

在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と
介護連携推進戦略に関する調査研究事業

事業実績報告書

— 上 卷 —

平成 21 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)
厚生労働省発老 0917 第 1 号

研究代表者 川島 孝一郎

平成 22 年 3 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と先行研究	1
2. 医療の機能分化と在宅医療	83
3. 多職種連携ツールとその活用	84
4. 連携に関する評価	99

第2章 事業概要

1. 検討委員会による会議開催とその経過	109
2. 調査概要	110
3. 事業実施の委託	111

第3章 ICFと『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』

1. ICFは『五体不満足の思想』である	113
2. ICFの理念と実際の活用	114
3. ICFを基礎とした『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の概要	127

第4章 在宅移行推進のその他の方策

1. 在宅療養を支える社会資源整備状況の周知 —在宅療養支援診療所MAPの構築—	167
2. 診療報酬・介護報酬上の評価による推進	172

第5章 事業結果

1. 在宅療養支援診療所調査	217
2. 病院調査	220
3. 結果の分析	223

第6章 総括

第7章 資料編

1-1. 在宅療養支援診療所の届出数 ～市区町村人口別～	237
2. 在宅療養支援診療所の届出数 ～全国の推移～	275
2. 都道府県別在宅死亡率の変化	319

第 1 章 事業目的

第1章 事業目的

1. 本研究に直結するこれまでの成果と先行研究

■ 本研究に直結するこれまでの成果

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

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

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

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

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

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

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

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

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

【考察】在宅に移行できない、あるいは在宅療養が継続できない要因は、いわゆる「ハイケア」のサービス提供ができる診療所が少ないためと考えられる。病院入院医療の「急性／療養」の二極化が進展する中、地域の診療所が提供する医療サービスについても、24 時

間対応「在宅ハイケア」診療所／従来の安定期対応の診療所の二分化を推進すべきと考えられる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

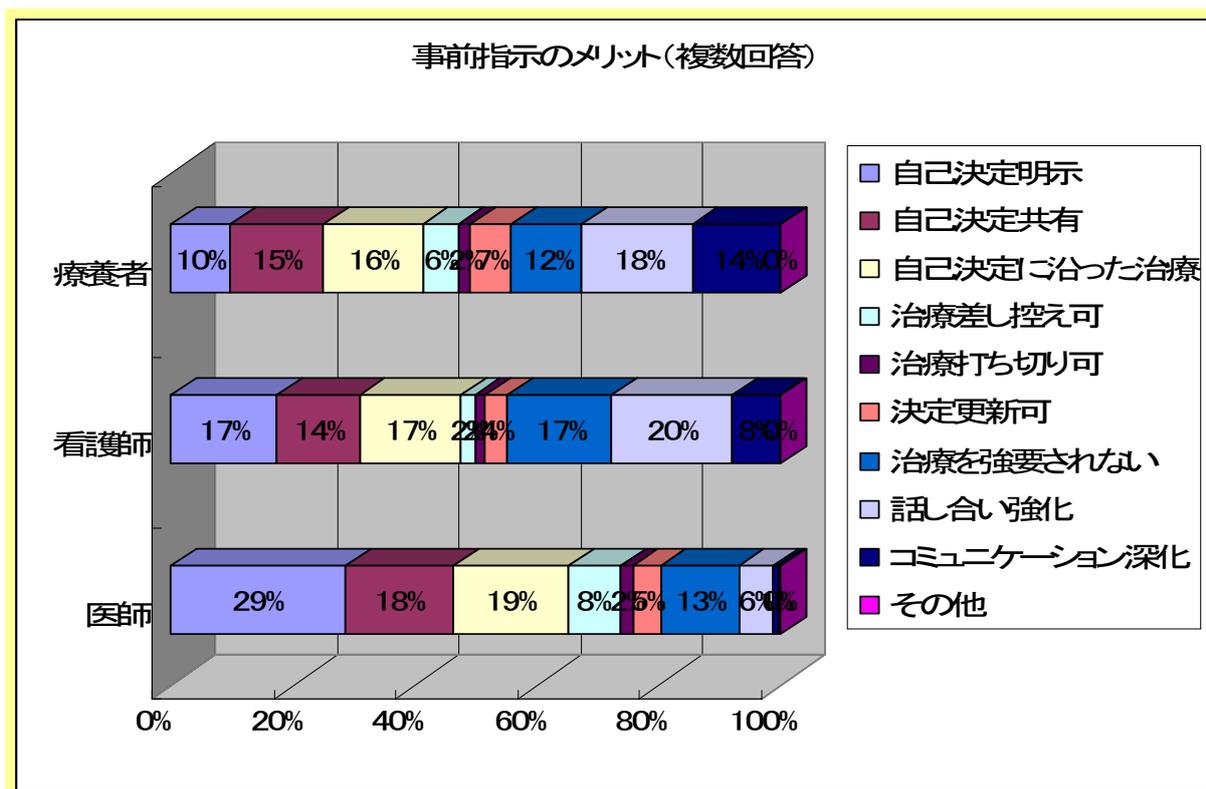
3) 基礎研究3：事前指示に関する調査研究

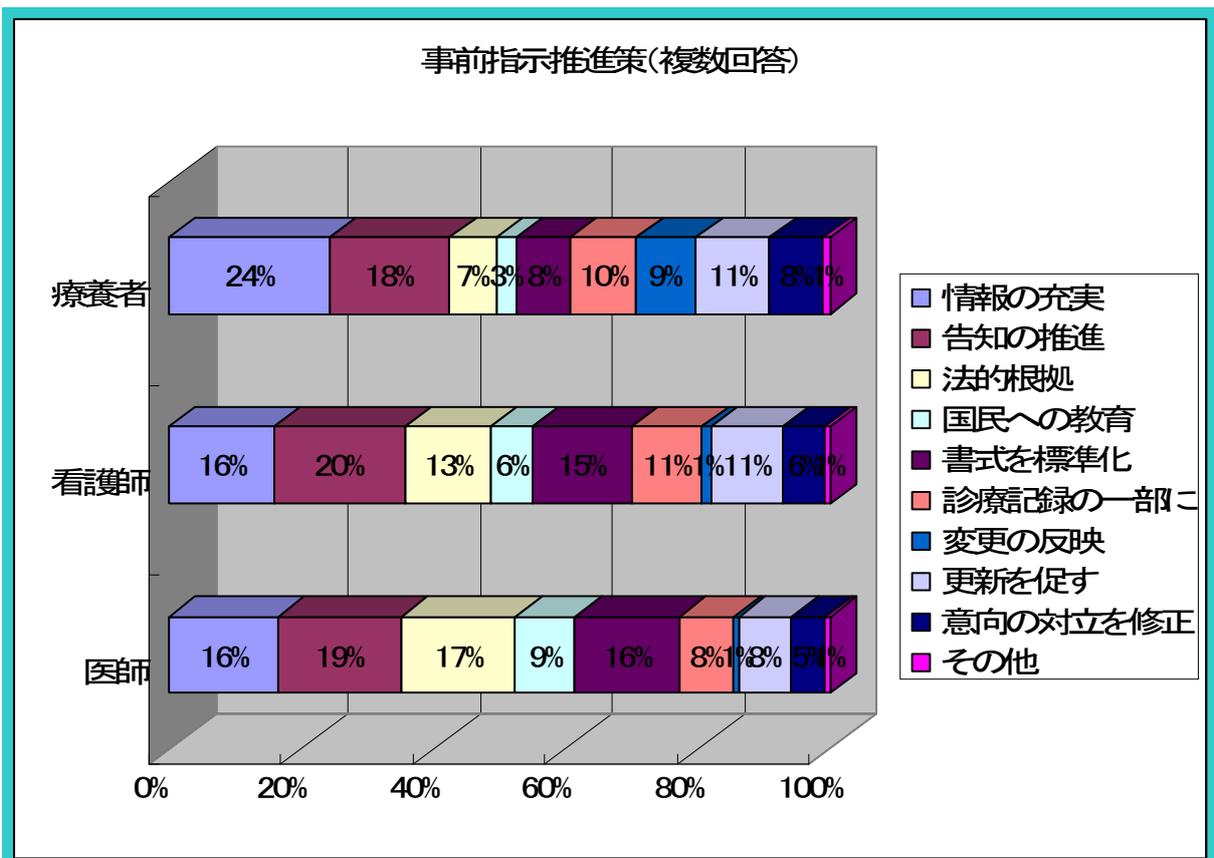
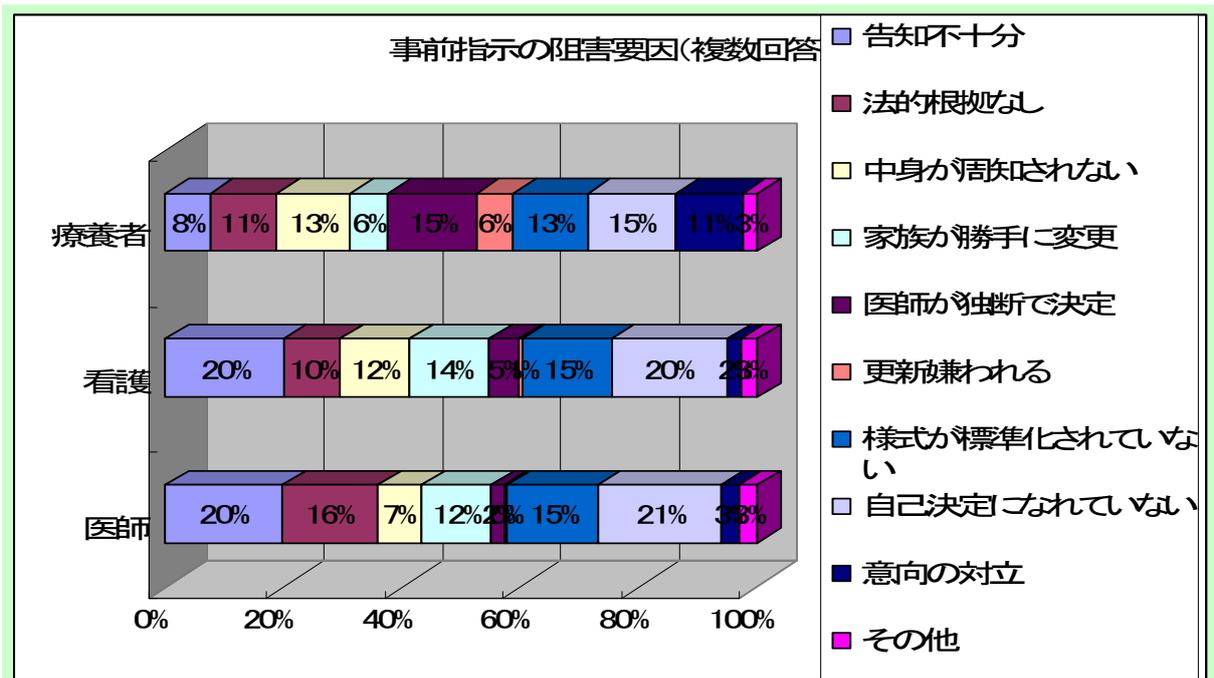
【目的】筋萎縮性側索硬化症（ALS）療養者の事前指示に関する意識・実態を調査し、神経内科医師・看護職の回答と比較することで、QOL向上に資する事前指示の在り方を検討する。

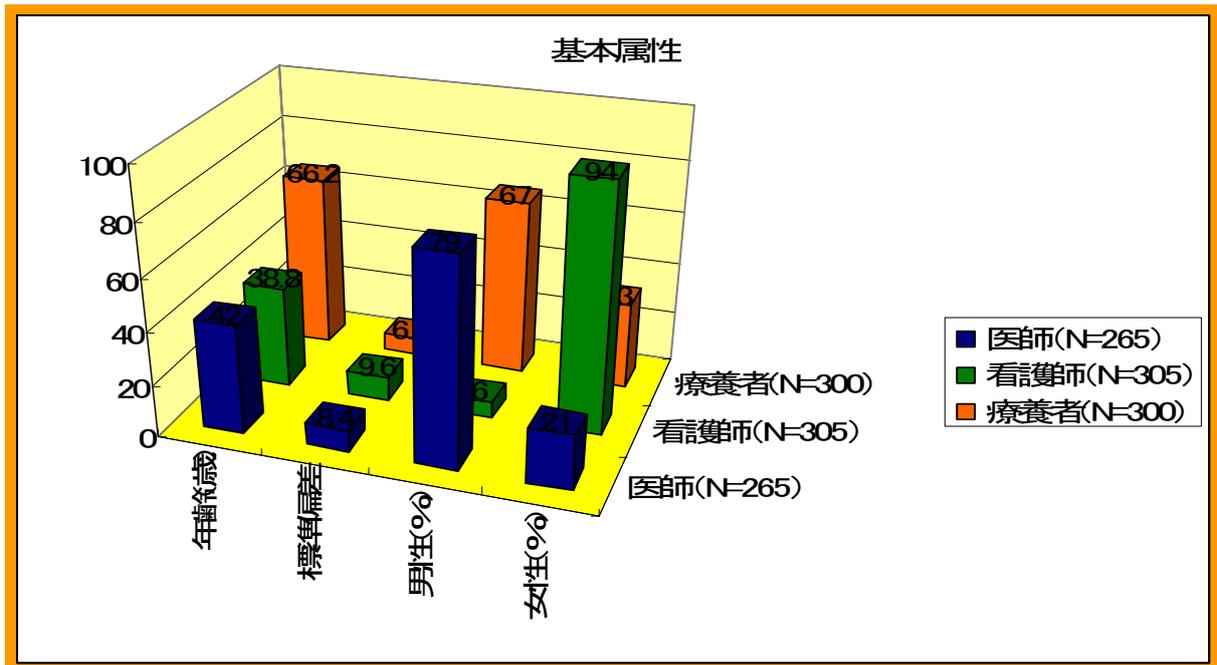
【結果】①事前指示のメリット（複数回答）は、患者回答（n=300）では「本人の希望を叶えるために話し合いがなされる」18%、「本人の希望に添って治療が進められる」16%、「自

己決定の内容が共有される」15%、「本人、家族、医療者のコミュニケーションが良くなる」14%、「望まない治療を強要されない」12%の順である。看護職（n=305）、医師（n=265）回答ともほぼ同様である。②事前指示が普及しない阻害要因（複数回答）は、患者回答では「医師のみが治療方針を決める場合がある」、「自己決定になっていない」、「決定内容が周知されない」、「書式が標準化されていない」、「法的根拠がない」の順であるが、医師では、「法的根拠がない」ことを問題視する傾向が見られた。③事前指示普及の方策について（複数回答）は、患者回答では「情報を充実させる」24%、「告知を推進する」18%、「内容更新、書き換えを確認する」11%の順であるが、医師は、「告知を推進する」19%について「法的根拠」17%を重要視している。④事前指示の提示方法であるが、患者回答では「口頭」「書面」「病院独自の書式」「手書きメモ」の順であり、口頭と書面がほぼ拮抗している。事前指示内容の書き換えの有無は、患者回答で約3割が有りと回答しているものの、最大値は3回である。

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







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

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

4) - (1) はじめに

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

① 重症高齢者等の居宅における医療のニーズとサプライのミスマッチ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

したがって、患者の回復度によって

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

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

② ニーズとサプライのミスマッチの是正

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

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

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

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

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

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

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

4) - (2) 在宅療養支援診療所（仮称）創設の時期

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

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

4) - (3) 本研究調査の母集団に関する検討

平成 16 年度の数値

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

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

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

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

と考えられる。

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

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

と考えられる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) - (4) 在宅療養支援診療所の周知

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

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

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

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

4) - (5) 居宅における看取り

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

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

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

この数値を

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

にあてはめると、

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) - (6) 日本的特性と在宅療養支援診療所（仮称）

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

近代的認識論によりどこを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旦である。クリニカルパスの運用も同様である。

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

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

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

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

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

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

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

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

② 生活情報の特殊性に基づく日本型在宅医療と在宅ケア

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

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

4) - (7) おわりに

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

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

5) 基礎研究 5：地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究

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

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

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

強制することではなく、当たり前居宅での看取りが行える環境整備が求められる。

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

6) 基礎研究6：地域包括ケアにおける24時間365日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究（図は一部のみを本報告書に収載）

6) - (1) はじめに

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

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

6) - (2) 在宅療養支援診療所

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

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

6) - (2) - ① 実質稼働数

在宅療養支援診療所は約10,000ヶ所が登録された。在宅時医学総合管理料を算定しているのは約90%（図診-1-1-1）でありこれが実質稼働数と考えられる。しかしその半数

42.3%は患者数10人未満の所であり、さらに、在宅療養支援診療所に登録しているが実際には稼動していないところが約9.6%あった。

6) - (2) - ② 在宅医療主体型の在宅療養支援診療所

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

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

個別に分析を行ったところ、年間在宅看取り数が在医総管・在医総の総計で10人を超えた所は8.6%に過ぎない。

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

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

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

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

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

6) - (2) - ③ 居宅における重症者管理(在宅ハイケア)

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

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

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

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

等の措置を考慮すべきであろう。

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

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

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

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

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

今後、病院の医師に対する在宅医療及び在宅療養支援診療所の周知の徹底（図9）、退院前の病院におけるサービス担当者会議の開催・退院時共同指導の徹底が望まれる（在宅医療計画に関するマニュアル pp39-42）（図10）。

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

6) - (2) - ④ 居宅における看取り

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

ただし、訪問診療料・往診料のみの算定で年間1人以上看取った所も48.9%に達してお

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

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

6) - (2) - ⑤ 訪問看護との連携

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

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

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

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

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

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

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

6) - (3) 診療報酬・介護報酬の算定要件と評価について

夜間の訪問診療・訪問看護（図診-2-1-4）・休日の訪問診療・訪問看護については、現行以上の評価を望む声が高かった。特に看取りを要件とする在宅療養支援診療所にあつ

ては、更なる評価が実績につながると考えられる。

新たな評価を希望するものとしては、

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

等が挙げられている。

6) - (4) 居宅療養管理指導について

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

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

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

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

以下のごとく居宅療養管理指導費を再考すべきと考える。

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

かつ利用者の必要時間が確保される。(当該加算においては基準の(7)が最も重要であり、届出日が属する日の前3ヶ月間に限定せず、要介護4又は5である者の割合20%以上が恒常的であることが必要)

6) - (5) 後期高齢者の在宅医療

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

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

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

6) - (6) 在宅療養支援診療所の適正配置について

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

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

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

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

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

表 1 特定事業所加算

【別に厚生労働大臣が定める基準→平成12年厚生省告示第25号1】

イ 特定事業所加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること

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

ロ 特定事業所加算(Ⅱ) イの(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること

ハ 特定事業所加算(Ⅲ) イの(1)から(3)まで及び(7)に掲げる基準のいずれにも適合すること

図1 在宅医療特化型診療所（仙台の例）

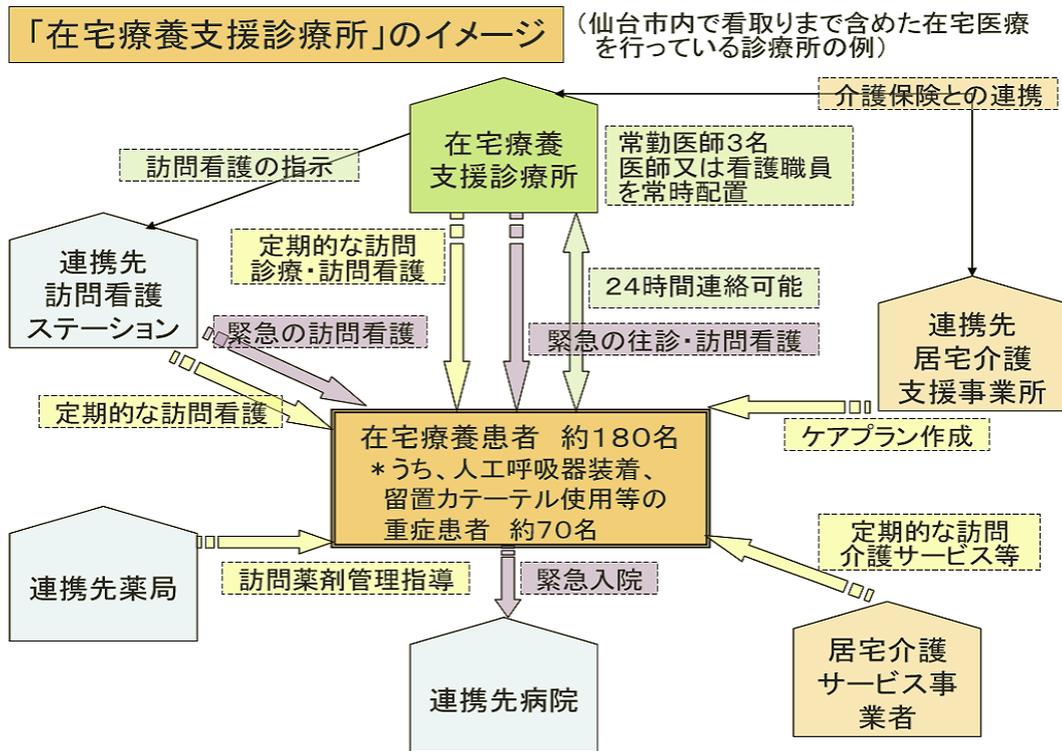


図2 仙台市内の在宅医療特化型診療所

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

図3 仙台市内の在宅看取り



図4 在宅医療計画における仙台市の目標

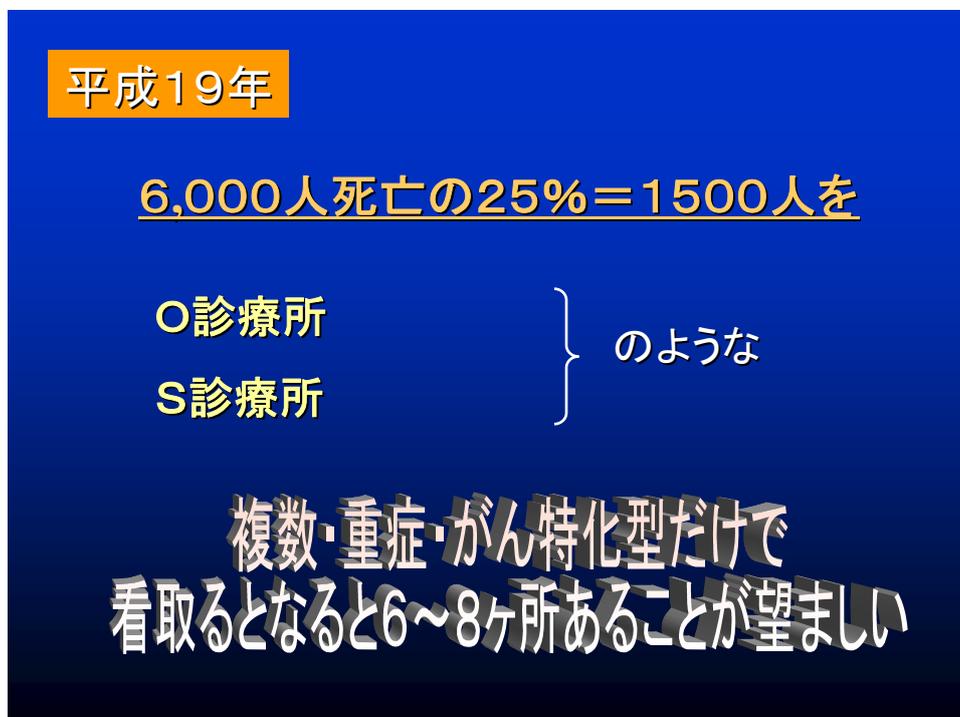
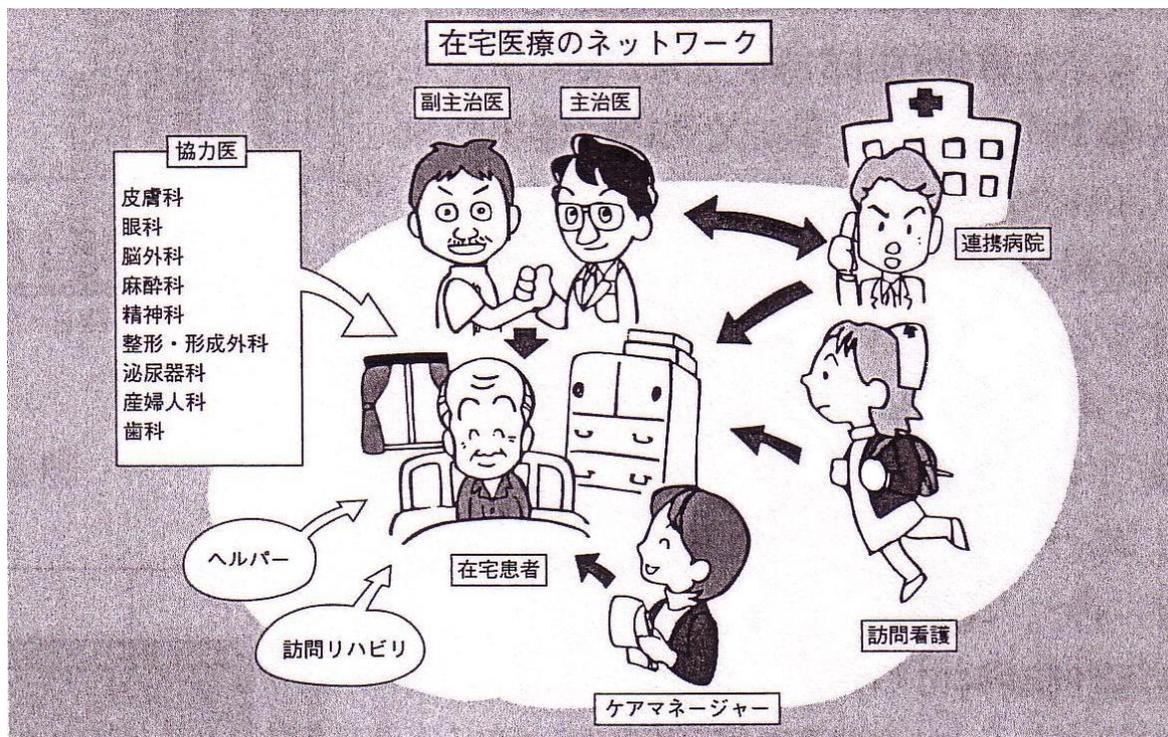


図5 重症患者数の比較（2005年）

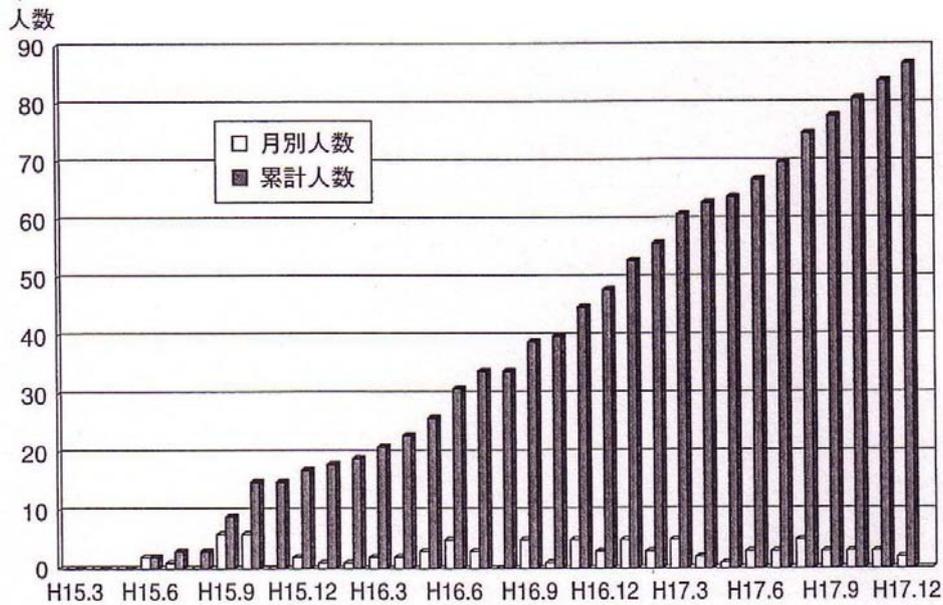
施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S病院	698	10	62	64	20
T病院	500	6	72	40	20
K病院	383	17	35	27	5
S診療所	178	33	55	10	67

図6 長崎在宅 Dr. ネットにおける連関図



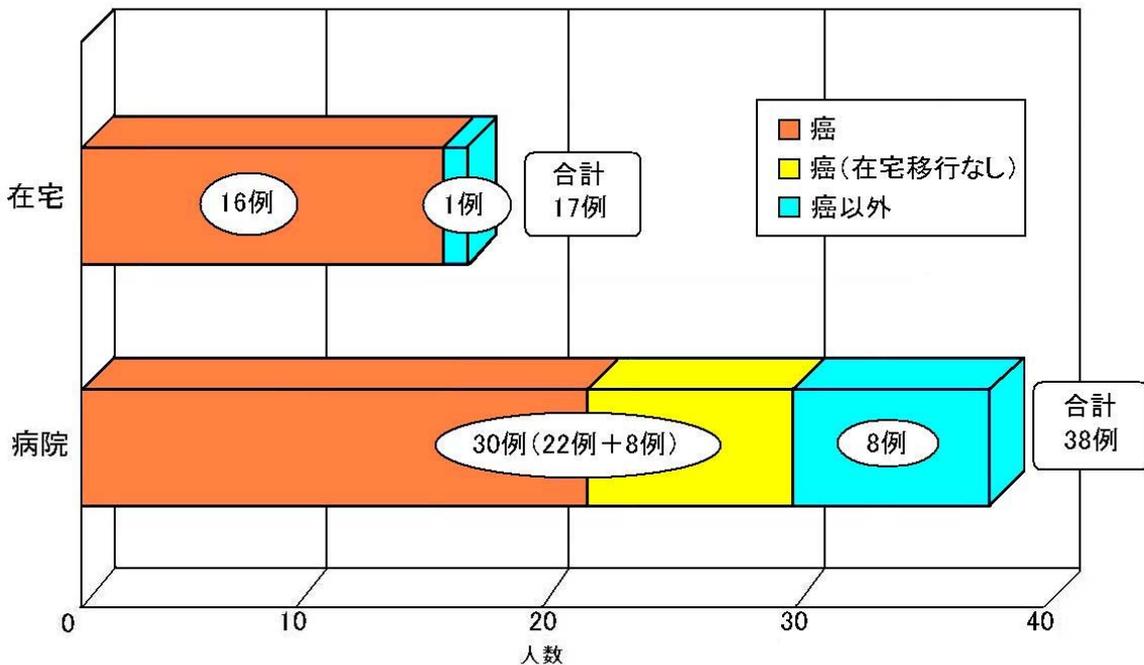
藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr.（ドクター）ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践
 長崎県医師会報 別冊 平成18年7月（第726号）より

図7 Dr. ネットへの登録患者数



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

図8 死亡症例 (55 例) の疾患と死亡場所



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

図9 病院の医師に対する在宅医療及び在宅療養支援診療所の周知の徹底

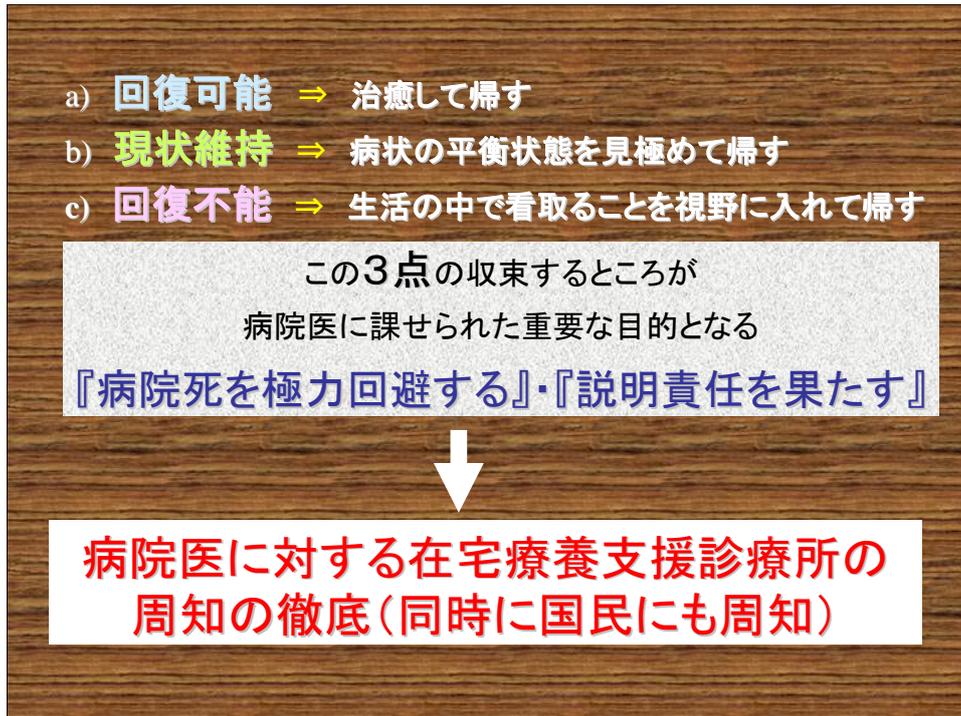


図10 サービス担当者会議の開催・退院時共同指導の徹底

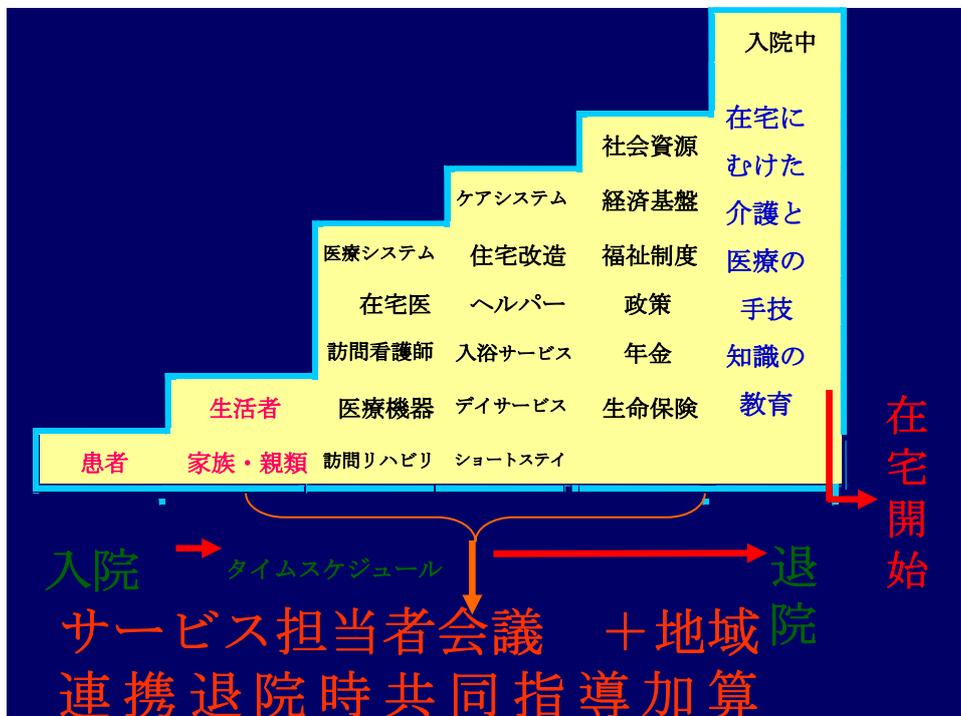


図 11 調剤薬局への評価

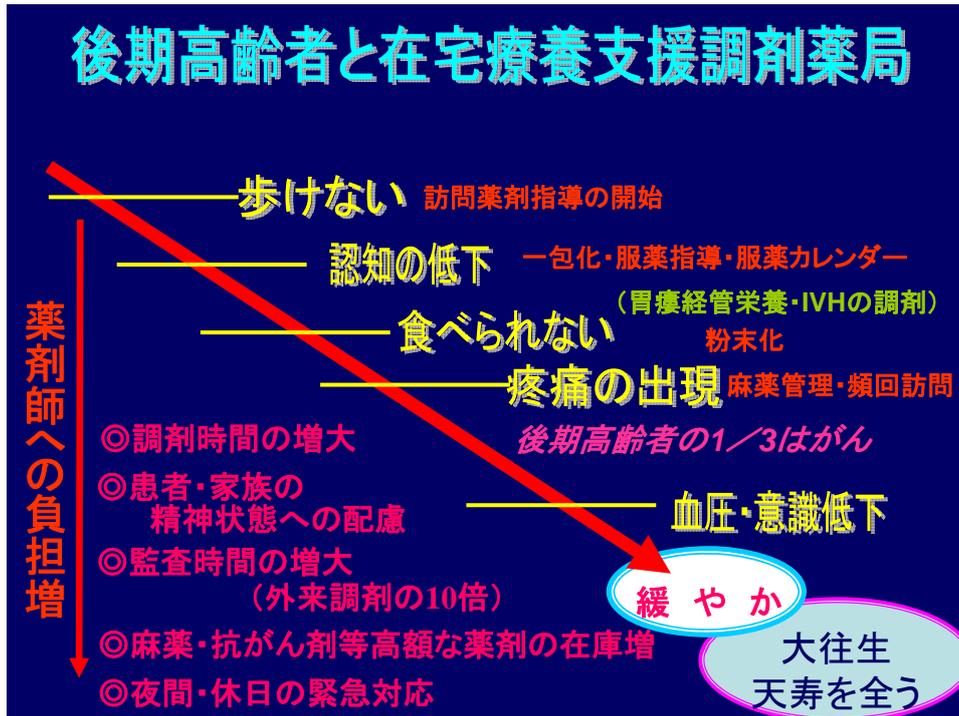
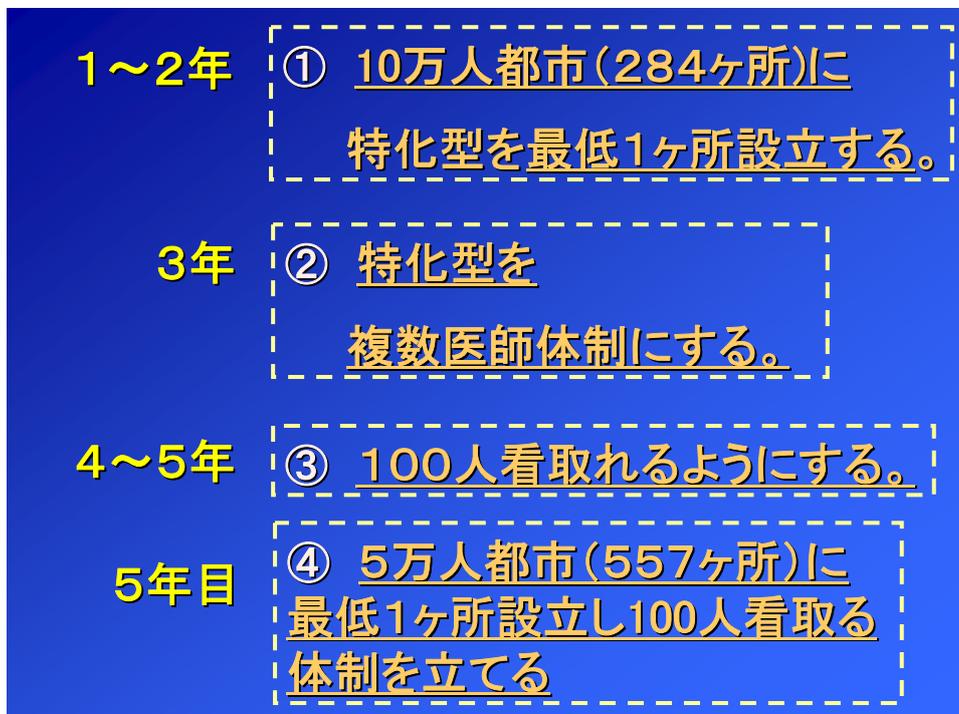


図 12 在宅看取りの整備



■ その他の先行研究

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

1) 特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究

(医療経済研究機構)

【要旨】

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

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

1) - 1. 方法

本調査研究は全国調査とケーススタディ調査の2種類の調査から構成した。

1) - 1 - (1) 全国調査

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

質問項目は、①施設の基本属性、②施設内医療体制、医療等の実態、③施設の基本方針、対応体制、④希望の確認、受け入れ、⑤退所者の状況、⑥死亡退所者の実態、⑦今後の方針、課題という7つの視点から設定し、3種類の調査票を作成し調査を実施した。

1) - 1 - (1) - 1) 施設に対する調査（基本調査）

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

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

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

1) - 1 - (1) - 3) 職員に関する調査（職員調査）

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

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

図表 1 回収状況

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

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

1) - 1 - (2) ケーススタディ調査

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

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

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

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

1) - 2. 結果

1) - 2 - (1) 退所者の状況

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

1) - 2 - (2) 調査対象施設の医療・看護体制

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

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

1) - 2 - (3) 医療等の状況

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

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

1) - 2 - (4) 終末期ケア、特養内死亡への対応体制

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

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

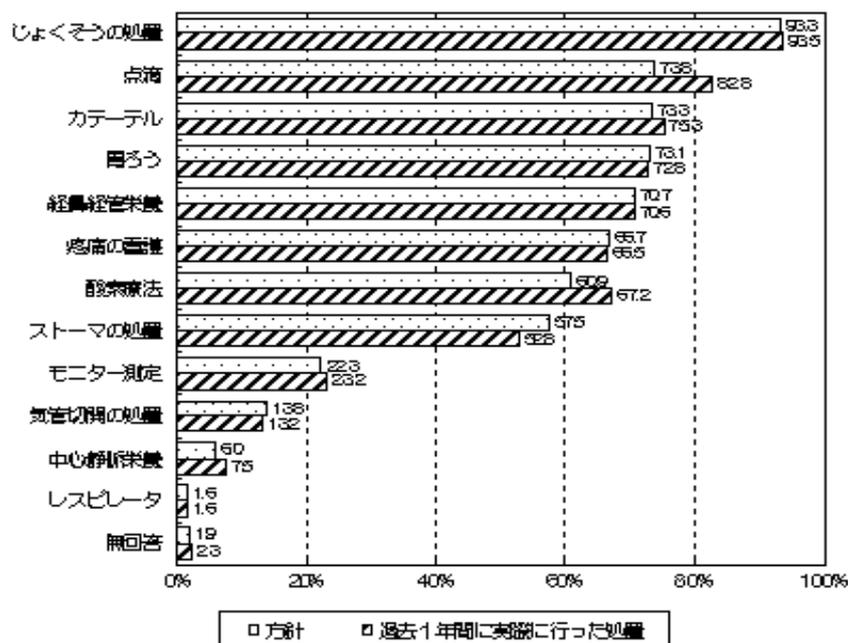
図表 2 調査対象施設の概要

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

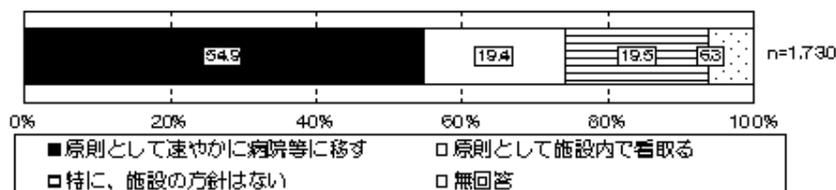
図表 3 退所者の状況

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

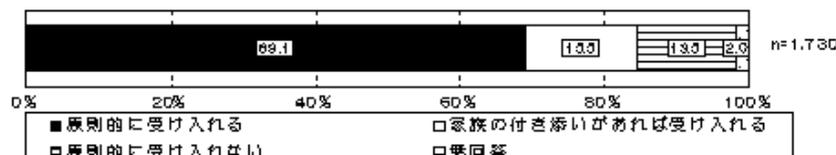
図表 4 施設内医療の実施状況



図表 5 特養内死亡についての 基本方針



図表 6 希望の受け入れ



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

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

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

1) - 2 - (5) 終末期ケアの希望の確認と受け入れ

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

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

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

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

図表 7 特養内死亡比率の高い（低い）施設の特性

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

図表 8 死亡場所別 死亡退所者の特性

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

1) - 2 - (6) 特養内死亡比率の高い施設の特性

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

特養内死亡比率の高い特養、低い特養として、特性を比較した（図表7）。

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

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

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

開設年が平成10年以降の新しい施設では、特養内死亡比率が低かった。

1) - 2 - (7) 死亡場所別 死亡退所者の属性

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

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

1) - 2 - (8) 施設内死亡の状況

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

死亡時期の予測については、約7割がある程度の予測が出来ていた。

死亡前には、6割程度が経口摂取が不可能になっていた。

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

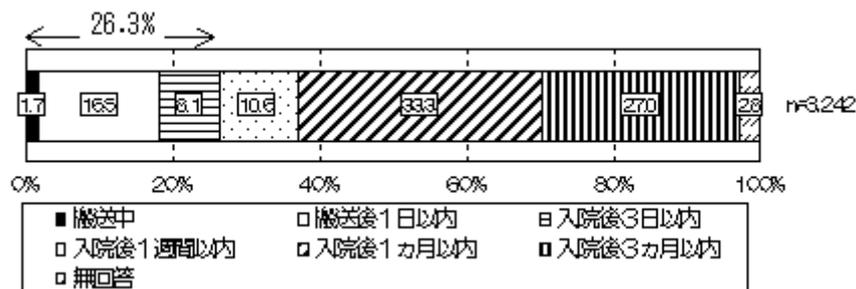
1) - 2 - (9) 病院で死亡した場合の搬送や入院の状況

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

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

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

図表 9 死亡時点



1) - 2 - (10) 今後の方針

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

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

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

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

1) - 2 - (11) 家族の希望、意識

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

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

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

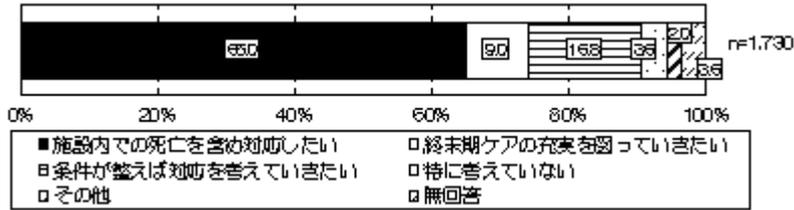
終末期の迎え方については、本人の意思を尊重したいという意見が多かった。しかし、家族は本人の意思を確認することが出来ず、その役割を施設側に期待している意見も多かった。

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

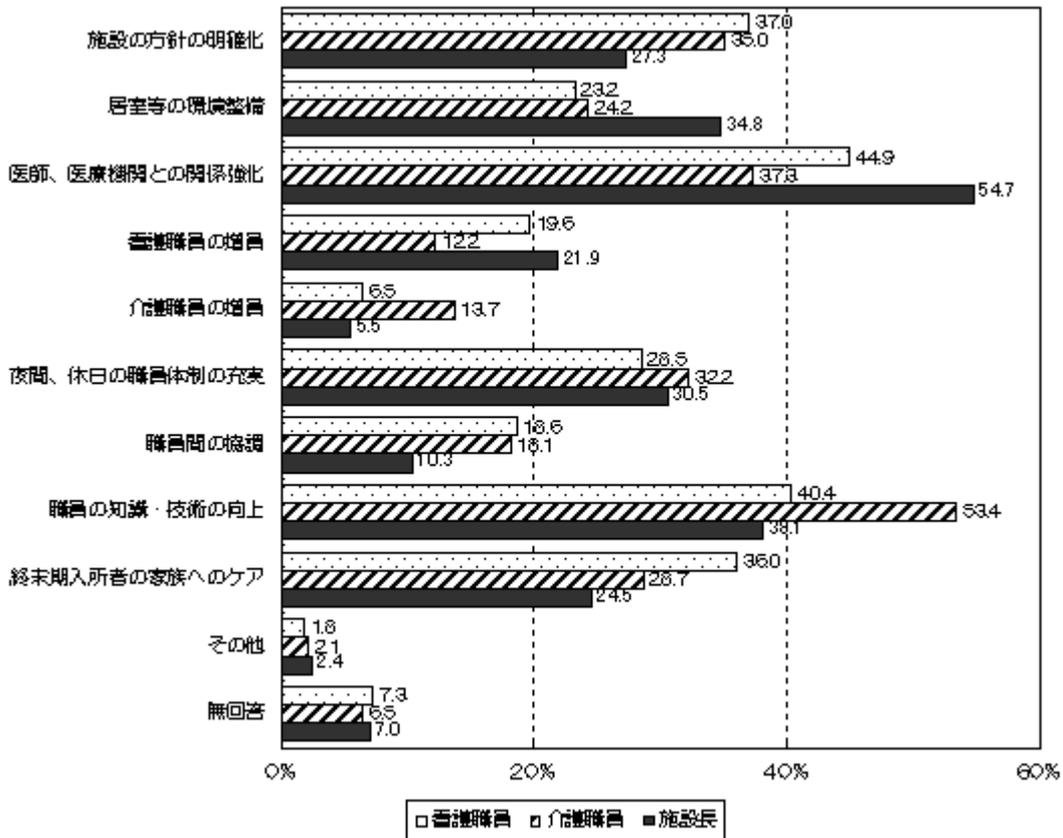
も十分に把握できていない様子がかがわれた。

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

図表 10 今後の方針



図表 11 終末期ケア実施にあたっての課題



2) 要介護高齢者の終末期における医療に関する研究（医療経済研究機構）

わが国では要介護高齢者が自らの人生を閉じる場所として住み慣れた自宅や高齢者入所施設を選択しても、結果的に医療機関で死を迎える人が多い。この原因として、現在の医療・介護の提供体制の問題や、本人や家族の意思を反映する仕組みが十分ではないことなどが考えられる。このような背景のもと本研究では、これらの問題の解決に資するような示唆を得るため、スウェーデン、オランダ、フランスにおける要介護高齢者に対する終末期のケアの実態、また高齢者ケアの方針を決定するための意思決定プロセス等を調査した。この成果が、今後のわが国における要介護者高齢者の終末期ケアのあり方を検討する際の基礎的な資料として活用されることを期待する。

2) - (1) 調査の目的

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

2) - (2) 調査対象

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

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

2) - (3) 調査内容

以下の内容について調査を行った。

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

2) - (4) 調査の結果

1) 高齢者の居住場所

① 高齢者入所施設（介護施設・ケア付き住宅）の種類

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

オランダの場合、ナーシングホーム、高齢者ホームがある。また自立した生活が可能で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。

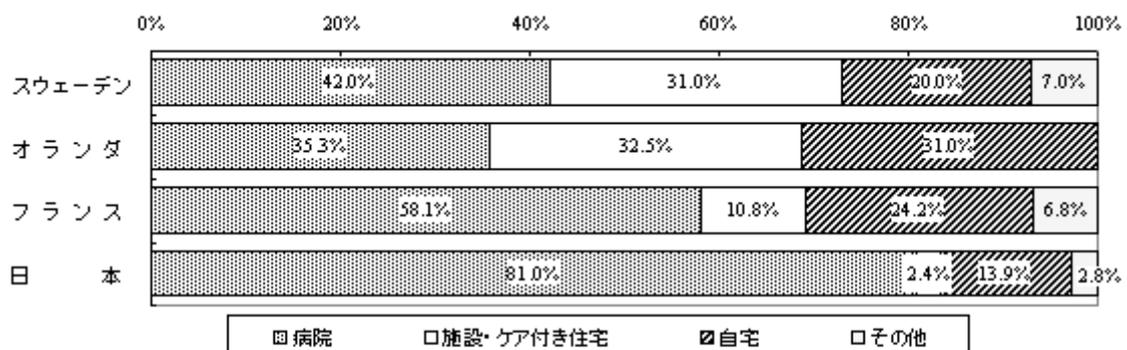
④介護施設・ケア付き住宅入所の場合の費用負担

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

①病院を利用するうえでの条件の違い

フランスは日本と同様に病院医療へのアクセスが比較的良好、かかりつけ医などの

紹介なしに直接入院することが可能であるが、オランダ・スウェーデンでは救急医療に限定されている。またフランスは、長期療養病床に要介護高齢者が長期入院することが可能であるが、オランダ・スウェーデンは原則的にできない。

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

②介護施設・ケア付き住宅で提供される医療サービス

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

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

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

③看護師の技能向上と権限委譲

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

④意思決定の仕組みの違い

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

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

学教育において専門分野として確立していない。

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

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

A 診療所において、1999.4.1～2004.12.31 に在宅診療を行い死亡した患者 189 人、I 診療所において、1994.4.1～2003.7.31 に在宅診療を行い死亡した患者 76 人、M クリニックにおいて、1997.4.1～2003.12.31 に在宅診療を行い死亡した患者 102 人、K クリニックにおいて、1999.1.1～2003.3.31 に在宅診療を行い死亡した患者 202 人、KG 診療所において、2000.4.1～2004.3.31 に在宅診療を行い死亡した患者 48 人の合計 617 人を対象とした。

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

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

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

まず、訪問看護師の立場から見た連携促進因子・阻害因子を検討したところ、連携促進

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

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

現状の医療制度がこうしたチーム連携を阻害しているという点について、詳述する余裕はないが、平成18年4月の診療報酬改訂で、在宅医療に手厚い変更がなされたことで、かなり改善されるのではないかと考えられる。緩和ケアチームがプライマリケアチームにスーパーバイザー的に関わることで在宅緩和ケアを必要とする患者・家族のニーズに応えていこうという取り組みを考える場合、プライマリケアチーム側からみれば、がんの在宅緩和ケアというのは、利用者としてがんよりもはるかに多い一般の慢性疾患、加齢に伴う疾患に対する在宅ケアのバリエーションのひとつというとらえ方もできる。

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

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

5) 在宅医療に従事する人材養成の支援（在宅医療助成 勇美記念財団）

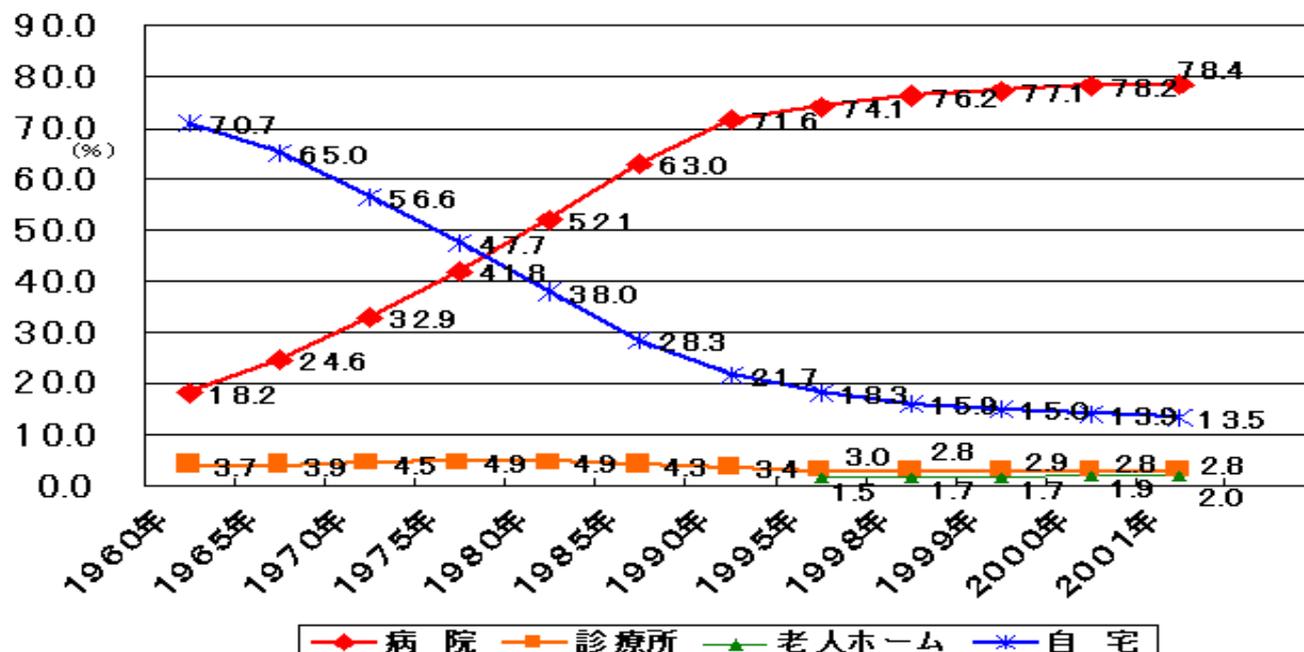
「在宅療養支援診療所」制度発足後も、外来診療収益は比較的高い。「外来で十分に患者を獲得すればもはや在宅医療を行わなくても、開業医は生活に困らない。だから、在宅医療を行う医師が少ないのだろうか。在宅医療を行う医師の中でも、24時間対応する医師は少ない。それは果たして医師の怠慢なのだろうか。医師は経済的な動機で在宅医療に参入するのだろうか。果たして診療報酬のドライブで医師が在宅医療に参入することを本当に誘導可能なのか。」以上のようなことが議論されてきた。討論の末、経済的なドライブではなく、むしろ、「医師の精神性」こそが在宅医療を推進する根源であろう」という結論に帰着した。すなわち、在宅医療を身をも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

6) 医療政策の展開

(1) がん

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

死亡場所の内訳・推移（出典：平成13年 人口動態統計）



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

都道府県	病院	診療所	老人保健施設	助産所	老人ホーム	自宅	その他
全国には住所が外国・不詳を含む。							
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、在宅療養支援診療所に関する調査研究が必要であると考えられた。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 つ目の相談支援・情報提供に関しては 12 項目。「がん経験者による相談の重視」「がん

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

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

***麻薬の取り扱い

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

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

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

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

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

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

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

「譲渡（法第24条）」

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

を受けた者であることを書面、電話等で確認し、診察時等には患者が指示どおり麻薬を施用していることを患者又は患者の家族等を通じて随時確認してください。」

「施用、交付（法第 27 条・法第 30 条・法第 33 条）

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

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

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

「譲渡〈患者への交付〉（法第 24 条第 10 項・法第 25 条）

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

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

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

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

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

(2) 難病

①特殊疾患療養病棟の廃止について

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

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

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

医療区分分類表

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

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

3』に該当するものとみなすという説明がなされた。

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

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

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

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

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

(旧) 療養病棟入院基本料

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

(新：2006年6月まで)

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

(新：2006年7月から)

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

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

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

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

②平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果について

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

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

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

中間報告書の概要を以下に示す。

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

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

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

A. 調査対象

(1) タイムスタディ等調査

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

(2) レセプト調査（国保支払分）

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

(3) 有床診療所の患者分類分布調査

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

(4) 介護療養病床のみを有する病院の調査

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

B. 結果概要

(1) 分析対象

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

集計対象数

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

①ADL・医療区分、認知機能障害加算の状況

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

②患者 1 人当たりのケア時間の状況

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

③患者 1 人当たり費用の状況

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

④職員配置の状況

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

⑤入退院患者の状況

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

⑥患者分類に対する病院長の評価

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

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

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

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

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

⑦医療療養病棟の入院料算定の状況

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

⑧有床診療所の患者分布の状況

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

C. 患者分類に係る検証

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

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

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

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

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

③難病患者リハビリテーションに関する改編

A. 2006年診療報酬改定

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

旧「難病患者リハビリテーション」の要件

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

4つの疾患別の評価体系へ再編

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

B. その後の経過措置、変更点

B-1. 日本リハビリテーション医学会の意見書

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

算定日数制限を疾患別に一律に決めることの問題点

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

B-2. 中央社会保険医療協議会総会（平成19年3月14日）

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

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

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

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

④在宅療養者の家族以外の者による、たんの吸引等について

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

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

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

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

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

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

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

ALS 以外のたんの吸引については、川島孝一郎を主任研究者とする本研究グループによ

り、2005年2月に調査が行われ、常時吸引が必要は69.4[83.4]%([]はALSのみの結果)、気管切開後の人工呼吸器使用が51.6[83.4]%,ヘルパーによるたんの吸引実施は37.1[65.3]%であった。

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

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

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

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

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

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

(別紙)

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）
- 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家

族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（痔瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
- ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
- ③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

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

- ① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること
 - ② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
 - ③ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）
 - ④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に接着したパウチの取り替えを除く。）
 - ⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
 - ⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること
- ※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50%、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

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

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

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

7) 在宅療養支援診療所の課題と展開

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

- ①診療所間の連携（グループ化）は可能か？
- ②在宅患者のすべてについて「在宅療養支援診療所」として機能できるか？
- ③病院との機能分化・連携を適切に実施できるか？
- ④訪問看護の提供（ステーションとの連携）を確実にできるか？
- ⑤介護サービスとの連携は確実にできるか？
- ⑥「自宅以外の多様な居住の場」におけるケアの質をどう向上させるか？
- ⑦在宅ケアを担えるスタッフ・技術・ソフトは十分か？

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

8) 急性期病院退院後、患者はどこで受療しているか

急性期の病院は、高度な医療機器の整備や専門医の十分な配置による質の高い入院医療が24時間提供されるよう、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とすることを検討する必要がある。

また、退院後の生活については、再度、診療所を中心とする地域医療が、訪問看護や介護サービス等と連携して受け止めていく必要がある。はたして、退院後、患者はどのような受療行動をとるのであろうか。

DPC病院における退院後の受療状況についての報告が、平成19年11月21日診療報酬調査専門組織DPC評価分科会において、厚生労働省保険局医療課よりなされた（議事録：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/txt/s1112-3.txt>）。その内容はおおむね次のとおりである（配布資料：www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s11121-9i.pdfより抜粋）。

（1）調査の目的

DPC導入の影響評価を行うために、診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等を評価するための基礎資料を収集することを目的とする。

（2）調査方法

平成19年7月から12月までの退院患者について、「診療録情報（診療録に基づく情報）」及び「レセプト情報（診療報酬請求明細書に基づく情報）」等を収集する。

3) 調査対象病院

- 平成15年度DPC対象病院82病院

- 平成 16 年度 DPC 対象病院 62 病院
- 平成 18 年度 DPC 対象病院 216 病院
- 平成 18 年度 DPC 準備病院 371 病院
- 平成 19 年度 DPC 準備病院 698 病院

(4) 分析対象データについて

厚生労働省が受領した 7 月から 8 月の退院患者に係るデータ（約 144 万件）のうち、包括払いの対象とならない病棟への移動があった者等を除外したデータ（約 131 万件）を分析の対象とした。また、平成 15 年度～18 年度の調査データについても同時期のデータを用いて比較対象とした。

(5) 退院先の状況

①自院の外来の割合の年次推移

自院の外来の割合は、平成 15 年度 DPC 対象病院は増加傾向（81.76% →82.59% →83.63% →84.21% →84.66%）であるが、平成 16 年度 DPC 対象病院は減少傾向（73.96% →74.58% →74.62% →72.33% →71.84%）であり、それ以外の病院類型では横ばい傾向（75.09% →75.52% →75.37%）であった。

②転院の割合の年次推移

転院の割合については、平成 15 年度 DPC 対象病院は減少傾向（4.68% →4.77% →4.32% →4.21% →4.23%）であるが、平成 16 年度 DPC 対象病院は増加傾向（5.09% →4.66% →4.76% →5.25% →5.24%）であり、それ以外の病院類型では横ばい傾向（5.26% →5.31% →5.32%）であった。

(6) 退院時転帰の状況

①治癒・軽快の割合

治癒及び軽快を合計した割合は全ての病院類型において横ばい傾向であった。なお、治癒の割合は全ての病院類型で減少傾向（平成 15 年度 DPC 対象病院：8.52% →6.64% →6.59% →5.08% →4.87%）であり、軽快の割合は全ての病院類型で増加傾向（平成 15 年度 DPC 対象病院：70.37% →73.08% →72.65% →74.07% →74.19%）であった。

(7) 再入院率

①再入院の割合の年次推移

再入院の割合は、全ての病院類型で増加傾向（平成 15 年度 DPC 対象病院：6.22% →7.06% →7.36% →7.57%）であった。

②同一疾患での 6 週間以内の再入院の割合の年次推移

同一疾患での 6 週間以内の再入院の割合は、全ての病院類型で増加傾向（平成 15 年度 DPC 対象病院：3.80% →4.35% →4.63% →4.76%）であった。

(8) まとめ

再入院率については、増加傾向であったことから、再入院率が高い医療機関に対してアンケート調査及びヒアリングを実施した。その結果、同一疾患での 3 日以内の再入院（病棟間の転棟に伴う再転病棟も含む）については、臨床現場の実態として、実質的に一連の療養として支障がないものと考えられ、1 入院として扱うことが適切であると考

えられた。

また、4～7日以内の再入院の例及び本来であれば外来で実施できると思われる治療でも入院医療で行われている例については、今後も実態の調査・検討が必要であると考えられる。

なお、平成15年度DPC対象病院においては、退院先の状況として、自院の外来の割合が増加傾向であり、転院の割合が減少傾向であったことから、退院患者が同じ医療機関の外来へ通院している傾向が示唆される。しかし、当該医療機関では、専門外来（外来化学療法・外来放射線療法等）を実施している場合が多いことも考えられ、その実態について今後調査する必要があると考えられる。

上記、報告を受けて、日本医師会は、次の3点を指摘している。

- ・入院患者については、「他院より紹介有りの率」が増加している。退院先では、「自院の外来」が増加し、「転院」が減少している。
- ・特定機能病院は患者を地域から吸収しているが、退院の時には患者は地域に帰っていない。
- ・治療していないため、自院の外来に通わざるを得ないとも推察される。

DPC病院に限った調査結果であるが、退院後、転院が約5%、自院外来通院が約85%である。紹介元の地域主治医に再度受療する割合がどれほどのものか定かではない。詳細な調査が待たれる。

医療機能の分化・連携を推進し、地域における切れ目のない医療の流れを作っていくためには、患者が病院又は診療所を退院する際に、患者に対し退院後の療養について適切な情報提供を行うとともに、関係する医療機関間でその情報の共有化を進めていくことが重要となる。在宅医療を推進していくためには、地域において医療を担う在宅主治医が中心となり、他の医療機関、さらには介護、看護等多職種（訪問看護師、ケアマネジャーや薬剤師等）とによる連携をこれまで以上に強化する必要がある。併せて、自宅以外の多様な居住の場の確保、継続的な療養管理・指導、訪問看護、症状が急変した際の緊急入院体制、終末期における看取りの体制の整備等が急がれる。

また、「在宅」における対応が困難な状態に陥った場合、患者の状況に応じて、救急医療の機能を持った医療機関、回復期リハビリ機能を持った医療機関、さらには生活リハビリを含め療養を提供する機能を持った医療機関と連携し、適切な医療を提供できるよう用意しておくことが重要であり、患者、家族の安心につながるものである。

医療機関の管理者に対して、入院時に、入院から退院に至るまで患者に対して提供される医療に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを義務づけるとともに、退院時に、退院後に必要な保健、医療又は福祉サービスに関する事項を記載した退院後の療養に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを努力義務とされている。しかし、情報提供のあり方の程度の違いにより、療養先についての選択がどのように変化するかについては明らかではない。

以上のような状況から、本研究では、急性期病院として臨床研修病院、およびがん専門病院等への調査を行う必要がある。さらに経年変化をみるために、同様の調査を2008年度も行うこととした。

9) 共通言語としての ICF に関する先行研究

世界保健機関(WHO)は2001年の総会で国際生活機能分類(ICF:International Classification of Functioning, Disability and Health)を採択した。これは国際障害分類(ICIDH)が21年ぶりに改定されたものである。ICIDHが作成された背景には、慢性疾患や事故の後遺症が増えてきたこと、それに対応してリハビリテーションや社会保障が進んできたこと、しかしそれらの取り組みを交流したりその効果を測定する共通の言葉がなかったことがあるとされる。ICFは、人間の生活機能と障害に関して、アルファベットと数字を組み合わせた方式で分類するものであり、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されており、約1,500項目に分類されている。

ICFはICIDH(国際障害分類、1980)に比べ、障害のある人のプラスの面を重視すること、環境の影響を重視することなどの点で、多くの建設的批判に応え、それらを統合して新しい障害観を確立することに成功した。

しかしICFの生活機能の3つのレベル(心身機能・構造、活動、参加)も、2つの背景因子(環境因子、個人因子)も、結局は客観的世界に属する「生活機能と障害の客観的次元」のみに関するものである。実はそれに劣らず重要なものに「生活機能と障害の主観的次元」(Subjective dimension of functioning and disability)があり、これはICFにもICIDHにも欠けている。

この「欠落した次元」は障害のある人を人間として理解し、その主体性を尊重し、エンパワーメントをはかるために不可欠な概念である。現にICFにおいても付録に「主観的安寧」(Subjective Well-being)の測定が、今後の重要課題の一つとして挙げられている。

本研究では、ICFの概念について積極的評価をしながら、暮らしにくさを捕らえ、どのような状況であっても暮らしやすさを追求する方策を検討する。ICFについては、いくつかの先行研究があり、調査の参考とした。主要なもののみ概略する。

(1) 就労支援のツールとしての ICF に関する研究

障害者職業総合センター社会的支援部門では「職業的視点から見た障害と地域における効果的支援に関する総合的研究」において、WHO(世界保健機関)が2001年に発表した国際生活機能分類(ICF)に準拠して、新たな「職業的視点からみた障害」の包括的なモデルを構築し、障害や疾患、職業、支援方法、社会資源に関する最新情報に基づいて、事業主や、労働、福祉、教育、医療分野などの関係者が広く活用できる「個人の職業的課題」「環境整備の課題」「個別就業支援計画」を明確にし、また、課題解決を目指すための情報ツールを開発することを試みている。その結論は「現実の様々な職業生活上の課題に対して、地域の関係機関が効果的に支援を提供する。」という単純極まりないグランドデザインと、それを実現するための全国レベルの調整に役立つ情報ツール開発の必要性の確認である。

(<http://www.nivr.jeed.or.jp/research/report/houkoku/houkoku67.html>)

(2) 特別教育、児童青年支援ツールとしての ICF に関する研究

文部科学省教育研修情報部徳永亜希雄は「ICF及びICF version for Children and Youth(国際生活機能分類児童青年期版)を巡る動向」として以下のような文部科学省在外研究員報告を行っている。

在外研究(2005年4月~12月、アメリカ合衆国及びスイス)での取り組みの概要と共に、

研究課題として取り組んだ ICF 及び ICF version for Children and Youth (国際生活機能分類児童青年期版、以下、ICF-CY と略記)の動向を述べる。

アメリカ合衆国では、ノースカロライナ大学の客員研究員として、WHO (世界保健機関) ICF-CY ワーキンググループのリーダーでもある同大学教授と共に、現在策定作業進行中の ICF-CY の開発と活用に関する研究に取り組んだ。スイスでは、WHO を訪問し、ICF-CY に関する今後の世界や日本での取り組みについて協議すると共に、大学や養護学校のスタッフ等との協議を通して、ICF-CY を活用した特殊教育の実践や研究について検討を行った。

一方、ICF-CY については、2005 年 12 月現在、WHO が ICF-CY に関するレビューを世界各地から収集している段階であり、同ワーキンググループとの間での最終調整後、2006 年春頃の WHO 総会を経て、ICF 本体の補助分類として正式に決定される予定となっている。この段階に至るまでには、世界各地でのフィールドトライアルを含めた各種の検討作業が行われた。これに対し、日本としては、2005 年 6 月のフィールドトライアルレポートの提出、同年 12 月の ICF-CY 活用に関する提言レポートの提出等を通して、策定に向けた取り組みに貢献が行われている。また、WHO や ICF-CY ワーキンググループからは、ICF-CY 活用に関する研究や実践について日本への期待の声が寄せられている。

(徳永亜希雄, ICF 及び ICF version for Children and Youth (国際生活機能分類児童青年期版) を巡る動向, 世界の特殊教育 20、2006

http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_d/d-241/d-241_03_02.pdf)

このような状況を受けて、「ICF 児童青年期バージョンの教育施策への活用に関する開発的研究」が国立特別支援教育総合研究所において行われている。関連の成果は以下のとおりである。

・ Akio Tokunaga, ‘Trends and Perspective of the Use of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) on Special Needs Education in Japan’, Journal of Special Education in the Asia Pacific (JSEAP) Vol. 2 December, 2006

http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_d/d-249.html

・ 中央教育審議会 初等中等教育分科会 教育課程部会 特別支援教育専門部会への資料提供「ICF について」

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/032/06091306.htm

・ 渡邊正裕 科学研究費補助金研究「個別の教育的支援計画作成を支援する ICF ダイアグラム自動生成システムの設計と開発」(若手研究 (B)、平成 17~18 年度)

・ 国立特殊教育総合研究所・WHO、ICF 活用の試み: 障害のある子どもの支援を中心に、2005、ジヤース教育新社、<http://www.kyoikushinsha.co.jp/books/37.html>

・ 徳永亜希雄, 多職種間連携のツールとしての ICF (国際生活機能分類) 実用化の試み : 「個別の教育支援計画」への適用を視野に入れて, 国立特殊教育所研究紀要第 31 巻、2004、<http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/kiyomokuji31.html>

10) 在宅療養支援診療所の実態と連携に関する調査

本年度の研究は、特に在宅療養支援診療所の病院等、他医療機関との連携について調査を行った。直接の先行研究としては、日本医師会総合政策研究機構、野村真美、出口真弓「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査 2009 年 1 月がある。その概要を以下に示す。

(1) 調査の背景と目的

わが国で、在宅医療が法的根拠をもったのは平成4年の第2次医療法改正であり、そこでは医療を適切な場で提供すること、疾病や患者の心身の状態に応じた医療を提供することが理念としてあげられた。

在宅医療は徐々に整備されてきており、医療機関にとって在宅医療を選択するインセンティブとなるような報酬制度も設けられている。平成18年度には新たに「在宅療養支援診療所」が評価されることになり、これまでに診療所の1割がその届出を行うなどの動きもみられる。

一方、在宅医療を提供するための体制づくりや医療の質・量、患者の家族にかかる負担などの課題については、その多くが残されたままである。特に、在宅医療における医療の“質”と“量”を保つためには、基幹病院と診療所の連携や保健師、介護サービス事業者など医療、保健、福祉・介護による地域ネットワークの整備が不可欠であるとも言われており、より一層の在宅医療の整備・拡充が国家の医療・福祉のインフラ整備としても期待されている。

本調査「在宅医療の在り方に関する調査研究」は、今後の健康保険組合連合会の政策提言等の策定に資すべく、在宅医療に係る患者と医療提供者の実態及び在宅医療に対する認識状況、在宅医療の推進を阻害する要因などを明らかにし、在宅医療推進のための基礎となる資料を得ることを目的とする。

(2) 調査研究の実施方法

① 調査研究の方針

本調査研究では、在宅医療に係る患者と医療提供者の実態を調査対象とし、「調査A. 在宅医療に係る患者に対する意識調査（以下、患者調査）」、「調査B. 在宅医療の医療提供実態に関する調査」の2つの調査を実施するものとする。各調査の構成は図表1のとおりである。

本調査研究において調査対象とする在宅医療実施診療所は、WAMNET上の病院・診療所情報（平成19年8月）にもとづき、「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理」、「在宅末期医療総合診療」を条件として抽出された診療所とする。同様に、訪問看護ステーションは、WAMNET上の介護事業者情報より「訪問看護」サービスを実施しており、かつ訪問看護ステーションの名を冠する施設とする。

また、在宅医療に係る患者は、調査対象とした訪問看護ステーションが訪問看護を提供している患者のうち、訪問診療を受けている患者及び家族とした。

調査方針の整理

調査		調査概要
A	在宅医療に係る患者に対する意識調査	
B	在宅医療の医療提供実態に関する調査	
	診療所調査	在宅医療を実施している診療所にアンケート調査を実施し、在宅医療の提供状況や在宅医療提供の要件など、その実態と課題等を明らかにする。
	訪問看護ステーション調査	在宅医療を実施している訪問看護ステーションにアンケート調査を実施し、在宅医療の提供状況や在宅医療提供の要件など、その実態と課題等を明らかにする。

調査対象地域は、調査委員会の学識経験者により構成されるワーキング・グループにおける検討を経て、調査結果が全国の傾向を概ね反映したものとなるよう人口10万対在宅医療実施診療所数を勘案し、都市部として福岡県、東京都、埼玉県、地方部として岡山県、山口県、栃木県の6都県とした。

②調査方法

調査方法は、自記式調査票の郵送・回収とした。調査時期は平成19年10月とし、同年7月時点の状況を調査対象とした。

患者調査における対象患者の選定方法は、訪問看護ステーションがサービスを提供し、かつ医師による訪問診療を受けている患者15名とした。なお、設問の特性上、認知症を有する患者及び重度末期の患者で補助を行っても回答不能であると判断された患者は対象から除外して抽出を依頼した。

(3) 結果概要

①患者調査結果

調査協力の得られた訪問看護ステーションへの配布件数5,805件のうち、有効回収率は75.6%であり、合計4,388名を対象として分析を行った。

A：在宅患者像

○ 在宅患者像

在宅医療を受けている患者は多くが後期高齢者であり、また要介護度4または5である患者は5割程度で、介護必要度の高い寝たきりに近い状態の患者が約半数を占めていた。

疾病大分類で見ると、在宅医療を受けている患者には神経系の疾患および循環器系の疾患の患者が多くみられ、約6割を占めていた。その他、筋骨格系及び結合組織の疾患や新生物等の疾患も一定数みられた。

患者の約半数は入院から、3割は通院から在宅医療へと移行しており、在宅医療開始からの期間は、短期間から長期間まで患者のばらつきがみられ、1年未満が約3割、5年以上が2割程度であった。

○ 在宅医療受療状況

医師は月に平均2回程度の訪問を行っており、1回当たりの所要時間は平均18分であった。また、訪問看護師は週に平均2回程度の訪問頻度で、1回当たりの所要時間は平均58分であった。

B：在宅医療に対する患者の意向と満足度

○ 在宅医療に対する知識と意向、在宅医療を受けるようになったきっかけ

在宅医療の患者の約半数は、受療前から在宅でも継続的に療養管理及び指導を受けられることを認識しており、またそのうちの7割は住み慣れた場所にいたいことを理由に在宅医療を希望していた。在宅医療を受けるようになったきっかけとしては、ケアマネジャーのすすめ（18.4%）や入院中の主治医のすすめ（15.9%）、かかりつけ医師（病院外来および診療所）（17.9%）のすすめによるものが多くみられた。

○ 今後の治療場所及び看取り場所の希望

患者の8割は今後の治療場所として自宅・親族の家を希望しており、看取りの場所としても同場所を7割以上が希望していた。

○ 現在受けている在宅医療に対する満足度、在宅医療提供者への満足度

在宅医療の患者には、容態の急変時に不安を感じている者もみられたが、在宅医療の希望理由の実現と経済的負担が減少していることなどを理由に、全体的に満足度が高かった。また、医師及び看護師などの医療提供者に対しても満足度が高く、ケアマネジャーとの連携体制についても満足度が高かった。

②診療所調査結果

発送件数3,986件のうち、有効回収数は779件、有効回収率は19.5%であった。なお、各地域における有効回収率は概ね2割程度であり、地域別に大きな差はみられなかった。

A：在宅医療の提供状況（連携状況含む）

○ 在宅医療の提供体制

在宅医療を実施している診療所の約7割が在宅療養支援診療所の届出を行っており、24時間対応の体制がある診療所も同程度の割合であった。

○ 在宅医療の提供状況

在宅医療患者数は月平均28.1人、そのうち自宅の在宅患者は月平均20.8人であった。また、訪問件数は週平均13件で、在宅での看取り患者数は4ヵ月平均1.1人であった。

在宅医療を実施している診療所では、23%が入院中に退院後の在宅療養に必要な説明・指導を実施していた。

○ 他機関との連携状況と連携数別在宅医療の提供状況

在宅医療を実施している診療所の約7割は病院と連携しており、約4割は診療所との連携を行っていた。また、訪問看護ステーションとの連携は約8割が行っていた。病院との連携がある診療所は、病院からの新規受け入れ患者数及び看取り患者数とも多い傾向がみられた。

○ 在宅医療に対する捉え方

在宅医療を実施している診療所の約6～7割は、在宅医療にやりがいを感じ

じているが、人的資源の不足と報酬に関する不満を感じている。

B：在宅医療を阻害する要因

介護負担の大きさや在宅医療に対する受入意思醸成の難しさなどを理由に患者・家族側の状況が阻害要因の上位に挙げられていた。また、診療所の人的資源不足解消や病院に対する状況改善を望む声も多く、特に在宅医療への移行をコーディネートする専門部署の不足がその理由に挙げられた。

特に、在宅医療に積極的に取り組んでいる（患者全体に占める在宅患者の割合が大きい）診療所でその傾向が強く、人的資源の不足、退院支援等力量、在宅医療へ移行する専門部署の不足がその理由に挙げられている。

③訪問看護ステーション調査結果

発送件数1,225件のうち、有効回収数は387件、有効回収率は31.6%であった。なお、各地域における有効回収率は概ね3～4割であり、地方部の方がやや高いが、地域別に大きな差はみられなかった。

A：在宅医療の提供状況（連携状況含む）

○ 1事業所当り常勤看護職員数の分布

訪問看護ステーション1事業所当りの看護職員数（看護師・保健師・准看護師）は常勤換算値で平均4.5人であり、規模の小さい訪問看護ステーションが多数を占めていた。

○ 1事業所当り連携施設数

連携している病院数は平均で7.3施設、一般診療所数は10.5施設、居宅介護支援事業所数は12.1施設であった。

○ 各加算の届出状況

医療保険制度における24時間連絡体制加算の届出を行っている事業所および介護保険制度における重症者管理加算の届出を行っている事業所は、ともに8割程度であった。

○ 1事業所当り保険制度別利用者数

訪問看護ステーションの利用者数は月平均99.1人であり、その内訳をみると介護保険制度の利用者が多くを占めていた（73.2人）。

○ 診療所との連携についての満足度

診療所との連携に関しては87.5%の訪問看護ステーションが「うまくいっている」と回答した（「通常、診療所との連携はうまくいっている」に対する「非常にそう思う」と「そう思う」の回答合計）。

B：在宅医療を阻害する要因

訪問看護ステーションにおける在宅医療の阻害要因には、退院支援などの力量、在宅医療への移行をコーディネートする専門部署の不足、在宅医療を提供する人的資源の不足を理由に、その多くが病院側及び診療所側の状況を挙げている。

特に、利用者全体に占める医療保険対象者の割合が大きい訪問看護ステーションでその傾向が強い。

(4) 在宅医療の推進にあたって

本調査により明らかにされた在宅医療に係る患者及び診療所、訪問看護ステーションの現況は、在宅医療の推進に関する検討にあたって多くの示唆を含むものである。在宅医療の患者の多くは、訪問診療及び訪問看護等の現状に満足しており、なかでも医師や訪問看護師、ケアマネジャーの連携状況についての満足度が高いことから、在宅医療の提供に係る職種間の支え合いが評価されていることが分かる。

一方で、在宅医療の提供側が認識している患者・家族側の状況に関しては、診療所と訪問看護ステーションの間で違いが見られ、診療所がそれを在宅医療の阻害要因の上位にあげているのに対し、訪問看護ステーションは上位にあげていない。これは、診療所が介護負担の大きさや在宅医療に対する受入意思醸成の難しさなどを強く認識しているのに対し、訪問看護ステーションでは患者・家族の負担軽減のために看護計画を立案・実施しており、自ら介入することで改善が可能と認識していることによるものと考えられる。

患者の多くが後期高齢者であり要介護度も高いことから、在宅医療に伴う家族の介護負担の大きさについてはこれまでも基本的課題として指摘のあるところであるが、今後、訪問看護のさらなる活用や保険者等による支援策、制度上の課題に関する検討を要するものと考えられる。

在宅医療を提供している診療所及び訪問看護ステーションでは、前述の阻害要因以外に、診療所の人的資源の不足や病院側の退院支援等力量、在宅医療への移行をコーディネートする専門部署の不足などをあげている。在宅医療に積極的に取り組んでいる診療所と訪問看護ステーションで特にその傾向がみられる。

退院支援や専門部署不足の指摘は、在宅医療の推進における病院の重要性を直接的に示唆するものであるが、病院との連携により診療所の在宅患者数が若干増加する傾向にあることを考えれば、診療所の人的資源不足の解消においても病院が重要な位置を占めていることがわかる。

また、在宅医療の患者の半数は、継続的な療養管理及び指導を在宅医療においても受けられることを移行前には認識しておらず、その認知度は十分とはいえないが、在宅患者の5割が入院から、3割が通院から移行しており、そのきっかけが入院中の主治医などのすすめであること等を併せて考えれば、ここでも在宅医療における病院の重要性が指摘できる。

在宅医療の推進にあたっては、病院及び診療所、訪問看護ステーションの連携をより十全なものとするために、病院側の阻害要因の解消を優先させることが重要であると考えられる。

(5) 今後の課題

平成20年度診療報酬改定においては、在宅医療支援病院及び退院調整加算が新設されている。このことからわかるように、在宅医療の担い手として病院にかかる期待は大きい。

在宅医療の現況を総体的に整理・補完する意味においても、今後、病院を対象とする在宅医療の現況やその推進に関わる要件などを調査することは意義あるものと考えられる。

今後の課題には、病院を含む在宅医療及び地域連携を重視する観点から、具体的には以下の項目が考えられる。

- ・ 人的資源やスタッフの確保の方法
- ・ 退院準備から在宅医療への移行の現況
- ・ 在宅医療のための地域連携とその支援（後方支援含む）の状況
- ・ 在宅医療提供スタッフの情報共有や連携にいたるプロセス
- ・ 病院の行う在宅医療支援における阻害要因及び地域連携に関する阻害要因
- ・ 今後必要とされるインフラについて

今後、在宅医療の充実のためには、提供側だけでなく、医療を受ける患者や家族の視点も求められてくる。そのためにも、被保険者の在宅医療に対する認識、保険者における在宅医療への関わり方・取り組みなども検討の視野に入れつつ、特に病院を対象とした調査を実施することにより、上記課題に関する検討を行ない、より総合的な在宅医療の現況把握と推進のための示唆を得ることが必要となろう。

調査のまとめ

- ① 在宅療養支援診療所は一般診療所と比べ、介護保険事業等との併設も多いなど、届出診療所の医療機関としての事業規模や人員体制は相対的に大きい。一方で、72.4%の届出診療所では在宅担当医師1人医師体制であり、緊急時の連絡や診療などの対応を単独で担っている傾向が強く見られた。待機（オンコール含む）についても、医師1人で週7日の対応をしている届出診療所は73.5%であった。
- ② 全体の9割の届出診療所が在宅医療の算定を行っていた。在宅患者の紹介元は、もとの自院の患者が約半数で、それ以外は病院や他の施設等からの機関紹介であった。1施設当たりの算定件数は「在宅時医学総合管理料」が14.9件、「特定施設入居者等医学総合管理料」が3.5件、「在宅患者訪問診療料1」が23.3件、居宅系施設入居者の場合に算定する「在宅患者訪問診療料2」が10.4件であった。
- ③ 病院や訪問看護ステーションとの連携については、約9割が「連携は全般的にうまくいっている」と感じていた。一方、診療所との連携がうまくいっていると感じている届出診療所は約7割であり、病院との連携に比べると約20ポイント低かった。
- ④ 個別の連携事項については、病院、診療所、訪問看護ステーションのいずれともカンファレンスを通じた情報共有について難しい様子が窺えた。カンファレンスの参加状況については、約5割の届出診療所がなんらかの形で参加をしていたが、併設事業がある診療所とない診療所とでは参加状況に違いが見られ、医師が参加している診療所には併設事業がない診療所が多かったが、併設事業がある診療所では、スタッフによる参加が多いという状況が見られた。また、「あまり参加していない」要因を分析したところ、地域ケア会議をはじめとした地域の会議の参加がないことが最も強く影響しており、これらの会議や研修等が連携にもたらす一定の効果が確認された。続いて訪問件数の少なさや、24時間の看護職員や在宅担当医師数が少ない診療所であることなどとの関係の強さも明らかになった。
- ⑤ 提供上の課題については、「医療費の患者負担の高さ」と共に、「在宅患者に関する書類作成時間の確保」や「ケアカンファレンス等の時間の確保」なども3割を占めていた。
- ⑥ 地域で在宅医療進展のために必要とされている最大の課題は、緊急時の病床確保であった。在宅件数と最も関係が強い変数は連携病院の数であった。また、在宅医師や看護職員の人員体制によって24時間対応の負担が大きく変わることから、24時間対応の協力関係を持てる地域の医師の存在や、24時体制を取る訪問看護ステーションの存在なども課題認識が高かった。

- ⑦ 今後の方向性として、「在宅医療のウエイトを減らしていきたい」との回答は約 6 % に過ぎず、人員体制や診療体制などへの負担を感じながらも、大半が在宅療養届出診療所を維持していきたいという意向であった。

上記調査のうち、連携等に関する調査項目と、集計結果の一部を以下に引用する。地域で在宅医療が一層充実するために必要な項目は、「緊急時の入院・入所などの受け入れ病床の確保」が 59.1 %、続いて「24 時間体制に協力可能な医師の存在」56.1 %、「24 時間体制の訪問看護ステーションの存在」42.8 %、「診療報酬上の評価」41.1 %、「入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取り組み」37.1 %の順であった。

在宅医療を提供するには、患者が安心して地域で療養できるよう緊急時の対応をいかに確保するかが鍵であり、地域の病床や短期入所も含めた入所施設等との連携が不可欠であるということであろう。また、届出診療所等施設数の地域差が大きく、施設数が不足している地域も存在する。このような地域格差の解消や、現在の在宅医療の維持・定着のためにも、24 時間体制に協力する医師や訪問看護ステーションを含めた看護職員の人材確保が必要とされている。

今後の方向性については、「対応できる範囲で継続」が 65.0 %で最も多く、続いて「増やしていきたい」が 12.1 %であった。一方で「減らしていきたい」は 6.3 %に過ぎず、在宅療養支援診療所としての活動を継続する方向性が明確に示されており、在宅医療が地域で粛々と展開されている状況が読み取れる。

Ⅲ. 在宅医療に必要な連携

設問Ⅲ-1. ①～③の連携機関数をご記入ください

- ①訪問看護ステーション（ ）事業所
②連携病院（ ）施設
うち、緊急時の入院受入れが可能な病院（ ）施設
24 時間診療体制への協力医師数（ ）人
③連携診療所（ ）施設
うち、緊急時の入院受入れが可能な診療所（ ）施設
24 時間診療体制への協力医師数（ ）人
④連携している介護支援専門員（ ）人

設問Ⅲ-2. 診療所との連携

(1) 他の診療所との連携は全般にうまくいっていますか。(1 つだけ○)

- ①そう思う ②ややそう思う ③あまりそう思わない ④そう思わない
⑤わからない

(2) 以下のア、イに関する診療所との連携度について、当てはまる番号を選んでください。(1 つだけ○) -

	連携 できて いる	やや 連携 でき て	あまり 連携 でき て	連携 でき て	どちら とも いえ ない	関 わり が な い
ア. 24時間診療体制への協力	1	2	3	4	5	6
イ. 自院の専門外の診療に関する協力	1	2	3	4	5	6

設問Ⅲ -3. 病院との連携

(1) 病院との連携は全般にうまくいっていますか。(1 つだけ○)

- ①そう思う ②ややそう思う ③あまりそう思わない ④そう思わない
⑤わからない

(2) 病院から退院してくる患者や家族は、事前に十分な指導や準備を経て、在宅に移行していると思いますか。(1 つだけ○)

- ①そう思う ②ややそう思う ③あまりそう思わない ④そう思わない
⑤わからない

(3) 以下のア～エの連携度について、お答えください。(1 つだけ○)

	連携 できて いる	やや 連携 でき て	あまり 連携 でき て	連携 でき て	どちら とも いえ ない	関 わり が な い
ア. 24時間診療体制への協力	1	2	3	4	5	6
イ. 自院の専門外の診療に対する協力	1	2	3	4	5	6
ウ. 患者の病態が急変した際の 確実な入院の受入	1	2	3	4	5	6
エ. 退院時カンファレンスへの参加	1	2	3	4	5	6

設問Ⅲ -4. 訪問看護ステーションとの連携

(1) 訪問看護ステーションとの連携は、全般にうまくいっていますか。(1 つだけ○)

- ①そう思う ②ややそう思う ③あまりそう思わない ④そう思わない
⑤わからない

(2) 以下のア～エの連携度について、お答えください。(1 つだけ○)

	連携 できて いる	やや 連携 でき て	い ない あ まり 連 携 でき て	い ない 連 携 でき て	な い ち ら と も い え	関 わ り が な い
ア. 貴院からの日常的な患者の情報提供	1	2	3	4	5	6
イ. 訪問看護ステーションからの 日常的な報告	1	2	3	4	5	6
ウ. 状態変化時の連携	1	2	3	4	5	6
エ. カンファレンスを通じた情報共有	1	2	3	4	5	6

設問Ⅲ -5. 介護支援専門員との連携

(1) 介護支援専門員との連携は、全般にうまくいっていますか。 (1つだけ○)

- ①そう思う ②ややそう思う ③あまりそう思わない ④そう思わない
⑤わからない

(2) 以下のア～エの連携度についてお答えください。 (1つだけ○)

	連携 できて いる	やや 連携 でき て	い ない あ まり 連 携 でき て	い ない 連 携 でき て	な い ち ら と も い え	関 わ り が な い
ア. 貴院からの日常的な患者の情報提供	1	2	3	4	5	6
イ. 介護支援専門員からの日常的な報告	1	2	3	4	5	6
ウ. 状態変化時の連携	1	2	3	4	5	6
エ. カンファレンスを通じた情報共有	1	2	3	4	5	6

設問Ⅲ -6. その他の施設等との連携

以下のア～ウの連携度についてお答えください。

(1つだけ○)

	連携 できて いる	やや 連携 でき て	あ ま り 連 携 でき て	連 携 でき て	な ら ず も い え	関 わ り が な い
ア. 特別養護老人ホーム	1	2	3	4	5	6
イ. 介護老人保健施設	1	2	3	4	5	6
ウ. 有料老人ホーム・ケアハウスなどの 居宅系施設	1	2	3	4	5	6

設問Ⅲ -7. カンファレンスへの参加

カンファレンスへの在宅担当医師の参加状況について、最も近い状況を選んでください。
(1つだけ○)

- ① 在宅担当医が必ず参加している
- ② 必ずしも担当医ではないが、自院のスタッフが必ず参加している
- ③ 日程の調整がつく場合に、在宅担当医が参加している
- ④ 日程の調整がつく場合に、必ずしも担当医ではないが、自院のスタッフが参加している
- ⑤ あまり参加していない

設問Ⅲ -8. 地域の会議への参加

在宅担当医が参加している会議を、以下からお答えください。(当てはまる番号全てに○)

- ①地域ケア会議
- ②在宅に関する研修会
- ③認定審査会
- ④在宅勉強会
- ⑤各種連絡会
- ⑥事業運営会議(地域包括支援センター)
- ⑦その他()

IV. 在宅医療に対する意識

設問Ⅳ-1. 24時間体制への負担感についてお答えください。(1つだけ○)

- ①負担である
- ②やや負担である
- ③あまり負担ではない
- ④負担ではない
- ⑤わからない
- ⑥その他()

-SQ ③④に回答した方に伺います。24時間体制が負担でない理由についてお答えください。(当てはまる番号全てに○)

- ① 複数の医師で分担しているから
- ② 複数の医療機関で分担できているから
- ③ 看護職員等の補助があるから
- ④ 地域の事業所との連携がうまくいっているから
- ⑤ 地域のネットワークの仕組みがあるから
- ⑥ 医師会の研修等を含めたバックアップがあるから
- ⑦ 診療報酬上の評価が上がったから
- ⑧ その他()

V. 在宅療養支援診療所の課題

設問V-1. 貴院の在宅医療提供上の課題をお選びください。(当てはまる番号全てに○)

- ① 医療依存度の高い患者が多い
- ② 退院支援が不十分なまま在宅移行する患者が多い
- ③ 医療費の患者負担が高い
- ④ 在宅担当医の確保
- ⑤ 看護職員の確保
- ⑥ 在宅医療従事スタッフの専門知識や技術の向上
- ⑦ 緩和ケア・在宅看取りへの対応
- ⑧ ケアカンファレンス等の時間の確保
- ⑨ 在宅患者に関する書類作成時間の確保
- ⑩ 在宅医療に必要な医療材料・機器の適切な調達方法の検討
- ⑪ その他 ()

設問V-2. 貴院の地域において在宅医療が一層充実するために必要と考えられる項目をお選びください。(当てはまる番号全てに○)

- ① 地域の医師の在宅医療に対する理解の向上
- ② 在宅医療従事者の人材育成
- ③ 24 時間体制に協力可能な医師の存在
- ④ 24 時間体制の訪問看護ステーションの存在
- ⑤ 緊急時の入院・入所等の受入れのための病床確保
- ⑥ 地域の介護・保健・福祉サービスの充実
- ⑦ 入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取り組み
- ⑧ 連絡協議会や在宅研修会など、地域の多職種多機関の連携促進の場を増やす
- ⑨ 在宅医療支援診療所を運営して行くための相談窓口・支援体制
- ⑩ 診療報酬上の評価
- ⑪ その他 ()

設問V-3. 今後の在宅医療の方向性(1つだけ○)

- ① 在宅医療のウエイトを増やしていきたい
- ② 対応できる範囲で継続していきたい
- ③ 在宅医療のウエイトを減らしていきたい
- ④ その他 ()
- ⑤ わからない

集計表 17 連携訪問看護ステーション数 (n=1,808)

連携訪問看護ステーション数	n 数	%
なし	91	5.0
1 施設	646	35.7
2 施設	337	18.6
3 施設	239	13.2
4 施設	118	6.5
5 施設以上	158	8.7
不明	1	0.1
無回答	218	12.1
計	1,808	100.0

集計表 18 ①連携病院数

連携病院数	n 数	%
1 施設	645	36.1
2 施設	397	22.2
3 施設	243	13.6
4 施設	111	6.2
5 施設以上	136	7.6
無回答	257	14.4
計	1,789	100.0

②緊急時入院受け入れ可能病院数

緊急時入院受け入れ可能病院数(再掲)	n 数	%
なし	11	0.7
1 施設	780	50.9
2 施設	399	26.0
3 施設	192	12.5
4 施設	70	4.6
5 施設以上	80	5.2
計	1,532	100.0

③24 時間診療体制協力医師数

24 時間診療体制への協力が可能な医師数	n 数	%
1 人	337	22.0
2 人	212	13.8
3 人	99	6.5
4 人	36	2.3
5 人	33	2.2
6~9 人	26	1.7
10 人以上	40	2.6
不明	2	0.1
無回答	747	48.8
計	1,532	100.0

集計表 19 ①連携診療所数

連携診療所数	n 数	%
なし	262	14.5
1 施設	458	25.4
2 施設	154	8.5
3 施設	71	3.9
4 施設	23	1.3
5 施設以上	54	3.0
無回答	781	43.3
計	1,803	100.0

②緊急時の入院受け入れ可能診療所数

緊急時入院受け入れ可能診療所数(再掲)	n 数	%
なし	548	72.1
1 施設	180	23.7
2 施設	18	2.4
3 施設以上	14	1.8
計	760	100.0

③24 時間体制協力医師数

24 時間診療体制への協力が可能な医師数	n 数	%
いない	67	8.8
1 人	372	48.9
2 人	146	19.2
3 人以上	114	15.0
無回答	61	8.0
計	760	100.0

集計表 20 連携介護支援専門員数 (n=1,808)

連携している介護専門員	n 数	%
いない	421	23.3
1 人	246	13.6
2 人	159	8.8
3 人	132	7.3
4 人	73	4.0
5 人	73	4.0
6~9 人	83	4.6
10 人以上	131	7.2
不明	1	0.1
無回答	489	27.0
計	1,808	100.0

集計表 21 診療所との連携 (n=760) ①全般的な連携状況

他の診療所との連携は全般的にうまくいっていると思うか	n	%
そう思う	275	36.2
ややそう思う	243	32.0
あまりそう思わない	110	14.5
そう思わない	59	7.8
わからない	66	8.7
無回答	7	0.9
計	760	100.0

②24 時間診療体制への協力

24 時間診療体制への協力	n 数	%
連携できている	228	30.0
やや連携できている	222	29.2
どちらともいえない	64	8.4
あまり連携できていない	128	16.8
連携できていない	64	8.4
関わりがない	49	6.4
無回答	5	0.7
計	760	100.0

③自院の専門外の診療に対する協力

自院の専門外の診療に対する協力	n 数	%
連携できている	271	35.7
やや連携できている	243	32.0
どちらともいえない	48	6.3
あまり連携できていない	106	13.9
連携できていない	47	6.2
関わりがない	37	4.9
無回答	8	1.1
計	760	100.0

集計表 22 病院との連携 (n=1,532) ①全般的な連携状況

他の病院との連携は全般的にうまくいっていると思うか	n 数	%
そう思う	748	48.8
ややそう思う	607	39.6
あまりそう思わない	107	7.0
そう思わない	31	2.0
わからない	32	2.1
無回答	7	0.5
計	1,532	100.0

②病院から退院してくる患者は、事前に十分な指導や準備を経て在宅に移行すると思うか

病院から退院してくる患者は、事前に十分な指導や準備を経て在宅に移行すると思うか	n 数	%
そう思う	369	24.1
ややそう思う	612	39.9
あまりそう思わない	383	25.0
そう思わない	90	5.9
わからない	65	4.2
無回答	13	0.8
計	1,532	100.0

③24 時間診療体制への協力

24 時間診療体制への協力	n 数	%
連携できている	578	37.7
やや連携できている	535	34.9
どちらともいえない	76	5.
あまり連携できていない	194	12.7
連携できていない	80	5.
関わりがない	52	3.
無回答	17	1.
計	1,532	100.0

④自院の専門外の診療に対する協力

自院の専門外診療への協力	n 数	%
連携できている	628	41.0
やや連携できている	568	37.1
どちらともいえない	62	4.0
あまり連携できていない	168	11.0
連携できていない	58	3.8
関わりがない	28	1.8
無回答	20	1.3
計	1,532	100.0

⑤患者の病態急変時の確実な入院受け入れ

患者病態急変時の受け入れ	n 数	%
連携できている	654	42.7
やや連携できている	596	38.9
どちらともいえない	46	3.0
あまり連携できていない	162	10.6
連携できていない	45	2.9
関わりがない	16	1.0
無回答	13	0.8
計	1,532	100.0

⑥退院時カンファレンスへの参加

退院時カンファレンスの参加	n 数	%
連携できている	151	9.9
やや連携できている	266	17.4
どちらともいえない	98	6.4
あまり連携できていない	342	22.3
連携できていない	383	25.0
関わりがない	266	17.4
無回答	26	1.7
計	1,532	100.0

集計表 23 訪問看護ステーションとの連携 (n=1,498)

①全般的な連携状況

訪問看護ステーションとの連携は全般的にうまくいっているか	n 数	%
そう思う	771	51.5
ややそう思う	538	35.9
あまりそう思わない	78	5.2
そう思わない	21	1.4
わからない	31	2.1
無回答	59	3.9
計	1,498	100.0

②自院からの日常的な情報提供

自院から日常的な患者の情報提供	n 数	%
連携できている	809	54.0
やや連携できている	487	32.5
どちらともいえない	29	1.9
あまり連携できていない	125	8.3
連携できていない	21	1.4
関わりがない	17	1.1
無回答	10	0.7
計	1,498	100.0

③訪問看護ステーションからの日常的な報告

訪問看護ステーションからの日常的な報告	n 数	%
連携できている	855	57.1
やや連携できている	483	32.2
どちらともいえない	21	1.4
あまり連携できていない	90	6.0
連携できていない	22	1.5
関わりがない	20	1.3
無回答	7	0.5
計	1,498	100.0

④状態変換時の連携

状態変化時の連携	n 数	%
連携できている	868	57.9
やや連携できている	465	31.0
どちらともいえない	19	1.3
あまり連携できていない	89	5.9
連携できていない	24	1.6
関わりがない	22	1.5
無回答	11	0.7
計	1,498	100.0

⑤カンファレンスを通じた情報共有

カンファレンスを通じた情報共有	n 数	%
連携できている	391	26.1
やや連携できている	446	29.8
どちらともいえない	78	5.2
あまり連携できていない	332	22.2
連携できていない	146	9.7
関わりがない	92	6.1
無回答	13	0.9
計	1,498	100.0

集計表 24 介護支援専門員との連携 (n=897)

①全般的な連携状況

介護連携	n 数	%
そう思う	362	40.4
ややそう思う	384	42.8
あまりそう思わない	93	10.4
そう思わない	26	2.9
わからない	11	1.2
無回答	21	2.3
計	897	100.0

②自院からの日常的な情報提供

自院から日常的な患者の情報提供	n 数	%
連携できている	372	41.5
やや連携できている	362	40.4
どちらともいえない	16	1.8
あまり連携できていない	122	13.6
連携できていない	14	1.6
関わりがない	4	0.4
無回答	7	0.8
計	897	100.0

③介護支援専門員からの日常的な報告

介護支援専門員からの日常的な報告	n 数	%
連携できている	327	36.5
やや連携できている	357	39.8
どちらともいえない	14	1.6
あまり連携できていない	155	17.3
連携できていない	31	3.5
関わりがない	6	0.7
無回答	7	0.8
計	897	100.0

④状態変換時の連携

状態変換時の連携	n 数	%
連携できている	386	43.0
やや連携できている	346	38.6
どちらともいえない	13	1.4
あまり連携できていない	108	12.0
連携できていない	30	3.3
関わりがない	6	0.7
無回答	8	0.9
計	897	100.0

⑤カンファレンスを通じた情報共有

カンファレンスを通じた情報共有	n 数	%
連携できている	230	25.6
やや連携できている	307	34.2
どちらともいえない	40	4.5
あまり連携できていない	195	21.7
連携できていない	88	9.8
関わりがない	31	3.5
無回答	6	0.7
計	897	100.0

集計表 25 その他の施設との連携状況 (n=1,808)

①特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームとの連携	n 数	%
連携できている	276	15.3
やや連携できている	285	15.8
どちらともいえない	78	4.3
あまり連携できていない	286	15.8
連携できていない	264	14.6
関わりがない	525	29.0
無回答	94	5.2
計	1,808	100.0

②介護老人保健施設

介護老人保健施設との連携	n 数	%
連携できている	245	13.6
やや連携できている	307	17.0
どちらともいえない	85	4.7
あまり連携できていない	312	17.3
連携できていない	272	15.0
関わりがない	489	27.0
無回答	98	5.4
計	1,808	100.0

③有料老人ホームなど居宅系施設

有料老人ホームなど居宅系施設との連携	n 数	%
連携できている	372	20.6
やや連携できている	359	19.9
どちらともいえない	68	3.8
あまり連携できていない	273	15.1
連携できていない	226	12.5
関わりがない	424	23.5
無回答	86	4.8
計	1,808	100.0

集計表 26 在宅担当医のカンファレンス参加状況 (n=1,808)

カンファレンスの参加状況	n 数	%
在宅担当医が必ず参加	161	8.9
必ずしも担当医ではないが、自院のスタッフが必ず参加	149	8.2
在宅担当医が参加(日程調整可能時のみ)	506	28.0
自院スタッフが参加(日程調整可能時のみ)	193	10.7
あまり参加していない	721	39.9
無回答	78	4.3
計	1,808	100.0

集計表 27 在宅担当医が参加している会議 (n=1,808 複数回答)

在宅担当医が参加している会議(複数回答)	n 数	%
在宅に関する研修会	845	46.7
認定審査会	633	35.0
在宅勉強会	542	30.0
地域ケア会議	359	19.9
各種連絡会	348	19.2
事業運営会議	190	10.5
その他	105	5.8

集計表 30 自院の地域で在宅医療が充実するために必要と考えるもの (n=1,808 複数回答)

在宅医療充実のために必要と考えるもの(複数回答)	n 数	%
緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保	932	51.5
24 時間体制に協力可能な医師の存在	884	48.9
24 時間体制の訪問看護ステーションの存在	675	37.3
診療報酬上の評価	647	35.8
入院患者が円滑に在宅移行できるような病院の取り組み	585	32.4
在宅医療従事者の人材育成	548	30.3
地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	538	29.8
地域の介護・保健・福祉サービスの充実	480	26.5
在宅療養支援診療所を運営していくための相談窓口・支援体制	332	18.4
連絡協議会や在宅研修会など、地域の多職種多機関の連携促進の場を増やす	260	14.4
その他	84	4.6
無回答	231	12.8

集計表 31 今後の方向性 (n=1,808)

今後の方向性	n 数	%
在宅医療のウェイトを増やしていきたい	218	12.1
対応できる範囲で継続していきたい	1,176	65.0
在宅医療のウェイトを減らしていきたい	113	6.3
その他	31	1.7
わからない	46	2.5
無回答	224	12.4
計	1,808	100.0

2. 医療の機能分化と在宅医療

今後ますます少子高齢化が進む中、従来からの医療に加えて、住民の住み慣れた地域における在宅医療の進展は、地域医療の重要な課題のひとつである。2006年の第五次医療法改正で、24時間体制で往診や訪問看護を実施する在宅療養支援診療所が新設された。自宅における終末期ケアや慢性疾患の療養等への対応が行われることが期待されているが、それを実現するには診療所内の体制のみならず地域間の連携が不可欠である。

日本医師会は、平成19年1月『在宅における医療・介護の提供体制－「かかりつけ医機能」の充実－指針』を示し、今後のビジョンを次のとおり示した。

①将来ビジョンを支える3つの基本的考え方

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

②将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅(多様な施設)と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

「日本医師会は上記の3つの考え方、7つの提言が広く社会に受け入れられ、実現することを目指したい。また、地域における「在宅死」の追求と支援も行いたい。もちろん、死の看取りは多様な選択肢があり、たとえ医療提供者であっても他者が強制できるものではない。高齢者が求めているさまざまな医療と介護、社会サービスを利用者本位、地域で提供できるよう取り組む先には、家族や友人・知人に囲まれながら、生活の場における安らかな眠りへの看取りがあると考えたい」とも示唆している。

そして、2008年2月に「終末期医療に関するガイドライン」を提示した(3. 多職種連携ツールとその活用、1)終末期医療における、他職種連携のためのガイドライン I. 生命維持治療のあり方に関するガイドラインの(2)を参照)。

3. 多職種連携ツールとその活用

○終末期医療における、多職種連携のためのガイドライン

I. 生命維持治療のあり方に関するガイドライン

(1) 厚生労働省の指針

「終末期医療の決定プロセスのあり方に関するガイドライン」(2007年5月)

同：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11b.pdf>

(2) 日本医師会の指針

日本医師会第X次生命倫理懇談会：終末期医療に関するガイドライン(2008年2月)

http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf

(3) 日本学術会議の指針

日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会：終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>

(4) 救急医療のガイドライン

1) 日本集中治療医学会：集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告(平成18年8月28日)

http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html

2) 日本救急医学会：「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」に対する当院倫理委員会の見解と留意点(2008年5月10日)

<https://secure02.red.shared-server.net/www.m-kousei.com/saka/18rinri/kyuukyugaidorainkennkai.pdf>

3) 日本医科大学 終末期医療に関する暫定指針(2007年4月)

http://www.college.nms.ac.jp/up_files/upload00134.pdf

(5) 全日本病院協会のガイドライン

全日本病院協会終末期医療に関するガイドライン策定検討会：終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～ (2009年5月)

http://www.ajha.or.jp/about_us/activity/zen/090618.pdf

II. 緩和ケアに関する資料・ツール

(1) 緩和医療学会のガイドライン

1) 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン(2005年1月)

<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/sedation01.pdf>

2) 終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン(2006年10月)

<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/glhyd/glhyd01.pdf>

3) 終末期がん患者の泌尿器症状対応マニュアル(2008年11月)

<http://www.jspm.ne.jp/guidelines/urology/urology01.pdf>

(2) 日本ホスピス緩和ケア協会

ホスピス緩和ケアの基準(2009年5月)

http://www.hpcj.org/what/gd_kijyun.html

(3) 実用ツール

1) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)医療者用ツール

<http://gankanwa.jp/tools/pro/index3.html>

2) 医療における悪い知らせを伝える際のコミュニケーションスキル - SHARE プロトコール

http://www.bms.co.jp/pdf/medical/cancer/gan_shojo_04.pdf

3) NCI(米国国立癌研究所)パンフレット『進行してしまったがんと向き合うために』

http://www.cancerit.jp/xoops/modules/nci_pamphlet/index.php/03coping_with_advanced_cancer/page01.html

4) 国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部監修

がん患者さんとのコミュニケーション Q&A 第2版

http://med.astrazeneca.co.jp/disease/q_a/images/q_a.pdf

Ⅲ. 市町村等で作成した連携ツール

都道府県医療計画に基づいた、市町村医療計画、及びがん対策基本法に基づく、市町村がん対策計画の推進のため、行政主導の連携ツールが作成され、活用されようとしている。例を示す。

* 宮城県仙南保健所

「仙南地区における在宅ホスピスケア連絡会患者受け入れのための手引き」(改訂版)について

<http://www.pref.miyagi.jp/sn-hohuku/seijin/hsp.htm>

■「仙南地区在宅ホスピスケア連絡会」について

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会は、仙南地域の医師、看護師、薬剤師、福祉関係者、行政機関等の連携のもと、がん患者の方の在宅での緩和ケアの推進をはかり、がん患者、その家族の支援を目的として、平成 11 年設立されました。

～在宅ホスピスケアって何～

治癒の難しい終末期にある、がんなどの患者を対象に QOL(生活の質)の向上を目的として、症状コントロールなどを中心に在宅において行われる支援の形です。

※[仙南地区在宅ホスピスケア連絡会会員名簿\(H21.12.31 現在\)](#)  (14KB)

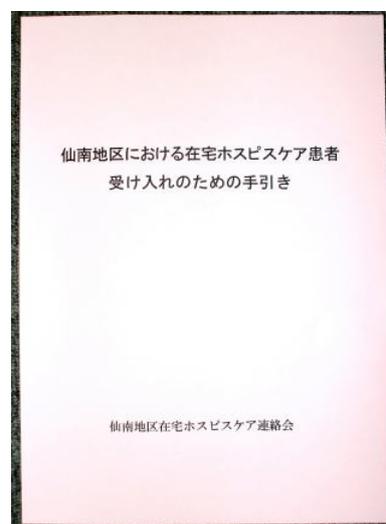
■「仙南地区における在宅ホスピスケア連絡会患者受け入れのための手引き」(改訂版)について

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会では、在宅での療養を希望するがん患者の方の受け入れについて、関係機関と連携し、支援を行っています。平成13年に、支援を通じて培ったノウハウを整理した「仙南地区における在宅ホスピスケア連絡会患者受け入れの手引き」をまとめ、目的を同じとする関係者の皆様への情報共有の手段とさせていただきました。

今回、制度的な改正等をまとめた、「手引き」(改訂版)を作成いたしましたのでお知らせします。

詳しくは下記問合せ先までご連絡ください。

※[仙南地区在宅ホスピスケアの支援体制](#)  (644KB)



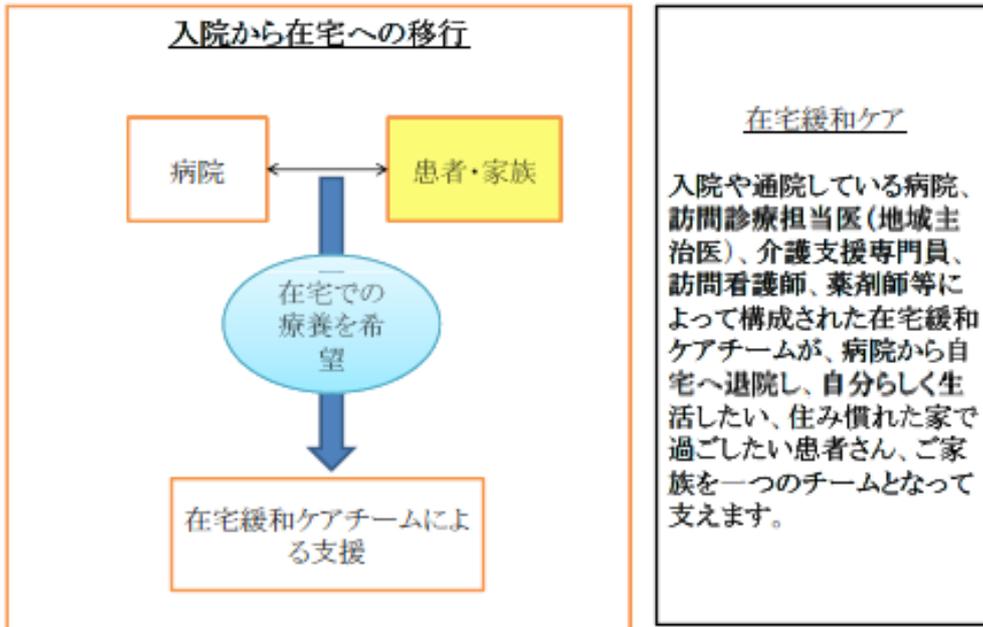
問合せ先

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会事務局
宮城県仙南保健福祉事務所成人・高齢班
電話:0224-53-3120

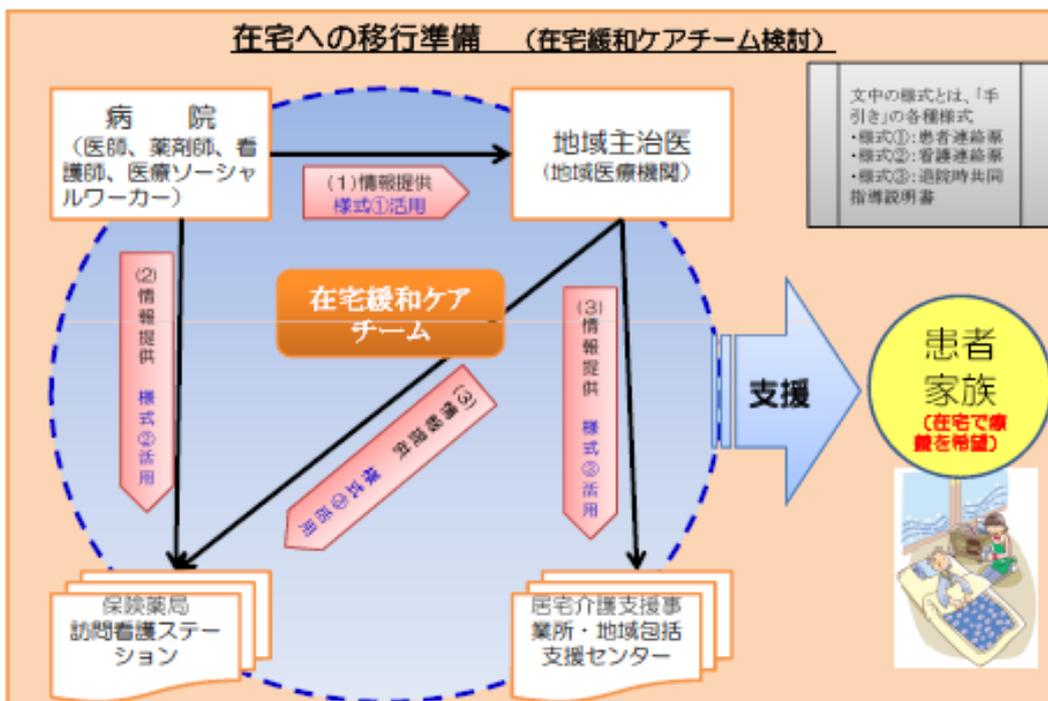
Link

[みやぎのがん情報ポータルサイト\(宮城県疾病・感染症対策室のHP\)](#)

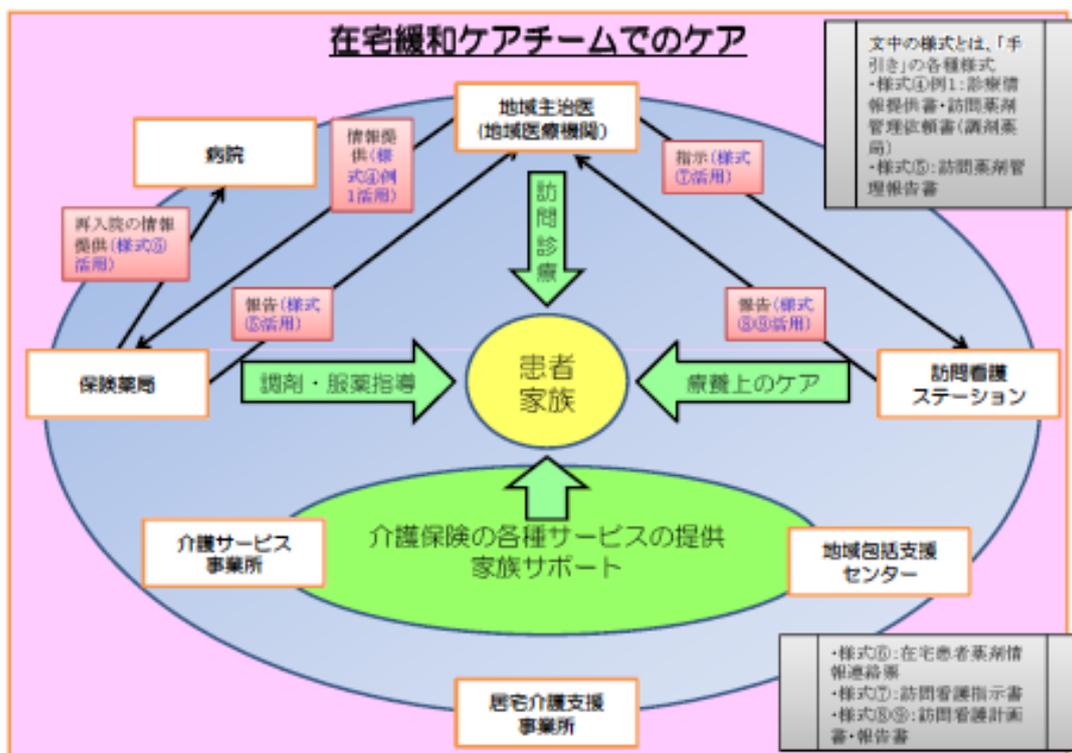
「仙南地区における在宅ホスピスケア患者受入の手引き」



「仙南地区における在宅ホスピスケア患者受入の手引き」における支援体制(1)



「仙南地区における在宅ホスピスケア患者受入の手引き」における支援体制(2)



* 山形県村山保健所

－がんと向き合う方－在宅療養支援のための手引き

<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/murayama/301023/publicdocument200903258861350542.html>

村山保健所では、「山形県がん対策推進計画」のもと、「村山地域版－がんと向き合う方－在宅療養支援のための手引き」を作成いたしました。在宅療養支援の一助として関係の皆様よりご活用いただければ幸いです。〔平成21年3月〕

IV在宅療養支援にかかわる関係機関一覧 1病院 8市町問い合わせ先 の内容を一部変更いたしました。〔平成21年5月〕

IV在宅療養支援にかかわる関係機関一覧 7地域包括支援センター の内容を一部変更いたしました。〔平成21年8月〕

IV在宅療養支援にかかわる関係機関一覧 2診療所 の内容を一部追加いたしました。〔平成21年9月〕

目次の項目・番号・ページを変更いたしました。〔平成22年3月〕

IV在宅療養支援にかかわる関係機関一覧の内容を追加・変更いたしました。〔平成22年3月〕

[表紙\[PDF/92.9kB\]](#) / [はじめに\[PDF/14.5kB\]](#) / [目次\[PDF/54.0kB\]](#)

I 保健・医療・福祉の関係者に知っていただきたい基本情報

- [1 がんと向き合う人の在宅療養を支援するということ\[PDF/64.8kB\]](#)
- [2 疼痛コントロールの基本\[PDF/217.3kB\]](#)
- [3 麻薬取扱上の注意事項\[PDF/139.1kB\]](#) [〔麻薬一覧〕\[PDF/87.7kB\]](#)
- [4 身体症状と対処のポイント\[PDF/247.2kB\]](#) [〔IVHポートについて〕\[PDF/130.1kB\]](#)
- [5 精神的ケア\[PDF/36.6kB\]](#)
- [6 看取り\[PDF/85.9kB\]](#)

II 地域連携を進めるために

- [1 退院調整から、在宅支援・看取りに向けてのフロー\[PDF/63.2kB\]](#)
- [2 在宅療養支援 モデルケース\[PDF/234.4kB\]](#)
- [3 地域連携のためのツール\[PDF/21.9kB\]](#)

III 資料

- [1 統計から 将来予測\[PDF/44.0kB\]／現状\[PDF/18.8kB\]](#)
- [2 がん患者の在宅療養支援に関する実態調査結果\[PDF/75.4kB\]](#)

IV 在宅療養支援にかかわる関係機関一覧／関係機関一覧説明[PDF/33.3kB]

- [1 病院\[PDF/65.1kB\]](#)
- [2 診療所\[PDF/83.5kB\]](#)
- [3 訪問看護ステーション\[PDF/44.3kB\]](#)
- [4 薬局\[PDF/57.9kB\]](#)
- [5 歯科訪問診療に関する窓口 \[PDF/23.0kB\]](#)
- [6 介護老人\(保健\)施設 \[PDF/71.6kB\]](#)
- [7 地域包括支援センター\[PDF/50.8kB\]](#)
- [8 市町問い合わせ先\[PDF/44.6kB\]](#)
- [9 県の機関\[PDF/8.9kB\]](#)
- [10 その他の相談機関\[PDF/8.9kB\]](#)

[協力者一覧\[PDF/12.6kB\]](#)

※内容について、ご意見等ございましたら下記までお願いします。

この記事に対するお問い合わせ

担当課:村山保健企画課

担当:企画担当

TEL/FAX:023-627-1181

E-Mail:[お問い合わせはこちら](#)

-病と向き合いながら地域で暮らす-在宅療養の手引き

<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/murayama/301023/kanjtebiki.html>

村山保健所では、「山形県がん対策推進計画」により、「村山地域版-病と向き合いながら地域で暮らす-在宅療養の手引き」を作成しました。がんと向き合う方々のほか、一般の方にも広くご活用いただければ幸いです。〔平成 22 年 3 月〕

次の表紙から裏表紙までは A5 サイズ(横)の原稿となっております。印刷される場合、必要に応じて A4(141%)に拡大して印刷して下さい。

[表紙\[PDF64kB\]](#) / [はじめに\[PDF60kB\]](#) / [目次\[PDF40kB\]](#) / [本文\[PDF537kB\]](#) / [裏表紙\[PDF32kB\]](#)

【別冊】相談機関の一覧 A4 サイズ(縦)で作成しております。

[表紙・目次\[PDF20kB\]](#)

[1 がん診療連携拠点病院\[PDF29kB\]](#)

[2 一般病院\[PDF40kB\]](#)

[3 診療所\[PDF84kB\]](#)

[4 訪問看護ステーション\[PDF35kB\]](#)

[5 薬局\[PDF49kB\]](#)

[6 歯科訪問診療に関する相談窓口\[PDF22kB\]](#)

[7 介護老人福祉\(保健\)施設\[PDF47kB\]](#)

[8 地域包括支援センター\[PDF43kB\]](#)

[9 市町問い合わせ先\[PDF44kB\]](#)

[10 県の機関\[PDF28kB\]](#)

[11 その他の相談機関\[税務署等\]\[PDF39kB\]](#)

*内容について、ご意見等がございましたら下記までお願いいたします。

この記事に対するお問い合わせ

担当課:村山保健企画課

担当:企画担当

TEL/FAX:023-627-1181/023-622-0191

E-Mail:[お問い合わせはこちら](#)

IV. 医師、看護師等専門集団の連携ツール

*長崎 Dr.ネット

Dr.ネット関連文献

<http://doctor-net.or.jp/7.html>

原著

- 医療連携でのメーリングリストの活用 (PDF)
日本臨床内科医会誌 第 24 巻第 1 号 (平成 21 年 6 月 10 日発行)
(P52-58)(白髭豊)

- 在宅緩和ケアネットワークの構築—長崎での取り組み(最新情報)— (PDF)
日在医会誌 第 11 巻・第 1 号 2009 年 7 月
(P119-123)(白髭豊・藤井卓・野田剛稔)

- 「長崎における地域医療連携ネットワーク」
第 13 回長崎県国保地域医療学会 学会誌
(P82-P85 2009 年 3 月 長崎県国民健康保険団体連合会)(白髭豊)

- 「長崎における在宅医療連携の取り組み」～長崎在宅 Dr. ネットの実践を通して～ (PDF)
香川県医師会誌 第 61 巻 第 6 号 通巻 296 号
P85-88(P(24)-(27)) 2009 年 2 月(白髭豊)

- 第 3 章 地域を支える緩和ケア・各地の取り組み
長崎在宅 Dr. ネットの取り組みと「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(PDF)
地域で支える患者本位の在宅緩和ケア
(P172~P188 2008 年 10 月 篠原出版新社)(白髭豊)

- 第 8 章 長崎市における在宅医療と地域連携 (PDF)
明日の在宅医療 第 5 巻 在宅医療・訪問看護と地域連携
(P150~P171 2008.9 月 中央法規)(白髭豊)

- 「メーリングリストを利用した診診連携
—長崎在宅 Dr. ネットの歩み—」 (PDF)
治療増刊号 (Vol.90 P1317~P1324 2008 年)(安中正和、白髭豊)

- 「長崎在宅 Dr. ネットの活動と栄養士との連携」 (PDF)
臨床栄養 (Vol.112(3) P277-283 2008 年)

- 「長崎在宅 Dr.ネットによる地域医療連携」(PDF)
日本在宅医学会(Vol.9(1) 2007年10月)(白髭豊)

- 「診療所での地域医療連携の試み
ー長崎在宅 Dr.ネットの歩み(後編)」(PDF)
月刊総合ケア(Vol.17(9) 2007年9月号)(白髭豊)

- 「診療所での地域医療連携の試み
ー長崎在宅 Dr.ネットの歩み(前編)」(PDF)
月刊総合ケア(Vol.17(8) 2007年8月号)(白髭豊)

- 「長崎在宅 Dr.ネット～在宅療養支援診療所の新設、
介護療養病床廃止のなかでの地域医療連携の試み～」(PDF)
大津市医師会誌(Vol.30 第348号 2007年5月号)(白髭豊)

- 長崎在宅 Dr.(ドクター)ネットにおける病診連携・在宅医療の実践(PDF)
長崎県医師会報(2006.7)(藤井卓、白髭豊)

- 長崎在宅 Dr.ネットによる地域医療連携(PDF)
日本医事新報(4224号 2005年4月9日号 P29～P32)(白髭豊、藤井卓)

新聞掲載記事

- 第14回日本緩和医療学会 緩和ケアとプライマリケアの融合を目指す
在宅スタッフの働きかけで緩和ケアネットワークを構築(PDF)
Medical Tribune(2009年8月13日号 vol.42, No.33)(P29)

- 座談会 在宅歯科診療の実際～現場で抱える問題点と解決策を探る～
日歯広報(2009年3月25日 第1468号)(白髭豊)

- 第22回日本臨床内科医学会 IT導入で変わる地域医療連携 ～長崎在宅Dr. ネット～
(PDF)
Medical Tribune(2008年11月20日号 vol.41, No.47)

- 在宅医療(PDF)
長崎新聞(2008.7.7)(谷川健)

- 在宅医療の先進例紹介(PDF)
市民タイムス(2008.6.29)(白髭豊)

- あんしん社会保障ーがん対策推進計画(上)(PDF)
読売新聞(2008.4.23)

- 病院から在宅へー動き始めた町医者たち(下)入院中からケア計画 (PDF)
産経新聞(2008.1.24)

- 病院から在宅へー動き始めた町医者たち(中)組織化し情報共有 (PDF)
産経新聞(2008.1.23)

- 在宅療養支援診療所 診療報酬の未請求 4割超(PDF)
長崎新聞(2007.12.2)

- 在宅で看取り2万7000人(PDF)
読売新聞(2007.10.27)

- 開業医の連携で目指す「がんばらない在宅医療」(PDF)
Medi Cafe 2007 vol.2.No.4

- 「在宅医療支える現場」(PDF)
朝日新聞(2007.5.15)(河野通夫)

- 「最期は家で迎いたい」在宅医療支えるドクターネット(PDF)
長崎新聞(2007.2.11)(影浦博信、安中正和)

- 『最期は自宅で』支援(PDF)
朝日新聞(大阪版 2007.1.11)(影浦博信、安中正和)

- 主治医が二人の安心感(PDF)
読売新聞(2006.12.5)(影浦博信、安中正和)

- 在宅療養支援の診療所(PDF)
朝日新聞(大阪版 2006.10.22)(白髭豊)

雑誌掲載記事(インタビュー)

- 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を中心とした長崎の取り組み(PDF)
緩和ケア VOL.20,No.1 2010 特集 がん対策基本法の前と後ー何が変わり、何が変わらな

いか

P43-45 (青海社)(白髭豊 野田剛稔)

□ 在宅支持療法のネットワーク構築(PDF)

呼吸 29 卷 1 号 講座 在宅支持療法(平成 22 年 1 月) P63-69
(レスピレーション リサーチ ファンデーション)(白髭豊 野田剛稔)

□ 病診・診診・地域多職種連携の実際—長崎の町ぐるみの医療と介護—(PDF)

治療(J.Therap.)別冊 Vol.91, No.5<2009. 5> (P1445-1449)(古川美和 白髭豊)

□ 在宅医療と緩和ケアネットワーク—長崎での地域医療連携の試み—(PDF)

緩和医療学 vol.11 no.3 2009 特集 がん在宅医療と緩和医療 P9(201)-15(207)(株式会社
先端医学社)(白髭豊)

□ 医師会からみた地域連携の取り組み方(PDF)

治療学 2009 年 4 月 10 日発行 vol.43 no.4 P67-70(ライフサイエンス出版)(白髭豊)

□ 腹膜透析を行い在宅での看取りが可能であった肝臓癌末期患者(PDF)

治療学 2009 年 4 月 10 日発行 vol.43 no.4 P121-124(ライフサイエンス出版)
(安中正和 宮崎正信 河津多代 白髭豊 出口雅浩 下屋敷元子 錦戸雅春 井上健一
郎 藤井 卓)

□ 在宅から日本の医療モデルを変える(PDF)

日本医事新報 No.4438(2009 年 5 月 16 日 P34-39)(白髭豊)

□ 病診・診診・地域多職種連携の実際—長崎の町ぐるみの医療と介護—(PDF)

治療(2009年 Vol.91, No.5 P1445-1449)(古川美和・白髭豊)

□ 在宅ケアの視点からみた急性期病院に求められる地域連携(PDF)

緩和ケア(VOL..19,NO.2 2009)(別刷)(白髭豊)

□ 岡崎市医師会学術講演会 長崎在宅Dr. ネットの取り組みと在宅緩和ケアネットワーク(PDF)

岡崎医報 (第303号 平成 21 年 1 月 15 日 P12-14)(白髭豊)

□ ◆ワークショップ 長崎での地域医療連携ネットワークの構築の試み(PDF)

日本在宅医学会 雑誌 (Vol.10 No.1 P68-71)(白髭豊)

- 病診連携インタビュー2「長崎在宅 Dr. ネットについて」(PDF)
Cancer Pain Information(2008.10月号 P6-12)(白髭豊)

- 第3回 長崎在宅 Dr. ネットの試み (PDF)
がんの痛みをとる！(2008.8月 Vol.7/No.2)(白髭豊)

- 地域シンクタンク便り 第22回
西洋医学発祥の地・長崎から150年の時を越えて-現代の若きポンペ達-(PDF)
(株)長崎経済研究所 調査研究部 主席研究員 藤原章)
自治体チャンネル+ 23 (2008.8月号)

- 小平市医師会 市民公開講座 (PDF)
小平市医師会ニュース(第355号 2008.3月)(白髭豊)

- 「ふろんと・ふえーす」「長崎在宅 Dr. ネットの実際ー地域医療連携はどのように行なわれるか」
「他職種で市民連携をリードする長崎斜面研究会」(PDF)
在宅緩和ケアねっと(2008.3月号)

- 第45回日本癌治療学会総会
在宅緩和ケアの施設連携でシンポ 地域で看取る「街角ホスピス」の概念提唱(PDF)
日本医事新報(4361号 2007.11月24日号 P24~P25)

- 緩和ケアにおける病診連携チームの立ち上げ(PDF)
Cancer Pain Information(2007.9月号 P14-15)

- 在宅緩和ケア担う開業医の輪を広げ入院患者の在宅移行をサポート(PDF)
日経メディカル(P75-P76 2007.12)

- 「在宅医療連携の礎を築いた長崎在宅 Dr. ネット」(PDF)
第一三共株式会社 『パス最前線』(P21~P24)(白髭豊)

- 開業医の連携ネットワークで地域の在宅医療を推進(PDF)
PCP(2006.27 Vol.5 No.3)(藤井卓)

- Dr. ネットを中心とする地域医療・介護連携の実際 (PDF)
病院新時代 (Vol.26 P12~P14 2006.10)(藤井卓、白髭豊)

- 開業医同士のネットワークを利用し地域における在宅医療を推進(PDF)
Medical Partnering(2006.9月号 Vol.26 P5~P8)(藤井卓、白髭豊)

- **在宅療養支援診療所運営のツボ**(PDF)
日経ヘルスケア(2006.7 P57～P60)(白髭豊)
- **在宅医療マーケットの地殻変動**(PDF)
連携医療(2006.7月号 P22～P24)(藤井卓、白髭豊)
- **発展する長崎の地域医療連携～地域全体をひとつの病院のように～**(PDF)
パリアティブニュース(2005.10 Vol.9)(富安志郎、白髭豊)
- **在宅医療の定着めざし仲間と作った Dr.ネット**(PDF)
日経ヘルスケア(2005.8 P3～P5)(白髭豊)

その他

- **「長崎在宅Dr. ネットによる地域医療連携」**(PDF)
厚労省「第4回がん対策の推進に関する意見交換会」(2007.1.29)提出資料
- **CAPD(腹膜透析)研修会-高齢化社会の腎不全対策のために-**(PDF)
古川内科 宮崎正信(2006.11.9)

HTML

- **Home Care MEDICINE**
- **ケアマネちゃんぽん 2004年1月号掲載より**
『長崎在宅 Dr.ネット』のご紹介(詫摩和彦)
- **長崎保険医新聞 2003年7月号掲載より**
長崎在宅 Dr.ネットで医療機関のネットワークづくり
複数医師の連携で「24時間対応」を实践(白髭豊)
- **NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク**
長崎在宅 Dr.ネットの紹介(白髭豊)

*『宮崎をホスピスに』プロジェクト

<http://blog.canpan.info/koho/archive/996>

「病院から家に帰るとき読む本」 宮崎でホスピスガイド出版 [2010年02月19日(金)]



住み慣れた家や地域で最期の時を送る「在宅ケア」に関心集まりつつある中で、「病院から家に帰るとき読む本」(A4判、定価 2100円)というガイドブックが、このほど出版された。宮崎県内の医師や看護師、ホスピス、行政関係者らで組織する『宮崎をホスピスに』プロジェクトが編集、患者や家族向けに発行した。写真やイラストを多用し、分かりやすく解説したガイドブックは、在宅介護のためのバイブルともいえそうだ。(写真:出版されたガイドブック)

プロジェクトは、「病院から家に帰る時に役立つ医療・介護の知識を患者と家族に届けること、この分野の医療・介護のネットワークづくり」を目的に、延べ 1600 件のアンケート調査を基に約 1 年かけてこの本の編集に取り組んだ。プロジェクトの中心メンバーの NPO ホームホスピス宮崎理事長の市原美穂さんは、宮崎市内で「かあさんの家」という 24 時間介護の在宅型ホームホスピスを運営。認知症や末期がんの患者らを受け入れており、日本財団も夢の貯金箱を経由した笹川医学医療研究財団の「君和田桂子基金」から活動支援のため、助成している。



編集の中心になった市原美穂さん

ガイドブックは、第 1 章「帰れますよ」、第 2 章「おかえりなさい」、第 3 章「マギーの風」第 4 章「宮崎ホスピスガイド」から成っている。このうち「帰れますよ」では、病院で治療が終わった患者が「退院してください」と言われた時のために利用できるよう、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、町の薬局と薬剤師など、地域の関係施設とその役割を紹介している。



民家を借りた在宅型ホームホスピスカあさんの家

「おかえりなさい」では、介護保険の仕組み、グループホームと看取りへの取り組みなどを具体的に記している。「マギーの風」では、市原さんの英国ロンドンにあるがん患者支援センター訪問記のほか、かあさんの家の運営方針や理念など「ホームホスピス」とは何かについて触れている。このほか「宮崎ホスピスガイド」では、宮崎県内の緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、療養型医療施設、歯科医院、調剤薬局、グループホームなどのデータを掲載している。



市原さんにオルガン演奏を聞かせる利用者の女性

市原さんらが2004年から始めたホームホスピスは、「患者と家族が望む場所で望むように生の終わりを全うするために支援する」をモットーに活動しており、これまでに22人を看取った。横浜からかあさんの家に移り、亡くなるまで1年半を過ごした男性は、生前「ここはみんなが家族です」と話していたという。(石井克則)

かあさんの家のスタッフとボランティアの打ち合わせ風景



4. 連携に関する評価

< 診療報酬上の評価についての新設予定項目 >

1) 急性期医療に対する後方病床機能の評価

急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅患者や介護施設入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や病院の療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

・有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所について評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

*** 有床診療所一般病床初期加算** 100 点(7日以内、1日につき)

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)を、年間 30 件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

2) 介護支援連携指導料

介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネジャー)と連携し退院後のケアプラン作成につなげることに對する評価を新設。

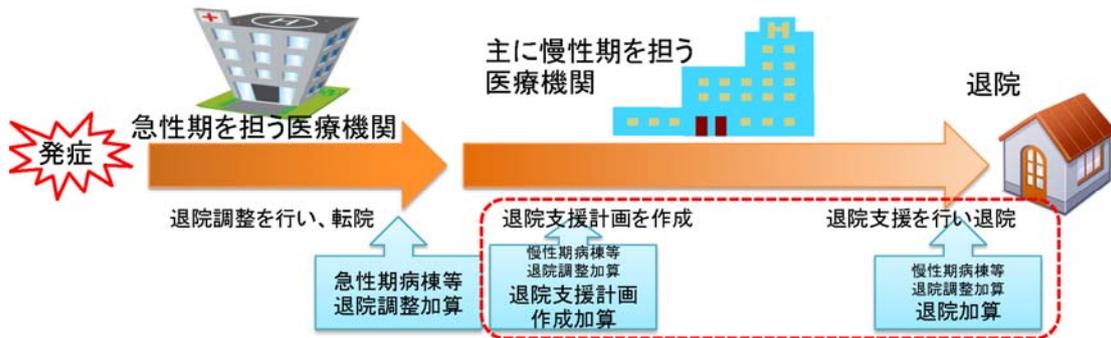
介護支援連携指導料 300点 (入院中2回)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。

このような取り組みに当たっては、入院時における基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等の総合的な評価が重要であることから、後期高齢者総合評価加算の名称を変更し、総合評価加算として、対象年齢を65歳以上の患者等に拡大する。

(重2-3)退院調整に係る評価①

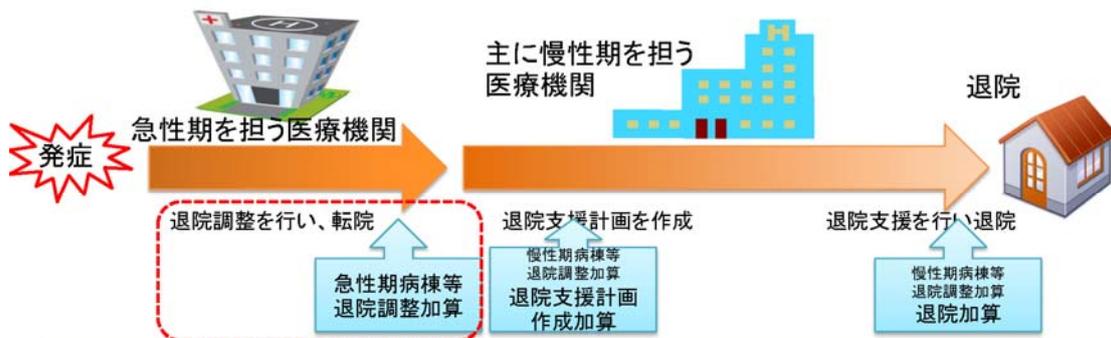


従来の退院調整加算について、**看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設**するとともに、名称を変更

退院調整加算 退院加算 100点(退院時)

→ **慢性期病棟等退院調整加算1 退院加算 140点(退院時)**
慢性期病棟等退院調整加算2 退院加算 100点(退院時)

(重2-3)退院調整に係る評価②



後期高齢者退院調整加算を廃止し、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者に対し、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から新たな評価を新設する。

急性期病棟等退院調整加算1 140点(退院時1回)
急性期病棟等退院調整加算2 100点(退院時1回)

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

(重2-4) 地域連携診療計画に基づく連携の評価

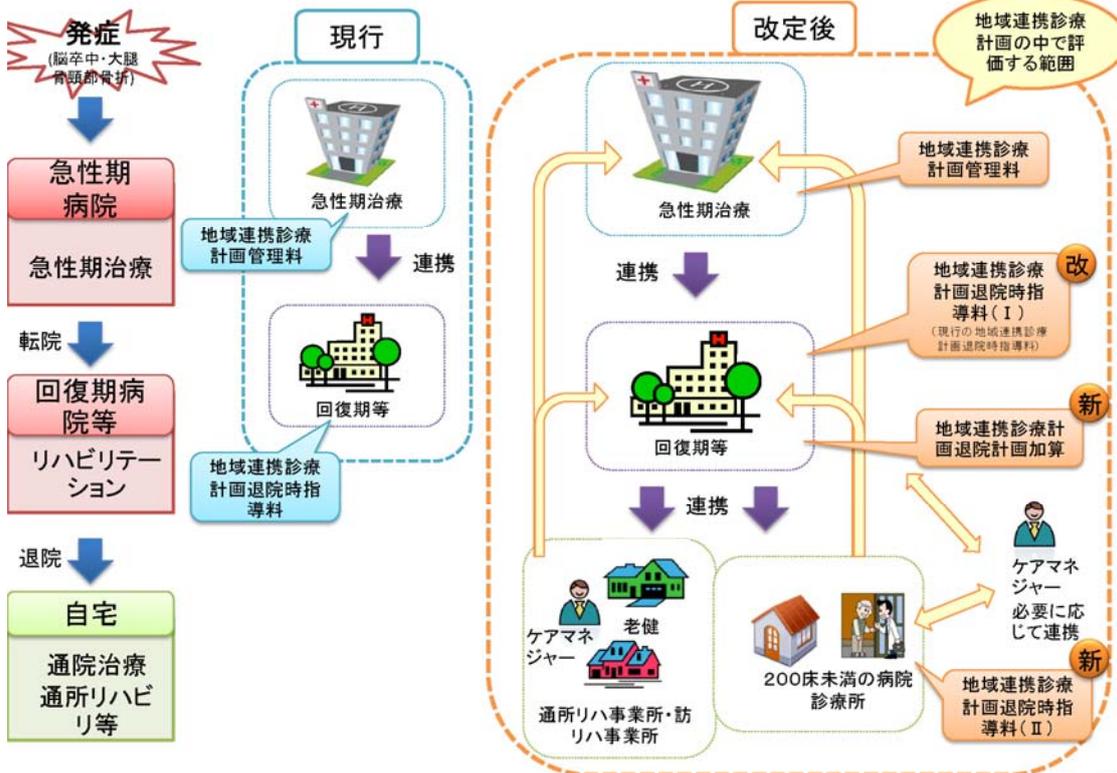
大腿骨頸部骨折、脳卒中に関する地域連携診療計画において、亜急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた連携を行うことにより、退院後も切れ目ない医療・介護サービスを提供することを評価する。

現行		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期等	地域連携診療計画退院時指導料	600点



改定後		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期等	地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)	600点
	地域連携診療計画退院計画加算	100点
在宅復帰後	地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)	300点

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



(重2-4)介護支援連携指導料

介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネジャー)と連携し退院後のケアプラン作成につなげることに對する評価を新設。

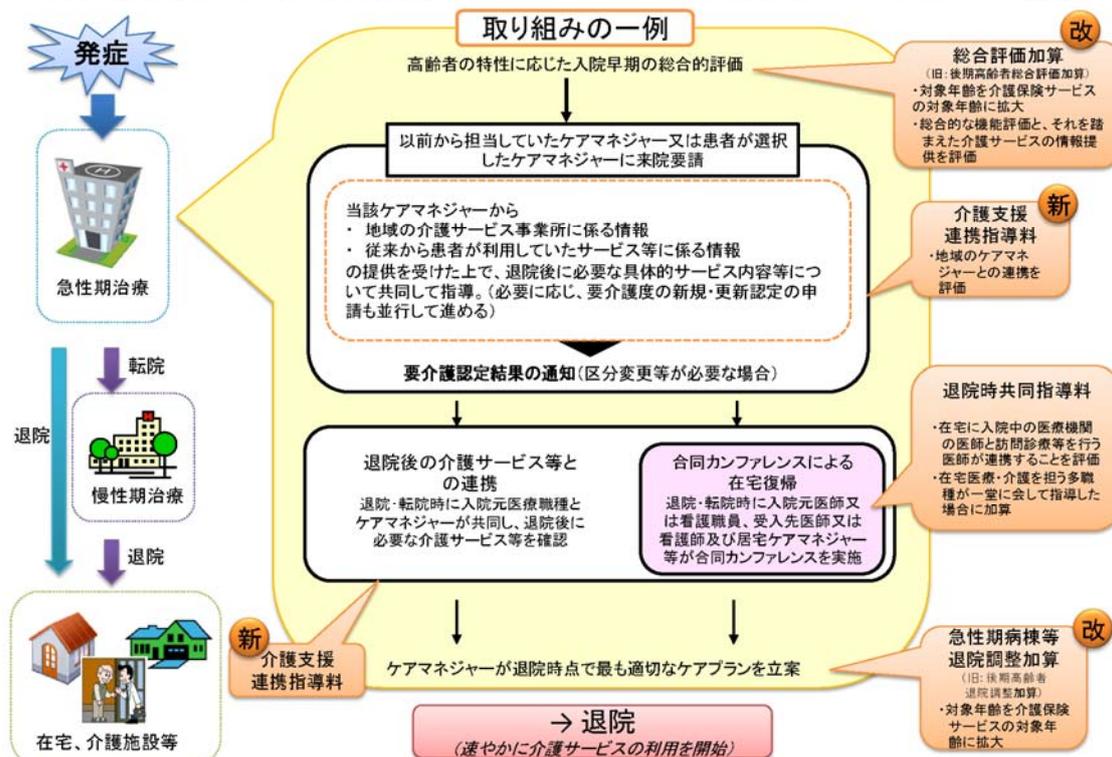
新 介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。

このような取り組みに当たっては、入院時における基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等の総合的な評価が重要であることから、後期高齢者総合評価加算の名称を変更し、総合評価加算として、対象年齢を65歳以上の患者等に拡大する。

急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価



(Ⅲ-3)在宅医療の評価について①

訪問診療の評価

- 症状が増悪した緊急時の対応など、患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価の引き上げ
往診料 650点 → 720点
- 小児に対する在宅医療の評価の新設
 - ⑨ **在宅患者訪問診療料 乳幼児加算 200点**
 - ⑨ **退院前在宅療養指導管理料 乳幼児加算 200点**
- 在宅において手厚いターミナルケアが提供された場合は、在宅以外で死亡した場合であっても、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。

(Ⅲ-3)在宅医療の評価について②

在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価
在宅療養支援病院の拡大
半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの
→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は**200床未満の病院**
- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価
在宅時医学総合管理料及び特定施設等入居時医学総合管理料
 - ⑨ **在宅移行早期加算 100点**
- 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料の算定をできることとする。(一部在宅療養指導料を除く。)

訪問看護の推進について①

患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる**訪問看護ステーション数の制限の緩和**

①**末期の悪性腫瘍等の利用者**で、訪問看護が**毎日必要**な利用者
2カ所→3カ所

②**特別訪問看護指示書の指示期間中**に週4日以上**の訪問看護**が必要利用者
1カ所→2カ所

患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

➤ **安全管理体制の整備**を要件とし**訪問看護管理療養費の引上げ**

訪問看護管理療養費(初日)	7,050円 → 7,300円
(2日目～12日目まで)	2,900円 → 2,950円

安全管理体制:

- ① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。
- ② 訪問先で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているなど

訪問看護の推進について②

乳幼児等への訪問看護の推進

➤ **乳幼児等への訪問看護**の評価

① 乳幼児加算(3歳未満) 500円^{※1} / 50点^{※2}(1日につき)
② 幼児加算(3歳以上6歳未満) 500円^{※1} / 50点^{※2}(1日につき)



訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

➤ 在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、**ターミナルケア**を行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、**医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合**においても評価

訪問看護ターミナルケア療養費^{※1} / ターミナルケア加算^{※2}

患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ **重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)**のある者を重症者管理加算^{※1} / 在宅移行管理加算^{※2}の対象として追加

^{※1}訪問看護療養費、^{※2}在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

訪問看護の推進について③

患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者^(注)に対し、看護師等が同時に複数の看護師等と行う訪問看護の評価

⑨ 複数名訪問看護加算（週1回）

（看護師等の場合） 4,300円^{※1} / 430点^{※2}

（准看護師の場合） 3,800円^{※1} / 380点^{※2}

（注）対象となる利用者

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

※1訪問看護療養費、※2在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

厚生労働省保険局医療課は、平成22年3月29日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第69号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月5日保医発0305第1号）等により、平成22年4月1日より実施することとしているところであるが、その取扱いに係る疑義照会資料を取りまとめた。在宅医療の連携にかかる部分のみ抜粋する。

【地域医療貢献加算】

（問1）電話等の対応が求められるのは夜間の数時間のみで良いのか。

（答） コアとなる時間は夜間の数時間（いわゆる準夜帯）になると思われるが、他の職員の協力も得ながら、原則、標榜時間外でも連絡が取れる体制を確保すること。

（問2）複数医療機関による連携による対応を行う場合、どのような連携であれば認められるのか。

（答） 原則、自院で対応することとするが、やむを得ない事情がある場合は、2、3の医療機関の連携による対応も可能である。その場合においても、事前に患者及び関係者に連携医療機関での対応となることを伝えておくこと。

(問 3) 深夜、休日等の不在時に患者からの問い合わせに対して留守番電話・留守録等で応答した場合、実際の返答は翌朝や翌日でも良いのか。

(答) 少なくとも日中や準夜帯においては、速やかに患者にコールバックすること。深夜や休日等であって急を要する場合においては、留守番電話等において地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

(問 4) 患者からの問い合わせに対して、携帯メール等で対応することも認められるのか。

(答) 原則、電話での対応とするが、患者の同意を得た上で、できるだけ速やかに応答することを条件に携帯メール等の併用も認める。

(問 5) 3 6 5 日 2 4 時間、携帯電話等を携帯し、対応することが必要か。

(答) できるだけ速やかに対応する体制があれば、必ずしも携帯電話による対応に限定するものではなく、例えば、転送電話や職員が対応した後に連絡等による体制も認められる。

(問 6) 標榜時間外における対応体制等の要件を満たしていれば、標榜時間内の再診時にも当該加算の算定が可能か。

(答) 可能。

(問 7) 電話再診の場合も地域医療貢献加算の算定が可能か。

(答) 可能。

(問 25) 救急・在宅支援療養病床初期加算の「過去 1 年間に在宅患者訪問診療料の実績があること」という要件について、ここでいう実績とは月ごとの患者数でよいのか。患者の氏名なども必要なのか。

(答) 当該保険医療機関において、届出日の直近 1 年間に在宅患者の訪問診療を 1 件以上実施していることを第三者により確認可能な書類が添付されていれば、その様式や記載内容は問わない。

(問 106) 介護支援連携指導料について、医療機関に併設する介護保険施設の定義如何。

(答) 「併設保険医療機関の取り扱いについて」(平成 14 年 3 月 8 日保医発第 0308008 号)に準じる。なお、具体的には、保険医療機関と同一敷地内にある介護保険施設等のことをいう。

(問 107) 介護支援専門員との連携後に、病態の変化等で、転院又は死亡した場合などは、介護支援連携指導料は算定可能か。

(答) 退院後に介護サービスを導入する目的で入院中に共同指導を行った場合であって、結果的に病状変化等で転院又は死亡退院となった場合であっても、算定可能である。

(問 108) 介護支援連携指導料における「介護保険施設等の介護支援専門員」とは、介護老人福祉施設の介護支援専門員業務や、特定施設の計画作成担当者業務を行っている者(届け出ている者)だけでなく、介護支援専門員の資格を有する者であればよいのか。

(答) 当該報酬において医療機関が連携すべきとされているのは、「退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した介護支援専門員」とされていることから、ケアプラン作成を担うことができる介護支援専門員に限られる。

(問 109) 介護支援連携指導料における介護支援専門員に、地域包括支援センターの介護支援専門員も含まれるか。

(答) 含まれる。

(問 110) 介護支援連携指導料について、診療録に添付するケアプランは、いわゆるケアプラン原案でもよいか。

(答) よい。

(問 111) 地域連携診療計画管理料・退院時指導料について、地域連携診療計画に基づいて作成された個別の計画には患者のサインが必要か。

(答) 個別の計画は患者・家族に説明し、文書にて提供した上、その写しを診療録に添付するが、その際、患者が同意したことを示すサインがあることが望ましいが、患者がサインをできない等の状況があり得ることから、サイン以外にも、患者が確認したことを示す方法を用いれば差し支えない。

第2章 事業概要

第2章 事業概要

1. 検討委員会による会議開催とその経過

[検討委員]

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／医師
武吉宏典 合資会社テディーズ・コンピュータ・サポート 社長

[事務局]

伊藤裕子 有限会社ポーの一族 事務部門
千葉宏毅 仙台往診クリニック 研究部門
白鳥夏美 仙台往診クリニック 研究部門
須田山応実 株式会社 アルプス技研
菅野朋美 株式会社 アルプス技研

[研究検討会議開催日および出席者数] 会議開催数 計 22 回

第 1 回	平成 21 年 7 月 3 日 (金)	出席者	6 名
第 2 回	平成 21 年 7 月 8 日 (水)	出席者	5 名
第 3 回	平成 21 年 7 月 14 日 (火)	出席者	6 名
第 4 回	平成 21 年 9 月 25 日 (金)	出席者	9 名
第 5 回	平成 21 年 10 月 13 日 (火)	出席者	10 名
第 6 回	平成 21 年 10 月 27 日 (火)	出席者	8 名
第 7 回	平成 21 年 11 月 11 日 (水)	出席者	8 名
第 8 回	平成 21 年 11 月 16 日 (月)	出席者	10 名
第 9 回	平成 21 年 11 月 24 日 (火)	出席者	11 名
第 10 回	平成 21 年 12 月 25 日 (金)	出席者	8 名
第 11 回	平成 22 年 1 月 4 日 (月)	出席者	7 名
第 12 回	平成 22 年 1 月 12 日 (火)	出席者	10 名
第 13 回	平成 22 年 1 月 20 日 (水)	出席者	8 名
第 14 回	平成 22 年 1 月 25 日 (月)	出席者	9 名
第 15 回	平成 22 年 2 月 1 日 (月)	出席者	8 名
第 16 回	平成 22 年 2 月 9 日 (火)	出席者	8 名
第 17 回	平成 22 年 2 月 17 日 (水)	出席者	8 名
第 18 回	平成 22 年 2 月 23 日 (火)	出席者	7 名
第 19 回	平成 22 年 3 月 2 日 (火)	出席者	7 名
第 20 回	平成 22 年 3 月 17 日 (水)	出席者	8 名
第 21 回	平成 22 年 3 月 23 日 (火)	出席者	8 名
第 22 回	平成 22 年 3 月 29 日 (月)	出席者	8 名

2. 調査概要

1) 在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と介護連携推進戦略に関する調査研究A

[調査対象地区]

全国

[調査対象者]

在宅療養支援診療所 医師

[調査対象者情報の収集方法]

各厚生局（北海道厚生局、東北厚生局、関東信越厚生局、東海北陸厚生局、近畿厚生局、中国四国厚生局、四国厚生局、九州厚生局）がホームページ上で公開する「厚生局管内の施設基準の届出受理状況」より、平成 21 年 12 月現在の在宅療養支援診療所を抽出。

（※ 九州厚生局管内の在宅療養支援診療所の情報に限り、ホームページより平成 21 年 12 月現在の情報を取得不可能であったため、行政文書開示請求により取得した）

[調査対象者数]

悉皆

全国 12,140 ヶ所（平成 21 年 12 月現在）の在宅療養支援診療所の医師、12,140 名

[調査内容]

地域連携退院時共同指導料の算定状況）、在宅移行にむけた説明に要する時間数、連携の状況（病院、一般診療所、歯科診療所）、訪問看護ステーション、調剤薬局）、看取りについて（在宅看取り数と算定）、連携上の課題について（施設状況、連携先情報、連携職種）、研修の受入れについて（期間と研修内容）、在宅療養支援診療所の役割、在宅医療を実践する医師が求めること、貴施設について

[調査実施期間]

平成 22 年 2 月～3 月

2) 在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と介護連携推進戦略に関する調査研究B

[調査対象地区]

全国

[調査対象者]

臨床研修指定病院、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、がんセンター、地域医療支援病院に登録されている病院（2010年1月現在）における病院長、看護部長、地域連携室長

[調査対象者情報の収集方法]

臨床研修指定病院：財団法人医療研修推進財団 PMET 臨床研修病院ガイドブック 2010版 (<http://guide.pmet.jp/web2010/index.html>)

都道府県がん診療連携拠点病院 ・ 地域がん診療連携拠点病院 ・ がんセンター：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービス（2010年1月現在）より (<http://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/fKyotenByoinIchiran?OpenForm>)

地域医療支援病院：WAMNET掲載・全国医政関係主管課長会議 [平成21年3月5日開催] 資料より平成21年2月13日現在

([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/0f12c5af9da4cb0c49257571001e1275/\\$FILE/20090306_1shiryoushou9_7.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/0f12c5af9da4cb0c49257571001e1275/$FILE/20090306_1shiryoushou9_7.pdf))

[調査対象者数]

996施設（重複を除く）、2988名

臨床研修指定病院 802ヶ所、都道府県がん診療連携拠点病院 51ヶ所、地域がん診療連携拠点病院 324ヶ所、がんセンター32ヶ所、地域医療支援病院 226ヶ所の施設。各施設の病院長、看護部長、連携室長の3名を対象者とした。

[調査内容]

近隣の在宅療養新診療所について、連携上の課題について（施設状況、連携先情報、連携職種）、在宅医療の研修について、在宅療養支援診療所の役割、在宅移行にむけた説明に要する時間数、在宅医療を実践する医師が求めること、地域連携退院時共同指導料の算定状況、在宅移行にむけた説明に要する時間数

[調査実施期間]

平成22年2月～3月

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、①調査・調査票の設計、②調査データの解析方法、③調査結果の集計・分析、④調査結果の解釈に関し、その一部を委託した。

第3章

ICFと『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』

第3章 ICFと『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』

1. ICFは『五体不満足の思想』である

— 五体満足でさえいてくれれば、どんな子でもいい —

これから生まれてくる子どもに対して、親が馳せる想いはさまざまだろうが、最低限の条件として、上のような言葉をよく耳にする。

だが、ボクは、五体不満足な子として生まれた。不満足どころか、五体のうち四体までがない。そう考えると、ボクは最低条件すら満たすことのできなかつた、親不孝な息子ということになる。

だが、その見方も正しくはないようだ。両親は、ボクが障害者として生まれたことで、嘆き悲しむようなこともなかったし、どんな子を育てるにしても苦勞はつきものと、意にも介さない様子だった。何より、ボク自身が毎日の生活を楽しんでいる。多くの友人に囲まれ、車椅子とともに飛び歩く今の生活に、何ひとつ不満はない。

胎児診断、もしくは出生前診断と呼ばれるものがある。文字通り、母親の胎内にいる子どもの検査をするというものだが、この時、子どもに障害があると分かると、ほとんどの場合が中絶を希望するという。

ある意味、仕方のないことなのかもしれない。障害者とほとんど接点を持たずに過ごしてきた人が、突然、「あなたのお子さんは、障害者です」という宣告を受けたら、やはり育てていく勇氣や自信はないだろう。ボクの母も、「もし、私も胎児診断を受けていて、自分のお腹のなかにいる子に手も足もないということが分かったら、正直に言って、あなたを産んでいたかどうか自信がない」という。

だからこそ、声を大にして言いたい。「障害を持っていても、ボクは毎日が楽しいよ」。健常者として生まれても、ふさぎこんだ暗い人生を送る人もいる。そうかと思えば、手も足もないのに、毎日、ノ一天氣に生きている人間もいる。関係ないのだ、障害なんて。

そうしたメッセージを伝えるためにも、この本のタイトルをあえて『五体不満足』という、少々、ショッキングなものとした。五体が満足だろうと不満足だろうと、幸せな人生を送るには関係ない。そのことを伝えたかった。身体に障害をお持ちの方で、この『五体不満足』というタイトルを見て、不快に感じた方もいらっしゃるかもしれない。だが、そうしたボクの意図に、理解を示していただければありがたい。

「障害は不便である。しかし、不幸ではない」

ヘレン・ケラー

出典：五体不満足 完全版. 乙武洋匡. 講談社文庫. pp236 - 265. 2008年6月あとがきより

2. ICFの理念と実際の活用

1) WHOにおけるICFの位置づけ

国際生活機能分類 [ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health (以下 ICF)] は、健康の諸側面に関して WHO が開発した国際分類ファミリー [WHO-FIC : Family of International Classification (以下 WHO-FIC)] の中心をなすもの¹⁾であり、疾病に焦点を当て国際基準で分類した国際疾病分類 [ICD : International Classification of Diseases (以下 ICD)] と同様に、WHO-FIC を構成する中心分類と位置づけられている (図 3-1)。

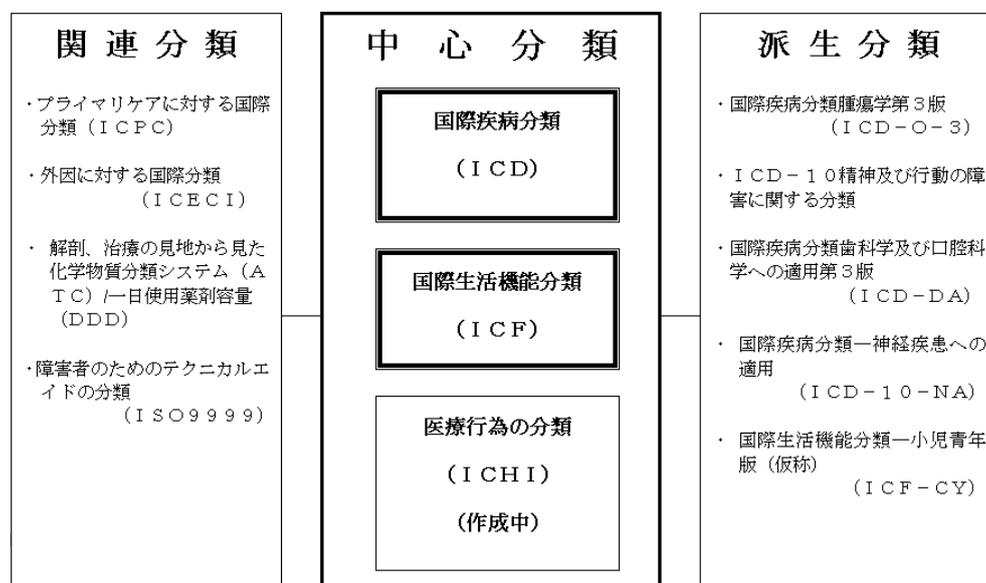


図 3-1 世界保健機関 国際分類ファミリー (WHO-FIC)²⁾

WHO-FICとは、健康に関する幅広い情報 (例：診断、生活機能と障害、保健サービスの受診理由) をコード化するための枠組みを提供し、健康と保健に関する諸専門分野および諸科学分野にまたがる国際的な情報交換を可能とする標準的な共通言語を提供するものである³⁾。

病因論的な枠組みについては主にICD-10によって分類され、健康状態に関連する生活機能と障害はICFによって分類される。この中心的な2つの分類は、相互補完的であり、真に健康を理解するためには、ICDにおける疾病や傷病に関する情報だけでなく、健康に関するすべての構成要素を、生活機能という視点からとらえたICFに基づく情報が欠かせない。

2) ICFの考え方・とらえ方

WHOは、1980年に国際障害分類 [ICIDH: International Classification of Impairments (以下ICIDH)] を提唱した。これは障害のある人を対象とし、ICDの補助分類「疾病の諸帰結に関する分類」であり、機能形態障害、能力障害、社会的不利にレベル分けしたものである。疾患・変調が原因となって機能・形態障害が起こり、それから能力障害が生じ、それが社会的不利を起すという考え方から「障害の階層性」を示したものとと言える。

しかしこのICIDHの問題点や誤解を含め、上田は、1：矢印の一方性（運命論的）、2：時間的順序と誤解させる矢印、3：プラスの側面を見る重要さ、4：環境の重要さ、5：社会的不利に関する分類の不十分さ、6：障害のある人が不参加、7：欧米文化を中心、8：主観的障害の欠如、9：疾患から直接おこる社会的不利、の9点を掲げた⁴⁾。また環境の重要さに関しては、カナダの研究グループは、社会的不利は固定的なものではなく、環境因子の影響によって流動的に状況が変化するにもかかわらず、国際障害分類には環境因子が含まれていないと指摘した。社会的不利に関する分類の不十分さに関しては、項目数がきわめて少ないことから、他の分類に比べてその範囲が少ないとの批判が挙げられた。

このような点から、WHOは、ICIDHから21年後の2001年に、ICIDHの改訂版となるICFを刊行した。しかしICFは単にICIDHの改訂にとどまらず、それまでマイナス面に着目するという立場から、その人のプラスの面を重視することへ大きく視点を転換したこと、生活機能モデルによって全ての人を対象に見ていることから、ICIDHとは根本的に異なる分類と言える（図3-2）。

ICIDH（国際障害分類）1980年	ICF（国際生活機能分類）2001年
<ul style="list-style-type: none"> ・ ICD（国際疾病分類）の補助分類 ・ 機能のマイナス面を捉えた分類 ・ 疾病と障害の帰結の因果関係 ・ 社会的不利を固定化した視点で見る ・ 障害を持った人のみを対象とする 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICD同様、WHO-FICの中心分類 ・ 機能のプラス面の中にマイナス面を位置づけている ・ 生活機能モデルとして全体像をみる ・ 環境や個人的背景も健康に関する重要な因子として捉える ・ すべての人を対象とする

図3-2 ICIDHとICFの考え方や捉え方の違い

3) 生活機能モデルとは

(1) ICF の理念 《生活機能＝生きることの全体》

ICF の根底となる考え方に「生活機能モデル」がある。生活機能とは「心身機能・構造、活動、参加の全てを含む包括用語」⁵⁾と言いつぶすることができぶ。また大川（2007）は、ICF をすべての人について「健康の構成要素に関する分類」とし、生活機能モデルを「“生きることの全体像”を示す“共通言語”」と言いつぶしている。

したがって、生活機能モデルとは、疾病や障害の有無に関わらず、すべての人が生活の中で関る健康上のあらゆる問題について、共通した見方やとらえ方をすること、と言いつぶえることができる（図3-3）。

具体的に生活機能の3つレベルは以下の通りである。

〈心身機能・構造（生物レベル）〉

生命の維持に直接つながるもので「心身機能」と「身体構造」に分けられる

「心身機能」… 手足の動き、視覚・聴覚、内臓、精神等の機能面

「身体構造」… 指の関節、胃・腸、皮膚等の構造面

〈活動（生活レベル）〉

一連の動作からなる目的をもった個人が遂行する生活行動であり、日常生活動作以外にも職業的動作、余暇活動も含まれるため、文化的な生活、社会生活に必要な活動すべてを含む。

〈参加（人生レベル）〉

家庭内での役割を含め、社会的な役割を持って、それを果たすことである。地域組織の中でなんらかの役割をもち、文化的・政治的・宗教的など広い範囲にかかわる。

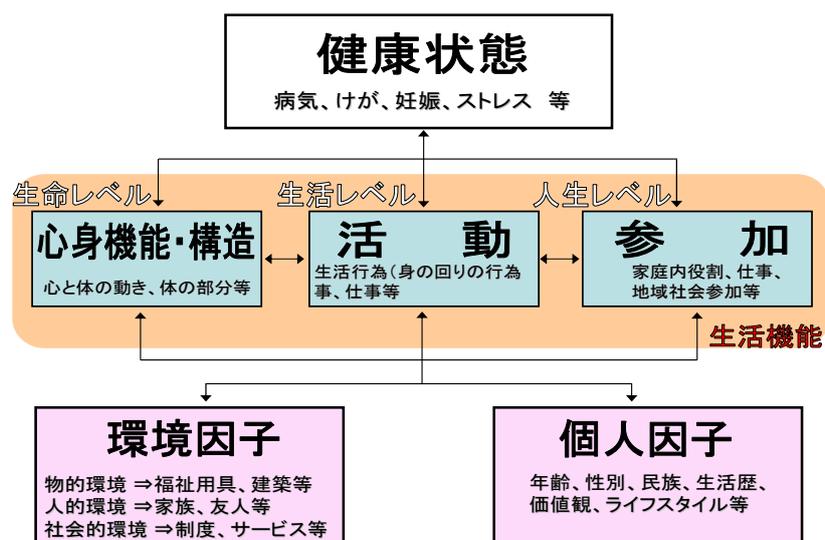


図3-3 生活機能モデル⁶⁾

生活機能モデルの重要なポイントは、

- ・ 生活機能の3つのレベル（①心身機能・構造、②活動、③参加）を常に偏ることなく全体として見ること。
- ・ 3つのレベルは①生命レベル、②生活レベル、③人生レベル、と言い換えることが可能であり、これらを総合的にとらえること。
- ・ 病気や障害をこれまでの「医学モデル（生物学的視点に立ったモデル）」と「社会モデル（社会環境的観点に立ったモデル）」と二分したとらえ方ではなく「統合モデル」としてとらえること。
- ・ 3つのレベル間には互いに影響しあう関係がある。一方それぞれのレベルの独自性もある。健康状態、環境因子、個人因子との間においても相互作用があること。
- ・ 生活機能全体やそれを構成する個別のレベルにおいても、全てをプラスの面からとらえること。
- ・ 共通言語とは、生活機能モデルに沿って「人が生きる」ことの全体像をとらえることであり、ものの見方・とらえ方を関係者（各専門家と本人・家族など）が共通にもつこと。
 - a) 専門家と当事者との間の「共通言語」、b) 各種専門家間の「共通言語」、c) 各種サービスの間の「共通言語」

である。

（2）生活機能モデルを理解する際の注意点

実際にサービス提供がなされる場合、この3つのレベルに関するそれぞれの専門家が、自身の専門領域を中心にしたり、生活機能モデルのある部分だけに特化しがちであるため、注意が必要である。生活機能モデルを正しく理解せずに、ICFを単なる分類として捉えることは十分に意味を成さない。

包括概念としての生活機能（心身機能・構造、活動、参加）の3つのレベルはそれぞれ、その間に相互依存性と相対的独立性の両方がある。この2つの性質とは、生活機能モデルの各レベルが互いに影響しあうと同時に、状況によってそれぞれの独自性を維持することを意味しており、ICIDHのように生活機能低下の発生・進行の因果関係を示す単一方向のとらえ方ではない。

生活機能が低下する因果関係と、解決（生活機能を向上させるための働きかけ）のキーポイント、すなわち問題解決の突破口とが必ずしも一致するものでなく、一般的には別であることが多い。

4) 生活機能における活動・参加

生活と参加は非常に密接な関係があり、活動は参加の具体的な表れと言い換えることができる。生活をする上で支障となるもの（活動制限や参加制約の基となるもの）を的確な理解のうえに、改善の方向性が考えられる必要があり、病気や障害をもちながらも、日常生活の不自由さ、社会生活からの疎外感などを改善するためのアプローチをすることが重要となる⁶⁾。活動や参加に対する改善のアプローチによって、3つのレベルに相互作用が生じ、生活機能の向上に結びつく。

活動・参加（生活・人生）は1人ひとり異なったものであり、個性も関るため複雑なものである。心身機能が改善したことで、生活が向上するという単純なものではないため、その人の生活全体や人生を含めて考えていく必要がある（図3-4）。

ICF の中では、障害を主として社会が作り出した問題という視点で見ている。その点から活動・参加は、①個人の状況、②生活環境、③相互関係といった要素を見ることで理解することが可能であり、ICF の中ではこれを背景因子（環境因子、個人因子）としている。

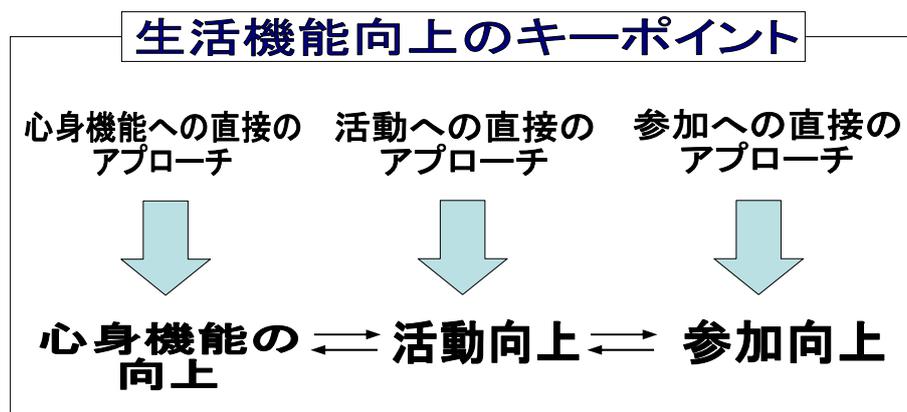


図3-4 生活機能向上のためのアプローチと相互作用¹⁾ 改

5) 活動・参加と背景因子の相互作用

活動・参加はその背景となる因子（環境因子、個人因子）との相互作用によっても大きく変化する。それらはICFの生活機能モデル（図3-3）の中に示されているように、それぞれが双方向の矢印によって表されている。言い換えるならば、個人の生活機能は、健康状態、と環境因子、個人因子の相互作用が、複合的な関係によって成り立っているのである。

環境因子は、物的環境（生産品と用具、自然環境と人間がもたらした環境変化）、人的環境（支援と関係、態度）、社会的な環境（サービス・制度・政策）の3つの大分類と5つの中分類に分類される。

物的環境には、住居や交通の便、各種の医療物品や福祉用品、介護用電動式ベットなどのほかに、地震、台風による豪雨、豪雪といった自然災害も含まれる。人的環境には、家族や親族、友人、近隣住民、職場の同僚などとりまく様々な人々との相互関係が含まれるほか、態度という分類は、人を中心とした社会や集団がどのような態度で接するのか（排除するのか受け入れるのか）ということである。社会的な環境は、主に医療提供サービス、福祉サービス、それらを利用する上で適用される保険制度である。

また環境因子は、生活機能に対しプラスに影響する場合は促進因子、逆にマイナスに影響する場合は阻害因子の2つに分けられる。これらは常に固定化されたものではなく、医療・福祉の場面においても、その内容や状況によって促進因子にも阻害因子にもなりうる。

○ 促進因子が阻害因子となりうる例

（大川弥生 WHO・ICF 生活と人生をとともに築く「共通言語」講演会 2010年2月より）

地震等の災害被災地では、早急に被災者の生活支援の対応がしかれる必要がある。そのため設けられた避難所等では、ボランティアスタッフが集まり、高齢の避難生活者の支援をする。この場合、避難所におけるボランティアスタッフは、生活を支えてくれる促進因子と言える。

しかし事実避難所では、震災前までは介護の必要がなかったにもかかわらず、避難生活中に歩行が困難となり、介助を必要とする高齢者が増加した。

つまり避難所では、日常的な生活の中の活動や、非難生活者同士の支え合いをボランティアスタッフが代わりに行なうことにより、避難生活者の活動や参加を奪う結果となったため、避難生活者の身体機能が低下したという事実がある。この意味でボランティアスタッフの支援活動は、高齢な避難生活者の身体機能を低下させる阻害因子ということもできる。

個人因子は個別性が高く、年齢、性別、生活歴、職業歴、学歴といったもののほかにも、価値観やライフスタイル等も含まれる。個人の趣向や性格等も含まれるため、活発であったりそうでなかったり、大勢の集団の中に加わることを楽しく感じたり、不快に感じたりするという違いもある。したがって個性と生活機能の相互作用ということが言える。

医療提供サービスや介護サービスの場面においても、個人の生活背景や特徴を十分考慮される必要がある。

6) ICF の活用と生活支援

(1) ICF の適用と範囲

一般的に ICF の適用とその範囲は、前述のとおり、全ての人を対象とした健康のすべての側面、健康に関連する領域としており、その対象範囲は普遍的である。

また概念的な枠組みは、予防と健康増進を含む個人的な保健ケア、および社会的障壁の除去や軽減による参加促進、社会的支援の推進に应用できる。ICF は国連社会分類の 1 つとしても認められ、国際的な人権に関する諸規則・方針や各国の法令を実施するための適切な手段を提供することができる。

- ① 健康に関する心身の状況とともに、健康に影響を及ぼす因子を理解することを目的とし、健康分野、健康分野以外の様々な領域で用いる。
- ② 関係者間の共通のコミュニケーションツールとして用いることを目的とし、多職種間のサービス向上を図ることが可能である。
- ③ 各国、各種専門保健分野、各種サービス、時期の違いを超えたデータの比較⁷⁾をすることを可能とし、システムの構築に用いることが可能である。つまり分類としての活用にとどまらず多角的に健康を分析することが可能である。

(2) 臨床現場における ICF の活用

ICF 導入の 2001 年以前、臨床現場では障害に関し ICIDH を展開してきた。実際いまだに ICIDH の視点で、患者の障害へ目を向けて接することが中心となっている。生きること全体に目を向けるのではなく、最初に心身機能・身体構造から検討していくという発想がいまだ根強い。慢性疾患の患者であったり在宅で療養を続ける患者のケアに当る場合、原因帰結型の ICIDH の視点では、傷病が治らなければ、いつまでも患者の生活がよくなるないことになる。

現在、臨床現場で療養者のケアに当たっている医師、看護師、介護職員等、専門職が受けてきた教育課程は、その多くが ICF 導入以前のものであったため、現場で浸透していなかったり、活用されづらい原因の 1 つであるという指摘がある。

しかし患者自身が何を生活の中で望んでいるのか、何を必要としているかということについて具体性を持って目を向けることによって ICF を有効に用いるきっかけとなる。基底還元論から脱却し、生きることの全体像をプラスの面から捉える視点を持つことが重要である。

一方効率化の阻害という見方から、ICF を医療の現場で応用することが困難であるとする指摘⁸⁾がある。しかし医療こそ ICF の視点がきわめて重要である。なぜなら退院後の患者の生活を正しくイメージできなければ、適切な療養上の説明や退院調整は不可能である。ICF の理念に即し、療養者の「生活を支えた」医療提供の実例を挙げる。

(3) 在宅療養者の生活支援と ICF の実践

医療・介護の依存度が高く重症であっても、病院から退院し、在宅で暮らす療養者がいる。その生活は、ICF の理念の中心となる生活機能モデルに基づいた考え方やとらえ方によって、サービス提供が考えられ、実施されることで可能となる。

その生活支援は、活動・参加、個人因子、環境因子の点から説明することができる (図 3-5、図 3-6、図 3-7、図 3-8)

独居+全身麻痺+人工呼吸器+胃瘻でも在宅生活の制度がある



図 3-5

独居+全身麻痺+人工呼吸器+胃瘻の筋萎縮性側索硬化症 60 歳代女性の生活支援⁹⁾

活動と参加		
第1章	学習と知識の応用	医者、看護師等の話を集中して聞いている。
第2章	一般的な課題と要求	意思伝達装置を使つての要望や意見を述べる (カニューレが当って痛い等)
第3章	コミュニケーション	パソコンにて会話、yes、noは瞬きで 文章は意思伝達装置を使用
第4章	運動・移動	定期的にヘルパー付き添いで外出、PCの操作
第5章	セルフケア	流動食にて栄養補給。定期マッサージ
第6章	家庭生活	ベッド上での生活中心
第7章	対人関係	医者、看護師、入浴サービス、家族、医学生、研修 医、ボランティア等
第8章	主要な生活領域	カニューレ事故抜去時の対応指導に協力、人工呼吸 器の勉強会に協力
第9章	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	定期的にヘルパー付き添いで外出
環境因子		
第1章	生產品と用具	人工呼吸器、胃瘻、カニューレ、尿カテ、人工鼻、 他医薬品等、医師伝達にパソコンも使用
第2章	自然環境と人間がもたらした環境変化	自宅をバリアフリーに改築
第3章	支援と関係	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の支援、医者の往診、看護師の訪問、ヘルパーによる介護、調剤薬局による薬剤の配達、入浴サービス、在宅マッサージ ・皮膚疾患について近医の皮膚科 Dr による往診依頼 ・呼吸器に不調がある際にはメーカ担当者が駆けつけて対応 ・月1回は訪問歯科による口腔ケア
第4章	態度	患者会の仲間との出会い（数々の支援）
第5章	サービス・制度・政策	身体障害者自立支援法、介護保険、特定疾患・臨床 調査、学生ボランティアによる介護 医療費受給者証、福祉サービス受給者証
個人因子		
		<ul style="list-style-type: none"> ・前向きで気丈な性格 ・長女・次女の結婚に伴い自ら独居をする。 ・同疾患の仲間との出会い、関係構築

図 3-6

独居＋全身麻痺＋人工呼吸器＋胃瘻の筋萎縮性側索硬化症 60 歳代女性の生活支援⁹⁾

事例: **13歳 男児**
 病歴: 5歳: **ミトコンドリア脳筋症**・12歳で**在宅療養**
 経過: 5/19 **集中治療室(ICU)**自発呼吸なく**人工呼吸器**装着
 5/21 CT:全脳浮腫・脳波:平坦・聴性脳幹反応:×

↓

“臨床的脳死状態”と言われる

しかし両親は**「この世に存在していることを認めて欲しい！」**と言った。

- 1) 単に**「重度の障害者」**である**(生きることの全体)**
- 2) 障害を**あるがままに**受け入れる**(健康状態)**
- 3) 障害を持ちながら**生活する方法**を考える**(ICF)**
- 4) **二ヶ月在宅生活し最期を迎えた (環境・個人因子)**
(自立支援法190時間介護員+看護: 8時間/日)
- 5) **五体不満足でOK。尊厳ある生だった。**

図 3-7

脳死状態+人工呼吸器+胃瘻のミトコンドリア脳筋症 13歳男児の生活支援⁹⁾

ICFの視点で見た場合、図3-5~8に共通するものは、医療依存度が極めて高いという「心身機能・構造」の内容だけではなく、生活機能モデルの3つ全てが関連した生活支援ができている点である。社会的な環境因子である「サービス・制度・政策」を十分に使い、在宅であっても必要な医療提供、介護支援が行われている。人が生きることを全体としてとらえており、物的、人的、社会的な環境因子と活動・参加が相互作用し、自ら呼吸器勉強会へ参加したり、絵本の読み聞かせをしてもらったり、という具体化された形で表わされている。

例に示した重症在宅患者の場合、介護との連携が不可欠であるため、介護においてもICFの視点に立つことが非常に重要である。臥床状態であったとしても、生活機能モデルにそった「活動・参加」が促進されることによって、「生きる力を増し、残存機能をつかい、寝たきりでも心が活性化し、満足、希望などの感情を全人的に統合できる」¹⁰⁾のである。

活動と参加		
第1章	学習と知識の応用	絵本の読み聞かせ、MD プレーヤーで授業の様子を聞く
第2章	一般的な課題と要求	
第3章	コミュニケーション	
第4章	運動・移動	時折手足を動かす
第5章	セルフケア	白湯や流動食にて栄養補給
第6章	家庭生活	家族で川の字で寝ることが習慣
第7章	対人関係	父、母、妹、医師、看護師、薬剤師、ヘルパー、入浴サービススタッフ等
第8章	主要な生活領域	自宅にて両親、妹と同居
第9章	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	養護学校の教諭より授業の様子を録音してもらう
環境因子		
第1章	生產品と用具	人工呼吸器、胃瘻、カニューレ、医薬品等
第2章	自然環境と人間がもたらした環境変化	
第3章	支援と関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 父、母、妹のサポート、医者との定期往診、看護師の訪問、ヘルパーの訪問介護サービス、調剤薬局、入浴サービス ・ 夜は母、父が交代で看護、褥瘡防止の体位交換 呼吸器のトラブルが起こった際に対応できるよう、母はアンビューバックの使用の訓練 ・ 30分おきに聴診器で鼓動を確認 ・ 体温低下にともない父母身体をさすったり、電気毛布、湯たんぽを使用し体温低下を防ぐ
第4章	態度	父母ともに交代で熱心に介護にあたる
第5章	サービス・制度・政策	医療・福祉関係者を一同に集めてケア会議を実施、情報共有と意思疎通、ヘルパーへ痰の吸引指導、訪問看護、介護の手配、公的助成制度活用（障害者自立支援法の適用等）
個人因子		
		家族で川の字で寝ることが習慣。 プールや風呂（温泉）を好んでいた。 機関車トーマスが好き

図 3-8

脳死状態＋人工呼吸器＋胃瘻のミトコンドリア脳筋症 13 歳男児の生活支援⁹⁾

7) 生き方を支えるプロセスの中心

疾病や障害の有無に関わらず、生きること、生活を支えるために必要なものは、a)疾病傷病論に基づく身体機能についての身体情報提供、b)個々の生活状況に基づく生活情報提供の両者である。

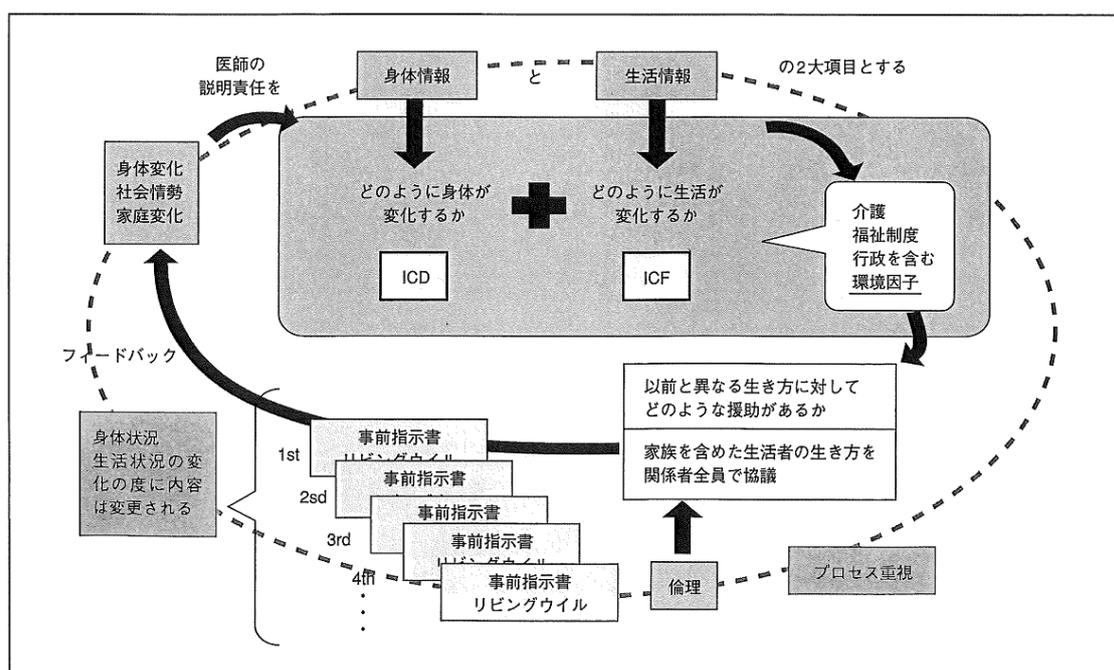


図 3-9 生き方のプロセスを重視した説明責任¹¹⁾

医療の中心的役割を担う医師は、これまで疾病・傷病論に基づく身体情報の説明のみで済ませることが多かった。また治療が終了した時点で、十分な医療提供サービスを行ってきたと思ってきた。しかし、身体状況が検査や治療によって変化を受けたなら、変化した身体のまま退院した場合に、果たして以前の生活形態を維持できるかが最も問題となる¹¹⁾。

十分な説明が無い状態で、変化したままの身体を退院させることは、不十分な対応であり、生き方を支えるプロセスを無視したものと言える。ICFにおける生活機能モデル、背景因子、個人因子を考えないことは、生活を無視したものと同一ことと言い換えられる。

現在のICFは、国際的に標準化されたものであり、国情や文化の違いから、生活やその背景を分類に合致させることが難しい場合もある。そのため違いを考慮した環境因子の再構成を検討する柔軟な体制も必要である。

いずれにせよICD、ICFはともに両輪であり、どの職種においても生き方を支える視点に立ち、相手が何を必要としているかを考えた場合、ICFの理念を欠いたサービス提供は、決してあってはならない。

文献

- 1) 生活機能とは何かーICF：国際生活機能分類の理解と活用ー. 大川弥生著.
東京大学出版. pp1-11. 2007
- 2) 第2回 社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会資料 WHO-FIC チュニス会議報告資料より <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1213-6b.pdf>
- 3) ICF 国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー. 障害者福祉研究会編. 中央法規出版. p 3. 2002
- 4) ICF の理解と活用. 上田敏. きょうされん／萌文社. pp11-14. 2007
- 5) ICF の視点に基づく高齢者ケアプロセス 安藤邑恵、小木曾加奈子編著. 学文社. p 5. 2009
- 6) 「生活機能」向上をめざしてーICF の保健・医療・介護・福祉・行政での活用
仲村栄一、大川弥生、上田敏、丹羽真一 平成 17 年度厚生労働科学研究・研究推進事業 研究成果発表会 障害保健福祉研究情報システムホームページ
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/icf/nakamura/checklist.html#zu_02
- 7) ICF 国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー. 障害者福祉研究会. 中央法規出版. p5. 2008
- 8) 知っておくべき新しい診療理念 (70) ICF (国際障害分類). 千野直一. 日医雑誌 134. pp2396-2397. 2006
- 9) 生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン. 川島孝一郎. 第 5 回終末期医療のあり方に関する懇談会 (厚生労働省) 資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1224-14d.pdf>
- 10) ICF を取り入れた介護過程の展開. 黒沢貞夫編著. 建帛社. p78 . 2008
- 11) 終末期の判断と終末期医療の方針決定. 川島孝一郎. インターナショナルナーシングレビュー. pp21-28. Vol.31、No.2. 2008

3. ICFを基礎とした『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の概要

1) 『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の出自

本マニュアルは、

- ① 医師が、
- ② 退院を目指す患者・家族等に対して、
- ③ 当該対象者等が、
- ④ 安心して退院後の生活をイメージし、かつ具体的行動が可能であるような、
- ⑤ 医師の説明責任を果たすための、
- ⑥ 最低限の説明内容を
- ⑦ 記載したものである。
- ⑧ さらに、具体的な生活支援策の提示を記載している。
- ⑨ ①～⑧により、当該対象者等が退院後の進路の決定が可能となるための
- ⑩ 最低限の基礎知識を習得できるように計らったつもりである。
- ⑪ 本マニュアルは、当該対象者等の『退院を強制するものでない』ことが第一である。
- ⑫ ①～⑪が十分に説明された結果として、
- ⑬ 退院後の在宅移行は『たまたま起こる』意思決定であり、
- ⑭ むしろ、医師の説明が十分に果たされたか否かの検証こそが求められるものである。
- ⑮ したがって、本マニュアルに基づく『十分な説明』が行われたことを示す
- ⑯ 具体的な記載が、カルテに残されなければならない。
- ⑰ つまり、当該対象者等の『意思決定が重要ではない』、『意思決定されなくとも良い』、
- ⑱ むしろ、意思決定可能であるような『十分な説明をしたか否か』が重要である。
- ⑲ 本マニュアルは最低限であり、これ以下の説明であってはならない。
- ⑳ 本マニュアルの内容以上に肉付けされた更なる説明が求められる。

2) 『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の構造

本マニュアルは、

- ① ICFの生活機能＝生きることの全体、に基づくこと
- ② 生きることの全体が支援されること
- ③ 生きることの全体における健康状態、を理解すること
- ④ 健康状態が支援されること
- ⑤ 具体的な支援策の提示
- ⑥ 全員での支援の協議

の順序となっている。

図 a は、説明のフローチャートを示す。

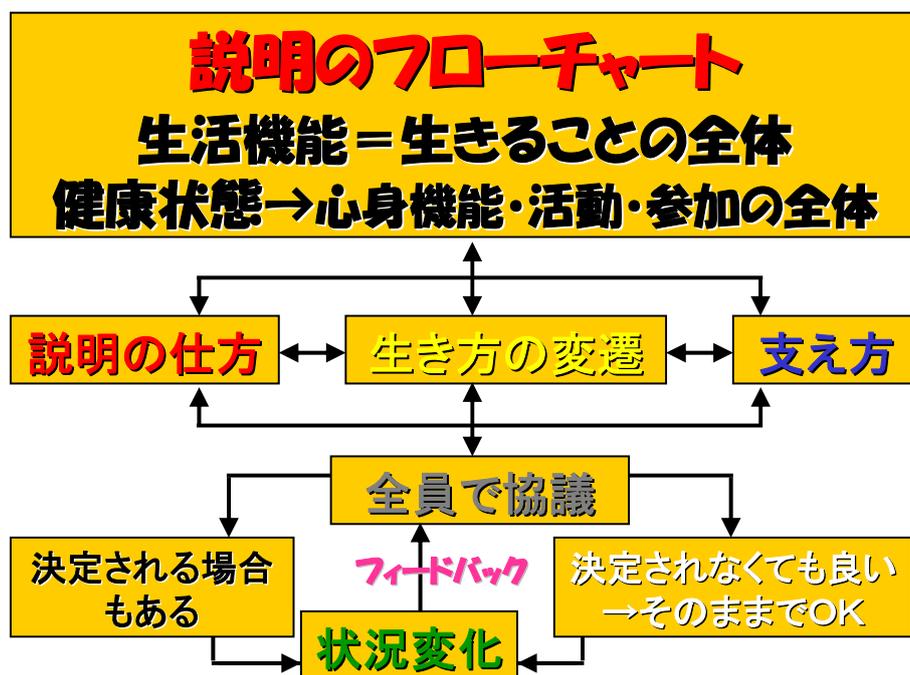


図 a

説明は

- ① ICFの生活機能=生きることの全体、の理解
- ② 生きることの全体における健康状態、の理解

を基に、

- ③ 説明の仕方の基本
- ④ 生きることの全体における生き方の変遷の説明
- ⑤ 生き方の変遷の各段階における支援策の提示
- ⑥ 全体での支援の協議
- ⑦ 決定は十分な説明の結果にしか過ぎない

となる。

3) 健康状態¹²⁾

健康状態は構成概念である。

健康状態は単に心身機能のみで評価されるものではない。心身機能・活動・参加の全体像であり、人が「このように健康である」と思考の上で構成する構成概念である(図 i)。

基底還元主義¹³⁾あるいは要素還元主義による科学的身体論に偏重しやすい医学的視点に対して、ICFは健康を、心身機能・活動・参加の全体像として捉えることにより、集合体として見られやすい心身機能を、活動・参加を含めた総合的に人を見る「統合モデル」と考える。

ICFを用いて人生の集大成を支える 障害をあるがままに認める。五体不満足の思想

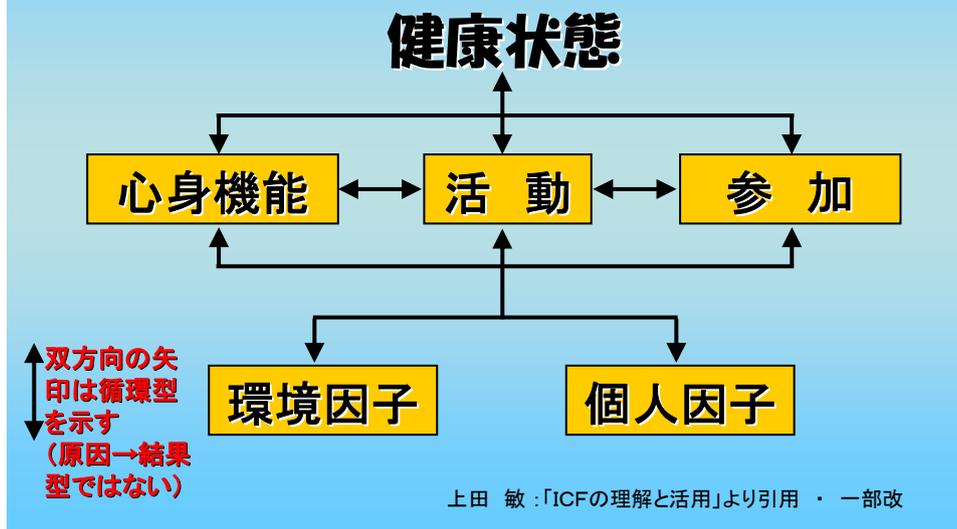


図 i

従来、医学が用いてきた基底還元主義あるいは要素還元主義による健康状態の評価の概略は図 ii のように示される¹⁴⁾。

心身の健康を100%と見立て、老化・病気・事故等による心身の質・量の低下を不健康とみなす。比較論・価値論であり較差を数値化し、標準化された低下状態に対して価値を上げる努力目標を立てることが可能となる。

基底還元主義あるいは要素還元主義は比較評価により標準化可能な利点があるため、疾病・傷病が治療可能な場合において力を発揮する。「下がった点数を回復しましょう。」「胃がんを手術で取り除きましょう。」「肺炎を抗生物質で治しましょう。」等はこの類である。医学の進歩や文明の発達も同様である。

しかし、この主張を治療不可能な場合に当てはめると問題が生じる。治らない疾病・傷病は低下した点数のままで、「あなたは100点満点の5点である。」等の評価を下される。さらに「あなたの点数は回復不能である。」と医師が主張せざるを得なくなる。

回復不能であることを伝えられた患者は、「点数が5点しかない。」と絶望する。しかも医療的な対処法がないと宣言されるため逃げ道に窮する。解決法を探したあげくに、説明した医師も、説明を受けた患者側も「生きられない。」という袋小路でさまよい、結果としてある点数以下になった人は、両者ともにすべて標準化した終末期という概念を当てはめ画一的な対処を求めようとする。

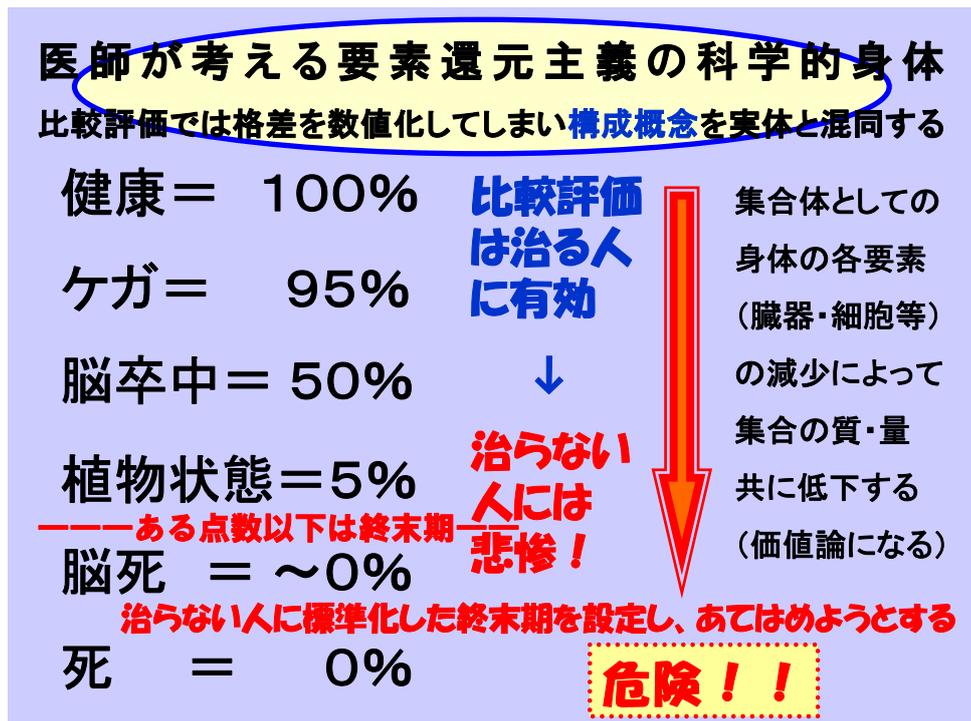


図 ii

このように構成概念であるものを点数化できる実体と誤認する。終末期及びその対応を一律に規定しようとする主張の根拠は基底還元主義や要素還元主義から派生する。したがって、治療不可能な場合にこの思考プロセスを用いてはならない。

『治療不可能な場合』には、どのようなプロセスを要するであろうか。

ICFは、健康を、心身機能・活動・参加の全体像として捉えることにより、集合体としての心身機能ではない、活動・参加を含めた総合的に人を見る「統合モデル」と考える¹⁵⁾(図 iii)。

「統合モデル」における健康状態は、衰えた心身機能を持ちながら行い得る精一杯の活動・参加の統合された全体として捉える。置かれた状況においてできうる限りの平衡状態を保っているならばそれを認めるものである。

植物状態の人が行える最大限の仕事は「まさに生きているというそのもの」であるとすれば、その状態をそのまま認め、かつ維持できるように計らう。

そのまま認めるか否かは人間の思考が構成することであり、したがって健康状態は構成概念である。

単に物理的に完全な身体機能を持って健康状態と解釈するものではない。

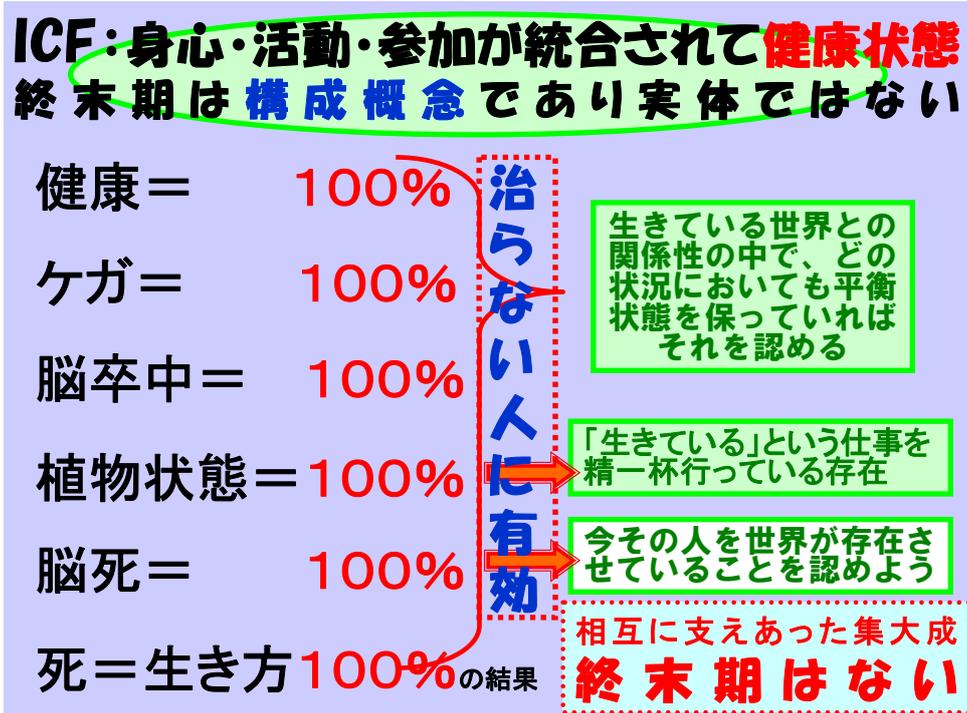
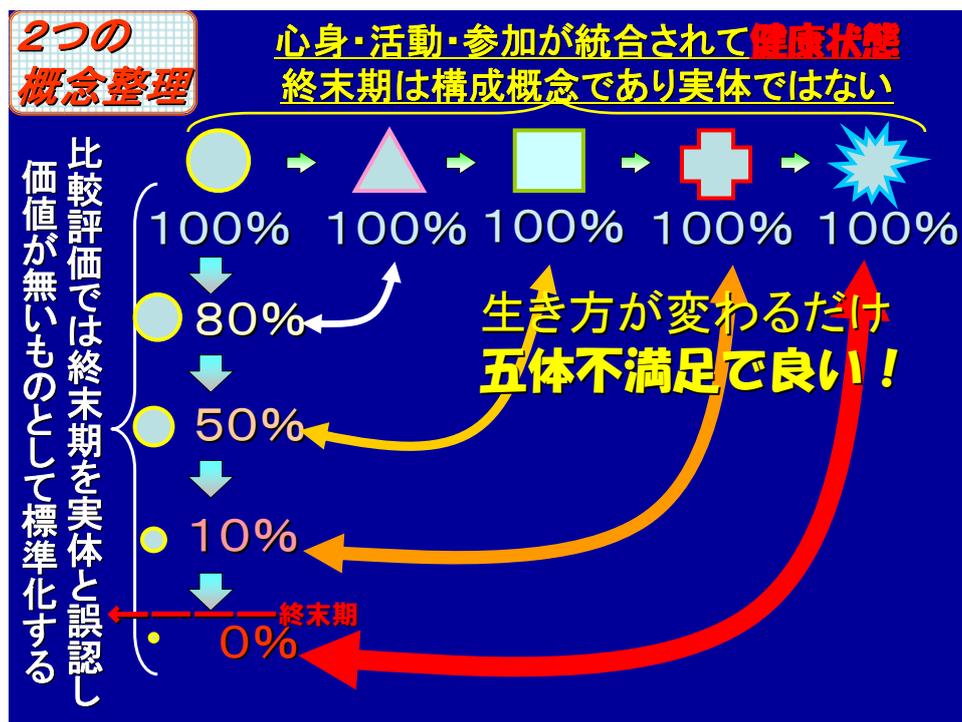


図 iii

治療不可能な状況に置かれた人は ICF の健康状態を用いることにより、いずれの心身機能においてもその状況下での統合された健康を維持しているとみなされる。これにより治療不可能な状況に置かれても 下がった点数評価に囚われることなく、「新たな健康状態にいる」とみなすことが可能となる。置かれた状況での精一杯の生き方を支えることで当該健康状態は維持される。



図iv

このように、健康状態の概念は二つに大別され、

- (1) 基底還元主義または要素還元主義による、比較評価可能な標準化された較差を持つ心身機能として表される健康状態。治療可能な場合に有効。実体として誤認されやすい。
- (2) ICFによる、心身機能・活動・参加が統合された全体像としての健康状態。いずれの状況においても健康とみなすことが可能である。治療不可能な場合に有効。構成概念。

がある。この二種類の健康状態を模式的に示したものが図ivである。

横軸にあつては、治療不可能であっても心身機能・活動・参加の統合された全体が、状況に対応した形態（●：いわゆる健康体）→（▲：脳梗塞半身麻痺でも介護保険と自立支援法で快適生活）→（■：胃瘻から毎日晚酌で日本酒を楽しむ）→（+：人工呼吸器を着けながら京都旅行。選挙で投票に行く）→（*：脳死状態でも自宅に帰り家族と生活）を、その状況ごとに精一杯保っていれば健康状態と構成する。五体不満足でもより良い生き方が可能という思想である。

4) 健康状態を包括する『生活機能』

生活機能とは『生きることの全体』を意味する。したがって「生活機能を向上させよう」といえば、それはその人の生きることの全体を向上させようとするのである。

「生活機能に問題が生じた」といえば、それは生きることの全体に影響を与える何らかの問題があるのであり、その問題を解決すべく行動しなければならない。

すべからく生活機能を支えるためには、生きることを全体的に把握し、対処し、そしてバランスが取れるように計らわなければならないのである。

今までの医学のように狭視的に身体機能の向上を目指すものではない。

3) の健康状態が包括的かつ安定的に維持されるためには、環境因子・個人因子を含めた『生きることの全体』の視点からものを言わなければならないし、支援しなければならない。

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』は早く在宅復帰させることを目的にしていない。在宅復帰はあくまで『十分な在宅移行への説明責任を果たした結果』として出現するものである。十分な説明なしに無理な移行を行うことは患者・家族の不幸となる。在宅移行を決定できるためにはその前段階の十分な説明こそが求められるのである。

十分な説明とは何か。今までの医師の説明には何が欠けていたのか、そして不十分な説明に誘導された不完全な意思決定がもたらすものは何か、について医師は深く考えなければならない。

5) 『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』

本マニュアルは在宅移行の説明における最低限の必要事項を記載したものである。これにさらに諸氏が肉付けして十分な説明が可能となることを願うものである。

図Aに関しては、3. ICFを基礎とした『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の概要、における2)『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の構造、の中の図a (p128) に該当するので参照すること。

【説明のフローチャート】

説明のフローチャートは（フィードバックを除いて）互いの矢印が双方向性⇄であり循環型の説明過程であることが特徴である。原因→結果型の説明形態ではない。

本マニュアルは、

- ① ICFの生活機能＝生きることの全体、に基づくこと
- ② 生きることの全体が支援されること
- ③ 生きることの全体における健康状態、を理解すること
- ④ 健康状態が支援されること
- ⑤ 具体的な支援策の提示
- ⑥ 全員での支援の協議

となる。

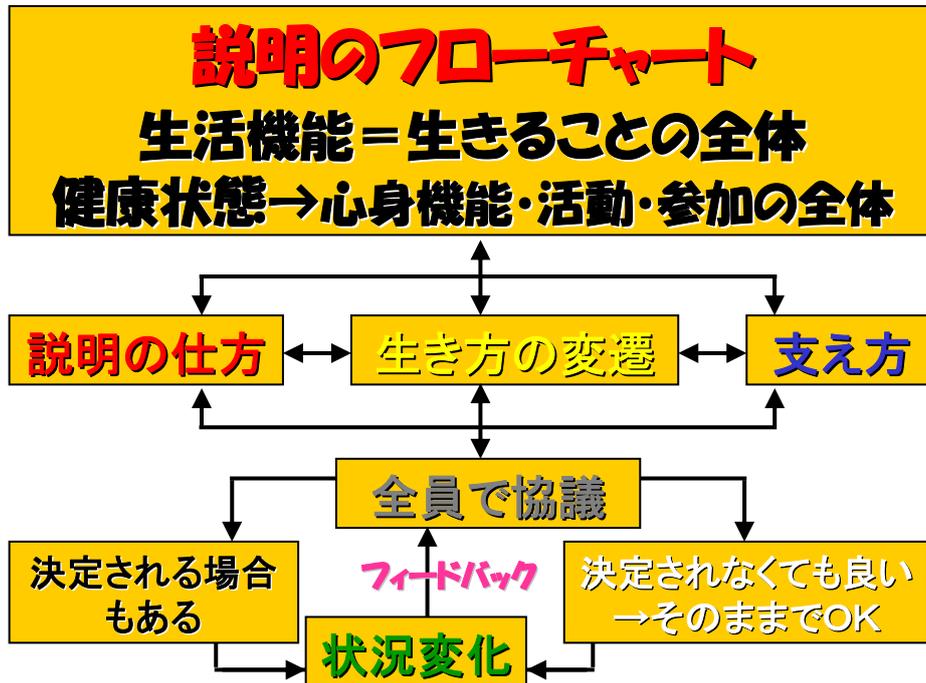


図 a

【対象者の選定】 患者さんはいずれ退院する。当該対象者が入院における医療時系列のどこに位置するのかをまず考えなければならない。

【1】自分の患者さんは入院—検査— 診断確定—治療—退院の時系列の どこにいるのだろうか？

- 1) 症状の聞き取りだけ。検査もこれから、診断もまだ。
- 2) 大きな疾患概念の中のいずれかだが検査が途中。
- 3) 大まかな検査は終了し、疾患もある程度しぼられた。
- 4) **疾患確定、治療を考える。疾患未定、症状改善を試みる。**
- 5) 疾患の性質上、**最初から治療不可能**。経過観察だけ。
- 6) 治療開始。症状が改善。**治癒したら退院だがまだ早い。**
- 7) **治療が終了**。治った。**退院を考える**。(再発はあり得る)
- 8) 治療しても**十分に治らないままゴール**。退院を考える。
- 9) 治療でも**病状進行、医学の限界、終末期**。退院を考える。
- 10) **入院治療を望まない**。退院を希望。退院を考える。

図 1

【1】「そろそろ退院させよう」では遅い！ どの段階で考えるか？

- 1) 症状の聞き取りだけ。検査もこれから、診断もまだ。
- 2) 大きな疾患概念の中のいずれかだが検査が途中。
- 3) 大まかな検査は終了し、疾患もある程度しぼられた。



- 4) **疾患確定、治療を考える**
- 5) **疾患未定、症状改善を試みる**
このあたりから退院を想定し始めること
退院指導の上手な医者になりましょう

図 2

いつから在宅移行が可能となる医師の説明を開始するのだろう。図2の4) 5) の時点がひとつの目安となる。早めに開始したほうが当該対象者等の心のゆとりにつながる。

【1】自分の患者さんは在宅医療の適応になるだろうか？ 以下は**OK**です。

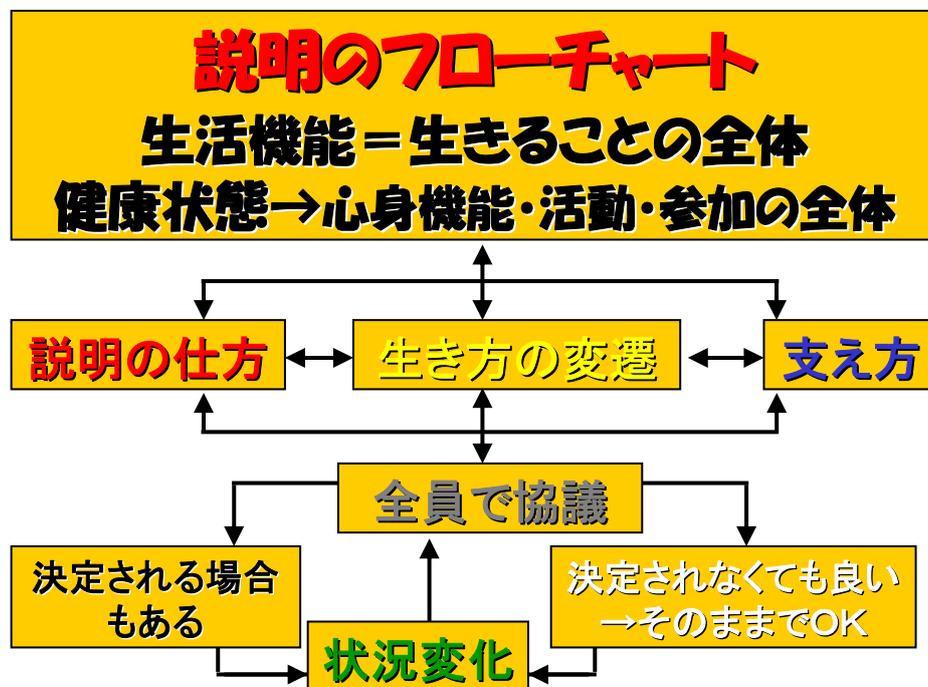
- 1) 疾病・傷病による通院困難 = **臥床状態**
- 2) 疾病・傷病による通院困難 = **車いす・室内介助歩行**
- 3) 急変の度合いの高いもの = (歩けても)**がんの末期**
- 4) 症状の性質上通院困難 = **認知症**で騒ぐ・徘徊する

社会的な理由で通院困難な場合は該当しません
交通の便が悪く、容易に通院できない等、は×です。

図 3

医師が退院を勧めるにしても、在宅医療の適応となる対象者は限定されることを知っていただかなければならない。当該対象者は図3である。

【生活機能と健康状態】



図A

当該対象者に対して説明を行うにあたり、事前に医師はICFの生活機能について熟知していなければならない。図Aのように、説明のフローチャートの最上段に位置するのがICFの生活機能である。

生活機能とはその人が『生きることの全体』である。

医師は単に心身状態の改善を支える「病を治す」だけでなく、ICFを用いることにより生きることの全体を支える「人を癒す」のである。

さらに、生活機能＝人が生きることの全体、を支えるためにはその人の健康状態をどのように捉えるかが重要となる。

ICFにおいては、健康状態を『心身機能・活動・参加の統合した全体』としている。

詳しくは3)健康状態 (p128)を参照のこと。

図4：生活機能＝生きることの全体、を支えることが医療の重要な任務であることを示す。

入院治療・外来診療・在宅医療のいずれにおいても、検査・診断・治療の目標は生活機能を支えることである。

図5：二十歳を過ぎて体力が衰えるにつれ、ICDに基づく治す医療から、ICFに基づく支える医療への移行が必要となる。現在の日本の医療に欠けている面が「ICFに基づく支える医療」である。

【2】時代はICF(国際生活機能分類) 生活機能を知ろう!

- 1) 合言葉は「生活機能」
- 2) 生活機能とはその人が「生きることの全体」です。
- 3) 「生活機能を支える」=「生きることの全体を支える」
- 4) 患者さんが入院した。
- 5) **検査・診断・治療の目標は「生活機能」を支えることです**
- 6) 治療が終了したら生活の場へもどす。
- 7) 生活できるための説明をする。
- 8) 生活機能を支える支援策を整えて帰す。

図4



図5

医療提供はすべて生活機能の向上を意図するものである以上、医師が退院を考える時点での当該対象者等への説明は、第一に「あなたの生きることの全体を支えます」という言葉

から始まるのである（図6）。

【2】時代はICF（国際生活機能分類） 生活機能を知ろう！

退院するときの合言葉「**生活機能 = 生きることの全体**」

説明の第一は、**あなたの**
「**生きることの全体を支えよう！**」と言う

ここから始まります。

図6

ICFの概念は、1. ICFは『五体不満足の思想』である（p113）参照。

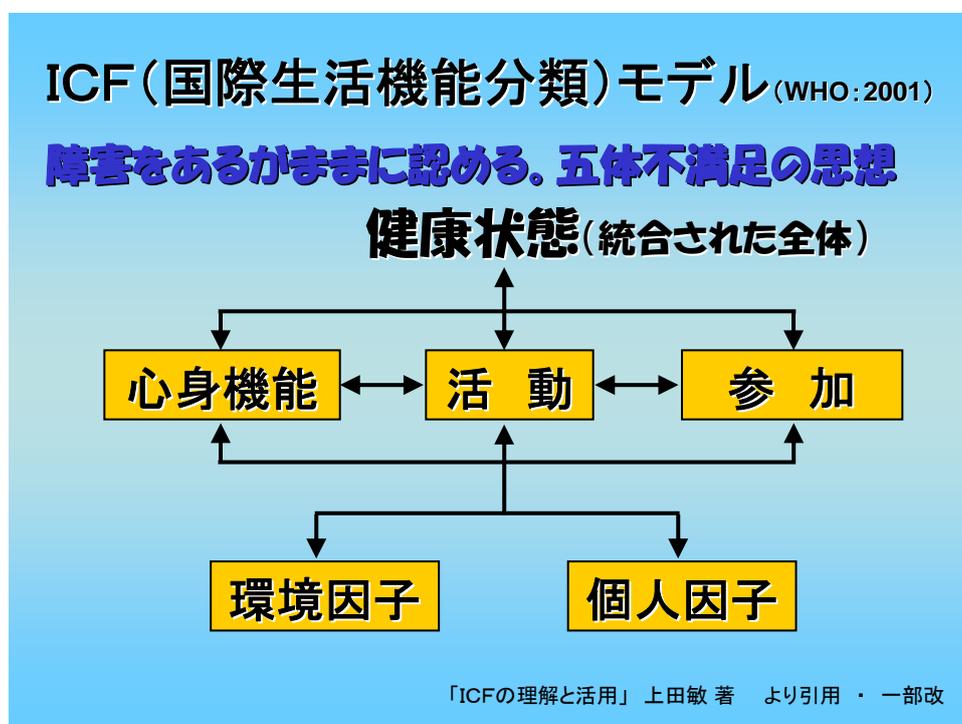


図7

障害を持って人間らしく生きることが可能な意味づけを行うこと、状況を作り出すことが求められる。特に「健康状態」についての意識転換が必要である (pp128~132)。

【2】時代はICF(国際生活機能分類) 生活機能における健康状態を知ろう!

- 1) 合言葉は「生活機能」= 生きることの全体
- 2) 生きることの全体の中で健康状態を保ちましょう。
- 3) 健康状態ってなんのこと??
- 4) 健康状態とは五体不満足の思想=それで良いのだ!
- 5) 心身が完璧である必要はありません。
- 6) 五体不満足でOK+活動+参加の全体で健康と考える
- 7) 健康状態を支える環境因子+個人因子
- 8) 生活機能を支える支援策を整えて帰す。

図 8

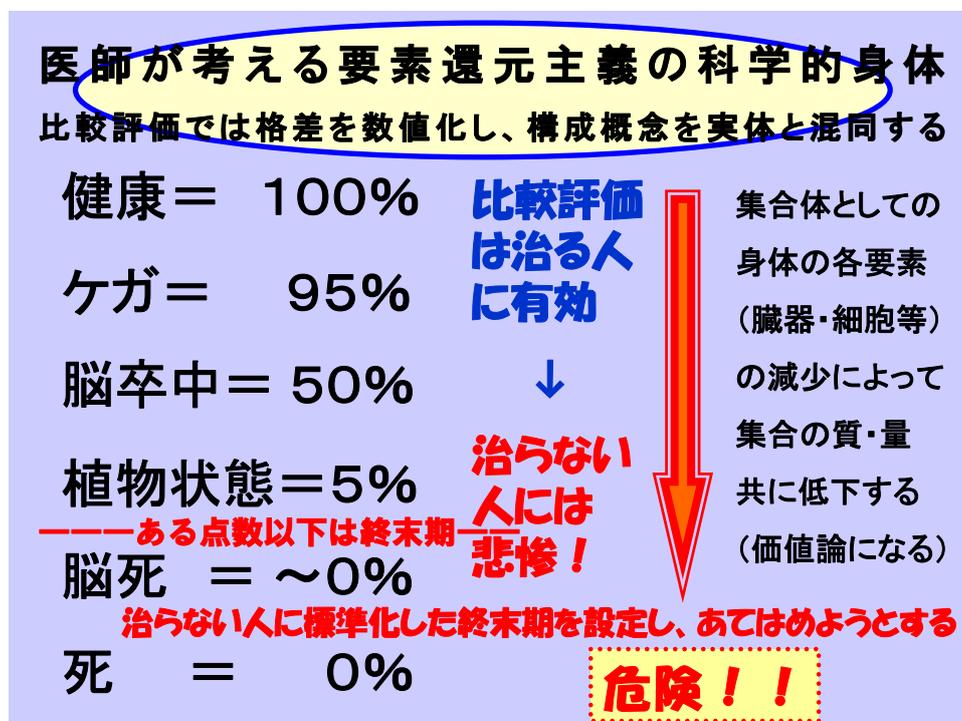


図 9

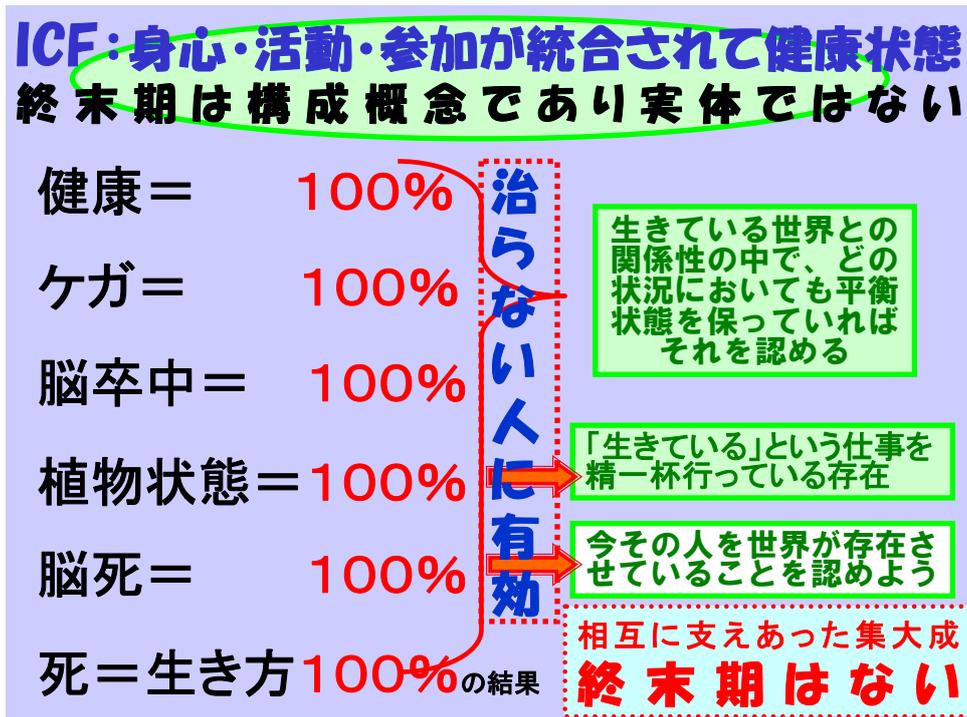


図 1 0

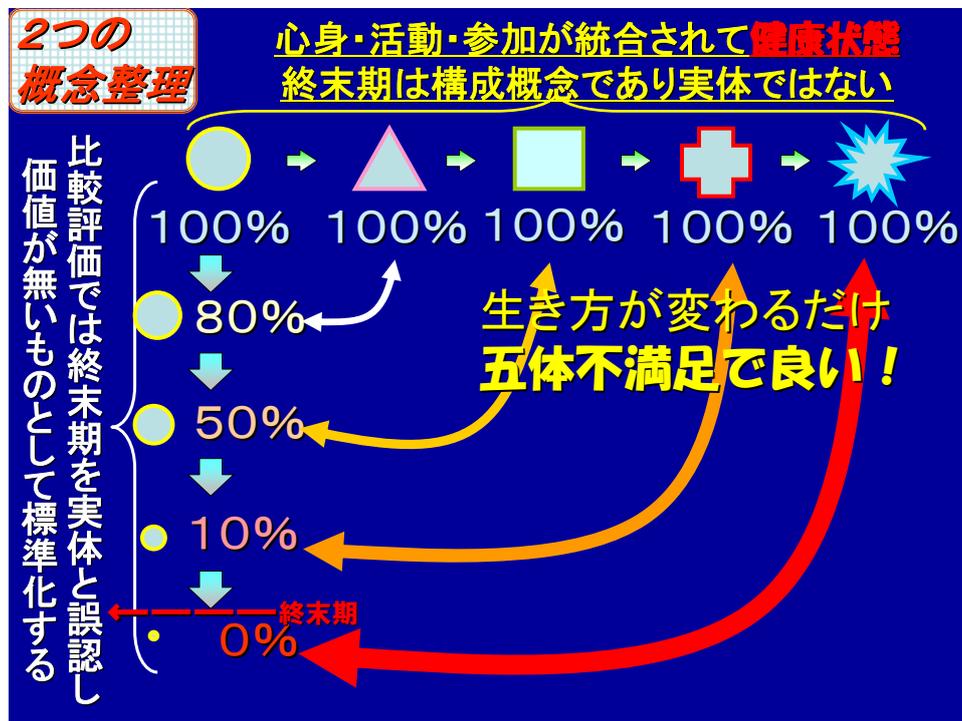


図 1 1

健康状態は、「五体不満足で良いのだ！」という高らかな宣言である。そして行いうる活動・参加を含めた統合された全体として機能するのである。(図 1 0・1 1)

【2】時代はICF(国際生活機能分類) 生活機能における健康状態を知ろう!

健康状態ってなんのこと??

健康状態とは**五体不満足**の思想=それで良いのだ!
心身が完璧である必要はありません。

- 五体不満足をありのままに認める
 - 五体不満足でも十分な活動(生活活動)
 - 五体不満足でも十分な参加(社会参加)
- の統合された全体で**健康**と考える

図 1 2

【2】のおさらい 生活機能と健康状態を説明できること

生活機能に着目する。

「**生きることの全体を支えましょう!**」という。

心身が完璧である必要はありません。

「**健康状態だから安心してください!**」という。

心身機能+活動+参加の統合された全体で
健康状態と考える

図 1 3

目の前にそろそろ退院を考える患者がいる。その人は図3のように在宅医療の対象者であるとする。障害(老化・疾病・事故等)を持ちながら生きてゆくことになる。

目の前にいるその人に I C F の生活機能と健康状態を説明し、五体不満足でも人は変らないことを示してあげよう。(図 1 3)

【説明の仕方】

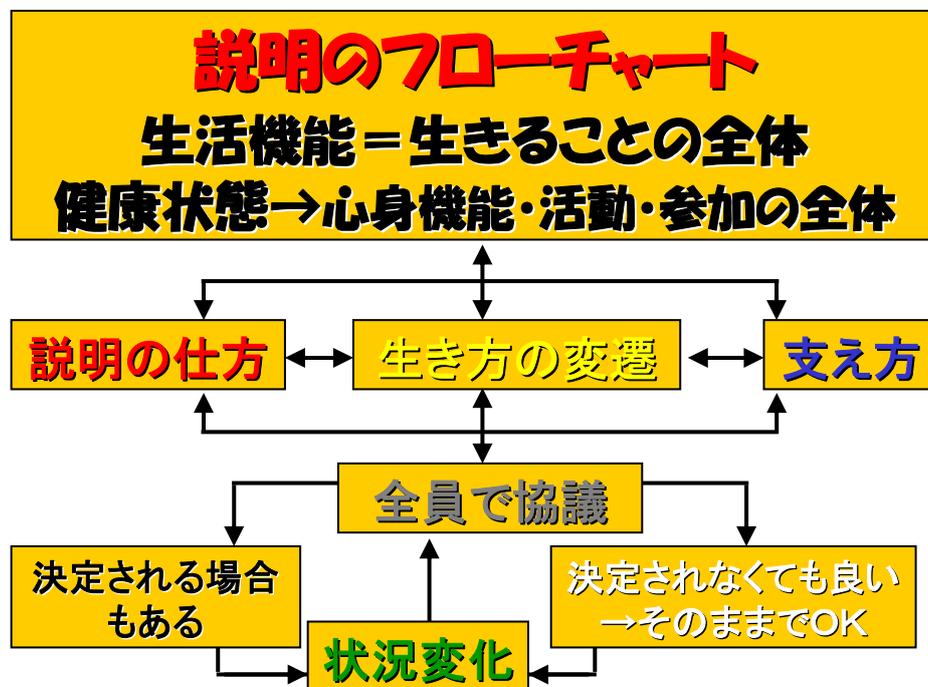


図 A

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』における「説明」は、以下の特殊性を持つ。

ある状態を説明する際に、

- ① 要素の独立性を根拠とし、要素還元主義・基底還元主義を基礎とする科学的視点に立つ 集合的・分析的な説明
- ② 独立しない両者の相対性を根拠とし、統合された全体特性を重視する相対的・形態（ゲシュタルト）的視点に立つ説明

の相異なる二つの説明による対比を用いる。(図 1 4・1 5)

①②の両者は、いずれが優れているかという優劣・善悪・高低・強弱等の対比を示すものではない。置かれている状況によって①が適切な場合、②が適切な場合等、立場の違いにより使用する医師の側がうまく使い分けなければならない。

たとえば、

健康状態の概念は二つに大別され、

- (1) 基底還元主義または要素還元主義による、比較評価可能な標準化された較差を持つ心身機能として表される健康状態。治療可能な場合に有効。実体として誤認されやすい。

(2) ICFによる、心身機能・活動・参加が統合された全体像としての健康状態。いずれの状況においても健康とみなすことが可能である。治療不可能な場合に有効。構成概念。

がある。この二種類の健康状態を模式的に示したものが図11である。

横軸にあっては、治療不可能であっても心身機能・活動・参加の統合された全体が、状況に対応した形態（●：いわゆる健康体）→（▲：脳梗塞半身麻痺でも介護保険と自立支援法で快適生活）→（■：胃瘻から毎日晚酌で日本酒を楽しむ）→（✚：人工呼吸器を着けながら京都旅行。選挙で投票に行く）→（✳：脳死状態でも自宅に帰り家族と生活）を、その状況ごとに精一杯保っていれば健康状態と構成する。五体不満足でもより良い生き方が可能という思想である。

この詳しい内容については以下の、平成21年度長寿医療研究委託事業分担報告書「在宅医療の姿を示す等に関する研究」を参照のこと。

研究要旨【1】の内容が該当する。

在宅医療の姿を示す等に関する研究

研究分担者 川島孝一郎 仙台往診クリニック 院長

研究要旨

在宅医療はその性格上療養者の生活に深く係わる医療形態である。生活に深く係わることから、WHOが2001年に示した国際生活機能分類（ICF）に基づく療養者本人・家族等を含めた生活者全体の「ものの見方、考え方」に寄り添うことが要求される。

在宅医療は生活者の生活に根ざすとともに、生活を支える医療として医学知識・医療技術以外についても生活全般の維持と問題解決に係わるものである。

したがって、生活者と医療者双方の人間関係を如何に捉えるかによって異なる。本研究においては、【1】医学人間関係論としての在宅医療の特殊性、【2】ICFに基づく生活者の生活を支える医療提供のあり方を論ずるものである。

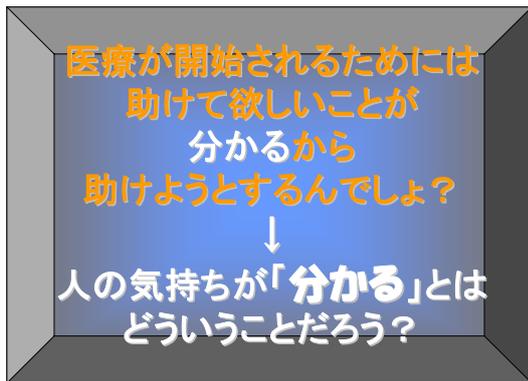
【1】医師及び医療全般が生活者の生活範囲に含まれる（内包型の医療）あるいは生活に統合された医療であり、医師－患者が対峙する主客分離形式の要素還元主義・分析型医療提供だけではないこと。

【2】生活範囲に統合された医療提供は、ICFの生活機能（生きることの全体）を支えることを目的とすること。そのために心身状態・活動・参加の統合された「健康状態」を支える環境因子・個人因子等の総合的支援が在宅医療において重要であること。

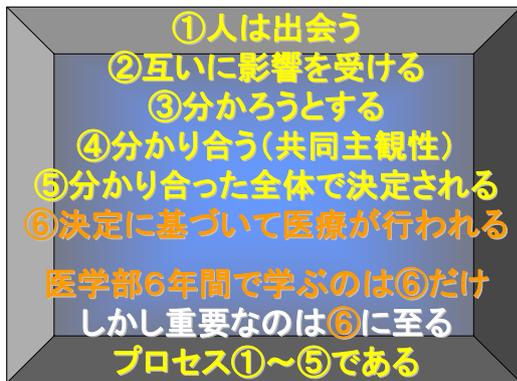
等を示す。

【1】医学人間関係における在宅医療の特殊性

医療が開始されるためには、第一に患者・生活者の要求する意思が「分かる」ことから始まる。医師が（あたかも分かったかのごとくに）勝手な医療提供を行えば必ず軋轢が生まれる。



したがって、医師は「人の意思・心・考え等が分かる」ことについての理解がなされなければならない。

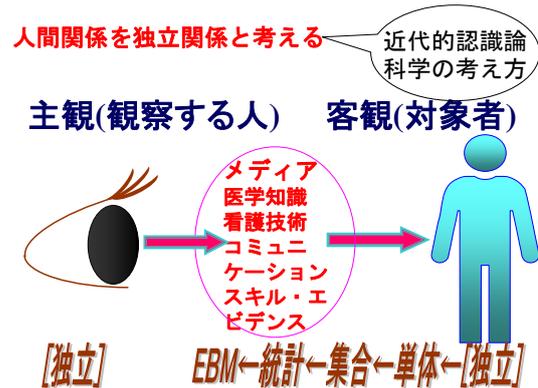


まず①人は出会う。そして②出会った瞬間から影響を受けることとなる。医療提供のためには相手の意思が分からなければならないので③分かろうとする。④分かり合うこと（両者の共同主観性の構築）がこのプロセスにおいて最重要である。⑤分かり合った両者による選択と決定が行われる。

これが意思疎通のプロセスである。

科学的医学においては、しばしば要素還元主

義・主客分離型を基本とする対象独立型の把握が先行するために、観察者と対象者の関係を下図のように設定しがちである。

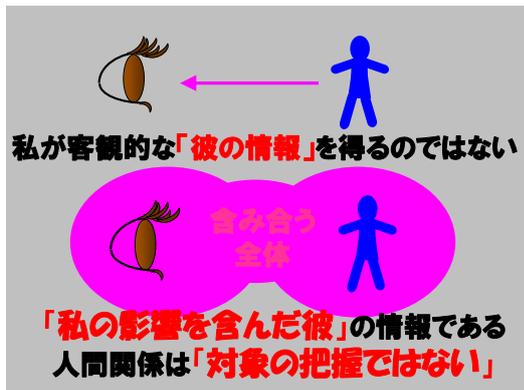


しかし、人間関係は独立関係ではない。

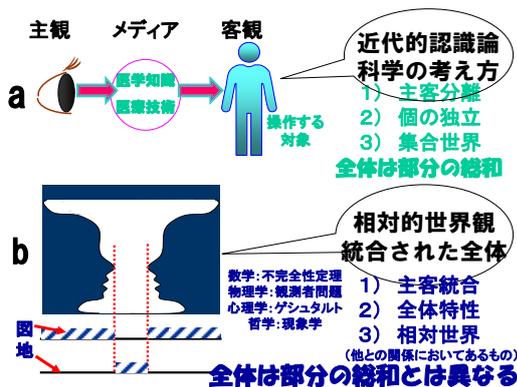
太陽を見る観察者にとっては、その視覚領域に太陽が組み込まれる（含まれる）形式となる。したがって対象が観察者の知覚範囲（意思の範囲）の中に組み込まれる包含関係を形成する。これを一般に「知覚は対象を含む」という。



したがって、人が出会った瞬間から両者がそれぞれ互いの知覚範囲（意思の範囲）に組み込まれるので、相手の情報は『私の影響を含んだ情報』となり、もはや独立した情報ではない。

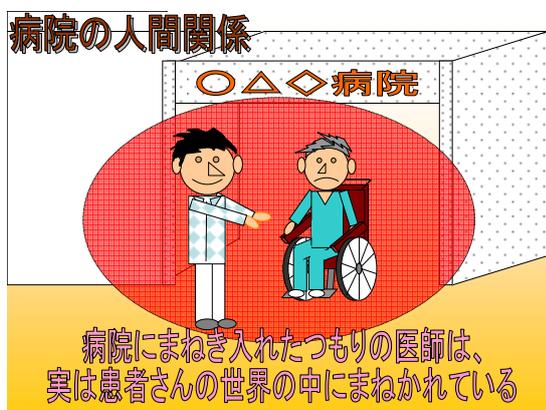


元来人間関係は「対照の把握であったためしはない」のである。

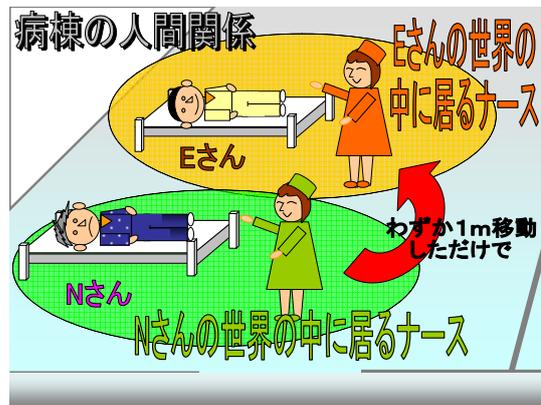


上図のように、医学は **a** のように独立した対象を分析的に論ずるものであるが、人間関係に **a** を持ち込むことは事実に反する。**b**は相対的な人間関係を示すもので、ルビンの壺における顔と壺が互いの影響下にある統合された全体を形成している。

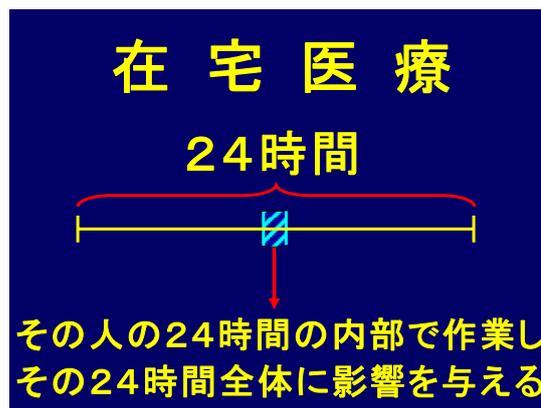
本来の人間関係は**b**である。科学的分析型の **a** に基づく人間関係論は本来の姿**b**を歪めたものであり、応用する場合には十分な注意が必要である。



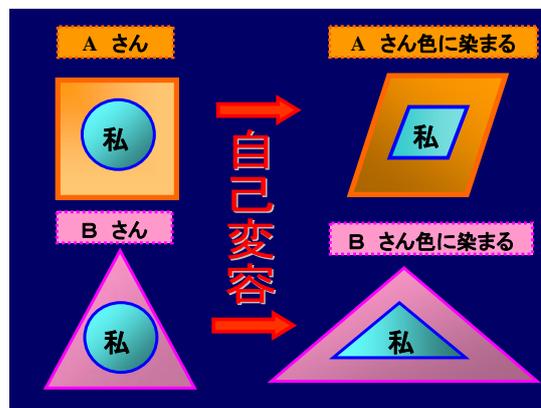
したがって、病院・病棟における人間関係は主客分離型の関係ではなく、患者の世界に組み込まれた人間関係を形成するものである。



在宅医療においてはこの関係がさらに広範囲で密度を深める。



在宅医療は患者宅の内部で医療提供を行うため、物理的にもすでに彼らの生活空間に組み込まれた医師として振舞うことになる。



Aさん宅に伺えばAさんの家風・絆に触れ、生活構造を物理的にも・心理的にも歪めないように計らいながら医療提供を行うことになる。

Bさん宅に伺えばBさんの家風や絆に寄り添う医療提供が成される。

この場合、患者を変えることより先んじて、第一に家風や絆を壊すことがないように**医師(私)が変わる(自己変容)**ことが求められる。

これは、科学的医学が対象を変えることに比べ非常に特徴的なことである。

医学人間関係においては、その序列の第一に医師が自己変容することによって、初めて患者の心に寄り添う医療提供が行い得るものと理解される。

【2】生活機能（生きることの全体）を支える

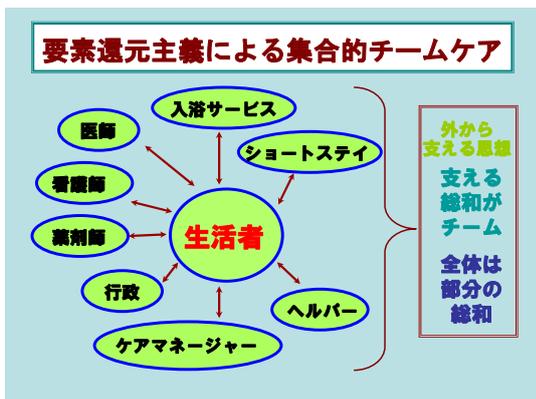
上記のように医師－患者関係のみならず、在宅ケアに関与するすべての人間同士の関係は次図のように、互いに影響を受けたケア提供となる。

したがって、生活者に相対したケア提供者ごとに生活者の顔は異なるため、全体を統合的に把握することが求められる。

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}	{ }

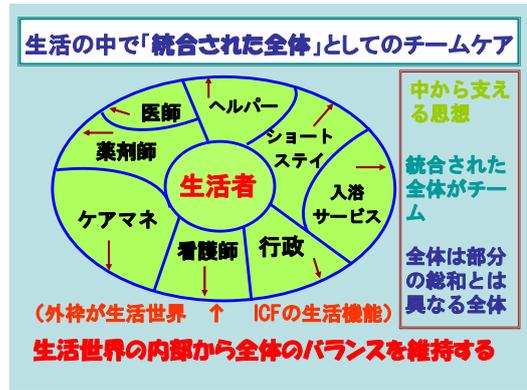
この各々が**統合された全体**を意味する
全員が全体を把握するために
ケアカンファレンスが必要

在宅ケアの概念図は下図ではない。



むしろ、生活者の生活世界の内部構造に組み込まれた医療者・ケア提供者となるために、その概念図は次図のように描かれる。

我々は生活者の生活世界の構造を形成する諸部分となりながら、全体構造が破綻しないための方策を全体で協議し、かつ運営することとなる。



このような概念図に最も調和するものが ICF である。ICF の健康状態は単に身体的健康を意味しない。衰え、低下した心身機能であったとしても、その機能を最大限に生かしたその人なりの活動や参加が行えることの全体を「健康状態」と評する。

五体不満足であっても精一杯の生きることが可能であるように支援することが目的となる。



在宅医療は正に生活者の「生きることの全体」を支える医療である。

今後【1】に基づく人間関係を基本とし、【2】ICFに基づく生きることの全体に関与し、かつ生きることの全体を支える医療提供が成されることが在宅医療の重要な任務となるものである。

意思決定に必要な説明は選択肢がなければならない。最低二つの相異なる説明を要す。

【3】いずれは最期を迎える日が来るので、
「どのように生きていきたいのか？」を
聞いておきましょう

最低限 **「二つの説明をしましょう」**

選択できるように！

説明は**「相異なる説明」**でなければなりません。
同じ方向の説明では選択できないから。

二つの説明は

① **ICFの健康状態に基づく統合的身体論**

② **要素還元主義に基づく科学的身体論**

①②のいずれかが「生き方に合うか」を考えてもらうのです。

図 1 4



図 1 5

治らない状況下にある場合には I C F の健康状態の説明が必要となる。

【3】最低限「**二つの説明をしましょう**」

なぜなら、選択できるように！

説明は「**生き方を支える説明**」でなければなりません。

二つの説明は

- ① **ICFの健康状態に基づく統合的身体論**
治らない人に有効！その人固有の
生き方に沿いやすい。オーダーメイド
- ② **要素還元主義に基づく科学的身体論**
治る人に有効！標準化できるので
画一的になりやすいため注意が必要

図16

さて、医師はICFに基づく生き方の説明、さらに相異なる説明をしているだろうか。

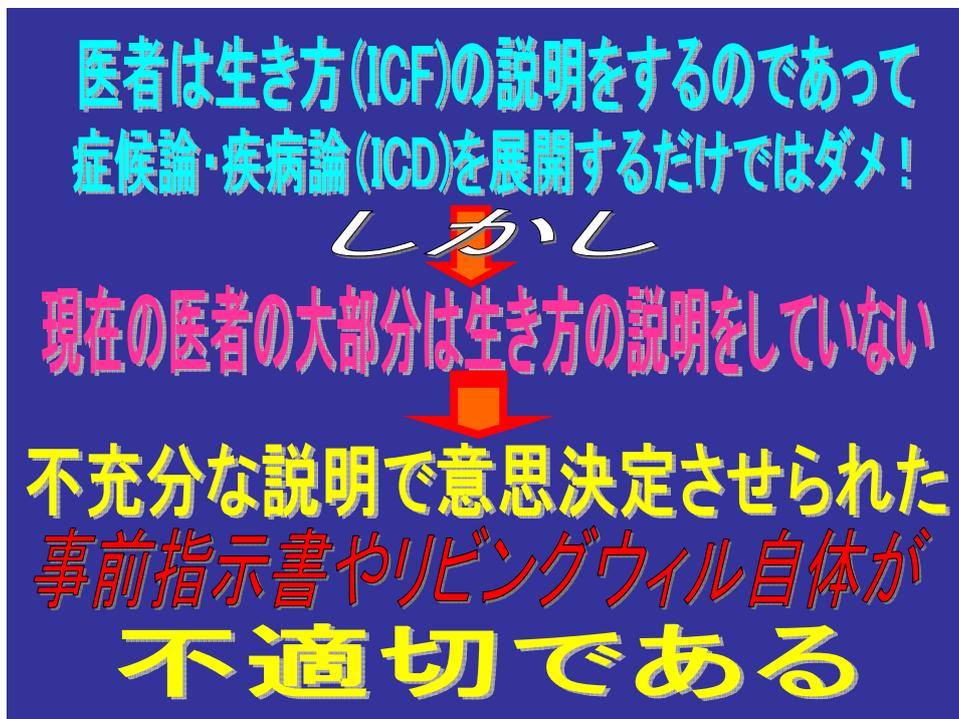
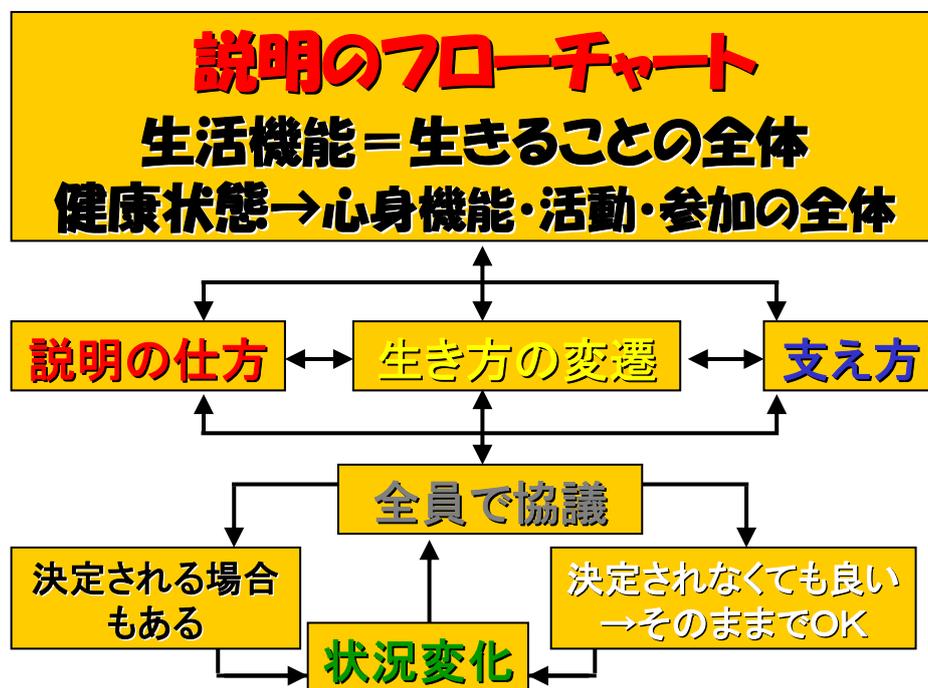


図17

不十分な説明に誘導された意思決定はもともと不適切・不完全な意思決定である。注意！

【生き方の変遷】



図A

状況の変化によって人の生き方は変遷する。しばしば「より良い死に方」「満足死」「尊厳死」等の語句が使用されるが、これはすべて実情に適合しない語彙である。

まず、自分の死について考えてみよう。

● 自分の死

自分の死は構成概念である¹⁶⁾。

人は誰も死を迎えることについて異論はないであろう。

しかし、自分の死について考えると事情は異なる。我々の知覚作用が消失する死においては、生きている時点で客観的な「他人の死」をまざまざと見ることはできても、「自分の死」は決して知覚できない。すなわち自分の死は絶対的に実体としては知覚されないのである。

(1) 死は人生の出来事ではない。人は死を体験しない。ウィトゲンシュタイン：論理哲学論考、6. 4311、R & K. P、London、1978。

(2) 死ぬことは、もはや他人によってしか存在しないように宣告されること。他人の観点の勝利。サルトル：EN、pp615-633、現象学事典、p165、弘文堂、東京、1994。

したがって、絶対的に経験不可能な死に関して、いかに説明したとしても、そのあらゆる説明は本人にとってはあくまで構成概念でしかない。

(3) 生きている今の自分を自ら引き受けようとするにおいて、死を先駆的に構成することは本人の実存可能性と結びつく。ハイデガー：SZ、§ 46 - 53、現象学事典、

p164、弘文堂、東京、1994.

死について思いをめぐらすことは、生きている今を如何に生きるかとしてのみ経験可能であるため、如何に死ぬかではなく「如何に生きるか」ということとなる。

(4) われわれは常におまけに死ぬのである。サルトル：EN、pp615-633、現象学事典、p165、弘文堂、東京、1994.

自分の死は知覚されない以上実体ではなく構成概念である。生きている今を如何に生きるかについて、①医師を含めた関係者と患者・家族との間で「より良い生き方」の協議が十分に行われること、②生きている今が十分に保障されること、③残された時間がわずかでもより良く生きることが可能な体制整備が構築されること、等が重要である。

つまり、本人が経験することは唯一「生きていること」であって「自分の死」は絶対に経験しない。あくまで「そのように死ぬであろう」と思考の中で構成した構成概念である。したがって、本人が経験しない「死」に対して「より良い」「満足」「尊厳」等の美辞麗句で形容することは、本人にとっては意味を成さないことである。

本人が唯一経験するのは、まさに今、生きていることだけである。とすれば本人にとって意味があるのは「より良い生き方」であり、「満足した生き方」であり「尊厳ある生」である。

尊厳死等のように死を目的とした語彙の使用は不適切である。

【4】 次に、生き方の変遷を説明しましょう

そのときに必要な言葉は、

「生きることの全体を支えましょう！」です。

なぜなら人は自分の死を絶対に経験しない

「経験するのは生きることだけ、

だから安心して生きましょう！」という。

死は**「よい良い生き方」・「尊厳ある生」**の結果としてある日、たまたま訪れるものです。

死を目的にはいけません！！

図 1 8

● 尊厳

尊厳は構成概念である。

本来、日本では使われていなかった言葉で、明治時代に政治と宗教を論じる場面に用いられたのが最初（1874 明六雑誌 第5号）である。その後利用される対象が「個人」に変遷してきたが、従って当時とは意味も変遷しているを見なすことができる。

英語には二種類の尊厳がある。

一方は Sanctity である。Sanctity of Life（生命の尊厳）などとして使われる。Sanctity は「それ自体尊いもの」である。人間は誰しも尊厳そのもの。健常人も、障害者も、植物状態の人も、ホームレスで生活する人も、人間として誰しも尊厳そのものである。

心身機能を比較して健康から低下した状態と如何に位置づけたとしても、尊厳を Sanctity と構成した場合においては、いずれの状況下で生きる形態が変化したとしても、いずれの状態も尊厳そのものと意味づけることが可能となる。

すなわち、図19の横軸にあつては、治療不可能であっても心身機能・活動・参加の統合された全体が、状況に対応した形態（●：いわゆる健康体）→（▲：脳梗塞半身麻痺でも介護保険と自立支援法で快適生活）→（■：胃瘻から毎日晚酌で日本酒を楽しむ）→（+：人工呼吸器を着けながら京都旅行。選挙で投票に行く）→（*：脳死状態でも自宅に帰り家族と生活）を、その状況ごとに精一杯保っていれば尊厳そのものと解釈する。

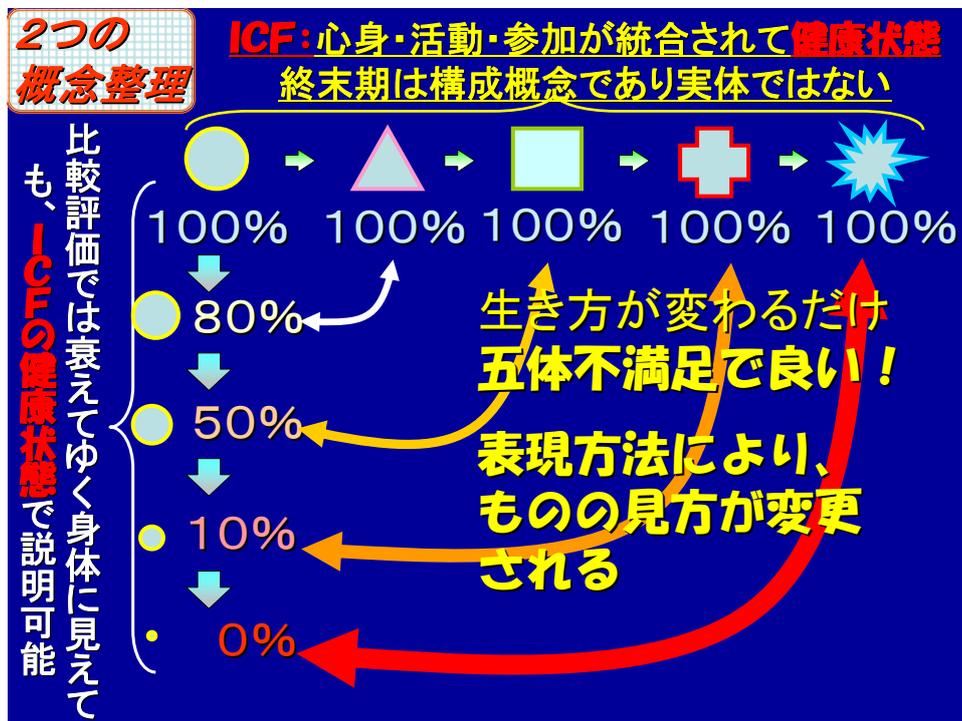


図19

五体不満足でもより良い生き方が可能である。

Sanctity:人間は誰しも尊厳そのものである。これは優劣のない平等の思想に関連する重要な概念である。一般に「人の尊厳」はSanctity:それ自体尊いものと理解される。

他方で Dignity という尊厳がある。元来高貴、威厳、高位という意味を持つ。したがって、ものごとを価値（価値論は比較による）として比較する内容となる。Dignity が低い場合には、すなわち尊厳がないと解釈され「生きるに値しない」と比較評価される。比較論であるため優劣を数値・点数等で評価する解釈になりやすい。何点以下の人は「生きるに値しない」と評価されると標準化した差別が行われる危険性をはらみ、この概念によるホロコーストが歴史の過去に何度も登場している。（図 ii : 実体と考える・価値判断で比較し優劣をつけた尊厳概念）

Dignity:比較される人間の価値としての尊厳である。

この語彙の使用に際しては十分にその危険性を認識すること。使用する側が知らず知らずに人を比較し人に価値をつけている。価値がある人間・価値が無い人間等の差別を行う「自分」に気づく必要がある。

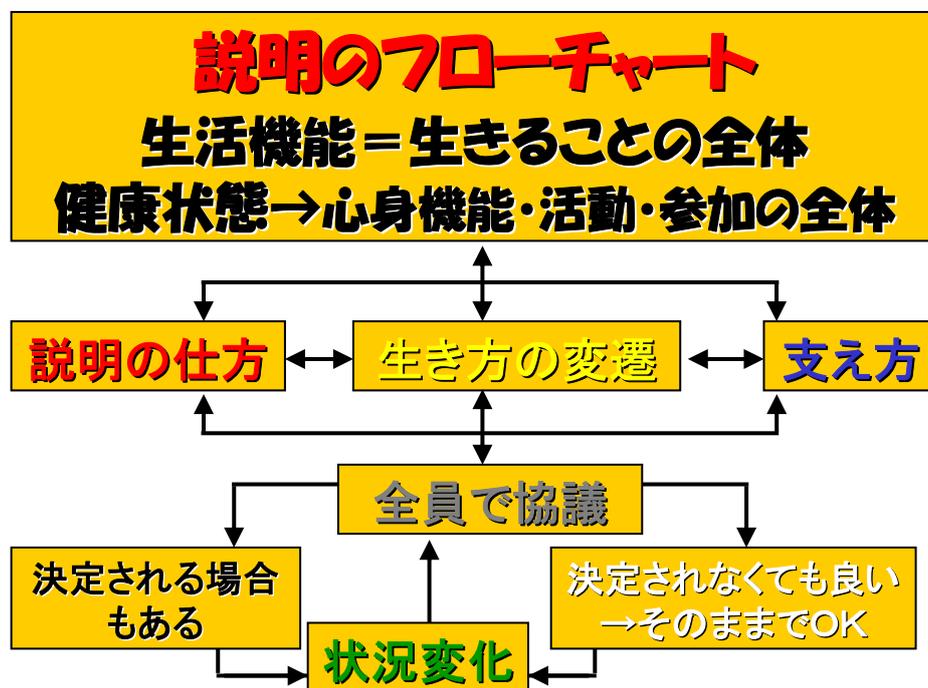
「人は誰しも尊厳そのもの」という意味は五体不満足の思想と連動する。



図 2 0

図 1 9・2 0 の生き方の変遷のプロセスごとに、歩けなくとも、食べられなくなっても、人工呼吸器を装着しても、脳死であっても、より良い生き方が説明されて、五体不満足であっても十分な支援策が提示できるように計らわなければならない。

【支え方】



図A

【5】『生きることの全体』を支える
支援策の説明と具体的提示が必要！

支援策は

《ICFの健康状態に基づく統合的身体論》

- ① 治らない人に有効！ 五体不満足でOK
- ② その人固有の生き方に沿いやすい
オーダーメイド
- ③ 心身状況に見合った最大限の活動
- ④ 心身状況に見合った最大限の参加
- ⑤ ①～④が可能となる制度活用

図2 1

図2 1に示される①～④が可能となる制度活用の説明が求められる。

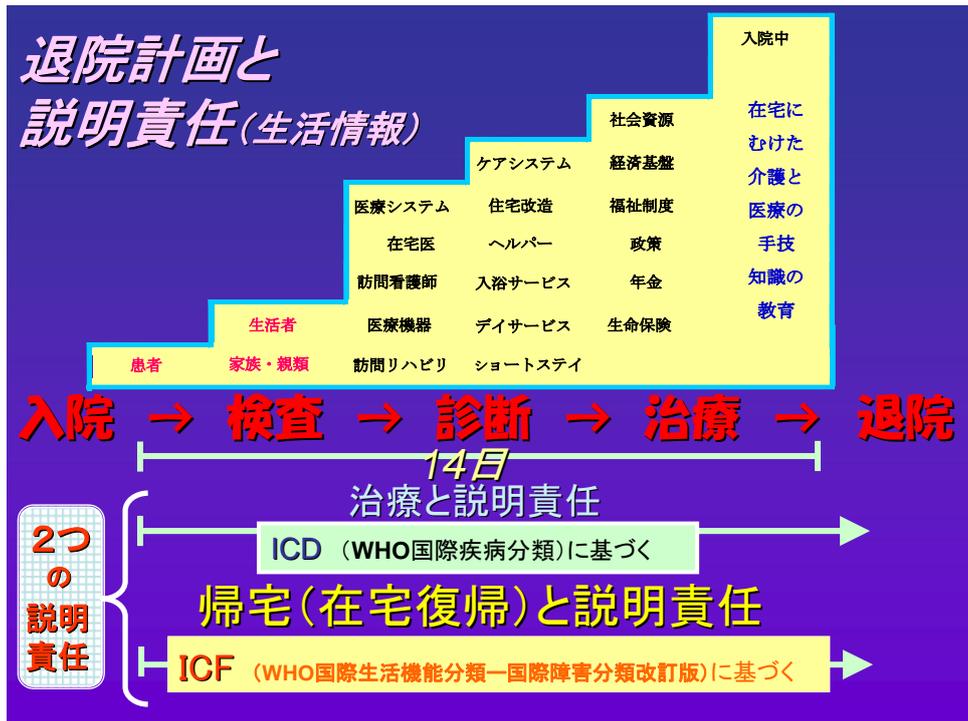


図 2 2

わずかな入院期間の中で I C F に基づく人員配置・各種制度の活用を説明する。

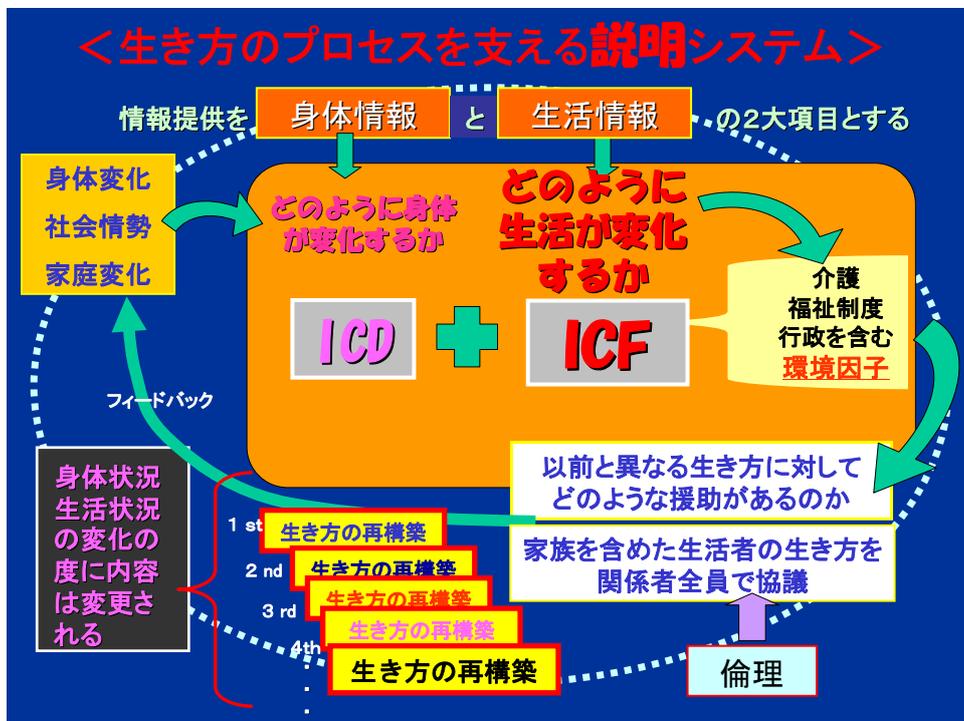


図 2 3

身体情報の説明だけでは不十分である。 I C F に基づく生活情報の提供が必要。

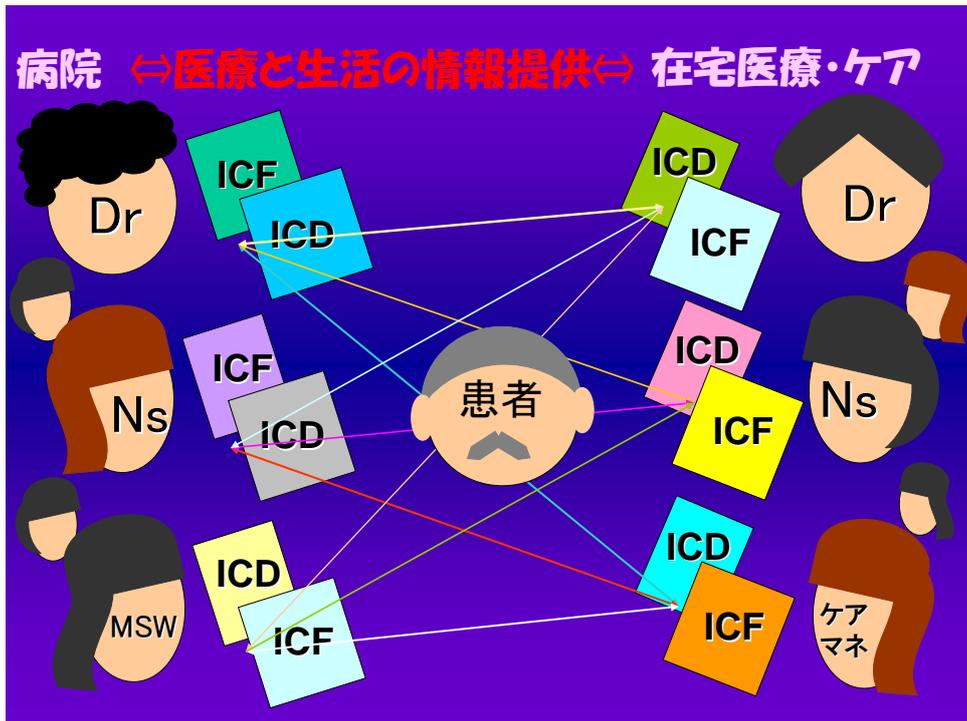


図 2 4

今後、入院も退院もすべて I C F を組み込んだ情報提供によって生活を支える。

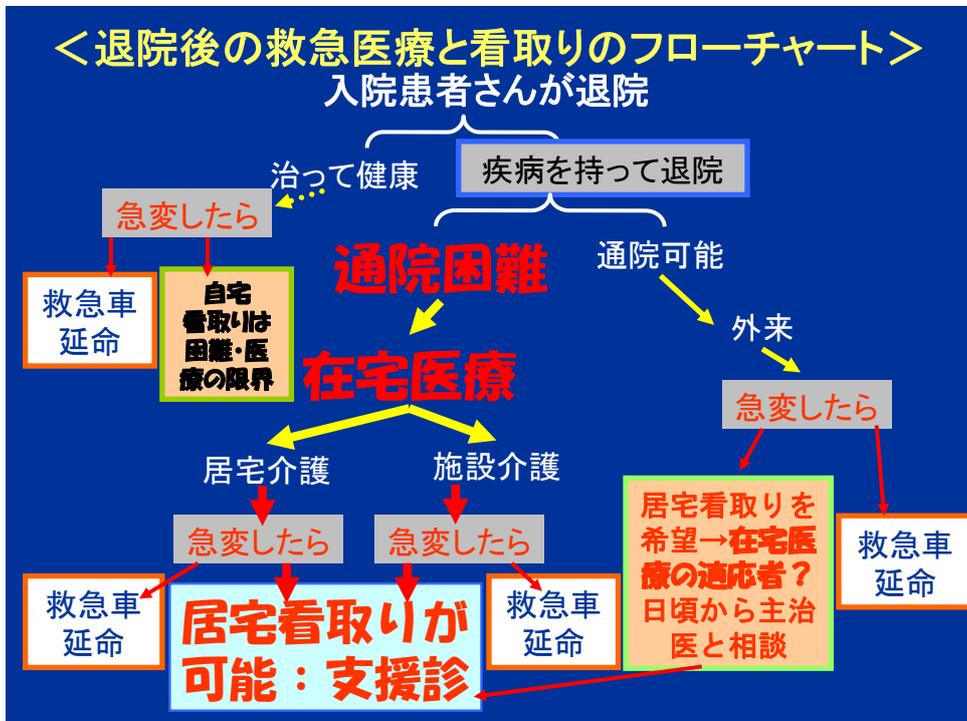


図 2 5

救急医療で提供される医療の範囲を、図 2 0 の生き方の変遷を基に本人に選択してもらう。

「地域の急性期・救急医療の一体的提供」

急性期病院を支える在宅医療

これを進めるキーポイント



第一に 在宅医療はどんな重症でも帰せる

第二に 救急搬送数と病院死が減少

第三に 在宅ホスピスで看取る

結果＝急性期病院が楽になる

図 2 6

事例:

脳死状態のミトコンドリア脳筋症^{13歳} 男児を家で看取る

経過: 5/19 集中治療室(ICU)で人工呼吸器装着

5/21 CT:全脳浮腫・脳波:平坦・聴性脳幹反応:×



“臨床的脳死状態”と言われる

しかし家族は「この世に存在していることを認めて!」と言った。

1)単に「重度の障害者」と考える

2)障害をあるがままに受け入れる

3)自立支援:毎日訪問介護+看護で7.5時間

4)結果:2ヶ月の在宅生活で看取られた

図 2 7

独居 + 全身麻痺 + 呼吸器 + 胃瘻で暮らす制度が既にある

	0:00	8:00	12:00	16:00	20:00	24:00
月	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	訪問看護 事業所① 介保	事業所①M県単独事業		広域支援
火	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	事業所① 介保 訪問看護	介護者A 全身性 事業所① 支援	事業所②支援 入浴車	広域支援
水	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	介護者B 全身性 訪問看護	介護者B 全身性 事業所② 支援	事業所③ 介保	広域支援
木	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	広域支援おさん 訪問看護 事業所①支援 ボランティア	事業所②支援	事業所③ 介保	広域支援
金	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	訪問看護 事業所① 介保	事業所①支援 入浴車	事業所③ 支援 介護者B 全身性	広域支援
土	広域支援 (前日より通し)	ボラン ティア	事業所④支援	事業所④介保	介護者B 全身性	広域支援
日	広域支援 (前日より通し)	ボラン ティア	事業所③ 介保	事業所③支援		広域支援

凡例	訪問看護	身体障害者自立支援法	介護保険
	M県単独事業	S市全身性障害者等指名制介護助成事業	ボランティア

図 2 8

【在宅医療ができること】

採血・検尿・血液ガス・X線撮影・内視鏡
気管支鏡・超音波検査・呼吸機能測定

↓

在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入
胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

↓

できないこと:手術・CT/MRI検査・放射線治療等を
除けばほとんどのことができると考えてよい

図 2 9

重症患者と在宅療養支援診療所

	訪問診療を行った患者（2006年12月）				
		在宅人工呼吸療法 (HMV)	在宅酸素療法 (HOT)	在宅中心静脈栄養法 (HPN)	在宅成分栄養経管栄養法 (HEN)
総数推計	229,276	2,924	14,743	2,669	7,281
うち在宅時医学総合管理料を算定	164,660	2,349	11,630	1,993	6,335

**この患者を病院へはもとせない！ → 病院疲弊
在宅医療の充実で重症者を帰宅させよう**

出典：平成18年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業（回収率を元にして全国総数を推計）

図 3 0

在宅医療は病院の新たな増加ベッド

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S市医療センター	698	10	62	64	20
東北K年金病院	500	6	72	40	20
S厚生病院	383	17	35	27	5
仙台住診クリニック	370	42	70	15	110

図 3 1

病院と在宅療養支援診療所の人員配置

病院の常勤換算医師数^{※1}

病院総数：100床あたり11.3人 → 医師1人あたり8.8床
一般病院：100床あたり12.9人 → 医師1人あたり7.8床

在宅の常勤換算医師数^{※2}

87,952人の在宅患者(訪問診療実施)に対し5,768人の医師
→ 医師1人あたり15.2床に相当

在宅医療が充実すれば、「在宅というベット」を増やすことができる

※1 H19 医療施設調査より
※2 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図 3 2

救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診件数

救急自動車出動件数 … 5,095,615回

救急搬送人員^{※1} 4,677,225人/年 … A

そのうち・手術を要する入院 }^{※2} 1,314,000人/年 … B
・生命の危険がある入院

A-B= 在宅医療の対象となる救急搬送 3,363,225人/年 … C

在宅療養支援診療所(11,674件) 588,383件/年^{※3} … D
による往診件数

在宅療養支援診療所・医師による往診回数は
救急搬送人数の約17.5%に相当する

※1 平成20年 救急・救助の概要(速報) 総務省消防庁
※2 平成17年患者調査 入院×救急の状況
※3 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図 3 3

【夜間】救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診

救急自動車による
覚知時刻別搬送人員(平成17年中) ※1 **4,955,976人/年…A**

そのうち18時—8時
の救急搬送人員 ➡ **1,639,765人/年…B**
(手術を要する入院、生命の危険がある入院を除く) ※2

在宅療養支援診療所(11,674件) ※3 **226,837件/年…C**
による夜間の往診件数

在宅療養支援診療所・医師による夜間往診回数は
救急搬送人数の約13.8%に相当する

※1 平成18年 救急・救助の概要(速報) 総務省消防庁
※2 平成17年患者調査 入院×救急の状況
※3 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図 3 4

ホスピス緩和ケアと在宅療養支援診療所

緩和ケア病棟入院料届出施設・病床数*1 **193施設3,766床**

緩和ケア病棟平均在院日数*2
(調査に回答した96施設中) **~20日 57%**
~25日 95%
~28日 98%

在宅療養支援診療所による
がん患者の在宅看取り*3 (全国推計・年換算) **30,062人**

在宅におけるがん末期の平均日数を 60日と仮定すると

すでに4,942床分の機能を持つ

*1: 日本ホスピス緩和ケア協会資料 2009/5/1現在
*2: 財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2005年度調査研究報告における 98%の施設
*3: 長寿 回収率を元にして全国総数を推計

図 3 5

病院での死亡率と在宅での死亡率 在宅看取り＝最後まで家庭生活

	……	平成 15年	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年
病院での 死亡率	…	↑ 78.9%	↑ 79.6%	↑ 79.8%	↓ 79.7%	↓ 79.4%	↓ 78.6%
在宅での 死亡率	…	↓ 14.9%	↓ 14.5%	↓ 14.4%	↑ 14.5%	↑ 14.9%	↑ 15.6%

※在宅での死亡とは、自宅での死亡と老人ホームでの死亡を合算したものとする

※平成20年までの人口動態統計調査に基づく

図 3 6

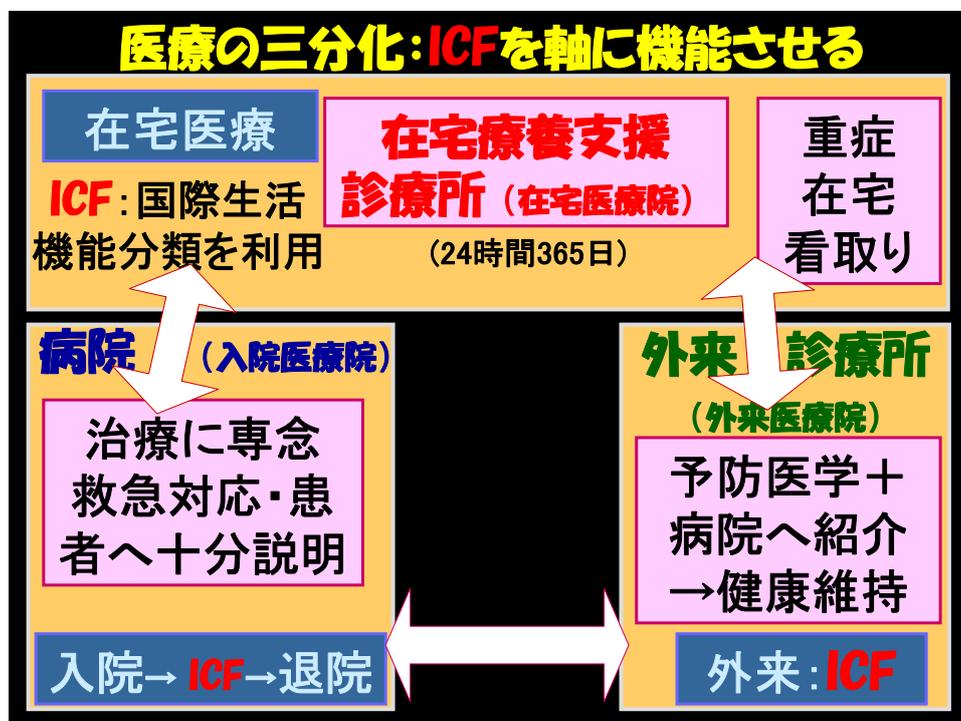


図 3 7

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

訪問歯科診療は「生活者の生き方」に寄り添う医療である

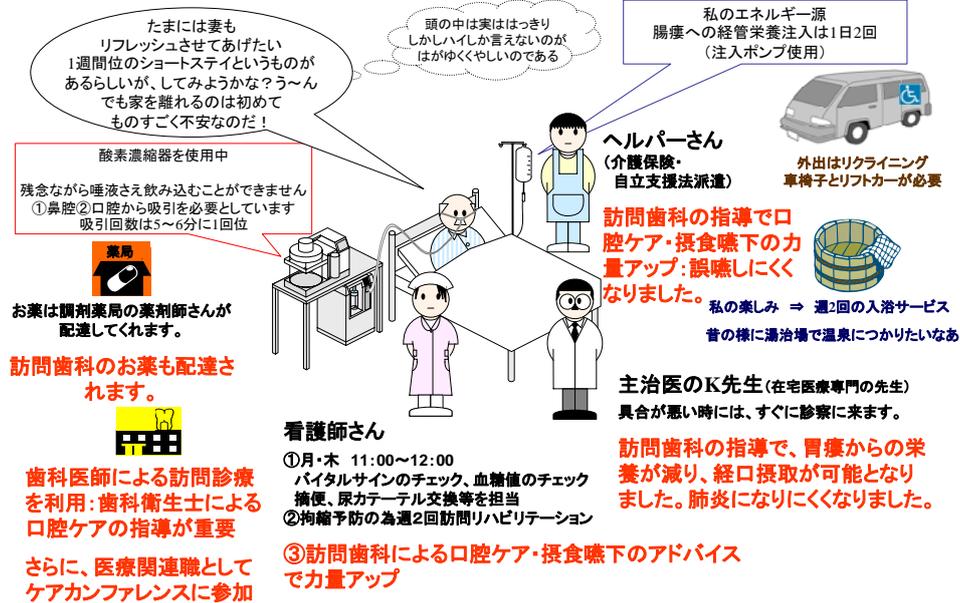


図 3 8

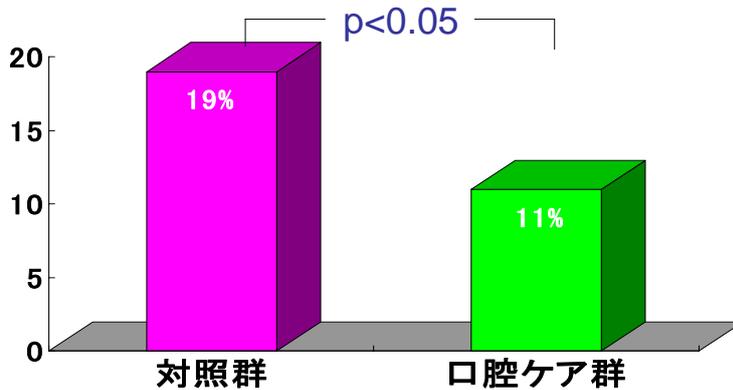


図 14. 2年間の肺炎発症率

Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H : Lancet354(9177), 515, 1999.

図 3 9

生き方の変遷に伴う在宅調剤業務の変化

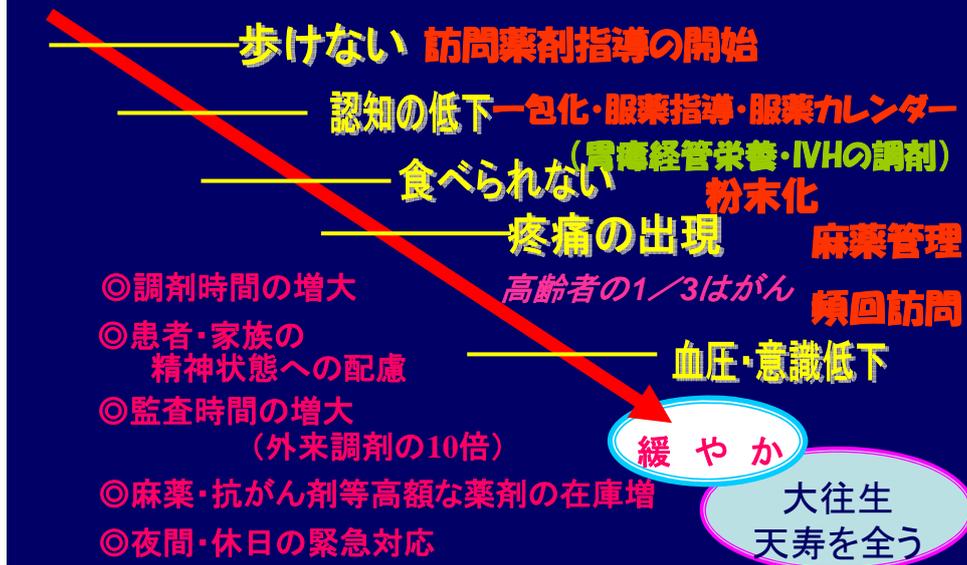


図 4 0

日常生活用具の給付対象者および品目

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

※注：色字は18歳以上が対象

図 4 1

介護保険制度における重度化・看取りに対する体制整備

療養通所介護の創設

難病、がん末期、重度要介護者で医療ニーズの高い方への通所サービス

特別養護老人ホーム(特養)

- ・重度化対応加算
- ・看取り介護加算

認知症グループホーム

- ・医療連携体制加算
- ・看取り介護加算



図 4 2

【在宅医療の現状と今後の課題】

在宅療養支援診療所発足前後の在宅死亡率

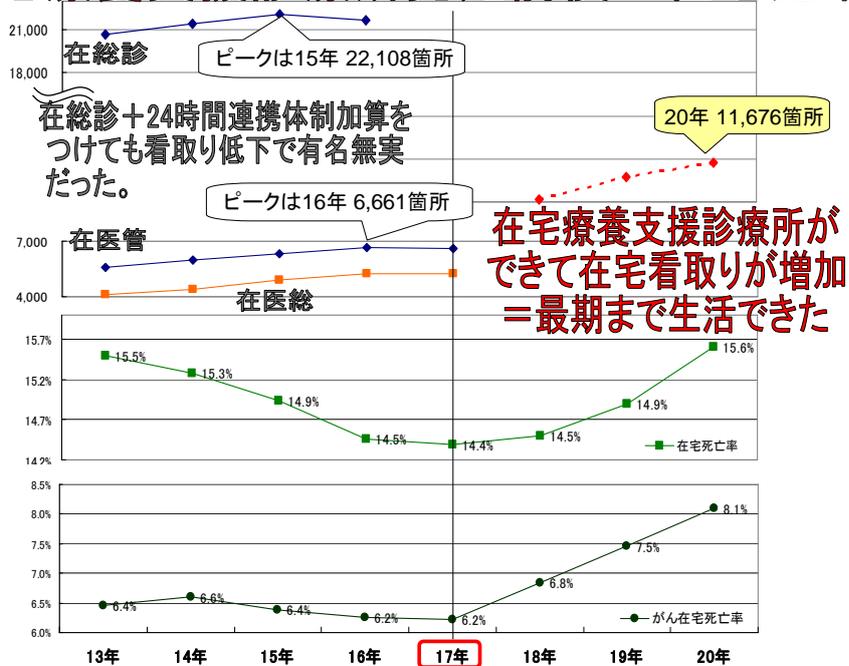


図 4 3

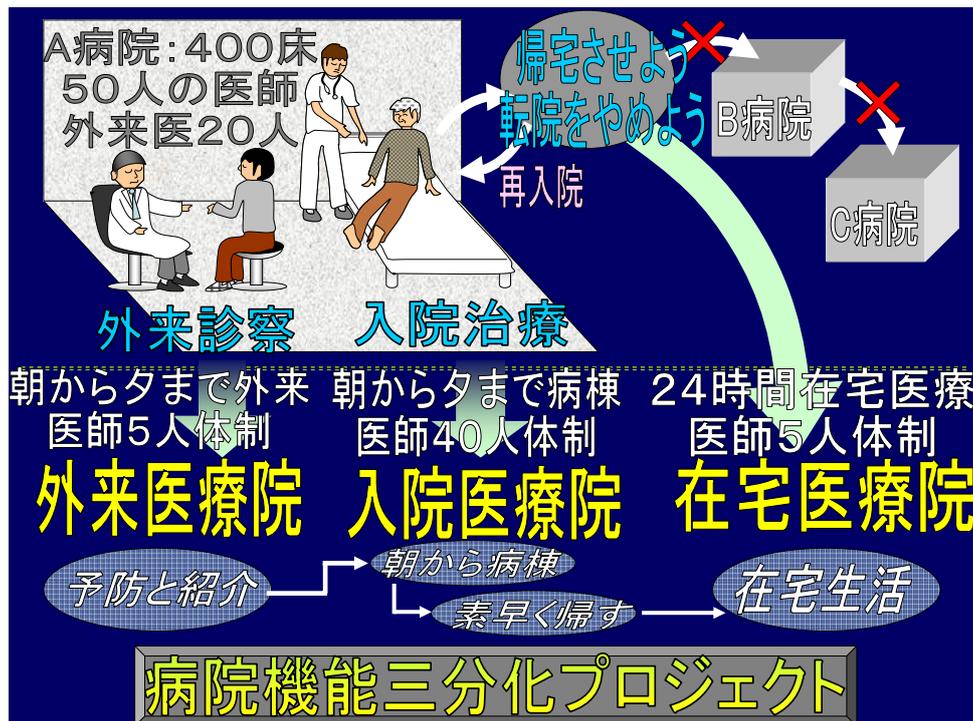


図 4 4

これからの医療と介護の連携と接点は【生き方】

重 ①高齢者・がん末期・難病は生きる時間が短い
 ②ICF:残された時間をよく生きる「**生き方**」の提示

要 ③「**生き方**」を説明できる医者＋医療・ケア提供
 ④**ケア**:重症対応＋看取り可能な介護員教育

項 ⑤医療の現状→説明不足・機能分化不備→**疲弊**

⑥入院医療院:外来医療院:在宅医療院 三分化

目 ⑦「**生き方**」を基本とした医学教育の充実

ハードを構築する時代ではない。ソフトを操る。

図 4 5

【まとめ】

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』は主として二つに大別された以下の健康状態、

- (1) 基底還元主義または要素還元主義による、比較評価可能な標準化された較差を持つ心身機能として表される健康状態。治療可能な場合に有効。実体として誤認されやすい。
- (2) ICFによる、心身機能・活動・参加が統合された全体像としての健康状態。いずれの状況においても健康とみなすことが可能である。治療不可能な場合に有効。構成概念。

を軸にしなが、二種類の健康状態のうち特に(2)の健康状態が、「五体不満足」であっても希望を持って生きられる重要な概念と考えた。

生活機能を構成する健康状態を維持するためには、生きることの全体＝生活機能自体が支えられなければならない。医学も医療も、その目的は本人の生活機能の維持にある。

支援策の具体的提示も必要であった。

説明は、原因→結果型ではなく、循環型となり⇔双方向性となる。

このようなアプローチを通じて、科学的身体論に偏りがちな医師の説明を、生活機能＝生きることの全体、に引き戻すことが狙いである。

文献

- 12) 大川弥生：生活機能とは何か。東京大学出版会、2007
- 13) 上田 敏：ICFの理解と活用。きょうされん、2007
- 14)・15) 川島孝一郎：在宅医療のグランドデザイン 平成19年度長寿医療研究委託費
- 16) 川島孝一郎。終末期の決定プロセスのあり方とニューロエシックス。臨床神経学、2008

第4章 在宅移行推進のその他の方策

第4章 在宅移行推進のその他の方策

1. 在宅療養を支える社会資源整備状況の周知 —在宅療養支援診療所MAPの構築—

1) 在宅療養を支える社会資源

在宅療養を支えるためには、医師の訪問診療・往診、訪問看護、訪問薬剤指導、居宅介護支援、訪問介護などの各種医療・介護サービスが必要である。

より多くの在宅療養希望者を受け入れるためには、

- 1) これら医療機関・介護事業所が整備されていること
 - 2) 多事業者が互いに広く、かつ、密に連携をとっていること
 - 3) 療養者自身の特徴（疾病、療養方針など）や療養者を取り巻く環境（地域性、家族構成など）に対して、各従事者の経験が広く豊富であること
- などが求められる。

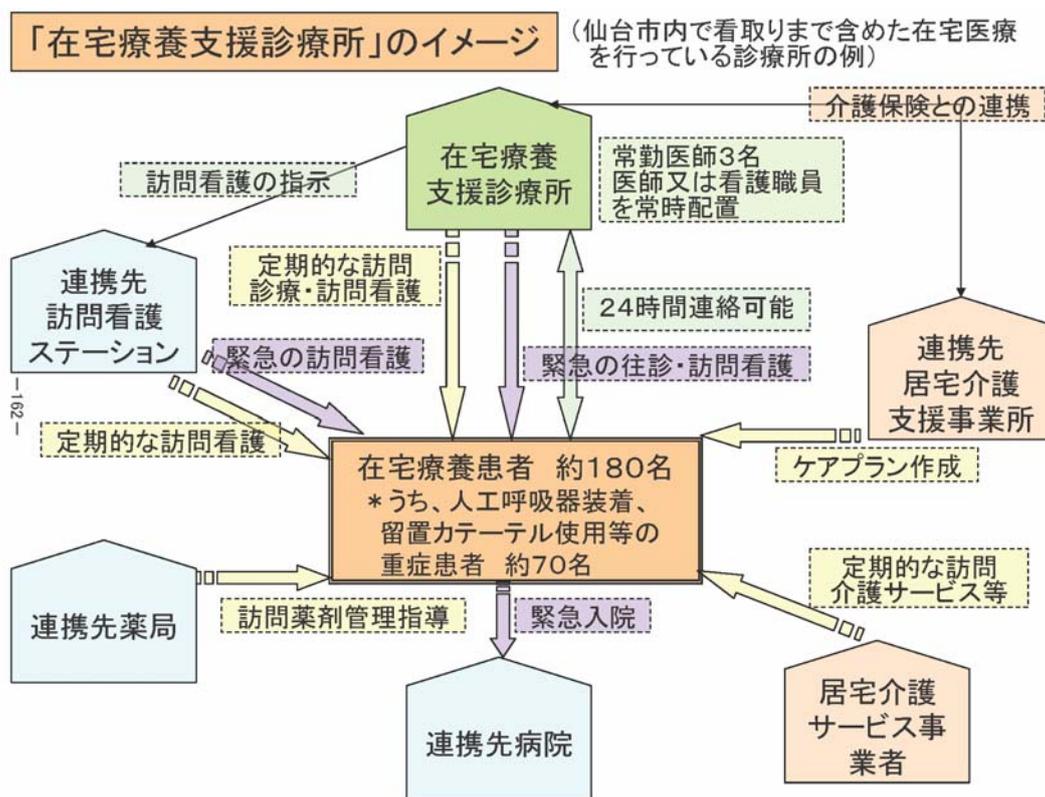


図4-1 在宅療養を支える医療機関・介護事業所など（厚労省資料より）

疾病をもつ通院困難者が、入院ないし外来の医療から在宅医療に移行する際には、病院医（もしくは外来専門の診療所医師）から、在宅療養を支える医師にバトンタッチするか、もしくは、入院・外来医療を提供してきた医師・医療機関が、引き続き訪問診療を行うところであるが、平成18年の診療報酬改定以降、在宅療養支援診療所の新設や退院時共同指導の再編などが行われており、入院から在宅医療への円滑な移行が現在求められているところである。

平成19年度、全国の臨床研修病院に対して、在宅療養適用者（通院困難者）の在宅移行の状況について調査を行った。結果は図4-2のとおりで、半数が転院となっている。

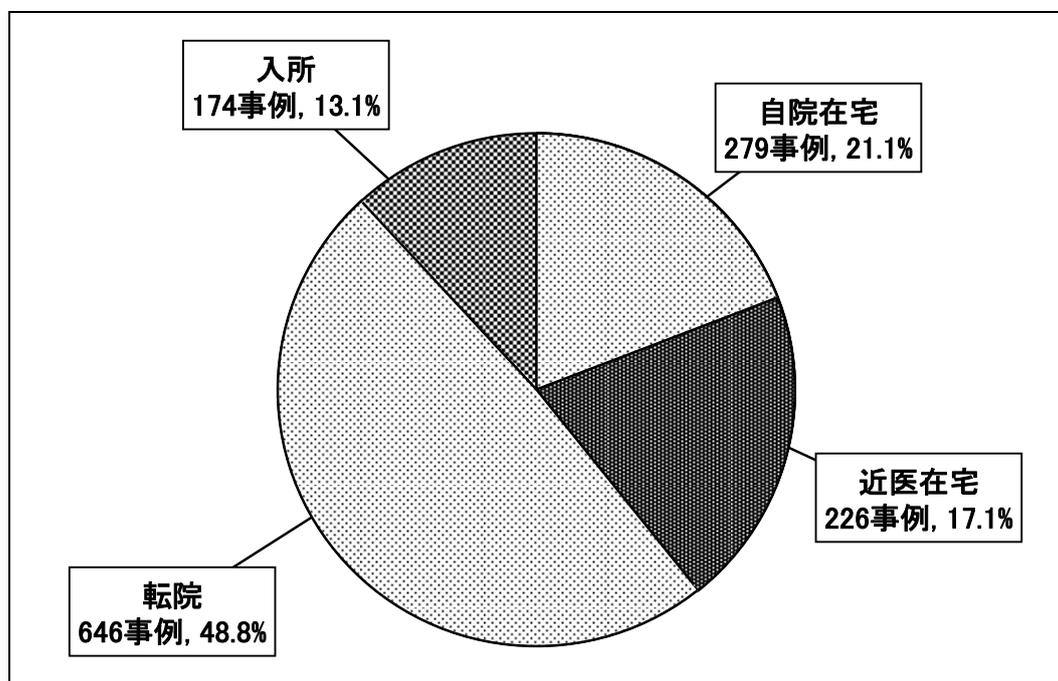


図4-2 在宅療養適用者の転帰
(病棟別回答のみ/4種全回答/在宅率50%未満, n = 172病棟/1,325事例)
(平成19年度 重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の
量的・質的 整備計画事業)

平成20年度の調査では、在宅療養支援診療所について「よく知っている」と答えた病院医は、約4割であった(図4-3)。また、在宅医療において可能な療法、手技、検査、についても、「よく知っている」と答えたのは3割にとどまった(図4-4)。

在宅移行を推進するためには、在宅療養可能な疾病、在宅療養者の生活像、サービス提供の実態把握などを、病院を対象として進めていくことが重要であることが分かる。

また、在宅医療・介護には、多くの事業者がサービスを提供すること、疾病・症状のみならず、療養方針・家族状況・経済状況・地域環境が複雑に関係することなどが理解されれば、退院計画策定と退院時共同指導が特に重要な意味を持つことも周知されるだろう。

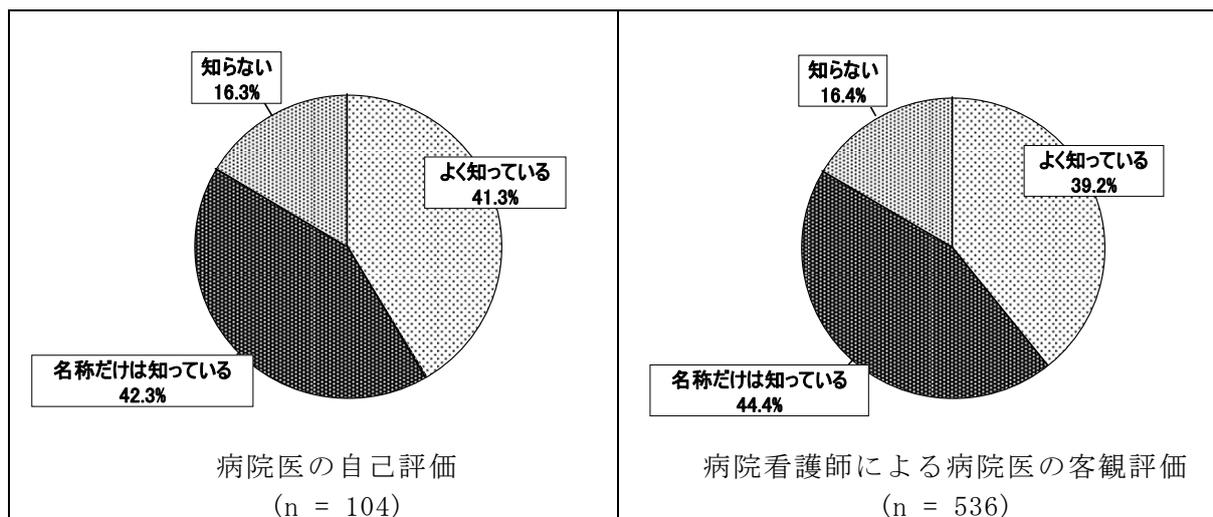


図4-3 在宅療養支援診療所について知っているか
 (平成20年度 高齢者の「生き方」を共通言語とした24時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究事業)

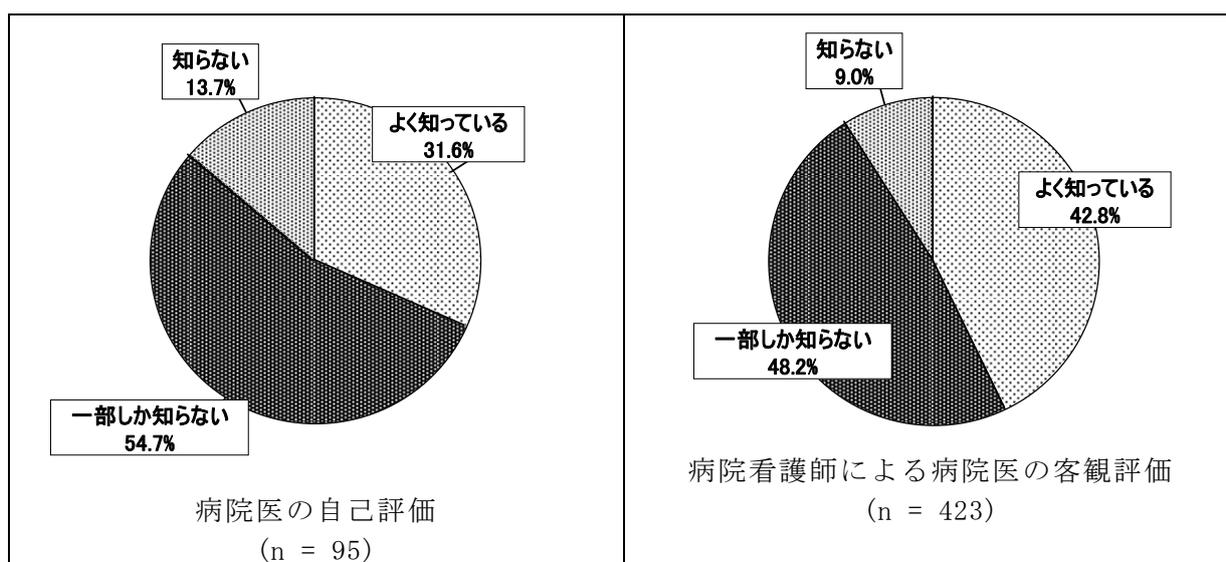


図4-4 在宅医療でできることについて知っているか
 (平成20年度 高齢者の「生き方」を共通言語とした24時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究事業)

2) 在宅療養支援診療所の整備状況の周知

2009年12月時点で、全国には12,140箇所の在宅療養支援診療所がある。しかし、前述のとおり、在宅療養支援診療所という制度そのものや、在宅医療の実態は、病院医には未だ周知されていない。

在宅療養支援診療所は、その要件として24時間体制の確立（必要に応じて他の訪問看護事業者などと協同して行う）が求められているが、いかなる疾患・療法に対応できるかは、標榜診療科や医師個人の専門性に委ねられている。

また、疾病の状況や要介護度により、訪問看護・リハビリ・介護サービスなどが必要となるが、その整備状況は地域によって大きく異なる。

このように、在宅療養のための社会資源については、その質的量的な整備状況を地域ごとに調査し、病院医を中心とした医療関係者や、医療・介護・福祉の行政担当者間に広く周知していくことが求められる。

3) 在宅療養支援診療所MAPの構築

本事業では、情報収集と周知のモデルケースとして、在宅療養支援診療所の全国整備状況を示す「在宅療養支援診療所MAP」を構築した。

在宅療養支援診療所としての診療報酬を算定するためには、事前に各地方厚生（支）局に届出を行う必要があり、各地方厚生（支）局は各地域の在宅療養支援診療所の名称・住所・連絡先等を広く公開している。しかし、

- a) 対象疾患等に関する情報は登録要件に含まれていない
- b) 標榜科については別途調査可能であるが、難病など重症度の高い疾患について対応可能かどうかまでは判断できない
- c) 継続的な医学管理・訪問診療を常時行っているとはかぎらず、長年主治医となっている近隣の外来患者の在宅移行時のみ対応している診療所や、登録だけを行い実態としてはまったく在宅医療を行っていない診療所があることも予想される

などの問題があり、公開データや統計データなどのみで有用な情報を収集・提供することはできない。

そこで、実態に則した整備状況を得るため、上記地方厚生（支）局の公開データに基づき、各在宅療養支援診療所に直接情報提供を求めた。情報提供を受けるために用いた様式は図4-5のとおりである。

提供された在宅療養支援診療所の情報（本事業終了時点で1,002件）は、都道府県・市区町村ごとに地図上にプロットしたものを、インターネット上に広く公開している。また、対応半径の回答のあったものについては範囲を図示しており、現在日本のどの地域で在宅療養が実践されているかの目安が分かるようになっている。

資料4-1に、トップページ・都道府県・市町村・区、および各診療所の詳細情報の表示例を示す。また、資料4-2に、各都道府県の整備状況を示す。

在宅療養支援診療所MAPは、本事業終了後、仙台往診クリニック (<http://www.oushin-sendai.jp/>)、および（資）テディーズ・コンピュータ・サポート (<http://www.tcs-cc.co.jp/>) が引き続き管理・運営を行っていく予定である。

名 称			
住 所			
対応地域	おおよその範囲：	(半径 k m)	
	市区町村名など：	()	
キーワード (該当する 項目を ○で囲む 複数回答可)	施設機能：	・ 訪問看護	・ 訪問介護
		・ 院内処方	・ 訪問リハビリ
	療 法：	・ 在宅人工呼吸療法	・ 在宅酸素療法
		・ 在宅中心静脈栄養法	・ 在宅成分栄養経管栄養法
	疾 患：	・ がん	・ 特定疾患 (難病)
		・ 脳血管障害後遺症	・ その他全身性疾患
その他 (コメント・希望連絡方法・医師募集案内・研修受入・ホームページ URL など)			

図 4 - 5 「在宅療養支援診療所MAP」情報提供様式

4) 今後の展開

今後は、以下の医療機関等に関する情報を網羅していくことが重要である。

- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養支援歯科診療所
- ・ 訪問看護事業所 (ターミナルケアの実績を持つものなど)
- ・ 訪問介護事業所 (重度訪問等の実績を持つものなど)

また、各種の情報発信元と連携・統合を進め、

- ・ 在宅療養希望者と提供者施設・事業所間のマッチング
- ・ 在宅医療・訪問看護・重度介護訪問等の研修希望者と受け入れ施設・事業所間のマッチング

などの役割を果たしていくことが求められる。

2. 診療報酬・介護報酬上の評価による推進

1) 医師の役割と療養者の生活機能

医師法においては、医師の役割として、「国民の健康な生活を確保する」ことが明記されている。

医師法

第1条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

(医師法 第1章 総則 第1条)

また、WHOが2001年に障害に関する分類として採択したICFでは、人間の生活機能と障害を評価する際、心身機能の状態のみならず、活動・参加・環境因子・個人因子にも着目することが求められている。

ICF (WHO 2001年5月採択)

障害に関する国際的な分類としては、これまで、**世界保健機関**（以下「WHO」）が1980年に「国際疾病分類（ICD）」の補助として発表した「WHO国際障害分類（ICIDH）」が用いられてきたが、WHOでは、**2001年5月**の第54回総会において、その改訂版として「**ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)**」を採択した。

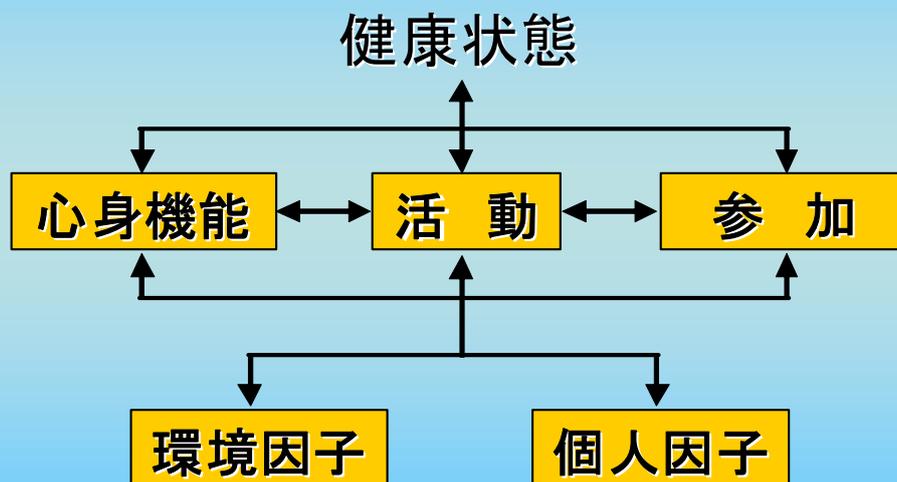
ICFは、人間の生活機能と障害に関して、アルファベットと数字を組み合わせた方式で分類するものであり、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されており、約1,500項目に分類されている（ホームページ上では、第2レベルまでの分類を掲載）。

これまでの「ICIDH」が身体機能の障害による生活機能の障害（社会的不利を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICFはこれらの環境因子という観点を加え、例えば、バリアフリー等の環境を評価できるように構成されている。このような考え方は、今後、障害者はもとより、全国民の保健・医療・福祉サービス、社会システムや技術のあり方の方向性を示唆しているものと考えられる。

(平成14年8月5日 社会・援護局障害保健福祉部企画課)

(下線・太字は原文のまま)

ICF(国際生活機能分類)モデル (2001)



「ICFの理解と活用」上田敏 著 より引用

図 4 - 6 I C F (国際生活機能分類) モデルの例

すなわち、きめ細かく適切な医療を提供するにあたっては、生活機能に関する情報の収集と評価は必須の要件であり、ゆえに、診療報酬請求に際してもまた、生活機能に関する情報提示と評価が必要になるものと考えられる。

2) 診療報酬による評価

医療機関が他の各医療機関や福祉関係機関と患者（療養者）の情報を共有するにあたっては、診療情報提供料(I)などによる評価がなされている。

診療情報提供料(I)

B 0 0 9 診療情報提供料(I)

診療情報提供料(I)は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

(平成18年3月6日 保医発第0306001号)

診療情報提供料(I)における「文書の交付」にあたっては、本章末尾の資料4-3~7(保医発第0306001号 別紙様式7~11)に準じた様式を用いるよう定められているが、これらの様式においては、生活情報に関する項目はごく一部に限られている。

退院計画や地域連携を進めるにあたって得られた患者の生活情報や療養方針に関する情報提供についても評価を行っていくべきであると考えられる。

3) 診療報酬請求における、医療機関側からの情報提示の現状

各医療機関が診療報酬請求を行う際に明細書（レセプト）に記載している情報は、以下のようなものがある。

表 4-1 診療報酬明細書に含まれている情報

【基礎情報】	患者名と性別生年月日
【保険情報】	種別、保険者番号と被保険者番号
【傷病情報】	傷病名
【診療情報】	手技（初診料、再診料、管理料、処置、検査 等々） 使用した医療機器・薬剤
【附帯情報】	概ね手技に附帯する情報 （実施した施設名、担当者名、日付など）

これら各項目については、診療報酬明細書において一定の記入欄が存在し、また、電算レセプト請求については、各傷病・手技・機器・薬剤等に対応するコードが整備されているところである。

一方で、上に述べてたような【生活情報】に対する様式や電算コードなどは現段階でまったく整備されておらず、また、診療報酬算定においても、これら生活情報の提示は特に要件とはなっていない。

従来は、用いられた手技や使用薬剤などの妥当性（“適切”と見なされる範囲から逸脱していないか）を評価するために、【傷病情報】の提示が重要な要件とされてきた。

それと同様に、今後在宅療養の移行を推進するにあたっては、行った手技・指導療法の選択や頻度が妥当であるかを評価するために、療養者自身および周辺環境の情報＝【生活情報】の提示が必須であると考えられる。

表 4-2 提示すべき生活情報の例（本人・介護者ともに）

家族状況	独居、老老、認認、介護者日中不在、等
経済状況	家計依存の状況、介護保険や助成制度による給付状況
認知症程度	指導・説明にかかわる内容
A D L程度	療養の方針や療法の選択
地域特性	訪問看護事業者の不在地域である、など

4) 生活情報提示の実例

仙台往診クリニックは、在宅時総合医学管理料などを算定し、かつ月間の請求点数が一定以上になった患者に対しては、当該患者の治療経過を、院内で定めた様式で「症状詳記」として診療報酬明細書とともに自主的に提出している（資料 4-9）。

“治療経過”には、どのような療養環境であるかの情報や、それがどう変化してきたかなどを記載している。また、請求対象となる診療月 1 ヶ月分の訪問日・処置内容をカレンダー上に略記している。

資料4-1 在宅療養支援診療所MAP-全国

～自宅で暮らす喜びを広めよう！～ 在宅療養支援診療所MAP

? 在宅療養支援診療所とは? など、
各種インフォメーションはこちら

全国

北海道東北

[北海道](#) [青森県](#) [岩手県](#) [宮城県](#)
[秋田県](#) [山形県](#) [福島県](#)

関東

[茨城県](#) [栃木県](#) [群馬県](#) [埼玉県](#)
[千葉県](#) [東京都](#) [神奈川県](#)

甲信越・北陸

[新潟県](#) [富山県](#) [石川県](#) [福井県](#)
[山梨県](#) [長野県](#)

東海

[岐阜県](#) [静岡県](#) [愛知県](#) [三重県](#)

関西

[滋賀県](#) [京都府](#) [大阪府](#) [兵庫県](#)
[奈良県](#) [和歌山県](#)

中国

[鳥取県](#) [島根県](#) [岡山県](#) [広島県](#)
[山口県](#)

四国

[徳島県](#) [香川県](#) [愛媛県](#) [高知県](#)

九州・沖縄

[福岡県](#) [佐賀県](#) [長崎県](#) [熊本県](#)
[大分県](#) [宮崎県](#) [鹿児島県](#)
[沖縄県](#)

全国には平成21年12月1日現在、12,140件の在宅療養支援診療所があります。

画像または地域名をクリックして、目的の地域に移動して下さい。



在宅療養支援診療所整備状況の最新情報や、詳細情報が掲載されていない診療所の一覧・連絡先等の入手については、[こちら](#)をご参照下さい。

このサイトは、平成21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)により、[仙台往診クリニック](#)が作成したものです。

各診療所の詳細情報は、希望されたものを直接掲載しています。新規掲載希望・内容の変更や削除については[こちら](#)へ

診療所の位置や対応地域、療法・疾病の対応内容はおおよそのものです。
実際の対応の可否については、各診療所に直接お問い合わせ下さい。

資料4-1 在宅療養支援診療所MAP-宮城県

～自宅で暮らす喜びを広めよう！～
在宅療養支援診療所MAP

全国

宮城県

あ
[石巻市](#) [岩沼市](#) [大河原町](#) [大崎市](#) [大郷町](#) [大衡村](#) [女川町](#)

か
[角田市](#) [加美町](#) [川崎町](#) [栗原市](#) [気仙沼市](#)

さ
[蔵王町](#) [塩竈市](#) [色麻町](#) [七ヶ宿町](#) [七ヶ浜町](#) [柴田町](#) [白石市](#) [仙台市](#)

た
[大和町](#) [多賀城市](#) [富谷町](#) [登米市](#)

な
[名取市](#)

は
[東松島市](#)

ま
[松島町](#) [丸森町](#) [美里町](#) [南三陸町](#) [村田町](#)

や
[山元町](#)

ら
[利府町](#)

わ
[涌谷町](#) [亶理町](#)

宮城県には平成21年12月1日現在、111件の在宅療養支援診療所があります。

画像または地域名をクリックして、目的の地域に移動して下さい。

凡例
■ 現在表示中のエリア
■ 他のエリア
○ 在宅療養支援診療所 (詳細情報あり)
○ " (詳細情報未登録)
○ 対応範囲の目安

在宅療養支援診療所整備状況の最新情報や、詳細情報が掲載されていない診療所の一覧・連絡先等の入手については、[こちら](#)をご参照下さい。

このサイトは、平成21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)により、[仙台往診クリニック](#)が作成したものです。

各診療所の詳細情報は、希望されたものを直接掲載しています。新規掲載希望・内容の変更や削除については[こちら](#)へ

診療所の位置や対応地域、療法・疾病の対応内容はおおよそのものです。
実際の対応の可否については、各診療所に直接お問い合わせ下さい。

資料4-1 在宅療養支援診療所MAP-仙台市

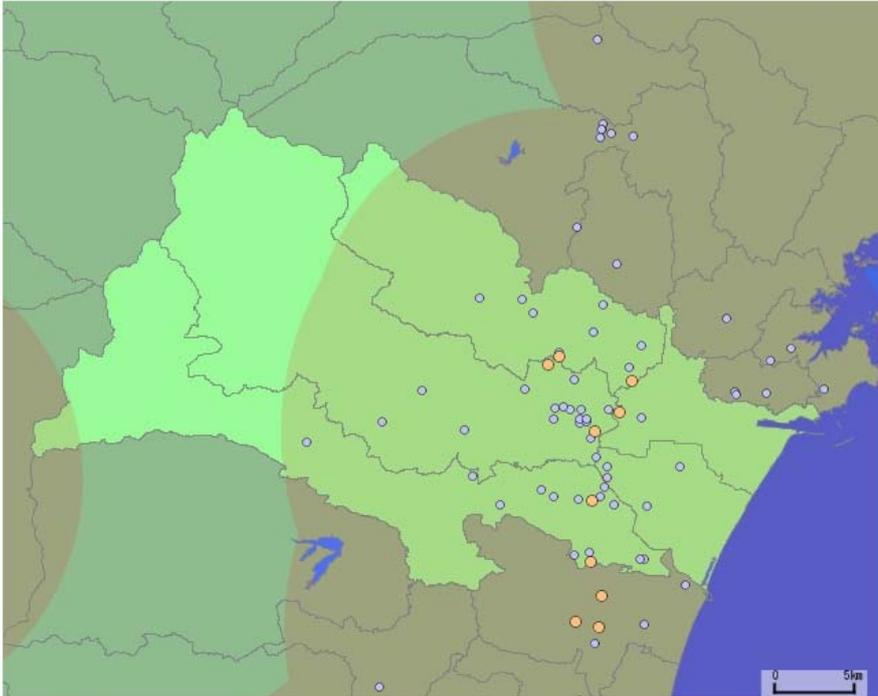
～自宅で暮らす喜びを広めよう！～
在宅療養支援診療所MAP

全国
宮城県
仙台市

青葉区 宮城野区 若林区 太白区 泉区

宮城県仙台市には平成21年12月1日現在、50件の在宅療養支援診療所があります。

画像または地域名をクリックして、目的の地域に移動して下さい。



凡例 現在表示中のエリア 他エリア 在宅療養支援診療所 (詳細情報あり) 在宅療養支援診療所 (詳細情報未登録) 対応範囲の目安

在宅療養支援診療所整備状況の最新情報や、詳細情報が掲載されていない診療所の一覧・連絡先等の入手については、[こちら](#)をご参照下さい。

このサイトは、平成21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)により、[仙台往診クリニック](#)が作成したものです。

各診療所の詳細情報は、希望されたものを直接掲載しています。新規掲載希望・内容の変更や削除については[こちら](#)へ

診療所の位置や対応地域、療法・疾病の対応内容はおおよそのものです。
実際の対応の可否については、各診療所に直接お問い合わせ下さい。

資料4-1 在宅療養支援診療所MAP - 青葉区

～自宅で暮らす喜びを広めよう！～
在宅療養支援診療所MAP

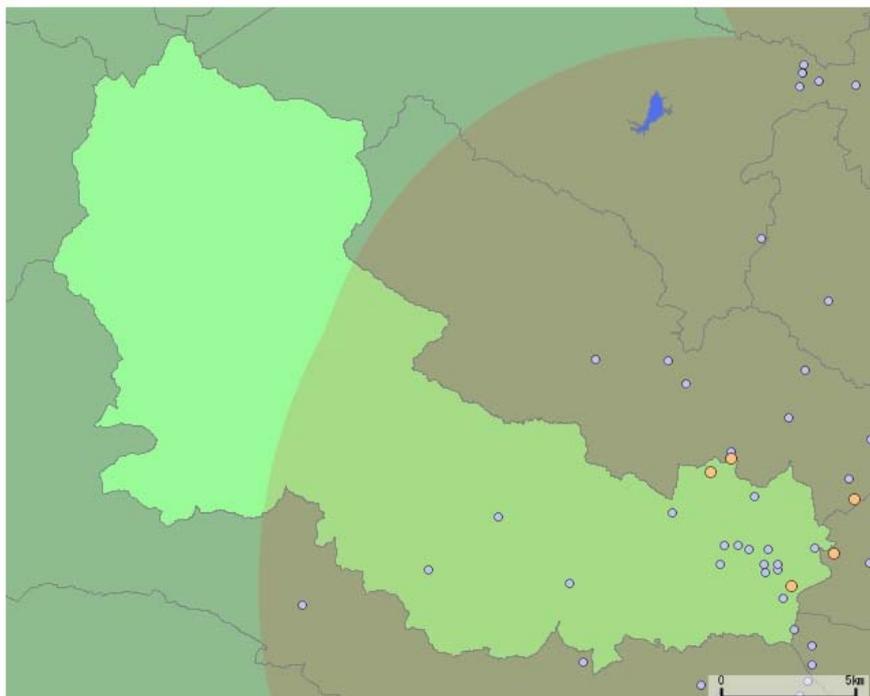
全国

宮城県

仙台市

青葉区

宮城県仙台市青葉区には平成21年12月1日現在、18件の在宅療養支援診療所があります。



凡例 現在表示中のエリア 他のエリア ● 在宅療養支援診療所（詳細情報あり） ● " "（詳細情報未登録） ● 対応範囲の目安

現在、宮城県仙台市青葉区 の2件の在宅療養支援診療所から、詳細情報が寄せられています。
(在宅療養支援診療所整備状況の最新情報や、詳細情報が掲載されていない診療所の一覧・連絡先等の入手については、[こちら](#)をご参照下さい。)

名称:	桜ヶ丘クリニック	詳細
住所:	宮城県仙台市青葉区桜ヶ丘7-22-8	
対応地域:	桜ヶ丘、川平、中山、長命ヶ丘、西勝山、東勝 青葉区北部(北西部) 泉区	
名称:	仙台往診クリニック	詳細
住所:	宮城県仙台市青葉区花京院2-1-7-3階	
対応地域:	仙台市、及び周辺の市町村	

このサイトは、平成21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)により、[仙台往診クリニック](#)が作成したものです。

各診療所の詳細情報は、希望されたものを直接掲載しています。新規掲載希望・内容の変更や削除については[こちら](#)へ

診療所の位置や対応地域、療法・疾病の対応内容はおおよそのものです。
実際の対応の可否については、各診療所に直接お問い合わせ下さい。

資料4-1 在宅療養支援診療所MAP-各診療所

～自宅で暮らす喜びを広めよう！～
在宅療養支援診療所MAP

全国

宮城県

仙台市

青葉区

診療所詳細

名称	仙台往診クリニック
住所	宮城県仙台市青葉区花京院2-1-7-3階
対応地域	仙台市、及び周辺の市町村
施設機能	訪問看護
対応療法	在宅人工呼吸療法 在宅酸素療法 在宅中心静脈栄養法 在宅成分栄養経管栄養法
対応疾患	がん 特定疾患(難病) 脳血管障害後遺症 その他全身性疾患
コメント	在宅医療専門の「在宅療養支援診療所」。常勤医4名、非常勤医7名、看護師7名によるチーム構成で、仙台市内全域、隣接する富谷町、大和町、塩釜市、多賀城市、名取市まで訪問診療を行っています。がん末期の方(30~40名)、神経難病の方、人工呼吸器(40名)、在宅酸素(50名)、胃瘻経管栄養(80名)、中心静脈栄養(10名)等複数の処置を必要とされる重症の方々へ365日24時間体制で在宅医療を提供しています。年間在宅看取り100名。地域医療の中心として活動する当クリニックを通して実践的在宅医療の全てを学んで下さい。また、当クリニックは平成15年度より厚生労働省老人保健事業推進費等補助金の交付を受け、在宅療養環境に関する研究事業を行い(平成21年度は6テーマの研究事業)、制度改革への提言も発表してきました。院長は東北大学医学部臨床教授であり、高次修練、二次地域医療体験実習、一次臨床医学修練実習も担っています。臨床・研究・教育が業務の三本柱です。ぜひホームページをご覧ください。
ホームページ	http://www.oushin-sendai.jp/

このサイトは、平成21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)により、仙台往診クリニックが作成したものです。

各診療所の詳細情報は、希望されたものを直接掲載しています。新規掲載希望・内容の変更や削除については[こちら](#)へ

診療所の位置や対応地域、療法・疾病の対応内容はおおよそのものです。

実際の対応の可否については、各診療所に直接お問い合わせ下さい。

～自宅で暮らす喜びを広めよう！～

在宅療養支援診療所マップ

凡例

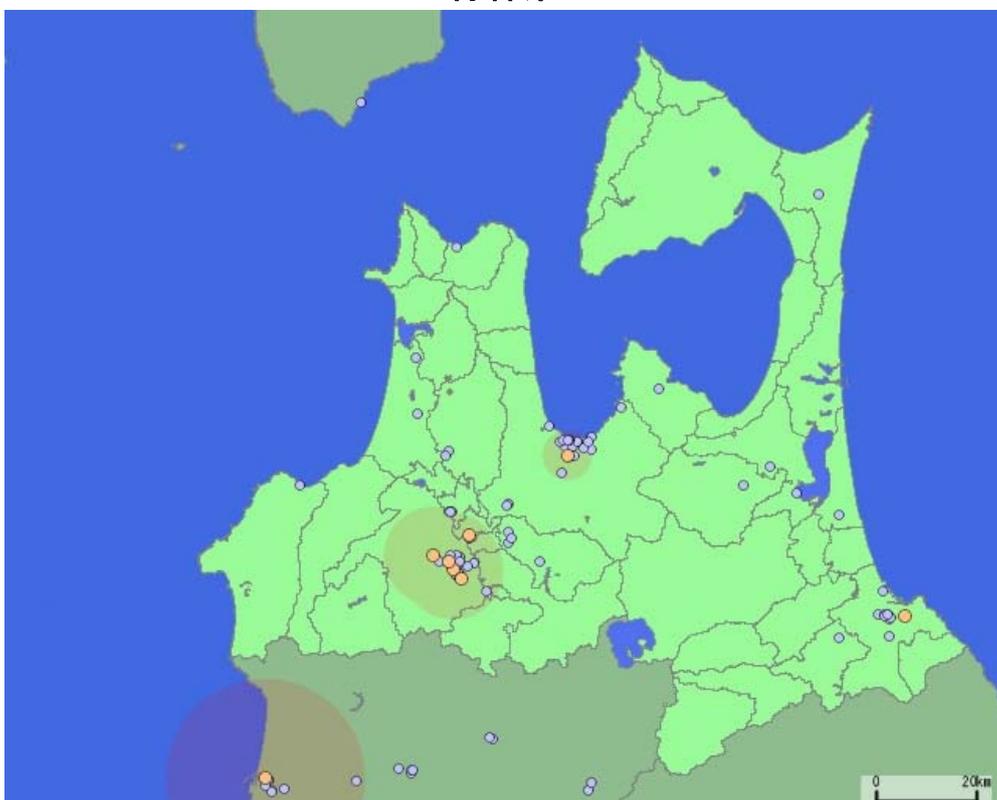
	表示中のエリア（当該都道府県）
	他のエリア（当該都道府県以外）
	在宅療養支援診療所（詳細情報あり）
	在宅療養支援診療所（詳細情報未登録）
	対応範囲の目安

北海道



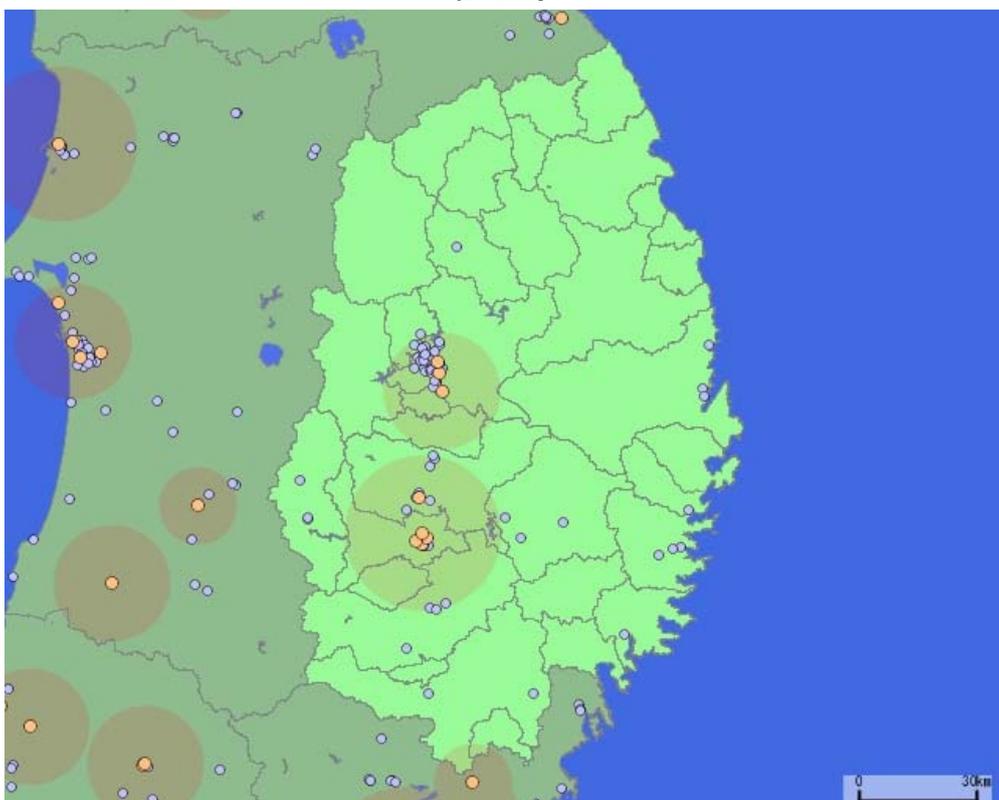
在宅療養支援診療所 総数：267
上記のうち、詳細情報掲載件数：22

青森県



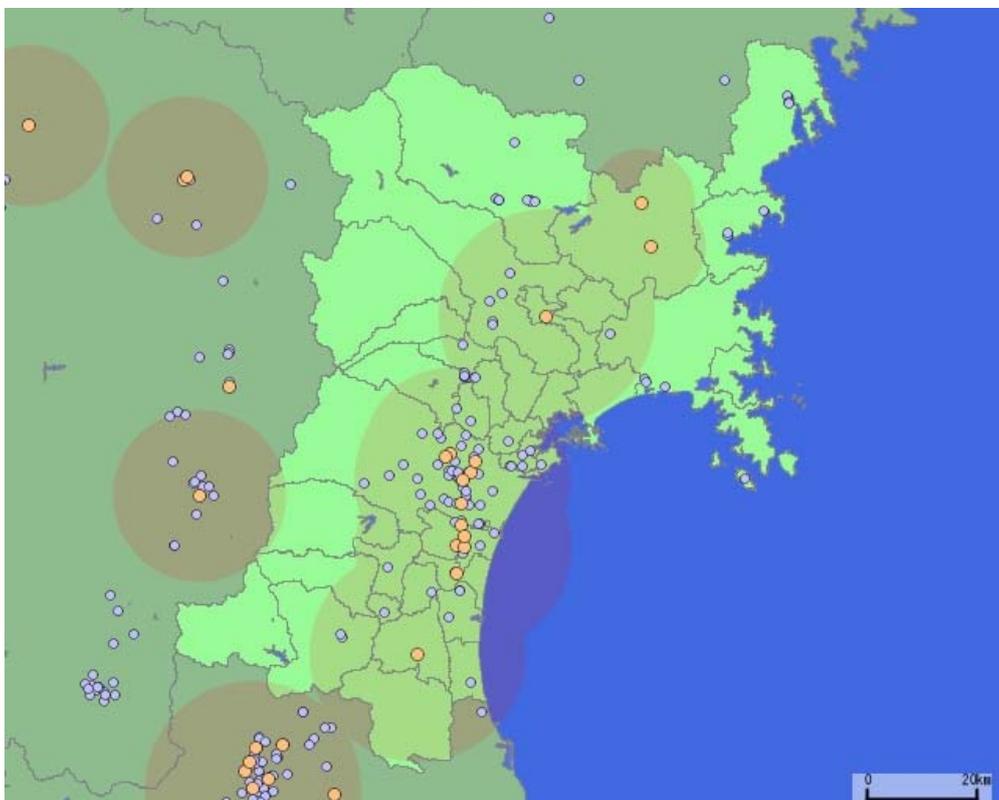
在宅療養支援診療所 総数：73
上記のうち、詳細情報掲載件数：7

岩手県



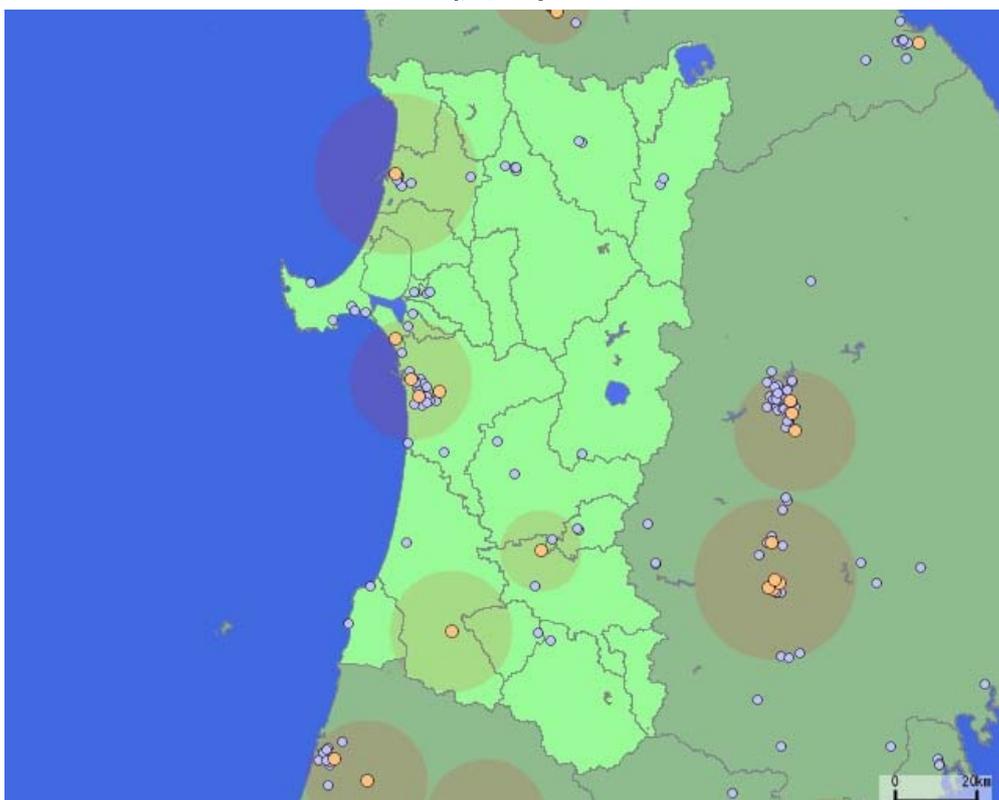
在宅療養支援診療所 総数 : 84
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 8

宮城県



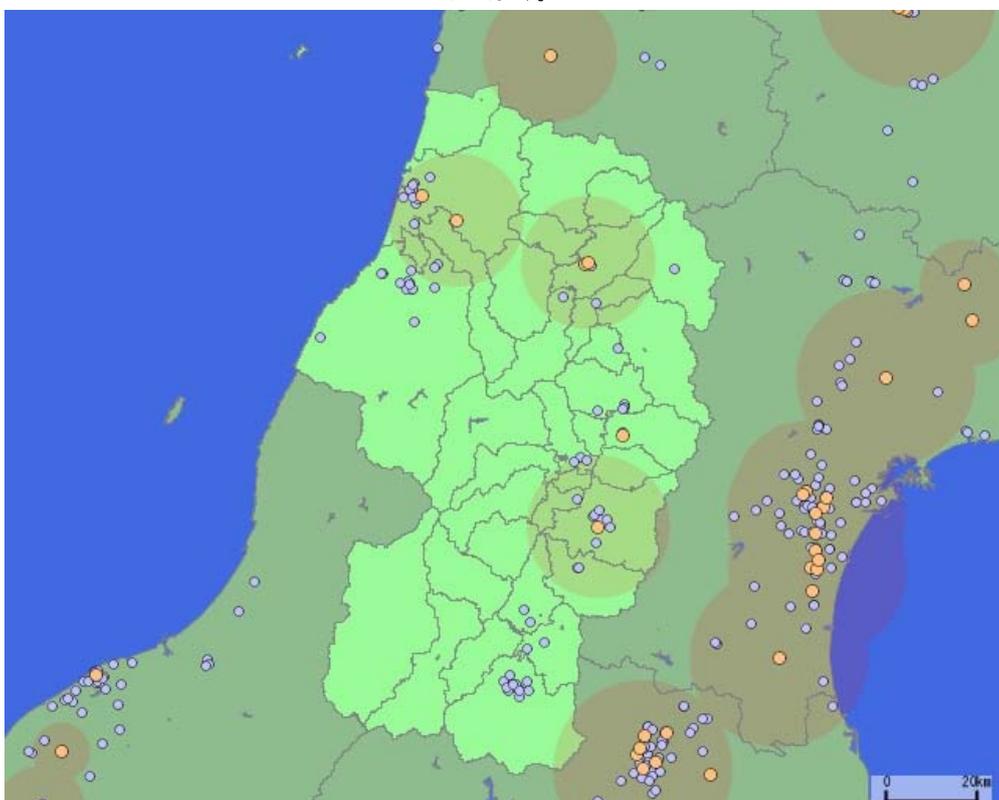
在宅療養支援診療所 総数 : 111
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 15

秋田県



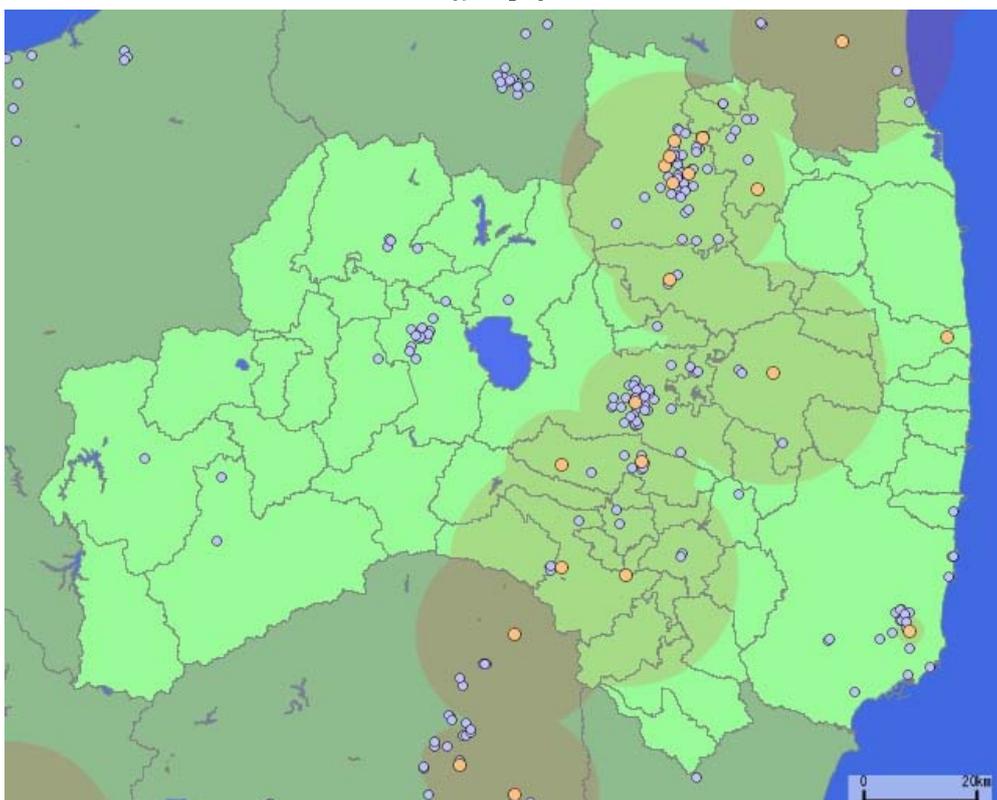
在宅療養支援診療所 総数：68
上記のうち、詳細情報掲載件数：7

山形県



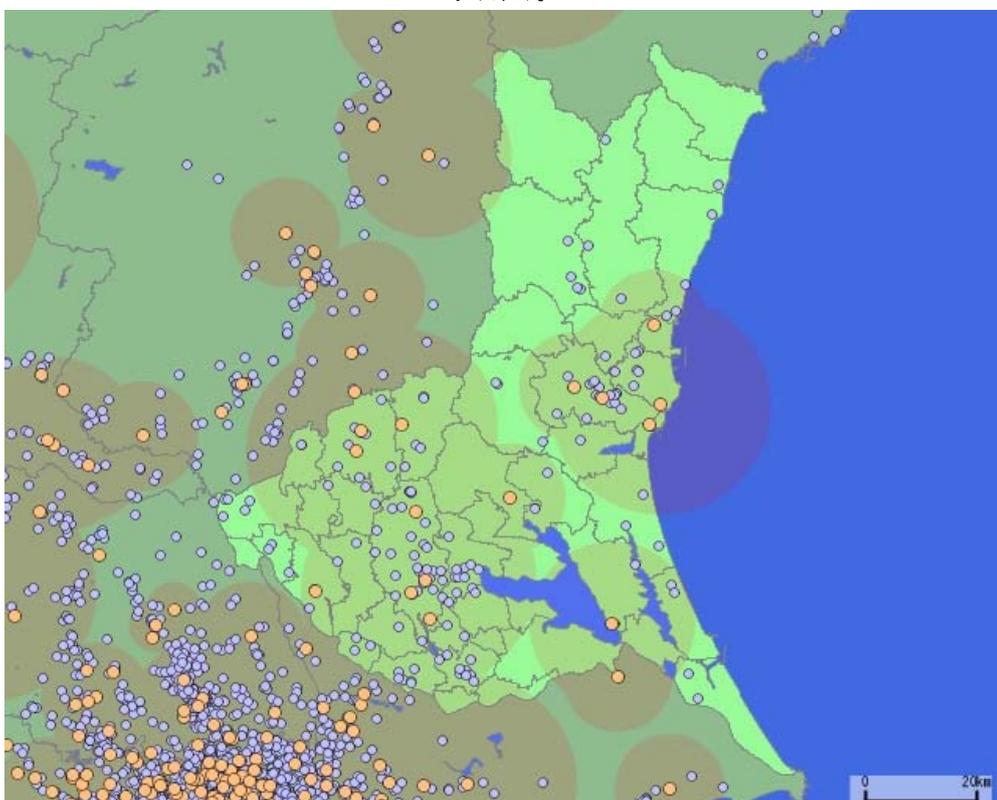
在宅療養支援診療所 総数：75
上記のうち、詳細情報掲載件数：6

福島県



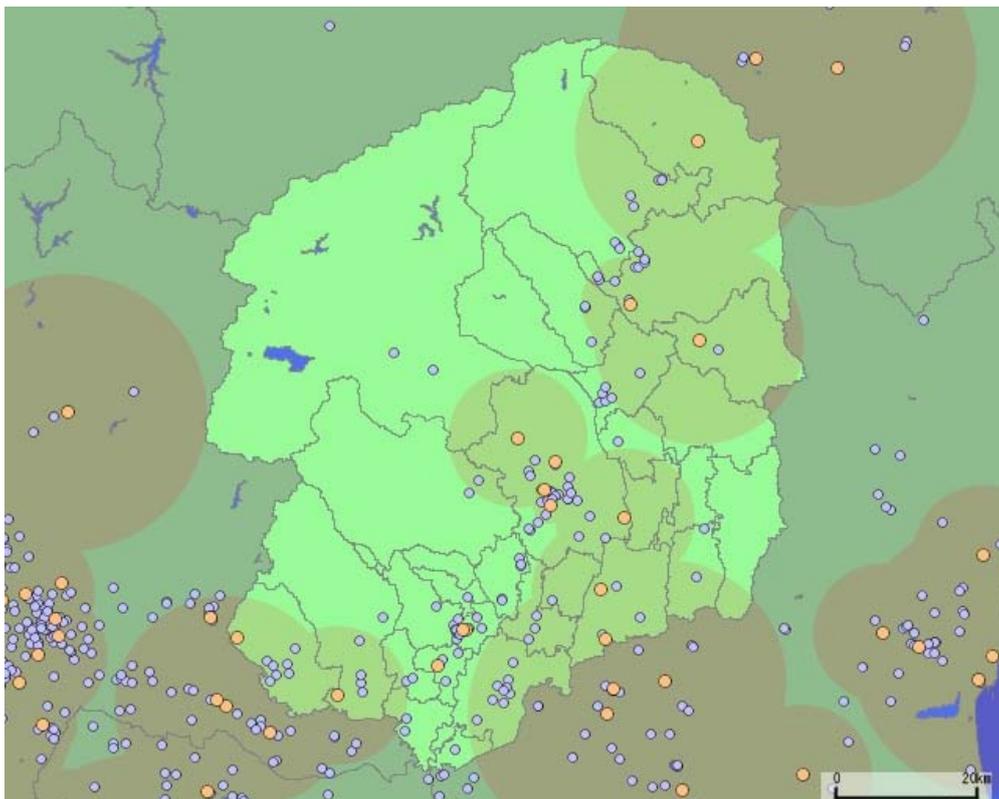
在宅療養支援診療所 総数：168
上記のうち、詳細情報掲載件数：16

茨城県



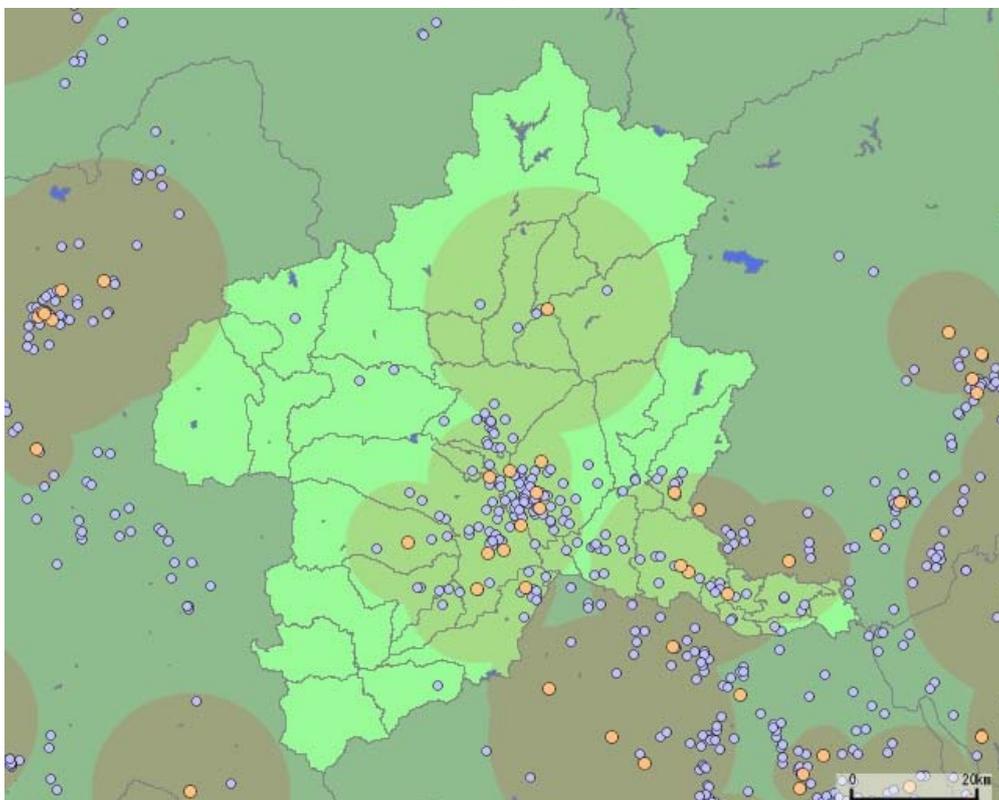
在宅療養支援診療所 総数：164
上記のうち、詳細情報掲載件数：15

栃木県



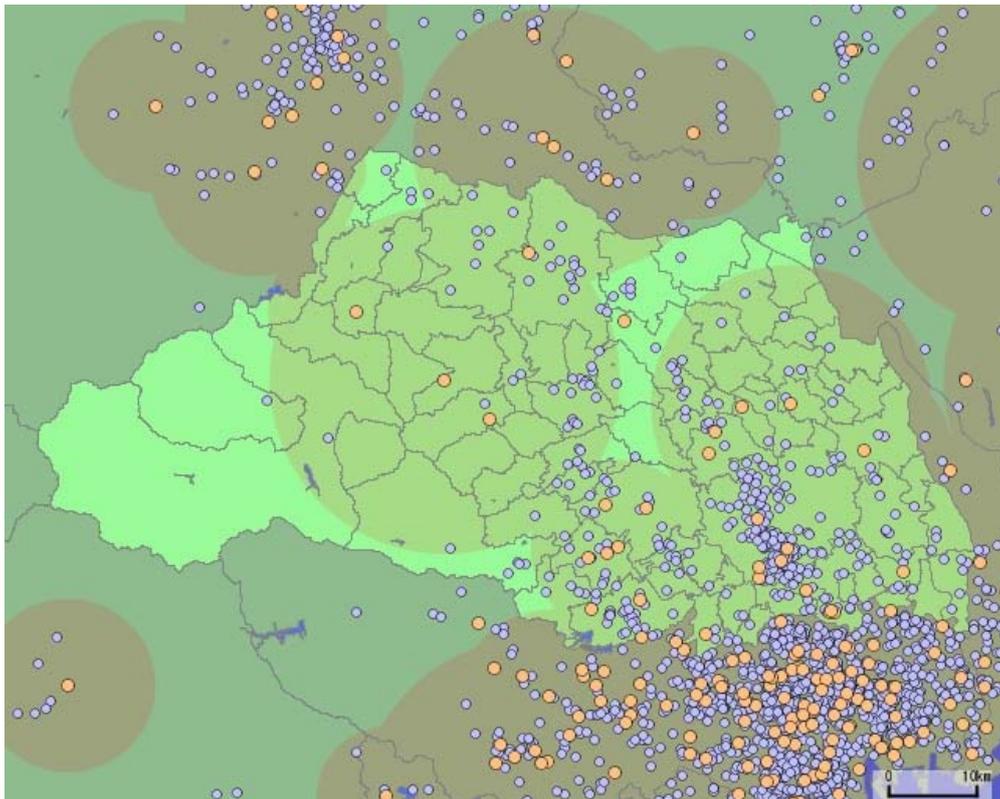
在宅療養支援診療所 総数 : 131
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 15

群馬県



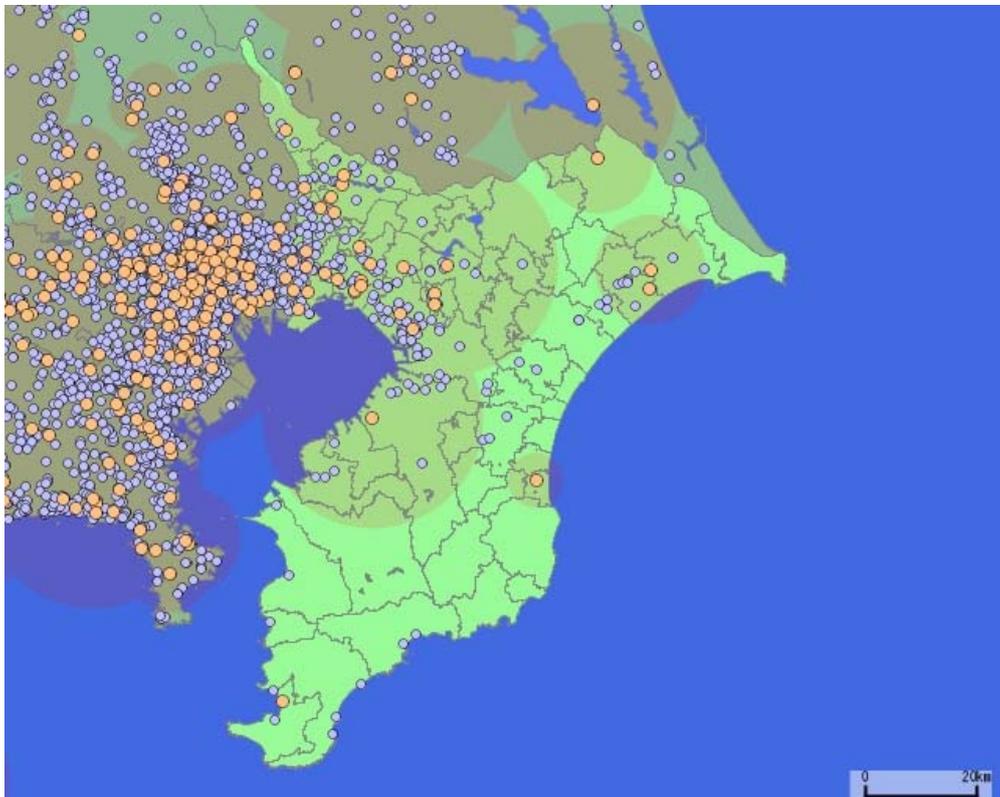
在宅療養支援診療所 総数 : 190
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 16

埼玉県



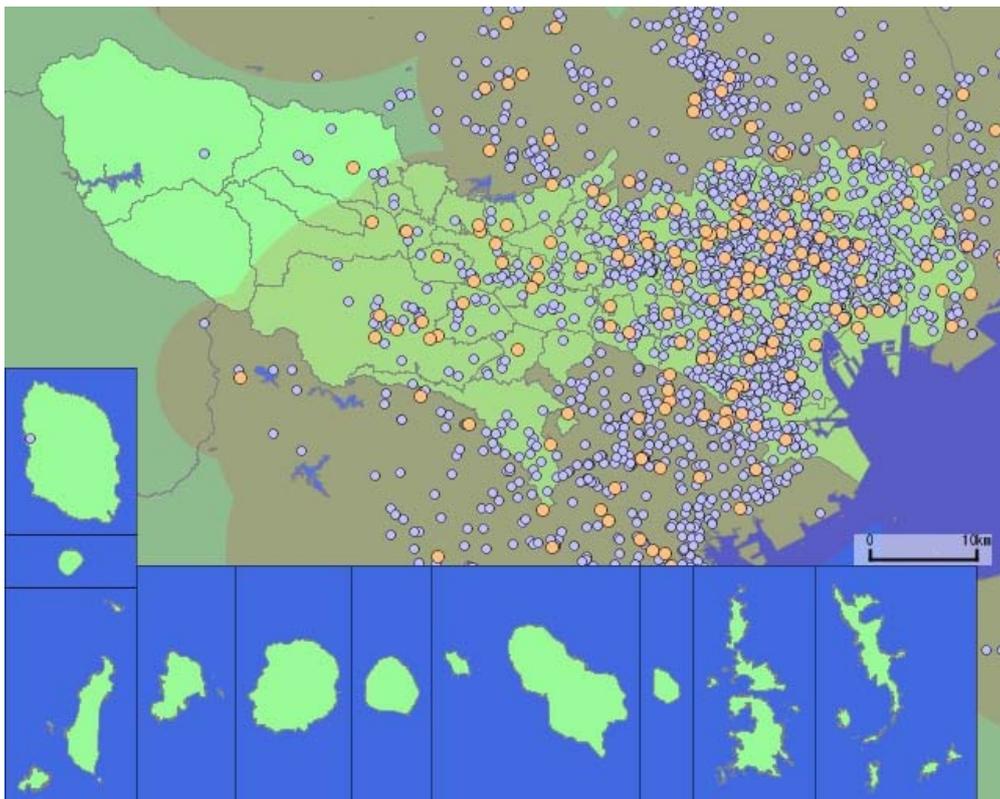
在宅療養支援診療所 総数 : 405
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 28

千葉県



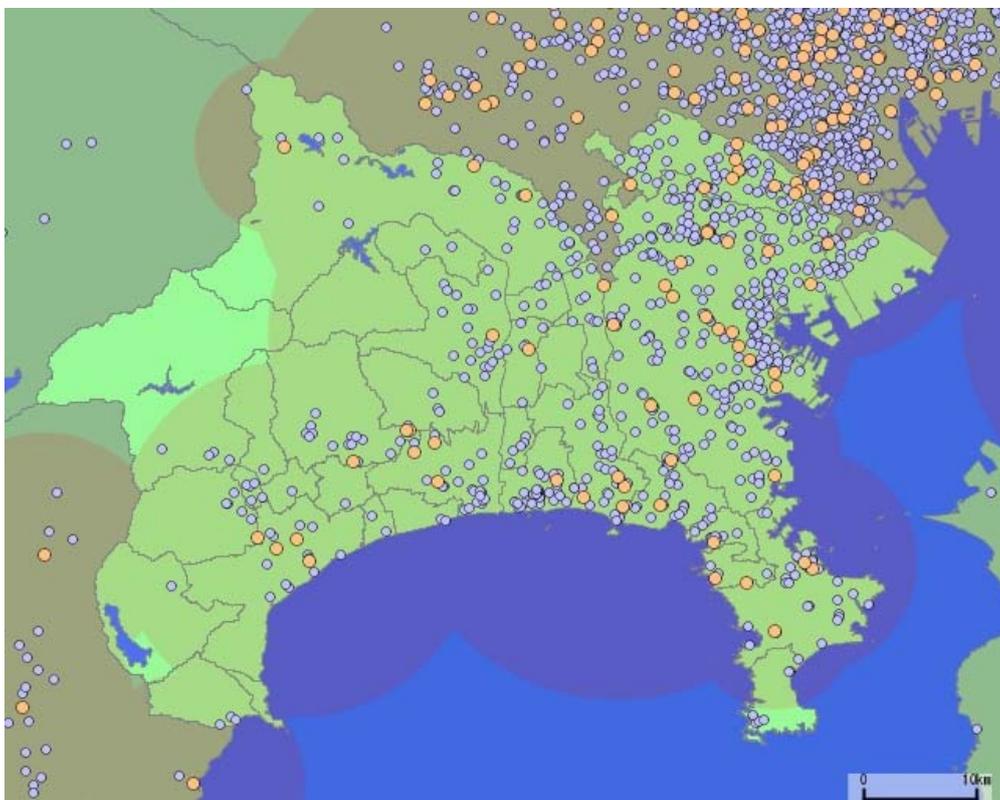
在宅療養支援診療所 総数 : 232
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 31

東京都



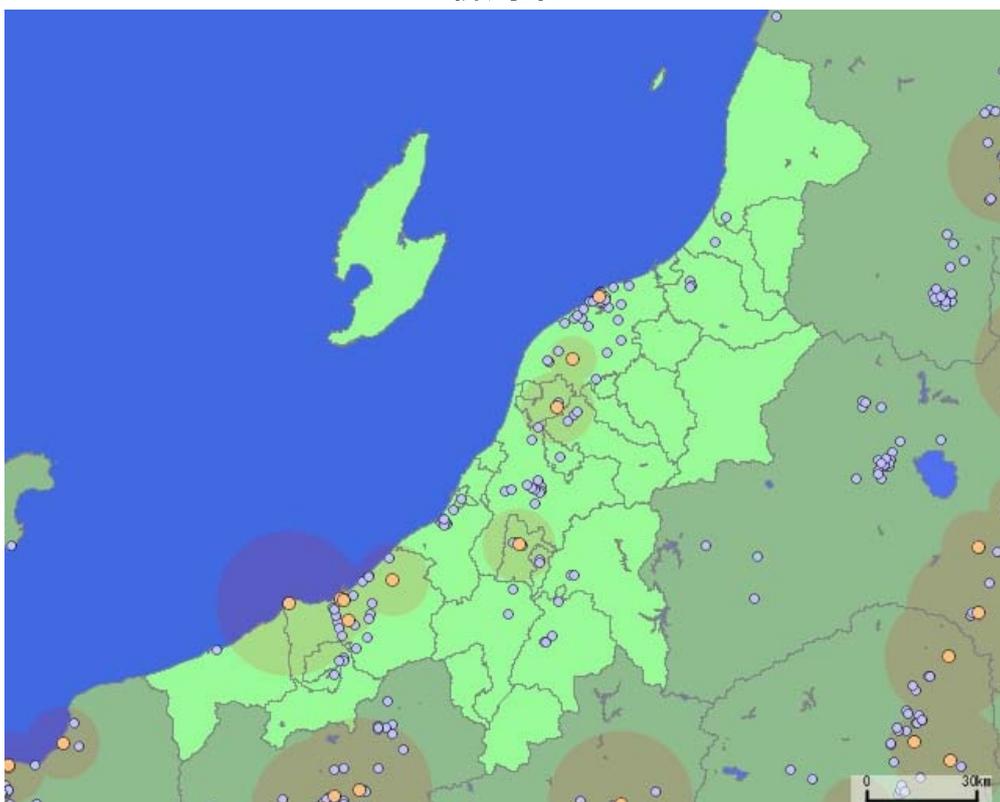
在宅療養支援診療所 総数 : 1276
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 120

神奈川県



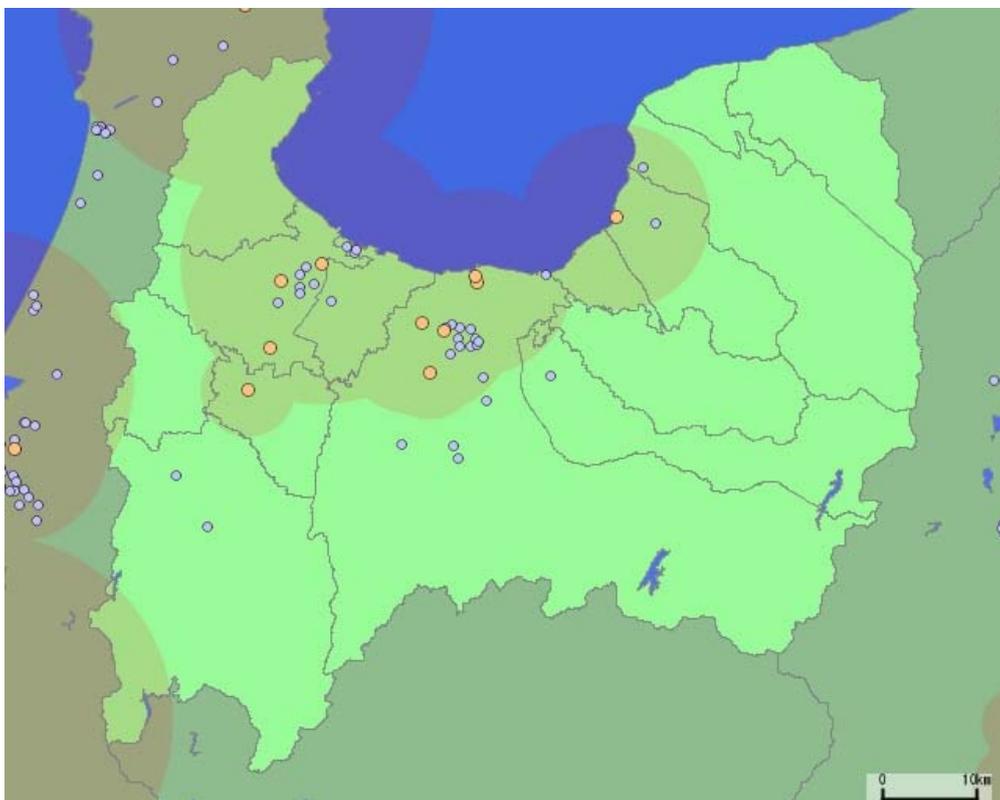
在宅療養支援診療所 総数 : 698
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 58

新潟県



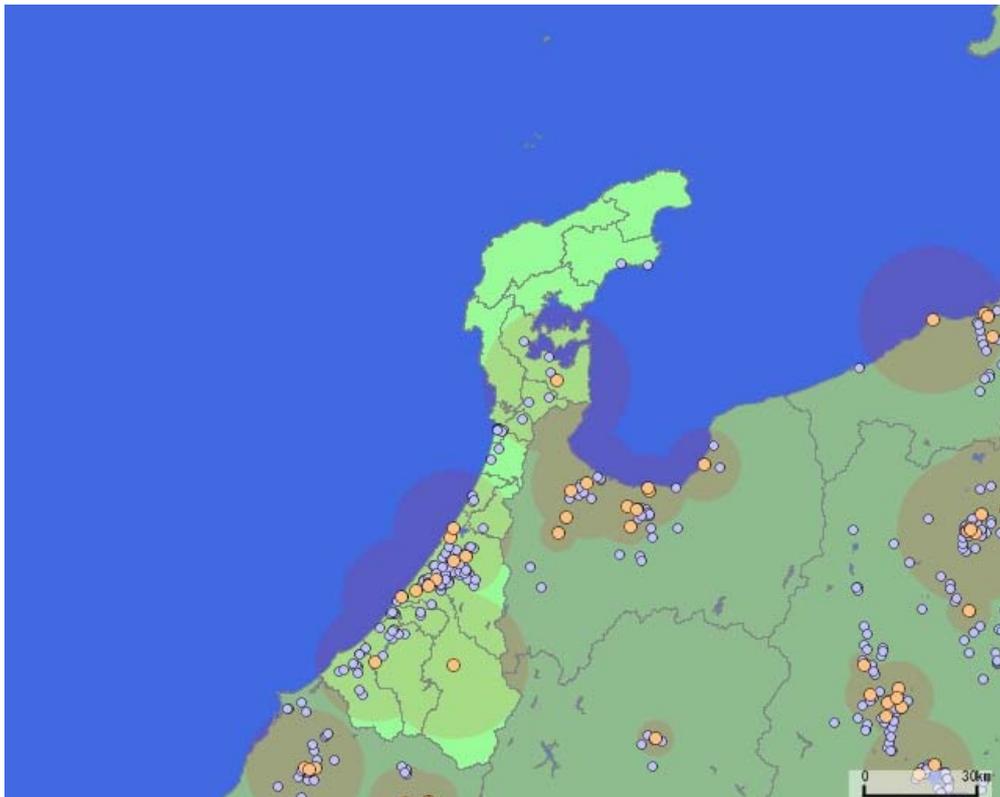
在宅療養支援診療所 総数：105
上記のうち、詳細情報掲載件数：9

富山県



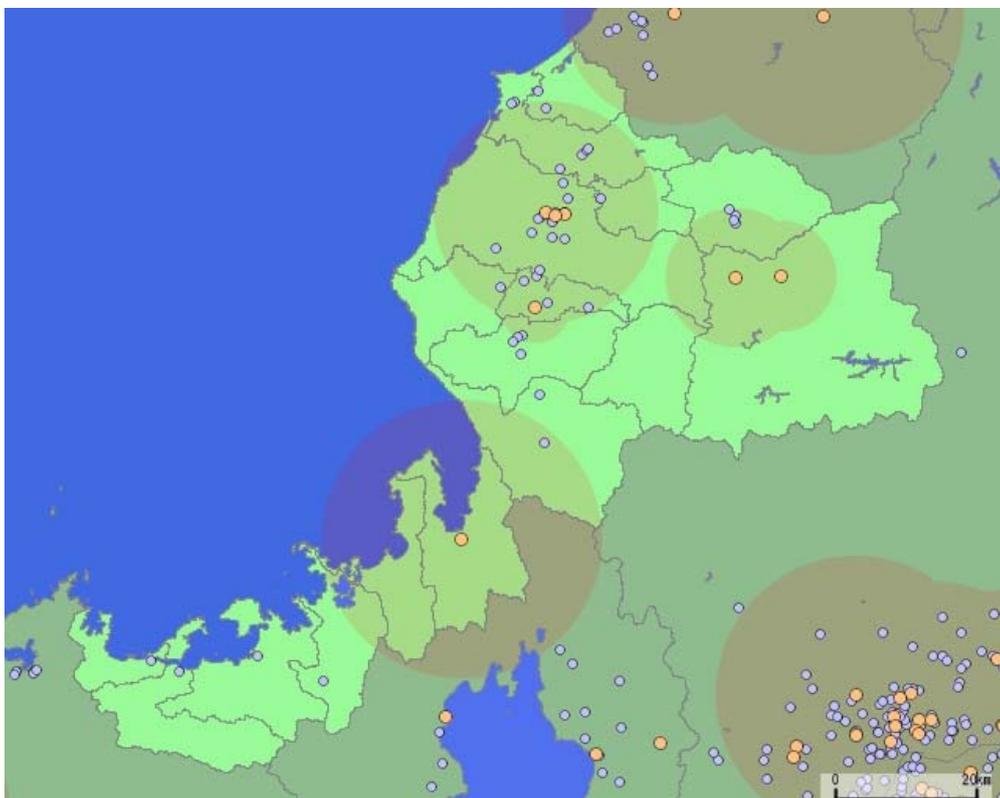
在宅療養支援診療所 総数：42
上記のうち、詳細情報掲載件数：10

石川県



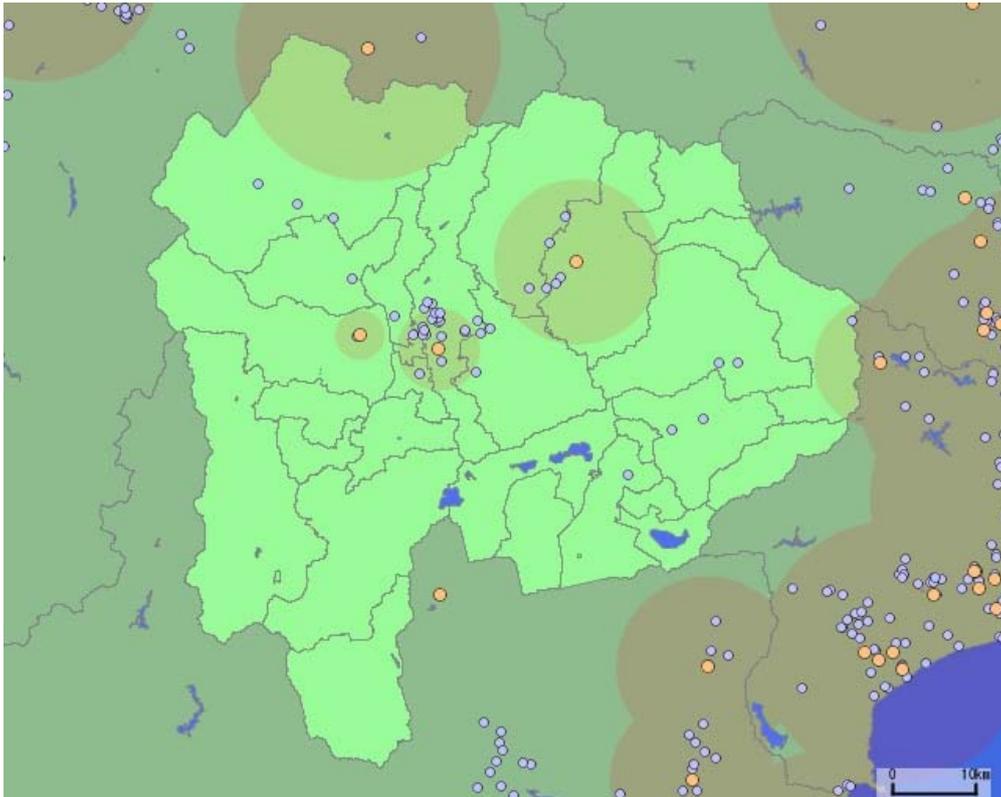
在宅療養支援診療所 総数 : 132
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 11

福井県



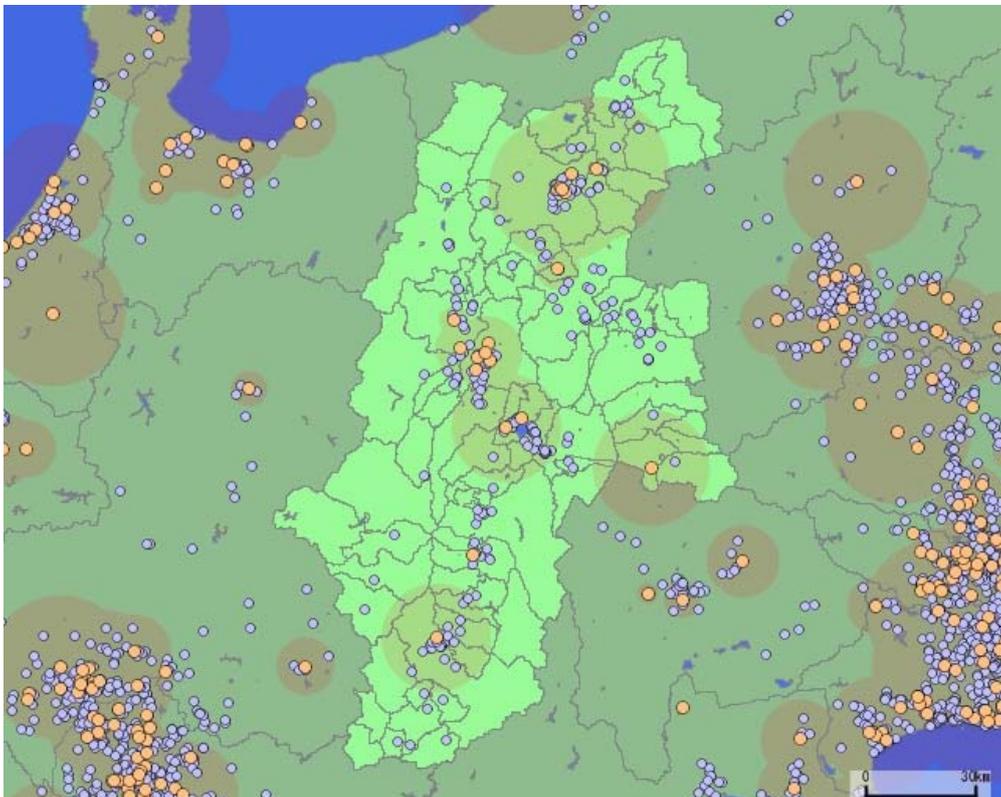
在宅療養支援診療所 総数 : 51
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 7

山梨県



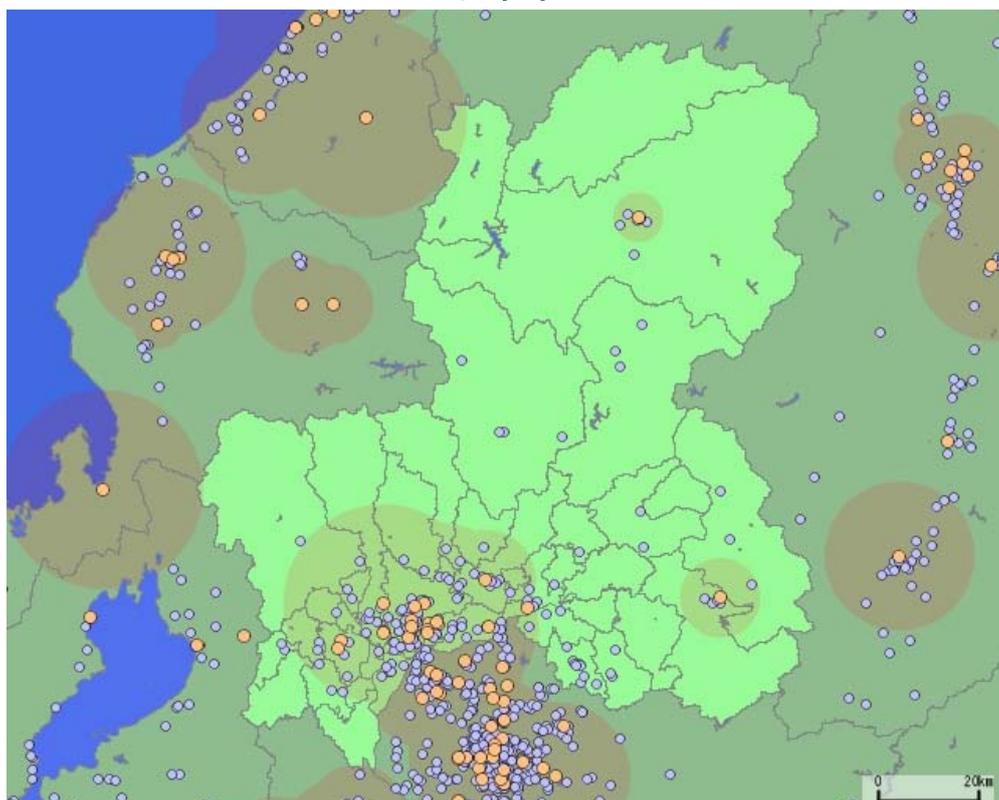
在宅療養支援診療所 総数 : 43
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 3

長野県



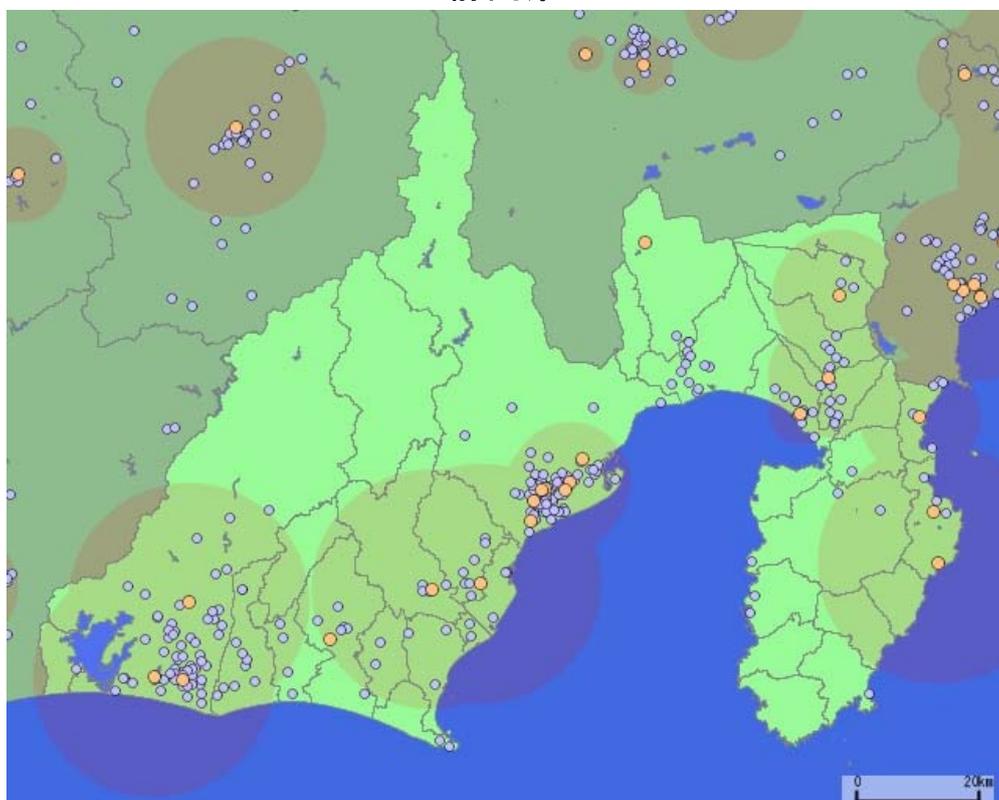
在宅療養支援診療所 総数 : 231
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 19

岐阜県



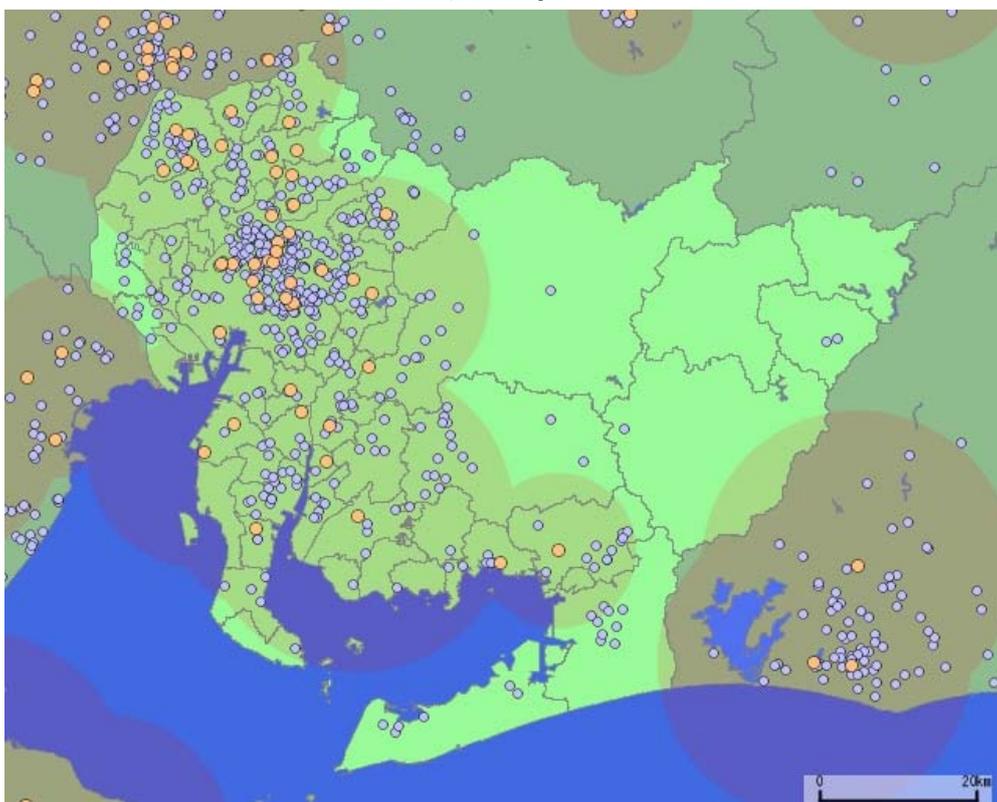
在宅療養支援診療所 総数：169
上記のうち、詳細情報掲載件数：18

静岡県



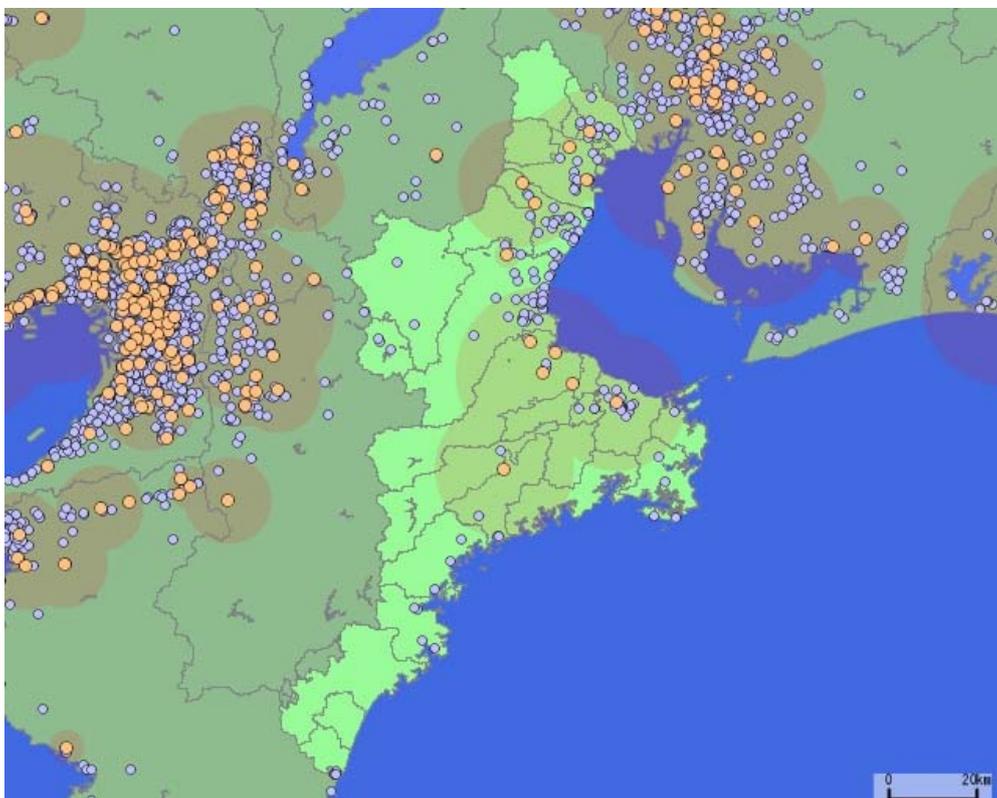
在宅療養支援診療所 総数：264
上記のうち、詳細情報掲載件数：20

愛知県



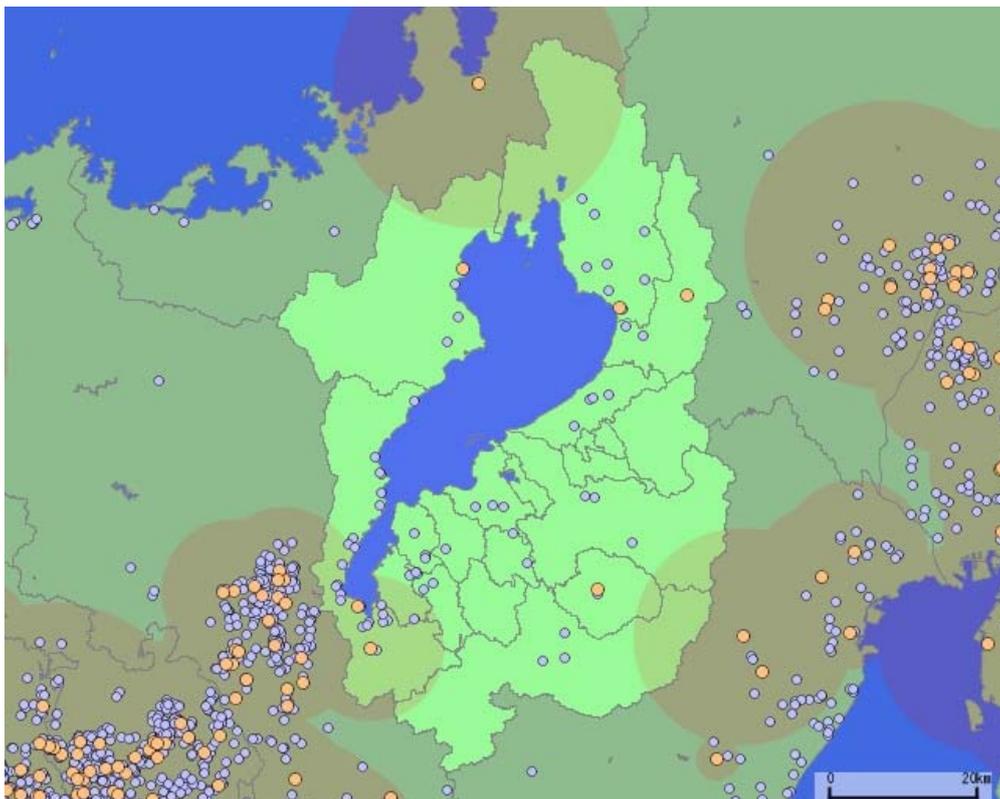
在宅療養支援診療所 総数：530
上記のうち、詳細情報掲載件数：45

三重県



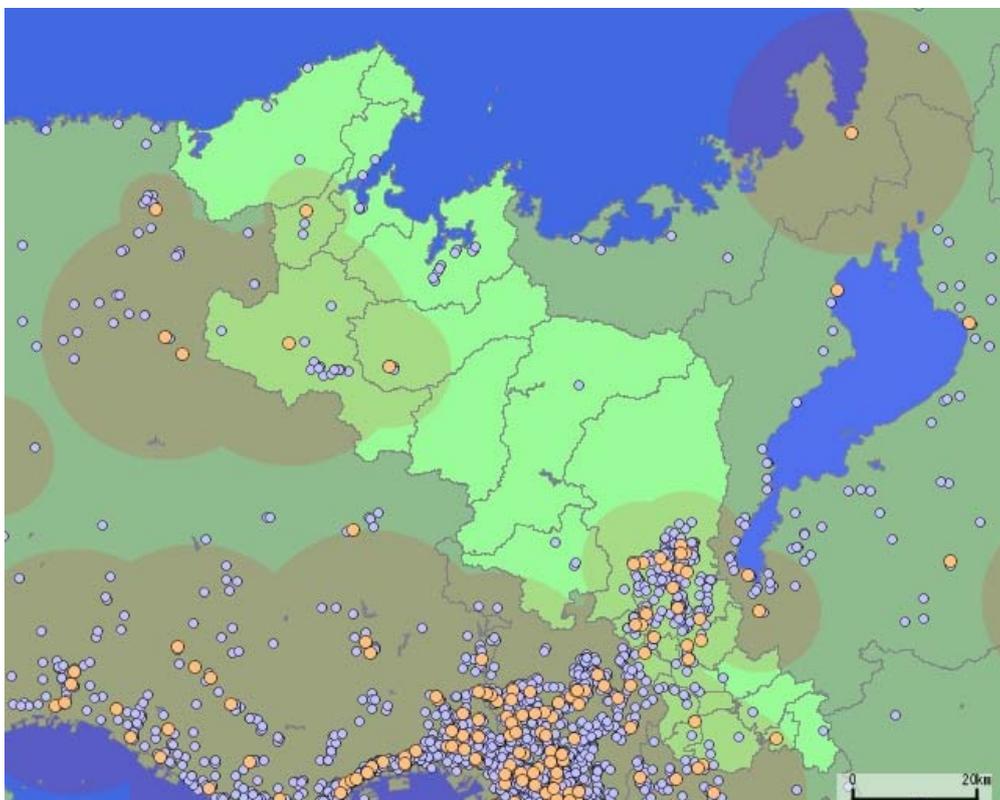
在宅療養支援診療所 総数：141
上記のうち、詳細情報掲載件数：12

滋賀県



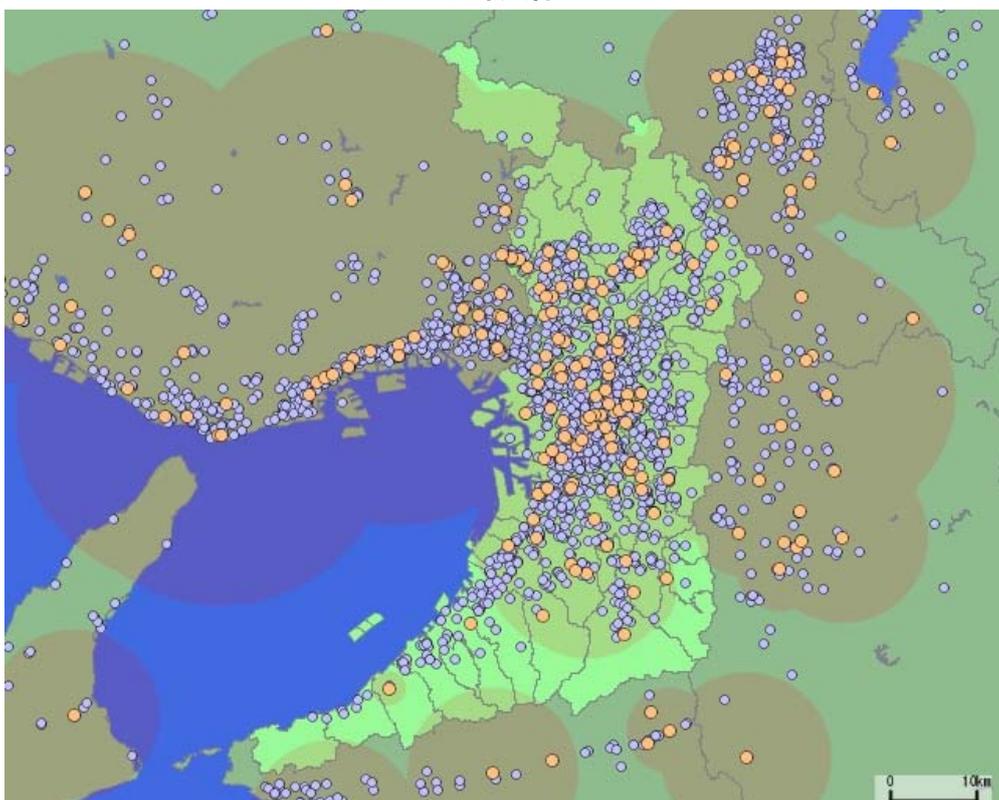
在宅療養支援診療所 総数 : 69
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 6

京都府



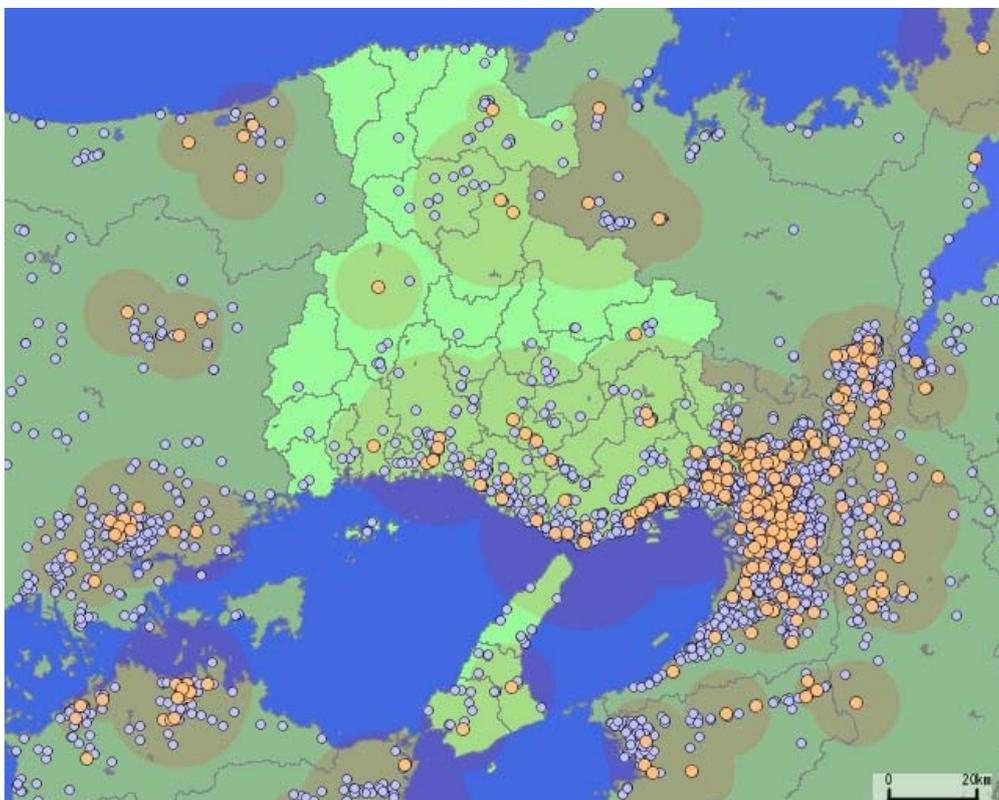
在宅療養支援診療所 総数 : 289
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 27

大阪府



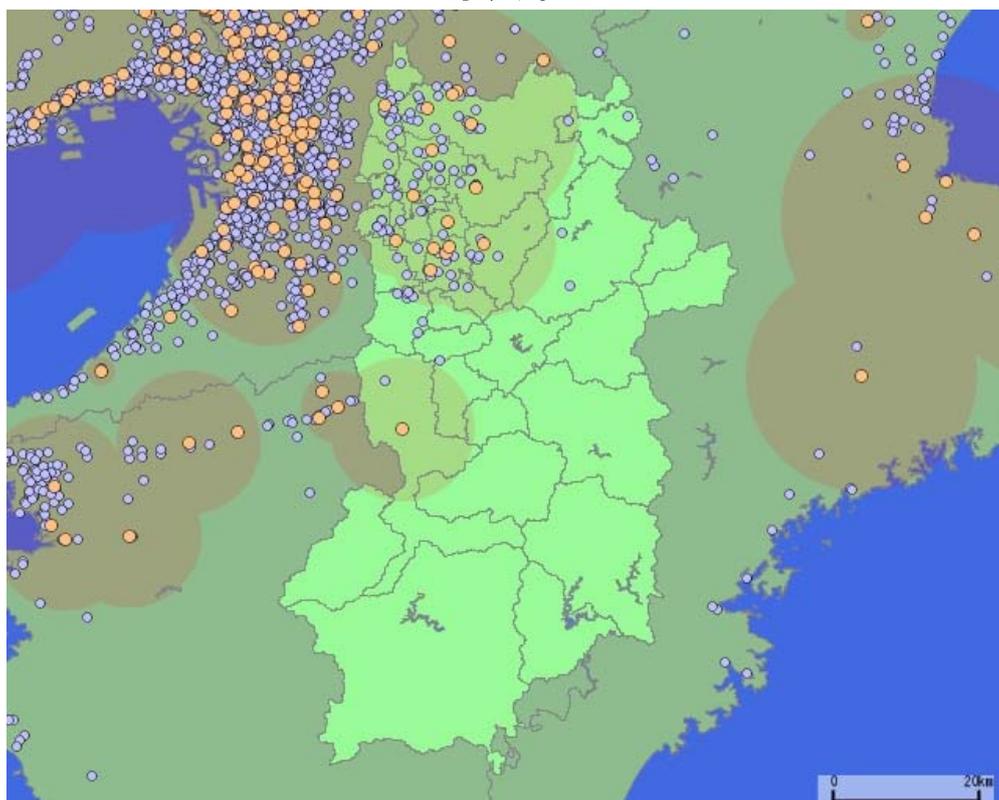
在宅療養支援診療所 総数 : 1575
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 106

兵庫県



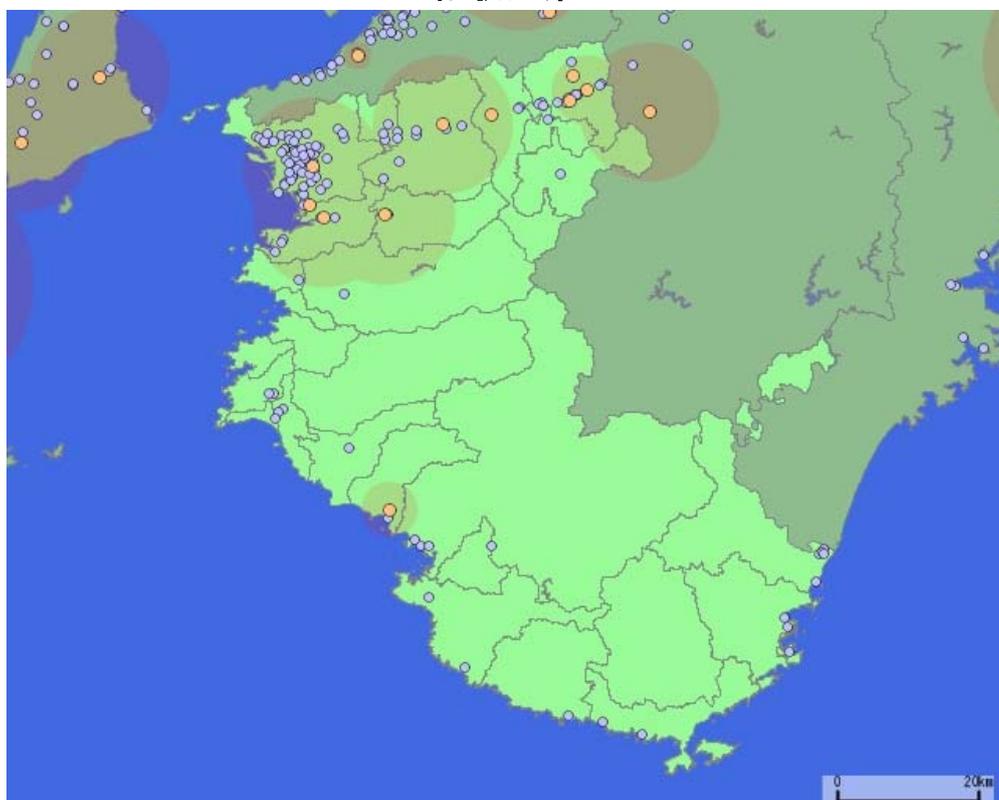
在宅療養支援診療所 総数 : 727
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 56

奈良県



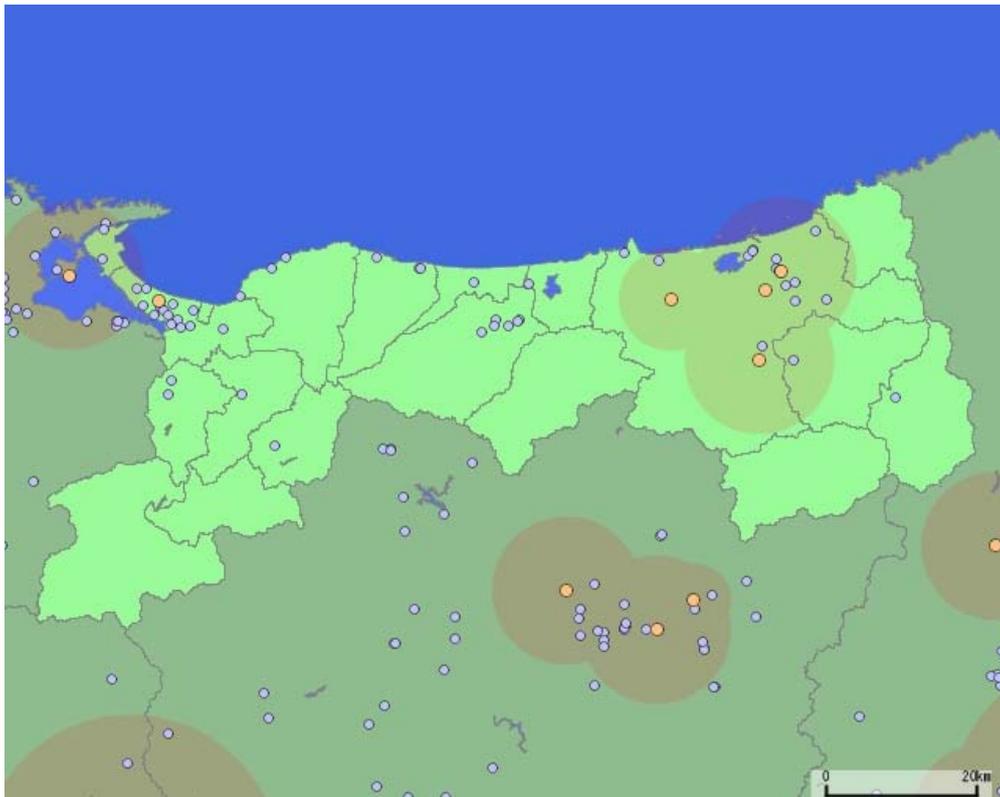
在宅療養支援診療所 総数：116
上記のうち、詳細情報掲載件数：15

和歌山県



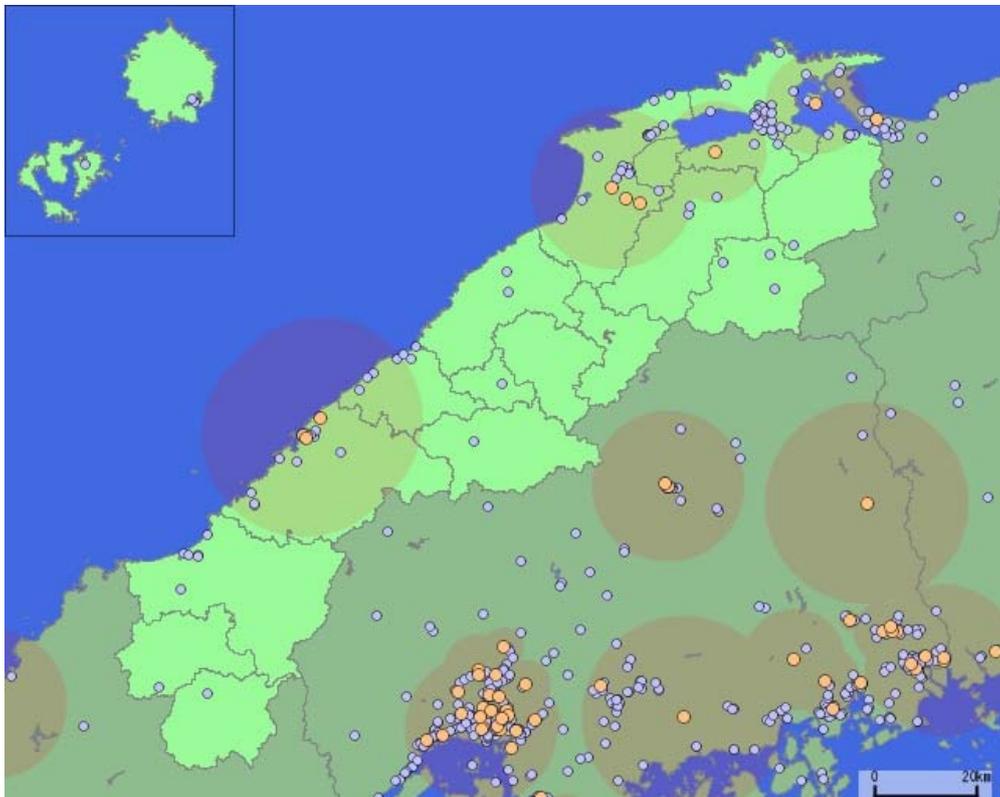
在宅療養支援診療所 総数：143
上記のうち、詳細情報掲載件数：10

鳥取県



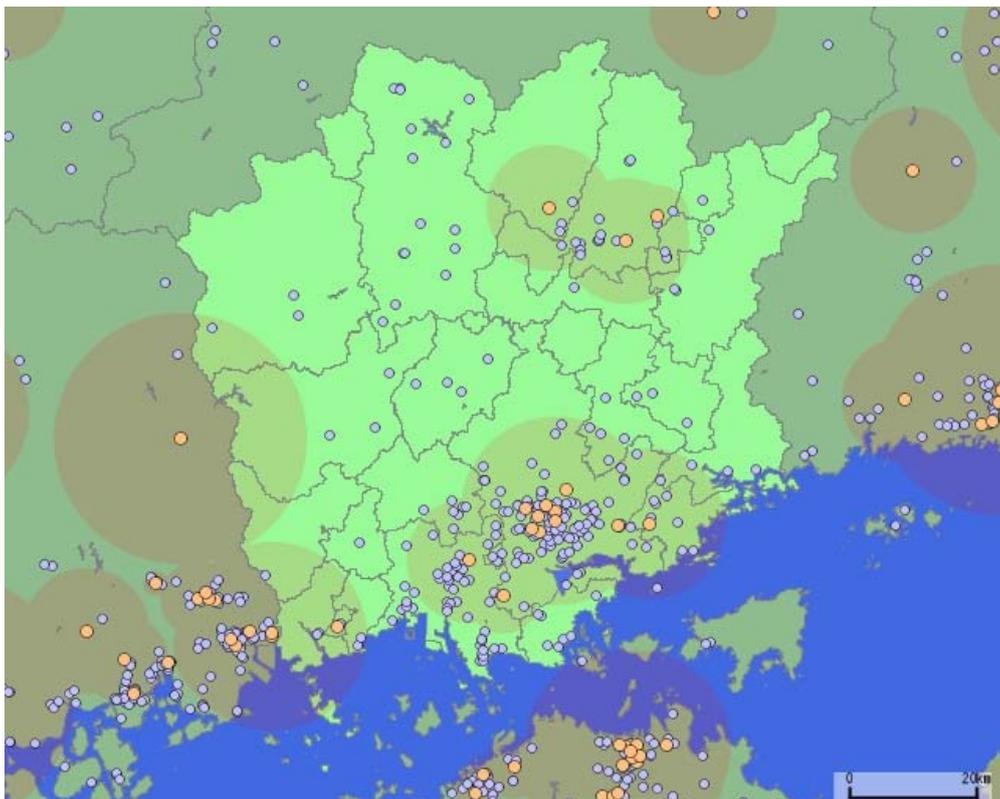
在宅療養支援診療所 総数：56
上記のうち、詳細情報掲載件数：5

島根県



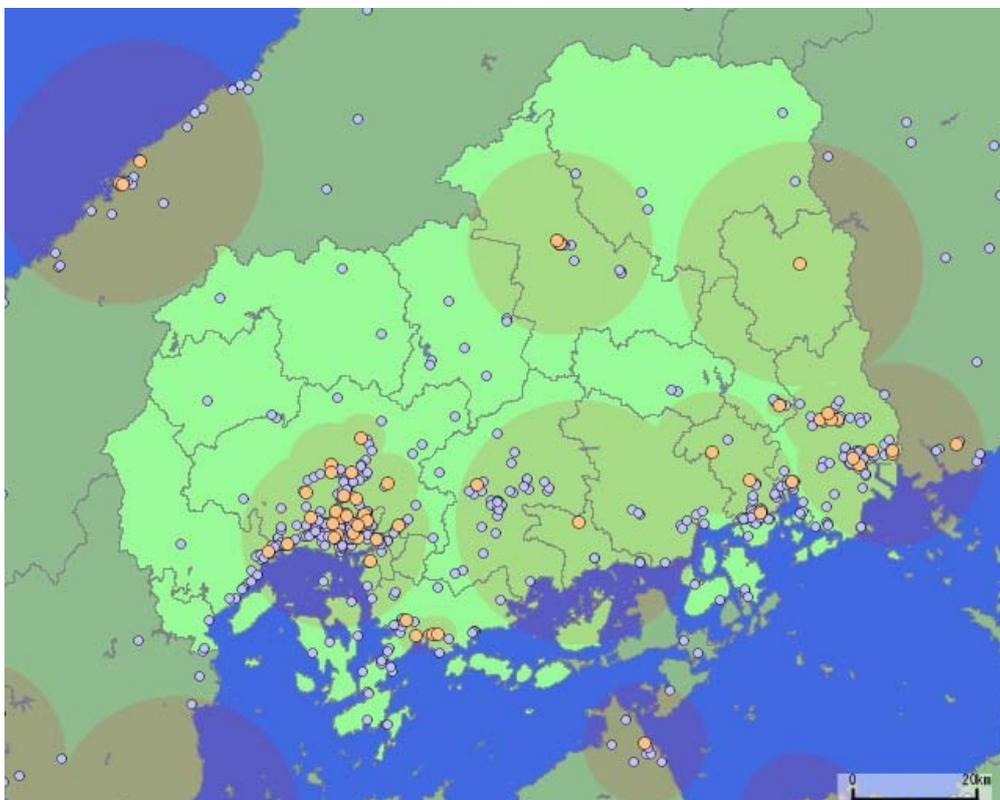
在宅療養支援診療所 総数：115
上記のうち、詳細情報掲載件数：8

岡山県



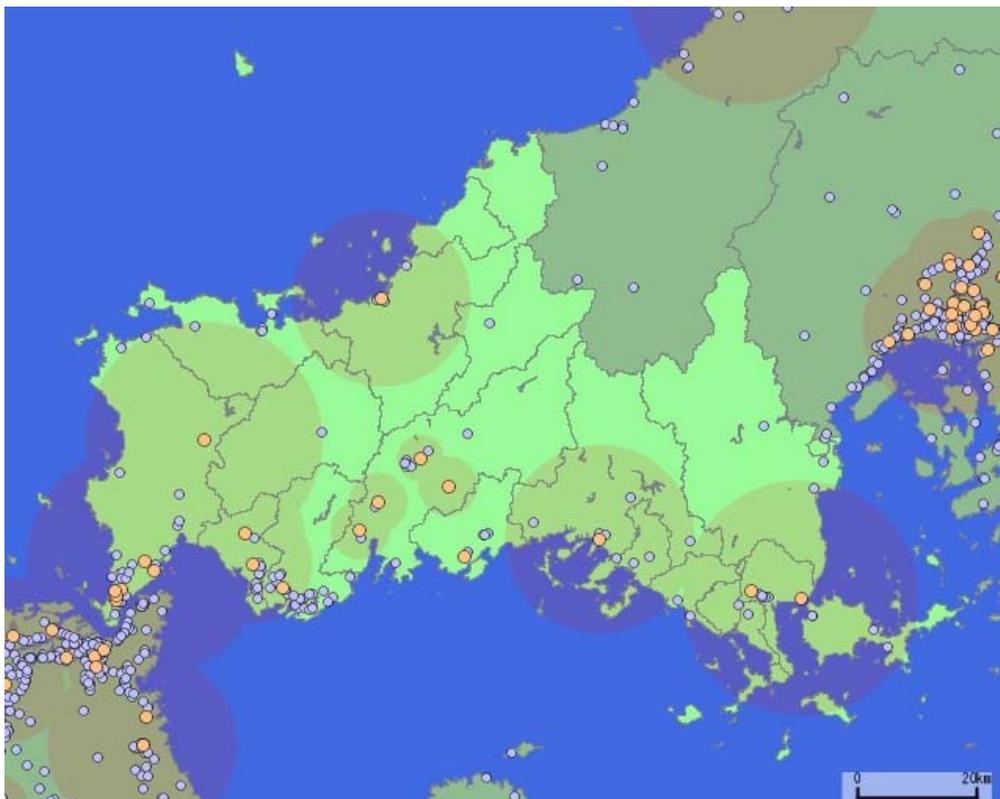
在宅療養支援診療所 総数 : 287
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 16

広島県



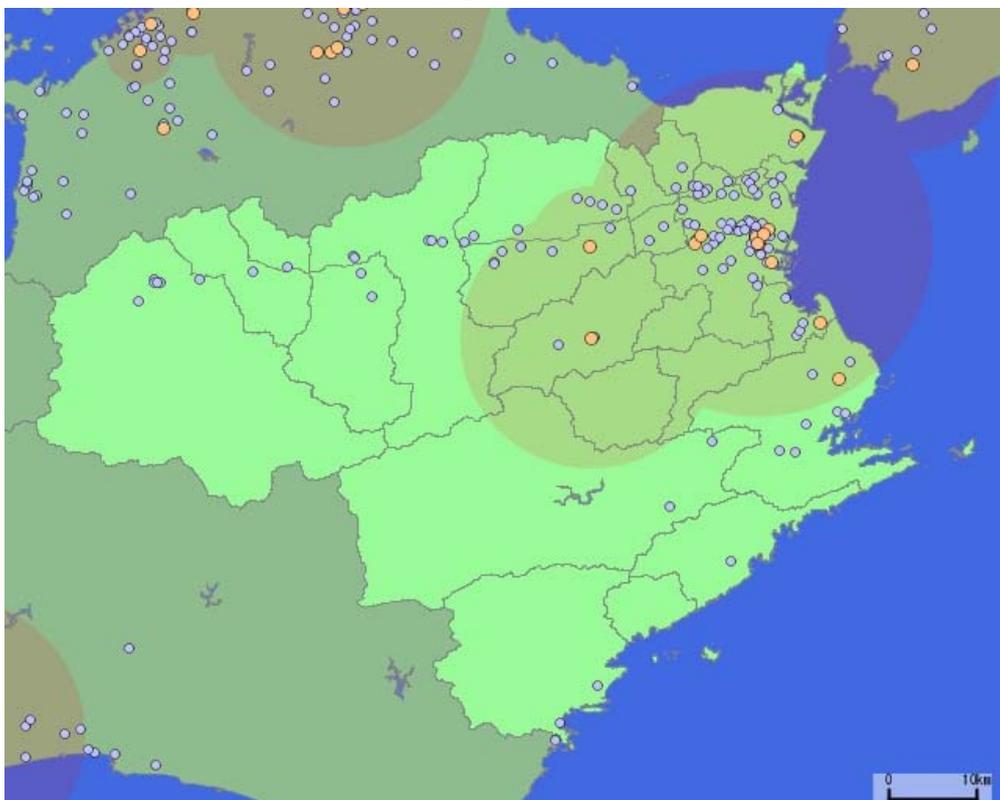
在宅療養支援診療所 総数 : 521
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 49

山口県



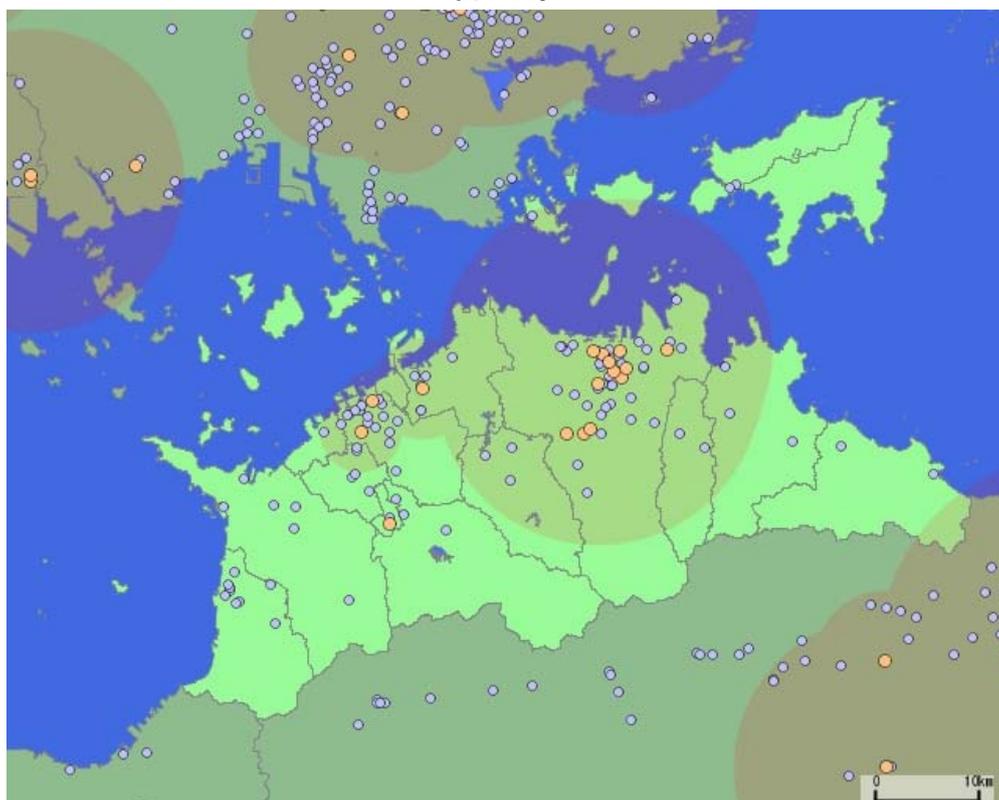
在宅療養支援診療所 総数：127
上記のうち、詳細情報掲載件数：19

徳島県



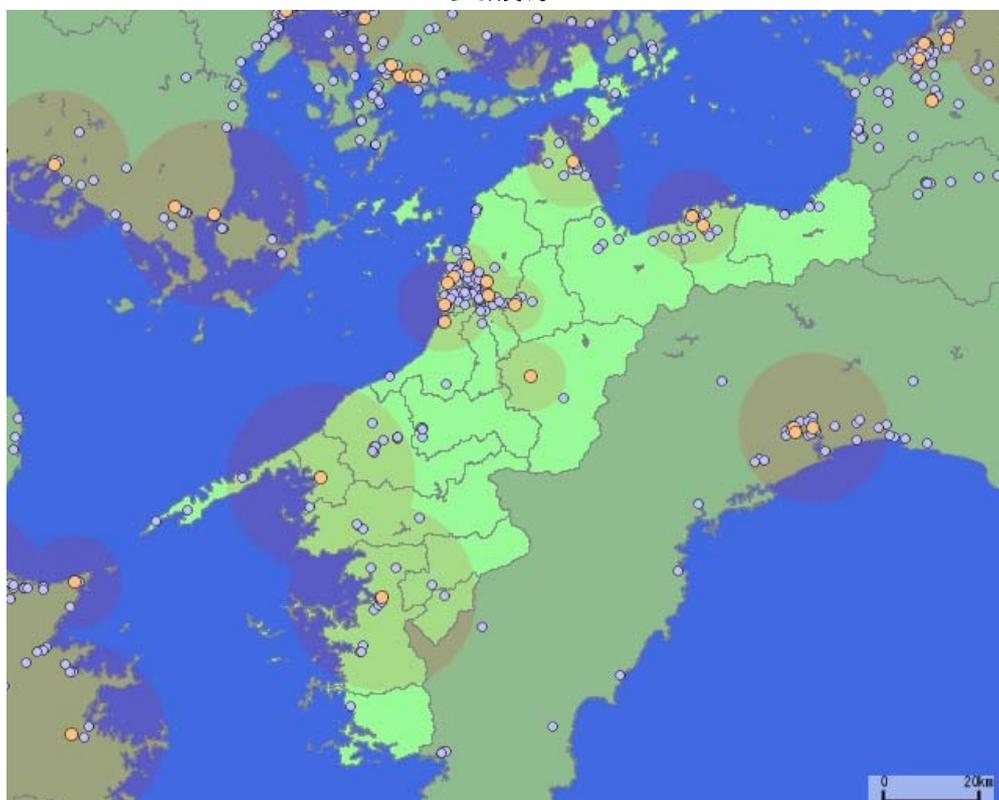
在宅療養支援診療所 総数：134
上記のうち、詳細情報掲載件数：13

香川県



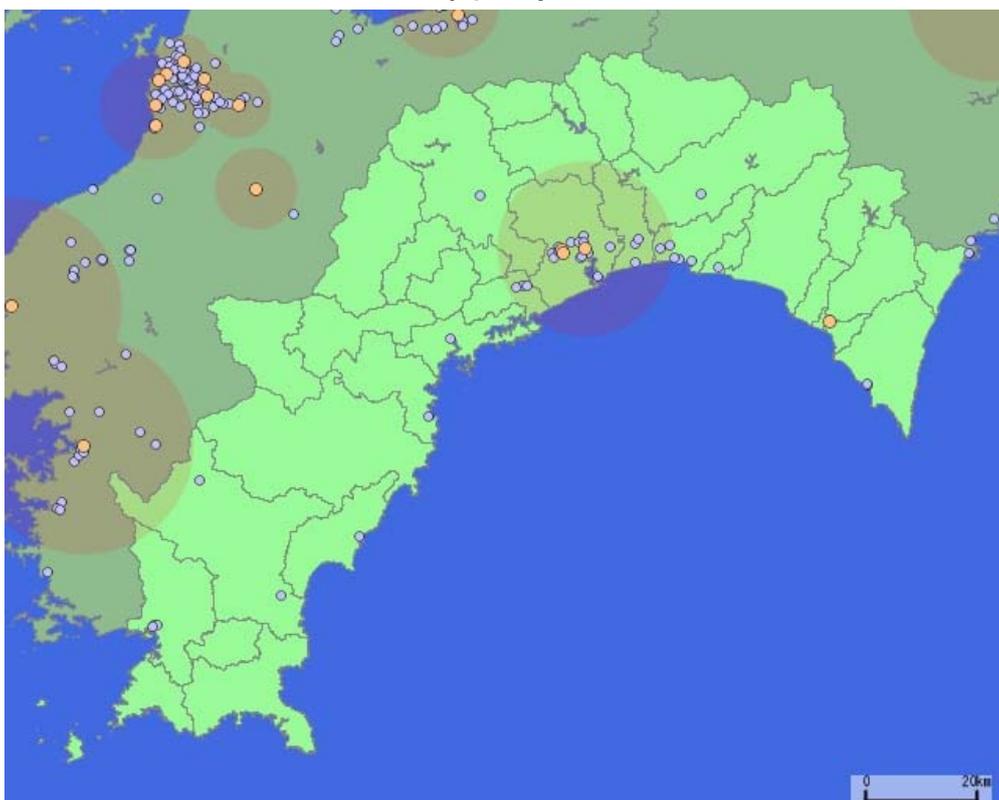
在宅療養支援診療所 総数：114
上記のうち、詳細情報掲載件数：16

愛媛県



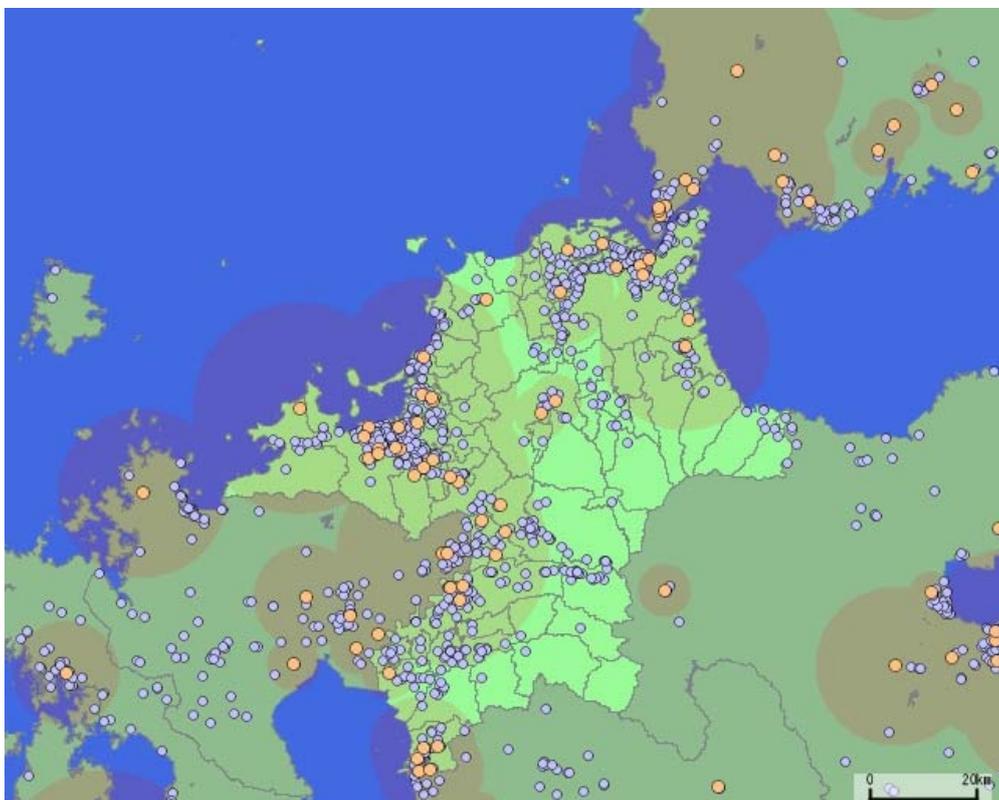
在宅療養支援診療所 総数：173
上記のうち、詳細情報掲載件数：14

高知県



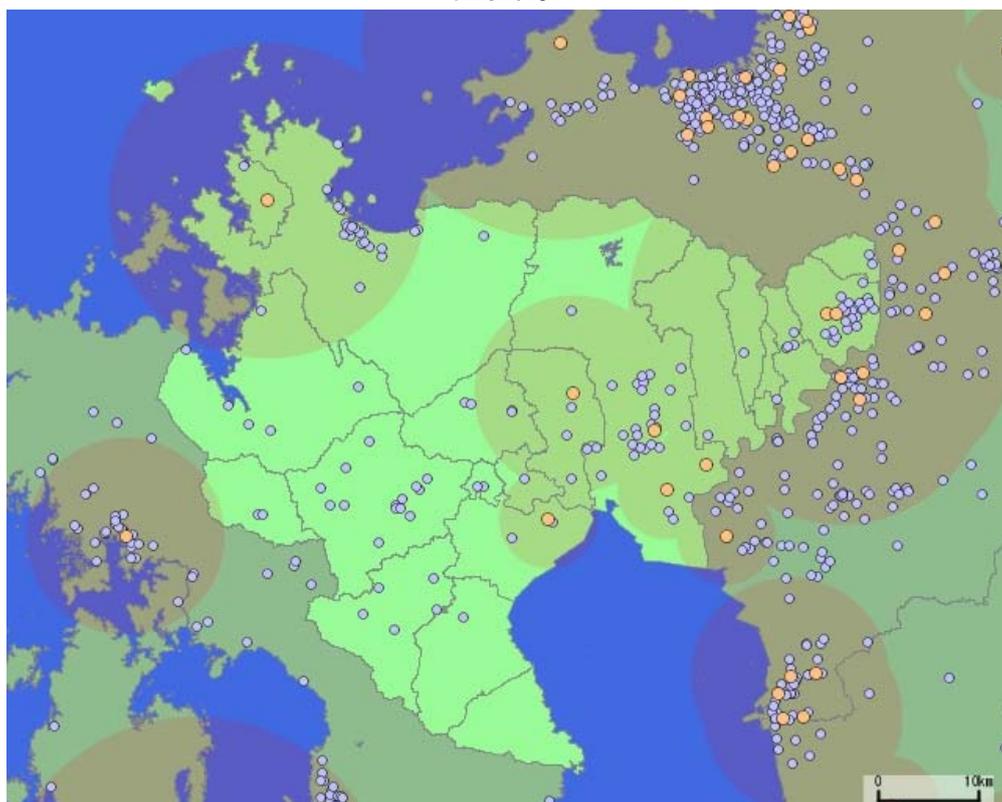
在宅療養支援診療所 総数 : 42
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 4

福岡県



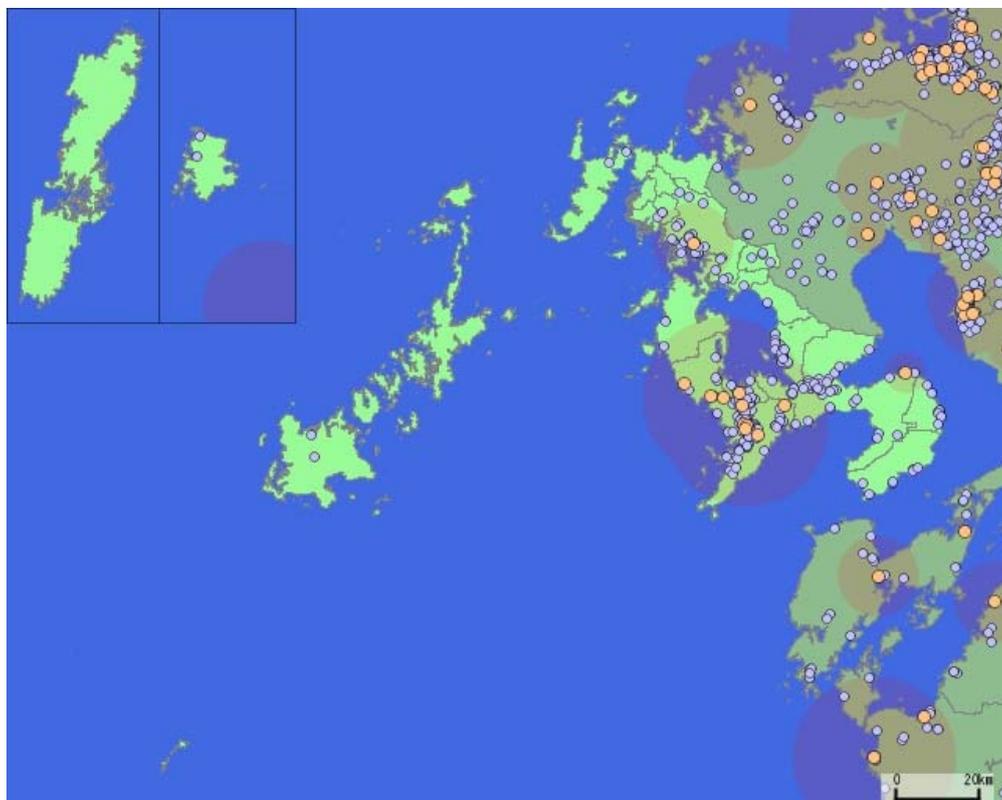
在宅療養支援診療所 総数 : 761
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 44

佐賀県



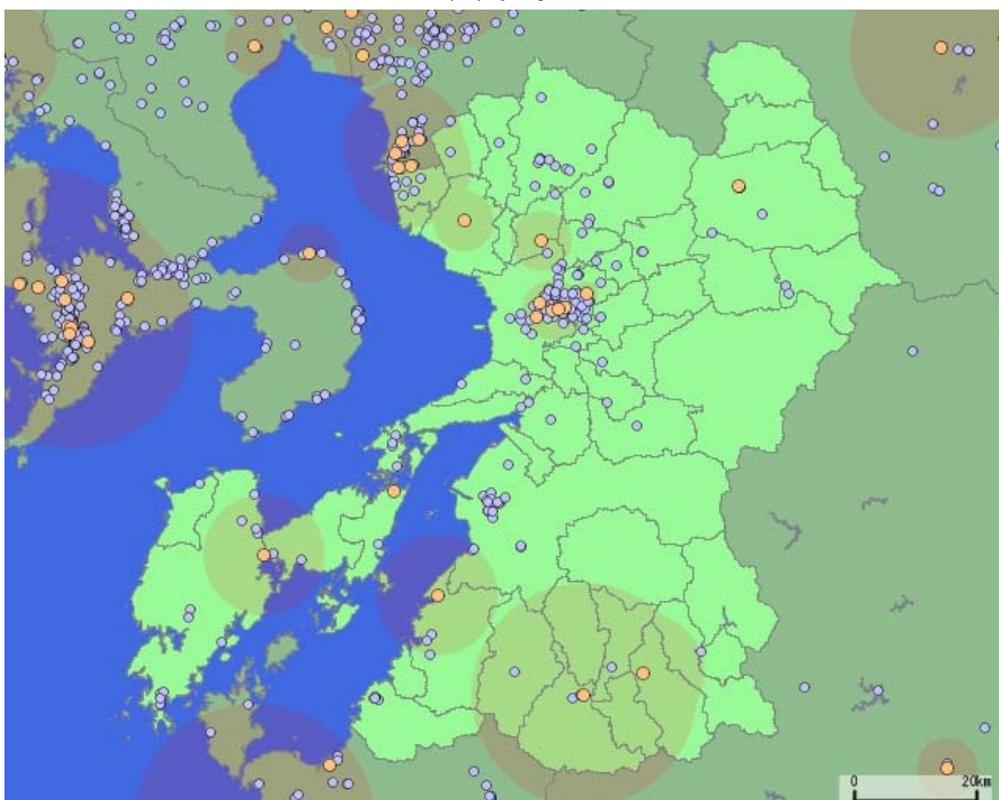
在宅療養支援診療所 総数：133
上記のうち、詳細情報掲載件数：8

長崎県



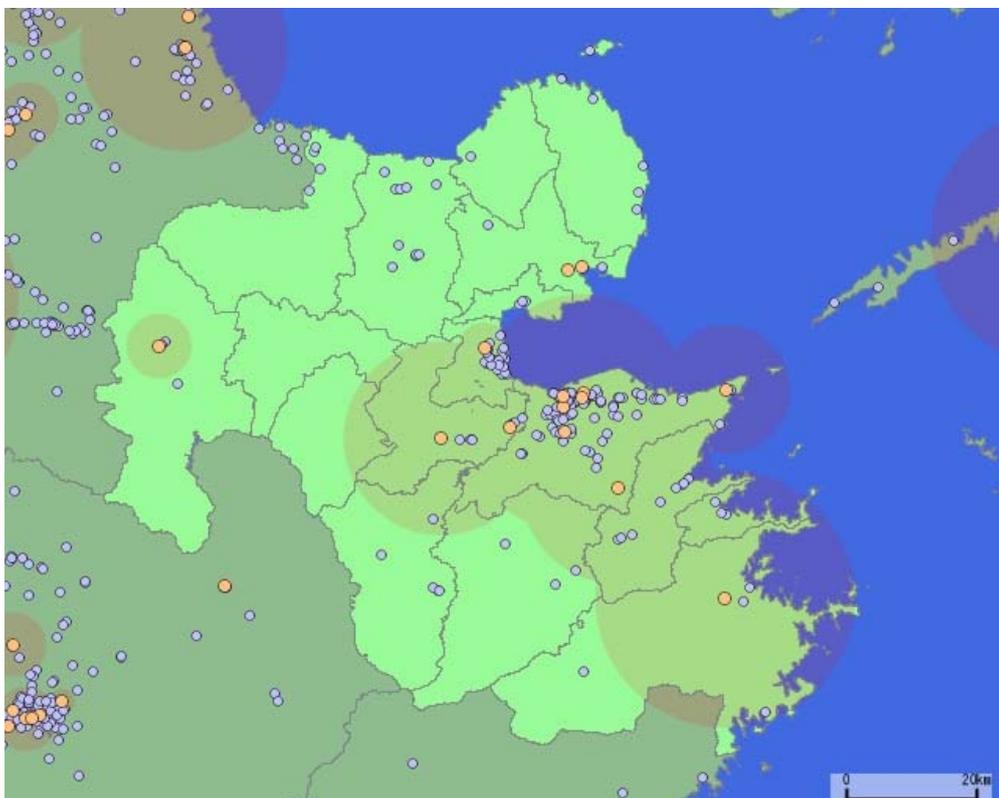
在宅療養支援診療所 総数：303
上記のうち、詳細情報掲載件数：12

熊本県



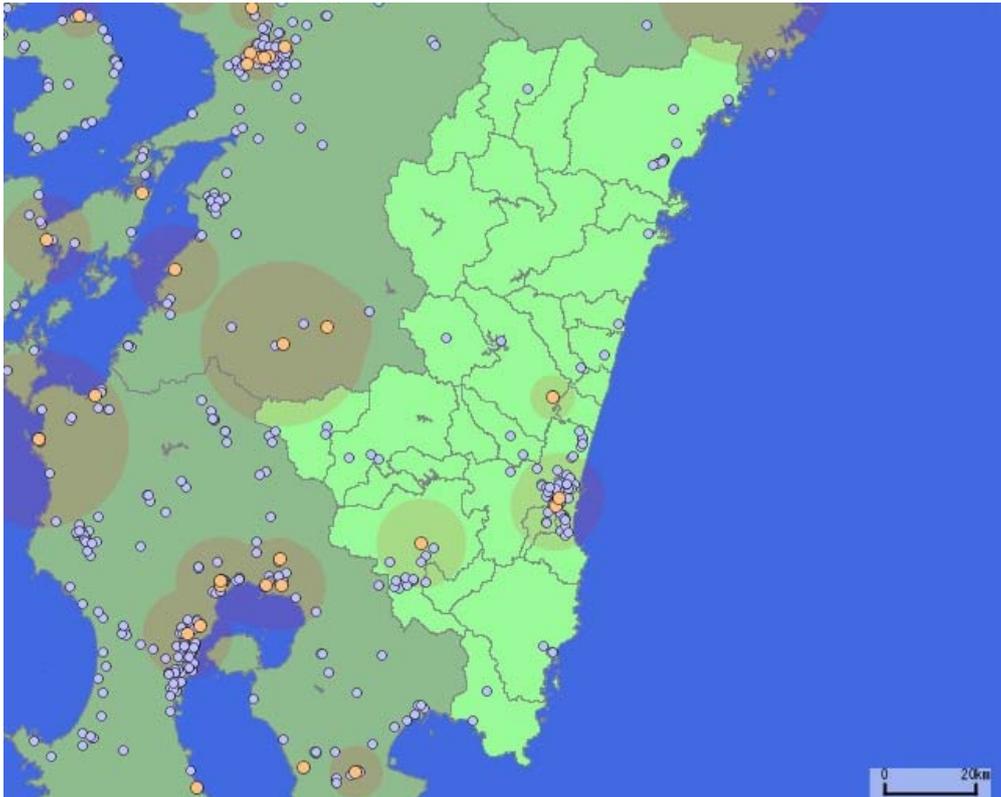
在宅療養支援診療所 総数：192
上記のうち、詳細情報掲載件数：15

大分県



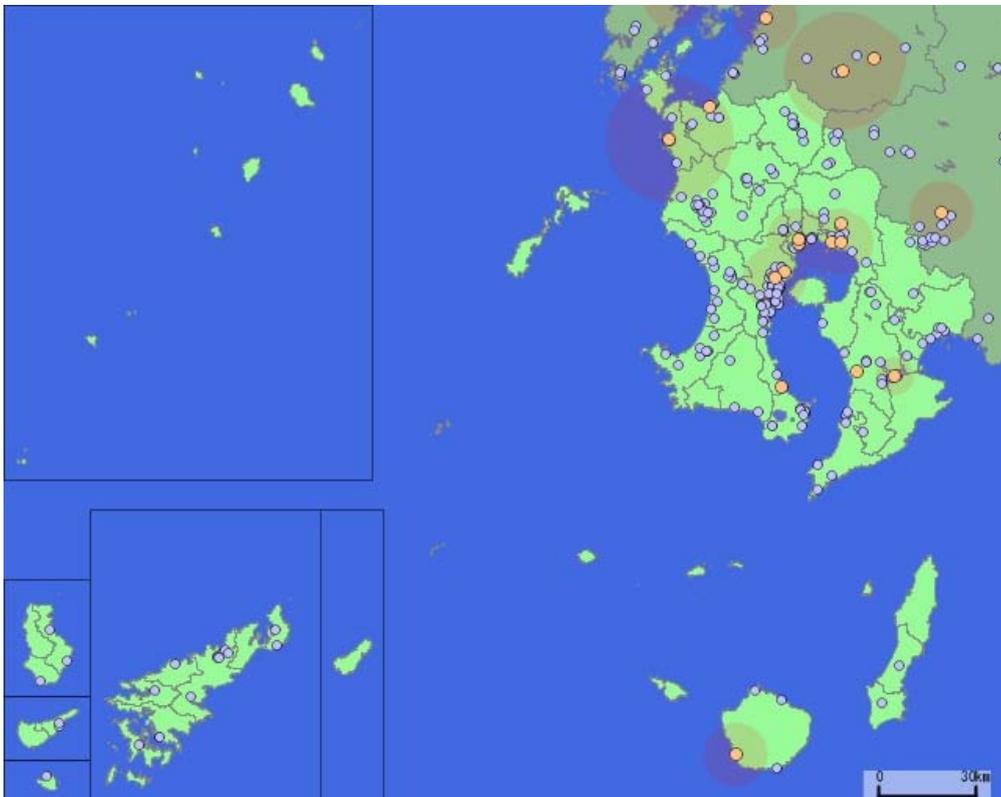
在宅療養支援診療所 総数：176
上記のうち、詳細情報掲載件数：14

宮崎県



在宅療養支援診療所 総数：106
上記のうち、詳細情報掲載件数：4

鹿児島県



在宅療養支援診療所 総数：259
上記のうち、詳細情報掲載件数：13

沖縄県



在宅療養支援診療所 総数 : 74
上記のうち、詳細情報掲載件数 : 12

(別紙様式7)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日	(歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(別紙様式8)

情報提供先市町村

市町村長 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名

印

患者氏名	
性別 (男・女)	生 (歳) 職業
住所	
電話番号	

診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院	平成 年 月 日	情報提供回数	回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (ア. 脳血栓 イ. 脳塞栓 ウ. 不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血			
	4. その他の脳血管障害			
	発症年月日	平成	年	月 日
	受診年月日	平成	年	月 日
初発 / 再発	1. 初発	2. 再発	(年 月 日初発)	

その他の傷病名	
寝たきり度 (該当するものに○)	
J 一部自立	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
A 準寝たきり	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
B 寝たきり 1	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
C 寝たきり 2	1日中ベッドの上で過ごし、排泄、食事、着替について介助を要する。

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
着替	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
整容	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助

認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)	
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立可能。
III	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等	
訪問診療	有 ・ 無
訪問看護	有 ・ 無

必要と考える保険福祉サービスの内容等提供する情報の内容

- 注意
1. 必要がある場合は、続紙に記載して添付すること。
 2. わかりやすく記入すること。
 3. 必要な場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式9)

情報提供先市町村

平成 年 月 日

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称電話番号
医師名

印

患児の氏名	男・女		平成 年 月 日生
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名		
症状 既往症 治療状況等			
父母の氏名	父： 職業 () 歳	母： 職業 () 歳	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の住所	様方	電話番号	(自宅・実家・その他)
入退院日	入院日：平成 年 月 日	退院(予定)日：平成 年 月 日	
出生時の状況	出生場所：当院・他院	家族構成	
	在胎：()週 単胎・多胎 ()子中 ()子 体重：()g 身長：()cm 出生時の特記事項：無・有 () 妊娠中の異常の有無：無・有 () 妊婦健診の受信有無：無・有 ()回	育児への支援者：無・有 ()	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良 ・発達のおくれ ・その他 ()	
	情緒	・表情が乏しい ・極端におびえる ・大人の顔色をうかがう ・多動 ・乱暴 ・身体接触を極端にいやがる ・多動 ・誰とでもべたべたする ・その他 ()	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診 ・不潔 ・その他 ()	
養育者の状況	健康状態等	・疾患 () ・障害 () ・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等) ・その他 ()	
	こどものへの思い・態度	・拒否的 ・無関心 ・過干渉 ・権威的 ・その他 ()	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない ・その他 ()	
	同胞の状況	・同胞に疾患 () ・同胞に障害 ()	
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院 ・施設入所等 ・その他 ()	
情報提供の目的とその理由			

- *備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること

(別紙様式10)

情報提供先市町村

平成 年 月 日

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称電話番号
医師名

印

患者の氏名	男・女 () 歳 職業 ()	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
症状 既往症 治療状況等		
児の氏名	男・女 生まれ	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日:	退院(予定)日:
今回の 出生時の 状況	出生場所: 当院・他院 ()	家族構成
	在胎: 週 単胎・多胎 () 子中 () 子 体重: () g 身長: () cm 出産時の特記事項: 無・有 () 妊娠中の異常の有無: 無・有 () 妊婦検診の受信有無: 無・有 () 回	育児への支援者: 無・有 ()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください。		
児の状況	発育・発達	・発育不良 ・発達のおくれ ・その他 ()
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診 ・不潔 ・その他 ()
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない ・その他 ()
	他の児の状況	・疾患 () ・障害 ()
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院 ・施設入所等 ・その他 ()
情報提供の 目的とその 理由		

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること

(別紙様式11)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名
住 所
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

患者	氏名		(男・女)
	生年月日		生 (歳)

病名	
現症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

在宅医療報告書

スケジュールカレンダー (2009.04)

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
			1	2	3	4
5	6 Dr. H(TEL)	7 Dr. F(定)	8	9	10 Dr. H(TEL)	11
12	13	14	15	16	17 Dr. H(定)	18
19	20	21	22 Dr. H(定)	23	24	25
26	27	28	29 Dr. F(定)	30		

患者名

氏名	殿	生年月日	平成11年 月 日	性別	男
病名	#1. リー脳症、不随運動、遷延性意識障害、臥床、精神選部 #2. 胃瘻造設術後(経管栄養)、癲癇、慢性気管支炎 #3. ミオクロノス、ジストニア、神経因性膀胱(尿カテーテル管理) #4. 慢性呼吸不全(酸素吸入、気管切開、気管カニューレ管理、人工呼吸器管理) #5. 自己導尿(間歇式)、膀胱炎、急性上気道炎、急性痛膜炎(両眼)				
定期訪問	緊急往診	電話再診	計		
Dr.4回	Ns 0回	0回	2回	6回	6回
✓人工呼吸器	✓酸素濃縮器	✓吸引器	中心静脈	点滴	経管
✓人工鼻	✓胃瘻	✓吸入ポンプ	✓尿カテーテル	✓気管カニューレ	
平成21 3月	県 小児科より紹介の#1-2の患者。 3/29初診。コミュニケーションは不良。胃瘻栄養。気管切開下に在宅 酸素法・人工呼吸器管理。間欠的尿カテーテルでの排尿。前医と連携 をとりながら長期安定な在宅療養を目指す。				
4月	特記すべき異常なく経過した。				
備考 4/7	血液ガス検査 [pH 7.418 PCO ₂ 41.5mmHg PO ₂ 92mmHg BE 2 SO ₂ 97%]				

スケジュールカレンダー (2009.05)

在宅医療報告書

氏名	殿	生年月日	大正12年 月 日	性別	男
病名	#1. パーキンソン病 (歩行障害)、高血圧症、慢性胃炎、頻尿 #2. 大動脈弁閉鎖不全、皮膚掻痒症、糖尿症、左腎部脂肪肉腫、脳幹梗塞 #3. 陈旧性脳梗塞 (橋脚側)、右反回神経麻痺、薬剤性精神症状 #4. 便秘症、左前腕切創、心肥大、胸部大動脈瘤、慢性呼吸不全 (酸素吸入) #5. 発熱、膀胱炎、右肺腫瘍疑い、右前腕表皮剥離、右臀部内側白癬症				
定期訪問	緊急往診	電話再診	計		
Dr. 5回	Ns 0回	2回	3回	10回	
人工呼吸器	✓ 酸素濃縮器	吸引器	中心静脈	点滴	経管
輸血	自己注射	注入ポンプ	尿カテーテル	気管カニューレ	
平成20年4月	内科クリニックより紹介の#1-2の患者。4/11初診。 全身状態良好に経過されている。				
平成20年5月	局在不明の発熱に対して抗生剤加療を行い、改善をみた。				
備考					

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
31					1	2
30						
29						
28						
27						
26						
25						
24	Dr. K(定)					
23						
22						
21						
20						
19						
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
10	Dr. H(TEL) Dr. F(急)					
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						

患者名

在宅医療報告書

スケジュールカレンダー (2009.05)

氏名	殿	生年月日	昭和25年月日	性別	男	
病名	#1. 膠芽腫(未病) 臥床、症状性てんかん、2型糖尿病 #2. 四肢不全麻痺、不眠症、慢性胃炎、痙攣発作、頭痛 #3. 右足捻挫、右上顎歯肉腫脹、左頸部痛 #4. #5.					
Dr.	6回	Ns	2回	0回	4回	12回
人工呼吸器	酸素濃縮器	吸引器	中心静脈	点滴	経管	
輸血	自己注射	注入ポンプ	尿カテーテル	気管カニューレ		
平成21 5月	病院 脳神経外科より紹介の#1-3の患者。5/19初診。 膠芽腫の発症8年経過症例。手術・化学・放射線治療の末に、再発し 在宅療養開始。頻回の痙攣発作と、うつ状態のために、心身両面から の治療が必要であり、頻回の往診を要している。					
備考						

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
31					1	2
30						
29	4	5	6	7	8	9
28						
27						
26						
25	11	12	13	14	15	16
24			(ケア会議)			
23						
22	18	19	20	21	22	23
21		Dr. K (定)		Dr. S (定) Dr. S (TEL)	Dr. H (定)	Dr. F (定)
20			(他カナル) (他カナル) (他カナル)	(他カナル) 検査 他カナル 検査		結果コピー
19						
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
10						
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1						
31						

患者名

在宅医療報告書

スケジュールカレンダー (2009.05)

氏名	殿	生年月日	大正10年 月 日	性別	女
病名	#1. 骨髓異形成症候群 (骨髄性白血病への移行期) 末期、臥床、重症貧血 #2. 汎血球減少症、血小板減少症、重症貧血、胸部痛、狭心症、うつ症状 #3. 神経性不安、骨髓異形成症候群に伴う経口摂取困難による低栄養状態 #4. 慢性気管支炎、便秘症、胸部重苦感、慢性呼吸不全 (酸素吸入) #5. 一過性脳虚血発作疑い、心肥大、吐気、両下肢浮腫、右手指痺れ、逆流性食道炎 #6. 歯肉出血、腹部膨満、下顎左側腫脹、発熱、仙骨部発赤、右上腕皮下出血 #7. 皮膚掻痒症、左上腕部擦過傷、腸閉塞に伴う嘔吐による脱水状態				
定期訪問	緊急往診		電話再診		計
Dr. 19回	Ns 13回	1回	12回	45回	
人工呼吸器	✓ 酸素濃縮器	吸引器	中心静脈	✓ 点滴	経管
✓ 輸血	自己注射	注入ポンプ	尿カテーテル	気管カニューレ	
平成21年3月	H21.1.14 歯齧き中に倒れ救急車にて近医受診。点滴施行されるも状態改善せず、病院に入院。骨髓異形成症候群の診断で紹介されるも、緩和目的の輸血治療しか治療方法がなく、在宅療養を選択。在宅導入後は、週1回ペースでの在宅濃厚赤血球輸血と、約10日に一度ペースの血小板輸血を行っている。意識清明であり全身状態は安定している。				
4月	ほぼ定期的に輸血を行う事で小康状態が続いているが、徐々に全身状態は低下している。				
5月	5月下旬に腸閉塞を合併し点滴加療を行っている。				
備考					

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
31 Ns. 智(定) <small>(他カナルア)</small>					1 Dr. F(TEL) Ns. 智(定) <small>(他カナルア)</small>	2 Dr. 小(定)
3 Ns. M(定)	4 Dr. F(定)	5 Ns. U(定)	6 Dr. F(TEL) Dr. K(定)	7 Ns. 智(定) <small>休診</small>	8 Ns. C(定) Dr. H(定)	9 Dr. S(TEL) Dr. 小(定) Dr. H(TEL) Dr. H(TEL)
10 Dr. H(TEL) Dr. 木(定)	11 Dr. F(定)	12 Ns. U(定)	13 Ns. U(定) Dr. H(TEL)	14 Ns. U(定) Dr. H(定)	15 Ns. C(定) Dr. F(定)	16 Dr. 鎌(定)
17 Ns. C(定) Dr. H(TEL) Dr. H(TEL)	18 Dr. S(TEL) Dr. S(定)	19 Ns. C(定)	20 Ns. 寺(定) <small>(他カナルア) 休診</small>	21 Dr. H(定) Dr. H(TEL) <small>(他カナルア) (他カナルア) (公費)</small>	22 Ns. C(定) Dr. H(定)	23 Dr. 小(定)
24 Dr. 木(定)	25 Dr. 木(定)	26 Ns. 智(定) <small>(他カナルア) (他カナルア)</small>	27 Ns. 寺(定) <small>(他カナルア) 休診</small>	28 Dr. H(急) Ns. C(定) Dr. S(定) <small>(他カナルア) (他カナルア)</small>	29 Dr. S(TEL) Ns. 柏(定) Ns. 柏(定) Dr. H(定) <small>(他カナルア)</small>	30 Dr. 小(定)

患者名

在宅医療報告書

スケジュールカレンダー (2009.05)

氏名	殿	生年月日	昭和59年 月 日	性別	男
病名	#1. 頸髄損傷による四肢・呼吸麻痺 #2. 慢性呼吸不全(人工呼吸器管理、気管切開後・気管カニューレ) #3. 膀胱直腸障害、膀胱痿造設後、便秘症、起立性低血圧、慢性胃炎 #4. 眼球乾燥症候群(両)、胃潰瘍、自律神経発作、膀胱結石 #5.				
定期訪問		緊急往診	電話再診	計	
Dr.3回	Ns 0回	0回	0回	3回	
人工呼吸器	酸素濃縮器	吸引器	中心静脈	点滴	経管
胃瘻	自己注射	注入ポンプ	膀胱瘻	気管カニューレ	
平成18年	病院整形外科、 XXXXXXXXXX 病院からの#1-3の患者。臥床、全介助、常時吸引を必要とする状態である。人工呼吸器使用、胃瘻造設後、膀胱瘻カテーテル留置中。				
平成20年6月	SpO ₂ は96~99%で呼吸状態は良好に経過した。亀頭部の腫脹はすっかり消失した。				
7月	6/17動脈血液ガス分析では過呼吸であったが、四肢のしびれ等の症状がないため、レスピレーターの設定を継続とした。				
8月	特記すべき異状なく、安定に経過した。SpO ₂ は96~99%で呼吸状態は良好に経過した。				
9月	8/26右頸部に発赤を認めたが感染兆候はないため経過観察とした。カニューレ、呼吸器回路、膀胱瘻カテーテルの交換はほぼ予定通り実施した。				
10月	8/9定期交換後、自然脱落したため、夜間に再度交換した。全身状態安定し定期往診のみで対応。SpO ₂ は96~98%。				
11月	10月30日より発熱あり。嘔気、食欲不振、頭痛も伴っていた。30日深夜緊急往診し抗生物質注射、血液検査実施、同日午後より点滴も開始された。(症状は次第に改善し、11月初旬には軽快、治療を終了した。)				
12月	11月は安定しており特記すべきことなし。12/4早期、膀胱瘻チューブが自然に抜けたため往診。10Frの吸引カテーテルを挿入した。同日、訪問して12Frのフォーリーカテーテルに交換した。12/9サイズを14Frにアップ、さらに12/16には16Frにアップした。その他には特記すべき異常なし。				
平成21年1-3月	1-3月は安定しており特記すべきことなし。膀胱結石が原因と考えられるバルーン破損がありカテーテルが脱落した。				
4月	頻回の膀胱瘻バルーンの破裂に対して、往診対応した。				
5月	5/11~6/4に XXXXXXXXXX 泌尿器科入院で膀胱結石除去の予定。				
備考	血液ガス .人工呼吸器 [pH 7.377 PO ₂ 125mmHg, PCO ₂ 31.5mmHg, BE-7, SiO ₂ 99%]				

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
31					1	2
						Dr.H(定)
3	4	5	6	7	8	9
		Dr.K(定)			Dr.S(定)	
		カニューレ 回診交換		(他カテー)	(他カテー)	
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
		(他カテー)				
24	25	26	27	28	29	30
		(他カテー)		(他カテー)		

患者名

在宅医療報告書

スケジュールカレンダー (2009.05)

氏名	殿		生年月日	昭和53年 月 日		性別	女
病名	#1. 天頭腫瘍、ウェスト症候群、悪性四肢麻痺 (臥床) #2. 最重度知的障害、嚥下障害、経管栄養 (経鼻胃管) #3. 慢性気管支炎、慢性呼吸不全 (気管切開、酸素吸入)、便秘症 #4. 去痰不全、角膜炎、視神経萎縮、気管支喘息、眼球乾燥症候群 (両) #5. 血行障害性疼痛、逆流性食道炎、軽度脱水症、高尿酸血症、気切部瘻瘍						
定期訪問	緊急往診		電話再診		計		
Dr.4回	Ns.3回		0回		1回		8回
人工呼吸器	✓酸素濃縮器		✓吸引器		中心静脈 点滴		✓経管
胃瘻	注入ポンプ		尿カテーテル		気管カニューレ		人工鼻
平成13	病院 小児科より紹介の#1-5の患者。5/18初診。 上気道炎、軽度の痙攣発作、等が見られたが投薬により改善し安定。						
平成20 7月	特記すべき異状なく、安定に経過した。 母親の入院治療により介護者不在となるため、7/17~29まで にシヨーステイ入院した。						
8月	母親の手術は成功して、本人も無事退院して帰宅した。 8/16発熱とSpO2の低下があり往診。テオドール、アンヒバ等を処方、 手持ちのセフゾンの内服も開始した。アンヒバ挿肛も指示 (電話再診)。 血液検査では WBC 14,100/ μ l、CRP 0.17mg/dl で炎症が確認された。 その後改善したためセフゾン内服を終了した。						
9月	NGTの交換はほぼ予定通りに実施した。 全身状態はおおむね安定して経過した。軽度の脱水所見には経口補水塩で 対応可能であった。						
10-11月	10-11月は特記すべき異常なく安定していた。						
12月	12/9訪問時にSpO2が85%と低値だった。酸素のホースの接続が外れて いたことを発見。接続し直して99%に回復した。 その後、著変なく安定している。						
平成21 1月	傾眠傾向が出現しているが、全身状態は落ち着いている。						
2月	高二酸化炭素血症があり、酸素飽和度が充分なため投与酸素量を減量し た。傾眠に対してフェノバルビタールの投与量を調節した。発熱あり感 冒、気管支炎で投薬で対応。						
3-5月	3-5月は安定しており特記すべきことなし。						
備考 5/12	血液ガス room air [pH 7.486, PO ₂ 106mmHg, PCO ₂ 54.2mmHg, BE 12, SiO ₂ 98%]						

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
31					1 Dr. H (TEL) Ns. 智 (定)	2
3	4	5 Ns. 智 (定)	6	7	8 Dr. N (定)	9
10	11	12 Dr. H (定)	13	14	15 Ns. 智 (定)	16
17	18	19	20	21	22 Dr. H (定)	23
24	25	26	27	28	29 Dr. F (定)	30
						(公祝)

患者名

在宅医療報告書

氏名	殿	生年月日	昭和42年月日	性別	男
病名	#1. T細胞性前リンパ芽細胞性白血病(髄腔内注入療法後)、脳転移 #2. 腹腔リンパ節転移、末期、白血病中枢神経浸潤による体幹両下肢麻痺 #3. 下肢疼痛、激性胃炎、不眠症、咽頭炎、口腔食道カンジダ症 #4. 膀胱直腸障害(自己導尿)、神経因性膀胱、血小板減少症、腎部湿疹 #5. 下肢浮腫、眼脂(右)、喀痰喀出困難、腸内菌叢の異常、便秘症、膀胱結石 #6. 脾腫、腹部膨満、腹部痛、胆石、好中球減少による発熱、不眠症(重症)				
定期訪問	緊急往診 電話再診 計				
Dr.7回	Ns 10回	0回	10回	点滴	27回
人工呼吸器	酸素濃縮器	吸引器	中心静脈	尿管	経管
輸血	自己注射	自己導尿	尿カテーテル	気管カニューレ	
平成20年8月	原則的には在宅看取りの方針。カロナール(300mg)錠を頓服中。 下肢痛に対してトリプタノールも併用が開始された。 下旬に偽膜性腸炎が疑われ、塩酸バンコマイシンの内服を開始した。 排尿については自己導尿を行っている。 重症度が高いため、週4回の訪問診療を行っている。 本人の精神状態が不安定であるのに加え、最終末期の介護における家族の負担が大きく、面談を繰り返してケアプランの見直しを行った。コンブロマイズドホストのため尿路感染などで発熱を繰り返し、真菌感染も考慮しつつ管理を行っている。 ケアの態勢も整い在宅療養が安定してきた。下痢もなく、下肢の動きもリハビリにより徐々に改善してきている。引き続き在宅療養と医療を継続した。 全身的には安定に経過した。極小の尿路結石、排便時の出血、指先の擦過傷、等が生じたが大過なく在宅療養中である。 リハビリ面ではPTによる評価を行ってもらう予定である。				
10-11月	1月は安定しており特記すべきことなし。 全身状態は安定しているが、著明な脾腫を認め腹部膨満感が生じている。MRI、髄液検査を施行し病状の進行が確認された。 3月は安定しており特記すべきことなし。 特記すべき異状なく経過中。セカンドオピニオンとして入院予定となつて症状緩和目的の摘出術を目的に、6/1に入院予定となつた。				
12月					
平成21年1月					
2月					
3月					
4月					
5月					
備考	患者名				

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
31 Dr. S (TEL)					1	2
30						
29						
28						
27						
26						
25						
24 Dr. F (TEL) Dr. S (TEL)	25 Dr. K (定) Dr. K (定)	26 Ns. M (定) Dr. F (TEL) Dr. F (TEL)	27 (他カルテ) 患者様	28 Ns. 智 (定) Dr. S (TEL)	29 Dr. F (定)	30
23						
22						
21						
20						
19						
18 Dr. F (TEL) Dr. F (定)	19 Ns. 智 (定)	20 Ns. U (定)	21 Dr. F (定)	22 Ns. 寺 (定)	23 Dr. H (TEL)	24 Dr. F (TEL)
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11 Ns. 智 (定)	12 Ns. C (定)	13 Dr. S (定)	14 Dr. H (TEL) Ns. 寺 (定)	15 (他カルテ) 患者様	16	
10						
9						
8						
7						
6						
5						
4 Ns. M (定)	5 Dr. F (定)	6 Dr. S (定)	7 Ns. U (定)	8	9	
3						

第5章 事業結果

第5章 事業結果

1. 在宅療養支援診療所調査

1-1. 回収結果

全国 12,140 件の在宅療養支援診療所の医師に対し調査票を発送した。うち、1,422 件の回答がよせられ、1,326 件を有効回答とした（有効回答回収率 11.7%）。

1-2. 集計結果

【問1 地域連携退院時共同指導料の算定状況】

問1-1. 地域連携退院時共同指導料1（診療所側の算定）

2009年1～12月の間に地域連携退院時共同指導料を算定したかとの問いについては、20.1%が「はい」と回答した（図診-1-1）。

問1-2. 地域連携退院時共同指導料の算定実績（2009年10、11、12月）

2009年10～12月の地域連携退院時共同指導料算定の相手先病院総数については、48.9%が「1ヶ所」と回答した（図診-1-2-1）。

患者総数については、32.7%が「1人」と回答した（図診-1-2-2）。

【問2 在宅移行にむけた説明】

問2. 在宅医療や療養生活について説明する際かかる時間

初診時、もしくは退院前の共同指導等に在宅医療や療養生活について説明する際かかる時間については、10分未満が0.4%、10分以上30分未満が20.6%、30分以上60分未満が41.0%、60分以上90分未満が31.6%であった（図診-2）。

【問3 連携の状況】

問3-1. 診療情報提供書を発行した施設数（2009年10、11、12月）

2009年10～12月に診療情報提供書を発行した施設数は、病院が平均10.5ヶ所（図診-3-1-1）、一般診療所が平均5.0ヶ所（図診-3-1-2）であった。

問3-2. 連携をした訪問看護ステーション数（2009年10、11、12月）

2009年10～12月に連携をした訪問看護ステーション数は、平均3.4ヶ所であった（図診-3-2）。

問3-3. 連携をした調剤薬局数（2009年10、11、12月）

2009年10～12月に連携をした調剤薬局数は、平均3.5ヶ所であった（図診-3-3-1）。

【問4 看取りについて】

問4. 在宅で看取った患者の人数（2009年1～12月）

2009年1～12月の間に在宅で看取った患者の人数は、在宅時医学総合管理料算定患者が平均6.1人（図診-4-1）、在宅末期医療総合診療料算定患者が平均2.3人（図診-4-4）、訪問診療・往診のみ算定の患者が平均2.8人（図診-4-7）であった。

【問5 連携上の課題について】

問5-1. 病院から在宅医療適応患者を受け入れるにあたっての問題の程度

自施設の状況

医師数の不足については、「問題はない」と答えたのは44.3%、「多少問題がある」は43.6%、「深刻な問題である」は12.1%であった（図診-5-1-1）。

看護師数の不足については、「問題はない」と答えたのは45.5%、「多少問題がある」は40.6%、「深刻な問題である」は13.9%であった（図診-5-1-2）。

医師・看護師以外の人員の不足については、「問題はない」と答えたのは65.7%、「多少問題がある」は30.6%、「深刻な問題である」は3.7%であった（図診-5-1-3）。

緩和ケアにおける経験の不足については、「問題はない」と答えたのは37.1%、「多少問題がある」は50.5%、「深刻な問題である」は12.5%であった（図診-5-1-4）。

難病ケアにおける経験の不足については、「問題はない」と答えたのは22.8%、「多少問題がある」は54.7%、「深刻な問題である」は22.5%であった（図診-5-1-5）。

連携する病院

在宅医療に対し病院医の理解が乏しいについては、「問題はない」と答えたのは29.4%、「多少問題がある」は49.1%、「深刻な問題である」は21.5%であった（図診-5-1-6）。

在宅療養支援診療所が具体的に周知されていないについては、「問題はない」と答えたのは22.7%、「多少問題がある」は56.7%、「深刻な問題である」は20.6%であった（図診-5-1-7）。

退院時共同指導が不徹底であるについては、「問題はない」と答えたのは19.5%、「多少問題がある」は52.2%、「深刻な問題である」は28.3%であった（図診-5-1-8）。

緊急入院の際、後方ベッドとして確保しづらいについては、「問題はない」と答えたのは26.2%、「多少問題がある」は45.8%、「深刻な問題である」は28.0%であった（図診-5-1-9）。

連携する専門職種

連携可能な訪問看護事業所との連携については、「問題はない」と答えたのは60.7%、「多少問題がある」は35.5%、「深刻な問題である」は3.8%であった（図診-5-1-10）。

訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局との連携については、「問題はない」と答えたのは61.7%、「多少問題がある」は33.9%、「深刻な問題である」は4.4%であった（図診-5-1-11）。

歯科診療所との連携については、「問題はない」と答えたのは 51.9%、「多少問題がある」は 41.4%、「深刻な問題である」は 6.7%であった(図診-5-1-12)。

訪問介護事業所との連携については、「問題はない」と答えたのは 54.9%、「多少問題がある」は 41.0%、「深刻な問題である」は 4.1%であった(図診-5-1-13)。

特養、老健等の施設との連携については、「問題はない」と答えたのは 32.4%、「多少問題がある」は 51.5%、「深刻な問題である」は 16.1%であった(図診-5-1-14)。

問 5 - 2. 在宅医療を必要とする患者の将来の受け入れ

在宅医療を必要とする患者の将来の受け入れについて、「受け入れ数の規模を拡大する」と答えたのは 35.9%であった。「当分は現状を維持していく」は 54.9%、「受け入れ数の規模を縮小する」5.4%、「いずれ受け入れをやめるつもりである(もしくは、既に受け入れを行っていない)」は 3.8%であった(図診-5-2)。

問 5 - 3. 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性については、全ての項目で「特に重要である」「重要である」の合計が 50%を超えた。「不要である」「あまり重要ではない」の合計は、自立支援法の説明(12.0%)、在宅血液透析指導(22.2%)を除いた全てが 10%に満たなかった(図診-5-3-1~41)。

問 5 - 4. 急性期病院の医師が知っておくべき内容の実施と理解

急性期病院の医師が知っておくべき内容の実施と理解については、「されている」との回答が最も多かったのは在宅酸素療法指導(43.4%)で、次いでがんの緩和医療(41.4%)、在宅中心静脈栄養指導(40.4%)、在宅成分栄養経管栄養法指導(37.9%)、在宅自己注射指導(37.7%)などであった。

「されていない」との回答が最も多かったのは調剤薬局との連携(17.4%)で、次いで自立支援法の説明(17.2%)、終末期における同意文書の作成(16.4%)、在宅医療の心得の説明(16.0%)、臨終時の心構え(15.4%)などであった。

「わからない(把握していない)」の割合は在宅肺高血圧症患者指導(53.5%)が最も高く、在宅医と後方病院の連携(24.3%)が最も低かった(図診-5-4-1~41)。

【問 6 研修の受け入れについて】

問 6 - 1. 在宅医療の研修を希望する病院医の受け入れ

在宅医療の研修を希望する病院医の受け入れについては、「長期研修者を受け入れることができる」は 9.1%、「短期間であれば受け入れることができる」が 29.9%であった。「協力できない」が 61.0%であった(図診-6-1)。

問 6 - 2. 対応可能な研修内容(受け入れ可能診療所のみを集計)

対応可能な研修内容については、「在宅医療の心得の説明」が最も高く、86.1%であった(図診-6-2)。

【問9 回答者属性】

病床数

無床診療所が 85.4%、有床診療所が 14.6%であった(図診-9-2-1)。有床診療所の病床数については、「19床」と答えたのが 54.9%であった(図病-9-2-2)。

2. 病院調査

2-1. 回収結果

全国 996 件の病院の院長・看護部長・連携室長に対し、計 2,988 通の調査票を発送した。うち、452 件の回答がよせられ、410 件を有効回答とした(有効回答回収率 13.7%)。

2-2. 集計結果

【問1 在宅療養支援診療所について】

問1-1. 在宅療養支援診療所の周知

在宅療養支援診療所については、「在宅療養支援診療所という名称そのものをまったく知らなかった」が 5.4%、「在宅療養支援診療所という名称については知っていたが、近隣の診療所のうちいずれが該当するかはまったく把握していなかった」が 24.3%、「近隣の在宅療養支援診療所をいくつか知っていた」が 49.5%、「近隣の在宅療養支援診療所をほぼすべて把握していた」が 19.3%、「近隣には在宅療養支援診療所がまったく無いことを把握していた」が 1.5%であった(図病-1-1)。

問1-2. 在宅療養支援診療所の情報源

在宅療養支援診療所については、「その他の各種媒体(雑誌、新聞、インターネットなど)から」が 26.9%と最も多く、次いで「在宅療養支援診療所からの情報提供」が 26.3%であった(図病-1-2)。

問1-3. 在宅療養支援診療所で可能な医療

調査票内で例示した在宅療養支援診療所で可能な医療について、「よく知っている」と答えたのは 38.9%であった。「一部しか知らない」が 52.1%、「知らない」が 9.0%であった(図病-1-3)。

【問2 連携上の課題について】

問2-1. 在宅医療適応患者を在宅へ移行させるにあたっての問題の程度

自施設の状況

医師数の不足については、「問題はない」と答えたのは 30.8%、「多少問題がある」は 46.0%、「深刻な問題である」は 23.2%であった(図病-2-1-1)。

看護師数の不足については、「問題はない」と答えたのは 32.3%、「多少問題がある」は 49.9%、「深刻な問題である」は 17.8%であった(図病-2-1-2)。

医師・看護師以外の人員の不足については、「問題はない」と答えたのは 32.5%、「多少問題がある」は 54.9%、「深刻な問題である」は 12.6%であった(図病-2-1-3)。

医師・看護師の緩和ケアに関する経験については、「問題はない」と答えたのは 25.2%、「多少問題がある」は 64.0%、「深刻な問題である」は 10.8%であった(図病-2-1-4)。

医師・看護師の難病ケアにおける経験については、「問題はない」と答えたのは 16.5%、「多少問題がある」は 65.1%、「深刻な問題である」は 18.4%であった(図病-2-1-5)。

医師・看護師の在宅医療に対する理解と知識については、「問題はない」と答えたのは 12.5%、「多少問題がある」は 69.7%、「深刻な問題である」は 17.8%であった(図病-2-1-6)。

退院時共同指導の不徹底については、「問題はない」と答えたのは 12.5%、「多少問題がある」は 67.6%、「深刻な問題である」は 19.9%であった(図病-2-1-7)。

緊急入院の際の後方ベッドの準備と対応については、「問題はない」と答えたのは 20.9%、「多少問題がある」は 50.1%、「深刻な問題である」は 29.0%であった(図病-2-1-8)。

連携する専門職種

在宅療養支援診療所との連携不足については、「問題はない」と答えたのは 20.8%、「多少問題がある」は 62.6%、「深刻な問題である」は 16.6%であった(図病-2-1-9)。

連携可能な訪問看護事業所との連携については、「問題はない」と答えたのは 36.4%、「多少問題がある」は 55.3%、「深刻な問題である」は 8.4%であった(図病-2-1-10)。

訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局との連携については、「問題はない」と答えたのは 19.1%、「多少問題がある」は 62.9%、「深刻な問題である」は 18.1%であった(図病-2-1-11)。

歯科診療所との連携については、「問題はない」と答えたのは 19.2%、「多少問題がある」は 61.5%、「深刻な問題である」は 19.2%であった(図病-2-1-12)。

訪問介護事業所との連携については、「問題はない」と答えたのは 31.2%、「多少問題がある」は 62.4%、「深刻な問題である」は 6.4%であった(図病-2-1-13)。

特養、老健等の施設との連携については、「問題はない」と答えたのは 25.6%、「多少問題がある」は 61.4%、「深刻な問題である」は 12.9%であった(図病-2-1-14)。

問 2 - 2. 在宅医療適応患者の在宅移行についての今後の取組み

在宅医療適応患者の在宅移行についての今後の取組みについては、「在宅移行の促進に力を入れる」と答えたのは 73.5%であった。「当分は現状を維持していく」は 24.1%、「在宅移行よりもむしろ病院での治療に力を入れる」は 2.5%であった(図病-2-2)。

問 2 - 3. 急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性

急性期病院の医師が知っておくべき内容の重要性については、ほぼ全ての項目で「特に重要である」「重要である」の合計が 70%を超えた。「不要である」「あまり重要ではない」の合計は、全ての項目で 5%に満たなかった(図病-2-3-1~41)。

問 2 - 4. 急性期病院の医師が知っておくべき内容の実施と理解

急性期病院の医師が知っておくべき内容の実施と理解については、「されている」との回答が最も多かったのは在宅酸素療法指導(58.1%)で、次いで病名・予後告知(57.8%)、

がんの緩和医療(53.1%)、在宅自己注射指導(47.1%)、在宅自己導尿指導(46.0%)などであった。

「されていない」との回答が最も多かったのは自立支援法の説明(24.2%)で、次いで介護保険制度の説明(18.3%)、調剤薬局との連携(16.9%)、グリーンケア(16.0%)、災害時への対応(危機管理)(15.9%)などであった。

「わからない(把握していない)」の割合は在宅血液透析指導(28.1%)が最も高く、がんの緩和医療および病名・予後告知(ともに10.7%)が最も低かった(図病-2-4-1~41)。

【問3 研修の受入れについて】

問3-1. 在宅医療の研修について

自施設の医師・看護師の在宅医療研修については「是非受けさせたい」が36.2%、「希望があれば受けさせたい」が61.8%であった。「受ける必要性を感じない」が2.0%であった(図病-3-1)。

問3-2. 在宅医療研修の期間について(問3-1の「~受けさせたい」のみの集計)

在宅医療研修の期間については、「長期の研修を受けさせる」が2.3%、「短期間であれば研修を受けさせる」が90.6%、「研修を受けさせることは困難である」が7.0%であった。(図病-3-2)。

問3-2. 研修項目について(問3-2の「~受けさせる」のみの集計)

家族支援が最も多く選ばれており、74.1%が回答した。次いで在宅医療の心得の説明(71.6%)、がんの緩和医療(68.5%)、在宅医と後方病院の連携(67.9%)、訪問看護事業所との連携(65.6%)であった(図病-3-3)。

【問6 地域連携退院時共同指導料の算定状況】

問6-1. 地域連携退院時共同指導料2(病院側の算定)

2009年1~12月の間に地域連携退院時共同指導料を算定したかとの問いについては、40.3%が「はい」と回答した(図病-6-1)。

問6-2. 地域連携退院時共同指導料の算定実績(2009年10、11、12月)

2009年10~12月の地域連携退院時共同指導料算定の相手先在宅療養支援診療所総数については、41.7%が「1ヶ所」と回答した(図病-6-2-1)。

患者総数については、24.2%が「1人」と回答した(図病-6-2-2)。

【問 7 在宅移行にむけた説明】

問 7. 在宅医療や療養生活について説明する際かかる時間

初診時、もしくは退院前の共同指導等に在宅医療や療養生活について説明する際かかる時間については、10分以上30分未満が3.7%、30分以上60分未満が16.7%、60分以上90分未満が47.2%であった（図病-7）。

【問 8 回答者属性】

職名

回答者の職名については、院長が20.2%、看護部長が23.6%、連携室長が33.0%であった（図病-8-1）。

病床数

病床数については、一般病床が平均421.3床（図病-8-4-1）、療養病床数が平均94.7床であった。ただし、療養病床の回答者数はn=27であった（図病-8-4-2）。

3. 結果の分析

3-1. 退院時共同指導の不徹底

在宅療養者の受け入れに際しては、診療所側から見た場合、自身の緩和ケア・難病ケアにおける経験の不足と連携病院に関する各項目により多くの問題があることが分かった。

特に、退院時共同指導の不徹底について「問題はない」と答えた診療所は2割にも届かず、この評価は病院調査の結果においても共通している。

地域連携退院時共同指導の実施（同指導料の算定）はまだ広く行われておらず、1年間に算定実績がある在宅療養診療所（以下「診療所」）は20.1%にとどまった。

在宅医療や療養生活について説明する時間については、平均が43.3分であり、中央値は30分であった。ただし、回答者により、医師以外の職種による複数回の説明がある例や、疾病によっては数時間におよぶ場合もあるとの記載がなされている。

- ・あくまでも初回または退院前の説明に関する設問であること
- ・疾病により差があること
- ・診療所により受け入れ対象としている疾病・重症度に差があること

などに留意するべきである。

3-2. 共同指導不徹底のポイント

問題を認識しているのにも関わらず共同指導が行われていないことの原因には、まず人員の不足がある。診療所問5-1/病院問2-1から分かるとおり、在宅移行に際して、病院では診療所よりも人員不足が大きな問題として挙げられている。

また、共同指導を行う以前に、病院医による退院前の指導が不足しているという点がある。病院問2-4において、個別療法の導入支援においては医師が指導を実施していると

いう回答が多いが、多職種連携や療養生活像、それを支える制度と概念の説明については少なかった。また、大半を占めている「どちらともいえない」「わからない（把握していない）」については、医師それぞれの差が大きいという点も考えられるが、実際の退院指導、特に在宅移行に際する退院指導の経験自体が少ないということが理由として考えられるところである。

3-3. 研修と在宅移行促進

病院職員の在宅研修については、ほぼすべての回答者が研修の必要性を感じていながらも、「短期間であれば研修を受けさせる」と回答している。長期の研修を行うのは、おそらく人員不足の問題から困難であるようだ。

退院計画において患者の生活情報を効率よく収集し、患者のこれからの療養生活と療養方針に則した環境を適切かつ迅速に提供するには、在宅療養とそれを支える医療従事者・介護事業者・家族の姿をじかに目にするには、それが短期間でも、病院職員に大きく寄与するところである。

在宅移行が促進されることにより、社会的入院が解消されれば、共同指導に振り分けることのできる人員の増加にもつながるだろう。また、病院・診療所共に在宅移行の経験が積まれることから、より綿密な医療サービスの提供がなされることも期待できる。

3-4. 急性期病院の疲弊と在宅移行

調査票中に提示したスライドについては、概ね賛同を得られる結果となった。診療所医師・病院各部門トップの意識は共通しているようである。

しかし、介護事業者の充実と家族への支援を指摘する声が多く、特に在宅療養支援診療所や介護事業者の整備されていない過疎地域に対する支援が望まれており、具体的には

- ・複数の小診療所（医師一人など）による連携体制
（過疎地域の既存の診療所は緊急対応が困難な高齢医師が多い）
 - ・病院が行う在宅対応に対する診療報酬でのバックアップ
 - ・家族が介護を行っている間の経済的な問題
- などが挙げられている。

3-5. 急性期病院の疲弊を改善するための在宅療養支援診療所の役割について

在宅療養支援診療所一問 7

1) 機能分化

機能分化について、在宅療養支援診療所の医師は、おおむね賛意を表しているが、急性期病院の医師のみが疲弊しているわけではないとの記述も多い。

「急性期HPは、外来診療キノウを一部専門外来を除いて縮小すべきではないか。勤務医の負担が大きすぎる。地域開業医が外来キノウを任うべきで特に多数の疾患を総合的にみなければならぬ高齢者などは急性期HPでみるべきではない。」

2) 家族の支援

家族の支援が在宅継続の鍵との指摘が多い。

「在宅療養がうまくいくか否かは ①家族の理解と家族への支援体制の充実 ②質の高い訪問看護 ③在宅医療をになう医師の心構えでほぼ決まると思っている。」

「実際に在宅で介護をしてみると、家族の戸惑いや経験不足から来る不安、いらだちは強く、継続してゆくのが難しいのも事実です。特に、人の死を看たことのない方が、自宅で愛する家族の死を直面し、何もできないもどかしさを経験するのは、筆舌しがたいものがあります。患者さんは病院の先生にしっかりと説明して頂いて、在宅診療は入院しているよりもご本人にとって幸せだよ、と言って頂くだけで安心するものだと思います。」

3) 教育・啓蒙

まず、病院の医師が、在宅医療についてよく知り、在宅のよさを患者・家族に説明すべきとの意見が多い。

「急性期病院の医師やNsは在宅で（何が出来るか、どこまで出来るかを知らない。こんな状態では家に帰るのはむづかしいですね、と病院スタッフ（Dr、Ns）の誰か1人でも家族に伝えてしまうと、家族はそうだよな～、と思ってしまうことになりました」

在宅医療の国民への啓蒙も重要課題とする記述が多い。

「是非、人はかならず死期を向かえ、“病院で死ぬ”ことよりも場合によっては自宅で亡くなることの方が意味が大きい場合があるという、知識を普及されることを願っています。」

病院一問4

機能分化促進のため、病院内に選任としての連携のプロが必要との記述が多い。

「医療依存度の高い患者を診察できる在宅療養支援診療所が増え、24時間対応も可能な施設が増えて、病院から在宅へ退院するケースが増えれば、Bedの有効活用、在院日数の短縮にむすびつき、急性期病院としての機能を果たすことができる。現状は自宅で介護する家族が「こんな状態では家につれて帰れない」「具合が悪くなった時にどうしたら良いか」といった不安をかかえており、その不安に対応し在宅退院まではこべる説明やカンファレンスの場がもてない。病院側にそのような知識と説明スキルをもつ人材を専任とした役割で位置づけることが必要。勤務医ではそれはきびしいと思う。」

3-6. 在宅医が病院医に求める技術・知識・資質

在宅療養支援診療所一問 8

技術について

特別の技術というよりは、きちんとわかりやすく説明し、納得していただく能力が浮揚用との記述が多い。

「患者様の受け入れやすい様にご説明と、いざと言う時のバックアップが大切と思います。」

知識について

在宅で、病院に匹敵する医療ができることを知って欲しいという記述が目立った。

「知識も技術も、あるにこしたことはないが、たいした問題ではありません。在宅においては病院でできる全てのことが可能だ、ということを知っておいてもらえればよいです」

資質について

豊かなコミュニケーション能力が資質として重要であるとの指摘が多い。

「診断及び医療技術に興味を片寄る医師が多いが、できれば長期に渡る在宅患者と同じ目線で医療及び介護を継続してゆけること、患者様、及び周囲のスタッフとうまく連携できるコミュニケーション力があること。生命、医療に対して謙虚な気持を持ち続けることのできること。」

「まず人←→人とのコミュニケーションが出来ない様なDrは論外。家族、患者との良好な関係なしに医療は不能。」

その他

柔軟性と協調性が重要との指摘が目立つ。

「告知の問題は十分に議論してもらいたい。在宅医療に向いている医師。私はこんな医師が在宅医療に向いていると思います。大事なものは、まず在宅医療が楽しいと思えるかどうかです。病院医療が忙しいからとか、在宅医療が診療報酬で今優遇されているからとかという理由で、在宅医療を始めるとその医師のためにも患者のためにも良くはありません。そして、在宅医療を行う医師に最も必要なものは柔軟性と協調性です。あの患者は嫌だとかあのケアマネは嫌だとか選り好みする人はうまくいった試しがありません。そして、周りを批判ばかりする人もうまくいかないと思います。周りを批判する前にまず自分です。誰とでもうまくやっていく姿勢が絶対に必要です。在宅医療に向いている医師はこんな医師だと思います。・在宅医療が楽しいと思える医師・社会人として常識のある医師（挨拶のできない人はまず無理）・患者の立場に立てる医師・自然に看取る視点を持っている医師・無理に医療を施そうとしない医師（病

院医療からの脱却)・患者や在宅チームの人たちと柔軟性をもって関われる医師。そんなに難しい条件ではありません。当たり前のコトが当たり前にできる世間的に普通の医師が在宅医療には求められるのです。でも、その普通の医師がいかに少ないか…？在宅医療に向かない医師か以下のような医師だと思います。やはり、柔軟性と協調性が大事です。・挨拶できない人・プライドの高い人・専門医療や病院医療から脱却できない」

3-7. 病院医が在宅医に求める技術・知識・資質

病院一問5

技術について

病院医師、在宅医師がお互いをよく知ることが必要であるとの指摘が目立つ。

「すべての医師がすべての分野において100%の技術知識が必要なのではない」というのは在宅医も病院医も同じだと思います。

在宅医や病院医それぞれがどのような得意分野を持っているかを

- ①お互いが知ること もしくは
- ②間をつなぐものがそれを知っていること

すなわち情報共有と連携がうまく行っていれば、必要な時に必要な場所で必要な医療資源を投入することができ、患者さんと家族が安心して暮らせるということが実現すると思われます。」

知識について

緩和医療の知識の充実を求める記述が多い。

「オピオイド鎮痛薬の投与や管理についての知識をもった先生が増えるとターミナル期を在宅で安楽に過ごせる患者様が増えると思います。」

資質について

「チームで物事を考えるコミュニケーション力と多職の専門性を尊重すること」

その他

患者家族とのコミュニケーション（信頼度）作りが最も重要ではないか。

第6章 総括

第6章 総括

病院医の説明に対する反応を列挙しよう。

○「知識も技術も、あるにこしたことはないが、たいした問題ではありません。在宅においては病院でできる全てのことが可能だ、ということを知っておいてもらえればよいです」

○「診断及び医療技術に興味が片寄る医師が多いが、できれば長期に渡る在宅患者と同じ目線で医療及び介護を継続してゆけること、患者様、及び周囲のスタッフとうまく連携できるコミュニケーション力があること。生命、医療に対して謙虚な気持を持ち続けることのできること。」

○「まず人←→人とのコミュニケーションが出来ない様なDrは論外。家族、患者との良好な関係なしに医療は不能。」

○患者の立場に立てる医師・自然に看取る視点を持っている医師・無理に医療を施そうとしない医師（病院医療からの脱却）

○「実際に在宅で介護をしてみると、家族の戸惑いや経験不足から来る不安、いらだちは強く、継続してゆくのが難しいのも事実です。特に、人の死を看たことのない方が、自宅で愛する家族の死を直面し、何もできないもどかしさを経験するのは、筆舌しがたいものがあります。患者さんは病院の先生にしっかりと説明して頂いて、在宅診療は入院しているよりもご本人にとって幸せだよ、と言って頂くだけで安心するものだと思います。」

○「急性期病院の医師やNsは在宅で（何が出来るか、どこまで出来るかを知らない。こんな状態では家に帰るのはむづかしいですね、と病院スタッフ（Dr、Ns）の誰か1人でも家族に伝えてしまうと、家族はそうだよな～、とってしまうことになります」

○「是非、人はかならず死期を向かえ、“病院で死ぬ”ことよりも場合によっては自宅で亡くなることの方が意味が大きい場合があるという、知識を普及されることを願っています。」

○「現状は在宅で介護する家族が「こんな状態では家につれて帰れない」「具合が悪くなった時にどうしたら良いか」といった不安をかかえており、その不安に対応し在宅退院まではこべる説明やカンファレンスの場がもてない。病院側にそのような知識と説明スキルをもつ人材を専任とした役割で位置づけることが必要。勤務医ではそれはきびしいと思う。」

これまでの多くのアンケート調査によって、

- ① 国民の60～80%が在宅生活をして在宅看取りを希望している。
 - ② しかし、実際に①が可能か否かについては、半数以上が無理であると考えている。
 - ③ その根拠の一位と二位はケア体制の不備と家族の疲労である。
 - ④ 三位と四位は24時間往診の不備と医療提供体制への不安である。
 - ⑤ そして実態は80%が病院死である。
- という結果が出ている。

しかし、本研究が示すものは、

国民が②と考えるのは、プロである病院医が不適切な説明を行うために、アマチュアである国民は「帰れない」と勘違いしてしまうためである。といえる。

③は、十分に機能すれば独居・全身麻痺・人工呼吸器・胃瘻の対象者でも24時間他人介護で暮らせる制度が、今の日本ですでに確立されている、ことを病院医は知っているのか、という点である。

④は、登録上12000ヶ所、実働8000ヶ所の在宅療養支援診療所の個々の機能と活動範囲を病院医が知っているのか、という点である。

要は、このような介護と医療の制度があることを、プロである医師がアマチュアである国民に「的確に説明しているのか？」という点である。

病院死は、国民のニーズを無視した、医師が作り出した大間違いのサプライと言えなくはない。

●説明すれば、「帰られる・生きられる」と思う。

●説明しなければ、「帰られない・生きられない」と思うのだ。

医師は自分の不適切な説明を棚に上げて、あたかも患者・家族が決定した意思であるように「だって患者さんが帰れないというから・・・」「呼吸器はつけないと言うから・・・」と理由付けするのである。

このように、原因のかなりな部分が医師の説明責任に帰結する可能性がある。

患者の意思決定が重要である以前に、『意思決定が可能となるような説明をする』ことが本当に行われているのだろうか？と疑問を持つのだ。

本研究は、以上の疑問とデータから医師の説明に焦点を当てて事業を行った。

1) 基本となるのはICFである。



図 1



図 2

図 1 のように日本は高齢化の一途をたどるのであり、『治らない国』をどのように支えるかが試される。ここに重要な考えとして I C F がある。I C F は五体不満足の思想としても十分に運用できる。

本研究では、I C F を取り入れた説明を目指して、『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』を作成した。

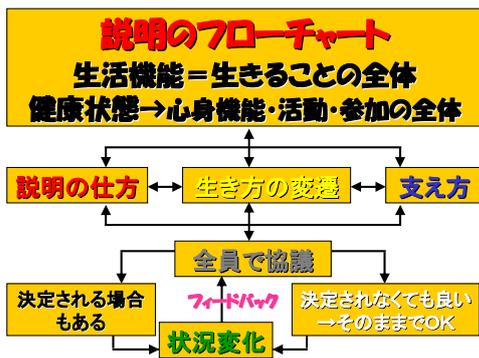


図 3

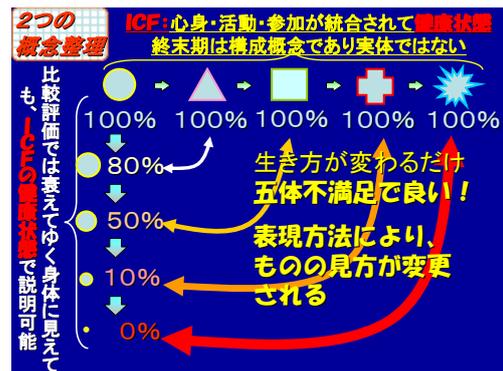


図 4

図 3 のように、

- ① I C F の『生活機能=生きることの全体』、からすべての思考が開始される
- ② 生活機能における『健康状態=心身機能・活動・参加の統合された全体』を知る (図 4)
- ③ 説明の仕方を学ぶ
- ④ 生き方の変遷 (図 5) を②を軸に説明できるようにする
- ⑤ 説明のプロセスを理解し行動できるようにする (図 6)。

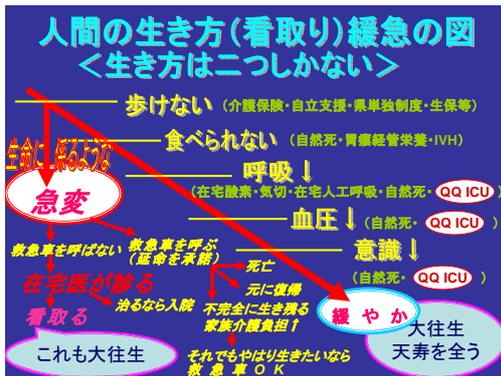


図 5

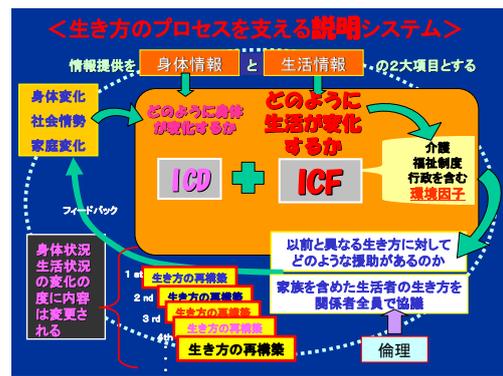


図 6

- ⑥ 結果を求めるのではなく、本人の生き方に沿って一緒にプロセスを歩むことが重要
- ⑦ 制度活用を通して、どんな重症者も生きて行けることを説明
- ⑧ 医療の機能分化を促進することで、患者が選択できる医療形態の数と質を増大



図 7

以下は、病院医療と在宅医療に関する自由記載を抜粋したものである。

○病院医療は本人の希望はなくすべて病院に従い在宅医療は本人が無理なく不段の生活に近く心地良く過ごして生活できる様な気がします

○患者の生活背景が見えていない為か、症例を重視して病名をつけ、いかに時短で送り出そうかという姿勢が見られる事が多々あります。在宅医療のメリットは、なんととっても安心、心丈夫、そして介護している家人が孤立しない事を痛感します。

○大病院程、何時間待ち、何分診療の傾向が強いし高齢者、重症者程、院内における他の患者からの感染を心配して連れていくのに、ちゅうちょしてしまいがちになる。自宅で最期を向えたいというのは、ほとんどの方が望んでいる事だと思われるので、その意味でも在宅医療は、かかせないものに思える。「生命は、患者の力で生きるもので、医師はその生きる力の手助けをするに過ぎない」という記事が載っていた事があるがまさに在宅医療に

ピッタリの言葉に思える。

○病院へ通っている時には、待ち時間も長くて、2つの科に見て頂くと1日中かかり本人もかなり大変でしたが、在宅でお世話になることによって安心して、家で待っていられますので本人の体的にもかなり良くありがたく思っております。今後もお世話になりたいと願っております。先生方は、どちらも、やさしいですね。

○病院の場合、月1度の通院時のみに質問が出来ませんでしたが、在宅医療に関しては、常に電話での相談や、往診時の相談、又、体調が変化した時に連絡し指示を受けたり、又、状況によって定期往診以外に来ていただけたりするのととても心強く、安心です。

○やはり、自分の家という事が一番患者の精神状態を安定させる要因になっていると思います。

○病院という組織の中なので仕方ないことなのでしょうが、少しがっかりしました。もう少し、踏み込んでお話しが出来たらと思っていました。病気になるのも看病するのも初めてなので判断するのが迷いました。いろいろ紹介はしていただいたのですが…仙台往診クリニックさんとお話が出来て、主人も私も少し落ちついたので覚えています。病人がこれから、どういう風になっていくのがいろいろ説明していただけて良かったです。確かに在宅看護は、大変ですが、本人にとっては、悔いの残らない最後を向かえられそうです。今は福祉の方も進んでいるので頼めるところは、頼んで無理せずに、看護していこうと思います。

○病院は一定の治療が済み、安定すれば入院の必要はなく帰ってよいとなりますが、家庭でのサポート体勢を具体的に家族に示したらいいのではと思いました。患者にとっても、病院の治療の暮らしよりも家庭での人間の営みある暮らしの方が生きる喜びが大きいのは当然で、家に帰ると意欲的になるのが私たち家族にもはっきりとわかり、在宅医療の大切さを痛感いたしております。本人も「何かあったらすぐ先生がいらっしゃるから」と話すほど安心している様子です。

○病院はその場限りの治療で、少し良くなれば後はどうしたら良いか等は指導してくれず、すぐ退院させられる。在宅医療は、これからず〜とおつき合する事から先の事まで心配してくれるし、指導もしてくれる特に“介護する人が一番大事”と言ってくれた事がとてもうれしかった。介護する私達の事を心配し、具合悪くなると病人を病院紹介してくれるし、車の手配もしていただいて感謝しています。他の診療も紹介してもらえて、移動出来ない患者はありがたいです。

○病状などについても、病院では、医師との面談も時間の指定があったり、家族が自分で出来そうな事も、看護師さんと呼んで待っていなくてはならないし在宅であれば、出来る事はすぐにやってあげられるし、患者の変化にも早く気づいてあげられる事もあると思います。

○私は医療医学にはまったく無知な為病院医療では説明されても理解出来ない事があったのですが在宅医療ではより詳しく説明をして頂き又時には図を書いて説明して頂いたり、今ではとても安心して何でもお聞きする事が出来ます。

○入院していると、身体だけでなく心までも病気になった様に思い行動も狭く、自宅での生活は少しずつでも思うように広げられ、衣食住、季節を追って暮してゆける、いけている現状。日々色々ありますが、数をあげたらきりがなく、少しでもいいこと楽しいこと、生活していることを実感できている今を大事にしたいと思っています。

○入院してから、家の事情を話したら、ソーシャルワーカーを紹介され、介護保険について説明を受け、施設についても教えられましたが“最後は、あなたが決めること。”といわれて、病状の説明より、生活、“介護は大変だ。”といわれても、やってみなければわからないし、迷っている時もなかった。在宅をやっている間にも、肺炎で2回入院した時、いつも個室。障害をもっているからだろうなあと思えるのに“空いているのは、個室しかあってない。”といわれ最上階“急変した時は、どうしますか？”といわれた時、“男の方はいないんですか？”と聞く、“私じゃだめなんですか？”といわなかったけど、怒！“遠くて私しかいません”“延命措置しますか”“しなくていいです”とはっきりいいました。病院の先生は、一緒にいる人より、他の家族、得に、男性でなければいけないのでしょうか。疑問に思います。在宅でも、往診の前時、障害者認定についても知らなかったし、介護保険しか知らず、障害者認定を受けられて、薬の配達をしてもらったり、おむつ券で安く買うことができ、配達もしてもらい、すごく助かります。経済的にも少しずつ良くなっています。在宅をしながら、いろいろと生活をしていく上でのことや、病気についても、教えてもらいながら、これからもやって行きたいです。

○医師は患者の命を握っていると、つくづく実感しました。病院にかかる時、患者は患者学を心得ていなければだめと云う事もよくわかりました。病気をしたこともなく、病院にかかった事もあまりなく、膝が痛い、腰が痛い病院に行き、「年だからしょうがない」と云われ、その後病院は本当に行くのを嫌がりました。今回医師に対して患者はどういう風に口をきくか、会話するか、そんな事を考えるのも面倒で、唯、唯身体の具合の悪さだけがあり、その状態の表現も難しいといった状態でした。上手に表現できない患者を医師は全く理解しませんでした。家族もその場では理解できませんでした。身体が食物を受けつ

けない状態があることをこの間、はじめてみて納得しました。食欲が出て来ましたら量は多くありませんでしたが、良く食べました。冬になり寒くなり動行範囲が狭くなく食べる量は減りましたが、病院では医師に患者の希望を伝えるのがとても大変でした。署名ばかり求められて、相手からは結果がデータ書面に提示された事はありませんでした（口頭のみで）在宅になってから検査データが書面で戻ってくるのは嬉しい驚きでした。在宅では、希望をどこに伝えても確実に必要な方に届くと云う信頼感が、システムとして構築されているのがわかります。病院で医療者に対する信頼を失いかけて在宅で現代医療の一番良い所に出会った感じがします。病院は病気には興味はあるが、病人はうっとうしいのではないかと思いました。入院、病院に嫌いで、入院させられた事で患者は家族にも心を閉ざしました。患者の希望、と病院の方針が（医師の方針）一致しないとき、患者は病院には入れられない。往診クリニックに縁がつながったことは、本当にラッキーでした。病人が医師と縁を切っては、居られません。病院でなく縁が持てた事は病院があまりに理不尽に思えたからかも知れません。希望をかなえるための努力をして、往診クリニックに連絡をとって命を拾いました。この型は、現代の夢だと思います。こういうクリニックの更なる広がり、拡大を願っています。一市民として

○病院は病院（又は医師）の計画に基いた治療をし、それが終了（状態が改善していなくても）すると退院させる。在宅は本人・家族の希望に添って治療・ケアが続けられるが病院を出された時点で在宅＝終末期というイメージを（特にガンの場合）持ってしまう（現実ではあっても本人にとっては辛い）→病院での精神的ケアが足りないと思う（忙しい医師・看護師には相談しにくく、又、相談窓口を利用しても、医師からは何故直接話さないのかと言われてしまう）

○病院は病気を看るが、在宅では人も見てくれる。

○在宅で治療を受けられることは精神的に落ち着ける（家族の体制にもよるが）。それぞれの状況に合わせ、入院一通院→在宅がスムーズに移行できるようになればと思います。

○在宅医療は、先生方を身近に感じることが出来ますので、不安に思った事・解からない事柄も気軽に相談出来る雰囲気です。親身に考えて下さいます。

○緊急時に病院では、引き受けてくれるのに時間がかかりすぎ。過去1度経験があります。病院のドクター、ナースは在宅の生活が、話しをするが、現実はあまりわかりません。在宅医療は家庭に密着した診療？なので話しやすいかも。

○在宅医療では先生とより密接にコンタクトが出来てコミュニケーションがとれ、気軽に諸々の相談が出来安心できる点が良い。

○病院では病をもつただ1人の人で、在宅では病を持ちながらも、夫であり、父であり、大黒柱として生きている。

○本人のやりたい事が病院では病院の責任になると言われて制限が多くあり、ベッドで天上ばかり見て過ごした。在宅では天気や季節、家族との行事など自由に毎日の過ごし方ができます。

○入院中は医師や看護師さんの対応に対して不満があっても気まずくなる事を恐れて何も言えず、いつも“すみません、お世話様です”ばかり連発していた。どんどん気重になった。在宅では、家族と葛藤しながらも気兼ねなく過ごせます。

○24時間、365日、医療に対する不安を受け入れてくれる医療者が出来た事で不安も悩みもなくなり、心労から解放されました。病院の医師、看護師には気楽に相談できる雰囲気はなく常に距離感があった。

○施す医療がない患者にとって見守り、寄り添う医療が必要です。病院医療にはそれが無い。診断を下して仕事が終りといった感じです。その病とどう生きていくかなど関係ないという感じです。在宅医療は病とどう生きていくかという事を大切に少しでも穏やかに厳しい中にある、小さな喜びを見出すよう支援してくれます。

第 7 章 資料編

第7章 資料編

1-1 在宅療養支援診療所の届出数 ～市区町村人口別～

(注1) 本資料に記載されている市町村は下記の通りとなっています。

①人口10万人以上の都市

表示色：

②人口5万人以上10万人未満の都市

表示色：

(注2) 本資料の示す数値は下記より抜粋いたしました。

①地方厚生局：届出受理医療機関名簿（平成21年12月1日現在）

②総務省：住民台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成21年3月31日現在）

(注3) 在宅療養支援診療所数が前年より減少している場合は赤字で表示しています。

北海道・東北地方

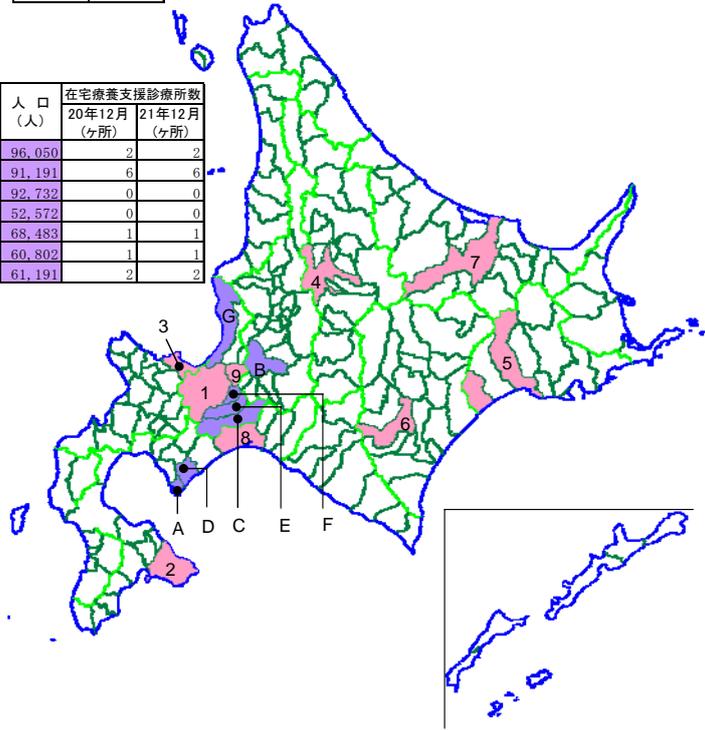
<北海道>

在宅療養支援診療所
北海道総数(件)

20年12月	21年12月
247	267

市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数		
		20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)	
札幌市	中央区	206,252	13	16
	北区	273,577	12	14
	東区	252,688	13	16
	白石区	203,579	10	15
	豊平区	208,476	13	14
	南区	147,397	12	11
	西区	209,883	10	10
	厚別区	129,604	4	4
	手稲区	138,794	6	7
清田区	114,689	3	3	
2 函館市	284,910	15	16	
3 小樽市	135,500	20	20	
4 旭川市	354,559	33	33	
5 釧路市	187,569	1	2	
6 帯広市	168,532	3	3	
7 北見市	125,977	5	6	
8 苫小牧市	173,572	1	1	
9 江別市	122,344	5	6	

市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
A 室蘭市	96,050	2	2
B 岩見沢市	91,191	6	6
C 千歳市	92,732	0	0
D 登別市	52,572	0	0
E 恵庭市	68,483	1	1
F 北広島市	60,802	1	1
G 石狩市	61,191	2	2



10万人以上
5万人以上10万人未満

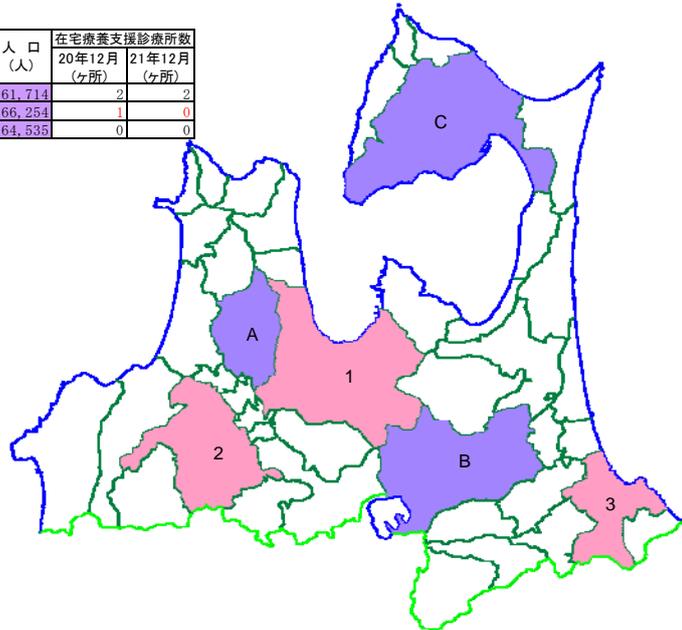
<青森県>

在宅療養支援診療所
青森総数(ヶ所)

20年12月	21年12月
73	73

市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
1 青森市	306,263	22	22
2 弘前市	184,719	19	19
3 八戸市	243,682	9	10

市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
A 五所川原市	61,714	2	2
B 十和田市	66,254	1	0
C むつ市	64,535	0	0



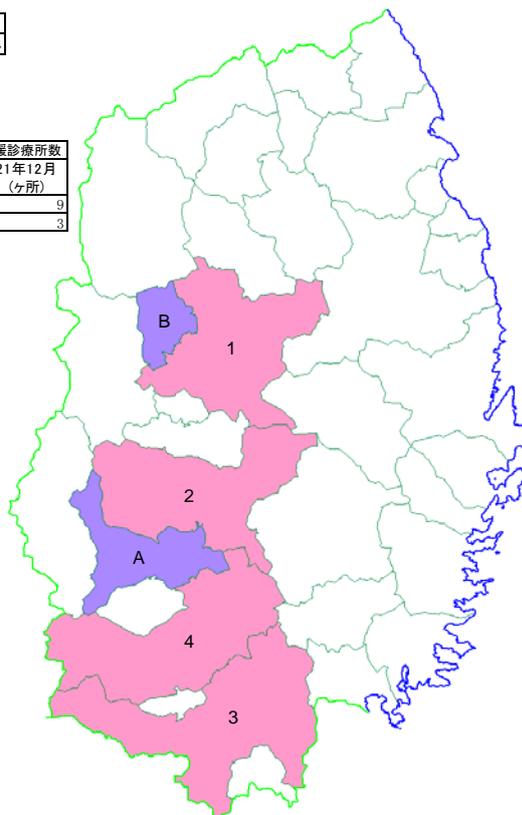
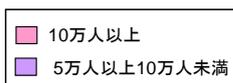
10万人以上
5万人以上10万人未満

<岩手県>

在宅療養支援診療所 岩手総数(ヶ所)		20年12月	21年12月
		79	84

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	盛岡市	292,035	39	42
2	花巻市	103,822	8	9
3	一関市	122,006	2	2
4	奥州市	128,106	4	4

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	北上市	93,619	9	9
B	滝沢村	53,048	2	3

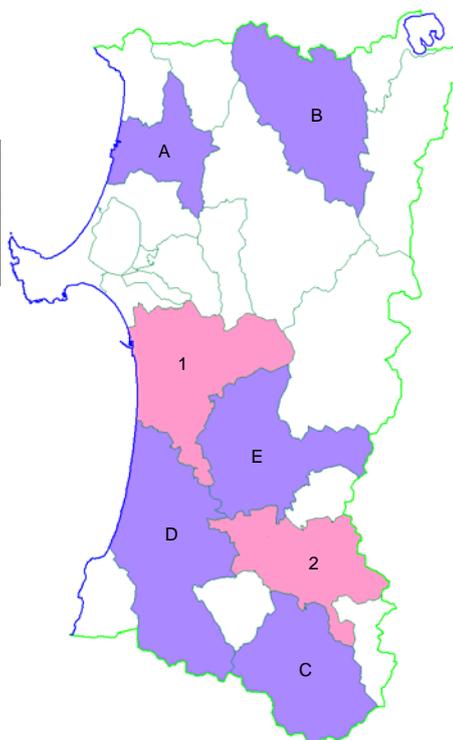
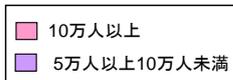


<秋田県>

在宅療養支援診療所 秋田総数(ヶ所)		20年12月	21年12月
		68	68

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	秋田市	324,512	31	26
2	横手市	102,322	2	2

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	能代市	61,416	9	8
B	大館市	81,231	2	2
C	湯沢市	53,695	1	1
D	由利本荘市	87,394	2	2
E	大仙市	92,224	3	3



<宮 城 県>

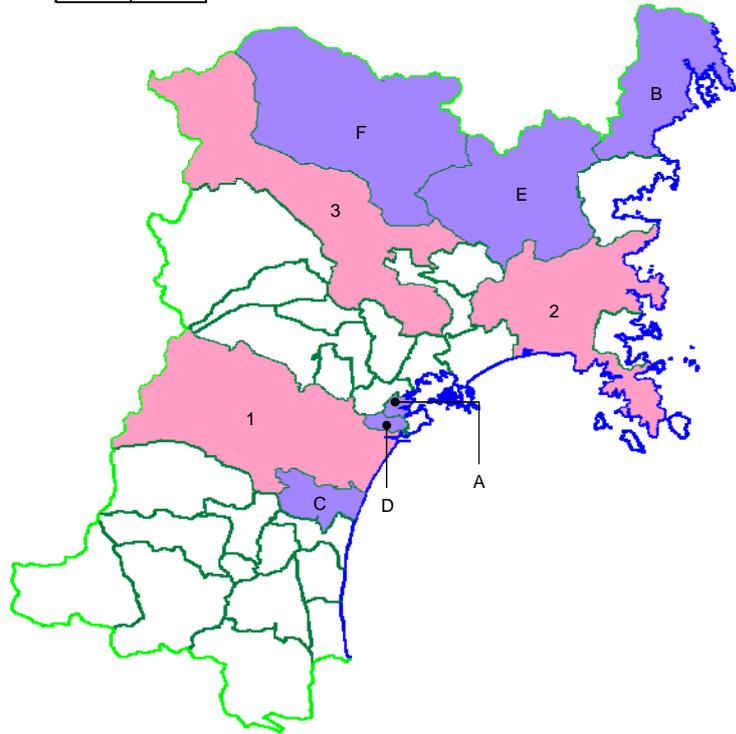
在宅療養支援診療所
宮城総数(ヶ所)

20年12月	21年12月
105	111

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	青葉区	270,171	16	18
	仙宮城野区	182,998	2	2
	若林区	126,771	3	5
	太白区	217,187	15	15
2	泉区	209,395	10	10
2	石巻市	165,099	5	5
3	大崎市	136,178	4	5

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	塩竈市	58,097	2	2
B	気仙沼市	64,394	3	3
C	名取市	70,868	6	6
D	多賀城市	62,861	3	3
E	登米市	87,087	2	2
F	栗原市	78,337	8	8

■ 10万人以上
■ 5万人以上10万人未満



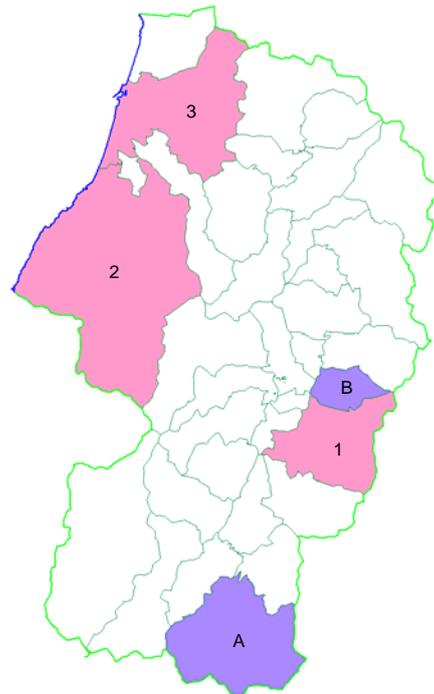
<山 形 県>

在宅療養支援診療所
山形総数(ヶ所)

20年12月	21年12月
72	75

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数			市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)				20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	山形市	250,138	7	8	A	米沢市	87,931	13	13
2	鶴岡市	139,619	14	15	B	天童市	62,654	0	0
3	酒田市	113,952	15	16					

■ 10万人以上
■ 5万人以上10万人未満



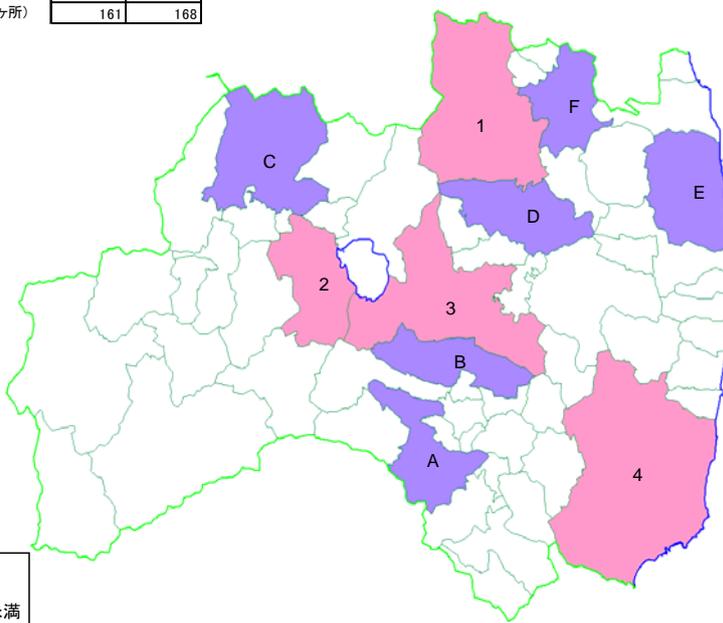
< 福 島 県 >

在宅療養支援診療所
福島総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
161	168

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 福島市	292,684	43	45
2 会津若松市	127,594	12	12
3 郡山市	334,493	33	34
4 いわき市	351,756	22	23

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 白河市	65,249	4	4
B 須賀川市	80,375	9	9
C 喜多方市	54,072	4	4
D 二本松市	62,013	3	3
E 南相馬市	71,999	0	0
F 伊達市	68,350	8	9



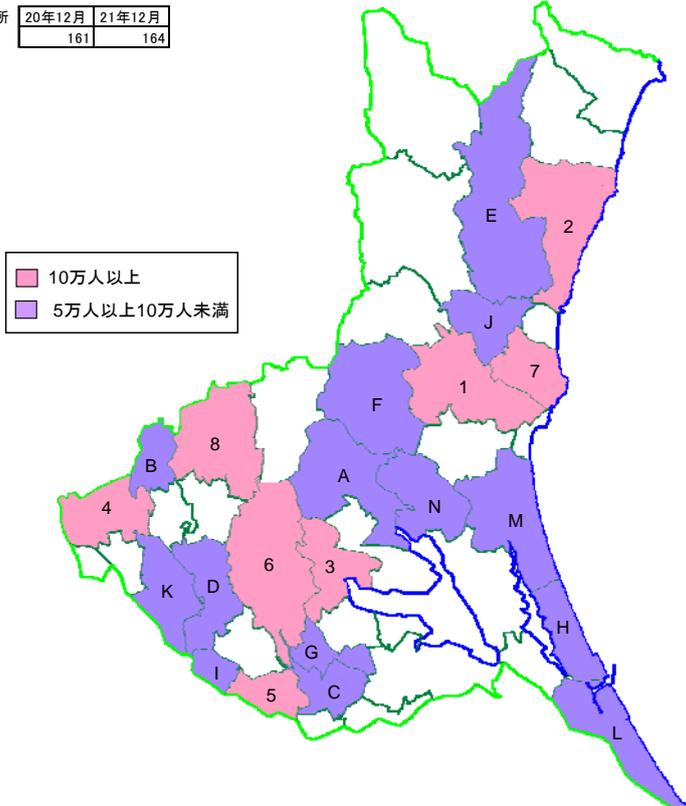
関東・甲信越地方

<茨城県>

在宅療養支援診療所 茨城総数(ヶ所)	20年12月 161	21年12月 164
-----------------------	---------------	---------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 水戸市	265,658	19	19
2 日立市	197,278	4	4
3 土浦市	143,095	11	11
4 古河市	145,493	5	5
5 取手市	110,808	6	6
6 つくば市	200,555	35	35
7 ひたちなか市	157,618	7	7
8 筑西市	111,756	11	11

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 石岡市	81,266	0	1
B 結城市	52,378	2	2
C 龍ヶ崎市	79,231	7	10
D 常総市	63,899	2	2
E 常陸太田市	59,892	3	3
F 笠間市	80,943	3	3
G 牛久市	79,412	2	2
H 鹿嶋市	65,971	2	2
I 守谷市	59,858	3	3
J 那珂市	56,261	1	1
K 坂東市	56,996	3	3
L 神栖市	91,424	2	2
M 鉾田市	51,751	3	3
N 小美玉市	52,914	2	2

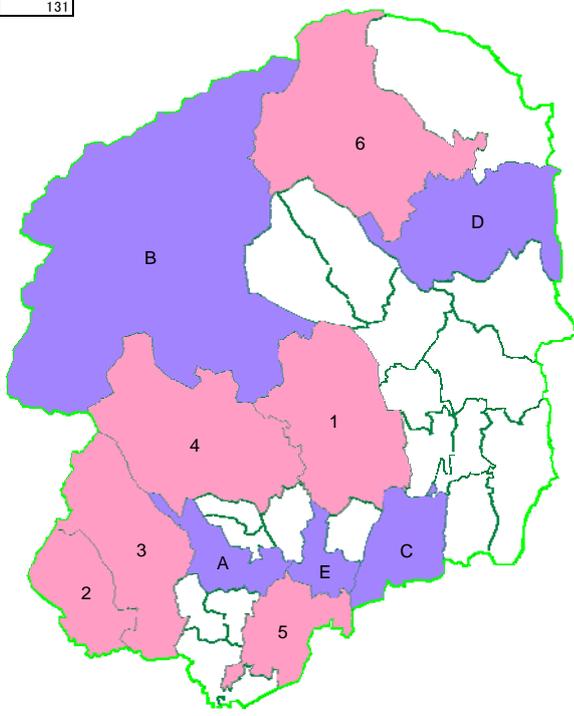
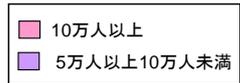


<栃木県>

在宅療養支援診療所 栃木総数(ヶ所)	20年12月 129	21年12月 131
-----------------------	---------------	---------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 宇都宮市	505,330	30	30
2 足利市	156,064	8	8
3 佐野市	123,294	5	6
4 鹿沼市	103,436	2	2
5 小山市	158,461	9	9
6 那須塩原市	115,970	9	9

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 栃木市	81,048	17	17
B 日光市	92,878	2	2
C 真岡市	79,468	2	5
D 大田原市	74,343	8	8
E 下野市	59,546	3	3

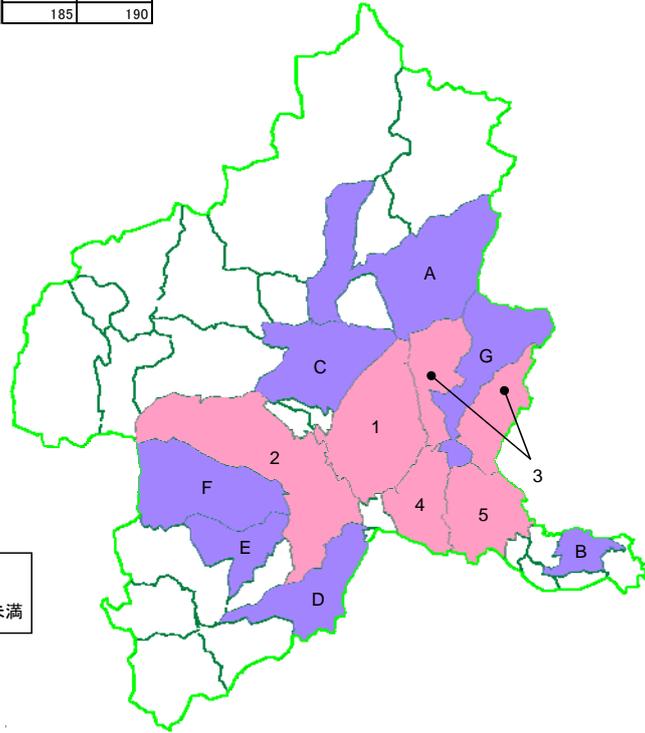


<群馬県>

在宅療養支援診療所
群馬総数(ヶ所) 20年12月 21年12月
185 190

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
1	前橋市	318,068	64	65
2	高崎市	343,761	27	28
3	桐生市	125,062	11	11
4	伊勢崎市	199,476	13	13
5	太田市	211,282	8	8

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
A	沼田市	53,281	4	4
B	館林市	78,381	4	4
C	渋川市	85,945	17	17
D	藤岡市	69,811	8	9
E	富岡市	53,025	3	3
F	安中市	63,538	3	4
G	みどり市	52,521	0	0

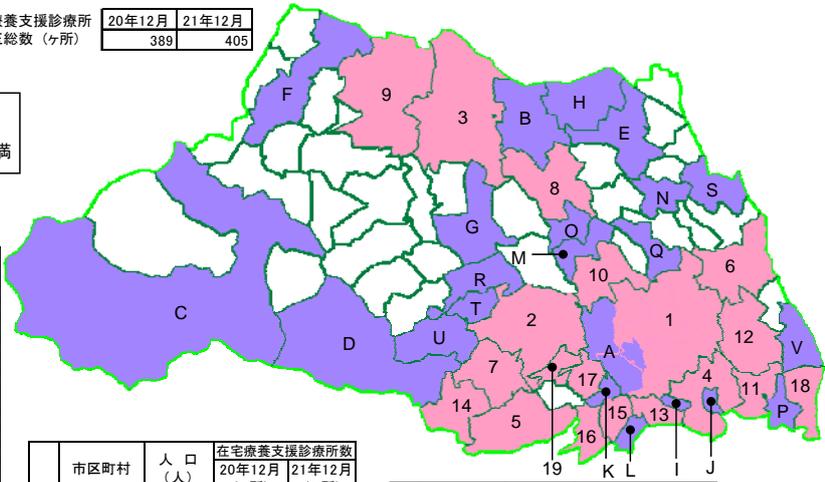


10万人以上
5万人以上10万人未満

<埼玉県>

在宅療養支援診療所
埼玉総数(ヶ所) 20年12月 21年12月
389 405

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
1	北区	136,343	15	14
	大宮区	106,238	13	14
	見沼区	153,635	12	11
	浦和区	144,157	40	41
	南区	170,455	19	19
	緑区	109,315	13	12
2	岩槻区	110,875	3	3
3	川越市	333,003	13	15
4	熊谷市	203,149	15	15
5	川口市	492,609	19	21
6	所沢市	337,051	26	27
7	春日部市	237,705	9	9
8	狭山市	156,033	11	13
9	鴻巣市	118,851	8	8
10	深谷市	144,920	6	7
11	上尾市	223,573	4	4
12	草加市	236,899	4	5
13	越谷市	319,267	8	8
14	戸田市	116,743	7	7
15	入間市	149,074	4	5
16	朝霞市	125,676	1	3
17	新座市	155,261	2	3
18	富士見市	104,386	3	3
19	三郷市	128,474	4	6
	ふじみ野市	104,278	6	5



10万人以上
5万人以上10万人未満

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
A	西区	82,827	5	5
	中央区	93,195	19	19
	桜区	91,956	5	5
B	行田市	86,823	6	6
C	秩父市	69,386	1	1
D	飯能市	82,487	5	5
E	加須市	68,472	1	1
F	本庄市	79,549	3	3
G	東松山市	87,933	18	17
H	羽生市	56,249	1	1
I	蕨市	68,360	5	5
J	鳩ヶ谷市	60,386	1	1

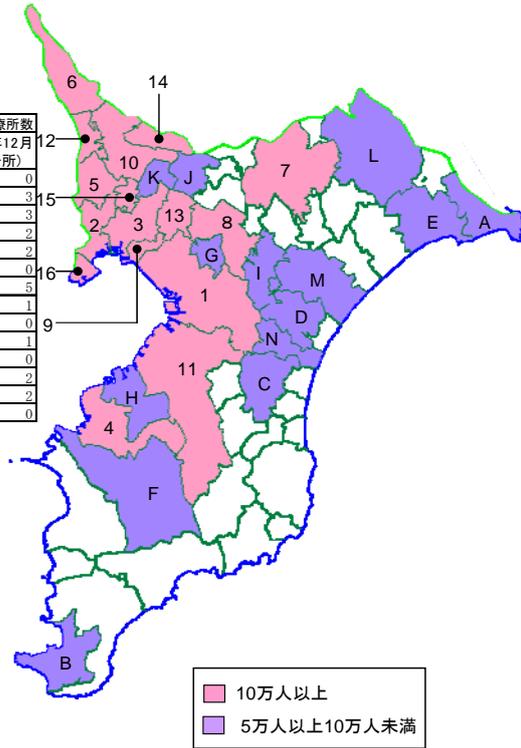
	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
K	志木市	69,218	1	1
L	和光市	74,950	1	1
M	桶川市	75,063	8	8
N	久喜市	70,830	1	2
O	北本市	70,138	3	3
P	八潮市	79,318	1	1
Q	蓮田市	63,711	2	2
R	坂戸市	98,962	4	5
S	幸手市	53,918	1	1
T	鶴ヶ島市	69,192	4	4
U	日高市	56,519	2	2
V	吉川市	64,383	3	3

<千葉県>

在宅療養支援診療所
千葉総数(ヶ所) 20年12月 21年12月
213 232

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
1	中央区	187,187	12	12
	花見川区	176,800	7	8
	稲毛区	150,705	5	7
	若葉区	148,038	7	8
	緑区	118,791	6	5
	美浜区	144,430	4	4
2	市川市	460,303	21	21
3	船橋市	590,943	27	29
4	木更津市	126,663	3	3
5	松戸市	476,813	25	26
6	野田市	155,031	3	5
7	成田市	125,428	0	0
8	佐倉市	175,601	7	7
9	習志野市	158,524	3	7
10	柏市	390,227	11	14
11	市原市	279,753	8	8
12	流山市	158,426	6	7
13	八千代市	187,248	2	3
14	我孫子市	134,982	2	3
15	鎌ヶ谷市	106,268	3	3
16	浦安市	159,186	8	8

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
A	銚子市	71,471	0	0
B	館山市	50,275	2	3
C	茂原市	94,001	3	3
D	東金市	59,987	2	2
E	旭市	69,226	2	2
F	君津市	89,968	0	0
G	四街道市	87,004	5	5
H	袖ヶ浦市	60,514	1	1
I	八街市	75,410	0	0
J	印西市	63,859	1	1
K	白井市	59,389	0	0
L	香取市	85,840	2	2
M	山武市	58,275	2	2
N	大網白里町	50,425	0	0



<東京都>

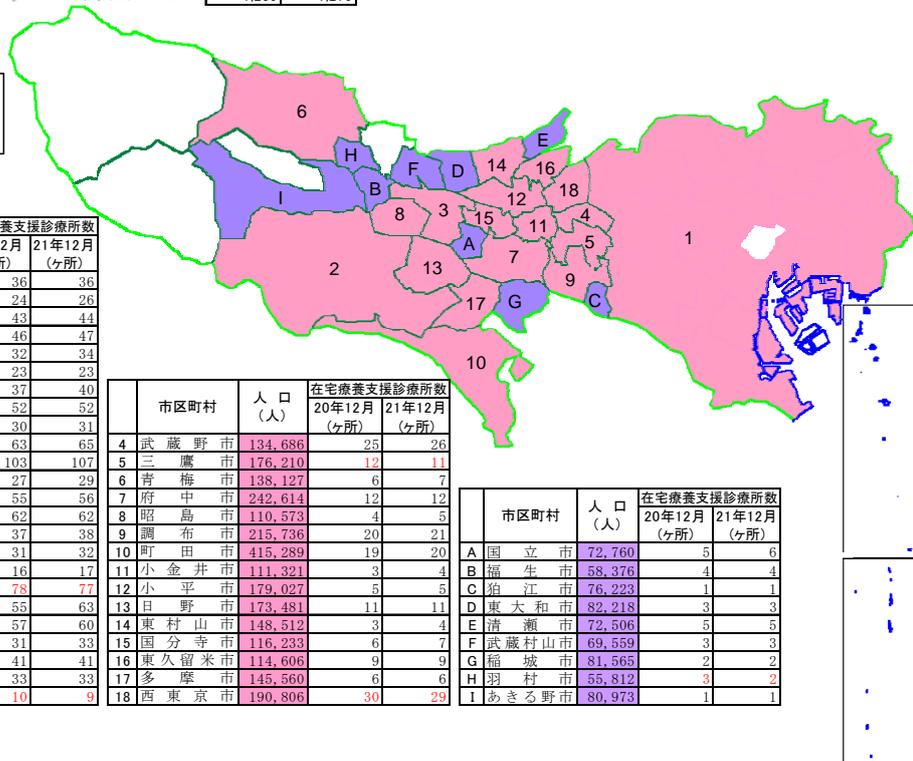
在宅療養支援診療所
東京総数(ヶ所) 20年12月 21年12月
1,235 1,275

10万人以上
5万人以上10万人未満

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
1	中央区	111,460	36	36
	港区	199,841	24	26
	新宿区	281,783	43	44
	文京区	188,317	46	47
	台東区	165,945	32	34
	墨田区	236,387	23	23
	江東区	441,262	37	40
	品川区	347,059	52	52
	目黒区	253,176	30	31
	大田区	673,925	63	65
	世田谷区	831,224	103	107
	渋谷区	195,794	27	29
	中野区	300,497	55	56
	杉並区	527,942	62	62
	豊島区	244,274	37	38
	北区	319,470	31	32
	荒川区	185,112	16	17
	板橋区	516,905	78	77
練馬区	690,783	55	63	
足立区	638,194	57	60	
葛飾区	430,697	31	33	
江戸川区	650,600	41	41	
2	八王子市	547,702	33	33
3	立川市	173,895	10	9

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
4	武蔵野市	134,686	25	26
5	三鷹市	176,210	12	11
6	青梅市	138,127	6	7
7	府中市	242,614	12	12
8	昭島市	110,573	4	5
9	調布市	215,736	20	21
10	町田市	415,289	19	20
11	小金井市	111,321	3	4
12	小平市	179,027	5	5
13	日野市	173,481	11	11
14	東村山市	148,512	3	4
15	国分寺市	116,233	6	7
16	東久留米市	114,606	9	9
17	多摩市	145,560	6	6
18	西東京市	190,806	30	29

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
A	国立市	72,760	5	6
B	福生市	58,376	4	4
C	狛江市	76,223	1	1
D	東大和市	82,218	3	3
E	清瀬市	72,506	5	5
F	武蔵村山市	69,559	3	3
G	稲城市	81,565	2	2
H	羽村市	55,812	3	2
I	あきる野市	80,973	1	1



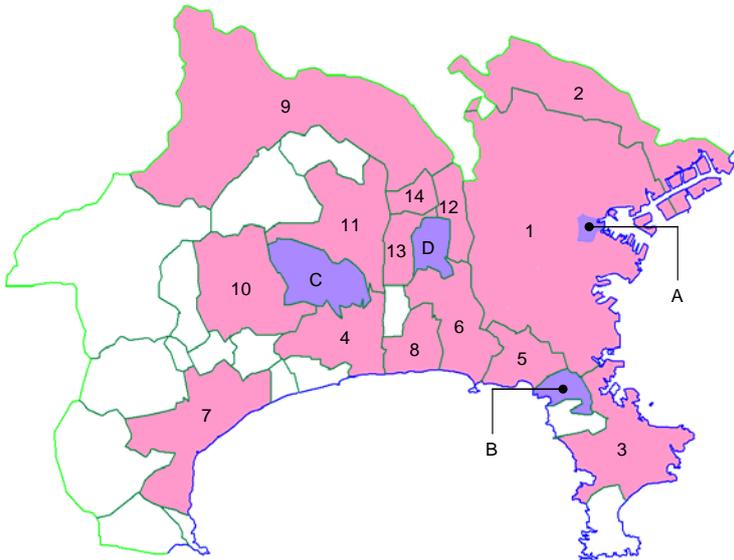
<神奈川県>

在宅療養支援診療所
 神奈川県総数(ヶ所)

20年12月	21年12月
670	698

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数		市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数		
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)	
1	鶴見区	264,655	14	14	A 横浜市西区	90,355	13	12	
	神奈川区	222,482	22	22	B 逗子市	60,052	11	12	
	中区	132,317	16	16	C 伊勢原市	97,665	3	3	
	南区	193,229	13	13	D 綾瀬市	81,100	0	0	
	保土ヶ谷区	202,153	13	15					
	磯子区	163,046	10	10					
	金沢区	207,952	13	13					
	港北区	317,483	24	23					
	戸塚区	270,319	11	12					
	港南区	220,501	11	11					
	旭区	250,369	11	13					
	綾谷区	173,765	14	16					
	瀬谷区	126,887	8	9					
	栄区	125,444	7	10					
泉区	154,158	8	8						
青葉区	296,840	25	27						
都筑区	193,996	31	32						
2	川崎区	207,165	13	14					
	幸区	148,945	15	15					
	中原区	220,752	20	21					
	高津区	207,446	12	14					
	多摩区	200,051	9	9					
	宮前区	212,129	14	15					
	麻生区	162,575	9	8					
	3	横須賀市	426,099	29	33				
	4	平塚市	257,427	24	24				
	5	鎌倉市	176,669	22	22				
6	藤沢市	402,294	33	35					
7	小田原市	196,916	15	15					
8	茅ヶ崎市	234,364	37	38					
9	相模原市	694,752	31	33					
10	秦野市	161,611	20	20					
11	厚木市	219,510	23	22					
12	大和市	221,361	10	10					
13	海老名市	125,837	8	8					
14	座間市	126,910	6	6					

■ 10万人以上
 ■ 5万人以上10万人未満



<山梨県>

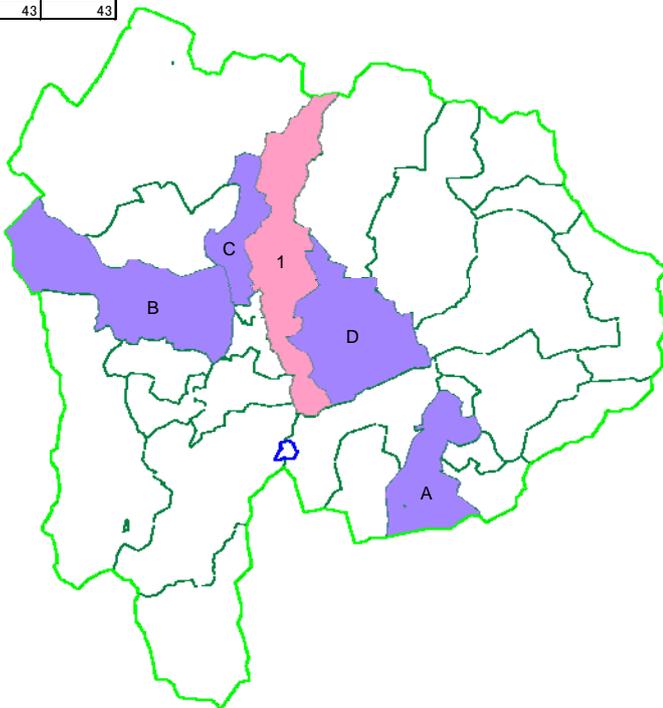
在宅療養支援診療所
 山梨県総数(ヶ所)

20年12月	21年12月
43	43

市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
1 甲府市	192,580	16	17

市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
A 富士吉田市	52,636	1	1
B 南アルプス市	72,931	3	2
C 甲斐市	72,683	2	2
D 笛吹市	71,379	3	3

■ 10万人以上
 ■ 5万人以上10万人未満



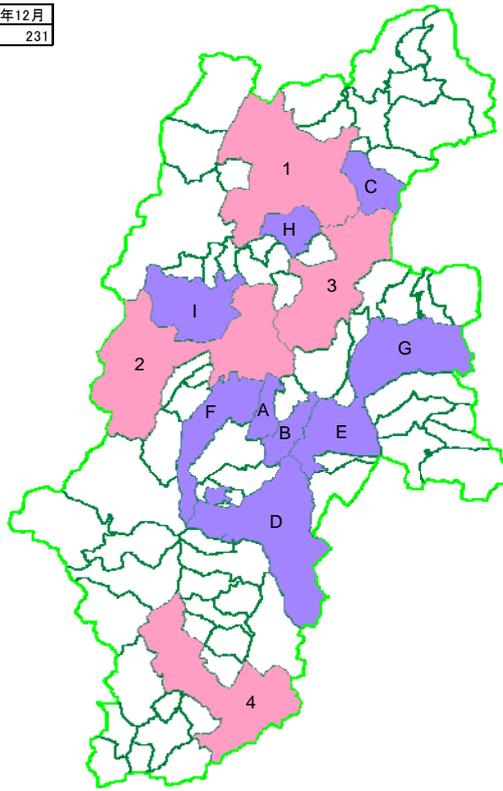
<長野県>

在宅療養支援診療所 長野総数(ヶ所)	20年12月	21年12月
	227	231

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	長野市	377,887	32	33
2	松本市	223,246	24	24
3	上田市	160,192	13	13
4	飯田市	106,024	15	16

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	岡谷市	53,691	9	9
B	諏訪市	51,239	13	13
C	須坂市	52,966	3	3
D	伊那市	70,699	7	7
E	茅野市	56,083	10	10
F	塩尻市	67,066	7	7
G	佐久市	99,659	5	6
H	千曲市	63,155	4	5
I	安曇野市	97,552	11	12

10万人以上
 5万人以上10万人未満



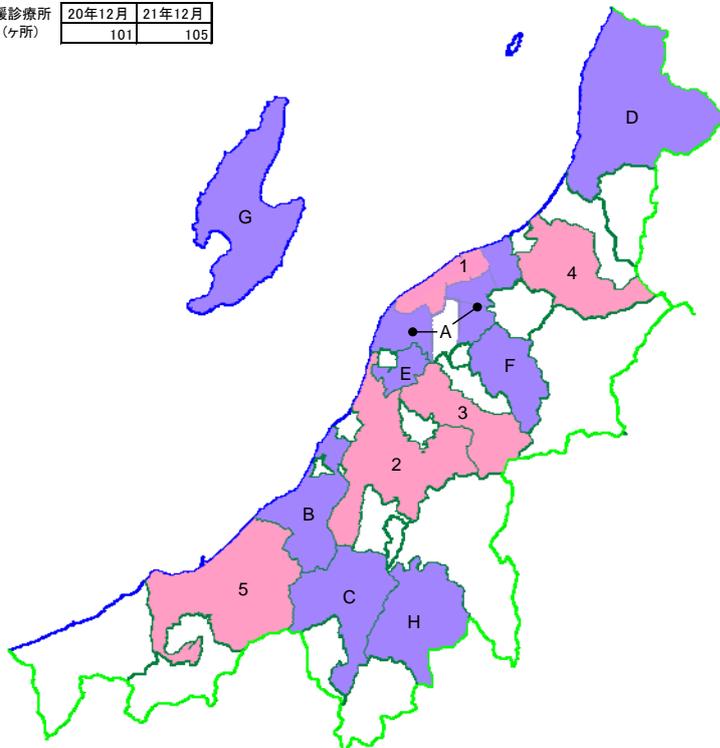
<新潟県>

在宅療養支援診療所 新潟総数(ヶ所)	20年12月	21年12月
	101	105

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	新潟市中央区	172,483	8	11
2	長岡市	279,676	13	13
3	三条市	105,427	2	3
4	新発田市	103,553	3	3
5	上越市	206,124	27	27

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	新潟市北区	78,076	1	1
	江南区	69,250	1	1
	秋葉区	78,608	2	2
	西蒲区	62,681	4	4
B	柏崎市	92,279	7	7
C	十日町市	61,052	2	2
D	村上市	69,087	0	1
E	燕市	83,945	2	2
F	五泉市	56,654	0	0
G	佐渡市	65,163	1	0
H	南魚沼市	61,670	4	4

10万人以上
 5万人以上10万人未満



東海・北陸地方

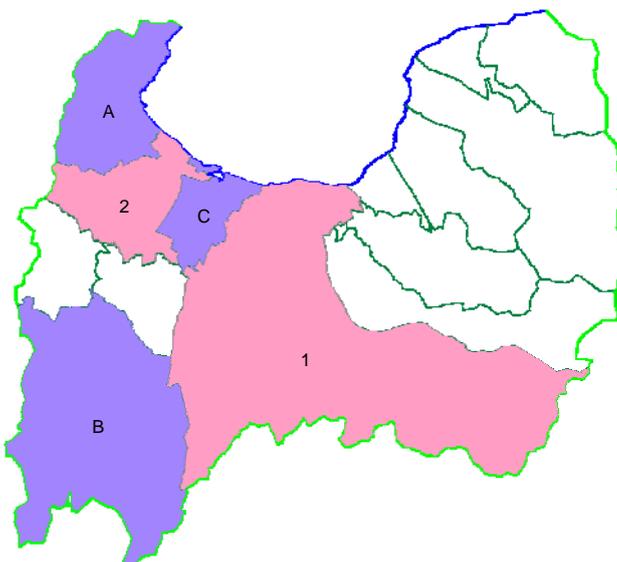
<富 山 県>

在宅療養支援診療所 富山総数（ヶ所）	20年12月	21年12月
	42	42

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 富山市	417,308	23	22
2 高岡市	178,977	8	9

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 氷見市	54,115	0	0
B 南砺市	56,743	2	2
C 射水市	94,609	4	4

■ 10万人以上
■ 5万人以上10万人未満



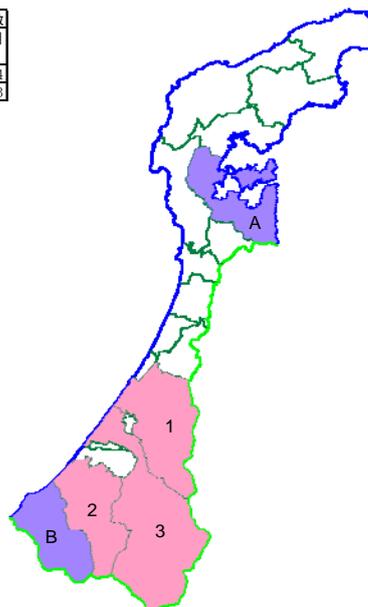
<石 川 県>

在宅療養支援診療所 石川総数（ヶ所）	20年12月	21年12月
	123	132

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 金沢市	442,788	47	50
2 小松市	109,213	9	8
3 白山市	113,380	18	18

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 七尾市	60,092	4	4
B 加賀市	74,368	13	13

■ 10万人以上
■ 5万人以上10万人未満

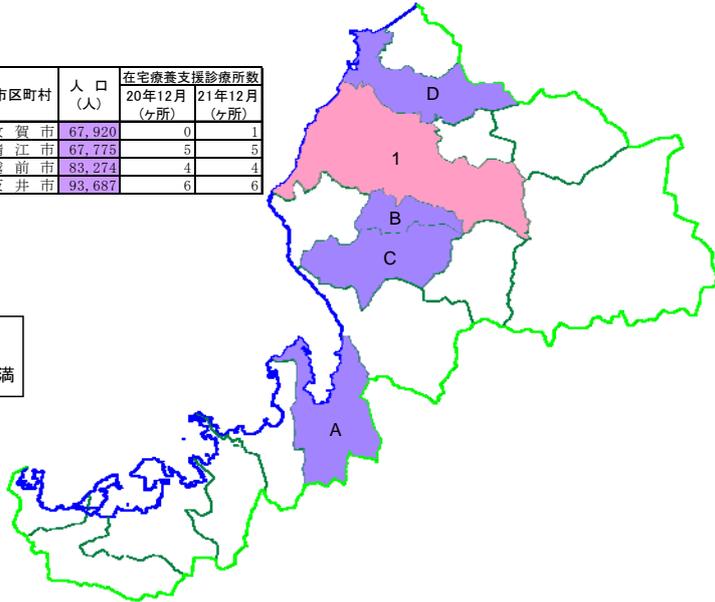
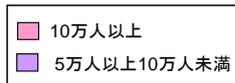


<福 井 県>

在宅療養支援診療所 福井総数 (ヶ所)	20年12月 50	21年12月 51
------------------------	--------------	--------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 福井市	265,896	19	19

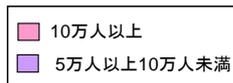
市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 敦賀市	67,920	0	1
B 鯖江市	67,775	5	5
C 越前市	83,274	4	4
D 坂井市	93,687	6	6



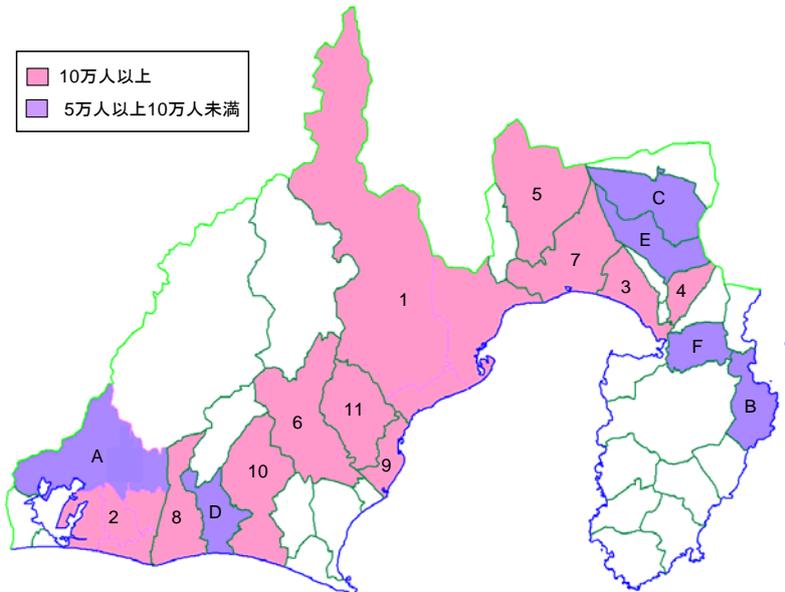
<静 岡 県>

在宅療養支援診療所 静岡総数 (ヶ所)	20年12月 257	21年12月 264
------------------------	---------------	---------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 静岡区	258,326	41	41
1 駿河区	209,130	33	35
市 清水区	251,167	15	14
2 浜松市	234,427	22	22
中 東区	125,053	9	9
西 西区	112,469	8	8
南 南区	100,679	7	8
3 沼津市	208,749	12	12
4 三島市	112,221	6	6
5 富士宮市	124,385	1	2
6 島田市	102,642	4	5
7 富士市	256,266	10	11
8 磐田市	166,991	10	10
9 焼津市	143,234	3	3
10 掛川市	115,504	6	7
11 藤枝市	143,248	6	8



市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 浜北区	93,953	9	10
市 浜北区	89,658	4	4
B 伊東市	74,326	5	6
C 御殿場市	87,318	4	4
D 袋井市	83,008	4	4
E 裾野市	53,350	8	8
F 伊豆の国市	50,088	1	1

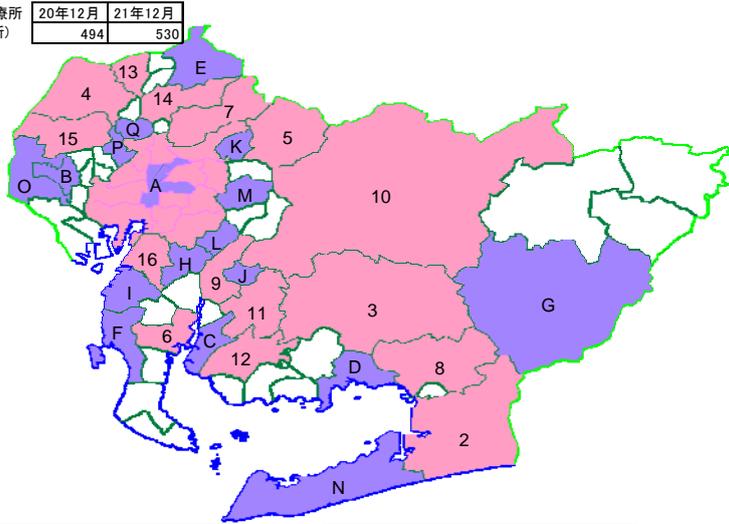


<愛知県>

在宅療養支援診療所
愛知総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
494	530

10万人以上
5万人以上10万人未満



市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 千種区	148,391	27	28
1 北区	162,385	13	16
1 西区	140,073	21	21
1 中村区	128,783	15	15
1 瑞穂区	103,594	18	18
1 中川区	215,218	9	9
1 港区	146,762	4	4
1 南区	138,551	9	10
1 守山区	162,459	6	7
1 緑区	225,692	14	14
1 名東区	154,749	12	15
1 天白区	151,547	19	20
2 豊橋市	365,143	9	9
3 岡崎市	364,757	17	18
4 一宮市	379,400	40	38
5 瀬戸市	129,587	14	15
6 半田市	117,290	13	13
7 春日井市	300,644	23	25
8 豊川市	158,442	12	13
9 刈谷市	140,351	7	7
10 豊田市	406,821	16	15
11 安城市	173,066	5	5
12 西尾市	103,272	5	5
13 江南市	100,223	3	4
14 小牧市	144,571	7	8
15 稲沢市	134,853	3	6
16 東海市	106,239	3	3

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 名東区	68,602	12	16
A 古中区	67,523	14	15
A 昭和区	97,136	7	8
A 熱田区	62,480	3	3
B 津島市	65,930	3	3
C 碧南市	70,013	6	7
D 蒲郡市	81,515	7	7
E 大山市	73,880	7	8
F 常滑市	54,173	0	0
G 新城市	51,402	1	1

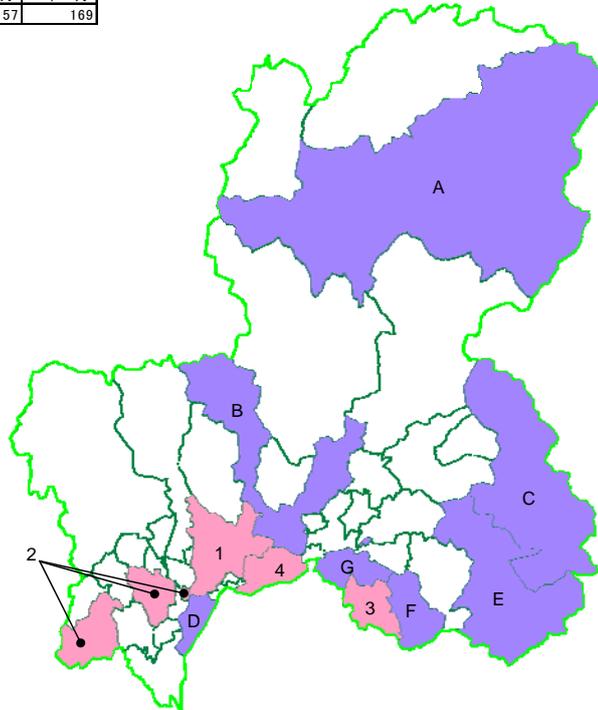
市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
H 大府市	82,275	3	4
I 知多市	84,818	1	3
J 知立市	65,215	3	4
K 尾張旭市	30,386	7	7
L 豊明市	66,203	5	5
M 日進市	79,527	9	11
N 田原市	65,571	6	6
O 愛西市	66,227	3	4
P 清須市	56,430	1	2
Q 北名古屋市	79,603	4	4

<岐阜県>

在宅療養支援診療所
岐阜総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
157	169

10万人以上
5万人以上10万人未満



市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 岐阜市	411,884	47	52
2 大垣市	158,966	5	6
3 多治見市	115,709	9	9
4 各務原市	145,761	15	15

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 高山市	93,915	7	7
B 関市	91,877	12	12
C 中津川市	83,820	3	3
D 羽島市	67,906	6	6
E 恵那市	55,230	3	5
F 土岐市	61,308	3	3
G 可児市	95,887	2	2

<三重県>

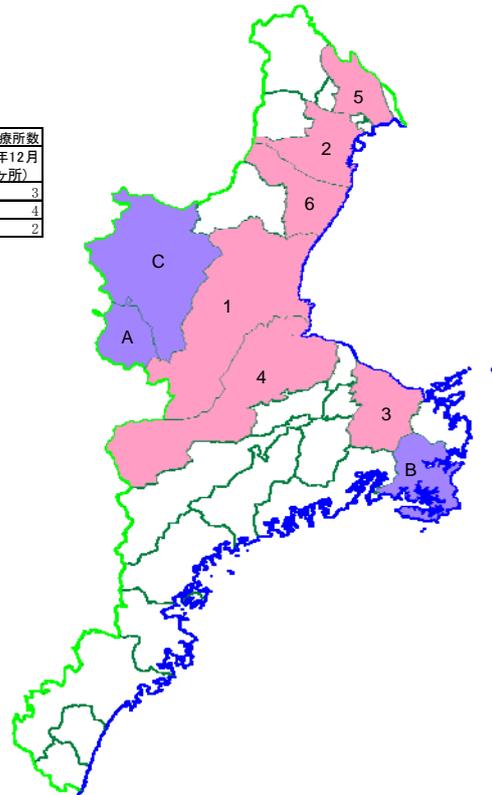
在宅療養支援診療所
三重総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
134	141

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 津市	282,569	35	36
2 四日市市	305,038	11	13
3 伊勢市	133,544	18	19
4 松阪市	167,285	7	7
5 桑名市	138,467	12	13
6 鈴鹿市	194,512	27	27

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 名張市	82,571	3	3
B 志摩市	58,642	3	4
C 伊賀市	96,357	2	2

10万人以上
 5万人以上10万人未満



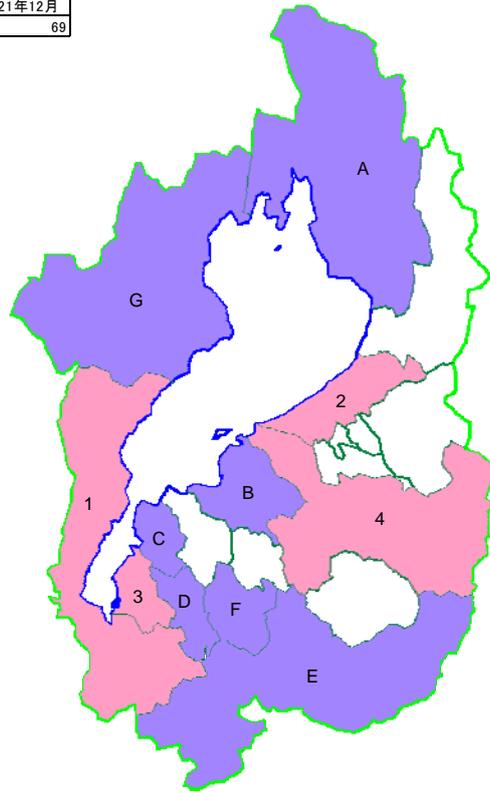
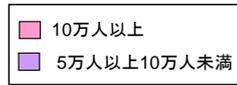
近畿地方

<滋賀県>

在宅療養支援診療所 滋賀総数（ヶ所）	20年12月 64	21年12月 69
-----------------------	--------------	--------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 大津市	330,041	25	26
2 彦根市	109,276	4	4
3 草津市	117,546	1	1
4 東近江市	114,165	3	3

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 長浜市	80,838	6	6
B 近江八幡市	68,316	2	3
C 守山市	75,531	3	3
D 栗東市	63,445	5	5
E 甲賀市	92,659	3	3
F 湖南市	52,899	0	0
G 高島市	53,859	3	4

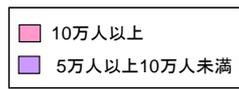
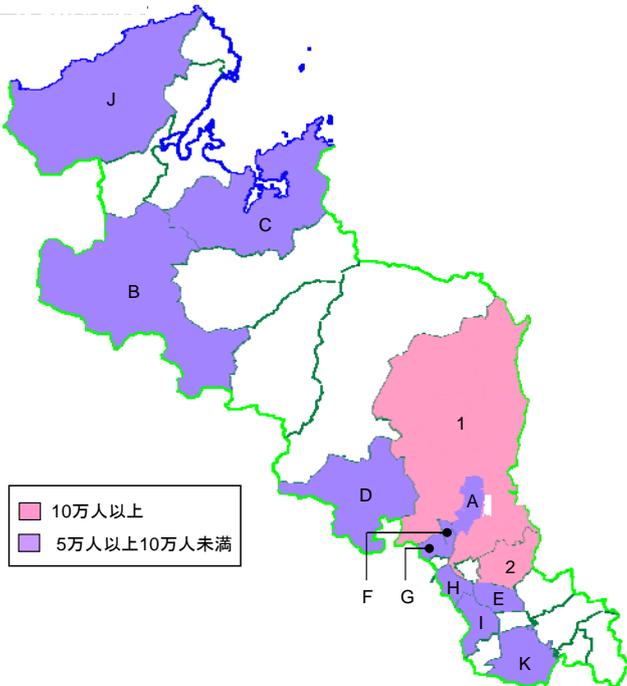


<京都府>

在宅療養支援診療所 京都総数（ヶ所）	20年12月 284	21年12月 289
-----------------------	---------------	---------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数		
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)	
1 京都市	北区	112,701	16	16
	左京区	151,338	21	24
	右京区	189,900	15	15
	伏見区	274,201	44	43
	山科区	131,381	9	9
	西京区	151,113	11	11
2 宇治市	189,693	13	14	

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数		
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)	
A 京都市	上京区	74,903	16	16
	中京区	97,816	14	16
	下京区	72,620	14	14
	南区	92,695	8	8
B 福知山市	81,156	16	17	
C 舞鶴市	90,287	11	11	
D 亀岡市	93,407	3	3	
E 城陽市	80,571	5	5	
F 向日市	54,743	6	6	
G 長岡京市	78,948	13	13	
H 八幡市	73,325	4	4	
I 京田辺市	62,098	9	8	
J 京丹後市	62,255	3	3	
K 木津川市	68,443	5	5	



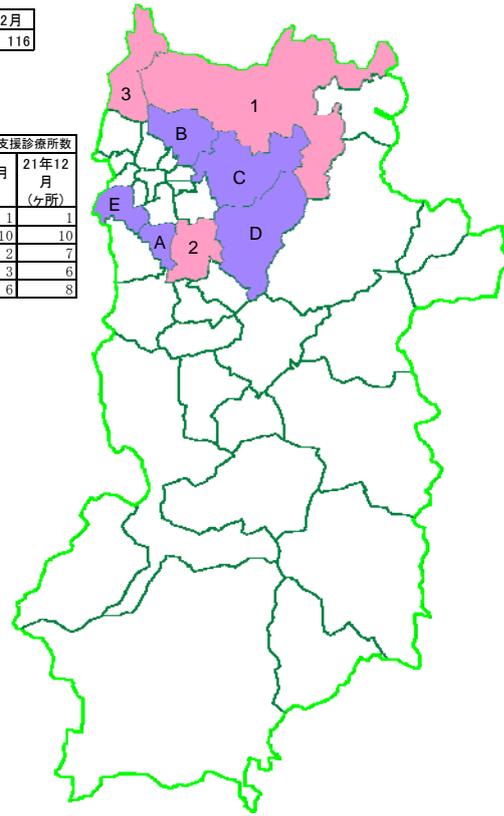
< 奈良 県 >

在宅療養支援診療所 奈良総数（ヶ所）	20年12月 102	21年12月 116
-----------------------	---------------	---------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 奈良市	365,655	18	21
2 橿原市	124,382	13	13
3 生駒市	117,761	14	14

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 大和高田市	70,787	1	1
B 大和郡山市	90,574	10	10
C 天理市	68,001	2	7
D 桜井市	61,114	3	6
E 香芝市	74,217	6	8

■ 10万人以上
■ 5万人以上10万人未満



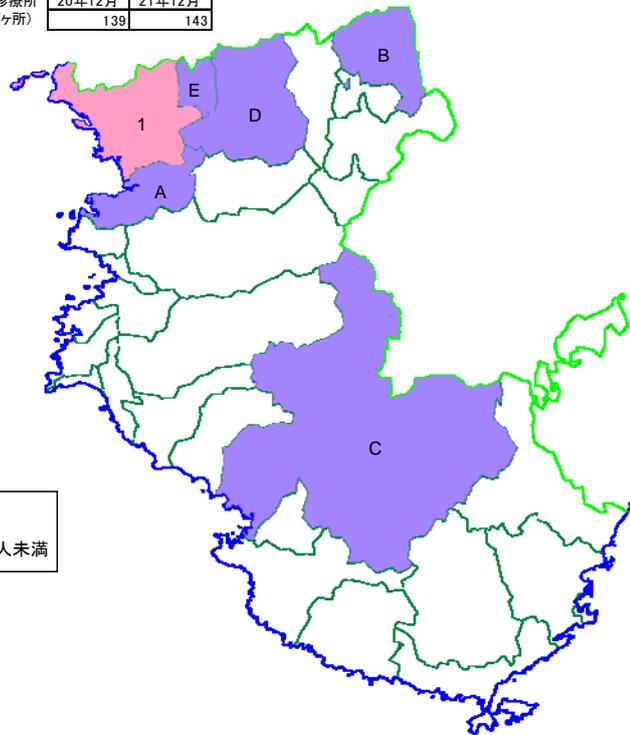
< 和歌山 県 >

在宅療養支援診療所 和歌山総数（ヶ所）	20年12月 139	21年12月 143
------------------------	---------------	---------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 和歌山市	381,494	71	75

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 海南市	57,577	7	7
B 橋本市	68,367	15	16
C 田辺市	82,537	5	4
D 紀の川市	68,651	7	7
E 岩出市	52,077	5	5

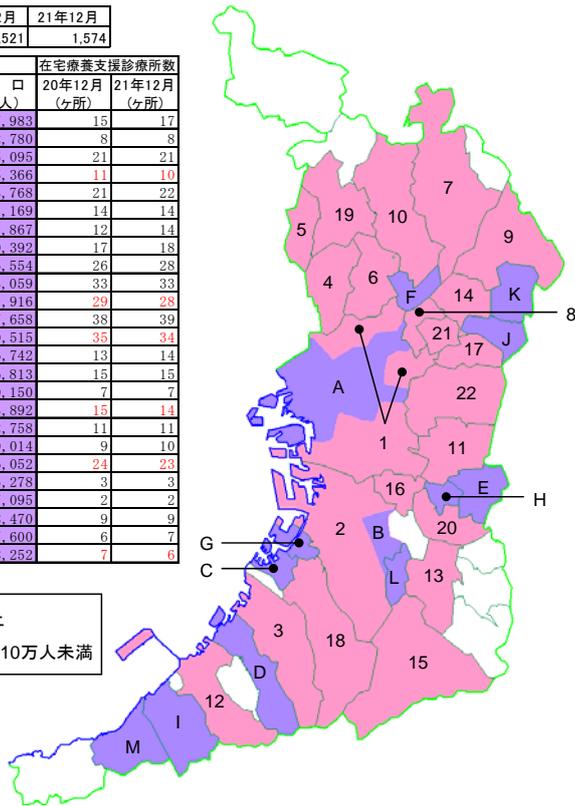
■ 10万人以上
■ 5万人以上10万人未満



<大阪府>

在宅療養支援診療所
大阪総数(ヶ所) 20年12月 21年12月
1,521 1,574

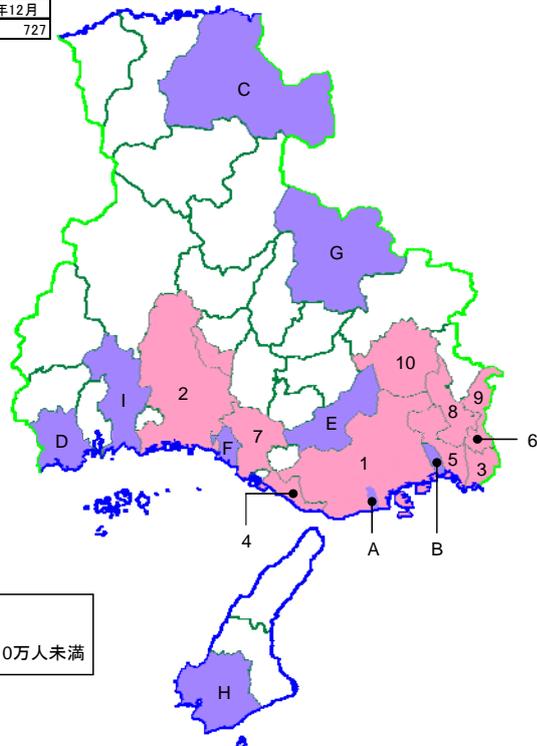
	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数		市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数		
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)	
1	東淀川区	168,032	16	17	A 大阪市	都島区	97,983	15	17
	生野区	103,991	38	40		福島区	62,780	8	8
	城東区	162,982	48	48		此花区	65,095	21	21
	阿倍野区	102,794	18	21		西区	75,366	11	10
	住吉区	152,406	36	37		港区	83,768	21	22
	東住吉区	130,996	42	43		大正区	71,169	14	14
	西成区	110,254	33	35		天王寺区	61,867	12	14
	淀川区	163,517	26	28		浪速区	50,392	17	18
	鶴見区	109,284	20	20		西淀川区	95,554	26	28
	住之江区	126,539	31	32		東成区	73,059	33	33
	平野区	197,326	54	53		旭区	91,916	29	28
	2	堺区	143,163	38		39	中央区	97,658	38
中区		121,926	12	13	北区	70,515	35	34	
西区		134,242	21	24	B 堺市東区	86,742	13	14	
北区		156,663	16	18	C 泉大津市	76,813	15	15	
3	岸和田市	201,701	25	25	D 貝塚市	90,150	7	7	
	豊中市	389,570	59	68	E 相原市	73,892	15	14	
	池田市	102,320	24	25	F 摂津市	82,758	11	11	
	吹田市	347,896	45	47	G 高石市	60,014	9	10	
	高槻市	355,483	69	71	H 藤井寺市	66,052	24	23	
	守口市	145,471	28	30	I 泉南市	65,278	3	3	
	枚方市	406,253	31	32	J 四條畷市	57,095	2	2	
	茨木市	269,573	42	43	K 交野市	78,470	9	9	
	八尾市	265,518	41	41	L 大阪狭山市	57,600	6	7	
	泉佐野市	102,103	14	14	M 阪南市	58,252	7	6	
	富田林市	120,547	22	24					
	寝屋川市	240,424	22	22					
	河内長野市	115,570	20	20					
	松原市	125,670	23	23					
	大東市	125,384	10	10					
	和泉市	182,678	18	18					
	箕面市	125,515	22	24					
	羽曳野市	118,780	11	12					
	門真市	128,908	13	13					
	東大阪市	488,613	79	84					



<兵庫県>

在宅療養支援診療所
兵庫総数(ヶ所) 20年12月 21年12月
699 727

	市区町村	人口(人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月(ヶ所)	21年12月(ヶ所)
1	東灘区	203,512	37	41
	灘区	124,508	40	40
	兵庫区	106,714	19	20
	須磨区	166,463	16	18
	垂水区	222,296	32	37
	北区	227,636	18	19
	中央区	111,132	21	22
2	西区	247,808	28	31
	姫路市	533,443	45	44
	尼崎市	459,933	83	83
	明石市	293,537	32	32
	西宮市	468,887	54	56
	伊丹市	195,799	17	18
	加古川市	266,984	14	18
	宝塚市	226,315	25	26
	川西市	159,986	17	19
	三田市	113,183	12	12
A	神戸市長田	98,131	23	24
	B 芦屋市	93,372	15	15
	C 豊岡市	89,286	21	21
	D 赤穂市	51,524	2	2
	E 三木市	82,427	11	12
	F 高砂市	95,746	13	14
	G 丹波市	70,460	3	2
	H 南あわじ市	52,448	12	12
	I たつの市	81,405	3	3

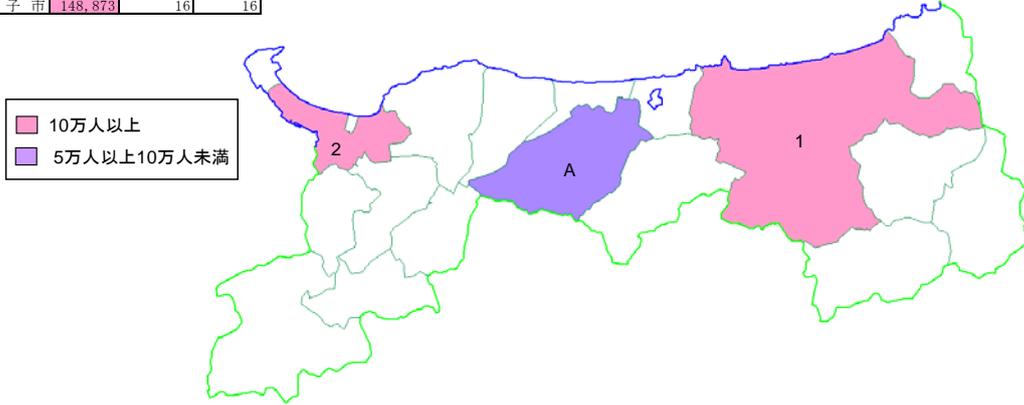


中国地方

<鳥取県>

在宅療養支援診療所 鳥取総数（ヶ所）	20年12月 54	21年12月 56
-----------------------	--------------	--------------

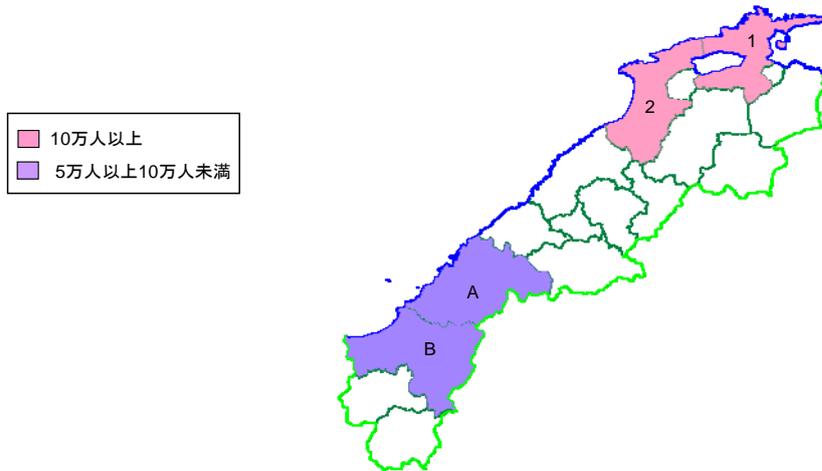
市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数		市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 鳥取市	196,587	19	19	A 倉吉市	51,124	5	6
2 米子市	148,873	16	16				



<島根県>

在宅療養支援診療所 島根総数（ヶ所）	20年12月 114	21年12月 115
-----------------------	---------------	---------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数		市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 松江市	192,612	41	42	A 浜田市	59,944	15	16
2 出雲市	145,922	22	23	B 益田市	51,367	6	6

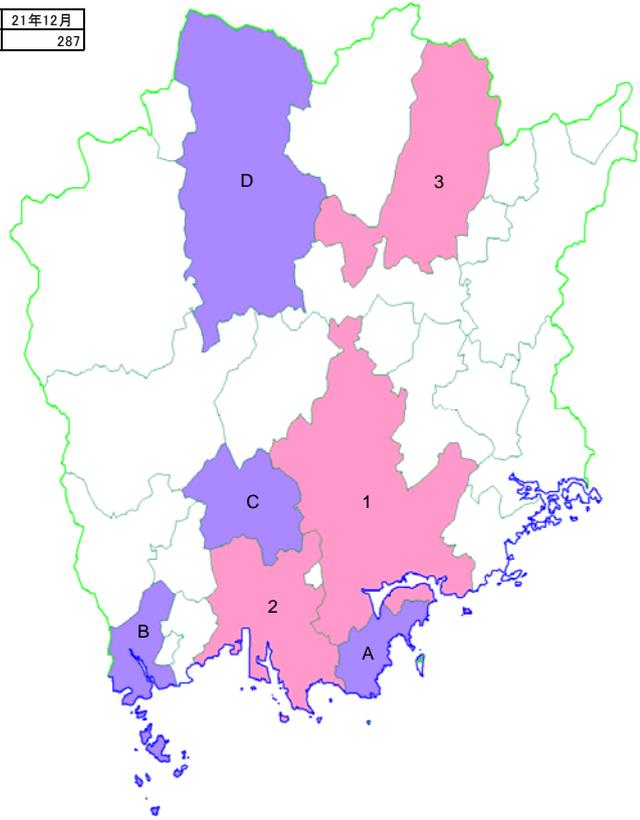
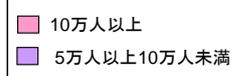


<岡山県>

在宅療養支援診療所 岡山総数（ヶ所）	20年12月 273	21年12月 287
-----------------------	---------------	---------------

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	岡山市	687,136	128	136
2	倉敷市	473,743	45	50
3	津山市	108,169	18	18

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	玉野市	66,470	8	8
B	笠岡市	55,140	1	2
C	総社市	66,615	7	7
D	真庭市	51,704	15	15



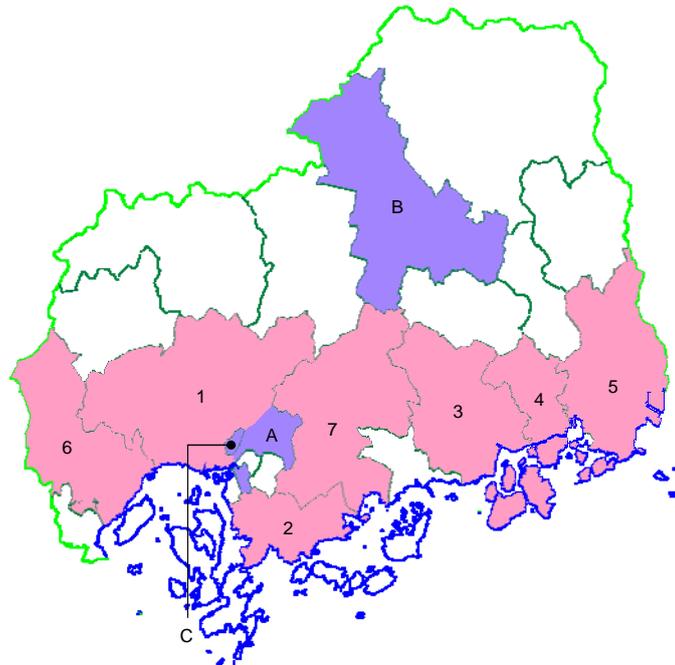
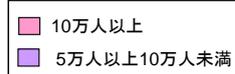
注：岡山市の人口データは政令指定都市に指定される以前のデータなので岡山市はひとつにまとめて表示しています。

<広島県>

在宅療養支援診療所 広島総数（ヶ所）	20年12月 505	21年12月 521
-----------------------	---------------	---------------

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	中区	122,190	28	28
	東区	119,604	21	21
	南区	135,964	44	46
	西区	182,155	30	34
	安佐南区	226,086	27	30
	安佐北区	153,387	13	14
	佐伯区	135,524	19	19
2	呉市	246,331	43	43
3	三原市	102,240	10	10
4	尾道市	149,335	48	48
5	福山市	463,817	79	83
6	東広島市	177,517	35	36
7	廿日市市	117,667	17	19

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	広島市安芸区	78,669	12	12
B	三次市	58,416	12	12
C	府中町	51,019	18	19



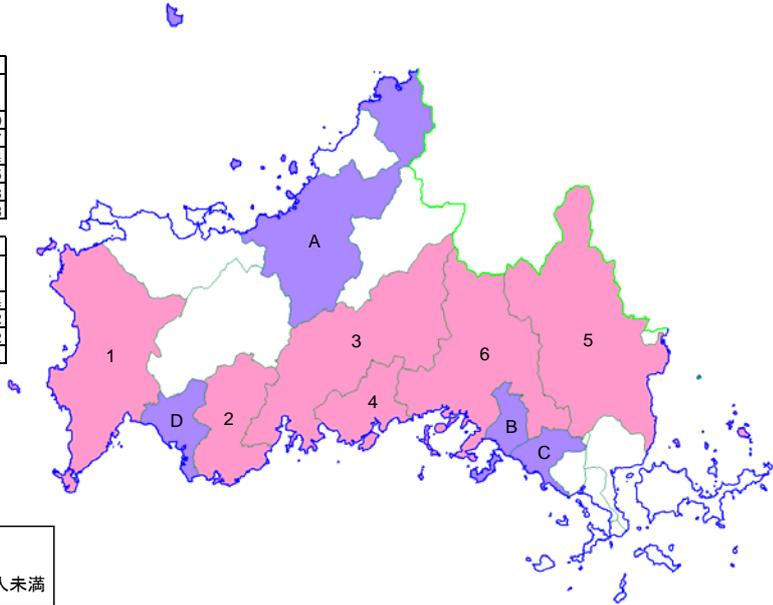
<山 口 県>

在宅療養支援診療所
山口総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
122	127

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	下関市	283,649	29	30
2	宇部市	173,401	26	27
3	山口市	187,648	13	14
4	防府市	118,371	5	5
5	岩国市	147,571	3	3
6	周南市	152,365	7	8

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	萩市	56,196	4	4
B	下松市	55,568	2	2
C	光市	54,530	2	2
D	山陽小野田市	66,006	11	11



四国地方

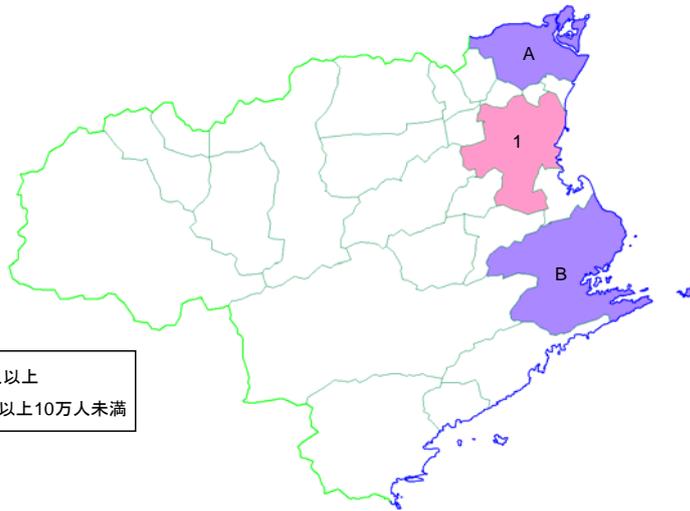
<徳島県>

在宅療養支援診療所
徳島総数（ヶ所）

20年12月	21年12月
133	134

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 徳島市	259,346	59	62

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 鳴門市	63,002	6	5
B 阿南市	78,606	8	8



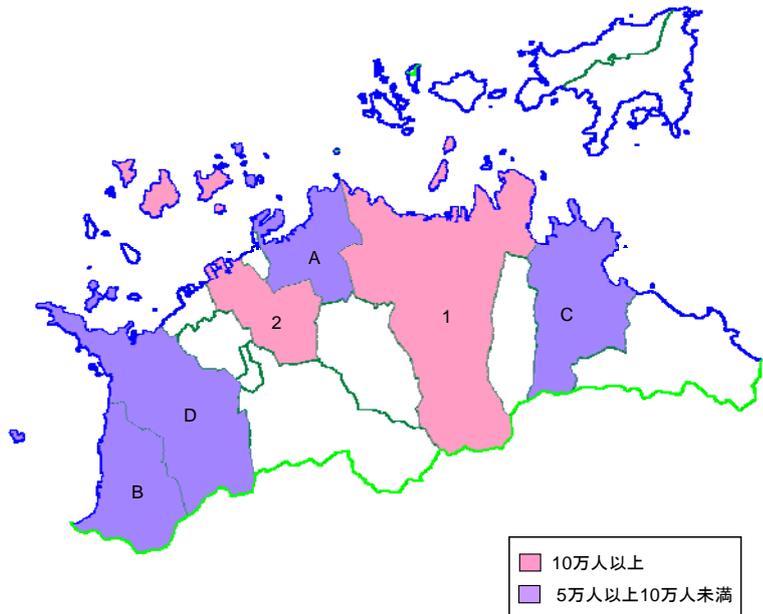
<香川県>

在宅療養支援診療所
香川総数（ヶ所）

20年12月	21年12月
111	114

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 高松市	423,119	48	50
2 丸亀市	111,963	16	17

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 坂出市	57,768	7	7
B 観音寺市	64,631	8	9
C さぬき市	54,412	3	3
D 三豊市	71,386	7	6



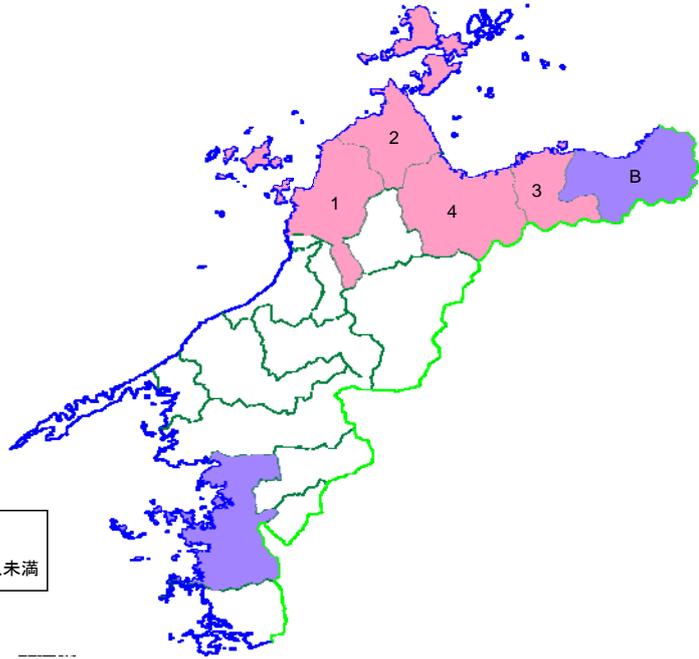
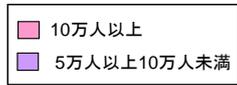
<愛媛県>

在宅療養支援診療所
愛媛総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
169	173

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 松山市	514,372	78	80
2 今治市	173,148	11	11
3 新居浜市	125,689	11	12
4 西条市	114,786	6	7

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 宇和島市	88,055	13	13
B 四国中央市	93,574	4	3

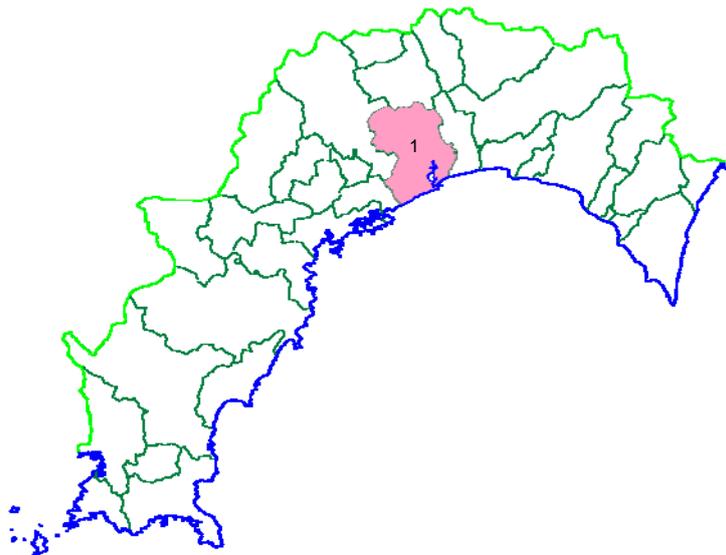
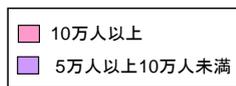


<高知県>

在宅療養支援診療所
高知総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
37	42

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 高知市	339,963	13	16



九州・沖縄地方

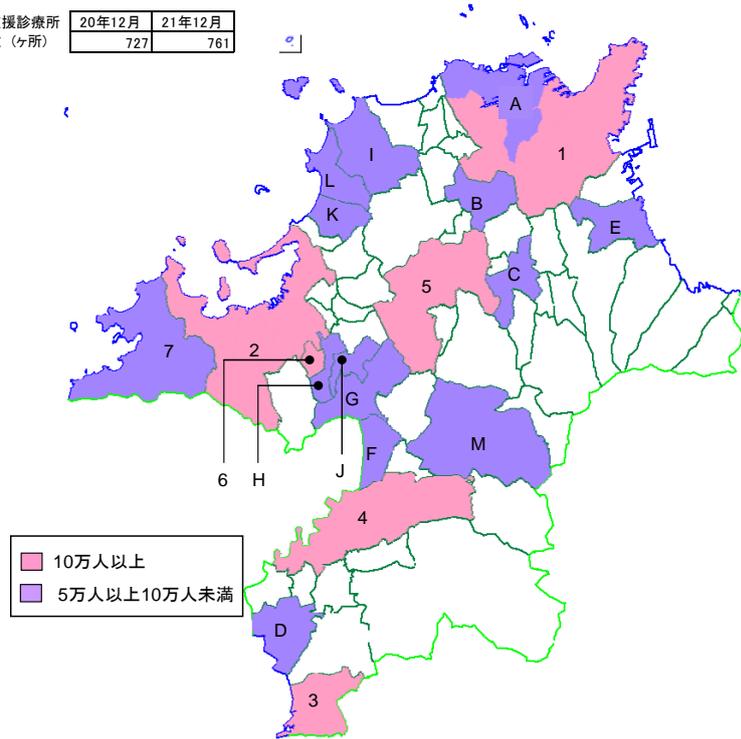
<福岡県>

在宅療養支援診療所
福岡総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
727	761

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数		
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)	
1 北九州市	門司区	108,293	30	31
	小倉北区	177,652	52	55
	小倉南区	215,331	30	31
	八幡西区	257,412	33	36
2 福岡市	東区	273,459	25	29
	博多区	191,471	17	17
	中央区	162,040	31	36
	南区	242,228	39	38
	西区	185,987	14	15
3 大牟田市	早良区	120,672	10	11
	早良区	208,963	46	46
4 久留米市	128,122	30	30	
5 飯塚市	303,233	53	52	
6 春日市	132,220	8	8	
7 糸島市	108,561	8	8	
	100,536	14	14	

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数		
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)	
A 北九州市	若松区	86,945	12	12
	戸畑区	62,537	10	9
	八幡東区	72,846	18	18
B 直方市	58,869	9	9	
C 田川市	51,200	4	4	
D 柳川市	73,231	12	12	
E 行橋市	71,993	12	12	
F 小郡市	58,967	10	10	
G 筑紫野市	99,849	8	7	
H 大野城市	94,287	5	6	
I 宗像市	94,780	7	8	
J 太宰府市	68,601	6	6	
K 古賀市	57,640	4	6	
L 福津市	55,819	7	8	
M 朝倉市	58,789	25	25	



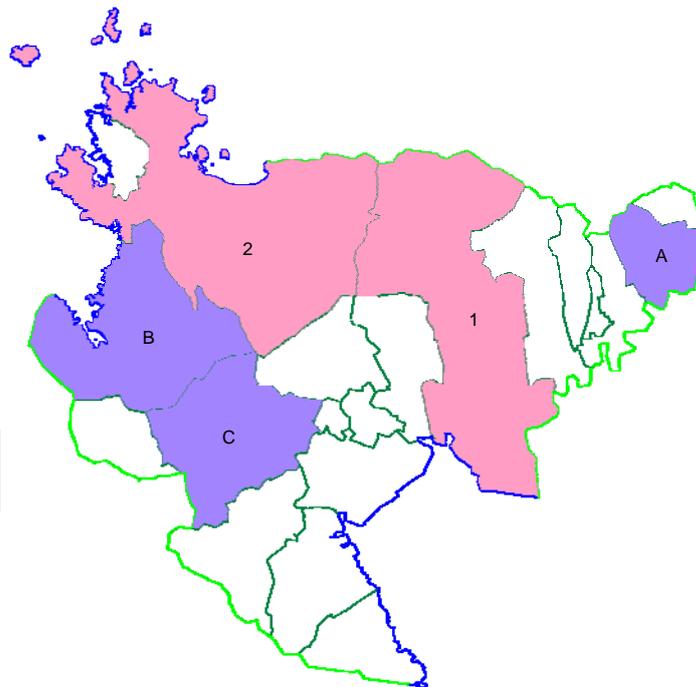
<佐賀県>

在宅療養支援診療所
佐賀総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
129	133

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 佐賀市	236,552	32	32
2 唐津市	131,737	24	24

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 鳥栖市	67,380	22	24
B 伊万里市	58,316	6	6
C 武雄市	51,599	13	14



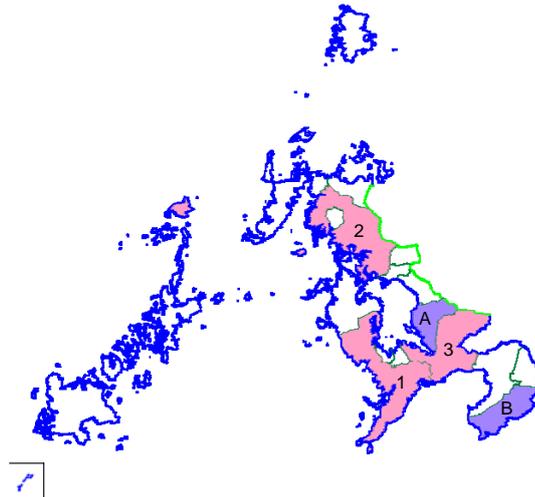
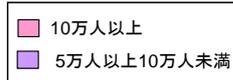
<長崎県>

在宅療養支援診療所
長崎総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
297	303

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	長崎市	446,668	133	136
2	佐世保市	255,118	34	35
3	諫早市	142,244	38	38

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	大村市	91,283	28	28
B	南島原市	53,672	7	7



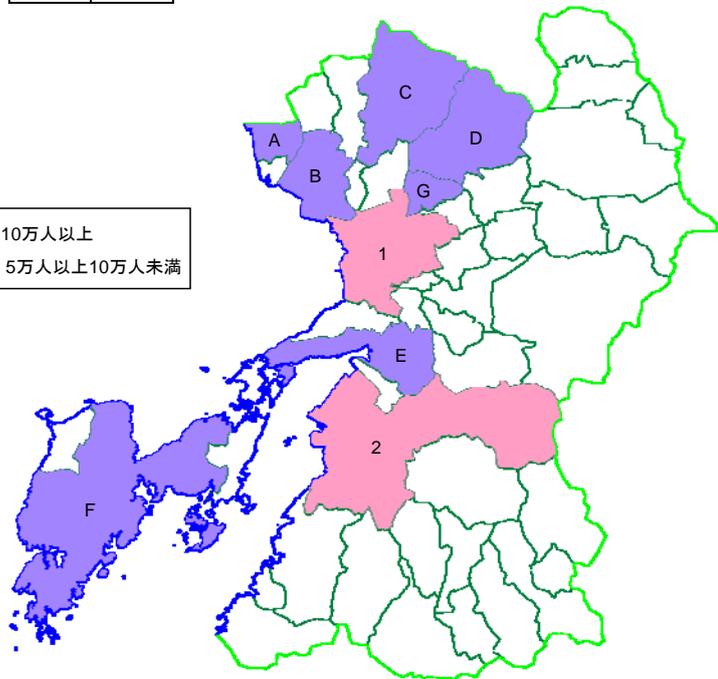
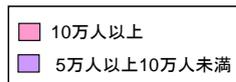
<熊本県>

在宅療養支援診療所
熊本総数 (ヶ所)

20年12月	21年12月
195	192

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	熊本市	672,422	75	77
2	八代市	135,377	26	23

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	荒尾市	56,645	14	13
B	玉名市	70,976	1	1
C	山鹿市	58,015	11	11
D	菊池市	52,156	5	5
E	宇城市	63,377	3	3
F	天草市	94,525	15	14
G	合志市	54,532	1	1

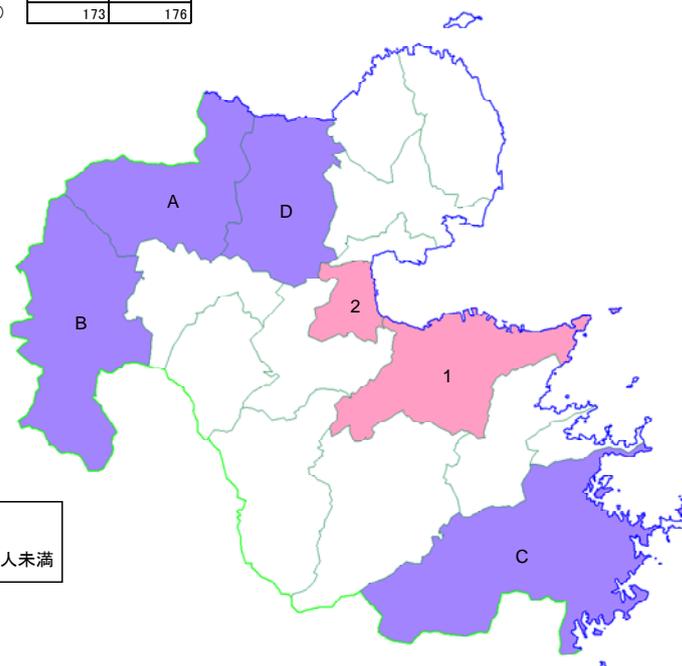


<大分県>

在宅療養支援診療所 大分総数 (ヶ所)	20年12月 173	21年12月 176
------------------------	---------------	---------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 大分市	468,700	84	85
2 別府市	121,118	26	26

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 中津市	85,608	4	4
B 日田市	73,003	4	4
C 佐伯市	80,780	5	5
D 宇佐市	61,585	10	11



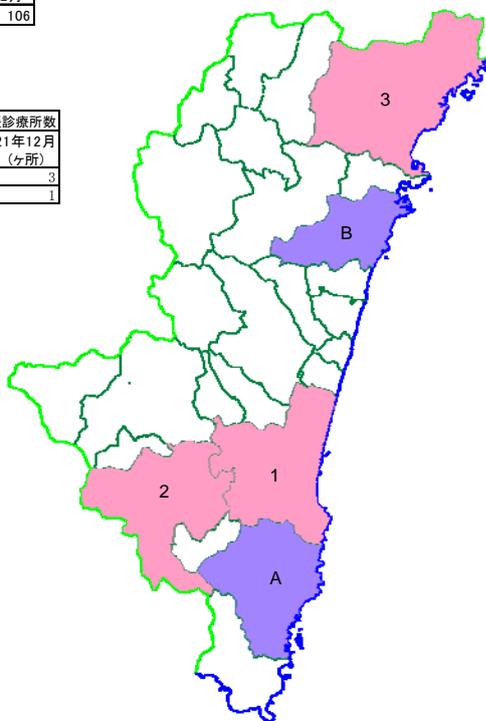
10万人以上
5万人以上10万人未満

<宮崎県>

在宅療養支援診療所 宮崎総数 (ヶ所)	20年12月 102	21年12月 106
------------------------	---------------	---------------

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1 宮崎市	372,032	55	58
2 都城市	171,560	13	13
3 延岡市	134,428	8	9

市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
		20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A 日南市	59,835	3	3
B 日向市	64,499	0	1



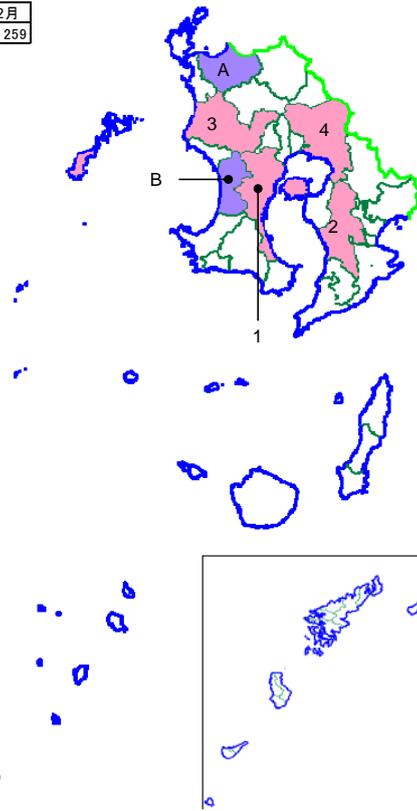
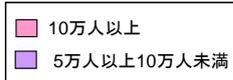
10万人以上
5万人以上10万人未満

< 鹿 児 島 県 >

在宅療養支援診療所	20年12月	21年12月
鹿児島総数 (ヶ所)	250	259

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	鹿児島市	601,790	73	72
2	鹿屋市	108,354	10	12
3	薩摩川内市	101,153	21	21
4	霧島市	127,811	15	16

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	出水市	56,716	8	8
B	日置市	51,785	11	11

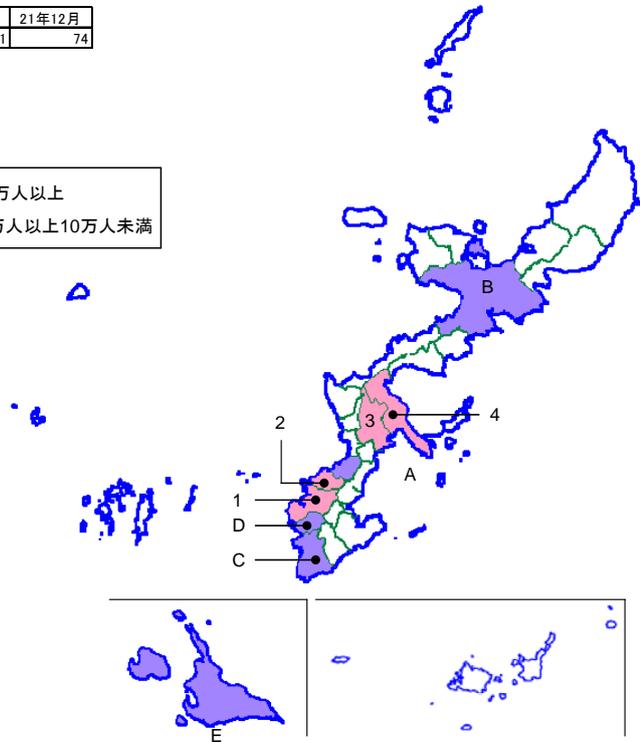
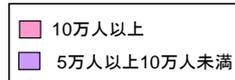


< 沖 縄 県 >

在宅療養支援診療所	20年12月	21年12月
沖縄総数 (ヶ所)	61	74

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
1	那覇市	314,031	14	17
2	浦添市	110,285	11	12
3	沖縄市	133,762	3	5
4	うるま市	117,105	2	2

	市区町村	人口 (人)	在宅療養支援診療所数	
			20年12月 (ヶ所)	21年12月 (ヶ所)
A	宜野湾市	91,264	4	5
B	名護市	59,742	4	5
C	糸満市	58,138	2	2
D	豊見城市	56,050	2	2
E	宮古島市	54,613	7	7



注：島数が多いので人口10万人、5万人の市がある島付近を表記しました。

1－2 在宅療養支援診療所の届出数 ～全国の推移～

(注1) 本資料に示す数値は下記より抜粋いたしました。

①地方厚生局：届出受理医療機関名簿（平成19年、20年、21年の12月1日現在）

②総務省：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成19年、20年、21年の3月31日現在）

(注2) 本資料に示す市の表示位置は下記の通りとなっています。

①政令指定都市…左揃え

②中核都市…中央揃え

③特例市…右揃え

在宅療養支援診療所の届出数(北海道・東北地方)

地方	都道府県	人口(人)			在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
		H19 3月現在	H20 3月現在	H21 3月現在	H19 12月現在	H20 12月現在	H21 12月現在	H19 12月現在	H20 12月現在	H21 12月現在
北海道・東北地方	総数	127,053,471	127,066,178	127,076,183	10,760	11,676	12,140	8.47	9.19	9.55
	北海道・東北地方	15,201,815	15,104,288	15,014,541	739	805	846	4.86	5.33	5.63
	北海道	5,600,705	5,571,770	5,543,556	215	247	267	3.84	4.43	4.82
	札幌市	1,874,410	1,880,138	1,884,939	83	96	110	4.43	5.11	5.84
	旭川市	357,182	356,203	354,559	25	33	33	7.00	9.26	9.31
	函館市	290,873	287,691	284,910	13	15	16	4.47	5.21	5.62
	青森	1,445,592	1,430,543	1,417,278	75	73	73	5.19	5.10	5.15
	青森市	311,101	308,616	306,263	22	22	22	7.07	7.13	7.18
	八戸市	247,115	245,128	243,682	9	9	10	3.64	3.67	4.10
	岩手	1,377,666	1,366,652	1,355,205	77	79	84	5.59	5.78	6.20
	盛岡市	293,537	292,834	292,035	38	39	42	12.95	13.32	14.38
	秋田	1,143,829	1,130,823	1,118,735	60	68	68	5.25	6.01	6.08
	秋田市	328,723	326,309	324,512	23	27	26	7.00	8.27	8.01
	宮城	2,340,485	2,334,874	2,330,898	90	105	111	3.85	4.50	4.76
	仙台市	1,001,387	1,003,733	1,006,522	41	46	50	4.09	4.58	4.97
	山形	1,204,099	1,194,071	1,185,100	67	72	75	5.56	6.03	6.33
	山形市	251,426	250,348	250,138	7	7	8	2.78	2.80	3.20
	福島	2,089,439	2,075,555	2,063,769	155	161	168	7.42	7.76	8.14
	郡山市	334,224	334,404	334,493	33	33	34	9.87	9.87	10.16
いわき市	357,026	354,364	351,756	22	22	23	6.16	6.21	6.54	

在宅療養支援診療所の届出数(関東・甲信越地方)

地方	都道府県	人口(人)			在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
		H19 3月現在	H20 3月現在	H21 3月現在	H19 12月現在	H20 12月現在	H21 12月現在	H19 12月現在	H20 12月現在	H21 12月現在
	総数	127,053,471	127,066,178	127,076,183	10,760	11,676	12,140	8.47	9.19	9.55
	関東・甲信越地方	46,697,667	46,880,862	47,047,595	3,047	3,353	3,473	6.52	7.15	7.38
	茨城	2,986,115	2,982,000	2,979,639	143	161	164	4.79	5.40	5.50
	水戸市	264,709	265,030	265,658	17	19	19	6.42	7.17	7.15
	つくば市	194,740	197,837	200,555	32	35	35	16.43	17.69	17.45
	栃木	2,006,363	2,006,701	2,003,954	119	129	131	5.93	6.43	6.54
	宇都宮市	500,211	503,682	505,330	26	30	30	5.20	5.96	5.94
	群馬	2,016,236	2,012,151	2,008,842	158	185	190	7.84	9.19	9.46
	前橋市	319,338	318,830	318,068	59	64	65	18.48	20.07	20.44
	高崎市	341,197	342,127	343,761	21	27	28	6.15	7.89	8.15
	伊勢崎市	197,722	198,651	199,476	11	13	13	5.56	6.54	6.52
	太田市	209,702	210,254	211,282	5	8	8	2.38	3.80	3.79
	埼玉	7,042,044	7,067,336	7,096,269	364	389	405	5.17	5.50	5.71
	さいたま市	1,179,292	1,188,340	1,198,996	140	144	143	11.87	12.12	11.93
	川越市	328,917	330,414	333,003	12	13	15	3.65	3.93	4.50
	川口市	484,902	488,771	492,609	18	19	21	3.71	3.89	4.26
	所沢市	335,705	336,575	337,051	26	26	27	7.74	7.72	8.01
	越谷市	314,979	316,521	319,267	7	8	8	2.22	2.53	2.51
	草加市	234,306	235,566	236,899	2	4	5	0.85	1.70	2.11
	春日部市	239,275	238,570	237,705	7	9	9	2.93	3.77	3.79
	熊谷市	203,833	203,495	203,149	13	15	15	6.38	7.37	7.38
	千葉	6,058,248	6,090,799	6,124,453	194	213	231	3.20	3.50	3.77
	千葉市	910,142	917,854	925,951	36	41	44	3.96	4.47	4.75
	船橋市	576,384	584,152	590,943	26	27	29	4.51	4.62	4.91
	柏市	381,999	385,823	390,227	11	11	14	2.88	2.85	3.59
	東京	12,361,736	12,462,196	12,548,258	1,142	1,235	1,275	9.24	9.91	10.16
	特別区	8,339,695	8,413,883	8,476,919	924	992	1,028	11.08	11.79	12.13
	神奈川県	8,741,025	8,798,289	8,848,329	583	670	698	6.67	7.62	7.89
	横浜市	3,562,983	3,585,785	3,605,951	229	264	276	6.43	7.36	7.65
	川崎市	1,316,006	1,340,801	1,359,063	87	92	96	6.61	6.86	7.06
	横浜賀市	428,889	427,173	426,099	18	29	33	4.20	6.79	7.74
	相模原市	688,385	691,162	694,752	29	31	34	4.21	4.49	4.89
	平塚市	257,234	257,303	257,427	22	24	24	8.55	9.33	9.32
	小田原市	197,393	197,279	196,916	8	15	15	4.05	7.60	7.62
	茅ヶ崎市	230,621	232,203	234,364	34	37	38	14.74	15.93	16.21
	厚木市	217,670	219,076	219,510	23	23	22	10.57	10.50	10.02
	大和市	219,034	219,857	221,361	8	10	10	3.65	4.55	4.52
	山梨県	875,621	871,481	867,122	35	43	43	4.00	4.93	4.96
	甲府市	193,901	193,388	192,580	15	16	17	7.74	8.27	8.83
	長野県	2,184,596	2,176,806	2,168,926	214	227	231	9.80	10.43	10.65
	長野市	379,125	378,163	377,887	31	32	32	8.18	8.46	8.47
	松本市	223,697	223,476	223,246	20	24	24	8.94	10.74	10.75
	新潟県	2,425,683	2,413,103	2,401,803	95	101	105	3.92	4.19	4.37
	新潟市	803,791	803,470	803,273	19	25	28	2.36	3.11	3.49
	長岡市	281,805	280,603	279,676	13	13	13	4.61	4.63	4.65
	上越市	208,223	207,356	206,124	27	27	27	12.97	13.02	13.10

在宅療養支援診療所の届出数(東海・北陸・近畿地方)

地方	都道府県	人口(人)			在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
		H19 3月現在	H20 3月現在	H21 3月現在	H19 12月現在	H20 12月現在	H21 12月現在	H19 12月現在	H20 12月現在	H21 12月現在
		総数								
	総数	127,053,471	127,066,178	127,076,183	10,760	11,676	12,140	8.47	9.19	9.55
東海・北陸地方	東海・北陸地方	17,976,889	18,001,745	18,014,601	1,147	1,257	1,329	6.38	6.98	7.38
	富山	1,110,713	1,106,340	1,101,637	30	42	42	2.70	3.80	3.81
	富山市	417,591	417,282	417,308	11	23	22	2.63	5.51	5.27
	石川	1,169,249	1,167,151	1,165,013	109	123	132	9.32	10.54	11.33
	金沢市	441,681	442,203	442,788	43	47	50	9.74	10.63	11.29
	福井	818,443	815,344	812,444	44	50	51	5.38	6.13	6.28
	福井市	266,622	266,318	265,896	17	19	19	6.38	7.13	7.15
	静岡	3,775,367	3,775,400	3,773,694	242	257	264	6.41	6.81	7.00
	静岡市	711,882	710,854	718,623	84	89	90	11.80	12.52	12.52
	浜松市	788,078	790,302	792,104	63	64	66	7.99	8.10	8.33
	沼津市	210,120	209,489	208,749	8	12	12	3.81	5.73	5.75
	富士市	238,745	239,328	256,266	6	10	11	2.51	4.18	4.29
	愛知	7,145,614	7,185,744	7,218,350	452	494	530	6.33	6.87	7.34
	名古屋市	2,154,287	2,164,640	2,173,945	188	203	219	8.73	9.38	10.07
	豊橋市	362,887	363,943	365,143	7	9	9	1.93	2.47	2.46
	豊田市	401,120	404,804	406,821	11	16	15	2.74	3.95	3.69
	岡崎市	360,008	362,838	364,757	16	17	18	4.44	4.69	4.93
	一宮市	375,630	377,762	379,400	36	40	38	9.58	10.59	10.02
	春日井市	297,020	298,889	300,644	20	23	25	6.73	7.70	8.32
	岐阜	2,100,413	2,095,484	2,089,413	148	157	169	7.05	7.49	8.09
岐阜市	413,099	412,444	411,884	43	47	52	10.41	11.40	12.62	
三重	1,857,090	1,856,282	1,854,050	122	134	141	6.57	7.22	7.60	
四日市市	302,983	304,058	305,038	9	11	13	2.97	3.62	4.26	
近畿地方	近畿地方	20,658,665	20,654,559	20,654,546	2,589	2,809	2,918	12.53	13.60	14.13
	滋賀	1,371,577	1,377,886	1,382,321	57	64	69	4.16	4.64	4.99
	大津市	325,413	328,173	330,041	21	25	26	6.45	7.62	7.88
	京都	2,562,282	2,558,542	2,555,650	267	284	289	10.42	11.10	11.31
	京都市	1,389,595	1,387,935	1,386,899	165	172	176	11.87	12.39	12.69
	奈良	1,425,308	1,419,626	1,414,970	90	102	116	6.31	7.18	8.20
	奈良市	367,902	366,814	365,655	16	18	21	4.35	4.91	5.74
	和歌山	1,053,896	1,045,973	1,038,729	131	139	143	12.43	13.29	13.77
	和歌山市	383,699	382,564	381,494	69	71	75	17.98	18.56	19.66
	大阪	8,665,105	8,670,302	8,676,622	1,403	1,521	1,574	16.19	17.54	18.14
	大阪市	2,510,459	2,516,543	2,525,153	600	642	660	23.90	25.51	26.14
	堺市	831,715	833,694	835,492	113	128	135	13.59	15.35	16.16
	高槻市	356,076	355,932	355,483	67	69	71	18.82	19.39	19.97
	東大阪市	492,473	490,631	488,613	77	79	84	15.64	16.10	17.19
	岸和田市	202,522	201,813	201,701	24	25	25	11.85	12.39	12.39
	豊中市	388,227	388,823	389,570	46	59	68	11.85	15.17	17.46
	吹田市	346,020	347,008	347,896	41	45	47	11.85	12.97	13.51
	枚方市	404,944	405,865	406,253	28	31	32	6.91	7.64	7.88
	茨木市	266,548	268,490	269,573	38	42	43	14.26	15.64	15.95
	八尾市	266,647	266,143	265,518	40	41	41	15.00	15.41	15.44
寝屋川市	241,026	240,314	240,424	22	22	22	9.13	9.15	9.15	
兵庫	5,580,497	5,582,230	5,586,254	641	699	727	11.49	12.52	13.01	
神戸市	1,502,772	1,505,111	1,508,200	214	234	252	14.24	15.55	16.71	
姫路市	532,853	533,026	533,443	43	45	44	8.07	8.44	8.25	
西宮市	462,044	465,951	468,887	42	54	56	9.09	11.59	11.94	
尼崎市	458,958	458,603	459,933	78	83	83	17.00	18.10	18.05	
明石市	292,164	292,966	293,537	30	32	32	10.27	10.92	10.90	
加古川市	266,148	266,513	266,984	14	14	18	5.26	5.25	6.74	
宝塚市	223,541	225,048	226,315	23	25	26	10.29	11.11	11.49	

在宅療養支援診療所の届出数(中国・四国地方～九州・沖縄地方)

地方	都道府県	人口(人)			在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
		H19 3月現在	H20 3月現在	H21 3月現在	H19 12月現在	H20 12月現在	H21 12月現在	H19 12月現在	H20 12月現在	H21 12月現在
	総数	127,053,471	127,066,178	127,076,183	10,760	11,676	12,140	8.47	9.19	9.55
中国地方	中国地方	7,853,794	7,627,791	7,601,157	1,001	1,068	1,106	13.08	14.00	14.55
	鳥取	606,695	602,411	598,485	52	54	56	8.57	8.96	9.36
	鳥取市	198,367	197,487	196,587	21	19	19	10.59	9.62	9.66
	島根	739,080	733,123	727,793	108	114	115	14.61	15.55	15.80
	岡山	1,951,420	1,948,250	1,943,864	258	273	287	13.22	14.01	14.76
	岡山市	683,258	685,564	687,136	120	128	136	17.56	18.67	19.79
	倉敷市	471,401	472,670	473,743	43	45	50	9.12	9.52	10.55
	広島	2,867,423	2,864,167	2,859,300	470	505	521	16.39	17.63	18.22
	広島市	1,144,572	1,149,478	1,153,579	179	194	204	15.64	16.88	17.68
	福山市	463,438	463,947	463,817	72	79	83	15.54	17.03	17.89
	呉市	250,345	248,210	246,331	41	43	43	16.38	17.32	17.46
山口	1,489,176	1,479,840	1,471,715	113	122	127	7.59	8.24	8.63	
下関市	287,810	285,758	283,649	25	29	30	8.69	10.15	10.58	
四国地方	四国地方	4,106,946	4,080,832	4,058,752	429	450	463	10.45	11.03	11.41
	徳島	811,678	805,951	800,825	127	133	134	15.65	16.50	16.73
	香川	1,023,074	1,019,333	1,016,540	107	111	114	10.46	10.89	11.21
	高松市	422,428	422,196	423,119	45	48	50	10.65	11.37	11.82
	愛媛	1,479,775	1,471,510	1,464,307	164	169	173	11.08	11.48	11.81
	松山市	513,902	513,897	514,372	71	78	80	13.82	15.18	15.55
	高知	792,419	784,038	777,080	31	37	42	3.91	4.72	5.40
	高知市	326,322	340,839	339,963	11	13	16	3.37	3.81	4.71
九州・沖縄地方	九州・沖縄地方	14,757,695	14,716,101	14,684,991	1,808	1,934	2,004	12.25	13.14	13.65
	福岡	5,030,311	5,030,818	5,031,870	688	727	761	13.68	14.45	15.12
	北九州市	986,755	982,836	981,016	180	185	192	18.24	18.82	19.57
	福岡市	1,363,841	1,375,292	1,384,820	170	182	192	12.46	13.23	13.86
	久留米市	304,785	303,721	303,233	49	53	55	16.08	17.45	18.14
	佐賀	868,562	864,738	862,156	123	129	133	14.16	14.92	15.43
	長崎	1,482,146	1,469,197	1,458,404	285	297	303	19.23	20.22	20.78
	長崎市	452,064	448,911	446,668	124	133	136	27.43	29.63	30.45
	佐世保市	258,876	256,793	255,118	33	34	35	12.75	13.24	13.72
	熊本	1,852,073	1,844,644	1,839,309	181	195	192	9.77	10.57	10.44
	熊本市	662,565	662,836	672,422	67	75	77	10.11	11.32	11.45
	大分	1,218,066	1,215,388	1,211,042	161	173	176	13.22	14.23	14.53
	大分市	464,018	466,886	468,700	77	84	85	16.59	17.99	18.14
	宮崎	1,167,509	1,161,026	1,155,844	97	102	106	8.31	8.79	9.17
	宮崎市	370,620	371,433	372,032	52	55	58	14.03	14.81	15.59
鹿児島	1,751,510	1,739,075	1,728,554	224	250	259	12.79	14.38	14.98	
鹿児島市	601,122	601,682	601,790	63	73	72	10.48	12.13	11.96	
沖縄	1,387,518	1,391,215	1,397,812	49	61	74	3.53	4.38	5.29	

在宅療養支援診療所の届出数
～政令都市・中核市・特例市～

(注1) 本資料に示す数値は下記より抜粋いたしました。

①地方厚生局：届出受理医療機関名簿（平成19年、20年、21年の12月1日現在）

②総務省：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成19年、20年、21年の3月31日現在）

(注2) 本資料で  に示す数値は各都道府県の総数となっています。

(注3) 本資料に示す市の表示位置は下記の通りとなっています。

①政令指定都市…a(左揃え)

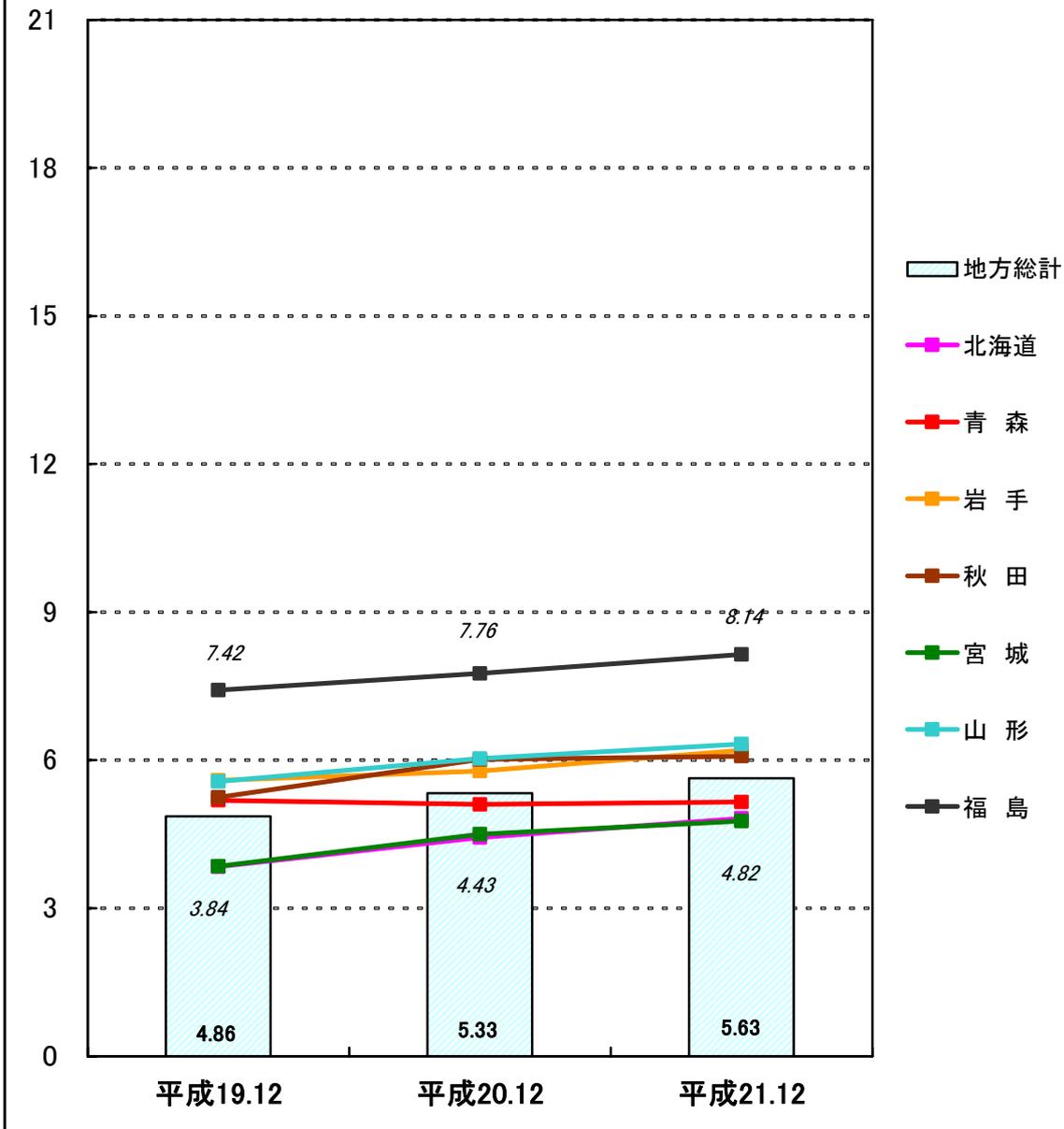
②中核都市…b(中央揃え)

③特例市…c(右揃え)

在宅療養支援診療所の届出数(北海道・東北の政令・中核・特例市)

北海道・東北地方	在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
	平成19.12	平成20.12	平成21.12	平成19.12	平成20.12	平成21.12
地方総計	739	805	846	4.86	5.33	5.63
北海道	215	247	267	3.84	4.43	4.82
a 札幌市	83	96	110	4.43	5.11	5.84
b 旭川市	25	33	33	7.00	9.26	9.31
b 函館市	13	15	16	4.47	5.21	5.62
青森	75	73	73	5.19	5.10	5.15
b 青森市	22	22	22	7.07	7.13	7.18
c 八戸市	9	9	10	3.64	3.67	4.10
岩手	77	79	84	5.59	5.78	6.20
b 盛岡市	38	39	42	12.95	13.32	14.38
秋田	60	68	68	5.25	6.01	6.08
b 秋田市	23	27	26	7.00	8.27	8.01
宮城	90	105	111	3.85	4.50	4.76
a 仙台市	41	46	50	4.09	4.58	4.97
山形	67	72	75	5.56	6.03	6.33
c 山形市	7	7	8	2.78	2.80	3.20
福島	155	161	168	7.42	7.76	8.14
b 郡山市	33	33	34	9.87	9.9	10.16
b いわき市	22	22	23	6.16	6.21	6.54

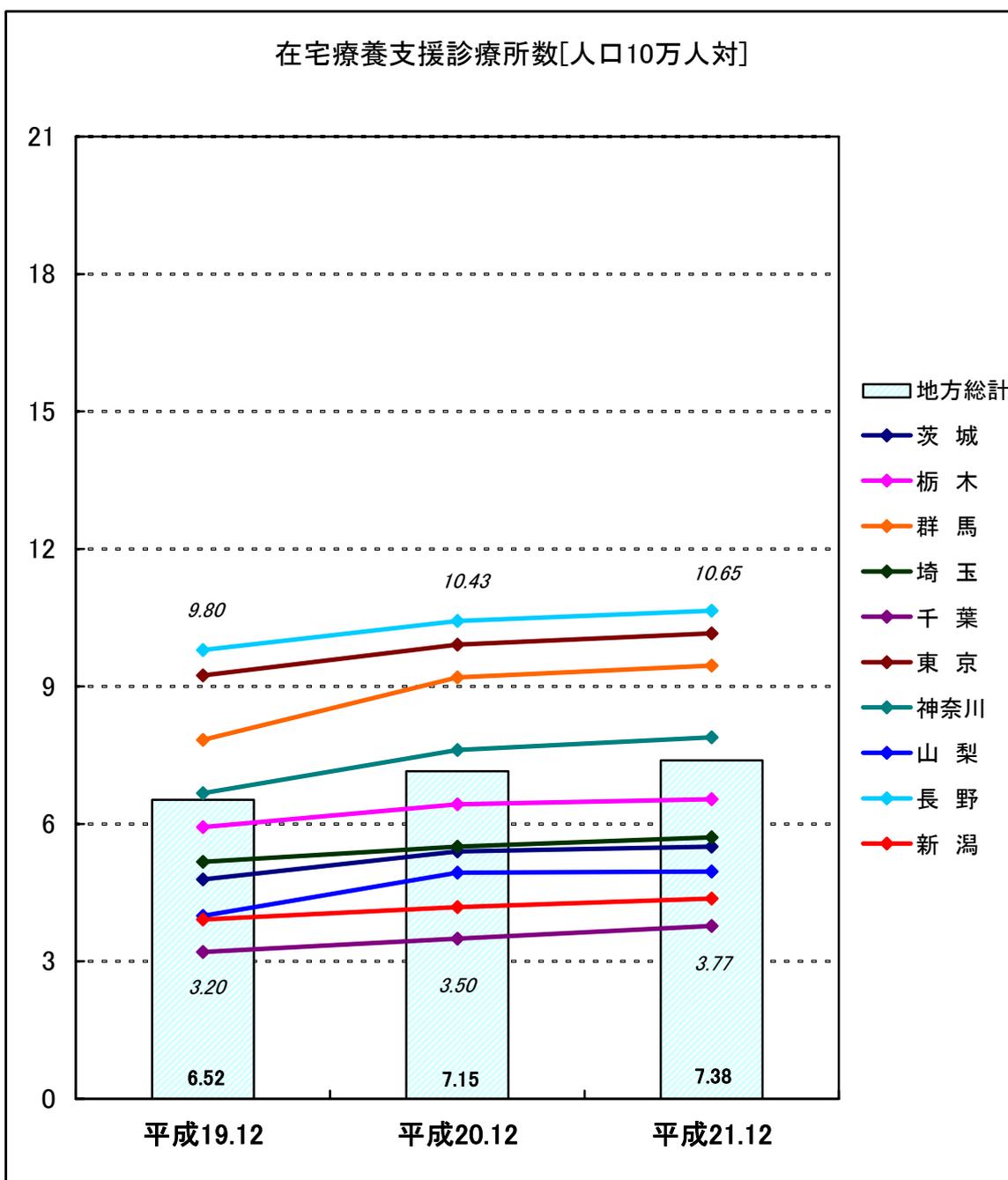
在宅療養支援診療所数[人口10万対]



在宅療養支援診療所の届出数(関東・甲信越の政令・中核・特例市)

関東・甲信越地方	在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
	平成19.12	平成20.12	平成21.12	平成19.12	平成20.12	平成21.12
地方総計	3,047	3,353	3,473	6.52	7.15	7.38
茨城	143	161	164	4.79	5.40	5.50
c 水戸市	17	19	19	6.42	7.17	7.15
c つくば市	32	35	35	16.43	17.69	17.45
栃木	119	129	131	5.93	6.43	6.54
b 宇都宮市	26	30	30	5.20	5.96	5.94
群馬	158	185	190	7.84	9.19	9.46
b 前橋市	59	64	65	18.48	20.07	20.44
c 高崎市	21	27	28	6.15	7.89	8.15
c 伊勢崎市	11	13	13	5.56	6.54	6.52
c 太田市	5	8	8	2.38	3.80	3.79
埼玉	364	389	405	5.17	5.50	5.71
a さいたま市	140	144	143	11.87	12.12	11.93
b 川越市	12	13	15	3.65	3.93	4.50
c 川口市	18	19	21	3.71	3.89	4.26
c 所沢市	26	26	27	7.74	7.72	8.01
c 越谷市	7	8	8	2.22	2.53	2.51
c 草加市	2	4	5	0.85	1.70	2.11
c 春日部市	7	9	9	2.93	3.77	3.79
c 熊谷市	13	15	15	6.38	7.37	7.38
千葉	194	213	231	3.20	3.50	3.77
a 千葉市	36	41	44	3.96	4.47	4.75
b 船橋市	26	27	29	4.51	4.62	4.91
b 柏市	11	11	14	2.88	2.85	3.59
東京	1,142	1,235	1,275	9.24	9.91	10.16
※ 特別区	924	992	1,028	11.08	11.79	12.13
神奈川	583	670	698	6.67	7.62	7.89
a 横浜市	229	264	276	6.43	7.36	7.65
a 川崎市	87	92	96	6.61	6.86	7.06
b 横須賀市	18	29	33	4.20	6.79	7.74
b 相模原市	29	31	34	4.21	4.49	4.89
c 平塚市	22	24	24	8.55	9.33	9.32
c 小田原市	8	15	15	4.05	7.60	7.62
c 茅ヶ崎市	34	37	38	14.74	15.93	16.21
c 厚木市	23	23	22	10.57	10.50	10.02
c 大和市	8	10	10	3.65	4.55	4.52
山梨	35	43	43	4.00	4.93	4.96
c 甲府市	15	16	17	7.74	8.27	8.83
長野	214	227	231	9.80	10.43	10.65
b 長野市	31	32	32	8.18	8.46	8.47
c 松本市	20	24	24	8.94	10.74	10.75
新潟	95	101	105	3.92	4.19	4.37
a 新潟市	19	25	28	2.36	3.11	3.49
c 長岡市	13	13	13	4.61	4.63	4.65
c 上越市	27	27	27	12.97	13.02	13.10

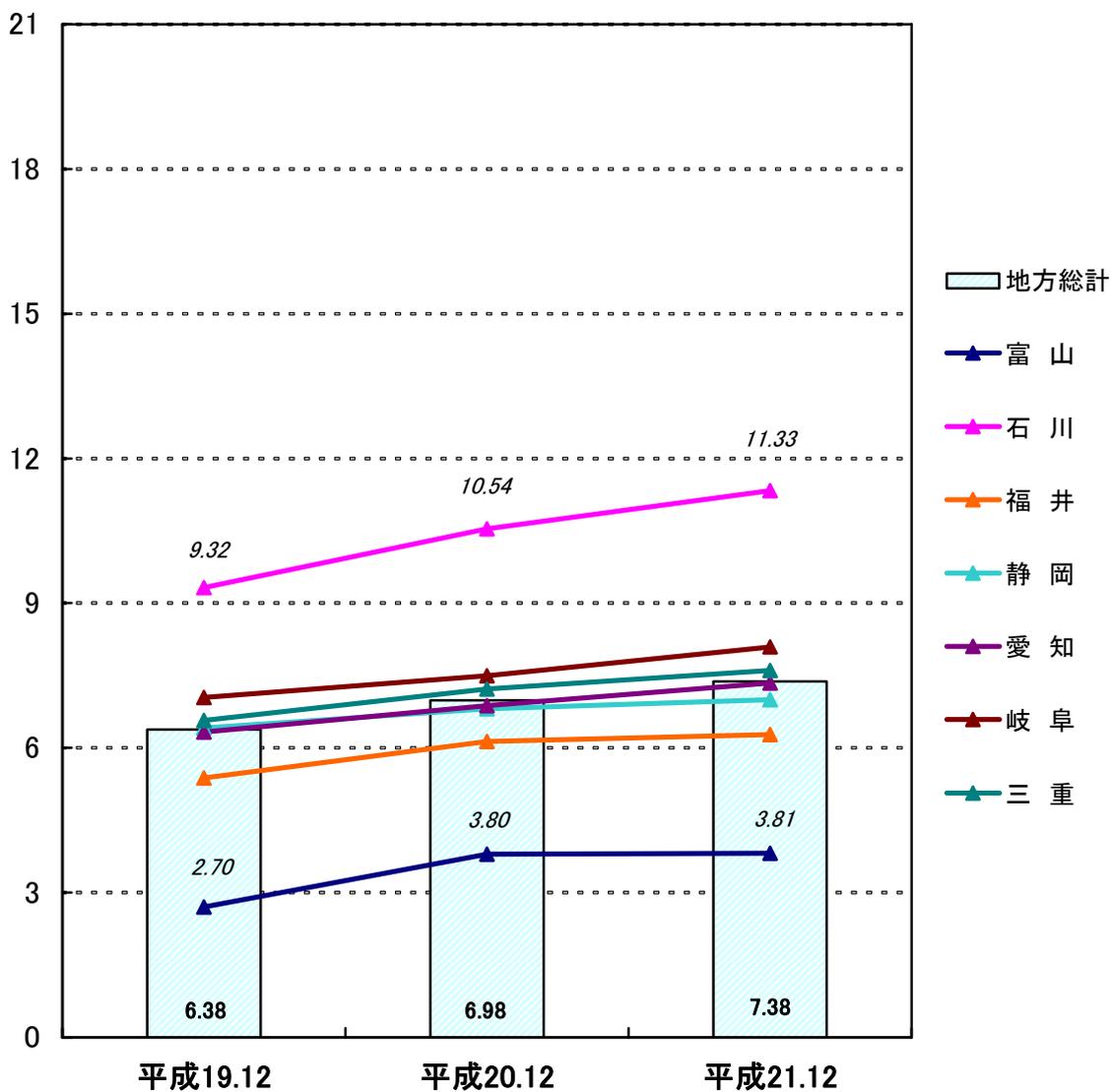
在宅療養支援診療所数[人口10万人対]



在宅療養支援診療所の届出数(東海・北陸地方の政令・中核・特例市)

東海・北陸地方	在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
	平成19.12	平成20.12	平成21.12	平成19.12	平成20.12	平成21.12
地方総計	1,147	1,257	1,329	6.38	6.98	7.38
富 山	30	42	42	2.70	3.80	3.81
b 富山市	11	23	22	2.63	5.51	5.27
石 川	109	123	132	9.32	10.54	11.33
b 金沢市	43	47	50	9.74	10.63	11.29
福 井	44	50	51	5.38	6.13	6.28
c 福井市	17	19	19	6.38	7.13	7.15
静 岡	242	257	264	6.41	6.81	7.00
a 静岡市	84	89	90	11.80	12.52	12.52
a 浜松市	63	64	66	7.99	8.10	8.33
c 沼津市	8	12	12	3.81	5.73	5.75
c 富士市	6	10	11	2.51	4.18	4.29
愛 知	452	494	530	6.33	6.87	7.34
a 名古屋市	188	203	219	8.73	9.38	10.07
b 豊橋市	7	9	9	1.93	2.47	2.46
b 豊田市	11	16	15	2.74	3.95	3.69
b 岡崎市	16	17	18	4.44	4.69	4.93
c 一宮市	36	40	38	9.58	10.59	10.02
c 春日井市	20	23	25	6.73	7.70	8.32
岐 阜	148	157	169	7.05	7.49	8.09
b 岐阜市	43	47	52	10.41	11.40	12.62
三 重	122	134	141	6.57	7.22	7.60
c 四日市市	9	11	13	2.97	3.62	4.26

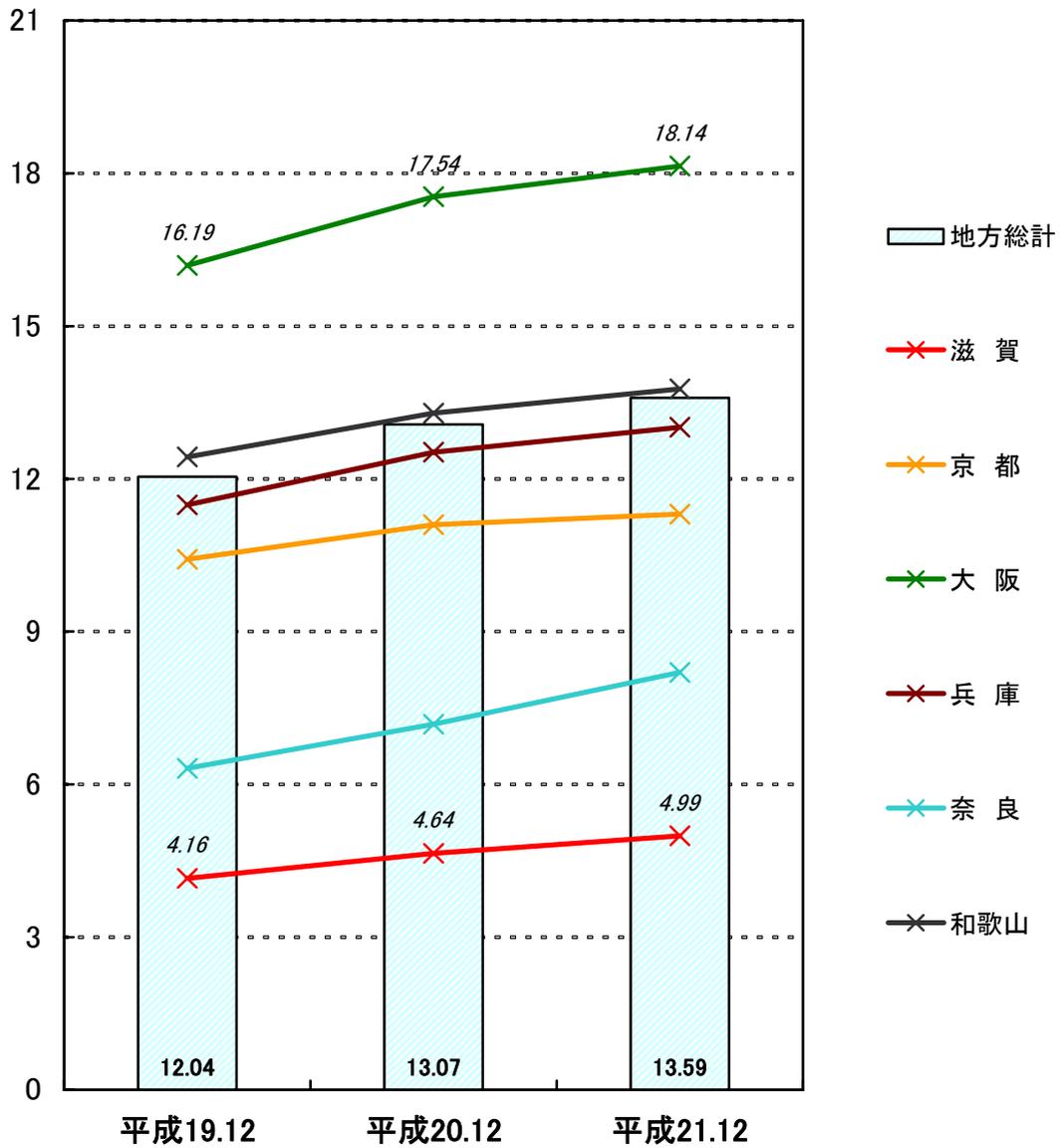
在宅療養支援診療所数[人口10万人対]



在宅療養支援診療所の届出数(近畿地方の政令・中核・特例市)

近畿地方	在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
	平成19.12	平成20.12	平成21.12	平成19.12	平成20.12	平成21.12
地方総計	2,711	2,943	3,059	12.04	13.07	13.59
滋賀	57	64	69	4.16	4.64	4.99
b 大津市	21	25	26	6.45	7.62	7.88
京都	267	284	289	10.42	11.10	11.31
a 京都市	165	172	176	11.87	12.39	12.69
奈良	90	102	116	6.31	7.18	8.20
b 奈良市	16	18	21	4.35	4.91	5.74
和歌山	131	139	143	12.43	13.29	13.77
b 和歌山市	69	71	75	17.98	18.56	19.66
大阪	1,403	1,521	1,574	16.19	17.54	18.14
a 大阪市	600	642	660	23.90	25.51	26.14
a 堺市	113	128	135	13.59	15.35	16.16
b 高槻市	67	69	71	18.82	19.39	19.97
b 東大阪市	77	79	84	15.64	16.10	17.19
c 岸和田市	24	25	25	11.85	12.39	12.39
c 豊中市	46	59	68	11.85	15.17	17.46
c 吹田市	41	45	47	11.85	12.97	13.51
c 枚方市	28	31	32	6.91	7.64	7.88
c 茨木市	38	42	43	14.26	15.64	15.95
c 八尾市	40	41	41	15.00	15.41	15.44
c 寝屋川市	22	22	22	9.13	9.15	9.15
兵庫	641	699	727	11.49	12.52	13.01
a 神戸市	214	234	252	14.24	15.55	16.71
b 姫路市	43	45	44	8.07	8.44	8.25
b 西宮市	42	54	56	9.09	11.59	11.94
b 尼崎市	78	83	83	17.00	18.10	18.05
c 明石市	30	32	32	10.27	10.92	10.90
c 加古川市	14	14	18	5.26	5.25	6.74
c 宝塚市	23	25	26	10.29	11.11	11.49

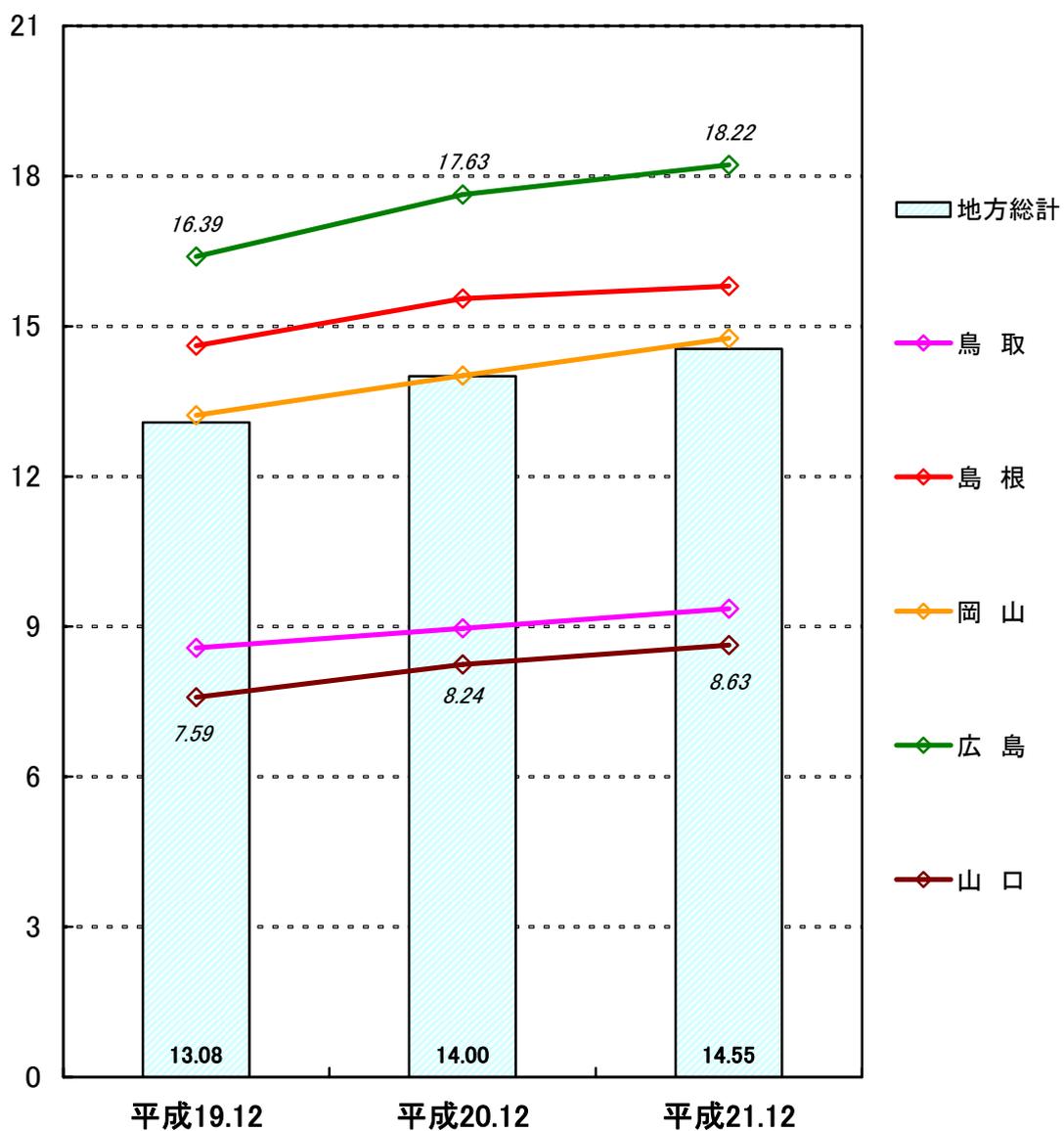
在宅療養支援診療所数[人口10万対]



在宅療養支援診療所の届出数(中国地方の政令・中核・特例市)

中国地方	在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
	平成19.12	平成20.12	平成21.12	平成19.12	平成20.12	平成21.12
地方総計	1,001	1,068	1,106	13.08	14.00	14.55
鳥 取	52	54	56	8.57	8.96	9.36
c 鳥取市	21	19	19	10.59	9.62	9.66
島 根	108	114	115	14.61	15.55	15.80
岡 山	258	273	287	13.22	14.01	14.76
a 岡山市	120	128	136	17.56	18.67	19.79
b 倉敷市	43	45	50	9.12	9.52	10.55
広 島	470	505	521	16.39	17.63	18.22
a 広島市	179	194	204	15.64	16.88	17.68
b 福山市	72	79	83	15.54	17.03	17.89
c 呉市	41	43	43	16.38	17.32	17.46
山 口	113	122	127	7.59	8.24	8.63
b 下関市	25	29	30	8.69	10.15	10.58

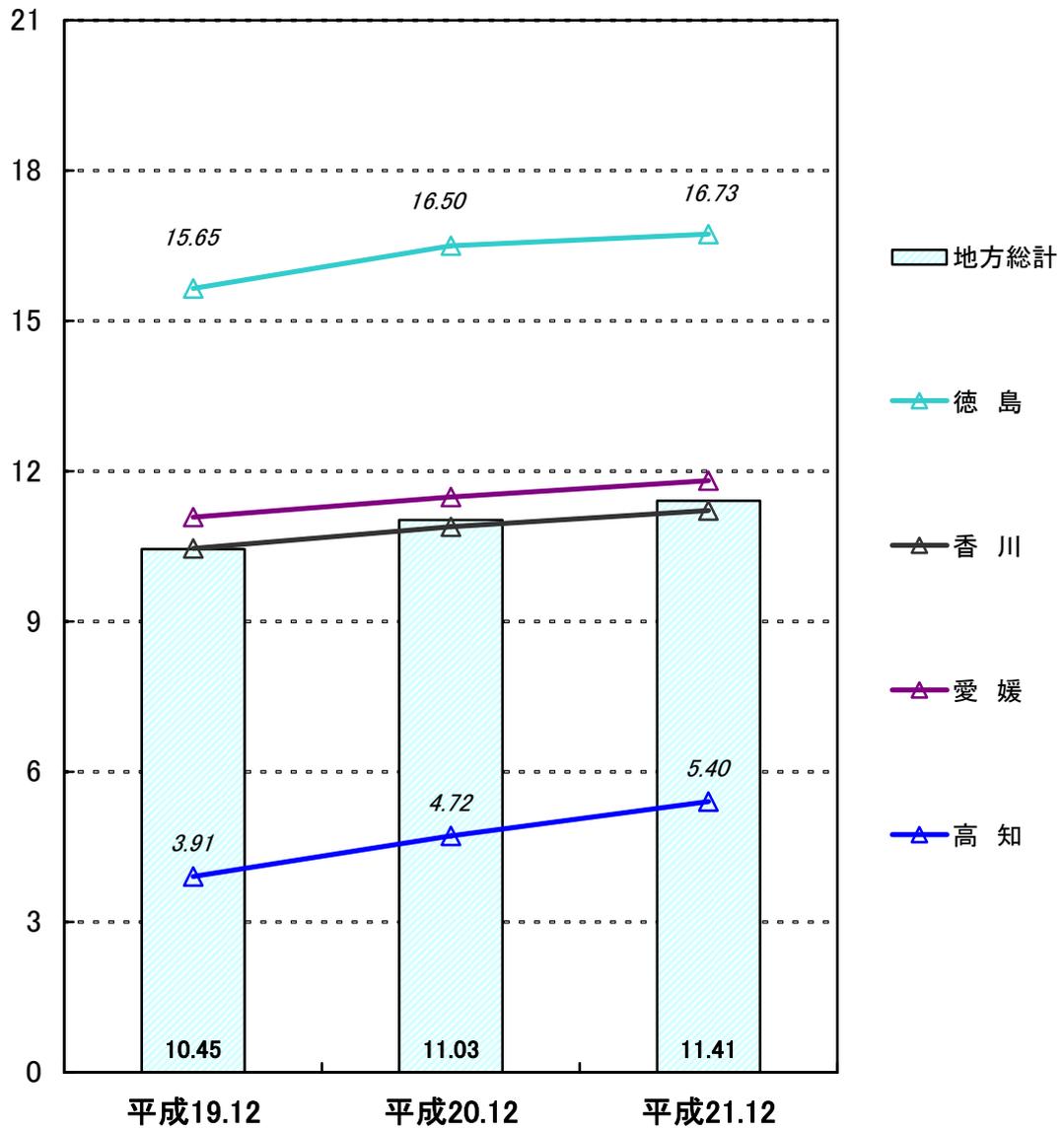
在宅療養支援診療所数[人口10万対]



在宅療養支援診療所の届出数(四国地方の政令・中核・特例市)

四国地方	在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
	平成19.12	平成20.12	平成21.12	平成19.12	平成20.12	平成21.12
地方総計	429	450	463	10.45	11.03	11.41
徳島	127	133	134	15.65	16.50	16.73
香川	107	111	114	10.46	10.89	11.21
b 高松市	45	48	50	10.65	11.37	11.82
愛媛	164	169	173	11.08	11.48	11.81
b 松山市	71	78	80	13.82	15.18	15.55
高知	31	37	42	3.91	4.72	5.40
b 高知市	11	13	16	3.37	3.81	4.71

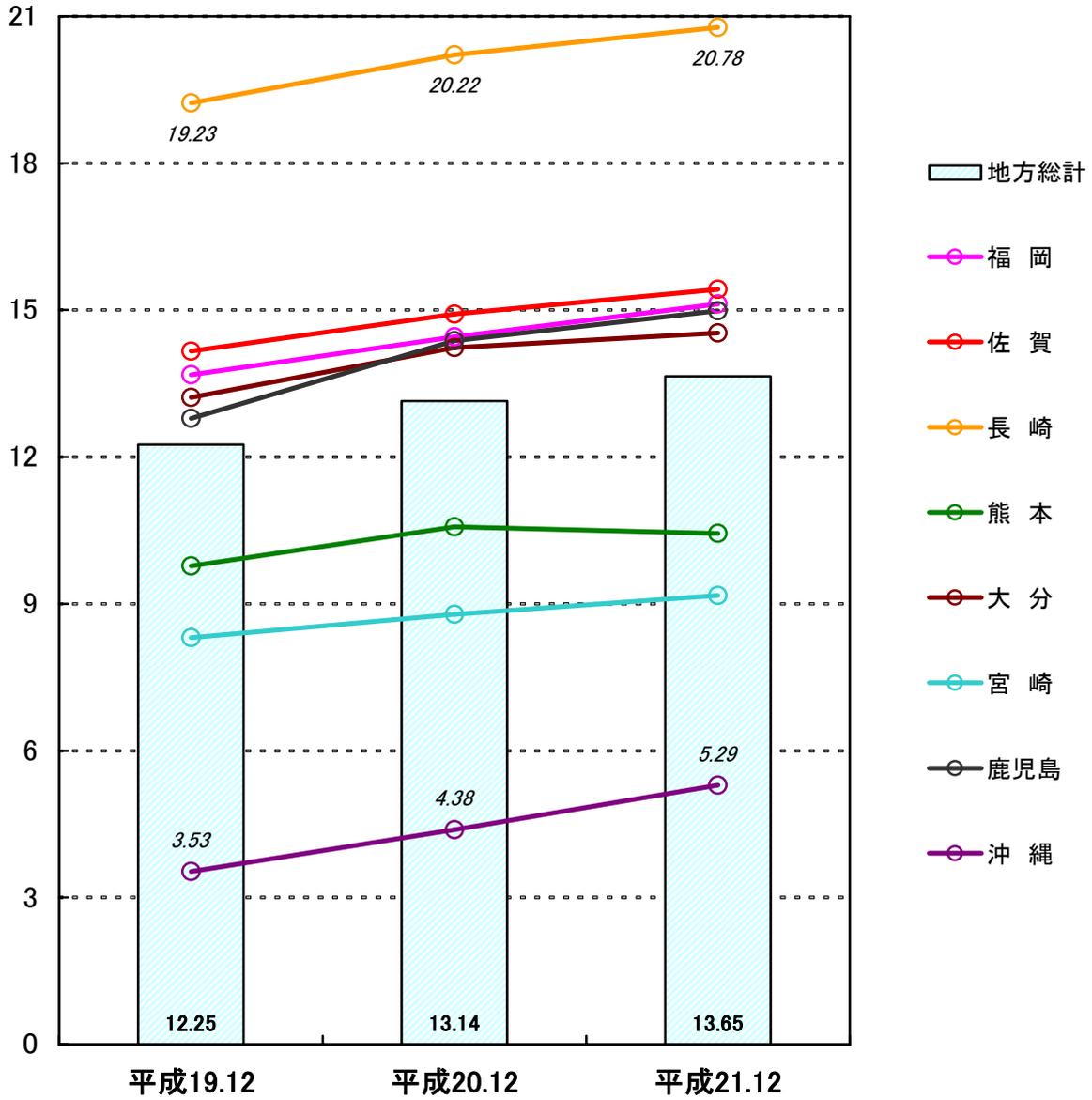
在宅療養支援診療所数[人口10万対]



在宅療養支援診療所の届出数(九州・沖縄地方の政令・中核・特例市)

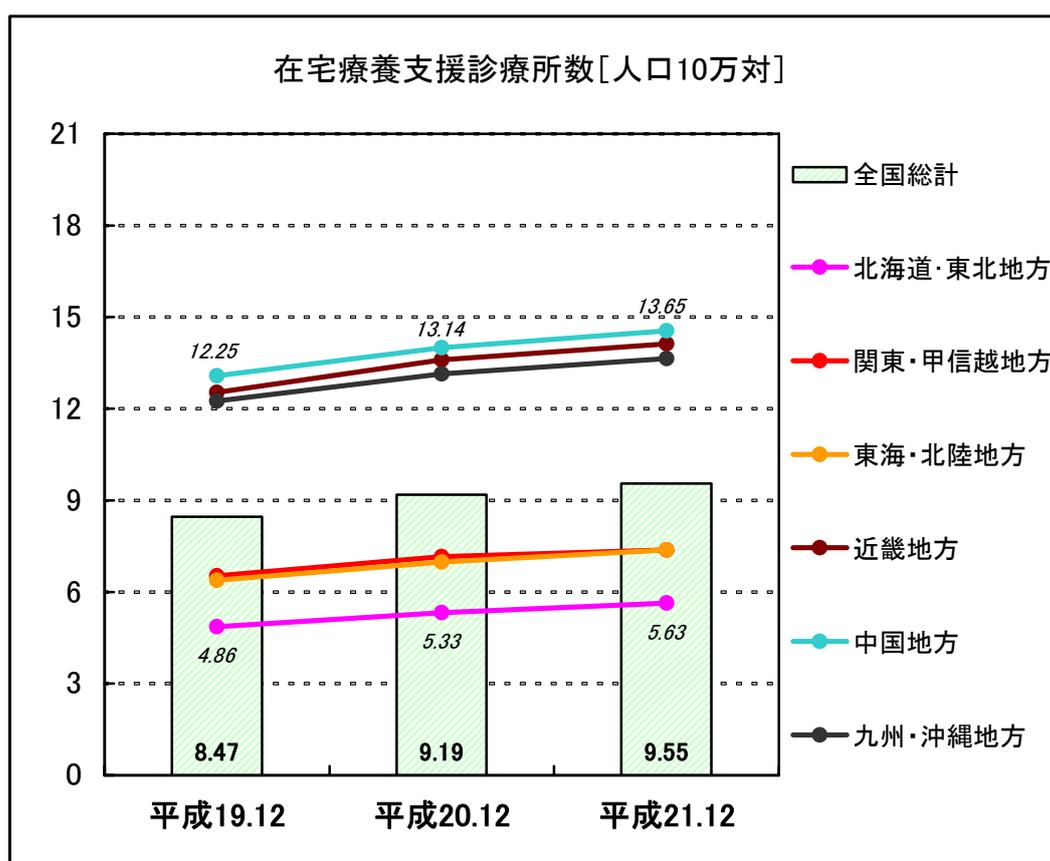
九州・沖縄地方		在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数[人口10万対]		
		平成19.12	平成20.12	平成21.12	平成19.12	平成20.12	平成21.12
地方総計		1,808	1,934	2,004	12.25	13.14	13.65
福岡		688	727	761	13.68	14.45	15.12
a	北九州市	180	185	192	18.24	18.82	19.57
a	福岡市	170	182	192	12.46	13.23	13.86
b	久留米市	49	53	55	16.08	17.45	18.14
佐賀		123	129	133	14.16	14.92	15.43
長崎		285	297	303	19.23	20.22	20.78
b	長崎市	124	133	136	27.43	29.63	30.45
c	佐世保市	33	34	35	12.75	13.24	13.72
熊本		181	195	192	9.77	10.57	10.44
b	熊本市	67	75	77	10.11	11.32	11.45
大分		161	173	176	13.22	14.23	14.53
b	大分市	77	84	85	16.59	17.99	18.14
宮崎		97	102	106	8.31	8.79	9.17
b	宮崎市	52	55	58	14.03	14.81	15.59
鹿児島		224	250	259	12.79	14.38	14.98
b	鹿児島市	63	73	72	10.48	12.13	11.96
沖縄		49	61	74	3.53	4.38	5.29

在宅療養支援診療所数[人口10万対]



在宅療養支援診療所の届出数(全体)

	総人口(人)			在宅療養支援診療所数(ヶ所)			在宅療養支援診療所数 [人口10万対]		
	平成19.12	平成20.12	平成21.12	平成19.12	平成20.12	平成21.12	平成19.12	平成20.12	平成21.12
全国総計	127,053,471	127,066,178	127,076,183	10,760	11,676	12,139	8.47	9.19	9.55
北海道・東北地方	15,201,815	15,104,288	15,014,541	739	805	846	4.86	5.33	5.63
関東・甲信越地方	46,697,667	46,880,862	47,047,595	3,047	3,353	3,473	6.52	7.15	7.38
東海・北陸地方	17,976,889	18,001,745	18,014,601	1,147	1,257	1,329	6.38	6.98	7.38
近畿地方	20,658,665	20,654,559	20,654,546	2,589	2,809	2,918	12.53	13.60	14.13
中国地方	7,653,794	7,627,791	7,601,157	1,001	1,068	1,106	13.08	14.00	14.55
四国地方	4,106,946	4,080,832	4,058,752	429	450	463	10.45	11.03	11.41
九州・沖縄地方	14,757,695	14,716,101	14,684,991	1,808	1,934	2,004	12.25	13.14	13.65



在宅療養支援診療所の届出数 ～その他市・郡～

(注1) 本資料に示す数値は下記より抜粋いたしました。

①地方厚生局：届出受理医療機関名簿（平成19年、20年、21年の12月1日現在）

②総務省：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成19年、20年、21年の3月31日現在）

(注2) 本資料で の()内に示す数値は下記の通りとなっています。

その他市、郡に存在する在宅療養支援診療所数／各都道府県全体の在宅療養支援診療所数

(注3) 本資料に示す市の表示位置は下記の通りとなっています。

①政令指定都市…a(左揃え)

②中核都市…b(中央揃え)

③特例市…c(右揃え)

在宅療養支援診療所の届出数(北海道／その他市・郡)

北海道・東北地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	
地域名	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)		診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)
北海道(108 / 267)				
a	芦別市	17,610	1	0.57
a	伊達市	37,058	1	0.27
a	岩見沢市	91,191	6	0.66
a	釧路市	187,569	2	0.11
a	恵庭市	68,483	1	0.15
a	江別市	122,344	6	0.49
a	室蘭市	96,050	2	0.21
a	小樽市	135,500	20	1.48
a	深川市	24,220	1	0.41
a	石狩市	61,191	2	0.33
a	帯広市	168,532	3	0.18
a	滝川市	44,005	3	0.68
a	苫小牧市	173,572	1	0.06
a	富良野市	24,488	2	0.82
a	北見市	125,977	6	0.48
a	北広島市	60,802	1	0.16
a	北斗市	49,371	4	0.81
a	名寄市	30,919	1	0.32
a	夕張市	11,633	1	0.86
a	留萌市	25,459	2	0.79
b	虻田郡	45,501	1	0.22
b	雨竜郡	17,431	1	0.57
b	河西郡	26,855	3	1.12
b	河東郡	62,556	1	0.16
b	茅渚郡	23,107	1	0.43
b	岩内郡	22,192	1	0.45
b	亀田郡	28,930	1	0.35
b	空知郡	40,279	1	0.25
b	古宇郡	3,074	1	3.25
b	古平郡	3,896	1	2.57
b	厚岸郡	17,749	1	0.56
b	広尾郡	14,346	1	0.70
b	沙流郡	19,816	1	0.50
b	寿都郡	6,787	2	2.95
b	松前郡	14,966	1	0.67
b	上川郡	84,305	4	0.47
b	石狩郡	22,639	1	0.44
b	川上郡	17,037	1	0.59
b	中川郡	55,567	4	0.72
b	苫前郡	13,603	1	0.74
b	二世郡	19,335	1	0.52
b	日高郡	26,139	1	0.38
b	白老郡	20,148	1	0.50
b	網走郡	36,497	1	0.27
b	勇払郡	25,184	4	1.59
b	夕張郡	32,149	1	0.31
b	余市郡	26,807	4	1.49
c	網走市	39,420	0	0.00
c	稚内市	39,527	0	0.00
c	美幌市	26,938	0	0.00
c	赤平市	13,258	0	0.00
c	紋別市	25,248	0	0.00
c	士別市	22,666	0	0.00
c	三笠市	11,015	0	0.00
c	根室市	30,209	0	0.00
c	千歳市	92,732	0	0.00
c	砂川市	19,349	0	0.00
c	歌志内市	4,759	0	0.00
c	登別市	52,572	0	0.00
c	阿寒郡	2,573	0	0.00
c	磯谷郡	5,530	0	0.00
c	浦河郡	14,507	0	0.00
c	奥尻郡	3,343	0	0.00
c	樺戸郡	13,678	0	0.00
c	久遠郡	10,107	0	0.00
c	釧路郡	21,323	0	0.00
c	山越郡	6,386	0	0.00
c	枝幸郡	15,708	0	0.00
c	爾志郡	4,586	0	0.00
c	斜里郡	23,111	0	0.00
c	宗谷郡	2,855	0	0.00
c	十勝郡	5,858	0	0.00
c	上磯郡	10,827	0	0.00
c	常呂郡	15,247	0	0.00
c	新栄郡	5,901	0	0.00
c	瀬棚郡	6,190	0	0.00
c	積丹郡	2,729	0	0.00
c	増毛郡	5,411	0	0.00
c	足寄郡	10,759	0	0.00
c	天塩郡	14,038	0	0.00
c	島牧郡	1,927	0	0.00
c	白糠郡	9,934	0	0.00
c	標津郡	29,898	0	0.00
c	幌泉郡	5,624	0	0.00
c	目梨郡	6,130	0	0.00
c	紋別郡	47,057	0	0.00
c	野付郡	16,207	0	0.00
c	有珠郡	2,995	0	0.00
c	様似郡	5,380	0	0.00
c	利尻郡	5,549	0	0.00
c	留萌郡	3,843	0	0.00
c	礼文郡	3,111	0	0.00
c	檜山郡	20,264	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(青森、岩手、秋田、宮城／その他市・郡)

北海道・東北地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	
地域名	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)			
青森(41 / 73)				
a	つがる市	38,121	2	0.52
a	五所川原市	61,714	2	0.32
a	弘前市	184,719	19	1.03
a	黒石市	37,864	4	1.06
a	三沢市	42,688	1	0.23
b	下北郡	18,842	1	0.53
b	三戸郡	78,583	1	0.13
b	上北郡	105,476	3	0.28
b	西津軽郡	22,934	1	0.44
b	東津軽郡	28,336	2	0.71
b	南津軽郡	36,825	2	0.54
b	北津軽郡	44,263	3	0.68
c	十和田市	66,254	0	0.00
c	むつ市	64,535	0	0.00
c	平川市	34,595	0	0.00
c	中津軽郡	1,584	0	0.00

北海道・東北地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	
地域名	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)			
岩手(42 / 84)				
a	一関市	122,006	2	0.16
a	遠野市	30,854	3	0.97
a	奥州市	128,106	4	0.31
a	花巻市	103,822	9	0.87
a	釜石市	41,038	3	0.73
a	宮古市	57,912	3	0.52
a	大船渡市	41,398	1	0.24
a	北上市	93,619	9	0.96
b	岩手郡	95,568	4	0.42
b	上閉伊郡	16,376	1	0.61
b	和賀郡	7,111	3	4.22
c	久慈市	38,569	0	0.00
c	陸前高田市	24,457	0	0.00
c	二戸市	30,988	0	0.00
c	八幡平市	30,042	0	0.00
c	紫波郡	61,360	0	0.00
c	胆沢郡	16,374	0	0.00
c	西磐井郡	8,664	0	0.00
c	東磐井郡	9,464	0	0.00
c	気仙郡	6,478	0	0.00
c	下閉伊郡	41,650	0	0.00
c	九戸郡	42,383	0	0.00
c	二戸郡	14,931	0	0.00

北海道・東北地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	
地域名	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)			
秋田(42 / 68)				
a	にかほ市	28,695	2	0.70
a	横手市	102,322	2	0.20
a	湯上市	35,379	4	1.13
a	鹿角市	35,955	2	0.56
a	仙北市	31,044	1	0.32
a	大館市	81,231	2	0.25
a	大仙市	92,224	3	0.33
a	男鹿市	33,738	5	1.48
a	湯沢市	53,695	1	0.19
a	能代市	61,416	8	1.30
a	北秋田市	38,158	4	1.05
a	由利本荘市	87,394	2	0.23
b	仙北郡	22,720	2	0.88
b	南秋田郡	27,270	3	1.10
b	雄勝郡	20,853	1	0.48
c	横手市	102,322	0	0.00
c	鹿角市	35,955	0	0.00
c	湯上市	35,379	0	0.00
c	北秋田市	38,158	0	0.00
c	にかほ市	28,695	0	0.00
c	仙北市	31,044	0	0.00
c	鹿角郡	6,251	0	0.00
c	北秋田郡	2,945	0	0.00
c	山本郡	32,933	0	0.00
c	南秋田郡	27,270	0	0.00
c	仙北郡	22,720	0	0.00
c	雄勝郡	20,853	0	0.00

北海道・東北地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	
地域名	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)			
宮城(61 / 111)				
a	塩竈市	58,097	2	0.34
a	角田市	32,378	1	0.31
a	岩沼市	44,271	2	0.45
a	気仙沼市	64,394	3	0.47
a	栗原市	78,337	8	1.02
a	石巻市	165,099	5	0.30
a	多賀城市	62,861	3	0.48
a	大崎市	136,178	5	0.37
a	登米市	87,087	2	0.23
a	白石市	38,439	2	0.52
a	名取市	70,868	6	0.85
b	遠田郡	43,921	1	0.23
b	宮城郡	70,513	2	0.28
b	黒川郡	85,515	9	1.05
b	柴田郡	84,715	3	0.35
b	本吉郡	29,366	3	1.02
b	亘理郡	52,798	4	0.76
c	東松島市	43,506	0	0.00
c	刈田郡	15,157	0	0.00
c	伊具郡	16,257	0	0.00
c	加美郡	34,208	0	0.00
c	牡鹿郡	10,411	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(山形、福島/その他市・郡)

北海道・東北地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
山形(67 / 75)				
a	寒河江市	43,156	3	0.70
a	酒田市	113,952	16	1.40
a	上山市	34,709	2	0.58
a	新庄市	39,473	3	0.76
a	村山市	27,864	4	1.44
a	鶴岡市	139,619	15	1.07
a	東根市	46,410	2	0.43
a	南陽市	34,399	2	0.58
a	米沢市	87,931	13	1.48
b	最上郡	47,901	3	0.63
b	東村山郡	27,949	1	0.36
b	東置賜郡	43,747	2	0.46
b	北村山郡	8,596	1	1.16
c	長井市	29,884	0	0.00
c	天童市	62,654	0	0.00
c	尾花沢市	19,910	0	0.00
c	西村山郡	45,109	0	0.00
c	西置賜郡	33,655	0	0.00
c	東田川郡	31,596	0	0.00
c	飽海郡	16,448	0	0.00

北海道・東北地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
福島(111 / 168)				
a	福島市	292,684	45	1.54
a	会津若松市	127,594	12	0.94
a	白河市	65,249	4	0.61
a	須賀川市	80,375	9	1.12
a	喜多方市	54,072	4	0.74
a	二本松市	62,013	3	0.48
a	田村市	42,594	4	0.94
a	伊達市	68,350	9	1.32
a	本宮市	31,858	1	0.31
b	伊達郡	40,187	2	0.50
b	岩瀬郡	19,612	1	0.51
b	西白河郡	50,108	2	0.40
b	石川郡	46,413	3	0.65
b	双葉郡	74,420	2	0.27
b	相馬郡	15,130	1	0.66
b	大沼郡	30,587	1	0.33
b	田村郡	31,057	3	0.97
b	南会津郡	31,647	3	0.95
b	耶麻郡	31,725	2	0.63
c	相馬市	38,634	0	0.00
c	南相馬市	71,999	0	0.00
c	安達郡	8,579	0	0.00
c	河沼郡	25,960	0	0.00
c	東白川郡	36,673	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(茨城、栃木/その他市・郡)

関東・甲信越地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
茨城(110 / 164)				
a	つくばみらい市	43,915	1	0.23
a	ひたちなか市	157,618	7	0.44
a	下妻市	44,985	2	0.44
a	笠間市	80,943	3	0.37
a	牛久市	79,412	2	0.25
a	結城市	52,378	2	0.38
a	古河市	145,493	5	0.34
a	行方市	39,111	4	1.02
a	高萩市	32,347	1	0.31
a	坂東市	56,996	3	0.53
a	桜川市	48,130	6	1.25
a	鹿嶋市	65,971	2	0.30
a	取手市	110,808	6	0.54
a	守谷市	59,858	3	0.50
a	小美玉市	52,914	2	0.38
a	常総市	63,899	2	0.31
a	常陸太田市	59,892	3	0.50
a	常陸大宮市	47,343	4	0.84
a	神栖市	91,424	2	0.22
a	石岡市	81,266	1	0.12
a	筑西市	111,756	11	0.98
a	土浦市	143,095	11	0.77
a	那珂市	56,261	1	0.18
a	日立市	197,278	4	0.20
a	鉾田市	51,751	3	0.58
a	龍ヶ崎市	79,231	10	1.26
b	稲敷郡	75,408	1	0.13
b	猿島郡	36,059	3	0.83
b	結城郡	23,594	1	0.42
b	東茨城郡	76,115	3	0.39
b	那珂郡	37,032	1	0.27
c	北茨城市	49,140	0	0.00
c	潮来市	30,872	0	0.00
c	稲敷市	47,496	0	0.00
c	かすみがら市	44,421	0	0.00
c	久慈郡	21,226	0	0.00
c	北相馬郡	17,988	0	0.00

関東・甲信越地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
栃木(101 / 131)				
a	さくら市	43,219	6	1.39
a	下野市	59,546	3	0.50
a	佐野市	123,294	6	0.49
a	鹿沼市	103,436	2	0.19
a	小山市	158,461	9	0.57
a	真岡市	79,468	5	0.63
a	足利市	156,064	8	0.51
a	大田原市	74,343	8	1.08
a	栃木市	81,048	17	2.10
a	那須塩原市	115,970	9	0.78
a	日光市	92,878	2	0.22
a	矢板市	35,452	3	0.85
b	塩谷郡	44,092	1	0.23
b	下都賀郡	144,545	15	1.04
b	河内郡	31,632	1	0.32
b	那須郡	47,250	3	0.63
b	芳賀郡	70,386	2	0.28
c	那須烏山市	30,693	0	0.00
c	上都賀郡	6,847	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(群馬、埼玉/その他市・郡)

関東・甲信越地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
群馬(76 / 190)				
a	安中市	63,538	4	0.63
a	館林市	78,381	4	0.51
a	桐生市	125,062	11	0.88
a	渋川市	85,945	17	1.98
a	沼田市	53,281	4	0.75
a	藤岡市	69,811	9	1.29
a	富岡市	53,025	3	0.57
b	甘楽郡	26,749	3	1.12
b	吾妻郡	63,795	3	0.47
b	勢多郡	22,797	1	0.44
b	多野郡	29,201	3	1.03
b	北群馬郡	33,691	2	0.59
b	邑楽郡	101,782	11	1.08
b	利根郡	39,578	1	0.25
c	みどり市	52,521	0	0.00
c	佐波郡	37,098	0	0.00

関東・甲信越地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
埼玉(162 / 405)				
a	ふじみ野市	104,278	5	0.48
a	羽生市	56,249	1	0.18
a	桶川市	75,063	8	1.07
a	加須市	68,472	1	0.15
a	吉川市	64,383	3	0.47
a	久喜市	70,830	2	0.28
a	狭山市	156,033	13	0.83
a	戸田市	116,743	7	0.60
a	幸手市	53,918	1	0.19
a	行田市	86,823	6	0.69
a	鴻巣市	118,851	8	0.67
a	坂戸市	98,962	5	0.51
a	三郷市	128,474	6	0.47
a	志木市	69,218	1	0.14
a	上尾市	223,573	4	0.18
a	新座市	155,261	3	0.19
a	深谷市	144,920	7	0.48
a	秩父市	69,386	1	0.14
a	朝霞市	125,676	3	0.24
a	鶴ヶ島市	69,192	4	0.58
a	東松山市	87,933	17	1.93
a	日高市	56,519	2	0.35
a	入間市	149,074	5	0.34
a	八潮市	79,318	1	0.13
a	鳩ヶ谷市	60,386	1	0.17
a	飯能市	82,487	5	0.61
a	富士見市	104,386	3	0.29
a	北本市	70,138	3	0.43
a	本庄市	79,549	3	0.38
a	蓮田市	63,711	2	0.31
a	和光市	74,950	1	0.13
a	蕨市	68,360	4	0.59
b	児玉郡	57,180	2	0.35
b	秩父郡	46,479	2	0.43
b	南埼玉郡	103,772	3	0.29
b	入間郡	86,975	3	0.34
b	比企郡	142,387	7	0.49
b	北葛飾郡	141,776	4	0.28
b	北埼玉郡	47,813	2	0.42
b	北足立郡	41,334	2	0.48
c	大里郡	36,758	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(東京都、都内特別区)

関東・甲信越地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)		人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)	関東・甲信越地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)		人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)	
地域名			診療所数(ヶ所)			地域名			診療所数(ヶ所)			
東京(247 / 1275)						特別区(1028 / 1275)						
a	あきる野市	80,973	1	0.12	大田区	673,925	65	0.96	葛飾区	430,697	33	0.77
a	稲城市	81,565	2	0.25	江戸川区	650,600	41	0.63	江東区	441,262	40	0.91
a	羽村市	55,812	2	0.36	港区	199,841	26	1.30	荒川区	185,112	17	0.92
a	国分寺市	116,233	7	0.60	渋谷区	195,794	29	1.48	新宿区	281,783	44	1.56
a	国立市	72,760	6	0.82	杉並区	527,942	62	1.17	世田谷区	831,224	107	1.29
a	狛江市	76,223	1	0.13	千代田区	46,272	15	3.24	足立区	638,194	60	0.94
a	三鷹市	176,210	11	0.62	台東区	165,945	34	2.05	中央区	111,460	36	3.23
a	小金井市	111,321	4	0.36	中野区	300,497	56	1.86	板橋区	516,905	77	1.49
a	小平市	179,027	5	0.28	品川区	347,059	52	1.50	文京区	188,317	47	2.50
a	昭島市	110,573	5	0.45	豊島区	244,274	38	1.56	北区	319,470	32	1.00
a	清瀬市	72,506	5	0.69	墨田区	236,387	23	0.97	目黒区	253,176	31	1.22
a	西東京市	190,806	29	1.52	練馬区	690,783	63	0.91				
a	青梅市	138,127	7	0.51								
a	多摩市	145,560	6	0.41								
a	町田市	415,289	20	0.48								
a	調布市	215,736	21	0.97								
a	東久留米市	114,606	9	0.79								
a	東村山市	148,512	4	0.27								
a	東大和市	82,218	3	0.36								
a	日野市	173,481	11	0.63								
a	八王子市	547,702	31	0.57								
a	府中市	242,614	12	0.49								
a	武蔵村山市	69,559	3	0.43								
a	武蔵野市	134,686	26	1.93								
a	福生市	58,376	4	0.69								
a	立川市	173,895	10	0.58								
b	西多摩郡	59,006	1	0.17								
b	大島町	8,688	1	1.15								
c	利島村	284	0	0.00								
c	新島村	3,034	0	0.00								
c	神津島村	2,010	0	0.00								
c	三宅島 三宅村	2,791	0	0.00								
c	御蔵島村	294	0	0.00								
c	八丈島 八丈町	8,318	0	0.00								
c	青ヶ島村	157	0	0.00								
c	小笠原村	2,387	0	0.00								

在宅療養支援診療所の届出数(千葉、神奈川／その他市・郡)

関東・甲信越地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
千葉(145 / 232)				
a	市川市	460,303	21	0.46
a	市原市	279,753	8	0.29
a	旭市	69,226	2	0.29
a	印西市	63,859	1	0.16
a	浦安市	159,186	8	0.50
a	我孫子市	134,982	3	0.22
a	鎌ヶ谷市	106,268	3	0.28
a	鴨川市	36,379	2	0.55
a	館山市	50,275	3	0.60
a	香取市	85,840	2	0.23
a	佐倉市	175,601	7	0.40
a	山武市	58,275	2	0.34
a	四街道市	87,004	5	0.57
a	習志野市	158,524	7	0.44
a	松戸市	476,813	26	0.55
a	匝瑳市	40,736	9	2.21
a	袖ヶ浦市	60,514	1	0.17
a	東金市	59,987	2	0.33
a	南房総市	43,963	3	0.68
a	八千代市	187,248	3	0.16
a	富津市	49,636	2	0.40
a	富里市	49,930	1	0.20
a	茂原市	94,001	3	0.32
a	木更津市	126,663	3	0.24
a	野田市	155,031	5	0.32
a	流山市	158,426	7	0.44
b	安房郡	9,452	1	1.06
b	長生郡	65,771	1	0.15
b	山武郡	103,354	3	0.29
c	鉾田市	71,471	0	0.00
c	成田市	125,428	0	0.00
c	勝浦市	21,105	0	0.00
c	君津市	89,968	0	0.00
c	八街市	75,410	0	0.00
c	白井市	59,389	0	0.00
c	いすみ市	42,488	0	0.00
c	印旛郡	67,209	0	0.00
c	香取郡	38,927	0	0.00
c	夷隅郡	18,937	0	0.00

関東・甲信越地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
神奈川(150 / 698)				
a	伊勢原市	97,665	3	0.31
a	海老名市	125,837	8	0.64
a	鎌倉市	176,669	22	1.25
a	座間市	126,910	6	0.47
a	三浦市	49,793	6	1.20
a	秦野市	161,611	20	1.24
a	逗子市	60,052	12	2.00
a	藤沢市	402,294	35	0.87
a	南足柄市	44,330	6	1.35
b	三浦郡	33,325	5	1.50
b	高座郡	47,569	5	1.05
b	中郡	63,769	4	0.63
b	足柄上郡	68,391	12	1.75
b	足柄下郡	49,281	4	0.81
b	愛甲郡	44,290	2	0.45
c	綾瀬市	81,100	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(山梨、長野、新潟/その他市・郡)

甲信越・東海地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
山梨(26/43)				
a	甲州市	36,002	3	0.83
a	甲斐市	72,683	2	0.28
a	山梨市	38,375	4	1.04
a	大月市	29,517	2	0.68
a	中央市	29,890	1	0.33
a	笛吹市	71,379	3	0.42
a	都留市	32,255	2	0.62
a	南アルプス市	72,931	2	0.27
a	韮崎市	31,714	1	0.32
a	富士吉田市	52,636	1	0.19
a	北杜市	49,317	3	0.61
b	中巨摩郡	16,850	2	1.19
c	上野原市	27,248	0	0.00
c	西八代郡	17,884	0	0.00
c	南巨摩郡	43,681	0	0.00
c	南都留郡	50,569	0	0.00
c	北都留郡	1,611	0	0.00

甲信越・東海地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
長野(175/231)				
a	安曇野市	97,552	12	1.23
a	伊那市	70,699	7	0.99
a	塩尻市	67,066	7	1.04
a	岡谷市	53,691	9	1.68
a	茅野市	56,083	10	1.78
a	駒ヶ根市	34,008	8	2.35
a	佐久市	99,659	6	0.60
a	小諸市	44,047	4	0.91
a	上田市	160,192	13	0.81
a	諏訪市	51,239	13	2.54
a	須坂市	52,966	3	0.57
a	千曲市	63,155	5	0.79
a	大町市	30,720	3	0.98
a	中野市	47,218	1	0.21
a	東御市	31,243	4	1.28
a	飯山市	24,734	5	2.02
a	飯田市	106,024	16	1.51
b	下伊那郡	65,633	12	1.83
b	下高井郡	24,074	3	1.25
b	上伊那郡	84,879	6	0.71
b	上高井郡	19,346	3	1.55
b	上水内郡	33,332	4	1.20
b	埴科郡	16,223	2	1.23
b	諏訪郡	45,174	4	0.89
b	東筑摩郡	39,591	5	1.26
b	南佐久郡	27,966	3	1.07
b	北安曇郡	33,346	3	0.90
b	木曾郡	32,047	4	1.25
c	北佐久郡	41,497	0	0.00
c	小県郡	12,025	0	0.00
c	下水内郡	2,364	0	0.00

甲信越・東海地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
新潟(37/105)				
a	燕市	83,945	2	0.24
a	魚沼市	42,140	2	0.47
a	見附市	42,952	1	0.23
a	三条市	105,427	3	0.28
a	糸魚川市	49,011	1	0.20
a	十日町市	61,052	2	0.33
a	小千谷市	39,669	4	1.01
a	新発田市	103,553	3	0.29
a	村上市	69,087	1	0.14
a	胎内市	32,320	1	0.31
a	南魚沼市	61,670	4	0.65
a	柏崎市	92,279	7	0.76
a	妙高市	36,983	3	0.81
b	刈羽郡	4,950	1	2.02
b	北魚沼郡	5,170	2	3.87
c	加茂市	31,244	0	0.00
c	五泉市	56,654	0	0.00
c	阿賀野市	46,959	0	0.00
c	佐渡市	65,163	0	0.00
c	北蒲原郡	14,067	0	0.00
c	西蒲原郡	8,781	0	0.00
c	南蒲原郡	13,148	0	0.00
c	東蒲原郡	14,279	0	0.00
c	三島郡	5,287	0	0.00
c	南魚沼郡	8,436	0	0.00
c	中魚沼郡	11,288	0	0.00
c	岩船郡	7,216	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(富山、石川、福井/その他市・郡)

東海・北陸地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
富山(20 / 42)				
a	魚津市	45,499	2	0.44
a	高岡市	178,977	9	0.50
a	黒部市	42,824	1	0.23
a	射水市	94,609	4	0.42
a	砺波市	49,379	1	0.20
a	南砺市	56,743	2	0.35
b	中新川郡	53,568	1	0.19
c	氷見市	54,115	0	0.00
c	滑川市	33,913	0	0.00
c	小矢部市	32,826	0	0.00
c	下新川郡	41,876	0	0.00

東海・北陸地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
石川(82 / 132)				
a	七尾市	60,092	4	0.67
a	小松市	109,213	8	0.73
a	加賀市	74,368	13	1.75
a	羽咋市	24,296	10	4.12
a	かほく市	35,293	3	0.85
a	白山市	113,380	18	1.59
a	能美市	48,452	6	1.24
b	石川郡	45,239	10	2.21
b	河北郡	64,290	4	0.62
b	羽咋郡	39,237	2	0.51
b	鹿島郡	19,712	2	1.01
b	鳳珠郡	32,093	2	0.62
c	輪島市	32,581	0	0.00
c	珠洲市	17,921	0	0.00
c	能美郡	6,058	0	0.00

東海・北陸地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)
地域名				
福井(32 / 51)				
a	あわら市	30,775	2	0.65
a	越前市	83,274	4	0.48
a	坂井市	93,687	6	0.64
a	鯖江市	67,775	5	0.74
a	勝山市	26,440	4	1.51
a	小浜市	31,728	1	0.32
a	大野市	37,480	2	0.53
a	敦賀市	67,920	1	0.15
b	吉田郡	19,821	1	0.50
b	三方上中郡	16,667	1	0.60
b	大飯郡	20,191	2	0.99
b	丹生郡	24,329	1	0.41
b	南条郡	12,173	2	1.64
c	今立郡	3,370	0	0.00
c	三方郡	10,918	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(静岡、愛知/その他市・郡)

東海・北陸地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	東海・北陸地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)		
地域名				地域名					
静岡(85 / 264)				愛知(206 / 530)					
a	藤枝市※	143,248	8	0.56	a	愛西市	66,227	4	0.60
a	伊東市	74,326	6	0.81	a	安城市	173,066	5	0.29
a	伊豆の国市	50,088	1	0.20	a	稲沢市	134,853	6	0.44
a	伊豆市	36,074	3	0.83	a	蒲郡市	81,515	7	0.86
a	下田市	25,549	1	0.39	a	刈谷市	140,351	7	0.50
a	掛川市	115,504	7	0.61	a	岩倉市	46,045	5	1.09
a	菊川市	45,611	2	0.44	a	犬山市	73,880	8	1.08
a	浜西市	42,357	1	0.24	a	江南市	100,223	4	0.40
a	御前崎市	34,892	2	0.57	a	高浜市	42,098	2	0.48
a	御殿場市	87,318	4	0.46	a	小牧市	144,571	8	0.55
a	三島市	112,221	6	0.53	a	新城市	51,402	1	0.19
a	焼津市	143,234	3	0.21	a	瀬戸市	129,587	15	1.16
a	裾野市	53,350	8	1.50	a	清須市	56,430	2	0.35
a	袋井市	83,008	4	0.48	a	西尾市	103,272	5	0.48
a	島田市	102,642	5	0.49	a	大府市	82,275	4	0.49
a	熱海市	40,592	3	0.74	a	知多市	84,818	3	0.35
a	磐田市	166,991	10	0.60	a	知立市	65,215	4	0.61
a	富士宮市	124,385	2	0.16	a	津島市	65,930	3	0.46
a	牧之原市	49,900	3	0.60	a	田原市	65,571	6	0.92
b	賀茂郡	50,637	2	0.39	a	東海市	106,239	3	0.28
b	駿東郡	92,409	2	0.22	a	日進市	79,527	11	1.38
b	榛原郡	38,003	2	0.53	a	半田市	117,290	13	1.11
c	田方郡	38,802	0	0.00	a	尾張旭市	80,386	7	0.87
c	富士郡	9,716	0	0.00	a	碧南市	70,013	7	1.00
c	周智郡	20,219	0	0.00	a	豊川市	158,442	13	0.82
c	浜名郡	16,876	0	0.00	a	豊明市	66,203	5	0.76
					a	北名古屋	79,603	4	0.50
					a	弥富市	42,986	5	1.16
					b	愛知郡	87,551	8	0.91
					b	海部郡	156,725	4	0.26
					b	額田郡	36,252	1	0.28
					b	西加茂郡	55,622	1	0.18
					b	丹羽郡	55,473	3	0.54
					b	知多郡	159,934	18	1.13
					b	幡豆郡	59,456	2	0.34
					b	北設楽郡	11,737	2	1.70
					c	常滑市	54,173	0	0.00
					c	西春日井郡	21,507	0	0.00
					c	宝飯郡	21,192	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(岐阜、三重/その他市・郡)

東海・北陸地方		人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	東海・北陸地方		在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名					地域名				
岐阜(117 / 169)					三重(128 / 141)				
a	羽島市	67,906	6	0.88	a	伊賀市	96,357	2	0.21
a	下呂市	37,337	3	0.80	a	伊勢市	133,544	19	1.42
a	可児市	95,887	2	0.21	a	亀山市	47,711	1	0.21
a	各務原市	145,761	15	1.03	a	桑名市	138,467	13	0.94
a	関市	91,877	12	1.31	a	志摩市	58,642	4	0.68
a	郡上市	47,250	4	0.85	a	松阪市	167,285	7	0.42
a	恵那市	55,230	5	0.91	a	鳥羽市	22,695	1	0.44
a	高山市	93,915	7	0.75	a	津市	282,569	36	1.27
a	山県市	30,198	2	0.66	a	尾鷲市	21,616	4	1.85
a	瑞穂市	49,141	8	1.63	a	名張市	82,571	3	0.36
a	多治見市	115,709	9	0.78	a	鈴鹿市	194,512	27	1.39
a	大垣市	158,966	6	0.38	b	多気郡	49,639	1	0.20
a	中津川市	83,820	3	0.36	b	度会郡	51,441	7	1.36
a	土岐市	61,308	3	0.49	b	北牟婁郡	19,492	3	1.54
a	美濃加茂市	49,492	7	1.41	c	熊野市	20,465	0	0.00
a	美濃市	23,244	1	0.43	c	いなべ市	45,427	0	0.00
a	本巣市	35,534	2	0.56	c	桑名郡	6,622	0	0.00
b	安八郡	45,518	1	0.22	c	員弁郡	25,369	0	0.00
b	羽島郡	45,230	4	0.88	c	三重郡	62,392	0	0.00
b	加茂郡	55,032	4	0.73	c	南牟婁郡	22,196	0	0.00
b	可児郡	19,215	1	0.52					
b	不破郡	36,363	5	1.38					
b	本巣郡	18,057	1	0.55					
b	揖斐郡	73,795	4	0.54					
b	養老郡	32,553	2	0.61					
c	瑞良市	40,300	0	0.00					
c	飛騨市	28,084	0	0.00					
c	海津市	39,017	0	0.00					
c	大野郡	1,790	0	0.00					

在宅療養支援診療所の届出数(滋賀、京都、奈良、和歌山/その他市・郡)

近畿地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)
地域名				
滋賀(43 / 69)				
a	近江八幡市	68,316	3	0.44
a	栗東市	63,445	5	0.79
a	甲賀市	92,659	3	0.32
a	高島市	53,859	4	0.74
a	守山市	75,531	3	0.40
a	草津市	117,546	1	0.09
a	長浜市	80,838	6	0.74
a	東近江市	114,165	3	0.26
a	彦根市	109,276	4	0.37
a	米原市	41,072	3	0.73
a	野洲市	49,849	1	0.20
b	伊香郡	27,091	2	0.74
b	蒲生郡	48,284	4	0.83
b	東浅井郡	14,702	1	0.68
c	湖南市	52,899	0	0.00
c	愛知郡	19,456	0	0.00
c	犬上郡	23,292	0	0.00

近畿地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)
地域名				
京都(113 / 289)				
a	綾部市	37,453	6	1.60
a	宇治市	189,693	14	0.74
a	亀岡市	93,407	3	0.32
a	宮津市	21,013	5	2.38
a	京丹後市	62,255	3	0.48
a	京田辺市	62,098	8	1.29
a	向日市	54,743	6	1.10
a	城陽市	80,571	5	0.62
a	長岡京市	78,948	13	1.65
a	南丹市	34,672	1	0.29
a	八幡市	73,325	4	0.55
a	舞鶴市	90,287	11	1.22
a	福知山市	81,156	17	2.09
a	木津川市	68,443	5	0.73
b	乙訓郡	15,476	1	0.65
b	久世郡	16,618	1	0.60
b	相楽郡	45,791	6	1.31
b	綴喜郡	18,439	1	0.54
b	与謝郡	27,385	3	1.10
c	船井郡	16,978	0	0.00

近畿地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)
地域名				
奈良(95 / 116)				
a	宇陀市	36,376	2	0.55
a	橿原市	124,382	13	1.05
a	葛城市	35,966	2	0.56
a	五條市	36,263	2	0.55
a	御所市	31,010	8	2.58
a	香芝市	74,217	8	1.08
a	桜井市	61,114	6	0.98
a	生駒市	117,761	14	1.19
a	大和高田市	70,787	1	0.14
a	大和郡山市	90,574	10	1.10
a	天理市	68,001	7	1.03
b	磯城郡	49,346	4	0.81
b	吉野郡	50,702	1	0.20
b	高市郡	14,098	1	0.71
b	山辺郡	4,423	2	4.52
b	生駒郡	79,940	8	1.00
b	北葛城郡	100,169	6	0.60
c	宇陀郡	4,186	0	0.00

近畿地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)
地域名				
和歌山(68 / 143)				
a	海南市	57,577	6	1.04
a	岩出市	52,077	5	0.96
a	紀の川市	68,651	7	1.02
a	橋本市	68,367	16	2.34
a	御坊市	26,043	2	0.77
a	新宮市	32,599	5	1.53
a	田辺市	82,537	4	0.48
a	有田市	32,074	1	0.31
b	伊都郡	28,674	5	1.74
b	海草郡	11,196	2	1.79
b	西牟婁郡	44,144	3	0.68
b	東牟婁郡	44,773	5	1.12
b	日高郡	58,086	6	1.03
b	有田郡	50,437	1	0.20

在宅療養支援診療所の届出数(大阪、兵庫、島根、鳥取／その他市・郡)

近畿地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
大阪(346 / 1574)				
a	羽曳野市	118,780	12	1.01
a	河内長野市	115,570	20	1.73
a	貝塚市	90,150	7	0.78
a	交野市	78,470	9	1.15
a	高石市	60,014	10	1.67
a	阪南市	58,252	6	1.03
a	四條畷市	57,095	2	0.35
a	守口市	145,471	30	2.06
a	松原市	125,670	23	1.83
a	摂津市	82,758	11	1.33
a	泉佐野市	102,103	14	1.37
a	泉大津市	76,813	15	1.95
a	泉南市	65,278	3	0.46
a	大阪狭山市	57,600	7	1.22
a	大東市	125,384	10	0.80
a	池田市	102,320	25	2.44
a	藤井寺市	66,052	23	3.48
a	柏原市	73,892	14	1.89
a	富田林市	120,547	24	1.99
a	箕面市	125,515	24	1.91
a	門真市	128,908	13	1.01
a	和泉市	182,678	18	0.99
b	三島郡	29,382	5	1.70
b	泉南郡	70,884	6	0.85
b	泉北郡	17,690	4	2.26
b	南河内郡	37,439	6	1.60
b	豊能郡	36,231	5	1.38

近畿地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
兵庫(216 / 727)				
a	たつの市	81,405	3	0.37
a	芦屋市	93,372	15	1.61
a	伊丹市	195,799	18	0.92
a	加西市	48,129	4	0.83
a	加東市	39,852	3	0.75
a	高砂市	95,746	14	1.46
a	三田市	113,183	12	1.06
a	三木市	82,427	12	1.46
a	六甲市	43,805	8	1.83
a	徳山市	44,962	6	1.33
a	洲本市	49,575	8	1.61
a	小野市	49,813	7	1.41
a	西脇市	44,208	5	1.13
a	赤穂市	51,524	2	0.39
a	川西市	159,986	19	1.19
a	相生市	31,875	4	1.25
a	丹波市	70,460	2	0.28
a	淡路市	49,322	9	1.82
a	朝来市	34,369	3	0.87
a	南あわじ市	52,448	12	2.29
a	豊岡市	89,286	21	2.35
a	養父市	27,883	12	4.30
b	加古郡	65,841	5	0.76
b	佐用郡	20,463	1	0.49
b	神崎郡	46,434	5	1.08
b	赤穂郡	17,511	1	0.57
b	川辺郡	32,404	1	0.31
b	多可郡	24,133	1	0.41
b	美方郡	38,654	2	0.52
b	揖保郡	34,086	1	0.29

中国地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
鳥取(37 / 56)				
a	境港市	36,416	2	0.55
a	倉吉市	51,124	6	1.17
a	米子市	148,873	16	1.07
b	西伯郡	45,702	5	1.09
b	東伯郡	60,867	5	0.82
b	日野郡	13,509	1	0.74
b	八頭郡	32,258	2	0.62
c	岩美郡	13,149	0	0.00

中国地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
島根(115 / 115)				
a	安来市	43,309	6	1.39
a	雲南市	44,019	3	0.68
a	益田市	51,367	6	1.17
a	江津市	26,684	7	2.62
a	出雲市	145,922	23	1.58
a	松江市	192,612	42	2.18
a	大田市	39,784	2	0.50
a	浜田市	59,944	16	2.67
b	隠岐郡	22,466	3	1.34
b	鹿足郡	16,025	2	1.25
b	仁多郡	15,261	3	1.97
b	邑智郡	22,130	2	0.90
c	八束郡	14,536	0	0.00
c	飯石郡	5,730	0	0.00
c	簸川郡	28,004	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(岡山、広島、山口／その他市・郡)

中国地方	人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)	中国地方	人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)		
地域名				地域名					
岡山(101 / 287)				広島(191 / 521)					
a	井原市	45,363	1	0.22	a	安芸高田市	32,414	7	2.16
a	笠岡市	55,140	2	0.36	a	江田島市	27,821	4	1.44
a	玉野市	66,470	8	1.20	a	三原市	102,240	10	0.98
a	高梁市	35,164	3	0.85	a	三次市	58,416	12	2.05
a	新見市	34,946	3	0.86	a	庄原市	41,499	5	1.20
a	真庭市	51,704	15	2.90	a	大竹市	29,389	3	1.02
a	瀬戸内市	39,281	9	2.29	a	竹原市	29,860	5	1.67
a	赤磐市	44,972	5	1.11	a	東広島市	177,517	36	2.03
a	浅口市	37,625	2	0.53	a	廿日市市	117,667	19	1.61
a	総社市	66,615	7	1.05	a	尾道市	149,335	48	3.21
a	津山市	108,169	18	1.66	a	府中市	44,669	6	1.34
a	備前市	39,583	3	0.76	b	安芸郡	117,882	28	2.38
a	美作市	32,316	3	0.93	b	山県郡	28,285	5	1.77
b	加賀郡	13,546	4	2.95	b	神石郡	11,272	1	0.89
b	久米郡	22,225	1	0.45	b	世羅郡	18,524	2	1.08
b	勝田郡	17,835	4	2.24	c	豊田郡	8,783	0	0.00
b	小田郡	15,717	1	0.64					
b	浅口郡	11,000	2	1.82					
b	都窪郡	12,205	3	2.46					
b	苫田郡	14,477	4	2.76					
b	和気郡	15,981	3	1.88					
c	真庭郡	1,048	0	0.00					
c	英田郡	1,603	0	0.00					

中国地方	人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)	
地域名				
山口(97 / 127)				
a	宇部市	173,401	27	1.56
a	下松市	55,568	2	0.36
a	岩国市	147,571	3	0.20
a	光市	54,530	2	0.37
a	山口市	187,648	14	0.75
a	山陽小野田市	66,006	11	1.67
a	周南市	152,365	8	0.53
a	長門市	39,807	6	1.51
a	萩市	56,196	4	0.71
a	美祢市	29,175	1	0.34
a	防府市	118,371	5	0.42
a	柳井市	35,726	7	1.96
b	阿武郡	11,410	1	0.88
b	熊毛郡	33,432	2	0.60
b	大島郡	20,266	4	1.97
c	玖珂郡	6,594	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(徳島、香川、愛媛、高知/その他市・郡)

四国地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
徳島(134 / 134)				
a	阿南市	78,606	8	1.02
a	阿波市	41,595	7	1.68
a	吉野川市	45,596	7	1.54
a	三好市	32,393	7	2.16
a	小松島市	41,856	5	1.19
a	徳島市	259,346	62	2.39
a	美馬市	33,560	5	1.49
a	鳴門市	63,002	5	0.79
b	海部郡	24,898	3	1.20
b	三好郡	15,907	1	0.63
b	那賀郡	10,602	2	1.89
b	板野郡	97,425	15	1.54
b	美馬郡	11,465	2	1.74
b	名西郡	33,553	5	1.49

四国地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
香川(64 / 114)				
a	さぬき市	54,412	3	0.55
a	観音寺市	64,631	9	1.39
a	丸亀市	111,963	17	1.52
a	坂出市	57,768	7	1.21
a	三豊市	71,386	6	0.84
a	善通寺市	34,229	5	1.46
a	東かがわ市	35,683	2	0.56
b	綾歌郡	43,118	3	0.70
b	香川郡	3,336	1	3.00
b	小豆郡	33,083	2	0.60
b	仲多度郡	54,630	7	1.28
b	木田郡	29,182	2	0.69

四国地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
愛媛(93 / 173)				
a	伊予市	39,840	5	1.26
a	宇和島市	88,055	13	1.48
a	今治市	173,148	11	0.64
a	四国中央市	93,574	3	0.32
a	新居浜市	125,689	12	0.95
a	西条市	114,786	7	0.61
a	西予市	44,127	4	0.91
a	大洲市	49,564	9	1.82
a	東温市	34,831	5	1.44
a	八幡浜市	39,981	3	0.75
b	伊予郡	54,020	9	1.67
b	喜多郡	19,322	4	2.07
b	上浮穴郡	10,625	2	1.88
b	西宇和郡	11,920	3	2.52
b	南宇和郡	26,054	1	0.38
b	北宇和郡	16,723	2	1.20
c	越智郡	7,676	0	0.00

四国地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
高知(26 / 42)				
a	香南市	33,930	5	1.47
a	香美市	28,574	1	0.35
a	四万十市	36,593	2	0.55
a	室戸市	17,007	2	1.18
a	宿毛市	23,339	3	1.29
a	須崎市	25,150	1	0.40
a	土佐市	29,426	3	1.02
a	南国市	49,853	3	0.60
b	安芸郡	19,915	3	1.51
b	香川郡	34,144	1	0.29
b	高岡郡	66,273	1	0.15
b	幡多郡	21,663	1	0.46
c	安芸市	20,135	0	0.00
c	土佐清水市	16,940	0	0.00
c	長岡郡	9,182	0	0.00
c	土佐郡	4,993	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(福岡、佐賀/その他市・郡)

九州・沖縄地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
福岡(322 / 761)				
a	うきは市	32,925	17	5.16
a	みやま市	42,461	9	2.12
a	嘉麻市	45,003	3	0.67
a	宮若市	31,325	4	1.28
a	古賀市	57,640	6	1.04
a	行橋市	71,993	12	1.67
a	糸島市※	100,536	14	1.39
a	宗像市	94,780	8	0.84
a	春日市	108,561	9	0.83
a	小郡市	58,967	10	1.70
a	太宰府市	68,601	6	0.87
a	大川市	38,805	8	2.06
a	大牟田市	128,122	30	2.34
a	大野城市	94,287	6	0.64
a	筑後市	48,583	14	2.88
a	筑紫野市	99,849	7	0.70
a	中間市	46,206	4	0.87
a	朝倉市	58,789	25	4.25
a	直方市	58,869	9	1.53
a	田川市	51,200	4	0.78
a	八女市	42,261	10	2.37
a	飯塚市	132,220	10	0.76
a	福津市	55,819	8	1.43
a	豊前市	28,004	4	1.43
a	柳川市	73,231	12	1.64
b	鞍手郡	26,867	2	0.74
b	遠賀郡	97,939	6	0.61
b	嘉穂郡	14,358	1	0.70
b	京都郡	56,721	7	1.23
b	三井郡	15,570	3	1.93
b	三潁郡	14,549	3	2.06
b	糟屋郡	211,547	19	0.90
b	築上郡	36,115	6	1.66
b	筑紫郡	49,322	4	0.81
b	朝倉郡	31,952	8	2.50
b	田川郡	89,568	9	1.00
b	八女郡	49,256	5	1.02

九州・沖縄地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
佐賀(133 / 133)				
a	伊万里市	58,316	6	1.03
a	嬉野市	29,153	5	1.72
a	佐賀市	236,552	32	1.35
a	鹿島市	31,849	1	0.31
a	小城市	46,520	4	0.86
a	神埼市	33,645	1	0.30
a	多久市	22,356	4	1.79
a	鳥栖市	67,380	24	3.56
a	唐津市	131,737	24	1.82
a	武雄市	51,599	14	2.71
b	杵島郡	43,954	6	1.37
b	三養基郡	54,170	7	1.29
b	神埼郡	16,093	1	0.62
b	西松浦郡	21,774	2	0.92
b	東松浦郡	6,611	2	3.03
c	藤津郡	10,447	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(長崎、熊本、大分/その他市・郡)

九州・沖縄地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
長崎(132 / 303)				
a	壱岐市	30,967	2	0.65
a	雲仙市	49,584	9	1.82
a	五島市	43,264	2	0.46
a	西海市	32,328	2	0.62
a	大村市	91,283	28	3.07
a	島原市	49,419	9	1.82
a	南島原市	53,672	7	1.30
a	平戸市	37,221	2	0.54
a	諫早市	142,244	38	2.67
b	西彼杵郡	72,499	17	2.34
b	東彼杵郡	39,619	6	1.51
b	北松浦郡	28,064	2	0.71
c	松浦市	26,255	0	0.00
c	対馬市	36,417	0	0.00
c	南松浦郡	23,782	0	0.00

九州・沖縄地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
熊本(115 / 192)				
a	阿蘇市	29,336	4	1.36
a	宇城市	63,377	3	0.47
a	宇土市	38,351	2	0.52
a	菊池市	52,156	5	0.96
a	玉名市	70,976	1	0.14
a	荒尾市	56,645	13	2.29
a	合志市	54,532	1	0.18
a	山鹿市	58,015	11	1.90
a	上天草市	32,783	6	1.83
a	人吉市	36,199	3	0.83
a	水俣市	28,220	4	1.42
a	天草市	94,525	14	1.48
a	八代市	135,377	23	1.70
b	阿蘇郡	41,024	3	0.73
b	葦北郡	25,873	4	1.55
b	下益城郡	32,237	1	0.31
b	菊池郡	66,126	4	0.60
b	球磨郡	62,600	4	0.64
b	玉名郡	45,686	2	0.44
b	鹿本郡	30,753	2	0.65
b	上益城郡	90,375	4	0.44
b	天草郡	8,472	1	1.18
c	八代郡	13,249	0	0.00

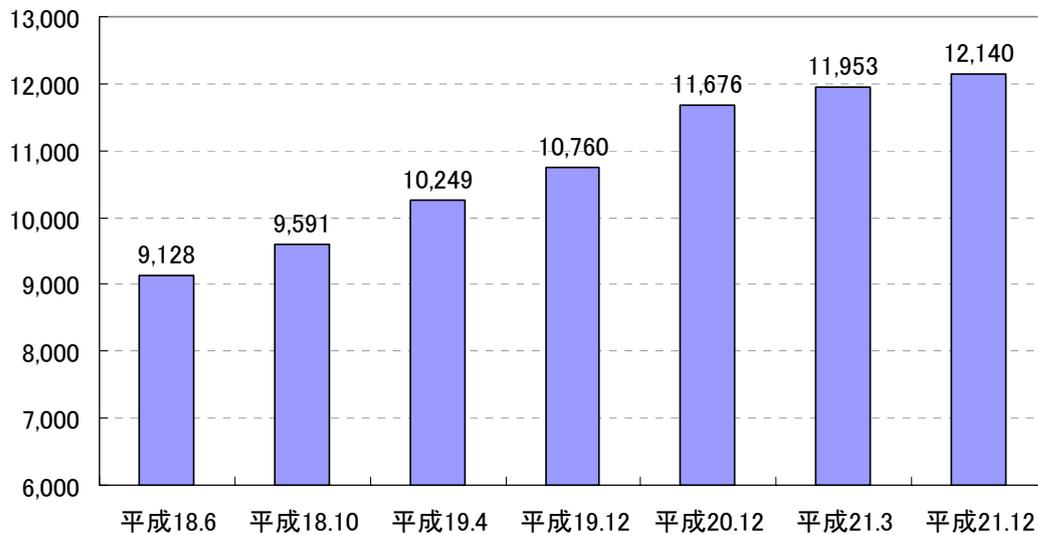
九州・沖縄地方	人口(人)	在宅療養支援 診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの 診療所数(ヶ所)	
地域名				
大分(91 / 176)				
a	宇佐市	61,585	11	1.79
a	臼杵市	43,569	8	1.84
a	杵築市	33,261	4	1.20
a	国東市	33,533	5	1.49
a	佐伯市	80,780	5	0.62
a	竹田市	26,023	5	1.92
a	中津市	85,608	4	0.47
a	津久見市	21,267	3	1.41
a	日田市	73,003	4	0.55
a	別府市	121,118	26	2.15
a	豊後高田市	24,688	1	0.41
a	豊後大野市	41,337	3	0.73
a	由布市	36,330	8	2.20
b	速見郡	28,532	3	1.05
b	東国東郡	2,519	1	3.97
c	玖珠郡	29,189	0	0.00

在宅療養支援診療所の届出数(宮崎、鹿児島、沖縄／その他市・郡)

九州・沖縄地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)
地域名				
宮崎(48/106)				
a	えびの市	22,782	3	1.32
a	延岡市	134,428	9	0.67
a	串間市	21,700	2	0.92
a	小林市	41,326	3	0.73
a	西都市	33,909	3	0.88
a	都城市	171,560	13	0.76
a	日向市	64,499	1	0.16
a	日南市	59,835	3	0.50
b	宮崎郡	27,989	3	1.07
b	児湯郡	76,599	4	0.52
b	西臼杵郡	23,908	1	0.42
b	東諸県郡	29,357	2	0.68
b	北諸県郡	25,066	1	0.40
c	西諸県郡	19,261	0	0.00
c	東臼杵郡	31,593	0	0.00

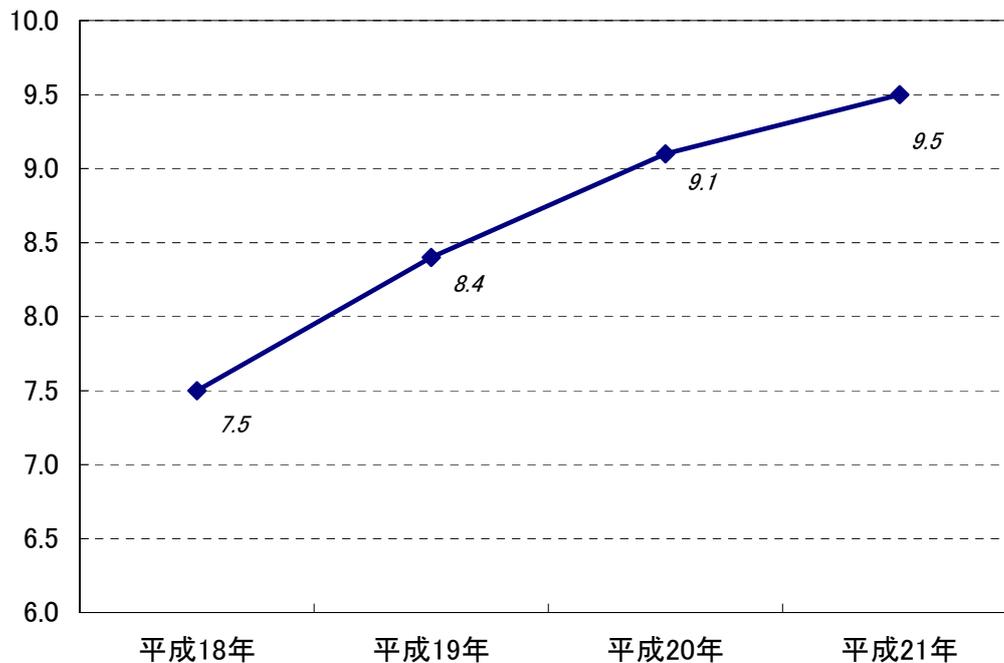
九州・沖縄地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)
地域名				
鹿児島(187/259)				
a	いちき串木野市	31,525	2	0.63
a	阿久根市	24,206	6	2.48
a	伊佐市	30,821	9	2.92
a	奄美市	47,372	9	1.90
a	薩摩川内市	101,153	21	2.08
a	志布志市	34,443	5	1.45
a	指宿市	45,443	12	2.64
a	鹿屋市	105,354	12	1.14
a	出水市	56,716	8	1.41
a	垂水市	18,116	1	0.55
a	曾於市	41,818	2	0.48
a	南さつま市	40,129	8	1.99
a	南九州市	40,967	3	0.73
a	日置市	51,785	11	2.12
a	霧島市	127,811	16	1.25
b	始良郡	86,480	23	2.66
b	肝属郡	44,465	12	2.70
b	熊毛郡	28,942	6	2.07
b	薩摩郡	24,989	5	2.00
b	出水郡	11,802	2	1.69
b	曾於郡	15,220	3	1.97
b	大島郡	74,667	11	1.47
c	枕崎市	24,425	0	0.00
c	西之表市	17,133	0	0.00
c	鹿児島郡	982	0	0.00

九州・沖縄地方		人口(人)	在宅療養支援診療所数(ヶ所)	人口1万人当たりの診療所数(ヶ所)
地域名				
沖縄(74/74)				
a	うるま市	117,105	2	0.17
a	浦添市	110,285	12	1.09
a	沖縄市	133,762	5	0.37
a	宜野湾市	91,264	5	0.55
a	宮古島市	54,613	7	1.28
a	糸満市	58,138	2	0.34
a	石垣市	47,973	1	0.21
a	那覇市	314,031	17	0.54
a	南城市	40,599	1	0.25
a	豊見城市	56,050	2	0.36
a	名護市	59,742	5	0.84
b	国頭郡	66,166	3	0.45
b	中頭郡	147,488	6	0.41
b	島尻郡	93,680	4	0.43
b	八重山郡	5,577	2	3.59
c	宮古郡	1,339	0	0.00

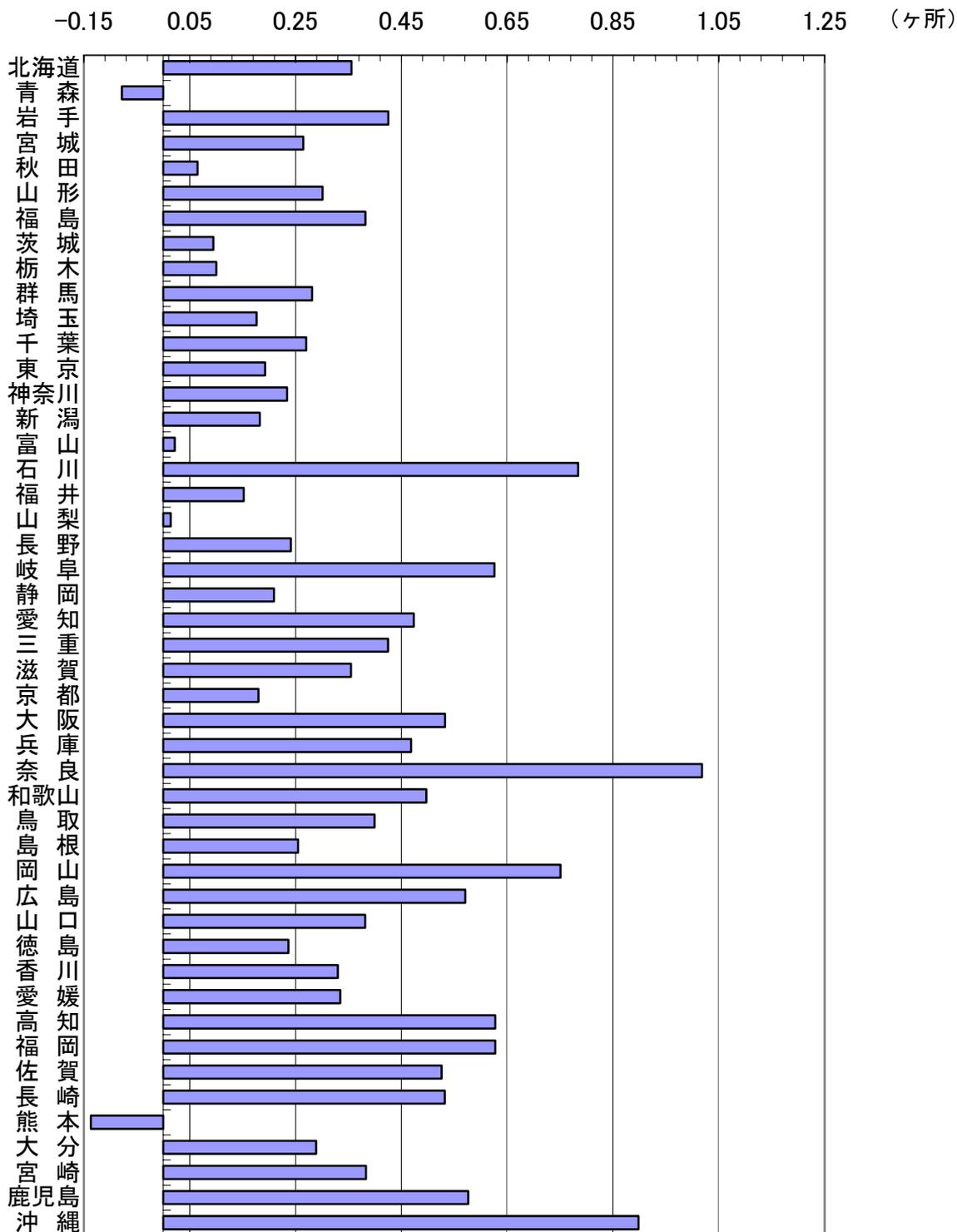


在宅療養支援診療所数（平成18年6月～21年12月）

- 1) 平成18年6月、平成19年12月、平成20年12月、平成21年3月、平成21年12月の在宅療養支援診療所数は仙台往診クリニックによる調査
- 2) 平成18年10月の在宅療養支援診療所数はWAMNETの公開データ
- 3) 平成19年4月の在宅療養支援診療所数は毎日新聞掲載(平成19年8月4日朝刊)のデータ

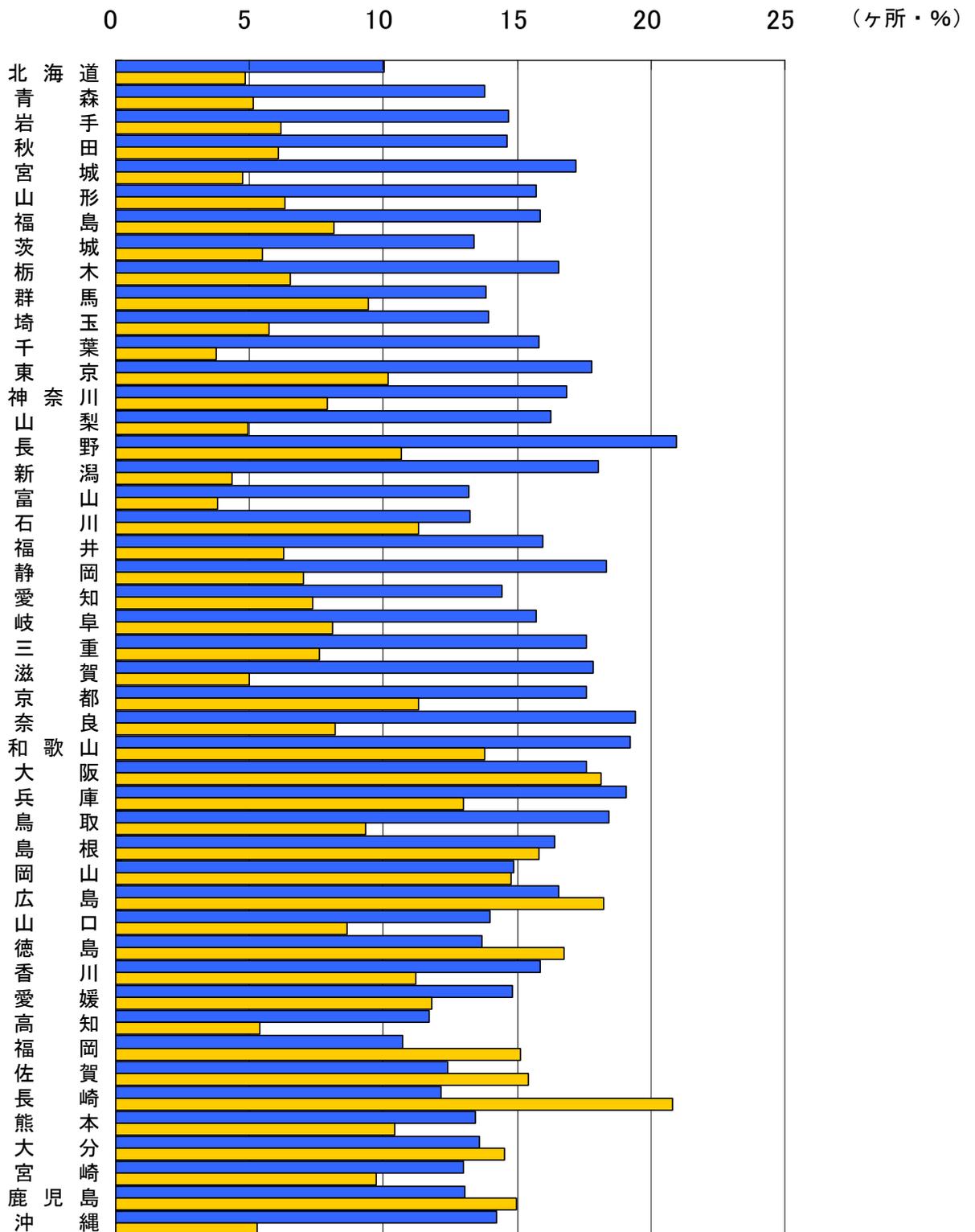


在宅療養支援診療所(10万人対)の増加数



在宅療養支援診療所数（人口 10 万人当り）の前年比較

- 1) 在宅療養支援診療所数は平成 20 年 12 月現在と平成 21 年 12 月現在を比較
- 2) 人口データは総務省 平成 20 年 3 月、平成 21 年 3 月の数値を使用



人口 10 万人あたり在宅療養支援診療所数 (■) と在宅死亡率 (■)

- 1) 在宅療養支援診療所数は仙台往診クリニックによる調べ (平成 21 年 12 月現在)
- 2) 総務省 HP (http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/17216.html) 『住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数』より (平成 20 年、平成 21 年 3 月現在)
- 3) 在宅死亡率は平成 20 年人口動態統計 死亡場所別にみた都道府県別死亡数百分率より

2 在宅死亡率の変化

(平成 11 年～平成 20 年の推移)

在宅死亡数と在宅死亡率（都道府県 平成 20 年）

	死亡総数	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自宅	その他		在宅死亡数 (20年)	前年 との 比較	平成20年 在宅死亡率	前年 との 比較
総数	1,142,407	897,814	28,946	10,921	33,128	144,771	26,827	総数	177,899	13,215	15.6%	
市部	997,547	785,437	23,992	9,393	27,775	128,438	22,512	市部	156,213	12,527	15.7%	
郡部	142,989	111,474	4,938	1,527	5,348	16,332	3,370	郡部	21,680	686	15.2%	
北海道	52,955	44,458	1,436	352	769	4,545	1,395	北海道	5,314	361	10.0%	
青森	15,400	11,657	963	247	438	1,687	408	青森	2,125	29	13.8%	△
岩手	15,026	11,572	591	253	391	1,816	403	岩手	2,207	△ 74	14.7%	△
宮城	20,657	15,636	565	328	531	3,019	578	宮城	3,550	213	17.2%	
秋田	13,938	10,933	175	190	384	1,612	344	秋田	1,996	△ 48	14.6%	△
山形	13,719	10,815	268	145	560	1,594	337	山形	2,154	△ 80	15.7%	△
福島	21,583	17,034	461	188	518	2,904	478	福島	3,422	117	15.9%	
茨城	27,466	22,148	768	312	642	3,032	564	茨城	3,674	262	13.4%	
栃木	18,437	13,954	796	260	680	2,376	371	栃木	3,056	283	16.6%	
群馬	18,935	15,227	452	178	504	2,119	455	群馬	2,623	81	13.9%	
埼玉	51,730	41,840	1,309	306	1,099	6,119	1,057	埼玉	7,218	412	14.0%	
千葉	47,149	37,096	1,122	405	904	6,561	1,061	千葉	7,465	604	15.8%	
東京	98,248	77,196	1,378	384	2,654	14,819	1,817	東京	17,473	1,303	17.8%	
神奈川	63,771	50,378	774	420	1,662	9,086	1,451	神奈川	10,748	1,391	16.9%	
新潟	24,889	19,504	102	305	1,038	3,449	491	新潟	4,487	135	18.0%	
富山	11,835	9,568	207	100	349	1,183	228	富山	1,532	109	13.2%	
石川	11,012	8,884	217	179	339	1,117	276	石川	1,456	77	13.2%	
福井	8,088	6,157	347	109	334	957	184	福井	1,291	72	16.0%	
山梨	8,736	6,710	291	110	324	1,098	203	山梨	1,422	215	16.3%	
長野	22,892	16,614	421	425	1,368	3,387	477	長野	4,755	640	21.0%	
岐阜	19,478	15,025	591	320	535	2,527	480	岐阜	3,062	293	15.7%	
静岡	34,511	26,357	686	436	1,436	4,898	698	静岡	6,334	732	18.4%	
愛知	56,036	45,334	1,039	483	1,237	6,839	1,104	愛知	8,076	932	14.4%	
三重	17,904	13,617	372	366	663	2,484	402	三重	3,147	282	17.6%	
滋賀	11,110	8,778	27	55	268	1,713	269	滋賀	1,981	256	17.8%	
京都	23,015	18,183	141	129	692	3,353	517	京都	4,045	123	17.6%	
大阪	72,930	57,242	565	328	1,569	11,276	1,950	大阪	12,845	1,101	17.6%	
兵庫	49,074	37,197	1,070	347	1,855	7,499	1,106	兵庫	9,354	970	19.1%	
奈良	12,368	9,508	57	71	455	1,948	329	奈良	2,403	136	19.4%	
和歌山	11,679	8,654	353	188	498	1,747	239	和歌山	2,245	189	19.2%	
鳥取	6,882	4,707	342	206	317	916	194	鳥取	1,233	103	18.5%	
島根	9,011	7,144	113	89	403	1,077	185	島根	1,480	60	16.4%	
岡山	19,393	15,152	680	256	637	2,249	419	岡山	2,886	243	14.9%	
広島	27,150	20,932	759	271	1,173	3,325	690	広島	4,498	208	16.6%	
山口	16,900	13,536	469	142	562	1,804	387	山口	2,366	61	14.0%	
徳島	8,882	6,758	458	228	284	933	221	徳島	1,217	57	13.7%	
香川	10,845	7,895	610	215	390	1,297	238	香川	1,687	252	15.8%	
愛媛	15,777	12,099	757	183	390	1,948	400	愛媛	2,338	54	14.8%	
高知	9,452	7,839	200	60	147	962	244	高知	1,109	34	11.7%	△
福岡	45,134	38,040	961	307	798	4,037	991	福岡	4,835	277	10.7%	
佐賀	8,983	7,127	462	111	285	827	171	佐賀	1,112	101	12.4%	
長崎	15,897	12,414	831	184	491	1,416	361	長崎	1,907	141	12.1%	
熊本	18,951	14,640	1,149	170	707	1,837	448	熊本	2,544	154	13.4%	
大分	12,841	9,542	911	215	588	1,132	253	大分	1,720	128	13.6%	
宮崎	11,932	9,085	894	121	409	1,141	282	宮崎	1,550	59	13.0%	△
鹿児島	19,943	15,180	1,583	168	666	1,936	410	鹿児島	2,602	112	13.0%	
沖縄	9,492	7,545	207	75	180	1,169	316	沖縄	1,349	53	14.2%	

* 出典：平成20年厚生労働省人口動態調査 死亡の場所別にみた都道府県（18大都市再掲）別死亡数を基に算出

* 在宅死亡とは、「老人ホーム」と「自宅」での死亡を指す

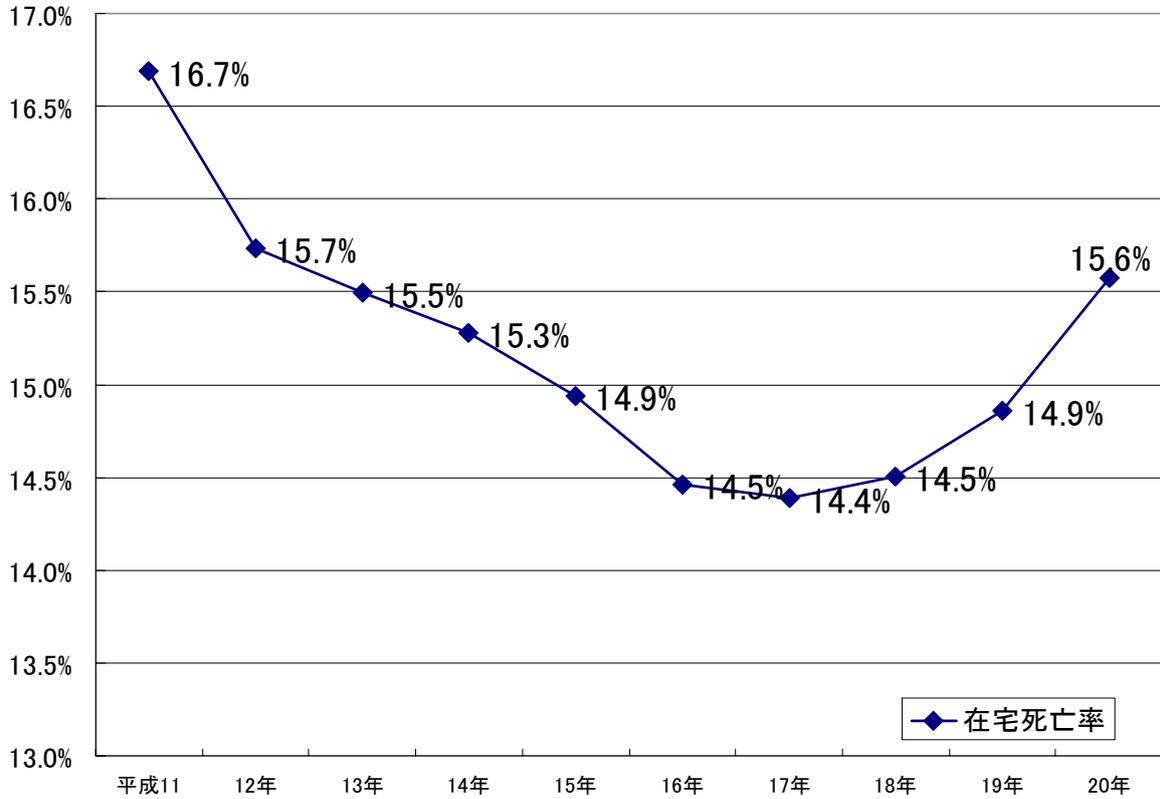
在宅死亡数と在宅死亡率（政令指定都市 平成 20 年）

	死亡総数	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		在宅死亡数 (20年)	増減	平成20年 在宅死亡率	前年 との 比較
総数	1,142,407	897,814	28,946	10,921	-	33,128	144,771	26,827	総数	177,899	13,215	15.6%	
市部	997,547	785,437	23,992	9,393	-	27,775	128,438	22,512	市部	156,213	12,527	15.7%	
郡部	142,989	111,474	4,938	1,527	-	5,348	16,332	3,370	郡部	21,680	686	15.2%	
東京都区部	68,013	52,673	976	239	-	1,568	11,191	1,366	東京都区部	12,759	935	18.8%	
札幌	14,366	11,987	219	61	-	131	1,535	433	札幌	1,666	145	11.6%	
仙台	6,912	4,915	230	140	-	232	1,182	213	仙台	1,414	141	20.5%	
さいたま	8,067	6,693	46	26	-	127	1,019	156	さいたま	1,146	151	14.2%	
千葉	6,225	4,868	138	52	-	107	893	167	千葉	1,000	48	16.1%	
横浜	25,495	19,876	283	216	-	639	3,884	597	横浜	4,523	765	17.7%	
川崎	8,679	6,907	70	25	-	198	1,280	199	川崎	1,478	141	17.0%	
新潟	7,010	5,751	16	63	-	225	837	118	新潟	1,062	89	15.1%	
静岡	6,643	5,208	5	73	-	236	1,003	118	静岡	1,239	226	18.7%	
浜松	6,756	5,126	120	102	-	405	851	152	浜松	1,256	121	18.6%	
名古屋	18,466	14,740	278	134	-	433	2,500	381	名古屋	2,933	444	15.9%	
京都	12,747	10,145	32	70	-	325	1,887	288	京都	2,212	75	17.4%	
大阪	24,576	18,798	139	69	-	501	4,294	775	大阪	4,795	476	19.5%	
堺	6,884	5,614	24	38	-	112	927	169	堺	1,039	101	15.1%	
神戸	13,135	9,765	351	146	-	460	2,062	351	神戸	2,522	160	19.2%	
広島	8,600	6,586	218	78	-	412	1,080	226	広島	1,492	84	17.3%	
北九州	9,560	8,300	137	42	-	143	780	158	北九州	923	△ 5	9.7%	△
福岡	9,722	8,121	151	49	-	121	1,053	227	福岡	1,174	177	12.1%	

* 出典：平成20年厚生労働省人口動態調査 死亡の場所別にみた都道府県（18大都市再掲）別死亡数を基に算出

* 在宅死亡とは、「老人ホーム」と「自宅」での死亡を指す

在宅死亡率の変化（平成 11 年～20 年）



出典：平成20年人口動態統計調査より
 仙台往診クリニック研究部門 まとめ

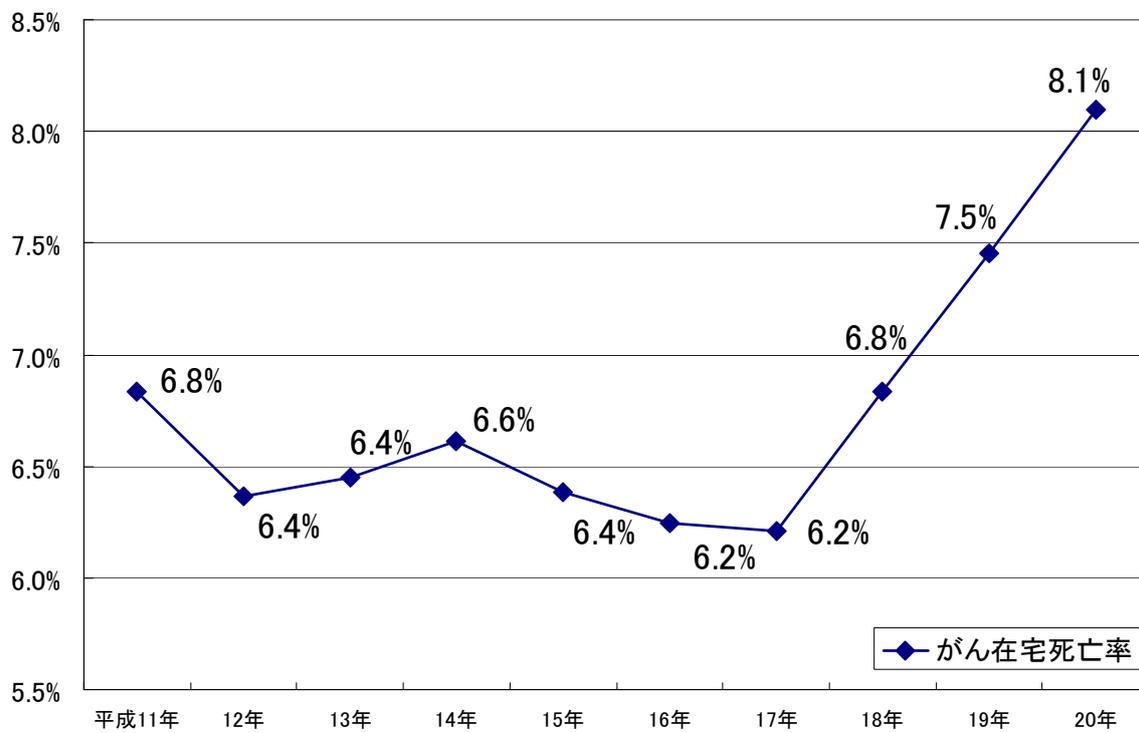
在宅死亡率と病院死亡率の変化（平成 15 年～20 年）

	平成 15年	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年
病院での 死亡率		78.9%	79.6%	79.8%	79.7%	79.4%	78.6%
在宅での 死亡率		14.9%	14.5%	14.4%	14.5%	14.9%	15.6%

※在宅での死亡とは、自宅での死亡と老人ホームでの死亡を合算したものとする

※人口動態統計<死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率>にもとづく

がん在宅死亡率の変化（平成11年～20年）



出典：平成20年人口動態統計調査より
仙台往診クリニック研究部門 まとめ

在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と
介護連携推進戦略に関する調査研究事業
事業実績報告

— 上 卷 —

平成 22 年 3 月

平成 21 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)

厚生労働省発 0917 第 1 号

研究代表者 川島 孝一郎

仙台往診クリニック
東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

〒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
