

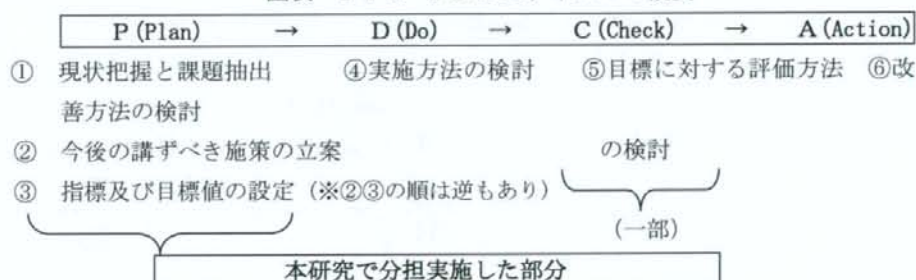
み物スペースを設けるもので英語ではBOXという)として医療計画への掲載を行った。また、計画策定者がこのような方法を用いることの意義(メリット)と活用法を検討した。なお今回は、終末期の在宅緩和ケアの患者等、計2事例を取り上げている。

4. 計画策定方法の検討

(1) PDCAサイクルにおける本研究の分担範囲

行政計画に関するPDCAサイクルの概要を示すと次のとおりとなるが、本研究では主にPlanの分野に携わり、循環する仕組みを視野に入れた策定内容を目指した。

図表 2-2-2 PDCAサイクルの概要



(2) 研究(計画策定)の手順

以下、計画策定の大まかな手順を示すと次のとおりである。計画策定の手順のうち、「3) 目標設定の考え方の整理」及び「4) 施策の整理」については、特に(3)、(4)において詳しく記述した。

1) 在宅医療に関する「あるべき姿」を想定し、目標の方向性を明らかにする

＝ あるべき姿・目指す姿＝
住民が本人や家族の希望により居宅等においても(ニーズにあった)医療を受けることができる状態。また、(結果として)看取りまで行われることが可能な状態。

1) -1 Structure-Process-Outcomeに基づく現状の整理((1)-①の一部)

- ・在宅医療分野において、その推進を図る上で必要となる現状把握に必要な視点を網羅的に洗い出すために、医療の質を評価する場合にも用いられる、ストラクチャー・プロセス・アウトカムの概念を用いて、把握すべき現状を整理した。

図表 2-2-3 現状把握の視点



- ・ I・II・IIIの項目は例示すると次のとおりである。

I S 【ストラクチャー】＝ 施設、人材

- ①在宅療養支援診療所の数 ②地域別配置状況(カバー率) ③活動医師数 ④詳細医療内容
⑤訪問看護ステーションの数・地域別配置状況・24時間対応数 等

II P 【プロセス】＝ 医療機関等の連携の状況、情報周知度等

- ①診診連携: 24時間体制の確保 ②病診連携: 患者情報の共有、後方支援ベッドの有無
③他の医療資源・介護関係施設との連携 ④情報周知(住民が医療機関を選択できる情報)
⑤費用周知(住民が利用を検討する際に必要な医療費等に関する情報) 等

III O 【アウトカム(アウトプット)】＝ 患者・家族の満足度、在宅療養者数、在宅療養希望者数 等

- ①在宅受療者数、在宅療養率(在宅医療の利用率) ②在宅看取り数 ③死亡者中の在宅医看取り率
④在宅死希望達成率、療養希望達成率 ⑤在宅療養費 等

1) -2 現状把握及び課題抽出 (図表 2-2-2①に対応)

- ・上記の現状評価の各項目について現状把握を行うとともに、その評価を行い、当面の課題を抽出し、目標設定へつなげる作業段階である。
- ・在宅医療の提供状況を把握するために、在宅療養支援診療所を対象にした全数調査を実施したが、その調査項目の設定は上記視点に基づいて行った。
- ・在宅療養支援診療所の配置状況、医師数、活動状況 (訪問診療の対象患者数、看取り数)、抱えている課題等を全体的に把握した。

2) 目標 (方向性) の設定とアプローチ方法の検討 (図表 2-2-2②の一部に対応)

- ・目指す姿の実現に向けたアプローチの方法を検討した。検討内容を図示すると資料 1 のとおりである。
- ・この検討内容を踏まえ、さらに調査内容を二次医療圏毎や 4 つの生活圏域毎 (福岡県において保健福祉部をはじめ多くの部局で利用している、二次医療圏より広いエリアを網羅した 4 つのブロック単位をいう) 等、目的にそって分析し、評価を行った。(資料 5 参照)

3) 目標設定の考え方の整理 (図表 2-2-2③・④の一部に対応)

- ・アウトプット指標 (評価指標) の設定と、当該指標に基づく中長期の需給推計を行うとともに、目標値の設定の考え方を整理した ((3) で詳細に記述)。

4) 施策の整理 (図表 2-2-2②・③・④の一部に対応)

- ・アウトプット指標で測定する目標値の実現に向けて実施すべき施策を、現状と課題に対応させて整理し、各施策の成果・進捗度がアウトプット指標に結びつくよう、施策の構造化を試みた ((4) 施策の立案 で詳細に記述)。

5) 個別施策の指標・目標値の設定及び最終目標値の設定 (図表 2-2-2④)

- ・最終目標を達成するために実施する各施策についてもそれぞれ指標及び目標を設定し、併せて目標値も施策の実現可能性を勘案しながら修正を行う (この部分については、本研究では実施していない)。

(3) 研究計画における目標設定の考え方

① 必要な情報の選定

- ・計画を策定する上で、まず現状の把握、評価を行い、それに基づき目標を設定することは、PDCAサイクルの確立において重要である。都道府県が各分野で独自に必要な調査を設計、実施することにより、最も実効性が高い指標の設定等が可能になると考えられる。しかしながら、限られた資源（マンパワー、事業費）の制約の下では、厚生労働省の統計調査結果等既存統計データを推計等に有効活用し、必要に応じて独自調査を行うこと、及びそれらの情報を活用して、定量的目標を定めることが必要であり、また併せて目標に対する進捗度、達成度等を把握し管理することが重要となる。
 - ・そのためには、一定の情報が必要となるが、計画策定の一連の作業に関連して入手、作成すべき情報について共通に求められる点として次の4点を挙げるができる。
 - 1) 比較的容易に入手でき、どの都道府県でも活用ができる情報を優先的に使うこと。
 - 2) 独自調査を行う場合もできるだけ調査対象を絞るとともに、回答者に負担をかけず、また調査結果を回答者や住民へ還元できるものであること。すなわち目的が明らかにされた上で行われる調査であること。
 - 3) 次期計画策定のために、少なくとも5年後に同様の調査を実施する等、評価の仕組みが担保されている情報であること。
 - 4) これらの情報を活用した結果、5年後若しくは10年～30年後といった中長期の視点から都道府県が当該政策課題に関して整備すべき目標が見えるものであること、若しくはその判断を行うための材料となり得るものであること。
- 本研究は、人口推計結果や患者調査等といった公的統計資料を用いるとともに、在宅療養支援診療所654か所を対象に実施した独自調査結果等を用いて、計画策定者（政策当局）が目標等を検討するに当たっての考え方の案を提供するものである。以下在宅医療に関して検討した事例を示す。

② アウトカム（アウトプット）指標の設定

- ・在宅医療を推進するに当たっては、まずストラクチャー指標として、在宅医療を担う中心となる医療機関、とりわけ在宅療養支援診療所の施設及び医師の量的・質的整備状況の把握が必要である。福岡県においては、医療機関数（在宅療養支援診療所数も同様）、病床数、医師数といった医療資源については、全国的にみても高順位にあるが、今後の急速な高齢化による需要の伸びを考慮し、将来的に必要となる量を見極めておく必要がある。そのためには、在宅医療を提供する医療機関の現在の活動量を正確に把握することが必要であり、整備（活動の支援等のソフト施策も含む）目標を定める必要がある。

- ・厳密にアウトカム指標といえる評価指標としては、本来「在宅療養における患者若しくは家族の満足度」や「在宅医療の（医学的）効果」が考えられるが、本研究では下記の二つの理由により、直接アウトカム指標ではなく、アウトプット実現量である【A】「在宅療養患者数」及び【B】「自宅等での看取り患者数」を評価指標に設定し、検討を進めた。

〔アウトカム指標の代理指標としてアウトプット実現量を評価指標とした理由〕

- 1) 患者の満足度や医学的効果といった評価指標を設定し、これに該当する数値を正確に把握することは現時点では困難であり、仮に限定された条件の下で数値の把握を試行したとしても、経年的な把握や他自治体との比較等の問題があり、評価方法の汎用性に乏しいと考えられること。
- 2) アウトカムをアウトプット実現量で代理することは、医療のどの分野においても当然に適用できるものではないが、在宅医療のようにニーズと供給量の間に大きなギャップが明らかに存在している場合には、当面、有効であると考えられること（供給の拡大が、満足度や効果の改善に直接つながると考えられること）。

- ・この評価指標の設定の考え方は、病気になって、定期的な通院が困難であっても、可能であれば住み慣れた自宅等で療養を継続したいと望む患者がその利益を享受することが在宅医療の目指すところであると考え、「療養を続けている状態」とその結果として「最期を迎える状態」の2つを設定したものである。
- ・さらに、本来把握すべきデータである【A】「在宅療養患者数」及び【B】「自宅等での看取り患者数」（ともに県内の医療機関によって実施される在宅医療に関する総数データ）を正確に把握することが困難であったため、「福岡県在宅療養支援診療所調査」によって得られる数値である「訪問診療対象者数」及び「自宅等での看取り患者数（以下、「在宅看取り数」と呼ぶ）」（ともに在宅療養支援診療所における提供量）を代理的に使用している。以後【A】【B】は、在宅療養支援診療所の「訪問診療対象者数」と「在宅看取り数」を指すこととする。
- ・現在把握が可能な情報の中で、この2つは在宅医療推進にあたっての重要な指標であり、以下のとおり目標値の設定を行った。目標値設定において想定しているアプローチは資料1のとおりである。

③ 需要・供給に関する推計に基づく目標値の設定

1) 需給推計の考え方の概要

- ・前述の【A】「在宅療養患者数（訪問診療対象者数）」及び【B】「自宅等での看取り患者数（在宅看取り数）」に関し、その目標値の設定について検討した。
- ・本研究においては、在宅療養支援診療所調査の結果から得られる、県内の在宅療養支援診療所が実施する在宅医療（ここでは医師が患者の自宅等において提供す

る訪問診療、看取りを想定)について、現在実現している需要量(=供給量)をベースに考え、

- ◇ 需要量としては、人口構造の変化を反映させた【A】「訪問診療対象者数」及び【B】「在宅看取り数」(ともに在宅療養支援診療所が実施する医療に限定している)の推計値
- ◇ 供給量としては、【A】【B】の潜在供給量や新規参入の診療所による提供量を考慮した推計値で、回答診療所が5年後に(必要な対策を講じたとして)対象患者を何人にしたいかと回答している数値を基にしているものを、一定の条件の下にそれぞれ試算した。

2) 推計結果から得られたこと

- ・関連研究1(1)による平成19年と平成24年(今期計画最終年度)の需給推計結果は、図表2-2-4,5のとおりである。

図表2-2-4 在宅療養支援診療所の訪問診療対象者数及び在宅看取り数の推計

<単位:人>			平成19年	平成24年	増加率
訪問診療対象者数	需要	(人口影響:受療率は固定)	8,452	10,234	21.1%
	供給	A (H19・H24の時点において潜在供給量を含む)	8,452	13,072	54.7%
		B (H24の時点において潜在供給量を含む)	11,446	13,072	14.2%
在宅看取り数	需要	(人口影響・自宅等死亡率はH18値10.5%に固定)	822	951	15.7%
	供給	(H24の時点において潜在供給量を含む)※	822	1,223	48.8%

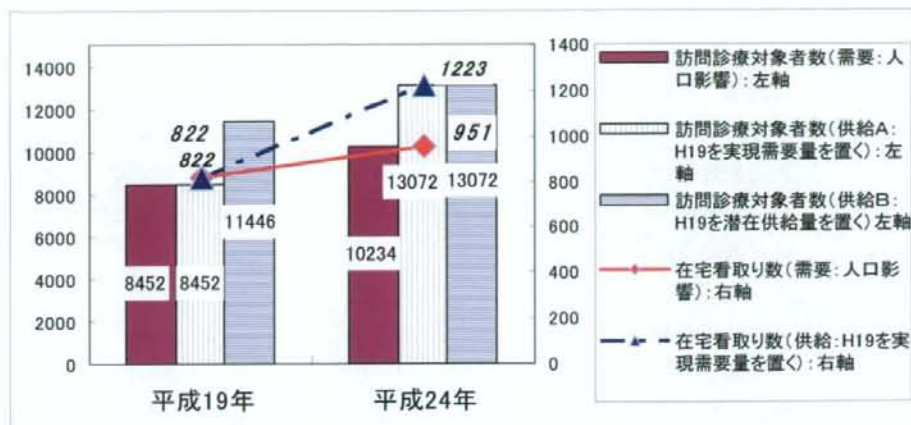
※供給推計において、新規参入診療所の供給量を訪問診療対象者数には上乗せしているのに対し、在宅看取り数においては上乗せしていない(開業後看取りを開始するまでには一定の期間が必要であるとの仮定から)。

- ・ここで、平成19年現在の訪問診療対象者数は8,452人、在宅看取り数は822人である。

需要推計における平成24年の10,234人、951人は人口構造の変化の影響のみを勘案した値である。供給推計については、平成24年における潜在供給量を置いており、それぞれ13,072人、1,223人である。

- ・供給推計Aは、平成19年に実現需要量である8,452人を置き、供給推計Bには、調査回答時点(平成19年)における潜在供給量11,446人を置いている。
- ・平成19年における潜在供給量は「福岡県在宅療養支援診療所調査」において回答診療所が「現在、訪問診療対象患者を何人増やせるか」という設問に対する回答した結果を反映させた数値(11,446人)を推計した。
- ・平成24年の潜在供給量は「5年後に増やしたい患者数は」という設問に対して回答した数値(訪問診療対象者数13,072人、在宅看取り数はこの伸び率を乗じた1,223人)により把握した。

図表 2-2-5 訪問診療対象者数と在宅看取り数の推移



- ・その結果は、現在のまま推移すると、5年後には明らかに需要量に対して供給量が不足するが、現在の在宅療養支援診療所が持っている余力を投じれば需要をカバーできる状態となる。また、潜在供給量を最大限顕在化させることができれば、平成32年度までの需要をカバーできるという試算になっている。
- ・人口構成の変化による需要増への対応は、あくまでも現状維持ということであり、政策目標としては、これが整備を進める上での最低ラインとなる。一方、供給面における障害や課題をすべて解決した結果として潜在供給能力を最大限活用できるとした場合の推計供給量を政策目標の上限とすることが考えられよう。このことを図式化して示すと次のとおりであり、政策当局は、この最低ラインと上限ラインの間で、講じる施策の実現可能性等を睨みながら、具体的目標値の設定を行うことが考えられる。

$$\boxed{5 \text{ 年後の需要 (実現需要) 量} < \text{目標値} < \text{供給推計量 (最大値)}}$$

- ・ここでは、推計死亡者数のうち自宅等（自宅・老人ホーム）における死亡者数（「在宅死亡者数」とする。）の割合は、平成18年患者調査統計の値である10.5%を固定して考えている。一方、計画策定者が、【B】から得られる【B'】「在宅死亡者数の割合」（「在宅死亡率」と呼ぶ）を目標値として設定することも可能である。これは住民には分かりやすく評価指標としての適性があると考えられる。
- ・福岡県は、現在この自宅等死亡者の割合が低く、全国の都道府県でワースト2位である（全国44位：平成18年現在）。都道府県別に病床数と自宅等死の割合に一定の相関関係は認められるものの、福岡県の数値はそれよりさらに低いものとなっている。
- ・「福岡県在宅療養支援診療所調査」の結果に基づき、供給推計量を約5割増加させる試算において、これを在宅死亡率に反映させると、現在の10.5%に対し、5年

後の値は11.2%となる。このことから、この推計で設定した条件（全医療機関における在宅療養支援診療所の在宅医療の提供割合を固定）の下では、現在の全国平均（14.5%）の水準に追いつくことは、5年間という医療計画の目標期間内では困難であり、平成24年度以降の長期的な目標とする必要があるといえる。

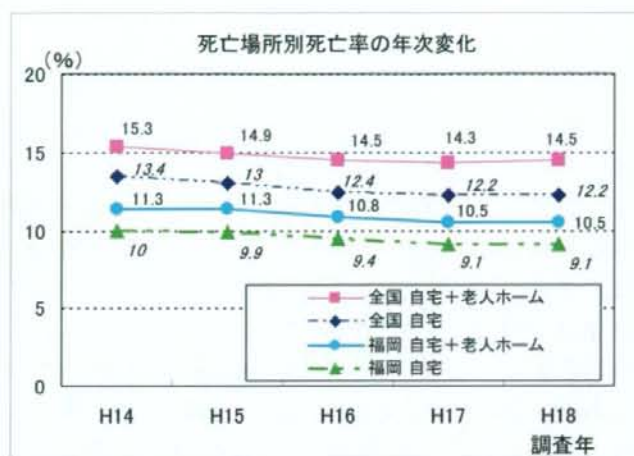
- ・さらに、この推計は在宅療養支援診療所当たり看取り数の訪問診療対象者数に占める割合を一定にしているが、この割合を増加させるための支援、すなわち各診療所が看取りを実現できるための支援を実施することが、在宅死亡率を上げるために有効であると考えられる。

3) 考察（まとめ）

- ・この節では、目標設定の考え方の一例として、訪問診療対象患者の需給推計値を基に、在宅療養支援診療所が今後5年間で供給量を増やすとした場合の整備目標を設定するための検討材料を提供した。
- ・アウトカムに代わる評価指標として、アウトプット実現量である【A】「在宅療養患者数」及び【B】「自宅等での看取り患者数」を設定した。
- ・計画策定者が計画の管理を行う上での指標は、【A】に対応した「訪問診療対象者数」を設定するとしても、本来目標値は誰がみても分かりやすいものであることが望ましく、また福岡県の抱えている課題に鑑みても【B】「自宅等での看取り患者数」又は②【B'】「在宅死亡率」を併せて設定することが適当であると思われる。

<参考：福岡県の死亡者数と死亡場所別死亡率の変化>





福岡県の都道府県別順位	H14	H15	H16	H17	H18
自宅	45	44	45	45	44
自宅+老人ホーム	46	46	46	46	46

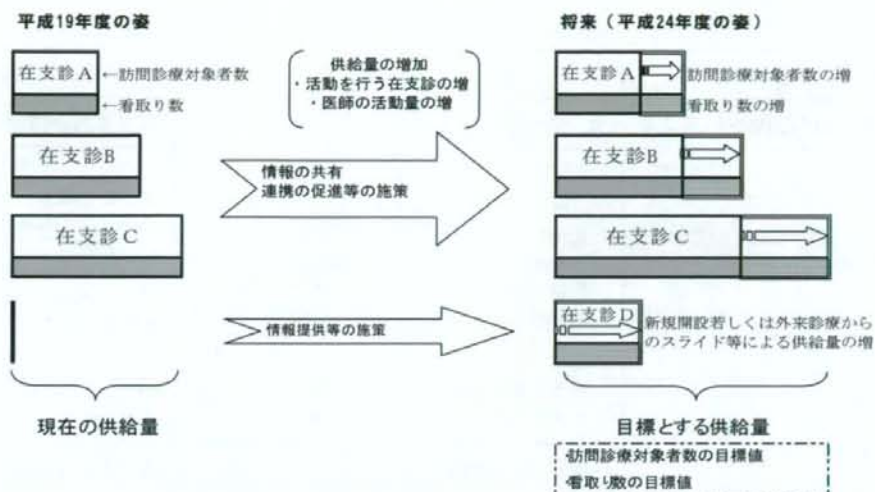
(4) 施策の立案

① 施策の方向性

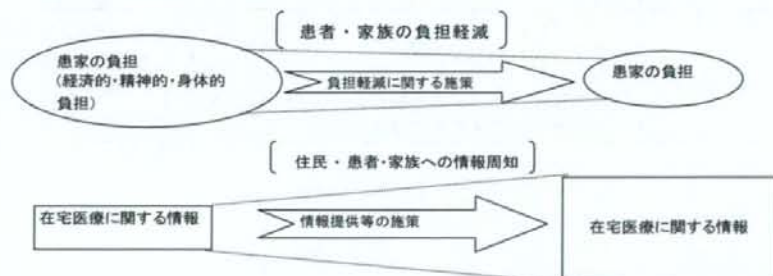
- ・(3)の考え方にに基づき、目指すべき供給目標量の範囲を定めた後、その目標の実現に向け、供給量を増やすための諸施策を講じる必要がある。(3)では訪問診療対象者数の増加に応じて看取り数が増加するであろうという仮定のもとに推計している。そのイメージは下記[供給者へのアプローチ]に示すとおりである。
- ・ここで供給量とは、在宅療養支援診療所における【A】訪問診療対象者数と【B】看取り数を指している。下記に示しているように、供給量の増加とは、「医師の活動総量の増加」のことであり、さらにこれを分解すると、「活動を行う在宅療養支援診療所数の増加」と「個々の在宅療養支援診療所の医師の活動量の増加」になると考えられる（もっとも、施設系の訪問量を増やす等、提供効率が上がれば活動量は増加するが、ここでは効率性を固定して考えている）。
- ・アウトプット量の増加を目指して、アプローチの方向性を大きく「供給者側を対象にしたもの」と、「需要者側（県民）を対象にしたもの」に分ける等、施策を構造的に整理した。なお、需要者を対象にした施策を検討するに当たっては、在宅療養支援診療所調査において提供者が回答している課題を参考に検討した。
- ・在宅医療は、今回の医療法改正によって医療計画に記載すべき項目として位置づけられており、政策としては新しい分野であるといえる。また在宅療養支援診療所という診療報酬上の制度も開始後間もないことから、提供主体である在宅療養支援診療所のみならず、関係諸機関は在宅医療に関する情報を十分共有できていないと考えられる。従って、供給者側への情報の提供や情報を共有する仕組みの導入が必要ではないかという観点から施策を検討した。
- ・また、同様に需要者側への情報の提供を考える一方で、在宅療養支援診療所調査結果で最も回答数の多かった「患者の経済的負担の軽減」に対応し、患者・家族への金銭等の直接的支援のみならず機会費用を軽減するための方策を考えた。
- ・都道府県の医療計画、とりわけ在宅医療の推進における役割を考えた場合、関係者や住民から求められ、かつ行政にしかできないこと（行政が行うことが最も適していること）が「必要な情報の提供」、「情報を共有化させること」であり、また「関係者の協議を促すこと」であると考えられる。
- ・なお、中長期的にみて持続可能な施策であり、多くの都道府県で実現可能な施策を中心に列挙している。

図表 2-2-6 施策の立案に関する考え方

「供給者側へのアプローチ」



[需要者側（住民・患者・家族）へのアプローチ]



注：表中で在宅療養支援診療所の略称として「在支診」という用語を使っている。以下、本項及び関連研究においても同様。

② 施策の立案のための検討

- ・ 施策については、都道府県で経年的に実施しているものであれば、通常前年度事業の見直し及び必要に応じて新規事業の追加を行うといった作業の中で組み立てていくのが通常である。
- ・ 本研究では、福岡県が実施してきた事業や新規に検討している事業の内容も考慮し、実行できる可能性の高い施策について、一定の実施主体（都道府県以外も含む）を想定し、具体的なアイデアを示すとともに、一方で条件が整えば、将来的には実施する意義が高いと考えられる施策も併せて整理した。
- ・ また、都道府県の果たすべき役割を念頭に、実施主体として都道府県が直接実施したほうがよい施策であるのか、供給者や関係団体等が実施するための後押しや

支援を行うほうがよいものであるのかを整理して列挙している。

- ・以上の視点から、「現状に対応した課題」、「施策」、「施策の評価指標」の検討状況を次のとおり整理した。

図表 2-2-7 施策の立案のための検討（供給側）

現状に対応した課題	施 策（案）	施策の評価指標（活動指標）	目 標 訪問診療対象者数・看取り数の増加 活動量の増加・ニーズへの対応
◆（主に）供給側へのアプローチ ～活動量を増やすプラス要因の存在・阻害要因の排除～			
<u>〔ストラクチャーへの働きかけ〕</u> ◇医療の提供者特に在支診 ◇地域の医師（病院込）、医師会 ・整備目標に関する情報の欠如（総量・地域別）	・高齢化等の要因による需要推計値を示し、県の整備目標を提示。情報を共有し、意識を喚起する ・二次医療圏毎の資源、活動量の偏在にみる各課題を圏域毎の協議において抽出、検討 ・〔提供者側の参加する協議の場の設定・連絡網（ネットワーク）の構築〕	・在支診の数 ・圏域ごとの協議の場の数、参加者数 ・ネットワークの参加者数 ・提供者側の整備目標に関する周知度	
◇県内外広く ◇大学、医師会、地域医師 ・在宅医療に関わる医師の不足	・県の医療対策協議会で県内の医療従事者不足の課題と併せて協議、対策を図る ・ドクターバンクの活用による在宅医募集等の呼びかけを実施	・在支診の医師数（常勤・非常勤） ・ドクターバンク登録者数 ・研修会参加者数	
◇地域医療機関、看護師 ・在宅医療に関わる看護師の不足	・訪問看護師の養成に係る研修の実施	・研修会参加者数	
◇医療の提供者特に在支診 ・提供可能な医療内容の不足	・ニーズに対応できていない（不足している）医療内容の調査の実施 ・当該情報の提供者側への周知 ・当該医療内容に関する研修会の実施（経験豊富な地域の在宅医を派遣する等）	・調査結果の経年変化 ・習熟度（人数）を管理し研修効果を測定 ・研修会の回数、参加者	
<u>〔プロセスへの働きかけ〕</u> ◇医療の提供者特に在支診 ◇地域の医師（病院も含む）、医師会 ・医療機関間の連携の不足	<u>〔たての連携〕</u> ・連携の実態（紹介・逆紹介）を特定の地域で、病院と在支診について調査を実施 ・紹介を促すネットワークを地域毎に設立 <u>〔よこの連携〕</u> ・24時間体制の確保等の目的での各在支診の情報（連携の要請に関する情報を含む）の共有	・連携率を測定、管理 ・在宅療養支援診療所調査による連携不足に関する回答数の推移 ・ネットワークの設立している地域、ネットワーク数、参加医療機関数 ・登録情報数	
◇医療提供者、訪問看護ステーション、介護関係施設等 ・訪問看護ステーション、介護関係施設との連携の不足	・訪問看護ステーションの活動内容（特に24時間連絡体制の有無、対応可能な医療内容）の在支診への情報提供 ・当該情報のステーション間での共有 ・当該情報の登録制度の創設	・登録制度事業への登録件数 ・在支診の関係機関に関する情報の保有率、周知度	
<u>〔アウトカムへの直接の働きかけ〕</u> ◇医療提供者及び訪問看護ステーション ・看取り経験の不足	・医師、看護師を対象にした看取りに関する（エンゼルケア等の）研修・訪問対象患者数を増やすための支援策（訪問に必要な機器等の貸与、共有の仕組みの支援）	・看取りを実施した機関数 ・研修会の回数、参加者数 ・事業効果による訪問患者数の増加	

注：表中の「現状に対応した課題」に◇で示している内容は、主に働きかける対象

図表 2-2-8 施策の立案のための検討（需要側）

現状に対応した課題	施策（案）	施策の評価指標（活動指標）	
◆（主に）需要者側（一般県民を含む）へのアプローチ ～情報の存在・受療できる環境の整備～			
<u>「プロセスへの働きかけ＝情報」</u> ◇患者・家族 在宅医療に関する情報の不足 （在支診の場所、対応可能な医療内容、在宅医療の費用、相談窓口に関する情報）	～在宅医療を利用したい者（顕在化需要）への対応＋潜在需要の顕在化～ ・医療計画及び医療機能情報提供制度による情報提供（在宅療養支援診療所調査で収集した情報等の集約化）	・情報提供量 ・情報受領量、アクセス数 ・情報の周知度（測定が必要） ・在宅医療のニーズ（ <i>〃</i> ）	情報 の 提供
◇県・保健所 ◇市町村、医師会、医療機関 在宅医療に関する相談機能の不足	・県に相談窓口を設置（本庁＋4 基幹保健所） ・関係団体にも相談窓口の設置を促し、情報誌の配備や相談内容を的確につなぐ役割を依頼	・相談提供内容、相談件数 ・県以外の相談機能をもつ窓口の数、相談件数（在支診の受療者の紹介元情報の調査も活用）	
◇一般住民 ◇教育委員会、企業 在宅医療に関する一般住民の意識の不足	～在宅医療を支える将来的な力（意識）を促す、将来の需要の喚起～ ・一般住民用普及啓発（広報誌、パンフレット） ・学校教育等への紹介、講座の開催	・県民意識調査にみる認識度 ・普及啓発の実施件数、講座の実施件数等	
<u>「プロセスへの働きかけ＝患者・家族への負担軽減」</u> ◇患者・家族	・負担内容の需要側への調査の実施（経済的・精神的・身体的負担）	・負担内容に応じた回答件数（推移をみる）	患者・家族の負担軽減
◇患者・家族 ◇保険者（市町村）、ボランティア関係団体等 ◇医療の提供者特に在支診 ①経済的負担の存在（機会費用の面からの支援含む） ②精神的・身体的負担の存在	・在宅医療に必要な機器の貸与 ・福祉（介護）サービスの支援 ・各種制度や有料サービスの紹介 ・在宅ボランティアによる支援の実施、登録制度の創設 ・患者急変時や最期の対応への不安の軽減に関する助言能力の向上のための研修の実施（医師、看護師、介護サービス関係者） ・安心体制の確立のための関係者のネットワークづくり及び利用者の参加 ・家族へのレスパイトケアとして、訪問看護等（介護）のサービスの1日単位の利用 ・患者の短期入院、入所の支援	・支援対象者数 ・ボランティア登録者数 ・ボランティア派遣件数 ・研修会の実施件数、参加者数 ・ネットワーク数、関係者数 ・サービスの利用件数	

注：表中の「現状に対応した課題」に◇で示している内容は、主に働きかける対象

(5) 計画に掲載する事例の作成

計画を策定するに当たって、住民等に読まれる計画であること、すなわち読み手が内容に興味を持ち、理解しやすいものとするための工夫のひとつとして、コラム欄（「医療BOX」）を設け、具体的な事例の紹介を試みた（資料2参照）。事例紹介という手法については、次のような検討を行った。

① 医療計画で事例紹介を行う目的・メリット

事例紹介という手法が有する一般的なメリットとしては、次のような点が考えられる。

- 1) 計画に記載している現状及び課題若しくは施策の内容について、具体的なイメージを読み手がもちやすくなる。
 - ア 計画策定の前提として実施した医療機能調査等の結果（最頻値等）を利用から、典型的な事例を示す。
 - イ 政策的な意図をもって特定の課題を示す。
- 2) 計画に記載するキーワードを説明するための注釈としての性格をもたせられる。
- 3) 特定の疾患等について患者の病態に応じて必要となる医療サービスごとの供給量等の指標を設定し、現状を示すとともに、将来の数量的整備目標も含んだ具体的な「シナリオ」を提示できる。

この中で、本計画においては、1)と2)に主眼を置いて作成した。なお、3)はいわゆる「ライフコースアプローチ」と呼ばれる手法で、事例紹介というスタイルは類似しており、ともに住民・患者の視点を重視し、読まれる計画を目指しているところは共通であるが、本計画では、指標や目標の設定を事例に直接関連させていないところが、ライフコースアプローチとは異なる点である。

また、がん・脳卒中等、病態の変化が政策上大きな意味を有する疾患等については、ライフコースアプローチによる計画策定が有効であると考えられるが、在宅医療という、現段階では潜在的な需要（及び供給）に働きかけることが主眼である分野においては、読み手にイメージを喚起させることを第一に考え、このような選択を行った。

② 本計画における事例紹介の狙いと作成方法

- 1) 事例（患者像）の設定においては資料3（症例紹介における患者像の考え方）のとおり整理し、選択した。両事例とも、在宅医療を受けながら、（入院施設でなく）自宅で生活が継続できること等、住民への啓発的側面を入れている。

〔事例1〕：高齢者で、慢性疾患を抱えている患者で、ADL・疾患・訪問回数等に関する状態像として比較的多い型を想定。疾患としては、「福岡県在宅療養支援診療所調査」において、高血圧に次いで多い疾患である「脳梗塞」に設定。通院が不可能であるが、医療の必要度としては入院医療までは必要ではないといえる状態。インタビュー等の情報から介護保険サービスを併用する患者が多いことを踏まえ、両サービスをうまく併用して生活が成り立っている状況を示すことも意図した。

〔事例2〕：在宅緩和ケア（特に終末期）を推進するという明確な目的の下に、在宅で管理が可能な患者像を選定した。緩和ケアを在宅で継続するためには患者の強い意思（希望）が大前提であることから、家族との時間を大切にしたい患者であることを明記し、家で看取りが行われたことまで言及した（64歳以下の介護保険第2号被保険者に設定し、末期がんであるため介護保険サービスが活用できるという制度も示した）。

2) 掲載内容に関する情報の収集

在宅療養支援診療所の医師へのインタビュー、訪問看護師の症例検討資料、遺族へのインタビュー、遺族へのグリーフケアの中から得られた情報も活用。

③ 事例の作成における留意点

事例の作成上、留意すべき点は以下のとおりである。なお、本計画に掲載している事例も、これらの点を踏まえて作成している。

- 1) 専門家（在宅医療に携わる医療従事者、医療・介護の行政担当者、法律関係職の者等）及び一般住民（家族介護者）の監修が必要であること。
- 2) 特に事例を掲載する場合は、個人情報の管理に留意し、固有の名称等は削除すること。
- 3) 政策的意図を持って架空の事例を作成する場合（本研究で提示している2例もこれに当たる）は、医学的には必ずしも一般的ではないような事例となっていることも想定して、創作例であることの断り書きを入れることも検討が必要。
- 4) 作成する事例は、単に医療計画に掲載するのみならず、計画内容の実現のために実施する施策への活用も併せて検討することが望まれる。具体的には、一般住民若しくは患者の家族用を対象にした啓発冊子を作成する場合に、その配布対象や目的に合わせ、事例の内容を調整の上転載する等の活用策も考えられる。

5. 計画策定上の課題

(1) 策定プロセスにおいて導かれた課題

① 現状把握における課題

在宅療養支援診療所以外の医療機関による在宅医療提供の実態については、今回調査を実施しておらず、把握できていない。従って、在宅医療に関するすべての医療機関によるサービス提供量（全提供量）が不明であり、今回調査している在宅療養支援診療所による提供量が、全提供量のうちどのくらいの割合を占めているのかもわからない。

仮に県内の全医療機関に今回と同様の調査を実施すれば、相当の費用と労力を要し、医療機関の側にも負担がかかる。今後、平成23年度におけるレセプト完全オンライン化の実現を踏まえたレセプト・データを活用した現状把握等の方法の検討や、他調査（県の調査のみならず医師会の調査等も含む）と併せての実施、実施手段の検討を行う必要がある。

② 評価指標の設定における課題

アウトプット実現量として設定した【A】「在宅療養患者数」及び【B】「自宅等での看取り患者数」の評価については、本来は、需要面から在宅医療に対するニーズ（潜在ニーズを含む）量が把握される必要があるが、本研究でも、潜在ニーズは供給量を大幅に上回っているという前提に立っており、正確なニーズ推計は行っていない。

現在参照できる潜在ニーズに関するデータは、全国ベースの「終末期医療に関する調査等検討会」報告書(2004)の調査結果のみであり、今後地域における在宅医療を推進するためには、少なくとも療養場所及び最期における死亡場所の希望について、県民の意識調査等を実施することによって把握しておく必要がある。なお、調査においては、単なる本人の希望のみでなく、家族の立場に立った希望をとることも必要である。

さらに、このような調査は、他自治体との比較が行えるよう、複数都道府県と協議の上（九州各県の健康福祉部局の協議会や知事会等を活用して）一斉に実施する等の工夫も求められよう。

③ 目標値の設定と施策の立案に関する課題

医療計画の目標値を需給推計等の手法によって設定し、その目標値を実現するために、具体的な施策をどのように、どのくらい実施し、施策ごとにどれくらいの効果を想定しているのかについての政策当局の見積もりは重要である（逆に施策によって見込まれる効果の積み上げによって目標値を算出することもあり得るが、ここでは目標値を先に設定する場合を想定している。）。補助金を支出して施

設・設備の整備を行う場合等を除いては、都道府県において個々の施策の定量的効果を見込むことはあまり行われておらず、費用便益計算の実施等は今後の課題であるといえる。

今後、在宅医療の分野において、実施 (Do) や評価 (Check) の研究が進められ、政策担当者が実施する施策の効果をより客観的に判断できる材料が蓄積されることが望まれる。

④ 目標設定の見直しの必要性

医療計画の実施期間である5年間というタイム・スパンは、在宅医療に関する提供体制の変化を見る上では短いとも考えられる。しかし、特に在宅医療は医療計画上新規の分野であり、既存の情報がほとんどないこと、目標値は限られた情報を基に初めて設定したこと、原則2年に1度実施される診療報酬の改定が提供者側に大きな影響を及ぼす可能性があること等の理由により、5年の間には、計画策定時に想定した目標に対して、実績値が相当想定からかけ離れてしまうこともあり得る。

目標値については、毎年度進捗管理を行う上で必要な修正を行うか、少なくとも中間年、すなわち計画策定から3年目である平成22年度には中間評価を行い、必要に応じて見直しを行う必要があると思われる。

なお、見直しに当たっては、目標値の設定と併せて施策の再検討 (再構築) も行う必要がある。

(2) 在宅療養支援診療所調査から導かれた課題

① 調査結果から考えられる課題

県内の在宅療養支援診療所の活動促進策を検討するに当たっては、全診療所を対象に一律に実施できる施策も多く、当面はこの部分を重点的に実施することが現実的である。しかしながら、全体の活動量をさらに底上げするためには、各診療所の活動実態 (1)) や地域ごとの活動の特徴 (2)) に着目し、施策を展開する上ではそれらの実態に対応してきめ細かく実施することも求められる。

1) 在宅療養支援診療所の活動実態に応じた対応

福岡県における訪問診療の対象患者数は、診療所1か所・1か月当たり平均12.9人であるが、中央値は5人と、平均値を大きく下回る一方で、対象患者が20人以上の診療所も約2割 (18%) を占める等、その活動実態にはばらつきがみられた。

全国保険医団体連合会による先行実態調査 (平成18年3月) では、全国値として、対象患者は平均17人、対象患者4人以下の診療所が36% (「福岡県在宅療養支援診療所調査」では約半数) となっていた。これと比較すると、福岡県は

全国的にみると、(診療所数は多いものの)活動量が比較的少ないという傾向がうかがえる。

また、提供者側が課題ととらえている要因を診療所の活動量別に見ると、どの層でも、「患者の経済的負担の軽減」が最多であったが、2番目に多かった項目は、対象患者0人の診療所では「緊急時の入院体制(後方支援ベッド)の確保」(対象患者20人以上では、6番目)であり、対象患者20人以上の診療所では「看護師の確保」(対象患者0人では、4番目)と違いがみられる。これらの結果を踏まえて、活動があまり活発でない診療所に対しては、病診連携(関連研究2-4-2で詳細に検討)のための支援(病院との協議の場の設定等)を行う等の方策を検討することが有効であろう。

2) 二次医療圏ごとの対応

二次医療圏によって、在宅療養支援診療所の活動量のばらつきや課題の差がみられた。圏域内の65歳以上人口1万人対比を計算すると、訪問診療の対象患者数は福岡・糸島医療圏119.5人(最多)から田川医療圏19.8人(最少)まで大きな差がある。同じく看取り数(1年間)でも甘木・朝倉28.8人(最多)から直方・鞍手1.5人(最少)まで差がみられた(詳細は別添「福岡県保健医療計画」4枚目参照)。

また、請求実績のある医療内容をみても、疼痛管理を行う在宅療養支援診療所がない二次医療圏が3箇所あり(八女・筑後、直方・鞍手、田川)、地域偏在を解消する方策が求められる(本章第4節 関連研究5参照)。

「今後の課題」としては、ほぼすべての二次医療圏(直方・鞍手、田川を除く11医療圏)で「患者の経済的負担の軽減」が最多であったが、2番目に多い課題を見ると、例えば福岡・糸島及び久留米医療圏では、「看護師の確保」(北九州医療圏では4番目)であり、北九州医療圏で2番目に多い課題は「緊急時の入院体制(後方支援ベッド)の確保」(福岡・糸島医療圏では5番目、久留米医療圏では7番目)であった。

このように医療圏によって活動実態や課題の違いがみられるため、実際の施策の展開に当たっては、二次医療圏ごとにきめ細かく対応していくことが求められる。

② 調査方法・内容に関する課題

1) 継続した調査が必要

医療計画において、本研究のように在宅療養支援診療所調査の結果を目標値の設定に使用している場合は、今年度の実績に対応した計画終了年度のデータが必要である。従って少なくとも5年後に同様の調査を実施する必要があり、これは評価を行う上でも不可欠である。計画期間内においても可能な範囲で進捗状況

を確認する必要があるため、簡易な調査を実施する等、実態把握に努める必要がある。

2) 調査内容の適宜見直しが必要

後述のとおり、今回実施したような調査は単なる現状分析のみならず、情報提供のツールとしても、また、関連した分析にも用いることができる。調査結果は、医療計画を多面的に検討する際の重要な基礎データとなり得る。

なお、「(1) 4) 目標設定の見直しの必要性」でも言及したように、適宜調査内容の見直しを行うことが必要である。また、調査項目の中に、県が実施している施策に対する意見や参加状況等を尋ねることもPDCAサイクルのCheckを行う際の一つの方法になるであろう。

(3) 関連研究から導かれた課題（本章第4節）

① 関連研究1 (1) 「在宅医療の中長期の需給推計に関する検討」から

- ・本研究においては、潜在供給量については、調査に回答した在宅療養支援診療所の平均値を用いて試算した。したがって、その潜在供給量を顕在化させるための施策についても、回答に応じた在宅療養支援診療所の平均的な課題について、実施するものとした。
- ・しかしながら、在宅療養支援診療所を現在の機能や供給量に基づいて適切に類型化し、その類型ごとに個別の施策を検討し、実施していくことが、実施効果や実現確率を高めることにつながると考えられる。こうした分類については、関連研究において検討している。

② 関連研究1 (2) 「T町における在宅医療需要の把握方法に関する検討」から

- ・関連研究1 (2) においては、在宅医療需要量（在宅医療利用者数）を推計するために、「国保のレセプト・データ」を活用した推計を試みた。計画策定者が需要・供給量に係る現状値を把握し、目標値の設定を行うとともに、経年的に取り扱うことが可能である情報の一つとして、レセプト・データは貴重な情報源となる。
- ・計画策定に関する本研究においても、在宅療養支援診療所等の施設単位で把握できる提供量ではなく、請求情報によって把握できる県全体の提供量（国保のみではあるが）をレセプト・データによって把握することも検討した。その結果、現在は、磁気化されている請求情報が限られている等の理由で、情報としては存在していても、都道府県の計画担当者が直ちに活用することが難しい状況にあることがわかった。しかし、レセプト・データについては、平成23年度までにオンライン請求が原則化されることとなっており、それ以後は、各都道府県の在宅医療利用者に関する属性別の利用量や実施場所等について、圧倒的に効率的な手法で膨大なデータを把握することが可能となる。

- ・そのため、活用し得るレセプト・データの項目を整理し、必要に応じて都道府県と医療保険者（特に国民健康保険団体連合会）が協議等を行い、円滑な情報の活用が開始できるよう検討する必要があると考える。
- ・なお、在宅医療に関しては、医療保険の情報に併せて、患者属性として「介護保険給付実績」で把握されている情報を併せて活用することは、現状分析や施策を検討する上でも可能性の幅が広がるものと思われる。

③ 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」から

- ・プロセス指標の1つとして挙げた「病診連携等の状況」を測定するための指標として、「福岡県在宅療養支援診療所調査」のデータを用いて実施した、在宅療養支援診療所の患者紹介元・医療依存度・ADL状態による類型を活用することが考えられる。二次医療圏等を単位に類型別の連携状況を把握し、連携活動の弱いルートについて課題を明らかにした上で、医療計画の目標値として類型別の在宅療養支援診療所数を設定することが考えられる。
- ・一方、医療機関等の連携（患者紹介）が効果的に実施されるためには、連携を促し、支援する行政等の取り組みが求められる。そのための方策の一案として、関連研究より得られた手法を用いて実証的に紹介元の状況を把握し、その資料を地域の中で関係機関と共有化すること、さらに連携強化や新たな連携関係を作るための活動につなげることが求められる。

④ 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」から

- ・サービス提供者の経営的なインセンティブを考慮した現状分析及び施策の立案は、これまでの医療計画行政の分野ではみられなかった視点である。
- ・今回は、各経営モデルの機能の把握という方法によって、これを試みた。まず、在宅療養支援診療所を5つに分類し、各分類へシフトしていく際の経営上の意思決定における損益分岐点を示した。また、5つに分類した診療所がどのような連携を行い、重症患者や看取り患者についてどの程度機能しているかについて考察した。
- ・在宅療養支援診療所数については、特に福岡県は、その数よりも提供量を増やすことが課題であり、また内容的には24時間体制や重症患者への対応という点が今後は強く求められる。在宅医療を行っている診療所がその提供量別にどのように現在機能していて、提供量を増やすために必要な外来診療から在宅医療へのシフトのためには収支面でどれくらい経済的インセンティブが必要であるかという視点での把握ができれば、政策判断にも資するものと考ええる。
- ・さらに、この種の研究から、将来的には、外来診療と在宅医療の相対的な診療報酬評価を変動させることによる政策的誘導も政策選択肢としてあり得るのではな