

に反映)。

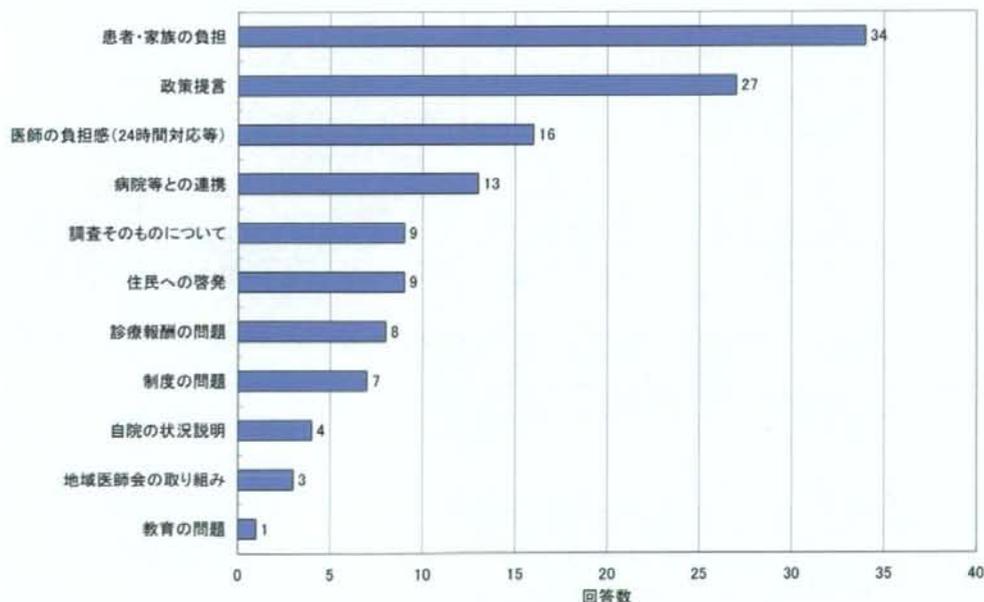
iv) 「地域住民の在宅医療への理解を促進するための情報の提供」(k)

看取りを行っている診療所が挙げる課題の5位は、情報提供の問題である。看取りを行っている診療所の27%が課題とし、看取りを行っていない診療所は16%が課題としている項目である。いくつかの在宅療養支援診療所の医師への聞き取り調査においては、末期がん等の終末期を自宅で過ごすことは、不可能と考えている住民の認識不足を指摘する声も多かった。また、在宅医療に対する認識は千差万別で、前述のD医師によれば、患者・家族によっては全く理解のない状態で在宅医療に入る場合もあり、説明に時間を割かれることも多いということであった。予備知識を提供する必要性を医療提供者側も指摘しているといえる。本稿においては、需要者向けのガイドブック作成を当面の目的としているが、これは、医療提供者側においても活用できるものと考えられる。

v) 福岡県において在宅医療を推進していくために必要な条件

課題について選択肢から3つまで選んでもらう設問とは別に、福岡県において在宅医療を推進していくために、どのようなことが必要であると考えるか、また本調査についての自由筆記の欄が設けられ、131の回答が得られている。それは、大まかに分類すると下記のような内容となっている。

図表 2-4-59 在宅医療推進のための課題他 (自由筆記)



患者・家族の負担については34（26%）の回答があり、患者・家族の理解・協力の必要性、また家族の精神的・体力的な負担の軽減の必要性などが述べられている。このことから、医療提供者側が、患者・家族の問題を重要視していることがうかがえる。

(3) 意識調査に見る在宅終末期医療の阻害要因

平成16年に厚生労働省が行った「終末期における療養の場所」に関する国民の意識調査で、「自宅で最期まで療養することは困難である」と答えた人の、理由についての回答に着目すると、終末期医療の阻害要因をみることができる。また、平成17年に財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団も「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」を行っており、自宅で最期まで過ごすための条件を尋ねているが、その回答からも阻害要因を推し量ることができる⁵⁾。その双方の調査結果を踏まえ、終末期医療ガイドブックの項目設定を行った。

① 終末期医療ガイドブックの項目(大項目)設定

意識調査で上位に挙げた理由・条件を整理し(図表2-4-60)、ガイドブックの項目設定を行った。

図表2-4-60 厚生労働省意識調査と(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団意識調査比較

順位	A 厚生労働省意識調査 「自宅で最期まで療養することが困難な理由について」		B(財)日本ホスピス・緩和ケア財団意識調査 「自宅で最期まで過ごすための条件について」	
	理由	割合	条件	割合
1	介護してくれる家族に負担がかかる	78.4%	介護してくれる家族がいること	62.5%
2	症状が急変した時の対応に不安である	57.3%	家族に負担があまりかからないこと	48.2%
3	経済的に負担が大きい	30.8%	急変時の医療体制があること	43.3%
4	症状急変時すぐに入院できるか不安である	27.2%	自宅に往診してくれる医師がいること	37.3%
5	往診してくれる医師がいない	27.0%	家族の理解があること	32.3%
6	訪問看護体制が整っていない	17.8%	訪問看護が受けられること	22.5%
7	24時間相談にのってくれるところがない	14.4%	自宅が介護できる住居構造になっていること	16.3%
8	介護してくれる家族がいない	13.9%	家族に病気や介護の知識があること	13.1%
9	訪問介護体制が整っていない	10.7%	訪問介護が受けられこと	12.3%
10	居住環境が整っていない	8.6%	信頼できるケアマネジャーがいること	1.8%
11	その他	2.2%	訪問リハビリが受けられこと	1.8%

出典：厚生労働省 終末期医療に関する調査等検討会報告、2004

(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 ホスピス・緩和ケアに関する意識調査、2005

注：いずれも複数回答

- 1) 家族の問題について (A-1、A-8、B-1、B-2、B-5、B-8)
 - Q2. 家族にはどのような負担がかかるのでしょうか?
- 2) 24時間体制で自宅に往診してくれる医師について (A-5、A-7、B-4)
 - Q3. 自宅に往診してくれる医師はどのようにして探せばよいのでしょうか?
- 3) 訪問看護師の体制について (A-6、B-6)
 - Q4. 訪問看護師はどこへ頼めば来てくれるのでしょうか?
- 4) 急変時の対応や入院の問題について (A-2、A-4、B-3)
 - Q5. 患者が急変した時、家族はどうすればよいのでしょうか?
- 5) 在宅での終末期の医療費について (A-3)
 - Q7. 在宅での終末期の医療費はどれくらいかかるのでしょうか?
- 6) 訪問介護等の介護サービスについて (A-9、B-9、B-10、B-11)
- 7) 居住区間の問題について (A-10、B-7)

② 各項目についての考察

1) 家族の問題について

家族が介護してくれるかどうかを悩む前に、そもそもその家族がいないという現実がある。平成18年の「国民生活基礎調査」によると高齢者単身世帯は、65歳以上の者のいる世帯に対する割合が、昭和61年は13.1%で平成18年は22.4%に上昇している6)。子どもとの同居率は、59.9%から36.6%に低下し、将来推計によると2015年には1人世帯が高齢者人口の3割強を占めることが予想されている。福岡県は、平成17年国勢調査によると、65歳以上の親族のいる一般世帯に対する1人世帯は26.0%となっており、全国平均を上回っている7)。このような核家族化の実態が、家族の介護力の低下をもたらしている。

i) 独居での終末療養の可能性

今後、独居単身者が増えていく中で在宅での終末期医療を進めていくためには、ボランティア活動等の地域の力を育てるシステムが重要になってくると考えられる。また、介護施設等での終末期の対応も不可避となってくる。福岡県内で10年以上に亘り、医師1人で在宅医療を行っているD医師は、「現段階での独居単身者の在宅終末期医療は不可能とは言えないが困難を極め今後の課題である」と指摘している。今回の終末期ガイドブックは、患者の家族に対しての情報提供という立場をとっており、独居単身者へのガイドとは成りえていないという限界がある。

ii) 家族の負担

高齢者夫婦のみの暮らしの場合、老老介護の増加とその後に来る独居介護の増加が予想される。遠隔地の家族が在宅医療をサポートするためのシステムも昨今発達してきた

が、終末期においては患者をできるだけひとりにしないことが前提条件となる。

同居の家族が、本人の在宅療養に協力する意志を持ったとしても、「いつ急変するか分からない」「痛みで苦しがる患者をどうしたらよいか、分からない」「看取りを家族でやれるかどうか不安である」という、「死」を前提にした恐怖（予期悲嘆）はまぬがれないと前述のD医師は指摘している。しかし、一方で、家族も介護の過程で疲弊するだけではなく、逆に介護への自信が生まれてくる場合も多く、こうした家族への精神的ケアも医師の重要な仕事であると、D医師は語っている。家族側も、医師・訪問看護師との信頼関係を積極的に構築する努力が必要であろう。

iii) 家族の負担を軽減する方法

まず、医療・介護保険を熟知し最大限に活用することである。特に、介護保険制度は、「介護の社会化」、すなわち「私的介護」や「家族介護」から介護サービスの「外部化」への転換を狙いとしたものでもあり、家族の負担の軽減に貢献してきているといえる。こうした社会的な仕組みを十分活用する必要がある。また、介護保険は要介護者の重度によって給付限度額が決まっているので、介護力の状況によっては限度額以上のサービスを必要とする場合がある。また、保険適用外の医療費や介護費がかかることもあるので、自己負担が増えることも考慮し、医療費と介護費のバランスをみなければならぬ。まずは、医療・介護に明るいケアマネジャーを選択することをスタートとし、医療・介護保険サービスを受給する手順を家族に周知するための情報提供を行う必要がある。

2) 24時間体制で自宅に往診してくれる医師について

「福岡県在宅療養支援診療調査」は、こうした患者・家族のニーズに応える内容も含んでいる。調査結果を踏まえ、在宅療養支援診療所についての説明、実情、探し方等の情報提供を行うことが有益であると思われる。

3) 訪問看護師の体制について

訪問看護の意味、訪問看護ステーションの探し方、訪問看護の回数と診療報酬の関係等について解説を行う必要がある。

4) 急変時の対応や入院の問題

患者や家族の気持ちは常に揺れ動いている。ときには、急激な症状悪化や不安定感等から再入院を希望することもある。そのような場合に備えて、いざというときの緩和ケア病棟等の入院先を考慮しておく必要性の説明が有益である。また、家族の疲労が在宅療養の破綻につながることを避けるためのレスパイトケアについても解説する必要がある。

- 5) 在宅での終末期の医療費について
在宅療養支援診療所にかかる費用を明確にする必要がある。
- 6) 訪問介護等の介護サービス、⑦居住区間の問題については、実際の事例の中で介護保険サービスの説明を行うとわかりやすいものと思われる。

③ その他意識調査以外からの項目の設定
意識調査の中には挙げられていなかった項目として下記の内容も含めている。

- 1) 一般病棟（療養病棟）、緩和ケア病棟、自宅の比較
Q1. 病院と自宅ではどのようなところが違うのでしょうか。
2) がん性疼痛のコントロールについての説明
Q6. 患者が痛みで苦しんだ時どうすればよいのですか？

(4) 既存のパンフレットとの比較検討

既存のパンフレット3点との比較を行い、その中で本ガイドブックの特長・独自性を述べる。

図表2-4-61 既存パンフレットとの比較

	終末期医療ガイドブック (本冊子)	在宅緩和ケア ガイドブック (千葉県)	在宅療養支援情報 パンフレット(熊 本県)	あなたの家に 帰ろう
目的	患者の家族への 情報提供	患者・家族への各 種サービスの情 報提供	訪問看護を中心と した情報提供	在宅ホスピスケア の推進
根拠	福岡県在宅療養支援診療所調 査・関連分析等	千葉県独自の事 業所調査	行政が把握してい る情報	医療関係者・有識 者・患者遺族の情報
提供対象	患者の家族	県民	県民	患者
ボリューム	A5、15 ページ	A4、23 ページ	A4、32 ページ	A5、28 ページ
項目				
Q1. 病院・緩和ケア 病棟・自宅の比 較	比較一覧表、特徴を説明、特に 緩和ケア病棟の入院条件を詳細 に明示	「病院」用語説明	緩和ケア病棟のあ る医療施設名	
Q2. 家族の負担	軽減方法を要介護申請からケア マネジャーの選び方まで手順を 追って説明 また、介護保険サービスの例を 具体的に表示	介護サービス・医 療サービスの一 覧表表示	要介護申請から認 定までの流れを図 式化 居宅サービス一覧 を表示	介護保険制度の用 語説明
Q3. 在宅療養支援診 療所	制度についての説明 在宅療養支援診療所調査に基 づいた実態と具体的な探し方を 図で整理		概要説明	概要言及

	終末期医療ガイドブック (本冊子)	在宅緩和ケア ガイドブック (千葉県)	在宅療養支援情報 パンフレット(熊 本県)	あなたの家に 帰ろう
Q4. 訪問看護師	役割・探し方のポイント・利用方法を明示	サービス一覧表内	内容・利用手続き・費用	用語説明
Q5. 患者の急変時対応	対応法・緩和ケア病棟との連携・レスパイトケアの求め方を明示	看取りの経過説明		対応法・救急車を呼ぶ際の注意
Q6. 疼痛コントロール	中毒等の不安軽減・患者の痛みを具体的に解説			内容説明
Q7. 医療費	在宅療養支援診療所とそれ以外の診療所との自己負担額の比較 高額療養費制度の説明 緩和ケア病棟の費用等を具体的に表記			概算表示
Q8. 事例	医療保険・介護保険の利用方法 疼痛コントロールの実際・自宅での療養の姿 リビング・ウィルの説明 家族の協力による看取りのイメージ等を網羅			医師の立場からみた患者像
記述	効率のよい手順表示 簡便な表現で入門書としての意義を強調	データ分析を基本にしている	情緒的・メッセージ性	図式化
構成	Q&A形式、データは別添 費用の説明を1項目に集約するために、各単元での言及をさげ、総合的に把握できるような構成とした 事例選択において、家族の形態を3種類とし読み手の状況に、より近づける工夫をした	調査結果 寄稿 緩和ケアネットワーク指針 名簿CD-ROM添付	訪問看護ステーション・在宅療養支援診療所・地域包括センターの住所一覧を別添	情報と複数執筆者のエッセイを含む

出典：千葉県健康福祉部「在宅緩和ケアガイドブック」2004

「千葉県在宅がん患者緩和ケア支援ネットワーク指針(抜粋)」2003

熊本県健康福祉部「在宅療養支援情報パンフレット」2007 桜井孝、徳山磨貴、田中生子他「あなたの家に帰ろう」「おかえりなさい」プロジェクト2006

(5) おわりに

本研究は、患者の家族に対して、終末期医療についての情報提供を試みたものである。その結果、患者の家族にとって、必要最低限度の情報を簡便に効率よく手にすることができるガイドブックの作成を成果とすることができた。また、医療提供側の調査（「福岡県在宅療養支援診療所調査」）及びインタビュー調査を基盤にすることで、在宅医療の実情を踏まえることができた。特に今回有用であったのは、提供側がかかえる課題である。在宅医療の実情を把握することで、医療・介護サービスを選択し、賢い患者になるためのガイドとしての役割も、盛り込むことができた。そのため、医療供給側から発せられる情報提供書はあるものの、需要者にとってのガイドとしては新奇性のあるものとなった。しかし、意識調査のベースが福岡県特有のものでなかったことは、医療提供側の調査とのバランスを欠くこととなった。在宅終末期医療の進捗状況を測定するためには、需要側に対する調査が必要であるが、この点は本研究の課題として残っている。また、今後実際に広く使用されるガイドブックとするためには、実例の数を増やし、十分な検証と評価を経た上で、内容の充実を図っていかねばならないと考える。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省、終末期医療に関する調査等検討会報告書、2004
- 2) 厚生労働省、人口動態調査、2006
- 3) 平成18年度福岡県終末期医療在宅ケア推進事業、実施報告書Ⅱ、2007
- 4) 福岡県在宅療養支援診療所調査、福岡：2008
- 5) (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」、2005
- 6) 厚生労働省統計情報部、国民生活基礎調査、2006
- 7) 総務省統計局、平成17年国勢調査、2005

第5節 おわりに

1. 研究結果

- 第2節に示したとおり、福岡県保健医療計画（在宅医療分野）を県と共同して策定した。この計画の特長は、現状分析の充実と住民・患者にわかりやすい情報公開、及び計画が継続して実施されるためのPDCAサイクル案の作成である。
- 現状分析としては、まず県下の在宅療養支援診療所に悉皆調査を実施し、在宅医療の提供状況や患者像、抱える課題を把握した（第3節）。多くの診療所は外来医療を中心に、在宅患者は1か月に数人程度であったが、約3分の1の診療所は在宅患者を1ヶ月に10人以上抱え、積極的に在宅医療を推進していた。
- 在宅患者は医療区分、ADL区分ともに「1」の患者（比較的軽度の患者）が4割を占めていた。しかし医療計画の4疾病（がん、心筋梗塞、脳梗塞、糖尿病）を抱える患者が1診療所平均で各1人以上おり、在宅療養支援診療所が福岡県の医療提供体制において重要な役割を担っていることが改めて理解された。
- 在宅療養支援診療所の活動意欲は高く、6割の診療所が今後5年間で患者を増やしたいと答えており、課題（上位は「患者の経済的負担」と「24時間診療体制のための後方支援ベッドの確保」）を解決していくことが、在宅医療の普及につながるといえる。
- また関連研究をとおして、より精緻な現状分析を行った（第4節）。需給推計では、今後5年間に限ると在宅医療の需給は均衡することがわかった。しかし中長期的にみると、高齢者人口の増加による在宅医療の需要の増加が予想され、供給量を増やす必要があることが示された。
- 福岡県T町をフィールドとした分析では、レセプト・データや公的統計データ（将来人口推計等）を用いて、より詳細な分析手法を明示し推計を行った。またデータを整備する上での今後の課題を整理した。
- 供給側の研究として、患者紹介モデル及び経営モデルを構築した。患者紹介モデルでは、患者の紹介元と医療依存度により、在宅療養支援診療所を4類型に分類した。その上で、医療依存度・ADL区分の高い患者を対象とした類型の在宅療養支援診療所に対して、患者の紹介・情報交換方法や急変時の入院病床の確保策等についてインタビュー調査を実施し、連携の状況や課題、今後の方向性を明らかにした。
- 経営モデルでは、診療時間（在宅医療の提供時間、外来診療時間）と医師数に着目し、在宅療養支援診療所を5類型に分類した。在宅療養患者を増加させる場合の損益分岐点を比較すると、「外来医療から在宅医療に診療時間をシフトさせていく場合」よりも「外来時間を減らさず、人員増により在宅医療の時間を増やす場合」の方が、在宅患者数の損益分岐点が低く採算を取りやすいことが試算された。また開業当初から在宅医療に特化する診療所は、初期投資が少ない分、損益分岐点を最も低く抑えられることが示唆さ

れた。どの類型においても在宅医療の効率的な提供が鍵となるが、重症患者を診ることが効率の低下につながり、経営採算を悪化させている状況が見られ、政策的な配慮が求められるという課題が明らかになった。

- 需要側の研究として、在宅患者の属性や受けているサービスの時間・費用を調査した。在宅患者の医療区分は概ね「3」が1割、「2」が3割、「1」が6割であった。同じ医療区分で療養病床の医療費と在宅療養時の医療介護費を比較すると、在宅の方が平均して費用が低いことが明らかになった。
- また、在宅終末期医療に焦点を当てた検討を行った。現状分析を行うとともに、情報提供の手段として、患者の家族に向けたガイドブックを作成した。患者の家族を対象にした理由は、在宅終末期医療の推進において「患者の家族に負担がかかること」が最大の阻害要因になっているためである。したがって、ガイドブックでは患者の家族の様々な不安を解きほぐす形で、情報提供を試みている。入院医療との比較や在宅医療の内容、費用の目安等についてQ&A形式で掲載し、具体的でわかりやすく記述している。
- 情報提供は、このガイドブックだけでなく、医療計画（在宅医療分野）においても、患者側の立場で作成した事例をコラムとして掲載している。また「福岡県在宅療養支援診療所調査」で収集した在宅療養支援診療所の情報（診療所名、住所、連絡先、提供実績のある医療内容）については、福岡県のホームページに掲載される予定である。
- 最後にPDCAサイクルについて、在宅医療分野の指標・目標を設定し、目標達成のための施策を医療計画（在宅医療分野）に記載した。指標はストラクチャー・プロセス・アウトカム（アウトプット）に分けて構造的に検討している。目標は需給推計（関連研究1）等の現状分析から得られた数値を用いた、定量的な設定を試みている。
- 以上のように、現状分析、情報提供、PDCAサイクル案の作成が本研究の成果である。

2. 考察（在宅医療推進のために）

- 在宅医療推進のためには、上記のような医療計画（在宅医療分野）の策定に加えて、供給体制（在宅療養支援診療所等）の整備、及び需要側への働きかけが重要であると考えられる。
- 供給体制の整備は、質・量の両面で図らなければならない。福岡県に関しては、在宅療養支援診療所の数は充実しており（全国第3位）、それぞれの診療所の活動量及び内容を拡充することが期待される。
- 活動量については、経営モデル（関連研究3）で示したとおり、在宅医療の提供効率を上げることが鍵であった。
- 活動内容については、終末期医療に絞って検討しただけでも（関連研究5）、提供実態に幅があり、研修の実施等により提供内容を充実させる必要がある。
- また質・量を高め、補う手段として連携がある。連携は患者紹介モデル（関連研究2）でみたとおり、いくつかの類型（病-診連携、診-診連携、介護施設等との連携）があり、地域実態や診療所の類型に応じてネットワークを組む必要性が示された。
- 需要側への働きかけとしては、情報提供と患者・家族の負担軽減が重要である。情報提供は前述のとおり、在宅療養の事例も含めてわかりやすく記載した医療計画、在宅療養支援診療所の所在地や提供可能な医療内容の一覧を福岡県のホームページで示すこと、在宅医療に関するガイドブックの作成・配布が挙げられる。
患者・家族の負担軽減では、経済的・精神的・身体的負担を考慮しなければならない。経済的負担は実費だけでなく、家族介護に係る機会費用も含まれる。医療計画（第2節）の施策で示したとおり、在宅ボランティアの充実や、相談窓口の周知・機能充実が手段の一つとなるだろう。

3. 研究の限界・課題

(1) 供給側の研究に関して

本研究では、在宅医療の中心的役割を担うことが期待される在宅療養支援診療所に焦点を当て調査・分析を行った。しかし、より厳密には他の医療機関（病院や在宅療養支援診療所以外の一般診療所等）及び訪問看護ステーションについても、調査し検討する必要がある。

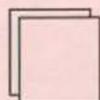
(2) 需要側の研究に関して

福岡県下の住民や患者・家族の意識調査を行えず、国の調査を代用したことは研究の限界であった。早期に意識調査を実施し、整備が必要な供給量について検討することが求められる。

(3) 医療計画（在宅医療分野）策定に関して

福岡県の前期計画には在宅医療分野に関する詳細な記載がなく、十分な評価が行えなかった。そのためPDCAサイクルは今期から実施するという限界がある。

また、他計画との整合性に関する考察が不十分であった。特に医療費適正化計画に関連する、在宅医療費の分析が今後の課題である。



第3章 千葉県における模擬医療計画（在宅医療部分）

第3章 千葉県における模擬医療計画（在宅医療部分）

第1節 はじめに

1. 医療計画制度の歴史の変遷及び見直しの経緯

医療計画制度は、医療資源の地域的な偏在の解消、医療施設相互の機能の連携等を推進するため、昭和60年（1985年）の第1次医療法改正により導入された。

医療計画とは、都道府県が当該都道府県における医療を提供する体制を確保するために必要な事項を定めた計画である。医療計画では、一定の条件を考慮して病床を整備するための単位として設定される区域（医療圏）及びその区域ごとに必要な病床数（必要病床数）が定められ、区域内の既存病床数が必要病床数を超過している場合には、都道府県知事は病院の開設や増床の申請者に対して、その中止又は変更を勧告できること、公的病院等に対しては申請を許可しないことができることとされた。

平成4年、9年、12年の第2次から第4次医療法改正では、医療の機能分化や患者に対する情報提供の推進が図られた。

平成16年、医療計画の見直し等に関する検討会ワーキンググループ¹⁾は、現行の医療計画制度について、第1次医療法改正以降、量的整備の充実に寄与したとし、「効果的であること」、「効率性」、「公平性」の観点でみると一定の評価ができるとしている。一方、都道府県の医療計画は大まかな社会目標は提示されているが、それに至る実施計画の役割は果たしていないこと、諸外国の規制対象は、病床のみならず医療機器や医療技術にも及んでいること、フランス、ドイツ及びオランダでは病床規制廃止の方向で検討されていることを指摘した。また、今後の医療計画制度のあり方として、住民の視点の尊重、具体的な数値目標の設定及び評価並びにそれに基づく見直しを行うことなどについて提言した。

その後、高齢化の進展に伴う医療費の増大、地域や診療科における医師不足など医療に関する種々の課題を解決すべく、生活習慣病予防、医療提供体制、医療保険制度に関する改革を総合的かつ一体的に行う医療構造改革関連法が平成18年6月に成立した。その一環として、平成18年の第5次医療法改正では、上記ワーキンググループ報告等を踏まえ、地域医療の連携体制の構築を進めるための医療計画制度の見直しが行われた。

2. 新たな医療計画の概要

(1) 医療計画の特徴

新たな医療計画は、これまでの参入規制を中心としたものから、下記のような特徴を有するものへと転換が図られた。

① 医療機能の分化と連携の推進

医療資源や病床の効率的な利用を促進し効率化を図るため、地域において必要な医療機能とそれを担う医療機関、連携体制の現状を明記する。

② PDCA サイクルの導入

医療計画は5年を1期とし、計画期間に達成すべき具体的な数値目標を設定する。これにより達成状況等についての評価が可能となり、その結果を次期医療計画の見直しに反映させることができるようになる。

③ 住民に対する情報公開の推進

住民参加の視点を重視したわかりやすい内容とし、関心をもって読まれるよう積極的な情報提供が求められる。

④ 都道府県の責務と権限の拡大

都道府県は、予防から早期発見、早期治療、居宅における医療まで、地域における切れ目のない医療提供体制を整備することが求められる。都道府県は、医療機能の分化と連携を促進するため、医療施設等に対し、医療機能に関する情報提供を求めることができるようになった。また、医療費適正化計画の策定とともに、必要に応じて、将来的には都道府県単位の診療報酬設定も認められることになった。

(2) 医療計画に関する国の責務

国は、医療法30条の3により、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保（以下「医療提供体制の確保」という。）を図るための基本的な方針（以下「基本方針」という。）を定めることとされ、平成19年3月30日「医療提供体制の確保に関する基本方針」²⁾が告示された。この基本方針は、「我が国の医療提供体制において、国民の医療に対する安心、信頼の確保を目指し、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保（以下「医療提供体制の確保」という。）を図るための基本的な事項を示すもの」としている。基本方針には下記事項が含まれている。

- ①医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本となるべき事項
- ②医療提供体制の確保に関する調査及び研究に関する基本的な事項
- ③医療提供体制の確保に係る目標に関する事項
- ④医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項
- ⑤医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する基本的な事項
- ⑥次条第1項に規定する医療計画の作成及び医療計画に基づく事業の実施状況の評価に関する基本的な事項
- ⑦その他医療提供体制の確保に関する重要事項

(3) 医療計画に関する都道府県の責務

都道府県は、医療法第30条の4の規定に基づき、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとされている。医療計画における記載事項は下記の通りである。

- ① 都道府県において達成すべき第4号及び第5号の事業の目標に関する事項
- ② 第4号及び第5号の事業に係る医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）に関する事項
- ③ 医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- ④ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項
- ⑤ 次に掲げる医療の確保に必要な事業（以下「救急医療等確保事業」という。）に関する事項（ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。）
 - イ 救急医療
 - ロ 災害時における医療
 - ハ へき地の医療
 - ニ 周産期医療
 - ホ 小児医療（小児救急医療を含む。）
 - ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療
- ⑥ 居宅等における医療の確保に関する事項
- ⑦ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
- ⑧ 医療の安全の確保に関する事項
- ⑨ 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目

標に関する事項

- ⑩ 主として病院の病床（次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。）及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定に関する事項
- ⑪ 二以上の前号に規定する区域を併せた区域であつて、主として厚生労働省令で定める特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床であつて当該医療に係るものの整備を図るべき地域的単位としての区域の設定に関する事項
- ⑫ 療養病床及び一般病床に係る基準病床数、精神病床に係る基準病床数、感染症病床に係る基準病床数並びに結核病床に係る基準病床数に関する事項
- ⑬ 前各号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項

平成19年7月20日発出の厚生労働省医政局長通知「医療計画について」³⁹（医政発第0720003号）では、「医療計画の記載事項として、新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業（以下「4疾病及び5事業」という。）が追加となり、4疾病及び5事業に係る医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制（以下「医療連携体制」という。）に関する事項を医療計画に定めること」とされた。

3. 在宅医療の推進に関する課題

近年の高齢化の進展、医療技術の進歩、慢性疾患の増加、医療費の増大、医療政策の変化等は、在宅医療へのシフトを促す誘因となっている。また、医療に対するニーズという観点からも、自宅等住み慣れた場所で最期を過ごしたいという希望や本人の選択が重視されるようになってきている。

しかしながら、在宅医療の提供体制は国民のニーズに十分対応できるものとなっていない。国民医療費に占める在宅医療費の割合は2.2%（平成14年度）にとどまる他、訪問看護ステーションの施設数は5,480カ所⁴⁰であり、新ゴールドプランによる5,000カ所の目標は達成したものの、ゴールドプラン21に示された平成16年度に9,900カ所⁴¹との目標には及ばず、伸びも頭打ちの状況である。

平成17年の厚生労働省社会保障審議会医療部会⁴²では、在宅医療を推進するための具体的な対策として下記の事項を示している。

- ① 在宅医療の中心的役割を担う主治医の機能の発揮
- ② 多職種協働によるチームでの在宅医療の推進

- ③ 在宅医療に係る医療連携体制の構築
 - ・医療計画への在宅医療の位置づけ
 - ・退院調整機能
 - ・在宅医療における医薬品、医療材料、衛生材料の供給体制整備
- ④ 患者による在宅医療の選択の妨げとなっている原因の除去
 - ・病状急変時の対応
 - ・家族の負担の軽減
- ⑤ 地域の在宅医療に関する情報提供の促進
- ⑥ 居宅以外の多様な居住場所での在宅医療の提供

4. 医療計画における在宅医療の位置づけ

平成9年に、在宅医療の推進に関する検討会⁷⁾は、住み慣れた地域社会の中で患者の在宅医療の要求を充足させるため、二次医療圏ごとに必要な在宅医療が提供される体制の整備を進めることが必要であるが、医療計画上在宅医療を明示的に取り上げている都道府県は少ないと指摘し、在宅医療に関する事項の記載を義務化することと、都道府県による計画的な体制整備を求めている。

厚生労働省医政局長通知「医療計画について」⁸⁾(平成19年7月20日)により、新医療計画は、「患者の内、居宅等で暮らし続けたいと希望する者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることを可能とし、居宅等における医療の充実による生活の質の向上を目指すものであること」と求め、居宅等における医療の確保等の記載事項として下記の事項を挙げている。

- (1) 法第30条の4第2項第6号の居宅等における医療の確保について定めるときは、当該医療におけるそれぞれの機能分類に即して、地域の医療提供施設の医療機能を計画的に明示すること。また、以下の目的を達成するために患者を中心とした居宅等における医療についての地域の医療提供体制の確保状況、その連携状況及び患者急変時等の支援体制を明示すること。
- (2) 患者自身が疾病等により通院困難な状態になっても、最後まで居宅等で必要な医療を受けられるために、地域にどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局等が存在し、かつ、どのような連携体制を組んでいるのか、また、患者の状態等に応じて適切な他の医療提供者等にどのように紹介するのかなどの仕組みがわかりやすく理解できること。
- (3) 適切な療養環境を確保し、虚弱な状態になっても最後まで居宅等で暮らし続けたいと希

望する住民や患者が安心感をもてるようにすること。

- (4) 医薬品の提供拠点としての調剤を実施する薬局の機能を活用するために、居宅等への医薬品等の提供体制を明示すること。

5. 本研究の目的および研究フィールドの選定

本研究では、在宅医療分野について医療提供の現状及び課題を調査・分析し、医療計画(案)を作成することにより、県医療計画の策定に資することを目的とする。

在宅医療は、4疾患5事業すべてに共通して地域医療の基盤を成す領域であること、また、平成18年度に在宅療養支援診療所が新設されたことに伴い、大きな変化が予想されること、その一方で、関連の先行研究が見当たらなかったこと等から、本研究における研究対象領域とした。

また、千葉県は、全国的に見ても医療資源が少なく、医療費支出が低い県の1つであるが、各健康指標は平均以上の値を示していること、また、県独自の「循環型地域医療連携システム」を構築中であり、二次医療圏における事業を特に重視していること、さらに、都市型医療圏の典型的モデルが存在すること等から、本研究では、千葉県をフィールドとすることとした。

6. 本研究の構成

本研究では、以下の研究を通して、千葉県における在宅医療分野に関する医療計画(案)を作成する。

- (1) 千葉県内の全ての在宅療養支援診療所の管理者を対象としたアンケート調査を実施し、医療提供内容や連携状況の実態や在宅医療を充実させるための今後の課題を明らかにする。
- (2) 医療計画策定に向けた研究として、既存の統計等を用いて医療提供体制や受診状況等に関する分析を行い、計画策定手法について検討する。
- (3) 関連研究として、二次医療圏における地域連携に関するケース分析(主要医療機関の経営分析)を行う。

<引用・参考文献>

- 1) 厚生労働省：「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書、2004.9.24
- 2) 厚生労働省：「医療提供体制の確保に関する基本方針」平成19年3月30日
- 3) 厚生労働省医政局長通知「医療計画について」、医政発第0720003号、平成19年7月20日

日

- 4) 厚生労働省：第9回社会保障審議会，後期高齢者医療の在り方に関する特別部会，資料4－2，平成19年7月6日
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/07/dl/s0706-2f_0006.pdf
- 5) 今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン2 1～，
http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2_17.html
- 6) 第18回社会保障審議会医療部会，資料2，在宅医療について2005.10.20
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/dl/s1020-4b1.pdf>
- 7) 厚生労働省：在宅医療の推進に関する検討会，21世紀初頭に向けての在宅医療について，1997.6.27
<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0906/h0627-3.html>
- 8) 前掲3)

第2節 在宅医療の現状と課題

本章では、千葉県における医療、とりわけ在宅医療の特徴を供給および需要面について整理するとともに、課題を検討する。

1. 供給面

まず、医療供給全般における千葉県の特徴としては、量の少なさが指摘される。すなわち、病院、診療所、病床、医師等の主な医療資源の人口10万人当たり供給量を他都道府県と比較すると、千葉県はあらゆる資源において低水準であることが分かる。この要因として、まず、これまでは高齢化のスピードが遅く人口構成が相対的に若いということが挙げられる。加えて、千葉県と同様首都圏に位置する埼玉県、神奈川県においても医療供給の少なさが目立つことから、東京都に隣接するという地理的な要因が影響していることも考えられる(図表3-2-1)。具体的には、①県民の約2割が東京をはじめとする県外に通勤・通学していることから、県外受診が多い、②少なくとも近年までは急速な人口増に医療供給が追いついてこなかった、等が指摘されよう。

図表3-2-1 全国と千葉県の医療供給の状況(人口10万人当たり)

	病院数	診療所数	病床数			医師数	看護師数	訪看ST数	〈参考〉 高齢化率
			在宅診	一般	療養				
全国平均	7.1	76.3	7.4	707.7	281.2	217.5	503.9	4.16	20%
千葉県	4.7 (45)	59.8 (43)	2.8 (46)	532.1 (46)	169.5 (42)	159.5 (45)	349.3 (46)	2.92 (45)	18% (42)
最大	17.7 〈高知〉	104.5 〈和歌山〉	17.9 〈長崎〉	989.2 〈香川〉	1022.4 〈高知〉	291.5 〈京都〉	779.8 〈高知〉	8.01 〈和歌山〉	27% 〈鳥根〉
最小	4.0 〈神奈川〉	53.6 〈埼玉〉	2.5 〈富山〉	480.1 〈埼玉〉	142.7 〈神奈川〉	142.0 〈埼玉〉	305.0 〈埼玉〉	2.88 〈埼玉〉	16% 〈沖縄〉

(資料)厚生労働省「医療施設調査」、「病院報告」、「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「介護サービス施設・事業所調査」等。

(注1)病院数、診療所数、病床数、医師数、看護師数および訪看ST数は人口10万人当たり。

(注2)病床は病院のみ。

(注3)下段()内は全国順位。

(注4)高齢化率は65歳以上人口比率。

次に、在宅医療に焦点を当てる。医療財政の逼迫や供給体制の制約を背景に、入院に比べて相対的にコストが少なくてすむ在宅医療へ患者をシフトする必要性が高まっている。また、患者サイドにおいても、住み慣れた場所で療養生活を送りたいという根強い希望がある。こうした状況下、2006年4月の診療報酬改定において24時間対応を要件とする「在宅療養支援診療所」制度が創設され、届出を出した診療所(以下、「在宅診」)を中心に在宅医療サービスの一層の拡大が期待されている。

図表2は、65歳以上人口10万人当たりの一般診療所数、在宅診数、診療所のうち何パーセントが在宅診の届出を出しているかを示す申請率を医療圏別に見たものである(対象人口を65歳以上としているのは、在宅医療の主な受療者は高齢者であると考えられるためであ