

医療保険点数・介護保険点数の改正にともなう医療費・介護費等の変動について2008年と2012年を比較する(図18)。

新設された項目もあるが、保険点数の引き上げに対する物価上昇を考慮すると、実単価はほぼ横ばい～わずかに上昇と考えてよいであろう。

総合支援法による2009年と2012年度の単位の変動については、今後同様の研究を行ったときの加算内容として考慮してゆくものである。

図18. 医療保険点数・介護保険点数の改正にともなう医療費・介護費等の変動
(2008年と2012年の比較)

ア) 訪問診療／医学管理料

診療報酬改定の比較

診療報酬改定の比較

		2008年	2012年	2008年	2012年
在宅患者訪問診療料C001-1	在宅での療養を行っている患者			830	830
	居住系施設入居者等である患者の場合			200	
在宅時医学総合管理料C002	在宅時医学総合管理料(処方箋交付)	特定施設等の同一建物居住者			400
		特定施設以外の同一建物居住者			200
	特定施設入居時等医学総合管理料			4200	
在宅末期医療総合診療料C003	処方箋交付の場合	機能強化型在宅療養支援診療所(無床・処方箋交付)		3000	
		機能強化型在宅療養支援診療所(無床・処方箋交付)			4600
在宅療養指導管理料	在宅自己注射指導				3300
	在宅悪性腫瘍患者指導			1495	1650
在宅自己注射指導	在宅自己注射指導				1230
	在宅悪性腫瘍患者指導			820	820
在宅悪性腫瘍患者指導	在宅悪性腫瘍患者指導			1500	1500
	在宅悪性腫瘍患者共同指導				1500
在宅中心静脈栄養法指導管理料	在宅中心静脈栄養法指導管理料			3000	3000
	在宅自己腹腔灌流指導			3800	4000
在宅血液透析指導	在宅血液透析指導			3800	8000
	在宅自己導尿指導			1800	1800
在宅酸素療法指導(77ノギ型先天性心疾患の場合)	在宅酸素療法指導(77ノギ型先天性心疾患の場合)			1300	1300
	在宅酸素療法指導			2500	2500
在宅人工呼吸指導	在宅人工呼吸指導			2800	2800
	在宅持続陽圧呼吸療法指導			250	250
在宅気管切開患者指導	在宅気管切開患者指導			900	900
	在宅寝たきり患者処置指導			1050	1050
在宅成分栄養経管栄養法指導	在宅成分栄養経管栄養法指導			2500	2500
	在宅自己疼痛管理指導			1300	1300
在宅肺高血圧症患者指導	在宅肺高血圧症患者指導			1500	1500
	在宅小児経管栄養法指導				1050
在宅振戦等刺激装置治療指導	在宅振戦等刺激装置治療指導				810
	在宅迷走神経電気刺激治療				810
在宅小児低血糖症患者指導	在宅小児低血糖症患者指導				820
	在宅妊娠糖尿病患者指導				150
在宅難治性皮膚疾患処理指導	在宅難治性皮膚疾患処理指導				1000
	在宅埋込型補助人工心臓(拍動流型)指導				6000
在宅埋込型補助人工心臓(非拍動流型)指導	在宅埋込型補助人工心臓(非拍動流型)指導				45000
	退院前在宅療養指導			120	120

イ) 訪問看護／訪問リハビリ

診療報酬改定の比較

訪問看護		2009	2012
指定訪問看護ステーションの場合	20分未満	285	316
	30分未満	425	472
	30分以上1時間未満	830	830
	1時間以上1時間30分未満	1198	1138
	理学療法士等による訪問の場合		316
病院・診療所の場合	20分未満	230	255
	30分未満	343	381
	30分以上1時間未満	550	550
	1時間以上1時間30分未満	845	811
特別管理加算	指定訪問看護ステーションの場合	540	500
	病院・診療所の場合	290	250
初回加算			300
退院時共同指導加算	※初回加算を算定する場合は、算定できない		600
サービス提供体制強化加算	指定訪問看護ステーション・病院・診療所の場合1月につき	6	6
	指定定期巡回・随時対応型訪問看護事業所と連携して訪問看護を行う場合		50
訪問リハビリ		2009	2012
	1回につき	305	305
	サービス提供強化加算	6	6

ウ) 訪問介護／訪問入浴介護

介護報酬改定の比較

訪問介護		2009	2012
(イ)身体介護	30分未満	254	254
	30分以上1時間未満	402	402
	1時間以上(584単位に30分を増すごとに+83単位)	584	584
	20分未満		170
(ロ)生活援助	30分以上1時間未満	229	
	1時間以上	291	
	20分以上45分未満		190
	45分以上		235
(ハ)通院等昇降介助	1回につき	100	100
(ニ)初回加算	1月につき	200	200
(ホ)生活機能向上連携加算			100
介護職員処遇改善加算(1)	(Ⅰ)イーホまでにより算定した単位数の1000分の40		左記により追加
介護職員処遇改善加算(2)	(Ⅱ)(Ⅰ)により算定した単位数の1000分の90		左記により追加
介護職員処遇改善加算(3)	(Ⅲ)(Ⅰ)により算定した単位数の100分の80		左記により追加
訪問入浴		2009	2012
	看護職員1名+介護職員2名の3名体制の場合	1250	1250

【おわりに】

医療費と介護保険費の総和は、病院入院費より低い値を示した。総合支援法の適用者は限定されているため、費用の総和に影響する割合は低いと考えられる。

しかし今後独居世帯・老老介護世帯の増加とともに、総合支援法の適用者が増加する可能性は大きく、総費用の増大が予想される。ただし、要介護5であっても満額を利用する療養者は少なく、現在のところは余裕があると見てよいだろう。

図19に示すように、現在、入院・入院外の二区分である診療報酬内訳を、今後、入院料・外来診療料・訪問診療料の三分区とする内訳に変更するほうが、これからの医療政策上、理にかなっていると思う次第である。

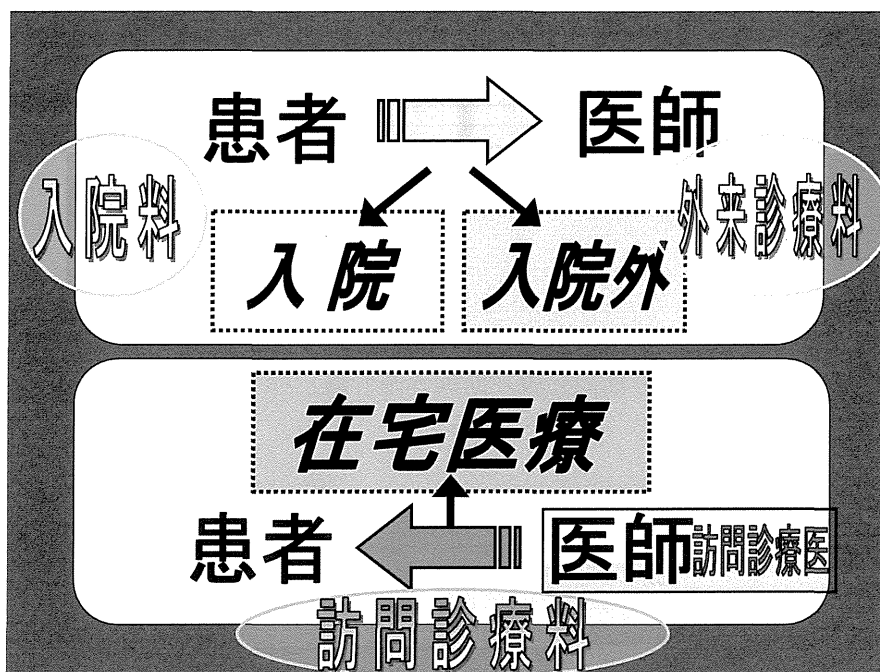


図19

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」

平成 25 年度分担研究報告書

在宅医療の現状と課題

研究協力者 西森和寛（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

目的：在宅医療の現状について、制度、統計、先駆的事例の3方向から明らかにし、あわせて現状を踏まえた今後の推進策の課題を明らかにすること。

方法：在宅医療の制度、統計については、各種政府公表資料から把握し、先駆的事例については、柏市、仙台往診クリニック、あおぞら診療所新松戸および桜新町アーバンクリニックのヒアリング結果並びにそれらの関連文献調査を行った。

結果：在宅医療の制度については、①都道府県医療計画と市町村介護保険事業計画の両方から推進されていること、②在宅医療連携拠点事業（2012年度まで）、地域医療再生計画の在宅医療推進事業（2013年度まで）と切れ目ない推進予算が付いていること、③在宅療養支援診療所を診療報酬上高く評価し、かつ機能強化型にはさらなる評価がされていることがわかった。

在宅医療の統計については、①在宅療養支援診療所届出数が増加する一方で訪問診療実施機関数はほぼ横ばいであること、②在宅医療の患者数はここ数年伸びていること、③在宅死亡者数は、絶対数で見れば2004年以降伸びているが、死亡者総数が伸びているため、在宅死亡率で見ればほぼ横ばいであることなどがわかった。

在宅医療の先駆的事例については、①市町村が主体となった、各職能団体の代表者等による、システムチックな在宅医療推進の取組や、②先駆的診療所における重症患者対応、院内カンファレンスにおける多職種連携、ディクテーションなどのICT活用などによる医師負担軽減の取組を把握した。

考察・結論：本稿の結果から、在宅医療については、自治体と事業者それぞれに対して様々な支援制度があること、在宅医療は患者数や自宅死亡数の増加など対策の効果が出つつあること、参考にすべき先駆的事例もあることがわかった。一方で、今後団塊世代が後期高齢者になることによる今後の死亡者数の伸び、本人の希望を考えた時には、これまで以上のさらなる在宅医療の推進が求められている。

今回の研究により、在宅医療連携拠点事業など在宅医療の推進手法については、かなり研究および実践が進んでいることがわかったので、むしろ、その取組の前後、すなわち、いかにそうした取組に関係者、特に市町村と医師会の協力・参加を得られるようになるか、いかにそうした取組を在宅患者数の増加などの成果につなげられるかが課題になっているとして、問題提起と解決案の提示を行った。

A. 目的

地域包括ケアシステムにおいて、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援・福祉サービス」と並んで5つの要素の一つであり、2014年度診療報酬改定のみならず、2014

年通常国会に提出された医療・介護制度改革の一括法案（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案（2014年2月12日閣議決定・国会提出））でも「医療・介護の連携」や「在宅医療の推進」の位置づけが非常に高く、地域包括ケア提供体制研究において、在宅医療は欠かせないテーマである。

また、在宅医療の推進については、これまでも2006年の医療構造改革や、2012年の診療報酬・介護報酬同時改定といった比較的近年に大幅な制度改革が行われており、1992年の医療法改正などをスタートとすれば、「国が政策課題として取り上げて以来、少なくとも20年以上の歴史がある。」（島崎(2012)）。もっとも、これらを解説した行政資料は網羅性が高いものの、前提知識が必要であったりしてポイントがつかみにくく、在宅医療の好事例集も厚生労働白書など様々あるものの、国が進めている在宅医療推進施策とどうつながるのかははっきりしなかったりするものが多い。

こうしたことから、在宅医療の現状についてポイントを絞って整理して紹介することも意味があると考え、本稿では、在宅医療の現状を制度、統計、先駆的事例の3方向から明らかにし、それらから見えてきた今後推進していく上の課題を明らかにする。

なお、本稿では在宅医療一般ではなく主として診療所の在宅医療のみを取り上げており、他の在宅医療形態である、病院の在宅医療、訪問看護、在宅歯科診療、訪問薬剤管理および訪問リハについてはほとんど立ち入らない。

B. 方法

在宅医療の制度については、在宅医療・介護推進プロジェクトチーム(2013)を中心に、根拠となる法令・通知などを調査した。在宅医療の統計については、中央社会保険医療協議会(2013)を中心に、医療施設調査(静態)や患者調査など出典にさかのぼって調査した。先駆的事例については、柏市、仙台往診クリニック(仙台市)、あおぞら診療所新松戸(松戸市)および桜新町アーバンクリニック(世田谷区)に直接ヒアリングを行うとともに、過去にそれらの活動を取り上げた文献の調査を行った。

C. 結果

1. 在宅医療の制度

厚生労働省の関係局長級が2013年5月にとりまとめた在宅医療・介護推進プロジェクトチーム(2013)の分類に従い、「計画」、「予算」、「報酬」の順に述べる。なお、この章の内容は、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」、「平成26年度予算政府案」(2013年12月24日閣議決定)および「平成26年度診療報酬改定」(2014年2月12日中央社会保険医療協議会答申)による改正は施行前のため立ち入らない。

(1) 計画(医療計画、介護保険事業計画)

①医療計画

医療計画は医療法(昭和23年法律第205号)第5章第2節に基づき都道府県が定めな

なければならない医療提供体制の確保を図るための計画で、2013年度からの5年間の計画となっている。記載事項は法律上列挙されており、2006年の医療構造改革により新設された、数値目標および医療連携体制の記載が義務なのは、いわゆる5疾病・5事業に限られ、在宅医療については、「居宅等における医療の確保に関する事項」の記載が義務であり、数値目標および医療連携体制の記載は義務ではない。

実際は、医療法に基づく技術的助言である局長通知（「医療計画について」平成24年3月30日医政発0330第28号）において、社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）の提言を受ける形で、新たに今期から、在宅医療も数値目標および医療連携体制を記載すべきものとされた。また、局長通知を受けた課長通知（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」平成24年3月30日医政指発0330第9号）の中で、5疾病・5事業と同様に、今回新たに「在宅医療の体制構築に係る指針」が示された。

同課長通知においては、在宅医療の現状、目指すべき在宅医療連携体制の方向性を示した上で、各都道府県に対して連携体制構築のための手順として、①現状の把握、②圏域の設定、③連携の検討、④課題の抽出、⑤数値目標、⑥施策、⑦評価、⑧公表を行うよう求めている。

②介護保険事業計画

介護保険事業計画には、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づき市町村が定める「介護保健事業に係る保険給付の円滑な実施に関する」介護保険事業計画と、都道府県が定める「介護保健事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する」介護保険事業支援計画があり、第6期計画は2012年度からの3年間となっている。記載事項は法律上列挙されており、在宅医療関係では、介護保険事業計画においては第6期から新たに、地域の実情に応じて優先的に取り組むべき事項（重点記載事項）として、「医療との連携に関する事項」が法律上規定されたが、介護保険事業支援計画には法律上規定がない。

(2) 予算

在宅医療・介護推進プロジェクトチーム(2013)では、在宅医療・介護関係として25の事業名が列挙されている。それらの事業は、金額も数千万円のものから数百億円のものもあり、在宅医療に限るものから在宅医療でも使えるものまでである。本稿では、在宅医療により焦点を当てたもので、金額も大きくよく言及される事業として、「地域医療再生基金の在宅医療推進事業」と、2012年度限りで小児を除き打ち切りとなった「在宅医療連携拠点事業」を取り上げる。

①在宅医療推進事業

地域医療再生基金は、2009（平成21）年度補正予算（2,350億円）で新設され、2010（平成22）年度補正予算（2,100億円）、2011（平成23）年度補正予算（720億円）、2012（平成24）年度予備費（380億円）、2012（平成24）年度補正予算（500億円）と基金を拡充し、総額6,150億円である。

地域医療再生基金は、都道府県が地域医療再生計画を策定し、厚生労働省の有識者会議（地域医療再生計画に係る有識者会議）が計画を審議し、交付金を交付するものである。

地域医療再生計画の計画期間は、震災関係の 2011 年度補正予算と 2012 年度予備費が原則 2015 年度末まで、それ以外は原則 2013 年度末であるが、2013 年度末までに開始した事業も承認を得れば基金の使用は可能である。

地域医療再生計画の対象事業は、2009 年度補正予算は 2 次医療圏単位、2010 年度補正予算は都道府県単位、2011 年度補正予算と 2012 年度予備費は震災復興、2012 年度補正予算は①災害時の医療の確保事業、②医師確保事業、③在宅医療推進事業である。震災復興の 2011 年度補正予算と 2012 年度予備費を除き、全都道府県が対象である。

在宅医療との関係では、地域医療再生計画上、在宅医療推進事業が必須となったのは 2012 年度補正予算が最初であるが、2009 年度補正予算や 2010 年度補正予算でも 2 次医療圏ないし都道府県の課題として在宅医療の事業が含まれており、例えば、今回ヒアリングを行った柏市の在宅医療推進事業の一部は、2009 年度補正予算の千葉県地域医療再生計画に組み込まれている。

②在宅医療連携拠点事業

在宅医療連携拠点事業は、2011 年度に 10 カ所（本予算 1.1 億円）（10 カ所とも 2012 年度も実施）、2012 年度に 105 カ所（本予算 20.6 億円）実施された、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すためのモデル事業である。

2012 年度は全都道府県で実施し、その内訳は、自治体 14 カ所（うち 1 つは都道府県）、医師会等医療関係団体 16 カ所、病院 32 カ所、診療所 29 カ所、訪問看護ステーション 10 カ所、その他（薬局、NPO 法人等）4 カ所となっている。実施団体は、2012 年度末に、①地域の医療・福祉資源の把握および活用、②会議の開催、③研修の実施、④24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築、⑤患者・家族や地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした相談窓口の設置、⑥効率的な情報共有のための取組、⑦地域住民への普及啓発という共通の 7 つの視点で成果報告書を作成している。今回ヒアリングを行った柏市および仙台往診クリニックは 2012 年度の事業受託をしている。

当該事業は、2012 年 11 月 17 日の行政刷新会議「新仕分け」において、『地域包括支援センター事業との整理やモデル事業の位置づけの明確化を含め、事業内容を抜本的に見直す。』とされたことから、在宅医療連携拠点事業は平成 25 年度から小児等在宅医療の 8 カ所（1.7 億円）（いずれも都道府県）に大幅縮小し、小児以外の在宅医療連携拠点事業は、上記の在宅医療推進事業が担うことになっている。

(3) 報酬

在宅医療の診療報酬は、過去在宅医療推進のために何度も改正された結果、多くの診療料や例外規定があり、さらに介護報酬との関係も加わり、大変複雑なものとなってい

る。在宅医療・介護推進プロジェクトチーム(2013)では、往診料および在宅患者緊急入院診療加算の診療報酬改定並びに介護報酬改定まで言及しているが、本稿では、「在宅医療を行う医療機関の経営の柱となる診療報酬である」(永井(2012))在宅における医学管理料(在宅時医学総合管理料(在医総管)および特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管))に絞って取り上げる。

①在宅における医学管理料の概要

在宅における医学管理料は、医科点数表(「診療方法の算定方法の一部を改正する件」(平成24年厚生労働省告示第76号)による改正後の「診療方法の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表)C002およびC002-2に規定されている。通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定できる。経緯としては、まず2006年に、在医総管(C002)の在支診の有無別が新設され、次に2010年に、特定施設の指定を受けたいわゆる介護付ケアハウス等で新たに医学管理料が請求できる特医総管(C002-2)が新設され、さらに2012年には、より評価の高い在支診である、機能強化型在支診(有床)と機能強化型在支診(無床)が新設された。表に示すと以下のとおりである。

表1 在医総管および特医総管の点数一覧(処方せんを交付する場合)

	在医総管	特医総管
機能強化型在支診(有床)	5,000点	3,600点
機能強化型在支診(無床)	4,600点	3,300点
従来型在支診	4,200点	3,000点
在支診でない	2,200点	1,500点

②施設基準

①で述べた、在支診、在医総管や特医総管として請求するためには、地方厚生局への届出が必要であり、その基準が施設基準通知(特掲診療料の施設基準及びその届出の手続きの取扱いについて(平成24年3月5日保医発0305第3号))別添1に規定されている。

従来型在支診は別添1第9(3)に規定されている。主な要件は、①当該診療所による24時間連絡の取れる体制、②連携医療機関や訪問看護ステーションを含めた24時間往診可能体制、24時間訪問看護可能体制および緊急入院受け入れ体制、③緊急往診や看取り数などの年1回報告の3つである。

機能強化型在支診は別添1第9(1)に強化型在支診、別添1第9(2)に連携強化型在支診が規定されている。機能強化型在支診では、従来型在支診に加えて、①常勤医師3名以上、②過去1年間の緊急往診5件以上、③過去1年間の看取り2件以上が加わる。強化型在支診では当該診療所のみで基準を満たす必要があるが、連携強化型在支診

については、緊急連絡先の一元化と月 1 回以上の定期的カンファレンスを行えば、単独で要件を満たさなくても算定できる。また、有床の有無についても、強化型在支診では当該診療所が有床診療所である必要があるが、機能強化型在支診では連携医療機関のうち一つが有床診療所であれば、連携医療機関すべてが有床として請求できる。

在医総管と特医総管は、施設基準は共通で別添 1 第 15 で規定されている。主な届出事項は、緊急時の連絡・対応方法についての患者等への文書による説明である。

2. 統計

在宅医療の統計については、2014 年診療報酬改定について審議した中央社会保険医療協議会(2013)で網羅的な整理がなされている。本稿では、それを基本としつつ、出典に当たり、関連統計も加えた形で、在宅医療実施機関数、在宅医療患者数、在宅看取り数の順に取り上げる。

(1) 在宅医療実施機関数

厚生労働省大臣官房統計情報部で 3 年に 1 度行っている全医療施設を調査対象とした医療施設調査(静態)では、在宅医療サービスの実施状況も調査している。

最新の 2011 年の調査結果によれば、一般診療所のうち 19,950 施設(一般診療所全体の 20.4%)が在宅患者訪問診療を同年 9 月中に最低 1 回は行ったと回答している。2011 年の調査は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏および福島県が調査対象から外されているので割合で過去の調査と比較すると、2002 年が 17.8%、2005 年が 17.4%、2008 年が 19.7%であり、ほぼ横ばいであると言える。

在支診の届出数は、保険局医療課調べによると、最新の 2012 年には 13,758 施設(一般診療所全体の 13.7%)になっており、制度発足時の 2006 年 9,434 施設(一般診療所全体の 9.6%)に比べ、施設数で約 1.5 倍に増加している。なお、機能強化型在支診は、2012 年現在 2,825 施設となっている。

(2) 在宅医療患者数

厚生労働省大臣官房統計情報部で 3 年に 1 度行っている医療施設を対象とした抽出調査である患者調査では、在宅医療の状況も調査している。

最新の 2011 年の調査結果によれば、一般診療所で在宅医療を受けた推計外来患者数は 7.89 万人/日(一般診療所の推定外来患者全体の 1.9%)、となっている。2011 年の調査は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏および福島県が調査対象から外されているので割合で過去の調査と比較すると、2002 年が 1.3%、2005 年が 1.3%、2008 年が 1.6%であり、2005 年から約 1.5 倍に在宅医療患者割合が増加している。

なお、在宅医療患者数の数字としては、ほかに、内閣官房社会保障改革担当室(2011)がある。それによると、「在宅医療等」患者が 2012 年度は 17 万人/日、2025 年度には現状投影シナリオで 21 万人/日、改革シナリオでは、改革により疾病や状態像にふさわしい医療・介護のサービスを受けたとした場合、在宅医療利用者数が約 1.4 倍程度増加す

ることが見込まれるとして、29万人／日とされている。

上記の患者調査と数字が2倍ほど異なるが、内閣官房社会保障改革担当室(2011)の在宅医療患者数は、一般診療所に限らないのに加え、審査支払機関において処理された診療報酬明細書のデータを元にした「医療費の動向 (MED I A S)」も用いた推計であるため、一致しない。

在支診の在宅医療患者数は、保険局医療課調べによると、最新の2012年には1施設あたり65.8人になっており、2009年の同38.4人に比べ、約1.7倍に増加している。在宅療養支援診療所の総患者数は2012年には90.5万人となり、2009年の45.9万人に比べ、約2倍となっている。

この90.5万人の比較対象として、例えば、診療報酬上の訪問診療の要件は、「寝たきりまたはそれに準ずる状態で通院が困難な方」であり、一概には比較できないが、介護保険で中重度としている要介護3以上と比較すれば、2012年3月末現在で199万人(介護保険事業状況報告)となっている。

(3) 在宅看取り数

(1) で述べた医療施設調査(静態)にて、2008年から在宅医療サービスの実施状況の項目に在宅看取りを新設している。

最新の2011年調査では、一般診療所のうち3,280施設(一般診療所全体の3.3%)が在宅看取りを同年9月中に最低1回は行ったと回答し、1か月の総在宅看取り数は5,574名(同じ時期の死亡者総数の6.1%)である。2011年度の調査は、宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏および福島県が調査対象から外されているので割合で過去の調査と比較すると、2008年の在宅看取り数の割合は5.4%であり、2008年から約1.1倍に割合が高まっているが、ほぼ横ばいである。

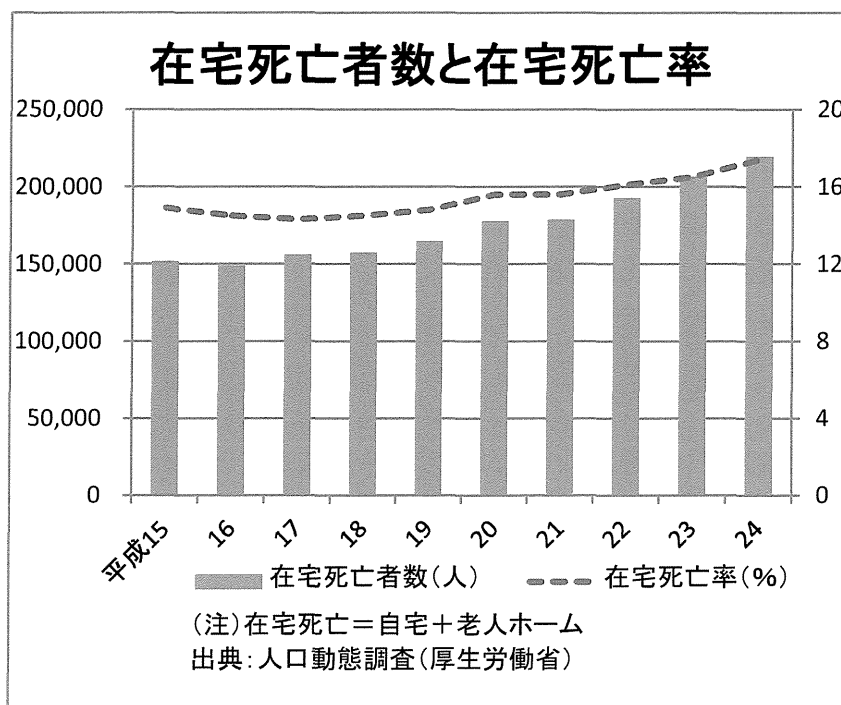
在宅療養支援診療所については、保険局医療課調べでは、2012年7月1日現在、厚生局に報告があった在宅療養支援診療所のうち、強化型在支診の91.1%、連携強化型在支診の77.5%、従来型在支診の51.4%が過去1年間に自宅死亡1名以上と回答している。

また、在宅看取りの進捗を測る指標として、自宅死亡者数を指標にすることが多い。人口動態調査で全死亡者の死亡場所を、①病院、②診療所、③介護老人保健施設、④助産所、⑤老人ホーム、⑥自宅、⑦その他の7分類で集計している。このうち、診療報酬上、在医総管ないし特医総管が算定できる範囲にほぼ相当する老人ホームと自宅をあわせて在宅死亡者とすると、平成24年は219,506人であり、全死亡者数の17.4%(自宅に限れば12.8%)である。表は在宅死亡者数と在宅死亡率の過去10年の推移である。在宅死亡者数は、絶対数で見れば2004年以降伸びているが、死亡者総数が伸びているため、在宅死亡率で見ればほぼ横ばいである。

在宅看取り希望に関しては、「終末期医療に関する調査」(厚生労働省)が一般国民、医師、看護職員および介護施設職員を対象にして、また、「高齢者の健康に関する調査」(内閣府)が55歳以上を対象にして、それぞれ5年に1回、最期を迎えたい場所を聞いて

ており、いずれも 50%をやや超える人が自宅死を希望し、施設希望は 10%以下である。

一方、少し古いが、医療経済研究機構(2002)における、スウェーデン(1996 年)、オランダ(1998 年)、フランス(1998 年)の死亡場所の調査によれば、自宅死がそれぞれ 20.0%、31.0% (ただし「その他」死も含む。)、24.2%、自宅死とナーシングホーム・ケア付き住宅の死亡をあわせた在宅死がそれぞれ 51.0%、62.5%、35.0%となっている。



3. 先駆的事例

本研究では、2013 年度に在宅医療の先駆的事例として、自治体として柏市、事業所として仙台往診クリニック (仙台市)、あおぞら診療所新松戸 (松戸市)、桜新町アーバンクリニック (世田谷区) について、現地ヒアリングなどを行った成果を取り上げる。

(1) 柏市

柏市は都心から 30 キロ圏内の人口約 40 万の中核市である。

柏市の在宅医療の取り組みについては、松本直樹(2013)が最も詳しいが、それ以外でも、2013 年だけでも、厚生労働白書(2013 年版)、平成 25 年度在宅医療・介護連携推進事業研修会 (国立長寿医療研究センター、10 月 22 日)、社会保険旬報(12 月 21 日号)などに取組が掲載されるなど、非常に有名である。柏市は 2012 年度在宅医療連携拠点事業を受託し、提示された 7 つの視点のほぼすべてについて取組が行われている。本稿では網羅的に紹介するのではなく、今回ヒアリングを通じて特徴的であった、①市町村主体の取組、②関係代表者との連携、③システムチックな取組の 3 点についてポイントを絞って述べる。

①市町村主体の取組

柏市の在宅医療の取り組みの最大の特徴は、市町村が積極的に関与している点である。例えば、1(2)②で述べた在宅医療連携拠点事業においては、全国で105カ所実施したものの、自治体は14カ所に過ぎない。柏市では、住み慣れた地域(日常生活圏域)におけるサービスの「面」的整備の必要性、介護保険行政との連携・調整の必要性から、市役所が中心となって取り組むこととなった。具体的には、介護保険部局に専属の福祉政策室を設置し、2012年度からの介護保険事業計画において在宅医療の推進を位置づけている。


上で述べた在宅医療連携拠点事業の総括報告書(厚生労働省医政局指導課在宅医療推進課、2013年10月)の考察でも、実施事業主体構成比に反して、市町村主体の在宅医療推進の重要性について1ページ以上にわたり一番多く述べており、逆に言えば、いかに市町村主体の在宅医療推進の少なさ、難しさを物語っているといえる。

②関係代表者との連携

柏市では、在宅医療推進体制として、5つの会議(医療WG、連携WG、試行WG、10病院会議、顔の見える関係会議)を開催しており、いずれも市が事務局機能を担っている。

このうち、連携WGは主治医-副主治医制および多職種連携のルールについて議論する場であるが、医師会からは在宅プライマリケア担当理事や介護保険担当理事だけでなく会長や副会長も構成メンバーとなっており、歯科医師会からは会長と担当理事、訪問看護連絡会からは会長と副会長、介護支援専門員協議会は会長と副会長といったように、各医療・看護・介護の職能団体の代表者が集まっている。これだけの各職能団体の代表者等が在宅医療をテーマに一堂に会する機会が2010年7月から定期的にあるということは、医師会の協力があつたにしても、かなり珍しい。

市町村が主体性を持った在宅医療推進の体制

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をまとめとした関係者と話し合いを進めることが必要。 → システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置。	
(1) 医療WG 医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論	(2) 連携WG 医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。
(3) 試行WG 主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく、試行と検証を行う。	(4) 10病院会議 柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。
(5) 顔の見える関係会議 柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。	
	

出典：柏市保健福祉部福祉政策室(2013)「柏市における長寿社会のまちづくり」厚生労働省老健局『第2回都市部の高齢化対策に関する勉強会』(2013年6月)

③システマチックな取組

柏市の取組としては、①主治医－副主治医制の構築（情報共有システムの構築も含む。）、②在宅医療研修（千葉県地域医療再生基金事業）の実施、③市民への啓発、さらに、④患者が病院から在宅に戻る際の調整支援機能や研修機能などを担う地域医療拠点の建設が現在進行中であり、2014年4月にも運営開始予定とのことである。

このうち、主治医－副主治医制は主治医とそれを補完する医師とが協力して訪問診療するものであるが、そのコーディネート窓口を市役所が担うことで「面」的整備が図られており、試行WGが試行と検証を行っている。

効果として、在宅療養支援診療所が2010年に比べ11カ所増の26カ所となり、主治医－副主治医制の症例が30近くとなっている。

(2) 仙台往診クリニック（仙台市）

仙台往診クリニックは、1996年開業の常勤医師6名、非常勤医師11名、看護師8名、在宅患者数約550名、年間在宅看取り数約110～150名の在宅医療専門の強化型在宅診療である。

仙台往診クリニックの取組は、すでに厚生労働省(2007)などの文献もあるが、特に、重症患者の多さが特徴的である。

仙台往診クリニックでは、訪問診療医は形を変えた病棟医であるにとらえている。重症患者数の数では、仙台往診クリニックの在宅患者数を、病院の病床数が同規模のものと比較すれば、人工呼吸器、酸素吸入、胃瘻経管栄養いずれも同等ないしそれ以上の数値を示している。その工夫として、夜間には当番医の携帯電話に直接連絡が入るようにする、気管カニューレが外れた場合の挿入方法など多く想定されるものについては利用者の家族やヘルパー等も事前に習得してもらう等を行っている。これらの工夫により、訪問看護、障害者制度、介護保険、県単独事業などを利用して独居重症高齢患者でも在宅生活を行うノウハウを有している。診療報酬上も重症患者に対しては加算等を行っている。

(医療処置の医療機関比較)

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S市Iセンター	698	10	62	64	20
東北KN病院	500	6	72	40	20
SK病院	383	17	35	27	5
仙台往診クリニック	550	46	100	15	120

出典：川島孝一郎(2013)所内講演会資料(2013年9月)

後援+全身麻痺+員数で驚かす制度が並にある
(男性)の週間スケジュール

	0:00	8:00	12:00	15:00	20:00	24:00
月	■居訪問 介視	■居訪問 介視 2人制	訪問 看護	介保	■居訪問 介視	■居訪問 介視
火	■居訪問 介視	■居訪問 介視 2人制	訪問 看護	介保	■居訪問 介視	■居訪問 介視
水	■居訪問 介視	■居訪問 介視 2人制	訪問 看護	介保	■居訪問 介視 入浴車	長男対応
木	長男対応	■居訪問 介視	■居訪問 介視 2人制	訪問 看護	介保	■居訪問 介視
金	■居訪問 介視	■居訪問 介視	■居訪問 介視 2人制	訪問 看護	介保	■居訪問 介視
土	長男対応	■居訪問 介視	■居訪問 介視 2人制	訪問 看護	介保	■居訪問 介視 入浴車
日	M県単後	■居訪問 介視	■居訪問 介視 2人制	介保	■居訪問 介視	■居訪問 介視
凡例	訪問看護 M県単後専業		身体障害者自立支援法 長男対応		介護保険 入浴車	

出典：仙台往診クリニック(2013)ヒアリング資料(2013年7月)

(3) あおぞら診療所新松戸(松戸市)

あおぞら診療所新松戸は、2004年開業の常勤医師3名、非常勤医師1名、看護師6名、理学療法士4名、在宅患者数約300名の在宅医療専門の連携強化型在宅診療である。

あおぞら診療所新松戸の特徴として、常勤医の1名が小児科医であることから、小児在宅重症患者が2割強と在宅医療としてはその比率が非常に高いことである。小児のりハを行える在宅理学療法士は少ないため、在宅医療では珍しく理学療法士を雇っている。

24時間連絡対応の複数医師による在宅医療を行うためには、診療方針などの情報共有、意見交換、OJT、業務負担の平準化などを図るため院内カンファレンスが欠かせない。院内カンファレンスそれ自体は、今回紹介している他の2つの診療所でも行われており、遠藤(2013)などの文献もあるが、今回見学させていただく機会をいただいたので、ここで述べる。

あおぞら診療所新松戸では、定例カンファレンスとして、以下の3つが行われている。

- ①朝のカンファレンス：前夜の電話対応などの申し送り(毎日)
- ②併設訪問看護ステーションとの合同カンファレンス(月1回)
- ③水曜のカンファレンス：重要なケースの検討(週1回)

参加メンバーは、①は全職員、②は事務職を除いた全職員および訪問看護ステーション看護師、③は事務職を除いた全職員である。いずれも各約1時間で、すべての会議がある水曜日は3時間近い会議時間となる。

主な議題は、①は前日の朝のカンファレンス以降の対応処置内容の報告、PCAなど医療機器の管理、本日の訪問診療予定の決定など、②は訪問看護ステーション看護師による担当患者の報告およびそれに対する診療所医師のコメントなど、③は亡くなった患

者、初回往診前の面談、初回往診、入退院といった、移動のあった患者について患者情報の共有や検討などである。

参加メンバーは、報告事項の要点を示した全員配布のプリントの他に、必要に応じて机上のパソコンで共有されている患者の電子カルテも見つつ、熱心に議論に参加していた。

こうした院内カンファレンスを定期的に行うことにより、医師、看護師などの多職種連携が図られ、より質の高い在宅医療の提供につながっている。

(合同カンファの様子)



(4) 桜新町アーバンクリニック (世田谷区)

桜新町アーバンクリニックにおける在宅医療は、本院とは別の、訪問看護ステーション併設の在宅医療部で行われている。在宅医療部は2009年開設で、常勤医師4名、非常勤医師4名、看護師4名、在宅患者数約220名、年間在宅看取り数約80名の連携強化型在支診である。

桜新町アーバンクリニックの在宅医療の特徴として、医師の負担軽減のため、①体制整備、②ICTの活用がある。

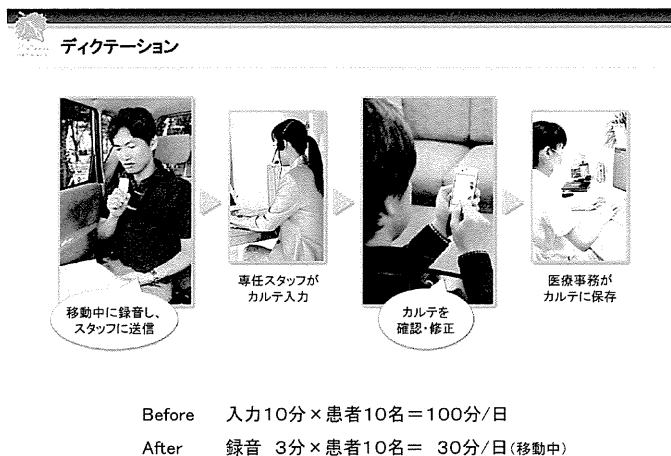
①体制整備

24時間往診について、夜間・休日の緊急往診については、基本的には主治医が患者宅に向かうものの、主治医が行けない場合は、法人内の有床診療所の当直医が代理往診することで、必ず往診する形にしている。これにより、常勤医の夜間・休日臨時往診の80%を軽減している。診療報酬上も有床診療所を含めた連携強化型在支診には高い評価としている。

②ICTの活用

桜新町アーバンクリニックでは、スマートフォンの機能を積極的に活用している。電子カルテが患者宅でもスマートフォンで確認することはもちろんのこと、FAX送信などのアプリの活用や、外部企業によるディクテーションサービス(口語調の診療内容を、

専門スタッフがカルテ形式に変換するサービス)を利用することで、移動時間の有効活用やスマートフォン入力の手間を省くことなどにより、より多くの患者のところを回ることができ、訪問滞在時間の50%アップを実現している。



26

Copyright (C) Platanius All Rights Reserved

出典：医療法人社団プラタナス(2013)「医療法人社団プラタナス 在宅医療の取り組み～家庭医外来・介護・在宅・ターミナルケアまで～」『規制改革会議健康・医療ワーキンググループ(第12回)』(2013年11月)

D. 考察およびE. 結論

本稿の結果から、在宅医療については、自治体と事業者それぞれに対して様々な支援度があること、在宅医療は患者数や自宅死亡数の増加など対策の効果が出つつあること、参考にすべき先駆的事例もあることがわかった。一方で、今後団塊世代が後期高齢者になることによる今後の死亡者数の伸び、本人の希望との乖離を考えた時には、これまで以上のさらなる在宅医療の推進が求められている。

今回の研究により、在宅医療連携拠点事業など在宅医療の推進手法については、かなり研究および実践が進んでいることがわかった。本稿で取り上げられたのはそのごく一部の制度や好事例にすぎない。今後は、その取組の前後、すなわち、いかにそうした取組に関係者、特に市町村と医師会の協力・参加を得られるようにするか、いかにそうした取組を在宅患者数の増加などの具体的成果につなげられるかが課題と認識している。

前者については、柏市では、自治体が発案者となり医師会を説得し、自治体と医師会の連名でネットワーク構築を進めていったが、これは理想的な事例であり、多くの地域では、「在宅医療の重要性はわかっているが、なかなか連携が進まない」(島崎(2013))のが現状である。一方で、はじめに述べたように在宅医療の推進には20年以上の歴史があるのだから、その自治体単独では過去取り組んだ事業がないにしても、県や医師会の事業、在宅医療連携拠点事業、補助金が付いてないが今回取り上げた診療所のような先駆的な医療機関がネットワークを構築している、ないしは試みた例がある、といったことは考えられる。また、在宅医療ではないが地域医療のネットワークがあることも考えられる。新規にネッ

トワークを作るのは合意形成に時間もかかり大変なので、こうした既存のネットワークを生かすことも考えるべきである。その場合、たとえ地域の事情によって最終的な推進の中心が医師会や病院などになったとしても、依然として自治体は主要な連携メンバーの一つであり、推進主体が決まるまでの調整や、介護関係の関係者への協力要請などにおいて、自治体の役割は大事になってくる。

後者については、提供体制側の取組・働きかけだけで達成できるものではなく、在宅医療の実例の積み重ねや、住民の間でのそうした経験の共有があってはじめて利用が増えるものである。今回の先駆的事例もいずれも長年かかって今日の在宅患者数などの成果に結びついている。市民への普及啓発の重要性は否定しないが、効果が出るまでに一定程度時間がかかる取組ではあるので、辛抱強く取組を続けることが大事であると考えている。

なお、今回の検討では、時間的制約等から政令指定都市および首都圏近郊に事例が偏ってしまったので、地方都市の先行事例や、訪問看護など他の在宅医療形態の把握が今後の課題である。

【引用文献】

1. 医療経済研究機構(2002)『要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書』pp. 2
2. 遠藤光(2013)「成人を主に診ている在宅医療診療所」前田浩利編『実践!!小児在宅医療ナビ』口絵 pp. 11-13
3. 厚生労働省(2007)「重症患者の在宅医療(仙台往診クリニック)」『厚生労働白書』平成19年版資料編 I 医療構造改革に関する先駆的取組事例集、pp. 26-28
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07-3/kousei-data/pdfNFindex.html>
4. 在宅医療・介護推進プロジェクトチーム(2013)『在宅医療・介護の推進について』(2013年5月16日)
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf
5. 島崎謙治(2013)「在宅医療の現状・理念・課題」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム』pp. 127-148
6. 中央社会保険医療協議会(2013)「在宅医療(その1)」『中央社会保険医療協議会総会(第237回)』資料総-5(2013年2月13日)
http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146781&name=2r9852000002uvk3_1.pdf
7. 内閣官房社会保障改革担当室(2011)「医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制改革に係る改革について)(平成23年6月)」『社会保障改革に関する集中検討会議(第10回)』参考資料1-2(2011年6月2日)
<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihoshyou/syutyukento/dail0/gijisidai.html>
8. 永井康徳(2012)「在宅時医学総合管理料と特定施設入居時等医学総合管理料」『たんぼぼ先生の在宅報酬算定マニュアル』pp. 62-63
9. 松本直樹(2013)「長寿社会のまちづくりプロジェクトー千葉県柏市豊四季台地域の事例」

国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム－「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』 pp. 279-292

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」
平成 25 年度分担研究報告書

重度化予防に資する介護サービスのあり方に関する考察
－通所介護事業所「夢のみずうみ村」分析から見てきたこと－

研究分担者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

概 要：

厚生労働省の調査によると、年間継続サービス利用者のうち、1年後に要介護度が軽度化するの約1割、重度化するの約2～3割と報告されている。こうした状況は、介護保険施行当初からほとんど変わっていない。このような現状を踏まえ、現在、重度化予防（介護予防）をより強化する方向性が示されているが、その具体的な方法論については言及できていない。

そこで、今回、要介護度の改善で実績を挙げている「夢のみずうみ村」を取り上げ、同法人の基本理念とその意味、そして、基本理念に添ったケア提供の特徴とその効果などについて、事業所の視察、藤原代表へのインタビュー、データ分析などを通じて検証した。

その結果、

- 1) 夢のみずうみ村では、①自己選択・自己決定方式、②バリアあり、③自立支援（引き算の介護）という3つの基本理念を設定するとともに、現場レベルでこれら理念が徹底されるよう、様々な工夫を凝らしていること
- 2) 自立支援型ケアを徹底するために、スタッフに対し、①できそうかな？という意識で、利用者の一連の動作を観察すること、②一連の動作のどの部分は自分でできそうか、どの部分は介助が必要かを見極めることを求めるとともに、できそうな部分に関しては介護をしないこと（引き算の介護）を徹底していること
- 3) 夢のみずうみ村では、人間の生活を成り立たせるために必要な4要素（動き、意気、生气、根気）への働き掛けを念頭に置きながら、各プログラムの内容や実施方法を決定していること
- 4) 利用者の要介護の変化をみると、特に、要介護2以上で、重度化率が1割程度以下に止まる一方で、約3～6割が軽度化しており、中重度者の介護予防に効果が高いことなどがわかった。

中重度の要介護者の改善率が顕著となっている理由としては、①利用者の動作観察を適切に行った上で、出来そうな部分に対しては介護を行わず、出来ない部分にのみ支援を行うといった自立支援型ケアにより、過介護による機能低下を防ぎつつ、本人の自立度の向上を図ることが出来た、②4要素に対し総合的な働き掛けを行う、目的を持った多くのプログラムがあり、それら多くのプログラムを実践することで、特に、多領域（健康面、心身機能面、活動面など）に生活上の課題を有する中重度者の生活機能の向上が図られたなどが考えられた。

夢のみずうみ村の方法論で、最も一般化しやすく、かつ、一般化すべき点が、「自立支援型ケアの実践」である。介護保険開始から13年が経過したが、いま一度、「サービスの目的は何か」「自立支援型ケアとは何か」を整理し、そのための方法論を徹底すべきである。夢のみずうみ村が行っている「引き算の介護」こそが、自立支援型ケアの実践例であり、この考え方や方法を、他の介護事業所にも徹底させることが肝要と考える。

A. 研究目的

平成 25 年 8 月 6 日、社会保障制度改革国民会議の報告書がまとめられた。その中で、通所介護に対しては、「重度化予防に効果がある給付に重点化すべき」と明記されている。要支援者に対する予防給付も、現在の地域支援事業を拡大した「地域包括推進事業（仮称）」に再構築するという方向性が示されている。このように、通所介護を取り巻く環境は厳しさを増しているが、その中で期待されている役割は「利用者本人の生活機能の維持・向上への貢献」である。

本稿では、通所介護に期待されている役割についてまず整理した上で、要介護度の改善に効果を挙げている「夢のみずうみ村」の取り組みを分析しながら、生活機能を高めるための通所介護の方法論について考察する。

B. 方法

要介護度の改善に効果を挙げている「夢のみずうみ村」をとりあげ、同法人の基本理念とその意味、そして、基本理念に添ったケア提供の特徴とその効果などについて、事業所の視察、藤原代表へのインタビューなどを通じて検証した。また、要介護度の経年データを提供頂き、要介護度の変化の実態の検証も行った。

C. 結果

1. 通所介護に期待される役割とは

介護サービスに関しては、介護保険法第 2 条にその目的が明記されている。そのポイントは、「①要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止（＝介護予防）に資するものであること」、「②居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮すること」である。したがって、通所介護に対しても、「重度化を予防しながら、利用者本人が、自宅にて自立した日常生活が送れるよう支援すること」が求められる。

さて、介護予防の目的は、「どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防およびその重度化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること」と定義されている。すなわち、生活機能の維持・向上を図ることを通じて、最終的に、利用者本人の自己実現（〇〇がしたい）の達成を支援することが、介護予防の目的なのである。これを実現するためには、「生活機能を如何に高めるか」の視点から、サービスを提供することが重要となる。

では、生活機能とは何か。ここでは、高齢者の障害のとりえ方の変遷を振り返りながら、その意味をみていくこととする。

高齢者の障害のとりえ方に関しては、1970 年代より、世界保健機構（WHO）において検討が開始され、1980 年、①機能障害、②能力障害、③社会的不利の 3 レベルに分けて障害を総合的に捉えるという視点に立った国際障害分類（ICIDH）が発表された。この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果たしたが、機能障害により能力障害が生じ、その結果社会的不利が発生するといった一方向的な関係で障害を捉えているなどの批判が高まり、1993 年から改訂作業がスタート、2001 年に採択された新しい分類法が、国際生活機能分類（ICF）である。ICF では、「生活機能」を、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の 3 領域を含む包括的用語と定義した上で、これらに影響を及ぼす因子（健康状態、環境因子、個人因子）を含め、障害者を包括的に捉える視点が重要であると強調している。また、生活機能の中核をなす「活動」に関しては、「できる生活行為（能力）」と「している生活行為（実行状況）」の両方をアセスメントした上で、「（自宅で）している生活行為」の向上を図ることが求められている（図 1）。

この概念を徹底すべく、2006 年 4 月の介護予防通所介護の新設において必須サービスとして導入されたのが「生活行為向上支援」である。これは、介護予防ケアマネジメントにて設定された生活行為の改善目標を予防通所介護計画上に位置づけた上で、その実現に向け、「できる生活行為」を向上させるために訓練を行うとともに、自宅で実際にしている生活行為を高め、自宅での生活の定着を目指