

# 社会保障審議会医療部会(10/27)資料

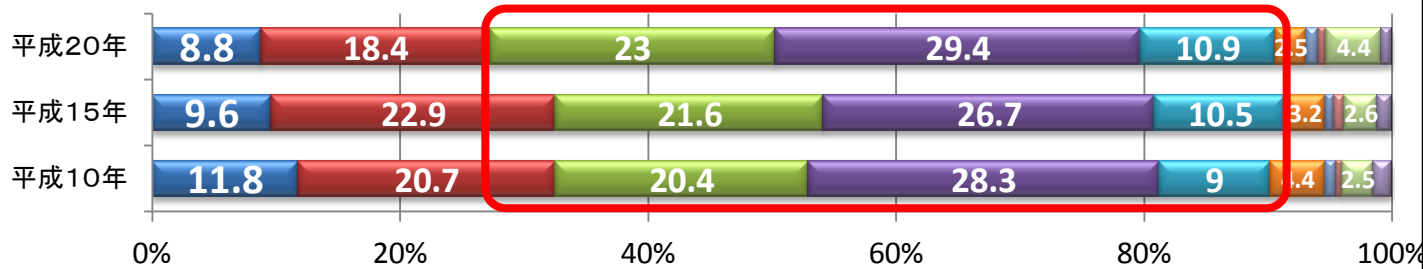
# <在宅医療について>

# 1. 在宅医療に関する課題

# 在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した**(上図)。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

## ■ 終末期の療養場所に関する希望



- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 老人ホームに入所したい
- 分からない

- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- その他
- 無回答

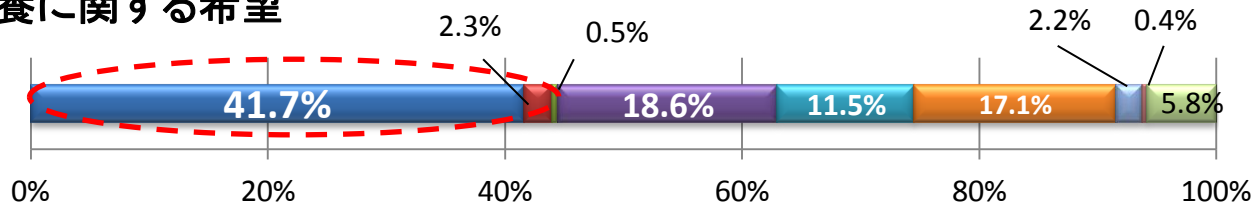
○調査対象及び客体  
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出  
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

○調査の方法  
 郵送法

○回収数  
 2,527人(回収率50.5%)

出典: 終末期医療に関する調査(各年)

## ■ 療養に関する希望



- 自宅で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人保健施設を利用したい
- 民間有料老人ホーム等を利用したい
- わからない
- 子どもの家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- その他

○調査対象  
 全国の55歳以上の男女5,000人

○調査の方法  
 調査員による面接聴取法

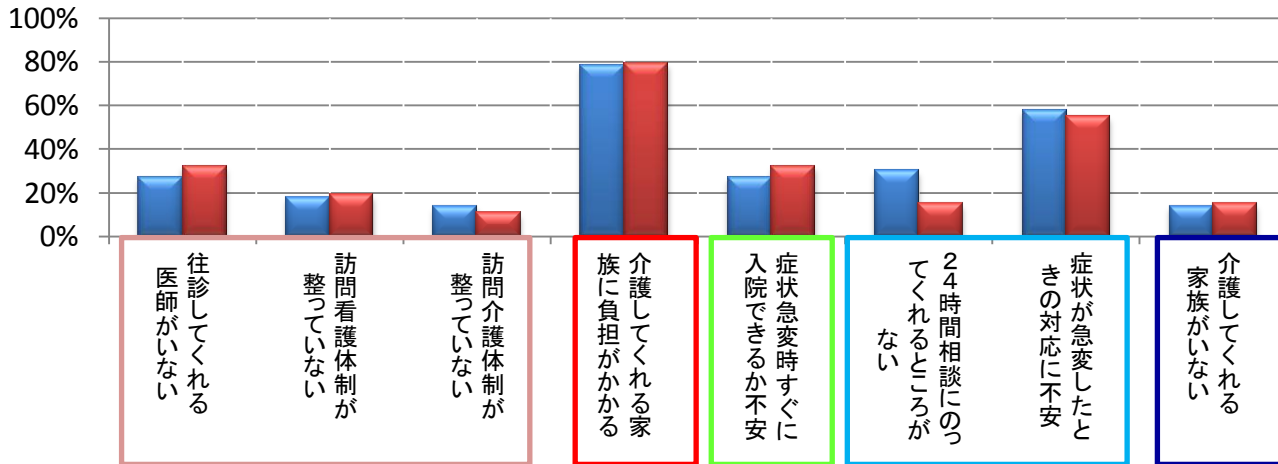
○標本抽出方法  
 層化二段無作為抽出法

○回収数  
 3,157人(回収率63.1%)

# 在宅医療推進にあたっての課題

- 在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、約12万人増えることが見込まれる。
- 急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む生活の質を重視した医療としての在宅医療のニーズは高まっている。
- 在宅医療推進の課題として、1)在宅医療サービス供給量の拡充、2)家族支援、3)在宅療養者の後方ベッドの確保、4)24時間在宅医療提供体制の構築、5)在宅医療の質の向上・効率化、医療・介護の連携、が挙げられる。

## ■在宅療養移行や継続の阻害要因



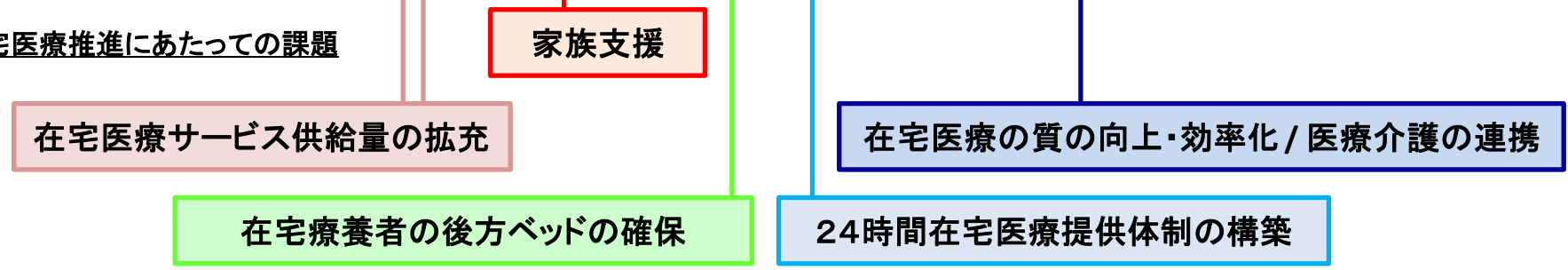
○調査対象及び客体  
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出  
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

○調査の方法  
 郵送法

○回収数  
 2,527人(回収率50.5%)

■平成15年 ■平成20年

## ■在宅医療推進にあたっての課題



## **2. 在宅医療推進の課題への対応の方向性**

**1) 在宅医療サービス供給量の拡充**

**2) 家族支援**

**3) 在宅療養者の後方ベッドの確保**

# 在宅療養支援診療所の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所のうち、平成22年に看取りを行っているのは約半数。

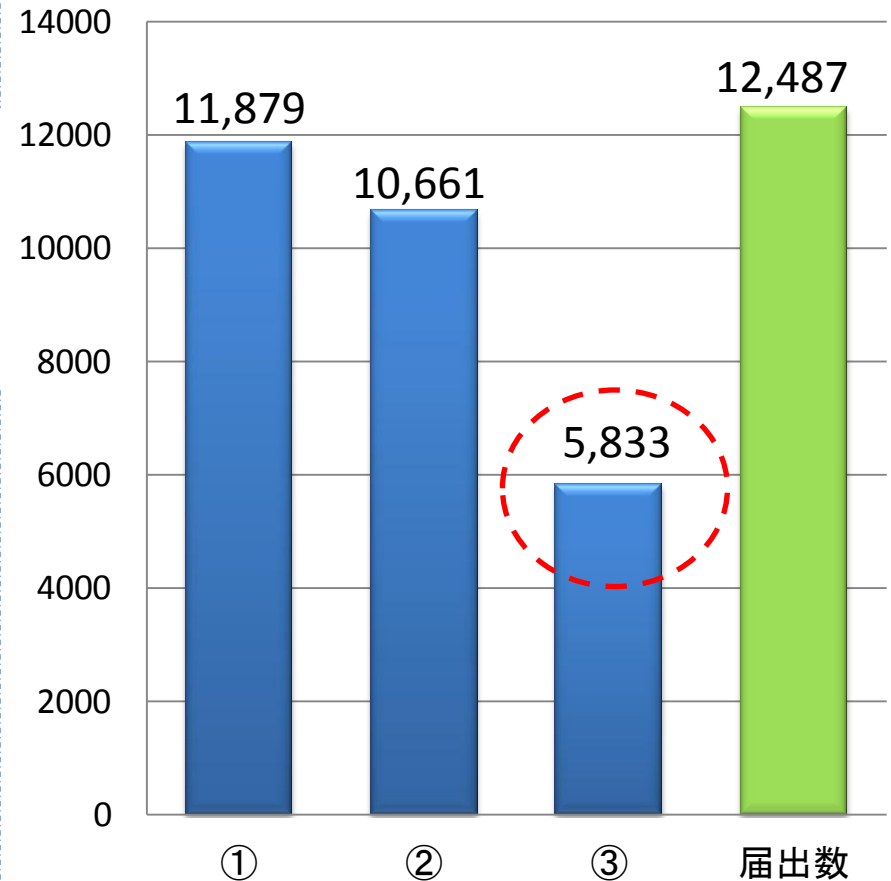
## 在宅療養支援診療所 届出数



### ※在宅療養支援診療所の要件

- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること

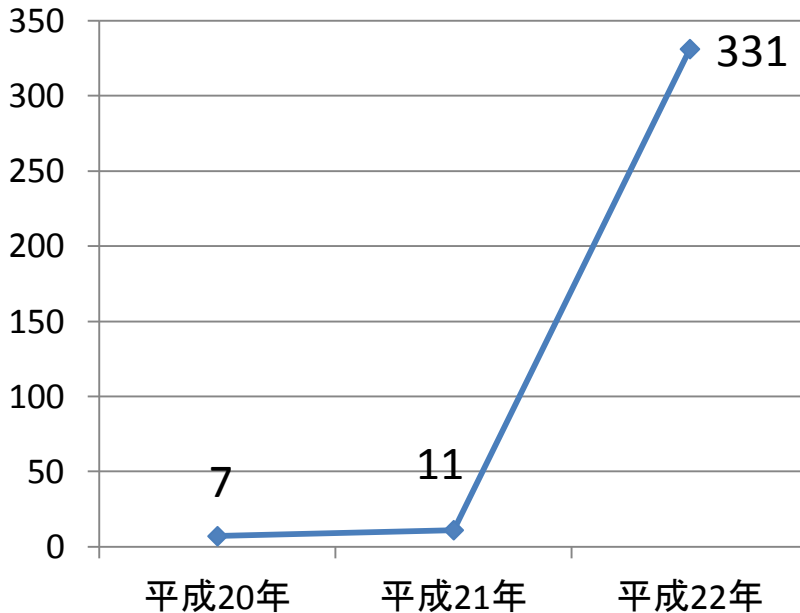
## 在宅療養支援診療所の実績



# 在宅療養支援病院の届出数の推移

- 平成22年の診療報酬改定の際に、在宅療養支援病院の要件が緩和され、数が急増している。

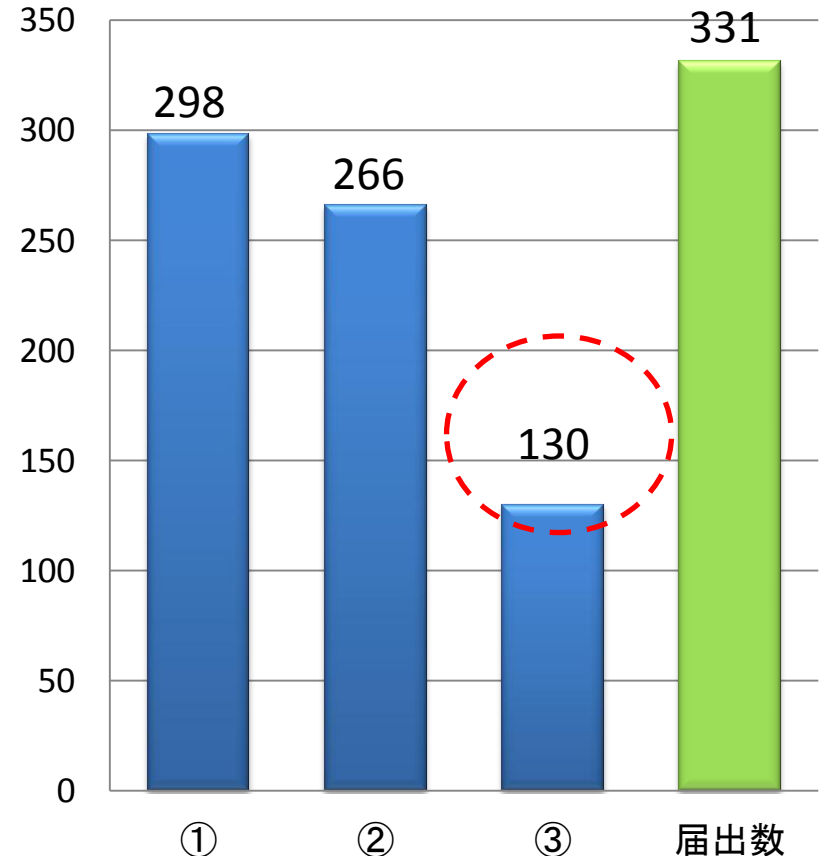
## 在宅療養支援病院 届出数



### 在宅療養支援病院の要件

- 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定していること
- 患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保していること
- 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること
- 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること

## 在宅療養支援病院の実績

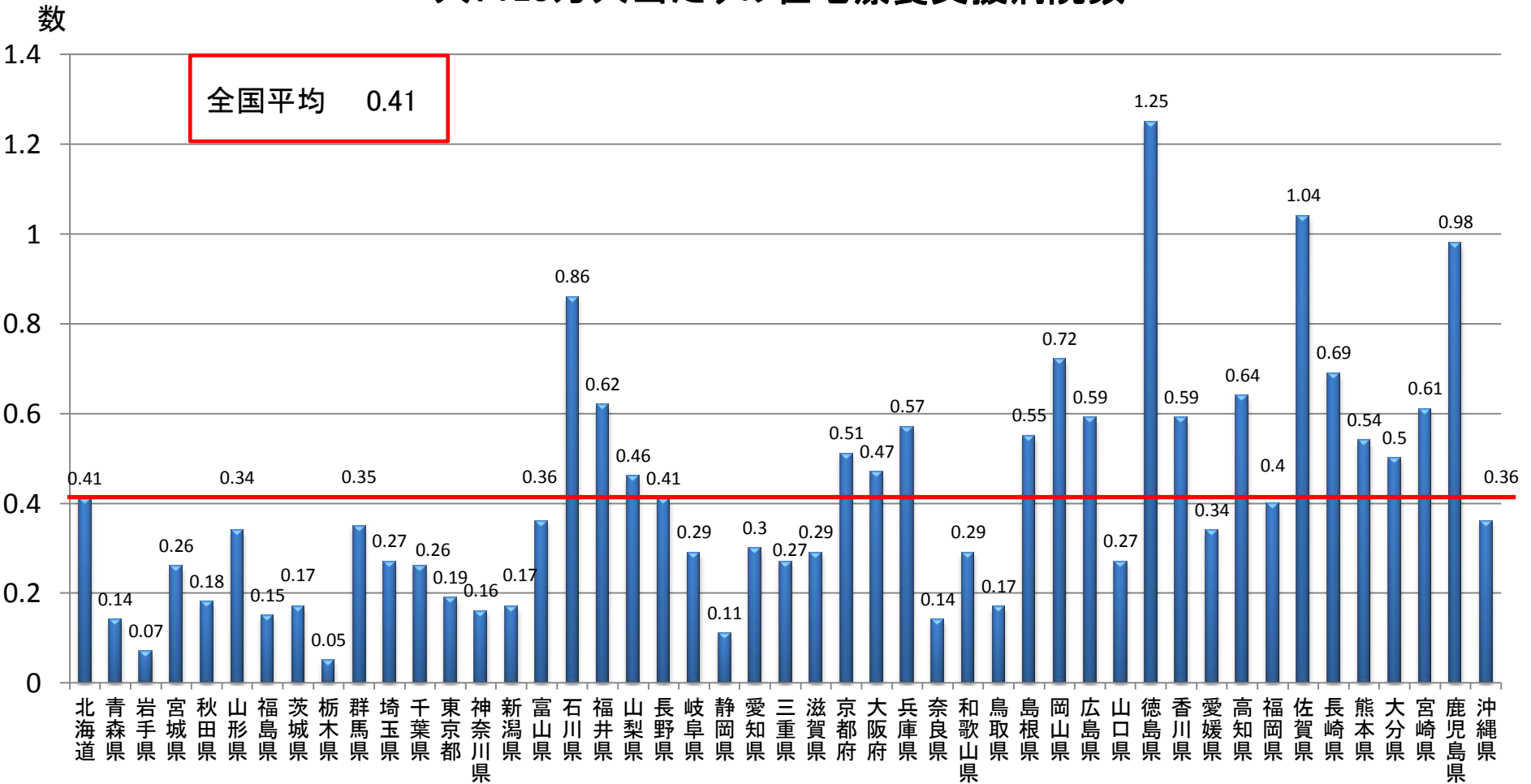


- ① 厚生局への実績報告届出数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数



# 人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

## 人口10万人当たりの在宅療養支援病院数



保険局医療課データ 平成23年7月

# 人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

## 人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数

数

25

20

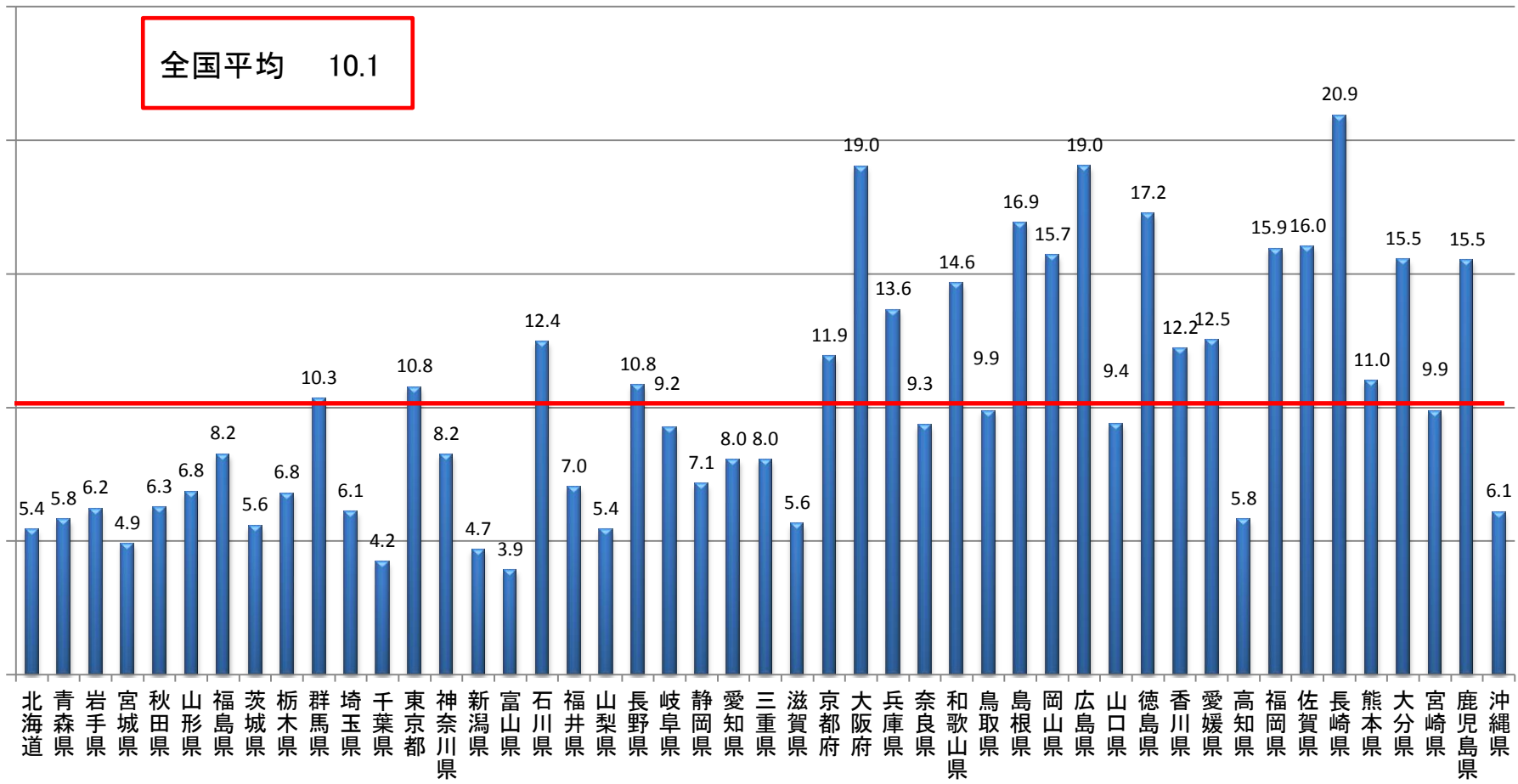
15

10

5

0

全国平均 10.1

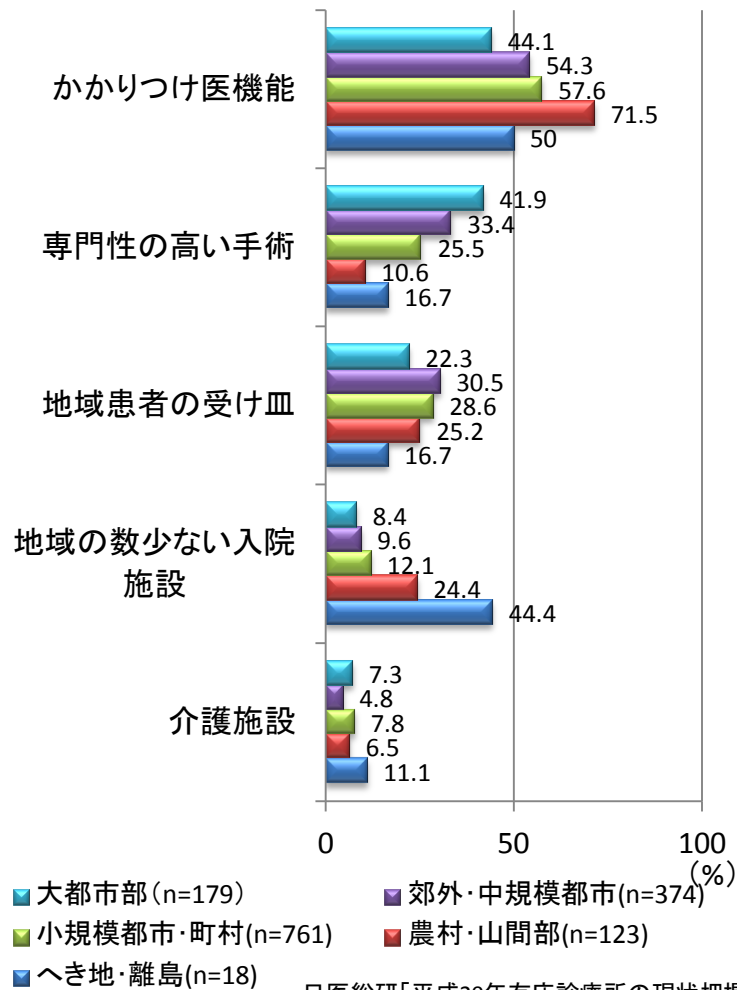


保険局医療課データ 平成23年7月

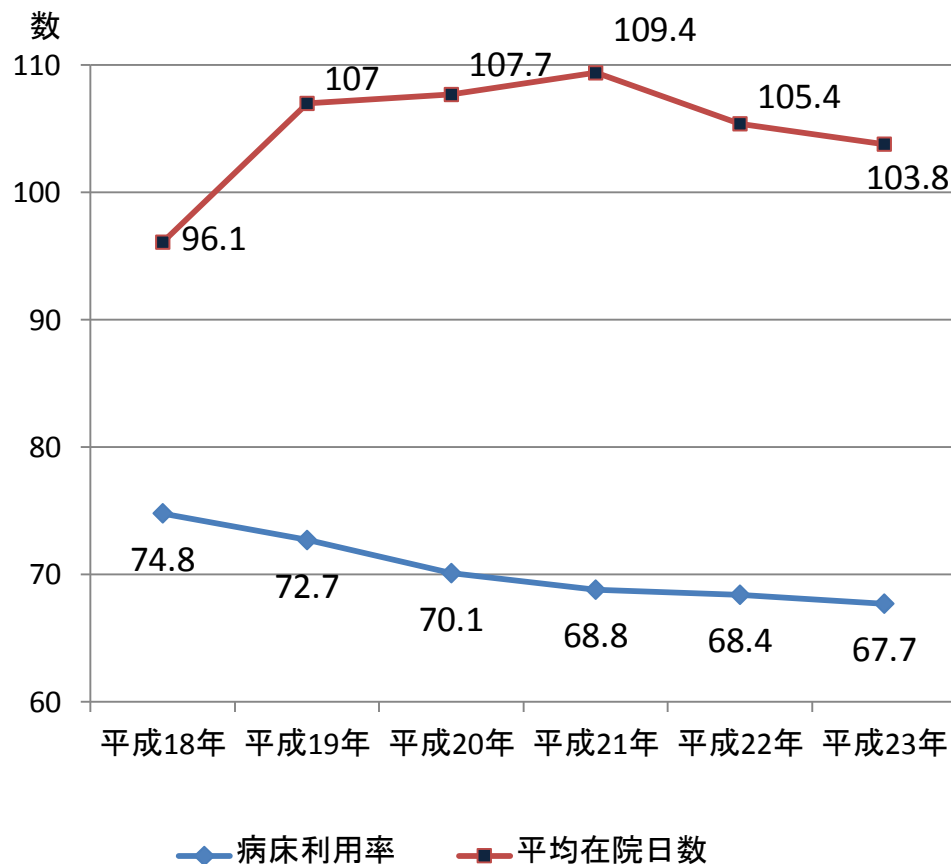
# 有床診療所の地域での役割及び病床利用率

- 大～中都市部では専門性の高い手術機関として、農村山間部ではかかりつけ医として、へき地・離島では入院施設として、地域特性に応じた役割・機能を果たしていることが示唆された。
- 有床診療所の病床利用率(療養病床)は、年々減少傾向であり、23年5月は67%である。

## ■提供している主な医療



## ■有床診療所の病床利用率と平均在院日数(療養病床のみ)

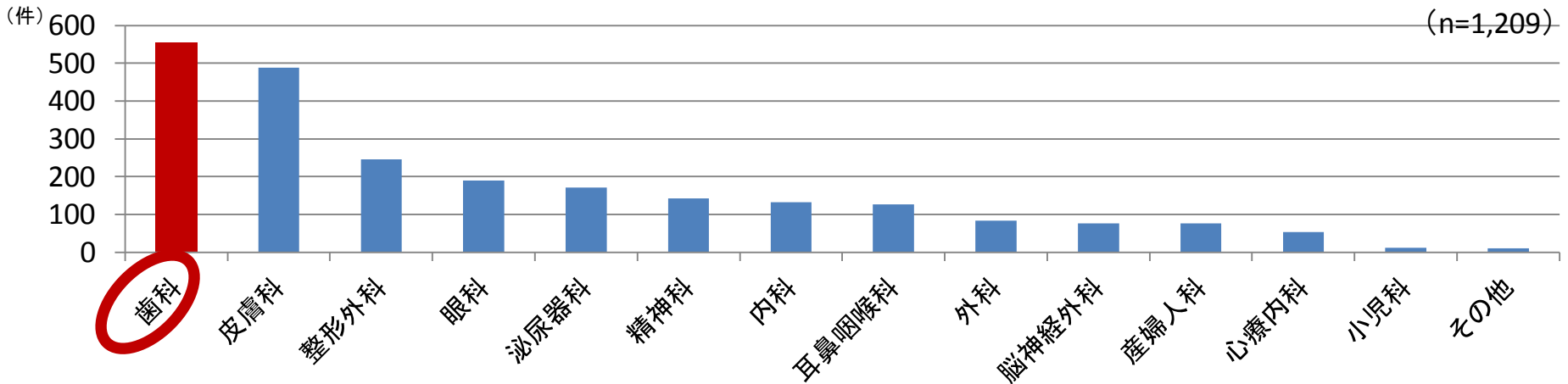


H23年病院報告

※146568床の有床診療所病床のうち、療養病床14384床分のみデータ  
有床診療所の一般病床のデータはなし

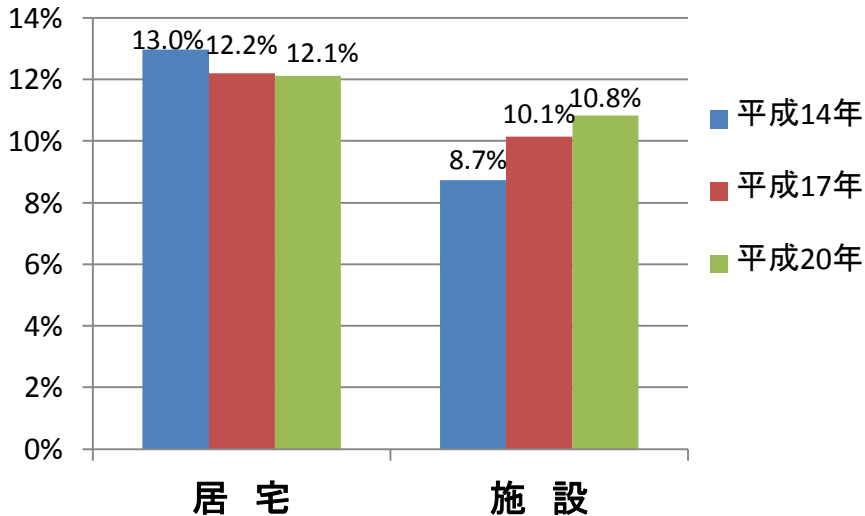
# 在宅歯科診療のニーズ

○在宅医療の主治医(医師)が連携を必要とした診療科は「歯科」が多い。



出典)東京の在宅医療の現在 ~東京都在宅医療実態調査

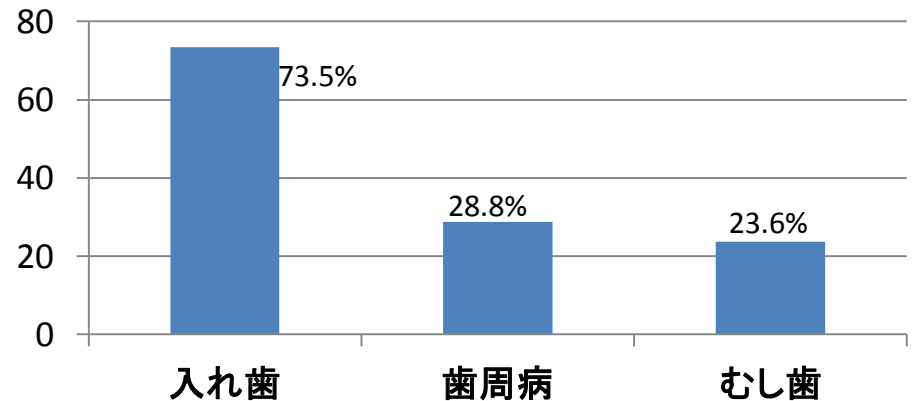
○訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合一施設は増加しているが居宅は増加していない。



出典)厚生労働省「医療施設調査」

○要介護者の希望する治療内容のほとんどは「入れ歯」の治療である。

要介護状態であって歯科の訪問診療を希望した1053人の希望する治療内容

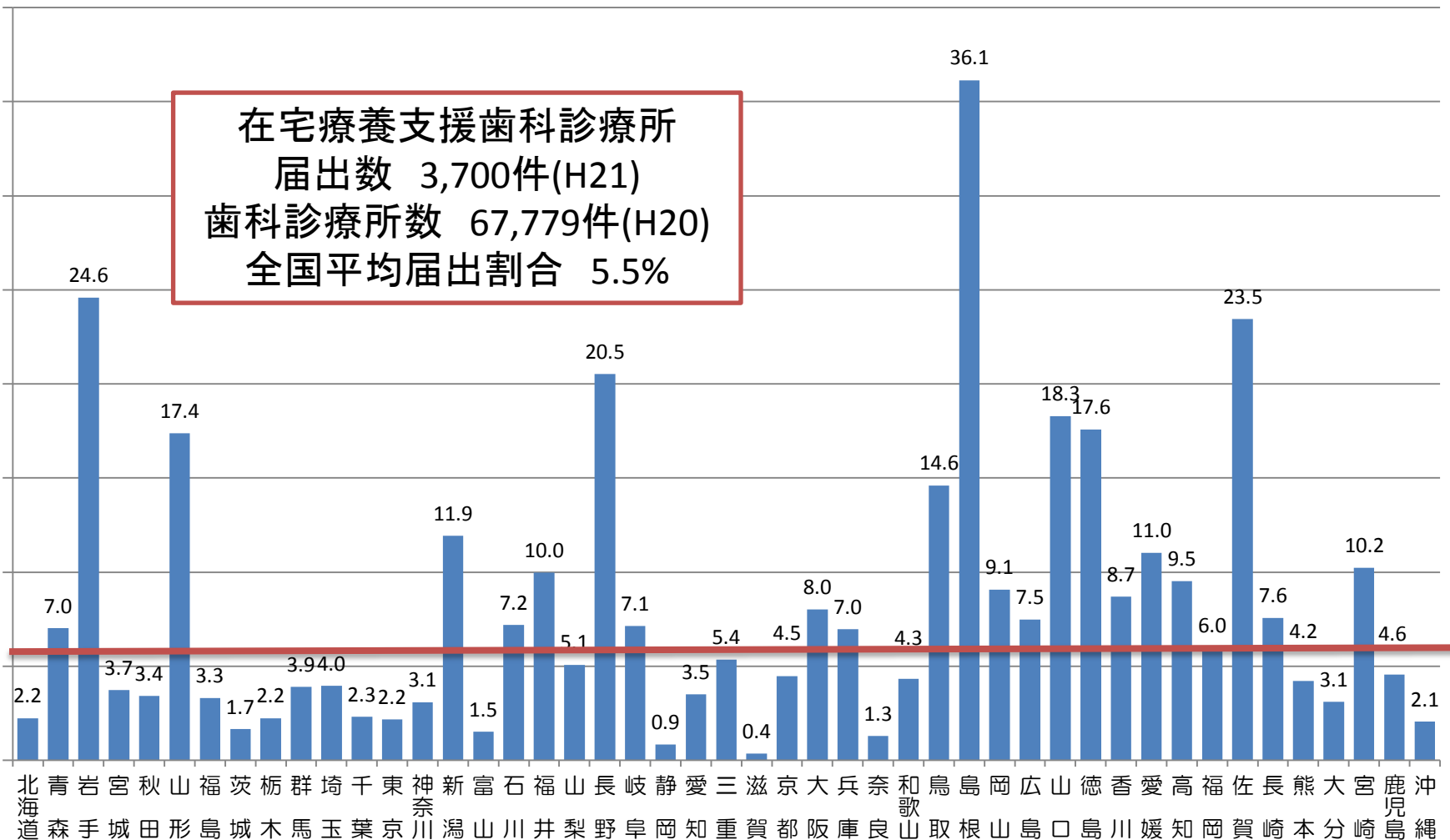


出典)平成12年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「要介護老人の摂食障害発生要因に関する研究」

# 在宅療養支援歯科診療所数

- 在宅または社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置付け、その機能を評価した。
- 都道府県による整備状況のばらつきが大きい。

(%) 在宅療養支援歯科診療所届出割合 (H21年4月時点)



# 在宅医療への薬剤師の関与とその意義

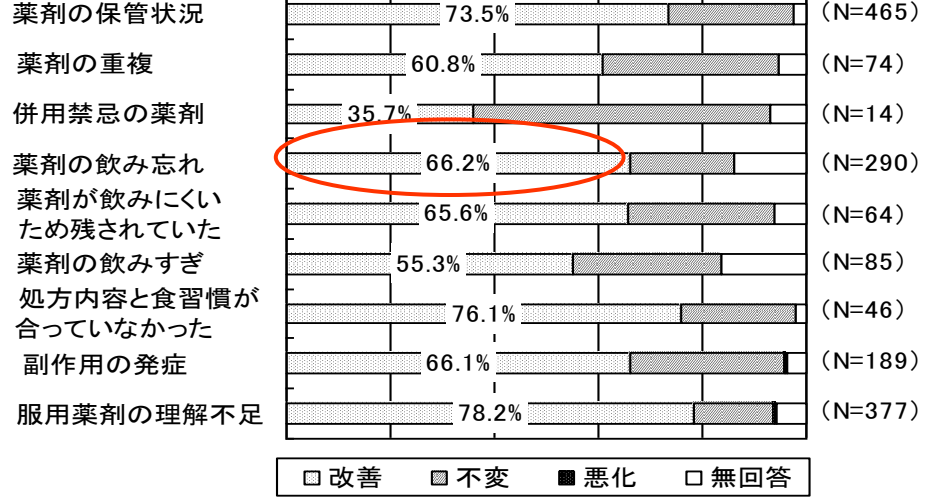
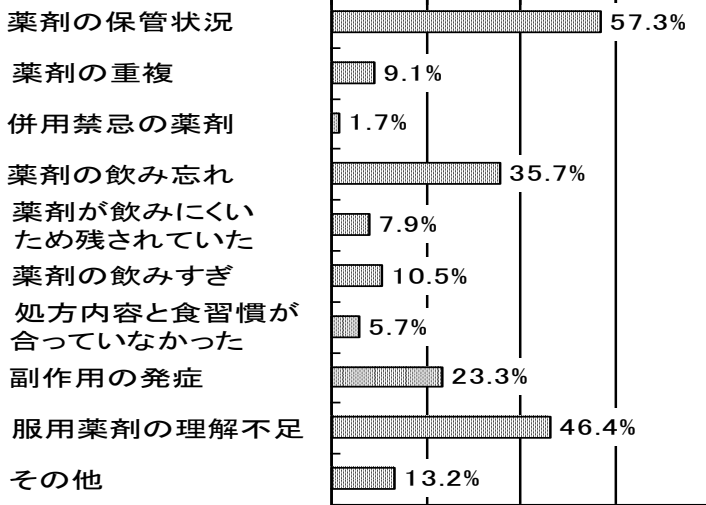
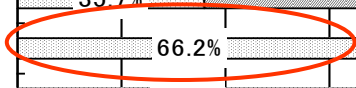
○ 訪問薬剤指導により、飲み忘れの残薬が減る可能性が示唆されている。

## 在宅患者訪問薬剤管理指導 又は居宅療養管理指導の開始時に 発見された薬剤管理上の問題点

## 在宅患者訪問薬剤管理指導 又は居宅療養管理指導の取り組みの効果

(N=812) 0% 20% 40% 60% 80%

0% 20% 40% 60% 80% 100%



### (参考)

潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計  
=約500億円

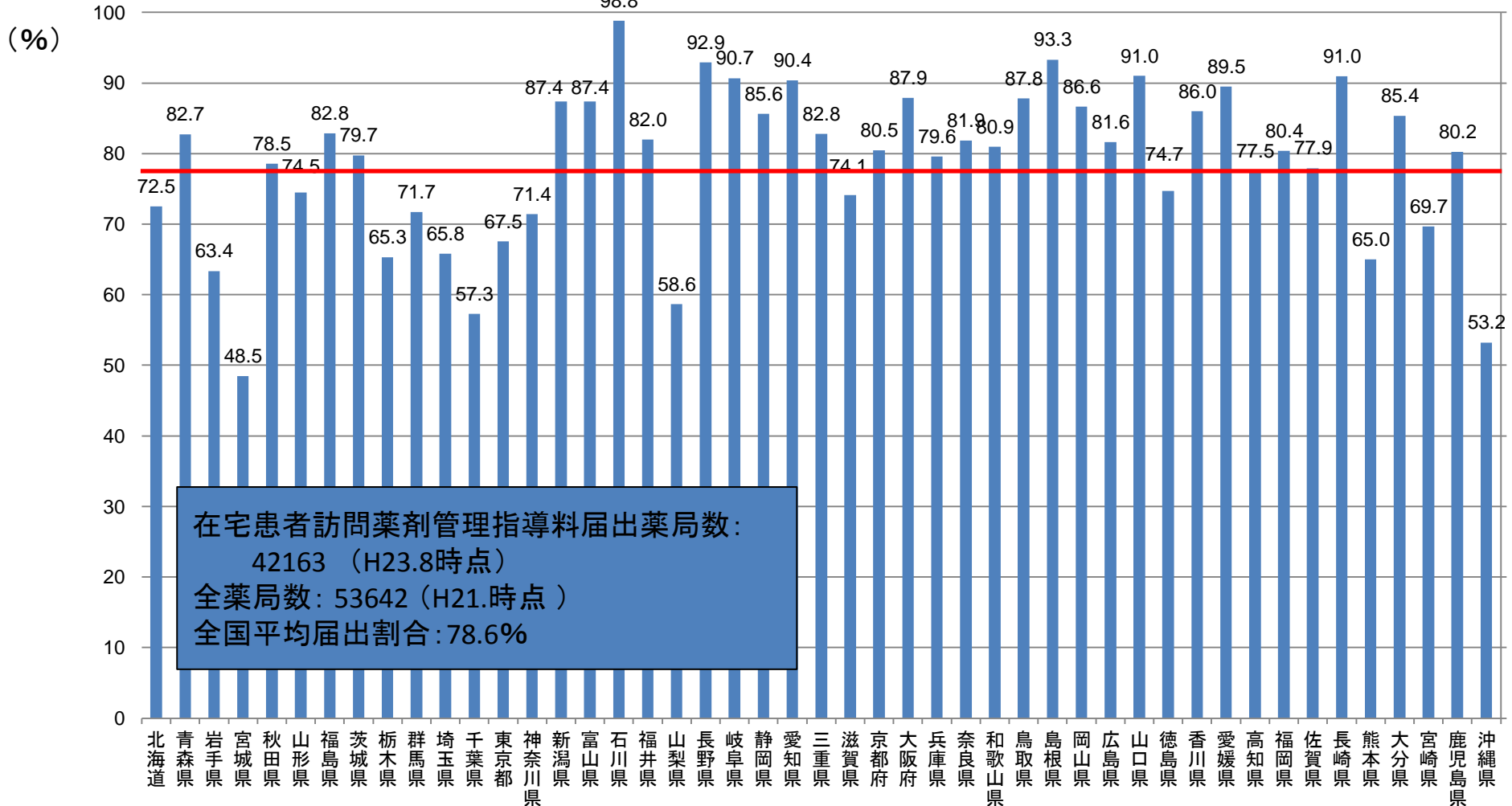
在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される  
飲み残し薬剤費の粗推計  
=約400億円

出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導  
ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

# 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

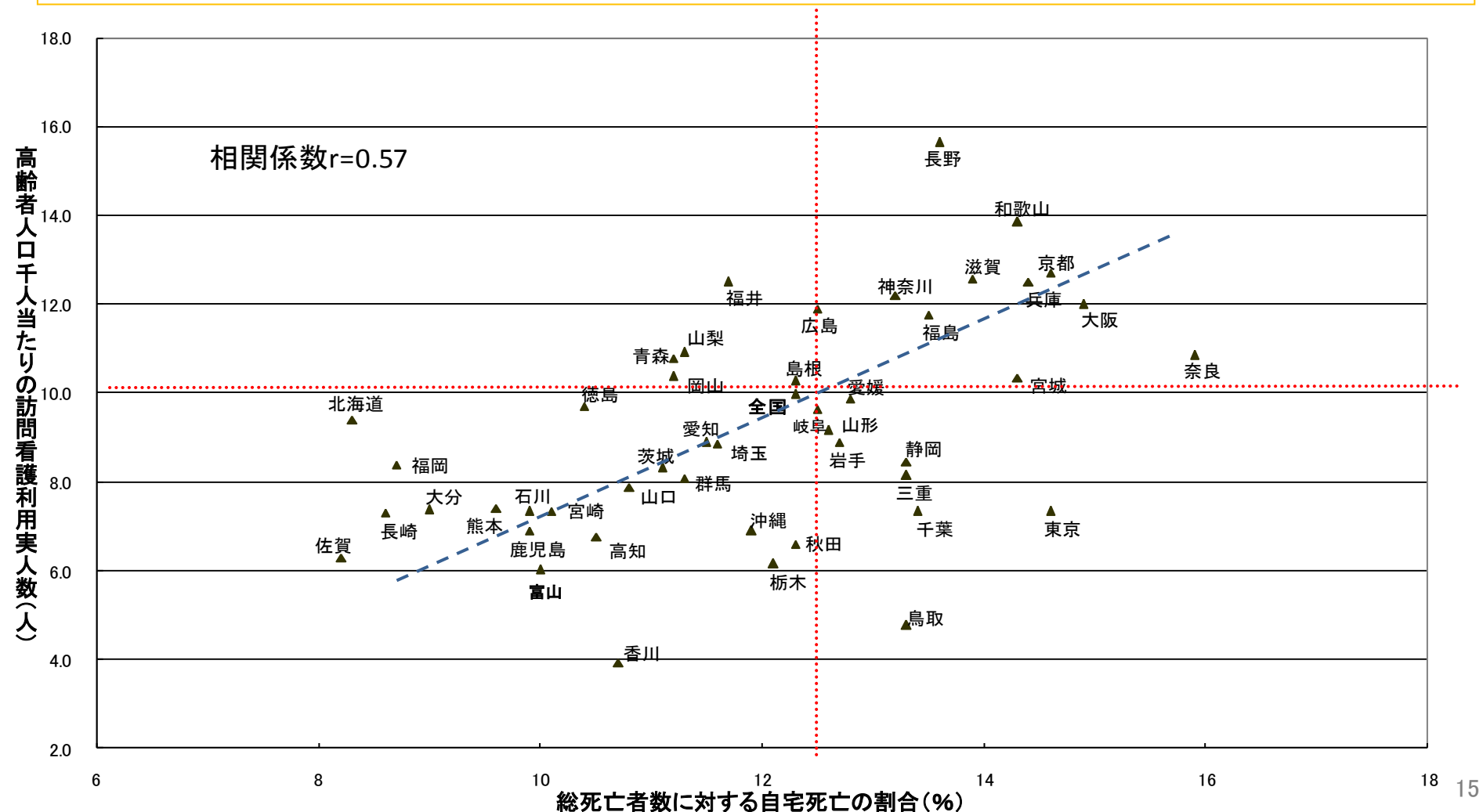
○ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の届け出をしている薬局は、79%(全国平均)であったが、都道府県によってばらつきがある。

## 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出割合



# 訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。  
(最多は長野県、最少は香川県)
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。

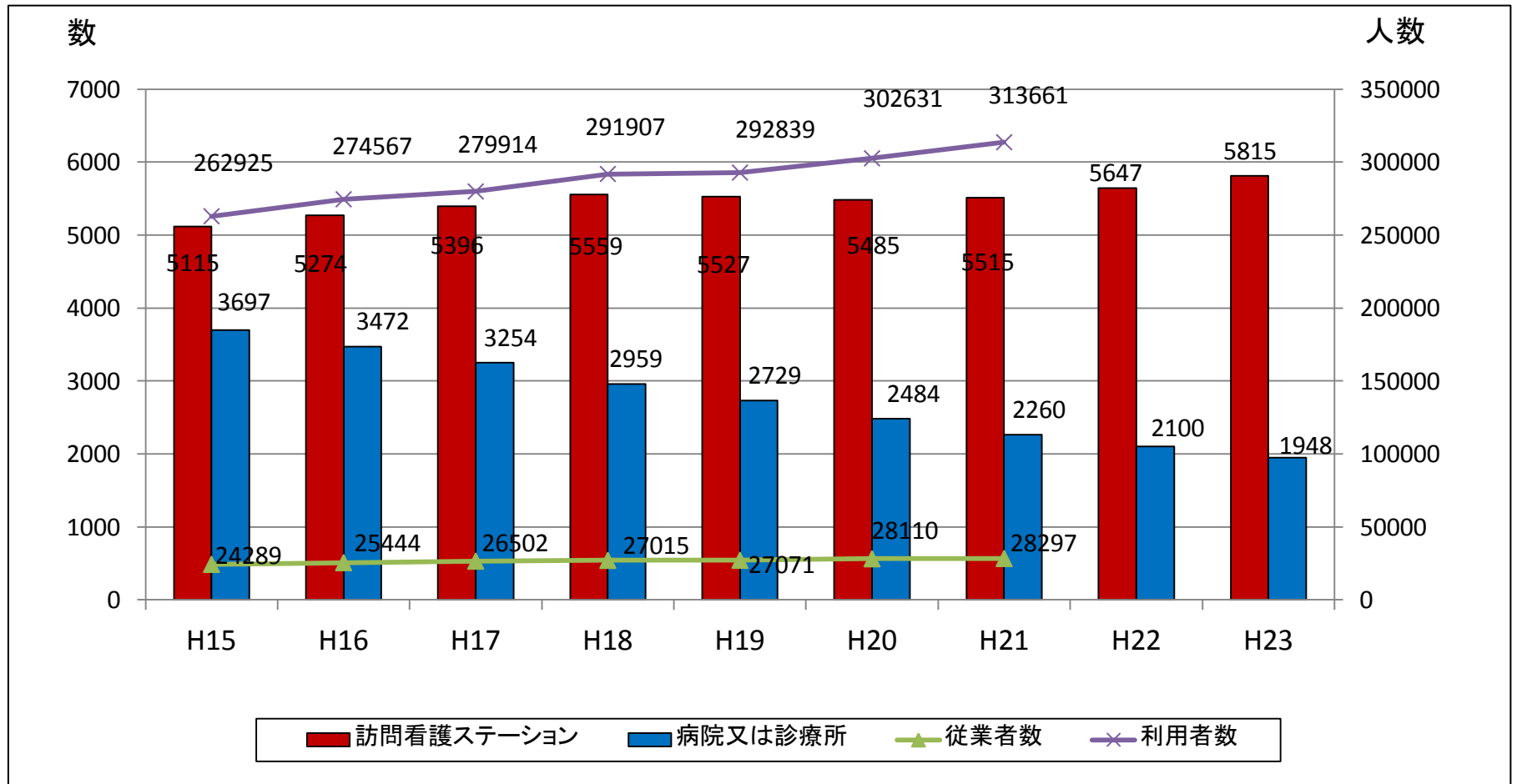




# 訪問看護事業所数

○訪問看護事業所数および訪問看護サービス利用者数は近年微増している。

## ■訪問看護事業所数および利用者の推移



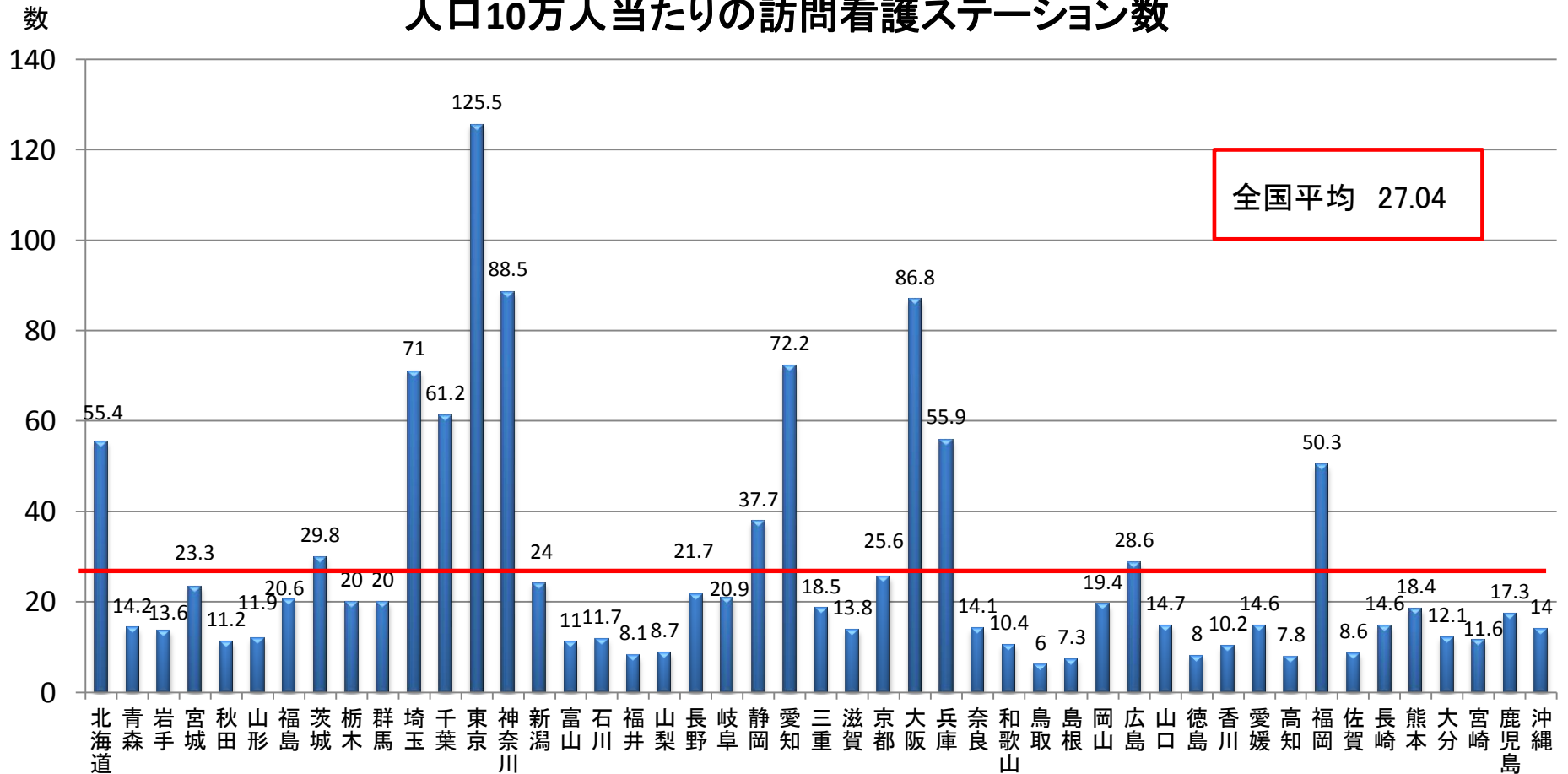
出典：訪問看護ステーション数、病院又は診療所数：厚生労働省「介護給付費実態調査・各年7月審査分」

従業者数(常勤換算従業者数)、利用者数：「介護サービス施設・事業所調査」(注：平成21年は調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けているため、数量を示す従業者数、利用者数の実数は平成20年以前と単純に年次比較できない。)

# 人口10万人当たりの都道府県別訪問看護ステーション数

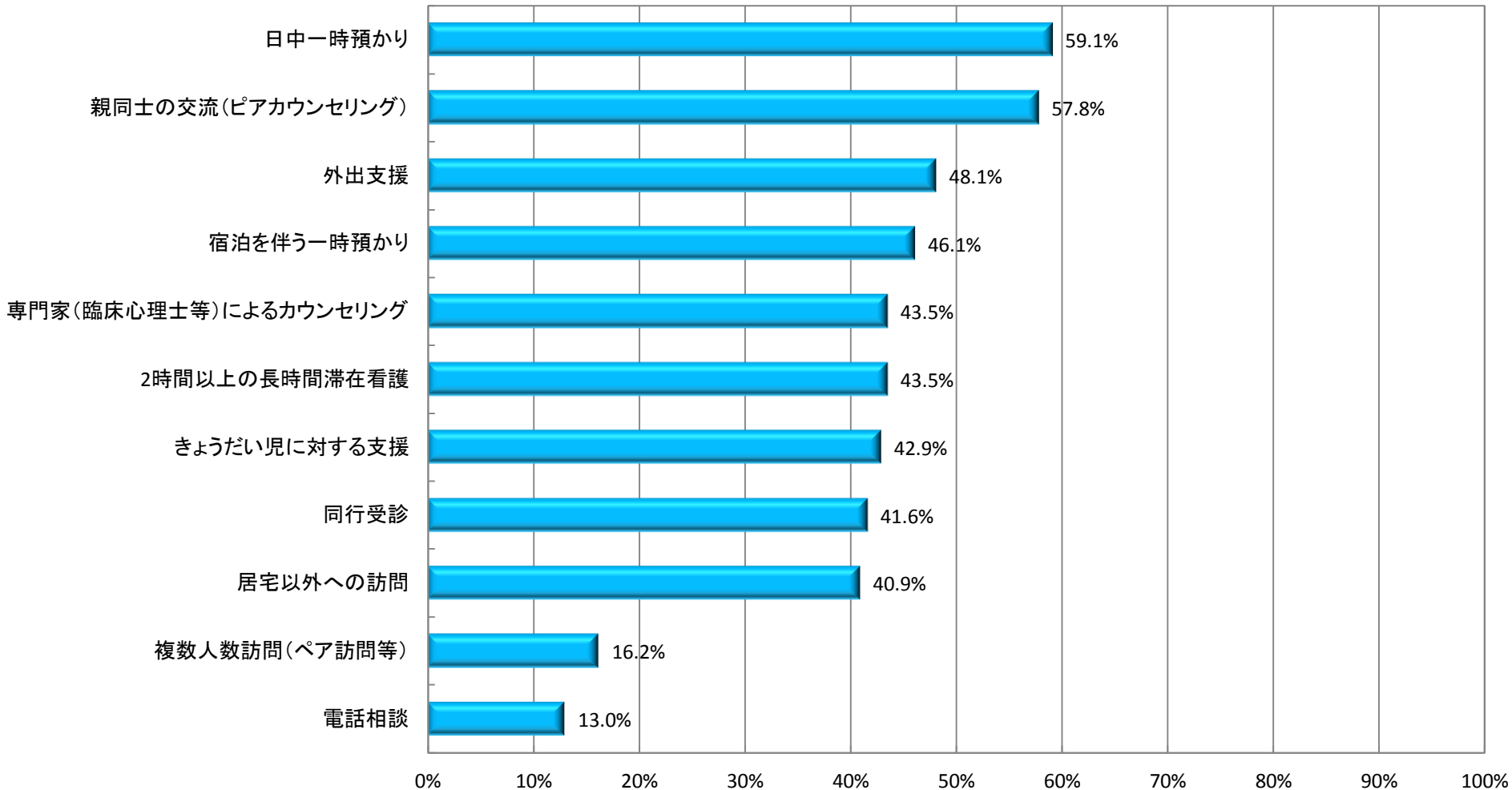
○ 都道府県によって、訪問看護ステーションの整備状況は異なる。

## 人口10万人当たりの訪問看護ステーション数



# 重症心身障害児の親のサービスニーズ

○重症心身障害児の親のサービスニーズとして「日中一時預かり」、「親同士の交流」、「外出支援」、「宿泊を伴う一時預かり」などのニーズが高い。



# 病院側から見た在宅重症児の地域生活を支える上での困難

- 病院側から見た在宅重症児の地域生活を支える上での困難として、地域の医療提供体制、後方病床、医療的ケアに対応できる福祉サービス体制の未整備が挙げられている。

## ■地域の医療提供体制の未整備

- 介護者の負担、ストレス、疲労が大きく、そのことに対する地域の支援体制が整っていない。
- 地域のかかりつけ医をお願いできる医師が少ない。
- 在宅医がいないため遠くても当院に通院が必要となり、緊急時に不安。
- 小児を受けてくれる往診医や訪問看護ステーションが少ない。
- 小児の医療体制の不備(特に夜間・休日)によって、退院時に家族からの不安・不満の声が多い。
- 生後10カ月未満の児のリハビリができる施設、訪問診療がない。
- 発達をフォローしてくれるところの窓口が不明瞭。

## ■後方病床の未整備

- 住宅に移行するまでの後方病床の確保が必要。
- 療育施設の病床が不足している。

## ■医療的ケアに対応できる福祉サービス体制が未整備

- 医療的ケアが必要な児を受け入れる保育所や幼稚園がない。
- 障害が重症であることを理由に施設から受け入れを拒まれる。
- 人工呼吸器装着や重度障害児の場合、ショートステイなど利用できるサービスが少ない。

# 短期入所(ショートステイ)年間累計受給者数の経年変化

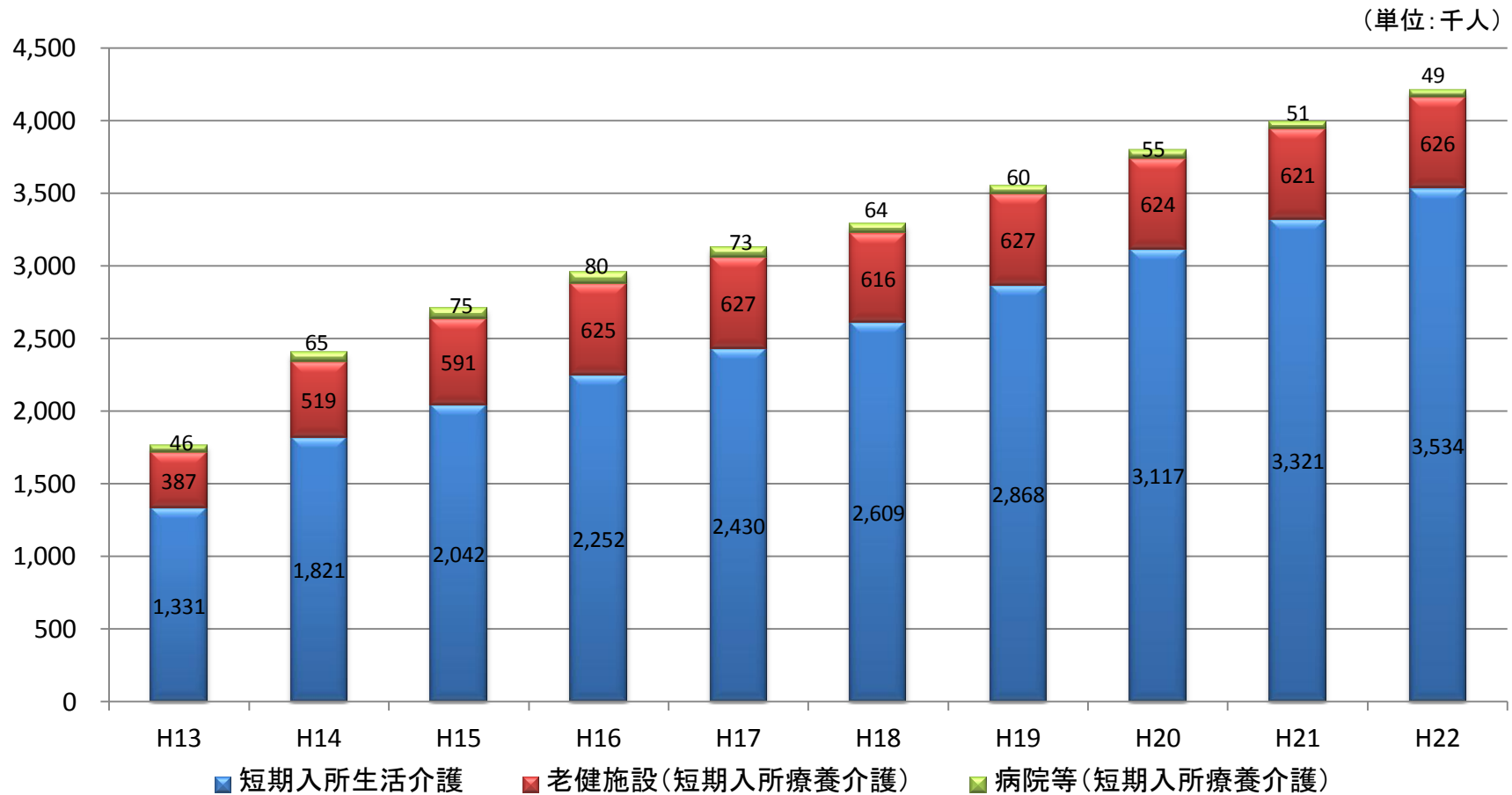
○ 短期入所生活介護と比較し、医療機関における短期入所療養介護に関する伸びは小さい。

## \* 特養等の短期入所生活介護

平成13年(1,331千人)→平成22年(3,534千人) 約2.7倍

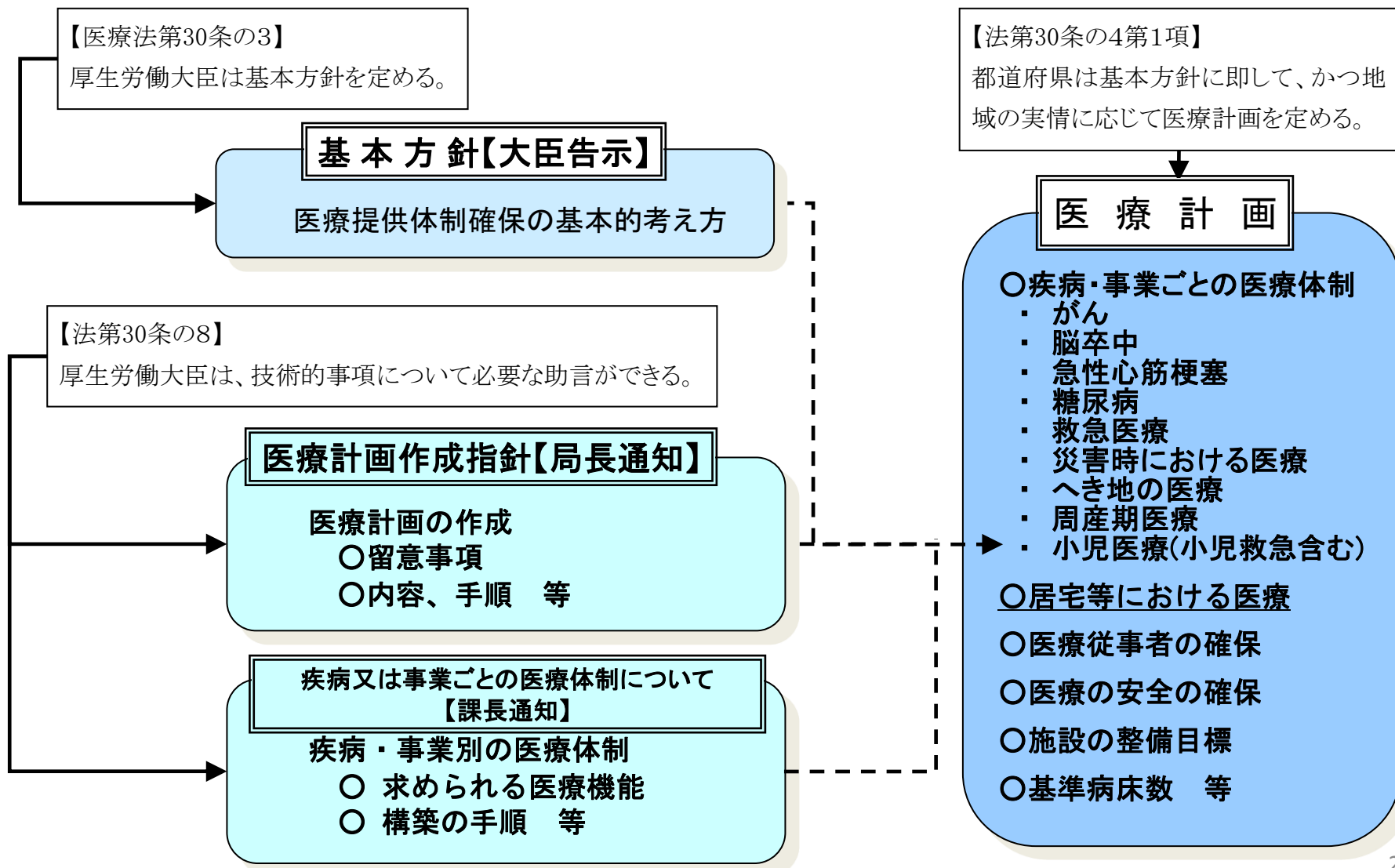
## \* 老健・病院等の短期入所療養介護

平成13年(433千人)→平成22年(675千人) 約1.6倍



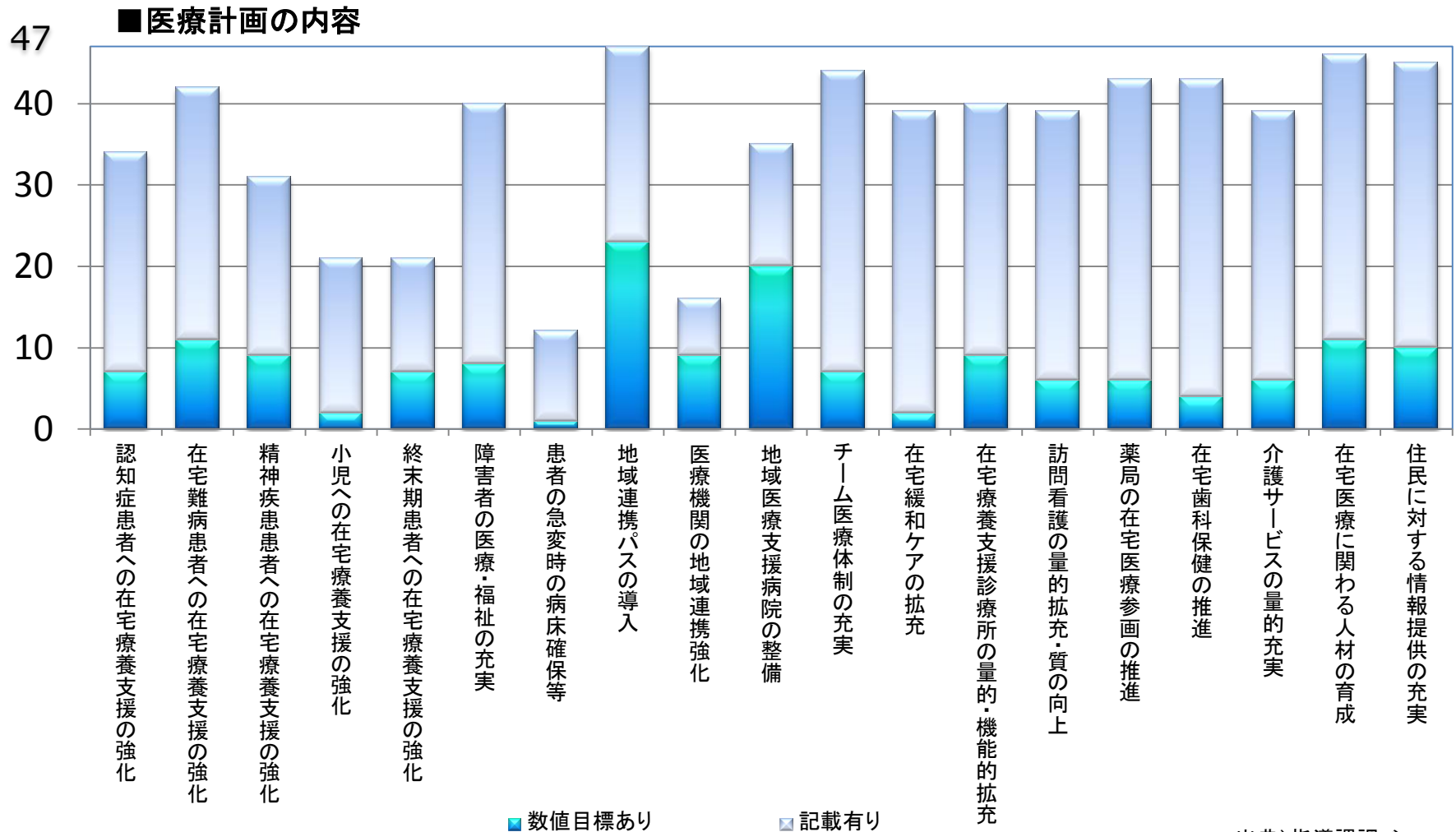
# 医療計画の基本方針(大臣告示)等について

- 平成25年の改定に際し、23年度中に4疾病5事業と同様、在宅医療についても医療計画の指針を策定し、都道府県に提示する。



# 在宅医療に関する医療計画の内容

○ 現状は、在宅医療の推進に関する記載は、網羅的ではあるものの数値目標を立て、計画的な整備に取り組んでいるところは少ない。



## 第5期介護保険事業（支援）計画の策定

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画（平成24～26年度）では次の取組を推進。
  - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
  - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

### 日常生活圏域ニーズ調査

（郵送＋未回収者への訪問による調査）

- ・ どの圏域に、
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が、
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や  
必要となるサービス  
を把握・分析

調査項目（例）

- 身体機能・日常生活機能  
（ADL・IADL）
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

### 介護保険事業（支援）計画

#### これまでの主な記載事項

- 圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業（市町村）
- 介護人材の確保策（都道府県）など



#### 地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- **医療との連携**
- 高齢者の居住に係る施策との連携
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス



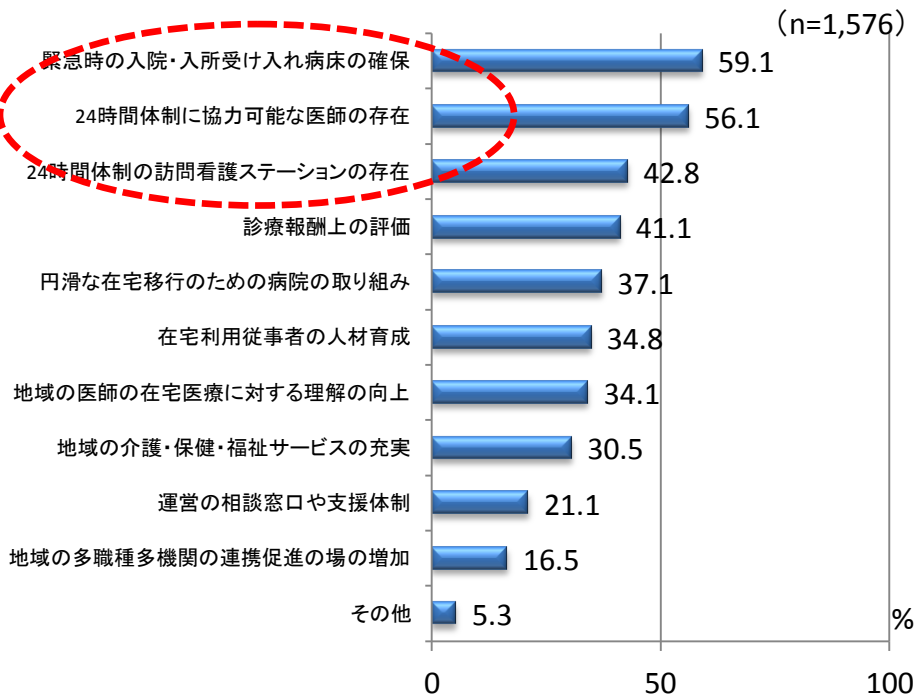
## **2. 在宅医療推進の課題への対応の方向性**

### **4) 24時間在宅医療提供体制の構築**

# 在宅医療を提供する診療所の課題

○ 診療所の在宅医療提供上の課題としては、緊急時の入院・入所施設の確保、24時間体制に協力可能な医師の存在、24時間体制の訪問看護の存在であった。

## ■在宅医療提供上の課題（複数回答）

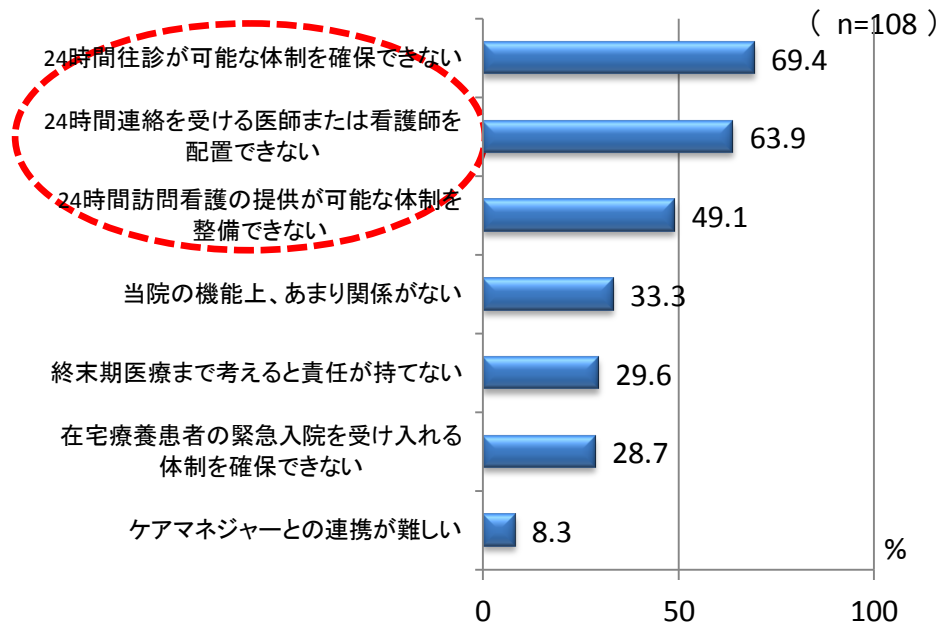


○調査対象  
WAMNETに登録され公表された全国の届出訪問看護ステーションより都道府県別に50%を無作為に抽出し、最終的に2,693事業所を対象とした。

○調査方法  
郵送法によるアンケート調査

○回収数  
1,112事業所(回収率41.3%)

## ■在宅療養支援診療所の届出をしていない理由 —在宅療養支援診療所以外—（複数回答）



○調査対象  
福岡県下の診療所からランダムに486(在宅療養支援診療所が248あったため、ほぼ同数その他の診療所を抽出)の診療所を抽出

○調査方法  
郵送法

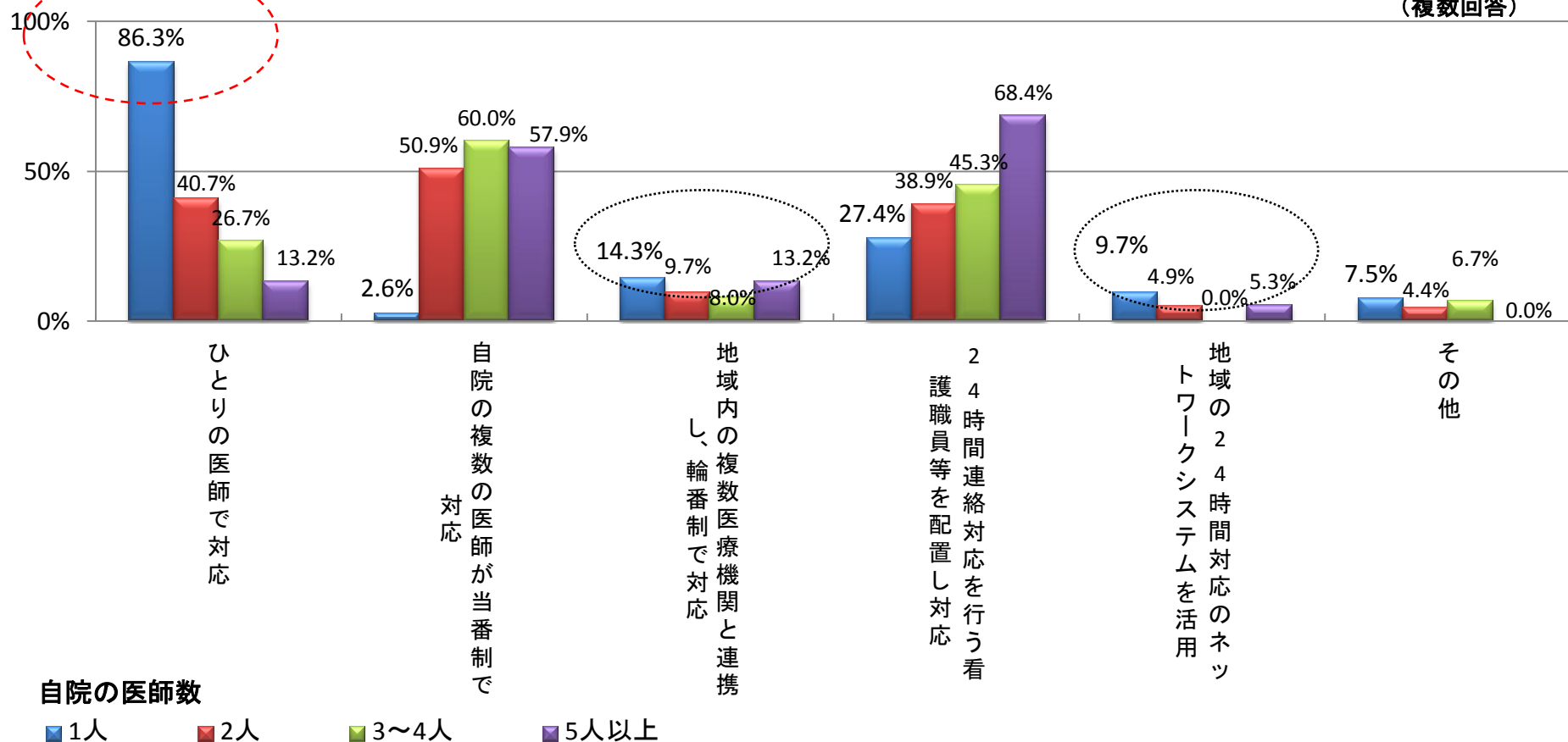
○回収数  
266事業所(回収率53.4%) ※うち在宅療養支援診療所156事業所(回収62.9%)

# 在宅医療における緊急時の対応体制

○一人開業の在宅療養支援診療所の場合、86%が一人の医師で24時間365日対応しており、輪番制やネットワークシステムを利用しているところは少ない。

(n=1,228 無回答を除く)

(複数回答)



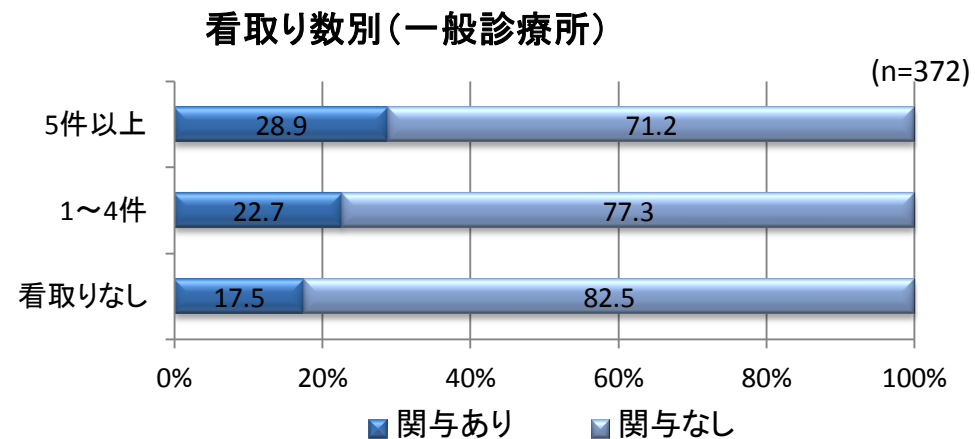
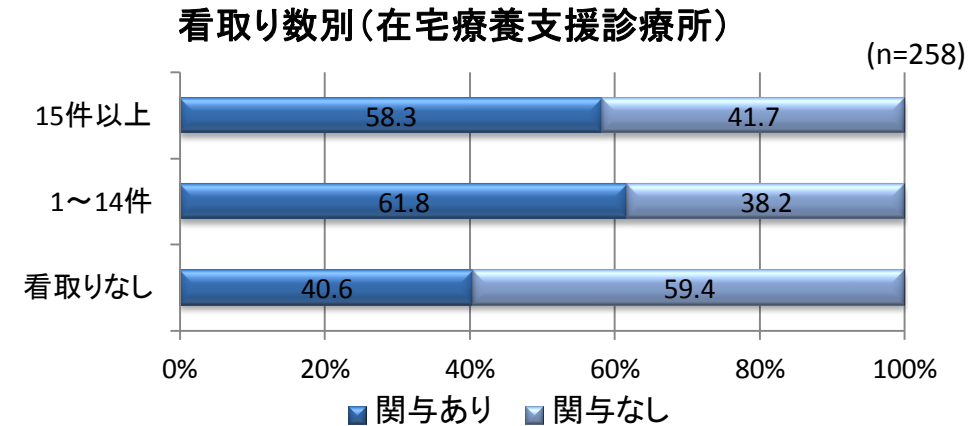
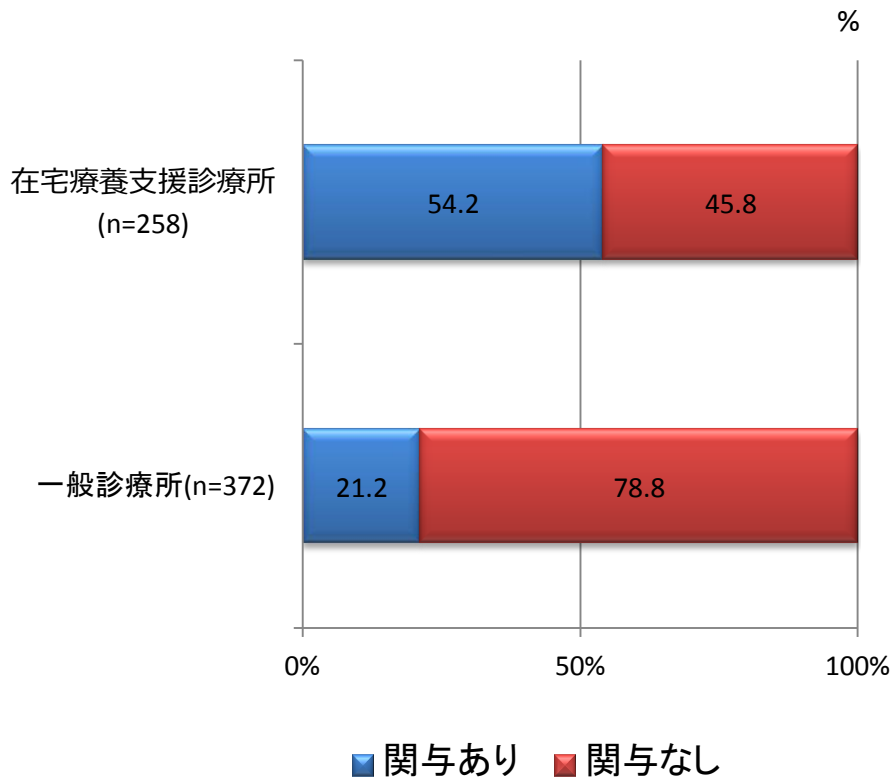
出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

# 24時間対応のためのネットワーク\*への関与と看取り数

\* 地域の診療所医師が不在の時に、担当患者のサポートを提供しあう診診連携等の協力体制

- 24時間対応のためのネットワーク等への関与がある在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は4-5割見られ、関与がある在宅療養支援診療所においては、看取り数が多い傾向が見られた。



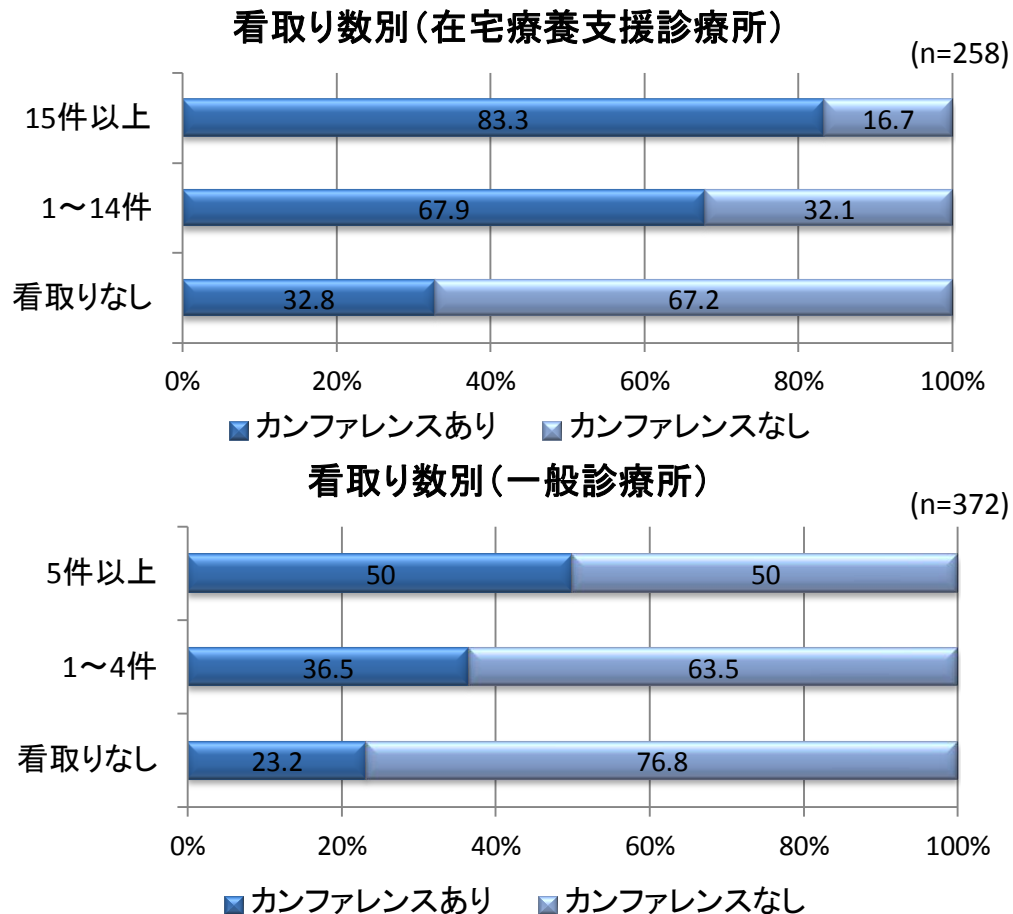
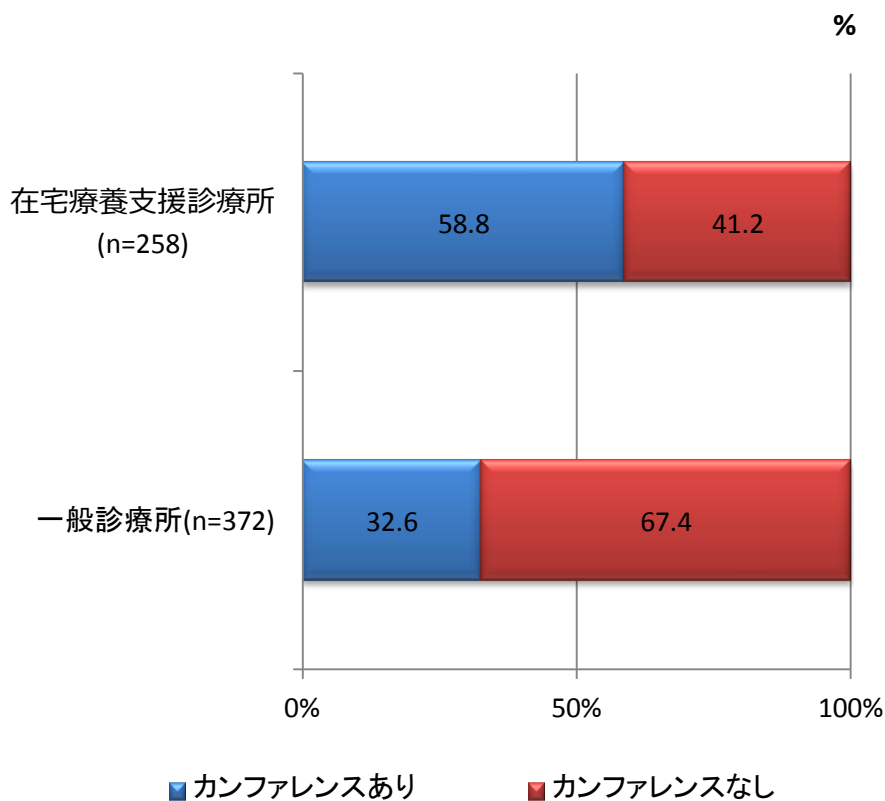
※在宅療養支援診療所は、年間看取り数15件以上が全体の上位10%に相当。  
一般診療所は年間看取り数5件以上が全体の上位10%に相当。

## **2. 在宅医療推進の課題への対応の方向性**

### **5) 在宅医療の質の向上・効率化 / 医療介護の連携**

# 介護や看護に関わる他施設とのカンファレンスと看取り

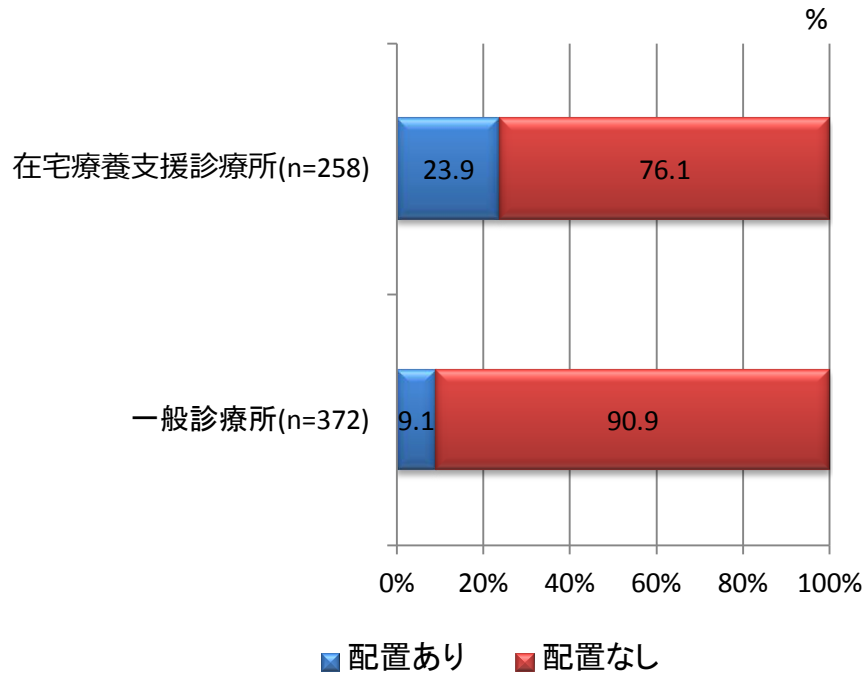
○ 訪問看護ステーション、ケアマネジャー等とのカンファレンスを開催している在宅療養支援診療所は、看取り数が多い傾向が見られた。特に看取り数が多い上位10%の在宅療養支援診療所(年間15件以上)では、8割以上が多機関多職種と連携をとっていた。



※在宅療養支援診療所は、年間看取り数15件以上が全体の上位10%に相当。  
一般診療所は年間看取り数5件以上が全体の上位10%に相当。

# 地域医療連携に関わる職員の配置と看取り数

○ 地域医療連携に関わる職員を配置している在宅療養支援診療所は看取り数が多い傾向が見られた。連携に携わる人材が地域資源の有効活用を促進することにより、患者が安心して最期まで過ごせることが示唆される。

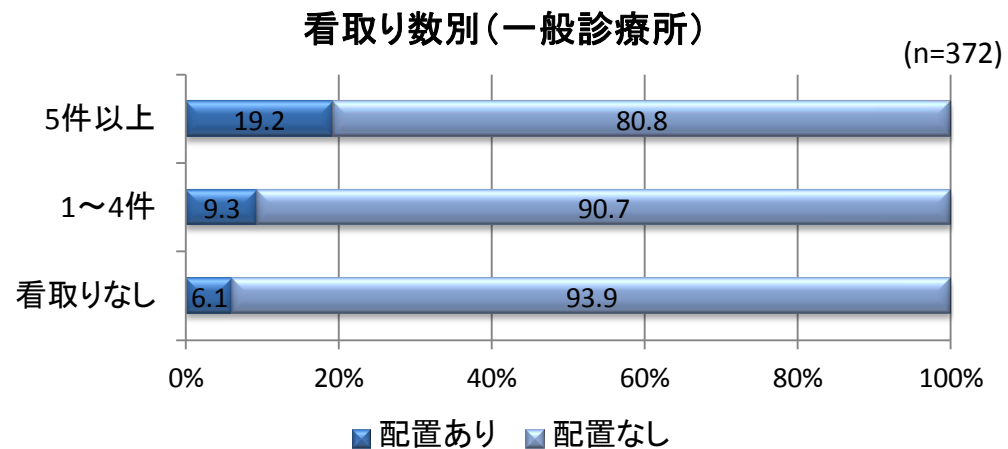
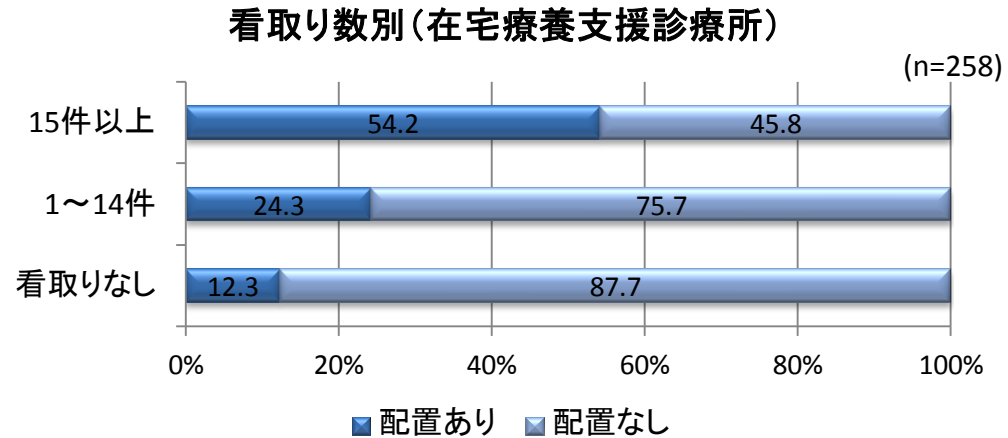


※地域医療連携に関わる職員(在宅療養支援診療所)

- ・看護師 54.4%
- ・介護職 26.1%
- ・事務職 10.9%
- ・医療ソーシャルワーカー 8.7%

※地域医療連携に関わる職員(一般診療所)

- ・看護師 68.4%
- ・介護職 10.5%
- ・事務職 18.4%
- ・医療ソーシャルワーカー 2.6%



※在宅療養支援診療所は、年間看取り数15件以上が全体の上位10%に相当。  
一般診療所は年間看取り数5件以上が全体の上位10%に相当。

## 1 在宅チーム医療を担う人材の育成

- 在宅チーム医療の推進のための研修(在宅医療を担う職能別の研修)
- 多職種協働による在宅医療を担う人材育成(多職種協働によるサービス調整等の研修)

## 2 実施拠点となる基盤の整備

今後、医療計画に盛り込むことを検討している「在宅医療体制構築に関する指針(案)」に沿って、各地域で在宅医療(薬局も含む)、栄養ケア、介護の連携を図り、在宅医療・介護を推進。

- 在宅医療連携拠点事業(多職種協働による在宅医療連携体制の推進)
- 在宅医療提供拠点薬局整備事業(地域の在宅医療を提供する拠点薬局の整備)
- 栄養ケア活動支援整備事業(関係機関と連携した栄養ケア活動を行う取組の促進)
- 在宅サービス拠点の充実(複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護ステーションの普及)
- 低所得高齢者の住まい対策

## 3 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援

### (1) サービスの充実・支援に向けた取組

- 国立高度専門医療研究センターを中心とした在宅医療推進のための研究事業  
(疾患の特性に応じた在宅医療の提供体制のあり方を含めた研究推進)
- 在宅医療推進のための医療機器承認促進事業(未承認医療機器に関するニーズ調査等)
- 在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業(在宅医療分野における看護業務の安全性を検証)

### (2) 個別の疾患等に対応した取組

- 在宅介護者への歯科口腔保健推進事業(歯科口腔保健の普及啓発のための口腔保健支援センター整備)
- 在宅緩和ケア地域連携事業(がん患者に対する地域連携における在宅緩和ケアの推進)
- 難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業(ALS等の難病患者への包括的支援体制)
- HIV感染症・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業(エイズ患者等の在宅療養環境整備)
- 在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業(地域単位での麻薬在庫管理システム等の開発)
- 薬物依存者の治療と社会復帰のための支援事業(依存者・家族への薬物乱用離脱支援)



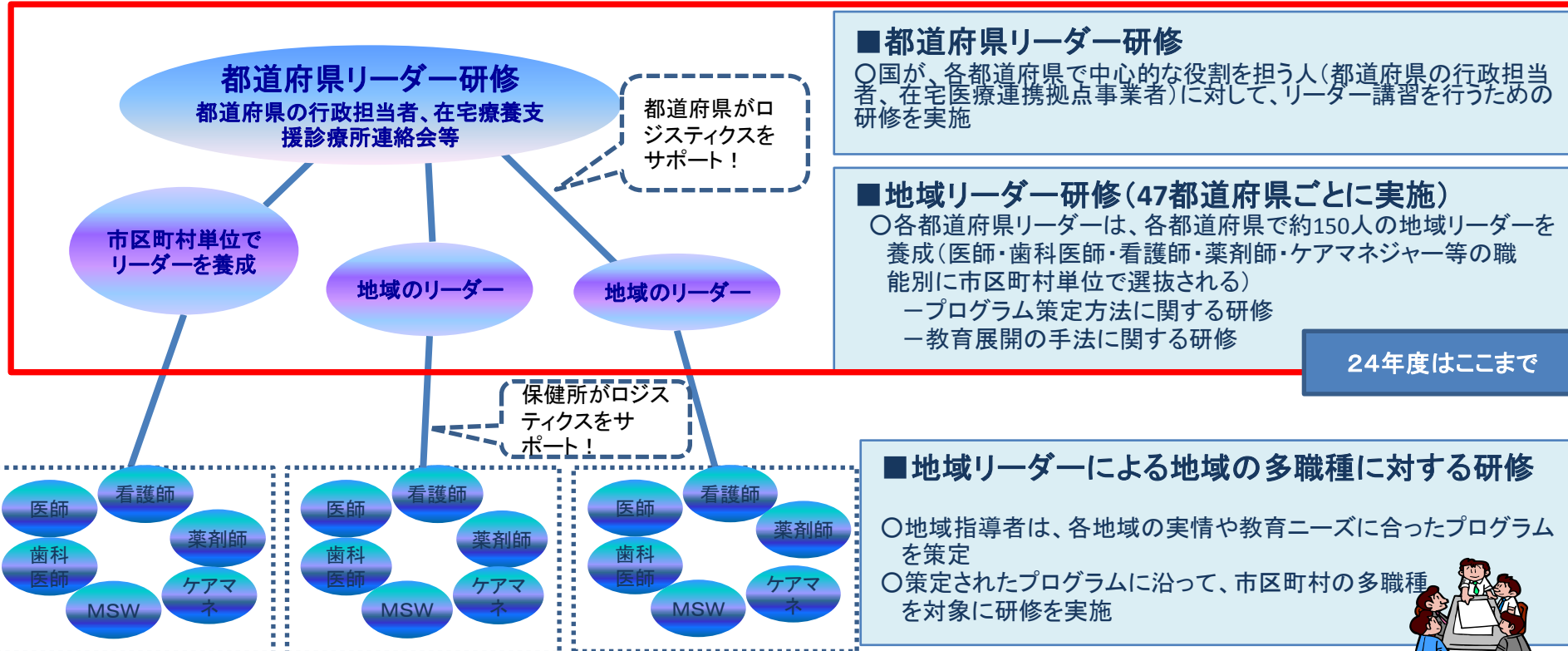
# 多職種協働による 在宅チーム医療を担う人材育成事業

要望額 3.2億円

## ■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う(都道府県リーダー研修)
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う(地域リーダー研修)
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けられる体制構築を目指す

※WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)



### ■都道府県リーダー研修

○国が、各都道府県で中心的な役割を担う人(都道府県の行政担当者、在宅医療連携拠点事業者)に対して、リーダー講習を行うための研修を実施

### ■地域リーダー研修(47都道府県ごとに実施)

- 各都道府県リーダーは、各都道府県で約150人の地域リーダーを養成(医師・歯科医師・看護師・薬剤師・ケアマネジャー等の職能別に市区町村単位で選抜される)
  - －プログラム策定方法に関する研修
  - －教育展開の手法に関する研修

24年度はここまで

### ■地域リーダーによる地域の多職種に対する研修

- 地域指導者は、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定
- 策定されたプログラムに沿って、市区町村の多職種を対象に研修を実施



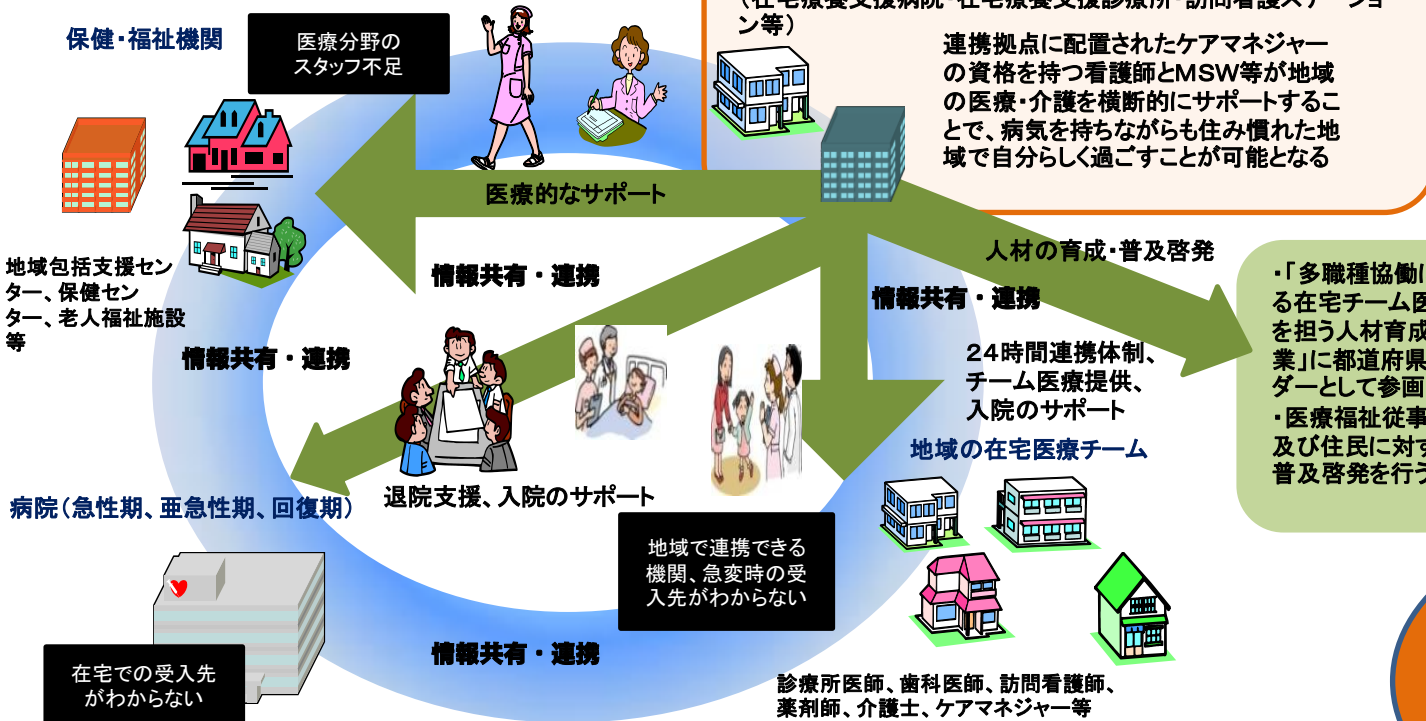
# 在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

## ■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

## 在宅医療連携拠点事業のイメージ



事業終了後

## 事業報告書の作成

- ・多職種連携の検討会において抽出された課題と解決策
- ・24時間体制やチーム医療体制の実現方法や課題
- ・効率的な医療提供のためのアウトリーチや活動内容
- ・連携拠点を担う医療機関の医師の役割や機能
- ・ITを利用した多職種間の情報共有のあり方 等

- ・「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」に都道府県リーダーとして参画
- ・医療福祉従事者及び住民に対する普及啓発を行う

- ・データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を見出ししていくことにつなげる
- ・好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取組みの全国的な向上を図る

# □ 在宅医療連携拠点事業の展開

■ 事業の実施地域 47都道府県 × 2か所 = 94か所

- データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を見出していくことにつなげる。
- 好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取組みの全国的な向上を図る。
- この事業から得られた各種データや好事例の情報については、下記のような地域特性、連携拠点となる主体、対象疾患等による各種モデルごとに整理・分析を行い活用する。

## ■ 地域特性による実施例

### 【都市型モデル】

都市部での医療と介護の連携のあり方についての対応策を検討する

### 【過疎地域モデル】

山間地域等での医療と介護の連携のあり方についての対応策を検討する

## ■ 連携拠点となる主体による実施例

### 【在宅療養支援病院モデル】

診療所と同様に在宅医療の担い手となっている在宅療養支援病院が連携拠点となる(在宅療養支援のための病床運営のあり方を含め検討)

### 【在宅療養支援診療所モデル】

訪問診療を行い、自宅での療養をサポートする在宅療養支援診療所が連携拠点となる(有床診においては、在宅療養支援のための病床運営のあり方を含め検討)

### 【訪問看護ステーションモデル】

医療と介護の要として機能している訪問看護ステーションが連携拠点となる

### 【市町村主導モデル】

患者の日常圏域における行政をつかさどる市町村が地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担う

### 【医師会主導モデル】

地域において医療機関等を束ねる医師会が主体となって、地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担う

### 【保健所主導モデル】

保健所が行政と地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担いながら、在宅医療連携拠点となる

## ■ 対象疾患等による実施例

### 【がん患者モデル】

痛みや苦痛症状を緩和しながら自分らしい生活を送ることができるよう必要なサポート体制についての検討を行う

### 【小児患者モデル】

NICU退院者等のサポート体制など、子どもが在宅で生活する上での必要な対応策を検討する

### 【精神疾患モデル】

統合失調症患者やうつ病患者も医療的・福祉的支援を受けながら地域で療養できる体制についての検討を行う

### 【難病・疾病患者モデル】

難病患者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

### 【障害患者モデル】

障害者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

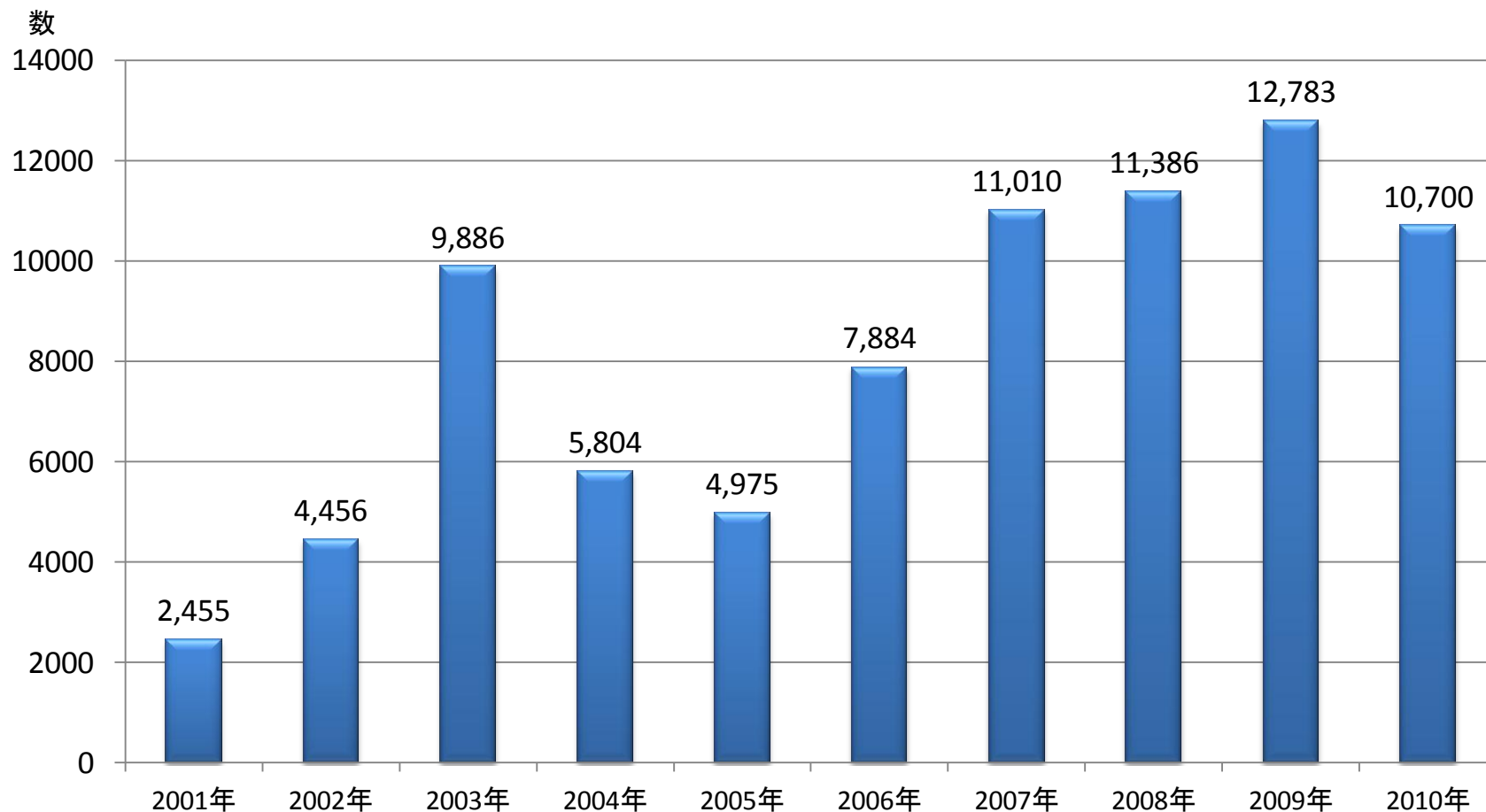
### 【認知症患者モデル】

認知症患者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

### **3.災害時における医療機関の対応**

# 在宅人工呼吸器管理指導料算定件数の推移

○ 在宅人工呼吸器使用者数は、近年約1万人である。



# 中長期の医療提供体制について

## 第3回災害医療のあり方に関する検討会(H23.9.30)資料より

	現行	医療提供体制確保の考え方(案)
都道府県	—	<p>都道府県は、災害発生時に救護班(医療チーム(JMAT等を含む。))等の派遣について、派遣元の関係団体と受入医療機関等の調整を行う災害対策本部内の組織(派遣調整本部(仮称))の設置に関する計画を、事前に策定しておくこと。</p> <p>また、派遣調整本部(仮称)には、地域の医療ニーズを的確に把握し、救護班等の調整を行うコーディネート機能が十分に発揮されるような体制を備えておくこと。</p>
保健所管轄区域・市町村単位等	<p>発災後定期的に保健所において情報交換の場を設けるとともに、自律的に集合した救護班の配置の重複や不均衡等がある場合等に配置調整を行うこと。</p>	<p>災害時に保健所・市町村等の行政担当者と、地域の医師会、災害拠点病院の医療関係者、医療チーム等が定期的に情報交換する場(地域災害医療対策会議(仮称))を設ける計画を、事前に策定しておくこと。</p> <p>地域災害医療対策会議(仮称)は保健所管轄区域や市町村単位等に設置することとし、災害時に地域の医療ニーズを的確に把握し、救護班等の派遣・調整を行うコーディネート機能が十分に発揮されるような体制を備えておくこと。</p>
計画・訓練等	<p>防災計画において医療活動が真に機能するために、都道府県、政令市及び特別区が設置する地域防災会議、若しくは災害医療対策関連の協議会等に医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体の代表、救急医療の専門家等を参加させることが適当であることから、その参加を促進すること。</p>	<p>防災計画において医療活動が真に機能するために、都道府県、政令市及び特別区が設置する地域防災会議、若しくは災害医療対策関連の協議会等に医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体の代表、救急医療の専門家等を参加させることが適当であることから、その参加を促進すること。</p> <p>都道府県及び災害拠点病院は、関係機関と連携して、災害時における計画をもとに、定期的に訓練を実施しておくこと。その際、DMAT都道府県調整本部との調整や救護班等の派遣調整を行う組織の立ちあげ手順や、コーディネート機能が十分に発揮されるような体制、具体的な作業手順などについて明確にしておくこと。</p>
一般医療機関等	<p>医療機関が自ら被災することを想定して防災マニュアルを作成することが有用</p>	<p>医療機関が自ら被災することを想定して防災マニュアルを作成することが有用。</p> <p>医療機関は、災害時の中長期の対応に関して業務継続計画を作成することが望ましい。</p> <p><b>都道府県は、人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関が、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しているか確認を行うこととしてはどうか。</b></p>

## 4. 論点

# 在宅医療の拠点となる機関および在宅医療提供機関に関する論点

## ■在宅医療の拠点となる機関に期待される役割

- 連携拠点機能（医療・介護関係者間の協議の場の開催、多職種連携のための人員配置、人材育成）
- 急変時に対応できる在宅医療提供体制の構築
  - ・一人開業医の24時間体制のサポート（複数医師の配置等）
  - ・災害など有事の際にも適切な医療を提供するための計画を策定し（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等を含む）、他の医療機関等の計画策定等を支援
- 介護をする家族への支援 等

■地域のニーズに応じた、在宅医療を提供する診療所（歯科診療所を含む）、病院、薬局、および訪問看護ステーションの整備が求められている。

## ■論点

- 在宅医療の拠点として期待される上述のような役割を担う診療所又は病院を医療法に位置付けてはどうか。
- 在宅医療を提供する診療所（歯科診療所を含む）、病院、薬局、および訪問看護ステーションについて、医療計画策定時に現状把握等に取り組むことにしてはどうか。
- 在宅医療を提供する機関の重要性は高まっており、このような機関の運営の支援について、どのように考えるか。



# 医療計画(特に介護との連携)に関する論点

- 都道府県が医療計画、市町村が介護保険事業計画を策定するが、これらの計画は必ずしも連動していない。
- 第5次医療計画では、都道府県が在宅医療に関する計画を策定することを前提に、現在、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、目標の設定やPDCAサイクルを回していくこと等が議論されている。
- 一方、地域包括ケアの一環として市町村エリアで在宅医療の協議会などを設置している自治体も増えつつあり、都道府県と市町村の有機的な連携が求められている。

## ■論点

- 医療計画における在宅医療についても、4疾病5事業と同様に、達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を医療法上で義務づけてはどうか。
- 都道府県による、医療計画策定の際に、介護保険事業計画等を策定する市町村と十分な情報共有を推進していくべきではないか。
- 在宅医療の医療計画は、二次医療圏、保健所単位、市町村エリア等、どのような単位で立案していくべきか。

# <地域医療支援センターについて>

# 地域医療支援センターの概要

**地域医療支援センター運営経費** 平成 24年度概算要求 10.9億円（平成 23年度予算 5.5億円）

## 地域医療支援センターの目的と体制

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

▶ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安等

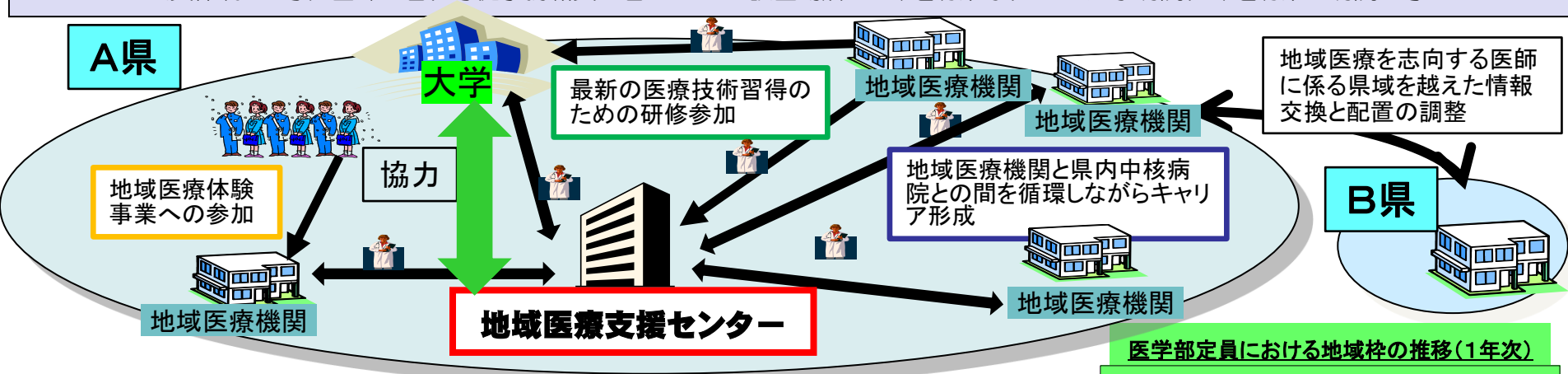
▶ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。

▶ 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師など活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。

▶ 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

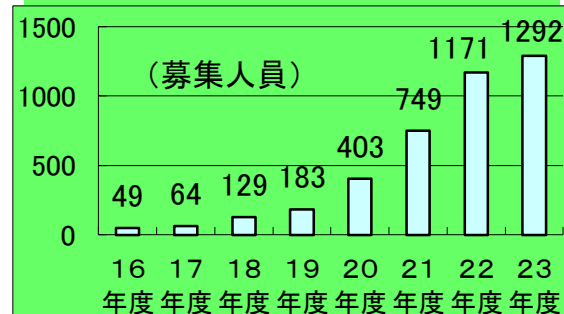
・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院 等



## 地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学と調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。公的補助金決定にも参画する権限を付与。

医学部定員における地域枠の推移(1年次)



▶ 平成24年度は、平成23年度先行実施県での事業実施状況等を踏まえ、医療関係者の連携により医師の勤務先の調整を行い地域医療を担う医師の確保と定着を推進することや、複数病院のネットワークによる研修プログラムを提供しキャリアアップを支援するといった取り組みがより広域的に推進されるとともに、各県支援センター間のネットワークが形成されるよう、来年度の事業開始に意向を持つ15箇所を加えた30箇所の運営経費を要求する。

# 地域医療支援センターの業務



## 【医師確保の支援】

### 【情報分析・方針策定】

▶必要医師数実態調査の結果や必要に応じた個別病院へのヒアリング等により、都道府県内の医師不足の状況や活用できる医師の情報を把握・分析し、優先的に対応すべき地域や診療科等の方針を策定する。

### 【医師不足病院の医師確保支援】

▶地域枠医師やセンター自らが確保した医師などを活用し、本人の意向を踏まえながら、医師不足病院の医師確保を支援するほか、円滑な業務運営を行うための大学(医局)への働きかけ等必要な調整を実施する。

## 【地域医療に従事することへの不安解消】

### 【キャリア形成の不安を解消】

▶本人の意向も尊重しながら、地域の医療機関と県内中核病院とのローテーションを経験する中で、地域の医療機関で指導医として活躍したり、専門医(認定医)を取得したり出来るよう、キャリア形成を支援する。

### 【指導を受けられる環境を整備】

▶若い医師が様々な地域で医療技術を磨けるよう、地域医療の経験者等を指導医として計画的に養成する。

### 【学びの機会を提供】

▶代替医師を確保して、地域医療に従事する医師に、キャリアに応じた中核病院での研修や学会への出席等最新の医療に触れられる機会を提供する。

## 【情報発信・コーディネート】

### 【様々な相談への対応】

▶県内外の医師、医学生、高校生などからの様々な相談に対応する。また、HPを開設し、求人・求職情報や県内の医師確保対策の内容などの情報を発信する。

### 【協力関係の構築】

▶大学、中核病院、医師会等との意見調整等を行う。また、地域で医師を受け入れる医療機関に、医師が意欲を持って着任できるような環境整備のための指導・支援をする。

# 地域医療支援センター先行実施県における主な取り組み

## 【青森県】（設置場所：県庁）

- ・地域医療支援センターに、県内医療機関への勤務予定等のある医師8名を新規登録（うち7名は県内医療機関において初期臨床研修中、1名はセンターが医療機関と調整中）
- ・県外にいる県内出身のUターン希望の医師1名がむつ総合病院へ就職。現在も2名の希望者について医療機関と調整中
- ・弘前大学の医学生88名に対して青森県医師臨床研修指定病院合同説明会を開催

## 【岩手県】（設置場所：県庁）

- ・ホームページ等を通じて地域医療を志す医師を募集し、県外から14名の医師が県内医療機関へ就職。現在も10数名の医師について医療機関と調整中
- ・奨学金を貸与している県内外の医学生に対して、地域医療に関する「いわて医学奨学生サマーガイダンス」を実施

## 【長野県】（設置場所：県庁）

- ・ドクターバンク事業を実施し、今年度に入り13名が求職登録し、医療機関とのマッチングにより4名が県内の公立・公的・民間病院に就職
- ・修学資金貸与者を対象とした「地域医療研修会」を開催
- ・修学資金貸与者の配置方法について、大学及び関連病院との打合せを実施

## 【岐阜県】（設置場所：岐阜大学）

- ・初期研修修了医を対象として、本人の希望に基づく具体的なキャリアパスを作成。現在、そのキャリアパスに沿って、3名が県内医療機関にて後期研修を履修中

## 【静岡県】（設置場所：県庁）

- ・専門医研修ネットワークプログラム（大学医局にとらわれない、複数病院が連携した研修プログラム）を37本作成し、地域医療を志す医師に対して提供。現在3名がプログラムを活用し、県立総合病院などで勤務中
- ・病院見学バスツアーを6コース開催し、医学生等135人が参加

【京都府】（設置場所：府庁）

- ・内科(総合内科)及び外科(救急科)のキャリアパスモデルを作成し、医学生、研修医等を対象としたフォーラムを開催して公表予定。府内の臨床研修指定病院に所属する研修医のほか、ホームページやパンフレット等を通じて広くキャリアパス利用希望者を募集していく予定

【島根県】（設置場所：島根大学）

- ・キャリア形成プログラムを作成し、センター専用ホームページやパンフレットにより、参加医師を募集。現在、数名の医師とプログラムへの参加について折衝中
- ・本年度、総合医・家庭医ネットワーク、精神科ネットワークを立ち上げ、診療科単位での研修体制、支援体制を構築

【高知県】（設置場所：高知大学）

- ・高知医療再生機構が雇用した医師が、町立国保病院において診療に従事
- ・専用のホームページを活用して県内の医師求人情報を提供することにより、現在、県内外の3名の医師と相談中
- ・高知大学などの医学生や研修医に対して、地域医療に係る研修を実施
- ・キャリア形成支援の一環として、医師16名に対して指導医資格取得の支援、261名に対して専門医資格取得の支援を実施中

【宮崎県】（設置場所：県庁）

- ・宮崎大学の医学生に対して、自治医科大学学生と合同で、へき地病院等での「臨床研修ガイダンス」を実施
- ・今年度、県内外において、県内臨床研修病院の説明会を計5回開催

※平成23年9月22日時点 医政局指導課まとめ

※一部の県においては、上記の設置場所以外に、分室や事務局などを大学や県庁内に設置している。

# 医療対策協議会と地域医療支援センターの関係について(イメージ)

## 医療対策協議会※（医療法第30条の12に基づく）

※各都道府県によりその正式名称は異なる。

救急医療等確保事業<sup>※※</sup>に従事する医療従事者の確保をはじめとして、都道府県において必要とされる医療の確保に関する方針などを定めるため、都道府県が中心となって地域の医療関係者と協議を行う場

※※救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）

### 構成

- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関等の病院関係者 ・ 医療従事者養成関係機関（大学等）
- ・ 診療に関する学識経験者の団体 ・ 関係市町村 ・ 地域住民を代表する団体 など

医師確保等の方針

取組状況の報告

## 地域医療支援センター

地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援

### 運営委員会

大学、関係医療機関、医師会、病院団体、市町村等の代表者

### 事務局の人員体制

専任医師2名、専従事務職員3名

都道府県が責任を持って、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

# 地域医療支援センターに関する論点

喫緊の課題となっている医師の地域偏在を解消するため、地域で医師を育成するという基本的考え方の下、医療法に定められた「医療対策協議会」において取りまとめた医師確保の方針などに沿った施策を都道府県において推進する主体として、新たに地域医療支援センターを医療法に位置付けることについてどう考えるか。

## <期待される効果>

- ①法律的な位置付けの下で、地域医療支援センターによる取組みを医療計画の中に位置付けるなど、各都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むための体制が整えられるとともに、
- ②複数の地域医療支援センター間で広域的ネットワークを形成することにより、より効果的な事業を展開していくことが可能となる、  
などにより、医師不足対策の着実な推進が期待される。



**<療養病床に係る経過措置について>**

# 病院・診療所・主な高齢者関連施設の 人員配置基準の比較

(人員配置は、いずれも入院・入所者数に対する比率。なお、診療所の一般病床には特段の定めなし。)

	病院・診療所				介護老人 保健施設	特別養護老人 ホーム
	一般病床	療養病床				
		医療保険	介護保険	転換病床 <sup>※1</sup>  平成24年 3月末まで		
医師	16:1	(病院) 48:1 (診療所) 1以上		96:1	100:1以上 常勤1以上	必要数 (非常勤可)
看護	3:1	<u>医療法施行規則本則上は4:1<sup>※2</sup></u> ただし、平成24年3月末までは6:1		看護・看護補助 あわせて3:1	看護・介護が 3:1以上	看護・介護が 3:1以上  うち、看護は 以下のとおり (左は入所者数)
看護補助 ・介護	—	※3	※4	うち、看護が 1/3	うち、看護が 2/7	0~30 :1以上 31~50 :2以上 51~130 :3以上 131~ :3+50:1
		同上	同上			

※1 転換病床については、構造設備基準に係る経過措置も講じられている。

※2 診療所の療養病床については、平成13年改正の経過措置により看護・看護補助あわせて2:1、そのうち1人を看護とすれば足りることとされている。また、当該規定についても、経過措置により、平成24年3月末までは、看護・看護補助あわせて3:1、そのうち1人を看護とすれば足りることとされている。

※3 診療報酬では、①療養病棟入院基本料2として25:1(医療法方式では5:1に相当)まで評価、②有床診療所療養病床入院基本料として6:1まで評価している。

※4 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準で6:1と規定している。

# 一般病床及び療養病床に係る医療従事者の配置標準に関する改正経緯について

## <医師>

## 昭和23年医療法制定時

## <看護師>

入院患者	外来患者
16:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

入院患者	外来患者
4:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

## 平成4年第二次 医療法改正

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
4:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

## 平成12年第四次 医療法改正

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

## 平成18年第五次 医療法改正

## <同上>

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	4:1 ※平成24年3月31日までは6:1	30:1

# 介護療養病床の取扱いについて

介護療養病床については、平成23年度までに老人保健施設等へ転換することとしていたが、転換が進んでいない現状を踏まえ、先の通常国会において成立した介護保険法等の一部改正法により、以下の措置が講じられた。

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる（平成24年度介護報酬改定における対応を検討）。

# 療養病床数の推移

(単位:床)

		医療療養病床	介護療養病床	医療＋介護	総数
平成18年 6月末※1	病院	245,884	110,985	356,869	380,044
	診療所	15,011	8,164	23,175	



		医療療養病床	介護療養病床	医療＋介護	総数
平成23年 2月末※2	病院	254,831	77,759	332,590	347,320
	診療所	9,767	4,963	14,730	

※1 厚生労働省「平成18年病院報告(全国編)上巻」

※2 厚生労働省「病院報告(平成23年2月分概数)」

# 診療報酬上の区分ごとの医療療養病床数

(単位:床)

診療報酬上の区分	病院			診療所	
	療養病棟入院基本料			有床診療所療養病床入院基本料	
	入院基本料1 <sup>※2</sup> (20:1)	入院基本料2 <sup>※2</sup> (25:1)	特別入院基本料	(6:1)	特別入院基本料
病床数 <sup>※1</sup>	99,413	110,760	1,306	8,916 (1,044施設)	145 (25施設)

※1 平成22年7月1日時点。(厚生労働省保険局医療課調べ)

※2 入院基本料1については、医療区分2・3の患者が8割以上存在することも要件とされており、これを満たさない場合、看護配置が20:1であっても入院基本料2にカウントされている。

※3 医療療養病床に係る診療報酬上の評価として、上記のほか、看護配置が15:1の回復期リハビリテーション病棟入院料(一般病床・療養病床)が存在する。

# 転換病床に係る経過措置

○ 平成24年3月末までに介護老人保健施設等に転換する病院の療養病床等については、当該転換までの間、人員配置基準について経過措置が設けられている。(人員配置基準はP49参照。)

介護保険移行準備病棟 (医療保険適用)	
(単位:施設数)	
平成18年	20 (1,043床)
平成19年	51 (2,889床)
平成20年	52 (3,011床)
平成21年	37 (2,380床)
平成22年	30 (1,983床)

経過型介護療養型医療施設 (介護保険適用)	
(単位:事業所数)	
平成18年	3
平成19年	12
平成20年	10
平成21年	8
平成22年	5

※ 施設数・病床数については各年7月1日時点。  
(厚生労働省保険局医療課調べ)

※ 介護保険移行準備病棟については、経過措置により療養病棟入院基本料2を算定している。

※ 事業所数については各年10月時点。  
(厚生労働省「介護給付費実態調査月報」)

## 療養病床の経過措置に係る論点

- ① 先般の介護保険法等の一部改正により、現在存在する介護療養病床について転換期限が6年間延長された趣旨を踏まえ、介護療養病床に係る医療法上の経過措置については、現在存在する介護療養病床に限り6年間延長することとしてはどうか。
- ② 医療療養病床について、医療必要度の高い患者を受け入れる病床に再編成するため、前回の制度改正時に看護配置基準を6:1から4:1に引き上げた。一方で、6年間は従前の取扱いとする医療法上の経過措置が設けられたが、今般、その期限が到来することについて、どう考えるか。
- ③ 介護療養病床の転換支援として、介護保険制度上、平成20年に「介護療養型老人保健施設」が創設されており、新たに転換病床を認める必要性は低いと考えられている中で、それに対応した医療法上の経過措置については、現在存在する転換病床に限り6年間延長することとしてはどうか。