

をみる上では必要不可欠である。

- ▶ 将来的に外来診療と在宅医療の診療報酬単価を変動させることによる政策的誘導も考えられる。
- ▶ 医療法人においては、決算ごとに各都道府県へ決算書を提出する。これらについてデータベース化できれば、各医療圏の法人の収支状況及び財政状況を把握でき、必要な補助金等の参考に資する資料となる。
- ▶ 在宅医療特化型に必要な患者確保策の検討も必要である（介護系サービスとの関係の整理が必要である）。
- ▶ 各都道府県の在宅療養支援診療所数だけでなく、どのような経営モデルの診療所がそれぞれだけあるかを把握し、比較することにより各都道府県の在宅医療の特徴が見えてくるとともに、必要な施策の策定に資することができる。
- ▶ 今回は在宅療養支援診療所のみについての検討であり、在宅での療養を支える他の事業（訪問看護や訪問介護）等については触れていない。これらも含めた「複合体」的な経営モデルの検討については今後の課題である。

3) 経営モデル別の在宅医療の提供上の課題（福岡県在宅療養支援診療所調査より）

図表 2-4-43 経営モデル別の在宅医療提供上の課題

		課題選択															合計
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	
外来診療主体型		37	70	18	77	82	32	2	29	33	29	56	8	77	118	11	679
在宅外来混合型	1人医師	5	12	2	12	10	3	0	8	4	6	6	1	8	20	0	97
	複数医師	13	14	3	11	5	5	0	9	5	4	9	1	14	18	0	111
在宅医療特化型		3	2	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	2	4	0	15
合計		58	98	23	102	97	40	2	47	42	40	71	10	101	160	11	902

		課題選択															合計
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	
外来診療主体型		14%	27%	7%	30%	32%	12%	1%	11%	13%	11%	22%	3%	30%	46%	4%	2.6
在宅外来混合型	1人医師	16%	38%	6%	38%	31%	9%	0%	25%	13%	19%	19%	3%	25%	63%	0%	3.0
	複数医師	35%	38%	8%	30%	14%	14%	0%	24%	14%	11%	24%	3%	38%	49%	0%	3.0
在宅医療特化型		50%	33%	0%	33%	0%	0%	0%	17%	0%	17%	0%	0%	33%	67%	0%	2.5
合計		17%	30%	7%	31%	29%	12%	1%	14%	13%	12%	21%	3%	30%	48%	3%	11.2

傾向として、外来診療主体型から在宅医療特化型へ移行するほど、a) 医師の確保を課題としていることが伺える。このことは、診療所が在宅に取り組みば取り組むほど、その診療所に希望する患者が集中している現状を表わしている可能性がある。

逆に、e) 後方支援ベットの確保に関しては、在宅に取り組みば課題として挙げる割合は下がっている。このことは、在宅に取り組み中で、地域からその存在を認められ十分な協力体制を確保していく状況を表わしていると言える。

また、在宅医療特化型は、他の経営モデルと比較すると、他の経営モデルでは課題とし

て f) 連携する訪問看護ステーションの確保、i) 病院との在宅療養患者に関する情報の共有、k) 地域住民への情報提供等について、(優先順位の高い) 課題としては挙げていない。これらの課題(前提)をクリアしていることが在宅医療特化型を成立させる要件である可能性はあるが、在宅医療の普及を図る上でこれらの課題について行政がサポートすることが必要と考えられる。

ただし、外来診療主体型と在宅外来混合型・1人医師の間には、大きな違いが見受けられず、より在宅にシフトさせることを図る場合には、今回の設問以外、たとえば経済的インセンティブの強化等が必要と考えられる。

4) 経営モデルからみた在宅医療を進める上での論点

① 効率的な訪問診療(有料老人ホーム等からの紹介)

本研究で検討を行った5つの経営モデルの収支シミュレーション結果から、在宅医療に特化していくためには、効率的に訪問診療対象患者宅を回ることができるとする対象を確保することが重要であることが明らかになった。

「福岡県在宅療養支援診療所調査」データを用いて、全診療時間に占める在宅診療時間の割合と患者紹介元の相関をみると、在宅診療時間の割合が高くなるほど介護保険事業所等からの紹介割合が高くなることが示された(図表2-4-44)。現状においては、在宅療養支援診療所が在宅医療により特化していく方向を選択した場合には、紹介元として効率的に患者が獲得できる有料老人ホーム等に居住する患者を対象にして安定的収入を確保していくことが経営戦略上は有利であると考えられる。このことは、関連研究2で明らかにされた類型4(介護保険事業所等からの紹介中心型)の連携パターンが、在宅医療に特化していくためには経営上効果的であることを示唆している。

図表 2-4-44 在宅医療時間割合と介護保険事業所等紹介割合の相関

		在宅医療時間割合	介護保険事業所等から紹介を受けた患者の割合
在宅医療時間割合	Pearsonの相関係数	1	.186**
	有意確率(両側)	—	.001
	N	361	324

注) **.相関係数は1%水準で有意(両側)

② 在宅医療特化度と患者の医療依存度の関係

医療依存度の高い患者は一般的に状態が急変する確率が高いため、外来診療と在宅医療の両立を図る上ではリスクの高い患者像であると考えられる。この点について、在宅医療特化度が高まることによって医療依存度の高い患者を対象とする傾向があるかを検証するために、「福岡県在宅療養支援診療所調査」のデータを用いて在宅診療時間の割合と医

療区分2,3の患者数の割合の相関を調べた。その結果、両者に相関はみられなかった。このことから、医療依存度の高い患者の受け入れは在宅医療特化度ではなく、むしろ個々の在宅療養支援診療所の方針によるところが大きいものと推測される。これは、現行の診療報酬点数では、重症患者に対する加算設定がなされているものの、経営上は実患者数を増やすことの方が効果的であると考えられていることが背景にあるものと思われる。

5) 2008年診療報酬改定における影響

在宅医療に特化している診療所においては、施設入所者を効率的に回ることが経営上有利であり、実際に行われていることは先に述べたが、平成20年度の診療報酬改定においてその施設入所者等に対する報酬が引き下げられる予定である。

平成20年2月13日の中医協での資料において、平成20年度診療報酬改定における主要改定項目案が示された。その中で在宅医療については、様々な居住系施設における患者の居住の状況や疾病の管理等の医療サービスの提供体制等を踏まえて、これらの施設の後期高齢者を含めた入居者等に対して提供される医療サービスについて、適切な評価を行うため、「居住系施設入居者等に対する医療サービスの評価体系の新設」が行われた。

具体的には、高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設（外部サービス利用型を含む）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、の入居者等である患者であって通院が困難なものに対する報酬が、「在宅患者訪問診療料2」

（1日につき200点）「特定施設入居時等医学総合管理料」（在宅療養支援診療所で院外処方の場合、3000点）等として設けられた。

改定の影響を図るため、高齢者専用住宅（20名）に在宅医療を行っている場合を例に試算する。ここでは事例を簡素化するため、入所者全員に月3回の在宅医療を実施しているものとし、在宅時医学総合管理料（院外処方）と在宅患者訪問診療料のみを算定していたものとして試算する。

（改正前収入）

$(4,200 \text{ 点} + 860 \text{ 点} \times 3 \text{ 日}) \times 20 \text{ 人} \times 10 \text{ 円} = 1,356,000 \text{ 円}$

（改正後収入）

$(3,000 \text{ 点} + 200 \text{ 点} \times 3 \text{ 日}) \times 20 \text{ 人} \times 10 \text{ 円} = 720,000 \text{ 円}$

記のように収入はほぼ半減（53.1%）することとなり、施設入所者のみに依存している診療所への経済的影響は大きいものと思われる。

6) 研究方法等に関する課題

在宅療養支援診療所の経営モデルについて検討していく上での課題として以下の3点が考えられる。

- ① 職種別人員配置、在宅医療実施状況等に関するデータの収集
- ② 患者の医療依存度別にみた在宅医療実施状況に関するデータの収集
- ③ 財務諸表に関するデータの収集

<参考文献>

- 1) 福岡県在宅療養支援診療所調査 2008年
- 2) 日本医療政策機構「医療白書2007年度版」 日本医療企画 108頁
- 3) 川島孝一郎「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」
- 4) 中村哲生「在宅医療専門診療所の開設と成功戦略 上」JAHMC, 2007, November

関連研究4. 在宅医療患者の医療・介護サービスの利用状況についての研究

(1) はじめに

療養病床の削減、介護療養病床の廃止により在宅において患者を看れる体制づくりが求められている。在宅医療を推進していくためには、家族介護者や看護・介護事業所のサポートは必要不可欠であると考えられる。

本研究においては、今後在宅医療を進めるに当ってどれだけの看護・介護の供給体制が必要とされるのかを、実際に在宅医療を受けている患者の現状を把握した上で、看護・介護の現状に基づき考察していく。

(2) 調査概要

[対象] 大阪府、奈良県、兵庫県内（近畿圏）に所在する「在宅療養支援診療所」「訪問看護事業所」「居宅介護支援事業所」

[期間] 平成19年8月～10月実施

[回収データ数] 10事業所より315名分の患者・利用者のデータを回収

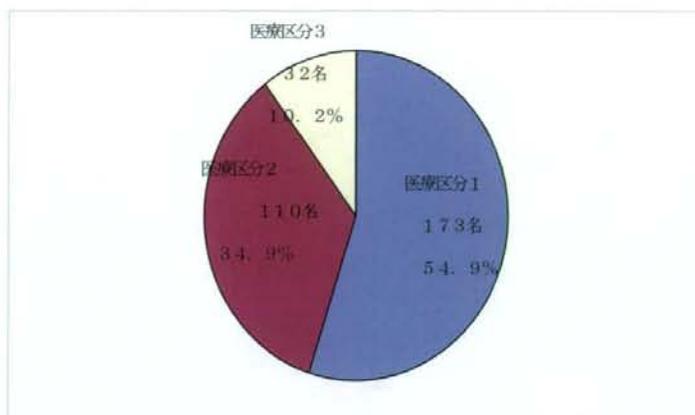
[調査項目] 在宅医療を受けている患者・利用者の属性

- ・ 年齢、性別、居所（自宅、施設）、家族介護者の人数
- ・ 患者の病状（医療区分による項目について複数回答）、要介護度
- ・ 患者・利用者が受けている医療・看護・介護の一カ月の頻度及び時間

[調査患者の概要]

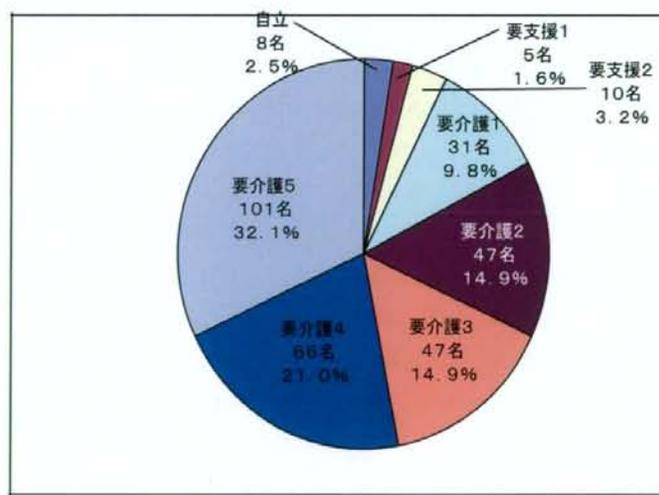
- 対象患者数：315名
- 対象患者平均年齢：80.6歳（20歳～104歳）
- 対象患者性別：男性 146名、女性 169名
- 対象患者居所：自宅 290名、施設 25名
- 家族介護者の数：独居 49名、1人 167名、2人 62名、3人以上 128名

○対象患者の医療区分別人数



○対象患者の要介護度别人数

要介護度	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	平均介護度
合計人数	8	5	10	31	47	47	66	101	315	3.32



(3) 考察

① 在宅医療患者の患者像

図表 2-4-45 在宅医療患者の患者像

医療区分	項目	内容	人数	構成比
1	36	「医療区分3」及び「医療区分2」に該当しない患者が該当	173	54.9%
	34	頻回の血糖検査を実施している状態（1日3回以上の血糖検査が必要な場合に限る。）	2	0.6%
2	33	気管切開又は気管内挿管が行なわれている状態（発熱を伴う状態を除く。）	6	1.9%
	32	1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態	19	6.0%
	31	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態	32	10.2%
	29	他者に対する暴行が毎日認められる状態	2	0.6%
	28	うつ症状に対する治療を実施している状態	2	0.6%
	27	せん妄に対する治療を実施している状態	31	9.8%
	26	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態	4	1.3%
	25	褥瘡に対する治療を実施している状態	24	7.6%
	23	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	2	0.6%
	22	脱水に対する治療を実施している状態	15	4.8%
	21	傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	5	1.6%
	20	尿路感染症に対する治療を実施している状態	7	2.2%
	19	肺炎に対する治療を実施している状態	7	2.2%
	18	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）	6	1.9%
	17	慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がV度の状態に該当する場合に限る。）	1	0.3%
	16	脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてにみられる場合に限る。）	3	1.0%
	15	その他の難病（1、12、13、14を除く）	9	2.9%
14	パーキンソン病関連疾患	3	1.0%	
13	筋萎縮性側索硬化症（特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。）に罹患している状態	8	2.5%	
3	8	酸素療法を実施している状態	18	5.7%
	7	気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態	1	0.3%
	6	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態	6	1.9%
	5	人工呼吸器を使用している状態	6	1.9%
	4	24時間持続して点滴を実施している状態	1	0.3%
	3	中心静脈栄養を実施している状態	2	0.6%
	2	医師及び看護職員により常時、監視及び管理を実施している状態	3	1.0%
	合計	※複数回答あり（315名）	398	100.0%

○福岡県在宅療養支援診療所の患者割合との比較

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	合計
福岡県調査	62.1%	27.1%	10.8%	100%
近畿圏調査	54.9%	34.9%	10.2%	100%

今回の「近畿圏での調査」と「福岡県の在宅療養支援診療所調査」とを比較してみると、在宅医療を受けている患者の医療区分の割合は、多少のバラツキはあるものの、医療区分3はおおむね10%、医療区分2では、30%前後、医療区分1では50～60%前後の割合であり、大きな相違は見られなかった。

医療区分3の患者では、項目8の酸素療法を実施している状態の患者が5.7%と多く、医療区分2の患者では、項目31の経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている患者が10.2%となっており、さらに項目27のせん妄に対する治療を行っている患者（9.8%）や項目25の褥瘡に対する治療を実施している患者（7.6%）、項目32の1日8回以上の喀痰吸引を実施している患者（6.0%）などが多くみられる。（図表2-4-45）

医療区分2、3の重症患者も特定の病状だけでなく、多くの項目で在宅医療を受けている患者がいることがわかり、在宅での療養の可能性があることが伺えるが決して多くの患者が在宅で療養できているわけではない。各医療区分での看護・介護体制の傾向を確認していく。

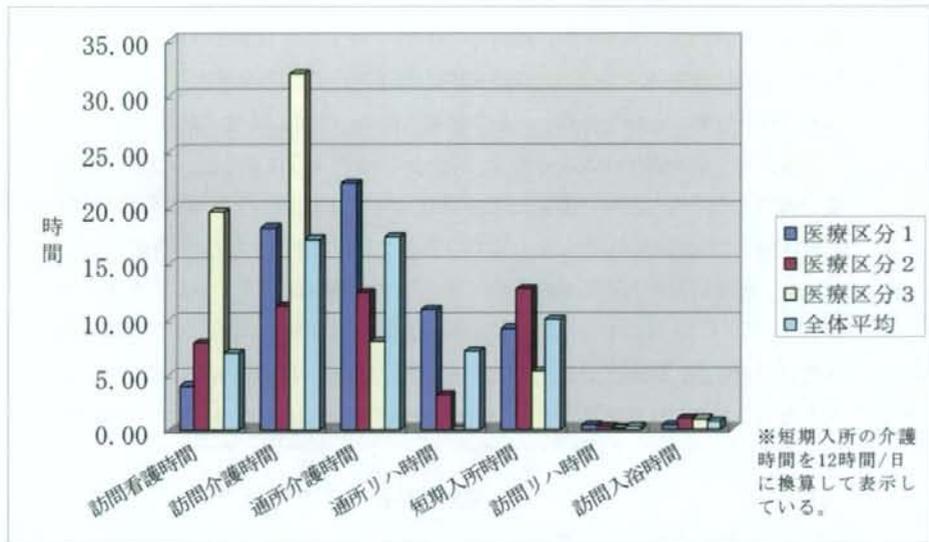
② 医療区分別の医療介護提供時間

図表 2-4-46 医療区分別の医療介護提供時間

	医師訪問時間	訪問看護時間	訪問介護時間	通所介護時間	通所リハ時間	短期入所日数	訪問リハ時間	訪問入浴時間	医療・介護時間計	
医療区分1	平均値	1.03	4.01	18.18	22.19	10.88	0.76	0.45	0.44	65.29
	度数	173	173	173	173	173	173	173	173	173
	標準偏差	0.89	4.92	28.62	32.46	27.25	2.67	1.45	1.31	48.84
	中央値	1.00	2.00	6.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	60.00
	最大値	8.00	26.00	168.00	136.00	119.00	17.00	8.00	8.00	225.00
	最小値	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療区分2	平均値	0.97	7.91	11.13	12.35	3.16	1.05	0.34	1.13	48.68
	度数	110	110	110	110	110	110	110	110	110
	標準偏差	0.52	8.62	19.75	23.53	14.37	3.15	1.59	2.51	52.74
	中央値	1.00	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	29.00
	最大値	2.50	41.50	91.00	96.00	96.00	18.00	13.00	13.00	278.00
	最小値	0.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療区分3	平均値	2.50	19.64	31.97	8.05	-	0.44	0.19	1.00	66.09
	度数	32	32	32	32	32	32	32	32	32
	標準偏差	2.82	20.53	43.01	21.65	-	1.71	1.04	2.69	56.23
	中央値	1.50	12.00	14.50	0.00	-	0.00	0.00	0.00	50.50
	最大値	15.00	90.00	180.00	112.00	0.00	8.00	6.00	13.00	210.00
	最小値	0.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00
全体	平均値	1.16	6.96	17.12	17.32	7.08	0.83	0.38	0.74	59.57
	度数	315	315	315	315	315	315	315	315	315
	標準偏差	1.24	10.17	28.45	29.15	22.32	2.78	1.47	2.00	51.64
	中央値	1.00	4.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.50
	最大値	15.00	90.00	180.00	136.00	119.00	18.00	13.00	13.00	278.00
	最小値	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

※医療・介護時間計では、短期入所の介護時間を12時間/日として計算した。

図表 2-4-47 医療区分・介護種類別平均時間



医療区分1の患者では、1カ月の利用時間の多いものからみると通所介護（平均22.19時間）、訪問介護（同18.18時間）、通所リハ（同10.88時間）となっている。1ヶ月の医療介護の提供時間も65.29時間と長いですが、通所サービスを中心に利用していることがわかる。

医療区分2の患者では、1カ月の利用時間は短期入所（同12.6時間）、通所介護（同12.35時間）、訪問介護（同11.13時間）のように、これらの3つの介護サービスを均等に利用しながら看護、医療サービスの提供を受けていることがわかる。

医療区分3の患者では、これが訪問介護（同31.97時間）、訪問看護（同19.64時間）と訪問サービスを中心とし、またこれらのサービスをほぼ毎日受けながら在宅で療養していることがわかる。（図表2-4-46、図表2-4-47）

1ヶ月当たりの医療介護提供時間を比較すると医療区分1から3でそれぞれ、65.29時間、48.68時間、66.09時間と医療区分2がやや少なく、医療区分1と3は、ほぼ同程度のサービス時間を受けているが、受けている医療・介護サービスの内容については大きく異なることがわかった。

③ 療養病床の医療費と在宅療養時の医療介護費用について

入院して療養するよりは、在宅で療養する方が医療費等がかからないと言われるが、実際にどれだけの差があるのか、確認してみたい。その際、比較を単純化するために各医療区分ごとに、療養病床では、入院基本料（ADL区分3）のみを考慮し、医療・介護サービスも時間と回数で報酬を計算し、各加算項目については加味せず試算してみた。

医療区分と要介護度の人数分布は、図表2-4-48のようになるが、それぞれの医療区分・要介護度での平均の医療介護費用は、医療区分1で206,140円、医療区分2で254,640円、医療区分3で326,258円となり全体での平均は235,279円となる。（図表2-4-48）

また、療養病床の入院基本料は平成20年度の診療報酬改定で少し引き下げられたが、平成20年2月13日に中央社会保険医療協議会で審議された単価では、医療区分1、ADL区分3で885点、医療区分2、ADL区分3で1,320点、医療区分3、ADL区分3で1,709点となっており、30日換算すると、それぞれ診療報酬は、265,500円、396,000円、512,700円となる。

図表2-4-48

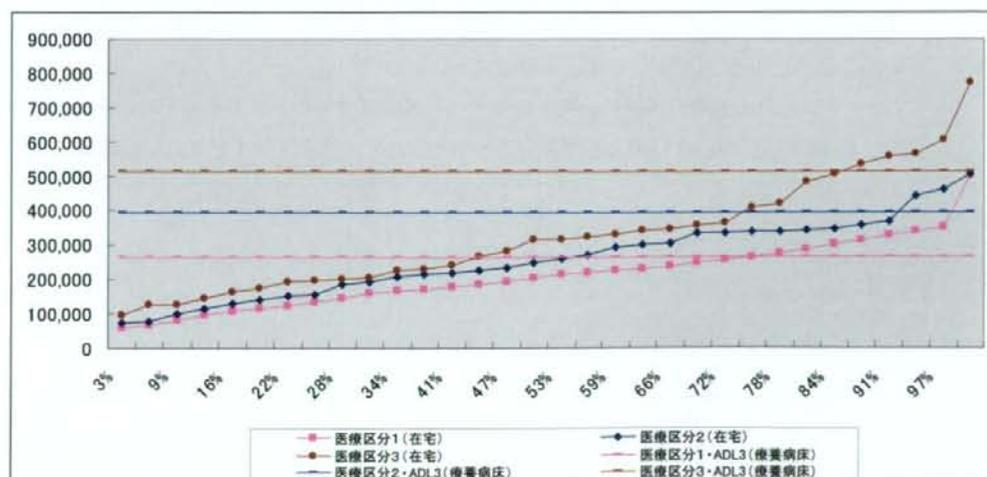
（医療区分×要介護度の人数分布）

人数	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
医療区分1	0	5	6	24	29	30	42	37	173
医療区分2	6	0	4	6	12	15	18	49	110
医療区分3	2	0	0	1	6	2	6	15	32
合計	8	5	10	31	47	47	66	101	315

（医療区分×要介護度の平均医療・介護費用）

金額	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	平均
医療区分1	-	114,348	142,708	159,358	163,794	207,687	235,939	257,285	206,140
医療区分2	102,060	-	145,940	298,717	244,772	267,211	259,520	273,574	254,640
医療区分3	228,090	-	-	144,260	187,282	234,565	360,800	405,479	326,258
平均	133,568	114,348	144,001	185,844	187,467	227,828	253,721	287,197	235,279

図表2-4-49 在宅患者の医療介護費用の分布（降順）と療養病床の医療費の比較



図表 2-4-50

(各医療区分の療養病床の医療費を上回る人数)

金額	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	比率
医療区分1	-	0	0	2	4	9	12	17	44	25.4%
医療区分2	0	-	0	0	0	1	2	5	8	7.3%
医療区分3	0	-	-	0	0	0	1	4	5	15.6%
合計	0	0	0	2	4	10	15	26	57	18.1%



(医師の訪問回数別医療費と要介護度別利用限度額の表)

金額	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護利用限度額	-	49,700	104,000	165,000	194,000	267,500	306,000	358,300
医師1回訪問	17,460	67,160	121,460	182,460	211,460	284,960	323,460	375,760
医師2回訪問	67,760	117,460	171,760	232,760	261,760	335,260	373,760	426,060
医師3回訪問	76,060	125,760	180,060	241,060	270,060	343,560	382,060	434,360
医師4回訪問	84,360	134,060	188,360	249,360	278,360	351,860	390,360	442,660
医師8回訪問	117,560	167,260	221,560	282,560	311,560	385,060	423,560	475,860
医師12回訪問	150,760	200,460	254,760	315,760	344,760	418,260	456,760	509,060

※青色は医療区分Ⅰの265,500円を超える部分

※黄色は医療区分Ⅱの396,000円を超える部分

図表2-4-49では、各医療区分の在宅医療患者を医療・介護費用の少ない順に並べ、療養病床入院時のコストと比較した表である。医療区分1では、約6万～約40万円、医療区分2では、約7万～50万円、医療区分3では、約10万円～70万円かかっている。

医療区分1の在宅患者で療養病棟の入院基本料265,500円を超えて医療・介護サービスの提供を受けている者は44名おり、医療区分1の患者の25.4%がいることとなる。

医療区分2の在宅患者では、療養病棟の入院基本料396,000円を超えて医療・介護サービスを受けている者は8名で医療区分2の患者の7.3%を占めている。

医療区分3の在宅患者では、療養病棟の入院基本料512,700円を超えて医療・介護サービスを利用している患者は5名で医療区分3の患者の15.6%であった。(図表2-4-50)

次に医師の訪問回数別医療費と要介護度別利用限度額を表したものが図表2-4-50(下段)の表である。

これを見ると、医師の訪問回数が多くなれば、医療区分1、要介護度1の患者でも療養病床へ入院しているより医療・介護費用が多くなる可能性があることがわかる。医療区分2では要介護3以上の患者の場合、在宅での療養コストが入院より高くなる可能性がある。医療区分3では、在宅医療と介護サービスだけでは512,700円に達することは基本的になが、医療の訪問看護を受けている場合や基準を超えて訪問介護等を受けている場合に、療養病床の入院基本料を上回る可能性がある。

図表 2-4-51 医療療養病床の診療報酬を上回る、医療・介護サービスを受けている
患者の医療介護提供時間

	医師訪問時間	訪問看護時間	訪問介護時間	通所介護時間	通所リハ時間	短期入所日数	訪問リハ時間	訪問入浴時間	医療・介護時間計	
医療区分1	平均値	1.03	6.15	57.98	55.28	78.06	8.00	3.60	3.33	102.07
	度数	44	40	32	20	9	5	10	6	44
	標準偏差	0.68	5.00	38.16	32.28	27.25	5.55	2.14	1.11	43.47
	中央値	1.00	4.75	59.75	48.00	84.00	8.00	2.25	3.50	95.00
	最大値	4.00	26.00	168.00	136.00	119.00	16.00	8.00	5.00	226.00
	最小値	0.50	0.50	4.00	20.00	26.00	1.00	2.00	2.00	21.50
医療区分2	平均値	1.44	21.00	42.63	14.00	-	-	4.00	5.33	48.50
	度数	8	8	4	1	0	0	2	3	8
	標準偏差	0.62	14.34	34.85	0.00	-	-	0.00	0.94	34.89
	中央値	1.75	21.00	37.50	14.00	-	-	4.00	6.00	45.25
	最大値	2.00	41.50	91.00	14.00	0.00	0.00	4.00	6.00	122.50
	最小値	0.50	4.00	4.50	14.00	0.00	0.00	4.00	4.00	7.25
医療区分3	平均値	6.00	51.00	91.88	28.00	-	-	-	2.00	136.50
	度数	5	5	4	1	0	0	0	1	5
	標準偏差	5.10	20.35	59.07	0.00	-	-	-	0.00	66.66
	中央値	4.00	45.00	78.75	28.00	-	-	-	2.00	122.00
	最大値	15.00	90.00	180.00	28.00	0.00	0.00	0.00	2.00	225.00
	最小値	1.00	30.00	30.00	28.00	0.00	0.00	0.00	2.00	55.00
全体	平均値	1.53	12.62	59.84	52.16	78.06	8.00	3.67	3.80	97.57
	度数	57	53	40	22	9	5	12	10	57
	標準偏差	2.15	16.44	42.07	32.39	27.25	5.55	1.96	1.47	50.06
	中央値	1.00	6.00	59.75	40.25	84.00	8.00	3.25	4.00	94.00
	最大値	15.00	90.00	180.00	136.00	119.00	16.00	8.00	6.00	226.00
	最小値	0.50	0.50	4.00	14.00	26.00	1.00	2.00	2.00	7.25

※医療・介護時間計では、短期入所の介護時間を12時間/日として計算した。

医療区分1の患者において、療養病床の診療報酬を超える高額な医療・介護サービスを受けている患者のサービスは、月に30時間以上の訪問介護サービスを受けている患者が25人(44人中)にも及んでいる(訪問介護利用者は32名)。また、訪問看護は平均利用時間は6.15時間であるが、利用者は40人(44人中)である。その他利用時間の多いサービスとして、通所介護20人(利用平均55.28時間)や通所リハ9人(同78.06時間)などが挙げられ介護サービスの限度額に近い利用がなされている。

医療区分2の患者においては、訪問看護が8人(8人中)で平均21.00時間/月、訪問介護は4人で平均42.63時間/月の利用が見られた。

医療区分3の患者においても、訪問看護が5名(5人中)で平均51.00時間/月、訪問介護は4人で平均91.88時間の利用があり、訪問看護及び訪問介護の利用がほぼ毎日サービスが提供されている状況と思われる。また、医師の平均訪問時間も6時間であり医師の訪問頻度も増えていることがわかる。(図表2-4-51)

医療区分2、3の重度患者や医療区分1の要介護度の高い患者については、在宅医療を支える上では、訪問看護や訪問介護を利用する頻度が高まる傾向にある。訪問サービスの利用の多い患者では、1日に複数回訪問を受けている場合も多くこのような患者の多くを療養病床から在宅による療養へ移行させるとすれば、療養病床より多くの医療資源(看護

師、介護士)を必要とする可能性がある。在宅医療のあり方を考える上では、このような実態把握も必要であると思われる。

(4) 研究方法等に関する課題

今後、本研究を更に深めていくためには、下記のような課題が考えられる。

- ① 本研究では、医療・介護サービスの回数及び時間を調査し、医療・介護コストの見積りを行ったが、診療報酬レセプト電算化によりケアプランやレセプトから単位等を確認できれば、さらに精度の高いコストの推計ができる可能性がある。
- ② 在宅医療と療養病床での患者負担（介護費用負担を含む）の比較ができれば、入院から在宅へ移行するために必要な費用面での示唆を得ることができると考えられる。
- ③ 施設入所者の医療・介護サービスの提供状況を分析することにより、医療・介護コストが分析できれば、自宅での療養だけでなく居宅での療養についてのコスト分析が可能となり、地域での医療計画を検討する上で有用なデータになると考えられる。

関連研究5. 在宅終末期医療に関する研究

(1) はじめに

本研究の主たる目的は、終末期医療において「自宅で最期を迎えたい」という需要者のニーズに資する情報提供を試みることである。国民に「自宅で最期を迎えたい」という大きなニーズがある一方、平成16年に厚生労働省が行った「終末期(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間)における療養の場所」に関する国民の意識調査では、「自宅で最期まで療養することは困難である」と答えた人が65.5%であった¹⁾。その理由としては「介護してくれる家族に負担がかかる」という回答が最も多く78.4%となっている。在宅終末期医療の推進を図るためには、この最も大きな阻害要因となっている患者の家族支援の問題に着手しなければならない。在宅終末期患者を支える家族の体制を整えるための施策としては、在宅医療や在宅介護の利用による「サービスの外部化」が中心的な位置を占める。その際、在宅医療・介護サービスの内容(どんなサービスが在宅で受けられるか)についての情報は家族にとって最も重要なものである。また、それに加えて、当該サービスに係る経済的負担を中心とするさまざまな家族の負担、さらには、患者を支える家族のケアについての方法等についての情報も重要である。こうした家族への情報提供は、患者の「自宅で最期を迎えたい」という意思を家族が尊重し、在宅療養が受容可能なものになるためには、不可欠のプロセスである。ここでは、情報提供のツールとして、終末期医療ガイドブック『家に帰りたい』と言われたら・・・』を作成することとした。具体的な記載項目については、以下の3点の分析・検討結果に基づいている。

第一に、福岡県の終末期医療の現状を分析した。情報提供の必要性については、福岡県が取組んでいる「福岡県終末期医療対策協議会」の報告を根拠資料として使用した。また「福岡県在宅療養支援診療所調査」から福岡県の在宅療養支援診療所における終末期医療の現状を分析し、患者の家族に提供すべき情報について考察した。また、いくつかの在宅療養支援診療所の医師に対してインタビュー調査を行い、その裏づけとした。

第二に、国民の意識調査から医療需要者側の現状を分析し、在宅での終末期医療の阻害要因をガイドブック作成上の項目とし、患者の家族の疑問に答えるという形式をとった。

第三に、既存のガイドブック3点における掲載項目との比較検討を試みることで本ガイドブックの特長を明らかにした。

(2) 福岡県の終末期医療の現状

① 自宅での死亡率

福岡県の自宅での死亡率は全国平均を下回っている。2006年の厚生労働省の人口動態統計調査によると、全国で2006年に死亡した人のうち、病院で亡くなった人が全体の79.7%、自宅で亡くなった人は12.2%であった²⁾。1960年当時は、病院18.2%、自宅70.7%と約半世紀で終末期の場が逆転している。2006年の福岡県をみると、病院84.5%、

自宅9.1%で、自宅での死亡率は全国平均をかなり下回り、全国44位となっている(図表2-4-52)。

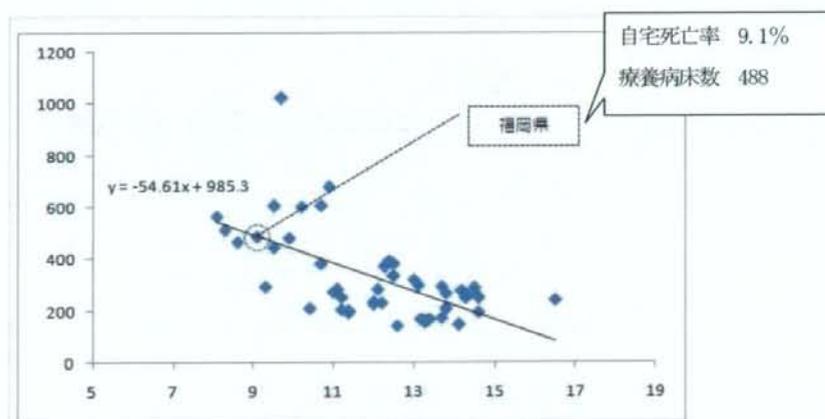
図表2-4-52 福岡県の死亡の場所別死亡数・構成割合 平成18年

都道府県	死 亡 数							
	総 数	病 院	診 療 所	介護老人 保健施設	助産所	老 人 ホー ム	自 宅	そ の 他
全 国	1 084 450	864 702	27 881	8 162	-	25 472	131 854	26 379
福 岡	43 270	36 555	1 000	260	-	612	3 949	894
	構 成 割 合 (%)							
全 国	100.0	79.7	2.6	0.8	-	2.3	12.2	2.4
福 岡	100.0	84.5	2.3	0.6	-	1.4	9.1	2.1

出典：厚生労働省 人口動態統計、2006

ちなみに療養病床の数と自宅死亡率を都道府県ごとにプロットすると下図のとおりであり(図表2-4-53)、両者はある程度代替関係にあることが読み取れる。

図表2-4-53 療養病床数と自宅死亡率の相関



縦軸：人口10万対療養病床数(出典：厚生労働省 医療施設調査、2005)

横軸：自宅死亡率(出典：厚生労働省 人口動態統計、2006)

自宅死亡率と療養病床数は負の相関がある(相関係数-0.61)。福岡県は全国と比較し、療養病床が多く、自宅死亡率は低い(図表2-4-53)。今後、療養病床が削減されていく傾向の中で、自宅死亡率(ひいては在宅医療の需要)が中長期的に増加することが予想される。

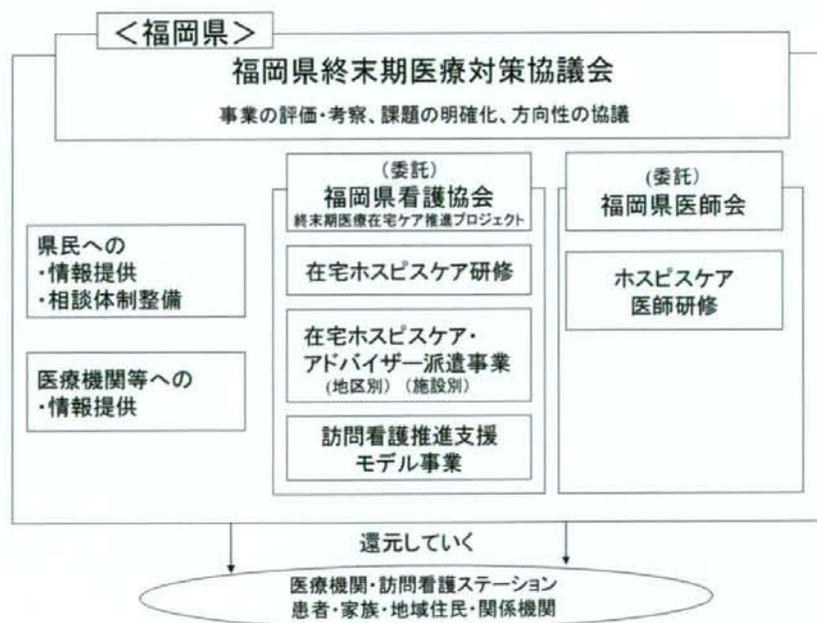
② 福岡県終末期医療対策協議会

1) 活動内容

福岡県は平成17年7月に、終末期医療対策の推進事業の一環として「福岡県終末期医療対策協議会」を設置している³⁾。3カ年の計画の中で、医療機関の連携、緩和ケアの量と質の問題、患者・家族の相談体制、医師・看護師等医療従事者に対する研修、その他協議会の目的を達成するのに必要な事項を評価・考察し課題の明確化を図るとともに、方向性を協議することとしている。

主な事業として、医療機関や訪問看護ステーションを対象とした専門的知識と技術の習得を目的とした「在宅ホスピスケア研修」、在宅ホスピスケアを実施しているまたは実施しようとする医療機関や訪問看護ステーションに認定看護師や在宅ホスピス実践医を派遣し、現状にあった助言を行う「在宅ホスピスケア・派遣事業」、終末期在宅療養中の訪問看護ステーション利用者に対し、24時間体制の訪問看護サービスをモデル的に実施する「訪問看護推進支援モデル事業」等を行っている。その中でも、県民への情報提供という課題を挙げているものの、研修での講義録等の印刷に留まっているのが現状である。

図表2-4-54 福岡県終末期医療対策協議会



2) 情報提供の必要性

利用者（家族）からの評価に視点を向けると、情報提供の必要性を裏付ける結果が出ている。「訪問看護推進モデル事業」での対象者19人のうち14人から得られたアンケートによると、当初の不安の内容は①症状の進行10人、②終末期に表れる症状9人、③本人の苦痛への対処9人、④急変時の対応8人、⑤家族の介護技術7人という状況であった。しかし、その約90%の人が最終的に不安は軽減できたと答えている。つまり、訪問看護に対する情報がなかったために当初は不安を持っていたが、このモデル事業によってむしろ自宅での看取りに満足感を得たという結果が出されている。

③ 在宅療養支援診療所における終末期医療の現状

「福岡県在宅療養支援診療所調査」から、終末期医療を提供している診療所の分布、看取りとの関連、抱える課題について分析を行った4)。そこから抽出できる患者の家族への提供すべき情報について考察し、本終末期医療ガイドブックに反映しその項目を表示した。

1) 二次医療圏別の終末期医療（在宅緩和ケア）提供診療所の分布

在宅緩和ケアの一環として疼痛管理を行っている診療所の分布をみると、八女・筑後地区、直方・鞍手地区、田川地区のように0という地域がある。また、在宅療養支援診療所の約3割が取組んでいる宗像地区、飯塚地区等もあり地域偏在は大きいといえる(図表2-4-55)。

図表 2-4-55 二次医療圏別の終末期医療提供診療所の分布

二次医療圏	在支診療所の数	回答数	請求実績のある医療内容(平成18年4月～10月)					
			疼痛管理 診療所	栄養管理 診療所	呼吸管理 診療所	排尿・排便管理 診療所	透析管理 診療所	リハビリテーション 診療所
福岡系島	174	128	19	18	53	24	1	13
粕屋	16	12	2	1	4	1	0	0
宗像	12	10	4	4	6	4	0	0
筑紫	29	23	4	4	10	6	0	0
朝倉	32	21	4	2	9	1	0	2
久留米	85	67	9	10	29	10	1	2
八女筑後	26	20	0	2	11	4	0	0
有明	47	40	4	7	13	8	1	7
飯塚	7	4	2	4	4	3	0	0
直方鞍手	10	7	0	0	1	0	0	0
田川	10	9	0	0	4	2	0	0
北九州	183	132	15	22	47	27	2	10
京築	23	20	1	0	11	4	0	0
計	654	493	64	74	202	94	5	34

2) 二次医療圏別の年平均の看取り数

年平均の看取りの数に着目してみると、①において3割が疼痛管理に取り組んでいる飯塚地区が最も多いことがわかる。次に多いのが八女・筑後地区であるが、この地区は①の分析において、疼痛管理を行っている在宅療養支援診療所は0という数字になっている。これは、在宅での看取りの内容が、がん末期の患者以外の数が多いことを推測させる。また、在宅療養支援診療所の中で、届出以来看取りを1人以上行っている診療所は全診療所の37.1%という状況にあることがわかる(図表2-4-56)。

図表2-4-56 二次医療圏別の看取り数(平均、分布)

全診療所	年平均		分布					
	看取り患者 人	算定件数 件	看取り患者			算定件数		
			年1人以上 診療所	年1人未満 診療所	実績なし 診療所	年1件以上 診療所	年1件未満 診療所	実績なし 診療所
福岡糸島	1.5	1.1	24	13	91	16	10	102
粕屋	1.1	0.3	3	0	9	2	1	9
宗像	2.1	1.9	5	1	4	5	1	4
筑紫	1.0	0.4	6	2	15	5	1	17
朝倉	1.9	0.3	6	3	12	2	2	17
久留米	1.4	0.9	16	11	40	11	6	50
八女筑後	2.8	0.4	9	6	5	3	4	13
有明	1.5	0.7	13	8	19	7	4	29
飯塚	3.2	1.9	3	0	1	2	1	1
直方鞍手	0.4	0.3	2	0	5	1	1	5
田川	0.7	0.2	2	2	5	0	2	7
北九州	0.7	0.4	20	20	92	13	14	105
京築	0.9	0.5	7	1	12	2	3	15
計	1.3	0.7	116	67	310	69	50	374

3) 看取り数と疼痛管理・がん患者数等の相関

在宅療養支援診療所の看取り患者数に応じて、疼痛管理の請求実績の有無、がん患者数、往診料(夜間加算、深夜加算)件数の平均値をとると、看取り数が多い診療所(年間1人以上)が最も平均値が高く看取り数が0人の診療所は、いずれの平均値も最も低くなっていた。

すなわち、看取りを多く行っている診療所ほど、多くのがん患者を診て、疼痛管理を行い、往診も多くおこなっている傾向にあると考えられる(図表2-4-57)。

図表2-4-57 疼痛管理、がん患者数、往診(夜間加算、深夜加算)の平均値

看取り数 (年換算)	疼痛管理	がん患者数	往診料	夜間加算	深夜加算
1人以上	0.3	2.1	9.3	0.4	0.2
1人未満	0.2	0.9	5.7	0.2	0.1
0人	0.0	0.4	2.5	0.0	0.0
合計	0.1	0.9	4.5	0.1	0.1

4) 「福岡県在宅療養支援診療所調査」から抽出される課題

調査によって明らかになった、終末期の在宅療養を支える在宅療養支援診療所の課題を、看取りを行なっているかどうかの比較で分析する(図表2-4-58)。また、この課題を需要者側へどう情報提供するのかについても検討する。

図表2-4-58 看取り数別の課題

選択肢	看取り数(年換算)			合計
	1人以上	1人未満	0人	
a. 貴診療所における医師の確保	23	9	48	80
b. 貴診療所における看護師の確保	34	19	89	142
c. 在宅医療に関する研修機会の確保	7	4	19	30
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	34	20	99	153
e. 緊急時の入院体制(後方支援ベッド)の確保	23	19	100	142
f. 連携する訪問看護ステーションの確保	12	4	42	58
g. 無菌製剤を扱うことが出来る保険調剤薬局との連携の確保	1	1	3	5
h. 在宅医療に関する病院の認識や理解	25	3	36	64
i. 病院との在宅療養患者に関する情報の共有	17	11	33	61
j. 居宅介護サービス事業所との在宅療養患者に関する情報の共有	17	8	31	56
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	30	18	48	96
l. 患者への「在宅医療計画書兼在宅診療同意書」の交付	3	5	8	16
m. 診療報酬の引き上げ	34	18	97	149
n. 患者の経済的負担の軽減	52	31	132	215
o. その他()	4	6	9	19
診療所数	112	67	303	482

複数回答(3つまで)*上位3位まで網掛け

i) 「診療報酬の引き上げ」(m)

看取りを年間1人以上行っている在宅療養支援診療所が、2位に課題としてあげている項目のひとつが診療報酬の問題(m)である。(図表IV-4-6)で示されるように、看取りを年間1人以上行っている診療所の往診料・夜間加算・深夜加算件数の平均値が最も高く、時間的負担を負っているといえるであろう。また、福岡県内で在宅医療特化型(医師1人)のクリニックを運営している診療所のD医師は、訪問診療患者数が同じであった場合、対象が個人宅のみの場合と有料老人ホームのみの場合では明らかに労働負担に違いがあることを指摘している。そのため、患者の所在する場所によって全く異なる診療報酬体系にすることで在宅での終末期医療に対する在宅療養支援診療所の取り組みも推進できると主張している。しかしながら、こうした課題を提供側が感じているとしても、需要者側からすれば、自己負担額に居住の場所によって差異が生じることには納得できない面もある。一方、今回の調査で、全体の課題の1位として挙げられているのは、診療報酬引き上げとは矛盾する面もある「患者の経済的負担の軽減」(n)となっている。つまり、在宅療養支援診療所という新しい制度の中で診療報酬及び患者負担の問題は今後なお検討の余地のある課題とされており、医療費及び患者負担に関する最新の情報を常時需要者側に提供することが重要と考える(本終末期医療ガイドブックQ7.に反映)。

ii) 「緊急時の入院体制(後方支援ベッド)の確保」(e)

看取りを行っていない在宅療養支援診療所の医師が課題の2位に挙げているのが「後方支援ベッドの確保」(e)である。これに対して、年間1人以上看取りを行っている在宅療養支援診療所が(e)を課題として挙げているケースは多くない(7位)。つまり、看取りの阻害要因として指摘される在宅医療と(急性期)医療の連携を達成している在宅療養支援診療所が、看取りを実際に行っているといえる。患者の急変に対応できる後方支援ベッドを確保しているかどうか、利用者側にとっても不安を軽減する重要な要素であると考えられる。(本終末期医療ガイドブックQ5.に反映)

iii) 「貴診療所における看護師の確保」(b)

看取りを行っている在宅療養支援診療所が2~3位に挙げているのが、「看護師確保の問題」(b)である。この問題は、看取りを行っていない在宅療養支援診療所では5位とランクは下がるが、割合としてはどちらも約3割が課題としている。「訪問看護ステーションとの連携」(f)については課題のランクは低く、診療所内に訪問看護師を抱えることの方が重要と考える傾向があると解釈できよう。一方、患者側とすれば、問題は訪問看護の質であり、十分な連携ということになる。24時間対応の訪問看護ステーションと連携がとれているか、また、そのステーションと在宅療養支援診療所が円滑なコミュニケーションをとっているかをチェックする必要がある(本終末期医療ガイドブックQ4.