

③ 方法

T町国民健康保険被保険者（平成19年7月）の性、年齢別、傷病別の訪問診療もしくは往診料が算定されているレセプトの発生率を在宅医療利用率とした。この値を各年の人口構造の変化に応じて推計された入院、入院外合計のレセプト発生件数に乗じることにより、各年の在宅医療利用者数（レセプト件数）を推計した。

〔推計期間〕

- ・推計期間は2010年から2030年までとした。推計最終年度は、国立社会保障・人口問題研究所による市区町村別将来推計人口（平成15年12月推計）より得られる最長期間とした。

〔使用データ〕

- ・T町国民健康保険レセプト・データ（老人医療、退職者医療含む）（平成19年5月、7月診療分）※5月診療分より性、年齢、社会保険表章用119項目疾病分類別のレセプト件数及び被保険者数に対する発生率を求めた。7月診療分のレセプト・データより在宅医療利用者のレセプト件数及び同月の入院、入院外レセプト合計件数に対する在宅医療レセプト発生率を集計した。
- ・T町将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所（平成15年12月推計））
- ・平成19年7月性、年齢別T町国民健康保険被保険者数

④ 結果

1) 平成19年7月診療分の在宅医療利用者の構成

- ・在宅医療利用者数は、65歳以上が全体の95.9%、75歳以上が81.1%を占めた。
- ・疾病構造では循環器系の疾患（脳梗塞、高血圧等）が60.8%を占めた。
- ・該当者の「在宅」合計点数は1,000点未満、1,000点～2,000点未満の頻度が高く（27.0%、23.0%）、2,000点未満までで50%を占めた。

図表 2-4-17 年齢構成

年齢階級	件数	構成割合
0～4	0 件	0.0%
5～9	0 件	0.0%
10～14	0 件	0.0%
15～19	0 件	0.0%
20～24	0 件	0.0%
25～29	0 件	0.0%
30～34	0 件	0.0%
35～39	0 件	0.0%
40～44	0 件	0.0%
45～49	1 件	1.4%
50～54	0 件	0.0%
55～59	1 件	1.4%
60～64	1 件	1.4%
65～69	5 件	6.8%
70～74	6 件	8.1%
75～79	16 件	21.6%
80～84	13 件	17.6%
85～	31 件	41.9%
合計	74 件	100.0%

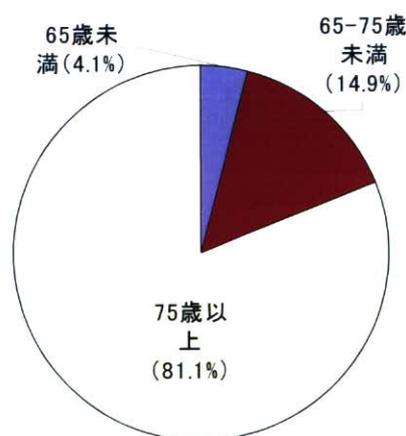
図表 2-4-18 疾病構成

	疾病分類	件数	構成割合
1	感染症及び寄生虫症	0 件	0.0%
2	新生物	3 件	4.1%
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0 件	0.0%
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	7 件	9.5%
5	精神及び行動の障害	2 件	2.7%
6	神経系の疾患	3 件	4.1%
7	眼及び付属器の障害	0 件	0.0%
8	耳及び乳様突起の疾患	1 件	1.4%
9	循環器系の疾患	45 件	60.8%
10	呼吸器系の疾患	7 件	9.5%
11	消化器系の疾患	1 件	1.4%
12	皮膚及び皮下組織の疾患	0 件	0.0%
13	筋骨格及び結合組織の疾患	3 件	4.1%
14	尿路性器系の疾患	2 件	2.7%
15	妊娠、分娩及び産じょく	0 件	0.0%
16	周産期に発生した病態	0 件	0.0%
17	先天奇形、変形及び染色体異常	0 件	0.0%
18	症状徴候及び臨床検査所見で他に分類されないもの	0 件	0.0%
19	損傷・中毒及びその他の外因の影響	0 件	0.0%
合計		74 件	100.0%

図表 2-4-19 「在宅」合計点数の構成

「在宅」合計点数 (点)	件数	構成割合
0-1,000 未満	20 件	27.0%
1,000-2,000 未満	17 件	23.0%
2,000-3,000 未満	5 件	6.8%
3,000-4,000 未満	10 件	13.5%
4,000-5,000 未満	1 件	1.4%
5,000-6,000 未満	6 件	8.1%
6,000-7,000 未満	3 件	4.1%
7,000-8,000 未満	4 件	5.4%
8,000-9,000 未満	3 件	4.1%
11,000-12,000 未満	2 件	2.7%
12,000-13,000 未満	1 件	1.4%
16,000-17,000 未満	1 件	1.4%
25,000-26,000 未満	1 件	1.4%
合計	74 件	100.0%

(図表 2-4-17 年齢構成)



2) 推計レセプト件数

図表 2-4-20 年次別・推計レセプト発生件数 (入院)

(件)

	疾病分類	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
1	感染症及び寄生虫症	16	17	17	16	18
2	新生物	51	57	62	65	68
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	5	6	6	6	7
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	37	42	47	50	51
5	精神及び行動の障害	76	81	83	85	90
6	神経系の疾患	48	51	53	55	55
7	眼及び附属器の障害	4	4	4	4	5
8	耳及び乳様突起の疾患	0	0	0	0	0
9	循環器系の疾患	128	144	158	170	185
10	呼吸器系の疾患	26	30	32	34	37
11	消化器系の疾患	38	41	43	45	47
12	皮膚及び皮下組織の疾患	6	8	10	10	11
13	筋骨格及び結合組織の疾患	22	24	24	26	27
14	尿路性器系の疾患	21	23	25	25	25
15	妊娠、分娩及び産じょく	0	0	0	0	0
16	周産期に発生した病態	0	0	0	0	0
17	先天奇形、変形及び染色体異常	11	11	11	11	10
18	症状、徴候及び臨床検査所見で他に分類されないもの	2	2	2	2	3
19	損傷・中毒及びその他の外因の影響	35	39	43	49	56
	合計	527	580	620	653	696

図表 2-4-21 年次別・推計レセプト発生件数 (入院外)

(件)

	疾病分類	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
1	感染症及び寄生虫症	505	516	525	533	534
2	新生物	292	311	329	352	371
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	64	64	65	68	70
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	1,151	1,232	1,302	1,367	1,414
5	精神及び行動の障害	518	535	549	561	566
6	神経系の疾患	293	304	320	334	339
7	眼及び附属器の障害	1,063	1,111	1,156	1,219	1,270
8	耳及び乳様突起の疾患	184	196	200	202	202
9	循環器系の疾患	2,588	2,822	3,033	3,277	3,510
10	呼吸器系の疾患	1,452	1,479	1,477	1,470	1,463
11	消化器系の疾患	2,279	2,356	2,430	2,522	2,582
12	皮膚及び皮下組織の疾患	678	690	695	705	715
13	筋骨格及び結合組織の疾患	814	855	899	962	999
14	尿路性器系の疾患	303	318	330	344	354
15	妊娠、分娩及び産じょく	43	43	42	41	40
16	周産期に発生した病態	5	5	4	4	4
17	先天奇形、変形及び染色体異常	21	21	20	20	20
18	症状、徴候及び臨床検査所見で他に分類されないもの	129	133	136	141	147
19	損傷・中毒及びその他の外因の影響	438	456	474	490	497
	合計	12,819	13,446	13,988	14,612	15,096

3) 在宅レセプト発生率

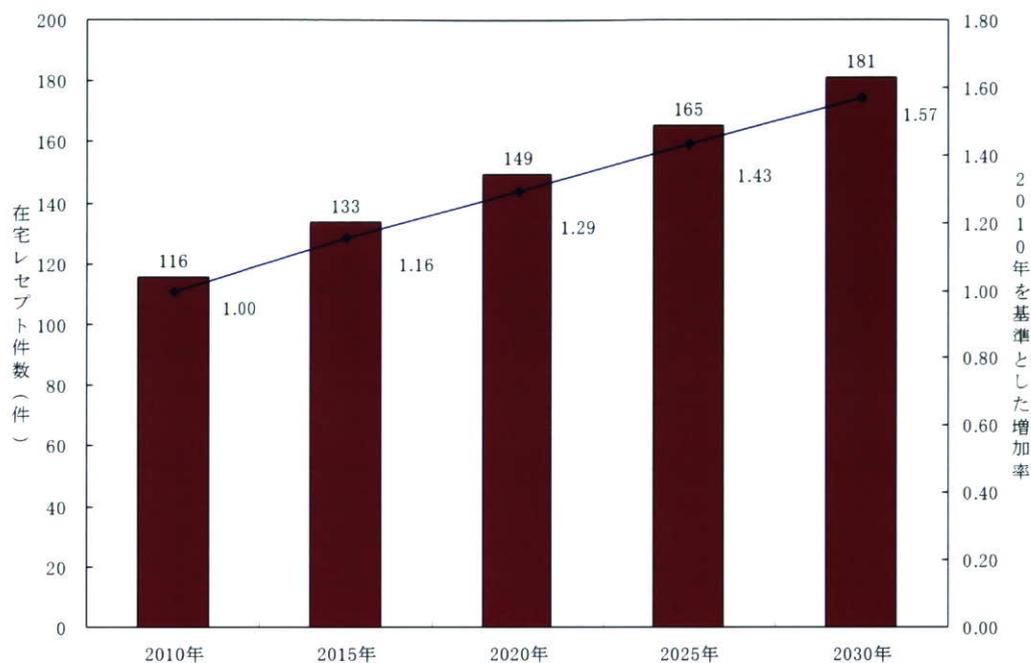
図表 2-4-22 推計に用いた在宅レセプト発生率（平成 19 年 7 月診療分データに基づく）

疾病の分類		「在宅」レセプト発生率
1	感染症及び寄生虫症	0.000
2	新生物	0.016
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の生涯	0.000
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	0.011
5	精神及び行動の障害	0.010
6	神経系の疾患	0.021
7	眼及び附属器の障害	0.000
8	耳及び乳様突起の疾患	0.014
9	循環器系の疾患	0.028
10	呼吸器系の疾患	0.016
11	消化器系の疾患	0.001
12	皮膚及び皮下組織の疾患	0.000
13	筋骨格及び結合組織の疾患	0.007
14	尿路性器系の疾患	0.013
15	妊娠、分娩及び産じょく	0.000
16	周産期に発生した病態	0.000
17	先天奇形、変形及び染色体異常	0.000
18	症状、徴候及び臨床検査所見で他に分類されないもの	0.000
19	損傷・中毒及びその他の外因の影響	0.000
合計		0.012

※在宅レセプト発生率＝在宅レセプト件数/（入院レセプト件数＋入院外レセプト件数）

4) 推計在宅医療利用者数

図表 2-4-23 推計在宅レセプト発生件数 (推計在宅医療利用者数)



図表 2-4-24 推計傷病別在宅レセプト発生件数(推計傷病別在宅医療利用者数) (件)

疾病の分類		2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
1	感染症及び寄生虫症	0	0	0	0	0
2	新生物	1	1	1	2	2
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の生涯	0	0	0	0	0
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	10	11	13	15	16
5	精神及び行動の障害	5	6	8	8	8
6	神経系の疾患	4	5	6	6	6
7	眼及び附属器の障害	0	0	0	0	0
8	耳及び乳様突起の疾患	2	2	3	3	3
9	循環器系の疾患	74	85	93	105	119
10	呼吸器系の疾患	10	11	12	13	13
11	消化器系の疾患	1	2	2	2	2
12	皮膚及び皮下組織の疾患	0	0	0	0	0
13	筋骨格及び結合組織の疾患	5	5	6	7	7
14	尿路性器系の疾患	3	4	5	6	6
15	妊娠、分娩及び産じょく	0	0	0	0	0
16	周産期に発生した病態	0	0	0	0	0
17	先天奇形、変形及び染色体異常	0	0	0	0	0
18	症状、徴候及び臨床検査所見で他に分類されないもの	0	0	0	0	0
19	損傷・中毒及びその他の外因の影響	0	0	0	0	0
合計		116	133	149	165	181

⑤ 考察

本研究では、レセプト・データを用いて在宅医療需要量の推計を行った。その結果、T町における2030年の在宅医療利用者数は2010年の1.57倍になることが推計された。

ここで扱った在宅医療需要量とは、顕在化している利用率（平成19年7月時点の性、年齢階級別の在宅医療利用率）を前提に、2030年までの人口構造変化（高齢者人口・割合の増加等）によって増える需要量の変化を数値化したものである。そのため、推計値は、2030年時点で予想される在宅医療需要量のうち人口構造変化のみを考慮した最も控えめな推計であると考えられる。

新たな医療計画の進行管理を行うために評価指標とその目標値を設定することが求められている。その際には、第1段階として本研究手法から得られる数値を、「現状と同一水準の供給（＝顕在化需要）レベル維持」を目標とした場合の基礎需要量（ベースライン）として、第2段階で「潜在需要の顕在化による新たな需要量を見込むための条件の検討（利用者の希望、病床の再編による入院病床数の変化等）」を行い、その条件別に設定すべき需要量を推計して、目標値を設定する方法が考えられる。本研究はその第1段階の推計を試みたものと位置づけられる。

1) 在宅医療需要の推計に関する課題

今後、医療計画策定・管理時に在宅医療需要の推計を行うために必要なデータを整備する上で3点の課題があると考ええる。

第一にレセプト・データの入手である。本研究では、性、年齢、主傷病別の入院、入院外レセプト件数のデータは、国民健康保険団体連合会から入手した。しかしながら、「在宅」点数に関しては磁気データ化されていなかったためデータセットとして情報を得ることはできなかった（町より入手）。都道府県が医療計画を策定する際に患者属性別の給付実績を表すレセプト・データは最も重要な情報を含んだデータである。保険者がレセプト・データの特定診療月の磁気データ化を行う際には、計画策定に必要な項目についての事前協議等を通じて、データベースを作成し有効に活用することが求められる。その際、医療機関は2011年度までにレセプト・オンライン請求が原則化されるが、定常的に給付管理を行うデータ項目として医療計画等の計画管理指標を組み込んでおくことが必要であると考えられる。

第二に在宅医療受療者の主傷病別受療率の推移を見込む点である。本研究では一時点における在宅レセプト発生率を用いて推計を行なっている。しかしながら本来は、今後のどのような傷病において在宅医療需要が高まるのかについての推移が加味されるべきである。本研究で収集されたレセプト・データでは、循環器系の疾患（例：脳内出血、脳梗塞）の割合が高かったが、これらを主傷病とする

患者・家族等を対象に在宅での療養を選択した規定要因について明らかにし、潜在的在宅療養希望者を支援する方策を検討していくための実証データを収集することも必要であると考えられる。

第三として、介護保険給付実績データと合わせた分析の必要性である。今後新たな需要量を見込む際の実証データとして、在宅医療利用者の要介護度、介護保険サービス種類別の利用率等を把握することによって、どのような属性の長期療養者が在宅医療を利用する可能性が高いのかを見込み、需要量推計に活かすことが考えられる。

2) 疾患別の医療機能連携に向けた課題

本研究では循環器系の疾患（例：脳内出血、脳梗塞）が、「在宅」レセプト発生率が高い疾患であることがわかった。そのためこれらの疾患から優先的に、医療計画に記載される予定の地域連携パスの中に在宅医療を位置づけ、機能分化と連携を図る方法を具体的に検討することが、在宅医療を進める上で有効な方策の1つであると考えられる。平成20年度の診療報酬改定では、地域連携診療計画管理料の対象疾患に脳卒中を加えることとなった。医療機関に対して循環器系の疾患の地域連携を進めることの経済的評価が導入されることは、本研究の需要量推計結果からみても在宅医療を推進する上で寄与するものと考えられる。

<参考文献>

- ・平成12年国政調査、総務省統計局、平成11年
- ・平成17年国勢調査、総務省統計局、平成18年
- ・日本の市区町村別将来推計人口（平成15年12月推計）、国立社会保障・人口問題研究所
- ・福岡県国民健康保険疾病分類統計表（平成18年5月診療分）、福岡県国民健康保険団体連合会
- ・福岡県 国保医療費の現状、平成17年、福岡県

<調査研究協力>

福岡県大刀洗町

参考：「在宅」、「居宅」、「自宅」の示す範囲

医療法、介護保険法、社会保険・老人保健診療報酬医科点数表で「在宅」、「居宅」および「自宅」という言葉が用いられている条項、診療行為を調べ、それぞれが示している範囲について整理を行った。在宅医療についての研究を行っていく中で、「在宅」とは自宅だけを指すという印象が抱かれやすいという印象を受けたためである。

広辞苑によれば「在宅」とは、「外出せずに自分の家にいること」と説明されている。同様に「居宅」は「いつも住んでいる家」、「自宅」は「自分の家」であり、「在宅」、「自宅」ともにその場所は自分の家であると定義されている。

一方、「居宅」は、常時住んでいるという状態を指していることから、居住場所の範囲は広い概念を指していると考えられる。

1) 医療法（「在宅」、「居宅」、「自宅」の記述がある条項）

第一条の2	第十六条
<ul style="list-style-type: none"> ・医療法第一条の2には、医療が提供される場所として以下の6つが規定されている。 ・医療が提供される場所の1つとして「医療を受けるものの居宅等」が含まれている。 <ul style="list-style-type: none"> i. 病院 ii. 診療所 iii. 老人保健施設 iv. 薬局 v. その他の医療を提供する施設 vi. 医療を受けるものの居宅等 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療法 第十六条では、地域医療支援病院の機能として「居宅等医療提供施設等」を支援することが規定されており、その中で「居宅等医療提供施設等」とは何か定義がなされている。 <ul style="list-style-type: none"> i. 居宅等における医療を提供する医療提供施設 ii. 介護保険法第八条第四項に規定する訪問看護を行う同法第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス事業者 iii. その他の居宅等における医療を提供する者

2) 介護保険法

<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法では、要介護者に対して給付されるサービスは、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援から構成される。 ・居宅サービスは第八条で規定されており、居宅サービスが提供される場所の観点では、「居宅」は4種類の場所に整理されている。 <ul style="list-style-type: none"> i. 利用者宅 ii. 短期入所生活介護（短期入所療養介護） iii. 通所介護（通所リハビリテーション） iv. 特定施設入居者生活介護
--

3) 社会保険・老人保健診療報酬医科点数表

<ul style="list-style-type: none"> ・特掲診療料 第2部 「在宅医療」では、提供場所に関する表記として「在宅」、「患家」、「居宅」が用いられている。 ・通知「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関する事項等について」（最終改正 H18.9.27 保医発 0927001）の中で、医科点数表に定める「在宅医療」が、入院中、入院中以外、介護老人保健施設、介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設別にいずれで実施できるのかについて規定されている。 ・「在宅医療」は、特掲診療料の種類、実施場所ごとに条件がついているが、「在宅医療」に該当する特掲診療料が1つ以上実施できる場所の観点から整理すると別添の通りまとめられる。
--

4) まとめ

- ・社会保険・老人保健診療報酬医科点数の「在宅医療」が算定できる場所と介護保険サービスが実施される場所の関係は以下の通りとなる。
- ・「医療制度構造改革試案」（平成17年10月19日 厚生労働省）には、類似の用語として介護老人福祉施設、介護老人保健施設、高齢者専用賃貸住宅を指す「居住系」施設の記述がみられる。

在宅 ※社会保険・老人保健診療報酬医科点数表の「在宅医療」に該当する診療行為のいずれかが算定できる場所（「居宅等」と表記）	居宅 ※介護保険法の「居宅サービス」が提供される場所	利用者宅
		短期入所生活介護（短期入所療養介護）
		通所介護（通所リハビリテーション）
	等 ※介護保険法では「施設サービス」、「地域密着型サービス」が提供される場所	特定施設入居者生活介護
		介護福祉施設
		介護保健施設
		認知症対応型通所介護
		小規模多機能型居宅介護
		認知症対応型共同生活介護
		地域密着型特定施設入居者生活介護
地域密着型介護福祉施設		

対象外	介護療養病床等の入院病床
-----	--------------

※上記以外で診療報酬医科点数の「在宅医療」が算定できるところに有料老人ホーム（特定施設以外）がある。

※上記の介護保険法上のサービスが提供される場所には、介護予防型も対応する。

※介護保健施設では、診療報酬医科点数「在宅医療」は、併設保険医療機関以外の医師による「往診」のみ算定可能。

別添：通知「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関する事項等について」（最終改正 H18.9.27 保
 医発 0927001）別紙より「在宅医療」部分を抜粋

	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護 又は介護予防短期入 所療養介護を受けて いるものを含む)		入院中の患者			介護老人福祉施設又 は地域密着型介護老 人福祉施設(短期入所 生活介護又は介護予 防短期入所生活介護 を受けているものを 含む)
	自宅 注1	有料老人ホ ーム (特定施設 入居者生活 介護以外)	認知症対 応型グル ープホー ム 注2	特定施設入居者(特定 施設又は地域密着型 特定施設) うち外部 サ一ビス 利用型指 定特定施 設入居者 生活介護	併設保険 医療機関 以外の保 険医療機 関の医師	併設保険 医療機関 の医師	介護療養 病床等 (老人性 認知症疾 患療養病 棟の病床 を除く) 注4	介護療養 病床等 (老人性 認知症疾 患療養病 棟の病床 に限る) 注5	×	
往診料	○	○	○	○	○	×	×	×	※2	
在宅患者訪問 診療料及びタ ーミナルケア 加算(在宅療養 支援診療所の 場合)	○	○	○	○	×	×	×	×		
在宅患者訪問 診療料及びタ ーミナルケア 加算(上位以 外)	○	×	○	○	×	×	×	×		

	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護 又は介護予防短期入 所療養介護を受けて いるものを含む)		入院中の患者			介護老人福祉施設又 は地域密着型介護老 人福祉施設(短期入所 生活介護又は介護予 防短期入所生活介護 を受けているものを 含む)
	自宅 注1	有料老人ホ ーム (特定施設 入居者生活 介護以外)	認知症対 応型グル ープホー ム 注2	特定施設入居者(特定 施設又は地域密着型 特定施設) うち外部 サービス 利用型指 定特定施 設入居者 生活介護	併設保険 医療機関 以外の保 険医療機 関の医師	併設保険 医療機関 の医師	介護療養 病床等 (老人性 認知症疾 患療養病 棟の病床 を除く) 注4	介護療養 病床等 (老人性 認知症疾 患療養病 棟の病床 に限る) 注5		
在宅時医学総 合管理料	○	○※4	○※5	○	×	×	×	×	※7	
在宅末期医療 総合診療料		○	×	○	×	×	×	×		
在宅患者訪問 看護・指導料			○※6		×	×	×	×		
在宅患者訪問 薬剤管理指導 料					×	×	×	×		
在宅訪問リハ ビリテーショ ン指導管理料					×	×	×	×		
在宅患者訪問 栄養食事指導					×	×	×	×		

	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護 又は介護予防短期入 所療養介護を受けて いるものを含む)		入院中の患者			介護老人福祉施設又 は地域密着型介護老 人福祉施設(短期入所 生活介護又は介護予 防短期入所生活介護 を受けているものを 含む)
	自宅 注1	有料老人ホ ーム (特定施設 入居者生活 介護以外)	認知症対 応型グル ープホー ム 注2	特定施設入居者(特定 施設又は地域密着型 特定施設) うち外部 サービス 利用型指 定特定施 設入居者 生活介護	併設保険 医療機関 以外の保 険医療機 関の医師	併設保険 医療機関 の医師	介護療養 病床等以 外の病室 注3	介護療養 病床等 (老人性 認知症疾 患療養病 棟の病床 を除く) 注4	介護療養 病床等 (老人性 認知症疾 患療養病 棟の病床 に限る) 注5	
第2節第1款に 掲げる在宅療 養指導管理料			○		×	×	×	×	×	
第2節第2款に 掲げる在宅療 養指導管理材 料加算			○		○	×	×	×	×	

注1：短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。

注2：認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護。

注3：短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。

注4：短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み※1を除く。

注5：老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む。

※1：介護老人保健施設の療養室、老人性認知症疾患療養病棟の病床、指定居宅サービス等の事業の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年

厚生省令第三十七号) 附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第四百四十四条に規定する基準適合診療所に係る病床又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号) 附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第八十九条に規定する基準適合診療所に係る病床。

※2：「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」を参照。

※3：末期の悪性腫瘍である患者に限る。

※4：特別な関係の医療機関は算定できない。ただし当該施設と特別な関係にある保険医療機関であっても、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料を、療養病床を有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たすものとして地方社会保険事務局に届け出た保険医療機関の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料の「2」を算定できる。

※5：在宅療養支援診療所の保険医が定期的に訪問して診療を行う場合に限る。

※6：末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

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

(1) はじめに：本研究の問題意識

在宅医療のニーズは、様々な治療、療養場面で生じる。たとえば、急性期病院からの退院後、療養病床や回復期リハビリテーション病棟からの在宅復帰時、居宅や施設で要介護状態にある中で医療依存度が高くなるケース等が挙げられる¹⁾。このため、在宅医療を提供する医療機関にとっては、多様な紹介元から患者を受け入れるための「連携活動」が不可欠となる。実際、在宅医療を必要とする患者を実施医療機関に紹介する仕組みを地域独自に構築した事例も現れている²⁾。

福岡県で実施した「在宅療養支援診療所調査」では、訪問診療が行われている患者の紹介元を調べている。その結果は、直接来院した患者（3割）、病院（3割）、介護保険事業所（2割）、診療所（1割）、その他（1割）であった³⁾。このことから、福岡県では在宅療養支援診療所が、医療機関、介護保険事業所等と患者紹介について一定の連携体制を構築している一方で、直接来院という患者自身が在宅医療を探し求める形も相当程度存在している、言い換えれば地域の医療機関等の連携づくりに課題があることもうかがわれた。加えて、同調査では訪問診療対象患者の医療依存度とADLレベルの分布を調べ、高い医療、介護ニーズを要する患者から比較的自立度の高い患者まで幅広く分布していることを明らかにしている³⁾。在宅医療を受けている患者の態様は一様ではなく、医療依存度等患者の状態像に応じた連携体制づくりが必要であることもうかがわれた。

一方、在宅療養支援診療所の必要施設数について研究を行なった川島は、都道府県単位に在宅看取り患者数の目標値を設定し、その値から各県の在宅療養支援診療所の必要数を推計している。それによると、福岡県は、平成19年4月時点の在宅療養支援診療所届出数が既に必要数を上回っているとされている⁴⁾。しかしながら、前述の福岡県で実施した調査では、回答した在宅療養支援診療所の約6割が、1ヶ月当たり訪問診療対象患者数が5人未満と比較的少数であること、一週間の「訪問診療時間」と「外来診療時間」の比率が平均1対20.5であったことから、多数の施設が存在するものの外来診療に高い比重が置かれた診療パターンであることが明らかになった³⁾。このことから今後、既存の在宅療養支援診療所への紹介患者数を増やす仕組みを整えとともに、新たな診療所が在宅医療に参画しやすい環境を整備することも必要であると考えられる。

こうした点を踏まえ、本研究では、在宅医療分野の中心的機能を担う在宅療養支援診療所を対象に、紹介元と患者の医療依存度・ADLレベルに関する類型化を試みた。在宅療養支援診療所がどのような紹介元、状態像の患者を受け入れているのかを診療所単位で明らかにすることによって、福岡県内の二次医療圏ごとの医療連携機能の実態と課題を明らかにすることができる。また、本研究の結果から、各都道府県において新たな医療計画（「居宅等における医療の確保」）を立案、実施する際に参考となる分析手法等に関する基礎資料を提供することを目指している。

(2) 検討事項

本研究では、以下の2点について検討を行った。

検討事項1) 「在宅療養支援診療所の患者紹介元・医療依存度等による類型化」

「福岡県在宅療養支援診療所調査票」より得られたデータを用いて分析を行った。類型化にあたっては、患者紹介元、患者属性（医療依存度、ADLの状態）、在宅療養支援診療所の体制（病床の有無、1ヶ月当たりの訪問診療対象患者数）に関する質問項目を選定し、それらのデータから分類を試みた。

検討事項2) 「患者紹介・連携に関するインタビュー調査」

本研究で作成した類型のうち、「医療依存度の高い患者を対象とした類型」および「介護保険事業所からの紹介を中心とした類型」の在宅療養支援診療所の院長を対象にインタビュー調査を行った。インタビューは基本質問項目5間について行った。

(3) 方法

1) 患者紹介元・医療依存度等による類型化

〔分析に用いた変数〕

「福岡県在宅療養支援診療所調査」(493件)から得られたデータを用いて、いずれも在宅療養支援診療所単位に患者紹介元別の訪問診療対象患者数(内訳)、訪問診療対象患者の医療区分、ADL区分の加重平均値、病床の有無、1ヶ月当たりの訪問診療対象患者数を変数として作成した。

分析にあたっては、調査月に1ヶ月当たりの訪問診療対象患者数(「問2①1ヶ月の訪問診療対象患者数」)が0人であったところは除外した。また、上記変数のうち1つ以上の項目に無回答があった在宅療養支援診療所のデータは分析対象外とした。

〔分析方法〕

因子分析(主成分分析、バリマックス法)及びクラスター分析(Two Stepクラスター)を用いた。分析にはSPSS12.0J for Windowsを使用した。

はじめに因子分析の結果から回答に共通する因子数を特定し、各因子に対して影響度の高い変数を明らかにした。次に、因子分析より得られた因子得点をサンプル(在宅療養支援診療所)ごとに計算した。その値を用いて各サンプル(在宅療養支援診療所)をクラスターに割り当て類型化を行った。類型化の特徴を解釈するために、類型と「福岡県在宅療

¹ 医療区分、ADL区分は、診療報酬医科点数で療養病床入院基本料の区分として設定されている患者の病態・状態像の定義を用いた。

「養支援診療所調査」の質問項目のクロス集計を行い、その結果に関して分散分析を用いて有意差の検定を行った。

図表 2-4-25 因子分析に用いた変数

使用した変数	対象データの作成方法
1. 各在宅療養支援診療所が診ている訪問診療対象患者の内、紹介元が病院である患者の割合	調査票問 2⑦の合計に占める「病院合計」の割合
2. 各在宅療養支援診療所が診ている訪問診療対象患者の内、紹介元が介護保険事業所等である患者の割合	調査票問 2⑦の合計に占める「介護保険事業所合計」の割合
3. 各在宅療養支援診療所が診ている訪問診療対象患者の内、紹介元が直接来院した患者の割合	調査票問 2⑦の合計に占める「直接来院（紹介なし）」の割合
4. 病床の有無	調査票問 1③
5. 1ヶ月当たりの訪問診療対象患者数	調査票問 2①
6. 各在宅療養支援診療所が診ている訪問診療対象患者の1人当たり平均医療区分	問 2⑥の回答結果について、医療区分 1=1点、＃2=2点、＃3=3点で換算し、記入された患者数で加重平均した値
7. 各在宅療養支援診療所が診ている訪問診療対象患者の1人当たり平均ADL区分	問 2⑥の回答結果について、ADL区分 1=1点、＃2=2点、＃3=3点で換算し、記入された患者数で加重平均した値

2) 患者紹介・連携に関するインタビュー調査

検討事項 1) 「在宅療養支援診療所の患者紹介元・医療依存度等による類型化」から、類型 1、4 に該当した在宅療養支援診療所を対象に以下の質問内容についてインタビュー調査を行った。

図表 2-4-26 インタビュー内容

質問 1 貴院の紹介元の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・いずれの医療機関からの紹介が多いか ・紹介が多くなった経緯
質問 2 紹介時における情報交換の方法、内容	<ul style="list-style-type: none"> ・患者情報について共有化するための方法、主な内容（在宅医療開始時と療養過程）
質問 3 急変時における入院病床確保策	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介患者の多い医療機関への依頼が多いのか患者ごとに連携先が異なるのか
質問 4 新たな紹介元との連携希望	<ul style="list-style-type: none"> ・今後紹介を受けたいと考える医療機関、介護保険施設等について ・そのための方策・希望
質問 5 病院から医療依存度の高い患者を在宅医療につなげる上での課題	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養診療所側、紹介元病院側、患者・家族側、介護保険事業者側それぞれの課題 ・必要な仕組み 等

(4) 結果

1) 患者紹介元・医療依存度等による類型化

[抽出された因子]

3つの因子が抽出された。第1因子への負荷が高かった変数は、「紹介元・病院割合」0.911、「紹介元・直接来院割合」-0.803であった。第2因子は「ADL区分(患者1人当たり平均)」0.769、「医療区分(患者1人当たり平均)」0.726であった。第3因子では、「紹介元・介護保険事業所割合」0.880、「対象患者数(1ヶ月)」0.617であった。

これらの結果から、第1因子は「紹介元病院、直接来院 因子」、第2因子は「医療区分、ADL区分 因子」、第3因子は「紹介元介護保険事業所等 因子」と解釈される。

図表 2-4-27 因子分析の結果

	因子		
	1	2	3
固有値	1.599	1.371	1.350
分散の説明率	22.840	19.589	19.293
問27 紹介元・病院割合	0.911	0.035	-0.205
問27 紹介元・直接来院割合	-0.803	-0.055	-0.387
問26 ADL区分(1人当たり平均)	0.124	0.769	0.017
問26 医療区分(患者1人当たり平均)	0.116	0.726	-0.041
問13 病床の有無	-0.275	0.495	-0.054
問27 紹介元・介護保険事業所割合	-0.082	-0.005	0.880
問21 対象患者数(1ヶ月)	0.106	-0.053	0.617

注：因子抽出法：主成分分析、回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

[在宅療養支援診療所の類型化]

因子分析より得られた3因子それぞれの因子得点を元に、クラスター分析を用いて在宅療養支援診療所を類型化した。その結果、4つのグループに分類された。類型1は78件(21.7%)、類型2は163件(45.3%)、類型3は77件(21.4%)及び類型4は42件(11.7%)であった。

類型別に各因子得点の状況をみると、類型1は第1因子の紹介元病院、直接来院割合が混合し、第2因子(医療区分、ADL区分)が最も高い分類であった。類型2は、第1因子の直接来院割合が最も高い分類、類型3は第1因子の紹介元病院割合が最も高い分類、類型4は第3因子の紹介元介護保険事業所等の割合が最も高く、第2因子(医療区分、ADL区分)が分類1に次ぎ高い分類であった。

図表 2-4-28 クラスタ分析の結果

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	類型 1	78	18.6	21.7	21.7
	類型 2	163	38.9	45.3	66.9
	類型 3	77	18.4	21.4	88.3
	類型 4	42	10.0	11.7	100.0
	合計	360	85.9	100.0	
欠損値	システム欠損値	59	14.1		
合計		419	100.0		

注：Two Step クラスタ

図表 2-4-29 類型別にみた因子得点の状況

TwoStep クラス番号		第1因子 因子得点	第2因子 因子得点	第3因子 因子得点
類型 1	平均値	0.022	1.439	-0.378
	度数	78	78	78
類型 2	平均値	-0.605	-0.480	-0.247
	度数	163	163	163
類型 3	平均値	1.312	-0.466	-0.370
	度数	77	77	77
類型 4	平均値	-0.100	0.044	2.338
	度数	42	42	42
合計	平均値	0.000	0.000	0.000
	度数	360	360	360

注：分散分析の結果、第1、第2、第3因子ともに1%水準で優位な差が認められた。

〔類型の特徴に関する分析〕

4つの類型の特徴を明らかにするために、「福岡県在宅療養支援診療所調査」の各質問項目の回答傾向を分析した。

その結果、紹介元として「病院」の割合が最も高かったのは分類3 (76.4%)、「介護保険事業所」では類型4 (66.1%)、「直接来院」は分類2 (64.9%)であった。

訪問診療対象患者の属性についてみると、病態・状態像については、「医療区分」、「ADL区分」とともに点数が最も高かったのは類型1 (2.1点、2.3点)であった。認知症患者割合が最も高かったのは類型4 (20.6%)であった。また、訪問診療対象患者の居所が自宅以外の割合が最も高かったのは類型4 (60.4%)であった。在宅療養支援診療所1施設1ヶ月当たりの訪問診療対象患者数は、類型4 (43.3人/月)が最も多かった。

訪問診療対象患者に対する訪問診療、訪問看護の頻度についてみると、いずれも類型1 (3.7回/月、3.5回/月)が最も多かった。

社会保険事務所への在宅療養支援診療所の届出提出時点から平成19年10月までの間における在宅看取り患者数の合計をみると、類型4 (4.0人)が最も多かった。

当該在宅療養支援診療所の5年後に希望する1ヶ月当たりの訪問診療対象患者数は、類型4(70.7人/月)が最も多かった。

これらの結果から、福岡県内の在宅療養支援診療所が在宅医療の対象としている患者の紹介元・医療依存度等から分類された4類型は、以下のようにまとめることができる。

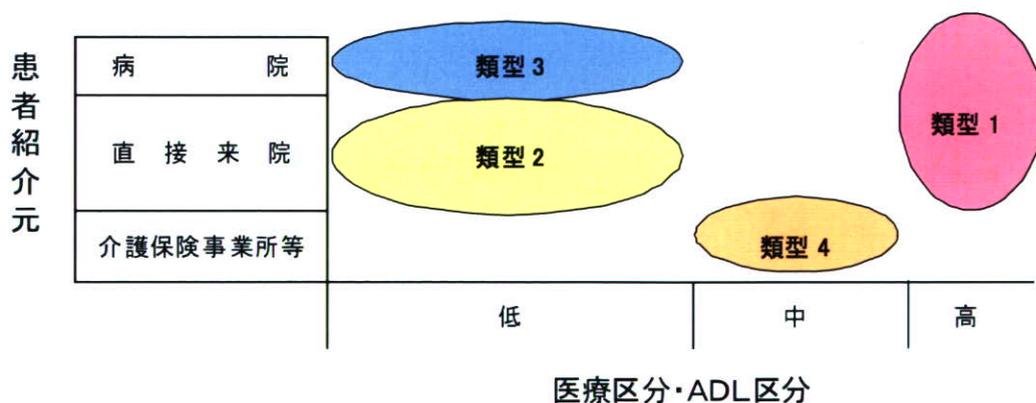
類型1：「病院からの紹介・直接来院患者混合型(医療依存度高)」＝病院からの紹介と直接来院患者の混合型。医療区分、ADL区分ともに最も高い。患者数は最も少なく、訪問診療、訪問看護ともに最も頻度が高い。在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している施設割合が高い傾向にある(5%水準で有意)。

類型2：「直接来院患者中心型(医療依存度低)」＝患者が直接来院し訪問診療につながる割合が最も高い。医療区分、ADL区分ともに4類型の中では最も低い患者(医療依存度は低く、ADLは自立傾向)を診ている。

類型3：「病院からの紹介型(医療依存度低)」＝病院からの紹介患者の割合が最も高い。医療区分、ADL区分ともに4類型の中では最も低い患者(医療依存度は低く、ADLは自立傾向)を診ている。

類型4：「介護保険事業所からの紹介型(医療依存度中)」＝介護保険事業所からの紹介割合が最も高い。対象患者数が最も多く、認知症患者の割合が高い。自宅以外(有料老人ホーム等が想定される)への訪問診療が多数を占める。医療区分、ADL区分は類型1に次ぐ高さとなっている。在宅看取り患者数は4つの類型の中で最も多く、5年後に目指す訪問診療対象患者数の規模は最も多く、今後患者数を増やしていく意向が強い。

図表2-4-30 在宅療養支援診療所の類型



図表 2-4-31 二次医療圏別の分布

	類型1	類型2	類型3	類型4	合計
福岡・糸島	16	41	20	12	89
	18.0%	46.1%	22.5%	13.5%	100.0%
粕屋	2	3	1	3	9
	22.2%	33.3%	11.1%	33.3%	100.0%
宗像	3	4	2	0	9
	33.3%	44.4%	22.2%	0.0%	100.0%
筑紫	7	5	1	3	16
	43.8%	31.3%	6.3%	18.8%	100.0%
甘木・朝倉	0	12	3	2	17
	0.0%	70.6%	17.6%	11.8%	100.0%
久留米	9	22	10	3	44
	20.5%	50.0%	22.7%	6.8%	100.0%
八女・筑後	2	7	5	1	15
	13.3%	46.7%	33.3%	6.7%	100.0%

	類型1	類型2	類型3	類型4	合計
有明	5	18	4	5	32
	15.6%	56.3%	12.5%	15.6%	100.0%
飯塚	1	2	1	0	4
	25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	100.0%
直方・鞍手	1	2	1	0	4
	25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	100.0%
田川	4	4	0	0	8
	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
北九州	23	39	26	10	98
	23.5%	39.8%	26.5%	10.2%	100.0%
京築	5	4	3	3	15
	33.3%	26.7%	20.0%	20.0%	100.0%
合計	78	163	77	42	360
	21.7%	45.3%	21.4%	11.7%	100.0%

注：上段は件数、下段は割合を表す。