

【背景】

●わが国は5人に1人が高齢者という長寿社会を迎え、慢性疾患のため長期に療養を必要とする患者の増加に伴い、在宅医療のニーズは確実に高まっている。

●本県においても、超高齢社会に対応し、県民のQOLの向上に資する在宅医療の推進が急務となっている。

●このような状況を踏まえ、平成23年度において、本県では地域医療関係者等による「在宅医療推進に向けた有識者懇話会」を設置し、検討結果を取りまとめたところである。

●今後、本懇話会における検討の内容を施策へ反映する観点から、平成25年度からの本県の次期保健医療計画における在宅医療分野の検討に当たって十分に考慮し、さらに議論を深めることとされている。

目 ○健康増進、疾病予防から医療への連携、退院時や在宅療養における医療と介護（福祉）の連携など、切れ目のない保健・医療・介護（福祉）の連携を推進していく。

指 ○県内の在宅医療に関わる全ての職種が、在宅医療の主体が本人・家族であることを共通認識として共有し、在宅医療を支える体制を作る。

す ○住み慣れた生活の場において提供される在宅ケアと施設ケアが、共に患者中心に提供されるよう地域の実情に合った取組み方で体制を構築していく。

べ ○行政は在宅医療の担当窓口を明確にする。

き ○住民サービスにもっとも身近な行政機関である市町村は、地域にあった医療と介護のサービスの提供体制を住民とともに目指していく。

姿 ○県は全ての二次保健医療圏域において安心して在宅医療が提供される環境を構築するための体系的な施策を講じていく。

本県の在宅医療を取り巻く現状

人口構成等

- 本県における高齢者の割合は27.2%（平成22年国勢調査）であり、既に超高齢社会となっている。
- 平成47年には、県民のおよそ2.8人に1人が高齢者となり、高齢者1人を生産人口の約1.4人で支える超高齢社会の到来が予測されている。

医療資源、介護資源

- 医療資源、介護資源は都市部に集中し、県北部及び沿岸部に少ない傾向となっている。
- 本県においては、近年、診療所による訪問診療の実施施設及び件数が伸びているが、全国と比べると、特に病院による往診、訪問診療の実施件数の落ち込みが著しい。

在宅医療の潜在的ニーズ

- 本県における要支援、要介護者数は、全国と同様に、近年は増加傾向となっている。
- 県内の難病患者約9千人のおよそ3割が在宅療養中となっている。
- 県内の全死因のうち、約27%が悪性新生物となっている。

在宅医療に関する県内の取組

- 県においては保健医療計画及び各圏域で作成する圏域医療連携推進プランで在宅医療の取組を盛り込んでいるが、全県的に十分な取組が行われているとは言い難い状況となっている。
- 一部の地域においては、多職種連携による研修会や医療と介護のネットワークづくりなどの取組が進められている。

本県における在宅医療推進の課題

課題1 連携に関する課題

- 職種、地域、施設での連携とネットワークの支障となっているものの解消
- 患者への在宅医療提供体制等の情報共有体制の整備、仕組みづくり
- 在宅医療に関する普及啓発・相談等のあり方

課題2 在宅医療を支える地域の医療体制・地域資源

- 医療・介護施設の整備及び地域差の解消
- 医療依存度の高い患者のレスパイト先の整備・後方支援病床の整備
- 既存の医療施設等の掘りおこし

課題3 在宅医療を支える専門人材

- 医療・介護従事者の総数の確保
- 在宅医療分野への就業促進及び就業定着支援
- 人材の育成・教育支援と在宅医療への理解促進
- 他職種連携のための研修のあり方、他職種で行う研修 ・サービスの均質化

課題4 本人・家族等に関する課題

- 県民への理解促進、普及啓発
- 医療・介護従事者への理解促進
- 行政職員への理解促進
- 家族介護者の在宅に関する知識の向上と負担軽減

課題5 行政としての役割・取組

- 在宅医療のニーズ及び課題の把握
- 保健・医療・福祉サービスと提供体制と取組の一体化
- 県の取組・市町村の取組
- その他、県立病院等公的機関での取組

今後の方向性と具体的取組の提案（5つの柱）

方向性1 在宅医療を支えるための連携・ネットワークづくり

- 在宅医療相談窓口の設置、患者家族の相談窓口の設置
- 多職種での勉強会、研修会の実施
- 各地域単位での在宅医療の検討会、現状報告会の開催
- 地域の医師が連携して取り組むグループ診療制の実施、休日当番制の実施 等

方向性2 医療機関等地域資源の整備

- 複合型サービスの整備支援
- 医療資源、介護資源の施設整備、設備整備への支援
- 後方支援病床の整備、受入体制の仕組み作り
- 経営アドバイスの窓口の設置 等

方向性3 専門人材の確保と育成

- 就職セミナー、講演会等を通して就業定着の支援実施
- 多職種での勉強会、研修会の実施（再掲）、サテライト研修の実施
- 助言、コーディネーターができるような医療・介護職の中堅職員の確保
- 介護福祉士国家試験の制度見直しに対する県の対応と今後の検討 等

方向性4 在宅医療に関する理解促進

- 在宅医療に関する患者とその家族からの相談窓口の設置（再掲）
- ポスター冊子等での周知、PR
- 在宅医療理解促進に関する講演会、勉強会の実施
- いわて医療情報ネットワークに在宅医療分野に関する情報を追加 等

方向性5 行政の主体的な取組の強化

- 各地域単位での在宅医療の検討会、現状報告会の開催
- 県及び市町村で保健・医療・福祉の相談窓口を一本化、関係職種及び住民への周知
- 在宅医療に関する調査の実施
- 在宅医療推進モデルなどへの予算の裏づけのある支援 等

在宅医療推進に向けた有識者懇話会 報告書

平成24年3月

在宅医療推進に向けた有識者懇話会

在宅医療推進に向けた有識者懇話会 報告書

目次

1	報告書作成にあたって	1
2	本県の在宅医療を取巻く現状	2
3	本県として目指すべき姿	13
4	本県における在宅医療推進の課題	14
5	今後の方向性と具体的取組の提案	22
6	資料編	28

1 報告書作成にあたって

わが国は5人に1人が高齢者という長寿社会を迎え、疾病構造は感染症中心から慢性疾患中心に変化し、長期で療養を必要とする患者が増えてきている。また、病気や障がいを持っている患者の多くはできる限り住み慣れた地域・家庭において日常生活を送り、最期を迎えることを望んでいる。人口構成や、疾病構造の変化、また患者の療養上の希望によって在宅医療のニーズは確実に高まってきているといえる。在宅医療の目的は適切な医療提供を通じて、できる限り住み慣れた地域・家庭において生活したいという患者の希望を実現し、患者とその家族のQOLの向上を図ることにあり、高まるニーズにその質と量の充実が求められてきている。

国においては在宅医療の施策として昭和56年に診療報酬上で自己注射指導管理料が新設されて以来、在宅医療技術の導入や訪問看護ステーションの創設、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院及び在宅療養支援歯科診療所の創設などが進められてきた。また、平成4年には医療法において在宅医療が明らかにされ、平成6年には健康保険法において在宅医療が療養の給付として位置づけられるなど、法制度面においても整備が進められてきた。

さらに今般、国の平成24年度予算案の編成においては、在宅医療の取組について重点化が図られ、また、平成25年度からの次期医療計画の策定に当たり、国は在宅医療について新たに指針を設けることとしている。平成24年度に同時改定される診療報酬、介護報酬において、在宅医療は重点課題とされ、高く評価されることとなる。

一方、本県においては県の保健医療計画、各圏域で作成する圏域連携プランなどで在宅医療が掲げられているが、全県的に十分な取組が行われているとは言い難い状況である。

このような状況を踏まえ、超高齢社会に対応し患者のニーズに応え県民のQOLの向上に資するよう、在宅医療の推進に向けて現状の課題を把握し、検討・取組を進めるために、地域医療関係者等による「在宅医療推進に向けた有識者懇話会」（以下「懇話会」という。）を設置し、平成23年度3回に分けて検討を行ってきた。

本報告書は懇話会における意見交換を通して明らかとなった在宅医療に関する現状の問題点や課題、また、今後の在宅医療推進に向けた方向性について検討した結果を取りまとめたものである。

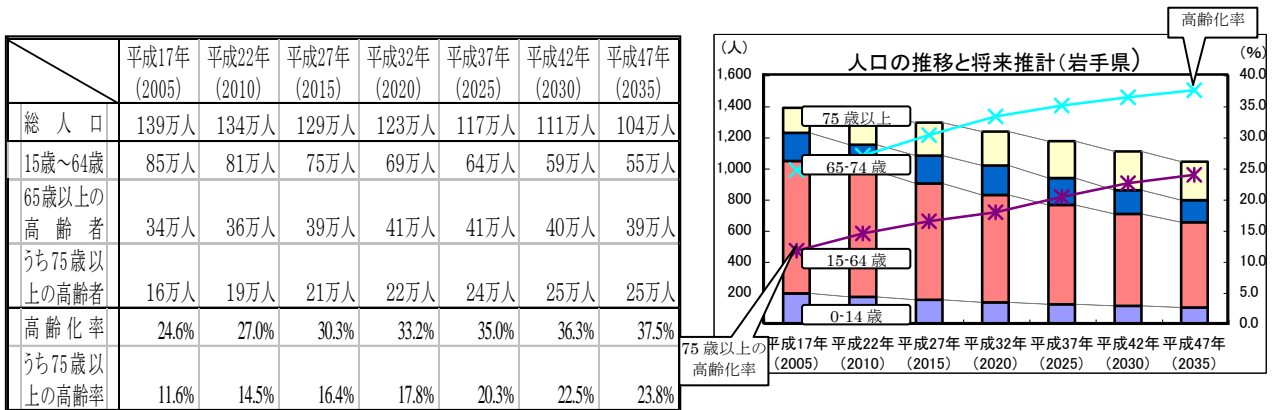
今後の施策へ反映する観点から、平成25年度からの本県の次期保健医療計画における在宅医療分野の検討に当たって十分に考慮し、さらに議論を深めていただきたい。

2 本県の在宅医療を取巻く現状

(1) 岩手県の人口構成等の現状

ア 将来推計人口

- 都道府県別将来推計人口においては、今後本県では人口が減少し続ける一方、年齢別人口構成では老年人口（65歳以上）が増加を続ける。平成42年から老年人口は減少に転じるとされているが、高齢化率は上昇し、推計最終年の平成47年には65歳以上の割合が37.5%、うち75歳以上の割合が23.8%になると予測される。
 - 平成47年には県民のおよそ2.8人に1人が高齢者、また、高齢者1人を生産人口（15歳から64歳）の約1.4人で支えるという、全国平均を上回る超高齢社会の到来が予測されている。
- (※ 高齢化社会：高齢化率7%～14%、高齢社会：同14%～21%、超高齢社会：同21%～)



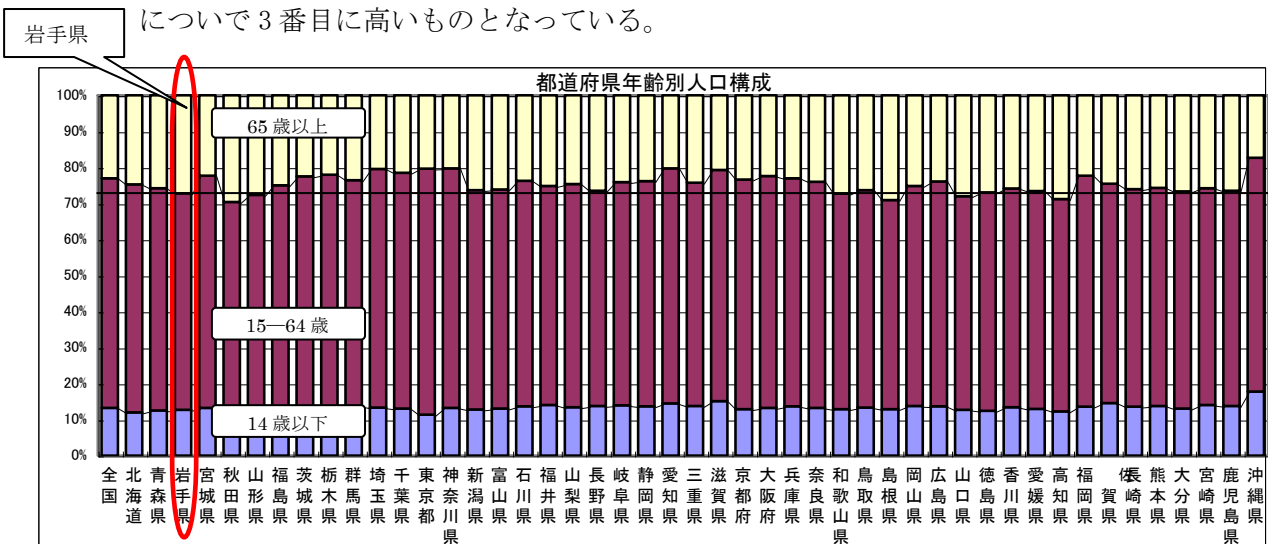
平成19年都道府県別将来推計人口

イ 平成22年国勢調査における岩手県の人口構成

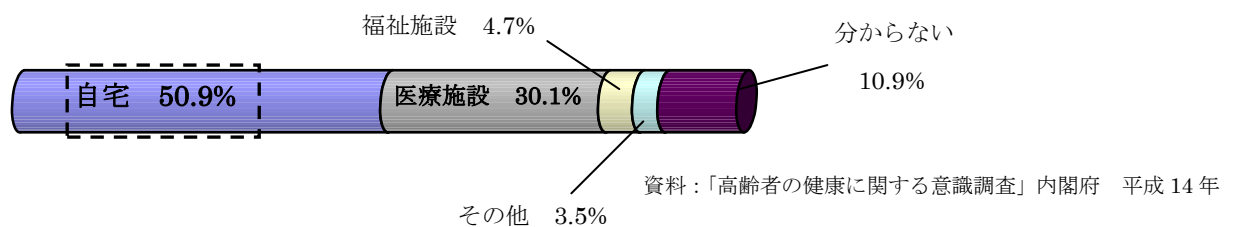
- 平成22年国勢調査における本県の年齢別人口割合では、高齢者の割合が27.2%となり、本県は既に超高齢社会であるといえる。

本県の高齢化率は全国平均の23%を大きく上回り、東北では秋田県(29.6%)、山形県(27.6%)

について3番目に高いものとなっている。

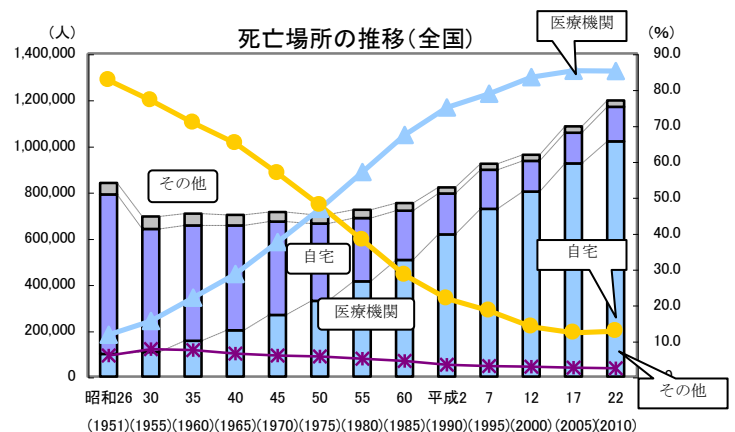


- 平成14年の内閣府による「高齢者の健康に関する意識調査」の報告によると、「万一、治る見込みがない病気になった場合、最期は何処で迎えたいか」という設問に対する回答は、「自宅」が50.9%、次いで「病院などの医療施設」が30.1%となっている。約半数は自宅での最期を希望している結果となっており、最期を迎える場所として、自宅を希望する人が多いことが分かる。
- なお、配偶者の有無別では、「自宅」と回答した者について配偶者のいる人56.0%、いない人が41.6%となっている。
また、子供の有無別にみると、「自宅」は子供がいる人51.9%、いない人34.3%。「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は子供がいない人12.5%、いる人4.2%となっている。
- また、全国の年間死亡者数は、平成22年は119万人だったが、37年には153万人（1.3万人増）、42年160万人、52年166万人に達すると推計されている。
（「日本の将来推計人口」）

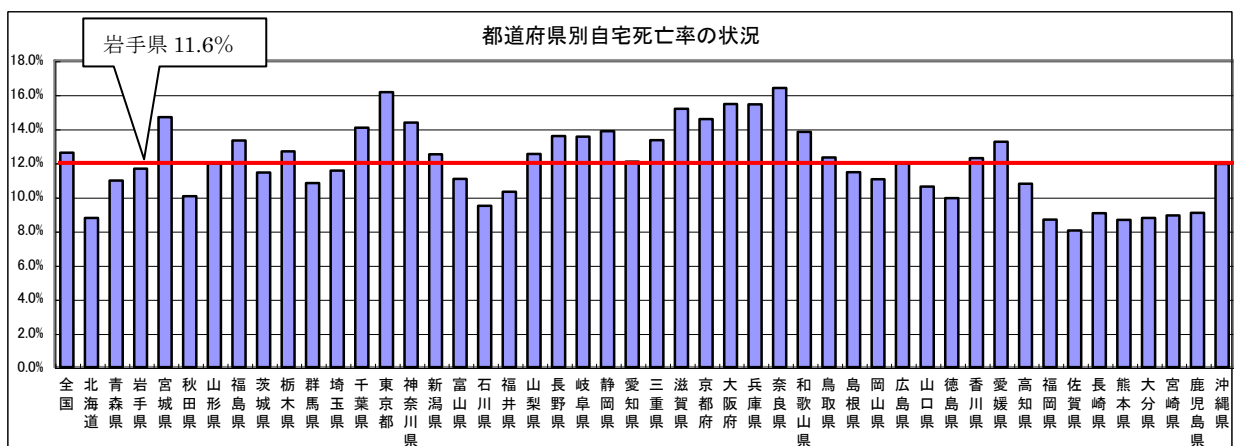


ウ 在宅での看取り

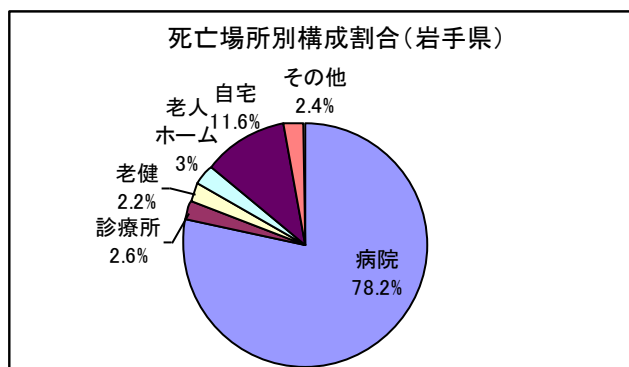
- 全国における死亡場所の推移を見ると、戦後一貫して自宅から病院に徐々に移行し、昭和50年以降は医療機関での死亡が自宅を上回っている。
- 自宅死亡割合を都道府県別で比較すると、本県は11.6%、全国で26番となっている。



また、県内の場所別に見た死亡割合では病院が約8割と、医療機関で死亡するケースが大半を占めている状況である。



<岩手県の死亡別構成割合>



	構成割合
総数	100.0
病院	78.2
診療所	2.6
老健	2.2
老人ホーム	3.0
自宅	11.6
その他	2.4

資料：人口動態統計平成22年

(2) 医療資源、介護資源の現状

- 県内の医療資源及び介護資源を二次保健医療圏ごとにみると、地域により資源に差があり、主として都市部に集中している傾向が見られ、県北部及び沿岸部に少なくなっている。

ア 医療資源（二次保健医療圏別）

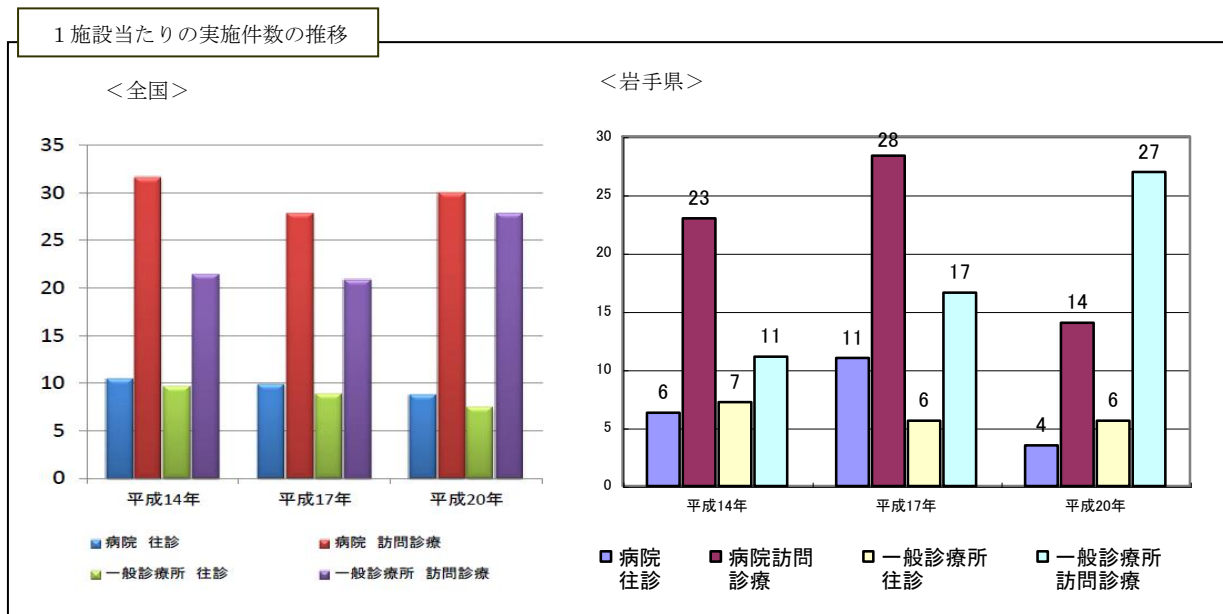
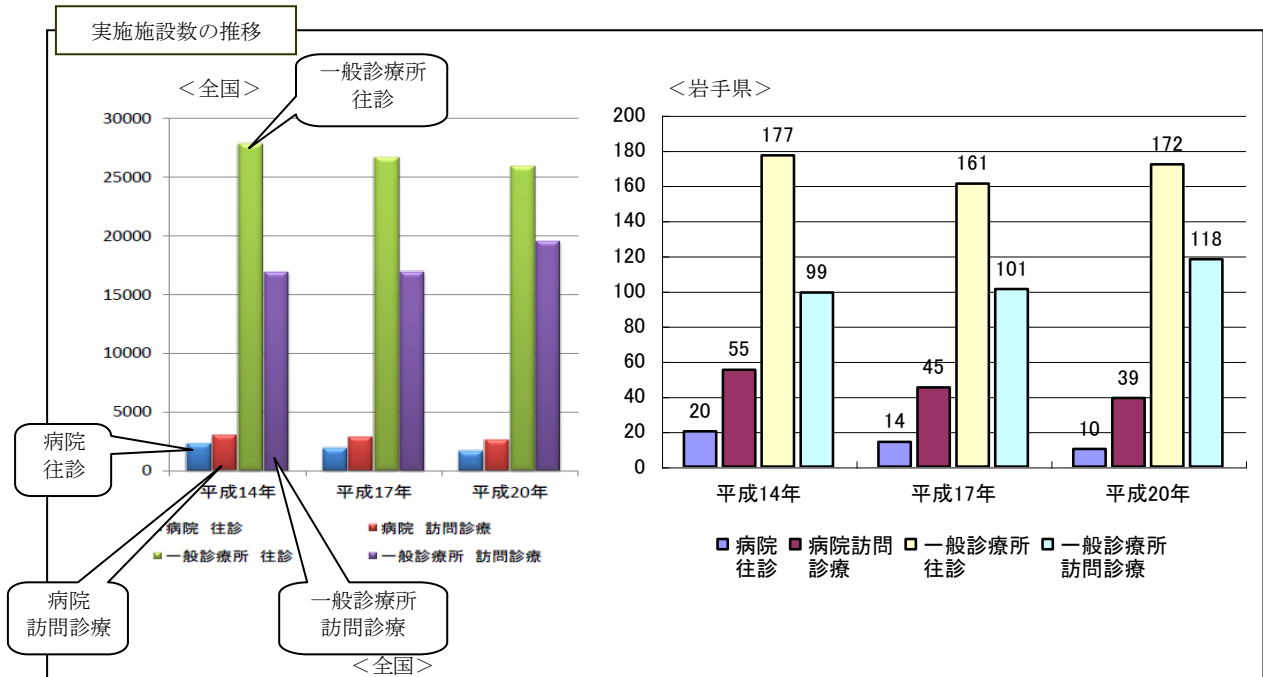
	病院	在宅療養 支援病院	診療所	有床診療所	在宅療養 支援診療所	歯科	在宅療養支援 歯科診療所	薬局	訪問看護	
									訪問看護 ステーション	医療機関
盛岡	39	2	390	68	45	273	52	143	27	139
岩手中部	13	0	170	24	23	94	37	75	14	52
胆江	10	0	103	21	4	57	16	36	5	32
両盤	10	0	93	11	3	53	13	32	11	32
二戸	3	0	33	8	0	25	5	19	3	15
気仙	3	0	46	6	1	29	7	18	4	16
小計	6	0	28	3	5	24	4	18	2	17
宮古	6	0	48	9	2	35	5	16	5	19
久慈	4	0	31	5	0	22	2	14	1	9
合計	94	2	942	155	83	612	141	371	72	331

イ 介護資源（二次保健医療圏別）

	居宅介護 支援	訪問 介護	訪問入 浴介護	訪問リ ハビリ	通所 介護	通所リ ハビリ	介護老 人福祉 施設	介護老 人保健 施設	介護療 養医療 施設	グルー プホー ム
盛岡	134	107	11	130	153	43	26	20	14	32
岩手中部	63	47	14	53	66	20	16	13	4	33
胆江	38	25	9	30	37	13	12	6	2	17
両盤	39	32	7	30	43	10	14	8	2	24
二戸	18	16	4	15	24	3	7	3	0	8
気仙	19	11	4	13	20	4	5	2	0	9
釜石	17	12	4	16	13	3	5	3	0	7
宮古	30	21	7	12	29	3	8	3	0	17
久慈	12	15	3	7	20	3	7	4	1	5
合計	370	286	63	306	405	102	100	62	23	152

ウ 病院、一般診療所における往診、訪問診療の状況

- 平成14年から20年までの間において、本県では診療所による訪問診療の実施施設及び1施設当たりの実施件数が伸びてきている。
- 全国と比べると、本県では特に病院による往診、訪問診療の1施設当たりの実施件数の落ち込みが著しい。



資料：医療施設静態調査

注1) 往診とは、患者の求めに応じて患者に赴き行われる診療
 注2) 訪問診療とは、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して行われる診療

(3) 在宅医療の潜在的ニーズ

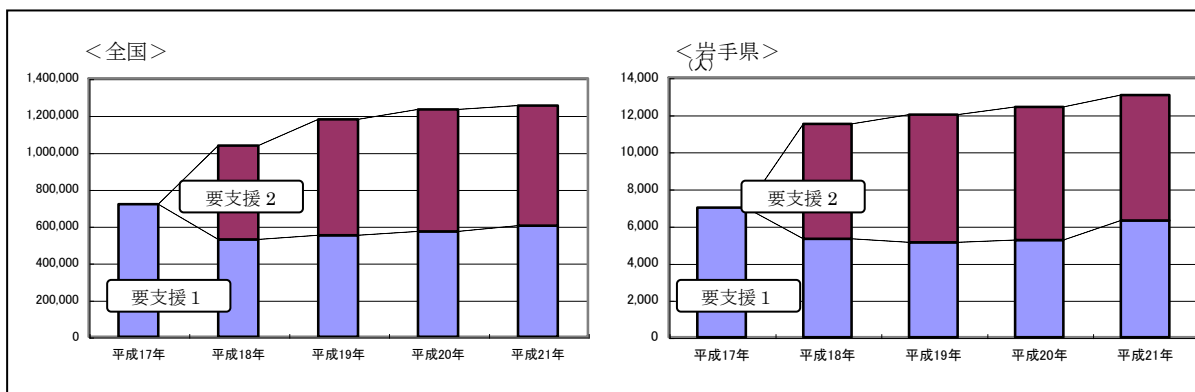
ア 要支援・要介護者数（全国及び本県における推移）

<要支援高齢者（全国）>

	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年
要支援 1	717,642	527,417	550,307	571,527	601,391
要支援 2		508,289	627,062	659,954	650,651
合計	717,642	1,035,706	1,177,369	1,231,481	1,252,042

<岩手県>

	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年
要支援 1	6,986	5,301	5,116	5,230	6,288
要支援 2		6,192	6,871	7,179	6,757
合計	6,986	11,493	11,987	12,409	13,045

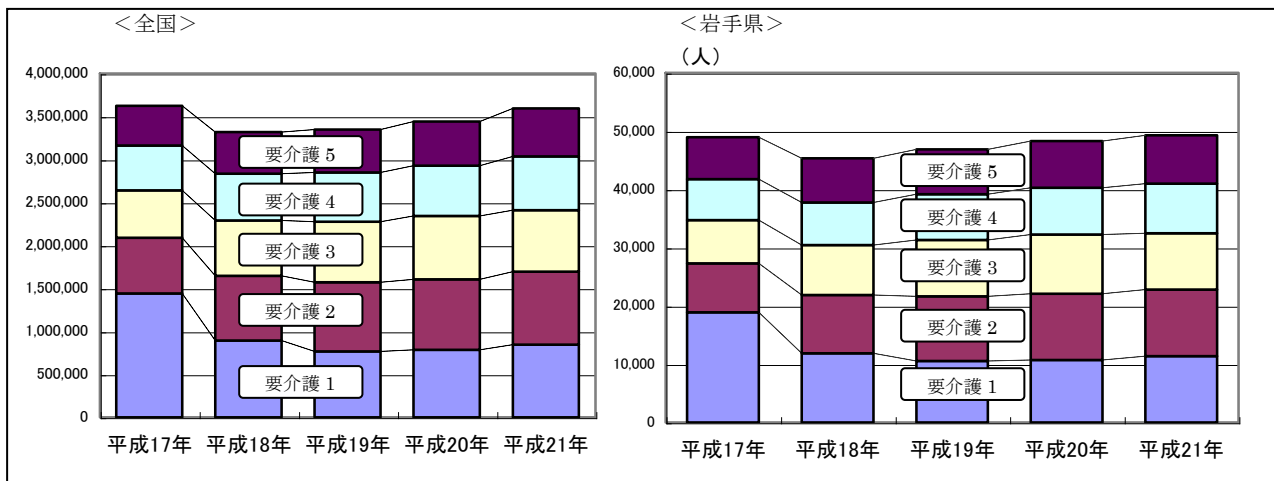


<要介護高齢者（全国）>

	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年
要介護 1	1,442,851	895,472	768,624	784,451	847,117
要介護 2	644,732	749,509	801,941	821,157	848,961
要介護 3	552,367	644,758	705,442	735,536	712,604
要介護 4	520,976	544,061	574,815	586,977	625,961
要介護 5	464,764	486,479	499,038	513,078	559,257
合計	3,625,690	3,320,279	3,349,860	3,441,199	3,593,900

<岩手県>

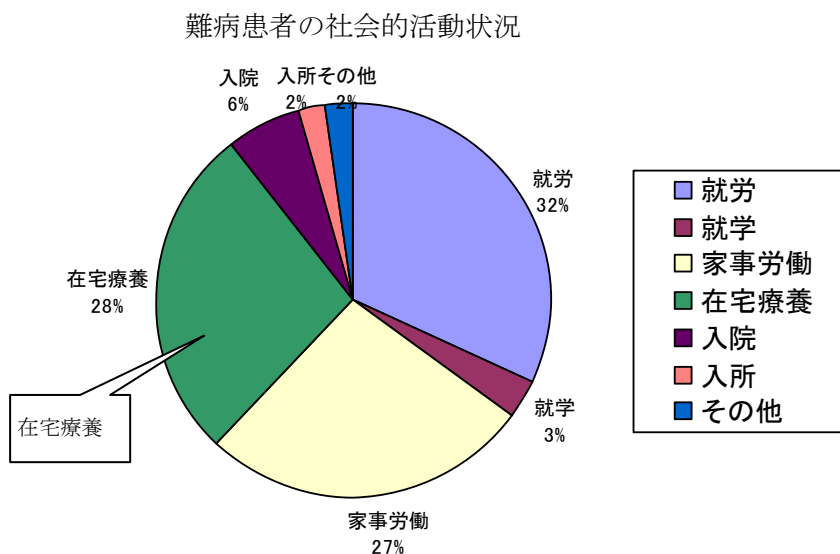
	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年
要介護 1	18,918	11,870	10,559	10,741	11,382
要介護 2	8,374	9,971	11,088	11,360	11,439
要介護 3	7,444	8,611	9,699	10,127	9,642
要介護 4	7,036	7,295	7,804	8,074	8,540
要介護 5	7,203	7,571	7,714	7,986	8,282
合計	48,975	45,318	46,864	48,288	49,285



資料：介護保険事業状況報告書

イ 難病患者数（難病患者の社会的活動状況）

- 県内の難病患者（特定疾患医療受給者数）8,905 人のうち、およそ 3 割弱の 2,468 人が在宅療養中と回答している。



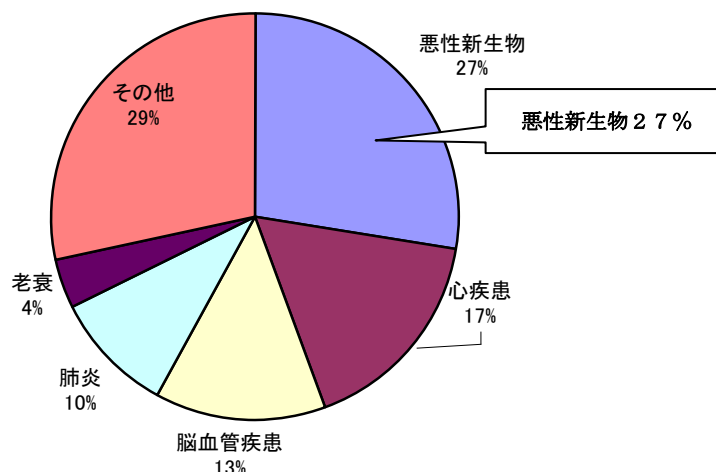
資料：衛生行政報告例 平成 22 年度

ウ がん患者数（がんによる死亡者数）

- 平成 22 年の人口動態統計によると県内全死因のうちおよそ 27% の 4,322 人が悪性新生物となっている。また、全国でも年間に 30 万人以上、国民の 3 人に 1 人が、がんで亡くなっている現状にあり、今後、高齢化の進展により、がんによる死亡者数はさらに増加すると予想される。患者の QOL（生活の質）の維持・向上のため、緩和ケアまでの包括的ながん対策を進めていくことが求められている。

<岩手県死因構成割合>

岩手県	死亡数
全死因	15,756
悪性新生物	4,322
心疾患	2,683
脳血管疾患	2,126
肺炎	1,562
老衰	600



<岩手県死因推移(平成18年～平成22年)>

岩手県	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
全死因	14,552	14,768	15,026	15,410	15,756
悪性新生物	4,009	4,041	4,059	4,269	4,322
心疾患	2,491	2,503	2,538	2,636	2,683
脳血管疾患	2,299	2,199	2,146	2,165	2,126
肺炎	1,328	1,469	1,541	1,518	1,562
老衰	390	456	514	501	600
その他	4,035	4,100	4,228	4,321	4,463

(4) 在宅医療に関する県内の取組

ア 主な計画(在宅医療に関する記載を抜粋)

<岩手県保健医療計画(平成20年4月)>

第3章 健康安心・福祉社会づくりの基本施策

第4節 良質な医療提供体制の整備、医療機関の機能分担と連携の推進

- かかりつけ医、在宅療養支援診療所等と訪問看護ステーション、地域包括支援センター等の機関の多職種協働による24時間の対応や地域の病院等の連携による緊急時の入院医療が確保できる体制の整備を促進します。
- 医療機関での医療ソーシャルワーカーらによる退院に向けた調整機能を強化するとともに、地域包括支援センター等関係機関との連携体制の整備を図ります。
- 休日、夜間における処方せん受入薬局の体制整備を促進するとともに、在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーションとの連携による、訪問薬剤管理指導業務を推進します。

第6節 保健・医療・福祉の連携による在宅療養等の推進

- 高齢者の生活を支える医療、介護、住まい等の地域のサービスのニーズに即した総合的な体制整備を推進します。
- 医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた自宅や地域で継続して暮らし続けたいと希望する方が安心して暮らせるよう、適切なサービスを提供する居宅介護支援(ケアマネジメント)技術の向上に努めます。
- 地域包括支援センターを中核とした地域ケアネットワークにより、医療や介護サービスのみならず、緊急時の対応、生活相談、多様な見守りサービス、配食サービスなどが提供される体制の確立を図ります。
- 病院、介護保険施設等からの在宅復帰をスムーズにし、適切で切れ目のないサービスが提供されるよう、地域連携クリティカルパスの導入と地域ケア会議の仕組みにより、医療と介護の地域ケア体制を構築します。
- 地域ケア体制の確立に当たっては、在宅の高齢者等の医療ニーズに対応した訪問看護、訪問リハビリテーション等のサービス提供体制の整備促進とともに、在宅療養支援診療所を中心とした在宅医療提供体制の整備を促進します。

第4章 主要な指標

			実 績
・介護研修受講者数	51,631人 (H18)	→ 68,000人 (H22)	92,689人 (H22)
・認知症サポーター養成人数	15,000人 (H18)	→ 30,000人 (H24)	59,720人 (H22)
・緩和ケアに関わる医師研修	0人 (H18)	→ 600人 (H24)	422人 (H22)

<圏域医療連携推進プラン>

○ 盛岡保健医療圏

- ・在宅医療において必要となる医薬品等の供給体制を確保するため、医薬品等の供給拠点となる薬局や医薬品卸の機能強化などの充実を図ります。
- ・高齢者等の医療ニーズに対応した訪問看護、訪問リハビリテーション等のサービス提供体制の整備促進とともに、かかりつけ医や在宅療養支援診療所を中心とする在宅医療提供体制の整備を促進します。

○ 岩手中部保健医療圏

- ・どこで、どのような医療・福祉・保健サービスが提供されているのか分かりづらいとの声があります。住民はもとより医療機関、サービス事業者等に対し、医療と介護に関する相談窓口の機関名やサービス内容を周知します。そのために、医療や介護等の関係者が定期的な会合を持つなど情報の共有に努めます。

○ 胆江保健医療圏

- ・病院、介護保険施設等からの在宅復帰をスムーズにし、適切で切れ目のないサービスが提供されるよう、地域連携クリティカルパスの実施と地域ケア会議の仕組みにより、医療と介護の連携が充実するように取組みます。

○ 両盤保健医療圏/気仙保健医療圏

- ・地域ケア体制の確立に当たっては、在宅の高齢者等の医療ニーズに対応した訪問看護、訪問リハビリテーション等のサービス提供体制の整備促進とともに、24時間体制で往診や訪問診療を行う「在宅療養支援診療所」の設置拡大の促進を図るなど、地域の在宅医療提供体制の整備を促進します。

○ 釜石保健医療圏

- ・「釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会」を組織し、在宅療養の推進に向けた医療と介護の連携体制の構築に取り組んでいます。
- ・在宅医療を推進する実践者および住民への啓発普及の担い手として、介護支援専門員や医療従事者等への在宅医療を含めた地域医療の理解と啓発普及を図ります。

○ 宮古保健医療圏

- ・連携を依頼された医療機関や介護保険施設等は、患者の受入調整を行い、患者の在宅復帰に向けて療養を支援します。

○ 久慈保健医療圏

- ・保健所が中心となり、医療機関と地域包括支援センター（市町村）、居宅介護支援事業所等の関係機関との情報交換会を開催するなど、その連携を図っていきます。

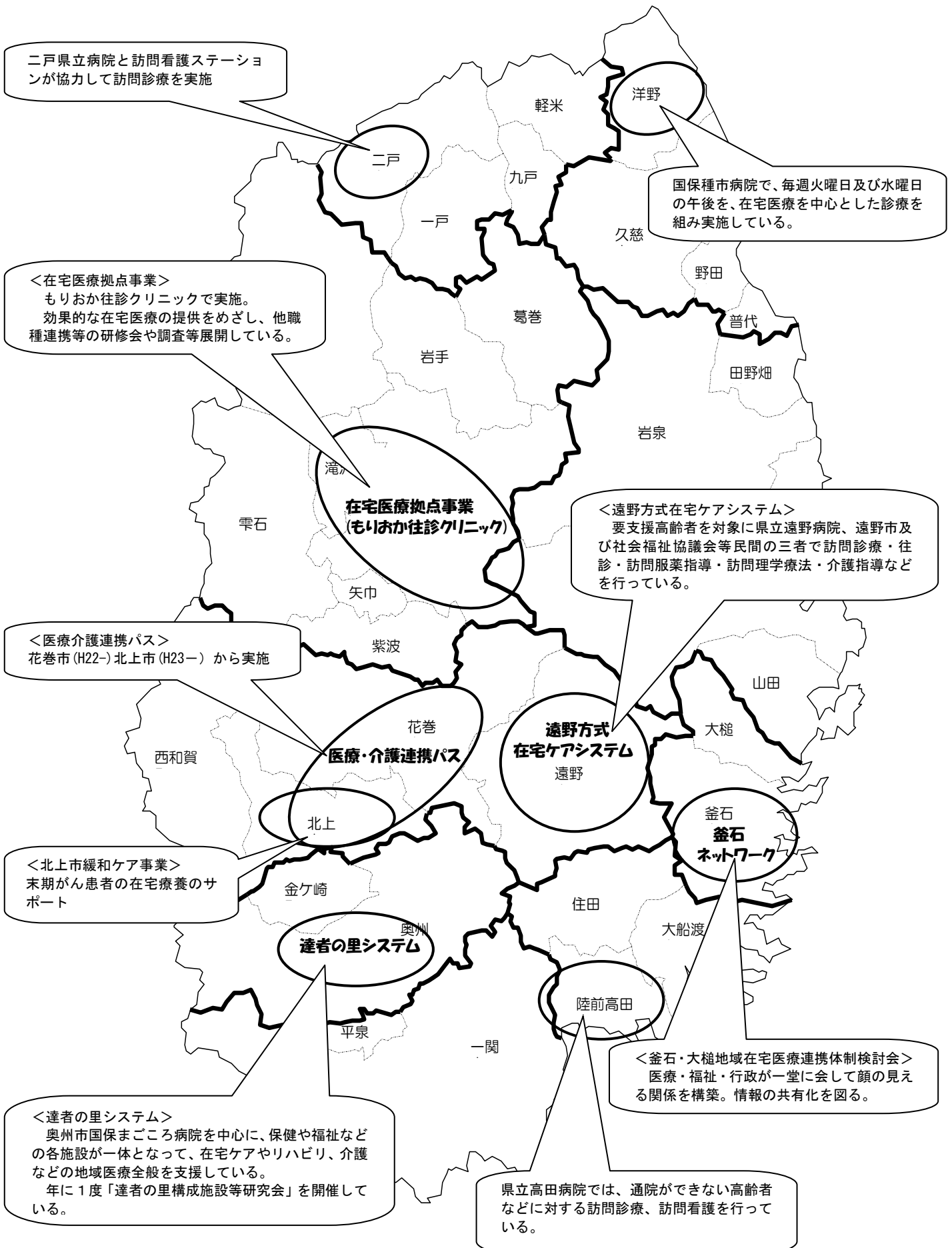
○ 二戸保健医療圏

- ・がん医療は、診療所や訪問看護ステーションと協力しながら在宅に戻す方向で行なっていくことが重要であることから、各市町村に最低1名の訪問診療医師あるいは緩和ケアチームを作ることが望まれます。

イ 平成23年度 在宅医療に関する主な取組（予算事業）

事業名	平成23年度 予算 (千円)	事業内容
在宅医療普及促進事業 (保健福祉企画室)	116,034	医療、介護、福祉の連携体制の構築に向け、在宅療養支援体制の推進を図るための取組を行う。
在宅歯科医療連携事業 (医療推進課)	5,103	在宅歯科医療における窓口を設置し、地域における在宅歯科医療の推進及び他分野との連携体制の構築を図る。県歯科医師会に対し、以下の業務を委託する。 ①在宅歯科医療連携室の整備 ②在宅歯科医療連携室の業務
在宅歯科診療設備整備 費補助 (医療推進課)	13,881	在宅歯科医療を担う歯科医療機関に対し、必要な医療機器等を整備し、質の高い歯科医療の提供を推進する。
訪問看護推進事業 (安心と希望の医療を支える 看護職員確保定着推進事業) (医療推進課)	488	訪問看護サービスの推進及び充実を図るため、関係者の研修や連絡調整等、訪問看護充実のための課題と対策等を検討する。 ①訪問看護推進協議会の開催 ②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 (岩手県看護協会に委託)
在宅医療連携拠点事業 (医療推進課)	国の 直轄事業	在宅医療を提携する機関等を連携拠点として、地域包括支援センター等と連携しながら他職種連携を促進し、分断した医療と介護を包括的に提供できる体制を構築する。 (医療法人 葵会 もりおか往診クリニックにおいて、複数医師を有する地方都市型の訪問診療特化型の無床診療所モデルを実施。)
難病特別対策推進事業費 (健康国保課)	15,024	難病患者の療養生活の向上を目的として、保健所を中心とした地域での支援体制を構築するとともに、重症化した場合の入院施設の連絡調整を行う。また、市町村が行う福祉サービスに要した費用を補助する。
緩和ケア啓発推進事業 (長寿社会課)	1,550	緩和ケアに従事する人材の育成、患者・家族の支援、県民への普及啓発を実施する。 ①緩和ケア医師研修事業 ②緩和ケア患者・家族支援事業 ③普及啓発事業
重症心身障がい児(者) 通園事業 (障がい保健福祉課)	48,190	在宅の重症心身障がい児(者)に対し、通園の方法により、日常生活動作に係る指導等、必要な療育を行う。
精神科救急医療体制整備 事業 (障がい保健福祉課)	140,340	休日及び夜間において、精神疾患の急発・急変等により速やかな医療及び保護が必要となる者に対し、迅速かつ適切な精神医療が提供できる体制を整備する。 ①精神科救急医療体制連絡調整委員会の開催 ②適正受診の啓発 ③精神科救急情報センターの運営 ④精神科救急医療施設運営事業 ⑤精神保健福祉法に基づく移送事業
精神障害者地域移行支 援特別対策事業 (障がい保健福祉課)	66,332	受入条件が整わず退院不可能になっている入院中の精神障がい者の地域移行に向けた支援を推進する。 ①県委員会の設置・運営 ②指定相談支援事業者委託分 ③アウトリーチ推進事業
障害者自立支援事業 (高次脳機能障害者支援 普及事業) (障がい保健福祉課)	4,121	高次脳機能障がい者に対する支援体制の確立を図る。 ①支援拠点機関に支援コーディネーターを配置し、支援対象者の社会復帰のための相談支援、地域の関係機関との調整等を行う。 ②研修事業 ③連絡協議会の設置・運営 ④ワーキンググループの設置・運営
在宅進行性筋萎縮症者 指導事業 (障がい保健福祉課)	1,110	進行性筋萎縮症に罹患している身体障がい者の障がいの程度・状態等について専門医による診査、必要な相談指導、訓練を行う。

ウ 県内各地域での主な取組



(5) 保健所調査の実施

- 平成23年11月に各保健所で策定されている「医療連携推進プラン」を踏まえた保健医療圏内の在宅医療に係る現状と課題について調査を行った。
- 医療連携推進プランの在宅医療に関する部分が未達成の場合、その要因はどのようなものが考えられるか、という問いに対し、人材の不足、医療機関・介護サービスの不足、及びチーム医療体制の構築困難など各保健所とも幅広く多くの課題を感じている状況にある。

○ アンケートの概要

基準日：調査時点（平成23年11月）

調査対象：県内の各保健所

○ アンケート結果

- ・「医療連携推進プラン」の中の在宅医療に関する部分について未達成のものがある場合、その要因はどのようなものですか。

（各保健所の回答状況）

	県央・盛岡	中部	奥州	一関	大船渡	釜石	宮古	久慈	二戸
人材の不足		○	○		○	○		○	○
医療機関・介護サービスの不足		○	○		○	○		○	○
チーム医療体制構築の困難	○	○	○						○

（その他具体的内容）

- ・在宅療養支援診療所を中心とした在宅医療提供体制の整備
- ・在宅療養支援診療所と介護事業所等との連携
- ・往診クリニックやホスピスを担う医療機関の不足
- ・開業医院の不足
- ・急性期から回復期、在宅への機能分担を行える体制の充実の必要性

○ 課題を解決するための具体的方策（保健所回答）

課 題	方 策
人材の不足	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護師の都市部と地方における偏在性の解消、医師の地方勤務の義務化 ・訪問診療の医師確保 ・診療所の医師による訪問診療の実施拡大 ・緩和ケアチームスタッフの充実
医療機関・介護サービスの不足	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関・介護サービス事業所等の偏在性の解消 ・訪問看護ステーションの整備 ・訪問看護ステーションを実施する介護サービス事業所の充実
チーム医療体制構築の困難	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療（介護）を受け持つ窓口を明確にすること ・在宅患者に関係する機関等における多職種連携に向けた顔の見える関係を進めるための情報交換の機会を増やすこと ・各関係する機関が在宅患者の情報を共有するためのネットワークづくりに向けた環境整備をすること。 ・「医療連携クリティカルパス」の導入の推進

3 本県として目指すべき姿

広大な面積を有する本県は地域の医療資源、介護資源に偏在があり、今後、より身近な日常生活圏の単位で取り組んでいく必要がある在宅医療においては、地域の実情に応じて、特色を活かした取組をしていくことが必要となる。

今後、県内の各地域において在宅医療を推進していくに当たっては、まず、医療と介護の提供側、また受け手となる住民の側を始めとする在宅医療に関わる全ての人々が今後の目指す姿について、共通の認識を持って進めていくことが重要である。

～ 目指す姿（提案） ～

- 健康増進、疾病予防から医療への連携、退院時や在宅療養における医療と介護（福祉）の連携など、切れ目のない保健・医療・介護（福祉）の連携を推進していく。
- 県内の在宅医療に関わる全ての職種が、在宅医療の主体が本人・家族であるということを共通認識として共有し、在宅医療を支える体制を作る。
- 住み慣れた生活の場において提供される在宅ケアと施設ケアが、共に患者中心に提供されるよう地域の実情に合った取組み方で体制を構築していく。
- 行政は在宅医療の担当窓口を明確にする。
- 住民サービスにもっとも身近な行政機関である市町村は、地域にあった医療と介護のサービスの提供体制を住民とともに目指していく。
- 県は全ての二次保健医療圏域において安心して在宅医療が提供される環境を構築するための体系的な施策を講じていく。

4 本県における在宅医療推進の課題

本懇話会第1回及び第2回にそれぞれ議事に従って意見交換を行った。その意見交換を通して、また保健所調査等から、さまざまな立場で感じている課題及び問題点が明らかになった。報告書ではその課題等を、「連携に関する課題」、「在宅医療を支える地域医療体制」、「地域資源・在宅医療を支える専門人材」、「本人・家族等に関する課題」、「行政としての役割・取組」、「その他」の6つに分類し、整理した。

以下は分類した6つの課題及び主な意見である。

課題1 連携に関する課題

- 職種、地域、施設での連携とネットワークの支障となっているものの解消
- 患者への在宅医療提供体制等の情報共有体制の整備、仕組みづくり
- 在宅医療に関する普及啓発・相談等のあり方

<主な意見>

(1) 地域連携に関する課題

- ・資源の恵まれている地域とそうでない地域で取組もやり方も変わってくる。
- ・地域の取組に地域差がある。「地域連携」ということをもう少し具体化して、それぞれの地域に応じた具体的なものに展開していかなければいけない。
- ・在宅での生活の中で、どういう地域がどういった形で関わり、地域づくりを行うかが大切である。(隣近所でも介護者の負担を軽減するために、日中は地域の人たちが代わりに見るといったような連携もできる。)

(2) 職種間等の連携に関する課題

- ・地域内の開業医、訪問看護ステーション、ケアマネジャーとの連携が必要である。
- ・介護職と医師との連携、関わりを深める。(介護職の医療に関する知識不足)
- ・在宅での歯科医療のニーズは高いが、実際に歯科受診をしたり、訪問診療を実施したりしているのは3割にも満たない。他の団体と連携し、ネットワークを構築する必要がある。
- ・歯科に紹介が来るのは介護施設からが一番多く、一般の診療所、訪問看護ステーションからの紹介が少ない。
- ・介護職がなかなか医療に関わっていない。そのため、ケアマネジャーが医療サービスをうまく使えていない。
- ・看護を含めて医療とするならば、医療と介護の連携、ドッキングを重点的に進めるべきだと思う。

- ・看護も含めた、医療側の在宅に対する、意識改革の必要がある。介護職の人間が医療側にスムーズに近寄れるような雰囲気を作る必要がある。
- ・在宅をやっていると感じるのは、全て今のサービスは点で結んでいるような形になっている。
- ・患者さんの紹介は点で依頼が来る。患者さんの紹介が点できて、それをまた線で結んで、必要な人たちに結んでいくというのが今の在宅医療である。その、点と線のところをもう少し内容を詰めていく「連携の仕方」というものを工夫していく必要がある。
- ・専門職があくまでも本人・家族が主体であるということ認識し、その人が困っているということであれば、どこまでも付き合っていくという姿勢、これを共通認識として各職種が持っているということがすごく大切ではないかと思っている。
- ・責任ある判断を誰がするか、これは医師しかいない。介護施設などで看護師が入っても判断するのが辛くて辞めてしまう。夜中でも携帯などでホットラインがあって、電話してやりとりができる環境があれば、看護師も比較的安心して在宅での仕事もできるのではないか。
- ・施設と連携する医療機関とのシステム、連絡ができるシステムが出来ていればいいが、できていない施設もあるように感じている。
- ・歯科に関しては、県の補助で「在宅歯科医療連携室整備事業」及び「在宅歯科診療設備整備事業」の2事業をやっているところだが、結論から言うとネットワークをもう少し深めて行きたい。こういった会議を含めてさまざまに発信しながら、皆様方と一緒に在宅をいい方向に持っていきたいと思っている。
- ・病院でのやり取りの中で同じ方向を向くのが難しいと感じることが良くある。なかなかその人らしい生活に向けて病院の看護師と一緒に進んでいけないという状況があると感じている。
- ・県立病院の場合だと退院支援であったり、医療相談室の動きが福祉の側から見てもなかなか見えて来ない。上手くいっていないような感覚を中間職について感じている。
- ・在宅ケアに関わる人をどんどん病院に入れて顔の見える関係をつくり、在宅にスムーズに移行していく仕組みを岩手県全部に作っていかねばならないと思っている。
- ・一生懸命看護や介護をしても栄養の指導を上手くコントロールできていないと駄目だということである。今医師の指示の基に栄養士が在宅に入る時代だと話を聞いたので、そういったことも今後の部分として入れると面白いと思った。
- ・主治医意見書に訪問栄養指導という項目がある。訪問栄養指導という項目にチェックを入れても今は全然動かない、動いていないと思う。歯科についての項目もあるが、これもチェックしてもどこかで止まってしまっている。訪問看護やリハビリなどへはつながってくるが、栄養士の問題と歯科の問題はチェックしてもそこにつながらない、つながっていないというのが現状である。出てきた主治医意見書を見てケアマネがどこに行けばいいか分かればかなり進むのではないか。その部分が分かれば連携していけると思う。
- ・組織だって医師のグループを作ってもなかなか信頼できる関係までに持ち込めない。

課題2 在宅医療を支える地域の医療体制・地域資源

- 医療・介護施設の整備及び地域差の解消
- 医療依存度の高い患者のレスパイト先の整備・後方支援病床の整備
- 既存の医療施設等の掘りおこし

<主な意見>

- ・資源のあるところでは色々と連携して在宅療養支援診療所としてできるところを、資源が少ないところでは24時間縛って、訪問診療、往診をしなければいけない。そういったところで抵抗感があり、なかなか診療所が在宅療養支援診療所に参加、手を挙げないのではないかな。
- ・場合によっては、公的な病院も巻き込んでいかなければ回らない地域もあるのではないかな。民間だけではなかなか回らない地域があり、そこをどうするか、そういった課題がある。
- ・状態が急変した時に24時間対応してくれる、という本当の往診というものがかなえば、「地域が病院」といったものにまた一歩近づくのではないかな。
- ・地域ごとサービス事業所の資源に差があり、サービス事業所が少ない地域だと、個々人の能力向上意識に欠ける、ということもあるようである。そういったことをなくすためにもサービス事業所などの地域差をなくし、質の底上げをしていけるような仕組みを作っていく必要がある。
- ・医療依存度が高い要介護者を介護する人のレスパイトケアをできる場所が少ない。(施設で利用者さんを受け入れてくれない現状がある。) 医療依存度が高くても気軽に施設を使えるようになればいい。
- ・郡部に行くと県病も診療所化になっているが、そういうところも巻き込まないと本当に民間だけでは24時間365日診療に責任が持てない。なかなか思い切って手を挙げられない、という現実があると思うが、一方で県立病院はどうかというと、県立病院もいっぱいいっぱい、という状況である。
- ・医療と介護の連携という具体的な、施設ではない複合サービスを岩手県のようなところでこの複合サービスを最大限バックアップして、やりたいところにはどんどんやらせて、最大限作った方が、医師不足の地域においても医療がある程度確保されるのではないかなと思っている。
- ・今後、高齢者が減るため、施設ケアは経営が成り立たなくなり、結局在宅ケアを一緒にやっていたかなければならない、そういった時代が来るだろう。
- ・在宅推進という考え方の中には在宅医療を希望する方へのいろんなサービスの提供も勿論あるわけだが、このまま施設をどんどん作っていけば施設も空いてくるということになる。あらためて在宅医療を進める原点がこういったところにもある、という説明も必要である。
- ・在院日数のことや次の方を入れなければいけないといった理由から、介護職の方と一緒に、足並みをそろえる時間がないのが今の病院である。病院のレベルに応じて、スピードのあるところ、ゆっくりやれるところそういった棲み分けを、病院でももっとスピードアップして考えてもらえないかなというのが今現在の思いである。
- ・在宅をやっていると駆け込み寺のようなところがほしい時がある。県立病院などは紹介するのになかなか敷居が高い。また、大槌、山田、高田あたりにもそういった病院が必要なのではないかなと思う。
- ・地域における高齢者の見守りの取組みと連携の必要性がある。

課題3 在宅医療を支える専門人材

- 医療・介護従事者の総数確保
- 在宅医療分野への就業促進及び就業定着支援
- 人材の育成・教育支援と在宅医療への理解促進
- 他職種連携のための研修のあり方、他職種で行う研修
- サービスの均質化

<主な意見>

- ・看護師と介護人材の確保及び教育、研修体制の整備の必要性がある。
- ・医療・介護に関わるスタッフの充実を図っていかなければならない。
- ・医師の確保、看護師の確保をしなければならない。
- ・看護師、介護士の人材が不足しているため、人材確保の必要性がある。
- ・在宅訪問栄養士の確保や掘り起こし、事業所の拡充をしていく必要がある。
- ・介護職が単に病気を知るというだけではなく、その病気はどういった予後をもたらすのか、その治療上でどういったことが起こりうるのか、介護職としても学びを深めていかなければいけない。
- ・訪問看護サービスの利用者数が伸びていないのは、ケアマネの医療に関する知識が足りないことも挙げられるのではないかな。
- ・職種間、職種ごとに能力の差がある。
- ・まずは看護学校をちゃんと定員割れしないようにバックアップする。そういったところからやっけていかないといけないのではないかな。
- ・少ない看護学生が岩手県で育って県外で働くという状況もあるので、そういうところをどうするか、が問題ではないかな。専門性を求めるのもいいが、閉鎖している看護専門学校もあり、まず数を確保しないと、どうにもならないということもある。こういう現状では研修研修、と負荷をかけるだけでは嫌気がでてしまう。
- ・行政として市町村は地域にあったシームレスな医療と介護のサービスの提供方法を教育する、PRしていく必要がある。
- ・今の専門職はかなり割り切った考えを持っているのが現状である。そういう人たちへの専門というものをどう教育していくかが問題である。
- ・できればコーディネートするような、指導助言できるような人一人を雇う、作るような形で、人数ということも一つあるけれども、本当に専門性で指導できる、医療関係の助言もできる、そういう人を置くというのも一つの育てる方法論かなと思っている。
- ・学校を卒業すると中央に行くという傾向がある。地方から来た子は盛岡に、盛岡にいる子は仙台・東京に行くといった傾向がある。
- ・責任ある判断を誰がするか、これは医師しかいない。介護施設などで看護師が入っても判断するのが辛くて辞めてしまう。夜中でも携帯などでホットラインがあって、電話してやりとりができる環境があれば、看護師も比較的安心して在宅での仕事もできるのではないかな、という部分もあると感じている。(再掲)

- ・「在宅で安心して暮らす」という中にご家族や関わる医療職の看護師であっても責任ある判断をさせるとするのは酷な話で、それは一番辛い話だということを念頭において計画を練って欲しい。
- ・大きな病院の看護師が介護に関する知識が不足している、と思うことがある。病院の看護師一人一人がそういった介護に関する知識を得る機会があれば、もう少しスムーズに在宅移行することができるのではないかと思う。
- ・医師はいかに目の前に来た患者を助けるか、手術方式をどうするか、そっちに労力を全て傾注していて、それが終わると次の段階で頼みます、となる。介護に関心がないというのではなく、やはり労力を使っているところがおのずと違うというところがある。
- ・主治医意見書は、本来ならばその人の介護や生活にどうかとか、そういった視点でのことを書いてほしいものであるが、医療のことばかり書いてしまう医師もいる。
- ・ある程度医療が分かる、中間に入る人、ある程度病院でやっている医療も分かり、介護が分かるケースワーカー、もう少し発展的ケースワーカーがいて、その方がそこで仲介役取ってくれれば、スムーズに行くのかもしれないという気はしている。
- ・主治医意見書の書き方勉強会なども必要なのではないかと実感している。
- ・一生懸命看護や介護をしても栄養の指導を上手くコントロールできていないと駄目だということである。今医師の指示の基に栄養士が在宅に入る時代だと話を聞いたので、そういったことも今後の部分として入れると面白いと思った。(再掲)

課題4 本人・家族等に関する課題

- 県民への理解促進・普及啓発
- 医療・介護従事者への理解促進
- 行政職員への理解促進
- 家族介護者の在宅に関する知識の向上と負担軽減

<主な意見>

- ・介護をしている人たちの負担を軽減する必要がある。
- ・医療依存度が高い要介護者を介護する人のレスパイトケアをする場所が少ない。
(施設で利用者さんを受け入れてくれない現状がある。) 医療依存度が高くても気軽に使えるようになればいい。(再掲)
- ・御本人と御家族がどういったときに在宅に戻ることを躊躇するか、というと大きく2つあると思っている。一つは自宅で状態が急変したとき。もう一つは急性期が終わって、退院するときに、家族と本人が治療は終わったけれども、この状態で、自宅でどうやって生活できるのか、というイメージができなくて、施設に入りたい、となってしまう。
- ・ホテルコストを取る施設ケアよりも、在宅ケアを推進して県民全員で支えていかないと、どんどんお金がなくなってしまうと県民にPRしていく必要がある。

- ・在宅歯科医療連携室整備事業を実施しているが、相談件数が13件であり、まだまだ少ないと感じている。歯科の在宅はまだ周知されていないなということを非常に実感している。
- ・施設とかで空きがあったならラッキーであり、あくまで在宅でつなぐというしか手がない、というようなことがほとんどだと思う。そうしたときに在宅にスムーズに、家族が悩まなくてもいいように、というのが多分家族が望むところだと思っている。
- ・在宅での歯科が進まない理由の一つに本人と御家族がやはり歯科に対する認識が薄いということがあるかもしれない。ケアマネが進めても必要無いとなってしまう場合があるかもしれない。

課題5 行政としての役割・取組

- 在宅医療のニーズ及び課題の把握
- 保健・医療・福祉サービスと提供体制と取組の一体化
- 県の取組・市町村の取組
- その他、県立病院等公的機関での取組

<主な意見>

- ・地域の中で介護をして、在宅で医療を受けやすい環境を作っていくことが重要である。
- ・具体的に実施していく段階であり、そのためにそれぞれの地域で、自分と家族と地域の中で、どのような行動を起こさなければならないのか、ということをもう少し強力に進めていくのも行政の役割ではないか。
- ・介護休暇をとりづらい、などといった身近な課題の部分についても具体的に解消していくということを出していく必要がある。
- ・「地域が病院」というような感じで構成できる、地域づくりの中で地域医療が展開できるのが理想。
- ・町全体が一つの健康センターという機能を進めていくことが理想。
- ・保健医療福祉介護を限定的に機能させるのではなく、町長、医師、職員がベクトルを同じくして進めなければいけない。
- ・市町村レベルで、積極的に在宅推進課があるところは数えるぐらいしかないのではないかと。利用者からみてもサービスを提供する側から見ても何か相談したいと思っても、当局に相談するところがない。
- ・岩手県の場合、医療の均てん化をめざして県立病院がこれだけある。とすれば、県の方向性を示す上では県立病院をなくしては語れない、必要だと思っている。
- ・行政として市町村は地域にあったシームレスな医療と介護のサービスの提供方法を教育する、PRしていく必要がある。(再掲)
- ・医療と介護の連携という具体的な、施設ではない複合サービスを岩手県のようなところで最大限バックアップして、やりたいところにはどんどんやらせて、最大限作った方が、医師不足の地域においても医療がある程度確保されるのではないかなと思っている。及川委員(再掲)
- ・相談の窓口がない。行くと制度に色々分けられているので、ここじゃない、あっちじゃないと、結論が出ないことが多い。

- ・県の歯科医師会としても動いているが、この会議も県の方の医療計画に加味されるということなので、そこから市町村の方におりていく、市町村でも色々と議論いただければと思っている。
- ・福祉介護の中に医療がサポート的に入っていくというような取組をこれから自治体として提案していきたいと思っている。
- ・行政のやる役割という部分ではお金以外にも地域の社会資源なり、身の丈にあった、計画なり、ネットワークづくりをしていかないと、一つのものを作ってあてはめるのはなかなか難しいと感じている。地域の実情にあったものが大切である。
- ・なかなか栄養士と歯科に連携が繋がっていかない。行政のほうでも音頭をとってもらってそのあたりを調整してほしい。

課題6 その他

<主な意見>

- ・資源の恵まれている地域とそうでない地域で取組もやり方も変わる。一つに方向性を決めるのではなく、地域単位、動ける単位でやらないといけない。地域地域で、その特質を活かして、やれることをやっていく必要がある。
- ・例えば、大槌は大槌のやり方、被災した地域のやり方があると思う。
- ・今回懇話会を設けたので、1つでも2つでも実行に移せるものがあればいい。
- ・岩手の持つ特色、人的、地理的、資源的な部分を考慮し、これを市町村ごとにでも、地域ごとにでも、これが「岩手方式」だ、といった例につながっていくようなものに盛り上げていきたい。
- ・全ての人に関係することだと思う。そういった視点で捉えて、自分自身が心身共に弱って、老後を過ごす場合にどうすればいいのかということから考えると、こうすべきか、ああすべきか、ということが出てくるのではないかと感じている。
- ・在宅医療というのはものすごく大きなものに見えるのだけれども、思うに在宅ケアの中に在宅医療があって、在宅医療というのは在宅ケアのほんの一部だと思っている。
- ・薬を在宅に配達することが可能になるならば、特区をとってでも宅配をして欲しいと思っている。今後社会保障カードが出てきて、社会保障カードで本人確認ができるような体制ができてくると思う。また、社会保障カードが生まれる前にでも岩手県版で薬を在宅に届けるのが宅配にできるといいと思っている。
- ・在宅医療を推進するあまりに在宅医療というと大きく新聞に載ってしまって、在宅ケア、介護、在宅介護などが、医療の下にあるようなイメージになっている。在宅ケア、いわゆる介護とか介護家族など全員が関わる仕組みが在宅ケアであって、在宅医療はその一部なので介護とかサービスとか行政とかの部分がないと、医療は成り立たない、医療だけでは支えきれない。
- ・生活が成り立たないところに医療はなし、と思っている。ご飯が食べられないという人に医療だけ、というのはありえなくて、ご飯を食べられて、生活が成り立って、初めて医療というものは有効に効果を発揮する。

- ・例えば被災した地域、釜石などは県立釜石病院などがあつたりしているが、大槌とか山田、高田などはベッドがないといった状況であり、介護施設も被災している。そうすると在宅でやっつかざるを得ないと思う。
- ・車で往診や訪問診療に行く際に、配られている緊急往診用のステッカーを置けば、違反検挙されないわけであるが、在宅医療というのは緊急往診ではないため、駐車場が近くにならぬといった場合には大変困る。また、訪問看護や福祉関係の仕事をしている方々も車で行くことになるが、そういう場合は困っているようである。
- ・今度の診療報酬改定で強化型の在宅療養支援診療所・病院が新しく出来た。例えば同じ施設などに複数の診療所が入るとすぐ、診療所によって料金の違いが分かるようになり、この制度も簡単に進むかまだわからないところがある。

5 今後の方向性と具体的取組の提案

- 意見交換等を通して「連携に関する課題」、「在宅医療を支える地域医療体制」、「地域資源・在宅医療を支える専門人材」、「本人・家族等に関する課題」、「行政としての役割・取組」、「その他の意見」が課題として明らかになった。
- 今回課題に対応する形で5つの基本的方向性を懇話会として柱立てした。今後、県として在宅医療の目指す姿を実現する上で、課題や問題となっているものの解決を図るため、この5つの方向性の柱を基本として県の施策などに反映していただきたい。

方向性1 在宅医療を支えるための連携・ネットワークづくり

- 意見交換を通して多職種での連携、地域間での連携など、さまざまな連携に関して課題があることが分かった。

在宅医療を行うに当たっては病院と診療所、訪問看護ステーションと介護施設など多くの施設、多様な職種と人々が関わるため、その連携とネットワークづくりを促進していく。

<在宅医療に関わる人>

患者とその家族、近隣の住民、ボランティア

医師・歯科医師・看護師・薬剤師・栄養士・MSW・ケアマネジャー・介護士その他医療介護に関係する職種

<在宅医療に関わる施設や団体>

病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護保険施設、市町村、医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、他

<必要があると想定される連携>

他職種連携	医療職、介護職など異業種間での横の連携
職種間連携	同じ職種同士での連携
施設間での連携	病診連携、診診連携、訪問看護ステーションとの連携、介護施設などとの連携
医療と介護の連携	他職種間での情報共有など
地域間での連携	在宅患者を取巻く地域内での連携
患者・家族間の連携	在宅患者及び介護をする家族同士での連携
行政他関係団体との連携	県と市町村、市町村同士、また医師会や歯科医師会、看護協会との連携

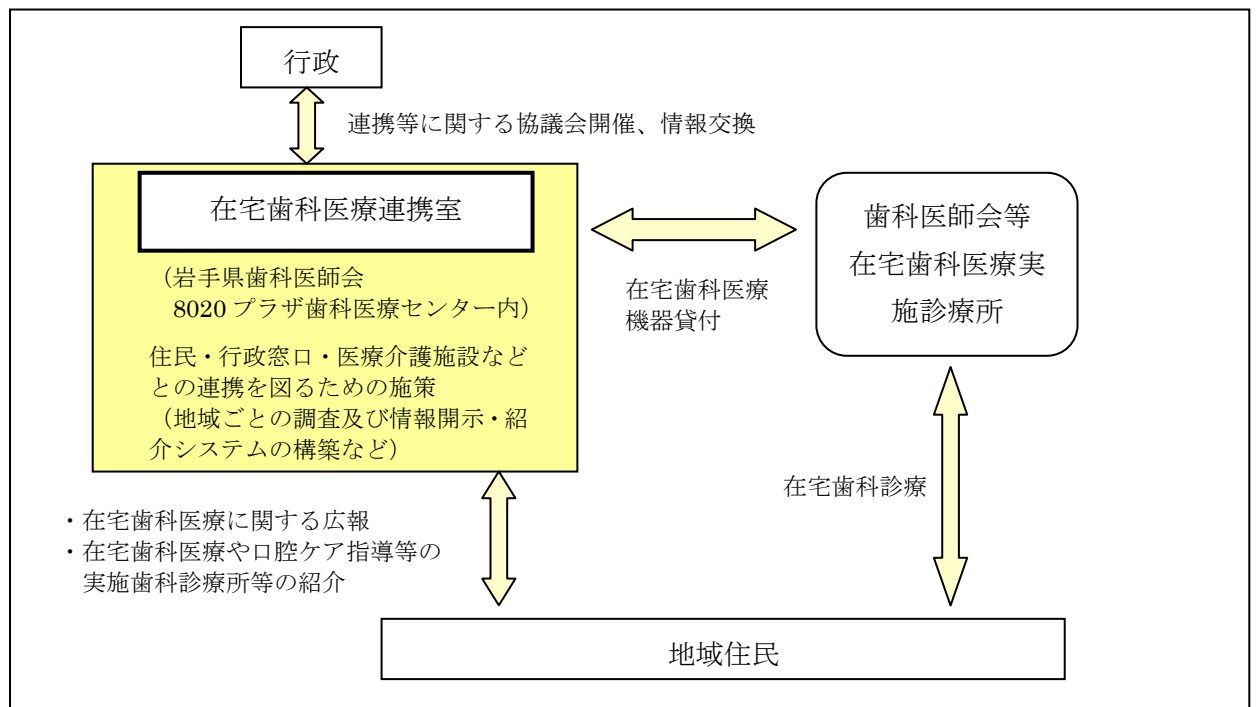
<今後の具体的取組方策（提案）>

◆ 在宅医療相談窓口の設置

専門職が相談できる在宅医療総合調整窓口を設置し、情報の一元化と専門職同士の連携を促進する。

- ◆ 患者家族の相談窓口の設置
患者家族が相談できる窓口を設置し、患者家族同士の連携を推進させる。さらに、患者家族の負担軽減をする。
- ◆ 多職種での勉強会、研修会の実施
職種間連携を強固にするために医療・介護に共通するテーマを取り上げた、他職種での勉強会や研修会の開催。職種間の相互理解促進を図る。
具体的にはケアマネジャーや介護士などの介護職に対して医療に関する勉強会の実施、病院医師及び診療所の医師に対して主治医意見書の書き方研修会の実施や、病院看護師に対し介護関係について学ぶ機会を作り、それぞれの専門分野外に関する知識を向上させていく。
また、診療所や訪問看護ステーション、介護施設職種間で相互に研修や、他職種で行うグループワークなど、意見交換などを通してそれぞれの立場での理解を深めていく。
- ◆ 各地域単位での在宅医療の検討会、現状報告会の開催
各地域での連携推進や、情報及び現状等を共有するため、定期的に連絡会や現状報告会を開催する。
県においては保健福祉部、医療局、保健所、自治体病院を持つ市町村との共通認識の場を設定する。
- ◆ 地域の医師が連携して取り組むグループ診療制の実施、休日当番制の実施
地域ごとに数人の医師チームを組み、診療体制を整備する。また、夜間や休日は当番制とし、当番医のみ自宅待機し緊急往診に備える。これにより、在宅医の負担軽減及び患者家族の安心につなげる。
- ◆ 関係職種が患者の情報を共有できるようなシステムの構築
- ◆ 岩手県在宅歯科医療連携室の周知拡大をしていく。

※在宅歯科医療連携室



- ◆ 医療機関と介護施設等とのネットワークづくり
訪問看護ステーションや介護施設、複合型施設など医師が常駐していない施設、特に医師不足の地域で緊急時に連絡できる医療機関を持つようにする。
また、24 時間医師と通じることができる緊急相談ホットラインの窓口等を作る。また、連絡先の一覧表などを作成する。

- ◆ 連携マニュアル等の作成
ケアマネジャーが業務を適切に行うことができるよう連携各職種の連絡先、相談先のマニュアル等を作成する。
- ※ 医療・介護連携ワークショップの開催（一関市）
患者・家族が住みなれた地域・家庭・施設で介護・在宅療養・看取りができるよう、体系的に地域の医療・介護実務者のワークショップを行い、医療に対する敷居感を低くし、顔が見える連携を促進するとともに、他職種連携の視点で必要な在宅医療・在宅介護のスキルアップを図る。
- ※ 地域医療・介護連携先進地視察研修（一関市）
地域医療連携システムを独自で構築し、取り組んでいる宮城県大崎市民病院を視察し、事業活動に資する。
- ※ 医療と介護の連携を考え語り合う会（中部保健所）
地域の医療と介護の従事者及び行政などの関係団体が集まって意見交換を行う。
- ※ 連絡一覧表の作成（胆江医療圏）
医療・介護の実務担当者の負担軽減を目的として、医療機関や介護事業所の情報や連絡窓口先を記載した一覧表を作成している。
- ※ 医療と介護の連携マニュアル及び情報共有シートの作成（胆江医療圏）
医療と介護の連携をより円滑なものとし、経験の少ないケアマネジャーが業務を適切に行うことができるよう支援することを目的として作成し、関係機関へ配付している。

一方向性 2 - 医療機関等地域資源の整備

- 県内の各地域で在宅医療の資源に偏りがある。在宅医療の中心となる在宅療養支援診療所をはじめとした医療機関や薬局、訪問看護ステーション、介護施設の整備を進めていく。

また、既存の施設が在宅医療に取り組むよう支援をして県内の医療資源及び社会資源の地域差を解消していく。

<今後の具体的取組方策（提案）>

- ◆ 複合型サービスの整備支援
来年度介護保険のサービスとして新しく創設される、複合型サービスを特に医師不足など医療資源が不足している地域で支援する。
- ◆ 医療資源、介護資源の施設整備、設備整備への支援
在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、介護施設などに対して施設整備、設備整備を行う際に支援をする。
- ◆ 後方支援病床の整備、受入体制の仕組み作り
在宅患者の急変時に備えて病院へ空床確保支援や連携を円滑にするための仕組み作りをする。

- ◆ 経営アドバイスの窓口の設置
新規に訪問診療、往診を行う診療所や在宅療養支援を始めようとする診療所、病院及び歯科診療所などにコンサルティングやアドバイスを行い、既存施設の掘り起こしを行う。
また、訪問看護ステーション、介護施設などへもコンサルティング支援を行う。
- ◆ 病院の機能分化
それぞれの病院が地域での役割や機能を明確にして、機能分化を図る。
- ◆ 訪問歯科診療や訪問栄養指導等活用されていないサービスの提供体制について実態を把握し、対応していく。
- ◆ 医療機関と介護施設等とのネットワークづくり（再掲）
訪問看護ステーションや介護施設、複合型施設など医師が常駐していない施設、特に医師不足の地域で施設が緊急時に連絡できる医療機関を持つようにする。
また、24時間医師と通じることができる緊急相談ホットラインの窓口等を作る。また、連絡先の一覧表などを作成する。
- ◆ 高齢者の見守りシステムを作る。
高齢者の安否を確認できるようなシステム作りをする。単身高齢者の見守りネットワークなども構築する。
また、地域における高齢者の見守りの取組みと連携をしていく。

一方向性3－専門人材の確保と育成

- 在宅医療を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士、介護職員、ケースワーカーなどの専門人材の確保及び育成を図っていく。

<今後の具体的取組方策（提案）>

- ◆ 就職セミナー、講演会等を通して就業定着の支援実施
在宅医療に関わる人材を確保するため、セミナーや講演会を通して就業の促進及び定着を図る。
 - ◆ 多職種での勉強会、研修会の実施（再掲）
職種間連携を強固にするために医療・介護に共通するテーマを取り上げた、他職種での勉強会や研修会の開催。職種間の相互理解促進を図る。
具体的には介護職やケアマネジャーなどの介護職に対して医療に関する勉強会の実施、病院医師及び診療所の医師に対して主治医意見書の書き方研修会の実施や、病院看護師に対し介護関係について学ぶ機会を作り、それぞれの専門分野外に関する知識を向上させていく。
診療所や訪問看護ステーション、介護施設職種間で相互に研修や、他職種で行うグループワークなど、意見交換などを通してそれぞれの立場での理解を深めていく。
 - ◆ サテライト研修の実施
業務多忙や開催場所が遠いために参加できない専門職のためにサテライト研修を導入する。
 - ◆ 助言、コーディネートできるような医療・介護職の中堅職員の確保
医療・介護職の中堅職員を外部から確保し、医療介護職の質を向上させる。
 - ◆ 介護福祉士国家試験の制度見直しに対する県の対応と今後の検討
- ※ 医療と介護の連携をテーマとした研修会の実施（胆江医療圏）

一方向性 4 - 在宅医療に関する理解促進

- 地域の住民をはじめとして、県民全体で在宅医療に関する理解促進と知識の向上を促していく。
- 同時に患者家族の負担を軽減できるよう支援する。

<今後の具体的取組方策（提案）>

- ◆ 在宅医療に関する患者とその家族からの相談窓口の設置（再掲）
患者家族が相談できる窓口を設置し、患者家族同士の連携を推進させる。さらに、患者家族の負担軽減をする。
 - ◆ ポスター冊子等で周知 PR
在宅医療に関するポスターの作成及び冊子やパンフレットを作成する。
 - ◆ 在宅医療理解促進に関する講演会、勉強会の実施
県民向けまたは市町村民向けに県及び市町村が在宅医療理解促進に関する講演会や勉強会を実施する。
 - ◆ いわて医療情報ネットワークに在宅医療分野に関する情報を追加する。
休日在宅当番医についての情報や在宅医療支援診療所についての情報を検索できるように機能を追加する。
 - ◆ 計画停電に対応できるように在宅人工呼吸器等に対する支援制度を創設する。
 - ◆ 在宅での訪問歯科診療や栄養指導の必要性について周知していく。
- ※ 地域医療市民フォーラムの開催（一関市）
開催テーマ「医療と介護の連携」
高齢化が進み、介護を要する高齢者への医療の提供のあり方、市民が医療と介護のサービスを受けられるよう、医療と介護の連携体制づくりを促進するとともに、限られた地域の医療資源が有効に活用されることを目的に開催。600名参加。

一方向性 5 - 行政の主体的な取組の強化

- 在宅医療の普及を進めていくために、行政も積極的に支援関与していくことが重要である。また住民サービスに密着したサービスを提供している市町村も在宅医療に取り組んでいくことが必要である。

<今後の具体的取組方策（提案）>

- ◆ 各地域単位での在宅医療の検討会、現状報告会の開催
保健福祉部、医療局、保健所、自治体病院を持つ市町村との共通認識の場を設定する。（再掲）
- ◆ 県及び市町村で保健・医療・福祉の相談窓口を一本化するなど、在宅医療の担当窓口を明確にして、関係職種及び住民に周知していく。
- ◆ 在宅医療に関する調査の実施
県民向け及び専門職種向けに在宅医療のニーズ調査や課題を抽出する。
在宅療養中の高齢者の実態把握をする。

- ◆ 特区の申請、国への制度要求
介護認定手続きの簡素化、迅速化など現行制度で可能なものに積極的に取り組んでいく。また、薬の宅配や在宅医療、介護サービス事業者の車両などの緊急車両認定、医療施設の施設設置基準の緩和など現行制度で実現が難しいものは、特区制度の活用等を検討していく。
- ◆ 在宅医療推進モデルなどへの予算の裏づけのある支援
NPOや在宅医療に関わる人たちからの在宅医療推進モデル（特に複合型サービス）の提案へ行政が支援をする。
- ◆ 県及び市町村で在宅医療に関する適切な目標設定と進捗管理を行う。
- ◆ 県市町村、民間の役割分担を明確にし、今後の施策に位置づける。
- ◆ 病院の機能分化（再掲）
それぞれの病院が地域での役割や機能を明確にして、機能分化を図る。
- ◆ 訪問歯科診療や訪問栄養指導等活用されていないサービスの提供体制について実態を把握し、対応していく。（再掲）
- ◆ 高齢者の見守りシステムを作る（再掲）
高齢者の安否を確認できるようなシステム作りをする。単身高齢者の見守りネットワークなども構築する。
また、地域における高齢者の見守りの取組みと連携をしていく。
- ※ 医療と介護の連携に関するアンケート調査の実施（平成 23 年度）（一関市）
- ※ 花泉地域医療に関する意見交換会の実施（一関市）
花泉地域の医療の課題について、一関医師会、花泉地域医療機関及び一関保健所の代表者が意見交換会を実施。

6 資料編

都道府県別人口構成

都道府県名	総数人口 (人)	15歳未満人口 (人)	15～64歳人口 (人)	65歳以上人口 (人)	15歳未満人口割合 (%)	15～64歳人口割合 (%)	65歳以上人口割合 (%)	順番
全 国	128,057,352	16,803,444	81,031,800	29,245,685	13.2	63.8	23.0	—
北 海 道	5,506,419	657,312	3,482,169	1,358,068	12.0	63.3	24.7	24
青 森 県	1,373,339	171,842	843,587	352,768	12.6	61.7	25.8	18
岩 手 県	1,330,147	168,804	795,780	360,498	12.7	60.1	27.2	7
宮 城 県	2,348,165	308,201	1,501,638	520,794	13.2	64.4	22.3	38
秋 田 県	1,085,997	124,061	639,633	320,450	11.4	59.0	29.6	1
山 形 県	1,168,924	149,759	694,110	321,722	12.8	59.6	27.6	5
福 島 県	2,029,064	276,069	1,236,458	504,451	13.7	61.3	25.0	23
茨 城 県	2,969,770	399,638	1,891,701	665,065	13.5	64.0	22.5	36
栃 木 県	2,007,683	269,823	1,281,274	438,196	13.6	64.4	22.0	40
群 馬 県	2,008,068	275,225	1,251,608	470,520	13.8	62.7	23.6	33
埼 玉 県	7,194,556	953,668	4,749,108	1,464,860	13.3	66.3	20.4	43
千 葉 県	6,216,289	799,646	4,009,060	1,320,120	13.0	65.4	21.5	41
東 京 都	13,159,388	1,477,371	8,850,225	2,642,231	11.4	68.2	20.4	44
神 奈 川 県	9,048,331	1,187,743	5,988,857	1,819,503	13.2	66.6	20.2	46
新 潟 県	2,374,450	301,708	1,441,262	621,187	12.8	61.0	26.3	14
富 山 県	1,093,247	141,936	662,072	285,102	13.0	60.8	26.2	15
石 川 県	1,169,788	159,283	725,951	275,337	13.7	62.6	23.7	32
福 井 県	806,314	112,192	485,409	200,942	14.0	60.8	25.2	21
山 梨 県	863,075	115,337	531,455	211,581	13.4	61.9	24.6	25
長 野 県	2,152,449	295,742	1,281,683	569,301	13.8	59.7	26.5	11
岐 阜 県	2,080,773	289,748	1,282,800	499,399	14.0	61.9	24.1	28
静 岡 県	3,765,007	511,575	2,339,915	891,807	13.7	62.5	23.8	31
愛 知 県	7,410,719	1,065,254	4,791,445	1,492,085	14.5	65.2	20.3	45
三 重 県	1,854,724	253,174	1,142,275	447,103	13.7	62.0	24.3	27
滋 賀 県	1,410,777	210,753	897,583	288,788	15.1	64.2	20.7	42
京 都 府	2,636,092	334,444	1,653,812	605,709	12.9	63.8	23.4	34
大 阪 府	8,865,245	1,165,200	5,648,070	1,962,748	13.3	64.4	22.4	37
兵 庫 県	5,588,133	759,277	3,515,442	1,281,486	13.7	63.3	23.1	35
奈 良 県	1,400,728	184,011	875,062	333,746	13.2	62.8	24.0	29
和 歌 山 県	1,002,198	128,005	594,573	270,846	12.9	59.9	27.3	6
鳥 取 県	588,667	77,951	352,098	153,614	13.4	60.3	26.3	13
島 根 県	717,397	92,218	414,153	207,398	12.9	58.0	29.1	2
岡 山 県	1,945,276	264,853	1,178,493	484,718	13.7	61.1	25.1	22
広 島 県	2,860,750	386,810	1,765,036	676,660	13.7	62.4	23.9	30
山 口 県	1,451,338	184,049	857,956	404,694	12.7	59.3	28.0	4
徳 島 県	785,491	96,596	471,788	209,926	12.4	60.6	27.0	8
香 川 県	995,842	131,670	595,451	253,245	13.4	60.7	25.8	17
愛 媛 県	1,431,493	185,179	858,991	378,591	13.0	60.4	26.6	10
高 知 県	764,456	92,798	447,540	218,148	12.2	59.0	28.8	3
福 岡 県	5,071,968	684,124	3,227,932	1,123,376	13.6	64.1	22.3	39
佐 賀 県	849,788	123,447	515,206	208,096	14.6	60.8	24.6	26
長 崎 県	1,426,779	193,428	857,416	369,290	13.6	60.4	26.0	16
熊 本 県	1,817,426	249,606	1,093,440	463,266	13.8	60.5	25.6	20
大 分 県	1,196,529	155,634	717,319	316,750	13.1	60.3	26.6	9
宮 崎 県	1,135,233	158,588	680,854	291,301	14.0	60.2	25.8	19
鹿 児 島 県	1,706,242	233,379	1,016,150	449,692	13.7	59.8	26.5	12
沖 縄 県	1,392,818	246,313	897,960	240,507	17.8	64.8	17.4	47

平成22年国勢調査（総務省統計局）

都道府県別高齢者単身世帯等の割合

都道府県名	世帯総数 (世帯) A	うち 65歳以上 の高齢単 身者世帯 (世帯) B	高齢夫婦世帯 (夫65歳 以上妻60歳 以上の夫婦1 組のみの一 般世帯) C		高齢単身者 及び高齢夫 婦世帯 (世帯) D		3世代世 帯 (世帯) E				
			全体の 割合 (%) B/A	順 番	全体の 割合 (%) C/A	順 番	全体の 割合 (%) D/A	順 番	全体の 割合 (%) E/A	順 番	
全 国	51,950,504	4,790,768	9.2%		5,250,952	10.1%	10,041,720	19.3%	3,657,711	7.0%	
北海道	2,424,317	261,553	10.8%	10	292,775	12.1%	554,328	22.9%	95,398	3.9%	43
青森県	513,385	50,537	9.8%	18	49,933	9.7%	100,470	19.6%	67,147	13.1%	12
岩手県	483,934	43,479	9.0%	24	48,029	9.9%	91,508	18.9%	72,800	15.0%	7
宮城県	901,862	63,203	7.0%	45	77,063	8.5%	140,266	15.6%	102,427	11.4%	17
秋田県	390,136	39,463	10.1%	14	44,697	11.5%	84,160	21.6%	63,975	16.4%	3
山形県	388,608	29,683	7.6%	39	37,014	9.5%	66,697	17.2%	83,328	21.4%	1
福島県	720,794	59,534	8.3%	31	67,375	9.3%	126,909	17.6%	110,046	15.3%	6
茨城県	1,088,411	75,363	6.9%	46	106,273	9.8%	181,636	16.7%	126,910	11.7%	16
栃木県	745,604	52,870	7.1%	44	65,235	8.7%	118,105	15.8%	88,302	11.8%	14
群馬県	755,756	62,612	8.3%	30	79,589	10.5%	142,201	18.8%	72,230	9.6%	24
埼玉県	2,841,595	204,212	7.2%	43	277,297	9.8%	481,509	16.9%	164,339	5.8%	37
千葉県	2,515,904	191,292	7.6%	40	254,885	10.1%	446,177	17.7%	149,076	5.9%	34
東京都	6,393,768	622,326	9.7%	21	485,749	7.6%	1,108,075	17.3%	145,836	2.3%	47
神奈川県	3,844,525	308,463	8.0%	34	363,535	9.5%	671,998	17.5%	141,656	3.7%	44
新潟県	839,039	65,027	7.8%	37	82,932	9.9%	147,959	17.6%	137,031	16.3%	4
富山県	383,439	31,441	8.2%	33	40,411	10.5%	71,852	18.7%	61,692	16.1%	5
石川県	441,170	36,198	8.2%	32	44,548	10.1%	80,746	18.3%	49,170	11.1%	18
福井県	275,599	21,356	7.7%	38	27,549	10.0%	48,905	17.7%	48,215	17.5%	2
山梨県	327,721	29,318	8.9%	26	35,798	10.9%	65,116	19.9%	32,969	10.1%	22
長野県	794,461	68,614	8.6%	29	93,208	11.7%	161,822	20.4%	96,372	12.1%	13
岐阜県	737,151	57,299	7.8%	35	81,866	11.1%	139,165	18.9%	101,169	13.7%	11
静岡県	1,399,140	106,279	7.6%	41	138,565	9.9%	244,844	17.5%	164,065	11.7%	15
愛知県	2,933,802	217,326	7.4%	42	278,356	9.5%	495,682	16.9%	216,226	7.4%	31
三重県	704,607	62,804	8.9%	27	83,923	11.9%	146,727	20.8%	67,472	9.6%	23
滋賀県	517,748	33,890	6.5%	47	49,504	9.6%	83,394	16.1%	56,657	10.9%	19
京都府	1,122,057	110,366	9.8%	19	117,836	10.5%	228,202	20.3%	56,944	5.1%	42
大阪府	3,832,386	432,816	11.3%	8	387,712	10.1%	820,528	21.4%	136,427	3.6%	45
兵庫県	2,255,318	239,227	10.6%	12	251,451	11.1%	490,678	21.8%	127,290	5.6%	39
奈良県	523,523	46,901	9.0%	25	66,564	12.7%	113,465	21.7%	42,935	8.2%	27
和歌山県	393,553	50,309	12.8%	3	51,672	13.1%	101,981	25.9%	31,108	7.9%	28
鳥取県	211,964	19,535	9.2%	23	20,885	9.9%	40,420	19.1%	31,303	14.8%	8
島根県	262,219	27,279	10.4%	13	30,872	11.8%	58,151	22.2%	37,439	14.3%	10
岡山県	754,511	71,762	9.5%	22	87,916	11.7%	159,678	21.2%	67,328	8.9%	25
広島県	1,184,967	119,757	10.1%	15	136,435	11.5%	256,192	21.6%	65,531	5.5%	40
山口県	597,432	75,403	12.6%	4	81,586	13.7%	156,989	26.3%	35,971	6.0%	32
徳島県	302,294	32,365	10.7%	11	34,784	11.5%	67,149	22.2%	30,850	10.2%	20
香川県	390,474	38,301	9.8%	20	46,830	12.0%	85,131	21.8%	33,274	8.5%	26
愛媛県	590,888	69,375	11.7%	5	74,370	12.6%	143,745	24.3%	35,198	6.0%	33
高知県	321,909	44,773	13.9%	2	38,704	12.0%	83,477	25.9%	18,539	5.8%	38
福岡県	2,110,468	210,453	10.0%	17	200,212	9.5%	410,665	19.5%	122,182	5.8%	36
佐賀県	295,038	25,971	8.8%	28	28,760	9.7%	54,731	18.6%	43,272	14.7%	9
長崎県	558,660	63,245	11.3%	7	64,848	11.6%	128,093	22.9%	43,938	7.9%	29
熊本県	688,234	69,111	10.0%	16	75,318	10.9%	144,429	21.0%	69,575	10.1%	21
大分県	482,051	53,384	11.1%	9	60,323	12.5%	113,707	23.6%	35,552	7.4%	30
宮崎県	460,505	53,460	11.6%	6	58,358	12.7%	111,818	24.3%	26,801	5.8%	35
鹿児島県	729,386	102,443	14.0%	1	95,610	13.1%	198,053	27.2%	23,106	3.2%	46
沖縄県	520,191	40,390	7.8%	36	33,797	6.5%	74,187	14.3%	28,640	5.5%	41

平成22年国勢調査（総務省統計局）

死亡場所別にみた都道府県別死亡数

	総数	施設内	病院	診療所	介護老人保健施設	助産所	老人ホーム	施設外	自宅	自宅死亡割合	順番	その他
全 国	1,197,012	1,018,525	931,905	28,869	15,651	1	42,099	178,487	150,783	12.6%	-	27704
北 海 道	55,404	49,186	46,337	1,599	387	-	863	6,218	4,846	8.7%	44	1372
青 森 県	16,030	13,882	11,864	1,088	299	-	631	2,148	1,756	11.0%	32	392
岩 手 県	15,756	13,543	12,316	411	347	-	469	2,213	1,834	11.6%	26	379
宮 城 県	21,932	18,180	16,455	549	474	-	702	3,752	3,218	14.7%	6	534
秋 田 県	14,288	12,517	11,665	207	226	-	419	1,771	1,433	10.0%	37	338
山 形 県	14,084	12,031	10,922	234	188	-	687	2,053	1,683	11.9%	23	370
福 島 県	22,747	19,212	17,867	234	285	-	603	3,535	3,025	13.3%	15	510
茨 城 県	28,615	24,781	22,630	234	354	-	821	3,834	3,267	11.4%	29	567
栃 木 県	19,712	16,853	14,921	234	428	-	728	2,859	2,496	12.7%	17	363
群 馬 県	20,385	17,715	16,237	234	361	-	723	2,670	2,204	10.8%	33	466
埼 玉 県	55,487	48,040	44,905	234	430	-	1,359	7,447	6,402	11.5%	27	1045
千 葉 県	50,014	41,846	38,963	234	596	-	1,214	8,168	7,030	14.1%	9	1138
東 京 都	104,238	85,504	79,928	234	587	-	3,718	18,734	16,833	16.1%	2	1901
神 奈 川 県	67,760	56,430	52,456	234	604	-	2,572	11,330	9,722	14.3%	8	1608
新 潟 県	26,618	22,802	20,762	234	579	-	1,291	3,816	3,328	12.5%	19	488
富 山 県	11,875	10,275	9,464	234	185	-	445	1,600	1,313	11.1%	30	287
石 川 県	11,607	10,194	9,333	234	239	-	430	1,413	1,099	9.5%	39	314
福 井 県	8,417	7,385	6,486	234	174	-	390	1,032	867	10.3%	36	165
山 梨 県	9,268	7,892	6,983	234	183	-	446	1,376	1,160	12.5%	18	216
長 野 県	23,133	19,490	17,002	234	576	-	1,541	3,643	3,138	13.6%	12	505
岐 阜 県	20,220	17,019	15,373	234	429	-	661	3,201	2,735	13.5%	13	466
静 岡 県	36,420	30,650	27,219	234	795	-	1,972	5,770	5,044	13.8%	10	726
愛 知 県	58,477	50,171	46,700	234	728	-	1,827	8,306	7,059	12.1%	22	1247
三 重 県	18,691	15,777	14,045	234	528	-	797	2,914	2,489	13.3%	14	425
滋 賀 県	11,602	9,572	9,089	234	68	-	367	2,030	1,759	15.2%	5	271
京 都 府	23,714	19,778	18,683	234	151	-	814	3,936	3,453	14.6%	7	483
大 阪 府	76,556	62,767	59,588	234	505	-	2,093	13,789	11,824	15.4%	3	1965
兵 庫 県	51,568	42,315	38,442	234	516	-	2,256	9,253	7,953	15.4%	4	1300
奈 良 県	13,036	10,582	9,918	234	92	-	497	2,454	2,137	16.4%	1	317
和 歌 山 県	12,049	10,115	8,956	234	230	-	576	1,934	1,663	13.8%	11	271
鳥 取 県	6,947	5,934	4,943	234	279	-	406	1,013	855	12.3%	20	158
島 根 県	9,109	7,889	7,018	234	187	-	581	1,220	1,042	11.4%	28	178
岡 山 県	20,248	17,561	15,632	234	390	-	772	2,687	2,234	11.0%	31	453
広 島 県	27,561	23,544	21,043	234	369	-	1,405	4,017	3,292	11.9%	24	725
山 口 県	17,646	15,389	14,165	234	194	-	595	2,257	1,869	10.6%	35	388
徳 島 県	9,307	8,180	7,046	234	267	-	369	1,127	924	9.9%	38	203
香 川 県	11,064	9,451	8,020	234	236	-	518	1,613	1,358	12.3%	21	255
愛 媛 県	16,344	13,764	12,426	234	256	-	469	2,580	2,161	13.2%	16	419
高 知 県	9,769	8,471	8,042	234	95	-	161	1,298	1,052	10.8%	34	246
福 岡 県	46,996	41,947	39,629	234	451	-	981	5,049	4,067	8.7%	45	982
佐 賀 県	9,212	8,268	7,376	234	155	-	300	944	739	8.0%	47	205
長 崎 県	16,303	14,420	12,681	234	233	-	649	1,883	1,472	9.0%	41	411
熊 本 県	19,217	17,167	15,014	234	223	-	853	2,050	1,661	8.6%	46	389
大 分 県	12,988	11,604	9,690	234	281	-	720	1,384	1,137	8.8%	43	247
宮 崎 県	12,334	10,922	9,370	234	150	-	510	1,412	1,099	8.9%	42	313
鹿 児 島 県	20,294	18,059	15,444	234	221	1	679	2,235	1,839	9.1%	40	396
沖 縄 県	10,156	8,605	8,030	234	118	-	213	1,551	1,212	11.9%	25	339

平成 22 年人口動態統計

往診の実施施設数及び実施件数（都道府県別）

	総施設数			往診											
	総数 A	病院 B	一般診療所 C	実施施設数						実施件数					
				施設総数 D	実施施設割合 D/A	病院		診療所		実施件数 総数 G	病院		診療所		
						施設数 E	実施施設割合 E/B	施設数 F	実施施設割合 F/C		実施件数 H	1施設あたりの実施件数 H/E	実施件数 I	1施設あたりの実施件数 I/F	
全 国	107,877	8,794	99,083	27,550	25.5%	1,614	18.4%	25,936	26.2%	206,823	7.5	14,079	9	192,744	7
北 海 道	3,969	594	3,375	700	17.6%	85	14.3%	615	18.2%	6,772	9.7	1,062	12	5,710	9
青 森 県	1,043	105	938	214	20.5%	13	12.4%	201	21.4%	1,389	6.5	125	10	1,264	6
岩 手 県	1,022	98	924	182	17.8%	10	10.2%	172	18.6%	1,001	5.5	35	4	966	6
宮 城 県	1,726	146	1,580	377	21.9%	29	19.9%	348	22.0%	2,559	6.8	309	11	2,250	6
秋 田 県	891	78	813	252	28.3%	22	28.2%	230	28.3%	1,530	6.1	160	7	1,370	6
山 形 県	1,001	70	931	332	33.2%	18	25.7%	314	33.7%	2,531	7.6	40	2	2,491	8
福 島 県	1,613	145	1,468	473	29.3%	33	22.8%	440	30.0%	3,767	8.0	233	7	3,534	8
茨 城 県	1,879	192	1,687	410	21.8%	33	17.2%	377	22.3%	2,813	6.9	238	7	2,575	7
栃 木 県	1,535	113	1,422	372	24.2%	15	13.3%	357	25.1%	2,781	7.5	73	5	2,708	8
群 馬 県	1,700	139	1,561	541	31.8%	27	19.4%	514	32.9%	4,251	7.9	271	10	3,980	8
埼 玉 県	4,315	355	3,960	849	19.7%	59	16.6%	790	19.9%	7,081	8.3	558	9	6,523	8
千 葉 県	3,926	284	3,642	754	19.2%	52	18.3%	702	19.3%	5,869	7.8	604	12	5,265	8
東 京 都	13,220	648	12,572	2,552	19.3%	54	8.3%	2,498	19.9%	20,160	7.9	523	10	19,637	8
神 奈 川 県	6,625	348	6,277	1,346	20.3%	53	15.2%	1,293	20.6%	10,155	7.5	392	7	9,763	8
新 潟 県	1,825	137	1,688	579	31.7%	34	24.8%	545	32.3%	5,088	8.8	150	4	4,938	9
富 山 県	887	113	774	295	33.3%	22	19.5%	273	35.3%	2,420	8.2	201	9	2,219	8
石 川 県	954	102	852	258	27.1%	22	21.6%	236	27.7%	2,708	10.5	354	16	2,354	10
福 井 県	671	77	594	199	29.7%	22	28.6%	177	29.8%	1,165	5.8	213	10	952	5
山 梨 県	722	60	662	186	25.8%	10	16.7%	176	26.6%	1,522	8.2	232	23	1,290	7
長 野 県	1,686	137	1,549	614	36.4%	56	40.9%	558	36.0%	5,104	8.3	770	14	4,334	8
岐 阜 県	1,625	103	1,522	521	32.1%	29	28.2%	492	32.3%	3,844	7.4	140	5	3,704	8
静 岡 県	2,850	184	2,666	637	22.4%	21	11.4%	616	23.1%	3,536	5.6	97	5	3,439	6
愛 知 県	5,320	334	4,986	1,340	25.2%	53	15.9%	1,287	25.8%	8,439	6.3	555	10	7,884	6
三 重 県	1,592	108	1,484	509	32.0%	21	19.4%	488	32.9%	3,925	7.7	185	9	3,740	8
滋 賀 県	1,021	60	961	316	31.0%	14	23.3%	302	31.4%	1,909	6.0	54	4	1,855	6
京 都 府	2,693	177	2,516	759	28.2%	31	17.5%	728	28.9%	4,710	6.2	165	5	4,545	6
大 阪 府	8,739	541	8,198	2,223	25.4%	79	14.6%	2,144	26.2%	15,113	6.8	853	11	14,260	7
兵 庫 県	5,261	353	4,908	1,567	29.8%	59	16.7%	1,508	30.7%	13,760	8.8	506	9	13,254	9
奈 良 県	1,221	76	1,145	373	30.6%	12	15.8%	361	31.5%	2,231	6.0	71	6	2,160	6
和 歌 山 県	1,162	92	1,070	444	38.2%	21	22.8%	423	39.5%	4,704	10.6	284	14	4,420	10
鳥 取 県	573	46	527	196	34.2%	10	21.7%	186	35.3%	1,642	8.4	177	18	1,465	8
島 根 県	802	57	745	291	36.3%	10	17.5%	281	37.7%	2,734	9.4	163	16	2,571	9
岡 山 県	1,805	179	1,626	580	32.1%	49	27.4%	531	32.7%	4,330	7.5	305	6	4,025	8
広 島 県	2,873	256	2,617	968	33.7%	56	21.9%	912	34.8%	8,804	9.1	418	7	8,386	9
山 口 県	1,442	148	1,294	402	27.9%	18	12.2%	384	29.7%	2,392	5.9	69	4	2,323	6
徳 島 県	897	119	778	309	34.5%	34	28.6%	275	35.3%	2,190	7.1	189	6	2,001	7
香 川 県	915	96	819	314	34.4%	31	32.3%	283	34.6%	2,708	8.6	223	7	2,485	9
愛 媛 県	1,383	146	1,237	442	32.0%	49	33.6%	393	31.8%	3,550	8.0	355	7	3,195	8
高 知 県	714	140	574	178	25.0%	32	22.9%	146	25.4%	1,200	6.7	136	4	1,064	7
福 岡 県	4,916	468	4,448	1,265	25.7%	71	15.2%	1,194	26.8%	7,460	5.9	804	11	6,656	6
佐 賀 県	804	110	694	216	26.9%	22	20.0%	194	28.0%	1,141	5.3	223	10	918	5
長 崎 県	1,603	165	1,438	495	30.9%	32	19.4%	463	32.2%	3,314	6.7	339	11	2,975	6
熊 本 県	1,670	217	1,453	482	28.9%	50	23.0%	432	29.7%	3,779	7.8	215	4	3,564	8
大 分 県	1,130	165	965	361	32.0%	36	21.8%	325	33.7%	2,679	7.4	238	7	2,441	8
宮 崎 県	1,045	145	900	267	25.6%	23	15.9%	244	27.1%	1,646	6.2	227	10	1,419	6
鹿 児 島 県	1,711	274	1,437	518	30.3%	71	25.9%	447	31.1%	3,836	7.4	468	7	3,368	8
沖 縄 県	900	94	806	92	10.2%	11	11.7%	81	10.0%	581	6.3	77	7	504	6

平成 20 年医療施設静態調査

在宅患者訪問診療の実施施設数及び実施件数（都道府県別）

	総施設数			在宅患者訪問診療											
	総数 A			実施施設数						実施件数					
		病院 B	一般診療所 C	施設総数 D	病院		診療所		実施件数 G	病院		診療所			
					実施施設割合 D/A	施設数 E	実施施設割合 E/B	施設数 F		実施施設割合 F/C	1施設あたりの実施件数 G/D	実施件数 H	1施設あたりの実施件数 H/E	実施件数 I	1施設あたりの実施件数 I/F
全 国	107,877	8,794	99,083	22,083	20.5%	2,582	29.4%	19,501	19.7%	618,800	31.7	77,356	30	541,444	27.8
北 海 道	3,969	594	3,375	660	16.6%	192	32.3%	468	13.9%	20,992	44.9	5,970	31	15,022	32.1
青 森 県	1,043	105	938	196	18.8%	45	42.9%	151	16.1%	7,410	49.1	1,503	33	5,907	39.1
岩 手 県	1,022	98	924	157	15.4%	39	39.8%	118	12.8%	3,725	31.6	546	14	3,179	26.9
宮 城 県	1,726	146	1,580	293	17.0%	51	34.9%	242	15.3%	7,892	32.6	1,856	36	6,036	24.9
秋 田 県	891	78	813	229	25.7%	31	39.7%	198	24.4%	5,623	28.4	1,231	40	4,392	22.2
山 形 県	1,001	70	931	280	28.0%	28	40.0%	252	27.1%	5,333	21.2	933	33	4,400	17.5
福 島 県	1,613	145	1,468	422	26.2%	60	41.4%	362	24.7%	10,934	30.2	1,770	30	9,164	25.3
茨 城 県	1,879	192	1,687	331	17.6%	60	31.3%	271	16.1%	9,949	36.7	1,727	29	8,222	30.3
栃 木 県	1,535	113	1,422	226	14.7%	25	22.1%	201	14.1%	4,393	21.9	463	19	3,930	19.6
群 馬 県	1,700	139	1,561	396	23.3%	36	25.9%	360	23.1%	7,705	21.4	786	22	6,919	19.2
埼 玉 県	4,315	355	3,960	601	13.9%	82	23.1%	519	13.1%	17,662	34.0	2,430	30	15,232	29.3
千 葉 県	3,926	284	3,642	568	14.5%	95	33.5%	473	13.0%	22,436	47.4	4,189	44	18,247	38.6
東 京 都	13,220	648	12,572	2,004	15.2%	106	16.4%	1,898	15.1%	86,329	45.5	2,752	26	83,577	44.0
神 奈 川 県	6,625	348	6,277	1,061	16.0%	86	24.7%	975	15.5%	46,769	48.0	3,600	42	43,169	44.3
新 潟 県	1,825	137	1,688	445	24.4%	49	35.8%	396	23.5%	9,418	23.8	1,093	22	8,325	21.0
富 山 県	887	113	774	231	26.0%	23	20.4%	208	26.9%	4,968	23.9	791	34	4,177	20.1
石 川 県	954	102	852	239	25.1%	34	33.3%	205	24.1%	6,067	29.6	1,060	31	5,007	24.4
福 井 県	671	77	594	167	24.9%	33	42.9%	134	22.6%	2,314	17.3	486	15	1,828	13.6
山 梨 県	722	60	662	92	12.7%	9	15.0%	83	12.5%	1,772	21.3	305	34	1,467	17.7
長 野 県	1,686	137	1,549	498	29.5%	63	46.0%	435	28.1%	11,249	25.9	2,112	34	9,137	21.0
岐 阜 県	1,625	103	1,522	448	27.6%	41	39.8%	407	26.7%	9,949	24.4	876	21	9,073	22.3
静 岡 県	2,850	184	2,666	528	18.5%	39	21.2%	489	18.3%	8,736	17.9	596	15	8,140	16.6
愛 知 県	5,320	334	4,986	1,125	21.1%	88	26.3%	1,037	20.8%	26,320	25.4	2,938	33	23,382	22.5
三 重 県	1,592	108	1,484	352	22.1%	29	26.9%	323	21.8%	6,504	20.1	592	20	5,912	18.3
滋 賀 県	1,021	60	961	261	25.6%	21	35.0%	240	25.0%	5,545	23.1	406	19	5,139	21.4
京 都 府	2,693	177	2,516	601	22.3%	51	28.8%	550	21.9%	15,856	28.8	1,058	21	14,798	26.9
大 阪 府	8,739	541	8,198	1,752	20.0%	162	29.9%	1,590	19.4%	60,472	38.0	6,182	38	54,290	34.1
兵 庫 県	5,261	353	4,908	1,293	24.6%	97	27.5%	1,196	24.4%	28,085	23.5	2,344	24	25,741	21.5
奈 良 県	1,221	76	1,145	260	21.3%	16	21.1%	244	21.3%	6,796	27.9	2,690	168	4,106	16.8
和 歌 山 県	1,162	92	1,070	340	29.3%	28	30.4%	312	29.2%	8,635	27.7	687	25	7,948	25.5
鳥 取 県	573	46	527	180	31.4%	14	30.4%	166	31.5%	3,837	23.1	297	21	3,540	21.3
島 根 県	802	57	745	257	32.0%	10	17.5%	247	33.2%	7,330	29.7	377	38	6,953	28.1
岡 山 県	1,805	179	1,626	506	28.0%	66	36.9%	440	27.1%	13,980	31.8	2,070	31	11,910	27.1
広 島 県	2,873	256	2,617	764	26.6%	74	28.9%	690	26.4%	20,391	29.6	2,173	29	18,218	26.4
山 口 県	1,442	148	1,294	335	23.2%	44	29.7%	291	22.5%	6,009	20.6	753	17	5,256	18.1
徳 島 県	897	119	778	221	24.6%	39	32.8%	182	23.4%	6,878	37.8	1,446	37	5,432	29.8
香 川 県	915	96	819	229	25.0%	32	33.3%	197	24.1%	6,091	30.9	1,848	58	4,243	21.5
愛 媛 県	1,383	146	1,237	341	24.7%	57	39.0%	284	23.0%	10,562	37.2	1,629	29	8,933	31.5
高 知 県	714	140	574	154	21.6%	44	31.4%	110	19.2%	5,310	48.3	1,207	27	4,103	37.3
福 岡 県	4,916	468	4,448	1,052	21.4%	113	24.1%	939	21.1%	23,191	24.7	2,720	24	20,471	21.8
佐 賀 県	804	110	694	219	27.2%	35	31.8%	184	26.5%	4,334	23.6	658	19	3,676	20.0
長 崎 県	1,603	165	1,438	391	24.4%	52	31.5%	339	23.6%	8,710	25.7	938	18	7,772	22.9
熊 本 県	1,670	217	1,453	385	23.1%	73	33.6%	312	21.5%	6,026	19.3	1,180	16	4,846	15.5
大 分 県	1,130	165	965	267	23.6%	41	24.8%	226	23.4%	6,231	27.6	1,120	27	5,111	22.6
宮 崎 県	1,045	145	900	190	18.2%	44	30.3%	146	16.2%	3,635	24.9	653	15	2,982	20.4
鹿 児 島 県	1,711	274	1,437	438	25.6%	99	36.1%	339	23.6%	12,227	36.1	3,503	35	8,724	25.7
沖 縄 県	900	94	806	98	10.9%	26	27.7%	72	8.9%	4,220	58.6	812	31	3,408	47.3

平成 20 年医療施設静態調査

本県における医療資源

		病院		診療所			歯科	薬局	訪問看護		
		支援病院			有床診	支援診			訪問看護ステーション	医療機関	
盛	盛岡	29	2	285	49	41	202	38	106	21	94
	八幡平市	2	0	13	2	0	10	2	4	1	9
	岩手町	0	0	12	2	1	5	1	4	0	4
	雫石町	2	0	13	4	0	7	2	3	0	6
	滝沢村	2	0	28	3	3	21	4	10	2	17
	矢巾町	2	0	16	4	0	13	1	8	1	1
	紫波町	1	0	18	3	0	12	4	7	1	5
岡	葛巻町	1	0	5	1	0	3	0	1	1	3
	小計	39	2	390	68	45	273	52	143	27	139
岩手 中 部	花巻市	7	0	73	12	9	38	20	39	4	18
	遠野市	2	0	20	2	3	10	4	6	2	3
	北上市	3	0	70	8	8	44	12	30	6	28
	西和賀町	1	0	7	2	3	2	1	0	2	3
	小計	13	0	170	24	23	94	37	75	14	52
胆 江	奥州市	10	0	91	20	4	51	15	35	4	30
	金ヶ崎町	0	0	12	1	0	6	1	1	1	2
	小計	10	0	103	21	4	57	16	36	5	32
両 盤	一関市	10	0	91	11	3	51	12	31	10	31
	平泉町	0	0	2	0	0	2	1	1	1	1
	小計	10	0	93	11	3	53	13	32	11	32
二 戸	二戸市	1	0	16	6	0	16	3	11	1	7
	一戸町	1	0	7	1	0	5	1	3	1	5
	九戸村	0	0	2	1	0	1	0	2	0	1
	軽米町	1	0	8	0	0	3	1	3	1	2
	小計	3	0	33	8	0	25	5	19	3	15
気 仙	大船渡市	1	0	31	2	1	18	5	10	2	9
	陸前高田市	2	0	10	3	0	9	1	7	2	5
	住田町	0	0	5	1	0	2	1	1	0	2
	小計	3	0	46	6	1	29	7	18	4	16
釜 石	釜石市	5	0	18	2	3	18	4	14	1	11
	大槌町	1	0	10	1	2	6	0	4	1	6
	小計	6	0	28	3	5	24	4	18	2	17
宮 古	宮古市	4	0	35	8	2	25	3	12	4	13
	岩泉町	1	0	6	1	0	5	1	0	0	2
	山田町	1	0	4	0	0	3	0	4	1	3
	田野畑村	0	0	3	0	0	2	1	0	0	1
	小計	6	0	48	9	2	35	5	16	5	19
久 慈	久慈市	3	0	22	3	0	15	1	10	1	5
	洋野町	1	0	5	1	0	5	1	1	0	3
	野田村	0	0	2	0	0	1	0	2	0	0
	普代村	0	0	2	1	0	1	0	1	0	1
	小計	4	0	31	5	0	22	2	14	1	9
	合計	94	2	942	155	83	612	141	371	72	331

※「支援病」…在宅療養支援病院 「有床診」…有床診療所 「支援診」…在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所

※ 薬局については在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出をしている薬局数

※ 資料 医療機関については医療推進課調べ（H23.8.1現在）

支援病、支援診、歯支診及び薬局数については東北厚生局届出受理医療機関名簿より（H23.12.1現在）

訪問看護ステーション数については長寿社会課調べ（H23.12.1現在）

介護資源

		居宅介護支援	訪問介護	訪問入浴介護	訪問リハビリ	通所介護	通所リハビリ	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養医療施設	グループホーム
盛岡	盛岡	85	80	6	92	95	23	14	8	9	18
	八幡平市	12	3	1	8	13	3	4	3	0	2
	岩手町	3	2	0	5	2	3	1	1	1	2
	雫石町	7	3	0	4	8	2	1	2	0	2
	滝沢村	11	10	1	15	16	6	2	2	1	3
	矢巾町	7	5	1	1	7	2	1	2	2	2
	紫波町	7	2	1	3	9	2	2	1	0	3
岡	葛巻町	2	2	1	2	3	2	1	1	1	0
	小計	134	107	11	130	153	43	26	20	14	32
岩手中部	花巻市	26	24	8	17	35	11	7	6	1	14
	遠野市	10	6	1	4	8	2	2	2	0	5
	北上市	22	15	4	29	21	6	5	4	2	11
	西和賀町	5	2	1	3	2	1	2	1	1	3
	小計	63	47	14	53	66	20	16	13	4	33
胆江	奥州市	34	22	8	27	34	11	10	5	2	14
	金ヶ崎町	4	3	1	3	3	2	2	1	0	3
	小計	38	25	9	30	37	13	12	6	2	17
両盤	一関市	36	30	7	29	41	9	13	7	2	22
	平泉町	3	2	0	1	2	1	1	1	0	2
	小計	39	32	7	30	43	10	14	8	2	24
二戸	二戸市	7	5	2	7	10	1	3	1	0	4
	一戸町	5	5	1	4	6	1	1	1	0	2
	九戸村	2	2	0	1	5	0	1	0	0	1
	軽米町	4	4	1	3	3	1	2	1	0	1
	小計	18	16	4	15	24	3	7	3	0	8
気仙	大船渡市	11	7	2	8	11	2	3	1	0	6
	陸前高田市	6	3	1	4	6	2	1	1	0	2
	住田町	2	1	1	1	3	0	1	0	0	1
	小計	19	11	4	13	20	4	5	2	0	9
釜石	釜石市	14	11	3	10	11	2	3	2	0	6
	大槌町	3	1	1	6	2	1	2	1	0	1
	小計	17	12	4	16	13	3	5	3	0	7
宮古	宮古市	19	13	4	8	20	2	5	2	0	9
	岩泉町	3	2	2	2	3	0	1	0	0	3
	山田町	6	5	1	2	5	1	1	1	0	3
	田野畑村	2	1	0	0	1	0	1	0	0	2
	小計	30	21	7	12	29	3	8	3	0	17
久慈	久慈市	5	10	1	3	14	2	3	2	1	2
	洋野町	5	3	2	3	4	1	2	2	0	2
	野田村	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0
	普代村	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1
	小計	12	15	3	7	20	3	7	4	1	5
	合計	370	286	63	306	405	102	100	62	23	152

※ 資料 長寿社会課(H23.12.1現在)

平成 24 年度国の予算編成概要（在宅医療に関わるもの抜粋）

項目(事業名等)	金額
第3 安心で質の高い医療・介護サービスの安定的な提供	
2 医療提供体制の機能強化	
(1) 地域医療確保対策	
・【新規】【重点】在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業(再掲)	70,458 千円
・訪問看護推進事業	医療提供体制推進事業費補助金(250億円)の内数
b 在宅歯科医療の充実・強化	
・在宅歯科医療連携室整備事業	医療提供体制推進事業費補助金(250億円)の内数
・歯の健康力推進歯科医師等養成講習会	18,344 千円
・在宅歯科診療設備整備事業	医療提供体制推進事業費補助金(250億円)の内数
3 在宅医療・介護の推進	
(1) 在宅チーム医療を担う人材の育成	
・【新規】【重点】在宅チーム医療の推進のための研修	108,717 千円
(2) 実施拠点となる基盤の整備	
・在宅医療連携拠点事業	2,058,240 千円
【新規】【重点化】在宅医療連携体制の推進	1,010,112 千円
【新規】災害時の安心につながる在宅医療連携体制の推進	1,048,128 千円
・【新規】【重点】在宅医療提供拠点薬局整備事業	160,132 千円
・【新規】栄養ケア活動支援整備事業	52,150 千円
・【新規】在宅サービス拠点の充実	地域介護・福祉空間整備推進交付金(13億円)の内数
・【新規】低所得高齢者の住まい対策	地域介護・福祉空間整備推進交付金等(57億円)の内数
(3) 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援	
・【新規】【一部重点】国立高度専門医療研究センターによる在宅医療推進のための研究事業	640,000 千円
・【新規】【重点】在宅医療推進のための医療機器承認促進事業	13,734 千円
・【新規】【重点】在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業	70,458 千円
・【新規】【重点】在宅介護者への歯科口腔保健推進事業	100,956 千円
・【新規】【重点】在宅緩和ケア地域連携事業	109,200 千円
・【新規】【重点】難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業	45,230 千円
・【新規】【重点】HIV感染症・エイズ在宅医療・介護の環境整備事業	39,587 千円
・【新規】【重点】在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業	52,077 千円
(4) その他	
・在宅歯科医療連携室整備事業(再掲)	医療提供体制推進事業費補助金(250億円)の内数
・歯の健康力推進歯科医師等養成講習会(再掲)	18,344 千円
・在宅歯科診療設備整備事業(再掲)	医療提供体制推進事業費補助金(250億円)の内数
4 地域包括ケアの推進	
(1) 【新規】地域ケア多職種協働推進等事業	
・【新規】地域ケア多職種協働推進等事業	767,400 千円
(2) 認知症を有する人の暮らしを守るための施策の推進	
・認知症対策等総合支援事業	2,199,174 千円
・認知症疾患医療センター運営事業	356,328 千円
・認知症対策総合研究経費(厚生労働科学研究費補助金)	291,364 千円
・その他(認知症専門医療従事者研修事業)	7,204 千円
・市民後見推進事業	2,199,174 千円
(4) 介護職員等によるたん吸引等の研修事業	
・都道府県喀痰吸引等研修事業	セーフティネット支援対策党事業費補助金(237億円)の内数
5 安心で質の高い介護サービスの確保	
(1) 安定的な介護保険制度の運営	
・地域支援事業交付金	64,170,362 千円
・地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金	4,406,000 千円
・地域介護・福祉空間整備推進交付金	1,310,000 千円

第4 健康で安全な生活の確保	
3	がん対策
	(2)【新規】【重点】在宅緩和ケア地域連携事業
	・【新規】【重点】在宅緩和ケア地域連携事業(再掲) 109,200 千円
	(3)その他
	・訪問看護推進事業 医療提供体制推進事業費補助金(250億円)の内数(57,214千円)
	訪問看護に関する相互研修・相互交流
	在宅医療普及事業
3	難病などの各種疾病対策、移植対策及び生活習慣病対策
	(1)難病対策
	・難病相談・支援センター事業費 166,411 千円
	・重症難病患者入院施設確保事業費 153,977 千円
	・難病患者等居宅生活支援事業費 206,802 千円
	・【新規】【重点】難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業(再掲) 45,230 千円
第6 障害者支援の総合的な推進	
1	障害福祉サービスの確保、市域生活支援などの障害児・者支援の推進
	(3)生活支援事業の着実な実施
	・【一部重点】地域生活支援事業 45,000,000 千円
	(5)障害児・者への福祉サービス提供体制の基盤整備
	・障害児・者の支援のための基盤整備 2,200,000 千円
	(9)【新規】重度訪問介護等の利用促進に係る市町村支援事業
	・【新規】重度訪問介護等の使用促進に係る市町村支援事業費 2,200,000 千円
2	地域移行・地域定着支援などの精神障害者施策の推進
	(1)地域で生活する精神障害者へのアウトリーチ(訪問支援)体制の整備
	・精神障害者アウトリーチ推進事業 785,148 千円
	(2)精神科救急医療体制の整備
	・精神科救急医療体制整備事業 2,008,057 千円
	(3)精神障害者の地域移行・地域定着支援の推進
	・精神障害者の地域移行・地域定着支援の推進事業 318,547 千円
	・その他(精神科訪問看護従事者養成研修事業費) 6,910 千円
	その他
	・認知症疾患医療センター運営事業 356,328 千円

平成24年度診療報酬改定

(資料：平成24年3月5日 平成24年度診療報酬改定説明会資料より)

○ 平成24年度診療報酬改定の概要

- ・「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定。
- ・国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分

全体改定率	+0.004%
診療報酬(本体)	+1.38% (約5,500億円)
医科	+1.55% (約4,700億円)
歯科	+1.70% (約500億円)
調剤	+0.46% (約300億円)
薬価等	▲1.38% (約5,500億円)

○ 各分野の重点配分項目

医科における重点配分 (4,700億円)

- I 負担の大きな医療従事者の負担軽減 (1,200億円)
 - ◎ 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。
- II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実 (1,500億円)**
 - ◎ 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。
- III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入 (2,000億円)
 - ◎ 日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。

歯科における重点配分 (500億円)

- I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等**
 - ◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。
- II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価
 - ◎ う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分 (300億円)

- I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実**
 - ◎ 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。
- II 後発医薬品の使用促進
 - ◎ 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

平成24年度介護報酬改定

(資料：平成24年1月25日 介護給付分科会資料より)

全体改定率 +1.2%

(うち在宅分1.0%、施設分0.2%)

○居宅介護支援

緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位/回	[算定要件] ・ 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合 ・ 1月に2回を限度として算定できること。
複合型サービス事業所連携加算	300単位/回	利用者が複合型サービスの利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を複合型サービス事業所に提供し、居宅サービス計画の作成に協力した場合に評価を行う。

緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位

複合型サービス事業所連携加算

○訪問系

生活維持気泡

平成24年度診療報酬改定における主要改定項目（在宅医療分抜粋）

- 1 在宅医療の推進について
- 2 在宅緩和ケア等の促進について
- 3 在宅の療養に係る技術・機器等の評価
- 4 在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて
- 5 看取りに至るまでの医療の充実について
- 6 効果的な入院診療計画の策定
- 7 効果的な退院調整の評価
- 8 医療機関と訪問看護ステーションの連携について
- 9 在宅歯科医療の推進
- 10 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進
- 11 医療ニーズの高い患者への対応について
- 12 介護保険の訪問看護との整合
- 13 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

1 在宅医療の推進について

第1 基本的な考え方

1. 高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となる。したがって、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（以下「在支診・在支病」という。）の機能分化と連携等による機能強化を進める。
2. 自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供を充実させるため、特定施設等入居者に対する訪問診療料について評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 機能を強化した在支診・在支病等への評価を行う。

[機能を強化した在支診・在支病の施設基準]

① 従前の在支診・在支病の要件に以下を追加する。

イ 所属する常勤医師3名以上

ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上

ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とする。

連携する場合は、以下の要件を満たすこと。

イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う

ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施

ハ 連携する医療機関数は10未満

ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

【往診料】

	現行		新規	
	在支診・在支病	在支診・在支病以外	強化した 在支診・在支病	
			病床を有する場合	病床を有しない場合
緊急加算	650点	325点	850点	750点
夜間往診	1,300点	650点	1,700点	1,500点
深夜往診	2,300点	1,300点	2,700点	2,500点

【在宅時医学総合管理料】

	現行		新規	
	在支診・在支病	在支診・在支病以外	強化した 在支診・在支病	
			病床を有する場合	病床を有しない場合
処方せんを交付する場合	4,200点	5,000点	4,600点	4,600点
処方せんを交付しない場合	4,500点	5,300点	4,900点	4,900点

【特定施設入居時等医学総合管理料】

	現行		新規	
	在支診・在支病	在支診・在支病以外	強化した 在支診・在支病	
			病床を有する場合	病床を有しない場合
処方せんを交付する場合	3,000点	3,600点	3,300点	3,300点
処方せんを交付しない場合	3,300点	3,900点	3,600点	3,600点

【在宅患者緊急入院診療加算】

	現行	改正
強化した 在支診・在支病	—	① 2,500点
連携医療機関の場合	1,300点 →	② 2,000点
上記以外の場合	630点 →	③ 1,000点

2. 特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げを行う。

【在宅患者訪問診療料】

	現行	改正
同一建物以外	830点	830点
同一建物(特定建物)	—	① 400点
同一建物(上記以外)	200点	200点

※同一建物(特定施設)・・・介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者について算定。

2 在宅緩和ケア等の促進について

第1 基本的な考え方

患者が安心して在宅療養を行えるよう、在宅における緩和ケア等の促進を図る。

第2 具体的な内容

1. 現在、在宅療養指導管理料については、同一の患者に対して、複数の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することは出来ないが、悪性腫瘍患者については、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両者の算定を可能とする。

[算定要件]

緩和ケア病棟等に所属する緩和ケアに関する研修を受けた医師が、在宅医療を提供する医療機関の医師と連携して、同一日に同一患者を診療した場合。

2. がん専門訪問看護の評価

鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

新 訪問看護療養費 がん専門訪問看護料 12,850円

新 在宅患者訪問看護・指導料 がん専門訪問看護料 1,285点

[算定要件]

5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者への緩和ケア等に係る6月以上の適切な研修を修了した者であること。

3. 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに、名称の変更を行う。

【在宅末期医療総合診療料】 → 【在宅がん医療総合診療料】（名称変更）

	現行	新規	
	在支診・在支病	強化した在支診・在支病	
		病床を有する場合	病床を有しない場合
処方せんを交付する場合	1,495点	1,800点	1,650点
処方せんを交付しない場合	1,685点	2,000点	1,850点

4. 小児在宅医療の充実について

- (1) 在宅医療と入院医療の連携が重要であることから、在宅への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。
- (2) 小児在宅医療をより一層充実させる観点から、在宅患者訪問診療料の乳幼児加算・幼児加算を引き上げる。

【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】

現行	改正
200点	改 400点

5. 在宅療養指導管理料の見直し

(1) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料の対象疾患に先天性水疱型魚鱗癬様紅皮症を加えるとともに評価を引き上げる。

現行	改正
500点 (対象者:表皮水疱症)	改 1,000点 (対象者:表皮水疱症、水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症)

(2) 在宅で療養中の小児患者について、経管栄養法に関する指導管理を行うことを評価するとともに、注入ポンプ加算及び経管栄養法用栄養管セット加算の算定対象を見直す。

新 在宅小児経管栄養法指導管理料 **1,050点**

[算定要件]

在宅で療養中の小児患者であって、特に経管栄養が必要な患者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

【注入ポンプ加算】 【在宅経管栄養法用栄養管セット加算】

算定要件に「在宅小児経管栄養法」を行っている患者を追記。

3 在宅の療養に係る技術・機器等の評価

第1 基本的な考え方

在宅医療で使用する医療機器について、実勢価格や医学的な有用性を踏まえ、診療報酬上の評価や対象患者の要件等を見直し、在宅での療養環境の充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 実勢価格に基づく評価の引き上げ
2. 医学的な必要性を踏まえた対象の拡大
3. 新たに保険適用された医療機器の在宅指導管理料の新設

<主な改正点>

	現行	改正	算定要件
在宅自己注射指導管理料	820点	1 複雑な場合 1,230点	複雑な場合とは、間歇注入シリンジポンプを用いている場合をいう。
		2 1以外の場合 820点	
間歇注入シリンジポンプ加算	1,500点	1 プログラム付きポンプ 2,500点	プログラム付きのポンプとは、自動でボース投与が行えるようなプログラムを設定できるものをいう。
		2 1以外のポンプ 1,500点	
人工呼吸器加算	1 陽圧式人工呼吸器 7,000点	1 陽圧式人工呼吸器 7,480点	人工呼吸器に必要な回路部品 その他附属品(療養上必要な分の外部バッテリーを含む)等に係る費用は所定点
	2 人工呼吸器 6,000点	2 人工呼吸器 6,480点	
	3 陰圧式人工呼吸器 7,000点	3 陰圧式人工呼吸器 7,480点	

⑨ 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料 810点

注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。

⑨ 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点

注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に、140点を加算する。

⑨ 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点

注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。

⑩ 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 45,000点


4 在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて

第1 基本的な考え方

在宅において医療機器等を用いた療養を行う場合の診療報酬上の評価は、月に1回の算定となっているが、患者の状態に応じた療養上の指導管理や医療機器の保守管理が適切に行われるよう、診療の実態に即し、診療報酬上の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

在宅酸素療法や、在宅持続陽圧呼吸療法については、一般的に月に1回の療養上の指導を行っているが、患者の体調等の医学的な理由により外来受診ができなかった場合には、月をまたいで受診となることがあると指摘されていることから、在宅療養指導管理材料加算について、複数月分の材料加算を1月で算定できることとする。

酸素ボンベ加算		「2月に2回に限り」点数に加算する。」文言の追加。
酸素濃縮装置加算		
液化酸素装置加算		
呼吸同調式デマンドバルブ加算		
経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算		

5 看取りに至るまでの医療の充実について

第1 基本的な考え方

在宅医療の推進に伴い、在宅等における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、ターミナルケアに係る評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅ターミナルケア加算については、ターミナルケアのプロセスと看取りに分けた評価体系に見直し、機能を強化した在支診・在支病と併せて評価を行う。

【在宅ターミナルケア加算】

	現行	改正	
		ターミナルケア加算	看取り加算
強化した在支診・在支病 (病床を有する場合)	—	6,000点	3,000点
強化した在支診・在支病 (病床を有しない場合)	—	5,000点	3,000点
在支診・在支病	10,000点	4,000点	3,000点
在支診・在支病以外	2,000点	3,000点	3,000点

[算定要件]

在支診・在支病（機能強化型を含む）及び 在支診・在支病以外
 ターミナルケア加算 ……死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合
 看取り加算 ……事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合

2. 訪問看護におけるターミナルケア加算の評価の見直し

死亡日前14日以内に2回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この2回目においては、死亡日の訪問看護・指導も含むことを明示する。

【在宅患者訪問看護・指導料】 【訪問看護療養費】

現行	改正
死亡日前14日以内に2回以上	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上

3. 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに名称の変更を行う。（再掲）

4. 介護老人福祉施設（以下「特養」という。）における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。

【在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算含む）】 【特定施設入居時等医学総合管理料】

現行	改正
[特養における算定要件] 末期の悪性腫瘍患者のみ	[特養における算定要件] 末期の悪性腫瘍患者に加え、以下の場合について算定可能とする。 ① 介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養において、 ② 在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合、 ③ 疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。

6 効果的な入院診療計画の策定

第1 基本的な考え方

現在も入院診療計画を策定し、患者に説明を行うことになっているが、厚生労働省で示している入院診療計画の内容以上に詳細な入院診療計画を策定し、患者に対して説明を行っている医療機関が増加してきており、これらの詳細な入院診療計画について評価を行う。

第2 具体的な内容

現在入院診療計画で示されている内容以上に詳細な入院診療計画が作成されている場合には、別添6の別紙2及び別紙2の2が必要ないことをより明確にする。

7 効果的な退院調整の評価

第1 基本的な考え方

1. 効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。
2. 地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、説明をした場合については、更に評価を行う。
3. 退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。
2. 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

新 地域連携計画加算 300点

3. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

【総合評価加算】（入院中1回）

現行	改正
50点	② 100点

算定可能病棟に「療養病棟入院基本料」及び「有床診療所療養病床入院基本料」を追加。

[算定可能病棟]

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料

8 医療機関と訪問看護ステーションの連携について

第1 基本的な考え方

1. 円滑な地域移行を進めるために、退院時のカンファレンスの開催及び療養上必要な説明・指導など、退院に向けた医療機関と訪問看護ステーションとの連携について評価を行う。また、特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価を行う。

2. 国民の価値観の多様化および在院日数短縮化の中、在宅療養を選択する医療ニーズの高い者が増加している。入院中から、いかに在宅療養に移行するかが、その後の在宅療養生活に大きく影響することも報告されており、柔軟な対応が可能な訪問看護の仕組みが求められている。

第2 具体的な内容

1. 訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料2を算定できるようにする。

【退院時共同指導料2】 300点

[算定要件]

医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師と共同して行った場合に算定する。

2. 特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価

退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合のさらなる評価を行う。

新 退院時共同指導料1 特別管理指導加算 200点

新 訪問看護療養費 特別管理指導加算 2,000円

3. 外泊日、退院当日の訪問看護の評価

(1) 外泊日の訪問看護

(訪問看護療養費)

患者の試験外泊時における訪問看護を拡充するために、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

新 訪問看護基本療養費(Ⅲ) 8,500円

[算定要件]

入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当するもの

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる者
- ③ 診療に基づき、試験外泊時の訪問が必要であると認められた者

(退院前訪問看護)

当該入院医療機関からの試験外泊時の訪問看護について、さらなる評価をする。

【退院前訪問指導料】

現行	改正
410点	改 555点

(2) 退院当日の訪問看護

(訪問看護療養費)

- ① 退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。
- ② また、算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

(退院前訪問指導料)

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

4. 退院直後の訪問看護

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。

9 在宅歯科医療の推進

第1 基本的な考え方

1. 在宅歯科医療をより一層推進する観点から、現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。
2. 居宅に対する歯科訪問診療が推進されるよう、同一建物居住者以外に対する歯科訪問診療をより適切に評価するとともに、在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。
3. 歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の加算の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の適正化を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科訪問診療料の対象者の表現の見直し

歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。

[算定要件]

・歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。なお、この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。(改)

2. 歯科訪問診療料の評価の見直し

歯科訪問診療の評価について、在宅に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科訪問診療料1の評価を引き上げるとともに、歯科訪問診療を行った際に患者の容体の急変により、やむを得ず20分を満たさなかった場合の取り扱いを明記する。

【歯科訪問診療料】

	現行	改正
歯科訪問診療1	830点	改 850点
歯科訪問診療2	380点	380点

注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においてはこの限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。(改)

※注2（同一建物居住者についても同様の改正）

3. 歯科訪問診療補助加算の新設

在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。

新 歯科訪問診療補助加算（1日につき）

同一建物居住者以外の場合 110点

同一建物居住者の場合 45点

[算定要件]

在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、必要があつて歯科訪問診療の補助を行うために歯科訪問診療を行う歯科医師と同行し、実際に歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を、1日につき歯科訪問診療料の所定点数に加算する。

4. 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の見直し

歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の適正化を行う。

【在宅訪問診療料】

注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算

現行		改定	
1回目	232点	同一建物居住者以外	改 170点
2回目以降	90点	同一建物居住者(5人以下)	改 85点
		同一建物居住者(6人以上)	改 50点

10 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

第1 基本的な考え方

- 在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け、評価を新設する。
- 小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導料等について、小規模薬局間で連携して取り組む場合でも算定可能とする。
- 無菌調剤を行うためには、特別な設備が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう見直しを行う。
- 緊急時の対応を求められた場合、薬局から患者までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設と当該薬局での在宅調剤の評価
在宅業務に十分に対応している薬局として、過去の実績も考慮した施設基準を新たに設け、当該基準を満たす薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合、調剤料への加算を新設する。

新 在宅患者調剤加算 15点

[算定要件]

施設基準に適合している薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者に対する調剤を行った場合、処方せん受付1回につき15点を加算する。

[施設基準]

- (1) あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。
- (2) 在宅業務を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
※ なお、必要な体制整備の要件として、過去一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導等の実績、医療材料及び衛生材料を供給できる体制、医療機関及び福祉関係者等に対する在宅業務実施体制に係る周知等を定めることとする。

2. 小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、それを支援する薬局（以下「サポート薬局」という。）とあらかじめ連携している場合、在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等についても算定できることとする。

ただし、保険請求は在宅基幹薬局が行うものとする。

3. 無菌製剤処理加算に関する施設基準の見直し

無菌製剤処理の施設基準における「十分な施設を有している」との要件を「十分な施設又は設備を有している」と合理的に改める。

4. 在宅業務受入れ可能距離に係る目安の設定

在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定要件に患家との距離要件を設定する。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- | | |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 500点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 350点 |

[算定要件]

注 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない。

11 医療ニーズの高い患者への対応について

第1 基本的な考え方

国民の価値観の多様化および在院日数短縮化の中、在宅療養を選択する医療ニーズの高い者が増加している。入院中から、いかに在宅療養に移行するかが、その後の在宅療養生活に大きく影響することも報告されており、柔軟な対応の可能な訪問看護の仕組みが求められている。

第2 具体的な内容

1. 退院直後の訪問看護（再掲）

退院直後の医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。

2. 外泊日の訪問看護の評価（再掲）

患者の試験外泊において、当該入院医療機関からの訪問看護は「退院前訪問指導料」として既に評価されているが、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

3. 退院当日の訪問看護の評価（再掲）

4. 週4日以上訪問が可能な患者の要件緩和

重症者管理加算（特別管理加算に名称変更予定）の算定者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）については、週3日以内の訪問看護の回数制限を緩和する。

5. 訪問看護管理療養費の算定日数の制限を緩和

訪問看護管理療養費の算定は、月12日までを限度としているため、末期がん等（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる状態等にある者等。）の週4日以上訪問看護が実施できる患者については、月13日以上訪問看護を行っていたとしても、訪問看護管理療養費を算定できない。したがって、訪問看護管理療養費の算定日数制限を緩和する。

【訪問看護管理療養費】

「1月に12日までを限度とする。」文言の削除。

12 介護保険の訪問看護との整合

第1 基本的な考え方

訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、早朝、夜間、深夜加算を介護保険と同様に医療保険においても新設する。

新 訪問看護療養費

早朝・夜間加算（6時～8時・18時～22時） 2,100円

深夜加算（22時～6時まで） 4,200円

新 在宅患者訪問看護・指導料

早朝・夜間加算（6時～8時・18時～22時） 210点

深夜加算（22時～6時まで） 420点

2. 重症者管理加算の名称変更・要件の見直し

介護保険における同趣旨の特別管理加算との齟齬を解消するために以下の見直しを行う。

(1) 医療保険の重症者管理加算を特別管理加算とし、名称を統一する。

(2) 重症者管理加算および在宅移行管理加算における「1月以内の期間に4日以上訪問看護・指導を行うこと」とする算定要件を削除する。

3. 医師の指示書の交付範囲の拡大

介護報酬改定における新サービスの新設および社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により介護職員等のたん吸引等が可能になったことにより、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な見直しを行う。

(1) たん吸引等の指示書

保険医療機関の医師が、訪問介護等のサービスを受けている患者に対するたんの吸引等に関する指示を、当該サービスを行う事業所に対して交付した場合の評価を行う。

新 たん吸引に係る指示料 240点

(2)介護保険新サービスに対する訪問看護指示書

介護保険被保険者等で複合型、定期巡回型訪問介護看護サービスを受けている患者に対する訪問看護指示の交付を評価する。

新 介護保険新サービスに対する訪問看護指示料 300点

13 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

第1 基本的な考え方

1. 在宅医療を受ける難病、がん、小児の利用者が増加し、訪問看護のニーズは多様化している。一方で、小規模事業所が多く、増加する需要や多様なニーズに対応するためには、効率的かつ質の高い訪問看護を推進する必要がある。
2. 精神科訪問看護については、医療機関が提供するものと訪問看護ステーションが提供するものとは、対象者や実施者等が異なり、煩雑であることから見直しを行う。同時に、精神科訪問看護の特殊性を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 訪問看護における看護補助者の評価
訪問看護のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではないため、看護補助者と同様、役割分担をした場合について評価する。
2. 専門性の高い看護師による訪問の評価
 - (1) 鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。（再掲）
 - (2) 真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

新 訪問看護療養費（Ⅳ） 褥瘡専門訪問看護料 12,850円

新 在宅患者訪問看護・指導料 褥瘡専門訪問看護・指導料 1,285点

3. 長時間訪問看護の算定要件の見直し

- (1) 長時間訪問看護の対象を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を緩和する。
- (2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。
- (3) 特別な管理を必要とする患者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）を追加する。
- (4) 医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。

4. 緊急時訪問看護の評価の見直し

在支診・在支病のみならず、在支診以外の診療所との連携により生じた緊急時の訪問看護について評価を行う。

① **新** 精神科訪問看護指示料 300点

② **新** 特別訪問看護指示加算 100点

5. 精神科訪問看護の報酬体系の見直し

(1) 訪問看護指示の見直し

訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。

(2) 精神科訪問看護基本療養費と30分未満の短時間訪問看護の新設

訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかいないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。

(3) 精神保健福祉士の同行訪問の評価の新設

あわせて、30分未満の短時間訪問看護及び精神保健福祉士の同行訪問の評価を新設する。

在宅医療推進に向けた有識者懇話会 検討状況

年月日		議事
平成 24 年 1 月 19 日	第 1 回	(1) 座長、副座長の選出について (2) 意見交換 ア 本県における在宅医療提供体制等の現状について イ 本県における在宅医療の取組み状況について ① 医療計画における在宅医療の位置付けについて ② 「いわていきいきプラン」(岩手県高齢者福祉計画・岩手県介護保険事業支援計画) について ウ 今後の進め方について
平成 24 年 2 月 29 日	第 2 回	(1) 岩手県における在宅医療の今後の取組について (2) 在宅医療推進に向けた有識者懇話会の取りまとめについて
平成 24 年 3 月 22 日	第 3 回	(1) 第 1 回第 2 回の論点要旨について (2) 在宅医療推進に向けた有識者懇話報告書(素案) について (3) その他

在宅医療推進に向けた有識者懇話会設置要綱

(設置)

第1 岩手県における在宅医療の推進を図ることを目的とし、専門的立場から意見・提言を得るため、「在宅医療推進に向けた有識者懇話会」(以下「懇話会」という。)を設置する。

(所掌事務等)

第2 懇話会の所掌事務は、次のとおりとする。

- (1) 在宅医療に関する現状や課題、先進的な事例の調査
- (2) 在宅医療の推進に必要な県行政の役割の分析
- (3) その他、在宅医療推進の推進に関し必要な事項に関すること

(組織)

第3 懇話会は、別紙に掲げる8人の委員をもって組織する。

2 委員の任期は、平成24年3月31日までとする、

(座長及び副座長)

第4 懇話会に座長及び副座長1人を置き、委員の互選とする。

2 座長は、会務を総理し、会議の議長となる。

3 副座長は、座長を補佐し、座長に事故があるとき、又は座長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第5 懇話会は、岩手県保健福祉部長が招集する。

2 懇話会は、委員の半数以上が出席しなければ会議を開くことができない。

(意見の聴取)

第6 懇話会は、必要に応じて委員以外の者の出席を求め、その意見を聴くことができる。

(庶務)

第7 懇話会の庶務は、岩手県保健福祉部保健福祉企画室において処理する。

(補則)

第8 この要綱に定めるもののほか、懇話会の運営に関し必要な事項は、座長が定める。

附 則

この要綱は、平成23年12月15日から施行する。

別紙

所 属	役 職	氏 名	備 考
社団法人岩手県医師会	地域医療検討会委員	及川 慶一	
岩手県介護支援専門協会	副 会 長	小笠原 千恵	
社団法人盛岡市医師会訪問看護ステーション	所 長	関 りゅう子	
社団法人岩手県歯科医師会	専 務 理 事	大黒 英貴	
社団法人岩手県医師会	常 任 理 事	本 間 博	
岩手県地域包括・在宅介護支援センター協議会	副 会 長	本山 潤一郎	
遠野市健康福祉部市民医療整備室	室 長	菊池 永菜	
雫石町立雫石診療所	事 務 長	若林 武文	

※名簿は、氏名の五十音順（市町を除く。）。