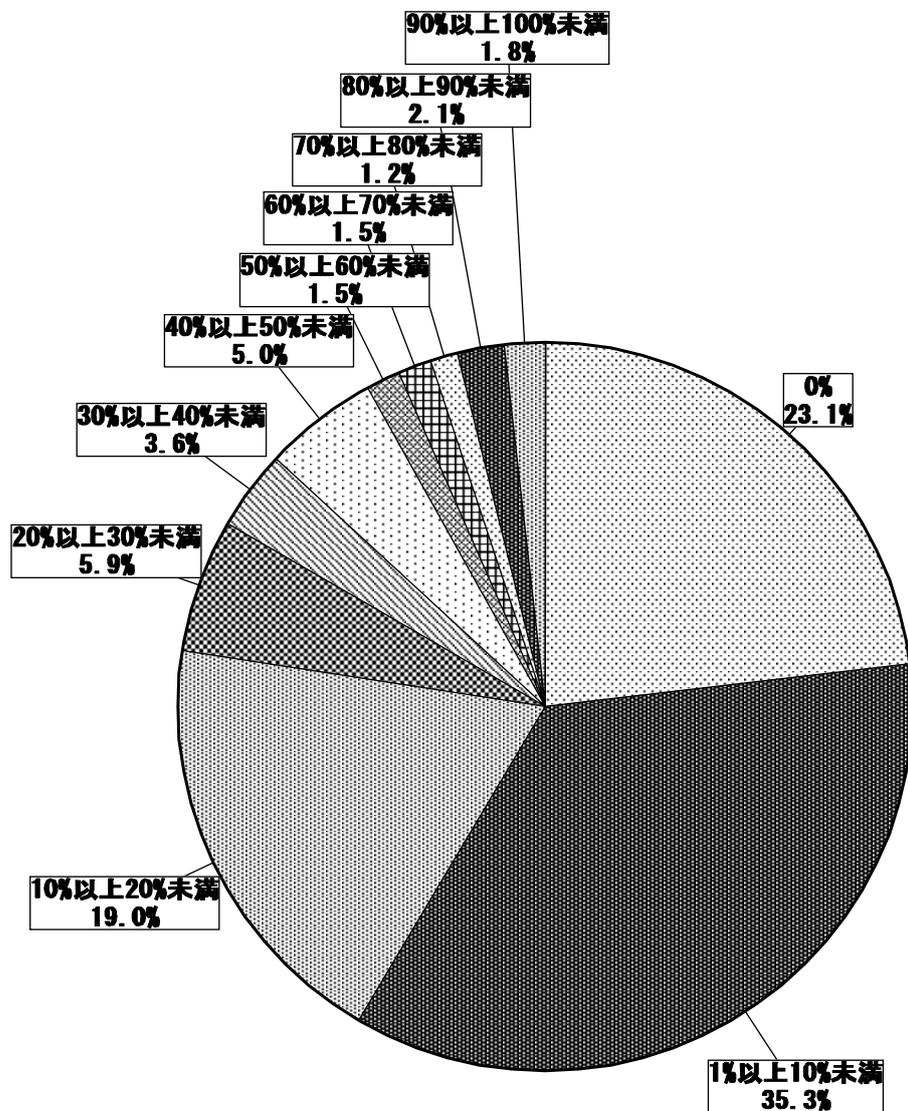


図1-29D-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- Dその他  
(n = 138, m±σ = 0.0±0.2)



(1) 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調査  
全施設

図1-30 問30 診療報酬に占める A 在医管+B 在総診+C 在医総 の比率  
(n = 337)



(1) 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調査  
全施設

図1-31-1 問31 在宅療養連携窓口の有無  
(n = 385)

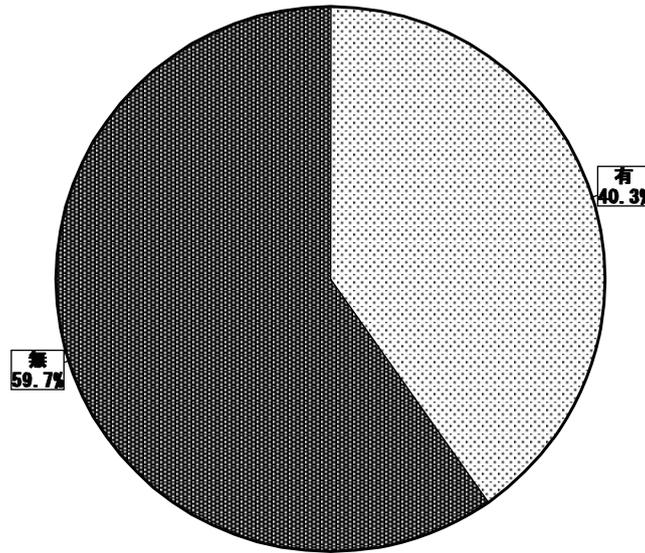


図1-31-2 問31 精神科訪問看護 - 有無  
(n = 369)

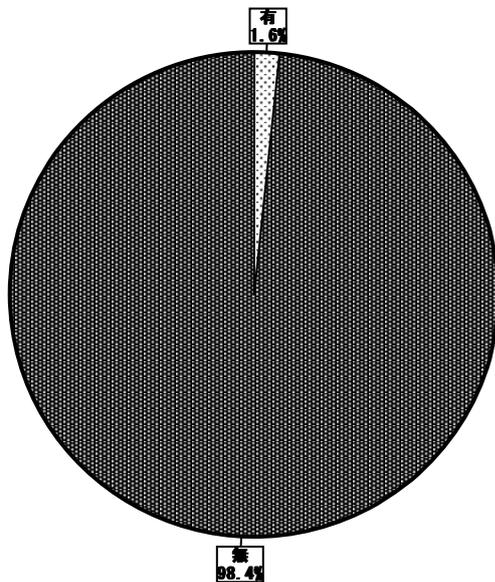
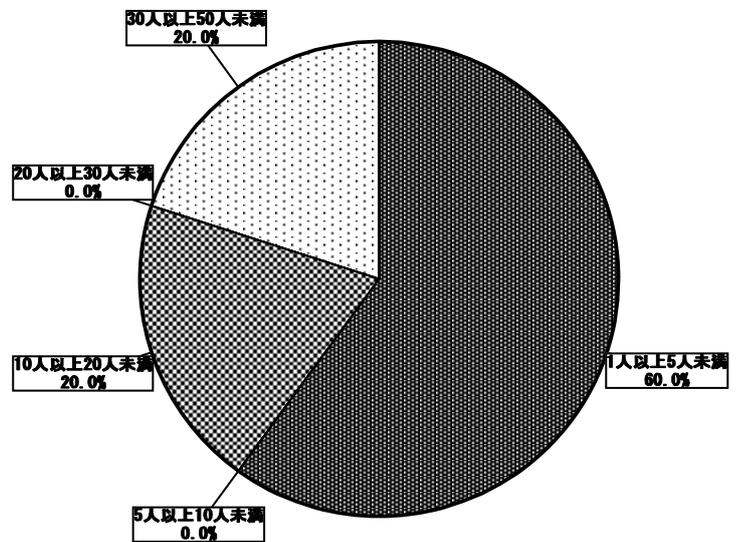


図1-31-3 問31 精神科訪問看護 - 利用人数  
(n = 5, m ± σ = 12.8 ± 18.5)



(1) 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調査  
全施設

図1-31-4 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(医師)  
- 有無  
(n = 394)

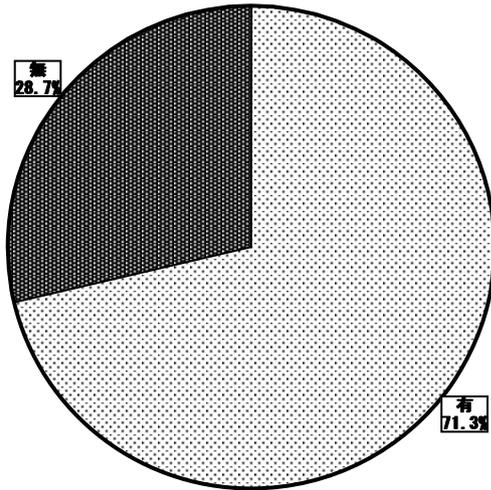


図1-31-5 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(医師)  
- 利用人数  
(n = 252, m ± σ = 29.1 ± 43.1)

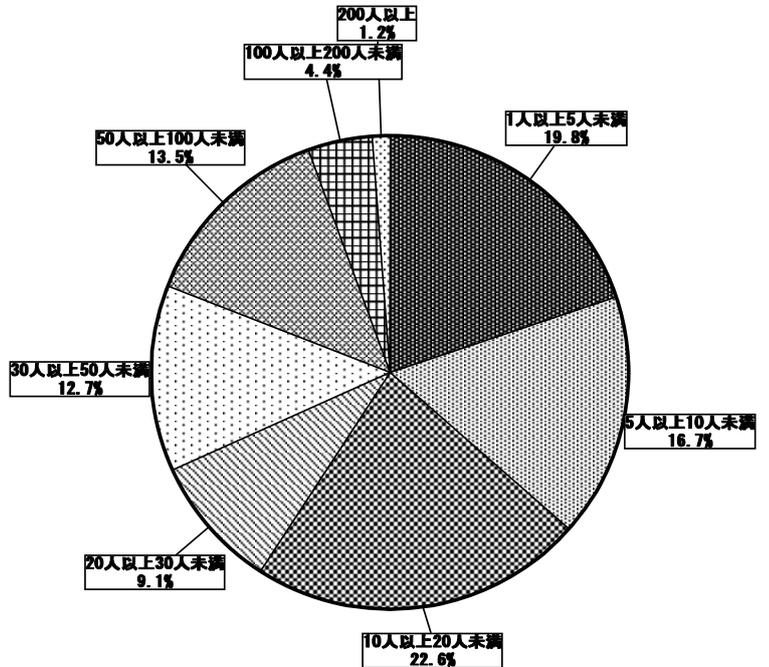


図1-31-6 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(薬剤師)  
- 有無  
(n = 318)

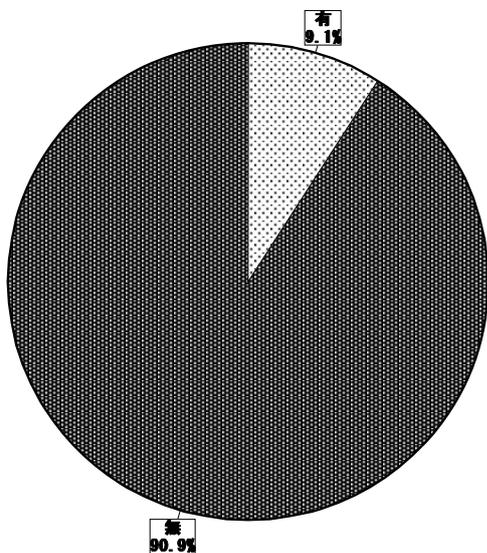
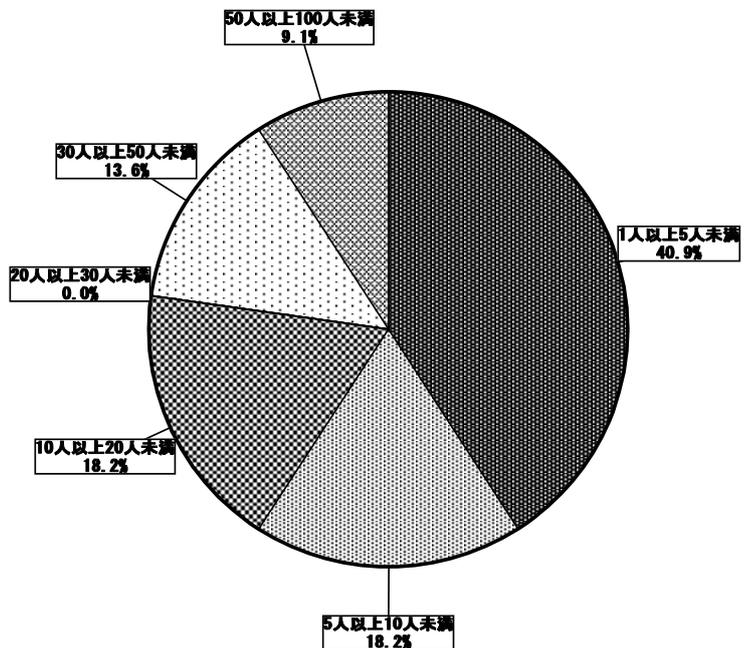


図1-31-7 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(薬剤師)  
- 利用人数  
(n = 22, m ± σ = 14.5 ± 17.3)



(1) 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調査  
全施設

図1-31-8 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 有無  
(n = 323)

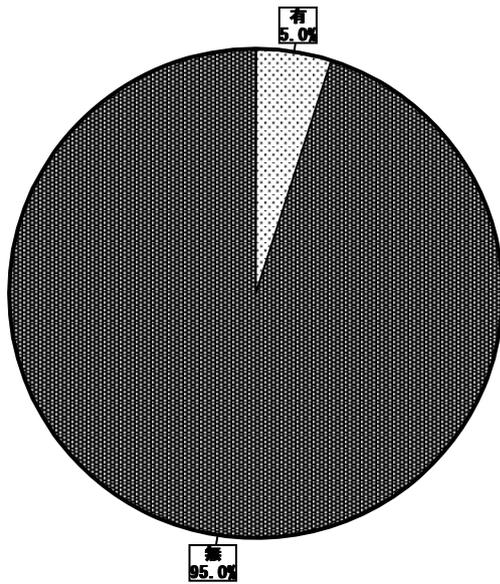


図1-31-9 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 利用人数  
(n = 12, m ± σ = 3.8 ± 5.2)

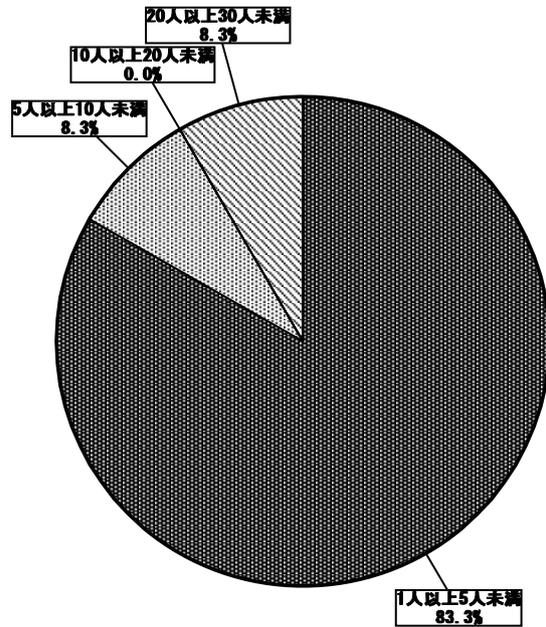
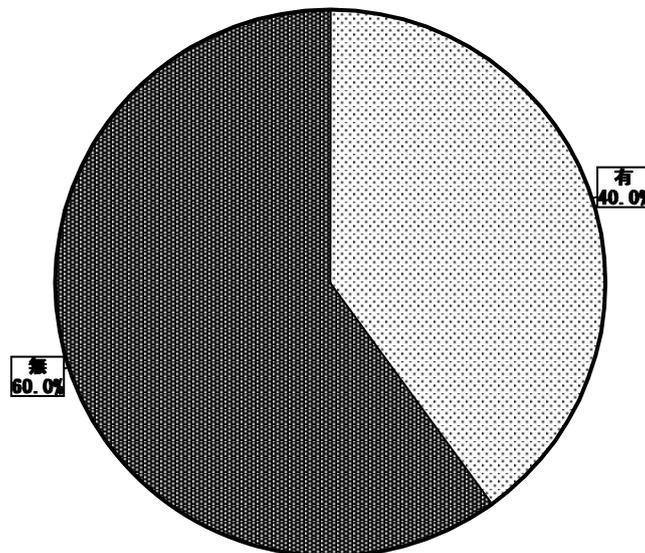


図1-31-10 問31 介護保険 - 訪問看護の有無  
(n = 340)



(1) 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調査  
全施設

図1-31-11 問31 介護保険 - 訪問看護  
- 利用人数  
(n = 114, m ± σ = 32.4 ± 65.3)

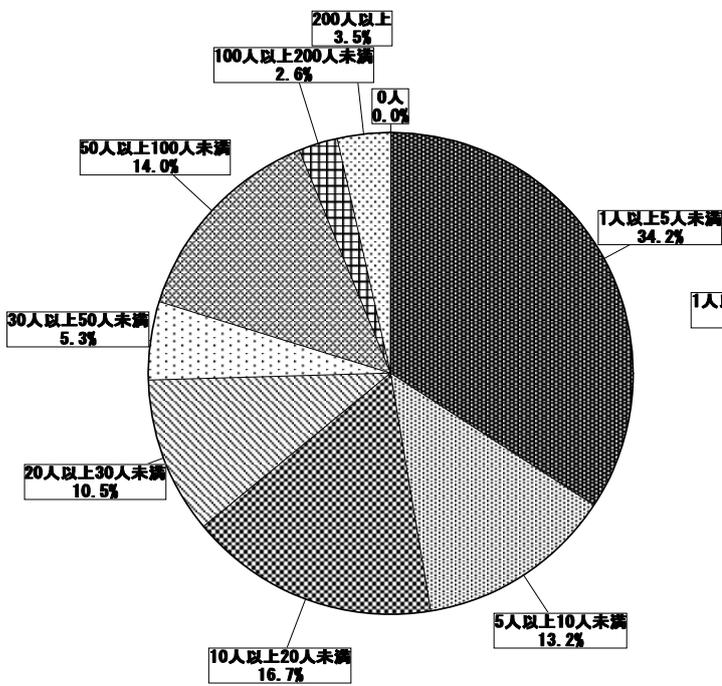


図1-31-12 問31 介護保険 - 訪問看護  
- 利用人数(夜間)  
(n = 64, m ± σ = 1.4 ± 3.3)

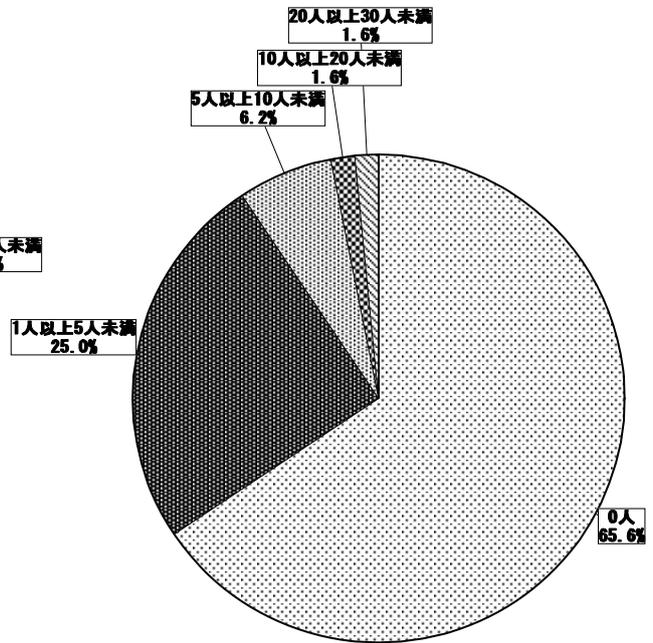
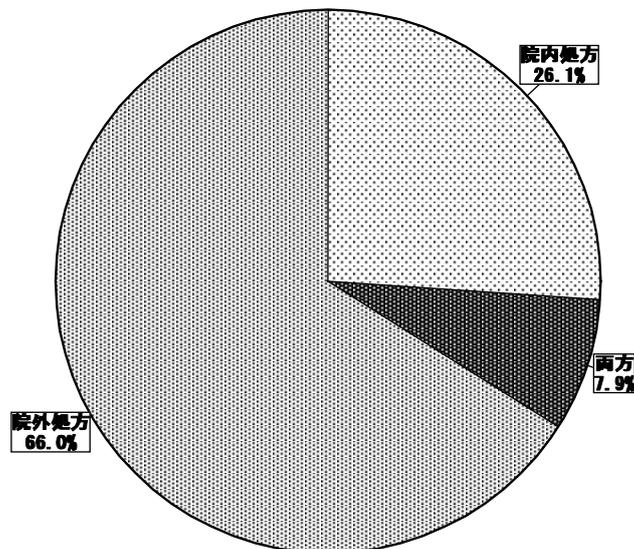


図1-31-13 問31 外来患者への処方  
(n = 403)



(1) 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調査  
全施設

図1-32-1 問32 在宅看取り - 年間看取り数  
(n = 427, m ± σ = 6.6 ± 11.9)

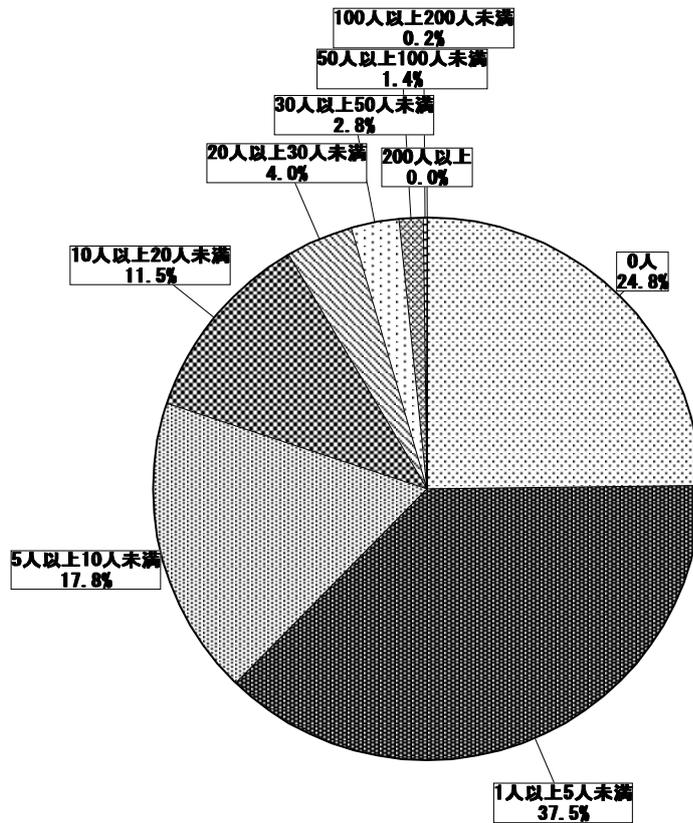
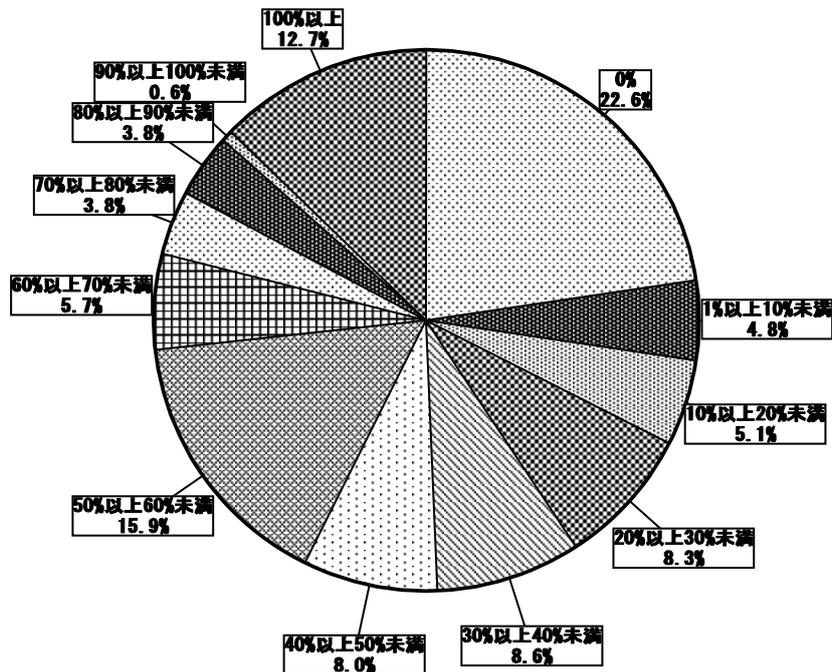


図1-32-2 問32 在宅看取り - 夜間看取りの割合  
(n = 314)



(1) 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調査  
全施設

図1-33-1 問33 標榜している診療科目  
(n = 455, 複数回答)

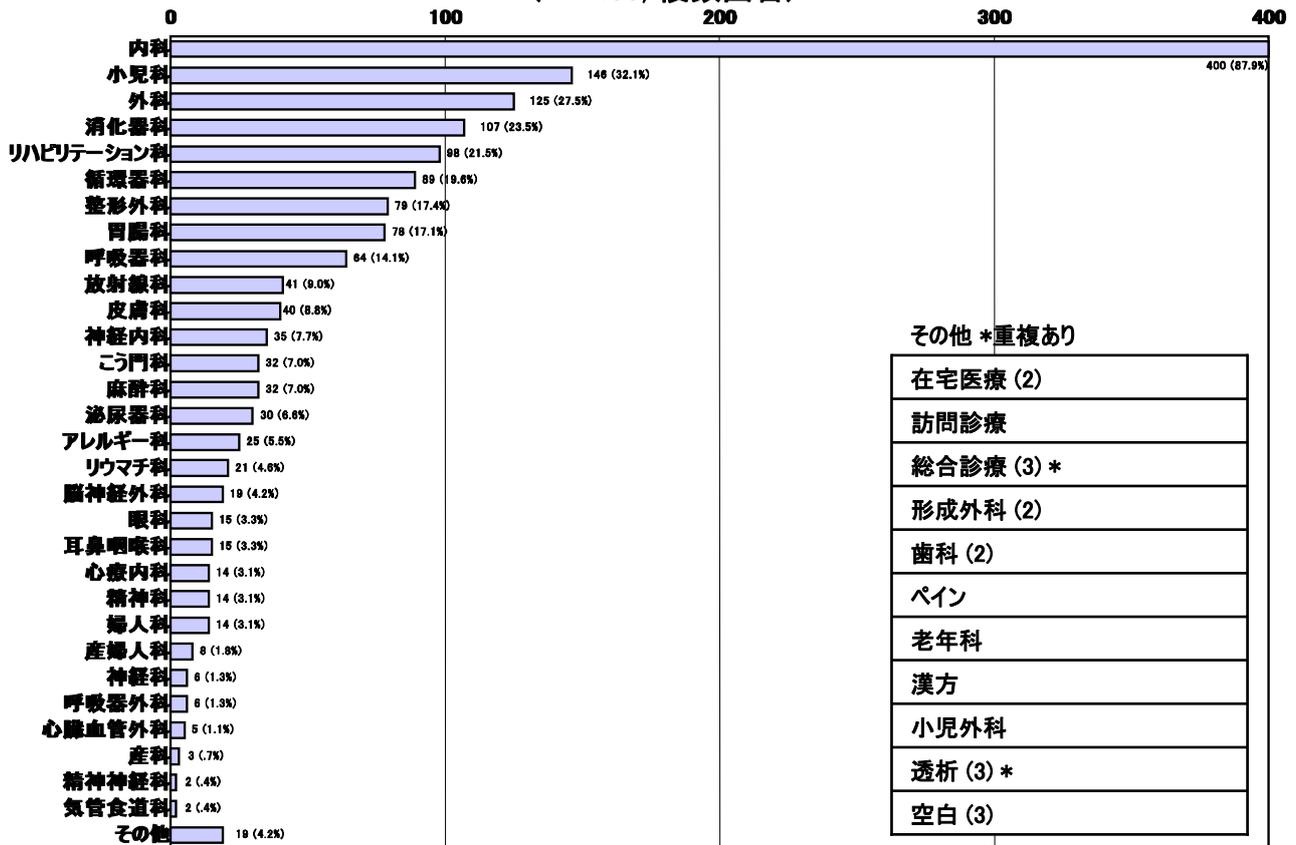
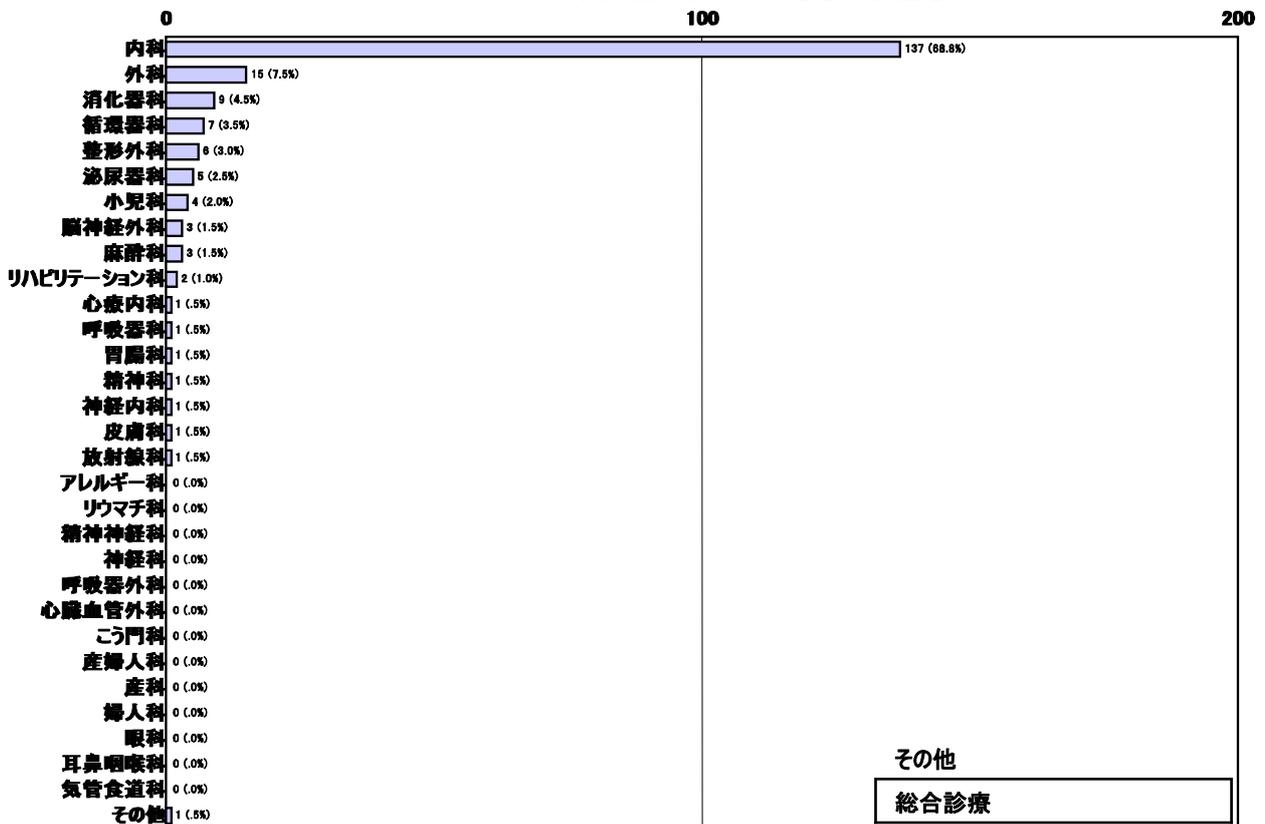


図1-33-2 問33 主たる診療科目  
(n = 199, 一つのみを標榜と答えているものを含む)



(1) 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調査  
全施設

図1-33-3 問33 病床数 - 全病床  
(n = 389, m ± σ = 21.6 ± 96.0)

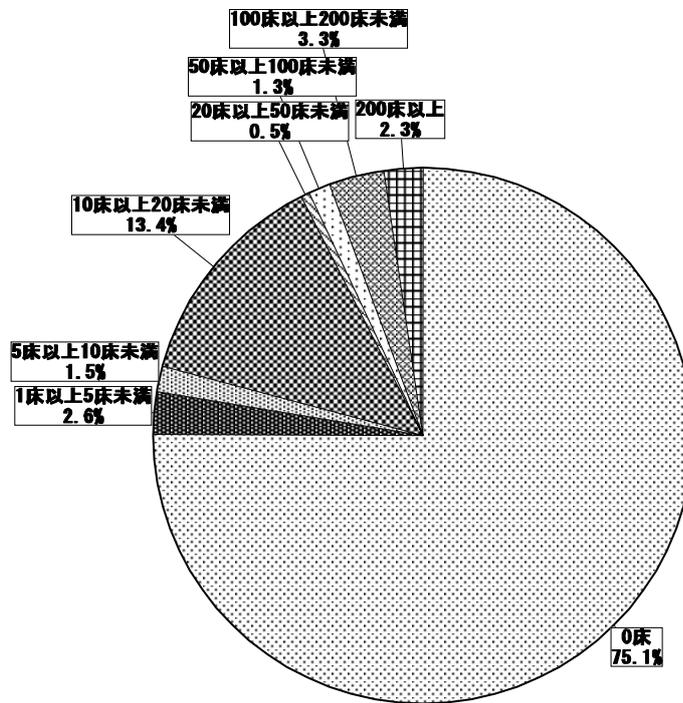
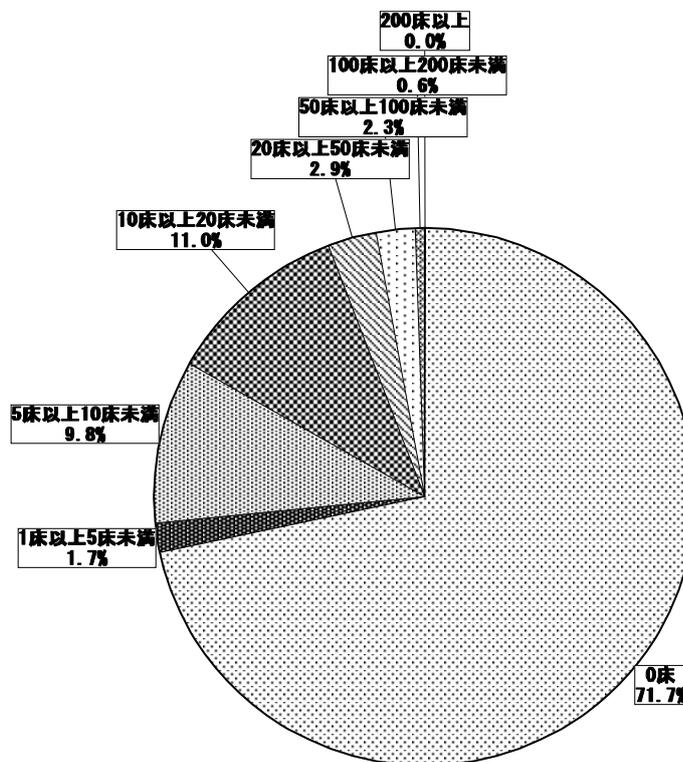


図1-33-4 問33 病床数 - 療養病床  
(n = 173, m ± σ = 5.7 ± 15.5)



(1) 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調査  
全施設

図1-33-5 問33 医師数 - 常勤  
(n = 438, m ± σ = 3.3 ± 20.1)

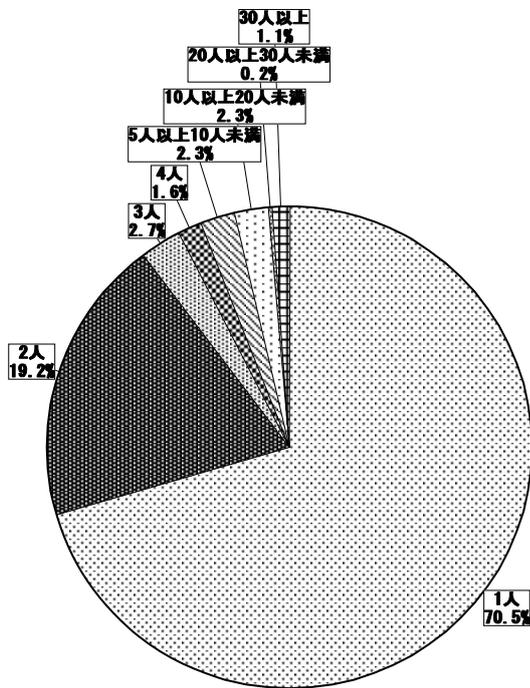


図1-33-6 問33 医師数 - 非常勤  
(n = 293, m ± σ = 2.7 ± 9.0)

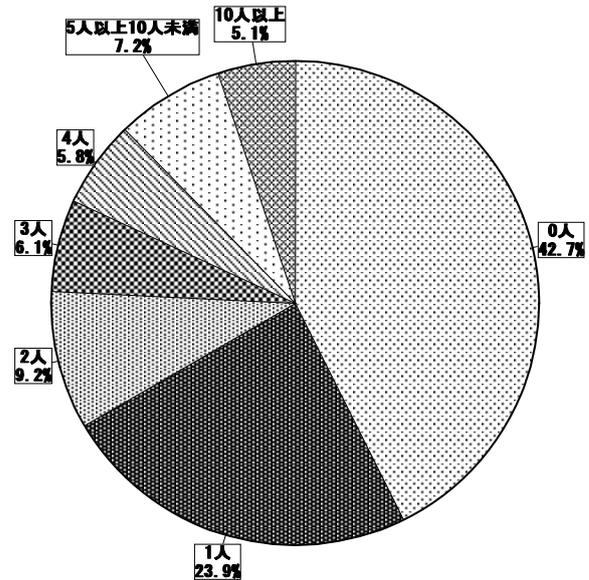


図1-33-7 問33 看護職員数 - 常勤  
(n = 384, m ± σ = 11.3 ± 56.8)

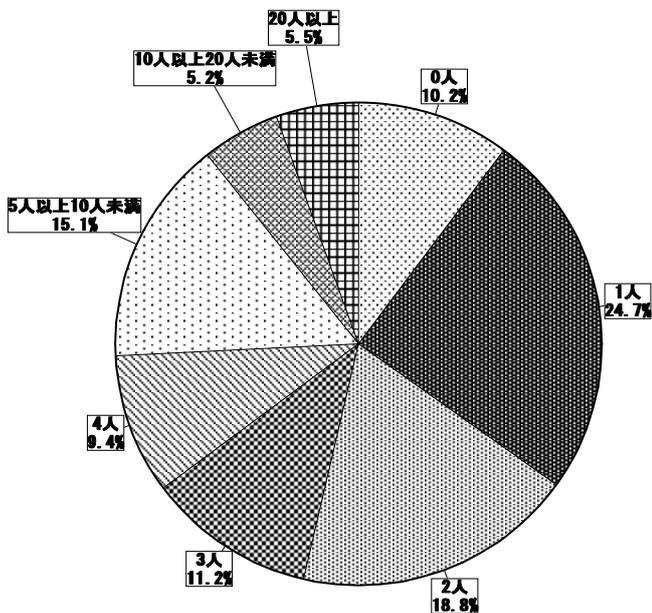


図1-33-8 問33 看護職員数 - 非常勤  
(n = 308, m ± σ = 3.1 ± 6.7)

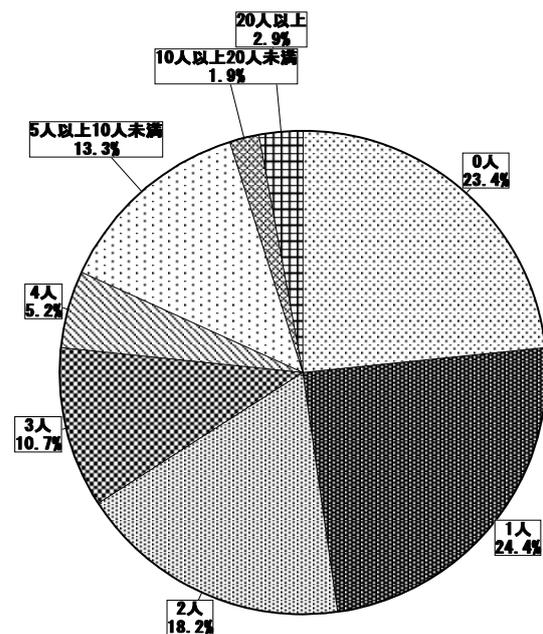


図2-1 問1 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 保険医療機関たる診療所であること  
(n = 395)

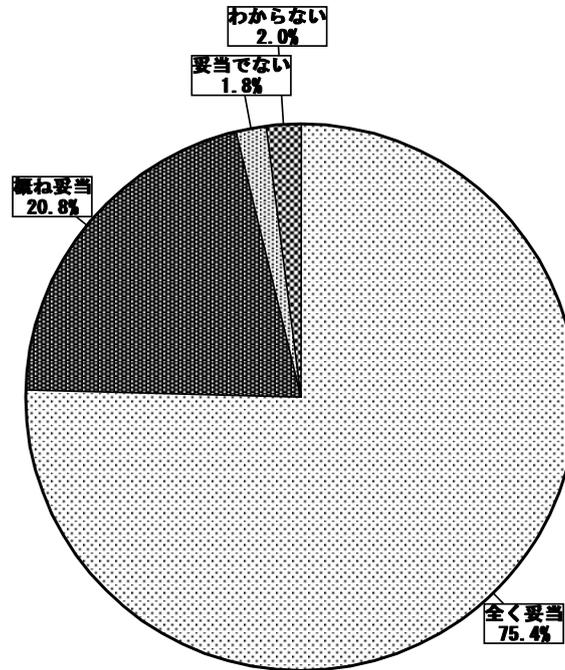


図2-2 問2 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 地域社会保険事務局に認可をうけること  
(n = 394)

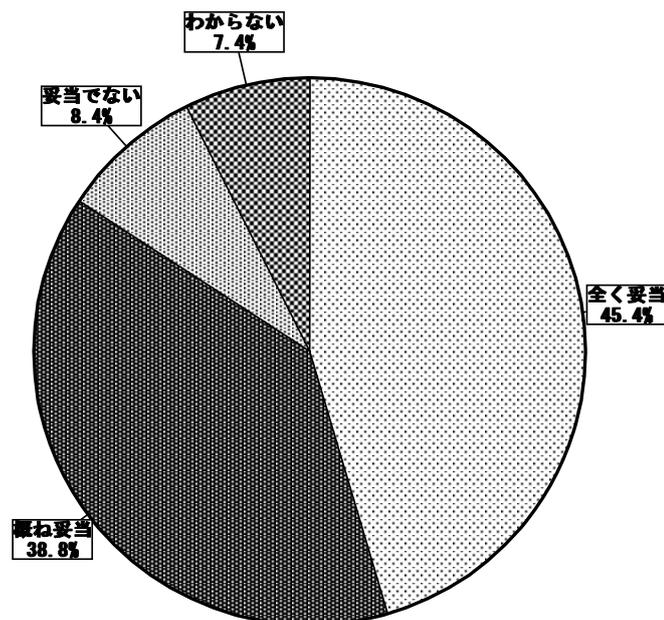


図2-3 問3 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 定期的な認定更新を必要とすること  
(n = 394)

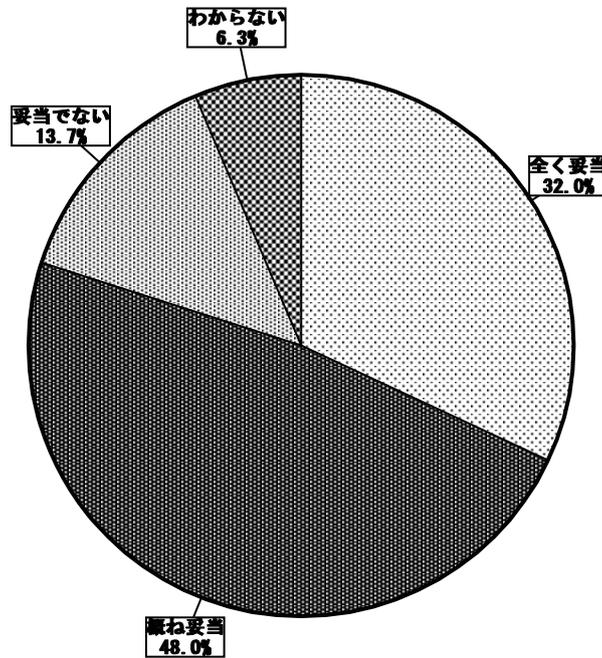


図2-4 問4 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること  
(n = 393)

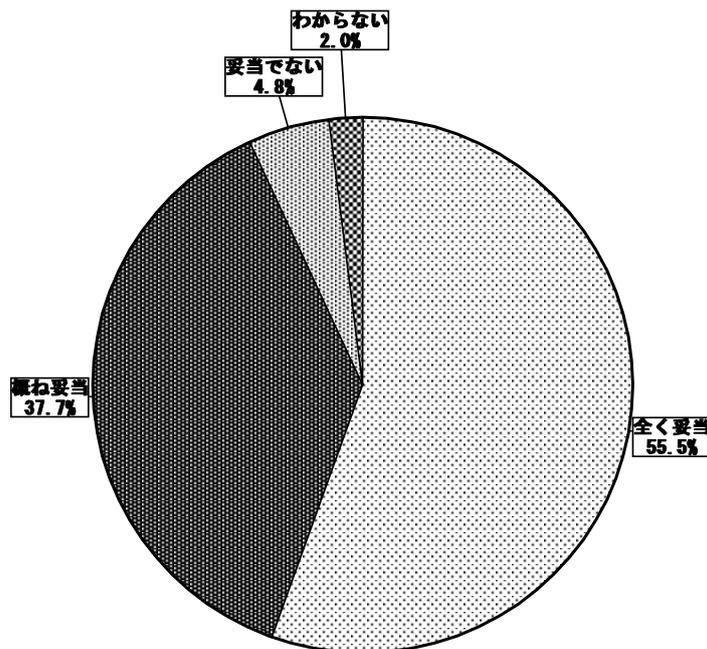


図2-5 問5 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間往診が可能な体制  
(n = 393)

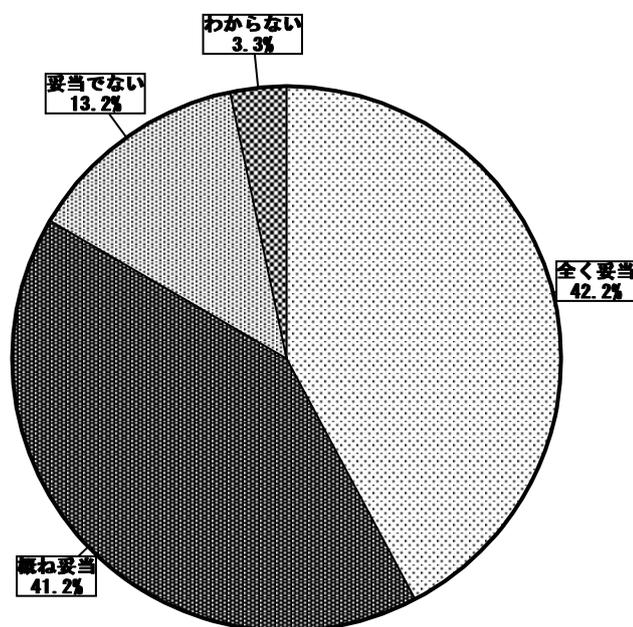
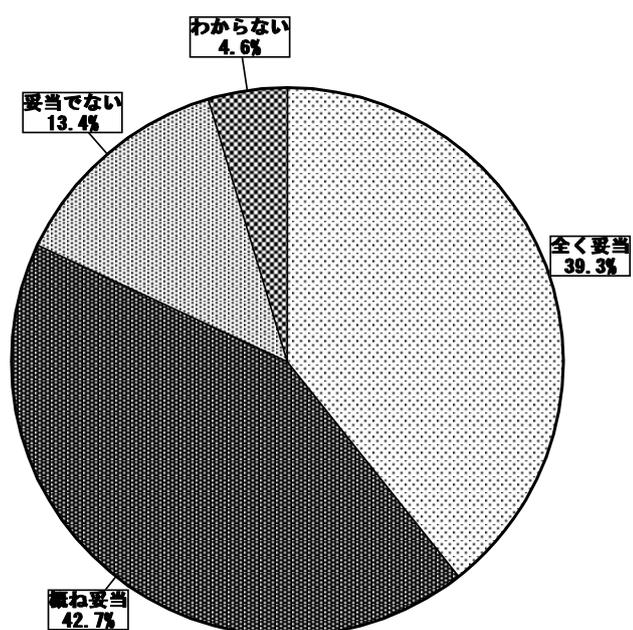


図2-6 問6 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間訪問看護の提供が可能な体制  
(n = 389)



(2) 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調査  
診療所

図2-7 問7 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保  
(n = 389)

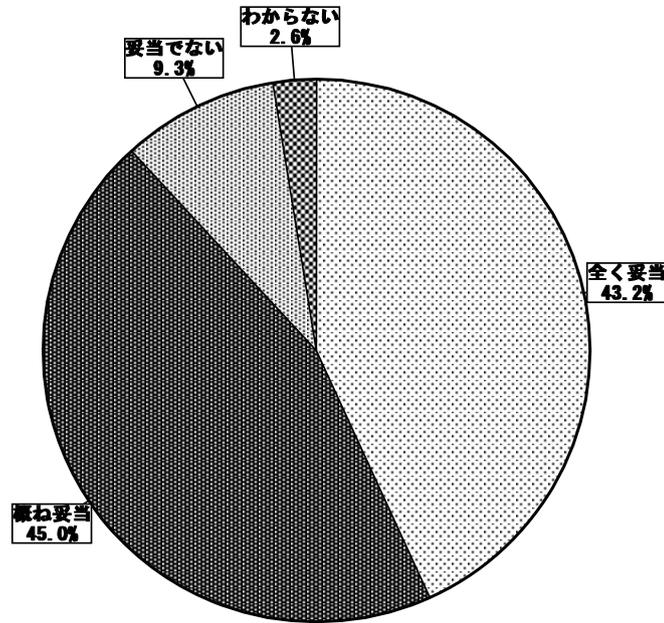


図2-8 問8 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること  
(n = 391)

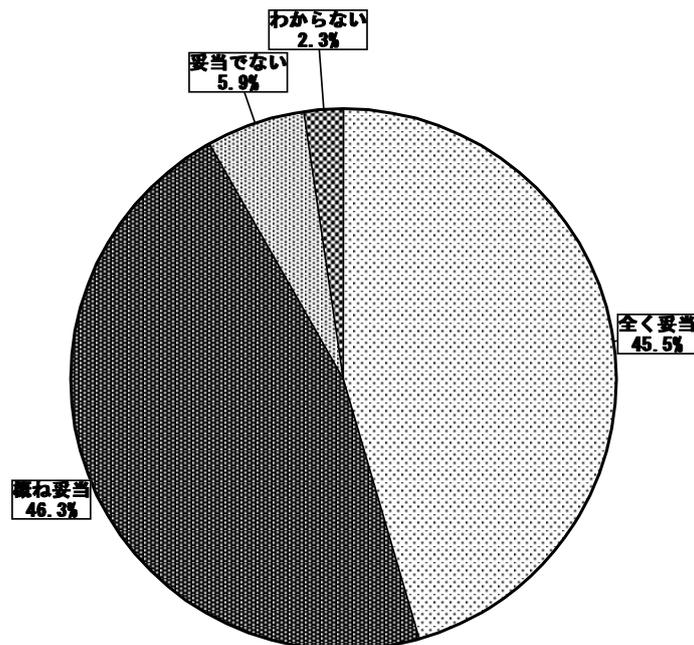


図2-9 問9 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 在宅看取り数を報告  
(n = 388)

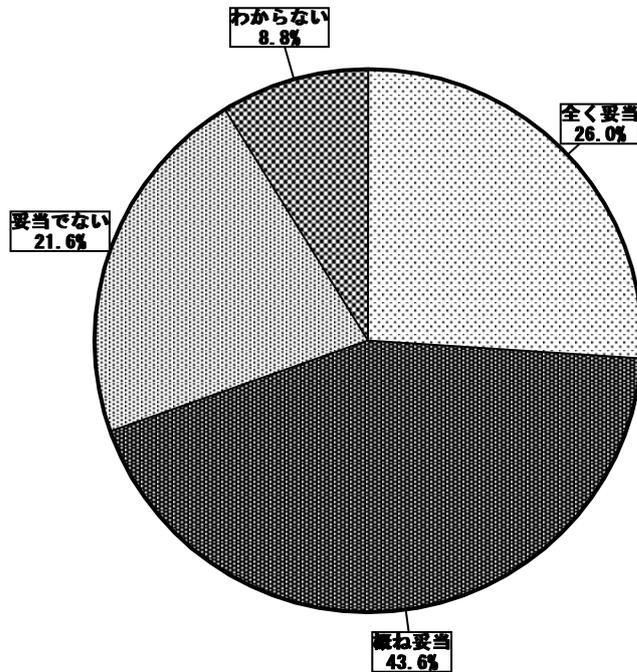
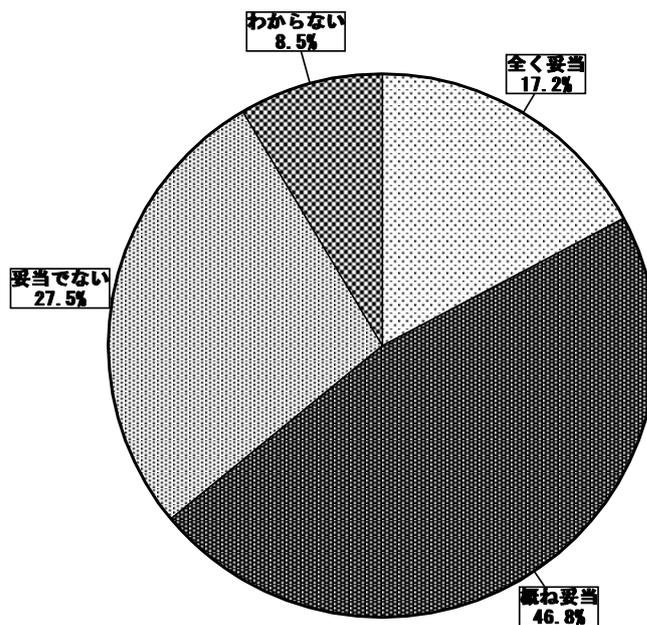


図2-10 問10 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 緊急往診の実績報告を定期的に行うこと  
(n = 389)



(2) 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調査  
診療所

図2-12 問12 要件 - 退院時ケアカンファランスの評価向上  
(n = 384)

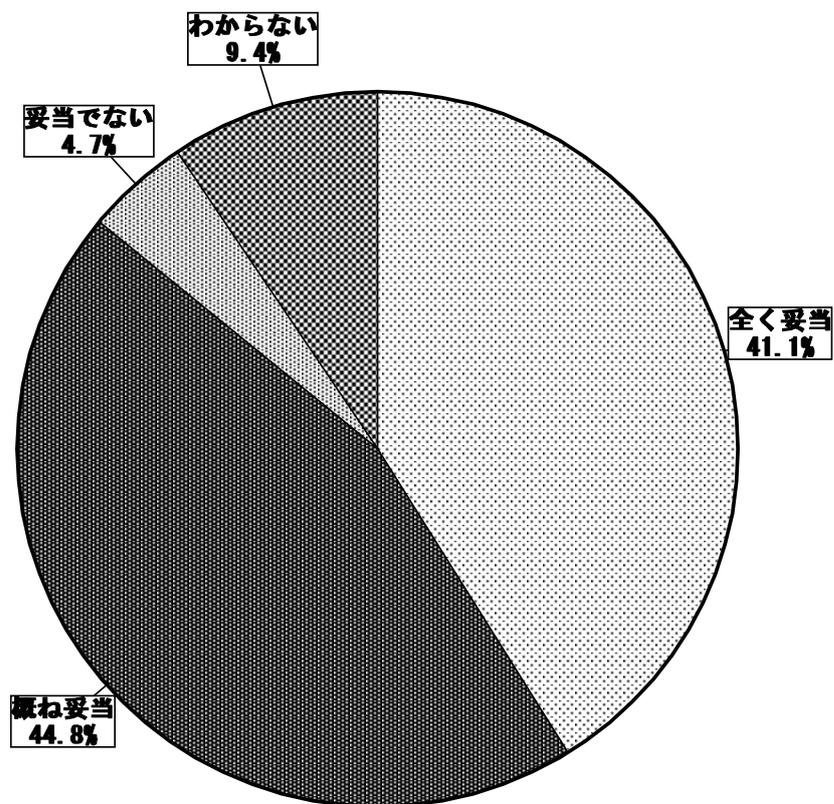


図2-14 問14 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 医師訪問  
死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
(n = 326, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
(日数 :  $m \pm \sigma = 16.7 \pm 28.9$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 4.8 \pm 8.0$ )

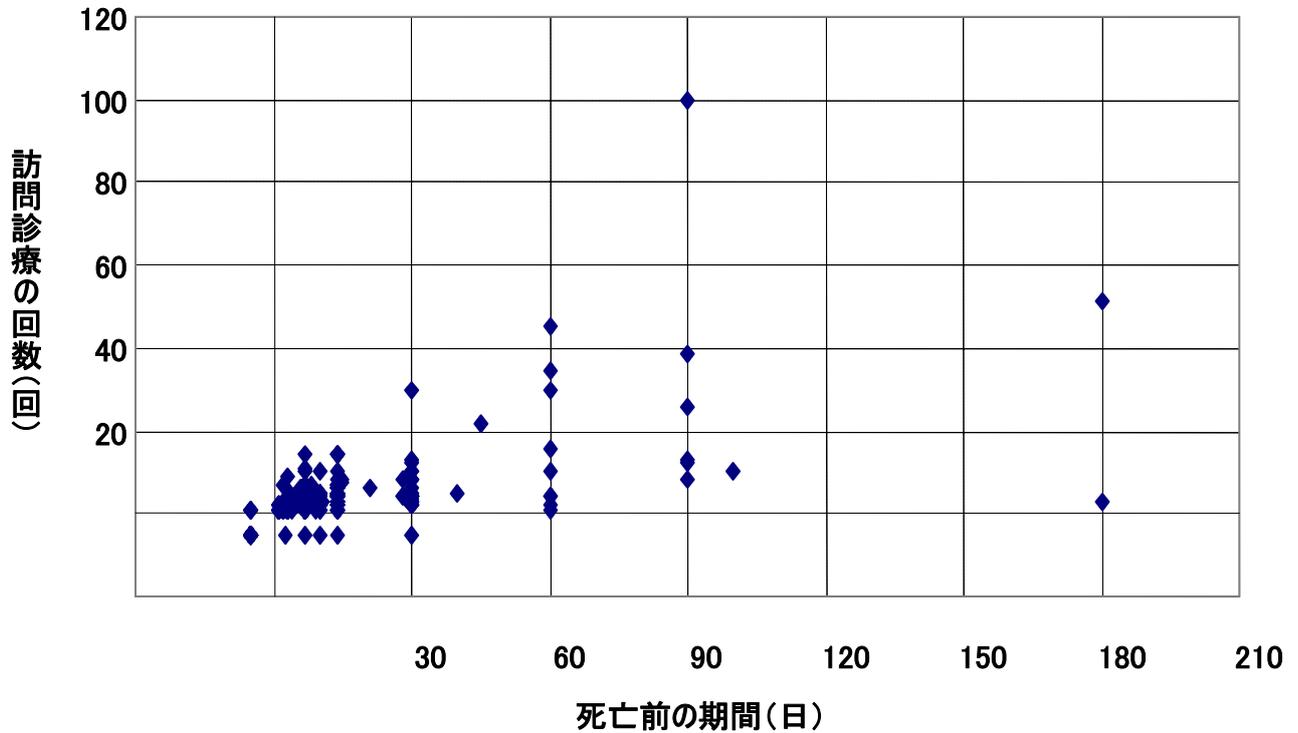


図2-15 問15 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 看護師訪問  
死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
(n = 317, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
(日数 :  $m \pm \sigma = 16.2 \pm 23.3$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 5.6 \pm 7.6$ )

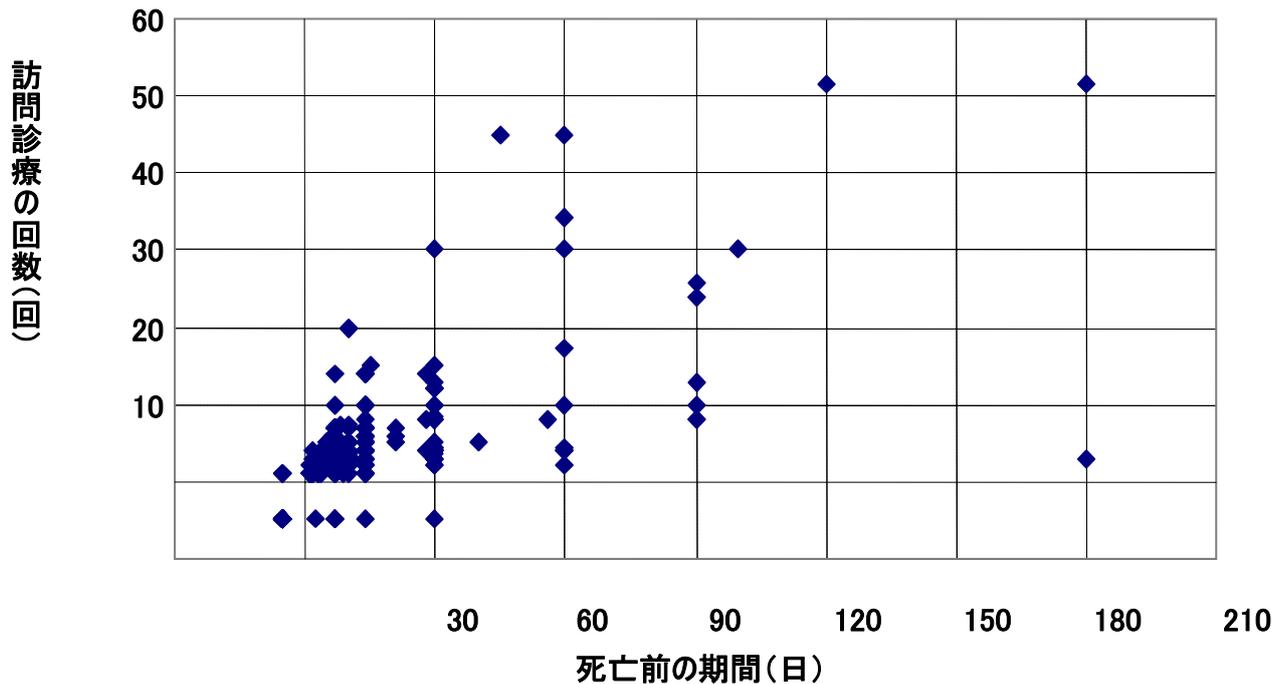


図2-16 問16 他施設でのターミナルケア - 医師  
(n = 390)

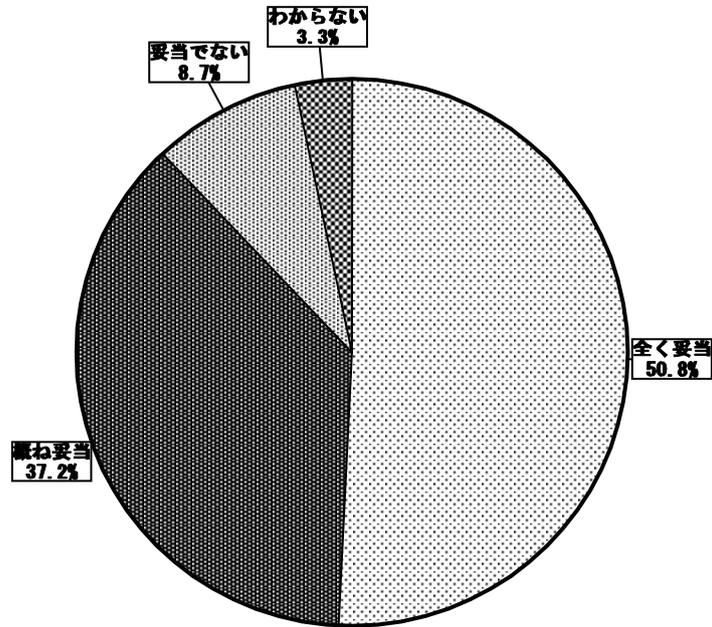
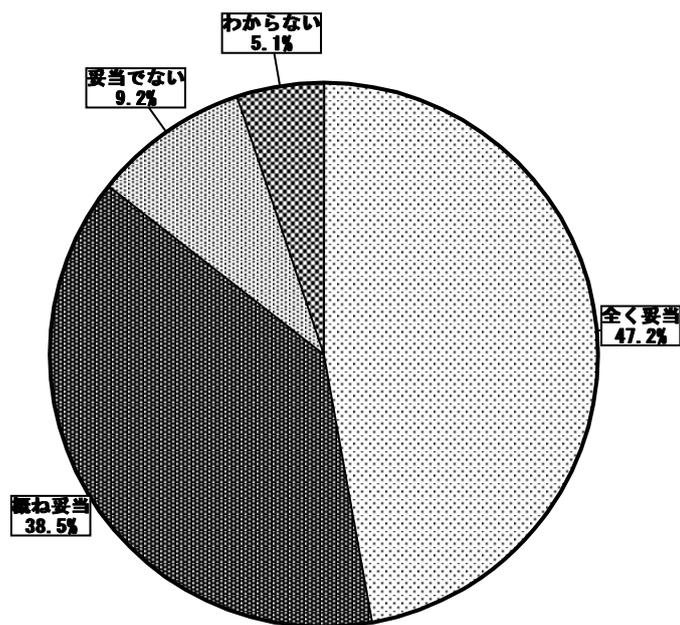


図2-17 問17 他施設でのターミナルケア - 看護師  
(n = 390)



(2) 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調査  
診療所

図2-19 問19 在宅・入院の混合診療においても在総診を算定  
(n = 382)

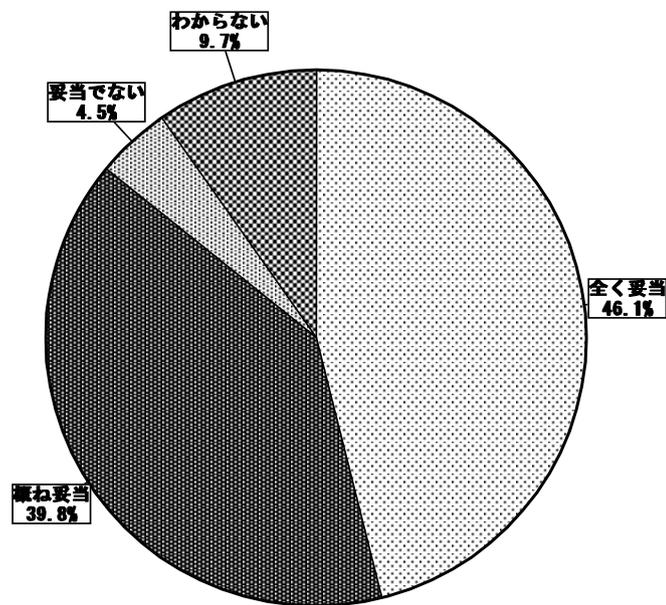


図2-20 問20 事前指示を徴することについて  
(n = 384)

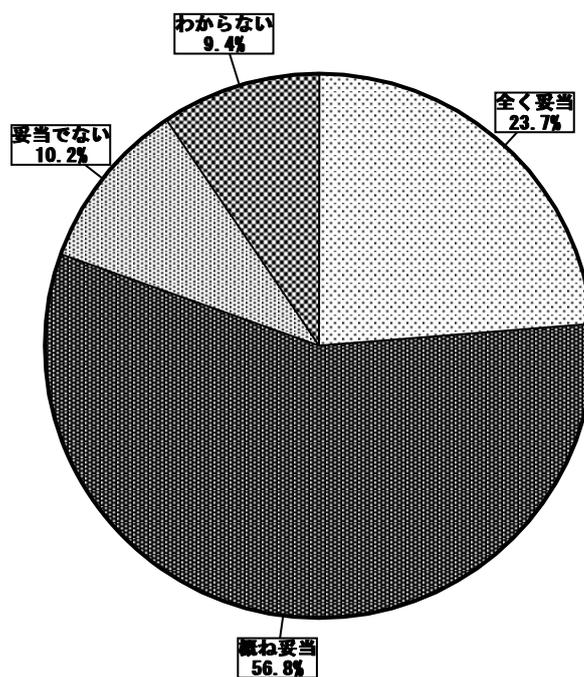


図2-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット  
(n = 374, 3つまでを選択)

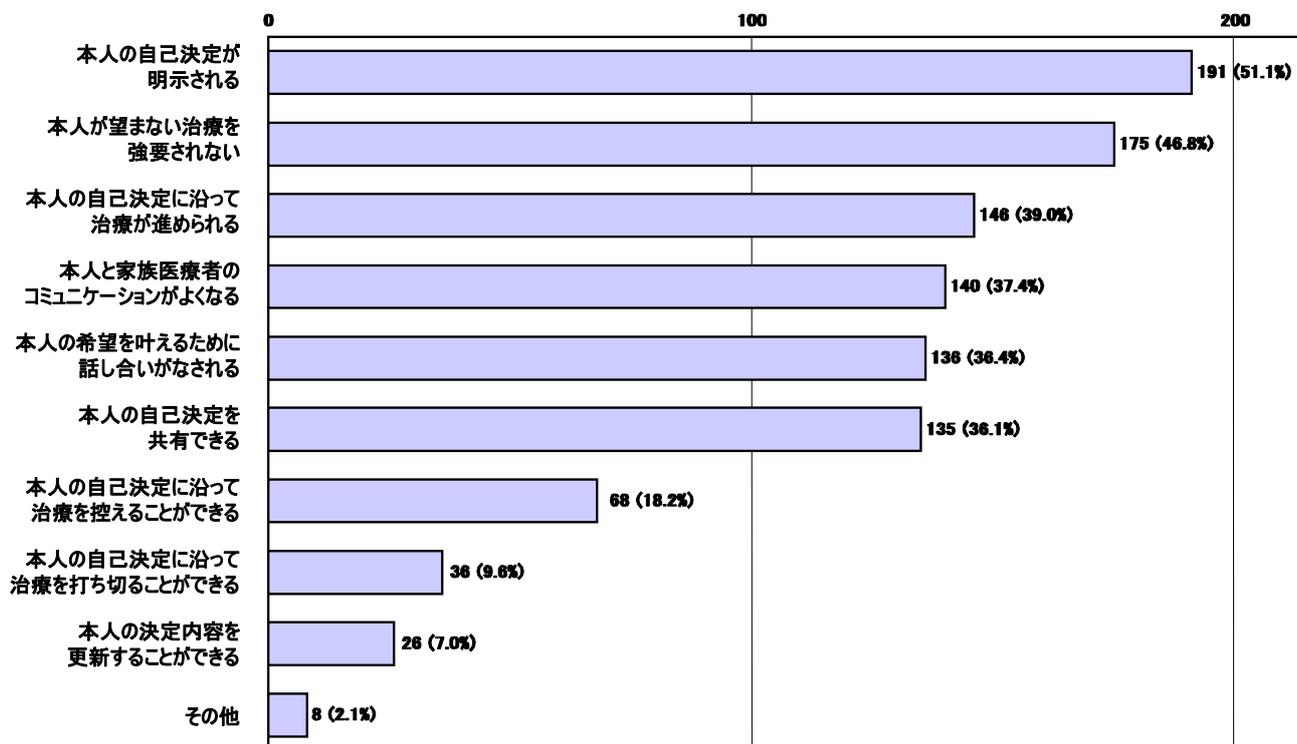


表2-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット - その他(表記のまま)

31	ケースバイケースでないといけないと思う。全員一律にはいかないと思う。特に小児患者など！
44	よく分かりません
60	1～9は型はよいが他人の考え
68	終末期に入院させずにすむ
174	反対
244	家族、患者とのトラブル防止のため
358	家族と医師の意志をはっきりする事ができる
370	客観的判断がしやすくなる

(2) 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調査  
診療所

図2-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因  
(n = 377, 3つまでを選択)

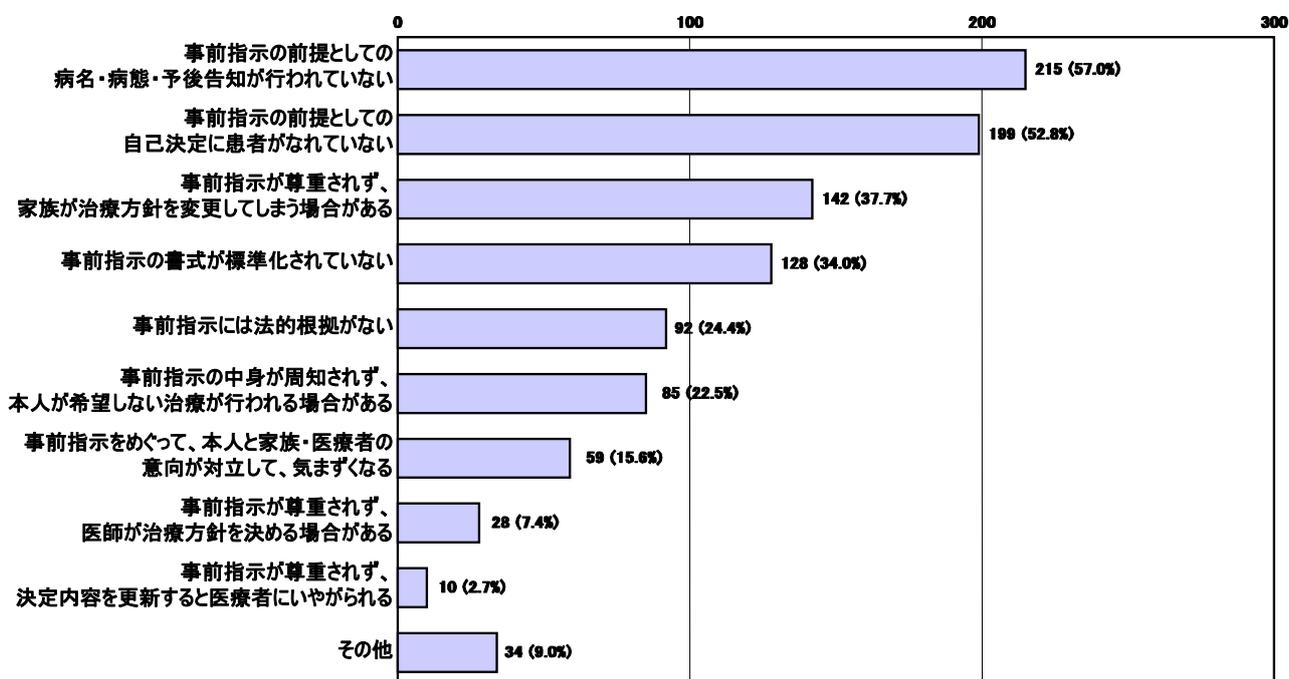
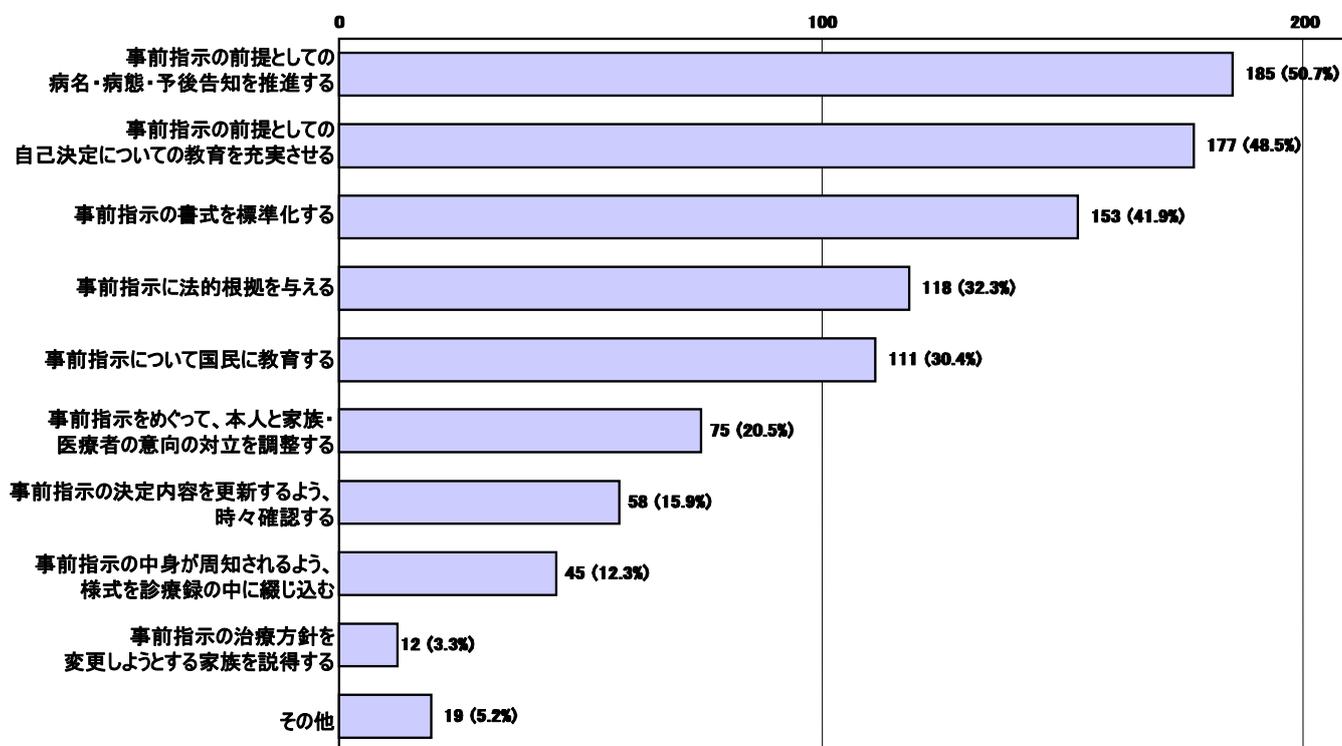


表2-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因 - その他(表記のまま)

2	医師(主治医)がケアチームのリーダーとしての役割を十分にはたす能力がなければうまくゆかない
44	3つ迄とかいてありますがかくことありません
57	患者本人の理解力不足や、人間性による。受容不能な例多し
64	希望があっても物理的・経済的・人的に在宅医療等が困難な場合がある
77	助からない病気とわかっていても、1分1秒でも長く生きたいという人が多く、欧米のキリスト教的な“神のもとへ”という最期のうけ入れをうまくできない方が多いのでは
105	患者さんや家族の気持ちに変化していく場合がほとんどで、ある時期に証言させたり書面を書かせたりすることは不適切である。
109	病態変化の予測のつかないものも癌末期にはあるため
123	本人の死後残るのは家族→治療法に対し訴訟
128	事前指示を知らない。習慣がない。
132	事前指示が一般に知られていない。(医師をも含む)
140	事前指示は医療者と家族に同時に知らされるべき(意見対立時)調整者(調整機関)必要
156	『初診時、療養計画作製時(更新時)事前指示を聞く仕組みを制度として確立すれば何ら問題なく普及される。』と考えている。
182	患者・家族の状況によって在宅で診れなくなる事もあるから
200	末期なので病状が急変するため事前指示には無理がある。
205	国民性として必要と感じない人が多いと思うから
221	本人が中身を理解しなかったり、自己決定できなかったりする
234	事前指示を積極的に肯定する社会的背景がない
235	複数の医療機関で諒介し難い
255	インフォームドコンセントさえ、十分に理解されていないのに無理
269	患者あるいは家族の理解度(認識)
300	こういった方法があること自体が知られていない。
305	事前指示に医師も慣れていない
333	事前指示の内容が、本人の状態の変化によって、変わらうる。
334	本人が方針の決定ができない。ききとりの度に考えがかわる
344	臨死期に関する話題に、御家族でも話しにくい、一種、タブーのようになっている。
345	自己決定に家族がなれていない
350	手続きが多くなる。病態は流動的である。
364	末期の悪性腫瘍以外で予後の予測が困難なため。高齢者の肺炎で入院すれば治る可能性があるが、結果的には在宅でも入院でも治らなかつたりする例があり、正確な情報を示せないことがあるため
388	自己決定ができる知的レベルを保てていない高齢者も多い為できにくい
395	決定権が同居していない(ケアに係わらない)家族に有る
439	状況が変化するとその情報を正しく患者・家族に医療者が説明することになれていない(特に在宅という患者が主体の場面で)
483	この様な手続き自体、本人家族が希望しない
503	本来、死は自然なもの

図2-23 問23 事前指示 - 普及の方策  
(n = 365, 3つまでを選択)



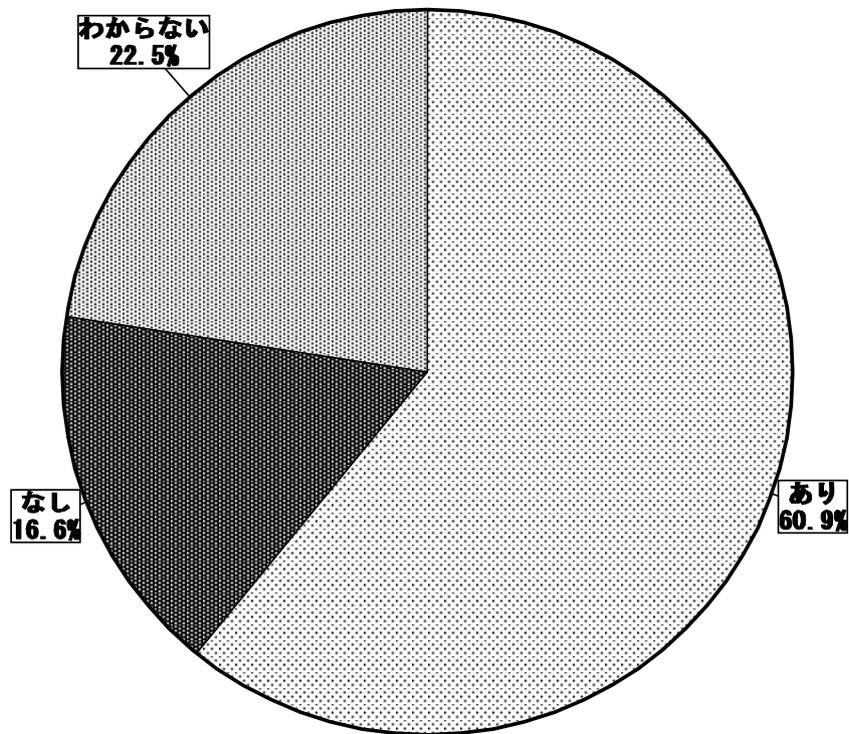
(2) 24時間365日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する調査  
診療所

表2-23 問23 事前指示 - 普及の方策 - その他(表記のまま)

31	人命はケースバイケースによるのであって一律に事前に決めるものではないと思われる
44	よく分かりません
57	主治医が患者の症例毎に判断し、勧めたり、進めたりするべき。
77	病名告知、予后告知をした後、本人が抑うつ状態になったのを主治医が全部1人で支える…これが現在の医療です。心理療法士などが少なく保健適応もない。「癌告知以后」という運動がありましたが、癌も含め、認知症など告知以后を支えるスタッフの数が少なすぎます。
105	死を前にした人に対して、事前指示を自己決定させるのは、いびつな医療ゆがんだ医療という気がします。
109	本人と医療者、本人が信頼している家族で方向づけをして他の家族等と調整する。
174	反対
221	事前提示に柔軟性をもたせる
234	患者の自己決定を優先するには家族の権利を制約するしかない
235	医療契約と信頼関係
253	自己決定＝自己責任であることを十分国民が理解すること。
255	時間
278	事前指示をめぐって、本人と家族・医療者の意向をよく話し合いをする。
288	医師と患者及び家族との話し合いが大切
333	最終的には、事前指示にこだわらず、変化しても本人の意向を尊重する。
344	臨死期のことをタブー視しない、良く話し合っていたく。
364	疾病の予後をより正確に予測し、本人に情報提供する。(その予測の限界も含めて)
448	医療者への普及と異なり、国民への普及は時間がかかって当然なので、「癌は告知するもの」という意識が医療者の中でのみ急速に進み、それについていけない一般人が問題視することがあったようにある程度の教育・標準化とともに、「時期を待つ」のも重要。

(2) 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調査  
診療所

図2-24 問24 在宅療養支援診療所(仮称)登録の希望  
(n = 386)



(2) 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調査  
診療所

図2-28A-1 問28 A 在宅時医学管理料 - 算定患者数  
(n = 309, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 3.5 \pm 9.4$ )

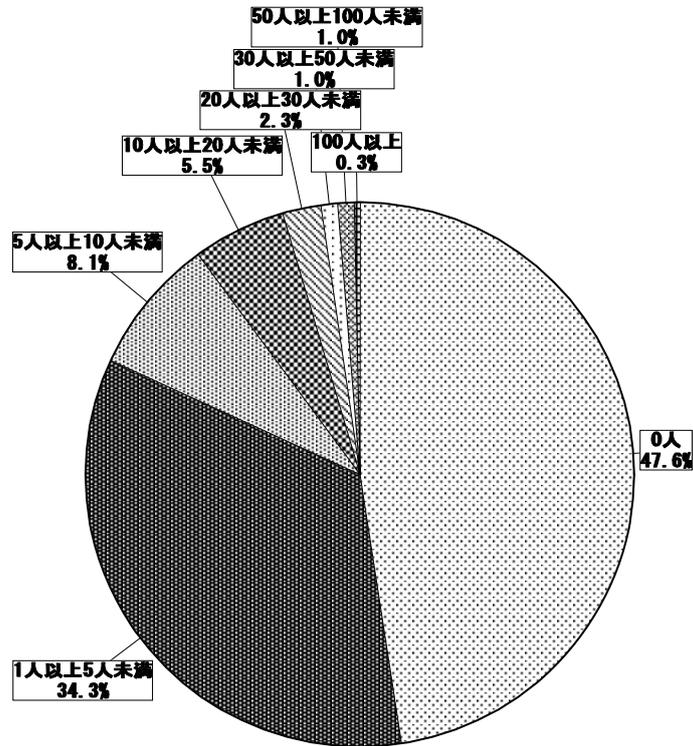
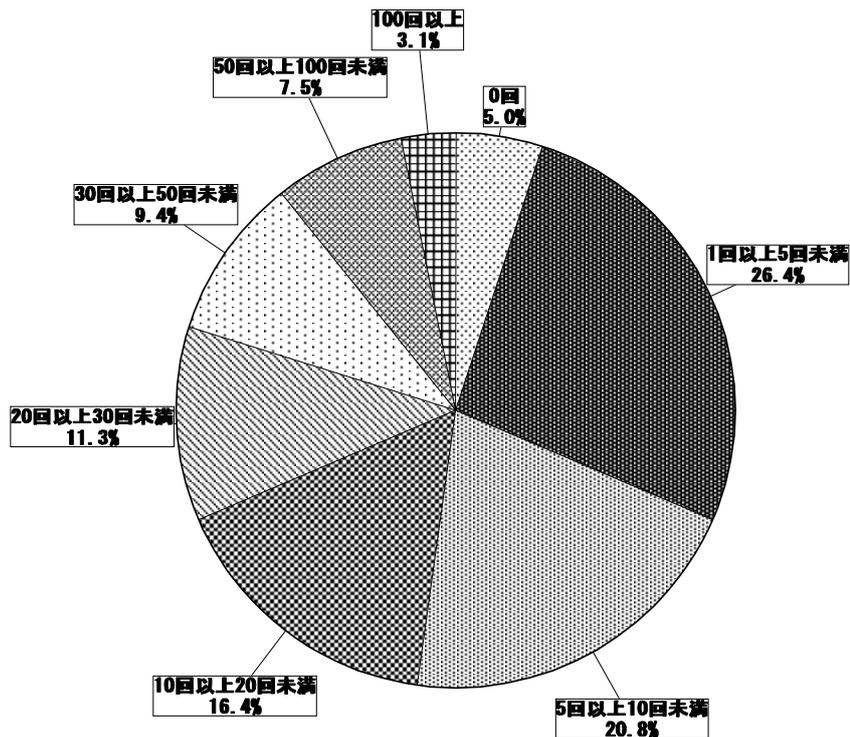


図2-28A-2 問28 A 在宅時医学管理料 - 訪問診療延回数  
(n = 159, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 23.4 \pm 49.9$ )



(2) 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調査  
診療所

図2-28A-3 問28 A 在医管 - 往診  
(n = 117, m±σ = 3.5±7.1)

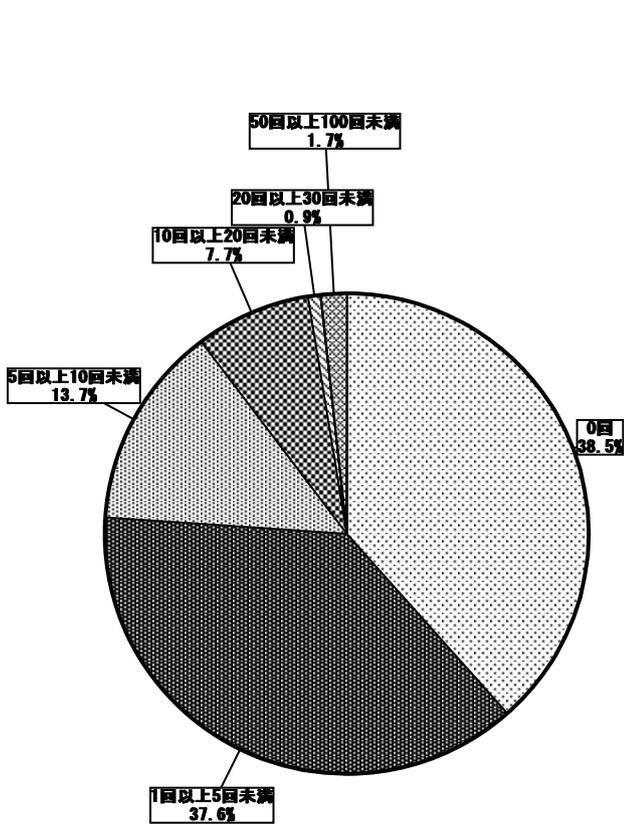


図2-28A-4 問28 A 在医管 - 往診・夜間深夜  
(n = 108, m±σ = 1.6±9.6)

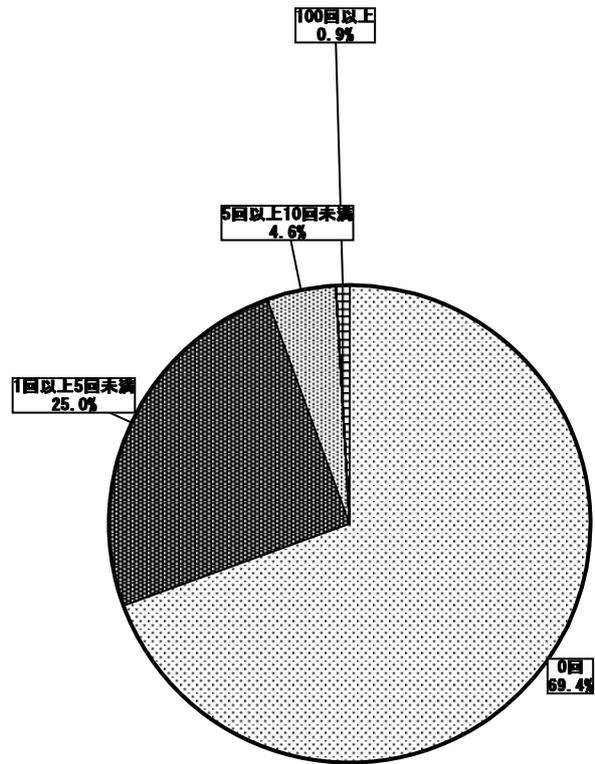


図2-28A-5 問28 A 在医管 - 訪問看護延人数  
(n = 71, m±σ = 2.5±4.7)

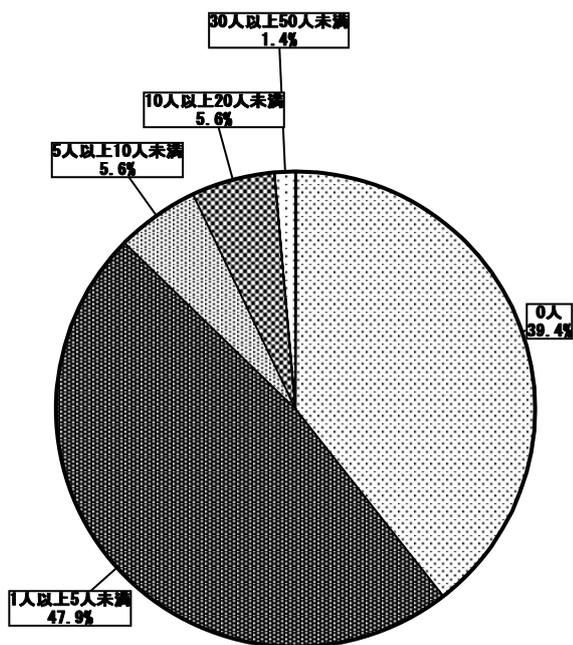
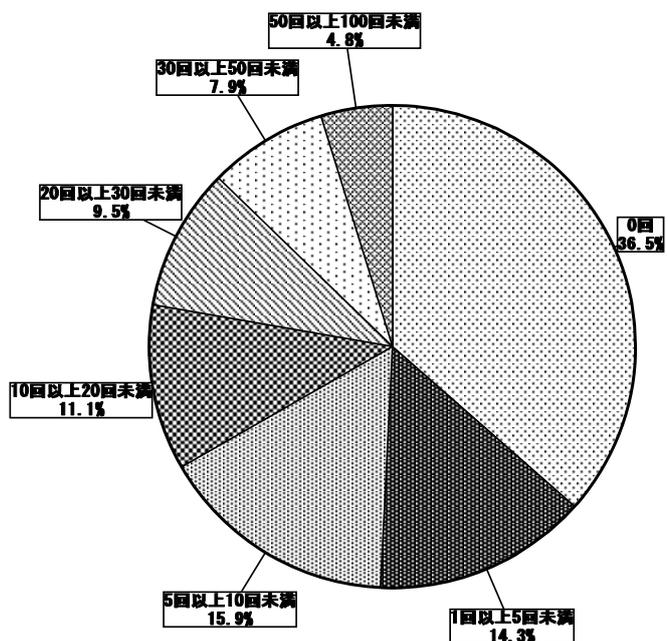


図2-28A-6 問28 A 在医管 - 訪問看護延回数  
(n = 63, m±σ = 11.4±15.5)



(2) 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調査  
診療所

図2-28B-1 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 算定患者数  
(n = 342, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 21.0 \pm 32.2$ )

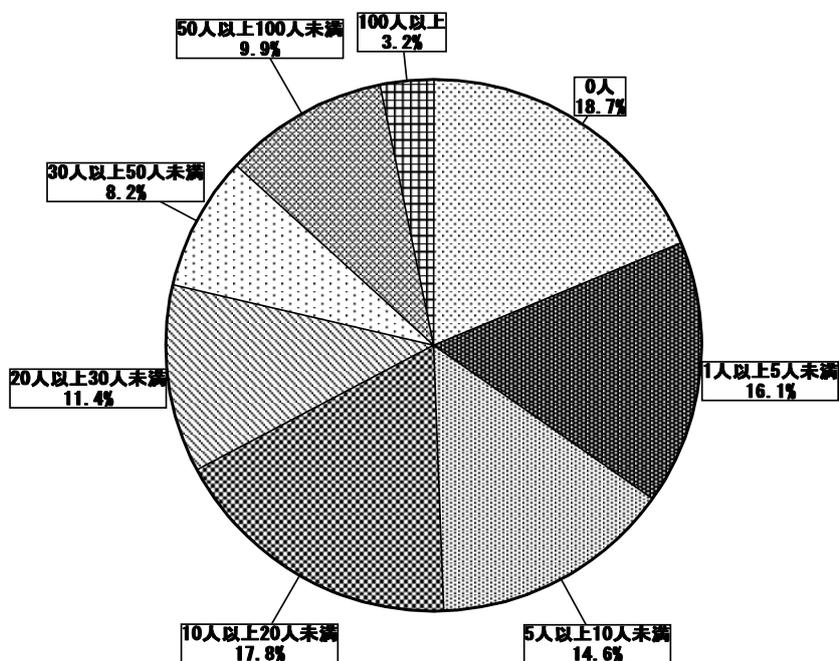
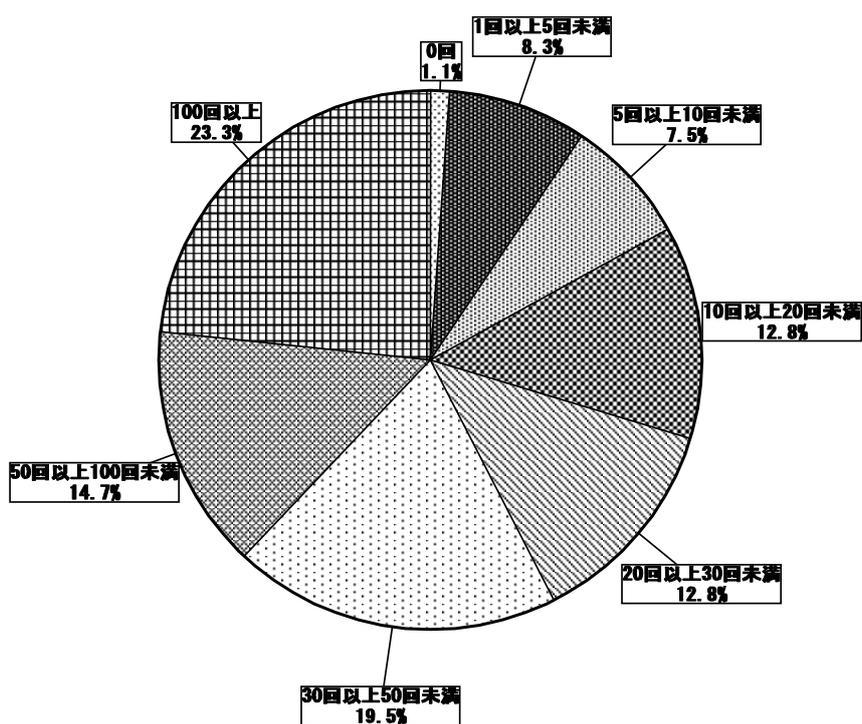


図2-28B-2 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 訪問診療延回数  
(n = 266, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 69.1 \pm 102.0$ )



(2) 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調査  
診療所

図2-28B-3 問28 B 在総診 - 往診  
(n = 213, m±σ = 9.0±16.2)

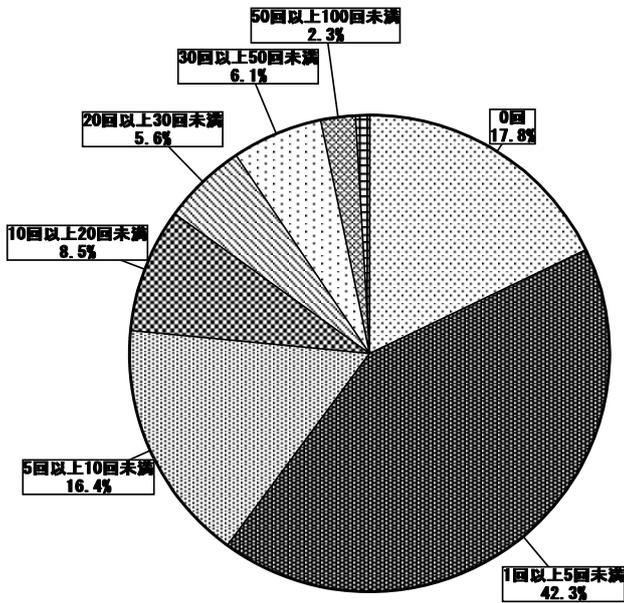


図2-28B-4 問28 B 在総診- 往診・夜間深夜  
(n = 197, m±σ = 1.8±3.3)

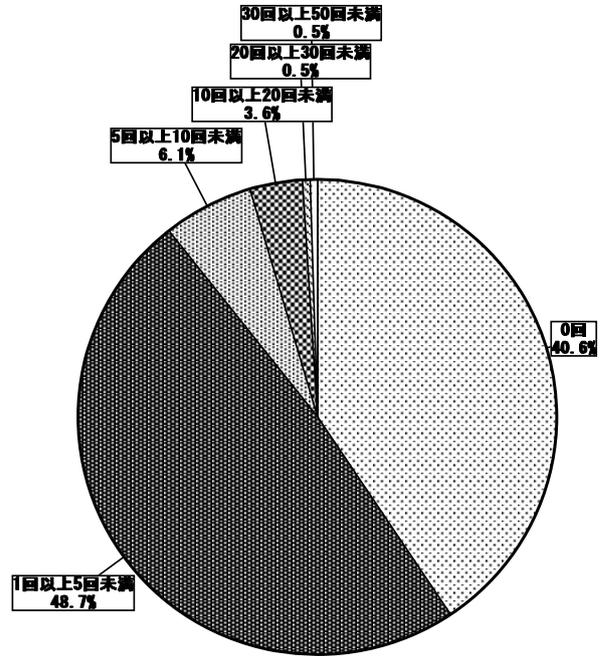


図2-28B-5 問28 A 在総診- 訪問看護延人数  
(n = 116, m±σ = 9.0±16.9)

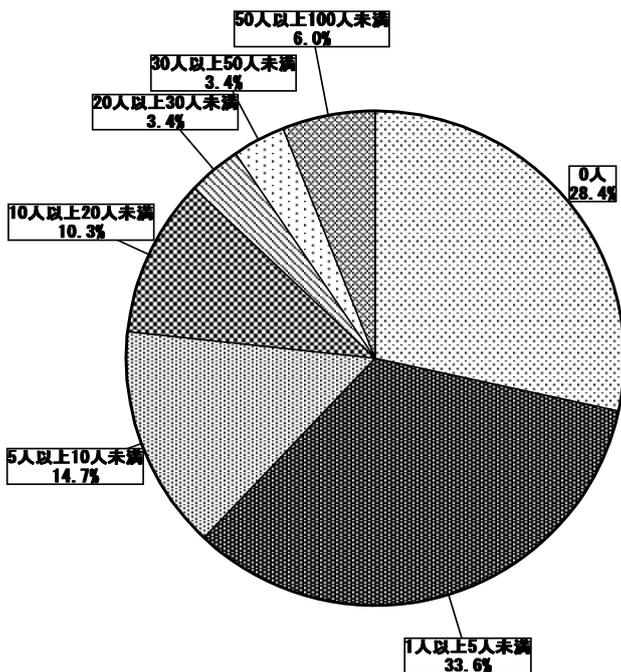


図2-28B-6 問28 B 在総診 - 訪問看護延回数  
(n = 106, m±σ = 47.7±95.3)

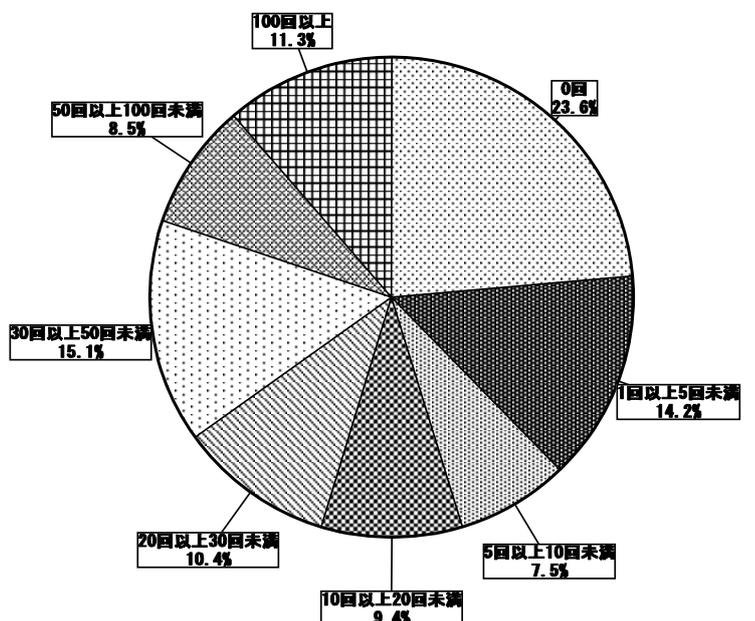


図2-28C-1 問28 C 在医総 - 算定患者数  
(n = 295, m ± σ = 0.5 ± 1.5)

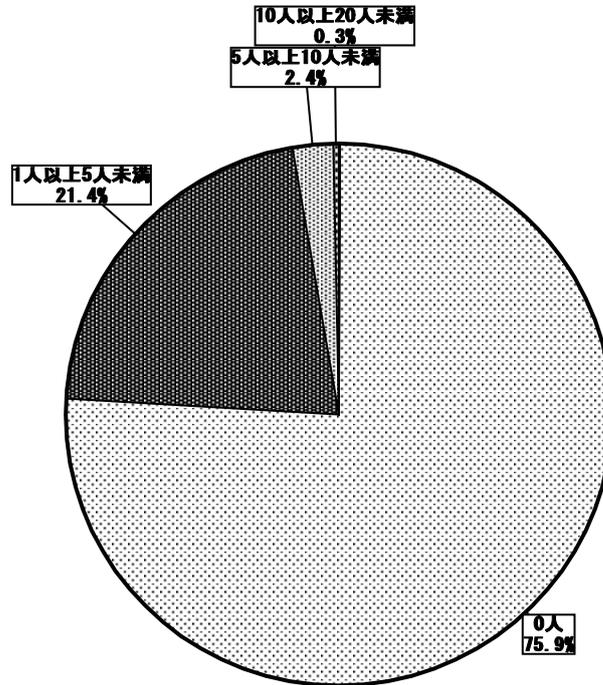
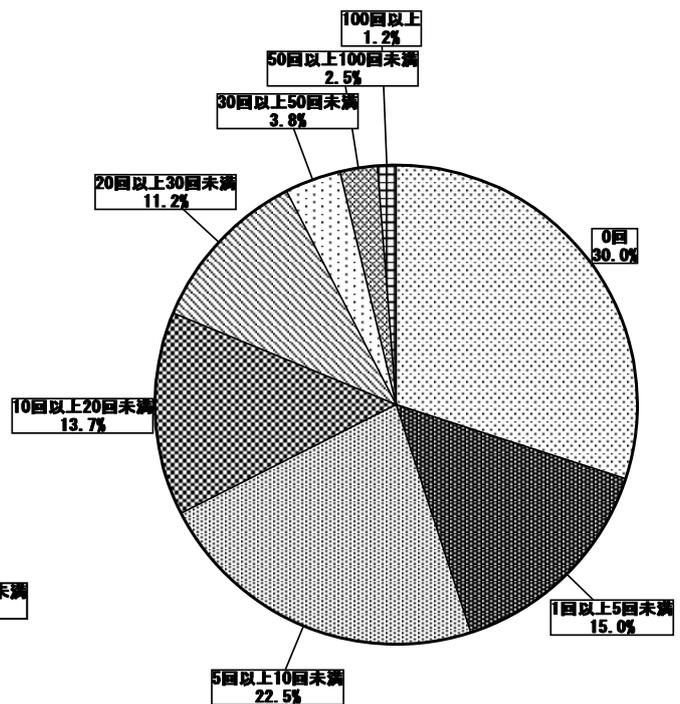
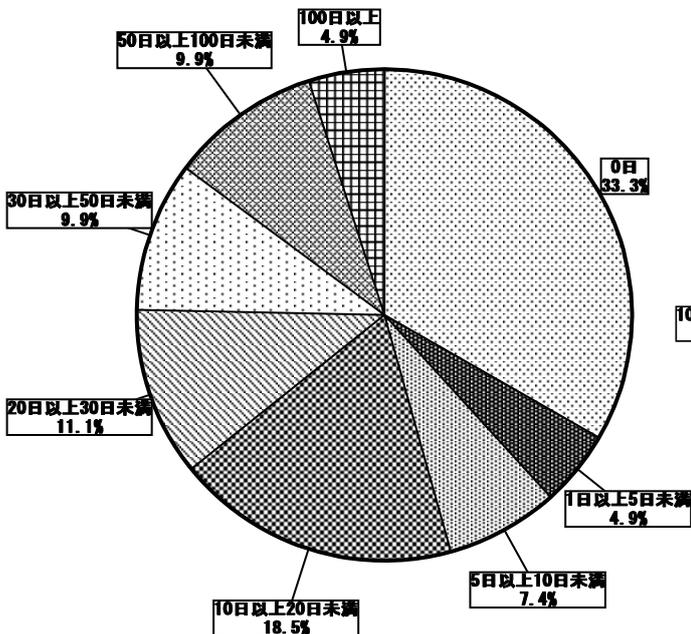


図2-28C-2 問28 C 在医総 - 延日数  
(n = 81, m ± σ = 26.5 ± 51.4)

図2-28C-3 問28 C 在医総 - 訪問診療延回数  
(n = 80, m ± σ = 12.1 ± 24.6)



(2) 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調査  
診療所

図2-28C-4 問28 C 在医総 - 往診  
(n = 76, m ± σ = 3.0 ± 6.0)

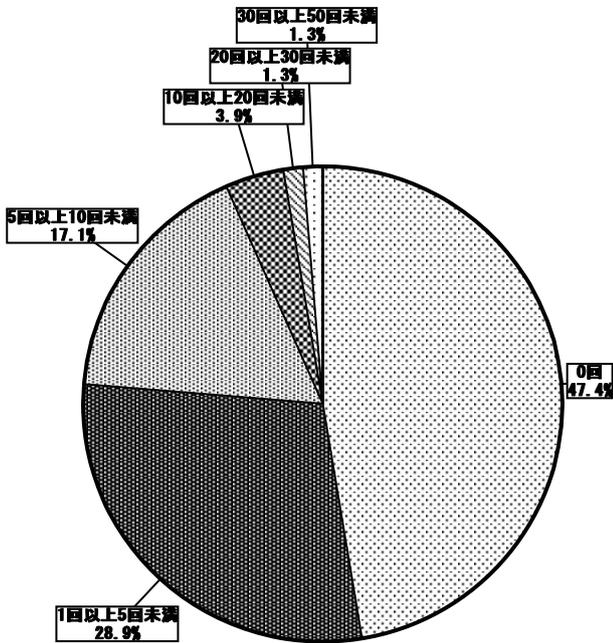


図2-28C-5 問28 C 在医総 - 往診・夜間深夜  
(n = 71, m ± σ = 1.6 ± 3.0)

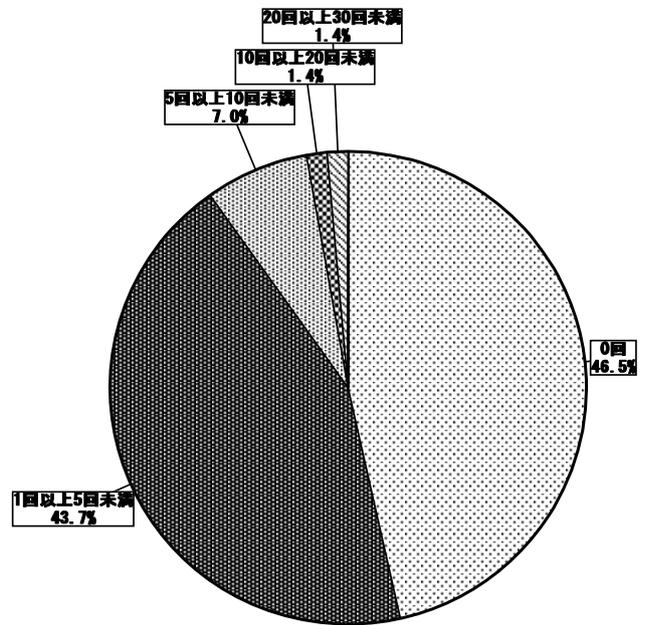


図2-28C-6 問28 C 在医総 - 訪問看護延人数  
(n = 53, m ± σ = 1.2 ± 1.5)

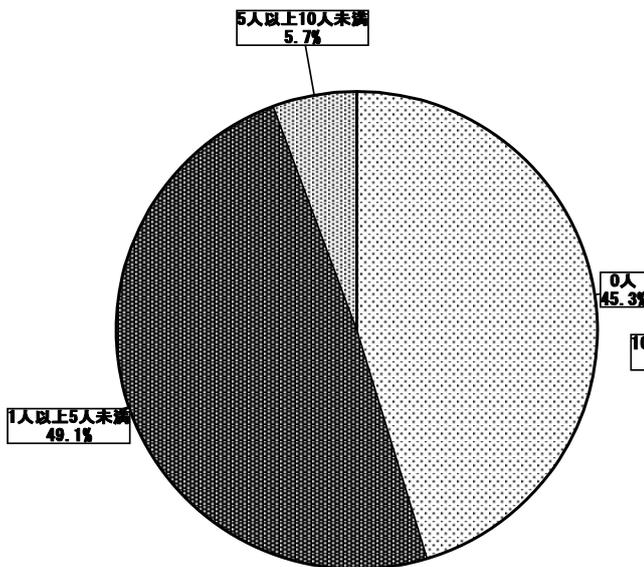
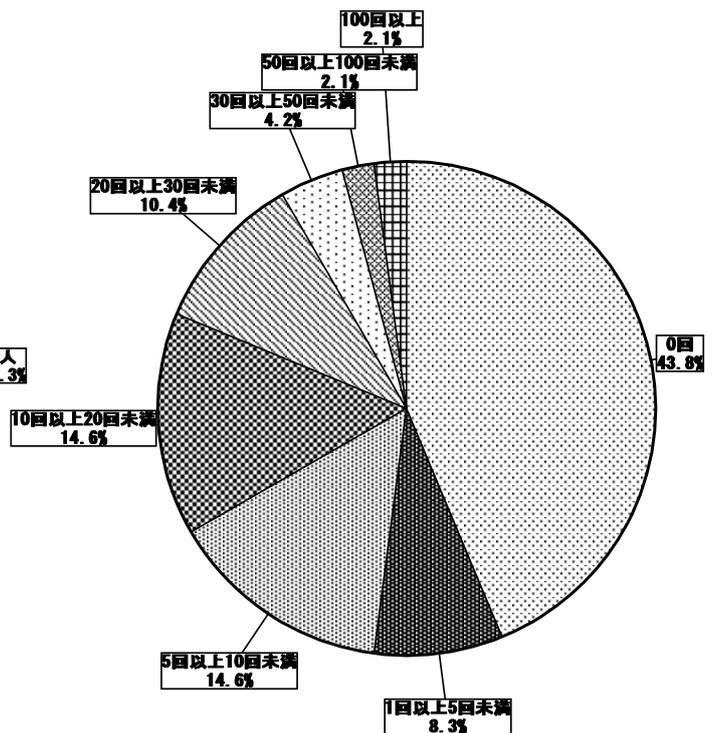


図2-28C-7 問28 C 在医総 - 訪問看護延回数  
(n = 48, m ± σ = 11.2 ± 19.5)



(2) 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調査  
診療所

図2-28D-1 問28 D その他の患者 - 往診回数  
(n = 280, m ± σ = 10.0 ± 17.2)

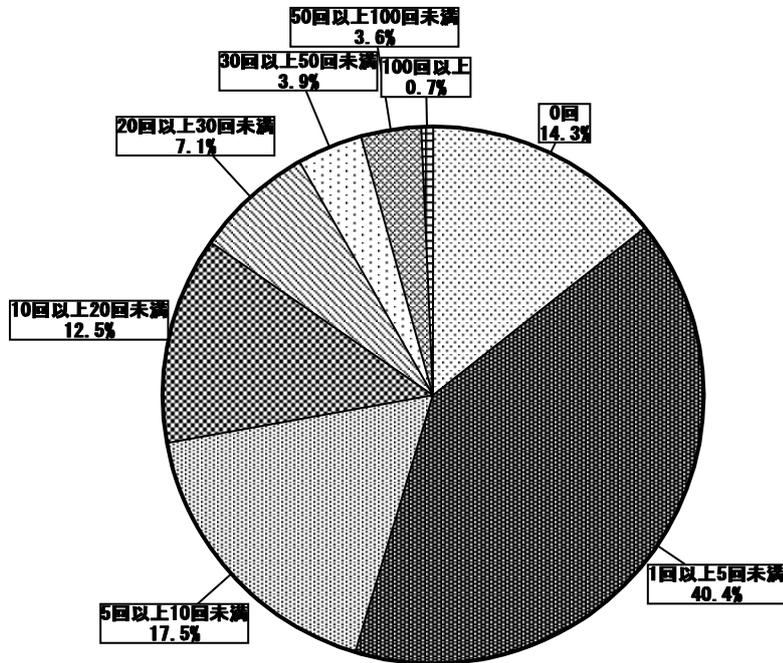
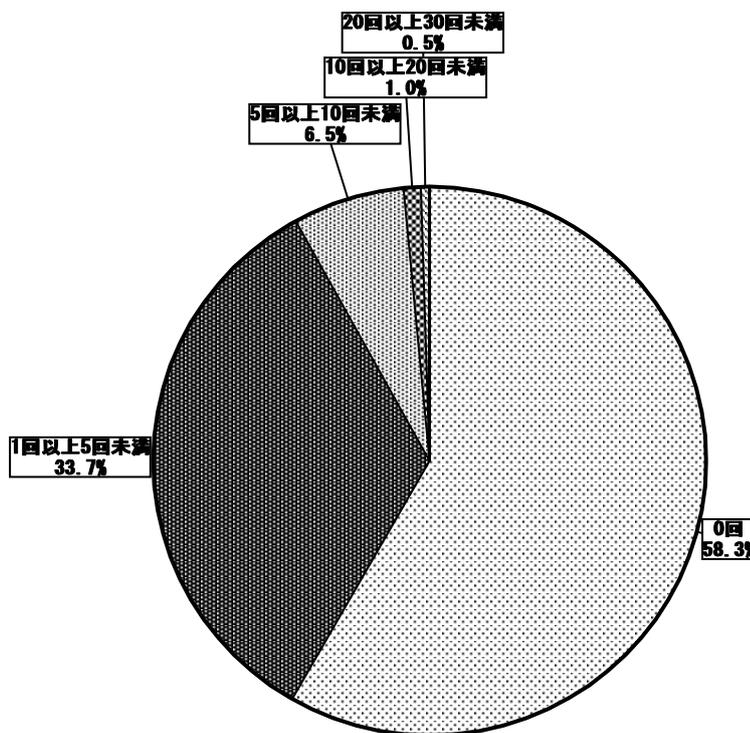


図2-28D-2 問28 D その他の患者 - 往診回数・夜間深夜  
(n = 199, m ± σ = 1.2 ± 2.3)



(2) 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調査  
診療所

図2-29A-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- A在医管  
(n = 143, m±σ = 0.3±0.9)

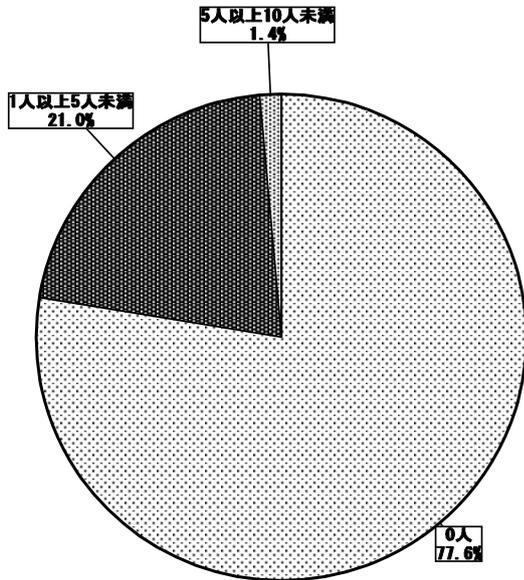


図2-29B-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- B在総診  
(n = 154, m±σ = 0.4±0.6)

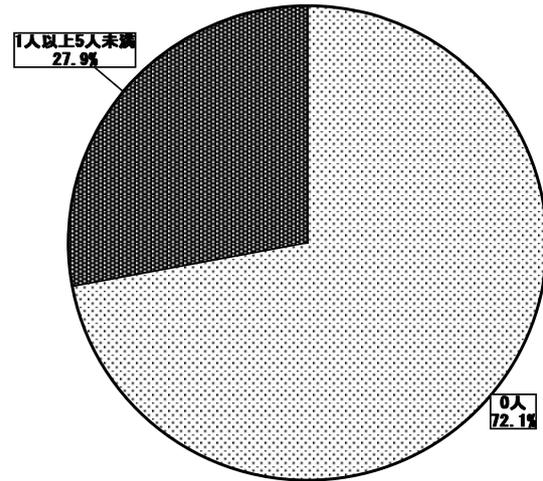


図2-29C-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- C在医総  
(n = 113)

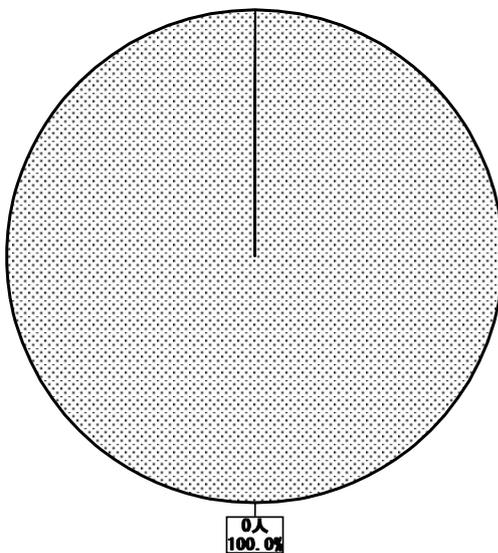
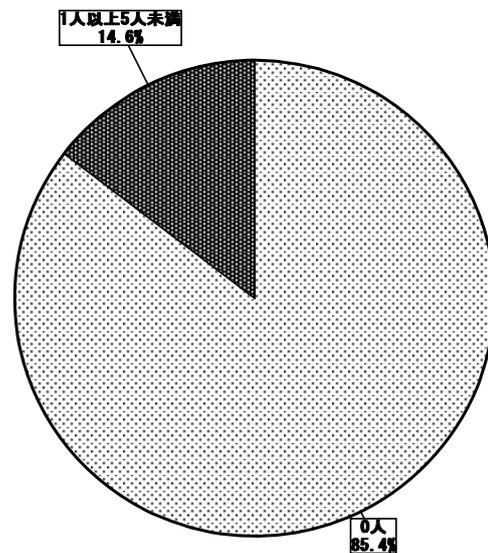


図2-29D-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- Dその他  
(n = 130, m±σ = 0.2±0.5)



(2) 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調査  
診療所

図2-29A-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- A在医管  
(n = 153, m±σ = 0.6±1.5)

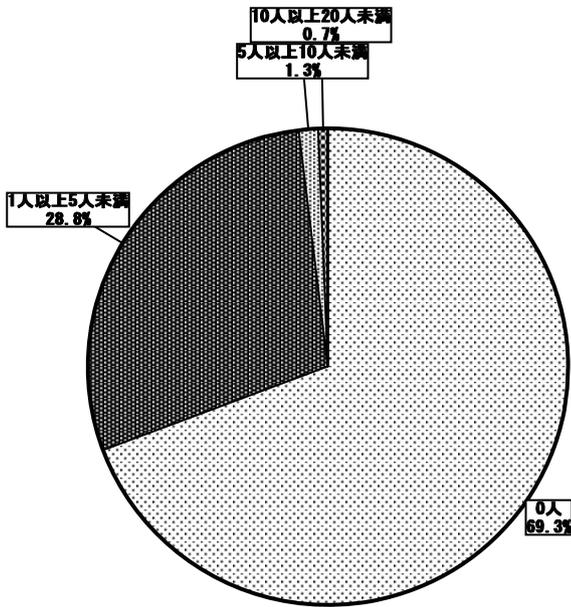


図2-29B-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- B在総診  
(n = 234, m±σ = 2.1±2.7)

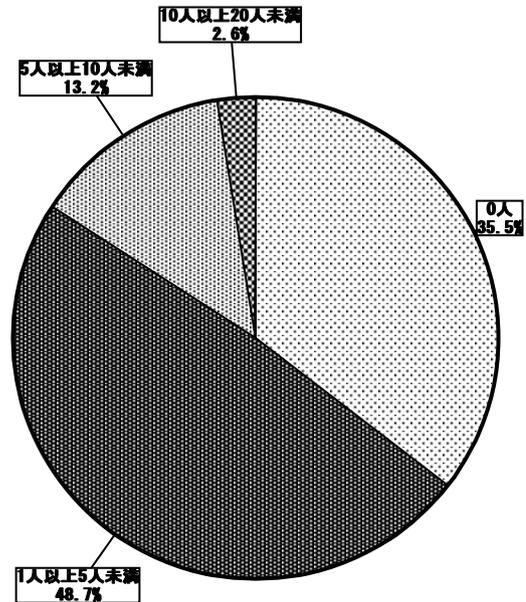


図2-29C-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- C在医総  
(n = 128, m±σ = 0.4±1.0)

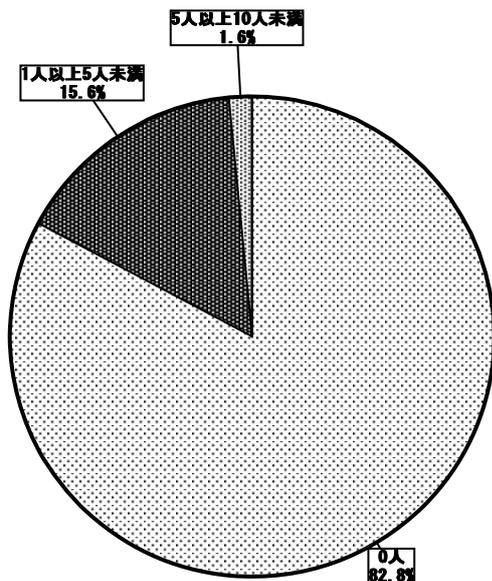
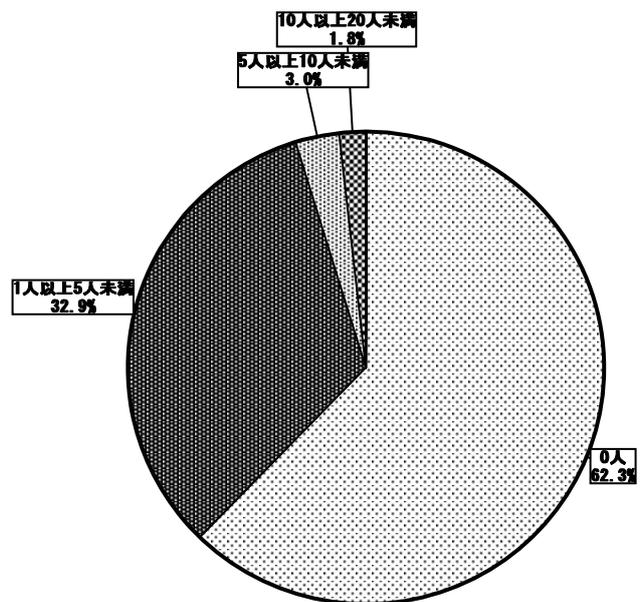


図2-29D-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- Dその他  
(n = 167, m±σ = 0.9±2.1)



(2) 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調査  
診療所

図2-29A-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- A在医管  
(n = 127, m±σ = 0.1±0.4)

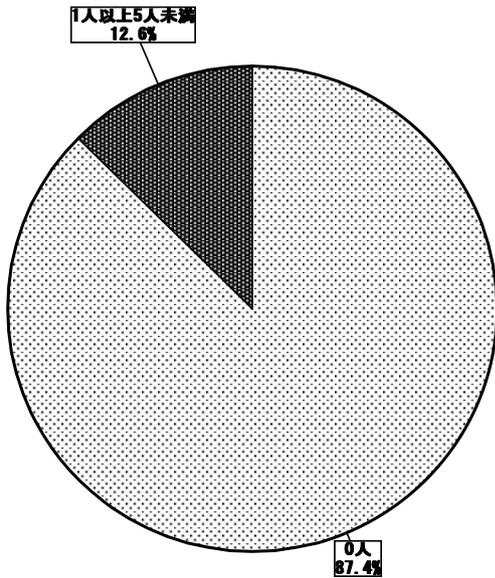


図2-29B-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- B在総診  
(n = 152, m±σ = 0.4±0.8)

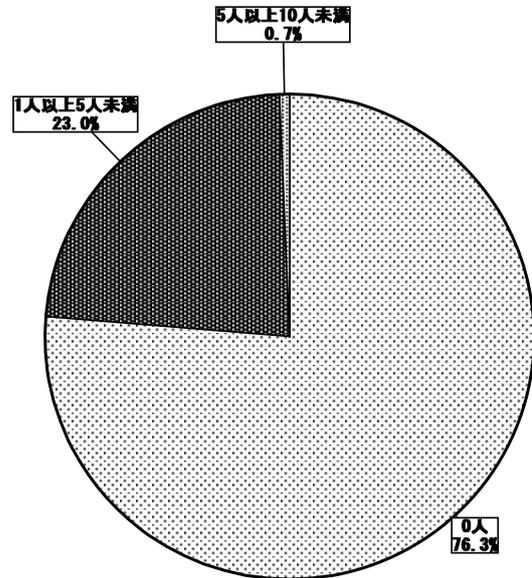


図2-29C-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- C在医総  
(n = 126, m±σ = 0.2±0.6)

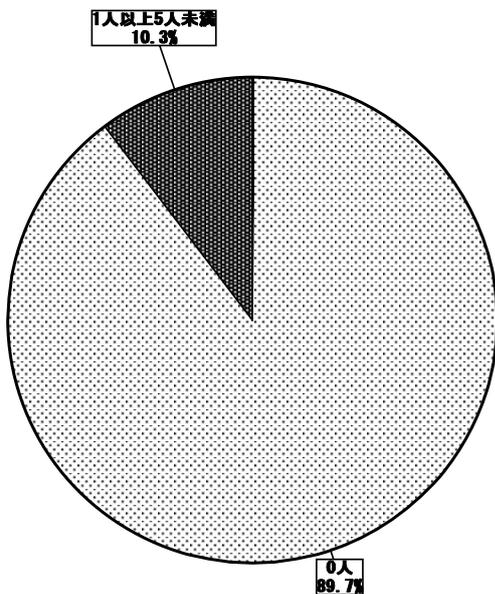
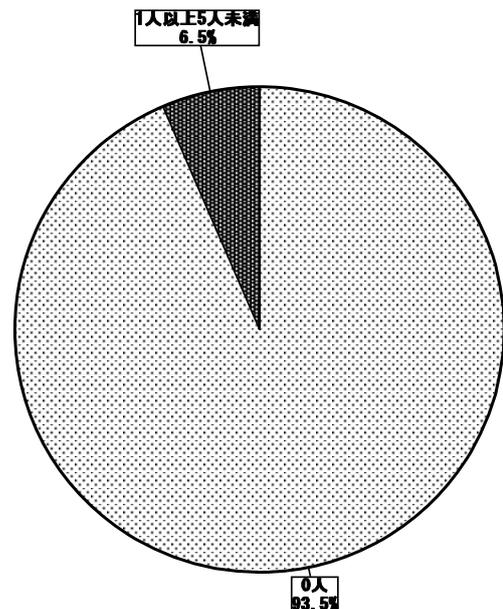


図2-29D-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- Dその他  
(n = 124, m±σ = 0.1±0.3)



(2) 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調査  
診療所

図2-29A-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- A在医管  
(n = 140, m±σ = 0.4±0.8)

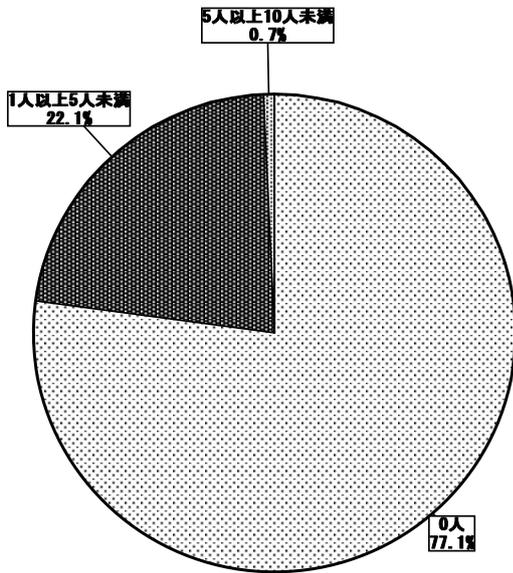


図2-29B-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- B在総診  
(n = 188, m±σ = 1.5±2.4)

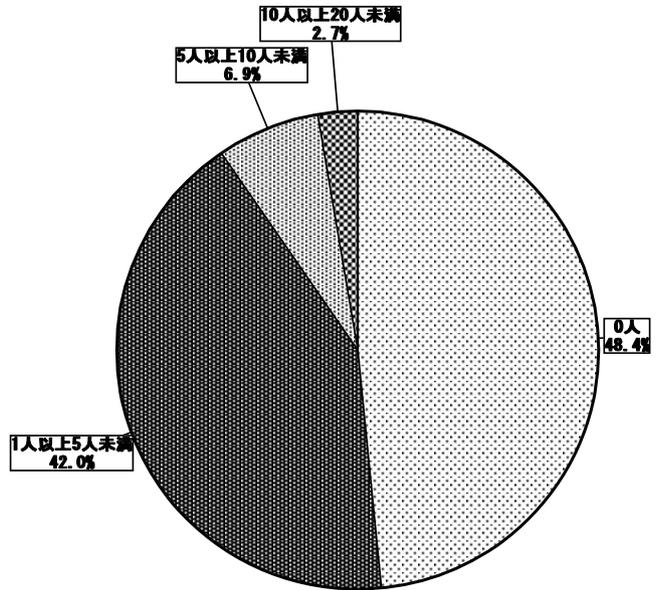


図2-29C-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- C在医総  
(n = 116, m±σ = 0.1±0.4)

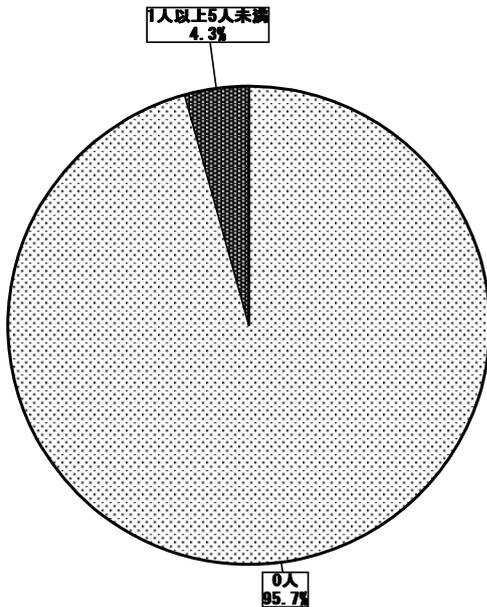
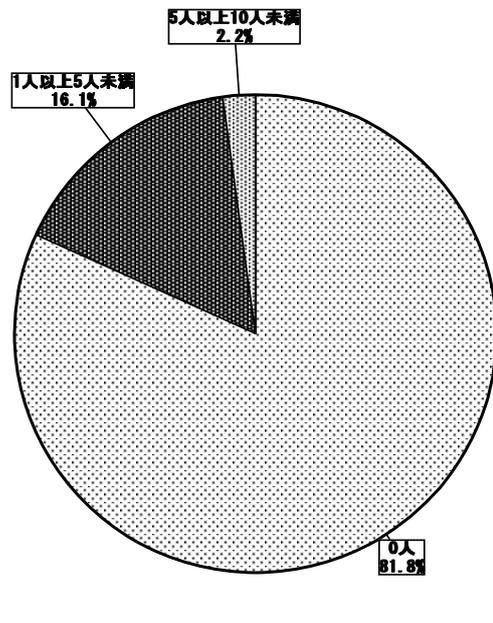


図2-29D-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- Dその他  
(n = 137, m±σ = 0.4±1.2)



(2) 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調査  
診療所

図2-29A-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- A在医管  
(n = 119, m±σ = 0.0±0.1)

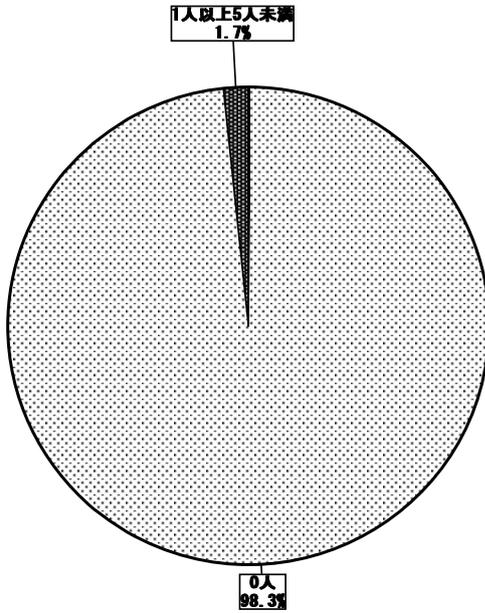


図2-29B-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- B在総診  
(n = 126, m±σ = 0.0±0.1)

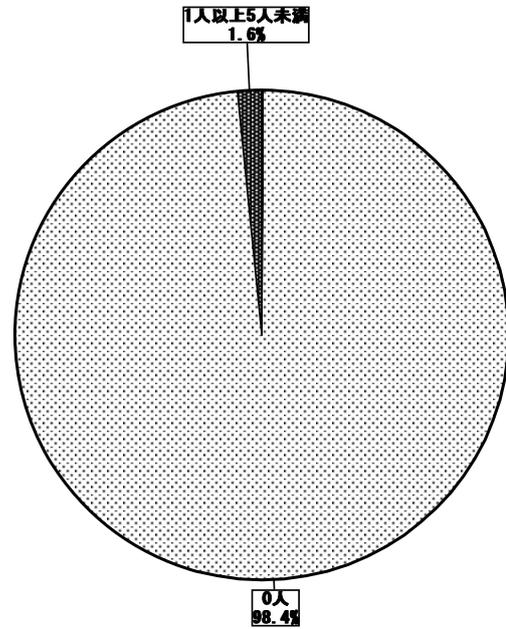


図2-29C-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- C在医総  
(n = 112)

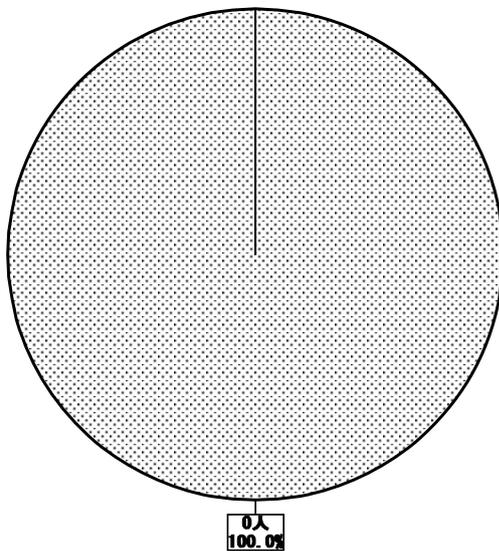


図2-29D-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- Dその他  
(n = 119, m±σ = 0.0±0.2)

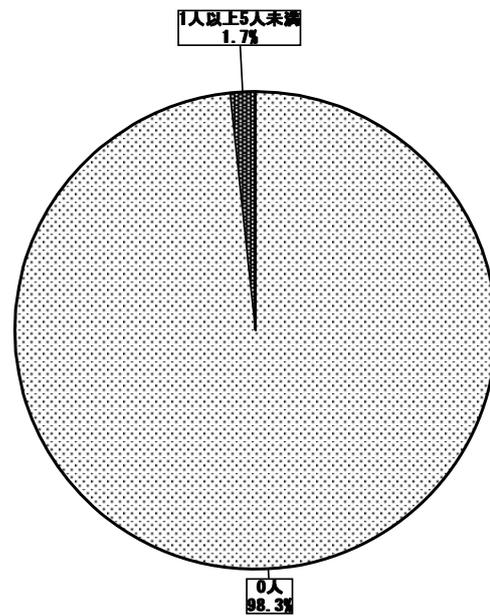


図2-30 問30 診療報酬に占める A 在医管+B 在総診+C 在医総 の比率  
(n = 289)

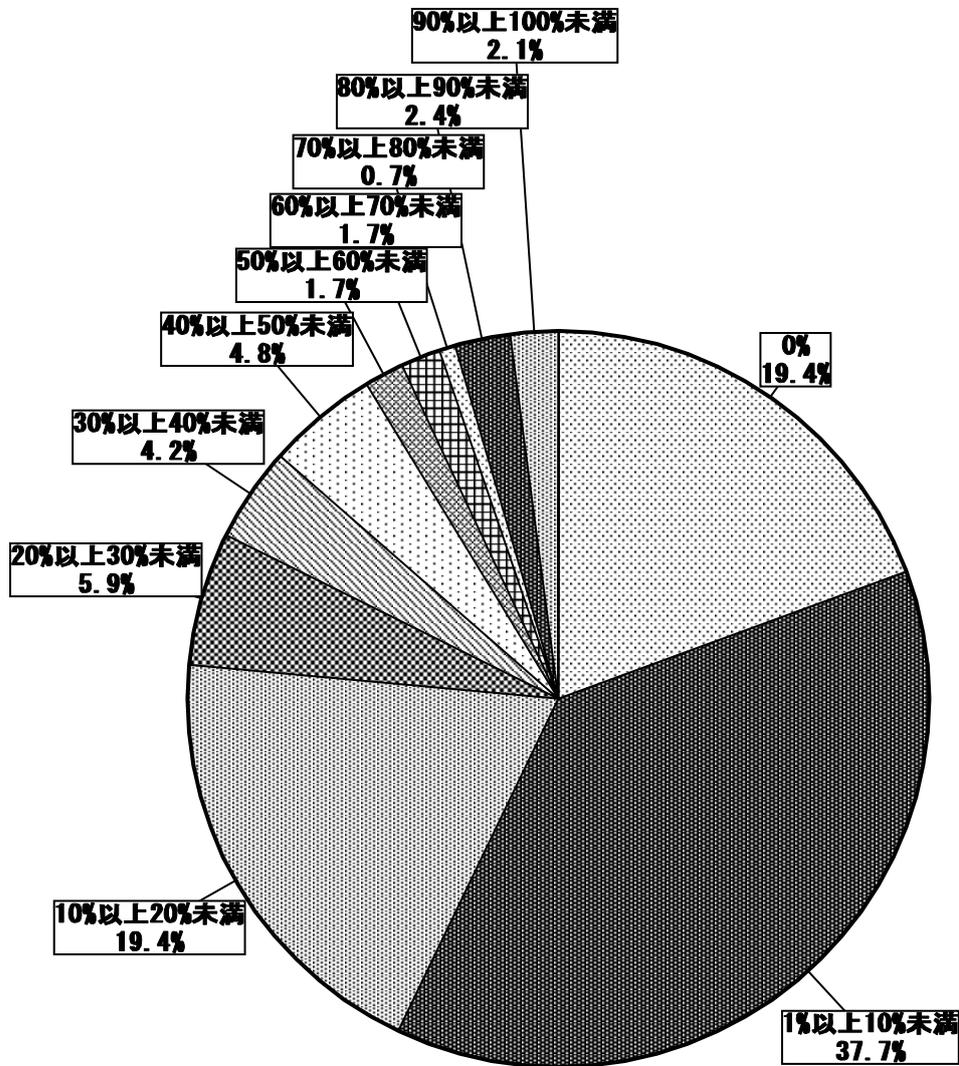


図2-31-1 問31 在宅療養連携窓口の有無  
(n = 328)

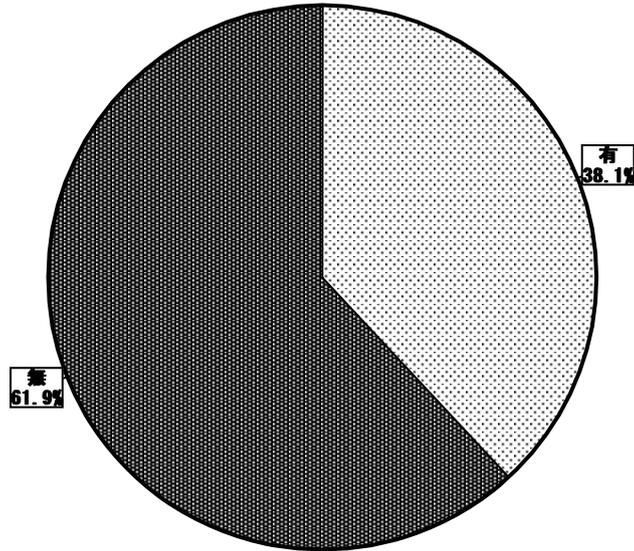


図2-31-2 問31 精神科訪問看護 - 有無  
(n = 316)

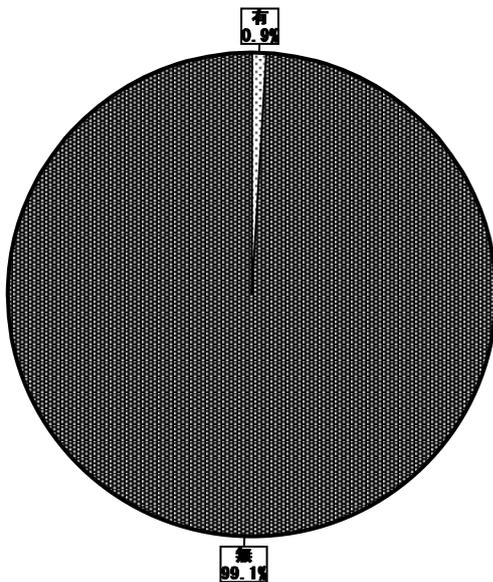
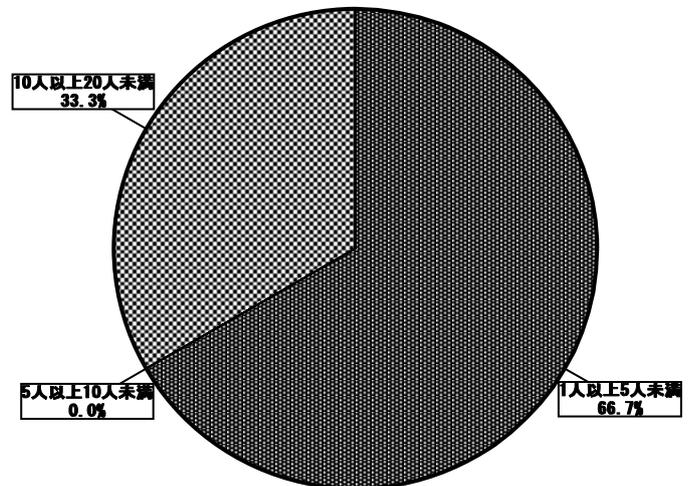


図2-31-3 問31 精神科訪問看護 - 利用人数  
(n = 3, m ± σ = 4.7 ± 4.5)



(2) 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調査  
診療所

図2-31-4 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(医師)  
- 有無  
(n = 333)

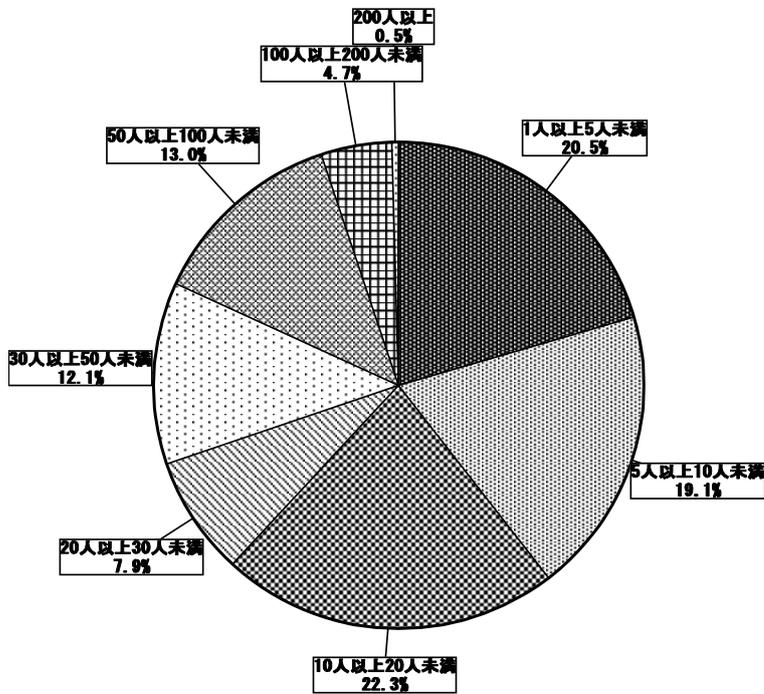


図2-31-5 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(医師)  
- 利用人数  
(n = 215, m ± σ = 27.1 ± 40.6)

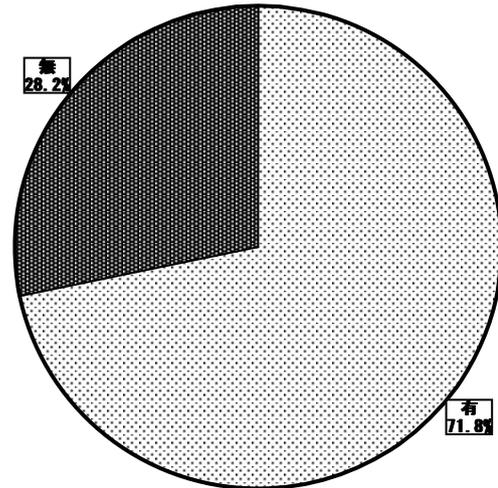


図2-31-6 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(薬剤師)  
- 有無  
(n = 274)

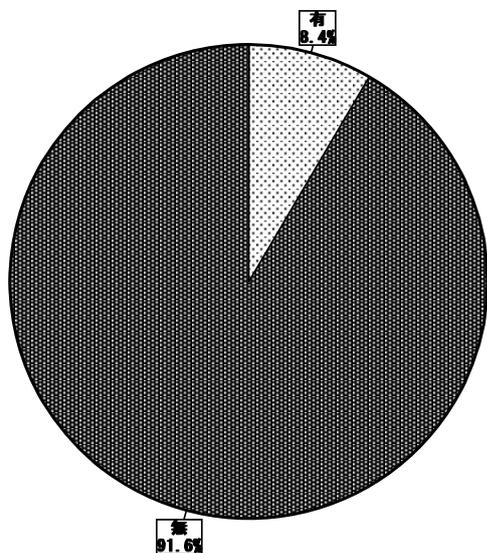


図2-31-7 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(薬剤師)  
- 利用人数  
(n = 17, m ± σ = 14.8 ± 19.0)

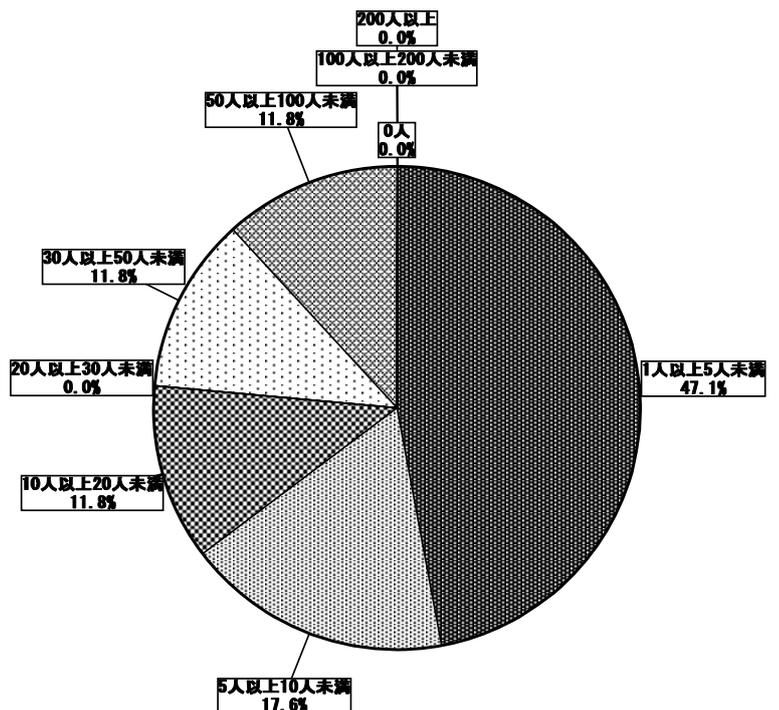


図2-31-8 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 有無  
(n = 277)

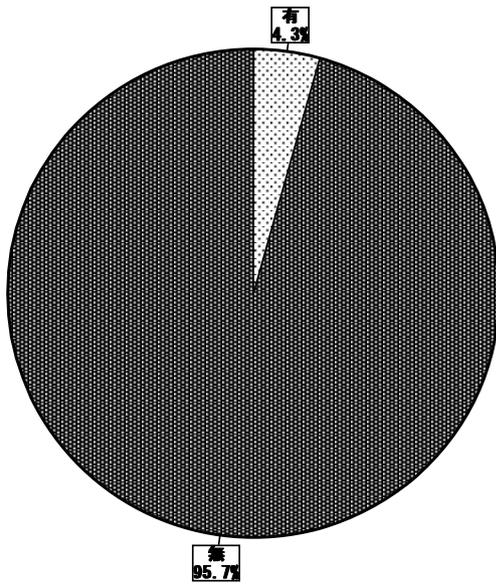


図2-31-9 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 利用人数  
(n = 8, m ± σ = 2.2 ± 2.2)

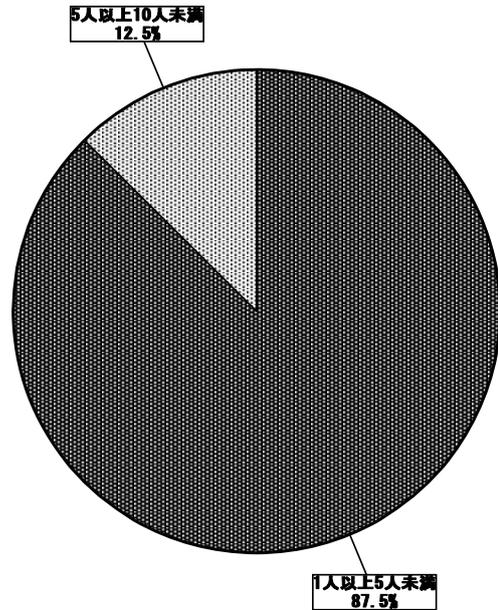
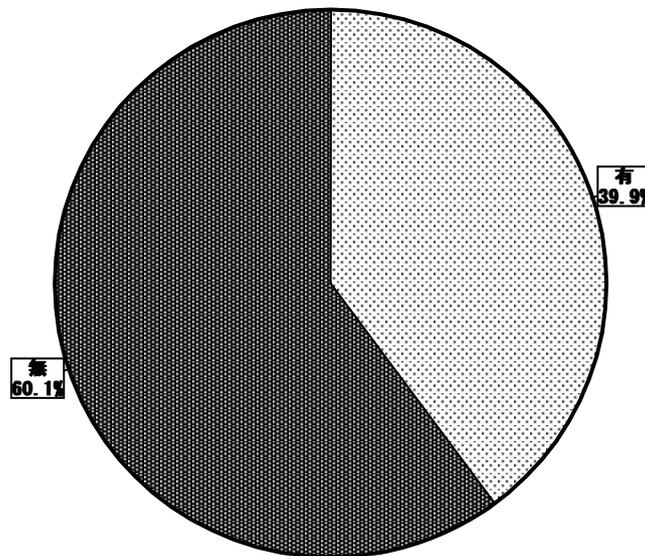


図2-31-10 問31 介護保険 - 訪問看護の有無  
(n = 286)



(2) 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調査  
診療所

図2-31-11 問31 介護保険 - 訪問看護  
- 利用人数  
(n = 97, m ± σ = 21.8 ± 41.1)

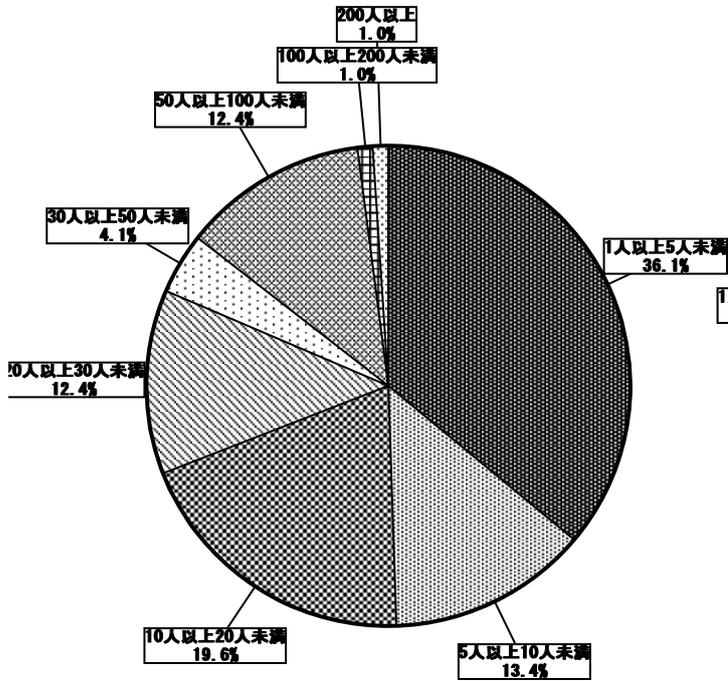


図2-31-12 問31 介護保険 - 訪問看護  
- 利用人数(夜間)  
(n = 53, m ± σ = 1.1 ± 2.5)

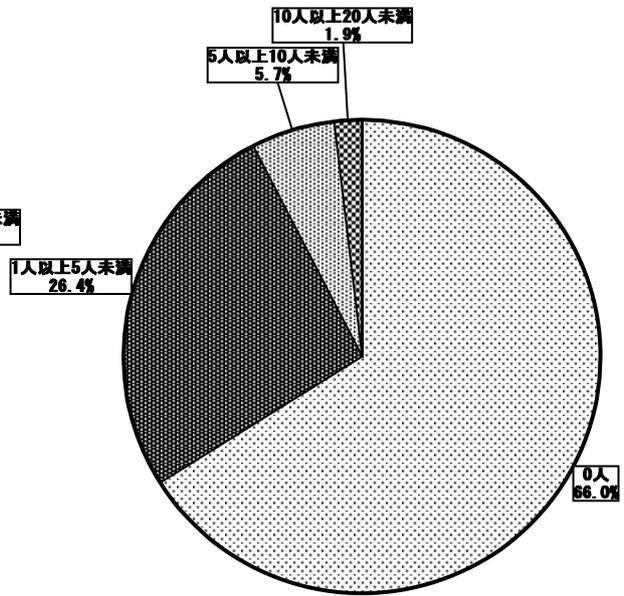
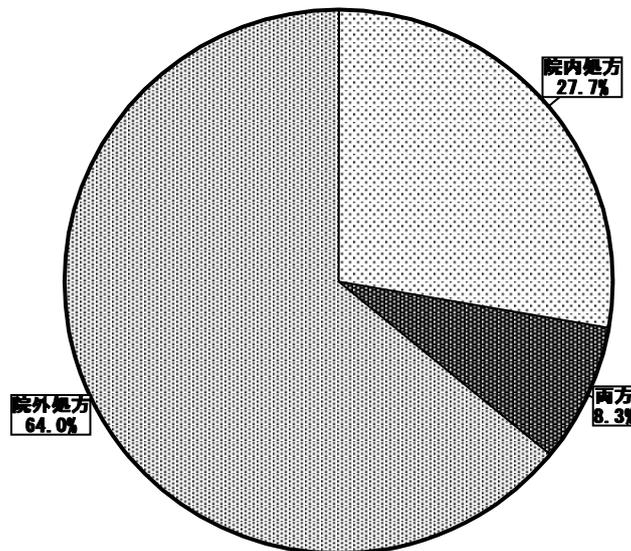


図2-31-13 問31 外来患者への処方  
(n = 339)



(2) 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調査  
診療所

図2-32-1 問32 在宅看取り - 年間看取り数  
(n = 361, m ± σ = 6.3 ± 11.5)

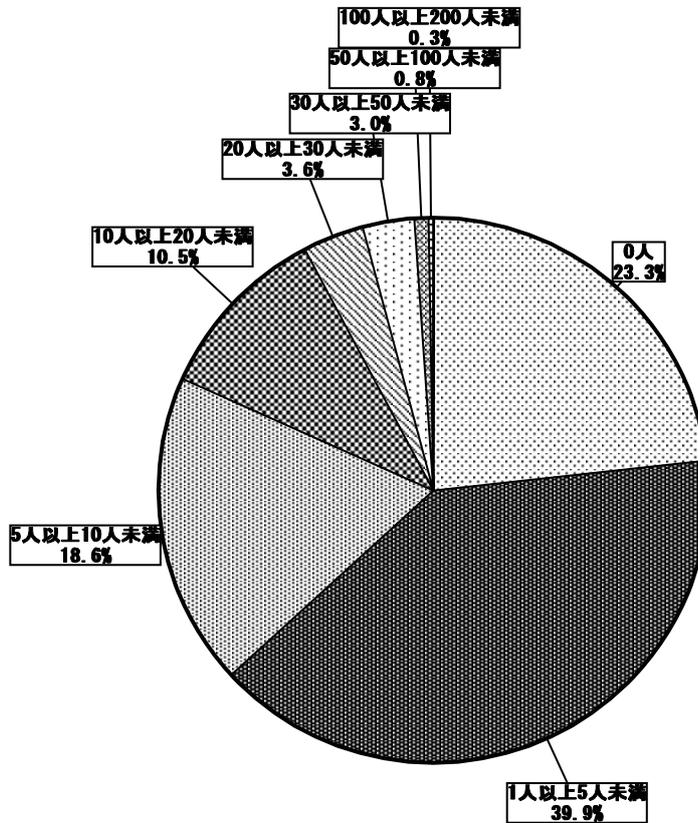
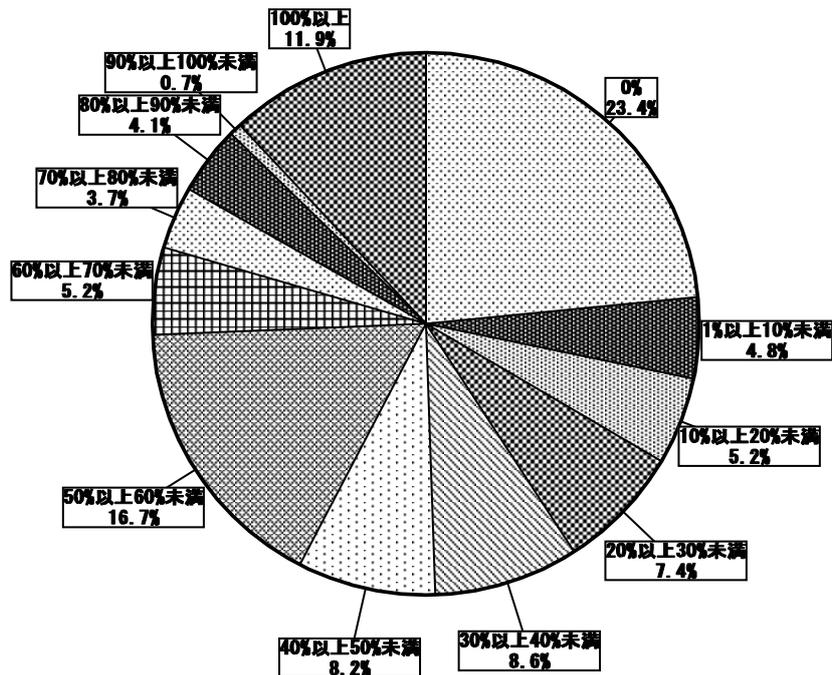


図2-32-2 問32 在宅看取り - 夜間看取りの割合  
(n = 269)



(2) 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調査  
診療所

図2-33-1 問33 標榜している診療科目  
(n = 390, 複数回答)

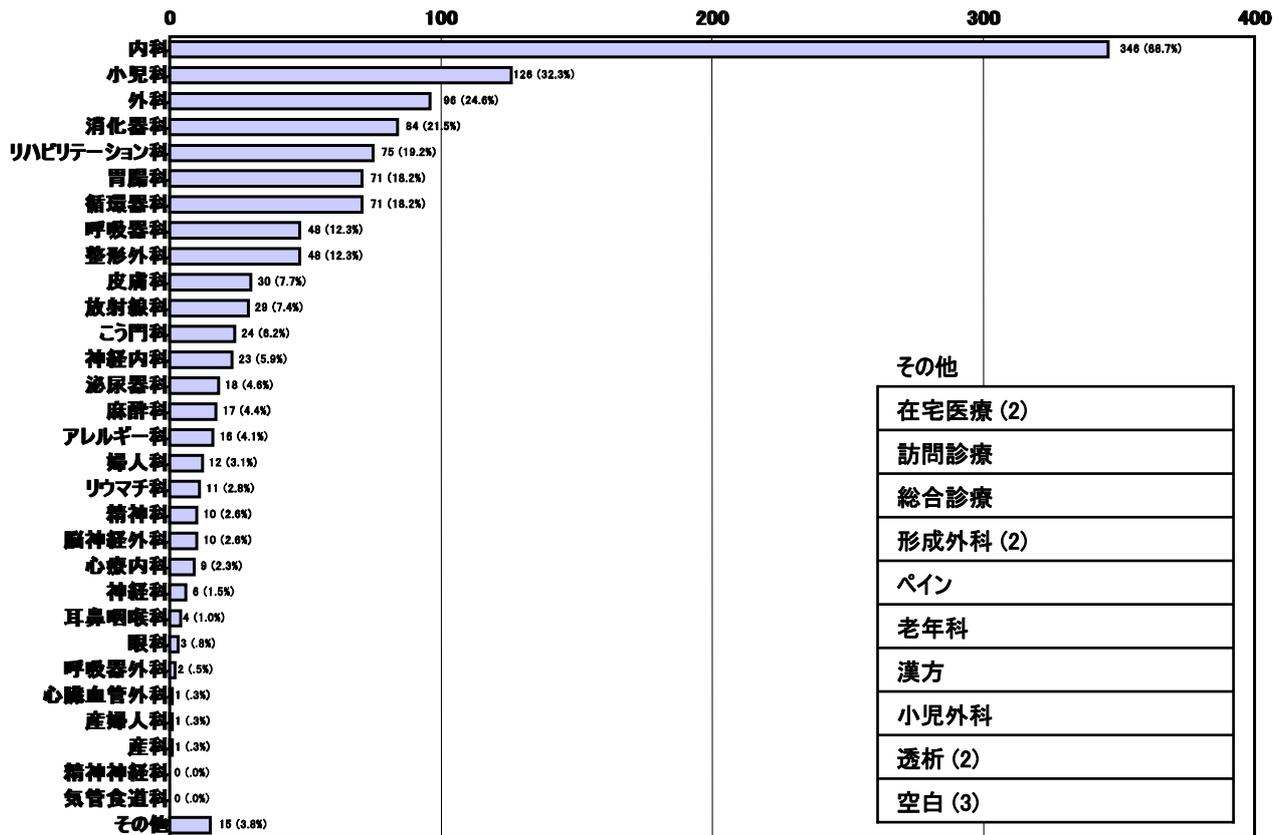
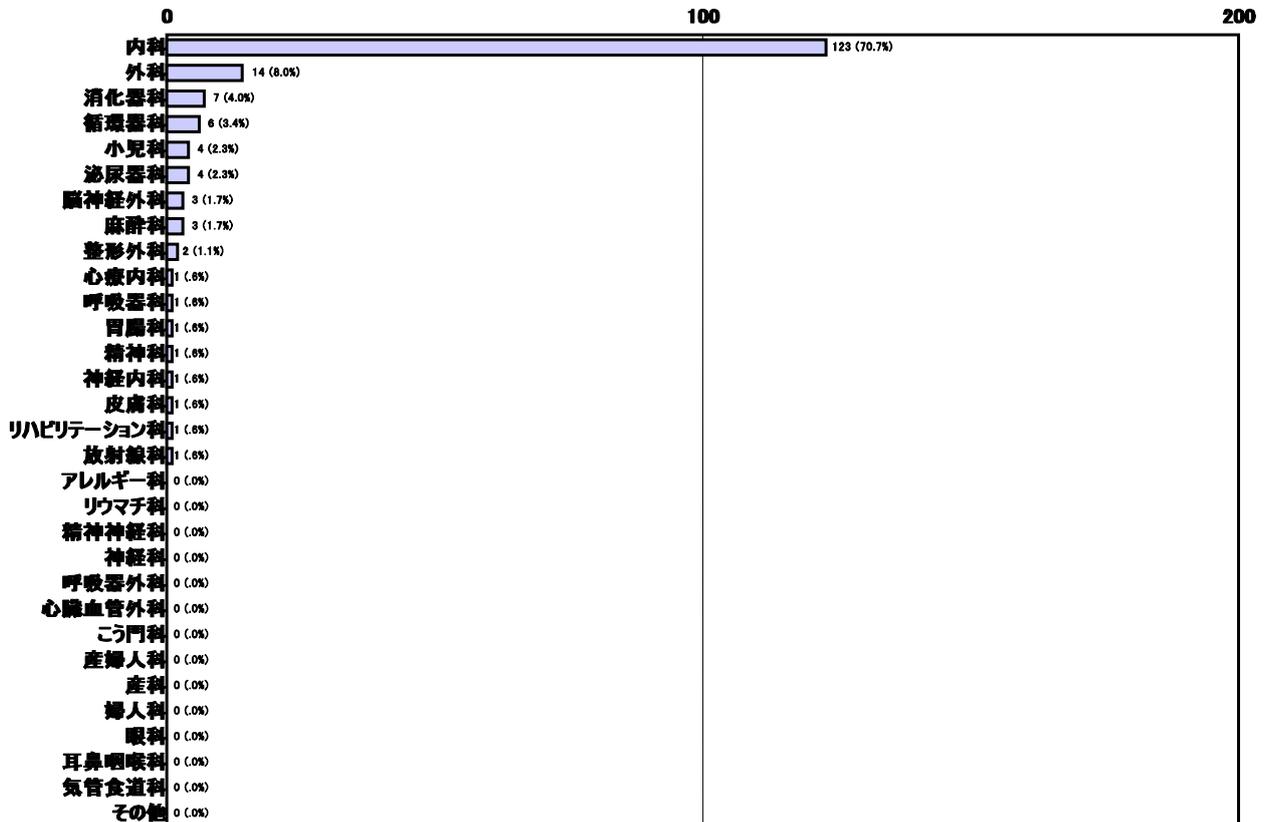


図2-33-2 問33 主たる診療科目  
(n = 174, 一つのみを標榜と答えているものを含む)



(2) 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調査  
診療所

図2-33-3 問33 病床数 - 全病床  
( $n = 358, m \pm \sigma = 2.8 \pm 6.4$ )

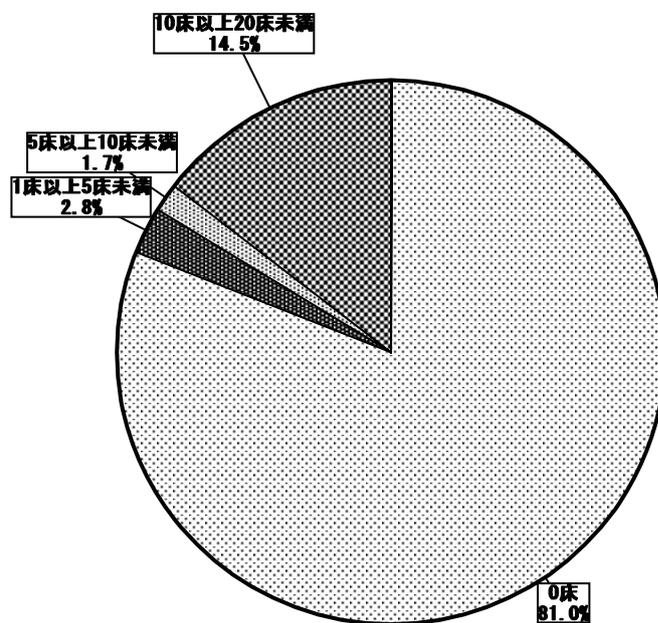
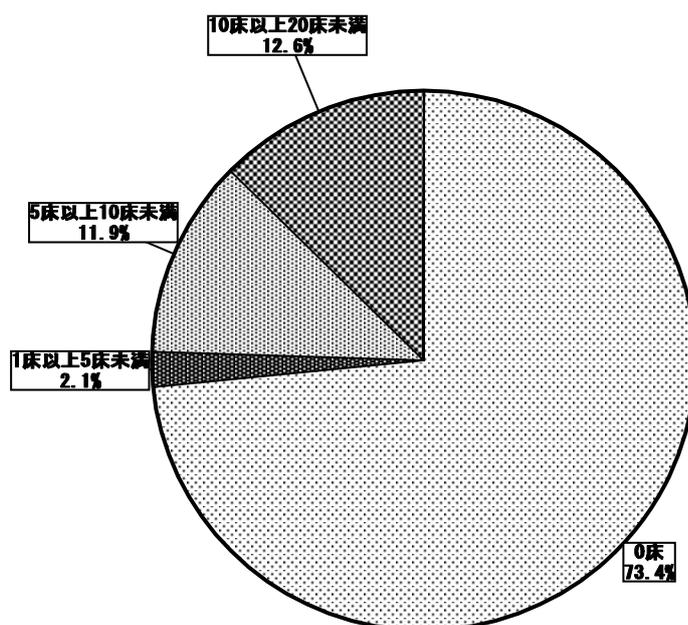


図2-33-4 問33 病床数 - 療養病床  
( $n = 143, m \pm \sigma = 2.7 \pm 5.2$ )



(2) 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調査  
診療所

図2-33-5 問33 医師数 - 常勤  
(n = 389, m ± σ = 1.3 ± 0.6)

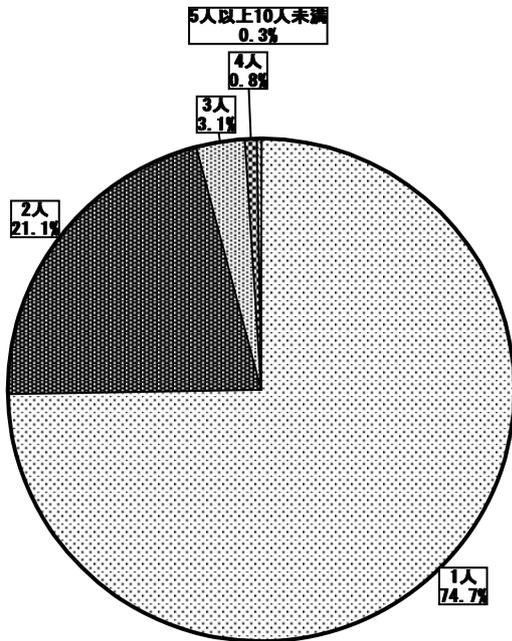


図2-33-6 問33 医師数 - 非常勤  
(n = 261, m ± σ = 1.4 ± 2.3)

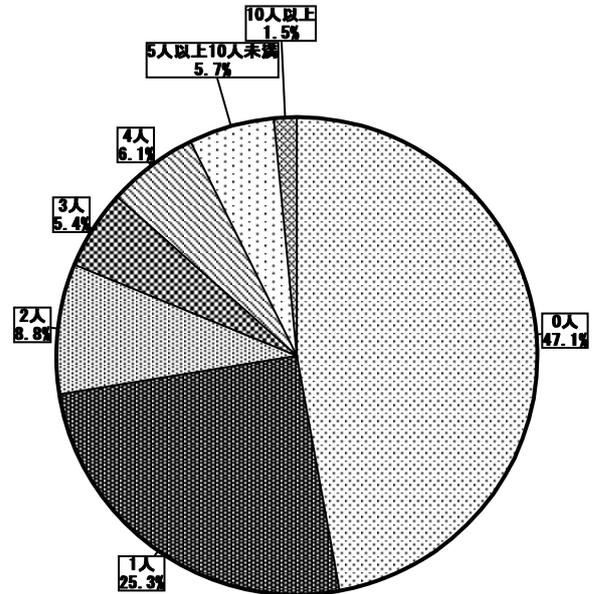


図2-33-7 問33 看護職員数 - 常勤  
(n = 344), m ± σ = 3.2 ± 3.4

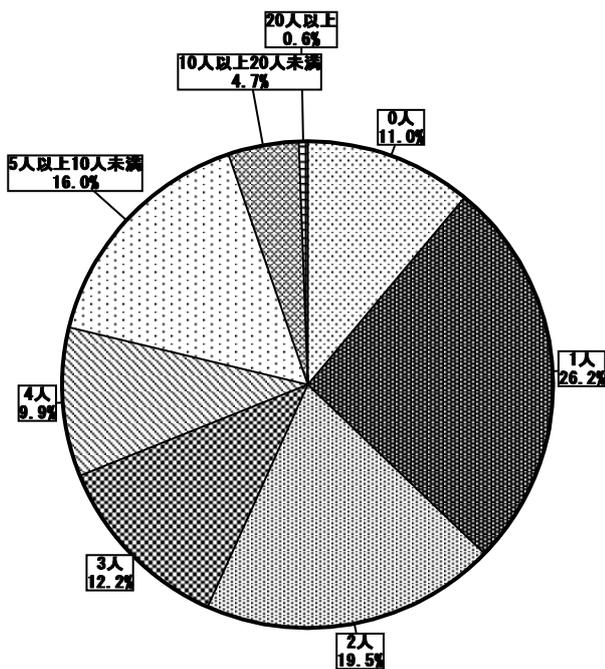


図2-33-8 問33 看護職員数 - 非常勤  
(n = 274, m ± σ = 2.2 ± 3.0)

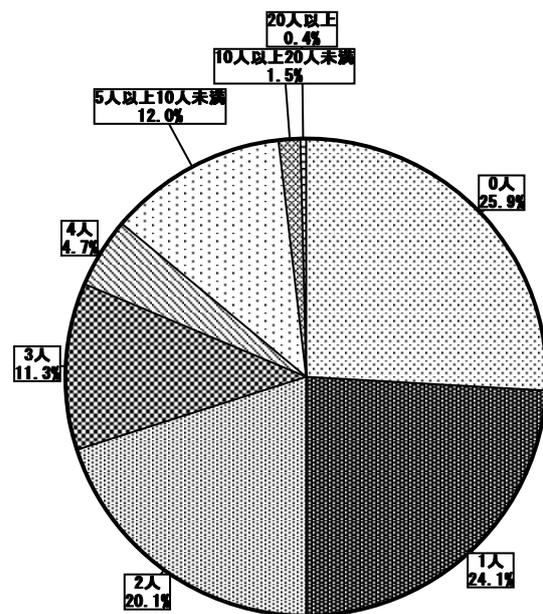


図3-1 問1 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 保険医療機関たる診療所であること  
(n = 228)

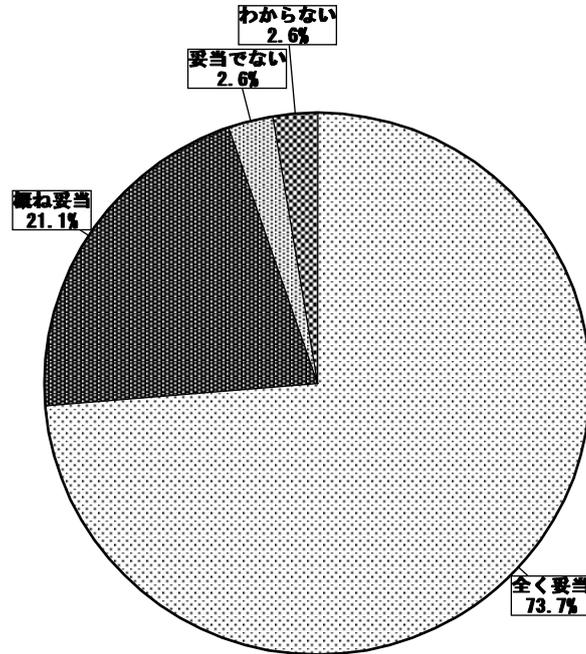


図3-2 問2 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 地域社会保険事務局に認可をうけること  
(n = 227)

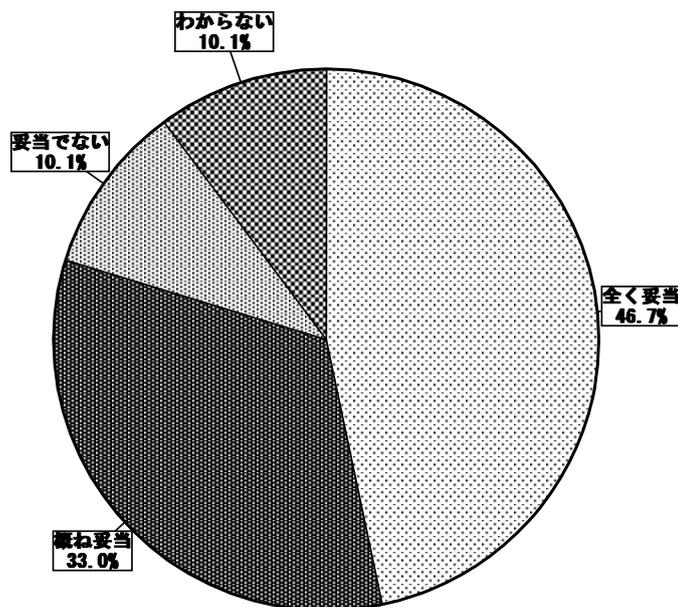


図3-3 問3 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 定期的な認定更新を必要とすること  
(n = 228)

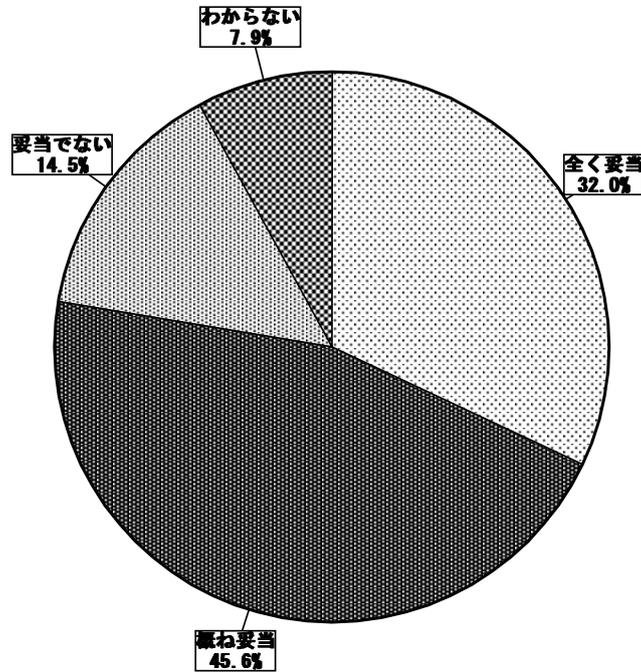
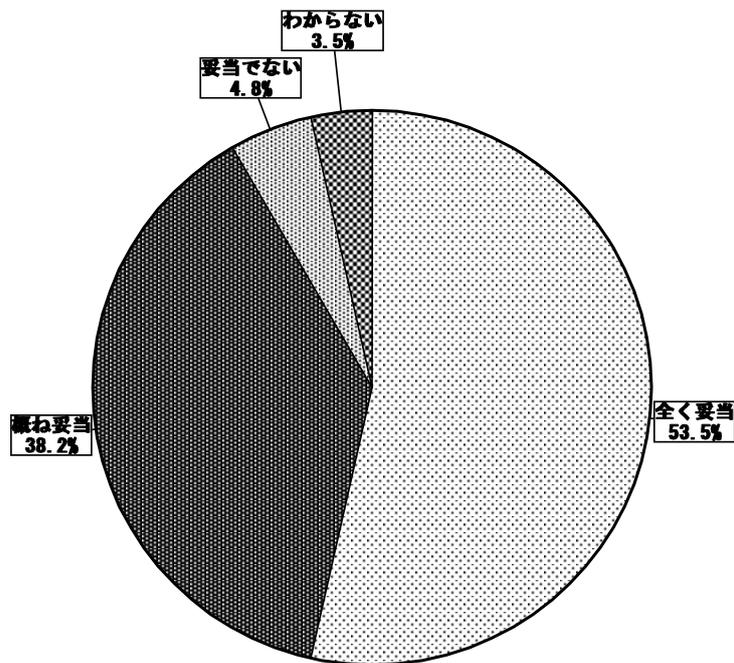


図3-4 問4 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していること  
(n = 228)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-5 問5 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間往診が可能な体制  
(n = 227)

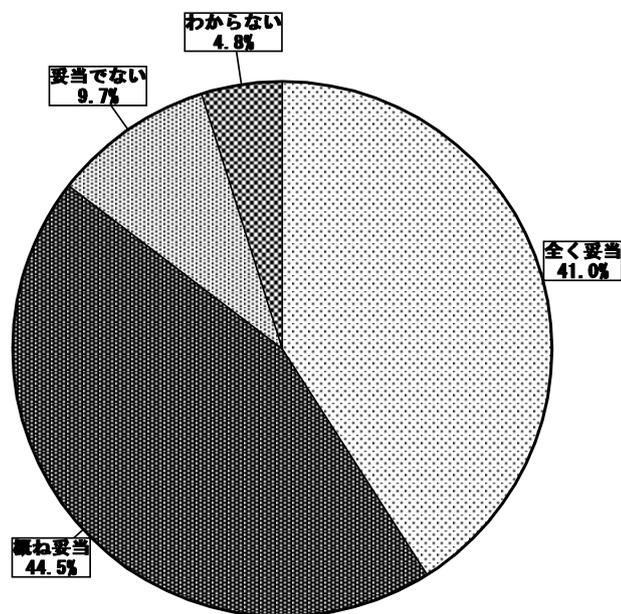
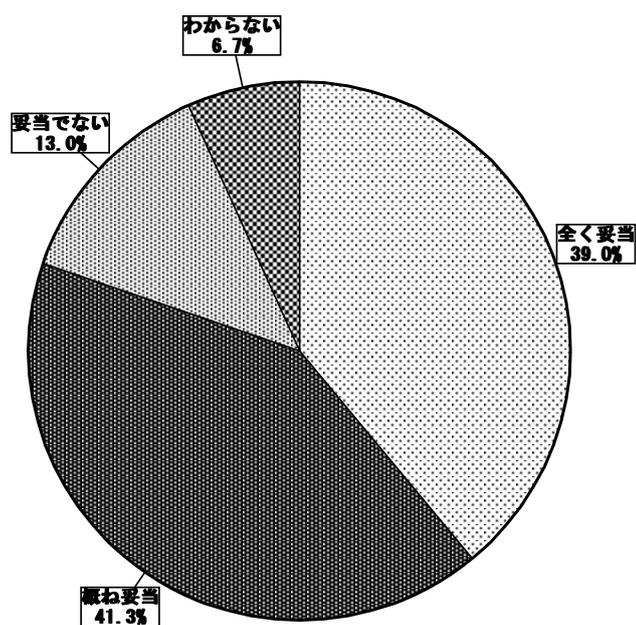


図3-6 問6 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間訪問看護の提供が可能な体制  
(n = 223)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-7 問7 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保  
(n = 223)

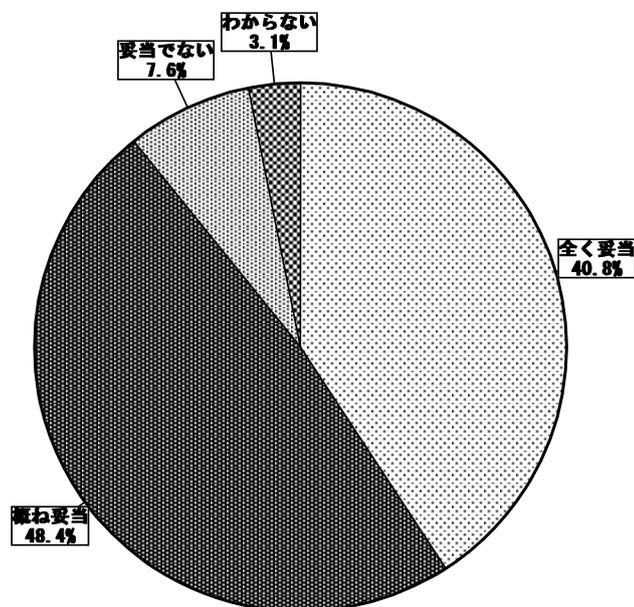
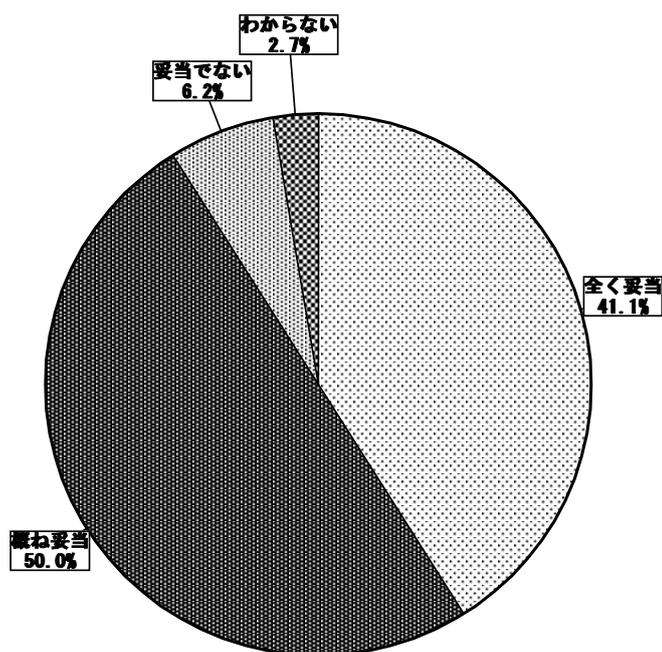


図3-8 問8 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること  
(n = 224)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-9 問9 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 在宅看取り数を報告  
(n = 221)

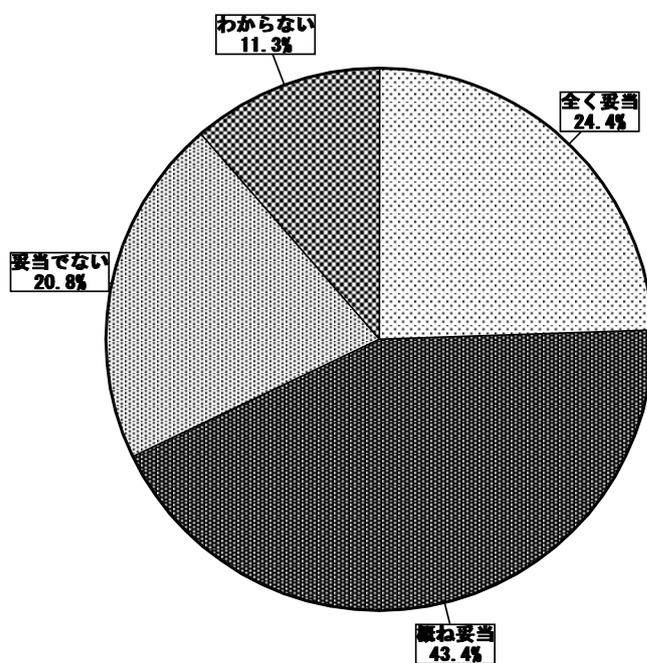
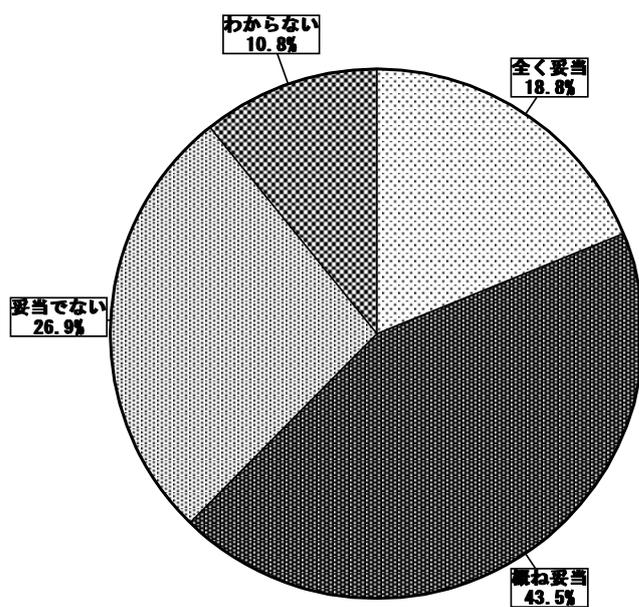


図3-10 問10 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 緊急往診の実績報告を定期的に行うこと  
(n = 223)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-12 問12 要件 - 退院時ケアカンファランスの評価向上  
(n = 219)

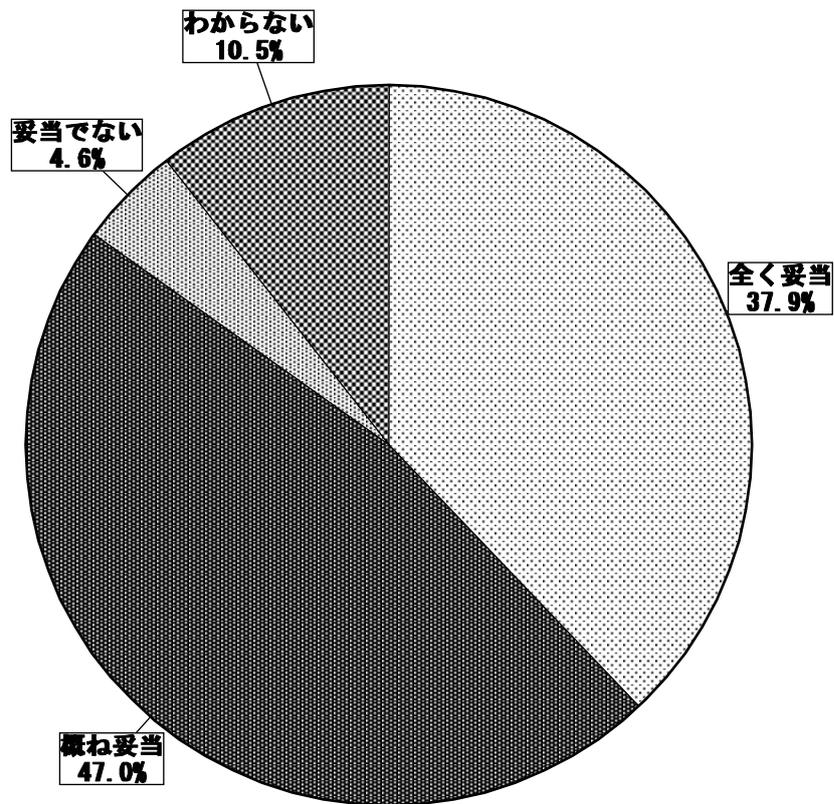


図3-14 問14 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 医師訪問  
死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
(n = 186, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
(日数 :  $m \pm \sigma = 19.0 \pm 34.5$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 5.5 \pm 9.6$ )

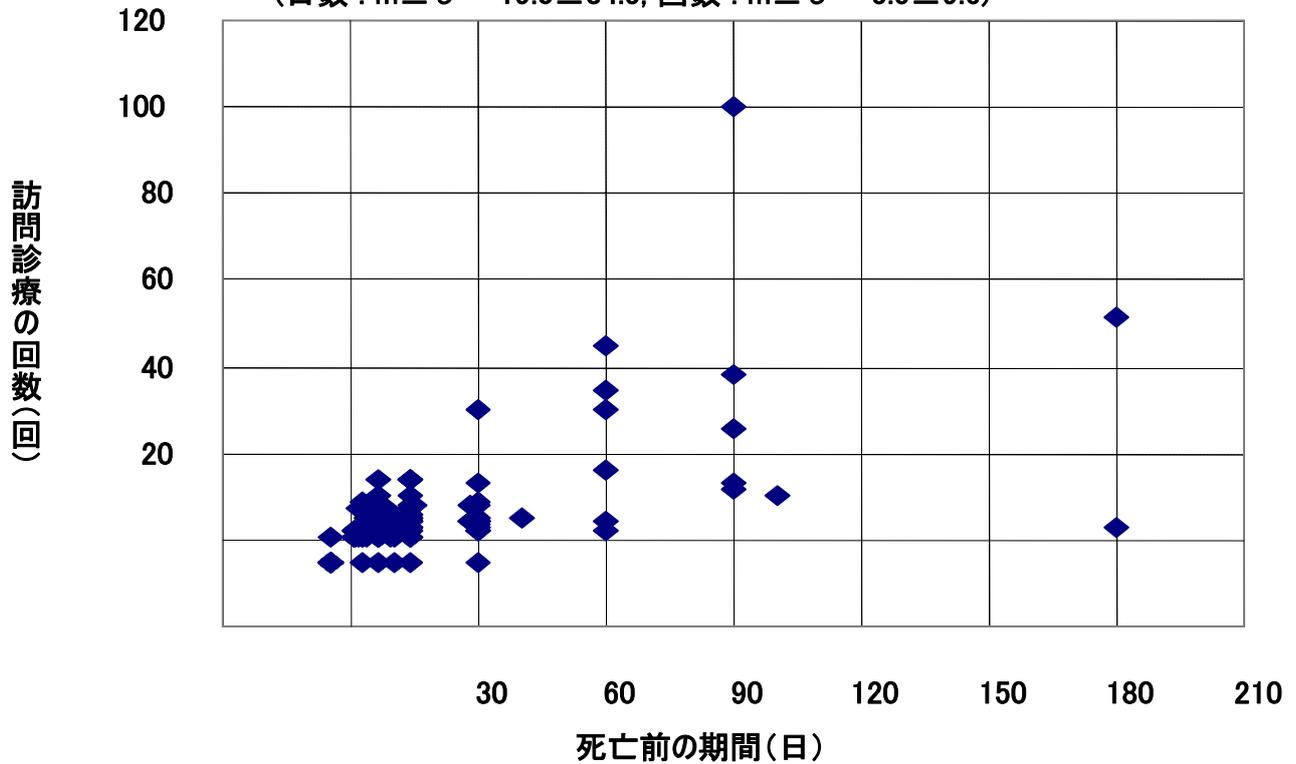
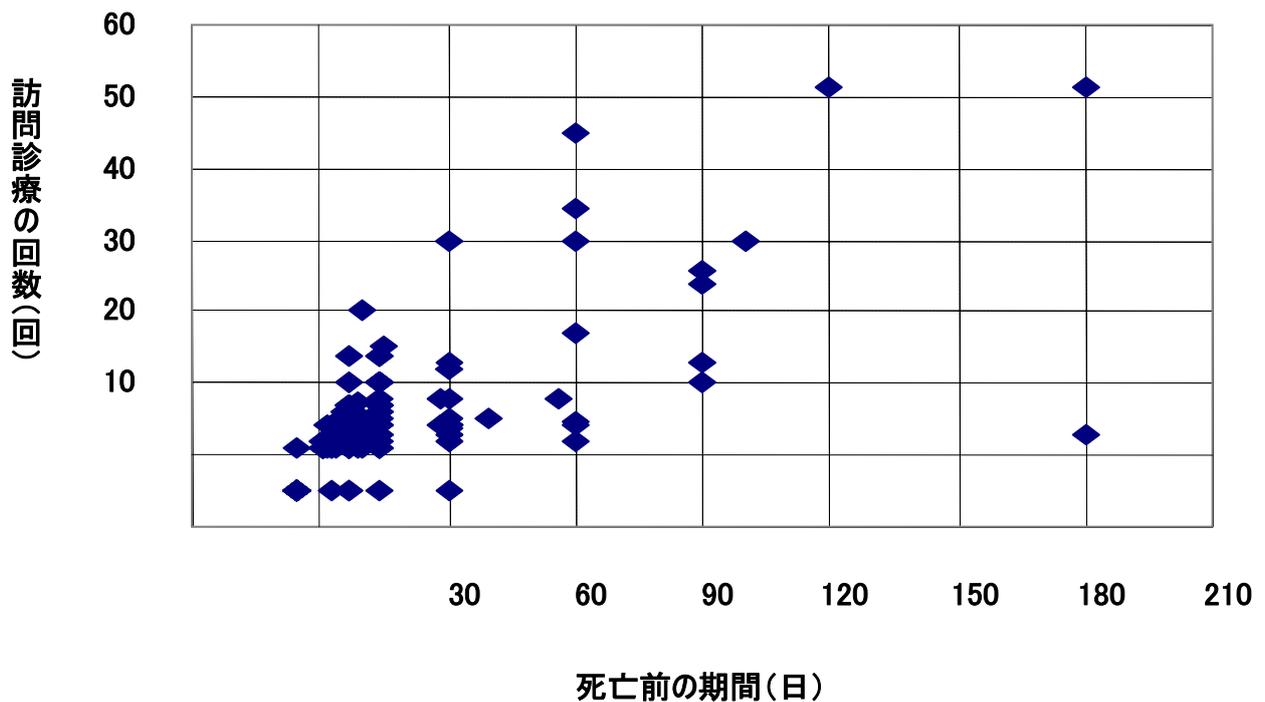


図3-15 問15 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 看護師訪問  
死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
(n = 183, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
(日数 :  $m \pm \sigma = 17.8 \pm 25.9$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 6.0 \pm 8.2$ )



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-16 問16 他施設でのターミナルケア - 医師  
(n = 226)

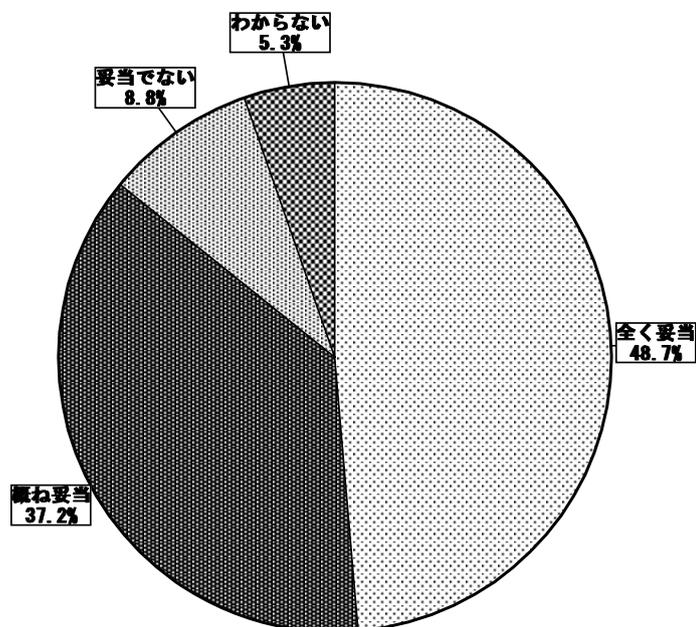
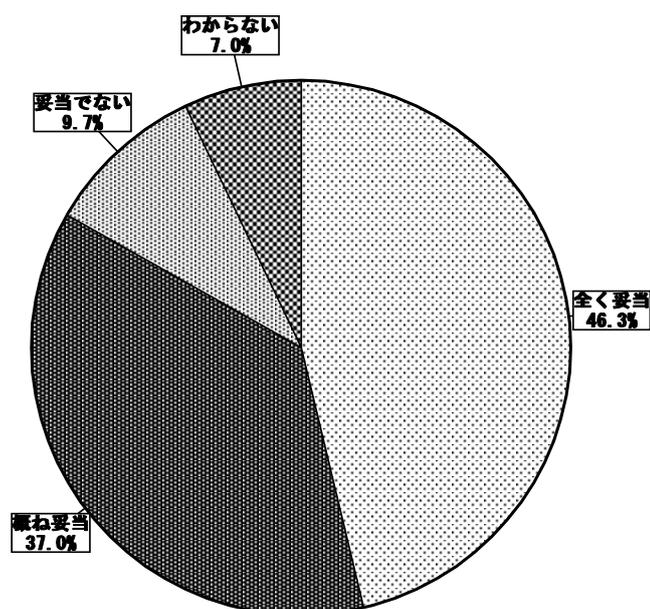


図3-17 問17 他施設でのターミナルケア - 看護師  
(n = 227)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-19 問19 在宅・入院の混合診療においても在総診を算定  
(n = 220)

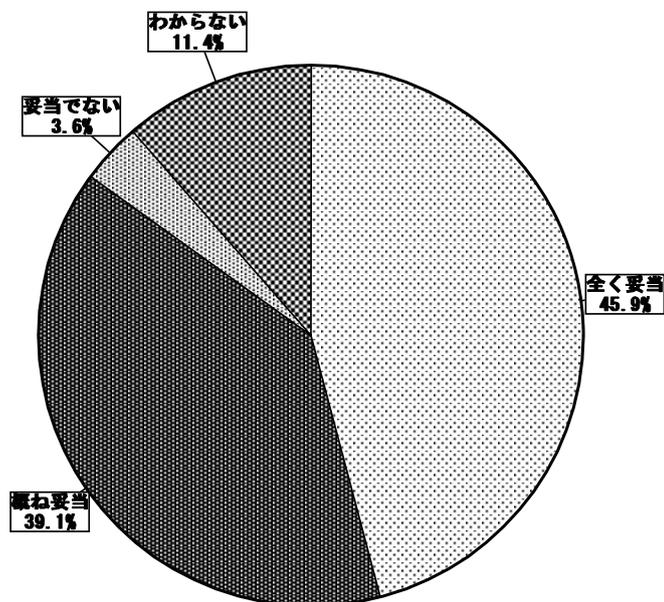


図3-20 問20 事前指示を徴することについて  
(n = 224)

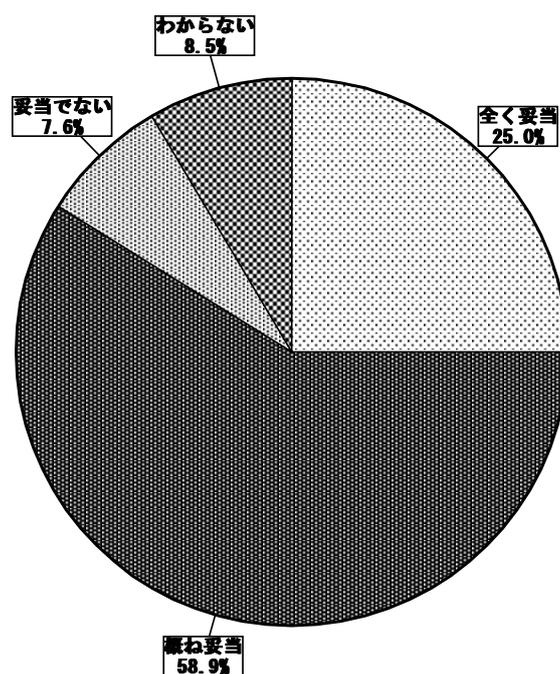


図3-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット  
(n = 218, 3つまでを選択)

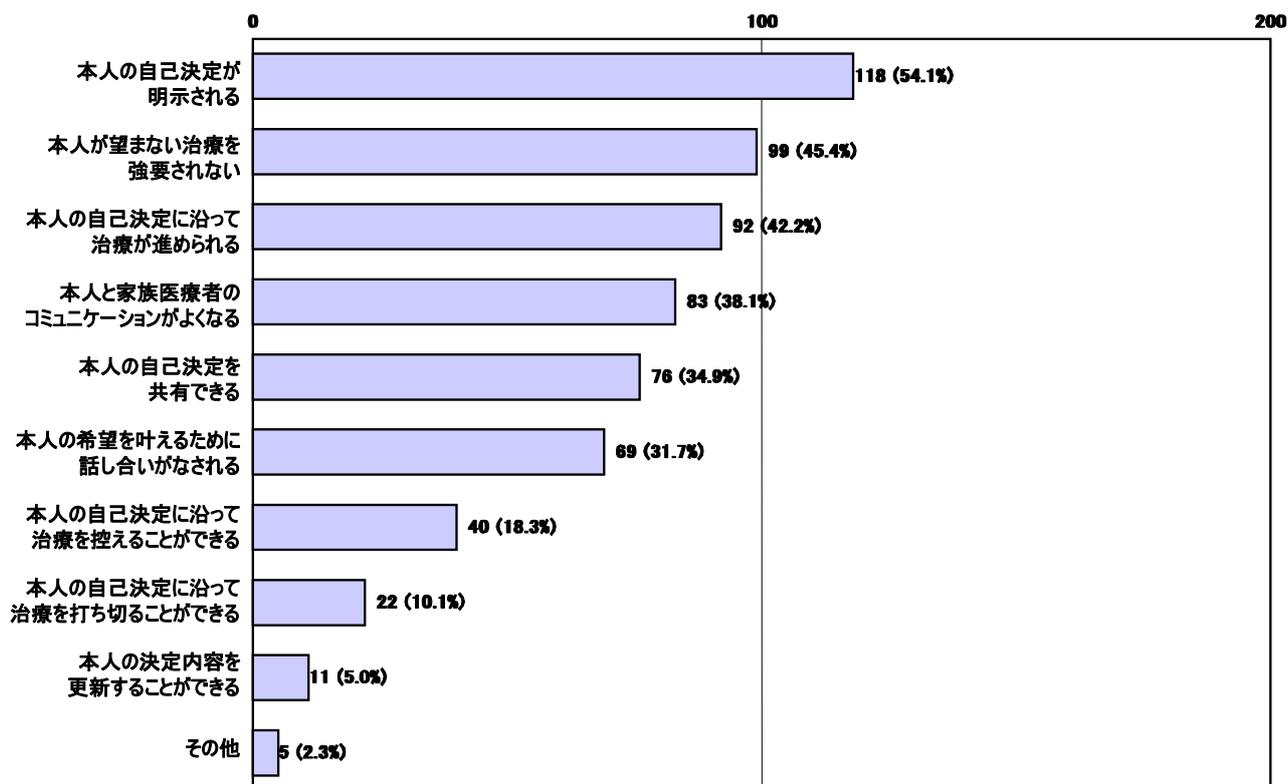


表3-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット - その他(表記のまま)

31	ケースバイケースでしないといけないと思う。全員一律にはいかないと思う。特に小児患者など！
44	よく分かりません
60	1～9は型はよいが他人の考え
358	家族と医師の意志をはっきりする事ができる
370	客観的判断がしやすくなる

図3-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因  
(n = 220, 3つまでを選択)

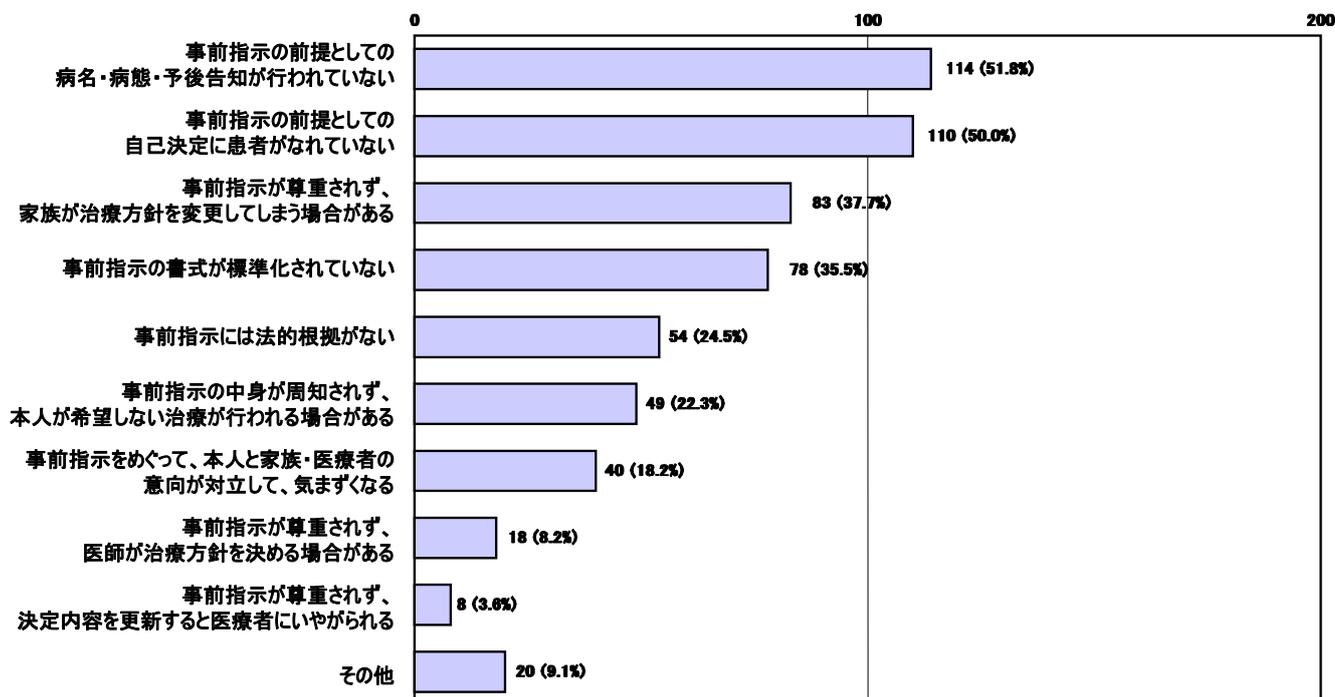


表3-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因 - その他(表記のまま)

2	医師(主治医)がケアチームのリーダーとしての役割を十分にはたす能力がなければうまくゆかない
44	3つ迄とかいてありますがかくことありません
57	患者本人の理解力不足や、人間性による。受容不能な例多し
64	希望があっても物理的・経済的・人的に在宅医療等が困難な場合がある
105	患者さんや家族の気持ちが変わっていく場合がほとんどで、ある時期に証言させたり書面を書かせたりすることは不適切である。
109	病態変化の予測のつかないものも癌末期にはあるため
123	本人の死後残るのは家族→治療法に対し訴訟
132	事前指示が一般に知られていない。(医師をも含む)
140	事前指示は医療者と家族に同時に知らされるべき(意見対立時)調整者(調整機関)必要
156	『初診時、療養計画作製時(更新時)事前指示を聞く仕組みを制度として確立すれば何ら問題なく普及される。』と考えている。
200	末期なので病状が急変するため事前指示には無理がある。
205	国民性として必要と感しない人が多いと思うから
221	本人が中身を理解しなかったり、自己決定できなかったりする
269	患者あるいは家族の理解度(認識)
300	こういった方法があること自体が知られていない。
305	事前指示に医師も慣れていない
334	本人が方針の決定ができない。きまどりの度に考えがかわる
388	自己決定ができる知的レベルを保てていない高齢者も多い為できにくい
439	状況が変化するごとにその情報を正しく患者・家族に医療者が説明することになれていない(特に在宅という患者が主体の場面で)

図3-23 問23 事前指示 - 普及の方策  
(n = 215, 3つまでを選択)

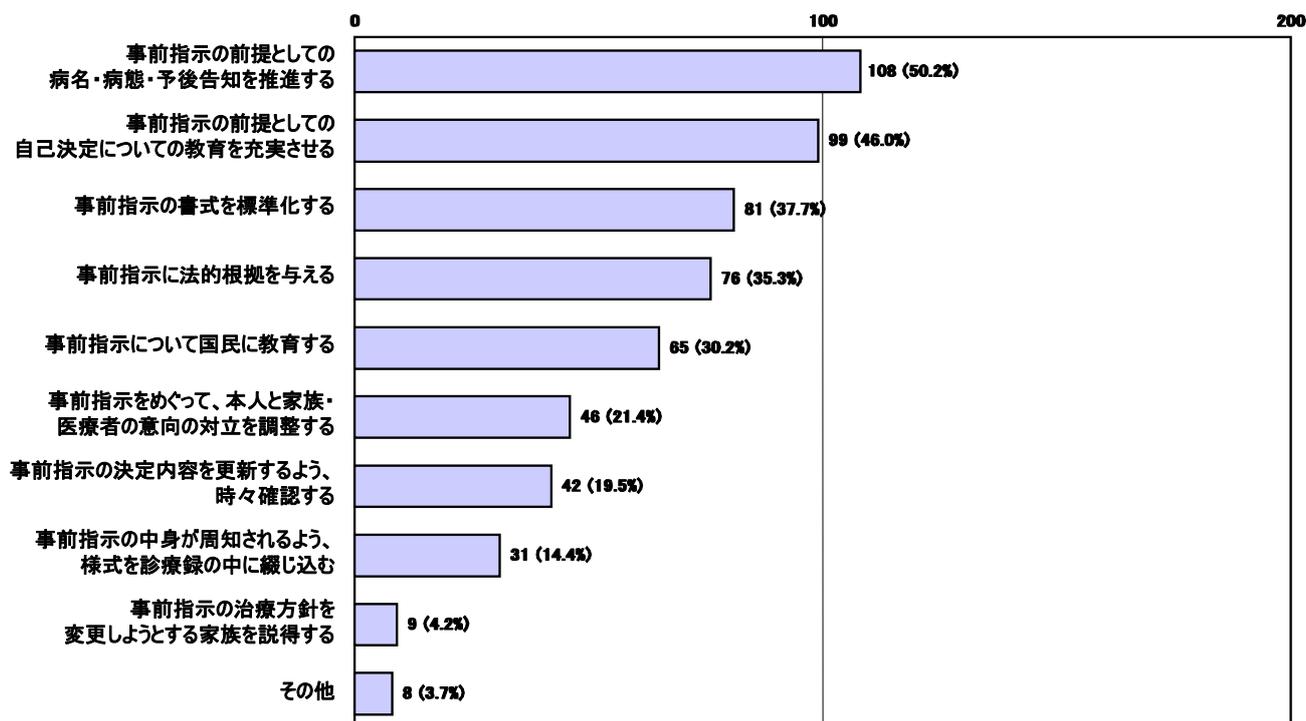
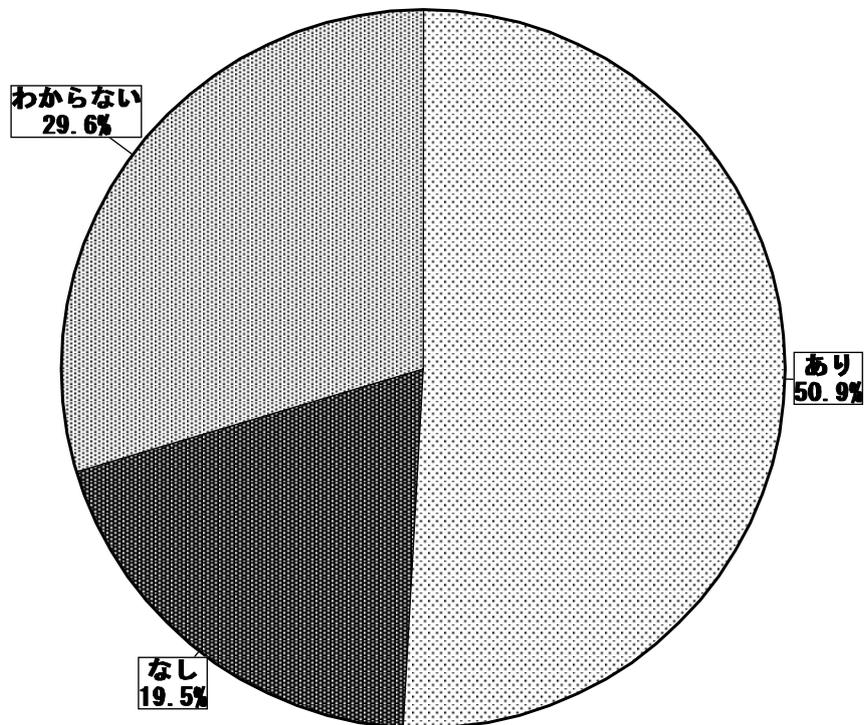


表3-23 問23 事前指示 - 普及の方策 - その他(表記のまま)

31	人命はケースバイケースによるのであって一律に事前に決めるものではないと思われる
44	よく分かりません
57	主治医が患者の症例毎に判断し、勧めたり、進めたりするべき。
105	死を前にした人に対して、事前指示を自己決定させるのは、いびつな医療ゆがんだ医療という気がします。
109	本人と医療者、本人が信頼している家族で方向づけをして他の家族等と調整する。
221	事前提示に柔軟性をもたせる
288	医師と患者及び家族との話し合いが大切

(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-24 問24 在宅療養支援診療所(仮称)登録の希望  
(n = 226)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-28A-1 問28 A 在宅時医学管理料 - 算定患者数  
(n = 168, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 2.5 \pm 6.9$ )

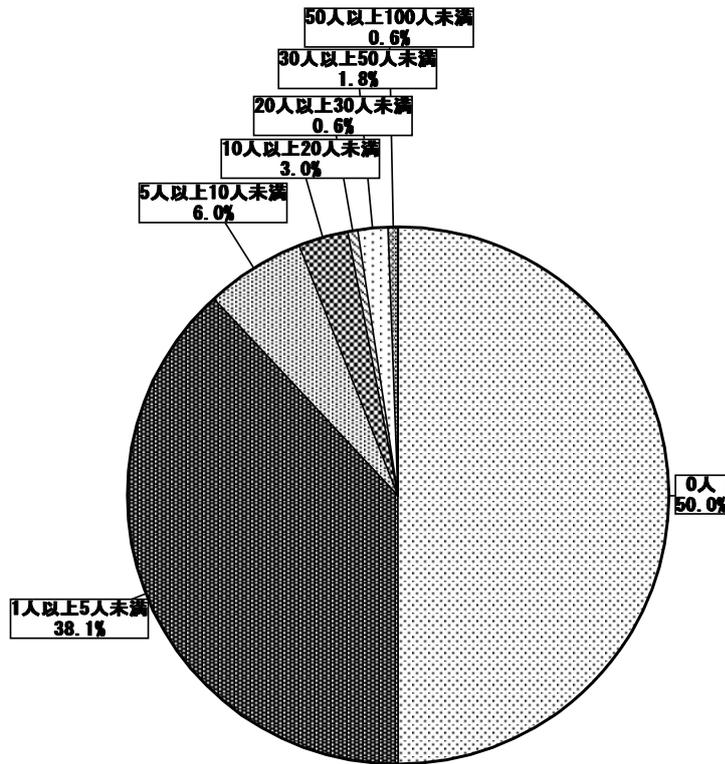
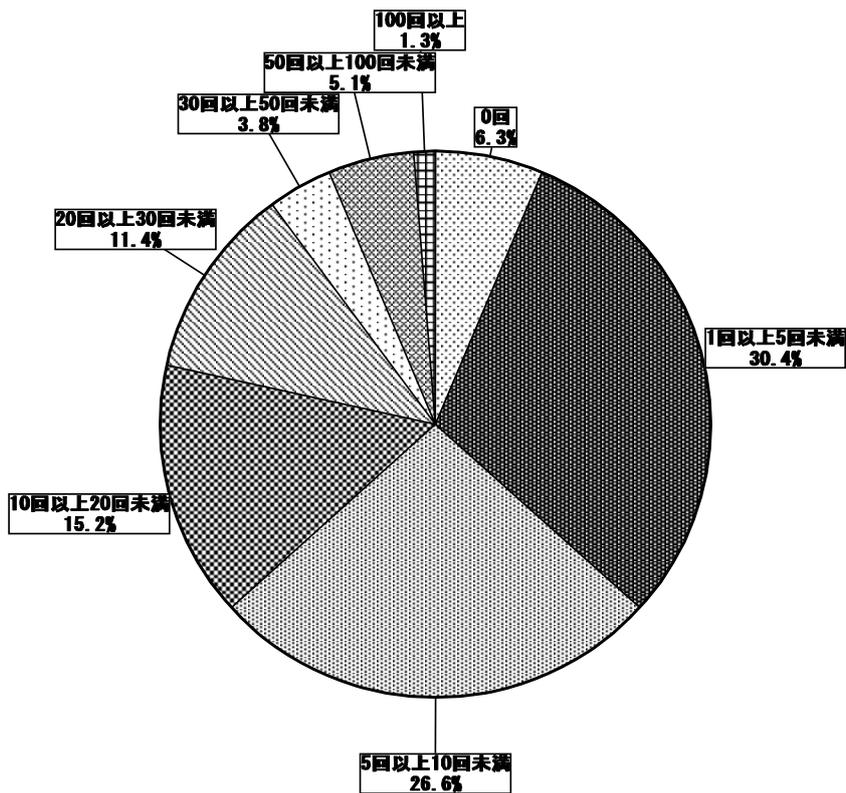


図3-28A-2 問28 A 在宅時医学管理料 - 訪問診療延回数  
(n = 79 2005年12月,  $m \pm \sigma = 14.5 \pm 21.5$ )



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-28A-3 問28 A 在医管 - 往診  
(n = 52, m ± σ = 2.3 ± 3.1)

図3-28A-4 問28 A 在医管 - 往診・夜間深夜  
(n = 48, m ± σ = 0.4 ± 1.1)

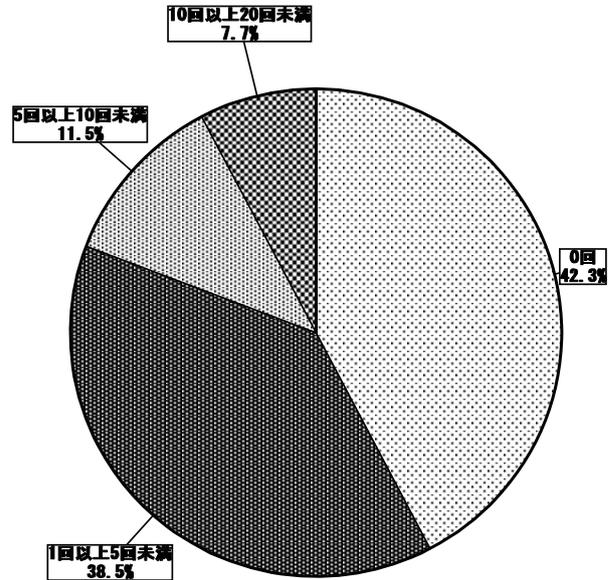
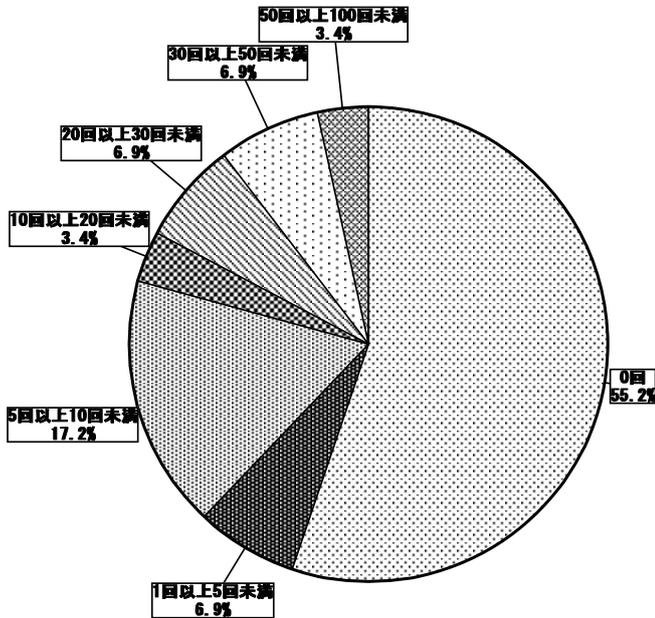
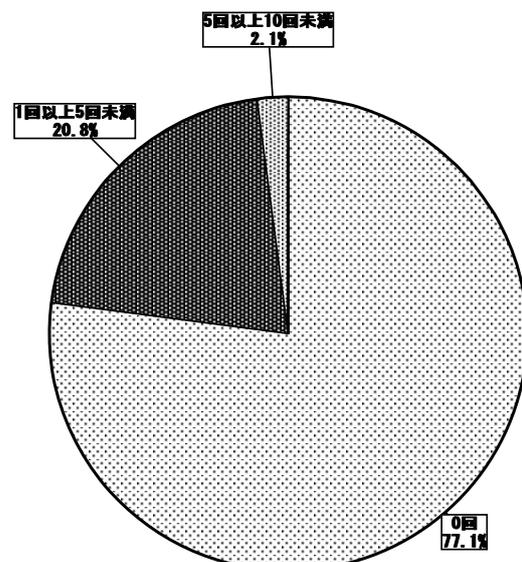
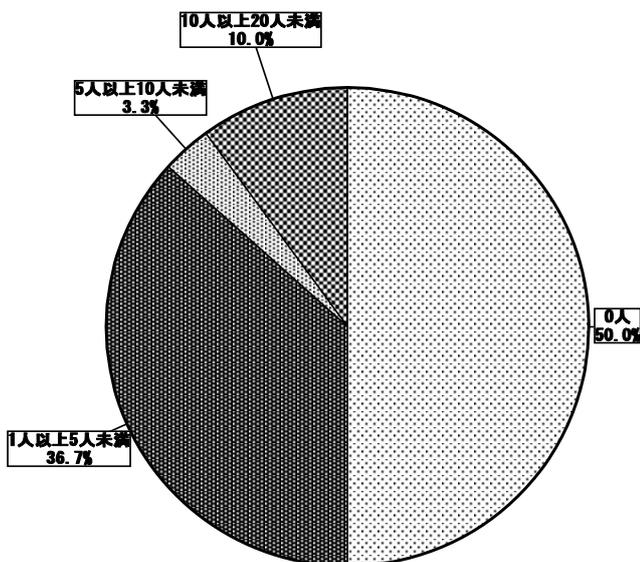


図3-28A-5 問28 A 在医管 - 訪問看護延人数  
(n = 30, m ± σ = 2.3 ± 4.5)

図3-28A-6 問28 A 在医管 - 訪問看護延回数  
(n = 29, m ± σ = 8.3 ± 14.2)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-28B-1 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 算定患者数  
(n = 193, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 11.4 \pm 19.7$ )

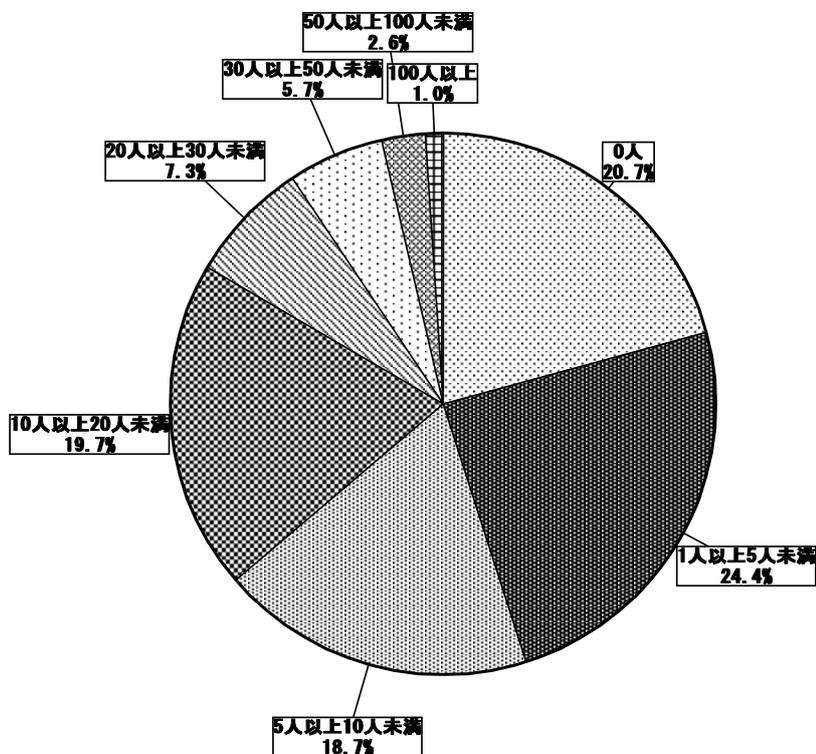
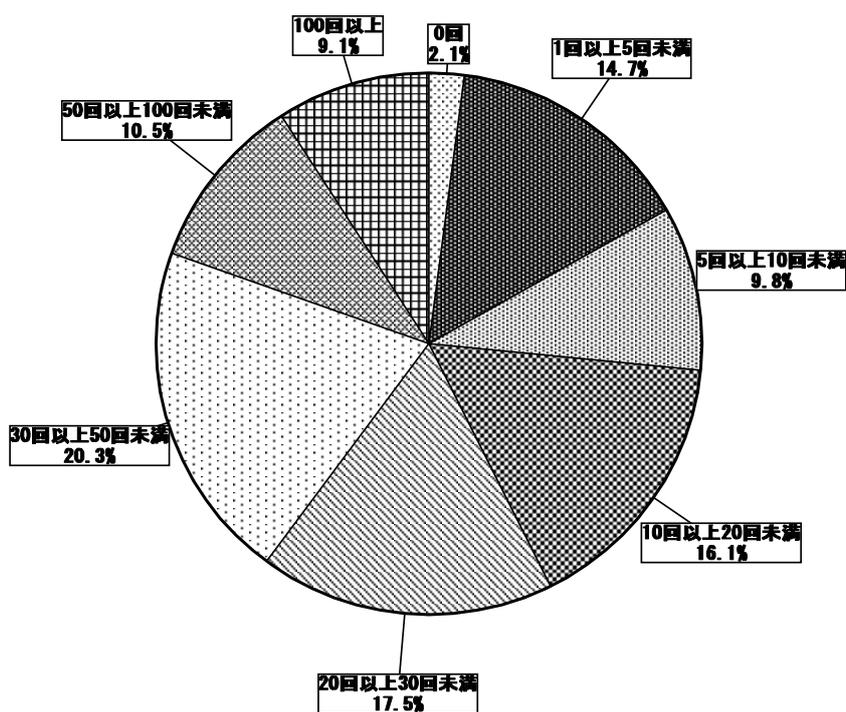


図3-28B-2 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 訪問診療延回数  
(n = 143, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 37.1 \pm 49.7$ )



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-28B-3 問28 B 在総診 - 往診  
(n = 102, m ± σ = 5.8 ± 13.5)

図3-28B-4 問28 B 在総診- 往診・夜間深夜  
(n = 93, m ± σ = 1.3 ± 2.0)

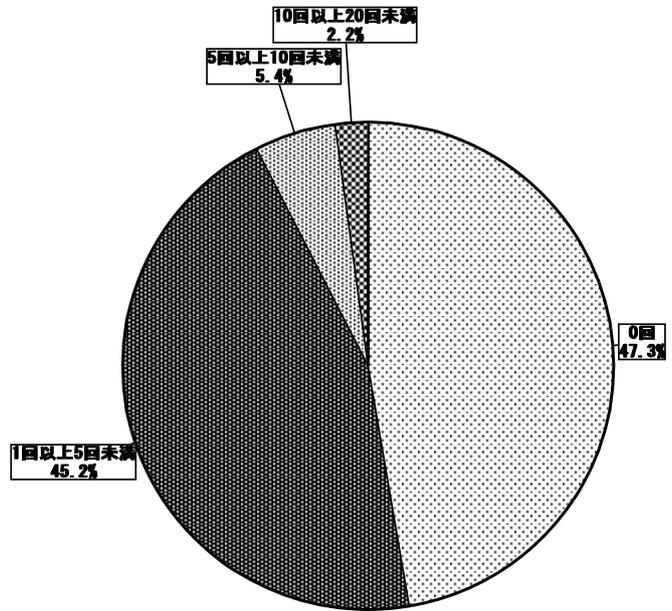
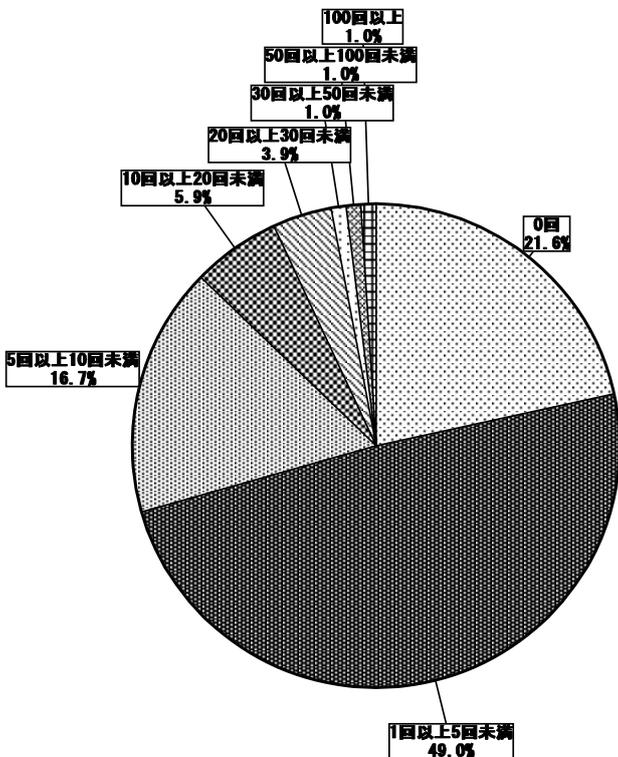


図3-28B-5 問28 A 在総診- 訪問看護延人数  
(n = 50, m ± σ = 4.7 ± 10.1)

図3-28B-6 問28 B 在総診 - 訪問看護延回数  
(n = 49, m ± σ = 20.8 ± 44.5)

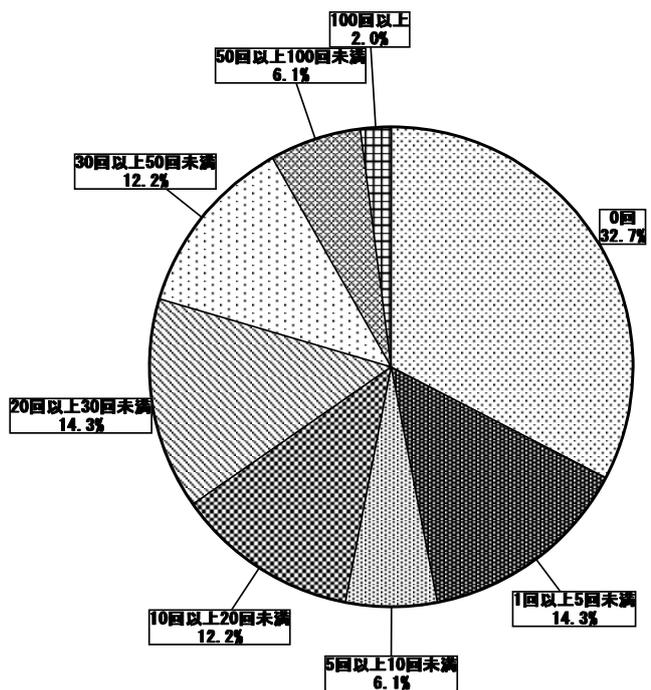
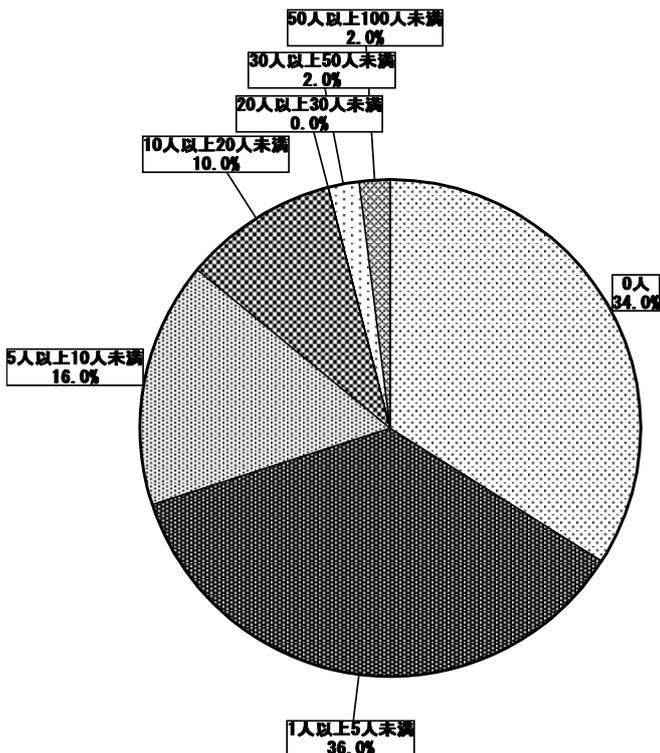


図3-28C-1 問28 C 在医総 - 算定患者数  
(n = 160, m ± σ = 0.3 ± 0.7)

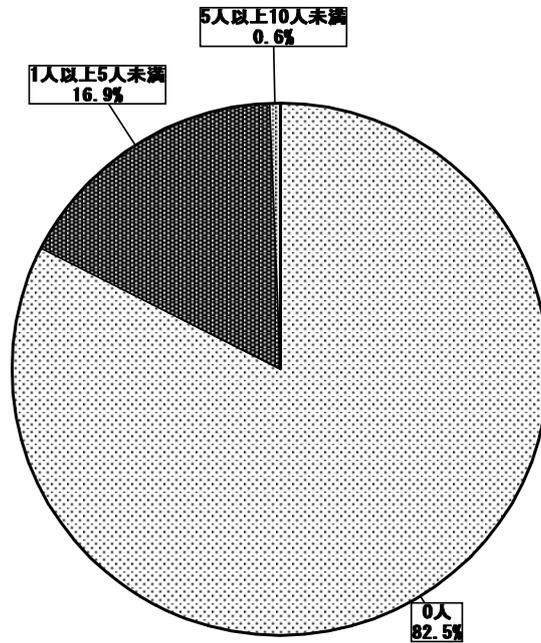
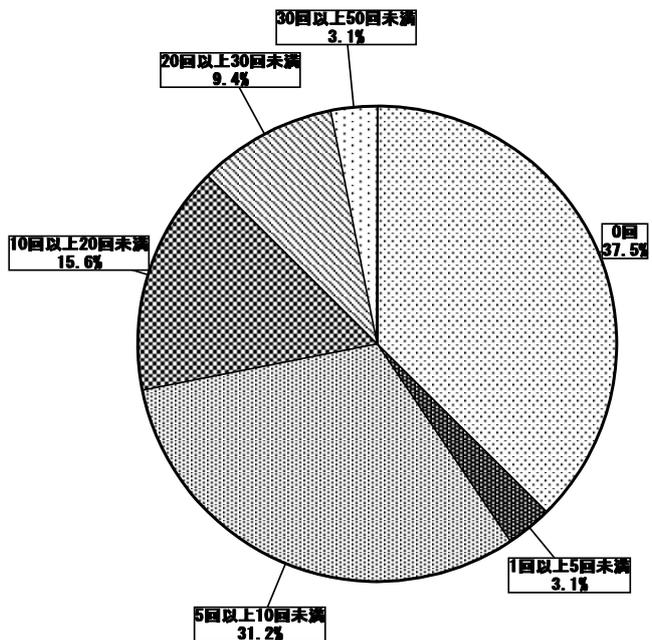
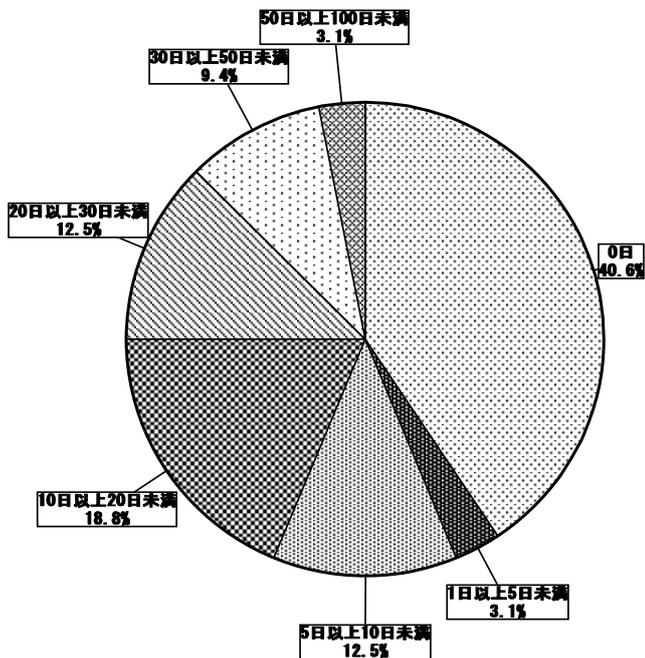


図3-28C-2 問28 C 在医総 - 延日数  
(n = 32, m ± σ = 12.7 ± 17.2)

図3-28C-3 問28 C 在医総 - 訪問診療延回数  
(n = 32, m ± σ = 7.6 ± 8.5)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-28C-4 問28 C 在医総 - 往診  
(n = 29, m ± σ = 2.0 ± 4.8)

図3-28C-5 問28 C 在医総 - 往診・夜間深夜  
(n = 29, m ± σ = 1.4 ± 2.6)

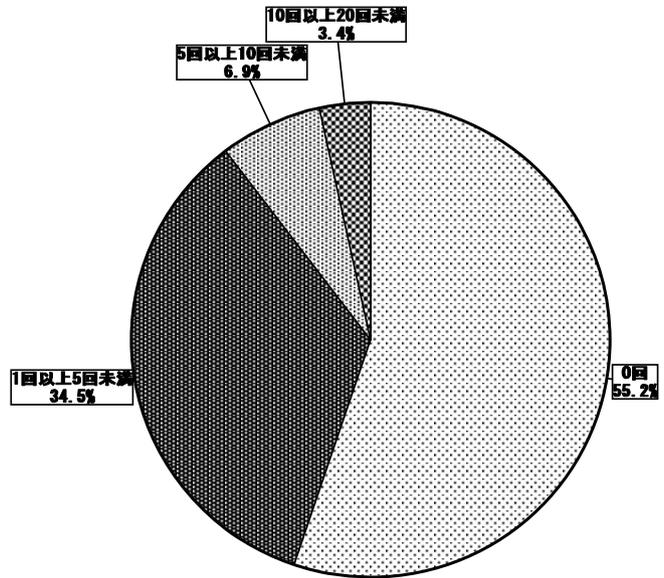
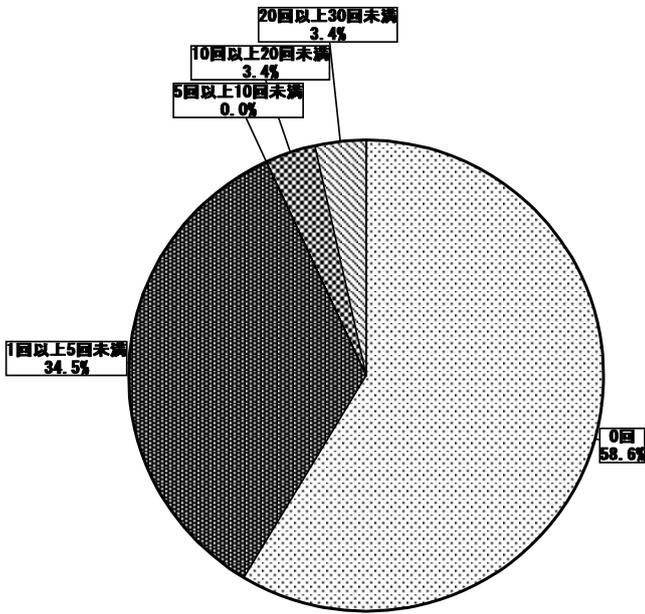
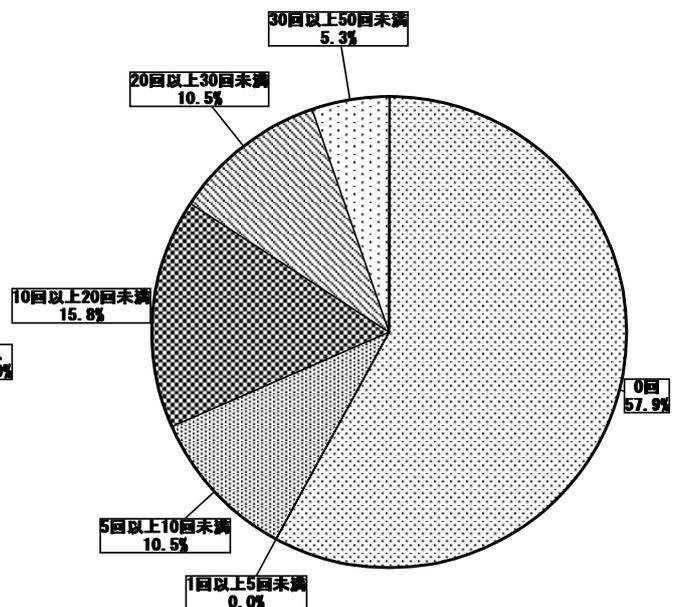
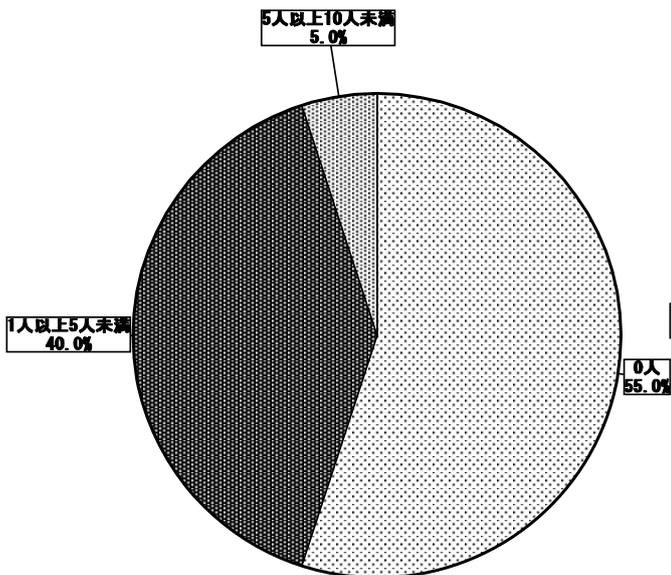


図3-28C-6 問28 C 在医総 - 訪問看護延人数  
(n = 20, m ± σ = 0.8 ± 1.2)

図3-28C-7 問28 C 在医総 - 訪問看護延回数  
(n = 19, m ± σ = 7.7 ± 12.2)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-28D-1 問28 D その他の患者 - 往診回数  
(n = 160, m ± σ = 7.5 ± 13.0)

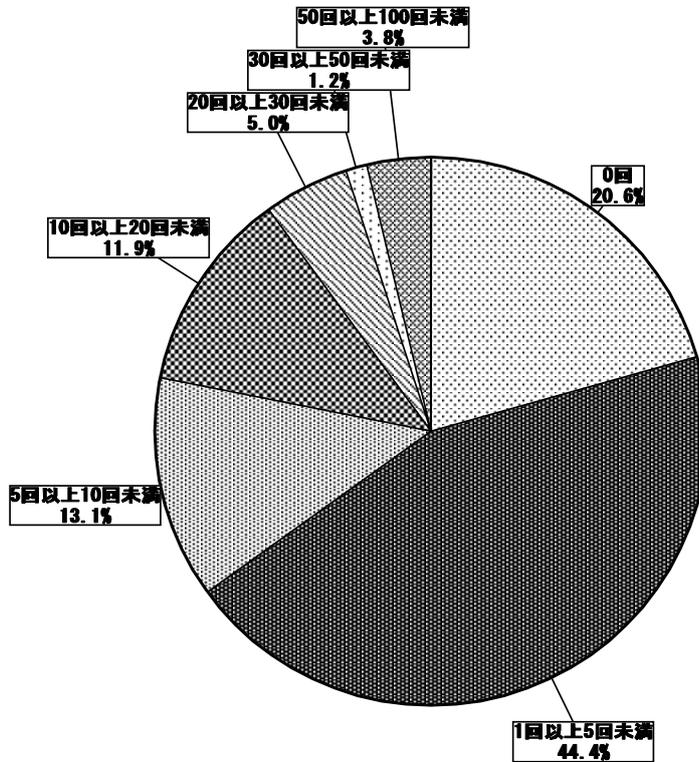
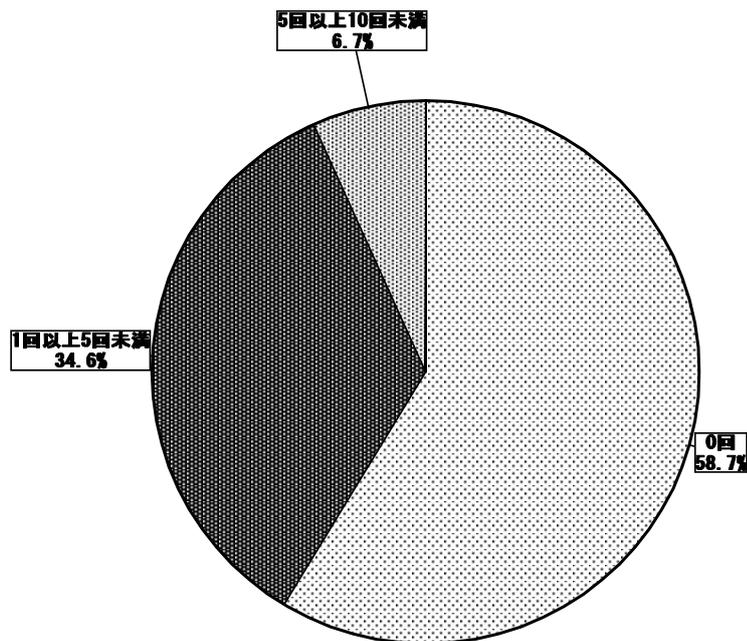


図3-28D-2 問28 D その他の患者 - 往診回数・夜間深夜  
(n = 104, m ± σ = 1.1 ± 1.8)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-29A-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- A在医管  
(n = 82, m±σ = 0.1±0.3)

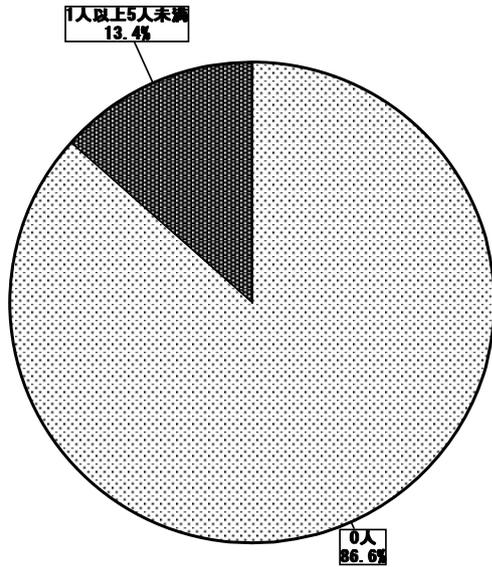


図3-29B-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- B在総診  
(n = 89, m±σ = 0.2±0.5)

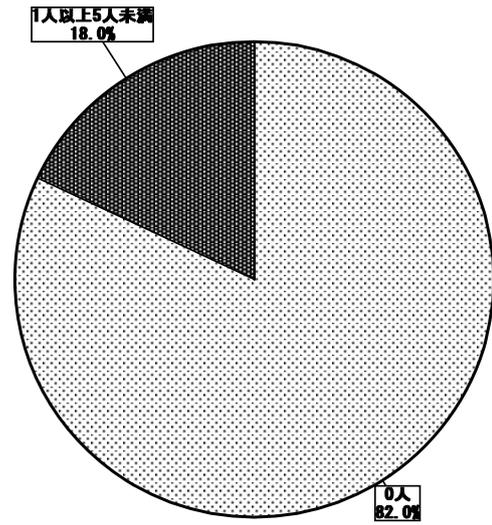


図3-29C-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- C在医総  
(n = 70, m±σ = 0.0±0.0)

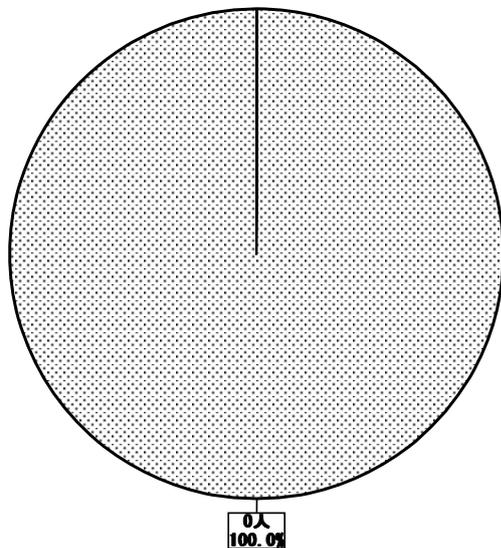
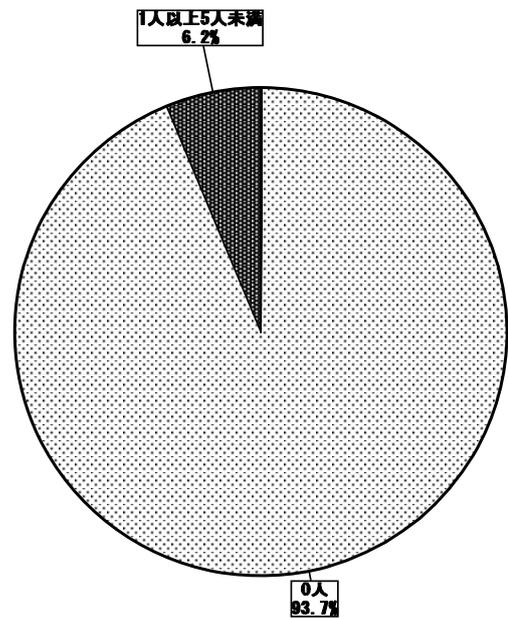


図3-29D-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
- Dその他  
(n = 80, m±σ = 0.1±0.3)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-29A-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- A在医管  
(n = 89, m±σ = 0.4±0.8)

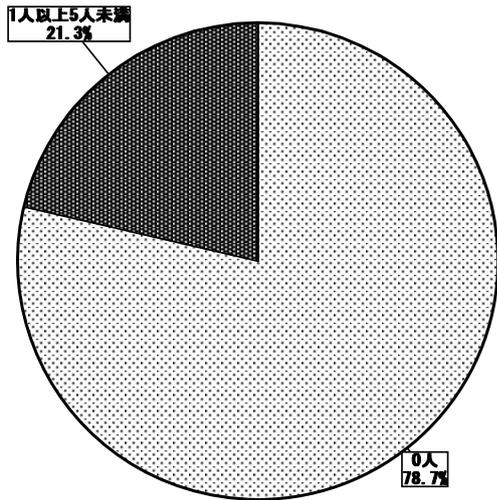


図3-29B-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- B在総診  
(n = 124, m±σ = 1.2±1.7)

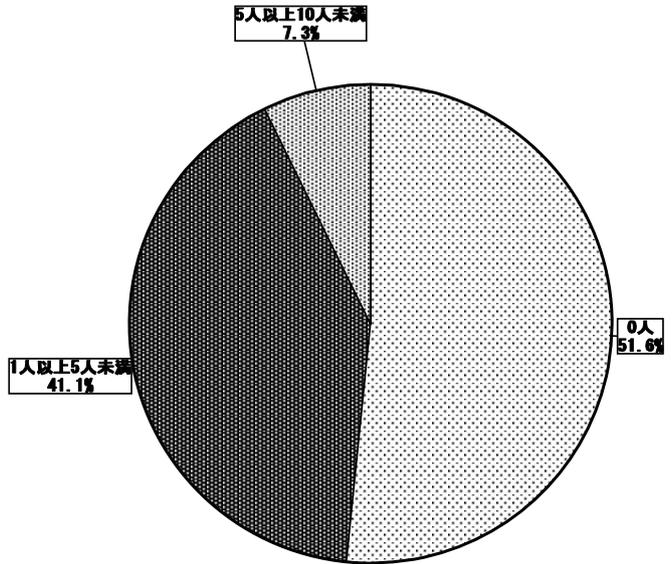


図3-29C-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- C在医総  
(n = 76, m±σ = 0.1±0.7)

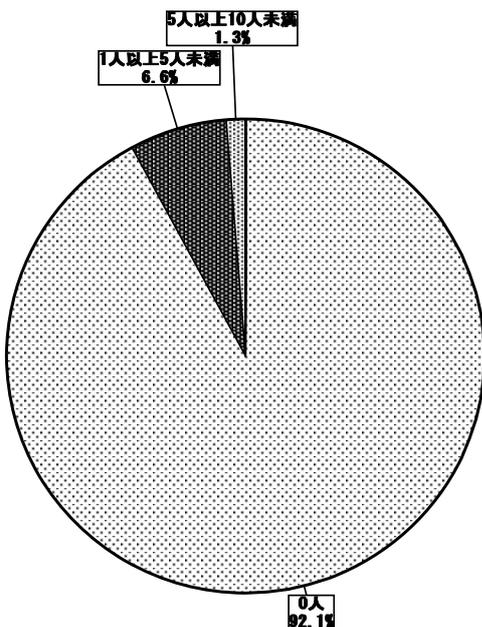
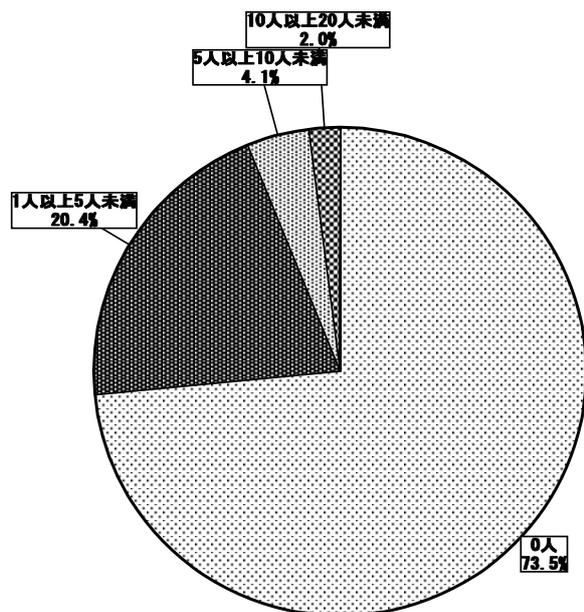


図3-29D-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
- Dその他  
(n = 98, m±σ = 0.8±2.4)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-29A-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- A在医管  
(n = 75, m±σ = 0.0±0.2)

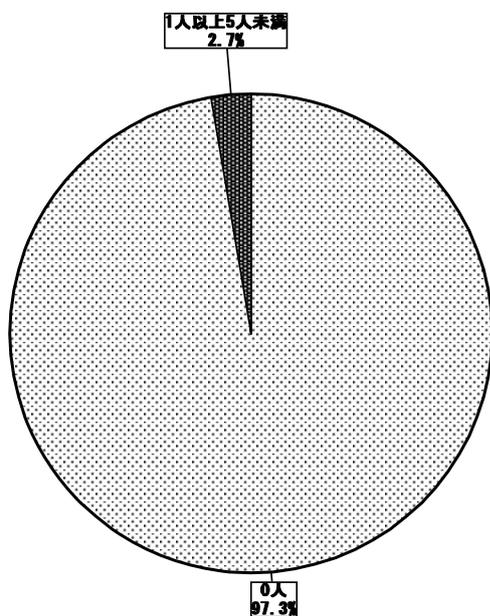


図3-29B-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- B在総診  
(n = 86, m±σ = 0.1±0.4)

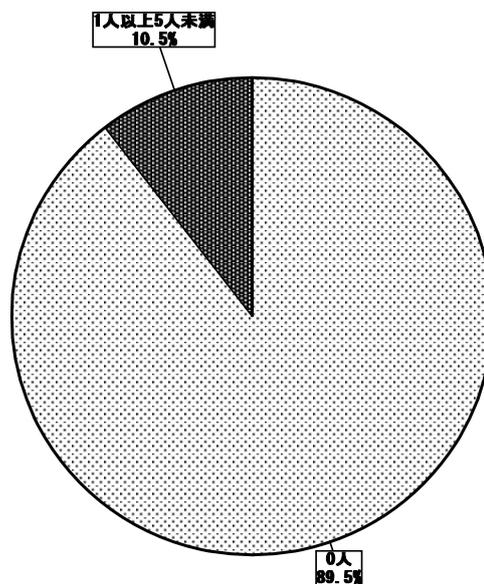


図3-29C-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- C在医総  
(n = 75, m±σ = 0.1±0.2)

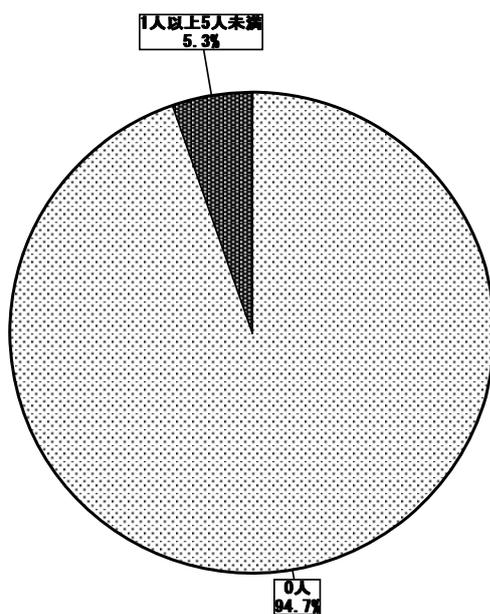
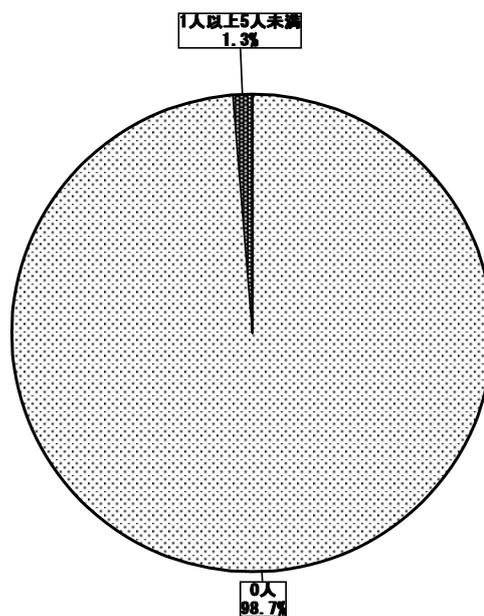


図3-29D-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- Dその他  
(n = 77, m±σ = 0.0±0.1)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-29A-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- A在医管  
(n = 81, m±σ = 0.2±0.6)

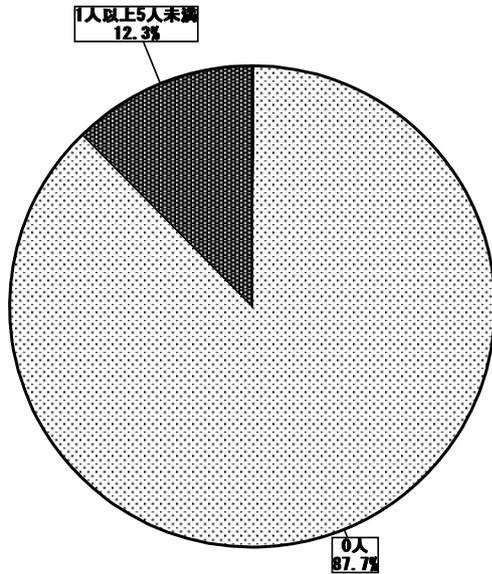


図3-29B-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- B在総診  
(n = 103, m±σ = 0.7±1.3)

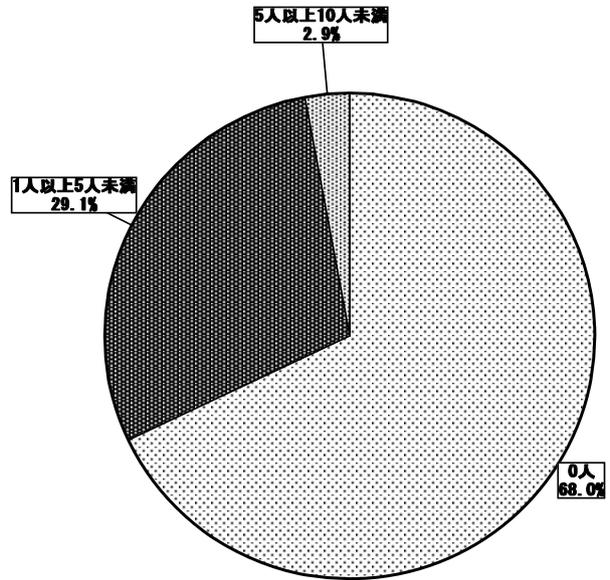


図3-29C-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- C在医総  
(n = 71, m±σ = 0.0±0.2)

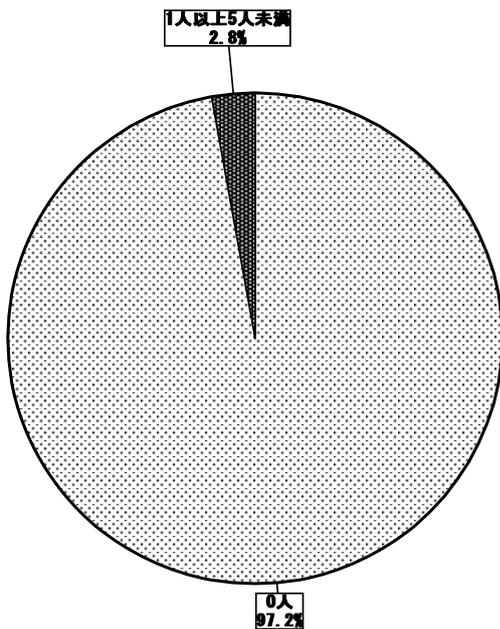
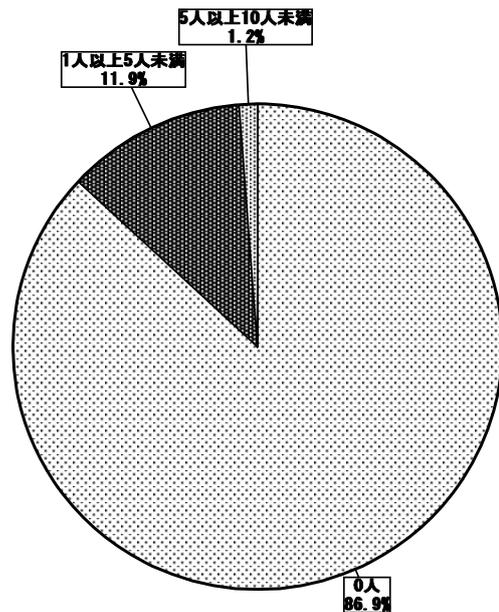


図3-29D-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
- Dその他  
(n = 84, m±σ = 0.2±1.0)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-29A-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- A在医管  
(n = 72)

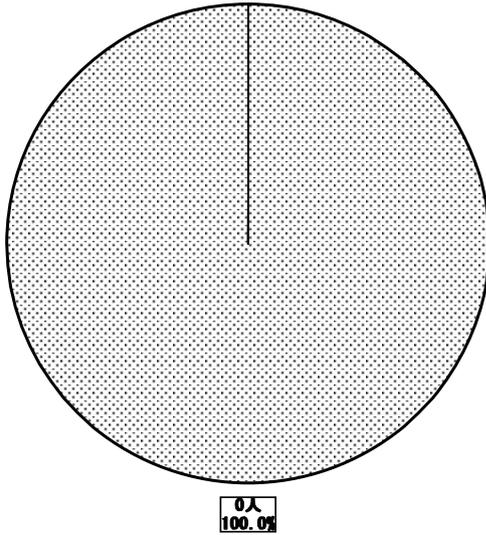


図3-29B-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- B在総診  
(n = 78)

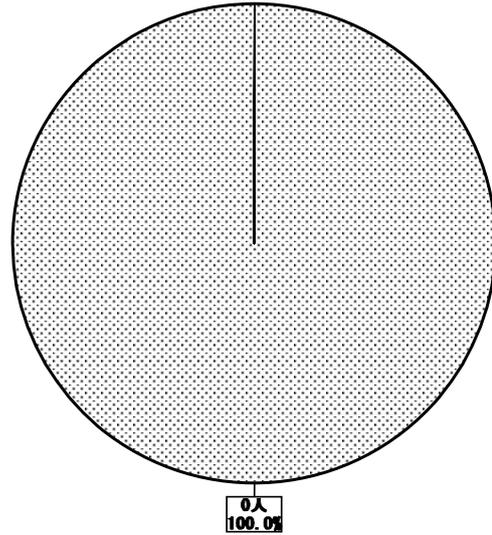


図3-29C-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- C在医総  
(n = 70)

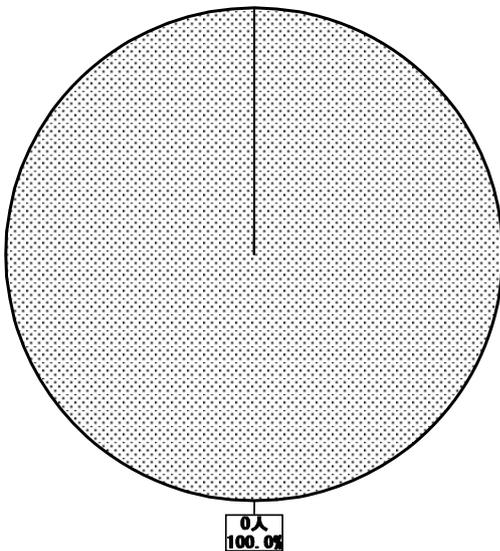


図3-29D-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
- Dその他  
(n = 77, m ± σ = 0.0 ± 0.3)

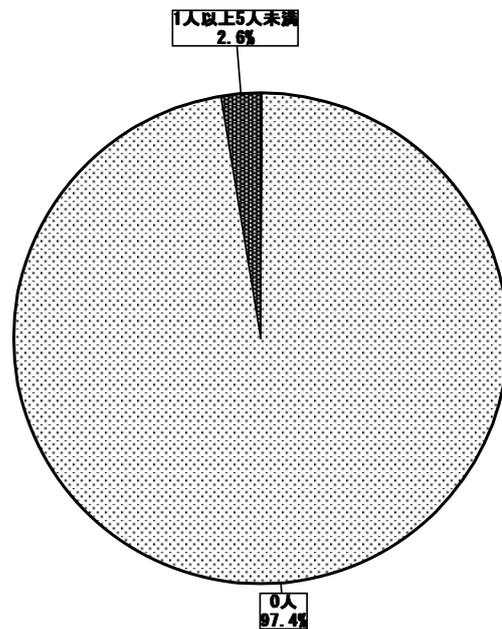


図3-30 問30 診療報酬に占めるA在医管+B在総診+C在医総の比率  
(n = 162)

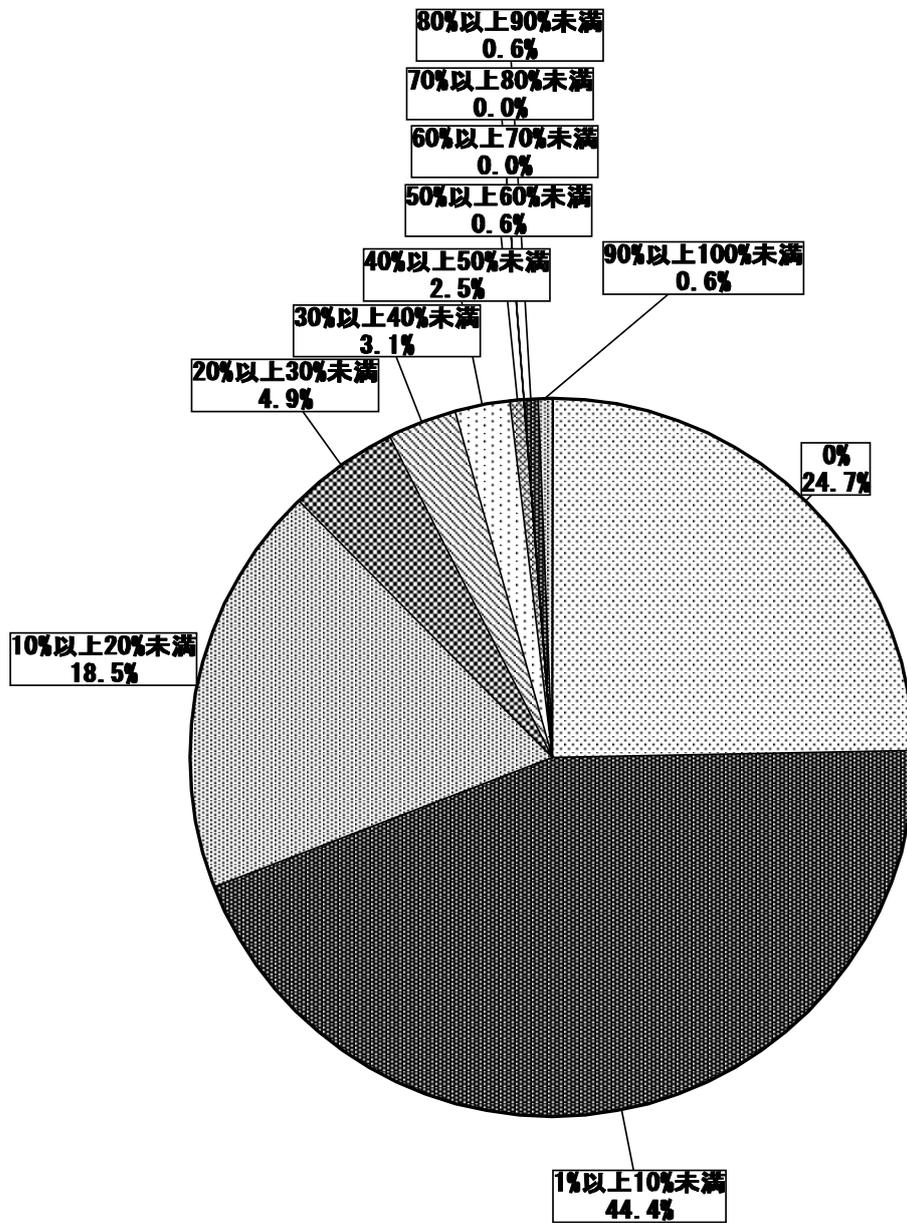


図3-31-1 問31 在宅療養連携窓口の有無  
(n = 183)

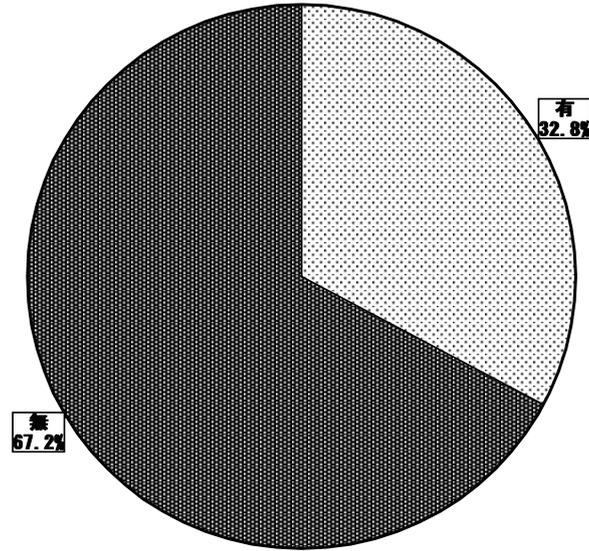
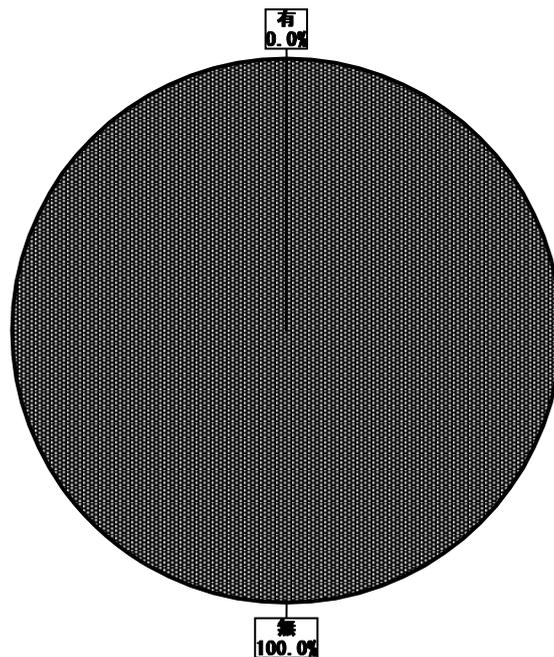


図3-31-2 問31 精神科訪問看護 - 有無  
(n = 177)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-31-4 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(医師)  
- 有無  
(n = 180)

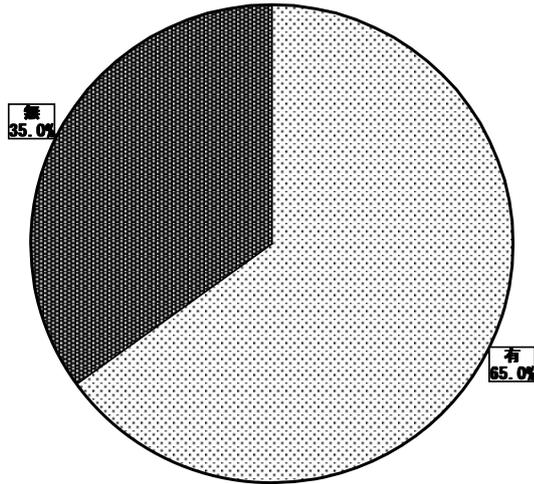


図3-31-5 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(医師)  
- 利用人数  
(n = 108, m ± σ = 12.8 ± 16.9)

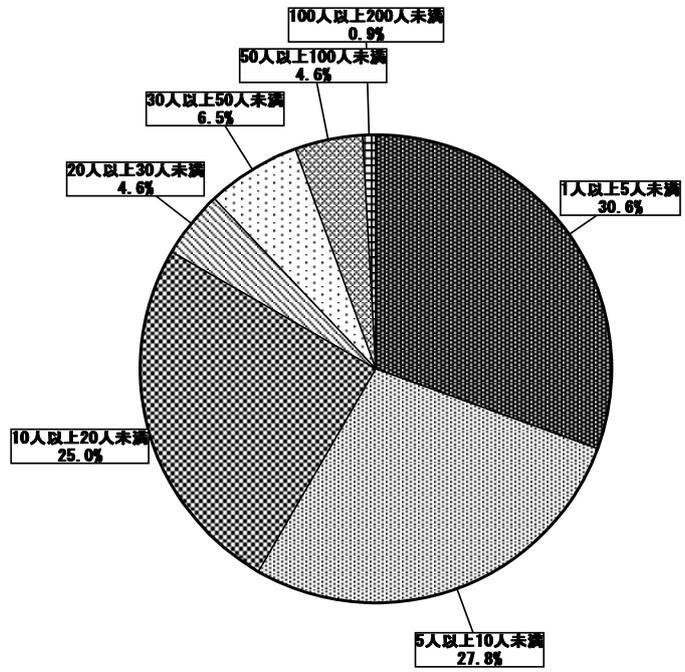


図3-31-6 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(薬剤師)  
- 有無  
(n = 144)

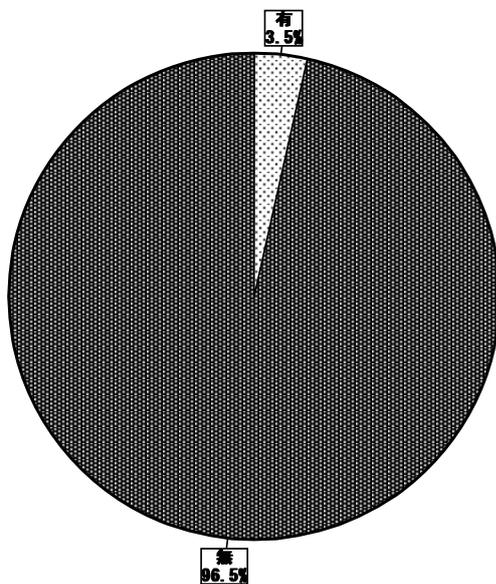
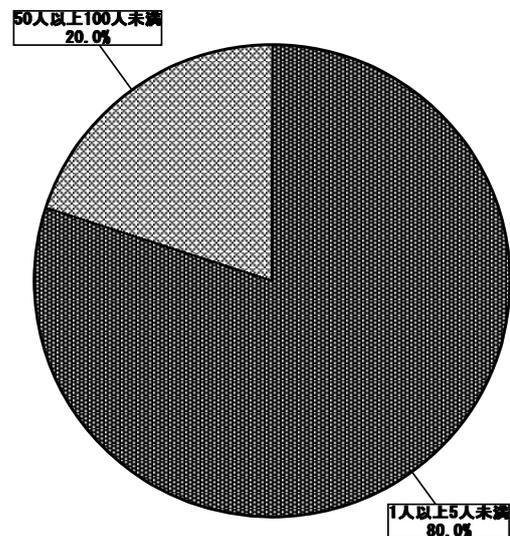


図3-31-7 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(薬剤師)  
- 利用人数  
(n = 5, m ± σ = 11.0 ± 19.5)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-31-8 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 有無  
(n = 146)

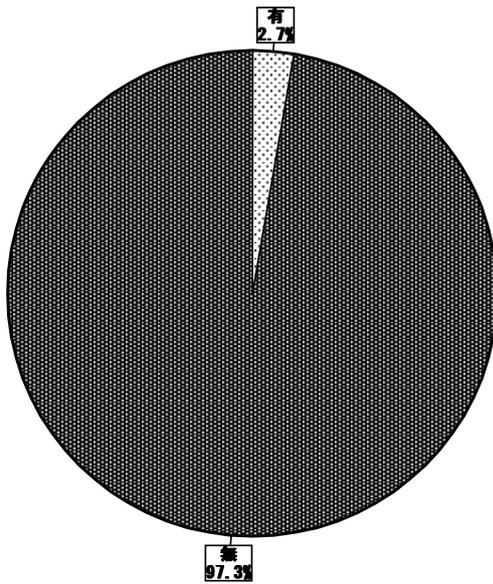


図3-31-9 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 利用人数  
(n = 3, m ± σ = 1.7 ± 0.5)

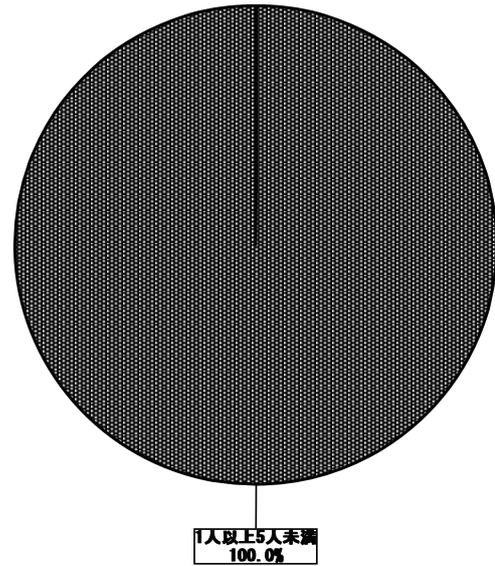


図3-31-10 問31 介護保険 - 訪問看護の有無  
(n = 151)

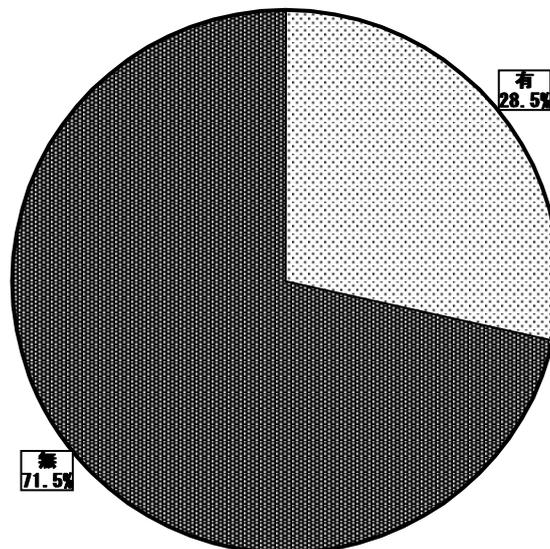


図3-31-11 問31 介護保険 - 訪問看護  
- 利用人数  
(n = 41, m ± σ = 12.6 ± 19.5)

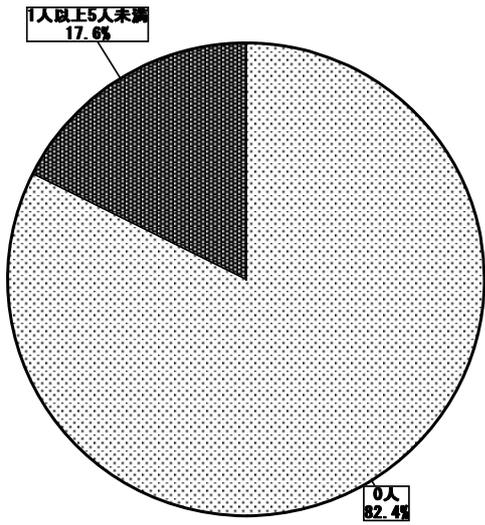


図3-31-12 問31 介護保険 - 訪問看護  
- 利用人数(夜間)  
(n = 17, m ± σ = 0.2 ± 0.5)

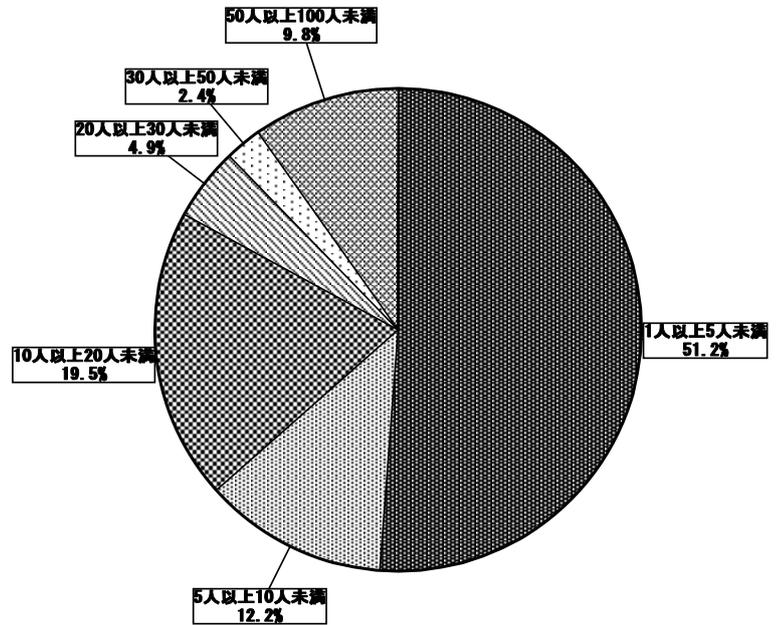
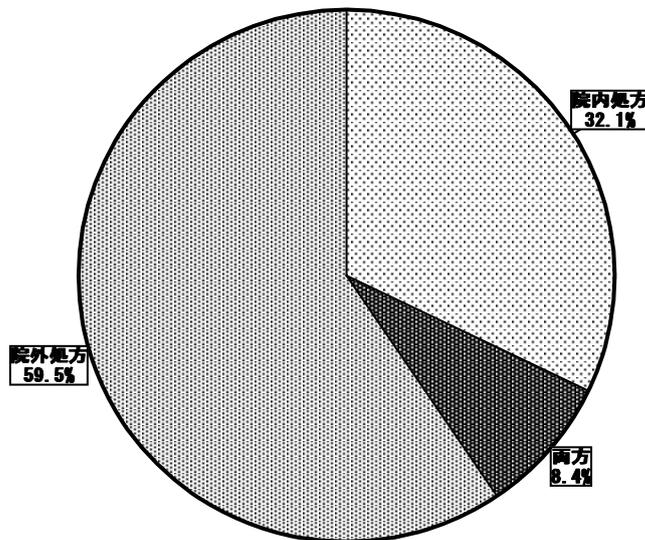


図3-31-13 問31 外来患者への処方  
(n = 190)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-32-1 問32 在宅看取り - 年間看取り数  
(n = 202, m ± σ = 3.3 ± 9.4)

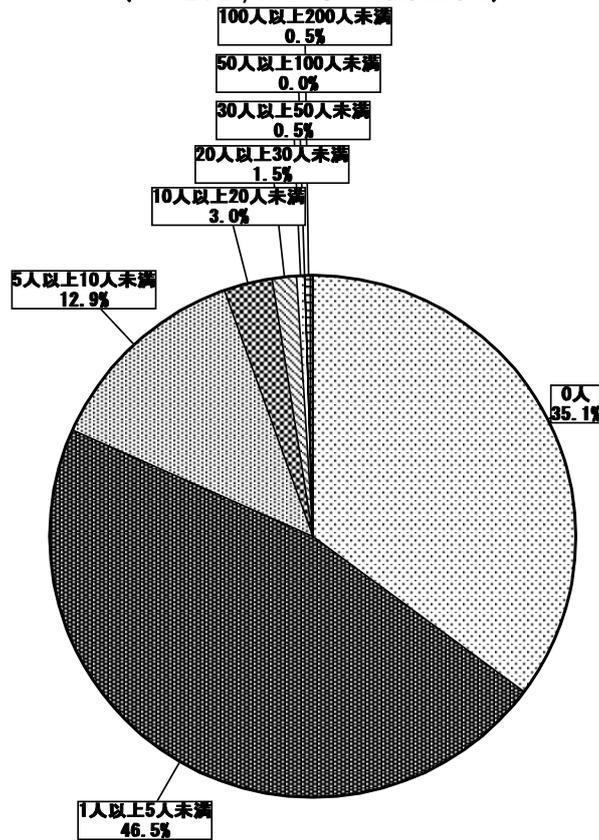


図3-32-2 問32 在宅看取り - 夜間看取りの割合  
(n = 126)

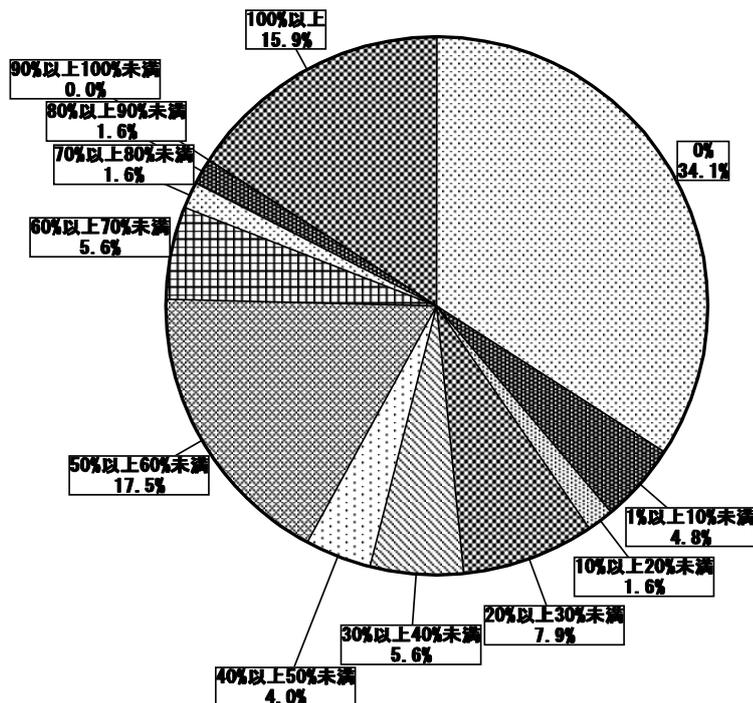


図3-33-1 問33 標榜している診療科目  
(n = 225, 複数回答)

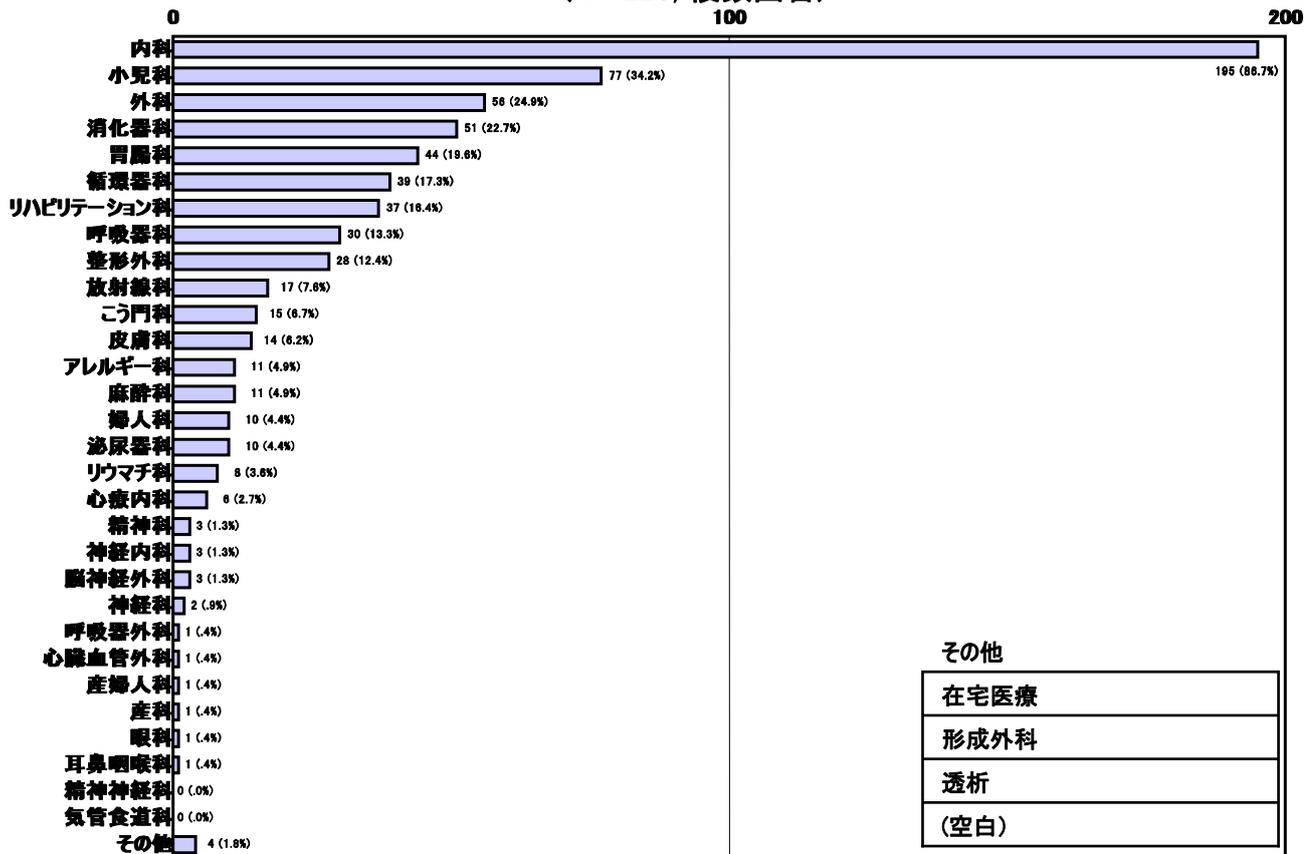
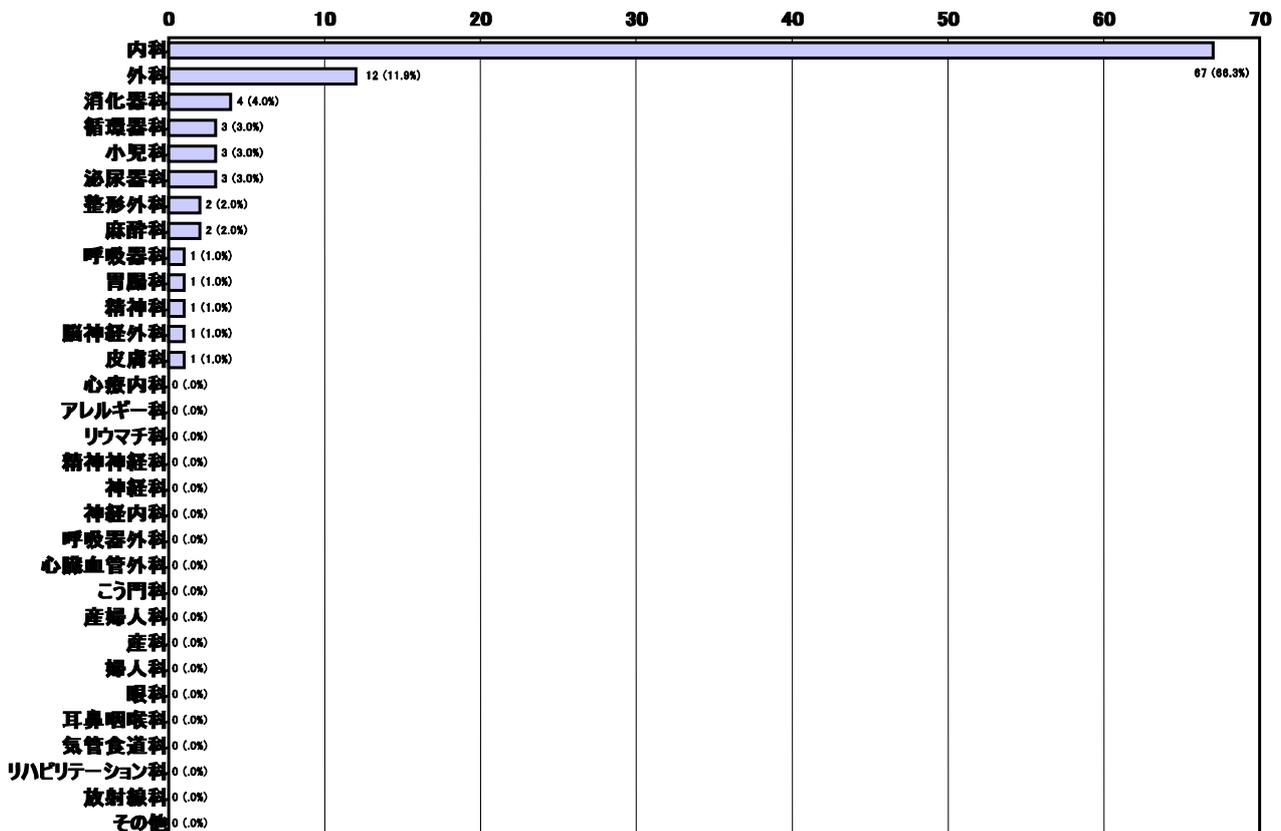


図3-33-2 問33 主たる診療科目  
(n = 101, 一つのみを標榜と答えているものを含む)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-33-3 問33 病床数 - 全病床  
(n = 210, m ± σ = 2.3 ± 5.7)

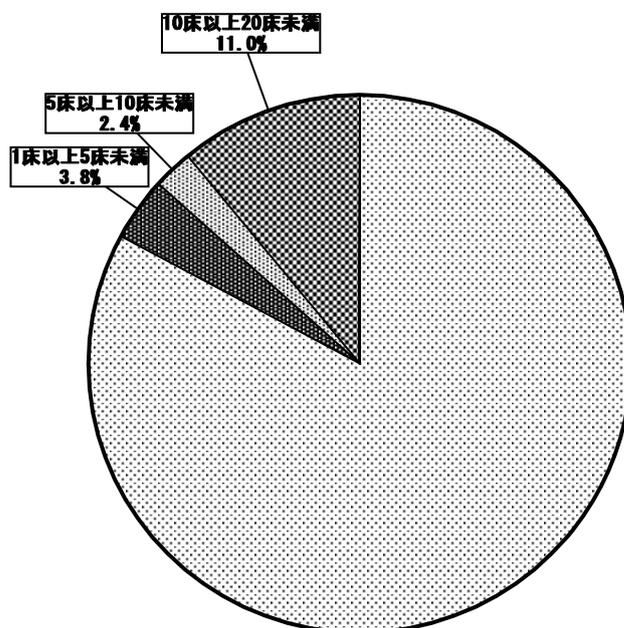
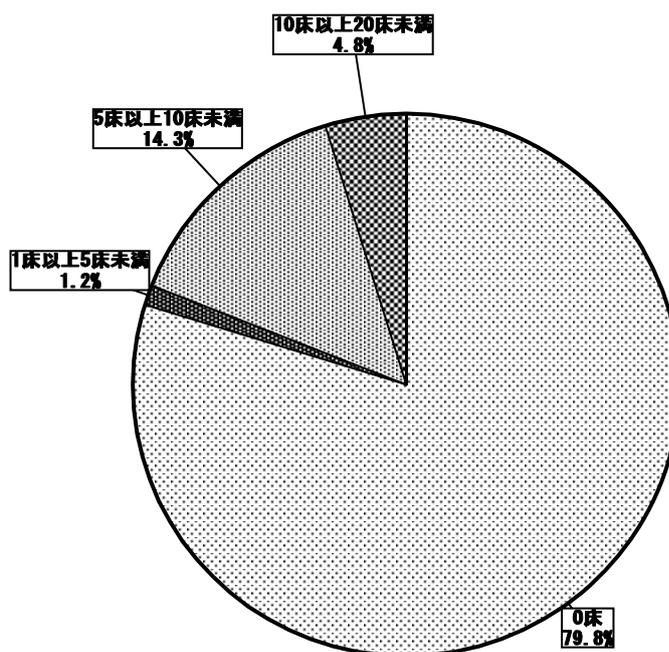


図3-33-4 問33 病床数 - 療養病床  
(n = 84, m ± σ = 1.7 ± 3.8)



(3) 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調査  
診療所 - 6都府県

図3-33-5 問33 医師数 - 常勤  
(n = 224, m ± σ = 1.2 ± 0.5)

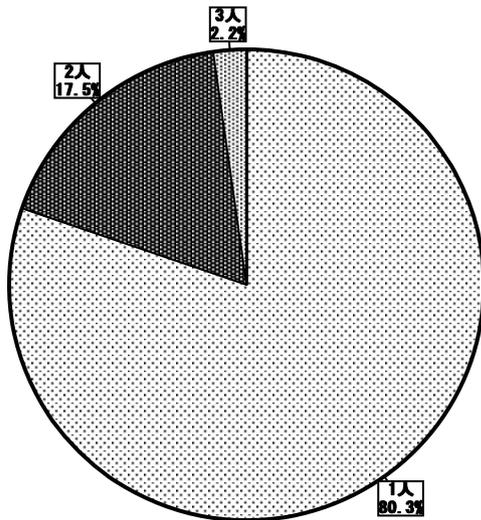


図3-33-6 問33 医師数 - 非常勤  
(n = 138, m ± σ = 1.1 ± 1.9)

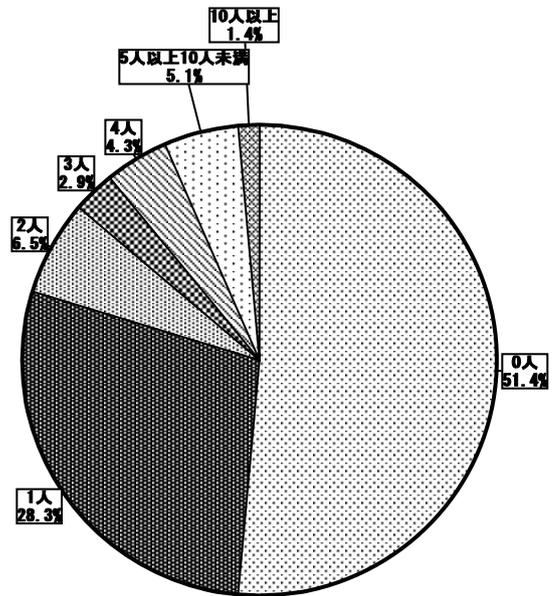


図3-33-7 問33 看護職員数 - 常勤  
(n = 201, m ± σ = 2.7 ± 3.0)

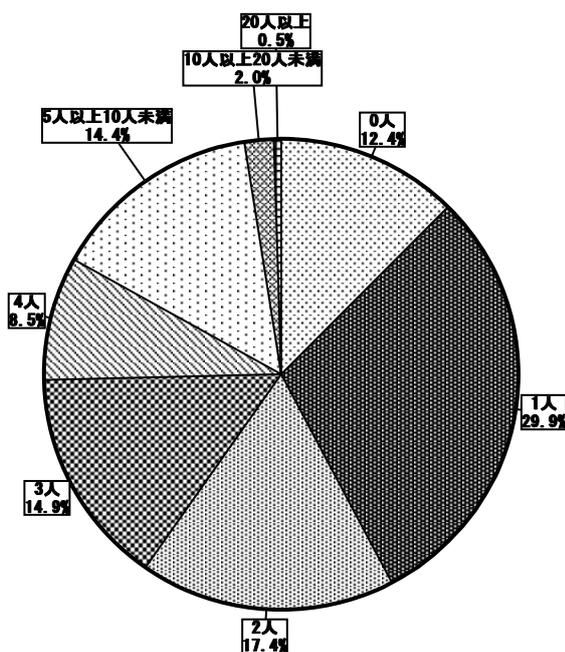


図3-33-8 問33 看護職員数 - 非常勤  
(n = 150, m ± σ = 2.1 ± 3.3)

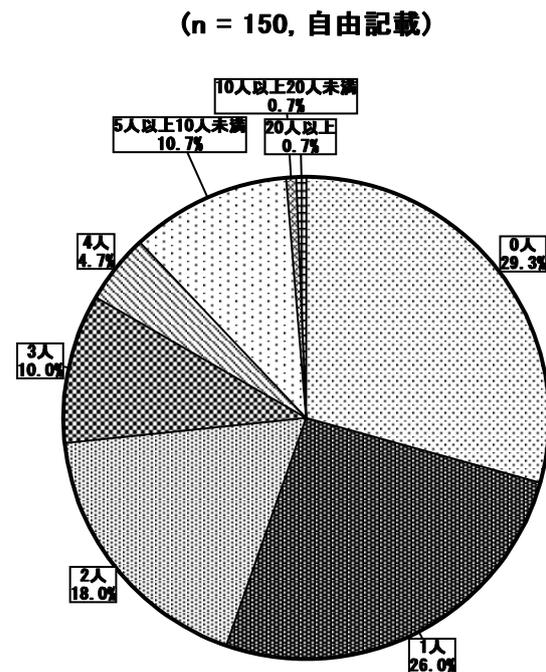


図4-1 問1 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 保険医療機関たる診療所であること  
(n = 167)

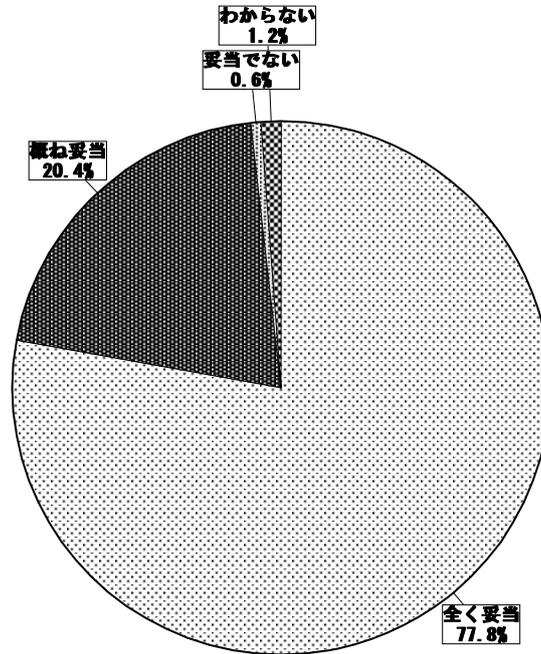


図4-2 問2 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 地域社会保険事務局に認可をうけること  
(n = 167)

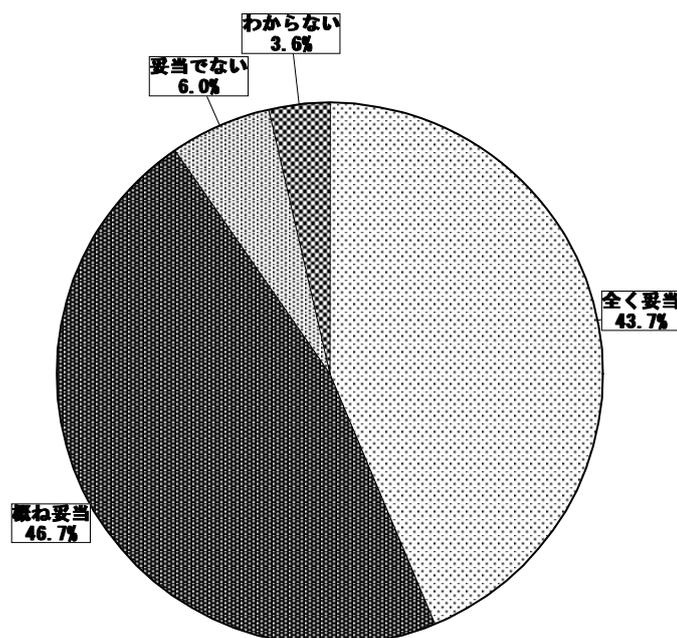


図4-3 問3 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 定期的な認定更新を必要とすること  
(n = 166)

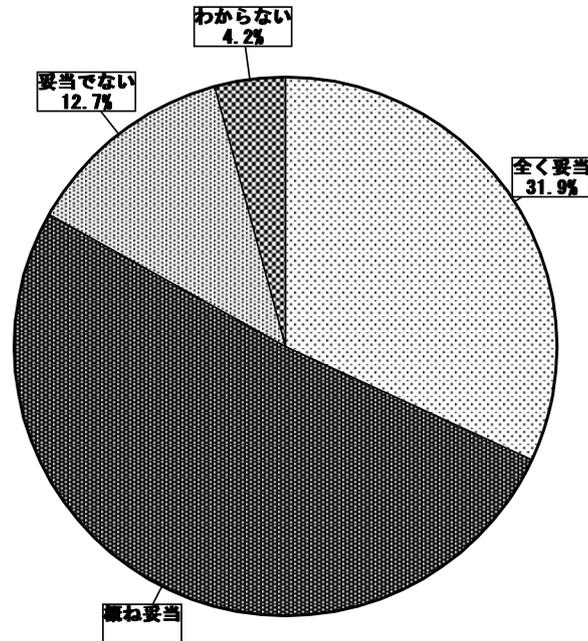


図4-4 問4 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していること  
(n = 165)

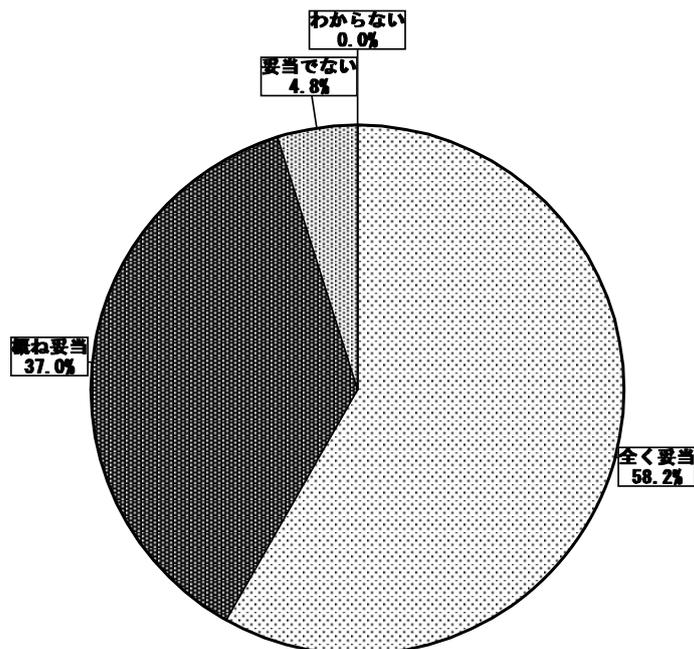


図4-5 問5 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間往診が可能な体制  
(n = 166)

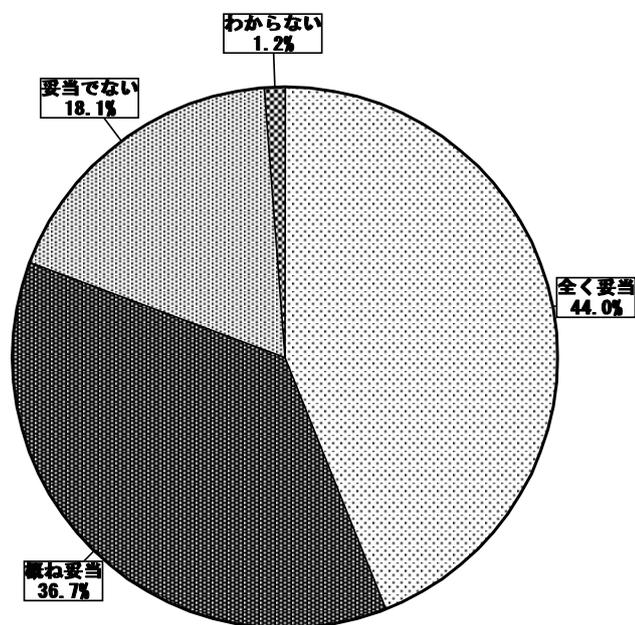


図4-6 問6 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間訪問看護の提供が可能な体制  
(n = 166)

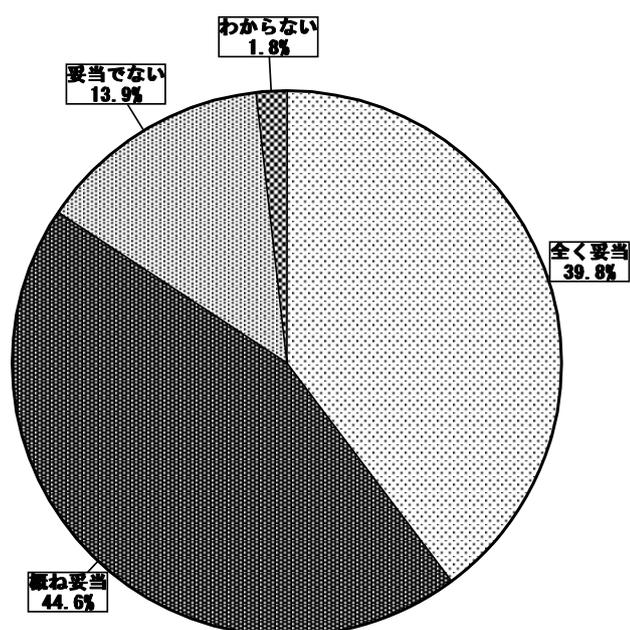


図4-7 問7 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保  
(n = 166)

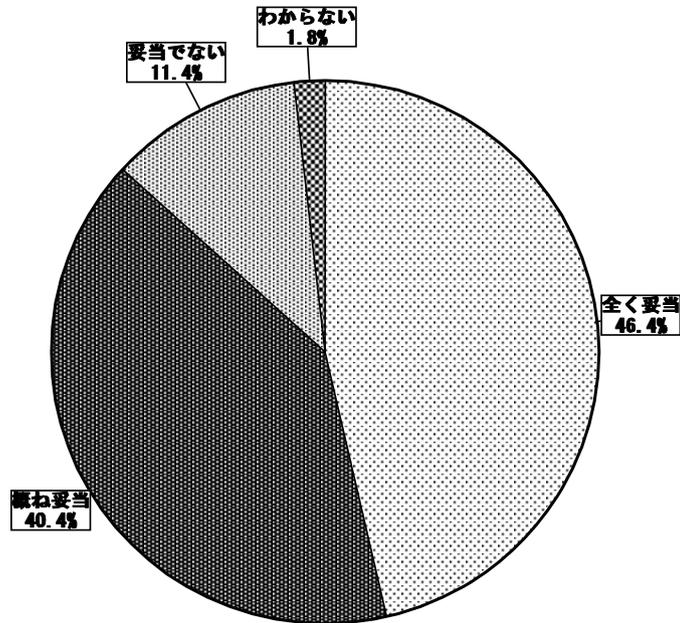


図4-8 問8 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること  
(n = 167)

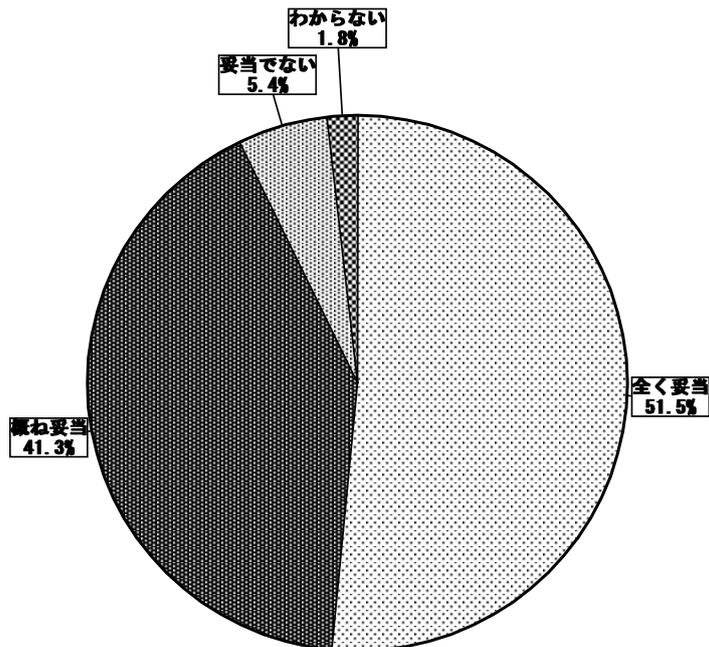


図4-9 問9 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 在宅看取り数を報告  
(n = 167)

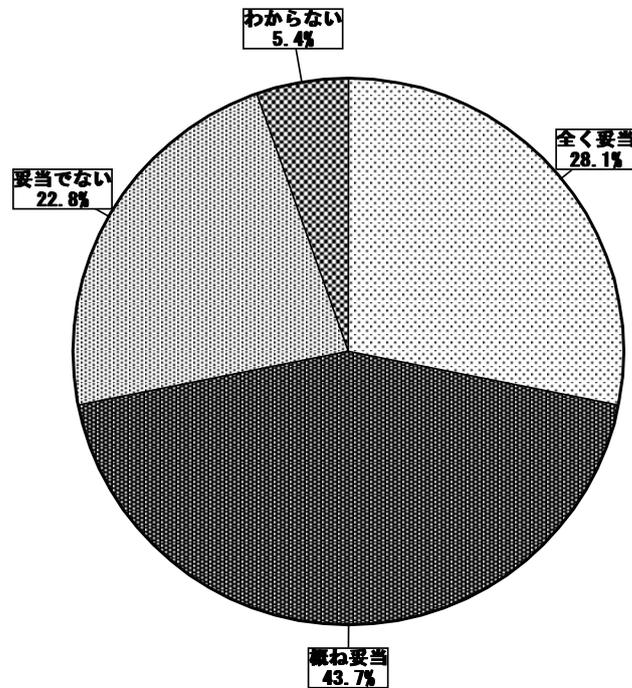


図4-10 問10 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 緊急往診の実績報告を定期的に行うこと  
(n = 166)

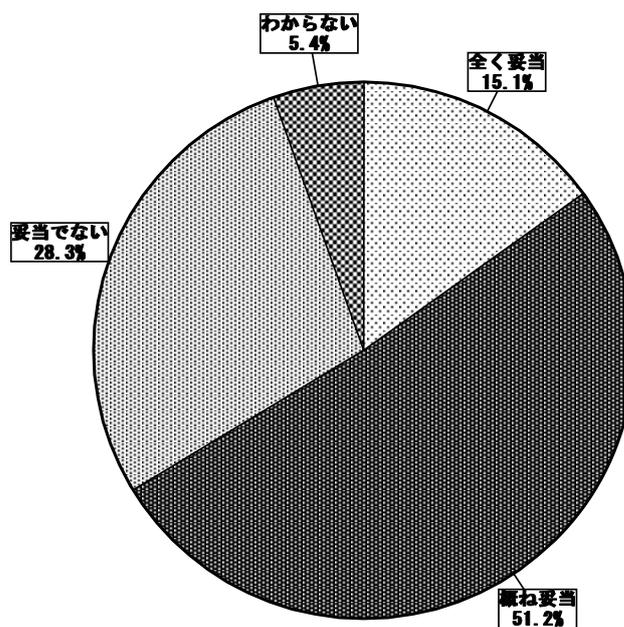


図4-12 問12 要件 - 退院時ケアカンファランスの評価向上  
(n = 165)

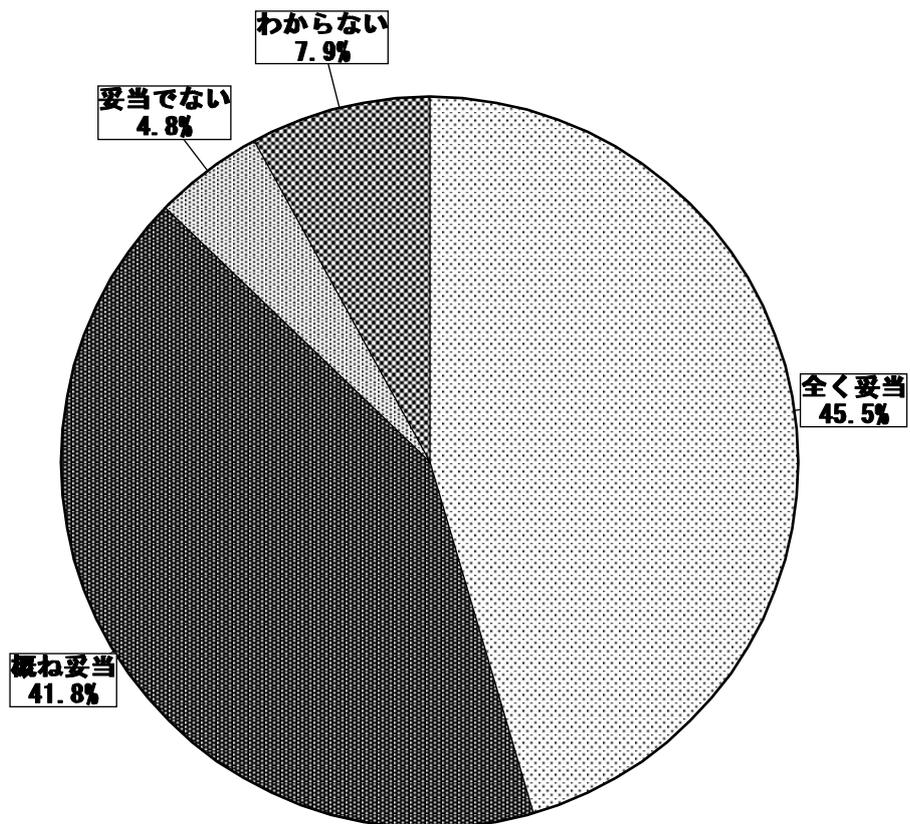


図4-14 問14 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 医師訪問  
 死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
 (n = 140, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
 (日数 :  $m \pm \sigma = 13.6 \pm 18.8$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 3.9 \pm 5.0$ )

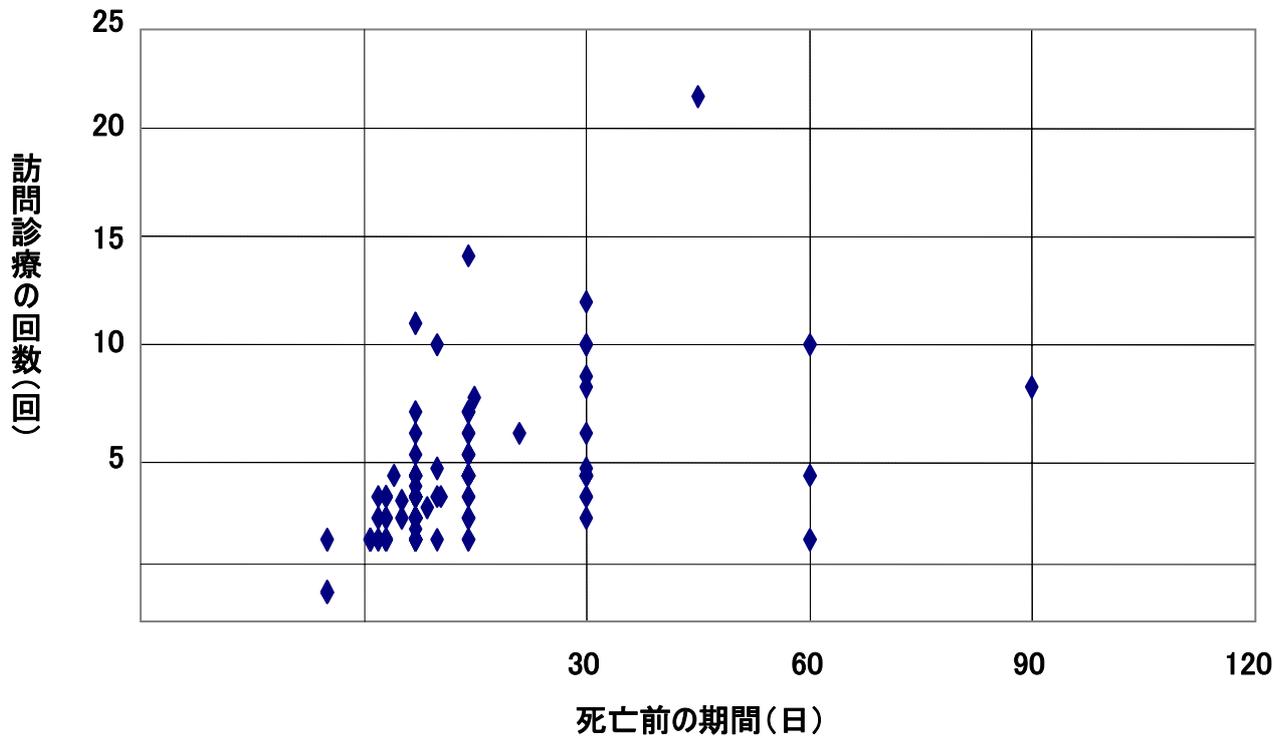


図4-15 問15 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 看護師訪問  
 死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
 (n = 134, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
 (日数 :  $m \pm \sigma = 14.1 \pm 19.3$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 5.0 \pm 6.7$ )

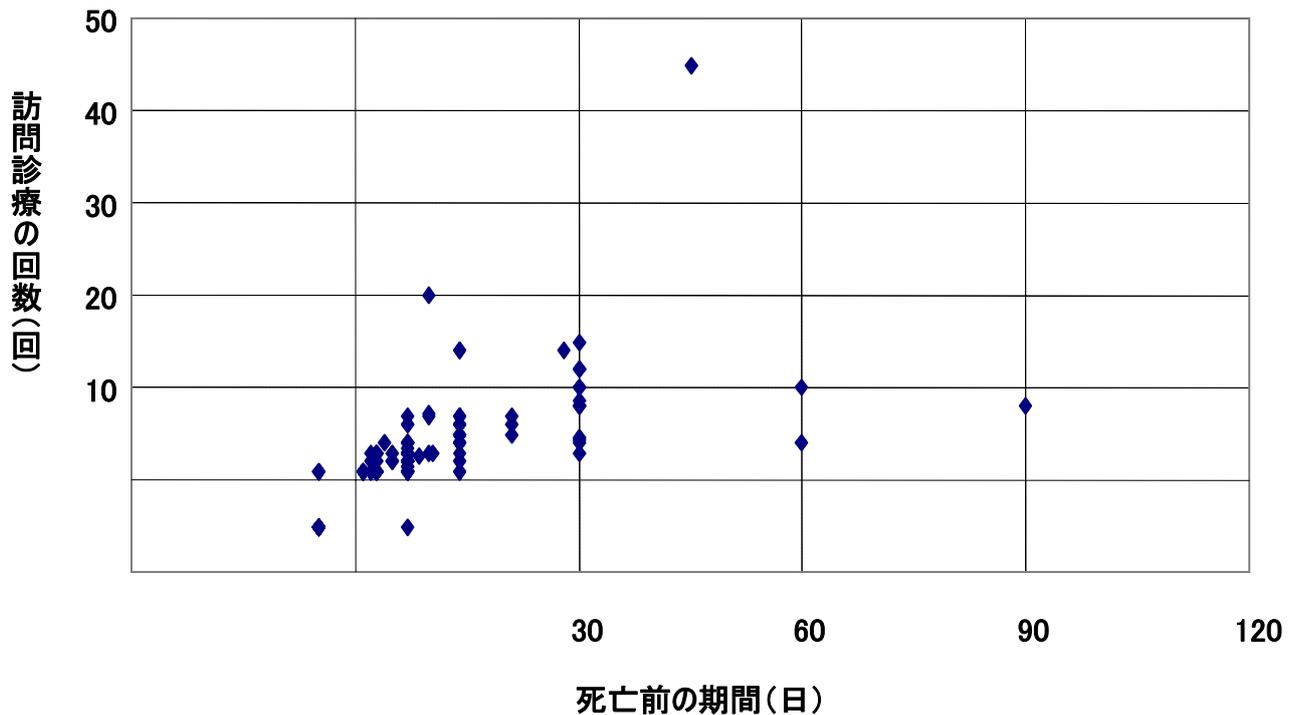


図4-16 問16 他施設でのターミナルケア - 医師  
(n = 164)

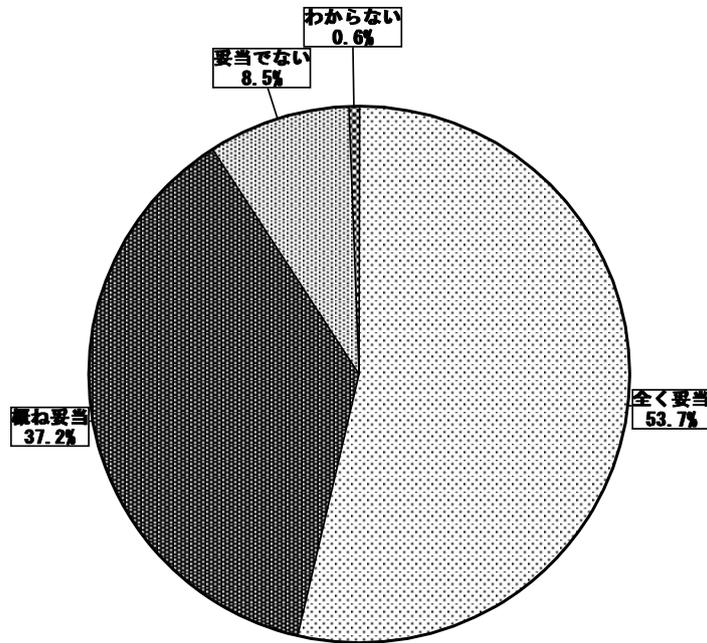


図4-17 問17 他施設でのターミナルケア - 看護師  
(n = 163)

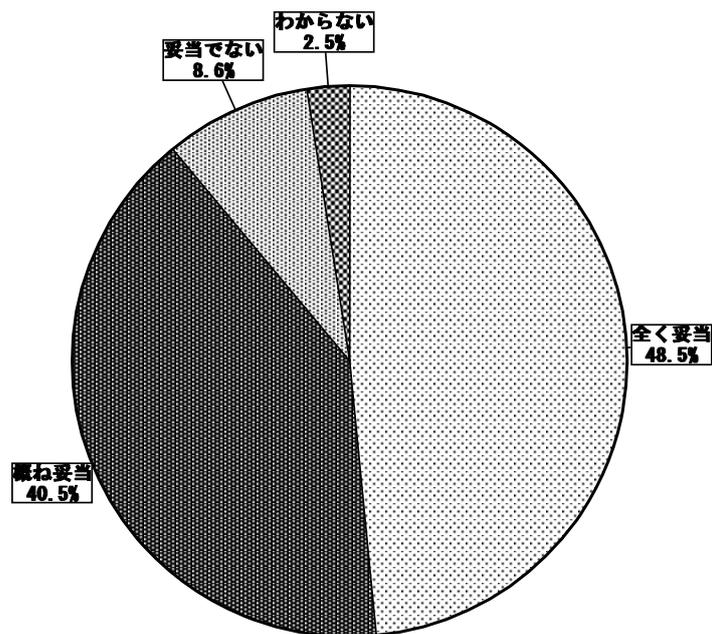


図4-19 問19 在宅・入院の混合診療においても在総診を算定  
(n = 162)

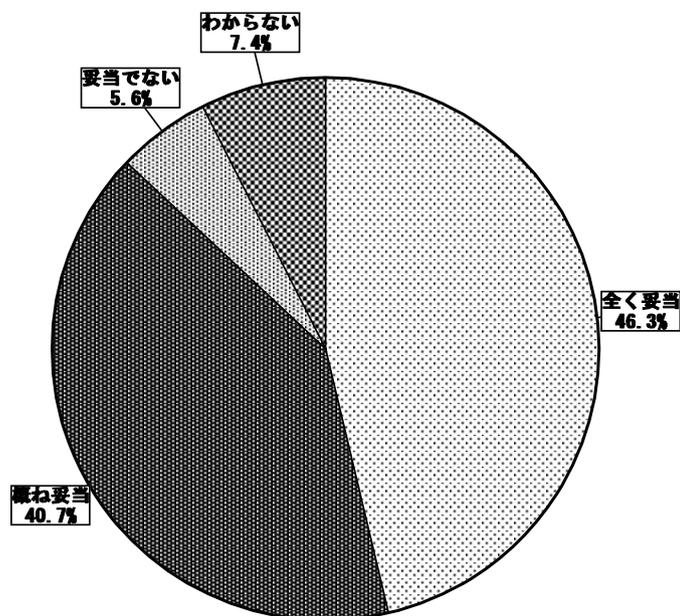


図4-20 問20 事前指示を徴することについて  
(n = 160)

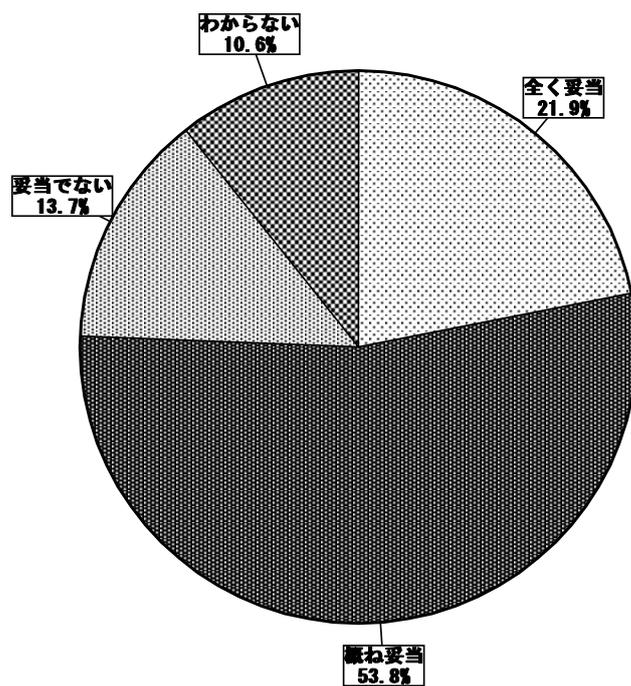


図4-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット  
 (n = 156, 3つまでを選択)

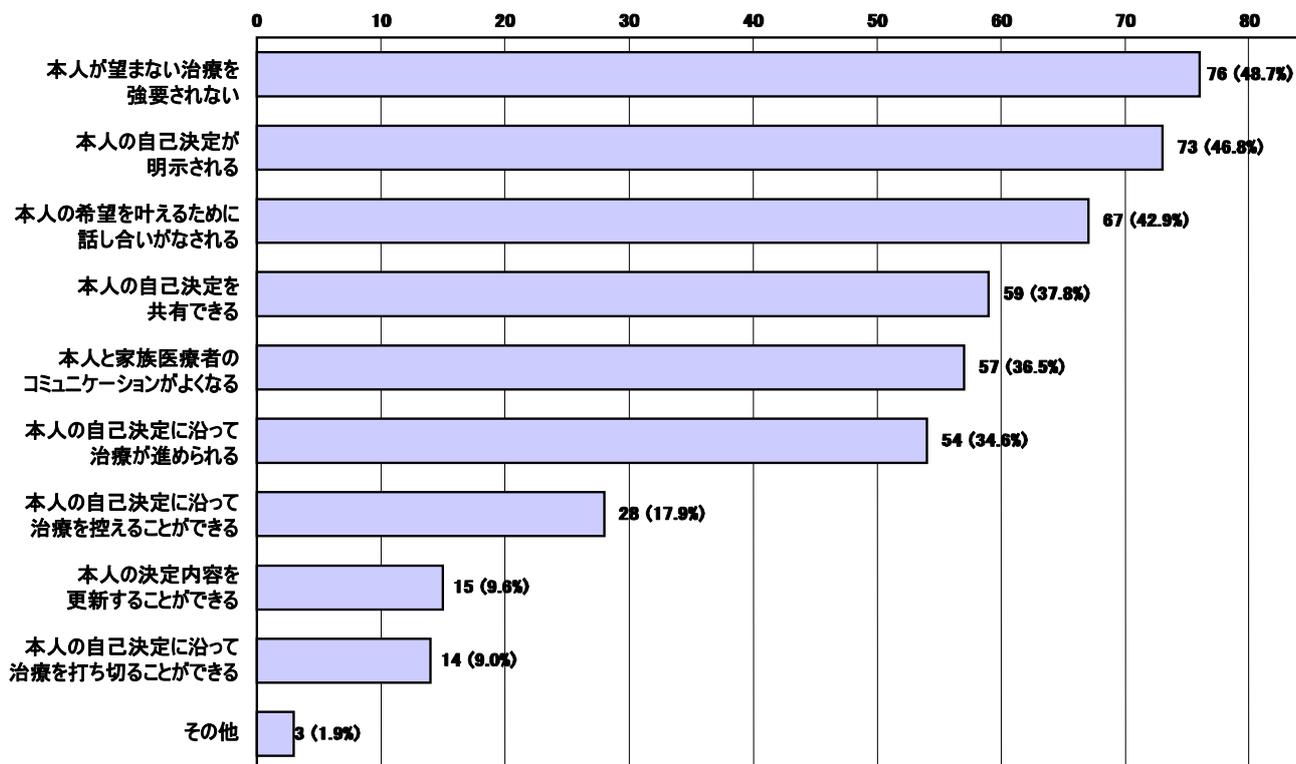


表4-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット - その他(表記のまま)

68	終末期に入院させずにすむ
174	反対
244	家族、患者とのトラブル防止のため

図4-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因  
(n = 157, 3つまでを選択)

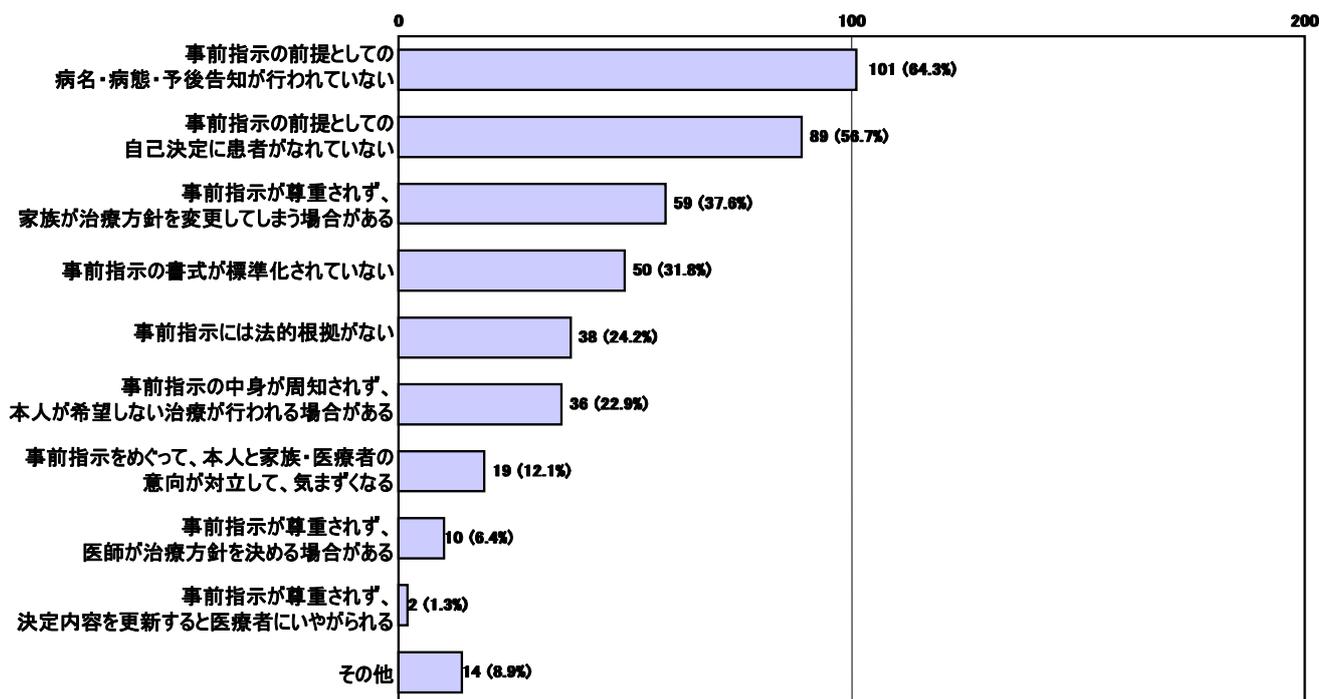


表4-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因 - その他(表記のまま)

77	助からない病気とわかっていても、1分1秒でも長く生きたいという人が多く、欧米のキリスト教的な“神のもとへ”という最期のうけ入れをうまくできない方が多いのでは
128	事前指示を知らない。習慣がない。
182	患者・家族の状況によって在宅で診れなくなる事もあるから
234	事前指示を積極的に肯定する社会的背景がない
235	複数の医療機関で諒介し難い
255	インフォームドコンセントさえ、十分に理解されていないのに無理
333	事前指示の内容が、本人の状態の変化によって、変わりうる。
344	臨死期に関する話題に、御家族でも話にくい、一種、タブーのようにになっている。
345	自己決定に家族がなれていない
350	手続きが多くなる。病態は流動的である。
364	末期の悪性腫瘍以外で予後の予測が困難なため。高齢者の肺炎で入院すれば治る可能性があるが、結果的には在宅でも入院でも治らなかつたりする例があり、正確な情報を示せないことがあるため
395	決定権が同居していない(ケアに係わらない)家族に有る
483	このような手続き自体、本人家族が希望しない
503	本来、死は自然なもの

図4-23 問23 事前指示 - 普及の方策  
(n = 150, 3つまでを選択)

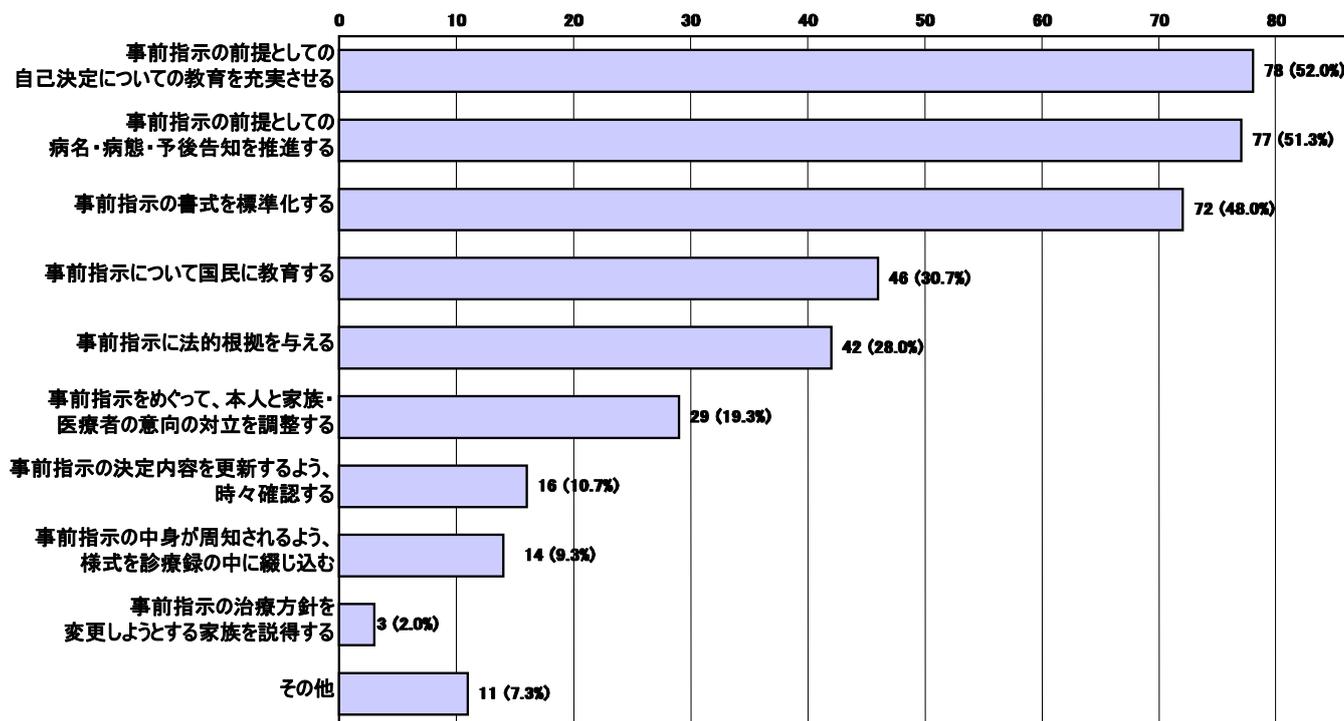


表4-23 問23 事前指示 - 普及の方策 - その他(表記のまま)

77	病名告知、予後告知をした後、本人が抑うつ状態になったのを主治医が全部1人で支える…これが現在の医療です。心理療法士などが少なく保健適応もない。「癌告知以后」という運動がありましたが、癌も含め、認知症など告知以後を支えるスタッフの数が少なすぎます。
174	反対
234	患者の自己決定を優先するには家族の権利を制約するしかない
235	医療契約と信頼関係
253	自己決定＝自己責任であることを十分国民が理解すること。
255	時間
278	事前指示をめぐって、本人と家族・医療者の意向をよく話し合いをする。
333	最終的には、事前指示にこだわらず、変化しても本人の意向を尊重する。
344	臨死期のことをタブー視しない、良く話し合っていただく。
364	疾病の予後をより正確に予測し、本人に情報提供する。(その予測の限界も含めて)
448	医療者への普及と異なり、国民への普及は時間がかかって当然なので、「癌は告知するもの」という意識が医療者の中でのみ急速に進み、それについていけない一般人が問題視することがあったようにある程度の教育・標準化とともに、「時期を待つ」のも重要。

図4-24 問24 在宅療養支援診療所(仮称)登録の希望  
(n = 160)

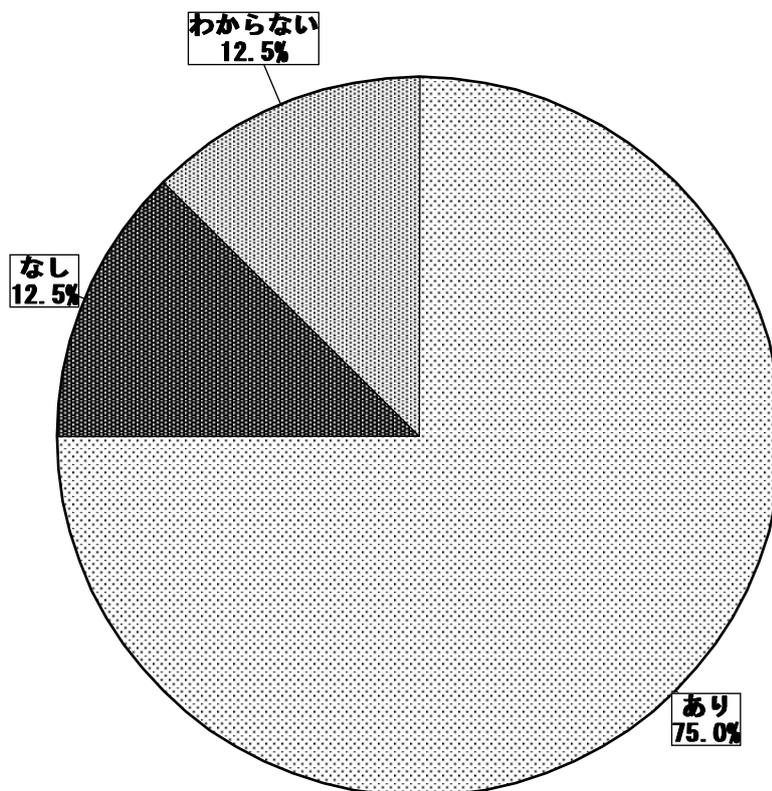


図4-28A-1 問28 A 在宅時医学管理料 - 算定患者数  
 (n = 141, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 4.7 \pm 11.6$ )

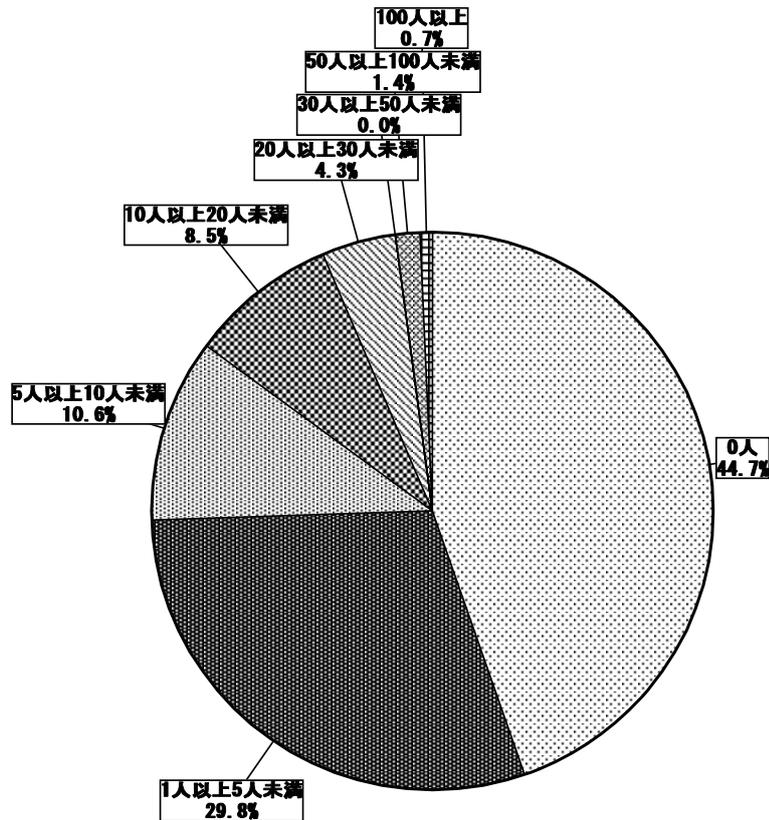
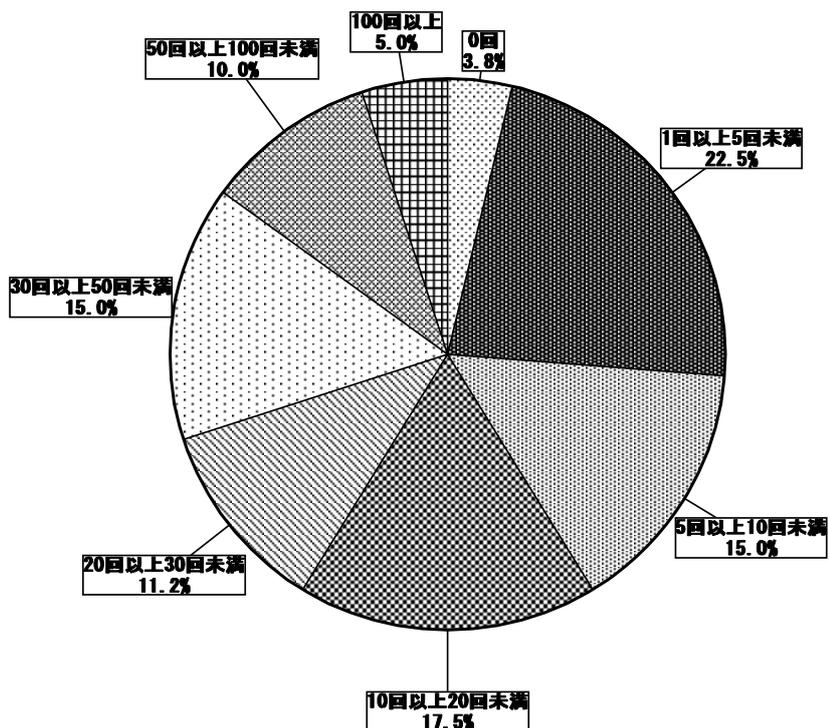


図4-28A-2 問28 A 在宅時医学管理料 - 訪問診療延回数  
 (n = 80, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 32.2 \pm 65.9$ )



(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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献

図4-28A-3 問28 A 在医管 - 往診  
 (n = 65, m ± σ = 4.6 ± 9.0)

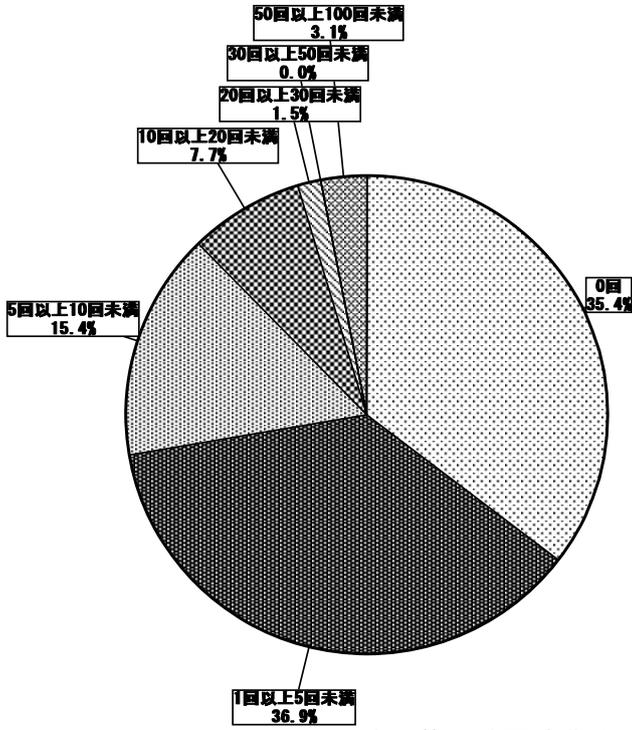


図4-28A-4 問28 A 在医管 - 往診・夜間深夜  
 (n = 60, m ± σ = 2.6 ± 12.8)

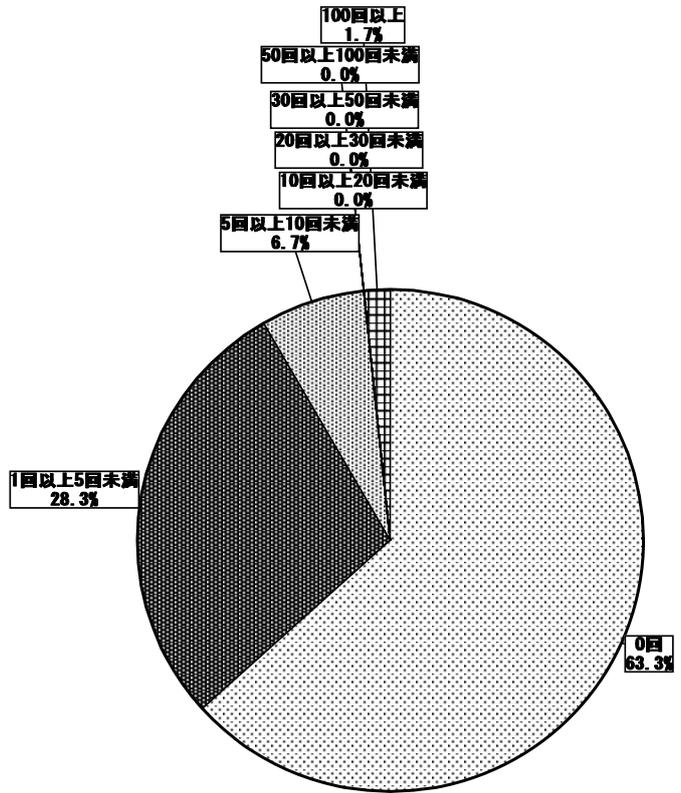


図4-28A-5 問28 A 在医管 - 訪問看護延人数  
 (n = 41, m ± σ = 2.7 ± 4.8)

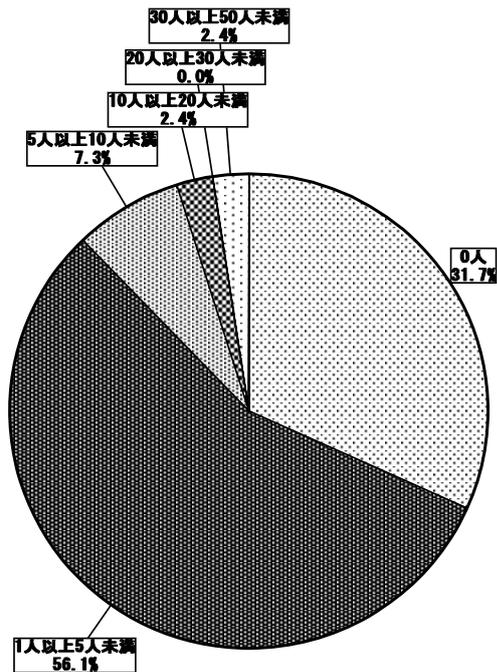
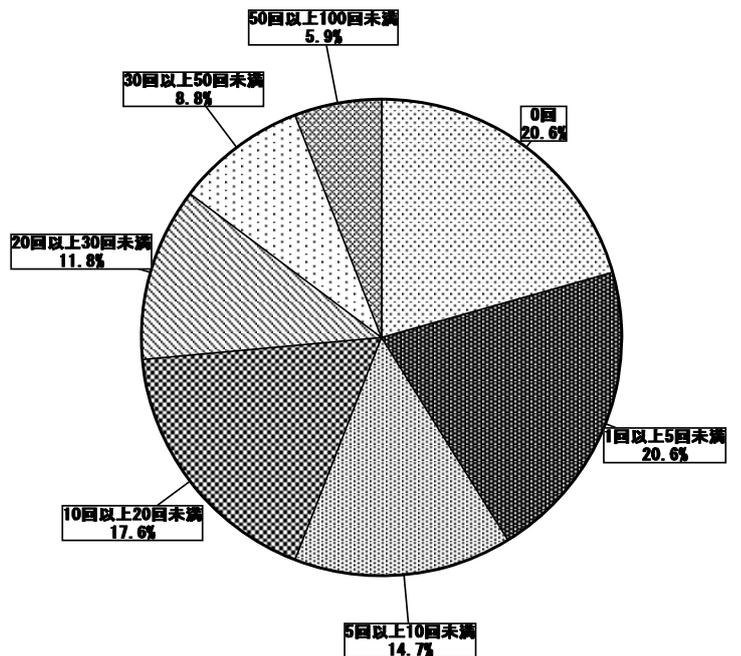


図4-28A-6 問28 A 在医管 - 訪問看護延回数  
 (n = 34, m ± σ = 14.1 ± 16.1)



(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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献

図4-28B-1 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 算定患者数  
 (n = 149, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 33.4 \pm 40.0$ )

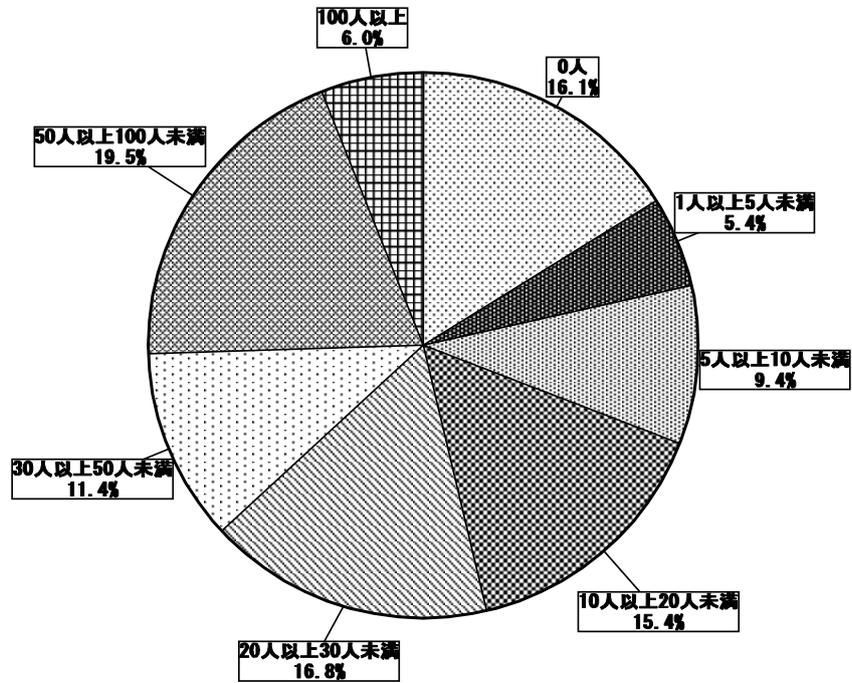
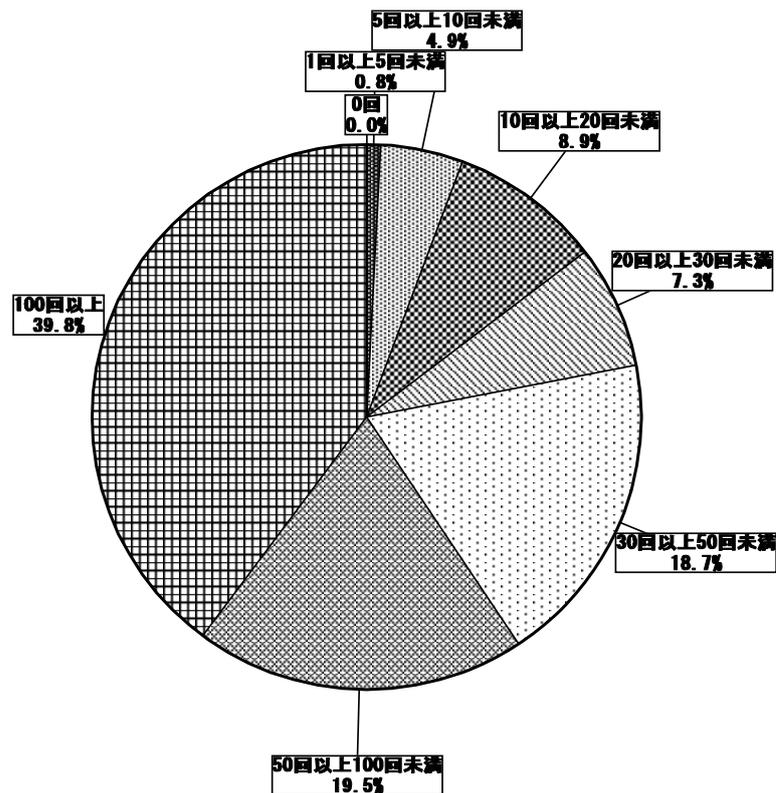


図4-28B-2 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 訪問診療延回数  
 (n = 123, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 106.4 \pm 130.6$ )



(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調査  
診療所 - 学会名簿・文献

図4-28B-3 問28 B 在総診 - 往診  
(n = 111, m ± σ = 12.0 ± 17.9)

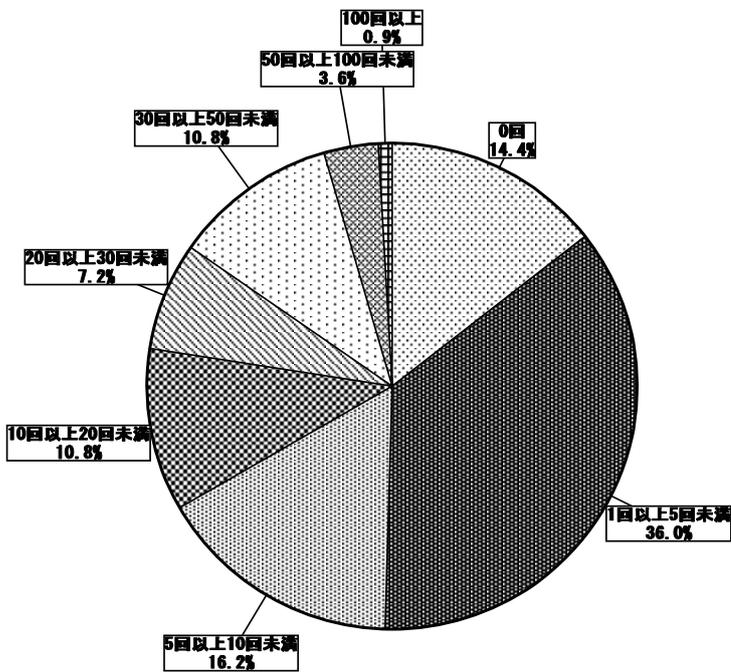


図4-28B-4 問28 B 在総診- 往診・夜間深夜  
(n = 104, m ± σ = 2.2 ± 4.1)

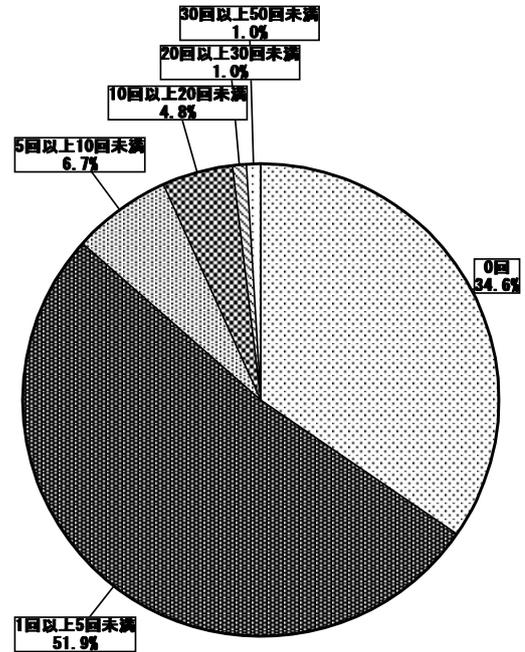


図4-28B-5 問28 A 在総診- 訪問看護延人数  
(n = 66, m ± σ = 12.2 ± 20.0)

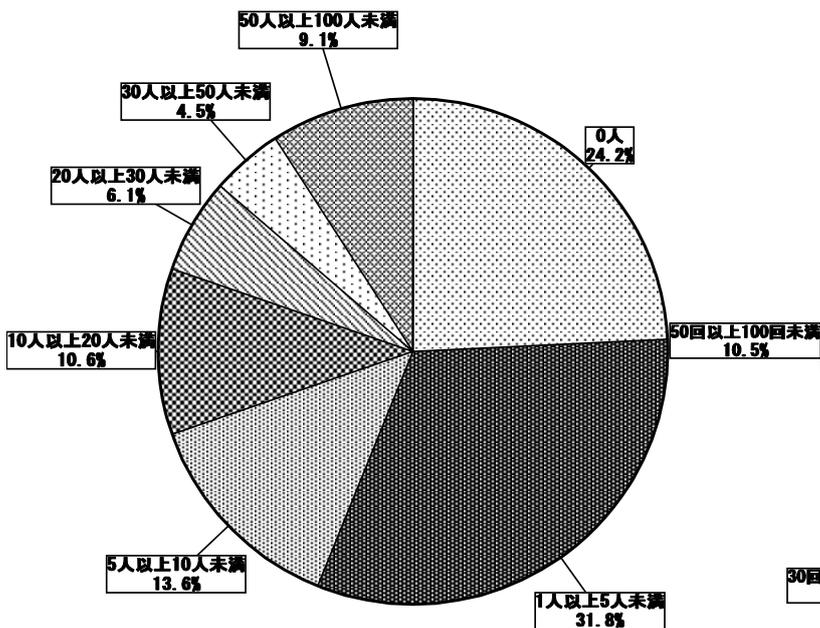


図4-28B-6 問28 B 在総診 - 訪問看護延回数  
(n = 57, m ± σ = 70.7 ± 118.4)

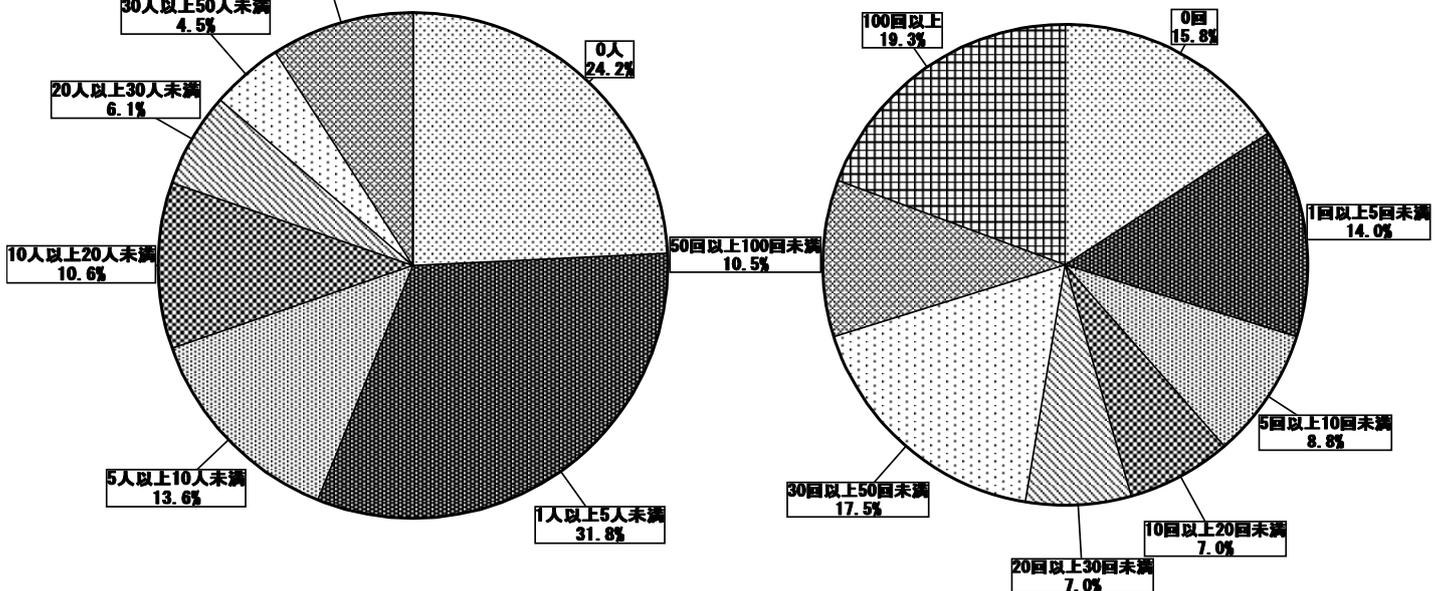


図4-28C-1 問28 C 在医総 - 算定患者数  
 (n = 135, m ± σ = 0.8 ± 2.0)

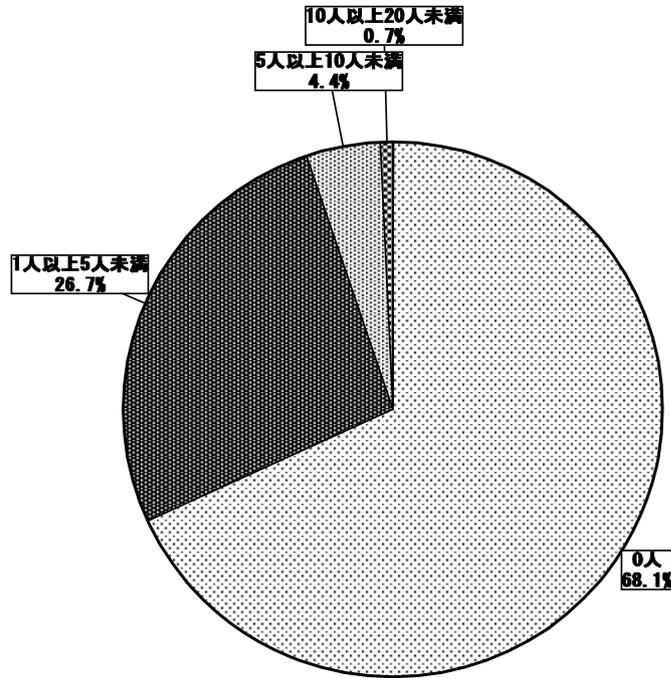
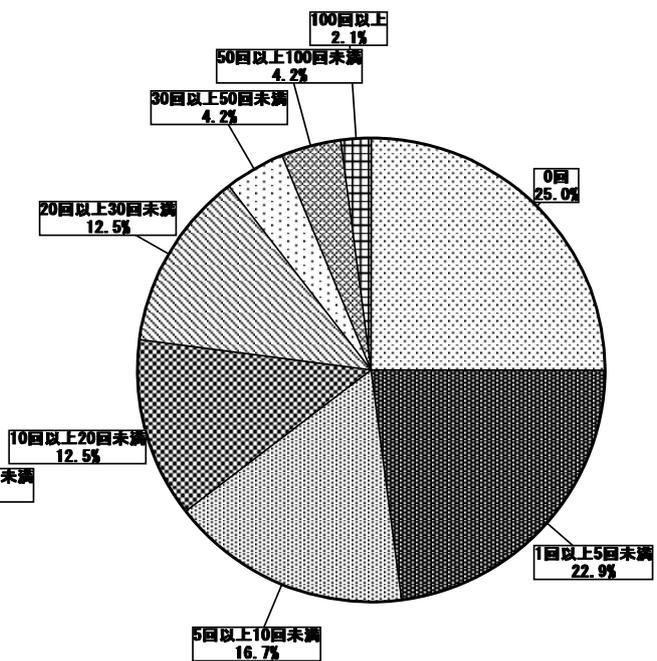
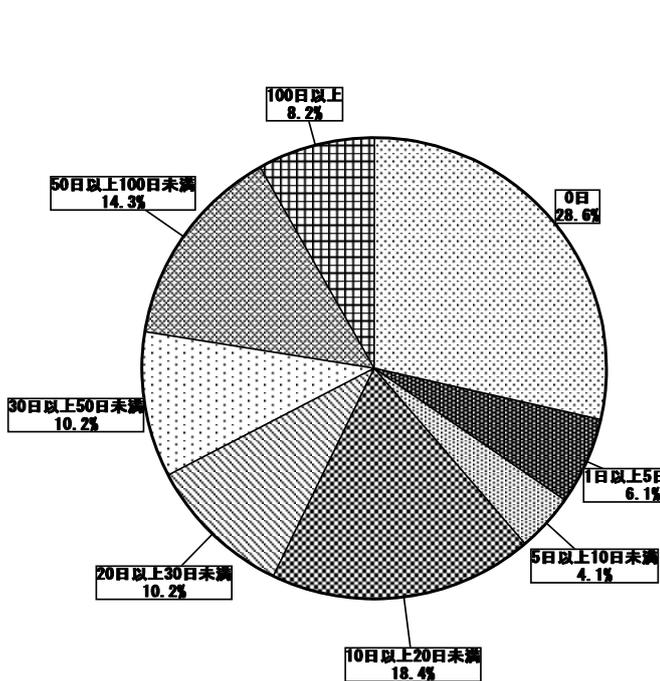


図4-28C-2 問28 C 在医総 - 延日数  
 (n = 49, m ± σ = 35.6 ± 62.9)

図4-28C-3 問28 C 在医総 - 訪問診療延回数  
 (n = 48, m ± σ = 15.1 ± 30.6)



(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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献

図4-28C-4 問28 C 在医総 - 往診  
 (n = 47, m ± σ = 3.6 ± 6.5)

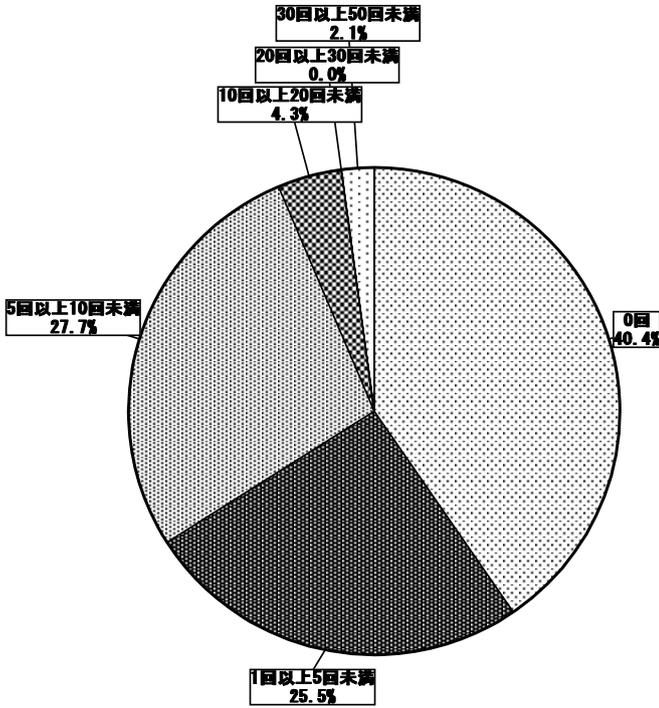


図4-28C-5 問28 C 在医総 - 往診・夜間深夜  
 (n = 42, m ± σ = 1.8 ± 3.3)

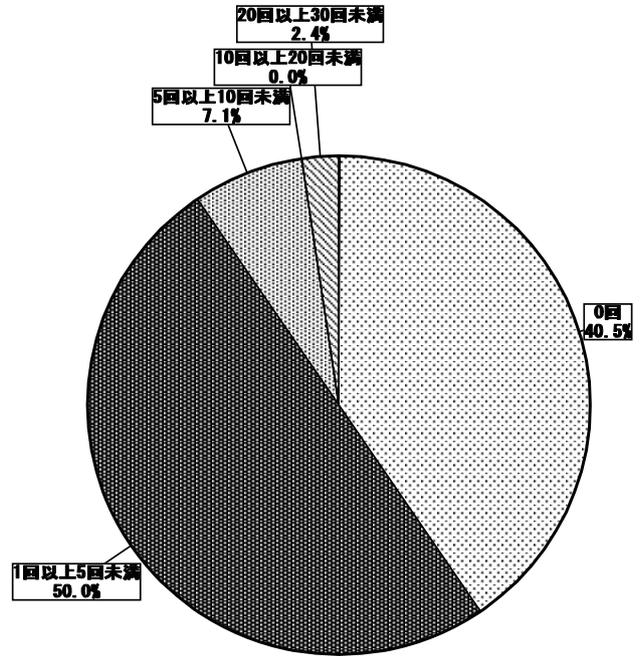


図4-28C-6 問28 C 在医総 - 訪問看護延人数  
 (n = 33, m ± σ = 1.4 ± 1.6)

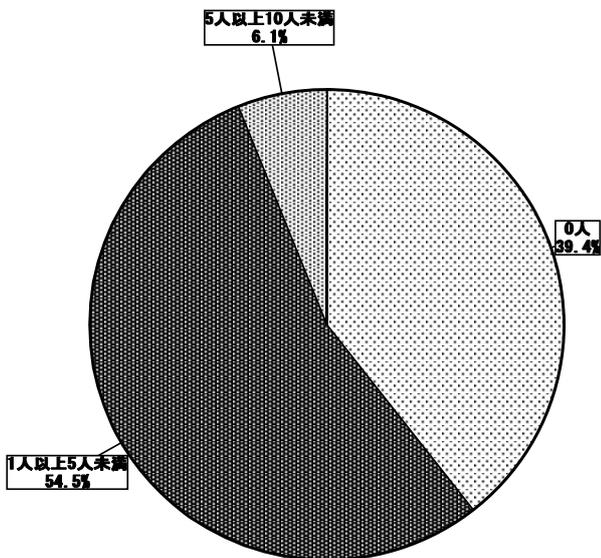


図4-28C-7 問28 C 在医総 - 訪問看護延回数  
 (n = 29, m ± σ = 13.4 ± 22.7)

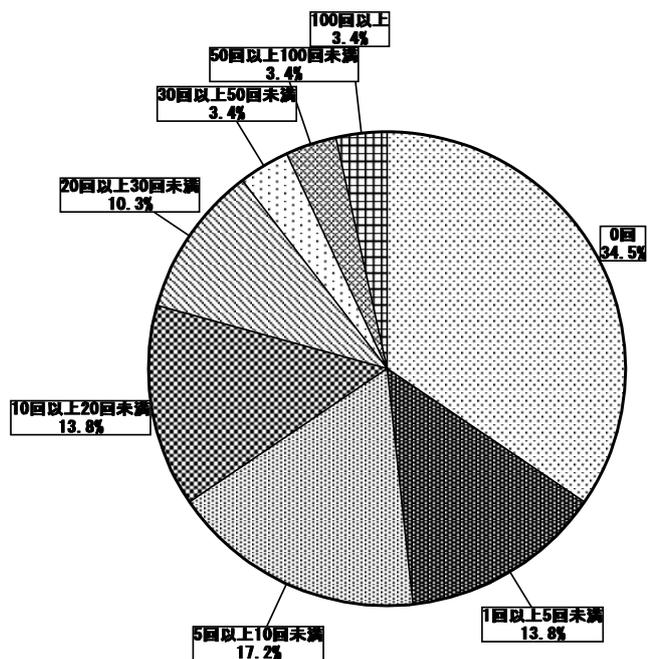


図4-28D-1 問28 D その他の患者 - 往診回数  
 (n = 120, m ± σ = 13.3 ± 21.0)

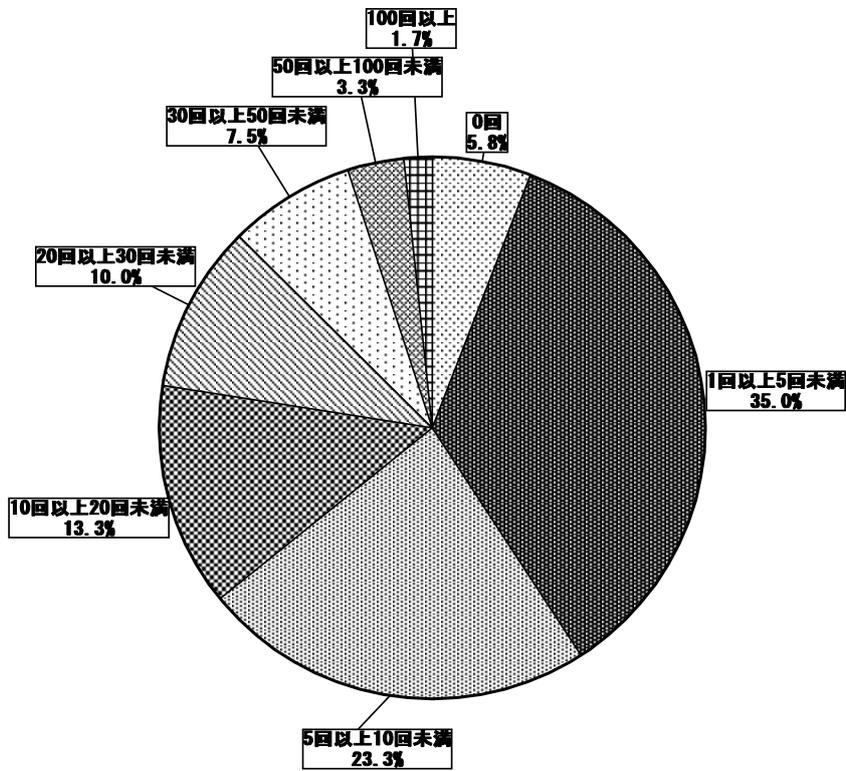
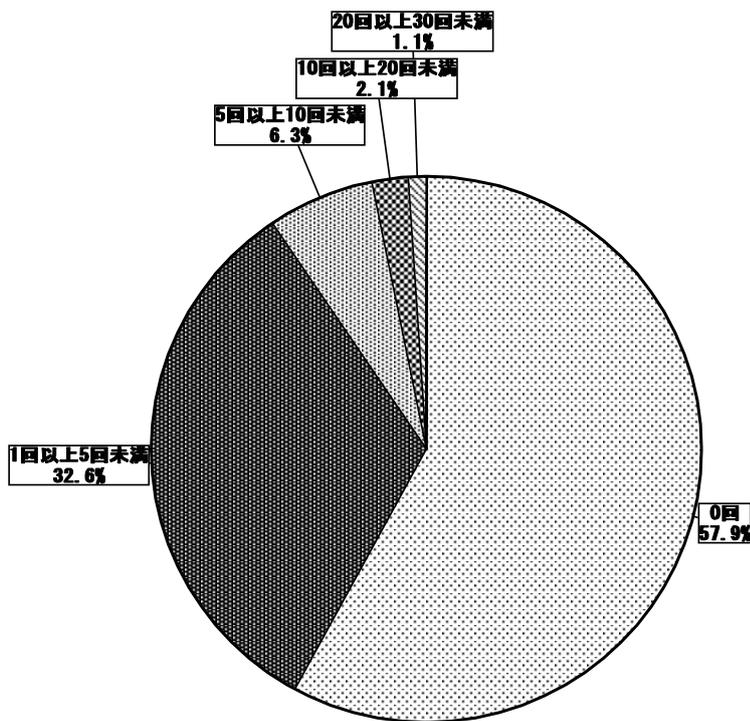


図4-28D-2 問28 D その他の患者 - 往診回数・夜間深夜  
 (n = 95, m ± σ = 1.3 ± 2.7)



(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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献

図4-29A-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - A在医管  
 (n = 61, m±σ = 0.6±1.2)

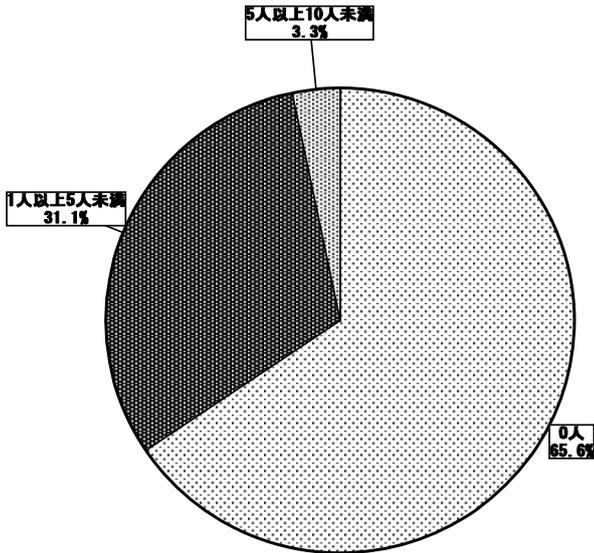


図4-29B-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - B在総診  
 (n = 65, m±σ = 0.5±0.7)

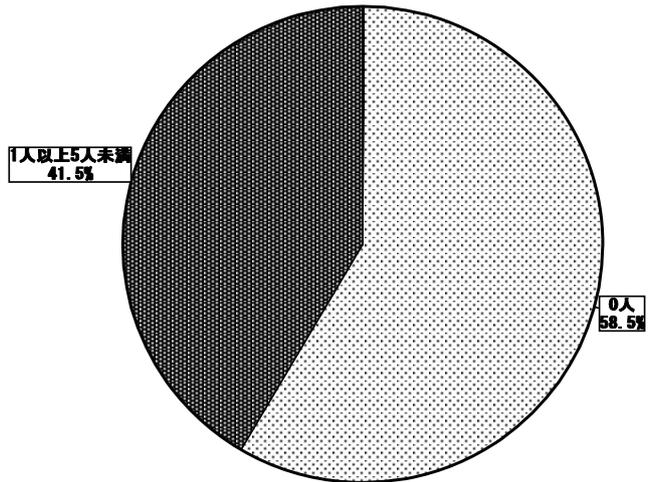


図4-29C-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - C在医総  
 (n = 43)

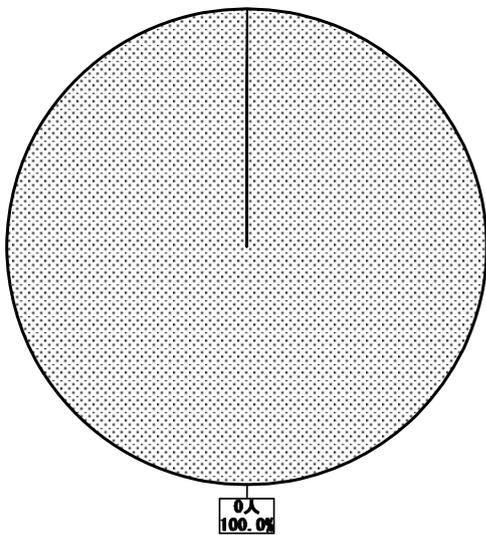


図4-29D-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - Dその他  
 (n = 50, m±σ = 0.4±0.7)

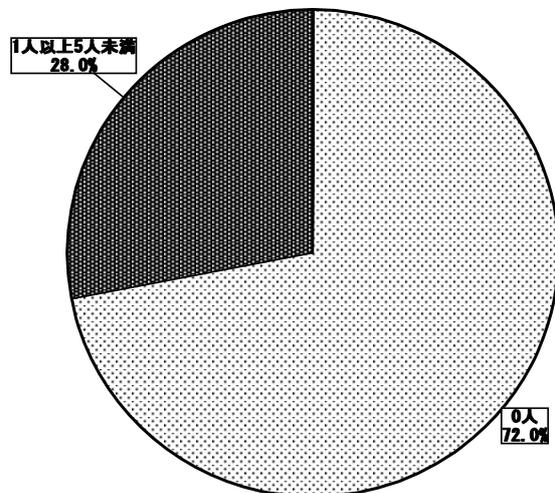


図4-29A-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - A在医管  
 (n = 64, m±σ = 1.0±2.1)

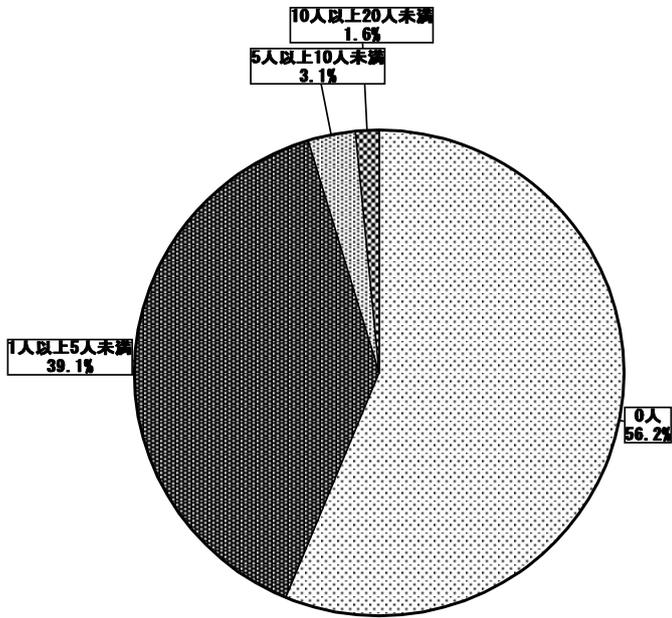


図4-29B-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - B在総診  
 (n = 110, m±σ = 3.1±3.2)

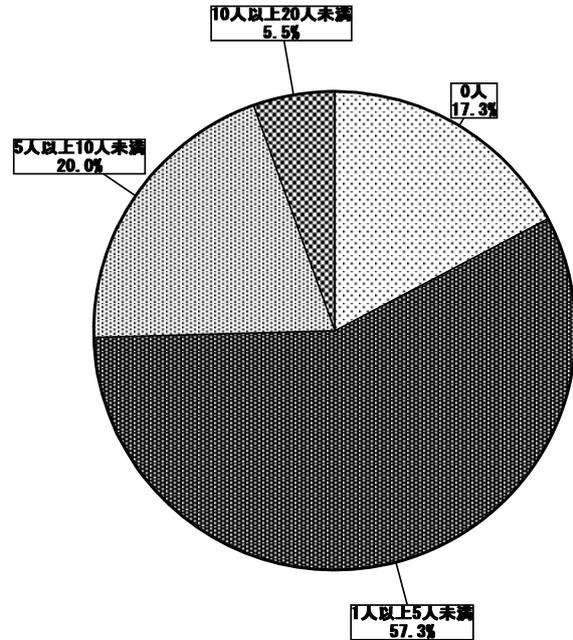


図4-29C-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - C在医総  
 (n = 52, m±σ = 0.7±1.3)

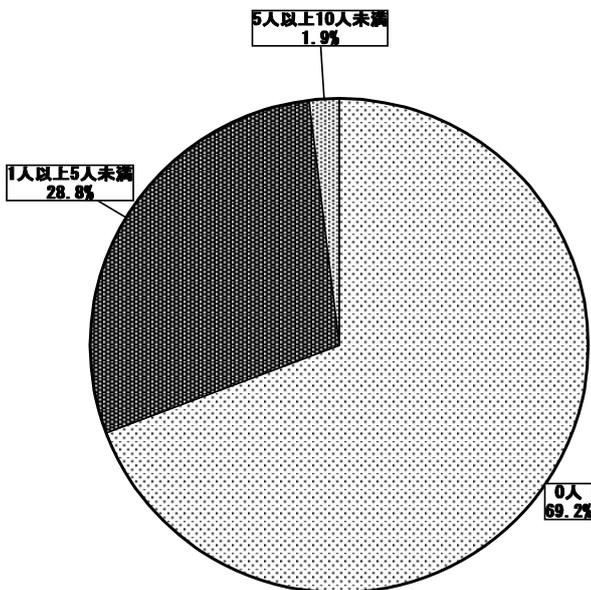
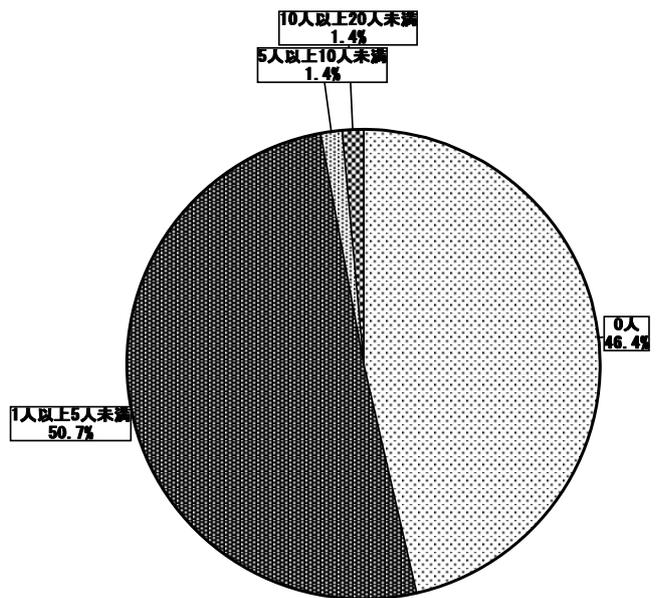


図4-29D-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - Dその他  
 (n = 69, m±σ = 1.0±1.7)



(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調査  
診療所 - 学会名簿・文献

図4-29A-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- A在医管  
(n = 52, m±σ = 0.3±0.5)

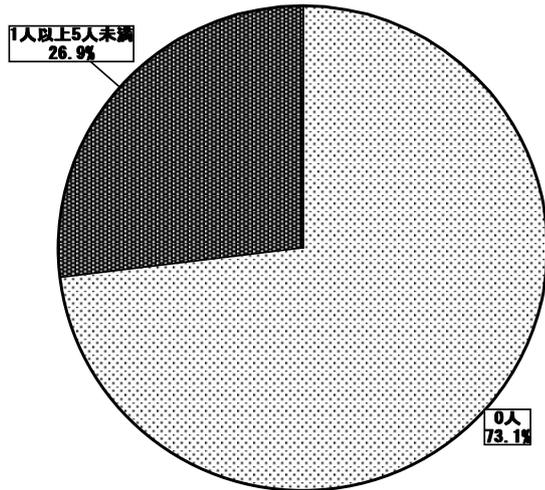


図4-29B-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- B在総診  
(n = 66, m±σ = 0.7±1.1)

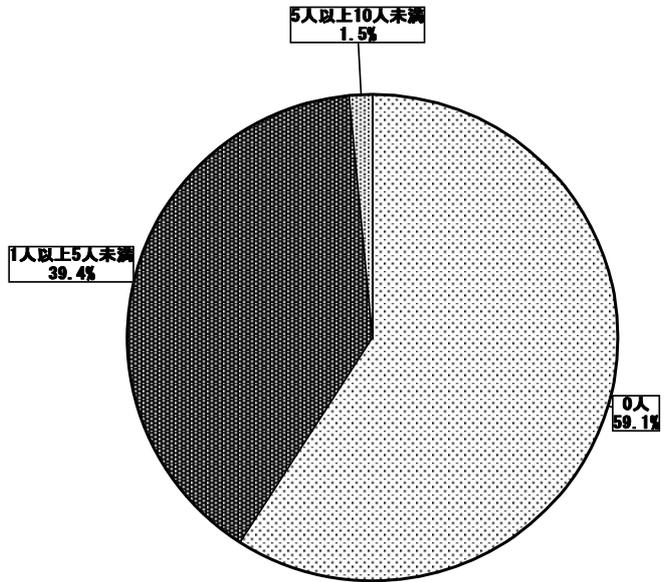


図4-29C-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- C在医総  
(n = 51, m±σ = 0.4±0.8)

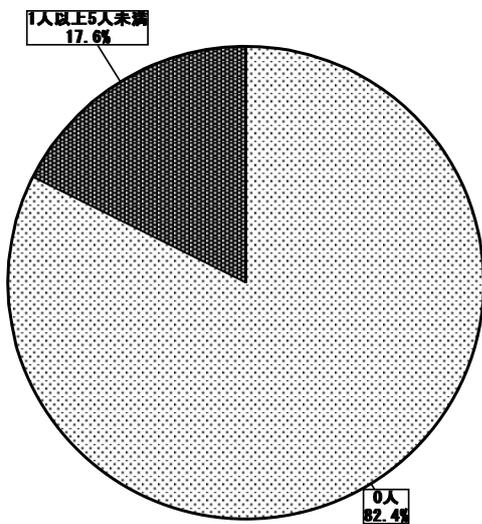
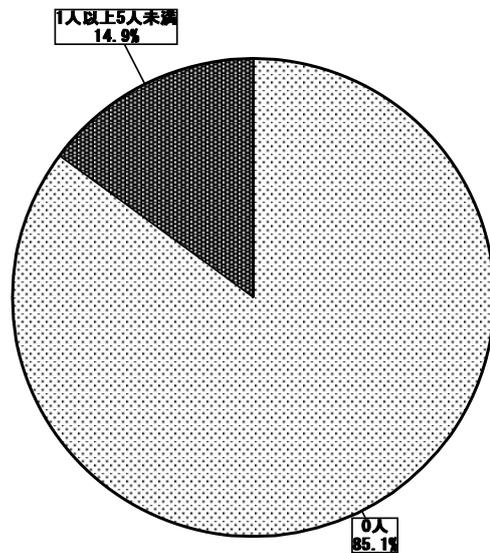


図4-29D-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
- Dその他  
(n = 47, m±σ = 0.2±0.4)



(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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献

図4-29A-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
 - A在医管  
 (n = 59, m±σ = 0.6±1.1)

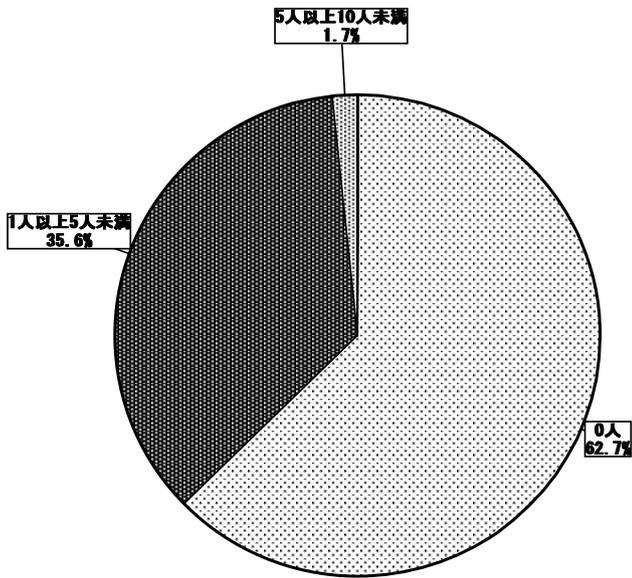


図4-29B-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
 - B在総診  
 (n = 85, m±σ = 2.5±2.9)

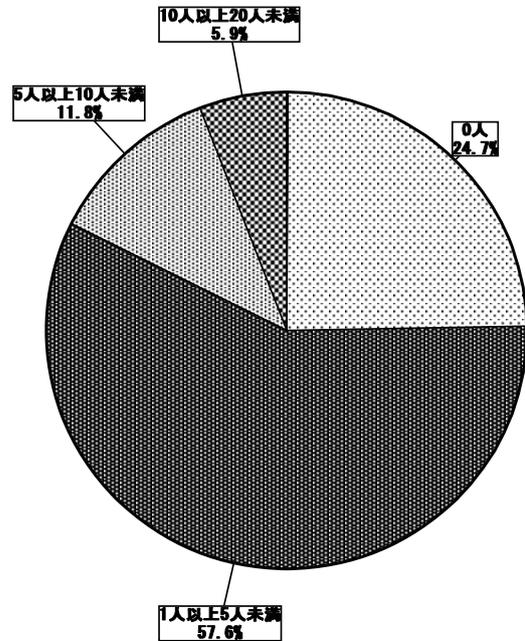


図4-29C-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
 - C在医総  
 (n = 45, m±σ = 0.2±0.7)

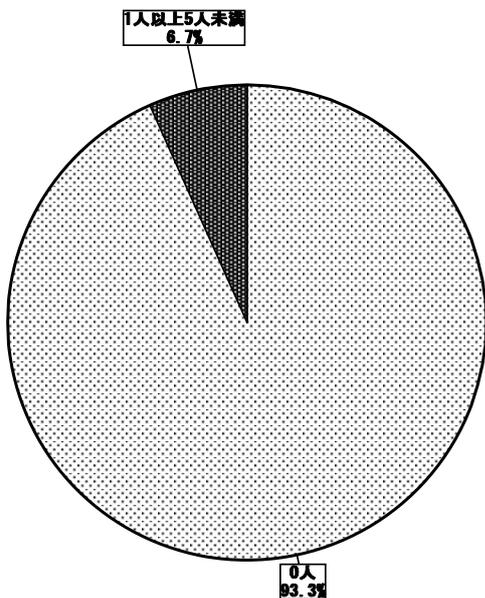
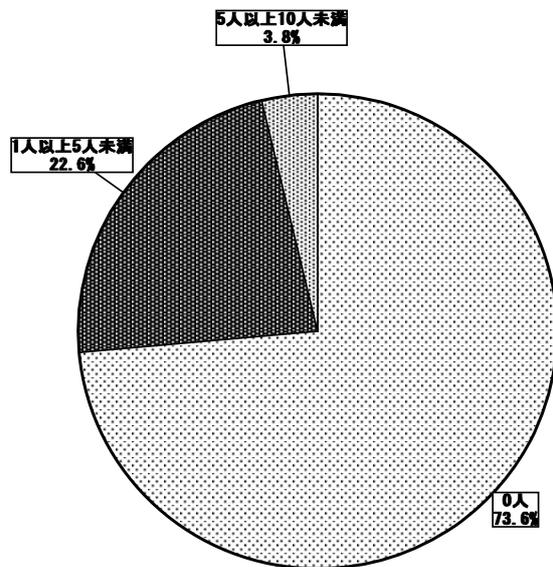


図4-29D-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
 - Dその他  
 (n = 53, m±σ = 0.6±1.5)



(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調査  
診療所 - 学会名簿・文献

図4-29A-5 問29 連続携行式腹膜透析(GAPD)  
- A在医管  
(n = 47, m±σ = 0.0±0.2)

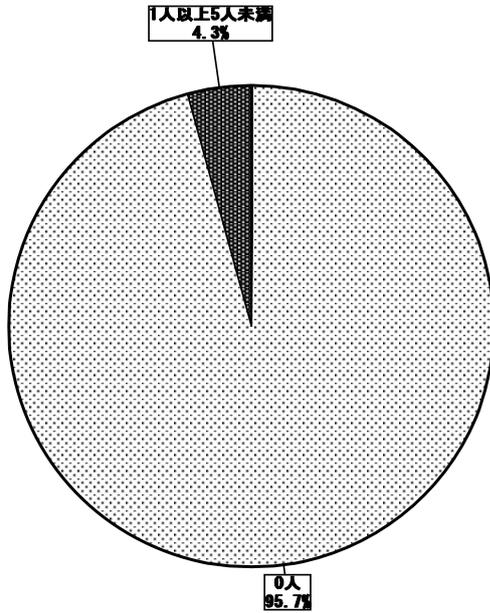


図4-29B-5 問29 連続携行式腹膜透析(GAPD)  
- B在総診  
(n = 48, m±σ = 0.0±0.2)

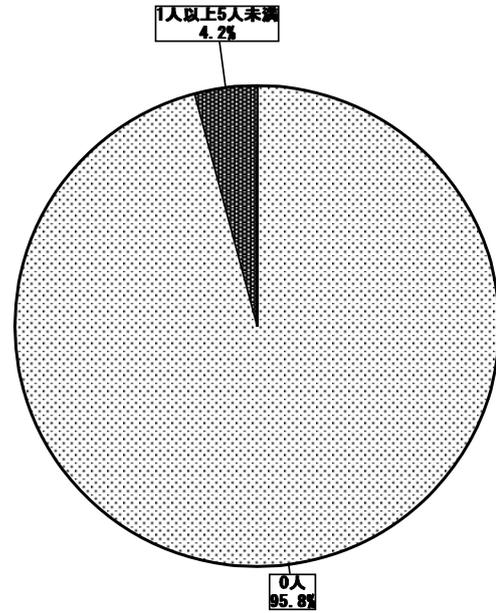


図4-29C-5 問29 連続携行式腹膜透析(GAPD)  
- C在医総  
(n = 42)

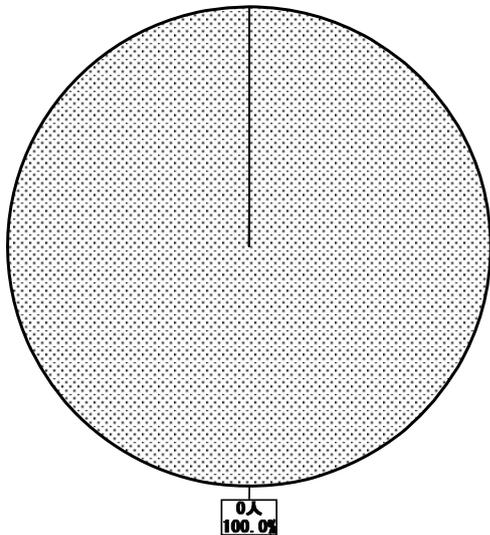


図4-29D-5 問29 連続携行式腹膜透析(GAPD)  
- Dその他  
(n = 42)

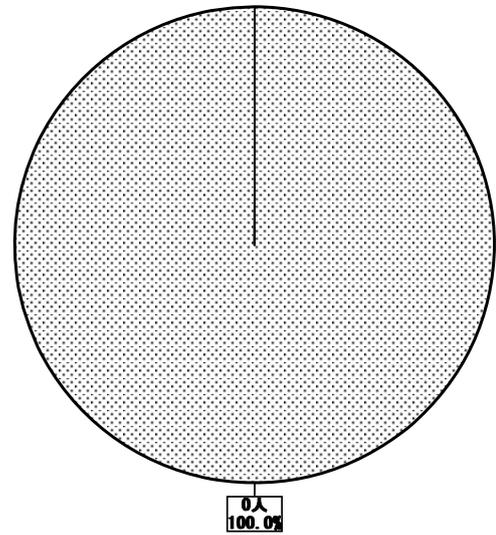


図4-30 問30 診療報酬に占めるA在医管+B在総診+C在医総の比率  
(n = 127)

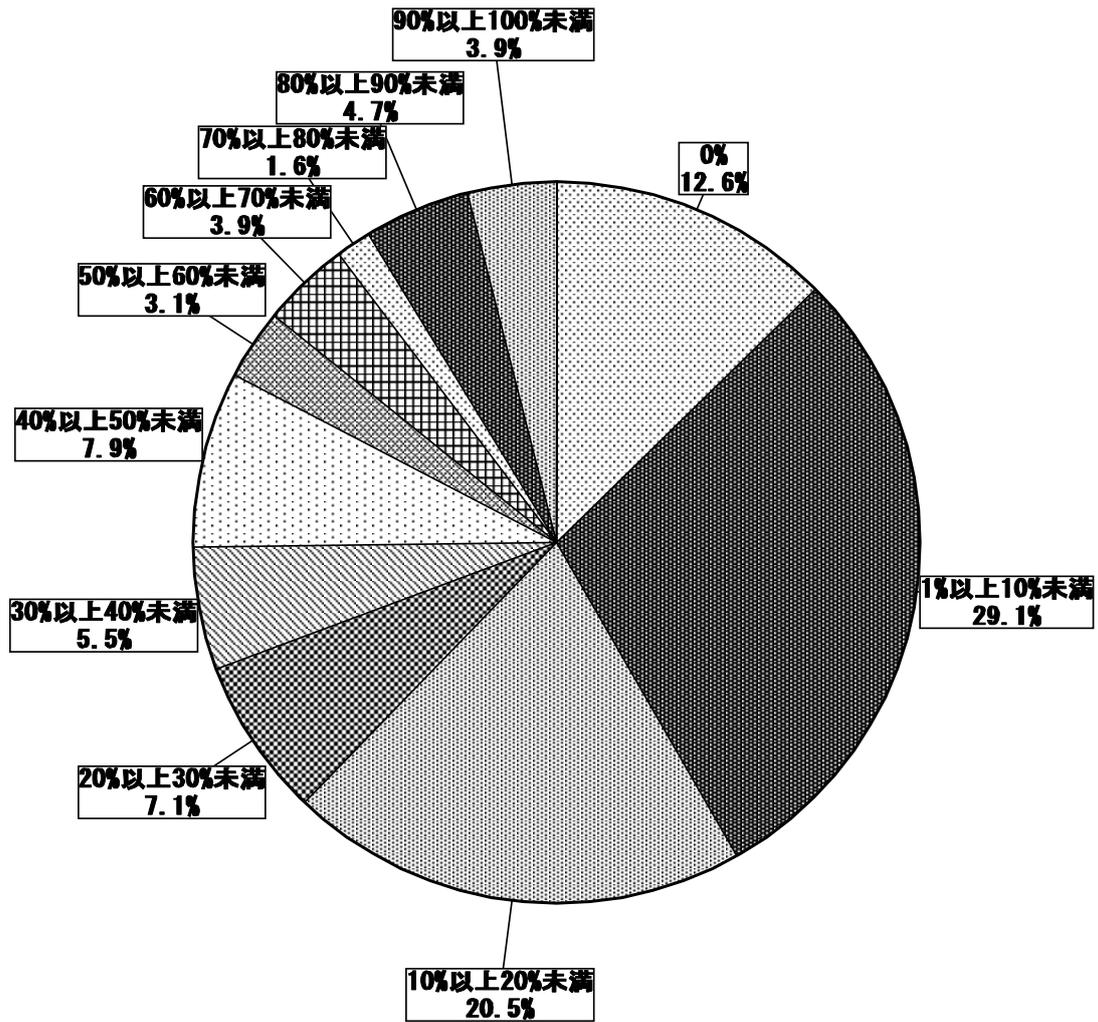


図4-31-1 問31 在宅療養連携窓口の有無  
(n = 145)

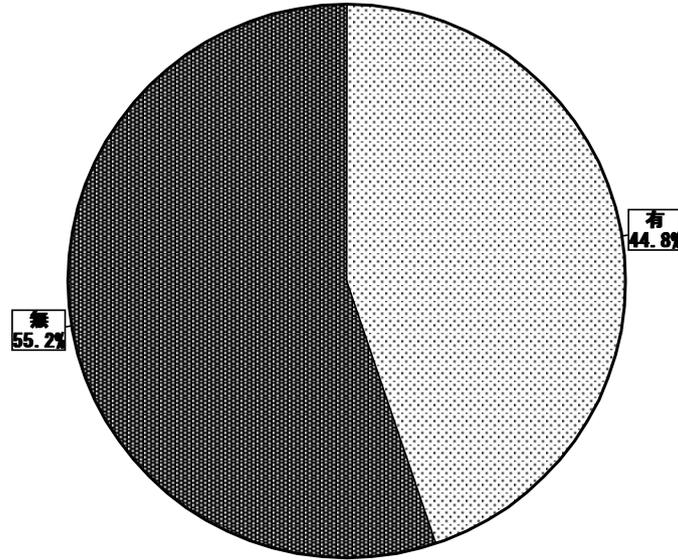


図4-31-2 問31 精神科訪問看護 - 有無  
(n = 139)

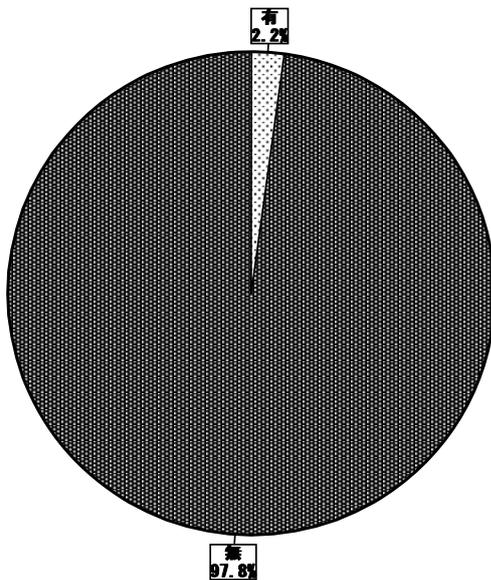
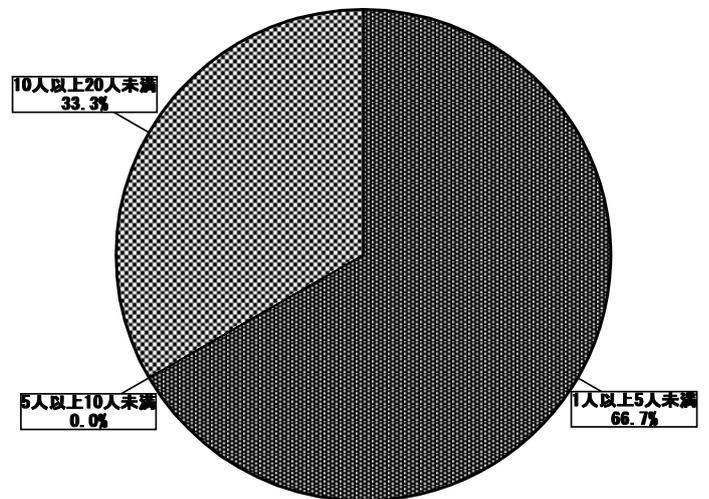


図4-31-3 問31 精神科訪問看護 - 利用人数  
(n = 3, m ± σ = 4.7 ± 4.5)



(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調査  
診療所 - 学会名簿・文献

図4-31-4 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(医師)  
- 有無  
(n = 153)

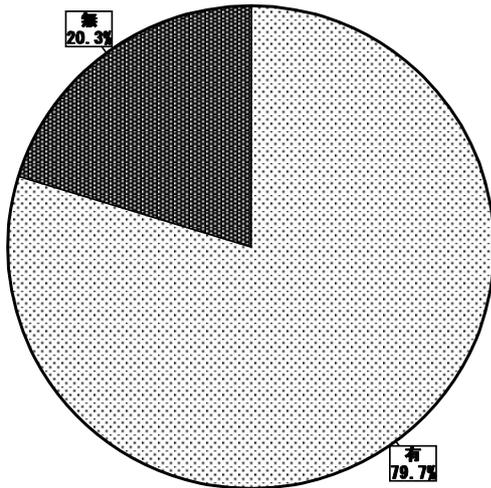


図4-31-5 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(医師)  
- 利用人数  
(n = 107, m ± σ = 41.5 ± 51.1)

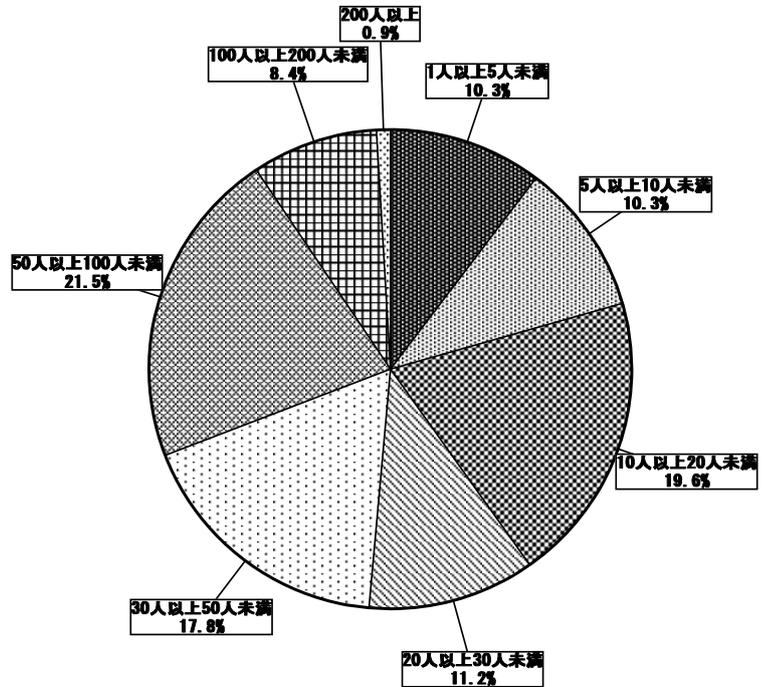


図4-31-6 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(薬剤師)  
- 有無  
(n = 130)

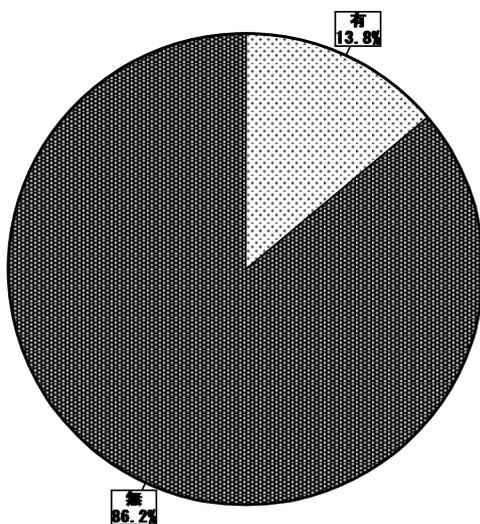


図4-31-7 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(薬剤師)  
- 利用人数  
(n = 12, m ± σ = 16.4 ± 18.5)

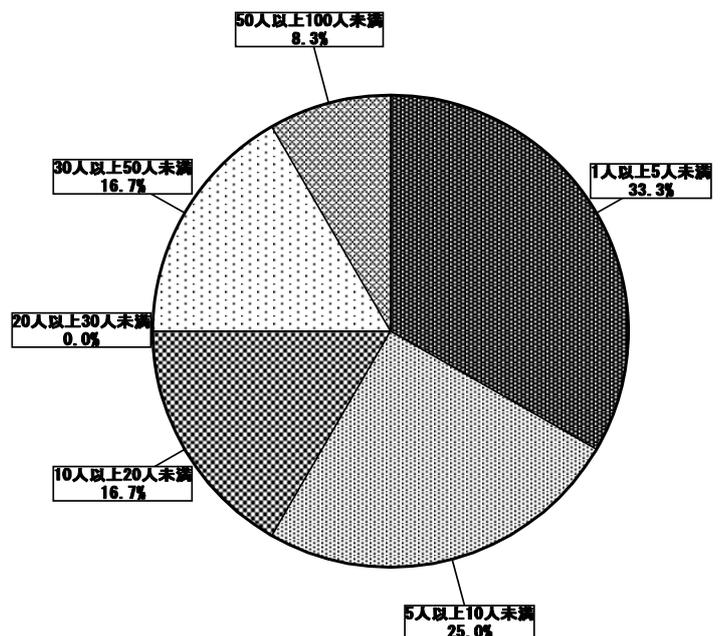


図4-31-8 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 有無  
(n = 131)

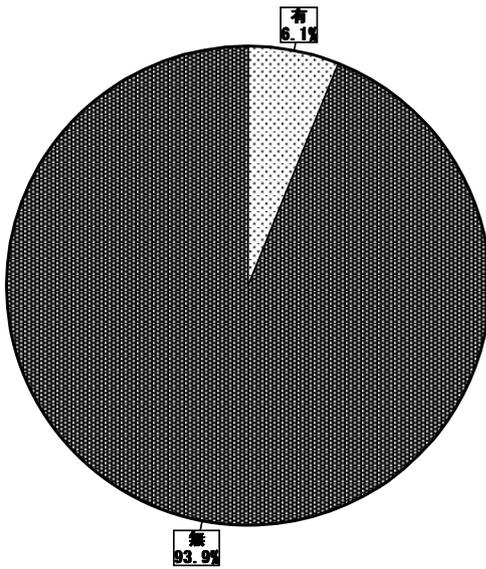


図4-31-9 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 利用人数  
(n = 5, m ± σ = 2.6 ± 2.7)

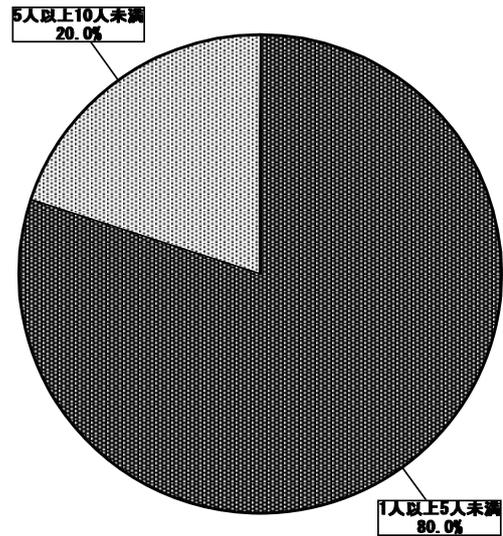


図4-31-10 問31 介護保険 - 訪問看護の有無  
(n = 135)

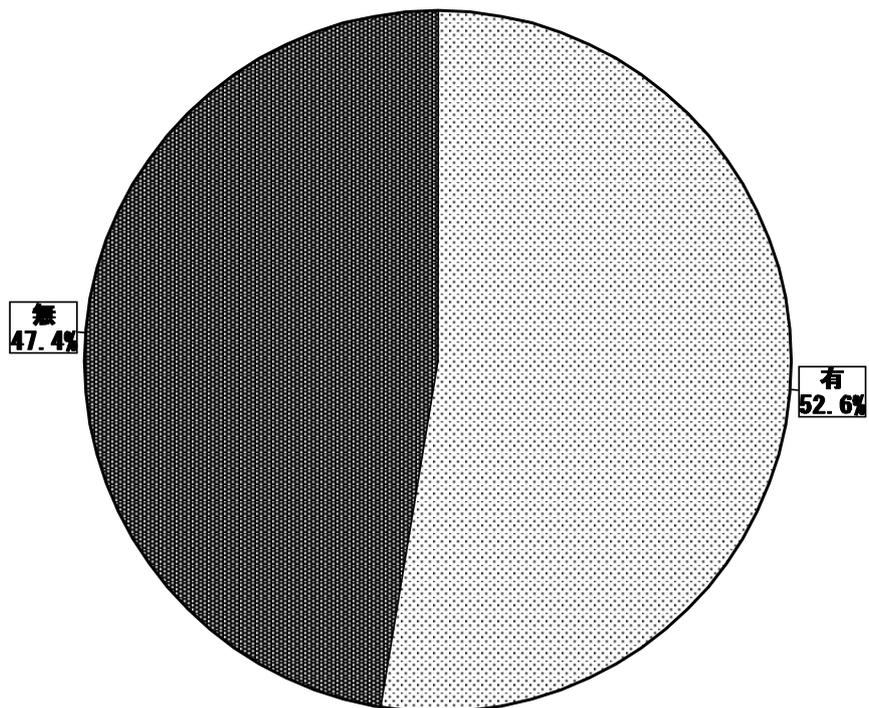


図4-31-11 問31 介護保険 - 訪問看護  
- 利用人数  
(n = 56, m ± σ = 28.6 ± 50.4)

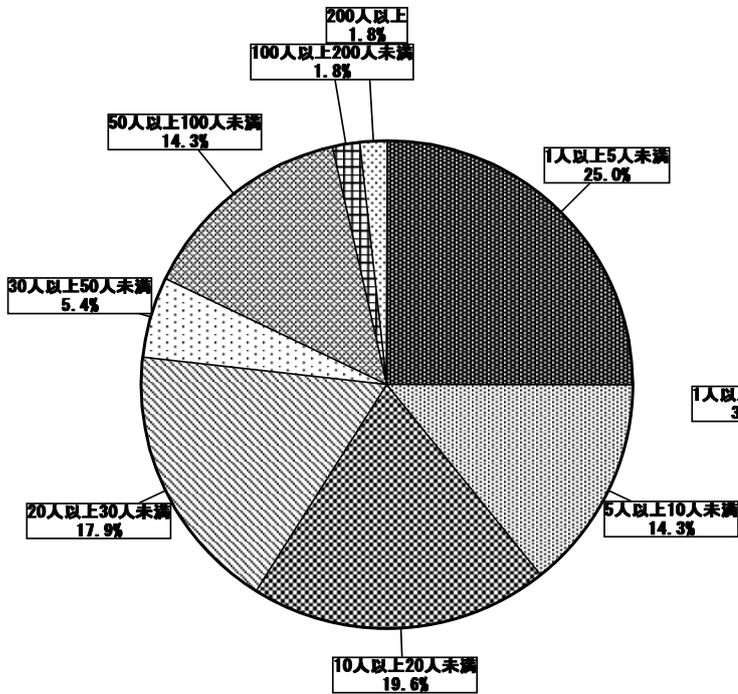


図4-31-12 問31 介護保険 - 訪問看護  
- 利用人数(夜間)  
(n = 36, m ± σ = 1.5 ± 2.9)

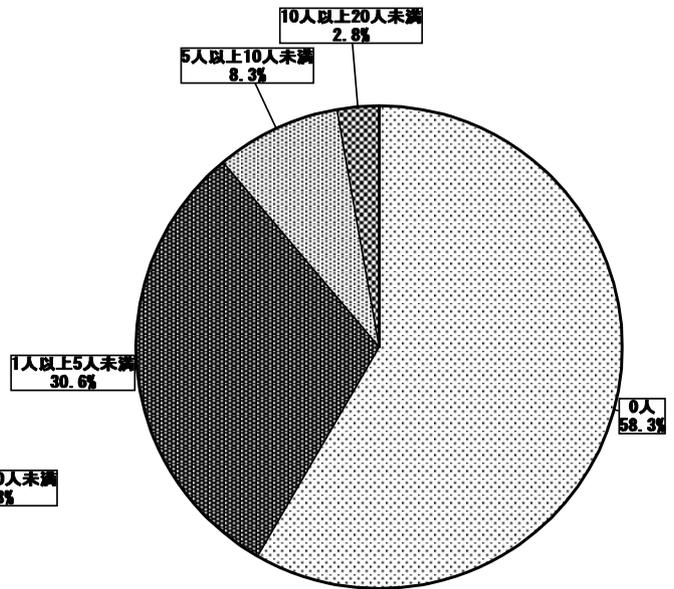


図4-31-13 問31 外来患者への処方  
(n = 149)

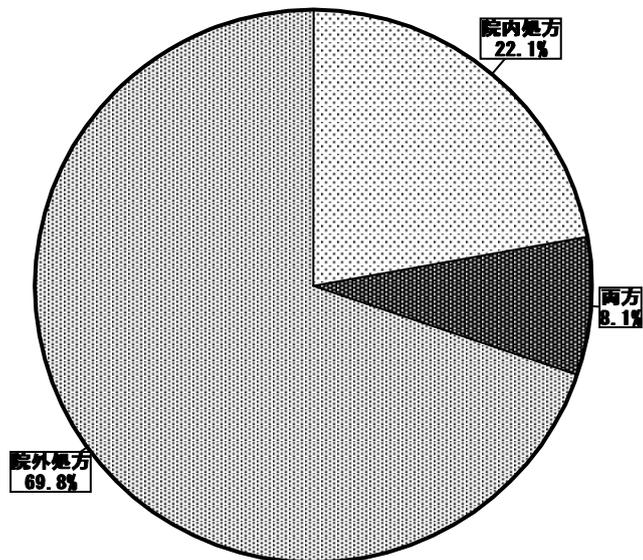


図4-32-1 問32 在宅看取り - 年間看取り数  
 (n = 159, m ± σ = 10.2 ± 12.7)

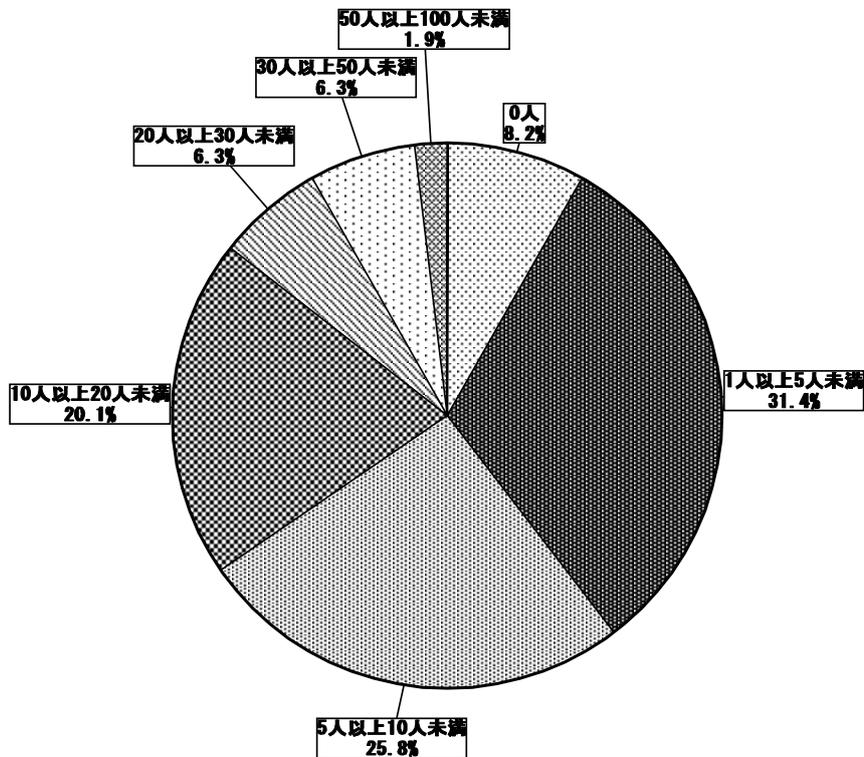
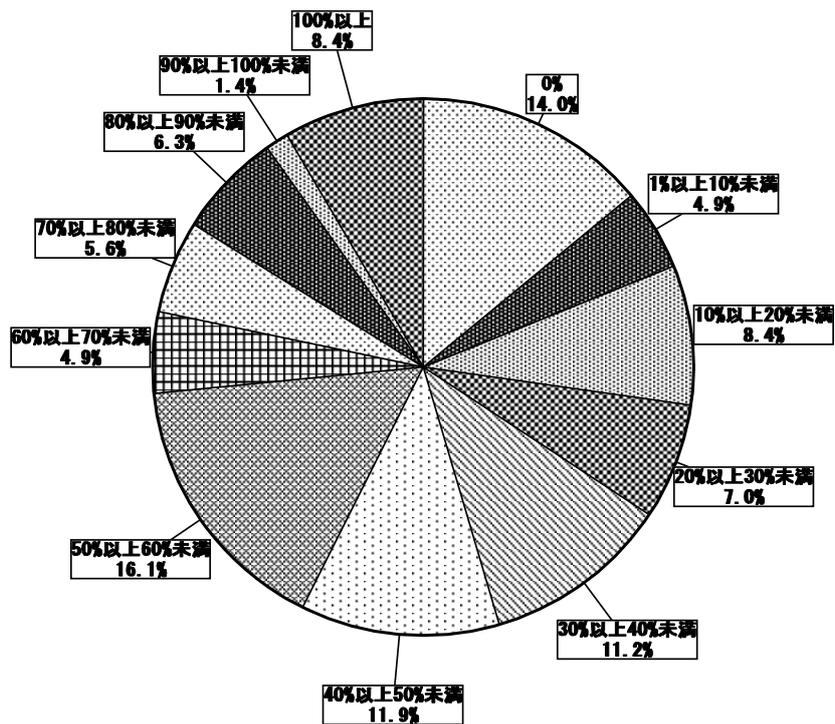


図4-32-2 問32 在宅看取り - 夜間看取りの割合  
 (n = 143, m ± σ = 41.6 ± 30.9)



(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調査  
診療所 - 学会名簿・文献

図4-33-1 問33 標榜している診療科目  
(n = 165, 複数回答)

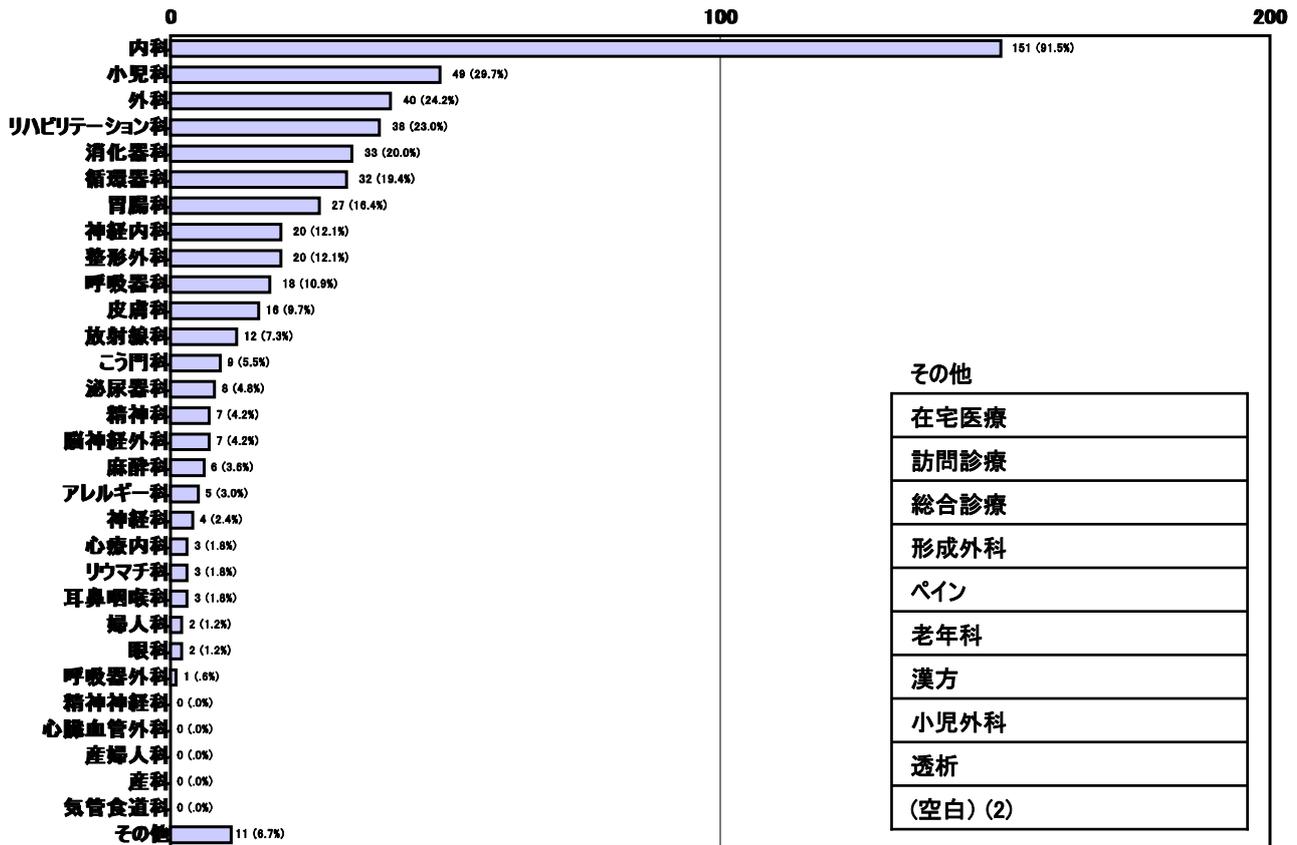


図4-33-2 問33 主たる診療科目  
(n = 73, 一つのみを標榜と答えているものを含む)

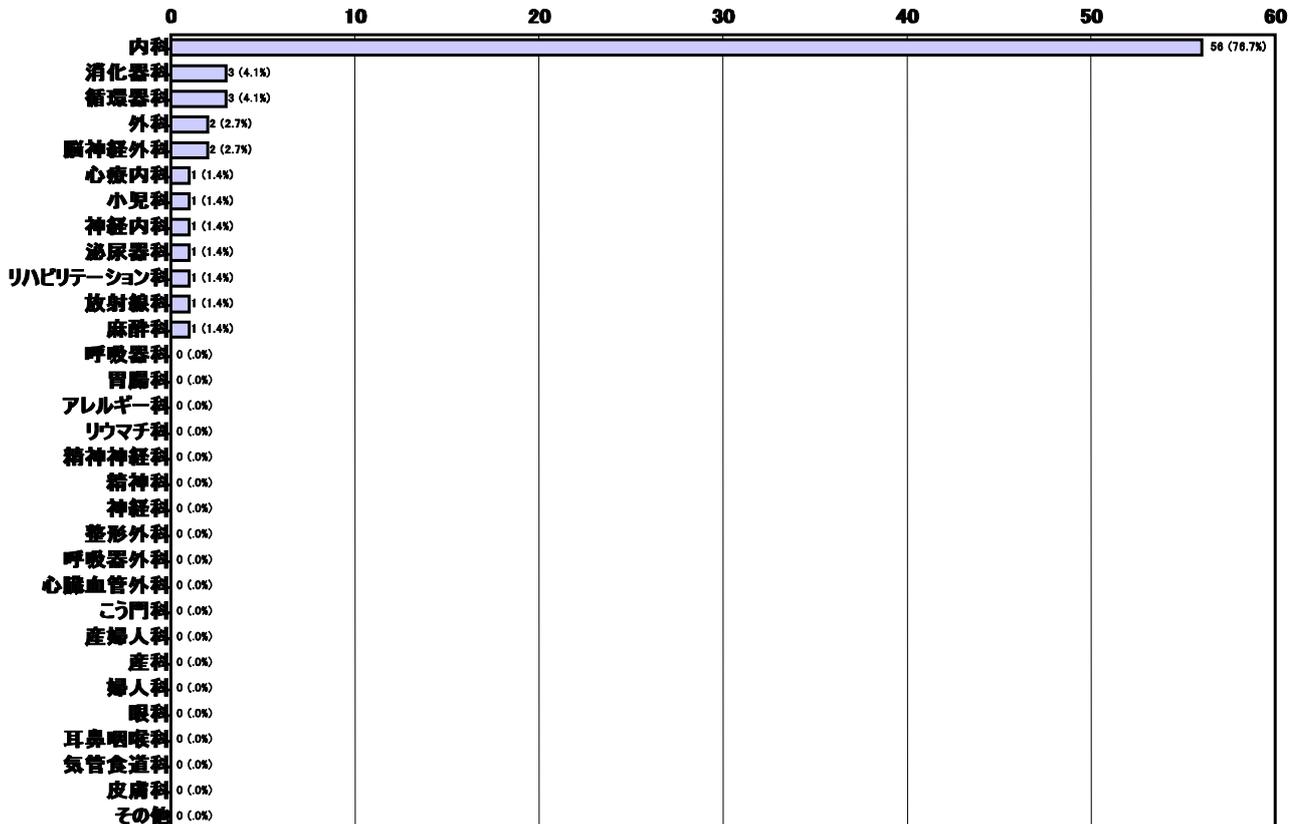


図4-33-3 問33 病床数 - 全病床  
(n = 148, m ± σ = 3.6 ± 7.2)

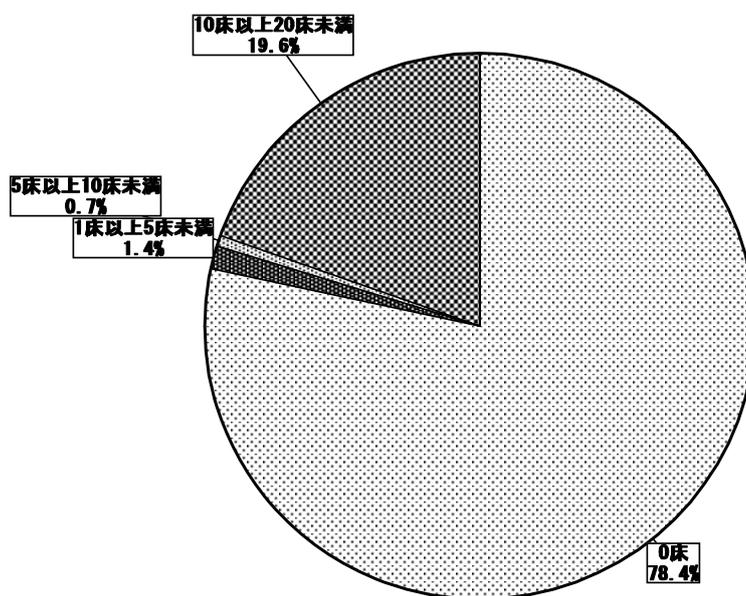
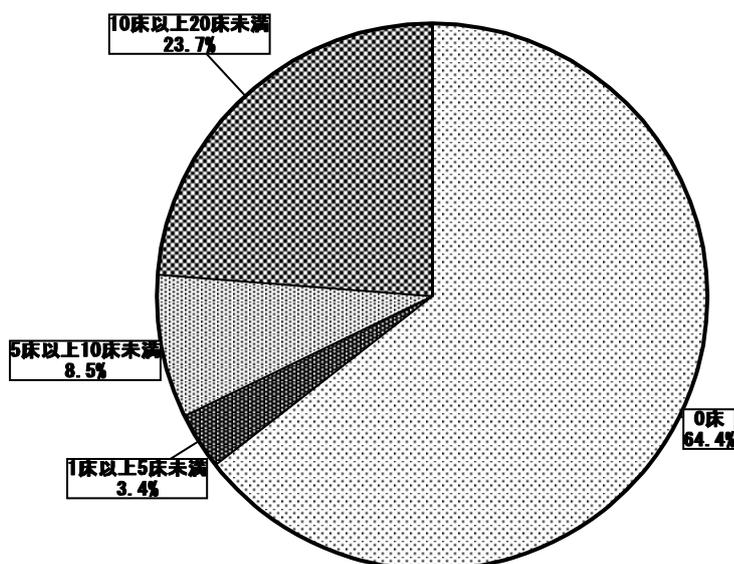


図4-33-4 問33 病床数 - 療養病床  
(n = 59, m ± σ = 4.1 ± 6.4)



(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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献

図4-33-5 問33 医師数 - 常勤  
 (n = 165, m ± σ = 1.4 ± 0.7)

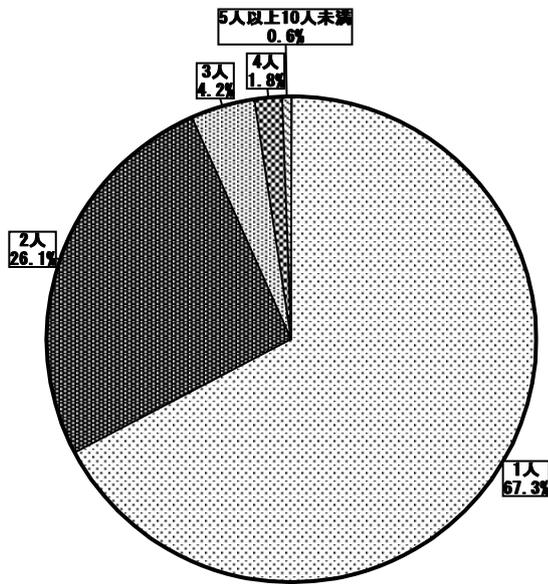


図4-33-6 問33 医師数 - 非常勤  
 (n = 123, m ± σ = 1.7 ± 2.6)

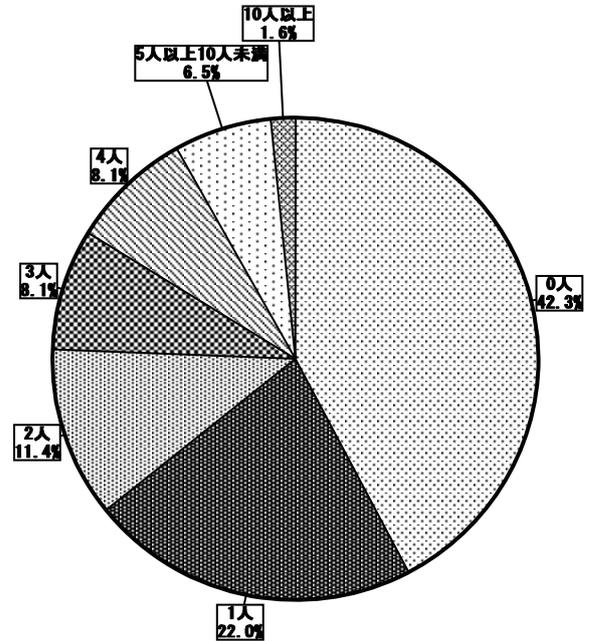


図4-33-7 問33 看護職員数 - 常勤  
 (n = 143, m ± σ = 3.8 ± 3.9)

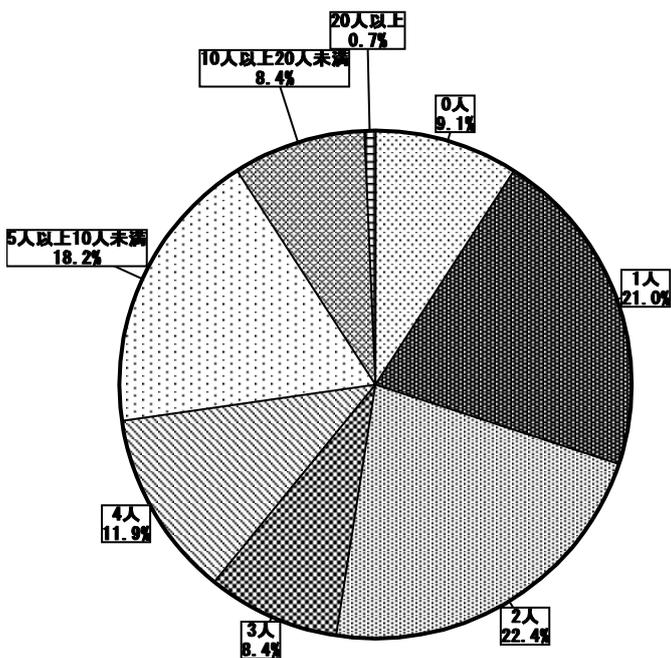


図4-33-8 問33 看護職員数 - 非常勤  
 (n = 124, m ± σ = 2.3 ± 2.5)

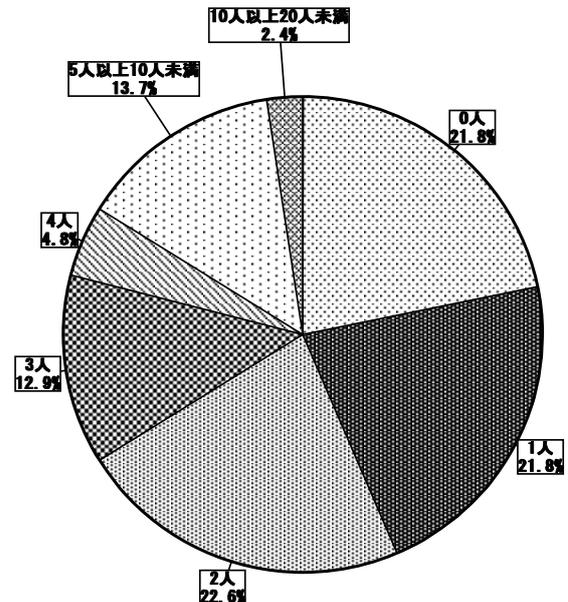


図5-1 問1 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 保険医療機関たる診療所であること  
(n = 83)

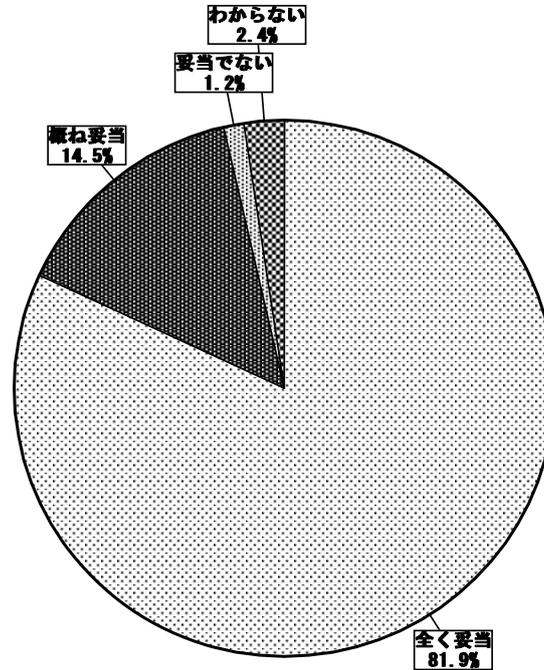


図5-2 問2 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 地域社会保険事務局に認可をうけること  
(n = 83)

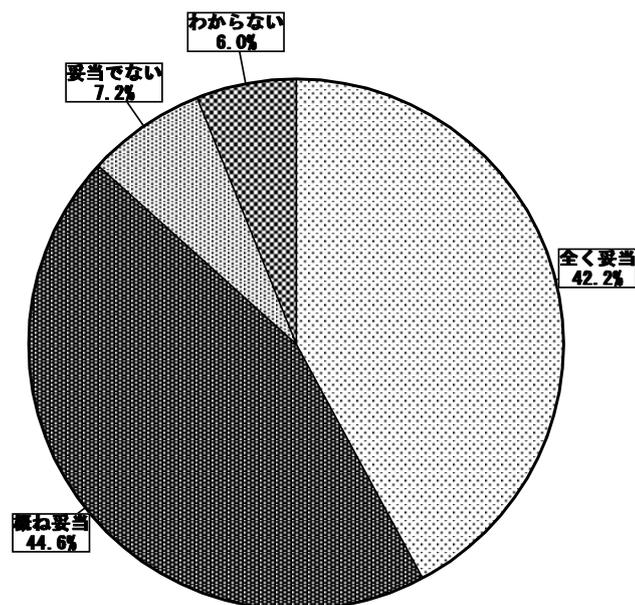


図5-3 問3 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 定期的な認定更新を必要とすること  
(n = 82)

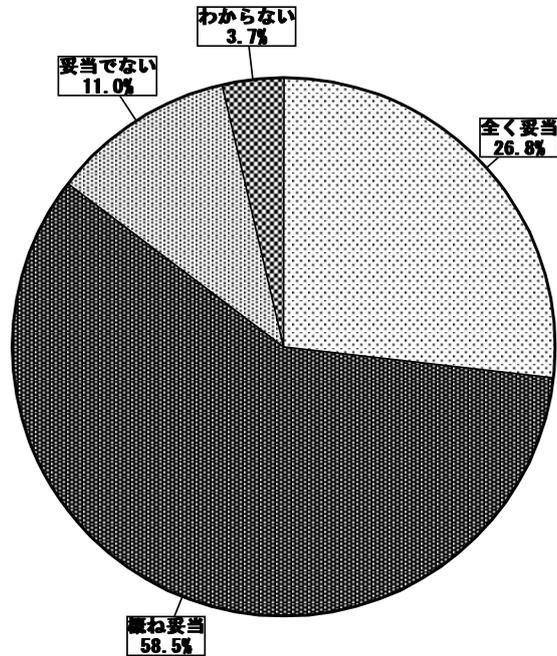


図5-4 問4 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること  
(n = 82)

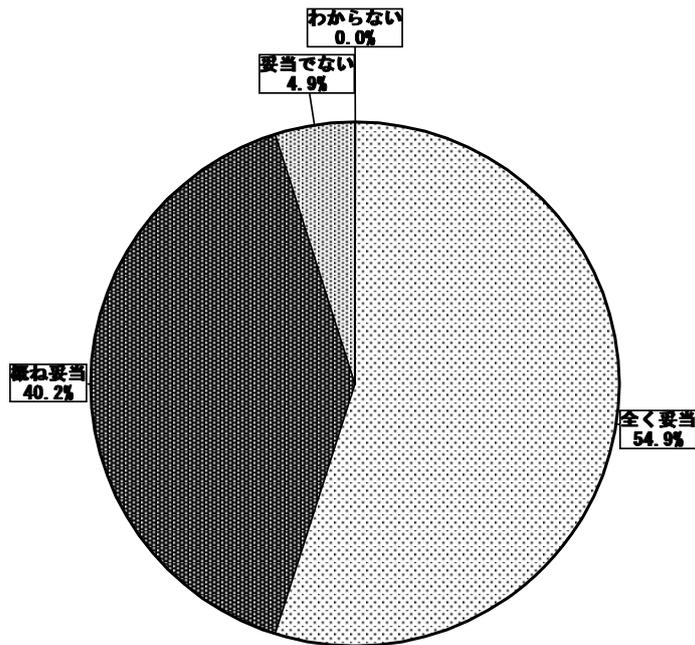


図5-5 問5 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間往診が可能な体制  
(n = 82)

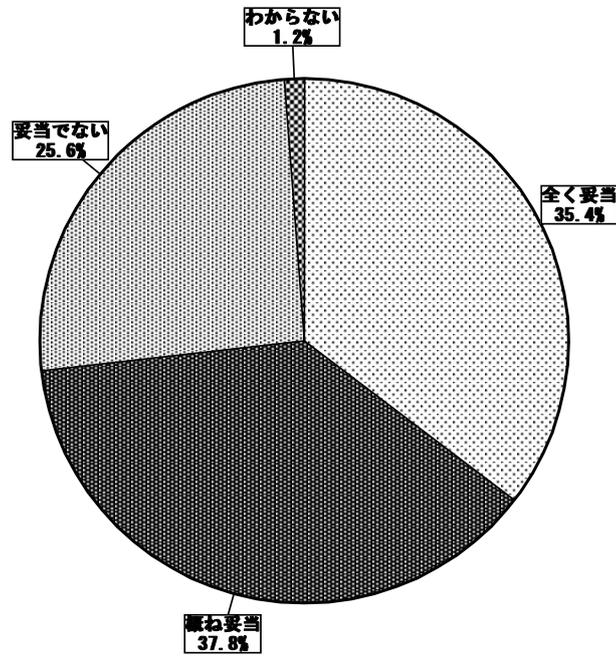


図5-6 問6 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間訪問看護の提供が可能な体制  
(n = 82)

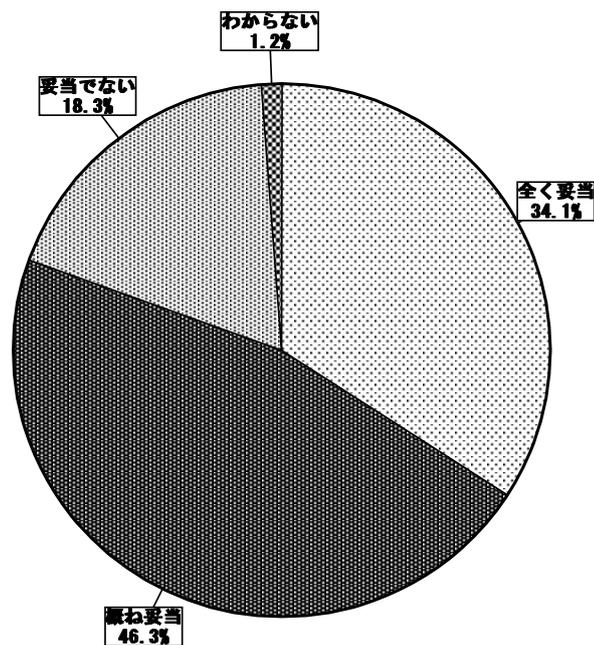


図5-7 問7 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保  
(n = 82)

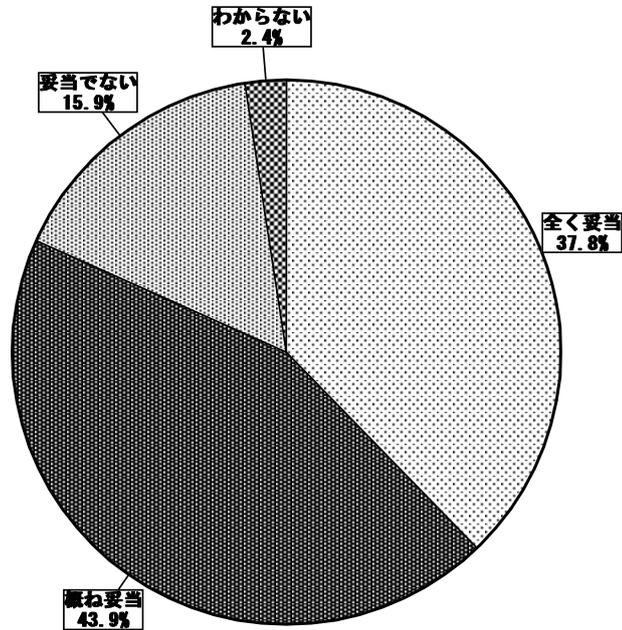


図5-8 問8 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること  
(n = 83)

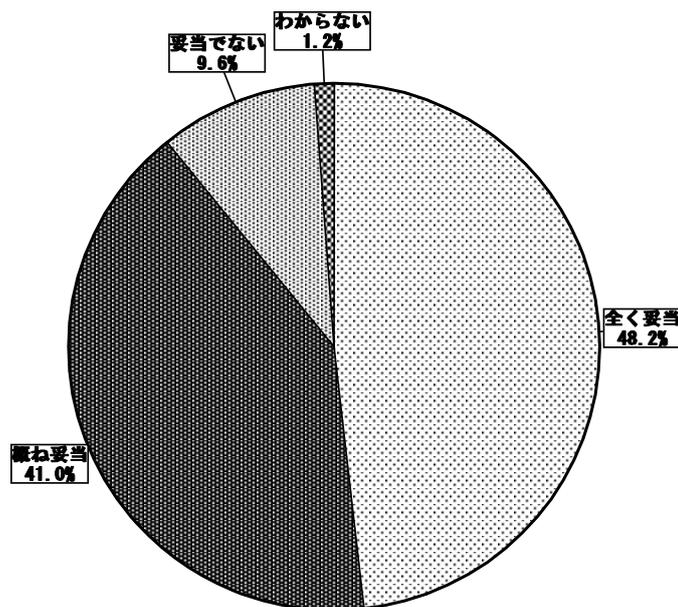


図5-9 問9 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 在宅看取り数を報告  
(n = 83)

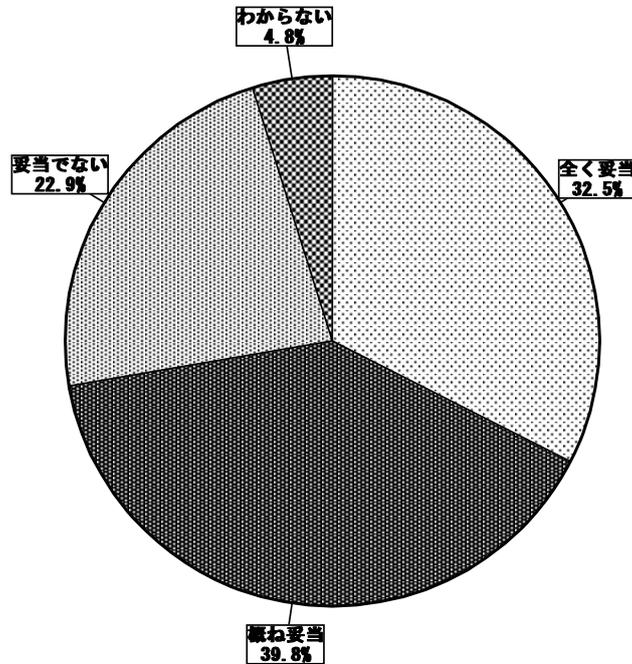


図5-10 問10 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 緊急往診の実績報告を定期的に行うこと  
(n = 83)

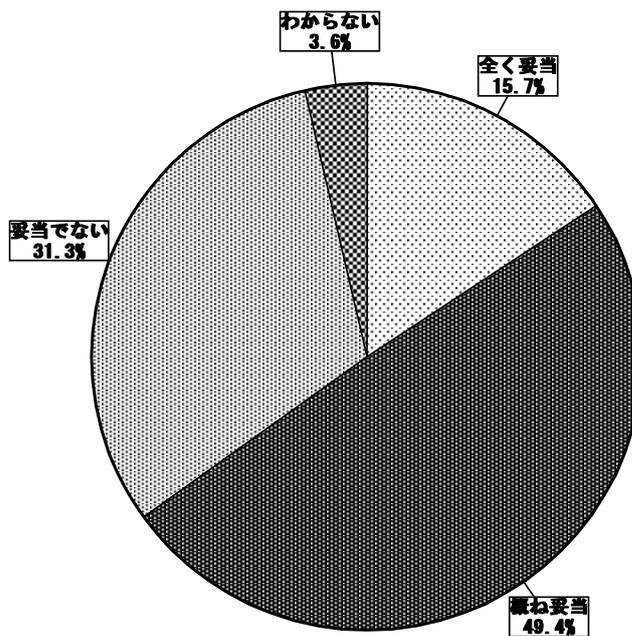


図5-12 問12 要件 - 退院時ケアカンファランスの評価向上  
(n = 83)

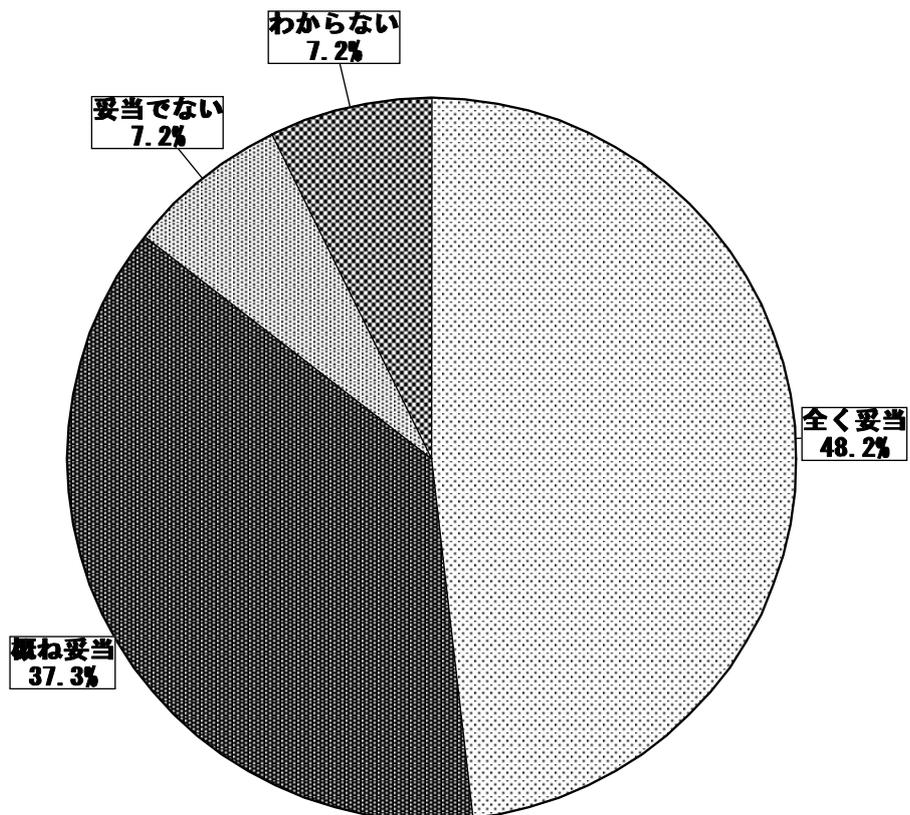


図5-14 問14 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 医師訪問  
 死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
 (n = 70, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
 (日数 :  $m \pm \sigma = 14.5 \pm 23.3$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 4.0 \pm 6.4$ )

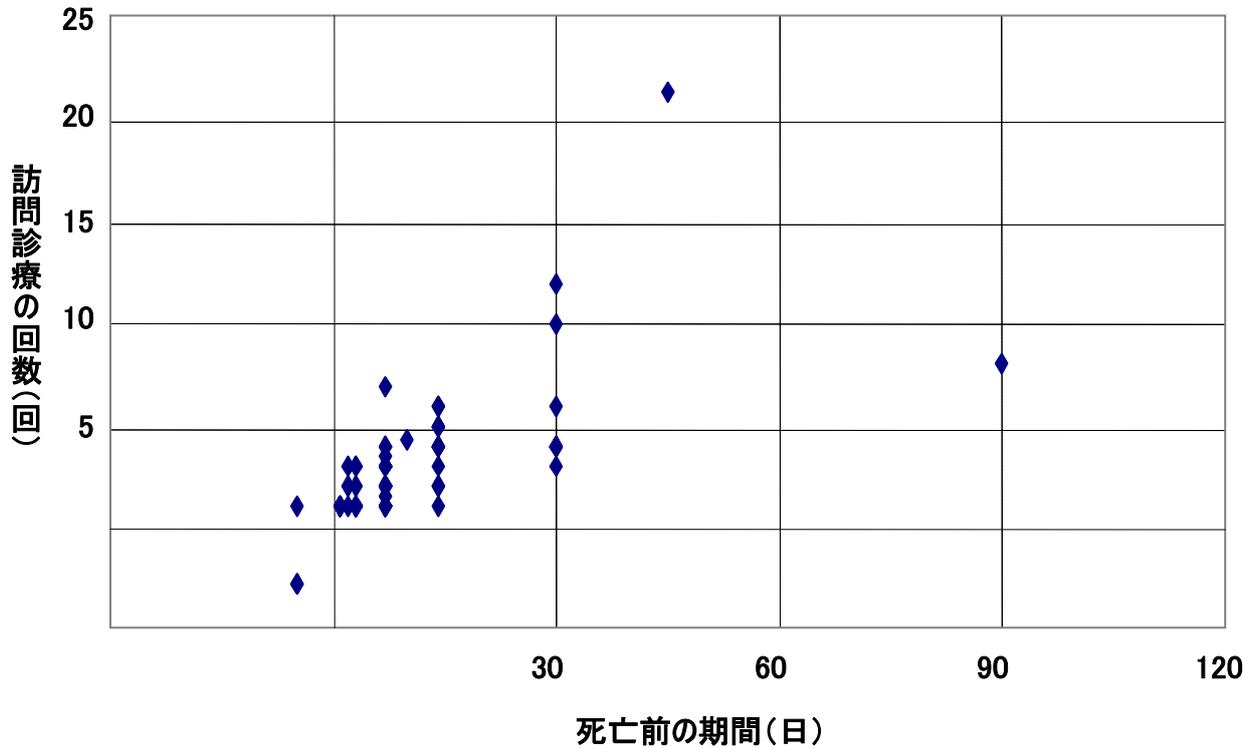


図5-15 問15 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 看護師訪問  
 死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
 (n = 69, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
 (日数 :  $m \pm \sigma = 14.9 \pm 24.3$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 5.4 \pm 8.5$ )

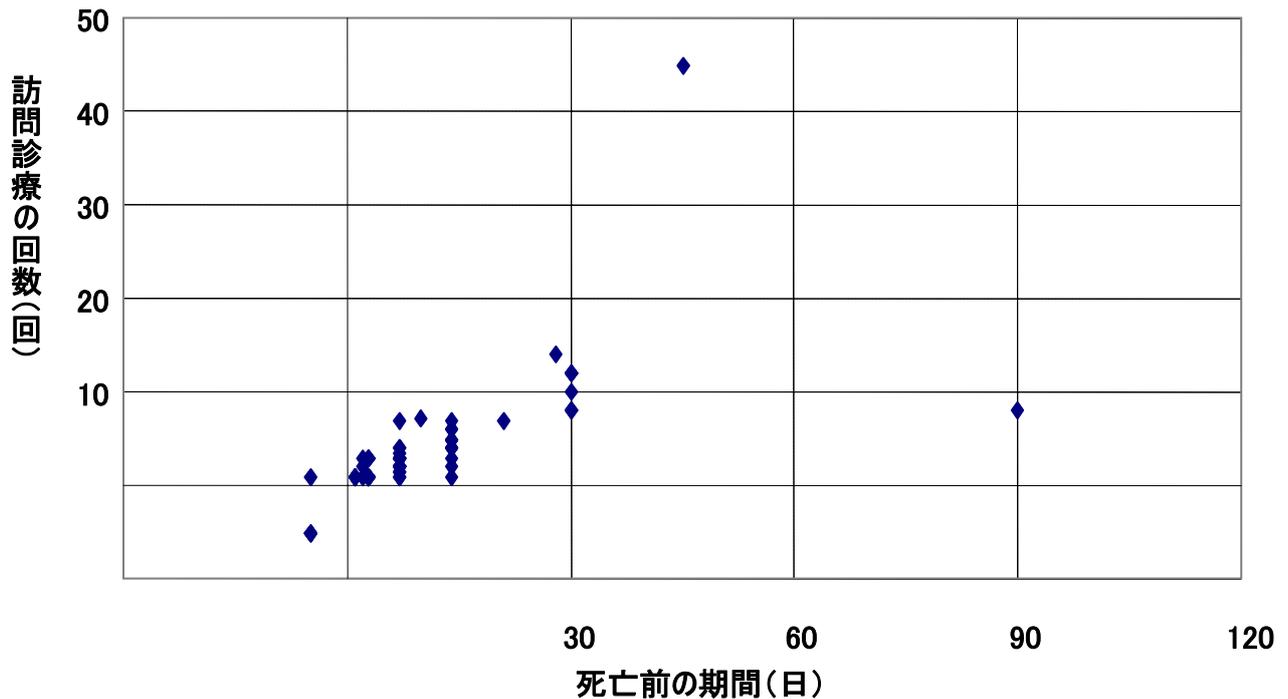


図5-16 問16 他施設でのターミナルケア - 医師  
(n = 83)

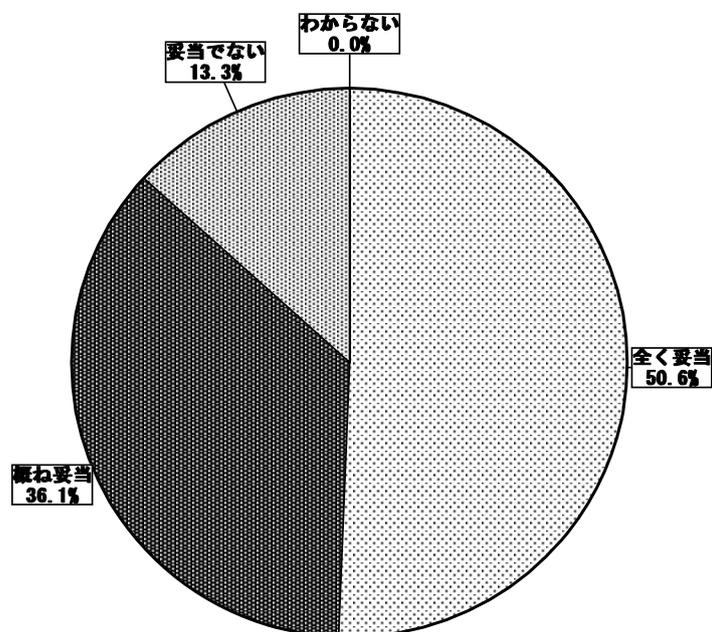


図5-17 問17 他施設でのターミナルケア - 看護師  
(n = 82)

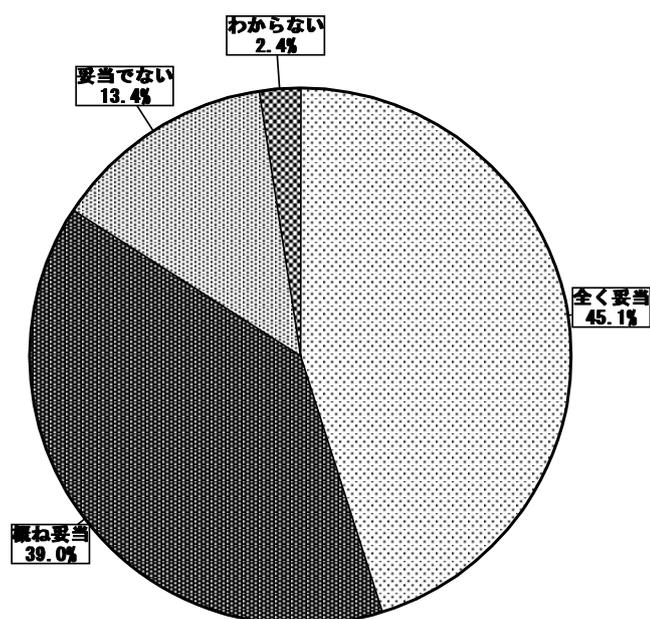


図5-19 問19 在宅・入院の混合診療においても在総診を算定  
(n = 83)

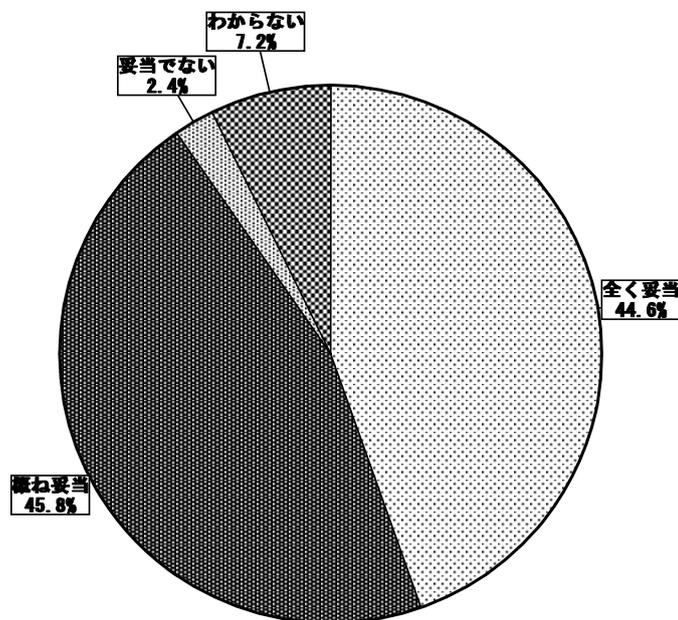


図5-20 問20 事前指示を徴することについて  
(n = 81)

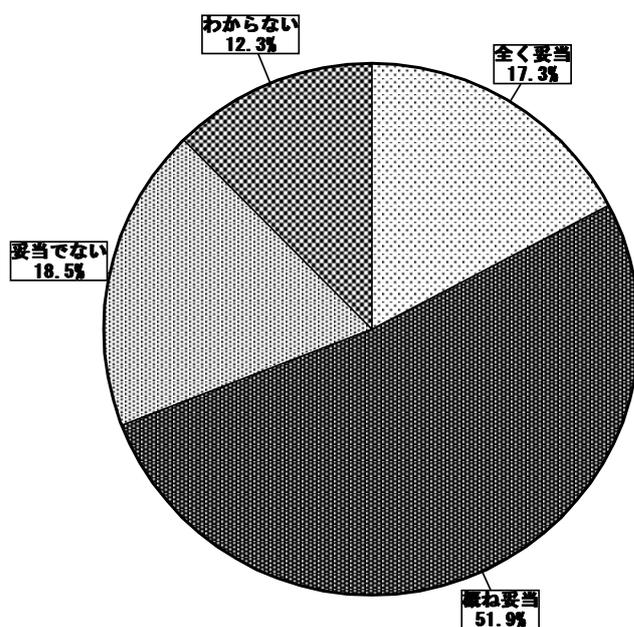


図5-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット  
 (n = 78, 3つまでを選択)

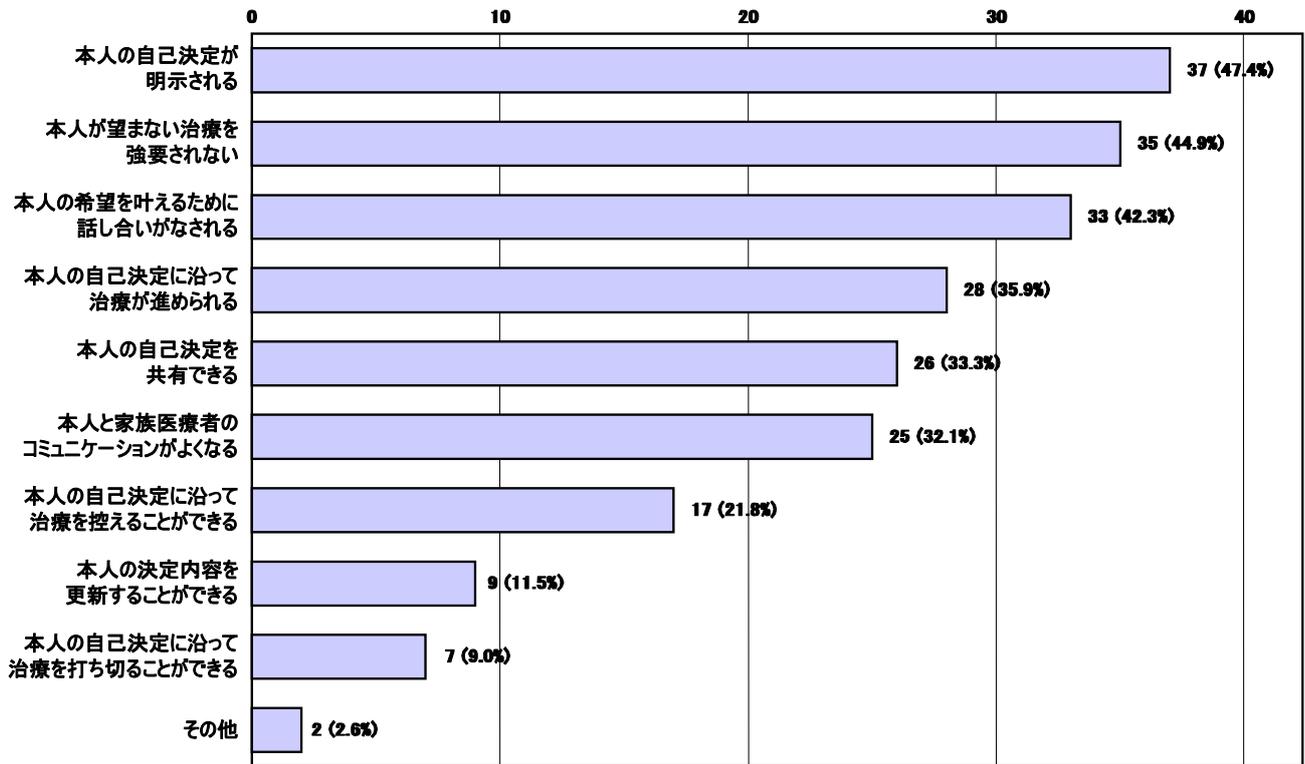


表5-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット - その他(表記のまま)

68	終末期に入院させずにすむ
244	家族、患者とのトラブル防止のため

図5-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因  
 (n = 80, 3つまでを選択)

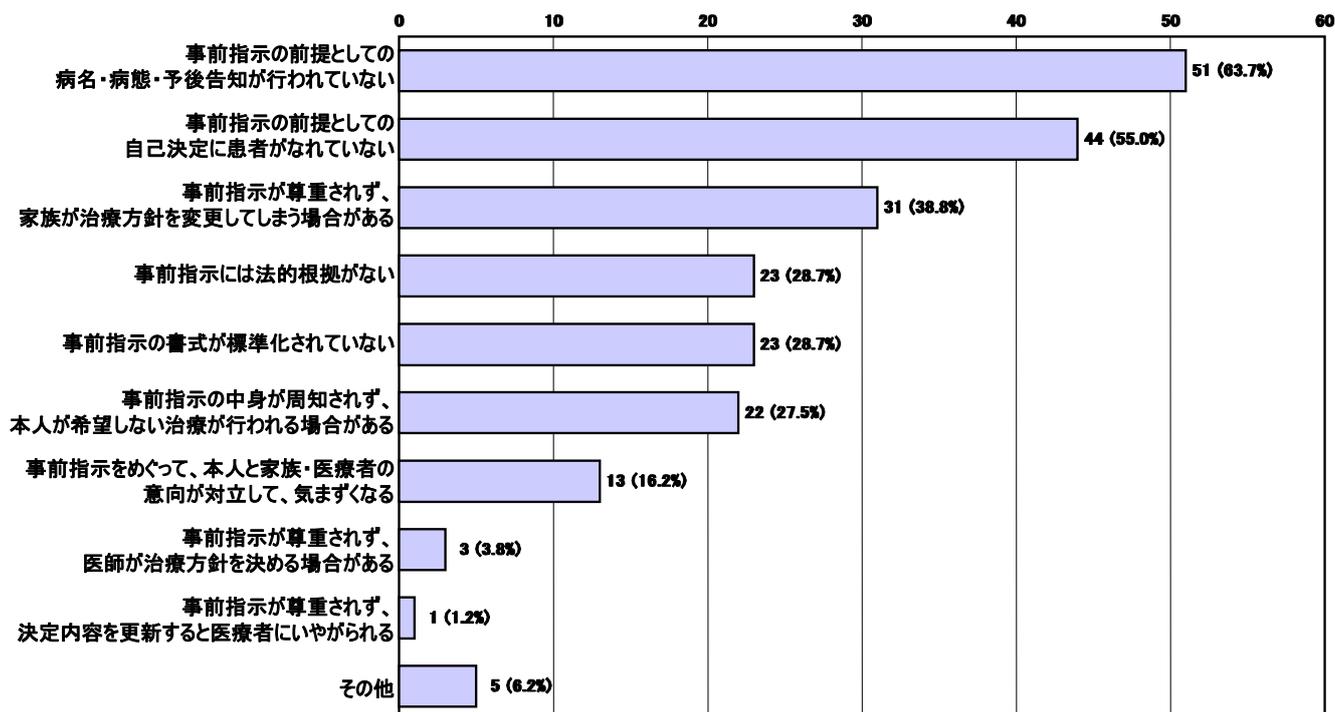


表5-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因 - その他(表記のまま)

77	助からない病気とわかっていても、1分1秒でも長く生きたいという人が多く、欧米のキリスト教的な“神のもとへ”という最期のうけ入れをうまくできない方が多いのでは
182	患者・家族の状況によって在宅で診れなくなる事もあるから
255	インフォームドコンセントさえ、十分に理解されていないのに無理
333	事前指示の内容が、本人の状態の変化によって、変わりうる。
364	末期の悪性腫瘍以外で予後の予測が困難なため。高齢者の肺炎で入院すれば治る可能性があるが、結果的には在宅でも入院でも治らなかつたりする例があり、正確な情報を示せないことがあるため

図5-23 問23 事前指示 - 普及の方策  
(n = 80, 3つまでを選択)

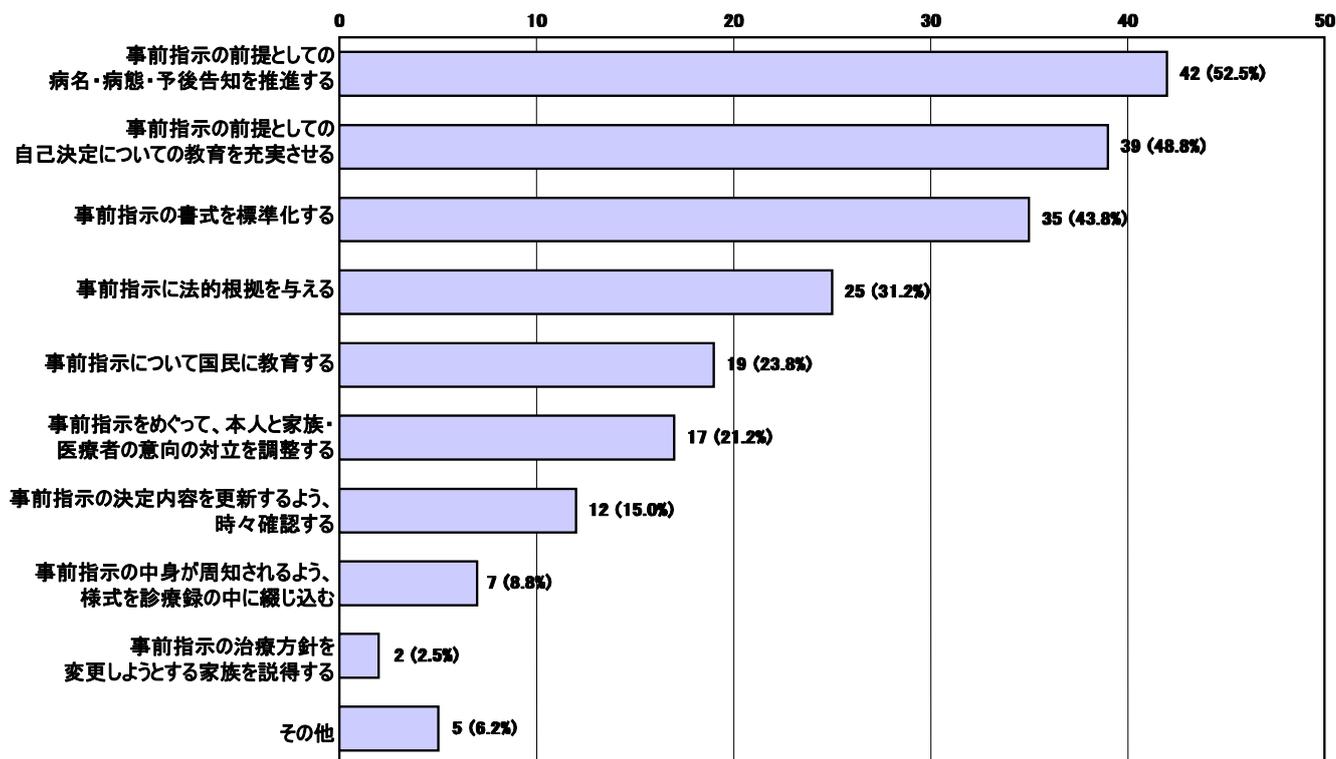


表5-23 問23 事前指示 - 普及の方策 - その他(表記のまま)

77	病名告知、予後告知をした後、本人が抑うつ状態になったのを主治医が全部1人で支える…これが現在の医療です。心理療法士などが少なく保健適応もない。「癌告知以后」という運動がありました。癌も含め、認知症など告知以後を支えるスタッフの数が少なすぎます。
255	時間
278	事前指示をめぐって、本人と家族・医療者の意向をよく話し合いをする。
333	最終的には、事前指示にこだわらず、変化しても本人の意向を尊重する。
364	疾病の予後をより正確に予測し、本人に情報提供する。(その予測の限界も含めて)

図5-24 問24 在宅療養支援診療所(仮称)登録の希望  
(n = 82)

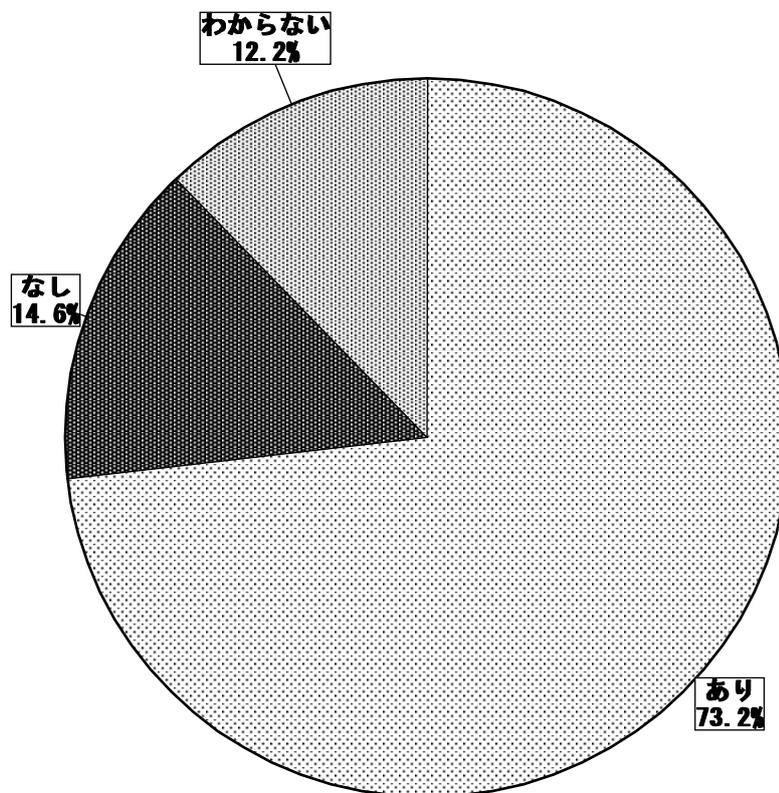


図5-28A-1 問28 A 在宅時医学管理料 - 算定患者数  
 (n = 72, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 5.1 \pm 13.6$ )

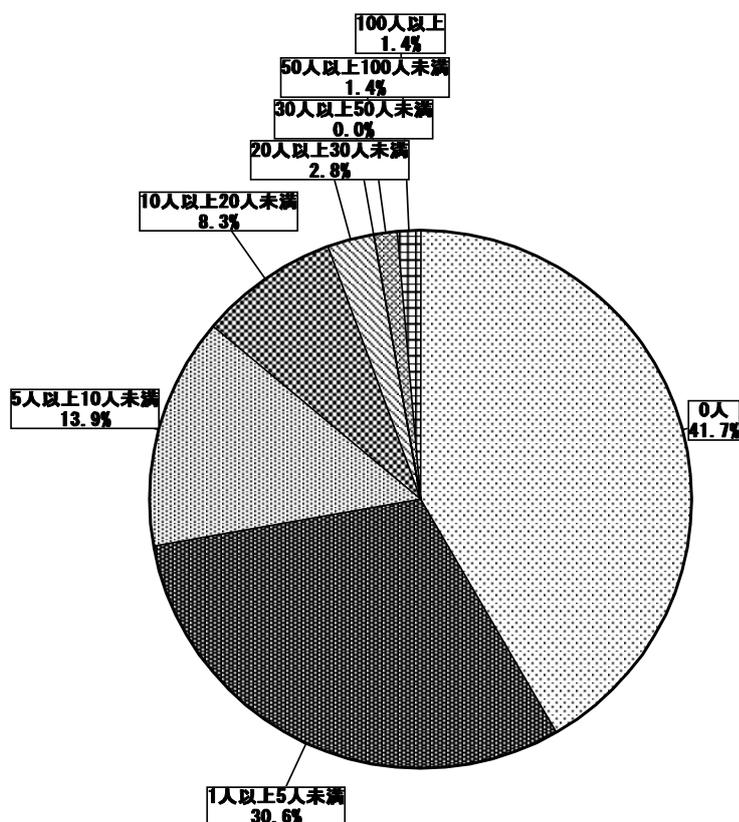
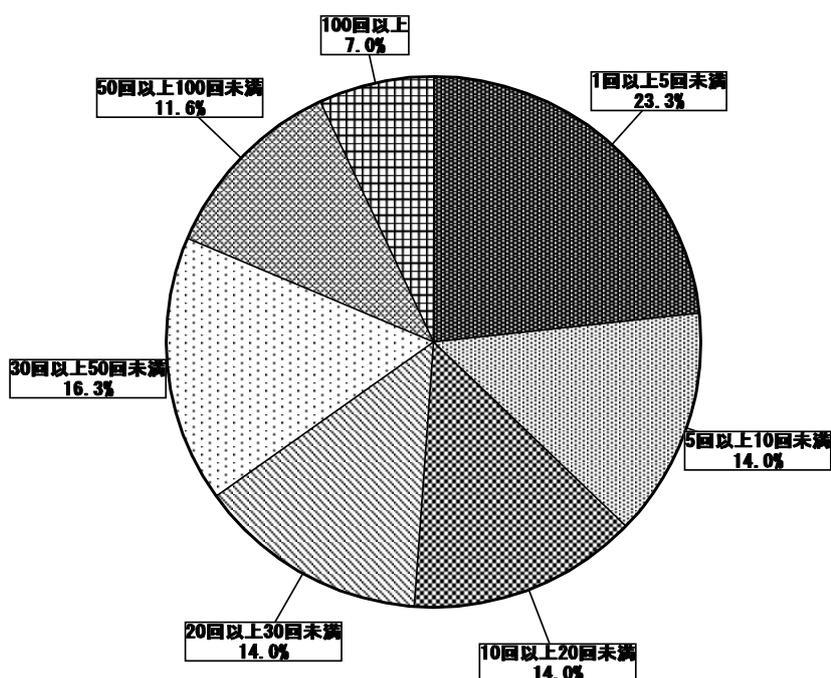


図5-28A-2 問28 A 在宅時医学管理料 - 訪問診療延回数  
 (n = 43, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 33.9 \pm 49.5$ )



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-28A-3 問28 A 在医管 - 往診  
 (n = 34, m ± σ = 4.6 ± 9.1)

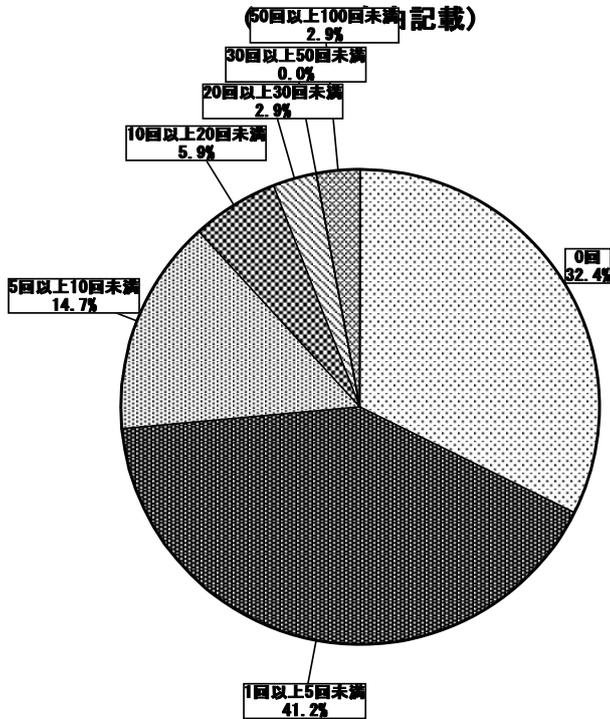


図5-28A-4 問28 A 在医管 - 往診・夜間深夜  
 (n = 33, m ± σ = 0.8 ± 1.7)

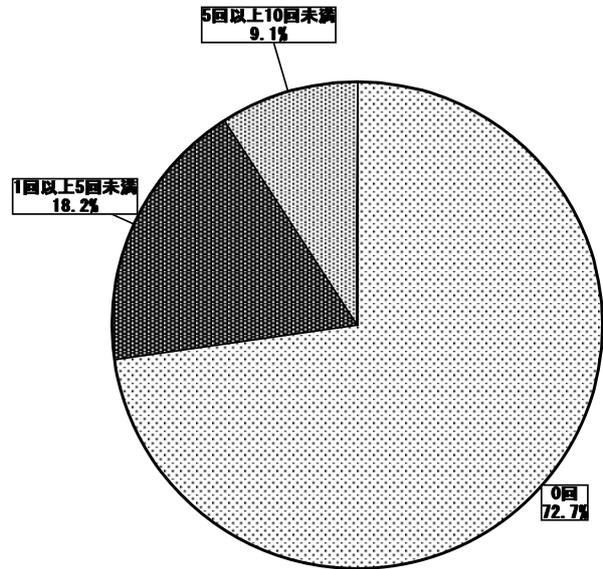


図5-28A-5 問28 A 在医管 - 訪問看護延人数  
 (n = 23, m ± σ = 3.7 ± 6.1)

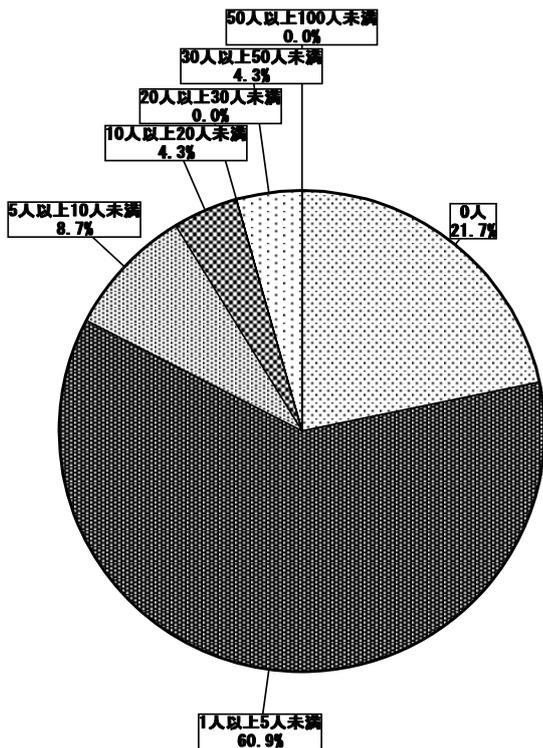


図5-28A-6 問28 A 在医管 - 訪問看護延回数  
 (n = 20, m ± σ = 20.2 ± 18.2)

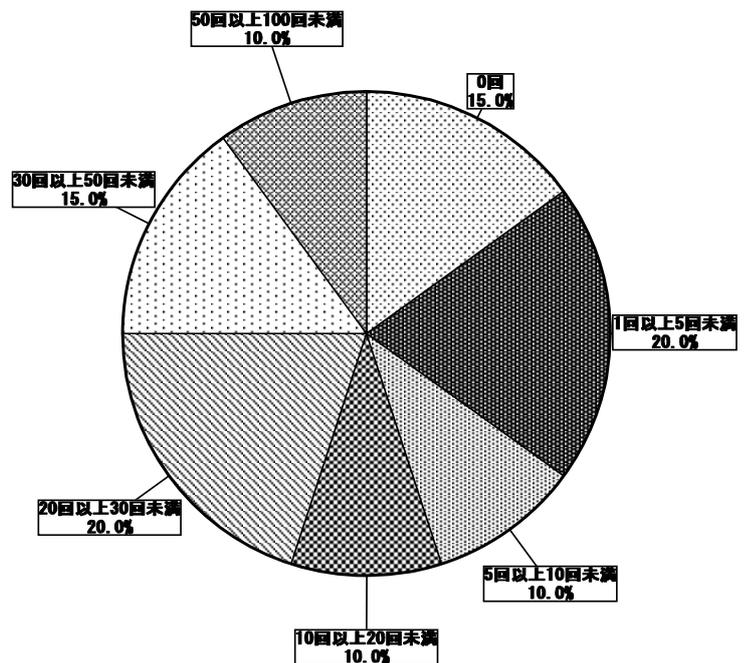


図5-28B-1 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 算定患者数  
(n = 77, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 39.3 \pm 47.7$ )

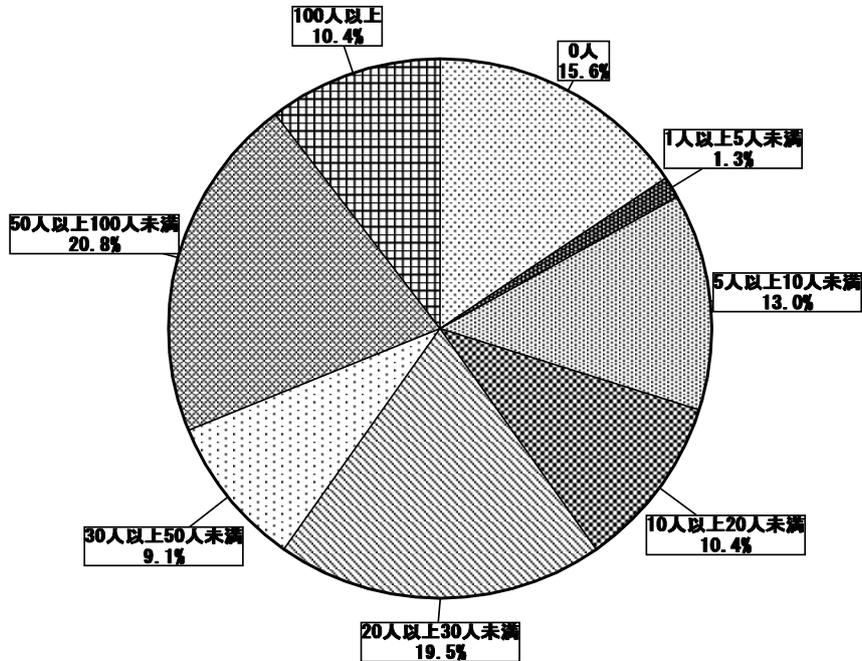
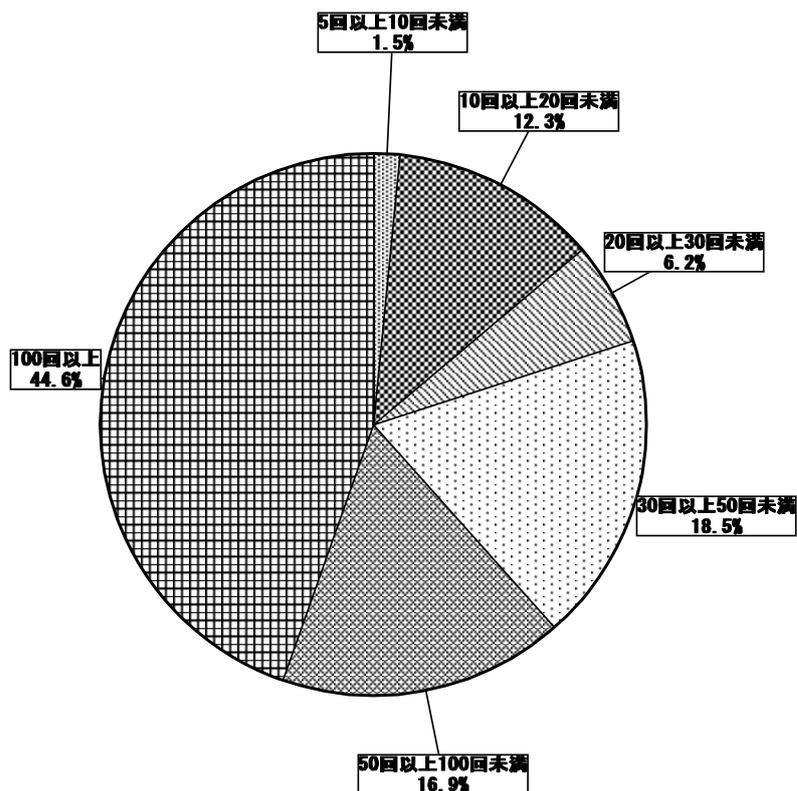


図5-28B-2 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 訪問診療延回数  
(n = 65, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 127.0 \pm 162.5$ )



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-28B-3 問28 B 在総診 - 往診  
 (n = 58, m ± σ = 13.4 ± 18.6)

図5-28B-4 問28 B 在総診-往診・夜間深夜  
 (n = 53, m ± σ = 2.1 ± 2.8)

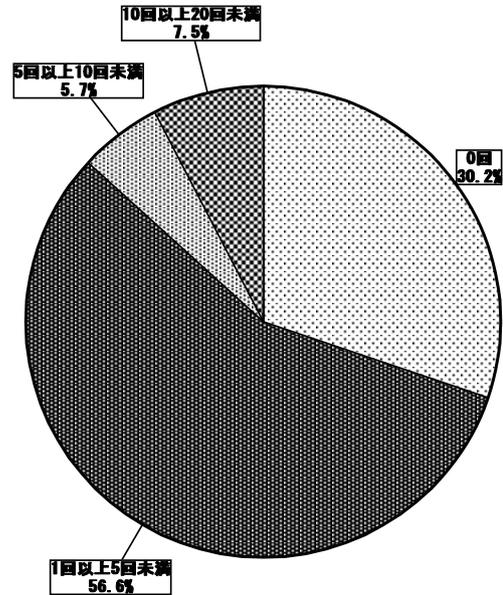
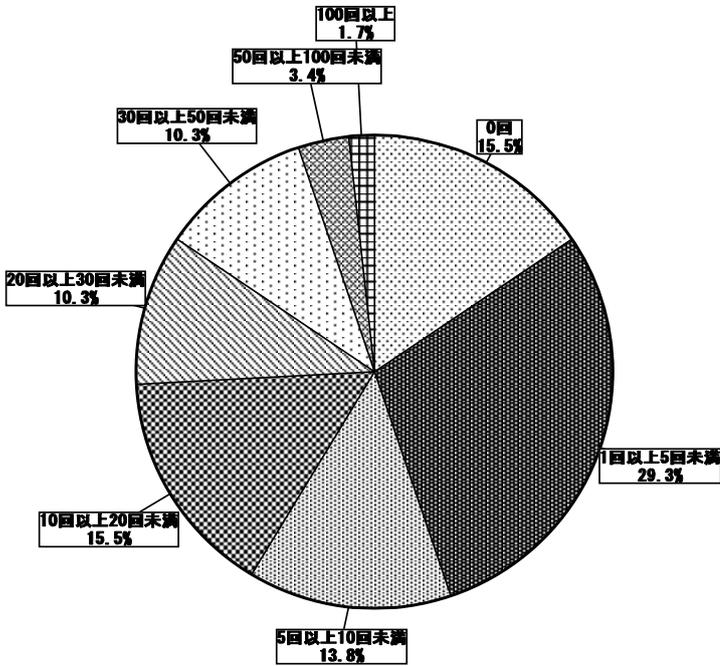


図5-28B-5 問28 A 在総診-訪問看護延人数  
 (n = 31, m ± σ = 16.9 ± 24.5)

図5-28B-6 問28 B 在総診 - 訪問看護延回数  
 (n = 25, m ± σ = 115.1 ± 157.1)

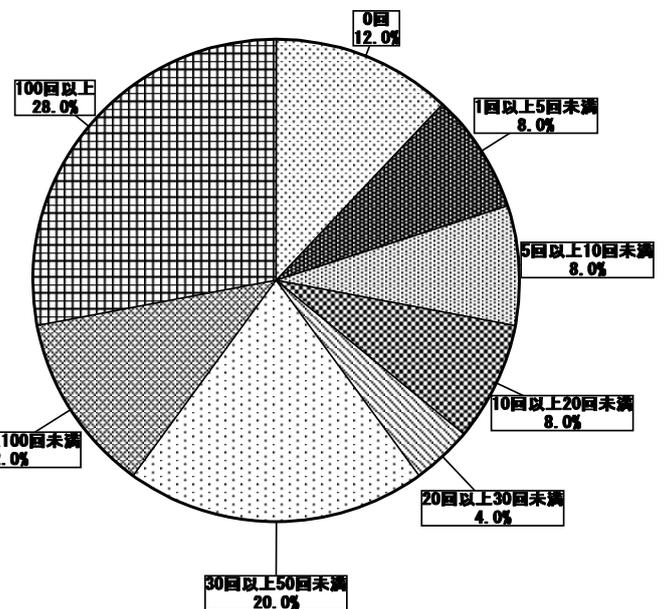
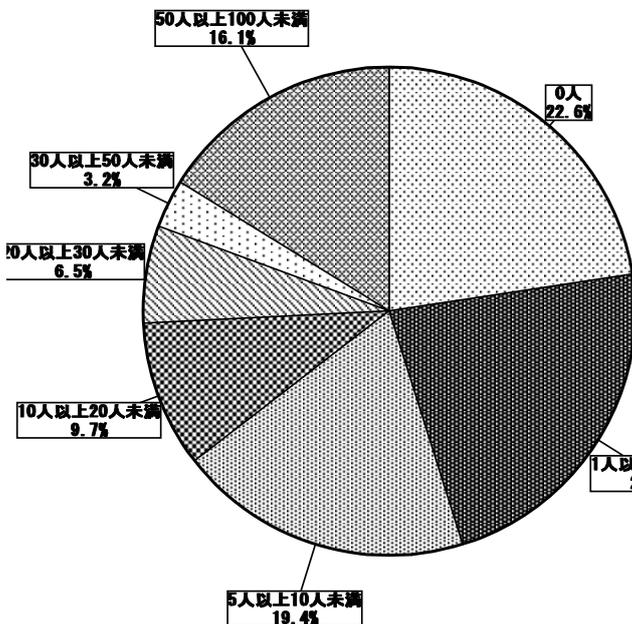


図5-28C-1 問28 C 在医総 - 算定患者数  
 (n = 70, m ± σ = 1.0 ± 2.3)

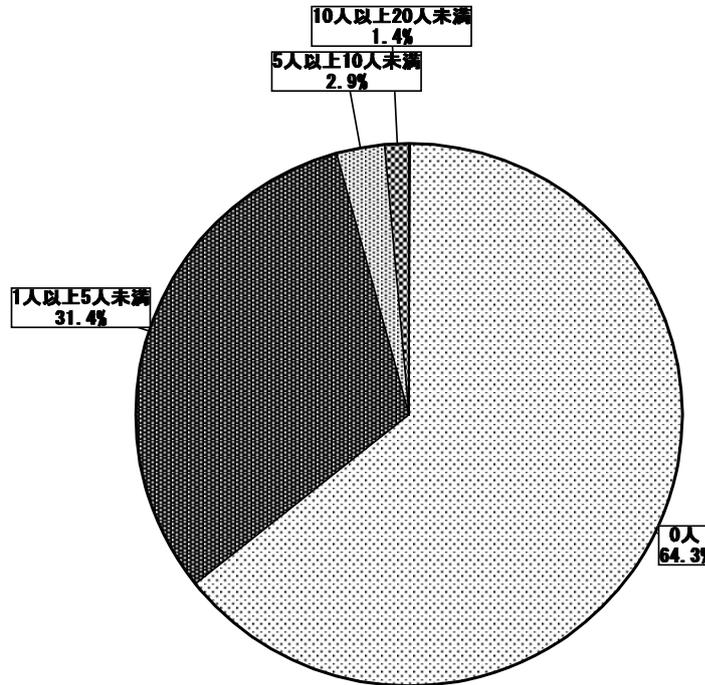
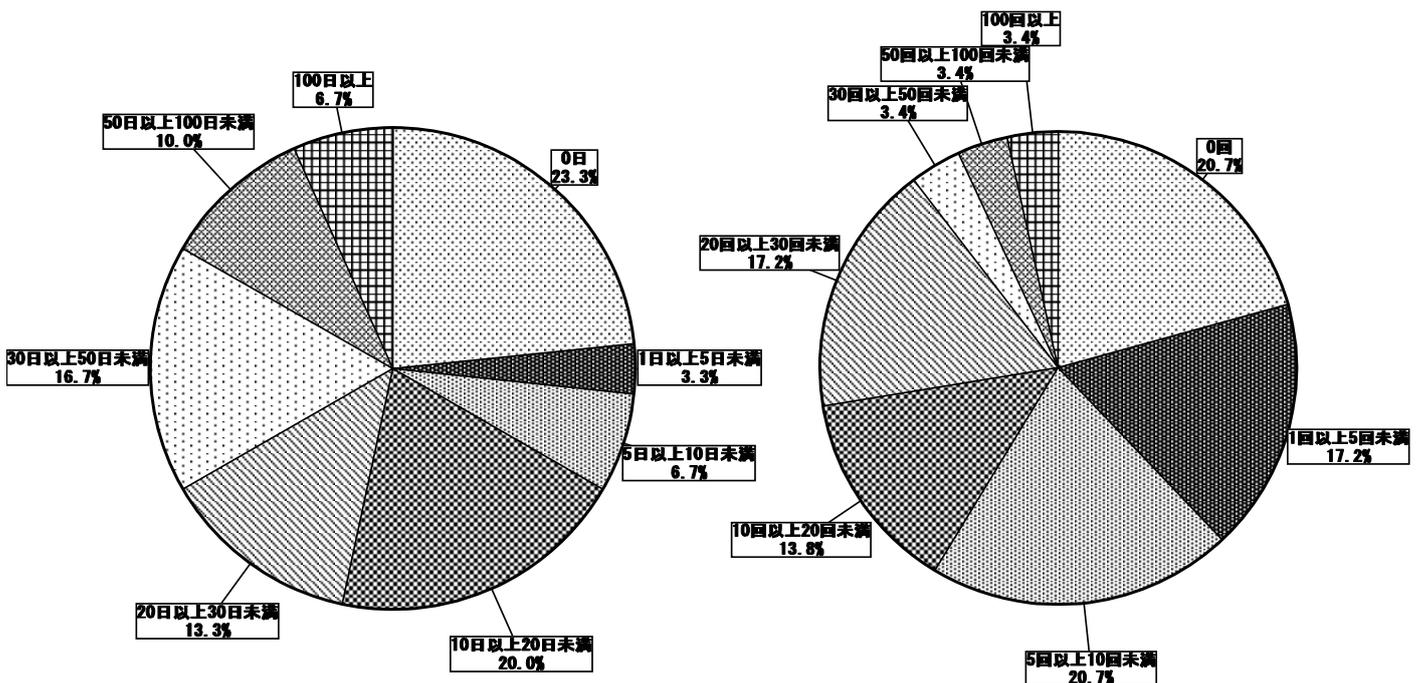


図5-28C-2 問28 C 在医総 - 延日数  
 (n = 30, m ± σ = 35.7 ± 67.3)

図5-28C-3 問28 C 在医総 - 訪問診療延回数  
 (n = 29, m ± σ = 18.3 ± 37.0)



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-28C-4 問28 C 在医総 - 往診  
 (n = 28, m ± σ = 4.2 ± 7.9)

図5-28C-5 問28 C 在医総 - 往診・夜間深夜  
 (n = 26, m ± σ = 1.8 ± 3.9)

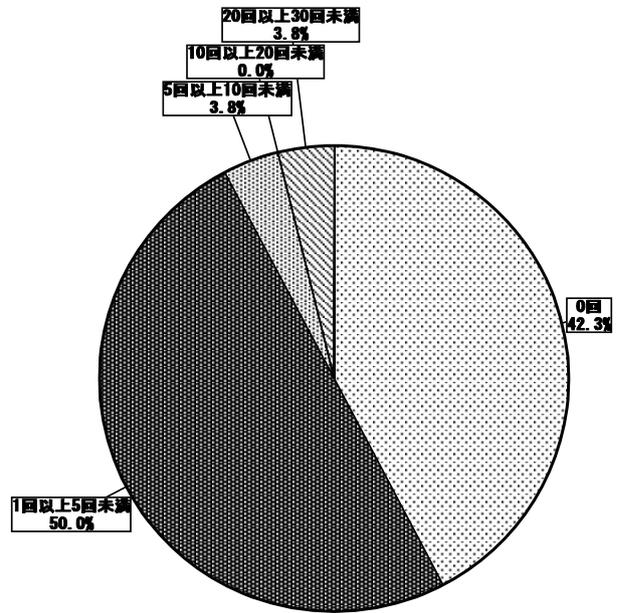
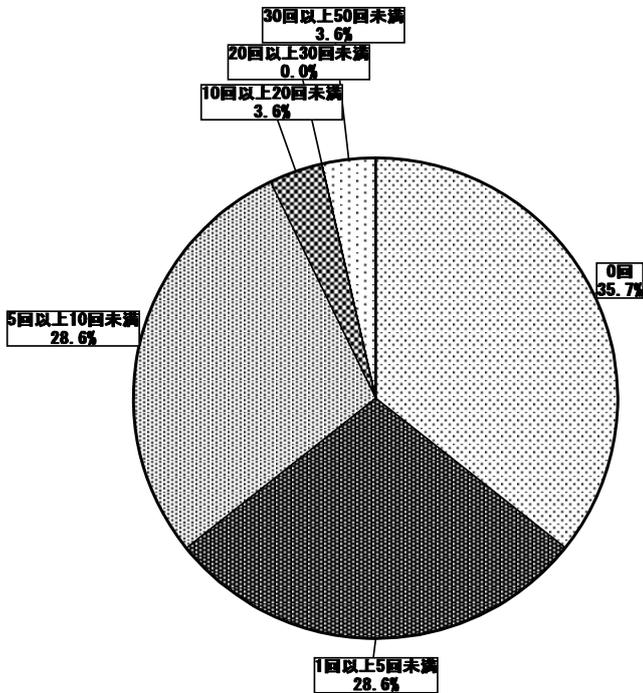


図5-28C-6 問28 C 在医総 - 訪問看護延人数  
 (n = 14, m ± σ = 1.7 ± 1.7)

図5-28C-7 問28 C 在医総 - 訪問看護延回数  
 (n = 14, m ± σ = 18.4 ± 27.6)

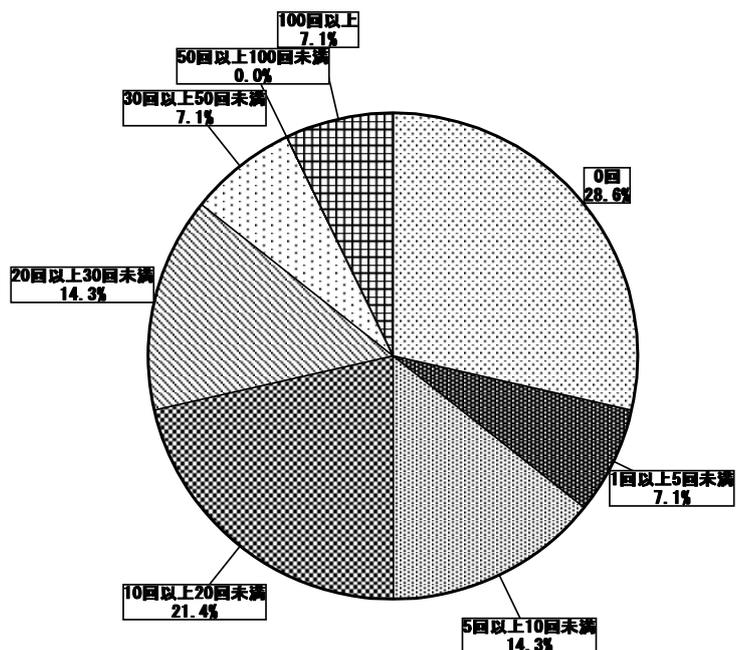
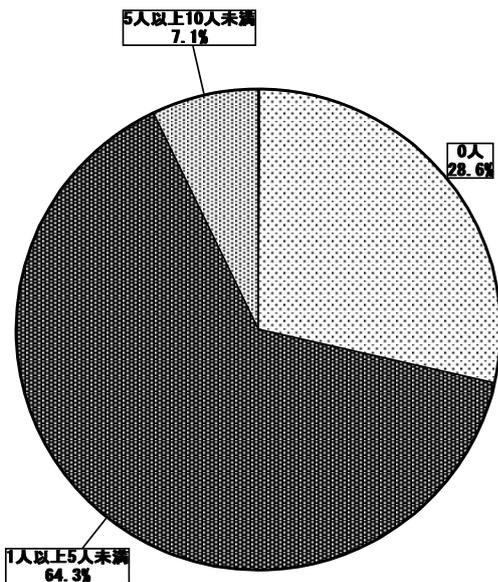


図5-28D-1 問28 D その他の患者 - 往診回数  
(n = 61, m ± σ = 14.6 ± 24.0)

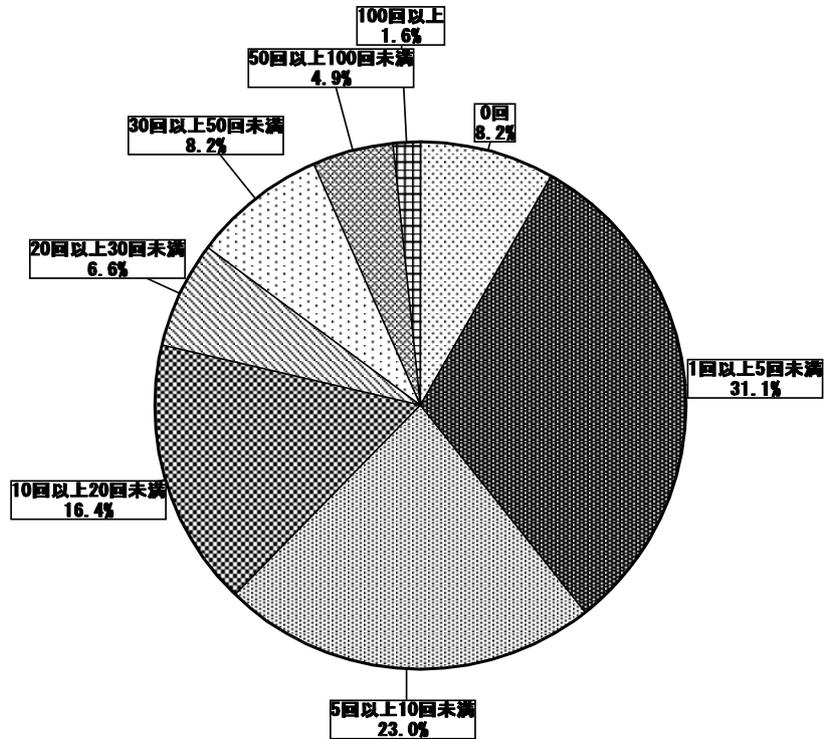
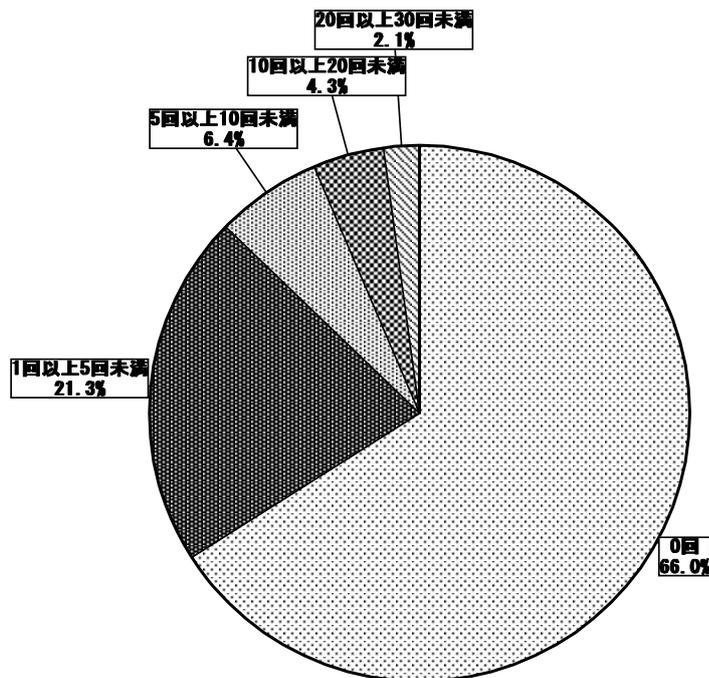


図5-28D-2 問28 D その他の患者 - 往診回数・夜間深夜  
(n = 47, m ± σ = 1.5 ± 3.6)



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-29A-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - A在医管  
 (n = 34, m±σ = 0.6±0.9)

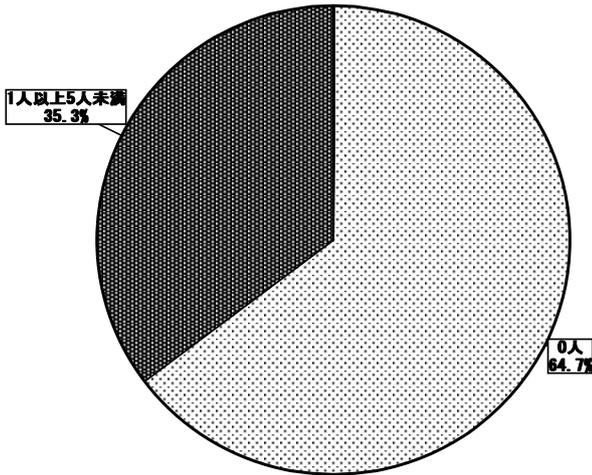


図5-29B-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - B在総診  
 (n = 37, m±σ = 0.4±0.5)

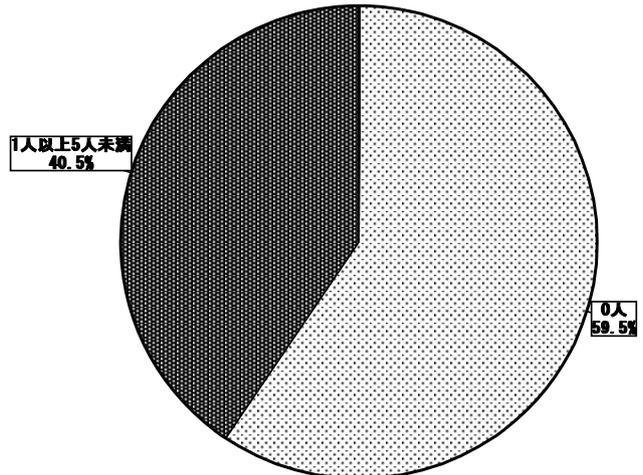


図5-29C-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - C在医総  
 (n = 25)

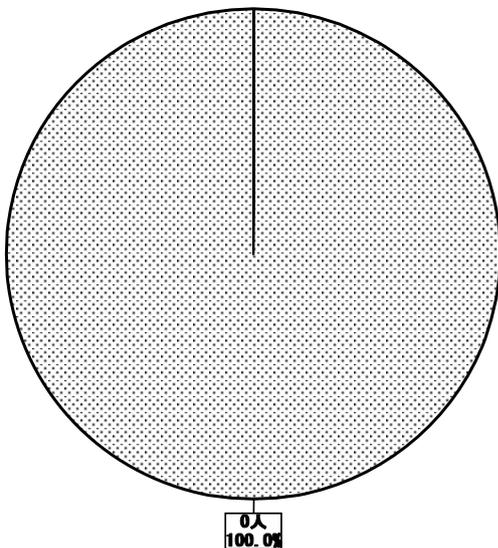
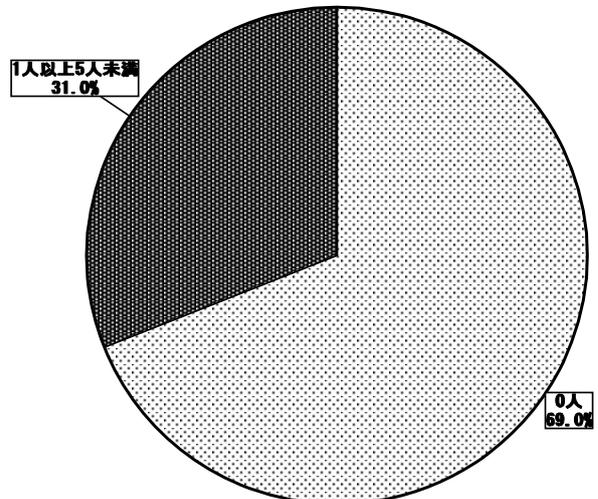


図5-29D-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - Dその他  
 (n = 29, m±σ = 0.4±0.6)



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-29A-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - A在医管  
 (n = 38, m±σ = 1.2±2.5)

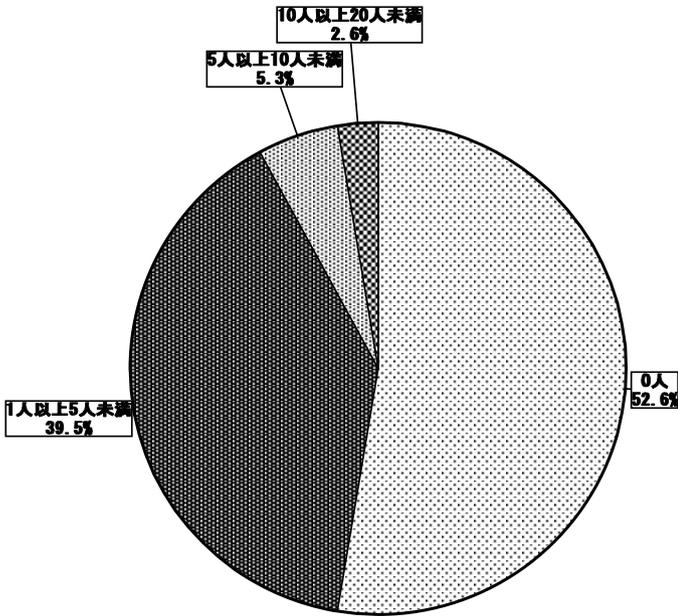


図5-29B-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - B在総診  
 (n = 60, m±σ = 3.5±3.6)

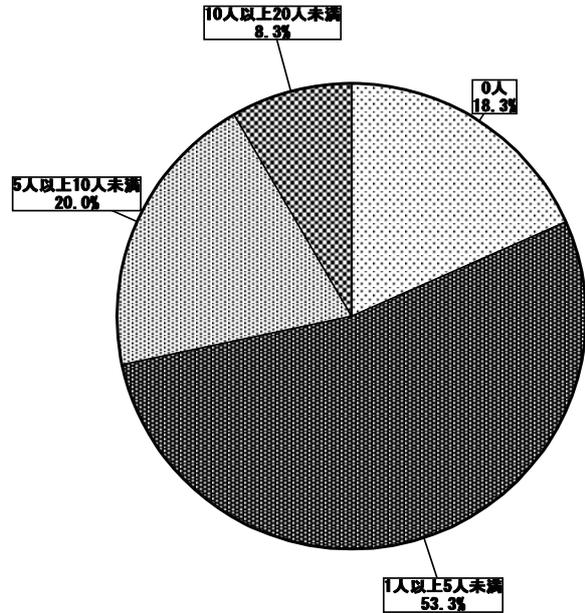


図5-29C-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - C在医総  
 (n = 32, m±σ = 0.6±1.3)

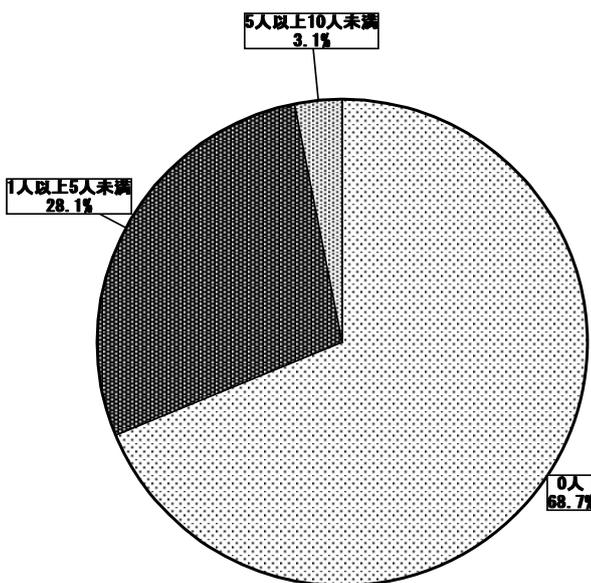
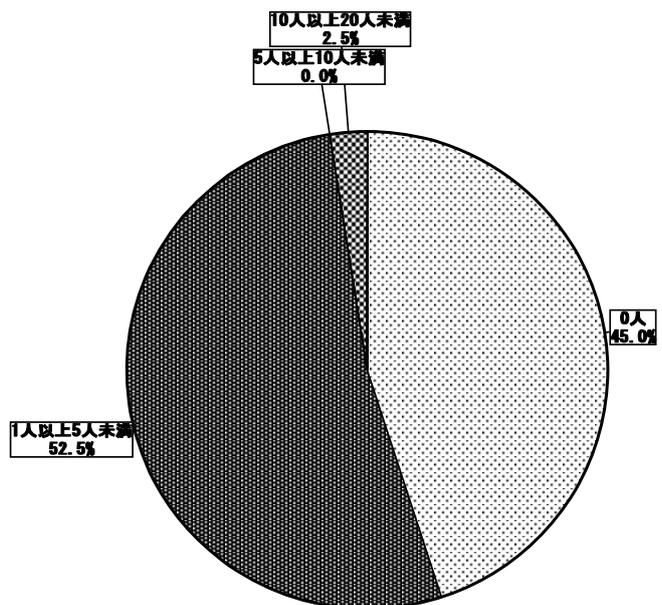


図5-29D-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - Dその他  
 (n = 40, m±σ = 1.1±1.8)



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-29A-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
 - A在医管  
 (n = 31, m±σ = 0.4±0.5)

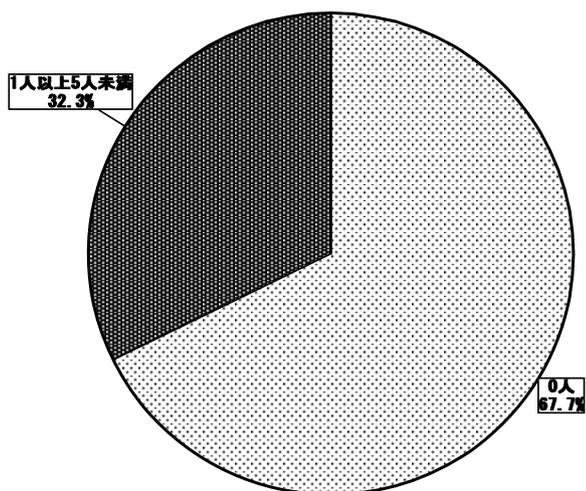


図5-29B-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
 - B在総診  
 (n = 41, m±σ = 0.6±0.9)

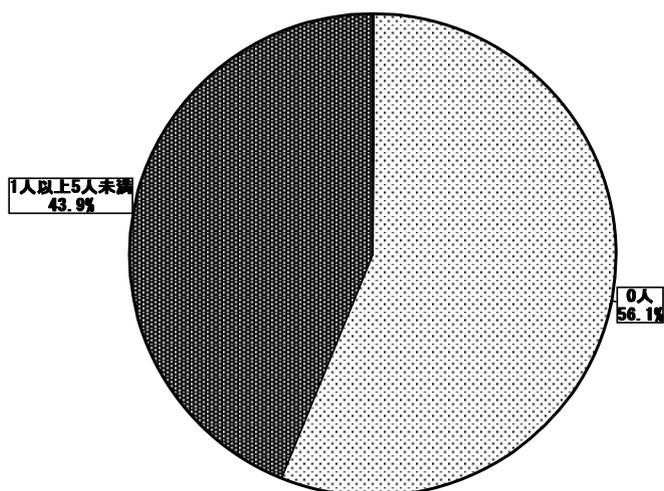


図5-29C-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
 - C在医総  
 (n = 30, m±σ = 0.4±0.9)

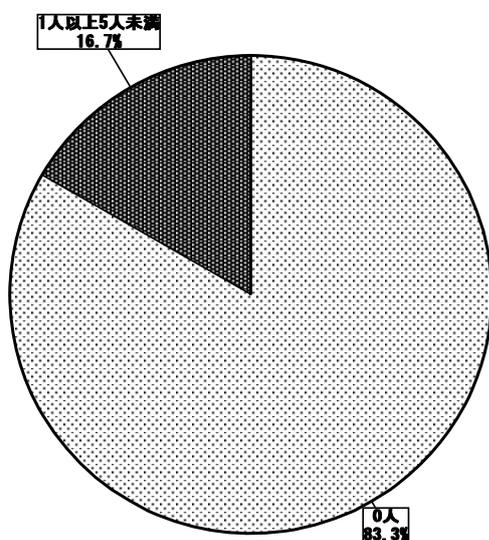
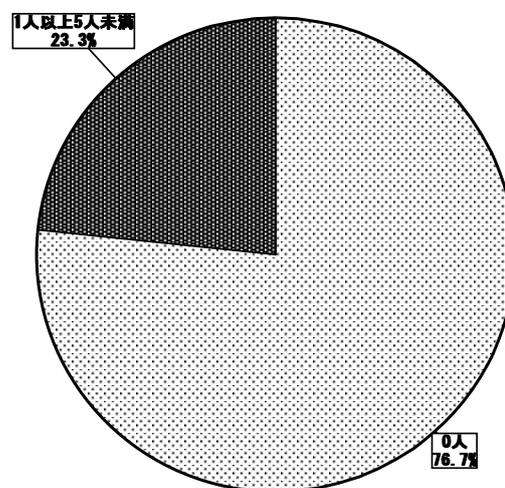


図5-29D-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
 - Dその他  
 (n = 30, m±σ = 0.3±0.5)



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-29A-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
 - A在医管  
 (n = 36, m±σ = 0.7±1.1)

図5-29B-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
 - B在総診  
 (n = 50, m±σ = 2.7±3.0)

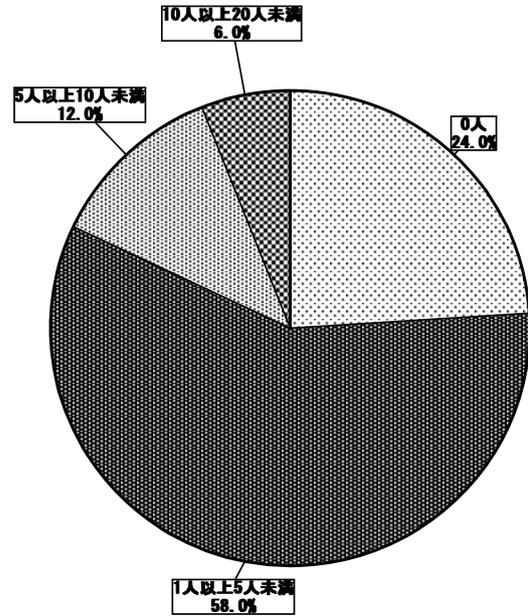
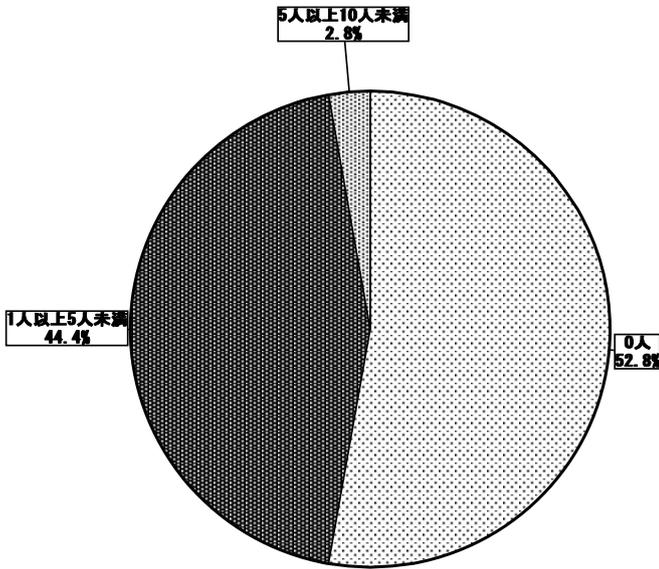
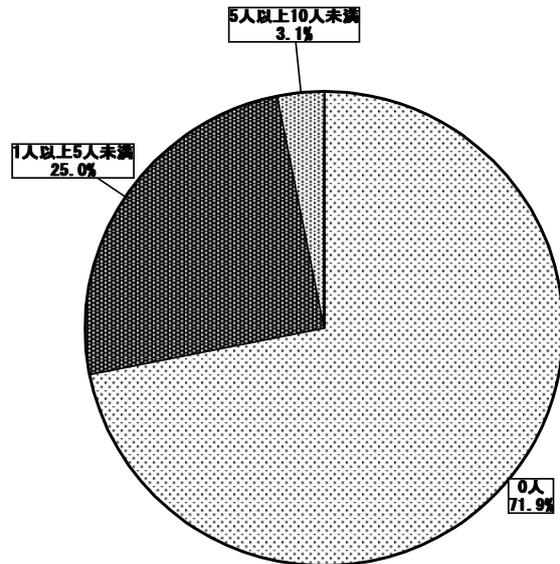
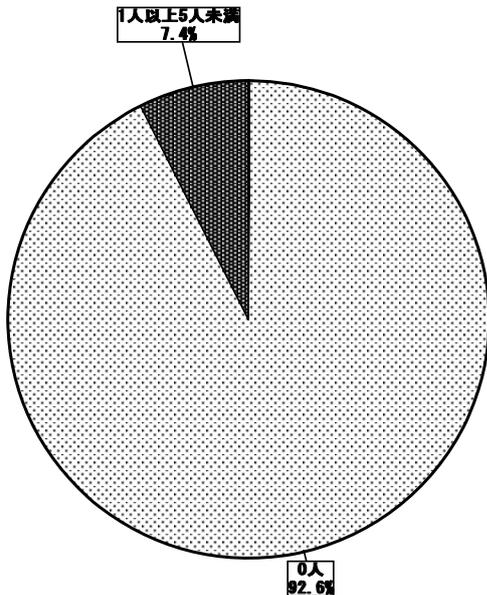


図5-29C-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
 - C在医総  
 (n = 27, m±σ = 0.2±0.7)

図5-29D-4 問29 在宅成分栄養経管栄養法(HEN)  
 - Dその他  
 (n = 32, m±σ = 0.7±1.6)



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-29A-5 問29 連続携行式腹膜透析(GAPD)  
 - A在医管  
 (n = 28, m±σ = 0.0±0.2)

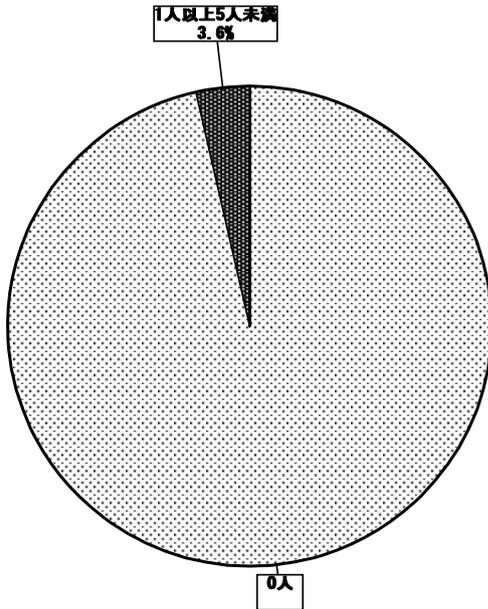


図5-29B-5 問29 連続携行式腹膜透析(GAPD)  
 - B在総診  
 (n = 29, m±σ = 0.0±0.2)

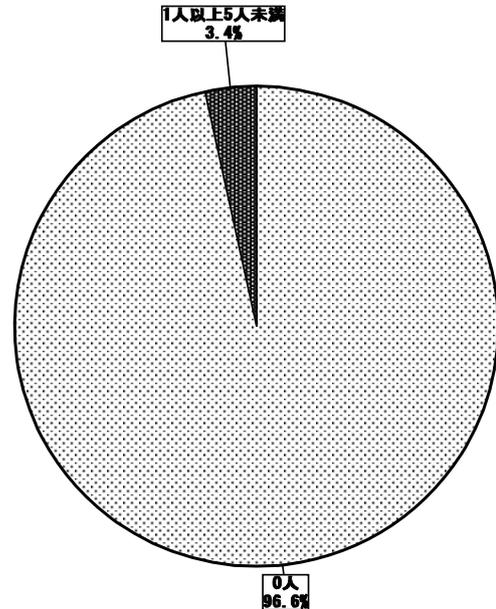


図5-29C-5 問29 連続携行式腹膜透析(GAPD)  
 - C在医総  
 (n = 25)

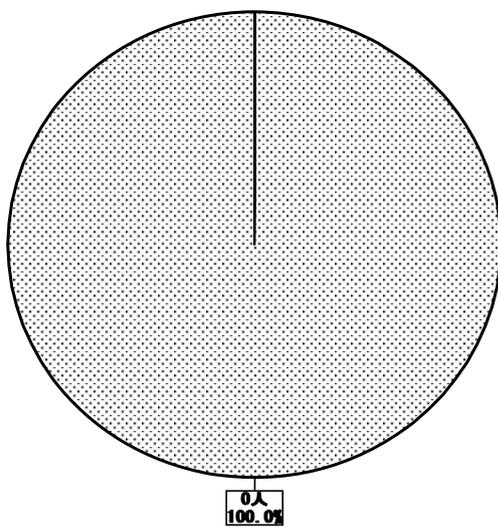


図5-29D-5 問29 連続携行式腹膜透析(GAPD)  
 - Dその他  
 (n = 26)

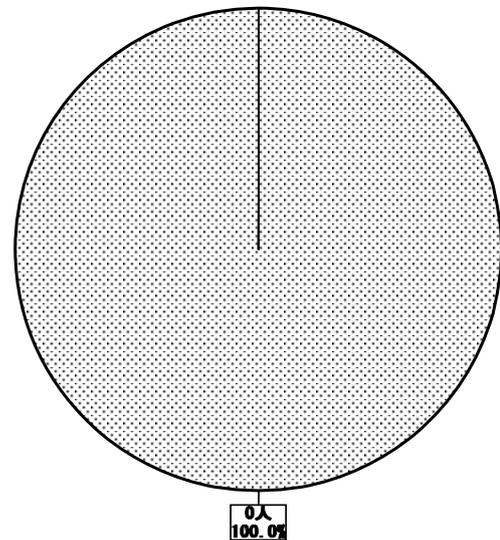


図5-30 問30 診療報酬に占める A 在医管+B 在総診+C 在医総 の比率  
(n = 71)

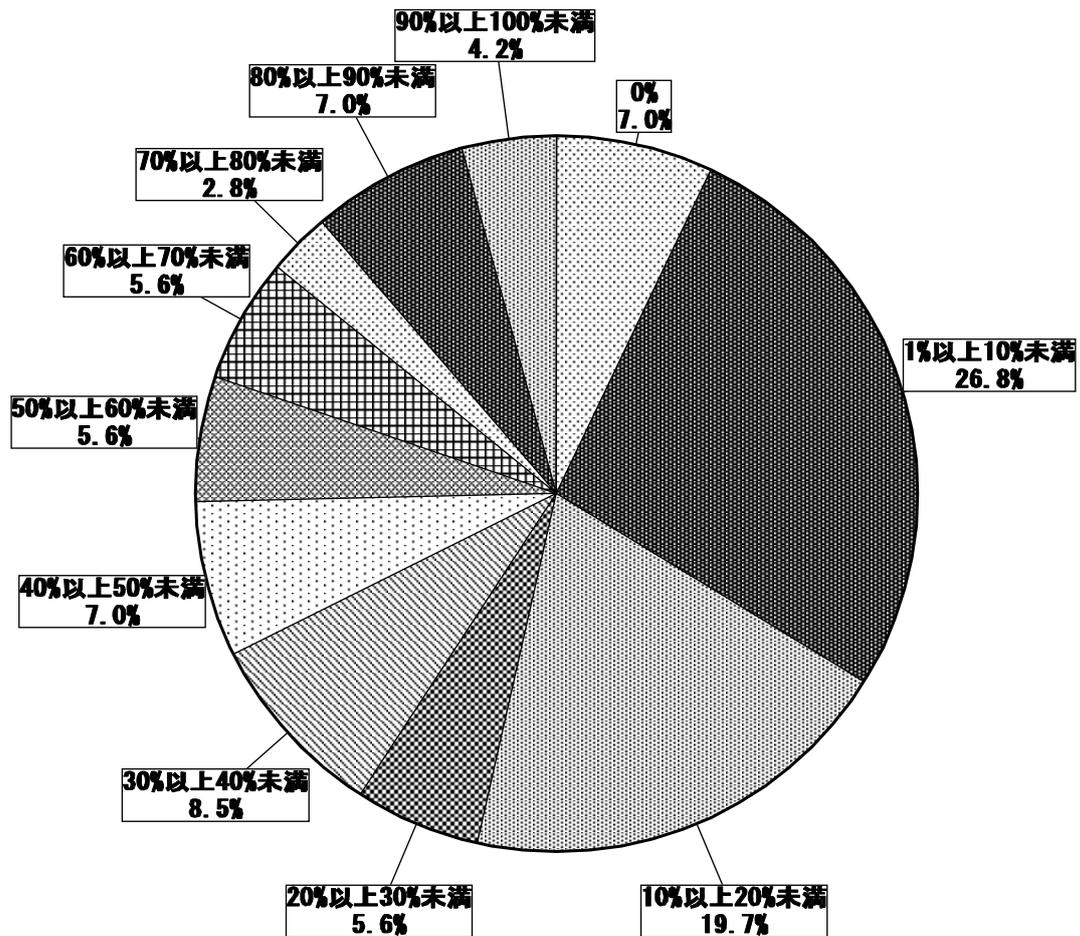


図5-31-1 問31 在宅療養連携窓口の有無  
(n = 74)

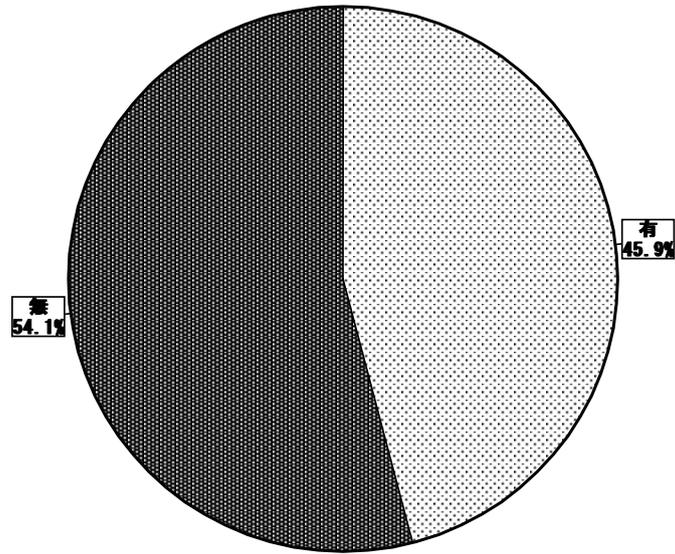


図5-31-2 問31 精神科訪問看護 - 有無  
(n = 71)

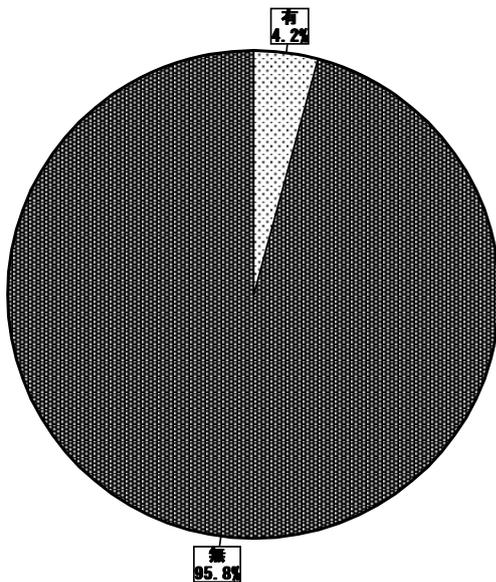
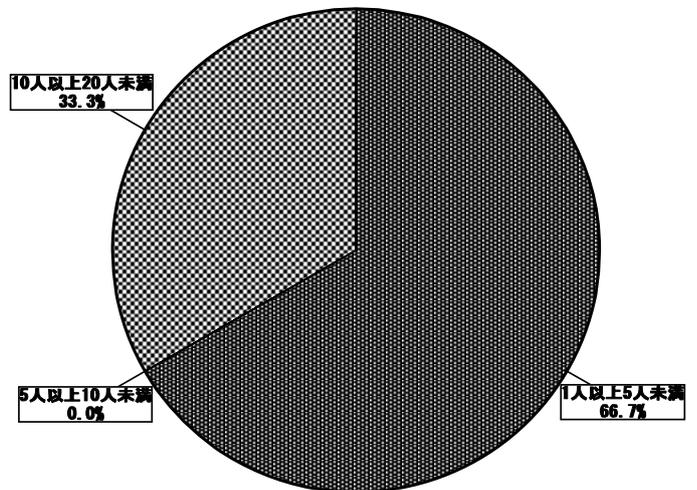


図5-31-3 問31 精神科訪問看護 - 利用人数  
(n = 3, m ± σ = 4.7 ± 4.5)



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-31-4 問31 介護保険  
 - 居宅療養管理指導(医師)  
 - 有無  
 (n = 77)

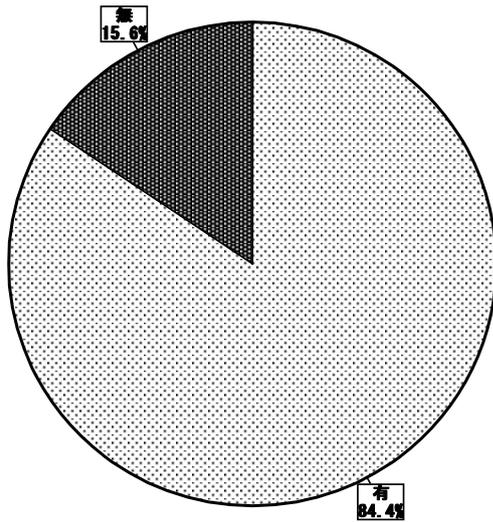


図5-31-5 問31 介護保険  
 - 居宅療養管理指導(医師)  
 - 利用人数  
 (n = 58, m ± σ = 49.2 ± 64.0)

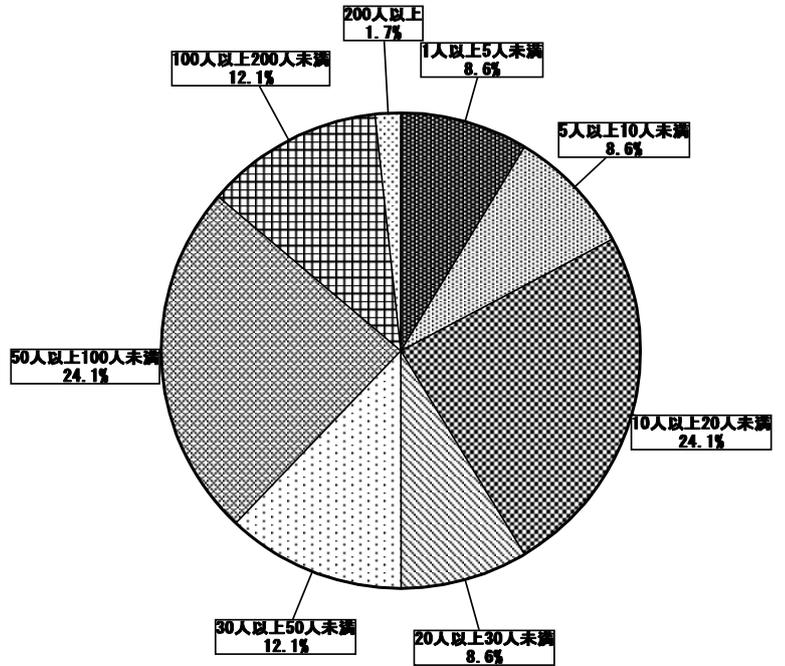


図5-31-6 問31 介護保険  
 - 居宅療養管理指導(薬剤師)  
 - 有無  
 (n = 62)

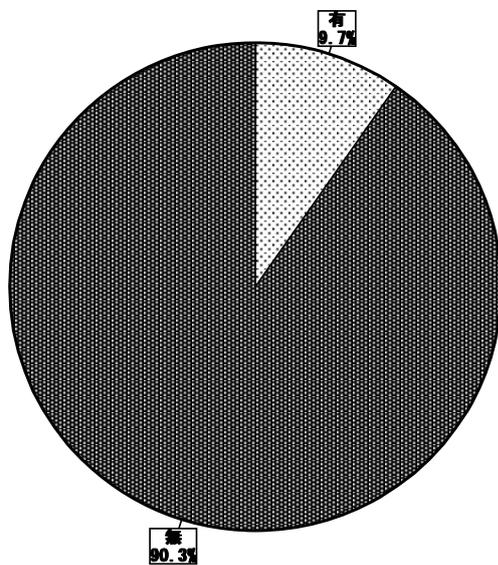


図5-31-7 問31 介護保険  
 - 居宅療養管理指導(薬剤師)  
 - 利用人数  
 (n = 5, m ± σ = 14.2 ± 15.5)

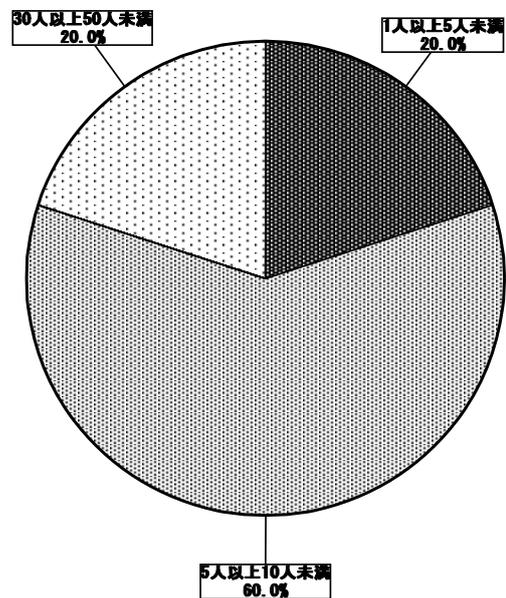


図5-31-8 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 有無  
(n = 61)

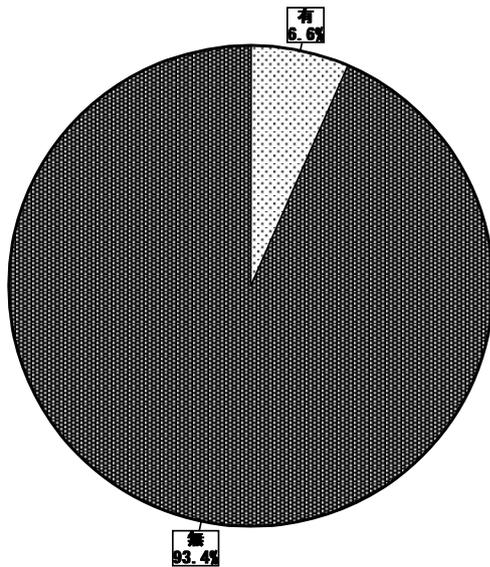


図5-31-9 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 利用人数  
(n = 3, m ± σ = 3.7 ± 3.1)

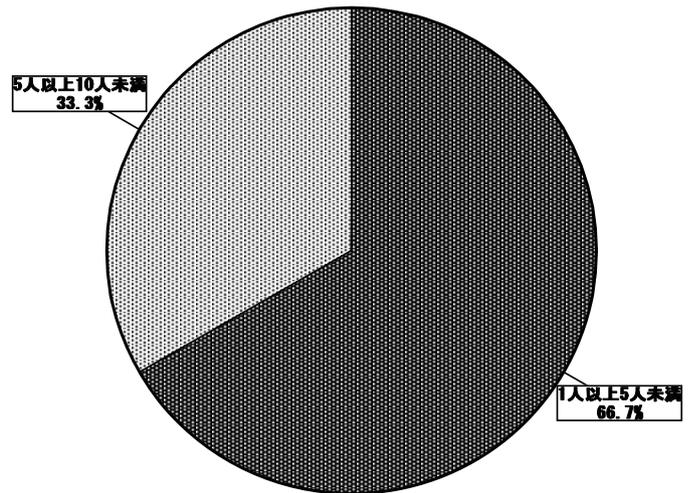


図5-31-10 問31 介護保険 - 訪問看護の有無  
(n = 67)

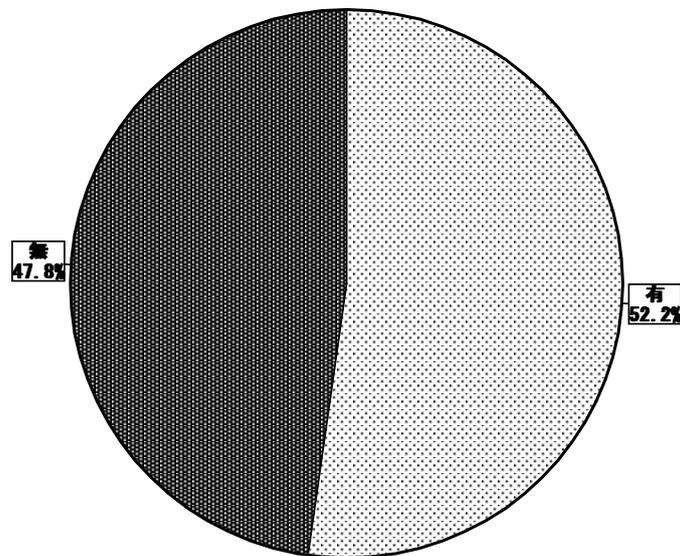


図5-31-11 問31 介護保険 - 訪問看護  
 - 利用人数  
 (n = 29, m ± σ = 40.5 ± 65.7)

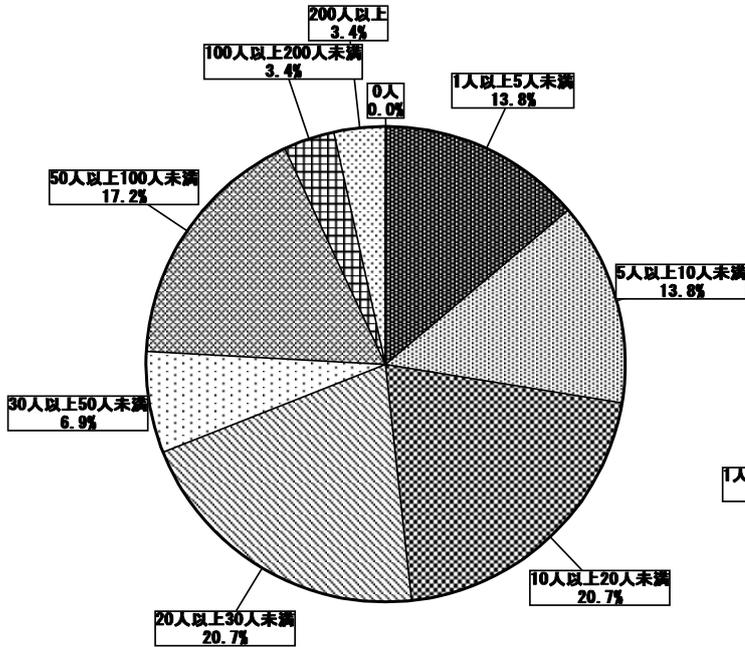


図5-31-12 問31 介護保険 - 訪問看護  
 - 利用人数(夜間)  
 (n = 17, m ± σ = 1.8 ± 2.7)

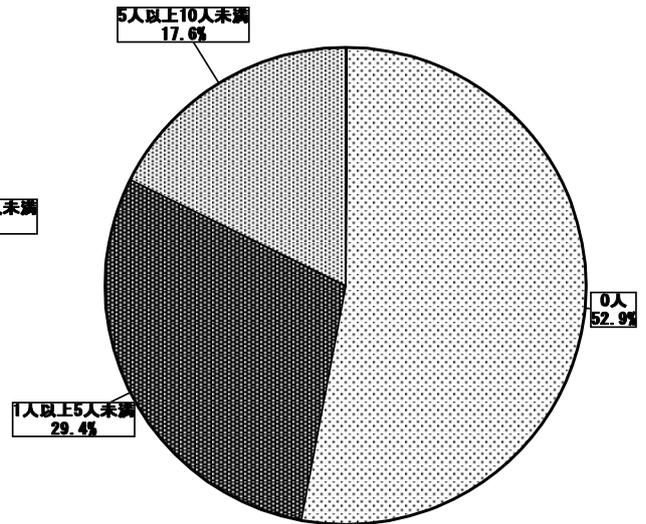


図5-31-13 問31 外来患者への処方  
 (n = 75)

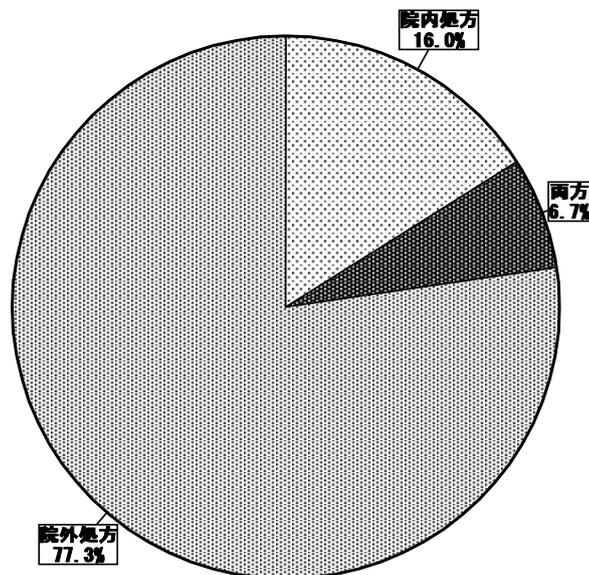


図5-32-1 問32 在宅看取り - 年間看取り数  
 (n = 80, m ± σ = 11.9 ± 14.0)

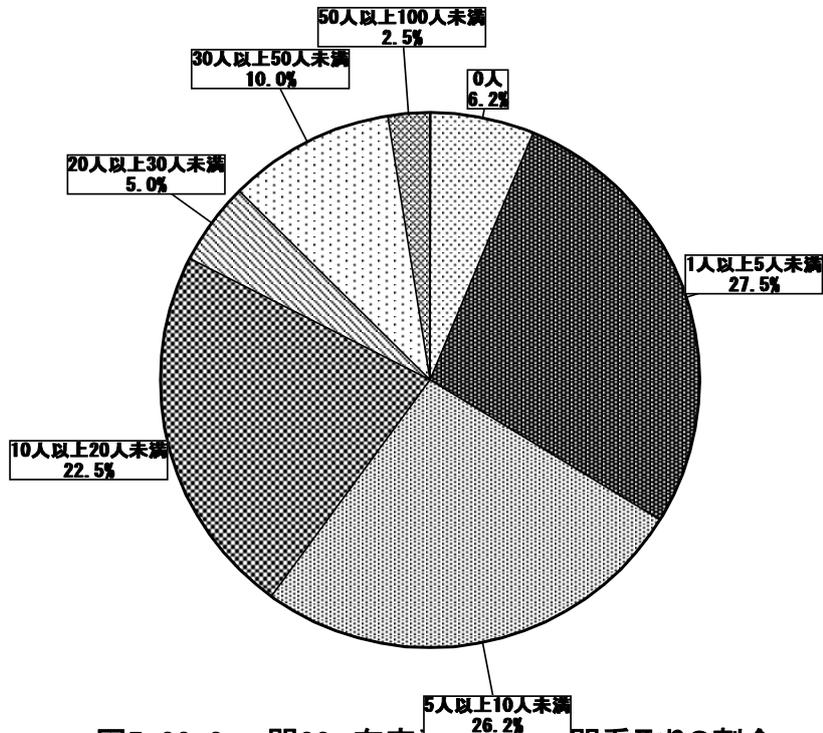
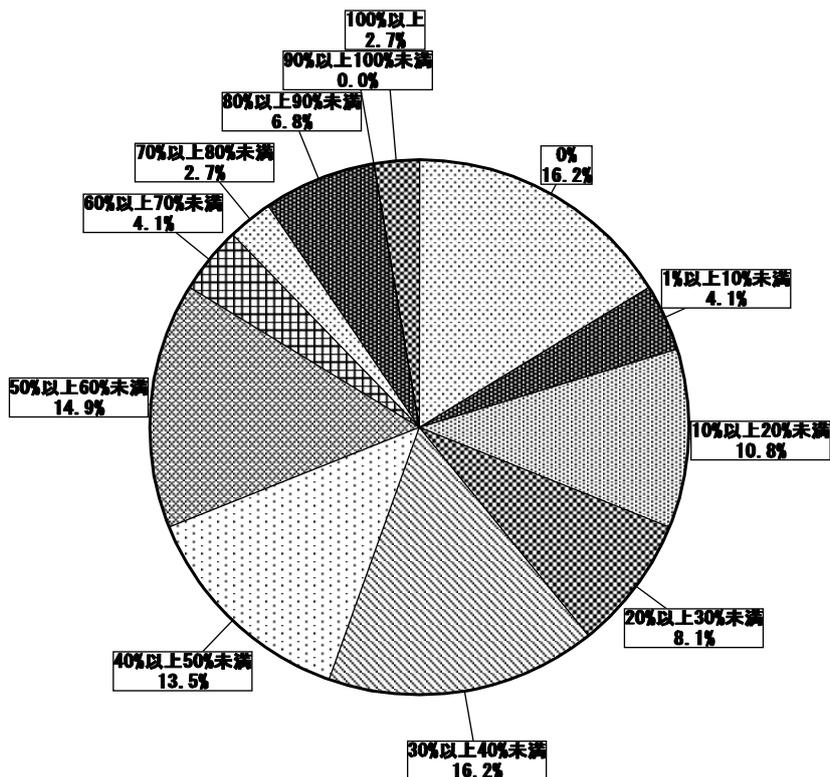


図5-32-2 問32 在宅看取り - 夜間看取りの割合  
 (n = 74, m ± σ = 34.6 ± 26.6)



(5) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 都市

図5-33-1 問33 標榜している診療科目  
 (n = 82, 複数回答)

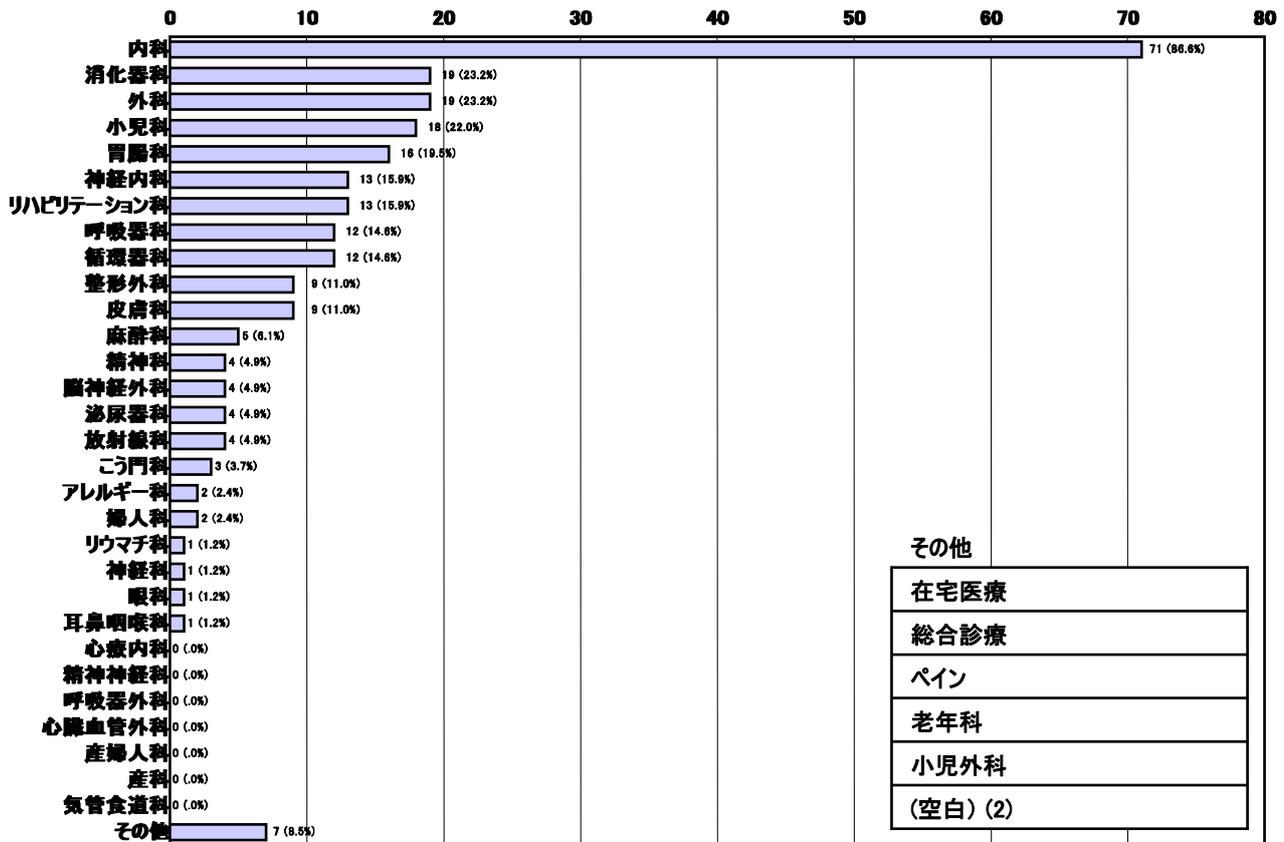


図5-33-2 問33 主たる診療科目  
 (n = 38, 一つのみを標榜と答えているものを含む)

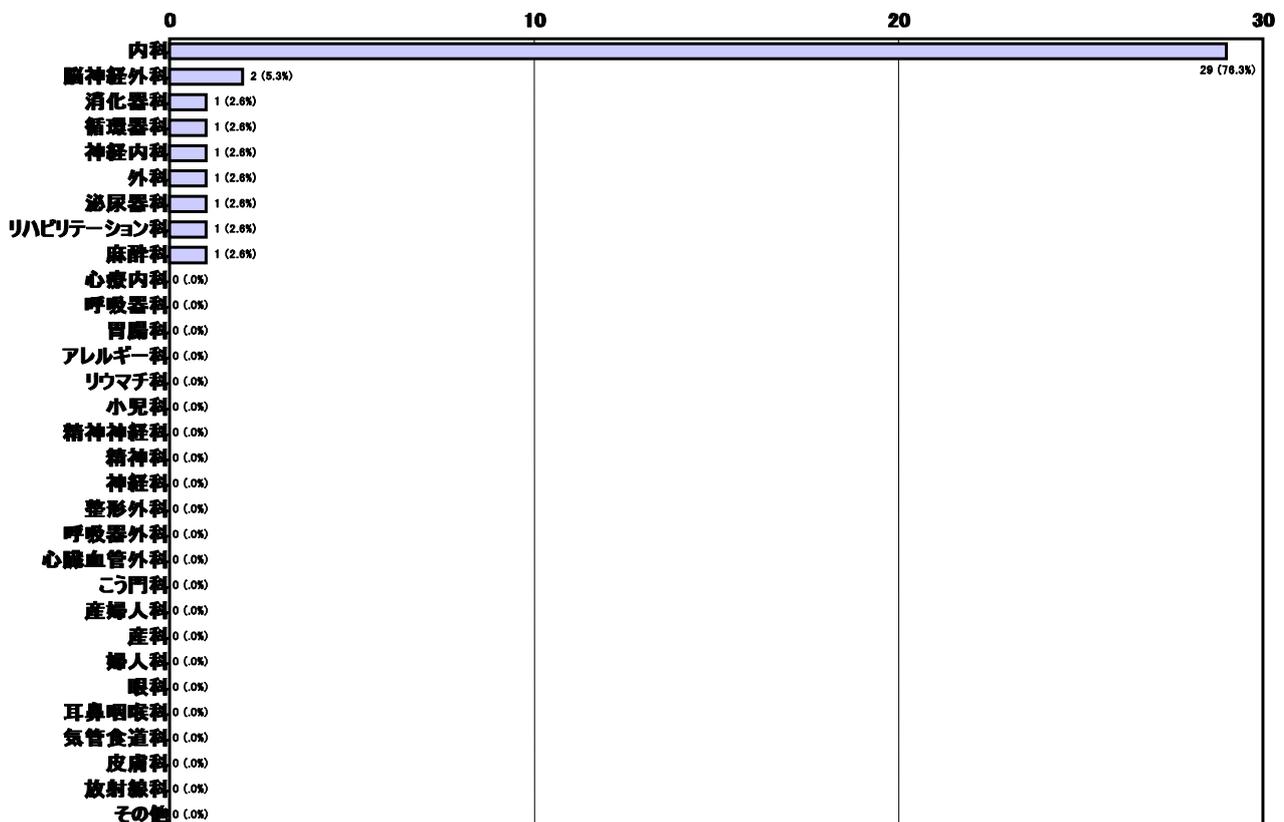


図5-33-3 問33 病床数 - 全病床  
(n = 72, m±σ = 1.7±5.2)

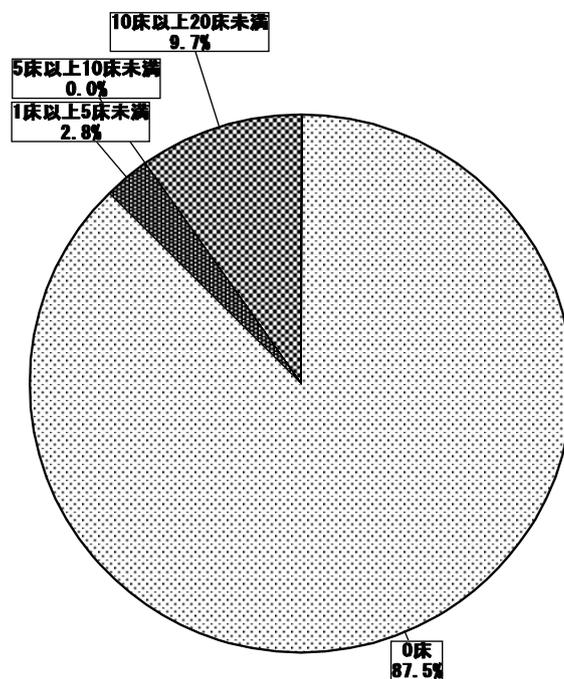


図5-33-4 問33 病床数 - 療養病床  
(n = 21, m±σ = 1.7±4.7)

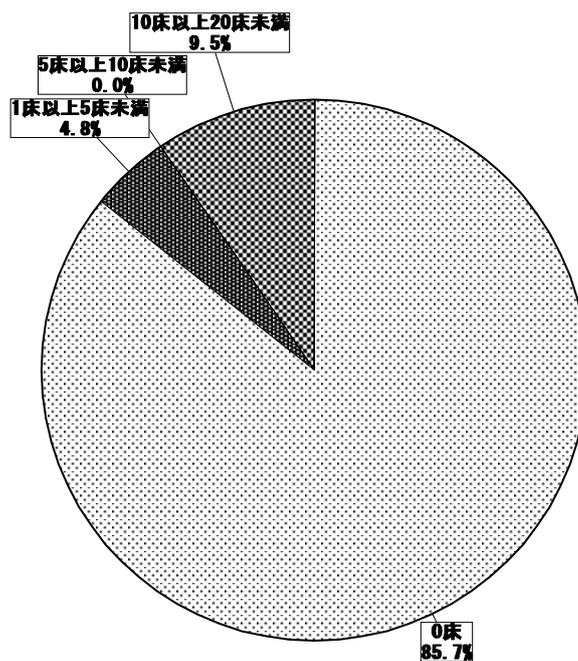


図5-33-5 問33 医師数 - 常勤  
 (n = 82, m ± σ = 1.5 ± 0.8)

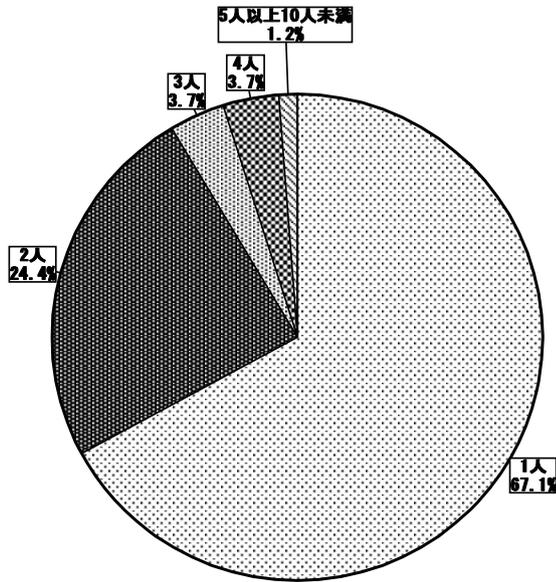


図5-33-6 問33 医師数 - 非常勤  
 (n = 61, m ± σ = 1.8 ± 3.1)

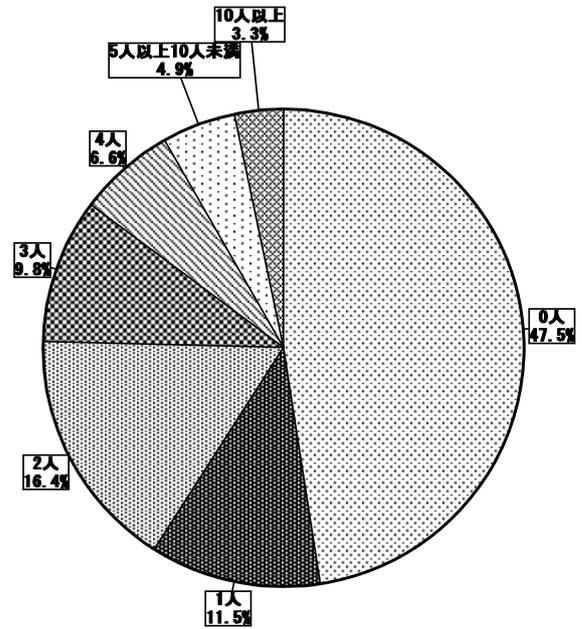


図5-33-7 問33 看護職員数 - 常勤  
 (n = 73, m ± σ = 3.2 ± 3.9)

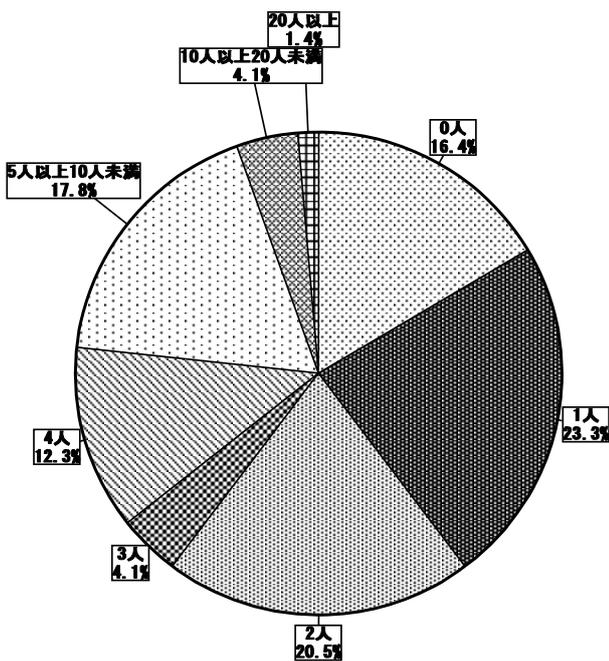


図5-33-8 問33 看護職員数 - 非常勤  
 (n = 67, m ± σ = 2.8 ± 2.7)

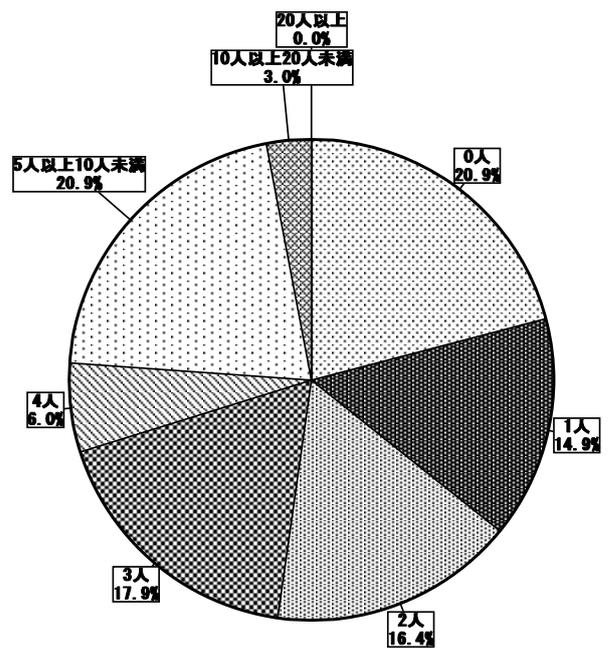


図6-1 問1 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 保険医療機関たる診療所であること  
(n = 78)

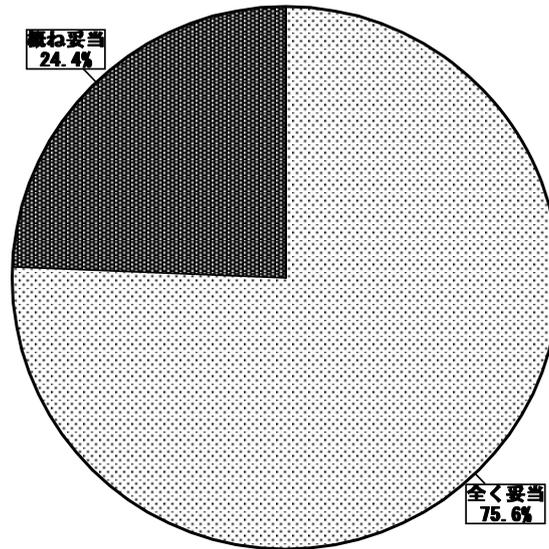


図6-2 問2 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 地域社会保険事務局に認可をうけること  
(n = 78)

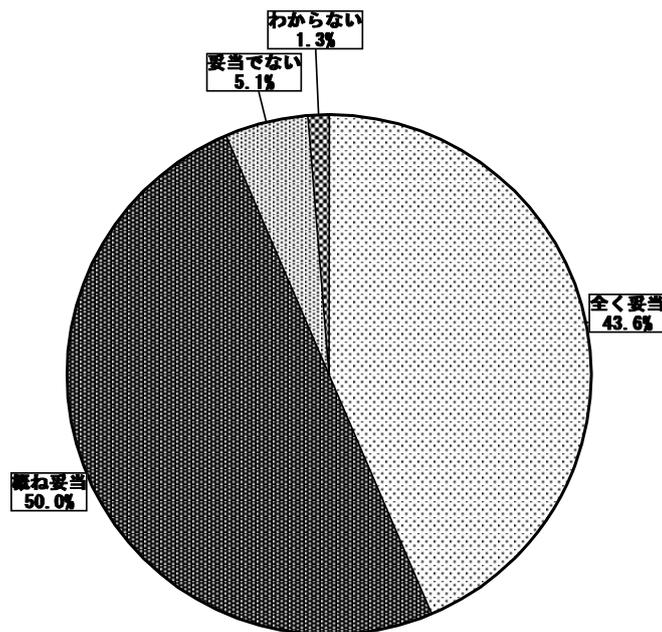


図6-3 問3 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 定期的な認定更新を必要とすること  
(n = 78)

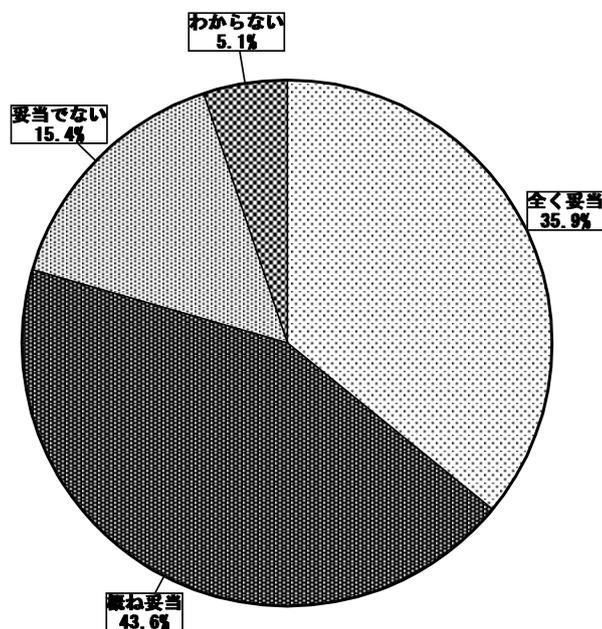


図6-4 問4 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること  
(n = 77)

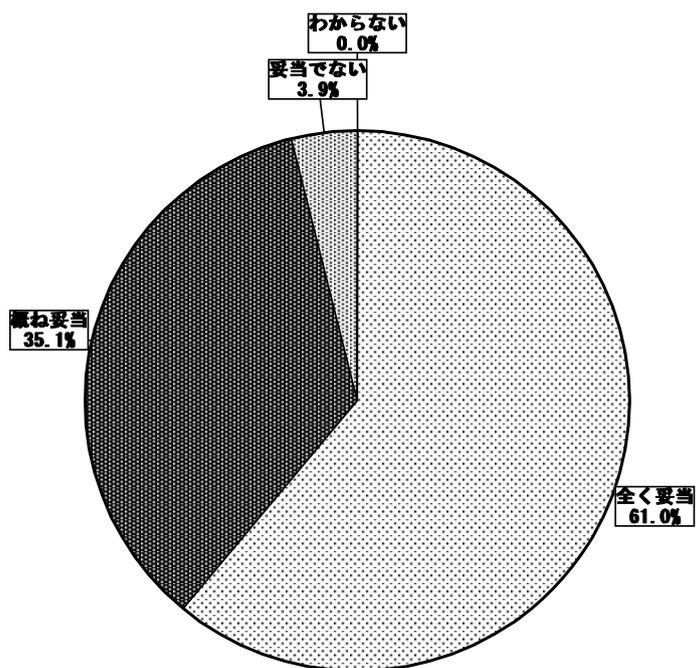


図6-5 問5 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間往診が可能な体制  
(n = 78)

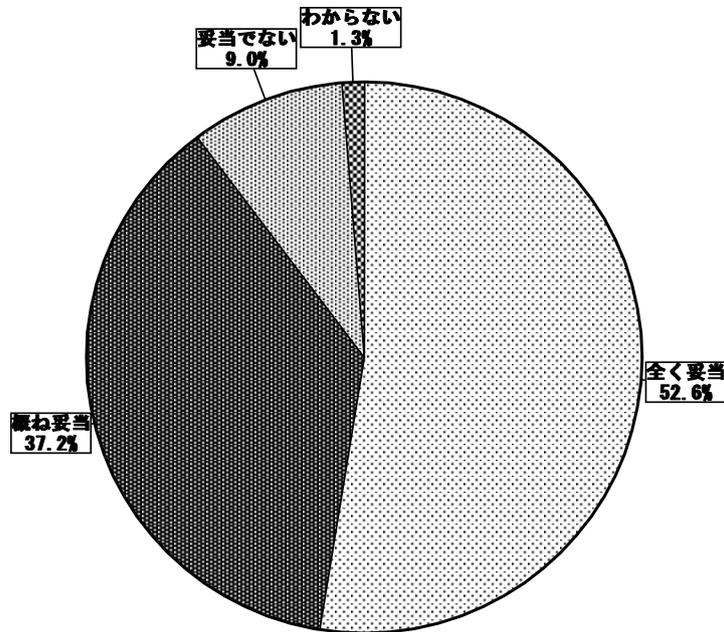


図6-6 問6 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 24時間訪問看護の提供が可能な体制  
(n = 78)

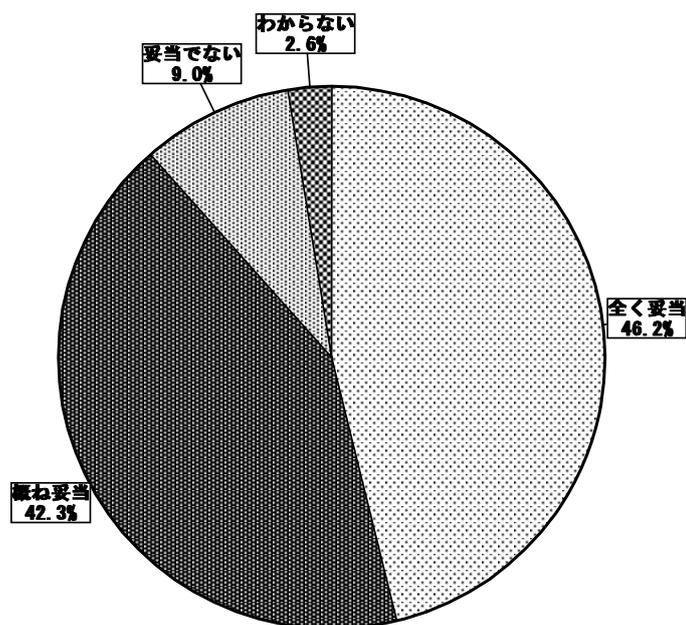


図6-7 問7 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保  
(n = 78)

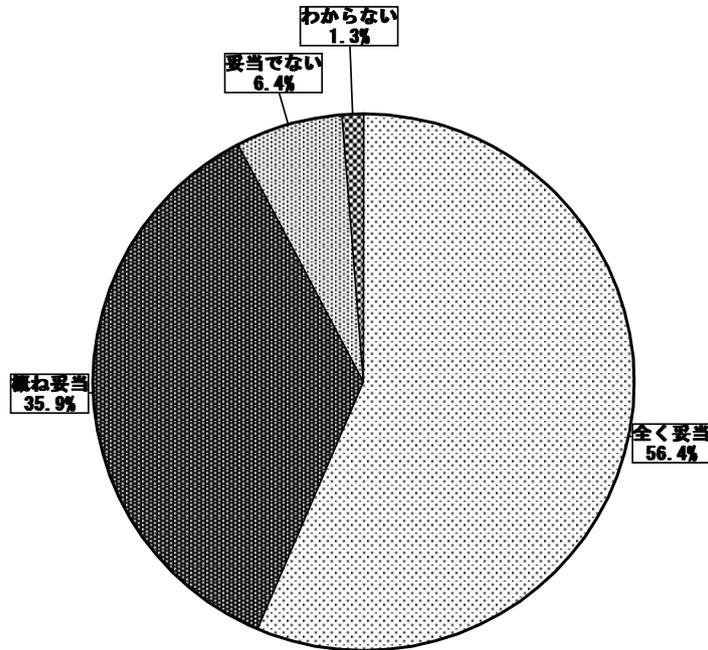


図6-8 問8 在宅療養支援診療所(仮称)の要件  
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること  
(n = 78)

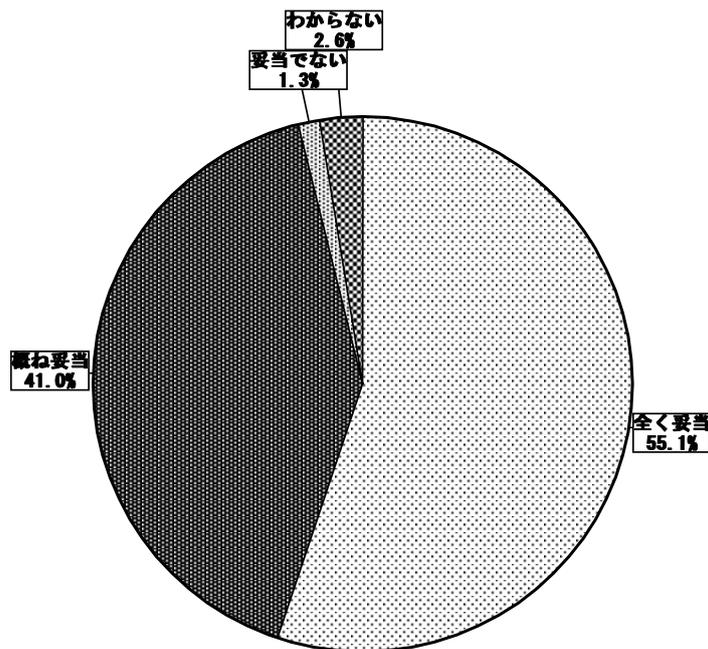


図6-9 問9 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 在宅看取り数を報告  
(n = 78)

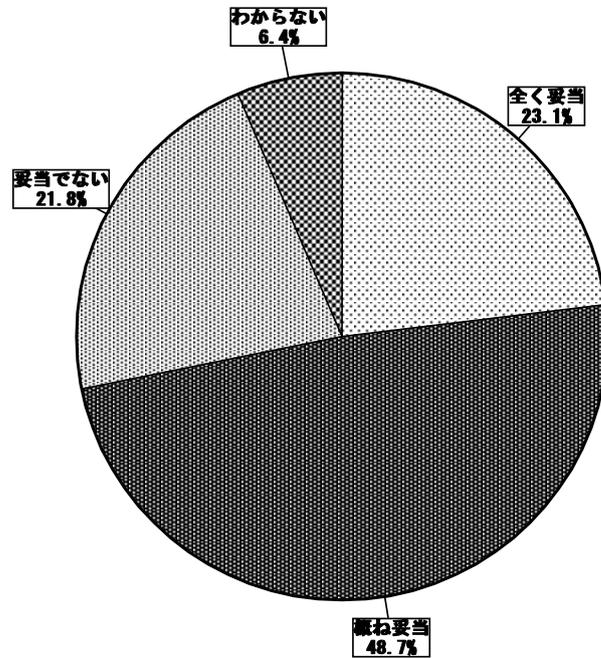
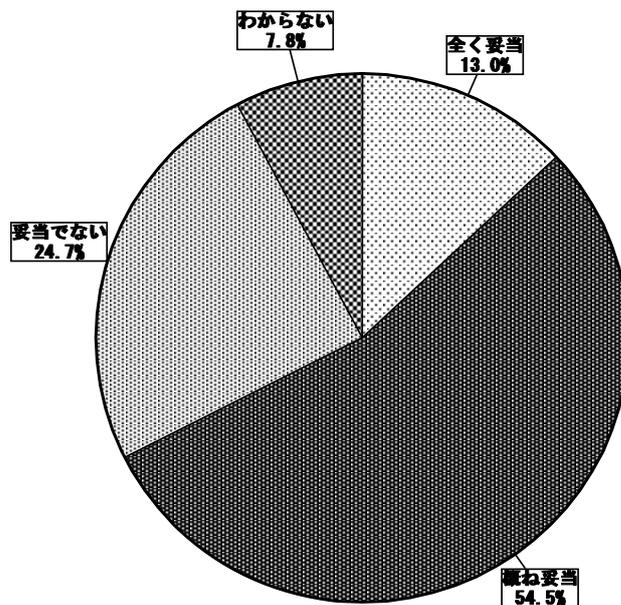


図6-10 問10 在宅療養支援診療所(仮称)の要件 - 緊急往診の実績報告を定期的に行うこと  
(n = 77)



(6) 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調査  
診療所 - 学会名簿・文献 - 地方

図6-12 問12 要件 - 退院時ケアカンファランスの評価向上  
(n = 76)

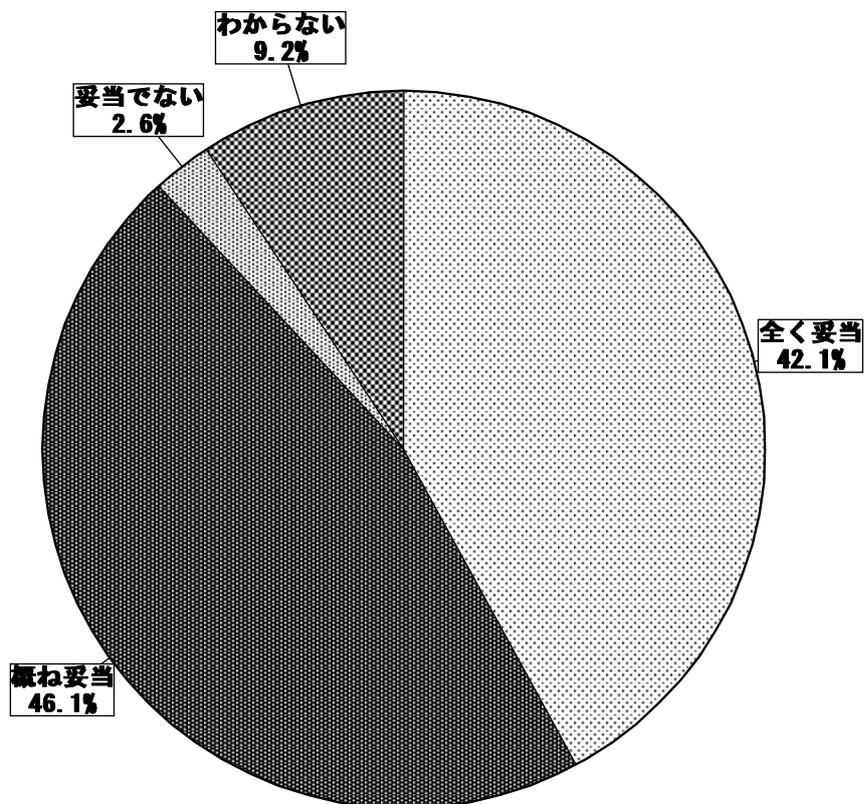


図6-14 問14 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 医師訪問  
 死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
 (n = 65, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
 (日数 :  $m \pm \sigma = 13.2 \pm 12.8$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 3.9 \pm 3.0$ )

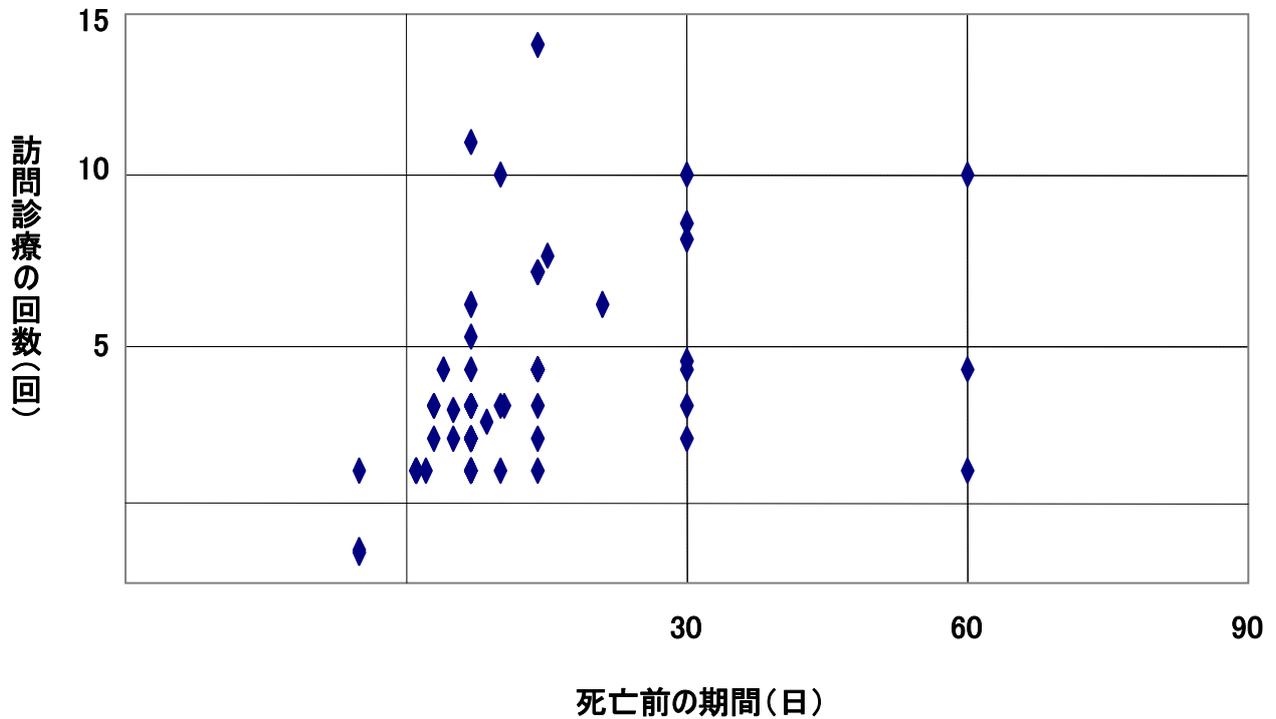


図6-15 問15 ターミナルケアにかかる評価の算定要件 - 看護師訪問  
 死亡何日前に何回以上の訪問診療を要件とするか  
 (n = 61, 枠外は無回答, 同一の回答は重ね合わせて表示)  
 (日数 :  $m \pm \sigma = 13.4 \pm 11.9$ , 回数 :  $m \pm \sigma = 4.6 \pm 3.8$ )

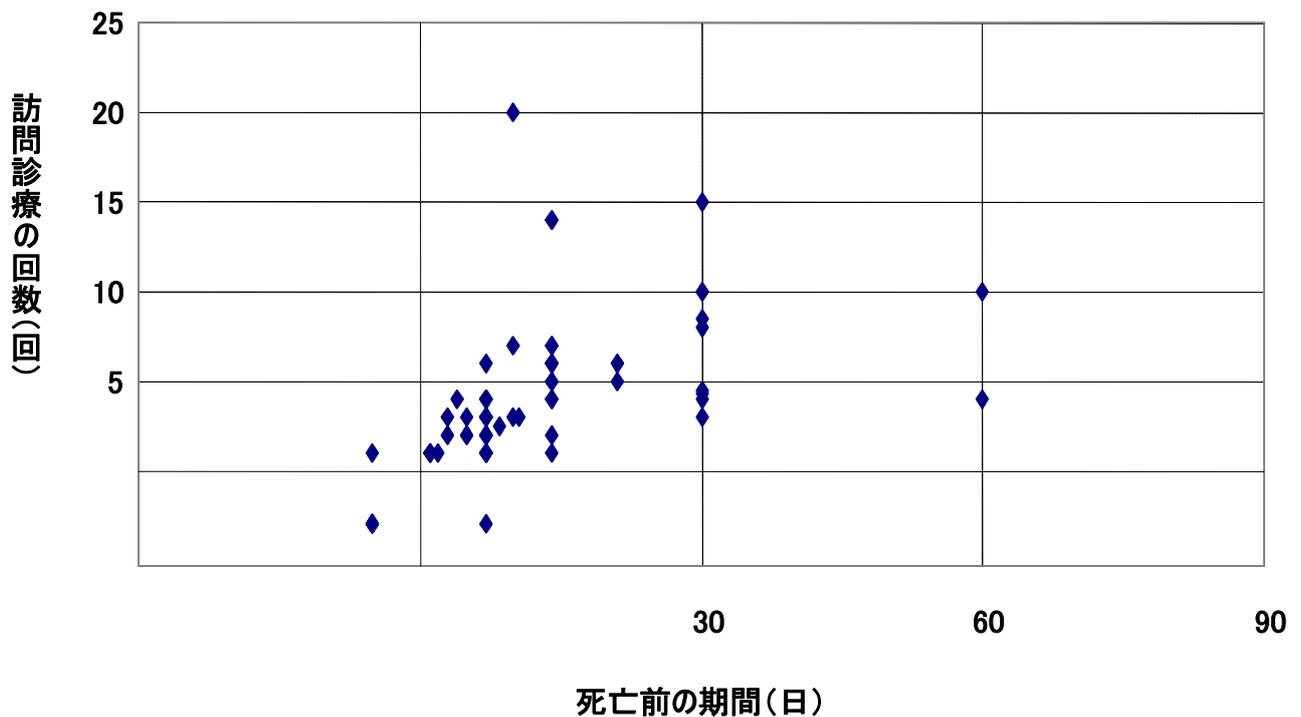


図6-16 問16 他施設でのターミナルケア - 医師  
(n = 75)

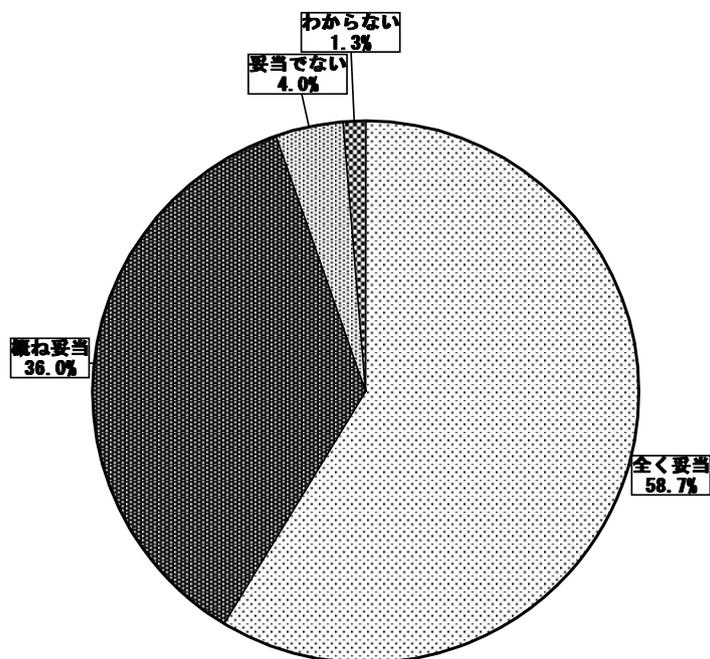


図6-17 問17 他施設でのターミナルケア - 看護師  
(n = 75)

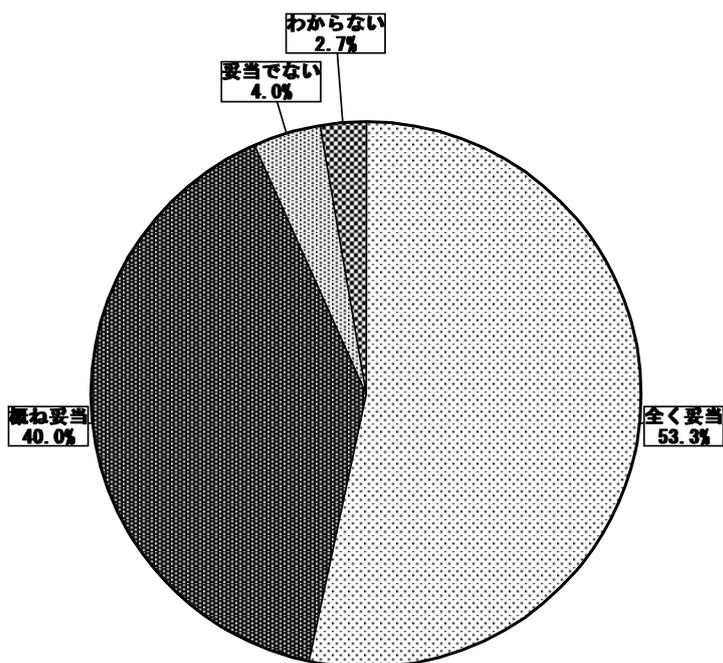


図6-19 問19 在宅・入院の混合診療においても在総診を算定  
(n = 73)

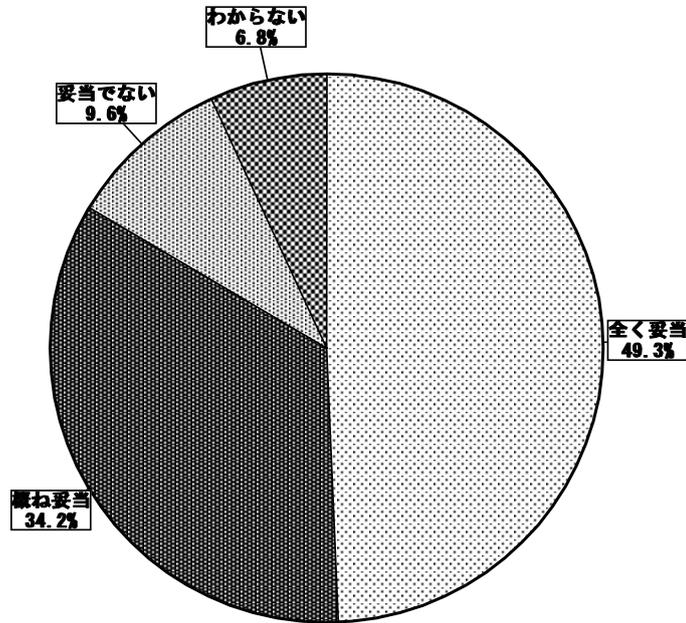


図6-20 問20 事前指示を徴することについて  
(n = 74)

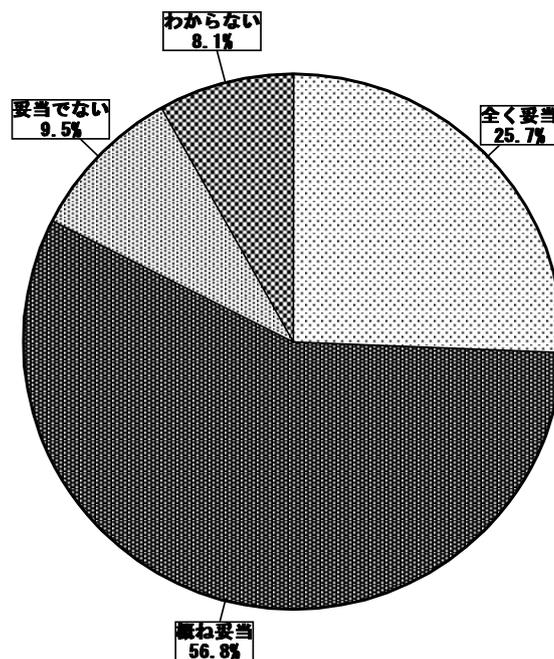


図6-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット  
 (n = 75, 3つまでを選択)

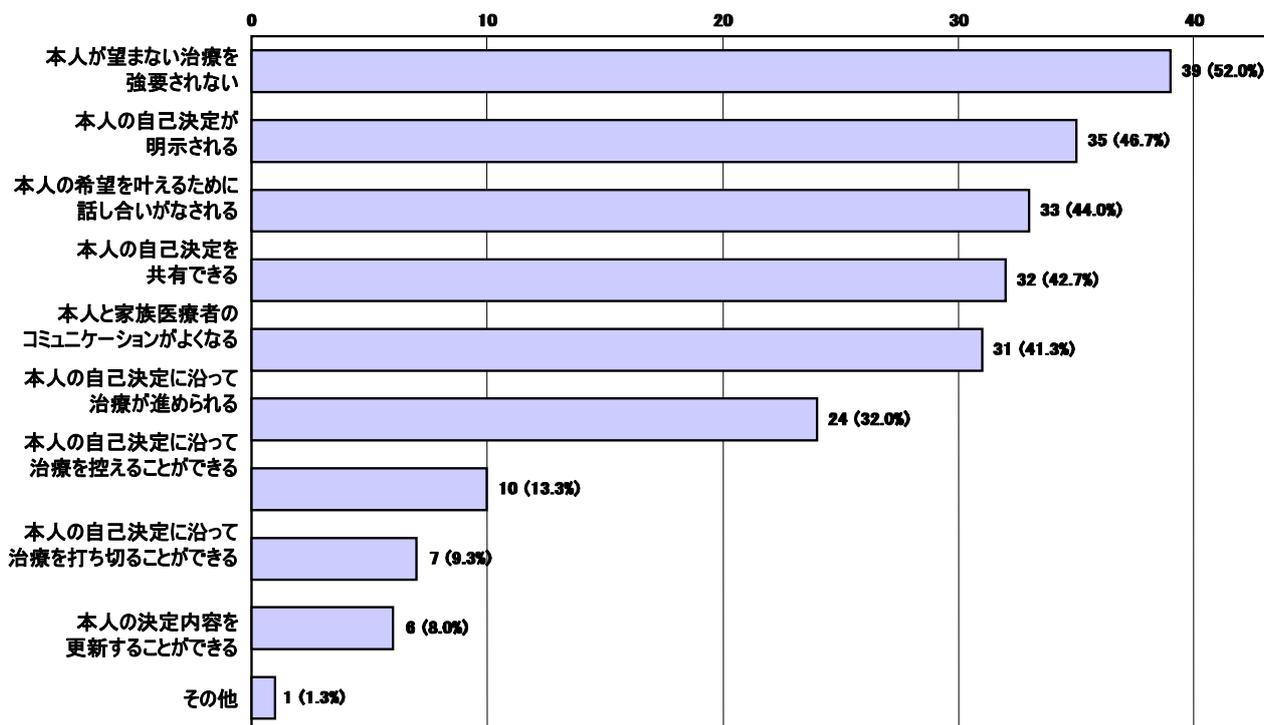


表6-21 問21 事前指示 - 徴することのメリット - その他(表記のまま)

174	反対
-----	----

図6-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因  
 (n = 72, 3つまでを選択)

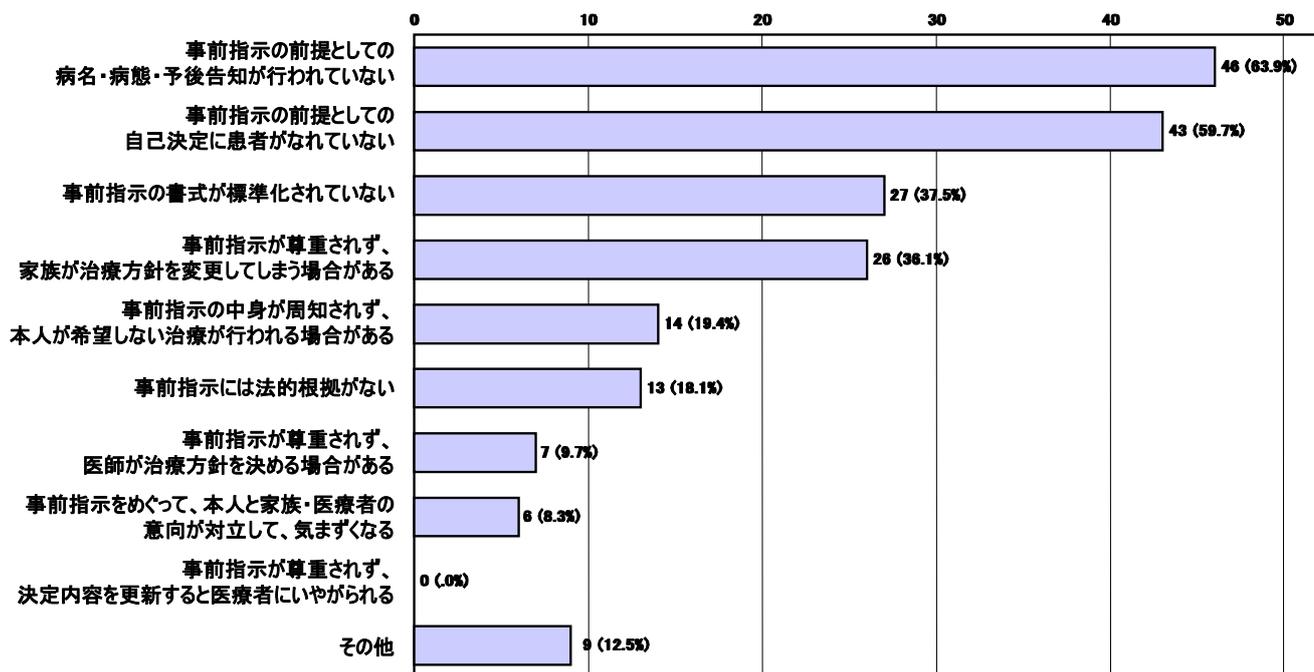


表6-22 問22 事前指示 - 普及の阻害要因 - その他(表記のまま)

128	事前指示を知らない。習慣がない。
234	事前指示を積極的に肯定する社会的背景がない
235	複数の医療機関で諒介し難い
344	臨死期に関する話題に、御家族でも話しにくい、一種、タブーのようになっている。
345	自己決定に家族がなれていない
350	手続きが多くなる。病態は流動的である。
395	決定権が同居していない(ケアに係わらない)家族に有る
483	この様な手続き自体、本人家族が希望しない
503	本来、死は自然なもの

図6-23 問23 事前指示 - 普及の方策  
 (n = 67, 3つまでを選択)

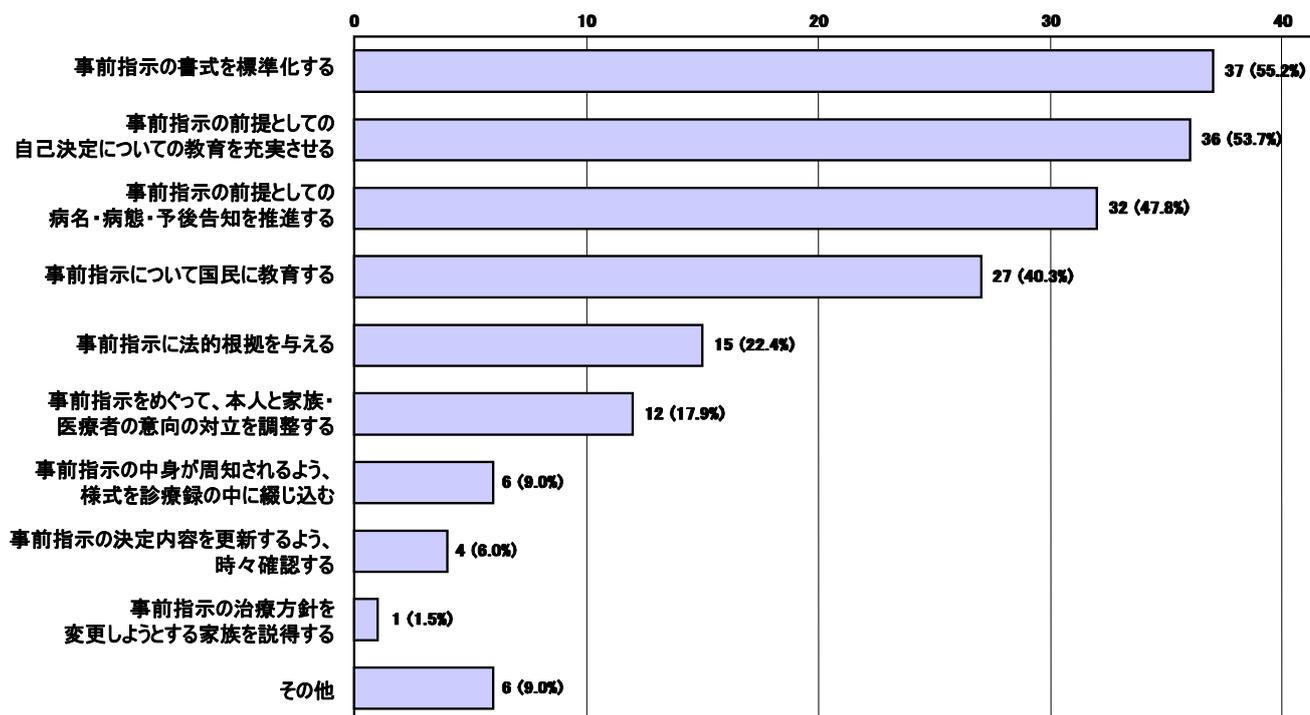


表6-23 問23 事前指示 - 普及の方策 - その他(表記のまま)

174	反対
234	患者の自己決定を優先するには家族の権利を制約するしかない
235	医療契約と信頼関係
253	自己決定＝自己責任であることを十分国民が理解すること。
344	臨死期のことをタブー視しない、良く話し合っていたく。
448	医療者への普及と異なり、国民への普及は時間がかかって当然なので、「癌は告知するもの」という意識が医療者の中でのみ急速に進み、それについていけない一般人が問題視することがあったようにある程度の教育・標準化とともに、「時期を待つ」のも重要。

図6-24 問24 在宅療養支援診療所(仮称)登録の希望  
(n = 72)

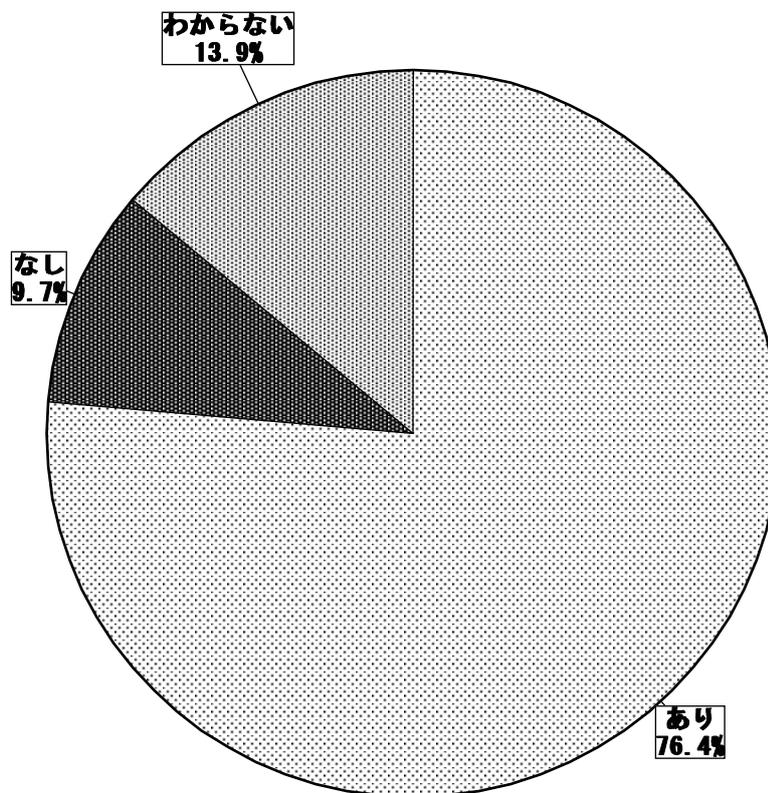


図6-28A-1 問28 A 在宅時医学管理料 - 算定患者数  
 (n = 65, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 4.4 \pm 9.2$ )

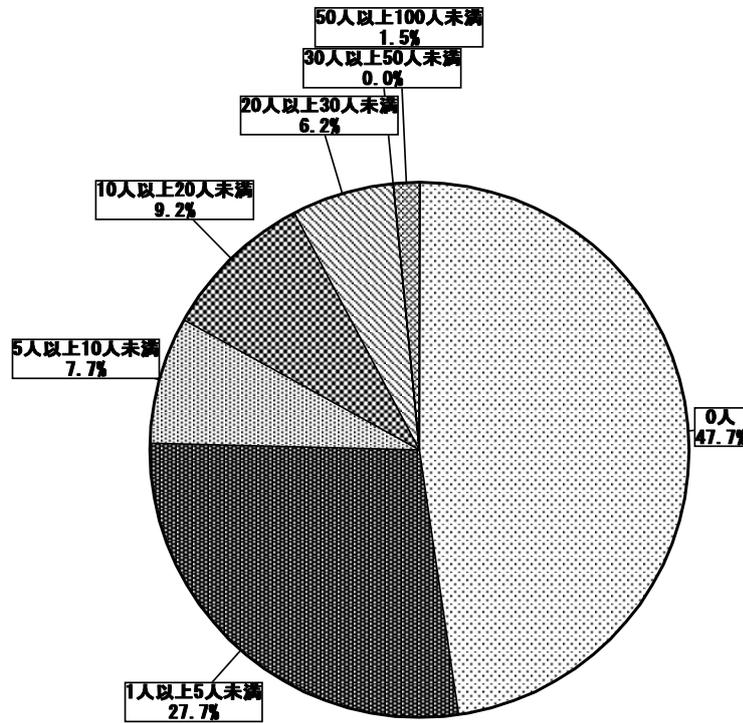
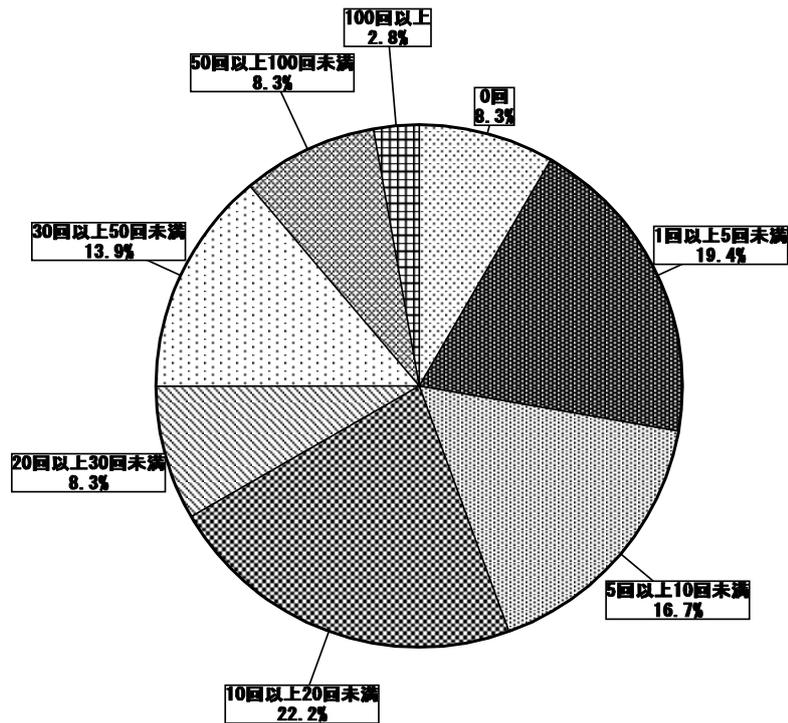


図6-28A-2 問28 A 在宅時医学管理料 - 訪問診療延回数  
 (n = 36, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 30.8 \pm 81.7$ )



(6) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 地方

図6-28A-3 問28 A 在医管 - 往診  
 (n = 29, m ± σ = 4.8 ± 9.2)

図6-28A-4 問28 A 在医管 - 往診・夜間深夜  
 (n = 25, m ± σ = 5.2 ± 19.4)

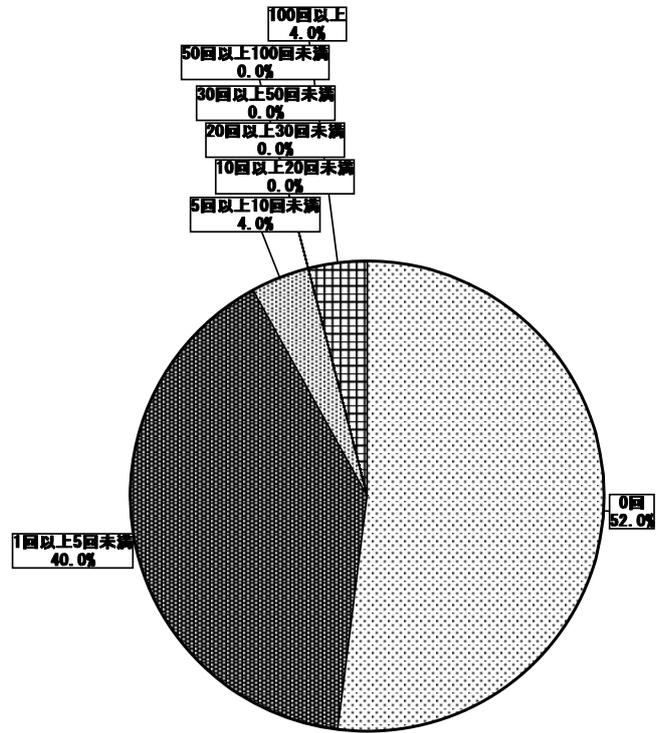
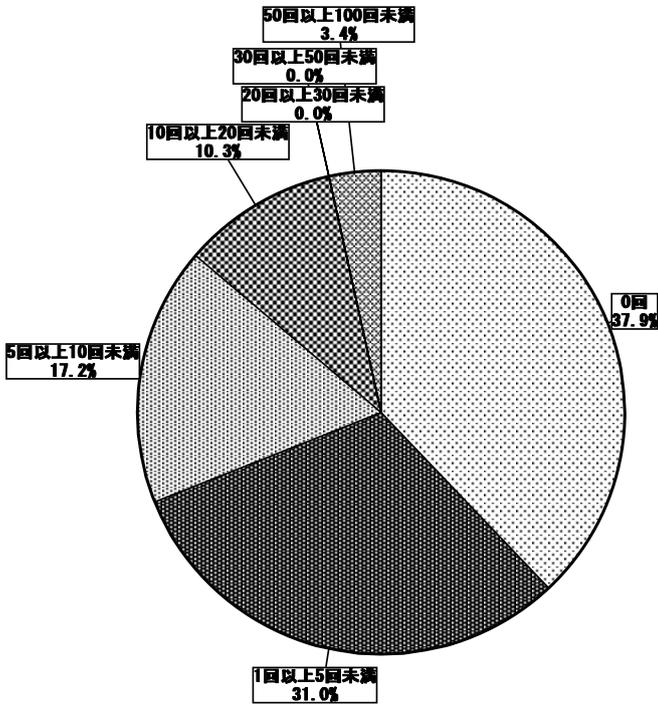


図6-28A-5 問28 A 在医管 - 訪問看護延人数  
 (n = 17, m ± σ = 1.3 ± 1.5)

図6-28A-6 問28 A 在医管 - 訪問看護延回数  
 (n = 13, m ± σ = 5.5 ± 5.2)

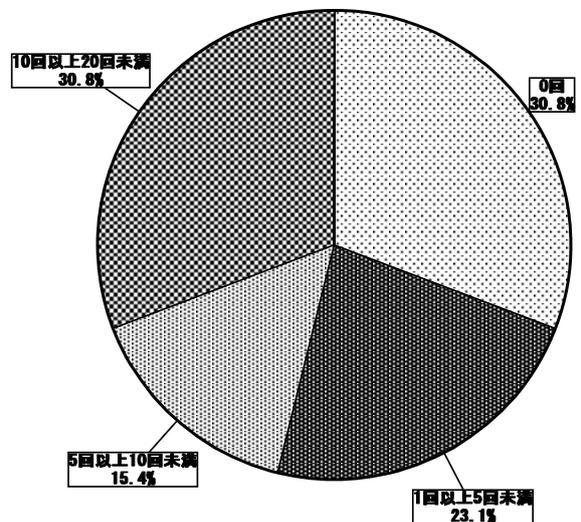
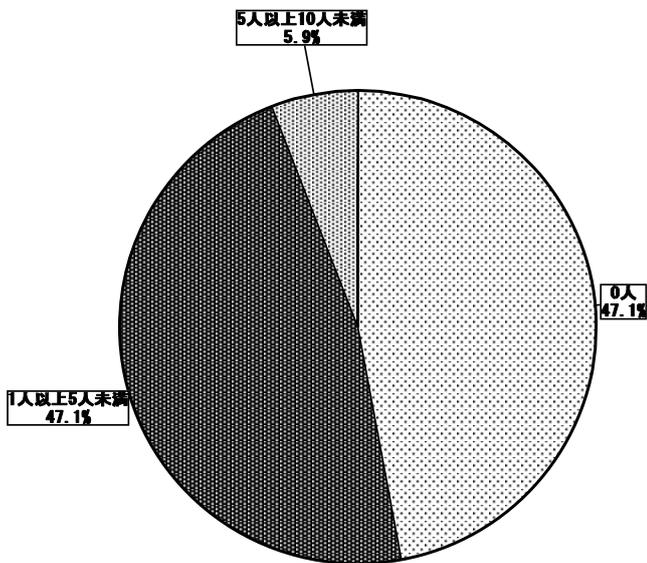


図6-28B-1 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 算定患者数  
 (n = 68, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 27.2 \pm 29.0$ )

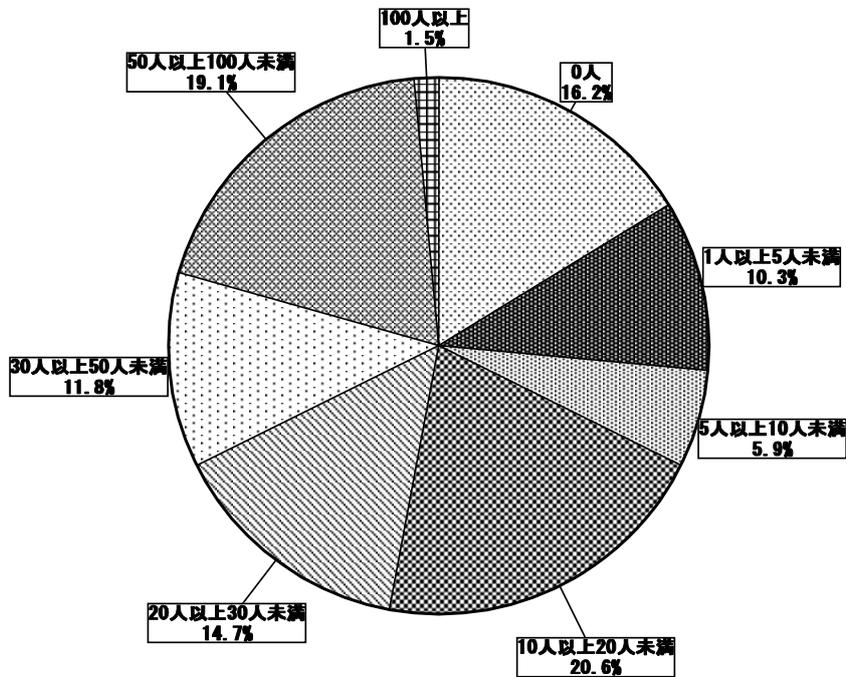
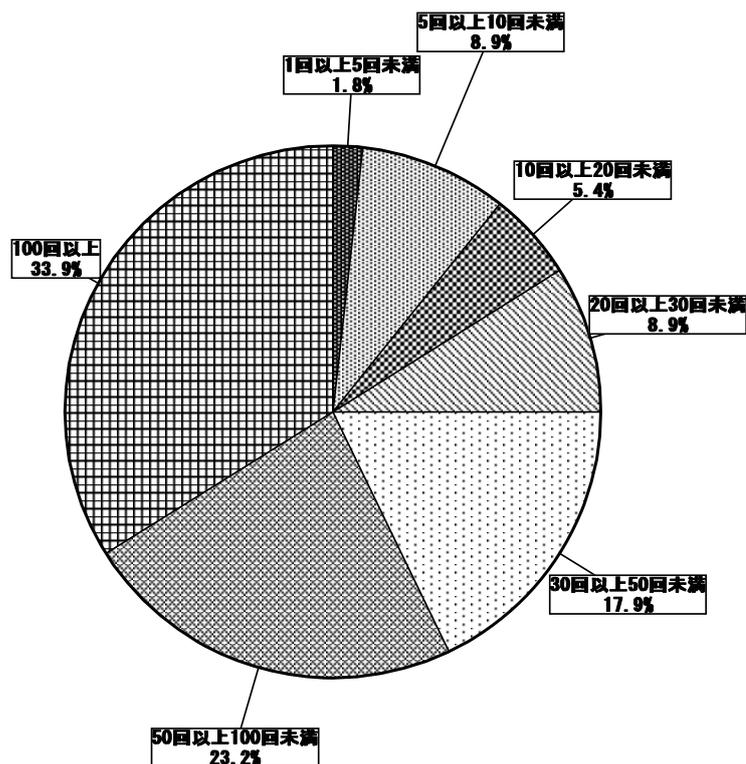


図6-28B-2 問28 B 寝たきり老人在宅総合診療料 - 訪問診療延回数  
 (n = 56, 2005年12月,  $m \pm \sigma = 83.7 \pm 75.7$ )



(6) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 地方

図6-28B-3 問28 B 在総診 - 往診  
 (n = 50, m ± σ = 10.6 ± 17.3)

図6-28B-4 問28 B 在総診- 往診・夜間深夜  
 (n = 48, m ± σ = 2.4 ± 5.2)

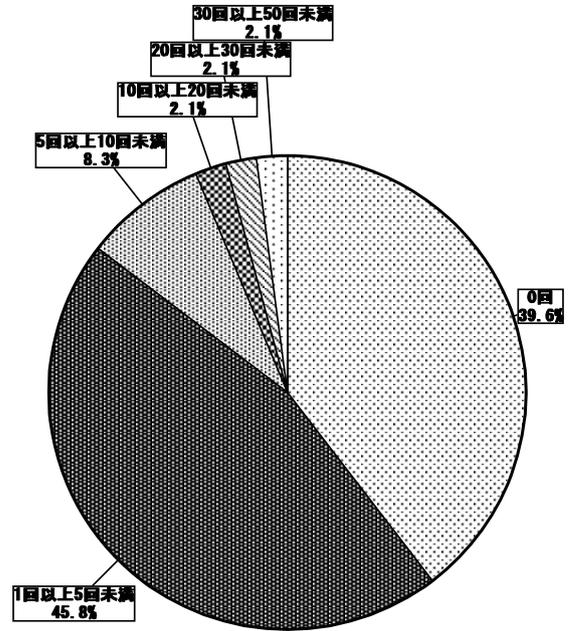
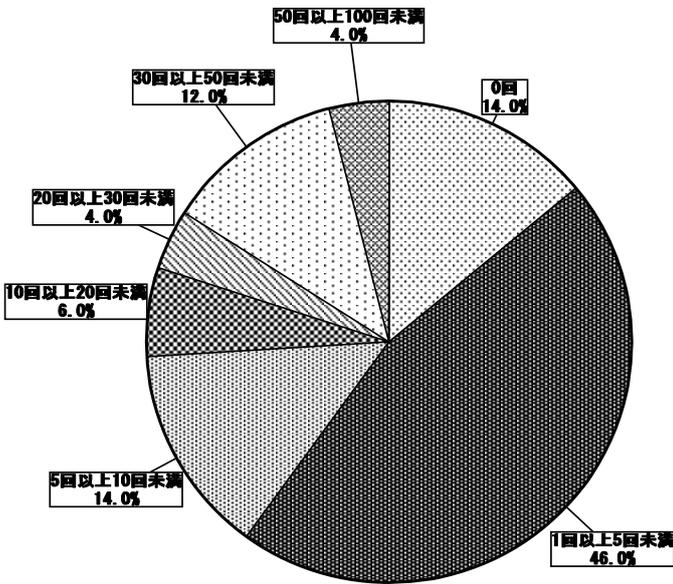


図6-28B-5 問28 A 在総診- 訪問看護延人数  
 (n = 35, m ± σ = 8.1 ± 13.8)

図6-28B-6 問28 B 在総診 - 訪問看護延回数  
 (n = 32, m ± σ = 36.0 ± 54.5)

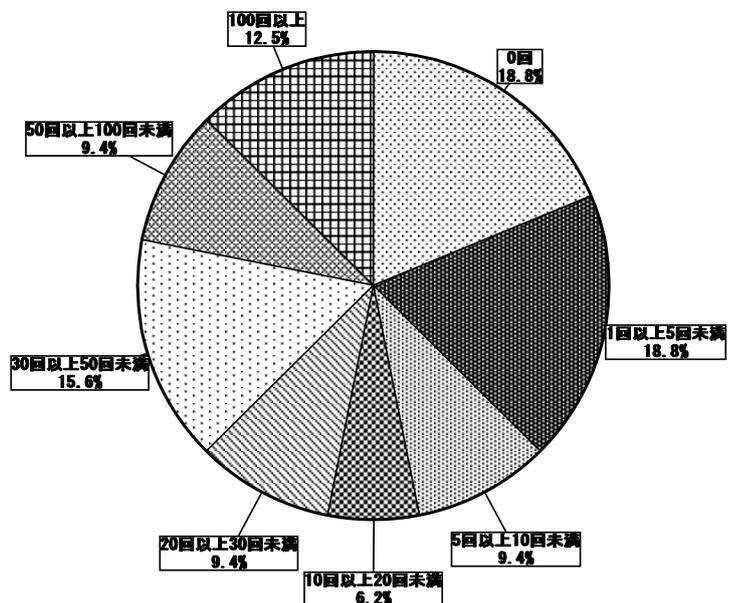
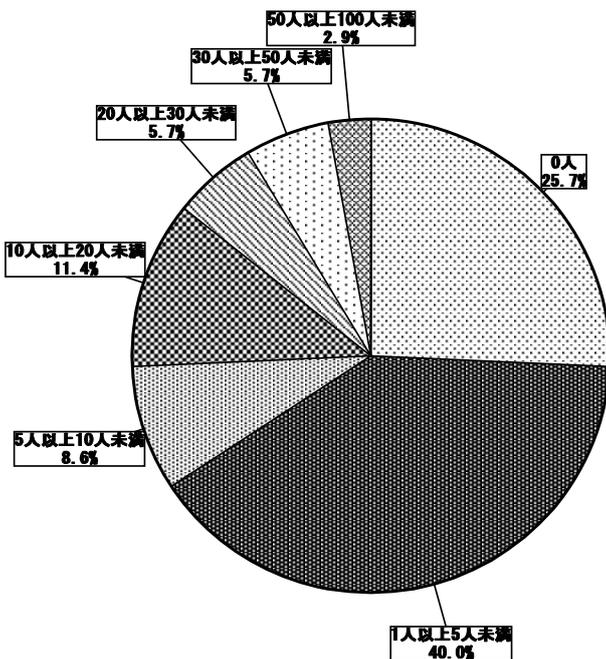


図6-28C-1 問28 C 在医総 - 算定患者数  
 (n = 62, m ± σ = 0.6 ± 1.6)

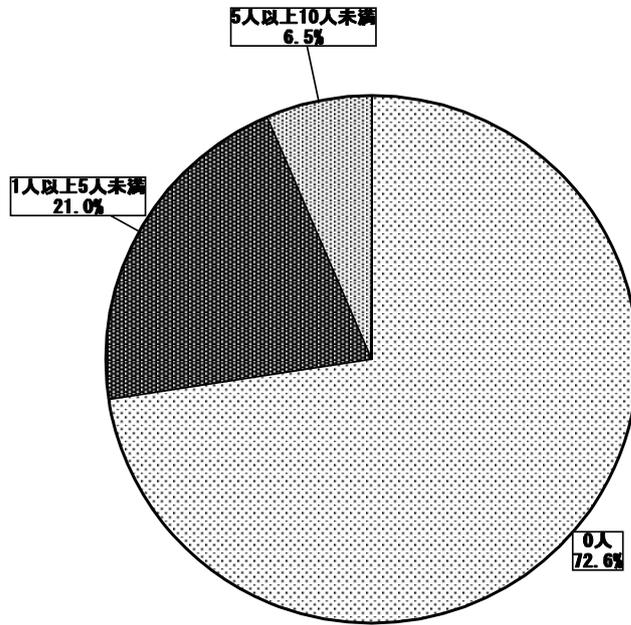
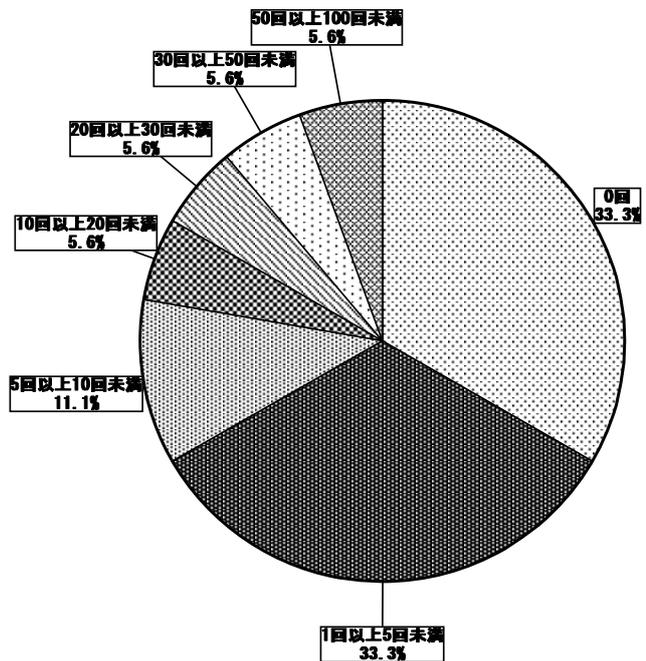
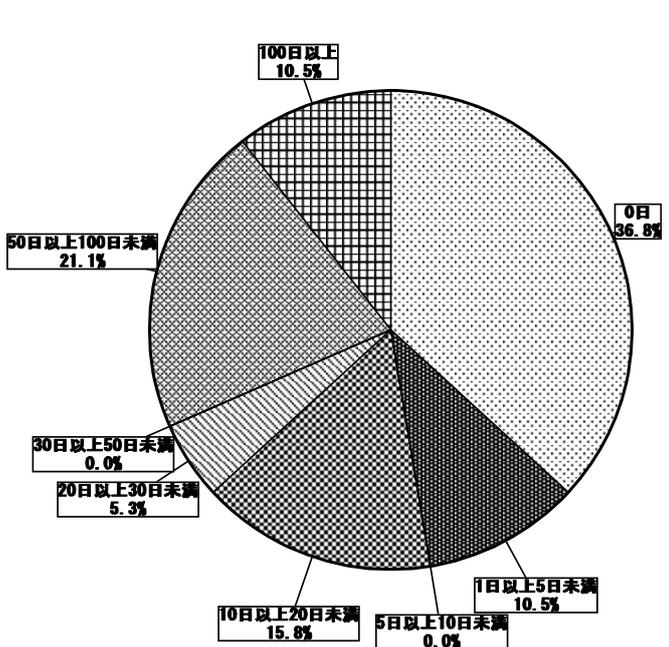


図6-28C-2 問28 C 在医総 - 延日数  
 (n = 19, m ± σ = 35.5 ± 55.4)

図6-28C-3 問28 C 在医総 - 訪問診療延回数  
 (n = 18, m ± σ = 9.8 ± 15.8)



(6) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 地方

図6-28C-4 問28 C 在医総 - 往診  
 (n = 18, m ± σ = 2.6 ± 3.3)

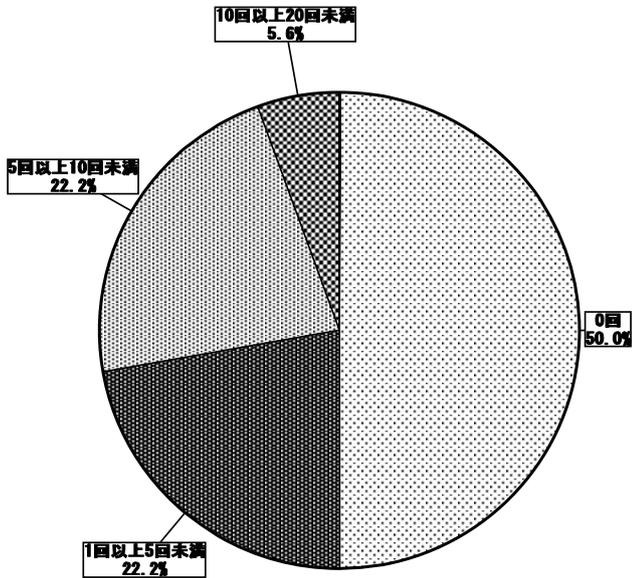


図6-28C-5 問28 C 在医総 - 往診・夜間深夜  
 (n = 15, m ± σ = 1.6 ± 2.1)

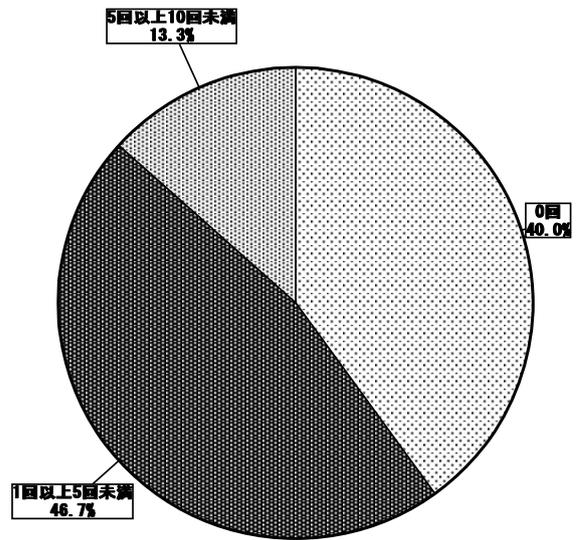


図6-28C-6 問28 C 在医総 - 訪問看護延人数  
 (n = 18, m ± σ = 0.9 ± 1.3)

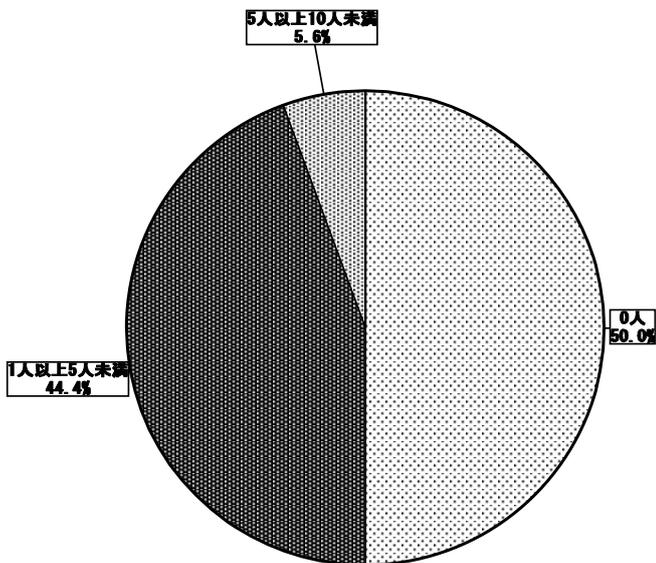


図6-28C-7 問28 C 在医総 - 訪問看護延回数  
 (n = 14, m ± σ = 5.2 ± 7.9)

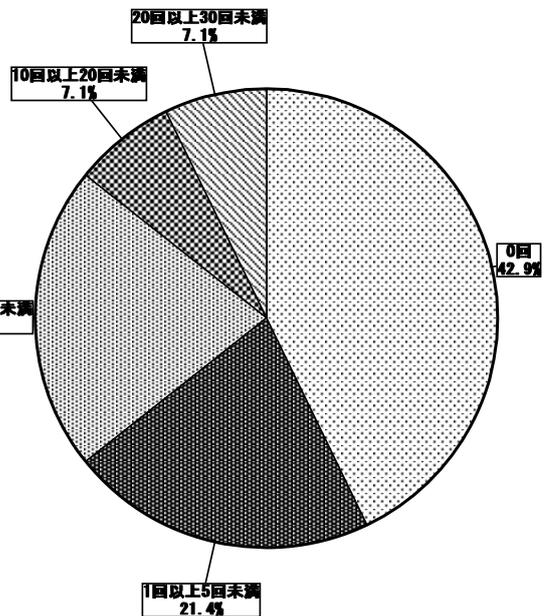


図6-28D-1 問28 D その他の患者 - 往診回数  
(n = 57, m ± σ = 11.8 ± 17.4)

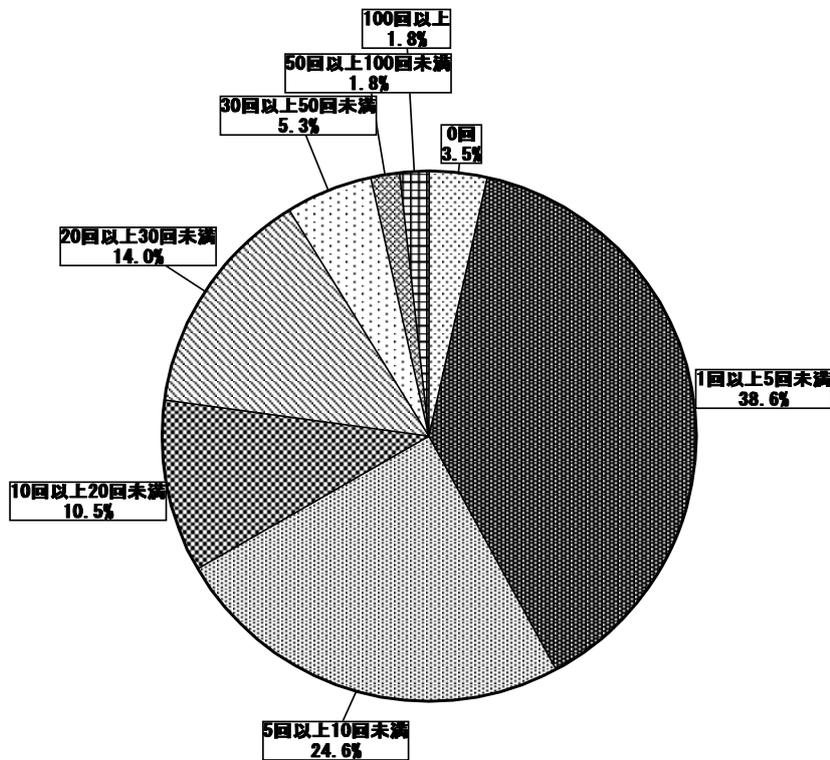
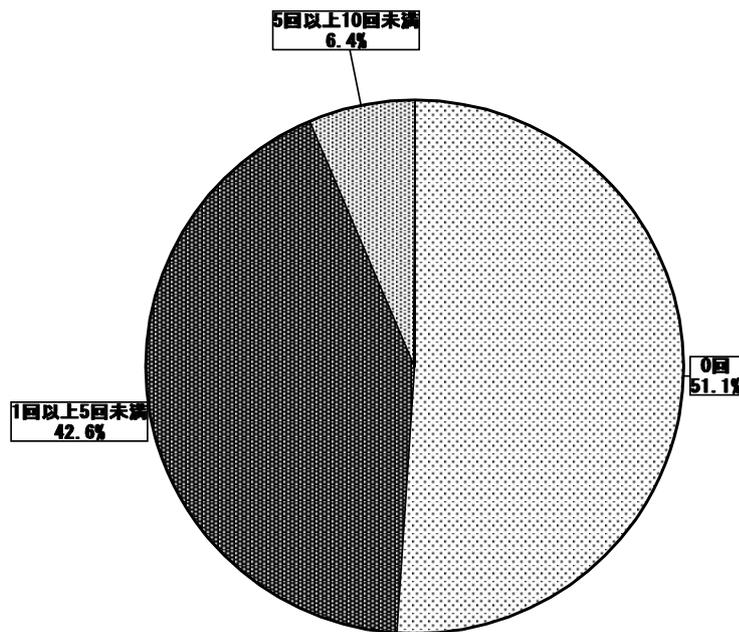


図6-28D-2 問28 D その他の患者 - 往診回数・夜間深夜  
(n = 47, m ± σ = 1.1 ± 1.5)



(6) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 地方

図6-29A-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - A在医管  
 (n = 27, m±σ = 0.7±1.5)

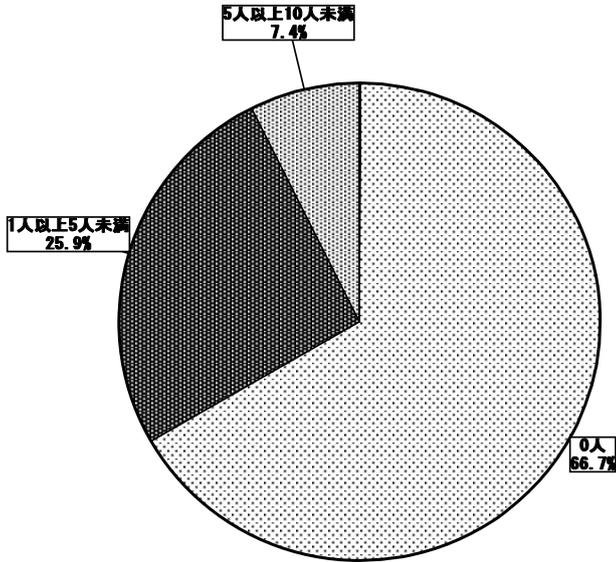


図6-29B-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - B在総診  
 (n = 27, m±σ = 0.6±0.9)

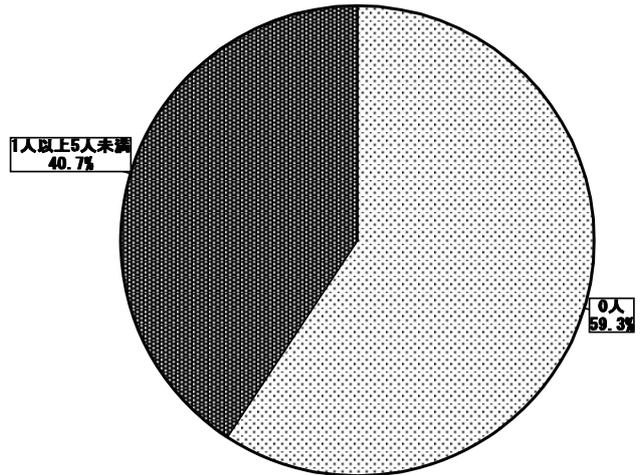


図6-29C-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - C在医総  
 (n = 18)

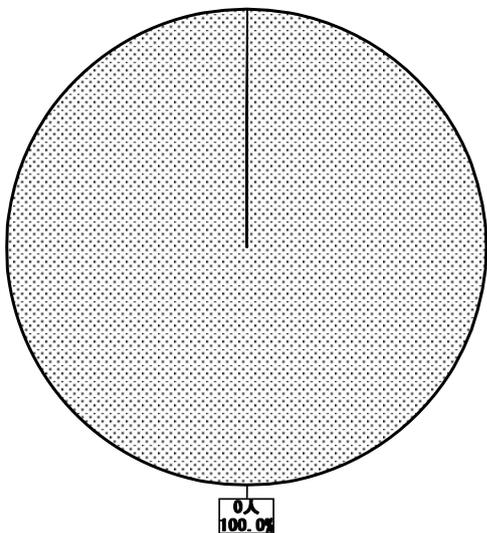


図6-29D-1 問29 在宅人工呼吸療法(HMV)  
 - Dその他  
 (n = 21, m±σ = 0.4±0.8)

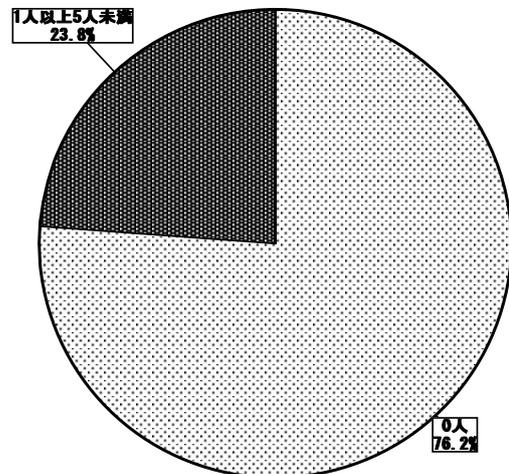


図6-29A-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - A在医管  
 (n = 25, m±σ = 0.7±1.1)

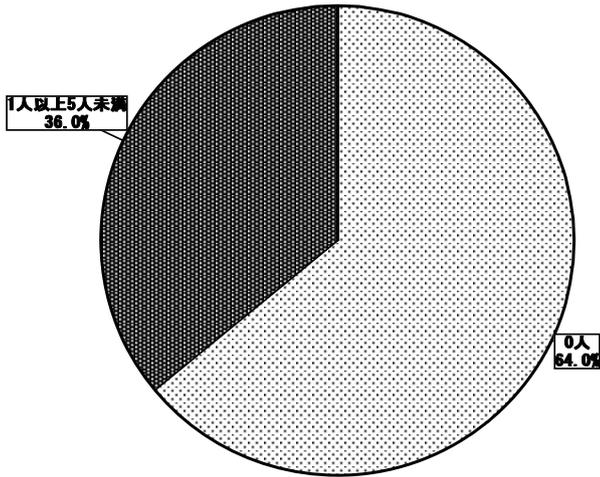


図6-29B-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - B在総診  
 (n = 47, m±σ = 2.7±2.5)

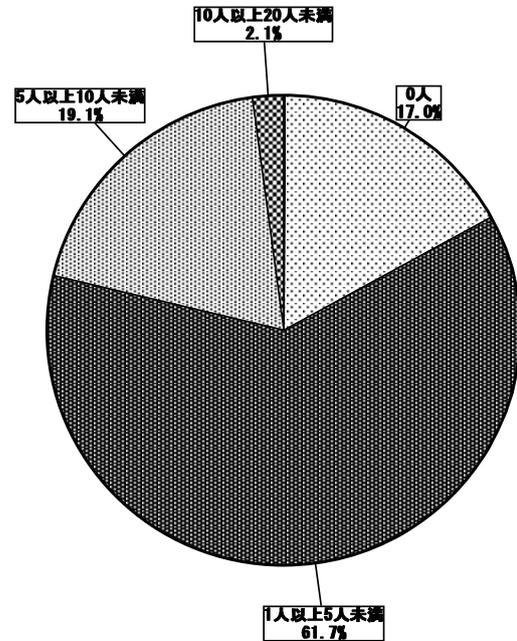


図6-29C-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - C在医総  
 (n = 18, m±σ = 0.4±1.0)

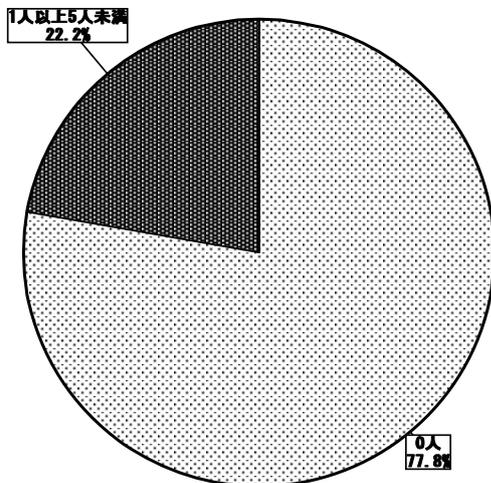
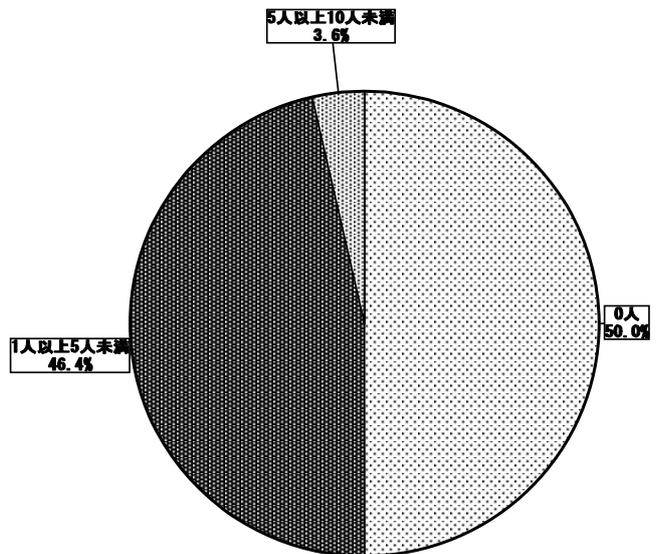


図6-29D-2 問29 在宅酸素療法(HOT)  
 - Dその他  
 (n = 28, m±σ = 1.0±1.5)



(6) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 地方

図6-29A-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
 - A在医管  
 (n = 21, m±σ = 0.2±0.5)

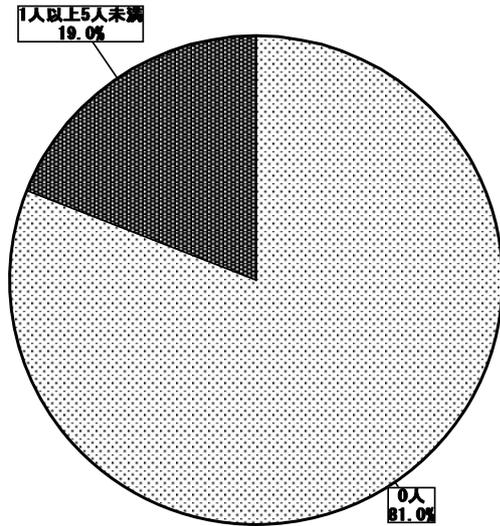


図6-29B-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
 - B在総診  
 (n = 23, m±σ = 0.8±1.3)

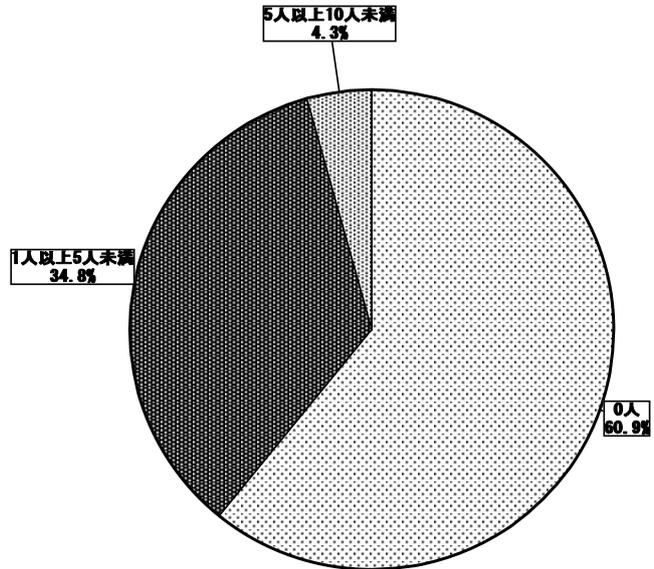


図6-29C-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
 - C在医総  
 (n = 19, m±σ = 0.2±0.6)

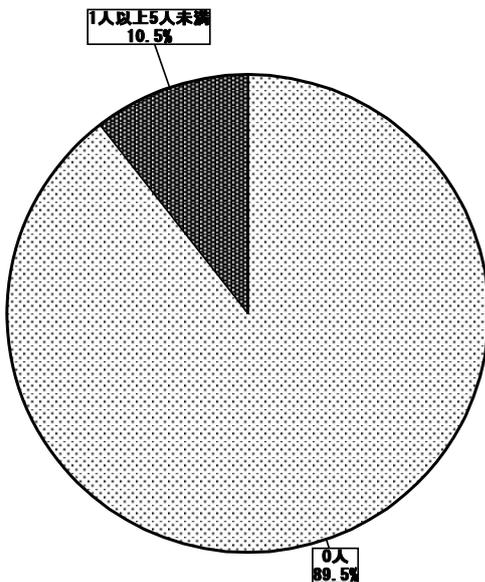
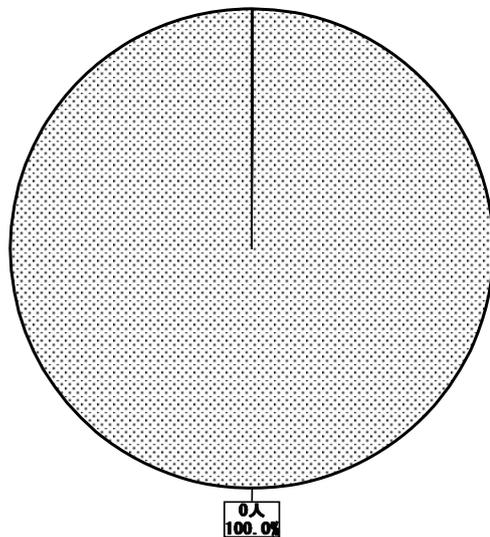


図6-29D-3 問29 在宅中心静脈栄養法(HPN)  
 - Dその他  
 (n = 17)



(6) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 地方

図6-29A-4 問29 在宅成分養経管栄養法(HEN)  
 - A在医管  
 (n = 23, m±σ = 0.5±1.0)

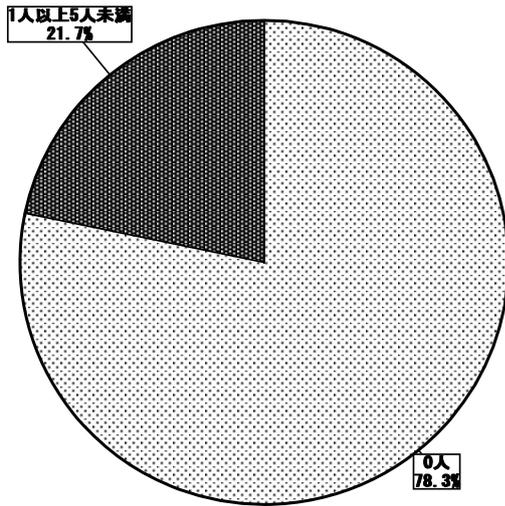


図6-29B-4 問29 在宅成分養経管栄養法(HEN)  
 - B在総診  
 (n = 32, m±σ = 2.0±2.7)

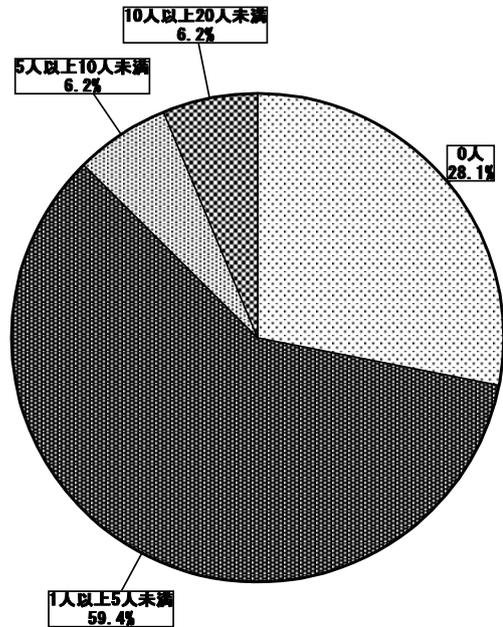


図6-29C-4 問29 在宅成分養経管栄養法(HEN)  
 - C在医総  
 (n = 17)

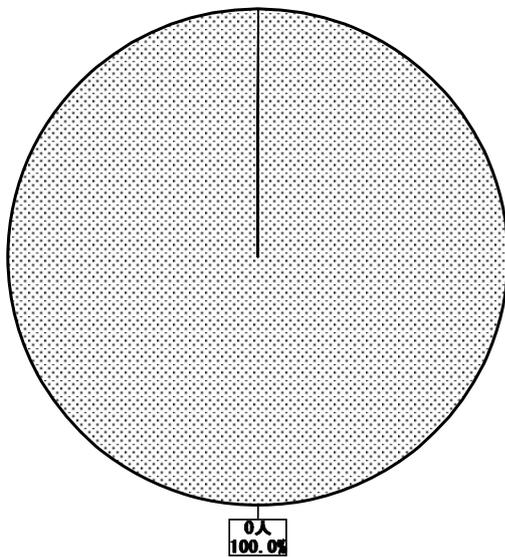
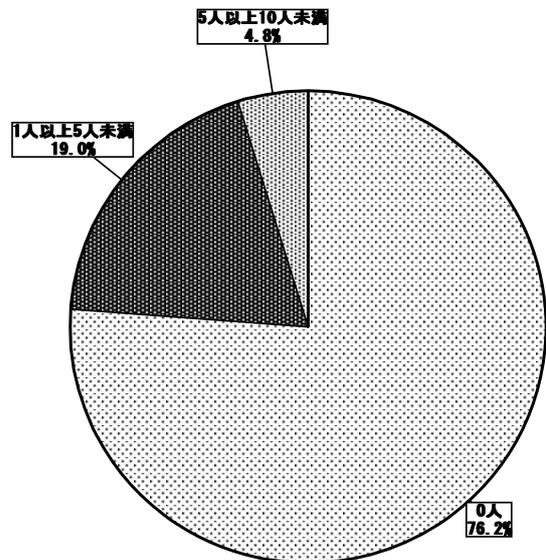


図6-29D-4 問29 在宅成分養経管栄養法(HEN)  
 - Dその他  
 (n = 21, m±σ = 0.5±1.3)



(6) 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調査  
 診療所 - 学会名簿・文献 - 地方

図6-29A-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
 - A在医管  
 (n = 19, m±σ = 0.1±0.2)

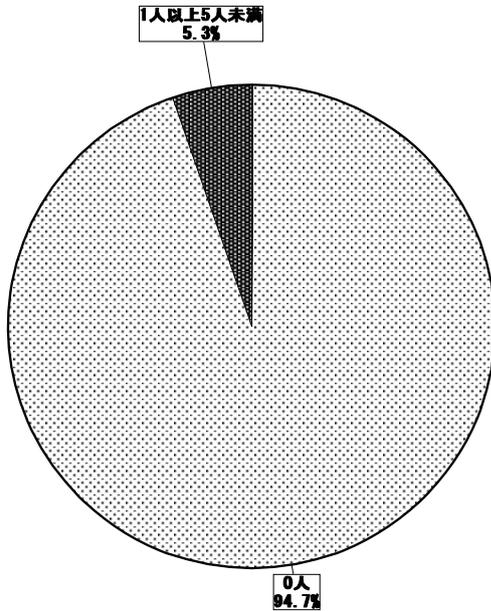


図6-29B-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
 - B在総診  
 (n = 18, m±σ = 0.1±0.2)

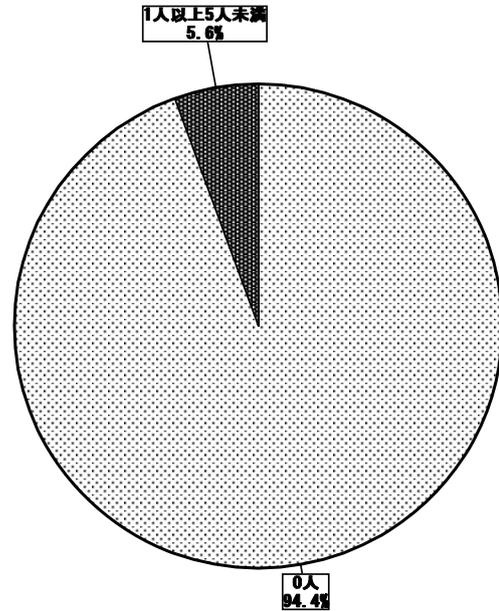


図6-29C-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
 - C在医総  
 (n = 17)

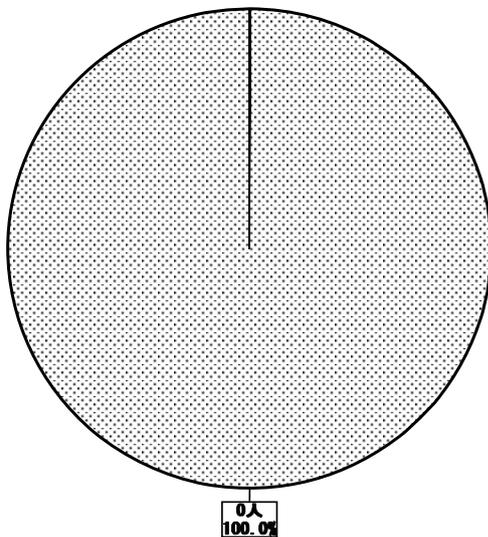


図6-29D-5 問29 連続携行式腹膜透析(CAPD)  
 - Dその他  
 (n = 16)

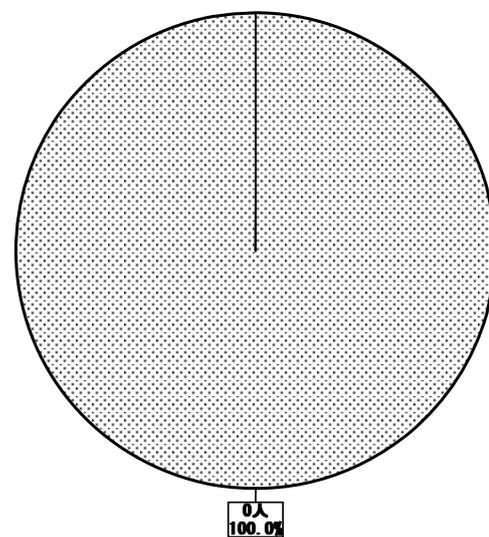


図6-30 問30 診療報酬に占めるA在医管+B在総診+C在医総の比率  
(n = 53)

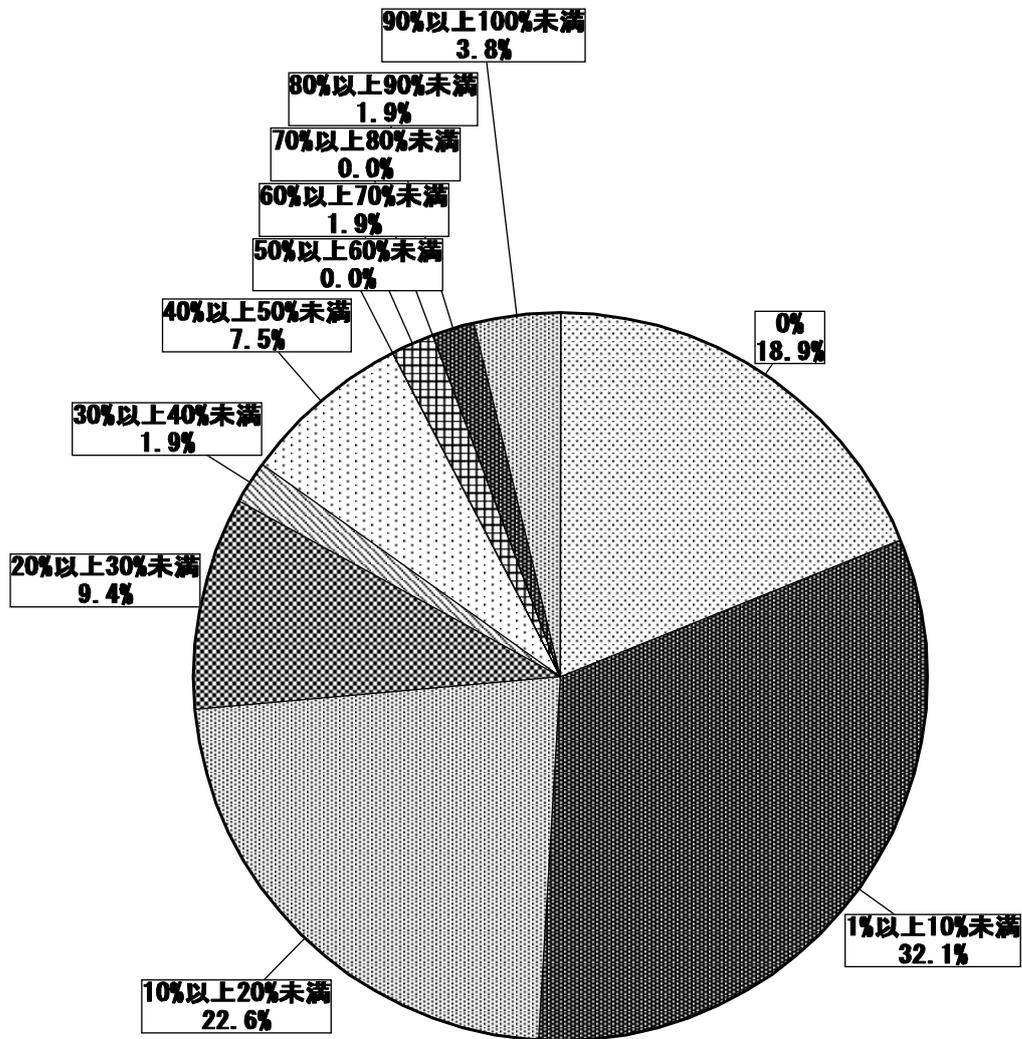


図6-31-1 問31 在宅療養連携窓口の有無  
(n = 68)

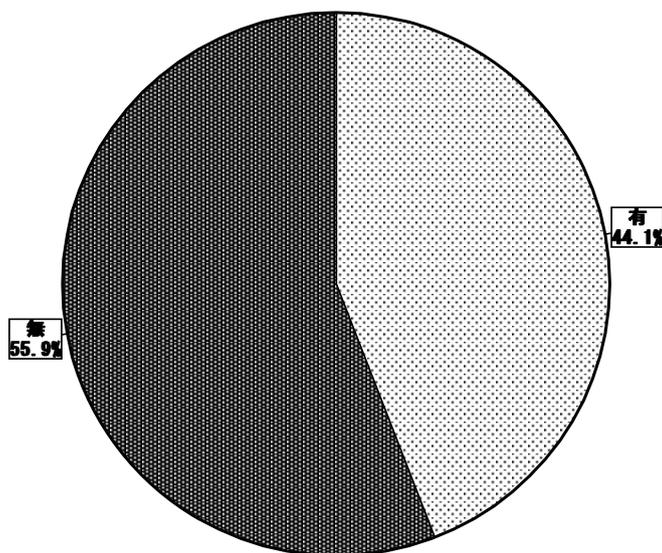


図6-31-2 問31 精神科訪問看護 - 有無  
(n = 64)

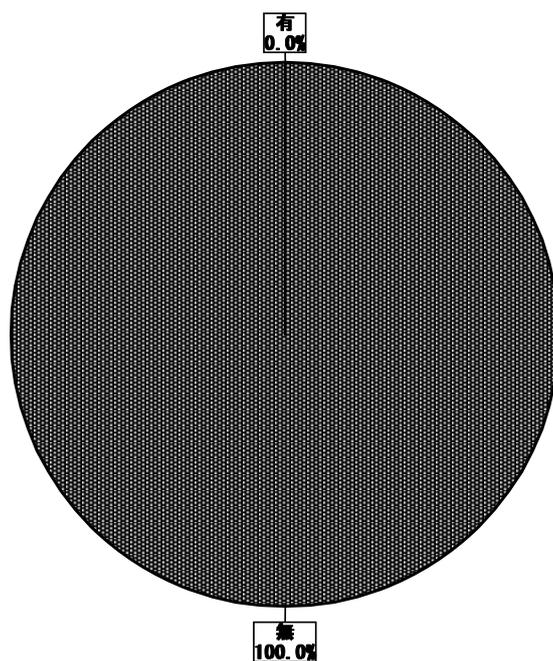


図6-31-4 問31 介護保険  
 - 居宅療養管理指導(医師)  
 - 有無  
 (n = 71)

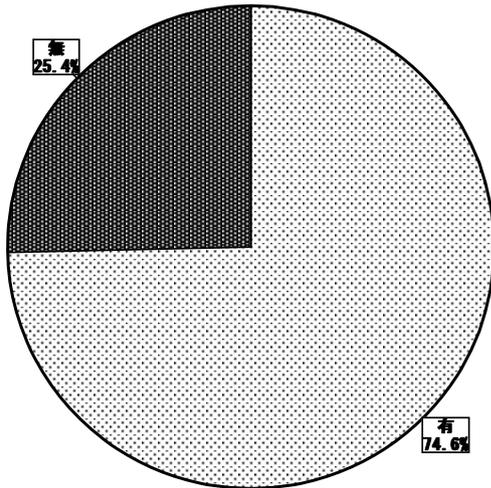


図6-31-5 問31 介護保険  
 - 居宅療養管理指導(医師)  
 - 利用人数  
 (n = 46, m ± σ = 32.2 ± 27.2)

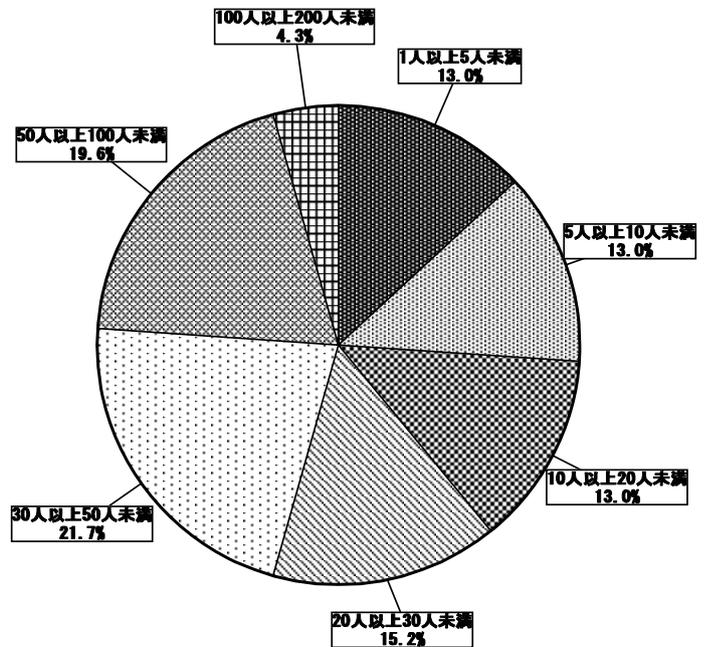


図6-31-6 問31 介護保険  
 - 居宅療養管理指導(薬剤師)  
 - 有無  
 (n = 64)

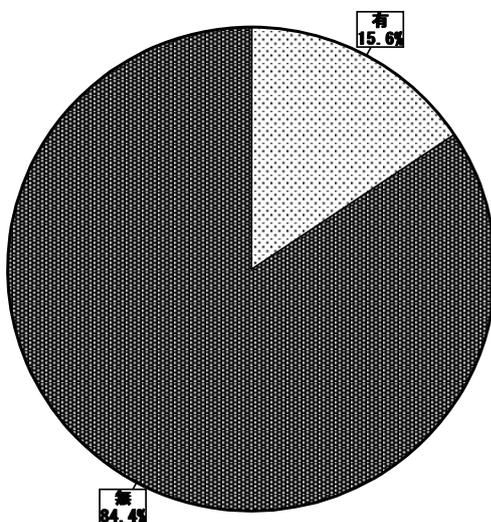


図6-31-7 問31 介護保険  
 - 居宅療養管理指導(薬剤師)  
 - 利用人数  
 (n = 5, m ± σ = 23.0 ± 21.9)

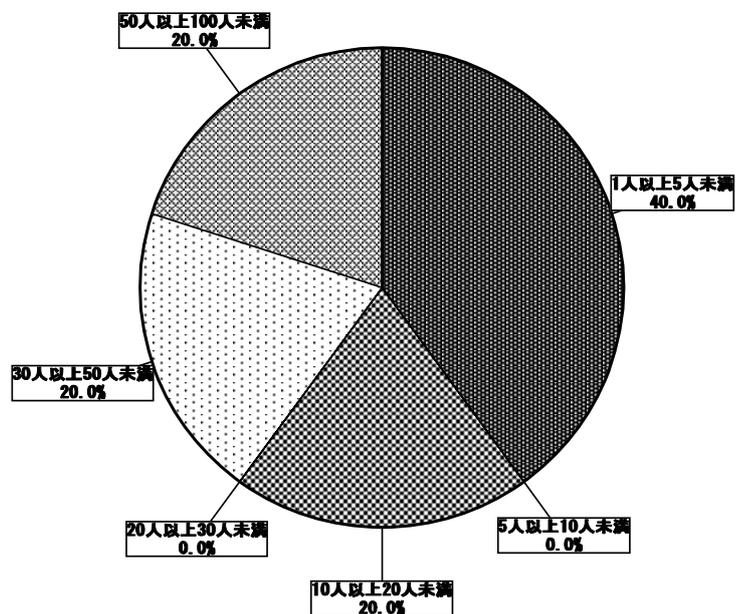


図6-31-8 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 有無  
(n = 66)

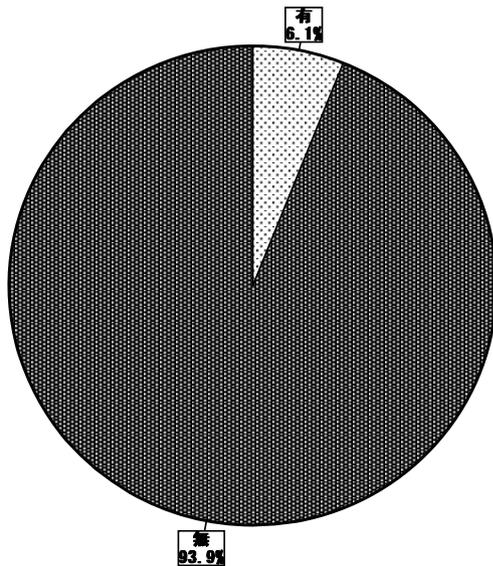


図6-31-9 問31 介護保険  
- 居宅療養管理指導(管理栄養士)  
- 利用人数  
(n = 2, m ± σ = 1.0 ± 0.0)

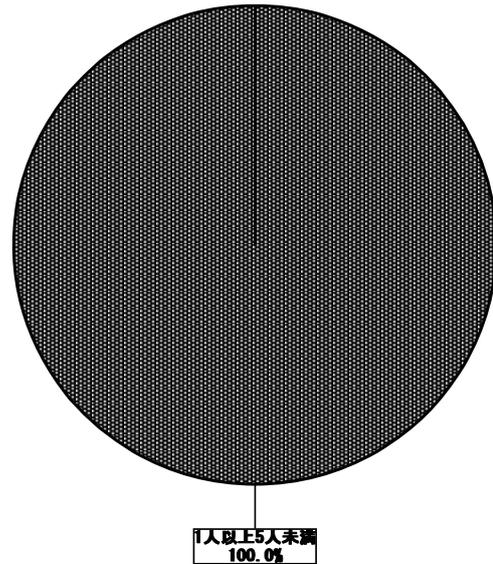


図6-31-10 問31 介護保険 - 訪問看護の有無  
(n = 64)

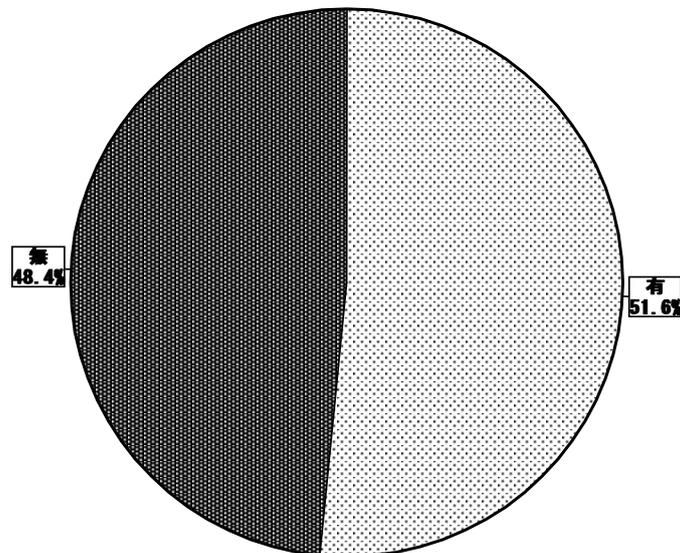


図6-31-11 問31 介護保険 - 訪問看護  
 - 利用人数  
 (n = 24, m ± σ = 16.9 ± 18.6)

図6-31-12 問31 介護保険 - 訪問看護  
 - 利用人数(夜間)  
 (n = 18, m ± σ = 1.3 ± 3.2)

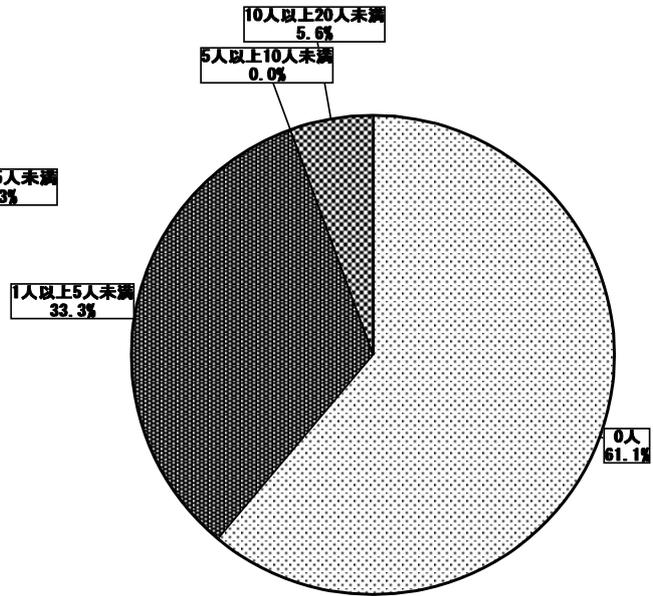
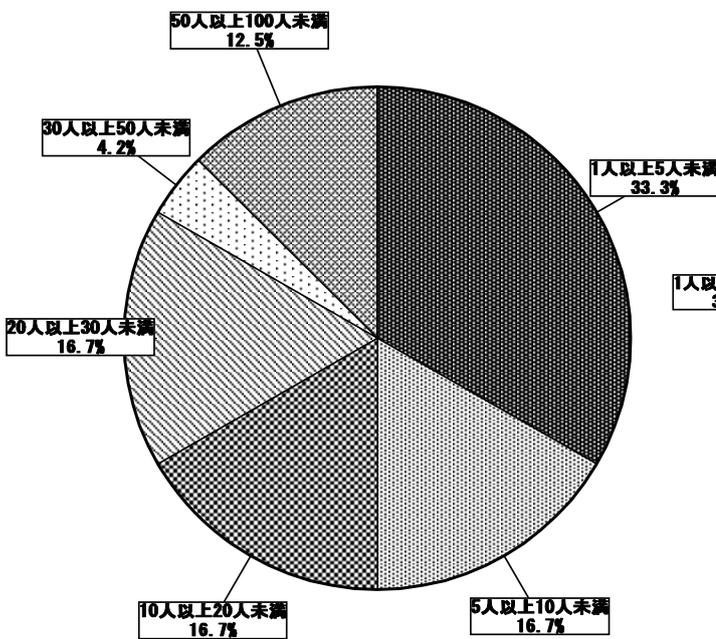


図6-31-13 問31 外来患者への処方  
 (n = 69)

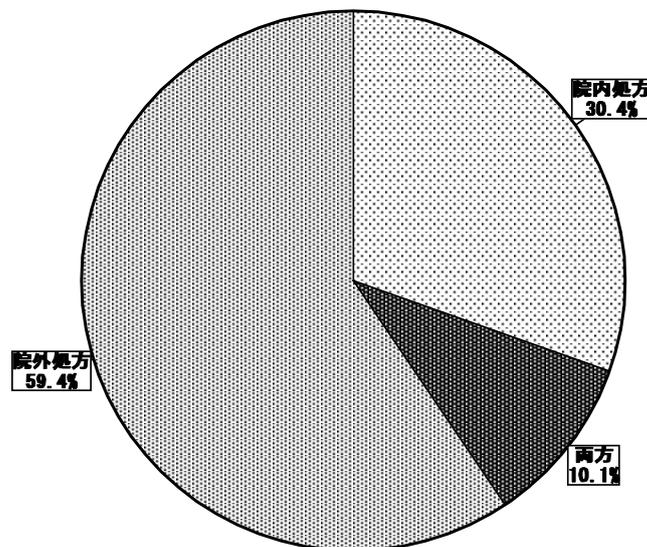


図6-32-1 問32 在宅看取り - 年間看取り数  
 (n = 74, m ± σ = 8.3 ± 11.2)

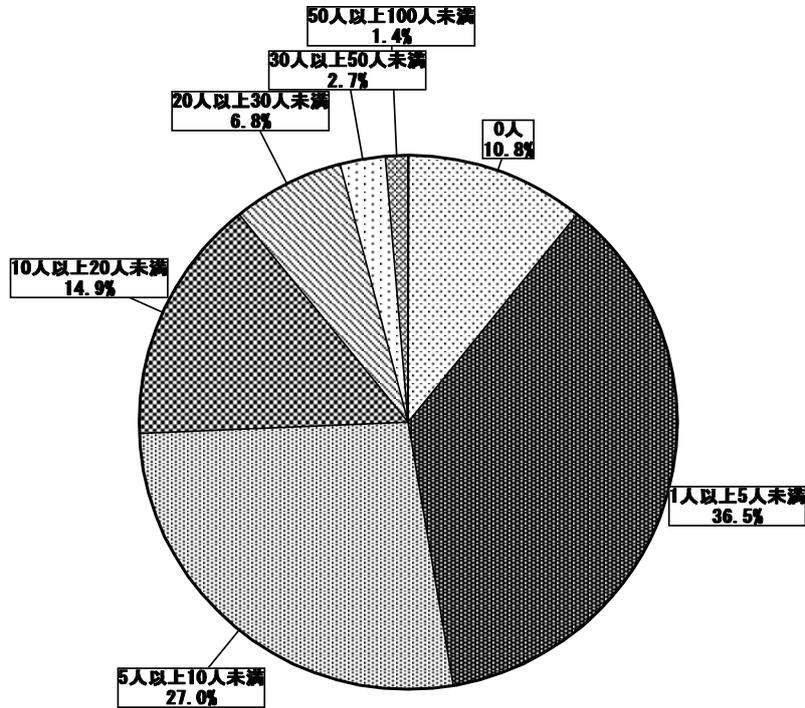


図6-32-2 問32 在宅看取り - 夜間看取りの割合  
 (n = 64, m ± σ = 49.7 ± 33.5)

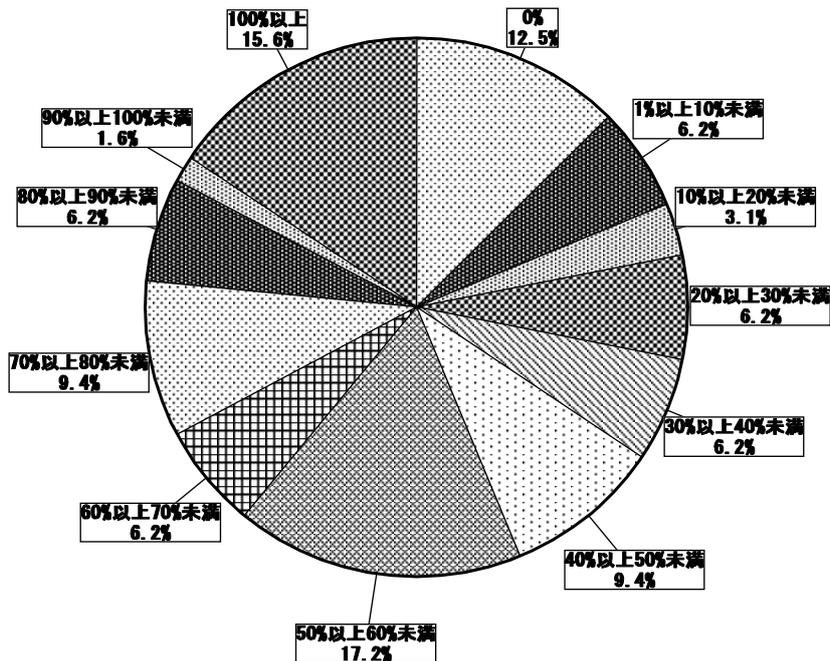


図6-33-1 問33 標榜している診療科目  
 (n = 77, 複数回答)

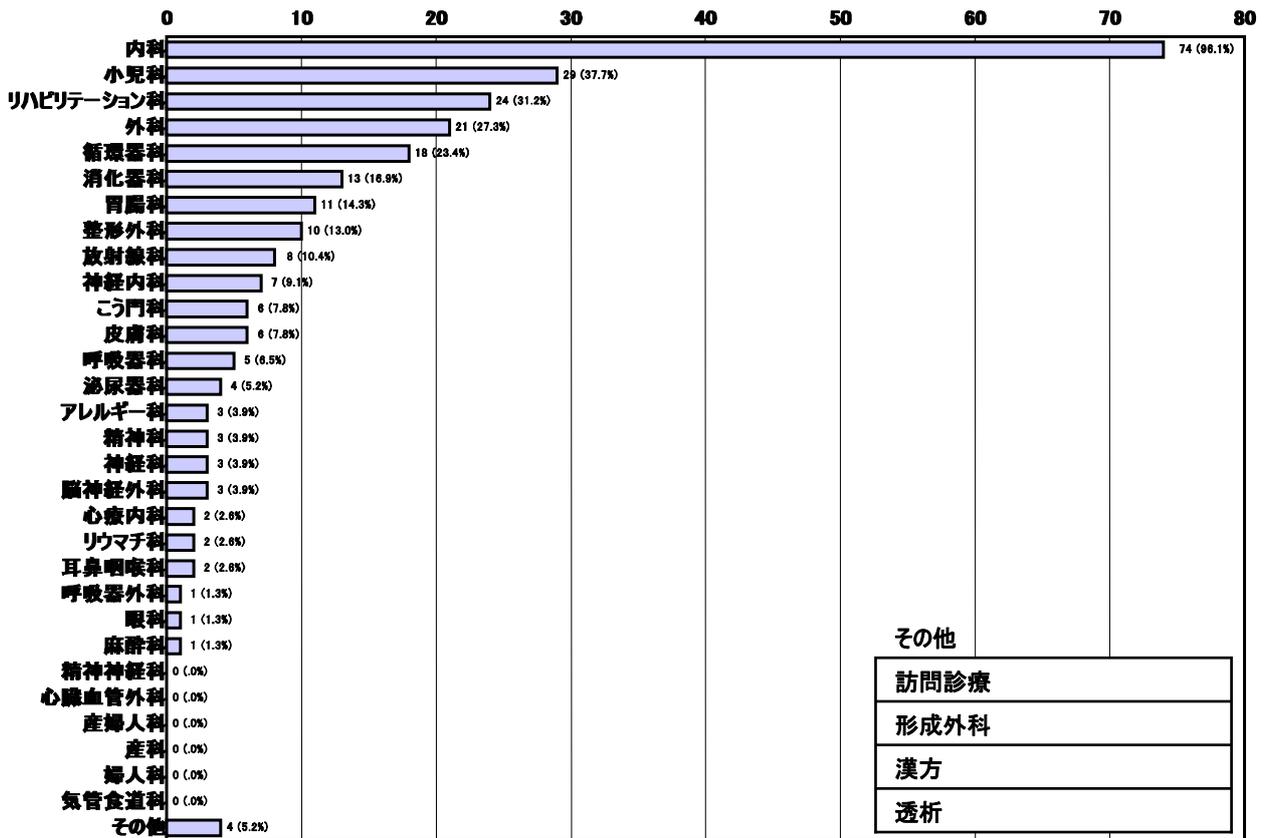


図6-33-2 問33 主たる診療科目  
 (n = 32, 一つのみを標榜と答えているものを含む)

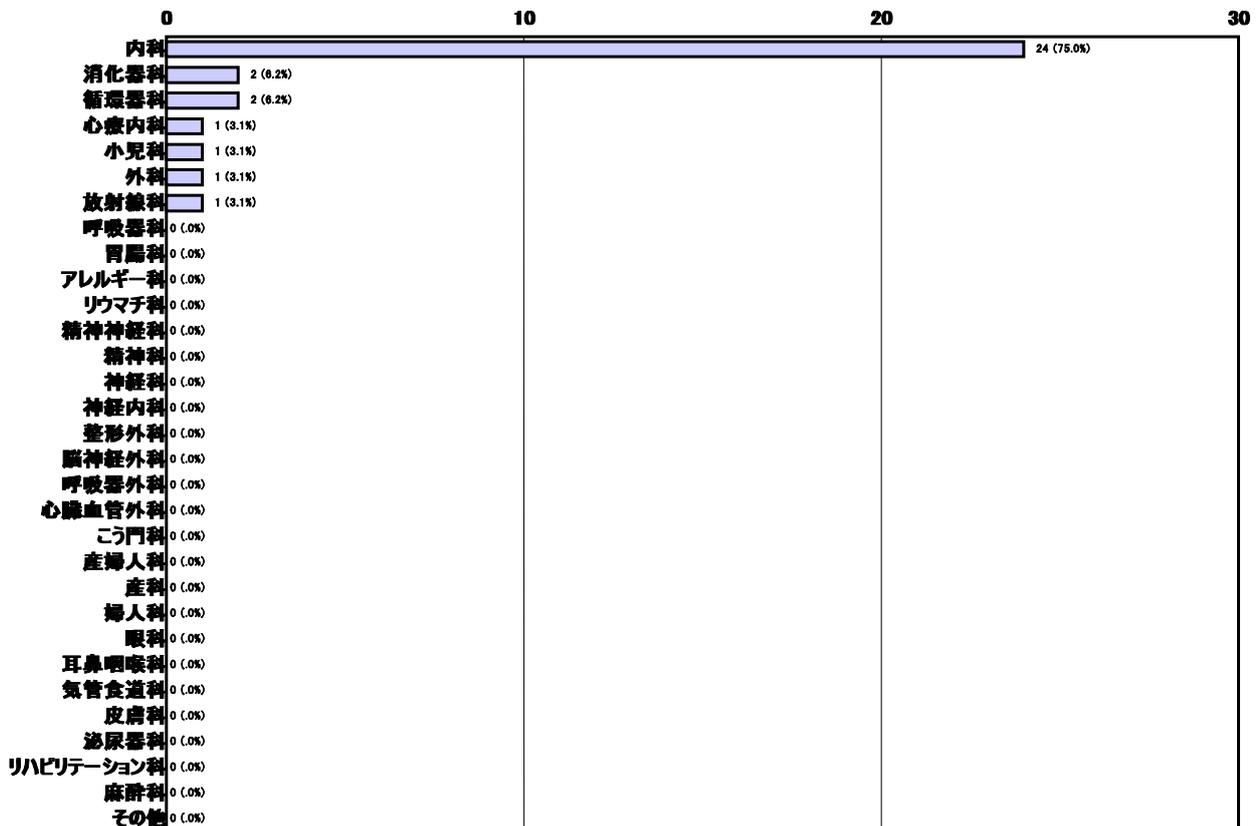


図6-33-3 問33 病床数 - 全病床  
(n = 70, m ± σ = 5.9 ± 8.5)

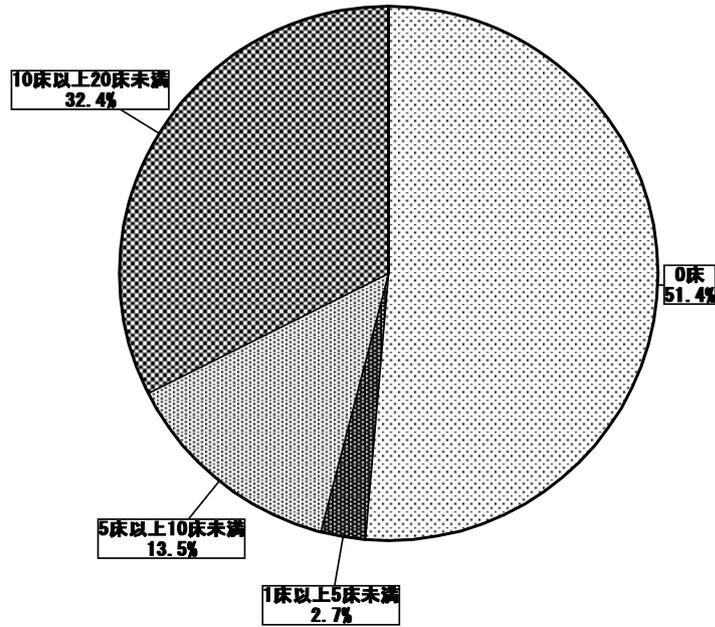


図6-33-4 問33 病床数 - 療養病床  
(n = 37, m ± σ = 5.6 ± 6.8)

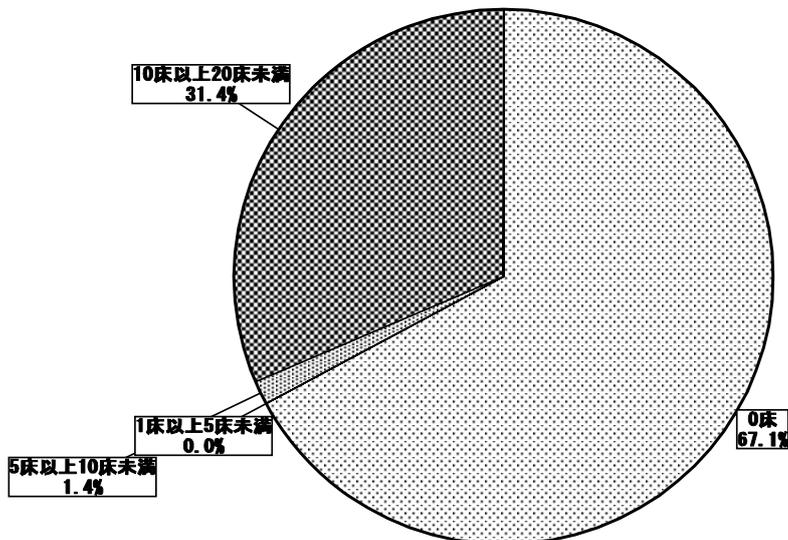


図6-33-5 問33 医師数 - 常勤  
 (n = 77, m ± σ = 1.4 ± 0.6)

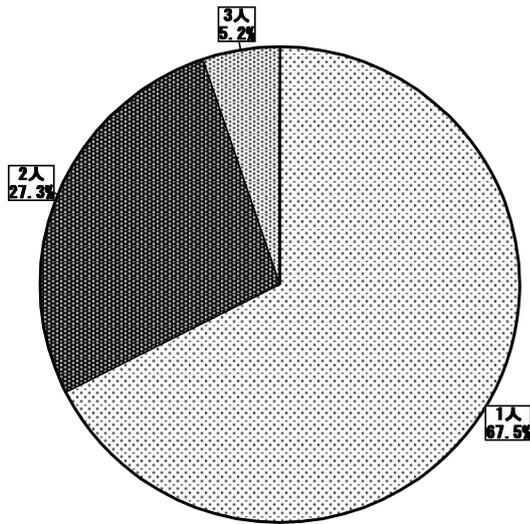


図6-33-6 問33 医師数 - 非常勤  
 (n = 56, m ± σ = 1.6 ± 1.9)

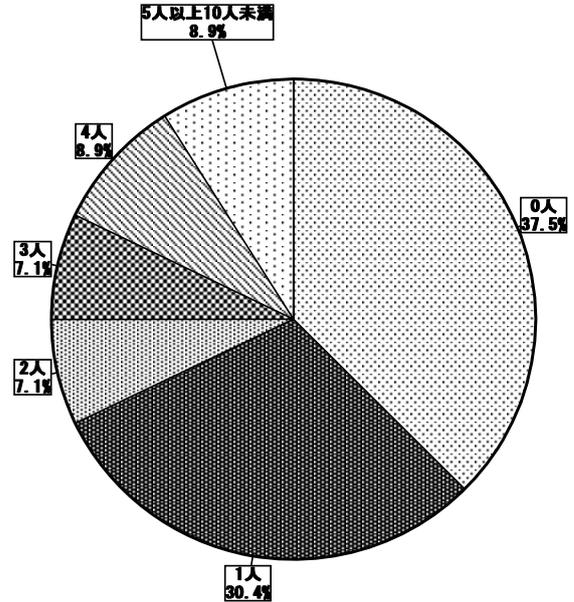


図6-33-7 問33 看護職員数 - 常勤  
 (n = 65, m ± σ = 4.5 ± 3.8)

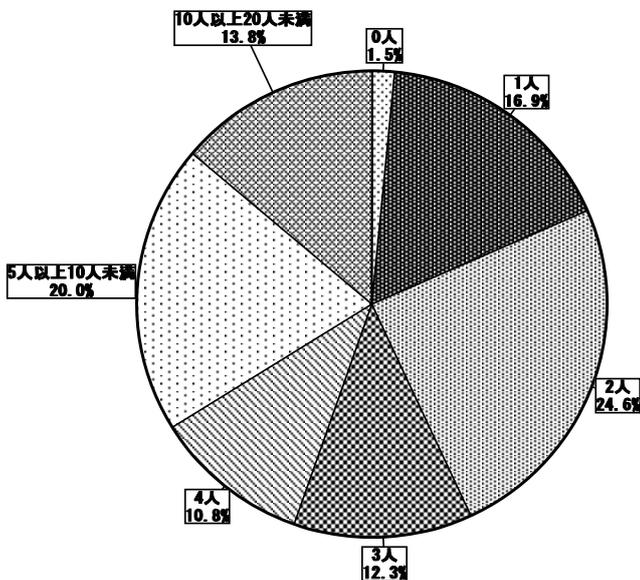
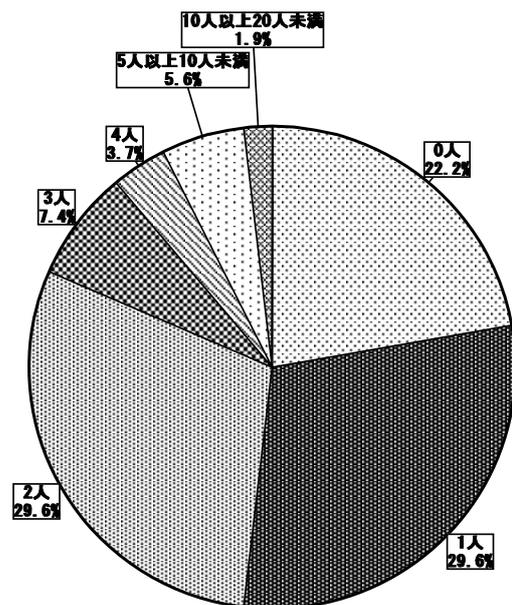


図6-33-8 問33 看護職員数 - 非常勤  
 (n = 54, m ± σ = 1.8 ± 2.2)



地域医療を担う先生方へ

平成 17 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）  
『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』

### アンケート調査ご協力のお願い

謹啓

寒さ厳しき季節ではございますが、皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は宮城県仙台市で在宅医療専門の診療所を開業している医師です。この度、厚生労働省の研究費により、東北大学大学院医療管理学教室との共同事業として、『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』を行う事となりました。

高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所(仮称)を設け、在宅療養患者を対象とした診療報酬点数を算定するための要件について厚生労働省、中医協等で検討が重ねられています。

(参考 URL : <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/dl/s0118-6a1.pdf>)

新たな制度の導入前に、今後の在宅医療を支える診療所のあり方等についての基礎資料を得るため、地域医療を担う先生方の率直なご意見をお伺いいたしたく存じます。

つきましては、ご多忙中貴重なお時間をお割き頂くこととなり誠に申し訳ございませんが、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

謹白

平成 18 年 2 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】

『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』

#### 【調査目的】

新たに設けられる在宅療養支援診療所(仮称)を中心とする、24 時間 365 日対応可能な医療と高い QOL の連続的介護を提供する在宅ハイケアシステムを構築することにより、複数高度医療を必要とする重症高齢者、特定疾病療養者、単身者、担癌者に、安心・安全・安穏な居宅への移行と生活維持が確立されることを目指しております。

#### 【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『24 時間 365 日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究事業』によ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】

ご回答は無記名で結構ですが、差し障りが無い場合は、お名前と施設名をお書きいただければ幸いです。得られた結果は統計的に処理し、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】

『日本在宅医学会会員名簿』、『NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク会員名簿』、WAM NET (URL:<http://www.wam.go.jp/>)、その他 web サイトから抽出致しました。日本在宅医学会とNPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークからは予めご承認を頂いております。

【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20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。

問合せ先

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委員会  
事務局（仙台往診クリニック内） 担当：伊藤・村上  
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。

## [在宅療養支援診療所（仮称）の要件について]

次のそれぞれの要件について、妥当か否かについて番号でお答えください。3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

問1. 保険医療機関たる診療所であること。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問1-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

----- ----- -----
-------------------------

問2. 医療機関は地方社会保険事務局に申請をおこない、「在宅療養支援診療所（仮称）」としての認可を受けること。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問2-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

----- ----- -----
-------------------------

問3. 在宅療養支援診療所（仮称）は、定期的な認定更新を必要とする。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問3-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

----- ----- -----
-------------------------

問4. 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護師等を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問4-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

----- ----- -----
-------------------------

問5. 当該診療所内において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問5-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

----- ----- -----
-------------------------

問6. 当該診療所内において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護師との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護師の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問6-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

問7. 当該診療所内において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問7-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

問8. 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問8-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

問9. 当該診療所における在宅看取り数を報告すること。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問9-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

問10. 緊急往診の実績報告を定期的に行うこと。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問10-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

問11. その他加えるべき要件について具体的にお書き下さい。

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------



**[在宅患者訪問診療料におけるターミナルケアに係る評価について]**

在宅における療養の終末期に係る評価を充実する観点から在宅患者訪問診療料におけるターミナルケアに係る評価について、1ヶ月以上にわたり訪問診療を実施していた場合に算定するとの要件を改め、死亡日前一定期間内に訪問診療を一定回数以上実施していることを算定要件とするとともに、在宅療養支援診療所(仮称)が関与し、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行っていた場合には評価を引き上げることが検討されています。

問14-1. 「一定期間」とは、死亡日より何日前が妥当でしょうか ( ) 日前

問14-2. 「一定回数以上」とは、何回以上が妥当でしょうか ( ) 回以上

**[在宅患者訪問看護・指導料及び訪問看護療養費におけるターミナルケアに係る評価について]**

在宅患者訪問看護・指導料及び訪問看護療養費におけるターミナルケアに係る評価について、死亡前24時間以内に訪問看護を行っていた場合に算定するとの要件は維持する一方、1ヶ月以上にわたり訪問看護を実施していた場合等に算定するとの要件を改め、死亡日前一定期間内に訪問看護を一定回数以上実施していることを算定要件とするとともに、在宅療養支援診療所(仮称)が関与する場合には評価を引き上げることが検討されています。

問15-1. 「一定期間」とは、死亡日より何日前が妥当でしょうか ( ) 日前

問15-2. 「一定回数以上」とは、何回以上が妥当でしょうか ( ) 回以上

**[自宅以外の多様な居住の場における悪性腫瘍のターミナルケアについて]**

問16. 末期の悪性腫瘍の患者については、介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者であっても、在宅療養支援診療所(仮称)に係る医師が訪問診療を行う場合には、在宅患者訪問診療料を算定できることについて検討されています。それについてのお考えを番号でお答え下さい。3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問16-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

-----
-----

問17. 末期の悪性腫瘍の患者については、特別養護老人ホームの入所者であっても、在宅療養支援診療所(仮称)に係る医師が訪問診療を行う場合やその指示に基づき訪問看護等を行う場合には、在宅患者訪問診療料及び在宅患者訪問看護・指導料等又は訪問看護療養費を算定できることについて検討されています。それについてのお考えを番号でお答え下さい。3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問17-1. 3を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

-----
-----

問 18. 問 16、17 については、末期の悪性腫瘍のターミナルケアに限定されていますが、それについてのお考えを具体的にお書き下さい。


### 【在宅末期医療総合診療料について】

問 19. 在宅における療養を補完的に支援する入院医療を評価する観点から、在宅末期医療総合診療料について、在宅療養支援診療所(仮称)の関与を要件として、在宅医療と入院医療とが混在した場合にも算定できる取扱いとすることが検討されています。それについてのお考えを番号でお答え下さい。3 を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問 19-1. 3 を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。


### 【文書等で事前指示\*を徴することについて】

\* 「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たくないことを希求する、医療に関する希望を記録したもの」  
(世界医師会 2003 年)

問 20. 在宅で最期を迎える希望について、文書等で患者・家族より事前指示を徴することについてのお考えを番号でお答え下さい。

1. 全く妥当	2. 概ね妥当	3. 妥当でない	4. わからない
---------	---------	----------	----------

問 20-1. 3 を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。


問 21. 事前指示のメリットとして重要なものを(その他を含む)、**3つまで番号を○で囲んで下さい。**

1. 本人の自己決定が明示される
2. 本人の自己決定を共有できる
3. 本人の自己決定に沿って治療が進められる
4. 本人の自己決定に沿って治療を控えることができる
5. 本人の自己決定に沿って治療を打ち切ることができる
6. 本人の決定内容を更新することができる
7. 本人が望まない治療を強要されない
8. 本人の希望を叶えるために話し合いがなされる
9. 本人と家族医療者のコミュニケーションがよくなる
10. その他 ( )

問 22. 事前指示が普及しない阻害要因として、重要なものを（その他を含む）、**3つまで番号を○で囲んで下さい。**

1. 事前指示の前提としての病名・病態・予後告知が行われていない
2. 事前指示には法的根拠がない
3. 事前指示の中身が周知されず、本人が希望しない治療が行われる場合がある
4. 事前指示が尊重されず、家族が治療方針を変更してしまう場合がある
5. 事前指示が尊重されず、医師が治療方針を決める場合がある
6. 事前指示が尊重されず、決定内容を更新すると医療者にいやがられる
7. 事前指示の書式が標準化されていない
8. 事前指示の前提としての自己決定に患者がなれていない
9. 事前指示をめぐって、本人と家族・医療者の意向が対立して、気まずくなる
10. その他（ <span style="float: right;">）</span>

問 23. 事前指示を普及させる方策として、重要なものを（その他を含む）、**3つまで番号を○で囲んで下さい。**

1. 事前指示の前提としての自己決定についての教育を充実させる
2. 事前指示の前提としての病名・病態・予後告知を推進する
3. 事前指示に法的根拠を与える
4. 事前指示について国民に教育する
5. 事前指示の書式を標準化する
6. 事前指示の中身が周知されるよう、様式を診療録の中に綴じ込む
7. 事前指示の治療方針を変更しようとする家族を説得する
8. 事前指示の決定内容を更新するよう、時々確認する
9. 事前指示をめぐって、本人と家族・医療者の意向の対立を調整する
10. その他（ <span style="float: right;">）</span>

**〔在宅療養支援診療所（仮称）について、現時点での登録の希望〕**

問 24. 現時点での登録の希望

1. あり	2. なし	3. わからない
-------	-------	----------

問 24-1. 2を選択された場合は、その理由を具体的にお書き下さい。

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

尚、4 月以降実際に在宅療養支援診療所（仮称）として登録申請されたか否かについて、再度お伺いする場合があります。









項 目	現 行	改 正
<p><b>在宅患者入院共同指導料 (I)</b> (区分の削除・区分の新設)</p>	<p>310点 注1 診療所である保険医療機関において、区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料(区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。)を算定している患者が、病状の急変等に伴い、病院である保険医療機関に入院した場合において、入院先の病院の了解の下に当該病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に算定す</p>	<p><b>地域連携退院時共同指導料</b> 1 1 在宅療養支援診療所(地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいう(以下この表において同じ。))の場合 1,000点 2 1以外の場合 600点 注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者が入院している保険医療機関</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>る。</p> <p>2 入院の日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院の日から起算して1月を超えた期間にあっては、月2回に限り算定する。</p> <p>3 区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)を算定している患者については算定しない。</p> <p>4 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に290点を加算する。</p>	<p>に赴いて、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号C000に掲げる往診料及び区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。</p>
<p><b>在宅患者入院共同指導料(Ⅱ)</b> (区分の削除・区分の新設)</p>	<p>140点</p> <p>注1 診療所である保険医療機関において、区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料(区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除</p>	<p><b>地域連携退院時共同指導料</b></p> <p>2</p> <p>1 在宅療養支援診療所と連携する場合 500点</p> <p>2 1以外の場合 300点</p> <p>注1 入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>く。)を算定している患者が、病状の急変等に伴い、病院である保険医療機関に入院した場合において、当該病院において当該患者を診察した当該診療所の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>2 入院の日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院の日から起算して1月を超えた期間にあっては、月2回に限り算定する。</p> <p>3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定している患者については算定しない。</p> <p>4 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に360点を加算する。</p>	<p>当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合には、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定できる。</p> <p>2 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)及び区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料は別に算定できない。</p>



項 目	現 行	改 正
	<p>200点を加算する。</p> <p>注7 往診料を算定する往診の日の翌日までに 行った訪問診療の費用 は算定しない。</p>	<p>200点を加算する。た だし、注4のただし書 の加算を算定する場合 は、算定できない。</p> <p>注7 往診料を算定する往 診の日の翌日までに 行った訪問診療（在宅 療養支援診療所又はそ の連携保険医療機関の 保険医が行ったものを 除く。）の費用は算定 しない。</p>
<p>介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの 入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについて は、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が訪問診療を行う場合には、新たに 「在宅患者訪問診療料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6 号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要 する費用の額を算定できる場合」において規定する。</p>		
<p><b>在宅時医学管理料</b> (区分の再編)</p>	<p>3,360点</p>	<p>在宅時医学総合管理料（月 1回）</p> <p>1 在宅療養支援診療所の 場合</p> <p>イ 保険薬局において調 剤を受けるために処方 せんを交付する場合 4,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しな い場合 4,500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調 剤を受けるために処方 せんを交付する場合 2,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しな い場合 2,500点</p>
<p>(注の変更)</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が 定める施設基準に適合 しているものとして地 方社会保険事務局長に 届け出た保険医療機関</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が 定める施設基準に適合 しているものとして地 方社会保険事務局長に 届け出た保険医療機関</p>

項 目	現 行	改 正
<p>(注の変更)</p> <p>(加算の新設)</p>	<p>において、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に週1回程度以上の定期的な訪問診療を行っている場合であって、患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 在宅時医学管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>(新設)</p>	<p>(診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。)において、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注2 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。)に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、重症者加算として、所定点数に1,000点を加算する。</p>
<p>在宅末期医療総合診療料(1日につき)</p> <p>(注の変更)</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、居宅におい</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関(在宅療養支援診療所</p>

項 目	現 行	改 正
<p data-bbox="284 712 576 808"><b>在宅患者訪問看護・指導料</b> (1日につき) (加算の新設)</p> <p data-bbox="309 1173 424 1205">(注の変更)</p> <p data-bbox="309 1785 472 1816">(加算の見直し)</p>	<p data-bbox="679 315 922 629">て療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。</p> <p data-bbox="850 779 919 810">(新設)</p> <p data-bbox="632 1173 922 1451">注3 在宅で死亡した患者について、1か月以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、所定点数に1,200点を加算する。</p> <p data-bbox="632 1785 922 1951">注4 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに</p>	<p data-bbox="1098 315 1340 667">に限る。)において、居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。</p> <p data-bbox="1050 779 1340 1167">注3 患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。</p> <p data-bbox="1050 1173 1340 1771">注4 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりこれを実施した場合は、所定点数に1,500点を加算する。</p> <p data-bbox="1050 1785 1340 1951">注5 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに</p>

項 目	現 行	改 正
	<p>限る。) に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上訪問看護を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。</p>	<p>限る。以下この注において同じ。) に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。</p>
<p>介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けているケアハウスや有料老人ホームの入居者及び特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍の患者であるものについては、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行う場合には、新たに「在宅患者訪問看護・指導料」を算定できることとし、その旨については、診療報酬の算定方法の第6号の規定に基づき、別に厚生労働大臣が定める「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」において規定する。</p>		

【特掲診療料の施設基準に係る届出書】

[ 新規・変更・辞退 ]

受理番号 (支援診) 第 号

該当日：平成 年 月 日

事項 【在宅療養支援診療所】

の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行った事がないこと。
- 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第3に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び老人保健法第31条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料等の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関（同告示別表第4の上欄に掲げる基準に該当し、かつ、同表の下欄に掲げる基準に該当するものを除く。）でないこと。

上記基準の全てに適合しているのので、別添書類を添えて届出します。

平成 年 月 日

【保険医療機関】

コード番号

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

印

宮城社会保険事務局長 殿

[ 注意 ]

- 1 □には適合する場合に「レ」を記入すること。
- 2 届出書（添付書類を含む）は、正副2通それぞれに押印のうえ提出すること。
- 3 提出期限は、毎月15日であるもの。
- 4 受理決定まで通常半月から1カ月を要し、受理又は不受理通知書を交付するもの。
- 5 緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付すること。

【連絡先】 本書作成者氏名

電話番号

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 在宅医療に係る施設基準の届出の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出 ( 有 ・ 無 )</li> <li>・ 在宅末期医療総合診療料に係る施設基準の届出 ( 有 ・ 無 )</li> </ul>	
<p>2 当該診療所の担当者氏名</p> <p>(1) 担当医 (2) 看護職員</p>	
<p>3 24時間対応体制に係る事項</p> <p>(1) 患者からの連絡を直接受ける体制：対応体制 名で担当、交代制 ( 有・無 )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当者の氏名及び職種 ・ 連絡方法・連絡先</li> <li>・ 当該診療所内で確保 ( 有 ・ 無 ) ・ 担当医が直接対応 ( 有・無 )</li> </ul> <p>(2) 往診体制：対応体制 名で担当、交代制 ( 有・無 )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医及び連携保険医の氏名</li> </ul> <p>(3) 緊急訪問看護体制：対応体制 名で担当、交代制 ( 有・無 )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当看護職員及び連携看護職員の氏名、所属先</li> </ul> <p>* 交代制有りの場合は、それぞれ勤務割表の例を添付すること。</p>	
<p>4 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 氏名、連絡先</li> <li>・ 資格、主な業務内容</li> <li>・ 体制 ( 管理者 ・ 自施設の職員 ・ 院外の事業所等との連携 ・ その他 )</li> </ul>	
<p>5 連携保険医療機関等 ( 1 )</p> <p>(1) 医療機関の名称 (3) 担当医の氏名</p> <p>(2) 開設者名 (4) 連絡先</p>	
<p>5 連携保険医療機関等 ( 2 )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護事業者の名称 ・ 担当看護職員の氏名</li> </ul> <p>(2) 開設者名 (4) 連絡先</p>	
<p>6 緊急時の入院体制 届出医療機関の入院施設 ( 有 ・ 無 )</p> <p>(1) 連携保険医療機関の名称</p> <p>(2) 開設者名 (4) 担当医の氏名</p> <p>(3) 所在地 (5) 緊急時の連絡先</p>	

[記載上の注意]

- 1 括弧内は、いずれか該当するものに○を記入する。
- 2 「3」について、それぞれ交代制有りの場合は、勤務割表の例を添付すること。
- 3 「5」及び「6」については、他の保険医療機関等と連携して24時間対応体制や緊急入院体制を確保する場合に記入すること。
- 4 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

【特掲診療料の施設基準に係る届出書】

[ 新規・変更・辞退 ]

受理番号 (在医総管) 第 \_\_\_\_\_ 号

該当日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事項 【在宅時医学総合管理料】  
の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行った事がないこと。
- 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第3に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び老人保健法第31条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料等の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関（同告示別表第4の上欄に掲げる基準に該当し、かつ、同表の下欄に掲げる基準に該当するものを除く。）でないこと。

上記基準の全てに適合しているのので、別添書類を添えて届出します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【保険医療機関】

コード番号

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

印

宮城社会保険事務局長 殿

[ 注意 ]

- 1 には適合する場合に「レ」を記入すること。
- 2 届出書（添付書類を含む）は、正副2通それぞれに押印のうえ提出すること。
- 3 提出期限は、毎月15日であるもの。
- 4 受理決定まで通常半月から1カ月を要し、受理又は不受理通知書を交付するもの。
- 5 緊急時の連絡・対応方法について患者への説明文書の例を添付すること。

【連絡先】 本書作成者氏名

電話番号

在宅時医学総合管理料の施設基準に係る届出書添付書類

在宅療養支援診療所の施設基準届出の有無	( 有 ・ 無 )
1 在宅医療を担当する常勤医師の氏名	
2 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者の氏名、資格	

[記載上の注意]

- 1 「1」の資格とは、介護支援専門員、社会福祉士等と記載すること。
- 2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

**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  
事業実績報告書**

---

---

平成18年4月10日

平成17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0124001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

---

---