

平成18年度厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究

(H18-特別-指定-006)

総括研究報告書

主任研究者 川島 孝一郎

平成19年3月

都道府県・市町村の在宅医療計画に関する  
マニュアル

平成 19 年 3 月

在宅医療計画策定研究班

主任研究者： 仙台往診クリニック  
川島 孝一郎

# 目次

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

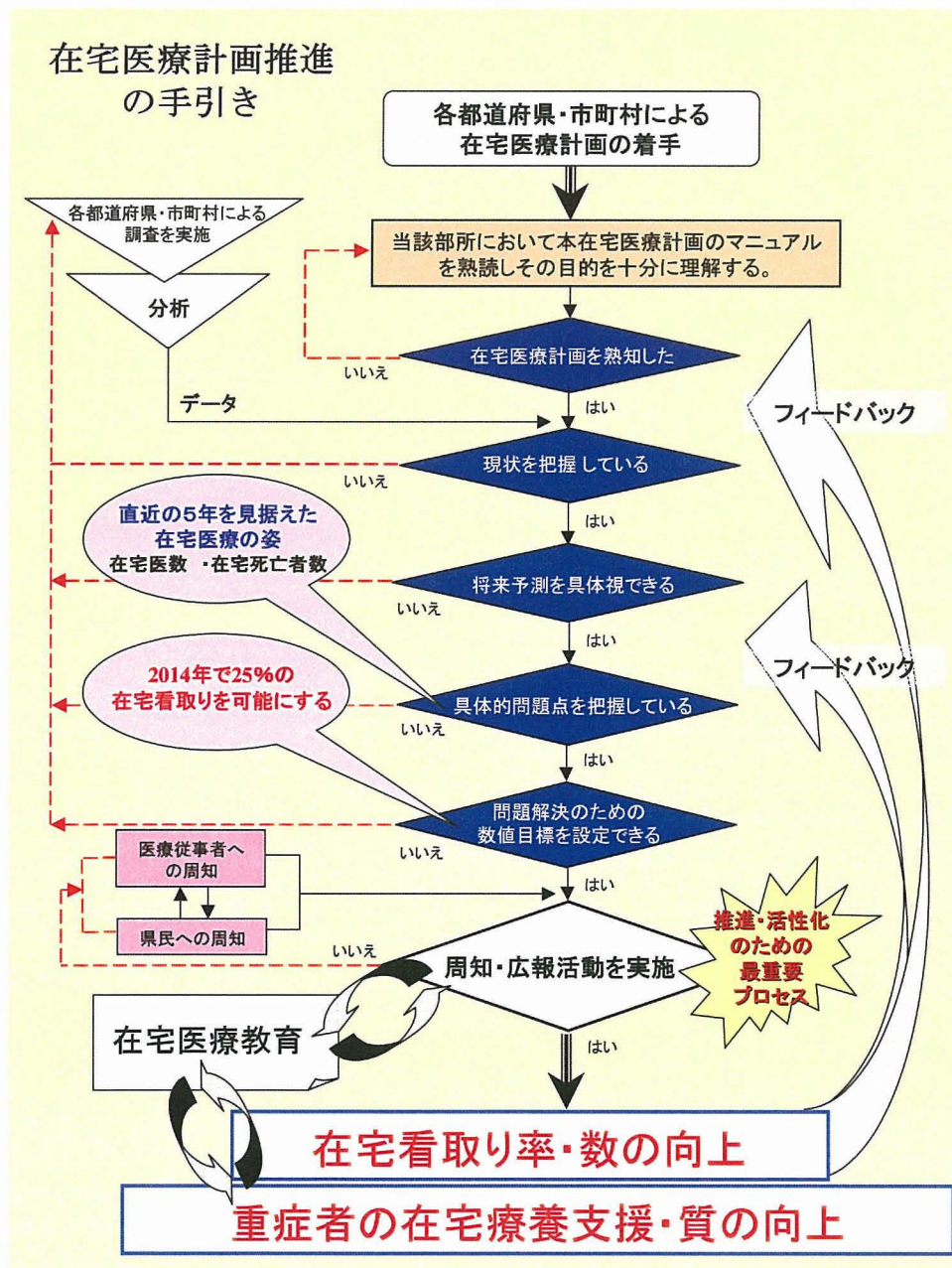
## 【1】要旨

## 【1】要旨

### 1) 序言

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

### 2) 在宅医療計画推進の手引き



## 【2】本文

## 第 I 部 在宅医療計画の主旨

## 【2】本文

### 第I部 在宅医療計画の主旨

#### I-1 在宅医療とは

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

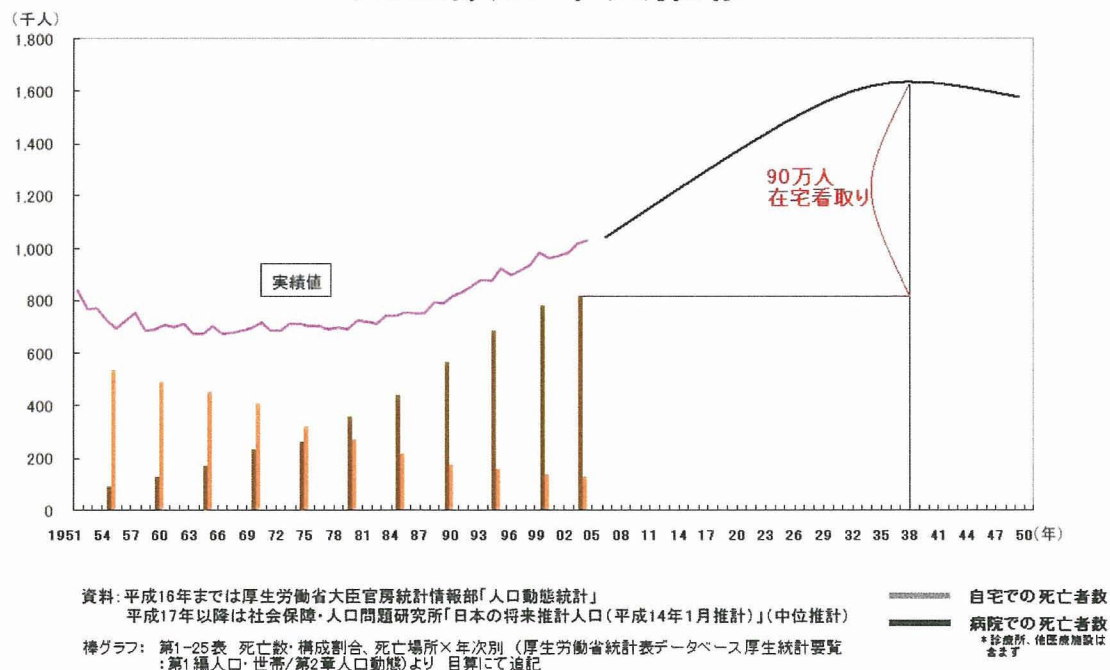
の二点が、持続的に運用可能であるために、医療提供の側面からこれを支えることを目的とする。

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

#### I-2 在宅医療計画の背景：国民のニーズと医療提供実態のミスマッチ

2038年には年間死亡者数が170万人となる。現在の病院医療供給体制を維持したとしても、病院で死亡する80万人を差し引いた後の、53%に当たる90万人は医療施設ではないところの、自宅または広義の居宅としての介護施設における看取りを必要とする。(図I-2-1)

### 死亡数の年次推移



図I-2-1



このような国民のニーズに対して医療の提供実態は、平成16年度には自宅での看取り12.4%と施設での看取り2.1%を足しても、わずか14.5%に過ぎない(図I-2-7)。ここに、国民のニーズに対する現在の医療提供体制のミスマッチが歴然としてあり、このミスマッチを是正するために、ニーズに応える医療提供体制を構築することが喫緊の課題である。

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

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

#### 1) 国民のニーズ

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

#### 2) 実際の死亡場所

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

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

参考資料

・療養・死亡場所の希望

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

図表4 余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか(性別、年齢層別)

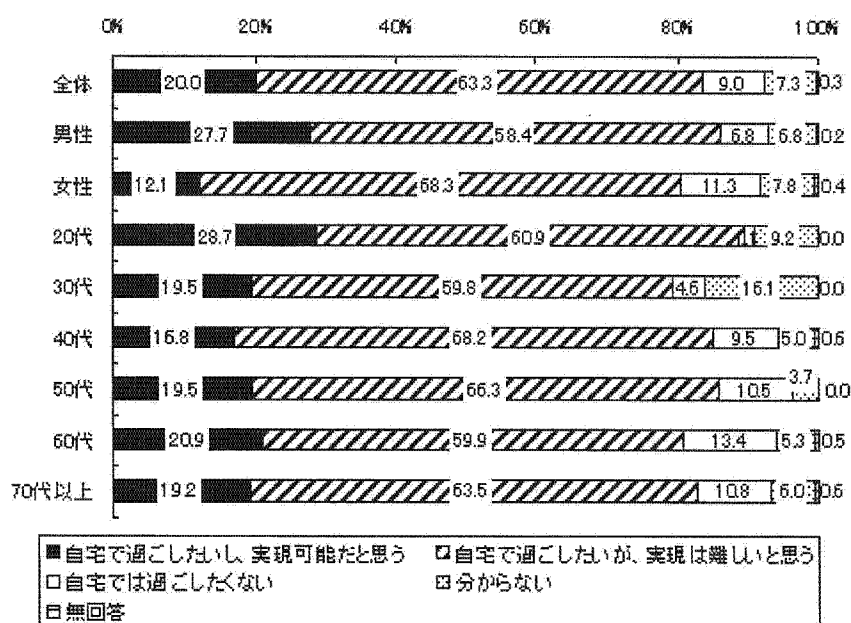


図 I - 2 - 2

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

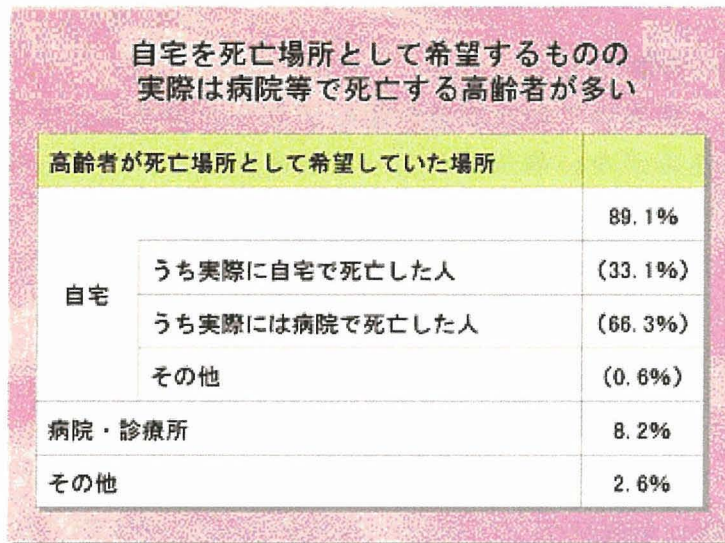


図 I - 2 - 3 (平成9年 厚生白書より)

図 I - 2 - 4 「2015年の高齢者介護」に示されるように、どんなに虚弱になったとしても高齢者の60%は居宅に住み続けたいという意思を持っている。平成17年「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」の補足調査においては、すでに在宅医療を受けている患者の65%以上が、最後を迎える場所として居宅を希望している。(図 I - 2 - 5)

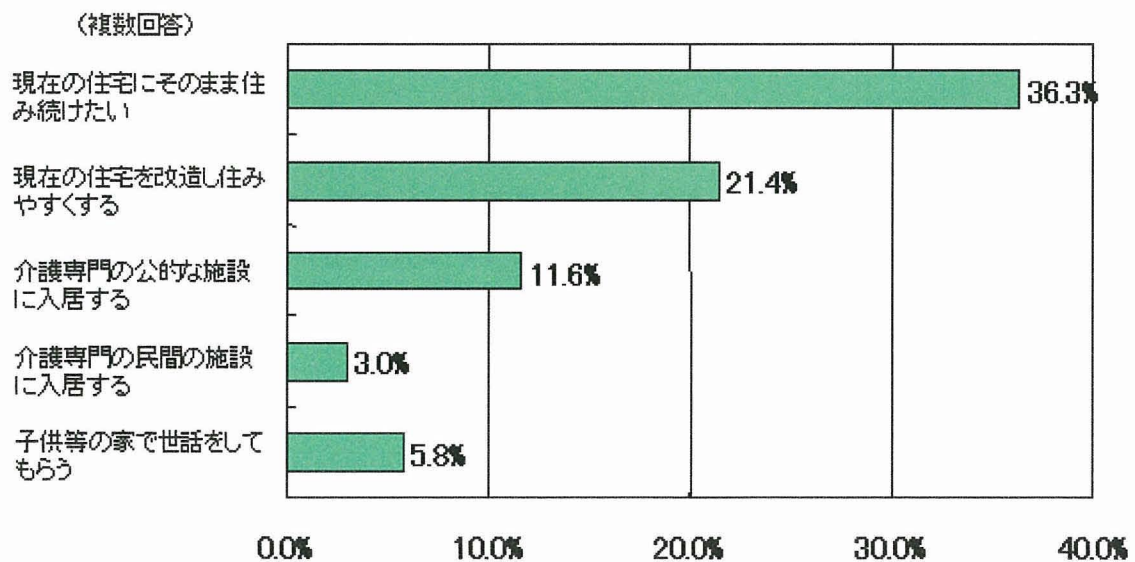


図 I - 2 - 4

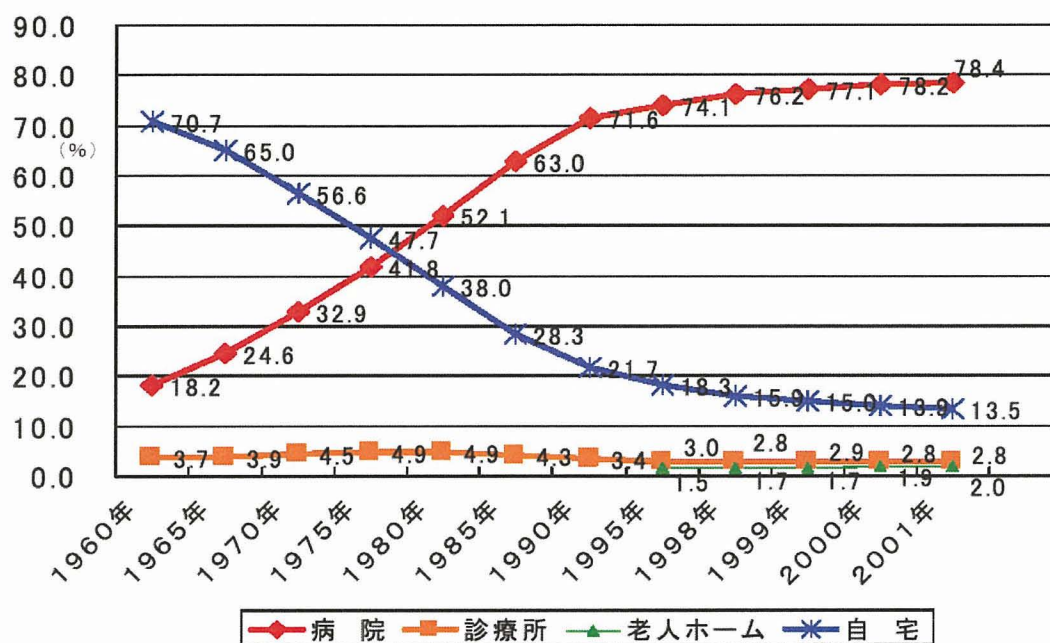
## 生の終わりを迎える理想の場所

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

図 I - 2 - 5

・実際の死亡場所

しかしながら、実際の死亡場所については、2003年の人口動態調査では病院を含む施設での死亡は84%、自宅は13%であり、1953年調査時の死亡場所の自宅と病院等の比率は88%対12%と2003年とは全く逆になっており、50年を経て死亡場所の比率が逆転している（図I-2-6）。



(出典:平成13年 人口動態統計)

※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。

図I-2-6 死亡場所の年次推移

さらに、主な死因の死亡の場所を見てみると、心疾患などでは突然死も多いことから自宅での死亡の割合が23%と比較的高いのに対して、悪性新生物では自宅で死亡している者の割合は6%に満たない。従って、病院等の医療機関ではなく自宅での看取りを真の意味で選択していると考えられる者の割合は13%より遙かに少ないと考えられる（図I-2-8）。

死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

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

注：平成2年までは老人ホームでの死亡は自宅又はその他に含まれている。

図 I - 2 - 7

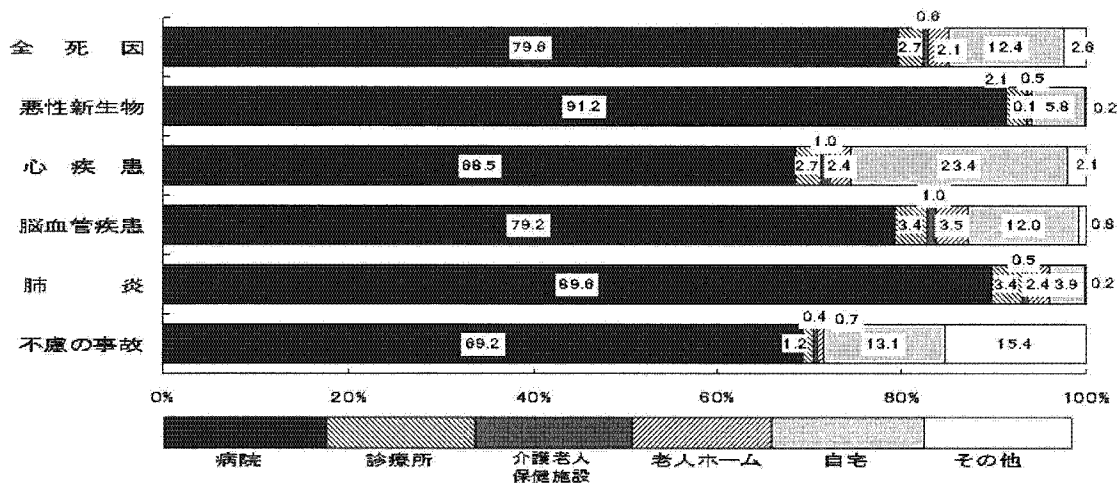


図 I - 2 - 8 主な死因の死亡の場所別構成割合 - 平成 16 年 -

平成16年度の厚生労働省の終末期医療に関する調査等検討会報告書においては、末期状態における療養場所について調査しており、この報告書では多くの一般国民は、自宅療養をした後で必要になった場合には緩和ケア病棟又は医療機関に入院する（48%）、あるいはなるべく早く緩和ケア病棟又は医療機関に入院することを希望している（33%）。一方、自宅で最期まで過ごしたいという人は少ない（11%）、と結論付けているが質問自体が「自分が痛みを伴う末期状態（死期が6か月程度よりも短い期間）の患者になった場合」との前提での質問であり、療養場所の希望について把握できているとはいえないと考えられる。自宅以外の場所で療養したいとする理由で大きなものは家族の介護への負担や緊急時の対応があげられる。また、痛み等の苦しみへの不安や、経済的な理由、看取りに対応してくれる医療機関がないなどの理由もあげられている（図I-2-9）。

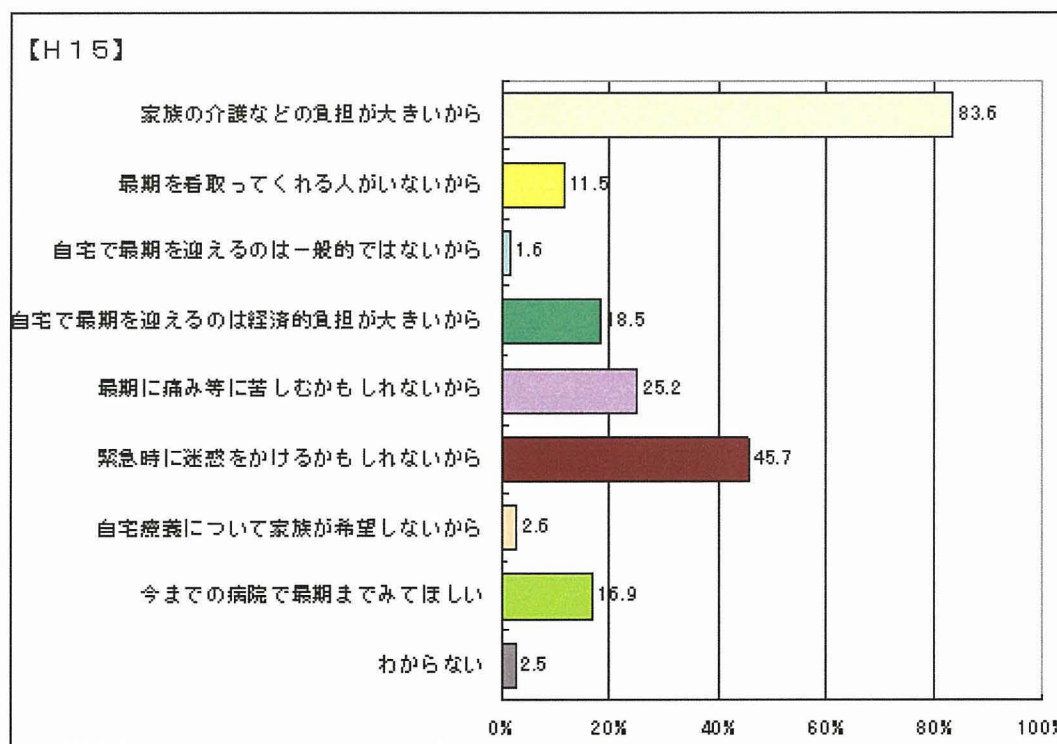


図 I - 2 - 9 自宅以外の場所で療養したいとする理由  
 (平成16年度 厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会報告書)

介護体制の充実については介護保険制度改正において、特定疾病の見直しにより2号被保険者へのがん末期が適用されたこと、療養通所介護等の重度者への通所サービスの充実、介護福祉施設や認知症グループホームなどでの看護体制の充実などが図られることにより、より自宅等の医療機関以外での看取りや療養の普及を後押しするものである。また、緊急時の対応や看取りに対応した医療機関の整備については、まさしく医療保険制度改革において新設された24時間対応可能な在宅療養支援診療所が広く行き渡ることが求められてい

る。経済的な負担についても医療および介護の療養病床においては、食費・光熱費などが自己負担となったことから、このことにより自宅を選択しない理由にはならないと考えられる。痛み等の苦しみについては、がんの末期においても在宅での疼痛管理が特別困難であることはなく、この調査で「WHO方式癌疼痛治療法」(図I-2-10)について、内容を知っている医師、看護職員の割合は少なく(医43%、看20%)、介護施設職員の69%が、そのような治療法があることを知らないという状況である。また、モルヒネの有効性と副作用について患者にわかりやすく具体的に説明することができる医師や看護職員の割合も減少しており(医42%、看20%)、介護施設職員の59%が説明できない状況にあるとの調査結果が出ている。したがって、医療関係者および療養者における啓発活動がますます重要となってくる。

あなたは世界保健機関 (WHO) が作成した「WHO方式癌疼痛治療法」をご存じですか。(〇は1つ)

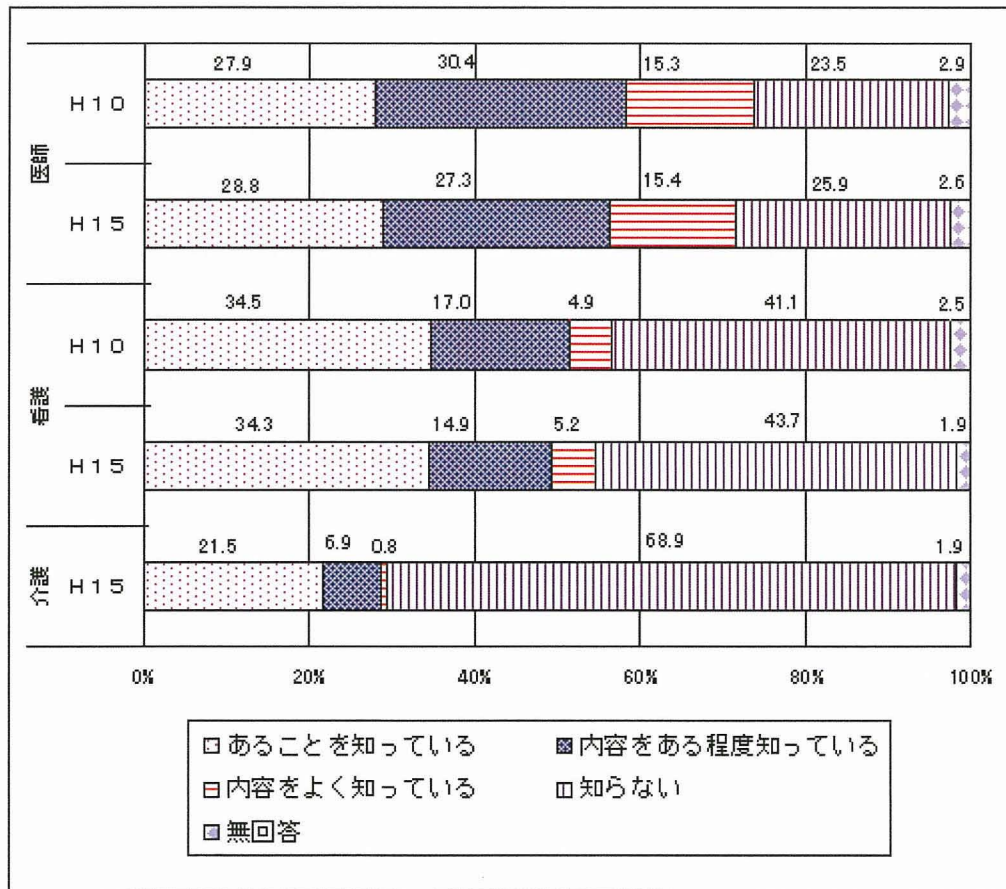


図 I - 2 - 1 0

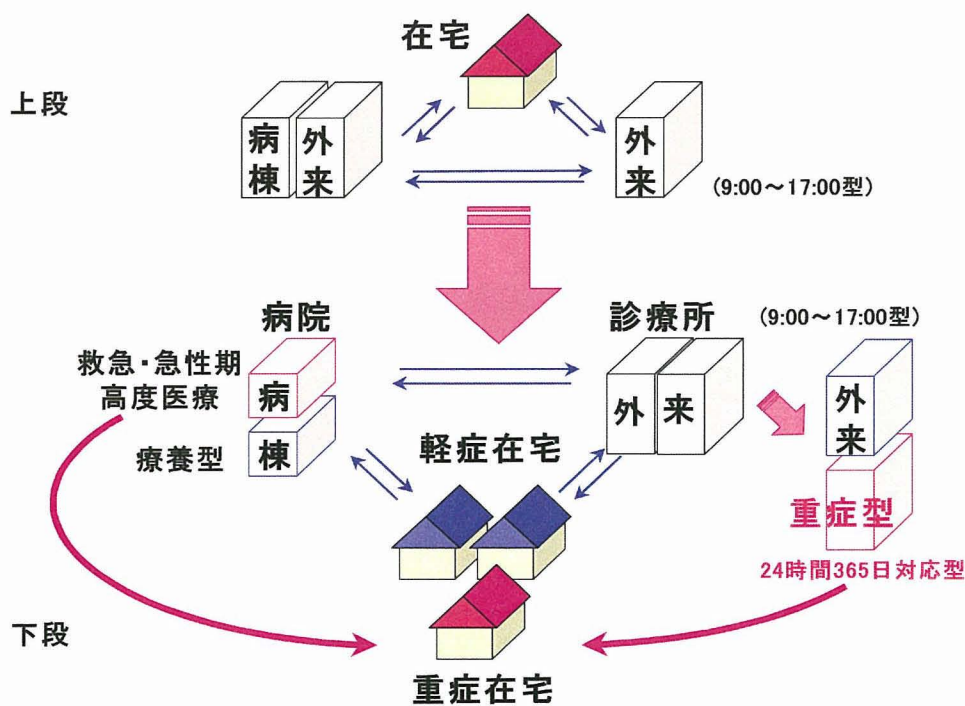


### I-3 医療計画における在宅医療の位置づけ

2000年以前には、図I-3-1上段に示すように120万床の病院病床の相当数が、居宅生活を行い難い療養者の生活の場となっていたと考えられる。診療所は9:00~17:00で診療が終了する外来型がほとんどを占めており、夜間・祝祭日の救急対応は不可能であった。

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

この重症者に対する継続的な生活の維持と看取りを含めた医療提供を可能にするために、2006年度に在宅療養支援診療所が創設された(図I-3-1下段)。現在は図I-3-2に示すように、病院・居宅・診療所のいずれもが、重症者と軽症者の二極構造に再構成されると同時に、重症者-軽症者間あるいは病院-居宅-診療所間のいずれにおいても、円滑な患者の移行と安心な医療の提供がおこなわれるための施策が要求されている。



図I-3-1

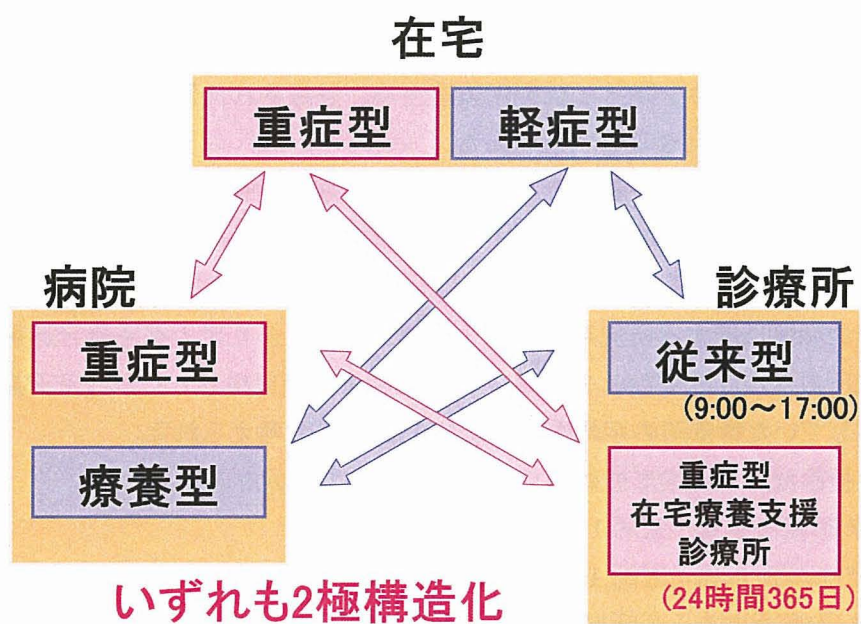


図 I - 3 - 2

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

したがって、医療計画の中での入院・外来・在宅医療の関係は、

病状	病院入院	外来通院	←	在宅医療
↓	↓	↑	↑	↑ ↑
① 回復可能	→ 治癒して退院	→ 通院可能	↑	↑ ↑
② 現状維持	→ 病状の平衡状態 (ゴール) になったら退院	→	→	↑ 通院困難 ↑
③ 回復不能	→ 生活の中で看取ることを視野に入れて退院	→	→	↑ 居宅での終焉を希望 ↑

上記となり、そのうち、特に②③の相当数が在宅医療の対象者となる。

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

## I-4 在宅医療機関及び各連携機関とは

### 1) 在宅療養支援診療所

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

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

在宅療養支援診療所の診療形態はいくつかに分けることができる。

- ① 無床(有床)診療所単独+医師1名+外来診療主体型
- ② 無床(有床)診療所単独+医師1名+在宅医療主体型
- ③ 無床(有床)診療所単独+医師複数+在宅医療主体型
- ④ ①及び②の複数参加によるグループ診療型

もっとも多いのは①である。外来の空き時間・休日等に居宅訪問を行う診療所であり緊急対応に限界がある。

②は在宅医療重視型であるが、医療的重症度の高いがん・人工呼吸器等の療養者の比率が多くなると一人医師の疲労が大きい。

③はもっとも数が少ない(全国で200ヶ所強)が、医師が複数であり緊急対応・重症対応が可能であると同時に、個々の医師の休みを確保することが容易となる。

④は各地域(長崎・神戸・東京・仙台等)で行われており、数ヶ所から数十ヶ所の診療所が参加し、主治医・副主治医等を決めて共同診療体制を組むことで、休みをとることが可能となる。

## 在宅医療

### 「在宅療養支援診療所」の創設(2006年)

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



### 在宅医療に係る評価の充実

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

- 入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価
- 在宅療養における24時間対応体制に係る評価
- 在宅におけるターミナルケアに係る評価
- 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価

表 I-4-1

県	2003年製版						2004年製版						2005年製版					
	施設数	平均受診 在宅患者数		看取(在宅死の割合) <年間>		看取率	施設数	平均受診 在宅患者数		看取(在宅死の割合) <年間>		看取率	施設数	平均受診 在宅患者数		看取(在宅死の割合) <年間>		看取率
		総数	1施設当り	総数	1施設当り			総数	1施設当り	総数	1施設当り			総数	1施設当り	総数	1施設当り	
北海道	2	140	70	30	15	21.4	2	140	70	30	15	21.4	2	115	58	16	8	139
青森県	1	60	60	30	30	50.0	1	60	60	30	30	50.0	1	80	80	18	18	225
岩手県	1	170	170	63	63	37.1	1	120	120	60	60	50.0	1	160	160	60	60	37.5
宮城県	2	265	133	186	93	70.2	2	265	133	186	93	70.2	2	330	165	242	121	73.3
山形県	1	65	65	25	25	38.5	1	65	65	25	25	38.5	1	65	65	25	25	38.5
福島県	5	190	38	105	21	55.3	5	190	38	121	24	63.7	5	190	38	121	24	63.7
茨城県	4	310	78	102	26	32.9	4	310	78	102	26	32.9	6	570	95	133	22	23.3
栃木県	4	210	53	41	10	19.5	4	230	58	45	11	19.6	4	261	65	45	11	17.2
群馬県	2	140	70	38	19	27.1	2	140	70	32	16	22.9	2	140	70	32	16	22.9
埼玉県	4	105	26	40	10	38.1	4	125	31	53	13	42.4	4	125	31	53	13	42.4
千葉県	8	597	75	150	19	25.1	8	647	81	205	26	31.7	8	677	85	212	27	31.3
東京都	33	3645	110	1368	41	37.5	40	5030	126	1732	43	34.4	40	5080	127	1632	41	32.1
神奈川県	6	420	70	110	18	26.2	7	450	64	122	17	27.1	9	850	94	165	18	19.4
新潟県	4	305	76	67	17	22.0	4	315	79	62	16	19.7	4	315	79	63	16	20.0
富山県	1	60	60	15	15	25.0	1	60	60	15	15	25.0	1	60	60	15	15	25.0
山梨県	5	175	35	76	15	43.4	5	175	35	76	15	43.4	5	170	34	78	16	45.9
長野県	4	89	22	73	18	82.0	4	89	22	73	18	82.0	4	89	22	73	18	82.0
岐阜県	6	394	64	94	16	24.5	6	394	66	94	16	23.9	6	394	66	94	16	23.9
静岡県	2	85	43	27	14	31.8	2	145	73	37	19	25.5	3	195	65	47	16	24.1
愛知県	5	503	101	96	19	19.1	5	528	106	118	24	22.3	6	603	101	140	23	23.2
三重県	1	60	60	20	20	33.3	1	60	60	20	20	33.3	1	60	60	20	20	33.3
滋賀県	1	50	50	10	10	20.0	1	50	50	10	10	20.0	1	50	50	10	10	20.0
京都府	1	50	50	10	10	20.0	2	360	180	35	18	9.7	2	360	180	35	18	9.7
大阪府	14	807	58	304	22	37.7	14	822	59	324	23	39.4	14	805	58	329	24	40.9
兵庫県	19	816	43	341	18	41.8	21	921	44	390	19	42.3	21	936	45	388	18	41.5
奈良県	4	125	31	49	12	39.2	4	125	31	59	15	47.2	4	125	31	59	15	47.2
和歌山県	5	345	69	91	18	26.4	5	385	77	79	16	20.5	5	385	77	79	16	20.5
鳥取県	4	465	116	80	20	17.2	4	306	77	77	19	25.2	4	306	77	77	19	25.2
岡山県	2	83	42	30	15	36.1	2	83	42	30	15	36.1	2	83	42	30	15	36.1
広島県	3	45	15	50	17	111.1	3	51	17	55	18	107.8	3	51	17	30	10	58.8
香川県	1	80	80	40	40	50.0	1	80	80	40	40	50.0	1	60	60	10	10	16.7
愛媛県													1	230	230	39	39	17.0
高知県	1	13	13	10	10	76.9	1	13	13	10	10	76.9	1	13	13	10	10	76.9
福岡県	5	190	38	63	13	33.2	5	190	38	71	14	37.4	5	330	66	71	14	21.5
熊本県							1	12	12	12	12	102.6	1	13	13	17	17	127.8
大分県	1	30	30	8	8	26.7	2	110	55	20	10	18.2	2	80	40	18	9	22.5
宮崎県	2	11	6	19	10	172.7	2	20	10	24	12	120.0	2	22	11	28	14	127.3
鹿児島県	4	340	85	75	19	22.1	4	360	90	85	21	23.6	4	380	95	85	21	22.4
沖縄県	1	6	6	10	10	166.7	2	92	46	23	12	25.0	2	95	48	21	11	22.1
総計	169	11434	68	3946	23	34.5	183	13518	74	4582	25	33.9	190	14853	78	4620	24	31.1
都道府県中央値		60		18		33.3		60		17		33.9		65		16		25.0
都道府県平均値		60		21		44.8		63		22		41.6		71		21		37.7

〔在宅ケアをしてくれるお医者さんのかかり方〕(2003-2005年製版から採)

表 I - 4 - 2