

# 医療計画の見直し等に関する検討会 関連資料

# 基準病床数制度について

第3回医療計画の見直し 等に関する検討会	資料
平成28年7月15日	1

## 目的

病床の整備について、病床過剰地域(※)から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

※既存病床数が基準病床数(地域で必要とされる病床数)を超える地域

## 仕組み

### ○ 基準病床数を、全国統一の算定式により算定

※一般病床・療養病床は、二次医療圏ごとの性別・年齢階級別人口、病床利用率等から計算

精神病床は、都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算

結核病床は、都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を知事が定めている

感染症病床は、都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に知事が定めている



### ○ 既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる

## 病床数の算定に関する特例措置

① 救急医療のための病床や治験のための病床など、更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても整備することができる特例を設定

② 一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しない(病床数の補正)

# 現行の基準病床数(一般・療養)の算定式

二次医療圏ごとに①、②、③の合算値を基準病床数として算定

## ①一般病床

$$\frac{\left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{一般病床退院率} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{平均在院日数} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]}{\left[ \begin{array}{l} \text{病床利用率} \end{array} \right]}$$

## ②療養病床

$$\frac{\left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別長期} \\ \text{療養入院・入所需要率} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{介護施設} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]}{\left[ \begin{array}{l} \text{病床利用率} \end{array} \right]}$$

※①、②の算定については、二次医療圏ごとに流出入を加味し病床数を算出するが、その都道府県単位の合計数は、流出入がないとして積み上げた都道府県単位の合計数を超えることができない。

## ③流出超過加算

都道府県における流出超過分の1/3を限度に加算

# 基準病床数(一般・療養)の算定に係る係数一覧

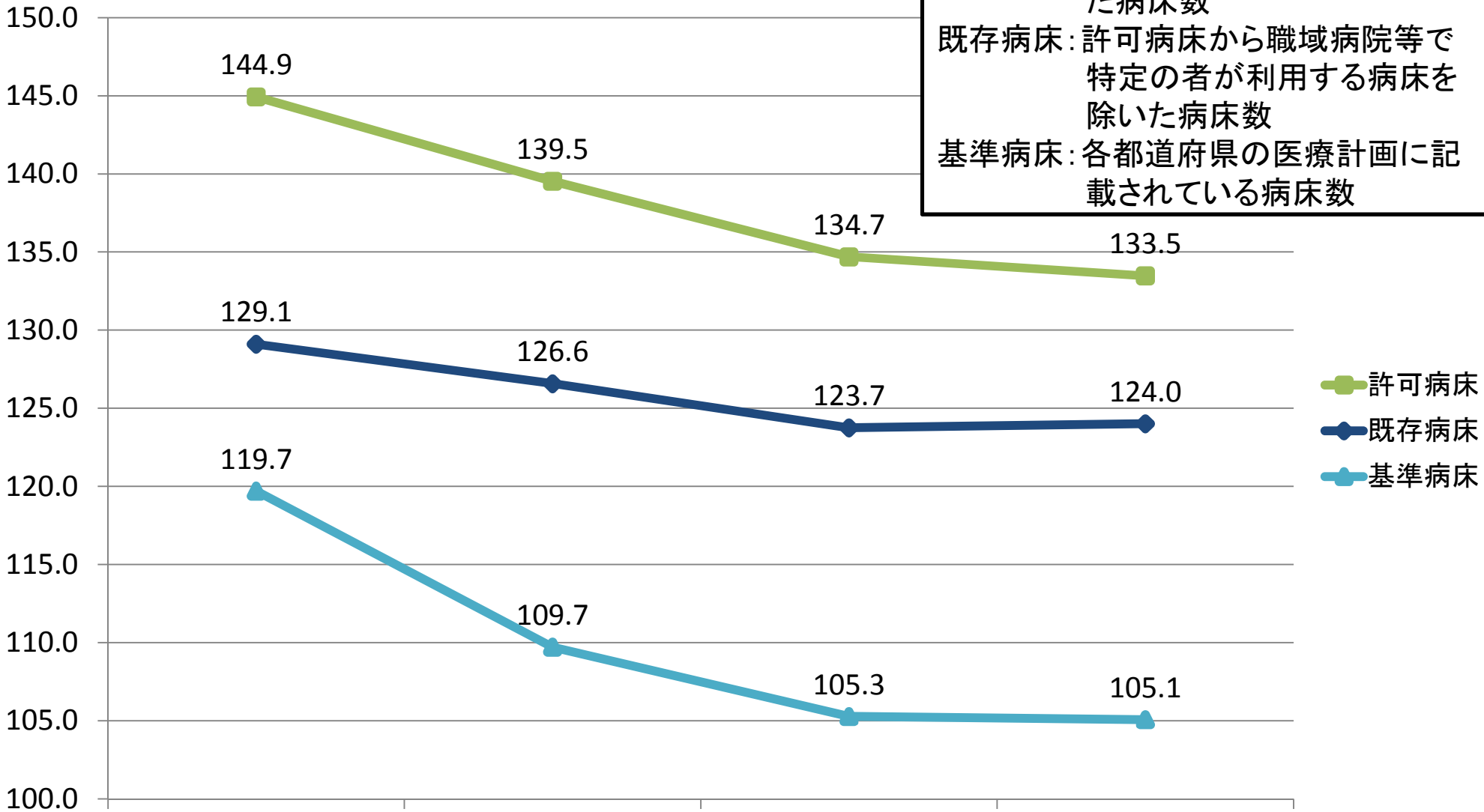
※網掛け部分は告示事項

第3回医療計画の見直し等に関する検討会  
平成28年7月15日  
資料 1

	係数項目	概要
一般病床	性別・年齢階級別人口	医療計画作成時における、公式統計による夜間人口
	性別・年齢階級別一般病床退院率	直近の患者調査における、地方ブロックごとの病院における一日あたり性別・年齢階級別一般病床退院率(5歳階級ごと)
	流入入院患者数	0～他二次医療圏からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数
	流出入院患者数	0～他二次医療圏への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数
	平均在院日数	直近の病院報告における、地方ブロックごとの年間の平均在院日数に0.9を乗じたもの
	病床利用率	直近の病院報告における年間の病床利用率
療養病床	性別・年齢階級別人口	医療計画作成時における、公式統計による夜間人口
	性別・年齢階級別長期療養入院・入所需要率	直近の患者調査及び介護サービス施設・事業所調査(介護療養型医療施設を除く)における一日あたり性別・年齢階級別入院率・入所率(0～39歳を1階級とし、以降5歳階級ごと)
	流入入院患者数	0～他二次医療圏からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数
	流出入院患者数	0～他二次医療圏への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数
	介護施設対応可能数	介護施設(介護療養型医療施設を除く)の入所者数を下限として、今後の介護サービスの進展を勘案して知事が定める数
	病床利用率	直近の病院報告における年間の病床利用率
	流出超過加算	他都道府県への流出入院患者数が他都道府県からの流入入院患者数を上回る場合、その差の1/3を限度として、基準病床数に加算

# 一般・療養病床に係る基準・既存・許可病床数の推移

単位：万床



許可病床：都道府県から使用許可を受けた病床数  
既存病床：許可病床から職域病院等で特定の者が利用する病床を除いた病床数  
基準病床：各都道府県の医療計画に記載されている病床数

許可病床  
既存病床  
基準病床

平成15年

平成20年

平成25年

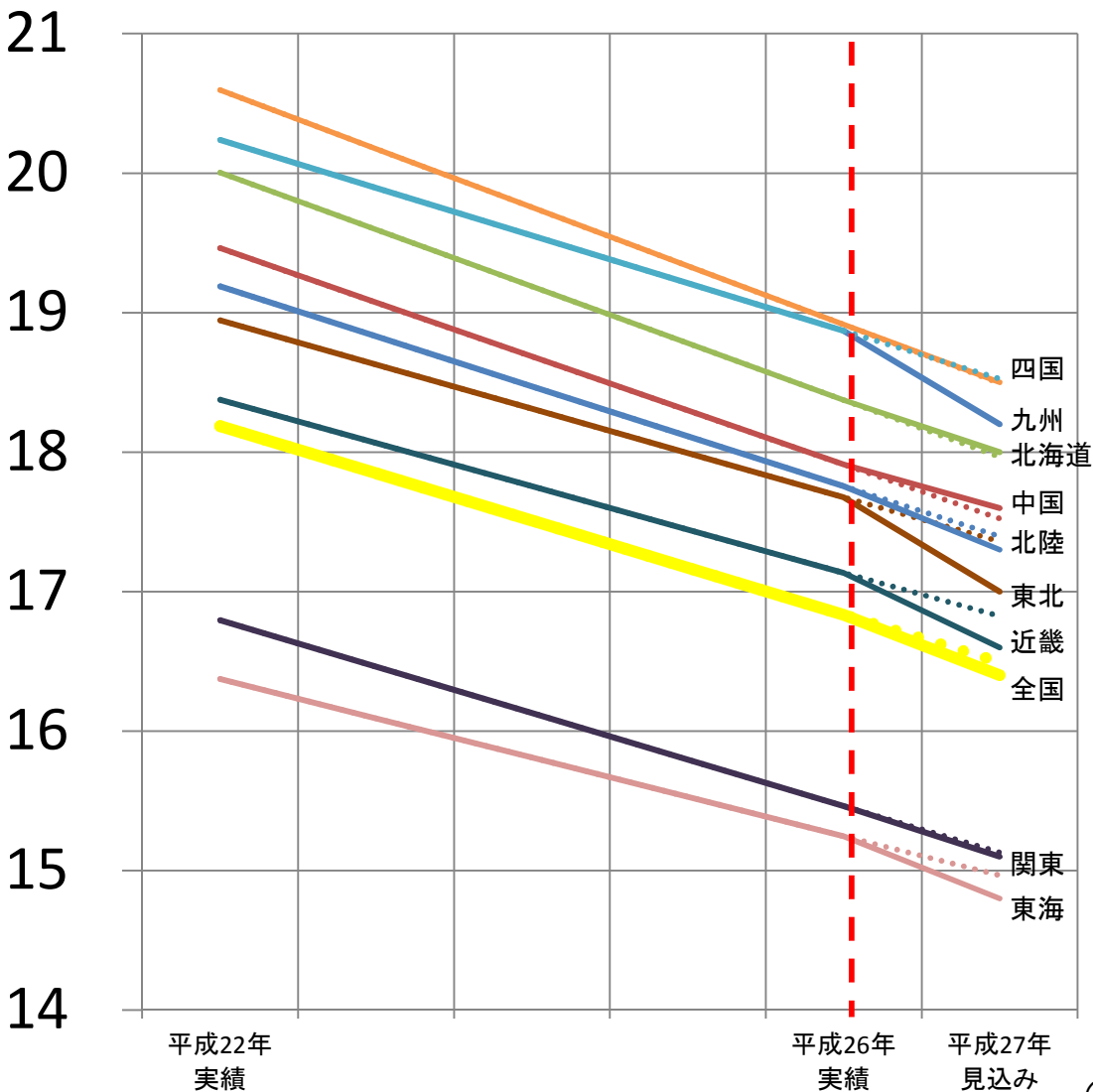
平成27年

医療施設調査・医政局調べ

# 基準病床の算定における平均在院日数について

(単位:日)

——(実線):平成22年実績から、1割短縮を見込んだ推移  
 .....(点線):平成22年実績と平成26年の実績を延長した場合の推移



	平成22年実績	平成26年実績	平成27年		①-②
			①短縮見込み	②実績推移反映	
全国	18.2	16.8	16.4	16.5	-0.10
北海道	20.0	18.4	18.0	18.0	0.03
東北	18.9	17.7	17.0	17.4	-0.36
関東	16.8	15.5	15.1	15.1	-0.03
北陸	19.2	17.8	17.3	17.4	-0.10
東海	16.4	15.2	14.8	15.0	-0.17
近畿	18.4	17.1	16.6	16.8	-0.22
中国	19.5	17.9	17.6	17.5	0.08
四国	20.6	18.9	18.5	18.5	0.01
九州	20.2	18.9	18.2	18.5	-0.33

- 一般病床の基準病床数の算定に用いる平均在院日数については、医療計画作成時の直近の統計調査(現行では平成22年病院報告)を基に、平均在院日数の1割短縮を見込んだ上で、地方ブロックごとに算定している。
- 左記グラフは、過去4年間の平均在院日数の推移と現行の医療計画期間の平均在院日数の短縮見込みをプロットしたもの。
- 例えば、東海ブロックにおいては、平均在院日数の見込みほどには、実際の平均在院日数の短縮(実線)は見込めないことが推測される。
- ただし、ブロックごとにその傾向は異なる。

(病院報告から)

## (創設の背景等)

- 流出超過加算は昭和60年の医療法改正において、医療計画制度が位置づけられた際に、必要病床数の算定に設けられたもの。
- 流出超過傾向にある都道府県では、その時点において医療資源が十分に無いことから、隣県に患者が受診する傾向の改善を目的として創設。
- 当初は、流出超過分の患者数の1/2を病床換算したものを限度に加算できるものであった。
- その後の医療体制の整備状況を踏まえ、平成3年(第二次医療計画から運用)より、流出超過分の1/3が限度となっている。

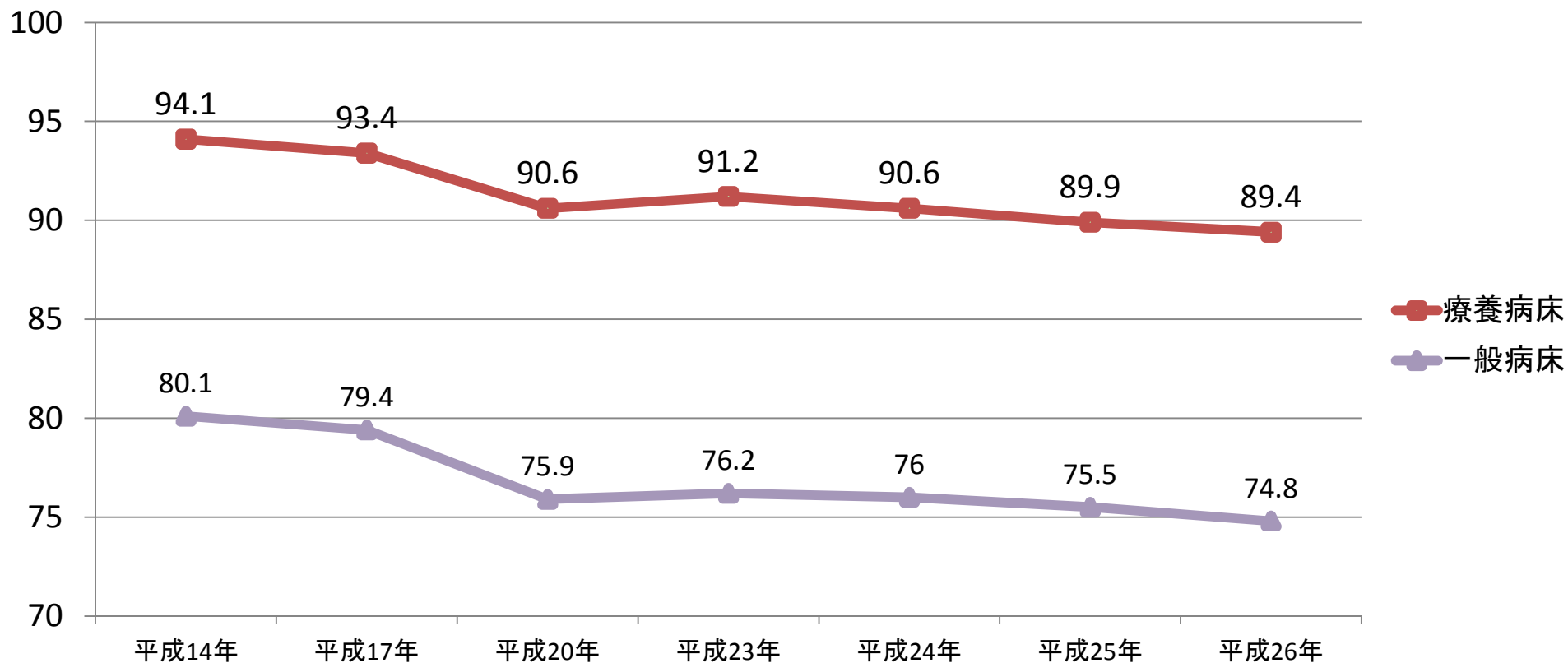
## (流出超過の現状について)

- 直近の患者調査では、全国平均で9割以上の患者が、居住する都道府県において、入院医療を受けている。
- 多くの二次医療圏において、基準病床数と同程度の病床数の整備が行われており、都道府県単位での病床整備は既に一定の水準に達していると考えられる。 6

# 病床利用率の推移

- 以下は、一般・療養病床の病床利用率の推移を示したもの。
- 両者共に病床利用率は低下傾向にあることが読み取れる。

単位：%



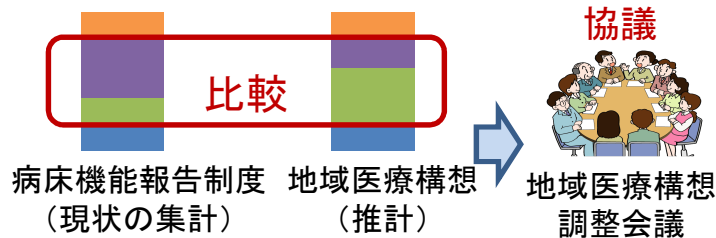


# 地域医療構想の実現プロセス

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

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

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



## STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

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

## STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

### 【医療法に定められている都道府県の権限】

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

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。  
※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

自主的な取組や協議だけでは、機能分化・連携が進まない場合は、

# 都道府県知事の権限の行使の流れ

## 【過剰な医療機能への転換の中止等】

医療法第30条の15

- ・ 病床機能報告において基準日と基準日後の病床機能が異なる場合であって
- ・ 基準日後病床機能に応じた病床数が、病床の必要量(必要病床数)に既に達している

- ① 都道府県知事への理由書提出
- ② 調整会議での協議への参加
- ③ 都道府県医療審議会での理由等説明

応答の  
努力義務

理由等がやむを得ないものと認められない場合、都道府県医療審議会の意見を聴いて、**病床機能を変更しないことを命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

## 【不足する医療機能への転換等の促進】

医療法第30条の16

地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場での協議が調わないとき等

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**不足する医療機能に係る医療を提供することを指示(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

医療法第7条第5項

病院の開設等の許可申請があった場合

**不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与**

医療法第27条の2

正当な理由がなく、条件に従わない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて条件に従うべきことを勧告**

正当な理由がなく、当該勧告に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令**

## 【非稼働病床の削減】

医療法第7条の2第3項

医療法第30条の12

病床を稼働していないとき

都道府県審議会の意見を聴いて、**当該病床の削減を命令(公的医療機関)又は要請(民間医療機関)**

要請の場合  
(民間医療機関)

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該措置を講ずべきことを勧告**

命令の場合(公的医療機関等)

命令の場合  
(公的医療機関等)

要請の場合  
(民間医療機関)

指示の場合  
(公的医療機関等)

医療法第30条の17

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該措置を講ずべきことを勧告**

命令・指示・勧告に従わない

医療法第30条の18

○ **命令・指示・勧告に従わなかった旨を公表**

医療法第29条第3項  
及び第4項

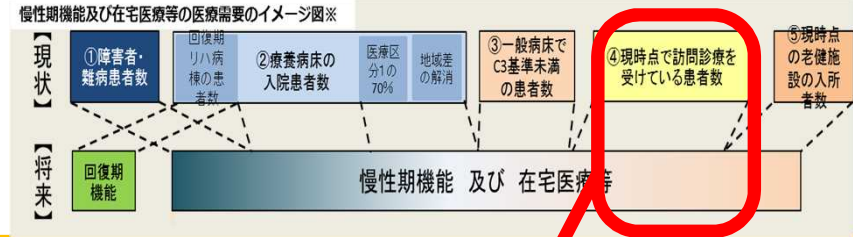
○ **命令・指示・勧告に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※は承認を取消し**

※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

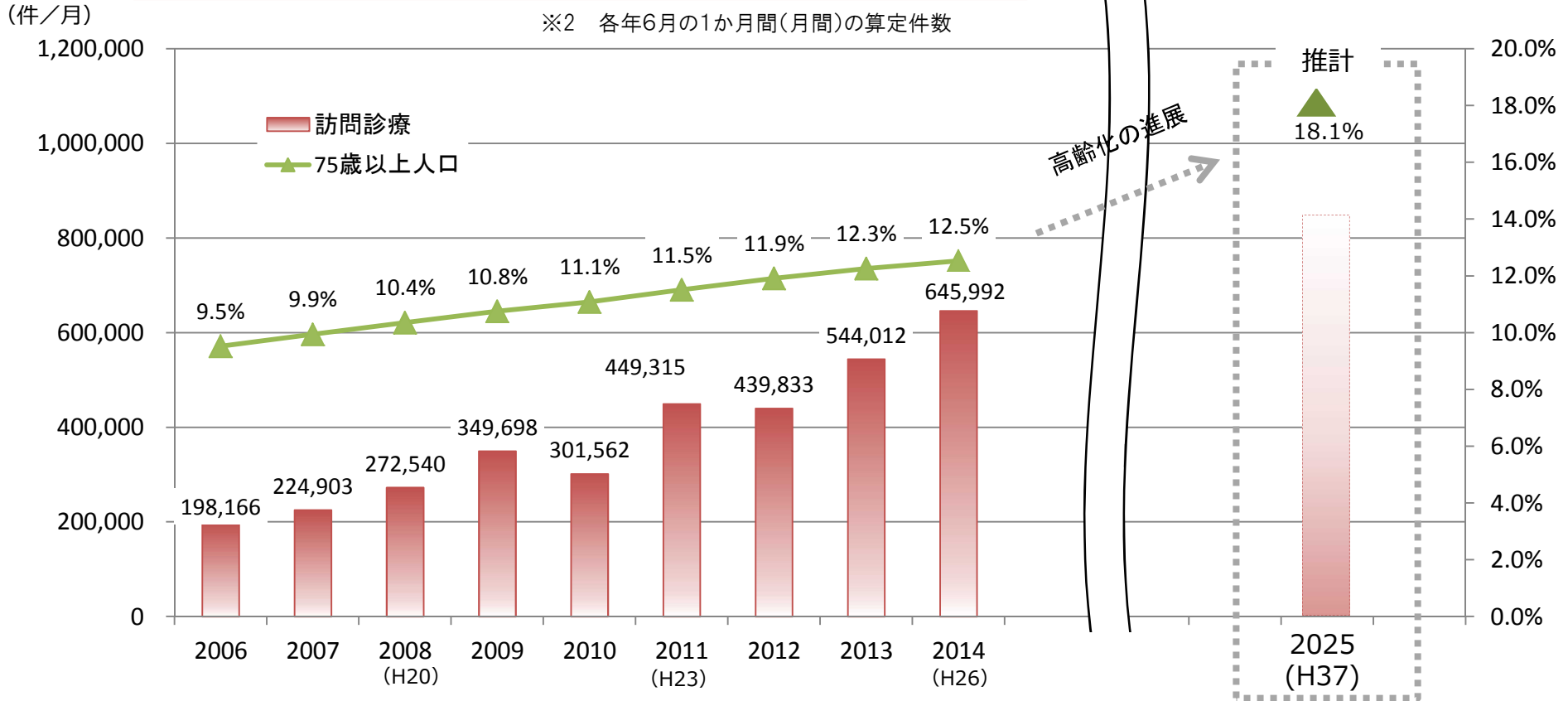
○ 慢性期医療の地域差解消等による、いわゆる追加的な30万人とは別に、高齢化の進展により、訪問診療が必要な患者は今後も増加することが見込まれる。

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

※1 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。



## 在宅患者訪問診療の算定件数(月間)※2、75歳以上人口比率の推移



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

○ 診療報酬の視点から、訪問診療や往診のサービス需要を見込むべき施設等は以下のとおり。

## 在宅患者訪問診療料の対象

※

	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (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	養護老人ホーム	左記以外の自宅、社会福祉施設等
根拠法	旧・介護保険法第8条第26項	介護保険法第8条第27項	介護保険法第8条第26項	老人福祉法第5条の2第6項	高齢者住まい法第5条	老人福祉法第29条	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第20条の4	-
基本的性格	医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設	要介護高齢者にリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設	要介護高齢者のための生活施設	認知症高齢者のための共同生活住居	高齢者のための住居	高齢者のための住居	低所得高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した高齢者の入所施設	-
医師の配置基準	48:1以上 3名以上	100:1以上 常勤1名以上	健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数(非常勤可)	-	-	-	-	-	-
介護保険法上の類型	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護	なし ※外部サービスを活用	特定施設入居者生活介護 ※外部サービスの活用も可	なし ※外部サービスを活用	なし ※外部サービスを活用	なし ※外部サービスを活用

※ 介護老人福祉施設においては、死亡日からさかのぼって30日以内の患者(注)及び末期の悪性腫瘍の患者については、在宅患者訪問診療料の算定が可能。  
注)当該患者を当該施設で看取った場合に限るなど、さらに一定の条件あり。

# 各都道府県の医療計画上の目標設定の状況

- 第6次医療計画における在宅医療に関する目標は、都道府県によって多様。
- ストラクチャーに関する目標設定が多いが、目標設定の根拠が希薄なものが多い。

目標の内容		目標を設定した自治体数 (47都道府県中)
ストラクチャーに関するもの	在宅療養支援診療所の増加	24
	訪問看護事業所の増加	19
	訪問薬剤指導を実施する薬局の増加	14
	在宅療養支援歯科診療所の増加	12
	在宅医療(訪問診療、往診等)を実施する医療機関の増加	9
	在宅療養支援病院の増加	9
	退院支援担当者を配置する医療機関の増加	9
	在宅看取りを実施する医療機関の増加	8
その他	在宅死亡率の増加	18
	訪問診療を受けた患者数の増加	10
	訪問看護サービスの利用者数の増加	8
在宅医療に関する数値目標のない都道府県		3

(目標設定の根拠について)

目標設定の根拠	自治体数
単に「増加」とだけ掲げているもの	9
全国平均の値に設定しているもの	8
圏域ごとの最低必要数を設定しているもの (各圏域に1以上など)	4
一定の増加率(または増加数)を設定しているもの	3

## 在宅医療の体制構築に係る指針(抜粋)

### 第3 構築の具体的な手順

#### 5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第7に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

# 医療計画に記載することが求められる指標(在宅医療関係)①

- 「在宅医療の体制構築に係る指針」では、在宅医療に係る現状把握のための指標として、34の指標を提示しているが、大半が在宅医療に必要な4機能全てに関連するものとして設定されており、機能ごとの体制を把握する指標が少ない。
- 医科分野では、在宅療養支援診療所(病院)に関する指標が中心であり、その他の一般診療所、病院に関する指標はない。
- また、医療サービスに関する指標が中心で、介護サービスや、在宅医療と介護の連携に関する指標はない。

	指標名	4つの医療機能				単位
		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	在宅療養支援診療所数	◎	◎	◎	◎	(市区町村別)
	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	◎	◎	◎	◎	"
	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	◎	◎	◎	◎	"
	在宅療養支援歯科診療所数	◎	◎	◎	◎	"
	訪問看護事業所数	◎	◎	◎	◎	(都道府県別)
	訪問看護ステーションの従業者数	◎	◎	◎	◎	"
	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)
	麻薬小売業の免許を取得している薬局数	◎	◎	◎	◎	"
	訪問薬剤指導を実施する薬局数	◎	◎	◎	◎	"
	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	○	○			"
	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	○	○			"
訪問リハビリテーション事業所数	◎	◎			(都道府県別)	

◎：必須指標、○：推奨指標 △：左記以外

# 医療計画に記載することが求められる指標(在宅医療関係)②

	指標名	4つの医療機能				単位
		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	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)
	短期入所サービス(ショートステイ)事業所数		○			"
	在宅看取りを実施している診療所・病院数				○	"
	ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数				○	"
	看取りに対応する介護施設数				○	"
プロセス	退院患者平均在院日数	◎				(都道府県別)
	訪問診療を受けた患者数		○			(二次医療圏別)
	往診を受けた患者数			○		"
	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)
	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)
	訪問リハビリテーション利用者数		◎			"
	短期入所サービス(ショートステイ)利用者数		○			(市区町村別)
アウトカム	在宅死亡者数				○	"

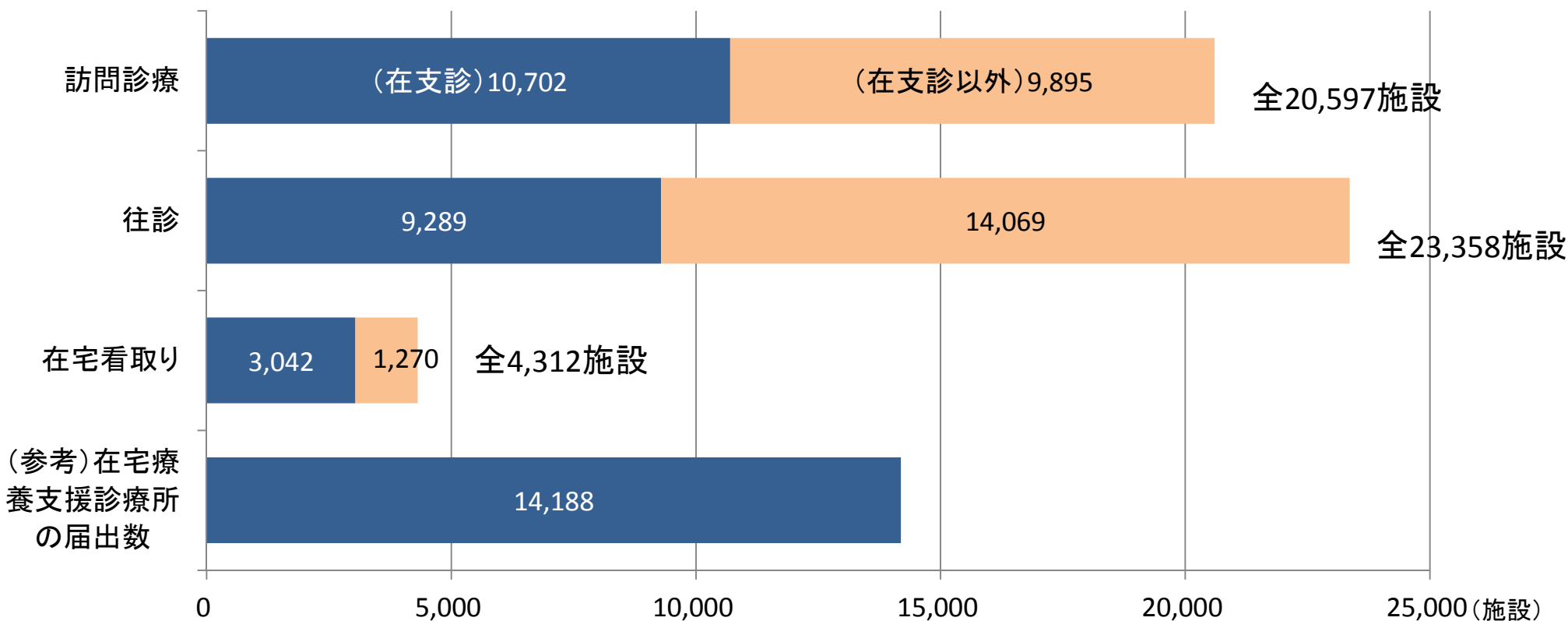
◎：必須指標、○：推奨指標 △：左記以外

# 在宅医療サービスを実施する診療所の属性

- 在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所(在支診)ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。
- 在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

## 在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数

- 在宅療養支援診療所
- 在宅療養支援診療所以外の一般診療所





- 歯科分野については、在宅療養支援歯科診療所の施設数等が指標として設定されており、同届出数は約6000施設。
- 実際に歯科訪問診療を行っている歯科診療所は約1万施設。

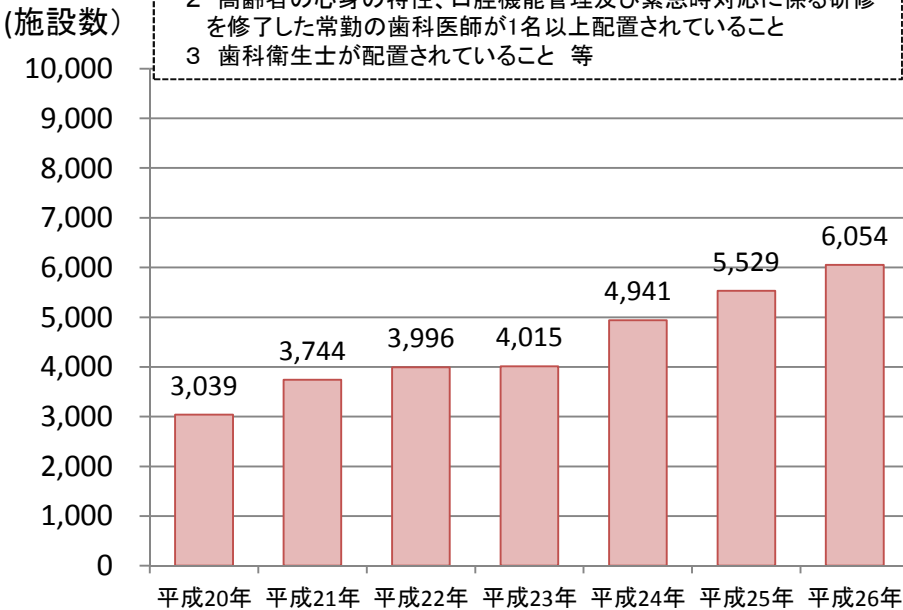
## 現行の現状把握のための指標例(歯科関係)

	指標名	場面				単位
		退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
S	在宅療養支援歯科診療所数	◎	◎	◎	◎	(市区町村別)
	歯科衛生士による訪問指導を提供している事業所数	○	○			(市区町村別)
	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)
P	訪問歯科診療を受けた患者数		△			—

## 在宅療養支援歯科診療所

### 【施設基準】

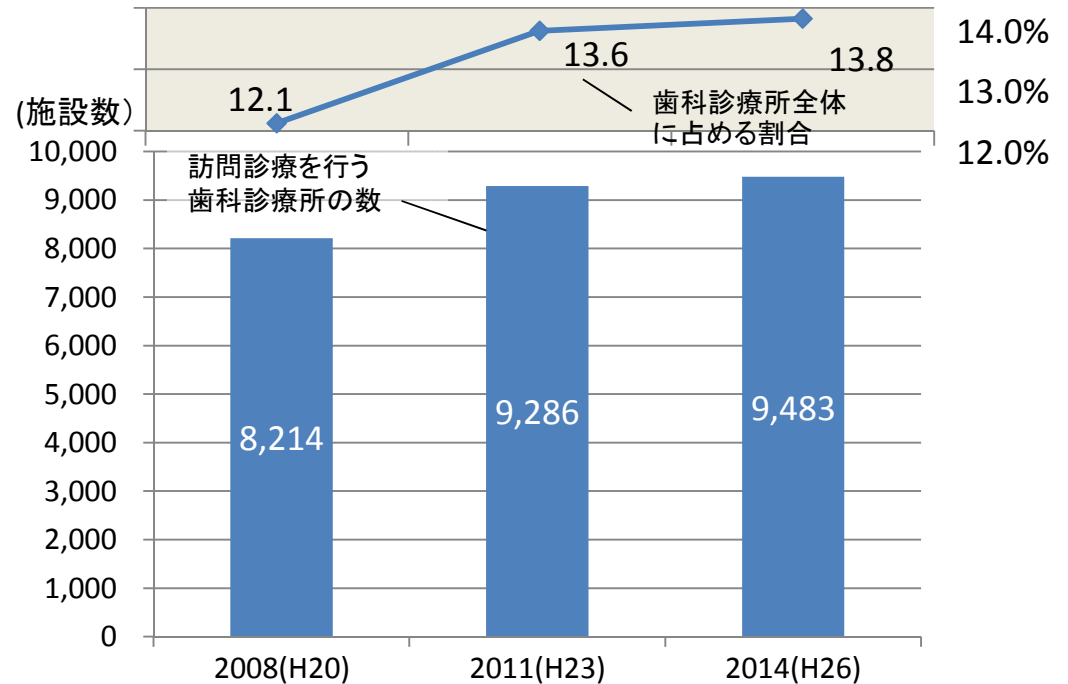
- 1 歯科訪問診療料を算定していること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること 等



中医協 総-2 (27. 11. 11)より

## 歯科訪問診療を行う歯科診療所(※)

(構成比)



※患者の自宅(社会福祉施設等を除く)への訪問診療の実績があるもの  
出典:平成26年度 医療施設調査

# 在宅医療を担う薬局①

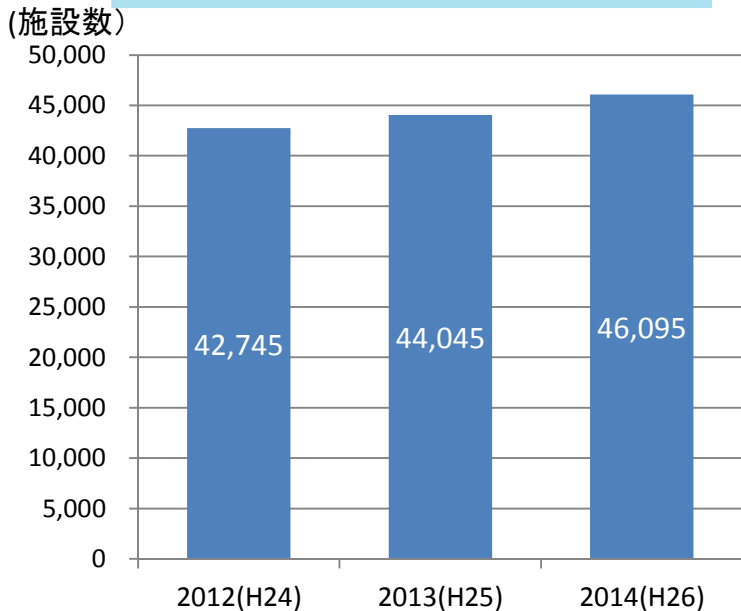
- 薬局に関しては、訪問薬剤指導を実施する薬局数が指標として設定され、診療報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出を行った薬局数が活用されている。同届出数は約46,000施設。
- 実際に訪問薬剤指導を実施(在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険)、居宅療養管理指導費(介護保険)を算定)している薬局は、医療保険では約3,600施設、介護保険では約11,000施設。

## 現行の現状把握のための指標例(薬局関係)

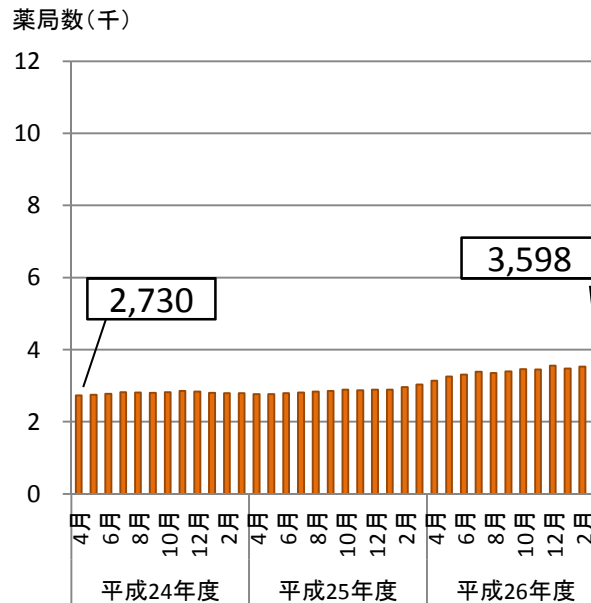
	指標名	場面				単位
		退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
S	訪問薬剤指導を実施する薬局数(注)	◎	◎	◎	◎	(市区町村別)
	麻薬小売業の免許を取得している薬局数	◎	◎	◎	◎	(市区町村別)
P	訪問薬剤管理指導を受けた者の数		△			—

(注) 在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る施設基準届出施設数を指す。

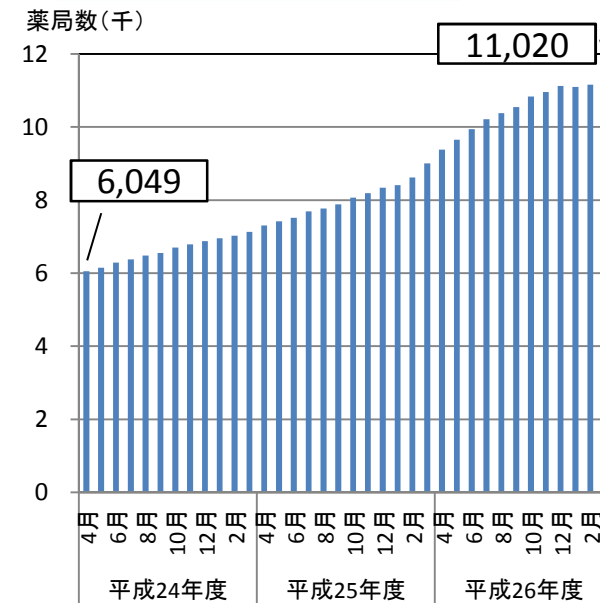
### 在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る施設基準届出施設数



### 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)



### 居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)



# 第6次医療計画の指針「第3 構築の具体的な手順」

- 課題に応じた施策・事業を実施していくことが重要であり、そのためには、医療及び介護資源等の実情に応じた在宅医療に係る圏域を設定した上で、客観的な指標により把握した現状に対する原因分析を、圏域ごとに行う必要。
- 現状把握に必要な指標は指針で例示しているが、圏域の設定や、現状に対する原因分析は、地域の独自の取組が必要。

## 第5次指針

## 第6次指針

1 情報の収集

1 現状の把握

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

2 圏域の設定

3 連携の検討及び計画への記載

3 連携の検討

追加

4 課題の抽出

4 数値目標及び評価

5 数値目標

追加

6 施策

7 評価

追加

8 公表

### 在宅医療の体制構築に係る指針(抜粋)

#### 2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、(中略) 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。
- (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 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療機関とその連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、**指標により把握した数値となっている原因の分析を行い**、地域の在宅医療の体制の**課題を抽出**し、医療計画に記載する。  
その際、(中略) **可能な限り医療圏ごとに課題を抽出**する。

#### 5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

#### 6 施策

数値目標の達成には、**課題に応じた施策・事業を実施することが重要**である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う**施策・事業**について、医療計画に記載する。

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

## ○事業項目と取組例

### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

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



### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

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

### （キ）地域住民への普及啓発

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



### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

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

### （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

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

### （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

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

### （カ）医療・介護関係者の研修

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

### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

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

# (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。



## 実施内容・方法

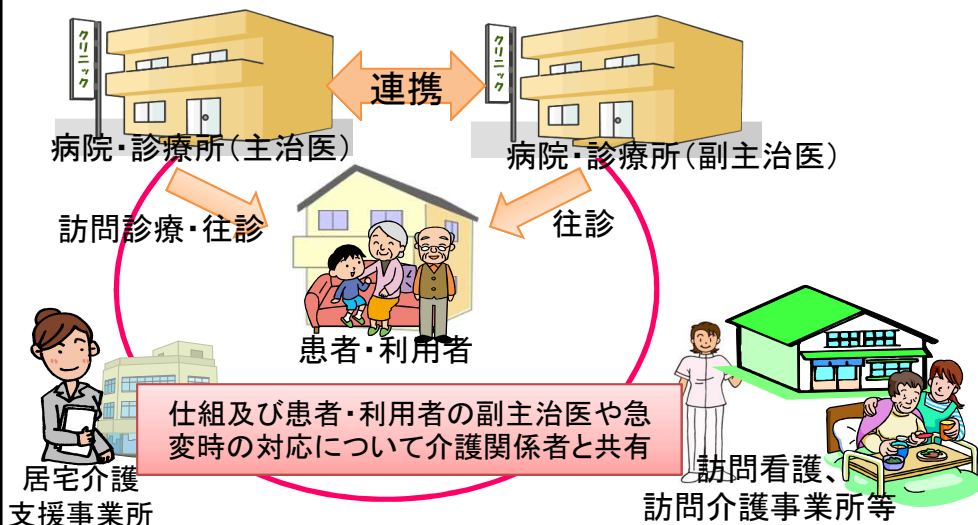
- (1) 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

## 留意事項

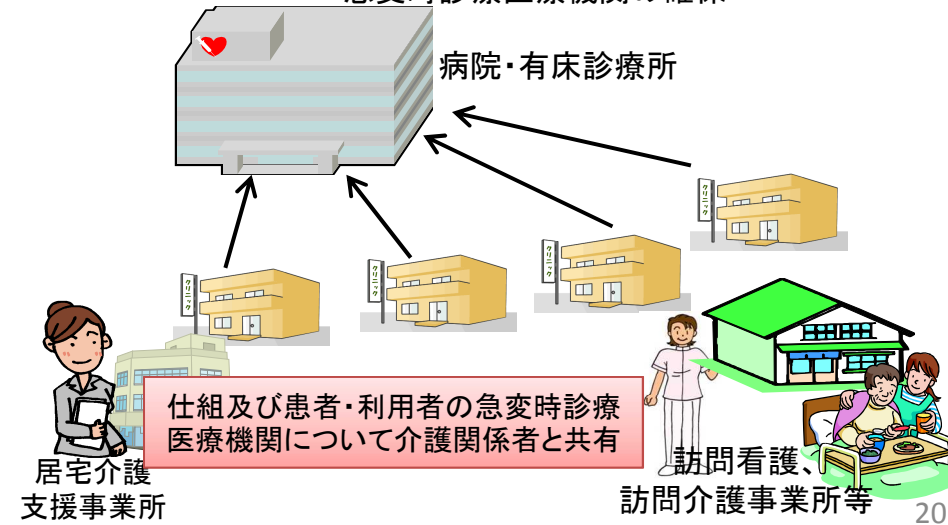
- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

## 取組例

(取組例) 主治医・副主治医制の導入



(取組例) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保



# (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、利用者・患者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護事業者相互の紹介を行う。



## 実施内容・方法

- (1) 地域の在宅医療と介護の連携を支援する人材を配置。
- (2) (イ)の会議の活用等により運営方針を策定する。
- (3) 郡市区医師会、地域包括支援センター等の協力を得て、地域の医療・介護関係者に対して、窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知。
- (4) 地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療と介護の連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等を実施。

## 留意事項

- (1) 介護関係者からの相談は、地域包括支援センターとの連携により対応する。地域住民からの相談等は、原則として引き続き地域包括支援センターが受け付けることとするが、実情に応じて、直接地域住民に対応することも差し支えない。
- (2) 必ずしも、新たな建物の設置を求めるものではなく、相談窓口の事務所は、既存の会議室や事務室等の空きスペース等を活用することで差し支えない。ただし、相談窓口の名称を設定し、関係者等に周知すること。
- (3) 看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、ケアマネジャー資格を持つ者など介護に関する知識も有する人材を配置することが望ましい。

## (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

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



### 実施内容・方法

- (1) 隣接する市区町村の関係部局、病院関係者、医師会及び介護支援専門員協会等の医療・介護の関係団体、都道府県関係部局、保健所等が参加する会議を開催し、広域連携が必要となる事項について、検討する。
- (2) 検討事項に応じて、当該検討事項に係る関係者の参画する会議の開催を検討する。
- (3) 例えば、情報共有の方法について検討する場合は、都道府県や保健所の担当者の支援のもと、各市区町村の担当者や、医療・介護関係者が集まり、情報共有に関する具体的な方法や様式の統一等について検討する。
- (4) 統一された情報共有の方法や様式等を、連携する市区町村の地域の医療・介護関係者に周知する。

### 留意事項

市区町村が、当該市区町村の境界を越えて取組を実施するためには、都道府県、都道府県医師会等との協力が不可欠である。特に病院への協力依頼等は、都道府県が支援することが望ましい。また、都道府県等の協力においては、特に医療との接点が多い保健所の協力を得ることも考慮する。