

# 全国「在宅医療」 充実度 ランキング

とりだまりとある  
鳥集徹  
ジャーナリスト



長崎市の訪問診療のようす

「夫は、『ぼくは白髭先生、大好き』なんて言うんですよ。五十二年連れそった妻の私でさえ言われたことないのに。何かあったら先生が駆けつけてくださるので安心です。看護師さんやヘルパーさんにも親切にしていたら、在宅にして本当によかった」

「夫は、一軒目に訪れたお宅で、末期がんの夫(83)を介護していた夫人(73)がそう話してくれた。二〇一五年三月、筆者は、長崎市で二十年にわたり在宅医療に取り組んできた白髭内科医院院長・白髭豊医師の訪問診療に同行した。

「主人は病院で、『水を飲むだけでいいから、家に帰りたい』と何度も言いました。私は家で看取るのは心細いので、病院で最期を迎えさせたいと思っていましたが、大学病院の先生が、『家に帰れますよ』と白髭先生を紹介してくださったんです。病院だと夫は自分の気持ちを出せず険しい表情でしたが、家では穏やかな顔になって全然違います」とはいえ、七十を超えた夫人が夫を一人で介護するのは生半可なことではない。訪問の前夜はずっと、「痛い、痛い」とベッドの柵をつかんで、エビのように丸まっていたという。白髭医師らが駆けつけて注射を打ち、なんとか落ち着いたらばかりだった。もちろん下の世話もしなければいけない。しかし、夫人は「夫の両親も介護したので、大したことではない」と言い切った。四日後、夫は静かに息を引き取った。

この日、白髭医師について回った  
往診は六軒。どの家でも、ご本人や  
ご家族が、「病院はイヤだった」「家  
に帰ってよかった」と口々に話し  
た。中には腎がんで余命半年と言わ  
れたのに、家に帰ってから一年半も  
経ち、月に一回妹さんと熊本の温泉  
に通っているという七十六歳の女性  
もいた。この人たちのように過ごせ  
るならば、「本当は自宅で最期を迎  
えたい」「迎えさせたい」と思う人  
が大半なのではないだろうか。

だが、そのためには、在宅療養の  
支援体制が整っていなければ難し  
い。大家族が普通だった数十年前と  
違って、今は高齢夫婦の二人暮らし  
や一人暮らしも多い。安心して家で  
死ぬるかどうかは、医療、看護、介  
護など多職種が連携して在宅療養を  
支える地域のインフラが整備されて  
いるかどうかにかかっている。

そこで今回、「医療」に注目して、

地域別の充実度を検証してみた。

国は在宅医療を推進しようど、  
「二十四時間往診ができる」「緊急時  
に入院できる病床を確保している」  
「年に一回看取りの数を報告してい  
る」といった要件を満たした診療所  
を「在宅療養支援診療所（支援  
診）」として認定する制度を〇六年  
度から始めた。また〇八年度には  
「在宅療養支援病院（支援病）」の制  
度も新設された。

しかし、支援診といっても名ばかりで、実際には二十四時間三百六十  
五日の対応ができず、看取りの実績  
もない診療所があるとの批判が出た  
ため、厚労省は、一定の実績がある  
診療所と病院を「機能強化型」とし  
て高く評価し、診療報酬の上乗せを  
認める制度を一三年度から始め、一  
四年度にはその要件をさらに厳格化  
した。その要件とは次の通りだ。

・在宅医療を担当する常勤医師を三  
名以上配置

・過去一年間の緊急往診の実績が十  
件以上

・過去一年間の在宅看取りの実績が  
四件以上

支援診や支援病でなくても質の高  
い在宅看取りをしている医療機関が  
あると聞くが、「機能強化型」と認  
められているかどうか、一つの目  
安になるのは間違いない。

なお、在宅療養支援診療所と病院  
には、それぞれ「支援診1」3「お  
よび」支援病1「3」という三つの  
区分がある。これらのうち「1」と  
「2」が機能強化型だ。「1」は、右  
の要件を単独の施設で満たしている  
「単独型」、「2」は複数の施設と連  
携して満たしている「連携型」の医  
療機関を示す。連携型は各々で過去  
一年間に緊急応診四件以上、在宅看

「在宅医療」充実度ランキング

順位	二次医療圏略称	市町村概要	支援病 1	支援病 2	支援診 1	支援診 2	合計	10万人 当たり
1	奄美(鹿児島)	奄美市及び周辺部	1	3	0	12	16	14.3
2	紀の川(和歌山)	紀の川市、岩出市	0	3	0	12	15	12.8
3	飯田(長野)	飯田市及び周辺部	1	3	0	15	19	11.7
4	壱岐(長崎)	壱岐市	0	1	0	2	3	11.0
5	鴨川(千葉)	館山市、鴨川市及び周辺部	2	1	2	7	12	9.3
6	橋本(和歌山)	橋本市及び周辺部	0	0	0	8	8	9.0
7	玉名(熊本)	荒尾市、玉名市及び周辺部	0	1	0	13	14	8.6
8	大竹(広島)	大竹市、廿日市市	0	0	0	11	11	7.9
9	唐津(佐賀)	唐津市、東松浦郡(玄海町)	1	1	0	8	10	7.8
10	浜田(島根)	浜田市、江津市	0	0	1	5	6	7.3
10	鳥栖(佐賀)	鳥栖市及び周辺部	0	1	1	7	9	7.3
12	小豆(香川)	小豆郡(土庄町、小豆島町)	2	0	0	0	2	6.9
13	尼崎(兵庫)	尼崎市、西宮市、芦屋市	1	3	3	59	66	6.4
14	八幡浜(愛媛)	八幡浜市、大洲市及び周辺部	0	0	0	9	9	6.2
15	区中央部(東京)	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区	0	2	2	44	48	6.1
16	松原(大阪)	松原市、羽曳野市及び周辺部	1	4	0	32	37	6.0
17	高島(滋賀)	高島市	0	1	0	2	3	5.9
17	大阪(大阪)	大阪市	1	16	9	130	156	5.9
19	大田(島根)	大田市及び周辺部	1	0	0	2	3	5.5
20	五島(長崎)	五島市	0	1	0	1	2	5.4
20	花巻(岩手)	花巻市、北上市及び周辺部	0	0	1	11	12	5.4
20	伊那(長野)	伊那市、駒ヶ根市及び周辺部	0	2	0	8	10	5.4
23	長崎(長崎)	長崎市、西海市及び周辺部	2	1	1	24	28	5.3
24	四日市(三重)	四日市市、桑名市及び周辺部	1	3	0	39	43	5.1
25	諏訪(長野)	岡谷市、諏訪市及び周辺部	0	1	0	9	10	5.0
25	隠岐(島根)	海士町、西ノ島町及び周辺部	1	0	0	0	1	5.0
27	区西部(東京)	新宿区、中野区、杉並区	0	5	5	49	59	4.9
27	柳井(山口)	柳井市及び周辺部	0	0	0	4	4	4.9
27	神戸(兵庫)	神戸市	2	7	1	66	76	4.9
30	新居浜(愛媛)	新居浜市、西条市	0	0	0	11	11	4.8
30	東大阪(大阪)	東大阪市、八尾市、柏原市	1	3	2	34	40	4.8
30	鳥取(鳥取)	鳥取市及び周辺部	0	1	1	9	11	4.8
33	区西北部(東京)	豊島区、北区、板橋区、練馬区	1	11	3	76	91	4.7
34	区東北部(東京)	荒川区、足立区、葛飾区	2	6	3	50	61	4.6
34	藤沢(神奈川)	藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町	1	4	2	25	32	4.6
36	三次(広島)	三次市、庄原市	0	0	0	4	4	4.4
36	京都(京都)	京都市及び周辺部	2	8	2	59	71	4.4
38	松山(愛媛)	松山市、伊予市及び周辺部	1	3	2	21	27	4.2
38	小樽(北海道)	小樽市及び周辺部	0	0	1	8	9	4.2
40	福山(広島)	福山市、府中市、神石高原町	1	5	1	14	21	4.1
40	夕張(北海道)	夕張市、岩見沢市及び周辺部	0	0	0	7	7	4.1
40	一宮(愛知)	一宮市、稲沢市	1	0	0	20	21	4.1
43	和歌山(和歌山)	和歌山市、海南市、紀美野町	0	4	0	13	17	4.0
43	五條(奈良)	五條市及び周辺部	0	0	0	3	3	4.0
45	春日井(愛知)	春日井市、犬山市及び周辺部	0	2	3	24	29	3.9
45	米子(鳥取)	境港市、米子市及び周辺部	0	0	2	7	9	3.9
45	宮古島(沖縄)	宮古島市、多良間村	0	0	0	2	2	3.9
48	新庄(山形)	新庄市及び周辺部	0	0	0	3	3	3.8
48	和泉(大阪)	和泉市、泉大津市及び周辺部	1	2	0	32	35	3.8
48	徳島(徳島)	徳島市、鳴門市及び周辺部	0	4	1	15	20	3.8

表のデータは、株式会社ウェルネスがホームページで無償提供している「2次医療圏データベースシステム」(<http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>)を利用させていただいた(Copyright© WELLNESS All rights reserved)。人口10万人当たりの施設数は、2015年の人口推計値を元に算出した。

取り二件以上の要件を満たす必要もある。

診療所と病院を同じ一として数えるのは少々荒っぽいかもしれないが、今回は支援診1と2、支援病1と2の数を合計し、二次医療圏ごとに機能強化型の医療機関がいくつあるか調べてみた。

二次医療圏とは、地域の医療計画を立てるために厚労省が設けた行政区分で、複数の市町村を一単位として、地域のつながりや交通事情を考慮して決められている。たとえば東京二十三区は、二、三、五つの区ごとに七つに分けられている。この二次医療圏が、全国には三百四十四ある。

支援診と支援病の届出状況は、各地の厚生局のホームページに公開されており、その最新の届出状況（二〇一五年三月現在）から数を調べたところ、機能強化型の医療機関は全国で三三〇六施設あった（支援病1

が一四一施設、支援病2が三二四施設、支援診1が一九一施設、支援診2が二六五〇施設）。人口十万人当たりの数で割ると、全国平均は二・六施設になることがわかった。

この人口十万人あたりの施設数を二次医療圏ごとに算出し、多い順に並べたのが二八一ページの表だ。

一位は鹿児島県の「奄美医療圏（奄美市及び周辺部）」で、十万人あたり十四・三施設。二位が和歌山県の「紀の川医療圏（紀の川市、岩出市）」で十二・八施設。三位が長野県の「飯田医療圏（飯田市及び周辺部）」で十一・七施設だった。他にも上位には長崎県、千葉県、熊本県、広島県、佐賀県、島根県の医療圏が並んでおり、意外かもしれないが、地方都市に充実している地域が多いことがわかった。また、首都圏や関西圏の都市部も充実している地域が多かった。

### 訪問診療は難しくない

上位の地域には、どんな特徴があるのだろうか。

奄美医療圏は、鹿児島県の奄美大島を中心とする、いくつもの離島から成り立っている。奄美市の名瀬地域包括支援センターの担当者によると、もともとこの地域には「助け合い」を意味する「結むすの精神」が根づいており、「地域でお年寄りを支える」という考えが浸透している土地柄だという。そのうえ、大島郡医師会が医療、介護の多職種連携の推進に熱心で、在宅医療に意識の高い医師が多いそうだ。

紀の川医療圏では、那賀医師会の在宅医療部会が勉強会を開くなどして、訪問診療を行う医療機関や訪問看護、介護など多職種のネットワーク化に取り組んできた。この部会の

中心メンバーである安川診療所（岩出市）の安川修院長がこう話す。

「開業医だけでなく病院の地域連携室のメンバーも巻き込み、要は飲み会を開いたりして遠慮なく連絡できる関係をつくってきました。少なくとも紀の川市や岩出市では、『在宅療養を選びたいけれど、担当医が見つからない』というケースは発生しないと思います」

飯田医療圏は、もともと訪問診療が盛んだ。長野県全体を見ても、無医村への出張診療に取り組んだ佐久総合病院元院長・故若月俊一医師な

どの影響もあり、訪問診療を行う医療機関が他県に比べて多い。同県の在宅医療推進のリーダーを務める県立阿南病院（下伊那郡阿南町）の藤岡文夫副院長はこう話す。

「下伊那は私の故郷なのですが、この地域はもともと『親の面倒を看なれば恥だ』という意識の強い土地柄でもありますので、医師や看護師も当然のこととして、訪問診療をやってきたのだと思います」

このように、土地によって背景は様々だが、機能強化型の医療機関が多いのには、どこもそれなりの理由

があると言えそうだ。

一方で、機能強化型医療機関がゼロの二次医療圏が八十二もあった。

つまり、日本の約四分の一の地域は「機能強化型ゼロ地域」なのだ。全体的な傾向として、北海道、東北、北陸、九州にゼロ地域が多かった。

北海道は二十一ある医療圏のうち約半数の十カ所がゼロ地域で、東北六県は三十八医療圏のうち十五がゼロ地域だった。九州では、佐賀や長崎などが全国的に見ても充実している一方で、大分が六医療圏のうち三、熊本が十一医療圏のうち六、宮

文春新書

# ブラツク企業2

## 「虐待型管理」の真相

若者はなぜ「積極的に入社」し、自ら「辞めずに」働き続けるのか？ 五千件の労働相談を基に「決定的解決策」を提言する

絡め取り、搾りつくす、悪辣企業の実態！

今野晴貴

(NPO法人POSSEE代表)

●定価(本体780円+税)

文藝春秋

〒102-8008 東京都千代田区紀尾井町3-23  
Tel.03-3265-1211(代) http://www.bunshun.co.jp

崎に至っては七医療圏のうち六医療圏がゼロ地域と、県間格差が顕著だった。

なぜこれほどの格差があるのか。全国在宅療養支援診療所連絡会の新田國夫会長が実情をこう話す。

「北海道や東北などでは、町に一つしか病院がなく、開業医も一人で外来をこなすのが精いっぱい。訪問診療をする余裕がない地域がたくさんあります。在宅医療を推進しなければなりません。まだまだ面展開が足りない。僻地の医療機関には太学病院や基幹病院から定期的に医師を派遣するなどして、訪問診療を支援する対策が必要です」

もちろん、数が多ければいいというものではない。訪問看護や介護との連携がしっかりできてこそ、在宅療養は質を担保することができる。とはいえ、そもそも訪問診療を担う人材がいなければ、在宅療養などで

きない。どうすれば、その役割を担う医療機関を増やせるだろう。そのためには、「訪問診療は負担が多いという。開業医が抱えているイメージを打破する必要がある」と冒頭の白髭医師は話す。

白髭医師らが始めたのは、地域の医師たちとの「ネットワーク」づくりからだ。その名も「認定NP〇法人長崎在宅Dr.ネット」。設立は〇三年三月、十三名の医師からスタートした。一五年二月現在、正、準会員合わせて百八十六名が所属。訪問診療を行う連携医八十一名、助言や必要時の往診を行う協力医四十九名（皮膚科、眼科、耳鼻科など）、助言や病診連携の橋渡しを行う病院医師五十六名から構成されている（なお、準会員には県外の医師も所属している）。

Dr.ネットがしていることは実にシンプルだ。病院や施設で在宅療養を

希望する患者が発生すると、メンバーシグリストに情報が流れるので、その患者が住んでいる地域や病状に基づいて、受け入れ医療機関を調整するのだ。

### 行政に任せっぱなしはダメ

特徴的なのは、「主治医・副主治医制」をとっていること。その理由を白髭医師が説明する。

「支援診は、二十四時間三百六十五日の対応が求められるうえに、在宅での看取り経験がない不安から、訪問診療に踏み出せない医師が多いのです。ですが、主治医・副主治医制をとれば、学会や私用があるときに、別の医師が代わることができま。何かあれば助言を受けることもできるので、訪問診療の負担や不安感を減らすことができます。実際には、何度か看取りを経験すれば、そ

れほど大変ではないとわかるので、最期まで主治医一人で診るケースがほとんどです」

さらに、「医療と介護の様々な職種の人が参加する「症例検討会」を重ねることで、お互いに顔の見える関係を一つづつしてきた。その結果、病院や施設の医師から在宅医に紹介される患者の数が増え、〇五年には県内最低レベルの七・三%だった長崎市の在宅死亡率が、一三年には一一・七%に上昇するなど、目に見える成果があがるようになった。こうした地域連携の取り組みは全国的にも注目され、長崎県内では大村市や諫早市、県外では熊本市、浦添市、京都市左京区、浜松市、柏市などでも実践されている。

読者は、「二〇二五年問題」という言葉をどう存じだろうか。この年から、団塊の世代が七十五歳以上の後期高齢者となり、医療と介護の需要

がふくれ上がる。しかし、病院や介護施設で看取ることができ数に限られているので、このままでは二〇三〇年に四十七万人の「死に場所」がなくなると予測されているのだ。

それだけに、安心して在宅療養ができる態勢をつくることは急務だ。現状では、その取り組みは地域によって温度差が大きい。各地の行政には、地域の訪問診療、看護、介護などの人的資源を有機的に結びつける努力が求められる。

ただし、行政にまかせっぱなしではダメで、在宅医療に意識の高い医療者が地域の関係者を引っ張り、住民の意識を改革することも不可欠だ。たとえば紀の川医療圏では、坂口内科（紀の川市）院長の坂口健太郎医師が、二十年前から地元で「生と死を語る会」を開催してきた。月一回、医療職、介護職だけでなく、お寺の住職や在宅看取りを経験した

遺族なども参加しており、四月は、三月に亡くなったばかりの桂米朝さんの落語「地獄八景亡者戯」のビデオを観て、その感想を語り合う予定だ。坂口医師が話す。

「百歳近いご高齢になっても、具合が悪くなると入院させようとすると家族や施設が少なくありません。医師もクレームをつけられるのを恐れて、疑問に思いながらも病院を紹介してしまふ。昔はみんな家で死んでいました。今でも、訪問看護と介護がしっかりしていれば、家で問題なく看取することはできます。住民の意識が変わらなければ、医師も行政も意識は変わりません」

長崎在宅Dr.ネットも今後は、住民への在宅看取りの啓発活動に力を入れるという。安心して家で死ぬ地域づくりのために、我々も根本的に意識を変えらるべき時期に来ていると言えらるだろう。