

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ	資料
令和4年7月20日	

在宅医療の基盤整備について（その1）

目次

1. はじめに ……P. 3
2. 前回までのワーキンググループの振り返り ……P. 8
3. 在宅医療の現状と今後の動向 ……P. 11
4. 在宅医療圏について ……P. 38
5. 課題と論点 ……P. 46

1. はじめに

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、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するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（令和3年10月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏（令和3年10月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 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。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

6事業(*)…5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。)、新興感染症等)。

(*) 令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な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(PDCAサイクルの推進)。

○ 医師の確保に関する事項

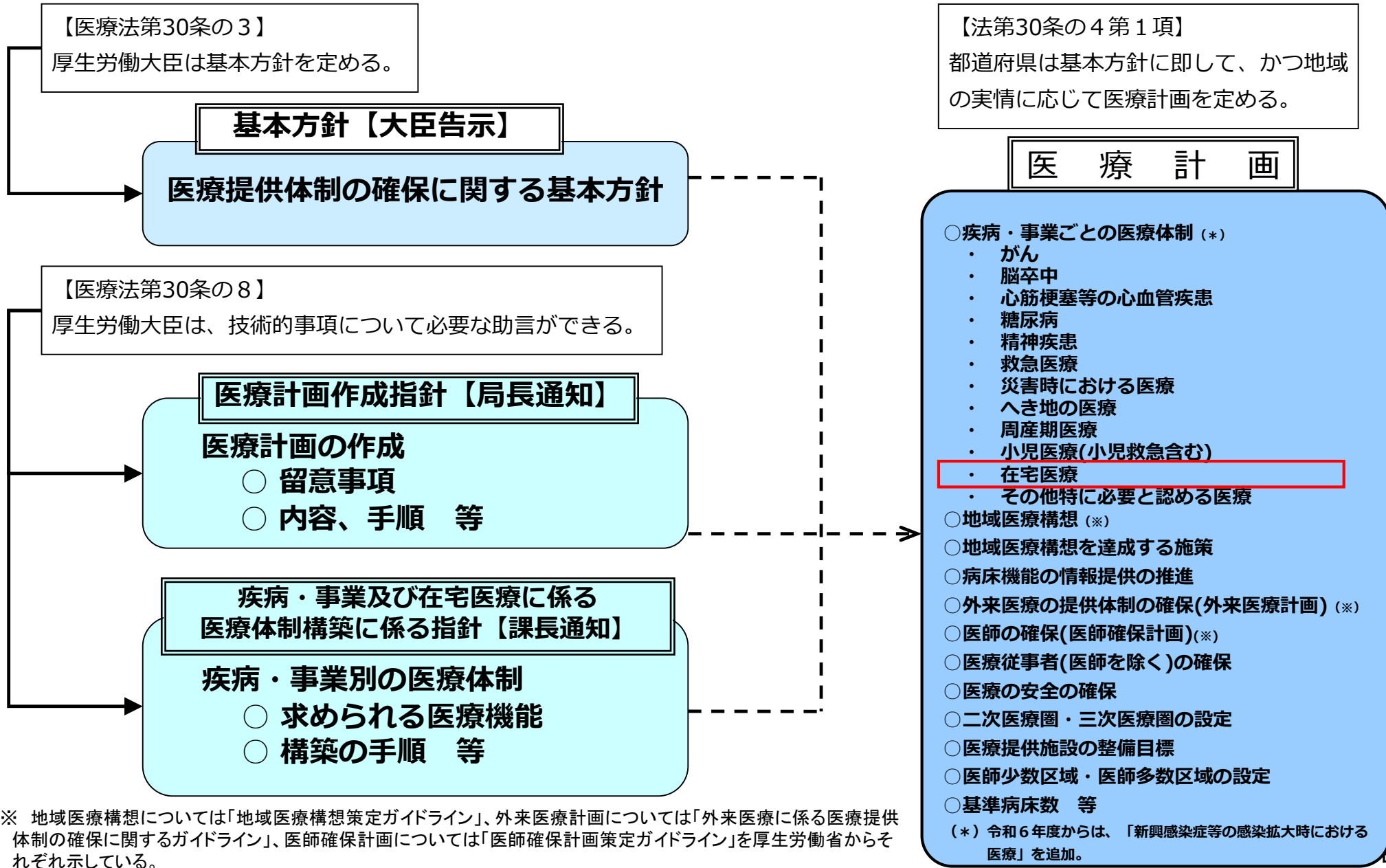
- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

医療計画の策定に係る指針等の全体像

令和3年6月18日
第8次医療計画等に
関する検討会資料



今後の検討事項

第1回在宅医療及び医療・介護連携
に関するワーキンググループ

資料2

令和3年10月13日

改

赤枠は今回のワーキンググループでの検討議題、赤枠点線はすでに1巡目の議論を終えた検討議題を示す。

(1) 在宅医療の基盤整備

- 訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等、在宅医療提供に係る基盤の整備について
- 訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導のほか、リハビリテーション、栄養指導を含む多職種連携、在宅医療・介護の関係機関の連携の推進について(次回御議論いただく予定)
- 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

(2) 患者の状態に応じた、質の高い在宅医療提供体制の確保

(前回御議論いただいた内容)

- 複数の診療科の医師間の連携や、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
- 近年増加傾向にある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(次回御議論いただく予定)

(3) 災害時や新興感染症拡大時における在宅医療の提供体制

(前回御議論いただいた内容)

- 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
- 新型コロナウイルス感染症の自宅療養患者への医療提供の状況を踏まえた、今後の新興感染症拡大時における在宅医療提供の在り方や整備について(※)

※「第8次医療計画等に関する検討会」での議論を踏まえ、検討を進める予定。

本ワーキンググループの検討スケジュール（現時点のイメージ）

令和4年	6月	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	
	7月	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療の基盤整備について（その1） <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療の基盤整備について（その2） <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、リハビリテーション、栄養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 	1巡目の議論
	8月		2巡目の議論
	9月		
	10月		
	11月		
	12月		取りまとめ
令和5年	1~3月	医療計画の指針作成	
	4月~	都道府県における医療計画の策定	

2. 前回までのワーキンググループの振り返り

これまでのWGにおける主な意見（基盤整備①）

■基盤整備【需要と供給】

- 在宅医療の整備量については、医療機関数だけでなく、実際に訪問サービスが可能な患者数の現状把握を行う必要がある。
- 在宅療養支援診療所・病院の数を増やすことも重要であるが、医師の働き方改革や医師確保の観点や小規模な診療所への支援等を踏まえると、機能強化型在宅支援診療所・病院を増やしていく方がよいのではないか。
- 訪問看護サービスの整備に関する課題について、都道府県への調査で、①事業所の規模の小ささ、②訪問看護の従事者の確保、③事業所の地域偏在、が50%以上の自治体で課題として挙がっている。
- 訪問看護の整備は在宅医療を支えるためには不可欠な基盤であるので、次期医療計画ではすべての都道府県で訪問看護事業所数や従事者数が記載され、24時間体制の訪問看護ステーションや機能強化型というようなサービスの機能を示す指標の記載もさらに進むことが重要。
- 今後は医療計画の中でも、専門性の高い訪問看護人材の確保を指標化することや、24時間体制、機能強化型の事業所数、医療的ケア児に対応できる事業所数、これらの提供可能なサービス量についても指標・目標としていただくことが必要である。

■基盤整備【地域単位】

- 5疾病5事業は県が中心、在宅医療は市区町村中心のため、都道府県及び都道府県医師会等が連携して市区町村を支援することが非常に重要。
- 第8次医療計画の策定に向けては、日常生活圏域以上、二次医療圏以下の在宅医療圏域を設定し、各二次医療圏単位の地域医療構想調整会議の中に、在宅医療の部会かワーキンググループを設置し、在宅医療圏ごとの協議が進むようにする必要がある。
- 在宅医療は介護や福祉等ともつながっており、地域医療の協議の場である地域医療構想調整会議では中々幅広い議論がしづらい。地域包括ケアシステムの構築の観点から、もう少しエリアを限り、医療・介護・福祉等を含めた議論ができる協議の場が必要。
- 第8次医療計画では、在宅医療の基盤整備を行う上で、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」として在宅療養支援病院を、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として、いわゆる在宅医療連携拠点などを位置づける必要があるのではないか。

これまでのWGにおける主な意見（基盤整備②）

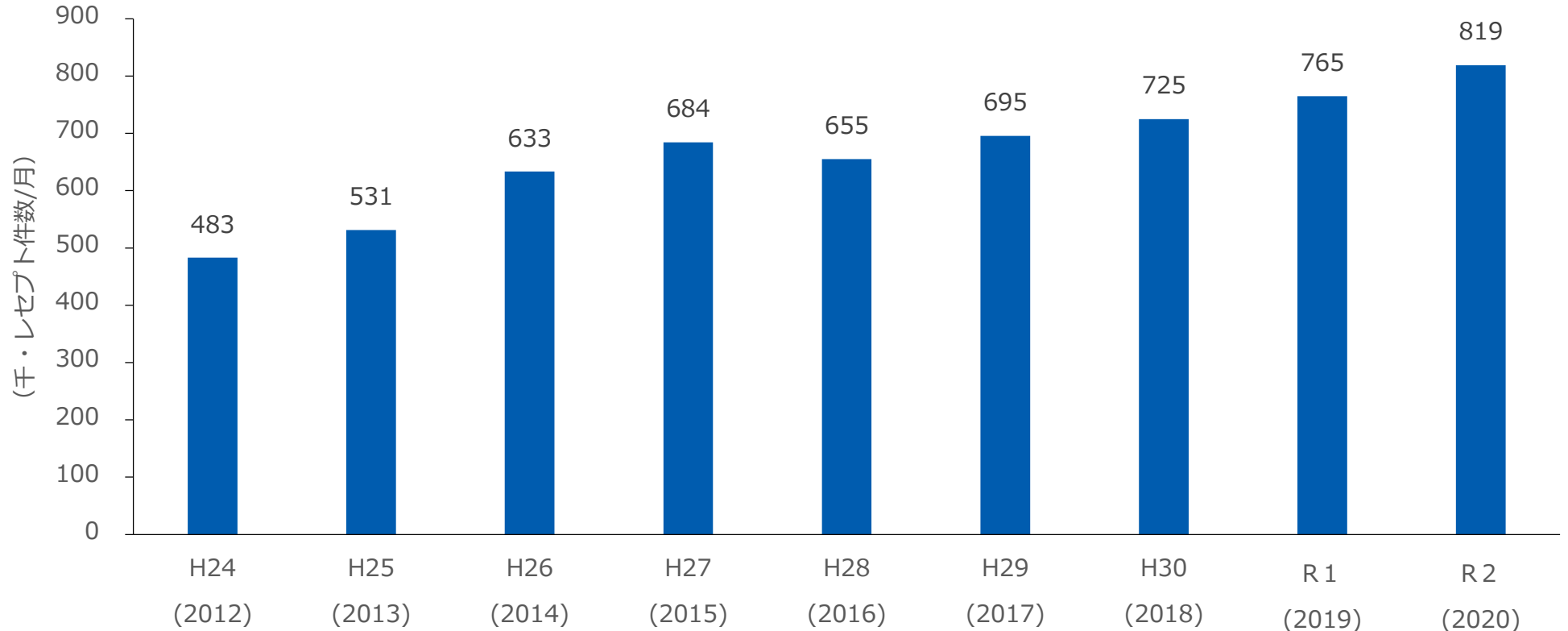
■ 基盤整備【医療・介護連携、多職種連携】

- 今後、医療の担い手が減少していく中で、在宅医療においても、マンパワーの確保や職種間連携、関係施設の連携が重要。
- 在宅医療は暮らしを基盤とし、それを支える福祉職、特に介護職における体制があってこそその在宅医療。これまで以上に医療・介護の連携が重要であると考えている。
- 在宅医療・介護における多職種連携に係る社会資源が不足している地域では、グループ化を図るのも難しいことから、情報通信機器等を通じて、在宅医療の拠点のほうからバックアップをしていただきたい。
- 訪問診療を行う主治医を中心とした連携モデルが地域の中でもあるが、地域全体での推進が遅いように思う。コロナウイルスの感染症拡大で、様々なICT化が推進されたことを踏まえ、在宅医療連携モデルの推進をお願いしたい。

3. 在宅医療の現状と今後の動向

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）

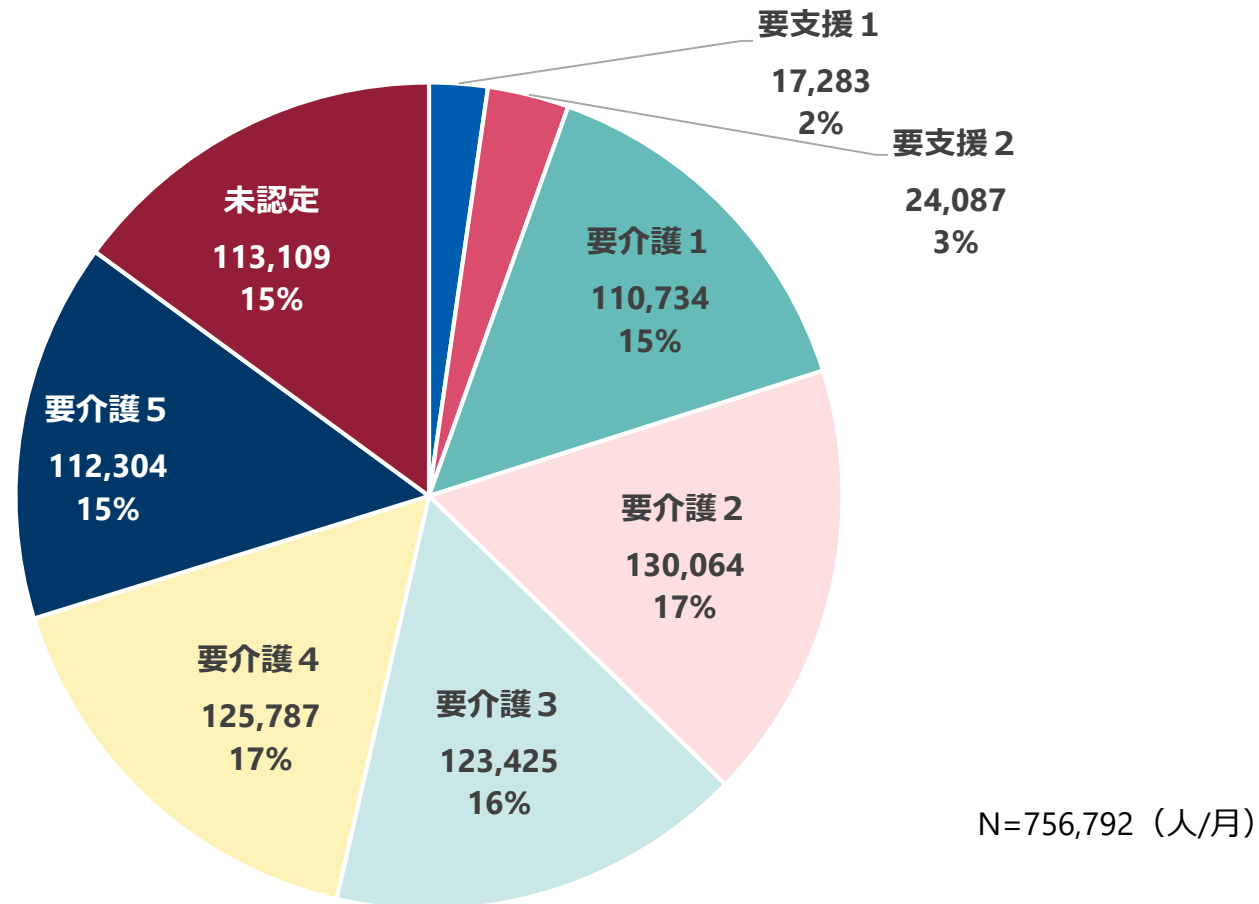
なお、平成27年度末までは以下を含む。（平成27年度末に以下の算定項目は廃止。）

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）

訪問診療を受けている患者における介護度別の内訳

○ 在宅患者訪問診療料を算定している患者のうち、要介護1・2の患者が約30%、要介護3以上の患者は約50%であった。

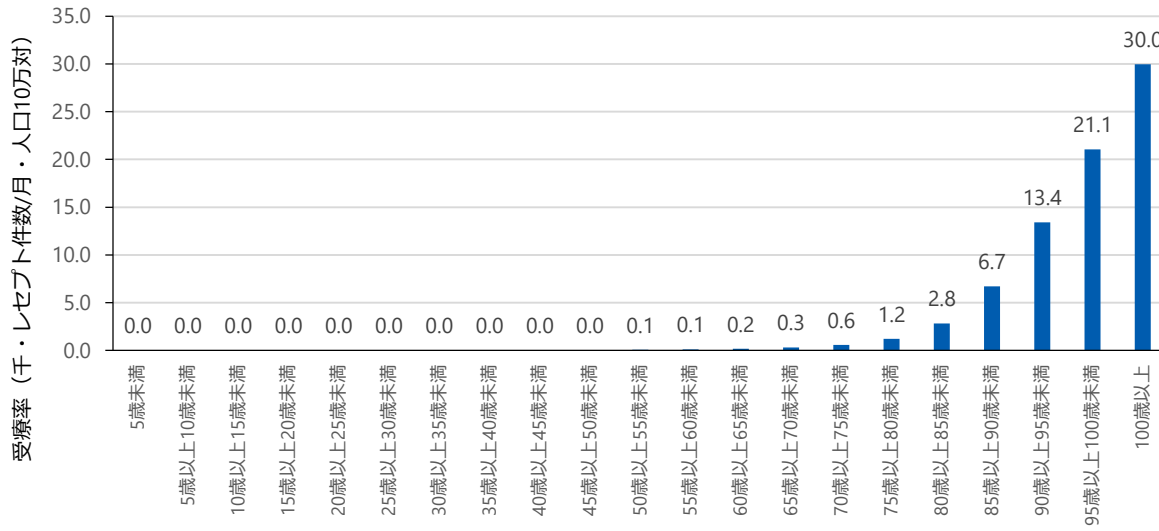


【出典】KDBデータベース（KDB）（2019年度診療分）
※算定項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）
※月当たりの平均患者数、京都府除く

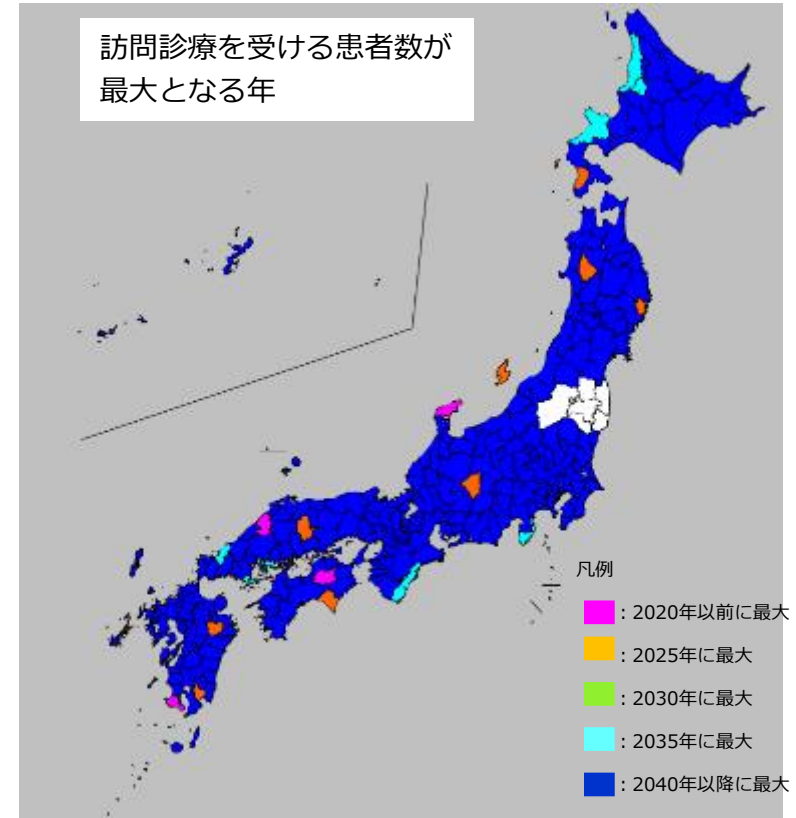
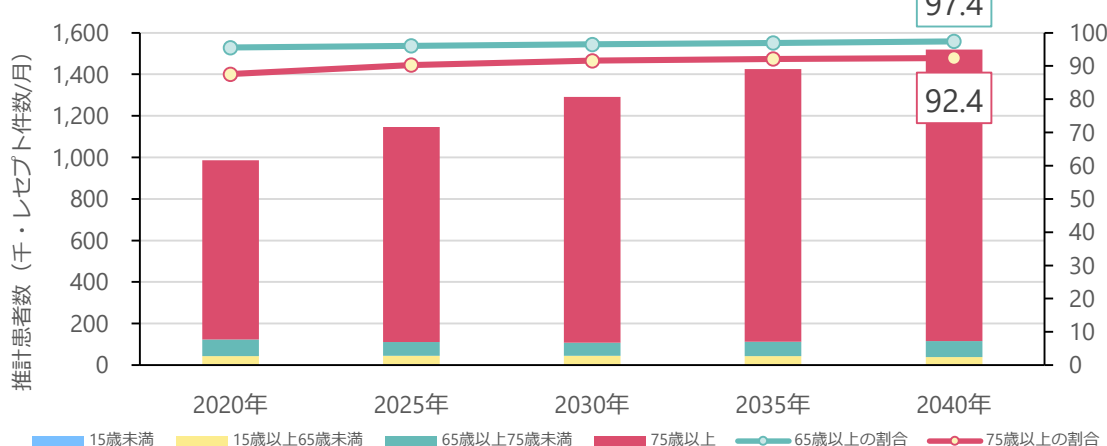
訪問診療の必要量について

- 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

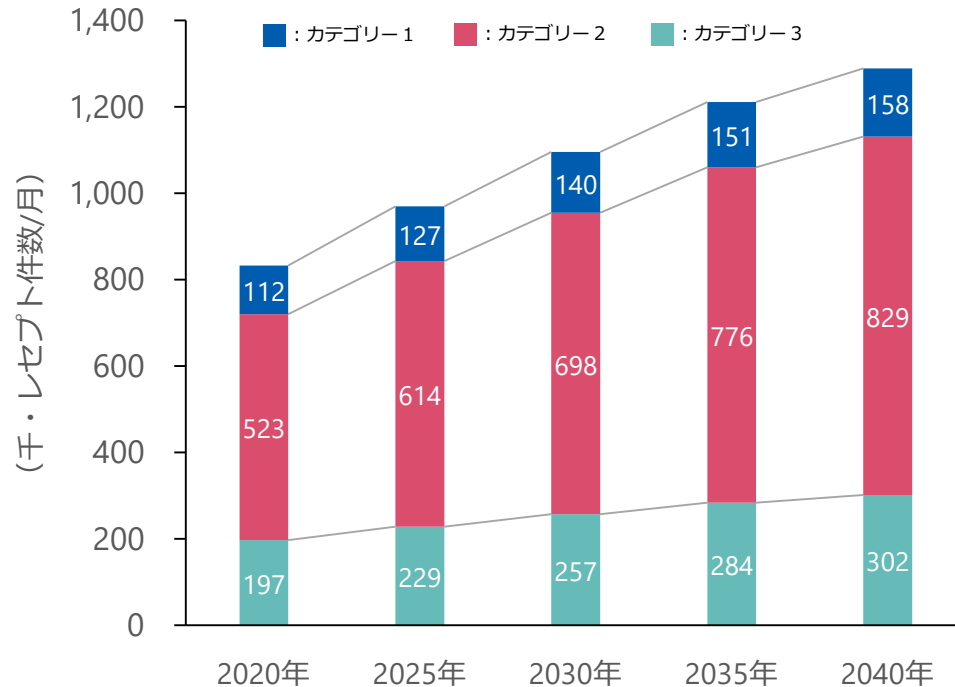


【出典】
 受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。
 推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
 ※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。
 ※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
 ※3 国立社会保障・人口問題研究所「日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。

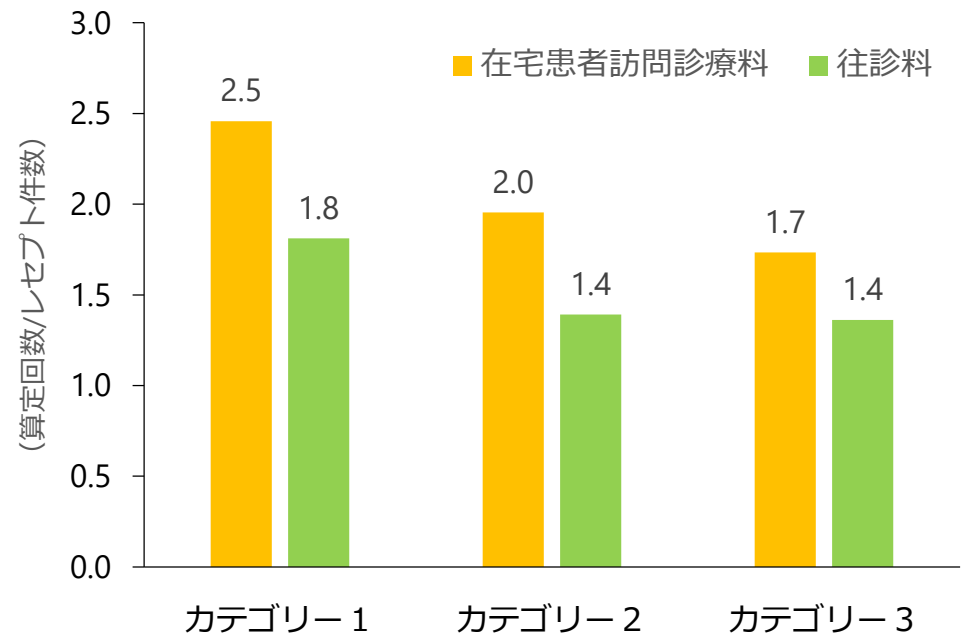
医学的区分別の在宅療養患者について（全国）

- 在宅医学総合管理料及び施設入居時総合管理料の算定患者に関して、難病等の患者や要介護2以上の患者等を含め、今後も増加が見込まれる。
- 在宅患者訪問診療料及び往診料の平均算定頻度は、医学的区分ごとでやや異なる傾向がみられた。

医学的区分別にみた在宅療養患者数の需要推計



医学的区分別にみた訪問診療及び往診の頻度



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3：上記のカテゴリ1及びカテゴリ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）、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：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 = 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）

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

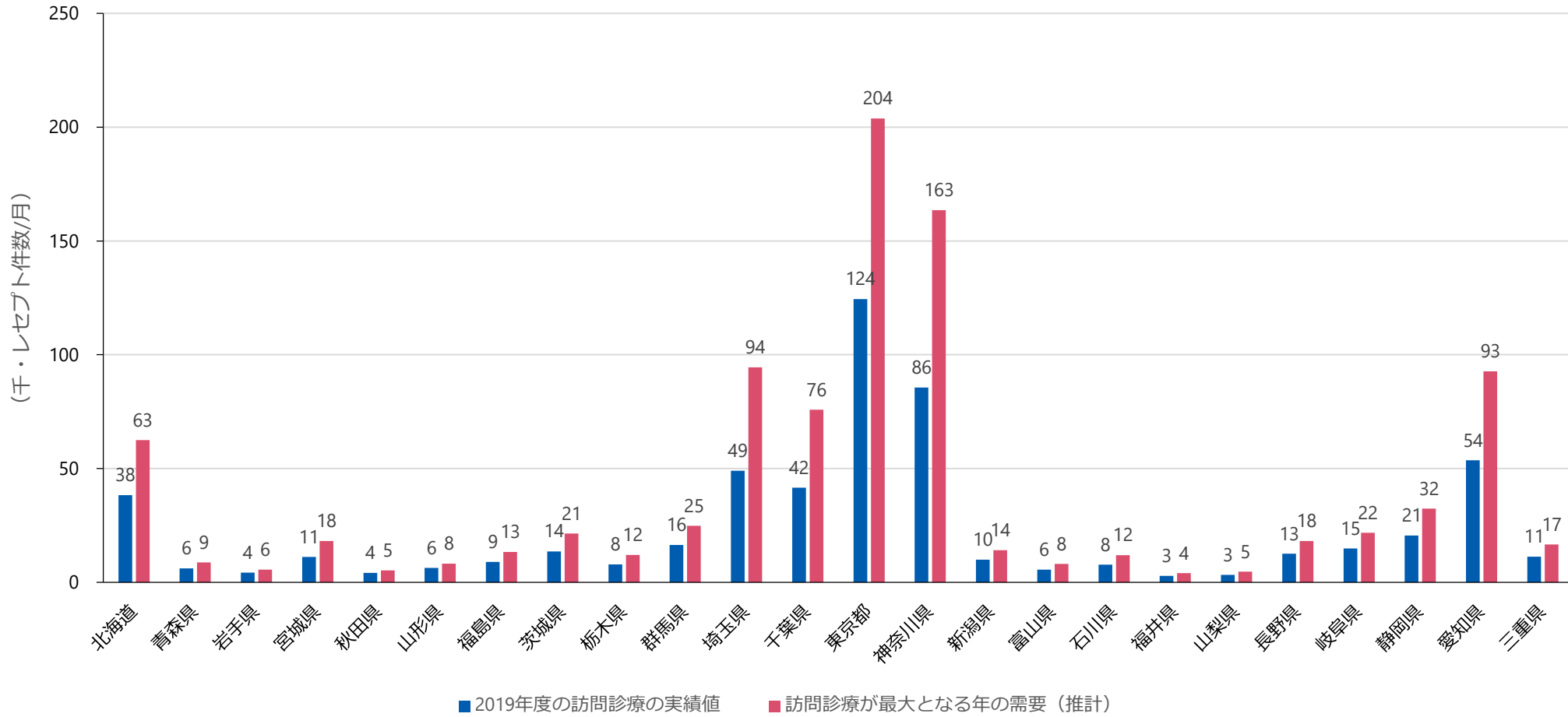
以下のいずれかに該当する患者

- ・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

訪問診療の将来需要と現下の供給実績について①

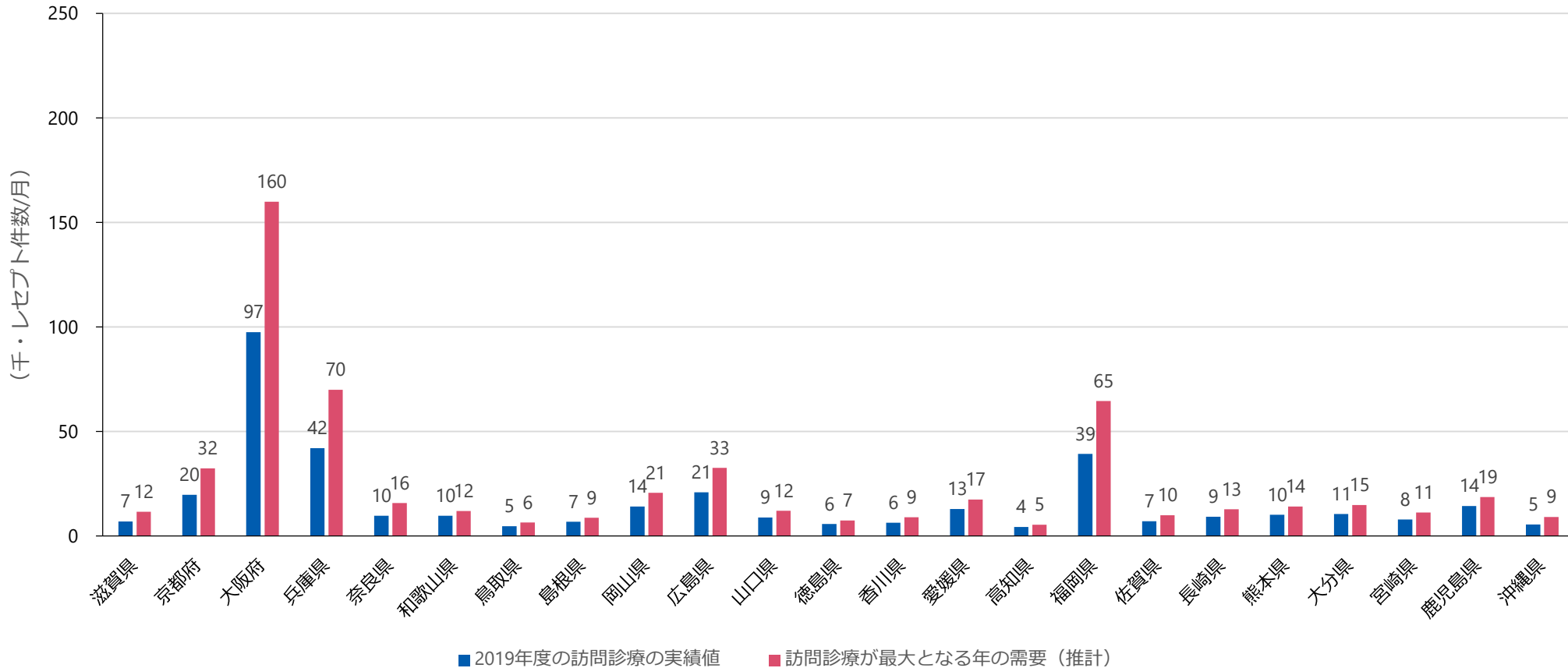
都道府県別に、2020・2025・2030・2035・2040年度における訪問診療の将来需要を推計し、在宅患者訪問診療料のレセプト件数が最大となる年度の需要と2019年度における当該件数の実績値とを比較した。



【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）を基に受療率を算出。
 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）
 2019年度の性・年齢階級・当該都道府県別の受療率を固定し、性・年齢階級・二次医療圏別の将来人口に機械的に適用したもの
 ※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）

訪問診療の将来需要と現下の供給実績について②

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。

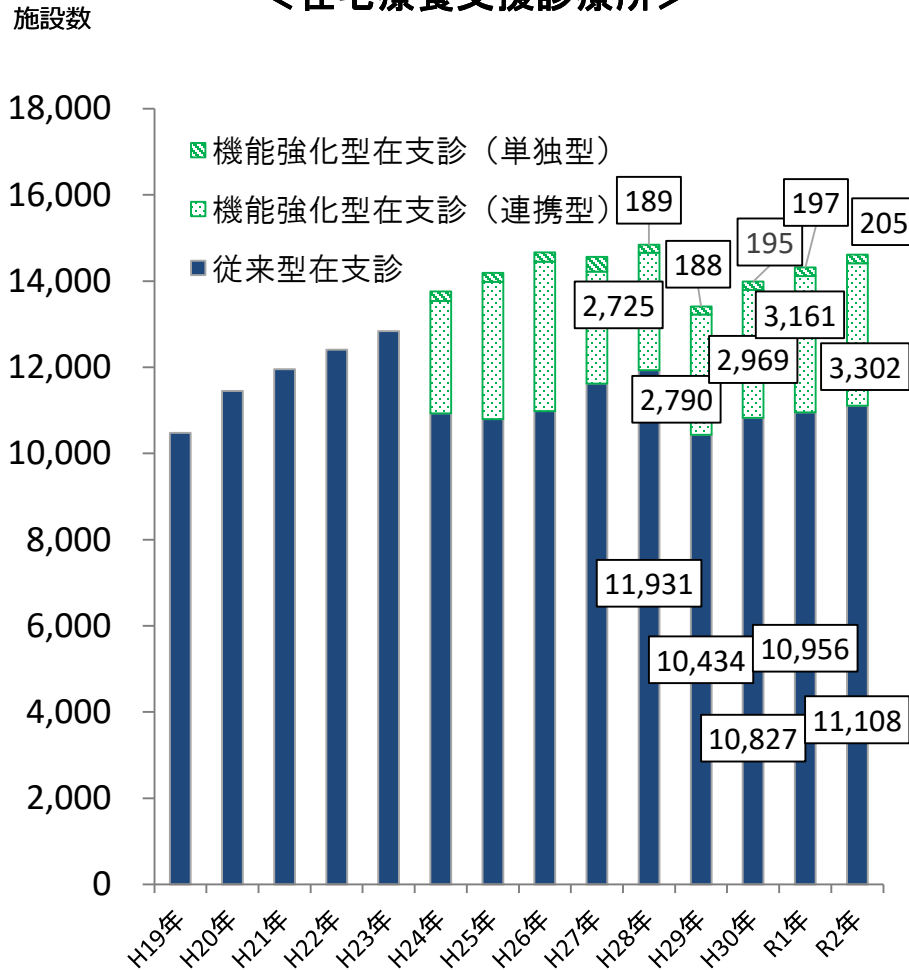


【出典】受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。
 集計項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプト件数/月
 推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位仮定）
 2019年度の性・年齢階級・当該都道府県別の受療率を固定し、性・年齢階級・二次医療圏別の将来人口に機械的に適用したもの
 ※将来推計患者数=Σ将来推計人口（性・年齢・二次医療圏別）×受療率（性・年齢・当該都道府県別）

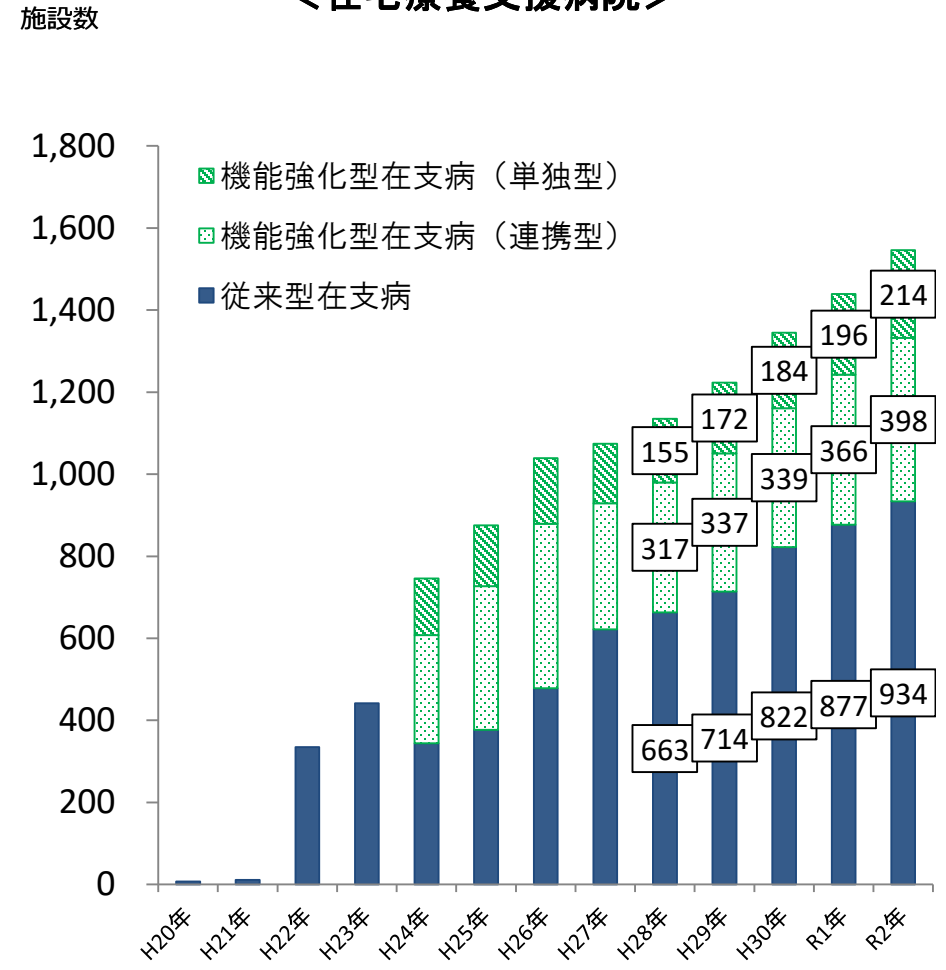
在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

○ 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>

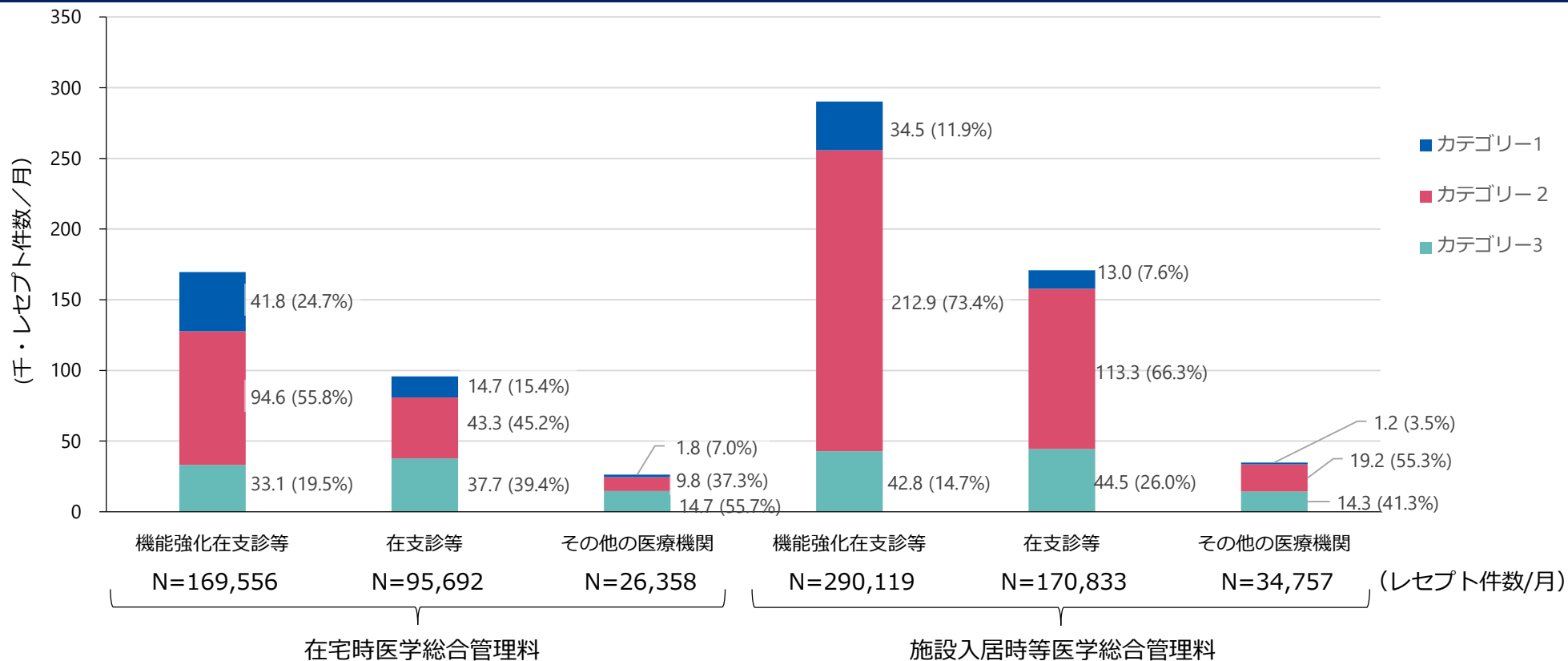


<在宅療養支援病院>



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）

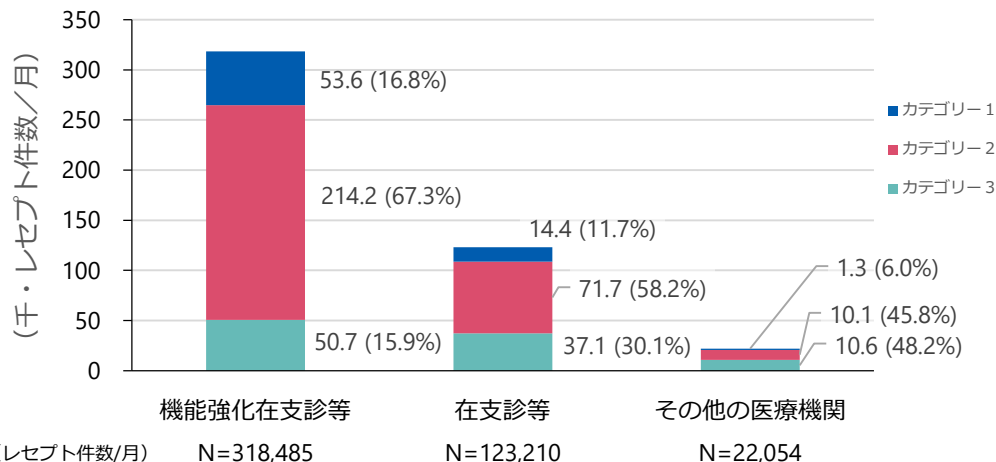
【出典】NDBデータ（2019年度診療分）

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

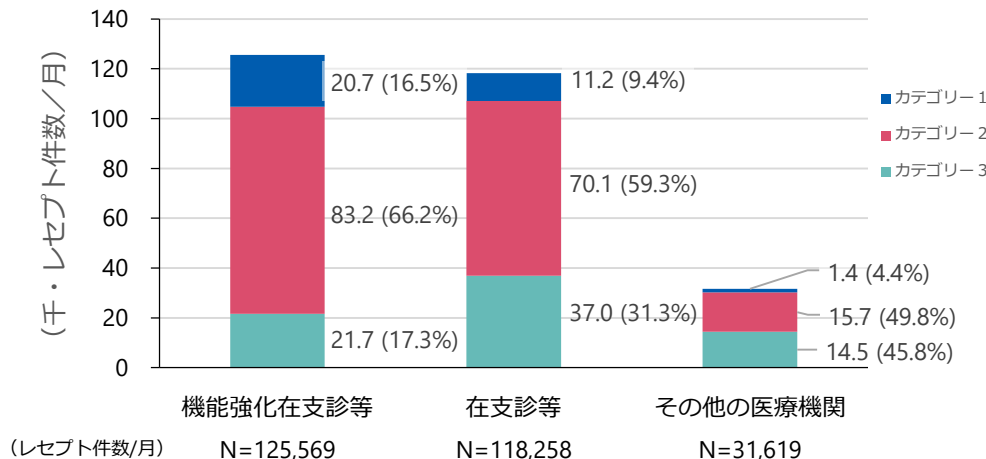
医療機関類型及び二次医療圏の規模別にみた在宅療養患者の医学的区分の分布

- 大規模の二次医療圏では、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、訪問診療件数の総数も多かった。
- 中規模の二次医療圏では、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いるが、機能強化型在支診・在支病と在支診・在支病における訪問診療件数の総数の差は大規模型の二次医療圏よりも小さかった。
- その他の二次医療圏では、機能強化型在支診・在支病における難病等の患者の割合がやや高いものの、難病等の患者への対応数は在支診・在支病でやや多く、訪問診療件数の総数も多かった。

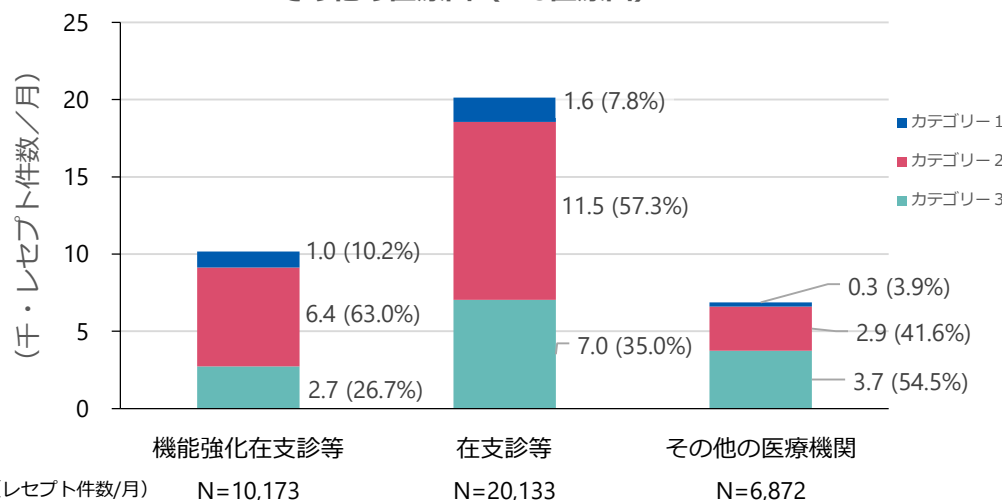
大規模型の医療圏（49医療圏）



中規模型の医療圏（157医療圏）



その他の医療圏（129医療圏）



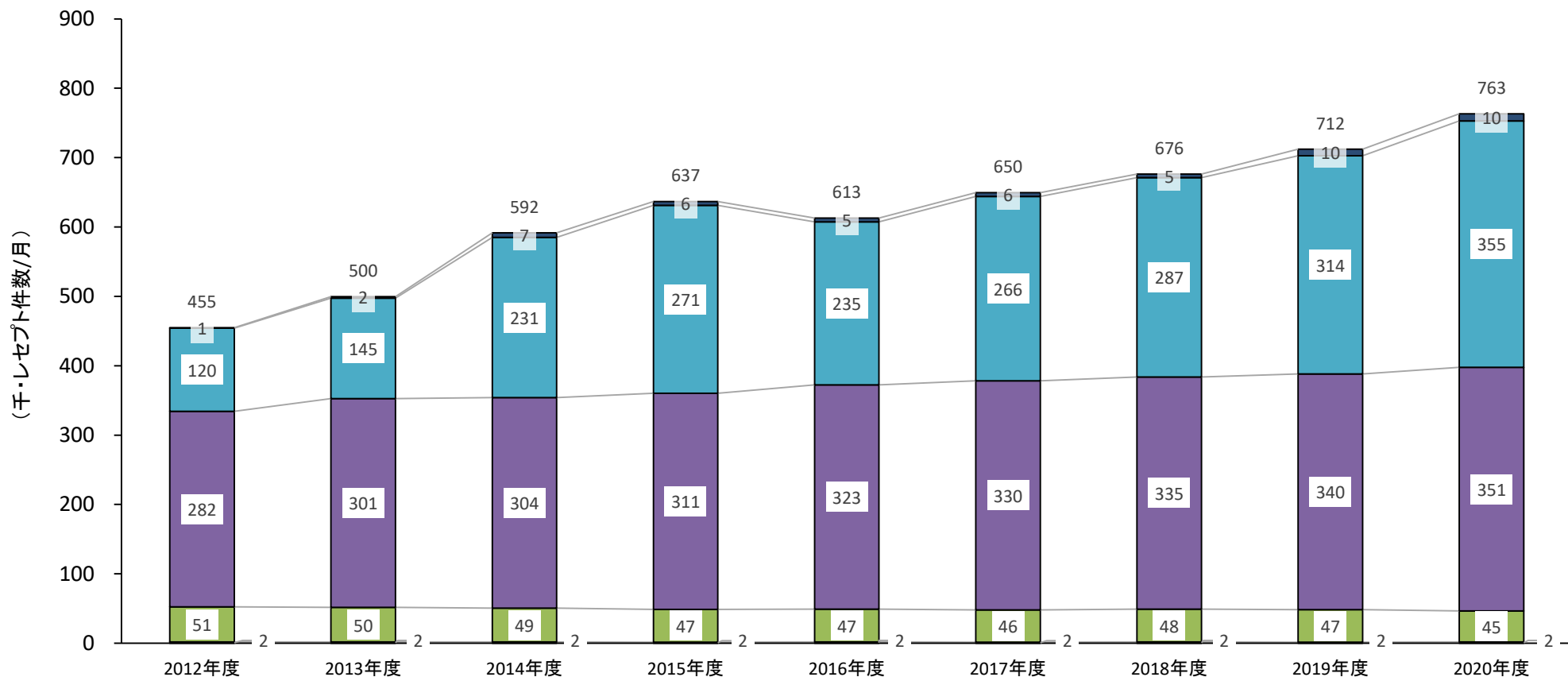
【二次医療圏の規模の定義】
 大規模型：（人口100万人以上）又は（人口密度が2,000人/km²以上）
 中規模型：（人口20万人以上）又は（人口10～20万かつ人口密度が200人/km²以上）
 その他：上記以外
 出典：日医総研ワーキングペーパー No.426（2019年2月26日）
 人口：住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を使用

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

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）

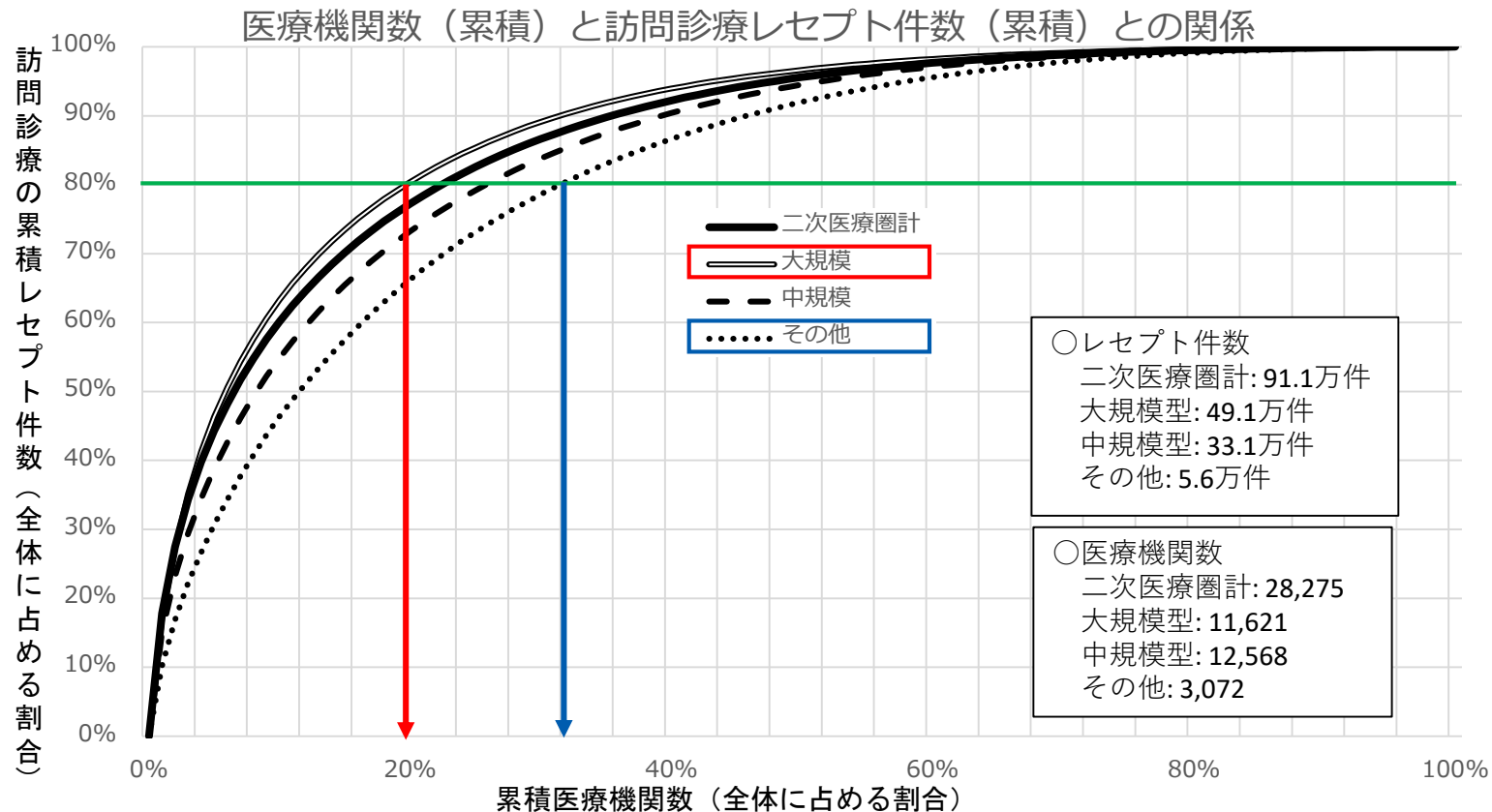
※月当たりの平均レセプト件数（京都府除く）

※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

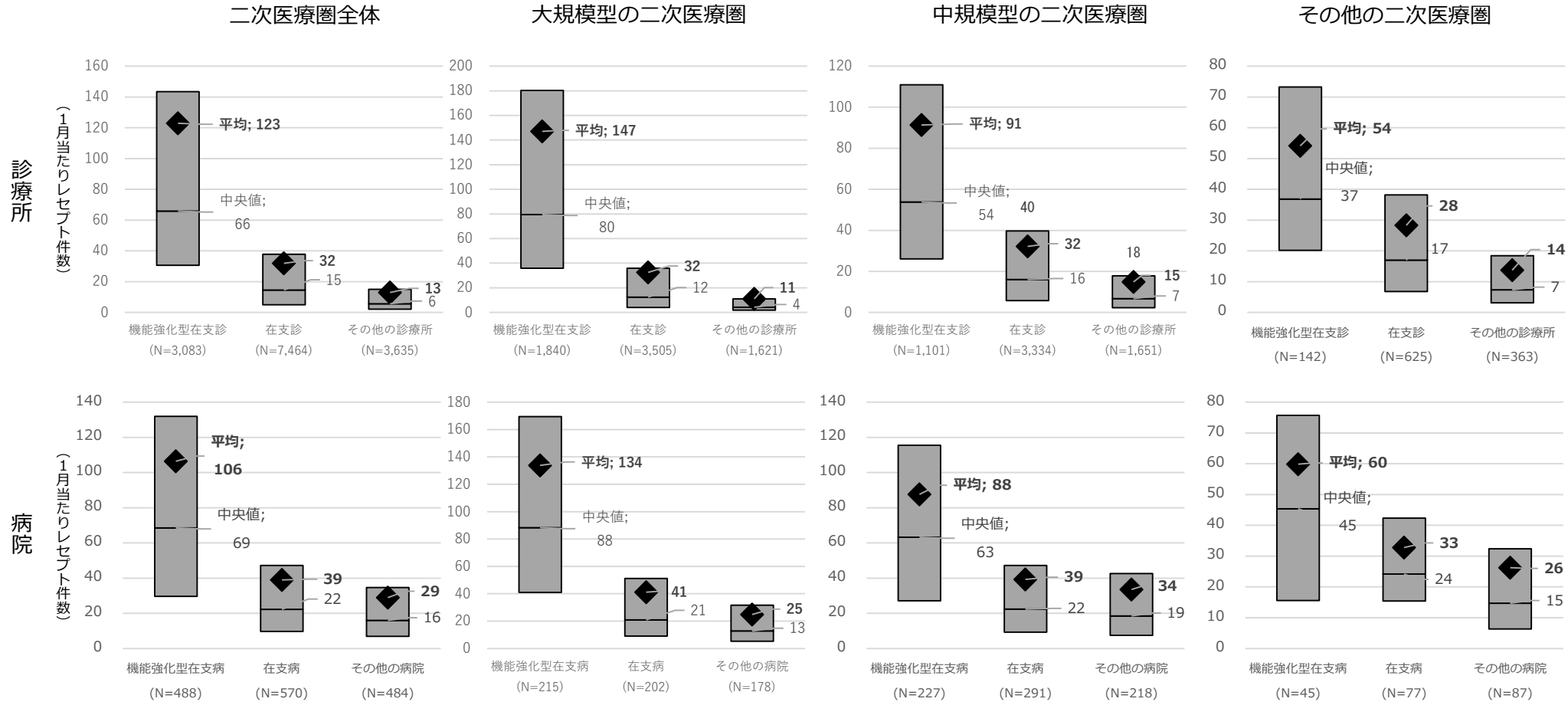
【出典】NDBデータ（2019年度診療分）

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）

医療機関類型及び二次医療圏の規模別にみた1医療機関あたりの訪問診療提供数

- 二次医療圏全体でみると、機能強化型在支診・在支病で1医療機関あたりの診療件数が多い。
- 大規模型・中規模型の二次医療圏では、機能強化型在支診・在支病の1医療機関あたりの診療件数も多い。一方、その他の二次医療圏では、大規模型・中規模型の二次医療圏と比べて、医療機関類型の違いによる診療件数の差が少なかった。

＜医療機関類型及び二次医療圏の規模別にみた1医療機関あたりのレセプト件数＞



【出典】 NDBデータ (2019年度診療分)

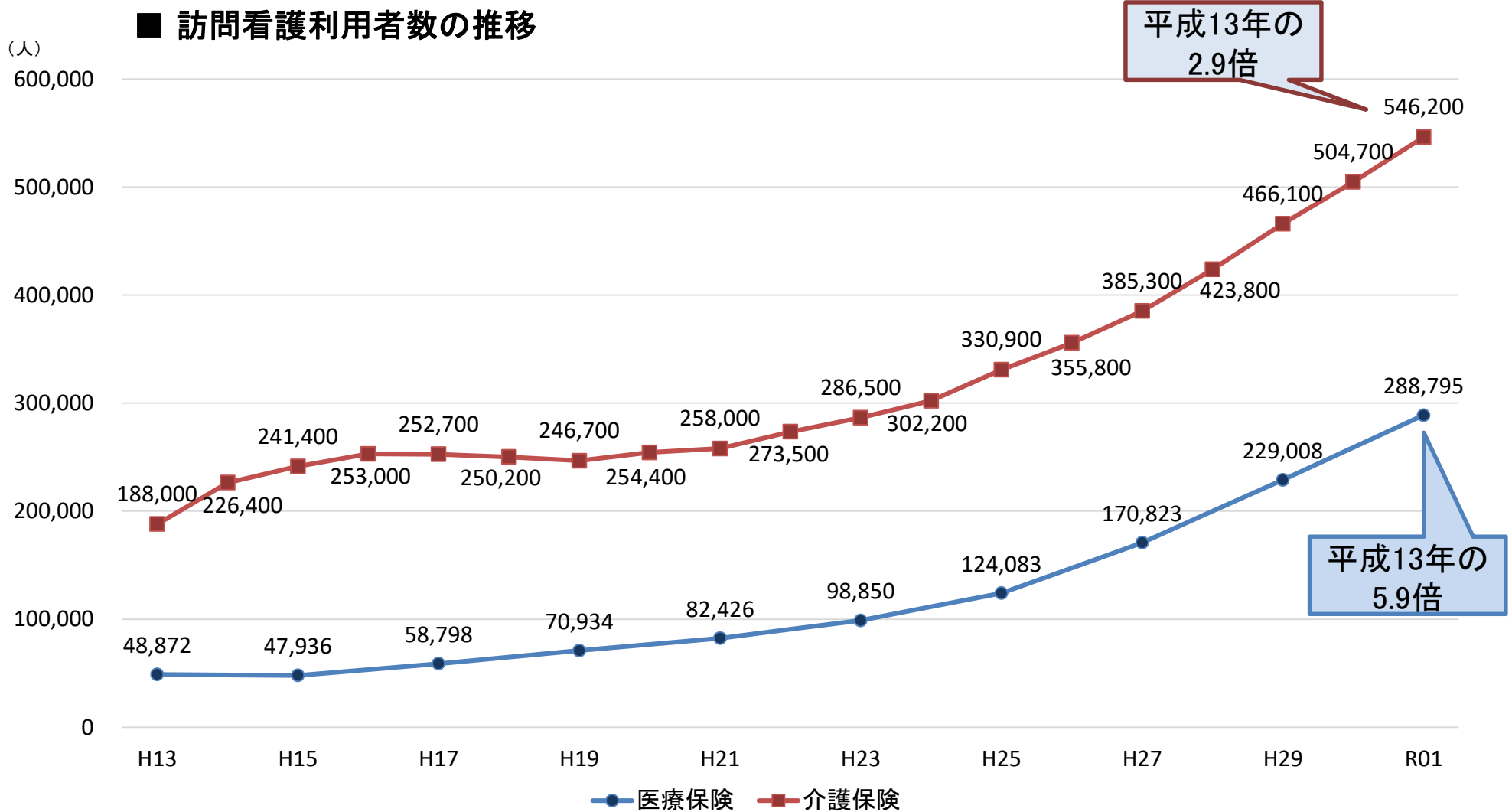
集計項目: 在宅患者訪問診療料 (I) 及び (II) のレセプト件数/月

※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)

訪問看護利用者数の推移

中医協 総-1-2
3 . 8 . 2 5

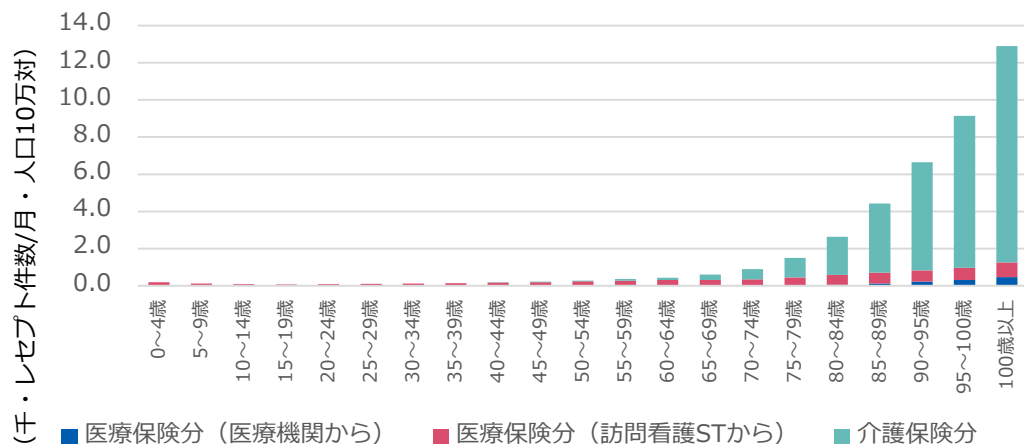
○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向



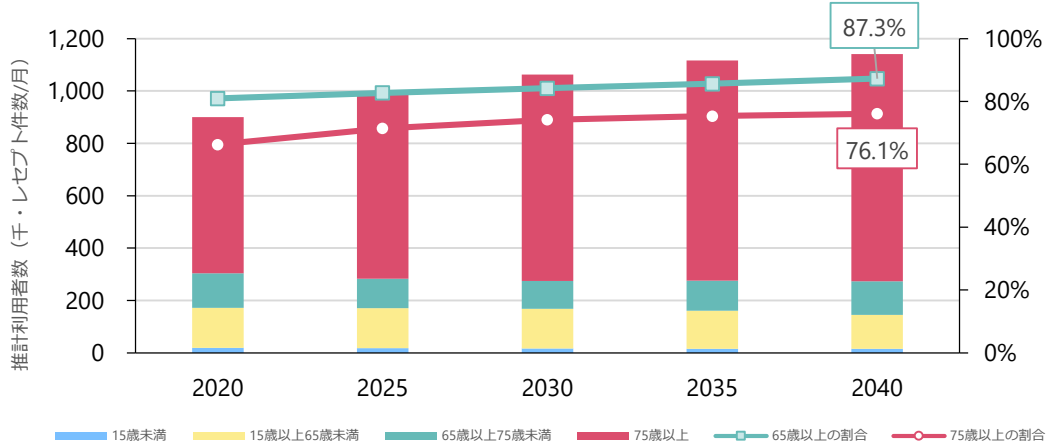
訪問看護の必要量について

- 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割以上となることが見込まれる。
- 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が見込まれる。

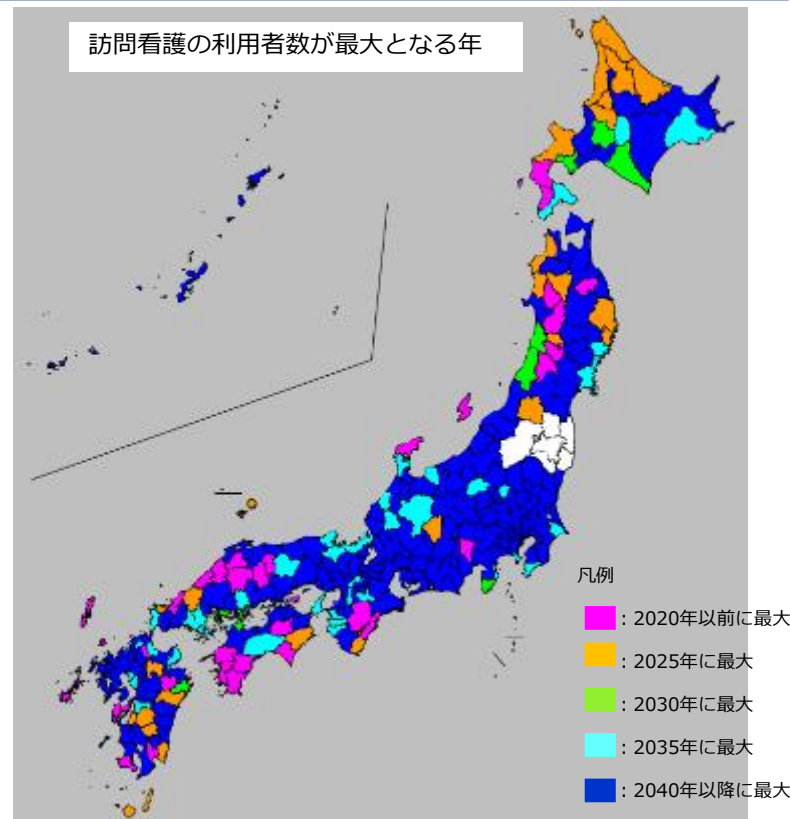
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



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。

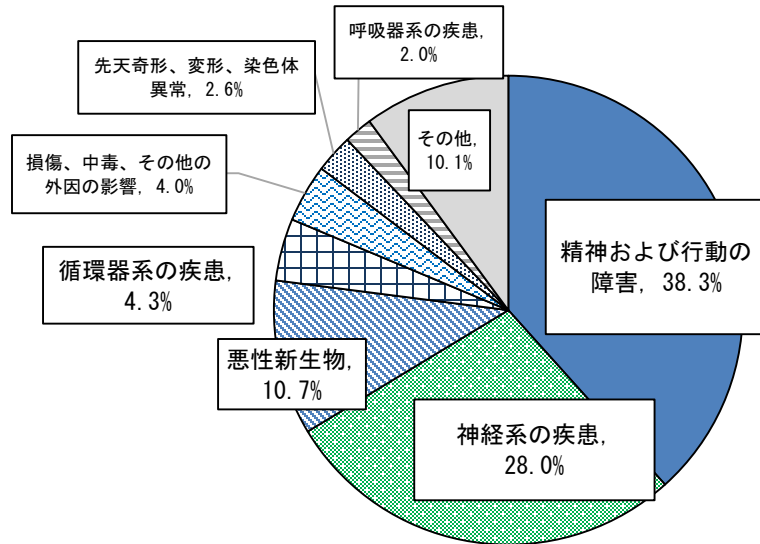
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

- ※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。

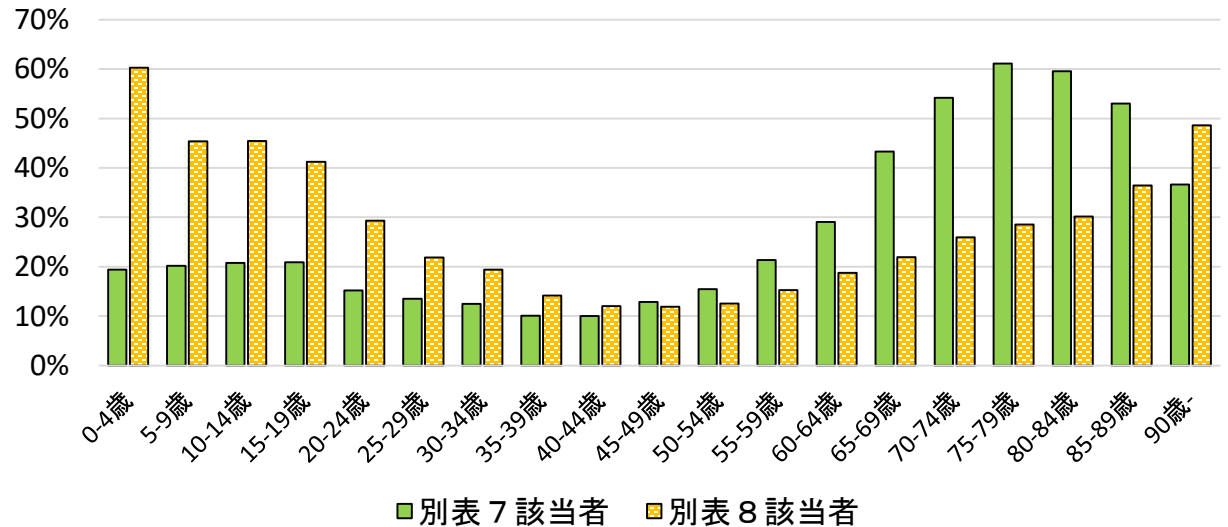
医療保険による訪問看護ステーション利用者の状態

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」「悪性新生物」を含めると、75%以上を占める。
- 訪問看護利用者における別表7の該当者は70～80歳代、別表8の該当者は小児と高齢者において割合が高い。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



<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

※要介護被保険者等にかかわらず医療保険での訪問看護が可能。算定日数制限なし。

<別表第8>

- 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
- 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

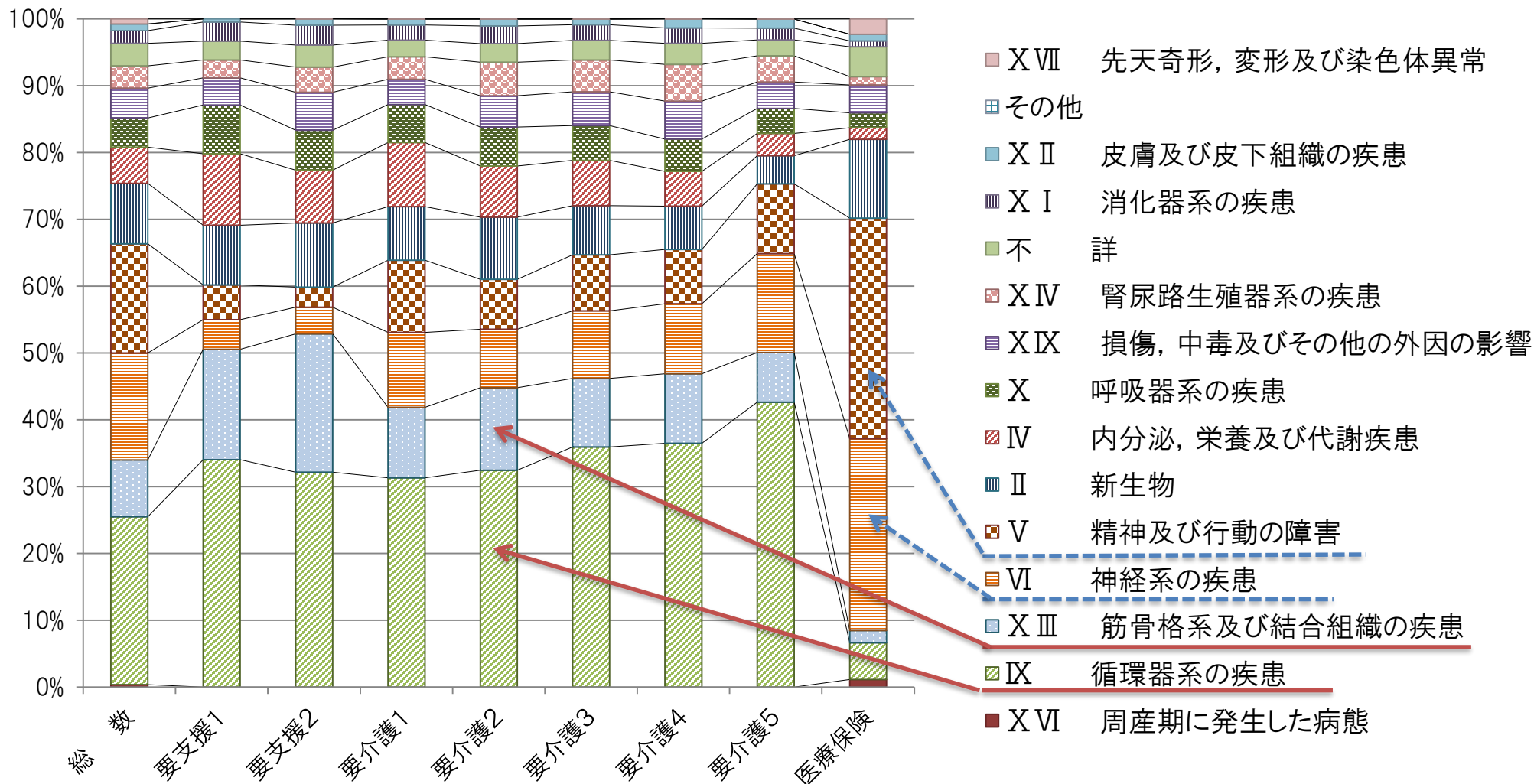
- 在宅人工呼吸指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※算定日数制限なし。

訪問看護ステーションの利用者の傷病分類

○ 介護保険の利用者は、「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が多く、医療保険の利用者は、「神経系の疾患」「精神及び行動の障害」が多い。

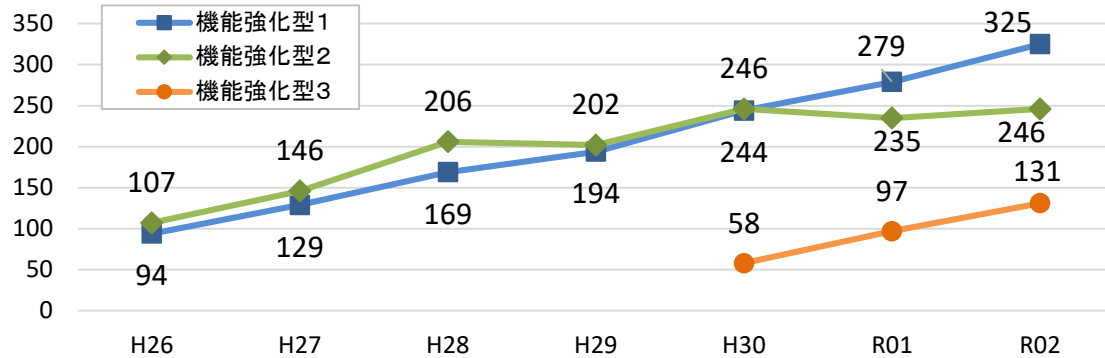
■ 訪問看護ステーションの利用者の保険制度別傷病分類



機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

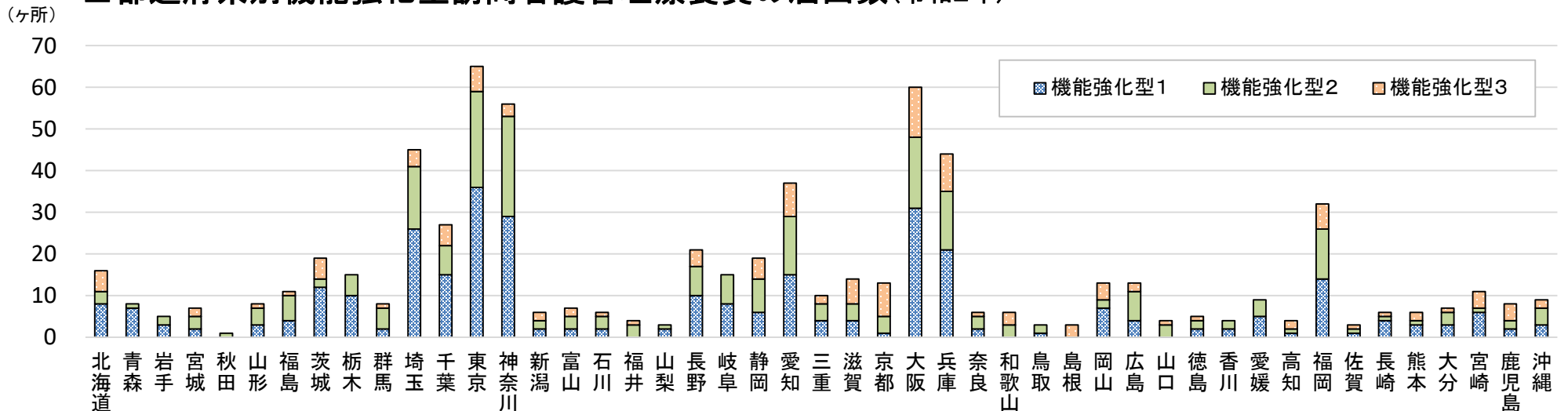
○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和2年7月時点で機能強化型1が325事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が131事業所である。

■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型 訪問看護管理療養費1	325
機能強化型 訪問看護管理療養費2	246
機能強化型 訪問看護管理療養費3	131
計	702

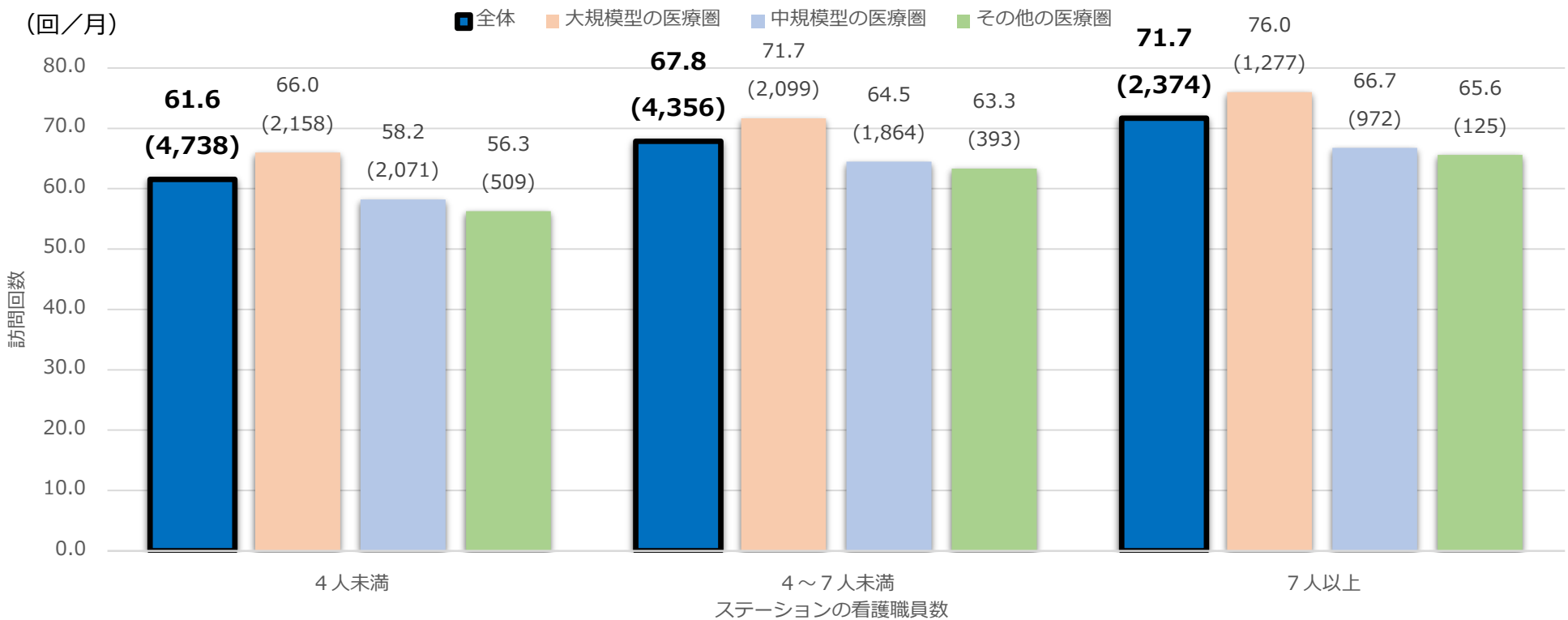
■ 都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数(令和2年)



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

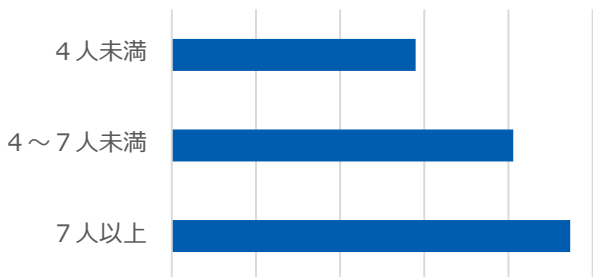
訪問看護ステーションの従業員規模別の届出の状況

- 看護職員数が多い事業所ほど、緊急時に訪問する体制、医療的依存度の高い利用者への対応が可能な体制、24時間対応が可能である体制等が整備されている割合が高い。

<介護保険>

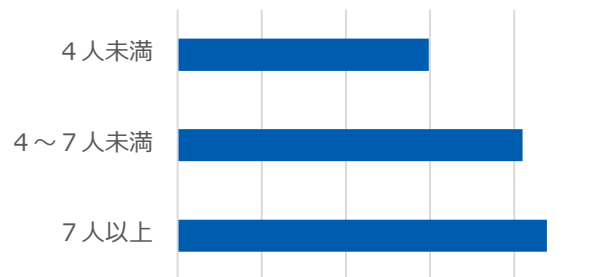
緊急時訪問看護加算 届出あり

70% 75% 80% 85% 90% 95%



特別管理体制 届出あり

70% 75% 80% 85% 90% 95%



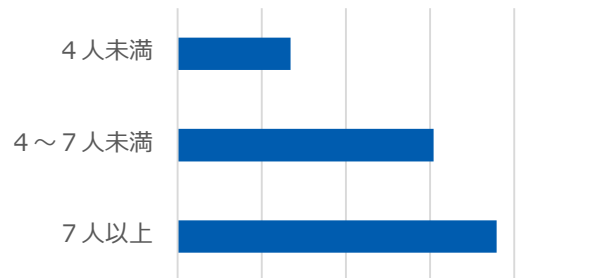
看護体制強化加算 届出あり

0% 5% 10% 15% 20%



ターミナルケア体制 届出あり

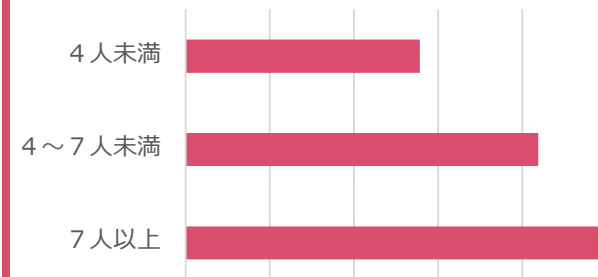
70% 75% 80% 85% 90% 95%



<医療保険>

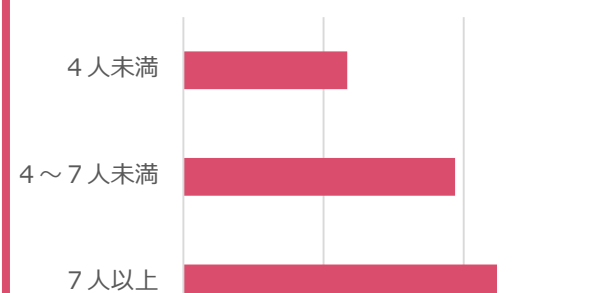
24時間対応体制加算 届出あり

70% 75% 80% 85% 90% 95%



24時間体制のうち、特別管理加算 届出あり

70% 80% 90% 100%



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！

石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。

在宅サービス過疎地域における訪問看護ステーションの一元管理

訪問看護のグループ化事例

社会医療法人孝仁会訪問看護ステーションはまなす（北海道釧路市）

- 労務管理や請求書業務の事務を2つのステーションで一元化することで、ステーションの閉鎖を回避できた事例。
- さらに、ICTの活用により、時間外勤務時間の削減、1日あたりの訪問件数の増加、在宅看取りの体制強化など、過疎地域が抱える課題に対応している。

1. 背景

- ◆ 訪問看護ステーション根室では、高齢化に伴う事務職員の退職によって経理・労務管理が困難となった。
- ◆ 経験に乏しい看護師が管理職を担わなくてはならない状況が発生し、新人管理者の業務負担が増加。



2. 取組内容

- ◆ 訪問看護ステーション根室のサテライト化
 - ・ 保健所や行政との調整、労務、経理を釧路で担い、**根室の常駐看護師を4名から2名に減員。**
 - ・ **管理者を釧路と根室の兼務体制に変更**（管理者は週に1回根室に出勤）
- ◆ ICTの活用
 - ・ **医療連携アプリの導入**
利用者ごとにアプリ上で関係職種のグループを作成し、チャット機能を使ってダイレクトに相談。
 - ・ **看護記録の電子化**
訪問先・車の中で各スタッフの端末から記録。過去分も含めてすべて電子保存。

3. 効果

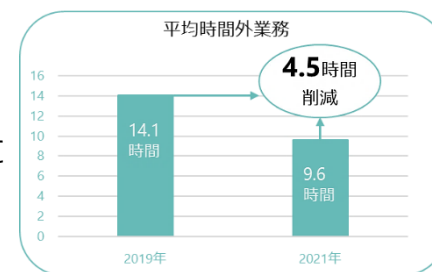
◆ サテライト化による成果

- ① 事務職員と管理者の一元化により、**人件費が年間7,223,000円削減。**
- ② 訪問看護ステーション根室の**閉鎖を回避**

◆ ICT活用による成果

- ① 業務時間の短縮
看護記録の電子化、医療連携アプリの導入により、記録・連絡業務が簡略化。ステーションとの往復時間も削減され、**時間外業務が減少。**

- ・ 年間432,000円削減
- ・ 24時間オンコール対応の平易化
- ・ 1日の訪問件数の増加
- ・ 新規利用者の受け入れも可能に



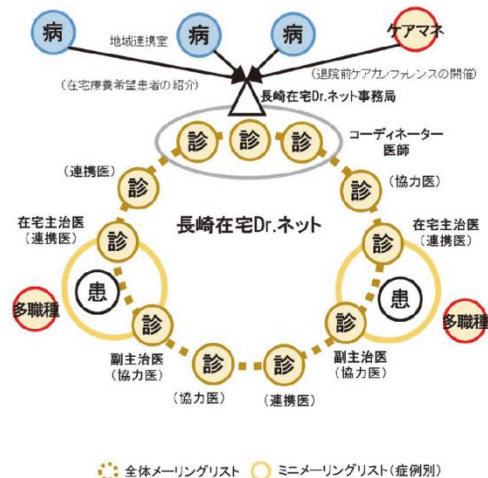
- ② コロナ感染症対策の強化
看護記録の電子化とICT機器の導入により、**各種会議のオンライン化・密の防止・在宅勤務が可能に**
- ③ 在宅看取りの指示体制が強化
管理者が事業所（釧路市）にいながら、テレビ通話などを活用し、136km離れた根室市にいる訪問看護師へ指示を伝えることで、**看取り経験が少ない訪問看護師でも、在宅看取りを行うことができた。**

【出典】令和3年度厚生労働省補助事業 看護業務効率化先進事例収集・周知事業 報告書

在宅医療のグループ化に関する事例（長崎市）

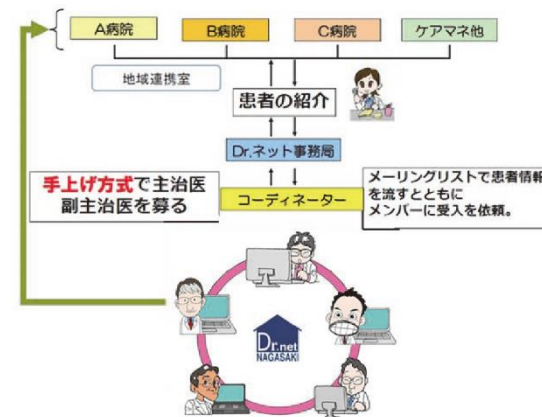
- 「長崎在宅Dr.ネット」が連携窓口となり、在宅療養を希望する方に、在宅主治医を紹介し在宅療養をサポートする医師ネットワークで、患者が安心して在宅療養を行えるよう、複数医師の連携により、在宅訪問診療や往診の24時間対応を実現。

●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



【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「症例別のミーリングリスト」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。



【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**。

【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】

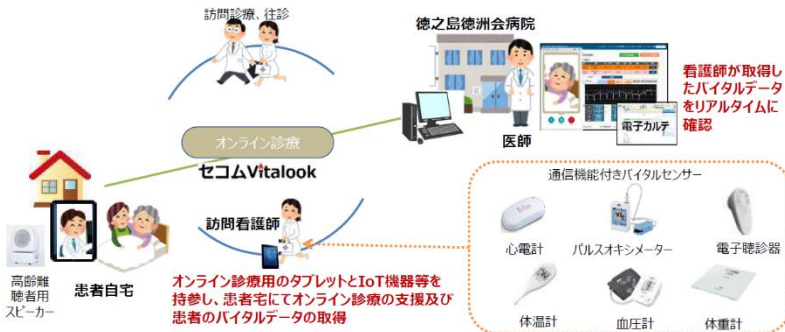
対面診療の補完としてのオンライン診療

- ・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。



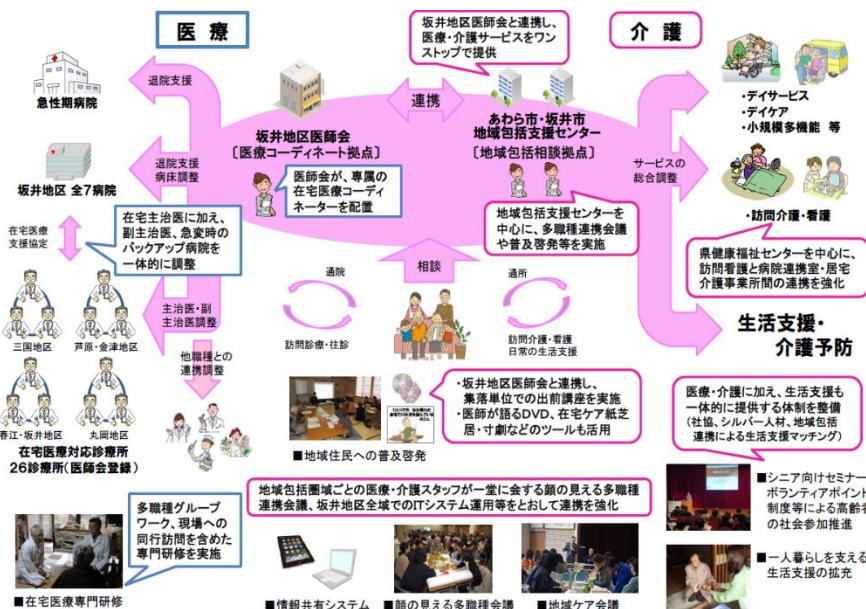
訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

- ・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（その1）

- 今後も難病等の患者や要介護2以上の患者等を含め、訪問診療の需要は増加が見込まれる。
- 難病等からなる患者及び要介護2以上等の患者への訪問診療に関して、二次医療圏の規模が大きい程、機能強化型在支診・機能強化型在支病による提供が多く、二次医療圏の規模が小さい程、在支診・在支病による提供が多い傾向にあった。
- 1つの医療機関あたりの訪問診療の提供数は、大規模型・中規模型の二次医療圏においては、機能強化型在支診・機能強化型在支病が多い。一方、規模の比較的小さな二次医療圏においては、在支診・在支病による提供数が最も多かった。
- 訪問看護についても、今後多くの地域で需要増加が見込まれる。
- 従業員数の多い訪問看護事業所では、職員1人当たりの訪問回数が多い傾向がみられ、さらに緊急時に訪問する体制、医療的依存度の高い利用者への対応が可能な体制、24時間対応が可能である体制等が整備されている割合が高い。
- 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や訪問看護事業所において、大規模化やグループ化、ICTの活用等を通じて、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。

4. 在宅医療圏について

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。

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「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

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の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
- ・相談支援事業所等

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

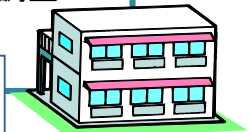
- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・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

- ・市町村・保健所
- ・医師会等関係団体等



「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。

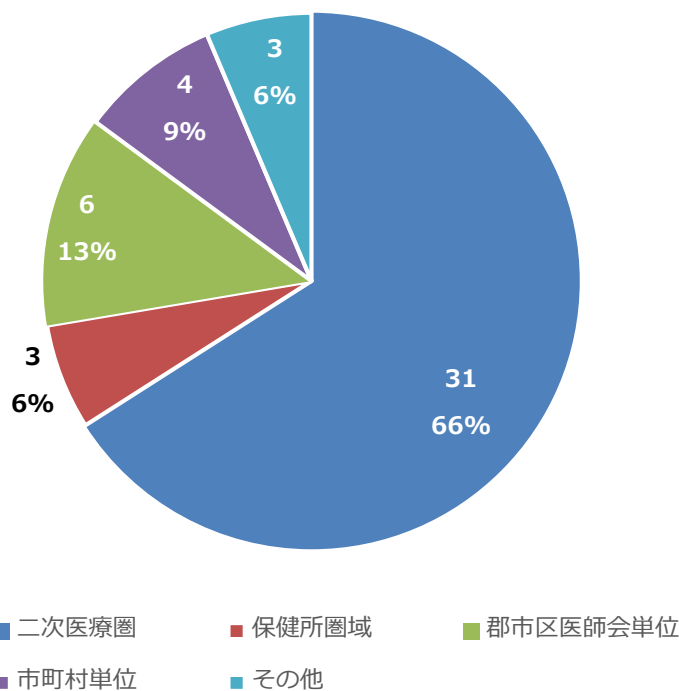
なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも想定される。

【出典】疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より抜粋

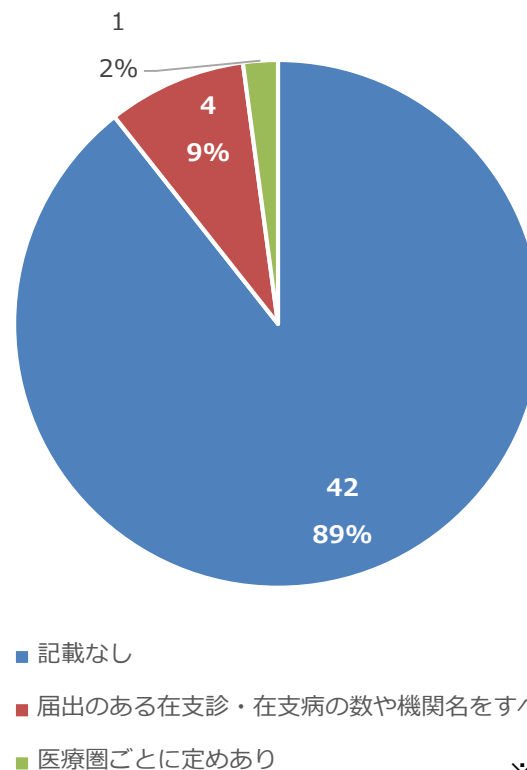
第7次医療計画における在宅医療に係る圏域等の記載内容について

- 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。

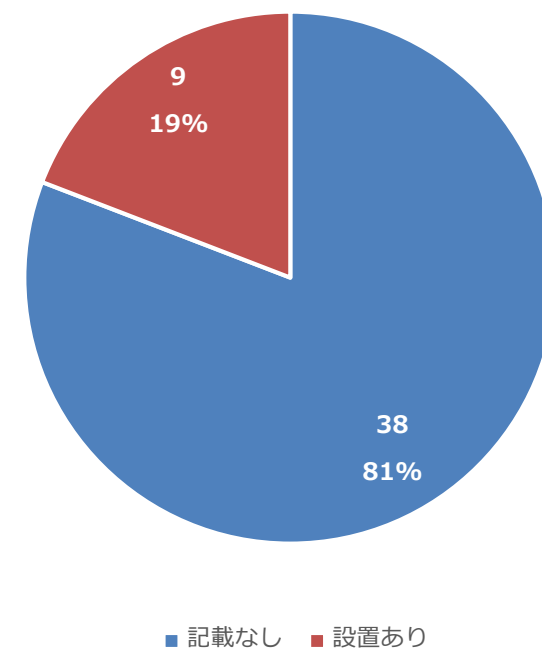
1. 在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定状況について (N=47)



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)



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)



※厚生労働省医政局地域医療計画課調べ (令和4年6月)

協議の場について

1～4（略）

5 医療及び介護の体制整備に係る協議の場について

(1) 位置付け

「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（平成26年厚生労働省告示第354号）においては、医療計画、介護保険事業（支援）計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場（以下「協議の場」という。）を設置することとされている。

協議の場は、医療計画及び介護保険事業（支援）計画の策定に係る都道府県医療審議会や介護保険事業（支援）計画作成委員会等における議論に資するよう、事前に、関係自治体が地域医師会等の有識者を交えて、計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議を行う場とする。このため、3及び4における在宅医療の整備目標や介護サービスの種類ごとの量の見込みの整合性の確保に当たっては、協議の場において十分に協議を行うこと。

各計画の最終的な議論は、都道府県医療審議会、介護保険事業（支援）計画作成委員会等において、それぞれ行うこと。

(2) 設置区域

協議の場は、二次医療圏（医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。）単位で設置することを原則とする。ただし、二次医療圏と老人福祉圏域（介護保険法第118条第2項第1号に規定する区域をいう。）が一致していない場合等、二次医療圏単位での開催が適当でない場合には、都道府県が適当と認める区域での設置も可能とする。

また、二次医療圏は構想区域に合わせて設定することが適当とされていることを踏まえ、例えば地域医療構想調整会議（医療法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）の枠組を活用し、同会議の下に関係者によるワーキンググループ形式で設置する等、柔軟な運用を可能とする。

(3) 協議事項

協議の場は、以下の事項について協議を行う。

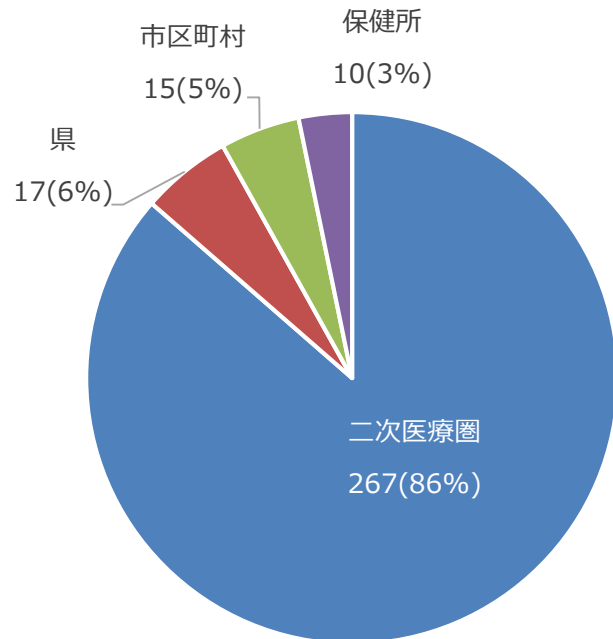
- ① 介護施設・在宅医療等の追加的需要について（中略）
- ② 具体的な見込み量及び整備目標の在り方について（中略）
- ③ 目標の達成状況の評価について（中略）

(4) 都道府県と市町村の事前協議について（中略）

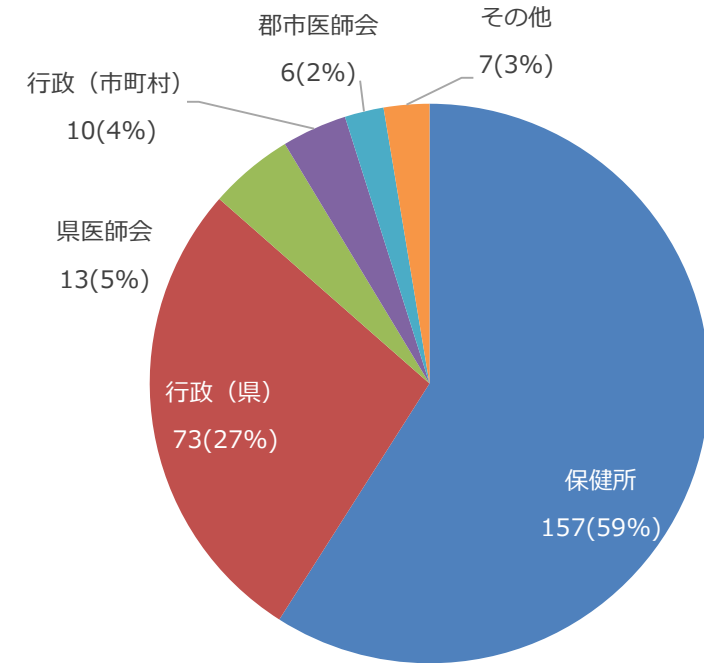
在宅医療に係る協議の場の設置状況について

- 各都道府県における在宅医療に係る協議の場の開催区域は、二次医療圏単位が86%であり、地域医療構想調整会議を活用している二次医療圏は39%であった。
- 二次医療圏における在宅医療に係る協議の場の事務局の設置場所は、保健所または都道府県が86%であった。

1. 在宅医療に係る協議の場の開催区域 (N=309)



2. 二次医療圏における在宅医療の協議の場の事務局の設置場所について (N=266)



- ※ 47都道府県に対して、二次医療圏を単位として、335二次医療圏の在宅医療の協議の場の状況について調査(回答なしの26件は除く)
- ※ 県：県に在宅医療の協議の場が設置されている場合(県内全ての二次医療圏数を記載)
- ※ 市区町村：当該二次医療圏において、市区町村単位で在宅医療の協議の場が設置されている場合。
- ※ 保健所：当該二次医療圏において、保健所単位で在宅医療の協議の場が設置されている場合。

- (その他)
- ・市と市医師会が共同で事務局を設置
- ・市と保健所と群市医師会が共同で事務局を設置
- ・後方支援病院
- ・市立病院連携室
- ・地域包括支援センター
- ・在宅医療・介護連携推進センター
- ・郡市医師会と保健所が共同で事務局を設置

- ※ 335二次医療圏のうち、二次医療圏に在宅医療の協議の場が設置されていると回答した267二次医療圏について調査(未回答の1件は除く)

※ 二次医療圏に設置された在宅医療の協議の場のうち、104件(39%)が地域医療構想調整会議の枠組みで開催

小括（その2）

- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」によると、在宅医療圏の設定に当たっては、地域の医療資源の整備状況や介護との連携のあり方を踏まえて、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、従来の二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等、弾力的に設定することとしている。
- 「在宅医療体制を構築するに当たっての圏域」の設定単位について、「二次医療圏」としている都道府県が最も多く、その他に群市区医師会単位や市町村単位等の二次医療圏以外の単位で設定しているところもみられた。
- 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」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関して、ほとんどの都道府県において具体的記載がない状況であった。
- 各都道府県における在宅医療に係る協議の場の開催区域は、二次医療圏単位が86%であり、地域医療構想調整会議を活用している二次医療圏は39%であった。
- 二次医療圏における在宅医療に係る協議の場の事務局の設置場所は、保健所または都道府県が86%であった。

5. 課題と論点

課題

- 在宅医療及び訪問看護の利用者数は、今後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。
- 医療計画において、作成指針上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。

論点

- 今後の在宅医療の提供体制について、量的拡充（医療機関や事業所数の増加）や効率化も含めた一層の整備が求められるが、現在の地域ごとの医療資源の状況を踏まえ、どのように整備していくべきか。
- 在宅医療における医療圏（在宅医療圏）について、どのような規模で設定していくべきか。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の機能や役割を現行の記載よりも明確にし、地域における在宅医療の提供体制の整備や介護サービス等との連携を行うための拠点の整備を進めていくこととしてはどうか。