

今後における高齢者の在宅医療(介護)の展望について ～在宅看取り調査結果を踏まえて～

阿部 文彦

読売新聞東京本社 社会保障部 次長

講師経歴

阿部 文彦 (あべ ふみひこ)

読売新聞東京本社 社会保障部 次長

1962年 北海道生まれ

1985年 東京大学文学部社会学科 卒業
東京大学新聞研究所
(現 東京大学大学院情報学環・学際情報学府)
卒業

同年 読売新聞東京本社 入社
青森支局を経て、東京本社科学部へ

2000年 3月より社会保障部に所属
主に、医療制度や高齢者問題を担当。

著書に「環境ホルモン・何がどこまでわかったか」(共著：講談社現代新書)「ドキュメントもんじゅ事故」(共著：ミオシン出版) など

はじめまして、読売新聞東京本社社会保障部の阿部文彦と申します。ご紹介の通り、2000年から社会保障部に席を置いていまして、高齢者ケア、医療制度などを取材しております。本日は、私が記事にしました、在宅療養支援診療所のデータの解説や数字の読み方、活用法などを実践的にお話するとともに、在宅医療を可能にする諸条件や将来像について述べたいと思います。

本日は前半で、看取り調査の説明をし、その後、在宅医療の方向性、昨年秋に読売新聞で出しました、読売医療提言について報告させていただきます。

きょうのテーマの在宅療養支援診療所について、社会保障部では過去に2回、全国調査を行いました。1回目は2007年7月、2回目が2008年12月です。1回目は1面と解説面で記事にしました。2回目は2面です。

まず、最初に、在宅療養支援診療所の説明を簡単にさせていただきます。

在宅療養支援診療所の要件(2006年4月に創設)

創設されたのは2006年4月で、まさに字のとおり、在宅で療養生活を送る重症患者を支援する拠点となる診療所です。一般の診療所に比べて、高い診療報酬点数が設定されていることもあり、様々な要件が作られました。

まず、24時間、連絡を受ける医師または看護職員をあらかじめ指定するとともに、連絡担当者及び、連絡担当者と直接連絡のとれる連絡先電話番号、緊急時の注意事項などを文書で明示し、患者・家族に渡さなければなりません。

連絡がとれるだけではだめで、別の診療所と連携してもいいんですが、24時間、往診が可能



な体制を確保する必要があります。これが、24時間365日の縛りで、これが重荷になって、在宅療養支援診療所の看板を掲げない開業医も少なくありません。

3番目が、在宅療養支援診療所と並び、在宅医療の両輪とされる訪問看護ステーションとの連携です。4番目は、いざというときに、患者を入院させるベッドの確保、5番目が、連携機関との情報共有、そして、最後が今回お話しする、看取り数の報告です。年に1回、決まった書式の紙で、昔なら各都道府県の県庁所在地にある社会保険事務局、今は厚生局事務所に、在宅で看取った患者数などを届け出ます。この年に1回、というのは毎年7月1日現在の数字を届け出ることになっていまして、第1回目が2007年7月、第2回目が2008年7月で、それに合わせて調査を行ったわけです。

看取り数は、在宅療養支援診療所が機能しているのかどうかについての重要な指標となります。しかし、看取り数がゼロだったら、看板を下ろすといったペナルティーはありません。また、実際に患者を診ないと、一般の診療所よりも高い診療報酬は取れないわけで、看取りがゼロだったり、まったく在宅療養の支援をしなくても、診療報酬の不当請求とかいった事態は起きないわけです。

厚生労働省では、審議会などに、「在宅療養支援診療所」のイメージ図を出しています。上に、在宅療養支援診療所がありますが、常勤医3人ですから、相当大規模な診療所と言えます。診療所は、定期的な診療や緊急の往診をおこなうと共に、訪問看護ステーションに、訪問看護を指示します。そのほか、介護保険のケアマネジャーと連携したり、病院のベッドを確保し、緊急入院させたりします。これは、非常にうまくいっている事例で、提携する訪問看護ステーションがないとか、介護保険への知

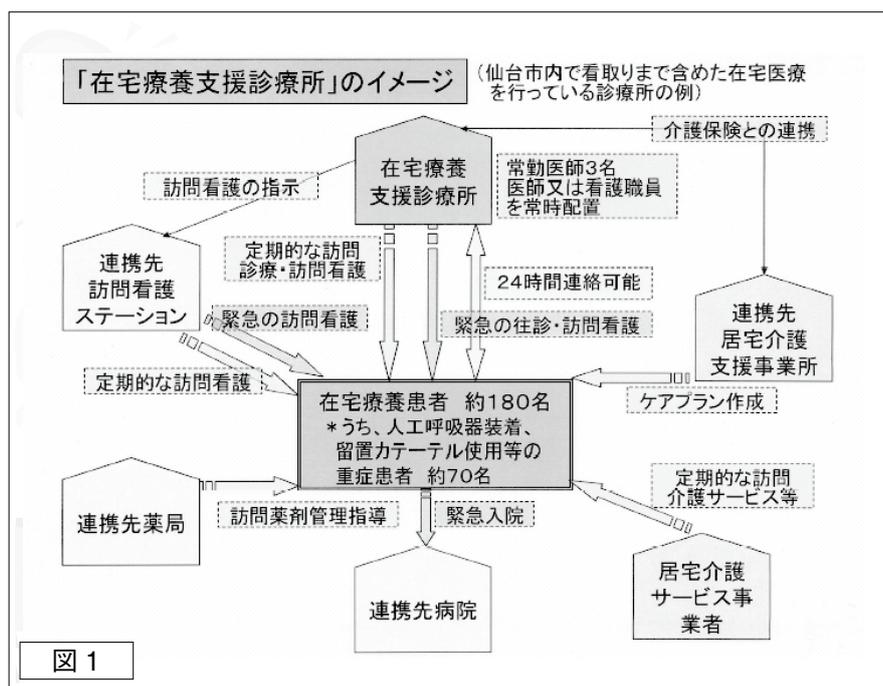
識が不足しているといった理由で、孤軍奮闘する開業医も多いようです。(図1)

在宅死とは

次は、在宅死とは何かです。看取り数という言葉が出ましたが、要するに、在宅での看取りというのは、療養生活を送った後に、ターミナルケアがあって、もう危ないから、と医師が家族に呼ばれて死亡に立ち会うというのが典型的な事例かと思います。とは言っても、重症患者ですから、容体が急変して、医師が臨終の場面に間に合わないということもあります。では、容体の急変で、家族が救急車を呼んで、病院に入ったらどうなるのか。直前まで、往診などをしていても、このケースは在宅での看取りとはなりません。実際には、在宅の定義には、純粹の自宅だけではなく、特別養護老人ホームや老人保健施設、有料老人ホーム、グループホームなど、つまり、医療機関以外の住居、施設すべてが入ります。

では、2万7000人とか、3万2000人といった数字をどのように考えたら良いのか。そこで参考になるのが、人口動態統計です。

人口動態統計は、明治31年の「戸籍法」にさかのぼる統計で、近代化されたのは昭和22年からになります。毎年、分厚い冊子で上中下の3冊が



(厚労省資料より)

出ます。出生、死亡、婚姻、離婚、死産など、国内で発生した生き死になどに関する統計が網羅されています。

ちょっと寄り道しますと、死亡数の年次推移というグラフがありまして、第二次世界大戦前は年間120万人くらいの方が死んでいたんですが、大戦後には劇的に減って70万人くらいになり、その後、徐々に増えて、今は110万人に増えています。例えば、大正時代のスペイン風邪や、関東大震災、阪神・淡路大震災などが起きると、死者の棒グラフがピッと伸びるんですね。

人口動態統計by厚生労働省(昭和22年から)

在宅での看取りを語る際に非常に重要なデータとして、死亡の場所別にみた死亡数というのがあります。どんな場所があるかと言うと、病院、診療所、老健、助産所、老人ホーム、この中には、養護老人ホーム、特養、軽費老人ホーム、有料老人ホームも入ります。それに、自宅、最後に「そのほか」で、死亡の場所を分けています。これは、同居の親族、そのほかの同居人、家主などが出す死亡届に基づいて、市区町村が人口動態調査票を作成します。従って、死亡診断書の記述に沿うわけですが、マニュアルを見ると、「そのほか」については、「山や川、路上」となっていて、交通事故や不慮の事故、自殺などによる死者が主な対象となるようです。ちなみに、老人ホームの定義も、マニュアルに明記されています。なお、調査結果ですが、ネットでも見ることができます。

そして、どのようなグラフができるのか。まず、有名なものが、このエックスグラフです。右肩下がりが、在宅での死亡割合、右肩上がりが病院などで死亡する患者の割合です。これをみると、かつては、8割が在宅で死んでいたのに、1975年くらいに病院での死亡割合と逆転し、今は、在宅で死亡する方が少数派になって

いることがわかります。(図2)

四半世紀の推移

2005年が底?

数字を見ますと、1955年には病院と診療所を足して、15%が医療機関で死に、自宅が77%だったのが、徐々に差が縮まり、75年には、46.7%と47.7%になり、現在は、病院8割、在宅16%となっています。ただし、景気と一緒に暗い話ばかりではなくて、直近の数字を見ると、2005年が、病院・診療所計で82.4%、在宅が15%と底を打ったようで、2006年には、病院・診療所計82.3%で、在宅15.3%に、2007年には病院・診療所計82%に対し、在宅は15.6%と徐々に在宅の比率が上がっています。何かが起きているようです。

人口動態統計の問題点

人口動態統計は、都道府県ごと、年齢別のデータもあって、様々に加工できるんですが、制約もあります。最大の問題点は、看取りの結果亡くなった死者の実数を読み取ることができないことです。死因、場所をクロスしたデータもあるので、2007年の最新版の数字を抜き出してみました。自宅などで亡くなった17万3916人のうち、悪性新生物(がん)が2万5724人、心疾患が4万8235人、脳血管疾患が2万931人、肺炎が6868

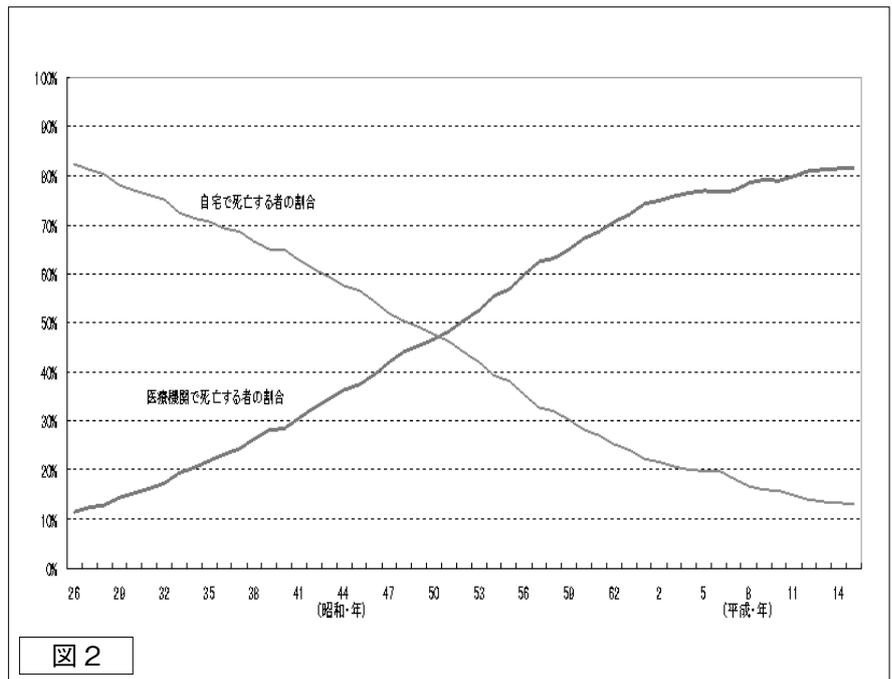


図2

(厚生省資料より)

人、不慮の事故が5918人となっています。

このうち、不慮の事故は明らかに看取りとは関係有りません。心疾患、脳血管疾患については、健康だった人が急に倒れる可能性もあります。年齢構成をみると、自宅でなくなる心疾患の25%が70歳以下で、脳血管疾患も3割が70歳以下です。肺炎は、死亡者に占める高齢者の比率が高いのですが、すべてが看取りとは考えにくいですね。がんに関しては、医師や家族に看取られた可能性が高いかなと思いますが、実態はわからない。つまり、人口動態統計では、療養生活を送った後に、在宅で亡くなった人の数が分からないわけです。そこで、看取り調査の結果が貴重なデータとなります。

では、調査の説明に入ります。まず、調査の方法からです。

調査の手法は、2007年と2008年では多少違います。というのは、社会保険事務局改め厚生局事務所が、データ集計の方法を変更したからです。それを含めて、ご説明したいと思います。

資料17と資料18(47P)をご覧ください。

在宅療養支援診療所のかかる報告書(1)と(2)となっています。もしかしたら、私が気づかなかったかもしれませんが、2007年の時は、(1)がありませんでした。つまり、個々の診療所の報告書しかなかったわけです。そこで、この報告書を、47都道府県の社会保険事務局に情報開示請求し、取り寄せました。つまり、9777枚の報告書を入手したわけです。ところが、2008年に、社会保険事務局に聞いたところ、都道府県ごとにまとめた報告書もあるというんですね。ということで、2008年は省力化というか、ズルをしまして、47枚の紙を入手し、集計しました。A4の紙1万枚というと、1メートル以上の高さになりまして、大変でした。しかも、ほぼ一人で作業したので、土日はずいぶんとつぶしました。

報告書(2)をご覧ください。最初の方で、「看取り数などを報告」と話しましたが、実際は、13項目について聞いています。

大きく2つに分かれていまして、1が直近1年間(平成19年7月1日～平成20年6月30日)に在宅療養を担当した患者に関する質問です。平均診

療期間、合計患者数、うち死亡患者数、在宅での看取り数、これは、ターミナルケア加算をとった人数ですので、後に出てくる医療機関以外での死亡者数とは違う数字になります。次がその内訳で、医療機関等での死亡数、自宅、自宅以外とそれらを足した医療機関以外での死亡数の4項目。2は診療内容として、訪問診療などの合計回数、往診、訪問診療、それに提携する訪問看護ステーションによる、訪問看護、緊急訪問看護のそれぞれの回数です。2007年もほぼ同じ内容になっています。

そして、報告書1は、これらを都道府県ごとに集計したのですが、届け出医療機関数、担当患者数が1人以上あった医療機関数、在宅看取り数が1人以上あった医療機関数という項目が加わり、16項目になっています。これは、要するに、保険局医療課にも渡る資料なんです。来年の診療報酬改定の材料になるのでしょうか。

行政文書開示請求の手順

実際の方法ですが、行政文書開示請求でデータを入手します。まず、資料19(47P)の行政文書開示請求書を、厚生局に送ります。データは各都道府県の事務所が持っているんですが、対応は管区の厚生局でまとめてというところも少なくありません。

そうすると、1ヶ月ほどして、資料20(48P)のような「行政文書開示決定書」というのが送られてきます。要するに、開示請求したものには、個人情報保護などの観点から、開示できないものがないので、差し上げますよ、という通知です。

この資料には、「行政文書の開示の実施方法等申出書」というのが同封されていまして、それを厚生局に送ります。そうすると、1週間ほどで、資料19(47P)の「報告書(1)」というものが、送られてくるわけです。2008年調査は各都道府県で1枚ずつ計47枚だからよかったんですが、2007年調査は1万枚で、コピー代だけで10万円請求されました。

そして、入手した資料をエクセルに入力し、分析、記事にするということになります。

調査結果 I (2007年)

1回目の調査結果から報告します。資料21(49P)ですが、資料18(47P)の在宅療養支援診療所にかかる報告書(2)、1万枚を集計し、都道府県別にまとめた表です。データ数とあるのが、診療所の施設数、医療機関外での死亡数が、資料1の見出しにもなっている在宅での看取り2万7000人の根拠となったデータです。医療機関等での死亡は2万2000人で、在宅で看取ったのと同じくらいの患者が、病院などに搬送されて、亡くなっていることがわかります。在宅での看取り数と、施設での看取り数もわかります。それぞれ、2万1700人と、5300人ですね。都道府県ごとにみると、面白い特徴がありまして、在宅での看取り数が全国一の東京では、自宅が3676人に対し、自宅以外が838人と、圧倒的に自宅が多いんですね。おそらく、有料老人ホームや特養などの整備状況などと関連しているのだと思います。それと、訪問回数の合計と、往診と訪問診療の合計が出ています。総数でいうと、約164万回という膨大な数なんですが、仮に1施設が20人の患者さんを持つとすると、1施設で一人の患者に8回しか往診しないことになります。これは少ない。実は、この項目については、「直近3ヶ月の実施回数」になっていまして、年間の数字ではありません。

ただし、看取りの数については、高齢者の数が多ければ、当然増えるわけで、何らかの補正が必要です。総人口で補正する手もありますが、都道府県により、高齢化率に差があります。そこで、後期高齢者が75歳以上になっていることもあり、75歳以上の死亡者で補正をしました。それが、資料22(50P)です。75歳以上の死亡者1万人当たりで、何人が在宅で見取られているのかですね。パーセントに直すと、700人で7%になります。東京と神奈川では実数では2.5倍の開きがあるのが、補正した値では、1.5倍になります。資料23(51P)はランキングです。これがベストな補正かどうかですが、厚労省が、中医協に出した「在宅医療を支援する病院の評価について」という資料では、在宅療養支援診療の設置状況に濃淡があるという論証のため、都道府県ごとに、75歳以上の人口1000人当たりの在

宅療養支援診療所の数を使っています。死亡者が生きている人かという違いはありますが、妥当な補正だったと思います。

在宅で亡くなった人は2万7072人、このうち、自宅で亡くなったのが2万1724人、自宅外の特養などが5348人。地域別では、東京がもっとも多く4514人、大阪2345人、神奈川1844人などが続き、少ないのは高知の30人、富山の73人。ただし、75歳以上の死亡者数で補正すると、東京がやはり787人でトップ、これに、大阪が続き、なぜか、奈良が559人で3位に浮上するわけです。地域別にみると、関東、近畿などの大都市圏で看取りの割合が高く、北海道、東北、甲信越、中国地方が低くなっていました。

もう一つ、2007年調査の最大の特徴は、個別の診療所のデータまでとったことです。資料24(52P)ですが、都道府県ごとに、在宅で看取った人の数と診療所の数を表にしてあります。例えば、東京などは、年間20人以上看取る診療所が41施設もあります。これに対し、ゼロという都道府県も少なくありません。宮城は、看取り割合が1万人当たり525人で全国7位なんですが、診療所の数は85施設で決して多くない。しかし、20人以上看取る診療所が6施設もあるんですね。確か、看取り数が三桁という施設もあったかと思います。都道府県ごとに、一つの診療所が平均して何人を看取っているのかという数字も出したんですが、宮城は8.0人でトップでした。ちなみに、東京は4.2人、大阪は1.8人で、今後の在宅療養の普及を目指すうえで、スーパー診療所に引っ張ってもらおうというやり方も効果が大いようです。

非常に機能しているところがあれば、不活発な診療所もあるわけで、また、資料24(52P)をごらんいただきたいんですが、未記入が886施設、ゼロが3168施設でした。この未記入というのが曲者でして、ほかのデータと合わせますと、看取り実績はゼロの可能性が非常に高いと思います。1面の記事では、0人が32%の3168施設としたんですが、未記入を加えると、4054で約4割になります。実際は、この4割が、看取りゼロの施設と推計されます。補強材料となるのが、3ヶ月間の往診、訪問診療の回数でして、0回が

11%、5回以下というのが15%を占めたんですね。0回は論外ですが、定期的な訪問診療の場合、月2回が標準でして、看板倒れとってよいかと思います。

調査結果Ⅱ (2008年)

2回目、2008年の調査ですが、資料25(53P)が基本データになります。この項番ですが、資料17(47P)の在宅療養支援診療所にかかる報告書(1)をご覧ください。基本データに出てくる項番は、1-16までは、この報告書に合わせてあります。つまり、都道府県ごとのものを集計したわけです。17から23までが、独自に補正、加工したデータです。17は、項番9、つまり医療機関など以外の死亡数合計を75歳以上の死亡者数で補正しました。18は、項番10、つまり自宅での死亡を同様に補正、19は項番11、つまり、特養、老健での看取り数を補正しました。

調査結果Ⅱ

項番20-22は、前回との比較のために、増減割合をはじき出しました。それぞれの看取り割合について、前回は分母にして割ったわけです。広島を増減割合は2.8になっています。前回に比べて、180%の増加率だったということです。0.8になっているところもあります。福井などですね。これは20%の減少ということになります。

項番23は、1施設当たりの平均看取り数です。

なお、75歳以上の死亡者ですが、人口動態統計からデータをとっています。前回、2007年については、2006年の人口動態統計を、2008年は2007年の人口動態統計を使用しました。看取り調査は2007年分が、2006年7月から2007年6月30日まで、人口動態統計は、2006年1月～12月が調査期間です。ぴったりとは合わないのですが、現状を反映する直近のデータということということで、使い分けました。

資料26から資料31(54P)までが、基本データから作成したランキングです。資料26は、在宅での看取り数のランキングです。1位は東京、2位は神奈川、3位は大阪などとなっていて、最下位は前回同様、高知ですが、前は30人なので、1.5倍に増えています。資料27は、自宅での

看取り数のランキング、資料28は、75歳以上の死亡者数で補正した在宅での看取り割合のランキング、資料29は、同じ自宅での看取り数を補正したランキング、資料30は、在宅での看取り割合の前回との比較、資料31は、1施設当たりの看取り数になっています。

ざっと、どんな数字だったのかを、紙面を見ながら紹介します。資料7ですが、まず、日本全国での看取り数は、3万2000人で、前年よりも5345人、約2割増えていました。施設数も、前回の9777施設に比べ、1割強増えていました。地域別では、東京が2年連続のトップ。75歳以上の死亡者1万人当たりでみると、東京が881人でトップ、前回に比べて1割増えていました。ちなみに、最下位は高知ですが、人数を大幅に増やしたため、東京都との格差は12倍に縮まりました。東京、神奈川、兵庫など、人口密集地ほど、看取り割合が高い傾向がありました。

実は、今回の調査でユニークなのは、在宅での患者が1人もいない診療所がわかることです。1万1098施設のうち、15%にあたる、1719施設で在宅の患者が一人もいませんでした。これは、前回の調査ではわからなかった新事実でした。

調査結果Ⅱ

この2回目の調査なんですが、都道府県の厚生局事務所がまとめたものなので、データの信頼性は高いわけですね。1回目の調査では、未記入に悩まされまして、多少、エイヤと処理したところもあります。例えば、在宅での、看取り数合計は記入されていないのに、自宅と、自宅以外はゼロと書いてあったり、その逆だったり。そういったものをデータ処理していたので、結構誤差が出ていると思います。

とはいえ、2回目の調査も油断は禁物でして、やはり、数字があわない都道府県が5つほど出ました。1箇所を除き、担当者に連絡し、訂正してもらったんですが、大阪だけは、看取り数で、自宅と自宅外を足した数と、医療機関外で、500人ほど最後まで食い違いました。結局、担当者は原因がわからないの一点張りで、画竜点睛を欠きました。実は、そのため、紙面では、自宅と自宅外での看取りの数を紹介することができま

せんでした。今も500人が消えたままになっています。年金記録が消えるのもむべなるかなという感じでしょうか。

それと、初回の調査に比べて、データの入手費用もかかりませんし、情報開示もスムーズです。しかし、個別の診療所データが入手できないため、20人以上看取った診療所がいくつあるとか、個別の診療所に関する分析ができないという制約があります。

続いて、調査結果の分析です。

何にスポットを当てるのかですが、経年変化、地域差、質の格差の3つの課題を設定してみました。まず、経年変化からです。

2007年の調査は、2006年7月から2007年6月まで、2008年の調査は2007年7月から2008年6月までの間に受け持った患者が対象になります。看取り数は、2万7072人が3万2417人になり、20%増。自宅での看取り数は2万1724人から2万5877人に、やはり20%増。診療所数は9777施設が11098施設に増え、14%増。一人も看取りをしていない診療所は、32%プラスアルファで約4割から、6164施設、56%に増加しています。

結果分析 I (経年変化)

まず、在宅での看取り数がなぜ、20%増加したのかです。看取り数の増加率と、自宅での看取り数の増加率が等しいことから、1年間で、特養や老人ホームなどの施設・ケア付き住宅が急増したということではなく、医療、介護の供給体制に何か変化があったことが推察されます。もう一つは、診療所が14%増えたことをどうみるのかです。これは、最初の調査段階から指摘されていたんですが、診療報酬が一般の診療所よりも高く設定されていることから、在宅医療にきちんと取り組んでいる開業医の中には、在宅療養支援診療所の届出をあえてしない診療所があると言われていました。患者の自己負担は1割ですから、その負担を配慮して、ふつうの診療報酬で往診などをするわけですね。一方で、すでに届け出ていた9777の在宅療養支援診療所の3割近くはまともに機能していない。これまでに、在宅療養支援診療所の届出はしていないが、きちんと往診などをしてきた診療所を中心に、

診療所が15%増えたとなると、全体の看取りの数の2割増という結果は、妥当かなという気がします。同時に、従来から届け出ていた診療所も何らかの底上げがあったことも間違いありません。地域別にみると、広島や高知が典型でして、広島の場合は、2007年は診療所数203施設、在宅での看取り数336人だったのが、2008年には診療所数が502施設に増え、看取り数も963人と2.9倍になっています。高知も、看取り数が増えたんですが、診療所数も2割増でした。

もうひとつ重要なのが、1人も看取りをしていない診療所の数です。2007年調査は未記入が多くて、ここはあてにならないんですが、未記入を加えても、2007年調査では、一人も看取っていない診療所が増えすぎています。実をいうと、理由はわかりません。ただし、前回調査では、年間で1～2という診療所が3008施設ありました。ということはたまたま、1人が2人看取った診療所が翌年は実績がなかったということも考えられます。

結果分析 I 補足

経年変化については、1回目の調査の直後に、その前の1年間と比較したデータを中医協で出しています。在宅療養支援診療所の実態調査で、2007年12月14日の中医協に提出されました。

全国の在宅療養支援診療所約9500施設を対象に、2007年7、8月に実施しました。有効回収数は3533で回収率は37.4%ですから、6割の診療所には無視されたわけですね。うちはそんなに活動していないからと、しり込みしたのかもしれない。

そのなかに、2006年度と比較できるデータがありまして、在宅で看取った割合は51.8%だったのが、2007年には56.5%に5%アップし、逆に、病院で死んだ患者は4%減っています。また、在宅での1施設当たりの看取り件数も1ヶ月で0.29人から0.48人と6割増です。1年に換算すると、3.5人から5.8人に増えたことになります。ちなみに、うちの2007年調査では2.7人ですから、明らかに中医協の調査の対象は、活発な診療所に偏っていると言えそうです。手挙げ調査は精度が高くなる反面、積極的に活動していない診療

所が抜け落ちるわけで、全体像をつかむには、届け出のあったデータをすべてさらう全数調査のほうが有効かと思えます。

結果分析Ⅱ (地域差)

次は地域差です。資料28(54P)ですが、下位には、高知、福井、北海道、秋田、富山が並びます。高知あたりは説明が付かないんですが、まず、頭に浮かぶのが雪です。いずれも、豪雪地帯です。北海道では、冬になると、病院などに足を運ぶのが難しい患者が越冬入院する傾向もあります。雪は地域差を生む要因の一つになっているようです。

もう一つ、上位をみると、鳥取、宮城あたりはあてはまらないところがありますが、東京、神奈川、兵庫、京都、愛知などの人口密集地が多くなっています。往診などの移動時間が短かったり、もともと診療所の数が多いためと見られます。

このほか、高知、北海道、山口、佐賀などは、療養病床の人口当たりのベッド数が多い地域です。(図3)看取り割合の高い、東京、神奈川あ

たりは療養病床が少ない。高知などでは、療養病床が多いために、医療機関の競争が激しく、「何かあったら、入院するのが当たり前」という意識が、病院、患者・家族双方に根強いように感じました。そのため、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅療養を支える拠点も育ちにくいという地域性があります。

よく俗説で出ている、持ち家率や一人暮らし率との相関も紙面で調べました。持ち家率が高いと、もともと借家に比べて広い上に、家の改修、バリアフリー化もしやすく、在宅で看取りやすくなるという理屈です。しかし、調べてみると、持ち家率の高い、富山、秋田、福井はどれも看取り割合が低くなっています。逆に、持ち家率の低い東京、大阪などは、看取り割合が高くなっています。在宅医療は結構、室内が狭いところでも、工夫すれば可能ですし、富山、秋田あたりは、雪が多いというハンデがあります。どうも相関性はないようでした。また、一人暮らし率ですが、これまた、雪国の山形、新潟、福井が上位で、鹿児島、東京、大阪が下位ですが、こちらも相関性がない。同居していなくても、

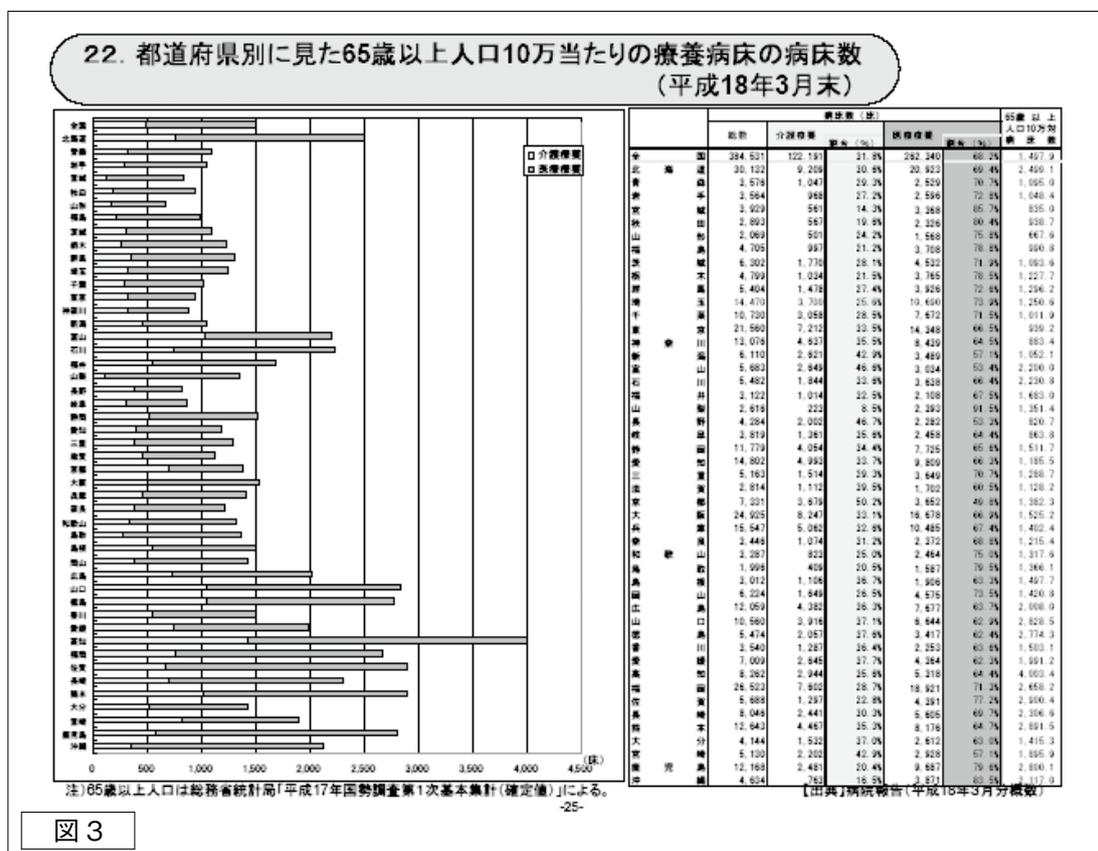


図3

(厚労省資料より)

近くに子供なりが住んでいればいいわけで、一人暮らしかどうかより、近くに頼りになる親族や子供がいるかどうかの方が重要なかもしれません。

もう一つは平均所得です。在宅療養には結構、医療・介護のお金がかかります。その点で、首都圏で看取り割合が高いというのは、平均所得が高く、自己負担が可能なことが背景にあるようです。

結果分析Ⅲ(質の格差)

つづいて、質の格差についての分析に入ります。2007年調査によると、年間20人以上を看取る診療所は198施設。三桁のものもありました。ちなみに、資料24(52P)のとおり、10～19が404、6～9が653施設、3～5人が1460施設、1～2が3008施設になります。平均は2.7人ですが、人数の多い診療所が平均値を相当押し上げているため、中央値をとると、1人になります。また、往診、訪問診療の回数を調べると、15%が3ヶ月間で5回以下で、在宅医療にまともに取り組んでいるとはいいがたいこともわかりました。そして、2008年調査によると、看取りゼロの施設は56%を占めます。さらに、在宅療養支援診療所の看板を掲げているながら、在宅の患者が一人もいない診療所も15%を占めます。

まず、在宅療養支援診療所が金太郎飴ではないという事実をおさえる必要があります。在宅療養支援診療所のほとんどを占めるのが、従来型です。いわゆる外来が主で午前中に外来をし、昼休みや午後往診をするわけです。往診にどれだけ時間を割くのかや、常勤医が何人いるのかにもよりますが、もし、医師が一人だったら、年間の看取り数は10～20人が限界でしょうか。多くは1人から5人程度にとどまります。看板だけ掲げているところや、これからぼちぼちやろうかな、というところは、看取りがゼ

ロになります。

次が在宅医療専門型です。外来を基本的に問わず、在宅医療に特化します。こうなると、年間の看取りは10人以上で、もしかしたら20人以上かもしれません。また、複数の常勤医がいれば、50人以上も可能です。

ちなみに、この写真は、福岡市の在宅療養支援診療所の医師が訪問診療をしている風景です。ここは午前中が外来、午後を在宅診療にあてています。ただし、非常勤の医師もいまして、大体100人の患者を在宅でみています。がんの緩和療法などにも対応し、年間で50人看取るといいますから、在宅医療専門型に近い診療所だと思います。(写真1)

時には、往診先で、患者さんと一緒に焼酎を飲むこともあります。ちょうど退院なさったところで、先生に、「お酒を飲めませんか」と相談したところ、「少しなら」というわけで、お気に入りの芋焼酎で乾杯したという写真も見せていただきました。患者さんはその1週間後になくなったそうです。ちなみに、看護師さんが運転したので、飲酒運転はしていないとのことでした。

という具合に、在宅療養支援診療所のレベルも様々です。また、一生懸命往診をしながら、最後は、病院に運ばれてしまうという患者も少なくないわけで、看取りがゼロだから、



写真1

在宅医療に取り組んでいないとも言い切れません。

一方で、在宅療養支援診療所の看板を掲げているながら、往診はできません、看取りもしませんという診療所があるのは、調査結果から見ても明らかで、在宅を支えてくれる診療所を探そうという患者・家族には誤った情報を流すことになります。まだまだ制度は始まったばかりで、仕方のないところもあるんですが、看取った患者の数や、がんの緩和療法もできるのかといった診療内容に関する情報が患者・家族、介護事業所に届かないと、質の格差は大きな問題として残るかと思います。

活用法

この結果をどのように活用するのかですが、行政的な視点ですと、医療計画が機能しているのかを評価する一つの物差しになります。新たな医療計画では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病の4疾病、それに、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、および小児医療について、医療連携体制を構築することを都道府県に義務づけています。疾病については、予防、救護、急性期、回復期、維持期という段階があるんですが、最後の維持期では、在宅療養が主要な選択肢となっています。つまり、切れ目のない医療を提供し、患者が早めに在宅療養に移り、居宅での生活への復帰を目指すわけですね。その場合、希望する患者には、在宅で看取る体制を整備することが行政には求められます。都道府県が独自にこうした、訪問診療の実施人数、例えば、75歳以上人口1000人で50回を目指すとか、在宅療養支援診療所の人口当たりの数の目標値を設定するとか、看取り目標を定めるといったことも可能ですが、私の知る限りでは、どこも設定していません。おそらく、理由は2つあって、看取りの数を在宅医療の物差しとすることへの抵抗感が、従来型の在宅療養支援診療所には根強いことがあるかと思います。実は、看取り数の多い診療所は、がん患者が多く、一人当たりの診療期間が短いというデータがありまして、地域でがん以外の患者をみている診療所の場合、一生懸命取り組んでも、

看取りの数が増えない傾向もあります。もう一つは、在宅療養支援診療所の看取り数に関する客観的なデータを厚労省がまとめておらず、実態が不明ということもあります。

看取り数や訪問診療の数量についてですが、もし、2007年調査ですべての診療所の実名と住所がわかれば、市町村単位のもっと細かい分析も可能になります。例えば、宮城県の地図に、在宅療養支援診療所をプロットして、看取り数と、訪問診療・往診の回数を、道路の整備状況などを勘案して同心円状に描く。そうすると、地域的にどこで、在宅療養支援診療所が足りないのか、逆に過剰なのかといった状況が可視化できます。在宅医療をメインにした診療所を開設したいというドクターには、有益な情報になると思います。

もう一つ、弊社を含めて、病院のランキング本が流行していますが、在宅医療の診療所案内の基礎データにもなります。診療所名がわかれば、看取り数1位どこどこ、なんてのも可能ですし、20以上、うちの調査では約200でしたが、これらを集めることも可能です。すでに、「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」といった本が出ています。こちらは、年間の看取り数などは自己申告でして、公文書である、報告書のほうがより信憑性が高いという利点もあります。

在宅医療の方向性

続いて、在宅医療の歴史についてです。かつては、8割近かった、在宅での死亡割合は、1975年を境に、病院などでの死亡割合と逆転しました。

この現象をほかの数字で見してみましょう。往診を受けた患者数を比べると、この半世紀で、6分の1に減っています。往診を実施している一般診療所の数も1984年の41%から、2005年には27%に減っています。鶏が先か、卵が先かという議論はあるのですが、家庭での介護の難しい高齢者の受け皿として、病院の役割が増すとともに、在宅医療を支える体制は非常に貧弱になったことがわかります。

それが、病院のサロン化や社会的入院が問題になり始めた80年代前半から、少しずつ風向きが変わってきました。まず、1981年に診療報酬で、「在宅自己注射指導管理料」が設けられました。続いて、83年に、往診の中に、「寝たきり老人訪問診療料」ができ、1988年には、訪問看護の診療報酬が新設されました。そして、2006年に、在宅療養支援診療所ができ、2008年には、病院にも拡大されました。医療法でも、1992年に改正医療法で、患者の居宅を医療行為を行う場として法的に規定し、2006年には、自宅以外

に居宅の概念を拡大しました。

さらに、もうひとつ。2000年には、介護の社会化をスローガンに、在宅での介護サービスを1割の自己負担で利用できる介護保険制度がスタートしました。(図4)

昭和62年厚生白書

ちなみに、昭和62年の厚生白書は、厚生省創設ちょうど50年を記念した白書でもあるんですが、在宅医療にもかなり踏み込んでいます。主な論点をピックアップしました。まず、要介護老人対策という項目があり、そこでは、万が一、自身が寝たきりになった時の介護などが心配という人が、「よくある」「時々ある」を含めて半数以上いること、また多くが在宅での介護を望んでいることを指摘し、介護の担い手の確保、リハビリや訪問看護の充実を訴えています。ここでのもう一つの柱が施設ケアでして、「病院と特別養護老人ホームの2つの施設体系を中心に、要介護高齢者を受け入れてきた」と、現状認識を示し、長期入院、社会的入院などの問題を指摘しています。昭和61年というのと、前年に老健施設ができた年として、老人にふさわしい整合性の取れた施設体系の確立を求めています。このモチーフは白書の中の様々な項目で展開され

在宅医療の歴史

①診療報酬

1981年 在宅自己注射指導管理料(指導管理料)

1983年 寝たきり老人訪問診療料(往診)

1988年 在宅訪問看護・指導料(訪問看護)

2006年 在宅療養支援診療所

2008年 在宅療養支援病院

②医療法

1992年 「患者の居宅」を「医療行為を行う場」として法的に規定

2006年 居宅の意味を拡大解釈

③介護保険

2000年 介護保険スタート

図4

ていて、「国民医療の総合的改革と健康づくりの推進」という章では、長期入院傾向は、老人医療費を中心とした国民医療費の増加をもたらすという観点から大きな問題と指摘し、長期入院の是正を求めています。さらに、「保健医療供給体制の整備」という節の中には、医薬分業などと並んで、在宅ケアの充実という小項目もあり、遅れている在宅ケア対策を推進するため、家庭医機能を担う医師の養成や、訪問看護サービスの充実を課題にあげています。この白書から20年ほどたっていますが、あまり状況は変わっていないというのが正直な感想です。

厚生労働省の政策転換

この白書が語るように、厚労省は病院中心の医療、つまり量重視の医療から、在宅という質を重視する医療に方針転換を行ったわけですが、その背景を考えてみたいと思います。

まず、一つ目に挙げられるのが、医療費の抑制です。高齢者の一人あたりの医療費は、現役世代の4、5倍かかります。医療の必要がないのに入院する社会的入院も目立ちます。

在宅を受け皿に、社会的入院を解消しようというのが厚労省のスローガンです。この図は、みなさんご存知の療養病床削減計画で、療養病床は、医療の必要度の低い人向けの新型老健やケアハウスに転換されます。

(図5)

もうひとつは、病院の2040年問題の回避です。この問題については、東京消防庁の「高齢者搬送人員の推移と高齢者人口の推移」というグラフが参考になります。東京都の場合、1年間で搬送される患者は1993年には38万人でしたが、それが2003年には62万人に増えています。特に増えているのが65歳以上の高齢者の数でして、9万7000人から、22万人とゆうに倍増しています。この間に高齢化率も12.3%から17.2%に上がっていて、今後、

団塊の世代の高齢化に伴って、高齢者はこれからもどんどんふえるわけで、救急車で搬送される高齢者はさらに増えます。(図6)

何が起きるかといいますと、救急病院が、入院後に行き場のない高齢者で占領され、アップアップの状態になっていますし、今後、その状況がさらに進むことが予想されるわけです。

将来予測によると、現在は年間110万人ほどの死者が、2040年ごろには170万人になるんです。その8割というと、140万人になってしまいます。140万人の人が入院すると、ベッド不足になり、病院医療というか、急性期医療は崩壊します。そのためにも、退院する患者の受け皿が必要になるわけです。

最後になりますが、本当はこれが一番重要で、療養環境として、病院がふさわしいのかどうかです。最期の場合を病院で迎えることの是非ですね。みなさん、ご存知かと思いますが、こちらの記事をご覧ください。(図7)

療養病床は、一人当たりの部屋の広さが6.4平方メートル以上なのに対し、老健は8平方メートル以上、特別養護老人ホームは10.65平方メートル以上です。特養の場合、現在建てられるものは原則個室です。これが、在宅だと、住み慣れた環境で、台所の調理の音やにおいを聞いたり、かいだりしながら、最期の日々を過ごせま

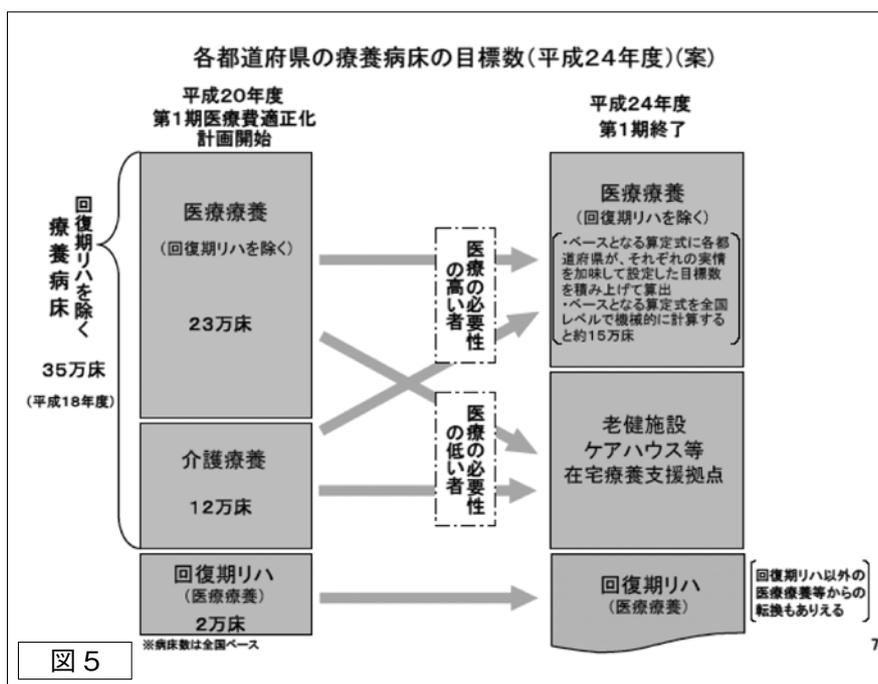


図5

(厚労省資料より)

す。もちろん、家族を含めた手厚い介護体制が前提ですが。どちらが、患者、家族にとって幸せかですね。

聖路加国際病院の日野原重明理事長(写真2)を、私は8年ほど前から取材していきまして、時代の証言者という伝記のような記事も書いています。下調べのために、彼が書いた本を読んでいたら、ある本に、次のような文章を書いているんです。

「いよいよ人が死ぬとなると、その8割は病院で亡くなっている。白い壁に囲まれた病室、それも重症であればあるほど個室に入れられて、そこで面会謝絶となり、友達は孫はおろか、配偶者や子供も入ることができない。それを見て、私はこれが医学のできる最高のものかと、非常にいぶかしく思う。人間が死ぬときには、どんな人でももっとも最悪の状況のうちに死ぬということを私は50年間みてきた」=「命をみつめて」(岩波書店)

こんな文章を、5000人もの人を看取ってきた97歳の病院内科医が書いているわけですね。やはり、生活の質の面で、在宅医療という選択肢を確保することが必要だと思います。

続いて、在宅療養を推進するための課題について述べたいと思います。



写真2

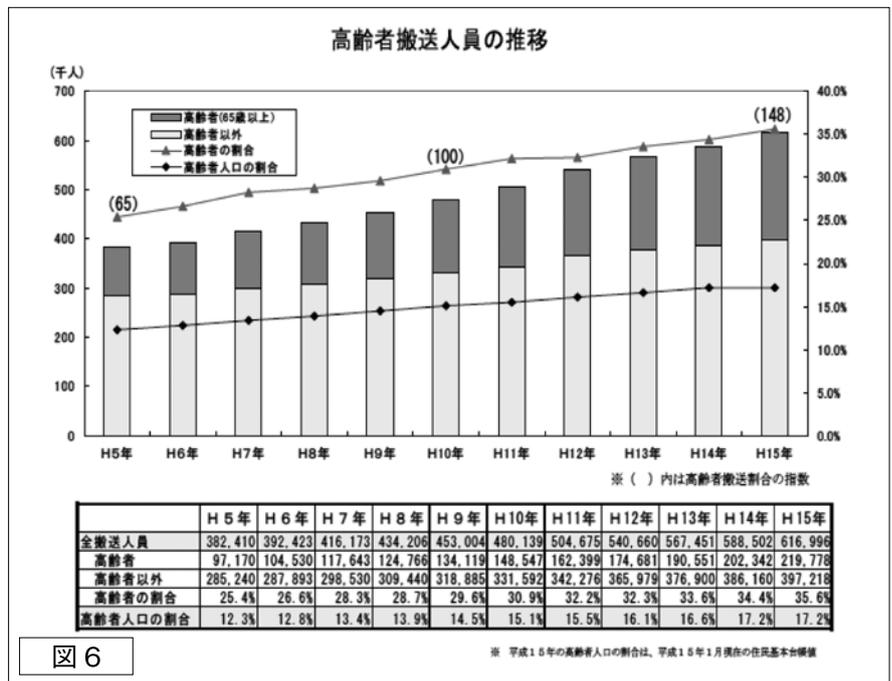


図6

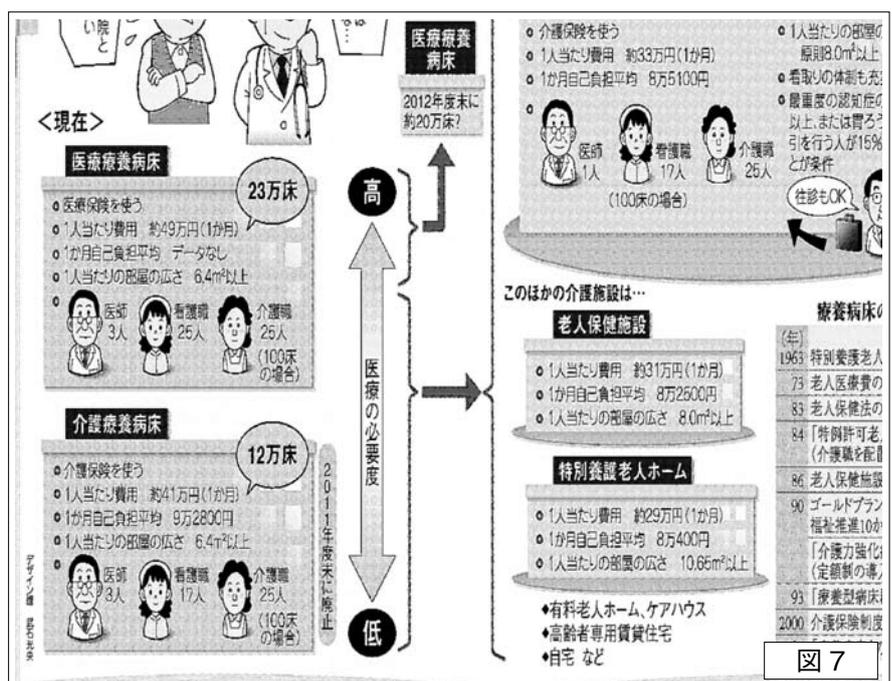


図7

課題Ⅰ 在宅療養支援診療所

第一は、在宅療養支援診療所の底上げです。これまで、多くの在宅医を取材してきましたが、ユニークだったのが、長崎市の長崎在宅Dr.ネットです。70人ほどの開業医がネットワークを組んで、在宅医療に取り組んでいます。

この写真(写真3)は3年ほど前に取材しました。2人の医師はそれぞれ、主治医と副主治医です。実は、主治医は患者さんの近くの開業医なんですが、副主治医は少し離れたところの医師です。ただし、もともと、呼吸器専門の外科医でして、人工呼吸器の管理に強いんですね。このおばあちゃんは人工呼吸器を付けているので、ちょうどよく、主治医の弱点を補えるわけです。少し古い数字なんですが、3年ほど前、この会員は平均で年に約3人看取するというんです。当時の会員は50人でしたが、150人を看取るわけです。診療所の看取り数の中央値は1人ですから、このネットワークは非常に機能しているといえます。同様のネットワークが近隣市にも広がっていき、在宅医療を推進するための有力なモデルケースといえます。

もう一つは、医師会が中心になる方式です。有名なのが、尾道市医師会方式です。ここでは、退院時に患者、家族、ケアマネジャー、かかりつけ医などがケアカンファレンスを開き、在宅への円滑な移行を実現しています。いずれにしても、ネットワークが一つのキーワードになります。

もう一つは、年間20人以上を看取するような、中核となる診療所の育成です。ガン末期のような医療依存度の高い在宅専門の支援診療所と、生活支援に軸足を置く従来型の支援診療所を有機的に連携させれば、地域での底上げにつながります。

連携は、支援診療所間だけでは不十分です。在宅療養の現場を見ていると、訪問看護がしっかりしているかどうかで、ずいぶんと開業医の負

担が違います。長崎も、優秀な訪問看護ステーションがいくつもあって、支援診療所を支えていました。支援診療所と訪問看護ステーションとの連携が欠かせません。

訪問看護ステーションの問題は後から、医療と介護の連携のところで出てきますが、問題は、規模が小さく、採算性が低いために、規模の拡大ができず、実力を生かしきれていないことです。報酬を上げたり、サテライト化を支援するなどして、こちらも底上げが必要です。

課題Ⅱ ケア付き住宅

続いての課題は、ケア付の高齢者住宅です。昨年秋に、弊社が出しました読売医療提言に沿って説明します。

読売提言「医療改革」では、医師不足などの喫緊の課題から、医療機関の機能分化まで、高齢者ケアまで様々な問題について、提言を行いました。

高齢者福祉の問題は住宅問題にほかならないわけで、在宅医療を推進するためには、ケア付き住宅を10年間で倍増させるべきというのが、われわれの提言の中身です。ただし、新しく作るのは非常に費用がかかりますし、有料老人ホームなどは入居一時金が高く、すべての人が入れるわけではない。というわけで、都市再生機構の集合住宅や、都道府県や市町村の公営住



写真 3

宅などの既存の建物をバリアフリー化してはどうかと提案しました。ちなみに、政府も高齢社会における、安心住空間の整備という計画に着手していき、われわれも、こうした取り組みを横目で見ながら、提言をまとめました。(図8)

ここで、重要なのが、要介護度が非常に高くなってから、ケア付き住宅や施設に入るのではなく、その前の段階から、こうした住宅に移ったほうが望ましいということです。

新しい「住まい」の在り方 一ケアつき住宅へのニーズ

家屋の構造が要介護者の生活に適さない、一人暮らしだったりして、日常生活に困難や不安がある、こんなことを感じ始めたら、ケア付住宅に移る、こんなイメージをわれわれはもっています。

ちなみに、海外ではどうなんだろうというと、こちらの表(図9)は、厚生労働省の審議会などでたびたび出てくる表なのですが、日本は、介護施設、ケア付高齢者住宅の割合が65歳の高齢者人口比で、4.4%と海外に比べて低いんですね。しかし、気をつけなければいけないのは、スウェーデン、デンマークでは、施設での介護から、特別な住居に軸足を移して、施設だけを見ると、日本も決して、少ないわけではありません。

提言では、仮に、ケアハウス、高齢者専用賃貸住宅、グループホームなどの6類型を、ケア付住宅としましたが、だいたい50万人分が整備されています。一方で団塊の世代の高齢化で2025年ごろには、75歳以上人口が2000万人を超して、1.6倍程度になるわけで、

2020年ごろには、高齢者の住宅供給も相当成熟させる必要がある。ということで、きりよく、10年で倍増としました。もちろん、日本の場合は、施設もまだまだ必要で、それらを合わせて住宅、施設を増やすべきですが、あまり、箱にお金をかけるのは望ましくありません。2045年のピークを過ぎると、高齢者の数は減るわけで、あまり立派なものを作ると、グリーンピアではありませんが、無駄な施設になりかねません。

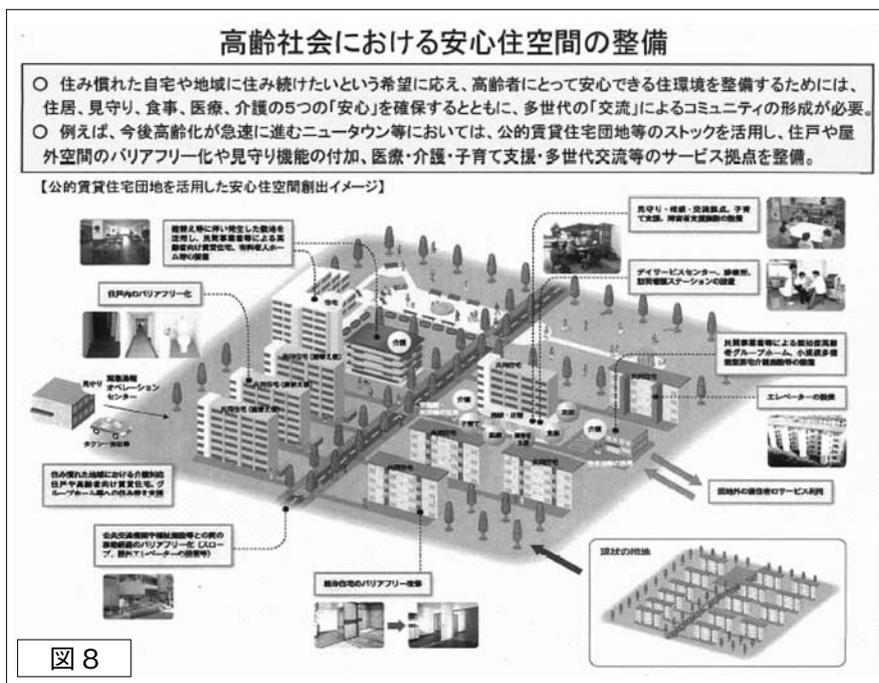


図 8

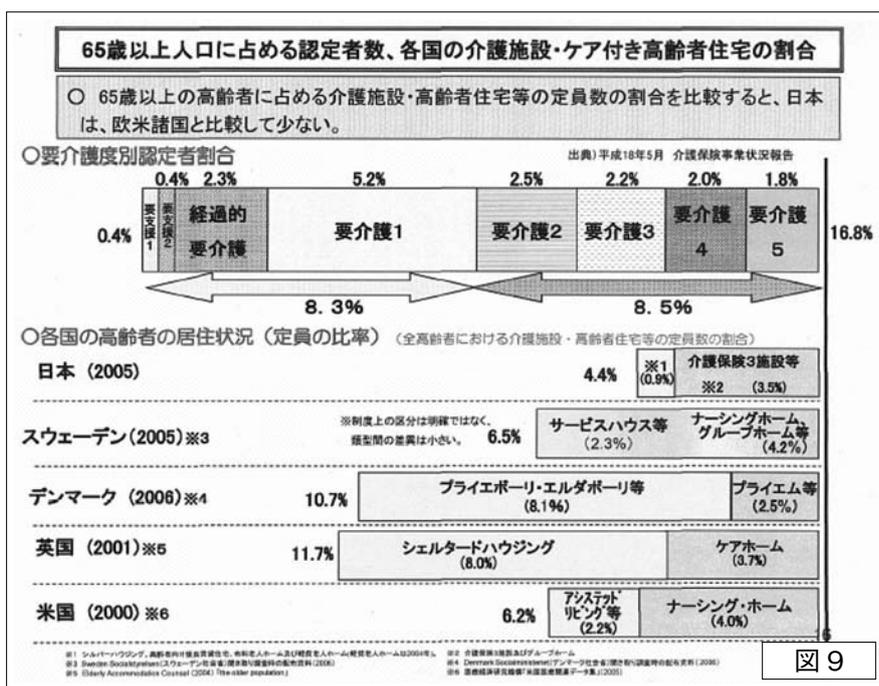


図 9

(上下とも厚生労働省資料より)

課題Ⅲ 医療と介護の連携

医療と介護の連携も重要です。まず、訪問看護師の権限を拡大し、薬の処方もできるようにする、生活習慣病などの継続的に使用する薬剤に限る形になるかと思いますが、といった提案しています。ナースプラクティショナーの活用も入ります。ヘルパーについても、コムソンが撤退したときに問題になったように、24時間介護が決定的に不足しているわけで、デンマークのように、訪問介護・看護がチームを組んで、巡回訪問するような仕組みも、在宅医療の推進には欠かせません。

最後は、提言ではまったく触れていないのですが、社会的入院を減らす財政的な仕組みも検討が必要です。スウェーデンでは、「社会的入院費支払い責任」という制度が、エーデル改革で作られました。これは、医師が治療終了を通告したにもかかわらず、病院に患者が入院する場合、ケア付住宅や、施設を整備していない、つまり受け皿不足の責任を取る形で、医療保険の保険者になっている県に対し、介護の保険者である市が入院費を支払う制度です。社会的入院というのは、日本だけの問題ではありません。イギリスにも同様の財政上の仕組みが導入されています。日本の場合、介護も国保も市町村なので、どう組み込むのか難しいのですが、今後の政策課題になるかと思います。

課題Ⅳ 制度外の資源の活用

そして、最後の課題です。在宅医療の推進には、ボランティアの活用も欠かせません。ご存知のとおり、病院でのボランティアは相当広まっています。病院スタッフの負担が軽減されるのみならず、風通しをよくするといったメリットが指摘されています。ところが、在宅でのボランティアというのは、生活の場だけに進んでいません。

最近、面白い試みだと思ったのが、「介護支援ボランティア」です。2007年から始まった制度で、ボランティア活動をした高齢者に、お金と引き換えが可能なポイントを与えます。介護予防事業の一環として、ターゲットは、介護を受けるようではなく、介護をするほうです。つ

まり、人のお世話をするというので、活発さを保っていれば、要介護にならず、介護費用もかからない。その分、介護費用を使わなかったことへのボーナスとして、年5000円までを、保険料分としてあげるわけです。現在は、デイケアなどに限られていますが、導入予定を含めて30近い市町村が取り組んでいて、在宅でも活用できる制度だと思います。

どういう方法が可能なのかというので紙面で紹介したのが、聞き書きボランティアです。これは、自宅や特養などを訪れて、高齢者の人生や子、孫へのメッセージをつづる聞き書きです。これがおもしろいのが、聞くだけではなく、冊子につづるということです。「小冊子が実績になるので、在宅に入りやすい」と主宰者も話しています。取材したのは、老健に入院している男性の高齢者で、最初はおもいおもいしていましたが、じきに、「聞き書き隊」の本田さんという女性と話を始めました。ただし、これには高いハードルがありまして、だれでもができるわけではありません。本田さんという方はもともと看護師さんで、コミュニケーション能力が非常に高い方なんです。人材の発掘が難しいかもしれません。

制度外の資源というべきなのかわからないんですが、看取りの文化の復権も必要です。もともと、日本では、仏教が人の生死に深くかかわってきました。特に、檀家制度が確立した江戸時代以降、菩提寺は宗教行事を通じて、地域住民と日常的に交流するだけではなく、看取りでも大きな役割を担っていました。様々な宗派が、病人や看病する人に対し、看取ったり、看取られたりする場合の作法や心得を記した「臨終行儀」を著し、看取りのノウハウを伝えました。例えばですね、「看病人に不満を抱かず、感謝の言葉を表すこと」とか、「苦しみで病人が劇薬を望んだ場合、その苦しみをわが痛みとすべし」とかですね。これは緩和ケアですよ。

しかし、第二次世界大戦後、仏教は、葬式と法事しかない「葬式仏教」に変容するとともに、「看取りの文化」も失われました。死にいく人と家族を支える、宗教じゃなくても良いんですが、何かそういうスピリチュアルケアも必要

かと思います。どうも、在宅医療を家族が嫌がる奥底に、死への恐怖が見え隠れするからです。そうした看取りの現場も取材したんですが、面白いことに、「千の風になって」がスピリチュアルケアになっています。あるチャプレンに、「僕は風にならしてもらいますねん」と末期がん患者が話しかけたんです。その後に落ちがあって、「1000まではいかへんやろ。500くらいかな」と笑顔で話したと言うんです。死後のイメージ作りになっているところが、この歌のヒットした理由なのかなとも思います。

在宅医療の推進には、死生観といった分野、それに、人を人体としてのみとらえるのか、家族、社会との関係性の中におけるヒトとしてとらえるのかといった次元にまで目配りが必要かと思っています。

では、在宅療養支援診療所の看取り体制に関する定量的な調査、分析と、日本人の文化・風土を踏まえた、今後の在宅医療の将来像についての講演終わらせていただきます。



在宅療養支援診療所に係る報告書(1)
(平成20年7月1日現在)

都道府県名 _____

項番	項目	件数等
1	届出医療機関数	件
2	担当患者数が1名以上あった医療機関数	件
3	在宅看取り数が1名以上あった医療機関数	件
4	1医療機関当たりの平均診療期間	ヶ月
5	担当患者数合計	名
6	死亡患者数合計	名
7	在宅看取り数合計	名
8	医療機関等での死亡数合計	名
9	医療機関等以外での死亡数合計	名
10	医療機関等以外での死亡数(自宅)合計	名
11	医療機関等以外での死亡数(自宅以外)合計	名
12	訪問診療等の合計回数合計	回
13	往診合計	回
14	訪問診療合計	回
15	訪問看護合計	回
16	緊急訪問看護合計	回

【記載上の注意】

- ・項番1については、様式3-1における届出診療所数と一致すること。
- ・項番4については、全届出医療機関の延べ平均診療期間を届出医療機関数で除して得た数を記入すること。 ※この場合、小数点第2位を四捨五入し、小数点第1位まで記入すること。
- ・項番5-16までは、全届出医療機関の報告の延べ数を記入すること。
- ・項番9については、項番10と11を足して得た数と一致すること。
- ・項番12については、項番13、14、15及び16を足して得た数と一致すること。
- ・別紙様式10の2については、事務局内で集計を行うために使用するものであり、当課への報告については、必要ありません。

17

在宅療養支援診療所に係る報告書(1)

資料17

在宅療養支援診療所に係る報告書(2)
(平成20年7月1日現在)

都道府県名 _____
医療機関名 _____

1 直近1年間(平成19年7月1日～平成20年6月30日)に在宅療養を担当した患者について

・平均診療期間 () ヵ月

合計患者数	うち死亡患者数	名(内訳:在宅看取り数)
		内 訳
		医療機関等での死亡数
		医療機関等以外での死亡数
		自宅
		自宅以外
		名

2 直近3ヵ月(平成20年4月～6月)の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	往診	訪問診療	訪問看護	緊急訪問看護
回	回	回	回	回

【記載上の注意】

- 「1」の在宅療養の担当患者数は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 「1」の「うち死亡患者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「自宅以外」欄へ計上すること。
- 「1」の在宅看取り数は、在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算を算定した人数を記入すること。
- 「2」は、当該患者の在宅での療養を担う保険医として担当している患者に対して実施した訪問診療等であり、連携医療機関等が行った往診等も含めて記載すること。

18

在宅療養支援診療所に係る報告書(2)

資料18

標準様式第1号

行政文書開示請求書

平成20年11月28日

東北厚生局長殿
(行政機関の長)

氏名又は名称: (法人その他の団体にあってはその名称及び代表者の氏名)
阿部文彦

住所又は居所: (法人その他の団体にあっては主たる事務所の所在地)
〒100-8055東京都千代田区大手町1-7-1
読売新聞東京本社社会保険部

連絡先: (連絡先が上記の本人以外の場合は、連絡担当者の住所・氏名・電話番号)

行政機関の保有する情報の公開に関する法律第4条第1項の規定に基づき、下記のとおり行政文書の開示を請求します。

記

- 請求する行政文書の名称等
(請求する行政文書が特定できるよう、行政文書の名称、請求する文書の内容等をできるだけ具体的に記載してください。)
福島県の在宅療養支援診療所から提出された在宅療養支援診療所に係る実施状況報告書(1)(2008年7月提出分) = 都道府県ごとの件数を記載した文書
- 求める開示の実施の方法等(本欄の記載は任意です。)
ア又はイに○印を付して下さい。アを選択された場合は、その具体的な方法等を記載してください。
ア 事務手続きにおける開示の実施を希望する。
<実施の方法> ① 閲覧 ② 写しの交付 ③ その他()
<実施の希望日> _____
イ 写しの交付を希望する。

(受付印欄)

開示請求手数料 (1件300円)	ここに収入印紙をはってください。
---------------------	------------------

*この欄は記入しなくても構いません。

担当課	
備考	

19

行政文書開示請求書

資料19

標準様式第2号

東北厚労第1225054号
平成20年12月25日

行政文書開示決定通知書

読売新聞東京本社編集局
社会保証部 阿部 文彦 様

東北厚生局長

平成20年11月28日付けの行政文書の開示請求について、行政機関の保有する情報公開に関する法律（以下、「法律」という。）第9条第1項の規定に基づき、下記のとおり開示することとしたので通知します。

記

1 開示する行政文書の名称
在宅療養支援診療所に係る実施状況報告 2008年7月提出分（福島県）

2 開示の実施の方法等

(1) 開示請求において希望された開示の実施方法により開示の実施が受けられます。

(2) 手数料額の計算

行政文書の種別・数量等	開示の実施の方法	算定基準（行政機関の保有する情報の公開に関する法律第10条第1項第1号参照）	行政文書全体について開示の実施を受けた場合の請求金額	開示実施手数料（基本額・開示請求手数料合計）
A 4 伝文書 1枚 (1頁)	複写機により複写したものの交付	用紙1頁につき 10円	10円	0円

3 照会先
東北厚生局長総務課庶務係
電話：022-726-9260
FAX：022-726-9267

※ この決定に不服がある場合は、行政不服審査法（昭和37年法律第160号）第6条の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、厚生労働大臣に対して異議申立てをすることができます（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、決定の日の翌日から起算して1年を経過した場合には異議申立てをすることができなくなります。）。
また、この決定の取消しを求めると同時に、行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の規定により、この決定があったことを知った日から6ヶ月以内に、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、東京地方裁判所又は特定管轄裁判所に是分の取消しの訴えを提起することができます（なお、決定があったことを知った日から6ヶ月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には是分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

20

20

<説明事項>

1 「開示の実施の方法等」の選択について
開示の実施の方法等については、この通知書を受け取った日から30日以内に、同封した「行政文書の開示の実施方法等申出書」に所要の開示実施手数料を納付して、申出を行ってください。
開示の実施の方法は、開示決定通知書の3（1）「開示の実施の方法等」に記載されている方法から自由に選択できます。必要な部分のみの開示を受けること（例えば、100頁ある文書について冒頭の10頁のみ開示する等）や部分ごとに異なる方法を選択すること（冒頭の10頁は「写しの交付」を受け、残りは開示する等）もできます。一旦、開示をした上で、後に必要な部分の写しの交付を受けることもできます（ただし、その場合は、最初に開示を受けた日から30日以内に、別途「行政文書の更なる開示の申出書」を提出していただく必要があります。）。
また、写しの交付を希望される場合は、「行政文書の開示の実施方法等申出書」にその旨を記載してください。
なお、この場合は、開示実施手数料のほかに、送付に要する費用（郵便切手等）が必要となります。

2 開示実施手数料の算定について

(1) 手数料額の計算方法
開示実施手数料は、選択された開示の実施の方法に応じて、定められた算定方法に従って基本額（複数の実施の方法を選択した場合はそれぞれの合算額）を計算し、その額が30円（オンライン請求の場合は200円、以下同じ。）までは無料、300円を超える場合は当該額から300円を差し引いた額となります。
(例)
150頁ある行政文書を開示する場合：
100枚までごとにつき100円 → 基本額 200円 → 手数料は無料
150頁ある行政文書の写しの交付を受ける場合：
用紙1枚につき10円 → 手数料は1500円
150頁ある行政文書のうち100頁を開示し、20頁について写しの交付を受ける場合（残りの10頁は開示を受けない）：
開示に係る基本額 100円 + 写しの交付に係る基本額 200円 = 計 300円 → 手数料は無料

(2) 手数料の減免
生活保護を受けているなど経済的困難により手数料を納付する余力がないと認められる方については、開示請求1件につき2000円を限度として、手数料の減額又は免除を受けることができます。減額又は免除を受けたい方は、「開示実施手数料の減額（免除）申請書」を提出してください。

(3) 手数料の納付
開示実施手数料は、提出される「行政文書の開示の実施方法等申出書」に相当額の収入印紙を貼って納付してください。なお、事務所に直接来所の上、「行政文書の開示の実施方法等申出書」を提出される場合には、現金によることもできます。

3 開示の実施について
事務所における開示の実施を選択され、その旨「行政文書の開示の実施方法等申出書」により申し出られた場合は、開示を受ける当日、事務所に来られる際に、「行政文書開示決定通知書」をご持参ください。

4 担当課等
開示の実施の方法等、開示実施手数料の算定・納付方法、不服申立ての方法等について、ご不明な点等がございましたら、本欄に記載した担当までお問い合わせください。

行政文書開示決定通知書

資料20

		③+④	①	③	④	⑤+⑥		
	都道府県	データ数	医療機関等 以外での死亡 数(③+④)	医療機関等で の死亡数	自宅での看取 り数	自宅以外での 看取り数	訪問回数 の合計	往診と訪問診 療の合計
北海道・東北	北海道	197	360	341	251	109	55,899	50,671
	青森県	75	190	219	149	41	23,085	15,696
	岩手県	73	267	131	252	15	11,135	8,688
	宮城県	85	676	291	571	105	23,304	14,951
	秋田県	57	157	106	129	28	5,986	5,494
	山形県	64	242	200	209	33	12,587	10,007
	福島県	141	528	410	461	67	34,938	24,278
	地域合計	692	2,420	1,698	2,022	398	166,934	129,785
関東	茨城県	135	558	336	501	57	27,851	23,733
	栃木県	95	294	145	266	28	11,690	10,090
	群馬県	152	288	274	230	58	20,872	15,233
	埼玉県	326	954	911	733	221	76,023	59,159
	千葉県	190	1,255	874	998	257	57,630	47,221
	東京都	1,085	4,514	4,449	3,676	838	365,721	304,858
	神奈川県	502	1,844	1,872	1,438	406	129,828	116,348
	地域合計	2,485	9,707	8,861	7,842	1,865	689,615	576,642
甲信越	新潟県	92	385	192	285	100	16,348	14,601
	富山県	29	73	67	65	8	7,345	6,056
	石川県	102	127	109	86	41	14,475	10,609
	福井県	42	90	50	78	12	4,712	2,886
	山梨県	34	148	88	114	34	5,018	4,076
	長野県	209	643	400	526	117	26,148	18,302
	地域合計	508	1,466	906	1,154	312	74,046	56,530
東海	岐阜県	136	515	361	412	103	31,641	22,641
	静岡県	229	792	411	636	156	25,933	20,648
	愛知県	438	1,398	989	1,045	353	99,588	72,920
	三重県	115	317	159	264	53	17,664	16,146
	地域合計	918	3,022	1,920	2,357	665	174,826	132,355
近畿	滋賀県	54	242	198	213	29	12,636	8,390
	京都府	255	831	765	690	141	71,782	57,016
	大阪府	1,321	2,345	2,541	1,860	485	284,479	235,149
	兵庫県	549	1,594	1,401	1,354	240	95,087	77,068
	奈良県	81	431	176	367	64	19,228	14,419
	和歌山県	124	360	301	303	57	36,541	25,398
	地域合計	2,384	5,803	5,382	4,787	1,016	519,753	417,440
中国	鳥取県	51	213	104	153	60	11,458	8,993
	島根県	101	214	208	157	57	17,965	14,421
	岡山県	240	340	385	246	94	44,081	38,727
	広島県	203	336	231	271	65	30,830	24,714
	山口県	112	219	119	153	66	14,275	11,918
	地域合計	707	1,322	1,047	980	342	118,609	98,773
四国	徳島県	125	178	102	136	42	14,594	11,387
	香川県	102	214	138	151	63	14,986	11,831
	愛媛県	161	445	209	331	114	27,975	23,535
	高知県	30	30	45	23	7	6,644	6,277
	地域合計	418	867	494	641	226	64,199	53,030
九州・沖縄	福岡県	603	846	702	673	173	79,384	67,088
	佐賀県	122	185	119	137	48	15,773	14,429
	長崎県	263	357	312	251	106	27,918	23,239
	熊本県	178	241	149	193	48	17,785	14,303
	大分県	153	178	189	149	29	14,364	11,968
	宮崎県	88	220	139	154	66	12,137	8,446
	鹿児島県	211	320	321	275	45	32,671	26,748
	沖縄県	47	118	115	109	9	10,257	8,011
	地域合計	1,665	2,465	2,046	1,941	524	210,289	174,232
全国合計	9,777	27,072	22,354	21,724	5,348	2,018,270	1,638,786	

資料21

	都道府県	75歳以上死亡者数	医療機関等以外での死亡者数(③+④)	75歳以上死亡者数1万人あたりの医療機関等以外での死亡者数
北海道・東北	北海道	31,704	360	113.6
	青森県	9,219	190	206.1
	岩手県	9,899	267	269.7
	宮城県	12,874	676	525.1
	秋田県	9,352	157	167.9
	山形県	9,488	242	255.1
	福島県	13,848	528	381.3
	地域合計	96,384	2,420	251.1
関東	茨城県	16,775	558	332.6
	栃木県	11,466	294	256.4
	群馬県	12,001	288	240.0
	埼玉県	27,722	954	344.1
	千葉県	26,618	1,255	471.5
	東京都	57,364	4,514	786.9
	神奈川県	34,791	1,844	530.0
	地域合計	186,737	9,707	519.8
甲信越	新潟県	16,711	385	230.4
	富山県	7,639	73	95.6
	石川県	7,070	127	179.6
	福井県	5,574	90	161.5
	山梨県	5,705	148	259.4
	長野県	15,412	643	417.2
	地域合計	58,111	1,466	252.3
東海	岐阜県	12,451	515	413.6
	静岡県	20,996	792	377.2
	愛知県	32,200	1,398	434.2
	三重県	11,599	317	273.3
	地域合計	77,246	3,022	391.2
近畿	滋賀県	7,222	242	335.1
	京都府	14,903	831	557.6
	大阪府	39,964	2,345	586.8
	兵庫県	29,722	1,594	536.3
	奈良県	7,707	431	559.2
	和歌山県	7,515	360	479.0
	地域合計	107,033	5,803	542.2
中国	鳥取県	4,447	213	479.0
	島根県	6,139	214	348.6
	岡山県	12,826	340	265.1
	広島県	17,435	336	192.7
	山口県	11,345	219	193.0
	地域合計	52,192	1,322	253.3
四国	徳島県	5,979	178	297.7
	香川県	7,117	214	300.7
	愛媛県	10,540	445	422.2
	高知県	6,254	30	48.0
	地域合計	29,890	867	290.1
九州・沖縄	福岡県	27,827	846	304.0
	佐賀県	5,802	185	318.9
	長崎県	10,267	357	347.7
	熊本県	12,782	241	188.5
	大分県	8,535	178	208.6
	宮崎県	7,564	220	290.9
	鹿児島県	13,177	320	242.8
	沖縄県	5,408	118	218.2
地域合計	91,362	2,465	269.8	
全国合計	698,955	27,072	387.3	

資料22

順位	都道府県	75歳以上死亡者数1万人あたりの医療機関等以外での死亡者数
1	東京都	786.9
2	大阪府	586.8
3	奈良県	559.2
4	京都府	557.6
5	兵庫県	536.3
6	神奈川県	530.0
7	宮城県	525.1
8	和歌山県	479.0
9	鳥取県	479.0
10	千葉県	471.5
11	愛知県	434.2
12	愛媛県	422.2
13	長野県	417.2
14	岐阜県	413.6
15	福島県	381.3
16	静岡県	377.2
17	島根県	348.6
18	長崎県	347.7
19	埼玉県	344.1
20	滋賀県	335.1
21	茨城県	332.6
22	佐賀県	318.9
23	福岡県	304.0
24	香川県	300.7
25	徳島県	297.7
26	宮崎県	290.9
27	三重県	273.3
28	岩手県	269.7
29	岡山県	265.1
30	山梨県	259.4
31	栃木県	256.4
32	山形県	255.1
33	鹿児島県	242.8
34	群馬県	240.0
35	新潟県	230.4
36	沖縄県	218.2
37	大分県	208.6
38	青森県	206.1
39	山口県	193.0
40	広島県	192.7
41	熊本県	188.5
42	石川県	179.6
43	秋田県	167.9
44	福井県	161.5
45	北海道	113.6
46	富山県	95.6
47	高知県	48.0

資料23

	都道府県	未記入	0	1~2	3~5	6~9	10~19	20以上
北海道・東北	北海道	37	61	55	29	7	7	1
	青森県	0	34	17	10	7	7	0
	岩手県	1	32	22	8	3	4	3
	宮城県	9	15	27	17	6	5	6
	秋田県	6	14	19	10	4	3	1
	山形県	7	13	18	13	6	5	2
	福島県	14	28	43	31	10	10	5
	地域合計	74	197	201	118	43	41	18
関東	茨城県	17	25	37	26	16	9	5
	栃木県	17	14	39	13	5	5	2
	群馬県	25	52	36	32	4	2	1
	埼玉県	40	101	89	49	23	15	9
	千葉県	0	61	45	25	23	21	15
	東京都	7	388	304	180	93	72	41
	神奈川県	41	128	149	89	42	38	15
	地域合計	147	769	699	414	206	162	88
甲信越	新潟県	6	17	28	17	15	6	3
	富山県	2	10	8	5	2	2	0
	石川県	0	53	31	13	5	0	0
	福井県	2	9	16	11	3	1	0
	山梨県	3	9	13	2	1	4	2
	長野県	4	57	68	40	27	9	4
	地域合計	17	155	164	88	53	22	9
	東海	岐阜県	8	26	53	26	10	9
静岡県		28	55	68	38	17	18	5
愛知県		2	150	133	80	44	17	12
三重県		14	28	35	19	12	5	2
地域合計		52	259	289	163	83	49	23
近畿	滋賀県	2	10	12	16	6	7	1
	京都府	1	76	94	40	23	15	6
	大阪府	201	440	435	154	50	28	13
	兵庫県	56	144	177	94	45	19	14
	奈良県	8	11	27	16	14	3	2
	和歌山県	6	34	44	25	9	3	3
	地域合計	274	715	789	345	147	75	39
中国	鳥取県	1	15	11	13	8	1	2
	島根県	1	35	33	20	9	3	0
	岡山県	37	90	63	39	7	4	0
	広島県	1	104	60	22	10	4	2
	山口県	0	44	42	14	8	3	1
	地域合計	40	288	209	108	42	15	5
四国	徳島県	28	31	43	17	4	1	1
	香川県	13	25	37	15	7	5	0
	愛媛県	2	71	46	22	13	4	3
	高知県	0	15	10	5	0	0	0
	地域合計	43	142	136	59	24	10	4
九州・沖縄	福岡県	112	226	185	51	14	8	7
	佐賀県	0	59	40	14	6	3	0
	長崎県	37	98	89	27	4	7	1
	熊本県	24	82	45	17	8	1	1
	大分県	46	40	45	15	5	2	0
	宮崎県	13	29	25	9	6	5	1
	鹿児島県	4	94	78	25	7	1	2
	沖縄県	3	15	14	7	5	3	0
	地域合計	239	643	521	165	55	30	12
全国合計	886	3,168	3,008	1,460	653	404	198	

資料24

地域	都道府県	項番1	項番2	項番3	項番4	項番5	項番6	項番7	項番8	項番9	項番10	項番11	項番12	項番13	項番14	項番15	項番16	項番17	項番18	項番19	項番20	項番21	項番22	項番23	
北海道	北海道	239	210	84	12.4	17,685	925	286	489	436	298	138	66,124	5,691	52,636	7,489	308	1,316	900	41.7	1.2	1.1	1.2	1.8	
	青森県	74	64	33	10.7	2,773	449	152	205	244	146	98	28,386	2,069	18,021	8,217	79	253.4	151.6	101.8	1.2	0.9	2.3	3.3	
	岩手県	79	63	35	10.0	2,122	445	243	139	326	301	25	12,246	1,350	8,270	2,542	84	317.2	292.9	24.3	1.2	1.2	1.6	4.1	
	宮城県	84	79	47	12.0	4,174	1,191	643	413	797	647	150	28,485	2,567	17,814	5,830	274	584.4	474.4	110.0	1.1	1.1	1.3	9.5	
	秋田県	86	58	27	11.9	1,896	277	82	131	146	108	38	8,532	1,305	6,217	1,007	3	150.8	111.6	39.3	0.9	0.8	1.3	2.2	
	山形県	70	66	36	12.6	3,156	460	160	188	265	230	35	13,073	1,487	9,351	2,192	43	274.0	237.8	36.2	1.1	1.1	1.0	3.8	
	福島県	161	135	85	17.1	5,658	1,067	466	408	659	567	82	35,365	4,665	22,990	7,806	504	444.3	382.3	62.0	1.2	1.1	1.3	4.1	
	茨城県	154	141	81	11.0	9,492	1,198	436	426	770	604	166	33,848	2,778	27,584	3,366	120	456.3	357.9	98.4	1.4	1.2	2.9	5.0	
	栃木県	127	100	55	14.0	3,011	1,542	314	159	434	363	71	12,053	1,793	8,476	1,731	53	365.9	306.0	59.9	1.4	1.3	2.5	3.4	
	群馬県	176	147	99	9.0	5,646	759	277	301	458	321	137	21,490	3,183	16,890	7,251	166	368.2	258.1	110.1	1.5	1.3	2.3	2.6	
関東	埼玉県	380	295	154	12.2	16,377	2,102	774	1,070	1,035	838	197	73,170	5,763	52,623	14,280	504	356.2	288.4	67.8	1.0	1.0	1.1	0.9	2.7
	埼玉県	209	138	100	12.2	12,456	2,135	974	868	1,208	959	249	59,940	5,109	44,076	9,264	491	437.0	346.9	90.1	0.9	0.9	0.9	5.8	
	千葉県	1,215	1,060	551	19.6	67,339	10,310	3,796	5,022	5,288	4,308	980	420,373	32,951	325,283	60,352	1,787	881.3	718.0	163.3	1.1	1.1	1.1	4.4	
	東京都	641	533	311	10.8	35,666	4,744	1,866	2,143	2,601	2,021	580	173,286	18,394	140,703	13,336	853	712.3	553.5	158.8	1.3	1.3	1.4	4.1	
	神奈川県	99	94	56	19.0	4,667	714	238	265	449	366	83	19,305	3,089	13,707	2,339	170	251.3	204.9	46.5	1.1	1.2	0.8	4.5	
	新潟県	41	39	22	12.7	1,335	227	78	97	130	124	6	8,517	1,078	6,421	973	45	161.6	154.1	7.5	1.7	1.8	0.7	3.2	
	富山県	113	98	51	8.9	2,997	353	144	163	190	125	65	18,108	2,799	12,281	2,970	58	254.4	167.4	87.0	1.4	1.4	1.5	1.7	
	石川県	48	41	26	7.0	820	158	53	83	75	64	11	5,234	510	3,235	1,482	7	131.0	111.8	19.2	0.8	0.8	0.9	1.6	
	福井県	43	35	21	9.6	2,845	332	141	146	205	159	46	6,088	813	4,454	785	46	351.3	272.4	78.8	1.4	1.4	1.3	4.8	
	長野県	222	204	111	11.0	8,314	1,222	456	514	708	559	149	33,122	5,259	19,093	8,271	499	434.9	343.4	91.5	1.0	1.0	1.0	1.2	3.2
東海	岐阜県	155	148	84	9.8	5,782	1,042	451	392	650	513	137	43,618	5,156	25,508	12,727	227	503.2	397.2	106.1	1.2	1.2	1.3	4.2	
	静岡県	285	188	130	10.5	6,604	1,426	495	452	969	764	205	28,879	3,140	19,698	5,630	411	446.2	351.8	94.4	1.2	1.2	1.3	3.8	
	愛知県	485	395	234	8.2	15,783	3,098	1,280	1,315	1,783	1,336	447	124,269	14,961	75,714	32,951	643	534.9	400.8	134.1	1.2	1.2	1.2	3.7	
	三重県	132	111	68	9.7	4,512	699	307	270	424	272	89	19,715	3,555	13,912	2,225	23	358.7	283.4	75.3	1.3	1.2	1.6	3.2	
	滋賀県	62	58	38	10.0	3,218	484	189	212	272	232	40	16,311	1,398	10,547	4,276	90	374.1	319.1	55.0	1.1	1.1	1.4	4.4	
	京都府	284	259	146	12.2	16,447	1,704	595	875	835	713	122	81,383	7,649	59,238	14,216	280	549.2	469.0	80.2	1.0	1.0	0.8	2.9	
	大阪府	1,218	1,110	491	10.6	38,471	5,064	1,880	2,729	2,637	2,018	515	283,664	24,349	222,254	42,855	1,464	492.8	488.2	124.6	0.8	1.0	1.0	1.7	
	兵庫県	680	555	318	11.0	18,448	3,745	1,484	1,751	1,994	1,717	277	115,334	14,075	83,445	17,301	513	641.0	551.9	89.0	1.2	1.2	1.1	2.9	
	奈良県	96	92	57	14.2	3,246	761	314	338	423	374	49	20,117	2,614	12,494	4,858	151	532.5	470.8	61.7	1.0	1.0	0.7	4.4	
	和歌山県	137	130	78	10.8	3,439	727	292	320	407	344	63	35,303	4,180	22,564	8,301	258	524.7	443.5	81.2	1.1	1.1	1.1	3.0	
中国	鳥取県	84	53	37	8.5	1,664	395	173	119	276	189	87	12,728	1,309	9,090	2,279	50	586.0	401.3	184.7	1.2	1.2	1.4	5.1	
	島根県	114	100	54	10.2	3,691	518	188	212	306	223	83	22,088	2,577	15,347	4,070	94	479.9	349.7	130.2	1.4	1.4	1.4	2.7	
	岡山県	261	214	111	13.5	8,674	949	284	479	470	351	119	53,813	5,919	41,402	6,325	167	362.1	270.4	91.7	1.4	1.4	1.4	1.8	
	広島県	502	414	225	11.5	19,402	1,779	593	816	963	704	259	91,419	11,840	65,790	13,548	441	541.9	396.1	145.7	2.8	2.5	3.9	1.9	
	山口県	121	107	45	11.0	2,236	377	127	173	204	167	37	17,341	2,093	12,063	3,100	85	172.4	141.1	31.3	0.9	1.0	0.5	1.7	
	徳島県	129	111	48	9.0	2,113	308	134	103	205	134	71	23,802	2,132	17,538	4,054	78	342.7	224.0	118.7	1.2	1.0	1.7	1.6	
	香川県	111	107	54	11.1	2,289	426	204	140	286	194	92	23,186	2,617	13,727	6,815	27	386.9	282.4	124.4	1.3	1.2	1.4	2.6	
	愛媛県	168	150	78	10.3	4,422	790	354	351	439	365	74	36,788	4,315	26,824	5,453	197	409.3	340.3	69.0	1.0	1.1	0.6	2.6	
	高知県	36	35	11	10.7	1,611	111	31	65	46	33	13	10,483	738	9,412	321	12	71.6	51.4	20.2	1.5	1.4	1.8	1.3	
	九州・沖縄	福岡県	714	487	199	7.2	13,200	1,837	654	823	1,014	655	359	99,292	9,061	77,236	12,782	213	347.4	224.4	123.0	1.1	0.9	2.0	1.4
佐賀県		123	104	52	7.8	1,898	300	128	134	166	108	58	14,163	2,046	11,273	839	5	270.0	175.6	94.3	0.8	0.7	1.1	1.3	
長崎県		251	221	87	8.5	4,704	737	258	299	438	287	151	32,954	4,252	25,511	3,079	112	407.5	267.0	140.5	1.2	1.1	1.4	1.7	
熊本県		192	153	58	9.0	2,958	482	167	237	245	200	45	16,697	2,714	11,967	3,962	54	184.9	150.9	34.0	1.0	1.0	0.9	1.3	
大分県		171	140	91	10.6	4,375	453	151	213	240	179	61	20,713	3,182	14,586	2,879	66	272.9	203.5	69.4	1.3	1.2	2.0	1.4	
宮崎県		103	84	37	12.4	3,492	432	176	171	255	159	86	20,947	1,483	15,096	4,317	51	324.1	202.1	122.0	1.1	1.0	1.4	2.5	
鹿児島県		244	204	90	8.1	9,245	785	290	323	462	331	131	39,377	4,394	29,419	5,406	158	334.3	238.8	94.5	1.4	1.1	2.8	1.9	
沖縄県		59	49	28	6.6	1,970	293	85	132	184	144	40	12,575	1,121	8,819	2,543	92	321.2	251.4	69.8	1.5	1.2	4.2	3.1	
合計		11,098	9,379	4,934	516.7	412,323	60,332	22,843	26,680	32,417	25,877	7,036	2,397,715	245,323	1,759,999	388,595	12,056	180,885	141,493	40,591	57.1	55.1	69.8	145.8	
1医療機関の平均値			0.8	0.4	0.0	37.2	5.4	2.1	2.4	2.9	2.3	0.6	216.0	22.1	158.6	35.0	1.1	y							

384.9

順位	都道府県	項目9 医療機関等以外 での死亡数合計
1	東京都	5,288
2	神奈川県	2,601
3	大阪府	2,037
4	兵庫県	1,994
5	愛知県	1,783
6	千葉県	1,208
7	埼玉県	1,035
8	福岡県	1,014
9	静岡県	989
10	広島県	983
11	京都府	835
12	宮城県	797
13	茨城県	770
14	長野県	708
15	福島県	659
16	岐阜県	650
17	岡山県	470
18	鹿児島県	462
19	群馬県	458
20	新潟県	449
21	愛媛県	439
22	長崎県	438
23	北海道	436
24	栃木県	434
25	三重県	424
26	奈良県	423
27	和歌山県	407
28	岩手県	326
29	鳥根県	306
30	香川県	286
31	鳥取県	276
32	滋賀県	272
33	山形県	265
34	宮崎県	255
35	熊本県	245
36	青森県	244
37	大分県	240
38	山梨県	205
39	徳島県	205
40	山口県	204
41	石川県	190
42	沖縄県	184
43	佐賀県	166
44	秋田県	146
45	富山県	130
46	福井県	75
47	高知県	46

資料26

順位	都道府県	項目10 医療機関等以外 での死亡数 (自宅)合計
1	東京都	4,308
2	神奈川県	2,021
3	大阪府	2,018
4	兵庫県	1,717
5	愛知県	1,336
6	千葉県	959
7	埼玉県	838
8	静岡県	764
9	京都府	713
10	広島県	704
11	福岡県	655
12	宮城県	647
13	茨城県	604
14	福島県	567
15	長野県	559
16	岐阜県	513
17	奈良県	374
18	新潟県	366
19	愛媛県	365
20	栃木県	363
21	岡山県	351
22	和歌山県	344
23	三重県	335
24	鹿児島県	331
25	群馬県	321
26	岩手県	301
27	北海道	298
28	長崎県	287
29	滋賀県	232
30	山形県	230
31	鳥根県	223
32	熊本県	200
33	香川県	194
34	鳥取県	189
35	大分県	179
36	山口県	167
37	山梨県	159
38	宮崎県	159
39	青森県	146
40	沖縄県	144
41	徳島県	134
42	石川県	125
43	富山県	124
44	秋田県	108
45	佐賀県	108
46	福井県	64
47	高知県	33

資料27

順位	都道府県	項目17 75歳以上死亡者数 1万人あたりの 医療機関等以外 での死亡数
1	東京都	881.3
2	神奈川県	712.3
3	兵庫県	641.0
4	鳥取県	586.0
5	宮城県	584.4
6	京都府	549.2
7	広島県	541.9
8	愛知県	534.9
9	奈良県	532.5
10	和歌山県	524.7
11	岐阜県	503.2
12	大阪府	492.8
13	鳥根県	479.9
14	茨城県	456.3
15	静岡県	446.2
16	福島県	444.3
17	千葉県	437.0
18	長野県	434.9
19	愛媛県	409.3
20	長崎県	407.5
21	香川県	386.9
22	滋賀県	374.1
23	群馬県	368.2
24	栃木県	365.9
25	岡山県	362.1
26	三重県	358.7
27	埼玉県	356.2
28	山梨県	351.3
29	福岡県	347.4
30	徳島県	342.7
31	鹿児島県	333.3
32	宮崎県	324.1
33	沖縄県	321.2
34	岩手県	317.2
35	山形県	274.0
36	大分県	272.9
37	佐賀県	270.0
38	石川県	254.4
39	青森県	253.4
40	新潟県	251.3
41	熊本県	184.9
42	山口県	172.4
43	富山県	161.6
44	秋田県	150.8
45	北海道	131.6
46	福井県	131.0
47	高知県	71.6

資料28

順位	都道府県	項目18 75歳以上死亡者数 1万人あたりの 自宅での死亡数
1	東京都	718.0
2	神奈川県	553.5
3	兵庫県	551.9
4	大阪府	488.2
5	宮城県	474.4
6	奈良県	470.8
7	京都府	469.0
8	和歌山県	443.5
9	鳥取県	401.3
10	愛知県	400.8
11	岐阜県	397.2
12	広島県	396.1
13	福島県	382.3
14	茨城県	357.9
15	静岡県	351.8
16	鳥根県	349.7
17	千葉県	346.9
18	長野県	343.4
19	愛媛県	340.3
20	滋賀県	319.1
21	栃木県	306.0
22	岩手県	292.9
23	埼玉県	288.4
24	三重県	283.4
25	山梨県	272.4
26	岡山県	270.4
27	長崎県	267.0
28	香川県	262.4
29	群馬県	258.1
30	沖縄県	251.4
31	鹿児島県	238.8
32	山形県	237.8
33	福岡県	224.4
34	徳島県	224.0
35	新潟県	204.9
36	大分県	203.5
37	宮崎県	202.1
38	佐賀県	175.6
39	石川県	167.4
40	富山県	154.1
41	青森県	151.6
42	熊本県	150.9
43	山口県	141.1
44	福井県	111.8
45	秋田県	111.6
46	北海道	90.0
47	高知県	51.4

資料29

順位	都道府県	項目20 75歳以上死亡者数 1万人あたりの 医療機関等以外 での死亡数 (今年+昨年)
1	広島県	2.8
2	富山県	1.7
3	群馬県	1.5
4	高知県	1.5
5	沖縄県	1.5
6	栃木県	1.4
7	石川県	1.4
8	鳥根県	1.4
9	鹿児島県	1.4
10	茨城県	1.4
11	岡山県	1.4
12	山梨県	1.4
13	神奈川県	1.3
14	三重県	1.3
15	大分県	1.3
16	香川県	1.3
17	愛知県	1.2
18	青森県	1.2
19	鳥取県	1.2
20	岐阜県	1.2
21	兵庫県	1.2
22	静岡県	1.2
23	岩手県	1.2
24	長崎県	1.2
25	福島県	1.2
26	北海道	1.2
27	徳島県	1.2
28	福岡県	1.1
29	東京都	1.1
30	滋賀県	1.1
31	宮崎県	1.1
32	宮城県	1.1
33	和歌山県	1.1
34	新潟県	1.1
35	山形県	1.1
36	長野県	1.0
37	埼玉県	1.0
38	京都府	1.0
39	熊本県	1.0
40	愛媛県	1.0
41	奈良県	1.0
42	千葉県	0.9
43	秋田県	0.9
44	山口県	0.9
45	佐賀県	0.8
46	大阪府	0.8
47	福井県	0.8

資料30

順位	都道府県	項目23 医療機関等以外 での死亡数合計 + 届出医療機関数
1	宮城県	9.5
2	千葉県	5.8
3	鳥取県	5.1
4	茨城県	5.0
5	山梨県	4.8
6	新潟県	4.5
7	奈良県	4.4
8	滋賀県	4.4
9	東京都	4.4
10	岐阜県	4.2
11	岩手県	4.1
12	福島県	4.1
13	神奈川県	3.8
14	静岡県	3.8
15	山形県	3.8
16	愛知県	3.7
17	栃木県	3.4
18	青森県	3.3
19	三重県	3.2
20	長野県	3.2
21	富山県	3.2
22	沖縄県	3.1
23	和歌山県	3.0
24	京都府	2.9
25	兵庫県	2.9
26	埼玉県	2.7
27	鳥根県	2.7
28	愛媛県	2.6
29	群馬県	2.6
30	香川県	2.6
31	宮崎県	2.5
32	秋田県	2.2
33	広島県	1.9
34	鹿児島県	1.9
35	北海道	1.8
36	岡山県	1.8
37	長崎県	1.7
38	山口県	1.7
39	石川県	1.7
40	大阪府	1.7
41	徳島県	1.6
42	福井県	1.6
43	福岡県	1.4
44	大分県	1.4
45	佐賀県	1.3
46	高知県	1.3
47	熊本県	1.3

資料31