

日医総研ワーキングペーパー

在宅医療の地域差について

—診療所調査結果（2016年11月実施）から—

No. 381

2017年6月8日

日本医師会総合政策研究機構

日本医師会保険医療部

在宅医療の地域差について－診療所調査結果（2016年11月実施）から－

日本医師会総合政策研究機構（日医総研） 前田由美子

公益社団法人日本医師会 保険医療部

キーワード

- ◆ 在宅療養支援診療所
- ◆ 訪問診療
- ◆ 今後の取り組み予定
- ◆ 在宅医療の負担
- ◆ 地域での課題

ポイント

- ◆ 日本医師会は2016年11月に「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」を実施した。本稿は、各地域で今後在宅医療を推進するための参考データを提供することを目的に、地域別に分析を行ったものである。
- ◆ 地域別に傾向が見られたが、あくまで本調査の結果であり、各地域固有の事情があることから、現場の実態をそのまま表すものではない。
- ◆ その上で示すと、東京は内科診療所が少なく、現在在宅医療を行っている診療所の割合は少ないが、在宅医療に新たに取り組みたいという診療所は多い、東北では全体的に在宅医療の負担感が強い、九州では介護施設の不足感は低い、看護職員の確保が大変－といった傾向が見られた。
- ◆ また、市部に比べて町村部では「24時間連絡を受けること」が大変であるという回答がかなり多い。近隣に診療所が少ないために連携が困難で、医師1人が背負っている可能性がある。「緊急時に入院できる病床の確保」が大変、「家族の介護力の確保」が重要という回答も多い。いわゆる老々介護や高齢者独居などで、受け皿の確保が不可欠になっているのではないかと推察される。

目 次

1. 分析方法	1
1.1. 趣旨.....	1
1.2. 地域区分.....	2
2. 基本情報	5
2.1. 診療科.....	5
2.2. 有床診療所.....	9
3. 在宅医療	12
3.1. 在宅療養支援診療所.....	12
3.2. 往診・訪問診療.....	15
3.3. 通院患者の在宅医療対応.....	18
3.4. 在宅医療への今後の取り組み.....	21
3.5. 在宅医療の負担.....	24
3.6. 地域での課題.....	27
4. まとめ	30

1. 分析方法

1.1. 趣旨

日本医師会は2016年11月に「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」を実施した。その結果は以下に公表済である。

「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果（2016年11月実施）」日医総研ワーキングペーパーNo.378, 2017年2月

<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP378.pdf>

本稿は、各地域で今後在宅医療を推進するための参考データを提供することを目的に、地域別に分析を行ったものである。

1.2. 地域区分

地域は、大分類（日本医師会の地域ブロック）、中分類、さらに市町村区分別に分類した（表 1.2.2）。

大分類の北海道、東北、九州、中分類の北関東、甲信、四国地方では町村が1割以上を占めている（表 1.2.1）。

表 1.2.1 地域区分別有効回答数

		有効 回答数	市町村区分別構成比(%)					計
			東京23区	政令指定 都市	中核市	その他 の市	町村	
大分類	北海道	33	-	39.4	27.3	21.2	12.1	100.0
	東北	86	-	14.0	26.7	46.5	12.8	100.0
	関東甲信越	358	-	26.0	10.9	56.1	7.0	100.0
	東京	151	72.2	-	4.0	23.2	0.7	100.0
	中部	245	-	24.9	15.1	54.3	5.7	100.0
	近畿	338	-	34.6	25.1	37.9	2.4	100.0
	中国四国	181	-	16.0	27.6	50.8	5.5	100.0
	九州	211	-	30.3	19.4	39.8	10.4	100.0
全国		1,603	6.8	24.3	18.1	44.9	5.9	100.0
中分類	北海道	33	-	39.4	27.3	21.2	12.1	100.0
	東北	86	-	14.0	26.7	46.5	12.8	100.0
	北関東	86	-	0.0	24.4	64.0	11.6	100.0
	南関東	205	-	42.0	6.8	46.8	4.4	100.0
	東京	151	72.2	-	4.0	23.2	0.7	100.0
	甲信	41	-	0.0	9.8	78.0	12.2	100.0
	東海	196	-	31.1	10.2	52.6	6.1	100.0
	北陸	75	-	9.3	22.7	64.0	4.0	100.0
	近畿	338	-	34.6	25.1	37.9	2.4	100.0
	中国	110	-	26.4	20.0	51.8	1.8	100.0
	四国	71	-	0.0	39.4	49.3	11.3	100.0
	九州	211	-	30.3	19.4	39.8	10.4	100.0
	全国		1,603	6.8	24.3	18.1	44.9	5.9

表 1.2.2 地域区分

大分類	中分類	都道府県	政令指定都市		中核市(人口20万人以上)
				人口	
北海道	北海道	北海道	札幌市	1,952,356	旭川市、函館市
東北	東北	青森県			青森市、八戸市
		岩手県			盛岡市
		宮城県	仙台市	1,082,159	
		秋田県			秋田市
		山形県			
		福島県			郡山市、いわき市
関東甲信越	北関東	茨城県			
		栃木県			宇都宮市
		群馬県			前橋市、高崎市
	南関東	埼玉県	さいたま市	1,263,979	川越市、越谷市
		千葉県	千葉市	971,882	船橋市、柏市
		神奈川県	横浜市	3,724,844	横須賀市
			川崎市	1,475,213	
		相模原市	720,780		
	北陸	新潟県	新潟市	810,157	
	甲信	山梨県			
長野県				長野市	
東京		東京都			八王子市
中部	北陸	富山県			富山市
		石川県			金沢市
		福井県			
		岐阜県			岐阜市
	東海	静岡県	静岡市	704,989	
			浜松市	797,980	
		愛知県	名古屋市	2,295,638	豊田市、豊橋市、岡崎市
	三重県				
近畿	近畿	滋賀県			大津市
		京都府	京都市	1,475,183	
		大阪府	大阪市	2,691,185	高槻市、東大阪市、豊中市、枚方市
			堺市	839,310	
		兵庫県	神戸市	1,537,272	姫路市、西宮市、尼崎市
		奈良県			奈良市
和歌山県			和歌山市		
中国四国	中国	鳥取県			
		島根県			
		岡山県	岡山市	719,474	倉敷市
		広島県	広島市	1,194,034	福山市、呉市
	山口県			下関市	
	四国	徳島県			
		香川県			高松市
		愛媛県			松山市
高知県				高知市	
九州	九州	福岡県	北九州市	961,286	久留米市
			福岡市	1,538,681	
		佐賀県			
		長崎県			長崎市、佐世保市
		熊本県	熊本市	740,822	
		大分県			大分市
		宮崎県			宮崎市
		鹿児島県			鹿児島市
沖縄県			那覇市		

*人口は総務省「平成27年 国勢調査」による

国勢調査の結果から、高齢化率（65歳以上人口比率）を示す。地域大分類では北海道、東北、中国四国で高齢化率が29%台である（図1.2.1）。中分類レベルでは、四国は30%を超えており、甲信地方、北陸地方が29%台である（図1.2.2）。

図 1.2.1 地域大分類・高齢化率（2015年・65歳以上人口比率）

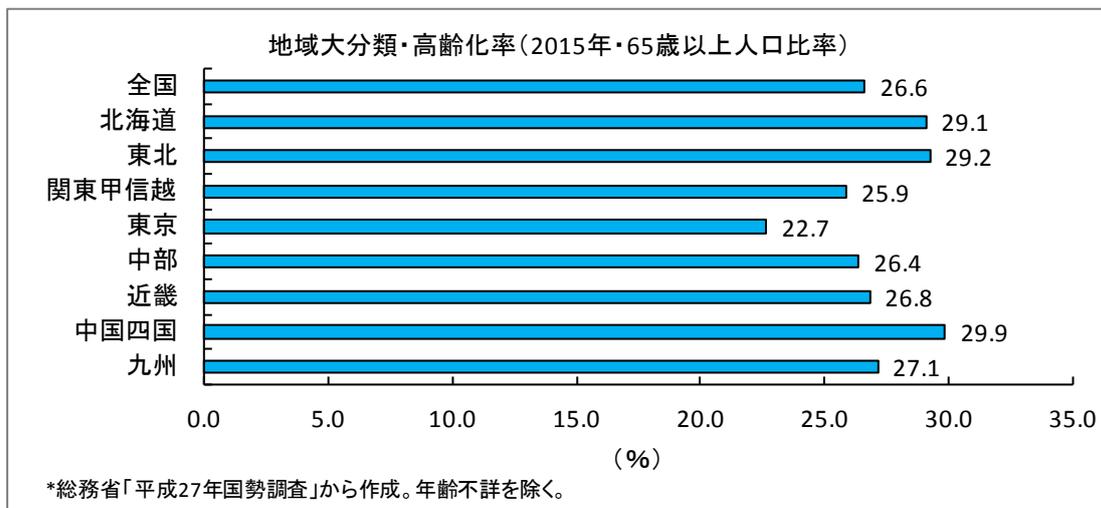
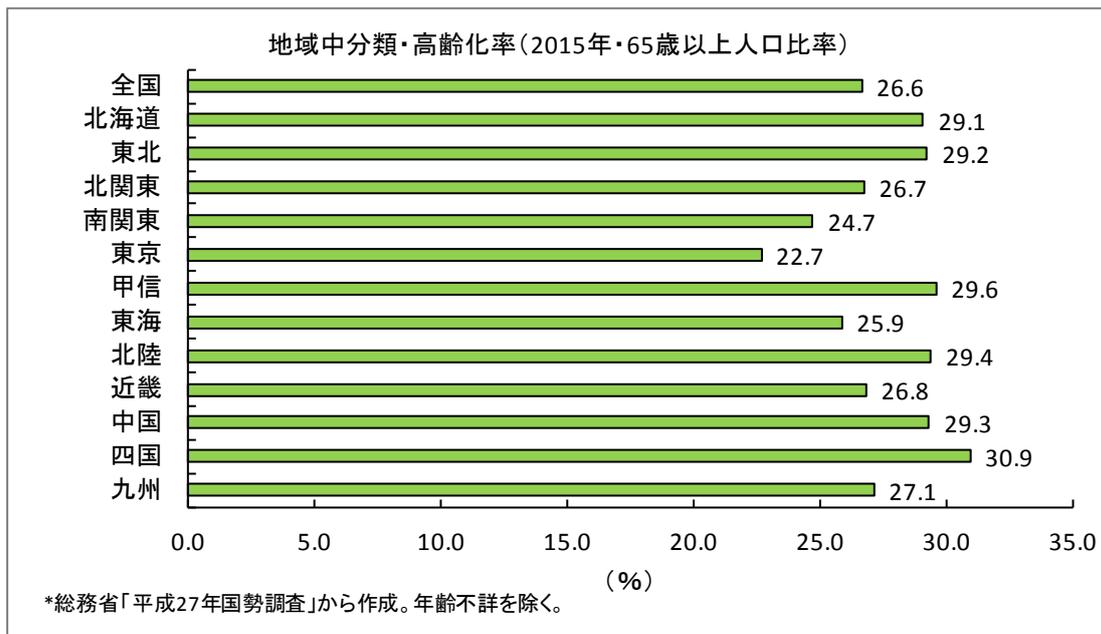
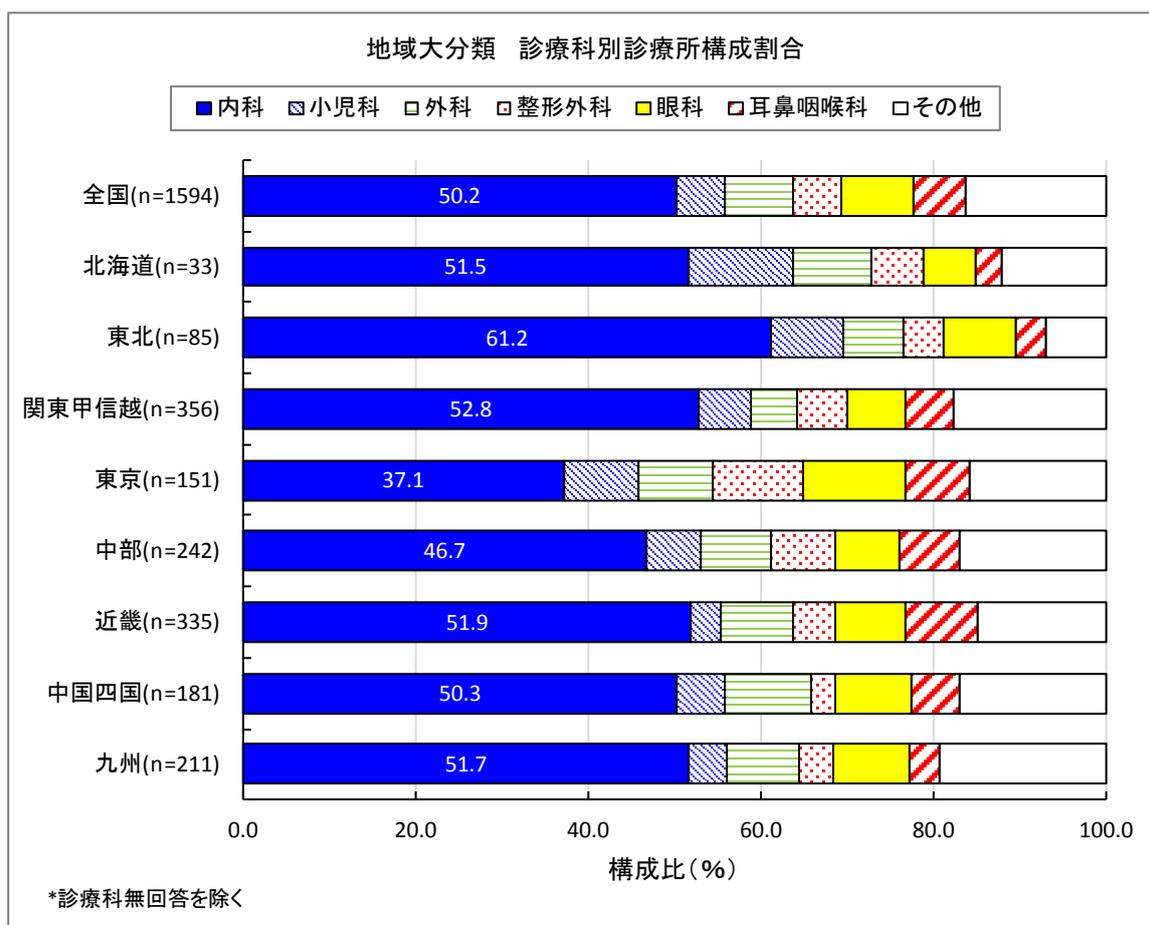


図 1.2.2 地域中分類・高齢化率（2015年・65歳以上人口比率）



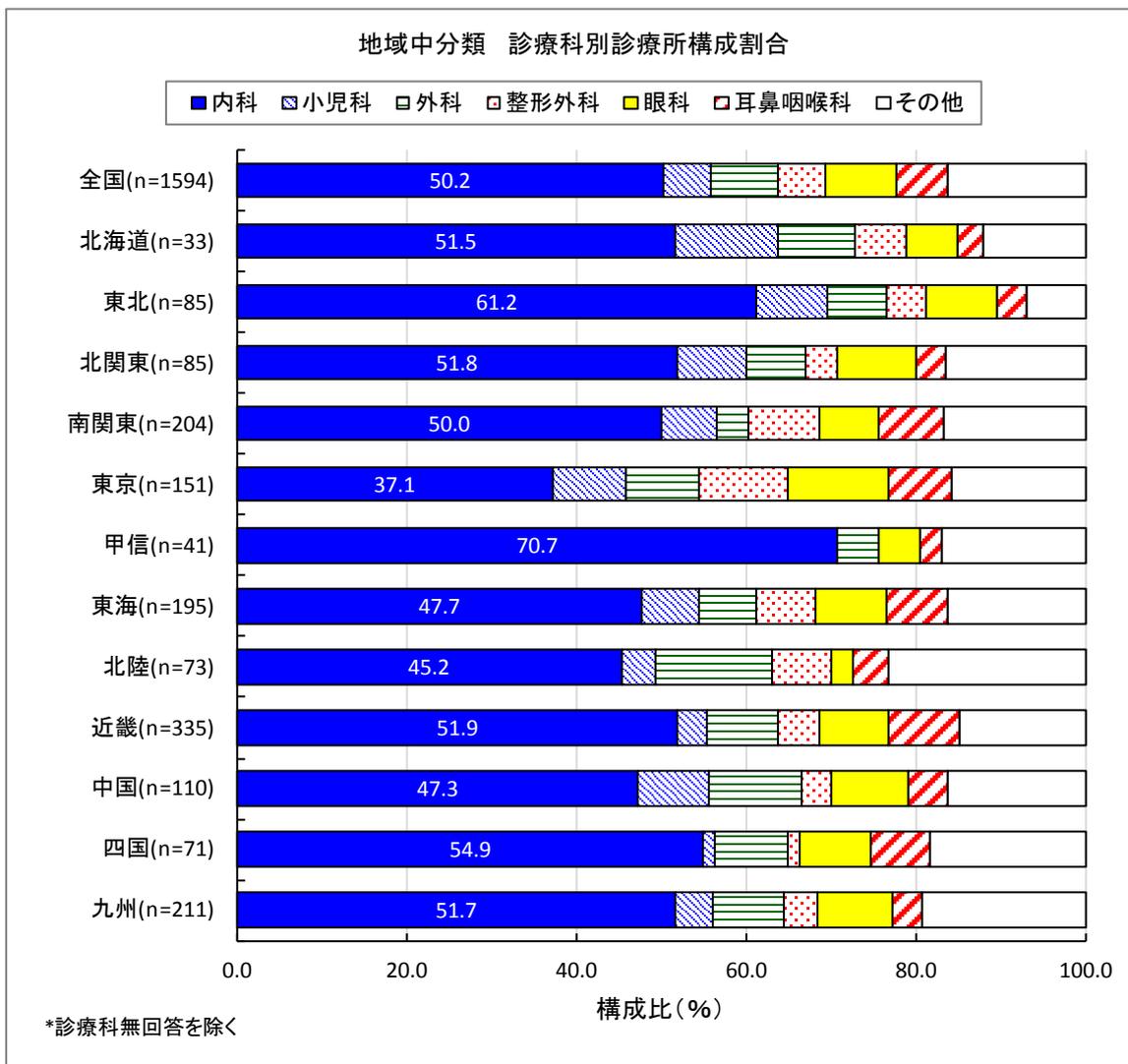
本調査では、地域大分類の東北で内科診療所の割合が高く、東京で内科診療所の割合が低かった（図 2.1.2）。

図 2.1.2 地域大分類 診療科別診療所構成割合



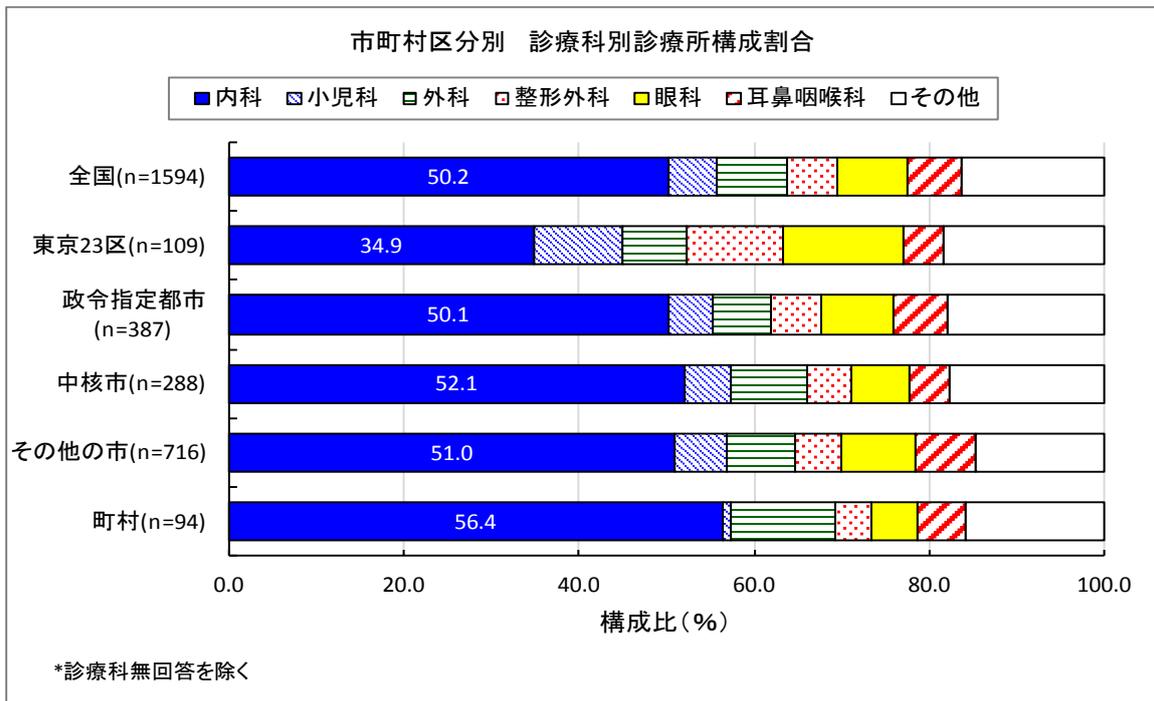
中分類では、甲信地方で内科診療所の割合が高かった（図 2.1.3）。

図 2.1.3 地域中分類 診療科別診療所構成割合



市町村区分別では、東京 23 区で内科診療所の割合が低かった。東京 23 区では診療科が専門分化していることがうかがえる。町村では内科、外科診療所の割合がやや高かった（図 2.1.4）。

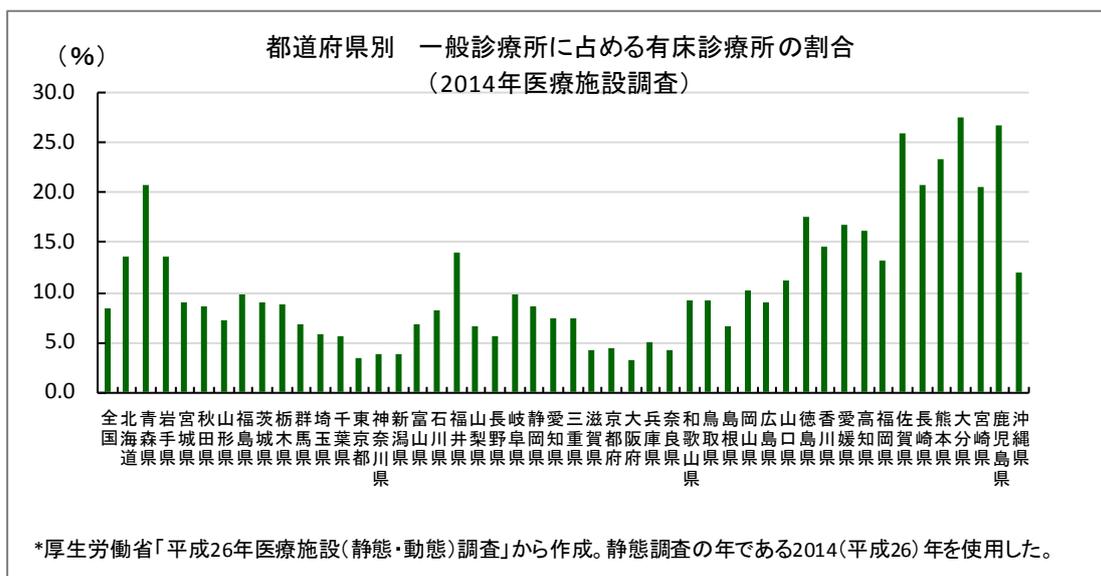
図 2.1.4 市町村区分別 診療科別診療所構成割合



2.2. 有床診療所

全国の実態では、青森県、福岡県および沖縄県を除く九州で、一般診療所に占める有床診療所の割合が20%を超えている（図 2.2.1）。

図 2.2.1 都道府県別 一般診療所に占める有床診療所の割合(2014年医療施設調査)



本調査では北海道、九州で有床診療所の割合が高かった（図 2.2.2）。

図 2.2.2 地域大分類 一般診療所に占める有床診療所の割合（本調査）

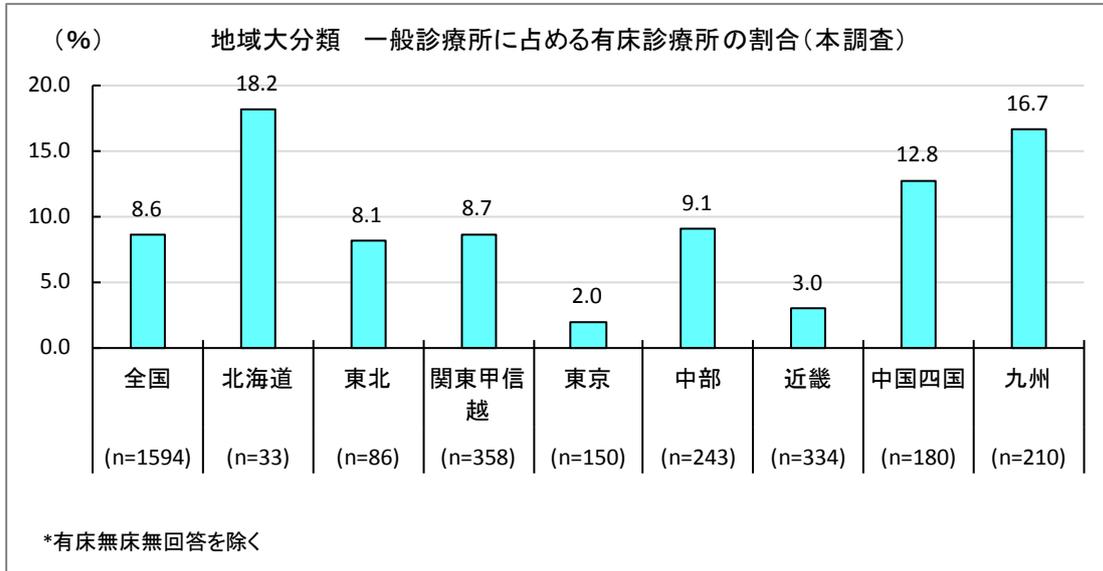
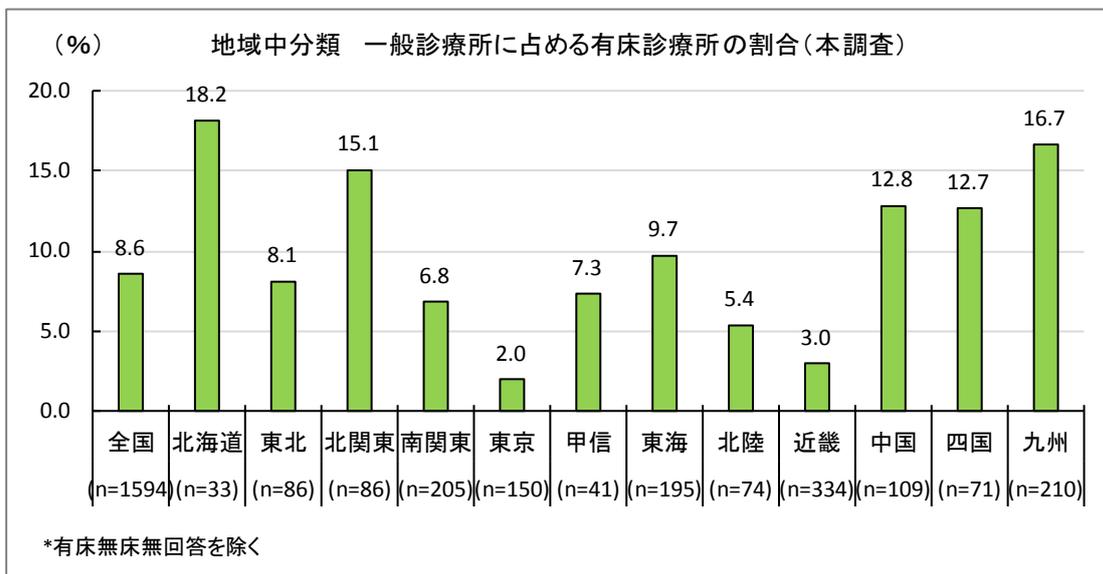
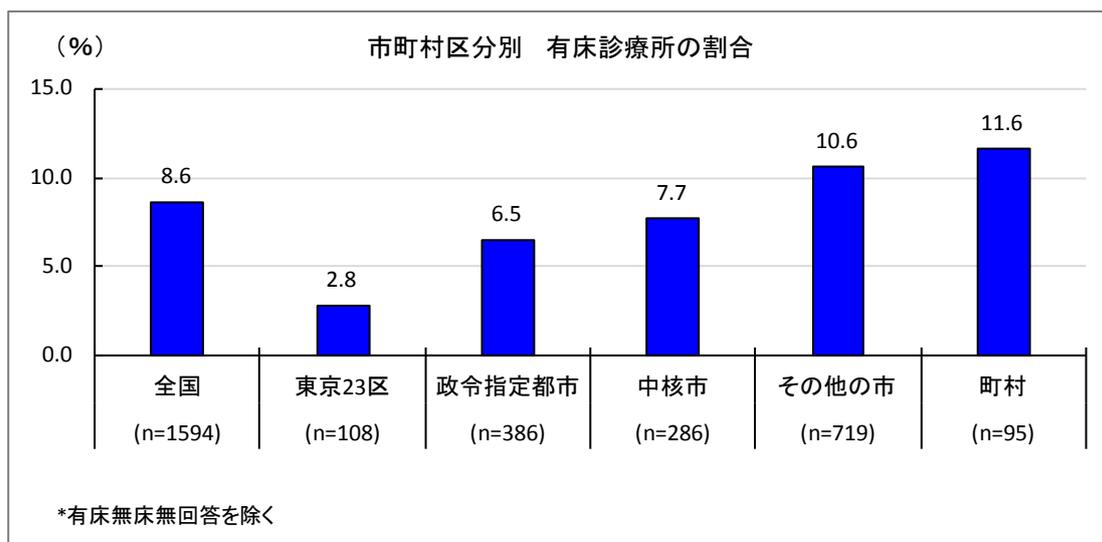


図 2.2.3 地域中分類 一般診療所に占める有床診療所の割合（本調査）



市町村区分別では、有床診療所の割合は都市部で低く、町村、その他の市で高かった（図 2.2.4）。

図 2.2.4 市町村区分別 有床診療所の割合

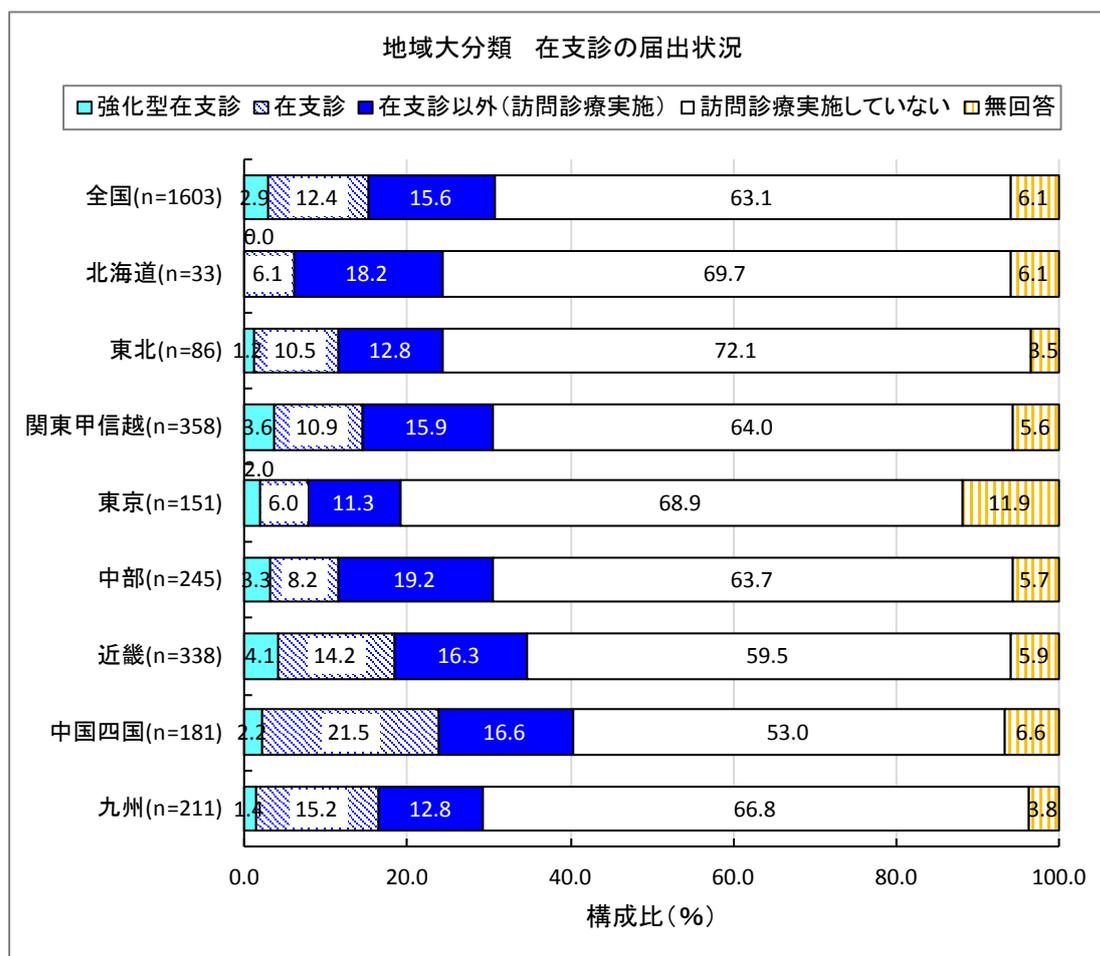


3. 在宅医療

3.1. 在宅療養支援診療所

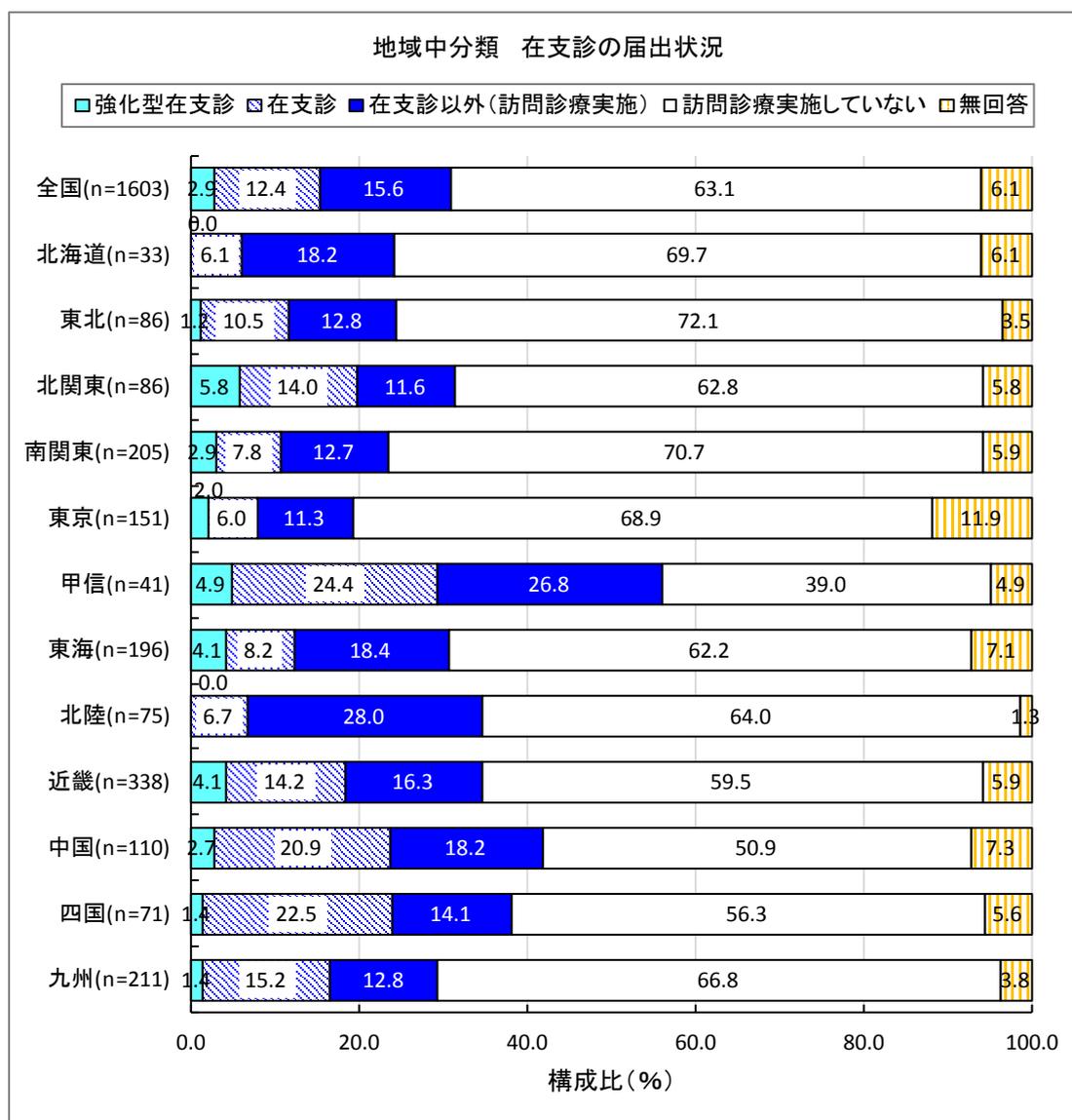
在宅療養支援診療所（在支診）の届出割合は中国四国、近畿が多かった。また、近畿、中国四国、九州では訪問診療を実施している診療所の半数以上が在支診であった（図 3.1.1）。

図 3.1.1 地域大分類 在支診の届出状況



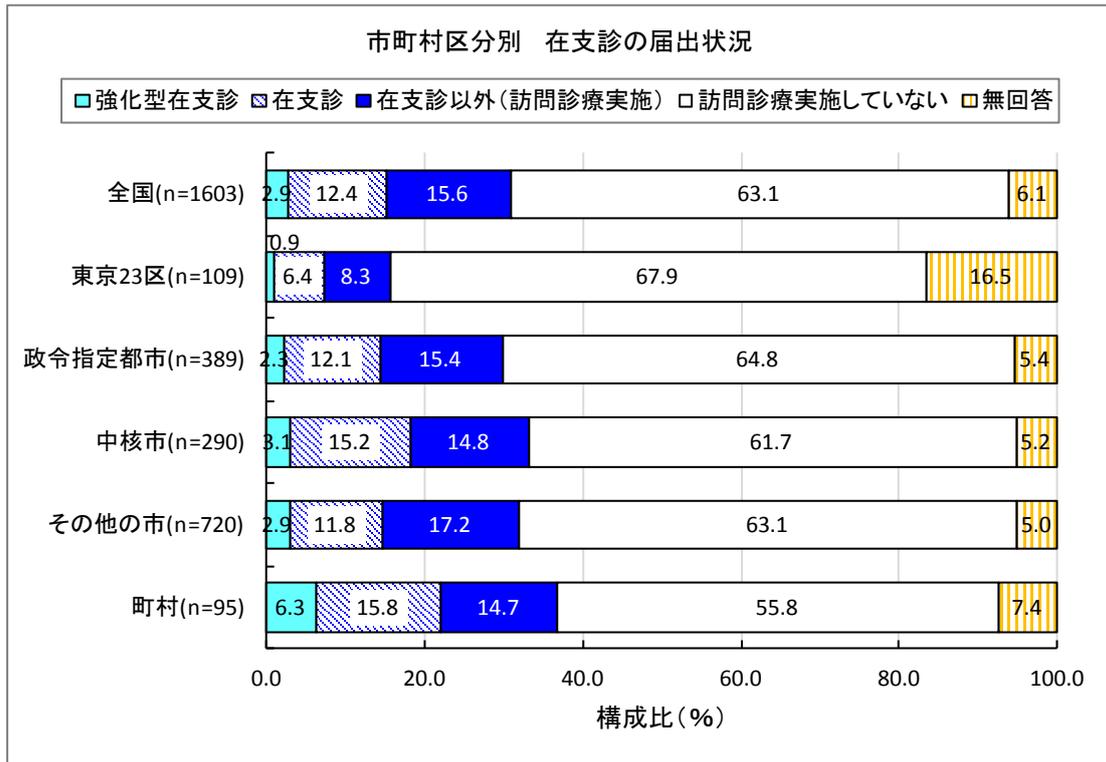
地域中分類では甲信地方で、在支診および訪問診療を実施している診療所が多い（図 3.1.2）。前述したように甲信地方では内科診療所の割合が高い。

図 3.1.2 地域中分類 在支診の届出状況



市町村区分別では、東京 23 区で在支診の割合が低かったほかは、特に傾向は見られなかった（図 3.1.3）。

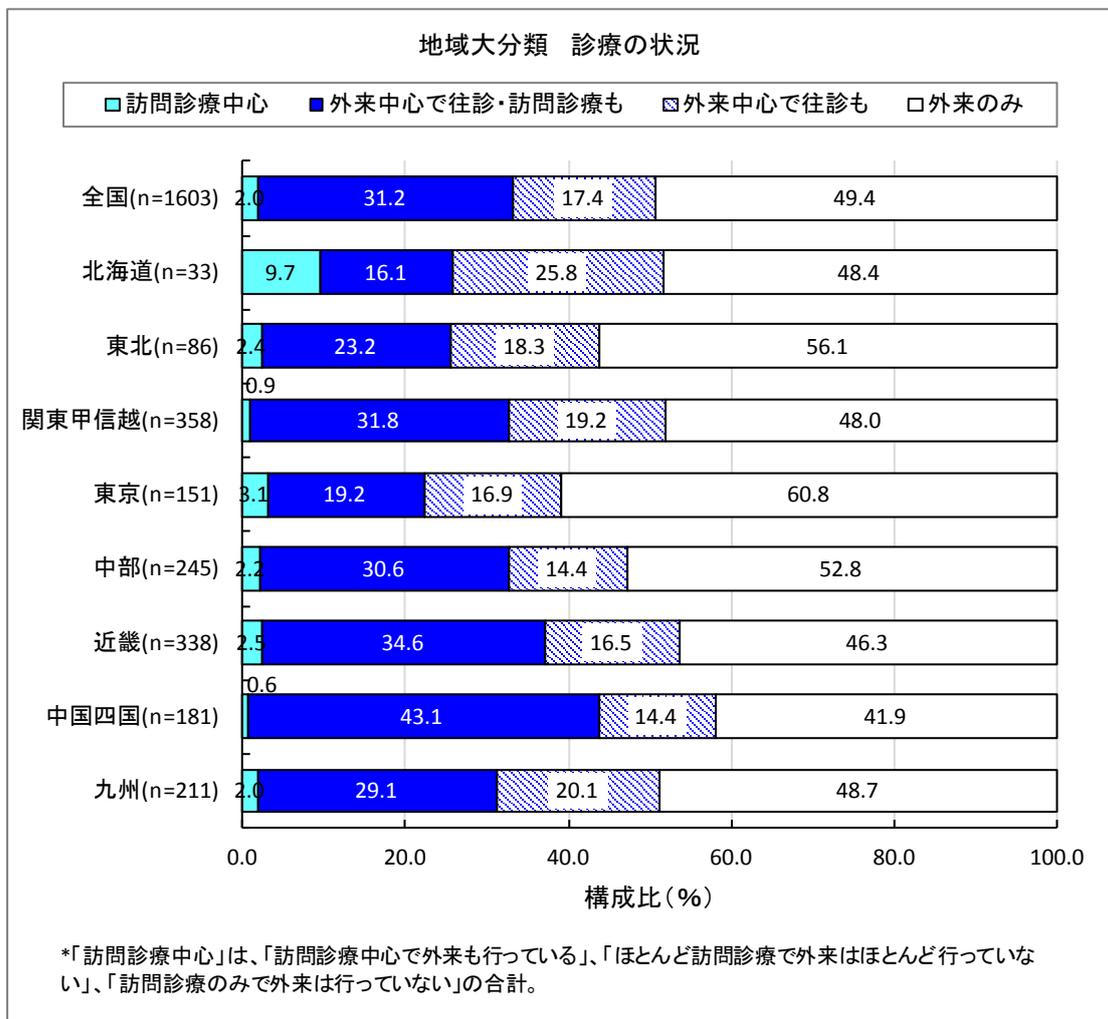
図 3.1.3 市町村区分別 在支診の届出状況



3.2. 往診・訪問診療

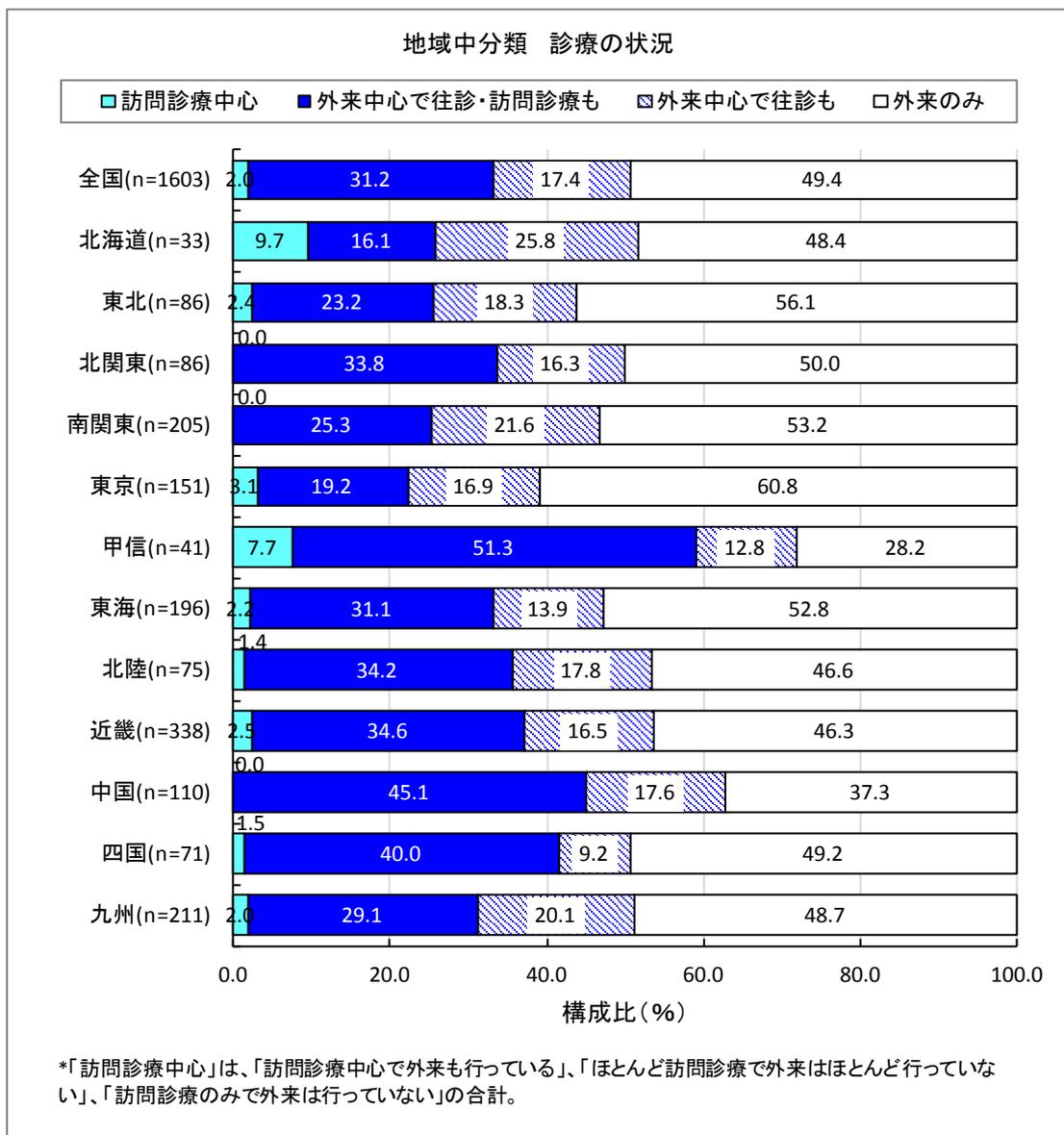
地域大分類では、訪問診療を行う診療所（訪問診療中心＋外来中心で往診・訪問診療も）の割合は中国四国でもっとも高く、東京でもっとも低かった。往診を行う診療所（外来中心で往診も）を加えた割合も中国四国でもっとも高く、東北、東京で低かった（図 3.2.1）。

図 3.2.1 地域大分類 診療の状況



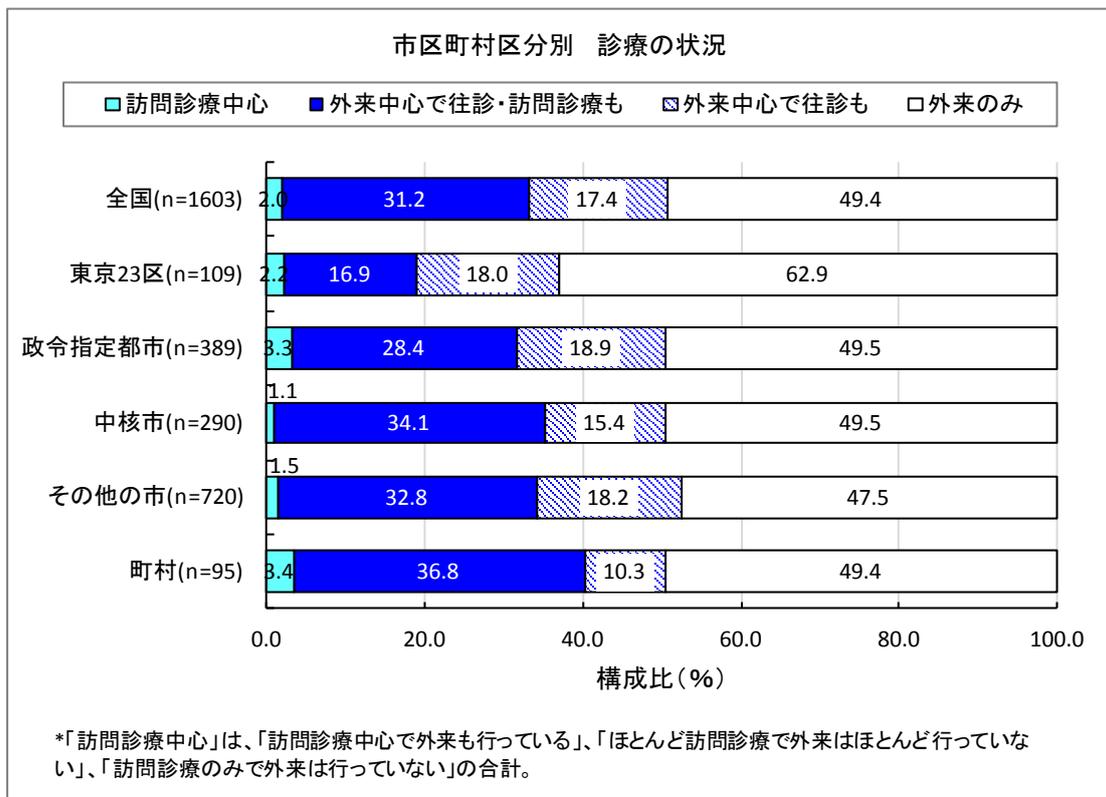
地域中分類では、内科診療所からの回答が多かった甲信地方で訪問診療実施割合（訪問診療中心＋外来中心で往診・訪問診療も）が高いが、その次では、中国地方で訪問診療を実施している診療所が半数近い（図 3.2.2）。

図 3.2.2 地域中分類 診療の状況



市町村区分別では、訪問診療を行う診療所（訪問診療中心＋外来中心で往診・訪問診療も）の割合は町村で高く、東京 23 区で低かった。往診を行う診療所（外来中心で往診も）を加えた割合は、東京 23 区で低かったほかは、特に傾向は見られなかった（図 3.2.3）。

図 3.2.3 市町村区分別 診療の状況



3.3. 通院患者の在宅医療対応

通院患者に在宅医療が必要になったときの対応について、地域大分類の東京で、自院で対応（自院単独＋自院中心で他院と連携）するという回答が少なかった（図 3.3.1）。

図 3.3.1 地域大分類 通院患者に在宅医療が必要になったときの対応

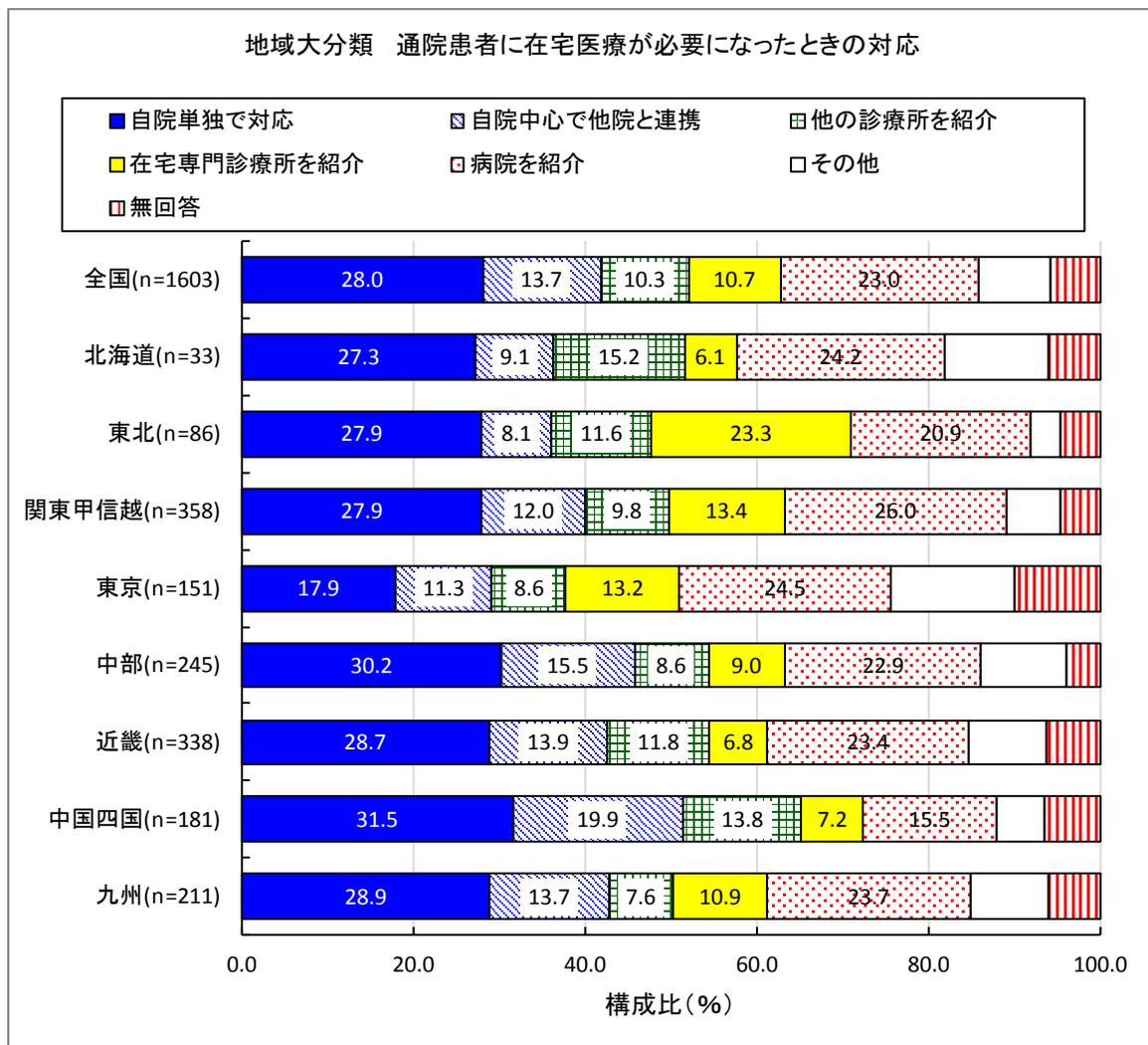
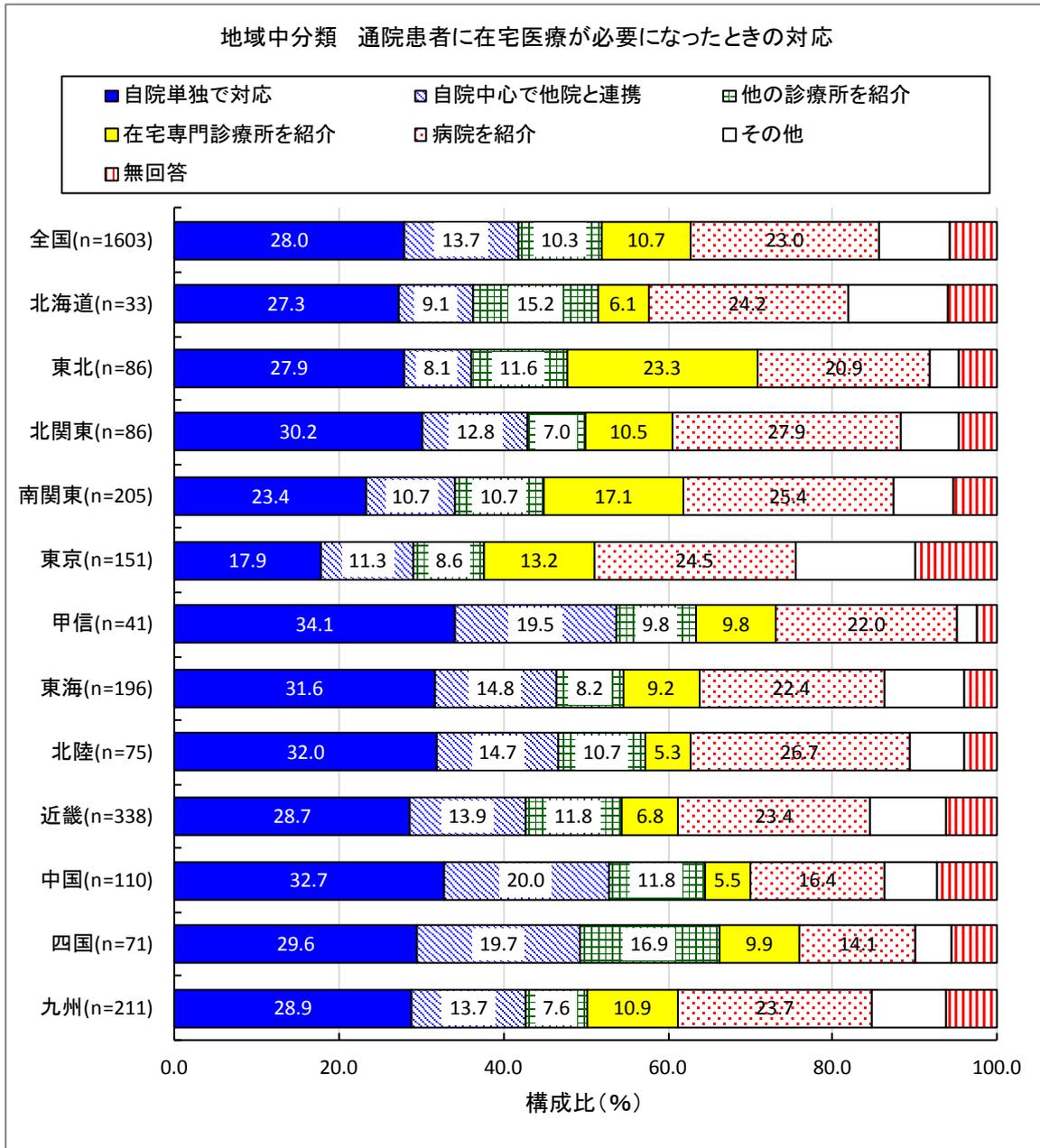
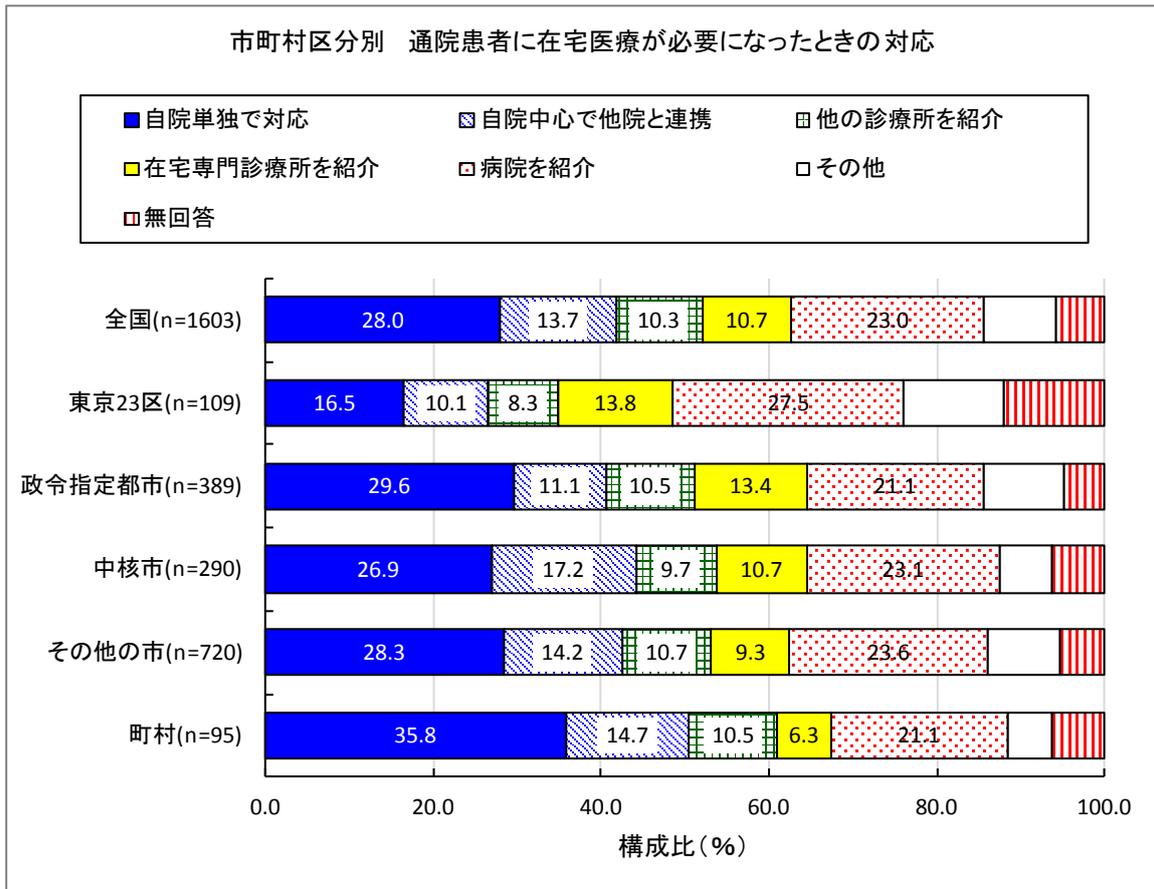


図 3.3.2 地域中分類 通院患者に在宅医療が必要になったときの対応



市町村区分別では、町村で「自院単独で対応する」という回答が多かった（図 3.3.3）。

図 3.3.3 市町村区分別 通院患者に在宅医療が必要になったときの対応

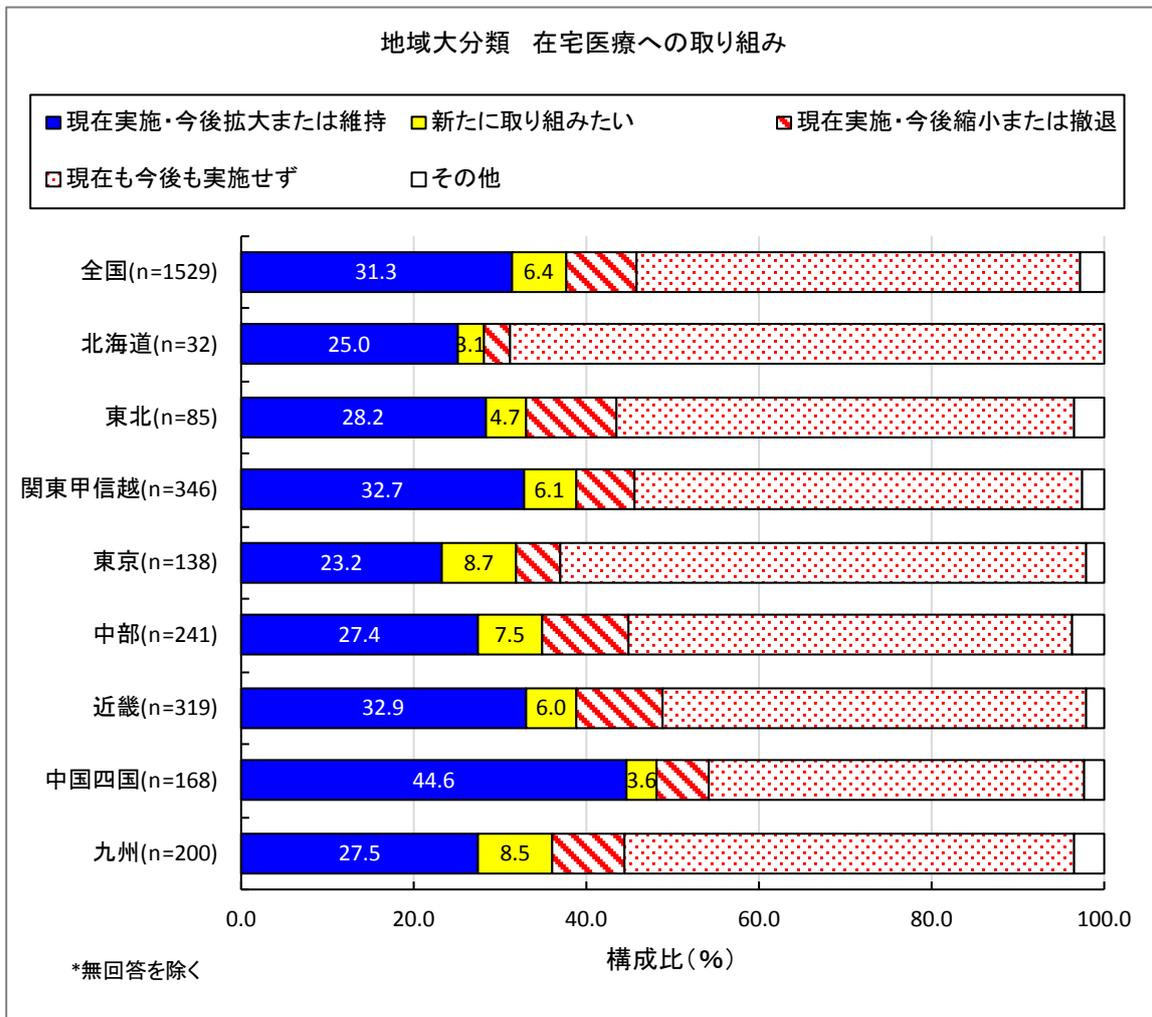


3.4. 在宅医療への今後の取り組み

地域大分類では、中国四国で「現在実施しており今後拡大または維持する」という回答が多かった。東京、九州では、「現在は在宅医療を行っていないが新たに取り組みたい」という回答が多かった（図 3.4.1）。

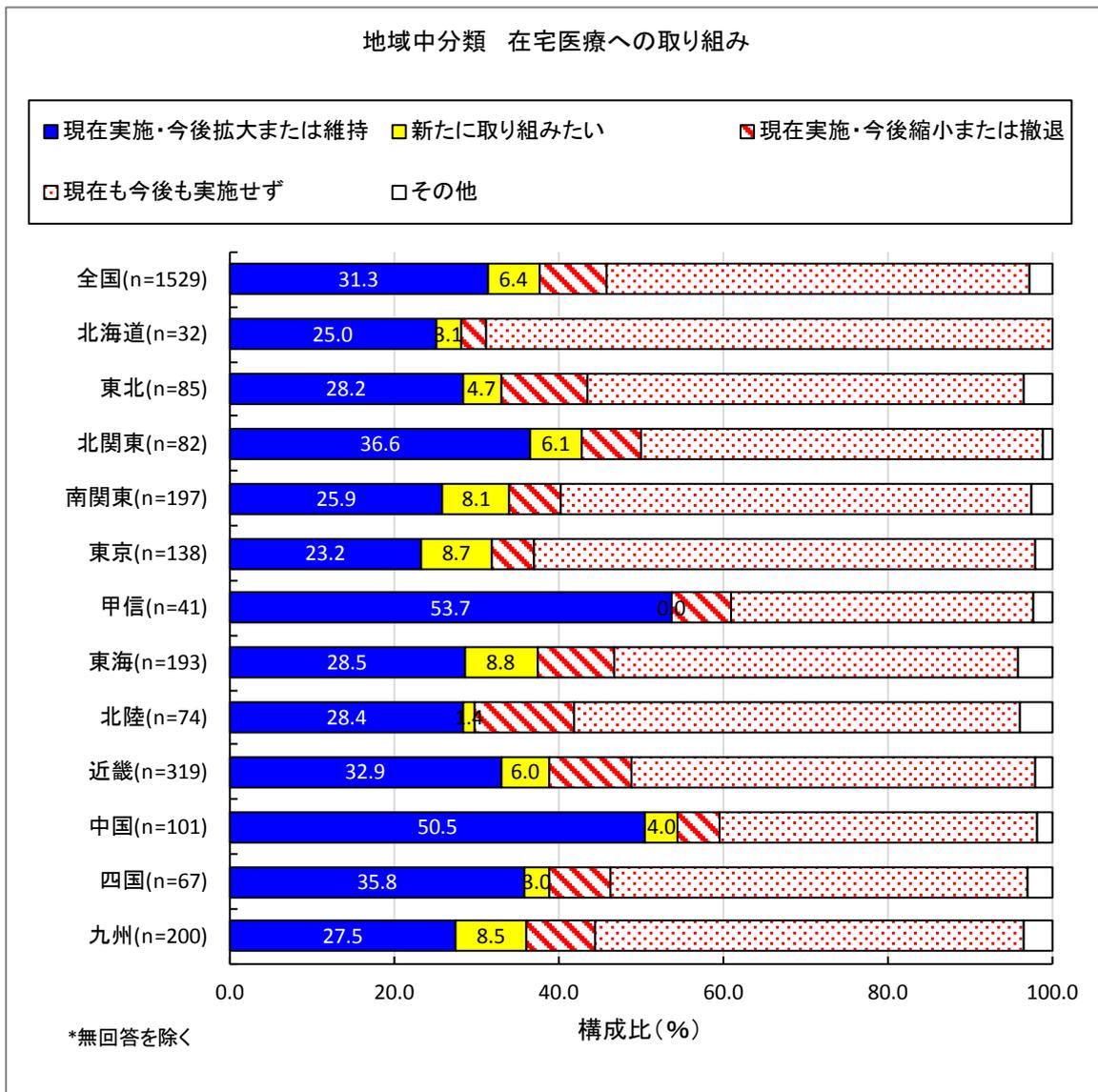
北海道は在宅医療に取り組んでいる、または新たにに取り組むという回答が少ないが、地理的な事情もあるのではないかと推察される。

図 3.4.1 地域大分類 在宅医療への取り組み



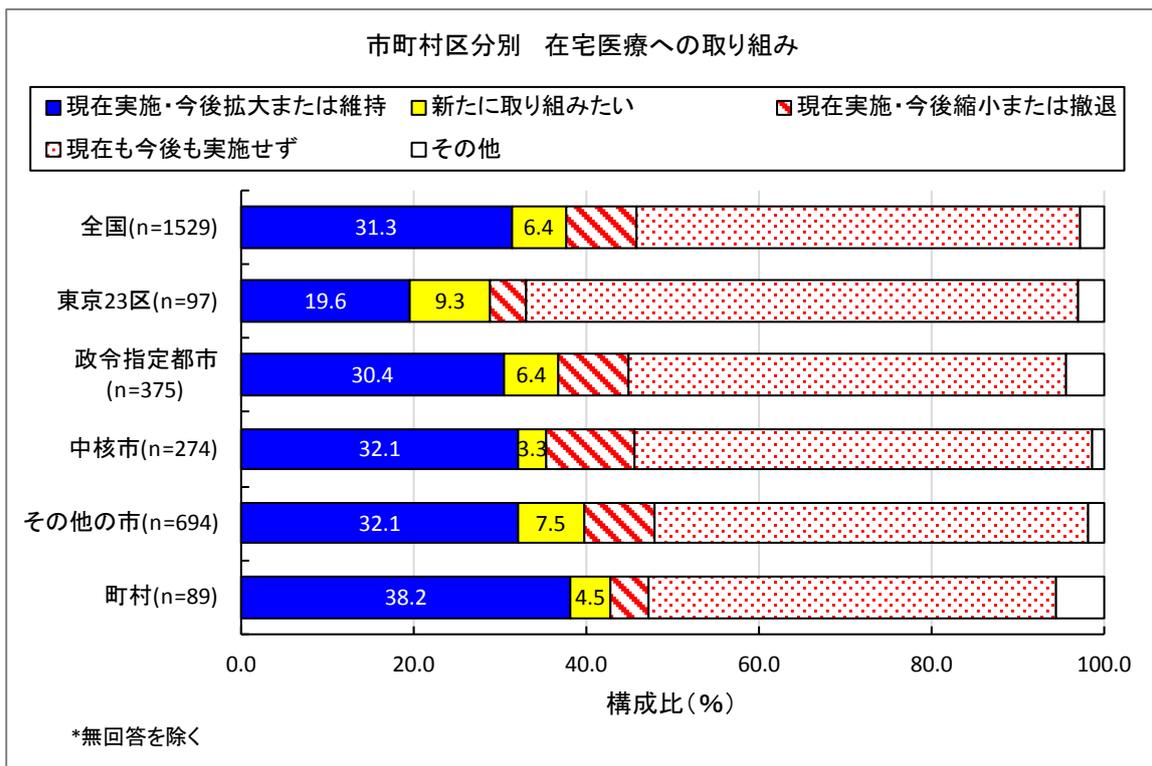
地域中分類では、「現在実施しており今後拡大または維持する」という診療所の割合は、内科診療所からの回答が多かった甲信地方で高く、次いで中国地方が高い（図 3.4.2）。

図 3.4.2 地域中分類 在宅医療への取り組み



市町村区分別では、東京 23 区で「現在実施しており今後拡大または維持する」という回答は少なかったが、「現在は在宅医療を行っていないが新たに取り組みたい」という回答がやや多かった（図 3.4.3）。

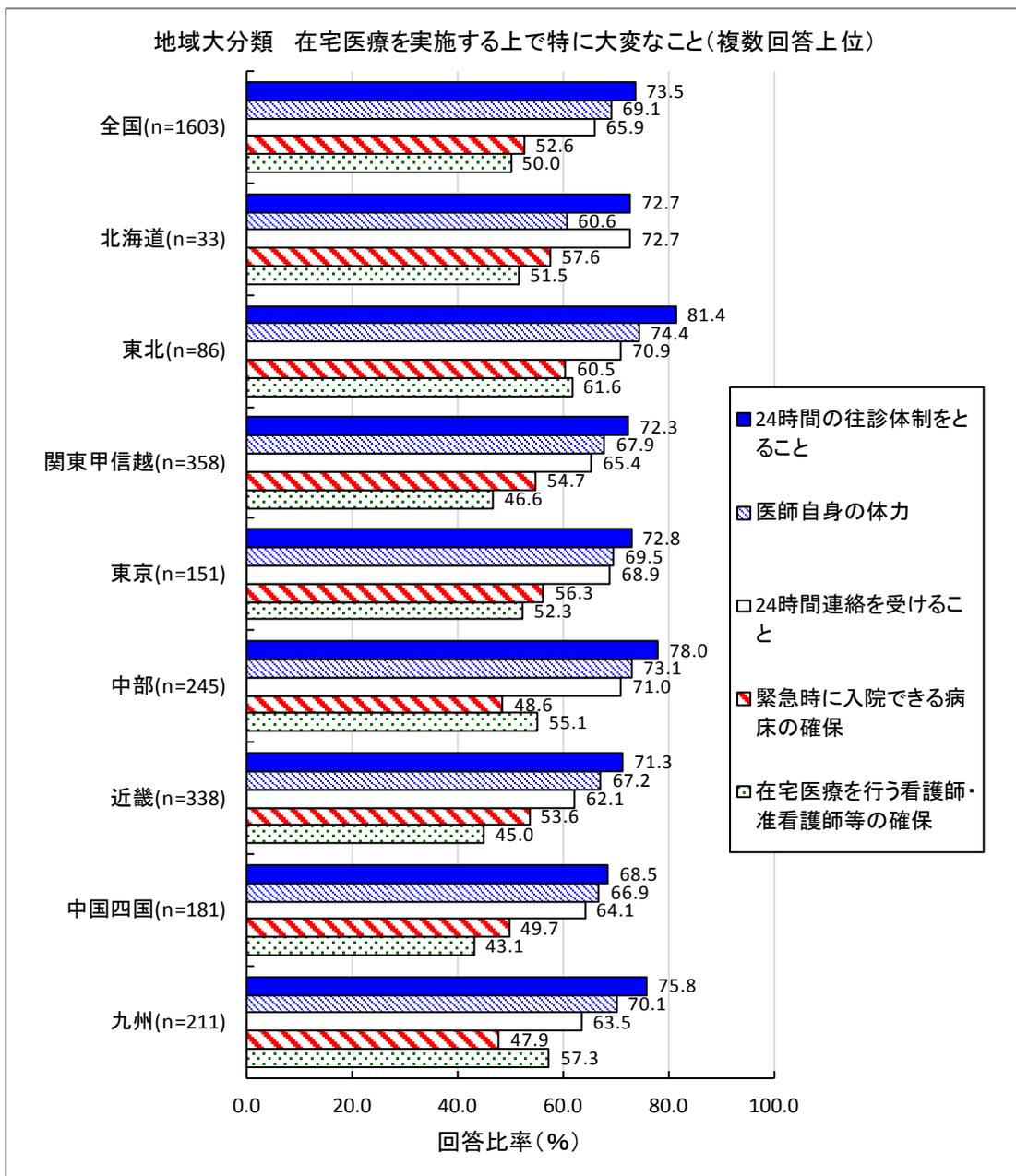
図 3.4.3 市町村区分別 在宅医療への取り組み



3.5. 在宅医療の負担

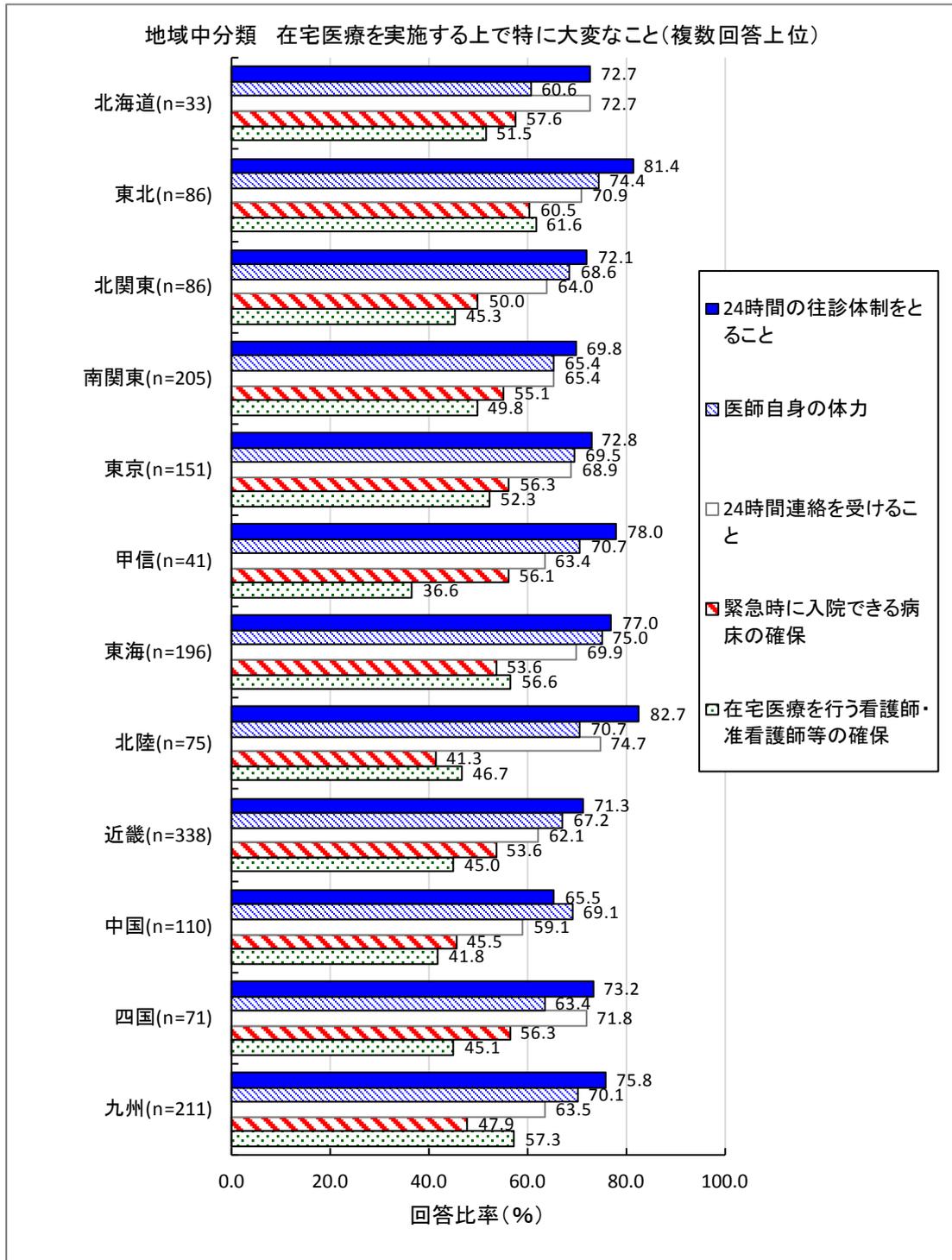
もっとも負担感が強いのは 24 時間の往診体制であった。地域大分類では、東北で他の項目も含め全体的に負担感が強い。中部も比較的負担感が強い。緊急時に入院できる病床の確保は北海道と東北で「大変」という回答が多く、看護職員の確保は東北と九州で「大変」という回答が多い（図 3.5.1）。

図 3.5.1 地域大分類 在宅医療を実施する上で特に大変なこと（複数回答上位）



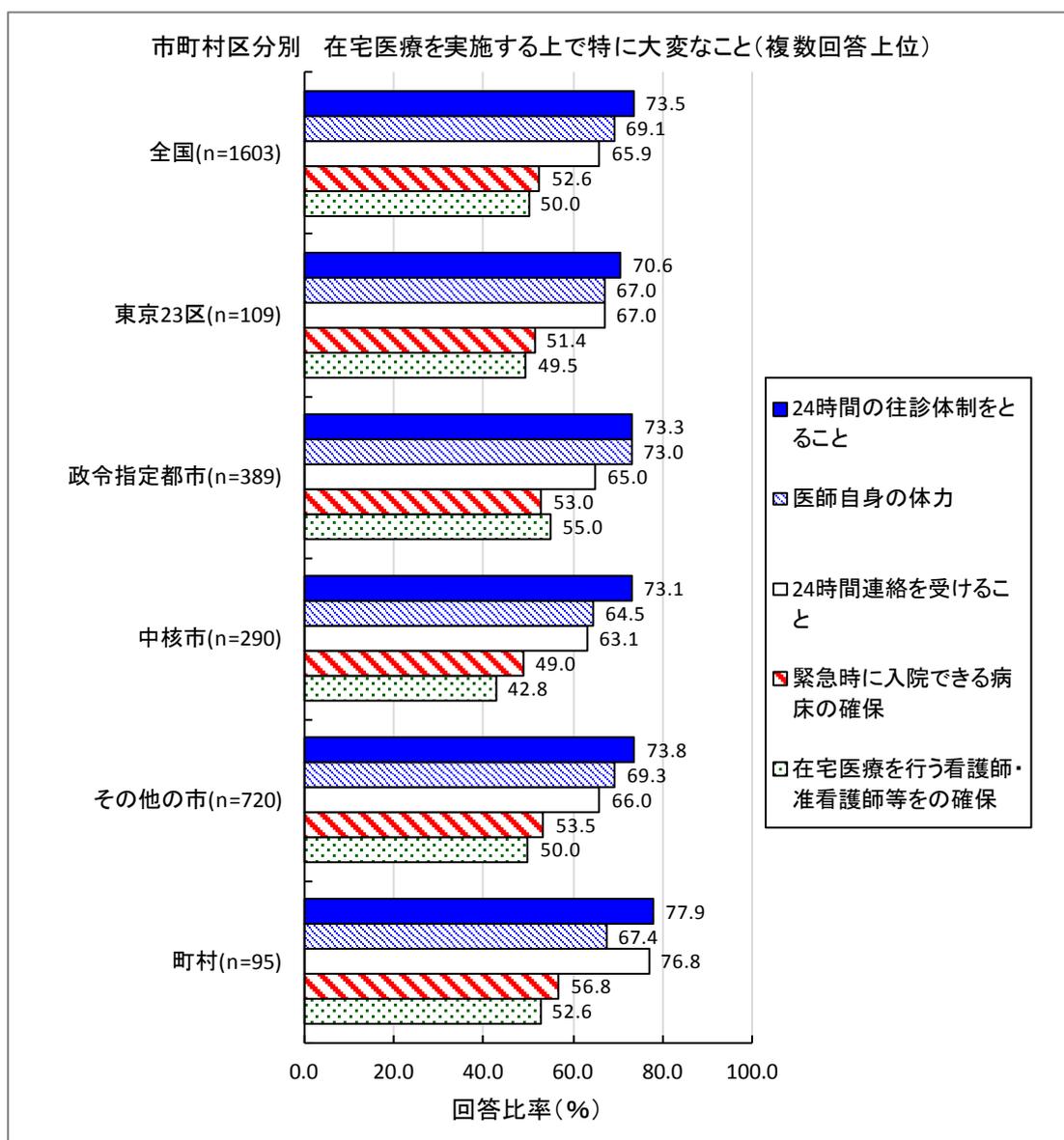
中国地方では24時間往診体制への負担感がやや低い(図3.5.2)。

図3.5.2 地域中分類 在宅医療を実施する上で特に大変なこと(複数回答上位)



市町村区分別では、町村で 24 時間連絡体制の負担感が強い。緊急時に入院できる病床の確保は町村で「大変」という回答が多く、看護職員の確保は政令指定都市、町村で「大変」という回答が多い（図 3.5.3）。

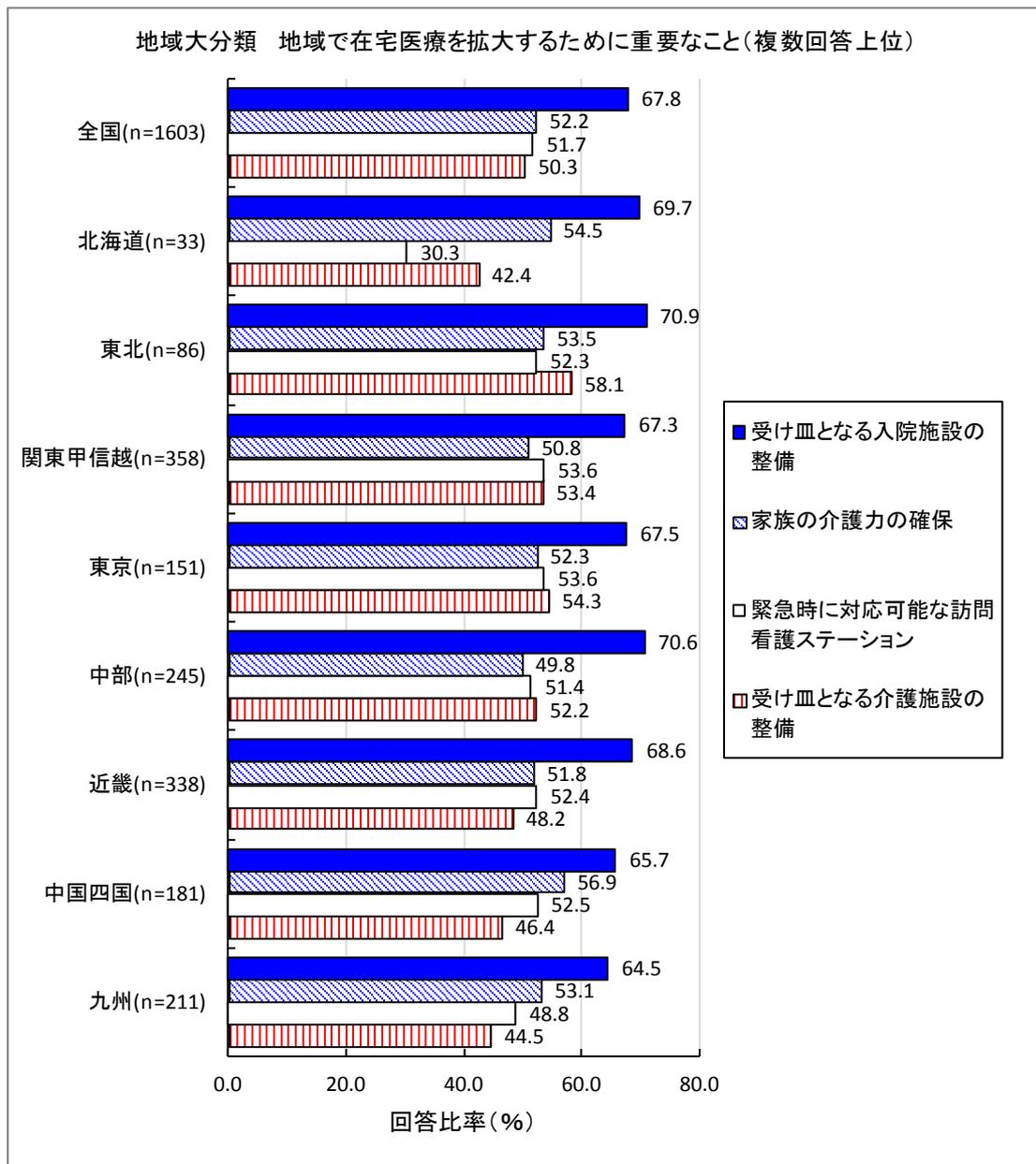
図 3.5.3 市町村区分別 在宅医療を実施する上で特に大変なこと（複数回答上位）



3.6. 地域での課題

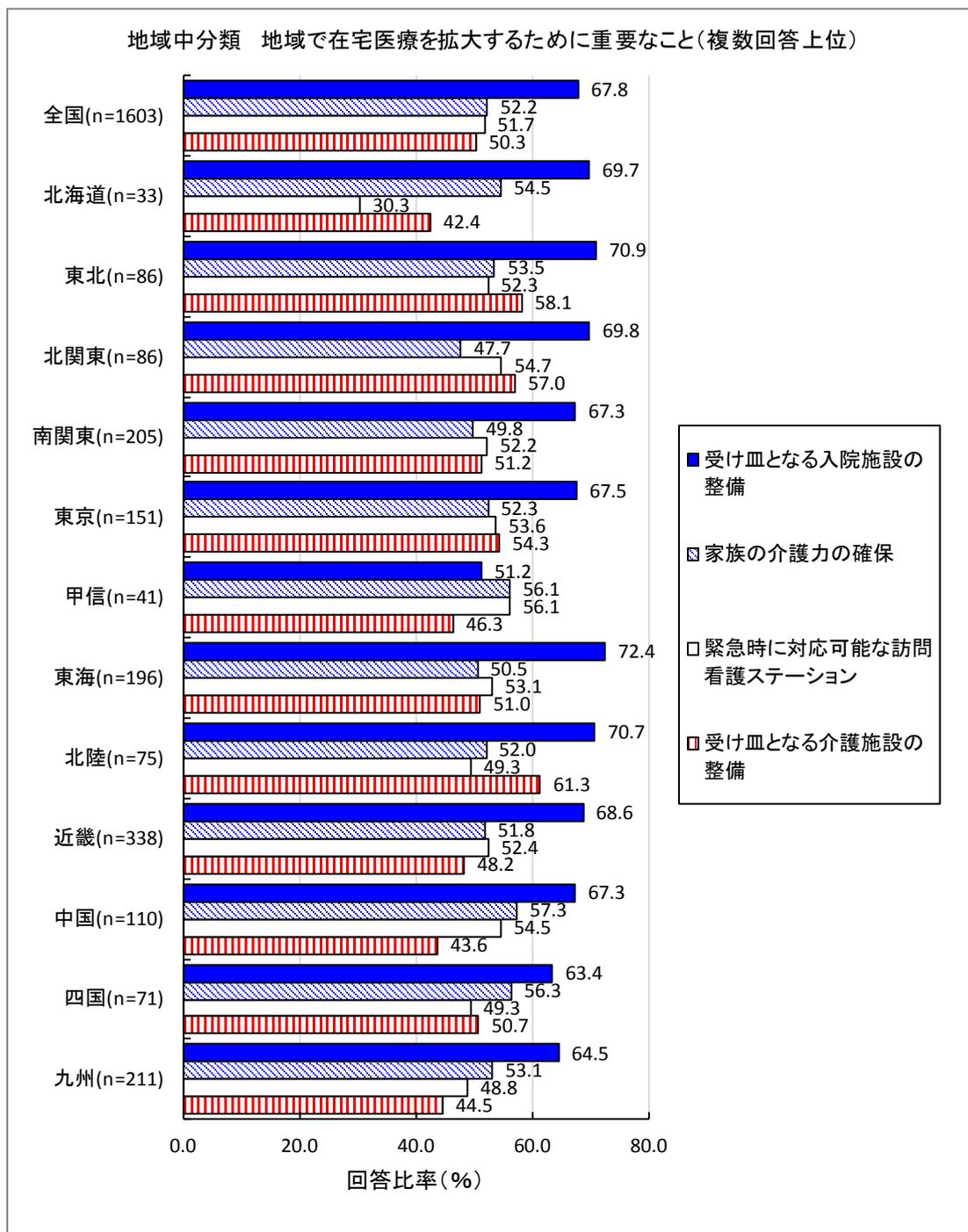
全国的にもっとも回答が多いのは、「受け皿となる入院施設の整備」である。地域大分類では、東北で介護施設の整備が重要という回答も多かった。北海道では訪問看護ステーションや介護施設の整備が必要という回答が少なかった。中国四国、九州でも介護施設の不足感がやや低かった（図 3.6.1）。

図 3.6.1 地域大分類 地域で在宅医療を拡大するために重要なこと（複数回答上位）



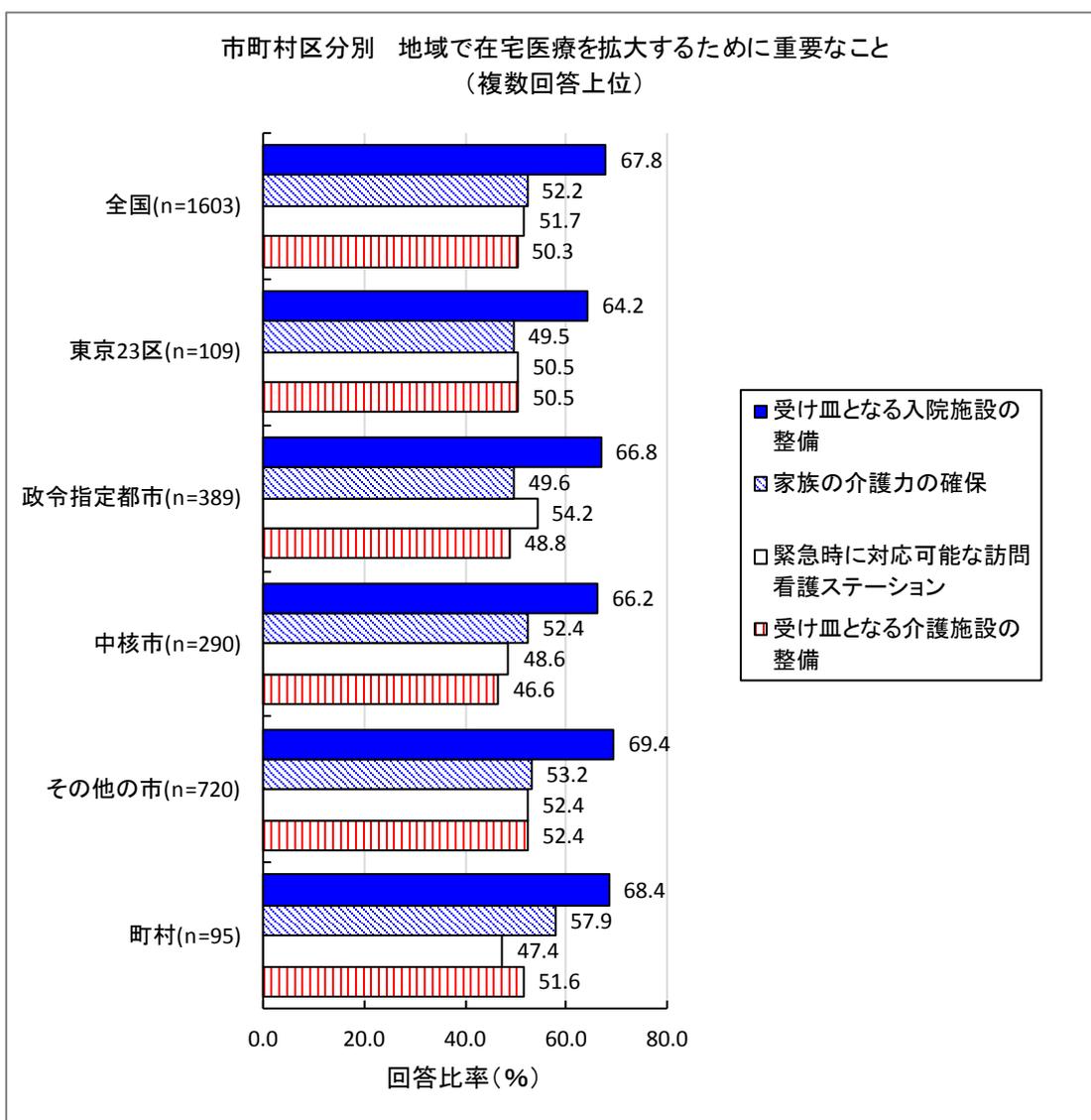
「受け皿となる入院施設の整備」は東海地方、東北地方、北陸地方で高かった（図 3.6.2）。

図 3.6.2 地域中分類 地域で在宅医療を拡大するために重要なこと（複数回答上位）



市町村区分別では、町村で「家族の介護力の確保」が重要という回答が多かった（図 3.6.3）。

図 3.6.3 市町村区分別 地域で在宅医療を拡大するために重要なこと
（複数回答上位）



4. まとめ

各地域別に以下のような傾向が見られたが、あくまで本調査の結果であり、各地域固有の事情があることから、現場の実態をそのまま表すものではない。コメントは筆者所感である。

【地域別】

● 北海道

現在在宅医療に取り組んでいる、新たに取り組むという回答が少ない。地理的な事情もあるのではないかと推察される。

● 東北

訪問診療や往診を行っている診療所割合がやや低かった。他と比べて全体的に在宅医療の負担感が強く、特に「緊急時に入院できる病床の確保」、「在宅医療を行う看護師・准看護師等の確保」が負担である。また家族の介護力の確保が課題となっている。

● 関東甲信越

北関東・南関東：北関東は地方型（在宅医療への取り組みが比較的多い）、南関東は東京に近い傾向であった。

甲信：訪問診療の実施割合が高かった（内科診療所が多いことも背景にある）。

北陸：「受け皿となる入院施設の整備」が重要との回答が多い。

● 東京

内科診療所が少なく専門分化している。現在在宅医療を行っている診療所の割合は少ないが、在宅医療に新たに取り組みたいという診療所は多い。

● 中部

通院患者に在宅医療が必要になったとき自院単独で対応するという割合が高い。また在宅医療の負担感が全体的にやや強い。診療所自己完結型で奮闘している可能性がある。

（再掲）東海：「受け皿となる入院施設の整備」が重要との回答が多い。

- 近畿

24 時間連絡を受けることへの負担感が少ない。家族の介護力についての心配も他と比べると少ない。

- 中国四国

在宅医療に取り組んでいる診療所が多く、通院患者に在宅医療が必要になったとき自院で対応している診療所も多い。しかしながら在宅医療の負担感はそれほど強くない。中国四国は高齢化がもっとも進んでおり、在宅医療の経験も長いのではないかと推察される。

- 九州

「在宅医療を行う看護師・准看護師等の確保」が大変である。介護施設の不足感は低い。

【市区町村区分別】

- 在宅医療はおおむね都市部よりも地方で推進されていることがうかがえた。町村は高齢化がより進んでおり、その実態を表しているものと推察される。
- 町村では、「24 時間連絡を受けること」が大変であるという回答がかなり多い。近隣に診療所が少ないために連携が困難で、医師 1 人が背負っている可能性がある。「緊急時に入院できる病床の確保」が大変、「家族の介護力の確保」が重要という回答も多い。いわゆる老々介護や高齢者独居などで、受け皿の確保が不可欠になっているのではないかと推察される。

在宅医療の現状は地域によってさまざまである。その背景も、医療・介護資源（医療・介護施設、医療・介護従事者等）や文化の違いなどさまざまであろう。国は在宅医療を推進しているが、全国一律でなく、地域によっては在宅、地域によっては医療施設あるいは介護施設といった、柔軟な取り組みが重要だ。