

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

武 田 誠 一

新潟青陵大学看護福祉心理学部

Research about a service base of home medical care in Niigata
- The establishment situation of homecare support clinic in Niigata -

Nobukazu Takeda

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

Abstract

In order to determine the infrastructure of home medical care services in Niigata, a survey was conducted on the number of registrations submitted for "homecare support clinic"; "homecare general management fees"; and "homecare terminal medical care general medical fees" introduced with the revision of medical service fees in 2006. The results showed that no registrations were made in 17 municipals for "homecare support clinic"; and none in 18 municipals for homecare terminal medical care general medical fees". As for the breakdown of the submissions for "homecare general management fees", registrations were submitted from 83 "homecare support clinics"; 184 clinics that were not "homecare support clinic"; and three hospitals. It was therefore concluded that the "homecare support clinic" in Niigata differs according to region, and currently, medical facilities providing home medical care are mainly clinics that are not "homecare support clinic".

Key words

Homecare support clinic • Home healthcare • Local care system

要 旨

今回、新潟県内の在宅医療のサービス基盤の状況を把握するために、2006年の診療報酬改定で導入された「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」、「在宅末期医療総合診療料」の開設（届出）状況の調査を行った。結果、「在宅療養支援診療所」では、全体の48%に当たる17市町村で開設（届出）数がゼロであった。また、「在宅療養支援診療所」にのみ認められている「在宅末期医療総合診療料」においても、全体の51%に当たる18市町村で開設（届出）数がゼロであった。次に、「在宅時医学総合管理料」開設（届出）の内訳では、「在宅療養支援診療所」83ヶ所、「在宅療養支援診療所」ではない診療所184ヶ所、病院（200床未満）3ヶ所となっていた。

結論、新潟県内の「在宅療養支援診療所」は開設数も少なく地域に偏りがあった。現状では、在宅医療を提供する医療機関としては、「在宅療養支援診療所」ではない診療所が中心となっていると考えられる。

キーワード

在宅療養支援診療所・在宅医療・地域ケアシステム

はじめに

近年、在宅医療の推進は医療制度改革の重要な課題になっている¹⁾、平成18年版厚生労働白書でも在宅医療推進は患者の生活の質(QOL)の向上の観点からも重要であり、希望する患者ができる限り住み慣れた地域、家庭で生活が送れるよう在宅療養の環境整備が必要であるとしている²⁾。このように在宅医療は政策面においても、また、患者や医師にとっても関心の高い分野である³⁾。

ただ、この在宅における医療は、これまで「往診として突発的な状況における例外的医療⁴⁾」とされていた。しかし、1992年の医療法の改正によって「患者の居宅」が「医療行為を行う場」として位置づけられた。その背景は国が「社会的入院」などの医療供給の非効率を改革する1つとして在宅医療を位置づけたからであった⁵⁾。なお、診療報酬上の在宅医療の位置づけは1985年以降重視され、1992年に「寝たきり老人在宅総合診療料」、1994年には「在宅末期医療総合診療料」など、在宅医療を評価する診療報酬が年々導入されていった。なお、診療報酬上、「往診(料)」とは「患者の求めに応じて患者に赴き診療を行っ

た場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患者に赴いて診療を行った場合には算定できない⁷⁾とされている。これに対して訪問診療である「在宅患者訪問診療料」、⁷⁾「在宅時医学総合管理料」、⁷⁾「在宅末期医療総合診療料」では定期的・計画的な訪問が求められている。これについて田城は「通院困難な患者、患者の同意、計画的な医学管理、定期的、訪問して行う医療、以上の5つの条件を満たす事⁴⁾」が在宅医療の条件となるとしている。

研究目的

さて、このように推進が図られている在宅医療であるが、2006年の診療報酬改定において大きな改革が実施された、それは「在宅療養支援診療所」の創設であった。

「在宅療養支援診療所」には、表1に掲げる施設基準を満たしていることが求められる、つまり、「在宅療養支援診療所」とは患者からの求めに24時間いつでも往診、訪問看護が行える体制が整っている診療所と言える。なお、表2のように「在宅療養支援診療所」は診療報酬で優遇されている部分が多く、

表1 「在宅療養支援診療所」の施設基準

診療所であること。
当該診療所で24時間連絡を受ける医師や看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を患者に文書で提供していること。
当該診療所、または別の保険医療機関の保険医との連携により、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当者名、担当日などを文書で患者に提供していること。
当該診療所、または別の保険医療機関、もしくは訪問看護ステーションの看護職員などとの連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日などを文書により患者に提供していること。
当該診療所、または別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受け入れ医療機関名などをあらかじめ社会保険事務局長に届けていること。
連携する保険医療機関または訪問看護ステーションで緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養に必要な診療情報を提供していること。
患者に関する診療記録管理を行うために必要な体制が整備されていること。
当該地域で他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
定期的に在宅看取り数などを社会保険事務局長に報告していること。

(出典)

診療点数早見表。医学通信社。2006。p.689-690。を一部改編。

表2 「在宅療養支援診療所」に対する診療報酬の例

診療報酬		「在宅療養支援診療所」の場合		それ以外の場合	
		点		数	
往診	往診料	650点		650点	
	緊急往診加算	650点		325点	
	夜間加算	1300点		650点	
	深夜加算	2300点		1300点	
在宅時医学総合管理料 (月1回)		処方箋交付 有	4200点	処方箋交付 有	2200点
		処方箋交付 無	4500点	処方箋交付 無	2500点
在宅末期医療総合診療料 (1日につき)		処方箋交付 有	1495点		
		処方箋交付 無	1685点		

(出典)

診療点数早見表 . 医学通信社 . 2006 . p . 156-163 . を一部改編 .

手厚い評価が行われている⁸⁾。

このように2006年の診療報酬改定は、在宅医療の推進を大きく意識したものであるが、この政策が新潟県においてどのように反映されているかを調べるのが本研究の目的である。

先行の研究として「在宅療養支援診療所」を対象としてもものは多くはないが、2006年10月22日付けの朝日新聞(朝刊)に「在宅療養支援診療所」開設状況の全国調査の結果が公表されている⁹⁾。

本研究では、「在宅療養支援診療所」の開設(届出)状況の調査を行うが、「在宅療養支援診療所」だけでは新潟県内の在宅医療のサービス基盤の状況を把握するには十分ではないため、実際に在宅医療を提供した際に算定する診療報酬の一つである、「在宅時医学総合管理料」と「在宅末期医療総合診療料」の開設(届出)状況についても調査を行う。

「在宅時医学総合管理料」とは、在宅において療養する患者のかかりつけ医機能の確立および療養の推進を図るもので、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成することが求められている⁷⁾。「在宅時医学総合管理料」を算定できる医療機関は、施設基準を満たし届出を行った診療所、病院(200床未満)となっている。なお、「在宅療養支援診療所」の場合、「在宅療養支援診療所」ではない診

療所、病院(200床未満)より高い診療点数になっている(表2)。

「在宅末期医療総合診療料」とは、居宅において療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍患者に対して、計画的な医学的管理を総合的に提供するもので、訪問診療又は訪問看護を週4日以上行うことなどが求められている。また「在宅末期医療総合診療料」は「在宅療養支援診療所」のみに算定が認められている⁷⁾。

研究方法

本研究は新潟県内の在宅医療を提供するサービスの実態を把握することが目的であるため、新潟県内の「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」、「在宅末期医療総合診療料」の開設(届出)状況を調査した。そのため新潟社会保険事務局に対して行政文書開示請求を行い、2006年7月1日時点の「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」、「在宅末期医療総合診療料」にかかわる「届出受理医療機関名簿(届出項目別)」の開示を受けた。

開示されて情報を基に「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」、「在宅末期医療総合診療料」の開設(届出)状況を、市町村別・二次保健医療圏別に集計した。

次に新潟県内の在宅医療のサービス基盤の把握に必要な情報として、75歳以上の高齢者の人口と人口比、「訪問看護ステーション」の開設数、「居宅療養管理指導」(医科)指定事業所数についての行政資料を入手し、市町村別・二次保健医療圏別に集計した。

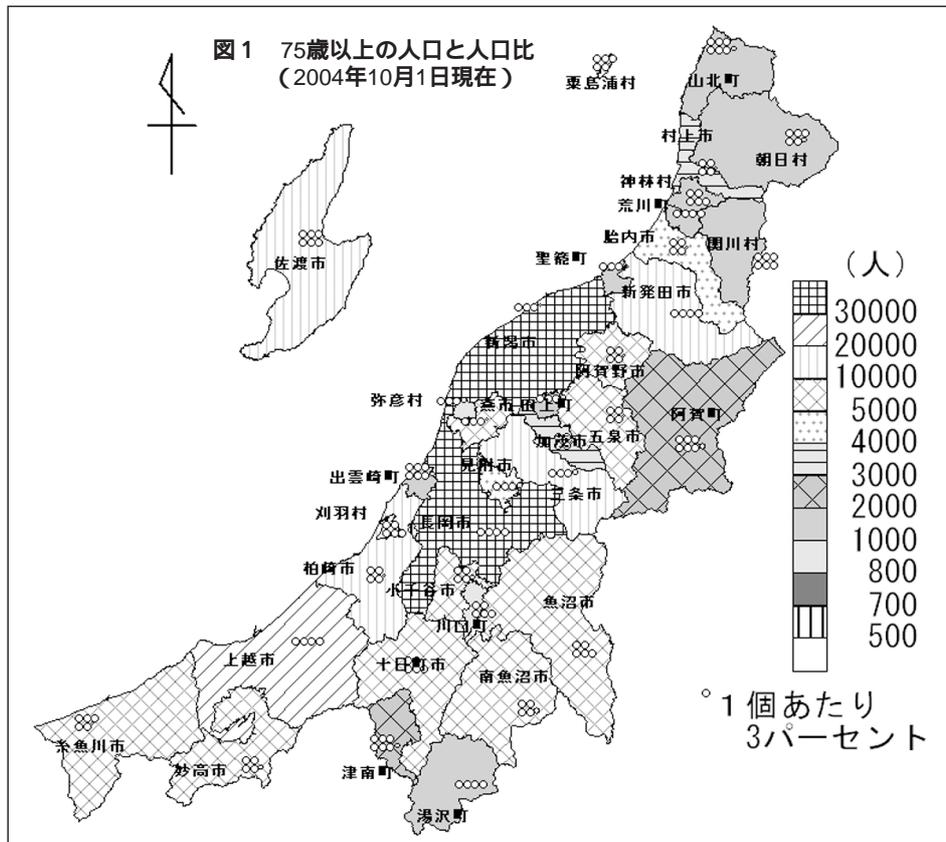
結果

まず、特に医療の必要度が増す75歳以上の高齢者の状況をまとめた。図1に示すように、75歳以上の高齢者人口では新潟市、長岡市、上越市が多い、全人口に占める75歳以上の高齢者の比率では新潟市9.2%、長岡市11.1%、上越市11.6%となっており、新潟市のみが9.2%と新潟県で一番低い値であった。全人口に占める75歳以上の高齢者の比率が最も高かったのは、出雲崎町、津南町の19.6%であった。なお、県平均は13.5%であった。

図2は新潟県内における「在宅療養支援診

療所」の開設(届出)状況である。2006年7月1日現在、県全体で83ヶ所開設されている。図2が示すように、開設(届出)数が多い自治体は、上越市24ヶ所、新潟市15ヶ所、長岡市12ヶ所と75歳以上の高齢者人口が多い自治体に多い。しかし開設(届出)数がゼロである自治体が県全体の48%である17市町村存在している。なお、開設(届出)数がゼロである自治体の全人口に占める75歳以上の高齢者の比率の平均は14.5%であったが、1ヶ所以上開設(届出)のある自治体の全人口に占める75歳以上の高齢者の比率の平均は12.6%であり、開設(届出)数がゼロの自治体の方が高い値であった。

図3は新潟県内における「在宅末期医療総合診療料」の開設(届出)状況である。2006年7月1日現在、県全体で69ヶ所開設(届出)されている。「在宅末期医療総合診療料」は「在宅療養支援診療所」のみに算定が認められているため、「在宅末期医療総合診療料」



(出典)新潟県ホームページ 福祉保健部統計情報「平成16年 高齢者の現況」に基づく。

(<http://www2.pref.niigata.jp/niigata/Webkeiji.nsf/a7be8919d24bc49256fc60006bc17/9ab430515089b6294925717300077d2e?OpenDocument> . 20061110)

なお、2006年4月1日時点の市町村単位に再編している。

図2 「在宅療養支援診療所」開設(届出)数
(2006年7月1日現在)

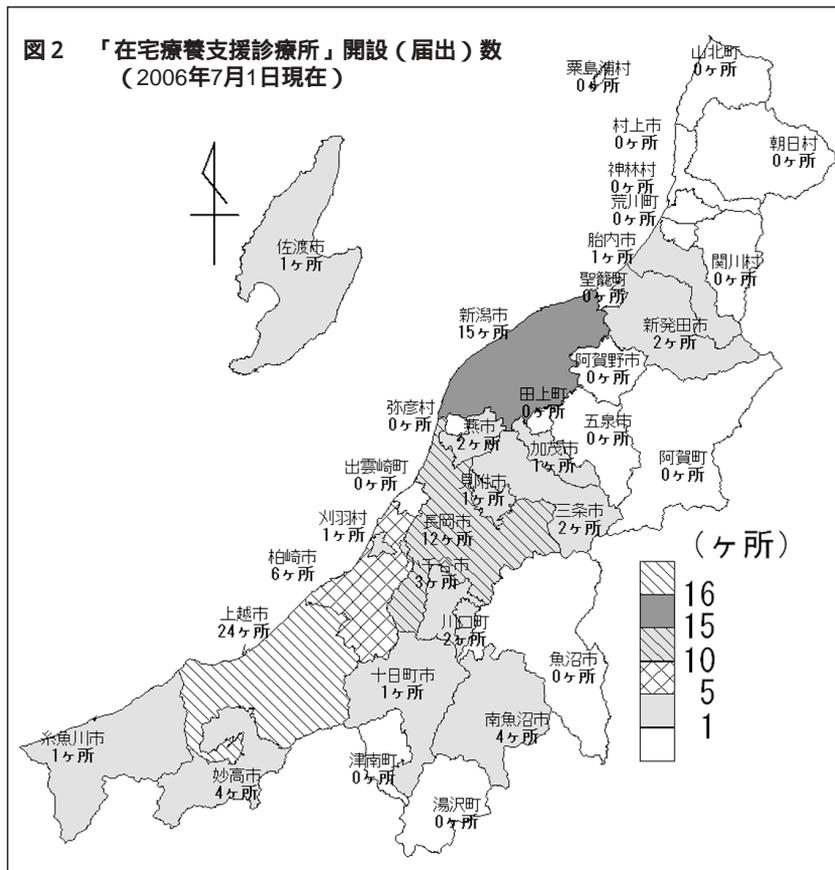
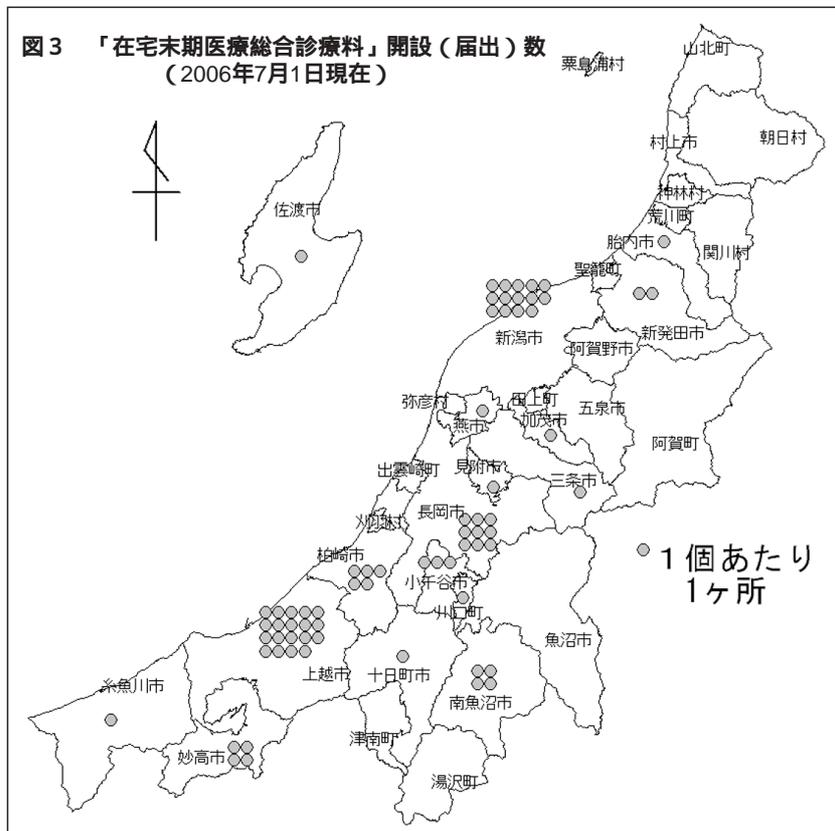


図3 「在宅末期医療総合診療科」開設(届出)数
(2006年7月1日現在)



の開設（届出）状況は「在宅療養支援診療所」の開設（届出）状況が反映されている。つまり、「在宅療養支援診療所」の開設（届出）数がゼロである自治体は「在宅末期医療総合診療料」の開設（届出）数もゼロである。ただし、「在宅療養支援診療所」の開設（届出）を行っていても、「在宅末期医療総合診療料」の開設（届出）を行っていない場合もある。図3が示すように開設（届出）数が多い自治体は、上越市19ヶ所、新潟市14ヶ所、長岡市9ヶ所となっている。なお、開設（届出）数がゼロである自治体が県全体の51%である18市町村存在している。

図4は新潟県内における「在宅時医学総合管理料」の開設（届出）状況である。なお、「在宅時医学総合管理料」は2006年の診療報酬改定で従来の「在宅時医学管理料」と「寝たきり老人在宅総合診療料」を統合整理し導入された診療報酬で、在宅医療を提供してい

る医療機関がよく算定する診療報酬である。2006年7月1日現在、県全体で270ヶ所開設（届出）されている。その内訳は「在宅療養支援診療所」が83ヶ所、「在宅療養支援診療所」ではない診療所が184ヶ所、病院（200床未満）が3ヶ所となっている。図4が示すように開設（届出）数が多い自治体は、新潟市96ヶ所、上越市45ヶ所、長岡市36ヶ所となっている。なお、開設（届出）数がゼロである自治体が県全体の31%である11市町村存在している。

表3は、調査した結果を二次保健医療圏・市町村別にまとめたものである。なお、新潟県は2006年3月策定の「第4次新潟県地域保健医療計画」において、近年の市町村合併、人口減少、交通事情の変化などをふまえ、1987年に設定した13圏域を見直し新たに7つの二次保健医療圏を設定した¹⁰⁾。

表3には、介護保険制度における「居宅療

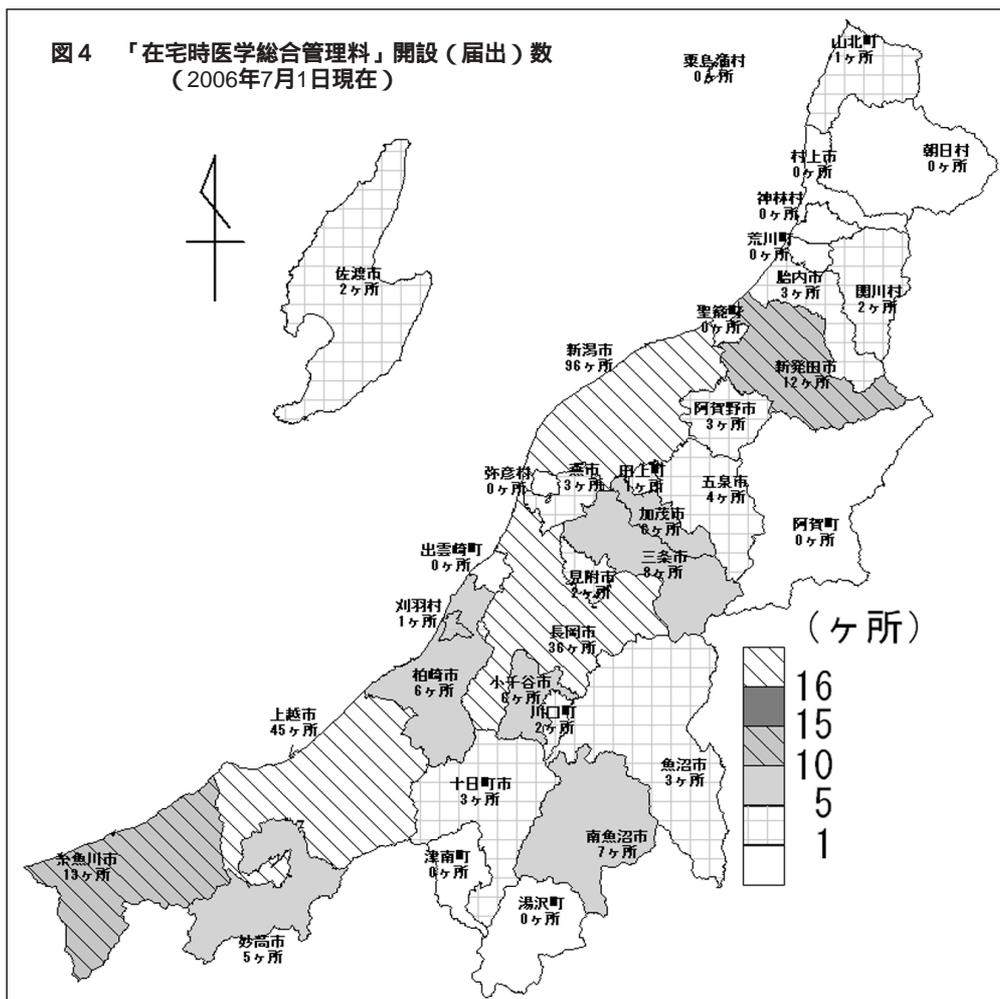


表3 新潟県内の在宅医療のサービス基盤

二次保健医療圏	市 町 村	75歳以上の人口	人口比	在宅療養支援診療所	在宅時医学総合管理料届出医療機関	在宅末期医療総合診療料届出診療所	訪問看護ステーション	居宅療養管理指導医科指定事業所
		(人)	(%)	(ヶ所)	(ヶ所)	(ヶ所)	(ヶ所)	(ヶ所)
下越圏域	新発田市	11416	10.9	2	12	2	4	63
	村上市	3788	12.2	0	0	0	2	25
	胎内市	4229	12.6	1	3	1	0	12
	聖籠町	1273	9.4	0	0	0	1	3
	関川村	1188	16.7	0	2	0	0	3
	荒川町	1347	11.9	0	0	0	0	5
	神林村	1517	14.9	0	0	0	0	2
	朝日村	1856	15.9	0	0	0	0	5
	山北町	1413	19.2	0	1	0	0	4
新潟圏域	粟島浦村	66	15.3	0	0	0	0	1
	新潟市	74665	9.2	15	96	14	35	408
	阿賀野市	5766	12.1	0	3	0	1	13
	五泉市	7111	12.3	0	4	0	2	14
県央圏域	阿賀町	2933	19.5	0	0	0	2	6
	三条市	11149	10.5	2	8	1	5	46
	加茂市	3906	12.2	1	6	1	1	18
	燕市	8034	9.6	2	3	1	4	42
	見附市	4572	10.6	1	2	1	1	23
	弥彦村	881	10.3	0	0	0	1	1
中越圏域	田上町	1423	10.5	0	1	0	1	4
	長岡市	31692	11.1	12	36	9	15	125
	柏崎市	12097	12.6	6	6	5	4	50
	出雲崎町	1063	19.6	0	0	0	0	3
魚沼圏域	刈羽村	690	14.2	1	1	0	0	0
	十日町市	9339	14.9	1	3	1	4	25
	南魚沼市	8184	12.8	4	7	4	4	23
	魚沼市	6324	14.4	0	3	0	2	17
	小千谷市	5334	13.1	3	6	3	3	20
	川口町	809	14.6	2	2	1	0	2
	湯沢町	1058	11.9	0	0	0	0	2
	津南町	2329	19.6	0	0	0	0	3
上越圏域	上越市	24520	11.6	24	45	19	7	100
	妙高市	5082	13.2	4	5	4	2	11
	糸魚川市	7747	15.2	1	13	1	2	21
佐渡圏域	佐渡市	12208	17.7	1	2	1	3	42

(出典)

「75歳以上の人口」「人口比」は新潟県ホームページ 福祉保健部統計情報「平成16年 高齢者の現況」に基づく。
 (<http://www2.pref.niigata.jp/niigata/Webkeiji.nsf/a7be8919ddea24bc49256fc60006bc17/9ab430515089b6294925717300077d2e?OpenDocument> . 20061110)

なお、2006年4月1日時点の市町村単位に再編している。

「訪問看護ステーション」「居宅療養管理指導 医科 指定事業所」は新潟県ホームページ 介護保険「介護保険法における指定事業者一覧」に基づく。

(<http://www2.pref.niigata.jp/niigata/Webkeiji.nsf/c9e6c87fcd92821349256fc60006bbdf/49256fd5005b6a2a4925716900077349?OpenDocument> . 20061101)

「養管理指導」の「医科」指定事業所数を掲載しているが、「居宅療養管理指導」の指定事業所は病院、診療所、薬局などが保険医療機関、保険薬局として指定された場合、「居宅療養管理指導」の事業所として指定があったものとみなされる¹¹⁾、いわゆる「みなし指定事業所」であるため、事業所数は多いが全ての事業所が「居宅療養管理指導」を行っているとは限らない。

次に表3のうち「在宅末期医療総合診療料」を除いた全てを記載した圏域図(図5, 6)をもとに各市町村の状況を述べていく。なお、「居宅療養管理指導」(医科)指定事業所は前述した状況にあるため、図には表記しているが検討は加えない。

図5-1は佐渡圏域の状況である。佐渡圏域の地理的特性は、国道、県道は整備されているが、主要な病院まで救急車で40分以上かかる地域が存在している¹⁰⁾。図5-1が示すように佐渡市には「在宅療養支援診療所」が1ヶ所、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関は2ヶ所、「訪問看護ステーション」は3ヶ所である。

図5-2は下越圏域の状況である。下越圏域の地理的特性は県の最北部に位置し、東部は山地が多く、離島もある、冬期は積雪が多いが幹線道路が整備されており、村上市、新発田市と周辺町村は国道、県道により30分前後で結ばれている。図5-2が示すように下越圏域では、新発田市が「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」の数が一番多い。

「在宅療養支援診療所」は新発田市に2ヶ所、胎内市に1ヶ所開設されているだけである。「在宅時医学総合管理料」届出医療機関に関しても村上市、聖籠町、荒川町、神林村、朝日村、粟島浦村には1ヶ所も存在しない。なお、山北町の1ヶ所は病院である。「訪問看護ステーション」も胎内市、山北町、荒川町、神林村、朝日村、粟島浦村、関川村には1ヶ所も存在しない。つまり荒川町、神林村、朝日村、粟島浦村には「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」は1ヶ所も存在しない。

図5-3は新潟圏域の状況である。新潟圏

域の地理的特性は県内最大の人口集積地である、しかし、東側は山間地が広がり、冬期間は積雪が多く、過疎化と高齢化が進んでいる¹⁰⁾。図5-3が示すように新潟圏域では、新潟市が「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」の数が一番多い。「在宅療養支援診療所」は新潟市に15ヶ所開設されているだけである。「在宅時医学総合管理料」届出医療機関では阿賀町だけ1ヶ所も存在しない。「訪問看護ステーション」は全ての市町村で1ヶ所以上存在している。したがって、阿賀町には「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関が存在しない。

図5-4は県央圏域の状況である。県央圏域の地理的特性は新潟市と長岡市のほぼ中央に位置し、高速道路、国道、新幹線などの交通網で結ばれているが、東側は山間地で圏域中央まで救急車でも40分程度を要する地域もある¹⁰⁾。図5-4が示すように県央圏域では、三条市が「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」の数が多い。

田上町、弥彦村には「在宅療養支援診療所」が1ヶ所も開設されていない。「在宅時医学総合管理料」届出医療機関でも弥彦村には1ヶ所も存在しない。「訪問看護ステーション」は全ての市町村で1ヶ所以上存在している。したがって、弥彦村には「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関が存在しない。

図6-1は中越圏域の状況である。中越圏域の地理的特性は県の中央に位置し、東部は山間地で県有数の豪雪地帯である。高速道路、国道、新幹線が整備されており、新潟市まで1時間以内であるが、圏域周辺部から長岡市へは救急車でも40分以上要する。図6-1が示すように中越圏域では、長岡市が「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」の数が一番多い。出雲崎町には「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」が1ヶ所も存在しない。

図6-2は魚沼圏域の状況である。魚沼圏

域の地理的特性は県の南東部に位置し、面積は7圏域の中で最大である。人口は県全体の約8%に過ぎず、山間地帯の中に分散した集落が多く散在している。また、豪雪地帯でもあり雪に起因する問題が多く発生するなど、冬期間の住民の生活に様々な障害が生じやすい地域である。図6-2が示すように魚沼圏域では、南魚沼市が「在宅療養支援診療所」、¹⁰⁾「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」の数が一番多い。なお南魚沼市での「在宅時医学総合管理料」届出医療機関のうち1ヶ所は病院である。魚沼市、湯沢町、津南町には「在宅療養支援診療所」が1ヶ所も開設されていない。また、湯沢町、津南町では「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」が1ヶ所も存在しない。したがって湯沢町、津南町には「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」は1ヶ所も存在しない。

図6-3は上越圏域の状況である。上越圏域の地理的特性は県の南西部に位置し、西部の海岸部、東部の山間地を含んでいる。高速道路、国道等が整備され、中越、新潟圏域と結ばれている、圏域周辺から上越市街まで救急車で40分を要する。¹⁰⁾図6-3が示すように上越圏域では、上越市が「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」の数が一番多い。妙高市、糸魚川市には「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」届出医療機関、「訪問看護ステーション」1ヶ所以上は存在している。

考 察

まず「在宅療養支援診療所」であるが、上越市、新潟市、長岡市に集中している。これは、人口が多いことがその理由であると考えられる。したがって、人口の少ない地域では開設(届出)数が少ない、または全くない状態にある。これは各二次保健医療圏の周辺町村にあてはまる。下越圏域で新発田市、胎内市以外の町村に「在宅療養支援診療所」が存在しないという例がそれにあたる。

しかし、人口が少なく「在宅療養支援診療所」が存在しない地域ほど、全人口に占める75歳以上の高齢者の比率が高く、「在宅療養支援診療所」が提供するような在宅医療を必要としていると考えられる。

「在宅末期医療総合診療料」は在宅療養をしている悪性腫瘍の患者を支援している診療所を手厚く評価するものであるが、「在宅療養支援診療所」であることが条件となっており、開設(届出)数が「在宅療養支援診療所」の開設(届出)数に影響される、したがって、「在宅療養支援診療所」の多い地域である都市部に「在宅末期医療総合診療料」開設(届出)数が多い。

「在宅時医学総合管理料」は、在宅医療を提供している医療機関がよく算定する診療報酬であるため、その開設(届出)数を見ると在宅医療サービス供給の状況が把握しやすい。

開設(届出)の内訳は、「在宅療養支援診療所」が83ヶ所(30.7%)、「在宅療養支援診療所」ではない診療所が184ヶ所(68.1%)、病院(200床未満)が3ヶ所(1.1%)となっており、「在宅療養支援診療所」ではない診療所の開設(届出)数が多い。つまり「在宅療養支援診療所」の方が在宅医療に関する支援は充実しているが、現状では在宅医療の提供は、「在宅療養支援診療所」ではない診療所が中心になっていると考えられる。

在宅医療を推進する目的で導入された「在宅療養支援診療所」が、なぜ「在宅時医学総合管理料」の開設(届出)数全体の3割程度であるのか。その答えの大きな理由は「在宅療養支援診療所」ではない診療所の開設(届出)数が多く「在宅療養支援診療所」が相対的に少ないからである。「在宅療養支援診療所」は診療報酬で手厚い評価が行われているが、「在宅療養支援診療所」の施設基準が厳しいとの声があり¹²⁾、「在宅療養支援診療所」の届出が伸びていないと考えられる。特にこれは各二次保健医療圏の周辺町村に顕著である。

また、「在宅療養支援診療所」の運営では、訪問看護の実施や「訪問看護ステーション」との連携が重要となるが、「在宅療養支援診

図5 圏域図(佐渡, 下越, 新潟, 県央)

市町村
 75歳以上人口(人)
 75歳以上人口の比率(%)
 「在宅療養支援診療所」開設数(ヶ所)
 「在宅時医学総合管理料」届出医療機関数(ヶ所)
 「訪問看護ステーション」開設数(ヶ所)
 「居宅療養管理指導」医科 指定事業所(ヶ所)

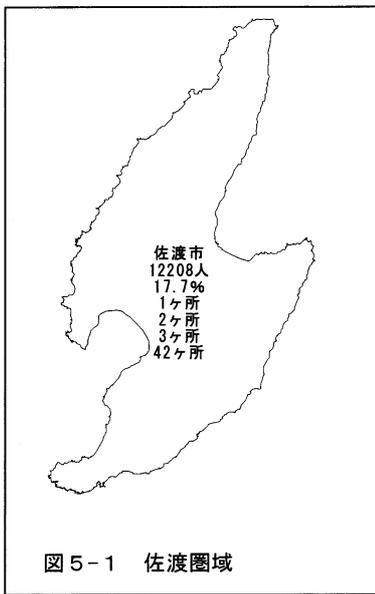


図5-1 佐渡圏域

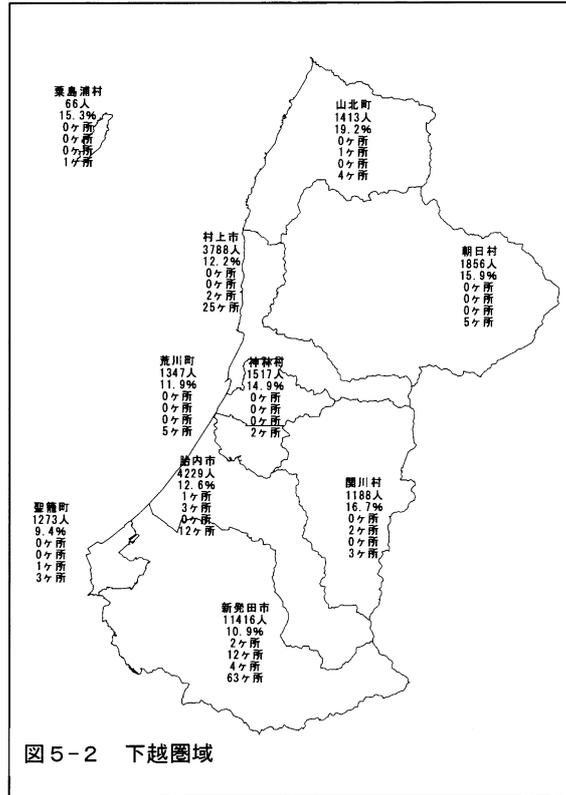


図5-2 下越圏域

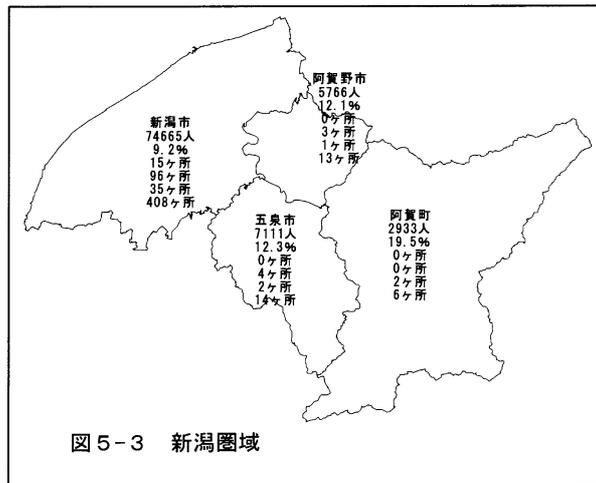


図5-3 新潟圏域

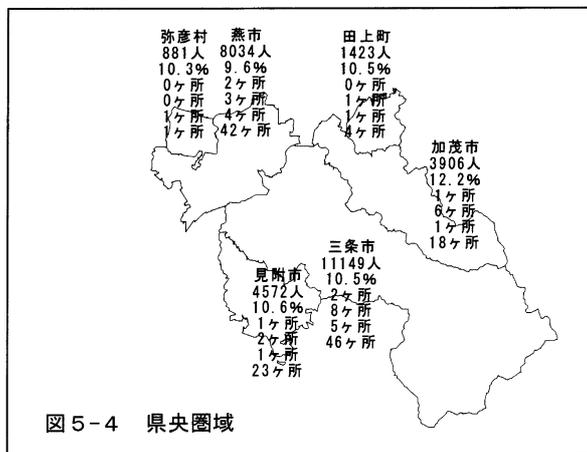
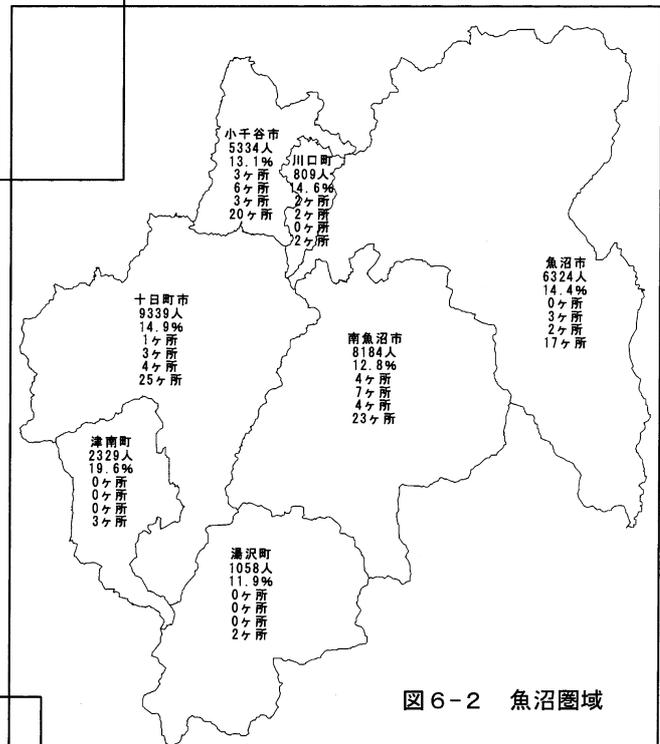
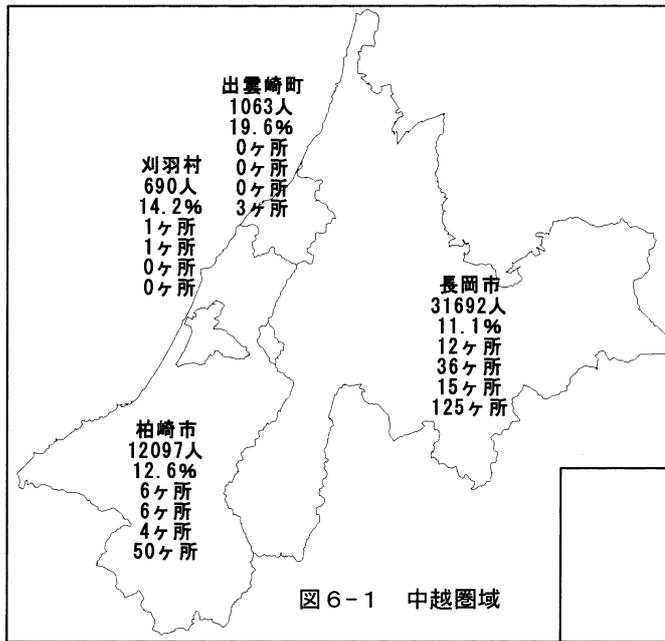
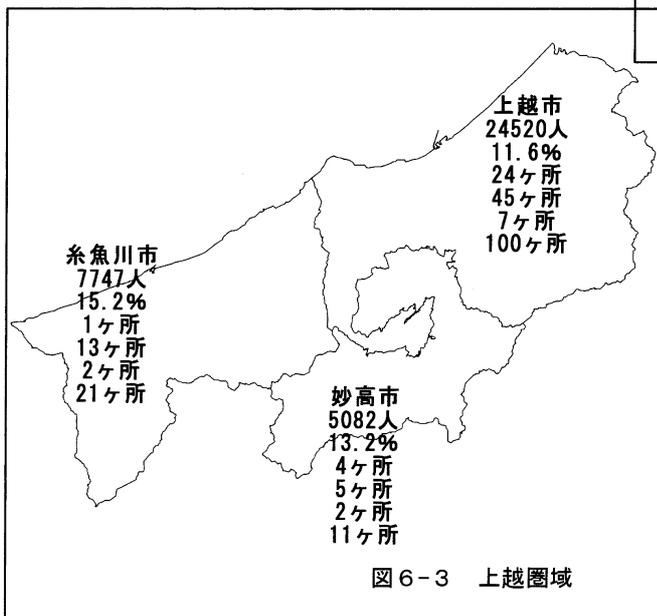


図5-4 県央圏域

図6 圏域図(中越, 魚沼, 上越)



市町村
75歳以上人口(人)
75歳以上人口の比率(%)
「在宅療養支援診療所」開設数(ヶ所)
「在宅時医学総合管理料」届出医療機関数(ヶ所)
「訪問看護ステーション」開設数(ヶ所)
「居宅療養管理指導」医科 指定事業所(ヶ所)



療所」のない17市町村のうち9町村(52.9%)には「訪問看護ステーション」が存在しない。在宅医療を提供するために連携が必要となる専門的なサービスが不足している状況にある。

このことは、「在宅時医学総合管理料」の開設(届出)を見ても同じである。「在宅時医学総合管理料」開設(届出)のない11市町村のうち7町村(63.6%)には「訪問看護ステーション」が存在しない。

在宅医療には「訪問看護ステーション」のような在宅療養を支える専門職が必要であり、在宅医療は医療機関のみでは支えきれない。つまりは、在宅医療を支える社会資源、保健、看護、福祉などのサービスが少ないことが「在宅療養支援診療所」「在宅時医学総合管理料」開設(届出)医療機関が少ない、または存在しない状況を生み出している可能性が高い。

このことは、これまでの研究などで¹³⁾、在宅医療を支援するには医療・保健・福祉のサービス供給体制の整備、連携が重要であると指摘されてきたことと一致する。

まとめ

「在宅療養支援診療所」は在宅医療に特化した専門の診療所として展開されることが望まれるが、現状では都市部を中心に開設されていた。「在宅時医学総合管理料」を算定する医療機関の状況を見ても、「在宅療養支援診療所」はまだ少なく、「在宅療養支援診療所」ではない診療所が在宅医療を支える中心となっていると考えられた。

今後は、「在宅療養支援診療所」が増加することが望まれる、特に開設数の少ない地域に増加することが必要であるが、そのためには在宅医療を支援する他のサービス、具体的には「訪問看護ステーション」などの整備も重要な課題となる。

最後に

本研究では、「在宅療養支援診療所」、「在宅時医学総合管理料」、「在宅末期医療総合診療料」の開設(届出)状況に注目し調査を行った。その結果、地域での開設状況が把握でき、地域に偏りがあることを明らかにできたが、地域において提供されている在宅医療の内容自体を把握することはできていない。今後の研究課題としては、地域において提供されている在宅医療の支援・連携の状況を把握することである。特に「在宅時医学総合管理料」では、施設基準に「保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者」の配置が求められている⁷⁾、そのため「保健医療サービス及び福祉サービスとの連携」の状況についても調査する必要があると考えている。

(引用・参考文献)

- 1) 厚生労働省．平成17年版 厚生労働白書．厚生労働省；2005．
- 2) 厚生労働省．平成18年版 厚生労働白書．厚生労働省；2006．
- 3) 日本医師会介護保険委員会．高齢者医療・介護において果たすべき医師・地域医師会の役割．2005．
- 4) 田城孝雄．第5章 在宅医療の普及阻害要因．保健・医療提供制度．東京：勁草書房；2006．pp. 103-118．
- 5) 神津仁．在宅医療の強化．医療白書 2006年度版 日本の医療の「未来像」：国民が真に求める医療を徹底追究．日本医療企画；2006．pp. 228-232．
- 6) 岩下清子，奥村元子，石田昌宏，野村陽子，神田裕二，皆川尚史．診療報酬(介護報酬)．東京：日本看護協会出版会；2004．
- 7) 医学通信社．診療点数早見表．東京：医学通信社；2006．
- 8) 米田勝一，庄子育子，久保俊介：在宅医療「在療診」のみ手厚い評価社会的入院の“受け皿”に．日経ヘルスケア21，2006；198：54-57．

- 9) 朝日新聞:在宅療養支援,整備に地域差 診療所
届け出,全国1万カ所 朝日新聞社調べ(2006年
10月22日朝刊).朝日新聞,2006.
- 10) 新潟県.第4次新潟県地域保健医療計画.新潟
県;2006.
- 11) 前沢政次.第6章居宅療養管理指導.三訂介護
支援専門員基本テキスト第2巻介護支援サービス
と介護サービス.東京:長寿社会開発センター;
2006. pp.87-198.
- 12) 日経ヘルスケア21:「在療診」の届け出予定はわ
ずか12%.日経ヘルスケア21,2006;198:17.
- 13) 太田貞司.地域ケアシステム.東京:有斐閣;
2003.

