

まず、大きく見ると、在宅診は訪問看護ステーション、病床ともに正の相関関係にある。訪問看護ステーションについては、主治医（在宅診）からの指示を受けて看護サービスを提供していることを踏まえると補完的な関係にあり、在宅診との間で機能分化が成立していると考えられる。したがって、もったもた結果といえよう。一方、病床については、代替関係と補完関係の両方の解釈が可能である。すなわち、病院が在宅診と同じ内容のサービスを提供している場合には代替（競合）関係にあると考えられる一方、同じ在宅医療でも在宅診では日常時、病院では緊急時のサービス（後方支援ベッド）を提供するといった機能分化が成立している場合には、補完関係にあると判断される。図表 3-2-3 は後者の可能性を示唆しているといえよう。ただし、もちろん病院は、訪問看護ステーションとは違い、在宅診からは独立して在宅サービスを提供することが可能であり、ア・プリアリに補完関係にあるわけではない。このため、機能分化が十分に発揮されるためには、病院と在宅診の間でスムーズな連携が確保されていることが前提条件となろう。

次に、県内は大きく 4 つにグループ化される。第 1 は安房で、在宅診、訪問看護ステーション、病床ともに豊富である。この背景には、同医療圏では鉄蕉会亀田総合病院が地域中核病院として多角的な活動を展開している実態があると思われる。第 2 は九十九里で、3 資源ともに少ないことから医療過疎地域と考えられる。第 3 は印旛と君津で、在宅診と訪問看護ステーションが少ない一方、病床については中レベルの水準にある。これら医療圏では在宅診への申請率が県平均の半分程度にとどまっていることを踏まえると、訪問看護ステーションの少なさが在宅診普及の足枷となっている可能性が考えられよう。最後は残りの千葉、東葛南部、東葛北部、香取海匝および市原である。これら医療圏では高齢化率をはじめとする社会・経済的環境が大きく異なるため、一概に特徴付けることはできない。ただし、少なくとも 3 資源に着目する限りでは、最高レベルの安房と比べると訪問看護ステーションが半分程度にとどまっており、連携する訪問看護ステーションの確保が困難であると推察される。

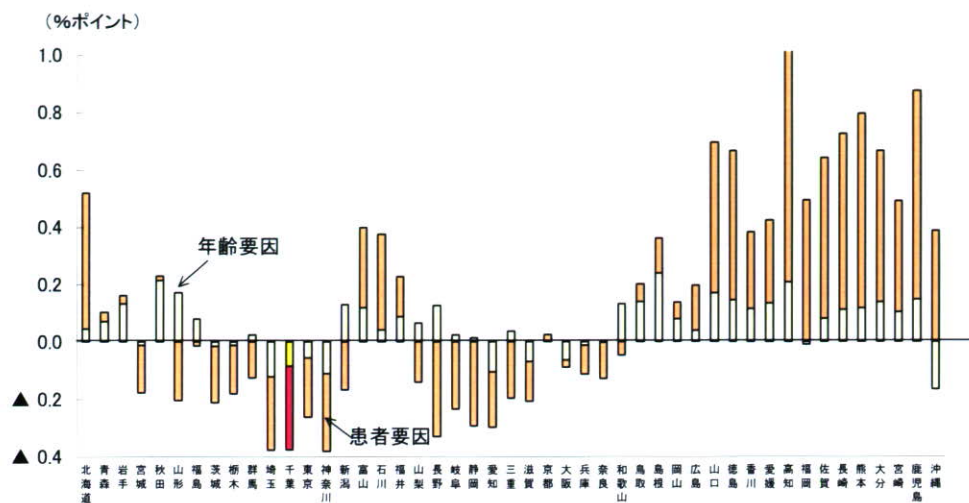
2. 需要面

千葉県民の受療率（患者数÷人口、2005 年）をみると、入院 0.8%、外来 4.7%であり、ともに全国平均を大きく下回っている（全国平均は入院 1.1%、外来 5.6%）。これは、人口構成が相対的に若いことに加えて、同一年齢階層でも医療機関にかかる頻度が低いと考えられる。

ちなみに、受療率の全国平均からの格差を①人口構成の違いによる年齢要因、②健康レベルや受診行動等を反映する患者要因、に分けると、千葉県では入院、外来いずれとも両要因がマイナスに働いている（図表 3-2-4、5）。具体的には、入院では年齢要因▲0.08%ポイント、患者要因▲0.29%ポイント、外来では年齢要因▲0.20%ポイント、患者要因▲0.68%ポイントと、入院、外来とも患者要因の影響が大きい。

次に、在宅医療についてみると、2005年に千葉県民で往診、訪問診療などの形で在宅医療を受けた患者数は2千人であった。外来患者数に占める割合は0.7%であり、全国平均の0.9%を若干下回っている。

図表3-2-4 受療率格差の要因分解（入院、全国平均対比）



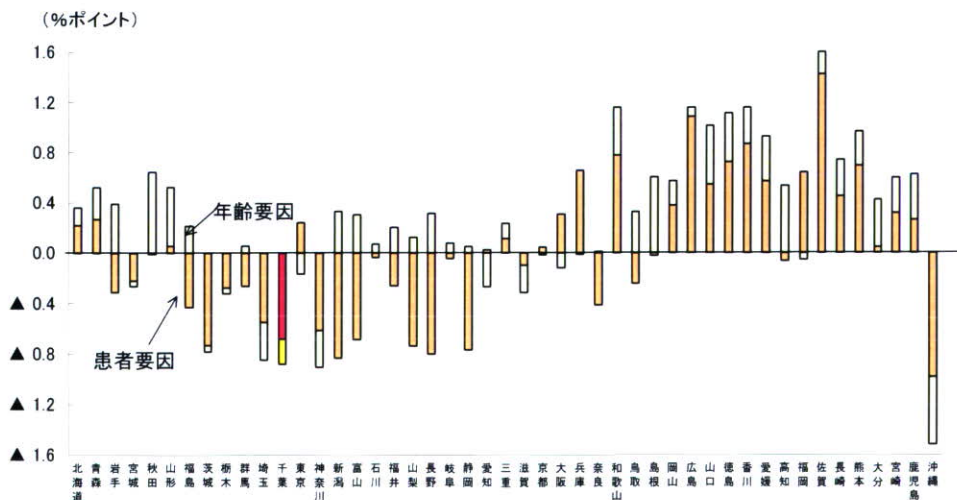
(資料)厚生労働省「患者調査」、総務省「国勢調査」。

(注)患者要因、年齢要因の算出は以下による。

$$\begin{aligned}
 p_i - \bar{p} &= \sum_{age} (p_{i,age} \times w_{i,age}) - \sum_{age} (\bar{p}_{age} \times \bar{w}_{age}) \\
 &= \sum_{age} [(p_{i,age} - \bar{p}_{age}) \times w_{i,age}] + \sum_{age} [w_{i,age} - \bar{w}_{age}] \times \bar{p}_{age} \\
 &= (\text{患者要因}) + (\text{年齢要因})
 \end{aligned}$$

ただし、 $p_{i,age}$ … i県における年齢階級別受療率、
 $w_{i,age}$ … i県における年齢階級別人口ウェイト、
 で、バー付き変数は全国平均を表す。

図表3-2-5 受療率格差の要因分解（外来、全国平均対比）



(資料)厚生労働省「患者調査」、総務省「国勢調査」。

(注)患者要因、年齢要因の算出は入院と同じ。

3. 今後の課題

千葉県の特徴を踏まえて今後の在宅医療の課題を整理すると、以下の2点が考えられる。

第1は、供給体制の強化である。療養病床の再編をはじめとする政策的な要因に加え、住み慣れた場所で療養生活や終末期を迎えたいという患者の意志を尊重する傾向が強まっていること等を背景に、在宅医療に対する需要は今後拡大する見通しである。特に千葉県は、今後、他県に比べて相対的に早いスピードで高齢化が進むことを考えると、医療機関にかかる頻度が低いというこれまでの県民特性を考慮したとしても、現状の供給体制のまま推移することは困難であるといえよう。

そこで、今後必要となる供給量のおおまかな目処をつけるため、2つのケースについて在宅医療に対する需要を推計してみた。ひとつは現在の年齢階級別在宅医療受療率が今後も変わらないと仮定した場合（現行ケース）で、高齢化をはじめとする人口構造の変化のみの影響を表わす。もうひとつは悪性腫瘍、脳血管疾患、急性心筋梗塞および糖尿病の入院患者の6割が在宅医療にシフトすると仮定した場合（拡大ケース）である。ここで、4つの疾患を取り上げているのは、①新しい医療計画において、患者の視点を重視した医療連携体制の構築が義務付けられている疾患（いわゆる4疾患）に相当することに加えて、②在宅診に対するアンケート調査によると、これらの疾病で訪問患者数の約半分がカバーされているためである（参考資料「アンケート単純集計」を参照）。厚生労働省「終末期医療に関する調査」（2003年）によると、終末期を過ごす場所として国民の6割が自宅を選択している¹⁾。そこで、これら4疾患の入院患者の6割が自宅療養を希望しているとみなし、全員が自宅に戻る場合を拡大ケースとした。

まず、現行ケースでは、2005年に2千人の在宅需要は5年後の2010年には2.5千人、20年後の2025年には約2倍の4千人に達する。全国では今後20年間で1.6倍（2005年62千人から2025年101.4千人）の増加であることを踏まえると、全国平均を上回るスピードで需要が拡大する見込みである。また、二次医療圏別には、今後20年間の倍率が最も低い安房（0.09千人から0.11千人へ1.2倍）と最も高い千葉（0.28千人から0.64千人へ2.3倍）では2倍の開きが生じる見通しである。

一方、潜在需要を考慮した拡大ケースでは、県全体では2025年に18.7千人と、2005年における実際の患者数2千人の約9倍に膨らむと推計される（全国平均では8倍）。二次医療圏別には、安房と香取海浜が今後20年間で6倍に増加する一方、千葉、東葛南部および東葛北部では同10倍を超える水準にまで拡大する。

拡大ケースは潜在需要がすべて顕在化する場合、すなわち最大ケースであることを考える

¹⁾ 「あなた自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか」という設問に対し、一般国民の21.6%が「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」、26.7%が「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」、10.5%が「自宅で最期まで療養したい」を選択しており、約6割が可能な限り自宅での療養を希望している。

と、実際の需要は両ケースの間になるものと思われる。もっとも、潜在需要がどの程度実現するかに関係なく、千葉県全体では全国を上回るペースで、また県内では医療圏ごとに異なるスピードで需要が拡大する見通しである。このようにみると、千葉県では地域バランスを確保しつつ量的拡充を図るといふ、量・質の両面から在宅医療環境を整備していくことが求められるといえよう。

図表 3-2-6 圏別在宅患者数の将来推計（現行ケース、除く歯科診療）

	千葉県計										(参考)
	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛山武	香取海匝	夷隅長生	安房	君津	市原	全国	
2005年	2.00	0.28	0.45	0.39	0.31	0.15	0.12	0.09	0.13	0.09	62.0
2010年	2.45	0.36	0.57	0.50	0.37	0.17	0.14	0.10	0.15	0.11	72.8
2015年	2.94	0.46	0.71	0.62	0.44	0.17	0.15	0.10	0.17	0.13	82.1
2020年	3.47	0.56	0.85	0.75	0.53	0.17	0.16	0.10	0.19	0.15	91.2
2025年	3.98	0.64	0.98	0.87	0.63	0.19	0.18	0.11	0.22	0.18	101.4

(注)病院と一般診療所(歯科診療所は除外)。

図表 3-2-7 圏別在宅患者数の将来推計（拡大ケース、除く歯科診療）

	千葉県計										(参考)
	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛山武	香取海匝	夷隅長生	安房	君津	市原	全国	
2005年	10.64 (3.2%)	1.49 (3.1%)	2.41 (2.9%)	2.11 (3.1%)	1.61 (3.2%)	0.74 (3.8%)	0.60 (3.9%)	0.44 (4.4%)	0.64 (3.5%)	0.47 (3.1%)	319.8 (3.7%)
2010年	12.55 (3.5%)	1.86 (3.4%)	2.95 (3.3%)	2.58 (3.4%)	1.92 (3.5%)	0.80 (4.1%)	0.67 (4.2%)	0.47 (4.8%)	0.74 (3.8%)	0.56 (3.5%)	369.1 (4.1%)
2015年	14.75 (3.9%)	2.26 (3.8%)	3.55 (3.7%)	3.10 (3.8%)	2.27 (3.8%)	0.85 (4.3%)	0.74 (4.5%)	0.49 (5.1%)	0.84 (4.2%)	0.66 (3.9%)	416.8 (4.4%)
2020年	16.81 (4.2%)	2.64 (4.3%)	4.10 (4.1%)	3.59 (4.3%)	2.63 (4.1%)	0.87 (4.5%)	0.79 (4.7%)	0.50 (5.3%)	0.94 (4.5%)	0.76 (4.3%)	458.0 (4.8%)
2025年	18.68 (4.6%)	2.96 (4.6%)	4.58 (4.4%)	4.02 (4.7%)	2.99 (4.4%)	0.90 (4.8%)	0.84 (5.0%)	0.51 (5.6%)	1.02 (4.9%)	0.85 (4.7%)	495.1 (5.1%)

(資料)厚生労働省「患者調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口ー平成15年12月推計ー」、等。

(注1)病院と一般診療所(歯科診療所は除外)。

(注2)下段()内は、患者数に占める割合。

第2は、関連データの充実である。前項でみた通り、千葉県では量、特性ともに二次医療圏で大きな格差が存在するものの、マクロの公開資料では情報量に限界があるため、格差の要因が何であるかを判断することは困難である。特に在宅医療については、患者数があまり多くないためか年齢や傷病名に関するデータの整備が遅れていることに加えて、在宅診は2006年4月に始まった新しい制度であることから、施設情報や活動実績についての資料は手薄といわざるを得ない。今後在宅医療の重要性が増すもとの、在宅医療の実態を表わす需要・供給両面の詳細なデータの収集・公表が期待される。

第3節 アンケート調査

1. 目的と概要

前章で述べた通り、在宅医療に関する公式データは現在のところ十分とはいえず、その実態を把握することは困難である。そこで、千葉県における在宅医療の現状を把握する観点から、在宅療養支援診療所（以下、「在宅診」）に対してアンケート調査を行った。アンケートの具体的内容と結果の単純集計は参考資料の通りである。

アンケート実施期間は2007年7月27日～8月20日、対象施設は2007年2月末現在に在宅診の届出をしている180件全数で、173件から回答を得た（申請取消4件、所在不明1件、無回答2件。回答率98.9%）。

2. 結果

(1) 診療体制

① 医師数

非常勤を含めた医師数（常勤換算）は平均2.3人で、医師1人体制が83件（48%）、複数体制が90件（52%）である。複数体制の内訳をみると、1人超2人以下が55件と最多であり、最多は53人である。

② 病床

有床か無床かを聞いたところ、有床が29件（17%）、無床が144件（83%）である。

有床診療所の内訳をみると、一般病床のみが17件と最も多く、一般病床と療養病床を併設しているところは8件、療養病床のみは4件である。

③ 主たる診療科

主たる診療科（複数回答）については、内科が131件とトップで、整形外科16件、外科13件、小児科13件、消化器科8件が続く（無回答1件）。

(2) 診療活動

① 診療時間・患者数

2007年6月24～30日の一週間に費やした訪問診療と一般（外来）診療の延べ時間を質問したところ、訪問が平均22.3時間（最短0時間、最長1,180時間）、外来が平均44.4時間（最短0時間、最長840時間）である。

訪問と外来の時間配分をみると、全体では訪問3割、外来7割である。個別には、すべての時間を訪問に費やす訪問特化型が7件（4%）、半分以上を訪問に費やす訪問重視型が30件（19%）、半分未満を費やす外来重視型が107件（68%）、すべてを外来に費やす外

来特化型が14件(9%)であり、活動の中心を外来に置く診療所が約7割を占めている。ちなみに、訪問特化型の7件を二次医療圏別にみると、千葉2件、東葛南部1件、東葛北部3件、印旛1件と、7件中6件が東京のベッドタウンである人口集中エリアに位置する。このことは、現在の診療報酬制度の下で診療所経営を成り立たせるためには外来医療を行う必要があるが、ある程度の患者数を確保できれば訪問特化型でも成立することを意味していると思われる。ちなみに、7件の平均実患者数は83.6人で、全体平均の47.1人を大きく上回っている。

また、医師1人体制と複数体制で活動タイプを分けてみると、訪問特化型と外来特化型ではシェアに大きな差がみられない一方、1人体制では外来重視型、複数体制では訪問重視型のシェアが大きい。このことは、複数体制の方が訪問にまで活動領域を広げやすいことを示唆しているのかもしれない。

図表3-3-1 活動タイプ別分布状況

	活動タイプ別回答件数(件)				
	計	訪問特化	訪問重視	外来重視	外来特化
全体	158	7 (4.4%)	30 (19.0%)	107 (67.7%)	14 (8.9%)
1人体制	76	4 (5.3%)	9 (11.8%)	56 (73.7%)	7 (9.2%)
複数体制	82	3 (3.7%)	21 (25.6%)	51 (62.2%)	7 (8.5%)

(注)下段()内は計に占めるシェア。

診療時間と併せて、一週間に診療した延べ患者数についても訪問、外来に分けて質問した。延べ患者数は総計で訪問4,079.5人、外来62,966人で訪問のシェアは6%である(1診療所当たりでは訪問25.5人、外来393.5人)。診療時間のウェイトが3割であるのに比べて訪問患者のウェイトが小さいのは、訪問にかかる移動時間によるものと思われる。

ちなみに、患者1人当たりの診療時間をみると、外来の0.3時間(4標準偏差超を対象から除外すると0.2時間)に対して訪問は1.2時間(同0.8時間)であり、移動に0.9時間(同0.6時間)かかっている計算になる。このことは、訪問に比重を置くほどトータルの患者数が減ることを示しており、在宅診への参加を促進するためには在宅診同士での診療範囲の調整や報酬面での配慮が必要と考えられる。

② 訪問可能エリア

訪問可能エリアについて尋ねたところ、距離では平均9.9km(最大40km)、時間では平均26分(最大90分)であった。移動手段は自動車・バイクが多数派で(142件、82%)、自転車と徒歩は各々6件、5件と5%にも満たない。

移動距離を二次医療圏別に見ると、最も長い安房(20.7km)と最も短い東葛南部(7.2

km) では約3倍の格差がある。ちなみに、全9医療圏について診療可能エリアと人口密度の関係プロットしてみると、印旛、君津を除く7圏では負の関係が看取される。これは、人口密度が低いエリアほど訪問距離が長くなる傾向を示しているといえよう(図表2)。

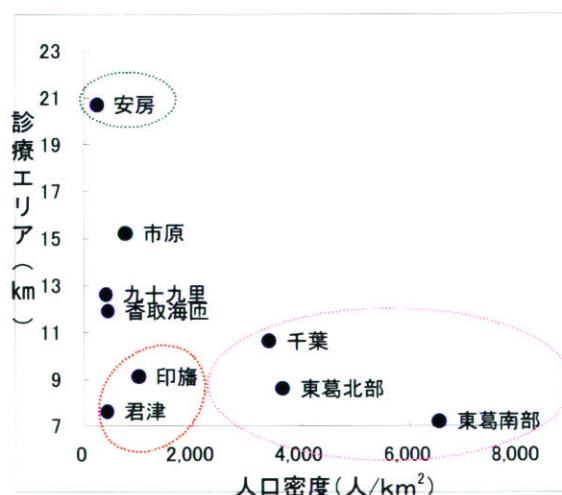
さらに、図表2のなかで特徴のある二次医療圏を対象にグルーピングを試みた。

第1は、人口密度が高く診療可能距離が短い千葉、東葛北部、東葛南部である。これら地域では、他医療圏に比べて65歳以上人口当たり在宅診の数は多いものの、患者の数も多いと考えられるため、在宅診同士で棲み分けが行われている可能性がある。

第2は、人口密度が低く診療可能距離が長い安房である。病床数が多いにもかかわらず遠距離の訪問診療が行われていることは、容易に入院とはならず、在宅診でカバーできる様態については在宅診が担うという病院と診療所間の機能分化が明確になっていることを反映していると考えられる。

第3は、人口密度が低く診療可能距離が短い印旛、君津である。一般に人口密度が低いと診療エリアが広がると考えられるが、これら地域では相対的に狭い範囲内での活動にとどまっている。この背景には、そもそも在宅医療に対するニーズの低さという地域特性があるのかもしれない。あるいは、図表3に見られるように病床数の少ない九十九里ではより診療可能エリアが広がっていることを考えると、平均レベルの病床数を抱えているこれら医療圏では、移動コストのかかる患者は病院がカバーしている可能性もある。

図表3-3-2 診療エリアと人口密度の関係



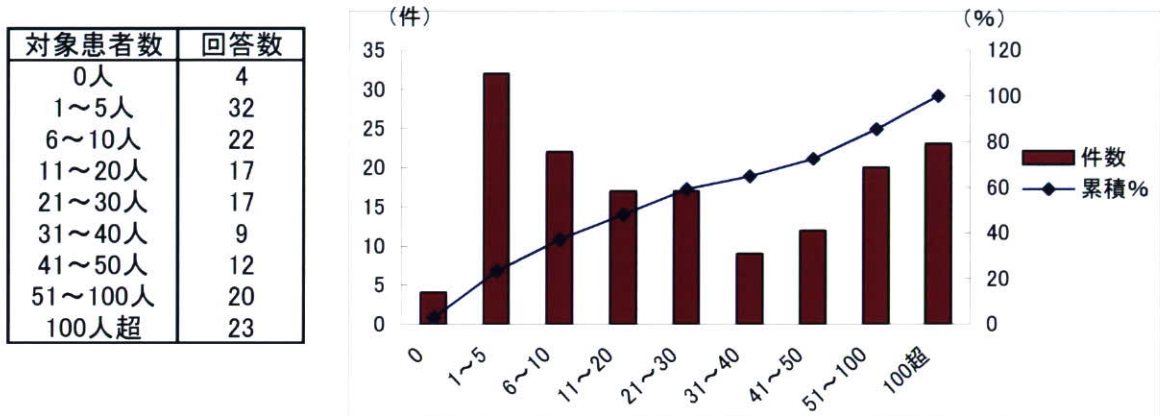
(3) 訪問診療の対象患者

① 実患者数

2007年6月1ヶ月間に訪問診療を行った実患者数と、その主な主傷病名について質問したところ、実患者数は総計7,351人（無効回答を含めると7,648人）で1診療所当たりでは47.1人である。ちなみに、実際に在宅医療を実施しているかどうかをみるため、実患者数ゼロの在宅診をピックアップすると5件ある。そのうち6月24～30日の一週間の訪問診療時間もゼロの診療所は4件（1件は診療時間無回答）であり、これら4件については少なくとも6月中に在宅診として機能していなかったと判断される。

実患者数について回答数の分布をみると、1～5人と100人超をピークにふたつの山が形成されている。このことは、千葉県では在宅診の規模に二極化の傾向があることを示しているといえよう（図表3-3-3）。

図表3-3-3 実患者数別在宅診の分布状況



次に、医師1人体制の診療所と複数体制の診療所に分けて対象患者数の分布を比較してみた（図表4）。セルの黒塗りは上位3項目（4項目以上になる場合は2項目以下）を表わしている。これによると、1人体制では実患者数10人以下が半分を占める一方、複数体制では51人以上の大規模な活動が目立つ。

図表3-3-4 実患者数別在宅診の分布状況（医師体制別）

	平均	実患者数別回答件数(件)										
		計	0	1～5	6～10	11～20	21～30	31～40	41～50	51～100	101～200	200超
全体	47.1人	156	4	32	22	17	17	9	12	20	15	8
1人体制	23.5人	75	3	24	14	9	10	2	5	4	3	1
複数体制	69.0人	81	1	8	8	8	7	7	7	16	12	7

② 往診場所（患者の居所）

往診している患者の場所別人数を自宅と自宅以外（グループホーム、介護老人福祉施設、有料老人ホーム等）で尋ねたところ、実患者数との質問で整合性のある回答（152件）では、実患者数7,351人のうち自宅が3,960人、自宅以外が3,391人と自宅患者が半分以上を占めている。

自宅患者の割合別に在宅診の分布をみると、患者が全員自宅である自宅専門は79件（52%）、半分以上の自宅中心が34件（22%）、半分未満の施設中心が30件（20%）、すべて自宅以外の施設専門が9件（6%）と、在宅診の約半分が自宅専門である。

自宅専門の場合、一か所で複数人数の患者を診療できるその他のタイプに比べてカバーできる患者数に限界があると思われる。実際、診療の場所別に実患者数を比べると、自宅専門の17.6人（医師1人当たりでは11.5人）に比べてそれ以外では54.4～105.4人（同29.2～67.1人）であり、3～6倍（同3～6倍）の開きがあり、施設入所者を対象にする方が効率面では有利であるといえよう。

図表3-3-5 診療の場所別実患者数

	診療の場所				
	計	自宅専門	自宅中心	施設中心	施設専門
回答数(件)	152	79	34	30	9
実患者数(人)	245.3 (27.6)	17.6 (11.5)	67.9 (29.2)	105.4 (67.1)	54.4 (31.8)

(注1)実患者数は1診療所当たり。

(注2)実患者数の下段()内は医師1人当たりの値。

③ 初診患者の状況

患者を往診、診察するに至ったルートを質問した。具体的には、「患者（家族）が直接来院・連絡」、「病院からの紹介」、「診療所からの紹介」、「訪問看護ステーションからの紹介」、「居宅介護支援事業所」、「行政からの紹介」、「その他」の7項目について患者の大まかな内訳を記述してもらった。結果は、「患者が直接来院・連絡」が54%、「病院からの紹介」18%、「訪問看護ステーションからの紹介」と「居宅介護支援事業所」が各々8%と続き、患者の直接的なアクセスが半分以上を占める。

なお、「その他」としては、施設（老人ホーム、老人保健施設、等）からの紹介、グループホームからの紹介、口コミ、等が挙げられている。

④ 終了患者の状況

患者の診療を終えた状況について、大体の割合を「患者の死亡」、「患者の入院（他医療機関への転院）」、「施設等への入所」、「その他」について尋ねたところ、「患者の死亡」が50%、「患者の入院」31%、「施設等への入所」14%であり、患者の半分を看取ってきたことがわかる。

なお、「その他」としては、転居、回復、失踪、等が挙げられている。

⑤ 在宅看取り患者数

在宅療養支援診療所の届出以降、2007年6月末までに在宅で看取った療養患者数を質問したところ、看取り件数は総計1,177件（無効回答も併せると1,242件）で、90件（同115件）の診療所が看取りを経験している。

在宅看取りの件数と在宅診としての活動期間（届出から2007年6月末までの月数）の関係を見ると、相関係数は0.16と低かった。また、看取り件数を活動期間で除すことにより月間看取り件数を算出し、これと診療所の規模、具体的には医師数や実患者数との関係をみたところ、相関係数は各々0.13、0.29と低かった。このことは、看取りの多寡は在宅診としての認定や活動の規模とは関係ないことを示唆しているといえよう。

在宅看取りに影響を与えるその他の要因としては、連携病院との間の機能分担、医師・患者間の信頼関係が考えられる。そこで、以下の検定を行った。

まず、病院との機能分担・連携については、初診患者の状況において「病院からの紹介」割合が高い（50%以上）在宅診と低い（10%以下）在宅診との間で、月間看取り件数に差があるかを検定した。その結果、両者の平均が等しいという帰無仮説は0.04%の有意水準で棄却され、これら2グループの月間看取り件数が有意に異なる結果が得られた。このことは、病院との連携を図っている在宅診ほど、看取りまで係わっている傾向が相対的に強いことを示していると考えられる。

図表 3-3-6 月間看取り件数の基本統計量

	N	平均	標準偏差
在宅診計	160	0.460	0.9026
病院からの紹介割合 50%以上	25	0.908	1.5216
" 10%以下	67	0.199	0.2664

次に、医師・患者間の信頼関係について検討する。在宅看取りの場合、それを支える家族、あるいは施設関係者の理解と協力が不可欠であるが、両者を比べると、自宅の場合の方が施設に比べて患者本人の意向が反映されやすいと思われる。そこで、往診場所（患者の居所）において、「自宅」の割合が高い（50%以上）診療所と「自宅以外」の割合が高い（「自宅」割合が50%未満）診療所との間で、「月間看取り数/月間総患者数」に差があるかを検定した。その結果、両者の平均が等しいという帰無仮説は1.35%の有意水準で棄却され、自宅患者の方が在宅で看取られる傾向が大きいことが示された。このことは、自宅患者を多く診ている在宅診は最期まで患者とつながりを持つ一方、施設系の患者を多く診ている在宅診は維持期の管理のみを行っている可能性があることを示唆していると

考えられる。

図表 3-3-7 月間看取り件数/月間総患者数の基本統計量

	N	平均	標準偏差
計	145	0.0198	0.0428
自宅の割合 50%以上	111	0.0246	0.0157
" 50%未満	34	0.0042	0.0022

(4) 今後について (患者数の増加)

現在の体制を維持した場合、1ヶ月当たりの訪問診療算定患者数を何人程度増やすことが可能かを尋ねたところ、「患者を増やすことが可能」が92件(53%)と半数以上を占め、「患者を増やすことはできない」は9件(5%)にとどまる。

そこで、「患者を増やすことが可能」と回答した在宅診を対象に増やすことが可能な人数を質問したところ90件から回答を得られ、総計805.5人であった。現在の実患者数は7,351人(無効回答を含めると7,648人)であることを考えると、県全体では約1割の供給余力があることになる。

増加可能人数を回答した90件を対象に、二次医療圏毎に増加可能人数を実患者数で割ることによって供給余力をみると、千葉、東葛南部、東葛北部、安房、君津では10%未満である一方、香取海匝、九十九里では6割近い増加が可能と、大きな開きがみられる。このことは、在宅医療の普及を考える場合、地域の状況を踏まえたうえで対策を講じる必要があることを示唆している。具体的には、千葉、東葛南部、東葛北部、安房、君津では診療所の在宅医療への参加促進、香取海匝、九十九里では地域住民や病院等の在宅医療に関する理解の促進が鍵になるものと判断される。

図表 3-3-8 二次医療圏別供給余力の状況

	増加可能人数(A)	実患者数(B)	(A)÷(B)
千葉県計	805.5人	7648人	10.5%
千葉	129人	1679人	7.7%
東葛南部	189人	2038人	9.3%
東葛北部	211.5人	2553人	8.3%
印旛	70人	437人	16.0%
香取海匝	71人	127人	55.9%
九十九里	70人	119人	58.8%
安房	27人	363人	7.4%
君津	9人	100人	9.0%
市原	29人	232人	12.5%

(5) 今後の課題

今後の課題として、「a. 貴診療所における医師の確保」、「b. 貴診療所における看護師の確保」、「c. 在宅医療に関する研修機会の確保」、「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」、「e. 緊急時の入院体制（後方ベッド）の確保」、「f. 連携する訪問看護ステーションの確保」、「g. 無菌製剤を扱うことができる保険調剤薬局との連携の確保」、「h. 在宅医療に関する病院の認識や理解」、「i. 病院との在宅療養患者に関する情報の共有」、「j. 居宅介護サービス事業者との在宅療養患者に関する情報の共有」、「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」、「l. 患者への『在宅医療計画書兼在宅診療同意書』の交付」、「m. 診療報酬の引き上げ」、「n. 患者の経済的負担の軽減」、「o. その他」の15項目から3つまで選択してもらったところ、「緊急時の入院体制（後方ベッド）の確保」（112件）、「24時間対応体制を維持するための連携医療機関の確保」（89件）、「患者の経済的負担の軽減」（54件）が上位3項目である。また、「その他」（9件）としては、「主治医無視の他機関受診」、「患者の家族の理解と協力」、「患者および家族への教育」等、医師と患者（および家族）との信頼関係構築の必要性が挙げられた他、「医師間ネットワークの構築」、「介護体制の確立（夜間、重傷者）」等、病診・診看以外の連携関係の強化が指摘されている。

今後の課題の傾向をみるため、いくつかの設問とのクロス集計を行った。結果は以下の通りである。

① 患者数

実患者数の階級別に、上位3項目を取り上げた。その結果、「d. 24時間体制の確保」、「e. 緊急時の入院体制の確保」、「f. 訪看STの確保」はいずれの階級でも上位にあり、連携体制の強化は患者数に関係なく共通した課題であるといえよう。

また、患者数ゼロの階級では、「a. 医師の確保」、「b. 看護師の確保」、「m. 診療報酬の引き上げ」が目立つ。この階級では外来特化で十分に経営が成立している可能性が高く、外来を上回る報酬上のメリットが得られない場合には経営規模を拡大してまで守備範囲を広げないことを示唆しているのかもしれない。

さらに、患者数を多く抱えるところでは、「h. 在宅に関する病院の理解」、「m. 患者の経済負担の軽減」が上位に入っている。これらの診療所は訪問医療に関して多くのケースを経験していることを考えると、今後在宅医療が普及していった場合にはこれらの課題の重要性が相対的に高まっていくと判断される。

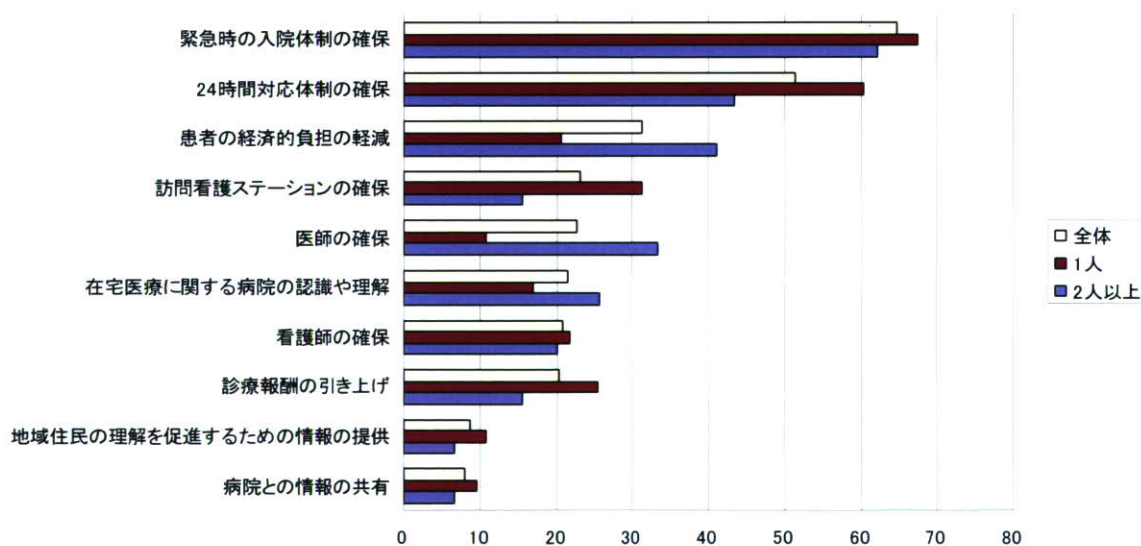
図表 3-3-9 実患者数別にみた今後の課題

	a	b	c	d	e	f	g	h	l	j	k	l	m	n	o	件数
0人	60.0	40.0	0.0	0.0	40.0	40.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	20.0	40.0	20.0	0.0	5
~5人	8.3	22.2	5.6	61.1	75.0	30.6	0.0	11.1	0.0	2.8	2.8	8.3	19.4	22.2	2.8	36
~10人	13.6	13.6	0.0	59.1	63.6	36.4	0.0	13.6	0.0	13.6	9.1	0.0	22.7	27.3	9.1	22
~20人	12.5	12.5	12.5	50.0	68.8	31.3	6.3	18.8	18.8	6.3	18.8	6.3	18.8	37.5	6.3	16
~30人	5.3	10.5	5.3	57.9	68.4	5.3	0.0	26.3	26.3	0.0	5.3	5.3	15.8	26.3	10.5	19
~40人	33.3	33.3	0.0	66.7	66.7	0.0	0.0	11.1	11.1	0.0	0.0	0.0	22.2	33.3	11.1	9
~50人	33.3	33.3	8.3	58.3	83.3	33.3	8.3	41.7	16.7	8.3	8.3	8.3	25.0	25.0	0.0	12
~100人	39.1	21.7	4.3	21.7	56.5	13.0	0.0	21.7	13.0	8.7	13.0	0.0	26.1	56.5	0.0	23
100人超	47.4	21.1	0.0	47.4	57.9	15.8	0.0	42.1	0.0	5.3	10.5	0.0	10.5	36.8	5.3	19

② 診療体制別

医師1人体制と複数体制で分けてみると、1人体制では「24時間体制を維持するための連携医療機関の確保」(60%)、「訪問看護ステーションの確保」(31%)と連携体制の強化が上位に並んでいるのに対し、複数体制では「患者の経済的負担の軽減」(41%)、「医師の確保」(33%)を挙げるところが多い。

図表 3-3-10 診療体制別にみた今後の課題



(6) アンケート結果からの政策的インプリケーション

今後、在宅医療に対する需要の拡大が見込まれるも、いかに供給を確保するかが重要な政策課題になってくる。こうした観点から、今回のアンケート結果より導かれる政策的インプリケーションを整理すると、以下の通りである。

第1は、在宅診同士の連携強化の必要性である。診療活動のところでみた通り、訪問診療には患者1人当たり平均で0.9時間（4標準偏差超を対象から外すと同0.8時間）の移動を伴う。このため、訪問に活動の比重を置くほどトータルの患者数が減り、結果として経営にマイナスに働くことが懸念される。このようにみると、在宅診の活動パターンとして外来重視型が多数派だったのは当然のことであり、在宅医療の普及に関しては、外来に影響を与えない形で訪問診療の活動を広めていくことが望ましい。そのためには診療スケジュールの調整や訪問エリアの棲み分け等、近隣の在宅診同士の連携強化が不可欠であると思われる。

第2は、在宅看取りの拡大に向けた環境の整備である。在宅看取りについては、病院との連携関係と医師・患者間の信頼関係が影響を与えることが実証された。そこで、前者については、リアルタイムでの患者情報の共有（頻繁なカンファレンス）や役割分担の明確化、最期に至るまでの診療計画の策定、等を通じて病診連携の強化を進める一方、後者については、家族の負担軽減に関するアドバイスや在宅で対応可能な症例集（在宅医療パンフレット）の配布をはじめ、幅広い観点からの情報提供が重要と考える。

第3は、地域の特徴を踏まえた対応である。前章と本章でみた通り、千葉県では二次医療圏で医療資源の分布や医療機関の活動内容に大きな相違がある。このため、在宅医療の普及という共通した目標に対しても、望ましい対応は自ずと異なってくるであろう。マクロの公表データでは情報に限界があることを考えると、医療機関に対するヒアリングや実施調査等を通じてマイクロ情報を収集し、各々の特性を踏まえた適切な対策を展開することが期待される。

さらに、報酬面での配慮も求められるであろう。現在、在宅診に対しては様々な加算が設けられる等、診療報酬上での評価がなされているが、高い報酬を算定する場合には患者負担の増加に直結するため、加算の算定を見送るケースが少なくない模様である。このため、少なくとも移動に伴う機会コストを解消する範囲内での報酬面での配慮は必要と考える。もっとも、医療財政の状況を考えると現在の診療報酬体系を維持したままで在宅診への上積みは困難である。このようにみると、初再診料引き下げ等による外来医療評価の引き下げ、外来管理加算の見直し等を通じて、在宅医療の相対的な評価を高めることが現実的な政策選択肢となろう。

第4節 模擬医療計画策定

1. 模擬医療計画の特長

(1) 在宅診を対象とした全数調査の実施及び当該調査結果の活用

従来、医療計画の在宅医療部分については、往診などの在宅医療サービスを実施している医療機関の割合、訪問看護ステーション数、訪問看護ステーション就業者数に関するデータのみで現状と課題を提示していた。

そこで、模擬医療計画においては、住民の在宅に係わる意識調査等を引用して、需要面を含むエビデンスに基づいた現状説明等を追加し、さらに平成18年4月に新たに導入された「在宅診」が、在宅医療の中心的な役割を担うことが期待されるため、「在宅診」の活動状況等を調査することとした。本調査結果を基に、現状と課題等を整理し、問題点を抽出したうえで、医療計画の目標値設定にも活用した。

併せて、二次保健医療圏毎に「在宅診」のリスト及びその機能を医療計画に掲載することにより、地域医療連携の推進を補助するとともに地域住民への情報提供を行うこととした。

(2) インタビューを通じた先進事例の紹介

地域において先進的な取組を行い、地域の在宅医療を支えている医療現場に赴き、現場の声を抽出し、事例紹介という形で他の地域へ拡大するきっかけとなる項を新設し、地域住民にも、当該地域での取組を紹介することにより、在宅医療に関する啓発を行うこととした。

(3) 住民への在宅医療の紹介

在宅で実際にどのような医療が可能で、経済的負担はどの程度であるか、また介護との違いはどのように経済的負担の比較はどうか等については、自らあるいは身内がそのような立場になって初めて考えるのが一般的であることを踏まえて、住民に費用負担を含む在宅医療に関する情報をわかりやすく示す欄を作成した。

2. 目標値設定の考え方

(1) 千葉県新計画設定方法案

従来の千葉県の目標値の設定は、漠然と20%増加であるとか、全国平均値とする等の目標値が多く、具体的に目標値設定理由等を明記した項目はない。

千葉県の新医療計画の目標値策定について、平成19年12月26日開催の「千葉県保健医療審議会地域部会」の資料によると以下の4段階のステップにより設定する模様である。

- ① 既存資料等から可能な限り指標となりうる数値を検索する。
- ② 当該指標について、ストラクチャー、プロセス、アウトカムに分類し、当該指標値の持つ役割ごとにグループ化する。
- ③ 今後把握が可能か、他の都道府県との比較が可能か、県内の二次保健医療圏毎の比較が可能か、といった観点により指標を絞り込む。
- ④ 数値目標の参考値として、都道府県における平均値及び最高値、千葉県内の保健医療圏における平均値及び最高値等を示し具体的な目標値を設定する。

なお、全国との比較を行う場合、例えば在宅診の数について比較しようとする、各都道府県が個別に社会保険事務局に照会する必要があるため、国において指標となり得る数値についての全都道府県値を定期的に公開すると効率的で時点比較が可能となる。

(2) 模擬計画目標値設定の考え方

模擬計画では、従来の定性的な方法でなく、より客観的かつ定量的な方法で目標値を設定することとした。また、今般は、在宅診の新制度が実施されたことに加え、千葉県において、当該診療所に関する調査がなにもなかったため、在宅医療の中心を担う存在である「在宅診」の調査を実施したことにより、定量的な分析に必要な情報を入手することが可能となった。

具体的には、「将来需要の推計」を行い、「追加必要供給量の算出」を実施した上で、「在宅診数の目標値」を算出した。

(3) 将来需要の推計

- ・目標年の2012年における将来需要を推計した。
- ・「在宅療養支援診療所調査」によると、2007年6月1ヶ月間の在宅診の実患者数は7,648人であり、年齢構成は不明だが、年齢によって受療率が大きく異なることを踏まえると、需要推計結果に大きく影響することが予想される。そこで、患者調査のデータを活用することによって、年齢構成の影響を考慮することとした。
- ・まず、「患者調査」より年齢階級別の在宅受療率を求め、それに将来推計人口を乗じることにより「患者調査」ベースの将来需要を推計した(第Ⅱ章第3節「現行ケース」参照)。

ちなみに、患者調査はワンデイ調査で、対象者には現在在宅診とはなっていない一般診療所の他、病院の患者も含まれている。

- ・次に、上で求めた結果をもとに、在宅診に対する需要を推計した。ただし、推計の前提として、①すべての在宅患者のうち在宅診がカバーする割合は変わらない、②在宅診の訪問頻度は変わらない、としている。
- ・次に、潜在需要の推計を行った。その前提として、4疾患の入院患者の6割を、在宅医療の環境を整えば在宅にシフトする、潜在的な需要と想定（第Ⅱ章第3節「拡大ケース」参照）した。
- ・以上より、在宅診に対する2012年の需要は、最低ラインで9,254人、潜在需要がすべて顕在化する最高ラインで20,034人と推計した。

(4) 追加必要供給量の算出

「在宅診調査」によると、現体制を維持したままで増やすことが可能な患者数の総計は805.5人であった。これを現在の患者数と合わせると8,453.5人であることから、2012年に予想される患者（最低ラインの9,254人）を全員カバーするためには今後5年間で800.5人分の供給を増やす必要がある。

(5) 在宅診の目標値の算出

- ① 「在宅診調査」によると、1診療所当たり平均実患者数は47.1人、供給余力を考慮すると52.3人。 $800.5 \div 47.1 (52.3) = 17.0 (15.3)$ より、単純に考えると今後5年間で16~17の在宅診を増やす必要があるものと推計された。
- ② 一方、拡大ケースの場合は、新たに発生する在宅患者数は11,580人であるため、 $11,580 \div 47.1 (52.3) = 245.9 (221.4)$ と今後5年間で222~246の在宅診を増やす必要があると推計された。

(6) 留意点

- ・本項では千葉県全体をまとめて推計したため、医療圏毎の推計結果を積み上げた場合には、異なる目標値が算出される可能性がある。
- ・全体として静的な検討にとどまるため、動的な視点（一般診療所の新設、新規参入に伴う供給の「自然増」等）は考慮していない。
- ・千葉県が検討していた人口10万人対の全国平均値まで在宅診数を増加させるとすると目標値は430となる。今般推計した拡大ケースでは、 $246 + 180$ （現状値） $= 426$ となり、概ね現時点での全国平均値に等しい水準となった。（千葉県の新保健医療計画では、目標値は設定されない見込みである。）

第5節 模擬医療計画

1. 模擬医療計画について

現千葉県保健医療計画（平成18年6月）の第2編各論、第1章、第3節の14「在宅ケア対策」の部分を次頁「居宅等における医療」として模擬計画を作成した。

本模擬計画の見え消し部分については、現千葉県保健医療計画（平成18年6月）に記載されている部分で、他の部分が模擬計画として加入したものである。なお、体裁については、千葉県保健医療計画との整合性を図っている。

2. 千葉県保健医療計画との相違点

平成20年1月現時点で「千葉県保健医療計画」はまだ策定されていないが、平成20年1月30日の「千葉県医療審議会地域保健医療部会」の資料によると模擬計画と以下の相違点が認められるものの、7～8割程度は採用されている。

- ・新たな目標値は設定していない。
- ・「在宅療養支援診療所調査」については本文ではなく、独立したコラム的な扱いとなっている。
- ・「在宅で無理なく、どこまでできるの？」と「訪問看護では、どのようなことお願いできるの？」のコラム的な記載は削除されている。
- ・現千葉県保健医療計画の記載は、ほぼそのまま残っている。

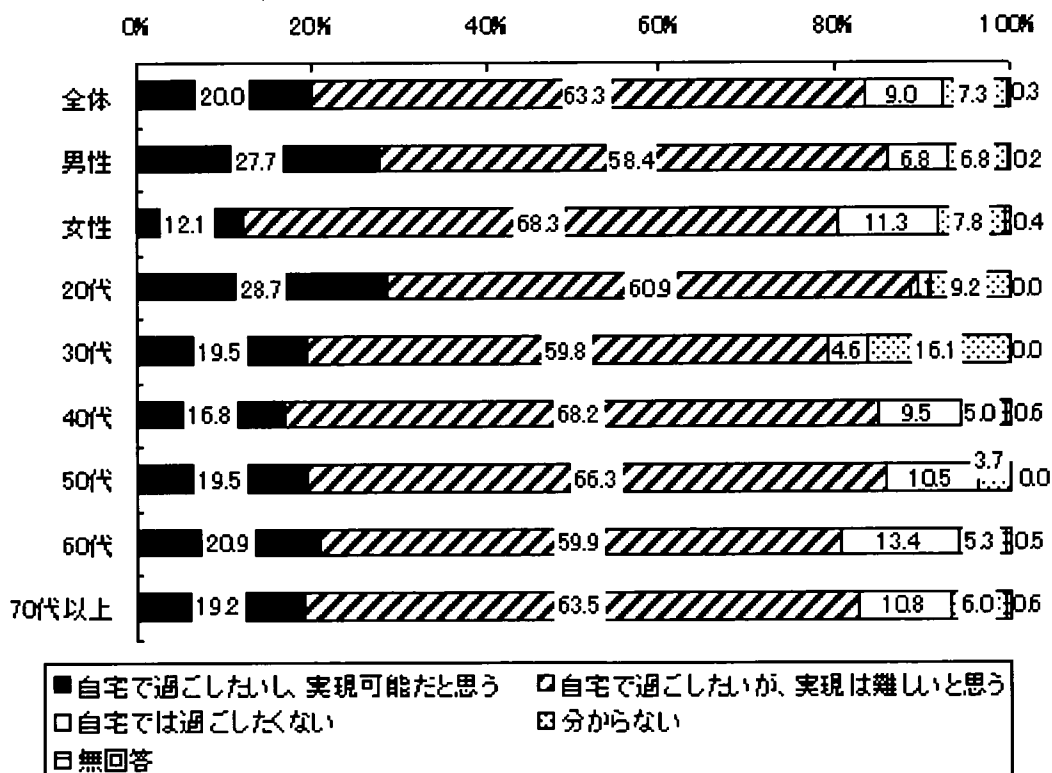
居宅等における医療

施策の現状・課題

○ 近年の人口の高齢化、疾病構造の変化、在宅療養を可能にする医療技術の進歩を背景に、住み慣れた家庭や地域の中で質の高い療養生活を送りたいという県民のニーズが増大しています。

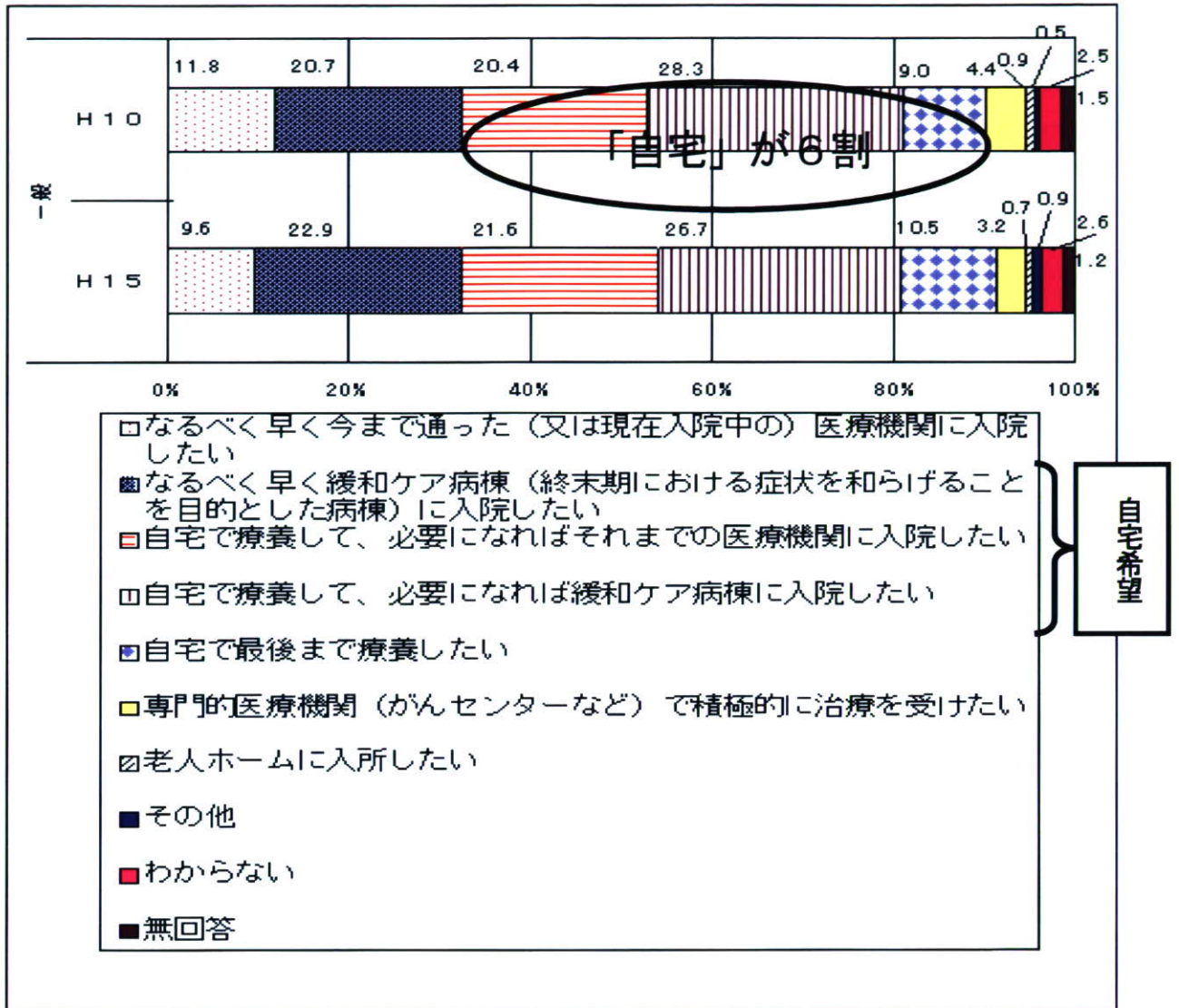
○ 財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が、平成 17 年に全国に居住する 20～89 歳の男女 1,078 名を対象に、「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」についてのアンケート調査を実施しました。その結果、「自宅で最後を過ごしたいと思う」方が全体の 83.3%となりました。しかしながら 63.3%の方は「自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う」と回答しており、在宅での療養がさまざまな理由により困難と考えている現状があります。

図表4 余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか(性別、年齢層別)



○ 厚生労働省医政局による平成 16 年 7 月の「終末期医療に関する調査等検討会報告書」によると「ご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、療養生活は最期までどこで送り

たいですか。」という設問に対して、「自宅での療養」を希望する方が全体の6割となり、住み慣れた地域での療養生活を希望する方が多いといえます。



○ 従来より、在宅医療を支えていた県内の往診実施診療所については、平成8年の631施設から平成11年の1,027施設と増加し、その後平成14年718施設、平成17年713施設となっていますが、実施件数については、平成8年2,723件、平成11年6,121件、平成14年5,711件、平成17年は5,753件と実施施設数の減少に対して、実施件数そのものは微増となっています。

○ 県内の往診実施病院については、平成8年の56施設から平成11年の129施設をピークとして平成17年は56施設と平成8年の水準に戻り、病院数に対する往診