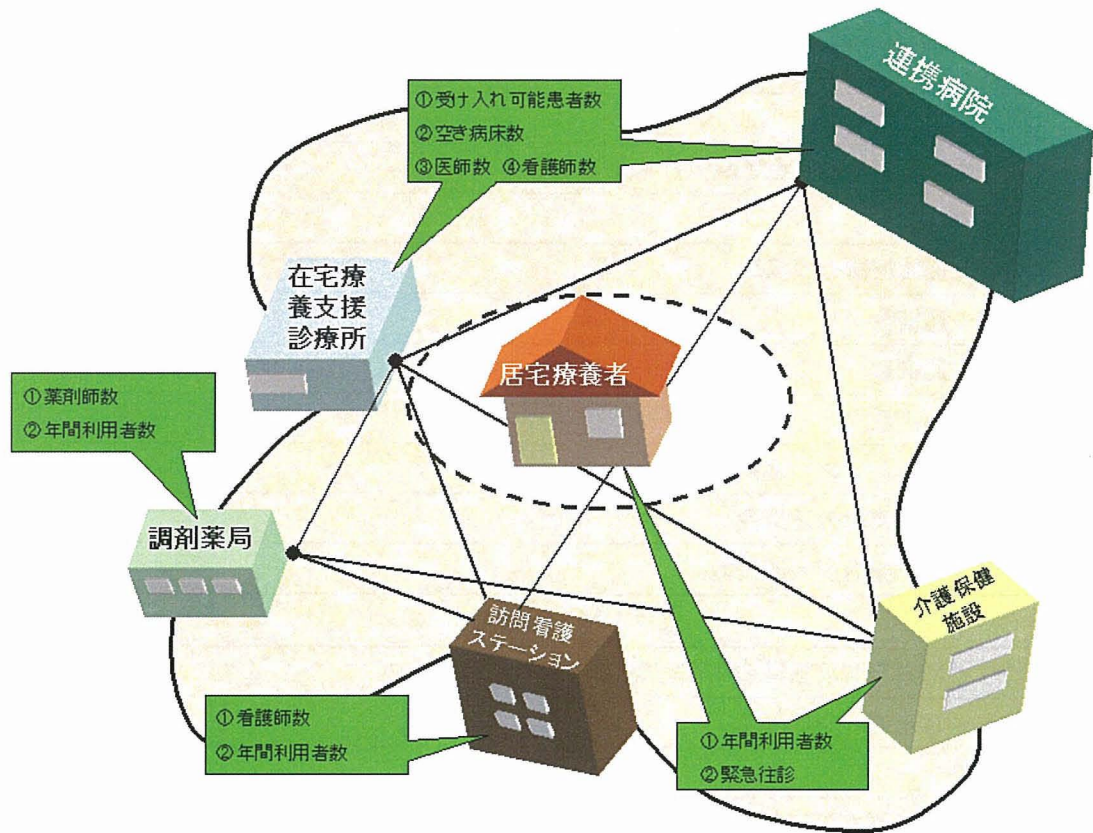


11)	短期入所療養介護の年間件数
12)	特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）の年間件数
13)	福祉用具貸与の年間件数
14)	特定福祉用具販売の年間件数
15)	夜間対応型訪問介護の年間件数
16)	認知症対応型通所介護の年間件数
17)	小規模多機能型居宅介護の年間件数
18)	認知症対応型共同生活介護の年間件数
19)	地域密着型特定施設入居者生活介護（指定を受けている有料老人ホーム等において可）の年間件数
20)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の年間件数
プロセス指標	
1)	ケアプランの実施 特定疾患患者の年間利用人数
2)	地域の保健医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

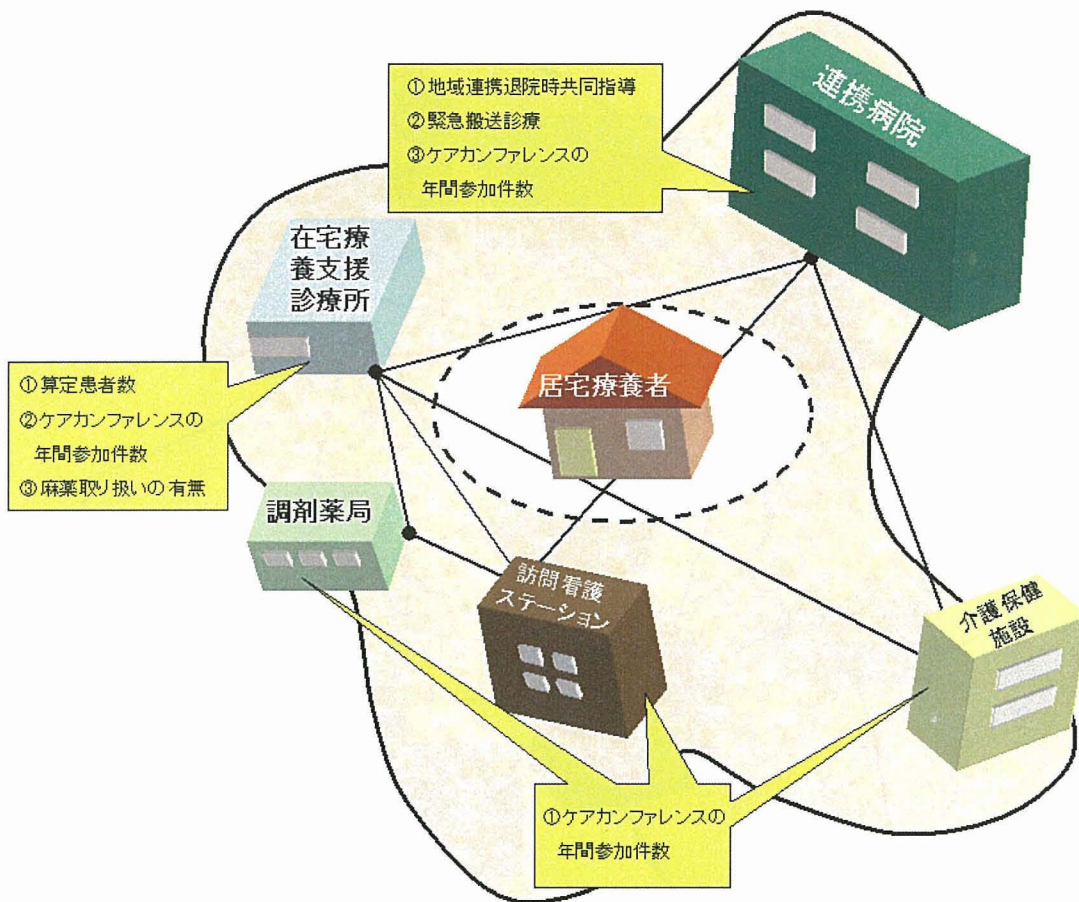
調剤薬局	
インプット指標	
1)	調剤薬局数
	・在宅対応の調剤薬局数
	・在宅未対応（外来中心の）の調剤薬局数
2)	麻薬を取り扱っている調剤薬局数
3)	利用者数
	・利用者数（月単位）
	・受け入れ可能な在宅患者数（月単位）
4)	薬剤師数
5)	在宅療養支援診療所の連携数
6)	連携病院の連携数
7)	調剤薬局の連携数
8)	診療所数の連携数
9)	訪問看護ステーションの連携数
10)	居宅介護支援事業所の連携数
11)	施設介護支援事業者所の連携数
アウトプット指標	
1)	在宅患者訪問薬剤管理指導の年間件数
2)	居宅療養管理指導の年間件数
3)	算定患者数
	・経管栄養の算定患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

7) 各施設間の連携指標

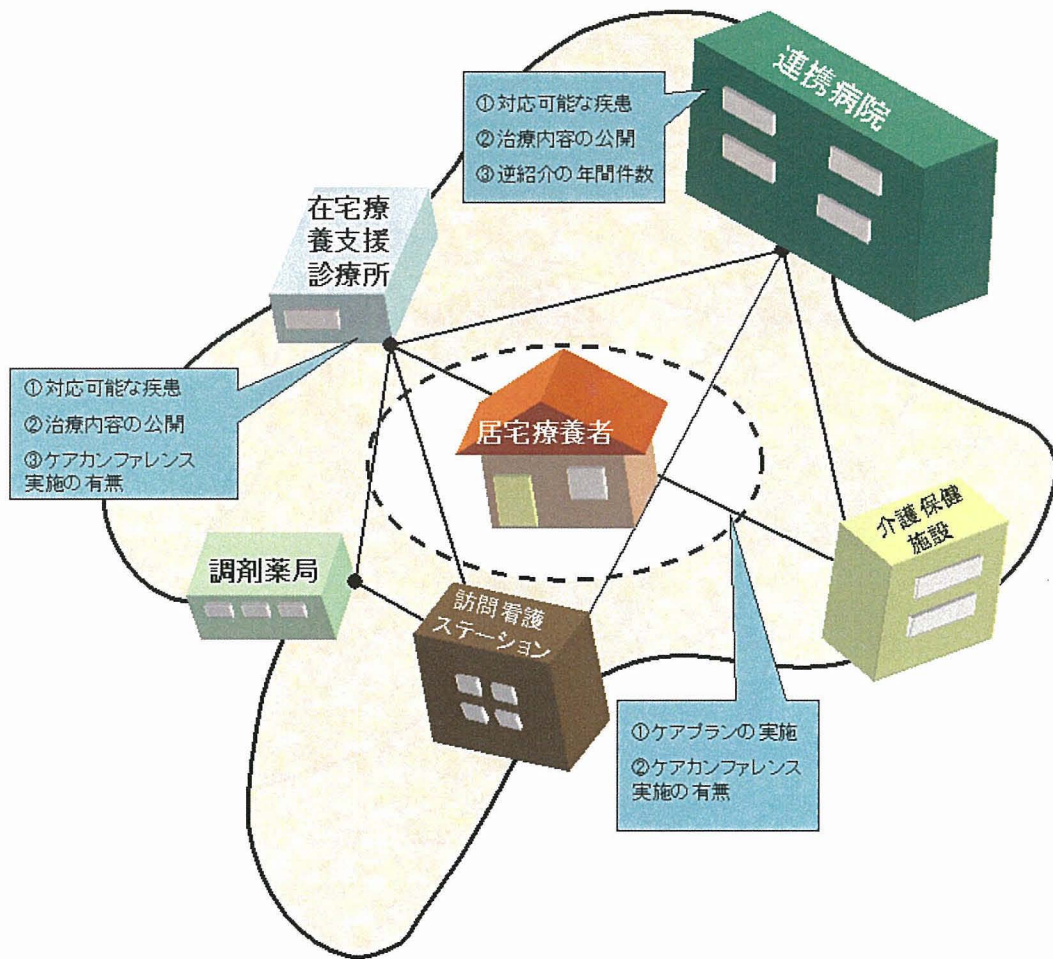
① インプット指標



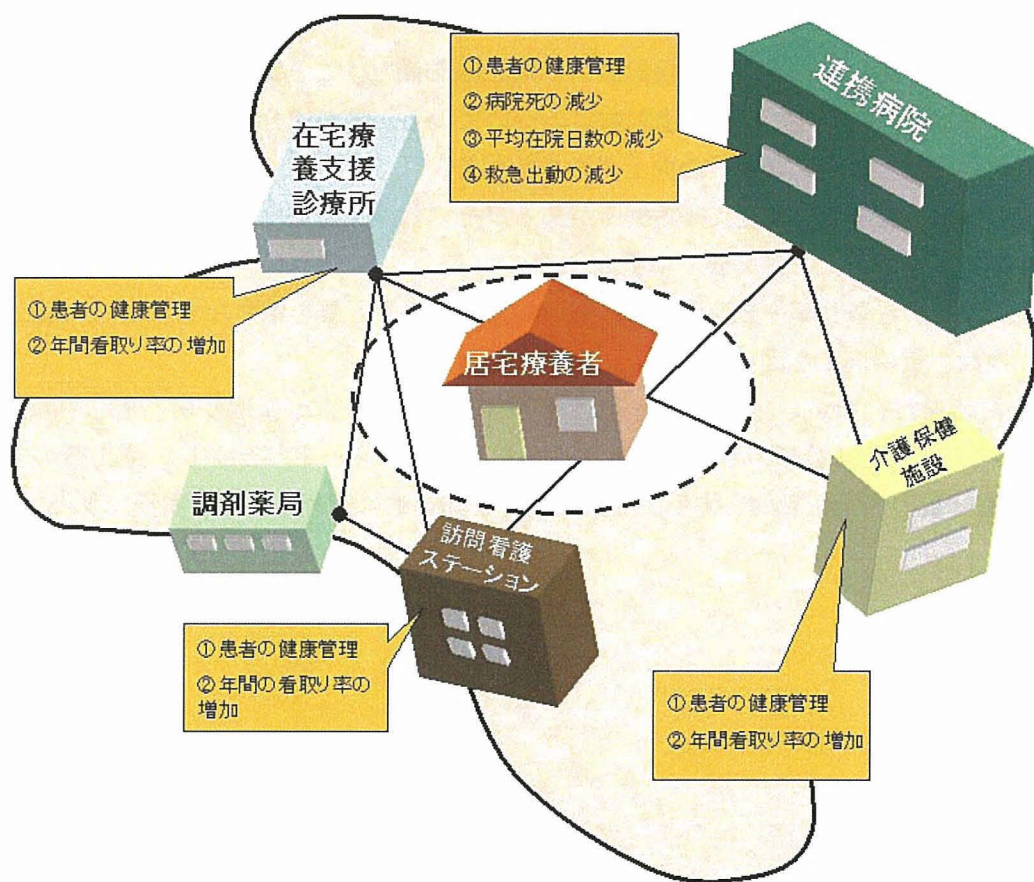
② アウトプット指標



③ プロセス指標



④ アウトカム指標



Ⅲ－７ 遂行過程における評価とフィードバック

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

- ① 看取り率低・充足率低
- ② 看取り率低・充足率高
- ③ 看取り率高・充足率低
- ④ 看取り率高・充足率高

- ① の都道府県は、第一に在宅療養支援診療所の適正数を満たすことが必要である。
- ② の都道府県は、数についてはその適正数に近づいているが質が充分ではない。在宅医療教育を数多く行うことにより質の向上が求められる。
- ③ の都道府県は、質の高い療養支援診療所があるがその数が充分ではない。質を保ちながら適性数に到達することが必要である。
- ④ の都道府県は、看取り率・充足率ともに高いので、その数と質を保ちながらさらに適正配置の検討、質の向上を図る。

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

【3】まとめ

【3】まとめ

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

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

- 1) 在宅医療の十分な周知：行政はまず在宅医療を十分に理解し、地域住民・医療者の双方への周知を徹底することが第一歩である。
- 2) 説明責任：生きていることは生活であり、医療者は自らの説明において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いける」という社会の達成。
- 4) 生活の中での終焉：病院がすべての死を支える時代は終わっている。終焉を迎えるということは生きて生活した結果である。生活の中での終焉=居宅での看取りは、自宅であっても介護施設であってもそこが生活の場である以上は当たり前のことと感ずることが大切である。医療も介護も行政も一体となって、去り行く人・残される人への充分なはからいができるように努めなければならない。在宅死を強制することではなく、当たり前居宅での看取りが行える環境整備が求められる。
- 5) 単年度ごとの目標設定：在宅医療橋頭堡と在宅医療底上げ医療機関・在宅療養支援が可能な薬局・訪問看護ステーション・吸引等重症者対応が可能な施設及び訪問介護員の充分な配置とそれぞれの連携・質の確保、在宅医療教育の充実等を念頭に、単年度ごとの数値を設定しその目標を達成する。
- 6) その他：居宅生活を妨げるあらゆる規制についての見直し

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

本在宅医療計画に関する問い合わせ等については巻末の連絡先に照会すること。

地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究
総括研究報告書

平成 19 年 4 月 10 日

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究事業
(H18-特別-指定-006)

主任研究者 川島 孝一郎

仙台往診クリニック

〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院二丁目1番7号

Tel : 022-212-8501

Fax : 022-212-8533