

いかと考えられる。

- ・医療法人においては、決算期ごとに、各都道府県へ決算書を提出する必要がある。これらの情報は現在、法人の公益性のチェックという観点からのみ利用されると言われる。この情報をデータベース化すれば、各医療機関がどれだけの収益を上げており、またどのような財政状況にあるかを把握でき、二次医療圏毎の法人の収支状況及び財政状況の把握も可能となる。
- ・これらのデータは、都道府県が補助金・助成金の支出等の政策誘導の手段を検討する場合においても、有効であると考えられる。

⑤ 関連研究5「在宅終末期医療に関する研究」から

- ・関連研究5においては、在宅医療の中でも終末期医療についての情報提供として「患者の家族用のガイドブック」の作成を試みており、本研究においては、この成果を患者の家族への情報提供というアプローチを行うための手段として施策に位置づけた。
- ・平成20年度から一部実施される都道府県の情報提供制度（医療機関の指定項目について情報を収集し、インターネット等で公表するという制度）は、医療の提供者側からの情報であるが、これは比較的収集が容易であるとともに、客観性が担保される項目として重要な情報である。
- ・一方で関連研究5の視点である需要者側の視点も必要である。需要者にとってどのような情報が必要かを把握することは、特に都道府県ではあまり行われていない。情報の種類を特定し、地域の実情に応じた情報の収集を行うために、地域で在宅医療に尽力している医師等の意見を聞くとともに需要者のニーズを探ることは、今後必要な視点である。
- ・ガイドブックの作成を都道府県独自で行うか、NPO団体等の情報を活用するか等の選択肢はあるものの、都道府県が在宅医療部分野で今後重点的に実施していくことが求められている「情報提供」機能を果たすためには、対象を明確にした情報誌は有効であると考えられる。
- ・今後の課題としては、在宅医療サービスを利用している患者・家族を対象にした調査等（今回は情報を直接とることができなかった）を実施することにより、作成したガイドブックの内容を改善、更新していくことが考えられる。
- ・また、今回は終末期の患者の家族を想定したガイドブックを作成したが、在宅医療の推進という目標に向け情報提供を行うに当たって、どの対象に重点をおき、どのような情報提供が必要であるかを検討する中で、関連研究5における検討内容を活用できるものとする。例えば、慢性疾患を抱える高齢者、認知症を有する患者、難病を抱える患者、ある（特定の）医療行為を必要とする患者といった、対象そのものへの照準の当て方を工夫することが考えられる。
- ・情報提供に関する施策を検討する中では、目的に応じてこのような手法も取り入

れて推進する必要がある。

- ・情報提供という観点から、本研究では今回実施していないが、在宅医療に関連した民間団体の活動状況の紹介も有益である。
- ・独居単身者（特に高齢者）の増加に対応して、需要者と共通の連帯感を持つ地域の支援機能の強化も重要となってくるであろう。このようなコミュニティづくりは、これまで都道府県が主体的には関与してこなかった分野ではあるものの、市町村レベル、あるいは診療所単位の小規模な集団レベルでの患者・家族の支援体制づくりを実施している民間団体の活動状況を都道府県が把握し、またそれらの仕組みを活用した在宅ボランティアの登録、養成を支援することで、家族の負担軽減に貢献することも期待される。こうした施策を検討する際、都道府県の情報提供に関して担うことのできる役割には、多様な可能性があるものと思われる。

## 6. 福岡県保健医療計画〔案〕(成果)

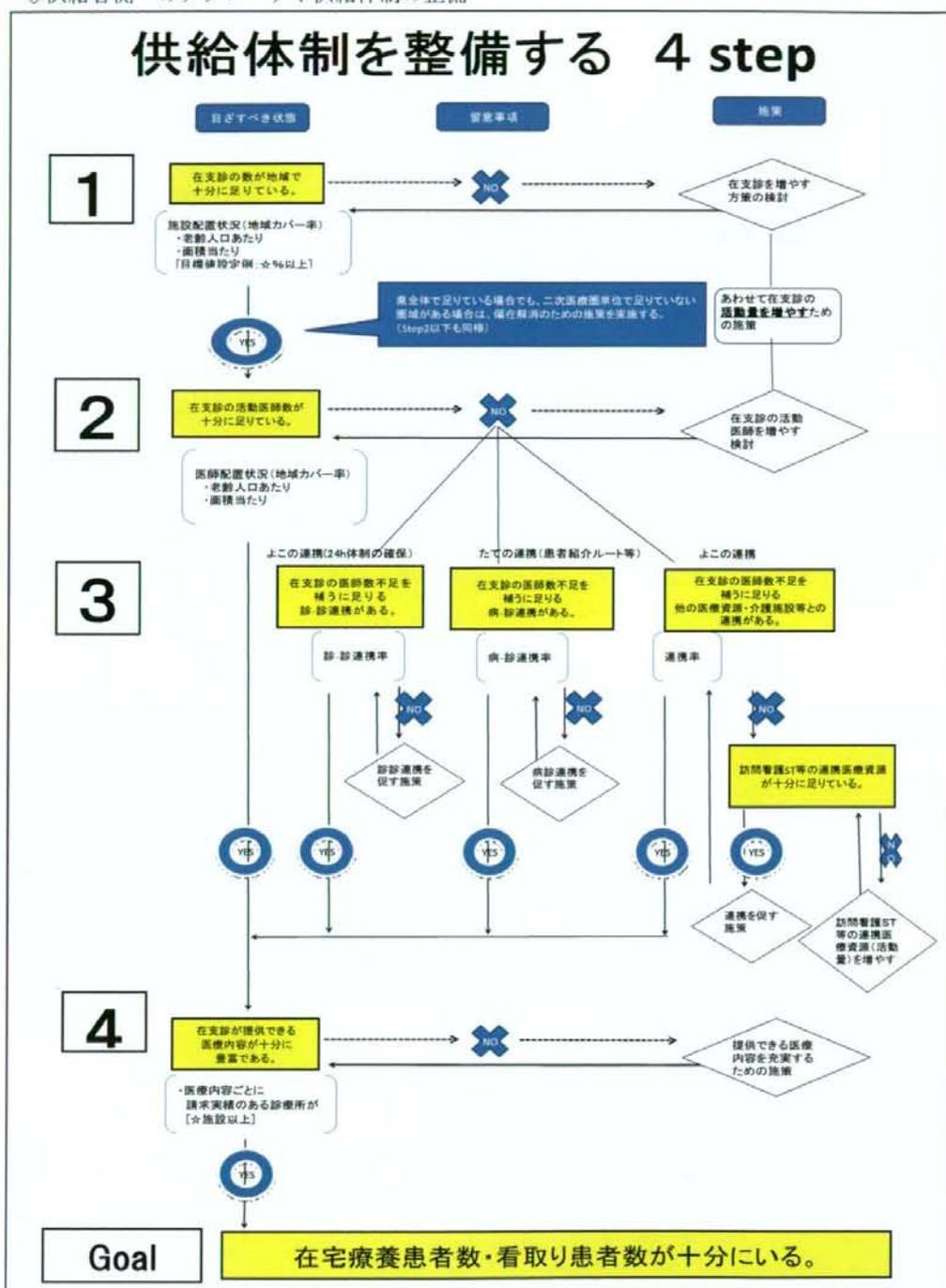
### (1) 第5次福岡県保健医療計画の全体構成と在宅医療分野の位置づけ

今回、在宅医療は、第3章第2節に位置付けられた。他の都道府県では、第3章3節の5事業の後、若しくは第4節に置いているところが多い(資料4参照)。

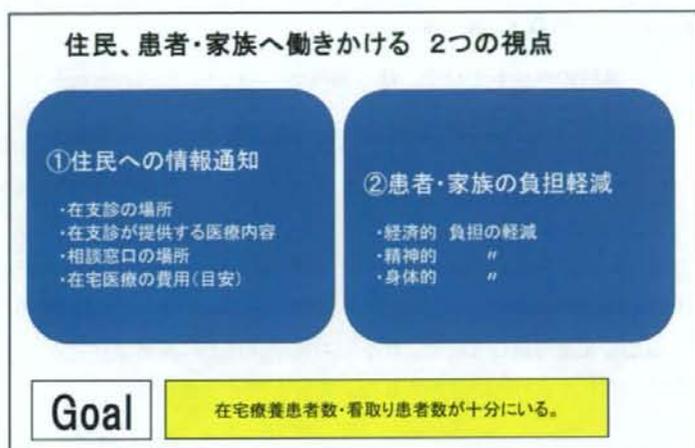
### (2) 福岡県保健医療計画〔案〕

福岡県医療審議会(平成20年1月21日)に提出した案を参考資料1に掲載した。

◇供給者側へのアプローチ：供給体制の整備



◇一般住民、患者・家族へのアプローチ：情報提供と負担軽減策



■□■ 医療BOX ■□■



病院のベッドでなく、住み慣れた  
我が家で療養を続けたい

72歳の男性Aさんは妻と独身の息子と同居。2004年5月に脳梗塞で入院、治療やリハビリテーションを受けその秋に退院。失語や右半身マヒの後遺症がみられ、介護保険の要介護度は4。訪問リハビリテーションや訪問看護を受けながら自宅で生活を続けていた。月2回の理学療法士の指導により、自宅に設置した廊下の手すりにつかまりながら杖を使った歩行練習をしばらく行った。

しかし、2006年10月、急に歩行状態が悪くなったことから今後自宅での生活を継続するためにはどうしたらよいかを医師やケアマネジャーに相談。集中的に入院してリハビリテーションを行うことが有効であるとの医師の診断があり、ケアマネジャーの調整により病院に3か月間入院し訓練を受けた結果、自宅での生活に戻ることができるまでに歩行状態が回復した。

もともと高脂血症の既往歴もあったため、その後、医療保険による月2回の在宅医による訪問診療を開始（介護保険による通所リハビリテーションを週1回、訪問リハビリテーションを週2回併用）。

介護が長期にわたったせいか、妻は時々介護疲労がみられるようになった。ケアマネジャーの助言により、体調を崩した時や疲れのたまった時にはショートステイを活用することとし、現在も妻は介護が継続できている。近所に事業所が新設されたことを契機に通所リハビリや訪問看護ステーションを変えたこともあったが、在宅医やケアマネジャー等の関係者の調整により、円滑にサービスを継続できている。一時は家族と施設へ入所した方がよいのではないかと話していた時期もあったが、現在はADLの低下もなく、在宅医の定期的な訪問診療と在宅の介護サービスを受けながら自宅での生活を続けている。

<用語説明>

**訪問看護**：看護師等が訪問して、健康状態の観察と助言や日常生活の介助（入浴、食事、排泄の介助や指導、リハビリテーション、ターミナルケア等の援助）を行う。必要に応じて医療保険又は介護保険で対応する。  
**ケアマネジャー（介護支援専門員）**：介護保険のケアプランを作成、事業者との連絡や調整、給付管理を行う。要介護者や家族に対する相談者の役割も果たす。

**訪問診療**：定期的な通院が困難な場合に在宅医が定期的に自宅等に訪問して行う診療。

**通所リハビリテーション**：介護保険のサービスで、通所リハビリ施設で行うリハビリ。食事や入浴等のサービスも提供される。

**ADL (Activities of Daily Living)**：日常生活活動のことで、食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本行動を指す。自立/一部介助/全介助のいずれであるかを評価することで生活自立度を表現する。

<事例2 がんで終末期にある患者の症例>

■ □ ■ 医療BOX ■ □ ■

痛みをコントロールしながら、大事な時間を自宅で自分らしくすごしたい



60代前半の女性Bさん。夫、長男夫婦、孫の6人家族。2006年3月胃がんのため胃の全部を摘出する手術を受け1か月後に退院。その後、骨への転移が見つかり通院が困難になったが、入院せずに残された時間を家族に囲まれ、長年の趣味により栽培し続けてきた花々を見ながら過ごしたいと希望し、自宅で訪問診療と訪問看護による在宅緩和ケアを受けながら療養しようと決めた。夫は定年退職しており、昼間も家にいた。

がんのターミナル期に入る状態と診断された際、すぐに要介護申請の手続きを行っていたので、6月には要介護1の認定を受け、ケアマネジャーのケアプランで、福祉用具のレンタルと手すりの設置、生活援助を中心とした訪問介護等の介護サービスを受けることができた。

また、週1回訪問診療を行う在宅療養支援診療所の医師と、週3回訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師及びホームヘルパーの連携がよく、調整もスムーズで、QOL（生活の質）が極端に落ちることもなく過ごすことができた。

痛みで苦しい時は、夜中に医師に往診を依頼し、疼痛のコントロールを行ったこともあった。残り数日と思われる時期には、医師は頻回に訪問し、訪問看護師はほぼ毎日訪問。このことは家族にとってとても心強かった。

Bさんが息を引き取る日は、家族は家において、Bさんとの最後のお別れができた。何より住み慣れた家で最期を迎えたいというBさんの望みがかなえられたことに、家族は悲しみの中にも穏やかに満足にも似た安らぎを得た。

<用語説明>

○在宅療養支援診療所:24時間体制で訪問診療や往診を実施する診療所(診療報酬上の制度)。

○訪問看護ステーション:訪問看護を専門に行う事業所。24時間連絡体制をとっているところも多い。

○ホームヘルパー:家庭を訪問し、生活援助(掃除、洗濯、買い物、調理等)と身体介護(食事、排泄、入浴等の介助)を行う訪問介護員。

○疼痛コントロール:WHO(世界保健機関)が提唱した医療用麻薬を用いた痛みを取る方法でWHO方式と呼ばれている。痛みの程度に応じて3段階に薬を使い分ける。

## 事例紹介における患者像の考え方

## ◇整理の考え方

- 1 事例を医療計画(その他行政系情報誌)に掲載する場合に、目的に応じて患者像をつくるに当たって、患者の状態を選択しやすいよう整理したもの。
- 2 患者像を想定するに当たって、I 調査項目で分類可能である要素とII それ以外に分けた。
- 3 Iについては、回答数の多いものから順に列挙(但し、医師の訪問頻度は最頻値、平均、多数回数の代表(がんを想定)と分類。
- 4 その他(参考情報)
  - \* 訪問する診療所の病床の主たる診療科・有無・訪問エリアは除いた。
  - \* 訪問看護の有無は、回答機関419か所については7割が実施(不明を分母から除く)。

分類の項目		1	2	3	4	5	6	凡例
I 調査項目によって分類可能な項目	a 紹介元	直接来院	居宅系サービス事業所	病院入院	診療所外来	施設系サービス事業所	病院外来	背景 淡いグレー 慢性期患者  背景 濃いグレー がん(分類項目が前者と同じ場合は淡いグレーを採用)
	b 在宅医療を受ける場所	自宅	施設					
	c 主な疾患名(複数)	高血圧	脳梗塞	認知症(アルツハイマー型)	認知症(アルツハイマー以外)	虚血性心疾患	がん	
	d 医療区分	1	2	3				
	e ADL区分	1	2	3				
	f 医師の訪問頻度(月回数)	2	3.5	5				
	g 訪問看護の利用の有無	あり	なし					
II 上記以外で設定において想定できる項目	h 性別	男性	女性					
	i 年齢	65歳未満	65～74	74～				
	j 家族状況(家族介護度)	配偶者以外も高い	中程度	高齢の配偶者のみで低い				
	k 在宅医療に入る前の療養場所	病院等	なし		3年以上			
	l 在宅療養期間	3月未満	3～6月	6月～3年				
	m 症例の締め	療養増悪期	療養安定期	死亡				
	n 療養の満足度	高い	高くない(不便等多く困難)					
	o 医師・看護師以外の関係者(登場)	ホームヘルパー	ボランティア	その他	なし			

## ◇医療計画で取り入れたい点

- 1 啓発・政策的PR:一般県民用であり、在宅医療を利用することに関するイメージを喚起させ、理解を促す啓発的な素材としてまとまっていること。
  - ・ 具体例)訪問診療を担当する診療所(医師)のみでなく、他の機関との連携によって支えられていること。例えば紹介元や訪問看護など。在宅医療を受けながら生活していることのメリットを享受していること。(生活の満足度:入院と比して)
- 2 用語説明:簡単な事例で、専門用語は極力使わず、知っておくべき基礎的用語(計画本文や調査項目に出てくるものなど)は意図的にとりあげ、用語説明を付す。

## 福岡県保健医療計画 目次及び記載内容 (19.1.21福岡県案)

目次	記載内容(項目)
<b>第1章 医療計画に関する基本的事項</b>	
第1～4節 医療計画作成の趣旨等	○18年度の医療計画制度の見直しによる計画の内容 など
<b>第2章 福岡県の保健医療提供体制の基本的な状況</b>	
第1節 保健医療の現状	○福岡県の地理、人口、出生、死亡の状況 ○受療率、在院日数 ○病院、診療所、薬局の施設数 など
第2節 医療関係職種の人材の確保と資質の向上	
1 医師 ～ 11 介護サービス従事者	○医師・歯科医師・薬剤師・看護職員の救の推移 ○医師確保の取組み(産科医師確保対策、女性医師支援対策、医療対策協議会での検討) など
第3節 保健医療圏の設定と基準病床数	○保健医療圏の設定 ○基準病床数と既存病床数
<b>第3章 住民・患者の立場に立った医療提供体制の構築</b>	
第1節 医療機関の機能分化・連携の促進	○プライマリ・ケアの充実とかかりつけ医 など
第2節 在宅医療(終末期医療を含む)の推進	○在宅医療の推進 など
第3節 事業ごとの医療連携体制の構築について	
1～4 がん・脳卒中・急性心臓病・糖尿病(→4疾病)	○現状と課題 ○医療連携(図、表による機能分類、説明) ○目標設定 ○今後の方向性
5～10 救急医療・災害医療・へき地医療 周産期医療・小児医療(小児救急) (→5事業)	
第4節 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項	
1 精神保健医療対策 2 結核・感染症対策 3 臓器移植対策 4 難治性疾患対策 5 歯科保健医療対策 6 血液確保対策 7 医薬関係	○精神科医療に係る各医療提供施設の役割 ○精神科救急医療 ○うつ病 ○認知症等精神疾患及び高次脳機能障害対策 ○自殺対策 ○感染症対策 ○エイズ対策 ○肝炎対策 ○特定疾患治療研究事業 など
第5節 医療安全への取り組み	○事故防止対策 ○福岡県医療相談支援センターの概要
第6節 情報システムの整備充実	○ふくおか医療情報ネット、救急医療情報システム ○4疾病に関する医療機能の情報提供について
<b>第4章 医療計画の推進と評価</b>	
	○医療計画の周知と情報公開 ○計画の推進体制と役割 ○評価と検討
<b>第5章 保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組</b>	
第1節 保健・医療・介護(福祉)の連携	
1 健康づくり運動の推進 2 高齢者保健福祉対策 3 障害者保健福祉対策 4 母子保健福祉対策	○健康づくり、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム) ○高齢者保健福祉計画(第4次)の基づく各種施策
第2節 保健所の機能強化	○保健所の役割
第3節 健康危機管理対策の推進	
1 健康危機管理体制 2 医薬品等の安全対策	○健康危機管理対策の整備 ○健康食品に関する知識の普及啓発 ○医薬品等の安全確保の推進
<b>第6章 二次保健医療圏別の保健医療の現状と課題</b>	

## 現状把握に活用した在宅療養支援診療所に関する資料

以下の資料は、在宅療養支援診療所調査によって得られたデータを、二次医療圏ごと等に分析したもので、一部（上段の表）は福岡県保健医療計画掲載用に提供した。

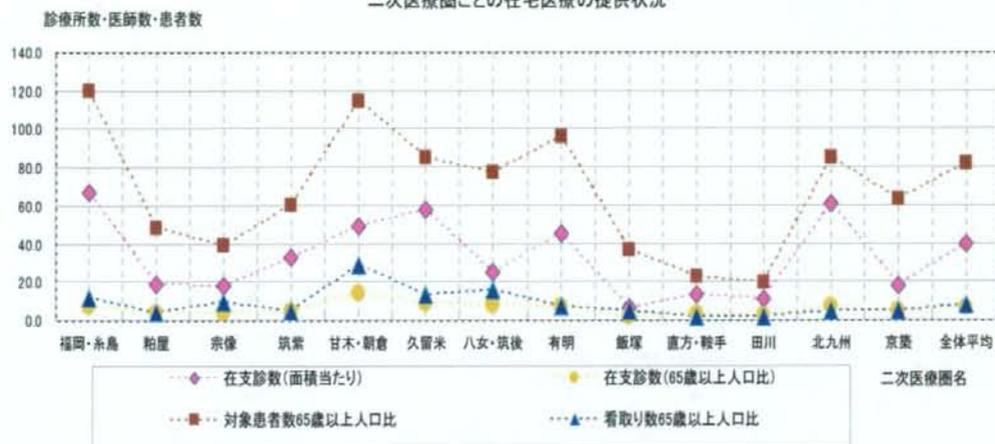
## 【1 二次医療圏ごとにみた在宅医療の提供状況】

二次医療圏	在宅療養支援診療所の数		医師数 (常勤換算)	訪問診療の対象患者		看取り数12月	
	在宅療養支援診療所の数	面積当たりの 在支診数	圏域内65歳以上人口比 (*1万人)	対象患者数	圏域内65歳以上人口比 (*1万人)	患者数	圏域内65歳以上人口比 (*1万人)
福岡・糸島	174	66.9	10.5	2,876	119.5	276	11.5
粕屋	16	18.8	5.6	208	48.0	18	4.2
宗像	12	17.6	4.4	125	39.1	29	9.0
筑紫	29	33.0	8.0	387	59.5	29	4.5
甘木・朝倉	32	49.0	16.8	261	114.0	66	28.8
久留米	85	57.4	11.3	835	85.0	130	13.2
八女・筑後	26	24.6	8.4	268	76.7	54	15.5
有明	47	45.1	10.0	652	95.9	49	7.2
飯塚	7	6.1	1.5	173	36.3	21	4.4
直方・鞍手	10	13.2	4.2	69	22.3	5	1.5
田川	10	10.8	3.1	76	19.8	7	1.9
北九州	183	61.1	9.0	2,258	85.1	121	4.6
京築	23	18.0	6.1	292	63.0	22	4.8
計	654	40.0	8.6	8,452	81.8	824	8.0

※回答数493のデータを二次医療圏ごとに全数654に拡充して推計しています。

※使用した圏域面積は、土地利用現況(平成17年10月1日)における農用地・森林・原野・水面を除いた面積です。

二次医療圏ごとの在宅医療の提供状況



【2 4つの生活圏域別にみた在宅医療の提供状況】

- ・ 本章4. 計画策定方法の検討 (2) 2) の記述に関連して、13 医療圏を4つにまとめたエリアであり、福岡県健康福祉部をはじめとした多くの部局で利用している「4つの生活圏域」別に在宅医療の提供状況を参考に示す。
- ・ 提供体制を検討する上では二次医療圏ごとに行うこととなるが、施策の管理や行政組織の問題からより大きなエリア(ブロック)で検討する場合にはこのような把握も有効であろう。

<2次医療圏名>

◇北九州地区：北九州・京筑

◇福岡地区：福岡/糸島・粕屋・宗像・筑紫・甘木/朝倉

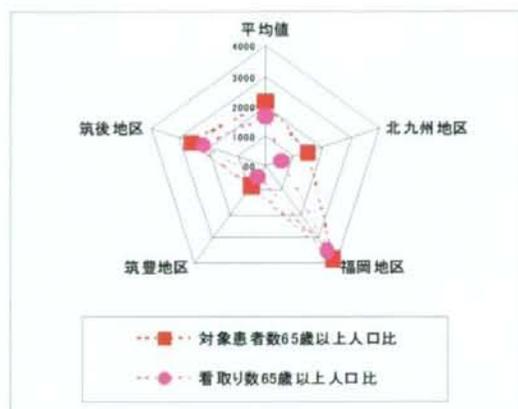
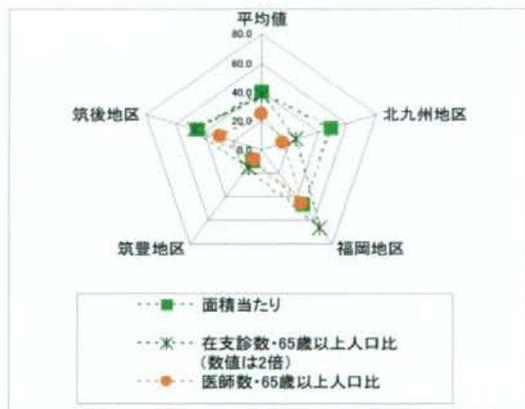
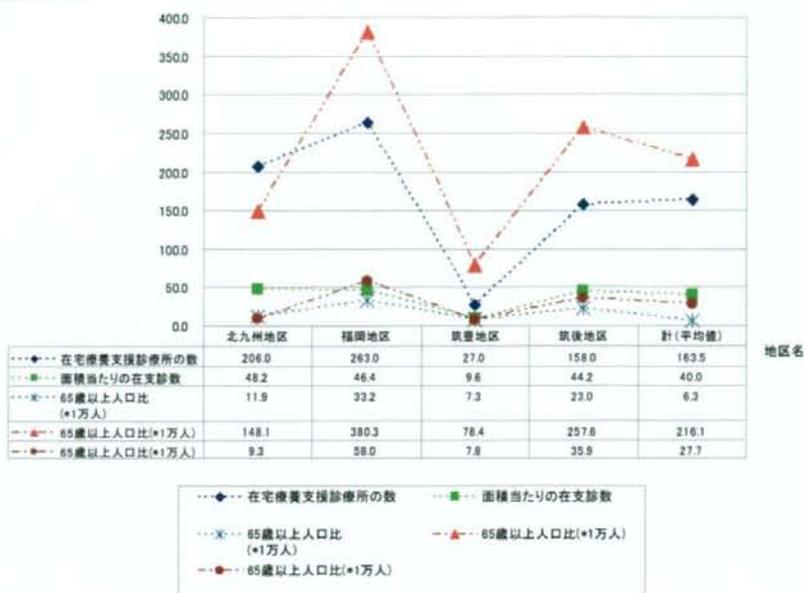
◇筑豊地区：飯塚・直方/鞍手・田川

◇筑後地区：久留米・八女/筑後・有明

4つの生活圏域	在宅療養支援診療所の数			医師数(常勤換算)		訪問診療の対象患者		看取り数12月	
	在宅療養支援診療所の数	面積当たりの在支診数	65歳以上人口比(+1万人)	医師数(人)	65歳以上人口比(+1万人)	対象患者数(人)	65歳以上人口比(+1万人)	患者数	65歳以上人口比(+1万人)
北九州地区	206.0	48.2	11.9	267.9	15.1	2550	148.1	143	9.3
福岡地区	263.0	46.4	33.2	381.0	45.2	3857	380.3	418	58.0
筑豊地区	27.0	9.6	7.3	31.7	8.8	317	78.4	33	7.8
筑後地区	158.0	44.2	23.0	207.7	29.6	1755	257.6	233	35.9
計(平均値)	163.5	40.0	6.3	222.1	24.7	2120	216.1	207	27.7

診療所数・医師数・患者数

### 生活圈域別にみた在宅医療の提供状況



### 【3 在宅療養支援診療所の配置状況をみるのに使用した面積】

- 医療資源の配置に関する現況を、分割した一定の地区ごとに把握しようとする場合、特に医師による訪問活動が行われる在宅療養支援診療所の活動をみようとする場合、いわゆる総面積には山林や河川等、住民が活動可能ではない面積が含まれているため、山林等を除いた面積で比較することが適当ではないかと考えた。本研究で使用した市町村の面積（ここでは有効面積と呼ぶ）は、福岡県が平成17年に実施した土地利用現況調査（全都道府県で実施されている 下図表）に関して使用目的別に公表されているデータを用いて、算出している。各市町村の総面積から農用地、山林、原野、河川、その他の面積を除いた面積（有効面積）を利用した。

福岡県

土地利用現況（平成17年10月1日）

（単位：k㎡）

地目	現在値	備考
農用地	901	
農地	899	耕地面積調査
田	698	
畑	201	
採草放牧地	2	世界農林業センサス
森林	2,229	
国有林	255	九州森林管理局資料
民有林	1,974	県水産林務部資料
原野	2	世界農林業センサス
水面・河川・水路	210	
水面	36	県農政部、水資源対策局資料
河川	125	九州地方整備局、県土木部、市町村資料
水路	49	県農政部資料
道路	298	
一般道路	265	県土木部資料
農道	19	県農政部資料
林道	14	九州地方整備局、県水産林務部資料
宅地	717	固定資産税概要調査
住宅地	433	固定資産税概要調査等
工業用地	60	工業統計調査
その他の宅地	224	宅地－住宅地－工業用地
その他	619	合計－上記の各地目面積
合計	4,976	全国都道府県市区町村別面積調べ
市街地	560	国勢調査

（注）備考欄には、資料名、現在値把握方法を記載する。

- 福岡県の市町村総面積と有効面積を二次医療圏及び4つの生活圏域別に示すと下記のとおり。
- 福岡県の例でみると、甘木・朝倉圏域及び八女・筑後圏域は農地・山林等が比較的多いこと、逆に福岡圏域や北九州圏域は農地・山林等が少ないことから、在宅療養支援診療所数等の医療資源の配置状況（面積当たりの在支診数・医師数等）をみる場合、総面積を使うか有効面積を使うかで、その配分に幾分かの差が出てくる。
- 医療提供体制を二次医療圏をはじめとした一定のエリアで比較しようとする場合、こ

のことは念頭において検討すべきと考える。とりわけ都市部と山間地域の土地利用状況における差が大きい都道府県においては、算出の価値があるであろう。

二次医療圏	市町村総面積	市町村面積 (農用地+山林 +原野+河川等 を除いた面積)
福岡・糸島	55,672	26,009
粕屋	20,672	8,503
宗像	17,236	6,814
筑紫	23,336	8,787
甘木・朝倉	36,584	6,528
久留米	46,776	14,800
八女・筑後	56,229	10,558
有明	26,357	10,412
飯塚	36,938	11,398
直方・鞍手	25,153	7,566
田川	36,365	9,275
北九州	59,674	29,974
京築	56,620	12,798
計	497,612	163,422

4つの 生活圏域	市町村総面積	市町村面積 (農用地+山林+原 野+河川等を除いた 面積)
北九州地区	116,294	42,772
福岡地区	153,500	56,641
筑豊地区	98,456	28,239
筑後地区	129,362	35,770
計	497,612	163,422

### 第3節 福岡県の在宅医療の現況把握

#### 1. 在宅療養支援診療所調査の概要

[対象] 福岡県内に所在する在宅療養支援診療所 (654 件 : 平成 19 年 3 月現在)

[期間] 平成 19 年 10 月送付

[回収率] 75% (493 件/654 件)

[結果の概要]

在宅医療の取り組み状況は診療所によって大きな差があり、積極的に取り組んでいるところ (対象患者 10 人以上) は 3 分の 1 程度である。特に約 7 割を占める医師 1 人体制の診療所は、在宅医療の取り組みが遅れていることが、うかがえる。また提供できる医療内容も診療所によって差がみられる。

しかし在宅医療の患者数を増やすことができると回答した診療所が 6 割あり、診療所が示す課題を検証し、解決することによって、在宅医療の一層の普及が期待される。上位に挙げられた課題「患者の経済的負担」「連携医療機関の確保」は、行政にできることに限界はあるものの、改善策を十分に検討しなければならない。

#### ■ 「在宅療養支援診療所の活動状況には、ばらつきがある」

- ・ 1 ヶ月間に訪問診療を実施した患者 (以下、対象患者) 数は、平均 12.9 人 (中央値 5 人)。約半数 (48%) の診療所が対象患者 4 人以下であり、3 分の 2 (66%) の診療所が対象患者 9 人以下。残り 3 分の 1 の診療所は対象患者が 10 人以上。
- ・ 対象患者の平均値は、医師 1 人体制の診療所 9.1 人に対して、医師複数体制の診療所が 18.9 人。診療所の構成としては、有床診 28%、無床診 72% (福岡県の診療所全体では有床診 19%、無床診 81%)。
- ・ 主たる診療科は内科が 3 分の 2。続いて外科、消化器科 (胃腸科)、整形外科の順。
- ・ 医師数は、常勤医師 1 人の診療所が 8 割。非常勤医師 0 人の診療所が 7 割。
- ・ 訪問可能エリアは、片道 5 km、20 分 (中央値)。
- ・ 往診料、重症加算 (いずれも 1 ヶ月間)、看取り数 (在宅療養支援診療所届出以降) は、中央値がいずれも 0 件 (半数以上の診療所が 0 件)。
- ・ 平成 18 年 4 月から 10 月までに請求実績がある医療内容は、回答のあった 493 診療所のうち、呼吸管理 204、排尿・排便管理 93、栄養管理 74、疼痛管理 64、リハビリテーション 34、透析管理 5 診療所。

■「最も多い在宅患者像は、軽症・高血圧・自宅・月2回の訪問診療」

- ・対象患者の医療区分は「1」が6割以上、ADL区分は「1」が半数以上。
- ・対象患者(6,371人)の傷病(複数回答)は多い順に、高血圧(2,759件;43%)、脳梗塞(1,373件;22%)、アルツハイマー病(1,049件;16%)、アルツハイマー病以外の認知症(1,035件;16%)。
- ・医療計画で取り上げられる主要な疾病(4疾病)についても患者数が多く、糖尿病(935件;15%)、虚血性心疾患(767件;12%)、がん(433件;7%)。
- ・対象患者の居所は6割が自宅(4割が自宅以外)であるが、対象患者がすべて自宅の診療所が6割、半数以上の患者が自宅という診療所を含めると8割以上。
- ・訪問診療は月2回が最も多く(2,897人)、週1回(1,956人)、月1回(578人)の順。
- ・訪問看護は「利用していない」が最も多く(3,987人)、利用している場合は週1回(597人)が多い。
- ・対象患者の紹介元は病院、直接来院、その他(診療所、介護保険事業所、行政等)が3分の1ずつ。病院では一般病棟からの紹介が最も多い。

■「過半の在宅療養支援診療所が在宅療養患者を増加させる意向がある」

- ・訪問診療患者数を増やすことが可能な診療所は6割、増やすことができない診療所は1割。
- ・5年後の訪問診療患者数(何人程度にしたいか)は、平均値22.4人。現状より10人程度多い。
- ・課題(複数回答)は、「患者の経済的負担」(215診療所)が最も多く、「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診療所)、「診療報酬の引き上げ」(149診療所)。

## 2. 調査結果（記述集計）

<問1>：診療所プロフィール（平成19年8月1日現在）

① 診療所名、医療機関コード ②電話番号、郵便番号、ホームページ  
⇒福岡県のホームページで情報提供予定

③ 病床の有無、病床数（一般、療養、うち介護療養）

・有床診 137件（28%） 無床診 356件（72%）

（有床診137件の内訳）

一般病床…平均値12床（19床38件、10～18床48件、10床未満51件）

療養病床…平均値4床（10床以上24件、1～9床46件、0床67件）

うち介護療養病床…平均値1床（10床以上1件、1～9床30件、0床106件）

④ 訪問看護ステーション併設の有無

・有 19件（4%）、無 474件（96%）

⑤ 主たる診療科

・内科 325件（66%） 外科 53件（11%）

消化器科（胃腸科）37件 整形外科 28件 循環器科 19件

麻酔科 7件 泌尿器科 6件 その他18件

⑥ 訪問可能エリア（距離、時間）

・距離…平均8km、中央値5km、最大値60km、最小値50m

・手段…自動車433件、自転車8件、徒歩12件、無回答40件

・所要時間…平均21分、中央値20分、最大値180分、最小値3分

⑦ 医師数・診療時間・患者数

・常勤医師数…1人399件（81%）、2人78件（16%）、3人5件（最大値）、

無回答11件

・非常勤医師（実数）…0人347件（70%）、1人72件（15%）、2人以上60件（12%）

・医師数（常勤+常勤換算）…平均1.3人、中央値1人、最大値9人、最小値1人

（一週間あたり）	平均	中央値	最大値	最小値
訪問診療 時間	5時間	2時間	77時間	0時間
訪問診療 患者数	10.8人	4人	300人	0人
外来 時間	41時間	41時間	187時間	0時間
外来 患者数	297人	255人	1,410人	0人

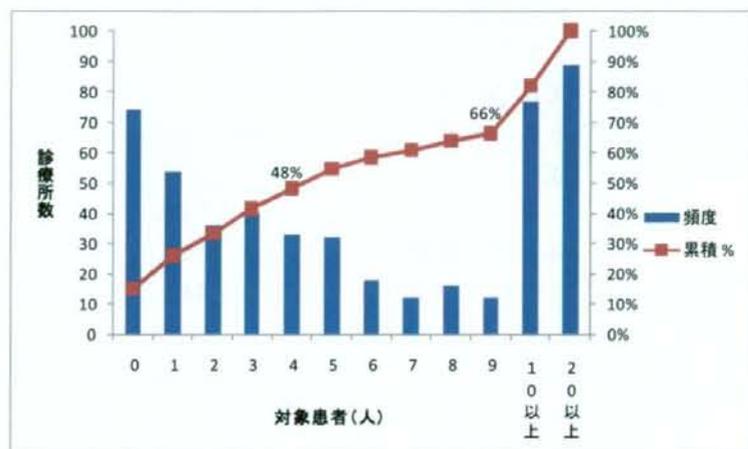
注：時間、患者数ともに複数医師が関与した場合は合計値

<問2>：患者（平成19年7月の1か月に訪問診療を行った患者）について

① 対象患者数

対象患者数	回答数
0人	74
1人	54
2人	36
3人	40
4人	33
5人	32
6人	18
7人	12
8人	16
9人	12
10人以上	77
20人以上	89

- ・平均12.9人、中央値5人、最大値300人
- ・有床診平均11.1人、無床診平均13.6人
- ・医師1人体制…平均9.1人、医師複数体制…平均18.9人



② 傷病名（複数回答）

（対象患者有り：419診療所）患者数合計6,371人

※太字は1診療所1件より多い傷病

内分泌／代謝／栄養系		o. <b>アルツハイマー病以外の認知症</b>	1,035件
a. <b>糖尿病</b>	935件	p. 多発性硬化症	21件
心臓／循環器系		q. パーキンソン病関連疾患	235件
b. <b>不整脈</b>	451件	r. パーキンソン病関連疾患、多発性硬化症を除く難病	114件
c. <b>うっ血性心不全</b>	685件	s. 四肢麻痺	129件
d. <b>高血圧</b>	2,759件	<b>t. 片側不全麻痺／片麻痺</b>	634件
e. <b>虚血性心疾患</b>	767件	u. 脊髄損傷	83件
筋骨格／関節系		呼吸器系	
f. <b>大腿骨頸部骨折</b>	301件	v. <b>喘息</b>	377件
g. <b>脊椎圧迫骨折</b>	319件	w. <b>肺気腫／慢性閉塞性肺疾患</b>	368件
h. <b>その他の骨折</b>	227件		
i. <b>関節リウマチ</b>	217件		

脳／神経系		尿路性器系	
j. アルツハイマー病 (アルツハイマー型認知症)	1,049 件	x. 腎不全	215 件
k. 失語症	140 件	新生物	
l. 脳性麻痺	84 件	y. がん (悪性腫瘍)	433 件
m. 脳梗塞	1,373 件	その他	
n. 脳出血	313 件	z. ( )	232 件

(その他 232 件の主な内訳) 未記入 84 件

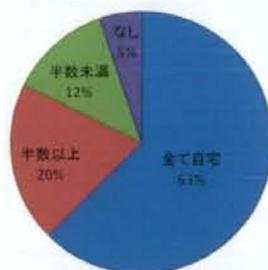
廃用症候群 12 件、老衰 11 件、肝炎 11 件、肺結核 8 件、肝硬変 8 件、  
大動脈瘤 8 件

### ③ 対象患者の居所

- ・ 自宅 3,705 人 (59%)、自宅以外 2,568 人 (41%)
- ・ 6 割以上の診療所が、対象患者はすべて自宅
- ・ 対象患者がすべて施設の診療所は 22 件 (5%)

(対象患者あり 419 診療所の自宅患者割合)

自宅患者割合	なし	半数未満	半数以上	すべて自宅
診療所数	22	52	82	261



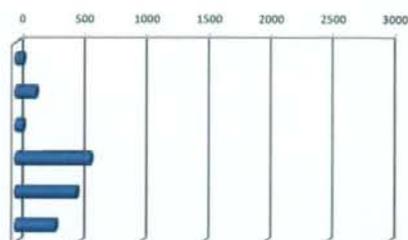
※無回答 2 件

### ④ 対象患者への訪問診療の実施状況 (対象患者あり 419 診療所)



⑤ 対象患者への訪問看護の実施状況 (対象患者あり 419 診療所)

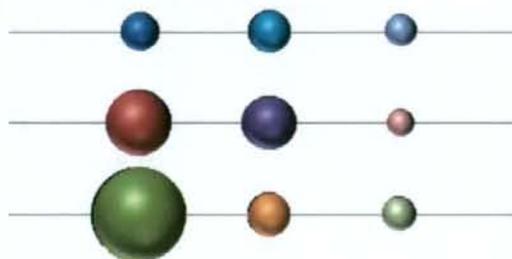
a. 訪問看護を実施 (利用) していない	3,987 人
b. 月 1 回訪問	53 人
c. 月 2 回訪問	156 人
d. 月 3 回訪問	52 人
e. 週 1 回訪問	597 人
f. 週 2 回訪問	482 人
g. 週 3 回以上訪問	313 人
h. 不明	182 人



⑥ 対象患者の医療区分、ADL区分

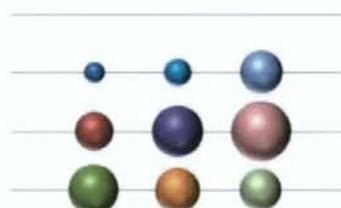
(対象患者あり 419 診療所) ※太字は 1 診療所 1 件より多い領域

ADL3 (17%)	338 人 (6%)	406 人 (7%)	218 人 (4%)
ADL2 (32%)	<b>1,014 人 (17%)</b>	<b>710 人 (12%)</b>	150 人 (3%)
ADL1 (51%)	<b>2,257 人 (39%)</b>	<b>459 人 (8%)</b>	262 人 (4%)
	医療 1 (62%)	医療 2 (27%)	医療 3 (11%)



(比較) 医療療養病床の入院患者

17%	2%	4%	11%
46%	9%	16%	21%
37%	15%	12%	10%
	26%	32%	42%



出典：厚生労働省「都道府県療養病床アンケート調査」(平成 19 年 3 月)

在宅療養支援診療所の患者は、医療療養病床の入院患者と比較して、軽症患者の割合が高い。しかし、医療区分 2、3 の患者も約 4 割診ている。