

令和4年度第1回医療政策研修会 第1回地域医療構想アドバイザー会議	資料 3
令和4年9月15日	

在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキング グループにおける検討状況

1. 検討体制

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

連携

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び 医師確保計画に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び 医療・介護連携に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療 提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・へき地医療

厚生労働科学研究の研究班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

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

【開催目的】

令和6年度からの第8次医療計画において、特に集中的に検討が必要な在宅医療及び医療・介護連携の推進等に向けて必要な事項について検討することを目的に開催する

【検討事項】

- (1) 第8次医療計画における在宅医療及び医療・介護連携の体制整備の取組について
- (2) その他在宅医療及び医療・介護連携に係る施策の実施に必要な事項

【構成員】

江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
(令和4年7月～)

(松本 吉郎 公益社団法人日本医師会常任理事 (※)
(～令和4年6月))

大三 千晴 徳島県美波町福祉課長

荻野 構一 公益社団法人日本薬剤師会常務理事

長内 繁樹 大阪府豊中市市長

角野 文彦 滋賀県健康医療福祉部理事

佐藤 保 公益社団法人日本歯科医師会副会長

島田 潔 一般社団法人全国在宅療養支援医協会
常任理事

鈴木 邦彦 一般社団法人日本医療法人協会副会長

高砂 裕子 一般社団法人全国訪問看護事業協会副会長

○ 田中 滋 公立大学法人埼玉県立大学理事長

田母神 裕美 公益社団法人日本看護協会常任理事

中林 弘明 一般社団法人日本介護支援専門員協会
常任理事

増井 英紀 全国健康保険協会本部企画部長

馬屋原 健 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事

本見 研介 一般社団法人全国介護事業者協議会理事

○：座長 (※) 在任時の役職を記載

本ワーキンググループの検討状況について

令和3年10月13日 第1回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 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開催要項
- 本ワーキンググループの今後の進め方について

令和4年3月9日 第2回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 2040年までの人口動態・患者動態等について
- 在宅医療の現状と課題について

令和4年6月15日 第3回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 急変時対応等入院医療との連携を含めた、住み慣れた地域における、看取りを含む患者の病状に応じた在宅医療提供体制の整備について
- 新興感染症拡大時及び災害時における医療提供体制の確保や事業継続に係る体制構築について
- 災害時における在宅人工呼吸器・在宅酸素患者の安否確認体制の構築や緊急時の医療機器の確保について

令和4年7月20日 第4回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 在宅医療の基盤整備について（その1）
 - ・ 訪問診療、訪問看護等に係る基盤整備について
 - ・ 情報通信機器等の活用を含む、効率的な在宅医療提供体制の在り方について

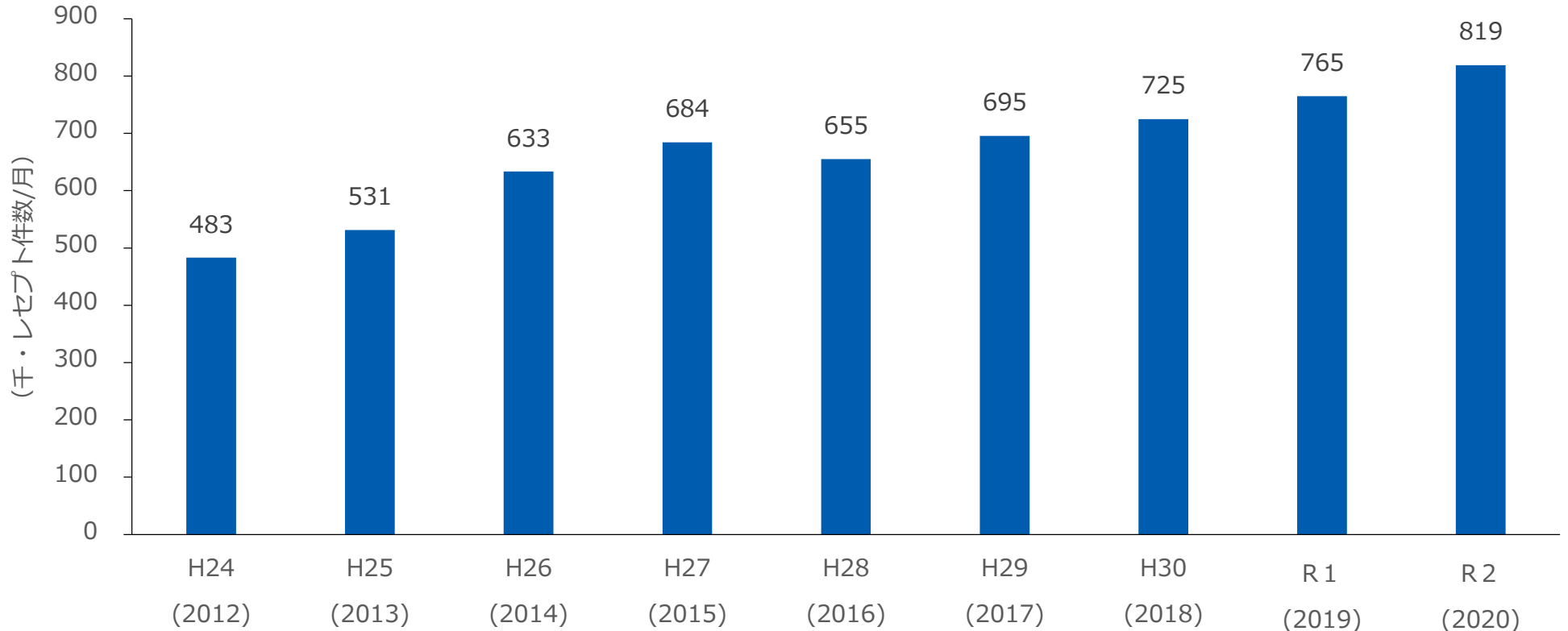
令和4年7月28日 第5回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 在宅医療の基盤整備について（その2）
 - ・ 訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導を含む多職種連携について
 - ・ 医療的ケア児をはじめとする小児に対する、小児医療や訪問看護等との連携を踏まえた在宅医療の体制整備について

2. 在宅医療の提供体制について

訪問診療件数の推移

○ 訪問診療の件数は近年増加傾向にある。



【出典】KDBデータ（2012～2020年度診療分）

※算定項目：在宅患者訪問診療料のうち、以下の①と②のレセプト件数の合計値

①在宅患者訪問診療料（I）1又は2（同一建物居住者以外）

②在宅患者訪問診療料（I）1又は2（同一建物居住者）

なお、平成27年度末までは以下を含む。（平成27年度末に以下の算定項目は廃止。）

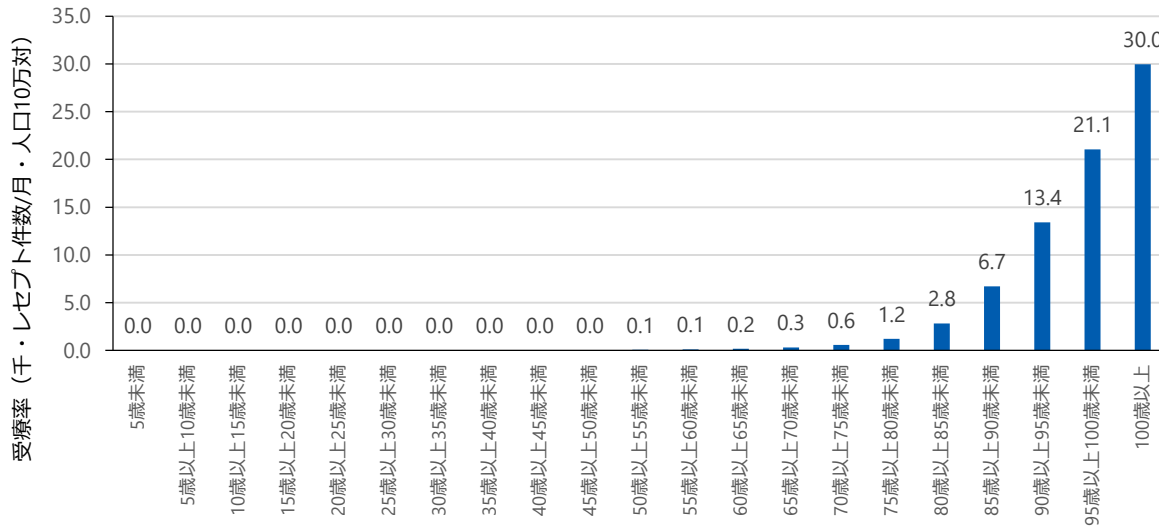
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等以外入居者）又は在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）

※月当たりの平均レセプト件数（京都府除く）

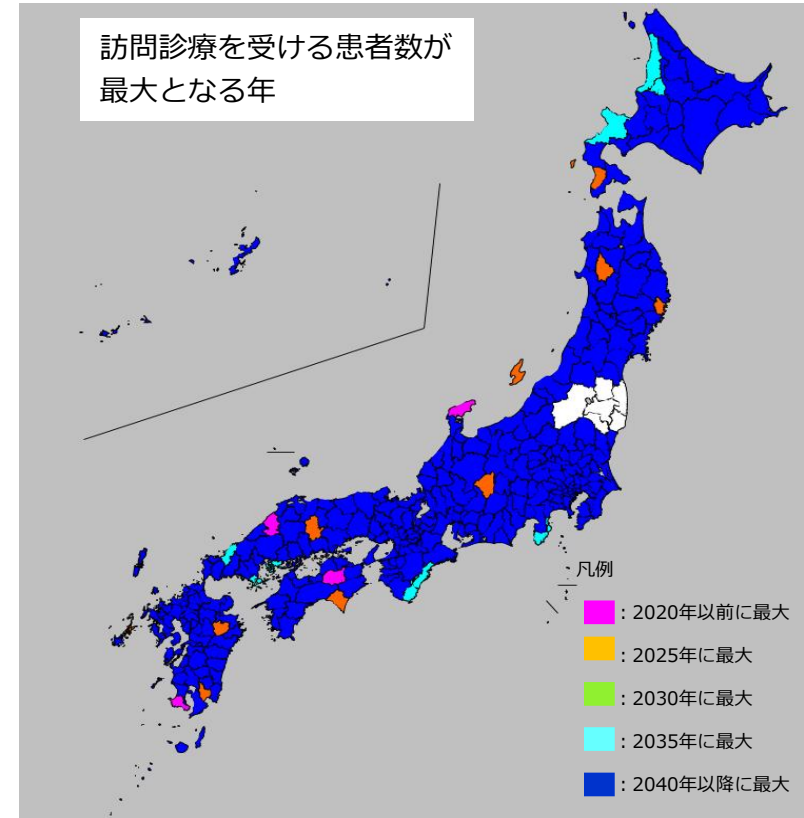
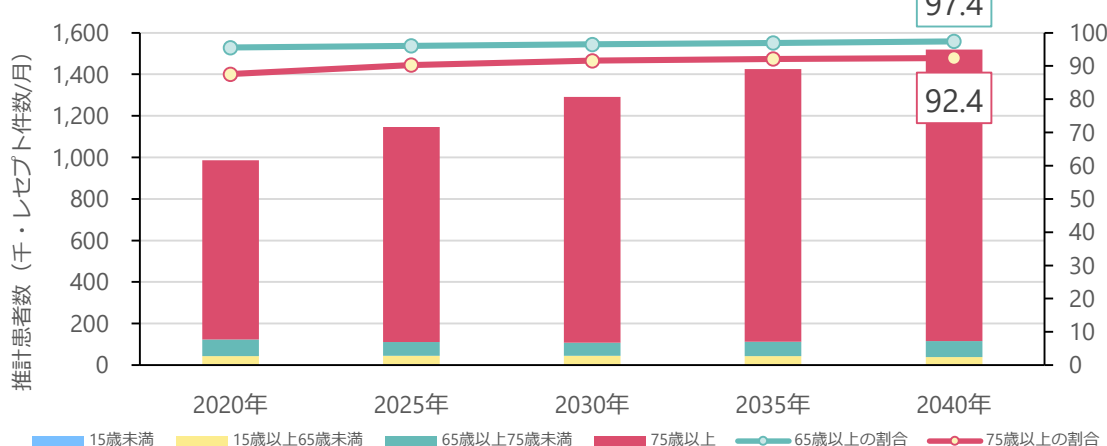
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】

受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。

推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

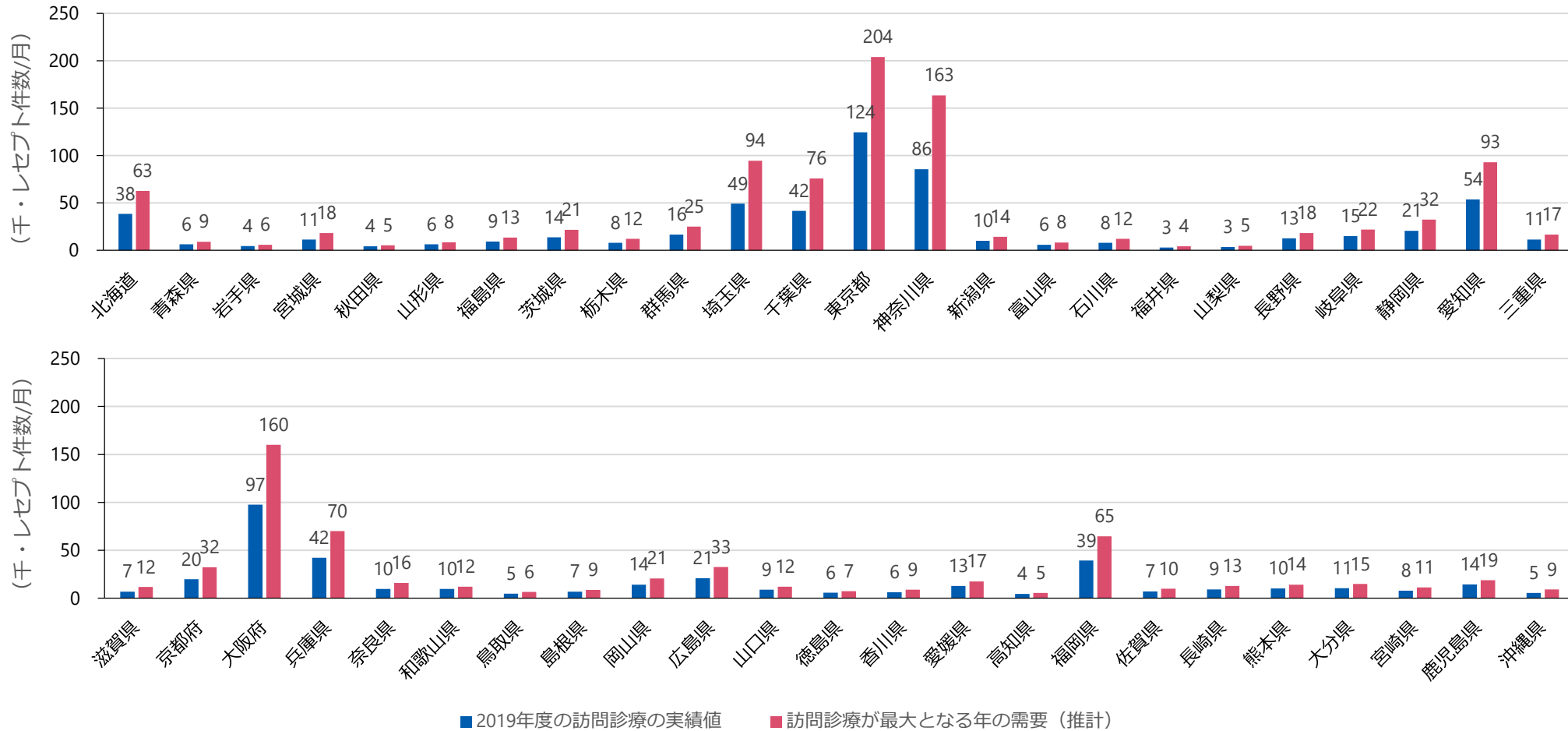
※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。

※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

訪問診療の将来需要と現下の供給実績について

都道府県別に、2020・2025・2030・2035・2040年度における訪問診療の将来需要を推計し、在宅患者訪問診療料のレセプト件数が最大となる年度の需要と2019年度における当該件数の実績値とを比較した。



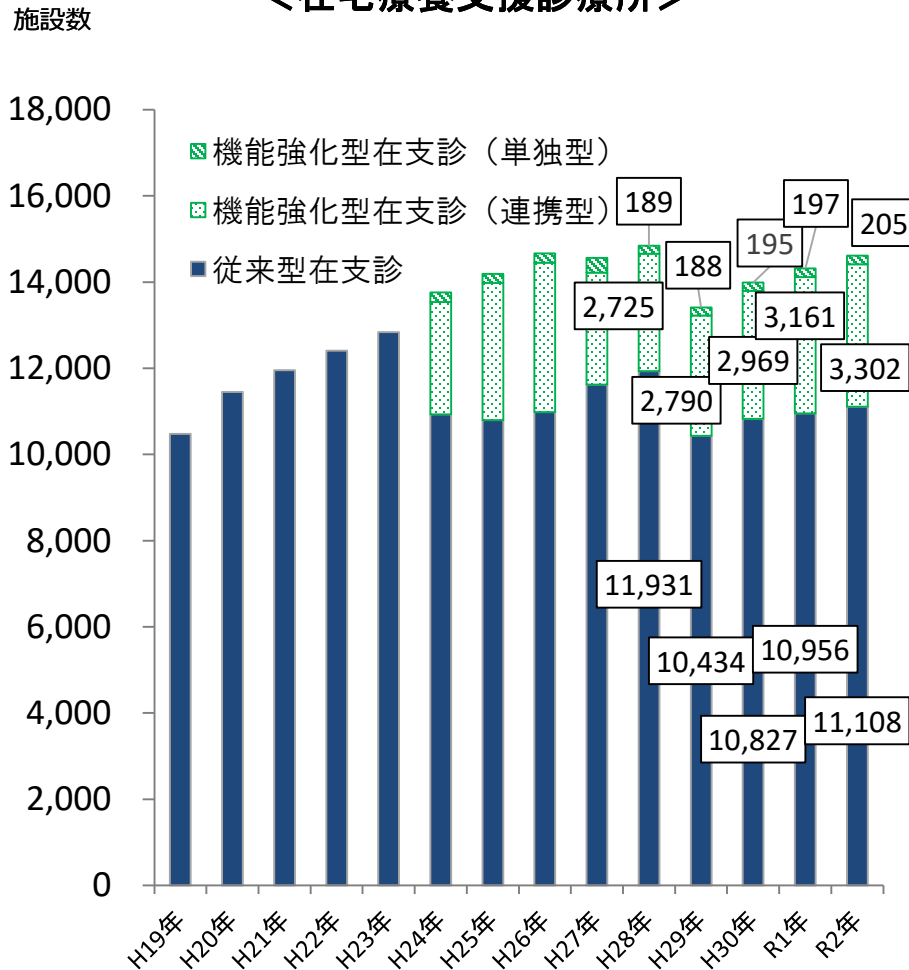
【出典】

- ・受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）
- ・集計項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプト件数/月
- ・推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位仮定）
- ※将来推計患者数=Σ将来推計人口（性・年齢・二次医療圏別）×受療率（性・年齢・当該都道府県別）

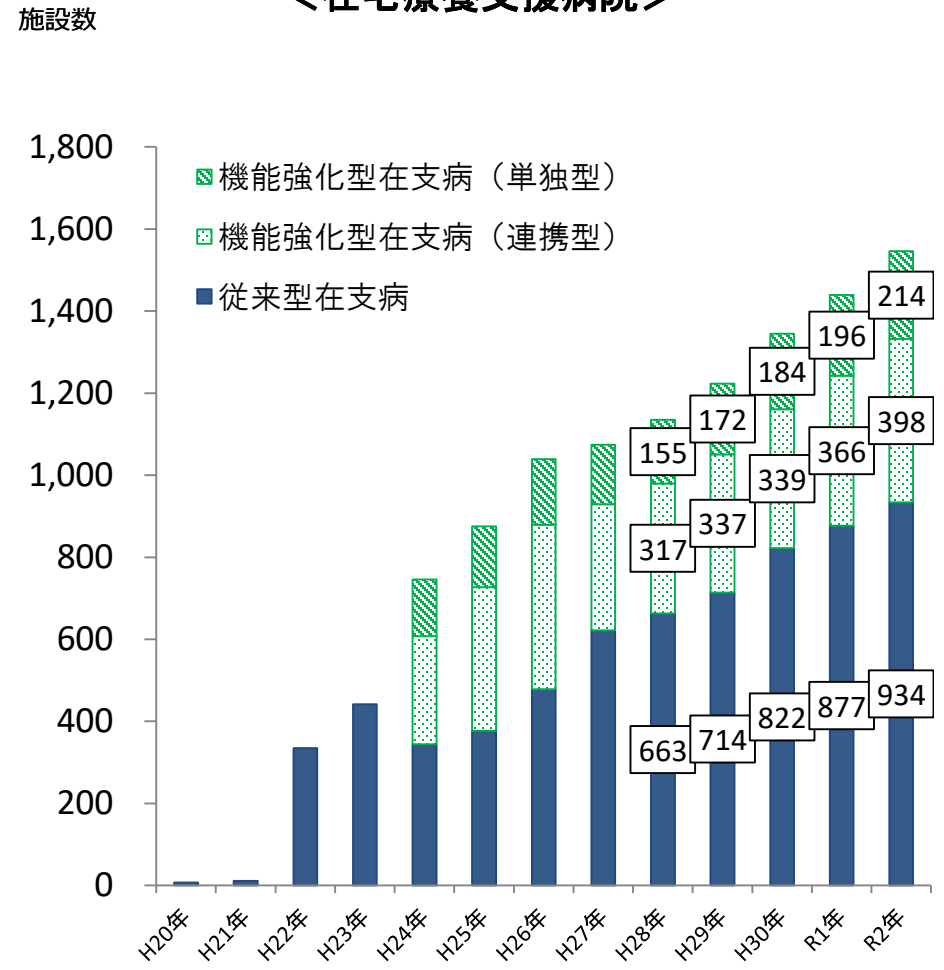
在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

<在宅療養支援診療所>

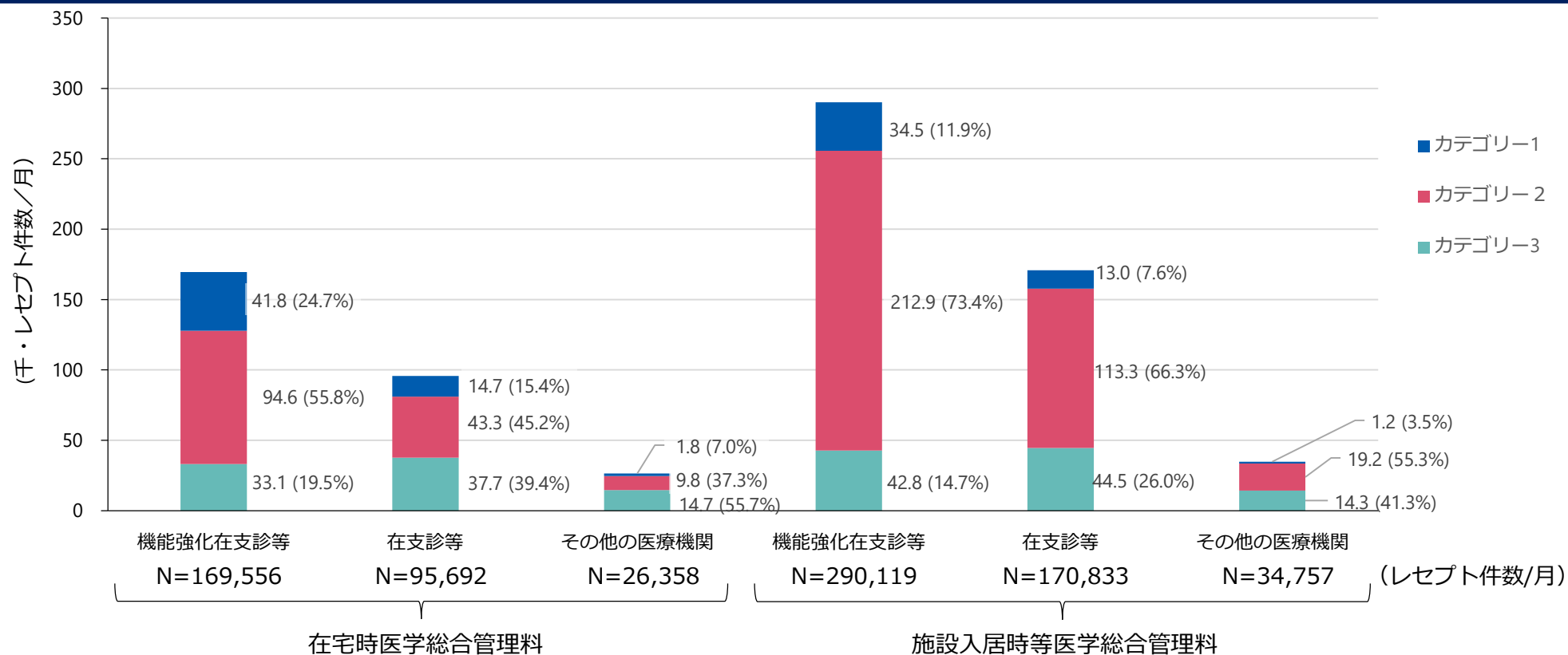


<在宅療養支援病院>



医療機関類型及び医学的区分別にみた在宅療養患者の分布

- 施設入居時等医学総合管理料の算定患者数は、いずれの医療機関類型においても、在宅時医学総合管理料の算定患者数よりも多い傾向が見られた。
- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を算定された患者において、機能強化型在支診・在支病ほど、難病等の患者に多く対応しており、その割合も高かった。
- 在宅時医学総合管理料の算定患者は、施設入居時等医学総合管理料の算定患者と比べて、どの在宅医療機関類型においても、難病等の患者に多く対応しており、その割合も高い傾向が見られた。



在宅療養患者のうち、在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定された患者を対象。

※カテゴリー 1：在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第八の二）

※カテゴリー 2：在宅医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第八の三）

※カテゴリー 3：上記のカテゴリー 1 及びカテゴリー 2 のいずれにも該当しない患者
特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）

【出典】NDBデータ（2019年度診療分）

集計項目：在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料のレセプト件数/月

特掲診療料の施設基準等

別表第八の二 在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

一、次に掲げる疾患に罹患している患者

- ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
- ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡

カテゴリー 1

二、次に掲げる状態の患者

- ・在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態
- ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態
- ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- ・肺高血圧症であって、プロスタグランジンI₂製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態
- ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

別表第八の三 在宅医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

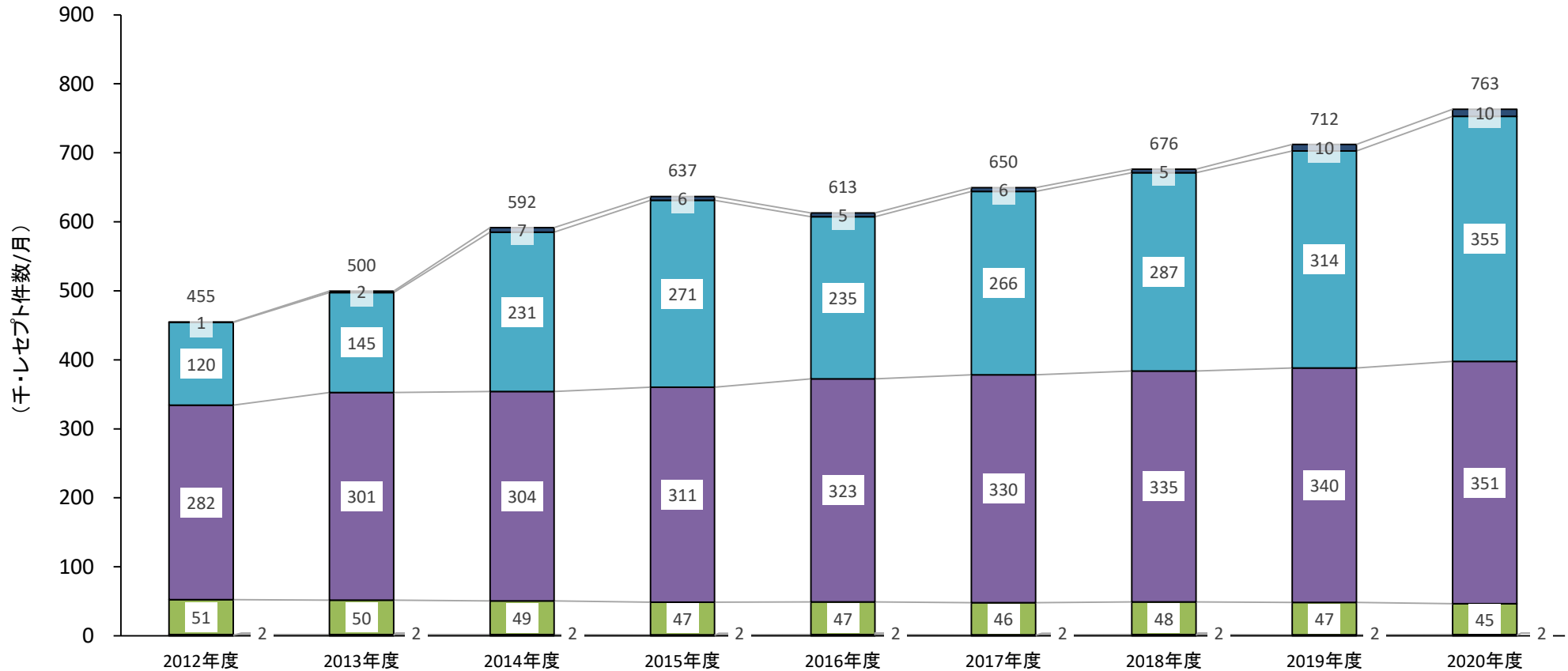
以下のいずれかに該当する患者

- ・要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態
- ・日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態
- ・頻回の訪問看護を受けている状態
- ・訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
- ・介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
- ・その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

カテゴリー 2

1 医療機関当たりの訪問診療件数の区別に見た訪問診療件数の推移（全国）

○ 訪問診療件数は近年増加傾向にあるが、とりわけ1か月あたりに100以上1000件未満の訪問診療件数の医療機関による提供数が増加傾向にある。



※ 1医療機関あたりのレセプト件数/月：■0.1以上 1未満 ■1以上 10未満 ■10以上 100未満 ■100以上 1000未満 ■1000以上 10000未満

【出典】KDBデータ（2012～2020年度診療分）

集計項目：在宅患者訪問診療料のうち、以下の①と②のレセプト件数の合計値

①在宅患者訪問診療料（I）1又は2（同一建物居住者以外）

②在宅患者訪問診療料（I）1又は2（同一建物居住者）、

なお、平成27年度末までは以下を含む。（平成27年度末に以下の算定項目は廃止。）

在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等以外入居者）又は在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）

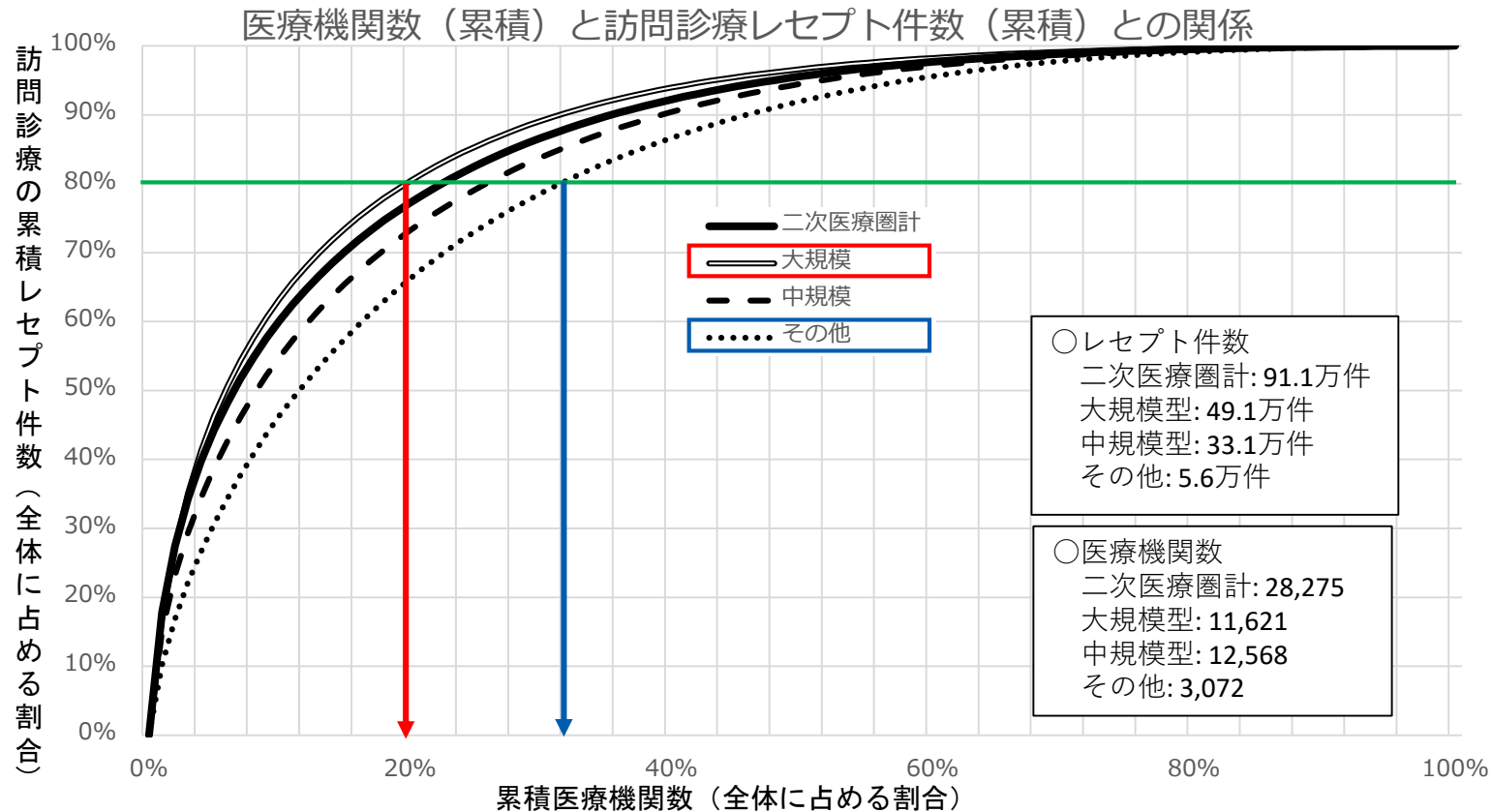
※月当たりの平均レセプト件数（京都府除く）

※患者住所地と同一の都道府県内に存在する医療機関における訪問診療のレセプト件数のみを集計したもの

二次医療圏の規模別にみた訪問診療提供医療機関数と訪問診療提供数との関係

- 訪問診療の多くが一部の医療機関によって提供されている。
- 大規模な二次医療圏では、その傾向が特に強く（上位20%の医療機関で全体の80%の訪問診療を提供）、逆に人口規模が小さくなるにつれて、その傾向は弱くなる（その他の二次医療圏では、上位32%の医療機関で全体の80%の訪問診療を提供）。

※ 1月あたりの在宅患者訪問診療料のレセプト件数の多い医療機関から順に積み上げ。



【二次医療圏の規模の定義】

大規模型：（人口100万人以上）又は（人口密度が2,000人/km²以上）
 中規模型：（人口20万人以上）又は（人口10～20万人かつ人口密度が200人/km²以上）
 その他：上記以外
 出典：日医総研ワーキングペーパー No.426（2019年2月26日）
 人口：住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を使用

【出典】NDBデータ（2019年度診療分）

集計項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプト件数/月
 ※施設類型は、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定項目を基に分類（2019年5月診療分）

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

- 継続診療加算について、名称を在宅療養移行加算に変更する。
- 従来の継続診療加算に加えて、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している場合の評価を新設する。

現行

【継続診療加算】
継続診療加算 216点

[施設基準]
継続診療加算

- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明



改定後

(新) 【在宅療養移行加算】
在宅療養移行加算1 216点
在宅療養移行加算2 116点

[施設基準]
在宅療養移行加算1

- ア 24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

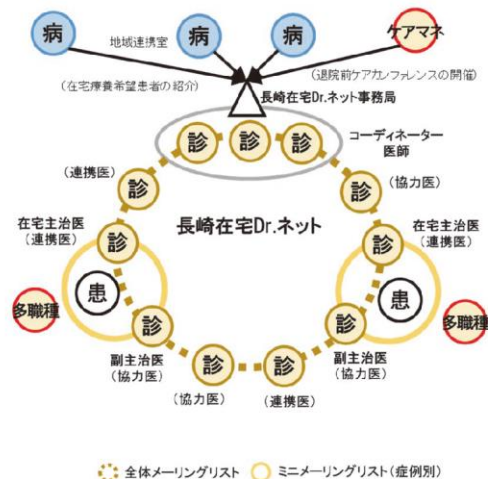
在宅療養移行加算2

- ア **当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制**を有していること。
- イ 24時間の連絡体制を有していること
- イ 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
- ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

在宅医療のグループ化に関する事例（長崎市）

○「長崎在宅Dr.ネット」が連携窓口となり、在宅療養を希望する方に、在宅主治医を紹介し在宅療養をサポートする医師ネットワークで、患者が安心して在宅療養を行えるよう、複数医師の連携により、在宅訪問診療や往診の24時間対応を実現。

●主治医・副主治医制による24時間診療体制とグループ診療

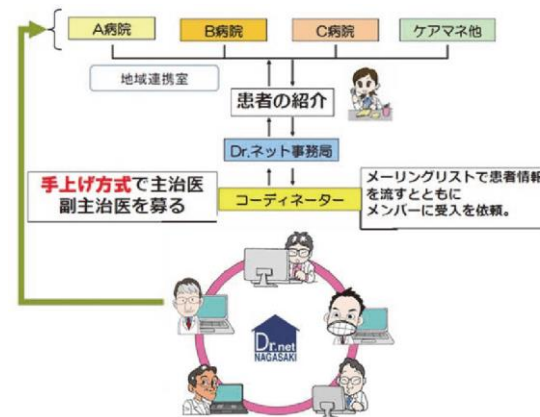


【取組の特色】

- ・主治医を決め、主治医をバックアップする副主治医（近隣医師、専門医）を確保することで、訪問診療の分担、万が一の際の緊急対応に備える仕組みを確立し、在宅医療での24時間対応体制を実現。
- ・かかりつけ医がいる場合はかかりつけ医を優先して在宅主治医となってもらい、Dr.ネットは必要に応じて主治医をサポートする存在であるというスタンスを徹底。
- ・副主治医が主治医に代わって看取りや往診代行を行う件数は、年1～2件程度。実際に副主治医に往診代行を依頼する件数は少ないものの、主治医にとっては、万が一の場合に代行依頼できる副主治医がいるという安心感が在宅医療を行う上での負担感軽減に大きな効果がある。
- ・Dr.ネットの取組は都市部（医師集中地域）における医師ネットワーク方式であり、離島・へき地での運営には適応困難。

【多職種との情報共有】

・在宅療養に移行した患者の情報共有ツールとしては、担当主治医による「症例別のメーリングリスト」を用い、訪問看護師・ケアマネージャー・薬剤師・病院医師・地域連携室担当者など、多職種との情報共有を行っている。



【長崎在宅Dr.ネットの取組実績】

- ・長崎市内の3つの拠点病院から退院し、訪問診療を導入した患者は、平成15年の活動開始当初は2名/年であったが、平成23年には、約300名/年に増加し、その後は減少。
- ・在宅看取り（自宅死）の件数は、7～8%（H15）から11.8%（H27）に増加。
- ・在宅医の紹介実績は、平成15年の開始以来、累計で850症例以上。（年間40症例前後で推移。）

【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書（厚生労働省医政局）

在宅医療における情報通信機器等の活用

- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。
- 在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

【在宅医療における情報通信機器の活用例】

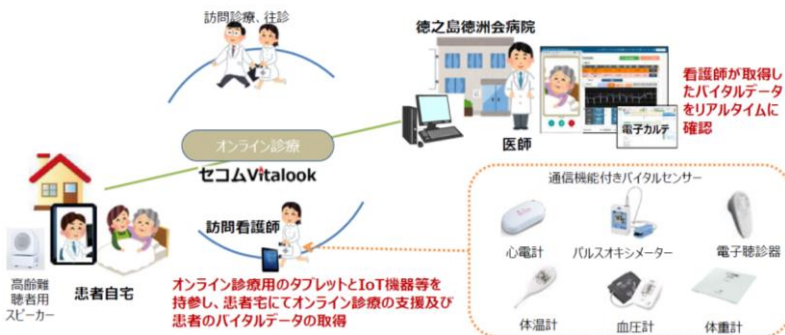
対面診療の補完としてのオンライン診療

・福岡県（福岡市）の医療機関では、在宅患者に対する医療提供体制の強化の一環として、訪問計画の一部にオンライン診療を組み込む事で、医師の訪問負担を軽減しつつ、在宅患者への診療頻度を高める取組を実施している。



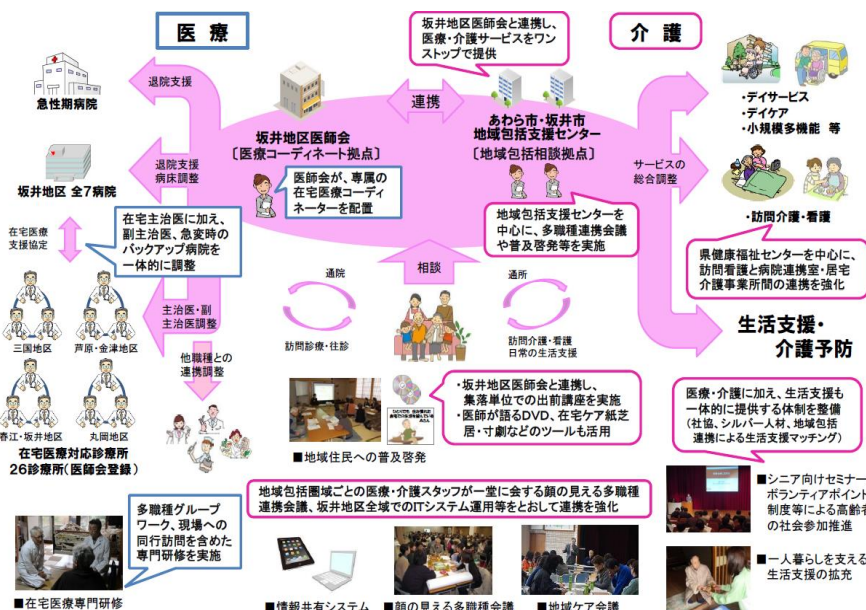
訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

・徳之島（鹿児島県）における病院と自治体が連携し、遠隔医療支援プラットフォームを活用したモデルを構築する取組
 ・訪問看護が取得した患者のバイタルデータを用いて、医師がオンラインで診察・記録を行うことができる。



ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

・福井県（坂井地区）では病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と共有できる体制を整備。
 ・「カナミックネットワークTRITRUS」を用いて、在宅医療関係者間 診療情報や日々の生活情報等を共有



【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

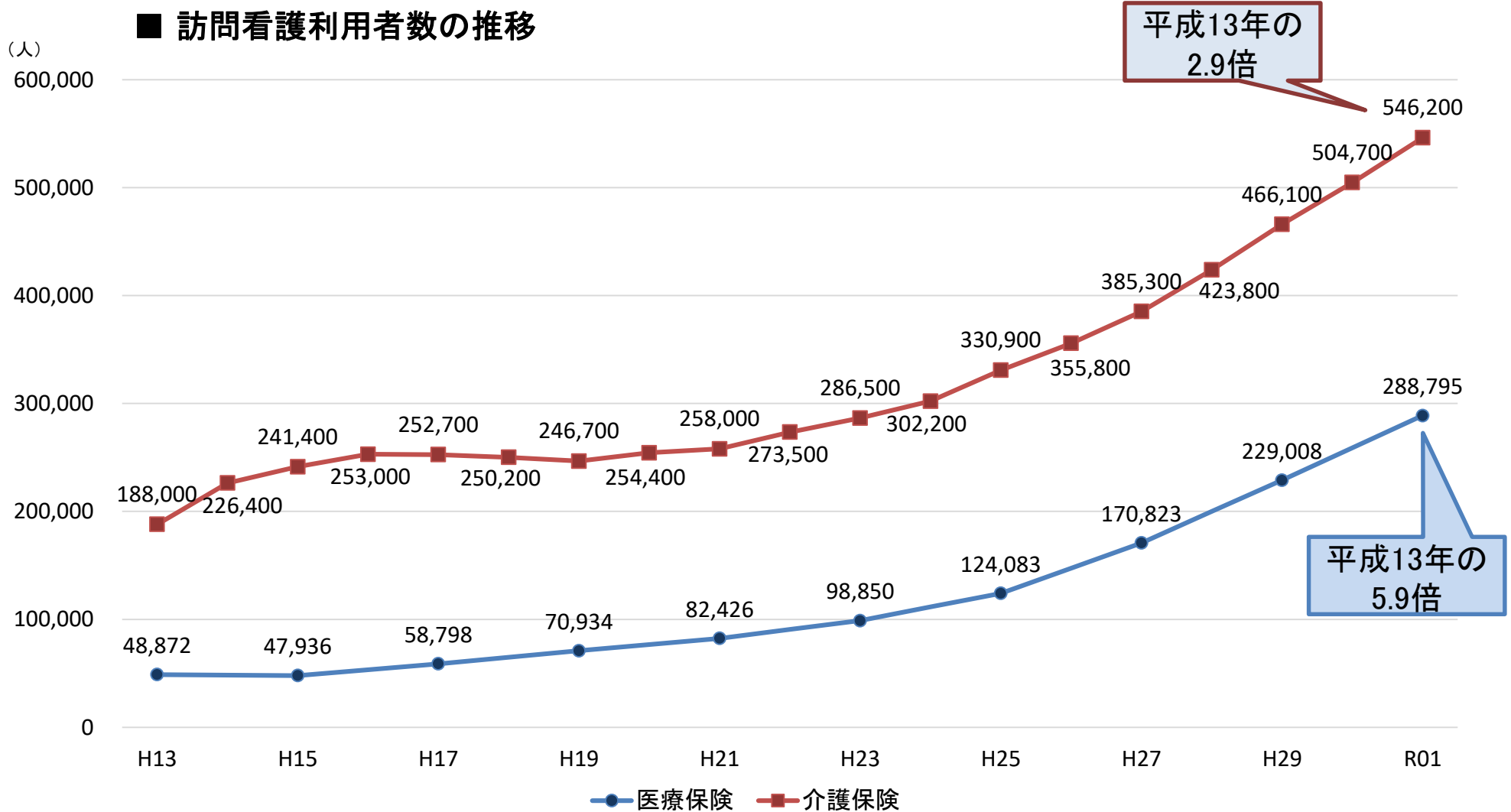
小括①

- 在宅医療を受ける患者数は、今後も高齢者の増加等により多くの地域で増加が見込まれる。
- 2040年に向けて、生産年齢人口の減少に伴うマンパワーの確保も求められる中、在宅医療の提供体制の整備がより一層必要となる。
- 在宅医療の提供体制を確保するため、訪問診療を提供する医療機関においてグループ化、ICTの活用等を通じ、診療体制の強化や業務の効率化等、様々な取組が行われている。

訪問看護利用者数の推移

中医協 総-1-2
3 . 8 . 2 5

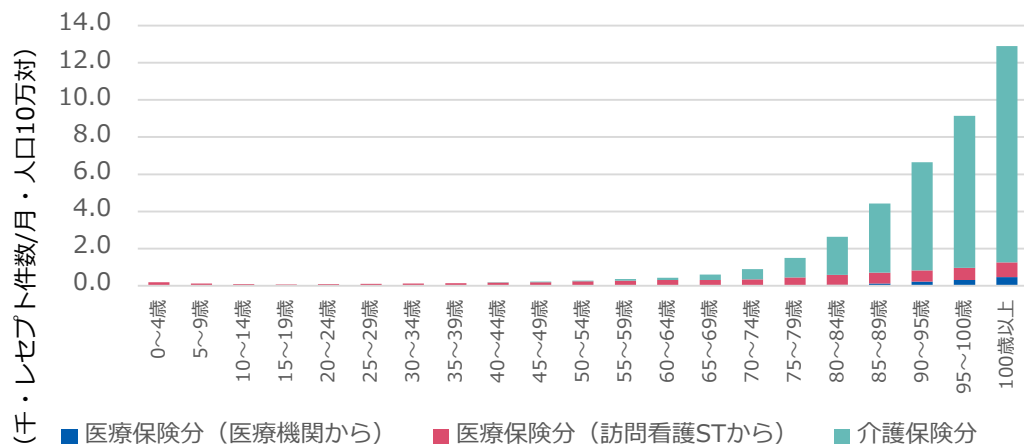
○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向



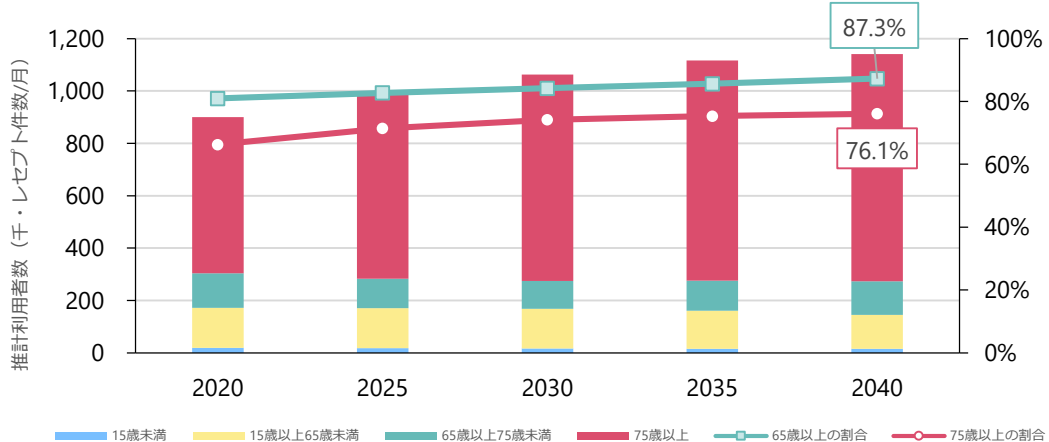
訪問看護の必要量について

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることを見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（216の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることを見込まれる。

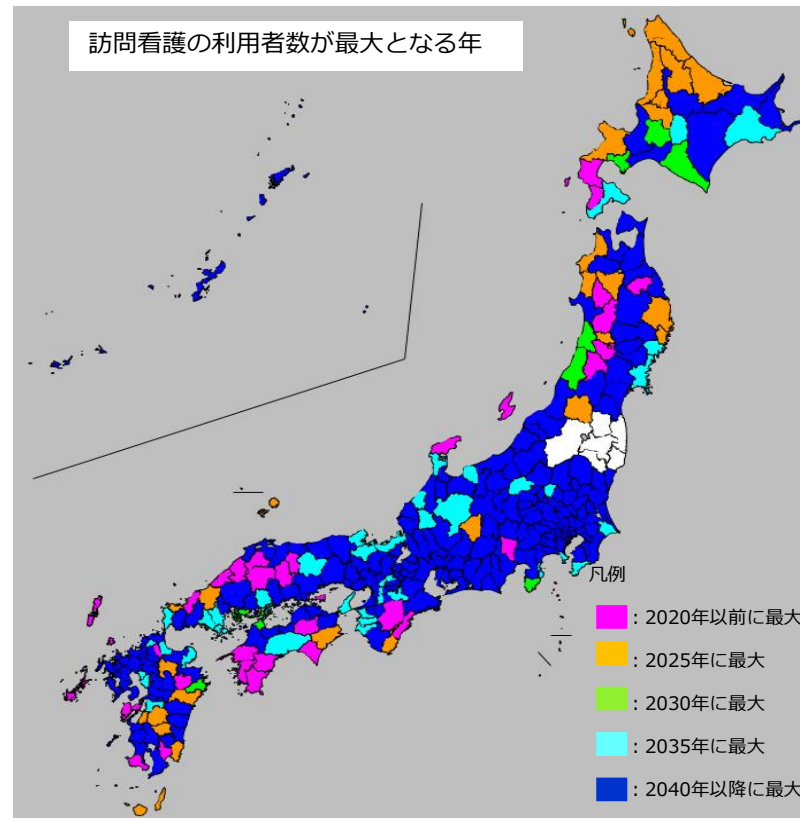
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

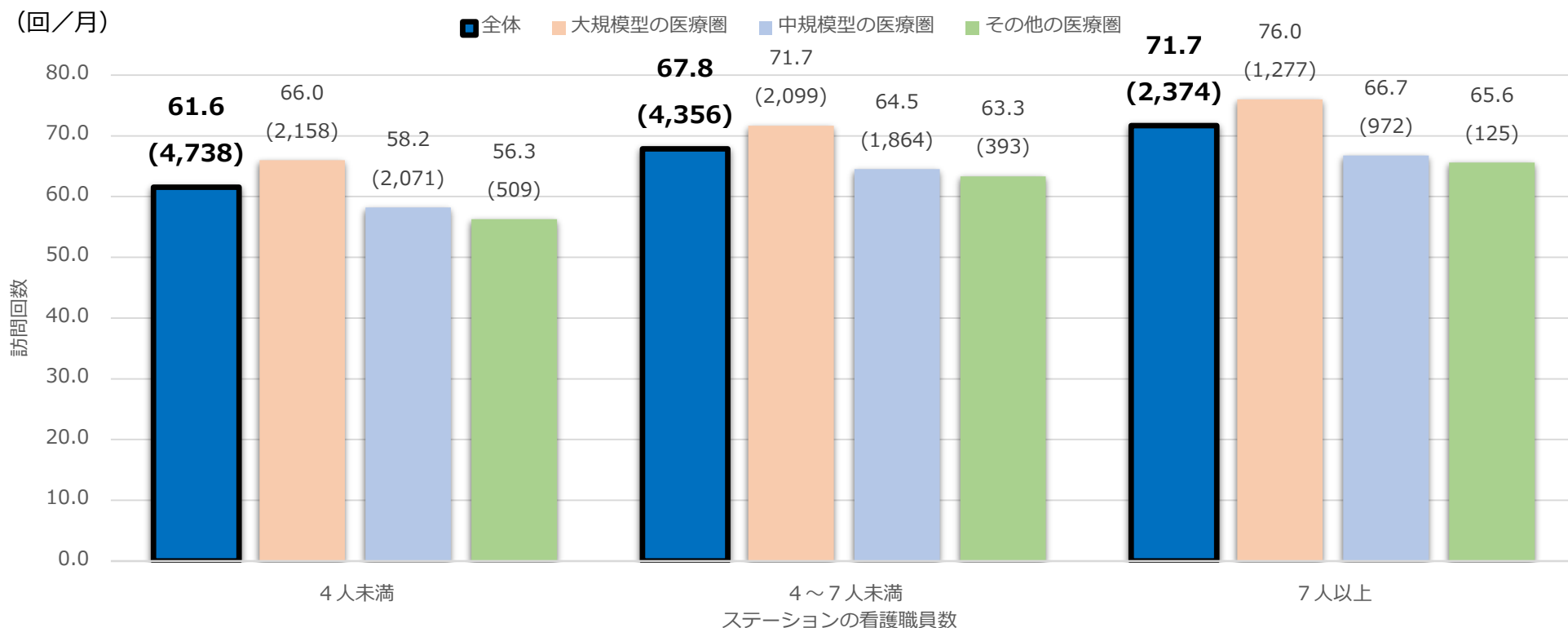
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

- ※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料または同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料のレセプトを集計。
- ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
- ※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
- ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
- ※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

訪問看護ステーションの職員数及び二次医療圏の規模別にみたサービス提供量の状況

- 二次医療圏の規模に関わらず、看護職員数の多い事業所ほど、職員1人当たりの訪問回数が多い傾向がある。
- 二次医療圏の規模別では、大規模型の医療圏の方がそれ以外の規模の医療圏と比較して、職員1人当たりの訪問回数が多い。

看護職員1人当たりの平均訪問回数（1月あたり）



【二次医療圏の規模の定義】

大規模型：（人口100万人以上）又は（人口密度が2,000人/km²以上）
 中規模型：（人口20万人以上）又は（人口10～20万かつ人口密度が200人/km²以上）
 その他：上記以外
 出典：日医総研ワーキングペーパー No.426（2019年2月26日）
 人口：住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を使用

【出典】令和元年介護サービス施設・事業所調査をもとに医政局地域医療計画課にて作成
 ※括弧内は対象ステーション数

訪問看護ステーションの大規模化による教育機能の充実と休み方改革

訪問看護の大規模化事例

公益財団法人日本訪問看護財団立あすか山訪問看護ステーション（東京都北区）

- 大規模化により経営が安定し、スタッフの育成に力を入れ、休み方改革にチャレンジしている事例。
- 利用者の想定以上の看護ケアを提供することにより利用者数が増加し、管理職のポリシーを共有した上での職場文化・風土作りにより看護師に選ばれるステーションとなっている。

1. 背景

2006年に看護師数約2.5名、利用者数32名、累積赤字が発生している状況で所長として引き継いだ。安定した経営を目指すにはスタッフの増員による利用者の増加が必要であった。2022年には**看護師18名**、リハスタッフ5名、事務職員5名、ケアマネジャー1名、相談支援員3名となった。

2. 取組内容

利用者数増加のポイント

- ◆ **職場文化・風土づくりからケアの質が向上、口コミで利用者が増加**
 - ・ 初めは**組織文化づくりに注力**。所長がスタッフと同行訪問することで直接考え方を共有。
 - ・ 初回訪問当日に、患者の全身状態について主治医へレポートを送付する取組等が好評で、**主治医やケアマネジャーから選ばれるステーションへ**。
 - ・ 在宅看取り後の家族にも丁寧に関わる等、家族が期待する以上のケアを提供することで、**利用者・家族からの口コミで新規利用者が増加**。
- ◆ **スタッフの自律**
 - ・ 所長の就学を契機に、所長が不在であってもスタッフが自律して看護ケアが継続できる組織へと変化。スタッフの能力向上により、利用者数も増加。

看護職員増加のポイント

- ◆ **管理職のポリシーのPR**
 - ・ 1～2年目は看護師がなかなか集まらなかったが、ブログ等を開始したところ、所長のポリシーに共感した看護師が集まるようになった。

3. 効果

- ◆ 所長交代 **3年目には利用者数も150名を超え、経営も黒字に転換**。

	看護師数	利用者数	経営状態
2006年当初	約2.5名	32名	累積赤字あり
2007年	5名	約50名	黒字に転換
2008年	8名	約100名	黒字
2009年	11名	約140名	黒字

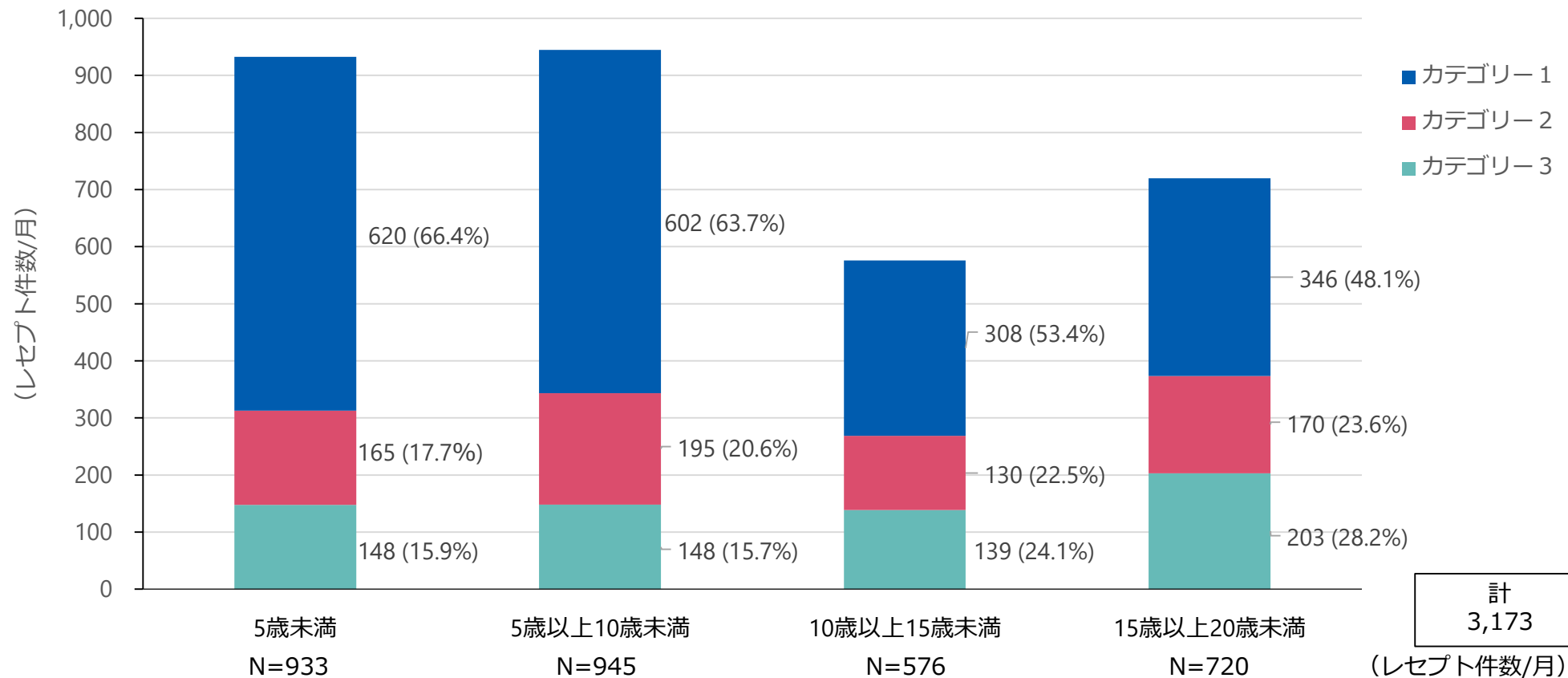
3年で4倍に！

看護師数を増やし新規利用者を受け入れるため、人材育成に先行投資を行った。そのため、一時的に累積赤字が増加した。

- ◆ 経営が安定したことで、下記が実施できている。
 - ・ 将来、起業するために勉強することを目的としたスタッフも採用。
 - ・ 週1回スタッフがステーションに集まる時間を設け、勉強会、部門会議、委員会活動等を行っており、**スタッフが一体となったステーション運営を実現**。
 - ・ 土日祝日の待機者には平日に休みを設け、**土日祝日の待機日を除いた週2日休みを目指している**。
 - ・ スタッフの教育、研修が充実したことでスタッフの能力が向上し、どのスタッフが訪問に来てくれても大丈夫という**利用者の安心感・信頼につながっている**。
- ◆ 東京都の訪問看護教育ステーションの指定を受け、自施設内だけでなく、**地域の訪問看護師への研修等も実施**。
- ◆ ステーションの規模が大きくなるにつれて管理者の力量を要するようになり、休み方改革にも取り組むため、ステーションの適正規模を模索している。地域の訪問看護ニーズはあるため、サテライトの活用等を検討している。

医学的区分別にみた小児の在宅療養患者数

- 在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定された20歳未満の患者において、特に10歳未満で難病等の患者の割合が高かった。



在宅療養患者のうち、在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定された患者を対象。

※カテゴリー1：在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第八の二）

※カテゴリー2：在宅医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第八の三）

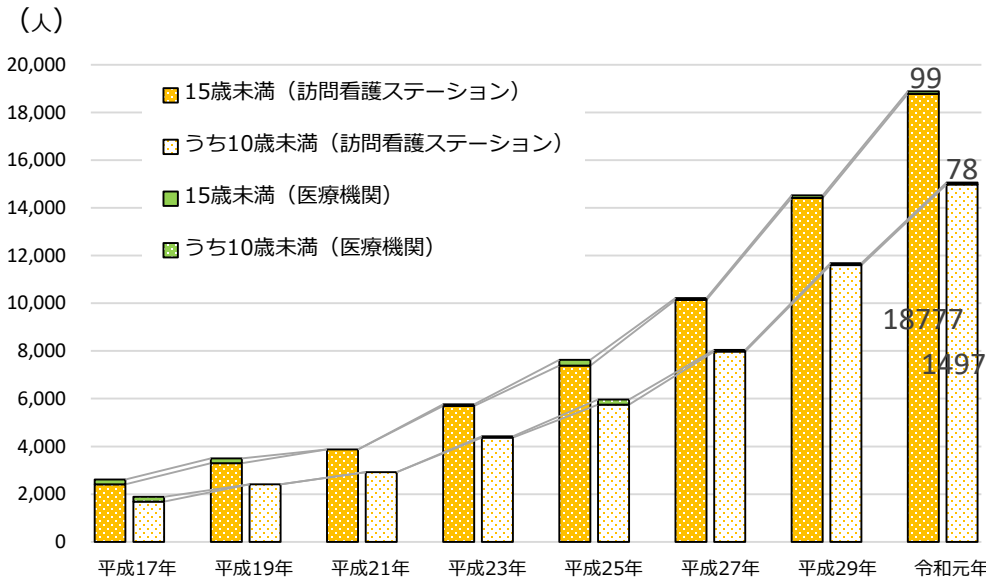
※カテゴリー3：上記のカテゴリー1及びカテゴリー2のいずれにも該当しない患者
特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）

【出典】NDBデータ（2019年度診療分）

集計項目：在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料のレセプト件数/月

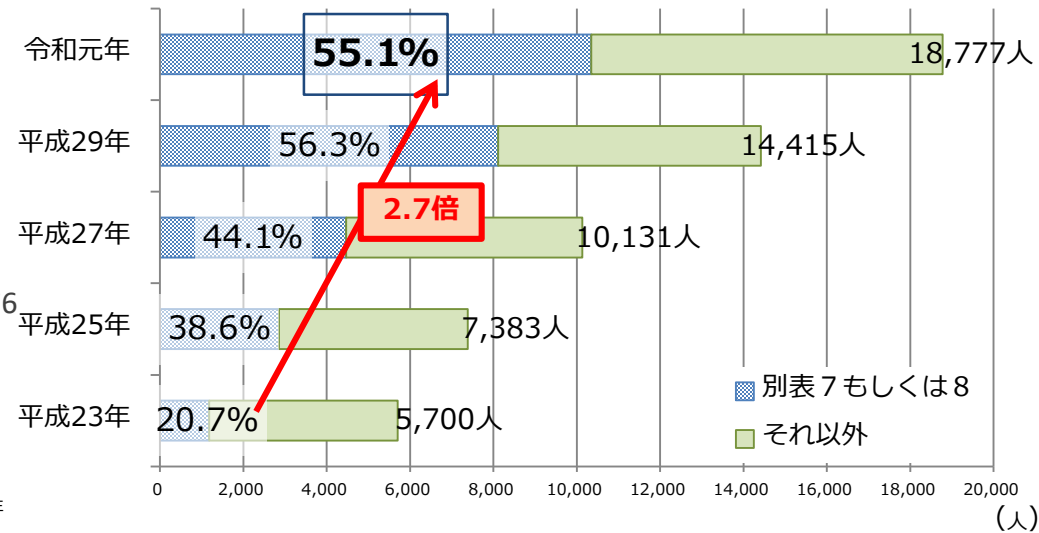
- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和元年は約2.7倍である。

■小児の訪問看護利用者数の推移



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成 (各年6月審査分より推計)
社会医療診療行為別統計 (調査) (各年6月審査分)

■小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者※1,2の割合 (訪問看護ステーションのみ)



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成 (各年6月審査分より推計)

※1：別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2：別表第8

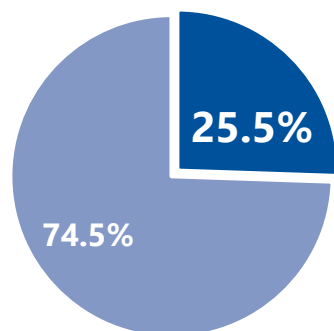
1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理

在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

都道府県における小児の訪問診療及び訪問看護に関する把握状況

- 訪問診療および訪問看護を利用した小児の人数について、把握しているのは47都道府県のうち約25%であった。
- 小児に対応している在宅医療機関等について、把握しているまたは一部把握している都道府県は、病院・診療所では約40%、訪問看護ステーションでは約50%であった。

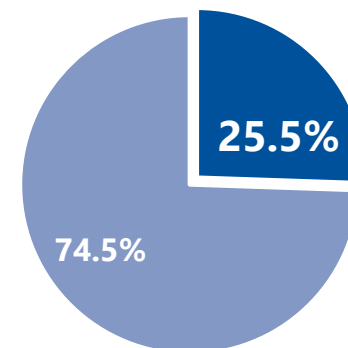
訪問診療



■ 把握している ■ 把握していない

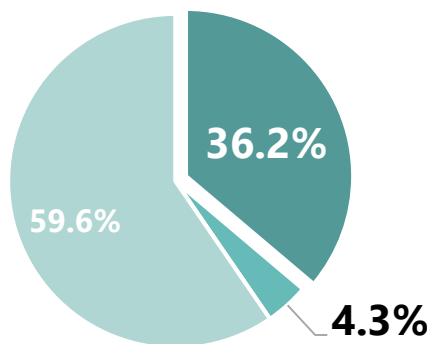
令和3年度に
利用した小児の
人数の把握

訪問看護



■ 把握している ■ 把握していない

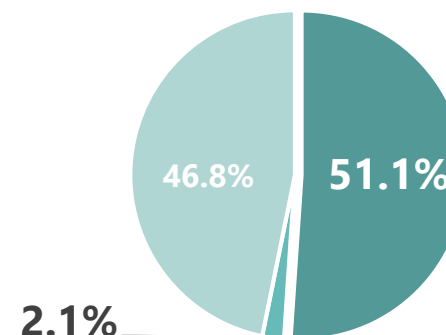
病院・診療所



■ 把握している ■ 一部把握している ■ 把握していない

小児に対応している
在宅医療機関等の
把握

訪問看護ステーション



■ 把握している ■ 一部把握している ■ 把握していない

小児在宅医療の体制整備に関する施策

- 厚生労働省では、小児も含めた在宅医療に係る高度な知識や経験を備えた医療従事者等の養成や、医療機関においてレスパイトに関する体制整備に係る費用の補助を行っている。
- 自治体において、地域医療介護総合確保基金を活用して小児在宅医療に関する基盤整備や人材育成を推進している事例がある。

在宅医療関連講師人材養成事業

目的：高齢者、小児、訪問看護、の各分野が連携して研修を行い、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養成する。

実施主体：国

事業の概要：研修プログラムの開発、研修の実施、地域での人材育成、地域での先進的な優良事例の横展開

予算額（R4）：23,421千円

日中一時支援事業

目的：N I C U等長期入院児の在宅医療中の定期的医学管理及び保護者の労力の一時支援を目的とする。

実施主体：都道府県、市町村、公的団体及び厚生労働大臣が適当と認める者

対象経費：病床確保経費、看護師等確保経費

予算額（R4）：23,986,380千円の内数
(医療提供体制推進事業費補助金)

地域医療介護総合確保基金の活用（令和2年度）

徳島県 小児在宅医療提供体制構築支援事業

医療的ケア児・者が安心して在宅療養できる環境を整備するため、小児在宅医療を提供する医師の養成のための研修会の実施、紹介窓口の設置、バックベッド体制の構築に係る経費の一部を支援する。

岡山県 小児訪問看護拡充事業

小児に対応できる訪問看護事業所の増加や連携強化等を図るため、小児訪問看護に関する基礎的知識や看護技術を学ぶ研修会・相談会を開催する。また、医療・保健・福祉・介護・教育等関係者との多職種連携を図る。

山形県 医療的ケア児支援者養成のための研修事業

成人在宅医に、小児の在宅医療にも対応してもらうための研修を実施する。具体的には、病院の主治医（小児科医）と共に患児の自宅での診療を行うことで、成人在宅医に小児の診察経験を積んでもらう。

※ R2年度都道府県計画の「居宅等の医療の提供に関する事業」からの抜粋。
事業の内容は、事業内容の一部を記載。

小括②

- 訪問看護の利用者数は、今後も高齢者の増加等により多くの地域で増加が見込まれる。
- 在宅医療の提供体制を確保するため、訪問看護事業所において、大規模化やグループ化、ICTの活用等の様々な取組が行われている。
- 小児の訪問診療利用者は約3,200人、訪問看護を利用している小児は約20,000人であり、そのうち半数程度が難病等や医療的ケア（基準告示第2の1）に該当する児である。
- 小児在宅医療については利用者数や提供機関数を把握できていない都道府県が多く、小児在宅医療の実態が必ずしも明確ではない。
- 厚生労働省による在宅医療関連講師人材養成事業、日中一時支援事業、地域医療介護総合確保基金を活用して、都道府県において小児在宅医療に関する基盤整備も進められている。

医療圏の設定について

二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、**一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること**

【出典】医療法施行規則 第三十条の二九(昭和二十三年厚生省令第五十号)

在宅医療圏について

5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

<在宅医療の体制構築に係る指針>

○圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、**退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確**にして、圏域を設定する。
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) **圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

「在宅医療を積極的に担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」

- 「在宅医療の体制構築に係る指針」において、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、医療計画に位置付けることが望ましいとされており、目標や求められる事項については記載があるが、設定や配置の目安については明記していない。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能との連携

(5) 在宅医療を積極的に担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

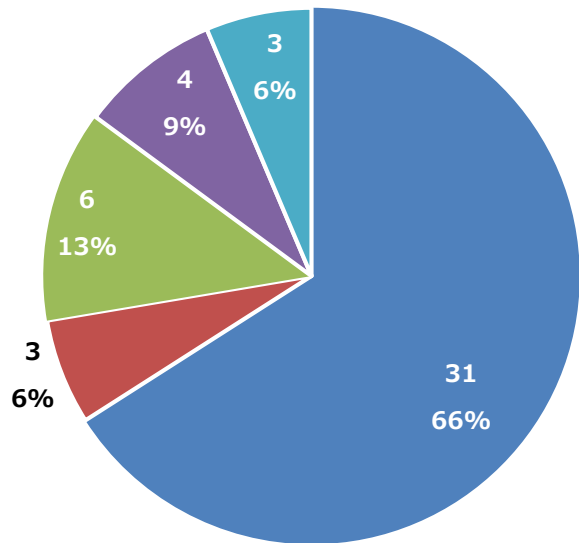
前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けることが望ましい。在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組や、障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも想定される。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和2年4月13日一部改正））より一部抜粋。

第7次医療計画における在宅医療に係る圏域等の記載内容について

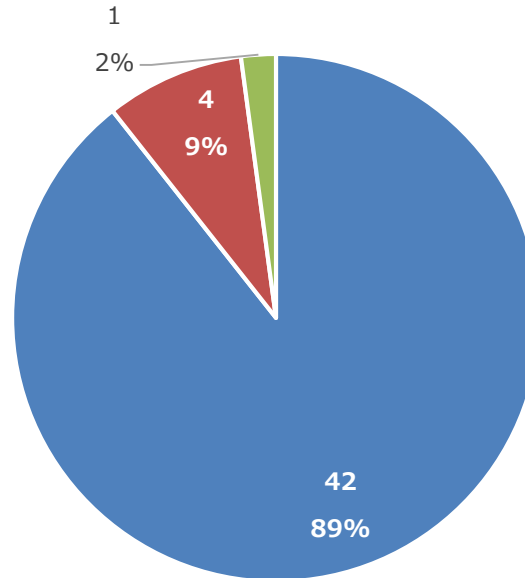
- 在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定単位は、二次医療圏としている都道府県が66%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療を積極的に担う医療機関」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容を記載しているのみとしている都道府県が90%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容を記載しているのみとしている都道府県が81%であった。

1. 在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定状況について (N=47)



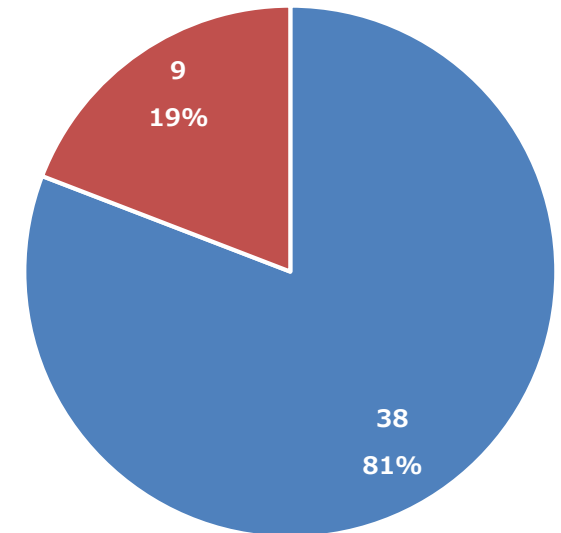
■ 二次医療圏 ■ 保健所圏域 ■ 郡市区医師会単位
■ 市町村単位 ■ その他

2. 在宅医療を積極的に担う医療機関に関する記載内容について (N=47)



■ 記載なし ■ 届出のある在支診・在支病の数や機関名をすべて記載
■ 医療圏ごとに定めあり

3. 在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する記載内容について (N=47)

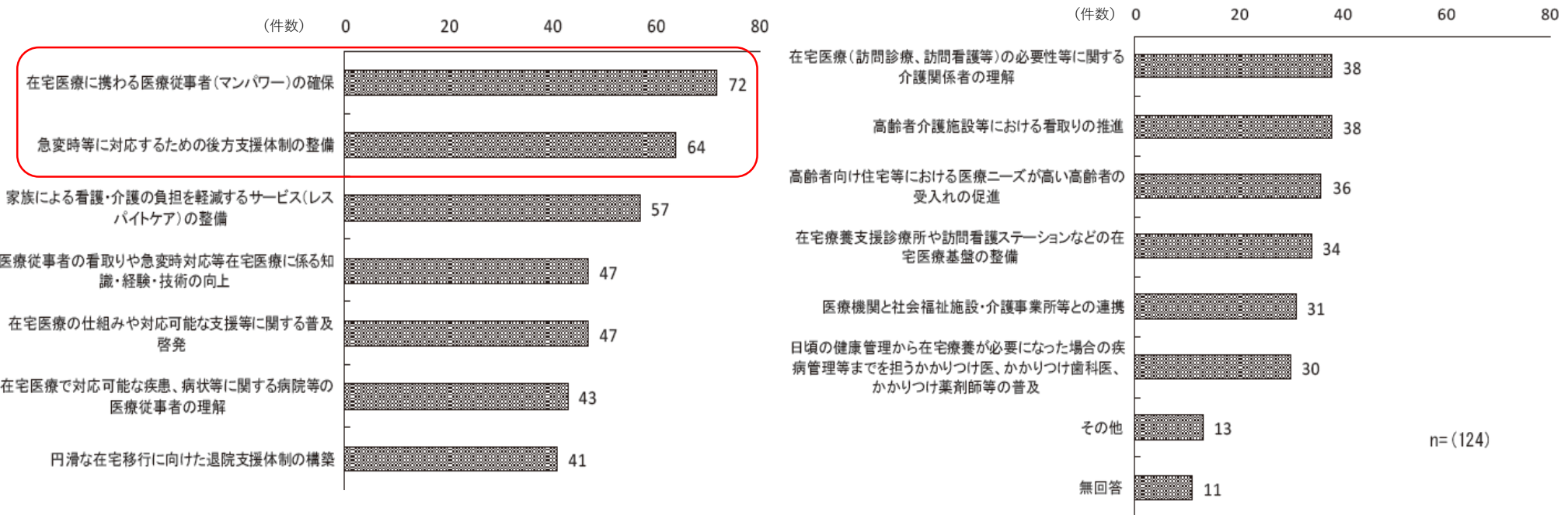


■ 記載なし ■ 設置あり

- 在宅医療の提供体制を整備していくに当たっては、現在の地域の在宅医療に係る体制の整備状況、介護サービス等との連携状況を踏まえ、適切な医療圏を設定することが必要である。
- 「在宅医療の提供体制構築に係る指針」において、記載が望ましいとされている「在宅医療を積極的に担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関して、多くの都道府県において具体的な記載がない。

地域の診療所における在宅医療を維持・推進する上での課題

○「在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書」（平成29年度）によると、地域の診療所で在宅医療を維持・推進する上での課題として、「在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保」が最も多く、次いで「急変時等に対応するための後方支援体制の整備」等が挙げられていた。



出典：H29年度医政局委託事業 在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

調査対象：岩手県、山形県、栃木県、東京都、千葉県、神奈川県、新潟県、福井県、長野県、静岡県、福岡県、長崎県、大分県の郡市区医師会等へ所属し、特に在宅医療を中心的に行っている124の診療所

地域で有効に機能している在宅医療連携モデル

○ 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。

訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ (千葉県柏市)

患者急変時のICTを活用した患者情報連携 (新潟県長岡市)

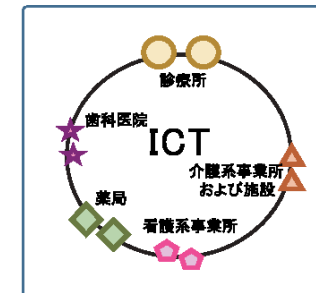
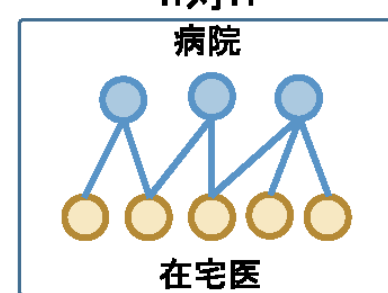
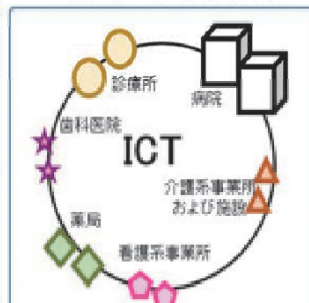
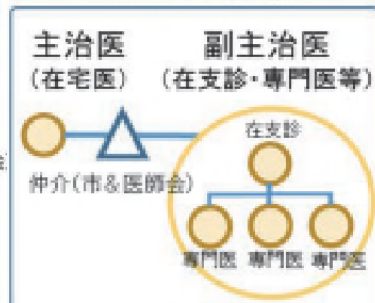
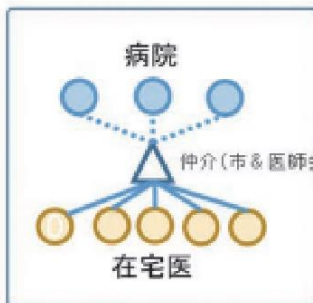
n対n(行政が仲介)

グループ診療

ICT活用の多職種連携

n対n

ICTを使用した多職種を含む水平連携



→柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。

○垂直連携(柏市が事務局として実施)

- ・病診連携：急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

○水平連携(主に、柏市と柏市医師会にて実施)

- ・診診連携：かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ
- ・多職種連携：情報共有システムの利活用
在宅医・多職種向け研修会の開催

○市民への在宅医療の支援：柏市地域医療連携センター※(柏市が設置)

- ・在宅主治医がいない市民の方に対して紹介
- ・多職種への『在宅医療多職種連携研修会』等の実施

※土地提供は柏市、建物は柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建立。

→医師会が中心となって、長岡市の協力を得て、医師と訪問看護師グループの連携が実現。

○垂直連携(医師会及び市内10病院で実施)

- ・救急医療機関との後方支援体制や地域の医療機関とのバックアップ体制を構築。

→長岡地域救急懇談会(事務局：消防署、2か月に1回程度)において、病院関係者・医師会・市役所・警察署・弁護士会・報道機関が参加し、地域の救急体制について議論を実施。

○水平連携(長岡市・医師会・訪問看護ステーション協会にて実施)

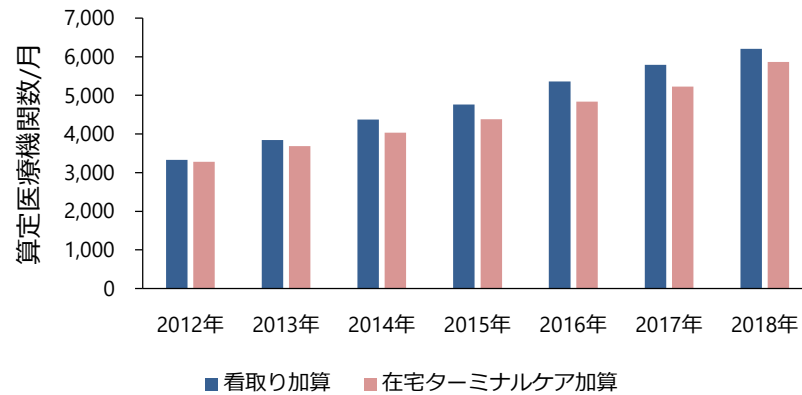
- ・ICTを利用した、多職種間で患者情報を連携(医師会)
- 長岡フェニックスネットワーク協議会(事務局：医師会、年2回程度)で、長岡市、訪問看護ステーション協会、歯科医師会、薬剤師会の各団体が参加し、連携ルールの構築や課題等について協議。

出典：H29年度医政局委託事業 在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

在宅等における看取り機能の推移

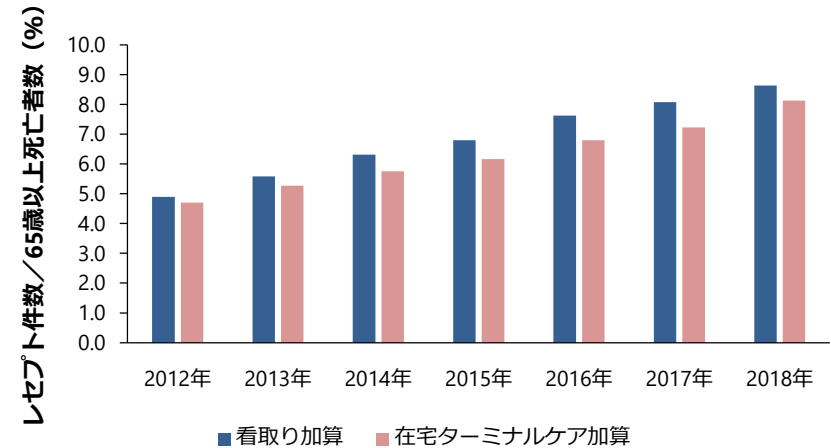
- 高齢者の増加に伴い、看取り加算及び在宅ターミナルケア加算の件数や算定している医療機関数は増加傾向。
- 65歳以上の死亡者数における看取り加算及び在宅ターミナルケア加算の件数割合も僅かながら増加傾向。

看取り加算及び在宅ターミナルケア加算
を算定した医療機関数

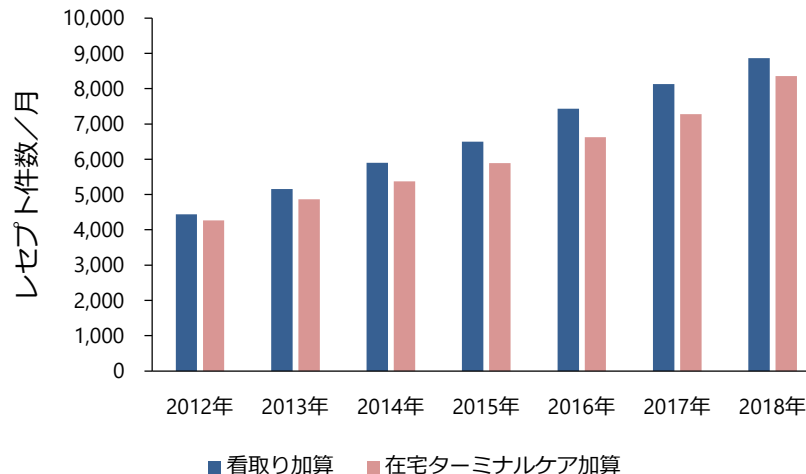


65歳以上の死亡者数に占める

看取り加算及び在宅ターミナルケア加算件数の割合



看取り加算及びターミナルケア加算のレセプト件数



※看取り加算（在宅患者訪問診療料における加算）

事前に当該患者又はその家族に対して、療養上の不安等を解消するため十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定可能。

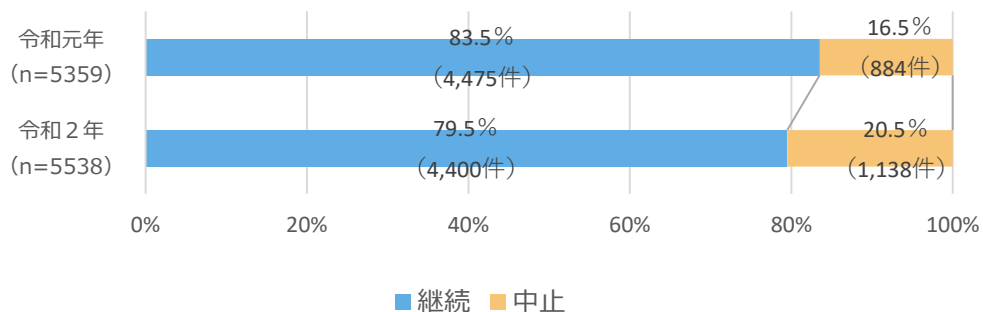
※在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料における加算）
死亡日及び死亡前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定可能。

心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動

- 消防庁によると、救急隊が出動した後、心肺機能停止状態の傷病者が「心肺蘇生を拒否する意思表示」をしていたことを、医師や家族等から伝えられた事案は、令和元年で5,359件、令和2年で5,538件であった。
- その中で「心肺蘇生の継続」、「搬送」となった割合は相対的に高いものの、「心肺蘇生の中止」、「不搬送」となった件数は、増加傾向にある。

①心肺蘇生の継続又は中止*

*心肺蘇生を行わなかった場合は「中止」に含まれる

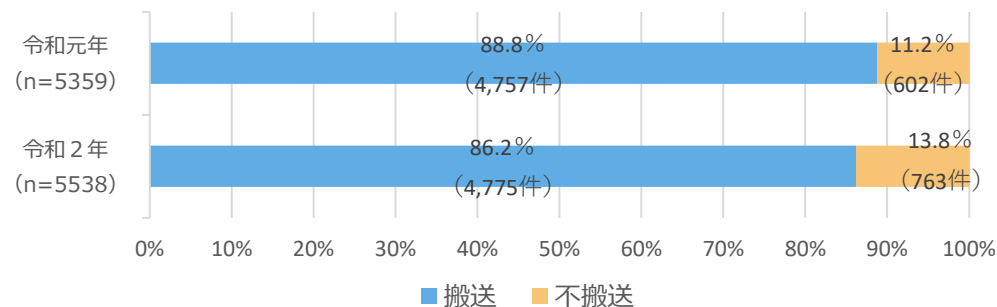


<参考>

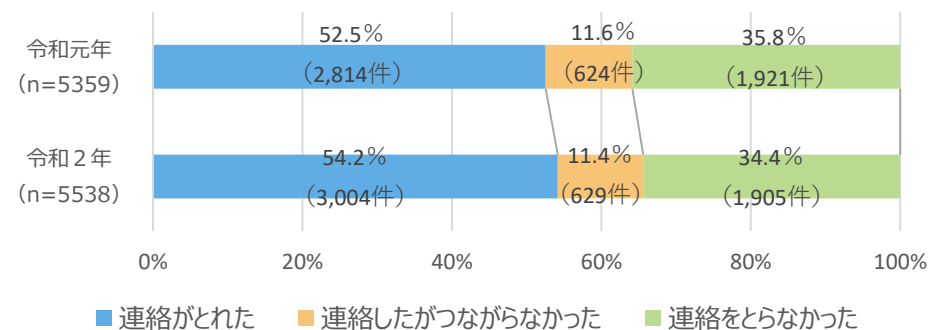
全救急出動件数：6,639,767件（令和元年）
5,935,694件（令和2年）

出典：「令和3年版 救急・救助の現況（総務省消防庁）」

②救急搬送の有無



③かかりつけ医への連絡の有無

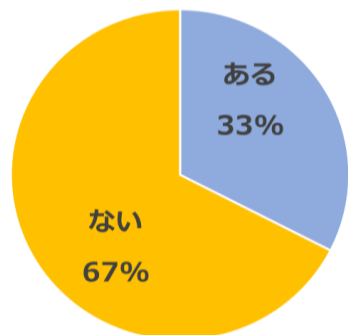


※出典：「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数調査」
平成31年1月1日～令和2年12月31日に全国の消防本部に調査を実施。

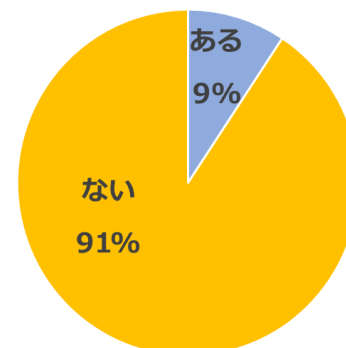
在宅医療を受けている患者の救急搬送への対応状況

厚生労働省が都道府県に対し、市町村の在宅療養患者の救急搬送ルール等に関する支援体制を調査した結果は以下のとおりであった。

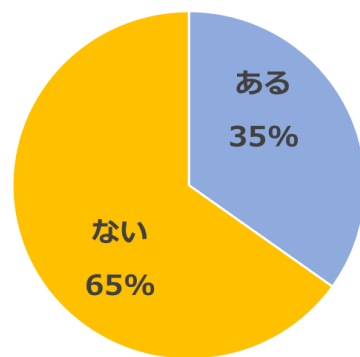
①在宅療養患者本人の診療・DNAR等の情報を関係職種で共有できるようなルールやツール等の作成の有無 (n=43)



②在宅療養患者における救急搬送について受入医療機関の指定等を含むルールの作成の有無 (n=43)



③消防機関と都道府県との間で、DNAR等の方針が示されている在宅療養患者の救急搬送の取り決めの有無 (n=43)



【作成している搬送ルール（例）】

- 脳卒中患者は県内を4ブロックにわけてその中で急性期病院に搬送するルールが消防と共有できている。
- 二次医療圏域ごとに、病院の機能分化を進めており、それぞれ関係団体で共有されている。
- 傷病者の状態に応じて受入れ実施基準等に基づいて搬送先医療機関を選定している。

※出典：在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書（令和3年度 厚生労働省委託事業）
令和4年1月に、47都道府県に調査を実施。（有効回答率：91.5%）

「在宅医療の体制構築に係る指針」における災害関連の記載事項

第2 医療体制の構築に必要な事項

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

① 目標（略）

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- ・ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること※
- ・ **災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること**
- ・ 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること
- ・ 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

（中略）

(3)～(4)（略）

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

① 目標

- ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・ **災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと**
- ・ 患者の家族への支援を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・ **災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと**
- ・ 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すること
- ・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
- ・ 地域住民に対し、在宅医療の内容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を行うこと

(6)（略）

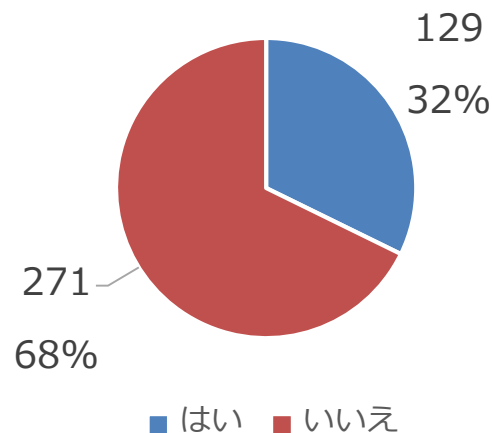
在宅療養支援病院等におけるBCPの策定状況について

医療機関におけるBCP策定として求めていること

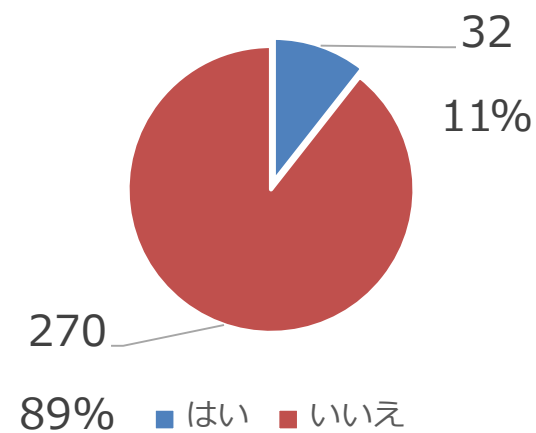
- 「在宅医療の体制構築に係る指針」（平成29年3月31日 医政地発0331第3号）において、在宅医療に係る機関は「災害時にも適切な医療を提供するための計画」の策定が求められている。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関は当該計画に加え、さらに他の医療機関等の計画策定等の支援を行うことが求められている。
- 「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日 医政発0321第2号）において全医療機関及び都道府県に対して以下のように依頼。
「医療機関は自ら被災することを想定して**災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたいこと。**
また、**人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は、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おくことが望ましいこと。**なお、**都道府県はこれらの策定状況について確認を行うことが望ましいこと。**」

令和2年1月以前（新型コロナウイルス感染症拡大以前）の事業継続計画（BCP）策定状況について、在宅療養支援病院等に対し、調査を実施した結果は以下のとおりであった。

在宅療養支援病院（N=400）



在宅療養支援診療所（N=302）



※出典：「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、在宅医療・介護提供体制の強化のための研究」（令和2年度厚生労働科学特別研究事業 分担研究報告書）
令和2年12月～令和3年2月に、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所に対し、インターネット上で自記式調査票を用いた調査を実施した。

在宅医療機関での業務継続計画(BCP)の策定

- ◆ 在宅医療機関が被災した場合、発災後の在宅療養患者の安否確認を含め、人工呼吸器等の医療機器を使用している患者等をかかえる医療機関も多く、緊急性も高く、事業の継続が必要となり、BCPの策定は重要である。
- ◆ しかし、診療所を始め在宅医療・介護を担う事業所は小規模体が多いため、BCPの策定率も低く、策定したBCPの運用（BCM: Business Continuity Management）面での課題も多い。
- ◆ そのため、厚生労働省では、「在宅医療の事業継続計画策定に係る研究」（令和3年度厚生労働科学特別研究事業）において、「BCP作成の手引き（案）」を策定した。

BCP/BCMのステップ

ステップ1：プログラムの導入と組織構築

→基本方針と目的の明確化、組織づくり

ステップ2：リスクアセスメント

→遭遇する可能性のある“リスク”が起きる頻度と、それによる影響を明確にした上で、これらに対する備えを検討する

ステップ3：緊急・初期対応（インシデントマネジメント）

→いわゆる災害時対応マニュアル(事象ごとに作成：地震、水害、感染症等)

ステップ4：業務影響分析(BIA)

→日々の業務の棚卸、その中から重要業務の抽出、経営資源・収入へ影響、ボトルネックの分析

ステップ5：業務継続のための戦略(BCS)

ステップ6：業務継続計画(BCP)の開発と構築

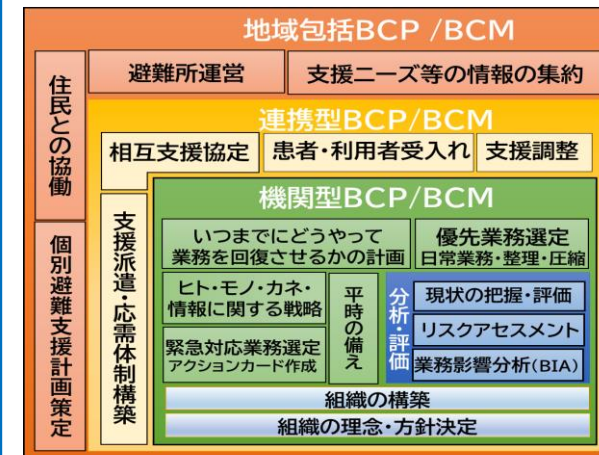
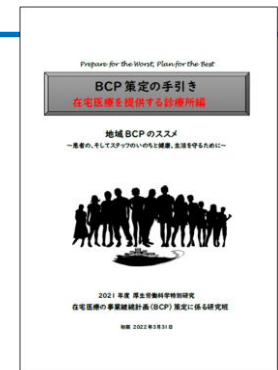
→業務継続のための戦略(方針)、戦法(作戦)、戦術(具体的な方法)を検討、BCPの開発

ステップ7：連携型BCPの作成/地域包括BCPの策定

→有事の際の支援派遣、支援応需の相互支援協定を含む、主に同種事業所間の連携によるBCPを備える。さらには、地域全体の医療・ケア提供の継続と早期復旧を目指す地域包括BCP策定

ステップ8：業務継続マネジメントBCM(演習・評価・維持プログラム含む)

→BCPが緊急時に有効に機能するためには、スタッフへの教育・演習を実施するなどの平常時のマネジメントが重要。そして常に“備え”のある状態を維持するために、“演習・評価・維持”するプログラムの構築が必要であり、これら一連の管理プロセスであるBCM(事業継続マネジメント)を確立



在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業

令和4年度予算額（令和3年度当初予算額）：15百万円（新規）

1 事業の目的

<現状・課題>

- 在宅医療を担う機関は、自然災害や今般の新型コロナ等、医療設備への被害、従業員が感染した場合等においても、在宅療養患者に対し、在宅医療の診療体制を維持し継続的な医療提供をすることが求められる。
- 病院等の一定程度の規模を持つ医療機関では、BCPの策定等を通じて、災害時における医療提供体制が強化されつつある。一方、在宅医療機関等は小規模であり、BCP策定等を行うにも体制が脆弱な上、病院と違い、患者が在宅で療養している等の特性があり、これまでのBCPの枠組みでは対応しきれない部分がある。
- 「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ（令和2年3月2日）」において、第8次医療計画に向けて災害対応を含めた在宅医療のあり方について検討することとされており、積極的な体制構築に向けた取組が必要である。

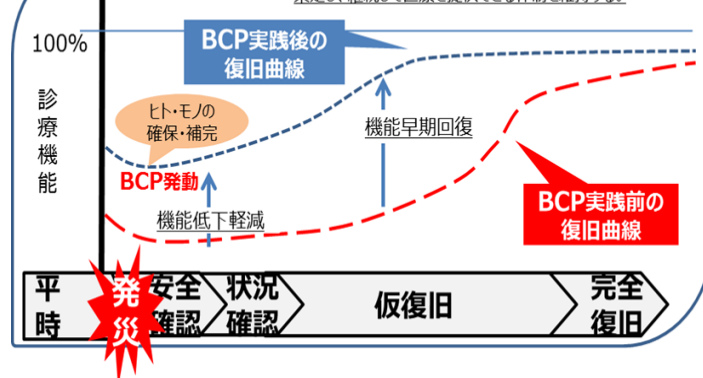
<対応>

- 数力所の機関におけるBCP策定の試行も実施しつつ、在宅版のBCP策定に関する手引きを作成するとともに、BCP策定促進に向けた研修会の開催等を進める。
- 在宅医療は、在宅医療受療者を取り巻く様々な職種や機関等の連携で成り立っており、地域内での有機的な繋がりが不可欠であるため、関係諸機関との連携を見据えた連携型BCP、さらには地域包括ケアシステムにおける役割や関係性を念頭に置いた地域包括型BCPへのスケールアップを図り、地域における在宅医療版BCPの実装化につなげる。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

BCPの概念

災害時の診療機能の低下軽減・早期回復の方策＝BCPを策定し、継続して医療を提供できる体制を維持する。



実施主体

委託事業：シード・プランニング

令和4年度

令和5年度～



策定支援等



①BCPの試行的策定および在宅版BCP策定に関する手引きの作成



②BCP策定促進に向けた研修会の実施

令和4年度～

③連携型BCP・地域包括型BCPの実装化の検討



小括④

- 地域の診療所で在宅医療を維持・推進する上での課題として、「在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保」、「急変時等に対応するための後方支援体制の整備」等が挙げられている。
- 心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動について、心肺蘇生を中止、救急不搬送、かかりつけ医への連絡がとれた事案の割合の増加がみられたが、依然として、心肺蘇生の継続や搬送となった割合等も相対的に高い状況である。
- 在宅医療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携を含む水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みをICT等を活用している都道府県もある。
- 「在宅医療の提供体制構築に係る指針」において、在宅医療における積極的役割を担う医療機関に求められる事項として、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うことが記載されている。
- 令和2年1月以前に、BCPを策定している在宅療養支援病院が32%、在宅療養支援診療所が11%であり、策定率は低い状況にある。

「在宅医療の体制構築に係る指針」の多職種連携に関する記載について①

- 「在宅医療の体制構築に係る指針」においては、日常の療養支援の目標として、患者の疾患、重症度に応じた医療が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されることが掲げられており、多職種による情報共有の促進を図ることが求められている。
- 日常の療養支援の中で、在宅医療に係る機関においては、医薬品等の供給を円滑に行うための体制を整備することや身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築することも、求められている。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) (略)

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

① 目標

- **患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケアを含む。)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること**

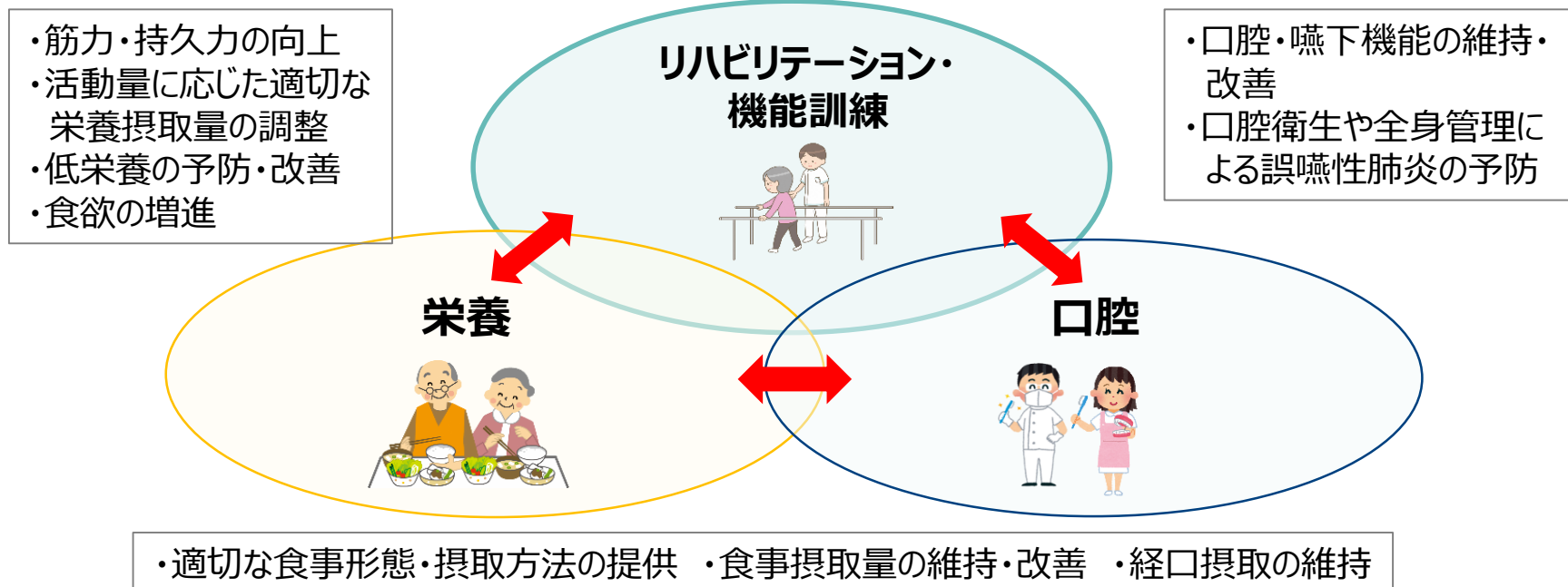
② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- **相互の連携により、患者のニーズに対応した医療**や介護、障害福祉サービスが**包括的に提供される体制を確保すること**
- **医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること**
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- がん患者(緩和ケア体制の整備)、認知症患者(身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介)、小児患者(小児の入院機能を有する医療機関との連携)等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること
- 災害時にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。)を策定すること
- **医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること**
- **身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること**

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

※歯科訪問診療を実施している医療機関数を、当該都道府県の医療機関数で割算

**医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理**

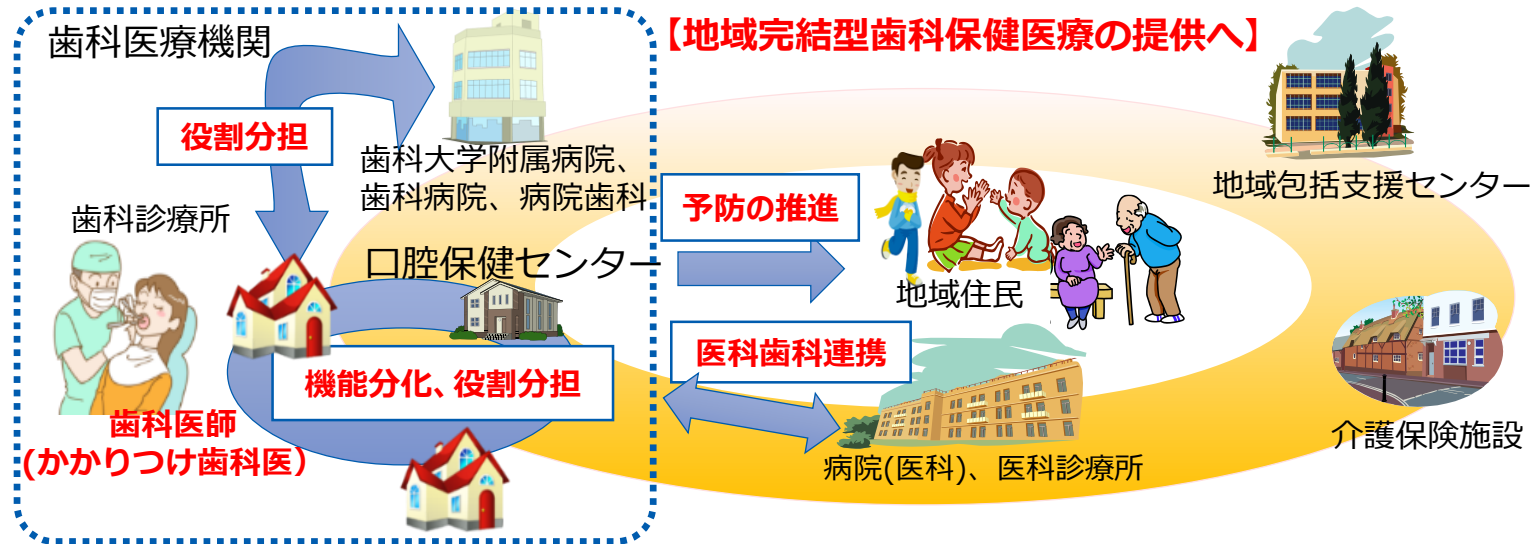


- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

歯科保健医療ビジョン（平成29年12月）

高齢化の進展や歯科保健医療の需要の変化を踏まえた、これからの歯科保健医療の提供体制について、歯科医療従事者等が目指すべき姿を提言したもの。

歯科保健医療の需要と提供体制の目指すべき姿（イメージ図）



◆ 歯科医師の資質向上等に関する検討会

（平成27年1月～座長：江藤一洋（医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長））

<趣旨> 小児のう蝕罹患率の低下や8020達成者の増加，高齢化の進展に伴う歯科医療機関を受診する患者像の高齢化・多様化等の状況に鑑み、**国民のニーズに基づき質の高い歯科医療を提供すること等を目的として、歯科医師の資質向上等に関する事項について総合的に議論を行う。**

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等 の一部を改正する法律（令和元年法律第63号）の概要

第11回薬剤師の養成及び資
質向上等に関する検討会

資料
1

令和4年1月20日

改正の趣旨

国民のニーズに応える優れた医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するとともに、住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができる環境を整備するため、制度の見直しを行う。

改正の概要

1. 医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するための開発から市販後までの制度改善

- (1) 「先駆け審査指定制度※」の法制化、小児の用法用量設定といった特定用途医薬品等への優先審査等
※先駆け審査指定制度 … 世界に先駆けて開発され早期の治験段階で著明な有効性が見込まれる医薬品等を指定し、優先審査等の対象とする仕組み
- (2) 「条件付き早期承認制度※」の法制化
※条件付き早期承認制度 … 患者数が少ない等により治験に長期間を要する医薬品等を、一定の有効性・安全性を前提に、条件付きで早期に承認する仕組み
- (3) 最終的な製品の有効性、安全性に影響を及ぼさない医薬品等の製造方法等の変更について、事前に厚生労働大臣が確認した計画に沿って変更する場合には、承認制から届出制に見直し
- (4) 継続的な改善・改良が行われる医療機器の特性やAI等による技術革新等に適切に対応する医療機器の承認制度の導入
- (5) 適正使用の最新情報を医療現場に速やかに提供するため、添付文書の電子的な方法による提供の原則化
- (6) トレーサビリティ向上のため、医薬品等の包装等へのバーコード等の表示の義務付け 等

2. 住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようにするための薬剤師・薬局のあり方の見直し

- (1) 薬剤師が、調剤時に限らず、必要に応じて患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導を行う義務 } を法制化
薬局薬剤師が、患者の薬剤の使用に関する情報を他医療提供施設の医師等に提供する努力義務 }
- (2) 患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、機能別の薬局※の知事認定制度（名称独占）を導入
※①入退院時や在宅医療に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（地域連携薬局）
②がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）
- (3) 服薬指導について、対面義務の例外として、一定のルールの下で、テレビ電話等による服薬指導を規定 等

3. 信頼確保のための法令遵守体制等の整備

- (1) 許可等業者に対する法令遵守体制の整備（業務監督体制の整備、経営陣と現場責任者の責任の明確化等）の義務付け
- (2) 虚偽・誇大広告による医薬品等の販売に対する課徴金制度の創設
- (3) 国内未承認の医薬品等の輸入に係る確認制度（薬監証明制度）の法制化、麻薬取締官等による捜査対象化
- (4) 医薬品として用いる覚せい剤原料について、医薬品として用いる麻薬と同様、自己の治療目的の携行輸入等の許可制度を導入 等

4. その他

- (1) 医薬品等の安全性の確保や危害の発生防止等に関する施策の実施状況を評価・監視する医薬品等行政評価・監視委員会の設置
- (2) 科学技術の発展等を踏まえた採血の制限の緩和 等

施行期日

令和2年9月1日（ただし、1.(3)のうち医薬品及び再生医療等製品について、1.(5)、2.(2)及び3.(1)(2)については令和3年8月1日、1.(6)については令和4年12月1日、3.(4)については令和2年4月1日）

特定の機能を有する薬局の認定

第11回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会

資料1改

令和4年1月20日

- 薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、**患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。**（都道府県知事の認定、1年ごとの更新）

・**入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域連携薬局）**



患者のための薬局ビジョンの「かかりつけ薬剤師・薬局機能」に対応

・**がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）**



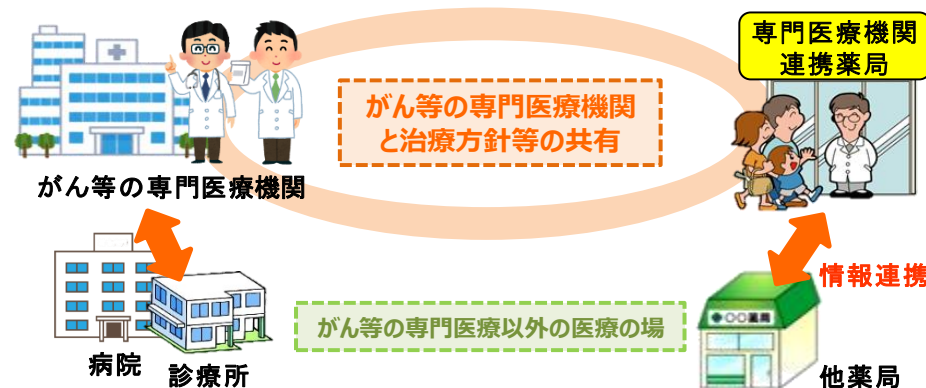
患者のための薬局ビジョンの「高度薬学管理機能」に対応

地域連携薬局



専門医療機関連携薬局

※傷病の区分ごとに認定
（現在規定している区分は「がん」）



〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

等

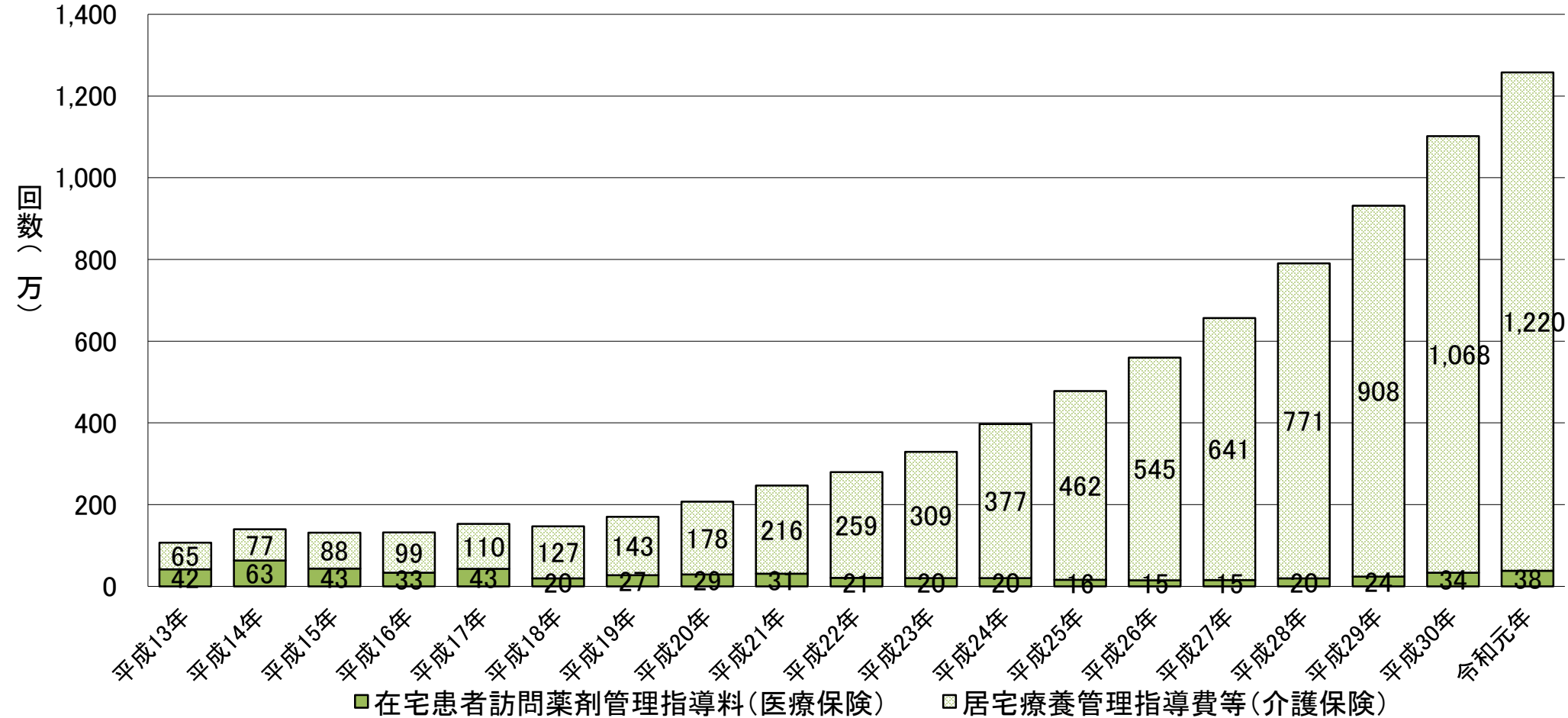
〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等）
 - ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置
- 等
- ＜専門性の認定を行う団体＞
- 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん））
 - 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

中医協 総-5
3. 7. 14

- 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数は横ばいだが、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びている。全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。

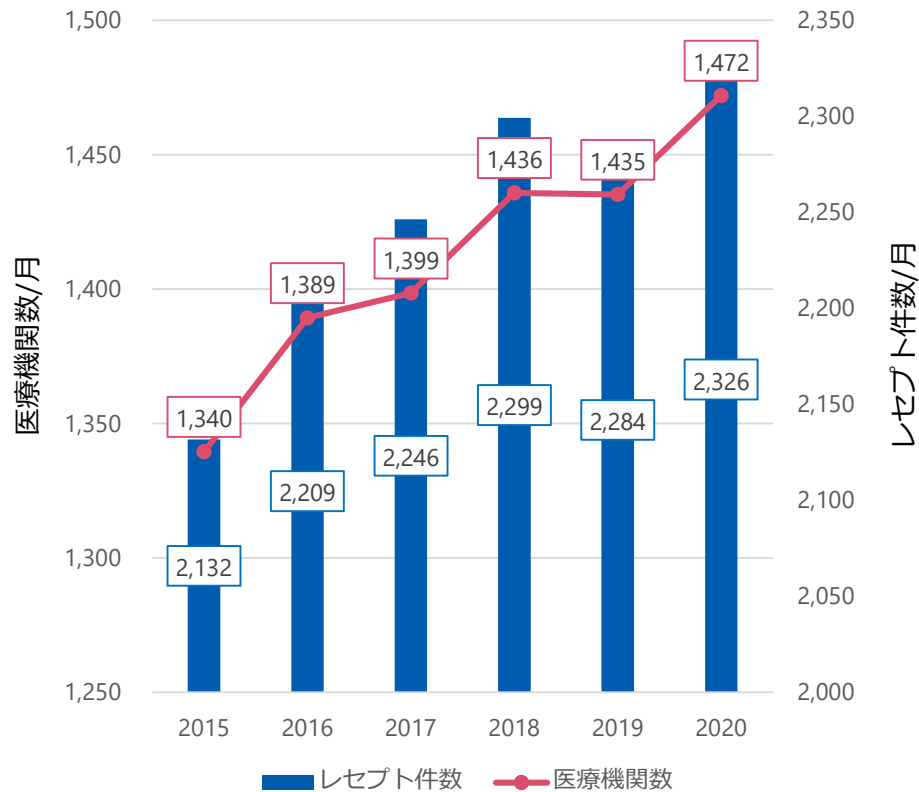


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

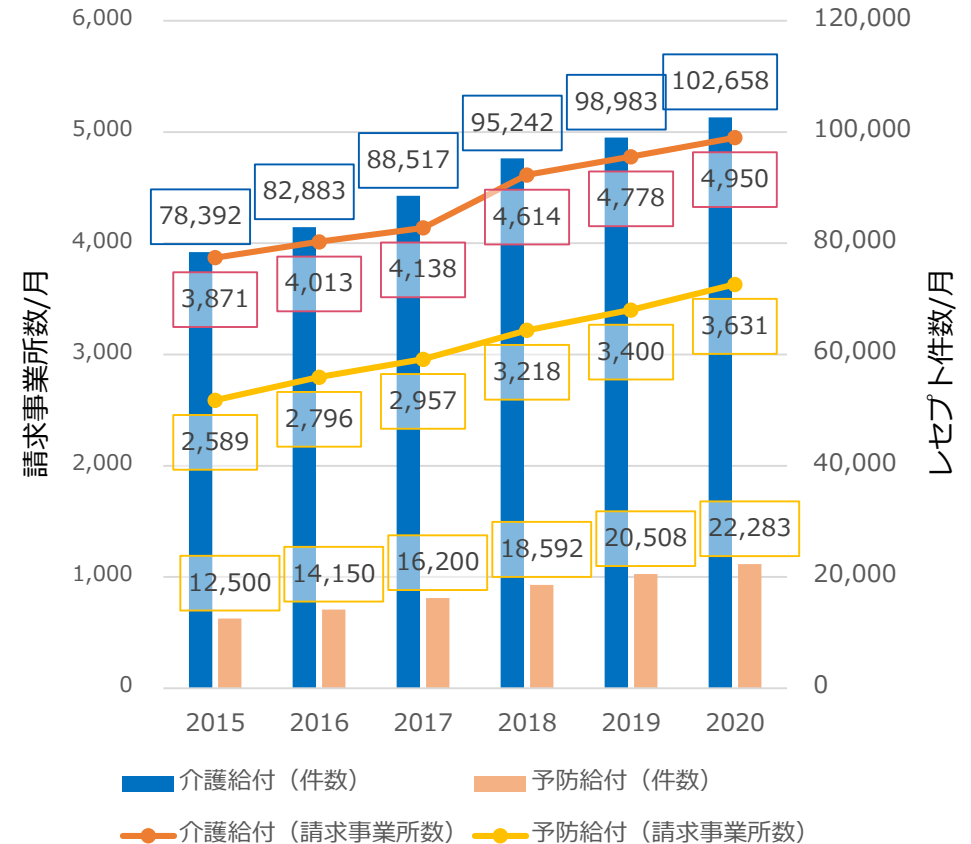
保険区分による訪問リハビリテーションの件数

- 医療保険における訪問リハビリテーションを算定している医療機関数およびレセプト件数は増加をみとめており、介護保険における訪問リハビリテーションにおいても事業所数、レセプト件数ともに、介護給付、予防給付双方で増加をみとめる。
- 医療保険での訪問リハビリテーション利用者数と比較し、介護保険での利用者数が多い。

医療保険における訪問リハビリテーション



介護保険における訪問リハビリテーション



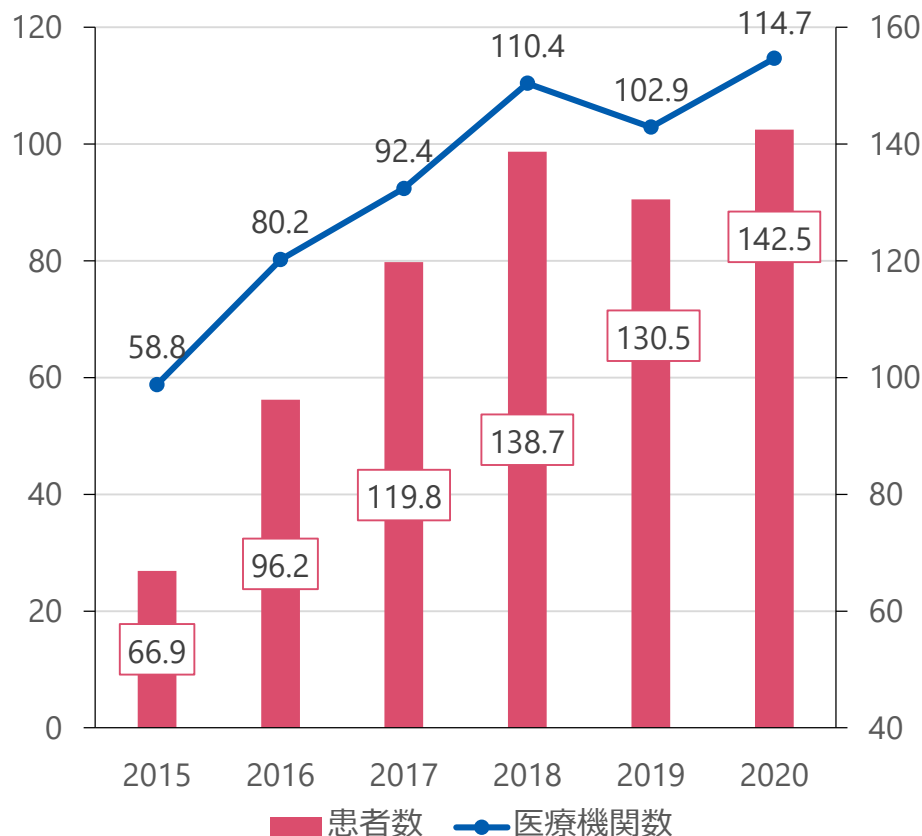
【出典】国保データベース（KDB）（2015年～2020年度診療分）
 ※ レセプト件数：在宅患者訪問リハビリテーション管理指導料
 ※ 医療機関数：1ヶ月あたりにサービス算定をした医療機関数
 ※ 月あたりの平均患者数
 ※ 京都府を除く

【出典】介護給付費実態統計（2015年～2020年度分）
 ※ レセプト件数：介護給付費等実態統計における各年度の累計値を12で除したのもの
 ※ 事業所数：年報値における翌年度4月審査分のもの

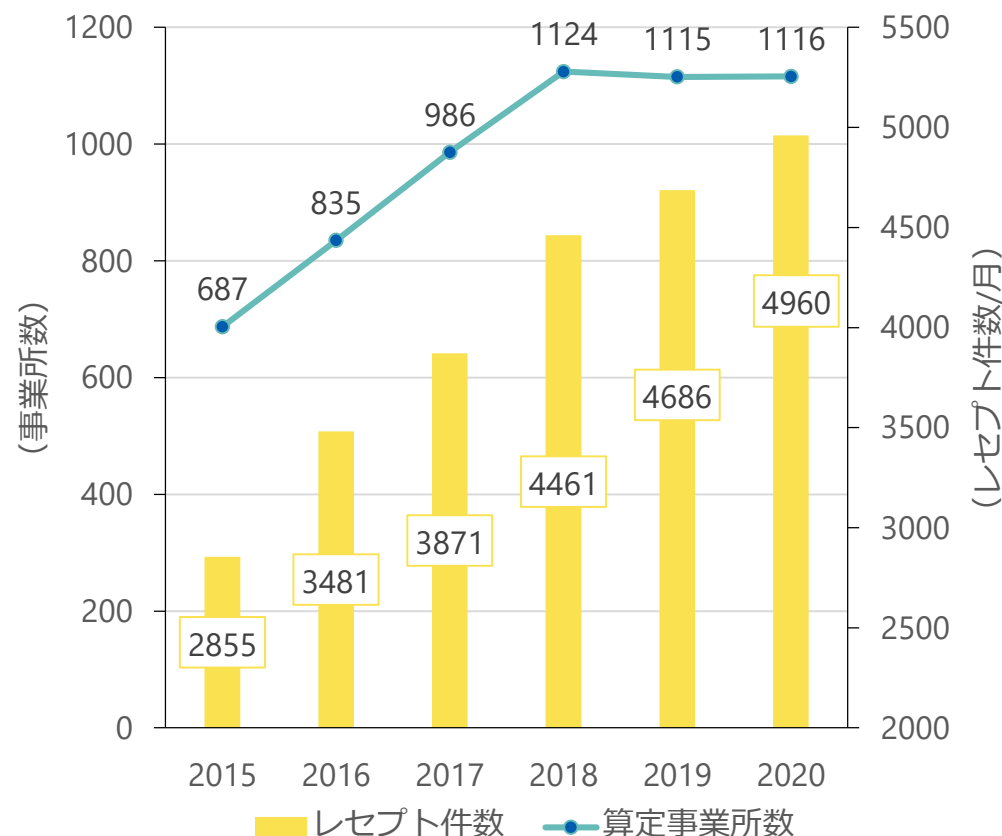
在宅での栄養食事管理の実施状況について

- 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定している医療機関数や患者数は、増加している。
- 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定事業所数は横ばいであるが、レセプト件数は年々増加している。
- 在宅での栄養食事管理の対象となっている患者は、要介護認定を受けている患者がほとんどである。

在宅患者訪問栄養食事指導



管理栄養士による居宅療養管理指導



【出典】国保データベース（KDB）（2015～2020年度診療分）
 算定項目：在宅患者訪問栄養食事指導料
 ※医療機関数：1ヶ月あたりにサービス算定をした事業所数
 ※月当たりの平均患者数
 ※京都府を除く

【出典】介護DB 任意集計（2015～2020年度分）
 サービス種類：管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ、介護予防管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ
 ※事業所数：サービス算定をした事業所数
 ※レセプト件数：サービスのレセプト件数/月（年度のサービスのレセプト件数を12で除した値）
 ※県外の事業所による算定は除く

小括⑤

- リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待される。
- 訪問歯科診療においては、①地域の訪問歯科診療のニーズに対応すること、②病診連携、多職種連携に着目した体制構築を図ることは重要である。
- 薬物療法の有効性及び安全性の確保の観点から、令和元年の薬機法改正により導入された地域連携薬局を始め、在宅医療における薬局の更なる役割が期待される。
- 在宅医療を受ける患者へのリハビリテーションや管理栄養士による栄養食事指導を受ける患者数や事業所数等も年々増加している。