

日本における在宅医療の現状，課題及び展望

尾形 裕也

I はじめに

2011年に皆保険制度創設50周年を迎えた日本の医療については、国際的な評価が相対的に高い一方で、急速に進展する少子・高齢化及びバブル経済崩壊後の経済の低成長の影響を受け、大きな変革期にある¹⁾。医療提供体制に関しては、2006年のいわゆる医療制度構造改革以来、「選択と集中」による機能分化と連携を通じた急性期医療の確立及び在宅医療を含む地域における医療ネットワークの構築が大きな課題とされてきている²⁾。

急性期医療については、医療法における「一般病床」を区分する「急性期病床群（仮称）」の導入も検討されているが、その確立と在宅医療の拡

充とは、相互補完的な「盾の両面」の問題であると考えられる。急性期医療の確立のためには、その「受け皿」の拡充が必要であり、逆に在宅医療が本格的に展開するためには、急性期医療が確立している必要がある。本稿においては、このうち、後者の在宅医療の問題に焦点を絞り、その現状と課題について、医療提供体制の全体像の中における位置付けを整理するとともに、今後のあり方について展望する。本稿がこの問題に関心のある方々にとって何らかの参考となれば幸いである。

II 在宅医療の現状

表1に「平成20年患者調査」による在宅医療の状況を示した。これを見ると、調査日に在宅医療

表1 在宅医療を受けた推計外来患者数

(単位：千人)

平成20年10月

	推計外来 患者数	(総 数)				(病 院)				(一般診療所)				(歯科診療所)		
		在宅 医療	往診	訪問 診療	医師・ 歯科医師 以外の訪問	在宅 医療	往診	訪問 診療	医師・ 歯科医師 以外の訪問	在宅 医療	往診	訪問 診療	医師 以外の 訪問	在宅 医療	訪問 診療	歯科医師 以外の 訪問
総 数 (平成17年)	6865.0 (7092.4)	98.7 (64.8)	28.8 (24.5)	56.8 (34.5)	13.2 (5.9)	11.0 (12.6)	4.1 (5.4)	4.1 (4.7)	2.8 (2.5)	62.4 (49.4)	24.7 (19.1)	34.6 (27.2)	3.1 (3.2)	25.3 (2.8)	18.1 (2.6)	7.3 (0.2)
0～14 歳	698.7	0.9	0.5	0.3	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.7	0.3	0.3	0.0	—	—	—
15～34 歳	739.7	2.2	1.6	0.3	0.2	0.5	0.3	0.1	0.1	1.6	1.3	0.2	0.1	0.1	0.1	—
35～64 歳	2327.8	8.8	4.2	2.9	1.7	2.5	1.1	0.3	1.1	5.2	3.1	1.6	0.5	1.0	0.9	0.1
65歳以上	3076.8	86.6	22.3	53.1	11.2	7.7	2.5	3.7	1.6	54.7	19.8	32.4	2.4	24.2	17.0	7.2
(再 掲)																
70歳以上	2389.5	82.7	20.7	51.4	10.5	7.1	2.2	3.5	1.4	52.3	18.6	31.4	2.3	23.3	16.4	6.9
75歳以上	1592.3	76.3	18.7	48.3	9.2	6.4	1.8	3.3	1.2	47.8	16.9	29.0	2.0	22.1	16.0	6.1

注：1) 総数には、年齢不詳を含む。

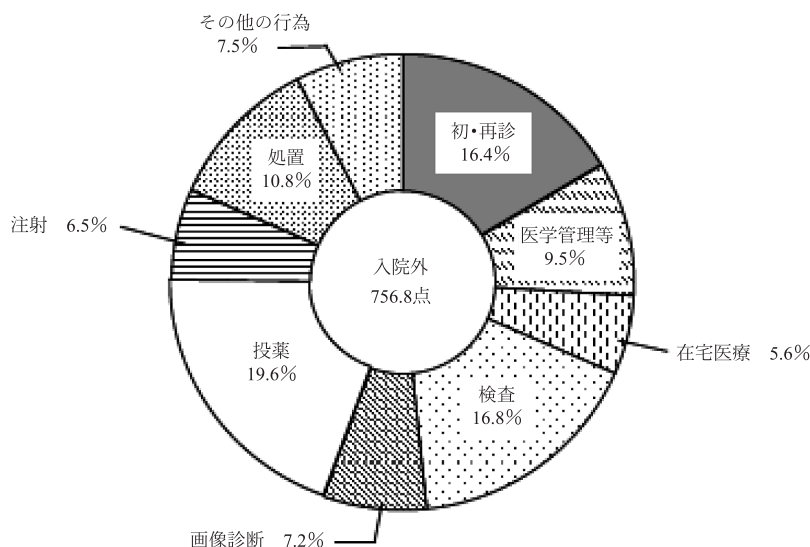
2) 「往診」とは、患者（介護老人保健施設等を含む）の求めに応じて患者に赴いて診療するものをいう。

3) 「訪問診療」とは、医科においては、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいい、歯科においては、歯科医師が患者（介護老人保健施設等を含む）に赴いて診療を行うものをいう。

4) 「医師・歯科医師以外の訪問」「医師以外の訪問」及び「歯科医師以外の訪問」とは、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に当該職種以外の者が訪問して実施されるものをいう。

5) () 内は、平成17年10月の数値である。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成20年患者調査の概況」



注：「その他の行為」は、「リハビリテーション」「精神科専門療法」「手術」「麻酔」「放射線治療」「病理診断」及び「入院料等」である。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成22年社会医療診療行為別調査結果の概況」

図1 診療行為別にみた入院外の1日当たり点数の構成割合（平成22年6月審査分）

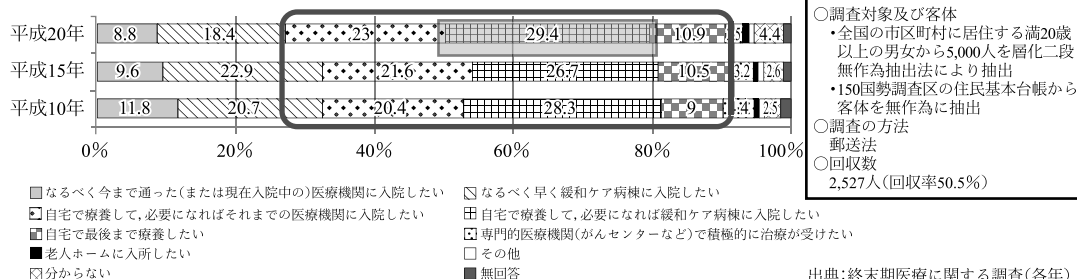
を受けた推計外来患者数は98万7千人であり、3年前の前回調査（平成17年）時の64万8千人に比べ、大幅に増加（52%増）していることがわかる。その内訳は、往診28万8千人、訪問診療56万8千人、医師・歯科医師以外の訪問13万2千人となっており、計画的な医学管理の下に定期的に医師が訪問して診療を行う訪問診療のウェイトが最も大きい（57.5%）。また、この3年間では、特に、歯科診療所による在宅医療の急増が顕著である。これを時系列的に見ると、往診を受けた外来患者数は、1960年代以降、低下傾向にあった。かつてはごく日常的に実施されていた、かかりつけの診療所を中心とした往診が時代とともにすたれてきていることがわかる。一方、そうした往診の減少トレンドが2002年で底を打ち、2005年、2008年と増加に転じていることが注目される。在宅医療に対する人々の強いニーズ及びそれを反映した医療法改正や診療報酬改定等による在宅医療の再評価等の結果、ようやく往診についても復活の兆しが出てきている。

図1には、診療行為別に見た入院外の1日当た

り点数の構成割合を示した。これを見ると、在宅医療のシェアは全体の5.6%となっていることがわかる。これを一般医療と後期医療に分けてみると、一般医療が4.4%であるのに対し、後期医療は8.2%であり、高齢者医療における在宅医療のウェイトが相対的に高い状況がうかがえる。

一方、各種調査からうかがえる在宅医療に対する国民のニーズを示したのが図2である。これを見ると、終末期の療養場所に関しては、ほぼ6割の人が自宅での療養を軸として考えていること、また、介護に関しては、高齢者の多数は、病院等の医療機関ではなく、自宅や介護老人福祉施設等での介護を希望していることがわかる。しかしながら、こうした在宅医療、在宅療養に対する国民の強いニーズと、在宅医療に対する支出（在宅医療費が総医療費に占める比率は2%程度である）との間には依然として大きなギャップが存在している。

■終末期の療養場所に関する希望



■療養に関する希望

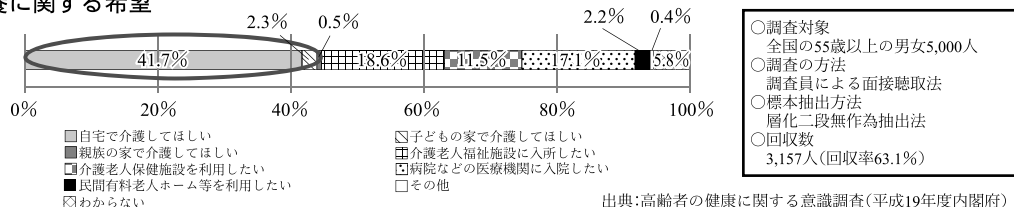


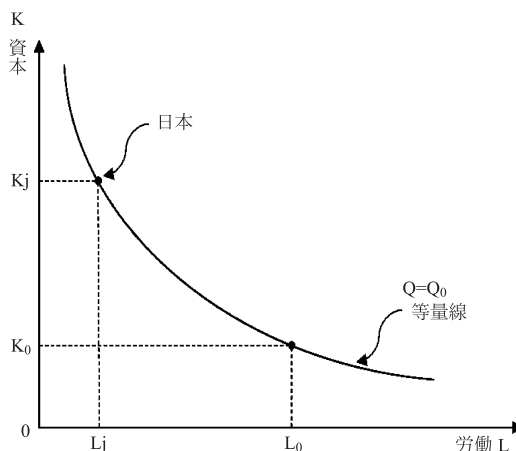
図2 在宅医療に関する国民のニーズ

III 医療提供体制の改革と在宅医療

1 医療生産関数及び等量線による分析

医療提供体制の問題を考察するに当たって、医療生産関数ないしは等量線による分析が有効である³⁾。今、 $Q=F(K, L)$ とする。ここで、 Q は生産(提供)された医療サービス(の量)、 K はそのために投入された資本、 L は投入された労働とする。このとき、 Q (アウトプット)と、 K 、 L (インプット)の関係を表す関数を F (生産関数)と呼ぶ。今、仮に $Q=Q_0$ (一定)としたとき、この一定量の医療サービス Q_0 を生産するために投入されたインプット K 、 L (の無数の)組合せを結んだ曲線を等量線(Isoquants)と呼んでいる。図3は、こうした等量線を示した概念図である。縦軸に資本(例えば病床、医療機器等)を、横軸に労働(例えば医師、看護職員等)をとると、現在の日本は、図3に示したようなポジション、すなわち等量線上の「西北」の位置にあることになる(非常に潤沢な資本 K_j に対して手薄な労働投入 L_j という組合せ)。しかしながら、これが唯一のポジションというわけではなく、図3に示し

たような、もう一つ別のポジション(少ない資本投入 K_0 と潤沢な労働投入 L_0 の組合せ)も十分ありうる。同じ等量線(すなわち同じ量の医療サービスの提供)の上でどの位置をとるかというのは、医療政策上の重要な選択問題であり、究極的には国民の選択の問題である。



2 医療提供政策における基本的な政策選択肢と在宅医療

以上のような等量線概念を用いて、近年におけるわが国の医療提供政策に関する2つの基本的な政策選択肢について検討してみよう。

(1) 小泉構造改革

第1は、いわゆる「小泉構造改革」である。今世紀初頭、小泉純一郎元首相の下で、「聖域なき構造改革」が重要な政策スローガンとして掲げられ、医療制度についても、2006年の健康保険法や医療法の改正を通じて、さまざまな「構造改革」が実施に移された。これを医療提供体制の改革の側面からとらえてみると、図4のように表すことができる。図4においては、同じ等量線の上で、日本の位置をAからBへ、すなわち、資本集約的な医療サービスの提供から、より労働集約的な医療サービスの提供へと移行させようとしたものと考えることができる。

まず、医療費については、厳しい抑制策がとられ、2006年の診療報酬改定は「史上最大のマイナス改定」と呼ばれるように、診療報酬本体△1.36%、薬価等まで含めたトータルでは△3.16%という大幅なマイナス改定が実施された。その結果、2006年度の国民医療費は対前年度伸び率△0.0%と、ほとんど前年度と同じ水準にコントロールされている。このことは、図4において同じ等量線上の移動として表されている。

次に、「医療資本」については、積極的な病床削減政策がとられた。急性期病床については、在院日数の短縮を通じた病床削減が、また慢性期病床については、介護保険適用療養病床の廃止を含む療養病床の削減及び居住系サービス等への転換が打ち出された。また、「医療労働」については、病床当たりの人員配置をより手厚いものにしていくという基本的な方向がとられた。代表的な政策として、2006年の診療報酬改定におけるいわゆる「7対1看護」の導入を挙げることができる。こうした資本の削減及び労働の拡充は、図4において、日本の位置をAからBの方向へ移動させるものである。

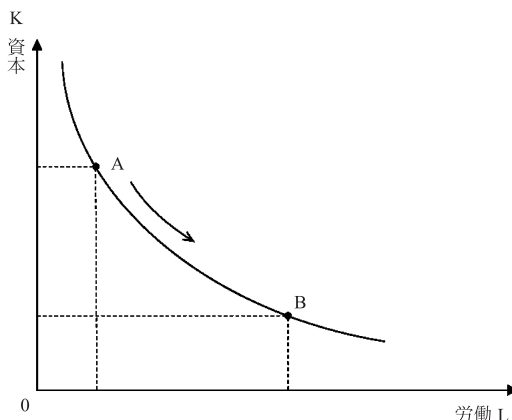


図4 「小泉構造改革」の概念図

こうした「小泉構造改革」は、理論的には十分ありうる政策選択肢である。医療費を厳しくコントロールしつつ、医療サービスの提供のあり方を変えていこうというのが、その基本的なメッセージであり、特に近年のような低成長経済の下では、1つの有力な政策選択肢であることは間違いない。しかしながら、こうした政策の実施については、大きな摩擦を伴うことが容易に想像される。そして実際に2006年の医療制度構造改革は、医療現場に大きな摩擦と混乱をもたらした。こうした改革に伴う「痛み」をどのように考えるか、また、それにどのように対処するかということが、この政策選択肢についての最大の課題であろう。

(2) 医療・介護に係る長期推計 (2011年6月)

2008年11月に公表された「社会保障国民会議最終報告」においては、医療・介護政策の基本的な考え方として、『「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化等を図る』ことが述べられている。これ自体は、従来の政策の基本的な方向性を踏襲したものであり、特段目新しいものではない。同会議最終報告における新機軸は、その医療・介護費用将来推計（シミュレーション）にある。このシミュレーションでは、将来の医療・介護サービス提供体制のあり方を「改革シナリオ」という形で展望しつつ、それぞれのシナリオについての費用を推計している。その際、「選択と集

中」を進め、機能分化を推進する（例えば、在院日数を短縮し、病床数を削減する）「改革シナリオ」は、従来であれば、それらを通じて「医療費適正化」を図るという政策目標と密接にリンクしていた⁴⁾。ところが、このシミュレーションにおいては、それとは逆の方向が示されている。つまり、「選択と集中」や機能分化を進める改革シナリオの方が、そうでない場合に比べ、医療・介護費用は高くなる可能性が高い、とされているのである。

その後、民主党政権下で2011年6月に公表された「医療・介護に係る長期推計」も、基本的には、上記シミュレーションに基づいている（表2）。表2の改革シナリオにおいては、2025年における「一般急性期」病床については、平均在院日数9日、病床数46万床が想定されている。平均在院日数9日というのは、現在の一般病床の平均在院

日数（18日台）の1/2の水準であり、現在の欧米諸国並み（1週間以内）までは行かないが、かなりそれに近づいた状態である。また、病床数もそれに伴い、大幅な削減が見込まれている。従来であれば、こうした在院日数の短縮や病床数の削減を通じて医療費適正化を図るという方向であったのが、ここではむしろこの改革シナリオの方が医療・介護費用がかかるということになっている。

なぜ、こうした「効率化・重点化」シナリオの方が費用がかかるのかと言えば、そこには少なくとも次の2つの要因が考えられる。第1に、在院日数が半減した急性期病床については、現在のような手薄な人員配置はありえないということである。確かに病床数は削減されるが、病床当たりの人員配置は現在を大幅に上回ったものとならざるを得ない。病床当たりでは現在の数倍の医療スタッフを集中的に投入した形での医療サービスの提供

表2 医療・介護に係る長期推計（2011年6月）
医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37（2025）年度				
		現状投影シナリオ	改革シナリオ			
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設		
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度		
一般急性期	退院患者数 125万人/月	（参考） 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57～58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度	
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	29万人/月	
長期療養（慢性期）	23万床，91%程度 150日程度	34万床，91%程度 150日程度	28万床，91%程度 135日程度			
精神病床	35万床，90%程度 300日程度	37万床，90%程度 300日程度	27万床，90%程度 270日程度			
（入院小計）	166万床，80%程度 30～31日程度	202万床，80%程度 30～31日程度	159万床，81%程度 24日程度	159万床，81%程度 25日程度		
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分			
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分			

注：1）医療については「万床」はベッド数、「％」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数、介護については、利用者数を表示。
2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

出典：内閣官房・社会保障改革に関する集中検討会議（第十回）配布資料

が行われることが想定される。また、そうでなければ、9日というような平均在院日数は達成しがたい。第2に、これだけ在院日数が短くなると、従来「入院」していた多くの患者が退院して、地域に出て行くことになる。これらの患者は、退院後も一定の医療・介護ニーズを有しており、その「受け皿」が問題となる。表2においては、そのことは介護施設の増加と併せ、特に「居住系サービス」の大幅な増加(31万人分→61万人分)という形で示されている。在院日数の短縮及び病床数の削減のためには、それを支える病院及び地域の医療・介護マンパワーの増加が必要であり、そのことは全体の医療・介護費用を増大させる可能性が高いということを意味しているのである。

こうしたシナリオは、先進諸国における急性期医療及び医療・介護費用の状況を勘案すれば、妥当性が高いものであると考えられる。特に、急性期医療の確立が、「居住系サービス」を中心とした在宅医療、在宅介護の大幅な拡充と「対」になっていることに留意する必要がある。

こうした「改革シナリオ」を、等量線を使った概念図で示すと、図5のようになる。図5においては、小泉構造改革と同様に、現在の資本集約的な医療提供体制のポジション(A)から、より労働集約的なポジション(B)への移行が図られている。ただし、小泉構造改革とは異なり、その移行が同時に等量線のシフト($Q_0 \rightarrow Q_1$)を伴って

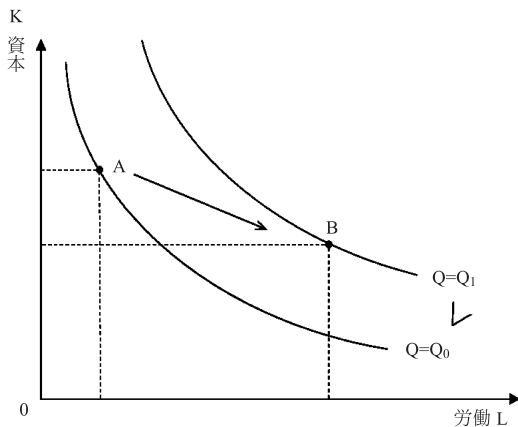


図5 医療・介護に係る長期推計(改革シナリオ)の概念図

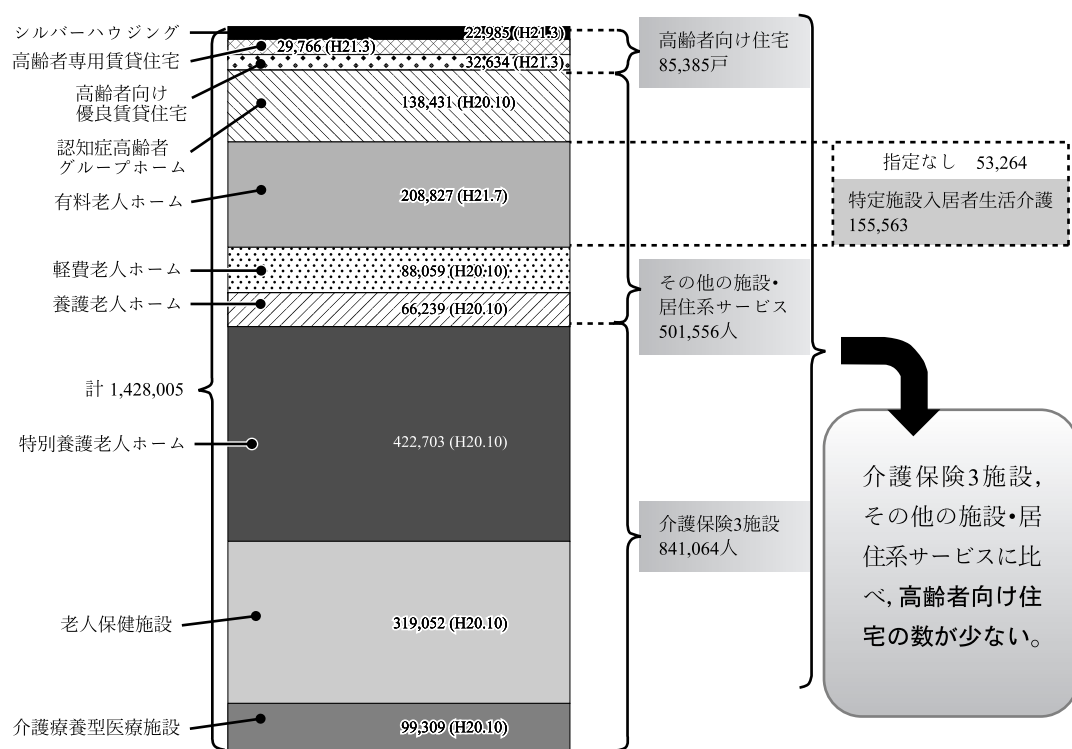
いるという点に留意する必要がある。すなわち、この移行は、同時に医療(介護)費用の増大を伴っている($Q_0 < Q_1$)のである。

こうした「改革シナリオ」は、「小泉構造改革」に比べると、より摩擦の少ない、現実的な政策選択肢であるといえる。医療・介護費用の増大を容認する中で、医療提供体制の効率化・重点化を図っていくというシナリオは、十分実現可能な改革の方向であろう。問題は、こうした医療・介護費用増大の財源をどのようにしてまかなっていくのかという点にある。社会保障国民会議は、この点については、消費税増税によって対応することを明言しており、議論としては一貫性があるといえる。ただし、財源としての消費税増税の妥当性及び実現可能性、さらには、保険料等も含めた財源のあり方については、さまざまな議論がありうるであろう⁵⁾。

IV 在宅医療、在宅介護と 「居住系サービス」のあり方

Ⅲで示したように、今後の急性期医療の確立＝在宅医療・在宅介護体制の確立を考えていく上で、「居住系サービス」の役割はきわめて重要である⁶⁾。「居住系サービス」という用語については、一般に介護保険3施設(介護療養型医療施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム)以外のケア付き高齢者居住施設を中心とした概念として定義されてきた。図6は、社会保障審議会・介護保険部会に提出された資料であるが、ここでは、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、軽費老人ホーム及び養護老人ホームの4種類の類型が「その他の施設・居住系サービス」として示されている。なお、介護保険法上のいわゆる「特定施設」としては、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム及び一定の要件を満たす高齢者専用賃貸住宅とされており、これらについては、名称は「施設」と呼びながら、給付としては「在宅」として、居宅介護サービス費が支給されてきた(介護保険法第41条第4項第2号)。

Aging in placeという言葉に示されているよ



出典：第28回社会保障審議会・介護保険部会資料（2010年7月30日）

図6 高齢者向けの住宅と施設のストックの現状

うに、高齢者は、まず何よりもその適切な「生活の場」で暮らし続けていく、ということが基本であり、病院や施設への入院・入所については、それが困難な状況に陥った場合の代替的な選択肢として限定的に考えるべきである。その場合、「生活の場」というのは、必ずしも狭い意味での「自宅」とは限らない。単身高齢者世帯が増大し、frail elderly（介護を必要とする虚弱高齢者）が増大してくる中で、「自宅にいるような雰囲気を持った居住系サービス」（米国オレゴン州の行政規則におけるAssisted Living⁷⁾に関する規定）の役割はますます重要になってきている。

図7には、各国の介護施設・高齢者住宅の状況とわが国の状況を比較して示している。これを見ると、わが国の高齢者に対する施設・住宅の全般的な少なさと、特に居住系サービス部分の少なさが明らかである。他方、わが国は病床数が先進諸国と比べて際立って多く、そのことが医療による

介護・福祉の代替、ないしは「低密度医療」と「社会的入院」の並存をもたらしてきたとされている⁸⁾。こうした医療提供体制のあり方は、いわゆる「医療崩壊」から「社会的入院」に至る種々の深刻な問題を引き起こしており、Ⅲに示したように、その見直しが大きな課題となっている。その場合、医療提供体制のあり方を検討することは、必然的に居住系サービスを含む「生活の場」における医療・介護のあり方（在宅医療・在宅介護）を検討することに直結するという点について十分留意する必要がある。

高齢者向け住宅に関しては、2011年に「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（いわゆる「高齢者住まい法」）が改正され、従来の高齢者向け賃貸住宅や有料老人ホームを含む「サービス付き高齢者向け住宅」の登録制度が導入された。表2の「医療・介護に係る長期推計」において示されているような「居住系サービス」の普及拡大に

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)

介護保険3施設等 ※2 (3.5%)	※1 (1.5%)	5.0%	日本
「特別な居住」 (6.0%)		6.0%	※すべての高齢者施設・住宅は 1つの類型に統合された スウェーデン ※3
プライエム等 (1.3%)	プライエボリー・エルダボリー等 (7.4%)	8.7%	デンマーク ※4
ケアホーム (3.2%)	シェルタードハウジング (7.2%)	10.4%	英国 ※5
ナーシング・ホーム等 (4.1%)	アシステッド リビング等 (2.4%)	6.5%	米国 ※6

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅（ともに国土交通省調べ）、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム（平成20年社会福祉施設等調査）

※2 介護保険3施設及びグループホーム（平成20年介護サービス・事業所調査）

※3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"

※4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"

※5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010" から集計

※6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

出典：第28回社会保障審議会・介護保険部会資料（2010年7月30日）

図7 各国の介護施設・高齢者住宅の状況

向けた政策がようやく動き出したといえる。今後は、諸外国における経験等も踏まえながら、高齢者の選択に基づく、その多様なニーズへの柔軟な対応を基本としつつ、提供されるサービスの質の確保とともに、「外付け」の在宅医療のあり方について、さらに検討を深めていく必要がある。

V 今後の展望

わが国の医療における長期的なトレンドとして、自宅死亡する者の割合が減少し続け、逆に医療機関で死亡する者の割合が上昇し続けてきたことは、よく知られた事実である。かつては8割以上の水準にあった自宅死亡する者の割合は近年では1割強に過ぎなくなっており、逆に病院等の医療施設で死亡する者の割合が8割を超えるに至っている⁹⁾。しかしながら、少子・高齢化の急速な

進展、人々の価値観の変化、医療技術の進歩といった大きな変化の中で、在宅医療に対する国民のニーズにはきわめて強いものがあることが、各種調査から明らかになっている。種々の条件付きながら、自宅が最期を過ごしたいという回答が過半数を占めている調査結果が多い。また、施設整備とともに、在宅医療の体制整備が医療政策における重要な課題として挙げられている。その一方で、36兆円を超える国民医療費のうち、在宅医療に投入されている費用は2%程度に過ぎないという現実を踏まえれば、実際に提供されている在宅医療サービスと国民のニーズとの間に大きな「需給ギャップ」が存在することは明らかである。こうした需給ギャップを改善・解消するため、医療における資源配分を、より人々のニーズにあった形に変えていくことが当面の基本的な政策課題であると考えられる。

厚生労働省（2007）は、わが国の医療提供体制について、「患者・住民の視点からみた現状と課題」の1項目として、「在宅での療養生活を選択することが難しい」ことを挙げ、表3に掲げたような広範な施策の展開を図ることを提案している。これらは、いささか総花的ではあるが、今後の在宅医療推進に当たっての課題を幅広く網羅しており、これらの中には、その後の政策展開においてある程度実現しつつある項目もある。

たとえば、「小泉構造改革」の一環として2006年に実施された診療報酬改定において、在宅医療推進のため、「在宅療養支援診療所」制度が創設された。これは、在宅医療の中心的な役割を担う診療所として、24時間対応、訪問看護ステーションとの連携等を要件として、診療報酬上高い評価を行うこととされたものである。その後、在宅療養支援診療所が実際にどの程度普及するかが注目されたが、2010年7月現在、全国で12,487の診療所が届出をしている。これは、一般診療所総数の1割強に相当する施設数であり、これまでのところ全体としてはおおむね順調に普及しているといえる。ただし、地域（都道府県間及び2次医療圏間）ごとに大きな偏在があること、また、在宅療養支援診療所として認定された診療所が実際にどの程度在宅医療サービス提供施設として機能しているかについては、施設によってバラツキが大きいこと等の問題点が指摘されている¹⁰⁾。

今後、在宅医療を一層推進するためには、こうした地域的、機能的なバラツキの問題を改善して

いくことが求められる。そのためには、在宅医療を担う人材の養成が急務であり、臨床研修等の早期から在宅医療の現場を経験させるとともに、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための研修体制を構築する必要がある。併せて、医療法や医療計画における在宅医療の位置付けを明確化し、病院等によるバックアップ体制も含め、地域における在宅医療提供体制を構築することが求められる¹¹⁾。また、患者や家族に対して在宅療養に関するわかりやすい情報を提供するとともに、在宅医療に関して診療報酬や補助金政策によるインセンティブを付与することが有効であろう。特に、一般的な外来診療と、訪問診療を中心とする在宅医療との相対的な評価のあり方については再検討する余地があるものと思われる。

一方、在宅医療を進めていく上でのもう一つの柱である訪問看護ステーションについては、事業所数の伸び悩み（2011年7月現在5,815か所）及び地域間偏在の問題等が指摘されている¹²⁾。在宅療養支援診療所の場合と同様に、訪問看護を担う人材の養成及び診療報酬・介護報酬等による経済的インセンティブの拡充が求められる。また、訪問介護との競合関係に関しては、在宅療養を支える、より医療的なケアの提供に特色を出し、サービスの差別化を図っていくことが基本であると考えられる。さらに、訪問看護ステーションの事業経営に存在するとされる「規模の経済」¹³⁾を踏まえれば、今後、看護管理者の経営管理能力の向上及び施設の大規模化の方向性を模索していく必要がある。

また、表3の冒頭に掲げられているいわゆる「退院調整」については、2006年の第5次医療法改正において、「病院又は診療所の管理者は、患者を退院させるときは、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない」と共に、「第三項の書面の作成に当たっては、当該患者の退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携が図られるよう努めなければならない」旨の努力義務規定が導入された

表3 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

- ・医療機関と患者・家族との調整及び看護・介護サービス機関等との連携
- ・チームで対応し後期高齢者の生活を支援する医療の視点
- ・在宅医療を推進する医療の確保
- ・在宅での看取り
- ・地域ケア体制の計画的な整備
- ・住宅政策との連携
- ・療養病床の再編成と地域における中小病院の機能・役割
- ・高齢者の医療の標準化
- ・高齢者にふさわしい総合的な評価を行う医療の必要性
- ・総合的な視点に立って認知症に対応できる医療の必要性
- ・認知症高齢者や家族を支援する体制の構築
- ・老年医学の考え方の普及及び調査研究の推進の必要性
- ・終末期医療ガイドラインの策定

(医療法第6条の4第3項及び第5項)。こうした退院調整 (discharge planning) については、一般に高齢患者の在院日数の短縮や再入院率の低下等に効果があることが国際的な文献レビューにおいても認められている¹⁴⁾。今後、病院サイドの在宅療養に対する理解を深め、入院早期から退院後の生活を見越した退院支援を実施することを含め、入院医療と在宅療養を担う機関の間の連携をさらに強化する方向で、上記の努力義務規定の実現化を図っていく必要がある。

注

- 1) 皆保険50周年を迎えた日本の医療の現状と課題については、Naoki Ikegami et al. (2011) を参照。また、日本の医療についての国際的な高い評価の事例としては、WHO (2000) を参照。
- 2) 社会保障国民会議最終報告 (2008) においては、医療・介護・福祉サービスの改革として、『選択と集中』の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築、人的資源の計画的養成・確保など、効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である」とされている (下線は引用者)。
- 3) 医療生産関数及び等量線分析については、たとえば、Folland, Goodman, Stano (2010) 第6章を参照。
- 4) 2006年の医療制度構造改革によって導入された「医療費適正化計画」においては、在院日数の短縮が、「医療費適正化」に当たった重要な目標とされている。
- 5) 筆者自身は、当面の医療費増大の財源としては、むしろ保険料の引上げを考えるべきであるという意見である。その理由としては、第1に、消費税は (税率の引上げ幅にもよるが)、当面の政策的優先順位としては、年金 (基礎年金) や福祉、児童手当等の財源に充当される可能性が高いという現実的な判断があること、そして第2に、わが国の国民医療費総額に占める保険料のシェアは、ここ数年50%を割り込んでおり (平成21年度で48.6%)、国際的に見てまだそれほど高い水準ではなく、引上げの余地があると考えられること、が挙げられる。ただし、保険料を引き上げるに当たっては、その前提として、低所得者の急激な負担増を抑えるため、国民医療費の4割近くを占めている公費の傾斜配分を強めること、及び経済状況を踏まえた引上げのタイミングについての配慮が必要であると考えている。
- 6) 居住系サービスをめぐる諸問題については、尾形他 (2011) を参照。
- 7) Assisted Living Facilitiesについては、Zimmerman et al. (2001), Melichar et al. (2010), Robert Wood Johnson Foundation (2004) 等を参照。
- 8) 「社会的入院」をめぐる諸問題については、印南 (2009) を参照。
- 9) 2010年における死亡場所の内訳を見ると、病院77.9%, 診療所2.4%, 自宅12.6%, 介護老人保健施設1.3%, 老人ホーム3.5%となっている (平成22年人口動態調査)。
- 10) 社会保障審議会医療部会資料 (2011年10月27日) 及び尾形他 (2009) を参照。前者資料によれば、2011年7月現在、人口10万人当りの在宅療養支援診療所数は、全国平均10.1であるが、最多20.9 (長崎県) から最少3.9 (富山県) まで5.4倍の格差があるとされている。
- 11) 次期医療計画の見直しに当たっては、「医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に、在宅医療について都道府県が達成すべき数値目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促すことが必要である」とする「医療計画の見直し等に関する検討会」意見 (平成23年12月16日) が出されている。
- 12) 社会保障審議会医療部会資料 (2011年10月27日) を参照。同資料によれば、2009年3月現在、人口10万人当りの訪問看護ステーション数は、全国平均27.04であるが、最多125.5 (東京都) から最少6 (鳥取県) まで20.9倍の格差があるとされている。
- 13) 訪問看護ステーション経営における「規模の経済」については、日本看護協会 (2009) を参照。
- 14) discharge planningの効果に関する国際的な文献レビューについては、Shepperd et al. (2010) を参照。

参考文献

- 印南一路 (2009) 『「社会的入院」の研究』 pp.246-300, 東洋経済新報社。
- 尾形裕也 (研究代表者) (2009) 『医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究』厚生労働科学研究費補助金・医療安全・

- 医療技術評価総合研究事業・総合研究報告書。
尾形裕也（研究代表者）（2011）『居住系サービス提供体制のあり方に関する研究』厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業・平成22年度報告書。
- 厚生労働省（2007）『医療政策の経緯，現状及び今後の課題について（計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料）』。
- 社会保障国民会議（2008）『社会保障国民会議最終報告 平成20年11月4日』。
- 日本看護協会（2009）『訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業報告書』平成20年度老人保健健康増進等事業。
- Darlene Yee-Melichar, Andrea Renwanz Boyle, Cristina Flores（2011）*Assisted Living Administration and Management*, Springer Publishing Company.
- Naoki Ikegami, Byung-Kwang Yoo, Hideki Hashimoto, Masatoshi Matsumoto, Hiroya Ogata, Akira Babazono, Ryo Watanabe, Kenji Shibuya, Bong-Min Yang, Michael Reich, Yasuki Kobayashi（2011）Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges, *The Lancet*, 378 (9796), pp.1106-1115.
- Robert Wood Johnson Foundation（2004）Making Assisted Living Affordable, RWJF, Jan 2004.
- Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL（2010）Discharge planning from hospital to home (Review), *The Cochrane Library 2010, Issue 1*.
- Sherman Folland, Allen C. Goodman, Miron Stano（2010）*The Economics of Health and Health Care, sixth edition*, pp.105-109, Prentice-Hall, New Jersey, 2010.
- Sheryl Zimmerman, Philip D. Sloane, J. Kevin Eckert ed.（2001）*Assisted Living : Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly*, The Johns Hopkins University Press.
- WHO（2000）*The World Health Report 2000—Health Systems : Improving Performance*, World Health Organization, Geneva, 2000.

（おがた・ひろや 九州大学大学院教授）