

備が開始される。Residential Care は施設系サービスに該当し、建物整備と運営予算の双方を保健局が担う。Assisted Living は住宅系サービスに該当し、建物整備を住宅局が、運営予算を保健局が担う。

利用者がどちらのレベルにあるかは保健局が査定する。一日あたりの運営費は包括報酬で、利用者は所得に応じた利用料を支払い、差額が自治体から事業者を支払われる。

整備方式も転換期を迎えている。Residential Care の頃は補助金を用いた行政の直接供給が大半を占めたが、Assisted Living に舵を切った時点で、BC ハウジング（住宅部局に相当）と州保健局の共管となり、非営利を含む民間団体による借入金を主とした整備に切り替えた。

< Assisted Living >

食事付きのケア付き住宅。軽度者向け。0.7 ～1.5 時間/日のパーソナルケアを提供し、これを超えるニーズが発生すると施設転居が選択肢に入る。整備目標数は 13.75 戸(75 歳以上人口 1,000 人あたり)。運営費（居住費と食費を含む）は 100 カナダドル/日で、月額 3,375 カナダドル。本人負担は税引き後所得の 70%で、平均負担額は月額 1,200 カナダドル。日本のケアハウスに似ているとの印象を受けた。住宅規模は 30 ～ 50 戸程度で、食堂は建物全体で 1 か所。各住戸は 1 LDK で約 50 m²。この数値はガイドラインで定められている。

< Residential Care >

24 時間のフルパッケージ施設。中重度者向け。利用者の 85%は重度の認知症を患い、2.5 時間以上/日のパーソナルケアを必要とする。整備目標数は 75 床(75 歳以上人口 1,000 人あたり)。運営費は 175 ドル/日で、月額 5,300 カナダドル。本人負担の計算式はかなり複雑だが、税引き後所得の 80%。平均負担額は月額 1,247 カナダドル (Assisted Living に比べて低所得者が多いため平均額は Assisted Living と変わらない)。個室面積はガイドラインで 11 m²以上と定められている。食堂と浴室を分散配置し、生活単位を構成している点はユニット型特養と同じ。

経済的に余裕があり、もう少し手前から利用したい人への配慮もなされている。Assisted Living に Public と Private があり、Private は運営費の全額を自己負担する (Residential Care にも一部 private がある)。日本の制度に引き寄せてみると、特別養護老人ホームと特定施設を束ねた施設系類型、ケアハウスとサービス付き高齢者向け住宅を束ねた住宅系類型がそれぞれあり、高所得になると本人負担に差がなくなると考えればわかりやすい。

以上のように、Assisted Living は Residential Care と比べると、本人の費用負担額を抑えつつ、居住環境が充実している。これにより、Assisted Living に留まるインセンティブを構築していることが分かる。合理的な費用負担メカニズムといえよう。

②オーストラリア

施設系サービスと住宅系サービスの変遷はカナダと似通っているが、近年、不動産事業の様相が色濃い。

施設系サービスの代表格は High (旧 Nursing Home) である。1980 年代前半には施設

偏重による財政逼迫が課題として認識され、1985 年の高齢者ケア改革戦略（Aged Care Reform Strategy）で施設ケアから在宅ケアへの転換がはかられた。これにより、専門家チームによるアセスメント（ACAT）が導入され、在宅サービスの充実（HACC）、施設系サービスの抑制、住宅系サービス Low（旧 Hostel）の充実が推進され、今日までこの方向性は維持されている。

施設系サービスと住宅系サービスの関係は、かつてはサービスの必要度に応じて Low から High に移る仕組みであったが、現在では継続居住が基本となっている。また、オーストラリアの Low にはボンドという仕組みが 1997 年より導入されている。ボンドは入居時に徴収する一時金である。事業者はこの一時金を運用して建物の維持管理や建て替えを行う。近年、High にもボンドが導入されつつある。

< Low >

食事付きのケア付き住宅。ACATs により入所相当の可否を判断し、Low は入居時で 5~8 相当。1~4 に重度化しても High には転居せず、Low で過ごす。整備目標数は High と Low あわせて、70 歳以上人口 1000 人あたり 88。うち Low は実態として 31.5%であるので 28。運営費（食費を含む、居住費は除く）は年間 34,990 豪ドル（月額 2915 豪ドル）。このうち 53%、月額で 1550 豪ドルを本人が負担する。Low の住戸面積は 40 m²を超える。

ローは中堅所得者向けとして制度化され、ボンドという仕組みがある。入居一時金のようなもので、居住費に相当する。退去時にはかなりの割合が返還されるが、事業者はこれを資産運用し、建物の維持管理と再生産費用にあてる。ボンドの高騰が課題となっており、平均 23 万豪ドル（2010）、シドニーでは 50 万豪ドルを超える物件もある。自宅を売却して費用を確保するのが一般的である。人口が増加基調で、中古住宅の市場が成立し、加えて高齢者の持ち家率は 80%を超えるため、この仕組みが機能している。

< High >

24 時間のフルパッケージ施設。中重度者向け。ACATs により入所相当の可否を判断し、High は入居時で 1~4 相当。整備目標数は High と Low あわせて、70 歳以上人口 1000 人あたり 88。うち High は実態として 68.5%であるので 60。運営費（食費を含む、居住費は除く）は年間 62,880 豪ドル（月額 5240 豪ドル）。このうち 26%、月額で 1362 豪ドルを本人が負担している。低所得者の場合は、本人負担は老齢年金の 84%が上限である。オーストラリアの年金は 2 階建てで、所得補償機能の老齢年金と、上乘せ退職年金基金から構成される。

かつては 4 人部屋中心の低所得者向けで居住費負担はなかった。Low の事業的な成功を背景に、High の一部は救貧的施設からの脱却を図り、個室化しながら居住水準とサービスをアップさせ、ボンドを導入し、中堅所得者向けに移行中である。ボンドが不要な High の入居要件は厳しいため、余裕のある層は早めに Low を確保する。このあたりは日本のサービス付き高齢者向け住宅を彷彿とさせる。

住宅系サービスについては、一定の費用負担が生じる Low とは別のタイプが増加中である。これらは住宅として整備されており家賃補助制度の対象となっており、中低所得者層

向けとなっている。

このようにオーストラリアでは規制を撤廃して、高齢者ケアに不動産事業のメカニズムを導入している。ボンドは、地価の持続的高騰、高い持ち家率、自宅の売却があつてこそ成立する仕組みでもある。自宅を持たない低所得者向けの住宅系サービスの整備が急務となっており、家賃補助制度を活用した仕組みが検討されている。供給主体として有望なのは、NPOのケア事業者と公的賃貸住宅を担ってきた住宅事業者である。

また、2011の改革(The National Health and Hospitals Reform Commission)では、2050年にサービス受給者が現在の100万人から350万人に拡大することから、①情報、アセスメント、ケアコーディネーションを担う機関としてGatewayを創設し一元化、②施設ケアと在宅の規制撤廃と市場化、施設ケアの統一化、③ケアコストの応能負担の徹底、生涯上限額の導入、④施設系/住宅系サービスについては自宅を売却しないスキームを政府保障で検討、ボンドの月額払いの導入などが検討されている。更なる市場緩和を行うことでボンドの高騰を抑制しようと試みているが、自宅を所有していない者や低所得者への配慮が別途課題となっているといえる。

E. 結論

以上、本稿では、デンマーク、オランダ、カナダ、オーストラリア、日本の5か国をとりあげ、住宅政策の特徴を記述したうえで、家賃補助制度の施設系/住宅系サービスへの適用状況を明らかにした。そのうえで、日本と同様の住宅政策をとるカナダとオーストラリアの施設系/住宅系サービスの状況を、費用負担面を中心に詳細に検討した。

カナダ(BC州)は、福祉部局と住宅部局が連携して民間資本を活用しつつも、市場家賃とは切り離れたうえで、合理的な費用負担メカニズムを構築した。同一人物であれば、施設系サービスよりも住宅系サービスの費用を抑えることで、本人が住宅系サービスに留まる仕組みを構築している。

オーストラリアはボンドという変化球ではあるが、住宅系サービスの住宅費用を不動産市場に委ね、それを施設系サービスにも導入している。大多数を占める自宅を所有する中堅所得者層はこのスキームで対応し、賃貸住宅居住者や低所得者に対しては別の対応策を検討する方向となっている。ボンドの費用は自宅を売却することで手当しているが、これは、人口が増加基調で住宅不足が続いていることに加えて中古住宅市場が成立しているという前提条件によるところが大きい。

建物整備において民間資本を導入している点は双方ともに共通しているが、市場にどこまで委ねるかが両国では違う。カナダの仕組みは合理的であり、日本における介護保険施設、特定施設、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームの住宅費用や居住費を調整していく際に参考になるであろう。オーストラリアの仕組みはボンドというかたちではあるが、不動産市場を導入している点は日本のサービス付き高齢者向け住宅を取り巻く状況と似ている。日本に比べて、家賃補助制度が充実し、持ち家というストックをフロー化しやすい国でも、低所得者層や賃貸層への対応が課題となっている点から学ぶ

ことは大きい。

ケアの必要性によって自宅からの転居を余議なくされた時、誰が住宅費用を負担するのか。人口減少により空き家が増えている日本では、賃貸住宅層のみならず持ち家層も直面する課題である。この点を踏まえ、自助に偏重してきた住宅確保の考え方を修正する時期にきている。

【参考文献】

- 1) IPPR, 2012, Together at Home: A new strategy for housing, p60.
- 2) John Ditch, Alan Lewis and Steve Wilcox, 2001, social housing, tenure and housing allowance
- 3) Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare, 2011, Housing assistance in Australia
- 4) Australian Government, Productivity Commission, 2011, Caring for Older Australians
- 5) Jim Kemeny, 1980, Home ownership and privatization, International Journal of Urban and Regional Research, 4(3),pp.372-388
- 6) J.David Hulchanski, 2007, Canada's Dual Housing Policy, Centre for Urban and Community Studies, Research Bulletin#38, September 2007
- 7) 高齢者住宅財団, 2011, 「改正高齢者住まい法施行後の高齢者専用賃貸住宅におけるサービスの付帯のさせ方と事業実態の把握及び情報提供のあり方に関する調査研究」, 平成 22 年度老人保健健康増進等事業
- 8) 木下康仁, 2013, オーストラリアのケアラー（介護者）支援, 海外社会保障研究, No.184, pp.57-70
- 9) 堀田 聡子, 2012, オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策—我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて—, 独立行政法人 労働政策研究・研修機構, JILPT Discussion Paper Series 12-07

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

第3章. 医療・介護・生活支援サービス に関する研究

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

要介護度別にみた訪問診療受給率及び患者特性に関する実態調査
－在宅医療提供体制の検討に向けた地域診断の一環として－

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：

第 6 期介護保険事業計画においては、2025 年を視野に入れた上での、日常生活圏域をベースとした在宅医療提供体制の検討が求められている。本稿では、「医師による訪問診療」に焦点を当て、①訪問診療を受給している要介護者はどれくらいいるのか、②訪問診療受給者の特性（性別、年齢、要介護度、主傷病）はどうなっているのか、③訪問診療の受給率はどの程度かなどの実態把握を、近畿地区の A 県の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員を対象としたアンケートにより試みた。その結果、

- 1) 訪問診療受給者の受け持ち人数をみると、「1～2 人」が 34.6%と最も多く、次いで「3～4 人」22.8%、「いない」22.2%の順で、平均は 2.8 人（標準偏差 3.0 人）、最大は 27 人であった。
- 2) 訪問診療受給者のうち、女性が 62.1%を占めていた。
- 3) 年齢階級では「85-94 歳」が 42.9%と最も多く、次いで「75-84 歳」30.7%の順であった。
- 4) 主傷病をみると、総数では「脳血管疾患」が 24.1%と最も多く、次いで「認知症」12.4%、「心疾患」9.8%、「神経難病」7.2%の順であった（その他は除く）。これを性別にみると、男性では「脳血管疾患」「神経難病」「心疾患」の順、女性では「脳血管疾患」「認知症」「心疾患」の順であった（その他は除く）。
- 5) 主傷病を要介護度別にみると、要支援では「高血圧症」、要介護 1 では「認知症」、要介護 2 以上では「脳血管疾患」が最も多かった。
- 6) 訪問診療受給率をみると、「要支援」2.8%、「要介護 1」4.0%、「要介護 2」6.3%、「要介護 3」12.2%、「要介護 4」23.8%、「要介護 5」45.0%と、要介護 3 以降で訪問診療受給率が急増していた。

などがわかった。

本論文は、介護支援専門員が担当している要支援・要介護者を対象とした調査であり、①認定を受けていないが、訪問診療を受けている者、②地域包括支援センターが担当している要支援者で、訪問診療を受けている者などは把握できていない。

ただし、訪問診療は、ADL 等が低下した通院困難者に対して行われる医療サービスであるため、本調査の結果は、訪問診療受給者のほとんどを網羅した調査であると考えられる。

市町村は、第 6 期以降の地域包括ケア計画策定の中で、在宅医療提供体制の検討が要求されているが、その具体的な方法論は厚生労働省から提示されていない。本アンケートは、介護支援専門員にとってもそれほど負荷のかかる調査ではない。本調査の方法や内容が、市町村の参考になれば幸いである。

A. 研究目的

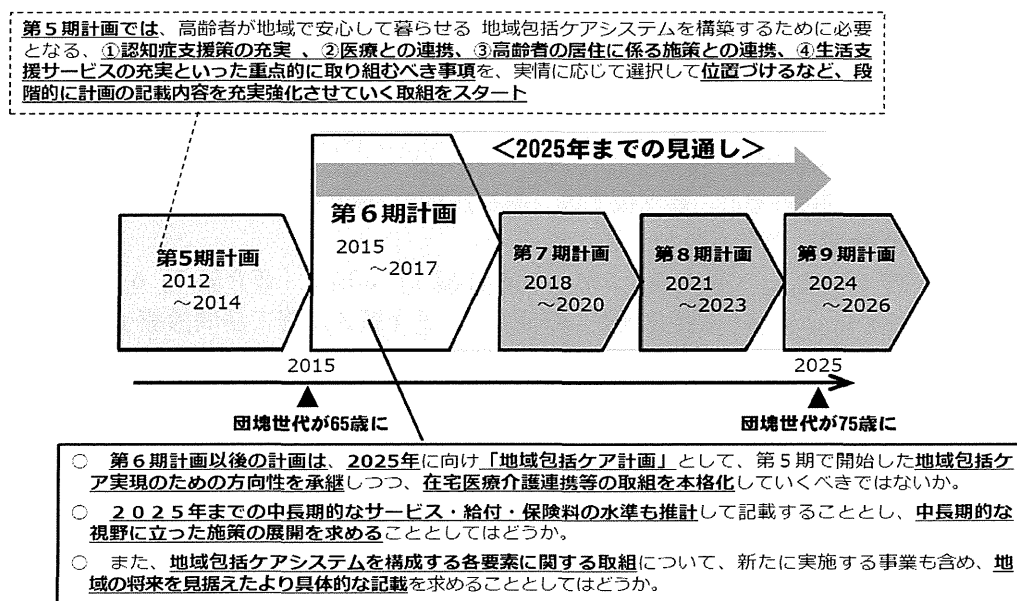
第1期（2000～2002年）から第4期（2009～2012年）までの介護保険事業計画は、介護サービス提供体制の構築、ならびにそれに見合う保険料算定が中心課題であったが、第5期（2012～2014年）からは、その位置づけが、「地域包括ケアシステム構築のための計画」に見直された。さらに、第6期では、第5期の方向性を承継しつつ、2025年までの中長期的な視点にたった施策の展開が求められている（図1）。

地域包括ケアシステムは、①住宅、②医療（特に、在宅医療、退院支援）、③介護、④生活支援、⑤予防で構成されるため、市町村には、これら多領域にわたる課題を把握した上で、課題解決に向けた対策を検討するといった地域マネジメント力がこれから求められることになるが、特に、重要となる課題が、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実である。

さて、本稿では、これら諸課題のうち、「医師による訪問医療の提供体制のあり方」に焦点を当てるが、この検討を行うためには、まず、要介護度別にみた訪問診療受給率や患者特性などの実態を把握する必要がある。

そこで、本稿では、近畿地区のA県の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員を対象としたアンケート調査を実施し、①要介護度別にみた訪問診療受給率、②訪問診療受給者の患者特性などを分析した。

図1. 2025年を見据えた第6期介護保険事業計画の位置づけ



B. 方法

1) 対象

2013年9月1日現在、滋賀県内で事業を行っている居宅介護支援事業所415カ所、小規模多機能型居宅介護事業所56カ所の計471事業所と、そこで勤務する介護支援専門員を調査対象とした。

2) 方法

対象事業所の所属長宛に、調査依頼文書、2種類の調査票（事業所調査票（調査票1）、訪問診療受給者調査票（調査票2））を郵送した。調査依頼文書には、研究目的、研究成果の公表方法、回答のプライバシーの厳守、非参加でも不利益がないことを配布用紙に明記し、回答をもって調査への同意とみなした。

調査票 1 は管理者に記入を依頼した。無記名自記式質問紙である調査票 2 は、管理者経由で、8 月にケアプランを作成した全介護支援専門員への配布と記入依頼を行った。調査票は事業所毎にまとめた上で郵送回収した。調査期間は 2013 年 9 月初旬～月末である。

3) 回収状況／分析対象

回収事業所数は、居宅介護支援事業所 288 カ所、小規模多機能型居宅介護事業所 33 カ所、合計 321 事業所（回収率：68.2%）であった。うち 2 事業所はケアプラン作成がなかったため、残りの 319 事業所のデータを分析対象とした。

C. 結果

1) 回答者（介護支援専門員）のプロフィール（n=868）

(1) 基礎資格

319 事業所で、8 月にケアプランを作成していた介護支援専門員は 868 人であった。

回答者の基礎資格をみると、「介護福祉士」が 55.1%と最も多く、次いで「看護師」15.9%、「社会福祉士」13.9%、「その他医療系」6.1%の順であった。

表 1. 回答者の基礎資格

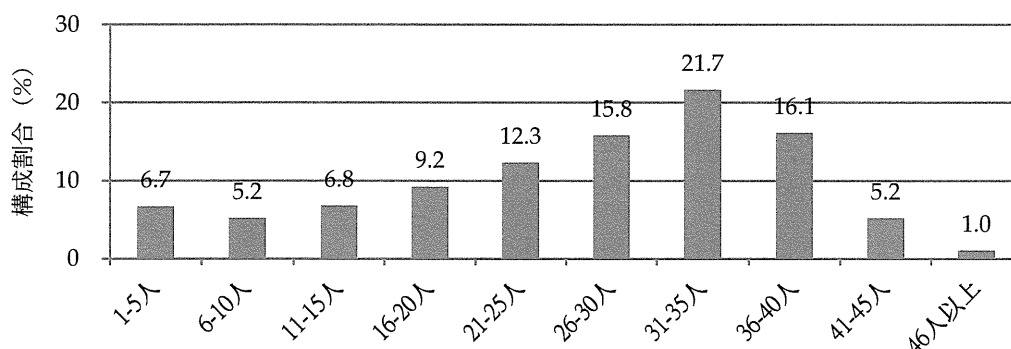
	合計	看護師	その他 医療系	社会 福祉士	介護 福祉士	訪問 介護員	その他	未記入
人数 (人)	868	138	53	121	478	22	40	16
割合 (%)	100.0	15.9	6.1	13.9	55.1	2.5	4.6	1.8

注.その他医療系とは、リハ職、歯科衛生士、薬剤師、栄養士のことである。

(2) 担当している利用者（以下、担当利用者）の人数

担当利用者の人数をみると、「31～35 人」が 21.7%と最も多く、次いで「26～30 人」15.8%、「36～40 人」16.1%の順で、平均は 26.4 件（標準偏差 11.3 人）であった。

図 1. 担当利用者数の度数分布



(3) 担当利用者の要介護度分布

担当利用者（総数 22,936 人）の要介護度をみると、「要介護 1」が 27.9%と最も多く、次いで「要介護 2」26.0%、「要介護 3」16.0%の順であった。

表 2. 担当利用者の要介護度分布

	総数	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
人数 (人)	22,936	3,078	6,391	5,956	3,676	2,390	1,445
割合 (%)	100.0	13.4	27.9	26.0	16.0	10.4	6.3

注.要支援は、要支援 1 と要支援 2 の合計。

(4) 訪問診療受給者の受け持ち人数

訪問診療受給者の受け持ち人数をみると、「1～2人」が34.6%と最も多く、次いで「3～4人」22.8%、「いない」22.2%の順で、平均は2.8人（標準偏差3.0人）、最大は27人であった。

表3. 訪問診療受給者の受け持ち人数

	総数	なし	1-2人	3-4人	5-6人	7-8人	9-10人	11人以上
人数(人)	868	193	300	198	101	45	14	17
割合(%)	100.0	22.2	34.6	22.8	11.6	5.2	1.6	2.0

2) 訪問診療受給者の特性 (n=2,388)

(1) 性別／年齢階級

訪問診療受給者2,388人を性別にみると、「男性」905人(37.9%)、「女性」1,483人(62.1%)であった。

年齢階級をみると、総数では「85-94歳」が42.9%と最も多く、次いで「75-84歳」30.7%の順であった。これを性別にみると、男性では「75-84歳」が40.3%、女性では「85-94歳」が48.8%と最も多かった。女性の場合、95歳以上が16.5%を占めていた。

表4. 性別年齢階級別にみた訪問診療受給者数の構成割合

	総数 (n=2,388)	65歳未満 (n=78)	65-74歳 (n=261)	75-84歳 (n=732)	85-94歳 (n=1,025)	95歳以上 (n=289)	不明 (n=3)
総数 (n=2,388)	100.0	3.3	10.9	30.7	42.9	12.1	0.1
男性 (n=905)	100.0	4.2	17.1	40.3	33.3	5.0	0.1
女性 (n=1,483)	100.0	2.7	7.1	24.7	48.8	16.5	0.1

(2) 要介護度

要介護度をみると、総数では「要介護5」が27.2%と最も多く、次いで「要介護4」23.8%、「要介護3」18.8%の順で、要介護4～5が約6割を占めていた。これを性別にみたが、男女とも要介護5が最も多かった。

表5. 要介護度別にみた訪問診療受給者数の構成割合

	総数 (n=2,388)	要支援 (n=85)	要介護1 (n=258)	要介護2 (n=374)	要介護3 (n=450)	要介護4 (n=568)	要介護5 (n=650)	無回答 (n=3)
総数 (n=2,388)	100.0	3.6	10.8	15.7	18.8	23.8	27.2	0.1
男性 (n=905)	100.0	3.1	8.5	14.6	20.4	25.6	27.7	0.0
女性 (n=1,483)	100.0	3.8	12.2	16.3	17.9	22.7	26.9	0.2

(3) 主傷病

主傷病をみると、総数では「脳血管疾患」が24.1%と最も多く、次いで「認知症」12.4%、「心疾患」9.8%、「神経難病」7.2%の順であった（その他は除く）。

これを性別にみると、男性では、第1位「脳血管疾患」32.3%、第2位「神経難病」8.5%、第3位「心疾患」8.0%、第4位「呼吸器疾患」7.6%、第5位「認知症」7.5%の順、女性では、第1位「脳血管疾患」19.2%、第2位「認知症」15.3%、第3位「心疾患」10.9%、第4位「高血圧症」8.0%、第5位「老衰」6.6%の順であった（その他は除く）。

次に、要介護度別にみると、要支援では、第1位「高血圧症」18.8%、第2位「心疾患」16.5%、第3位「脳血管疾患」11.8%の順、要介護1では、第1位「認知症」16.7%、第2位「心疾患」14.7%、第3位「高血圧症」「関節症」12.0%の順、要介護2では、第1位「脳血管疾患」15.2%、第2位「心疾患」13.1%、第3位「認知症」12.3%の順、要介護3では、第1位「脳血管疾患」20.0%、第2位「心疾患」「認知症」12.2%の順、要介護4では、第1位「脳血管疾患」28.2%、第2位「認知症」11.4%、第3位「心疾患」8.3%の順、要介護5では、第1位「脳血管疾患」36.8%、第2位「神経難病」14.0%、第3位「認知症」12.6%の順であった（その他は除く）。

図2. 性別にみた主傷病の状況

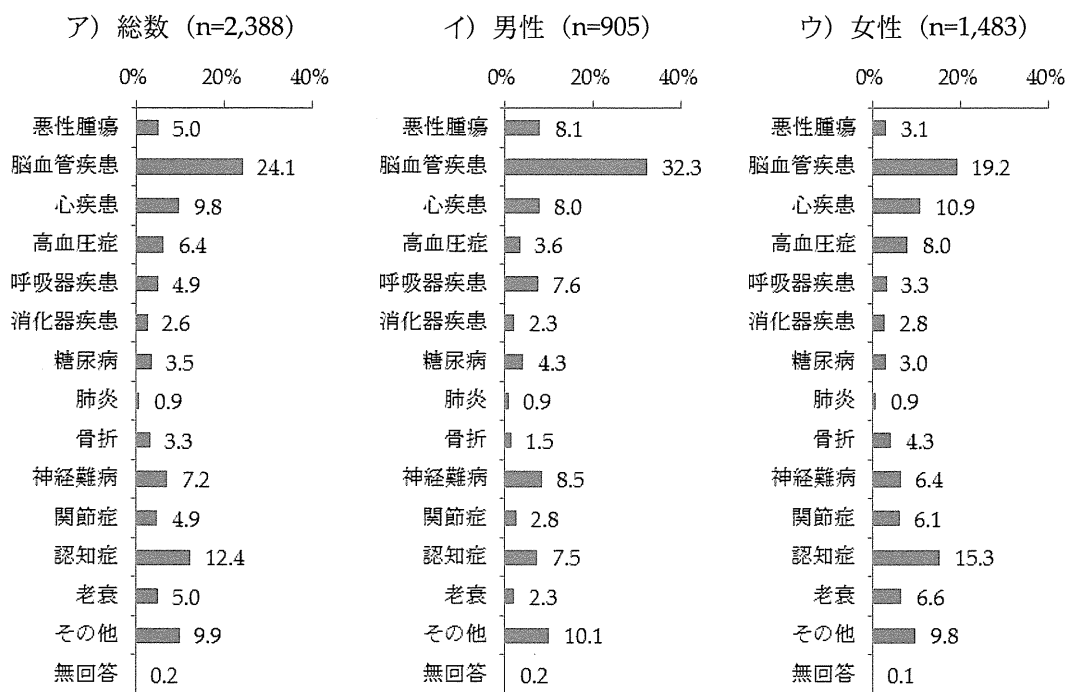
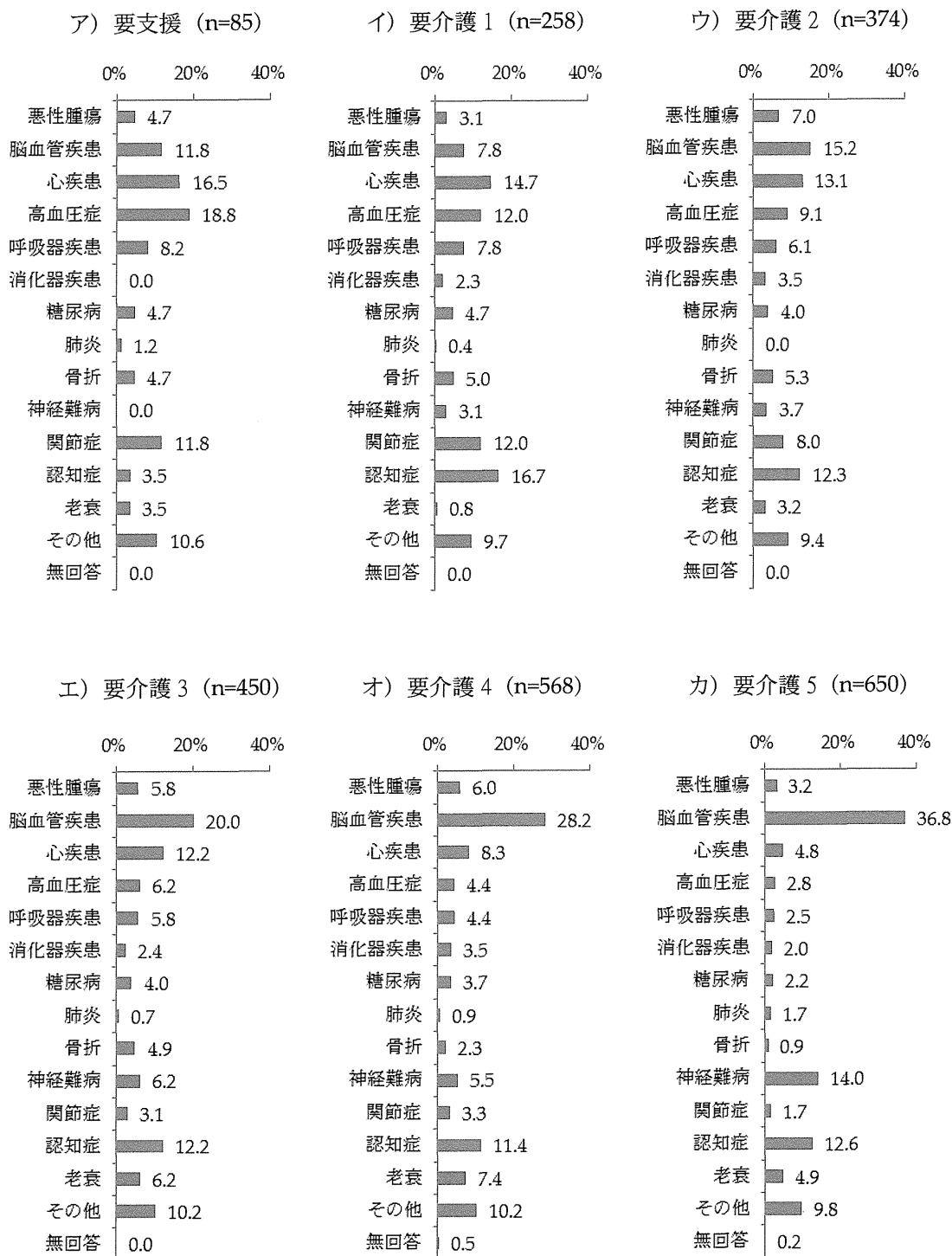


図3. 要介護度別にみた主傷病の状況



3) 訪問診療の受給率

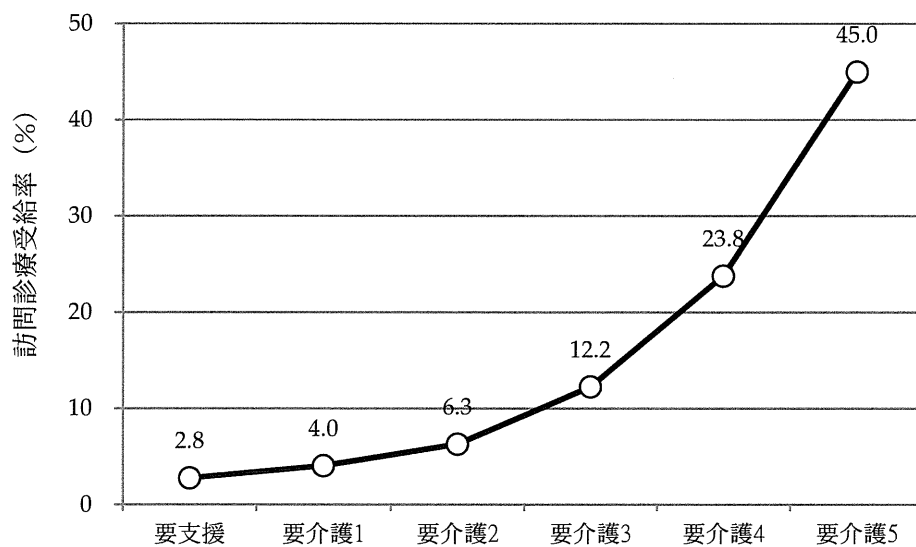
訪問診療受給率をみると、「要支援」2.8%、「要介護1」4.0%、「要介護2」6.3%、「要介護3」12.2%、「要介護4」23.8%、「要介護5」45.0%であった。

表 6. 要介護度別にみた訪問診療受給率

	総数	要支援 1・2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
要介護者数 (人)	22,936	3,078	6,391	5,956	3,676	2,390	1,445
訪問診療受給者 (人)	2,385	85	258	374	450	568	650
訪問診療受給率 (%)	10.4	2.8	4.0	6.3	12.2	23.8	45.0

注.訪問診療受給者のうち、要介護度が不明であった3人は計算から除いている。

図 4. 要介護度別にみた訪問診療受給率



D. 考察および E. 結論

本分析により、

- 1) 訪問診療受給者の受け持ち人数をみると、「1～2人」が34.6%と最も多く、次いで「3～4人」22.8%、「いない」22.2%の順で、平均は2.8人（標準偏差3.0人）、最大は27人であった。
- 2) 訪問診療受給者のうち、女性が62.1%を占めていた。
- 3) 年齢階級では「85-94歳」が42.9%と最も多く、次いで「75-84歳」30.7%の順であった。
- 4) 主傷病をみると、総数では「脳血管疾患」が24.1%と最も多く、次いで「認知症」12.4%、「心疾患」9.8%、「神経難病」7.2%の順であった（その他は除く）。これを性別にみると、男性では「脳血管疾患」「神経難病」「心疾患」の順、女性では「脳血管疾患」「認知症」「心疾患」の順であった（その他は除く）。
- 5) 主傷病を要介護度別にみると、要支援では「高血圧症」、要介護1では「認知症」、要介護2以上では「脳血管疾患」が最も多かった。
- 6) 訪問診療受給率をみると、「要支援」2.8%、「要介護1」4.0%、「要介護2」6.3%、「要介護3」12.2%、「要介護4」23.8%、「要介護5」45.0%と、要介護3以降で訪問診療受給率が急増していた。

などがわかった。

本論文は、介護支援専門員が担当している要支援・要介護者を対象とした調査であり、①認定を受けていないが、訪問診療を受けている者、②地域包括支援センターが担当している要支援者で、訪問診療を受けている者などは把握できていない。

ただし、訪問診療は、ADL等が低下した通院困難者に対して行われる医療サービスであるため、本調査の結果は、訪問診療受給者のほとんどを網羅した調査であると考えられる。

市町村は、第6期以降の地域包括ケア計画策定の中で、在宅医療提供体制の検討が要求されているが、その具体的な方法論は厚生労働省から提示されていない。本アンケートは、介護支援専門員にとってもそれほど負荷のかかる調査ではない。本調査の方法や内容が、市町村の参考になれば幸いである。

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

在宅療養支援診療所開設の地域差について

研究分担者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

目的：地域間での在支診の開設状況の差異に影響を与える要因を明らかにすること。

方法：65 歳以上人口あたり在支診数の伸び率が被説明変数とした推定においては、診療所総数は正で有意だが、訪問看護事業所数、訪問系サービス事業所数は有意ではなかった。病院総数も有意ではなかった。また、自宅死亡割合は訪問系サービス事業所数を変数としたときに 10%水準で統計的に有意に負の符号を示した。

平成 20 年の 65 歳以上人口あたり在支診数を被説明変数とした推定においては、診療所総数は正で有意、訪問看護事業所数は 10%水準で、訪問系サービス事業所数は 5%水準で正で有意であった。病院総数は有意ではなかった。自宅死亡割合は訪問看護事業所数、訪問系サービス事業所数のそれぞれを説明変数としたときにも 5%水準で統計的に有意に負の符号を示した。

考察・結論：本稿の結果は診療所数が多いという競争的な環境が在支診手挙げにつながることを示唆している。他方で、自宅死亡数が負で有意であることは在支診手挙げが在宅看取りという在支診に対するニーズとマッチしていない可能性を示唆している可能性がある。急変時に患者を任せることができるバックアップ病院数が有意な効果を持たないことは、ニーズとマッチした地域に立地していない結果であることと整合的な結果であるかもしれない。訪問看護は在支診を運営するために必要なものであるが、有意な効果を持たない場合があることはやはりニーズとマッチした地域に立地していない結果であることを意味しているのかもしれない。

在宅療養支援診療所開設の要因をさらに明らかにするためには、二次医療圏単位のデータを整備し、予備的な検討結果である本研究の結果を補強する必要がある。

A. 目的

平成 18 年の診療報酬改定で在宅療養支援診療所が制度化された。これは高齢者が家庭や地域で療養しながら生活を送れるようにするとともに、在宅での最後を迎えることを選択できるようにすることが目的とされている。平成 20 年現在で在宅療養支援診療所数は 11,260 箇所であり、一般診療所総数 99,083 箇所の 11.4%となっている。これが十分な数かは明らかでは無いが、もし不十分だとすればなぜ手上げが進まないのかを明らかにする必要がある。そこで、地域間での在支診の開設状況の差異を利用し、差異に影響を与える要因を明らかにする。

B. 方法

医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査、人口動態統計、人口推計について、平

成 20 年度の都道府県単位のデータを整備し、記述的に分析を行った。その上で、平成 20 年～23 年の 65 歳以上人口あたり在支診数の伸び率、及び平成 20 年の 65 歳以上人口あたり在支診数を被説明変数とした重回帰分析を行った。全ての変数は 65 歳人口で標準化した。

C. 結果

全国での在宅療養支援診療所数（在支診数）は平成 20 年の 11,260 施設から平成 23 年には 13,506 施設と 2,000 施設ほど増加していた（図 1）。65 歳以上人口あたり在支診数は西日本において多い傾向がある（図 2）。65 歳以上人口あたり在支診数と自宅死亡割合の間の相関係数は-0.150 であるが、統計的には有意では無かった（図 3）。

65 歳以上人口あたり在支診数の伸び率を被説明変数とした推定においては（表 2 左側）、診療所総数は正で有意だが、訪問看護事業所数、訪問系サービス事業所数は有意ではなかった。病院総数も有意ではなかった。また、自宅死亡割合は訪問系サービス事業所数を変数としたときに 10%水準で統計的に有意に負の符号を示した。

平成 20 年の 65 歳以上人口あたり在支診数を被説明変数とした推定（表 2 右側）においては、診療所総数は正で有意、訪問看護事業所数は 10%水準で、訪問系サービス事業所数は 5%水準で正で有意であった。病院総数は有意ではなかった。自宅死亡割合は訪問看護事業所数、訪問系サービス事業所数のそれぞれを説明変数としたときにも 5%水準で統計的に有意に負の符号を示した。

D. 考察および E. 結論

岸田・谷垣(2011)は 65 歳以上人口あたり在宅療養支援診療所数が多いことが、在宅看取り割合と正の関連を示すことを指摘している。このため、在宅での看取りを推進する立場からは、在宅療養支援診療所の開設を推進すべきと言える。しかしながら、武田(2007)による新潟県のデータの分析結果は在宅看取りに対する潜在的ニーズの高いと考えられる地域において却って在宅療養支援診療所の開設が少ないことを示唆している。このことは在宅療養支援診療所が本来必要とされる地域以外において、ニーズとは異なる要因によって開設されていることを意味するかもしれない。

そこで、本研究では、吉田・幸野(2007)に従って、需要要因（自宅死亡割合）、リスク回避要因（病院数）を説明変数とし、診療所総数は在宅療養支援診療所数やその開設数に対する影響を検討した。

本稿での分析結果は、診療所総数は在宅療養支援診療所数や開設数に影響を与えるが、自宅死亡割合という在宅療養支援診療所が提供するサービスへの潜在的なニーズは在宅療養支援診療所数や開設数に影響を与えないこと、訪問看護事業所数や訪問系サービス事業所数という在宅看取りに必要な資源は在宅療養支援診療所数や開設数に正の影響を与える

がバックアップとなる病院の数は影響を与えないことを明らかにした。

診療所数が多いという競争的な環境が在宅診療手挙げにつながることを示唆している。他方で、自宅死亡数が負で有意であることは在宅診療手挙げが在宅看取りという在宅診療に対するニーズとマッチしていない可能性を示唆している可能性がある。急変時に患者を任せることができるバックアップ病院数が有意な効果を持たないことは、ニーズとマッチした地域に立地していない結果であることと整合的な結果であるかもしれない。訪問看護は在宅診療を運営するために必要なものであるが、有意な効果を持たない場合があることはやはりニーズとマッチした地域に立地していない結果であることを意味しているのかもしれない。

しかしながら、本稿での分析結果は、クロスセクションデータでの推定であり、サンプル数も少数であるため、これらの結果は限定的であることを踏まえる必要がある。在宅療養支援診療所開設の要因をさらに明らかにするためには、二次医療圏単位のデータを整備し、予備的な検討結果である本研究の結果を補強する必要がある。

【引用文献】

1. 岸田研作・谷垣静子(2011)「在宅療養支援診療所による看取り数に影響する地域特性」『厚生学の指標』 Vol.58, No.2, pp.27-30.
2. 武田誠一 (2007)「新潟県内の在宅医療のサービス基盤に関する研究-新潟県における「在宅療養支援診療所」の開設状況-」『新潟青陵大学紀要』 Vol.7, pp.73-85.
3. 吉田あつし・幸野聡 (2007)「茨城県における診療所間の空間的競争」『日本統計学会誌』 Vol.37, No.1, pp.133-150.

F. 健康危険情報

なし

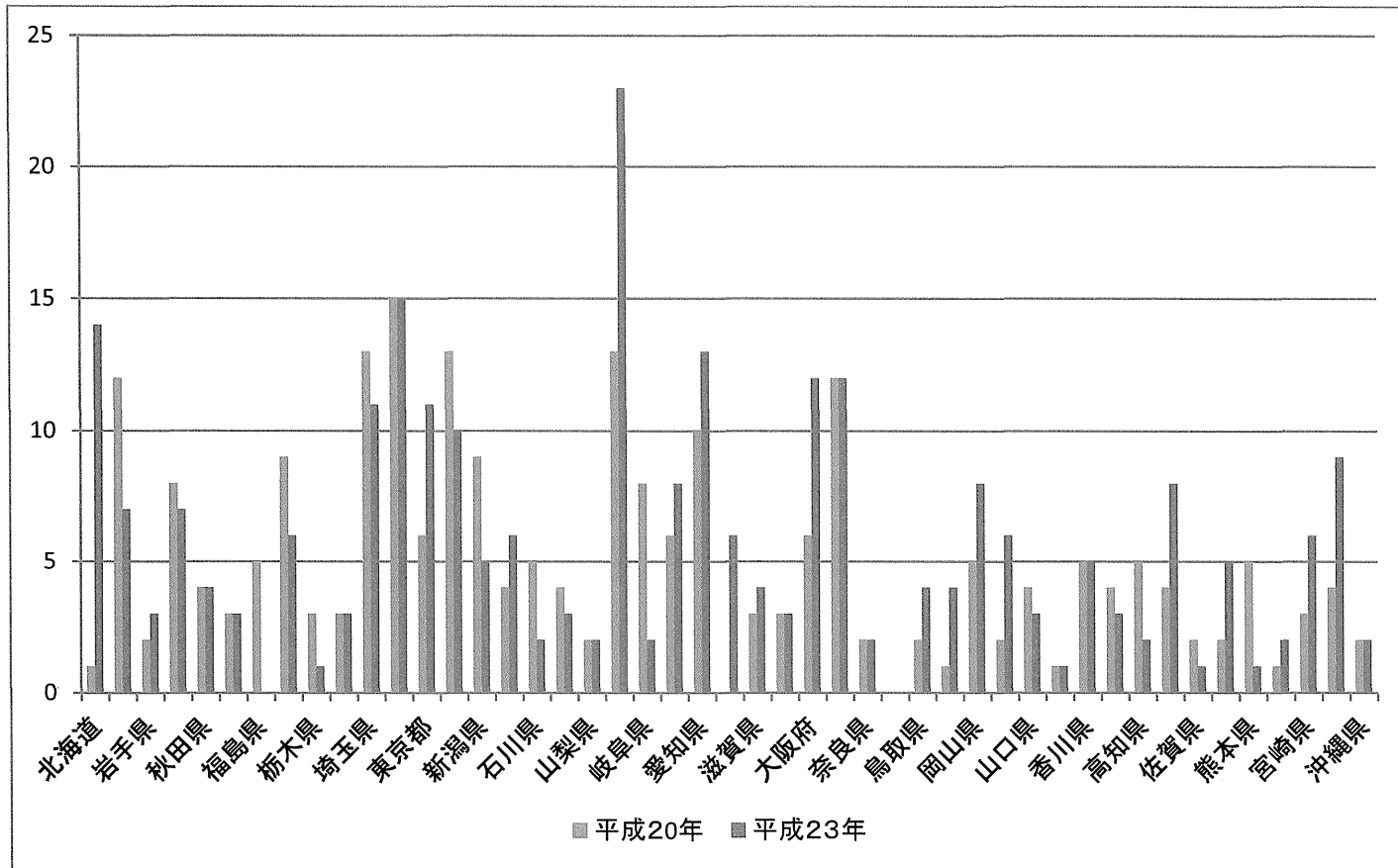
G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

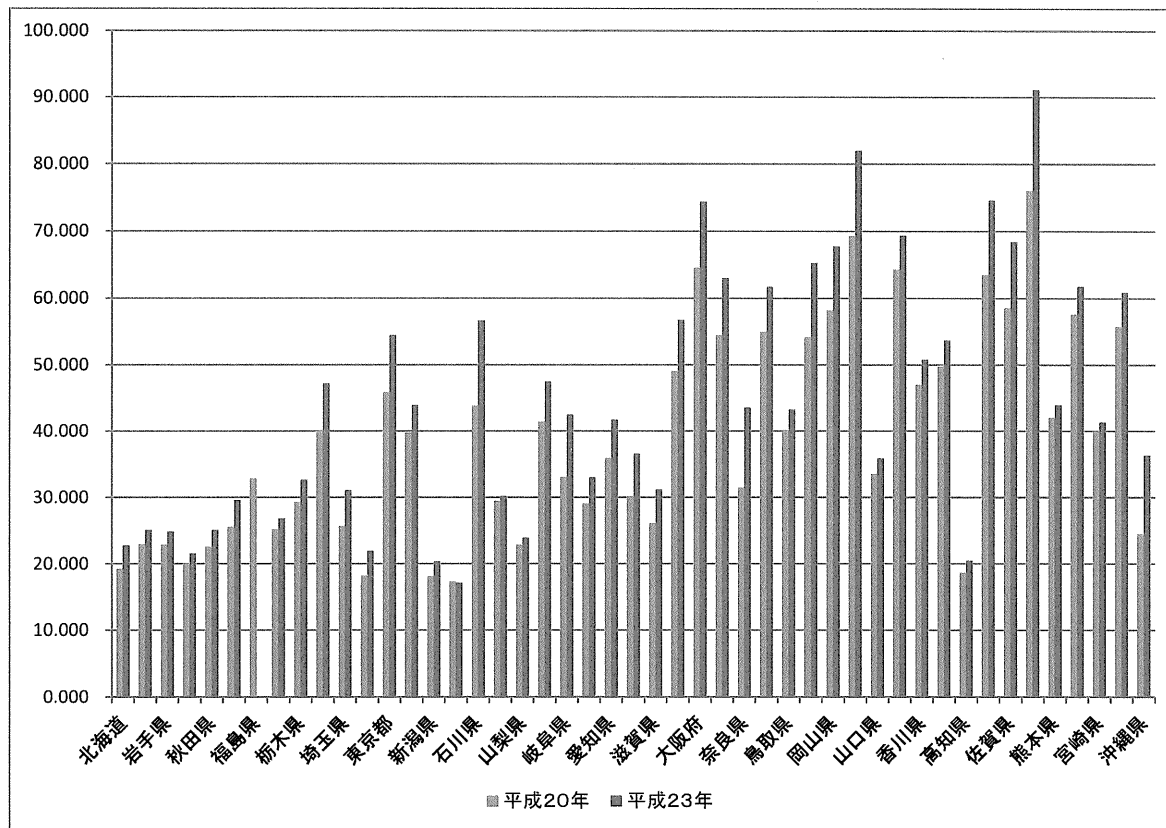
なし

図 1：都道府県別在宅療養支援診療所数



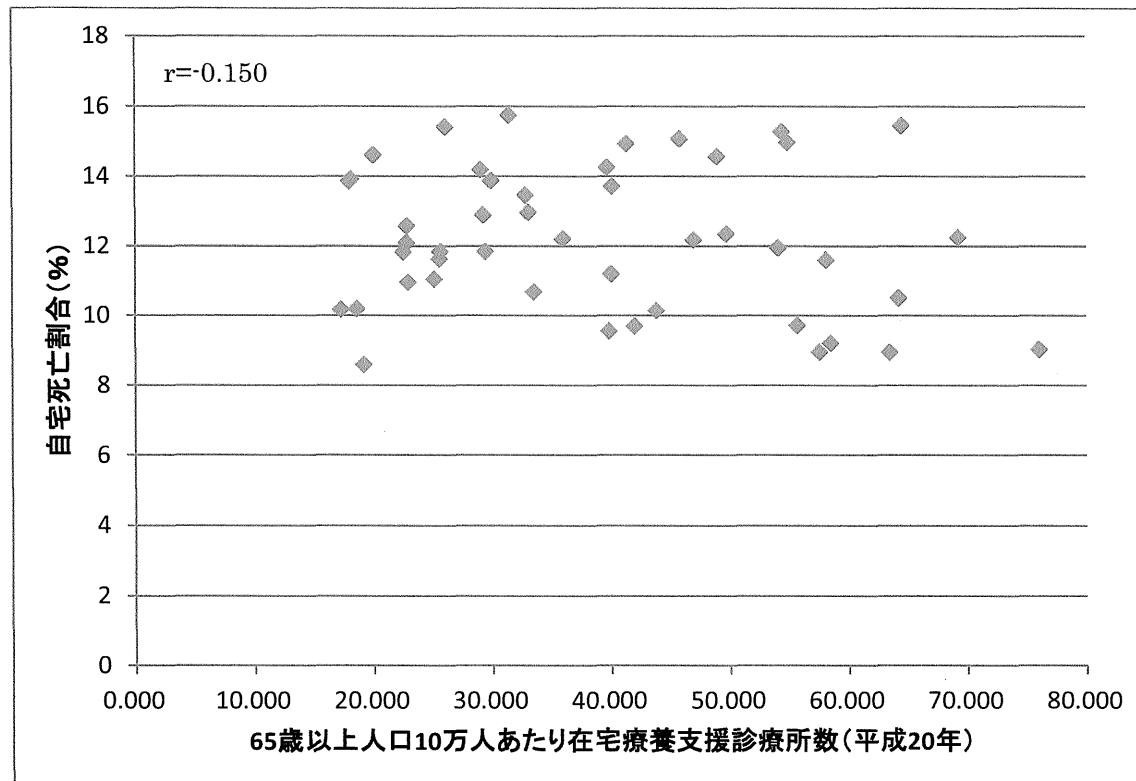
出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」より筆者作成

図2：都道府県別65歳以上人口10万人あたり在宅療養支援診療所数



出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」より筆者作成（平成23年の福島県は欠損値）

図 3 : 都道府県別 65 歳以上人口 10 万人あたり在宅療養支援診療所数と自宅死亡割合の相関 (平成 20 年)



出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」、「人口動態調査」より筆者作成

表 1：検討対象となった文献の調査対象

	記述統計				
	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
65歳以上人口10万人当たり在支診伸び率	46	-0.200	15.080	5.719	3.870
65歳以上人口10万人当たり在支診	46	17.270	76.030	38.919	16.074
診療所総数	46	2.440	4.630	3.202	0.480
病院総数	46	0.190	0.640	0.331	0.115
訪問系	46	0.670	1.600	0.987	0.209
訪問看護	46	0.120	0.320	0.189	0.045
自宅死亡割合	46	8.580	15.750	12.192	2.075

出所：本文参照