

これからの医療提供体制について

平成28年10月9日

厚生労働省医政局地域医療計画課  
伯野 春彦

## 本日の内容

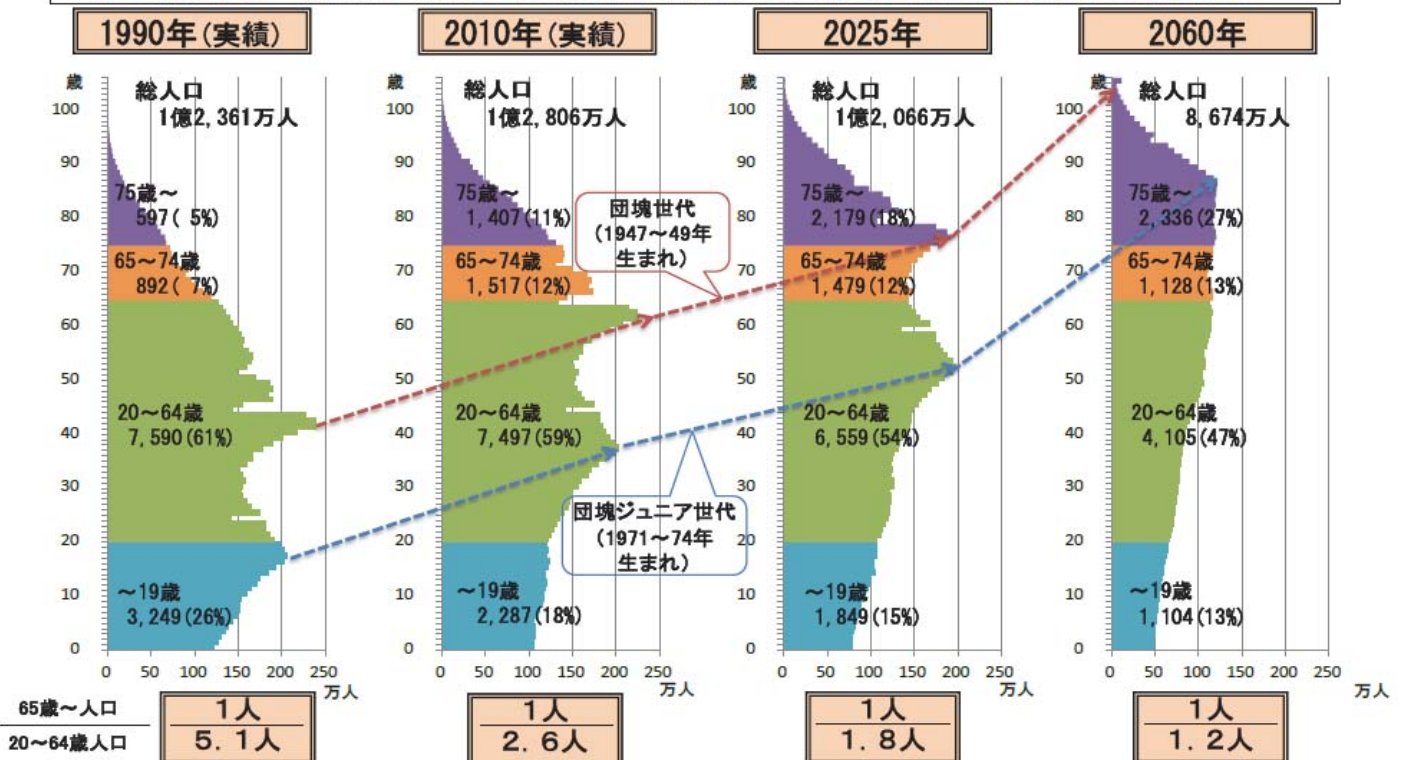
---

- 1 高齢化について
- 2 地域医療構想について
- 3 医療計画について
- 4 在宅医療の推進について

# 1 高齢化について

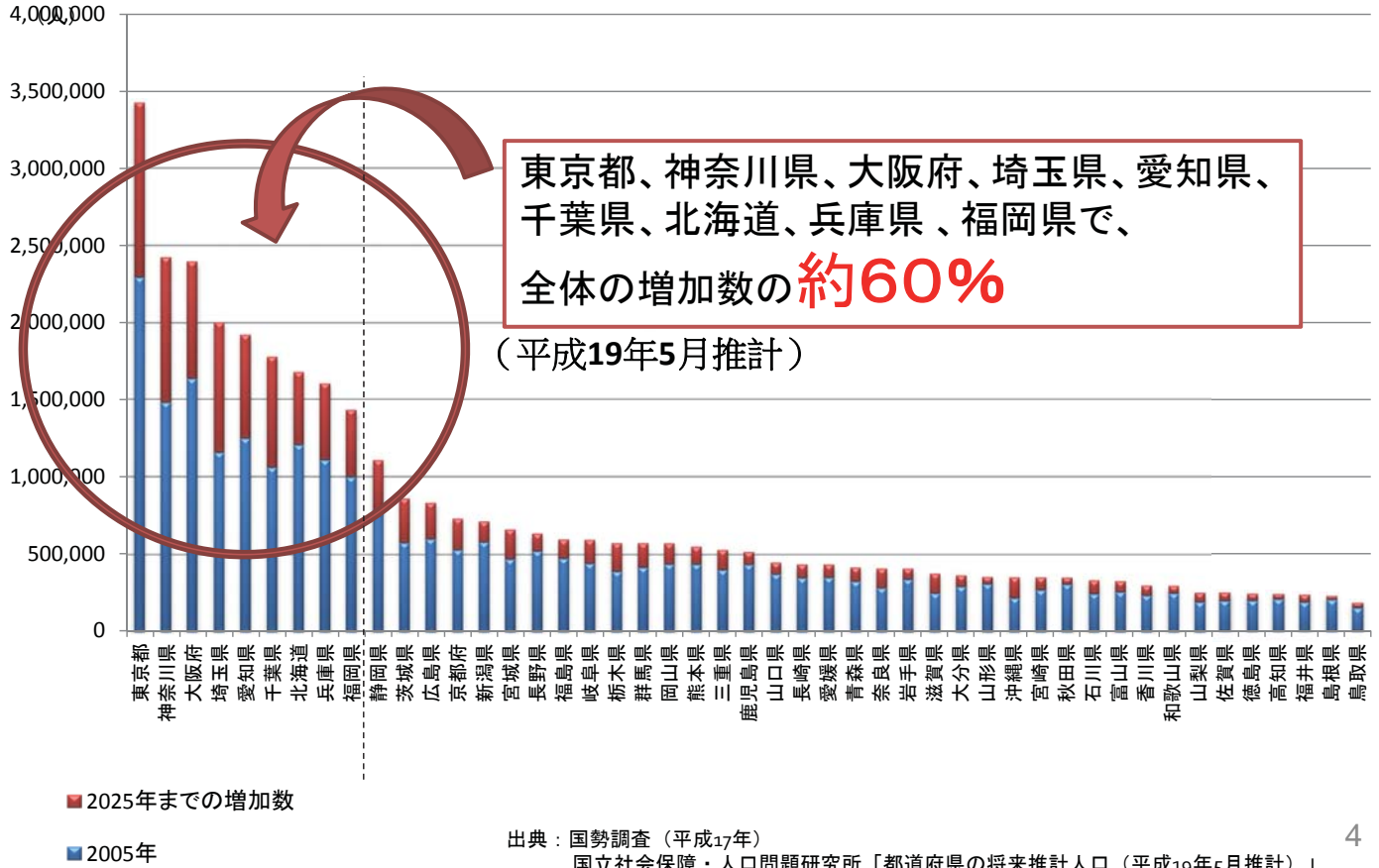
人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



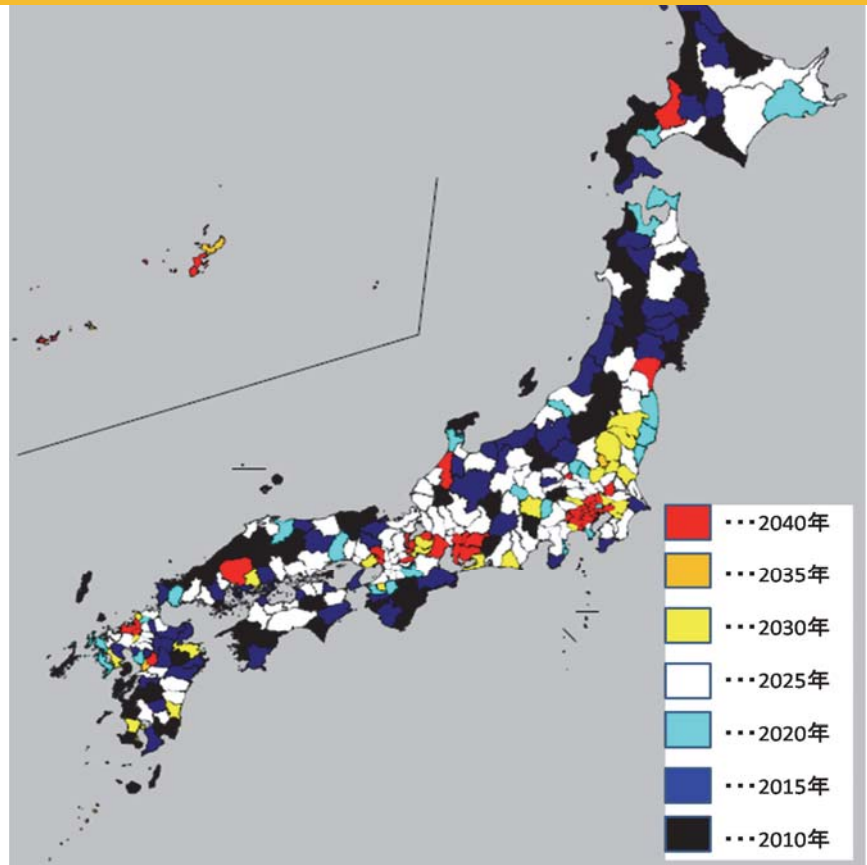
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 3

# 都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



## 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

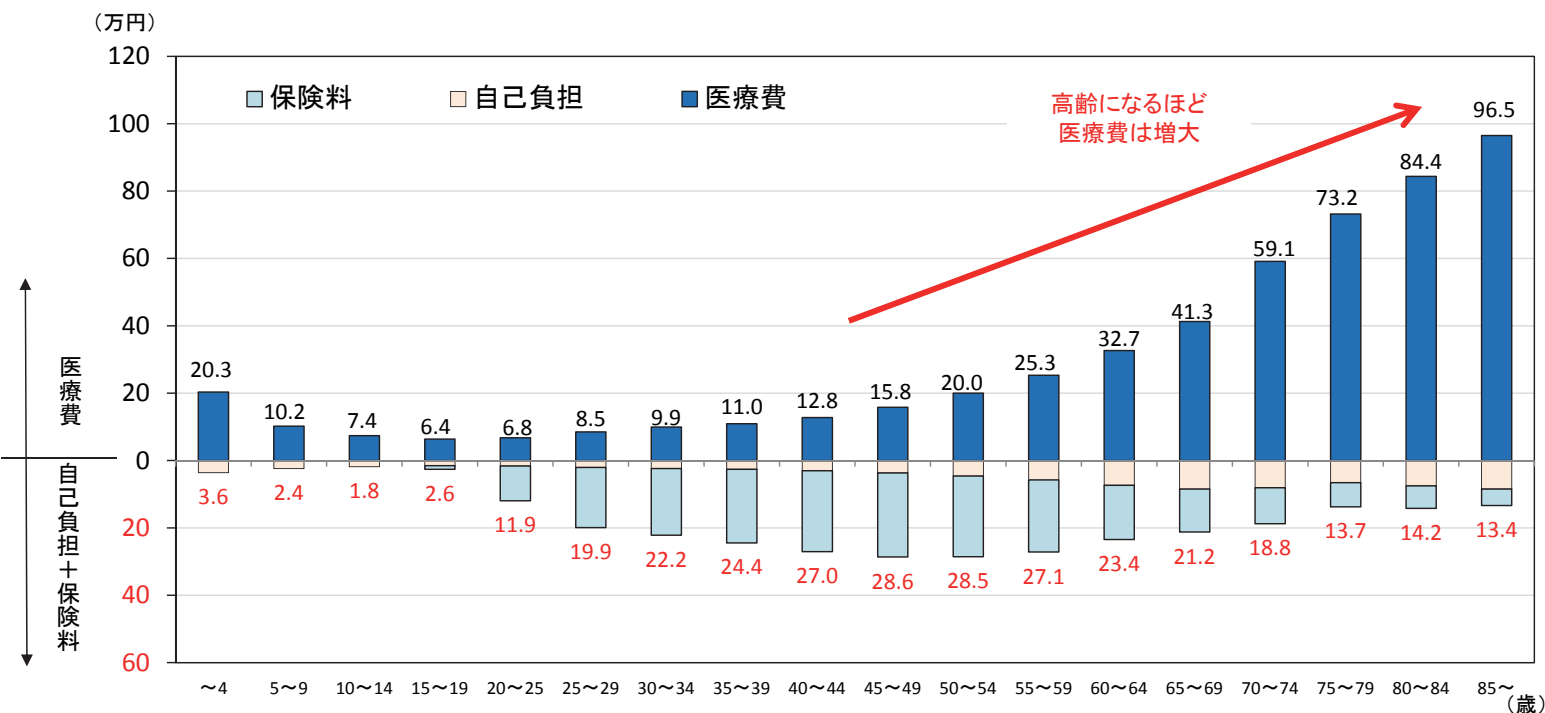
地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる



出典：社会保障制度国民会議資料（平成25年4月19日 第9回 資料 3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

# 年齢階級別の一人当たり医療費

- 年齢階級別の一人当たり医療費を見ると、高齢になるほど一人当たり医療費は増大。
- 高齢者の医療費をどのように国民全体で公平に負担し合うのが課題。



(注1) 1人あたりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。  
 (注2) 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。  
 (注3) 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。  
 (注4) 1人あたり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。  
 (注5) 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。  
 【出典】各制度の事業年報等をもとに医療給付実態調査等を用いて保険局調査課により推計

## 2 地域医療構想

# なぜ地域医療構想が必要なのか？

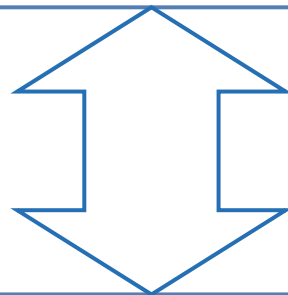
## 医療における2025年問題

- 2025年とは団塊の世代が75才になる年
  - 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
  - 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
  - ⇒ よって、**地域の実情に応じた対応が必要**
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

8

### 病床機能報告（現状）

どの医療「機能」に該当するかを  
「定義」を踏まえ、病棟ごとに判断  
→ 地域において医療機関が「**表示したい機能**」



### 医療需要（必要病床数）の推計

2013年の個々の患者の受療状況をベースに  
医療資源供給量に沿って区分したもの  
→ 地域における「**各病期の患者発生量**」

# 病床機能報告制度

○ 各医療機関(有床診療所を含む。)は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。(平成26年10月より開始)

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることに留意。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

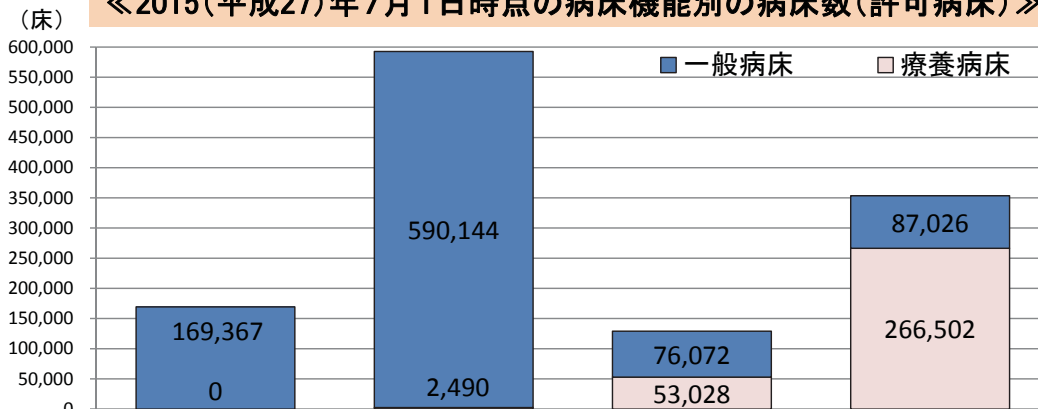
10

## 2015(平成27)年7月1日時点の病床機能別の病床数【平成27年度末まとめ】

○ 以下の集計は、3月31日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを取りまとめた値である。

- ・報告対象となる病院7,370施設、有床診療所7,168施設のうち、3月31日までにデータクリーニングが完了した病院7,236施設(98.2%)、有床診療所6,627施設(92.5%)のデータを集計した。(2月16日時点の医療機関全体の報告率 95.6%)
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,270,683床  
( cf. 医療施設調査(動態)における平成27年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,331,374床)

### 《2015(平成27)年7月1日時点の病床機能別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	169,367	590,144	76,072	87,026	922,609
療養病床	0	2,490	53,028	266,502	322,020
合計	169,367	592,634	129,100	353,528	1,244,629
構成比(2015年)	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比(2014年)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

(注) 集計対象施設のうち、2015年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が26,054床分あり、上表には含めていない。

11

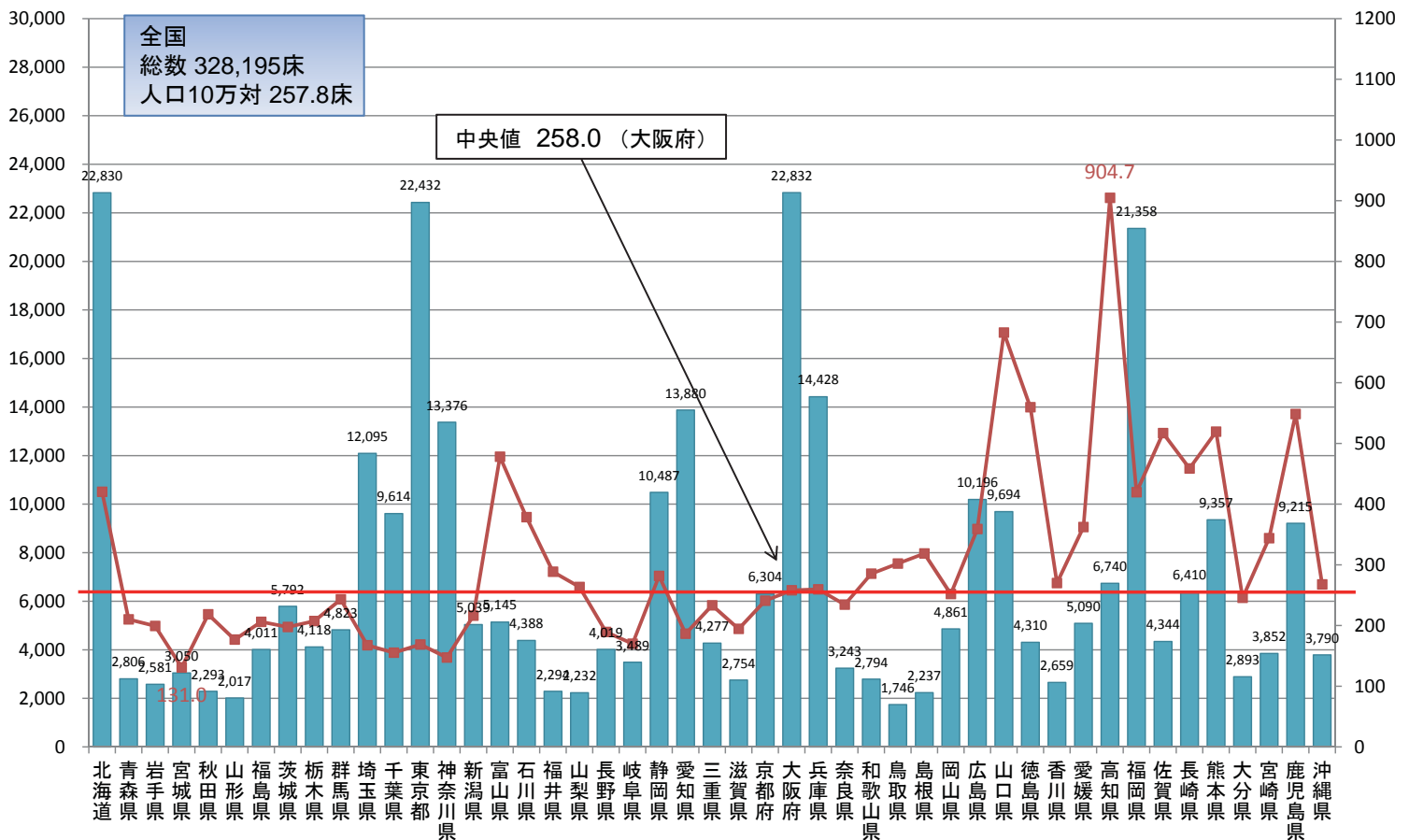


# 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

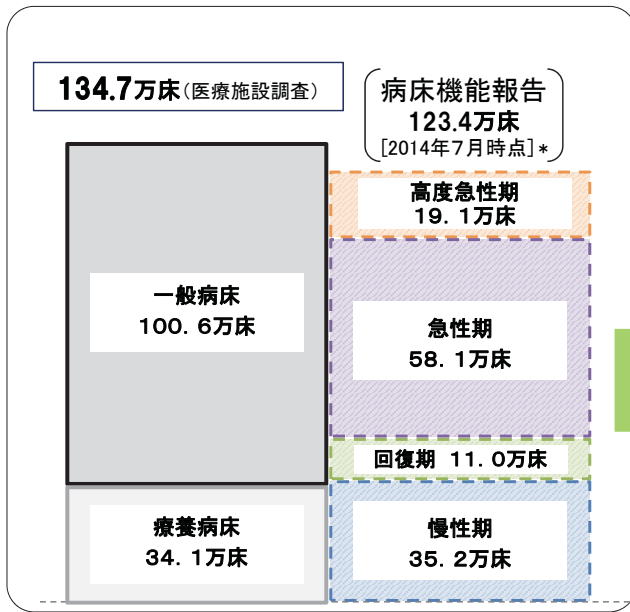
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

## 療養病床数 (都道府県別、人口10万対)

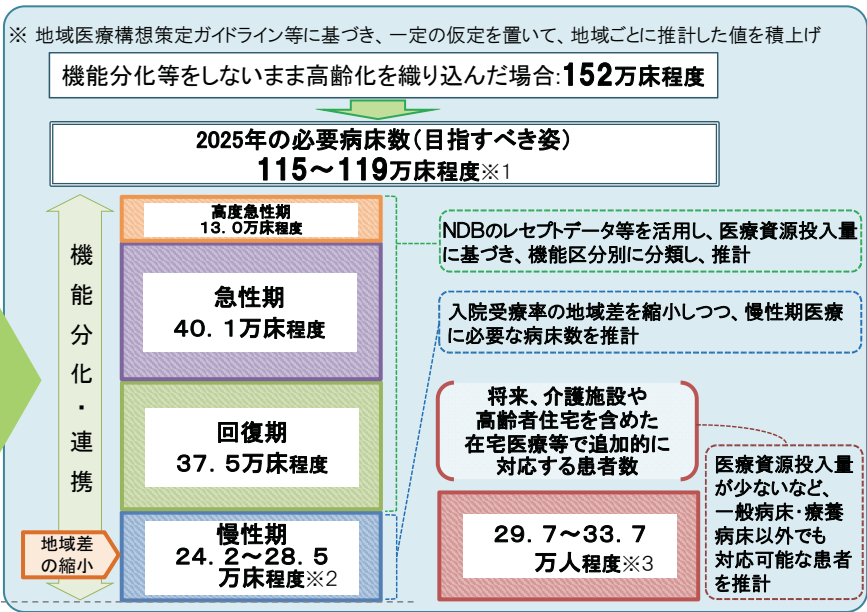


# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果 (全国ベースの積上げ)

## 【現 状:2013年】



## 【推計結果:2025年】



\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。

なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度

※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度

※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

## 「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

- 今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。
  1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)
  2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討
  3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

### 1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について

- 急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。  
※ 回復期をはじめとして不足している医療機能を充足していくことが必要。

- その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。

※「地域医療介護総合確保基金」(H28年度予算案は、1628億円(医療分904億円、介護分724億円)は、

- 1 病床の機能分化・連携に関する事業
- 2 在宅医療の推進
- 3 介護施設等の整備に関する事業
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。

- また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

### 2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討について

- 地域医療構想との整合性を確保しつつ、医療従事者の需給を見通し、その確保策、地域偏在対策等について検討する「医療従事者の需給に関する検討会」を平成27年12月から開催。

※ ①医師、②看護職員、③理学療法士・作業療法士のそれぞれに分科会を設置し、平成28年内を目途に最終的な報告書を取りまとめ。

- 医師については、平成29年度までの医学部定員の暫定増の取扱い及び地域偏在対策の論点に関する中間報告を5月末を目途にとりまとめ、その後、地域偏在対策や今後の医学部定員の在り方等について検討。



### 3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

#### 基本的考え方

- 今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、**全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。**病床の機能分化・連携の推進と同時に、こうした医療・介護サービスの確保を着実に進める。

#### (1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備

- ・ 「**地域医療介護総合確保基金**」を有効的に活用して、**在宅医療・介護施設等を着実に整備。**
  - ※ 「地域医療介護総合確保基金」  
「在宅医療の推進に関する事業」「介護施設等の整備に関する事業」に活用して、整備を推進。
- ・ 特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業(支援)計画には、**必要なサービス見込み量を記載し、計画的・整合的に確保。**

#### (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し

- ・ (1)に加えて、厚生労働省に「**療養病床の在り方等に関する検討会**」を設置し、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、**具体的な改革の選択肢の整理等を実施。**
- ・ 今後、検討会の報告を踏まえ、**社会保障審議会の部会において、制度改正に向けた議論を開始。**

16

## 都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況

(平成28年8月31日現在)

### <構想策定の予定時期>

- 都道府県における地域医療構想の策定予定時期は、
  - ・ 「平成27年度中に策定済み」が12 (26%)
  - ・ 「平成28年度(8月31日まで)に策定済み」が7 (15%)
  - ・ 「平成28年度半ばの策定予定」が16 (34%)
  - ・ 「平成28年度中の策定予定」が12 (26%) となっている

平成28年度中: 12府県 (26%)

福島、茨城、新潟、富山、長野、  
三重、京都、高知、福岡、長崎、熊本、沖縄

平成27年度中: 12府県 (26%)

青森、岩手、栃木、千葉、静岡、滋賀、  
大阪、奈良、岡山、広島、愛媛、佐賀

平成28年度(8月31日まで): 7都県 (15%)

東京、福井、山梨、岐阜、和歌山、  
山口、大分

平成28年度半ば: 16道県 (34%)

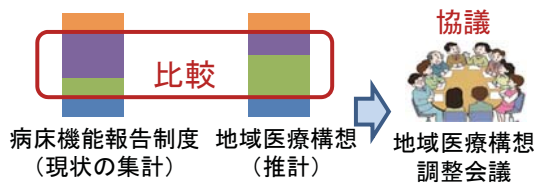
北海道、宮城、秋田、山形、群馬、埼玉、神奈川、石川、愛知、兵庫、  
鳥取、島根、徳島、香川、宮崎、鹿児島

# 地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 自主的な取組や協議だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

## STEP1 医療機関による自主的な取組と「地域医療構想調整会議」での協議

- 病床機能報告制度等による現状と、地域医療構想の将来の必要病床数を比較し、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- それを基に、医療機関が自主的に病床の機能転換。また、地域ごとの「地域医療構想調整会議」において、医療機関相互の協議を行い、機能分化・連携について議論・調整。



## STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

- 都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。
- ・ 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

## STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

### 【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の要請・勧告**（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）
- ② 医療機関に対して、**不足している医療機能を担うよう、要請・勧告**（民間医療機関）及び指示（公的医療機関）
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

自主的な取組や協議が進まない場合は、機能分化・連携が進まない場合は、

18

## 調整会議の進め方について

### 地域医療構想策定ガイドライン(抜粋・一部改変)

#### 議論の進め方

議論の進め方の例として以下のように示している。

- i 地域の医療提供体制の**現状と将来目指すべき姿の認識共有**  
地域医療構想で推計した将来の医療需要や病床機能報告のデータを基に関係者で認識を共有。
- ii 地域医療構想を実現する上での**課題の抽出**  
地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について議論。
- iii 具体的な**病床の機能の分化及び連携の在り方**について議論  
医療機能の充足状況に応じて、各病院等がどのように役割分担を行うか等について議論。
- iv 地域医療介護総合確保基金を活用した**具体的な事業の議論**  
iiiで議論して合意した事項を実現するために必要な具体的な事業について地域医療総合確保基金の活用も視野に入れ議論。

## 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

地域医療構想策定ガイドラインを踏まえ、調整会議の役割に応じて議論する内容及び進め方について、次のように整理することとどうか。

### ① 医療機能の役割分担

#### 1 構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有

＜構想区域における中心的な医療機関の役割の明確化＞

(1) 将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、まずは、一定規模の病床を有する病院であって、地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うか明確にすることが必要。

その際に、次の医療機関が担う医療機能等を踏まえ、調整会議の場で検討を進めること。

- ・公的医療機関等※及び国立病院機構の各医療機関が担う医療機能  
(公立病院の担う医療機能については、新公立病院改革ガイドラインに基づき検討すること)
- ・地域医療支援病院及び特定機能病院が担う医療機能
- ・上記以外の構想区域における中心的な医療機関が担う医療機能等

また、必要に応じて、医療法第30条の16に規定される権限の行使も視野に入れ、各医療機関の役割について明確化すること。

※ 公的医療機関等：医療法第31条に定める公的医療機関(都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者(地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等)の開設する医療機関)及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者(共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等)が開設する医療機関

20

## 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

### ① 医療機能の役割分担

#### 1 構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有

＜他の医療機関の役割の明確化＞

(2) 上記における検討を踏まえ構想区域における障害の医療提供体制の方向性を共有した上で、引き続き、比較的病床規模の小さい医療機関等については、これらの医療機関との連携や、これらの医療機関が担わない医療機能(例えば、重症心身障害児に対する医療等)や、地域の多様な医療ニーズを踏まえ、それぞれの役割を明確化すること。

＜将来に病床機能の転換を予定している医療機関の役割の確認＞

(3) 病床機能報告においては、6年後の病床機能も報告されていることから、将来に病床機能の転換を予定している医療機関についても、その転換の内容が地域医療構想の方向性と整合性のあるものとなっているかという点について確認すること。

(4) このほか、地域の住民が望む医療へのかかり方等を聴取し、ニーズを把握すること。

(5) 上記の検討結果を踏まえて、構想区域ごとの将来の医療提供体制を構築していくための方向性を定め、関係者間で共有すること。



## 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

### ① 医療機能の役割分担

#### 2 新規に地域医療に参入してくる医療機関や、増床を行い規模の拡大を行う医療機関等への対応

- (1) 今後、高齢化が急速に進み、医療需要の増加が大きく見込まれる地域においては、増床等の整備の必要が生じる。この場合においても、共有した方向性を踏まえ、将来の医療提供体制を構築するために、医療法第7条第5項の行使も視野に入れ、今後必要となる医療機能を担うことを要請していくこと。
- (2) また、新規に参入してくる医療機関に対しては、病院の開設の許可を待たず、調整会議への出席を求め、方向性を踏まえ、地域に必要な医療機能等について、理解を深めてもらうよう努めること。
- (3) この他、病床機能を転換する計画等が明らかとなった医療機関については、その方向性が地域医療構想と整合性のあるものとなっているか、適宜、検討すること。

#### 3 方向性を共有した上での病床機能分化・連携の推進

- (1) 共有した方向性を踏まえ、各医療機関は将来の担うべき医療機能に向けた病床機能等の転換や、既存の機能の充足を図ること。
- (2) 進捗状況については、毎年 of 病床機能報告の結果を、構想区域の関係者間で共有し、方向性と明らかに異なる機能の転換等を行う医療機関については、医療法第30条の15の行使も視野に入れた対応の検討すること。

22

## 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

### ② 病床機能分化・連携に向けた方策の検討

#### 1 将来の医療提供体制を実現するために必要な事項の検討

共有した方向性を踏まえ、地域における病床機能の分化・連携を図るにあたり、各医療機関がどの病床機能に今後機能転換するかを明確にするとともに、次のような事項についても検討すること。

(明確化すべき事項の例)

- ・ 不足又は充足すべき医療機能について、将来の医療需要の動向を見据え、整備すべきストラクチャー、マンパワー等の見込み
- ・ より質の高い医療を提供するため、地域連携パス等にかかわる関係者間の役割等

#### 2 実現するための方策の検討

- (1) 各医療機関の有する医療資源を基に、対応が必要な事項について、医療機器等のストラクチャーの共同利用や、連携によりマンパワーを補う方法等を検討すること。

(検討内容の例)

- ・ 回復期機能を担う医療機関における、PT・OT等の職種の確保
  - ・ 医療機能を転換する場合の看護職員等の計画的な雇用 等
- (2) 既存の医療資源だけでは対応できない事項については、財政的支援の必要性等を検討し、地域医療介護総合確保基金の都道府県計画への反映について検討すること。

23

## 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

### ③ 地域住民への啓発

#### 1 共有した方向性を踏まえた、医療へのかかり方の周知

(1) 共有した方向性を踏まえ、今後の地域における医療提供体制をどのように構築していくかについて、できるだけ分かりやすく周知し、地域住民の理解を深めること。

そのため、調整会議で行われている議論について、広く住民に伝え、地域における医療提供体制の課題等の共有を図るため、議事の内容等をホームページ等を通じて、情報提供すること。

その他、例えば、次のような内容について、積極的に地域住民に対して情報提供等を行うこと。

(地域住民と共有する事項の例)

- ・ かかりつけ医を持つことなどを通じた、外来受診等の在り方
- ・ 専門的な医療が必要な病気に罹患した場合の、構想区域を超えて提供される医療等

(2) また、構想区域における、急性期疾患の罹患から、治療、リハビリテーション、在宅等への復帰に至るまでの各医療機関や関係機関の役割分担を示すことで、医療提供体制に関する、患

## 地域医療構想の課題抽出に活用できるデータとその分析

### ① NDBデータ

- ・ 医療行為別の患者の流出入の把握

【分析例】二次救急を、患者住所地の医療圏で受けることができているかの確認

### ② 年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)

- ・ 地域ごとの疾患毎レセプトの出現状況を全国平均と比較

【分析例】さまざまなレセプトの出現頻度を他地域と比較することで不足する診療行為を確認

### ③ DPCデータ

- ・ 当該医療圏で欠けている医療機能はないかを確認(特に、5疾病5事業に関わる主要疾患)
- ・ 各病院の機能が年度間で安定しているかを確認
- ・ 圏域内の各病院の機能分化の状況を把握

【分析例】圏域内の各病院の診療パターンより、機能分化の度合いを確認

### ④ アクセスマップと人口カバー率

- ・ DPCの疾病分類ごとの治療を行う医療機関までの移動時間による解析

【分析例】DPCの疾患分類ごとに、患者の医療機関へのアクセスに係る課題を分析

\* その他にも、医療計画策定支援ツールなどを利用して、現状の医療提供体制とその課題について分析する。

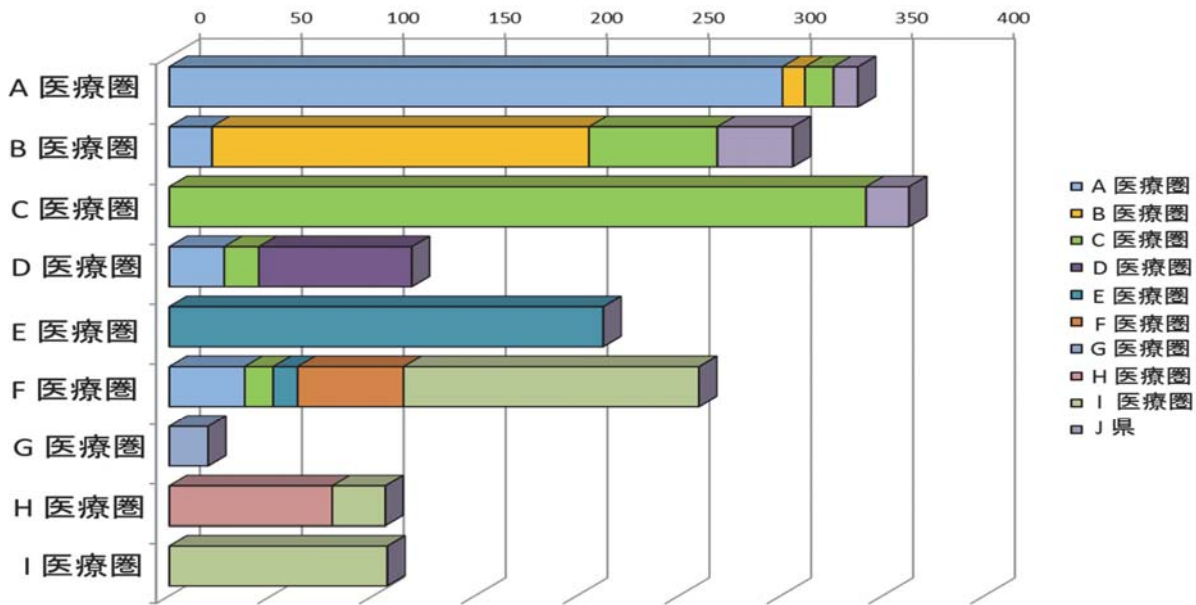


## (事例1) NDBデータを利用した患者の流出入について

NDBデータを基に、患者住所地と医療機関所在地の2つのデータから分析することにより、医療圏別にみた患者の流出入の状況を把握し、医療圏における自己完結度を検討する。

次のグラフは、A県における虚血性心疾患のカテーテル実施件数を示している。例えば、E医療圏では、自医療圏でほとんどの当該医療行為を行っている。一方で、F医療圏では、自医療圏のみでなく、他のA医療圏やI医療圏で当該医療行為を行っており、患者が流出していることがわかる。

【解析例】 A県における虚血性心疾患に対するカテーテル治療の実施件数

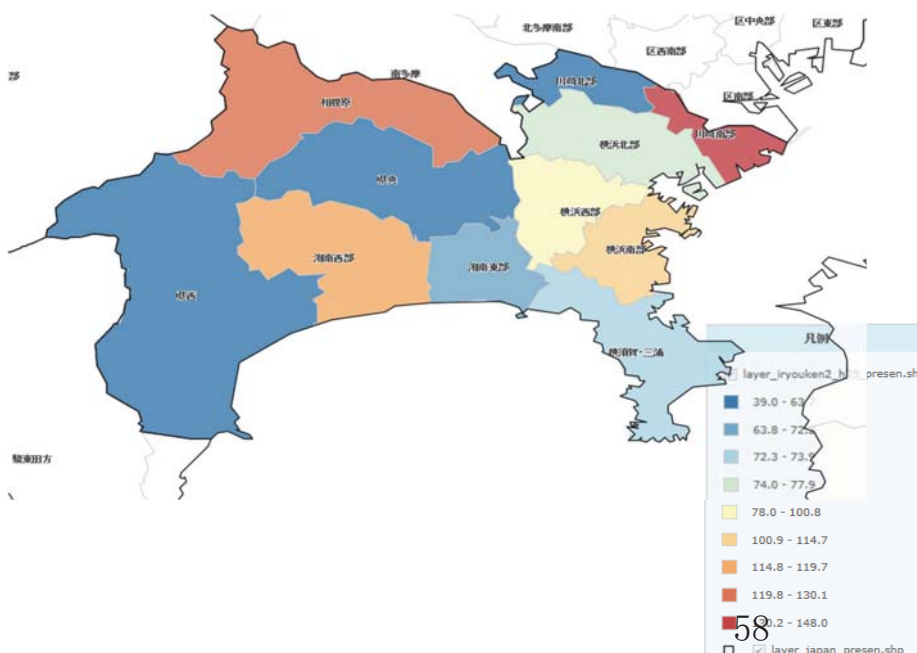


## (事例2) レセプトを利用した医療提供体制の評価について

ある診療行為に係るレセプト数を地域の年齢・人口構成で補正した値(略称SCR)を算出し、地図上で可視化する。当該医療行為を全国平均と比較することで、各2次医療圏の医療提供体制を相対評価する。

次の地図は、胃癌に対する内視鏡的手術件数のSCRを2次医療圏ごとに塗り分けた。

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)を用いた医療提供体制の評価(胃癌・内視鏡的手術)



### 年齢調整標準化レセプト出現比

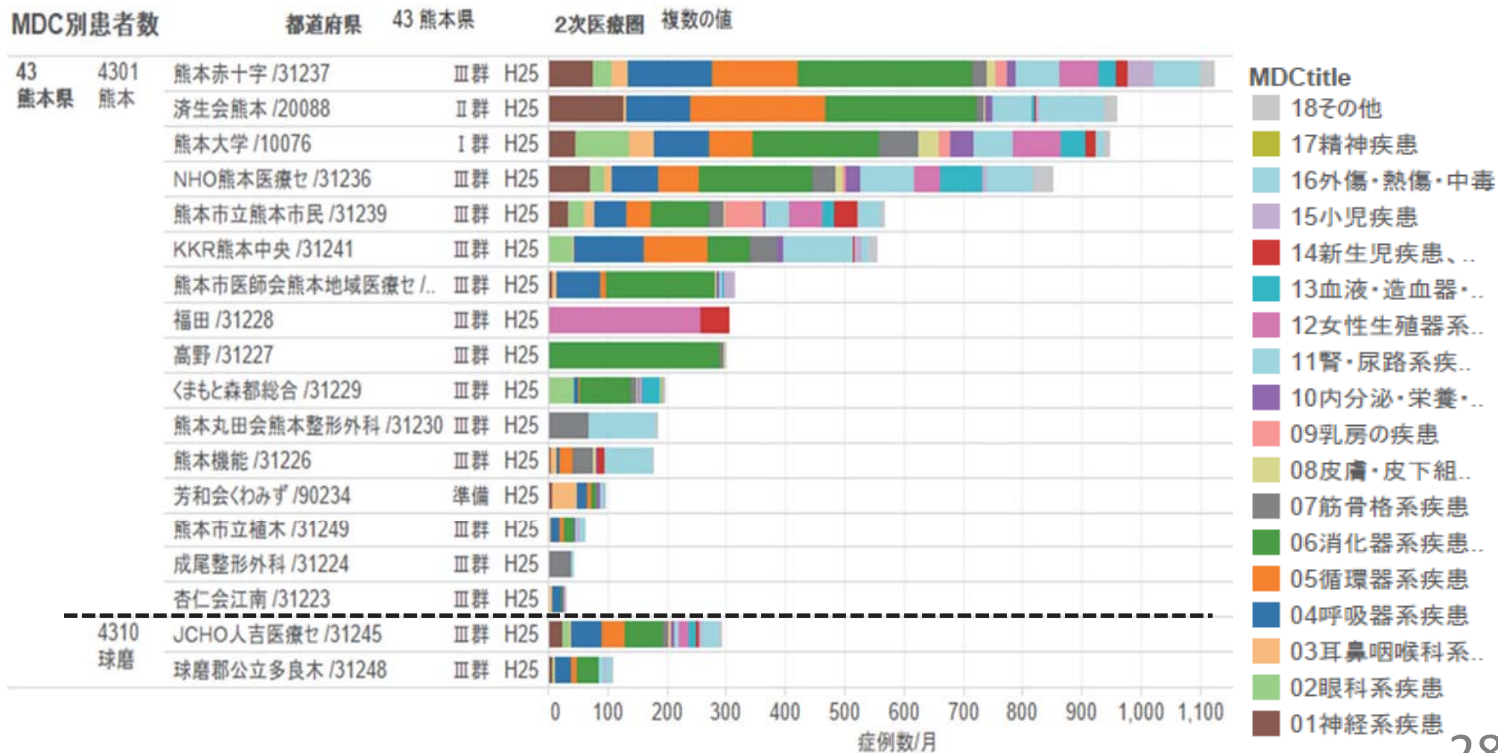
$$SCR = \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100$$

$$= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

## (事例3) DPCデータを利用した地域における医療提供体制の評価

DPCデータを用いて、医療機関ごとの患者数をMDC(臓器別の分類)別に集計したもの。ほぼ診療科に対応しているMDC別に集計することによって、各医療機関の有する医療機能を把握したり、地域で欠けている医療機能がないかを確認したりすることが可能。

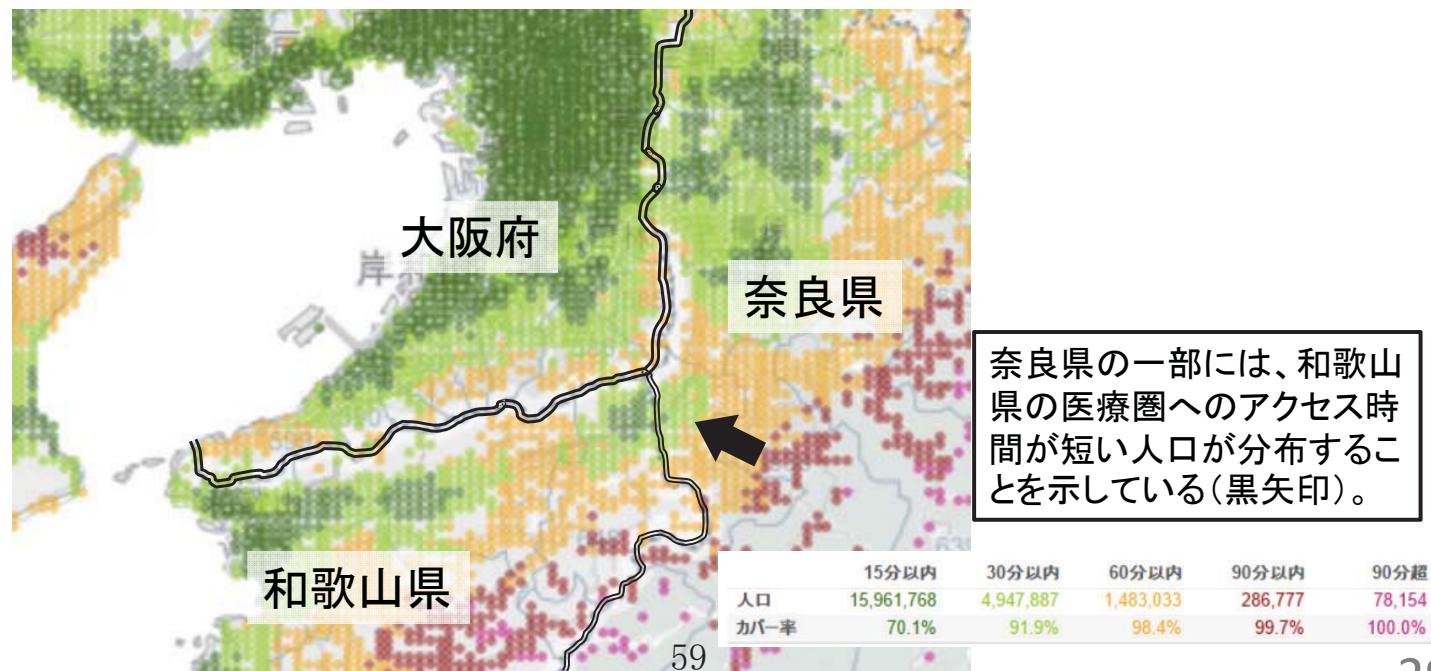


## (事例4) 県境を超えた患者の医療機関へのアクセス

医療機関へのアクセスに関しては、自県内の医療圏別の分析だけでなく、県境については、他県の医療機関へのアクセスも含めて検討する。

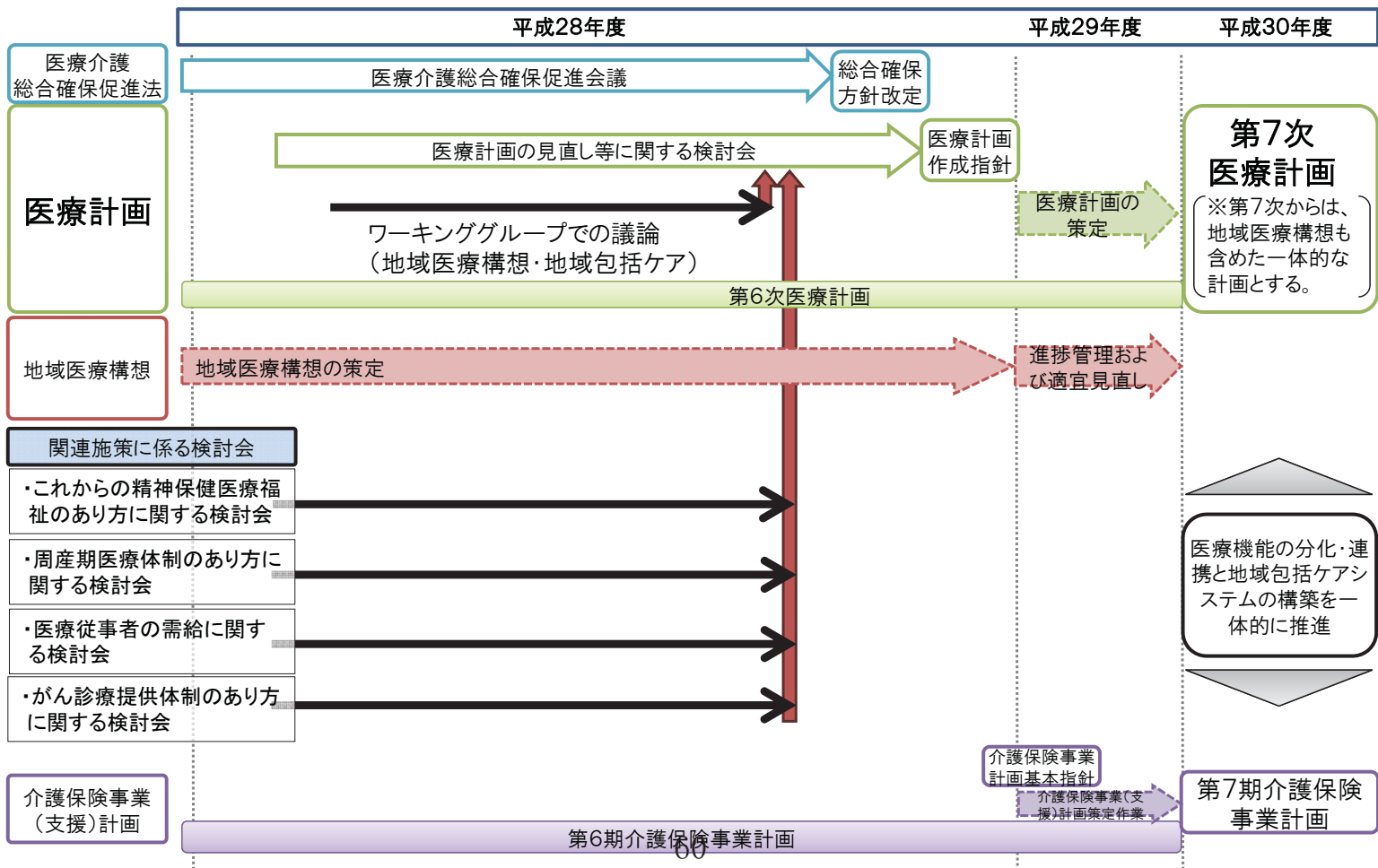
次の地図は、奈良県・和歌山県・大阪府の県間を含めた、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞の医療機関へのアクセスマップ。

奈良県・和歌山県・大阪府・兵庫県における「急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞」の搬送時間別人口カバー率



# 3 医療計画について

## 医療・介護制度および関連施策に係る検討会のスケジュール





# 医療法の改正の主な経緯について

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したものの。	○医療計画制度の導入 ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○医療計画制度の充実 ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○医療計画制度の見直し ・基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○医療計画制度の見直し ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け
平成26年 第六次改正	「社会保障・税一体改革大綱」に基づき、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むこととされた	○疾病・事業ごとのPDCAサイクル ○5事業に加え、在宅医療を重点事業に ○精神疾患を既存の4疾病に追加し、5疾病となった

32

## 医療計画の内容

医療計画作成指針(医療計画について(医政発0330第28号 平成24年3月30日)別紙)

### 1 医療計画の基本的な考え方

医療計画作成の趣旨、基本理念、医療計画の位置づけ、期間等、医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

### 2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。  
(指標の例)

地勢と交通、人口構造(その推移、将来推計を含む。)、人口動態(その推移、将来推計を含む。)、住民の健康状況、住民の受療状況、医療提供施設の状況

### 3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれにかかる医療連携体制

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、以下の内容を患者や住民にわかりやすいように記載する。

- (1) 患者動向や、医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状
- (2) 必要となる医療機能
- (3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策
- (4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称
- (5) 評価・公表方法等

なお、記載に当たっては、公的医療機関及び社会医療法人の役割、歯科医療機関(病院歯科、歯科診療所)の役割、薬局の役割にも留意する。

### 4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

## 5 医療従事者の確保

- 地域医療対策協議会の議論の経過等及びその結果定められた施策
- 地域医療対策協議会の定めた施策に沿って臨床研修医を含む医師の地域への定着が図られるよう、例えば、地域医療支援センター事業等の具体的な事業について記載する。
- 医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

## 6 医療の安全の確保

## 7 基準病床数

## 8 医療提供施設の整備の目標

- 地域医療支援病院の整備の目標
- その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標  
5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、それぞれの医療圏ごとに、都道府県が必要とする医療機能を有する医療提供施設の施設、設備、症例数、平均在院日数等の実態調査を行い、その結果を踏まえ、不足している医療機能についての整備の方法及び目標等について記載する。

## 9 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

障害保健対策、結核・感染症対策、臓器移植対策、難病等対策、歯科保健医療対策、血液の確保・適正使用対策、医薬品の適正使用対策、医療に関する情報化、保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組などに考慮して、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等について、記載する。

## 10 施策の評価及び見直し

設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められることから、施策の目標等、推進体制と役割、目標の達成に要する期間、目標を達成するための方策、評価及び見直し、進捗状況及び評価結果の広報・周知方法をあらかじめ医療計画に記載する。

## 指標等に関するこれまでの経緯

### 第5次医療計画(平成20年～)

- ・ 4疾病・5事業を位置づけ
- ・ 上記の医療提供体制を推進するためのPDCAサイクルを導入
- ・ 現状把握のための指標や数値目標を例示
  - 指標例:がん検診受診率、喫煙率、緩和ケア実施状況 等
  - 数値目標例:基本方針第7に掲げる諸計画(がん対策推進計画等)に定められる目標を勘案

### 第6次医療計画(平成25年～)

- ・ 精神疾患及び在宅医療を追加し、5疾病5事業及び在宅医療を位置づけ
- ・ 上記に伴い、指標を追加
- ・ 医療計画の実効性を高めるため、また都道府県間の指標設定のばらつきを改善するため、
  - 必須・推奨指標の提示**
  - PDCAサイクルの具体的手順へ「**課題抽出**」「**施策**」等を指針に追加



# (課題例) 都道府県医療計画における数値目標の設定状況

## ○ 都道府県間が活用する指標の数や種類にばらつきが大きい

- S: Structure 医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標
- P: Process 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
- O: Outcome 医療サービスの結果としての住民の健康状態や満足度を測る指標

都道府県ごとのSPO指標設定状況(上位・下位3県)

単位:件

	都道府県	S	P	O	合計
上位3県	A県	37	36	14	87
	B県	39	32	13	84
	C県	26	23	7	56
下位3県	D県	3	2	0	5
	E県	1	1	1	3
	F県	0	2	1	3

A県の実例(脳卒中) ※数値は目標値

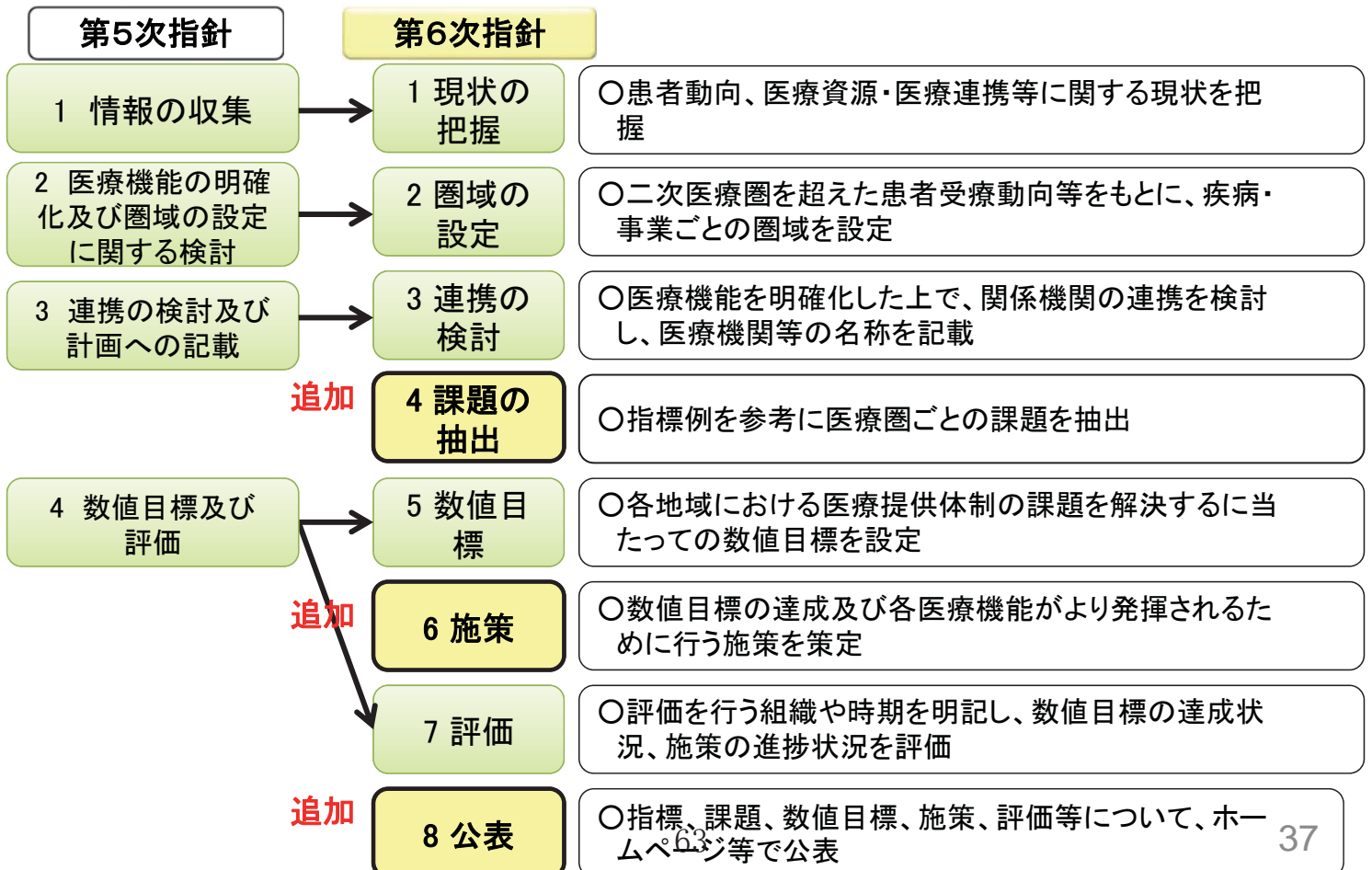
- S: t-PAを用いた血栓溶解療法が可能な病院数55ヶ所
- P: t-PAを用いた血栓溶解療法の実施件数460件
- O: 年齢調整死亡率(人口十万対) 男49.6 女23.1

B県の実例(救急) ※数値は目標値

- S: 1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率83%
- P: 救急搬送するまでに30分以上を要した件数(現状維持)
- O: 心肺停止患者の1ヶ月後の予後(3.3%より向上)

平成20年度厚生労働科学研究費補助金「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」

## 第6次医療計画の指針「第3 構築の具体的な手順」について



# (好事例の紹介)高知県における指標を活用したPDCAサイクルの実例

○ 周産期医療において、早産予防対策として早産に係る独自指標を設定し、PDCAサイクルを推進した。

## 独自指標による現状分析と数値目標の設定

県の超低出生体重児(1000g未満)の割合が全国比で高いことが判明(H24:全国0.3%、高知0.5%)。

### 独自指標:

三次周産期医療施設(2施設)への紹介事例のうち、妊娠28週以降まで妊娠を継続できた割合。

### 数値目標:

上記指標が、事業開始前後で比較して、改善していること。

## PDCAサイクル

### (P) 施策の計画:

子宮頸管長が短縮している症例では、早産をきたす可能性が高くなると指摘されており、短縮が認められた症例については早期介入(安静指示、収縮抑制剤投与、高次医療施設への早期搬送等)を行うことで、早産防止効果が期待される。このため、県内の全妊婦に対して子宮頸管長を測定し早期介入を行う事業を開始。

### (D) 施策の実行:

妊娠中期における頸管長測定を妊婦健診に導入。

### (C) 施策の評価

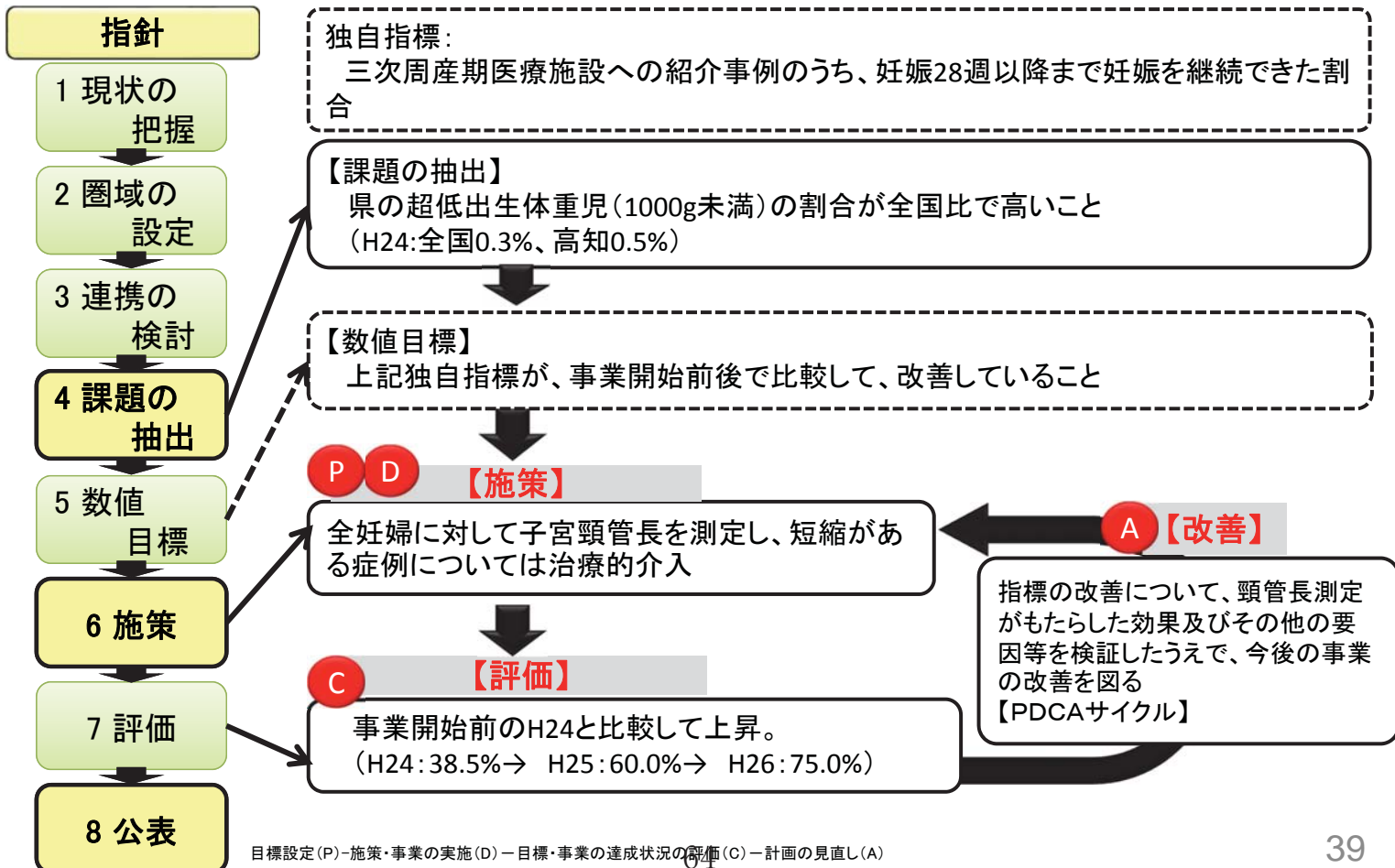
三次周産期医療施設への紹介事例のうち、妊娠28週以降まで妊娠を継続できた割合が、事業開始前のH24と比較して改善。(H24:38.5% → H25:60.0% → H26:75.0%)

### (A) 施策の改善:

指標の改善について、頸管長測定がもたらした効果及びその他の要因等を検証したうえで、今後の事業の改善を図ることとする。

出典:高知県からの聞き取りをもとに、事務局で作成

## 「第3 構築の具体的な手順」におけるPDCAサイクルと好事例の関係性



研究班による都道府県のアンケート調査結果(救急) 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命期後医療	
ストラクチャー指標	◎ 救急救命士の数 【救急・救助の現状】	救急医療に携わる医師数、看護師数、薬剤師数、放射線技師数				
	○ 医療従事者の救急蘇生法講習の受講率	◎ 救命救急センターの数 【医療施設調査】【救急医療体制調査】	◎ 2次救急医療機関の数 【救急医療体制調査】	◎ 初期救急医療施設の数 【医療施設調査】		
	○ 住民の救急蘇生法講習の受講率	○ 特定集中治療室を有する病院数・病床数 【医療施設調査】	○ 医療従事者の2次救命処置講習の受講率			
	◎ 救急・救助の現状					
	○ AEDの公共施設における設置台数 【都道府県調査】					
	◎ 救急車の稼働台数 【救急・救助の現状】					
	◎ 救急救命士が同乗している救急車の割合 【救急・救助の現状】					
	○ 地域メディカルコントロール協議会の開催回数 【都道府県調査】					
	◎ 救急患者搬送数 【救急・救助の現状】					
	◎ 救命の現場に居合わせた者による救命処置実施率	◎ 都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合 【救命救急センターの評価結果】			○ 一般診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合 【医療施設調査】	○ 救急搬送患者の地域連携受入件数 【NDB】
プロセス指標	◎ 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数 【救急・救助の現状】					
	○ 一般市民のAED使用症例の事後検証実施率					
	◎ 救急救命士によって行われる特定行為の件数					
	◎ 救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間 【救急・救助の現状】					
	× 1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率					
	× 救命救急センターにおいて、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合(救急搬送応需率)					
	× 救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上、あるいは4医療機関以上に要請を行った件数、全搬送件数に占める割合(受け入れ困難事例) 【22年度中の救急搬送における医療機関の受入状況実態調査】					
	◎ 二次輪番病院の輪番日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合 地域メディカルコントロール協議会で事後検証を行った症例数			◎ 二次輪番病院の輪番日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合		
アウトカム指標	◎ 心肺機能停止患者の1ヶ月後の予後 【救急・救助の現状】					

凡例 ○ 有用  
× 使用していない、しづらい

◎:必須指標、○:推奨指標

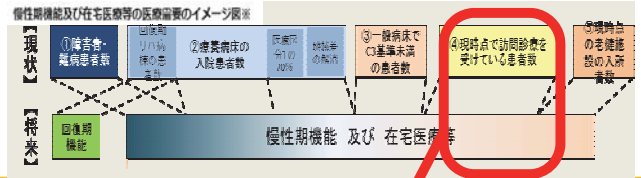
# 4 在宅医療の推進について

# 在宅医療を受ける患者の今後の動向

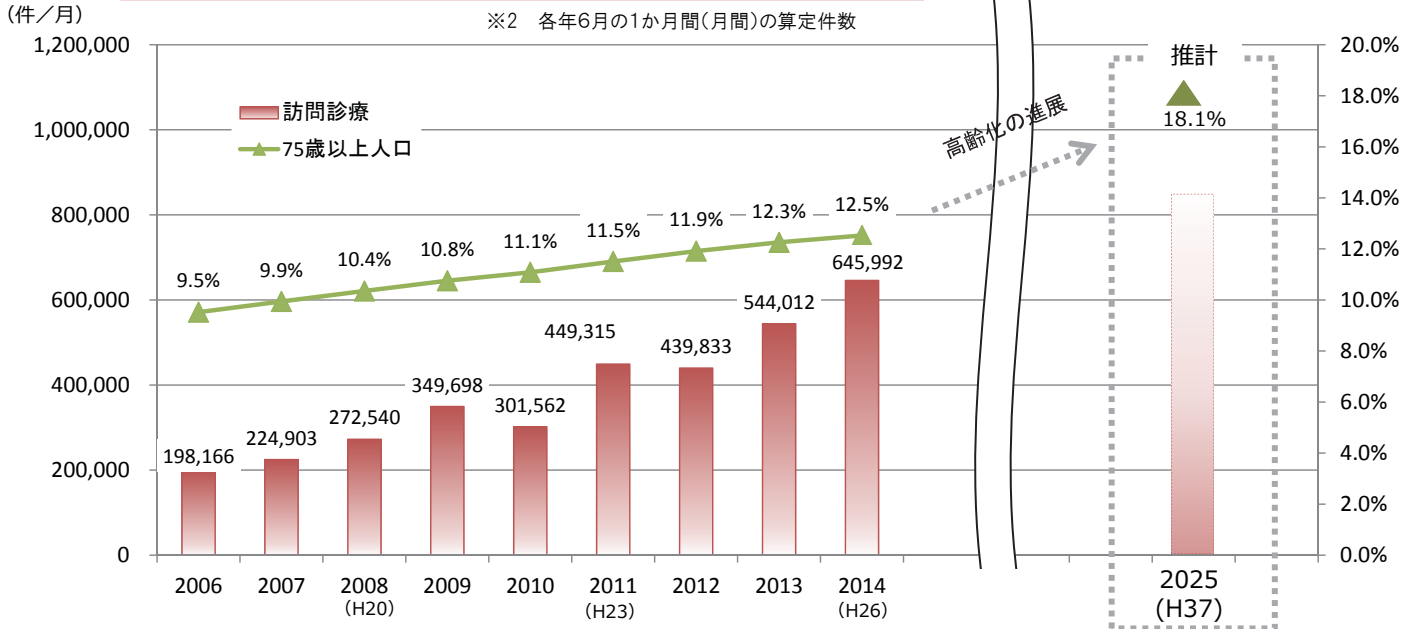
○ 慢性期医療の地域差解消等による、いわゆる追加的な30万人とは別に、高齢化の進展により、訪問診療が必要な患者は今後も増加することが見込まれる。

(注)これに加え、慢性期医療の地域差解消等により、在宅医療等(※1)で追加的に対応が必要な需要が最大で30万人。

※1 在宅医療等とは、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であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

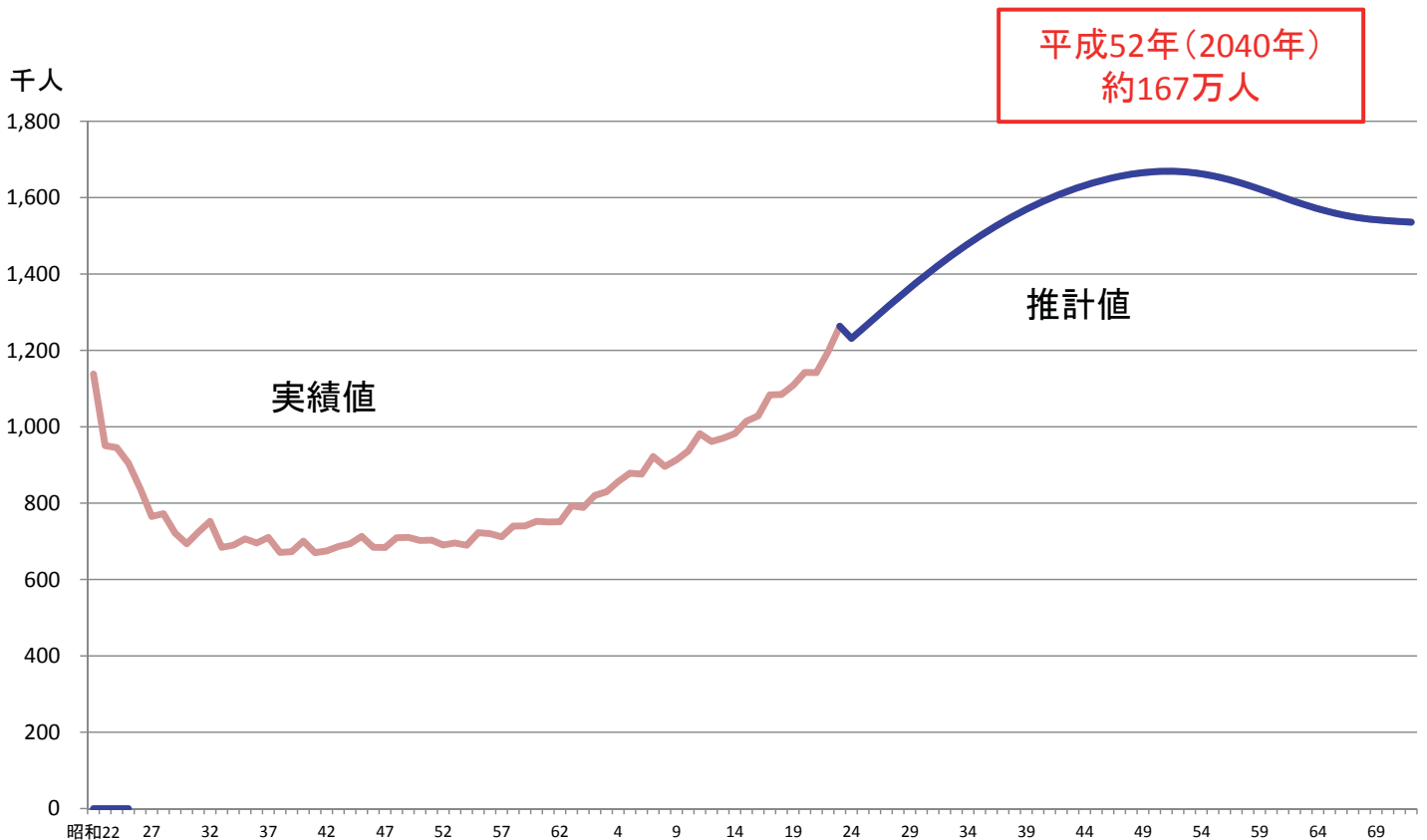


## 在宅患者訪問診療の算定件数(月間)※2、75歳以上人口比率の推移



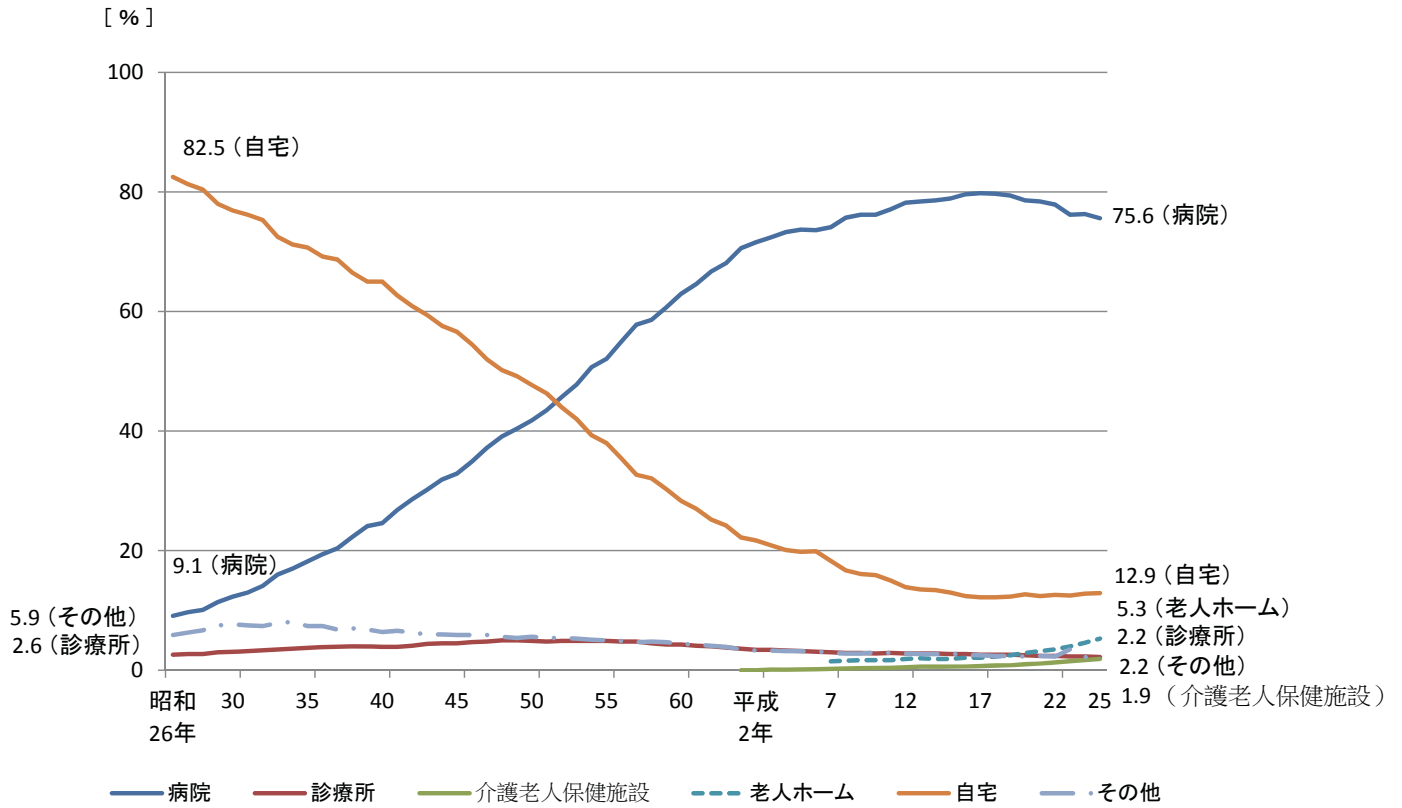
出典：2014年以前は社会医療診療行為別調査(厚生労働省)、人口動態統計(厚生労働省)  
2025年の75歳以上人口比率は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

## 死亡数の年次推移



出典)平成22年までは厚生労働省「人口動態統計」  
平成23年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位)

# 死亡場所の推移



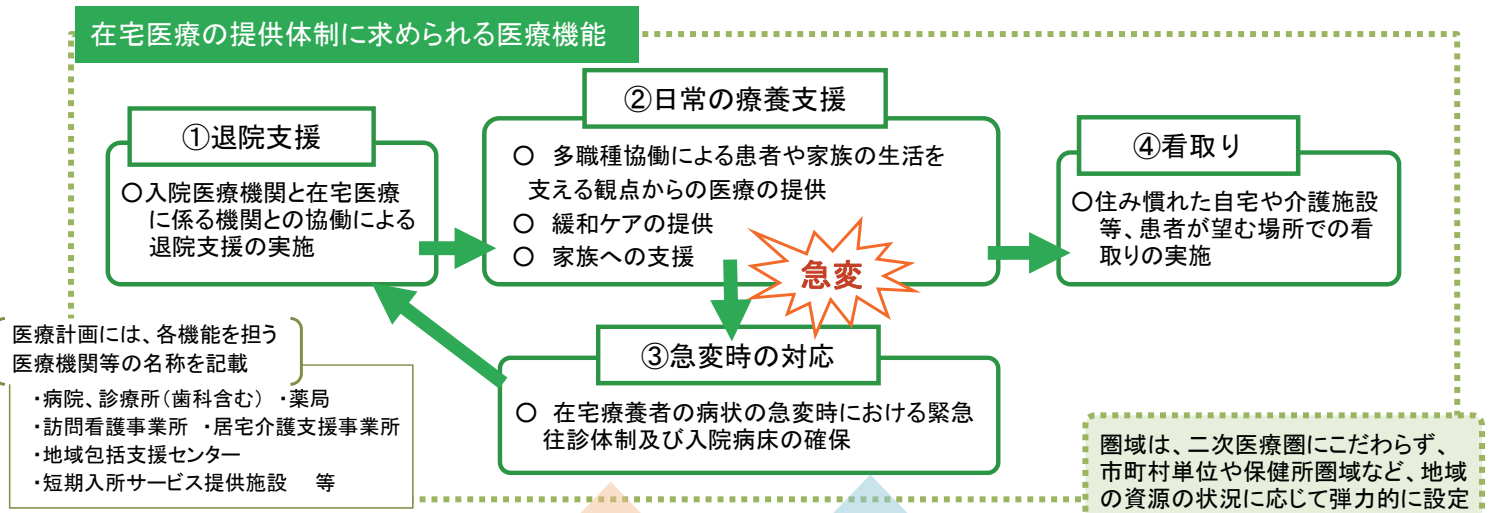
※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。  
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

## 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

### 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

### 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

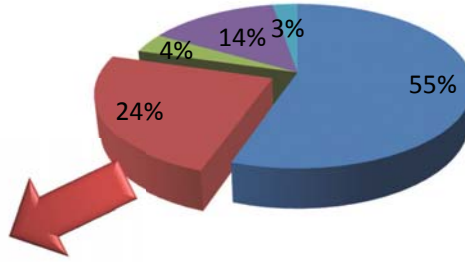
- ・医師会等関係団体
- ・保健所・市町村 等



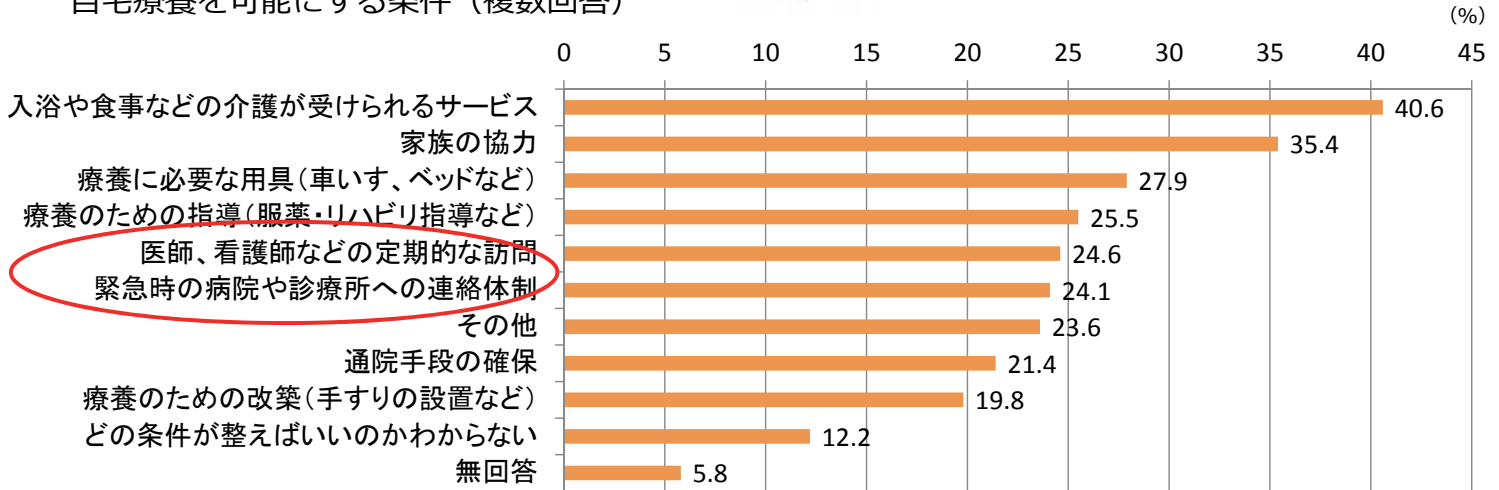
# 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

## ■ 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し (入院患者に対する質問、n=53,298)

- 自宅で療養できる
- 自宅で療養できない
- 療養の必要がない
- わからない
- 無回答



## ■ 「自宅で療養できない」と回答した者について自宅療養を可能にする条件 (複数回答)



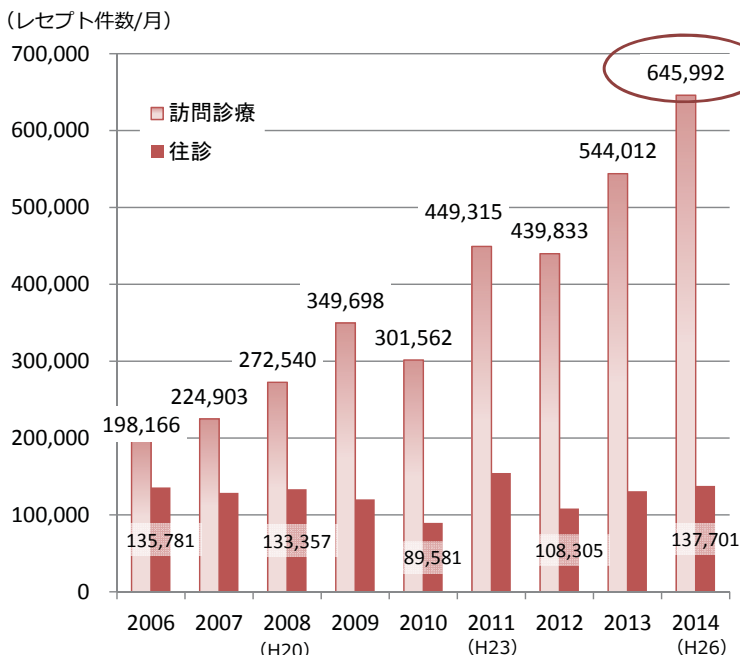
平成26年受療行動調査 46

## 在宅医療を受ける患者の動向

- 訪問診療を受ける患者は、大幅に増加。往診の患者は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向。

訪問診療: 患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの  
 往診: 患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

### 在宅患者訪問診療料、往診料の算定件数推移



### 在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

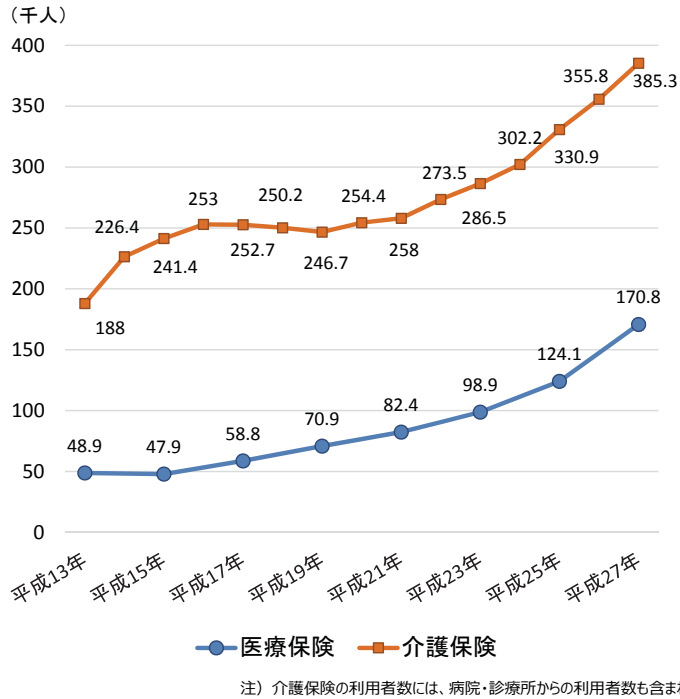
	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H26)
計	272,540	449,315	645,992
0-4歳	0 (0.0%)	38 (0.0%)	448 (0.1%)
5-19歳	0 (0.0%)	1,085 (0.2%)	1,046 (0.2%)
20-39歳	2,502 (0.9%)	3,499 (0.8%)	3,770 (0.6%)
40-64歳	12,443 (4.6%)	23,074 (5.1%)	19,004 (2.9%)
65-74歳	31,488 (11.6%)	35,384 (7.9%)	46,713 (7.2%)
75-84歳	93,044 (34.1%)	152,390 (33.9%)	192,807 (29.8%)
85歳以上	133,063 (48.8%)	233,845 (52.0%)	382,204 (59.2%)

出典: 社会医療診療行為別調査 (厚生労働省)

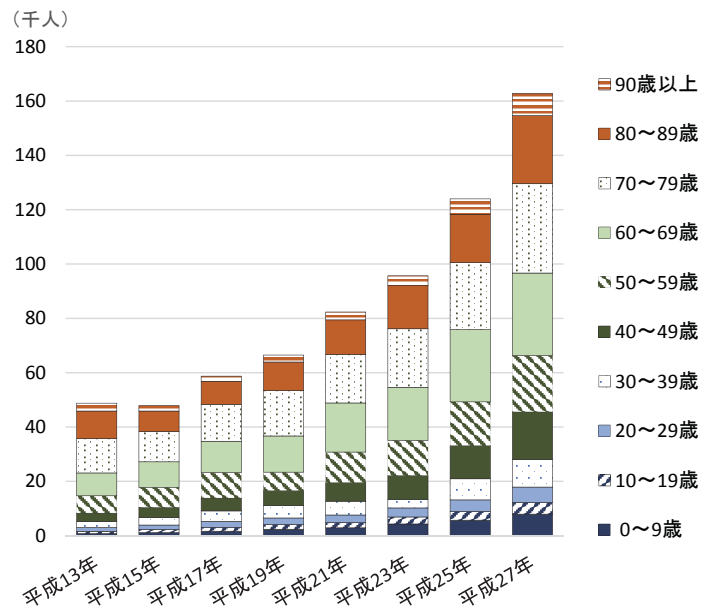
# 訪問看護ステーションの利用者について

- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

## ■ 訪問看護利用者数の推移



## ■ 医療保険の年齢階級別利用者数の推移



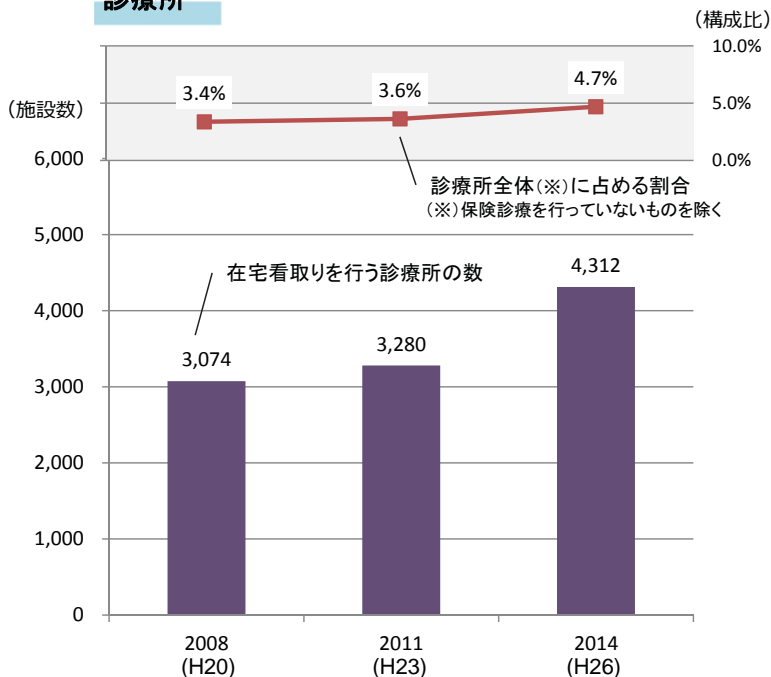
出典：介護保険：介護給付費実態調査（各年5月審査分）、医療保険：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）（平成27年は暫定値）

# 在宅医療の提供体制 ～看取り～

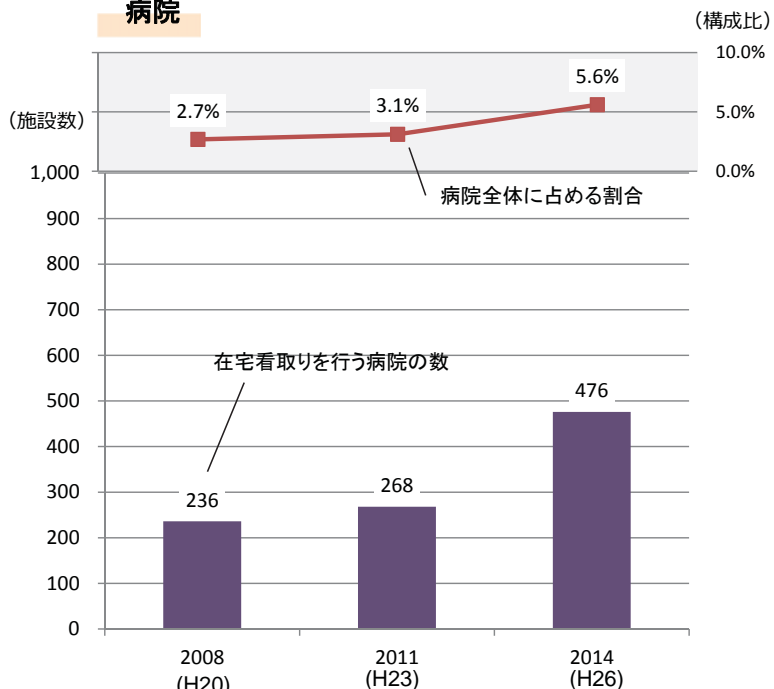
- 在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

## 在宅での看取りを行う医療機関数の推移

### 診療所



### 病院



出典：医療施設調査（厚生労働省）

【趣旨】

- 地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。
- 国において、将来の講師人材の不足や質の格差などの問題に対処し、地域の取組を財政面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を育成する。

【事業概要】

- 平成27年度事業では、高齢者に対する在宅医療及び小児等に対する在宅医療に着目し、それぞれについて人材育成プログラムの開発を行っており、同プログラムを活用した人材育成を引き続き実施する。
- また、平成28年度は新たに「訪問看護」の領域を追加し、研修プログラム開発、人材育成に取り組む。

国(研究機関、学会等)

H27～ 在宅医療(高齢者)

H27～ 小児等在宅医療

H28～ 訪問看護 **NEW**

- ◆職能団体、学会、研究機関等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。同プログラムを活用し、実際に人材を育成。
- ◆育成した人材を地域に紹介し、活用いただく。また各地域での研修活動を通じて、在宅医療推進にかかる課題を収集する。
- ◆また育成した人材を通じて地域に解決策を提案する。

在宅医療  
(高齢者)

- ◆在宅医療の主要な3分野に特化して、それぞれ高度な人材を育成

小児等  
在宅医療

**NEW**  
訪問看護

- ◆3分野の連携を意識したプログラム作り

都道府県・市町村

地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療に係る人材育成を実施



(参考)  
平成26年度基金における在宅医療分野への交付額 206億円 50

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

(ア)地域の医療・介護の資源の把握

- ◆地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆結果を関係者間で共有



(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(キ)地域住民への普及啓発

- ◆地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆在宅での看取りについての講演会の開催等



(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(カ)医療・介護関係者の研修

- ◆地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

## 見直しの方向性について(案) ①

- 前回のワーキンググループにおける議論を踏まえ、在宅医療に係る見直しの方向性について、以下のとおり整理してはどうか。

### 1. 目標設定について

- 増大する慢性期の医療・介護ニーズに確実に対応していくため、地域医療構想による慢性期・在宅医療等の需要推計を踏まえ、地域の医療機関で対応すべき在宅医療のニーズや、目標とする提供体制(必要な医療機関数やマンパワーなど)について、考え方の記載を求める必要がある。
- 目標とする提供体制の検討にあたっては、
  - ・在宅医療サービスと一部の介護サービスが相互に補完する関係にあることや、
  - ・現状の介護保険施設等の整備状況は地域の実情に応じて異なることに鑑み、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置した上で、介護保険事業計画における整備目標と整合的な目標を検討するよう求める必要がある。
- その際、都道府県や市町村関係者の協議が実効的なものとなるよう、例えばサービス付き高齢者向け住宅の整備計画や療養病床の動向など、在宅医療の提供体制を考える上で地域において留意すべき事項や協議の進め方について、今後、国において整理し、都道府県に示していくことが重要である。

第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ資料より

52

## 見直しの方向性について(案) ②

### 2. 指標について

- 在宅医療に必要な医療機能を確実に確保していくため、各医療機能との関係が不明瞭なストラクチャー指標を見直した上で、医療サービスの実績に着目した指標を充実する必要がある。
- また、医療・介護の連携体制について把握するための指標や、高齢者以外の小児や成人に係る在宅医療の体制について把握するための指標を充実する必要がある。
- さらに、在宅で看取りまで実施した症例のみに評価が偏重することのないように、在宅死亡者数のみがアウトカム指標として設定されている点について、看取りに至る過程を把握するための指標を充実する等、見直しを行う必要がある。
- なお、具体的な追加指標等については、上述の趣旨を踏まえつつ、今後、既存調査によるデータ取得が可能か、また継続的なデータ取得が可能かといった点を確認した上で、決定していくこととする。

#### (参考) 新たな指標の例

- ・在宅患者訪問診療料、往診料を算定している診療所、病院数
- ・24時間体制を取る訪問看護ステーションの数
- ・歯科訪問診療料を算定している診療所、病院数
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料(診療報酬)、居宅療養管理指導費(介護報酬)を算定している薬局、診療所、病院数
- ・退院支援加算を算定している病院、診療所数 等

第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ資料より

53



3. 施策について

- 効果的な施策を講じるためには、在宅医療にかかる圏域の設定と、課題の把握を徹底するよう求める必要がある。
- また、**在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう留意**する必要がある。  
在宅医療の提供者以外への施策については、例えば、**自らの療養方針の選択に資するよう地域住民に対する普及啓発の実施、積極的な退院支援に資するよう入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像についての研修の実施**などが挙げられる。
- 医療と介護の連携を推進する観点からは、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市区町村との連携が重要である。連携にあたっては、**地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の活用により、介護や福祉を担う市区町村への支援**を行っていく視点が必要である。
- また、在宅医療・介護連携推進事業にかかる8つの取組の中でも、**医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」**や**「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援、二次医療圏等の広域の視点が必要な「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」**などが特に対応が必要な取組と考えられる。これらの取組については、在宅医療にかかる圏域毎の課題に鑑みて、医療計画に記載して確実に達成するよう支援するなど、重点的な対応の視点が必要である。

第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ資料より

「全国在宅医療会議」の設置

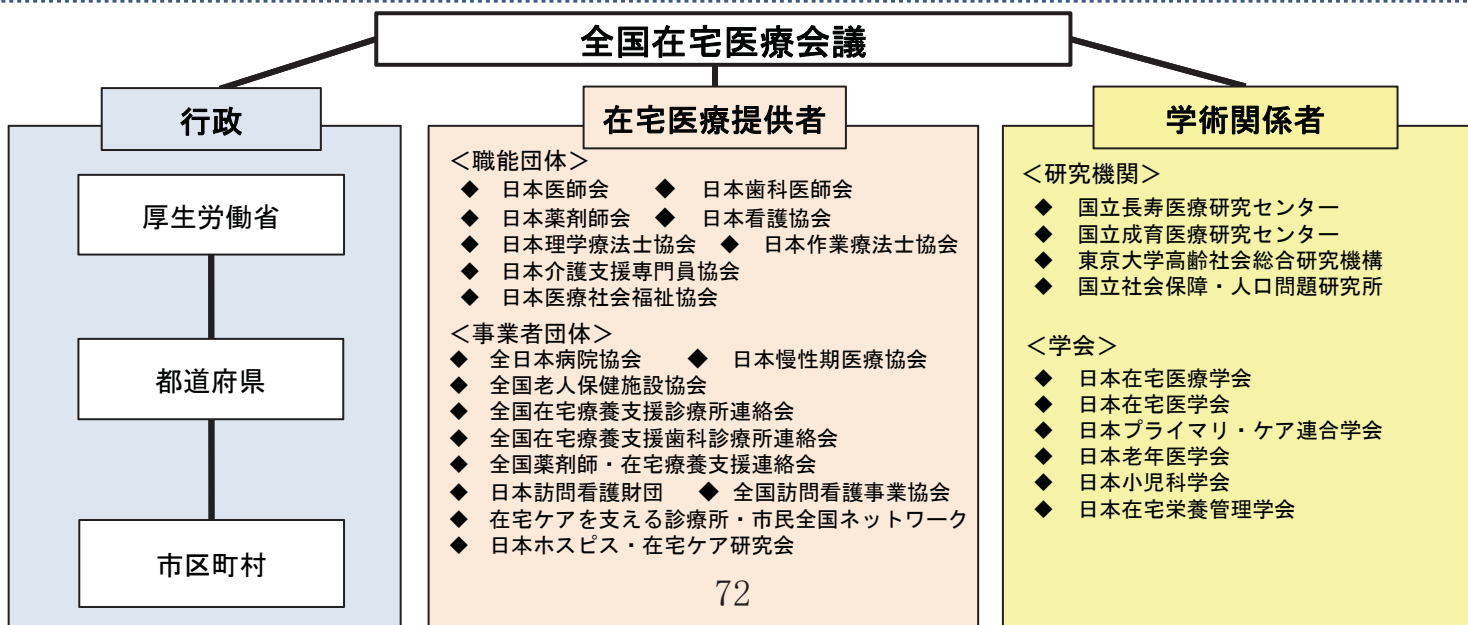
○平成28年7月6日に、在宅医療に関わるサービス提供者、学会、行政の代表者で構成する「全国在宅医療会議」の第1回会議を開催。今後、**産官学が連携し、国民の視点に立った普及啓発策等について議論を進める。**

■ 全国在宅医療会議の目的

地域包括ケアシステムを支える在宅医療の推進を目的として、全国レベルで在宅医療提供者、学術関係者、行政が、それぞれの知見を相互に共有し、連携して実効的な活動をしていくための基本的な考え方を共有する。

< 基本的な考え方(案) >

1. 在宅医療に係る対策を実効性のあるものとして推進するため、必要な協力体制を構築し、**関係者が一体となって対策を展開**する。
2. 在宅医療の普及の前提となる国民の理解を醸成するため、**国民の視点に立った在宅医療の普及啓発**を図る。
3. エビデンスに基づいた在宅医療を推進するため、**関係者の連携によるエビデンスの蓄積**を推進する。





# 市区町村別の自宅死亡率について

- 「全国在宅医療会議」では、平成26年の人口動態調査の結果を集計した「市区町村別の自宅死亡率」を示した。
- 例えば、人口20万人以上の市区町村の自宅死亡率をみると、最も高い横須賀市が22.9%であるのに対し、最も低い鹿児島市では8%。
- ただし、これらの地域差の要因については、今後、分析が必要。

※自宅死亡率は、全死亡者に占める自宅で死亡した者の割合であり、自宅での死亡には、突然死や事故死など、在宅療養中の死亡以外の事例も含まれる。

## ○自宅死の割合(人口5万人以上20万未満)

順位	県	市区町村	自宅死の割合(%)	人口(人)
1	兵庫県	豊岡市	25.6	86,179
2	東京都	中央区	21.5	127,694
3	千葉県	浦安市	20.5	159,297
4	奈良県	生駒市	20.1	120,243
5	千葉県	大網白里市	19.9	50,337
6	東京都	立川市	19.6	174,997
7	佐賀県	鳥栖市	19.5	70,834
...				
422	青森県	五所川原市	6.7	58,942
423	石川県	小松市	6.7	107,705
424	大分県	宇佐市	6.7	59,083
425	秋田県	由利本荘市	6.5	82,886
426	群馬県	沼田市	6.4	51,005
427	佐賀県	武雄市	5.7	50,558
428	愛知県	蒲郡市	5.5	79,690

## ○自宅死の割合(人口20万人以上)(全国)

順位	県	市区町村	自宅死の割合(%)	人口(人)
1	神奈川県	横須賀市	22.9	416,491
2	東京都	葛飾区	21.7	434,220
3	千葉県	市川市	21.5	457,642
4	東京都	新宿区	21.4	289,961
5	東京都	墨田区	20.0	245,318
6	東京都	江戸川区	19.9	652,620
7	東京都	豊島区	19.2	252,110
...				
122	大阪府	枚方市	9.0	404,847
123	島根県	松江市	8.8	205,271
124	福岡県	北九州市	8.7	970,587
125	北海道	旭川市	8.5	348,378
126	富山県	富山市	8.5	415,407
127	長崎県	佐世保市	8.5	260,669
128	鹿児島県	鹿児島市	8.0	607,169

## 医療資源の状況と自宅での死亡した者の状況の関係

- 在支診の届出は多いが自宅死の割合は全国平均より低い地域がある。一方、届出はないが自宅死の割合が比較的高い地域もある。
- 人口あたりの一般診療所数は全国平均より多いが、在支診の届出はないといった地域もある。

### 市町村別の在支診の届出数、場所別死亡率など

表は、人口3万人以上の市町について、人口あたり在支診の数が多い順に表示したもの(在支診がない自治体は、人口の多い順に表示)

(死亡率は平成26年1年間の状況、その他の値は平成26年時点)

	在支診/ 人口1万人 (か所/万人)	人口 (万人)	全体計 (か所)	在宅療養支援診療所			一般 診療所 総数 (か所)	一般診療所 総数/人口 1万人 (か所/万人)	訪問診療を 実施する 一般診療所 (か所)	訪問看護 ST/人口 1万人 (か所/万人)	場所別死亡率	
				単独 強化型 (か所)	連携 強化型 (か所)	従来型 (か所)					自宅 (%)	老人ホ ム (%)
全国値(総数or平均)	1.1	12,643.5	14,397	187	3,415	10,795	100,461	7.9	20,597	0.6	12.8	5.8
福岡県 うきは市	多 5.4	3.2	17	0	0	17	29	9.2	13	0.3	8.1	3.0
福岡県 朝倉市	4.6	5.7	26	0	0	26	52	9.2	22	0.5	9.2	5.3
大阪府 藤井寺市	3.8	6.6	25	0	11	14	73	11.1	23	1.1	13.3	4.0
佐賀県 鳥栖市	3.7	7.1	26	1	5	20	72	10.2	29	1.4	19.5	0.2
長崎県 諫早市	3.6	14.0	50	0	10	40	137	9.8	37	0.6	7.6	6.0
...												
千葉県 君津市	0.0	8.8	0	0	0	0	48	5.5	4	0.3	11.5	4.7
埼玉県 秩父市	0.0	6.6	0	0	0	0	61	9.2	9	0.6	9.1	13.7
千葉県 銚子市	0.0	6.6	0	0	0	0	39	5.9	9	0.5	10.5	1.1
福島県 南相馬市	0.0	6.5	0	0	0	0	33	5.1	3	0.8	11.6	2.8
山形県 天童市	少 0.0	6.2	0	0	0	0	50	8.1	11	0.5	8.5	7.5

(出典) 人口：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査(総務省)  
 在支診：厚生労働省医政局調べ 診療所：医療施設調査(厚生労働省) 死亡率：人口動態調査(厚生労働省)

～ ご静聴ありがとうございました ～