

三重県の在宅療養支援診療所における 自宅での死亡に関連する活動状況についての検討

松川 真葵¹⁾, 福山 由美²⁾, 中北 裕子³⁾, 秋山 明子^{1) 4)}

¹⁾ 畿央大学大学院健康科学研究科健康科学専攻(〒635-0832 奈良県北葛城郡広陵町馬見中4-2-2)

²⁾ 佐賀大学医学部看護学科

³⁾ 三重県立看護大学看護学部看護学科

⁴⁾ 畿央大学健康科学部看護医療学科

Relationship between the activity of home care supporting clinics and the death at home in Mie, Japan

Maki MATSUKAWA¹⁾, Yumi FUKUYAMA²⁾, Yuko NAKAKITA³⁾, Akiko AKIYAMA^{1) 4)}

¹⁾ Department of Health Sciences, Graduate School of Health Sciences, Kio University
(4-2-2 Umami-naka, Koryo-cho, Kitakatsuragi-gun, Nara, 635-0832, Japan)

²⁾ Department of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University

³⁾ Department of Nursing, Faculty of Nursing, Mie Prefectural College of Nursing

⁴⁾ Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kio University

要約 三重県の在宅療養支援診療所（以下、在支診）に係る報告書について、2010年から2014年の在支診における活動状況と自宅での死亡との関連について検討した。その結果、三重県の在支診数は増加し、2010年と2014年両年に報告のあった在支診の活動状況において、合計診療患者数、死亡患者数、自宅以外での死亡者数、平均診療期間が有意に増加していた。自宅での死亡者数と活動内容の関連を検討したところ、自宅での死亡者数に有意に影響する要因は往診、緊急往診であった。三重県の在支診の活動は量的に整備されつつあり、在支診による往診、特に緊急往診の回数が多いほど自宅での死亡者数が多くなることが示唆された。

Keywords：在宅療養支援診療所、活動状況、自宅での死亡、経年変化

はじめに

日本は超高齢社会に突入し、要介護認定を受けている高齢者は年々増加している¹⁾。65歳以上の54.3%は自宅で最期を迎えたいと希望しているが²⁾、2016年に自宅で死亡した国民の割合は13.0%であった³⁾。厚生労働省は、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、各都道府県や市町村などの地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を進めている⁴⁾。その中で、在宅医療は介護・医療ニーズを合わせもつ高齢者が地域で暮らしていくにあたり重要な存在である⁵⁾。在宅医療の中心的役割を担う機関として、24時間の往診・訪問診療・訪問看護体制を提供している在宅療養支援診療所（以下、在支診）があるが⁶⁾、届出をしている全国の在支診の8.1%が訪問診療を行っていないとの指摘がある⁷⁾。また、在支診による自宅や施設での看取りについて、実施している在支診の数は各都道府県、各地

域によって大きく異なっている⁷⁾⁻¹⁰⁾。

三重県における2015年の高齢化率は27.5%であり、今後も高齢化率が上昇していくと予測されている¹¹⁾。県民の52.1%は「できる限り自宅で介護をうけたい」と希望しており、三重県においても地域包括ケアシステムの構築の推進が必要とされている¹²⁾。在宅医療ニーズや患者の希望する場所での看取りに対応するため、三重県は保健医療計画（第5次改訂）において在宅医療資源の質と量の確保や在宅看取りの普及啓発に関する取組方向を示している¹³⁾。2012年に診療報酬が改定され、常勤医師3名以上、1年間の緊急往診2件以上などの「機能強化型（単独型）」在支診、複数の医療機関が連携して機能強化型（単独型）の要件を満たす「機能強化型（連携型）」在支診の新たな機能をもつ在支診が創設された¹⁴⁾。三重県には2016年時点で機能強化型（連携型）在支診が51施設、従来型在支診が125施設ある¹³⁾。三重県には大きく分けて北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州の4つの2次保健医療圏がある。

保健医療圏ごとにみると、北勢では機能強化型（連携型）在支診が37施設、従来型在支診が45施設、南に行くに従い減少し、人口が少ない東紀州では機能強化型（連携型）在支診が0施設、従来型在支診でも11施設である¹³⁾。2012年の在宅医療に携わる医師数について、北勢が67人、東紀州では7人、在宅看取りを行なっている診療所数は北勢が23施設、東紀州では6施設と地域によって大きな差があるという現状である¹³⁾。地域差が大きい三重県であるが、三重県の在支診の活動状況の経年変化や在支診が診療した患者の死亡場所に関しては分析がなされていない。

全国の在支診に関する調査・研究においては、在支診の都道府県別データに基づいた分析は少数である^{8)-10),15)-17)}。各都道府県の在支診の活動状況を知ることは、地域特性を踏まえた在宅医療の提供体制や在宅看取りの体制を考えていく上での基礎資料となると考える。

そこで、本研究では、三重県における在宅医療の基礎資料を得ることを目的として、三重県の在支診における活動状況の変化および活動状況と自宅での死亡との関連について検討した。

研究方法

1. 調査方法

三重県の在支診を管轄する東海北陸厚生局三重事務所に「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る報告書」の開示請求を行い、報告書を取得した。2013年4月に行った開示請求により、2009年7月～2010年6月（以下、2010年）、2010年7月～2011年6月（以下、2011年）、2011年7月～2012年6月（以下、2012年）の報告書を取得した。2015年4月の開示請求により、2012年7月～2013年6月（以下、2013年）、2013年7月～2014年6月（以下、2014年）の報告書を取得した。

2. 調査項目

報告書の調査項目は、医療機関コード、医療機関名、1年間に在宅療養を担当した患者の平均診療期間、合計診療患者数、死亡患者数（医療機関での死亡者数、医療機関以外（自宅、自宅以外）での死亡者数）、各活動内容の実施回数（往診（うち緊急往診）、訪問診療、訪問看護）、常勤の医師数であった。報告書において、自宅以外での死亡とは介護老人保健施設などの入所施設での死亡、緊急の往診とは緊急または夜間、深夜に行った往診を指している。訪問診療等の各活動内容の実施回数については、調査対象期間が2010年、2011年は当年4月～6月の直近3か月間、2012年～2014年は前年7月1日～当年6月30日の1年間であったため、本研究では2012年～2014年の1年間の回数を3か月の回数に

概算したものをを用いた。また、訪問看護に関する調査項目は2010年、2011年は訪問看護と緊急訪問看護であったが、2012年より訪問看護のみとなったため、本研究では2010年、2011年の訪問看護は訪問看護と緊急訪問看護を合計した回数を用いた。

なお、本研究における訪問診療とは、在宅療養を行う患者で疾病・傷病のため通院が困難なものに対し予定された訪問により診療を行うことであり、往診は予定外に患者宅に赴き診療を行うことを指している¹⁸⁾。

3. 分析方法

2010年と2014年の報告書のうち、両年ともに報告書が提出されていた在支診の活動状況を比較するため、対応のあるt検定を行なった。2014年に在支診が診療した患者の死亡場所と各活動内容の関連を検討するため、死亡場所（医療機関、自宅、自宅以外）別死亡者数を従属変数、訪問診療等の実施回数（往診（緊急往診除く）、緊急往診、訪問診療、訪問看護）を独立変数とし、重回帰分析（ステップワイズ法）を行った（合計診療患者数が0人の在支診を除く）。すべての分析は、SPSS Statistics 22（IBM）を使用し、5%未満を統計的有意水準として採用した。

結果

東海北陸厚生局三重事務所が受理していた三重県の「在宅療養支援診療所に係る報告書」は143件（2010年）、147件（2011年）、158件（2012年）、163件（2013年）、170件（2014年）であった。そのうち、施設名・所在地不明であった22施設（2012年）、白紙回答であった1施設（2014年）を除いた143施設（2010年）、147施設（2011年）、136施設（2012年）、163施設（2013年）、169施設（2014年）を分析対象とした。

三重県の在支診における5年間の活動状況を表1に示す。在支診数は143施設（2010年）から169施設（2014年）に増加し、合計診療患者数は4,417人（2010年）から7,199人（2014年）に増加していた。また、自宅での死亡者数は485人（2010年）から805人（2014年）、自宅以外での死亡者数は104人（2010年）から381人（2014年）に増加していた。死亡患者数における各死亡場所別の死亡者数の割合について、医療機関での死亡においては37.5%（2010年）から28.8%（2014年）に減少、自宅での死亡においては51.5%（2010年）から48.3%（2014年）で大きな変化は見られなかった。自宅以外での死亡は11.0%（2010年）から22.9%（2014年）に増加していた。往診、訪問看護の回数に大きな変化は見られなかったが、訪問診療は18,676回（2010年）から23,501回（2014年）に増加していた。

表1 三重県の在支診の活動状況

	2010年 n=143	2011年 n=147	2012年 n=136	2013年 n=163	2014年 n=169
平均診療期間(月) ^{a)}	11.0	11.2	12.2	11.3	16.1
合計診療患者数 ^{b)}	4,417	4,793	4,692	8,588	7,199
死亡患者数 ^{c)}	942	1,035	1,077	1,521	1,665
医療機関での死亡者数 (%)	353 (37.5)	384 (37.1)	370 (34.4)	452 (29.7)	479 (28.8)
自宅での死亡者数 (%)	485 (51.5)	508 (49.1)	467 (43.4)	776 (51.0)	805 (48.3)
自宅以外での死亡者数 ^{d)} (%)	104 (11.0)	138 (13.3)	240 (22.3)	297 (19.5)	381 (22.9)
訪問診療等活動内容の合計回数 ^{e),f)}	25,097	26,560	21,175	27,866	29,362
往診(回) ^{f)}	3,657	4,275	3,028	3,560	3,385
うち緊急往診(回) ^{f),g)}	—	—	540	653	708
訪問診療(回) ^{f)}	18,676	18,983	16,507	22,298	23,501
訪問看護(回) ^{f),h)}	2,754	3,302	1,637	2,009	2,484
常勤の医師数 ⁱ⁾	—	—	2.2	3.3	3.2

(%): 各死亡場所(医療機関、自宅、自宅以外)での死亡者数÷在支診が診療した死亡患者数×100

a) 患者1人あたりの在宅医療を開始してからの月単位の平均診療期間。

b) 前年7月1日～当年6月30日に在宅療養を担当した患者数。

c) 死亡患者数=医療機関での死亡者数+医療機関以外(自宅、自宅以外)での死亡者数。

d) 介護老人保健施設などの入所施設での死亡。

e) 訪問診療等活動内容の合計回数=往診+訪問診療+訪問看護。

f) 2010年と2011年: 当年4月～6月の回数。2012年～2014年: 前年7月1日～当年6月30日の1年間の回数÷4≒3か月の回数。

g) 緊急または夜間もしくは深夜に行った往診。2012年の調査項目から新たに緊急往診が追加されたため、2012年～2014年の報告である。

h) 訪問看護に関する調査項目は2010年と2011年は訪問看護と緊急訪問看護であったが、2012年より訪問看護のみとなった。本研究では2010年と2011年の訪問看護は訪問看護と緊急訪問看護を合計した回数を用いている。

i) 1施設あたりの在宅医療を担当する常勤の医師数。2012年の調査項目から新たに常勤の医師数が追加されたため、2012年～2014年の報告である。

表2 2010年と2014年の在支診の活動状況の比較

	2010年	2014年	p値
平均診療期間(月)	11.3±9.6	17.6±14.5	<0.001
合計診療患者数	30.3±40.1	42.1±62.4	0.003
死亡患者数	7.0±12.3	10.9±24.4	0.008
医療機関での死亡者数	2.4±3.7	3.2±6.1	0.065
自宅での死亡者数	3.9±9.1	5.5±18.0	0.133
自宅以外での死亡者数	0.8±2.3	2.2±4.7	<0.001
訪問診療等活動内容の合計回数 [*]	174.1±265.6	184.4±306.8	0.620
往診(回)	26.0±60.1	22.0±39.5	0.480
訪問診療(回)	126.6±215.1	147.5±256.3	0.203
訪問看護(回)	21.4±73.2	15.0±51.9	0.230

n=115(2010と2014年において両年に報告があった在支診)

平均±SD, 対応のあるt検定

^{*}緊急往診(回)、常勤の医師数については、2012年からの調査項目であったため今回の分析から除外した。

2010年と2014年の各在支診における活動状況の比較を表2に示す。2014年の合計診療患者数、死亡患者数、自宅以外での死亡者数、平均診療期間は2010年に比して有意に増加していた。

2014年に在支診が診療した患者の死亡場所と活動内容との関連を表3、表4に示す。表3に示された独立変数間の相関係数は中程度以下であり、多重共線性の問題はないと考えられたため、死亡場所（医療機関、自宅、自宅以外）別死亡者数を従属変数、訪問診療等各活動内容の実施回数（往診（緊急往診除く）、緊急往診、訪問診療、訪問看護）を独立変数とする重回帰分析を行った。死亡場所（自宅）に有意に影響する在支診の活動内容は、往診（ $\beta=0.097$, $p=0.007$ ）、緊急往診（ $\beta=0.872$, $p<0.001$ ）であった（調整済み $R^2=0.85$ ）。死亡場所（自宅以外）に有意に影響する在支診の活動内容は、往診（ $\beta=0.379$, $p<0.001$ ）、緊急往診（ $\beta=-0.224$, $p=0.014$ ）、訪問診療（ $\beta=0.202$, $p=0.049$ ）であった（調整済み $R^2=0.18$ ）。死亡場所（医療機関）に有意に影響する在支診の活動内容は、往診（ $\beta=0.135$, $p=0.027$ ）、緊急往診（ $\beta=0.470$, $p<0.001$ ）、訪問診療（ $\beta=0.304$, $p<0.001$ ）、訪問看護（ $\beta=0.180$, $p<0.001$ ）であった（調整済み $R^2=0.68$ ）。

考察

本研究は、三重県における在宅医療の基礎資料を得ることを目的として、三重県の在支診における活動状況の経年変化および活動状況と自宅での死亡との関連について検討した。その結果、2014年の在支診の活動状況において、平均診療期間、合計診療患者数、死亡患者数、自宅以外での死亡者数は2010年と比べ有意に増加していることがわかった。また、自宅での死亡に有意に影響する在支診の活動内容は、往診、緊急往診であることが示された。

三重県の在支診の活動状況について、活動状況がどのように変化しているのか、活動内容が自宅での死亡にどの程度関連するか、また、今回増加していた自宅以外での死亡について以下に考察する。

1. 三重県の在支診における活動状況

2010年と2014年の報告書のうち、両年ともに報告書が提出されていた在支診の活動状況を比較するため、対応のあるt検定を行なった結果、2010年に比して2014年の合計診療患者数、死亡患者数は有意に増加するとともに、1人あたりの患者の平均診療期間も有意に増加していた。このことは、より多くの患者を診療

表3 活動内容の相関関係

	往診(緊急往診除く) (n=162)	緊急往診 (n=162)	訪問診療 (n=162)	訪問看護 (n=162)
往診(緊急往診除く)	—	0.509(p<0.001)	0.648(p<0.001)	0.180(p=0.022)
緊急往診		—	0.569(p<0.001)	0.058(p=0.463)
訪問診療			—	0.257(p=0.001)
訪問看護				—

n=162, Pearson相関分析

表4 2014年の活動内容と患者の死亡場所との関連

活動内容	死亡場所					
	自宅(n=159)		自宅以外(n=159)		医療機関(n=159)	
	β	p値	β	p値	β	p値
往診(回) (緊急往診を除く) ^{a)}	0.097	0.007	0.379	<0.001	0.135	0.027
緊急往診(回) ^{a)}	0.872	<0.001	-0.224	0.014	0.470	<0.001
訪問診療(回)	—	—	0.202	0.049	0.304	<0.001
訪問看護(回)	—	—	—	—	0.180	<0.001
調整済み R^2	0.85		0.18		0.68	
F値(p値)	461.80 (<0.001)		12.59 (<0.001)		85.995 (<0.001)	

ステップワイズ法による重回帰分析(従属変数:死亡場所別死亡者数、独立変数:各活動内容の実施回数)

β :標準化偏回帰係数

表中の—は重回帰分析(ステップワイズ法)において除外された項目

^{a)}往診について、報告書の調査項目は、往診(うち緊急往診)であったため、本分析では往診から緊急往診を除いた数を用いている。

し患者一人に多くの時間をかけている在支診が増加していることを示している。また、全体の在支診数が1.2倍、合計診療患者数が1.6倍、訪問診療回数が1.3倍に増加していることから、三重県の在支診の活動において、2010年からの5年間で量的整備が徐々に進んでいることが示唆された。

在支診が診療した患者の死亡場所の内訳をみると、医療機関、自宅、自宅以外での死亡者数は増加していた。しかし、死亡患者のうち医療機関での死亡割合は減少し、自宅以外での死亡割合が増加、自宅での死亡割合は大きな変化はなく減少傾向で推移していることが明らかになった。これには自宅以外での死亡の割合が大きく増加したことが関係していると考えられる。

2. 自宅での死亡に関連する在支診の活動内容

2014年の死亡場所別死亡者数と各活動内容の実施回数との関連を重回帰分析（ステップワイズ法）により分析した結果、自宅での死亡に影響する在支診の活動内容は往診および緊急往診であることが示された（調整済み $R^2=0.85$ ）。特に緊急往診の標準化偏回帰係数は0.872であり、医療機関、自宅以外と比較して高い値を示していた。このことは、緊急時に往診できる体制が自宅での死亡に強く関係していることを示している。在宅医療、在宅での看取りを進めていくにあたり、在宅看護、24時間対応できる訪問看護は重要な存在である¹⁹⁾ ²⁰⁾。しかし、本結果の訪問診療、訪問看護においては、今回の分析結果において有意な関連が見られなかった。報告書の訪問看護は、在支診に所属する看護師による訪問看護であることが影響していると考えられる。自宅での死亡には往診、緊急往診が関連していることが明らかになったが、死亡場所（医療機関）に有意に影響を与える在支診の活動内容は往診、緊急往診、訪問診療、訪問看護であった（調整済み $R^2=0.68$ ）。訪問診療、訪問看護に関しても有意な影響がみられたが、往診より緊急往診が標準化偏回帰係数も高いというのは自宅での死亡と同様の結果である。しかし、自宅での死亡ほど強い影響を与えていない。これらのことから、定期的に訪問での診療などを行うことは在宅療養には大切であるが、自宅での看取りを行うにあたっては時間外に往診できるかが重要であると考えられる。

一般国民の31.7%が往診してくれる医師がいないため自宅最後まで療養することが困難であると回答している調査と同様に²¹⁾、今回の結果からも、医師の定期的な訪問による診療だけでなく、24時間症状の急変に対応し、緊急往診ができる在支診の在宅医療体制は、安心して自宅で療養、看取りを行うための重要な要素

であることが示された。

在宅での看取りの体制について、三重県の在支診が診療した合計患者数の増加に伴い自宅での死亡者数は増加しているが、全死亡患者数からの割合でみると2010年からほぼ横ばいである。自宅での死亡については往診、特に緊急往診が関連すると示唆されたが、活動内容をみると往診、特に緊急往診の回数は訪問診療に比べ少なかった。これには、在宅医療を提供する医師数が地域によってばらつきがあるという現状が関連していると考えられる。2012年に機能強化型の在支診が創設されたが、三重県の在支診における自宅での死亡の割合はあまり変化がない。この状況を打破するためには、数の多い一人医師の在支診同士の互助ネットワークが必要である²⁰⁾。自宅で最期を迎えたいという高齢者の希望を実現させるためにも、今後も在支診の緊急を含めた往診体制の充実が望まれる。

3. 自宅以外（施設）での死亡と在支診の活動

今までの日本における看取りは医療機関が中心であり、医療機関以外での看取りが少なく、特に施設での看取りはほとんどない状況であった³⁾。厚生労働省は2006年の介護報酬改定において施設での看取り介護加算を新たに設け²²⁾、2012年には介護施設等での看取りを在宅医療に係る機関が支援していくよう指針をだした²³⁾。全国の施設での死亡者の割合は4.8%（2010年）から7.8%（2014年）まで増加した³⁾。本研究において各在支診の2010年と2014年の活動状況の比較した結果、自宅以外での死亡者数は有意に増加しており、自宅以外での死亡には往診、緊急往診、訪問診療が影響していた。これらのことから、三重県においても施設での療養や看取りに対する在支診の支援体制が徐々に進んできていることが示唆された。

4. 本研究の限界と課題

在宅医療体制の構築には、都道府県単位で在宅医療の体制の現状と課題を抽出し、各地域の特性にあった計画を策定することが求められている²³⁾。本調査は、開示請求でのみ得られる一般公開されていないデータを用いた研究であり、三重県におけるデータの分析は我々が知る限り行われていない。そのため、本研究結果は今後の三重県の地域・在宅医療の推進、発展に寄与できる貴重な資料となると思われる。しかしながら、本調査は「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る報告書」からの分析のため得られるデータには限界があり、今後、在支診の詳細な調査を行う必要がある。

結語

三重県における在宅医療体制整備のための基礎資料を得ることを目的として、三重県の在支診における活動状況の経年変化ならびに活動状況と自宅での死亡者数との関連について検討した。その結果、2014年の在支診の活動状況において合計診療患者数、死亡患者数、自宅以外での死亡患者数、平均診療期間は2010年に比して有意に増加していた。また、死亡場所（自宅）に有意に影響する在支診の活動内容は、往診、緊急往診であった。これらの結果より、三重県の既存の在支診の活動状況は活発化し在支診の量的整備は進んできていること、自宅での死亡には在支診における緊急往診体制が重要であること、在支診による自宅以外の施設等への支援が徐々に進んできていることが示唆された。

なお、本研究は文部科学省科学研究費：基盤（C）の助成を受けて実施した（課題番号：17K12199）。

文献

- 1) 厚生労働省：平成27年度介護保険事業報告（年報）—報告書の概要—。http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/15/dl/h27_gaiyou.pdf（最終閲覧日2017年10月30日）
- 2) 内閣府：平成24年度高齢者の健康に関する意識調査（全体版）（PDF形式）平成25年3月。http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html（最終閲覧日2017年9月26日）
- 3) 厚生労働省：平成28年 人口動態調査—上巻 死亡 第5.6表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率—。http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001191145（最終閲覧日2017年10月9日）
- 4) 厚生労働省：地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～，平成21年。http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf（最終閲覧日2017年10月29日）
- 5) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック 平成25年12月。http://www.ncgg.go.jp/zaitaku/pdf/handbook/handbook2013.pdf（最終閲覧日2017年10月29日）
- 6) 厚生労働省：平成28年度診療報酬改定説明会（平成28年3月4日開催）資料「平成28年度診療報酬改定説明（医科）その3」。http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115980.pdf（最終閲覧日2017年10月26日）
- 7) 加知輝彦：入院医療と在宅ケアの在り方に関する調査研究 総合研究報告書「厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業（2007）」。
- 8) 西本真弓：公営社団法人在宅医療助成勇美記念財団最終報告書「在宅療養支援診療所と在宅看取りに関する現状と課題」。
- 9) 西本真弓，村上雅俊：在支診における看取りは目的どおりに機能しているのか？—大阪府在支診の個票データによるアプローチ—。阪南論集・社会科学編 5（2）：151-167，2017
- 10) 佐藤顕，菅井深雪，斎藤あさ子：山形県における在宅療養支援診療所と看取りについて。山形県医師会会報 第788号：27-29，平成29年4月
- 11) 三重県：三重県の高齢化の推移と将来推計。http://www.pref.mie.lg.jp/common/content/000666304.pdf（最終閲覧日2017年10月29日）
- 12) 三重県：みえ高齢者元気・かがやきプラン（第6期三重県介護保険事業支援計画及び第7次三重県高齢者福祉計画）平成27（2015）年3月。http://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/89183000001.htm（最終閲覧日2017年10月29日）
- 13) 三重県：三重県保健医療計画（第5次改訂）平成25年3月。http://www.pref.mie.lg.jp/IRYOS/HP/24199023348.htm（最終閲覧日2017年10月29日）
- 14) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会総会（第244回）（平成25年6月26日）資料「在宅医療（その3）」。http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000015465.pdf（最終閲覧2017年11月15日）
- 15) 秋山明子，英 裕雄，三上 洋：東京都在宅療養支援診療所の活動状況と死亡場所の経年変化に関する検討。癌と化学療法 第38巻：100-102，2011年12月
- 16) 秋山明子，英 裕雄，三上 洋：東京都在宅療養支援診療所の活動状況と死亡場所に関する検討。癌と化学療法 第37巻：186-188，2010年12月
- 17) 塚田千尋，英 裕雄，秋山明子：看取りの場の視点から分析した東京都在宅療養支援診療所の活動状況。癌と化学療法 第40巻：213-215，2013年12月
- 18) 内閣府：地方創生推進事務局国家戦略特区ワーキンググループ「往診ルールの弾力化、在宅医療の柔軟な実施」配布資料1（平成27年1月23日）。

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/kokusentoc_wg/hearing_s/150123siryou02_2.pdf
(最終閲覧日2017年10月26日)

- 19) 坂倉 究：23「在宅療養支援診療所の推進」。みえ地域ケア体制整備調査研究事業報告書～三重県における地域ケアの実践的取組。理念から実践へ、今、行動のとき～（平成21年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金）みえ地域ケア研究会：p238-241, 平成22年3月 <http://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/48792022918.htm>（最終閲覧日2017年11月15日）
- 20) 遠藤太久郎：24「看取りが急増する時代に向け、在宅療養支援診療所に求められる役割」。みえ地域ケア体制整備調査研究事業報告書～三重県における地域ケアの実践的取組。理念から実践へ、今、行動のとき～（平成21年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金）みえ地域ケア研究会：p242-248, 平成22年3月 <http://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/48792022918.htm>（最終閲覧日2017年11月15日）
- 21) 厚生労働省：「終末期医療に関する調査」結果 第1回終末期懇談会平成20年10月27日（資料3）。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html>（最終閲覧日2017年10月9日）
- 22) 厚生労働省：平成18年介護報酬等の改定について — 概要 —。 http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1003-11h_0002.pdf（最終閲覧日2017年11月1日）
- 23) 厚生労働省：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針（平成24年3月30日）。http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/tsuuchi_iryuu_taisei1.pdf（最終閲覧日2017年10月29日）

