

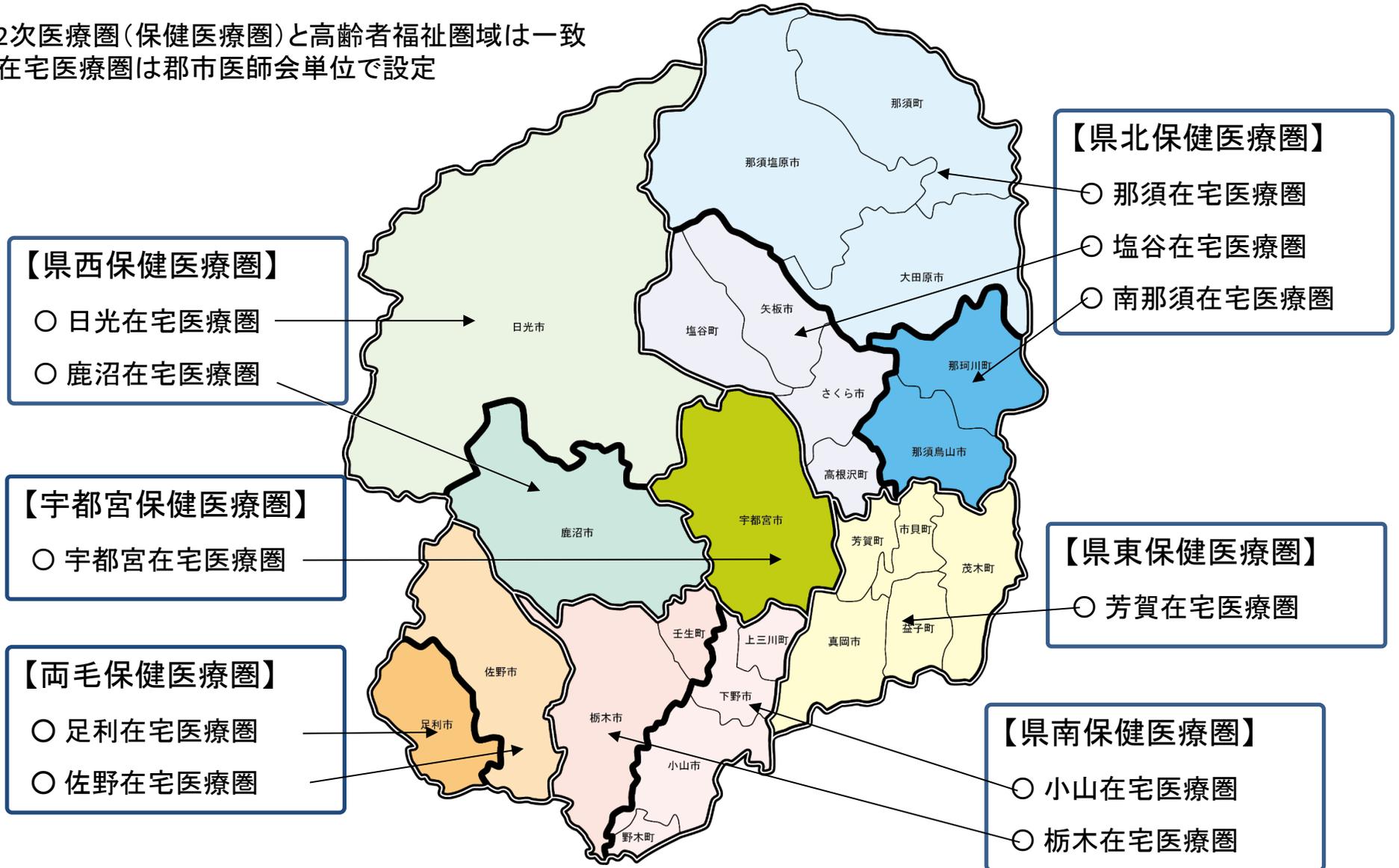
# 在宅医療の充実に向けた 栃木県の取組について

栃木県保健福祉部  
医療政策課 高齢対策課

# 今後の在宅医療の推進に向けて

# 栃木県の医療圏及び高齢者福祉圏域

- 2次医療圏(保健医療圏)と高齢者福祉圏域は一致
- 在宅医療圏は郡市医師会単位で設定



# 栃木県の医療・介護の状況

2次医療圏・高齢者福祉圏域	面積 (km <sup>2</sup> )	人口 (千人)a	高齢化率 (%) a	高齢者 単独・ 夫婦の み世帯 (%)a	要介護 認定率 (%) b	サービス受給率(%)b			訪問 診療 実施 医療 機関c	在宅 療養 支援 診療 所d	在宅療 養支援 病院／ 後方支 援病院d	訪問 看護 事業 所e	療養病床数f				
						在宅	居住系	施設					療養 病床 20対1	療養 病床 25対1	有床 診療 所	介護 療養 型医 療施 設	
県北	2,230	377	28.2	17.1	15.9	13.1	9.3	0.8	3.0	47	33	0/0	20	412	160	0	140
那須										24	15	0/0	13				
塩谷										16	12	0/0	5				
南那須										7	6	0/0	2				
県西	1,940	183	30.3	21.8	15.9	12.4	8.5	0.8	3.1	20	4	0/0	7	169	259	4	0
鹿沼										7	2	0/0	5				
日光										13	2	0/0	2				
宇都宮	417	520	24.1	17.0	15.9	12.0	8.8	0.8	2.4	64	30	1/0	26	603	322	16	318
宇都宮										64	30	1/0	26				
県東	564	146	27.3	16.4	15.8	12.3	8.4	0.6	3.3	24	9	0/0	3	48	133	16	0
芳賀										24	9	0/0	3				
県南	724	486	26.0	16.8	15.4	12.4	8.8	0.8	2.8	68	47	4/2	22	474	50	12	8
小山										27	20	4/1	12				
栃木										41	27	0/1	10				
両毛	534	267	30.2	22.5	16.8	13.4	9.7	1.0	2.7	60	20	0/0	14	143	397	0	0
足利										29	12	0/0	8				
佐野										41	8	0/0	6				
県	6,408	1,978	27.0	18.1	15.9	12.6	9.0	0.8	2.8	283	143	5/2	92	1,849	1,321	48	466

a 見える化システム(H29)、b 介護保険事業報告(H29)、c NDBデータ(H27実績)、d 厚生局データ(H30.2.1)、e 県調べ(H30.3.1)、f 転換意向調査(H29.9)



# 今後の取組の方向性

## 現状と課題

- 医療機関、医療従事者
  - ・ 訪問診療を実施する診療所は限られる(2割程度)が、往診については4割以上の診療所が実施している
  - ・ 緩和ケアや看取りを含め在宅医療に不慣れな医療機関もある
  - ・ 開業医の高齢化が進んでおり、今後の継続性について不安がある
  - ・ 24時間対応による身体的・精神的負担が大きい(特に医師一人体制の診療所等)
  - ・ 連携して在宅医療を行う医療機関の確保が難しい
  - ・ 緊急入院時の病床確保が進んでいない
  - ・ 在宅療養支援診療所の届出を出すことについて心理的な抵抗や懸念(24時間対応を求められる、患者負担の増加など)がある
  - ・ 訪問看護ステーションが少なく、また、小規模なステーションが多い
  - ・ 看取りや重症度の高い利用者への対応等が難しいステーションがあり、訪問看護の質の確保・向上が求められる
  - ・ 退院支援の取組は進んできているが、「病院から在宅」だけでなく「外来から在宅」への移行にも目を向ける必要がある
  - ・ 病院職員の在宅医療に関する理解や知識が不足しており、適切なタイミングで在宅医療につながらないケースがある 等
- 介護従事者、介護施設等
  - ・ 在宅医療に関する理解や知識が不足している
  - ・ 医療従事者との関係構築に困難を感じる者も少なくない
  - ・ 施設等において看取りに対応できる体制が十分整っていない 等
- 患者・家族、住民(県民)
  - ・ 在宅医療に関する理解や知識が乏しく、在宅療養に不安を感じる県民が多い
  - ・ 家族介護力の不足や介護疲れ等の問題が増加している 等
- その他(共通事項)
  - ・ 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定の重要性について社会的な共通理解が不足している 等

## 今後必要と考える取組

- 在宅療養支援診療所、訪問診療にこだわらず、より多くの医療機関が在宅医療に参加するような仕組みを考える必要がある。
  1. 医療機能の見直し(退院支援→移行支援)
  2. 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関の見直し(かかりつけ医療機関の追加)とインセンティブの導入
  3. 郡市医師会による在宅医療に関する研修の開催の支援 等
- 在宅医療を行う医師等の負担軽減に向けては、①訪問看護の充実(特に規模の拡大と質の向上)、②グループ診療体制や後方支援体制(緊急入院ベッドの確保)等の構築に向けた取組を更に進めていく必要がある。
  1. 訪問看護ステーションの新規開設・経営安定化支援、訪問看護師の確保・質の向上、訪問看護の理解促進等に向けた取組
  2. 郡市医師会による地域の体制構築に向けた取組の支援 等
- 多職種協働をより円滑に進めていくため、職種ごとの人材育成や顔の見える関係の構築を図るだけでなく、多機関・多職種が共に専門性を高められるような取組を行う必要がある。
  1. 医師、訪問看護師、歯科医師、薬剤師等職種別研修
  2. 医療・介護従事者合同のテーマ別専門研修 等
- 医療・介護の体制整備を進める上では、①地域住民のニーズ等を十分に尊重するとともに、②県民が自らの療養を主体的に選択できるよう、県民や医療・介護従事者等に必要な知識の普及や情報の提供を図る必要がある。
  1. 県民の意向・ニーズ等の把握調査
  2. 在宅医療実態調査、機能別医療機関現況調査
  3. 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定に関する啓発、意思決定支援の体制整備
  4. 市町の在宅医療・介護連携推進に係る取組(かかりつけ医、在宅医療に関する啓発)の支援 等

# 「在宅医療の連携体制」の概要

## 【目標】

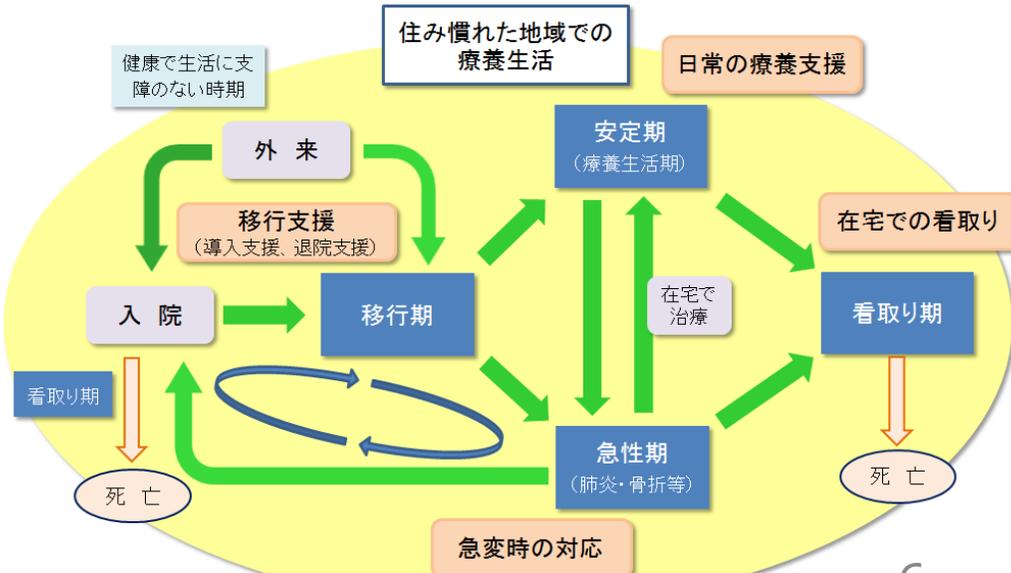
さまざまな病気や障害などを抱えていても、住み慣れた地域で自分らしい、尊厳ある暮らしを安心して送れるよう、医療・介護・福祉関係機関が連携し、地域の実情に応じた在宅医療提供体制の充実を目指します。

## 現状と課題

- 疾病構造の変化、高齢化の進展、生活の質の向上を重視した医療への期待の高まり等に伴い、「治し支える」在宅医療が求められている。
- 在宅医療従事者の不足解消・質の向上、24時間365日対応の負担軽減、急変時等における後方支援体制の構築が必要。
- 人生の最終段階における医療に関する意思決定の重要性について社会的な共通理解は十分進んでいない。
- 在宅療養する患者・家族における不安や負担の軽減に向けた支援の充実が必要。
- 病院等の医療従事者、介護従事者における在宅医療に関する理解、医療・介護従事者相互の役割・機能の理解が不足している。

## 施策の展開方向

- 「導入支援」を医療機能として明確化
- かかりつけ医療機関の参加促進、各医療機能の充実等
- 在宅医療に必要な連携を推進する機関及び在宅医療推進支援センターによる在宅医療・介護連携の推進



## 主な取組

（普及啓発）

- ・在宅医療、人生の最終段階における意思決定等に関する理解促進に向けた啓発及び情報提供
- ・県民の在宅医療に関するニーズ等の把握

（人材確保・育成）

- ・関係機関と連携した在宅医療従事者の確保・育成
- ・在宅医療・介護に係る多職種協働のリーダーとなる人材の育成

（体制整備）

- ・在宅医療に係る機関間の連携の充実・強化に向けた取組への支援
- ・小児や精神分野等の在宅医療に携わる人材の育成及び多職種連携の推進に向けた取組の実施

（在宅医療・介護連携に係る市町支援）

- ・人材育成研修、在宅医療資源等に関する情報の提供、在宅医療推進支援センターによる地域の実情に応じた支援等

# 地域における在宅医療の推進体制

## ☆ 在宅医機能強化支援事業【新規事業】

- 在宅医療に関心のある診療所を対象とした研修会の開催
- グループ診療や後方支援の体制等切れ目のない体制構築に向けた連絡協議会等の開催

在宅医療に取り組む医師の確保・育成

郡市医師会等

地域において在宅医療のリーダー的役割を担う専門職種の育成

県医師会 県病院協会  
県看護協会 県歯科医師会  
県薬剤師会 (合同)



## ☆ 在宅療養支援体制強化研修開催事業【新規事業】

- 在宅医療に携わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員等を対象とした在宅医療の機能・分野別研修会\*の開催

\* 想定されるテーマ：退院支援、在宅緩和ケア、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援等

相互補完的な取組

## ○ 在宅医療・介護連携事業(市町事業)

- 地域の医療・介護・福祉資源の把握、活用
- 多職種協働による会議の開催
- 多職種向け研修会の実施
- 医療・介護専門職向け相談支援の実施
- 在宅医療に関する住民啓発 等

市町

顔の見える関係づくりを通じた多職種協働(在・介連携)の推進

市町事業の主体的実施に向けた支援と関係機関間の調整を通じた在宅医療推進体制の構築

広域健康福祉センター  
【在宅医療推進支援センター】

## ■ 在宅医療推進支援センターの主な役割

- 各市町の在宅医療・介護連携に係る取組の進捗状況の把握・分析・評価及び課題解決に向けた指導・助言
- 在宅医療に必要な連携を推進する機関を含む在宅医療に係る関係機関との連絡調整
- 緊急入院等に備えた後方支援体制、退院調整ルール等医療連携に関する広域調整

在宅医療の推進

7 ※上記事業に加え、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関に対する助成等も実施

# 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関

## かかりつけ医療機関

## 在宅療養支援に係る医療機関

### 役割イメージ

地域の身近な医療機関として、在宅医療の提供や在宅療養上の支援を行う

診療報酬上の施設基準が定められている医療機関であって、在宅医療の提供や在宅療養上の支援を行うことに加え、地域の在宅医療提供体制の構築、住民への啓発及び医療介護障害福祉サービスに関する情報提供等に協力する

### 診療所、病院

- 在宅療養に移行する患者及び在宅療養中の患者に必要な医療及び介護、障害福祉サービスが提供されるよう、関係機関に働きかけることができる
- 人工呼吸器等の医療機器を使用している患者について、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定することができる
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介・提供することができる
- 入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の容態が悪化した際の一時受入れを行うことができる
- 一人の医師が開業している診療所などからの求めに応じて、患者の容態変化時等に可能な範囲で診療を支援することができる

- 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている
- かかりつけ医療機関としての診療所の選定要件を満たす
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係機関からの相談等に応じて、指導・助言等の支援を行うことができる
- 在宅医療の現場での研修を受け入れるなど、在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者の育成に協力できる

又は

- 在宅療養後方支援病院の届出を行っている

### 歯科診療所

- 在宅療養に移行する患者及び在宅療養中の患者に必要な医療及び介護、障害福祉サービスが提供されるよう、関係機関に働きかけることができる
- 在宅診療への対応が困難な歯科診療所などからの求めに応じて、可能な範囲で在宅診療を支援することができる

- 在宅療養支援歯科診療所又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている
- かかりつけ医療機関としての歯科診療所の選定要件を満たす

### 薬局

- 在宅患者調剤加算の届出を行っている
- 在宅療養に移行する患者及び在宅療養中の患者に必要な医療及び介護、障害福祉サービスが提供されるよう、関係機関に働きかけることができる

(該当なし)

### 訪問看護ステーション

- 24時間対応体制加算の届出を行っている
- 在宅療養に移行する患者及び在宅療養中の患者に必要な医療及び介護、障害福祉サービスが提供されるよう、関係機関に働きかけることができる
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介・提供することができる

- 機能強化型訪問看護ステーションの届出を行っている

<在宅療養支援に係る医療機関の共通要件>

- 地域の在宅医療提供体制の構築に協力できる
- 地域住民に対する在宅医療に関する啓発や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供に協力できる

訪問診療の実施や在宅療養支援診療所等の届出の有無にこだわらず、身近な「かかりつけ医療機関」として在宅医療を行う様々な医療機関等も医療計画に明確に位置づけることにより、より多くの医療機関等の在宅医療への参加意識の昂揚を図るもの。

# 在宅医療に関する実態や資源等の把握

## 栃木県在宅医療実態調査

## 機能別医療機関現況調査(案)

目的 栃木県保健医療計画の評価・策定及び地域包括ケアシステムの構築促進等に向け、県内の在宅医療の状況及び課題等を把握する。

栃木県保健医療計画(7期計画)に定める機能別医療機関「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」の登録を受けた医療機関等の診療実績等を明らかにし、また、地域の医療資源の状況を県民、医療介護従事者等に広く周知する。

調査時期 栃木県保健医療計画策定年の前年(平成23、28年度実施)

毎年1回(平成30年度～)

調査対象 在宅医療・在宅療養等に関わる機関及び施設(病院、一般診療所、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局、地域包括支援センター、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、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、有料老人ホーム、軽費老人ホーム)〔悉皆調査〕(平成28年度調査:対象4,704施設、回答割合64.3%)

栃木県保健医療計画(7期計画)に定める機能別医療機関「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」の登録を受けた医療機関等(病院、一般診療所、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局)  
※平成30年4月以降、7期計画に基づいて新たに登録を開始

調査方法 自記式アンケート調査  
郵送による配布・回収

自記式アンケート調査  
郵送配布、FAXによる回収

調査内容

- 在宅医療の実施の有無、実施しない理由
- 人員体制、実施時間帯、グループ診療体制、緊急入院先の確保の有無
- 診療実績(訪問、往診、看取り件数等)
- 提供可能な在宅医療の内容
- 対応可能な訪問件数
- 関係機関との連携状況
- 地域ケア会議への参加の有無
- 在宅医療を推進する上での課題 等

- 人員体制、実施時間帯、不在時等の診療支援体制、緊急入院先の確保の有無
- 診療実績(訪問、往診、看取り件数等)
- 提供可能な在宅医療の内容
- 対応可能な訪問件数
- 対応可能な患者(がん患者、小児、精神、障害児者等)
- 地域ケア会議の参加状況 等

調査結果の公表等 県全体又は圏域ごとに集計し公表  
(各機関、施設の回答は個別に公表せず)

各機能別医療機関の回答を個別に公表  
(県ホームページに掲載)

- 在宅医療に関する実態や課題等の詳細な把握は、計画の策定や見直しの時期に合わせて実施。
- 在宅医療の提供状況や経年変化の把握・分析は、機能別医療機関からの実績報告及び国から提供されるNDBデータ等を組み合わせて実施。
- 提供状況の把握に当たって、KDBデータの活用は情報量の多さや分析の自由度の高さ等の観点から非常に有用と考えるが、労力等の面で毎年実施することは実情として困難と考える。

# 2025年の追加的需要

# 栃木県地域医療構想：2次医療圏別医療需要推計（患者住所地、2025年）

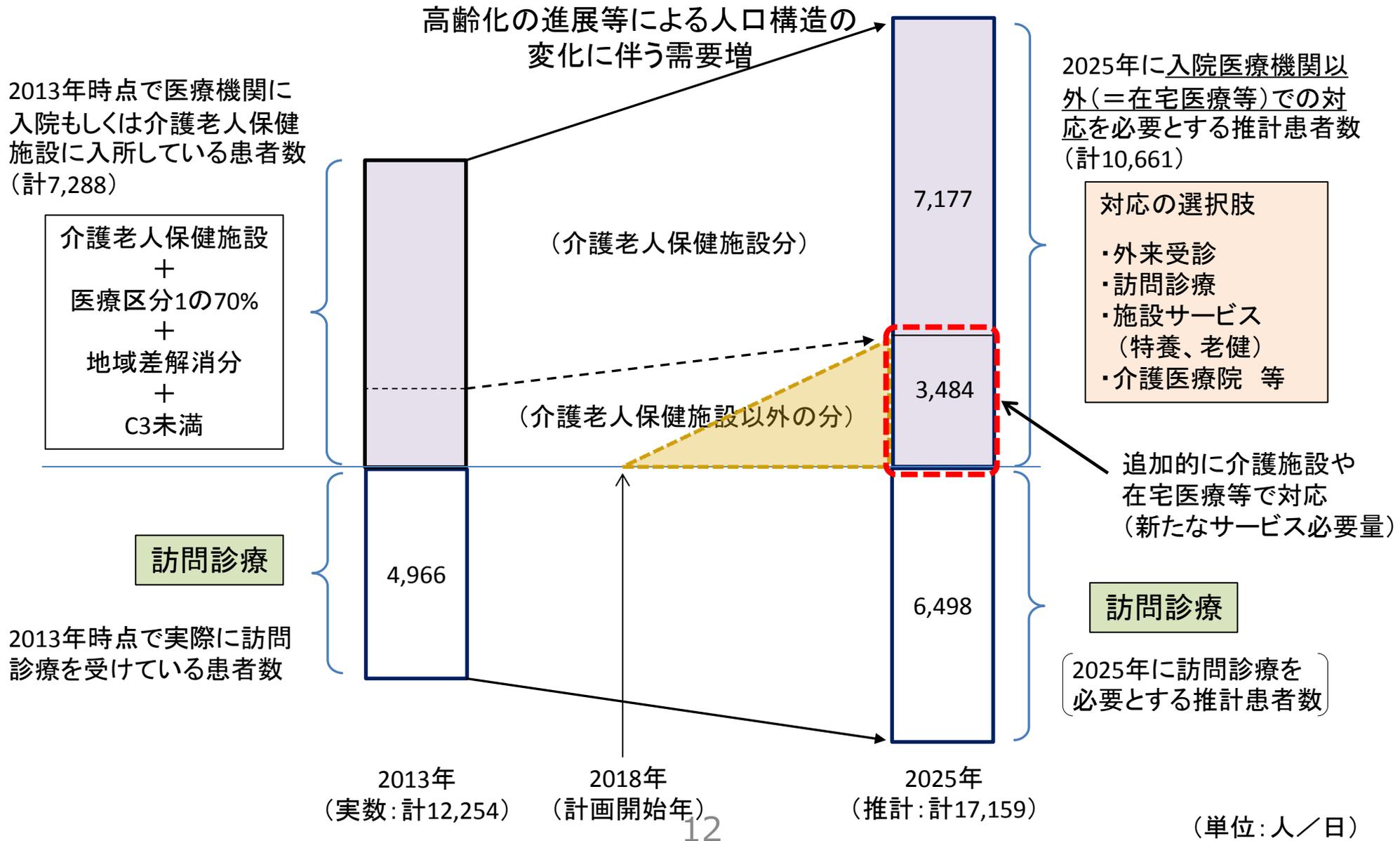
（単位：人／日）

2次医療圏	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅医療等	
						訪問診療分
県北	244	836	921	509	2,868	887
県西	134	480	487	289	1,537	258
宇都宮	348	1,066	1,171	885	4,920	1,906
県東	84	298	306	190	1,063	310
県南	259	898	1,109	659	3,906	1,740
両毛	163	510	552	456	2,865	1,397
県全体	1,232	4,088	4,546	2,988	17,159	6,498

- 入院で対応する医療需要
- 地域医療構想の策定過程において検討済み  
（必要病床は医療機関所在地による推計を基に算定）  
→2次医療圏ごとに開催する地域医療構想調整会議において、バランスの取れた医療提供体制の構築に向けた協議を行う。

- 入院以外で対応する医療需要  
→2次医療圏ごとに開催する医療・介護の体制整備に係る協議の場において、在宅での対応を目指す部分と介護サービスでの対応を目指す部分等について協議する。

# 在宅医療等の医療需要(患者住所地、2025年)の内訳



# 次期医療計画と介護保険事業計画の整備量等の関係について

第52回社会保障審議会医療部会  
資料1-3 (H29.7.20)  
※県医療政策課において一部改変



市町村別の推計データ提供(補足資料)

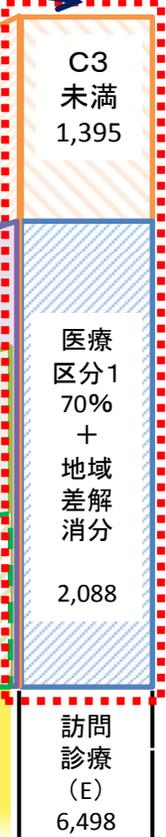
②療養病床から介護医療院等へ  
転換する見込み量  
→施設意向調査で今後把握

①一般病床から生じる新たなサービス必要量  
→主に外来診療での対応を想定

③介護施設と在宅医療で按分  
→「協議の場」で検討

④各計画の終了時点における新たなサービス必要量を推計

2,088  
(= 2,088 × 6/8)  
783  
(= 2,088 × 3/8)



追加的に介護施設や在宅医療等で対応  
約3千5百人/日



# 2025年需要の内訳

医療圏/ 在宅医療圏	2025年の追加的需要のうち「医療区分1の70%+地域差解消分」			2025年の訪問診療 需要(人口構成の変化 のみを考慮)(④)	2013年 訪問診療実績 (⑤)
	合計(①=②+③)	40歳以上(②)	0-39歳(③)		
県北	276.23	272.31	3.92	887.47	694
那須	156.1	153.77	2.33	500.69	391.5
塩谷	83.47	82.21	1.26	267.6	209.3
南那須	36.66	36.33	0.33	119.18	93.2
県西	344.13	344.13	0	258.18	92
鹿沼	174.25	174.25	0	131.17	46.7
日光	169.88	169.88	0	127.01	45.3
宇都宮	836.04	833.26	2.78	1,906.03	1,225
県東	155.81	155.81	0	310.26	220
県南	203.08	201.17	1.91	1,739.97	1,447
小山	113.04	111.83	1.21	964.84	802.4
栃木	90.04	89.34	0.70	775.13	644.6
両毛	273.09	273.09	0	1,396.53	1,288
足利	157.63	157.63	0	808.7	745.9
佐野	115.46	115.46	0	587.83	542.1
県	2,088.37	2079.76	8.61	6,498.44	4,966

①～④:厚生労働省「介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について」(H29.7.28)から引用。

(単位:人/日)

⑤:栃木県地域医療構想130ページから引用。元々、2次医療圏ごとの値のみのため、各在宅医療圏の値(網掛け部分)については2025年の在宅医療圏ごとの訪問診療需要(④)に基づいて按分して求めた。

# 医療・介護の体制整備に係る協議の場 における検討結果

# 医療・介護の体制整備に係る協議の場について(栃木県)

## 協議事項

- ・ 総合的な整備目標・見込み量の前提となる将来の医療需要について、在宅での対応を目指す部分と、介護サービスでの対応を目指す部分との調整
- ・ 将来の医療需要に対応するサービスごとの整備目標・見込み量について、地域の実情を踏まえ、市町と県での役割分担の調整
- ・ 両計画の目標・見込み量の達成状況の共有

## 協議体制

### 協議の場

地域医療構想調整会議(主催 各センター)

- ・ 郡市医師会
  - ・ 看護協会地区支部
  - ・ 医療機関
  - ・ 老人福祉施設団体
  - ・ 老人保健施設団体
  - ・ 介護関係団体(ケアマネジャー協会等)
  - ・ 市町
- 等

+

- ・ 介護療養病床を有する病院、診療所  
+ 医療療養病床を有する病院、診療所のうち  
介護医療院に転換意向のある病院、診療所

※市町(医療計画担当課長及び介護保険事業  
計画担当課長が両方出席)→調整会議に  
いない場合は追加

主催

医療政策課及び高齢対策課  
(各センターの支援を得ながら、各センターにおいて開催)

スケジュール(目安)

平成29年9~10月頃(各地域 1回目)  
11月頃(各地域 2回目)

開催形態(例)

地域医療構想調整会議と同一開催が可能な場合  
最初に調整会議を開催

↓

調整会議終了後に参加者を追加して、協議の場を開催

※協議の場は、次年度以降も継続し、目標の達成状況の共有を行う。  
(年1回程度開催)

# 協議の場に係る今後のスケジュール(平成29年度)

## ① 協議の場(第1回 平成29年9～10月頃)

- 協議の前提となる介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量に関する考え方等について説明させていただく。
- 介護施設と在宅医療の按分について検討するためのデータを提供する。



②高齢化の進展に伴い増加する見込みのサービス必要量や療養病床から生じる新たなサービス必要量のうち介護施設と在宅医療に按分して対応するサービス必要量の受け皿の考え方について、協議の場の参加者への意見照会を行う。いただいた意見については、参加者間での共有を図る。(平成29年10～11月頃)



## ③協議の場(第2回 平成29年11月頃)

- 介護施設と在宅医療の按分について、①の協議の結果及び②の意見照会を踏まえた事務局案の提示を行い、各計画に掲げる介護施設と在宅医療の整備目標のとりまとめを行う。
- 各計画に掲げる介護施設と在宅医療の整備目標の実現に向けた取組について、協議の場の参加者の意見を伺う。



各圏域における協議の場の意見を取りまとめ、県全体の整備方針を検討し、栃木県保健医療計画(7期計画)の在宅医療に関する目標の設定に反映する。

# 医療療養病床等から退院する患者の退院後のサービス利用状況

第2回医療・介護の体制整備に係る協議の場の資料から抜粋（一部追記）

調査名	集計単位	対象者	単位	退院患者数		割合	
				介護施設	在宅医療	介護施設	在宅医療
国保データベース分析 (平成28年度データ)	県(国保加入者個人)	医療療養病床(医療区分1)の退院患者	人/6か月	10	3	76.9%	23.1%
平成28年度栃木県医療実態調査	県(病院・診療所)	一般病床または精神病床以外の病床の退院患者	人/月	51	10	83.6%	16.4%
平成28年度病床機能報告	県(病院・診療所)	療養病床を含む病棟の退院患者	人/月	59	63	48.4%	51.6%
平成26年患者調査	全国(病院・診療所)	医療療養病床の退院患者	千人/月	5.1	1.8	73.9%	26.1%



県内のデータを用いた3つの調査の結果は異なるが、国保データベース(KDB)分析はより実態に即した対象を扱っていることから、介護施設と在宅医療(訪問診療)の按分比について10:3を目安として圏域ごとに検討することとしてはどうか。

## 【KDBデータの結果を目安に検討することを提案した理由】

- ① 1回目の協議の場において、医療実態調査、病床機能報告及び患者調査の3つのデータを提示したが、各圏域の会議で、検討課題に即するよう、医療療養病床の医療区分1の患者に限ったデータを示すべきという意見があった。
- ② 今回の分析結果は国保対象者にとどまり、また、患者調査の結果と近いものであったが、自県のデータを参考にした方が構成員にとって現場の感覚を踏まえた比較や検討が容易であり、かつ、理解や合意を得やすいのではないかと考えた。

# 医療・介護の体制整備に係る協議の場の主な協議結果(1)

第3回栃木県在宅医療推進協議会  
参考資料4 (H29.12.12)  
(一部改変、追記)

## 2020年における追加的需要の按分について

- 各2次保健医療圏において按分比を「介護施設:在宅医療=10:3」とすることで了承された。
- 検討に当たって、会議の出席者から次のような意見があった。
  - (単に退院した患者の動向だけではなく)療養病床に入院する患者の病状、医療依存度、要介護度、社会的背景、それらの将来予測などを踏まえて検討すべき。
  - 患者や家族の意向を踏まえた検討が必要。
  - 家族介護力や地域のケア体制がなければ、在宅療養は継続できない。
  - 在宅医療による対応を考える上では、中山間地域やへき地などの地理的要因、各地域の訪問診療や訪問看護等に携わる人材確保の問題等も考慮しなければならない。
  - 介護施設の整備に当たっては、必要となる介護従事者の確保が難しいこと、(新しく作るのではなく)既存施設の活用や高齢者数のピークアウト後の活用方法等についても予め検討すべき。
  - 3年後の見直しに向け、療養病床の転換の動き等についても注視する必要がある。

## 在宅医療・介護の体制整備に向けた課題、今後必要と考えられる取組等について

- 24時間365日対応の負担軽減には、代診、急変時対応、後方支援等における診療所、病院、訪問看護ステーション等医療機関同士の連携体制の構築が重要。
- 在宅医療の需要増、医療依存度の高い患者の増加に応えるためには、訪問看護ステーションを増やすだけでなく、大規模化を進めることが必要。

# 医療・介護の体制整備に係る協議の場の主な協議結果(2)

第3回栃木県在宅医療推進協議会  
参考資料4 (H29.12.12)  
(一部改変、追記)

- 開業医の高齢化が進んでおり、地域医療や在宅医療に関心を持つ若い医師の育成を育てることが必要。
- 重い在宅医療を必要とする患者の増加等に対応していくためには、かかりつけ医と在宅療養支援診療所の役割分担・連携を進めていくことが重要。
- また、交通手段がない等の理由で在宅医療を受けている患者も一定程度存在する。そうした患者については、福祉サービスの充実等により、外来通院で対応していくことも必要。
- 在宅等での口腔ケアを進めて行くためには、歯科医療機関と介護職も含めた多職種との連携が必要。
- 薬剤管理、副作用確認等に訪問薬剤指導は有用であるが、患者負担を考えると、薬局窓口での対応も重視すべき。
- 今後益々、家族介護力が低下していく中で、施設介護を必要とする人が増えると思われる。
- 介護人材の確保・離職防止に向けては、介護職の魅力、やりがいを伝えていくことと併せて、処遇の改善が不可欠。
- 今後の施設整備に当たっては、既存施設の稼働状況等も考慮すべき。
- 同じ要介護度でも医療依存度によって施設対応が難しい利用者もいる。施設での療養や看取りを進めていくためには、職員の質の確保・向上や医療機関との連携の充実が必要。
- 医療、介護ともICTの活用等による業務の効率化を図ることが必要。
- 県境、圏域を越えた患者・利用者、医療・介護従事者の移動がある地域では、広域的な連携を進めていくことが重要。
- 人生の最終段階における医療・ケアのあり方について、医療・介護従事者だけでなく、住民自らも考えるようになり、また、社会としての共通理解が図られるような取組が必要。

# 2020年需要の試算(介護施設:在宅医療=10:3)

第3回栃木県在宅医療推進協議会  
資料2 (H29.12.12) (追記)

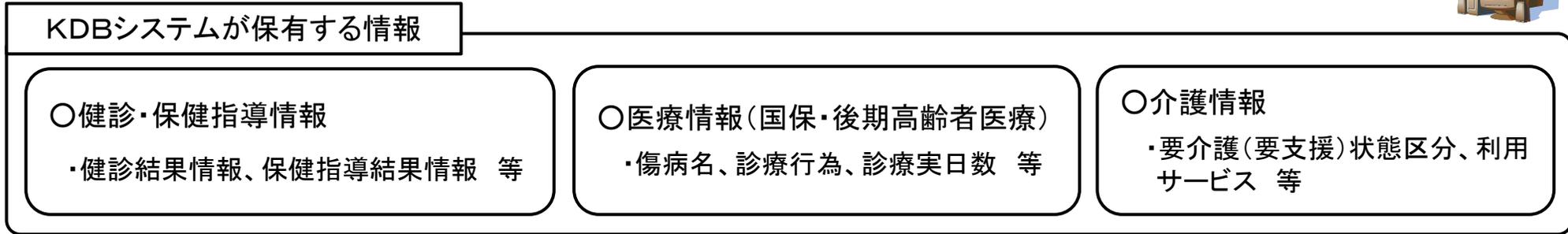
各圏域で開催した協議の場において了承された按分比(10:3)を基に、2020年における追加的需要について介護施設及び訪問診療の需要を算出したもの(左側の太枠)。平成29年9月に実施した医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設における転換の意向調査では、2020年時点での介護医療院等への転換意向はなく、按分に際して控除は行っていない。

医療圏/ 在宅医療圏	2020年の追加的需要(療養病床分)(=2025年当該需要×3/8)			訪問診療需要 (人口構成の変化のみを 考慮)(④)	訪問診療需要 合計 (⑤=②+③+④)
	介護施設 (①)	訪問診療 (40歳以上)(②)	訪問診療 (0-39歳)(③)		
県北	78.55	23.57	1.47	806.86	831.89
那須	44.36	13.31	0.87	455.21	469.39
塩谷	23.71	7.11	0.47	243.29	250.88
南那須	10.48	3.14	0.12	108.35	111.62
県西	99.27	29.78	0	188.94	218.72
鹿沼	50.26	15.08	0	95.99	111.07
日光	49.00	14.70	0	92.95	107.65
宇都宮	240.36	72.11	1.04	1,622.27	1,695.42
県東	44.94	13.48	0	272.65	286.13
県南	58.03	17.41	0.72	1,617.90	1,636.02
小山	32.26	9.68	0.45	897.15	907.28
栃木	25.77	7.73	0.26	720.75	728.74
両毛	78.78	23.63	0	1,351.31	1,374.94
足利	45.47	13.64	0	782.51	796.15
佐野	33.31	9.99	0	568.80	578.79
県	599.93	179.98	3.23	5,859.92	6,043.13

※介護医療院への転換見込みなしとして試算。追加的需要(療養病床分)のうち0-39歳は訪問診療(③)で対応することとし、40歳以上(①+②)を按分の対象とした(①:②=10:3)。また、人口構成の変化に伴う訪問診療需要(④)は2次医療圏ごとに次式(2013年訪問診療実績×5+2025年訪問診療需要×7)÷12に従って計算したものを、在宅医療圏ごとの2025年需要に基づいて按分し求めた。

# KDBデータの分析結果

- 「国保データベース(KDB)システム」とは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報(健診・医療・介護)等から、保健事業等の実施に資する資料として①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。(平成25年10月稼働開始)  
 ※KDBシステム運用状況(平成29年5月末現在) 「市町村数1,741中 1,736市町村(99%)」



- KDBシステムを活用して医療保険と介護保険の審査・支払情報を加工したデータを抽出し、分析することで、医療機関を退院した者のうち、退院後に介護保険サービスを利用する者の動向等を統計として把握することも可能。

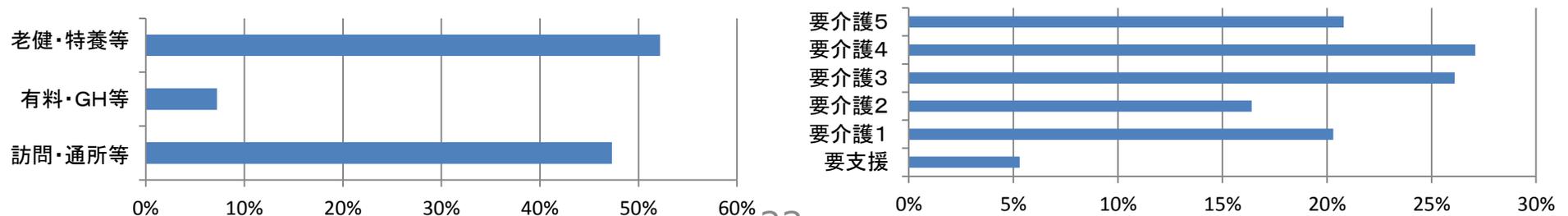
## <分析例>

療養病床から退院した高齢者(65歳以上)における介護サービスの利用状況(同一県内の3市町村の分析例)

- ・療養病床から退院した高齢者(65歳以上。医療区分1)のうち、退院後介護サービスを利用した者の割合  
 27年4月～8月までの退院患者:251人  
 退院後6ヶ月以内に介護サービスを利用した者:207人

\*上記の算出に当たっては、入院、退院、介護サービスの利用を、入院レセプトの有無、介護レセプトの有無等で定義判定

- ・療養病床から退院した高齢者(65歳以上。医療区分1)のうち、退院後介護サービスを利用した者の利用動向



# 国保データベースを活用した医療介護サービス利用状況の把握

医療計画及び介護保険事業(支援)計画の策定に当たっては、現在、療養病床に入院している患者のうち、①医療区分1の70%及び②地域差解消分に相当する患者が、将来、在宅等で療養するとした場合の、在宅医療(訪問診療)と介護サービスでの対応を目指す部分について検討する必要がある。

## ○ 国保データベースを用いて把握したい事項

- 療養病床から退院した人のうち、どのくらいの人が在宅医療(訪問診療)を受けているか
- 療養病床から退院した人のうち、どのくらいの人が介護施設に入所しているか
- 療養病床から退院した人が、どのような介護サービス(種類、量)を受けているか

## ○ 分析に必要な突合データ(CSV)

- ・ KDB被保険者台帳
- ・ 医療摘要
- ・ 介護給付基本実績(介護レセプト)

### (留意事項)

- 突合データは市町のKDB端末から入手できないので、各市町の同意を得た上で、栃木県国民健康保険団体連合会から提供を受ける必要がある。
- データは、KDB被保険者台帳に記載されている個人情報予め削除した上で提供を受けるものとする(生年月日は年齢を計算する上で必要)。

# 分析対象期間及び定義①

## 1 分析対象期間

平成28年6月から平成29年5月までの突合データ(CSV)

※診療月としては平成28年4月分から平成29年3月分

## 2 各定義

### 1)療養病床医療区分1の患者

分析対象期間のいずれかの月に療養病床の医療区分1の病棟に入院している者

➤ 平成28年4月分～平成29年3月分の診療報酬のレセプトデータの摘要(医療摘要のデータ)において、療養病棟入院基本料1または療養病棟入院基本料2が算定されている者

### 2)高齢者

平成28年末時点において65歳以上の国民健康保険加入者

### 3)退院して在宅等で生活をしている患者

分析対象期間において「対象期間のうちいずれかの月の入院レセプトが途切れた場合」を「退院」と定義

➤ 1度でも退院した場合は退院患者とし、再入院は考慮せず、対象期間におけるより古い時点の退院を採用(直近の介護サービスの利用を評価するため)

## 分析対象期間及び定義②

### 3) 退院して在宅等で生活をしている患者〔続き〕

「在宅等で生活をしている」の定義

(定義1) 入院レセプトが途切れた月の前月が国民健康保険(国保)の資格喪失の年月と同一の場合に「死亡退院等」とみなし、退院者数からこれを除いた者を「在宅等で生活している者」として算出

(定義2) 対象期間のうち、いずれかの月の入院レセプトが途切れ、かつ途切れた月以降6か月間に通院(外来)または介護サービスを利用している者を「退院して在宅等で生活している者」とみなして算出

### 4) 介護サービスの種類及び量

退院と判定した月以降6か月間のうち、1度でも介護サービスを利用した場合を抽出

### 5) 在宅医療の定義

① 摘要コードの区分番号のアルファベット部分が「C」に該当する摘要が発生した場合に「在宅医療を利用した」と定義

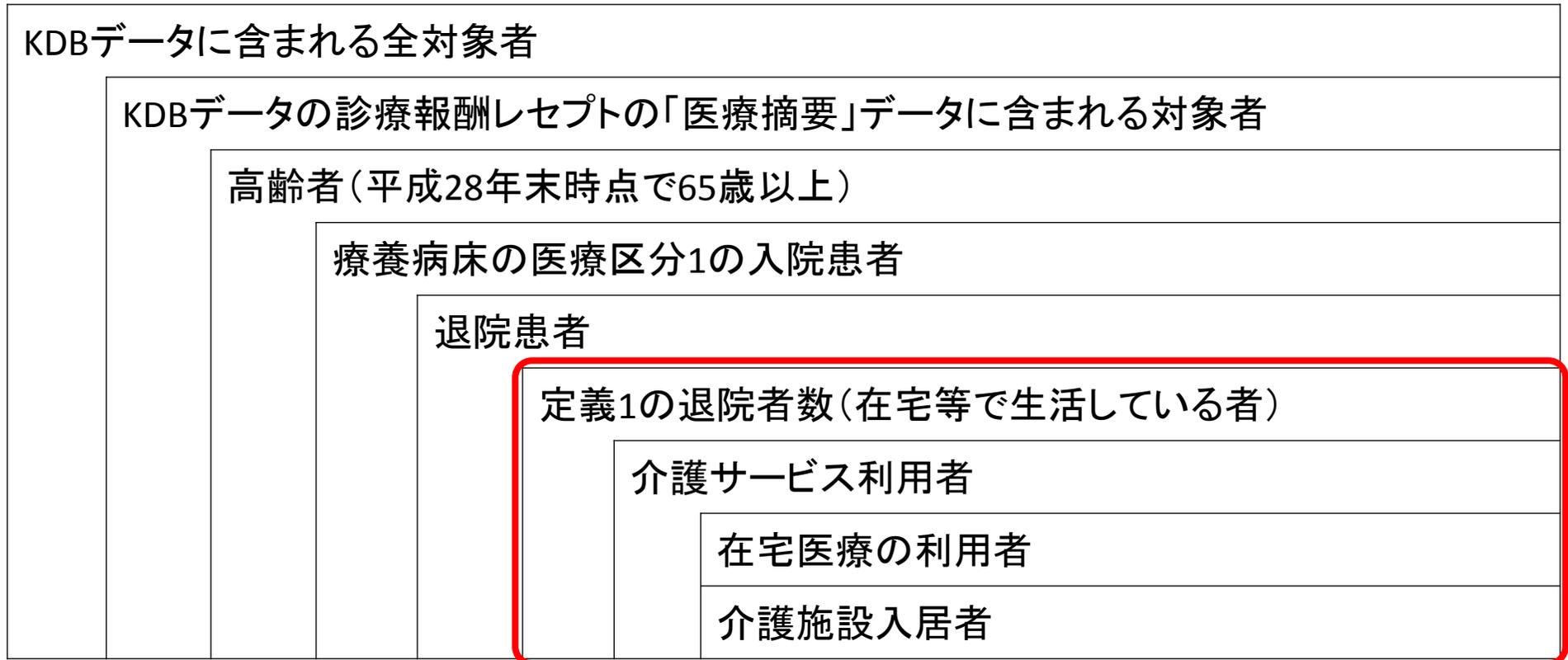
➤ 退院の翌月から6か月間の利用有無で判定

② 在宅患者訪問診療料を算定している患者数

➤ 医療摘要データから「在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)」および「在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)」を算定している者の数として算出

今回の分析ではこれらの定義を採用

# 分析対象者の抽出のイメージ



※在宅医療を受けている高齢者のうち介護サービスを利用していない者はほとんどいないと仮定して、介護サービス利用者のみを分析対象とした。

追加的需の按分のために把握したい人数

# 結果(1) 県全体の人数

(単位:人)

区 分	人数
療養病床の医療区分1の入院患者数(H28.4-H29.3)	156
うち退院患者数(H28.4-H28.9)	80
在宅等で生活している者(資格喪失なし)	72
うち介護サービス利用者数	35
訪問診療あり <sup>1</sup>	3
施設系サービス利用あり <sup>2</sup>	11
うち老健または特養	10
うち介護サービス未利用者数	37
訪問診療あり	0

※上表は65歳以上に限定したデータ

- 1 医療摘要データから「114001110 在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外)」及び「114030310 在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)」を算定している患者数を抽出
- 2 介護老人福祉施設サービス、介護老人保健施設サービス、介護療養型医療施設サービス、地域密着型老人福祉施設の合計

# 結果(2) 医療療養病床の医療区分1の入院患者の要介護度

2次医療圏	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	認定 なし	計
県北	4	1	6	2	1	6	5	5	30
県西	1	1	4	4	2	0	3	1	16
宇都宮	0	2	7	5	2	12	7	7	42
県東	0	1	1	2	0	2	1	0	7
県南	0	1	2	2	5	0	3	5	18
両毛	5	4	1	7	7	6	5	8	43
県	10	10	21	22	17	26	24	26	156

※対象は平成28年4月から平成29年3月の間に医療療養病床の医療区分1に入院歴のある65歳以上の高齢者数。(単位:人)

平成28年度中に医療療養病床に入院歴のある65歳以上の高齢者 156名

上記のうち要支援1または2  $20/156 = 0.128$

要介護1または2  $43/156 = 0.276$

要介護3以上  $67/156 = 0.429$

介護認定なし  $26/156 = 0.167$

# 結果(3) 在宅等で生活している者の要介護度

2次医療圏	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	認定 なし	計
県北	2	0	2	1	0	2	2	2	11
県西	0	0	3	2	2	0	1	1	9
宇都宮	0	2	3	2	1	3	2	4	17
県東	0	1	1	0	0	0	1	0	3
県南	0	1	2	0	0	0	3	3	9
両毛	2	1	1	4	2	5	2	6	23
県	4	5	12	9	5	10	11	16	72

※対象は平成28年4月から平成28年9月の間に医療療養病床(医療区分1)から退院し、かつ、退院直後に国保資格喪失のない65歳以上の高齢者数。(単位:人)

## 要介護度分布

要介護度	退院患者	入院患者(再掲)
要支援1または2	9/72 = 0.125	0.128
要介護1または2	21/72 = 0.292	0.276
要介護3以上	26/72 = 0.361	0.429
介護認定なし	16/72 = 0.222	0.167

# KDBデータ活用の有効性及び課題等

（患者調査を活用する場合）

- 患者調査の結果を活用する場合、都道府県や市町村の新たな調査等の負担が生じることなく利用できるが、結果の精度について、例えば医療区分といった患者の状態等については含まれていない。

また、訪問診療を利用する患者を検討するにあたっては、自宅で利用する場合に限定され、有料老人ホームでの訪問診療の状況を把握できない。

（国保データベース(KDB)を活用する場合）

- KDBを活用する場合、医療区分別に患者の退院先を把握することや、当該患者の介護サービスの利用量を把握することも可能であるが、市町村等による相応の作業負担が生じる。

（病床機能報告を活用する場合）

- 病床機能報告を活用する場合、その退院患者数の報告は6月の1か月分の状況に限られるため、平均在院日数が長く、退院患者数の少ない療養病床については、その検討に当たって必ずしも十分な量のデータとなっていない可能性がある。



- 受け皿の整備目標の検討に資するデータについて、既存の調査や報告の結果は一長一短。
- どのようなデータを用いるかは、各調査・報告の性質を理解した上で、地域で協議して判断することとする。

# KDBデータを活用するメリット

## 1回目の医療・介護の体制整備に係る協議の場における意見

今後の体制について検討するためには、現在の医療・介護の提供状況だけでなく、検討課題に即した地域ごとのデータの提示が必要。

### <協議の場においてKDBデータを活用してみたの感想>

- 今回は国保加入者のみの分析に限られたため、県全体での結果提示にとどまったが、他の調査に比べてより実態を反映したデータを提供することができた。
- これにより、参加者から一定程度の理解や納得が得られ、議論が進めやすくなった。
- また、KDBデータの分析結果を踏まえつつ、自らの地域の状況について検証したり、活発な意見交換がなされるなど、今後の体制整備に向けた議論を深めることにつながった。

### <本県が考えるKDBデータの特徴や活用のメリット>

- KDB個人番号等を用いることで、医療と介護の情報を個人単位で紐付けることが可能
- 居住地情報を用いることで、任意の地域(市区町村、在宅医療圏、2次医療圏等)での分析が可能
- 医療、介護の情報を組み合わせることで、医療区分や要介護度区分に応じた経時的なサービス利用状況の把握が可能
- 個人の医療、介護サービス利用状況を基に各サービス提供者(医療機関、介護保険事業所等)の提供状況(量、範囲等)の把握が可能

# KDBデータを活用する上での課題等

- KDBデータの利用に当たっては、個別に国民健康保険の保険者(市区町村)及び後期高齢者医療広域連合の同意を得る必要がある。
- CSVデータのファイル数は膨大であり、かつ、サイズも大きいので、取扱いが容易でない。
- また、取扱いに当たっては、データ構造や含まれる情報についての知識や技術が求められる。
- 体制整備の進捗管理を行う上では動向分析(経時的な評価)が重要と考えるが、作業に多くの時間を要するため、毎年実施するとなると負担が非常に大きい。

## (参考)

- ・平成27年度国保平均被保険者数: 59.4万人
- ・栃木県内の市区町村数: 25市町
- ・取り扱ったファイル数: 25市町×2種類×12か月+25市町=625個
- ・各ファイルのデータサイズ: 1ファイル当たり数MB~500MB超
- ・データ取得から分析までに要した時間: 1か月半程度

## 今後に向けた提案

- 都道府県及び市区町村職員の負担軽減と効率的なデータ活用に向けて、データ利活用に係る体制整備が必要と考える。
- 都道府県及び市区町村が自らの地域の状況を把握できるよう、2次加工された医療圏単位や市区町村単位のデータが提供されることが望ましい。
- また、担当職員による効果的なデータ分析が行えるよう、分析ソフトの配布、分析例や結果の読み方の提示と併せて分析方法に関する研修の実施などがなされると良い。

(参考) 栃木県保健医療計画(7期計画)  
「在宅医療の連携体制」の目標設定

# 在宅医療の目標項目

	目標項目	ベースライン	目標値 (H32)	目標設定の考え方
1	訪問診療を実施する診療所、病院数 (単位:か所)	283 (H27)	400	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療を実施する医療機関数の増加。</li> <li>H27の実績を踏まえ、在宅医療圏ごとに訪問診療需要の伸びに応じて求めた必要医療機関数を合計。</li> </ul>
2	訪問看護ステーションに勤務する看護師数(常勤換算) (単位:人)	476.4 (H29.4)	580	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護ステーションに勤務する看護師(保健師、看護師、准看護師)の増加。</li> <li>訪問看護師数(常勤換算)の変化はH27年から平成29年にかけて<math>(476.4-417)/2 = 29.7</math>人/年。</li> <li>在宅医療の需要増加に対応しつつ、更なる訪問看護の充実を図るため、35人/年の確保(17.8%増)を目指す。</li> </ul>
3	訪問歯科診療を実施する診療所数 (単位:か所)	121 (H26.9)	250	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問歯科診療の実績のある歯科診療所数の増加。</li> <li>H28在宅医療実態調査(回答割合65.3%)では、回答のあった656施設のうちH28.9現在で226施設(34.4%)が「歯科訪問診療料の注13に規定する基準」の届出を出しており、また、166施設(26.5%)が訪問歯科診療を実施していると回答。</li> <li>引き続き、20施設/年程度の増加を目指す。</li> </ul>
4	訪問薬剤指導を実施する薬局数 (単位:か所)	124 (H29.10)	220	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅患者調剤加算を届け出ている薬局数の増加。</li> <li>H29.10で県14.3%(124/866)、全国値23.3%。</li> <li>H32には25%(217)を超えることを目指す。</li> </ul>

# 在宅医療の実施状況（診療所・病院）

第3回栃木県在宅医療推進協議会  
資料2（H29.12.12）

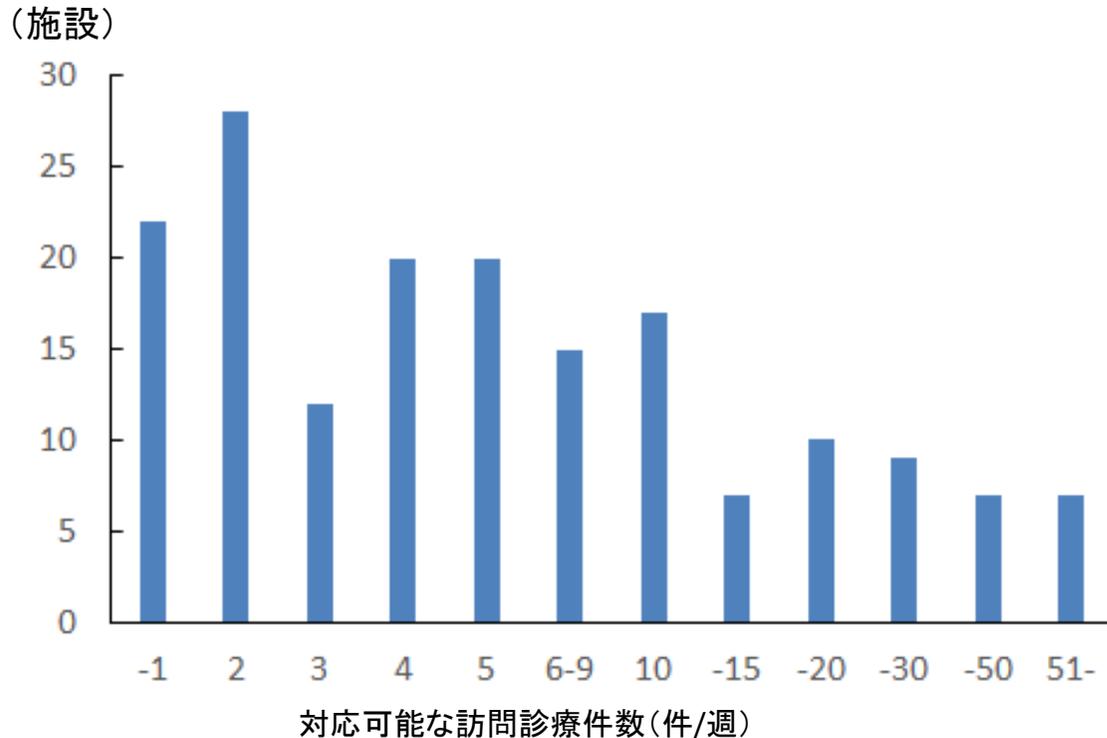
2次保健医療圏/ 在宅医療圏	訪問診療		往診		在宅看取り		
	実施施設数	患者数	実施施設数	患者数	実施施設数	患者数	
県北	47	697.4	92	376.9	18	13.7	
那須	24	492.3	50	205.2	8	6.9	
塩谷	16	94.0	23	43.7	*	1.0	
南那須	7	111.1	19	128.1	*	5.8	
県西	20	117.3	39	65.3	5	*	
鹿沼	7	31.8	23	44.4	2	*	
日光	13	85.6	16	20.8	3	*	
宇都宮	宇都宮	64	1,252.4	120	301.4	24	17.9
県東	芳賀	24	226.0	37	94.9	8	3.6
県南		68	1,464.7	152	553.2	38	34.9
小山	27	1,060.3	73	260.1	14	15.5	
栃木	41	404.3	79	293.1	24	19.4	
両毛		60	1,214.3	89	529.6	25	16.9
足利	29	593.3	50	330.6	13	7.8	
佐野	41	620.9	39	199.0	12	9.1	
県	283	4,972.1	529	1,921.3	118	*	

※厚生労働省「医療計画作成支援データブック・改訂版【平成28年度版】」のデータを医療政策課において加工。平成27年度にレセプト請求のあった医療機関の所在地ベースでカウントされている。患者数は、1年間の延べレセプト件数を12で割った「1か月あたりの平均レセプト件数」（件/月）を表す。「\*」は最小集計単位の原則等により、表示できないもしくは集計できない数値。

# 対応可能な在宅医療の件数

問5 現在のスタッフ数や実施時間等を基にして考えた場合、1週間当たりで概ね何件の在宅医療(訪問診療)に対応することができますか。(現在の実績は問いません) 【平成28年度栃木県在宅医療実態調査】

※現在訪問診療を実施している一般診療所174施設の回答



	最小	最大	平均	中央値
県北 (35)	0.5	80	11.3	5
県西 (12)	1	10	3.9	4
宇都宮 (29)	0.5	200	19.3	5
県東 (17)	0.5	30	7.0	4
県南 (50)	1	280	16.4	5
両毛 (31)	1	30	10.3	5
県 (174)	0.5	280	13.0	5

※( )の数は回答施設数

- 1週間に20回を超える訪問診療が可能と回答した診療所は23施設(13.2%)。
- 50回超と回答した診療所(7施設)もあるが、これらは在宅医療に特化した診療所と考えられ、また、限られた圏域(県内の都市部)のみに存在している。
- いずれの圏域においても中央値は5であり、(平均的に)1日に1件程度の訪問診療であれば可能と回答していることは、実際に訪問診療を行っている診療所の多く(6割程度)が外来診療の合間を縫って、あるいは時間を調整して訪問している現状を反映しているものと推察される。

# 対応可能な訪問診療件数の分布(在宅医療圏別)

第3回栃木県在宅医療推進協議会  
資料2 (H29.12.12)

問5 現在のスタッフ数や実施時間等を基にして考えた場合、1週間当たりで概ね何件の在宅医療(訪問診療)に対応することができますか。(現在の実績は問いません)

圏域	回答 施設数	対応可能な訪問診療件数(件/週)															最小値	最大値	平均値	中央値
		-1	2	3	4	5	6	7	8	10	-15	-20	-30	-50	51-					
県北	35	6	6	3	1	2	2	1	2	4	3	1	1	1	2	0.5	80	11.3	5	
	那須	17	3	3	1	1			2	2	1	1		1	2	0.5	80	16.3	8	
	南那須	7	1	1		1	1			1	1		1			1	25	9.1	6	
	塩谷	11	2	2	2	1	1	1		1	1					0.5	15	5.0	3	
県西	12	1	2	2	4	2				1						1	10	3.9	4	
	鹿沼	5		1	2	2										2	4	3.2	3	
	日光	7	1	1		2	2			1						1	10	4.4	4	
宇都宮	29	3	5	2	1	6	1		1	2	1	1	2	2	2	0.5	200	19.3	5	
	宇都宮	29	3	5	2	1	6	1		1	2	1	1	2	2	0.5	200	19.3	5	
県東	17	5	2		5		1			1		1	2			0.5	30	7.0	4	
	芳賀	17	5	2		5		1		1		1	2			0.5	30	7.0	4	
県南	50	5	9	4	3	7	4		1	6	2	2		4	3	1	280	16.4	5	
	小山	17		3	1	1	2	2		1	1	1	2		2	1	2	280	27.9	6
	栃木	33	5	6	3	2	5	2		5	1			2	2	1	80	10.4	5	
両毛	31	2	4	1	6	3	1		1	3	1	5	4			1	30	10.3	5	
	足利	15		3		1		1		1	3		4	2		2	25	12.3	10	
	佐野	16	2	1	1	5	3					1	1	2		1	30	8.4	4	
県	174	22	28	12	20	20	9	1	5	17	7	10	9	7	7	0.5	280	13.0	5	

※現在訪問診療を実施している一般診療所174施設の回答 39

【平成28年度栃木県在宅医療実態調査】

# 対応可能な訪問診療件数と訪問診療実績の比較

第3回栃木県在宅医療推進協議会  
資料2 (H29.12.12) (追記)

今後の訪問診療の供給量を見込む上での基礎的検討として、1診療所当たりの訪問診療実績(2015年のNDBデータ)と県調査を基に計算した対応可能な訪問診療患者数を比較した。ほとんどの圏域において実績よりも対応可能な訪問診療患者数(平均値)が上回っており、現在の医療機関の努力により県全体としては1.5倍程度の患者に対応できる可能性があると見込まれる。

医療圏	訪問診療実績(2015年) <sup>1</sup>			対応可能な訪問診療患者数 <sup>2</sup>	
	医療機関	患者数	平均患者数	平均値	中央値
県北	47	697.4	14.8	22.6	10
那須	24	492.3	20.5	32.6	16
塩谷	16	94.0	5.9	10.0	6
南那須	7	111.1	15.9	18.2	12
県西	20	117.3	5.9	7.8	8
鹿沼	7	31.8	4.5	6.4	6
日光	13	85.6	6.6	8.8	8
宇都宮	64	1,252.4	19.6	38.6	10
県東	24	226.0	9.4	14.0	8
県南	68	1,464.7	21.5	32.8	10
小山	27	1,060.3	39.2	55.8	12
栃木	41	404.3	9.9	20.8	10
両毛	60	1,214.3	20.2	20.6	10
足利	29	593.3	20.5	23.6	20
佐野	31	620.9	20.0	16.8	8
県	283	4,972.1	17.6	26.0	10

1 厚生労働省「医療計画作成支援データブック・改訂版【平成28年度版】」のデータを医療政策課において加工し作成

2 平成28年度栃木県在宅医療実態調査(訪問間隔を2週間に1回として、1週間当たりに対応可能な訪問件数から計算)

(単位:人/月)

# 訪問診療を実施する医療機関数の目標設定

第3回栃木県在宅医療推進協議会  
資料2 (H29.12.12) (追記)

以下のような理由から、パターン1(現在の訪問診療実績を基にした目標設定)を選択することを提案した。

- パターン3による対応可能件数を基にした目標設定は、個々の医師に今以上に負担を強いる可能性があることを前提としている。また、医師の高齢化が進展すれば、対応可能件数は今後減少する可能性がある。
- パターン2は、現在在宅医療に熱心に取り組んでいる医療機関の実績を適切に反映できておらず、また、目標値も現実的でない。
- パターン1は実績をベースとするため、パターン2やパターン3と比べると、個々の医師の負担に配慮しつつ、「各圏域で求められる需要をカバーするために最低限必要な施設数」として医療者の理解や協力が得られやすいものとする。

医療圏/在宅医療圏		パターン1	パターン2	パターン3	2015(実績)
県北		73	80	45	47
	那須	23	29	14	24
	塩谷	43	42	25	16
	南那須	7	9	6	7
県西		40	32	29	20
	鹿沼	24	19	17	7
	日光	16	13	12	13
宇都宮		87	170	44	64
県東		30	36	20	24
県南		97	149	51	68
	小山	23	76	16	27
	栃木	74	73	35	41
両毛		68	112	68	60
	足利	39	40	34	29
	佐野	29	72	34	31
県		395	579	257	283

パターン1: 在宅医療圏ごとの2015年の診療実績(平均患者数)を用いて計算。

パターン2、3: 在宅医療圏ごとの対応可能な訪問診療患者数の中央値、平均値を用いてそれぞれ計算。