

8. 施策の立案（実施する事業の整理）

課題の抽出を行い、あるべき姿を念頭に、今後5年間で実行可能な範囲での目標値の設定を行うとともに、施策・事業の立案を行い年次毎の計画を立てる。

*

【施策の立案～福岡県保健医療計画（在宅医療分野）の実例】

○ 計画期間内に在宅医療において県が何をすべきかを検討するに当たって、その方向性（柱立て）を次のとおり考え、その方向性のもとに関係施策を構造的に網羅する形でまとめた。

なお、②は在宅療養支援診療所調査において得られた結果を反映した。

- ① 需要・供給推計にみる今後の対策として、供給量を増やすことのできる体制の整備（供給量を増やすこと）
- ② 患者・家族の負担の軽減、在宅医療に関する状況の提供

既に関連の事業を実施している場合は、事業の統廃合を視野に入れた事業実施方法の見直しを行う。過去に政策評価を実施している事業については、事業効果の出ない原因について分析を行う。その場合、複数の視点から、政策評価担当部課を交えて検証を行うことが必要である。また、必要に応じて計画策定委員会等に諮問する等専門家の意見を聞くことも有用である。さらに、住民アンケート等による住民の意見の聴取も重要である（住民の意見を取り入れる方法等については今後検討する予定である）。

*行政評価の視点

- ・ 予算規模は適正か ・ 配分は適当か ・ 事業主管部課は適当か など
- ・ 既存事業で効果が得られていない場合や、新しい課題に対応するために新規事業の立案が必要な場合は、今後5年間の目標を明確にし、そのために必要性を十分整理し、部課内で必要な予算措置等を行う。また、年次ごとの事業計画を立てるに当たっては、単純に5年間同規模での事業を計画するのではなく、必要な配分を見積もること。

*予算の年次配分

- ・ 計画期間内で最大の効果を上げるためにはどの年次に力点を置くべきか、計画期間内での効果如何によってはどのように配分を変更するか等を前もって考えておく。
- ・ 限られた予算内で最大の効果を上げるためには、数値化した指標を用いて、実施事業単位での事業効果の測定に加え、既存事業等で計測に適した事業については、必ず費用対効果を併せて算出する。施策の効果を上げるための事業の選択、事業

間の予算配分を行う上での比較検討が必要である。また新規事業であっても事業の採用にあっては、議会・住民への説明責任の履行の観点から、計測できる範囲で費用対効果を見積もることが重要である。

- ・ 財政所管部局への予算要求に際しては、各施策・事業の医療計画における位置づけを示すことができるよう整理しておく。計画目標の達成のために必要な事業として、期間内の要求年次の事業費の根拠に係る理由も整理すること。なお、医療計画関連の施策・事業の毎年度の予算事務をスムーズに行うためには、計画策定時において（特に実施計画レベルで）財政担当部局の合意を得ておくことが望ましい。
- ・ 事業の予算計上にあっては、国庫補助金その他特定財源が見込まれる事業については、それらの申請に必要な実施計画も併せて策定し、中長期的視野での実効性を担保すること。

第3節 医療計画管理マニュアル

通常、自治体は、長期総合計画という枠組みの中で、「基本構想」－「基本計画」というものを策定しており、その計画期間は概ね10年程度である。さらに基本計画を具体化するものとして、概ね3年程度の「実施計画」を策定しており、実施計画において具体的事業を掲げ、かつ進捗管理を行っている。

医療計画は、これら基本計画と実施計画の中間的な存在である。それは計画期間が5年であるのみならず、その性格が議会の議決こそ必要としないものの、知事の公約や理念を反映する重要な地域ビジョンを示すものであると同時に、具体的施策の提示も想定する性質の計画であるからである。

医療計画は、基本計画と実施計画に分けて策定する方法もあり得る（第3章第1節作成マニュアルでは分離していない）。本管理マニュアルにおいては、この実施計画に相当する主に事業・施策の進捗管理を主眼として作成した。

医療計画の策定から実施までの流れとしては次のとおりであり、本管理マニュアルでは、計画を実効性あるものとするための、④、⑤に相当する管理方法を示している。

- ① 主要な疾病・事業ごとの医療機能の把握
- ② 適切な保健医療提供体制の明示と将来の姿を志向した数値目標の設定
- ③ 数値目標を達成するための実行計画としての医療計画の立案
- ④ 立案した医療計画に基づく事業の実施
- ⑤ 事業実施後の客観的な政策評価による医療計画の見直し

1. 医療計画の管理に関する関連規定、参照資料等

1. 医療法第30条の4第2項・第30条の6

都道府県は、医療計画に達成すべき目標値を定めるとともに、少なくとも5年ごとに、目標の達成況等の調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、医療計画を変更するものとする。

2. 医療計画について（通知）

健政発第689号（H10.6.1発令）として発令後、4度にわたる一部改正が行われている。最新の通知は、平成18年6月の医療法改正を受けて改正された、「医政発第1227018号」。この通知に、国が医療計画について都道府県に示す「策定指針」があり、医療計画の推進体制等についても示されている。

3. モデル計画医療計画及び医療計画作成ガイドラインについて（通知）

医政指発第0222001号（H18.2.22）によって、医療計画制度に関する学識経験

者の下で検討された案を基に作成されている。

①モデル計画（管理に係る部分の抜粋）

第4章第3節 医療計画の推進体制と役割

第4章第4節 数値目標の進行管理

1 進行管理の方法

- ・PDCAサイクル
- ・達成までの期間
- ・達成までの方策（予算、政策融資、診療報酬など）

2 進行状況の広報・周知方法

- ・広報誌・インターネットなど

第4章第5節 評価と検討

◇数値目標の達成状況を評価し、全国の状況を勘案し、次期医療計画の作成に向けた新たな数値目標を検討

◇数値目標が未達成であった分野や全国平均を大きく下回る分野については、次期医療計画の作成に向け、改善方策を検討

②医療計画作成ガイドライン

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I はじめに</p> <p>II 医療計画の作成に向けた政策立案の流れ</p> <p>1 医療計画作成の準備</p> <p>2 医療計画作成までの過程</p> <p>1) 基本的な情報の収集と整理</p> <p>2) 課題の抽出</p> <p>3) 課題分析（必要な医療資源の把握、医療資源の確認）</p> <p>4) 解決方法の検討</p> <p>5) 解決方法の決定</p> <p>6) 最終確認と意思決定</p> <p>7) 事業の実施と評価</p> <p>III おわりに</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. 医療計画に係る評価の必要性

従来の医療計画については、そもそも計画が目指すべき目標が明確でないばかりでなく、これを実現する手段や関係者の役割も明確でなかった。そのため、既に改訂を重ねている医療計画については前回の計画に関する評価が十分でなく、結果を次期計画に活かそうという流れが確立されていなかった。その大きな原因としては、評価に不可欠な定量的な数値目標の掲載が困難だったため、定性的、主観的な評価のみになりがちであったことが挙げられる。

新たな医療計画においては、上記第1節作成マニュアルにおいて示したような評価項目の設定を行うことにより、定量的な評価に耐えるもので、次期計画への施策の反映ができ得る評価方法の確立を目指すものである。

3. PDCA サイクルによる管理

各都道府県の各種計画、とりわけ「総合計画」の管理においては、その施策・事業についての行政評価（政策評価）※が平成14年度以降開始されており、その基本的な考え方として「PDCA サイクルマネジメント」（計画 Plan－実施 Do－評価 Check－改善 Action）がある。

一方、医療計画については、多くの都道府県においては、計画 Plan－実施 Do のみが重視され、評価 Check－改善 Action が十分行われてこなかった経緯がある。これに対して、新計画においては、明確な数値目標の設定が期待されており、国が事業ごとに

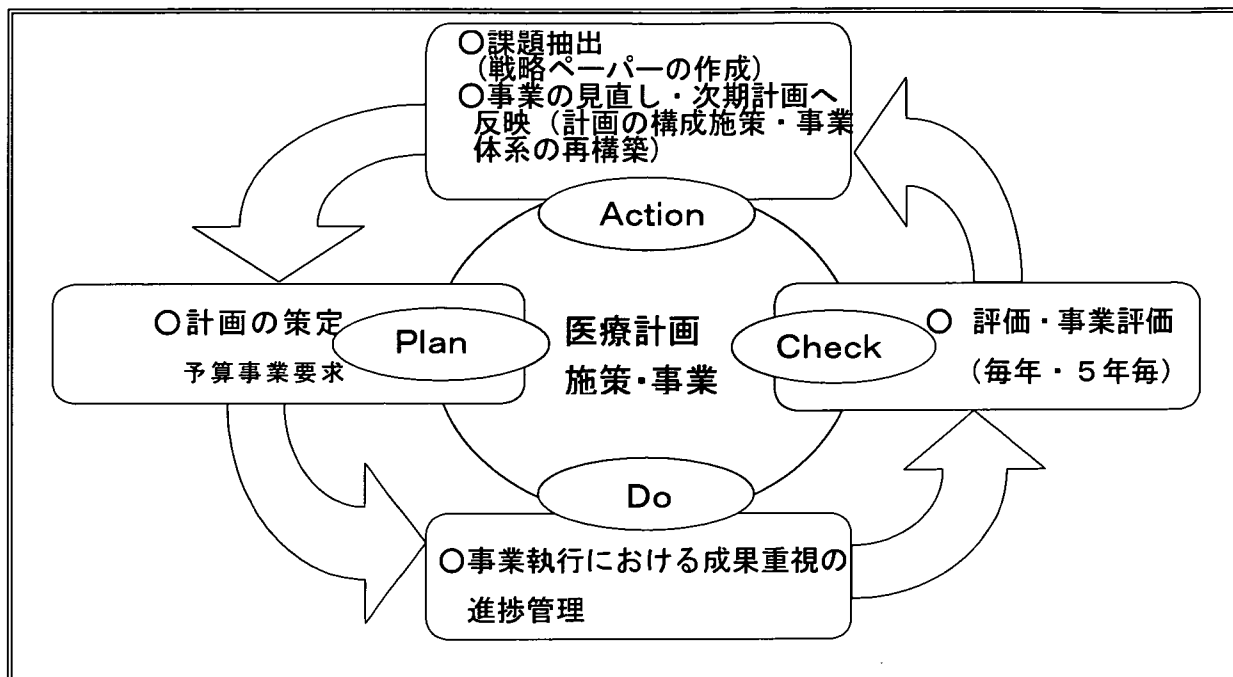
示す「指標」及び「代理指標」（詳細は別章に記載）を基に、都道府県の地域特性を踏まえた独自の指標を加えることが想定されている。

このためには、まずこうした PDCA サイクルを、医療計画を策定段階から進捗管理を行う過程に至るまでトータルで確立することが必要である。医療計画を支える事業、施策（事業の集合体で、事業の上位概念）、政策（施策の集合体で、施策の上位概念）の整理を行い、このマネジメントサイクルを行政活動に埋め込むことが求められているといえる。

1. 行政評価及び政策評価の用語の明確な定義については確立されていない。本マニュアルでは、評価の仕組みに着目して使う場合を行政評価、個別の事業・施策の評価に着目する場合に政策評価という用語を用いることとする。

<参考>

- ・行政評価；行政活動の目的を明確にして、活動成果を数値化して現状分析を行い、マネジメントサイクルを行政活動に組み入れることによって、行政の意思決定における評価・改善に至るプロセスを明確化し、また、評価結果を住民に公表することにより行政の透明性の確保、住民と行政とのパートナーシップづくりなどに役立てるもので、行政運営を「経営」という視点から見直し、質的改善を図るための仕組み。[監査法人トーマツ Service Line Report 2003 コラム vol3 参照]
- ・政策評価（Policy Evaluation）と行政評価（Performance Measurement）
「事業評価」の3つに整理されることが多いが、施策評価と事業評価をあわせて「行政評価」と呼び、政策評価と区別することもある。これは、政策形成と行政執行は本来別々に行われるべきもの、という考え方に基づいている。[ひろしま自治人材開発機構 HP 参照]



全ての都道府県は、総合計画をはじめとする各種計画の中で、既に行政評価システムを確立している。医療計画においても、それらと同様な枠組みの中で計画の策定、進捗管理、評価、および見直しを実施することが望まれる（ただし、上記に相当するPDCAを前提とした既存の行政評価システムがない場合はその構築が先決である）。

通常、計画全体の評価を行う上では、計画そのものの成果を、事業→施策→政策という形で積み上げて評価を行う（総合評価方式を採る場合が多い）。事業単位の評価を参照して、施策単位の評価を行い、さらに最終的には政策レベル（医療計画の主軸となる目標に対応するレベル）を評価するという仕組みづくりが必要であり、その手法はいろいろな形が考えられる。本マニュアルではその一例を示すこととする。

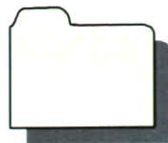
[参考；事業・施策・政策のイメージ]

政策

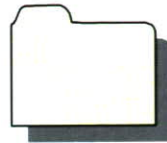


施策ABCを包括する政策レベル (=医療計画の主要な目標に対応)

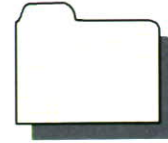
施策



施策A

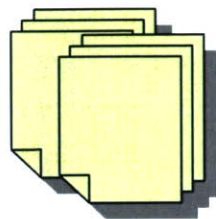


施策B

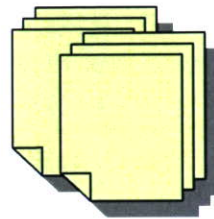


施策C

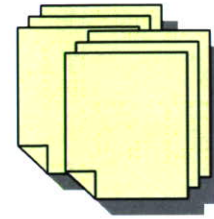
事業



事業グループA



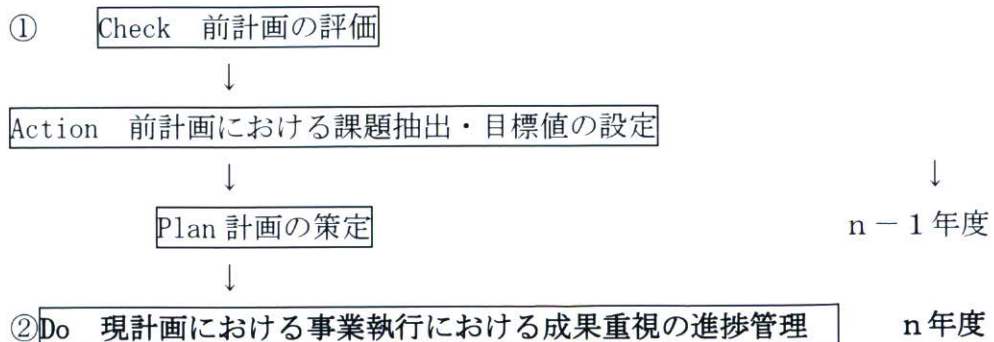
事業グループB

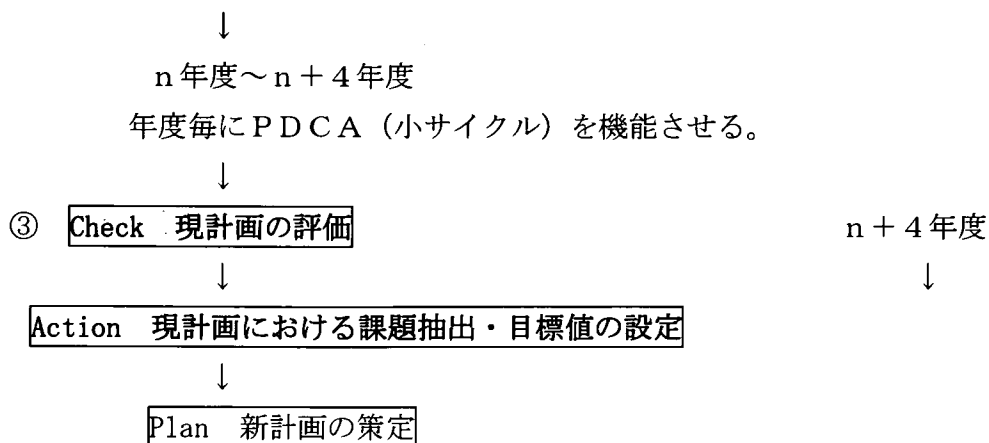


事業グループC

4. 数値目標の進行管理

計画の管理は、計画期間全体（5年）の大きなサイクルと年度毎の進捗管理である小さなサイクルの稼働を分けて考える必要がある。毎年度の小さなサイクルを有効に機能させることによって、計画は必要に応じて微修正を加えられ、大サイクルをより目標に近づけるべく稼働させるというのがこのマネジメントシステムの考え方である。この中で計画期間内及び年次ごとの数値目標を明確に整理することで、評価は行いやすくなり、また客観的な説明も容易になる。これを図示すると下記のとおりである。





① 前医療計画の評価・検証 Check～課題抽出等 Action～新計画の策定 Plan

(→作成マニュアル参照)

② 現計画の事業執行における進捗管理 Do

・医療計画は5か年という期間における目標を置くことを主眼とするが、できるだけ、年次ごとの目標を定めることが望ましい。年次ごとの目標を明確に立てることのできる、あるいは立てるべき場合は、計画本体に記載することが望ましいが、それ以外の項目を含め、「医療計画管理シート」等を別途作成し、年次ごとの進捗管理を行うとよい。なお、計画本体に年次計画を記載すると毎年度の見直し・改訂が容易に行いにくいというデメリットもあるので、年次計画については適宜別途定めながら、一方で住民に公表するツールを確保しておくことが必要である。(インターネットでの随時公表など) 医療計画管理シートには、年次に併せて、また項目ごとに計画の推進状況を記載できるよう作成すること。

③ 現計画の評価 Check

i) 計画開始年度 (n年度とする) の翌年度 ($n+\alpha$ 年度; $1 \leq \alpha \leq 3$)

・項目の評価と事業の評価

評価に当たっては、医療計画に示した各大項目※(目標)ごとに、その進行状況及び実績を調査し、評価を行う。

・毎年度把握できる指標に係る数値については、毎年度チェックを行う。

<評価方法の例> (→第3章第2節作成マニュアル及び第5章臨床指標等参照)

◇数値目標値を設定しているものについては、 $n+\alpha$ 年度の目標値と進行状況を比較し、進捗率を算出する。

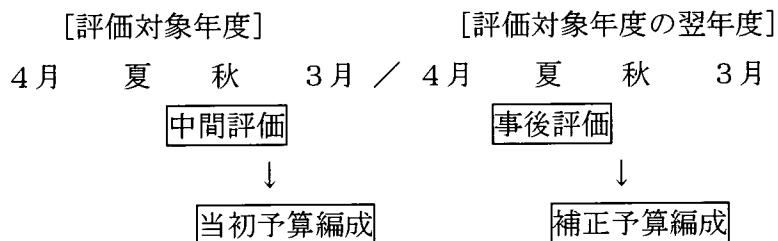
◇定性的な目標を掲げている部分については、評価期間内の変化をできるだけわかりやすい表現で(数値化して)示す。

※ 大項目例; (1)～(6)

大項目の下に適宜中小項目を設け、事業との関連性を明確にする。

- (1) 医師確保対策 — 施策 — 事業群
- (2) 4 疾患 がん等 — 施策 — 事業群
- (3) 9 事業 — 施策 — 事業群
- (4) 在宅医療 — 施策 — 事業群
- (5) 医療安全対策 — 施策 — 事業群
- (6) 医療情報公開 — 施策 — 事業群

- ・評価の方法としては、事務局判断によるばかりでなく、第三者評価を取り入れる（例えば計画策定委員会の評価部会を設けるなど）こととし、客観的な判断を取り入れるよう努めること。
- ・評価の結果はインターネット等で住民に公表し、意見等を求めるシステムをつくっておく必要がある。
- ・評価部会の意見及び住民の意見は、翌年度の事業に反映できるようスケジュール管理を行うこと。
- ・評価に対応した事業の見直し、改善、廃止、新規事業の立案などを行い、翌年度予算に反映させる。具体的には、財政担当部局への当初予算要求の時期（秋）までに、執行見込を予想しつつ、中間評価（仮評価）を完了させる。新規事業については中間評価の結果を持って判断するが、継続事業については、前年度の執行状況等も併せて評価を行うこと。その結果を翌年度の予算要求内容に反映させる。さらに評価対象年度終了後に行う最終評価の結果については、必要であれば当該年度（翌年度に相当）に補正予算を組む等の措置も可能であればとること。



- ・必要に応じて目標値の修正を行い、場合によっては計画本体の一部変更を行うこともシステムとして許容されるよう仕組むことが望ましい。5年間という期間において、住民のニーズや社会情勢が変化することにより、目標の変更をすべきことも十分あり得るからである（例えば、市町村合併によって医療圏域の変動がある場合や、大企業の進出等、大規模災害の発生、政策的誘導によって人口の大幅な変動が生じるような場合が想定できる）。

ii) 次期計画開始年度の前年度 (n + α 年度 ; α = 4)

……上図中、②の中の評価 Check に対応

- ・次期計画の策定に向けて、4年間の集大成を行うべく、1年度毎の評価に加え、計画全期間における大規模な評価を実施する。

【追加・在宅療養支援診療所 654 か所の悉皆調査を実施した実例より】

- 今期計画において、悉皆調査等を実施し、現状の把握や指標の設定及び目標値の設定を行うに当たって、その数値を用いている場合においては、基本的には前回と同様の方法（評価の実施のため）によって調査を実施することが必要である。
- なお、在宅医療のような医療計画の中でも新規に盛り込むような事業については特に、計画策定時における現状の把握が十分でないことも多く、また制度変更等の影響を大きいと考えられることから、目標値に対応した実現値の評価については柔軟に行うとともに、目標値自体も随時見直していく姿勢が重要であるとする。

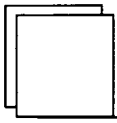
※課題の抽出及び事業の見直し、次期計画への反映については、第2節作成マニュアルの（6）以降、平成18年度報告書第5章臨床指標等を参照のこと。

[参 考] 総合評価の判定方法の一例

事業の達成状況と効率性（費用対効果）のマトリクスで判定する方法

| 〇〇対策推進事業 | | 達成状況 | | |
|----------|-------|-----------|-----------|-----------|
| | | a (4点) | b (2点) | c (0点) |
| 効率性 | a(2点) | S | A | B |
| | b(1点) | A | B | C |
| | c(0点) | A | B | C |
| | d(-) | A | B | C |

例) 達成状況 a、効率性 b の場合は総合評価 A



第5章 今後の課題

第5章 今後の課題

以上のような平成19年度における調査研究を踏まえて、最後に、今後検討すべき課題について整理してみたい。ここでは、今回作成した福岡県及び千葉県の実態把握医療計画（在宅医療部分）に関する課題、医療計画作成・管理マニュアルに関する課題、さらに医療政策担当人材育成プログラムに関する課題の3つに分けて検討する。

1. 模擬医療計画（在宅医療部分）に関する課題

この点に関しては、すでに上述の各章において部分的には取り上げられ、触れられているが、ここで改めて整理しておこう。

まず第一に、今回の模擬医療計画は、福岡県及び千葉県という具体的なフィールドにおいて、在宅医療部分に焦点を絞って作成したものである。その結果は、人的、物的及び時間的な投入資源の制約がある中で、検討の焦点を絞ったことによって、一定の明確な成果を生み出すことにつながっているものと考えられる。模擬医療計画を反映した両県の実際の医療計画において、在宅医療に関する部分は、定量的な実態把握や住民への情報提供等を含め、特色ある記述となっているものと思われる。平成20年4月以降は、他の都道府県において策定された医療計画との比較が可能となる。こうした全国の医療計画の比較検討及び評価が20年度における第一の課題である。

第二に、平成19年度は、両県において在宅療養支援診療所の活動実態について本格的な全数調査を実施した。そのそれぞれの成果については、第2章及び第3章においてくわしく示したとおりであり、調査結果の医療計画における活用について、関連研究等を含め、広範な可能性を提示できたものと考えている。しかしながら、時間的な制約等により、両県の調査についての比較検討は十分に行われていない。概括的に言って、人口当たりの在宅療養支援診療所数が多い福岡県においては、少ない千葉県に比べ、その活動状況にばらつきが大きく、看取り患者数も少ない傾向が見られる。このことは、「診療所数」といった（従来の医療計画等の行政施策においては整備「目標値」として取り上げられやすい）指標が必ずしも適切なものではない場合がありうることを示唆している。こうした点を含め、今回の両県における調査結果と他の類似データとの比較等の検討は今後の課題である。

第三に、在宅療養支援診療所の調査自体の改善も課題である。在宅医療を実施している在宅療養支援診療所以外の診療所や病院の活動実態は今回の調査では明らかにされていない。全医療機関に対する調査を実施するのか（その場合には膨大なコストを要しよう）、それとも本報告本文中でも言及しているように、平成23年度以降の診療報酬レセプトオンライン化を踏まえ、レセプト・データを活用して必要な

情報を収集するようにするのか、いずれにしても今から十分検討し、準備をしておく必要がある。また、今回の調査は、在宅医療を直接提供している医療機関についての調査であったが、これを支えている（後方）病院、連携診療所、連携訪問看護ステーション等についての調査は、在宅医療の全体像を把握する上で有益であろう。

第四に、第2章でも触れたように、今回の調査は、あくまでも在宅医療に関する供給サイドについての調査であり、そこから将来の需給推計や目標値を導出することには無理がある。やはり、在宅医療の需要面について、きちんとしたニーズ調査を行い、需要と供給を突合した上で、適切な政策目標を設定する必要がある。既存の全国レベルの調査等を踏まえ、都道府県レベルでどのようなニーズ調査を実施することが考えられるのか、検討しておく必要がある。

2. 医療計画作成・管理マニュアルに関する課題

平成18年度の研究におけるマニュアル素案（第1次案）の提示に続いて、19年度においては、模擬医療計画（在宅医療部分）を策定する中で、素案の見直し（改善）を行っている（第4章）。これらは、模擬医療計画（在宅医療部分）の策定作業を通じて得られた知見を素案に反映させたものであり、医療計画策定現場における臨場感ある内容となっている反面、まだ素案全体の構造の中において十分吟味され、整理されたものとはなっていないきらいがある。20年度においては、19年度の成果も踏まえつつ、次のような視点からの検討を加えることによって、最終的なマニュアルの完成を図ることとしたい。

第一に、福岡県及び千葉県における医療計画策定の経験のみならず、全国の都道府県の医療計画を比較検討することを通じ、共通する課題を抽出し、マニュアルに反映させることである。これによって、マニュアルがより普遍化された内容を盛り込むことが可能となろう。その際、PDCAサイクルを回すという観点からは、医療計画作成マニュアルにおける計画策定（P）過程のみならず、医療計画管理マニュアルにおける施策の実施（D）、目標の達成度合等の評価（C）や計画の見直し（A）についても、少なくとも現時点（計画段階）における相互の整合性、設定された目標値の適切性、スケジュール管理のあり方等について検討する必要がある。

第二に、医療費適正化計画等、他計画との整合性について、特に地域ケア整備構想を媒介とした相互の関係を中心に、構造的に明確化することである。この点については、18年度の報告書においても言及したが、地域ケア整備構想の策定自体が当初想定されていたスケジュールより大幅に遅れているため、引き続き20年度の課題としたい。

第三に、マニュアル最終案の作成に当たっては、都道府県の担当部局と勉強会を開催すること等を通じて、より一層現場の政策ニーズに適合したものとする努力を

払うことである。素案及び素案の改定案の提示に留まっている 18、19 年度の研究においては、(県庁派遣の専門職大学院院生がマニュアル策定作業において中心的な役割を果たしてはいたものの) こうしたプロセスを経ることが必ずしも十分とはいえなかった面がある。20 年度においては、こうした現場との意見交換等を通じて、より使いやすい問題解決型のマニュアル最終案の策定を目指したい。

3. 医療政策担当人材育成プログラムに関する課題

平成 18 年度の報告書においても記したように、医療計画を医療政策のツールとして本当に実効性あるものとするためには、都道府県等における高度の専門性と創造性とを兼ね備えた人材の育成が急務である。こうした観点に立って、平成 19 年度においては、九州大学専門職大学院の 2 年次社会人学生 10 名(県庁派遣職員 2 名、医療関係団体職員 2 名、民間シンクタンク職員等 6 名)が中心となって、福岡県及び千葉県の模擬医療計画(在宅医療部分)を当初から構想し、必要な調査研究を計画・実施・分析し、これを踏まえて模擬医療計画を策定し、そのかなりの部分が実際の県の医療計画に採用されるというプロセスを経てきた。具体的には、1 年次における基礎的な医療政策等に関する学習を踏まえて、2 年次における主任研究者が主宰する 1 年間の「演習」による少人数個別指導を通じて、実践的な成果物としての模擬医療計画が取りまとめられた。こうした計画策定プロセスそのものが、人材育成の実践であると考えられる。また、平成 20 年 3 月に大学院を修了したこれらの学生は、職場復帰等の後も引き続き何らかの形で直接・間接に医療政策に関わっていく可能性が高く、医療政策分野における高度専門職業人としての活躍が期待される。

平成 20 年度においては、こうした 19 年度の経験を踏まえて、医療政策を担当する人材を育成するためのモデル・カリキュラム及びモデル・テキストを開発するとともに、これを実際に使用して、専門職大学院院生及び都道府県職員等に対する研修を実施することが課題である。さらに、その成果を踏まえて、モデル・カリキュラム及びモデル・テキストの改善を図るというフィード・バックも必要であろう。医療経営人材育成に関しては、すでに経済産業省のパイロット事業が一定の成果を挙げているが、医療政策分野についても同様の方向での展開が求められる。そして、これらが両々あいまって、初めてミクロ・マクロ両面における医療費の効率的、効果的な使用と日本における医療の outcome の改善が実現するものと思われる。

<参考資料>

1. 福岡県保健医療計画（在宅医療部分（案））
2. 福岡県在宅療養支援診療所調査票
3. 終末期医療ガイドブック
4. 千葉県保健医療計画（在宅医療部分（案））
5. 千葉県在宅療養支援診療所調査票

参考資料1. 福岡県保健医療計画（在宅医療部分（案））

福岡県で実際に医療計画部会に諮った資料
「在宅医療」部分を抜粋

平成 19 年度

第 4 回

福岡県医療審議会

医療計画部会

日 時 平成 20 年 1 月 21 日(月)15:30～

場 所 福岡県庁行政棟 特 1 会議

第3章 住民・患者の立場に立った医療提供体制の構築

第2節 在宅医療（終末期医療を含む）の推進

◆◆◆在宅医療◆◆◆

疾患があり定期的な通院が必要な状態であるにも関わらず、何らかの理由によって通院が困難である患者に、医師をはじめとする医療従事者が定期的な訪問（往診、訪問診療、訪問看護等）を行いながら、在宅で医療を行うことです。

診療報酬上はこれらの医療は入院・外来のうちの外来に区分されています。

【現状と課題】

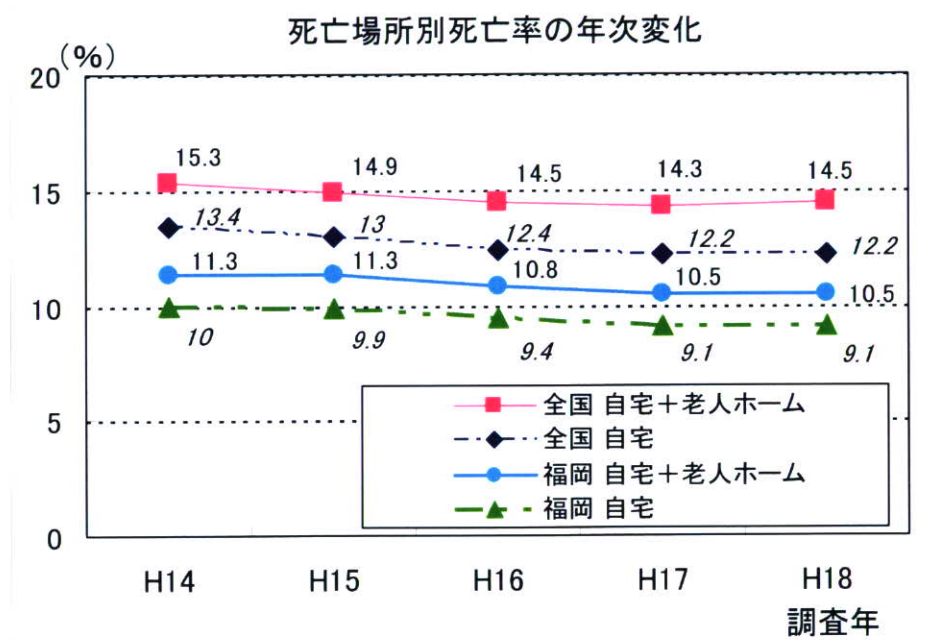
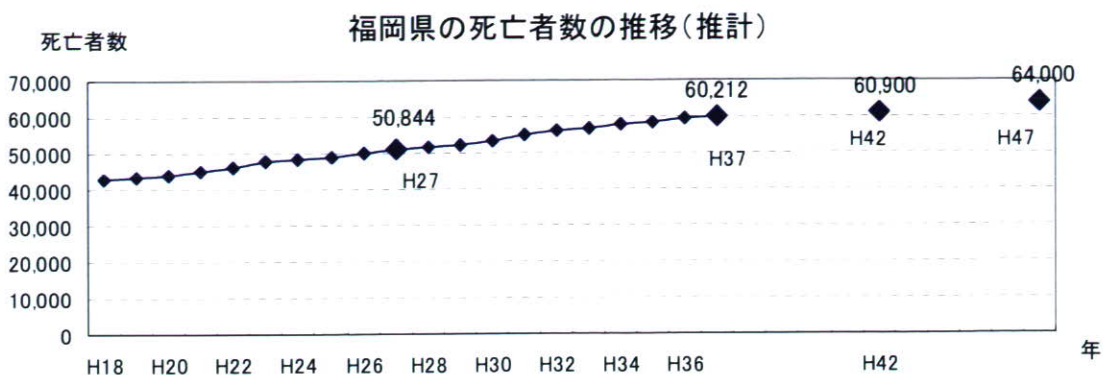
1 在宅医療をとりまく状況と推進の必要性

- 在宅で療養生活を送りたい、終末期を自宅で迎えたいと希望している者は6割（全国値）を超えています[注1]、実際に医療必要度の高い患者が在宅で療養を続け、かつ在宅で看取られるためには医療だけでなく介護などさまざまな課題があり、現在は大半が医療機関でなくなっています。
- 本県の死亡者を死亡場所別にみると、自宅における死亡割合は現在約1割[注2]となっています。これは全国平均値と比較すると、低位にあります。
- 人口構造の変化、とりわけ高齢者の増加に伴い、医療を要する者が増加（受療者の増加）するとともに、死亡者（看取りが必要な者）も増加することが確実です。
平成18年の福岡県の死亡者数は約4万3千人ですが、平成27年には5万人を超えると予測されます（国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口』H19.5、人口動態統計H18から推計）。
- 医療機関の外来診療を受けることができなくなっても、本人や家族が希望すれば住み慣れた場所で療養生活を継続し、できれば最期を迎えたいというニーズを実現するためには、自宅や居住系施設などの居宅においても訪問診療等の在宅医療サービスが提供され、また看取りまでも視野に入れた24時間連絡体制に支えられた医療提供体制を整備することが課題となっています。

注1：[終末期医療に関する調査報告書 平成16年（厚生労働省）]

注2：表1参照[人口動態調査 平成14年～18年（厚生労働省）]





〔在宅医療の提供体制の問題〕

- 本県における人口 10 万人当たり医療機関数、病床数、医師数は、全国でも大きく平均を大きく上回っており、医療資源としては本県は比較的豊富であるといえます。
- 県の医療機関のうち 2 割弱、898 か所が訪問診療等を行っていますが、今後の高齢者人口の伸びを考慮すると、在宅医療に関しては、必ずしも現在の提供体制が十分であるとは言えません。

2 在宅医療に関するサービスの提供状況

(1) 在宅医療の提供主体

- 診療所、病院をはじめ訪問看護ステーション等の医療・看護・介護サービスの提供に関連する多くの機関が在宅医療を支えています。

[各機関の役割]

- ◆ 医療機関：診療所、病院において、医師をはじめとした医療従事者が通院等の困難な患者を対象に往診や訪問診療を行います。また、患者の急変時には入院ベッドを提供し、若しくは他の医療機関への入院を円滑に促すこと等の役割が求められます。

| [表2] | 在宅訪問診療実施状況（施設数） | | | |
|------|-----------------|-------|--------|---------|
| | | 病院 | 診療所 | 計 |
| 全国 | 実施施設数 | 2,849 | 16,920 | 19,769 |
| | 全数 | 9,026 | 97,442 | 106,468 |
| | 実施割合 | 31.6% | 17.4% | 18.6% |
| 福岡県 | 実施施設数 | 127 | 771 | 898 |
| | 全数 | 478 | 4,374 | 4,852 |
| | 実施割合 | 26.6% | 17.6% | 18.5% |

[医療施設調査H17年（厚生労働省）]

- ◆ 訪問看護ステーション：訪問看護とは、専門的な知識と技術をもった看護師や保健師が在宅医と連絡をとりながら直接自宅を訪問し、身の回りの世話や医療処置等の看護サービスを提供する事を言います。訪問看護ステーションは、訪問看護を専門に行っている事業所です（医療機関も訪問看護を実施しています）。厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（平成17年10月）によると、県内には222か所が設置されています。末期がん、神経難病、人工呼吸器装着時等をはじめとして提供される医療保険適用サービス以外に、介護保険適用サービスとしての訪問看護も実施しています。
- ◆ 薬局：在宅医療の推進に伴い、訪問診療の受診後等において、在宅医療を受ける患者や家族が薬局に赴くことなく医薬品や医薬品情報の提供を受けられる制度（薬剤師による訪問調剤）が整備されました。また、在宅での緩和ケアに重要な医療用麻薬が必要となった場合、患者、家族以外のホームヘルパー等が医療用麻薬を受け取る事がなるなど、薬局、在宅医療を支える医療施設の1つとして改めて位置づけられました。
- ◆ 歯科診療所：在宅医療を受けている高齢者、難病や障害のある患者に対し、訪問により専門的口腔ケアや摂食嚥下障害に対する機能訓練等の歯科診療を行います。

(2) 在宅療養支援診療所の役割と設置状況

- 「在宅療養支援診療所」は、往診や訪問診療を実施する等の一定の要件の施設基準をもつ診療所で、その旨社会保険事務局に届け出を行った診療所のことです。平成18年4月から診療報酬上の制度として創設されました。
- 上述のとおり多くの医療機関が在宅医療を支えています（表2参照）、中でも在宅療養支援診療所は、関係機関との連携により、患者、家族の求めに応じて24時間体制で患者を支える役割が期待されています。