

第9回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年9月30日

資料2

新たな地域医療構想について

1 . 回復期 ・ 慢性期 ・ 在宅医療

2 . 構想区域 ・ 医療機関機能 ・ 病床機能

1. 回復期・慢性期・在宅医療

病床機能報告における【回復期】について

医療機関機能の設定の考え方（案）①

【高齢者救急に関する機能】

- 85歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されている。
- 高齢者はベッド上での安静により筋力が低下することが知られており、入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要となる。
- 入院でのリハビリよりも通所でのリハビリが有用な可能性や、リハ職以外による早期の離床の介入の有用性が示されている。
- 高齢者の入院の4%を示す大腿骨近位部骨折については、早期の手術が推奨されているが、手術までの期間が長い医療圏がある。また、手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向。
- 高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の背景も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けてさらに多くなる見込み。

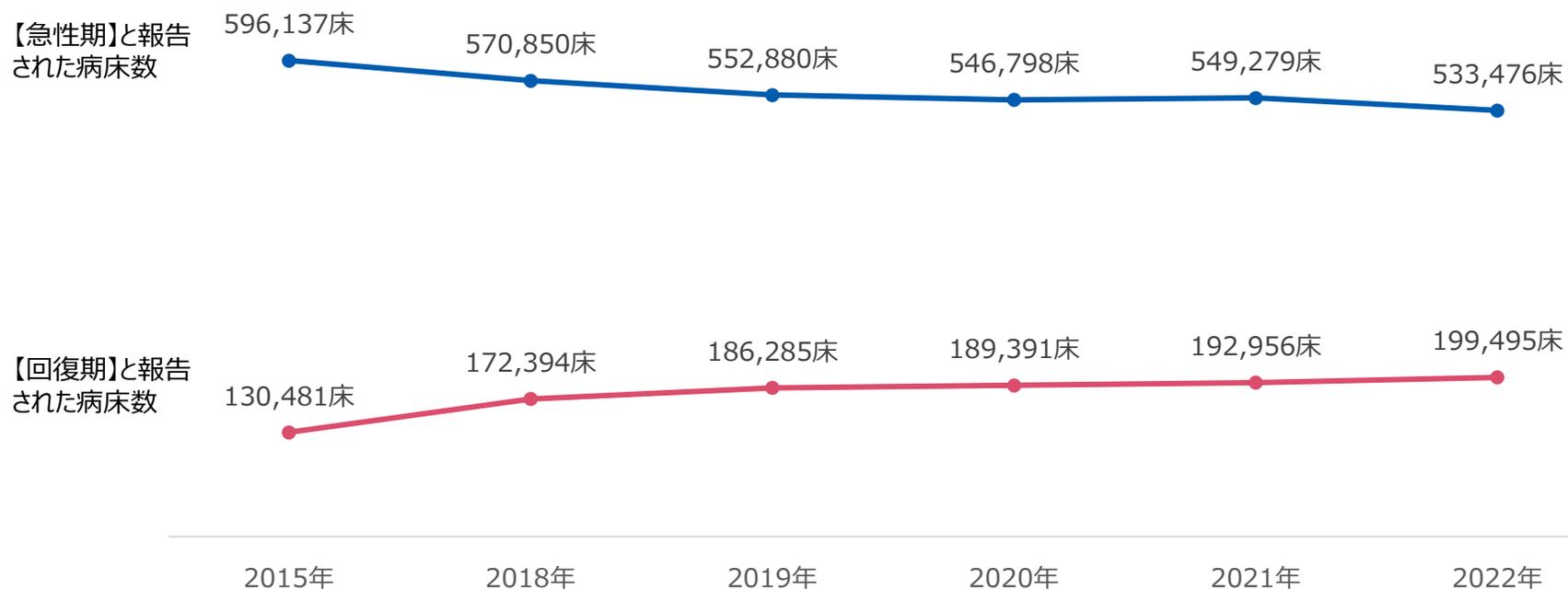


高齢者救急の受け皿となる医療機関においては、救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行うことが必要である。また、必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できるような体制が必要ではないか。

病床機能報告における【回復期】について

- 現行の病床機能報告制度における【回復期】については、以下のように定義されている。
 - ✓ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
 - ✓ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能
- 地域医療構想の取組等に伴い、病床機能報告において【回復期】と報告された病床数は増加している。

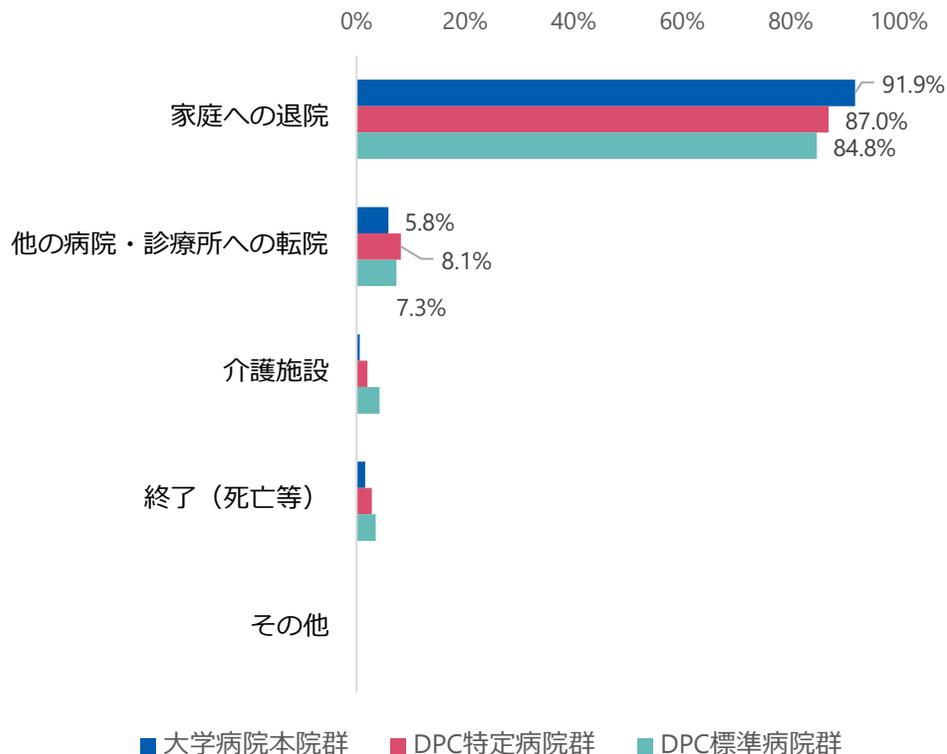
病床機能報告において【急性期】と報告された病床数と【回復期】と報告された病床数の推移



急性期からの患者の流れ

- 一般的な急性期の病院での治療後は、80～90%程度の患者は家庭へ退院し、回復期等の療養のため、他の病院・診療所に転院する患者は6～8%程度である。
- 在宅医療や外来医療を含め「治し、支える」医療を目指す中、急性期の治療後の速やかな在宅復帰が重要。

■急性期病院における転帰



※令和4年度DPC導入の影響評価に関する調査より作成

■「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」（医療介護総合確保方針）

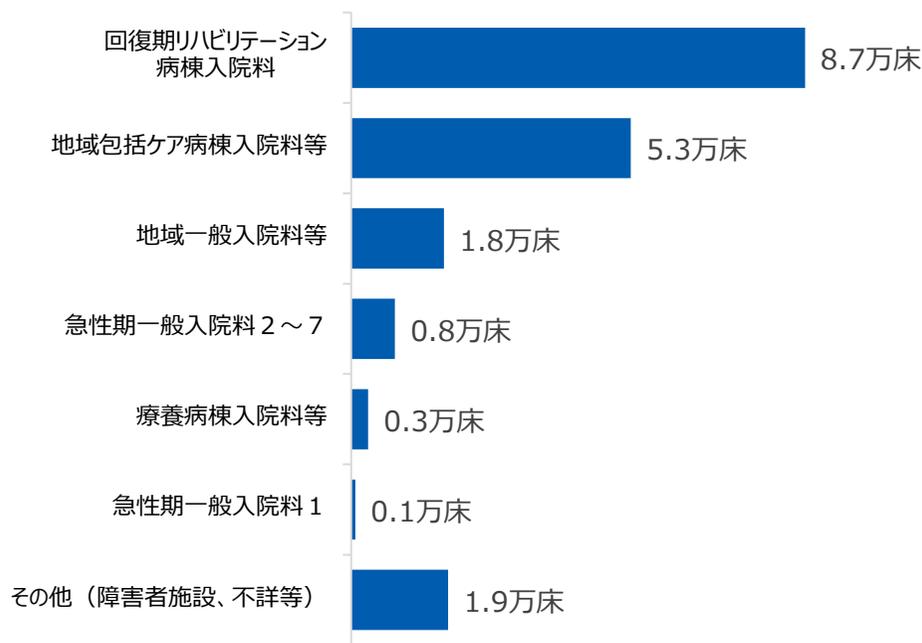
（「治し、支える」医療と医療・介護連携）

- できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けたいという国民の思いに応えるためには、入院医療で「治す」ことに特化した機能だけでなく、**在宅医療や外来医療を含め「治し、支える」医療が、在宅復帰・在宅療養支援等を含む介護サービスや住まい、生活面での支援とともに地域で完結して提供される、地域包括ケアシステムが構築されている必要がある。**
- こうしたシステムが構築されていることで、**例えば要介護になって在宅を中心に入退院を繰り返し（「ときどき入院、ほぼ在宅」）、最後は看取りを要することになっても、生活の質（QOL）を重視しながら、必要な医療・介護を受けることができる。**「治し、支える」医療と個別ニーズに寄り添った介護の理念の下に地域包括ケアシステムが構築されていることが、住民の目から見て明らかになっていることが重要である。

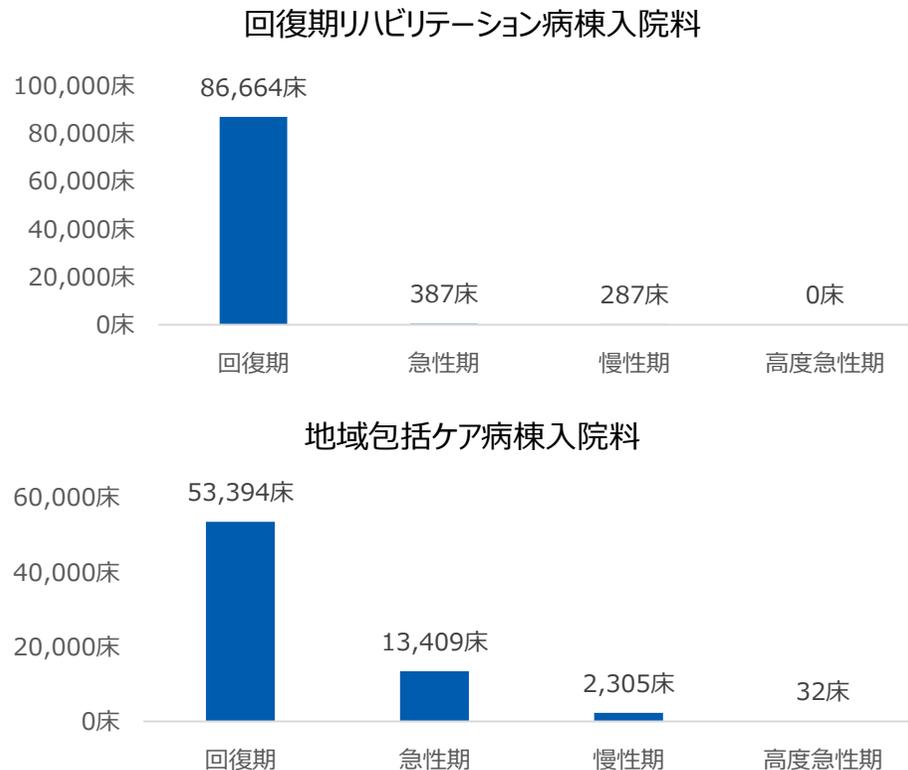
病床機能報告において【回復期】と報告された病床の主な病棟について

- 病床機能報告において【回復期】と報告された病床の病棟については、主に地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟等がある。
- 回復期リハビリテーション病棟はほぼ全ての病床が【回復期】と報告されており、地域包括ケア病棟は8割の病床が【回復期】と報告され、2割の病床が【急性期】と報告されている。

【回復期】と報告された病床の入院料別の病床数



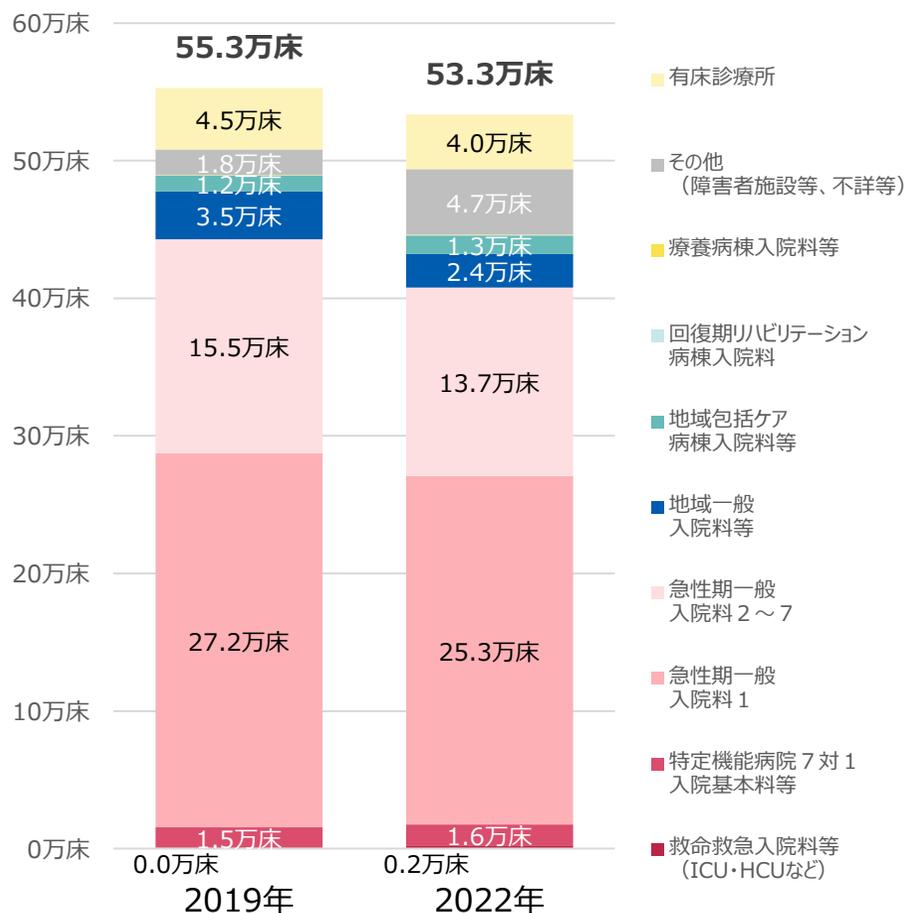
回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を算定している病棟について病床機能報告で報告された病床機能



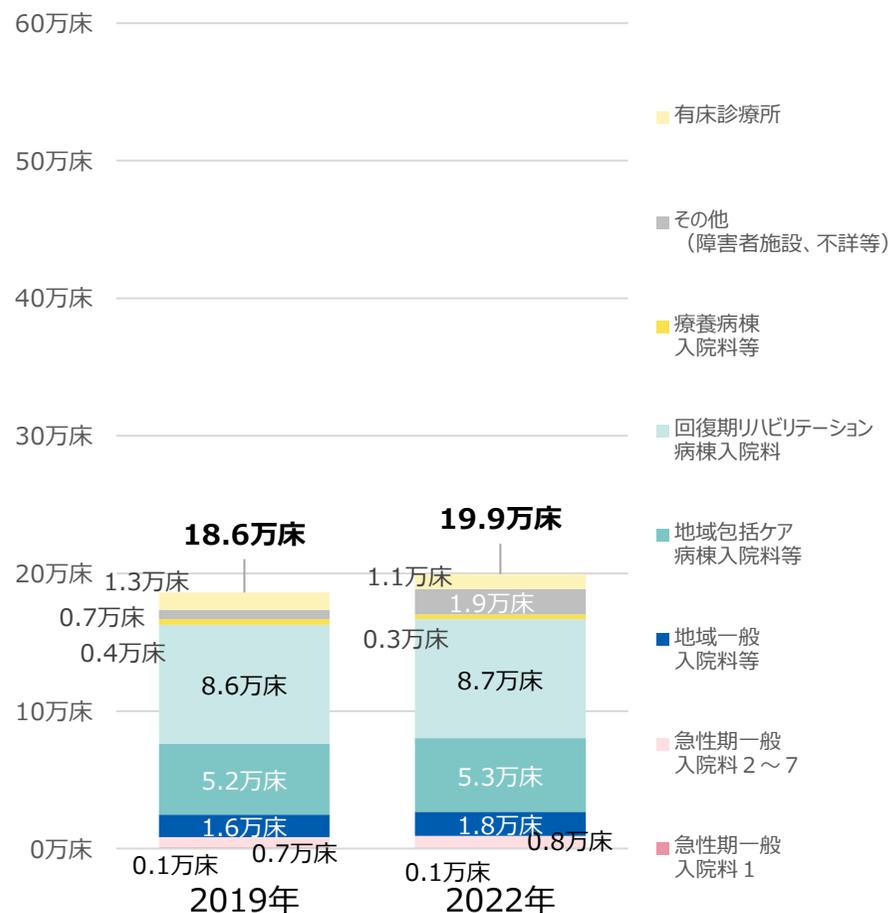
病床機能報告で【急性期】【回復期】と報告された病床の入院料別の病床数

- 病床機能報告で【急性期】と報告された病床については、急性期一般入院料は減少している。
- 【回復期】と報告された病床については、多くの入院料で増加している。

【急性期】と報告された病床の入院料別の病床数



【回復期】と報告された病床の入院料別の病床数



回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の人員体制等

- 回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーションを集中的に行うことを目的としており、専任の常勤医師や専従のリハビリ専門職等、地域包括ケア病棟よりも多くの人員配置をしており、リハビリの提供単位数も地域包括ケア病棟より多い傾向にある。

回復期リハビリテーション病棟

脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う

病棟毎に求められる主な人員、()内は入院料1、2の要件

- 専任の常勤医師 1名
- 看護職員 15対1 (13対1)
- 看護補助者 30対1
- 専従のリハビリ専門職 PT2名、OT1名 (PT3名、OT2名、ST1名)
- (専従の社会福祉士1名、専任の管理栄養士1名)

地域包括ケア病棟

急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う

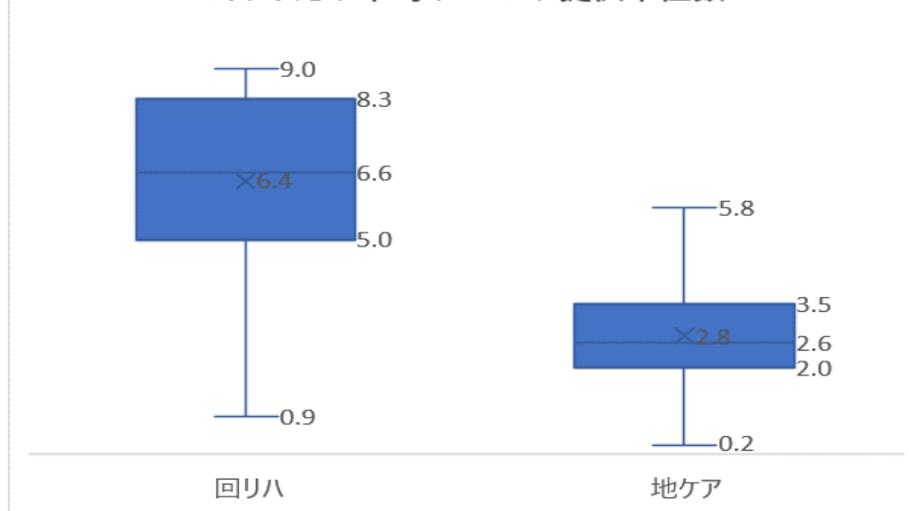
病棟毎に求められる主な人員、()内は入院料1、2の要件

- 看護職員 13対1
- リハビリ専門職 PTまたはOTまたはST 1名

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数

主な対象疾患	上限日数
1 脳血管疾患、脊髄損傷等、頭部外傷等の発症後又は手術後の状態 (高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害等の場合)	150日以内 (180日)
2 大腿骨、骨盤、脊椎等の骨折等の発症後又は手術後の状態	90日以内
3 外科手術後等の治療時の安静により廃用症候群を有し、手術後又は発症後の状態	90日以内
4 大腿骨、骨盤、脊椎等の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	60日以内
5 股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日以内
6 急性心筋梗塞等の心大血管疾患又は手術後の状態	90日以内

1日あたり平均リハビリ提供単位数

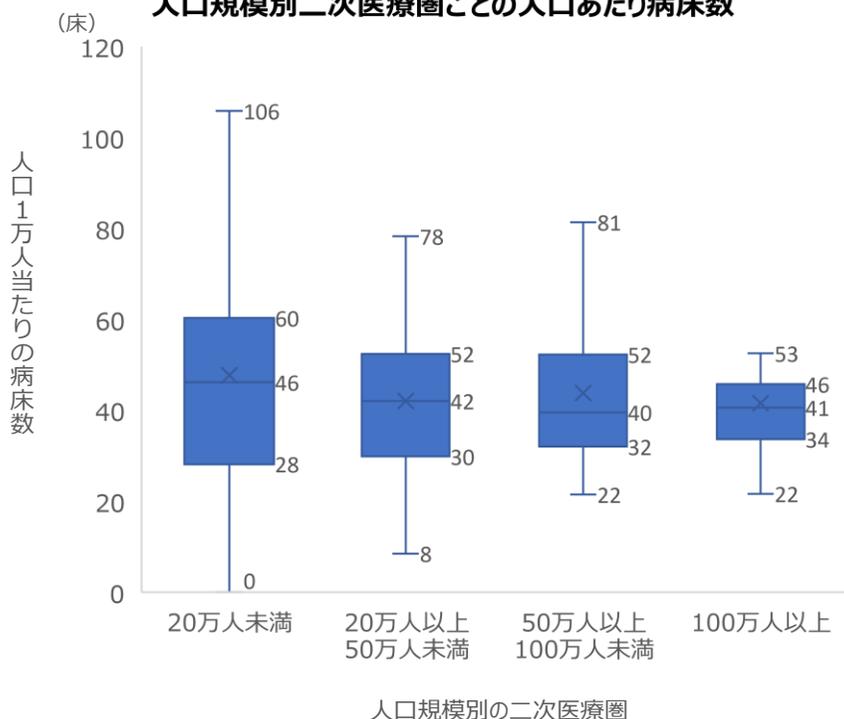


資料出所：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

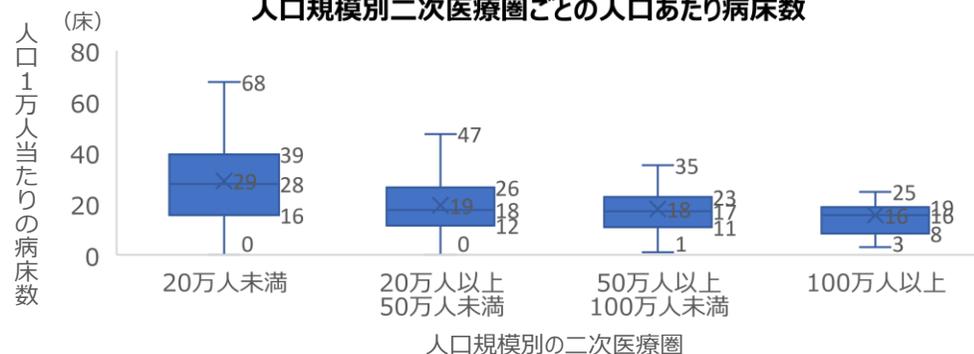
回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の地域性について

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の人口規模別二次医療圏ごとの人口あたり病床数について、2つの病棟の合計は、人口規模別の違いは見られない。地域包括ケア病棟は、人口の少ない地域ほど、人口あたり病床数が多くなる傾向が見られ、回復期リハビリテーション病棟は、人口の多い地域ほど、人口あたり病床数が多くなる傾向が見られる。

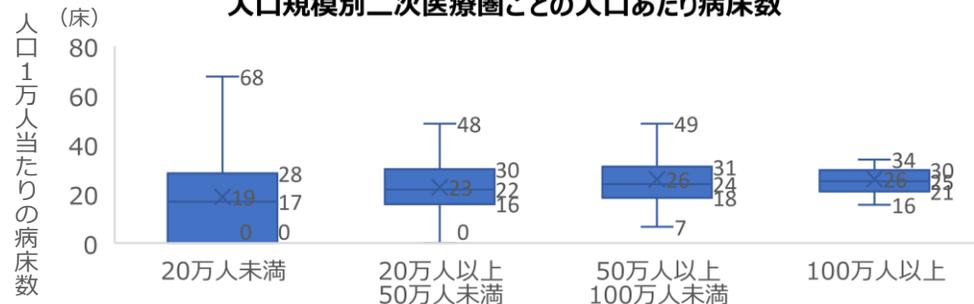
〈回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の合計〉
人口規模別二次医療圏ごとの人口あたり病床数



〈地域包括ケア病棟〉
人口規模別二次医療圏ごとの人口あたり病床数



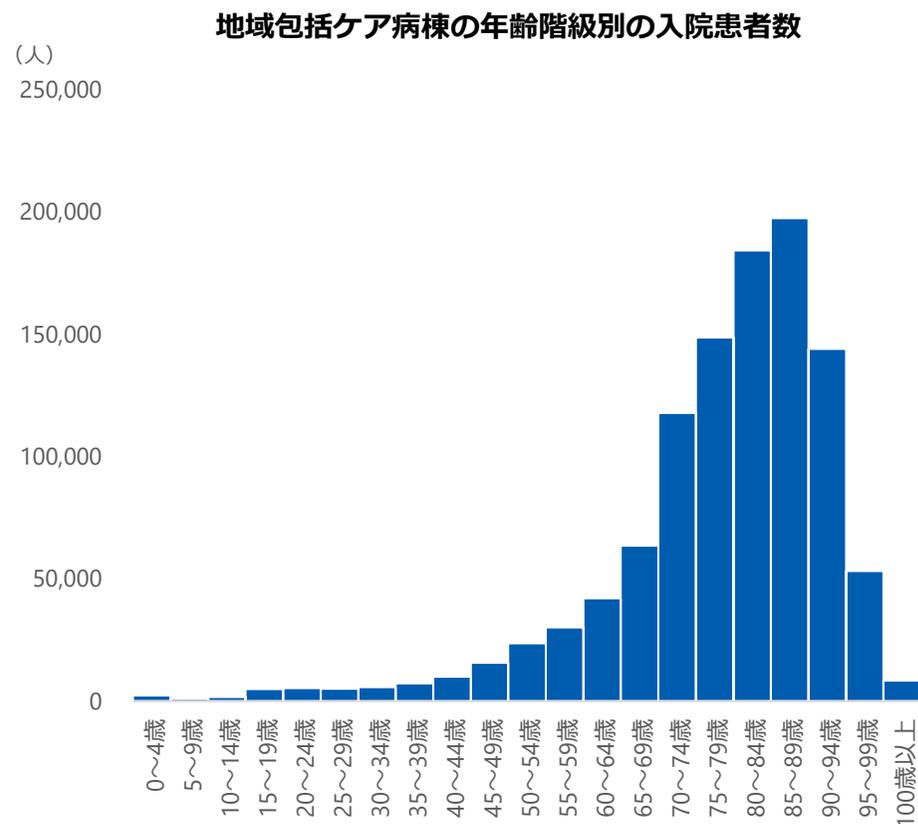
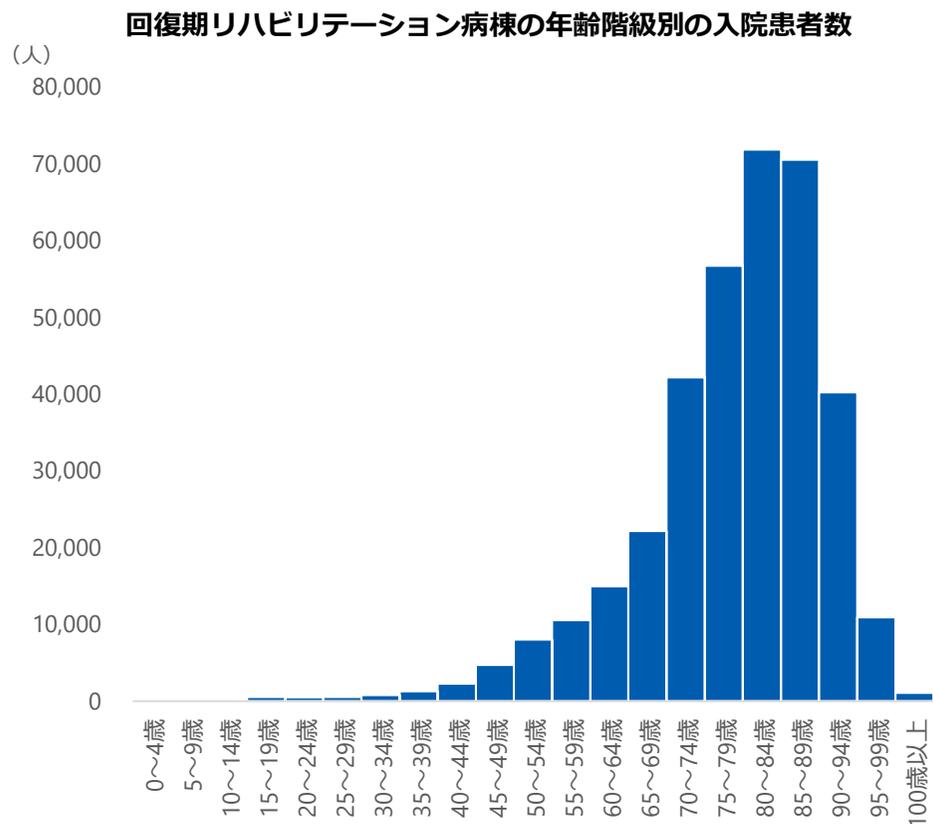
〈回復期リハビリテーション病棟〉
人口規模別二次医療圏ごとの人口あたり病床数



資料出所：厚生労働省「病床機能報告」（2022年）及び総務省「国勢調査」（2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。外れ値はグラフから除いている。

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の入院患者の年齢

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟について、入院患者の年齢の中央値は80～84歳にあり、入院患者の半数以上が80歳以上となっている。



回復期リハビリテーション病棟における疾病の特徴

- 回復期リハビリテーション病棟においては、大腿骨近位部の骨折、脳卒中、胸腰椎の骨折、膝関節症等の疾患が多くなっている。

傷病名（上位15疾患）	件数	在院日数
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	38,678	50.3
転子貫通骨折 閉鎖性	32,714	54.6
腰椎骨折 閉鎖性	28,630	50.8
脳動脈の血栓症による脳梗塞	21,477	67.0
（大脳）半球の脳内出血，皮質下	17,874	79.6
脳梗塞，詳細不明	15,207	72.1
筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの 部位不明	14,247	54.2
その他の原発性膝関節症	13,886	31.8
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	13,743	68.9
胸椎骨折 閉鎖性	13,685	49.8
その他の脳梗塞	8,807	63.5
脊柱管狭窄（症） 腰部	7,080	38.3
脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	4,963	65.8
股関節症，詳細不明	4,301	37.1
腰椎及び骨盤のその他及び部位不明の骨折 閉鎖性	4,235	51.9

地域包括ケア病棟における疾病の特徴

- 地域包括ケア病棟においては、高齢者救急に関連する肺炎等や、白内障等の予定手術のほか、大腿骨近位部の骨折や腰椎の骨折等、回復期リハビリテーション病棟で見られる疾患の患者も入院している。

傷病名（上位15疾患）	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸〈結腸〉のポリープ	31,855	2.4
肺炎, 詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少（症）	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症, 部位不明	20,472	23.7
その他の原発性膝関節症	18,768	21.9
転子貫通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全, 詳細不明	15,952	26.3

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少 (症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸<結腸>のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>瘻を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

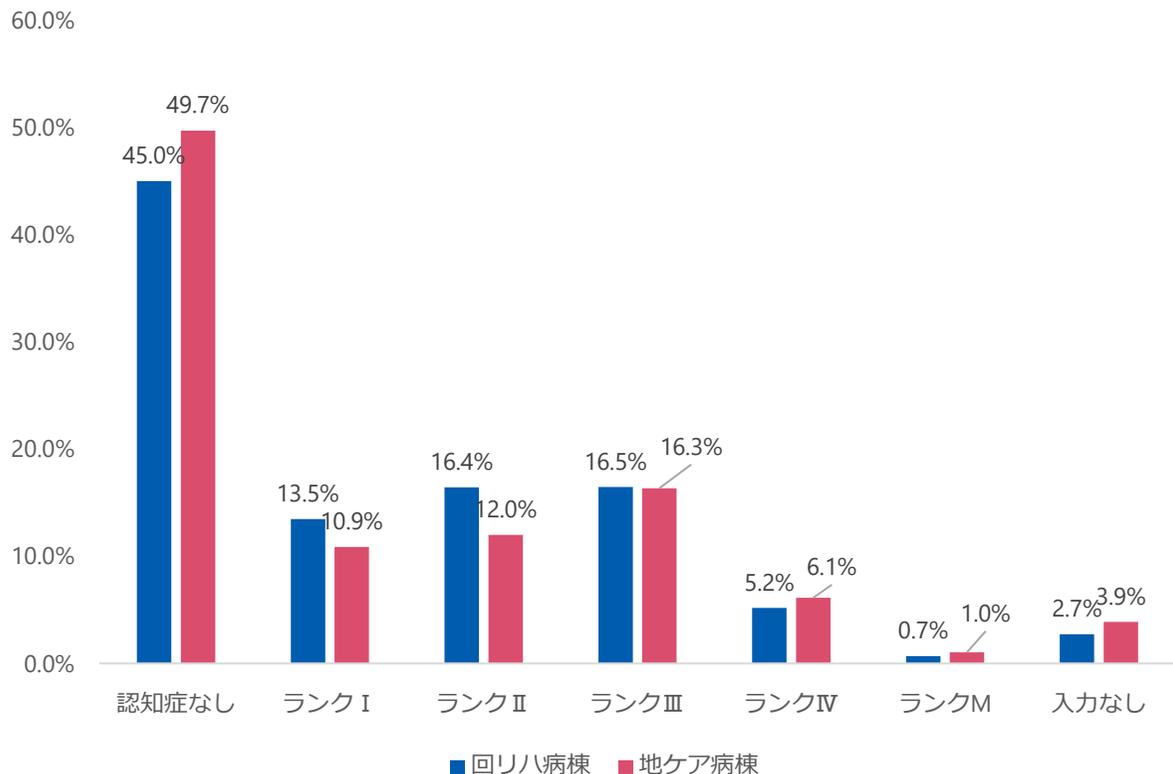
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の入院患者の認知症の状況

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟には、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に入院する患者における認知症高齢者の日常生活自立度



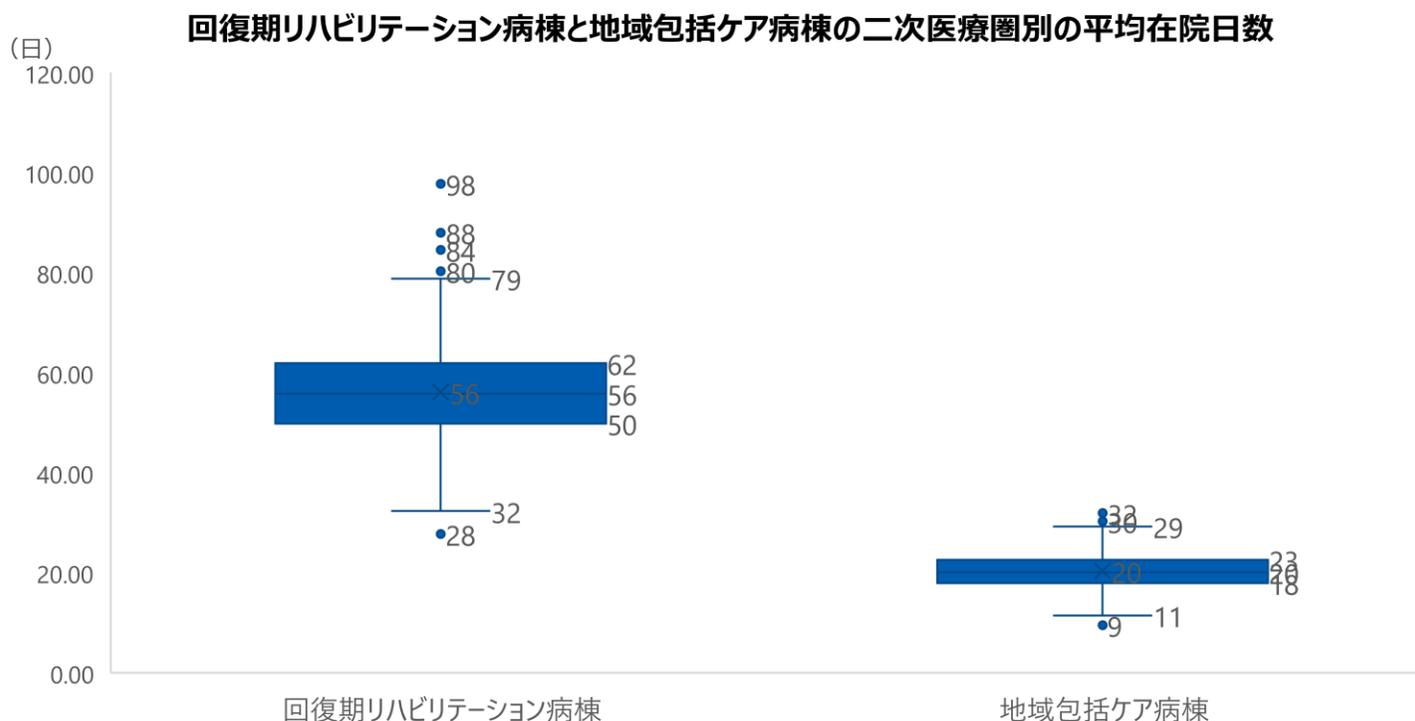
認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準
ランク I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
ランク II	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が多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
ランク III	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が見られ、介護を必要とする。
ランク IV	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が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
ランク M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

資料出所：2023年DPCデータ

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の平均在院日数

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の二次医療圏別の平均在院日数について、回復期リハビリテーション病棟は、平均在院日数の中央値が56日、最大の二次医療圏で98日。地域包括ケア病棟は、平均在院日数の中央値が20日、最大の二次医療圏で32日。



回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する疾患

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で共通した疾患があり、いずれの疾患も回復期リハビリテーション病棟の在院日数が長い。

疾患名	回復期リハビリテーション病棟		地域包括ケア病棟	
	件数	平均在院日数	件数	平均在院日数
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	38,678	50.3	21,009	29.3
転子貫通骨折 閉鎖性	32,714	54.6	18,211	31.5
腰椎骨折 閉鎖性	28,630	50.8	32,609	32.1
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	14,247	54.2	22,183	32.8
その他の原発性膝関節症	13,886	31.8	18,768	21.9
胸椎骨折 閉鎖性	13,685	49.8	15,337	31.1

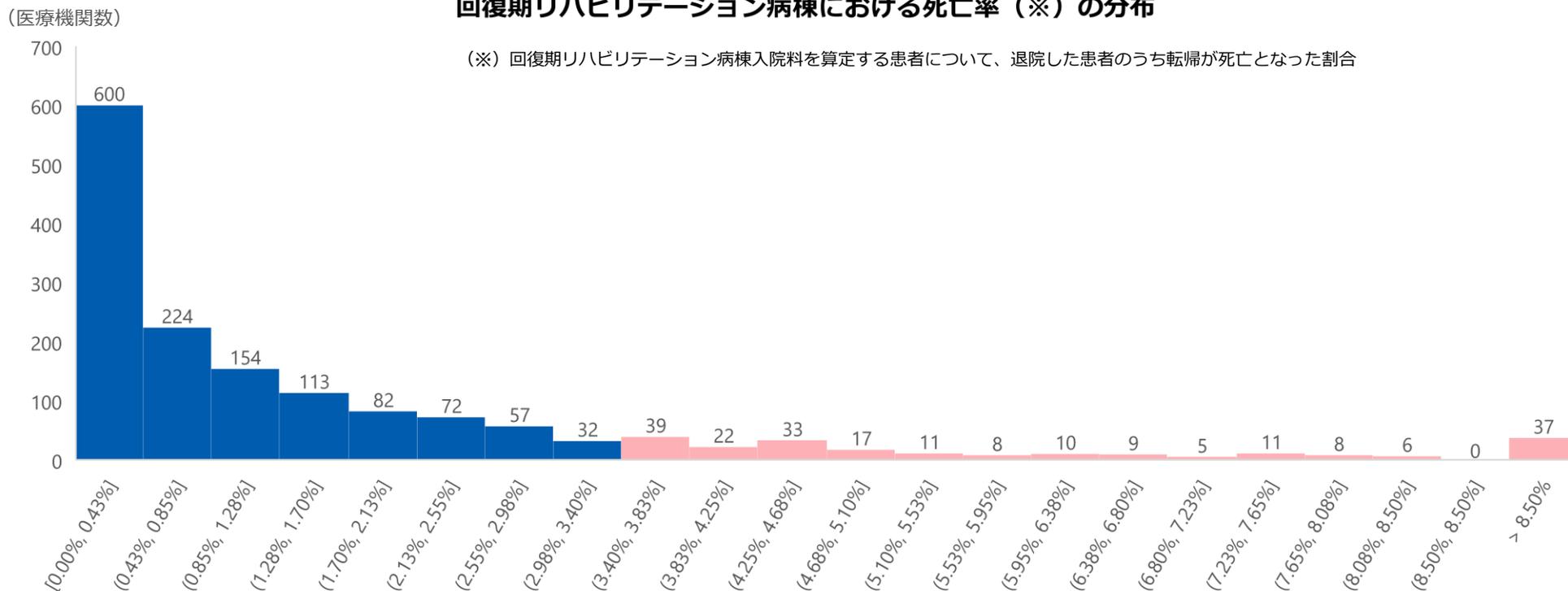
※ 両病棟でそれぞれ年間1万件以上の疾患

回復期リハビリテーション病棟の転帰

- 回復期リハビリテーション病棟の中には、一般の急性期病院より死亡率が高い病棟が存在する。一部の病棟では、集中的なリハビリにより在宅に復帰できないような重症な患者を含めて受け入れている場合もあると考えられる。

回復期リハビリテーション病棟における死亡率（※）の分布

（※）回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、退院した患者のうち転帰が死亡となった割合



※ DPC算定病院の死亡率は3.4%

資料出所：令和4年度DPC導入の影響評価に係る調査

胸腰椎の骨折について

- 胸腰椎の骨折については、局所安静での保存的加療が初期治療の中心となる。アメリカの家庭医及び整形外科学会のガイドラインでは、全例に対して安静臥床が必要とするエビデンスはなく、痛みの程度に応じて早期の離床が促されている。一方、2週間程度の安静臥床により、画像上の予後不良群について侵襲的治療の必要性を減じたとの報告もある。
- 胸腰椎の骨折の平均在院日数について、回復期リハビリテーション病棟は50日程度、地域包括ケア病棟は30日程度の在院日数となっている。

【アメリカ家庭医学会の総説】

耐えられる限り早く、早期の運動が奨励される。痛みが耐えられない場合は、初期治療の一環として安静が推奨され得るが、骨量や筋力の低下、褥瘡、深部静脈血栓症につながる可能性がある。米国整形外科学会は、脊椎圧迫骨折の治療における安静の利点に関する決定的な証拠は得られていない。

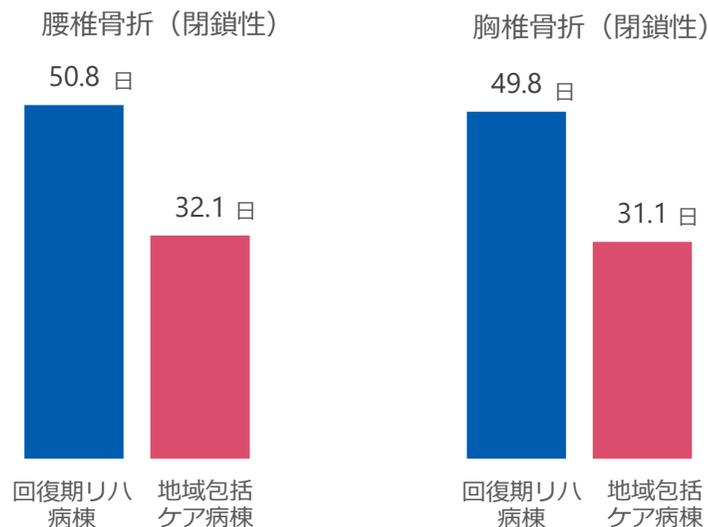
【Funayama et al. *J Bone Joint Surg Am.* 2022;104:1785-1795.】

2週間程度の安静臥床は、安静による有害事象やその後の機能予後を損なうことなく、画像上の予後不良群について侵襲的治療の必要性を減じた。

TABLE V Outcomes in Patients with Poor Prognostic Findings on MRI *†

	Rest Group 安静	No-Rest Group 安静なし	P Value‡
Primary outcome§ 手術への移行			
Transitioned to surgical treatment	3 (6.7%)	9 (24.3%)	0.02
Responded to conservative treatment	42 (93.3%)	28 (75.7%)	
Surgical procedure			
BKP	2	5	
Vertebroplasty and PPS fixation	1	3	
Posterior and anterior fusion	0	1	

回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の胸腰椎の骨折の平均在院日数



大腿骨近位部の骨折について

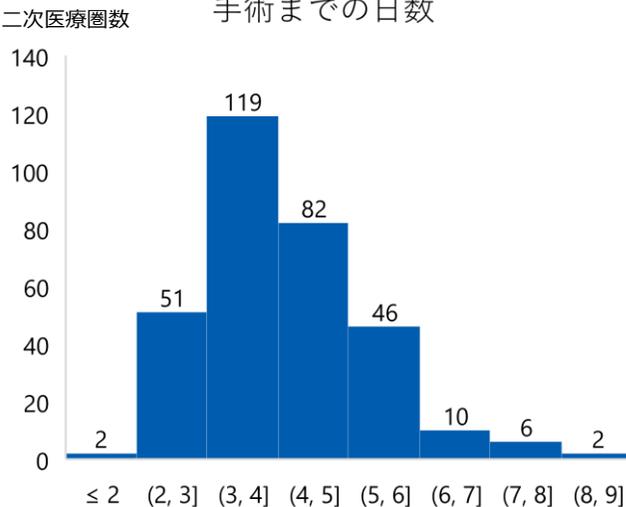
- 高齢者救急の多くを占める大腿骨近位部の骨折について、日本整形外科学会等のガイドラインによれば、受傷後早期の手術実施が重要とされているが、欧米よりも待機時間が長いとされている。また、医療圏毎に入院から手術までの日数はばらつきがある。
- 早期離床・早期荷重が重要で、周術期以降は、外来・在宅でのリハビリテーションが有用との報告もある。
- 在院日数は急性期病棟後の受け入れ先で異なり、自院で転棟する場合より転院した場合で長くなる傾向にある。

発症

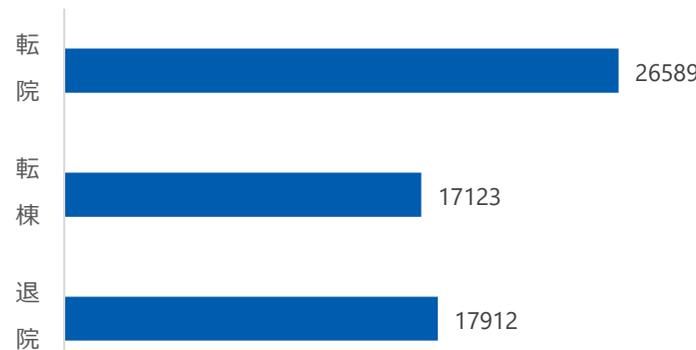
手術

退院/転棟/転院

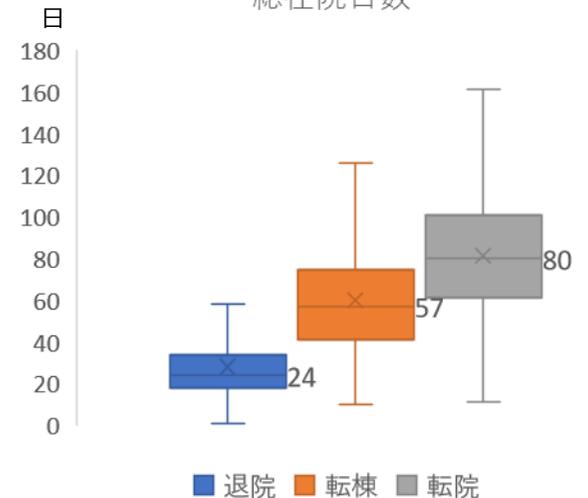
医療圏毎の大腿骨近位部骨折の入院から手術までの日数



主な退院先件数



総在院日数



2023年度DPCデータ

大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン2021（日本整形外科学会、日本骨折治療学会）

急性期施設退院後のリハビリテーションの継続が推奨されており、「退院後在宅リハビリテーション群は、施設でのリハビリテーション継続に比べて、community ambulationとhousehold ambulation scoreが有意に高値であった」とされている。

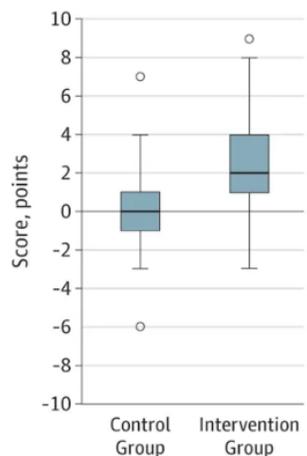
※他の病院、介護施設からの入院は除き、家庭からの入院症例に限定して集計

- 早期退院及び退院後の適切なリハビリテーション提供がADLの維持向上に寄与することが知られている。
- 高齢者救急については、入院早期からのリハビリ介入や、早期の退院後に治療や生活を支えるためのリハビリ等を提供できる体制が重要。

超高齢者（平均87歳）に対して、週末も含む連続した5-7日、20分*2回/日のリハビリ介入で身体機能やQOLレベル等が改善

高齢者に対する早期の退院と適切な通所等のリハビリテーション提供により通常の入院でのケアと比較して退院後のADL維持向上に寄与

Change in Short Physical Performance Battery



Change in Barthel index

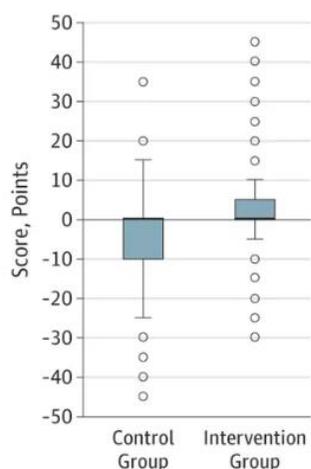


Table 4. Health outcomes at 3 and 12 months

Scale (range: worst to best score)	Mean difference at 3 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 3 months		Mean difference at 12 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 12 months		
		Intervention worse	Intervention better		Intervention worse	Intervention better	
Barthel (0-20)	1.2 (0.4 to 1.9)			0.2 (0.7 to 1.1)			
Extended ADL total (0-66)	3.1 (0.1 to 6.3)			3.0 (0.4 to 6.5)			
Extended ADL sub-sections:							
Mobility (0-18)	0.3 (0.8 to 1.4)			0.3 (-0.9 to 1.4)			
Kitchen (0-15)	1.2 (0.2 to 2.3)			0.7 (0.4 to 1.8)			
Domestic (0-15)	1.1 (0.2 to 2.0)			1.4 (0.4 to 2.4)			
Leisure (0-18)	0.5 (0.3 to 1.3)			0.6 (0.3 to 1.5)			
Euroqol (0.59-1)	0.07 (0.01 to 0.14)			0.02 (0.06 to 0.09)			
GHQ — patient (36-0)	2.4 (4.1 to 0.7)			1.9 (3.5 to 0.4)			
GHQ — carer(36-0)	2.0 (3.8 to 0.1)			1.1 (3.7 to 1.5)			

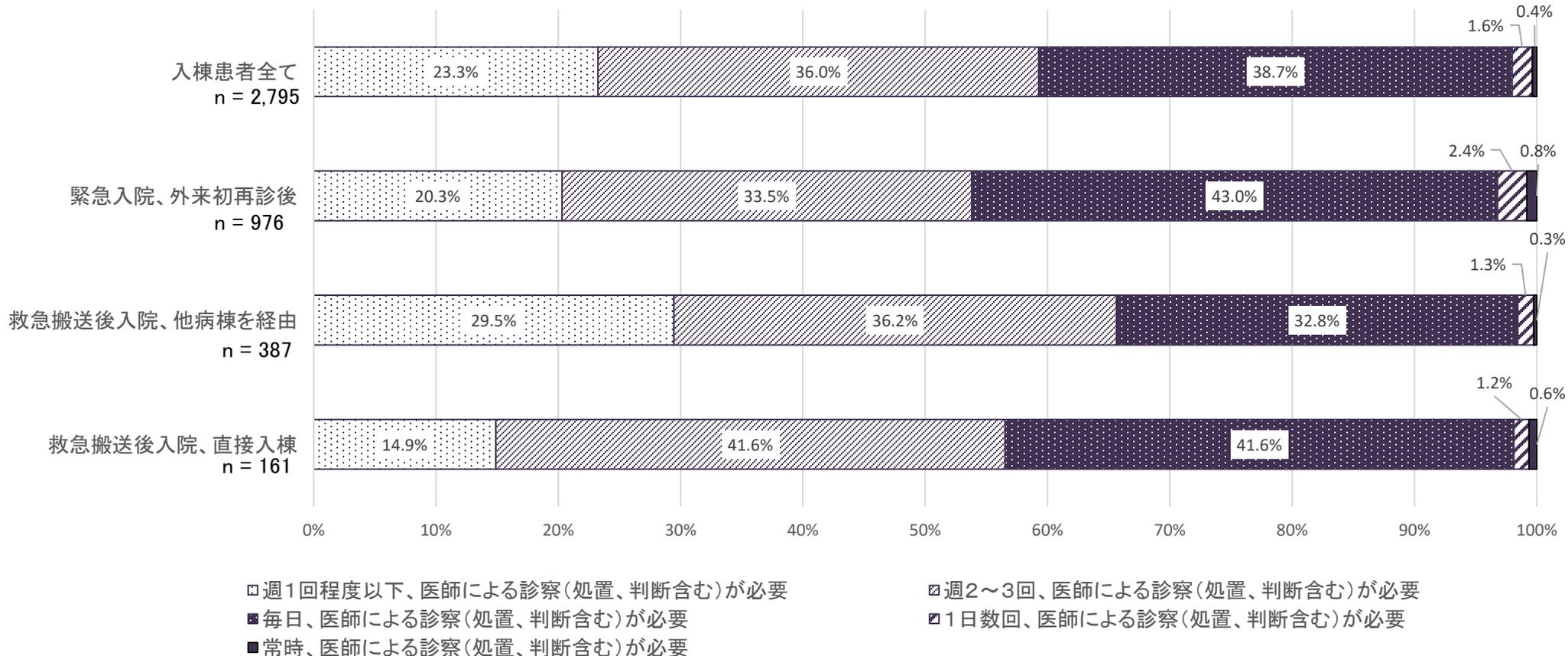
Velilla et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019

Cunliffe et al. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing.* 2004

地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。

地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性



回復期医療について（案）①

- 高齢者において、入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要。
- 現行の病床機能報告の【回復期】は、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能、特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能と定義。
- 急性期の患者の多くは家庭に退院し、回復期等の療養のため、他の病院・診療所に転院する患者は6～8%程度。在宅医療や外来医療を含め「治し、支える」医療を目指す中、急性期の治療後の速やかな在宅復帰が重要。
- 回復期を担う主な病床は、集中的にリハビリテーションを行うため、複数のリハビリ専門職の専従が求められる回復期リハビリテーション病棟（回リハ病棟）と、急性期を経過した患者の受入とともに、在宅で療養を行っている患者等の対応を行う地域包括ケア病棟（地ケア病棟）が存在。
- 回リハ病棟と地ケア病棟の合計病床数は人口規模別の地域による違いは見られないが、地ケア病棟は人口の少ない地域ほど人口あたり病床数が多くなる傾向、回リハ病棟は人口の多い地域ほど人口あたり病床数が多くなる傾向。
- 回リハ病棟と地ケア病棟とも、入院患者の半数以上が80歳以上。
- 回リハ病棟は、大腿骨近位部の骨折、脳卒中、胸腰椎の骨折、膝関節症等の疾患が多い。地ケア病棟は、高齢者救急に関連する肺炎等や、白内障等の予定手術のほか、大腿骨近位部の骨折や腰椎の骨折等、回リハ病棟で見られる疾患の患者も入院。回リハ病棟と地ケア病棟には介護が必要な認知症高齢者が一定数入院。
- 回リハ病棟と地ケア病棟の平均在院日数について、回リハ病棟の在院日数が30日程度長い。回リハ病棟と地ケア病棟において、同じ疾患で、回リハ病棟の在院日数が長い。
- 回リハ病棟の中には、一般の急性期病院より死亡率が高い病棟が存在する。一部の病棟では、集中的なリハビリにより在宅に復帰できないような重症な患者を含めて受け入れている場合もあると考えられる。
- 胸腰椎の骨折は、2週間程度の安静臥床により侵襲的治療の必要性を減じたとの報告もある。胸腰椎の骨折について、回リハ病棟は50日程度、地ケア病棟は30日程度の在院日数。
- 地ケア病棟について、診察が頻繁に必要なではない患者が入院している場合がある。

回復期医療について（案）②



- 現行の病床機能報告の【回復期】は、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能、特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能と定義してきた。回復期を担う主な病床として、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟があるが、回復期リハビリテーション病棟は急性期後の集中的なリハビリを担っており、地域包括ケア病棟は、急性期後のリハビリだけでなく、高齢者の急性期疾患にも対応している。在宅医療や外来医療を含め「治し、支える」医療を目指す中、急性期の治療後の速やかな在宅復帰が重要であり、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、病床機能報告の【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置付け、名称や定義を変更することについて、どのように考えるか。〈詳細は後述〉
- リハビリテーションに係る医療のあり方については、地域において「治し、支える」医療を実現できるよう、入院での早期のリハビリや集中的なリハビリが効果的な場合は入院でのリハビリを提供しつつ、その他の場合は、他施設とも連携しながら外来・在宅等での提供も含め、患者の身体機能等に応じて適切な場でリハビリを提供することが必要ではないか。

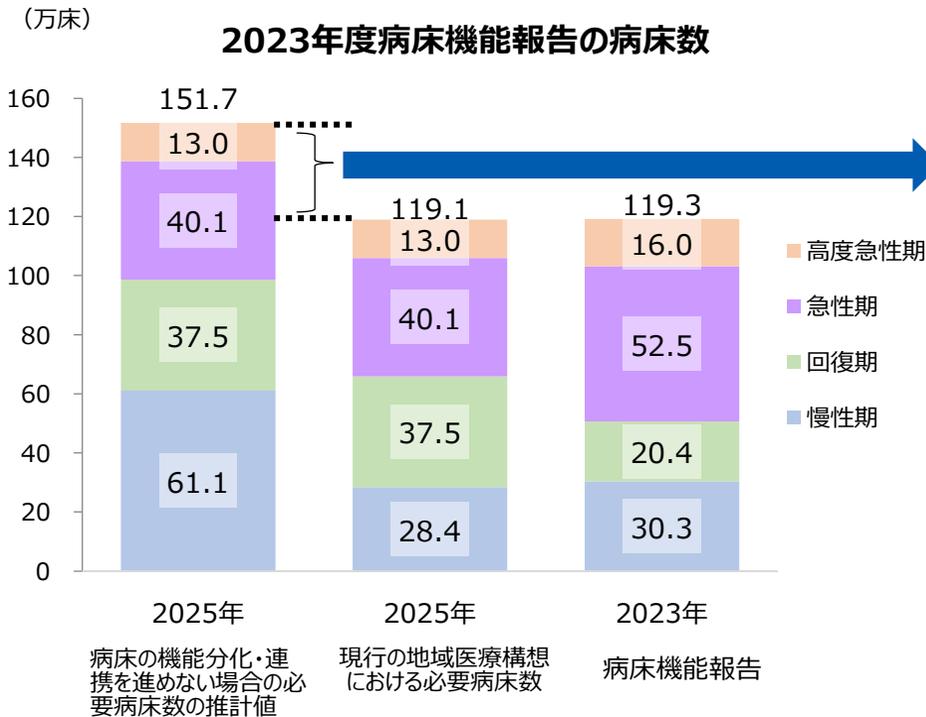
慢性期・在宅医療について

現行の地域医療構想の評価について

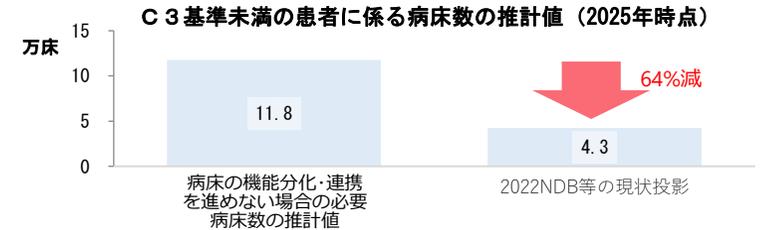
- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

現行の地域医療構想の病床の推計値と

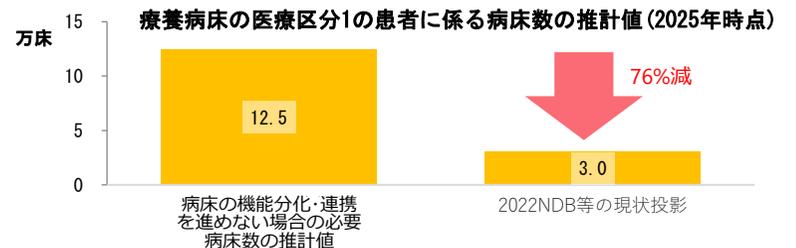
2023年度病床機能報告の病床数



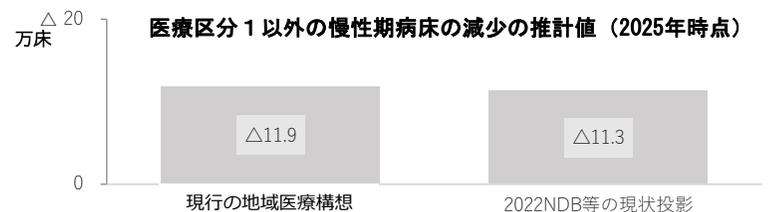
① C3基準未満の患者に係る病床



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床

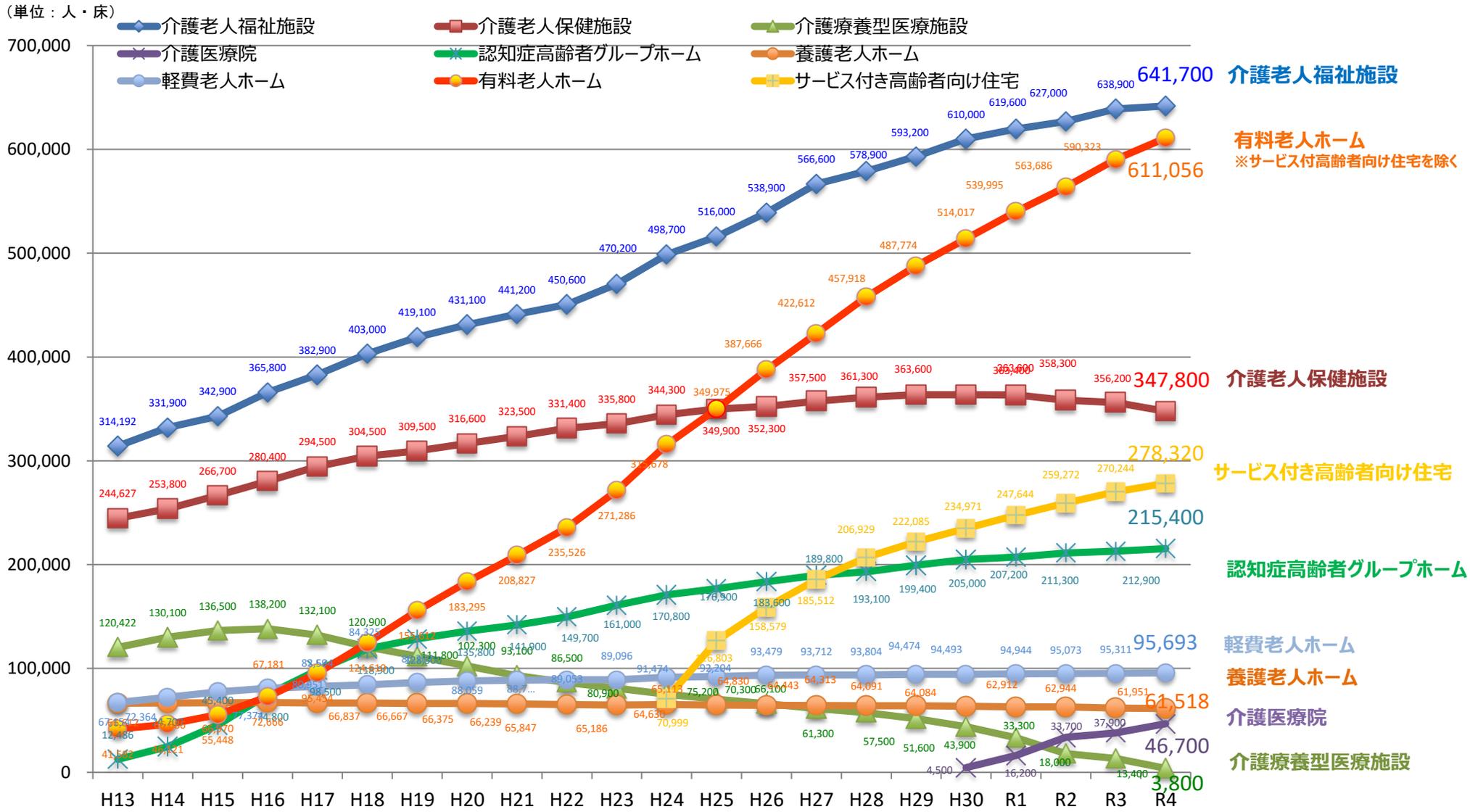


③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少



※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

高齢者向け施設・住まいの利用者数



※1：介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。

※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。

※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）

※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）

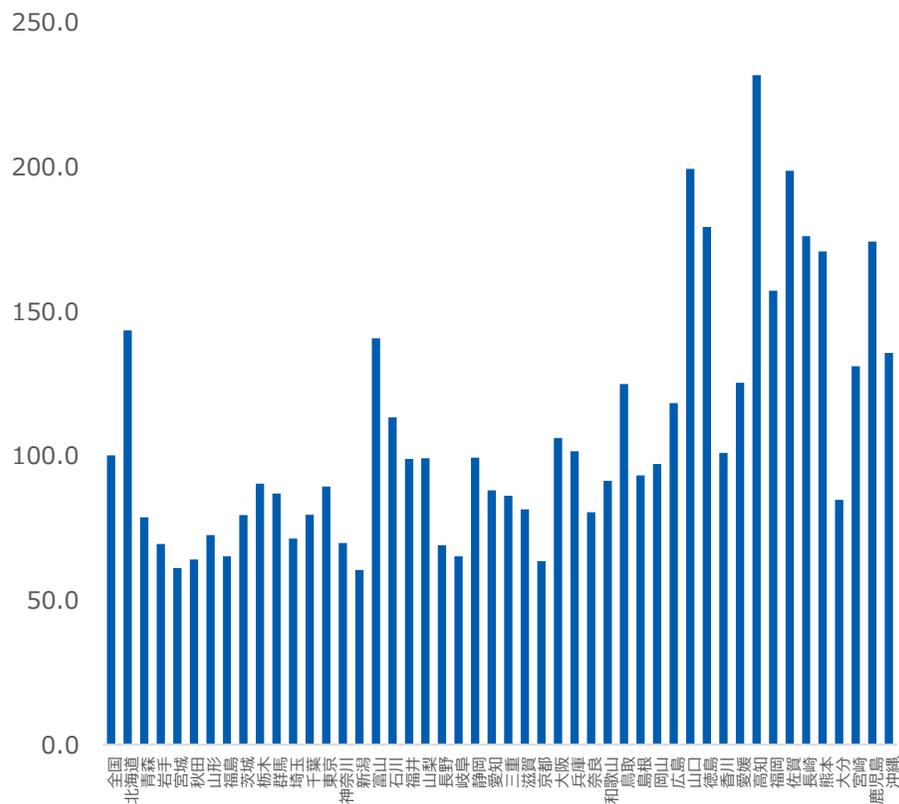
※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（R4.9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

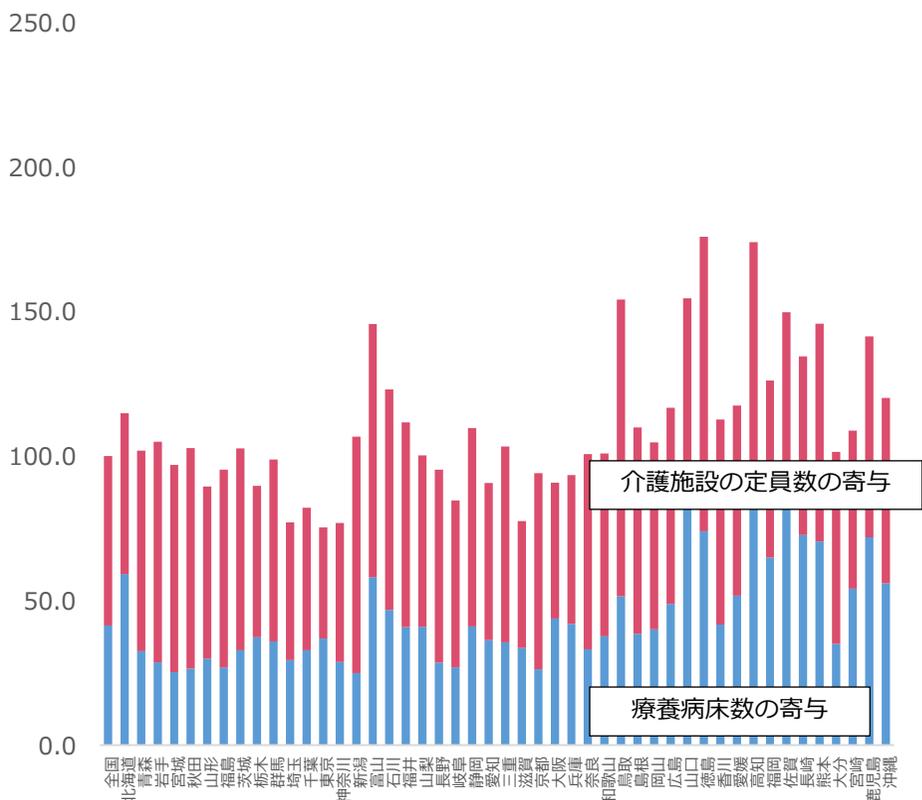
療養病床の地域差、療養病床と介護施設(老健、介護医療院)定員数の地域差

療養病床に係る地域差については、介護施設（老健、介護医療院）の定員数と合わせると地域差は縮小する。

療養病床数の65歳以上人口比
(指数：全国=100) (変動係数0.39)



療養病床数と介護施設(老健、介護医療院)定員数の
65歳以上人口比(指数：全国=100) (変動係数0.22)

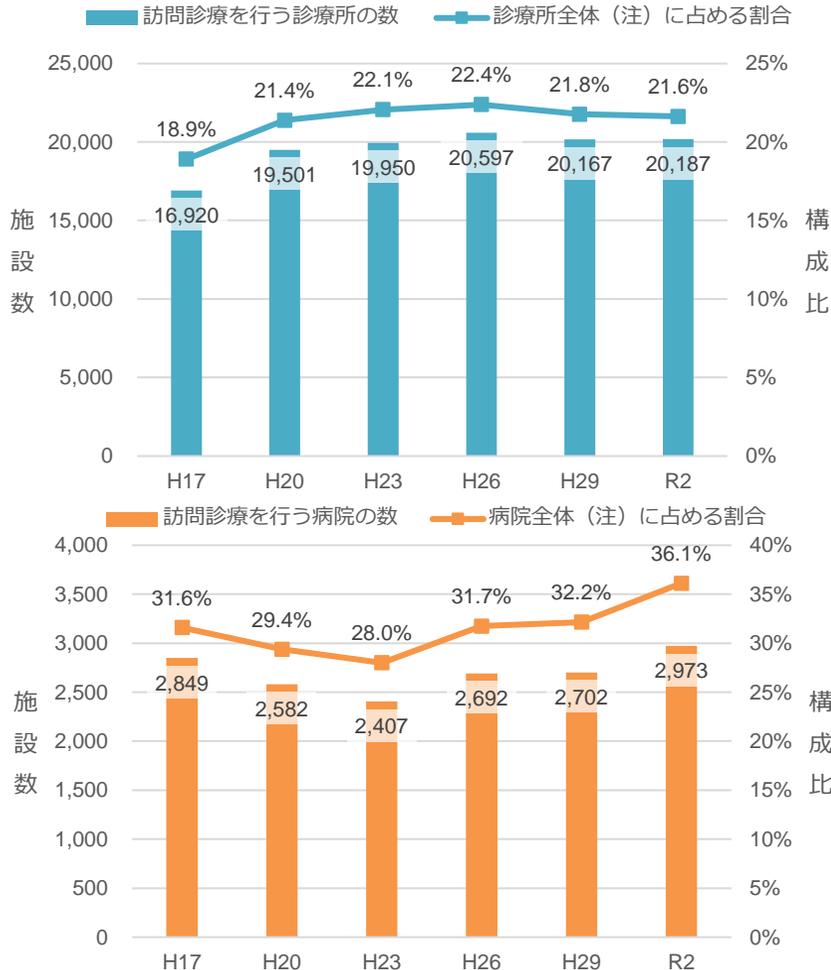


資料出所：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）、「医療施設調査」（2022年）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課で作成。
※ 介護施設の定員数については、老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

在宅医療の需要と供給

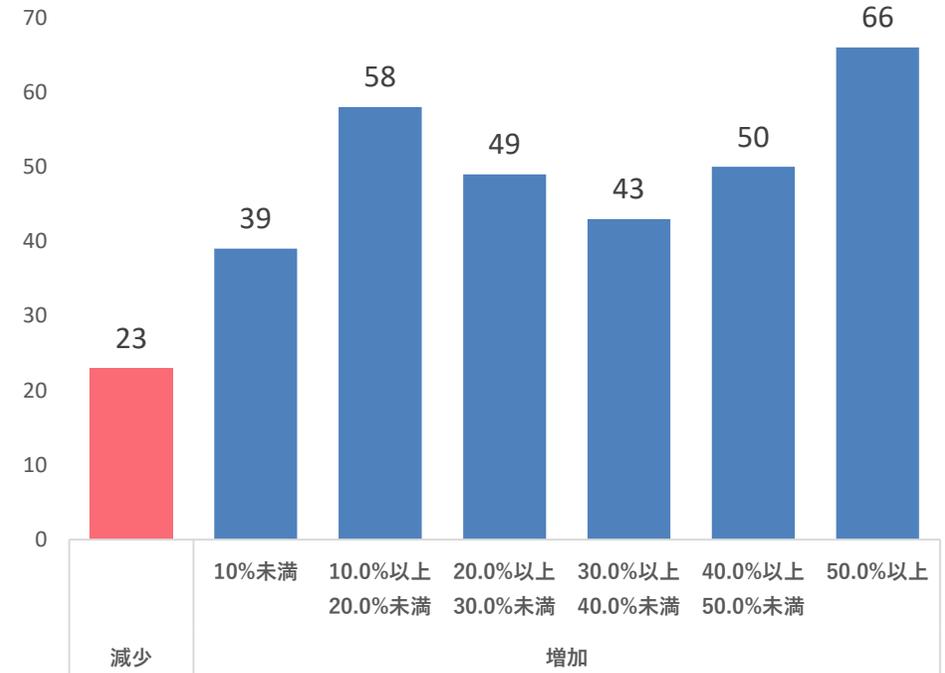
在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。

在宅医療の提供体制



在宅医療の需要（二次医療圏毎）

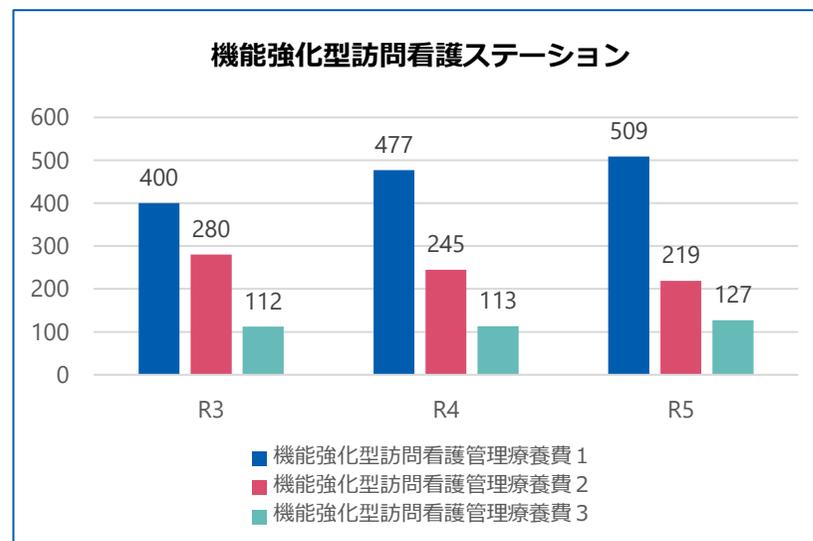
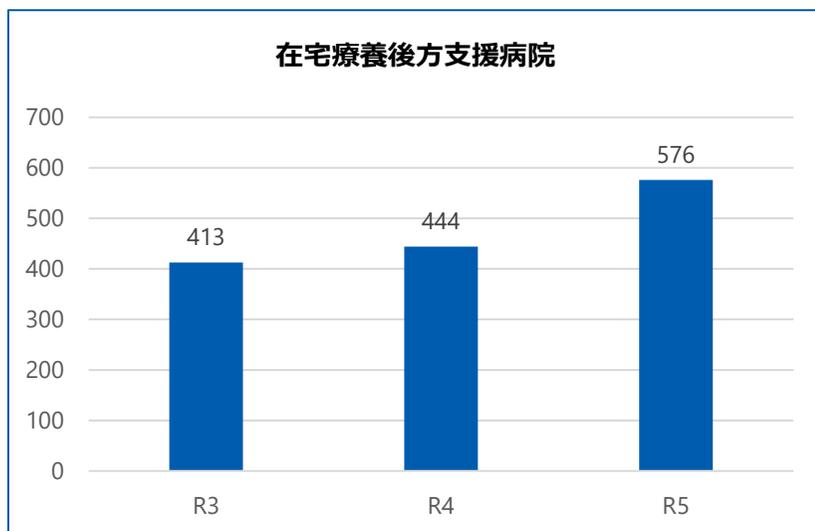
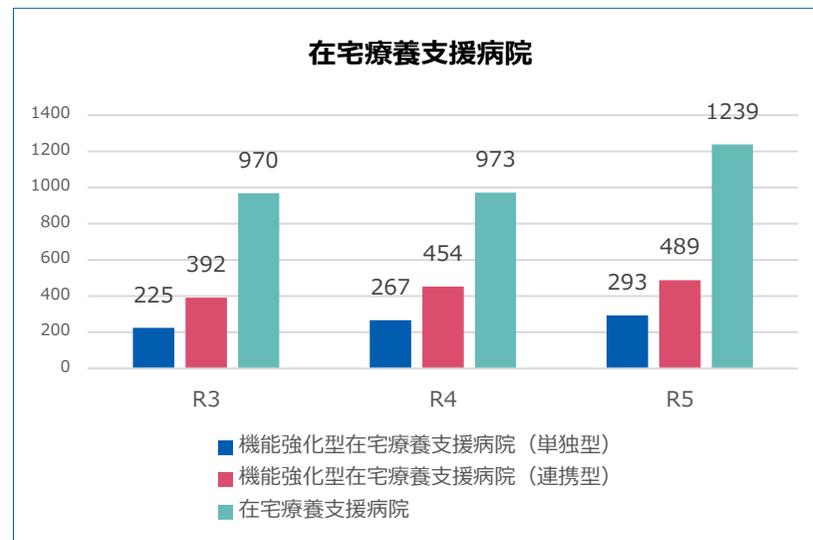
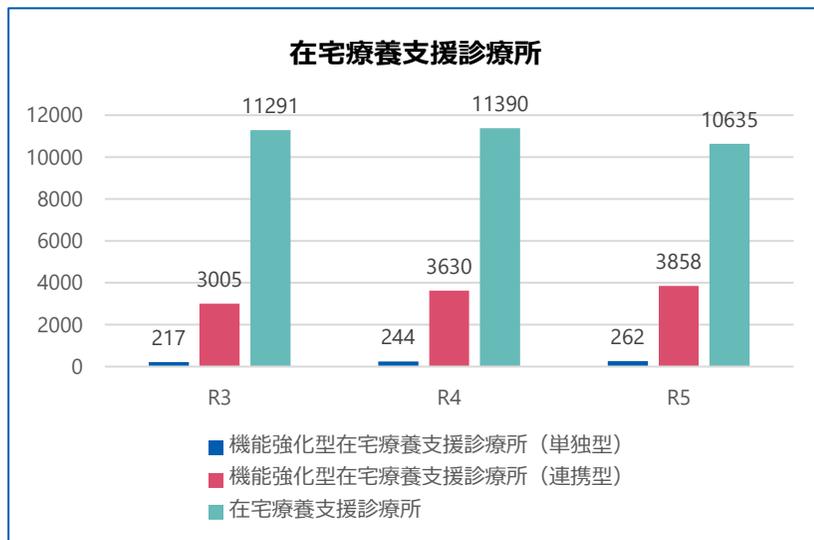
2020年から2040年への
訪問診療需要の変化率別二次医療圏数



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）
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（2023年推計）」
を基に地域医療計画課において推計。

※令和6年4月1日時点において二次医療圏は330であるが、上記の将来推計人口について、福島県相双及びいわきの2二次医療圏は推計結果がないため、328二次医療圏の推計結果である。

(参考) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、機能強化型訪問看護ステーションの届出数の推移



(参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> ⑨ <u>介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満				○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成	
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上				
	⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					
	⑪ <u>各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</u>					

(参考) 機能強化型訪問看護ステーションの要件等

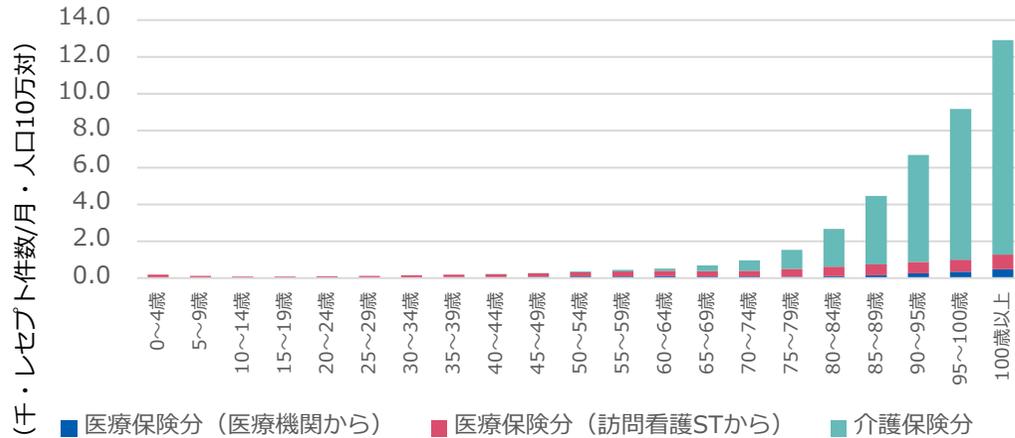
	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額	13,230円	10,030円	8,700円
看護職員の数・割合	常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者又は複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 +特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 +サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師が配置されていること	専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい）	

[経過措置]令和6年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、専門の研修を受けた看護師の配置に係る基準に該当するものとみなす。

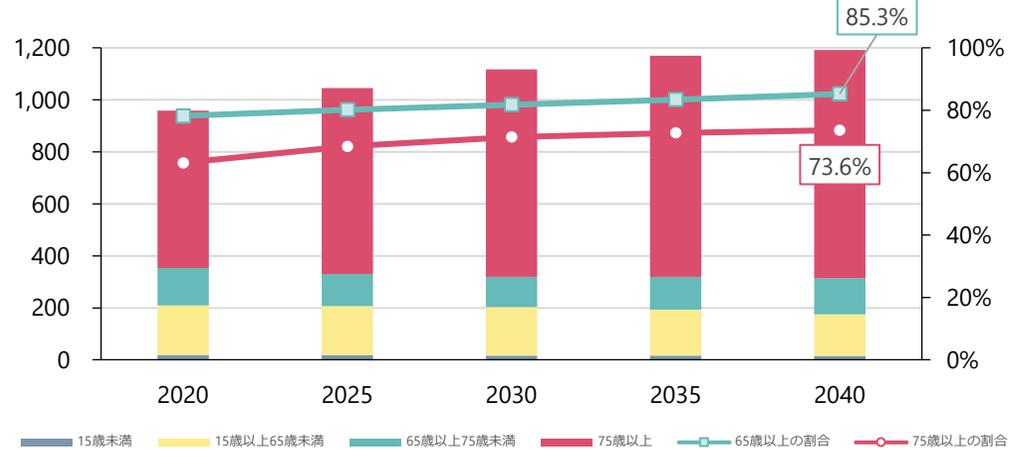
訪問看護の必要量について

- 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（198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。

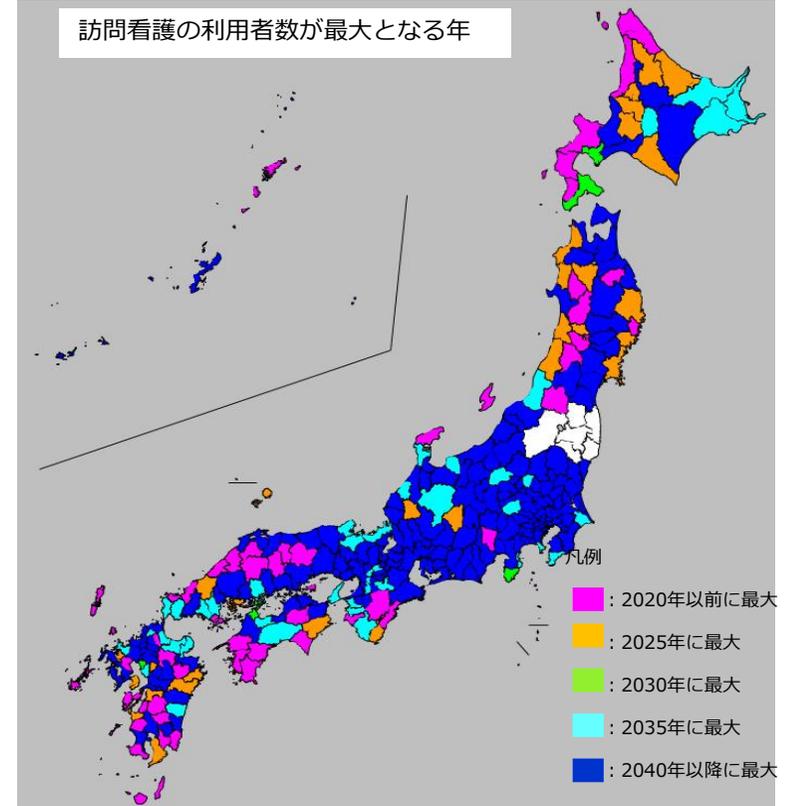
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



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。

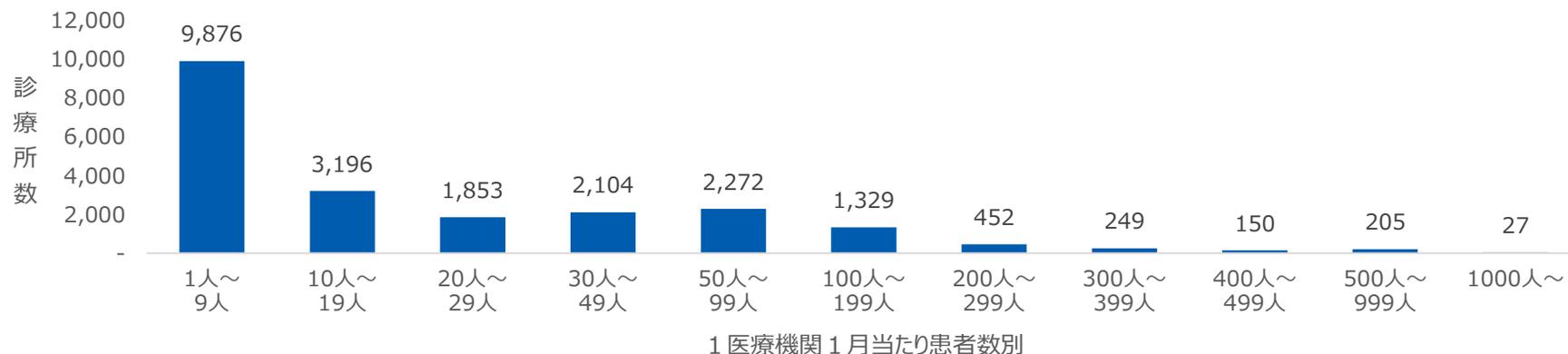
- ※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
- ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
- ※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
- ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
- ※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

1 か月あたりの在宅訪問患者数について

- 多くの医療機関では1か月あたり100人未満の訪問患者を対象として在宅医療を提供しているが、一部の医療機関では1か月あたり200人以上の訪問患者を対象としている。

1か月あたり在宅訪問患者数別にみた医療機関数（2022年）

診療所



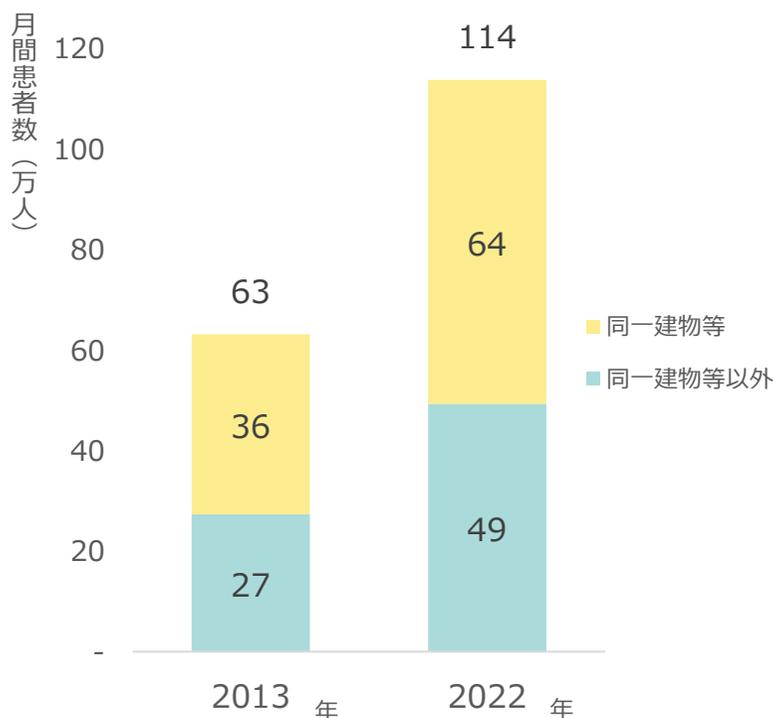
病院



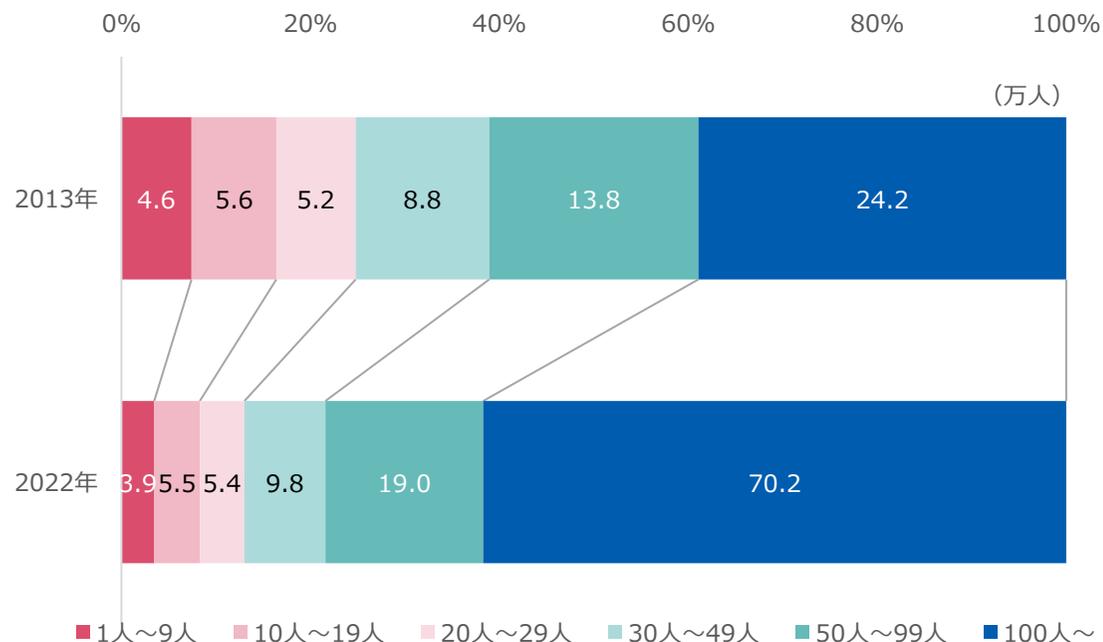
在宅訪問患者数の推移（2013年→2022年）

- 1か月あたりの在宅医療の訪問患者数は増加しており、特に「同一建物等」の訪問患者数が増えている。
- 1か月あたりの訪問患者数が多い医療機関の患者割合（シェア）が増えている。

在宅訪問患者数の推移



1か月あたり在宅訪問患者数別の医療機関ごとの患者数



資料出所：NDB（各年10月分）及び総務省「国勢調査」（2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

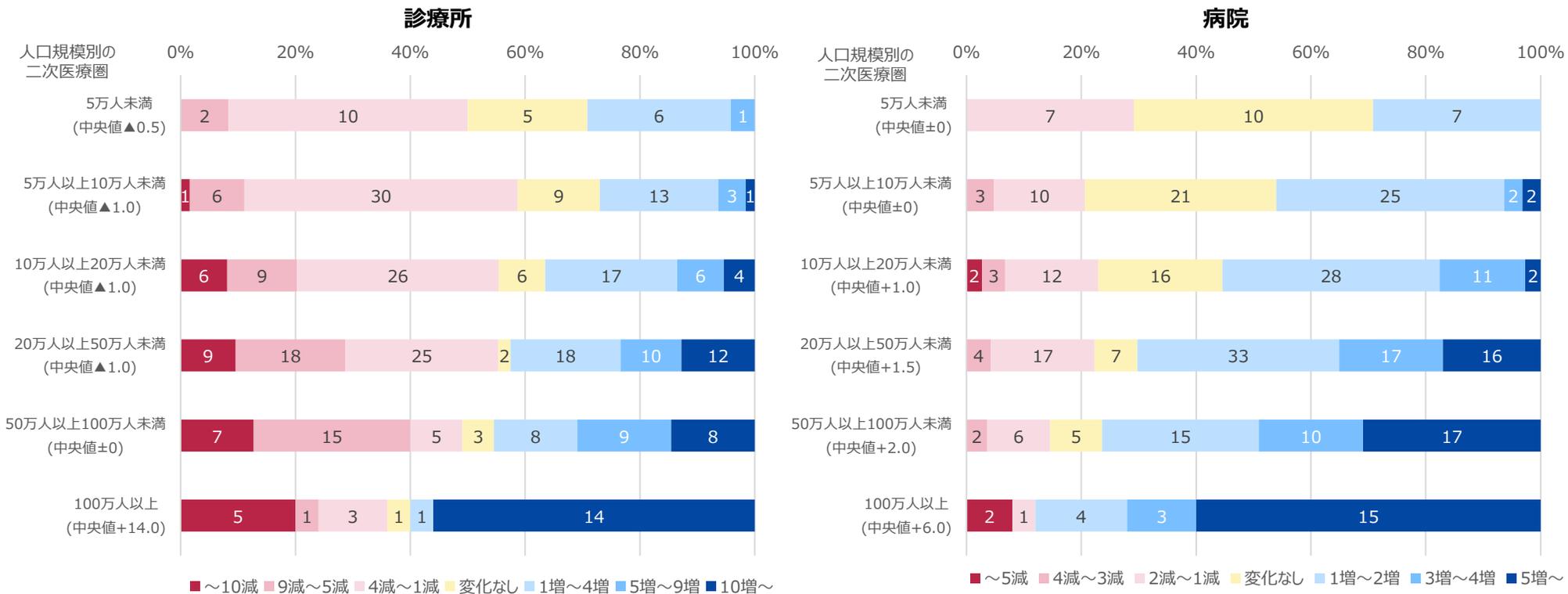
※「在宅訪問患者」は、在宅患者訪問診療料Ⅰ又はⅡを算定している患者

※「同一建物等以外」は、在宅患者訪問診療料Ⅰ以外の患者数。「同一建物等」は、在宅患者訪問診療料Ⅰ及び在宅患者訪問診療料Ⅱの患者数

訪問診療を行っている医療機関数の変化（2011年→2020年）

- 訪問診療を行っている医療機関数の2011年から2020年までの増減について、人口規模別の二次医療圏ごとに見ると、人口規模の大きい二次医療圏において、訪問診療を行う医療機関が増加している二次医療圏が多い。

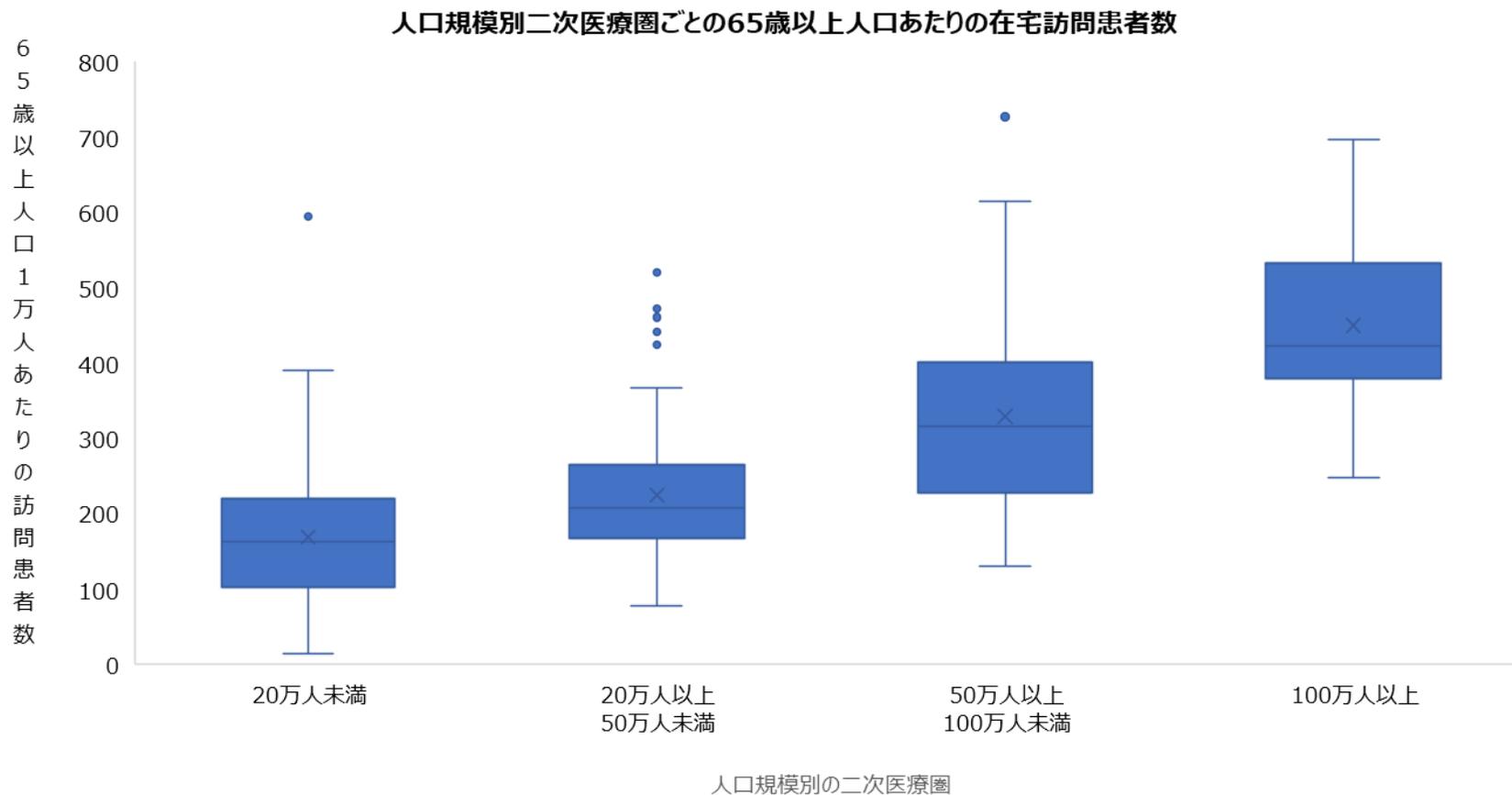
2011年から2020年の訪問診療を行っている医療機関増減数別の二次医療圏数（人口規模別）



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」（2011年及び2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

二次医療圏の人口規模別にみた在宅訪問患者数

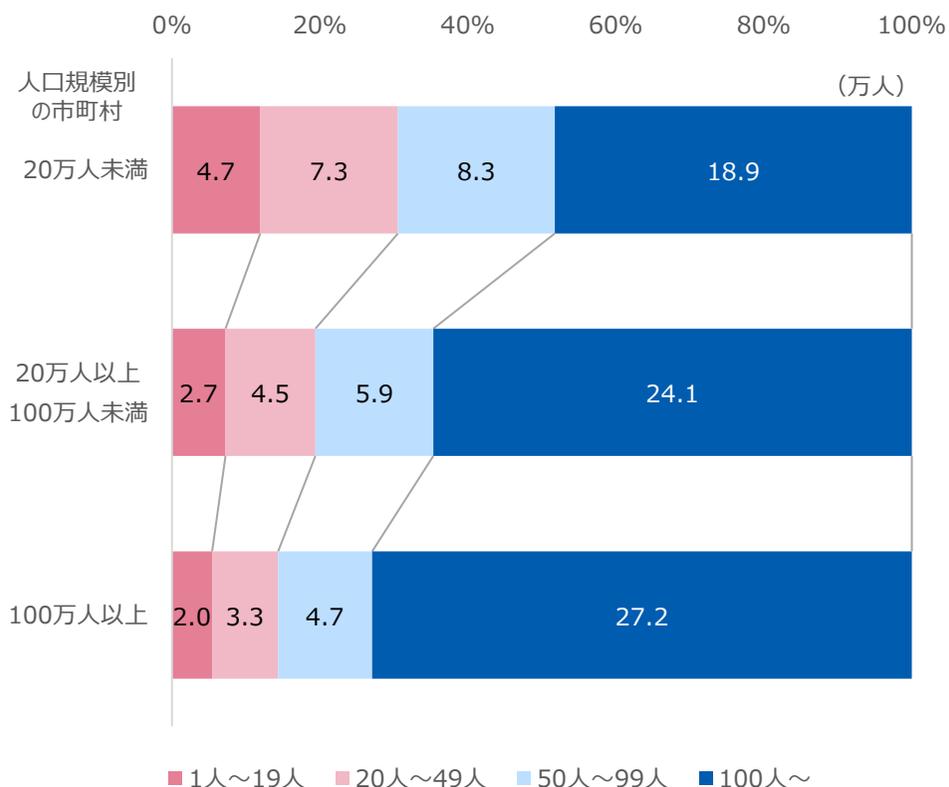
- 65歳以上人口あたりの在宅訪問患者数について、人口規模別の二次医療圏ごとにみると、人口規模の大きい二次医療圏の方が人口あたり在宅訪問患者数が多い。



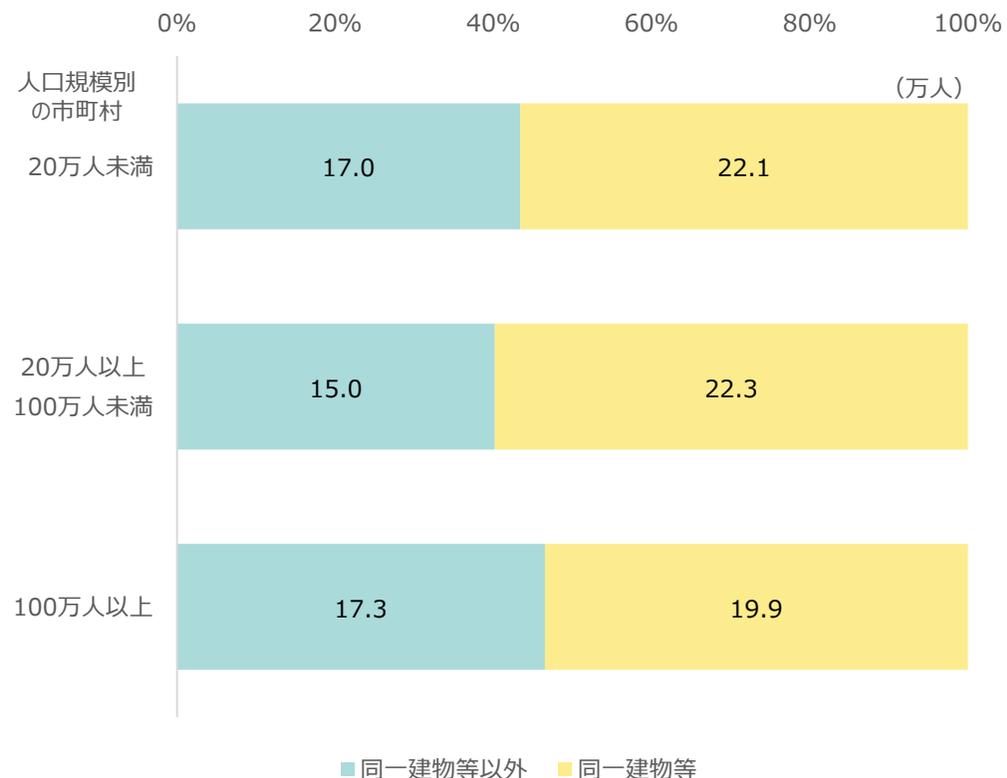
人口規模別の市町村ごとの在宅訪問患者数

- 1か月あたりの訪問患者数について、人口規模別の市町村ごとにみると、人口規模の大きい市町村の方が、1か月あたりの訪問患者数が多い医療機関の患者割合（シェア）が多い。
- 訪問診療類型別（「同一建物等以外」又は「同一建物等」）の患者割合は、人口規模別の市町村ごとの差はあまりない。

人口規模別市町村ごとの1か月あたり在宅訪問患者数別の医療機関ごとの患者数



人口規模別市町村ごとの訪問診療類型別の患者数



資料出所：NDB（2022年10月分）及び総務省「国勢調査」（2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

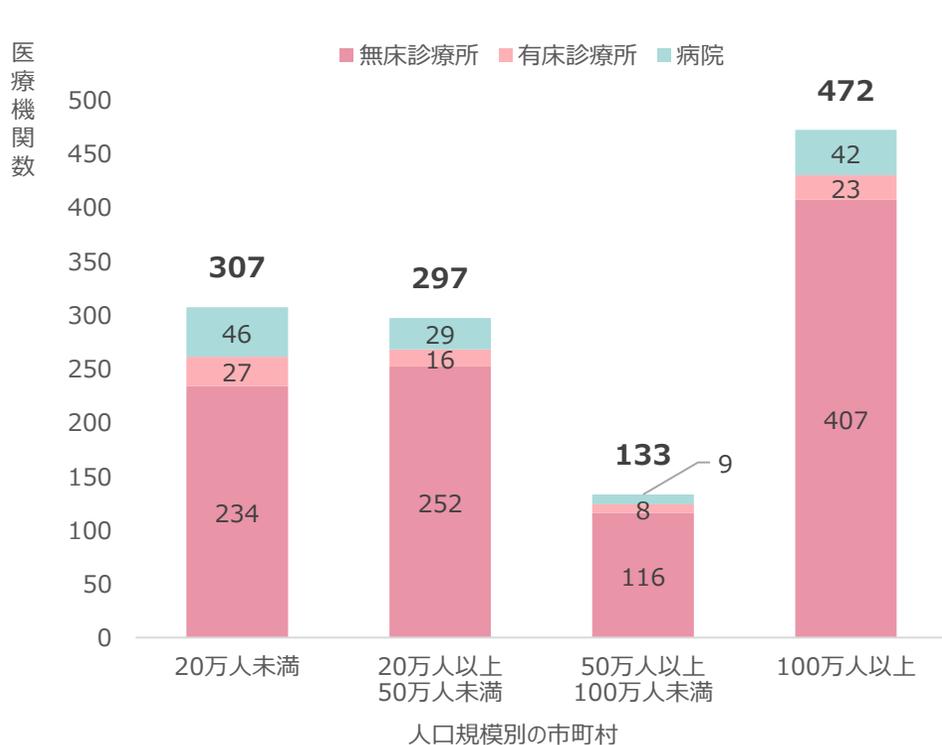
※「在宅訪問患者」は、在宅患者訪問診療料Ⅰ又はⅡを算定している患者

※「同一建物等以外」は、在宅患者訪問診療料Ⅰイの患者数。「同一建物等」は、在宅患者訪問診療料Ⅰロ及び在宅患者訪問診療料Ⅱの患者数

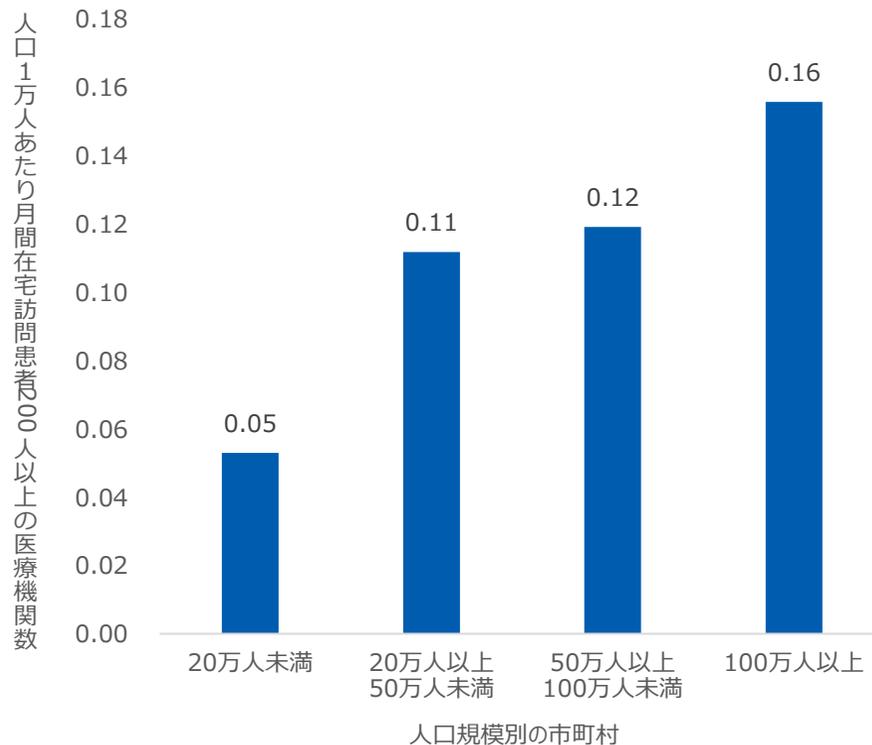
多数の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関について

- 1 か月あたり200人以上の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関の多くは、無床診療所である。
- 人口規模別の市町村ごとにみると、人口規模の大きい市町村の方が、1 か月あたり200人以上の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関の人口あたりの数が多い。

月間在宅訪問患者200人以上の医療機関数
(市町村の人口規模別)



人口1万人あたり月間在宅訪問患者200人以上の
医療機関数 (市町村の人口規模別)



資料出所：NDB（2022年10月分）及び総務省「国勢調査」（2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※「在宅訪問患者」は、在宅患者訪問診療料Ⅰ又はⅡを算定している患者

※東京都特別区、政令市については、特別区、政令市それぞれが全体で一つの市となっているものとみなして集計。

訪問看護ステーションの体制

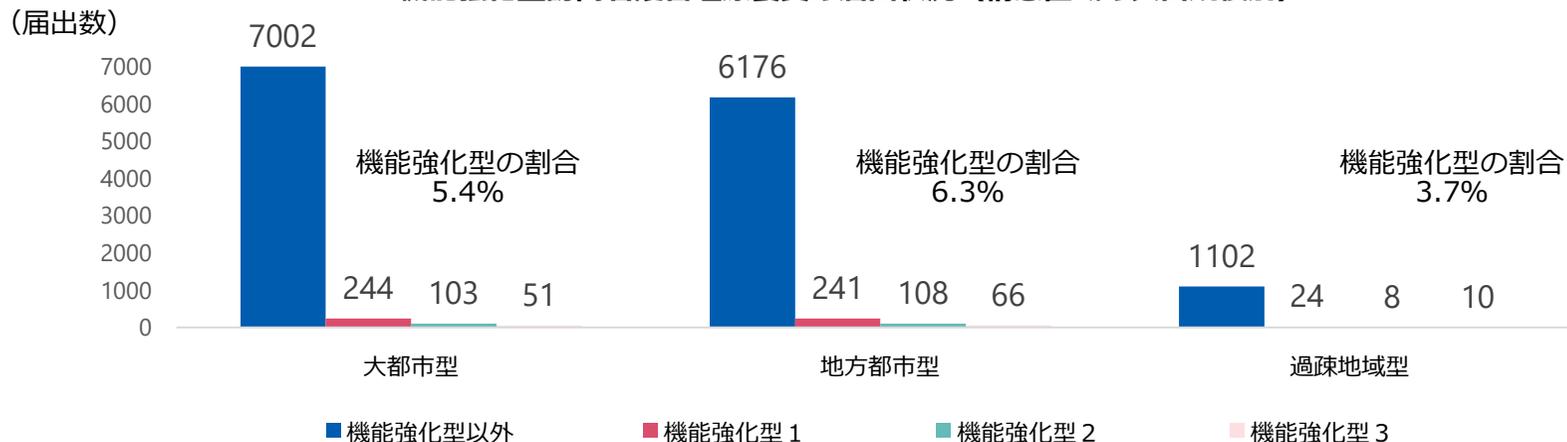
- 訪問看護療養費を算定する訪問看護ステーション数は全体で15,135であり、そのうち常勤7人以上の体制等を有する機能強化型訪問看護管理療養費の届出のある訪問看護ステーション数は、855（5.6%）である。

訪問看護療養費を算定する訪問看護ステーション数

機能強化型以外	14,280施設
機能強化型 1	509施設
機能強化型 2	219施設
機能強化型 3	127施設
合計	15,135施設

} 機能強化型 855施設、5.6%

機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況（構想区域の人口規模別）

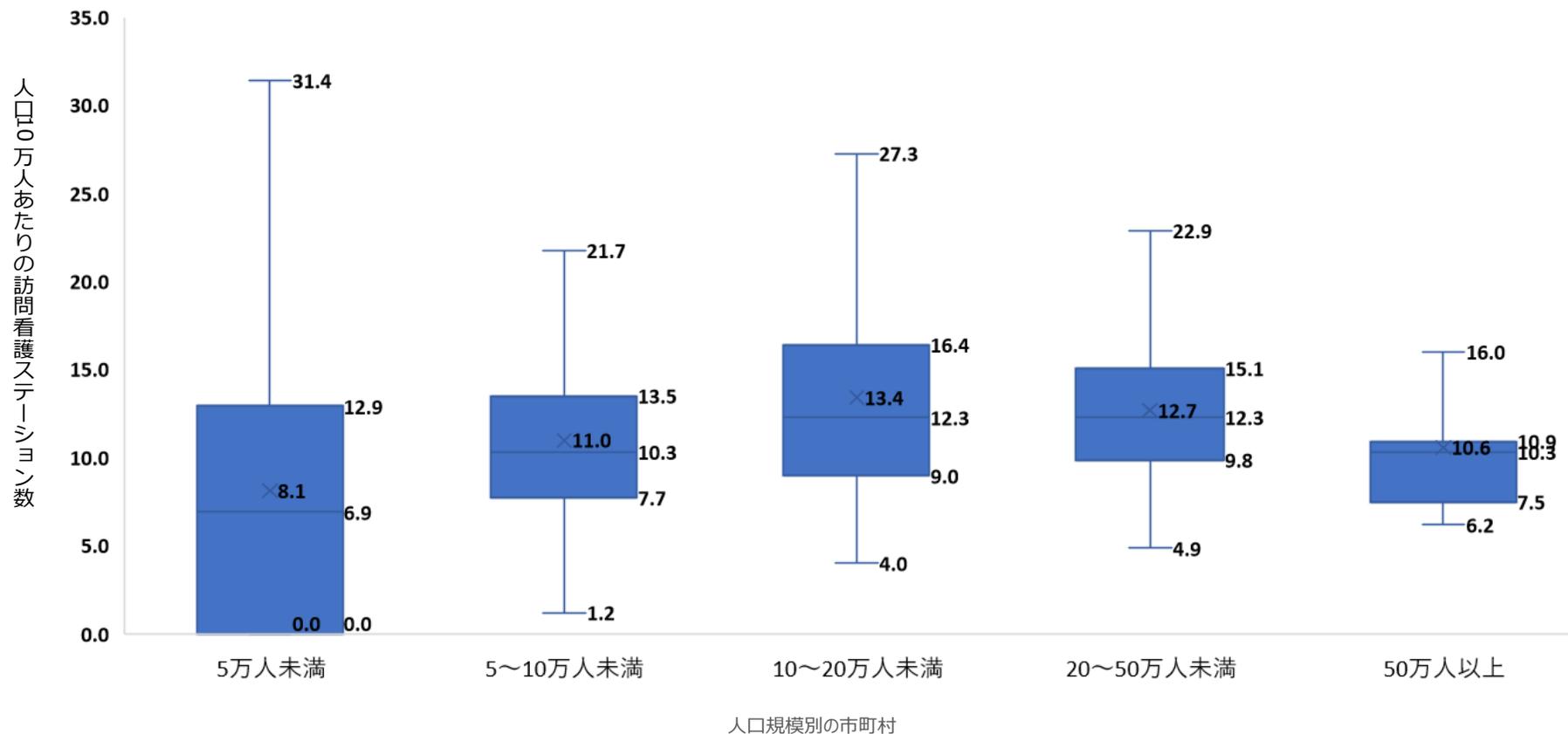


大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外

市町村の人口規模別にみた訪問看護ステーションの設置状況

- 市町村の人口規模別にみると、人口規模の小さい市町村では、訪問看護ステーションがない地域が一定数存在する。

人口規模別市町村ごとの人口あたり訪問看護ステーション数の分布

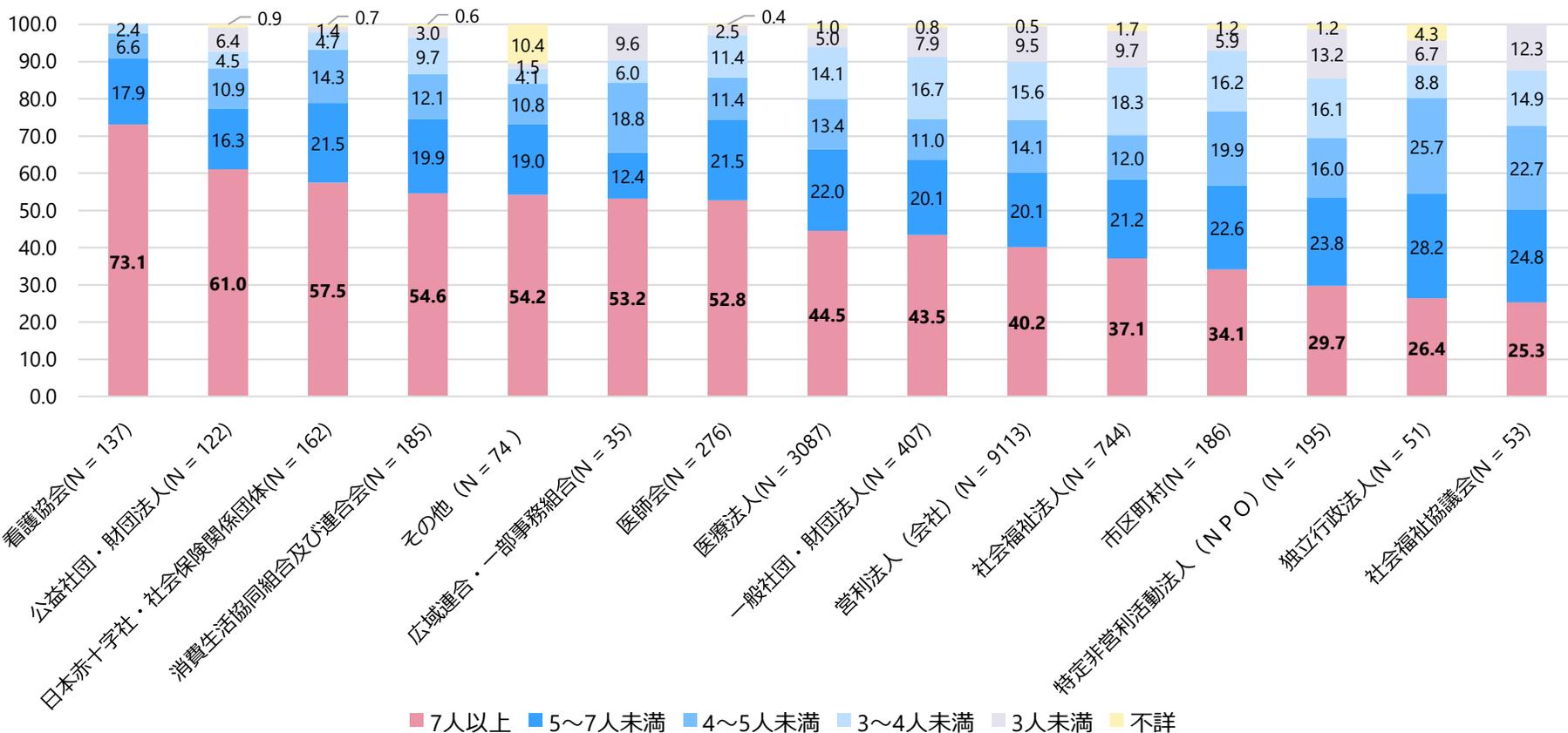


資料出所：7月1日（令和5年）の届出状況及び総務省国勢調査（2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課にて作成

訪問看護ステーションの開設主体別の人員規模について

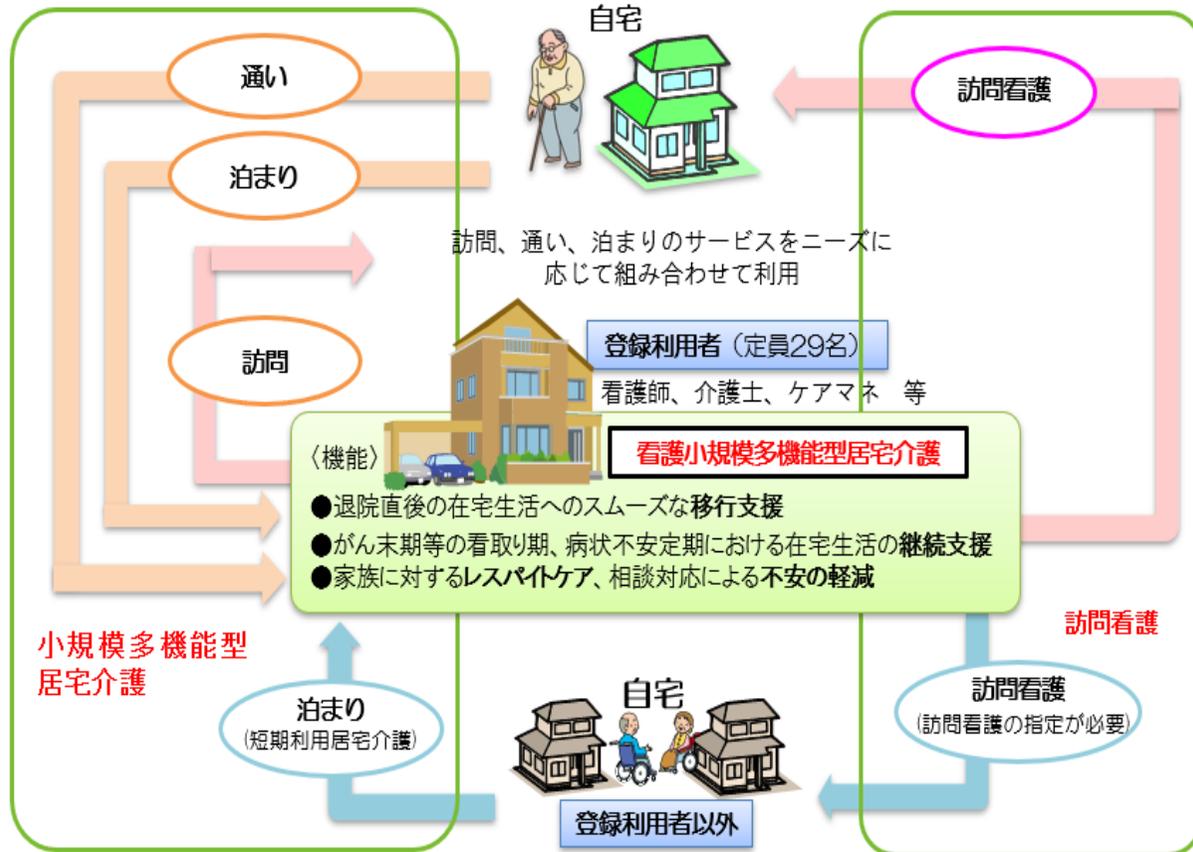
- 訪問看護ステーションの開設主体別に人員規模をみると、看護協会、公益社団・財団法人等は、常勤換算7人以上の大規模な訪問看護ステーションの割合が多い。

開設主体別の訪問看護ステーションの人員規模（常勤換算）

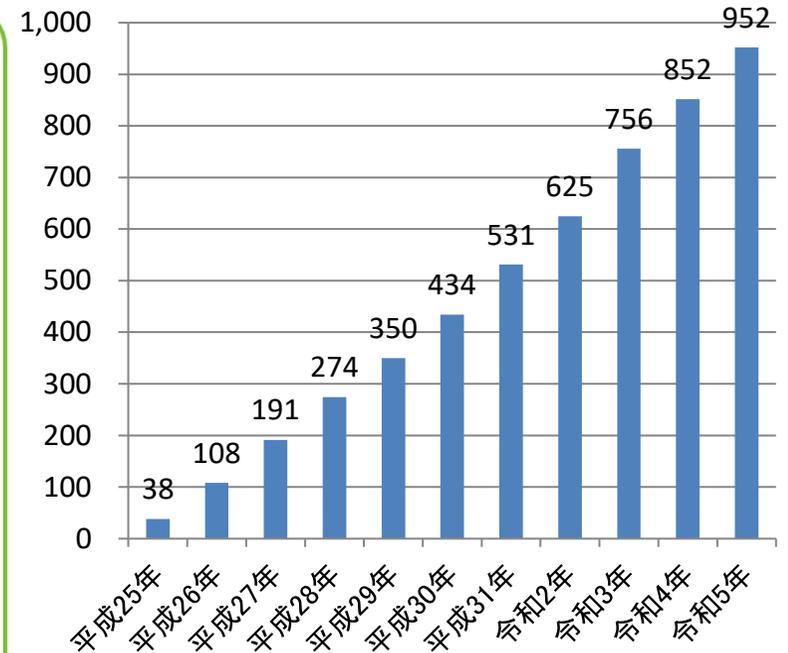


看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、**医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を一体的に24時間365日提供。**
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



■ 看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数



（平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。）

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

※平成27年4月にサービス名称変更（看護小規模多機能型居宅介護）。

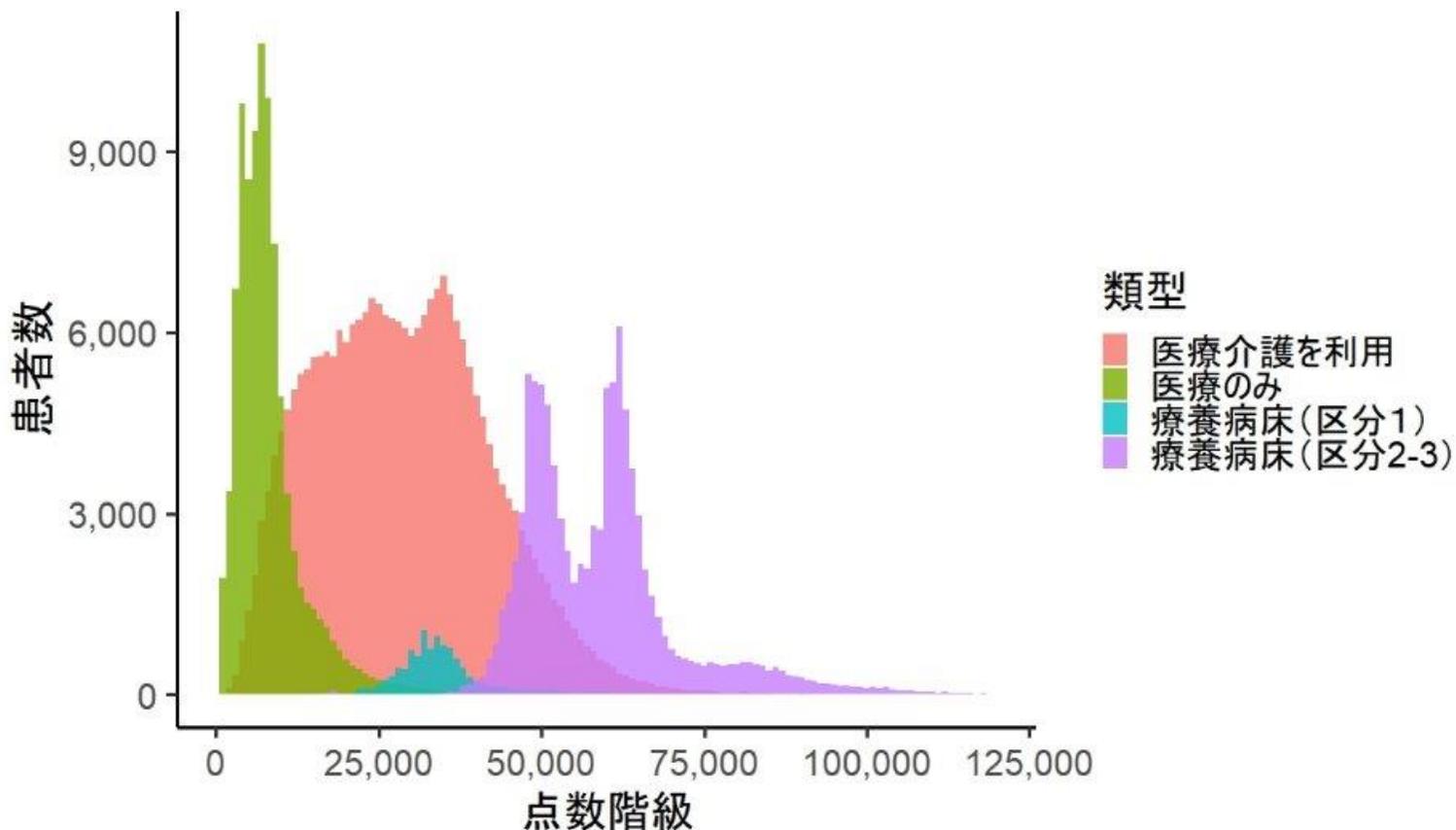
※平成28年度については、同一の事業所が短期利用及び短期利用以外の請求を同一月に行った場合についても、一事業所として計上している

※令和5年4月時点で、サテライト事業所数は20事業所（グラフ内は除いた数値）

在宅医療と療養病床の医療資源投入状況について

- 在宅医療を受けている患者について、介護費用もあわせた場合（訪問看護療養費は含まない）、療養病床の医療区分1における費用と同程度もしくはそれ以上の費用となる場合がある。

点数階級別 在宅医療・療養病床患者数



注) NDBデータ（2021年10月診療分、75歳以上）を使用。

注) 点数は、各レセプトの合計点数を使用。介護費用は、保険請求額と利用者自己負担額を10で除し、医療費点数と合算している。

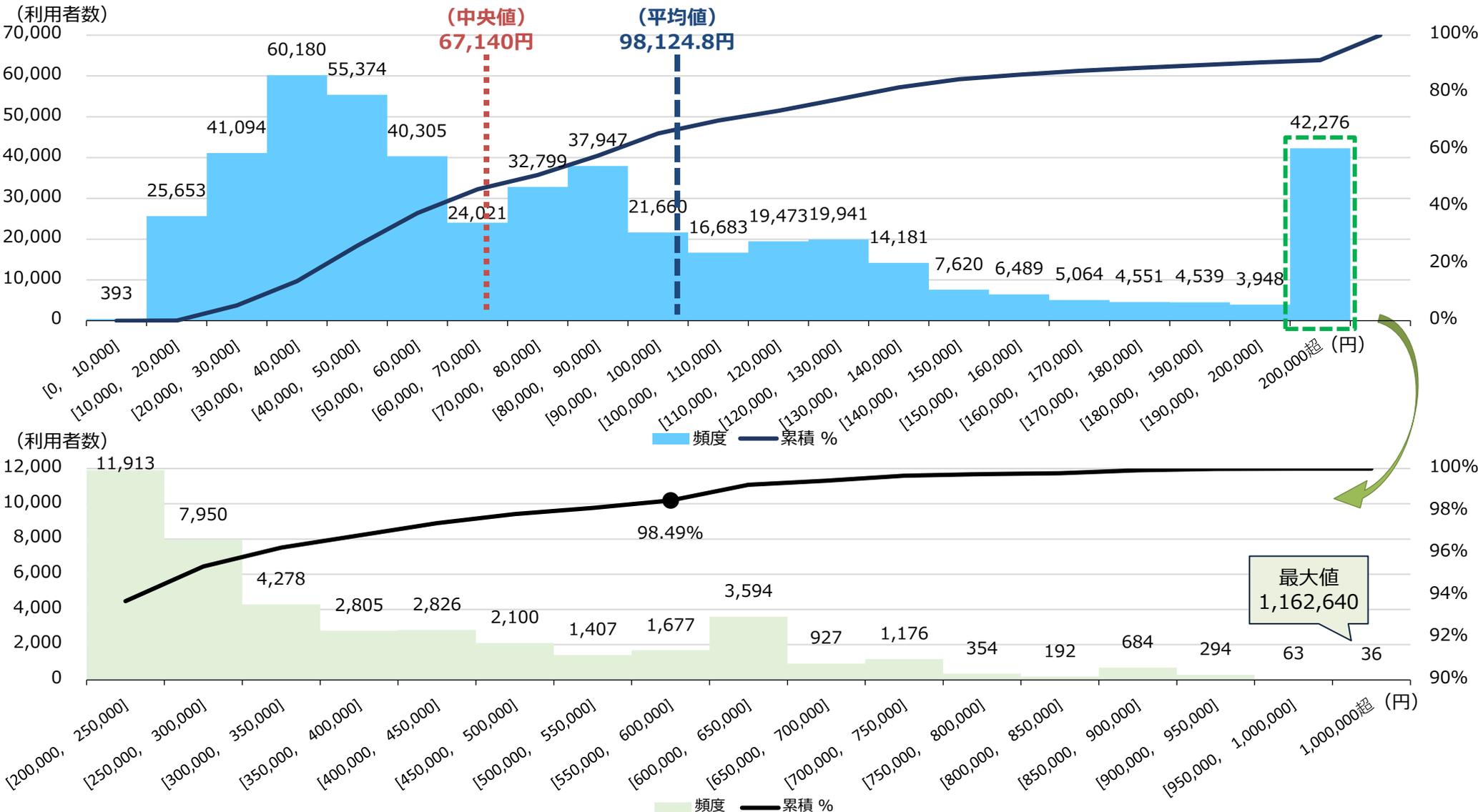
注) 療養病床入院基本料は、当該入院料を31日算定している患者に絞り込み。

注) 「医療介護総費用」は、在宅患者訪問診療料（「同一建物居住以外」）を受け、かつ、介護費用のある者をID4で抽出。

注) 2021年の訪問看護療養費はNDBに格納されていないため含まれていない。

訪問看護利用者の1月の請求額の分布

- 訪問看護療養費(医療保険)の1人当たり1月の請求額は3万円台が最も多く、平均は98,125円であった。
- 請求額が60万円以上のものが、全体の約1%強であるが存在している。

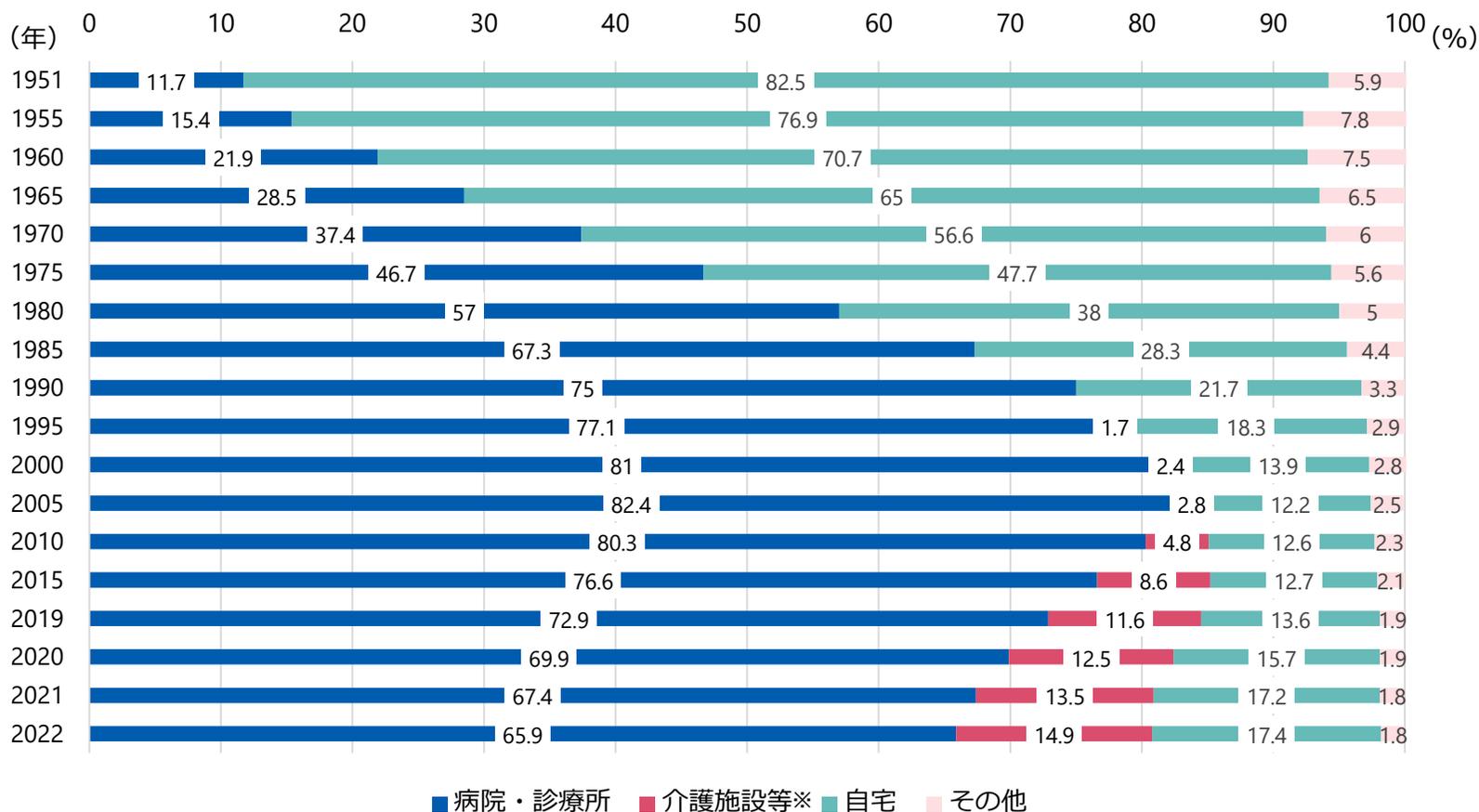


出典: 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和5年6月審査分より推計)(速報値)

死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合の推移をみると、病院・診療所での死亡の割合は、2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。

死亡場所の割合の推移



資料出所：厚生労働省 構成統計要覧 第1編第2章人口動態

※ 介護施設等は、介護医療院(平成30年より追加)、介護老人保健施設、老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）

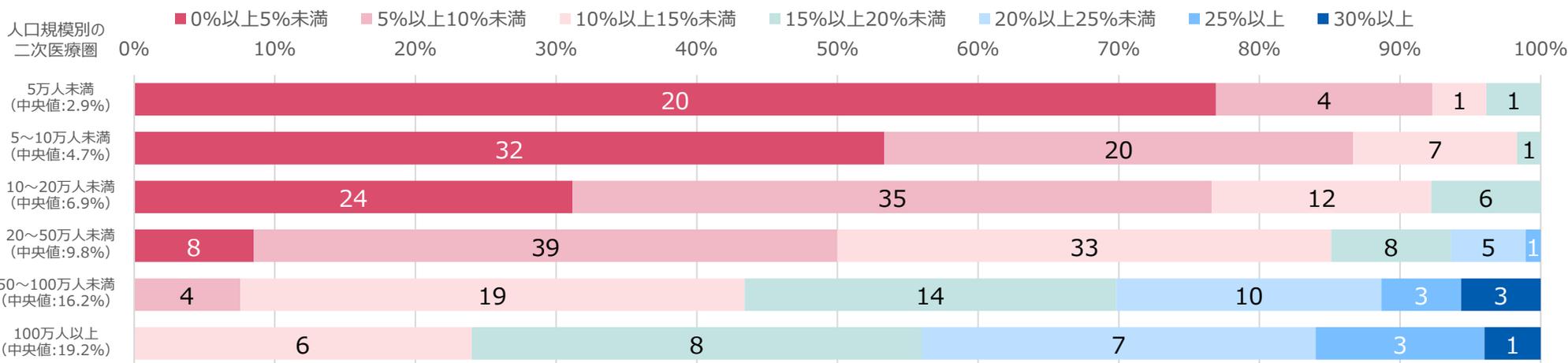
※ その他には助産所を含む

※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない

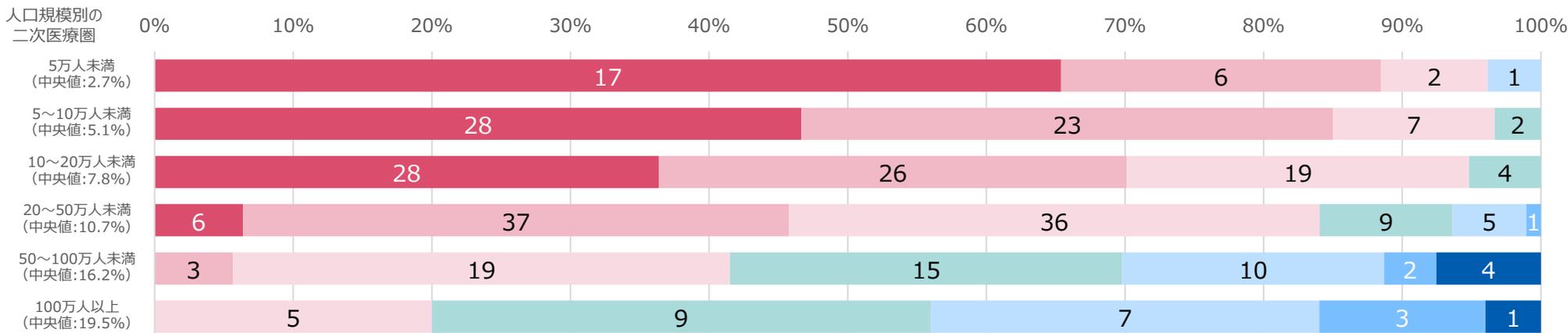
75歳以上の死亡数に占める在宅等看取りの割合（二次医療圏の人口規模別）

- 二次医療圏の人口規模別にみると、人口規模の大きい医療圏ほど、75歳以上の死亡数に占める在宅等看取りの割合が高い二次医療圏が多い。

75歳以上の死亡数に占める在宅ターミナルケア加算の割合別の二次医療圏数（2022年）



75歳以上の死亡数に占める看取り加算の割合別の二次医療圏数（2022年）



資料出所：厚生労働省「人口動態統計」（令和4年）及びNDB（令和4年度）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

※在宅ターミナルケア加算は、在宅患者訪問診療料（1）・（2）等の在宅ターミナルケア加算

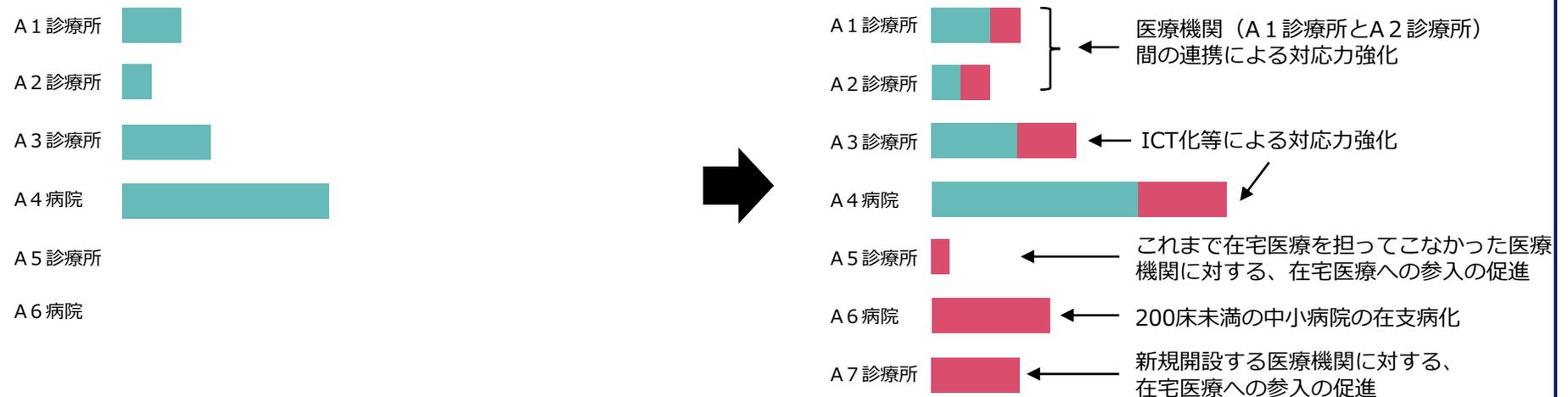
※看取り加算は、在宅患者訪問診療料（1）・（2）等の看取り加算

- 今後増加が見込まれる訪問診療・訪問看護の需要に対し、都道府県においては、国から提供を受けた、在宅医療提供体制の現状を把握するためのデータ等を踏まえ、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要がある。
- 医療機関間及び事業所間の連携やICT化等による対応力強化を進めるとともに、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進、訪問看護事業所の機能強化等、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の医療資源に応じた取組を進めていく。

<A医療圏における訪問診療・訪問看護の2019年の実績数と需要推計>



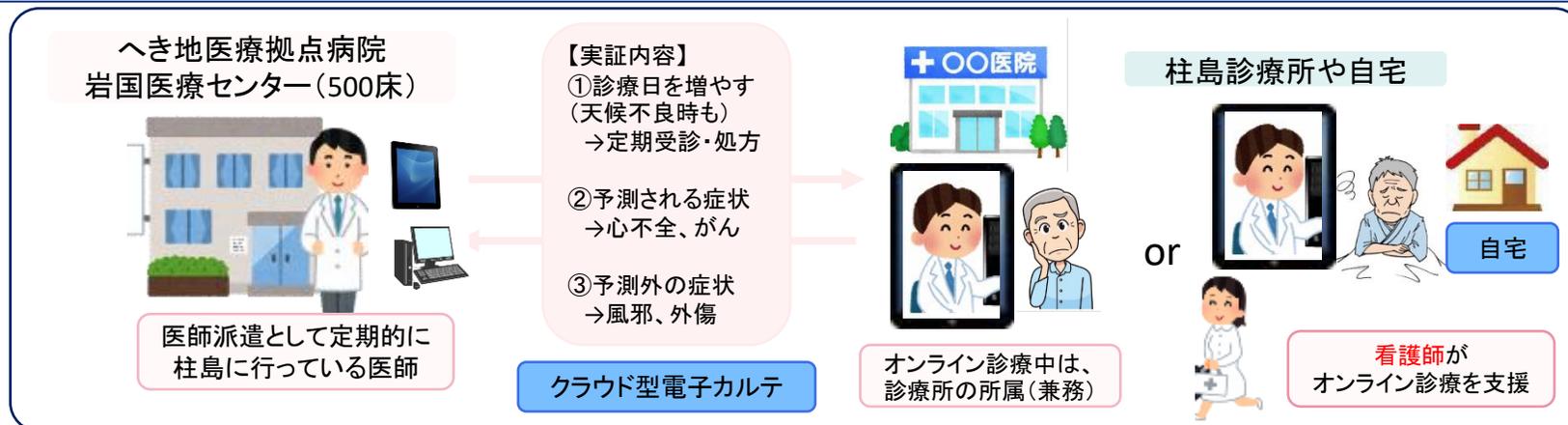
<A医療圏の2019年度における医療機関ごとの訪問診療の供給実績を踏まえた体制整備のイメージ>



離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】岩国市立柱島診療所(常勤医なし)

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から**月2回**、**医師が派遣**される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。**本土から看護師のみ離島にわたり**、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



- ・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる(オンライン診療の適切な実施に関する指針)。
- ・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる(令和4年3月23日厚労省事務連絡)。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けられる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

訪問看護の効率的な提供の事例

- 訪問看護の効率的な提供の事例として、ICTの活用やタスクシフト・シェアの実施等により、1人あたりの訪問回数の増加、時間外勤務時間の削減、電話対応時間の減少につなげている事例がある。

■ ICT活用による職場全体の情報共有・コミュニケーション円滑化、訪問スケジュールの自動作成・最適化 (所在地：茨城県土浦市)

<背景・取組概要>

- 職員間のコミュニケーションの希薄化・多数の訪問予定の変更に係る伝達困難・報告/連絡/相談の混乱などの課題を抱えていた
- 職員全員に業務用スマートフォン・タブレットを配布し、チーム、職場全体の情報共有、コミュニケーション手段として、SNSサービスを目的別に活用
- 業務管理アプリの活用
 - ⇒ 利用者側の条件、看護側の条件をあらかじめ入力し、マッチング機能で訪問スケジュールを最適化（1ヶ月分の訪問スケジュールの自動作成機能）
 - ⇒ 看護計画を実践過程の段階に沿って入力し、各種書類・帳簿類を自動作成



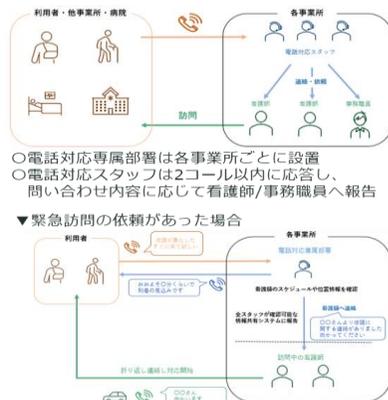
成果・効果

- 一つの業務に要する時間の短縮
 - 訪問スケジュールの作成：数日 ▶ **2~3時間/月**
 - 報告書等の作成/1書類：平均**60分**程度 ▶ **40分**程度
- 時間外勤務時間の削減
 - 157.8時間/月** ▶ **55.7時間/月**

■ 電話対応専属スタッフによるタスクシフト・シェア (所在地：埼玉県所沢市)

<背景・取組概要>

- 看護師1人当たり一日平均約90分を電話対応に費やしていた
- 24時間365日営業であるため、事業所に電話対応専属部署を設置し、問合せ内容に応じて看護師や事務員に電話を転送
- 看護師がケア業務に専念できる体制を構築
- 看護職でないスタッフが初期対応するためのマニュアルの作成



成果・効果

- 時間外勤務時間の削減
 - 22時間/月** ▶ **8.5時間/月**
- 電話対応時間の削減
 - 看護師1人あたり **90分/日** の対応時間を削減
 - 1件の電話対応：平均5分
 - 1日の平均対応回数：18件/看護師1人(8時間勤務内)
- 訪問回数の増加
 - 6件/日** ▶ **9件/日**

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】



① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・ 医療連携体制加算の見直し
【認知症対応型共同生活介護】
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

② 高齢者施設等と医療機関の連携強化

■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

(1) 平時からの連携

- ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
- ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※¹（運営基準）

(4) 入院調整

- ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※²（運営基準）
- ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

(5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

在宅医療を支援する地域の医療機関等



- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定



※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。

※2 介護保険施設のみ。

介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions(ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。
 注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする
 注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

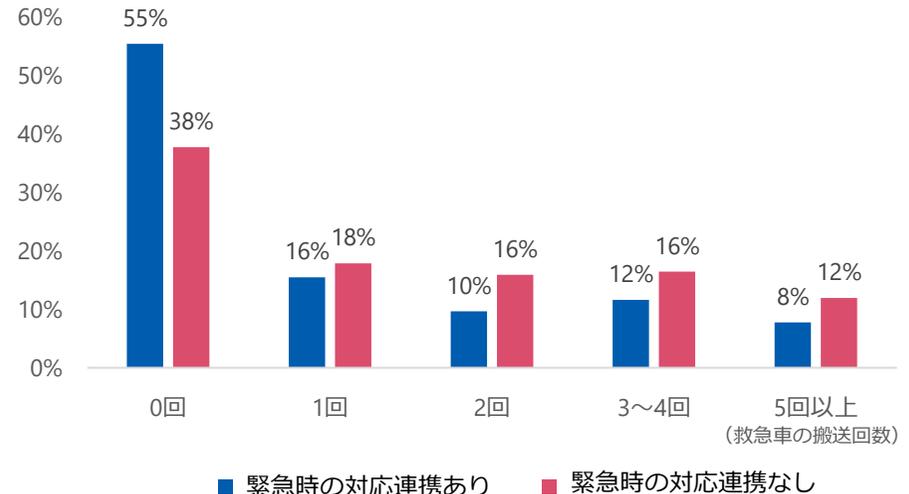
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

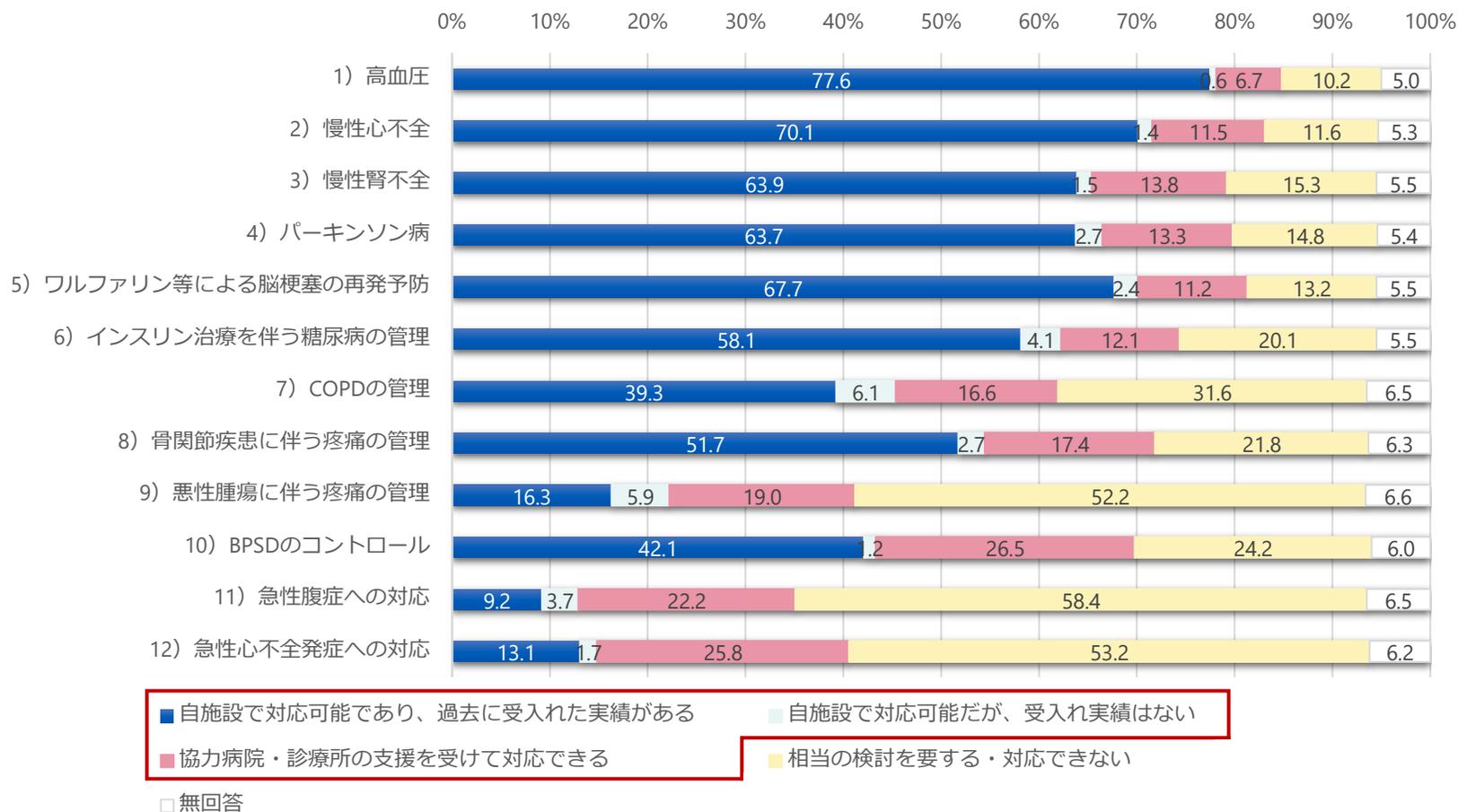
介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

介護老人保健施設におけるBPSDを伴う認知症を有する方への対応

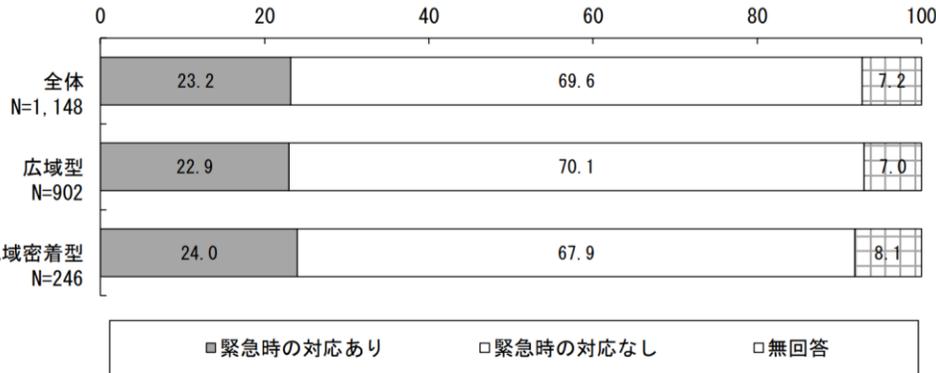
活発なBPSDを伴う認知症を有する方で、「1）～12）」のような状態の方の入所希望があった場合の介護老人保健施設における対応



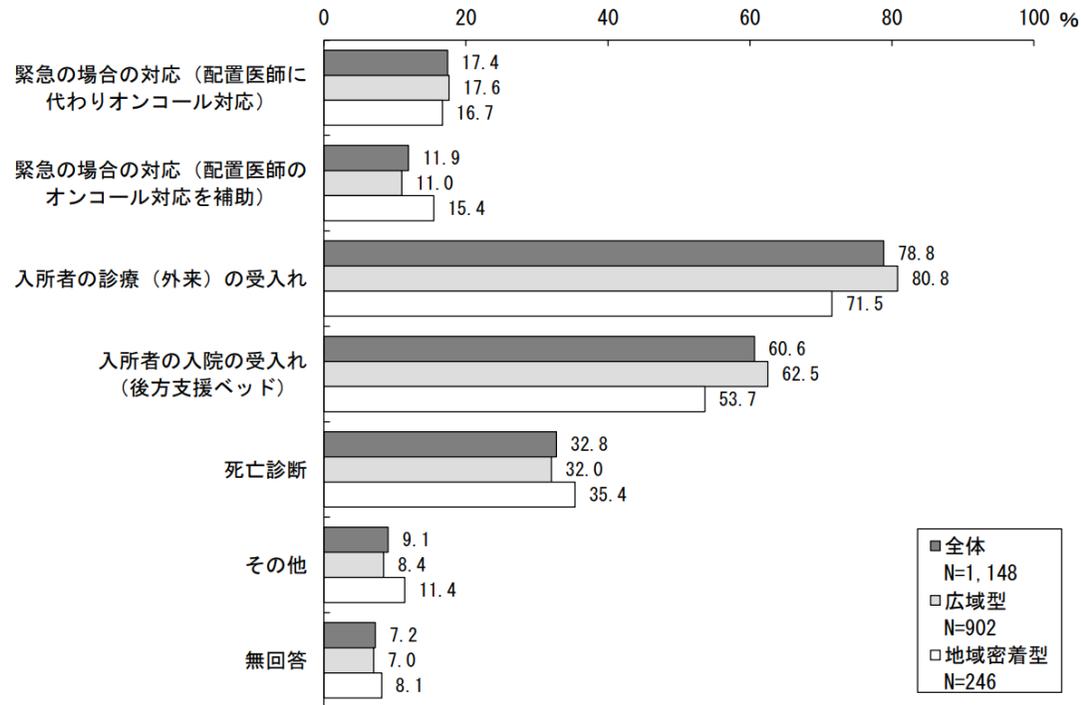
特養における協力医療機関との連携内容

- 協力医療機関の緊急対応ありは、特養全体では23.2%であった。
- 協力医療機関の連携内容は、入所者の診療（外来）の受入が最も高く78.8%、次いで入所者の入院の受入れが60.6%であった。緊急の場合の対応（配置医師に代わりオンコール対応）は17.4%であった。

図表 協力医療機関の緊急対応の有無（複数回答）



図表 協力医療機関との連携内容（複数回答）



「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の調査内容及び結果の概要

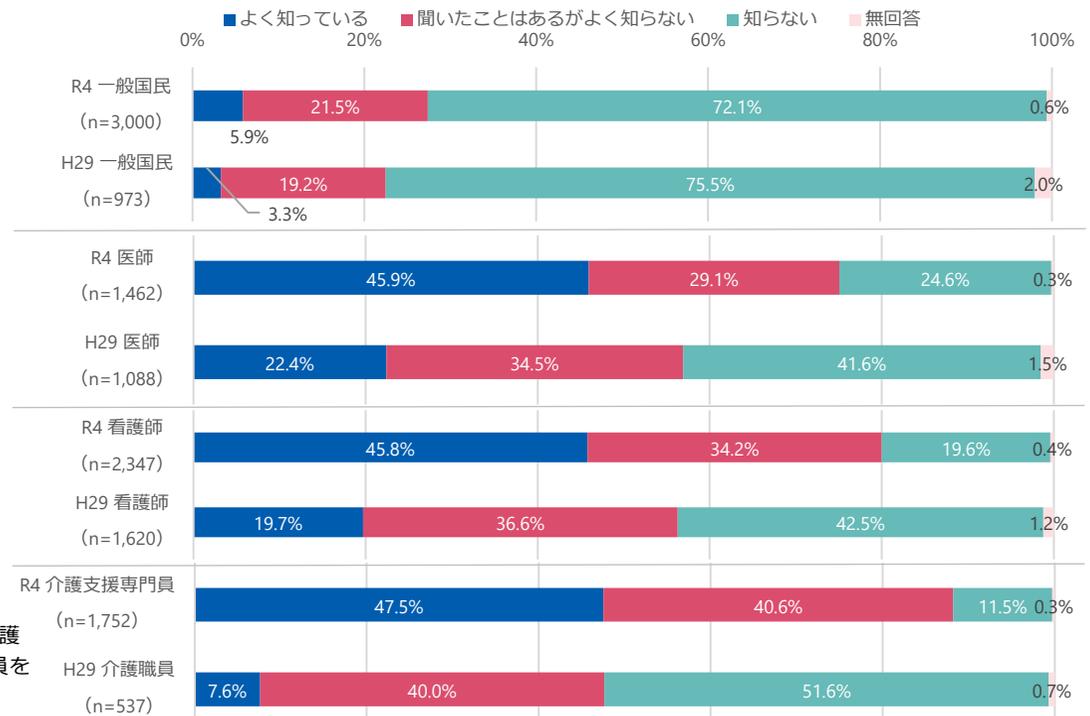
調査の概要

- 一般国民及び医療・介護従事者の人生の最終段階における医療・ケアに対する意識やその変化を把握することを目的として、平成4年度以降、約5年ごとに調査を実施しており、前回の平成29年度調査から5年経過した令和4年度（令和4年11月22日～令和5年1月21日※1）に、一般国民、医師、看護師、介護支援専門員※2を対象に調査※3を行った。
- 全対象者向け調査票（一般国民票）の回収率は、一般国民50.0%（平成29年度：16.2%）、医師32.5%（同：24.2%）、看護師42.7%（同：27.0%）と、平成29年度調査と比べて全体的に上回った。介護支援専門員については、回収率は58.4%であった。

※1 平成29年度調査とは調査期間が異なる ※2 平成29年度調査の対象は介護職員 ※3 令和4年度調査から郵送に加え、Webによる回答も可能とした

結果の概要①（人生会議（アドバンス・ケア・プランニング＜ACP＞）について知っていたか。）

- 人生会議の認知度について、一般国民では平成29年度調査と大きな変化はなく、「よく知っている」と回答した者の割合は5.9%（平成29年度：3.3%）、「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は21.5%（同：19.2%）、「知らない」と回答した者の割合は72.1%（同：75.5%）であった。
- 医師、看護師で、人生会議について「よく知っている」と回答した者の割合はそれぞれ45.9%（平成29年度：22.4%）、45.8%（同：19.7%）であり、平成29年度調査と変化がみられた。介護支援専門員で「よく知っている」と回答した者の割合は47.5%であった。



※ 平成29年度調査とは調査期間や回収率等が異なる点に留意する必要がある。また、介護従事者については、平成29年度調査では介護職員、令和4年度調査では介護支援専門員を対象としている。

慢性期・在宅医療について（案）①

- 療養病床は、地域医療構想の取組等に伴い、減少している。また、療養病床の地域差について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。高齢者向け施設・住まいの利用者数は増加している。
- 在宅医療については、在宅医療を行う一般の医療機関、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局等が、介護施設等とも連携して対応している。2040年に向けて、在宅医療の需要の増加が見込まれ、地域の状況に応じて供給力を高める必要がある。訪問看護の需要も増加が見込まれ、多くの二次医療圏で2040年以降にピークとなる。
- 人口規模の大きい二次医療圏の方が、65歳以上人口あたりの在宅訪問患者数が多い。在宅医療を提供する医療機関の一部は1か月あたり200人以上の患者に在宅医療を提供しており、特に人口規模の大きい地域で、多数の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関の患者割合（シェア）が多い。
- 訪問看護ステーションについて、多くの事業所が常勤換算7人未満で運営されている。常勤換算7人以上の大規模な訪問看護ステーションは、様々な開設主体で運営されており、看護協会、公益社団・財団法人等で割合が高い。
- 在宅医療を受けている患者の多くは介護サービスも受けており、医療と介護にかかる費用をあわせた場合（訪問看護療養費は含まない）、療養病床の医療区分1における費用と同程度もしくはそれ以上の費用となる場合がある。
- 病院・診療所での死亡の割合は2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。人口規模が大きい二次医療圏ほど、75歳以上の死亡数に占める在宅等看取りの割合が高い二次医療圏が多い。
- 都道府県において適切な在宅医療の圏域を設定し、地域の協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要。在宅医療を行う医療機関のICT活用や連携等による対応力強化、これまで在宅医療を行っていない医療機関の参入促進、D to P with Nのオンライン診療の活用、訪問看護事業所の機能強化等が重要。
- 介護施設等と医療機関の連携強化等により、介護施設等の対応力の強化が取り組まれている。増加する高齢者救急への対応に向けて、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理及びACPの取組の推進、医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

慢性期・在宅医療について（案）②



- 医療機関機能の一つとして、地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる等、地域での在宅医療提供を確保するための医療機関機能を位置付けてはどうか。
- 慢性期の医療提供体制については、地域の在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域において、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設等とあわせて、構築していく必要があるのではないか。その際、増加する高齢者救急への対応に向けて、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理及びACPの取組の推進、医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要ではないか。
- 在宅医療の医療提供体制については、地域によって増加する在宅需要に対応するため、都道府県において適切な在宅医療の圏域を設定し、地域の協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進めることが必要。

その際、D to P with Nのオンライン診療等のICT活用による効率化や、在宅医療を行っている医療機関の対応力強化、これまで在宅医療を行っていない医療機関の参入促進、多数の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関との連携、訪問看護事業所の機能強化等による供給力の増強が重要ではないか。人口規模の小さい地域においては、移動時間や担い手不足等の課題も踏まえ、高齢者の集住等のまちづくりの取組とあわせて、D to P with Nのオンライン診療の活用の徹底も含め、在宅医療提供体制を構築していく必要があるのではないか。

2. 構想区域・医療機関機能・病床機能

現行の地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとしている。構想区域の設定に当たって、都道府県において、現行の二次医療圏を原則として、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとしている。

構想区域

339 構想区域 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当である**と認められる区域を単位として設定

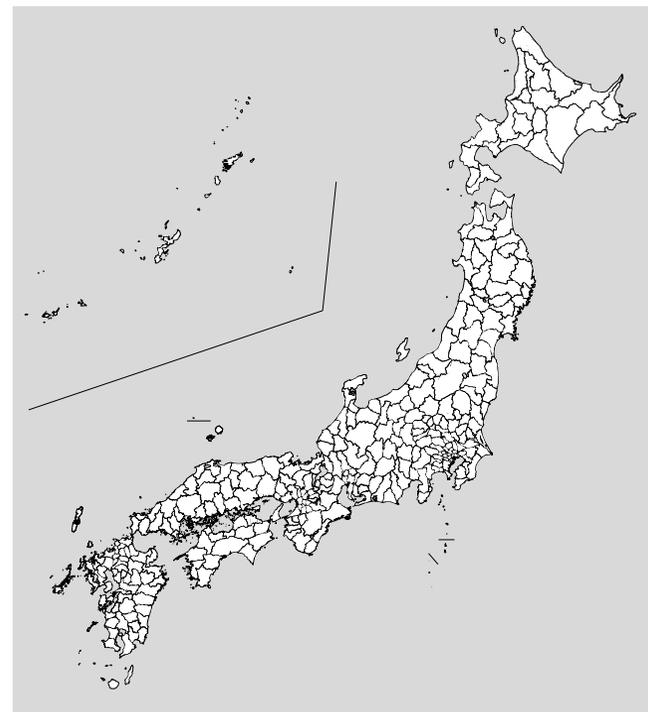
※ 地域医療構想策定ガイドライン（平成27年3月31日）抜粋

- 構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。
- 地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成25年度（2013年度）～平成29年度（2017年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成36年（2024年）3月が終期となる平成30年度（2018年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

二次医療圏

330 医療圏 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、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



※令和4年9月時点の二次医療圏（335医療圏）数の図であり、構想区域（339区域）の数とは一致しない。

2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

○ 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。

- ・ 大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
- ・ 地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
- ・ 過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

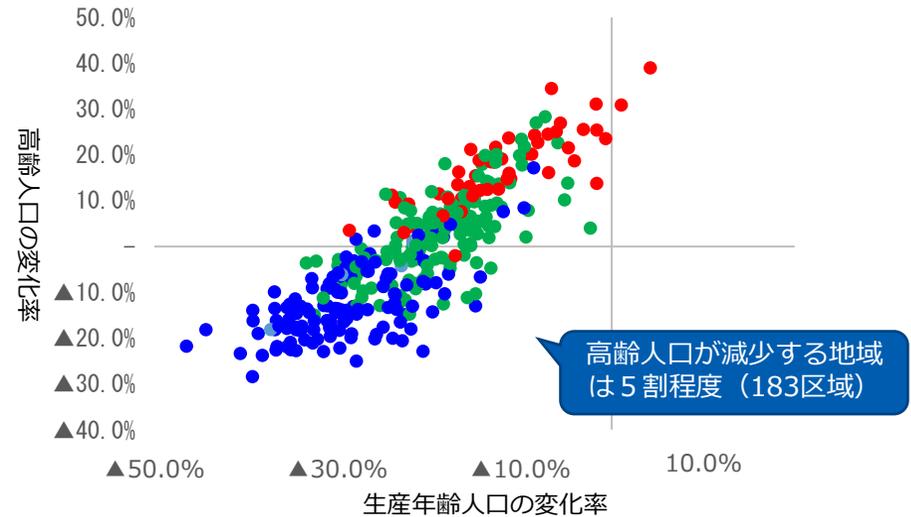
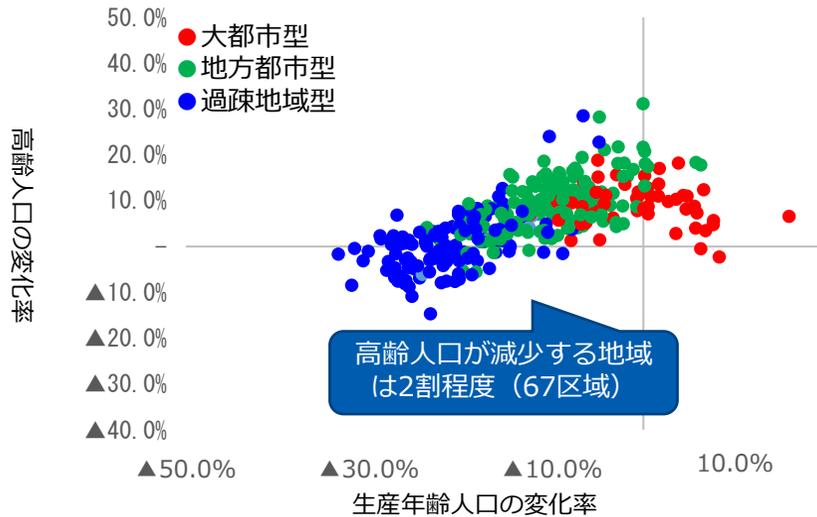
大都市型：人口が100万人以上（又は人口密度が2,000人/km²以上）
 地方都市型：人口が20万人以上（又は人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上）
 過疎地域型：上記以外

＜2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-0.1%	9.1%
● 地方都市型	-10.4%	8.9%
● 過疎地域型	-20.9%	0.6%

＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%



出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

地域医療構想調整会議の役割と議論する内容について

地域医療構想調整会議の役割

医療法(抄)

第三十条の十四 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の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を行うものとする。

2・3(略)

議論する内容(地域医療構想策定ガイドラインより抜粋・一部改変)

調整会議の議事について、病床機能報告の内容と病床の必要量を比較し、地域において優先して取り組むべき事項に関して協議するとしている他、在宅医療を含む地域包括ケアシステムの構築や、医療従事者確保及び診療科ごとの連携などを検討するとしている。

また、これらを踏まえ以下の議事の設定が想定されるとしている。

- ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

現行の地域医療構想における地域医療構想調整会議の進め方について

- 現行の地域医療構想において、地域医療構想調整会議の参加者の選定や専門部会等の設置については、地域医療構想策定ガイドライン等により、議事の内容や地域の実情に鑑み、柔軟な運用を可能としている。

議事		参加する関係者	
通常の開催	病床の機能分化・連携の推進	①各病院・有床診療所が担うべき病床機能及びその病床数に関する協議	議事等に応じ、都道府県が選定
		②病床機能報告制度による情報等の共有	医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等を都道府県が選定
		③都道府県（医療介護総合確保基金）に関する協議	
	その他	④その他の地域医療構想の達成の推進（地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など）に関する協議	議事等に応じ、都道府県が選定
病床の開設・増床、医療機能の転換への対応	⑤開設・増床等の許可申請の内容に関する協議（法30条の14③）		許可申請をした医療機関及び当該申請に係る利害関係者等を都道府県が選定
	⑥過剰な医療機能への転換に関する協議（法30条の15②）		転換をしようとする医療機関及び当該転換に係る利害関係者等を都道府県が選定

専門部会やワーキンググループの設置（地域医療構想策定ガイドラインP42）

- 急性期医療に係る病床の機能の分化及び連携や地域包括ケアシステムの推進など、特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には、地域医療構想調整会議の下に専門部会等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられる。

※地域医療構想策定ガイドライン

地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

○ 令和5年度の都道府県単位の地域医療構想調整会議の開催回数は、多い県で6回の開催であった一方、開催していない県は8県、地域医療構想調整会議を設置していない県は6県あった。

■ 令和5年度 地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

令和5年度開催回数	地方・都道府県					
	北海道・東北地方	関東信越地方	東海北陸地方	近畿地方	中国・四国地方	九州・沖縄地方
6回(1)		神奈川県				
4回(4)	岩手県 秋田県				広島県 高知県	
3回(8)		茨城県 群馬県 東京都	石川県 静岡県 三重県※	京都府 兵庫県		
2回(11)		埼玉県	岐阜県 愛知県	福井県 大阪府 奈良県	鳥取県※ 山口県	長崎県 熊本県 沖縄県
1回(9)	北海道 山形県	栃木県 千葉県	富山県		愛媛県	佐賀県 大分県 宮崎県
開催せず(8)		新潟県 長野県		滋賀県	島根県 岡山県 徳島県	福岡県 鹿児島県
設置せず(6)	青森県 宮城県 福島県	山梨県		和歌山県	香川県	

※医療審議会等の既存の会議体で議論を行っている

■ 議論の内容等

■ 議論の内容

- ー 病床機能の分化・連携に向けた具体的な取組に関する議論
- ー 構想区域における課題の共有（不足する医療機能等）
- ー 各種支援策の活用に関する合意（地域医療介護総合確保基金、重点支援区域等）
- ー 各調整会議での議論の進捗状況や圏域を超えた広域での調整が必要な事項等に関する情報共有・協議等
- ー 第8次医療計画（地域医療構想）の作成に係る協議

■ 開催しない主な理由

- ー 現時点において、地域医療構想について全県で調整する議題が無かったため。

■ 設置していない主な理由

- ー 県医師会長が全ての構想区域の議長となっており、各構想区域の課題の共有や進捗等の摺合せが可能であるため。
- ー 複数の構想区域での合同会議等のように広域単位で地域医療構想に係る会議を実施しているため。

「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成30年6月22日付け医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）【抜粋】

1. 都道府県単位の地域医療構想調整会議について

(1) 協議事項等

都道府県は、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むように支援する観点から、**都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置し、次の事項について協議すること。**

- ア. 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用に関すること（地域医療構想調整会議の協議事項、年間スケジュールなど）
- イ. 各構想区域における地域医療構想調整会議の議論の進捗状況に関すること（具体的対応方針の合意の状況、再編統合の議論の状況など）
- ウ. 各構想区域における地域医療構想調整会議の抱える課題解決に関すること（参考事例の共有など）
- エ. 病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること（定量的な基準など）
- オ. 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること（高度急性期の提供体制など）

(2) 参加の範囲等

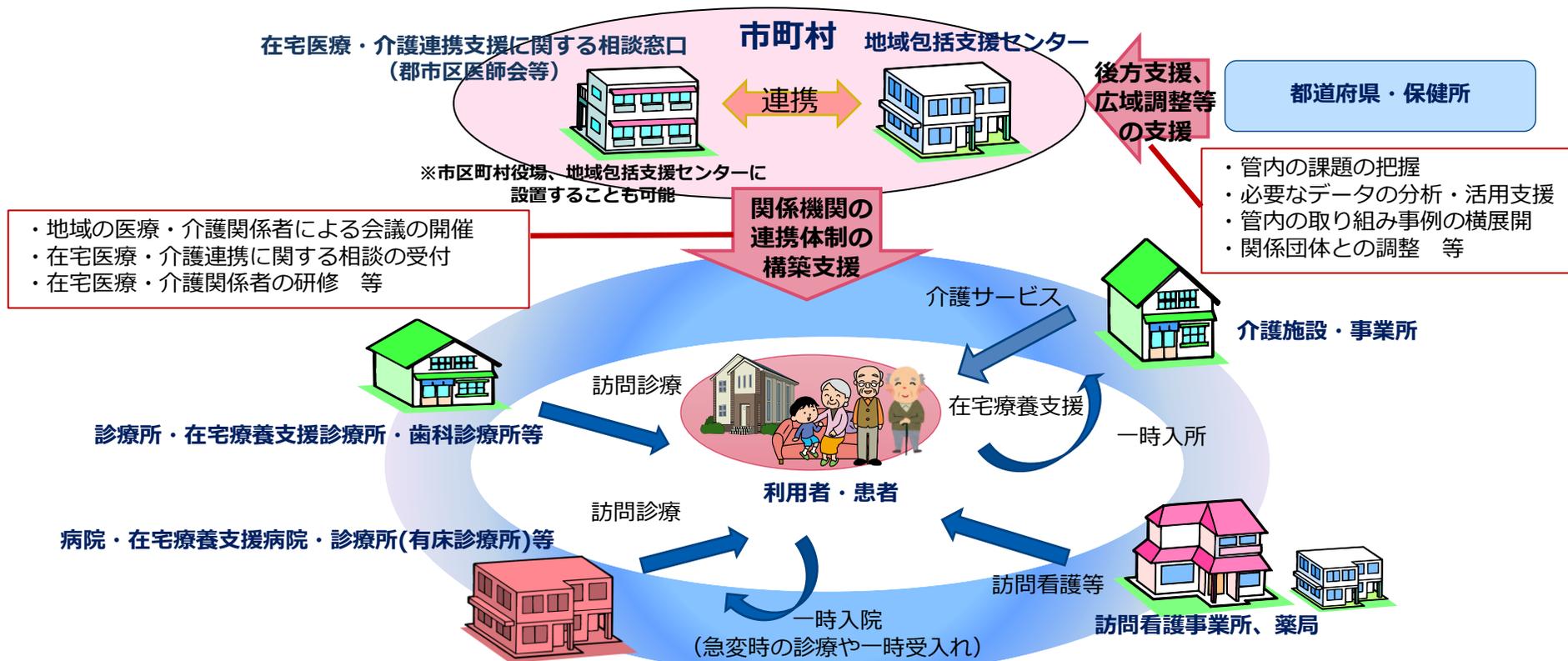
都道府県単位の地域医療構想調整会議の参加者は、各構想区域の地域医療構想調整会議の議長、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者とする。なお、会議の運用に当たっては、既存の会議体の活用等、効率的に運用することとして差し支えない。

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

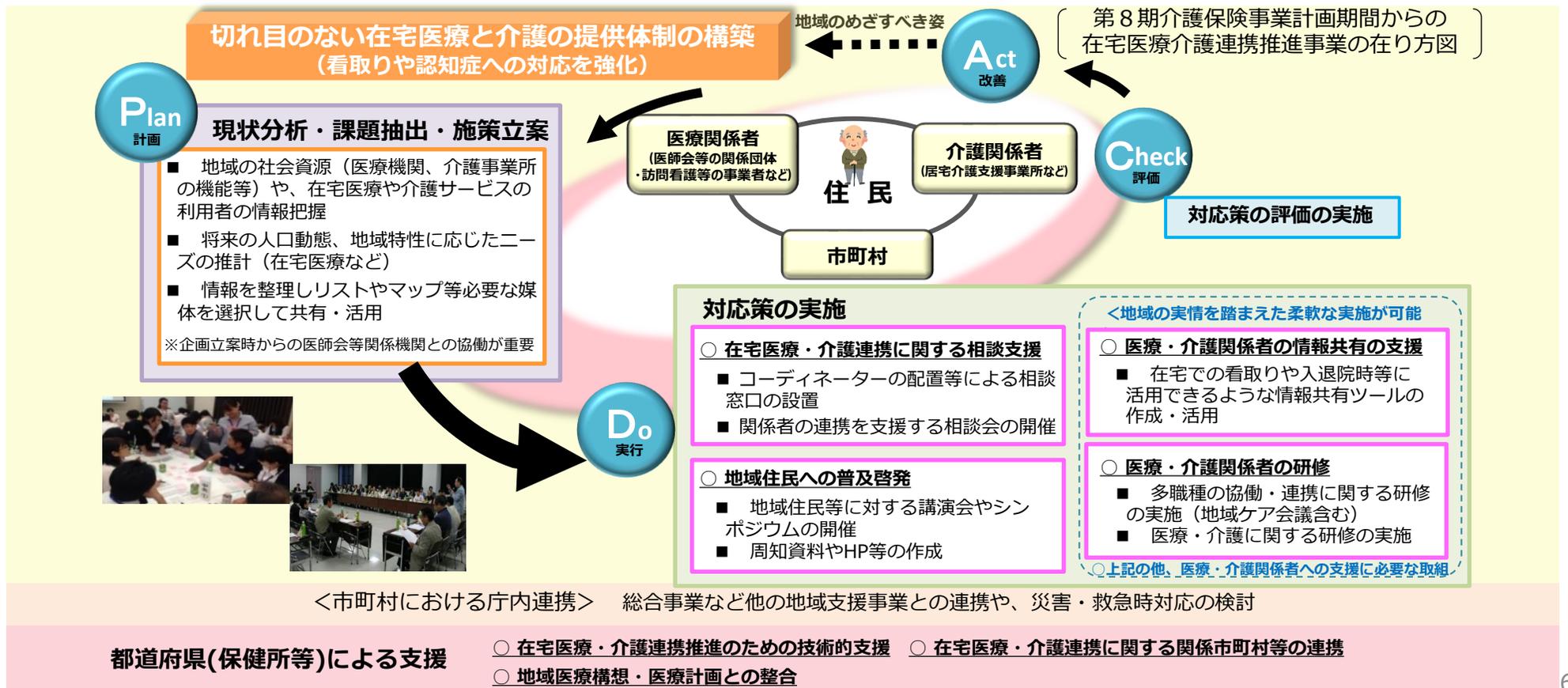
- ・ 診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・ 病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・ 訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・ 介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

国の取組み

①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供

②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援

- ・ 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）

③好事例の横展開

- ・ 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

都道府県の取組み

①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等

- ・ 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- ・ 他市町村の取組事例の横展開
- ・ 必要なデータの分析・活用支援
- ・ 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- ・ 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携

- ・ 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- ・ 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- ・ 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について

市町村の取組み

在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組

①現状分析・課題抽出・施策立案

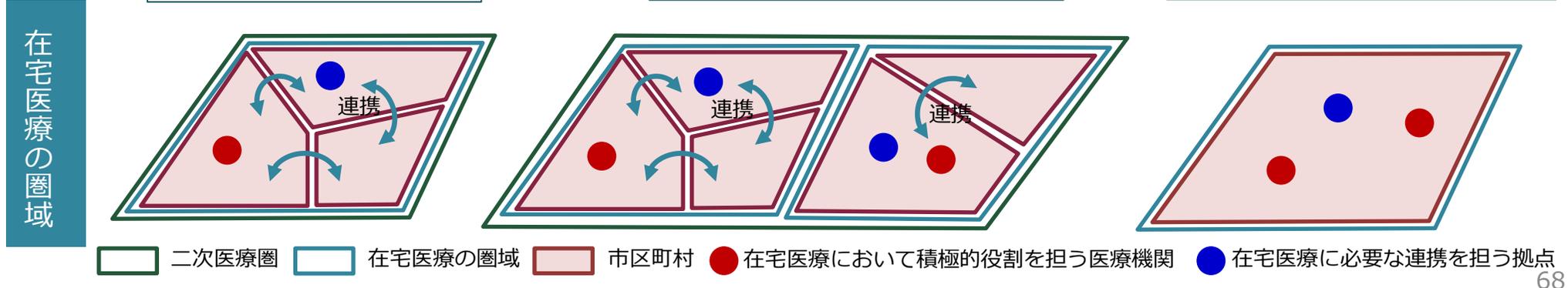
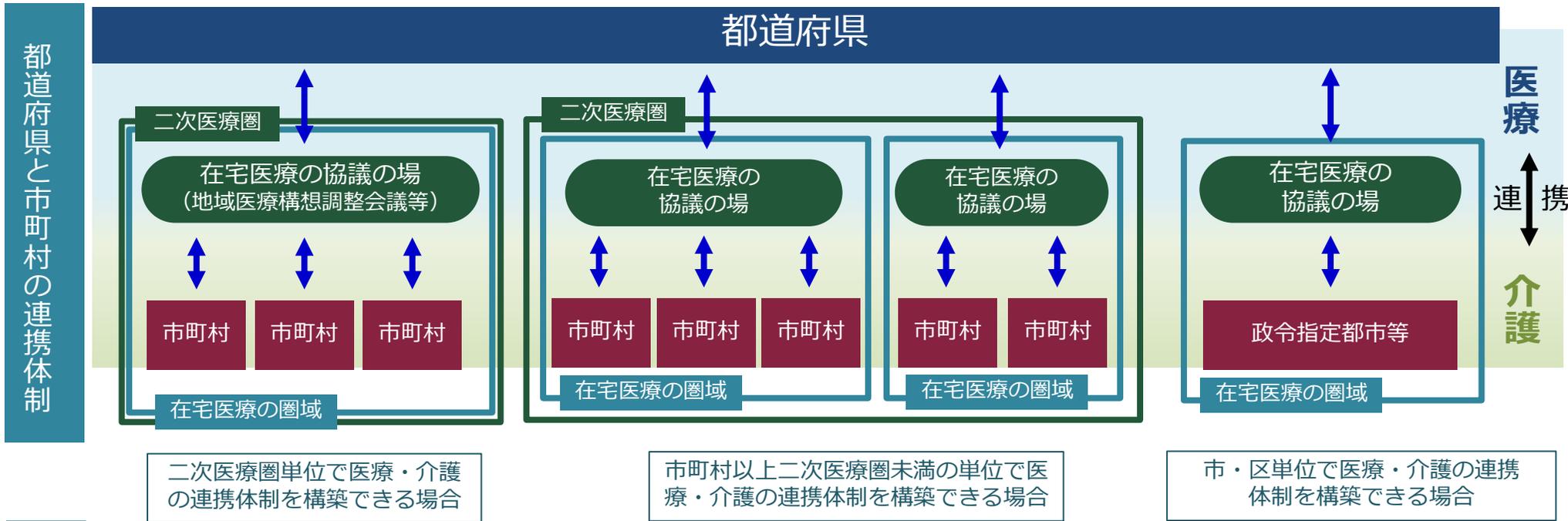
- ・ 地域の医療・介護の資源の把握
- ・ 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ・ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

②対応策の実施

- ・ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ・ 地域住民への普及啓発
- 加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

在宅医療の圏域の設定単位の考え方

- 在宅医療の圏域は、「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」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在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た弾力的に設定する。



第8次医療計画における 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

令和5年度第2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

令和5年9月15日

4

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

<「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) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

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。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

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
- ・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

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
- ・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

※ 下線部分は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

調整会議の会議運営における課題等について

- 都道府県へのヒアリングによると、地域医療構想調整会議において、医療機関の対応方針を策定する際に、全医療機関が会議に参加して説明を求めた上で合意を得る地域もあれば、公立・公的医療機関は会議に参加するものの民間医療機関は書面のみで参加していない地域もある。また、在宅医療や介護との連携等について具体的な議論ができていないとの指摘や、協議事項等の増加により会議運営が難しくなっている等の指摘があり、調整会議の議題や参加者等の整理が課題となっている。

(都道府県の意見)

- 調整会議には全ての医療機関（病院・診療所）が参加している。
- 調整会議において、医療機関の対応方針の策定に係る協議にあたって、公立・公的医療機関は会議に参加するが、民間病院は書面を提出してもらい、会議に参加を求めない場合もあった。
- 郡市区医師会の協力により、積極的に関係者に調整会議へ参加いただいている。
- 地域医療構想において在宅医療や介護との連携が重要であるため、介護関係者も出席している。
- 在宅医療に関する議論を行っている都道府県もあるが、医療計画と介護保険事業計画の整合性を確保するための計画上のサービスの調整にとどまり、在宅医療や介護との連携等についての具体的な議論ができていない。
- 在宅医療や介護との連携について、県庁内でも介護部局との連携が必要だと考えているが、十分に連携ができておらず、市の在宅医療・介護連携推進事業とも十分に連携できていない。
- 調整会議において、紹介受診重点医療機関に係る協議など、協議事項や会議の役割の増大に伴い、会議運営が難しくなっている。

※厚生労働省医政局地域医療計画課による都道府県との意見交換（R5）

病床機能・医療機関機能の基本的な考え方（案）

- 地域医療構想における必要病床数の推計においては、基本的に診療実績データをもとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能に区分。また、病床機能報告においては、一部、診療報酬における届出病床を参考にしながら、病棟単位で、4つの病床機能の区分のうち1つの機能を選択。
- こうした運用の中で、必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体で医療需要を捉える仕組みとして一定の役割を果たしてきたものの、
 - 医療機関の報告に当たって、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらいこと、
 - 地域医療構想策定後に急性期と回復期の両方の機能を有する病棟（地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟）が新設されたこと、
 - 病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくいこと等から、医療機関の報告に課題が生じている。
- こうした中、2040年頃を見据えると、急性期・回復期の医療ニーズの質・量が変化し、基本的には、手術等の多くの医療資源を有する急性期医療は減少する一方で、増加する高齢者救急に対して、疾病の治療、入院早期からのリハビリ等を通じた急性期と回復期の機能をあわせもつことが一層求められる。



必要病床数の推計に係る病床機能区分については、これまでと同様、4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）とした上で、引き続き、状況の変化も踏まえつつ、基本的に診療実績データをもとに推計する。一方、これまでの取組・課題や2040年頃に増加する高齢者救急等への対応等を踏まえ、病床機能とあわせて高齢者救急の受入れ、救急・急性期の医療の提供を広く行う医療機関機能を明確にした上で、医療機関機能を報告することとしてはどうか。

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

**高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能**

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

**在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能**

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

**救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能**

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

医育機能

**より広域な観点で診療を
担う機能**

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

地域ごとに求められる医療機関機能

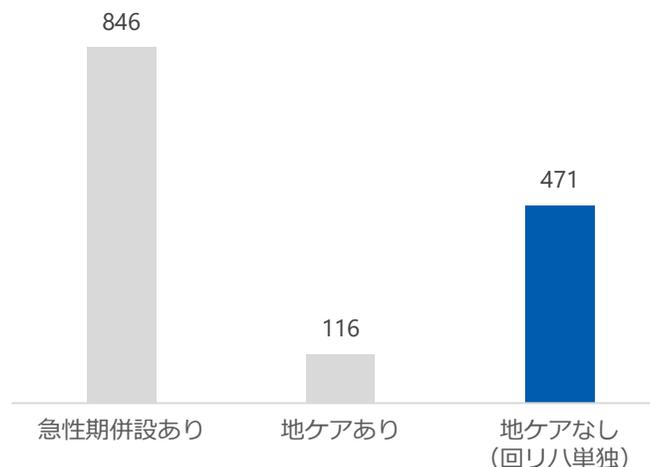
- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられる。
- このほか、地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を發揮している。

■地域ごとに求められる医療機関機能

医療機関機能	具体的な内容（イメージ）
高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行う 必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につなげ、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できる
在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能	<ul style="list-style-type: none"> 地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる
救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> 持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる

■その他の医療機関機能

回復期リハビリテーション病棟入院料



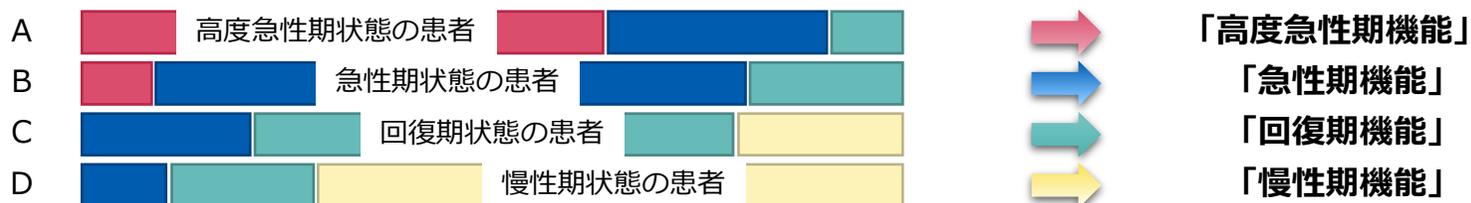
病床機能報告制度

- 各医療機関は、毎年、病棟単位（有床診療所の場合は施設単位）で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟でいずれかのうち最も多い割合の患者を報告することを基本とする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

（病棟の患者構成イメージ）



特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料

● 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

● 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

構想区域・医療機関機能の考え方（案）①

- 現行の地域医療構想における構想区域については、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するため、二次医療圏を基本として、地域医療構想調整会議を開催し、地域での協議等の取組を進めてきた。
- 人口20万人未満の構想区域においては、2040年に生産年齢人口が3割程度減少、高齢人口が1割程度減少することが見込まれており、医療需要の変化や医療従事者の確保等を踏まえると、現在の二次医療圏を基本とする構想区域では医療提供体制の確保が困難である可能性がある。
- 在宅医療については、介護保険事業計画を作成する市町村において在宅医療・介護連携推進事業が実施されるなど、二次医療圏より狭い区域において取組が行われている。
- 地域医療構想調整会議については、病床の議論が中心となり、在宅医療や介護との連携等について具体的な議論ができていない等、医療提供体制全体に関する議論が十分になされていない。
- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられる。このほか、地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を發揮している。

構想区域・医療機関機能の考え方（案）②



- 新たな地域医療構想における構想区域の範囲については、2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大する必要があるのではないか。
- 在宅医療については、二次医療圏よりも狭い区域での議論が必要であり、在宅医療の圏域ごとに、医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等が連携しながら、在宅医療提供体制を確保するとともに、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の取組との連携をより一層深めることができる枠組みが必要ではないか。
- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保するとともに、地域によって役割を發揮している、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等の機能について、【その他地域を支える機能】として位置づけることとしてはどうか。

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。

