

平成 28・29 年度

かかりつけ医・在宅医療等支援委員会答申

「福岡県における在宅医の確保と質の担保」

平成 30 年 3 月

福岡県医師会かかりつけ医・在宅医療等支援委員会

平成 30 年 3 月 28 日

福岡県医師会

会長 松田 峻一 良様

かかりつけ医・在宅医療等支援委員会
委員長 上田 寛

答 申

かかりつけ医・在宅医療等支援委員会では、貴職からの諮問「福岡県における在宅医の確保と質の担保」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

かかりつけ医・在宅医療等支援委員会

委員長 上田 寛
委員 青戸 雄司
委員 岡部 浩司
委員 加藤ひとみ
委員 桑野 恭行
委員 菅原 啓介
委員 高嶋 雅樹
委員 辻 裕二
委員 寺澤 正壽
委員 中村 秀敏
委員 原 祐一
委員 戸次 鎮史
委員 別府 和茂
委員 牧角 和宏
委員 松尾 義人
(五十音順)

目 次

1	はじめに	1
2	在宅療養支援病院から見た在宅医の確保と質の担保	6
3	非都市部における在宅医の確保と質の担保	10
4	在宅診療の持続性という点での医師の確保と質の担保	13
5	看取りの輪番当番制の検討	15
6	外科医と在宅医療	16
7	透析医療における在宅医療の現況と課題	18
8	訪問看護師の立場から	22
9	まとめ	25

【参考資料】

参考	平成 28 年度・29 年度福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況	27
----	------------------------------------	----

1 はじめに

歴史に類を見ない超高齢社会が進む我が国において、医療提供体制の早急な再構築が求められており、本県においても平成 28 年度より始まった地域医療構想策定会議によって詳細な検討がなされ、二次医療圏を基本とした構想が平成 29 年 3 月に公布された。さらに、この構想を受け、平成 29 年度より地域医療構想調整会議が行われ、平成 30 年度からは第 7 次保健医療計画、第 7 期介護保険事業計画がスタートする。

しかしながら、地域医療構想策定の中では主に入院医療の再構築が議論されてはきたが、その受け皿となる在宅医療や地域包括ケアシステムについての議論、検討は十分とは言えず、また新類型である「介護医療院」への療養病床からの転換計画や、比較的軽症といわれる入院患者の外来や在宅医療への誘導による在宅医療の追加的需要量などは国からその指針が示されたものの不明確な部分も多く、地域における今後の医療・介護の整備計画等については流動的なままの第 7 次保健医療計画、第 7 期介護保険事業計画のスタートになる。さらには、県内でも、福岡、北九州都市圏とそれ以外では人口動態も大きく異なり、それに伴い今後の整備目標も大きく異なることが予想されることや、平成 30 年度には、全ての市町村で、介護保険の地域支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携推進事業の実施が義務付けられているが、小規模の市町村でこれらの条件を勘案しながら今後の整備目標を立てることには相当の困難が伴うことも予想され、可能な範囲で県や県医師会レベルで整備目標構築を補完することが必要である。

このような中、会長諮問の「福岡県における在宅医の確保と質の担保」は、本県における在宅医療の現状把握を十分に行った上で、必要かつ良質な在宅医療や地域包括ケアシステムを地域ごとに過不足なく今後どの程度整備すべきかを問われたものであり、それに沿って平成 28 年度より 5 回の委員会を開催し、鋭意検討のうえ答申を取りまとめた。

なお、本県における在宅医療の現況については、平成 24 年度より県行政が在宅医療に係る現状と課題を把握するために、在宅療養支援診療所（以下「在支診」）・在宅療養支援病院（以下「在支病」）に対し毎年調査を実施していたが、県医師会からの提案も踏まえ、平成 28 及び 29 年度は在宅時医学総合管理料（以下「在医総管」）及び施設入居時等医学総合管理料（以下「施設総管」）届出施設まで対象範囲を拡げ詳細な調査検討を行った。この結果については、「福岡県における在宅医療の現況」として

まとめてあり、参考資料として添付しているのでそちらを参照されたい。

1) 高齢者在宅医療

平成 29 年 6 月の県医師会及び県行政の調査において、本県における在宅医療、特に訪問診療を受けている患者は、862 か所の在支診・在支病及び 431 か所の在医総管・施設総管届出施設で 28,001 人（全数推計 31,256 人）である。その内訳をみると自宅（居宅）で訪問診療を受けている患者は 26.6%、サービス付高齢者向け住宅（サ高住）、老人ホーム及びグループホームなどの居住系施設が 68.8%と介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（療養病床）の介護保険関連 3 施設が 4.6%であり、在宅医療の首座は主に居住系施設に移っている。また、県行政による平成 24 年度以降の調査では地域によっては高齢者が増えているにもかかわらず訪問診療数が減少しているところもみられること、さらに高齢者人口比で比べてみても、国が示した NDB（住所地ベース）からの本県における平成 29 年度の在宅医療推計値と今回の現況調査（医療所在地ベース）からの推計値比較で、福岡・糸島医療圏が住所地ベースの現況調査でより突出して多いことを勘案すると、訪問診療対象者が都市部に移りつつあることが強く示唆される。

他方、2025 年さらには 75 歳以上の人口がピークを迎える 2040 年に向け、人口推計からは本県においては高齢者の在宅医療は現状より 70～80%の需要増が見込まれる。2025 年には現在より約 8,000～10,000 人増やさなければならないと思われる。ただ、地域によりその動向は大きく異なっており、すでに高齢者人口のピークを迎えつつある地域もある一方、都市部は現状の 2～2.5 倍の需要が見込まれ、地域により今後の整備計画は大きく異なる。また、国の指針により、本県での需要予測が出されているが、これはあくまで住所地ベースでの需要予測であり、医療機関ベースでの予測と大きく異なる地域もみられ、今後は年次的に在宅医療の推移を見ながら整備計画を立てなければならない。

また、地域包括ケアシステム構築の要である人材については、都市部では医師数そのものが不足している、医師の在宅医療への新規参入が増えない、現在在宅医療を担っている医師がすでに高齢であり地域によっては在宅を担当する医師が今後減少するなど問題は多い。さらには在宅医療の要である訪問看護師や、ヘルパーなども、日本全体の人手不足の影響で、今後十分な人員を確保することはかなり困難になることも予想される。

このような状況の中今後は、

- (1) 地域の在宅医療の需要予測を立て、それに沿って地域ごとの在宅医療体制整備計画を立てる。
 - (2) 在宅医療の首座は集合住宅系施設に移っており、適切な地域包括ケアシステム構築ためにも、地域ごとに過不足のないような施設の整備計画を立てる。また、施設在宅を充実させることは人手不足への解決策の一助となりうる。
 - (3) 在宅医療の質を担保するためにも閉鎖的になりがちな施設との連携強化を図る。
 - (4) 病院から在宅医療への縦割り一方通行的ではなく、病院、診療所、施設、自宅が水平有機的に連携し、在宅＝自宅にこだわることなく、患者や家族が望む在宅医療を選択できる地域包括ケアシステムを構築する。
 - (5) 急変時や災害時の対応を考慮し、本県においてはとびうめネットの登録活用をさらに推進する。
 - (6) 現在行われている従来からの在宅医療推進策はさらに進化させるとともに、今後増えてくるであろう、独居、老老介護、第三者の介入拒否等处遇困難例への対応のノウハウを蓄積、共有する。
- 等々が必要となってくると思われる。

2) 在宅看取り

在宅医療の拡がりにより在宅看取りは全国的に増えてはいるが、その多くは施設での看取りであり、本県においても同様の傾向がみられ、現状では自宅での看取りはほとんど増えていない。なお、今年度の在宅医療現況調査の結果では、平成 28 年度 1 年間の在宅看取り数は約 3,300 人でそのうち、自宅での看取りは 1,600 人余り、高齢者住宅での看取りが 1,360 人余り、介護保険高齢者 3 施設で 330 人となっている。

平成 23 年の県政モニターアンケート調査では県民の 85%以上が終末期を「自宅で療養したい」と回答、しかし、そのうち 60%以上は、最期まで自宅での療養は困難であると考えている。同様に平成 29 年度の県政モニターアンケート調査でも、県民の 58%が自宅で最後を迎えたいと思っているものの、そのうち 56%は実現が難しいと回答しており、自宅での療養、看取りに対する希望は根強く残ってはいるが徐々に減りつつあることが見て取れる。その理由の 1、2 位は自宅での介護力の問題、3 位が経済力の問題で、4、5 位が医療に関する問題である。このように看取りの首座も施設に移りつつあるのは主に介護力や経済力不足に起因しており、

医療、介護の充実はもとより、経済力や介護力不足を同時に解決していかない限り、まだまだ自宅での看取りは患者やその家族にとってハードルが高いままになっていくと言わざるを得ない。

このように今後多死社会を向かえ、増え続ける看取りをどうしていくのか、そして社会情勢によっては患者や家族の望む場所での看取りはますます困難となってくることも考えられ、在宅医療の需要予測とともに、地域ごとの看取り数予測を立て、具体的にどこでどのくらい看取っていくのかを地域で共有することも必要となってくると思われる。

3) がん診療における在宅医療

高齢者の増加でがん患者が増加し、それに伴い特にがん末期医療での在宅医療の需要も今後増加することは確実である。これまで各種在宅医療推進事業が行われてきた結果、がん在宅医療も徐々に拡がりつつあるが、がん診療での患者の病院志向は依然根強く、さらには高額な抗がん剤の出現等による医療費高騰など、在宅ホスピスも含め、特に一般診療所におけるがん診療そのものの敷居はまだ高くその拡がりとは言い難い。

しかしながら、がん疾患における在宅医療も、その基本は高齢者の在宅医療と大きく異なっておらず、高齢者在宅医療と同時にさらに推進する必要がある。

4) 小児の在宅医療

小児在宅医療に関しては、医療の進歩により重症心身障害児のほか人工呼吸器装着など在宅で医療的ケアが持続して必要な小児は急増しており、NICUを含め限られた小児入院医療を圧迫している。また、在宅医療を受けている小児も成人となり小児医療から成人医療へ移行しなくてはならない。国の調査によると、医療的ケア児は現在国内に17,000人、県内では500～600人いると推測されており、今回の在宅医療現況調査では、総訪問診療数28,001人のうち、15歳未満の小児が123人、15歳以上19歳以下が42人であり、訪問診療を提供している施設は34か所であった。本県では現在、九州大学を中心に拠点事業として小児在宅医療の推進が行われているが、調査結果から分かるように、在宅医療を担う小児科医が少数であることや、成人に達した後の受け皿が整備されていない、医療的ケア児の教育をどうするかなど課題は山積している。今後は、高齢者の在宅医療同様、本県における小児在宅医療の実態を充分把握し、急変時やレスパイト入院を含む二次病院の整備、成人後の受け皿の整備など、県全体をブ

ロック化、拠点化し、限られた小児医療資源を有効に使う施策が必要である。

2 在宅療養支援病院から見た在宅医の確保と質の担保

「在宅療養支援病院から見た在宅医の確保と質の担保」について考察するにあたり、在宅医療を推進するためにはどうしたらよいのか、在支病としての提言、在支病に求められる役割及び機能、在支の今後について、さらに在宅医の確保と質の担保についての柏モデルプロジェクトよりの提言について記した後に、本県における在支病から見た在宅医の確保と質の担保について述べる。

1) 在宅医療を推進するためには

(1) 複数医師の共同による体制づくり

地域を病棟ととらえて、24時間365日の安心を提供することは重要である。一方で、24時間365日にわたり揺るぎない診療責任を保証することは、提供する側にとっても負担が小さくない。必然的に複数医師により構成される診療体制を構築することに帰着する。その方法として①非常勤医師の雇用によるバックアップ、②診診連携や病診連携、③医師会などによる輪番制、④複数医師により診療所運営（グループ診療）など様々なスタイルがあり得る。これらの体制構築のための成功事例やノウハウの蓄積、制度面のサポートはいまだ道半ばであることから、今後、診療報酬制度や医師会などの専門団体の活動を通じて、推進していく必要がある。

(2) 医師と訪問看護師がチームとして機能する

複数医師体制と同様、極めて重要なのが医師と訪問看護師の協働である。看護師がいない病棟が存在し得ないことと同様に、地域という「病棟」に訪問看護師は必要不可欠であり、彼らとその根幹を担うこととなる。「医者が治せる患者は少ない、しかし、看護できない患者はいない。息を引き取るまで、看護だけはできるのだ」とは精神科医中井久夫の金言である。訪問看護師の確保や育成、情報通信技術（ICT）のシステム構築、医師と看護師間の役割分担や権限委譲の検討など取り組むべき課題は少なからずある。

中でも最も重要なのは、1つの臨床チームを形成するために、医師と看護師がお互いの臨床スタンスや価値観を熟知して、理念や行動規範を共有することである。もし、病棟において、ある診療科の医師メンバーと看護部が顔を合わせることを避け、口も聞かないとしたら、診療遂行上多大な支障を来すことは想像に難くない。ところが、在宅医療では、

訪問看護師が医師から直接口頭で指示を受けたり、その意図について討議したりする機会は病棟に比べて著しく少ない。同じ医療機関の同僚ではなく、異なる機関の異なる場所で働いているからである。ICT単独でこの課題を解決することは困難であろうことから、お互いが歩み寄り、実際に顔を合わせ、価値観をすり合わせるような機会を設ける努力やシステム構築が必要である。

2) 在支病としての提言

病院が訪問診療をする利点として、入院設備があり在宅での対応が困難な状態となった際、いつでも入院可能で、必要に応じて検査入院も可能なことである。入院した際も普段の状態を一番に知っている主治医が診療にあたり、患者が安心して治療に専念できるのも特徴である。

地域との連携として、患者が安心して在宅療養を行っていくためには、複数の医療機関が連携することが大切である。在支病は在支診を含めた病床を持たない診療所との連携が大切で、診療所は医師1名で訪問診療をしているところが多く、実際全ての時間帯を診ていくことは困難ではないかと考える。そこで診療所の医師が24時間体制で在支診として登録している患者に関して、訪問診療できない時は病院のオンコール医師を利用してもらうことで、日頃は慣れた診療所の主治医に診てもらい、夜間や、日中診療が忙しくてどうしても行けない時には病院のオンコール医師が代わりにいくことで、地域の患者がより安心して在宅療養を選べるのではないかと考える。在支病として地域医療がすすめるような協力が出来ればと考える。ただし、問題点としては、診療所の医師と連携して強化型をとろうとすると、患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施する必要があるため、忙しい診療所の医師と時間を調節する必要があることや、患者からの緊急時の連絡先の一元化を行わないといけないこと、連携する医療機関数は10未満であることが問題となる

3) 在支病に求められる役割及び機能

在支病が在支診と同じ機能で在宅医療での役割を担っても、それでは患者、家族にとっても良い在宅医療を提供するためのスキルとは言い難いと思われる。在支病には、在支病ならではの役割が当然存在する。それは、在支診が困難な点を補足するための連携機能を考えれば自ずと示される。例えば、緩和ケアにおいてはがん専門病院、大学病院、緩和ケア病棟など

から、治療病院と緩和ケア病棟との中間的立場として在宅医療に精通している在支病に紹介していただき、在宅移行への準備として介護保険導入、訪問看護導入、在宅での医療処置準備、苦痛のコントロールを行い、在支病から在支診などの地域の在宅医師に移行する。つまり在宅医療連携のセンターとしての機能を担うことになる。

①在宅移行への準備

②緊急対応支援（24時間対応）

③特老などの施設での担当医不在時の夜間休日看取り往診

④地域かかりつけ医からの緩和ケアなど専門医療の相談

在支病の役割は、在支診と競合するものではなく、在支診を支援することが役割であると考え。在支病が地域のかかりつけ医に患者を戻さず自己完結型を図ろうとすれば、地域連携は必ず崩壊してしまう。それは在宅医療の後退を意味することであり、狭間に立って迷惑するのは、いつも患者、家族であることを忘れてはならないと思う。

4) 在支病の今後

在支病は、2012年度改定で創設された強化支援診療所・病院の中では、特に後方支援ベッド確保として、連携の軸としての役割が高く評価されており、強化連携医療機関の中で、後方支援ベッドを持つ有床診・在支病が連携グループに参加していることで、強化型診療報酬の中でも高く評価されるようになっている。在支病の今後の役割は、後方支援ベッドだけでなく、地域の在宅連携センターとしての役割が求められていると考える。そしてそれらを集約するのが在宅拠点医療機関となってくると思われる。しかし、そのためには在支病側ももっと介護保険を始めとする介護制度に精通し、ケアマネージャーとのコミュニケーションを十分に図り、カンファレンスの参加、開催を積極的に行っていかなければならない。また地域の在宅かかりつけ医とは顔の見える連携を図り、ICTなどを駆使した情報の共有化にも積極的に参加して頂く必要があると考える。

5) 在宅医の確保と質の担保についての柏モデルプロジェクトよりの提言

専門医として病院で育った多くの開業医は、在宅医療に関心が少なく、また、そのノウハウも少ないといえる。そこで、開業医に対するオンザジョブの研修を導入している。具体的には、指導医の下で訪問診療に同行し、在宅医療として必要な知識技術を学ぶとともに、緩和ケア、認知症対応といった個別テーマごとに演習方式で多職種連携の方法を学べるカリキュラ

ムを開発して普及することとしている。

6) 福岡県における在支病から見た在宅医の確保と質の担保について

今回の県医師会と県行政の実態調査では平成 29 年度の在支病の届出施設数は平成 28 年度の調査時より微増してはいるが、在支病においての在宅医の需要に関しては現状はまだ不足していると思われることから、需要予測に応じて今後も医師の確保と質の担保を整備していく必要があると考える。人材に関して、都市部では医師数そのものが不足していること、医師の在宅医療への新規参入が増えない、現在在宅医療を担う医師がすでに高齢であり地域において在宅医療を担当する医師が今後減少するなどの問題は在支病における在宅医療でも同様な問題であると考えられる。しかし、今後の訪問診療への取り組み予定に関して、病院の 44%が在宅医療の訪問患者数を増やす意向であり注目に値するという結果が出ていることは今後により明らかな材料を提供している結果であり今後に期待したいと思う。

出展・参考資料

- 1) 川越正平：在宅医療の現状と課題 日本内科学会雑誌 103(12), 2014
- 2) 中井久夫、山口直彦：看護のための精神医学. 医学書院、2001
- 3) 白橋齊、吉松秀則：在宅療養支援病院としての当院の取り組み 日本慢性期医療協会誌 20(5) : 42-45、2012
- 4) 吉澤明孝他：在宅療養支援病院に求められる役割 MEDICAMENT NEWS(2152):6-7, 2013
- 5) 辻哲夫：超高齢社会における在宅医療の展望 Geriat.Mec. 48(11):1467-1472, 2010

3 非都市部における在宅医の確保と質の担保

県南部の南筑後地区では、ほかの非都市部と同様に、すでに人口減少が進んでいる。年齢別にみると、65歳以上の高齢者人口は微増もしくは横這いで、それ以下の若年者人口に急激な減少が認められる。在宅医療を担う開業医にも、同様な人口動態の傾向が見られ、有明医療圏の医師会A会員の平均年齢は64歳にもなる。このような状況の中で今後も在宅医の数を確保し、質を担保していくのは非常に困難なことと思われる。

1) 非都市部における在宅医療の問題点

(1) 住民側の問題点

当地区でも、若者の都市部への流出により、高齢者を支える労働者人口が減少傾向にある。そして、老老世帯や独居世帯が増加している。これらの住民の多くは、これまで第1次産業に従事して来ており、もともと経済的に余裕がない。地域には大きな事業所も少なく、自治体の経済状態も苦しい。さらに、小さな集落が広い範囲に散在し、患者である個人宅を巡回する場合、距離的にも時間的にも非常に非効率的である。

(2) 在宅医療を支える介護職や看護職の問題点

前述したように、高齢者の増加はすでに横這いとなっており、介護施設の量は充足しているが、労働者人口の減少により介護職員の数は不足している。一方で、在宅医療の要となる訪問看護に関しては、その利用率が低く、24時間対応の訪問看護ステーションが成り立たちにくい。そして、低い利用率故に訪問看護師の賃金や労働環境が改善されず、離職する訪問看護師が後を絶たない。また、つい最近まで医療と介護の連携がほとんど顧みられなかったため、医療職と介護職は、お互いに協力しようとする意志が希薄である。そのため、自宅在宅医療では、在宅介護の情報が主治医にほとんど入らず孤軍奮闘状態であり、施設在宅医療では、診療時間内に病状が悪化していた場合でも、介護施設の都合で時に夜間や休日に呼び出しを受けることがあり、主治医にとっては精神的にも肉体的にも重い負担となっている。

(3) 診療報酬上の問題点

平成26年度の診療報酬改定時から、在宅医療に関わる診療報酬は減額傾向にあり、特に非都市部において、在宅医療存続の解決策の一つと考えられる施設在宅医療に対する評価が、平成28年度の改定時から著しく下がっている。いまの在宅医療に関わる診療報酬では、設備投資の

面からも人材確保の点からも、患者や家族が希望するような手厚い終末期医療の提供は困難である。また、単一建物における複数患者に対する訪問診療には、大きな減額処置と強固な足枷が掛けられており、非効率化を助長している。これらの悪条件により、既存の在宅医は在宅医療から撤退し、新たに在宅医療へ参入しようとする者は、その意欲を阻害されている。また、国が在宅医療の要と考えている在支診においても、24時間往診対応が義務化されていること等で、医師一人の診療所では負担が重すぎる。さらに、そのような診療所では、診療報酬上の高点数に対する厚生局による個別指導や、患者からの訴訟リスクを恐れて、新たに施設基準の取得を躊躇する傾向にあり、一方で、すでに取得している医療機関でも取り下げる所が出て来ている。

(4) 在宅医の問題点

非都市部に在住する在宅医は高齢化しており、閉院する医療機関や在宅医療から撤退する医師が出てきている。一方で、新規開業や医業継承する若手医師は、閉院する医療機関に比べて少数で、そのため地域の医療機関数は減少傾向にある。しかも、若手医師が在宅医療に関わろうとする意欲は低調である。非都市部で開業した志ある若手医師の多くは都市部に住み、そこから日々通勤しているため、夜間や休日における急変時の往診を含め、診療時間外の在宅医療に支障が出ている。しかし、ベテラン医師の中には、「かかりつけ患者は常に主治医が診るべきで、他人に任せるべきでない。」との意見を持っている方も残っており、在宅医療の連携に否定的な空気も一部にある。

2) 非都市部における在宅医の確保について

このように、多くの問題を内包した中で「在宅医の確保と質の担保」を行うのは、至難のことと思われる。地域の若手開業医の意見も参考に、いま考えられる解決策を以下に提示したい。

在宅医の数を確保するためには、若手医師が在宅医療に参入しやすい環境を整備する必要がある。まず、速やかに出来るところでは、非都市部における在宅医療の診療報酬、特に施設在宅医療における過度の減算方式と単一建物の同一日複数患者への訪問診療に対する阻害要因を是正し、訪問診療の利益率と効率を引き上げるべきである。また、都市部から通う開業医のために、地域の中学校区単位で在宅医連携に前向きな医師からグループ化を進め、若手医師も交えて彼らが納得する連携方法を構築するべきである。その場合、開業医だけでなく、後方支援となる急性期病院や回復期

病院も連携の場に参加する必要がある。さらに、医療職と介護職が互いの仕事内容等を学習し、連携を進めるうえで相互に過度な負担をかけないように配慮できる関係を作るべきである。そして、民間だけでは十分な雇用環境を提供できない介護職員や看護職員に対しては、市町村による補助や雇い入れを検討するべきである。さらに可能であれば、広い地域に散在する独居者や老老世帯の住居を狭い地区に集中化し、あるいは集合住宅化できれば、医療や介護がもっと効率的に提供できると思われる。その場合、既存の施設を柔軟に流用できるように、法令等を整備するべきと考える。

3) 在宅医の質の担保について

在宅医の質を担保するには、若手医師の研修期間中に在宅医療の手技や診療報酬に関する研修を義務化し、その後も生涯教育の一環として定期的に講習を行うべきである。そして、これから在宅医療に関わる医師が疲弊するまえに、先に述べた環境整備を速やかに進めるべきである。

4 在宅診療の永続性という点での医師の確保と質の担保

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて、「福岡県における在宅医の確保と質の担保」という諮問をいただいたところであるが、高齢化は療養を担当する医師の側にも当然訪れる問題であるという点から答申を行う。診療所で在宅診療を担当している医師は、高齢化に伴い診療業務を継承しなければならない、後継者がいない場合は血縁者以外にその経営を委ねなければならない。その場合継承した医師が前任の医師と同じ方針の下、在宅診療を継続していくとは限らず、さらに言えば例えば内科を標榜していた医院が譲渡された際に、継承した医師が眼科であるというように、必ずしも同じ内科を標榜しない場合もありえる。このような継承が行われた場合、その医院の医師が行っていた在宅診療の質が、これまで通り保たれないだけでなく、在宅診療自体が行われなくなりその永続性という質さえも担保しがたくなる可能性がある。さらにもし後継者もなく、医院を継承する第三者もいない場合は閉院ということになり、在宅診療は中断を余儀なくされる。参考までに筑豊ブロック内だけの件数ではあるが、以下に過去 5 年間の閉院、継承、開業の件数を挙げた。継承については前後の科については聞き取っていない。

年 度	閉 院	継 承	新規開業
平成 24 年度	2	2	1
平成 25 年度	2	5	6
平成 26 年度	5	2	1
平成 27 年度	5	5	3
平成 28 年度	4	4	5

この状況を防ぐためには、医院の継承を円滑に行い、同一科での継承を進める必要があるが、この点については現在の制度上、各医療機関の開設者の対応次第であり介入は困難である。現在考えうる在宅診療の永続性を保つための方策としては、閉院もしくは他科継承となった診療所が行っていた在宅診療について、近隣の医療機関が円滑に分担し、診療レベルの低下をきたさぬように情報の共有と、診療先の割り振りが行えるような仕組みづくりが必要であろう。

また、以上のような継承問題に伴う以外に在支診の施設基準を取り下げる医療機関も現れている。卑近な例から考えると以下のような原因が多いと推測する。

当初施設基準を得るために近隣の医療機関と連携し、3 医療機関のグル

ープで在宅診療を行うこととした。ただし以前から担当している患者は、結局他の医師に任せることができなかつたり、グループ内にそこまで在宅の患者がいない医療機関があったような場合、その医療機関は在支診を取り下げる。するとグループ内の他の医療機関も施設基準を満たさなくなり、また在支診の施設基準にそこまでの必要性を感じずに、新たにグループの結成に努めることなく在支診の取り下げをすることになる。

グループ診療を行っているため、その中の1医療機関が何らかの理由で在支診を取り下げた場合は、ドミノ倒しのように他の少なくとも2医療機関が同時に在支診の取下げをすることとなるのである。在支診の施設基準が緩和されたとはいえ一人開業医にはまだ厳しいものがあり、電話での対応など診療での拘束時間などを考えると、すすんで施設基準を持っておく魅力に乏しいとの認識があるのではないかと推察する。これに対しては更なる施設基準の緩和と、在支診として機能を果たす場合、医師の負担軽減も同時に考えられることが望ましいのではないだろうか。

最後に、在宅診療の永続性という観点から医師の確保と質を担保するには、医院継承時の在宅患者の引継ぎルール策定と、情報共有のシステムの確立。またグループ診療を行う際に、医師会などがコーディネーターとしての役割を果たすことなどが考えられる。

5 看取りの輪番当番制の検討

地域医療の一つとして在宅医療がある。身体が不自由となり外来通院が出来なくなった方や、入院治療後に住み慣れた家に戻った方が訪問診療による加療を受ける事が増えて来た。さらに病院では長期間の入院が出来なくなりつつあり、それらの方の代わりの受け皿として、医療機関でなく施設へ入所される方も増えて来ている。アンケートによれば、ずっと病院で世話を受けていたいという方も多いが、自宅で最後を過ごしたい、終末期は家族に囲まれて臨終を迎えたいという意見もよく聞く。在宅医療を行うにあたって24時間対応が要件となっており、訪問看護師や施設職員への電話での指示で対応は可能であるが、在宅看取りに関して死亡確認は実際に現場に医師が出向く必要がある。学会出張・旅行・冠婚葬祭など、どうしても外せない用事は起こるものでこの際にこの24時間対応が問題となる。病状急変に関しては救急医療機関への搬送で対応する「とびうめネット」登録などである程度カバーする事が出来るが、在宅診療患者の死亡確認には対応出来ない。

北九州市八幡医師会の分科会である在宅医会では、平成29年9月から看取りの為の当番医を決めて実際に試行してみる事にした。癌末期や慢性疾患終末期の患者といったある程度容態の低下が予測できる事例に関してのみ、事前に担当する当番の医師に患者情報を伝えておく事で、主治医が不在の場合でも死亡確認が行えるシステムを構築。不在となる日の一週間ほど前までに主治医が依頼、当番医は看取り依頼予定日の前に必ず一度は患者を訪問して患者を診ておく事で、初診で死亡確認とならないように配慮している。当番医は事前に都合の良い日を登録しておき、在宅医療介護連携支援センターが輪番当番表を作成して在宅医会会員にメーリングリストで配信している。残念ながら試行開始から3ヶ月経過するも実際に運用事例が無く、検討までは現在のところ出来ていないが、看取りから始めてゆくゆくは主治医不在時の代診医制度にまで繋げていきたいと考えている。長崎市の在宅医療ネットなど、すでに主治医/副主治医制を構築して活用している団体もあり参考にさせていただいている。

在宅医療を無理なく進めるための互助機能を医師会主導で構築する事を目指している。医師会の存在意義は学術研鑽だけでなく地域医療を守る為にもあると考えている会員は多い。これらの在宅医療に参加する医師を増やして行く為に、医療資源であるマンパワーを増加させて在宅医療を軌道に乗せる為に、進めていきたい。

6 外科医と在宅医療

団塊の世代が後期高齢者へと移行するいわゆる「2025年問題」が近づいている。高齢化が急速に進むことに伴い、通院が困難な患者が増え、在宅医療は今より70-80%の需要増が予想されている。

在宅医療は、外来通院医療、入院医療に次ぐ「第三の医療」とも言われており、その必要性から、今後ますます増加・多様化するものと考えられる。このような状況に対応するために、在宅医療を担う病院、診療所、薬局、訪問介護ステーション、福祉関係者などがそれぞれの役割や機能を分担し、ネットワーク化することで、在宅医療を推進していく事が求められている。

現在の試算では今後2025年までに新たに30万人が在宅医療に移行すると言われている。

しかし、現時点でも在宅医療を担当している医療機関は十分な数とは言えない。しかもその大半が内科系の医師に集中しており、本県における在支診・在支病等のアンケートを見ると主たる診療科を外科と答えたのは9.2%に過ぎなかった。ここで外科医の立場から在宅医療についての私見を述べてみたいと思う。

まず、外科医が在宅医療に従事する場合は以下の3通りの方法があると考えられる。

①主治医としてトータルケア

外来の患者が通院できなくなったのでそのまま在宅での療養を継続して診療すること、これが一番自然で理想的な形だと思われる。

②悪性腫瘍を含めたターミナルケア

従来、外科系では悪性腫瘍を扱うことが多く、術後管理は勿論、ターミナル管理を必要とする患者も院内では数多く診てきている。早期発見早期治療が進み、化学療法が高度に発達しているとはいえ、高齢化に伴うがん患者の増加は否めない。また高齢ゆえにがんの進展のスピードも緩徐で積極的な治療をしない在宅療養期間が長くなる可能性もある。また今後在宅ホスピスなどで痛みのコントロールもしながら最期まで在宅で療養するという需要も高まっていくであろう。このようなターミナルケアは外科医の得意分野であると思われる。

③褥瘡や創傷処置に関するサポート

在宅の総合支援に関して敷居が高いと感じている一般外科医にとって一番協力できる分野が創処置に関するものと思われる。外来では、褥瘡

はもちろんだが、高齢者の皮膚は脆い為、軽微な刺激で剥離を繰り返す患者も多く、しばしば内科や在宅医から紹介されることもある。このような共診依頼があれば外科医も積極的に在宅に出ていく契機になるのではないかと思われる。

この様な連携のためには診診連携、病診連携の充実はもちろんであるが、ケアマネージャーとの連絡、訪問看護時には訪問リハビリとの連携も必要となってくる。考えれば地域包括ケアシステムがなければ在宅医療は成り立たないのだと改めて感じる場所である。自身を省みても、在宅医療に対して構えてしまうところが最大の問題なのではないかと思われる。既存の外科開業医にとって介護保険制度や介護分野のシステムというのは馴染みが薄く、だからと言って今更聞きにくい事項である。特に外科医はこれまで専門領域に特化した治療法中心の研究会に終始していたが、今後は専門医会等を通じて介護保険の勉強会等の開催にも力を入れていくべき時期にあると感じている。

また審査員をしていると往診と訪問診療の区別がわからないとの声も聞く。医療保険と介護保険の区別も必要で、在宅診療は施設基準があり訪問回数でも点数が異なるなど複雑な診療報酬体系になっていることも在宅医療を取り組み難くしている要因の一つになっていると思われる。診療報酬の大幅な引き下げが行われると訪問診療自体も中止した医療機関も出て施設等の現場の混乱があったとの話も耳にする。今後在宅診療を推進していくためには診療報酬のしっかりした裏付けとわかりやすい整備は不可欠なものと考えられる。

皆が住み慣れた地域で自分らしく生活できることが地域包括ケアシステムの目的であり、その実現に向けて色々な科の多くの医師が積極的に参加できるように在宅医療の体制を整えていかなければならないと改めて感じている。

7 透析医療における在宅医療の現況と課題

我が国の透析患者数は年々増加しており、高齢者が多く、心血管系の合併症も多い。寝たきり・準寝たきり状態である患者の割合も少なくない。そのため透析患者の中でほとんどを占める血液透析患者は年間 156 回もの通院がネックとなり、通院困難に陥るケースもみられる。自宅からの通院が叶わず、病院に長期入院したり、介護系・居宅系施設へ入所したりするケースも増加している。一方、腹膜透析は月 1・2 回の通院で済むため、在宅医療には適した透析療法だといえる。しかし、普及率が低いという問題点がある。本答申では、この透析医療分野における在宅医療の現況と、その現場に求められる多職種連携について述べていきたい。

1) 我が国の透析医療の現況

我が国の透析患者数は、2016 年末のデータで 32 万 9,609 人であり、その数は年々増加している。透析患者は、平均年齢が 68.15 歳で、最も多い年齢層が男女ともに 65 歳～69 歳と高齢者が多い。死亡率は、年間の粗死亡率が約 9% と高い。死因の第 1 位が心不全、第 2 位が感染症、第 3 位が悪性腫瘍と、一般人口の死因順位（悪性新生物、心疾患、脳疾患の順）と異なる。透析になる原疾患の順位は第 1 位が糖尿病（43.2%）、第 2 位が慢性糸球体腎炎（16.6%）、第 3 位が高血圧症によって起こる腎硬化症（14.2%）である。このように透析患者に糖尿病や高血圧症が多いことが、年齢構成や死因が一般人口と異なることに影響していると考えられる。透析治療法の分類に関しては、血液透析（HD）と血液ろ過透析（HDF）を合計して 96.5% とほとんどを占める。一方、腹膜透析は 2.8%（9,021 名）と約 32 万人のうちの 1 万人に満たない。

2) 透析患者の身体的問題

透析患者は、食事制限（蛋白・塩分）が必要なことから、低栄養状態の患者が多い。腹膜透析に関しては、腹膜からの栄養の損失もある。また、糖尿病や高血圧症の原疾患に加え、腎不全による高リン血症が、心血管系の合併症の危険因子となるため、心血管系合併症が多い。これらのことから、サルコペニアやフレイルといった基準に当てはまる患者が多く日常生活動作（ADL）の低下した患者が多い。

腎臓が産生するエリスロポエチンが腎不全に伴って低下するため、腎性貧血となり、ADL の低下の一因となる。免疫力も低下するため感染症に

かかりやすい。前述の通り、感染症が死因の第2位である。透析患者は、下肢末梢動脈疾患（PAD）の有病率が高く、下肢切断のリスクも高い。血液透析では回路凝固を予防する目的で抗凝固薬を使用するため、易出血性に注意が必要である。外傷は治癒が遷延しやすい。

透析医学会のデータによれば、透析患者の9.9%に認知症ありと判定されている。糖尿病はアルツハイマー病のリスクとなり、脳血管障害は脳血管性認知症を起こす。そのため透析患者に認知症が多いのは容易に推定される。透析患者が認知症となれば、透析拒否、透析中の安静保持困難、透析中の自己抜針といった問題がみられる。

3) 透析患者と在宅医療の課題

2010年末の透析医学会のデータで透析患者のうち終日就床しているのが5.8%、日中の50%以上就床しているのが7.1%であった（合計12.9%）。日中の50%以上は起居しているものの軽度の介助を必要としている割合が12.7%であり、合計で約4人にひとり（25.6%）がなんらかの介助を必要としている。このように透析患者はADLが低い患者が多いため、血液透析では年間156回の通院がネックとなる。自力通院出来ない患者が増えているのが問題化してきている。一旦、合併症のため入院となると、さらにADLが低下して退院が困難になるケースも少なくない。総合病院では、7対1基準看護体制やDPCなどの兼ね合いもあり、早期の退院が望まれる。そのため地域包括ケア病床や療養病床などを持つ病院が後方支援の役割を担うことが求められる。しかし、そのキャパシティーにも限度がある。

前述のデータで考えると、北九州市で3,000名以上いると言われる透析患者の12.9%が在宅復帰困難と想定すると、約400名にも上ることになる。北九州市内の透析可能な病院のうち、長期入院可能な病床は限られ、400名は対応できそうにない。そのため、慢性期病症から介護系施設への入所が求められるが、透析患者に対応できない、または透析患者を敬遠する施設も少なくない。具体的には、特別養護老人ホームや老人保健施設では、透析患者の入所が不可能なことが多い。

腹膜透析は月1・2回の通院で済むため、在宅医療としては望ましい透析療法だと言える。しかし、前述の通り透析患者全体の2.8%と普及率が低い。腹膜透析は、患者本人または家族によるバッグ交換操作が必要である。介助が必要な患者となれば自分で操作できないことも考えられ、その場合は家族に治療の負担がかかる。そのため、介護系施設への入所を希望される家族も少なくないが、腹膜透析に対応できる介護施設は極めて少ない。

これは、バッグ交換操作が、本人・家族・看護師・臨床工学技士に法律上限られ、介護福祉士やヘルパーでは認められないためでもある。そのため腹膜透析患者の入所に別料金を請求する施設もある。

在宅血液透析も、適切に行えれば通院困難な患者にとって理想的な透析療法だと言える。しかし、通常の血液透析に比べて高い診療報酬が設定されているにも関わらず 572 名 (0.2%) と普及率はかなり低い。透析の手技や操作を身につけるのは、高齢者には困難で、むしろ比較的若い患者にとって適した透析療法といえるかもしれない。また、ごく一部ではあるが、居宅系施設内において医療スタッフが行う血液透析を、診療報酬が高いことを狙って在宅血液透析として申請するケースがあり問題視されている。

4) 透析患者の在宅医療と多職種連携

まず、寝たきり・準寝たきりになる透析患者を減らすことが重要である。近年、腎臓リハビリテーションという言葉も生まれ、透析患者の運動療法が盛んになっている。透析分野において、リハビリ系セラピストの担う役割が重要視されてきている。また、サルコペニア・フレイルの予防には、管理栄養士による介入が欠かせず、セラピストとの連携が望まれる。

透析患者で下肢切断ともなると、退院が不可能となるケースも少なくない。長期に病床を占有してしまうため、医療経済的にも損失である。2016年の診療報酬改定では、透析患者の下肢救済の体制構築に加算がついた。この体制構築には、医師と看護師の連携が不可欠である。切断に至った場合、義肢装具士との連携も必要となってくる。日本フットケア学会が認定するフットケア指導士という資格があるが、看護師がこの資格を取得し、院内のフットケア体制において多職種連携を図ることが望まれる。

A D L の低下した透析患者が、施設入所となる場合には、医療ソーシャルワーカーやケアマネージャーとの連携が重要となる。透析患者は、特殊な身体的特徴を持つため、施設スタッフとの入所前カンファレンスを十分に行うことが望ましい。在宅での寝たきり・準寝たきり患者に対しては、訪問看護・訪問リハ・デイサービスなどを、その患者の状態・環境に応じて提供することが望まれる。透析医療を継続しなければならないことから、在宅医療自体がハードルが高くなるが、その分、より多職種連携によるサポートが求められる。

5) おわりに

透析患者は、その病態から寝たきりや準寝たきりになる可能性が高く、

施設入所を含む在宅治療が必要になることが多い。透析患者は、その身体的問題が多岐に渡るため、多職種連携による様々な角度からのサポートを受けることが望ましいと言える。

8 訪問看護師の立場から

訪問看護は、増加する在宅療養者の医療・介護を支える大きな役割を担っている。

在宅医療を支えていくために、訪問看護師による質の高い看護の提供がより重要である。

県内の訪問看護ステーションの特徴は次のようにあげられる。

- ①訪問看護ステーション数は増加傾向にある。廃止するステーションがある一方で新規開設するステーションが廃止数を上回り増加を続けている。
- ②自宅以外の高齢者住宅が増え、その施設に併設した訪問看護ステーションが開設されている。
- ③訪問看護ステーション数は人口10万人対で全国平均8.0に比べ9.6と全国平均を上回っている。しかし、宗像・朝倉医療圏では全国平均より少なく、地域差がみられる。
- ④従業員数をみると、5人未満の施設が全国に比べ多い。
- ⑤短期間で管理者の交代が行われる施設がある。

③④⑤については本県の訪問看護ステーションが抱える問題点でもある。

5人未満のステーションでは、日々の訪問が優先され、研修会の参加が難しく、訪問看護師の役割や、在宅看護を十分理解しないまま就業している看護師も少なくない。また、地域の連絡協議会への参加も難しく、近隣の訪問看護ステーションとの交流や連携がはかれていない。そのために訪問看護ステーション間のスキルに大きな差が生じてきている。

高齢者住宅を中心に訪問看護を行うステーションも少人数の事業所が多く、同様の問題が考えられる。

これまで、全国訪問看護事業協会や日本訪問看護財団、日本看護協会が訪問看護ステーションの大規模化を進めてきたが、福岡では大規模化につながっていない。今後も大規模化を進めることは難しいと考える。そのために、複数の訪問看護ステーションと協働して訪問を円滑にしていく横のつながりの構築・推進が必要と考える。これはステーション数が全国平均より少ない宗像・朝倉圏域においても、近隣ステーションとの協働することで対応できることを期待する。

今後、訪問看護ステーション間のスキルの差をなくすための取り組みが求められるが、訪問看護ステーションの規模により抱える問題は異なる。

問題点を解決していくための交流会や、必要な教育が行えるようにしていく研修会の取り組みが望まれる。

訪問看護ステーション向けの研修会は、県行政が県訪問看護ステーション連絡協議会に委託して行う訪問看護ステーション連携強化事業や、県訪問看護ステーション連絡協議会の研修、県看護協会の研修会、地域の連絡協議会が行う研修会などが行われている。これらの研修会の研修計画と一緒に話し合われ、それぞれの特徴をいかした研修会が開催されていくことを希望する。

地域では自宅だけでなく、高齢者住宅や介護施設で生活する高齢者が増加してきている。このような施設では介護職員の定着が難しく介護技術の向上も難しい。

最近では、施設見学の際、「施設で看取りまで行ってくれるのか」と尋ねる家族が増えてきている。しかし、現在施設で看取りまで行う所は少ない。介護施設では看取りまでの取り組みが進められようとしているが、まだこれからである。

また、最近では介護施設からの救急搬送が増加しており問題提議がなされている。

今後高齢者が増加していく中で、最期まで過ごせる場所として、地域の介護施設・高齢者住宅にもその役割を担ってもらわなければいけないと考える。施設で働く看護師や介護職員と在宅看取りの経験豊富な訪問看護ステーションが協働していくことが重要と考える。そのような取り組みが進むように、地域の意識が変わっていくような働きかけをしていかななくてはならないと考える。

在宅での医療・介護を進めていく中、介護の支援を大きく担うのが訪問介護である。しかし訪問介護の事業所で従事するヘルパーは高齢化し、年々人数を減らしている。これは若いヘルパーを中心に、ケアマネージャーの資格を取得して居宅介護支援事業所へ移行したり、安定した収入を求めて施設へ移行したりしているため、最近では募集をしてもヘルパーが集まらない状況である。

在宅看取りを行ううえで、ヘルパーの役割は大きい。在宅看取りを一緒に行うヘルパーは、外部の研修会にも参加し、事業所内でも技術指導を受け、重症な利用者に対しても身体介護を行い、訪問看護師に必要な情報提供を行ってくれている。こうした重症な身体介護ができるヘルパーの養成や経済的支援のための体制づくりや整備が必要と考える。

また、地域での支えを強めていくためには、多くの介護サービスの活用

や医療機関との連携が必要であり、多職種連携が重要である。退院前のカンファレンスやサービス担当者会議を中心に、活発な意見交換や連携を強めるかかわりや、多職種連携の交流会などを継続していく必要がある。

【福岡県の訪問看護ステーションの現状】

平成 28 年度福岡県訪問看護ステーション看護ケア情報調査（調査対象 445 件、回答 425 件、回答率 95.5%）

1. 訪問看護ステーション数 452 施設（平成 25 年 326 施設、平成 27 年 402 施設）
2. 訪問看護ステーション従業員：5 人未満 59%、10 人以上 3 %
（参考データ）全国（平成 27 年 10 月時点）従業員：5 人未満 46%、10 人以上 16%
3. 在宅医療に関わる医療資源（介護保険事業所届出数より）
訪問看護ステーション人口 10 万人あたり 9.6 施設で、全国 8.0 施設を上回っているが地域差がある。（低い地域：宗像 6.4 施設高齢化率 27.8%、朝倉 4.6 施設高齢化率 31.1%、高い地域：田川 18.3 施設高齢化率 33.9%、京築 12.6 施設高齢化率 30.2%）

9 まとめ

超高齢化社会が進むわが国において、その解決策として、医療提供体制の再構築を目的に、本県でも平成 29 年度より「地域医療構想調整会議」が各医療圏において行われているところである。そういう中で、病院から退院した患者の受け皿として在宅医療の必要性がこれまで以上に言われているのはご承知の通りである。今回、松田会長諮問の「福岡県における在宅医の確保と質の担保」について答申を行う。

昔の開業医は外来診療の延長線上として往診を行ってきたが、現在は、社会状況や家族構成の変化に伴い、通院不可能な高齢者を「自宅」で継続して診ていくことが困難となってきた。即ち、往診や訪問診療を含めた在宅医療は自宅から主に居住系施設に移行してきているのが実情である。看取りや、がん診療における在宅医療、小児の在宅医療も同様である。

団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2025 年、更には 75 歳以上の人口がピークを迎える 2040 年に向け、本県においては、人口推計から高齢者の在宅医療は現状より増加し、2025 年には 10,000 人増える予測である。しかし現在、在宅医療を行っているかかりつけ医も高齢化する。この現実の中で、医師会は地域住民の命を預かる立場から在宅医療をより進化させるために主導的に行政や多職種と連携しながら日々の医師会活動の中で若い医師への在宅医療への参加を進めていかなければならない。

具体的には、一人で 24 時間患者を継続して診ることは不可能なため、日々の会合等で医師間の関係をより強固なものとして、お互い補完し、又、急変時に受け入れてくれる支援病院体制等も構築する必要があるだろう。在宅医療の質を高めるためには講習会や研修会をそれぞれの地域の実情に合わせたやり方で開催し、より良質な在宅医療システムの実現を目指していかなければならない。

これら「在宅医の確保と質の担保」に向けて医師会も努力しているところではあるが、本年は、診療報酬・介護報酬の同時改定が行われた。診療報酬本体が 0.55%、介護報酬が 0.54%のプラス改定ではあるが、診療報酬全体では 1.19%マイナス改定となった。在宅医療現場の実態を勘案すれば、在宅医療に係る診療報酬の引き上げや機能強化型在宅支診・在宅病の要件緩和が行われなければ、在宅医確保の道も狭まると危惧するところである。私共も医療政策に理解のある政治家には診療報酬の引き上げを積極的に働き掛けて国の医療政策の再考を促したいと思う次第である。

最後に答申作成に当たりご執筆いただいた先生方には「福岡県における

在宅医の確保と質の担保」について素晴らしいご投稿をしていただき感謝申し上げます。

【参 考 资 料】

平成 28 年度・29 年度
福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況

平成 29 年 12 月

福岡県医師会 常任理事 辻 裕二

I はじめに

平成 27 年度より始まった福岡県地域医療構想策定も終わり、現在は地域医療構想調整会議が行われている。このような中、地域医療構想策定途中で地域医療最後の受け皿である在宅医療は「在宅医療等」で一纏めにされ、将来予測も不明瞭な議論となっている。一方、福岡県では平成 24 年度（2012 年度）より福岡県保健医療計画における在宅医療分野を実行する際の基礎データとすることと、過去の調査結果と比較し取り組み状況等の変化を把握するため、県下の在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）に対し調査を行っており、平成 28 年度も同様の調査が行われた。ただ、国の調査において在支診、在支病以外の一般医療機関、主に在宅時医学総合管理料（在医総管）・施設入居時等医学総合管理料（施設総管）届出施設でも少なからず訪問診療が行われているにもかかわらず（**図表 1**）今まで調査が行われていなかった。そこで、さらに正確な在宅医療の現況を把握する目的で、平成 28 年度は福岡県医師会により福岡県が実施した同じ内容で在医総管・施設総管届出施設に対し追加調査を実施し、福岡県の調査と合わせて再集計を行った。さらには、第 7 次保健医療計画、第 7 期介護保険事業計画を見据え、平成 29 年度は福岡県医師会の提言も踏まえて調査内容を変更し、当初より在支診・在支病、在医総管・施設総管届出施設まで調査範囲を拡げ実施した。また、2025 年に向け在宅医療の需要予測が国より示されたが、今回の現況調査から見える需要予測と比較したので合わせて報告する。

II 対象施設数および調査内容

1) 対象施設

平成 28 年度は 7 月 1 日時点で、平成 29 年度は 6 月 1 日時点で九州厚生局に届出がされている

在支診	888 か所（平成 28 年）	785 か所（平成 29 年）
在支病	69 か所（同上）	77 か所（同上）
在医総管・施設総管	327 か所（同上、医師会員のみ）	431 か所（同上）
合計	1,284 か所（同上）	1,293 か所（同上）

2) 調査内容

(1) 平成 28 年 7 月・29 年 6 月 1 か月間の訪問診療を行った人数
(頭数、レセプト数)

(2) 訪問診療の場所は、自宅とそれ以外に分け調査。但し、平成 24 年度調査開始時よりサービス付き高齢者住宅（サ高住）は自宅に分類されているため平成 28 年度も自宅に含まれている。自宅以外には老人ホーム、グループホーム、介護保険関連 3 施設などいわゆる

高齢者施設が含まれる。平成 29 年度はサ高住は老人ホーム、グループホームなどとともに高齢者向け居住施設として分類調査し、純粹な自宅と分けた。

(3) ほかに、主たる診療科、訪問可能エリア、医師数、訪問回数、往診回数、課題など。平成 29 年度はこれに加え、今後の在宅可能数や外来での在宅医療に関する相談数、今後の在宅医療への取り組み予定などである。

(4) 看取りは、平成 28 年度は 4 月～7 月の 4 か月間の合計を調査し、1 年間に割り戻しした。平成 29 年度は平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日までの 1 年間の実数を調査した。また、平成 29 年度は、自宅、高齢者向け居住施設、介護保険関連施設に分けて回答していただいた。

Ⅲ 集計結果

1) 回答率

	平成 28 年度		平成 29 年度	
在支診	824/888	92.7%	705/785	89.8%
在支病	63/69	91.3%	75/77	97.4%
在医総管・施設総管 診	213/297	71.7%	336/405	83.0%
在医総管・施設総管 病	24/30	80.0%	21/26	80.8%
診療所合計	1,037/1,185	87.5%	1,041/1,190	87.5%
病院合計	87/99	87.8%	96/103	93.2%
総合計	1,124/1,284	87.5%	1,137/1,293	87.9%

2) 調査結果

平成 29 年度の調査結果の概要を次に示す。

(1) 訪問診療数 図表 2・3・4・5・6

診療所の合計は 24,411 人で内訳は、自宅が 6,555 人 (27.0%)、高齢者向け住居が 16,512 人 (67.9%)、介護関連施設が 1,239 (5.1%) であった。病院の合計は 3,590 人で、同じく 857 人 (23.9%)、2,680 人 (74.6%)、53 人 (1.5%) であった。診療所・病院の総合計は 28,001 人で (回答内容で合計が合わない施設が複数あるため右記各合計と総合計は一致しない)、同じく 7,412 人 (26.6%)、19,192 人 (68.8%)、1,292 人 (4.6%) であった。また医療圏別に比較すると、宗像、粕屋医療圏では自宅が 40% を超え、直方・鞍手医療圏では 20% 以下となっているがその他は概ね 25～30% であり、地域により差は見られるものの現在

の訪問診療の首座は高齢者向け居住施設となっている。

なお、今回小児の在宅医療についても調査を行い、28,001人中、15歳未満の小児が123人、15歳以上19歳以下が42人であり、訪問診療を提供している施設は34か所であった。

(2) 福岡県における訪問診療の推計 図表 2・20

実数では診療所、病院合わせて28,001人で、回答率87.9%より単純に100%に割り戻しすると31,256人となる。平成28年度調査での推計値は約31,000～32,000人であり、ほぼ一致する。また、国より示された患者住所地ベース（NDBより）の平成25年度の訪問患者数28,679人と、平成37年の国による推計値41,825人より推計される平成29年度の推計値33,061人とも概ね一致する。

一方、地域別に見てみると、特に福岡・糸島医療圏では、国の推計より2割ほど訪問診療数は多く、反対に粕屋、直方・鞍手、京築医療圏では3～5割ほど下回っていた。

(3) 訪問診療実施率 図表 4・5

訪問診療実施率は、複数医師で診療が行われている在支診・在支病とも1（単独強化型）・2（連携強化型）では90～100%と高いが、ほぼ一人で診療を行っている在支診3（その他）、および在支病3（その他）では85%前後、在医総管・施設総管届出診療所・病院では6割弱の実施率であった。

(4) 医師一人あたりの受持ち可能数 図表 4・5

また、1施設当たりの受持ち患者も上記（3）と同様、施設基準により大きな差がみられる。これを見ても、医師一人が通常の外来診療をしながら、受け持ち可能な在宅患者数は自宅で5～6人以内、施設で20人以内が概ね限度と思われ、これ以上の在宅患者を増やそうと考えれば、ほぼ医師複数体制にしなければならないことがうかがえる。

(5) 在宅看取り 図表 7

平成28年4月～平成29年3月の実数で3,318人、割り戻し推計で3,658人であった。3,318人の内訳は、自宅での看取りが1,614人、高齢者向け住宅が1,366人、介護関連施設が332人であり、自宅とそれ以外がほぼ半々であった。

(6) 外来診療での訪問診療への相談、移行状況 図表 8

平成28年4月～平成29年3月の1年間で約8,800余人の人から相談があり、そのうち約4,600人の患者が在宅医療へ移行し、さらには1,100人余りが在宅で看取られていた。

(7) 今後の訪問診療への取り組み予定 図表 9・10

全体の 25%の施設が今後在宅医療を増やすと回答、61%が現状維持したいとの回答であり、その中でも病院の 44%が増やす意向であり注目される。また、8%の施設が今後は在宅医療を縮小または撤退するとの回答であり、在医総管・施設総管届出施設の 15%が縮小意向であることも注意が必要である。

今後、必要に応じて新たな体制整備を講じたとして、6年後にどの程度まで在宅患者を増やすことができるのかとの問いには、全体で現在の 26%強、7,400 人余りは増やせるとの回答があっており、現在の訪問診療数に加えると約 35,000 人余りとなる。また、未回答の施設が 253 か所あり、今後体制整備を講じれば福岡県全体で約 40,000 人の在宅患者を受け入れ可能になると予想される。

(8) 訪問診療の今後の課題 図表 11

診療所では 24 時間対応体制をとるための連携医療機関の確保や緊急時の入院体制の確保、すなわち医療連携の体制整備がトップの課題であり、また病院では医師や看護師の確保がこれを上回っていた。また、独居高齢者の患者や家族への対応、診療報酬の問題がこれらに続いていた。

IV 過去調査との比較 図表 6・7・12

- 1) 福岡県では平成 24 年度より在支診・在支病に対する訪問診療の現況調査が行われてきたが、それを見ると、年々訪問診療数は増えてはきているものの自宅率（サ高住含む）は平成 24 年度 32.0%、同 26 年度 32.6%、同 27 年度 31.2%、同 28 年度 28.1%と徐々に減少しており、増加のほとんどが施設在宅である。なお、本年度の調査では、純粋な自宅率は 27%弱であり、サ高住での訪問診療数は全体の 2%程度と考えられた。
- 2) また、平成 28 年度が同 27 年度に比し、約 4,000 人強増加しているのは、平成 28 年度医療保険制度の改正により、施設在宅への適応が拡大・緩和されたことが大きく、そのほとんどが施設在宅の増加である。
- 3) 地域によりその推移は異なるが、今後の人口推移より推定される在宅医療は少なくともここ数年は急速な超高齢化により在宅医療の需要はどの地域も増加するはずである。しかしながら、平成 24 年度からの県調査の年次推移を地域別にみると、訪問診療数に変らない地域やむしろ減少してきている地域がみられる。
- 4) 看取りに関しては、在宅での看取りは平成 24 年度に比し平成 28 年度はほぼ倍増している。また本年度の調査で、自宅が全体の約半分で、残りの半分の多くは高齢者向け居住施設となっていた。

V 福岡県における高齢者関連施設数 図表 13・14

資料は平成 29 年 5 月時点での、福岡県下における高齢者関連施設数である。高齢者向け居住施設は福岡県内に約 54,000 戸整備されているが、このうち約 20,000 人の方が訪問診療を受け、1 年間に 1,300 人を超える方が看取りをされていることになる。

福岡県では平成 24 年度より高齢者居住安定確保計画において、高齢者の 3% を目標に年 1,700 戸程度整備されてきたが、対高齢者比率を医療圏別に見てみると、かなり地域差がみられる。平成 30 年度からの整備計画は次期高齢者居住安定確保計画で現在検討中である。

VI 要介護認定者推移よりみた各地域の在宅医療需要予測 図表 15～20

図表 15 は、地域医療構想策定でも使用された、要介護認定者（要支援 1 以上）の推計値である。県全体では現在より 2025 年には 30%、2040 年には 60% を超える増加が見込まれる。しかしながら、地域別にみるとその増加率は大きく異なり、福岡都市圏では 2040 年にはほぼ倍増する。

これをもとに、医療圏別訪問診療数需要数の推計を図表 16 に示す。推計方法は幾通りかあるが、今回は地域ごとの要介護認定者の 2017 年から 2025 年への予想増加率を、2017 年度の訪問診療数にかけ算出した結果、本県では 2025 年度には約 40,000 人の需要が必要であると推測される。一方、図表 20 は平成 29 年 8 月に国から示された指針をもとに県行政が算出した推計値である。2025 年の需要予測は自然増のみで約 41,000 人、病床の見直し等による追加的需要数が約 4,000 人、整備目標は合計で約 45,000 人となっている（図表 18・19）。しかしながら、県全体の予測は今回の調査とほぼ一致するが、地域別に見てみると大きく異なっている（図表 20）。

VII 考察

- 1) 平成 28 年、29 年度の訪問診療現況調査より、本県では約 31,000～32,000 人の患者が訪問診療を受けていることが推測された。平成 29 年 9 月に国より示された指針を元に出された平成 29 年の福岡県の推計値 33,061 人とも概ね一致しており、今回の調査結果は非常に信頼できる結果であると考えられる。
- 2) 平成 23 年の県政モニターアンケート調査では県民の 85% 以上が終末期を「自宅で療養したい」と回答、しかし、そのうち 60% 以上は、最期まで自宅での療養は困難であると考えている（図表 21）。同様に平成 29 年度の県政モニターアンケート調査でも、県民の 58% が自宅で最後を迎えたいと思っているものの、そのうち 56% は実現が難しいと回答しており、その理由

の1、2位は自宅での介護力の問題、3位が経済力の問題で、4、5位が医療に関する問題である（図表22）。今回の調査で、訪問診療のうち、約27%弱（7,400人）が自宅でサービスを受け、1年間に約1,600人が看取りをされていた。また、約68%（19,100人）が高齢者向け住宅で、約5%（1,300人）が介護保険関連施設で訪問診療を受け、それぞれ、約1,370人、約330人が看取りをされており、福岡県における在宅医療の首座は、主に施設に移っていた。年次推移をみても訪問診療、看取りの増加のほとんどは施設であり（図表23）、県民がもつ問題意識そのままに在宅医療が拡がりをみせていることが伺える。

3) 二次医療圏別に地域別人口対や地域別65歳以上人口対で訪問診療数を見てみると、福岡・糸島医療圏、飯塚医療圏では県平均より突出して多く、また国の推計値よりもさらに高くなっており、反対に粕屋、直方・鞍手、京築医療圏では人口対比率が県平均よりかなり下回っており、国の推計値からもさらに下回っていた。今回の調査結果が医療機関所在地ベースであるのに対し、国の推計に使用されているNDBのデータが患者住所地ベースであることを合わせ考えられることは、相当数の訪問診療対象患者が医療圏を越えて移動し、住所を移動させないまま高齢者向け住居や介護保険関連施設で訪問診療を受けていること、ないしは医療機関が診療圏を越えて訪問診療を行っていること、またはその両方がこれらの地域およびその周辺地域において起こっていることが強く示唆され、今後の整備計画に生かされるべきと考える。一方、在宅患者の流出が多く、本来増えるべき在宅患者が増えない、または既に減少してきている地域もあり、患者住所地ベースのみで今後の整備計画を立てることは、実情に合わないヒト、モノ、カネの投資となりかねず、最大限の注意が必要である。また、在宅患者の現況と、高齢者向け居住施設、介護保険関連施設の整備状況と相関をみたが、今回の調査では一定の傾向はみられなかった（図表14）。しかしながら、訪問診療のうち、約7割が高齢者向け居住施設で訪問診療を受けており、施設の整備状況と、患者の流入、流出は何らかの関連があることも否定できず、今後さらに調査、分析が必要と思われる。

4) 2025年に向けた訪問診療の整備目標が本年8月に国から示され、自然増だけの推計値は、今回の調査推計とほぼ一致し福岡県全体では約40,000人～41,000人になると思われ現在よりさらに8,000人～10,000人近い整備が必要である。一方、地域別にみると、患者の流入・流出や、医療機関の地域を超えた訪問診療が相当数あることなどの要因により、今回国が示した患者住所地ベースの地域別推計値が今回の現況調査より推計される数と大きくずれ、現場にはそぐわない結果となっている地域もある。さらには、

病床機能見直しによる追加的整備も必要であるが、新類型である介護医療院への移行などが不確定なこともあり、今回の現況調査を今後毎年実施し、地域ごとにその増減を注意深く分析しながら、整備目標に幅をもたせて在宅医療を推進していく必要があると思われる。

また、現在訪問診療を実施している機関が仮に条件を整えば今後 40,000 人にも増やせそうな調査結果であった。しかしながら、整えるべき条件の上位は医療連携の体制整備、病院では医師や看護師の確保、独居高齢者の患者や家族への対応、診療報酬の問題などであり、どの条件も実現には相当の努力と施策が必要である。さらには、全体の 8% の機関は今後在宅医療を減らすまたは撤退する予定との回答であり、実際、平成 28 年度の調査時より、24 時間 365 日のしほりがある在支診のうち、ほぼ一人で診療を行っている在支診 3 の届出施設は約 100 件減少し、よりしほりが緩やかな施設基準へ移行していた。また、在宅医療担当医師の高齢化も大きな問題であり、在宅医療への新規医師参入不足と相まって在宅担当医の確保の困難さは深刻である。

VIII 結語

平成 28 年度、29 年度にわたり、福岡県と合同で、福岡県における訪問診療の現況調査を行い以下の事が示唆された。

- 1) 在宅医療の首座は、高齢者向け住居に移っている。また、看取りも高齢者向け居住施設や介護保険関連施設での看取りが増え、全在宅看取りの約半数となっており、これらの施設が単に住居としてではなく、終の棲家として機能してきていることが示唆された。
- 2) 2025 年に向け、福岡県では少なくとも今後 8,000 人～10,000 人の在宅患者の自然増が見込まれる。また国の指針によれば、病床機能見直しなどにより追加的に 4,000 人程度上乗せが必要とされているが、不確定要素が多く、現在のところ追加的需要の推計は困難と考える。
- 3) 地域別に分析すると、住所をそのままに地域を越えた患者の流入・流出や、医療機関の地域を越えた訪問診療が相当数みられる地域もあり、地域包括ケアシステム構築の基本である「住み慣れた地域」の概念が変化してきていることも考えられ、今後はこれらの要素をしっかりと考慮したうえで整備計画を立てるべきである。
- 4) 福岡県全体では、条件を整えば現在の医療機関のみであと 7,000 人程度の在宅患者を増やすことが可能であるが、その整備すべき条件は実行困難な事項が多かった。
- 5) 福岡県における在宅医療の首座は高齢者向け居住施設であるが、今回の

調査では人口比の施設整備状況と訪問診療の地域差の関連を明確にはできなかった。今後、高齢者関連施設の整備計画において、単に数合わせに終わらせてはならず、終の棲家としての機能や高齢者を流出させない地域づくりの一環として高齢者関連施設を整備すべきと思われる。

IX 出展、参考資料

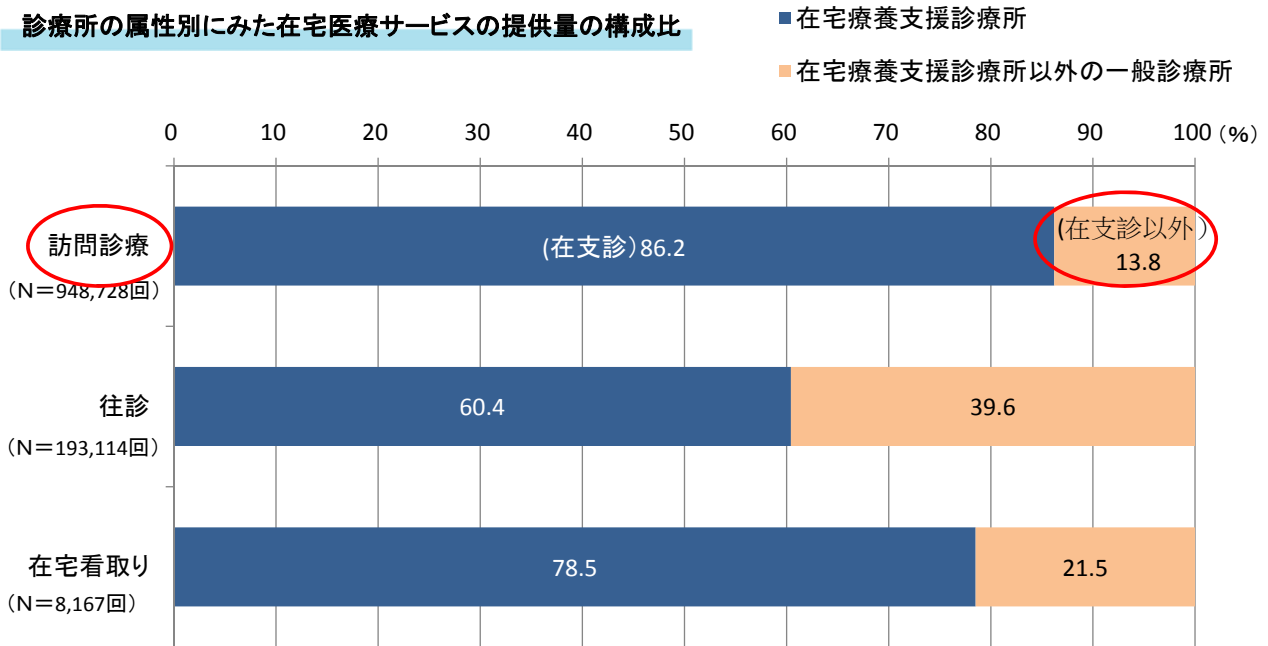
- 1) 福岡県地域医療構想 平成 29 年 3 月
- 2) 平成 24～29 年度福岡県在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時
医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査結果
- 3) 平成 26 年度医療施設調査（厚生労働省）（特別集計）
- 4) 平成 27 年度国勢調査
- 5) 国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来人口推計
- 6) 平成 23 年度、29 年度福岡県県政モニターアンケート結果
- 7) 福岡県第 7 次保健医療計画（素案）
- 8) 平成 28 年度第 2 回福岡県在宅医療推進協議会資料
- 9) 第 7 次医療計画及び第 7 期介護保険事業計画の整合性の確保について～介
護・在宅医療の追加的需要への対応の考え方～ 平成 29 年 11 月 国・福
岡県

属性による在宅医療サービスの提供量の違い

図表 1

- 在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については、在支診によって全体の9割弱が提供されている。
- 往診や在宅看取りについては、在支診ではない一般診療所によって、全体の2～4割が提供されている。

診療所の属性別にみた在宅医療サービスの提供量の構成比



出典:平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

平成29年度 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 在医総管・施設総管届出施設等調査

図表 2

<在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在医総管および施設総管届出施設> 二次医療圏別

医療圏	在支診・在支病院・在医総管等			医師(常勤換算)			訪問診療(1か月間)			在宅看取り(1年間)			回答数	回答率
	数	人口	圏域内人口比率(対10万人)	常勤換算	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)		
福岡・糸島	368	1,635,156	22.5	477	552	33.7	11,077	12,492	763.9	1,161	1,302	79.6	314	85.30%
粕屋	42	283,544	14.8	63	72	25.3	816	883	311.4	95	105	37.1	37	88.10%
宗像	30	155,297	19.3	42	51	32.9	718	879	566.1	140	156	100.7	26	86.70%
筑紫	63	433,521	14.5	91	95	21.9	1,685	1,724	397.7	183	188	43.3	60	95.20%
朝倉	34	83,924	40.5	39	41	48.9	494	524	624.3	34	36	43.4	32	94.10%
久留米	161	456,196	35.3	221	249	54.6	2,234	2,497	547.4	466	521	114.1	143	88.80%
八女・筑後	46	132,930	34.6	58	65	49.2	615	674	507.2	125	133	99.7	40	87.00%
有明	76	223,276	34	108	115	51.5	1,122	1,195	535.1	132	141	63.2	71	93.40%
飯塚	41	181,385	22.6	69	72	39.8	1,428	1,471	810.8	250	256	141.2	39	95.10%
直方・鞍手	33	109,075	30.3	36	38	35.3	501	530	485.7	36	38	34.9	31	93.90%
田川	27	126,104	21.4	32	33	25.8	561	566	448.4	39	39	31.2	26	96.30%
北九州	329	1,096,744	30	378	438	40	5,868	6,899	629.1	482	564	51.4	278	84.50%
京築	43	184,404	23.3	68	74	40.2	882	923	500.4	175	179	97.1	40	93.00%
福岡県	1293	5,101,556	25.3	1,680	1,895	37.2	28,001	31,256	612.7	3,318	3,658	71.7	1,137	87.90%

※人口は、「国勢調査(H27)」によるもの
※全数推計は、調査結果を回答率で全数に割りもとしたもの

平成29年度 在支援診療所・病院 在医総管・施設総管届出施設
訪問診療現況調査結果 二次医療圏別・居所別比較

図表 3

訪問診療(1か月間)							
医療圏	患者数 (実数)	患者数 (割戻し推計)	圏域内 人口比率 (対10万人)	65歳以上 人口比率 (対1万人)	自宅(%)	高齢者住宅 (%)	介護保険施設 (%)
福岡・糸島	11,077	12,492	764	369	26.9	68.1	5.0
粕屋	816	883	311	142	45.8	51.1	3.0
宗像	718	879	566	207	40.9	59.1	0.0
筑紫	1,685	1,724	398	184	23.3	76.4	0.3
朝倉	494	524	624	203	25.5	52.0	22.5
久留米	2,234	2,497	547	208	30.9	65.9	3.2
八女・筑後	615	674	507	171	27.3	63.3	9.4
有明	1,122	1,195	535	160	30.4	64.5	5.2
飯塚	1,428	1,471	811	267	30.9	65.5	3.6
直方・鞍手	501	530	486	149	16.4	83.6	0.0
田川	561	566	448	133	25.3	65.4	9.3
北九州	5,868	6,899	629	215	20.7	74.3	5.0
京築	882	923	500	167	24.4	73.9	1.7
福岡県	28,001	31,256	613	240	26.6	68.8	4.6

平成28年度 在支援診療所・病院 在医総管・施設総管届出施設
訪問診療現況調査結果 全体

図表 4

在支援診療所1				在支援診療所2				在支援診療所3				在医総管・施設総管診療所				合計			
自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り
371	1825	2184	67	2657	4630	7287	402	3457	10231	13688	401	446	727	1173	22	6931	17413	24332	892
施設数 7	回答あり 7	実施施設 7	実施率 100%	施設数 85	回答あり 80	実施施設 80	実施率 100%	施設数 796	回答あり 737	実施施設 582	実施率 78.9%	施設数 297	回答あり 213	実施施設 127	実施率 59.6%	施設数 1185	回答あり 1037	実施施設 796	実施率 76.70%
自宅 17.0%	以外 83.6%	平均訪問回数 5.4回/月		自宅 36.5%	以外 63.5%	平均訪問回数 2.3回/月		自宅 25.3%	以外 74.7%	平均訪問回数 2.5回/月		自宅 38.0%	以外 62.0%	平均訪問回数 1.9回/月	自宅 28.5%	以外 71.6%			
常勤換算平均 1施設 3.6人				常勤換算平均 1施設 1.720人				常勤換算平均 1施設 1.297人				常勤換算平均 1施設 1.116人							
1施設あたり 312.0人				1施設あたり 91.1人				1施設あたり 23.5人				1施設あたり 9.2人							
自宅 53.0人				自宅 33.2人				自宅 5.9人				自宅 3.5人							
以外 260.7人				以外 57.8人				以外 17.6人				以外 5.7人							

在支援病院1				在支援病院2				在支援病院3				在医総管・施設総管病院				合計			
自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り	自宅	以外	小計	看取り
178	159	337	30	366	646	1012	50	217	1153	1370	20	70	448	518	2	831	2406	3237	102
施設数 8	回答あり 7	実施施設 7	実施率 100%	施設数 17	回答あり 17	実施施設 16	実施率 94.1%	施設数 44	回答あり 39	実施施設 35	実施率 89.7%	施設数 30	回答あり 24	実施施設 17	実施率 70.8%	施設数 99	回答あり 87	実施施設 75	実施率 86.2%
自宅 52.8%	以外 47.2%	平均訪問回数 3.0回/月		自宅 36.2%	以外 63.8%	平均訪問回数 2.1回/月		自宅 15.8%	以外 84.2%	平均訪問回数 1.9回/月		自宅 13.5%	以外 86.5%	平均訪問回数 2.1回/月	自宅 25.7%	以外 74.3%			
常勤換算平均 1施設 5.85人				常勤換算平均 1施設 4.56人				常勤換算平均 1施設 3.21人				常勤換算平均 1施設 2.00人							
一施設あたり 48.1人				一施設あたり 63.3人				一施設あたり 39.1人				一施設あたり 30.5人							
自宅 25.4人				自宅 22.9人				自宅 6.1人				自宅 4.1人							
以外 22.7人				以外 40.4人				以外 32.9人				以外 26.4人							

★ 調査は平成28年7月1ヶ月の件数で実数 ★ 看取り数は平成28年4～7月4ヶ月の実数 ★ 自宅にはサ高住を含む

図表 5

平成29年度 在支援診療所・病院 在医総管・施設総管届出施設 訪問診療現況調査結果 全体

在支援診療所1					在支援診療所2					在支援診療所3					在医総管・施設総管診療所					診療所合計				
自宅	高住	介護	小計	看取り	自宅	高住	介護	*小計	看取り	自宅	高住	介護	*小計	看取り	自宅	高住	介護	小計	看取り	自宅	高住	介護	*小計	看取り
434	821	0	1255	197	2275	4914	423	7670	1294	3257	9347	747	13398	1180	589	1430	69	2088	163	6555	16512	1239	24411	2834
施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	
8	8	8	100%	83	75	73	97.3%	694	622	527	84.7%	405	336	196	58.3%	1190	1041	804	77.2%					
自宅 34.6%				自宅 29.9%				自宅 24.4%				自宅 28.2%				自宅 27.0%								
有床診 4				有床診 15				有床診 152				有床診 61				有床診 232								
常勤換算平均 1施設 3.75人				常勤換算平均 1施設 1.68人				常勤換算平均 1施設 1.28人				常勤換算平均 1施設 1.25人												
1施設あたり 156.9 人				1施設あたり 102.3 人				1施設あたり 21.5 人				1施設あたり 6.2 人												

在支援病院1					在支援病院2					在支援病院3					在医総管・施設総管病院					病院合計				
自宅	高住	介護	小計	看取り	自宅	高住	介護	小計	看取り	自宅	高住	介護	小計	看取り	自宅	高住	介護	小計	看取り	自宅	高住	介護	小計	看取り
210	498	2	710	162	445	951	3	1399	242	188	923	48	1159	71	14	308	0	322	9	857	2680	53	3590	484
施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	施設数	回答あり	実施施設	実施率	
9	9	9	100%	17	17	15	88.2%	51	49	43	87.7%	26	21	12	57.1%	103	96	79	82.2%					
自宅 29.6%				自宅 31.8%				自宅 16.2%				自宅 4.3%				自宅 23.9%								
常勤換算平均 1施設 4.11人				常勤換算平均 1施設 4.59人				常勤換算平均 1施設 2.67人				常勤換算平均 1施設 3.93人												
一施設あたり 78.9 人				一施設あたり 82.3 人				一施設あたり 23.7 人				一施設あたり 15.3 人												

★ 調査は平成29年6月1ヶ月の件数で実数 ★ 看取り数は平成28年4～平成29年3月1年間の実数
 *小計 患者の居所別数と合計数が合わない回答が複数あるため合計に解離あり

平成28年度・29年度 福岡県訪問診療調査比較

図表 6

		平成28年度(7月1ヶ月間)		平成29年度(6月1ヶ月間)				
		回答率	1124/1284	87.5%	回答率	1137/1293	87.9%	増減
施設数	診療所	在支診 1		7	在支診 1		8	1
		在支診 2		85	在支診 2		83	-2
		在支診 3		796	在支診 3		694	-102
		在医総管・施設総管 診		297	在医総管・施設総管 診		405	108
		小計		1185	小計		1190	5
	病院	在支病 1		8	在支病 1		9	1
		在支病 2		17	在支病 2		17	0
		在支病 3		44	在支病 3		51	7
在医総管・施設総管 病			30	在医総管・施設総管 病		26	-4	
	小計		99	小計		103	4	
訪問診療数(実数)	診療所	小計	24332	率	小計	*24411	率	
		自宅(サ高住含む)	6931	28.5%	自宅	6555	27.0%	
		その他	17413	71.5%	高齢者向け住居等	16512	67.9%	
	病院	小計	3237		介護施設	1239	5.1%	
		自宅(サ高住含む)	831	25.7%	小計	3590		
		その他	2406	74.3%	自宅	857	23.9%	
					高齢者向け住居等	2680	74.6%	
	合計	合計	27581		介護施設	53	1.5%	
		自宅(サ高住含む)	7762	28.1%	合計	*28001		
		その他	19819	71.8%	自宅	7412	26.6%	
				高齢者向け住居等	19192	68.8%		
				介護施設	1292	4.6%		
				全数推計	31256			
				全数推計	31000~32000			

* 患者の居所別数と合計数が合わない回答が複数あるため合計に解離あり

図表 7

福岡県における在宅看取りの現況(1年間)							
医療圏	2012年	2015年	2016年	2016年			
	平成24年	平成27年	平成28年	平成28年	自宅	高住宅	介護施設
福岡・糸島	550	800	1,150	1,161	560	498	100
粕屋	70	98	120	95	62	29	2
宗像	83	119	139	140	86	41	15
筑紫	82	94	176	183	79	95	9
朝倉	43	23	18	34	10	11	13
久留米	194	389	522	466	220	181	61
八女・筑後	52	124	114	125	47	47	30
有明	77	91	104	132	69	53	13
飯塚	68	281	86	250	156	54	41
直方・鞍手	22	28	13	36	10	26	0
田川	26	20	34	39	16	23	0
北九州	305	443	558	482	208	231	41
京築	149	164	171	175	91	77	7
合計	1,721	2,674	3,205	3,318	1614	1366	332
			平成28年4月 ～7月の実数を 1年間に割戻し	平成28年4月～平成29年3月の実数			

図表 8

平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等調査

外来患者の在宅医療への移行 ※平成28年4月から平成29年3月末日までの1年間の合計

外来患者の移行人数	診療所	病院	在医総管等	合計
	3,102 人	1,128 人	360 人	4,590 人
(うち) 自宅で看取りを実施	464 人	127 人	60 人	651 人
(うち) 高齢者向け住居等で看取りを実施	297 人	57 人	36 人	390 人
(うち) 介護保険関連施設で看取りを実施	63 人	10 人	0 人	73 人

在宅医療に関する相談人数 ※平成28年4月から平成29年3月末日までの1年間の合計

内容	診療所	病院	在医総管等	合計
a. 外来患者のうち、在宅医療への移行及び訪問診療の相談を受けた総患者数	1,490 人	424 人	320 人	2,234 人
b. 外来患者以外の方からの在宅医療及び訪問診療の相談数	2,366 人	690 人	185 人	3,241 人
c. 高齢者向け住居の居住者及び介護保険関連施設からの在宅医療及び訪問診療の相談数	2,456 人	643 人	264 人	3,363 人

平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等調査

図表 9

在宅医療への今後の取組み予定

内容	診療所		病院		在医総管等		合計	
	ヶ所	%	ヶ所	%	ヶ所	%	ヶ所	%
a.現在より積極的に取り組みたい	198ヶ所	28%	33ヶ所	44%	57ヶ所	16%	288ヶ所	25%
b.現状を維持する	446ヶ所	63%	32ヶ所	42%	215ヶ所	60%	693ヶ所	61%
c.今後は減らす、または在宅医療から撤退する予定	33ヶ所	5%	2ヶ所	3%	54ヶ所	15%	89ヶ所	8%
d.その他	13ヶ所	2%	1ヶ所	1%	13ヶ所	4%	27ヶ所	2%
未回答	13ヶ所	2%	7ヶ所	9%	17ヶ所	5%	37ヶ所	3%
複数回答(aとbを選択)	1ヶ所	0%	0ヶ所	0%	0ヶ所	0%	1ヶ所	0%
複数回答(aとdを選択)	1ヶ所	0%	0ヶ所	0%	1ヶ所	0%	2ヶ所	0%

平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等調査

図表 10

必要に応じて新たな体制整備を講じたとして、6年後、平成35年(2023年)において1か月当たりの訪問診療(実患者数)を何人程度にしたいですか？

6年後の訪問診療患者数		診療所	病院	在医総管等	全体
		28,599 人	4,037 人	2,806 人	35,442 人
1医療機関あたりの平均人数		49 人	71 人	12 人	44 人
(内訳)	0人	11 ヶ所	0 ヶ所	19 ヶ所	30 ヶ所
	1~5人	99 ヶ所	6 ヶ所	86 ヶ所	191 ヶ所
	6~10人	119 ヶ所	7 ヶ所	63 ヶ所	189 ヶ所
	11~20人	100 ヶ所	2 ヶ所	26 ヶ所	128 ヶ所
	21~50人	129 ヶ所	21 ヶ所	24 ヶ所	174 ヶ所
	51~100人	68 ヶ所	11 ヶ所	7 ヶ所	86 ヶ所
	101~500人	51 ヶ所	10 ヶ所	1 ヶ所	62 ヶ所
	501人以上	3 ヶ所	0 ヶ所	0 ヶ所	3 ヶ所
	その他(不明、検討中等)	10 ヶ所	3 ヶ所	8 ヶ所	21 ヶ所
未回答	115 ヶ所	15 ヶ所	123 ヶ所	253 ヶ所	

必要に応じた体制を整備した場合の6年後の訪問診療患者増加率

	現在の訪問診療患者数	6年後の患者数	増加人数	増加割合
診療所	22,323 人	28,599 人	6,276 人	28.1%
病院	3,268 人	4,037 人	769 人	23.5%
在医総管	2,410 人	2,806 人	396 人	16.4%
合計	28,001 人	35,442 人	7,441 人	26.6%

図表 11

平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等調査

在宅医療を提供していく上での課題

課題内容	診療所			病院			在医総管等			合計		
	件数	割合	順位	件数	割合	順位	件数	割合	順位	件数	割合	順位
A. 医師の確保	191件	27%	5	46件	61%	1	91件	25%	4	328件	29%	4
B. 看護師の確保	153件	22%	6	29件	39%	2	72件	20%	5	254件	22%	6
C. 在宅医療に関する研修機会の確保	35件	5%	14	3件	4%	14	18件	5%	14	56件	5%	14
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	267件	38%	1	21件	28%	3	172件	48%	1	460件	40%	1
E. 緊急時の入院体制(後方支援ベッド)の確保	229件	32%	3	7件	9%	11	135件	38%	2	371件	33%	2
F. 連携する訪問看護ステーションの確保	88件	12%	9	5件	7%	12	49件	14%	9	142件	12%	9
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	9件	1%	18	1件	1%	17	3件	1%	17	13件	1%	18
H. 病院や診療所との在宅医療に関する認識や理解	77件	11%	11	10件	13%	9	20件	6%	13	107件	9%	11
I. 病院や診療所との在宅療養患者に関する情報の共有	47件	7%	13	13件	17%	6	24件	7%	11	84件	7%	12
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	52件	7%	12	5件	7%	12	26件	7%	10	83件	7%	13
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	78件	11%	10	9件	12%	10	21件	6%	12	108件	9%	10
L. 患者への「在宅医療計画書兼在宅診療同意書」の交付	33件	5%	15	1件	1%	17	11件	3%	16	45件	4%	15
M. 診療報酬の引き上げ	199件	28%	4	14件	19%	5	59件	17%	7	272件	24%	5
N. 患者の経済的負担の軽減	145件	21%	7	13件	17%	6	50件	14%	8	208件	18%	7
O. 小児の患者とその家族等への対応	10件	1%	17	2件	3%	16	3件	1%	17	15件	1%	17
P. 独居高齢者の患者とその家族等への対応	239件	34%	2	18件	24%	4	103件	29%	3	360件	32%	3
Q. 認知症の患者とその家族等への対応	131件	19%	8	11件	15%	8	61件	17%	6	203件	18%	8
R. その他	16件	2%	16	3件	4%	14	16件	4%	15	35件	3%	16
			上位1、2、3位			4、5、6位						

図表 12

	福岡県 訪問診療数 年次推移 (各年7月の1ヶ月患者数、平成29年度は6月の1ヶ月) (福岡県在宅医療調査結果 在支診・病のみ)						在医総管 施設総管 届出施設		医療圏
	2012年 平成24年	2013年 平成25年	2014年 平成26年	2015年 平成27年	2016年 平成28年	2017年 平成29年	2016年 平成28年	2017年 平成29年	
福岡・糸島	8,493	8,962	8,646	9,537	12,063	11,881	340	472	福岡・糸島
粕屋	942	919	894	914	942	856	4	19	粕屋
宗像	248	443	421	667	929	864	31	13	宗像
筑紫	1,094	1,569	1,759	1,475	1,631	1,634	75	79	筑紫
朝倉	413	442	486	496	511	517	9	7	朝倉
久留米	1,308	1,529	1,562	1,823	2,128	2,228	208	233	久留米
八女・筑後	443	440	420	425	534	654	2	16	八女・筑後
有明	916	920	897	840	908	936	128	242	有明
飯塚	714	846	1,114	1,120	1,027	1,309	91	152	飯塚
直方・鞍手	416	372	598	441	328	482	194	44	直方・鞍手
田川	265	364	214	276	566	507	24	54	田川
北九州	4,410	4,609	4,358	4,890	5,654	5,718	512	957	北九州
京築	1,565	1,360	1,072	938	869	760	73	122	京築
	21,227	22,775	22,441	23,842	28,090	28,345	1,691	2,410	
	100%へ割り戻し						割り戻し		
	32.0%		32.6%	31.2%	28.1%	26.7%	30.5%	25.0%	← 自宅
				サ高住含む				サ高住含まず	
	78.1%		86.2%	85.3%	91.4%	90.5%	72.4%	82.8%	← 回答率

図表 13

福岡県内高齢者関連施設（平成29年5月現在）（福岡県医師会集計）

医療圏	高齢者向け住まい(居住系施設)								介護保険施設				平成28年	合計	平成28年		
	サ高住	軽費老人H (旧A型)	軽費老人H (ケアハウス)	有料老人ホーム (住宅型)	有料老人ホーム (介護付)	有料老人ホーム (健康型)	グループH	小計	特別養護老人H	特別養護老人H (地域密着型)	介護老人保健施設	介護療養型医療施設				小計	
福岡・糸島	2,890	280	1,067	6,148	4,212	0	1,991	16,588	16,480	5,433	555	3,042	864	9,894	9,354	26,482	25,834
粕屋	346	0	177	1,018	449	0	297	2,287	2,156	670	49	585	490	1,794	1,796	4,081	3,952
宗像	229	0	159	767	326	0	189	1,670	1,622	504	87	350	229	1,170	1,130	2,840	2,752
筑紫	668	150	160	1,233	931	0	390	3,532	3,590	843	67	660	362	1,932	2,044	5,464	5,634
朝倉	189	50	80	358	43	0	117	837	848	630	0	548	0	1,178	1,070	2,015	1,918
久留米	643	50	405	1,576	553	0	1,206	4,433	4,439	1,260	479	1,270	365	3,374	3,256	7,807	7,695
八女・筑後	173	70	80	546	89	0	369	1,327	1,328	955	29	630	0	1,614	1,668	2,941	2,996
有明	412	130	180	733	351	0	504	2,310	2,251	1,260	46	1,118	218	2,642	2,647	4,952	4,898
飯塚	485	150	218	545	365	10	367	2,140	2,085	1,120	98	790	117	2,125	2,125	4,265	4,210
直方・鞍手	379	100	292	399	473	0	423	2,066	2,016	560	0	684	90	1,334	1,334	3,400	3,350
田川	244	0	209	509	312	0	774	2,048	2,001	1,390	0	760	51	2,201	2,171	4,249	4,172
北九州	1,522	450	968	4,523	2,766	0	2,339	12,568	12,045	5,407	623	3,469	589	10,088	9,913	22,656	21,958
京築	245	50	190	839	724	0	368	2,416	2,397	958	107	964	35	2,064	2,028	4,480	4,425
合計	8,425	1,480	4,185	19,194	11,594	10	9,334	54,222	53,258	20,990	2,140	14,870	3,410	41,410	40,536	95,632	93,794
平成28年	8,247	1,480	4,465	18,554	11,594	10	8,908			19,977	1,892	14,756	3,911				

図表 14

福岡県内高齢者関連施設（平成29年5月現在）の対人口比率

医療圏	高齢者向け住まい			介護保険施設			合計	圏域内人口対(対10万人)	圏域内65歳以上人口対(対10万人)	福岡県医療圏別人口	福岡県医療圏別人口65歳以上
	小計	圏域内人口対(対10万人)	圏域内65歳以上人口対(対10万人)	小計	圏域内人口対(対10万人)	圏域内65歳以上人口対(対10万人)					
福岡・糸島	16,588	1,014	4,904	9,894	605	2,925	26,482	1620	7830	1,635,156	338,231
粕屋	2,287	807	3,686	1,794	633	2,892	4,081	1439	6578	283,544	62,039
宗像	1,670	1,075	3,935	1,170	753	2,757	2,840	1829	6691	155,297	42,444
筑紫	3,532	815	3,774	1,932	446	2,064	5,464	1260	5838	433,521	93,591
朝倉	837	997	3,249	1,178	1,404	4,573	2,015	2401	7823	83,924	25,758
久留米	4,433	972	3,701	3,374	740	2,817	7,807	1711	6517	456,196	119,790
八女・筑後	1,327	998	3,372	1,614	1,214	4,102	2,941	2212	7474	132,930	39,350
有明	2,310	1,035	3,095	2,642	1,183	3,540	4,952	2218	6636	223,276	74,627
飯塚	2,140	1,180	3,884	2,125	1,172	3,856	4,265	2351	7740	181,385	55,103
直方・鞍手	2,066	1,894	5,789	1,334	1,223	3,738	3,400	3117	9527	109,075	35,687
田川	2,048	1,624	4,815	2,201	1,745	5,175	4,249	3369	9991	126,104	42,530
北九州	12,568	1,146	3,925	10,088	920	3,151	22,656	2066	7076	1,096,744	320,186
京築	2,416	1,310	4,359	2,064	1,119	3,724	4,480	2429	8083	184,404	55,428
合計	54,222	1,063	4,156	41,410	812	3,174	95,632	1875	7329	5,101,556	1,304,764

人口は国勢調査(平成27年)によるもの

図表 15

福岡県における要介護認定者(要支援以上)推計

医療圏	2015年	2015→2025年	2015→2040年	福岡県人口	65歳以上人口	65歳以上 比率(%)	65歳以上の 要介護認定 比率(%)
	要介護認定者	要介護認定者 増減率	要介護認定者 増減率				
福岡・糸島	67587	46.0%	104.2%	1635156	338231	20.7	20.0
粕屋	11343	41.2%	92.0%	283544	62039	21.9	18.3
宗像	8331	33.3%	68.6%	155297	42444	27.3	19.6
筑紫	17063	45.8%	104.1%	433521	93591	21.6	18.2
朝倉	5767	18.2%	36.7%	83924	25758	30.7	22.4
久留米	24635	28.5%	54.4%	456196	119790	26.3	20.6
八女・筑後	8853	17.7%	32.3%	132930	39350	29.6	22.5
有明	16518	12.5%	16.2%	223276	74627	33.4	22.1
飯塚	11762	17.3%	31.2%	181385	55103	30.4	21.3
直方・鞍手	7649	17.8%	26.6%	109075	35687	32.7	21.4
田川	9034	11.6%	14.7%	126104	42530	33.7	21.2
北九州	66127	30.9%	49.9%	1096744	320186	29.2	20.7
京築	11281	22.5%	36.6%	184404	55428	30.1	20.4
合計(人)	265950	32.2%	63.8%	5101556	1304764	25.6	
		351483	435567				
要介護1以上(人)	193449	34.2%	70.9%	※上記人口は国勢調査(2015年)による			
		259692	330672				
要介護3以上(人)	96455	36.4%	78.2%				
		131640	171959				

※出展 国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月1日推計時点
 ※推計方法:「年齢階級別人口あたり要介護者数」×「各市区町村人口」

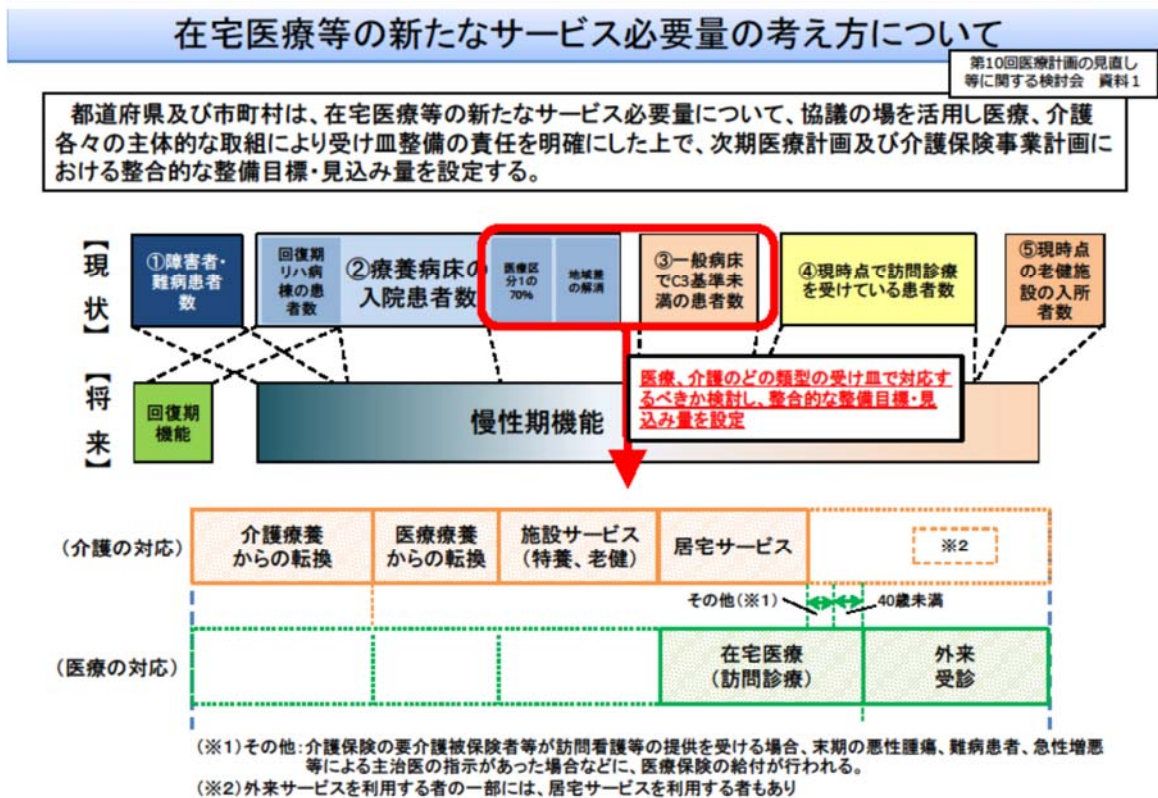
図表 16

福岡県における現況調査および要介護認定者推計よりみた
2025年の訪問診療数推計

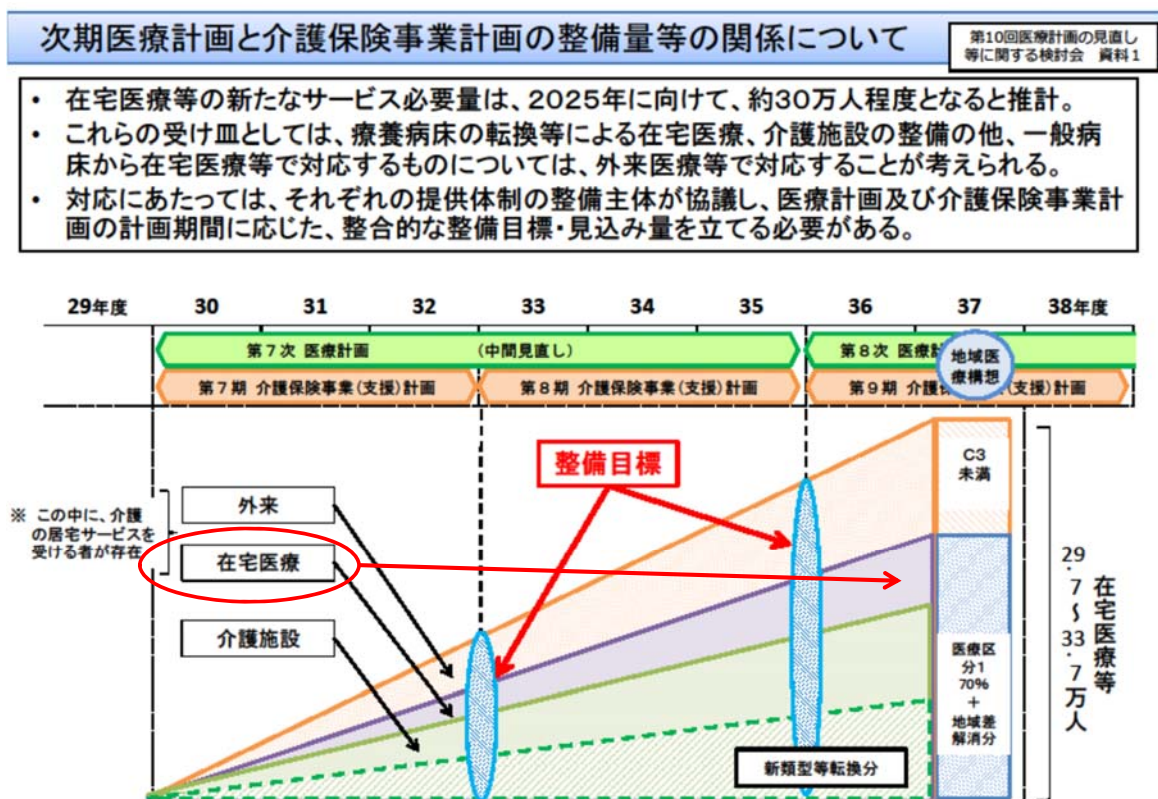
医療圏	2015年 要介護認定者	2017年	2017年	2025年	2025年
		要介護認定者 推計	訪問診療数 全数推計	要介護認定者 推計	訪問診療数 需要予測
		a	b	c	d
福岡・糸島	67587	73808	12492	98695	16704
粕屋	11343	12278	883	16018	1152
宗像	8331	8885	879	11103	1098
筑紫	17063	18626	1724	24878	2303
朝倉	5767	5977	524	6816	598
久留米	24635	26039	2497	31654	3036
八女・筑後	8853	9166	674	10418	766
有明	16518	16932	1195	18585	1312
飯塚	11762	12169	1471	13799	1668
直方・鞍手	7649	7922	530	9013	603
田川	9034	9245	566	10086	618
北九州	66127	70220	6899	86593	8508
京築	11281	11790	923	13824	1082
合計(人)	265950	283057	31256	351483	39446

※出展 国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月1日推計時点
 ※推計方法:「年齢階級別人口あたり要介護者数」×「各市区町村人口」
 ※ $d = c * b/a$

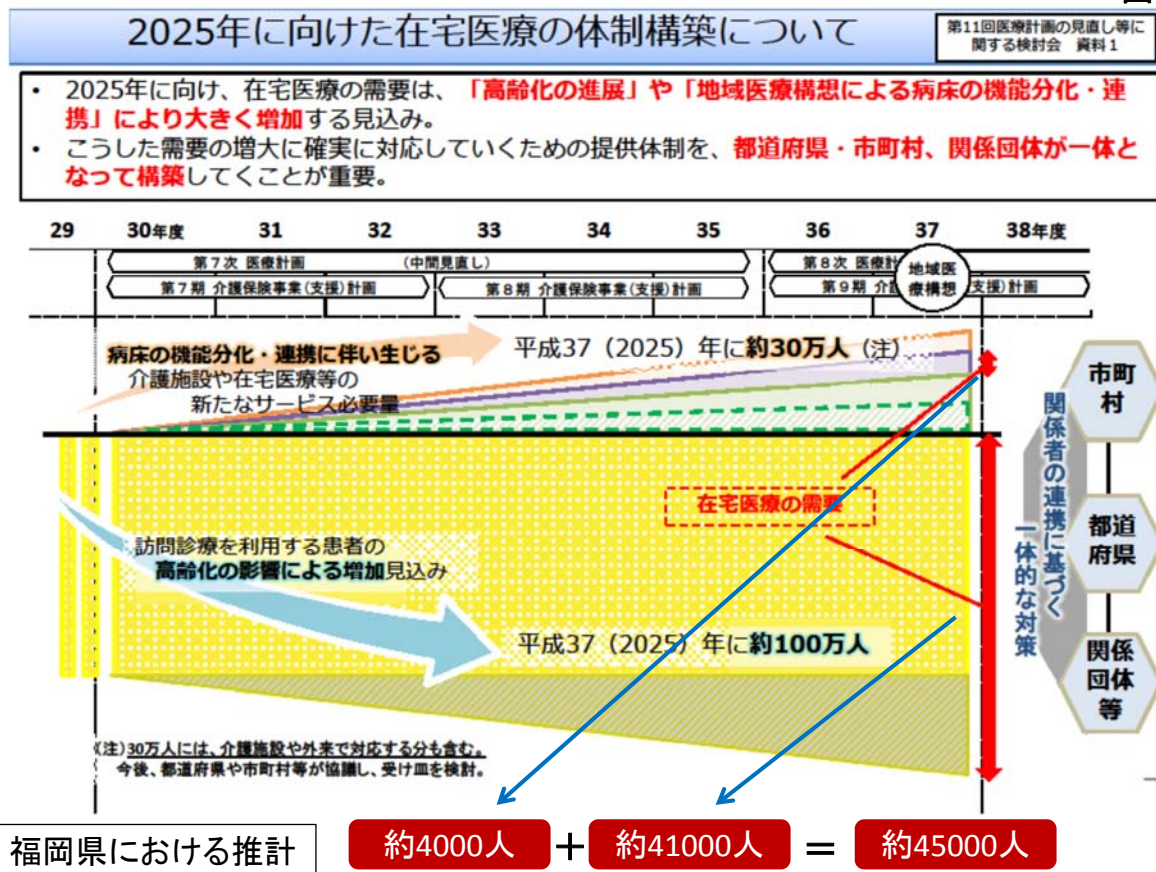
図表 17



図表 18



図表 19



福岡県医師会、国の指針による訪問診療数推計・需要予測の比較

図表 20

医療圏	65歳以上人口 (平成27年)	福岡県医師会、福岡県による訪問診療現況調査 及び要介護認定者推移より試算 医療機関所在地ベース				国の指針による 福岡県での試算 患者住所地ベースのNDB					
		平成29年 患者実数	平成29年 全数推計	65歳以上 人口対比率 (対1万人)	平成37年(2025年) 需要予測		平成25年	平成29年 推計	65歳以上 人口対比率 (対1万人)	平成37年推計	
										自然増のみ	追加的需要 合算
福岡・糸島	338,231	11,077	12,492	369	16,704	19,056	8,830	10,868	321	14,944	15,918
粕屋	62,039	816	883	142	1,152	1,314	1,106	1,318	212	1,742	1,974
宗像	42,444	718	879	207	1,098	1,253	751	852	201	1,054	1,184
筑紫	93,591	1,685	1,724	184	2,303	2,627	2,057	2,490	266	3,355	3,756
朝倉	25,758	494	524	203	598	682	455	483	188	539	656
久留米	119,790	2,234	2,497	208	3,036	3,463	2,422	2,704	226	3,268	3,691
八女・筑後	39,350	615	674	171	766	874	591	628	160	702	841
有明	74,627	1,122	1,195	160	1,312	1,496	1,372	1,418	190	1,510	1,643
飯塚	55,103	1,428	1,471	267	1,668	1,903	1,272	1,339	243	1,472	1,554
直方・鞍手	35,687	501	530	149	603	688	1,046	1,111	311	1,241	1,305
田川	42,530	561	566	133	618	704	666	688	162	731	775
北九州	320,186	5,868	6,899	215	8,508	9,705	6,761	7,690	240	9,549	10,422
京築	55,428	882	923	167	1,082	1,235	1,350	1,473	266	1,718	1,878
福岡県	1,304,764	28,001	31,256	240	39,446	45,000	28,679	33,061	253	41,825	45,603

a b

★ $b = a / 39446 * 45000$ a、bとも自然増のみ

終末期の療養場所に関する希望（福岡県）

図表 21

平成23年 県政モニターアンケート調査

（末期がん等の場合）どこで最期を過ごしたいですか？

最後まで自宅 23.9%	自宅で療養し、 必要になれば入院 62.6%	早い内 から入院 11.3%	他 2.1 %
-----------------	------------------------------	----------------------	---------------

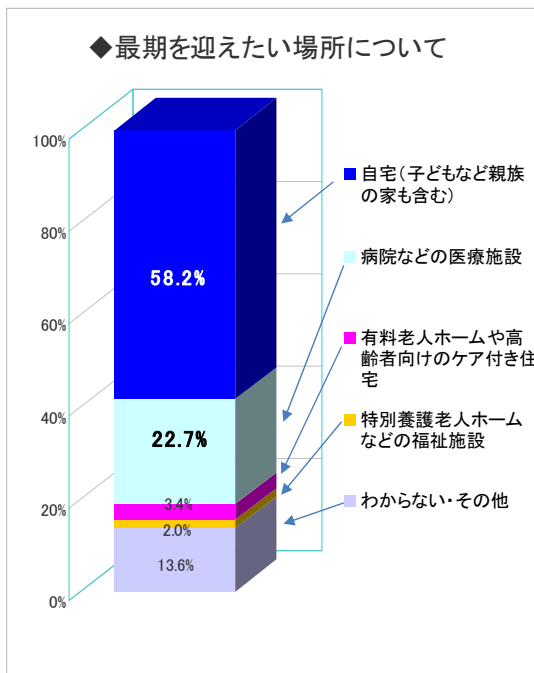
**自宅で療養したい
86.5%**

- 国民の80%以上、県民の85%以上が終末期を「自宅で療養したい」と回答。
- しかし、自宅療養を希望する国民のうち60%以上は、最期まで自宅での療養は困難であると考えている。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また、望む人は自宅での看取りも選択できるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

福岡県第7次保健医療計画（素案）

図表 22

H29年度 福岡県「第3回県政モニターアンケート」



1 在宅医療をとりまく状況
 福岡県の平成29年度県政モニター調査では、県民の**58%**が**自宅で最後を迎えたい**と思っているものの、**そのうち56%は実現が難しい**と回答しています。自宅で最後を過ごすためには、介護してくれる家族に負担があまりかからないこと、経済的余裕があること、急変時の医療体制があること等が必要条件であると考えられています。

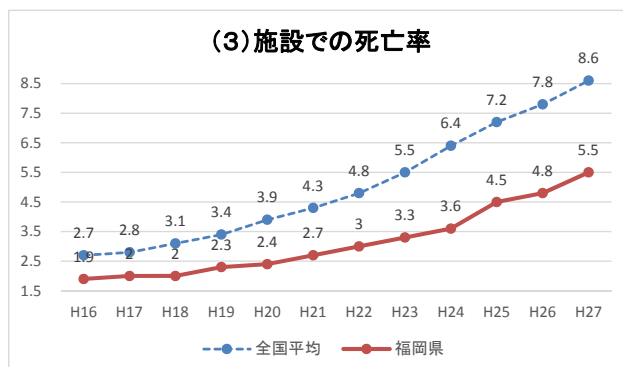
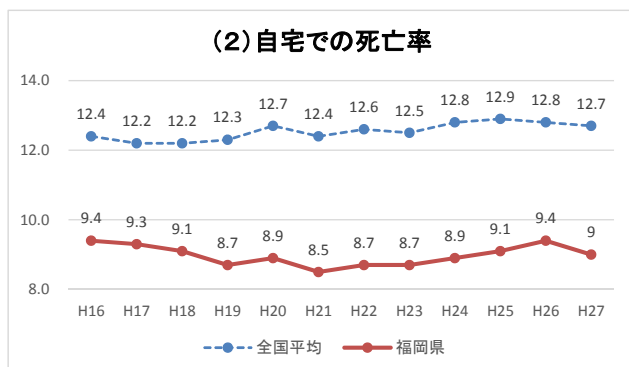
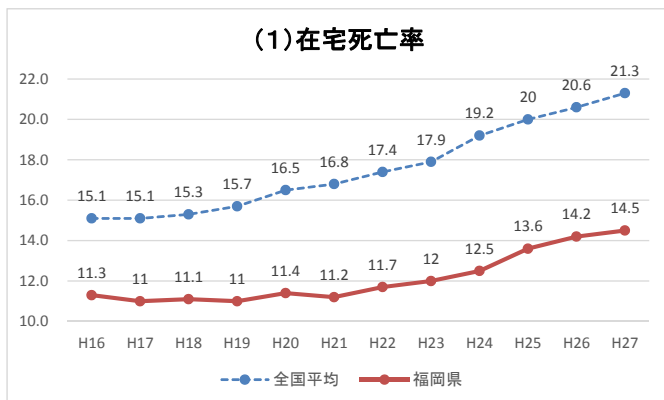
◆自宅で最期を迎えるために必要な条件

順位	項目
1	家族に負担があまりかからないこと
2	介護してくれる家族がいること
3	経済的に余裕があること
4	急変時の医療体制があること
5	自宅に往診してくれる医師がいること
6	家族の理解があること
7	訪問看護が受けられること
8	自宅が介護できる住居構造になっていること
9	ホームヘルパーなどの訪問介護が受けられること

図表 23

福岡県における在宅死亡率

★福岡県の在宅死亡率は増加傾向にあるものの、全国平均と比較して低い。
 ★在宅を自宅と施設に分けた場合、自宅での死亡率と比較して施設での死亡率が大きく増加しており、在宅死亡率増加の要因となっている。



(平成28年度第2回福岡県在宅医療推進協議会資料より)

