

- 訪問看護ステーションの設置数については、全国の増加と同様に、平成１６年の１７９施設まで徐々に増加しておりましたが、全国の増加傾向に反して平成１７年には１７７施設と初めて減少しました。
- 平成１８年度から在宅医療の中心的な役割を担う「在宅療養支援診療所」の新制度が創設されました。「在宅療養支援診療所」では、自宅や病院以外の施設にいる患者さんからの緊急時対応などに備え、２４時間連絡を受け付ける連絡先等をあらかじめ患者・家族に知らせ、いつでも円滑な対応ができるようになりました。
- 県内の在宅療養支援診療所の数は、平成１９年２月時点で１８０ヶ所となっています。６５歳以上人口（平成１８年１０月１日現在）１０万人あたりの施設数は１６．１となっており、全国平均（３８．５）と比較してかなり少ない水準にあるといえます。千葉県では、平成１９年７月に県内の在宅療養支援診療所を対象に「在宅療養支援診療所調査」を実施しました。

《 課題 》

- 長期療養を必要とするがん患者・難病患者、医療ケアを必要とする高齢者等、在宅療養を希望する患者に対し、家族の介護力に依存するには限界があり、患者・家族を支える在宅療養に関わる医療連携体制の整備が必要です。
- 医療機関から在宅へとスムーズに移行できるよう退院調整機能を促進し、さらに、病状の急性増悪時は即在宅から緊急入院できるような循環型地域医療連携システムの構築が重要な課題です。
- 在宅療養を支援する方策としては医療サービスと介護サービスがありますが、高齢者の急増に伴い、患者の病状・実情に合わせた医療サービスと介護サービスの連携を図る必要があることから、包括的な在宅ケアサービスをマネジメントすることが重要です。
- 訪問診療と訪問看護サービスの充実の他、理学療法士による訪問リハビリテーションや薬局・薬剤師による積極的な関与等、他職種が協働して在宅ケアサービスを提供することが必要です。

施策の具体的展開

〔「かかりつけ診療所」の機能強化〕

- 高い専門性が求められる医療の分野においては、患者との信頼関係を基礎として、普段の健康管理から、各医療資源の紹介・振り分け機能を発揮できる「かかりつけ診療所」の役割が重要です。また、今後の超高齢社会においては、在宅療養や在宅看取りに対するニーズが増大しますが、患者のＱＯＬ向上に向け、「かかりつけ診療所」を中心に、診療、看護、介護等が一体となった体制づくりが必要となっています。このため、各医療資源の紹介・振り分け機能、在宅療養支援機能、地域に根ざした福祉のサポート機能を有する「かかりつけ診療所」の機能強化を図ります。

〔「在宅療養支援診療所」の機能強化〕

- 「かかりつけ診療所」でもある、在宅療養支援診療所の多くが課題としてあげている「緊急時の入院体制の確保」「24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」「連携する訪問看護ステーションの確保」について支援します。

〔医療連携室の機能強化〕

- 地域連携の核となる病院の地域連携室のネットワーク化を推進し、病院の地域連携室・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・地域包括支援センター等の連携会議を開催し、地域連携を強力に推進します。

〔病院・診療所等共同カンファレンスの支援〕

- 病院で実施されるカンファレンスに地域の診療所が参加し、早い時期に、患者が安心して地域で療養できるよう支援します。また、前述の地域医療連携パスの中に、退院時連絡体制等を加えることを検討し、より円滑な連携体制構築を目指します。

〔地域医療連携パスの作成・普及〕

- 患者を中心にして、事業（疾病）毎の急性期から回復期までの治療を担う医療機関の役割分担と連携、さらには保健・福祉サービスとの連動について、二次保健医療圏ごとに定める「循環型地域医療連携システム」の運用を図ります。このシステムの円滑な稼動を担保するためのツール（道具・手段）の一つとして、各圏域において、地域医療連携パスを構築し、地域連携の推進を支援するとともに、患者に切れ目ない医療、介護、福祉サービスの提供を目指します。

〔在宅医療ネットワークシステムの構築〕

- 4疾患4事業で構築している「循環型地域医療連携システム」の一部となっている在宅におけるネットワークシステムを構築し、限りある医療資源を効率的に活用し切れ目ない医療を提供することを目指します。

〔患者・家族の看取りに関する希望等の事前確認〕

- 病院に入院する機会を捉え、患者自身、あるいは患者家族の看取りに関する希望や延命治療、臓器移植等に関する意思確認を実施するなどの居宅における医療に関する啓発的事業の実施について検討します。

〔患者・住民への情報提供〕

- 在宅で可能な医療について広報するとともに、患者が医療と介護、それぞれのサービスをより良い選択しやすい、環境を提供します。

〔訪問診療の充実〕

- 訪問診療の充実を図るため、在宅療養を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医の普及定着を推進するとともに、病院とかかりつけ医、かかりつけ歯科医との連携を促進します。

- 循環型地域医療連携システムに記載されている医療機関同士の連携を支援するとともに、在宅で療養可能な医療について、病院、患者ともに広報を行い、患者が退院可能な環境を整備します。
- 病院だけに頼らず、地域全体を病院と捉え、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、在宅支援事業所、薬局等からなる総合的な在宅療養支援についての可能性を検討します。

〔訪問看護の推進と充実〕

- 訪問看護を担当する訪問看護ステーションの拡充・普及を進めます。
- 在宅療養に関わる医療専門職関係団体と県・市町村の担当者を構成メンバーとする千葉県訪問看護推進協議会を設置し、県内の在宅療養患者のニーズ調査など訪問看護の推進に必要な事業を実施します。
- 在宅ホスピスケアの普及を図るため、在宅ホスピスケアの専門的技術を有する看護師による在宅ホスピス研修など在宅ホスピスケアの推進に必要な事業を実施します。
- 訪問看護ステーションと医療機関に勤務する看護師の相互研修など、訪問看護の知識・技術の習得を図る訪問看護研修を実施します。

〔在宅療養を支える専門職の人材育成〕

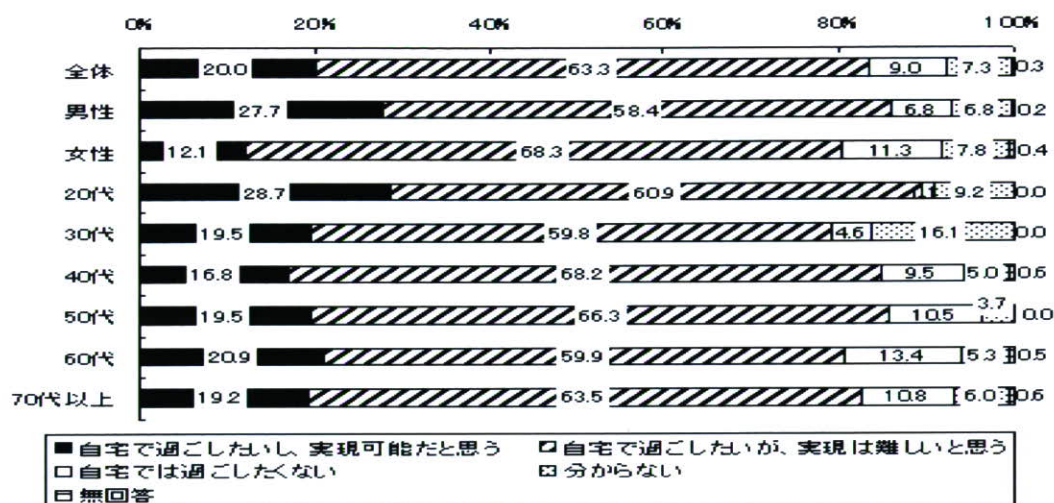
- 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、ケアマネジャー等他職種協働の学習会の開催、研究会を支援するとともに、他職種連携をコーディネートできる人材を育成します。
- ナースセンター事業などを通じて、在宅療養を支援する訪問看護師を育成します。

施策の評価指標

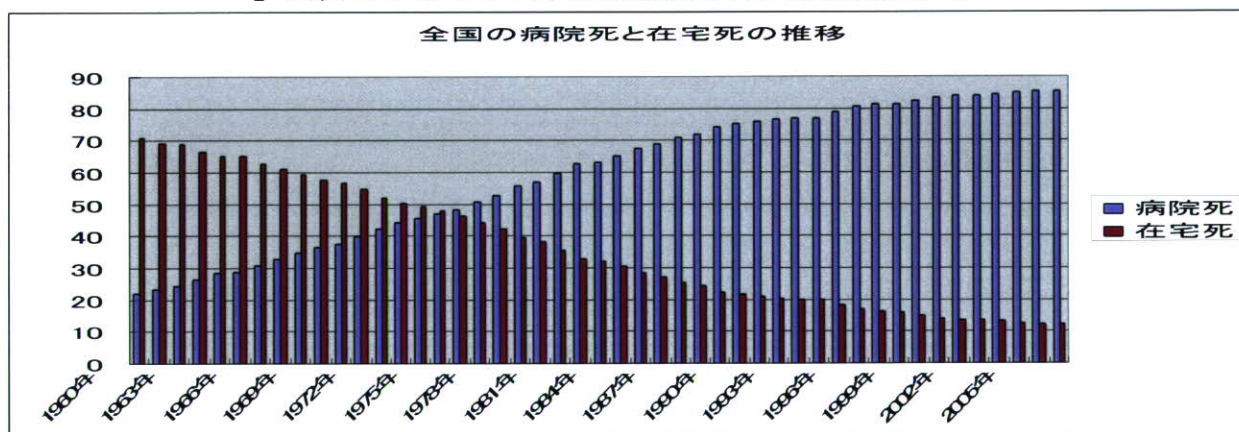
指 標 名	現状（平成17年度）	目標（平成22年度）
訪問看護ステーション数	179箇所 （16年度）	206箇所
訪問看護ステーション就業者数	684人 （16年度）	1,006人
訪問看護ステーションと医療機関看護師の相互研修実施数	なし	年1回以上実施
在宅ホスピス研修実施数	なし	年1回以上実施

【 図表 2-1-3-1-1 「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」
 (平成 17 年日本ホスピス・緩和ケア研修振興財団実施) 調査結果 (抜粋) 】

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)

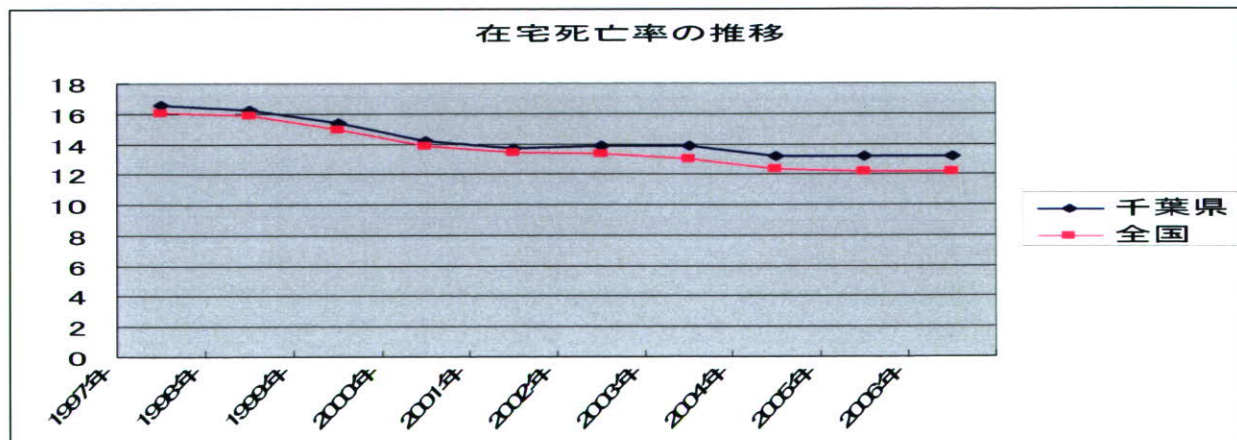


【 図表 2-1-3-1-2 全国の病院死と在宅死の推移 】



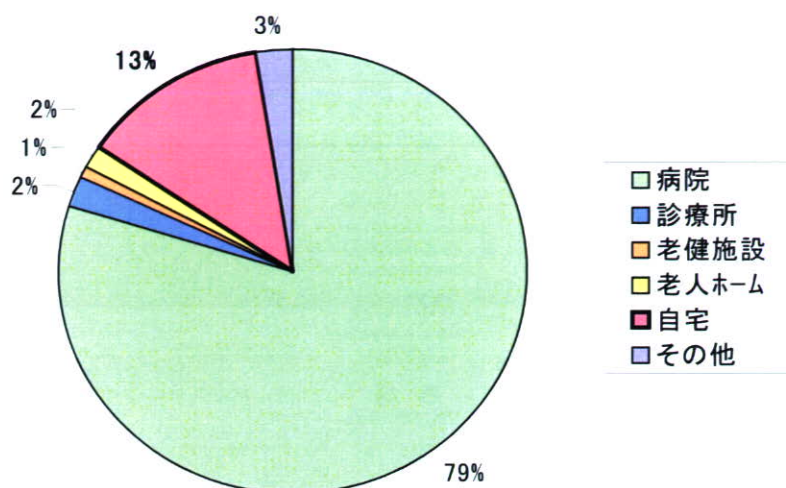
資料：人口動態調査 (厚生労働省)

【 図表 2-1-3-1-3 在宅死亡率の推移 】



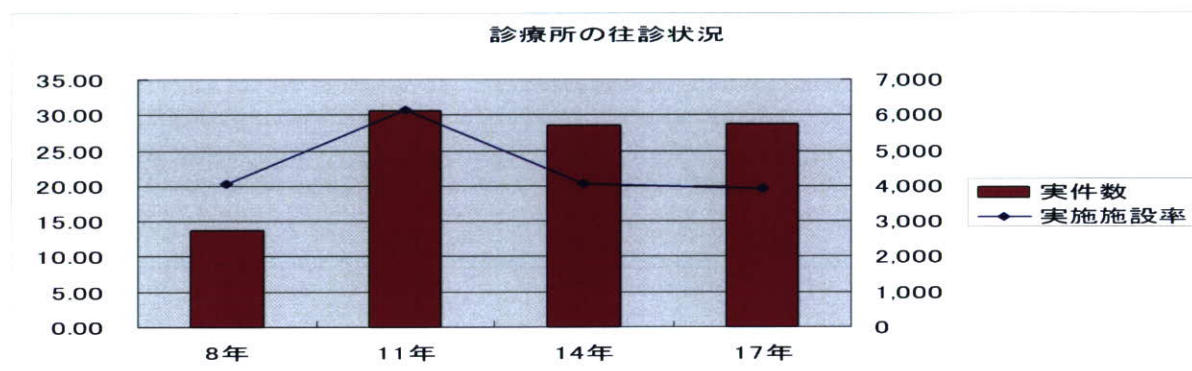
資料：人口動態調査 (厚生労働省)

【 図表 2-1-3-1-4 県民の死亡場所の内訳 】



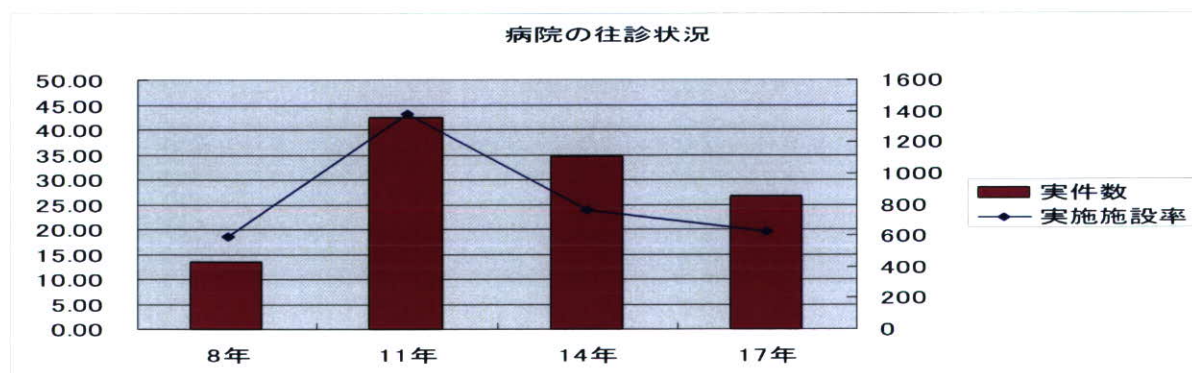
資料：平成18年人口動態調査（厚生労働省）

【 図表 2-1-3-1-5 県内診療所の往診状況 】



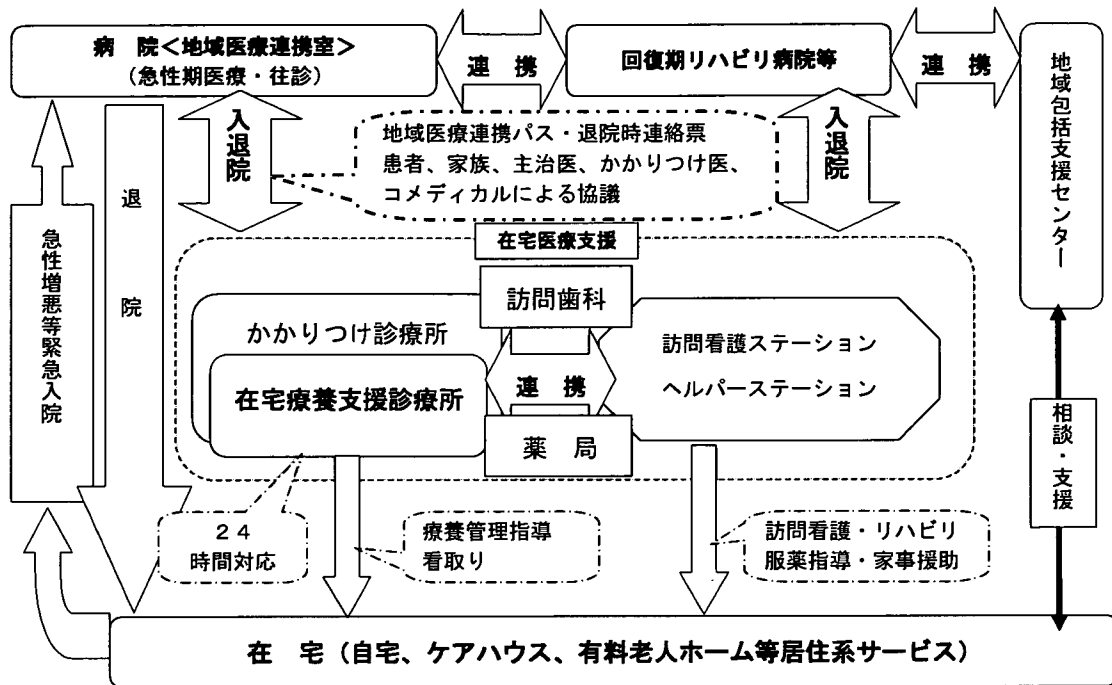
資料：医療施設静態調査（厚生労働省）

【 図表 2-1-3-1-6 県内病院の往診状況 】



資料：医療施設静態調査（厚生労働省）

【 図表 2-1-3-1-7 在宅医療ネットワークシステムイメージ図 】



県内における在宅医療に 関する先進的取組事例

社団法人市川市医師会

市川市医師会では、平成8年に地域医療支援センターを設立し、医師会が独自に運営する医療機関に対する民間インフォーマルサポートと位置づけ、公益法人の立場から各種事業を展開している。例えば、喀痰吸引機の貸し出し・メンテナンス・滅菌、医療材料の提供と滅菌、往診・専門医の紹介、在宅ケア関連図書・ビデオの貸し出し、研修施設の提供、医療廃棄物の適正処理システムの運営などを行い、効率的な在宅療養環境整備に向けて努力していると土橋会長は語る。

特に、医療機器の貸し出しは患者への負担も少なくなり、資源の有効活用が図られる。また、個人だと一箱単位の購入になるカテーテル等の医療材料についても、無駄がなくなる。

運営費財源は、市からの補助金以外は医師会の持ち出しとなっているとのこと。

社団法人八日市場市匝瑳郡医師会

平成11年から24時間在宅支援に取り組んできた。初期は登録患者さんのデータの入った鞆と携帯電話の持ち回りであった。平成14年データ保管をサーバー内としたシステムに変更。平成18年4月から、千葉県医師会補助事業としてシステムを切り替え地域の11医療機関が共同で在宅療養支援診療所の届けを行い、24時間対応体制を構築している。一人医師の診療所だと24時間対応が負担となり、複数の緊急往診など対応が困難となるケースがあるため、11診療所が一週間交替で24時間対応を実施し、主治医の負担の軽減を図っていると守会長は語った。

患者の同意に基づき、患者データをサーバーに保管し、常時照会可能とし各医師が情報の共有化を図り主治医と同様の対応を可能とすることとし、患者には「かかりつけ医」に連絡がつかない場合の緊急時電話番号を伝達し対応を図っている。IT技術の進歩によるところは大きいですが、反面セキュリティ対策に苦心したとのこと。

また、他の在宅支援組織の存在が重要で、地域の後方支援病院や24時間対応訪問看護ステーション、在宅介護支援事業所等との連携はかせないとのこと。

「在宅療養支援診療所調査」
(平成19年7月千葉県実施調査結果より)

・在宅療養支援診療所の医師数は、約60%が一人医師診療所となっており、24時間対応するためには、地域での連携が必要となっています。

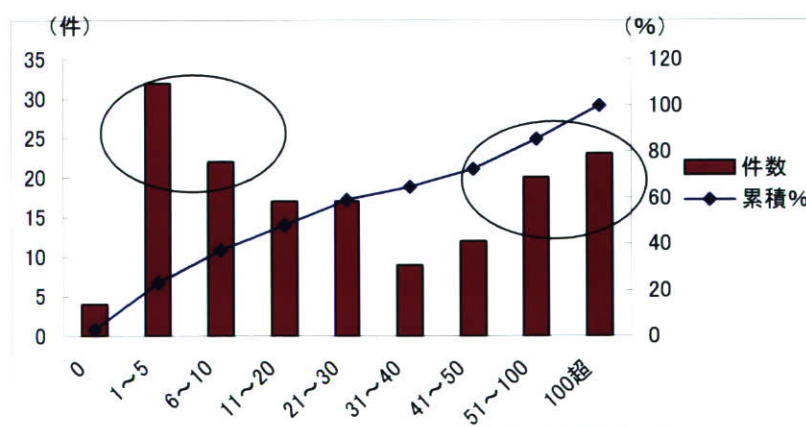
	1人	2人	3人～5人	6人～10人	11人以上
診療所数	100	43	22	5	3
%	57.8	24.9	12.7	2.9	1.8

・平成19年6月の一ヶ月間で在宅療養支援診療所が診療した患者数は、7,060名で自宅の患者は54%、施設の患者が46%となっています。疾病別の内訳では脳血管疾患が2,050名で全体の約30%を占め、次いで、整形外科(996)、糖尿病(629)となっており、がんについては433名と全体の約6%となっています。

脳血管疾患	整形外科疾患	糖尿病	悪性腫瘍	神経難病	慢性呼吸器不全	急性心筋梗塞	小児疾患	その他	合計
2050	996	629	433	353	328	95	38	2138	7060
29.0	14.1	8.9	6.1	5.0	4.6	1.3	0.5	30.2	%

・在宅療養支援診療所の患者の実数については、0人の回答が4件で実際に活動していない在宅療養支援診療所は全体の2%であり、1～5人が32件、6～10人が22件、51～100人が20件、100人超が23件と2極化の傾向があります。

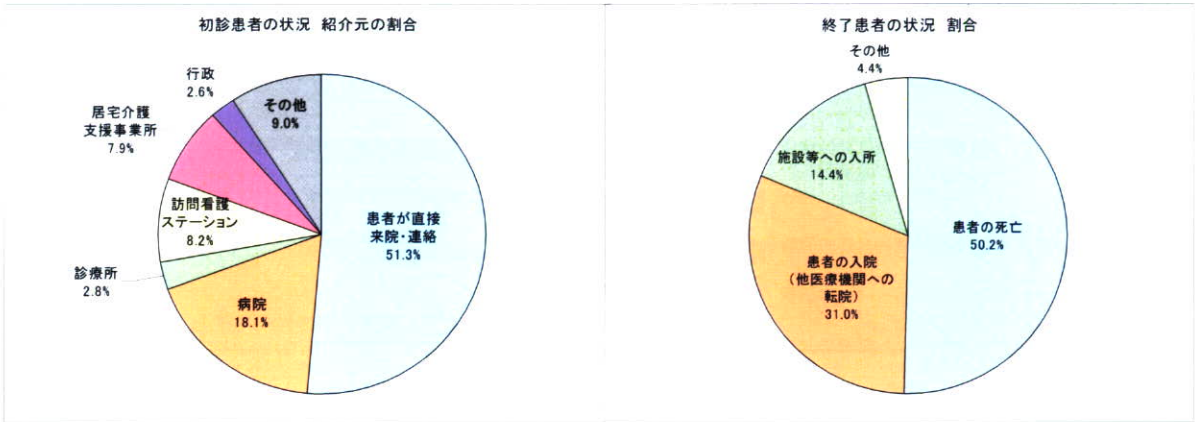
対象患者数	回答数
0人	4
1～5人	32
6～10人	22
11～20人	17
21～30人	17
31～40人	9
41～50人	12
51～100人	20
100人超	23



・在宅療養支援診療所について、医師一人体制と複数体制に分けて対象患者数を比較すると、一人体制では患者数10人以下が半数を占める一方、複数体制では51人以上の大規模な活動が目立ちます。

	平均	実患者数別回答件数(件)										
		計	0	1～5	6～10	11～20	21～30	31～40	41～50	51～100	101～200	200超
全体	47.1人	156	4	32	22	17	17	9	12	20	15	8
1人体制	23.5人	75	3	24	14	9	10	2	5	4	3	1
複数体制	69.0人	81	1	8	8	8	7	7	7	16	12	7

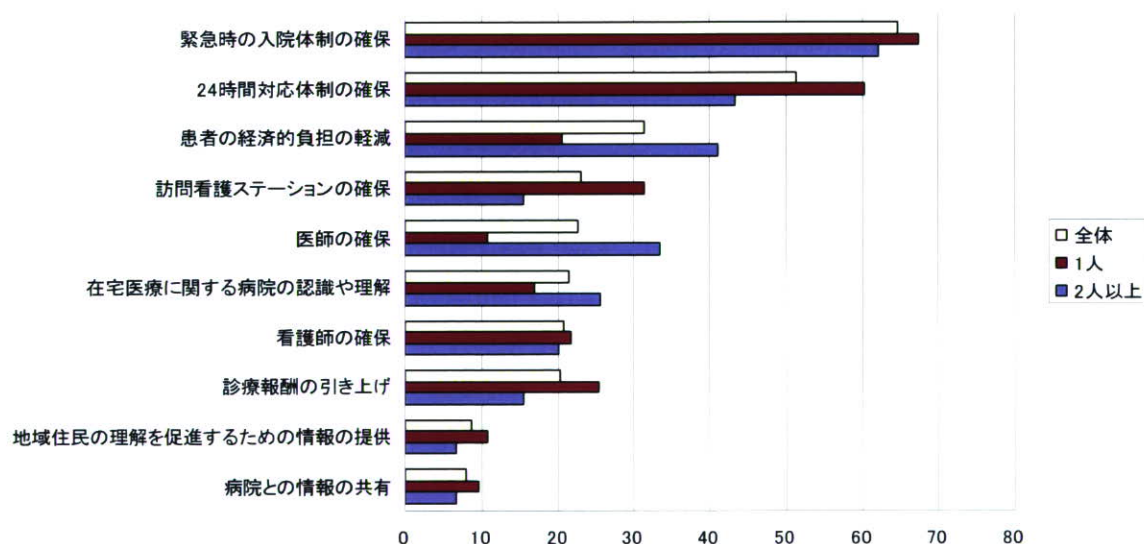
・在宅療養支援診療所への初診患者の51.8%が直接来院しており、病院からの紹介18.1%、訪問看護ステーションから8.2%とまだまだ連携が進んでいるとはいえない状況にあります。また、患者の診療を終了した状況としては、患者の死亡が50.2%となっており、残りの49.8%は病院、施設等に戻っており、すべての患者を看取れない現状があります。



・在宅療養支援診療所が平成18年4月から平成19年6月までに行った在宅等の看取り数は、1,242人となっております。平成18年の県内死亡者数44,778人と期間等が異なるため単純な比較はできませんが、約2.7%を在宅療養支援診療所が看取っていることになります。また、全県下の在宅死亡者の比率が全死亡者の約13%ですので、在宅療養支援診療所が自宅で看取り等の関わりがもてたのは全県下の在宅死亡者の約23%となります。また、約30%の在宅療養支援診療所で看取りを経験していません。

・在宅療養支援診療所に対して、現在の体制を維持した場合、1ヶ月当たりの訪問診療算定患者数を何人程度増やすことが可能かを尋ねたところ、「患者を増やすことが可能」が92件（53%）と半数以上を占め、「患者を増やすことはできない」は9件（5%）にとどまりました。また「患者を増やすことが可能」と回答した在宅療養支援診療所を対象に増やすことが可能な人数を質問したところ90件から回答を得られ、総計805.5人でした。

・在宅療養支援診療所における今後の課題として最も多かったのが、「緊急時の入院体制の確保」で64.7%、次いで「24時間体制を維持するための連携機関の確保」51.4%、「患者の経済的負担の軽減」31.2%、「連携する訪問看護ステーションの確保」23.1%と続きます。また、1人体制では「24時間体制を維持するための連携医療機関の確保」(60%)、「訪問看護ステーションの確保」(31%)と連携体制の強化が上位に並んでいるのに対し、複数体制では「患者の経済的負担の軽減」(41%)、「医師の確保」(33%)を挙げるところが多くなりました。



在宅療養支援診療所調査票

○趣旨

本調査は、医療法第三十条の五※に基づいて、地域医療の担い手である診療所における「総合診療」「かかりつけ医」等の機能について、「在宅療養支援診療所」を通じて調査を実施し、本県の診療所の現状と課題を把握し、「千葉県保健医療計画」に反映させるものです。

※医療法第 30 条の 5 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第 7 条第 7 項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

問 1 の前半部分(2 重枠で示した部分)の回答内容については、「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

また、問 1 の『医療従事者数・診療時間・患者数』～問 4 までのご回答は、診療所名を匿名化のうえ、実態把握や課題検討に使用させていただきます。

○対象医療機関

千葉県内に所在する在宅療養支援診療所（180 ヶ所）

○回答期限

平成 19 年 8 月 20 日（月）まで同封の返信用封筒により、ご返信願います。

○調査結果

調査結果に基づいて作成された「千葉県保健医療計画」は千葉県公式ホームページ等にて公表いたします。

その他 診療所名を匿名化した調査結果を、厚生労働省から委託事業である厚生労働科学研究事業「医療計画における PDCA サイクルによるマネジメントに関する研究」（九州大学大学院：尾形裕也教授）に提供し、当該研究内容为本県計画の策定等の参考とします。

問1 貴診療所についてお伺いします

※2重枠の内容については「千葉県保健医療計画」に収載することを予定しています。

診療所名			診療報酬明細書記載の 医療機関コード																		
郵便番号 住所	〒 ー 千葉県																				
調査時点における病床の 有無	有 ・ 無	有りの場合 種類別届出病床数	一般病床：_____床 療養病床：_____床 (うち介護型病床： 床)																		
主たる診療科	科	標榜診療科	科																		
往診・訪問診療 等の状況 (診療報酬の請求実績のある 医療内容等についてご記入 ください。)	○…請求実績あり、△…要望があれば提供できる、×…提供予定なし																				
	<table border="0"> <tr> <td>(1)在宅時医学総合管理 ()</td> <td>(10)在宅自己疼痛管理指導管理 ()</td> </tr> <tr> <td>(2)在宅末期医療総合診療 ()</td> <td>(11)在宅気管切開患者指導管理 ()</td> </tr> <tr> <td>(3)在宅自己注射指導管理 ()</td> <td>(12)地域連携退院時共同指導料 ()</td> </tr> <tr> <td>(4)在宅自己腹膜灌流指導管理 ()</td> <td>(13)在宅患者訪問栄養食事指導科 ()</td> </tr> <tr> <td>(5)在宅血液透析指導管理 ()</td> <td>(14)在宅中心静脈栄養法指導管理科 ()</td> </tr> <tr> <td>(6)在宅酸素療法指導管理 ()</td> <td>(15)在宅成分栄養経管栄養法指導科 ()</td> </tr> <tr> <td>(7)在宅人工呼吸指導管理 ()</td> <td>(16)在宅自己導尿指導管理科 ()</td> </tr> <tr> <td>(8)在宅悪性腫瘍患者指導管理 ()</td> <td>(17)寝たきり老人訪問指導科 ()</td> </tr> <tr> <td>(9)在宅寝たきり患者処置指導管理 ()</td> <td></td> </tr> </table>				(1)在宅時医学総合管理 ()	(10)在宅自己疼痛管理指導管理 ()	(2)在宅末期医療総合診療 ()	(11)在宅気管切開患者指導管理 ()	(3)在宅自己注射指導管理 ()	(12)地域連携退院時共同指導料 ()	(4)在宅自己腹膜灌流指導管理 ()	(13)在宅患者訪問栄養食事指導科 ()	(5)在宅血液透析指導管理 ()	(14)在宅中心静脈栄養法指導管理科 ()	(6)在宅酸素療法指導管理 ()	(15)在宅成分栄養経管栄養法指導科 ()	(7)在宅人工呼吸指導管理 ()	(16)在宅自己導尿指導管理科 ()	(8)在宅悪性腫瘍患者指導管理 ()	(17)寝たきり老人訪問指導科 ()	(9)在宅寝たきり患者処置指導管理 ()
(1)在宅時医学総合管理 ()	(10)在宅自己疼痛管理指導管理 ()																				
(2)在宅末期医療総合診療 ()	(11)在宅気管切開患者指導管理 ()																				
(3)在宅自己注射指導管理 ()	(12)地域連携退院時共同指導料 ()																				
(4)在宅自己腹膜灌流指導管理 ()	(13)在宅患者訪問栄養食事指導科 ()																				
(5)在宅血液透析指導管理 ()	(14)在宅中心静脈栄養法指導管理科 ()																				
(6)在宅酸素療法指導管理 ()	(15)在宅成分栄養経管栄養法指導科 ()																				
(7)在宅人工呼吸指導管理 ()	(16)在宅自己導尿指導管理科 ()																				
(8)在宅悪性腫瘍患者指導管理 ()	(17)寝たきり老人訪問指導科 ()																				
(9)在宅寝たきり患者処置指導管理 ()																					

※ 以下の内容については診療所名を匿名化の上、実態把握・課題検討に使用させていただきます。

管理者氏名 _____ 管理者年齢 _____ 歳 連絡先電話番号 _____

在宅療養支援診療所届出年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
----------------	----------------------------

医療従事者数・診療時間・患者数

職種	人数(※1)	訪問診療		一般診療(外来)	
		延べ時間(※2)	延べ患者数	延べ時間(※2)	延べ患者数
医師	人	時間	人	時間	人

※1 医師数については、開設者本人も加えた数字を記入してください。非常勤職員は常勤職員の勤務時間に対する比率で常勤換算の上記入してください。

※2 訪問診療/一般診療(外来)

平成19年6月24日(日)～6月30日(土)の7日間に往診・訪問診療もしくは一般診療(外来)で診察した「延べ時間」と対象となる「延べ患者数」を記入してください。なお、往診・訪問診療の「延べ時間」には、診療所内での準備、記録、関係機関との調

例)「延べ時間」:当該期間に2名の医師が往診・訪問診療を行った場合には、2名の医師が実施した合計時間となります。
「延べ患者数」:同一患者当たり当該期間に2回往診・訪問診療が行われた場合は2人とカウントします。

整、患者宅への移動時間を含めて記入してください。

問2 貴診療所で訪問診療を行っている患者についてお伺いします

① 平成19年6月(1ヶ月間)に訪問診療を行った実患者数

総数 _____ 人

(1) 患者の主な傷病名を一つだけ記載してください。悪性腫瘍については、原発性の腫瘍を内訳に記載してください。

悪性腫瘍	_____ 人
内訳	
肺癌	_____ 人
大腸癌	_____ 人
肝癌	_____ 人
胃癌	_____ 人
子宮癌	_____ 人
乳癌	_____ 人
その他	_____ 人
脳血管疾患	_____ 人
急性心筋梗塞	_____ 人
糖尿病	_____ 人
神経難病	_____ 人
慢性呼吸器不全	_____ 人
整形外科疾患	_____ 人
小児疾患	_____ 人
その他 ()	_____ 人

(2) 往診している患者の場所別数

自宅	_____ 人
自宅以外	_____ 人

(グループホーム、介護老人福祉施設、有料老人ホーム等)

② 在宅時医学総合管理のうち重症者加算の状態等にある患者数

(平成19年6月末時点)

_____ 人

③ 訪問可能エリア 距離：半径 _____ km 以内

時間：(自動車・バイク ・ 自転車 ・ 徒歩)
_____ 分以内

④ 在宅看取り療養患者について

(社会保険事務局届出日から平成19年6月末まで)

当該期間の在宅看取り患者数

_____ 件

(うち) 在宅末期医療総合診療料算定件数

_____ 件

⑤ 初診患者の状況

貴診療所が患者を往診、診察することに至ったルートについてお伺いします。以下の項目につき、大体の割合を記入してください。

(1) 患者（家族）が直接来院・連絡	_____割
(2) 病院からの紹介	_____割
(3) 診療所からの紹介	_____割
(4) 訪問看護ステーションからの紹介	_____割
(5) 居宅介護支援事業所	_____割
(6) 行政（福祉事務所、保健センター等）からの紹介	_____割
(7) その他	_____割

※具体的なその他の事例をご記入下さい。

⑥ 在宅療養支援終了患者の状況

貴診療所が患者の診療を終えた状況についてお伺いします。以下の項目につき、大体の割合を記入してください。

(1) 患者の死亡	_____割
(2) 患者の入院（他医療機関への転院）	_____割
(3) 施設等への入所	_____割
(4) その他	_____割

※具体的なその他の事例をご記入下さい。

問3 在宅医療の課題についてお伺いします（3つまで選択してください）

①在宅医療の課題として重要であると考えられるものの記号を○で囲んでください（3つまで）。

- | |
|---------------------------------|
| a. 貴診療所における医師の確保 |
| b. 貴診療所における看護師の確保 |
| c. 在宅医療に関する研修機会の確保 |
| d. 24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保 |
| e. 緊急時の入院体制（後方支援ベッド）の確保 |
| f. 連携する訪問看護ステーションの確保 |
| g. 無菌製剤を扱うことが出来る保険調剤薬局との連携の確保 |
| h. 在宅医療に関する病院の認識や理解 |
| i. 病院との在宅療養患者に関する情報の共有 |
| j. 居宅介護サービス事業所との在宅療養患者に関する情報の共有 |
| k. 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報の提供 |
| l. 患家への「在宅医療計画書兼在宅診療同意書」の交付 |
| m. 診療報酬の引き上げ |
| n. 患者の経済的負担の軽減 |

○. その他 ()

a. 患者数を増やすことが可能（ 人程度）
b. " 増やすことはできるが現状を維持するつもり
c. " 増やすことはできない
d. わからない
e. その他（ ）

[illegible]

また、メールにて回答をご希望の場合は、以下のアドレスに「在宅療養支援診療所アンケート」の題名でメールをいただければ、磁気データを返信いたします。

E-mail: h.ishd8@mb.pref.chiba.lg.jp

厚生労働科学研究費補助金

医療安全・医療技術評価総合研究事業

「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究」

平成 19 年度 総括研究報告書

平成 20 (2008) 年 3 月

編集：〒812-8582 福岡市東区馬出 3 丁目 1 番 1 号

九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座

教授 尾形 裕也

TEL 092-642-6960 FAX 092-642-6961