

⑧・⑨・⑩ 往診料、重症加算、看取り数

		平均	中央値	最大値	最小値
往診料	1 か月間	4.5 件	0 件	141 件	0 件
うち夜間加算		0.1 件	0 件	5 件	0 件
うち深夜加算		0.1 件	0 件	6 件	0 件
重症加算		1.2 件	0 件	64 件	0 件
看取り数	届出以降	1.6 件	0 件	55 件	0 件
うち算定件数		0.9 件	0 件	40 件	0 件

⑪ 請求実績がある医療行為 (全 493 診療所)

医療内容		社会保険診療報酬医科点数表の中で該当する診療行為	○の数	いずれかに○がある数
1	疼痛管理 在宅緩和ケアの一環としての疼痛管理	C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 末期の悪性腫瘍患者が自ら実施する鎮痛療法または化学療法に関して指導管理を行う	35	64
		C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 疼痛除去のために埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ患者に対して指導管理を行う	5	
		上記以外の麻薬による疼痛管理を実施	37	
2	栄養管理 栄養評価、栄養療法の適応の検討、栄養量の決定、投与方法の決定、モニタリング等	C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 計画的な医学管理の下、管理栄養士が訪問し実技を伴う指導を行う	12	74
		C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	28	
		C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	51	
3	呼吸管理 人工呼吸療法、気管切開(気管カニューレ管理)等	C103 在宅酸素療法指導管理料	194	202
		C107 在宅人工呼吸指導管理料	39	
		C112 在宅気管切開患者指導管理料	32	

4	排尿・排便管理	C106 在宅自己導尿指導管理料	40	93
		C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	73	
		以下 a～j		

(内訳) a 創傷処置 41, b 皮膚科軟膏処置 32, c 留置カテーテル設置 45, d 膀胱洗浄 28, e 導尿 19, f 鼻腔栄養 12, g ストーマ処置 13, h 喀痰吸引 22, i 介達牽引 0, j 消炎鎮痛処置 17

5	透析管理 在宅連続携行式腹膜灌流、在宅血液透析に関する指導管理等	C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	5	5
		C102-2 在宅血液透析指導管理料	3	

6	リハビリテーション 身体機能の評価、リハビリテーション実施、装具・福祉機器情報の提供等	C006 在宅訪問リハビリテーション指導管理料 計画的な医学管理の下、PT、OT、ST が訪問して、リハビリテーションの観点から療養上必要な指導を行う	34	34
---	--	--	----	----

7	その他	C101 在宅自己注射指導管理料	111	195
		C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 計画的な医学管理の下、薬剤師が訪問し服薬指導を行う	28	
		C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 肺高血圧症患者に対するプロスタグランジン I 2 製剤の投与に関する医学管理等を行う	4	
		C113 寝たきり老人訪問指導管理料	112	

(注) 上記の結果は、平成 18 年 4 月から調査時点までの間に請求実績が 1 件以上あった医療内容の回答結果である。結果の解釈に当たっては医療行為として実施していても診療報酬請求の規定により請求を行わない場合も発生し得ることを考慮する必要がある。

<問3>：今後の見込み患者数（許容量、意向）

① 訪問診療患者を何人増やせるか

- a. 増やすことができる 291件 (59%)
- b. 増やすことができない 53件 (11%)
- c. わからない 130件 (26%)
- d. 無回答 19件 (4%)

(a. 「増やすことができる」人数)

5人未満	5人以上	10人以上	20人以上	30人以上	無回答
107	82	76	10	13	3

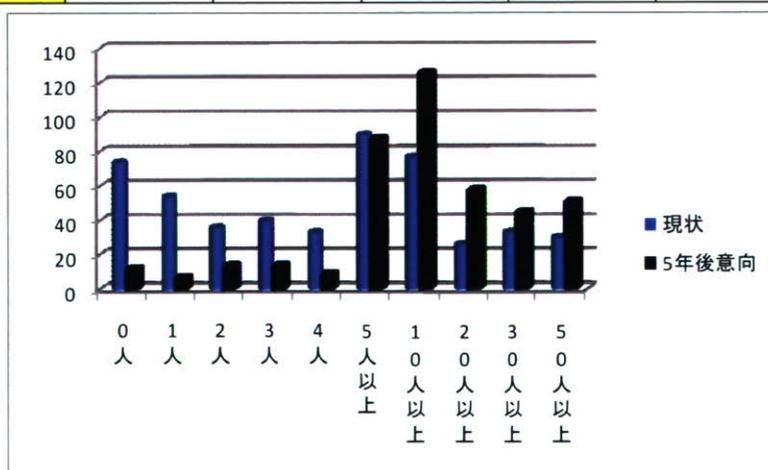
② 5年後、訪問診療（実患者数）を何人程度にしたいか

※必要に応じて新たに体制整備等を講じたとして回答

- ・平均 22.4人 ←現状 12.9人（問2①）
- ・中央値 10人、最大値 350人、最小値 0人

5年後の患者数	0人	1人	2人	3人	4人
診療所の数	12	7	14	14	9

5年後の患者数	5人以上	10人以上	20人以上	30人以上	50人以上	無回答
診療所の数	88	126	58	45	51	69



<問 4> : 今後の課題 ※複数回答 (3 つまで) ※太字は上位 3 位

選択肢	回答数	順位
a. 貴診療所における医師の確保	80	7 位
b. 貴診療所における看護師の確保	142	4 位
c. 在宅医療に関する研修機会の確保	30	12 位
d. 24 時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保	153	2 位
e. 緊急時の入院体制 (後方支援ベッド) の確保	142	4 位
f. 連携する訪問看護ステーションの確保	58	10 位
g. 無菌製剤を扱うことが出来る保険調剤薬局との連携の確保	5	15 位
h. 在宅医療に関する病院の認識や理解	64	8 位
i. 病院との在宅療養患者に関する情報の共有	61	9 位
j. 居宅介護サービス事業所との在宅療養患者に関する情報の共有	56	11 位
k. 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報の提供	96	6 位
l. 患者への「在宅医療計画書兼在宅診療同意書」の交付	16	14 位
m. 診療報酬の引き上げ	149	3 位
n. 患者の経済的負担の軽減	215	1 位
o. その他 ()	19	13 位

(その他 19 件の主な内容)

- ・医師の体力的問題
- ・1人で診療しているため、緊急時でも外来患者を放置して在宅患者のところに行くことができない
- ・疼痛 (特に癌末期患者の麻薬) の取り扱いが診療所では困難
- ・24 時間 365 日対応が困難
- ・自院での薬の処方料が低い
- ・患者・家族介護者の理解、信頼関係
- ・地域住民への自院の情報提供
- ・要件緩和 (在支診要件、診療報酬請求要件)
- ・診療報酬の適正化
- ・患者・家族の肉体的・精神的負担
- ・実態をもう一度把握しなおすこと
- ・駐車場の確保

3. 地域や診療体制、活動状況ごとの課題の違い（クロス集計）

《二次医療圏ごとの集計》

- ・ 朝倉医療圏では、「j. 居宅介護サービス事業所との在宅療養患者に関する情報の共有」を選ぶ診療所が多かった。
- ・ 筑紫、八女・筑後、京築医療圏では、「k. 地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報の提供」を選ぶ診療所が多かった。
- ・ また、筑豊地区、北九州地区の医療圏では、「d. 24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」や「e. 緊急時の入院体制（後方支援ベッド）の確保」など連携の課題を選ぶ診療所が多かった。

二次医療圏	課題															計
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	
福岡系島	24	44	5	38	33	20	2	20	14	8	31	3	40	47	8	337
粕屋	6	5	1	1	0	2	0	2	0	1	3	0	6	6	0	33
宗像	2	3	0	1	1	1	0	2	0	1	1	0	7	7	0	26
筑紫	3	5	1	7	4	3	0	4	0	4	7	3	3	10	3	57
朝倉	1	5	1	4	6	2	0	3	3	5	3	0	5	10	0	48
久留米	7	23	3	19	10	6	0	7	12	8	12	3	21	24	0	155
八女筑後	3	6	1	6	6	1	1	2	2	2	7	0	6	8	0	51
有明	9	11	4	10	10	3	0	4	4	5	6	2	19	22	2	111
飯塚	2	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	9
直方鞍手	2	2	2	4	2	0	0	0	1	0	1	0	4	3	0	21
田川	1	2	0	4	6	0	0	1	1	0	2	0	3	4	0	24
北九州	15	29	9	53	56	17	2	17	18	19	17	4	29	61	5	351
京築	5	7	3	5	6	3	0	2	5	3	6	1	5	11	1	63
計	80	142	30	153	142	58	5	64	61	56	96	16	149	215	19	1286

《対象患者数ごとの集計》

- ・ 対象患者が少ない（5人未満）診療所では、「b. 貴診療所における看護師の確保」や「m. 診療報酬の引き上げ」が選択されており、これらが、活動を増やす際のネックになっている可能性が示唆された。
- ・ 対象患者が5人以上の診療所では、「d. 24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」や「e. 緊急時の入院体制（後方支援ベッド）の確保」を課題とするところが多かった。

対象患者数	課題選択															合計
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	
0人	10	20	3	21	23	9	3	7	11	5	10	2	20	26	5	175
1人	13	22	4	12	15	5	1	5	6	3	8	0	17	16	2	129
2人	7	11	7	9	8	5	0	5	2	4	7	2	11	13	1	92
3人	4	12	3	12	8	6	0	4	5	6	8	2	21	14	1	106
4人	2	9	2	7	11	6	0	2	6	3	7	1	11	17	1	85
5人以上	7	18	4	34	30	11	0	10	16	15	21	3	19	49	3	240
10人以上	10	22	3	30	26	6	1	12	6	13	16	3	25	39	4	216
20人以上	27	28	4	28	21	10	0	19	9	7	19	3	25	41	2	243
合計	80	142	30	153	142	58	5	64	61	56	96	16	149	215	19	1286

《病床の有無》

- ・ 無床診は「d. 4 時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」や「e. 緊急時の入院体制（後方支援ベッド）の確保」など連携の課題を選ぶ診療所が多かった。
- ・ 対して、有床診は「b. 貴診療所における看護師の確保」や「m. 診療報酬の引き上げ」など経営上の課題を選ぶ傾向にあり、無床診と違いがみられた。

	課題選択															合計
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	
有床診	25	57	8	30	26	14	1	19	13	13	23	6	60	47	5	347
無床診	55	85	22	123	116	44	4	45	48	43	73	10	89	168	14	939

《医師人数》

- ・ 1人医師の診療所は「e. 緊急時の入院体制（後方支援ベッド）の確保」を多く選択していた。
- ・ 一方、複数医師の診療所は「m. 診療報酬の引き上げ」を選ぶところが多かった。

	課題選択															合計
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	
1人医師	31	85	17	90	100	39	2	29	41	34	53	10	77	127	11	746
複数医師	48	57	13	60	39	19	3	34	19	22	42	6	69	83	7	521

《対象患者の居所》

- ・ 対象患者が自宅のみか自宅以外にもいるかによる、課題選択の違いは見られなかった。

	課題選択															合計
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	
全て自宅患者	38	80	20	83	80	34	1	30	32	33	52	8	81	110	10	692
自宅以外の施設患者あり	32	41	7	48	39	15	1	27	17	18	33	6	47	77	4	412

第4節 関連研究

1. 関連研究の目的

本節は、今回の新たな医療計画の策定に当たって厚生労働省から示されている基本的な視点 1)のうち、「定量的数値目標の設定（PDCAサイクル）」、「医療機能の分化と連携による切れ目のない医療の提供」、「情報提供」の3つの中心的な課題について検討し、中長期的観点から医療計画の策定及び実施管理時（在宅医療分野）に必要なと考えられる基礎的資料を関連研究として提示することを目指している。

第一の「定量的数値目標の設定」については、在宅医療をテーマに将来の医療需給を定量的に把握するための手法を検討した。PDCAサイクルに基づいて医療計画の策定、実行、評価、改善を図るプロセスでは、医療需給を定量的に見込み、そのデータに基づいた目標値の設定や施策等の検討を行うことが求められるからである。その際、需要量、供給量の推計範囲の設定に関する検討とともに、介護療養病床の廃止を具体的な事例として取り上げ、需給に影響を及ぼす可能性のある政策要因についての検討も行った。

第二の「医療機能の分化と連携による切れ目のない医療の提供」については、医療機関等との機能分化、連携の実態を各地域で実証的に捉え、その課題を浮き彫りにするための手法を検討した。新たな医療計画が目指す「安心・信頼の医療」を実現していくためには、患者の状態に応じて受診する医療機関等が変わる場合においても、必要な医療が連続的に提供される仕組みづくりが不可欠である。また、そのためには、医療提供者の視点から実現可能な経営モデルを明らかにし、安定的に医療が提供される条件と課題を把握しておくことも必要である。そのため関連研究として、在宅療養支援診療所を対象に現行の診療報酬制度等の条件下での在宅訪問診療と外来診療時間の比重及び人員体制に関する経営モデルの検討を行い、課題を検討した。加えて、在宅医療受療者が利用している医療・介護サービスの種類、回数等について患者の状態像別に実態調査を行った。

第三の「情報提供」については、患者の家族が在宅医療機関等を選択する際に必要となる情報提供の方法について検討を行った。具体的には終末期患者の家族を対象に、在宅療養を選択し、それを実現するために必要な情報を提供するための方法としてガイドブックの作成を試みた。

本章では、以上の視点に基づいて実施した5つの関連研究について方法、結果、考察等を示す。

関連研究1：在宅医療の中長期の需要及び供給に係る推計

(1) 在宅医療の中長期需給推計に関する検討

(2) T町における在宅医療需要の把握方法に関する検討

関連研究2：在宅療養支援診療所の患者紹介元の類型化と連携に関する研究

関連研究3：在宅療養支援診療所の経営モデルに関する研究

関連研究4：在宅医療患者の医療・介護サービスの利用状況についての研究

関連研究5：在宅終末期医療に関する研究

<参考文献>

1) 厚生労働省告示第70号 医療提供体制の確保に関する基本方針：2007年3月

2. 関連研究

関連研究 1. 在宅医療の中長期の需要及び供給に係る推計

(1) 在宅医療の中長期需給推計に関する検討

① 需給推計の考え方

1) 在宅療養支援診療所だけの需給推計

在宅医療は、在宅療養支援診療所だけでなく、病院や一般診療所によっても提供されている。しかしながらここでは、在宅医療の提供の中核的役割を担うことが期待されている在宅療養支援診療所に焦点を当て、需給推計を行った。

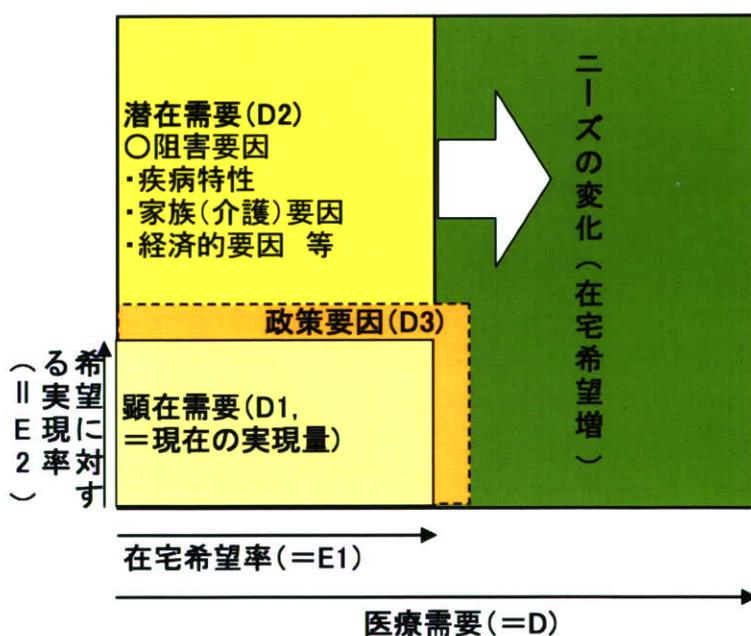
2) 需要推計の考え方

需要推計にあたり、まず在宅療養（看取り）の実現に至る概念整理を行った。

療養（看取り）が必要な患者（＝D）のうち、在宅においての療養（看取り）を希望する率を（E1）とする。また、在宅での療養（看取り）を希望する者に対して、その希望を阻害する何らかの要因があり、結果として実際に実現できた率を（E2）とする。それらの結果として、在宅療養支援診療所から在宅療養（看取り）を受けている現在の実現量（D1）がある。

すなわち、 $D1 = D \times E1 \times E2$ の関係にある。また、D1は、実現した需要であるから、後述する現在の供給量（S1）と一致している。

さらに、上記のような現在の実現量の概念とは別に、療養病床の再編成に伴う政策的影響が存在すると考えられる（D3）。本研究においては、療養病床の再編成に伴って新たに発生するいわゆる「介護難民」に対して、在支診が受け皿としてどの程度の量（患者数）への対応を期待されるかについては別途検討した。



図表 2-4-1 需要推計の全体像

3) 供給推計の考え方

同様に、供給推計についても概念整理を行い、現在の供給量、潜在供給量、新規参入量の3段階に分けて考えた。

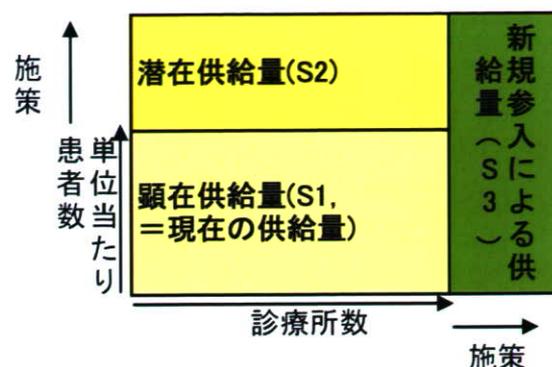
顕在供給量は、在宅療養支援診療所が現在、在宅療養（看取り）を提供しているサービス量である（S1）。

在宅療養の潜在供給量については、本研究の在宅療養支援診療所調査において、平成19年時点は「訪問診療患者を何人増やせるか（問3①）」、平成24年時点は「5年後の意向（問3②）」で尋ねている（S2）。そして、実際にこの潜在供給量を顕在化させるためには、回答のあった「今後の課題（問4）」について、有効な解決・支援策（施策）を打ち出す必要がある。

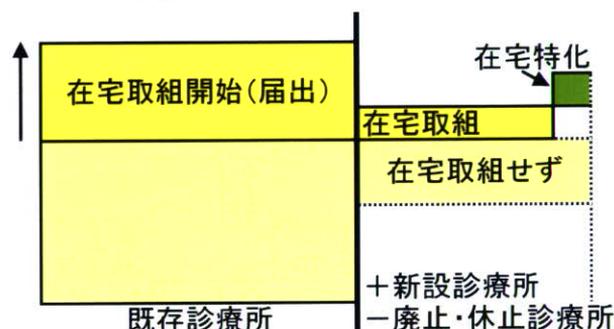
新規参入量については、「既存診療所が新たに

在宅支診として取組を始めるケース」と「新規開設した診療所が取組を始めるケース」に分けられる。前者については、（社）福岡県医師会による『在宅療養支援診療所実態調査（2007年1月）』によると、診療所が在宅療養支援診療所の届出をしていない理由として、「24時間往診が可能な体制（往診担当医）を確保できない」が69.4%、「24時間連絡を受ける医師または看護師を配置できない」が63.9%であり、他の医療機関等との連携や行政の支援といった外部環境の整備以前に内部環境自体が課題となっており、福岡県に関しては地域差があるものの、今後、既存診療所の取り組み開始件数が大幅に増加することは期待できないものと考えられる。このことは、「福岡県在宅療養支援診療所調査」において、493件中、対象患者が0人の診療所が74件（15.0%）、対象患者が5人未満の診療所が237件（48.1%）であることから推察できる。後者については、新規開設する診療所が、在宅医療に取り組むかどうか、また、取り組む場合にはどのようなスタイルで取り組むかで分類することができる。このスタイルについては、前述の調査から医師の体制によって対象患者数に大きな格差が見られ、関連研究2、3で詳述するような「在宅医療特化型診療所」として開設される診療所も増えてくることが考えられる。しかし、公的な統計では、診療所の統計について医師勤務体制等による区分がなされておらず、正確な推計を行うには限界がある。ただ、新規開設する診療所のうち「在宅医療特化型診療所」として開設される診療所数（割合）は、「今後の課題（問4）」に基づいて適切な対策を講じることにより、増えてくることが予想される。

図表 2-4-2 供給推計の全体像



図表 2-4-3 新規参入の類型



② 在宅療養患者の将来需給推計

1) 需要推計

現在の実現した需要量 (D1) に対して定量的に把握可能な変動要因として、人口構造の変化に伴う医療需要の変化を検討した。政策的影響 (D3) については、後ほど考察する。

国立社会保障・人口問題研究所の推計 (平成 19 年度 5 月推計、死亡中位・出生中位) によると、福岡県の人口は図表 2-4-4 のように推移するとされている。

図表 2-4-4 福岡県の将来推計人口 (単位:千人)

年齢	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成47年 (2035)
55～64	723	752	648	585	594	659	670
65～74	538	567	665	692	599	543	555
75～84	344	400	428	458	546	569	496
85歳以上	120	160	209	255	288	324	395

(資料)国立社会保障・人口問題研究所

また、厚生労働省・患者調査 (平成 17 年) によると、福岡県における年齢階級の「診療所による訪問診療」の推計患者数は、65 歳～74 歳:0.1 千人、75 歳～84 歳:0.4 千人、85 歳以上:0.4 千人となっている (その他の年齢階級は 0)。年齢階級別の受療率が変わらないと仮定した場合、人口変化による訪問診療に関する需要は以下のとおりになるものと推計される。

図表 2-4-5 診療所による訪問診療・患者数推計 (単位:千人/日)

	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成47年 (2035)
55～64	-	-	-	-	-	-	-
65～74	0.1	0.11	0.12	0.13	0.11	0.10	0.10
75～84	0.4	0.46	0.50	0.53	0.63	0.66	0.58
85歳以上	0.4	0.53	0.69	0.85	0.96	1.08	1.31
合計	0.9	1.10	1.32	1.51	1.71	1.84	1.99
比率	100.0%	122.5%	146.2%	167.8%	189.6%	204.5%	221.6%

(資料)厚生労働省・患者調査

以上の結果に基づきを、以下の前提条件のもとで推計すると、実現需要 (=供給) は図表 2-4-6 のように推移することとなる。

- ・ 在宅患者が、一般診療所のうち在宅療養支援診療所から受療する率は変化しない
- ・ 患者 1 人当たりの訪問診療の頻度は変化しない
- ・ 平成 19 年及び平成 24 年の人口影響は、各推計期間の単純平均とする

図表 2-4-6 実現需要の推計

		平成17年 (2005)	平成19年 (2007)	平成22年 (2010)	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成47年 (2035)
需要	顕在(D1)		8,452							
	人口影響	100%	109.0%	122.5%	132.0%	146.2%	167.8%	189.6%	204.5%	221.6%
	合計	7,755	8,452	9,498	10,234	11,338	13,012	14,702	15,860	17,187

2) 供給推計

次に、適切な施策が講じられたとした場合の潜在供給量の顕在化 (S2) 及び新規参入量 (S3) について、検討を行った。調査結果 (有効回答数 493 件) から 1 診療所あたりの平均訪問診療患者数は 12.9 人であり、これを全数 (654 件) に乗じると、顕在供給量 (S1) は 8,452 人と推計できる。また、同様の手法で潜在供給量については、在宅療養支援診療所の「訪問診療患者を何人増やせるか」という設問に対する回答に基づき、2,994 人と推計できる (平成 19 年度)。また、平成 24 年度の潜在供給量は、5 年後に増やしたい患者数の合計から 4,120 人と推計され、現在の供給量と合計すると 12,572 人となる。

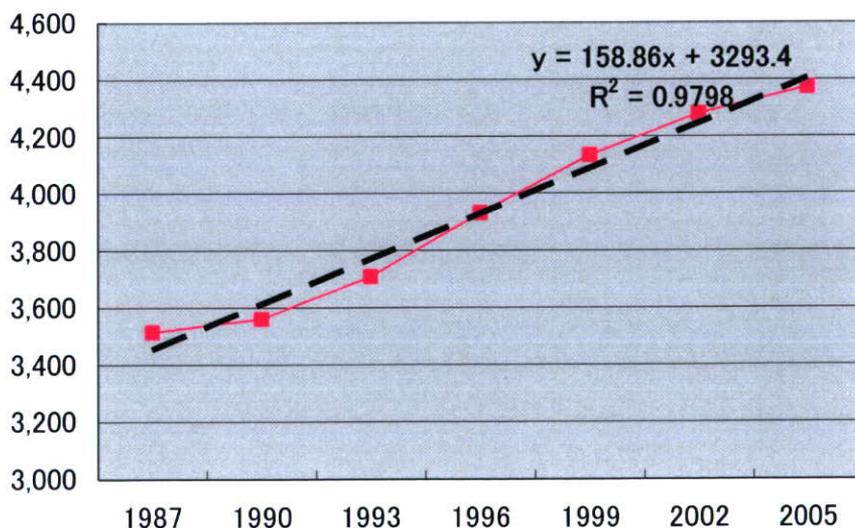
さらに、新規参入による供給量については、厚生労働省・医療施設調査 (平成 18 年) から 1 年あたりの診療所の増減数を推計し (図表 2-4-7)、平成 19 年 3 月時点の在宅療養支援診療所届出率及び 1 診療所あたりの患者数を乗じることによって推計した。

●新規参入による供給量の増加 (1 年あたり)

$$\begin{aligned} & \text{年間診療所増減数 (53.0 件)} \times \text{在宅療養支援診療所届出率 (14.60\%)} \\ & \times 1 \text{ 診療所あたりの患者数 (12.92 人)} = 99.90 \text{ 人} \end{aligned}$$

※ 1 診療所あたりの患者数は、平成 19 年 7 月時点の平均患者数を使用した。

図表 2-4-7 福岡県の一般診療所数の



(資料)厚生労働省・医療施設調査

以上の推計結果により、医療計画の終了年度（平成24年）において、人口要因による需要量の増加に対しては、既存の在宅療養支援診療所の潜在供給量を顕在化させることで十分にカバーできることがわかる。さらに、新設の在宅療養支援診療所による新規参入を考慮すると、十分余裕を持ってカバーできることが確認できた。

図表 2-4-8 供給量と実現需要の推計

		平成17年 (2005)	平成19年 (2007)	平成22年 (2010)	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成47年 (2035)
供給	顕在(S1)		8,452							
	潜在(S2)		2,994		4,120					
	既存小計		11,446		12,572					
	新規参入 (累計)(S1)			300	500	799	1,299	1,798	2,298	2,797
	合計		11,446		13,072					
需要	顕在(D1)		8,452							
	人口影響	100%	109.0%	122.5%	132.0%	146.2%	167.8%	189.6%	204.5%	221.6%
	合計	7,755	8,452	9,498	10,234	11,338	13,012	14,702	15,860	17,187

③ 在宅看取り数の将来需給推計

在宅療養患者と同様の手法を用いて、在宅看取り数の需給推計を行った。

1) 需要推計

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口（福岡県）に対して、推計（死亡中位・出生中位）に用いている死亡率（全国値）を乗じ、福岡県における死亡者数総数（A）及び65歳以上の死亡者数（B）の推計を行った。さらに、65歳以上の死亡者数（B）に、厚生労働省・人口動態調査（平成18年）における福岡県の自宅及び老人ホームでの死亡率（C）を乗じることによって、在宅死亡者数（D）の推計を行った。この結果、今期の医療計画の終了年度である平成24年度には、年間4,356人の在宅看取りが必要と推計される。

また、「福岡県在宅療養支援診療所調査」より在宅療養支援診療所が行った看取り患者数は822人と推計され、平成19年度の在宅看取り数3,765人の21.8%を占めている。在宅看取りを実際に担当している医療機関は、病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援診療所の届出を行っていない診療所がそれぞれ担当しているものと考えられるが、平成19年度の在宅療養支援診療所のシェア率を固定値とした場合の、平成24年度の在宅療養支援診療所に期待される在宅看取り数（=需要）は、951人と推計される。

図表 2-4-9 在宅死亡者数と在支診看取り数

年		平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成47年 (2035)
推計	A) 総数	42,806	43,293	48,400	50,844	55,987	60,212	62,694	64,132
死亡数	B) うち65歳～	35,211	35,853	41,483	44,614	50,353	54,753	57,345	59,058
	C) 自宅・ホーム死亡率	10.5%	H18実績値(固定)						
	D) 在宅死亡者数	3,697	3,765	4,356	4,684	5,287	5,749	6,021	6,201
	E) うち、在支診(21.8%) (対18年度比)	100%	102%	118%	127%	143%	155%	163%	168%

2) 供給推計

福岡県在宅療養支援診療所調査では、在宅看取り数の潜在供給量に関わる質問を行っていないが、「現在の患者数」に対する「5年後に増やしたい患者数」の増加割合に応じて、結果としての在宅看取り数も増加していくものと考えられる。すなわち、「現在の患者数」8,452人に対する「5年後に増やしたい患者数」4,120人の割合は48.7%であり、在宅看取り数推計822人に対して、400.7人の増が見込まれ、合計で1,223人の在宅看取りを担当すると推計できる。

この結果、需要推計による期待されている看取り数951人に対し、供給側は潜在供給量を含めると1,223人を看取る意向があり、少なくとも平成24年までの次期医療計画期間内の人口変化に対しては十分に対応し、272人の供給余力が発生すると考えられる。

図表 2-4-10 在宅看取りの潜在供給量と需要の推移

年		平成18年 (2006)	平成19年 (2007)	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成47年 (2035)
供給	在宅患者数 (対19年度比)		8,452 100%	12,572 148.7%					
	在宅看取り数		822	1,223					
需要	在宅看取り数 (対18年度比)	100%	102%	118%	127%	143%	155%	163%	168%

また、需要推計においては、自宅及び老人ホームでの死亡率を固定(10.5%)した上で、病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援診療所の届出を行っていない診療所の3者間におけるシェア率を固定したが、病院及び在宅療養支援診療所の届出を行っていない診療所が需要に応じて在宅看取り数を伸ばした上で、在宅療養支援診療所が供給余力を活用したとすると、在宅看取り数は4,627人となり在宅死亡率(最大値)は11.2%となる。

逆に、死亡数が増える中で、病院は入院での死亡数の増加に対応することで在宅看取り需要増に対応できず、また、在宅療養支援診療所の届出をしていない診療所も積極的に在宅看取りを増やす意向がないと仮定した場合は、在宅療養支援診療所以外の在宅看取り数(2,943人・平成19年度)が固定される。この場合、

在宅療養支援診療所の潜在供給量のすべてを顕在化させた場合でも合計は4,165人にとどまり、在宅看取り需要4,356人が変わらないとすれば、190人の供給不足となる。

なお、在宅療養患者の需給推計において考慮した、新規参入による在宅看取りについては、在宅療養支援診療所における年間平均看取り数(1.26人)を用いることも可能であるが、新設診療所であることを考慮し、推計には含めなかった。

④ 政策的影響の考慮

1) 療養病床の再編成

厚生労働省は、医療制度改革大綱で位置づけられた平均在院日数短縮等のための具体的な取り組み方策の1つとして療養病床の再編成を位置づけている。その内容は、療養病床は医療の必要度が高い患者を受け入れるものに限定し、医療の必要度が低い患者については、病院でなく老人保健施設、居住系サービス及び在宅で受け止めることで対応する、としている。

具体的な再編成の粗い見通しとして、現在約38万床ある療養病床(医療療養25万床、介護療養13万床)を、平成23年度末までに医療療養病床15万床に整理し、介護療養病床を廃止することとしている。また、廃止する23万床については、老人保健施設15万～17万床、ケアハウス等居住系サービス・在宅(本人が希望する場合)6～8万床とし、その転換にあたっては医療保険財源による転換支援措置も講じることになっている。

診療報酬・介護報酬改定、及び個別医療機関の経営状況にもよるが、転換支援措置が不十分な場合、現在療養病床で療養を受けている患者が、いわゆる「介護難民」として行き場所を失い、新たに在宅(自宅)で療養せざるを得ない状況が考えられるため、制度変更にもなう在宅療養需要の発生があるかどうかについて検討を行った。

2) 転換支援措置の内容

転換支援措置として、以下の方法がとられることになっている。

- ・医療機能強化型老人保健施設の創設
- ・有料老人ホーム・高齢者専用賃貸住宅
- ・サテライト型施設・小規模老人保健施設の人員基準緩和
- ・医療機関併設老人保健施設の設備基準の緩和

この中でも、施設系介護サービスとして、サービス内容が比較的近似している老人保健施設との施設基準の内容は以下のとおりである。

図表 2-4-11 転換支援措置の内容

【転換元】			【転換先】		
	療養病床		老人保健施設		
	病院	診療所	病院から	診療所から	
床面積	6.4 m ² /床				
廊下幅	1.2M (1.6) M	1.2M (1.6) M	1.2M (1.6) M	1.2M (1.6) M	
食堂	1 m ² /人	1 m ² /人	1 m ² /人	食堂+機能訓	
機能訓練室	40 m ²	十分な広さ	40 m ²	練室 3 m ² /人	

施設要件に関しては、床面積については平成 23 年度末まで、食堂・機能訓練室・廊下幅については平成 24 年度以降も適用されている。

また、人員基準面については、現在の療養病床は老人保健施設を上回っている。

したがって、基本的には療養病床を有する医療機関が転換を希望すれば、設備投資、人員補充等は不要であり、次期医療計画期間中、平成 23 年度までに関しては、いわゆる「介護難民」は発生しないものと考えられる。

3) 福岡県地域ケア体制整備構想（案）との整合性

平成 19 年 3 月 28 日にパブリック・コメントに付されている、福岡県地域ケア体制整備構想（案）では、「第 1 章 2 (2) 福岡県における療養病床の目標値に関する考え方」において、『平成 24 年度末の療養病床目標値を 15,550 床（回復期リハビリテーション病床を除く 12,980 床）と設定』し、『今後、この目標数をもとに、平成 20 年度の早い時期に医療機関の転換意向を調査し、その結果を加味して具体的な療養病床の転換計画を策定』することとされている。

また、その転換計画は「転換計画表」として以下のとおり取りまとめられているが、平成 19 年 8 月に実施した「療養病床転換意向等アンケート調査」の集計結果をそのまま記載したものであり、圏域毎の転換計画表については平成 20 年度に示すこととしている。

平成 24 年度以降の「その他」7,066 床は、転換数 8,612 床に対して 82.0% であることから、各医療機関の方針が決定されていないことが分かる。また、「その他」に含まれる『廃止』は 32 床であることから、少なくとも現時点で「介護難民」が発生するような事態は想定できない。

図表 2-4-12 「転換計画表」

(単位:床)

	平成19年4月1日	平成19年度末	平成23年度末	平成24年度末
療養病床	21,592	21,418	19,553	12,980
回復期リハ	2,510	2,570	2,570	2,570
転換先	0	174	2,039	8,612
老人保健施設	0	0	960	1,383
特別養護老人ホーム (地域密着型を含む。)	0	0	89	89
有料老人ホーム (特定施設等)	0	0	74	74
その他 ※1	0	174	916	7,066
転換意向あり(転換先又 は転換時期未確定)※2	0	31	7,047	0

※1「その他」の欄には平成23年度までは各年度に一般病床への転換あるいは廃止等の意向を示したものの数値、平成24年度は医療費適正化計画に定める療養病床の目標値を達成するための転換数。

※2「転換意向あり(転換先又は転換時期未確定)」の欄には、療養病床からの転換意向は表明しているが転換先又は転換時期が未定となっているものの数値。転換先合計には含めない。

(資料)福岡県地域ケア体制整備構想(案)をもとに編集

また、「第1章1(3)医療計画、医療費適正化計画、高齢者保健福祉計画及びその他計画との関係」において、医療計画との関係は以下のとおりとなっている。平成20年度に再調査を行って転換計画を見直すこととされていることから、それに応じて在宅医療についても医療圏別に十分な検討が行われることが期待される。

ア 医療計画との関係

医療法に基づく医療計画においては、各医療圏ごとの基準病床数を算定することとしています。療養病床の基準病床の算定に当たっては、地域ケア体制整備構想で掲げた介護保険施設の整備数(療養病床からの転換数)を考慮する必要があります。医療圏別の転換予定数が明らかになった後に、医療計画の基準病床数は再度見直されることとなっています。

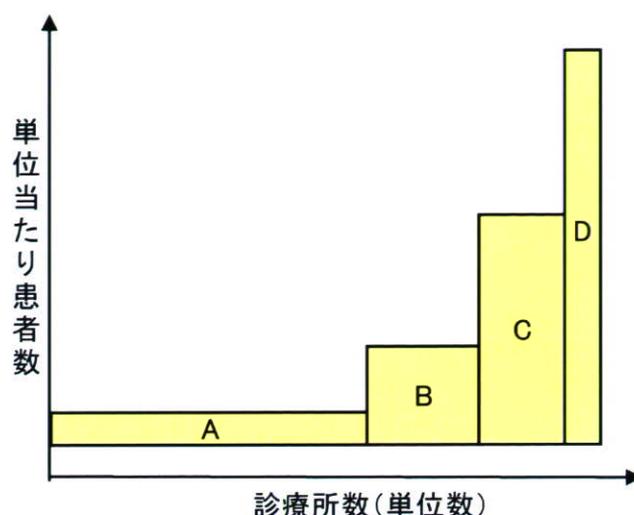
また、在宅医療の在り方については、福岡県保健医療計画の「在宅医療の推進」との整合性を図っています。

⑤ 推計の課題

1) 類型別の施策の検討(供給量推計)

本研究の需給推計においては、供給側の在宅療養支援診療所のデータは、全てその単純平均値を用いた。しかしながら、有効な施策を講じて潜在供給量の顕在化を見込むにあたっては、在宅療養支援診療所の供給量や機能等に基づいて適切に類型化した上で(図表 2-4-2)、それぞれの類型が持つ課題に対して、個別に施策を検討することが重要であると考えられる。この類型化については、関連研究 2、3 で案を示している。

図表 2-4-13 顕在供給量の類型イメージ



2) 在宅希望率(E1)、希望実現率(E2)の変化

希望率や実現率に関しては、定量的に把握できるデータが存在しないことに加え、それを定量化する前提として、在宅の概念が需要側と供給側で相違がある可能性がある。すなわち、病院や自宅は双方にとって明確であるが、老人保健施設や特別養護老人ホーム等の施設介護とグループホーム等の居宅介護の違いについては、供給側には明確である一方、需要側にはその違いがあまり意識されていない可能性があり、希望調査を行っても正確に需要を把握できるかは不確かなところがある。

また、そのニーズの実現にあたっては、医療提供体制だけでなく患者(本人)の家族(介護)支援要因や、高齢者専用住宅等の新しい住宅施策に影響される側面もあるため、今後の研究課題とした。

(2) T町における在宅医療需要の把握方法に関する検討

① 目的

本研究においては、公的統計データを用いて将来の在宅医療需要量（在宅医療利用者数）を推計するための方法を検討した。その成果については、医療計画の策定・進行管理時に必要となる在宅医療分野における需要量の推計及び目標値を設定する際の参考資料として活用されることを目的としている。

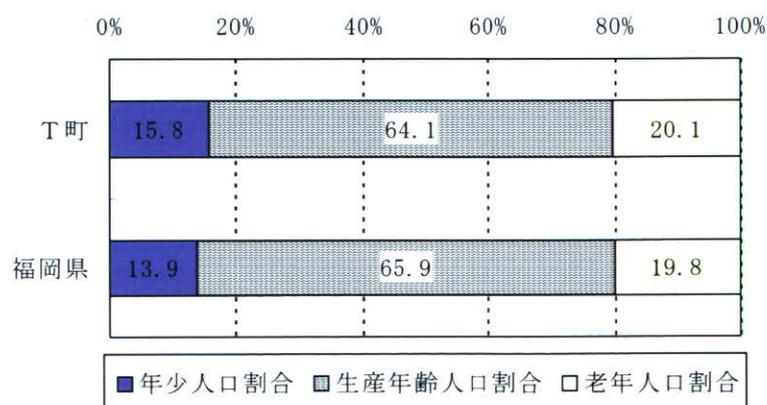
なお、本研究における在宅医療利用者数とは、診療報酬医科点数表「訪問診療料」もしくは「往診料」が算定されているレセプト件数を指している。

② 対象

研究対象地域として福岡県T町を対象とした。選定の理由は以下のとおりである。

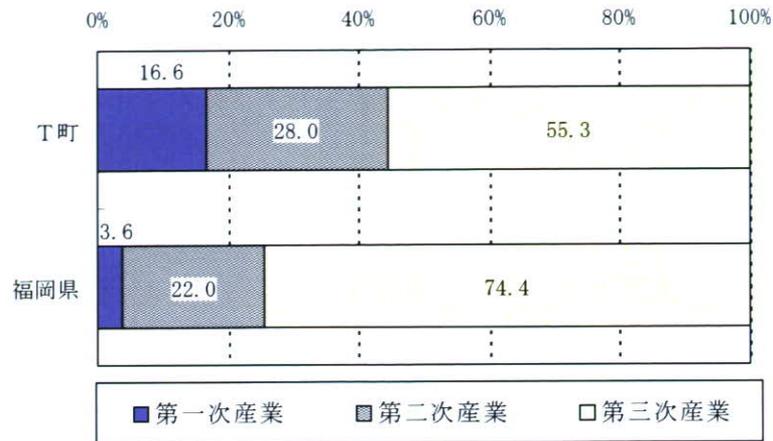
- ・年齢別人口構成が福岡県全体と近似している地域であること（福岡県：年少人口割合 13.9%、生産年齢人口割合 65.9%、老年人口割合 19.8%、T町：年少人口割合 15.8%、生産年齢人口割合 64.1%、老年人口割合 20.1% 平成 17 年国勢調査）。そのため受療率の傾向が福岡県全体の傾向と近似していると想定されること。
- ・本研究実施時点において福岡県国民健康保険団体連合会では「在宅」に関する請求情報を磁気データ化していなかった。そのため紙媒体からデータ入力する必要があったこと（人口規模よりデータ化可能な地域を検討した（平成 17 年国勢調査：T町総人口 15,400 人））。
- ・町内に入院病床（一般病床、医療療養病床、介護療養病床）は存在しない。長期療養者は近隣市の民間病院等へ流出している。そのため在宅療養体制の整備が課題の1つとなっており、町内に医療法人母体の有料老人ホームの整備が進められていること。
- ・町内に国保直診施設（診療所）があり、在宅医療の基幹施設としてどのような役割を果たすべきか検討中であったこと。

図表 2-4-14 年齢別人口構成



資料：平成 17 年 国勢調査

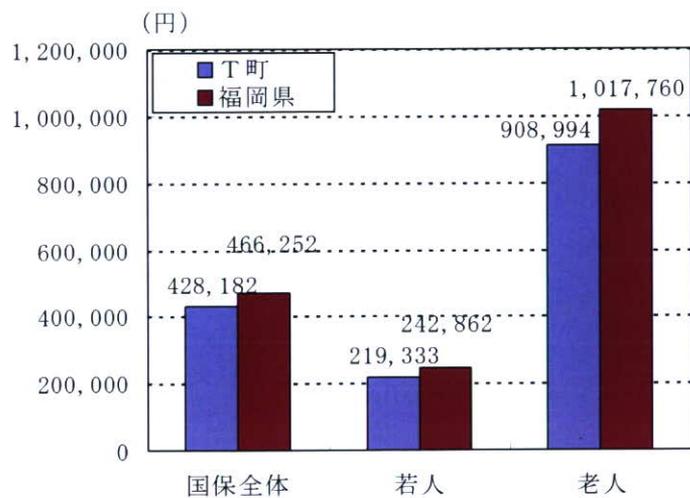
図表 2-4-15 産業別就業人口の構成



資料：平成 12 年、17 年 国勢調査

※T町は平成 12 年、福岡県は平成 17 年のデータ

図表 2-4-16 国保被保険者 1 人当たり医療費



資料：福岡県 国保医療費の現状(平成 17 年)