

在宅医療に関する施策について

平成28年3月18日

厚生労働省医政局地域医療計画課

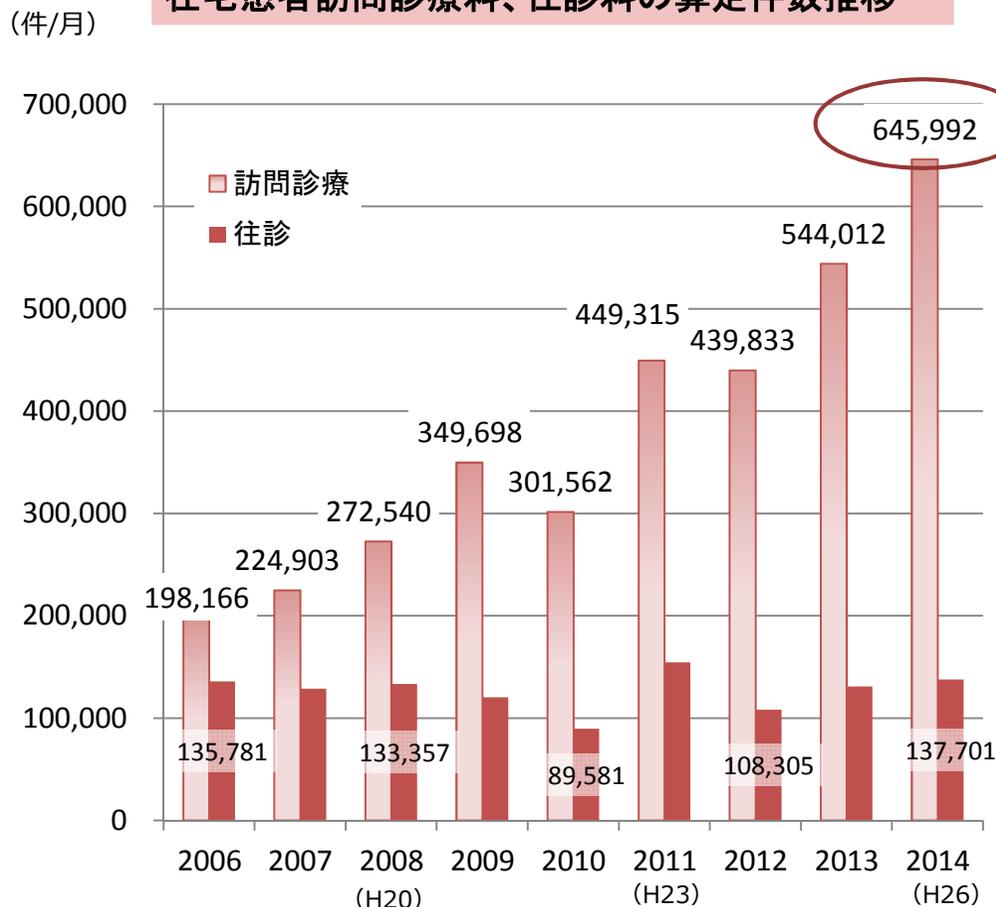
背景、現状

在宅医療を受ける患者の動向

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

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

在宅患者訪問診療料、往診料の算定件数推移



在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

(件/月、%)

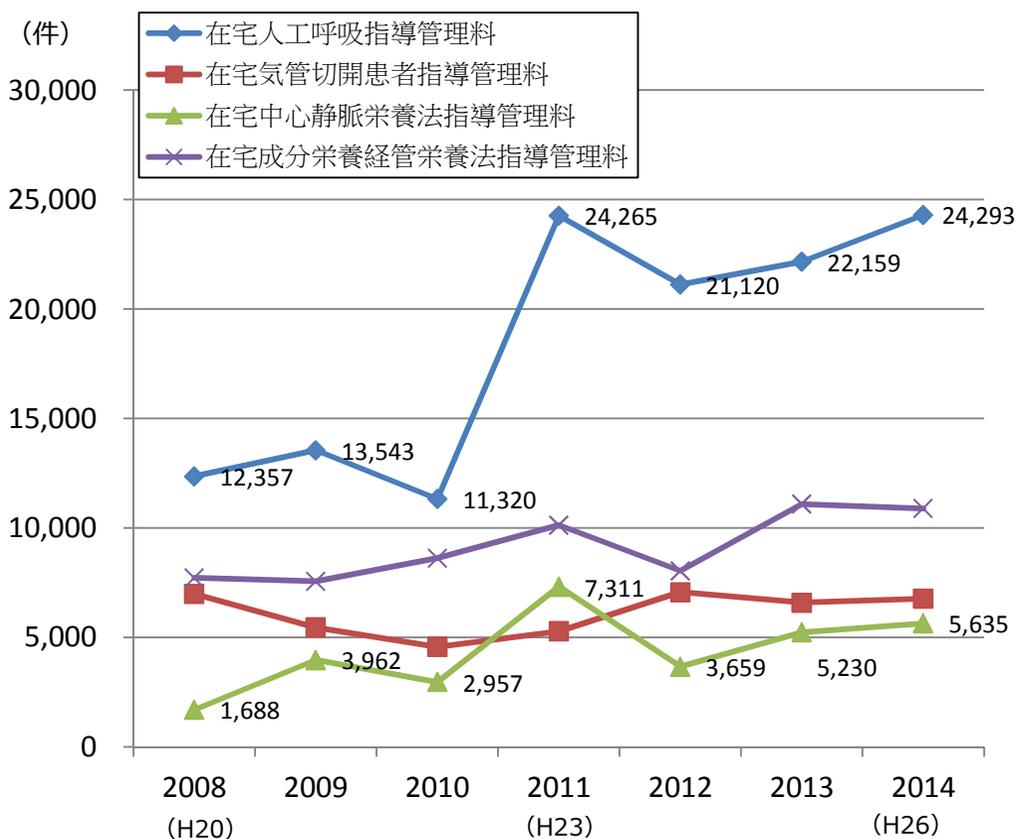
	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H26)
計	272,540	449,315	645,992
0-4歳	0 (0.0%)	38 (0.0%)	448 (0.1%)
5-19歳	0 (0.0%)	1,085 (0.2%)	1,046 (0.2%)
20-39歳	2,502 (0.9%)	3,499 (0.8%)	3,770 (0.6%)
40-64歳	12,443 (4.6%)	23,074 (5.1%)	19,004 (2.9%)
65-74歳	31,488 (11.6%)	35,384 (7.9%)	46,713 (7.2%)
75-84歳	93,044 (34.1%)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

出典：社会医療診療行為別調査（厚生労働省）

在宅で行われる医療処置の動向

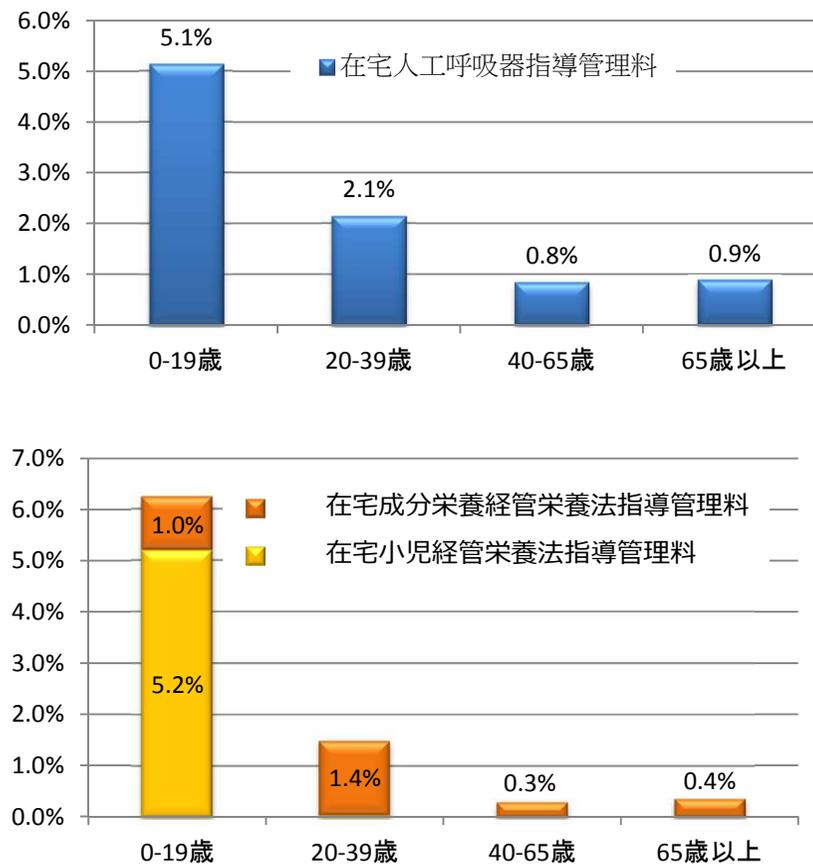
- 人工呼吸器や中心静脈栄養など特別な処置を受ける在宅医療患者も一定数おり、またその数も徐々に増加している。
- 年齢階級別でみると、特に小児について、在宅人工呼吸、経管栄養など特別な処置が必要な患者の占める割合が高い。

在宅医療患者に対する医療処置の状況



出典：社会医療診療行為別調査（厚生労働省）

在宅患者に対する医療処置の状況（年齢階級別）

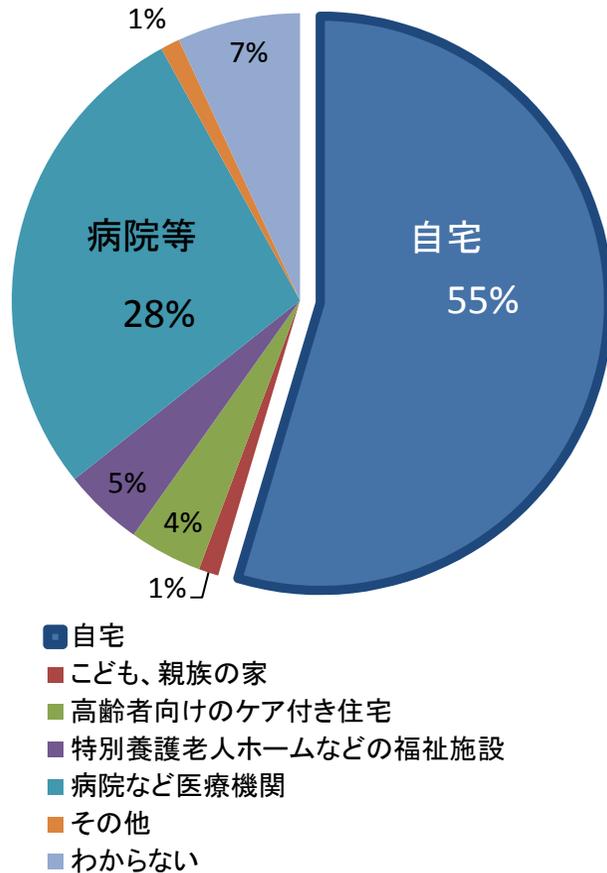


出典：平成25年社会医療診療行為別調査（厚生労働省）

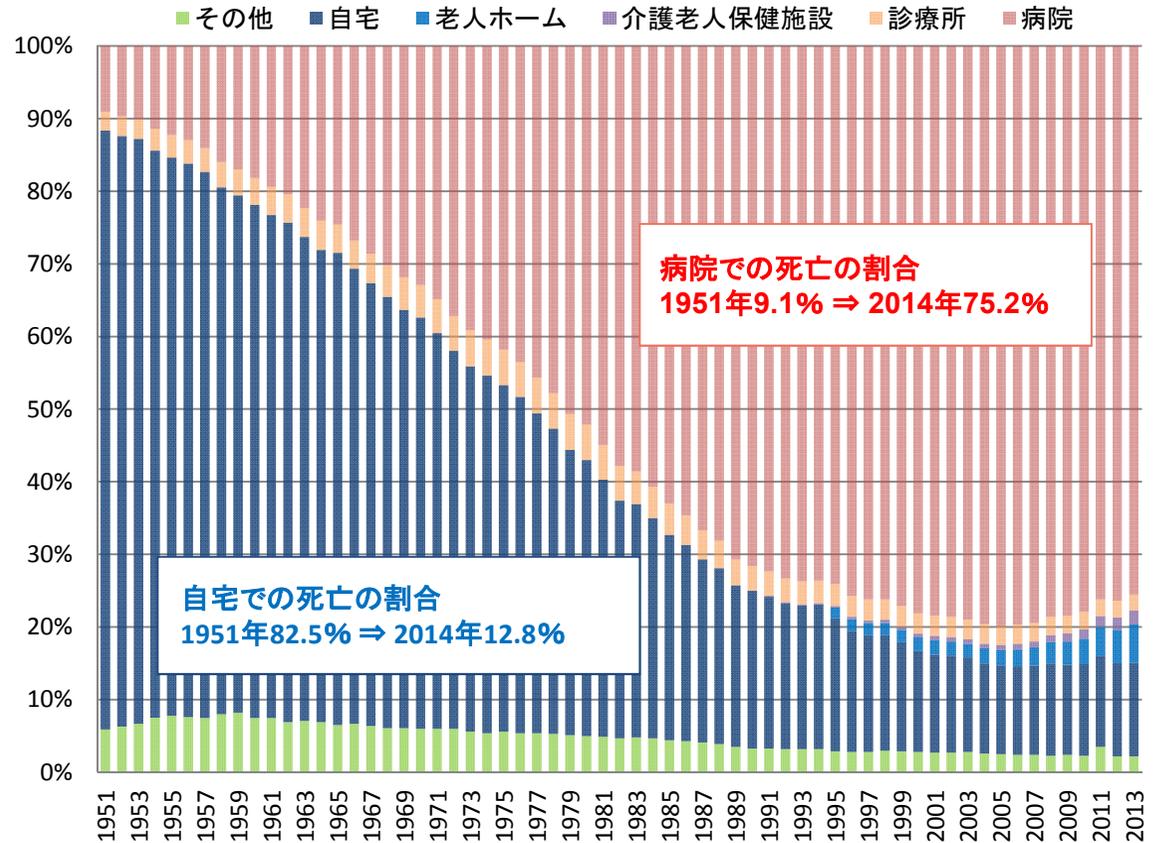
死亡場所の推移

- 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている。

最期を迎えたい場所



死亡の場所の推移



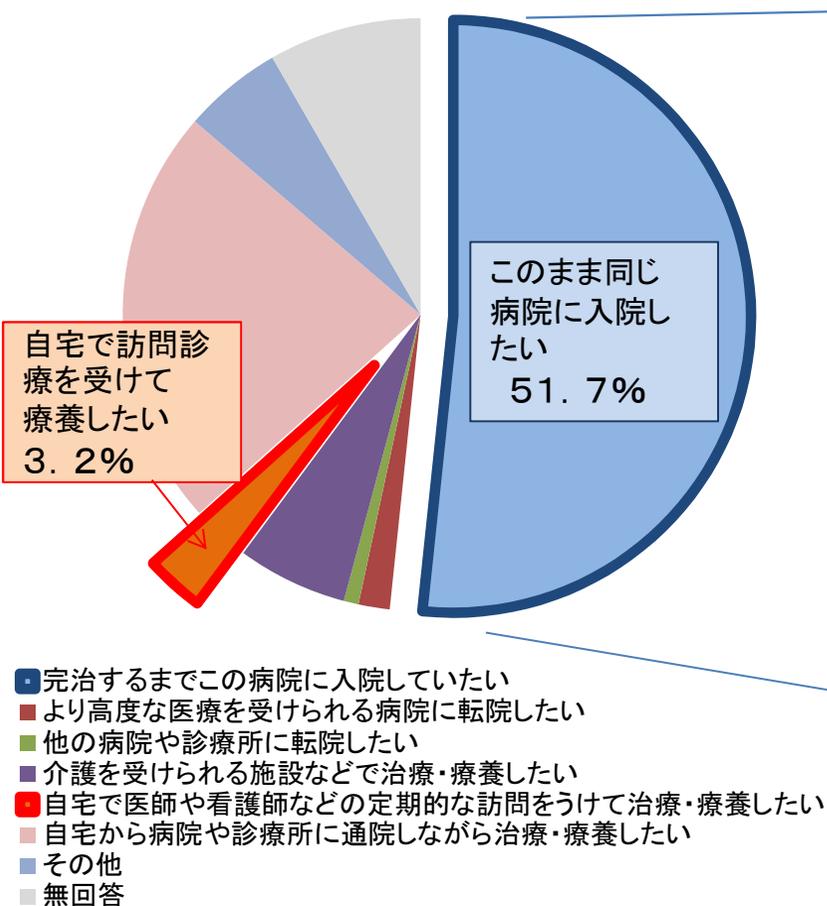
出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

出典：平成26年人口動態調査

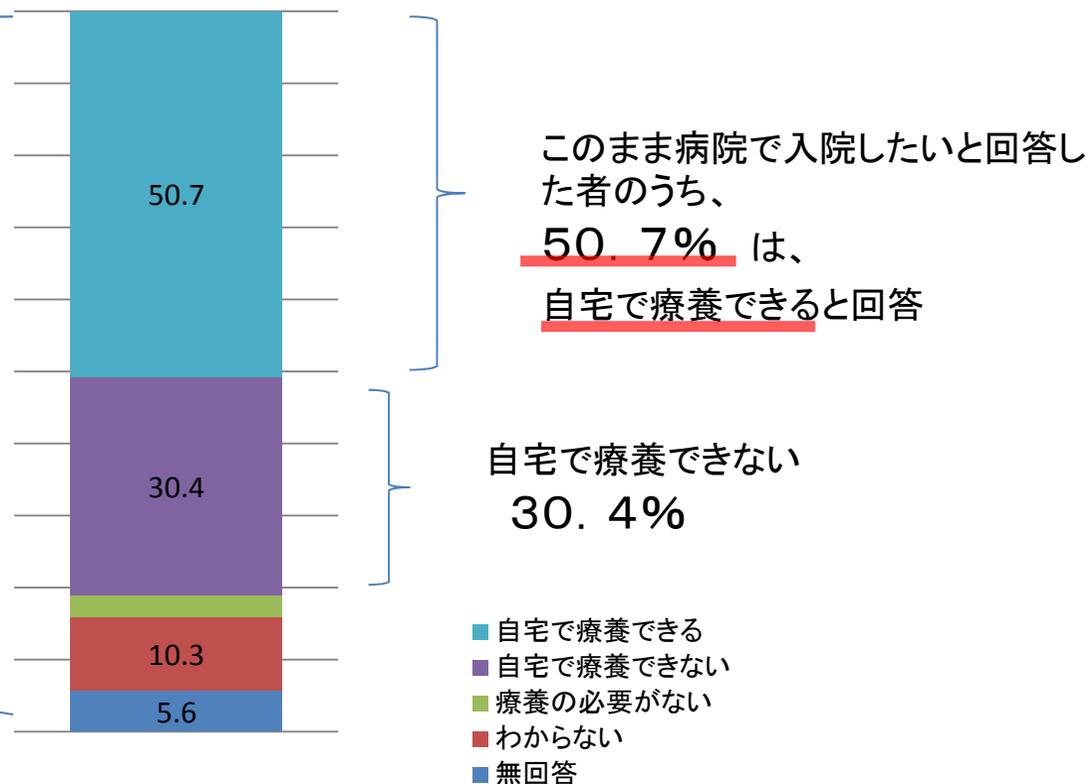
入院中の患者の意向

- 入院中の患者の51.7%が、今後の治療・療養の希望について「完治するまでこの病院に入院していきたい」と回答。
- この「完治するまでこの病院に入院していきたい」と回答した51.7%のうち、大半は退院の許可が出た場合に「自宅で療養できる」と回答。

入院中の患者における今後の治療・療養の希望



自宅療養の見通し



在宅医療の提供体制について

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(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))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

「医療計画の見直しについて」

～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 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異なることを勘案し、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。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

急変

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む) ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

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

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

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

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



医療計画で記載することが求められる指標(在宅部分の抜粋)

別表1-1 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例					
	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
ストラクチャー指標	㊦ 在宅療養支援診療所数、在宅療養支援診療所(有床診療所)の病床数、在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数(市区町村別)【診療報酬施設基準】				
	㊦ 在宅療養支援病院数、在宅療養支援病院の病床数、在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数(市区町村別)【診療報酬施設基準】				
	㊦ 在宅療養支援歯科診療所数(市区町村別)【診療報酬施設基準】				
	㊦ 訪問看護事業所数(都道府県別)【介護給付費実態調査】、訪問看護ステーションの従業者数(都道府県別)【介護サービス施設・事業所調査】				
	○ 24時間体制を取っている訪問看護ステーションの従業者数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】				
	㊦ 麻薬小売業の免許を取得している薬局数(市区町村別)【都道府県調査】、訪問薬剤指導を実施する薬局数(市区町村別)【診療報酬施設基準】				
	○	管理栄養士による訪問栄養指導を提供している事業所数、居宅療養管理指導を提供している管理栄養士数(市区町村別)【市区町村調査】			
	○	歯科衛生士による訪問指導を提供している事業所数、居宅療養管理指導を提供している歯科衛生士数(市区町村別)【市区町村調査】			
	㊦	訪問リハビリテーション事業所数(都道府県別)【介護給付費実態調査】			
	○	退院支援担当者を配置している診療所・病院数(市区町村別)【医療施設調査(個票解析)】	○ 短期入所サービス(ショートステイ)事業所数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】		○ 在宅看取りを実施している診療所・病院数(市区町村別)【医療施設調査(個票解析)】
				○ ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】	
				○ 看取りに対応する介護施設数(市区町村別)【都道府県調査】	
プロセス指標	㊦ 退院患者平均在院日数(都道府県別)【患者調査】	○ 訪問診療を受けた患者数(二次医療圏別)【NDB】	○ 往診を受けた患者数(二次医療圏別)【NDB】		
		訪問歯科診療を受けた患者数			
		○ 訪問看護利用者数(二次医療圏別、都道府県別)【NDB、訪問看護療養費調査、介護給付費実態調査】			
		訪問薬剤管理指導を受けた者の数			
		訪問栄養食事指導を受けた者の数			
		訪問歯科衛生指導(歯科衛生士)を受けた者の数			
		○ 小児(乳幼児、乳児)の訪問看護利用者数(都道府県別)【訪問看護療養費調査】			
		㊦ 訪問リハビリテーション利用者数(都道府県別)【介護給付費実態調査】			
	○ 短期入所サービス(ショートステイ)利用者数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個票解析)】				
アウトカム指標				○ 在宅死亡者数(市区町村別)【人口動態統計(個票解析)】	

㊦: 必須指標、○: 推奨指標

在宅医療の提供体制 ～①退院支援～

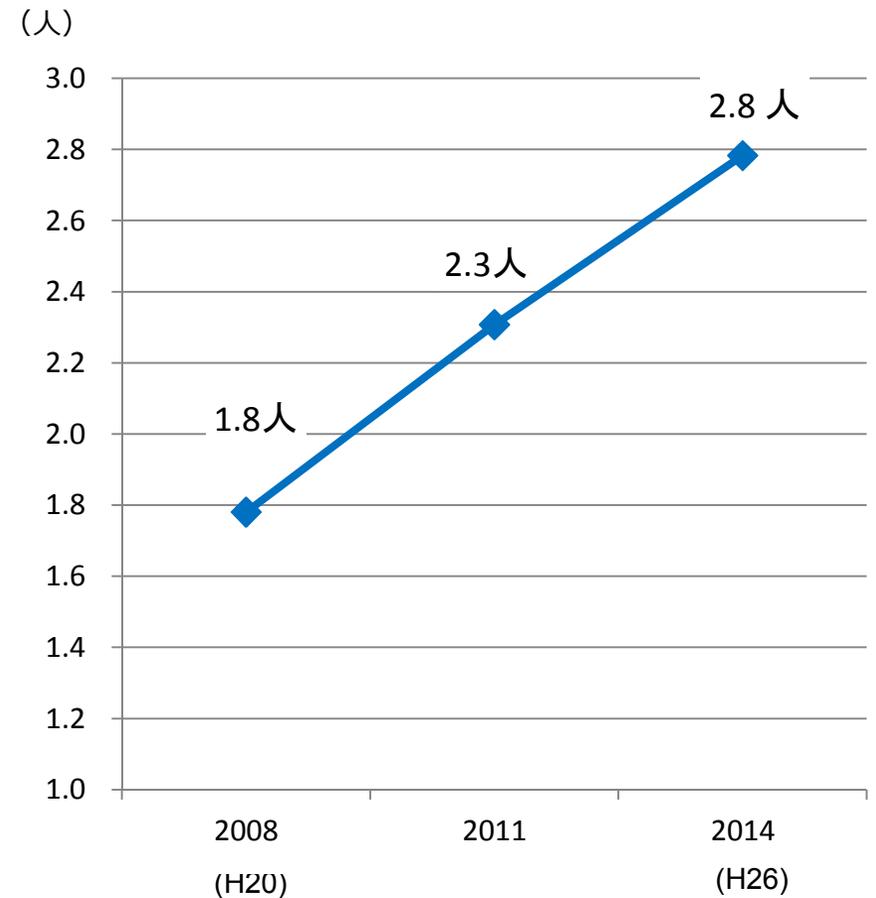
- 退院調整支援担当者を配置する病院の数は増加傾向であり、全病院の約40%が配置済み。
- 一病院あたりの担当者の数も増加。

退院支援担当者を配置する病院の推移

退院調整支援担当者を配置する病院



一施設あたりの退院調整支援担当者の数



在宅医療の提供体制 ～②日常の療養支援～

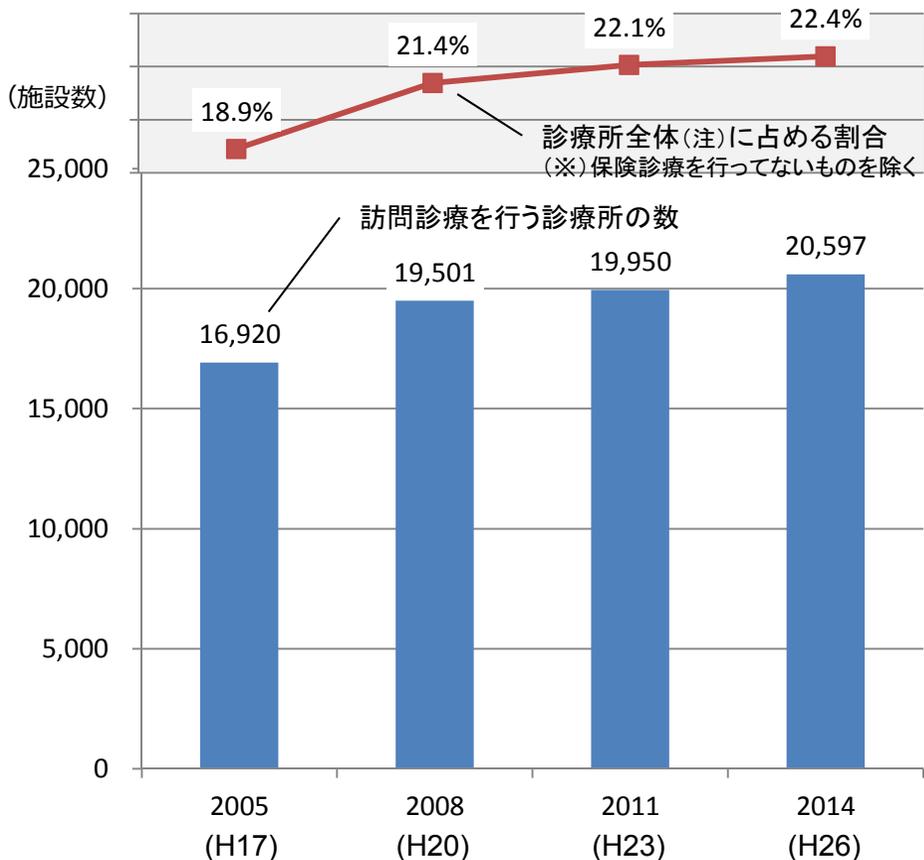
○ 日常的な訪問診療に対応する医療機関の数は増加傾向で、診療所では全体の約20%、病院では全体の約30%に至る。

訪問診療を行う医療機関数の推移

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

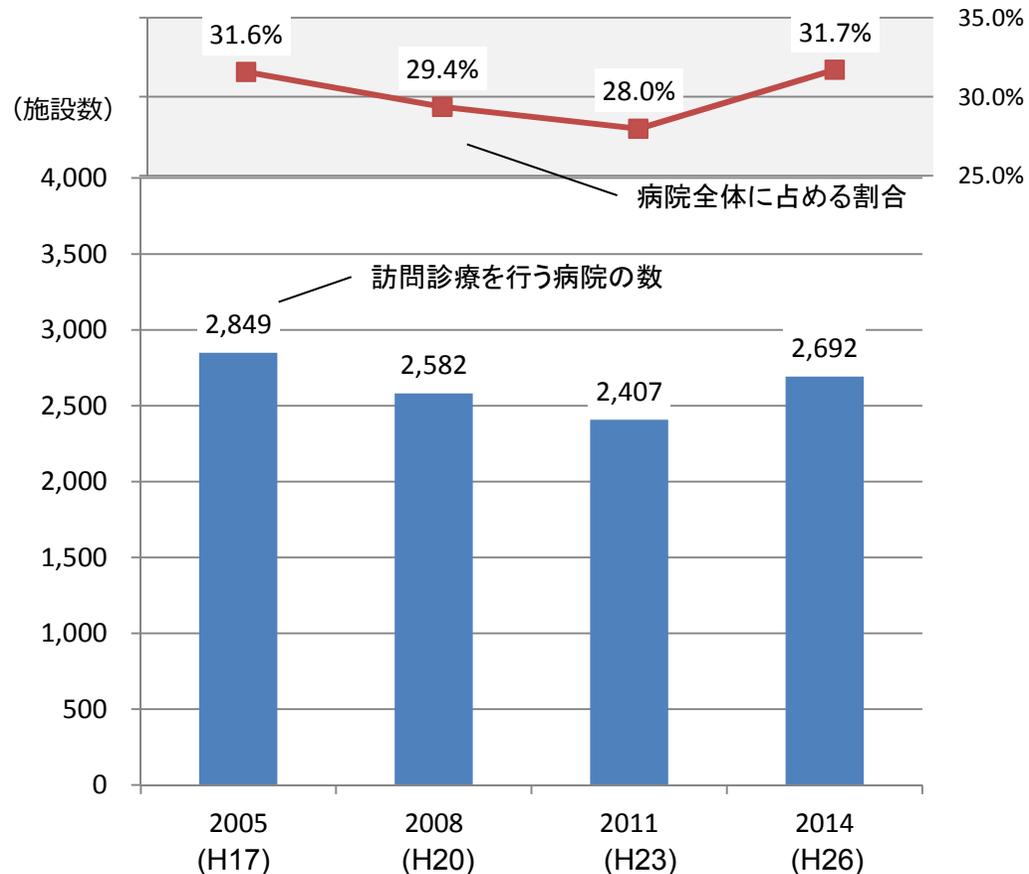
診療所

(構成比)



病院

(構成比)



出典：医療施設調査（厚生労働省）

在宅医療の提供体制 ～③急変時の対応～

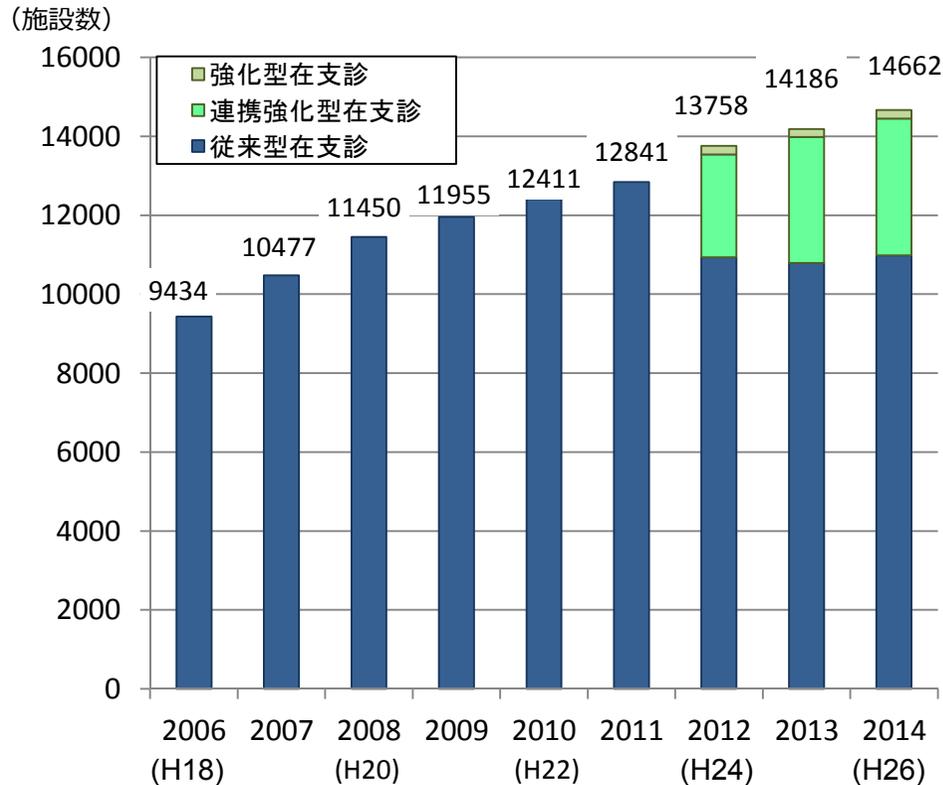
○ 24時間対応体制の在宅医療を提供する医療機関(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院)の数は増加している。

24時間対応体制で在宅医療を提供する医療機関数の推移

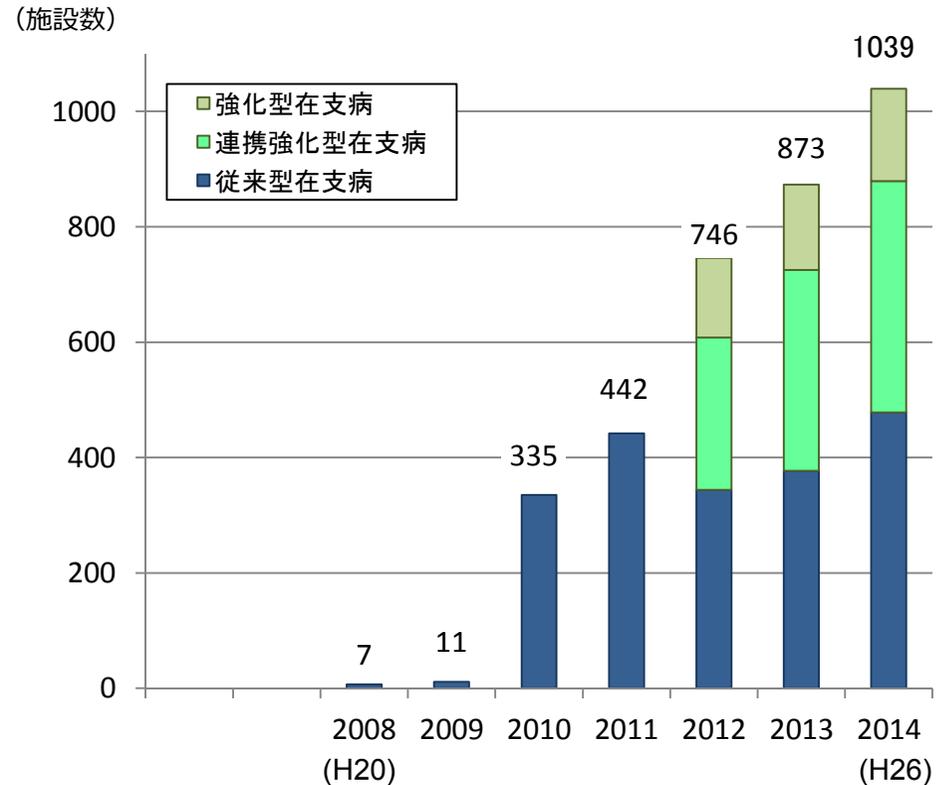
緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設。
(平成18年度に在宅療養支援診療所の評価、平成20年度に在宅療養支援病院の評価を創設)

【主な要件】 ・24時間患者からの連絡を受ける体制の確保 ・24時間の往診が可能な体制の確保 ・24時間の訪問看護が可能な体制の確保
・緊急時に在宅療養患者が入院できる病床の確保 等

在宅療養支援診療所



在宅療養支援病院



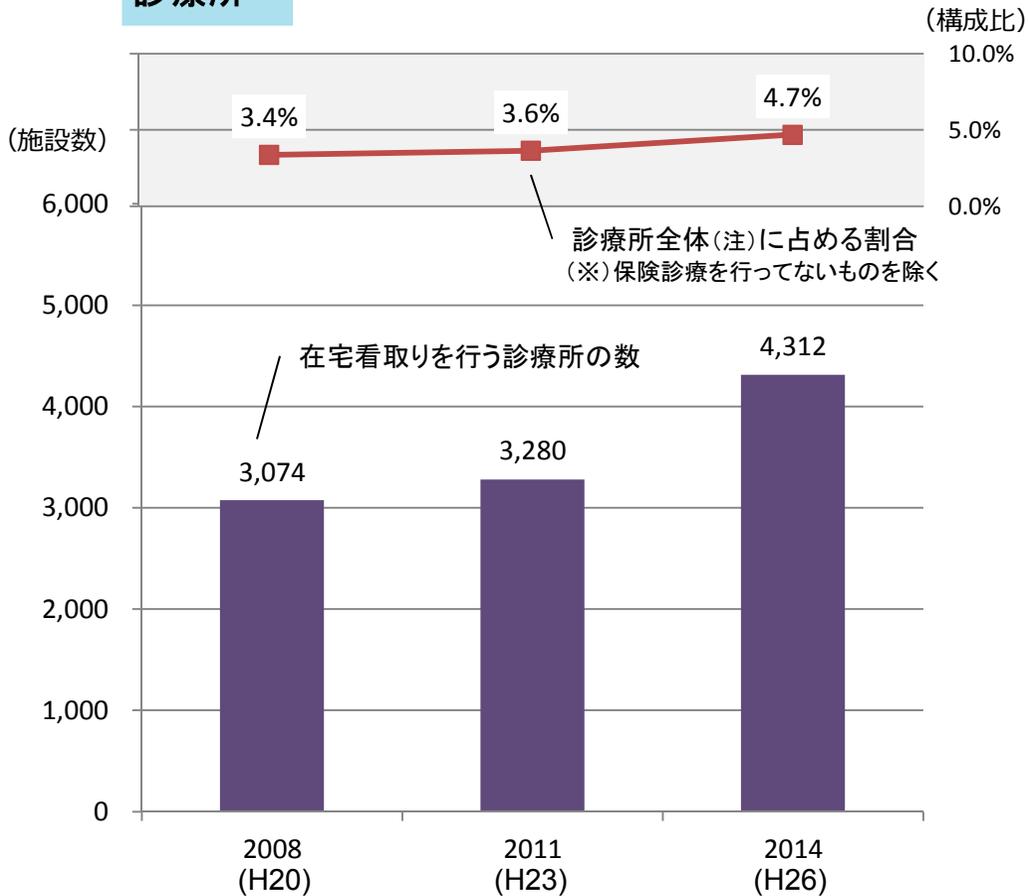
出典：厚生局届出状況に基づき作成

在宅医療の提供体制 ～④看取り～

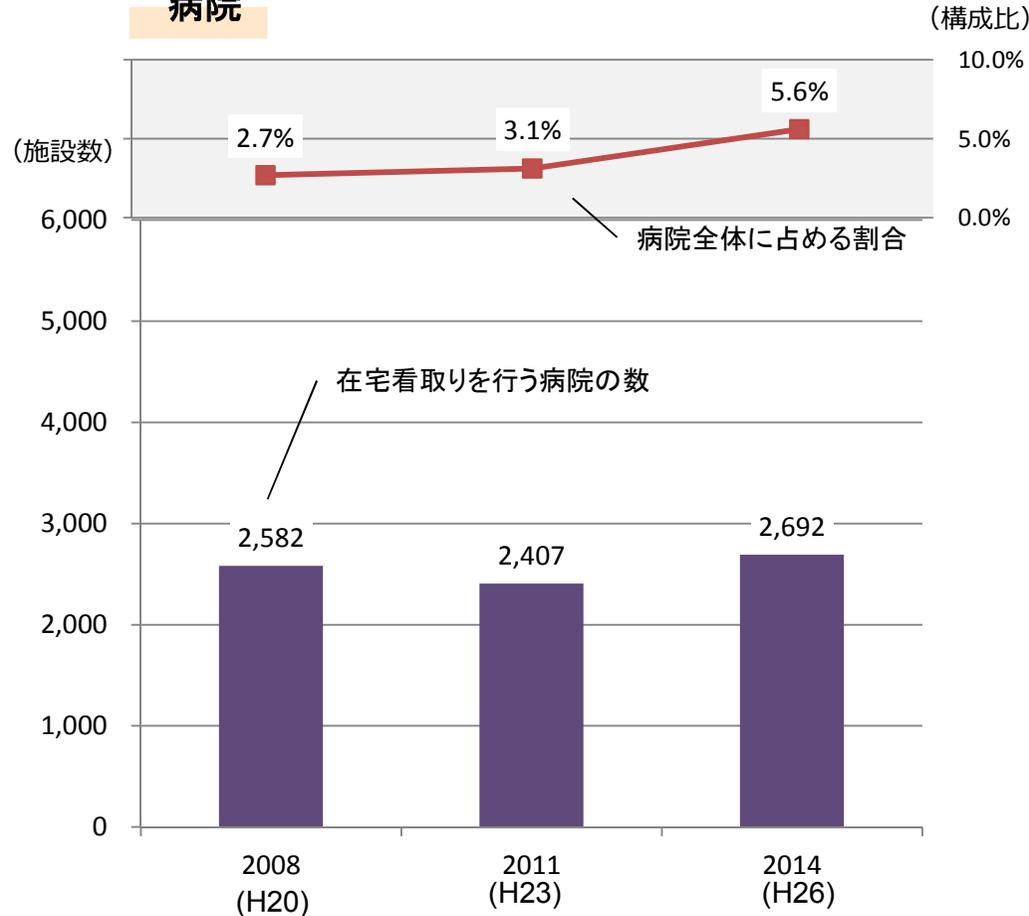
○ 在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

在宅での看取りを行う医療機関数の推移

診療所



病院



地域別の在宅医療資源の状況

- 基礎自治体の3割には、在宅療養支援診療所がない。
- 在宅療養支援診療所があっても自宅の割合が低い地域がある一方、在宅療養支援診療所がなくても自宅死の割合が高い地域もある。

在支診のない基礎自治体

	計	市	町	村	23区
全自治体	1,741 (100.0%)	789 (100.0%)	745 (100.0%)	184 (100.0%)	23 (100.0%)
強化型がない	1,123 (64.5%)	325 (41.2%)	631 (84.7%)	167 (90.8%)	0 (0.0%)
従来型がない	560 (32.2%)	65 (8.2%)	353 (47.4%)	142 (77.2%)	0 (0.0%)
両方ない	487 (28.0%)	40 (5.1%)	316 (42.4%)	131 (71.2%)	0 (0.0%)

市町村別の在支診の届出数、場所別死亡率

表は、人口3万人以上の市町について、人口あたり在支診の数が多い順にソートしたもの(死亡率は平成26年1年間の状況、その他の値は平成26年時点)

	推計人口 (人)	在宅療養支援診療所				在支診/ 人口1万人 (か所/1万人)	診療所 総数 (か所)	診療所総数/ 人口1万人 (か所/1万人)	場所別死亡率	
		単独 強化型 (か所)	連携 強化型 (か所)	従来型 (か所)	全体計 (か所)				自宅 (%)	老人ホーム (%)
全国値	118,878,650	187	3,415	10,795	14,397	1.2	100,461	8.5	12.8	5.8
福岡県 朝倉市	47,810	0	0	26	26	5.4	52	10.9	9.2	5.3
広島県 尾道市	124,937	0	8	42	50	4.0	132	10.6	13.8	5.8
大阪府 藤井寺市	62,967	0	11	14	25	4.0	73	11.6	13.3	4.0
長崎県 諫早市	127,565	0	10	40	50	3.9	137	10.7	7.6	6.0
長崎県 長崎市	394,361	1	30	120	151	3.8	563	14.3	10.7	3.5
⋮										
千葉県 君津市	79,498	0	0	0	0	0.0	48	6.0	11.5	4.7
埼玉県 秩父市	55,625	0	0	0	0	0.0	61	11.0	9.1	13.7
山形県 天童市	55,621	0	0	0	0	0.0	50	9.0	8.5	7.5
千葉県 銚子市	54,784	0	0	0	0	0.0	39	7.1	10.5	1.1
青森県 五所川原市	47,102	0	0	0	0	0.0	48	10.2	6.7	5.7
⋮										

(出典) 推計人口：日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計) (国立社会保障・人口問題研究所)

在支診：厚生労働省医政局調べ

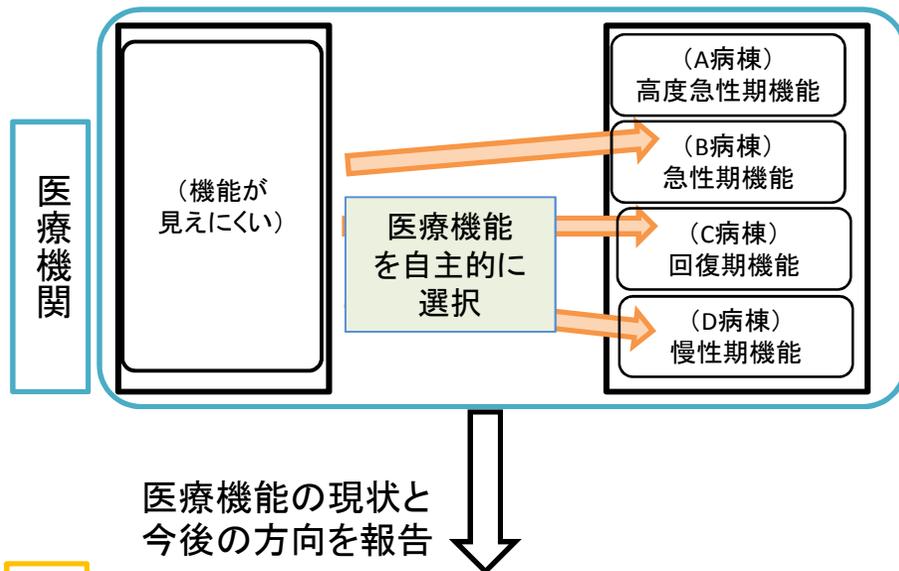
診療所：医療施設調査(厚生労働省)

死亡率：人口動態調査(厚生労働省)

最近の施策

地域医療構想について

- 平成26年度の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計

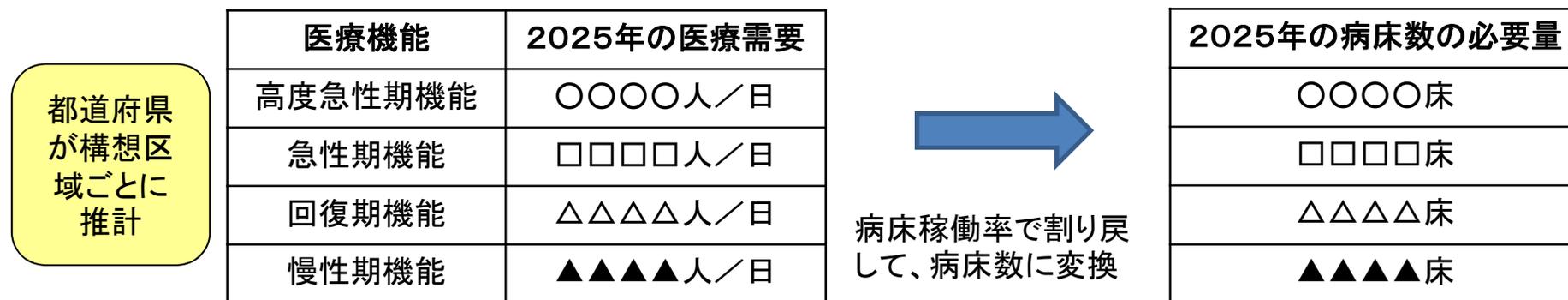
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

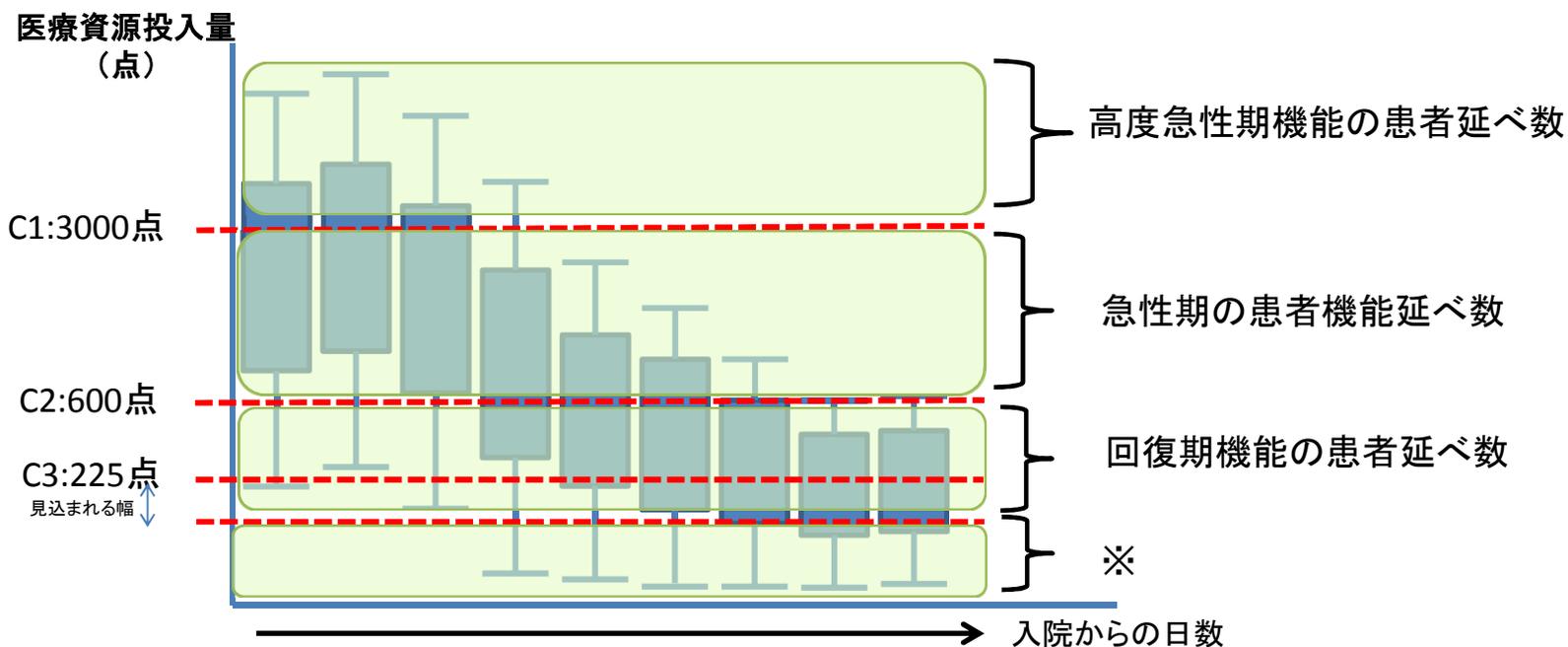
- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



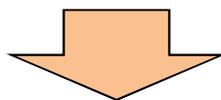
- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



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



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

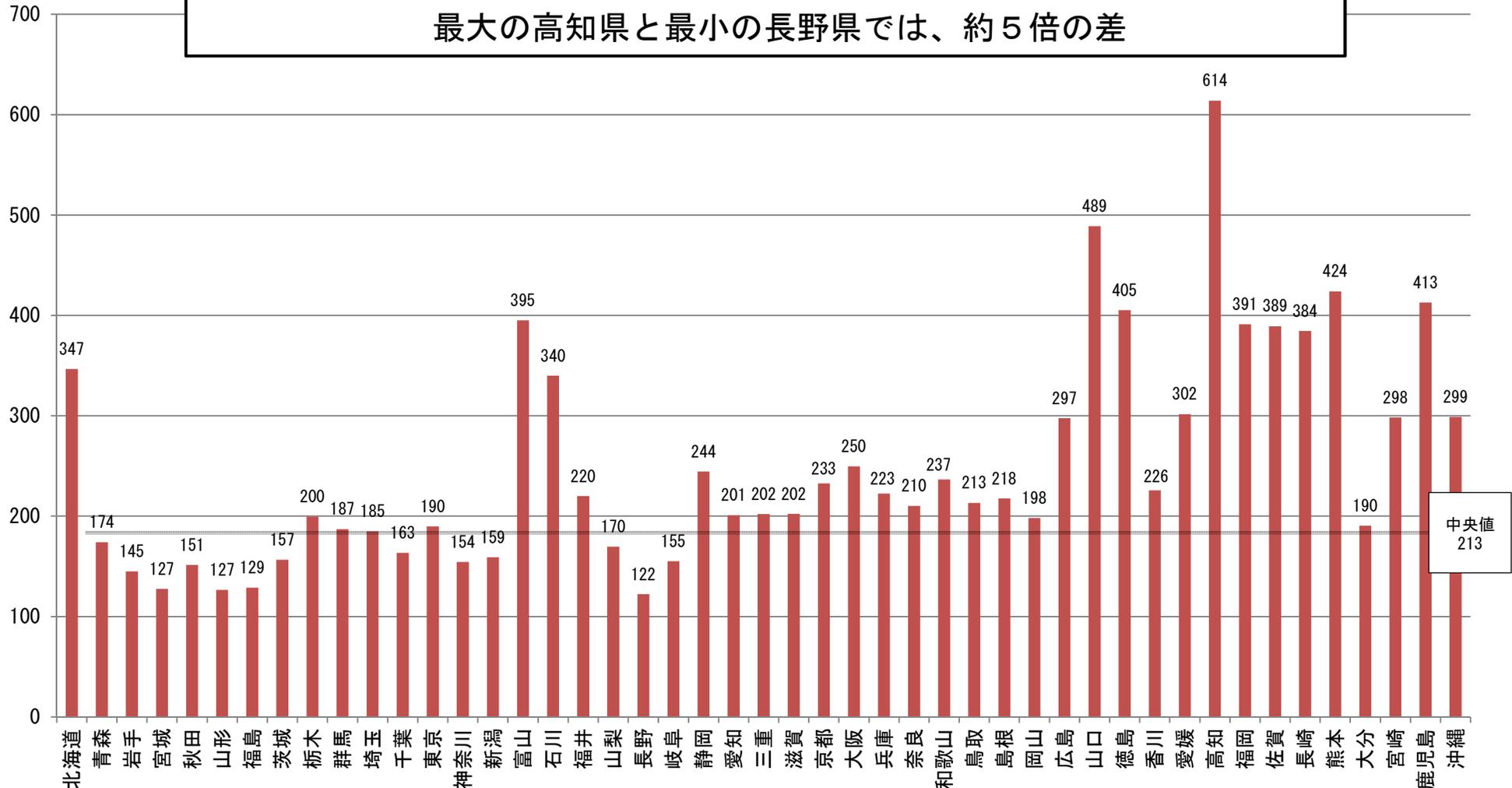
療養病床の都道府県別の入院受療率（性・年齢階級調整）

都道府県別の入院受療率（人口10万当たりの入院患者数）を、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

各都道府県の推計入院患者数 ÷ 各都道府県の期待入院患者数（ \sum [全国の性・年齢別入院受療率 × 各都道府県の性・年齢別推計人口]） × 全国の入院受療率

最大の高知県と最小の長野県では、約5倍の差



注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。

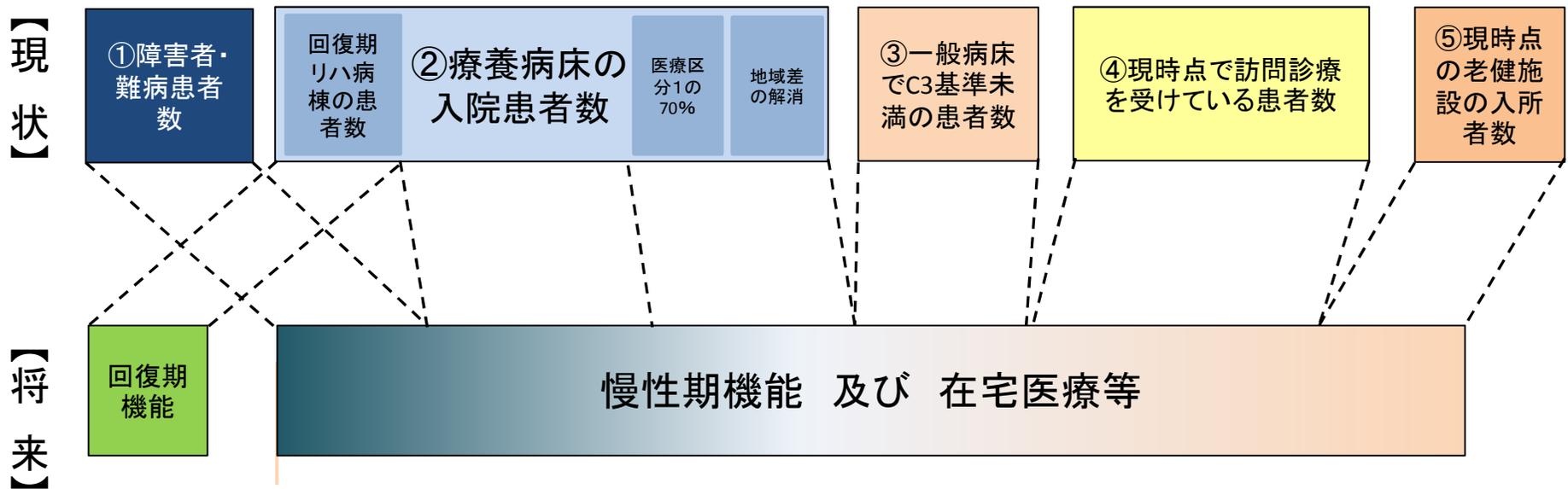
2）福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。

3）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等に対応する患者数として推計する。
 - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。（療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。）
 - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、当該点数未満の患者数を慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ④ 訪問診療を受けている患者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ⑤ 老健施設の入所者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

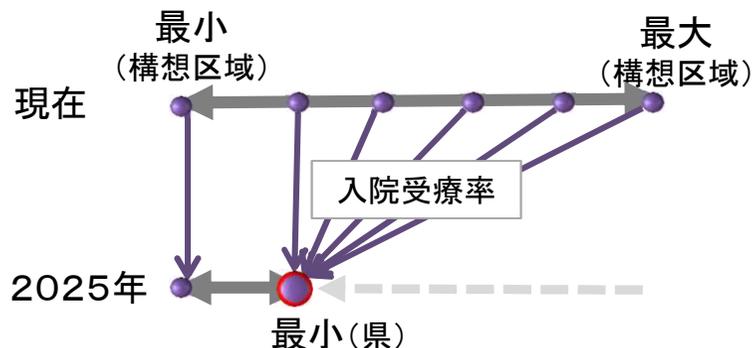
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

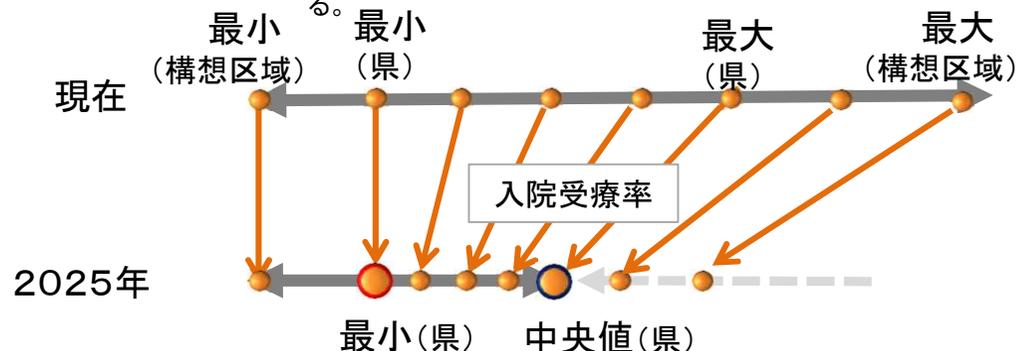
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



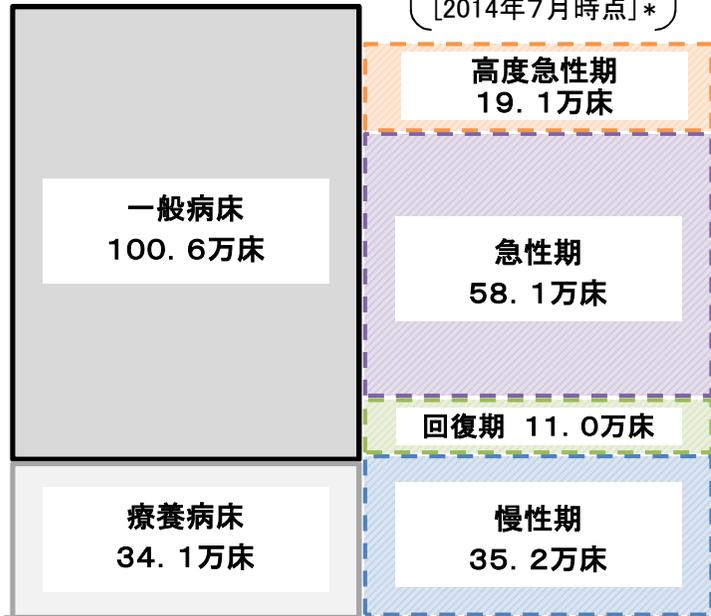
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」公表

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、2014年度の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

在宅医療の課題や目指すべき姿については、市町村介護保険事業計画との整合性に留意する必要があることから、地域医療構想の策定段階から市町村の意見を聴取することが必要であり、その際には、既存の圏域連携会議等を活用することが望ましい。

4 構想区域ごとの医療需要の考え方

iv 在宅医療等※での対応の推進について

今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能の分化及び連携により、平成37年（2025年）には、現在の療養病床以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を促進するとともに、在宅医療等の充実を支援していくことが必要である。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

- 地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。
- 在宅医療の提供体制については、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域で整備する必要があることから、都道府県は保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要である。また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう、都道府県の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援が必要である。
- 在宅医療は主に「（地域側の）退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」という機能が求められており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等の協議や、医療依存度の高い患者や小児等患者に対応するための研修等により各機能を充実させることが必要である。

■在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業

【趣旨】

○地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。

○国において、将来の講師人材の不足や質の格差などの問題に対処し、地域の取組を財政面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を育成する。

【事業概要】

○平成27年度事業では、高齢者に対する在宅医療及び小児等に対する在宅医療に着目し、それぞれについて人材育成プログラムの開発を行っており、同プログラムを活用した人材育成を引き続き実施する。

○また、平成28年度は新たに「訪問看護」の領域を追加し、研修プログラム開発、人材育成に取り組む。

国(研究機関、学会等)

H27～ 在宅医療(高齢者)

H27～ 小児等在宅医療

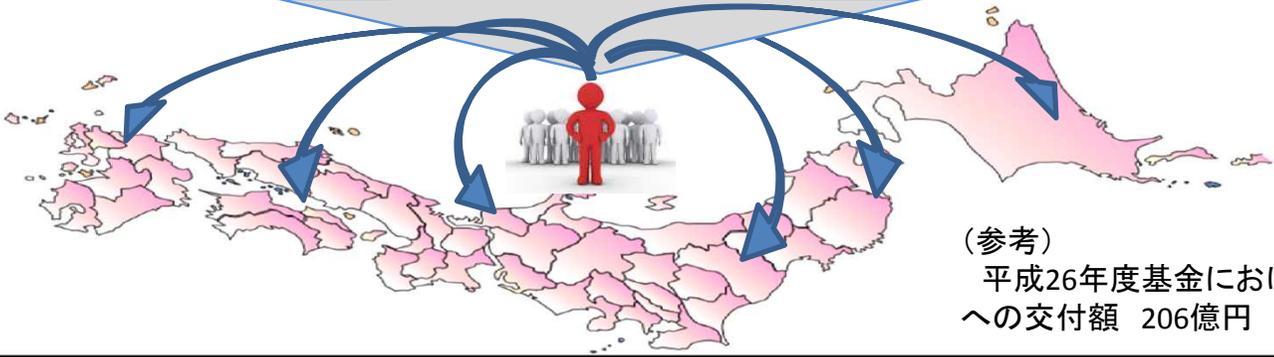
H28～ 訪問看護 **NEW**

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



都道府県・市町村

地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療に係る人材育成を実施



(参考)
平成26年度基金における在宅医療分野への交付額 206億円

市町村の取組例

1-① 医療計画の位置づけ

- 稲城市より東京都に提言
- 医療介護一括法基金の利活用提案等

東京都保健医療計画(地域医療構想)
(医療法30条の4第1項)

【地域包括ケア】
医療と介護の連携体制の構築

さまざまな
取り組みを
実施中

稲城市医療計画
(市独自のもの)

稲城市介護保険事業計画
(介護保険法第117条第1項)

現在、東京都区市町村
在宅療養推進事業補助
金を活用し策定中

第6期計画 (H27.4)
を推進中

1-③ 医療計画の策定

(現状)

- 2025年に向けて、人口・高齢者数の増加等から医療・在宅療養ニーズが高まっている。

(課題)

- ニーズに応える医療資源の地域偏在・不足、在宅医療連携もまだ不十分であり、今後のニーズ増加に対応できないこと。

(解決策)

- 医療資源の確保、最適化を計画的に誘導し、在宅医療・介護連携等を推進するため、現状を分析し、関連の協議会等に諮りながら、稲城市の地域医療政策を策定する。

(1) 医療資源の現状評価

(医療資源調査・ヒアリング調査等)

(2) 在宅医療ニーズの把握・評価

(市民医療ニーズ調査・将来推計等)

(3) 在宅医療・介護連携推の検討

(介護保険の在宅医療・介護連携を医療政策の観点から推進することについて検討)

(4) 医療資源の基盤整備に向けた施策検討

(必要に応じた支援施策の検討)

(5) 稲城市医療計画の策定

(2025年を見据えた稲城市の医療提供体制のあるべき姿、医療・介護の関係機関等が共有すべきビジョンを示す。)

3-① 稲城市の10年後の医療需給

■急速に増加する高齢者とその医療需要に対して、市内の医療提供体制が量および質ともに不足することが懸念

	2015年	2025年	増減率
稲城市人口(外国人含む:推計)	87,732人	99,284人	113.2%
(内、65歳以上人口)	17,261人	20,814人	120.6%
(内、75歳以上人口)	7,370人	12,006人	162.9%
市内の入院患者数 (国保+後期高齢者のレセプト件数)	8,836件/年	12,291件/年	139.3%
市内の外来患者数 (国保+後期高齢者のレセプト件数)	261,683件/年	325,575件	124.5%
市内医療機関(診療所)の意識 (有効回答数 37)	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問診療、往診を今後検討 2医療機関 ● 今後も実施する予定はない 23医療機関 (複数回答) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 10年後は閉院が予定される。4医療機関 ● 10年後は診療所の運営を親族や知人に承継したいと考えている。6医療機関 (複数回答) 	

人口推計については稲城市独自推計資料より引用

3-② 想定される医療需要と市民ニーズ

- (仮説) 2025年以降、市内で高齢化率が高まり、市外で入院/入院外を受診してきた方(健康で自力で市外の医療機関を受診された方、社保の被保険者で勤め先近くで通院されていた方)が、より身近な稲城市内での受診を求める。
- その時に、医療需要増や市民ニーズに対して、市外の隣接地域を含め、医療機関が周囲にたくさんあるから良いと考えるか、市内に充足を考えるかは判断が伴う。
 - 自治体独自の判断
 - 財政的な判断
 - 実現の可能性(主に医師、看護師の確保)

3-③ 市民ニーズを踏まえ、今後、需要が想定される医療機能(案)

- 三次医療圏(都内全域または広域 救命救急 高度急性期、周産期医療等)
- 二次医療圏(南多摩保健医療圏)
- **一次医療圏(地域包括ケアを含む) 稲城市**
 - 初期救急、(夜間休日診療含む)、二次救急(中等症対応)
 - 外来のプライマリーケア機能(市内診療所、かかりつけ医機能)
 - 在宅医療(訪問診療、往診)
 - 訪問看護(医療保険適用)
 - 緩和ケア、在宅療養支援、在宅看取り
 - 地域包括支援センターとの更なる連携(医療、介護連携)
 - 認知症の初期対応(介護との連携を含む)