

| | |
|-------------------------------|----|
| 第2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3月9日 | |

第8次医療計画策定に向けた在宅医療について

目次

1. 前回のワーキンググループの振り返り ……P. 3
2. 2040年までの人口動態・患者動態等について ……P. 7
3. 在宅医療の現状と課題について ……P. 25

1. 前回のワーキンググループの振り返り

第1回WG（2021/10/13）における主な意見①

■ 在宅医療の基盤整備について

- 在宅医療の現場では介護系サービスも行われており、高齢者向け住宅も含まれるため、これらも踏まえた議論が必要。
- 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。
- 在宅医療を支えるために訪問看護事業所は不可欠な基盤であるので、訪問看護事業所数や従事者数が全ての都道府県の医療計画で記載され、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、医療の担い手が減少していく中でマンパワーの確保や職種間連携、関係施設の連携、在宅医療に関わる従事者の質の向上が重要。
- 在宅医療は介護や福祉等ともつながっており、幅広い議論が必要。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・福祉等含めた議論ができる協議の場が必要。
- 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を医療計画に入れていただきたい。
- 在宅医療は普段から365日24時間、小さな医療機関が対応。医師の労働時間の短縮により、必要なことをやりたい場合に労働時間の短縮とは逆に向いてしまうこともあると思う。
- 訪問看護の数値等が全ての都道府県で挙げられていないため、第8次医療計画では挙げていただきたい。
- 情報通信機器等の活用に関して、24時間体制に近い形で訪問看護を提供する上でも、テレナーシングの在り方を検討いただきたい。
- 地域連携薬局は在宅医療の実績を認定基準の一つとしており、在宅医療に着実に取り組んでいる薬局であるため、地域連携薬局の認定数が指標の一つとなり得るのではないかと。
- 精神科の在宅医療は、本人の病識がなく受診に結びつかない患者の存在や入院中の精神障害者の方などの退院促進の問題、栄養面・保清面に伴う身体合併症、近隣とのトラブル、経済的な困窮等非常に多様な問題が関わっていることが多く、支援も多岐にわたるのが特徴。

第1回WG（2021/10/13）における主な意見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について

- 医療的ケア児とその家族に対して手を差し伸べることは社会的な責任。小児在宅医療を担う医療機関を増やすことと、いざというときのバックアップ病床の確保が非常に重要。
- 医療的ケア児に関しては、小学校や特別支援学校で看護師を雇用できない地域では訪看STで対応している地域もある。それぞれの地域で医療的ケア児への必要なケアの在り方を検討いただきたい。
- 医療的ケア児について、学校における看護師の痰吸引、栄養管理等についてはケアになるが、自宅では看護になる。ケアと看護・医療という観点から、できるだけ垣根がない形で安心して生活できる体制が必要。
- 医療的ケア児は特殊な調剤が必要であるなど、様々な面で配慮すべき点が多いという特徴。地域で暮らしながら医療を受けられるよう、地域包括ケアシステムの観点から、薬局では外来・在宅の別なく、今後も増加が見込まれる需要に対応しながら、保護者の負担軽減も視野に入れ、質的・量的な体制の確保が必要。
- 医療・介護連携については、医療的ケア児が利用する障害福祉サービスにおいてケアマネジャーの役割を果たすのが相談支援専門員であるが、福祉に限らず医療にも詳しい人材を育成する必要。
- 次期計画で在宅歯科医療や医療的ケア児に関する指標例等が記載されることは非常に良いが、指標例はその結果、実際に療養者等の生活がどう変わったかを見ることができず、なかなか適切な指標がない。
- 小規模自治体では、学校に看護師の配備はできず家族支援に頼っている状況。自宅・在宅・学校と居場所に関係なく、一貫性のある包括ケアというのを考えていただきたい。
- 小児期は病院の主治医で受けてもらえても、年齢が上がると病院の小児科では受けられなくなることもあり、トランジションの問題も含めて地域で体制を整える必要。
- 看取りは在宅期間が短くなってきており、それに対応する体制確保の検討が必要。

第1回WG（2021/10/13）における主な意見③

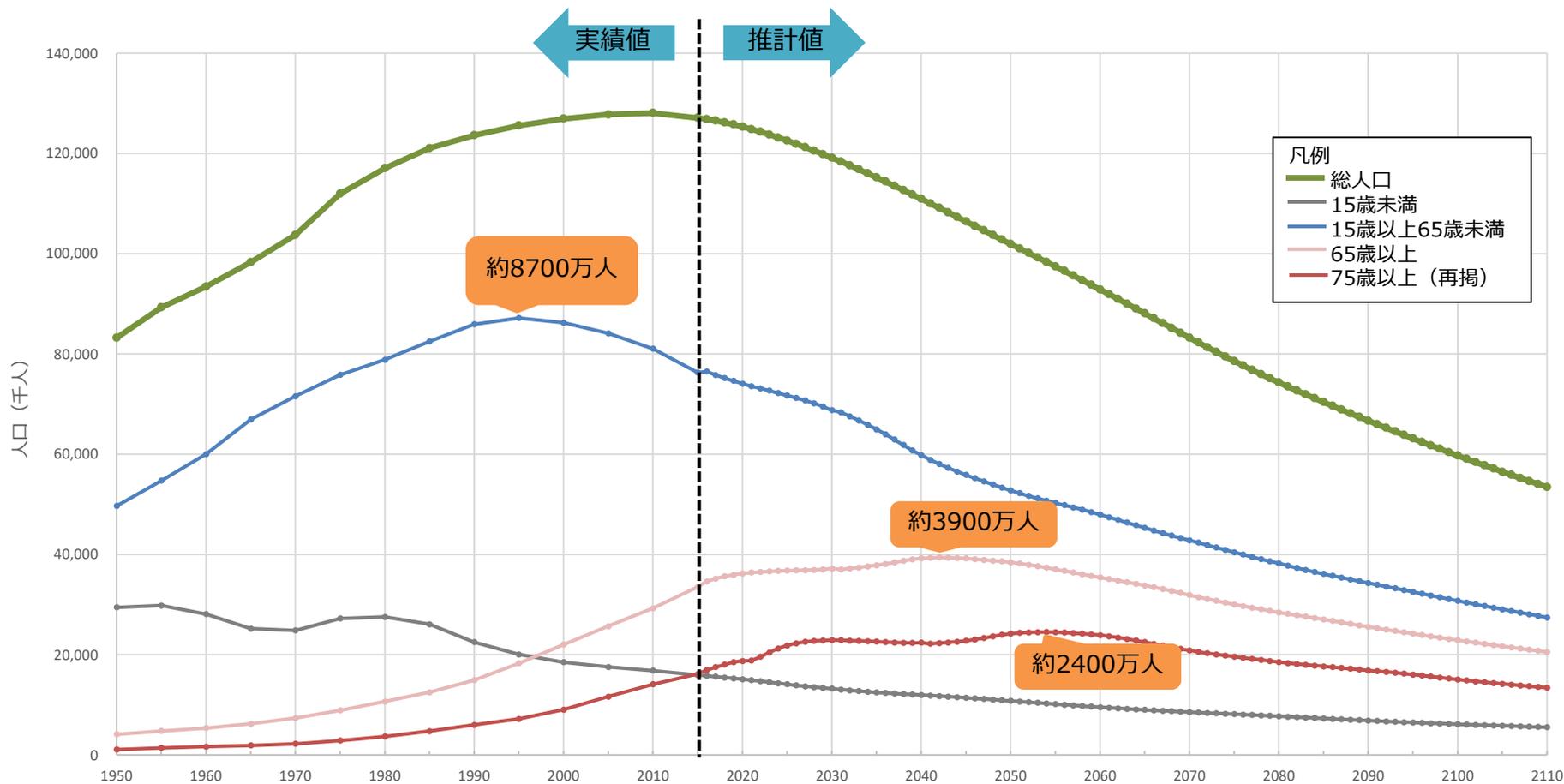
■ 災害時や新興感染症拡大時における在宅医療の提供体制について

- 災害時や新興感染症拡大時の在宅医療の提供体制は、全国一律ではなく、都道府県ごとの在宅医療の資源や感染拡大の状況によって、その位置づけややり方が変わってくる。また、平時から市町村と地域医師会の連携が必要。
- 医療機器用の電源喪失が命に関わる小児患者が非常に多くいるため、きめ細かな対応をする必要。
- 新興感染症にも多くの感染症が含まれ、また災害時もとなれば幅が広く、どこまで本WGで対応するのか。
- コロナの影響で在宅医療、特に在宅での陽性者の待機者の生活支援が非常に困難であった。
- 災害時に自宅を失った方に対する在宅医療の支援体制は、町をまたがったの支援になり、この整備の在り方、提供体制についていろいろとお考えいただきたい。
- 今後、新興感染症や災害が発生した際にも対応できるよう、患者の状態や療養環境に応じて必要な医薬品を確実に提供できる薬局を含めた医療・医薬品提供体制の構築が重要。
- 災害時、新興感染症拡大時の体制について、小規模事業所では地域連携が重要になるため、都道府県や市町村の関係機関による協議の場を設け、実効性のある連携の仕組みの構築を医療計画で示す必要。
- 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について、医療、介護の連携、行政と一緒に実践的な連携を検討する場を検討いただきたい。停電のときに人工呼吸器の方や在宅酸素への安否確認は地域によって、とても格差がある状況であり、どのような提供体制を整えていくかということを検討いただきたい。
- 新型コロナを踏まえた今後の体制整備の検討に当たって、（感染症に基づく）「予防計画」と「医療計画」の整合性の確保が重要。例えば、自宅療養、宿泊療養から医療機関へ移った方の扱いをどうするか等について、両計画の間で整理が必要。

2. 2040年までの人口動態・患者動態等について

人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

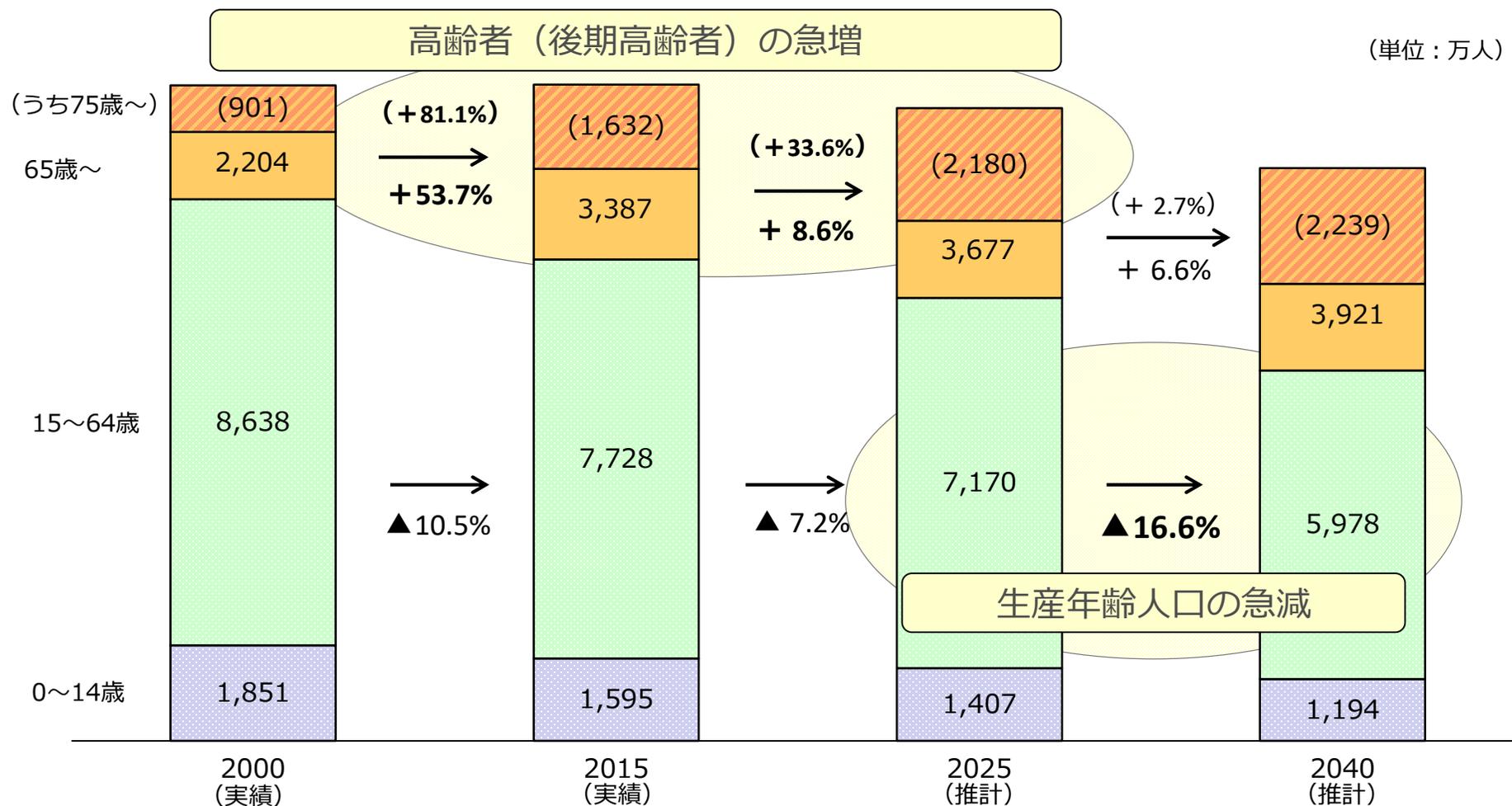
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料 1

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】

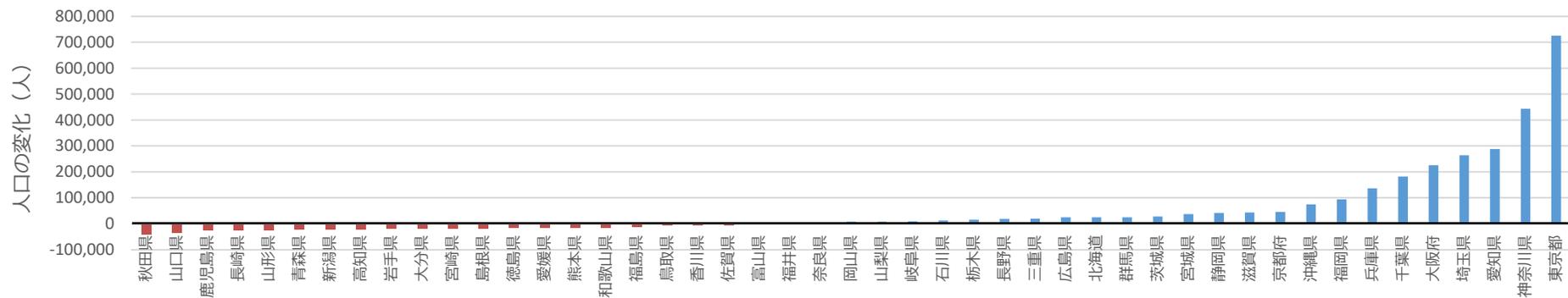


人口動態③ 65歳以上人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生する

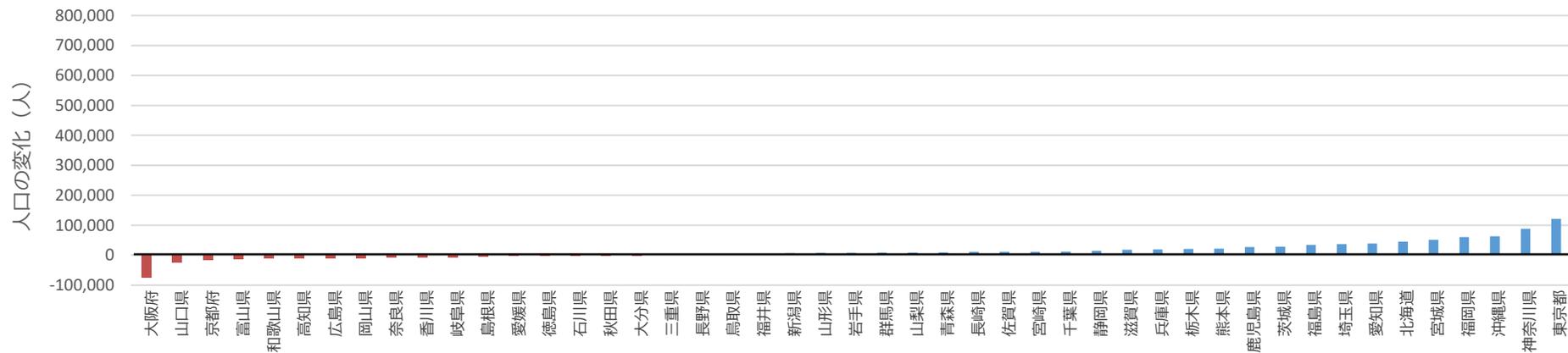
第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料 1

- 都道府県単位で見ると、2025年から2040年にかけて、65歳以上人口が減少する都道府県が発生する(計21県)。他方、引き続き増加する都道府県は計26都道府県で、特に東京都・神奈川県をはじめとする都市部では増加数が多い。
- また、75歳以上人口で見ると、減少する都道府県は計17府県で、大阪府は減少数が多い。一方で、75歳以上人口が引き続き増加する都道府県は計30県だが、増加数は緩やかとなる。

2025年から2040年にかけての65歳以上の人口の動態



2025年から2040年にかけての75歳以上人口の動態(再掲)

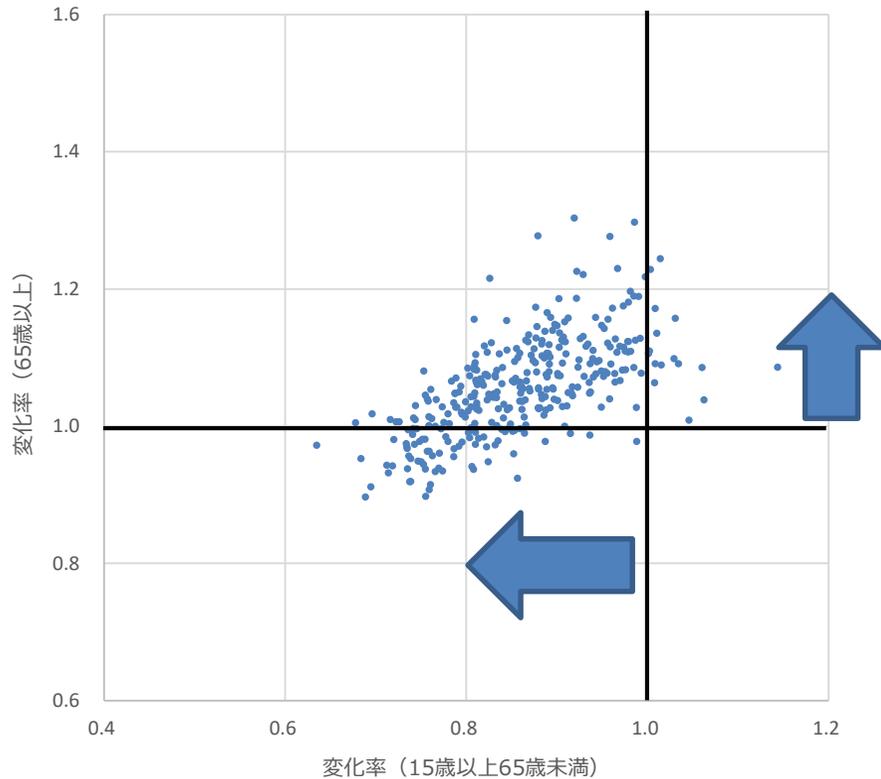


人口動態④ 高齢者の減少と現役世代の急減が同時に起こる2次医療圏が数多く発生する

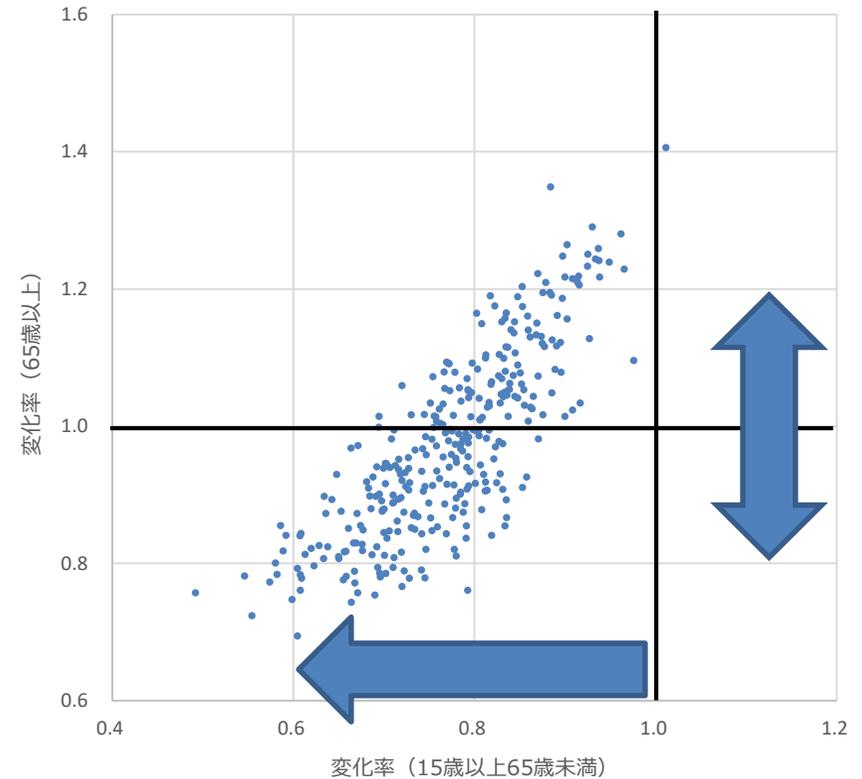
- 2次医療圏単位で見ると、2015年から2025年にかけて、多くの地域で、65歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が起きる。
- 2025年から2040年にかけては、65歳以上人口が増加する地域(132の医療圏)と減少する地域(197の医療圏)に分かれる。また、多くの地域で生産年齢人口が急減する。

2次医療圏ごとの人口変化率

2015年→2025年



2025年→2040年



出典：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（2018）年推計）」

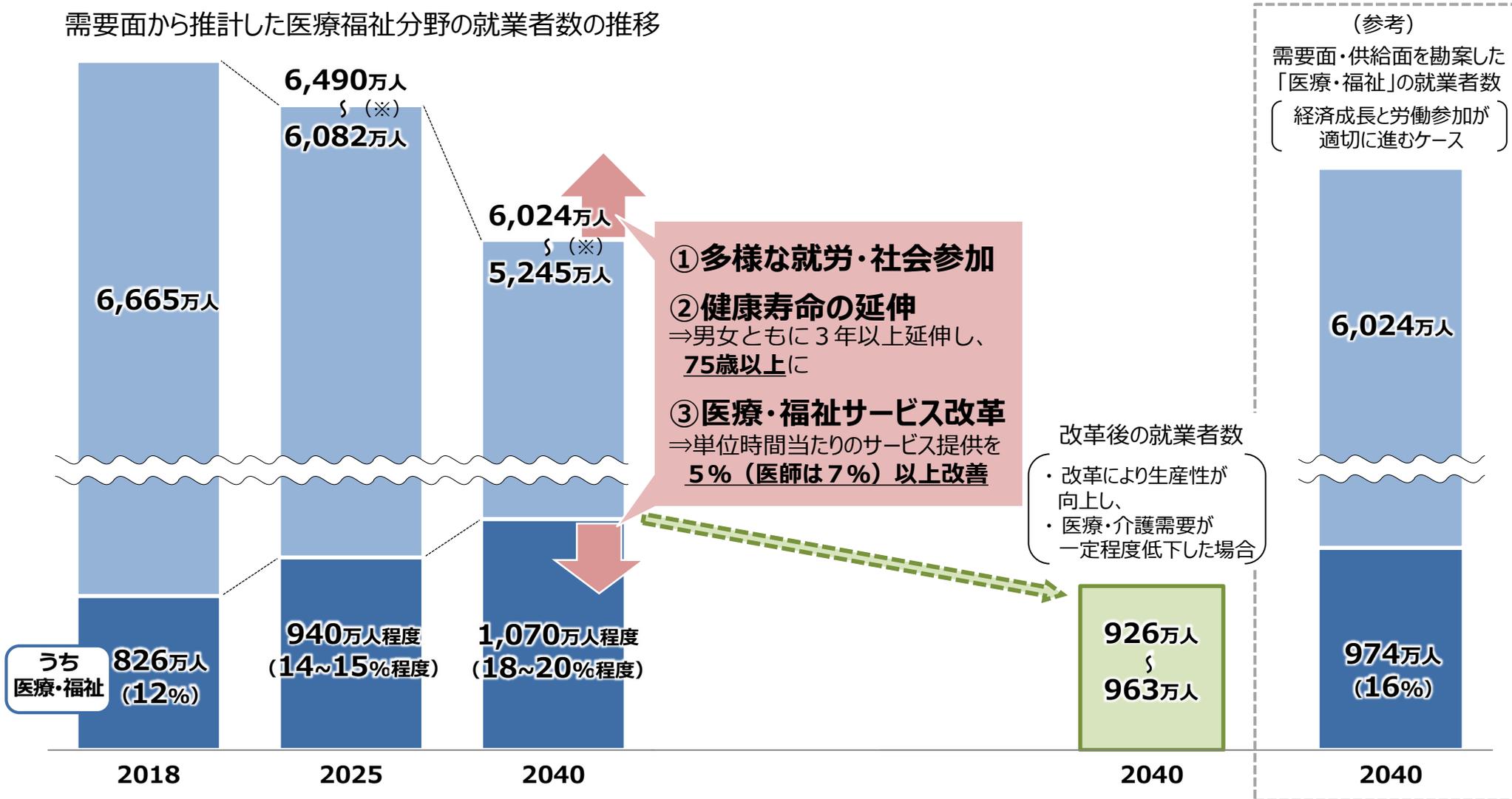
※ 2015年は国勢調査の実績値。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移

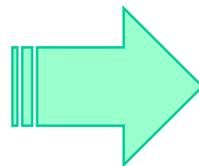
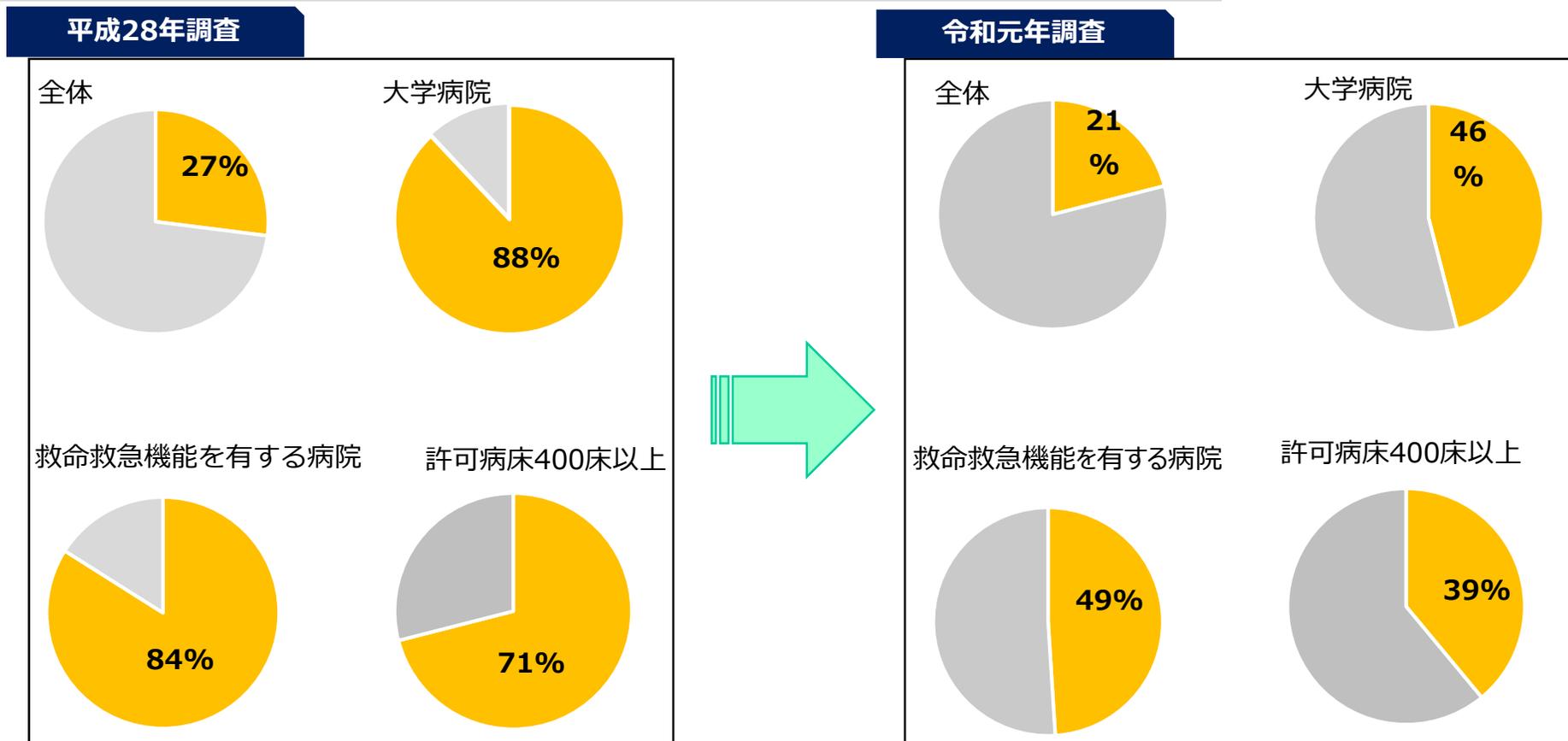


※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。
 総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
 ※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

マンパワー② 働き方改革への対応が求められる

- 2024年度から、医師の時間外・休日労働時間の上限規制が開始される。
- 過去の調査において時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合は、平成28年調査と比べれば減少しているものの、大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、いまだ4割程度を占めており、施行に向けて、労働時間の短縮を進めていく必要がある。

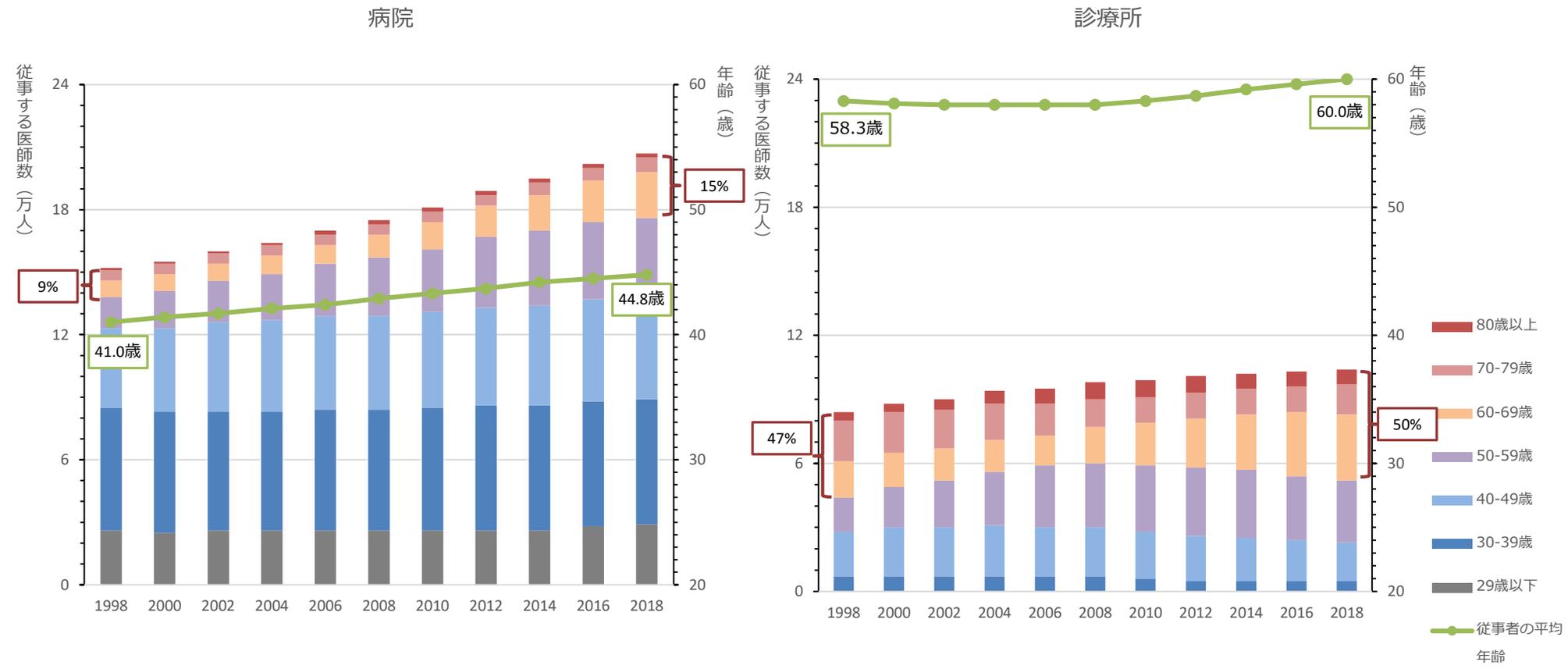
時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合



※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。
 ※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
 ※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

- 病院に従事する医師数は、ここ20年で5.5万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は15%に増加しており、平均年齢は44.8歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で2.0万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は50%程度で、平均年齢は60.0歳まで上昇している。

年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移

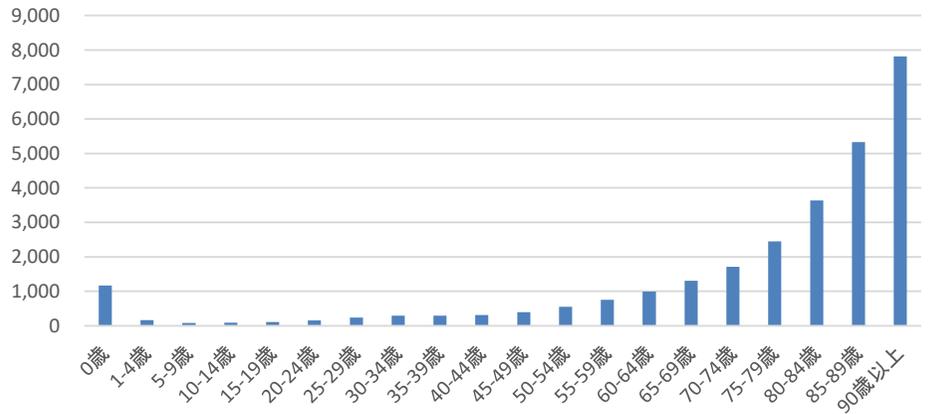


出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）

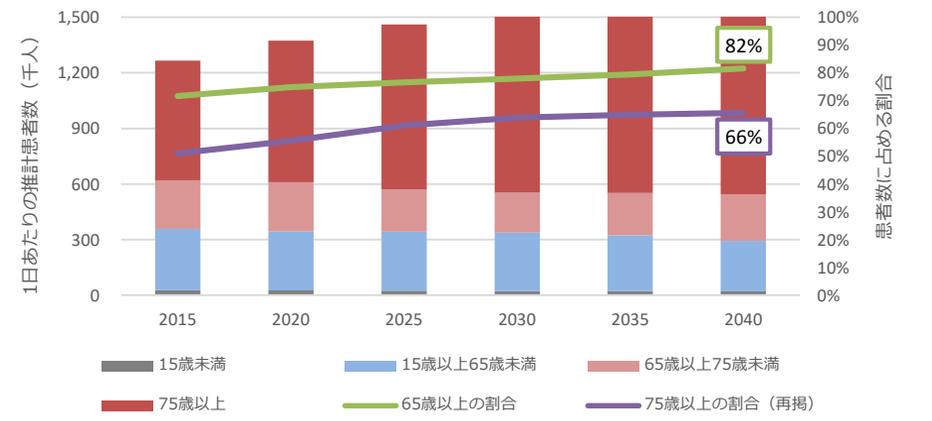
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに90の医療圏が、また2035年までには261の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

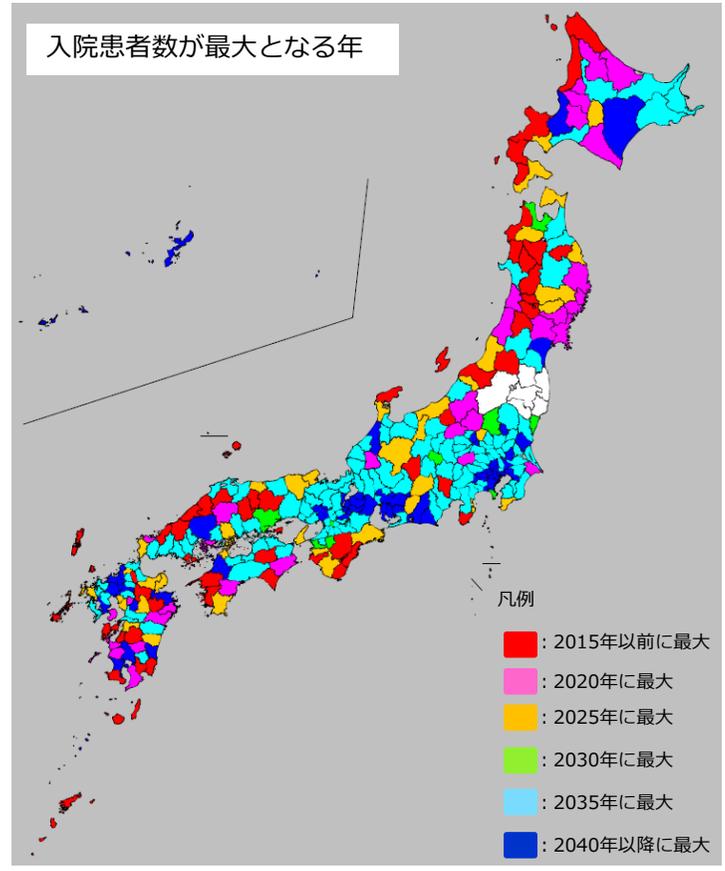
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年

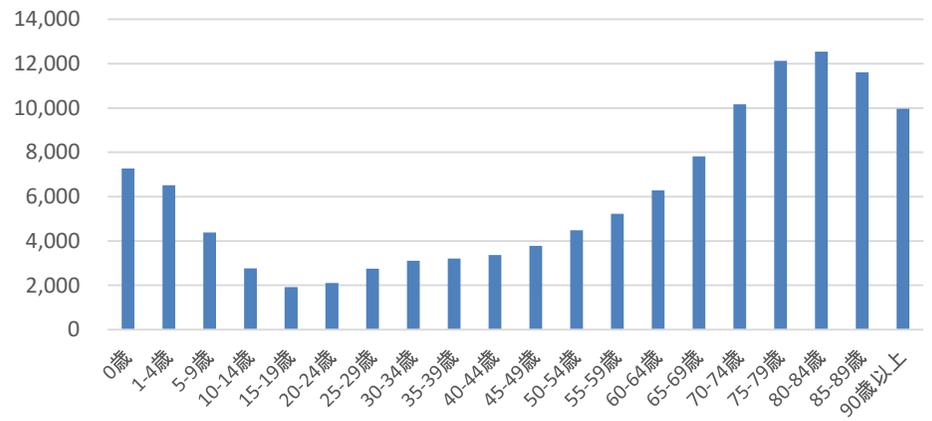


出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 ※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

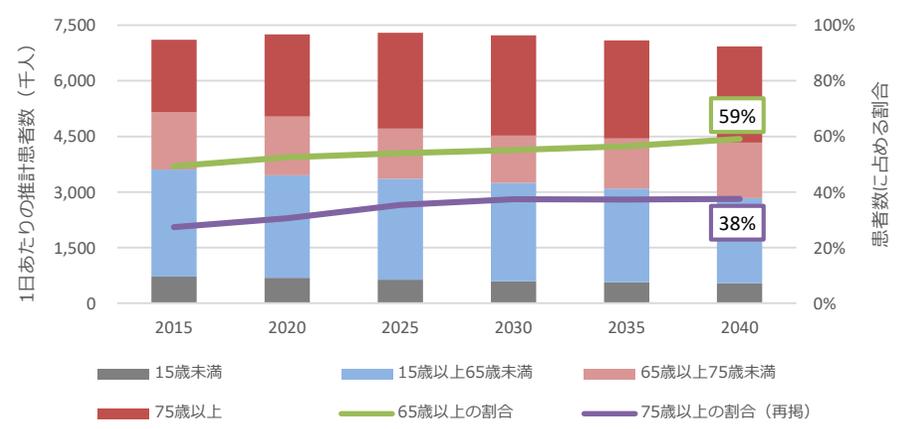
医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

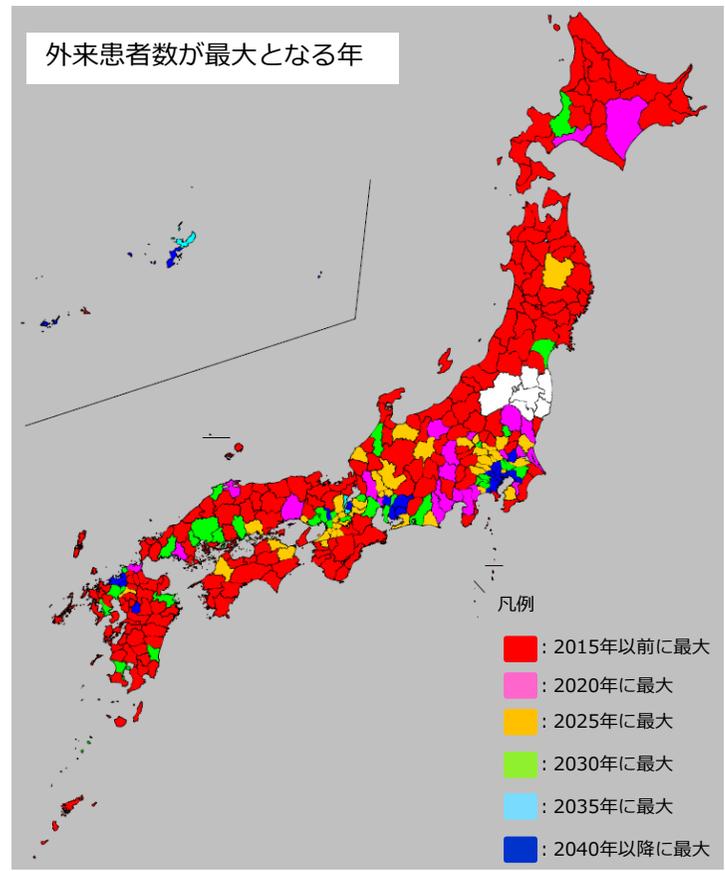
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



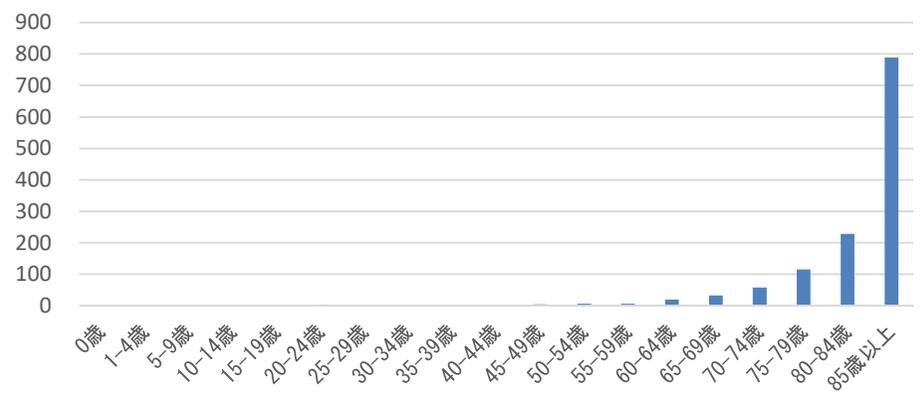
出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性×年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

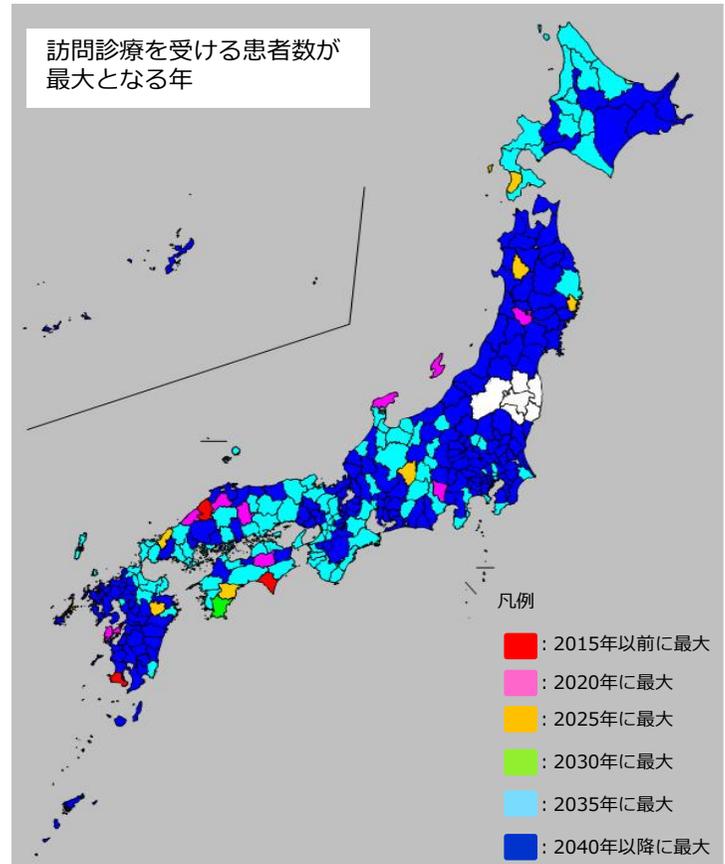
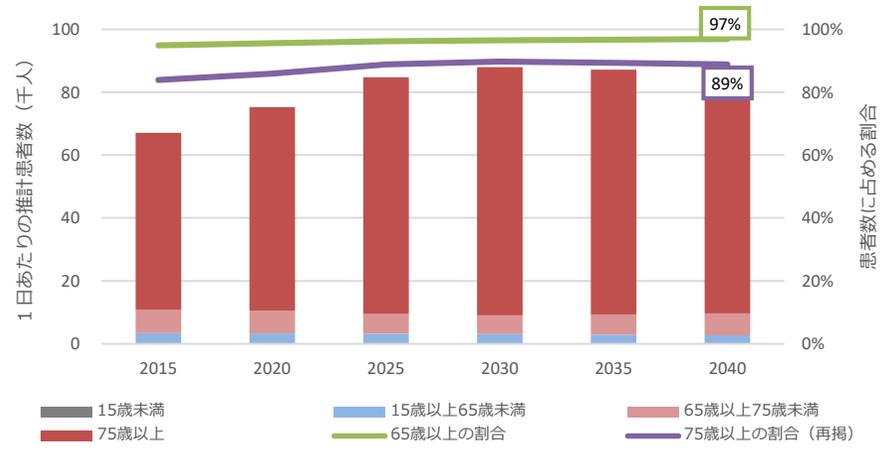
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2030年にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計

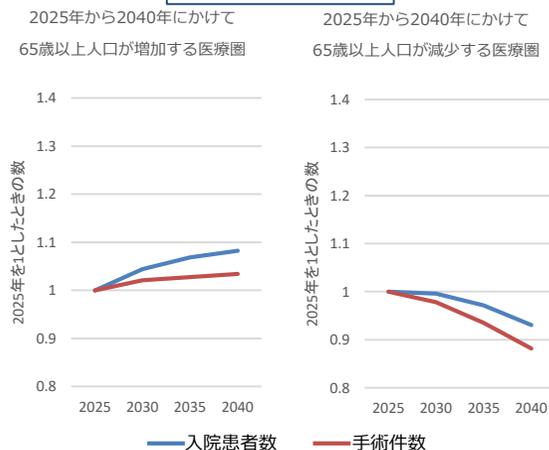


出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

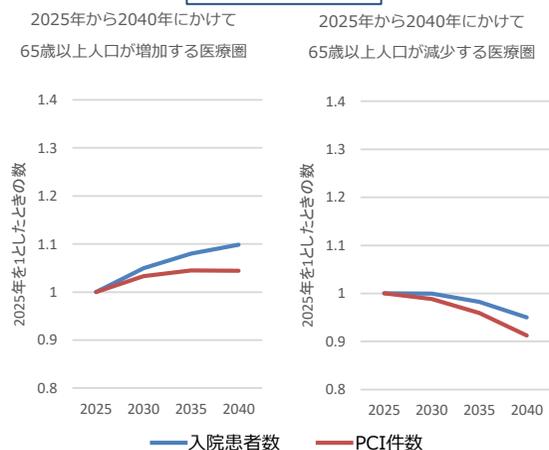
医療需要の変化④ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(132の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(197の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。

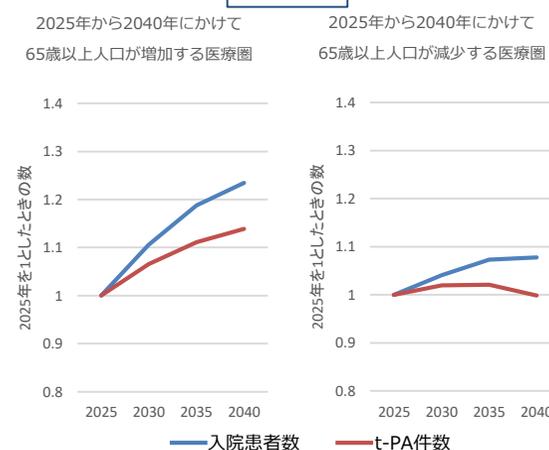
消化器悪性腫瘍



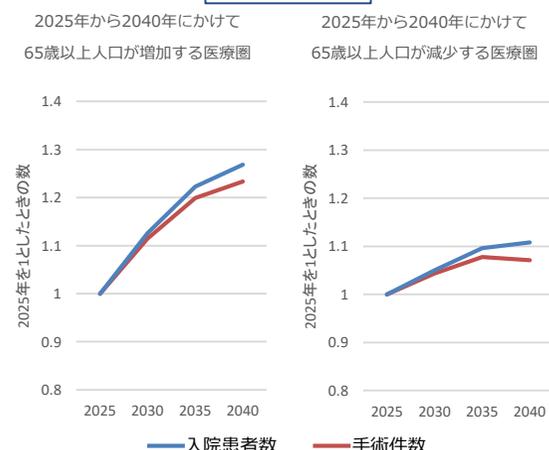
虚血性心疾患



脳梗塞



大腿骨骨折



出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）

患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類」

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（2018）年推計）」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住基人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。

※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。

※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。

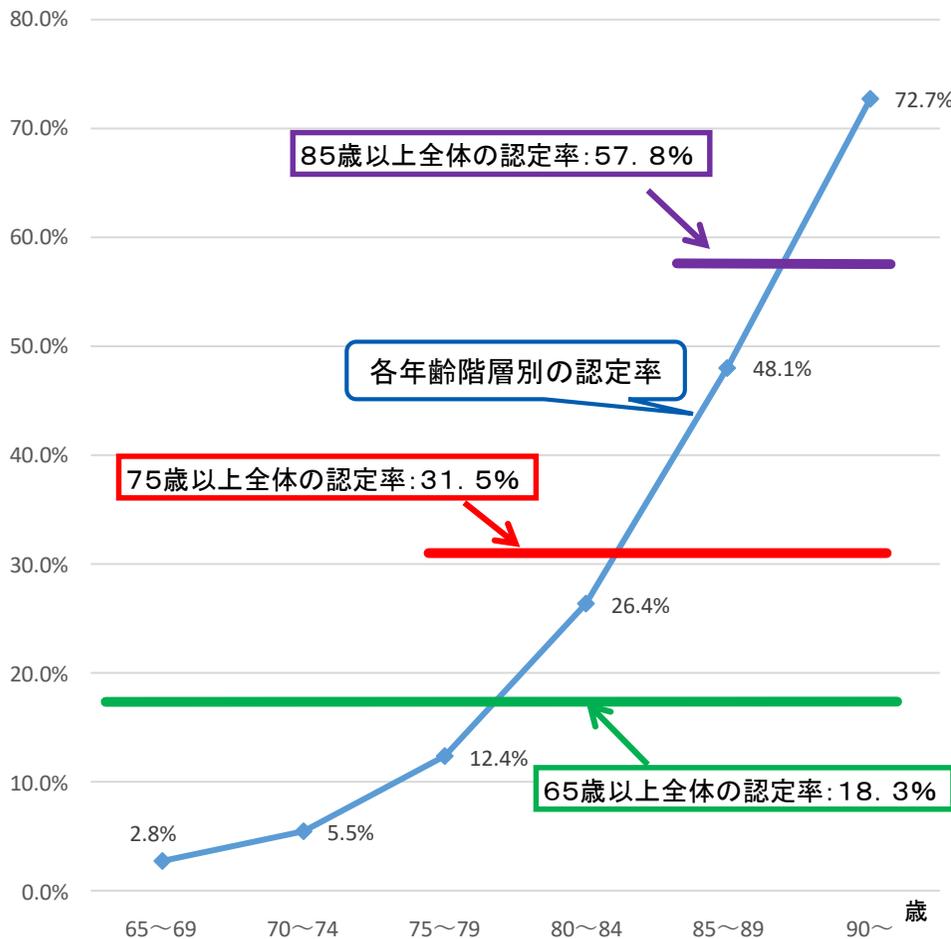
※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

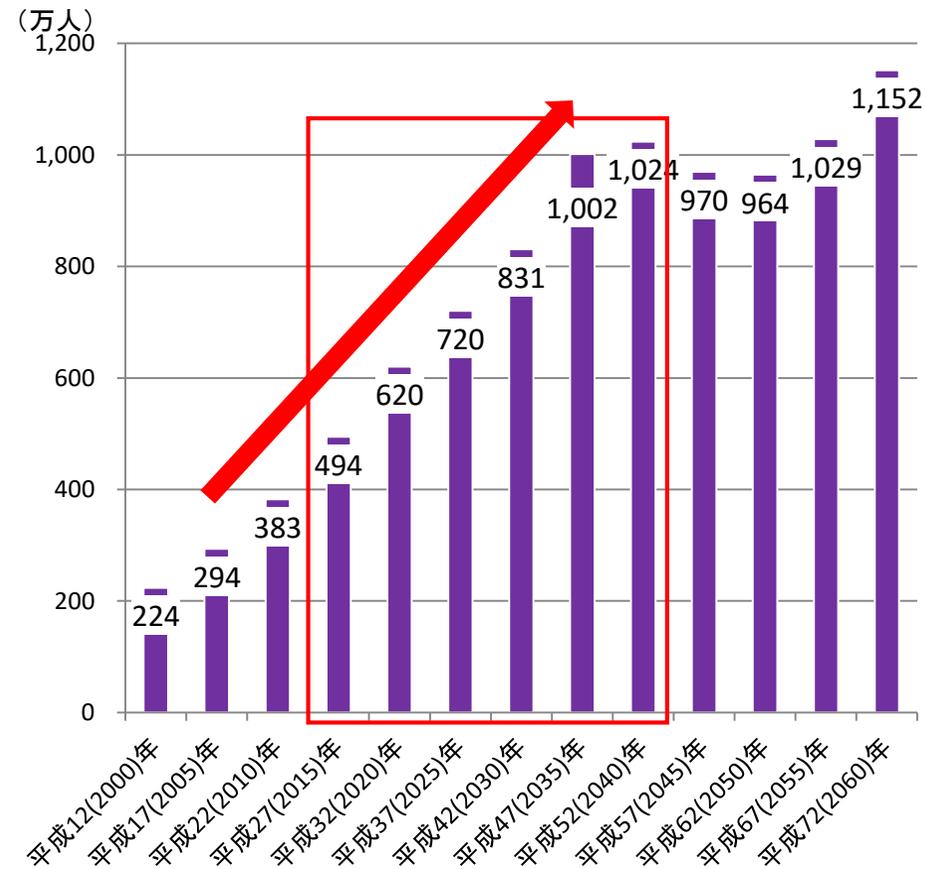
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

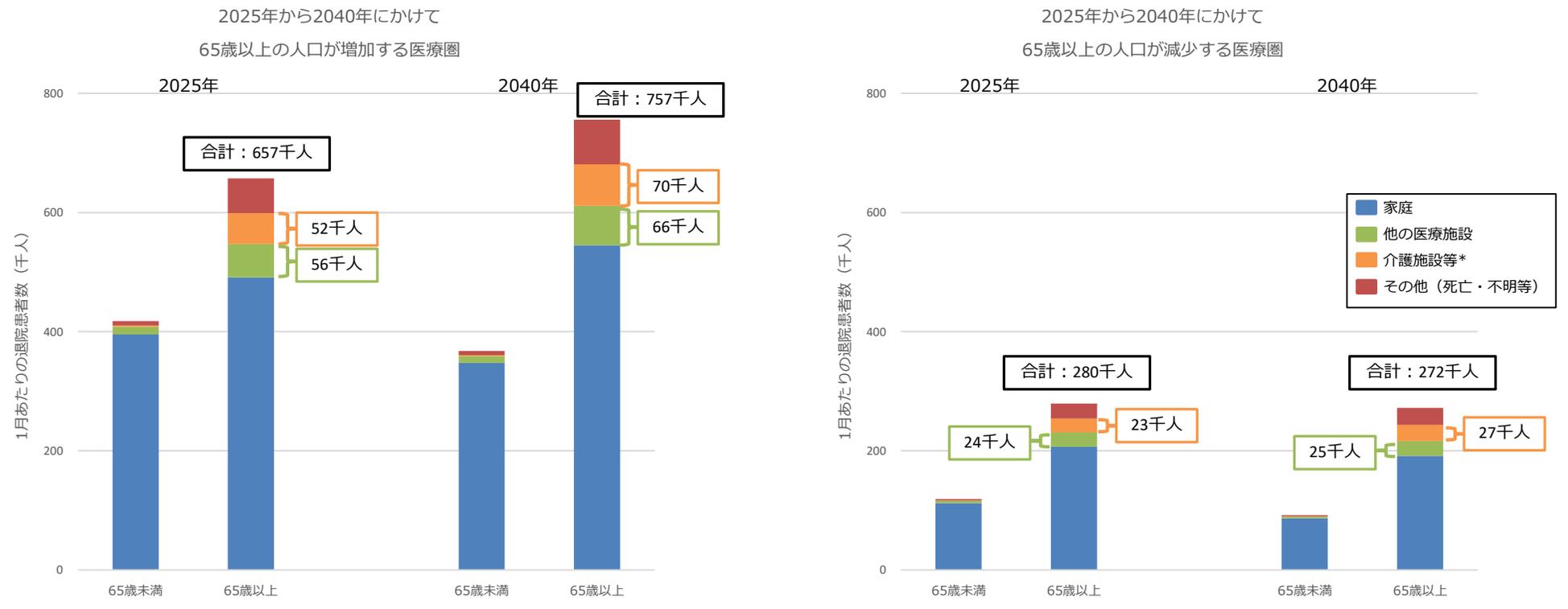
85歳以上の人口の推移



出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が増加する医療圏(132の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて15%増加するが、そのうち、介護施設等(介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設)へ退院する患者数は34%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は18%増加すると見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が減少する医療圏(197の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて減少するが、そのうち、介護施設等へ退院する患者数は16%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は微増すると見込まれる。

退院患者の退院先の推移

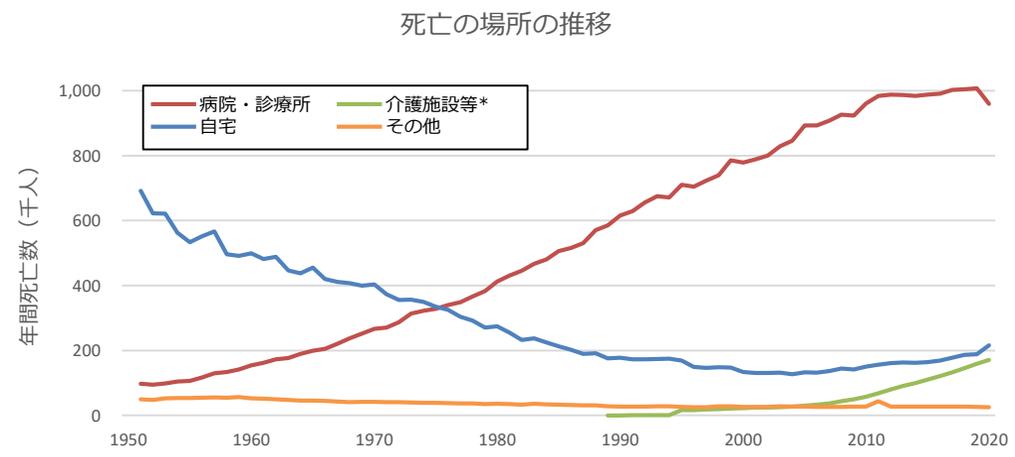
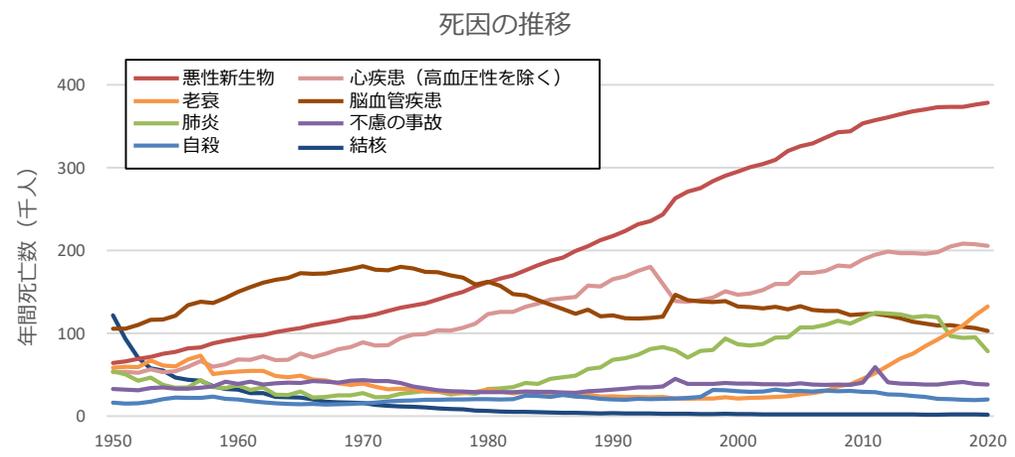
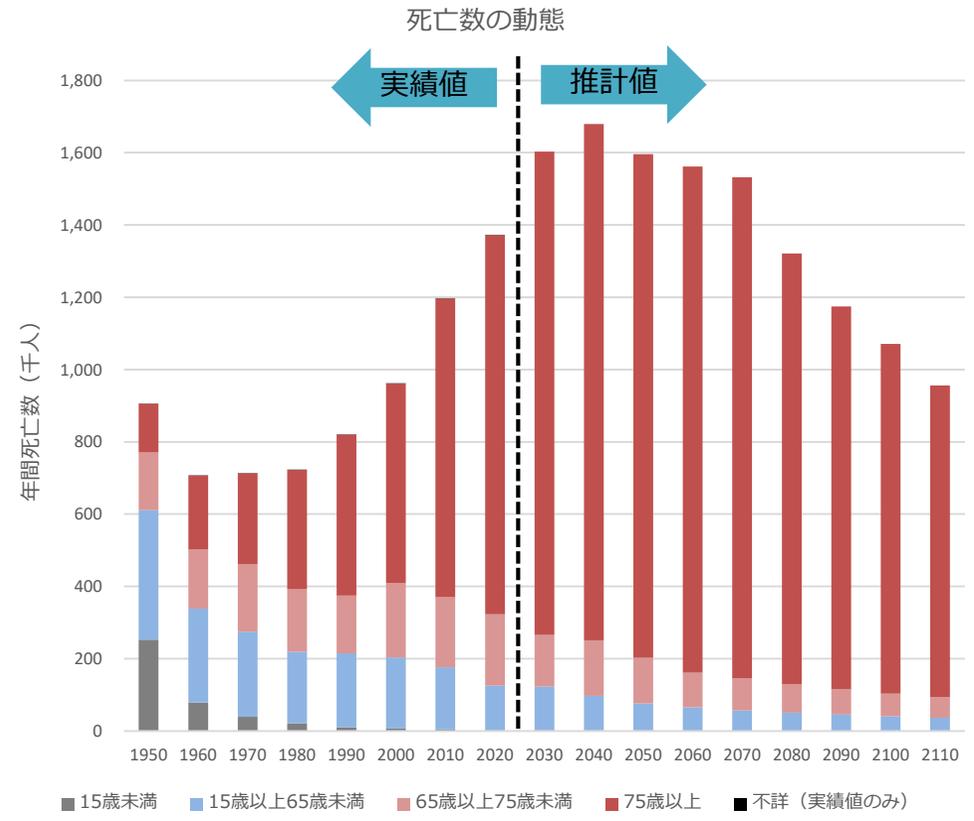


出典：患者調査（平成29年）「推計退院患者数、入院前の場所×性・年齢階級別」「推計退院患者数、退院後の行き先×性・年齢階級別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

*介護施設等：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設
 ※ 退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

医療需要の変化⑦ 死亡数が一層増加する

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「性・年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」
 *介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム。
 ※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

- 医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、これまで、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ医機能の充実等の取組を進めてきた。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下に必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。
- 当面、まずは、足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注ぐとともに、今般の新型コロナウイルス感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応できるよう、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を引き続き着実に進めることが必要である。
- 一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、人口構造の変化への対応を図ることが必要である。

- 今後の検討・取組に当たっては、「1. 新型コロナ対応に関する課題」に対応するとともに、超高齢化・人口急減といった「2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応」が求められるのではないか。

1. 新型コロナ対応に関する課題

- ・ 人材面を始めとした高度急性期対応
- ・ 地域医療を面として支える医療機関等の役割分担・連携（情報共有を含む）
- ・ チーム・グループによる対応など外来・在宅医療の強化
- ・ デジタル化・見える化への対応

など

2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応

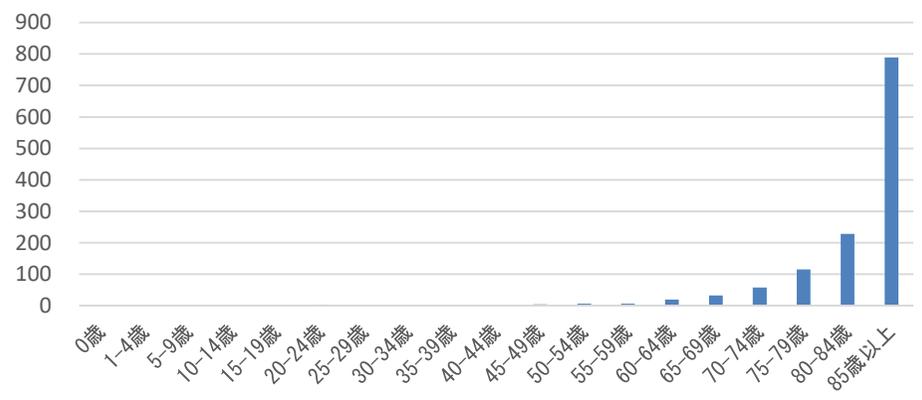
- ・ 生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保
- ・ 人口減少地域における医療機能の維持・確保や医師の働き方改革に伴う対応
- ・ 超高齢化・人口急減による入院・外来医療ニーズの変化
- ・ 医療介護複合ニーズ・看取りニーズの増加（特に都市部）

など

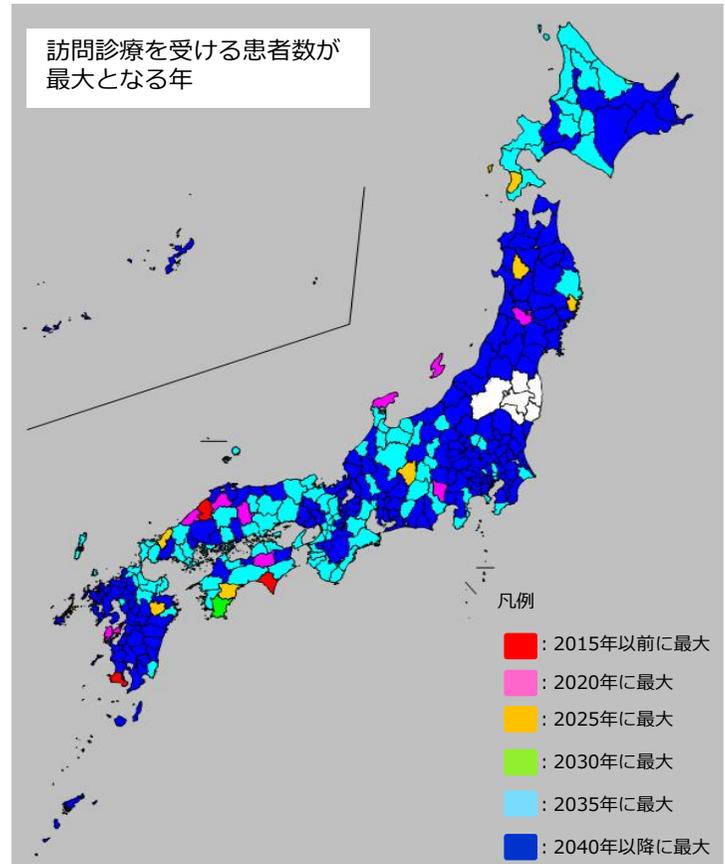
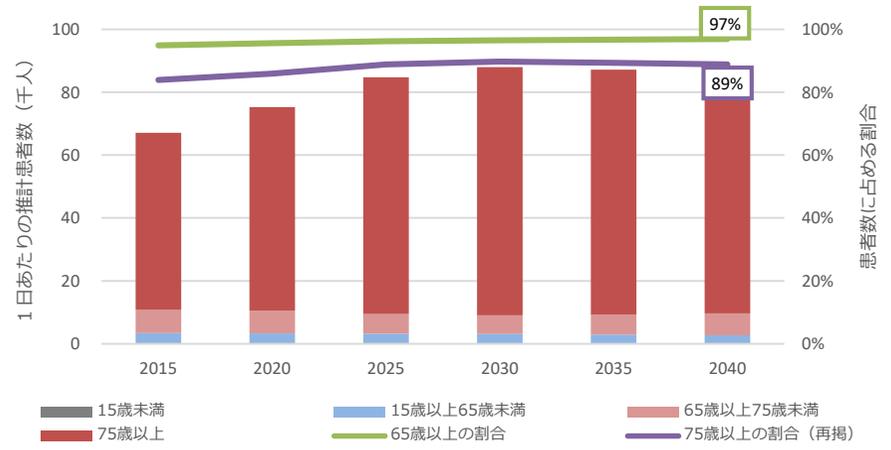
3. 在宅医療の現状と課題について

○ 全国での在宅患者数は、2030年にピークを迎えることが見込まれる。
○ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計

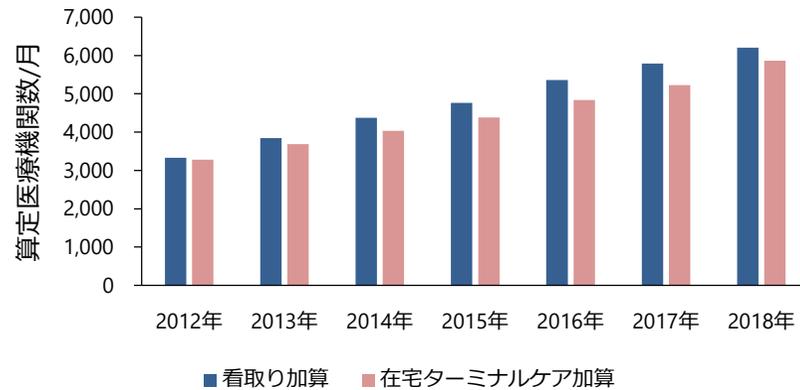


出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

在宅等における看取り機能の状況

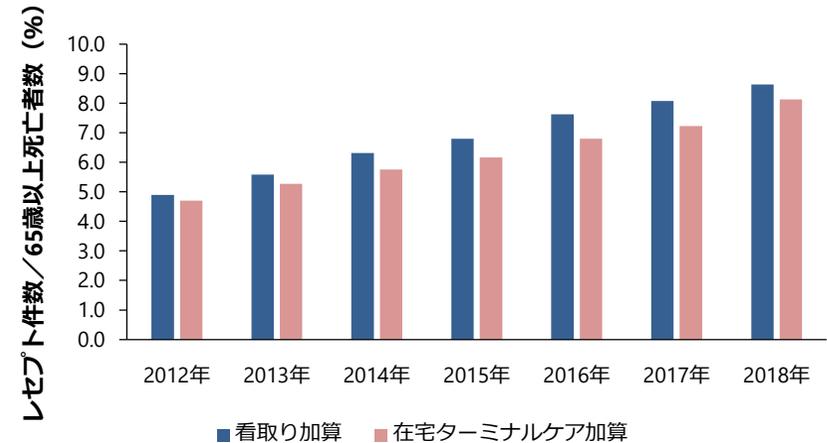
- 看取り加算や在宅ターミナルケア加算を算定した医療機関数や、看取り加算や在宅ターミナルケア加算の件数は増加傾向。
- 65歳以上の死亡者数における看取り加算及び在宅ターミナルケア加算の件数割合も僅かながら増加傾向。

看取り加算や在宅ターミナルケア加算
を算定した医療機関数

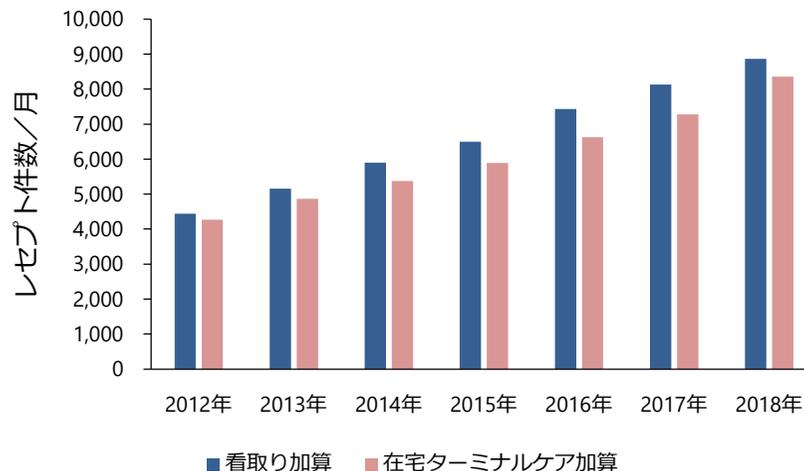


65歳以上の死亡者数に占める

看取り加算・在宅ターミナルケア加算件数の割合



看取り加算及びターミナルケア加算のレセプト件数



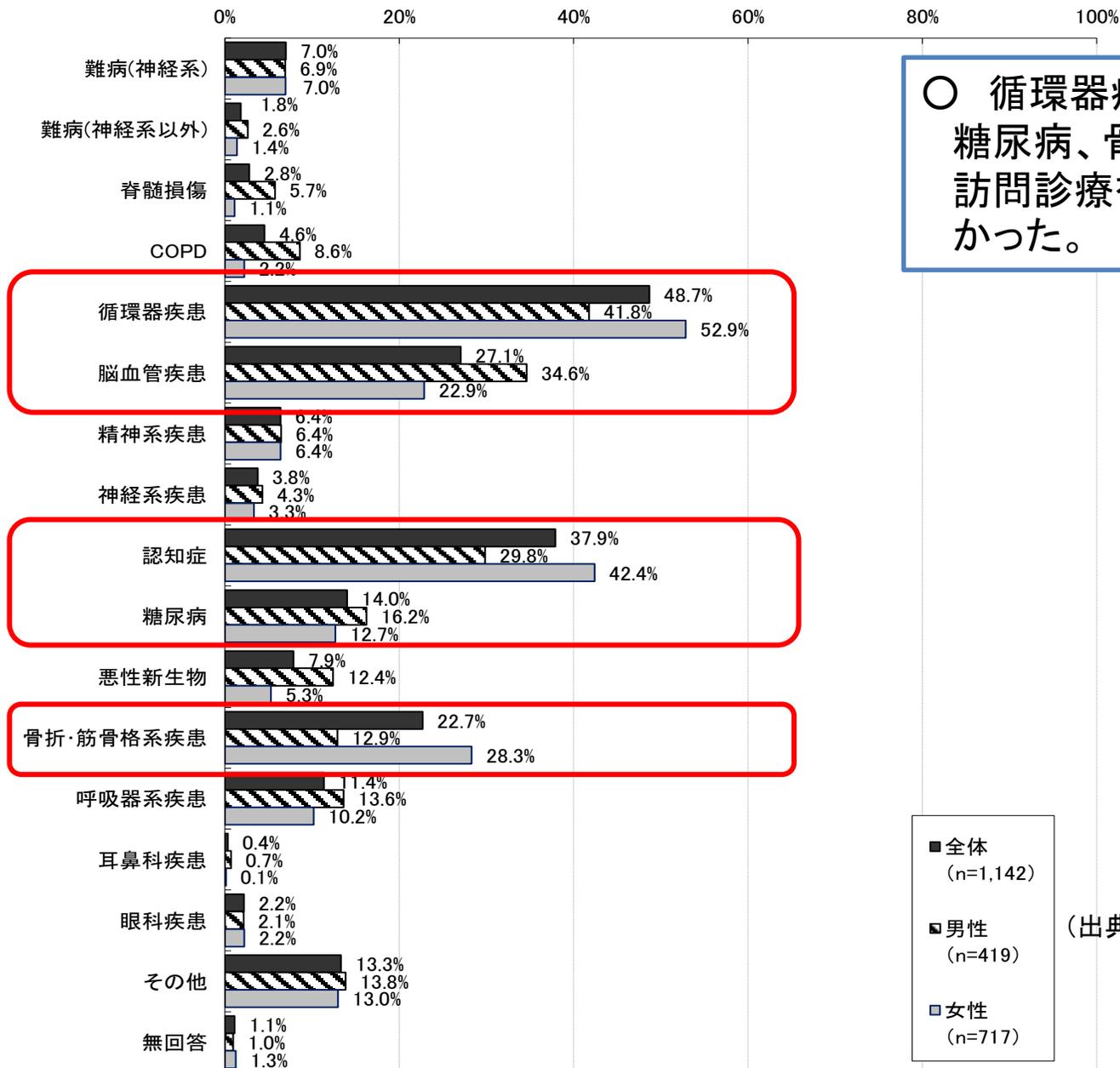
※看取り加算（在宅患者訪問診療料の加算）
事前に当該患者又はその家族に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定可能。

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

訪問診療を行っている原因の疾患

中医協 総 - 3
29.4.12

訪問診療を行っている原因の病名(複数回答)



○ 循環器疾患、脳血管疾患、認知症、糖尿病、骨折・筋骨格系疾患に対して、訪問診療を行っているとの回答が多かった。

■ 全体 (n=1,142)
■ 男性 (n=419)
■ 女性 (n=717)

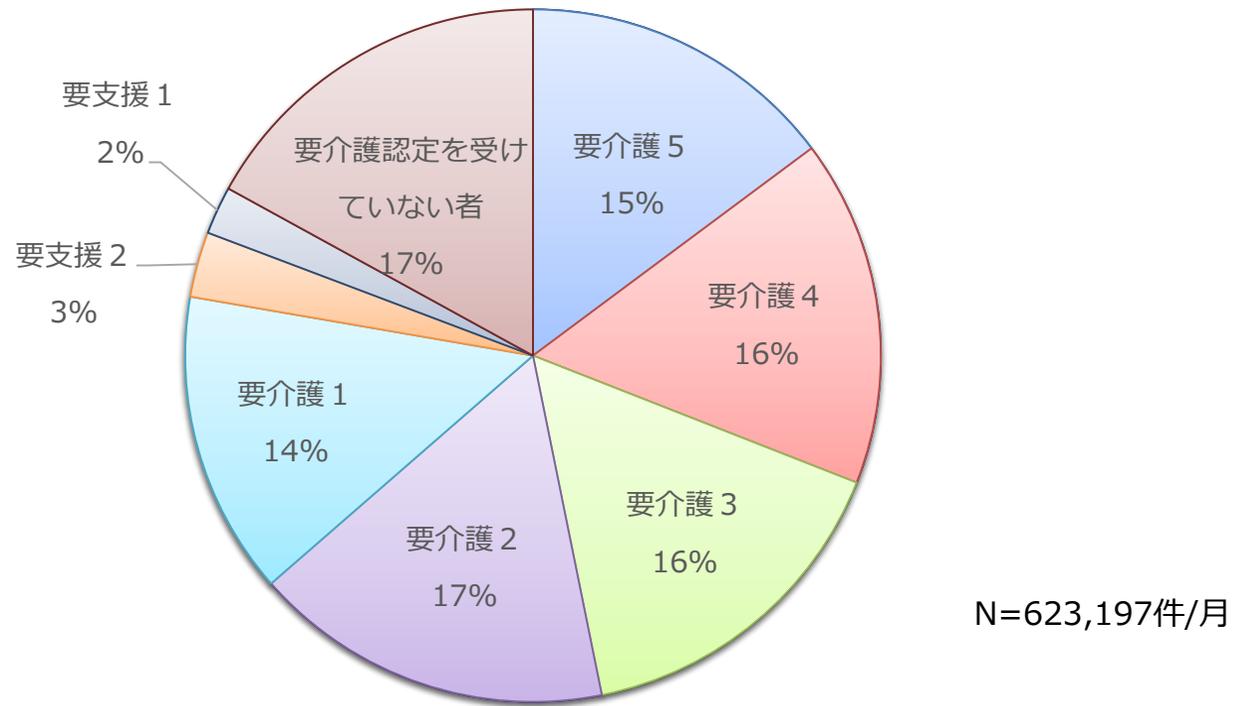
(出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成28年度))

※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

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の算定患者における介護度別の内訳

- 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している患者のうち、約64%は要介護2以上で、約19%が要介護1以下となっている。

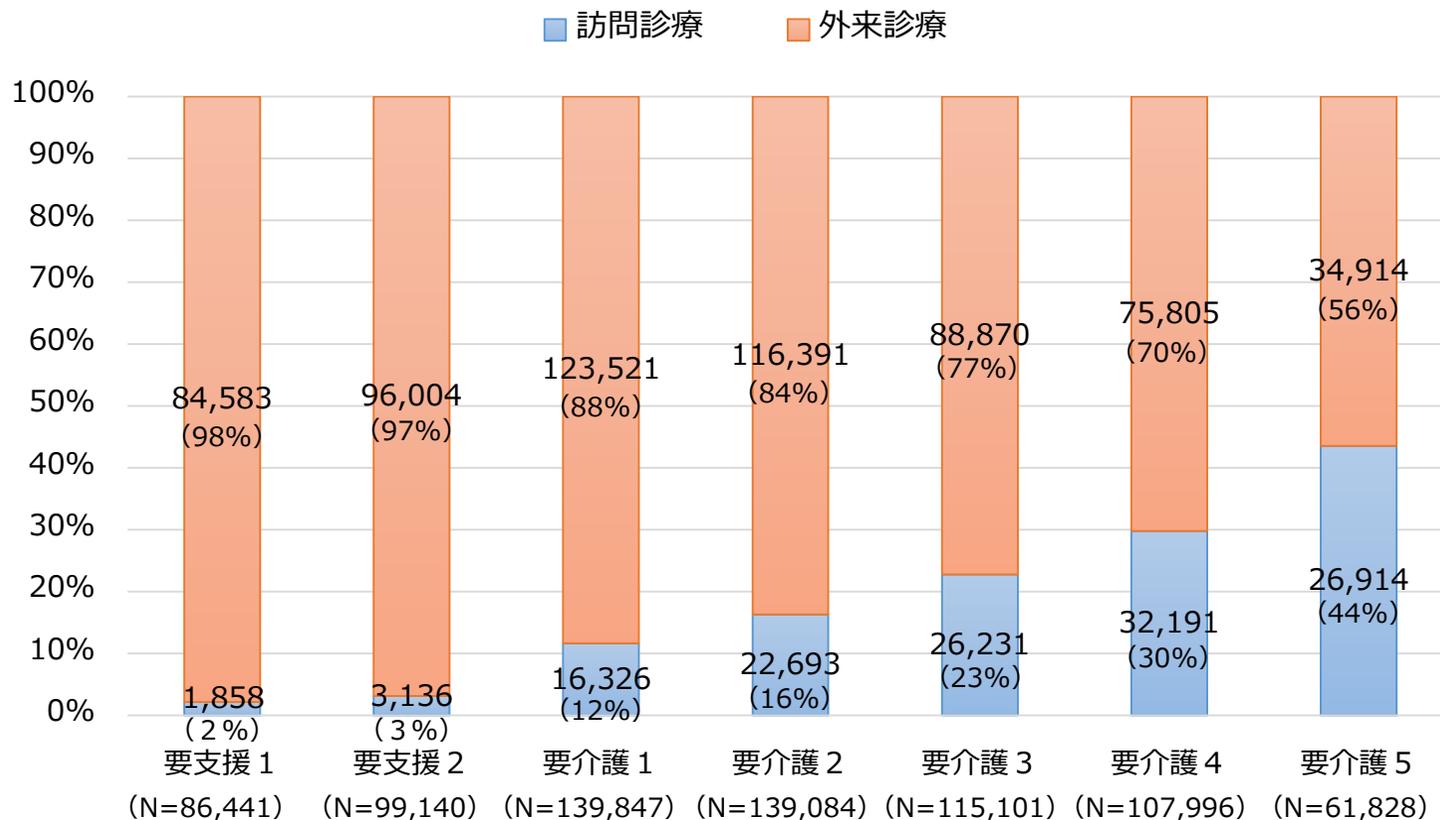
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を算定している患者における介護度別の割合



在宅療養を行っている要介護者の受診形態

○ 退院後6ヶ月時について、在宅療養をしている要介護認定を受けた者における、介護度別の外来診療と訪問診療の受診割合。

○ 介護度が上がるにつれて、外来診療と比較し、訪問診療を受ける者の割合の増加がみられる。



出典；2018年度国保データベース（KDB）「退院後6ヶ月時における患者の療養状況」から作成。

訪問診療：当該時期における在宅患者訪問診療料（I）-1、在宅患者訪問診療料（I）-2を算定した件数。

通院：当該時期において初再診料等を算定した件数。なお、訪問診療を受けた者は除く。

※ 退院後6ヶ月時に介護保険施設へ入所している者や、再入院している者は除く。

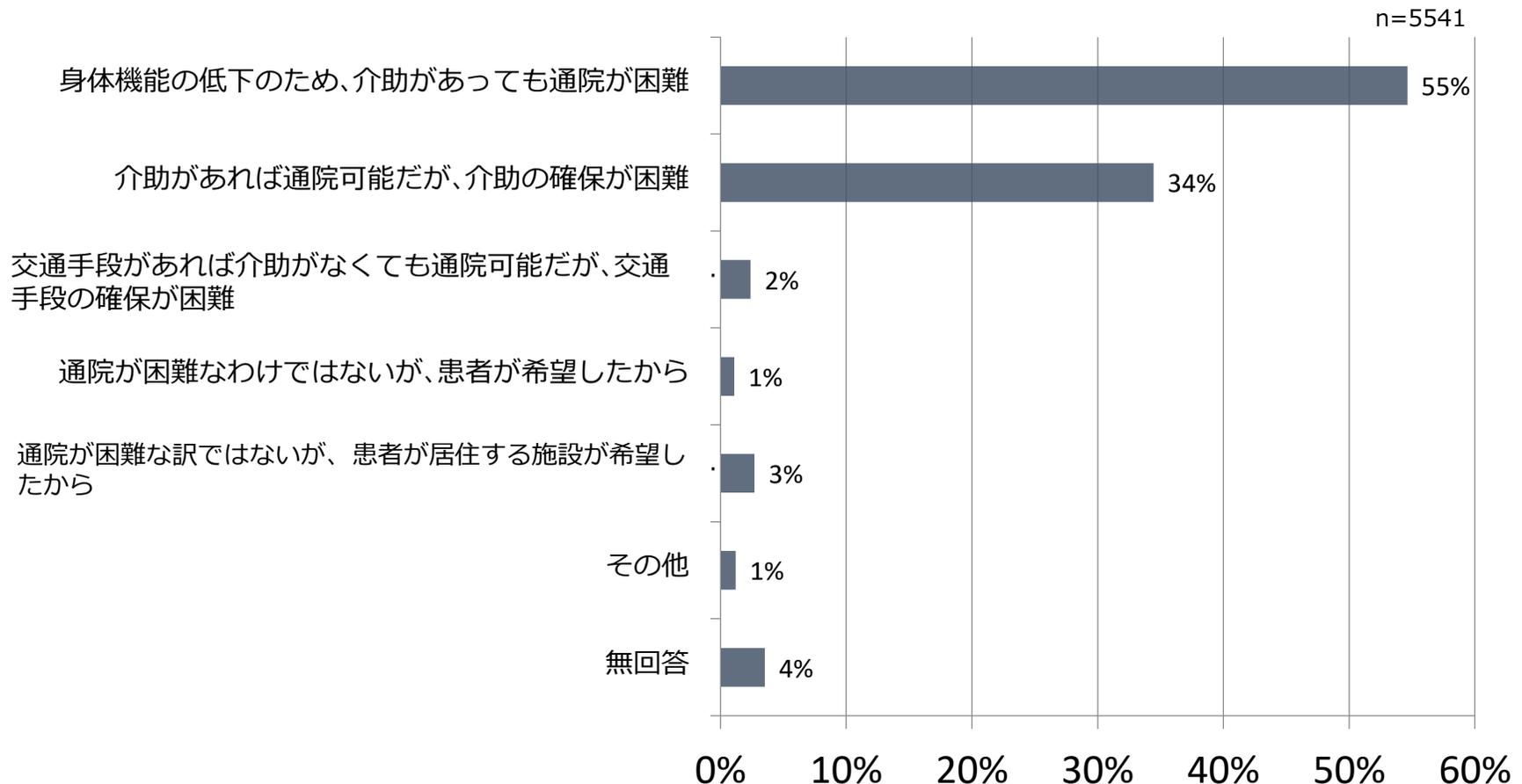
訪問診療の対象患者について②

中医協 総 - 6
27. 2. 18

＜訪問診療を行っている理由＞

- 訪問診療を行っている理由について、「身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難」な患者が全体の約50%を占める一方、「通院が困難なわけではないが、患者や患者が居住する施設が希望したから（約4%）」など必ずしも通院困難ではない患者も一定程度存在する。

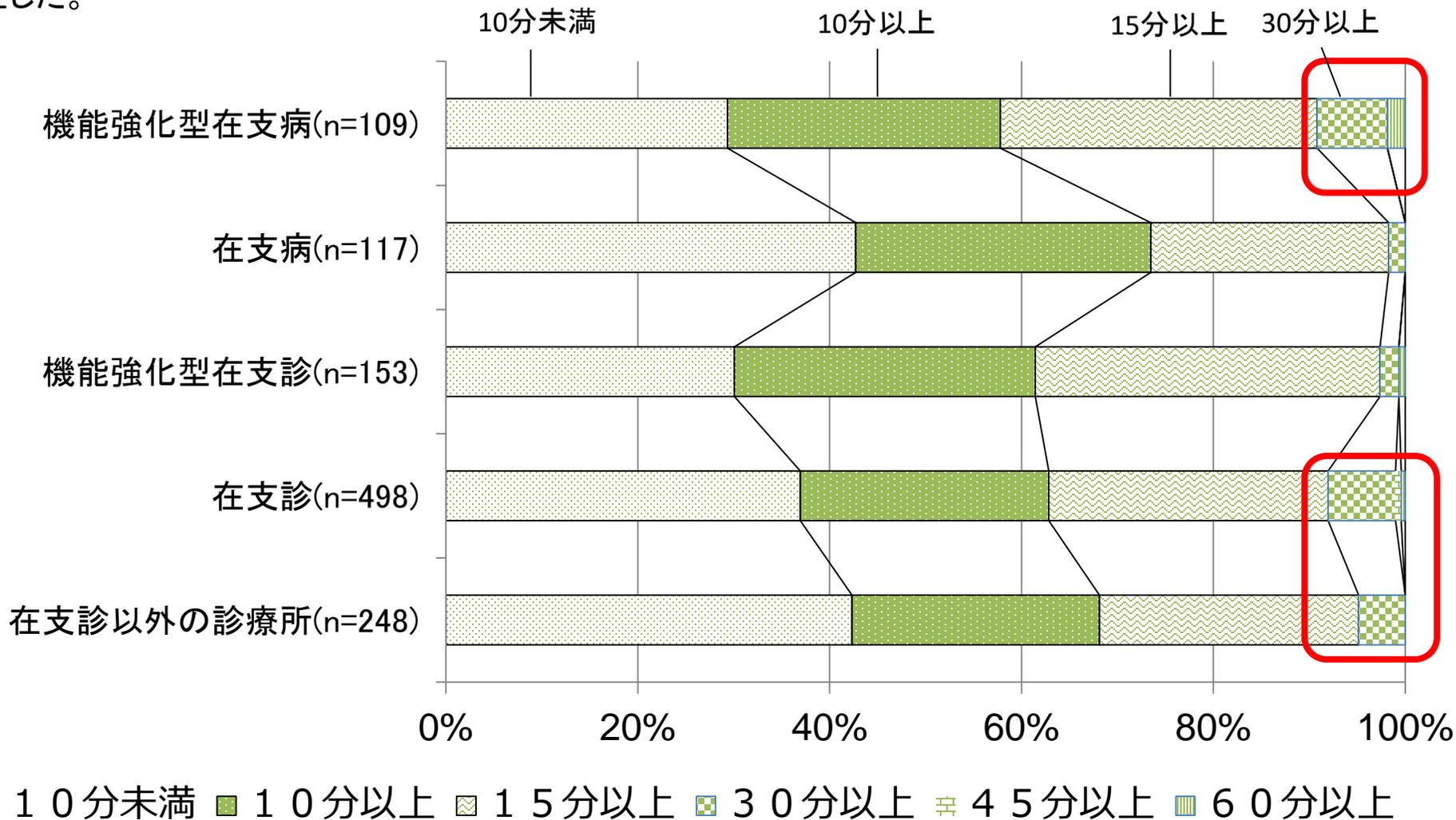
＜訪問診療を行っている理由別の患者割合＞



患者への移動に要する時間

中医協 総 - 3
29.4.12

- 患者への移動に要する時間は大部分のケースで30分未満であったが、一部に移動に30分を超える患者も存在した。



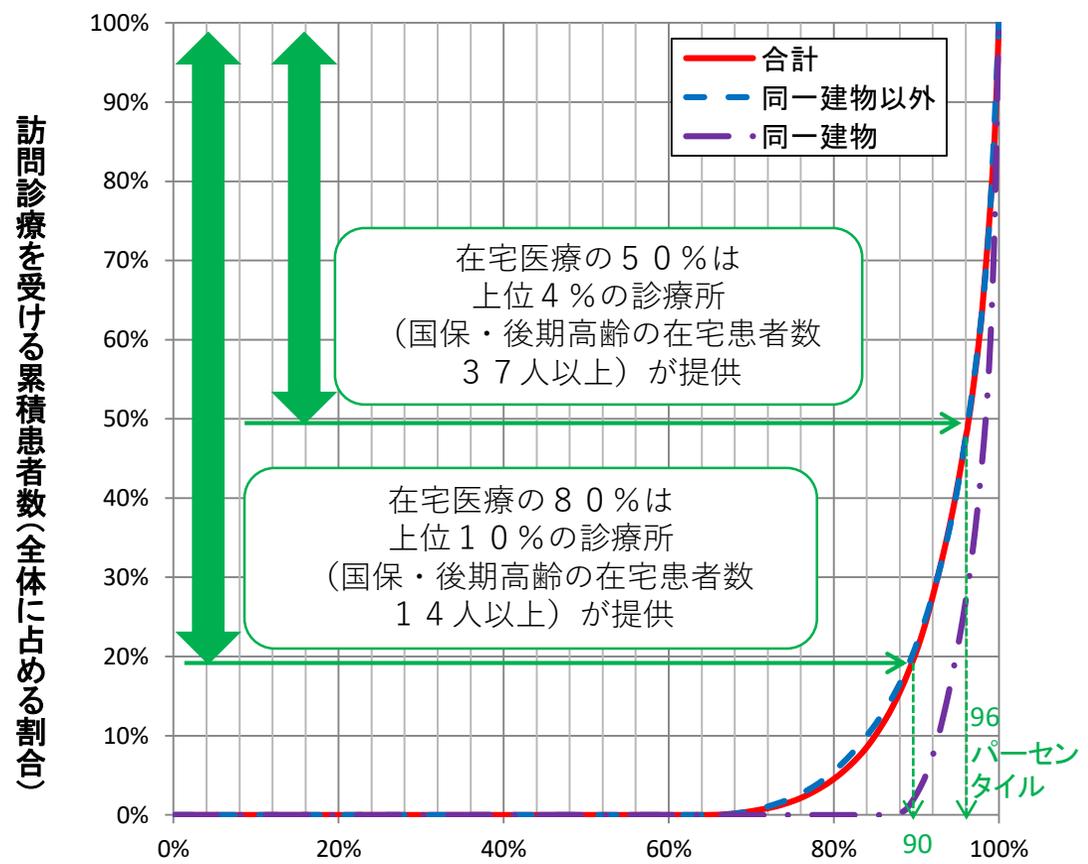
- 少数の医療機関が在宅医療の大半を提供している実態が明らかに。
- 在支診であっても、実際には在宅医療をほとんど行っていない医療機関も多い。
→ 裾野を広げるだけでは提供量への影響は小さい。在宅医療を専門に行う医療機関の振興も必要。

県内在宅療養支援診療所の
在宅医療提供件数(月平均患者数)分布
(対象医療機関:再診料の算定がある在宅療養支援診療所)

| 患者数 (月平均) | 医療機関数 | | |
|--------------|----------------------------------|------------------------|----------------------|
| | 同一建物居住者以外と 同一建物居住者の計で みた場合 | 同一建物居住者以外 の患者数でみた場合 | 同一建物居住者 の患者数でみた場合 |
| 50人以上 | 24 箇所 (15.2%) | 12 箇所 (7.6%) | 11 箇所 (7.0%) |
| 40~49人 | 8 箇所 (5.1%) | 2 箇所 (1.3%) | 2 箇所 (1.3%) |
| 30~39人 | 15 箇所 (9.5%) | 7 箇所 (4.4%) | 5 箇所 (3.2%) |
| 20~29人 | 26 箇所 (16.5%) | 19 箇所 (12.0%) | 11 箇所 (7.0%) |
| 10~19人 | 27 箇所 (17.1%) | 31 箇所 (19.6%) | 29 箇所 (18.4%) |
| 5~9人 | 18 箇所 (11.4%) | 24 箇所 (15.2%) | 12 箇所 (7.6%) |
| 1~4人 | 20 箇所 (12.7%) | 42 箇所 (26.6%) | 11 箇所 (7.0%) |
| 1未満 | 8 箇所 (5.1%) | 9 箇所 (5.7%) | 5 箇所 (3.2%) |
| 実績なし | 12 箇所 (7.6%) | 12 箇所 (7.6%) | 72 箇所 (45.6%) |
| 合計 | 158 箇所 (100%) | 158 箇所 (100%) | 158 箇所 (100%) |

在宅患者が極めて少ない在支診が多い
(10人未満が全体の1/3)

診療所数(累積)と訪問診療患者数(累積)
の関係

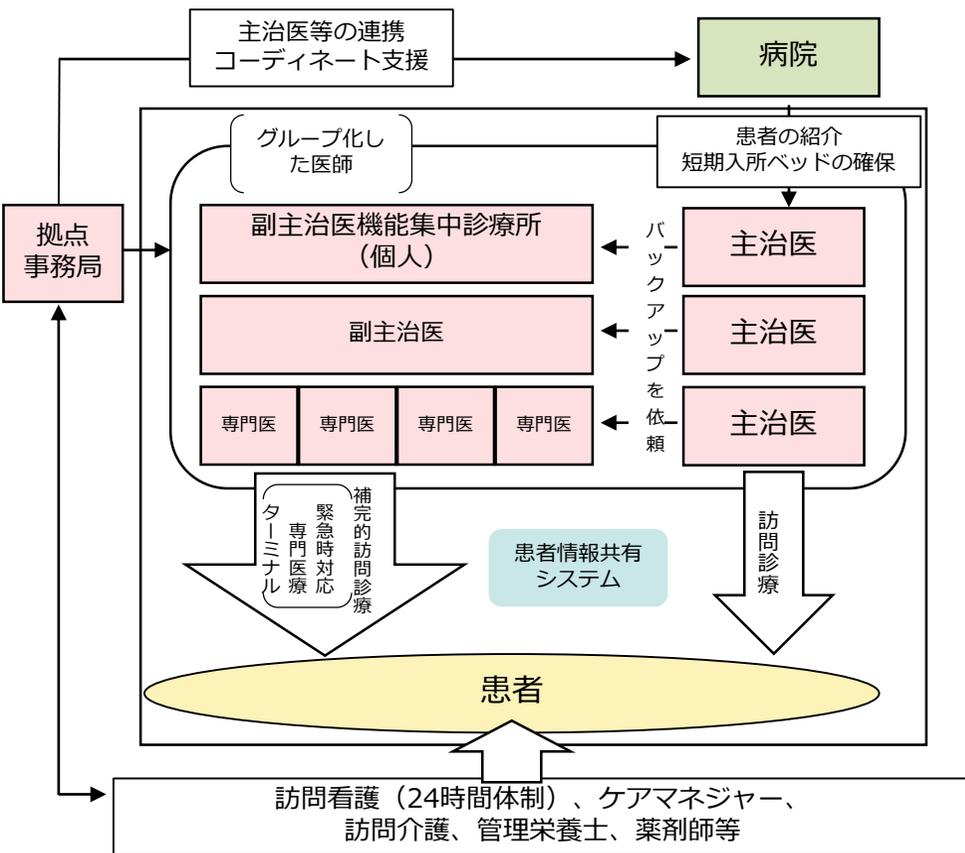


在宅医療における医療機関のグループによる対応（柏市の事例）

- 医師の高齢化や、マンパワーの不足等により、在宅医療における24時間診療体制の維持が課題となっている。
- 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力を行うことにより、専門領域外の診療や、特に夜間休日における24時間診療体制に対応している地域がある。

訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ（千葉県柏市）

- ・ 主治医・副主治医によるグループを形成し、24時間診療体制を維持



■ 医療連携モデルの特徴

○ 垂直連携（急性増悪時の病院バックアップ体制の確保）

- ・ 入院が必要な場合、退院元病院に受入れを要請。受入困難な場合は、可能な病院が一時的に受け入れて、後日退院元病院へ（ルール化）

○ 水平連携（主治医・副主治医体制の構築）

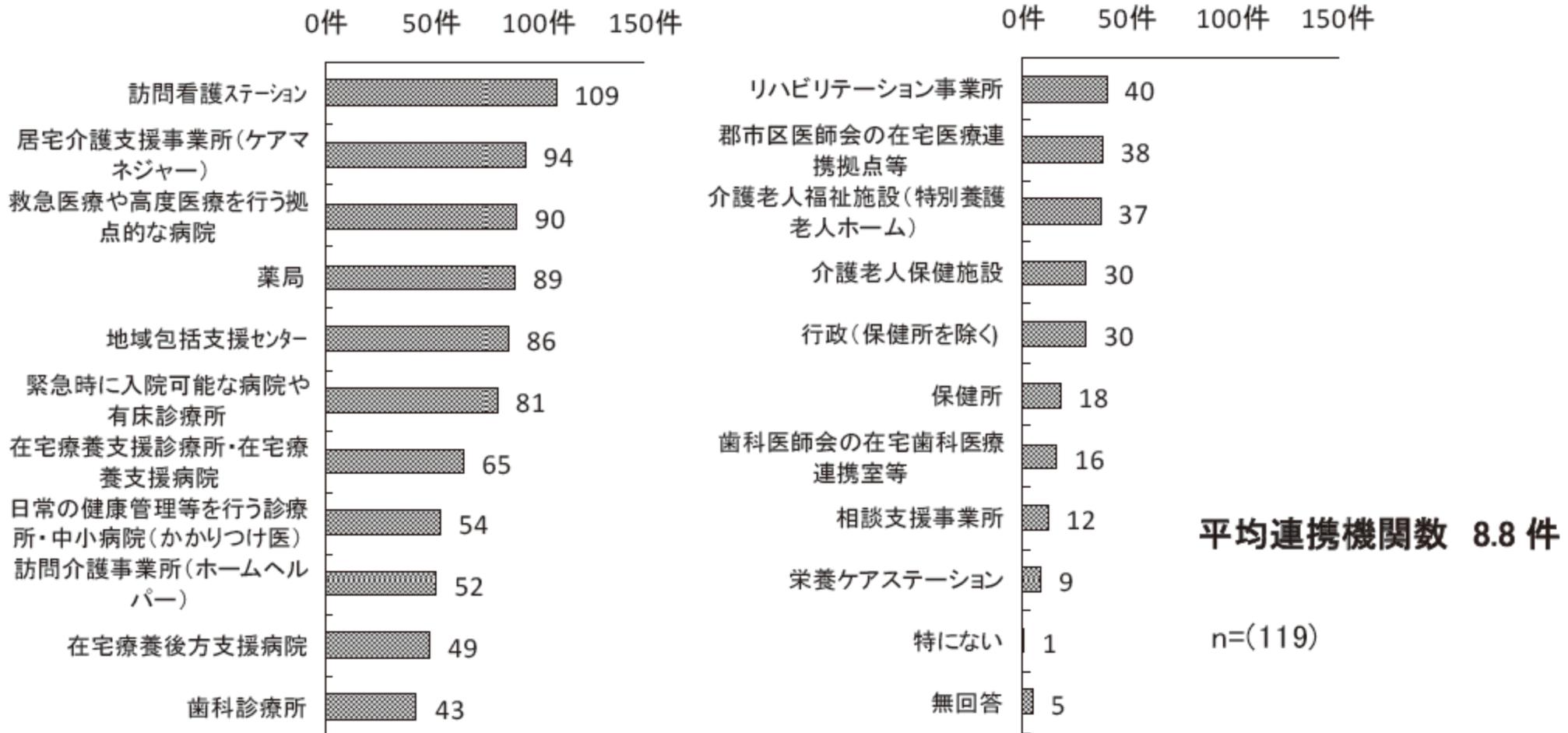
- ・ 主治医（患者を主に訪問診療する医師）と副主治医（主治医が訪問診療出来ないときの訪問診療を補完する医師）とが相互に協力
- ・ 診療所間で役割分担できない環境においては、副主治医機能集中診療所が副主治医の役割を担う
- ・ 24時間対応の訪問看護ステーションが、最初に患者の容態の変化に対応することで、主治医及び副主治医の負担を軽減

■ ツール

- ・ ICT（カナミックネットワークTRITRUS）を利活用し多職種で患者情報を共有

在宅医療を行う上で連携している機関

○ 在宅医療を行う上で連携している機関は、「訪問看護ステーション」(109件)が最も多く、次いで「居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)」(94件)と続いており、20種類の機関のうち、平均8.8機関と連携していた。

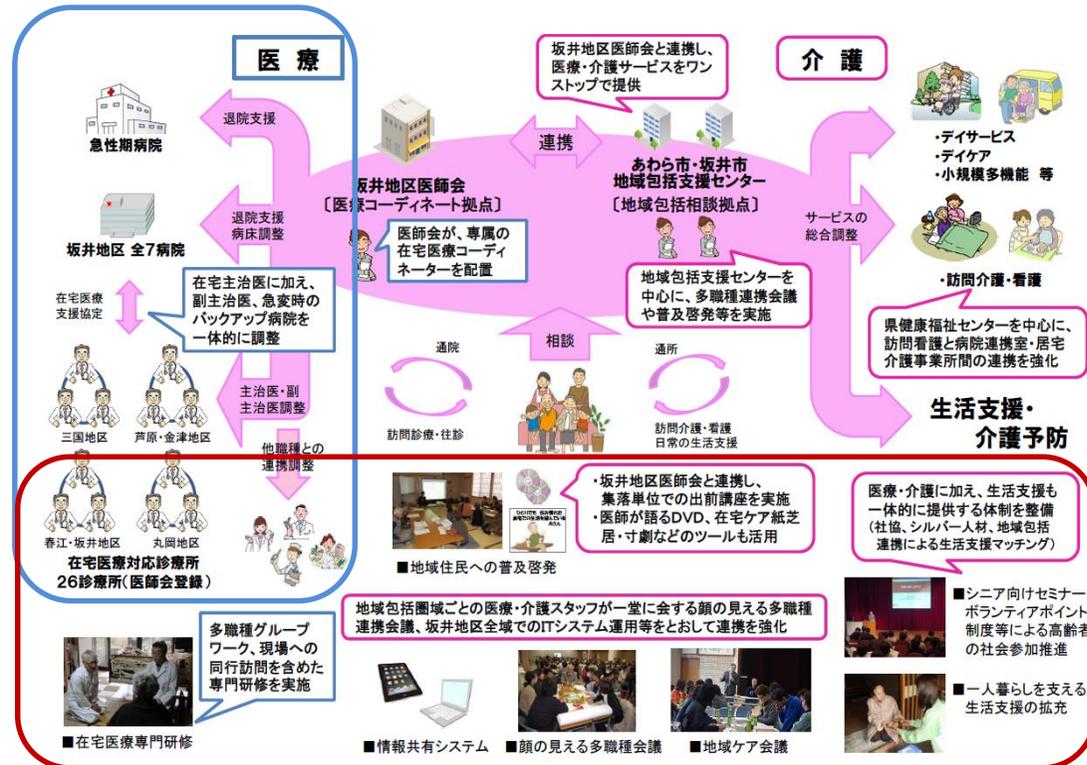


在宅医療・介護における多職種連携（福井県坂井市の事例）

- 住み慣れた地域において、患者の病状に応じた在宅医療・介護を提供するためには、訪問診療だけでなく、多職種連携や在宅医療・介護の関係機関の連携が重要。
- 福井県坂井市では、ネットワークシステムも活用した医療機関間及び在宅医療関係者間の患者情報共有等の連携を進めるとともに、日頃から行政主導の多職種会議等を通じて連携強化を行っている。

在宅医療機関間及び多職種連携体制（福井県坂井市）

- ・患者情報を共有することで、在宅患者の急変時のバックアップ体制及び多職種連携を強化



医療連携モデルの特徴

○垂直連携（急性期病院⇔中核病院⇔在宅医療を担う機関）

- ・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
- ・坂井地区医師会と坂井地区内の7病院で協定を締結し、診療情報を共有することで、在宅患者の急変時に対応
- ・これらの情報を「カナミックネットワークTRITRUS」により多職種で共有

○水平連携(ICT活用による診診・診介連携)

- ・「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
- ・在宅医療を担う多職種等による在宅医療現場への同行訪問研修や、顔の見える多職種連携カンファレンスを通じた、医療・介護を含めた連携の強化

2.(4)① 訪問介護における通院等乗降介助の見直し

概要

【訪問介護、通所系サービス★、短期入所系サービス★】

- 通院等乗降介助について、利用者の身体的・経済的負担の軽減や利便性の向上の観点から、目的地が複数ある場合であっても、居宅が始点又は終点となる場合には、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助に関しても、同一の事業所が行うことを条件に、算定可能とする。【通知改正】

この場合、通所系サービス・短期入所系サービス事業所は送迎を行わないことから、通所系サービスについては利用者宅と事業所との間の送迎を行わない場合の減算を適用し、短期入所系サービスについては、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定できないこととする。

単位数

通院等乗降介助

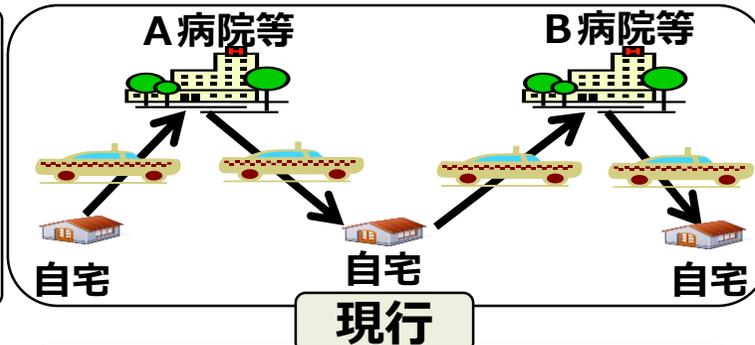
99単位/片道

※今回改定後の単位数

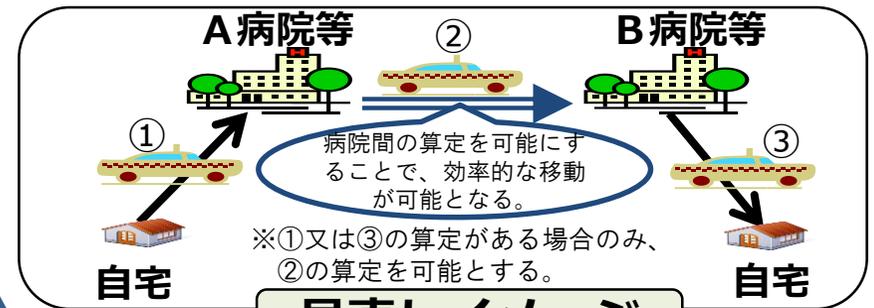
算定要件等

・車両への乗降介助等が介護保険の対象
・移送に係る運賃は介護保険の対象外

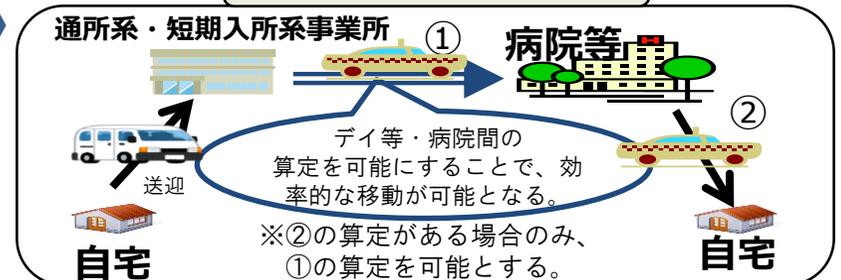
パターン1



パターン2



見直しイメージ



在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

| | 退院支援 | | 日常の療養支援 | | 急変時の対応 | | 看取り | |
|---------|------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------|--------------------------------|-----|--------------------------------|
| ストラクチャー | | ● 退院支援担当者を配置している診療所・病院数 | | ● 訪問診療を実施している診療所・病院数 | | ● 往診を実施している診療所・病院数 | | ● 在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数 |
| | ● | 退院支援を実施している診療所・病院数 | | 小児の訪問診療を実施している診療所・病院数 | | 在宅療養後方支援病院 | | ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数 |
| | | 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数 | | 在宅療養支援診療所・病院数、医師数 | | | | |
| | | ● 退院時共同指導を実施している診療所・病院数 | | ● 訪問看護事業所数、従事者数 | | ● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数 | | |
| | | | | 機能強化型の訪問看護ステーション数 | | | | |
| | | | | 小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数 | | | | |
| | | | | 歯科訪問診療を実施している診療所・病院数 | | | | |
| | | | | 在宅療養支援歯科診療所数 | | | | |
| | | | | 訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数 | | | | |
| | | | | 在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数 | | | | |
| | | | 訪問薬剤管理指導を実施する薬局・診療所・病院数 | | | | | |
| プロセス | | ● 退院支援（退院調整）を受けた患者数 | | ● 訪問診療を受けた患者数 | | ● 往診を受けた患者数 | | ● 在宅ターミナルケアを受けた患者数 |
| | | 介護支援連携指導を受けた患者数 | | 小児の訪問診療を受けた患者数 | | | | ● 看取り数（死亡診断のみの場合を含む） |
| | | ● 退院時共同指導を受けた患者数 | | ● 訪問看護利用者数 | | | | 在宅死亡者数 |
| | | 退院後訪問指導を受けた患者数 | | 小児の訪問看護利用者数 | | | | |
| | | | | 訪問歯科診療を受けた患者数 | | | | |
| | | | | ● 歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数 | | | | |
| | | | 訪問口腔衛生指導を受けた患者数 | | | | | |
| | | | 訪問薬剤管理指導を受けた者の数 | | | | | |

（●は重点指標）

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表11（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和2年4月13日一部改正））より

課題

1. 現状の医療計画においては、在宅医療の基盤整備に係る指標として訪問診療を実施している医療機関数等が採用されており、一日あたりの訪問サービスが可能な患者数など今後増加が見込まれる在宅医療等を必要とする患者に対応した具体的な数値目標は設定されていない。
2. 今後高齢化等に伴う在宅医療や介護の需要増大に対し、相応の基盤整備を行う必要がある地域が一定程度存在するが、マンパワーの制約がある中、在宅医療等を必要とする患者に適切なサービスが提供されるためには、在宅医療における役割分担や介護との連携、情報通信機器の活用などを含めた効率的な提供体制を構築することが必要。

論点

1. 今後マンパワーの制約がある中、必要となる在宅医療等の整備量を確保するため、在宅医療等の需要の設定及びそれを踏まえた整備量の在り方についてどのように考えるか。
2. また、基盤整備を行っていく上で、在宅医療を提供する医療機関等やそれを支える医療機関等との役割分担や診療のバックアップ等の仕組みとしてのグループ化、多職種連携、在宅医療・介護連携、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の在り方についてどのように考えるか。
3. これらを踏まえつつ、在宅療養患者の状態に応じて適切な医療を提供できるよう質を維持し、また持続可能性を高める方策についてどのように考えるか。