国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	在宅医療の課題
他言語論題 Title in other language	Issues for Hospital at Home
著者 / 所属 Author(s)	恩田 裕之（ONDA Hiroyuki） / 国立国会図書館調査及び立法考査局主幹　社会労働調査室
雑誌名 Journal	レファレンス（The Reference）
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	888
刊行日 Issue Date	2024-12-20
ページ Pages	25-50
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語（Japanese）
摘要 Abstract	在宅医療が拡大しつつあり、体調急変時に備えた医療機関連携、在宅での終末期・希少疾病等に対応できる医療機関の整備が求められる。在宅医療の医療費削減効果は国内外で議論され賛否両論ある。

＊ この記事は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。
＊ 本文中の意見にわたる部分は、筆者の個人的見解です。

国立国会図書館
National Diet Library, Japan

在宅医療の課題

国立国会図書館　調査及び立法考査局
主幹　社会労働調査室　恩田　裕之

目　　次

はじめに
Ⅰ　在宅医療の現状
　1　在宅医療患者数の推移
　2　医療機器の小型化
Ⅱ　在宅医療関連施策
　1　入院医療から在宅医療への政策の流れ
　2　医師以外の業務範囲拡大の影響
　3　病床数見込みと必要量推計
　4　COVID-19 の影響
Ⅲ　医療費削減効果の議論
　1　在宅医療の医療費削減効果
　2　在宅医療の拡充と需要の喚起
Ⅳ　医療提供体制の課題
　1　在宅医療と救急医療の連携
　2　入院関連機能障害とその予防
　3　再入院予防体制
　4　暴力・ハラスメント
Ⅴ　終末期の在宅医療
　1　緩和ケア
　2　延命治療と救命治療
Ⅵ　こどもの在宅医療
　1　こどもの在宅医療のニーズ
　2　こどもの在宅医療普及の課題
Ⅶ　諸外国の在宅医療
　1　フランス
　2　イギリス
　3　オーストラリア
おわりに

キーワード：在宅医療、医療費削減、高齢者医療、終末期医療、小児医療

要　旨

① 在宅医療患者数は、2023（令和 5）年に 100 万人を超え、2013（平成 25）年からの 10 年間で約 2 倍に増加した。早期退院後に継続的な治療が必要な場合や、通院困難な場合などで在宅医療のニーズが見られる。診断機器の小型化も在宅医療促進に寄与した。

② 1980（昭和 55）年頃から、国民医療費の増大が懸念されるようになり、病床削減が医療費抑制につながると考えられ、在宅医療推進策が取られるようになった。同時期には高齢者介護など福祉政策においても脱施設化の動きが見られた。

③ 在宅医療推進と、国民医療費削減との関連については様々な議論がある。入院医療が在宅医療に切り替わることで病院のコスト削減ができるとの見方がある一方で、在宅医療の推進が、新たな医療需要を生み出し、国民医療費を増大させるとの見方もある。また、在宅医療の推進によって国民医療費が削減できたとしても、同居家族によるケア負担や、自宅のバリアフリー化費用などが無視できないとする意見もある。

④ 在宅医療患者とその家族の中には、体調が急変した時にすぐに治療を受けられるか不安を持つ者もいる。体調の急変に備えて、速やかに入院できる医療機関同士の連携が必要となる。在宅医療によく見られる疾病の中には、通常の入院医療では予防可能なもの（褥瘡（床ずれ）、転倒・骨折、熱中症）もあり、重症化を予防するために、体調急変時に医療機関が家族を適切にサポートする体制が必要である。

⑤ 終末期には自宅で過ごしたいという患者のニーズもあり、在宅の終末期医療が増えてきた。24 時間の薬剤管理など新たな問題に対して、医師等による試行錯誤が続いている。

⑥ こどもの福祉施設の不足などを背景に、小児在宅医療のニーズが増えつつある。しかし、対応可能な医療機関が少なく、希少疾患に対処可能な医師が少ないなどの課題がある。

⑦ 早くから在宅医療施策に取り組んできた国として、フランス、イギリス、オーストラリアがある。より重症な患者に対する病床確保の効果が確認された国もあるが、医療費削減効果については明確ではなく、医療従事者の過度な負担への批判もある。

はじめに

我が国での在宅医療（訪問診療）(1)の受療患者（在宅医療患者）の人数は100万人を超えるとされる(2)。在宅医療は、外来医療・入院医療に加え「第3の医療」とも位置付けられており、病院・診療所以外の場所（居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所）において提供される医療を指す(3)。①通院困難な患者への治療、②退院直後の療養、③終末期の療養などを目的として、在宅医療が選ばれるようになった(4)。今後、高齢者人口の増加などを背景に、在宅医療患者数は増加すると見込まれている。

在宅医療のメリットには、住み慣れた環境で医療を受けることで、安心で充実した生活を送れる点がある。余命宣告後などの終末期に、約6割の人が自宅で過ごしたいと考えている(5)。一方、在宅医療（入院医療を受けないこと）のデメリットとして、患者の健康状態が悪化した際に治療・検査等が遅れる可能性(6)や、家族等による日常的なケア負担の増加が挙げられる(7)。患者・家族が安心して在宅医療を受けるためには、医療機関連携体制の整備などが必要となる。

入院医療と在宅医療を比較した場合、在宅医療の方が必要となる医療費が少ないとする見方があり、在宅医療の推進と医療費の抑制を関連付けて論じられることもあるが、抑制効果の有無をめぐっては国内外で様々な議論がある。

本稿では、在宅医療の現状（I章）、在宅医療関連施策（II章）を整理するとともに、医療費への影響（III章）、在宅医療の提供体制における課題（IV章）、在宅医療と関連の深い、終末期の在宅医療（V章）を取り上げる。また、在宅医療を受けるこどもも一定数存在することから、こどもの在宅医療（VI章）についても取り扱う。加えて、在宅医療の進んでいる海外の状況を取り上げ、諸外国の在宅医療における課題（VII章）を紹介する。

＊本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、2024（令和6）年11月15日である。

(1) 在宅医療とは、計画的な医学管理の下に医師が定期的に訪問して診療を行うこと。本稿では、「在宅医療」と「訪問診療」を同義とし、類語である「往診」とは区別して用いる。往診とは、患者等からの医療機関への求めに応じて医師が速やかに患者の自宅等に赴き診療を行うこと。診療報酬制度で「在宅患者訪問診療料」、「往診料」がそれぞれ定義されている。

(2) 永井学「在宅患者が100万人を突破、診療報酬も月1000億円に」2024.7.22. 日経メディカルホームページ <https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/nagai/202407/585121.html>

(3) 厚生労働省老健局老人保健課「在宅医療・介護連携推進事業の手引き　Ver.3」2020.9, p.4. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>

(4) 小豆畑丈夫『在宅医療の真実』光文社, 2021, pp.26-30.

(5) 日本財団「人生の最期の迎え方に関する全国調査」2021.3.29, p.20. <https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2021/03/new_pr_20210329.pdf>

(6) 小豆畑　前掲注(4), pp.170-178.

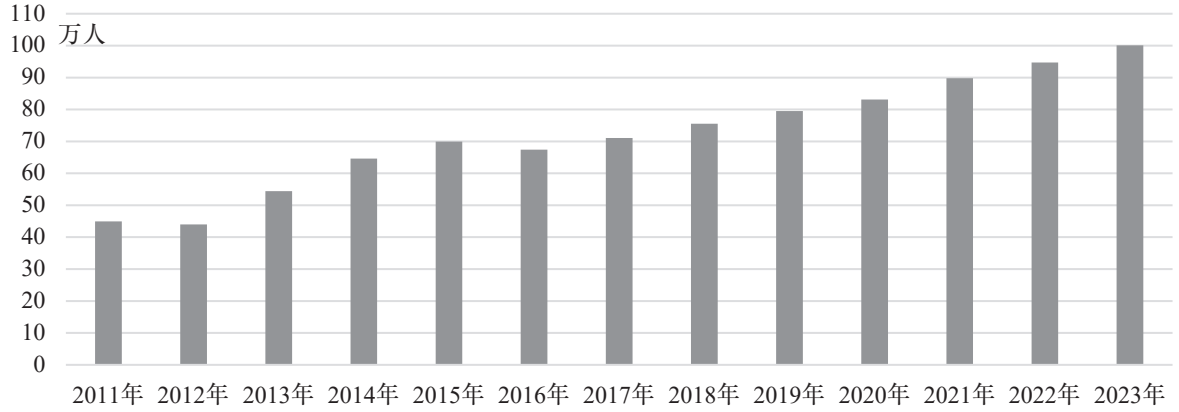
(7) 東京都が住民に対して行ったアンケート調査（4,000人を対象に実施：1,846件の回答）によれば、自宅で療養を受けたいと考えている人のうち、自宅での療養が難しいと回答した人は58.1%であった。その理由（三つまで複数回答可）として、家族に負担をかけるから（70.7%）、看護や介護をしてくれる家族がいないから（22.8%）、療養できる部屋やトイレなど住宅環境が整っていないから（22.8%）、などが挙げられた。東京都政策企画局「保健医療に関する世論調査」（世論調査結果報告書令和4年9月調査）2023.2, pp.66, 69. <https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2023/02/17/documents/01_full.pdf>

Ⅰ　在宅医療の現状

1　在宅医療患者数の推移

在宅医療患者数は、2013（平成 25）年から 2023（令和 5）年の 10 年間で約 2 倍に増加し、100 万人を超える（図 1）[8]。在宅医療患者数の増加要因としては、①国による在宅医療推進施策（Ⅱ章で詳述）、②高齢者向け住まい（サービス付き高齢者向け住宅など）の増加（Ⅴ章で詳述）、③医療機器の小型化（本章 2 で詳述）、などがあるとされている。また、2020（令和 2）年以降は、新型コロナウイルス感染症（以下「COVID-19」）の影響（Ⅱ章で詳述）があり、在宅医療患者数が更に増加した。

図 1　在宅医療患者数



（出典）厚生労働省『社会医療診療行為別統計』（各年 6 月分）を基に筆者作成。

在宅医療は、自宅以外の施設（特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設等）でも行われる。自宅で行われるものが約 40%、自宅以外の施設が約 60% を占めている[9]。

在宅医療患者には高齢者が多く、65 歳以上が 95.0%、75 歳以上が 88.5% を占める（図 2）。在宅医療患者に多い罹患疾患として、循環器疾患（高血圧症、心不全など）、認知症、脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）、骨折・筋骨格系疾患が挙げられる（図 3）[10]。また、人生の最終段階[11]である患者は約 10% と見られており[12]、在宅医療での看取りは過去 5 年で約 1.9 倍

⑻「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）1」及び「同（Ⅱ）有料老人ホーム等に入居する患者」の診療報酬算定件数（厚生労働省『社会医療診療行為別調査』の 2011（平成 23）～ 2023（令和 5）年の各年 6 月分）の合計を、当該月に在宅医療を受療した患者数と同数であるとみなした。

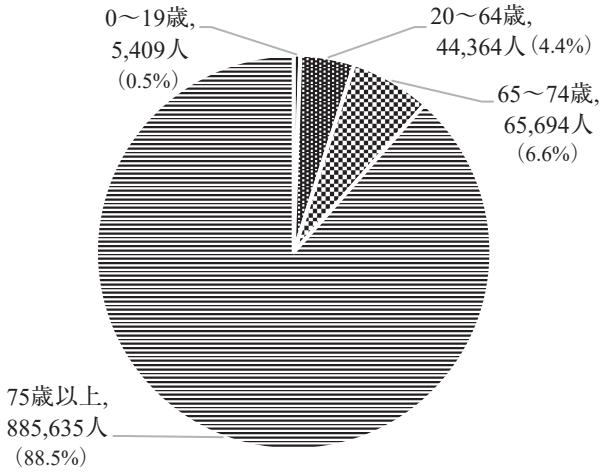
⑼　厚生労働省『社会医療診療行為別調査』（2023（令和 5）年）による「在宅時医学総合管理料 1 ～ 3」の診療報酬算定件数（353,734 件）と、「施設入居時等医学総合管理料 1 ～ 3」の診療報酬算定件数（531,333 件）の比率を、自宅での在宅医療患者数と、自宅以外の施設での在宅医療患者数の比率と同じであるとみなした。なお、「在宅時医学総合管理料」、「施設入居時等医学総合管理料」は、在宅療養計画を策定し、保健医療サービス・福祉サービスとの連携調整を担当する者（介護支援専門員、社会福祉士等）を配置するなどの条件を満たすことで算定することができ、訪問頻度等によって 1 ～ 3 に細分化される。

⑽　全国の医療機関の職員に対して行われたアンケート調査（2022（令和 4）年 12 月から 2023（令和 5）年 1 月実施）。2,653 の医療機関に調査票が送付され、1 施設あたり在宅医療患者 2 名を抽出され、延べ 705 人の患者に関する回答が取りまとめられた。「令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 4 年度調査）の報告案について」（中央社会保険医療協議会提出資料）pp.307-309. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001075465.pdf>

⑾　末期がん・重い病気・認知症・老衰等により、回復の見込みがなく、死期が近い段階のこと。

⑿「令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 4 年度調査）の報告案について」前掲注⑽

図２　在宅医療患者の年齢階級別人数



（出典）厚生労働省『社会医療診療行為別統計』（令和５年６月分）を基に筆者作成。

に増加した[13]。在宅医療を提供する医療機関数も増加傾向にあり、在宅医療の体制（24時間の連絡や緊急入院などの体制）を備えた診療所は全体の約17%（届出数の割合）、同じく病院は約25%を占めており、機能強化型（p.32で後述）[14]の医療機関も増加している[15]。

在宅医療を受けるきっかけとしては、入院での急性期治療後に在宅医療に切り替えるケース（例：骨折後の早期退院）、定期的な外来医療が必要であるが加齢などを理由に通院できないケースなどがある。前者は、高齢者の退院時に見られるケースで、入院前と同じ生活はできないと主治医等から判断され、リハビリを含む在宅医療が提案されることがある。後者は定期的に通院を続けているケースで、診療所の医師等が患者に在宅医療への移行を提案したり、在宅医[16]を紹介したりすることもあるという[17]。

２　医療機器の小型化

医療機器の小型化・軽量化によって、在宅で可能な医療行為は拡大しつつある。①診断用X線装置、②超音波画像診断装置（エコー）、③生体現象監視用機器（心電図計・脳波計等）といった機器は、かつて在宅医が持ち運びやすいよう改良を望んでいたもの[18]であるが、その後い

---

⑬「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）看取り加算」の診療報酬算定件数（厚生労働省「社会医療診療行為別調査（毎年６月分）」2023（令和５）年）は、15,435件で、2018（平成30）年の8,167件と比較して約1.9倍に増加した。「在宅患者は90万人、２年で10万人増加―在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定はCOVID-19流行前の1.5倍に―」『日経ヘルスケア』394号, pp.60-63も参考にした。

⑭　機能強化型在宅療養支援診療所・病院（機能強化型在支診・在支病）のことで、３人以上の常勤医師配置、緊急往診の実績などの一定の体制・実績を満たした医療機関。

⑮　在宅療養支援診療所の届出数（機能強化型（単独型・連携型）、その他の合計数）は14,755件（うち機能強化型は4,120件）、在宅療養支援病院の届出数は2,021件（うち機能強化型は782件）であり、これに対して、保険医療機関の届出数は、診療所88,632件、病院8,139件。いずれも2023（令和５）年７月１日時点（「主な施設基準の届出状況等」（中央社会保険医療協議会 総会（第591回）配付資料）2024.7.3, pp.1, 17. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001270650.pdf>）。

⑯　在宅医療を行う医師のこと。「訪問診療医」とする文献もある。

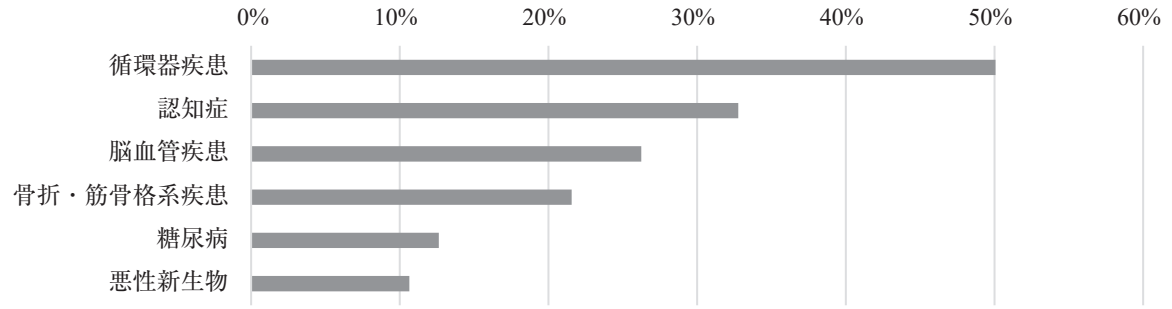
⑰　小豆畑　前掲注⑷, pp.28-30.

⑱　みずほ情報総研株式会社「在宅医療における医療機器等ニーズ調査報告書」（平成25年度厚生労働省在宅医療推進のための医療機器承認促進事業）2013, pp.16-17. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/zaitaku1.pdf>

ずれも小型化・軽量化が進んでいる[19]。そのほか、ポータブルマルチスコープ（内視鏡）[20]、持続陽圧呼吸療法（CPAP）機器（睡眠時無呼吸症候群治療）[21]、接触式眼圧計[22]など様々な機器が開発され、在宅医療で用いられている。

大きな手術や大型医療機器を必要とする検査（CT、MRI など）は、入院医療・外来医療が必要になる。前述の携帯可能な医療機器を在宅で使用し、入院・外来による検査・治療の必要性を診断して（ふるい分け）、病状によっては検査のために病院へ行くことを避けることが可能になり、病院と在宅医の役割分担・連携が進んだ[23]。

図３　在宅医療患者の罹患疾患（複数回答）



（出典）「令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和４年度調査）の報告案について」（中央社会保険医療協議会提出資料）pp.307-309. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001075465.pdf> を基に筆者作成。

Ⅱ　在宅医療関連施策

在宅医療の推進策は、長期入院が問題視され、病床数の総量規制や、入院期間の短縮化が開始された時期とも重なる。本章では入院医療から在宅医療への政策の流れを整理し、それ以外に、医師以外の業務拡大や COVID-19 の感染拡大といった、在宅医療患者の増加につながった施策・事象を解説する。

１　入院医療から在宅医療への政策の流れ

1980 年代（昭和 60 年前後）から社会保障費の増大を背景に、将来の社会保障への不安が広まった。病床数の削減が国民医療費の抑制につながると考えられ、病床の総量規制による医療費抑制が政策目標とされた。医療の現場では、社会的入院[24]が問題視される状況にあり、在宅医療が推進されてきた時期と重なる[25]。同時に、高齢者介護等の福祉政策においても、脱施設化の

⑲　岸本由次郎「在宅医療でも病院並の最新医療機器」『共済新報』60(3), 2019.3, pp12-15.
⑳　「ポータブル嚥下内視鏡で食べることを最後までサポートしたい［トップランナーが信頼する最新医療機器〈在宅医療編〉(3)］」『日本医事新報』4912 号, 2018.6.16, pp.14-15.
㉑　「睡眠時無呼吸症候群は Common disease ―かかりつけ医こそ CPAP に取り組んでほしい［トップランナーが信頼する最新医療機器〈在宅医療編〉(9)］」『日本医事新報』4938 号, 2018.12.15, pp.14-15.
㉒　「患者自身が手軽に計測できる接触式眼圧計は緑内障治療の有用なツールになる［トップランナーが信頼する最新医療機器〈在宅医療編〉(10)］」『日本医事新報』4943 号, 2019.1.19, pp.14-15.
㉓　岸本　前掲注⑲
㉔　退院後の家庭での介護が困難であることなどを理由に、治療の必要性がないにもかかわらず入院を継続している高齢者が存在しており、国民医療費の抑制が議論される中で社会問題化していた。
㉕　「往診から訪問診療（在宅医療）への歴史」横倉義武ほか監修, 蘆野吉和・太田秀樹編『在宅医療―治し支える医療の概念と実践―』中央法規出版, 2024, pp.15-24.

考え方によって、通所・短期入所への切替えによる在宅重視の施策が取られるようになった。

医療と高齢者介護における、過去から現在までの制度の変遷を以下に整理する。

(1) 長期入院患者への対応（介護保険法制定前）

1980（昭和 55）年前後から、医療費が増大し、特に社会的入院が問題視されるようになっていた。診療報酬の調整によって、医療需要の管理[26]が試みられてきたが、医療費圧縮効果が限定的（効果の有無が不明確）であったため、政府は都道府県を通じて病床数を管理することで、医療需要抑制・医療費圧縮を目指した[27]。

1985（昭和 60）年に、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）が改正され（第 1 次医療法改正）、都道府県に医療計画の策定を義務付け、同計画に基づいた病床の総量規制が導入された[28]。

第 2 次医療法改正（1992（平成 4）年）では、「居宅」を医療の提供の場として法的に位置付けた[29]。1992（平成 4）年当時、①大病院への患者の集中（長時間待ち）、②長期入院患者への対応の不足、などが社会問題化し、第 2 次医療法改正によって、特定機能病院[30]・療養型病床群[31]の創設も行われた[32]。その後、療養型病床群は、第 3 次医療法改正（1997（平成 9）年）で、有床診療所にも適用拡大された。介護保険制度導入前の 1990 年代後半（平成 10 年頃）には、療養型病床群の整備がまだ行き届かない状況であり、将来の要介護者の増加に向けた対応が進められた[33]。

(2) 介護保険法制定・病床区分の設定

在宅医療と高齢者介護は密接に関係する。入院医療では医療従事者によるケアが行われるが、在宅医療の場合には、同居する家族等による日常生活も含めたケアが必要になる。ケア負担の程度によっては、家族以外の在宅ケア（訪問介護・通所介護）も必要になる。

1970（昭和 45）年頃から、政府は社会福祉（高齢者福祉・障害者福祉）分野での、脱施設化・在宅重視の施策を始め、こうした動きに合わせて、1980 年代（昭和 60 年前後）には施設入所型の高齢者福祉施設にデイサービス（通所介護）、ショートステイ（短期入所生活介護）が併

⑵⑹ 政府が、医療費を削減したい分野（例：長期にわたる入院）については診療報酬を減少させ、提供を拡充し需要を促進したい分野（例：在宅医療）については診療報酬を増加させること。

⑵⑺ 藤田由紀子『昭和 50 年代以降の医療政策の変容』（東京大学都市行政研究会研究叢書　12）東京大学都市行政研究会, 1995, p.83.

⑵⑻ 川渕孝一「第一次改正―駆け込み増床と地域医療計画策定」『第六次医療法改正のポイントと対応戦略 60』日本医療企画, 2014, pp.16-17.

⑵⑼ 「病院完結型から地域完結型への変化」山本勇監修, 山本智子『医療福祉マネジメント概論』北樹出版, 2024, pp.12-14.

⑶⑽ 特定機能病院とは、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院のことで、厚生労働大臣の承認を受ける必要がある（医療法第 4 条の 2）。大学病院・がんセンターなど 88 病院が承認されている（「特定機能病院の承認状況（令和 6 年 10 月 1 日現在）」厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001304899.pdf>）。

⑶⑾ 療養型病床群とは、長期療養を必要とする患者を入院させるための病床のこと。1993（平成元）年当時「一般病院」に対して、「特例許可老人病院」（医師・看護師の配置を減らし、介護職員を増やした病院）が存在していた（一般病院より診療報酬を低く抑えられていた。）。同一病院内の病床にもこの考え方を導入し、「一般病床」に対して、「療養型病床群」を導入した。療養型病床群は、第 4 次医療法改正（2001（平成 13）年）で「療養病床」に名称が変更された。小沼敦「療養病床の再編」『調査と情報―ISSUE BRIEF―』590 号, 2007.6.7, pp.1-4. <https://dl.ndl.go.jp/pid/1000600>

⑶⑿ 片岡佳和「医療法の 1 部改正について」『ジュリスト』1007 号, 1992.9.1, pp.123-124.

⑶⒀ 当時、療養型病床群が 19 万床必要とされていたが、1998（平成 10）年時点で整備されていたのは 7 万床であった（関山昌人「地域医療支援病院の役割」『病院』57(10), 1998.10, pp,890-891.）。

設され始めた。その後の「老人福祉法等の一部を改正する法律」（平成2年法律第58号）[34]によって、法律上も、社会福祉サービスを在宅サービス中心に転換する方策が明記された[35]。

2000（平成12）年に介護保険がスタートした（介護保険法（平成9年法律第123号））ことで、介護を個人や家族だけの責任ではなく社会の責任と考える「介護の社会化」への政策転換が行われた[36]。

第4次医療法改正（2001（平成13）年）では、長期入院対策として、医療機関に病床区分の届出が定められ、「一般病床」又は「療養病床」[37]のいずれかを選択[38]することが義務付けられた。一般病床には、手厚い看護体制が定められ、一般病床を「急性期」、療養病床を「慢性期」とする考え方が広まった[39]。その後の第5次医療法改正（2006（平成18）年）では、医療計画の中に在宅医療を含め[40]、在宅医療の環境整備（マンパワーを含む）に向けて、①医療・介護多職種連携、②在宅医療につなぐ退院支援、③24時間の往診体制、④体調急変時の救急対応などの普及が進んだ[41]。

(3) 在宅療養支援医療機関の制度化

2006（平成18）年の診療報酬改定によって、在宅療養支援診療所（以下「在支診」）が新設され、24時間往診体制等を整備した診療所に高い診療報酬を設定することで、在宅医療の普及が目指された。当時、在宅医療に取り組んでいた診療所は、複数名の医師で24時間体制を取る（又は複数の診療所で協力）などして届出を行い、厚生労働省の想定どおりに普及が進んだ[42]。2008（平成20）年には対象が病院にも拡大され、在宅療養支援病院（在支病）が新設された。2012（平成24）年には、一定の体制・実績（医師数・緊急往診・看取り等）を満たした医療機関である、機能強化型在宅療養支援診療所・病院（機能強化型在支診・在支病）が新設された。しかしその後、届出と実態に差が生じる問題が発生した。協力体制を届け出ていても診察実績がない[43]、効率化を優先して集合住宅ばかりを診療対象[44]とする、往診体制が不十分といった[45]医療機関の存在が問題化し、実績を加味した診療報酬改定などによる改善が目指されてきた。

⑶④ 施設サービスが中心であった福祉サービスの体系を在宅サービスに重点を置いた体系に見直すとともに、地域住民への保健福祉サービスの提供主体を市町村に一元化するもの。「福祉関係8法改正」とも呼ばれており、「老人福祉法」（昭和38年法律第133号）、「身体障害者福祉法」（昭和24年法律第283号）、「知的障害者福祉法」（昭和35年法律第37号）（旧精神薄弱者福祉法）、「児童福祉法」（昭和22年法律第164号）、「母子及び父子並びに寡婦福祉法」（昭和39年法律第129号）（旧母子及び寡婦福祉法）、「社会福祉法」（昭和26年法律第45号）（旧社会福祉事業法）、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）（旧老人保健法）、「社会福祉・医療事業団法」（昭和59年法律第75号）（現在は廃止）が改正された。

⑶⑤ 「往診から訪問診療（在宅医療）への歴史」前掲注⑵⑤

⑶⑥ 同上

⑶⑦ 療養病床は、長期療養を必要とする患者を入院させるための病床のことで、それまでの療養型病床群から名称変更された（前掲注⑶①も参照）。

⑶⑧ このほか、精神病床・結核病床・感染症病床の区分もあるが、本稿では省略する。

⑶⑨ 川渕　前掲注⑵⑧

⑷⓪ 「第5次医療法改正と在宅医療」『Home care medicine』7(4), 2006.秋, pp97-99.

⑷① 尾形裕也「第5次医療法改正における医療計画の見直しと医療機関経営」『病院』65(10), 2006.10, pp788-793.

⑷② 「届け出数はほぼ見込み通り 在宅ターミナルは進まず」『日経ヘルスケア』210号, 2007.4, p.41.

⑷③ 「外来・在宅医療「主治医点数」は在宅への関与を重視 実績のない機能強化型にメス」『日経ヘルスケア』289号, 2013.11, pp.36-39.

⑷④ 「在宅医療・訪問看護 機能強化型の要件を厳格化 集合住宅への訪問診療も規制」『日経ヘルスケア』294号, 2014.4, p.57.

⑷⑤ 在宅患者の緊急入院を多く受け入れ、緊急往診をしない医療機関の存在が判明した（「在支病に実績要件追加し提供量を増やす流れ」『日経ヘルスケア』385号, 2021.11, pp.40-42.）。

近年では、地域による偏り(46)や全国的な在支診数の伸び悩み(47)が課題となっており、今後の在宅医療のニーズ増加に対応できなくなる可能性が懸念されている。

(4) 地域医療介護総合確保推進法

2014（平成 26）年の地域医療介護総合確保推進法(48)により、「効率的かつ質の高い医療提供体制」、「地域包括ケアシステム」の構築が目指された。2025（令和 7）年(49)に向けて限られた医療・介護資源を地域単位で連携させ、患者・要介護者の増加に対応できる環境を整備すること(50)が、当時の喫緊の課題であった(51)。

厚生労働省は、入院期間の短縮化・在宅復帰の推進を打ち出し、都道府県計画（医療計画・介護保険事業支援計画）において示される 3 分野（①病床の機能分化・連携、②地域の在宅医療・介護の充実、③医療・介護従事者の確保・養成）の推進策に対して、消費税増税分の予算が充てられることとなった(52)。一方、病床削減と在宅医療推進を関連付けて論じることに慎重な立場からは、終末期・長期療養患者やその家族の中には、病院や施設での療養を望む者が一定数いるとして、在宅復帰を迫ることで家族のケア負担が発生する懸念が示された(53)。

2　医師以外の業務範囲拡大の影響

地域の医師数には限りがあることから、在宅医療の推進には、在宅医以外の医療・介護従事者の関与も重要であり、過去に医師以外による在宅での業務範囲の拡大が進められてきた。

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）が 2011（平成 23）年に改正され、介護福祉士と研修を受けた介護職員等は、たんの吸引等ができるようになった(54)。2015（平成 27）年には、地域医療介護総合確保推進法が成立（II 章 1（4））し、特定行為(55)研修を受

---

(46) 西日本は充実しているが、東日本で少なく、東北地方は特に少ない（流石学「在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出状況の地域差は？」2023.11.20. HM レビューホームページ <https://hm-review.com/post/3/174>）。

(47) 「新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について：在宅医療の需要と供給」（第 7 回新たな地域医療構想等に関する検討会　資料 1）2024.8.26, p.12. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001294917.pdf>

(48) 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）のことで、社会保障と税の一体改革の中で議論されてきた関連法（医療法、介護保険法など）を一括で改正する法律。「医療・介護の連携や連動を法律レベルから実践する試み」との評価もある一方、「個別項目では反対意見の多いものも一括りにして、論点・焦点をぼかしたまま勢いで押し切った」との見方もある（阿部崇「医療・介護総合確保推進法―総まとめ―」『月刊保険診療』69(9), 2014.9, p.7.）。

(49) 国民の 5 人に 1 人が 75 歳以上になる時期に発生する種々の社会問題を「2025 年問題」と称することがある。「2025（平成 37）年」との表記する文献もあるが、本稿は「2025（令和 7）年」と表記する。

(50) 地域包括ケアシステムの推進は、ほとんどの自治体で遅れているとの見方もある。その理由として、①財源や人材が絶対的に不足していること、②国民･市民の意識（これからの日本では「医療介護サービスの削減･見直し」「増税・保険料値上げ」をどこまで許容できるのかの議論が必要）、③市町村のマネジメント能力・責任感の欠如、を挙げる有識者もいる（濱田孝一『「地域包括ケア」の落とし穴―介護の大転換が自治体を破綻に追い込む―』花伝社, 2023, pp.57-61.）。

(51) 阿部崇　前掲注(48), pp.7-8.

(52) 2014（平成 26）年度（初年度）予算には、904 億円（消費税増税分 544 億円、一般財源 360 億円）（医療分）が充てられ、2015（平成 27）年度からは、更に介護分として 724 億円が追加された（同上, pp.7-21;「第 3　安心で質の高い医療・介護サービスの提供」（平成 27 年度厚生労働省予算案の主要事項）厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/15syokanyosan/dl/shuyou-03-03.pdf>）。

(53) 高橋泰「医療と介護はどのような方向へ進んでいくのか」『月刊保険診療』69(9), 2014.9, p.46.

(54) 「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について（社会福祉士及び介護福祉士法）」厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/000464962.pdf>

(55) 特定行為は、診療の補助行為のうち特に高度な知識や技能、判断力を要するもののことで、「保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第一号に規定する特定行為及び同項第四号に規定する特定行為研修に関する省令」

けた看護師による医療行為（医師作成の事前手順書に基づく行為）が拡大した(56)。こどもに関しては、医療的ケア児(57)への対応として、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）改正（2016（平成 28）年）、医療的ケア児支援法(58)（令和 3 年法律第 81 号）制定が行われている(59)。

2021（令和 3）年の救急救命士法（平成 3 年法律第 36 号）改正では、それまで救急用自動車の乗車前や乗車中に限られていた救命行為（医師による包括的な指示が必要）が、病院・診療所に到着してから入院するまでの間（入院しない場合、病院・診療所に滞在している間）にも範囲が拡大された。これにより、医療機関に救急救命士が所属し、緊急往診･救急搬送業務･救急救命処置の一連の対応を行うことが可能になった(60)。

３　病床数見込みと必要量推計

地域医療介護総合確保推進法に基づき、政府は病床機能報告によって医療機関から報告された病床区分(61)を基に、2025（令和 7）年の見込み病床数と必要病床数を推計し（図 4）(62)、これを基にして「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」（以下「地域医療構想 WG」）の中での議論が続けられている。議論の中で、必要病床数に向けた病床再編の方向性に賛成の立場からは急性期機能の病床が多く回復期の病床が足りないとする見方や、徐々に実態が必要量に近づいているとの意見があるほか、反対の立場からは、異なる性質の病床を比較することへのそもそもの問題点など、様々な考え方が提示されている(63)。

（平成 27 年厚生労働省令第 33 号）によって、以下の 21 区分が定められている。呼吸器（気道確保に係るもの）関連、呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連、呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連、循環器関連、心嚢ドレーン管理関連、胸腔ドレーン管理関連、腹腔ドレーン管理関連、ろう孔管理関連、栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連）、栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連、創傷管理関連、創部ドレーン管理関連、動脈血液ガス分析関連、透析管理関連、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連、感染に係る薬剤投与関連、血糖コントロールに係る薬剤投与関連、術後疼痛管理関連、循環動態に係る薬剤投与関連、精神及び神経症状に係る薬剤投与関連、皮膚損傷に係る薬剤投与関連。

(56)「保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第一号に規定する特定行為及び同項第四号に規定する特定行為研修に関する省令」による。これにより、特定行為研修を受講した看護師は、あらかじめ医師が作成した手順書により、患者の状況に応じて、その場で必要な医療行為（特定行為の範囲に限る）を実施できるようになった。特定行為研修を受講していない看護師の場合、患者の状況に応じて随時医師へ報告を行い、指示を受けて実施する必要がある。すぐに医師への連絡ができるとは限らない在宅医療の場での看護師の役割が期待された（「今後の在宅医療などを支えていく看護師を育成「特定行為に係る看護師の研修制度」が 10 月からスタート !」『厚生労働』2015.8, pp.24-25.）。

(57)「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」（令和 3 年法律第 81 号）第 2 条で、「医療的ケア」を「人工呼吸器による呼吸管理、喀痰（かくたん）吸引その他の医療行為」と定義している。

(58)「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」の略称。

(59) 2016（平成 28）年の児童福祉法改正により、地域での医療的ケア児の支援が地方公共団体の努力義務となり、2021（令和 3）年成立の医療的ケア児支援法では、医療的ケア児の日常生活･社会生活（保育･教育･相談体制等）を社会全体で支援することが定められた（前田浩利「医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像」『公衆衛生』87(4), 2023.4, pp.288-291.）。

(60) 鈴木健介ほか「在宅救急における救急救命士の活躍の可能性」『日本在宅救急医学会誌』7(2), 2023, p.11.

(61) 医療機関は「一般病床」又は「療養病床」のいずれかの選択が義務付けられている（医療法第 7 条 2 項）ほか、病棟ごとに担う機能を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」のいずれかに分類する必要がある（医療法第 30 条の 13）。「高度急性期」とは「急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの」。「急性期」とは「急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの」。「回復期」とは「急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの」。「慢性期」とは「長期にわたり療養が必要な患者を入院させるもの」。医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 30 条の 33 の 2 の 5; 前掲注(31); 前掲注(37); 前掲注(38)も参照。

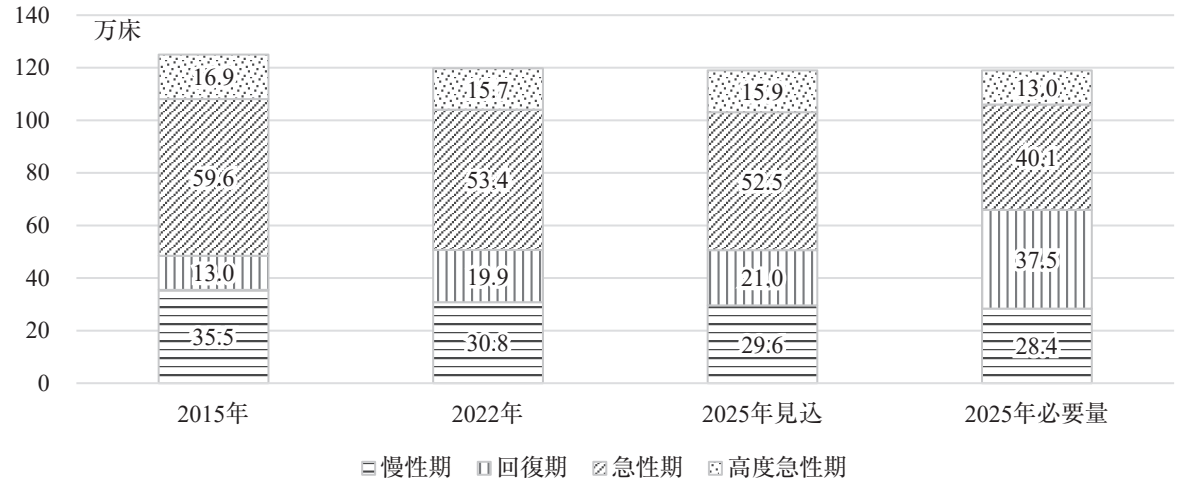
(62)「令和 5 年度病床機能報告の実施等について」（第 12 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ　資料 2）2023.5.25, p.7. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001100422.pdf>

(63) 医政局「第 12 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ [議事録]」2023.5.25. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000161127_00054.html>

(1) 慢性期機能の病床

慢性期機能の病床は、2015（平成 27）年当時、35.5 万床であったところ、2025（令和 7）年の必要量として 28.4 万床と試算されている（図 4）。政府は、慢性期機能の病床への入院から介護施設への入所や在宅医療への切替えが進むと想定し、2022（令和 4）年時点の 30.8 万床が、2025（令和 7）年には 29.6 万床に減少すると見込んだ(64)。

図４　病床数見込みと必要量推計



（出典）「令和 5 年度病床機能報告の実施等について」（第 12 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ　資料 2）2023.5.25, p.7. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001100422.pdf> を基に筆者作成。

入院医療に代わる在宅医療の基盤整備が進むことと、病床数の実態が必要量に近づくことには密接な関係がある。在宅医療の受け皿が十分に整備されることが必要(65)になるが、在宅医療に相当する疾病や患者数の正確な情報がないまま、地域医療構想 WG などでの議論が進められていることへの批判もあり(66)、①療養病床の患者、②一般病床の入院患者のうち医療資源投入量の少ない患者、のうち一定数は在宅療養に移行するとした場合、在宅医療の需要は約 176 万人（2025（令和 7）年）になるものの、在宅医療の基盤整備に向けた今後の正確な情報が必要になると分析している(67)。

(2) 急性期機能の病床

急性期機能の病床（2025（令和 7）年必要量 40.1 万床：見込量 52.5 万床）は、依然として、必要量と見込量の間にかい離が見られるとして、厚生労働省は差異が生じている医療構想区域について分析・評価を進めていくとしている(68)。急性期機能の病床の役割を重要視する立場からは、急性期機能の病床が減ると、必要な医療提供が困難になるとの意見があり、在宅医療関連では、在宅時に容体が悪くなるなどして再入院する際の医療提供体制（後方支援体制）に

---

(64)「令和 5 年度病床機能報告の実施等について」前掲注(62), p.7.
(65)「往診から訪問診療（在宅医療）への歴史」前掲注(25)
(66)　齋藤立滋「在宅医療需要の推計―地域医療構想と人的フレームワーク―」『大阪産業大学経済論集』24(2), 2023.3, pp.72-75.
(67)　同上
(68)「第 107 回社会保障審議会医療部会　議事録」2024.3.21. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212218_00068.html>

影響が出る（Ⅳ章 1）との懸念が示されている[69]。

(3) 地域医療構想と在宅医療

厚生労働省は、2024（令和 6）年 3 月の社会保障審議会医療部会において、地域医療構想会議[70]で病床の議論がなされているものの、外来や在宅医療等を含めた医療提供体制全体の議論が不十分で、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等の検討が必要との見解を示した[71]。同部会では、地域医療構想[72]の議論に在宅医療を含めることに賛意が示されたほか、在宅医療の推進に当たって、在宅医療の専門医の確保が必要との意見や、地域の介護サービスの確保や薬局との連携の必要性も論じられた。その後、政府は「経済財政運営と改革の基本方針 2024」（骨太の方針）で、少子高齢化に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲に在宅医療を含めた検討を進めるとしている[73]。

4　COVID-19 の影響

COVID-19 蔓延期（2020（令和 2）年 2 月～ 2023（令和 5）年 5 月）には、医療機関や宿泊療養所ではなく自宅で治療を受ける感染者もいた。その理由としては、感染者増大による医療機関のひっ迫のほか、酸素吸入・人工呼吸器等の治療を要さない感染者（入院医療の必要がないが感染拡大防止のために隔離が必要とされた人）や、自宅での療養を希望する（長期間の療養を自宅で過ごしたい）ケースがあったことが挙げられる。COVID-19 は在宅医療が注目されるきっかけとなったとされる[74]。

COVID-19 蔓延期の外来患者数・病床利用率は、感染者数の増減の影響を受けて変動傾向が見られた一方で、同時期の在宅医療患者数は増加傾向が続いたという[75]。院内感染の懸念による入院・通院の忌避や、入院患者への面会不可とする病院の増加により在宅医療が選ばれたことが、在宅医療患者数の増加の要因と見られている[76]。

⑹ 「高齢者救急の受け入れや在宅医療の充実が不可欠に」『日経ヘルスケア』412 号, 2024.2, pp58-59.

⑺ 医療法第 30 条の 14 に、「都道府県は、…（中略）…医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする」と定められている。

⑻ 「第 107 回社会保障審議会医療部会　議事録」前掲注⑹

⑼ 中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。政府は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものとしている（「地域医療構想」厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>）。

⑽ 「経済財政運営と改革の基本方針 2024 ～賃上げと投資がけん引する成長型経済の実現～」（令和 6 年 6 月 21 日閣議決定）pp41-42. 内閣府ホームページ <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2024/2024_basicpolicies_ja.pdf>

⑾ 佐々木淳「地域医療を実践する内科医とは 具体的な地域医療活動―COVID-19 の在宅医療への影響―」『日本内科学会雑誌』112(6), 2023.6, pp.986-991.

⑿ 小豆畑丈夫ほか「新型コロナウイルス感染症拡大が、一般医療機関（在宅医療および一般急性期医療）に与えた影響」『日本在宅救急医学会誌』6(1), 2022.12, pp.30-33.

⒀ 酒井達也ほか「新型コロナウイルス感染症により面会禁止の中で,「大切な人の側にいる」という患者家族のニーズを満たすための, 地域がん診療病院の訪問診療」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』44(1), 2021.3, pp.34-35.

Ⅲ　医療費削減効果の議論

前述のとおり、政府は病床数管理によって医療需要抑制を図り、医療費削減を進めようとしてきた。一方で、在宅医療の推進が医療費削減につながるかについては様々な分析がある。入院医療から在宅医療への切替えによって医療費が削減できるとの見方や、在宅医療によって新たな医療需要を生み出すとの見方もある。

1　在宅医療の医療費削減効果

入院医療と在宅医療を比較した場合、在宅医療の方が必要となる医療費が少ないとする見方があり、国民医療費増大（図5）への対策が、在宅医療推進の要因の一つともなっている。入院医療の場合の医療費は1日平均3万円程度かかるとされ、在宅医療への切替えによって削減できるとの考え方がある。後期高齢者の経管栄養実施患者を入院医療から在宅医療に切り替えることで、患者一人当たり月46万～48万円削減できると報告した文献(77)のほか、終末期のがん（看取りの段階）での30日間の医療費が、入院医療115万円、在宅医療57.7万円と、2倍近い差が生じるとの分析(78)もある。

在宅医療の普及と併せて、ICTの導入や、医療・介護従事者による分業が進むことで、医療費削減が可能になるとの見方もある。人口密度の低い地方の場合、在宅医の長時間移動が必要になるが、オンライン診療への切替えによって効率化が進む。また、医師作成の事前手順書に基づく看護師による医療行為（II章2）のように、在宅医療の場での医療・介護従事者による分業の進展も医療費削減に寄与すると見られている(79)。

また、日本医師会は、専門医が診療所を開業し外来診療を行う我が国の医療の仕組みが、これまで医療費抑制に貢献してきたと分析している。こうした仕組みの中で、外来診療の延長線上に在宅医療が位置付けられるとしている(80)。

---

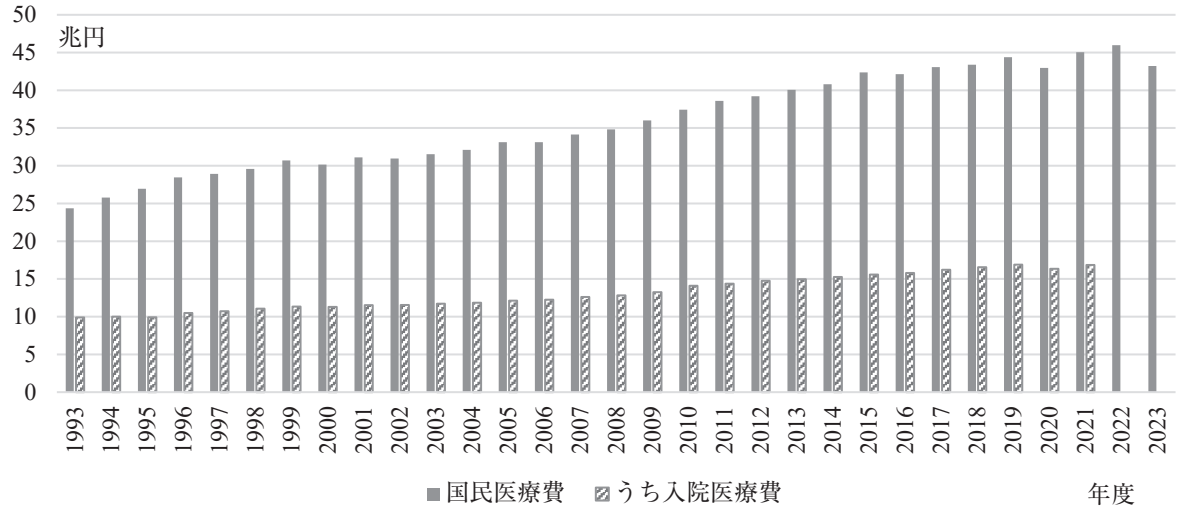
(77)　レセプトデータを用いた分析（福田治久･前田恵「在宅医療に関連する医療提供量･費用分析に関する研究」（厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）分担研究報告書）厚生労働科学研究成果データベースホームページ <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2017/173011/201721013A_upload/201721013A0008.pdf>）。

(78)　「終末期の医療費・制度別実効給付率について」（第18回社会保障審議会医療保険部会　資料4）2005.8.10, pp.4-5. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/dl/s0810-3g.pdf>

(79)　成瀬道紀「在宅医療の提供体制改革と期待される財政効果―コメディカルとICTの活用により訪問診療の効率化を―」『JRIレビュー』115号, 2024, pp.69-72.

(80)　我が国の医療の特徴は、身近な診療所でも高度な専門医療が提供される点にあるという。専門医がセカンダリケア（二次診療：高度な入院医療）、一般医がプライマリケア（一次診療：初期の外来診療）を担うよう明確に役割を分ける海外の国もある（鈴木邦彦「かかりつけ医機能と基本理念」『かかりつけ医の在宅医療 超高齢社会―私たちのミッション―』日本医師会, 2013.7, pp.6-8. <https://www.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/zaitaku/zaitakuiryotext_250728.pdf>）。

図５　国民医療費の推移



（注）2022 年以降の入院医療費は未公表。
（出典）厚生労働省『国民医療費の概況』を基に筆者作成。

２　在宅医療の拡充と需要の喚起

在宅医療の医療費削減効果は小さいか、逆に国民医療費を増大させるという見方もある。在宅医療の推進が終末期の医療費の減少に効果があるとしても、比較的低額の部分について減少効果が見込めるのであって、高額の部分（手術や高度な検査など）については在宅医療ではなく入院医療が必要になることに変わりはなく、在宅医療の医療費削減効果に過大な期待を持つべきではないとの論調もある[(81)]。そのほか、在宅医療への転換によって医療費が削減できたとしても、患者と同居の家族などのケアが必要になり、その結果家族が仕事を続けられなくなる可能性や、患者の自宅をバリアフリー化する費用などを考慮すると、かえってコストがかかるとの見方もある[(82)]。

都道府県別に、在支診の数と医療費との関係を分析した研究によれば、在支診が増えれば、在宅医療の医療費ばかりではなく、国民医療費全体が増えるという結果が報告されている。この結果は、在支診の増加によって、潜在的に存在していた在宅医療に対する需要が喚起され、医療費全体の増加につながる可能性を示している[(83)]。こうした需要は本来必要であったものとする見方もある一方で、非効率な供給がなされている[(84)]との意見も見られる。その意見の根拠として、在宅医療で行われている医療行為の多くが、血圧・脈拍の測定、健康相談、服薬援助・管理など、必ずしも医師が行わなくてもよい行為であるとの分析結果が挙げられている[(85)]。

⑻1　鈴木亘「レセプトデータによる終末期医療費の削減可能性に関する統計的考察」『学習院大学経済論集』52(1), 2015.4, pp.27-28.
⑻2　小豆畑　前掲注⑷, pp.121-123.
⑻3　齋藤立滋「在宅医療の推進は医療費を減らせるか―研究動向のサーベイと費用比較の枠組み―」『大阪産業大学経済論集』20(2), 2019.3, pp105-114.
⑻4　在宅医療としての診療報酬上の点数を得るためには、月 1 回以上の訪問を行う必要があり、さらに複数回の訪問によって点数が高くなるが、医師が必要以上の訪問を行ってしまうインセンティブになっているとの見方があった。在宅医療のための同月内の複数訪問については、2024（令和 6）年度改定で診療報酬の引下げが行われた。「【2024 年度診療報酬改定答申 14】在宅医療について「コスト等を踏まえた適正化」と「質の高い在宅医療を目指す評価充実」を実施」2024.2.21. GemMed ホームページ <https://gemmed.ghc-j.com/?p=59440>
⑻5　成瀬　前掲注⑺9

Ⅳ　医療提供体制の課題

在宅医療患者の増加に伴って、様々な課題が明らかとなりつつある。患者が安心して在宅医療を受けるための医療機関連携等の課題について取り上げる。また、在宅医に対する暴力・ハラスメントの存在も明らかとなっており、医療従事者の安全を守る方策が必要となっている。

１　在宅医療と救急医療の連携

在宅医療を受ける患者・家族の中には、体調が悪化した際にすぐに入院医療などの治療が受けられるか不安を持つ人がいる。高齢化に伴い高齢者の救急搬送が増加している(86)が、在宅医療を受ける人が増えたことで、在宅療養者や施設入所者の救急搬送も増えたとの見方もある(87)。在宅医療受療患者が救急搬送され入院に至る疾患として、誤嚥性肺炎、骨折などがあるという(88)。

こうした患者・家族の不安を解消する方策として、地域の基幹病院と中小病院の役割を整理し(89)、中小病院が在宅医療と救急医療の連携の中心となり、①高齢者を中心とした軽症・中等症の救急患者を積極的に受け入れる、②急性期後の患者など地域の基幹病院からの下り搬送(90)を積極的に受け入れる、③在宅医療の後方支援機能や介護保険施設の協力医療機関としての機能を強める、④自ら在宅医療体制を強化する、といった役割を担うことが期待されている(91)。

２　入院関連機能障害とその予防

在宅医療と関連のある疾患として、入院関連機能障害がある。これは、入院医療によって疾患が治癒・改善したとしても、長期の入院生活によって、筋力・認知機能の低下等が発生する状態を指す(92)。

入院医療を受けた高齢患者のうち 3 割以上が、退院後の筋力・認知機能の低下に苦しんでいるとの海外の調査結果もある(93)。入院関連機能障害の原因として、①環境変化に対するスト

⑻　消防庁『救急・救助の現況　令和 5 年版』2023, p.25. <https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r05_01_kyukyu.pdf>

⑼　東京都内の特定の二次救急病院が行った調査によると同病院が行う「在宅療養患者救急搬送」は、在宅医療患者の増加に伴って、搬送件数も増えているという（加藤宏ほか「当院が目指す救急医療と在宅医療の連携」『日本救急医学会関東地方会雑誌』41(4), 2020, pp.380-381.）。

⑽　佐々木淳「在宅医療と高齢者救急」『病院』82(6), 2023.6, pp.524-525.

⑾　COVID-19 蔓延期にも、救急患者受け入れや発熱外来の整備などの論点から、基幹病院と中小病院の役割に関する同様の議論があった（恩田裕之「新型コロナウイルス感染症と医療提供体制（小特集 新型コロナウイルス感染症と医療）」『レファレンス』839 号, 2020.12, pp.23-24. <https://dl.ndl.go.jp/pid/11596185/1/1>）。

⑿　三次救急病院に搬送された後、三次救急病院以外でも対応可能であった場合に、一般病院などに搬送されること。

⒀　「高齢者救急の受け入れや在宅医療の充実が不可欠に」前掲注⑹

⒁　篠原史都ほか「重症患者の入院関連能力障害と退院後における介護予防の必要性との関連」『日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌』32(1), 2023.12., p.84.

⒂　Christine Loyd et al., "Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-Analysis," *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(4), 2020.4, pp.455-461. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7469431/pdf/nihms-1614918.pdf>

レス(94)、②安静による筋力（日常生活動作（ADL））低下(95)、③禁食による嚥下障害(96)、などが考えられており、高リスク入院患者に対して、入院関連機能障害の兆候が見られる前にリハビリを開始する予防策が試みられつつある(97)。

入院の長期化が入院関連機能障害の発生率を高めると考えられており、早期に退院し在宅医療に切り替えることが、日常生活による活動量を増やし、予防に効果的であるとの見方がある(98)。しかし、在宅医療でも同様の症状(99)に至ることがあり、ひきこもりがちになり筋力・認知機能が低下する場合もある。在宅医療でも、入院医療と同水準の適切な栄養摂取やリハビリの必要性が示されている(100)。

３　再入院予防体制

患者本人の希望により退院後等に在宅医療を選択していても、症状の悪化などにより、入院医療が必要になることがある。ただし、その中には在宅で適切なケアを受けていれば、入院に至らなかったと見られるケースもあることから対策が求められている。

在宅医療で遭遇しやすい事例として、①褥瘡（床ずれ）、②転倒・骨折、③熱中症、④発熱、などがあり、①～③は入院医療では発生頻度が低いとされる。在宅医療において再入院の危険性を減らすため、①～③のような症状を防ぐ環境整備が必要で、患者や家族が困った際の適切なサポート体制も重要になる(101)。

在宅医療の継続が難しくなるケースには、患者の病状の変化のほか、精神的･社会的要因（本人・家族の不安）、独居（頼れる人がいないなど）もある(102)。在宅医療を担当する医師が夜間対応をしていなかったり、専門外であったりしたために、緊急搬送による入院に至ったケースもあるという。医学的には軽症であっても、患者・家族の不安を取り除く必要があり、医療機関の連携（臨時・緊急の往診体制）や、24 時間対応の訪問看護の充実の必要性が論じられている(103)。

４　暴力・ハラスメント

近年、患者の自宅に訪問した医師等が殺人･傷害等の被害に遭うケースが複数発生している。

---

(94)　赤星成子「国内文献にみる高齢者のリロケーションに関する研究の現状と課題―リロケーションの理由とリロケーションダメージに着目して―」『沖縄県立看護大学紀要』19 号, 2018.3, pp.47-54.

(95)　宮越浩一「高齢化が急性期病院に与える影響―高齢化と入院関連機能障害―」『Vision と戦略』21(2), 2024.2, pp.36-37.

(96)　角田亘「HAD（hospitalization-associated disability; 入院関連機能障害）の理解と対策」『理学療法ジャーナル』57(11), 2023.11, pp.1330-1331.

(97)　同上, pp.1332-1333.

(98)　大蔵暢「An Inconvenient Truth in Geriatrics 虚弱高齢者と入院関連機能障害」『週刊医学界新聞』2012.2.13.

(99)　加齢によって身体機能が低下する症状で、サルコペニア（筋肉減少症）などとも呼ばれ、適切な栄養・運動習慣などが予防効果につながるとして研究が進められている。

(100)　大浦誠「在宅医療における低栄養, フレイルサイクル, 誤嚥性肺炎へのアプローチ」『内科』133(3), 2024.3, pp.358-365.

(101)　褥瘡の予防のためのケアの種類・頻度、熱中症・発熱時の連絡先や、危険な症状（手足のしびれを伴う熱中症など）の理解等、家族と在宅医の間で確認しておくことが重要とされる（内田貞輔「在宅医療で起こりやすいトラブルとその対策」『家族のための「在宅医療」読本―1 時間でわかる !―』幻冬舎メディアコンサルティング, 2017, pp.139-145.）。

(102)　牛久保美津子ほか「地域在住の介護保険利用者における病院死状況および複数回入院の救急搬送理由と退院後の対応―ケアマネジャーを対象にした調査研究―」『群馬保健学研究』44 号, 2023, pp21-28.

(103)　佐々木　前掲注(88), pp.526-527.

2021（令和3）年5月には、在宅医（精神科）を患者が刃物で刺す事件が発生した。また、2022（令和4）年1月には、在宅医療を担当していた医師及び理学療法士に対して、患者の遺族が銃を発砲し、医師が死亡する事件が発生している[104]。

アンケート調査によれば、身の危険を感じるような経験をしている在宅医は40%に上り、その中には刃物を使用した脅し・暴力なども複数含まれているという[105]。法整備による応召義務の見直し[106]やハラスメント防止[107]を望む声もある。事件の性質上、被害者から警察への相談・通報が遅れがちであるとの指摘[108]もあり、警察の協力強化・予防介入も望まれているという[109]。

Ⅴ　終末期の在宅医療

今後、在宅での終末期医療が増えると予想されている。最期を自宅で過ごしたいという患者のニーズに応えるため、在宅医療の現場では様々な取り組みが行われている。その中でも特に、在宅緩和ケアの質の確保、自宅での看取りを希望している患者への救急医療について、本章で取り上げる。

1　緩和ケア

(1) 在宅緩和ケアと医薬品

疼痛（とうつう）管理を中心とした緩和ケア[110]が普及するにつれて、緩和ケア病棟への入院ではなく、在宅医療で緩和ケアが行われることも増えてきた[111]。

緩和ケアの一つである疼痛コントロールを在宅で行うのは、医療従事者による24時間の管理がなく、医療用麻薬等の投与量の微調整ができないことから、医学的に難易度が高いとされる。医薬品の投与量が少ないと疼痛緩和が十分にできない一方、多いと疼痛緩和は進むが意識が低下して、家族との時間が取れなくなるなどの問題がある。在宅医療での医薬品の服用には家族等のケアに頼る部分も多く、老々介護・独居の場合には、更に困難である[112]。そのほか、在宅緩和ケアにおいて、新規の医薬品・医療機器の普及には、地域差が大きいといった問題も

104　島田潔「ペイシェントハラスメントの現状と対応」『日本医師会雑誌』152(1), 2023.4, p.57.

105　島田潔「緊急報告：在宅医療の安全確保に関する調査報告書」『日本在宅救急医学会誌』6(1), 2022.6, pp16-19.

106　医師法（昭和23年法律第201号）第19条第1項で、「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と定められている。「正当な事由」に相当する事例は、厚生労働省通知「応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」（令和元年12月25日医政発1225第4号）で整理されている。例えば、診療内容そのものとは関係ないクレームを繰り返すなど、迷惑行為によって信頼関係が破綻している場合には、新たな診療を行わないことが正当化されると解釈されている。瀬尾雅子「医療機関におけるリーガルリスクマネジメント（連載第3回）応召義務」『病院羅針盤』13(212), 2022.6, pp54-57.

107　島田　前掲注104, pp.57-58.

108　患者・家族は援助の対象者であって、医療・介護従事者は、健康と暮らしを支える立場にあることから、医療・介護の継続を重要視して、自らの安全を最優先にする思考になりにくいとの指摘がある（武ユカリ「在宅ケアの現場における暴力防止を考える」『保健の科学』64(9), 2022.9, p.627.）。

109　同上, pp625-630.

110　治癒が困難な患者に対して、歴史的には、治らないことを患者に説明せずに入院医療で治療を続けるケースもあった。近年では、入院医療であっても在宅医療であっても、患者に状況を説明し、今後の医療支援体制を含めて、患者と一緒に考えるということが行われるようになった。

111　田代真理「在宅ケアでどのようにACPを進めていけばよいのか」『緩和ケア』34(3), 2024.5, pp226-230.

112　田村学ほか「緩和ケアと在宅医療」『老年科』6(3), 2022.9, pp.184-185.

ある(113)。

(2) 在宅緩和ケアの質

在宅緩和ケアの普及とともにその質が課題となりつつある。入院と在宅医療で質が異なる例として、①医療用麻薬の処方（例：病院では注射のところ在宅では貼り薬）、②レスキュー薬の処方（定期的投薬ではなく臨時に苦痛を和らげる投薬）、③終末期のせん妄への対応（例：環境の調整）、などが挙げられるという(114)。

入院医療の場合には、大学病院など研究の役割を担う医療機関が臨床データを蓄積・分析し、医療の質の向上に寄与してきた面がある。在宅医療に切り替わることで、蓄積・分析が進まなくなる事態が懸念され、大学・学会による研究の推進（データベースの構築など）を求める医療従事者の声もある(115)。緩和ケアに関する知識の不足や、医療用麻薬の取扱いに困難さを感じる在宅医もいるとされ(116)、拠点となる病院や、治療経験のある在宅医によるサポートや連携が重要との意見もある(117)。在宅緩和ケアの普及に当たっては、病院の緩和ケアチームによる研修の機会の提供や、緩和ケアの専門家に随時に相談できる環境整備が必要との意見もある(118)。

2　延命治療と救命治療

(1) 看取りの場の変化

近年、介護施設と自宅等で死亡する人の割合（全死亡者に占める割合）が上昇し、医療施設で死亡する人の割合（同）が低下している(119)。看取りを行う在宅医療が普及した(120)ほか、介護系施設･住居系施設が増加（図 6）しており、同施設での看取りの実施も増加傾向にある(121)。

住居系施設の一つであるサービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」）は、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）（高齢者住まい法）によって整備が進められた(122)。介護保険サービスが支出削減施策によって切り詰められる(123)のとは対照的に、サ高

---

(113)　安達昌子「在宅緩和ケア」『内科』133(3), 2024.3, p.384-385.

(114)　廣橋猛「「在宅医ガチャ」と言われる悲しい現実」2023.9.5. 日経メディカルホームページ <https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/hirohashi/202309/581018.html>

(115)　「往診から訪問診療（在宅医療）への歴史」前掲注(25)

(116)　埼玉県で行った在宅医療・在宅緩和ケアの提供体制に関する実態調査（2019（令和元）年 11 月実施：病院・診療所･薬局等 8,168 件（回収数 3,862 件））によると､診療所で緩和ケアに関する知識が「やや不足している」「不足している」と回答したのは約 7 割で、医療用麻薬の取扱いに難しさを感じる診療所が多いという。

(117)　池田里江子「埼玉県の在宅緩和ケアの取り組みについて」『日本薬剤師会雑誌』76(3), 2024.3, pp.14-17.

(118)　ホスピスなどの専門的緩和ケア施設が、在宅医向けの研修会を開催するなどしている（井上彰「医者ガチャから患者を救う緩和ケア」『肺癌』63(Supplement), 2023.11.2, pp.791-794.）。

(119)　死亡場所別の全死亡者に占める割合は、2022（令和 4 ）年の場合、介護施設 11.0%、自宅等 17.4%、医療施設 69.8% であり、2015（平成 27）年の場合、介護施設 6.3%、自宅等 12.7%、医療施設 78.8% であった（厚生労働省『人口動態調査（表 5-5 死亡の場所別にみた年次別死亡数）（令和 4 年）』を用いて筆者計算）。

(120)　在宅療養支援病院、訪問看護ステーションの普及も進んでいる。この傾向は大都市圏ほど顕著である。

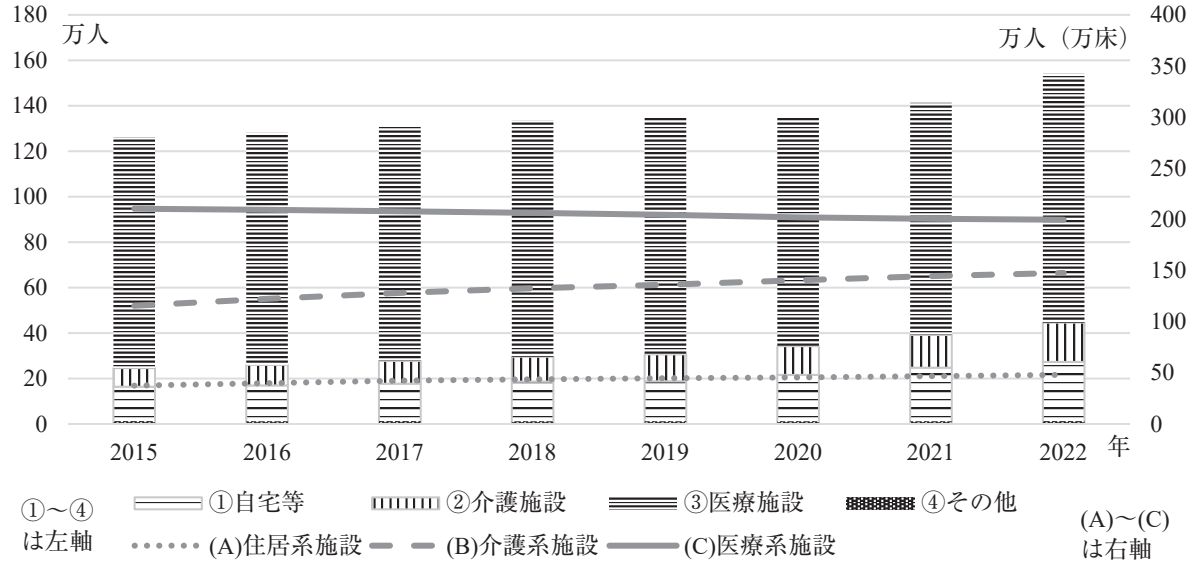
(121)　サービス付き高齢者向け住宅での看取り率（死亡による契約終了者数（施設で死亡した人）を含む退去・転居者総数に対する看取り実施数）は、28.8%（2021（令和 3）年 9 月～ 10 月調査：調査数 7,400 施設、回答数 3,300 施設）で､2 年前（20.5%（2019（令和元）年））と比較して上昇傾向にある（PwC コンサルティング合同会社「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究報告書」2022.3, p.76. 全国有料老人ホーム協会ホームページ <https://www.yurokyo.or.jp/contents/pdf/3884-1>）。

(122)　「高齢者住宅の主軸は「サ高住」へシフト―有料老人ホームとの本格競争時代へ―」『日経ヘルスケア』264 号, 2011.10, pp.26-31.

(123)　地域医療介護総合確保推進法により、2015（平成 27）年には介護保険の自己負担割合の引上げ（一定以上の所得者は 2 割負担）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の重点化（特養入所対象者を要介護度 3 以上とすること）が行われている（高本英司「医療･介護総合確保推進法では地域で安心して暮らせない」『月刊保険診療』69(9), 2014.9, pp.47-49.）。

住と有料老人ホームの数は増加しつつある(124)。近年、これらの施設は、自宅と並んで在宅医療の場として重要視され、また看取りの場としても普及しつつある。

図６　死亡場所別の人数・施設定員数の推移



（注１）①～④は死亡場所別の人数（積み上げ棒グラフ：左軸）、（A）～（C）は施設定員数（折れ線グラフ：右軸）。
（注２）「①自宅等」とは、自宅、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅の合計。「（A）住居系施設」とは、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅の合計。
（出典）厚生労働省統計（『福祉行政報告例』;『社会福祉施設等調査』;『介護給付費等実態統計』;『介護サービス・事業所調査』;『医療施設（動態）調査・病院報告』;『人口動態調査』等）を基に筆者作成。

(2) 終末期の医療機関連携

入院医療と比較して、在宅医療の場合には、医師等による医学的診断・判断が行われる頻度が低いため、体調が変化した際に、患者・家族の判断だけで対応することも多くなる。終末期に発生した体調の急変に対して、治療を行うかの判断は難しい。延命治療を望んでいない患者であっても、全く治療を必要としないわけではなく、必要な救命医療もあるという(125)。

入院医療であれば、その場で医師による判断が行われるところ、患者・家族にはその判断は難しく、事前に医師が予測して患者・家族に対処方法を伝えておくこともできないという(126)。こうしたことから、在宅医療と救急医療の連携（Ⅳ章１）に加えて、体調に変化があった時、必要な診断を受けられる体制を整えることが求められている。在宅医療の場合、24 時間オンコール体制が取られていることがあるが、救急要請や在宅医の呼び出しをためらう患者・家族も見られるという(127)。

---

(124)　サ高住・有料老人ホームは、介護度によらず入居できるが、入居費用が高額になることもあり、入居できるのは一定の資産・所得がある利用者に限られるという。

(125)　延命治療を望まない患者であっても手術を受ける方が望ましい疾病の一つとして腸閉塞が挙げられる。手術によって回復が期待できる一方で、治療を行わないと腹痛・嘔吐などの辛い症状がある（小豆畑　前掲注(4), pp.178-182.）。

(126)　同上

(127)　我が国とアメリカを比較した場合、我が国での深夜または休日の呼び出しの割合は、それぞれ約 5% であるのに対し、アメリカでの日曜日の呼び出しの割合は、小児 17.0%、成人 12.5% であったという（Koki Kato et al., “Prospective cohort study on the incidence and risk factors of emergency home visits among Japanese home care patients,” *Journal of General and Family Medicine*, 22(6), 2021.11, p.338. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8561101/pdf/JGF2-22-334.pdf>）。

Ⅵ　こどもの在宅医療

1　こどもの在宅医療のニーズ

医療の高度化等により、新生児死亡率の低下を実現している。その一方で、重度の疾病により、日常的に医療を必要とする病児が増えている。そのため、新生児集中治療室（Neonatal Intensive Care Unit: NICU）からの退院までに日数を要するようになり、過去には新規の入院ができず、妊産婦が死亡する事故が発生したこともある(128)。

NICU からの退院後、多くの病児は自宅に戻る。重症心身障害児施設に入る場合もあるが、施設への入所を希望しても空きがないことも多い(129)。自宅に戻った後は、家族の看護のみで対応（人工呼吸・経管栄養・吸引など）できる場合もあるが、定期的な受診を必要とすることもある。こどもの重い病気に対応できる病院が遠方である場合、通院の際に医療機器を携帯する必要がある場合などには、患者とその家族の負担は大きいことから、在宅医療のニーズも高まるという(130)。在宅医療では、定期的に在宅医が家庭を訪問し、病院の主治医と連携しながら、健康管理、医療機器等の交換、薬剤の処方、病状に合わせた家族・患者への生活指導などが行われているという(131)。

2　こどもの在宅医療普及の課題

こどもの在宅医療のニーズは増えているが、普及に向けた課題や家族の不安も見られる。主な課題や不安としては、①地域の医療機関のマンパワーの不足・高齢化、②在宅医療の知識のある小児科医の不足、③医師の訪問時間が定まらずこどもの学業や保護者の仕事に影響が出る、④毎回同じ医師が訪問するとは限らず(132)診療内容が異なる、などが挙げられる。こどもの在宅医療患者は先天的疾患・周産期障害に関連して、大人よりも重症である傾向があり、稀な疾患も多く、医療従事者にとって経験が必要とされる。

在宅医療を必要としている家庭では、医療的ニーズのほかに、①こどもの成長発達に合わせた療育支援、②兄弟姉妹のケア、③福祉や学校との連携、などへのニーズもあるという。こどもには療養病床に相当するものはなく、急性期病院から退院するとすぐに在宅医療に移るのが特徴である。病院から退院する際に、家庭に対する、医療・福祉・教育の連携支援体制が必要である(133)。

体調が急変した場合には、保護者の不安も大きい。NICU や PICU（小児集中治療室）を持つ中核小児病院等で短期入所支援を行っているが、こうした医療機関は少ない状況にある。医

---

(128)　かかりつけの産婦人科医院（東京都江東区）を受診した妊婦の死亡事例（2008（平成 20）年 10 月）。同医院が転院搬送に関して、東京都立墨東病院等 8 医療機関に連絡したが受入困難となり、再度の要請により同病院が受け入れた後、死亡したもの。8 医療機関のうち 4 機関は NICU の満床・未設置、1 機関は MFICU（母体胎児集中治療室）の満床を受入困難の理由に挙げていた。当直医が他の分娩対応に当たっていたことを理由に挙げる機関もあった（「東京都における妊婦死亡事案と対応について」（第 1 回周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会　資料 2）2008.11.5. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1105-12b.pdf>）。

(129)　恩田裕之「子どもの社会的入院」『レファレンス』864 号, 2022.12, p.64. <https://dl.ndl.go.jp/pid/12361646>

(130)　前田　前掲注(59), pp286-288.

(131)　島﨑亮司「小児在宅医療における在宅医の役割の検証」『月刊地域医学』35(10), 2021.10, pp.974-980.

(132)　在宅医や病院の主治医と異なることもある。

(133)　栗田松代ほか「小児専門病院における地域連携―医療的ケア児と家族を支える小児在宅医療―」『外来小児科』26(2), 2023.8, pp.151-155.

療機関が運営する医療型短期入所の事業所数は、全国の短期入所施設の 6.7%（2020（令和 2）年 4 月）であり、地域間格差も見られる(134)。

Ⅶ　諸外国の在宅医療

早くから政府が在宅医療に積極的な施策をとり、近年では制度の改善点なども論じられるようになった国としてフランスを取り上げる。そのほかに、病院の不足等（入院待ちの長期化など）に対する解決策として在宅医療が進められてきたイギリス、オーストラリアを紹介する。なお、各国で病床数・医師数・看護師数などに差が見られる（表）。

表　病床数・医療従事者数・全人口・高齢者人口の比較（2022 年）

	日本	フランス	イギリス	オーストラリア
人口千人当たり病床数	12.59	5.65 (*)	2.44	3.84 (***)
人口千人当たり医師数	2.74	3.36 (**)	3.03 (**)	5.48
人口千人当たり看護師数	12.53	9.65 (*)	8.68 (*)	8.66
総人口（万人）	12500	6628	6818	2620
65 歳以上人口（万人）	3675	1417	1291	447
65 歳以上人口割合	29.4%	21.4%	18.9%	17.1%

（注）(*) は 2021 年、(**) は 2020 年、(***) は 2016 年。日本の看護師数には准看護師を含む。
（出典）*OECD Health Statistics*; 厚生労働省統計（『医師・歯科医師・薬剤師統計』;『衛生行政報告例（就業医療関係者）』;『医療施設（動態）調査・病院報告』）; *World Population Prospects 2024* を基に筆者作成。

1　フランス

(1) 政府による在宅医療（HAD）の推進

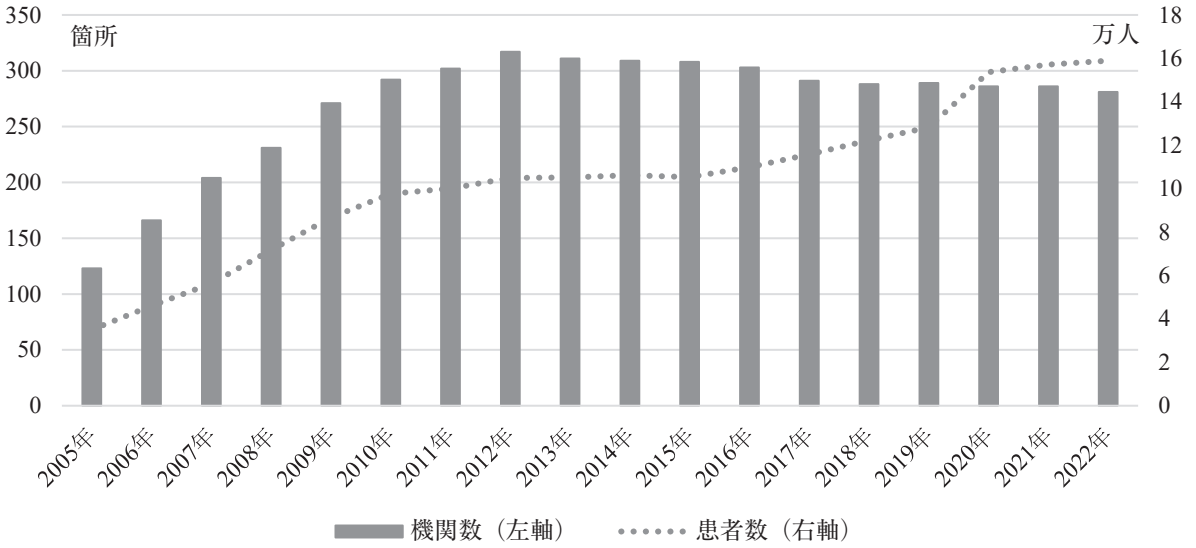
我が国の在宅医療と類似したシステムとして、自宅で病院への入院と同じ医療が受けられる在宅入院制度（Hospitalisation a Domicile: HAD）が存在する(135)。2000 年 5 月の政府通達(136)により制度化され、2007 年からは高齢者施設等でも HAD が受けられるようになっている(137)。

HAD 医療患者数は増加傾向にある（図 7）。在宅入院サービスを提供する HAD 機関数は 281 機関、患者数は 158,927 人となっており（2022 年時点）、実施されている医療行為は、緩和ケア 27.2%、高度な創傷管理等(138)25.7%、重度介護 6.4%、点滴 5.7%、経腸栄養 5.3% など

(134)　内多勝康「小児の医療型短期入所施設の設立と運営―医療的ケア児者と家族にとっての“もうひとつのわが家”―」『医学のあゆみ』282(5), 2022.7.30, pp.499-505.
(135)　在宅医療が発展している国では、日本語の「在宅医療」・「入院医療」のどちらも「入院」と称することがある。また、各国で在宅医療の医療行為の範囲は異なっており、諸外国を単純に比較することは難しい。例えば、フランスでは、HAD 総日数のうち、重症の患者（全く動けない状態かそれより悪い健康状態（Karnofsky Performance Scale が 10 ～ 30））の HAD 日数が 38% を占めており、全身状態が良くない疾病であっても HAD で対応することがある（Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, "ANALYSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE 2023: HAD Hospitalisation à domicile," 2023, p.7. <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4852/had_aah23.pdf>）。オーストラリアについては、脚注(164), (165)を参照。
(136)　通達では「医師と他職種のコーディネートを必要とする治療」を在宅でも提供することが制度化された。Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile
(137)　Décret n° 2007-241 du 22 février 2007, Arrêté du 16 mars 2007 (en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique)
(138)　出典資料の言語表記は「Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)」で、床ずれ・潰瘍・火傷・オストミーへの対応等を指す。

となっている。重症度の高い患者の増加等の要因で、HAD による入院日数は長くなる傾向にある(139)。患者の平均年齢は、男性 63.3 歳、女性 62.5 歳である。小児に対応した HAD 機関数は 261 機関となっている(140)。

図7　フランス HAD 機関数・患者数



（注）2020 年の患者数の増加には、新型コロナウイルス感染症の影響が 5.5% 程度あるとされる（Ministère des Solidarités et de la Santé,“La feuille de route 2021-2026,”2021.12, pp.10-11. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-had-2022-05-01.pdf>）。
（出典）“Rapport d’activité 2022-2023,”p.72. FNEHAD website <https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2023/12/FNEHAD_RA22-23_WEB-PLANCHES.pdf> を基に筆者作成。

一方で、HAD 機関数は期待されたほど増えていない（機関数は 2012 年以降減少傾向にある（図 7））との評価もあり、その理由として、①国民や医療従事者に認知されていない、②在宅入院の利点・適応が知られておらず HAD 機関のチーム内で得られたスキルが過小評価されている、③医療従事者に HAD の研修が行き届いておらず患者が HAD に適した状況・病状であるかの判断が困難になっていることなどが挙げられている(141)。

政府は HAD の普及がまだ不十分であるとして、2021 年に将来計画「La feuille de route 2021-2026」(142)をまとめ、HAD 専門医の養成、医療機関連携、医薬品利用の環境整備、ICT 研究・活用（遠隔モニタリングなど）などの推進に努めるとした。今後は、高齢者施設で HAD 利用を容易にするための体制整備を進め、高齢者施設で重点的に HAD 普及を進めるべきとの提言があり、この提言では、今後の普及によって、高齢者施設が特に HAD に適していることが確認されると予測している(143)。

---

(139)　Agence technique de l’information sur l’hospitalisation, *op.cit.*(135)
(140)　小児入院日数は 330,148 日で、全入院日数は、6,808,500 日であった（2022 ～ 2023 年）。“Rapport d’activité 2022-2023,”pp.84-86. FNEHAD website <https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2023/12/FNEHAD_RA22-23_WEB-PLANCHES.pdf>
(141)　Ministère des Solidarités et de la Santé,“La feuille de route 2021-2026,”2021.12. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-had-2022-05-01.pdf>
(142)　*ibid.*
(143)　“RAPPORT FAIT au nom de la commission d’enquête (1) sur la situation de l’hôpital et le système de santé en France,” *Sénat*, N° 587, 2022.3.29. <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>

(2) 患者の特徴・満足度

患者へのアンケート調査結果によると、気配り・親切な対応といった医療従事者への評価は高く、患者にとっても、家族との時間が持てる、通院や入院のストレスがないといったメリットが感じられたという。一方、患者の不満として、①医療従事者の訪問頻度が不十分である、②関係する医療従事者等の人数が多過ぎる（毎回異なる医療従事者が訪問したり連携が取れていなかったりする）、③薬剤・機器の不足、④到着遅延・間違いなどのトラブル、⑤医療従事者の訪問時間が知らされない、⑥家族による容態急変時・夜間の対応に関する情報が不足している、などが挙げられるという(144)。

(3) 医療費削減効果

HAD の医療費削減効果には様々な見方があり、研究途上である。削減効果があるとする研究の例として、骨髄腫治療において、HAD が病院医療に比べて、費用が 16.5% 安くなったとする文献がある(145)。逆に HAD の方が高額になるとの指摘もあり、入院医療から HAD への転換によって生み出される医療費削減効果を検証するためには、HAD で行われている医療行為を個別に調査・分析する必要性も指摘されている(146)。

2 イギリス

(1) NHS による VW（仮想病床）の推進

国民保健サービス（National Health Service: NHS）(147)は、早期退院を促し、新規入院患者を減らす（入院を回避する）ため、「仮想病棟」（virtual wards: VW）(148)の整備を進めている。従来であれば病院に入院していた患者に対して、VW によって、自宅や介護施設で急性期（最長で 14 日間）の治療が行われるようになった(149)。2022 年 4 月に、NHS は人口 10 万人あたり 40 ～ 50 床の VW を整備・提供する長期目標を掲げた(150)。

VW の整備・普及により、重症患者のための病床確保、入院関連機能障害の回避、療養場所

---

(144) Haute Autorité de santé, “Développement d’un indicateur d’expérience patient en HAD: résultats de l’expérimentation nationale et conclusion,” 2023.11, p.18. <https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/iqss_2023_e-satis_had_rapport_developpement_2023.pdf>

(145) ボルテゾミブ（骨髄腫治療薬）注射 1 回あたりの費用（交通費等を含む）について、在宅入院を併用することで、約 16.5% の削減（1,143.42 ユーロ（18.6 万円）から、954.20 ユーロ（15.6 万円）への減少）が可能であるという（1 ユーロを 163 円とした。）（Mohamed Touati et al., “Cost savings of home bortezomib injection in patients with multiple myeloma treated by a combination care in Outpatient Hospital and Hospital care at Home,” *Support Care Cancer*, 24(12), 2016.12, pp.5007–5014.）。

(146) 小磯明「フランスの在宅入院制度に関する研究―在宅入院全国連盟の活動と課題―」『いのちとくらし研究所報』59 号, 2017.6, pp.61-62.

(147) NHS は国民に対して医療サービスの提供を担う機関で、イギリス国家予算によって運営される。地域ごとに 4 つ（イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランド）に分けられており、単に「NHS」と表記した場合、イングランド NHS を指す。

(148) 出典資料によって、「virtual wards」は「VWs」と略されることもある。また「hospital at home」と「virtual wards」を同義とする文献もある。VW の医師は NHS 傘下の医師で、急性期病院のほか地域のソーシャルケアスタッフによる統合多職種チームによって VW が提供される。VW は入院医療に代わるサービスであって、遠隔技術を用いたサービス、実際に医師等が自宅に訪問するサービスのどちらもある（“Supporting clinical leadership in virtual wards: A guide for integrated care system clinical leaders,” 2023.2.8. NHS England website <https://www.england.nhs.uk/long-read/supporting-clinical-leadership-in-virtual-wards-a-guide-for-integrated-care-system-clinical-leaders/>）。

(149) NHS, “Supporting information: Virtual ward including Hospital at Home,” 2022.1.25, p.4. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/12/B1207-i-supporting-guidance-virtual-ward-including-hospital-at-home.pdf>

(150) NHS England and NHS Improvement, “2022/23 priorities and operational planning guidance,” Version 3, 2022.2.22, p.22. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/20211223-B1160-2022-23-priorities-and-operational-planning-guidance-v3.2.pdf>

の選択肢の拡大などが目指されている。①呼吸器疾患（急性呼吸器感染症（ARI）、慢性閉塞性肺疾患（COPD））[151]、②心不全[152]、③フレイル[153]関連疾患[154]などが対象となる。NHS は疾病別（①～③）に VW ガイドラインを作成しており、COVID-19 拡大時にもこれが応用された[155]。VW では、血液検査・薬の処方・点滴による水分の投与などが行われ、患者は医療従事者によって毎日診察を受ける。自宅に訪問するケースやオンラインで行われることもあるほか、血圧・脈拍・体温・酸素レベルなどを遠隔医療チームが監視することもある[156]。

VW での治療には多職種連携（専門医・看護師・家庭医・理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士・栄養士等）（multidisciplinary team（MDT））を必要とする。VW での治療開始時には療養場所の安全性の確認が必要で、医師等によって病状悪化時の連絡手段を患者や家族に伝えた上で実施される[157]。特に呼吸器疾患などでは、24 時間の管理体制、時間外サポートが必要になる。VW での治療開始の起点（きっかけ）は、①家庭医の受診、②早期退院、③救急医療が多いという[158]。

(2) VW の病床機能効率化の評価

イングランド南東部を対象とした調査では、VW 件数 22,794（1 年間）（フレイル 31%、呼吸器 9%、混合（フレイルと呼吸器の合併など）42%、その他 18%）に対して、緊急入院が 9,165 件減少した（見込件数と実件数の差）とし、重症患者のための病床確保の効果があったと分析している[159]。また、慢性閉塞性肺疾患（COPD）の VW で、入院期間短縮や、再入院率低下の効果があったとの調査結果もある。加えて、自宅で医療従事者との連絡や健康観察を受けることができ、安心感が得られ快適であったとの感想があった[160]。

(3) VW への批判

VW によって、重症患者のための病床が空き、コスト削減にもつながったとの評価が見られ

---

(151) “Guidance note: virtual ward care for people with acute respiratory infection including chronic obstructive pulmonary disease,” 2023.11.8. NHS England website <https://www.england.nhs.uk/long-read/guidance-note-virtual-ward-care-for-people-with-acute-respiratory-infection-including-chronic-obstructive-pulmonary-disease/>

(152) “NHS virtual wards to treat thousands of patients with heart failure at home,” 2023.10.25. NHS England website <https://www.england.nhs.uk/2023/10/nhs-virtual-wards-to-treat-thousands-of-patients-with-heart-failure-at-home/>

(153) フレイルとは、「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」のこと。転倒・骨折、術後合併症、認知症、生活習慣病（糖尿病）、心血管疾患などと関連がある（厚生労働省保険局高齢者医療課「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（別冊参考資料）」2018.4, pp.8-16. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000205009.pdf>）。

(154) NHS, “Frailty virtual ward (Hospital at Home for those living with frailty),” 2021.12.22. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/12/B1207-ii-guidance-note-frailty-virtual-ward.pdf>

(155) Ministère des Solidarités et de la Santé, *op.cit.*(141)

(156) “What is a virtual ward?” myPatientSpace website <https://mypatientspace.com/healthcare/virtual-wards/>

(157) “Allied Health Professionals Working in Virtual Wards.” Aspiring Allies website <https://aspiringallies.co.uk/blog/allied-health-professionals-working-in-virtual-wards/>

(158) “Guidance note: virtual ward care for people with heart failure,” 2023.10.27. NHS England website <https://www.england.nhs.uk/long-read/guidance-note-virtual-ward-care-for-people-with-heart-failure/>

(159) PPL (Private Public Ltd), “South East Region Virtual Wards Evaluation Final Report,” 2024.5, pp.5, 8. <https://ppl.org.uk/wp-content/uploads/2024/05/ANONYMISED-South-East-Region-Virtual-Wards-Evaluation-Final-version-1.3.pdf>

(160) サウス・アンド・ウェスト・ハートフォードシャー保健医療パートナーシップが管理する仮想病院内にある慢性閉塞性肺疾患（COPD）VW で、2021 年 12 月から 2022 年 6 月までの間に多職種チームによって調査が行われた。患者 46 名に対する調査で、安心感が得られたとの感想があった一方で、医療機器の操作上の不安を持つ患者もいたという（South and West Hertfordshire Health and Care Partnership, “Evaluation report: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Virtual Ward,” 2023.3, pp.52-54. West Hertfordshire Teaching Hospitals NHS Trust website <https://www.westhertshospitals.nhs.uk/msgs/West-Herts-COPD-VW-evaluation.pdf>）。

つつある一方で、VW には批判の声もある。VW が普及するにつれ、医療従事者等の過度な負担が顕在化しており、医療の安全性が脅かされる状況があるとの意見がある。病床機能効率化の利点はあるものの、患者に対して、病院入院なのか VW での治療なのかを決定する基準が明確でないとの指摘もある。また、VW の普及によって、イギリスの病院・病床不足の解決にはつながるかも知れないが、医療従事者の不足の解決にはつながらず(161)、研修を積んだ医療従事者の確保など新たな問題が発生しているとの意見も見られる(162)。

3　オーストラリア

(1) 政府による在宅医療（HITH）の推進

オーストラリアでは、在宅医療である Hospital in the home（HITH（HIH とも略される））が実施されている。1994 年にビクトリア州で、1995 年にニューサウスウェールズ州で開始されたとされる(163)。ニューサウスウェールズ州保健省（NSW Health）が、1998 年から 1999 年にかけて州内で推進し地方にも拡大した(164)。なお、フランスと同様に、オーストラリアでは、日本語の「在宅医療」・「入院医療」のどちらも「入院」と称することがある(165)。

(2) HITH の状況・評価

HITH による入院日数（HITH 利用前後の病院への入院も含まれる。）は、入院日数全体の 4.4%(166)を占めており、2014 年から 2023 年にかけて、患者数が 1.7 倍に増えている(167)。HITH

---

(161)　“Will virtual wards rescue the NHS?”Medical Solicitors website <https://www.medical-solicitors.com/news/will-virtual-wards-rescue-the-nhs/>

(162)　Rezina Hakim,“Realising the potential of virtual wards,”2023.5.23. NHS Confederation website <https://www.nhsconfed.org/publications/realising-potential-virtual-wards>

(163)　外来や入院を担っていた病院が HITH を展開するケースが多い（“History of the HITH Society.”HITH Society Australasia Ltd. website <https://hithsociety.wildapricot.org/Our-History>）。

(164)　オーストラリアでは、退院後（亜急性期）の在宅療養（創傷ケア、投薬管理、ストーマまたはカテーテルケアなど）が必要な患者に対しては、HITH とは別に在宅で Post Acute Care（PAC）を受ける（江角弘道「オーストラリアにおける在宅ケアの現状―HITH,PAC,HACC 制度を中心とする日本との比較―」『島根県立看護短期大学紀要』10 号, 2004, pp.85-89.）。

(165)　オーストラリアでは、患者全体に占める入院患者の割合（入院患者数を、入院患者と非入院患者の合計数で除算した数）が、我が国より高い可能性があり、入院患者に対して行われている治療がそれぞれの国で同じとは限らない。オーストラリアでは、年間（2022 ～ 2023 年）の入院患者が約 1200 万人、外来患者が約 4110 万人である（“Australia’s hospitals at a glance,”2024.7.18. Australian Institute Health and Welfare website <https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/australias-hospitals-at-a-glance>）。一方、我が国では、特定日（令和 2（2020）年 10 月の特定日）の入院患者数が約 120 万人、外来患者が約 710 万人である（厚生労働省『令和 2 年（2020）患者調査の概況』2024. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html>）。例えば、オーストラリアでは、「Factors influencing health status and contact with health services」が入院要因の最多数になっているが、我が国での「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」（検査及び診査のための保健サービスの利用等）の多くが外来患者にカウントされている。

(166)　2022 年 7 月～ 2023 年 6 月の統計。HITH 患者数は 158,873 人で、HITH 入院の日数は 1,456,968 日（（HITH 利用前後の病院入院の日数を含む数値。前後の病院入院日数を含まない HITH 利用日数は 1,005,630 日。患者数、日数共に即日退院を含む。）（“Table S5.26: Separations with hospital-in-the-home care, public and private hospitals, states and territories, 2022–23,”*Admitted patient care 2022–23, 5: What services were provided?* Australian Institute of Health and Welfare website <https://www.aihw.gov.au/getmedia/0751980f-7dee-47d3-8c8e-a5c7b335cded/5-admitted-patient-care-2022-23-tables-service.xlsx>）。全入院の総患者数（病院入院患者と HITH 患者の総数）は、12,121,782 人（“Table 2.1: Separations, public and private hospitals, 2018–19 to 2022–23,”*Admitted patient care 2022–23, 2: How much activity was there?* Australian Institute of Health and Welfare website <https://www.aihw.gov.au/getmedia/f1c6db5d-dd0a-4945-9a80-bc043be1f64f/2-admitted-patient-care-2022-23-tables-activity.xlsx>）、総入院日数は 33,215,620 日（“Table 2.6: Patient days, public and private hospitals, 2018–19 to 2022–23,”*Admitted patient care 2022–23, 2, ibid.*）。

(167)　2013 年 7 月～ 2014 年 6 月の HITH 患者数は 92,957 人（「Same day separations」と「Overnight separations」の合計）（“Table 5.36: Separations with hospital in the home care, by hospital sector, states and territories, 2013–14,”*Admitted patient*

による入院の増加要因として、高齢者人口の増加による、病床のひっ迫が挙げられている(168)。

HITH による入院で多く見られる疾患は、蜂窩織炎（ほうかしきえん）(169)、消化器悪性腫瘍、呼吸器感染症・炎症、静脈血栓、睡眠時無呼吸などとなっている。また、HITH での入院中に亡くなる患者は少なく、終末期の緩和医療の比率の多いフランス（前述）とは傾向が異なる(170)。

HITH の入院日数は、病院での入院医療より長い（HITH 入院は 9.2 日、全入院は 2.7 日）(171)傾向がある一方、再入院の割合は低下する（HITH 入院は 2.3%、病院入院は 3.6%）と分析されている(172)。

おわりに

在宅医療患者は増加傾向にある。政府の在宅医療推進策や、患者の住み慣れた自宅等で治療を受けたいとする希望を背景に、今後もこの傾向が続くと見られている。

国民医療費が増加傾向になる中、在宅医療の推進が医療費を削減するかどうかについて議論がある。高齢者や終末期の患者が入院医療から在宅医療に移行することで医療費が削減できるとの見方がある。しかし、在宅医療による医療ニーズの掘り起こしが過剰な医療につながる可能性があるほか、医療費が削減できたとしても在宅医療に伴う患者の家族等の負担の増加を考慮すると必ずしも全体での費用削減は実現できていないとの国内外の研究結果も見られる。

入院医療に伴う弊害として、入院関連機能障害が知られている。入院医療によって疾患が治癒・改善したとしても、長期の入院が筋力・認知機能に対して悪影響を及ぼすことがある。在宅医療に切り替えることでこうした弊害が避けられる可能性がある。

在宅医療を受ける患者や家族にとって、健康状態が悪化した際に、適切な医療が受けられるのかが重要となる。在宅医療患者が必要な時に入院医療を受けられる後方支援体制を整備するのが望ましい。しかし、実際には十分とは言えない状況で、地域格差も大きい。

在宅医療は入院医療とは異なり担当医師の診察の頻度が減るため、担当医師以外の家族・訪問看護師・介護従事者・臨時往診医などが、健康悪化の状態に遭遇することもある。医療の現場では、個々の状況に適切に対応することが求められ、模索が続いている。

（おんだ　ひろゆき）

---

care 2013–14: Australian hospital statistics, 5: What services were provided? Data tables, 2015.3.19. Australian Institute of Health and Welfare website <https://www.aihw.gov.au/getmedia/02b9a39f-08c0-4996-8041-01e06e10712e/apc2013-14-chapter-5.xls.aspx>）。

(168) Michael Montalto et al.,“Home ward bound: features of hospital in the home use by major Australian hospitals, 2011-2017,”*The Medical Journal of Australia*, 213(1), 2020.7, pp.23-24.

(169) 皮膚や皮下脂肪組織に細菌が感染し、炎症が起こる疾患。

(170) 2011 ～ 2017 年の調査で、HITH 患者の罹患疾病は、蜂窩織炎（13,488 件）、消化器悪性腫瘍（3,361 件）、呼吸器感染症・炎症（2,478 件）、静脈血栓（2,469 件）、睡眠時無呼吸（2,467 件）（Montalto et al., *op.cit.*(168)）。

(171) 2022 年 7 月～ 2023 年 6 月の統計。HITH 入院の平均日数（9.2 日）は、HITH 利用前後の病院での平均滞在日数を含む。前後の病院入院日数を含まない HITH 平均利用日数は 6.3 日（“Table S5.26: Separations with hospital-in-the-home care, public and private hospitals, states and territories, 2022–23,”*op.cit.*(166)）。また、即日退院を含まない全入院の平均入院日数は、5.7 日（“Table 2.9: Average length of stay, public and private hospitals, 2018–19 to 2022–23,”*Admitted patient care 2022–23, 2, op.cit.*(166)）。

(172) 出典資料では、HITH の対比語を「those that did not（HITH 以外）」としているが、本稿では「those that did not」の日本語訳を「入院医療」とする（Montalto et al., *op.cit.*(168), p.23.）。