

第8次医療計画と在宅療養支援病院への期待

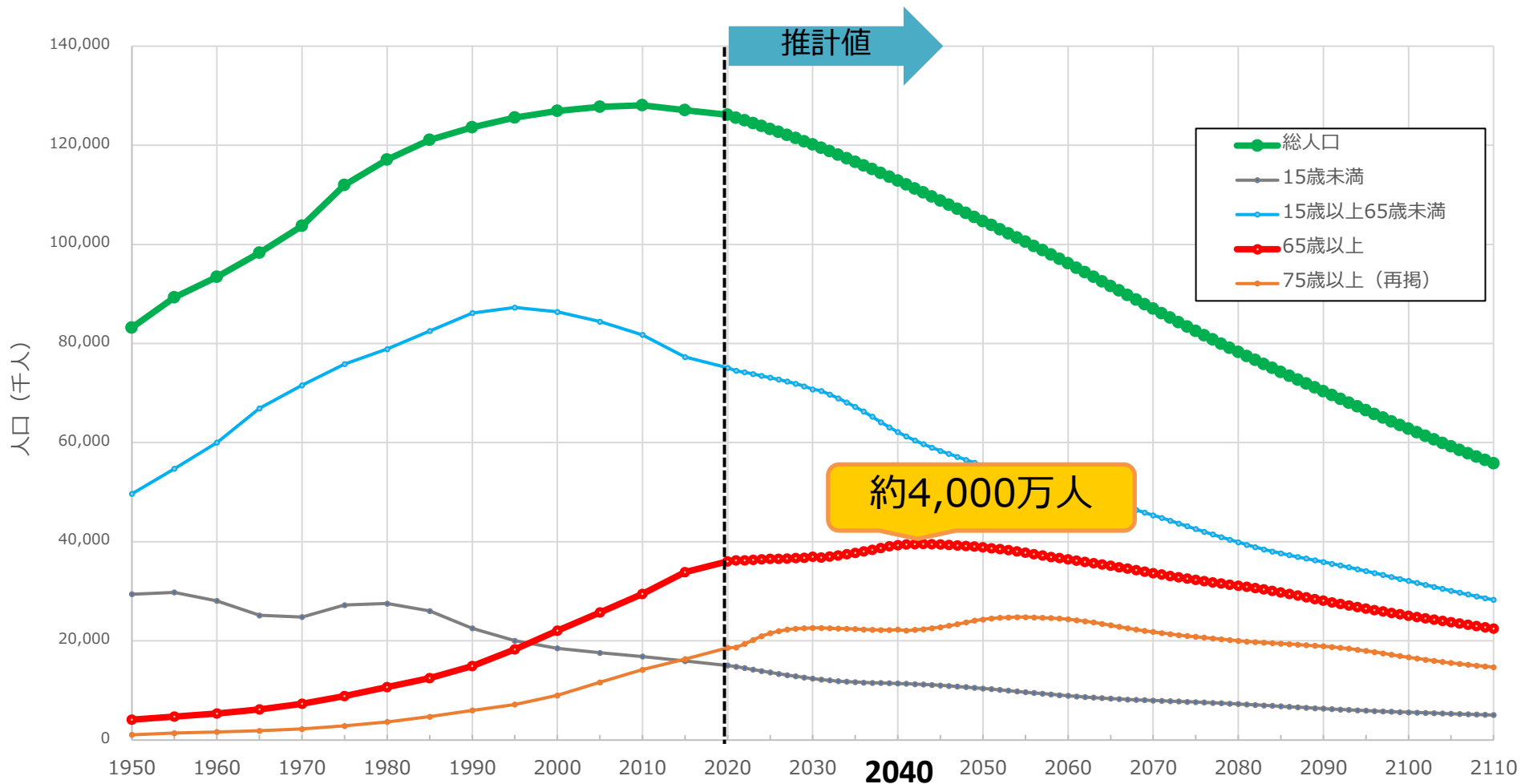
2023年12月9日 第1回 日本在宅療養支援病院連絡協議会研究会

厚生労働省 医政局 地域医療計画課
課長 佐々木 孝治

在宅医療を考える上でのキーワード

- **人口構造・疾病構造の変化**
→ 医療ニーズの変化を捉える
- **医療計画**
→ 「連携」を考える
- **人生会議**
→ 理解を進める

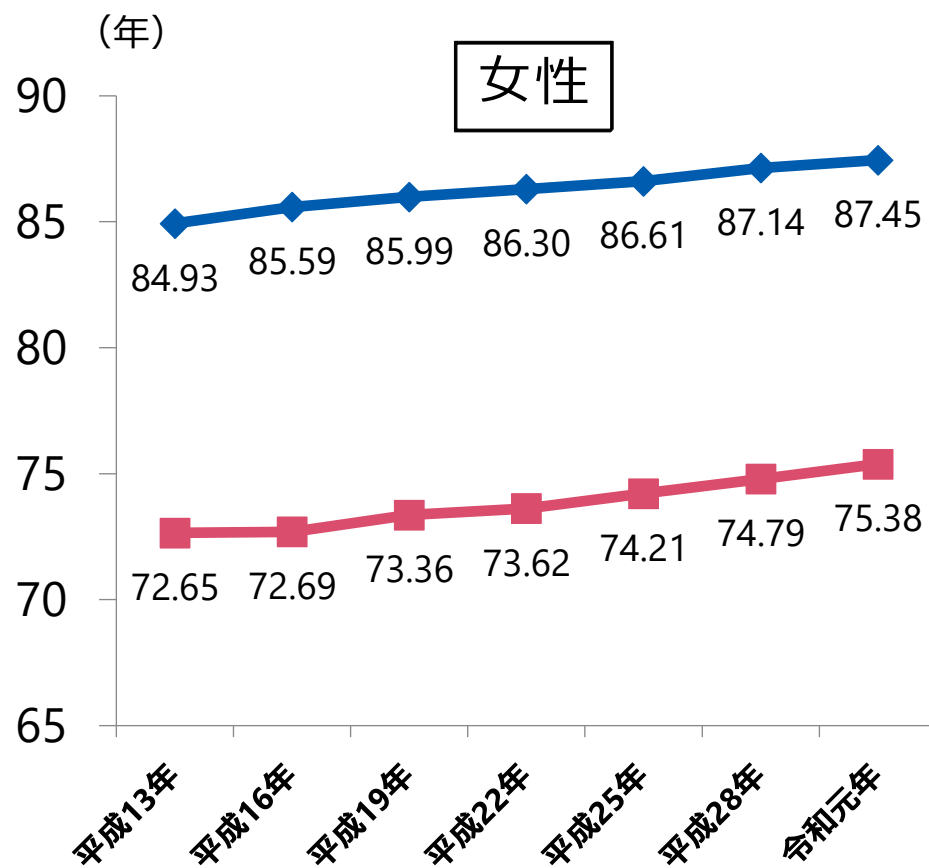
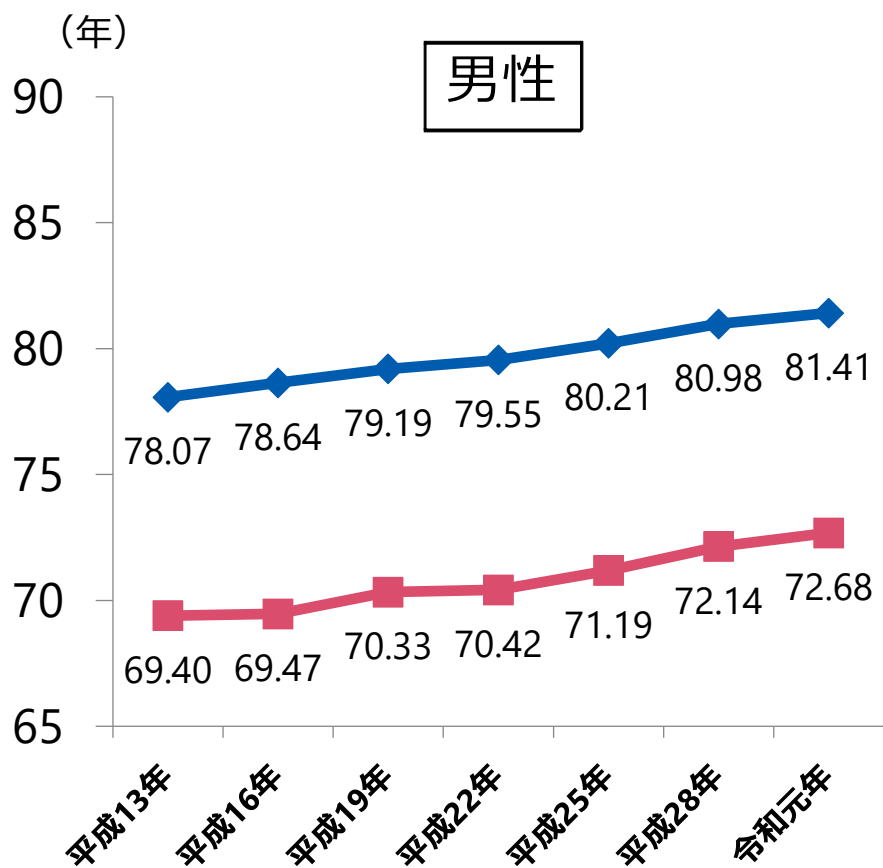
2040年頃に65歳以上人口のピークが到来



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計） ※ 2020年までは総務省「人口推計」、2021年以降は推計値。

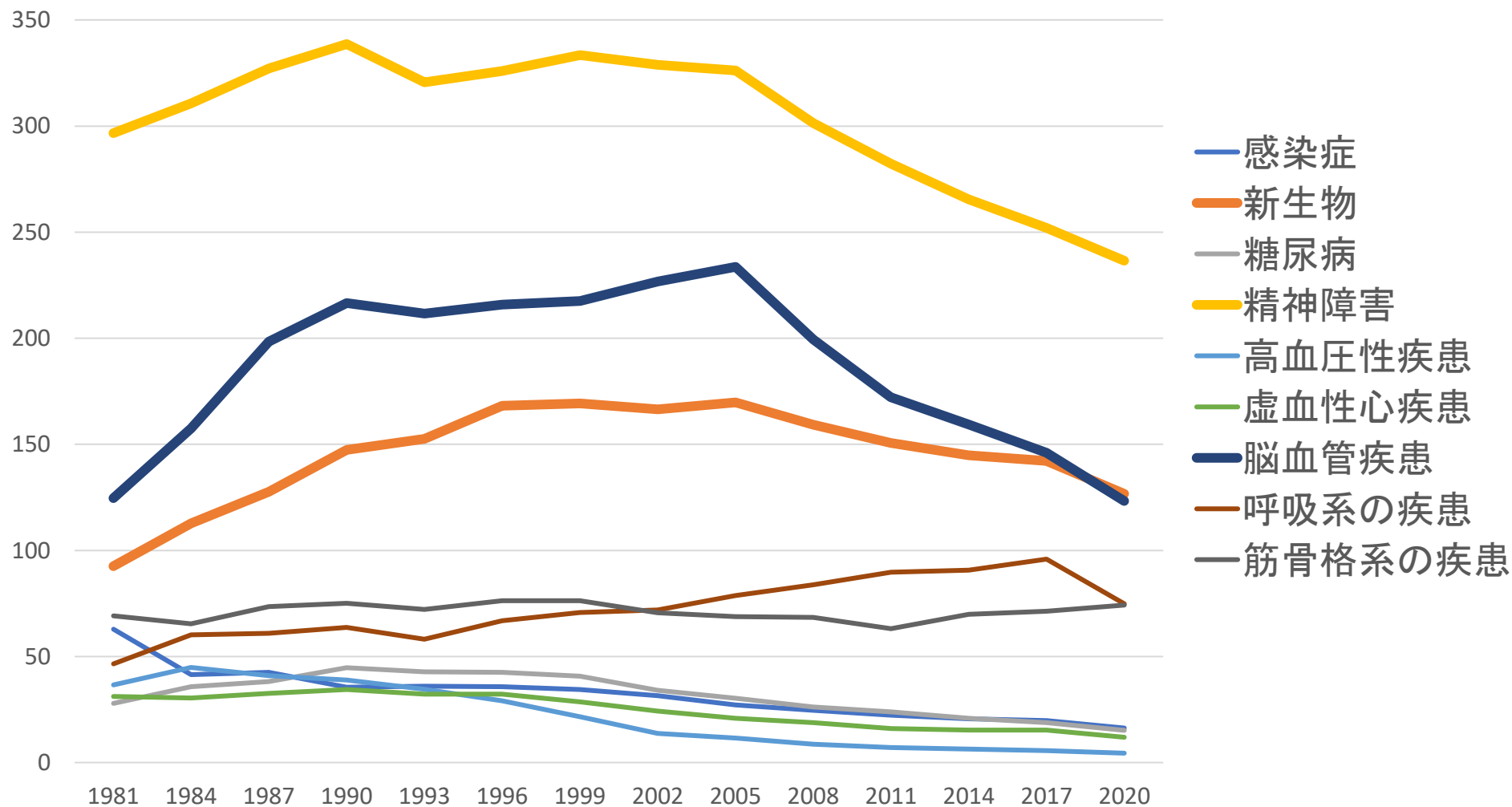
平均寿命は伸びている

◆ 平均寿命 ■ 健康寿命



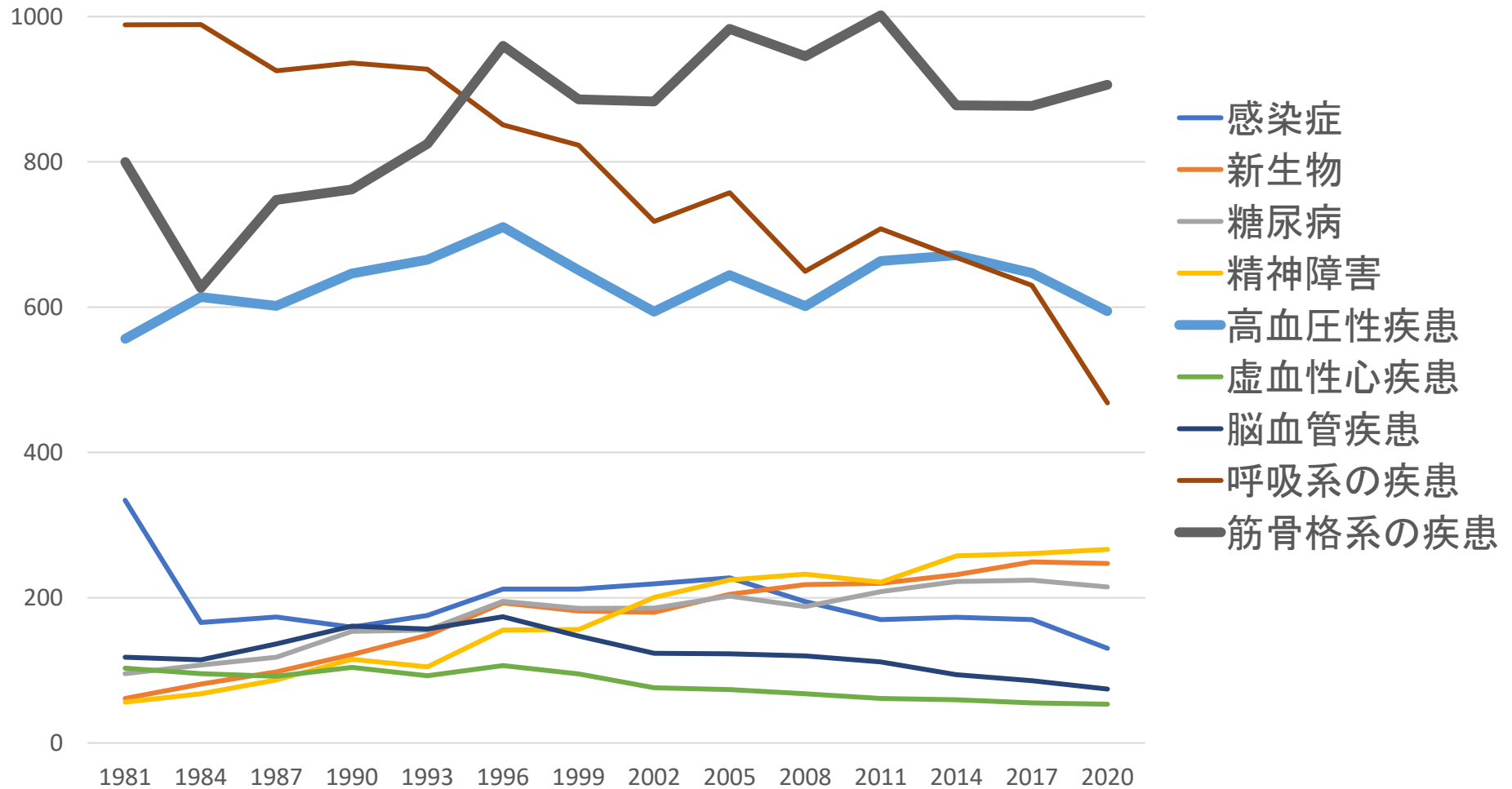
入院は、精神障害、新生物、脳血管疾患が多い

(千人/人口10万)



外来は、筋骨格系、高血圧が多い

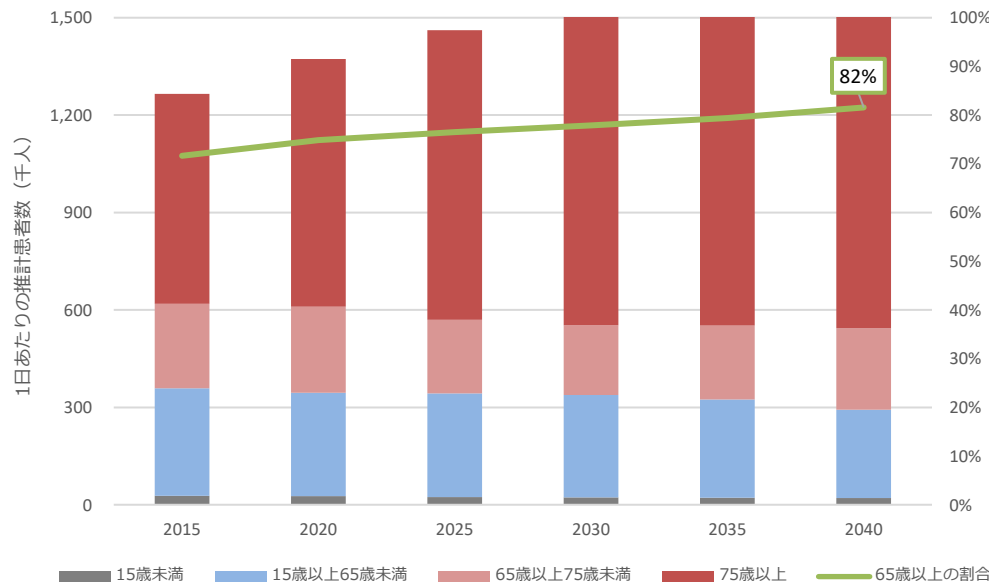
(千人/人口10万)



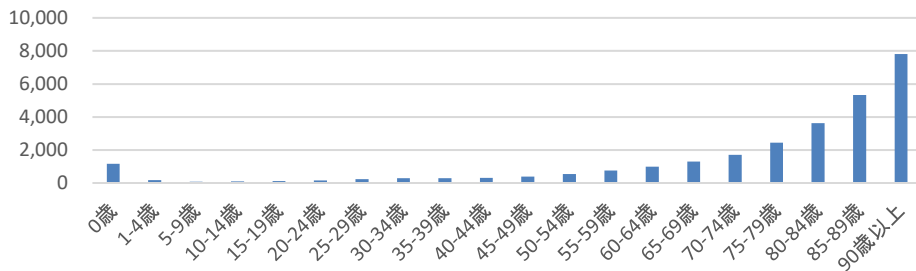
入院患者数は、全体的に増加傾向

○ 全国の入院患者数は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割を占めることが見込まれる。

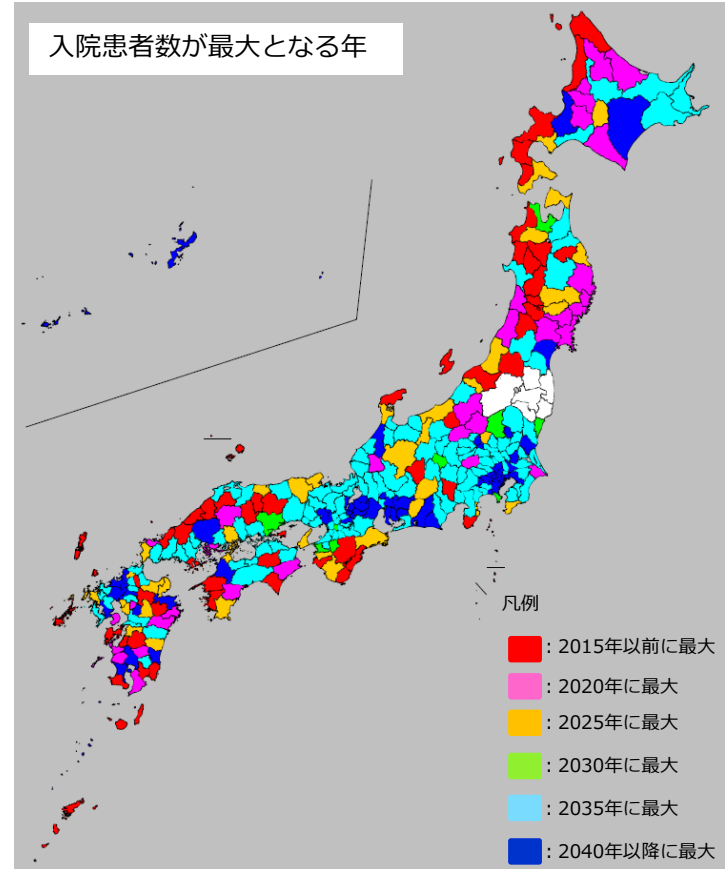
入院患者数推計



入院受療率 (人口10万対)



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）」

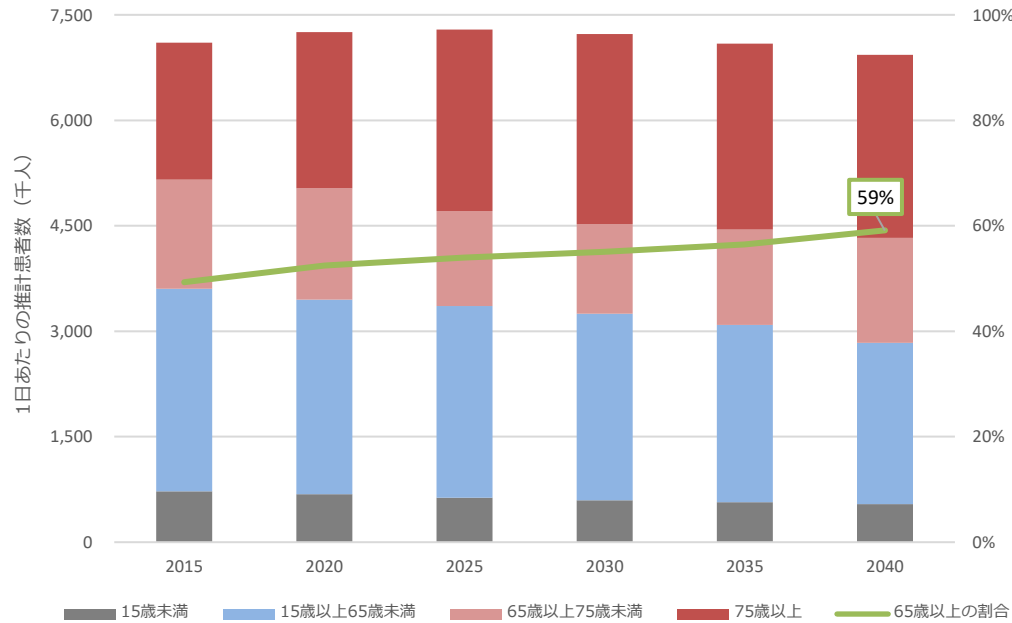
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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。

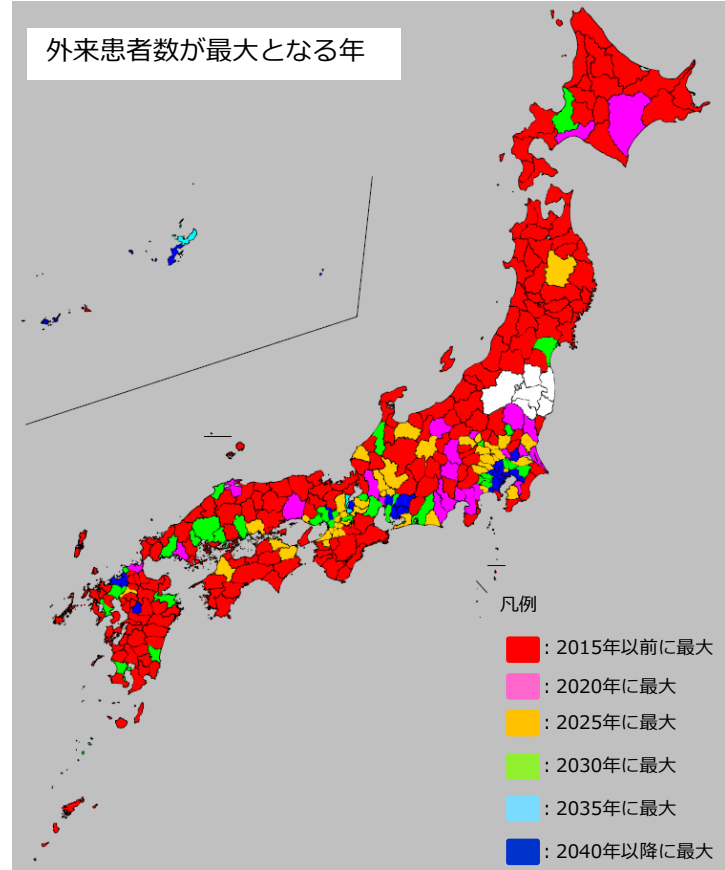
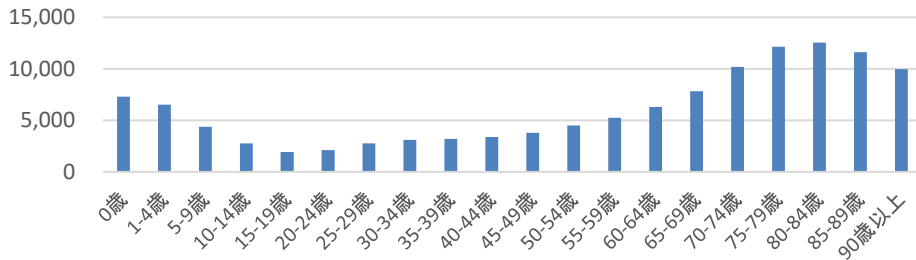
外来患者数は、既に多くの医療圏で減少局面

○ 全国の外来患者数は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割を占めることが見込まれる。

外来患者数推計



外来受療率 (人口10万対)



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。

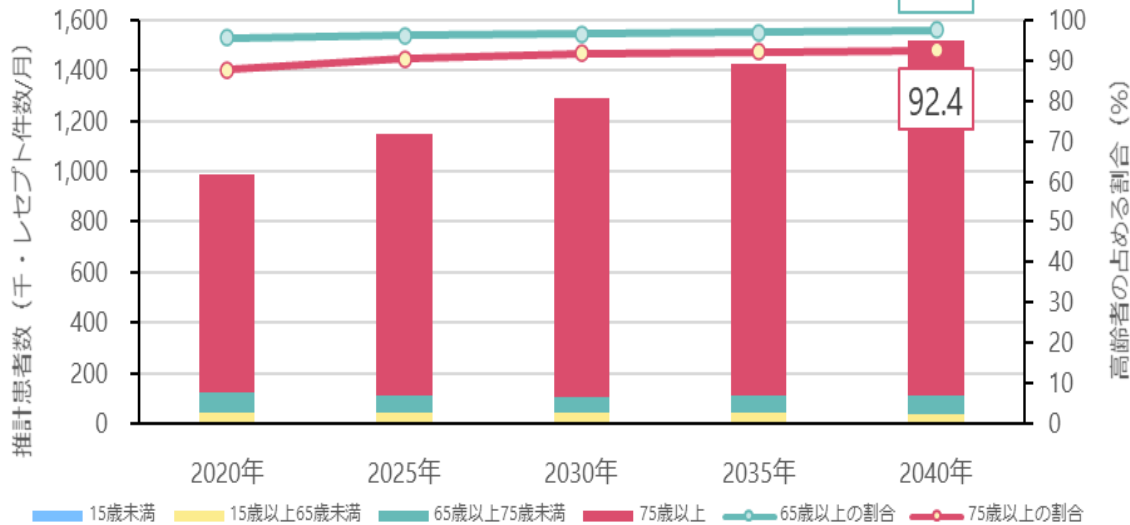
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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。

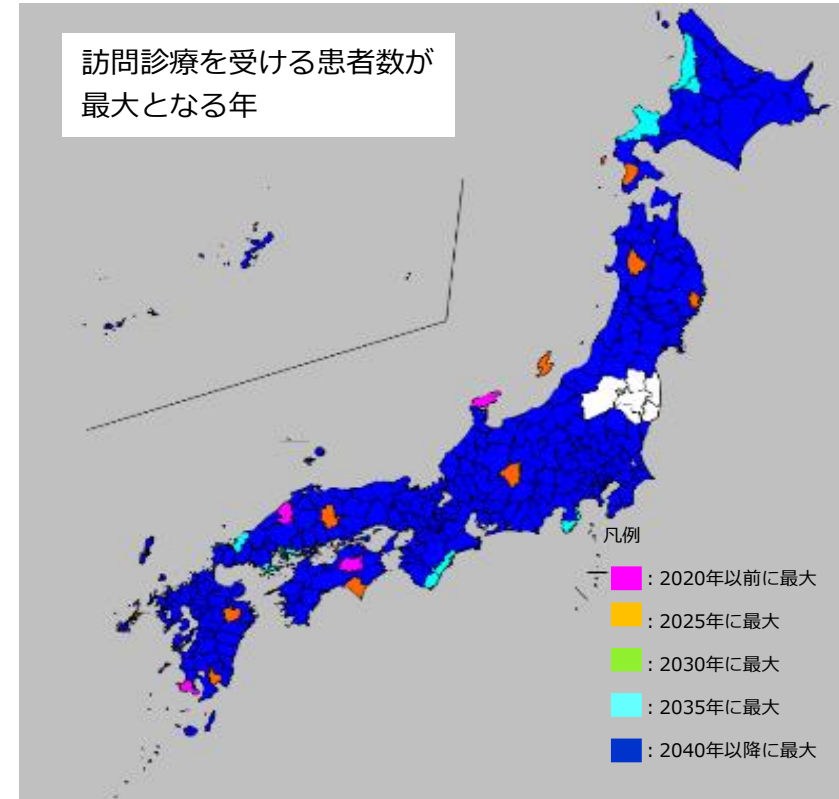
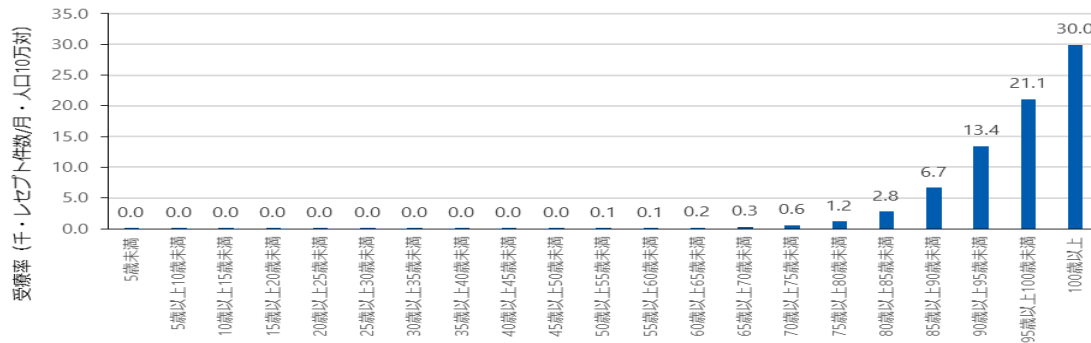
訪問診療の必要量は増加

- 訪問診療の利用者数は今後も増加。
- 305(全335の9割)の二次医療圏において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問診療の将来推計



年齢階級別の訪問診療受療率 (2019年度)



【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。

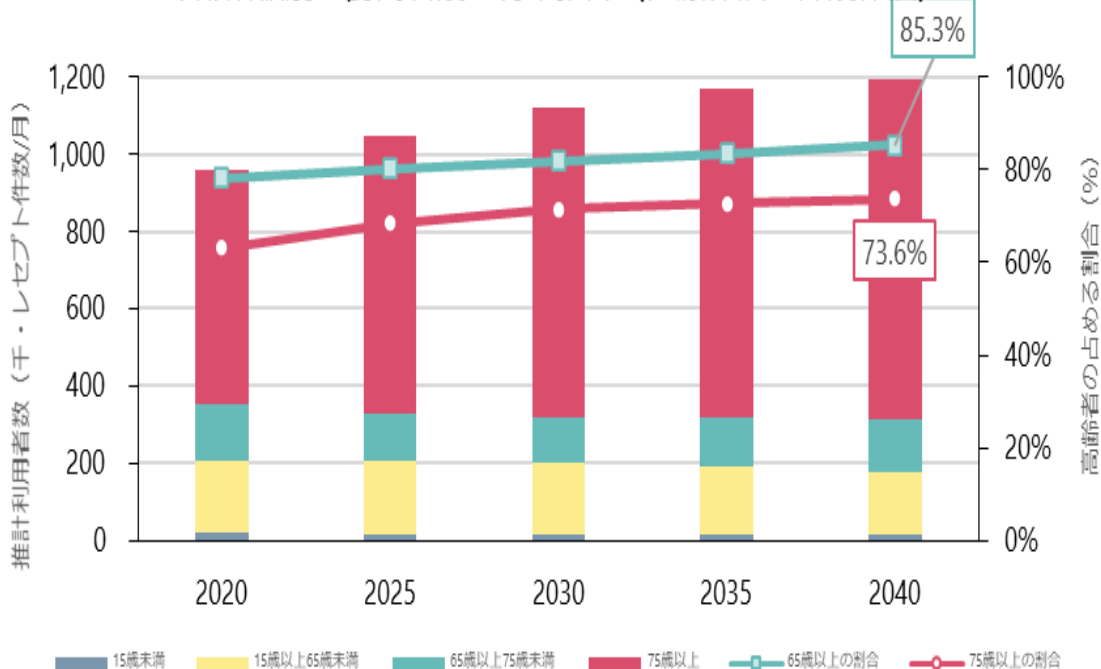
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※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。

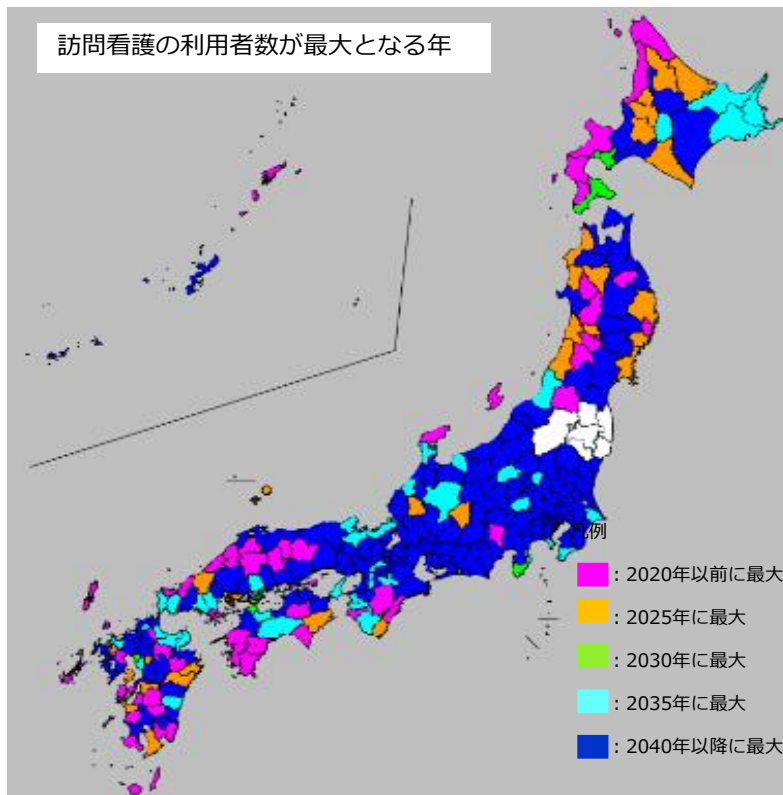
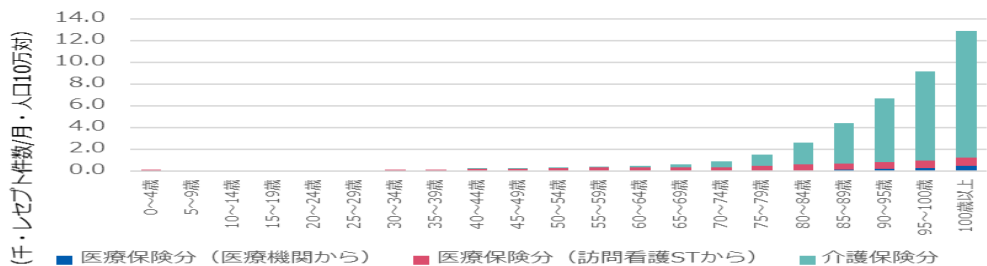
訪問看護の必要量について

○ 訪問看護の利用者数は、地域差はあるものの、多くの二次医療圏(198。全体の6割)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将来推計 (医療保険+介護保険)



年齢階級別の訪問看護の利用率 (2019年度)



【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。

医療計画

- 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。

計画期間

6年間（第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直し）

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

○ 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…6つの事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）

- ・ 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）。

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

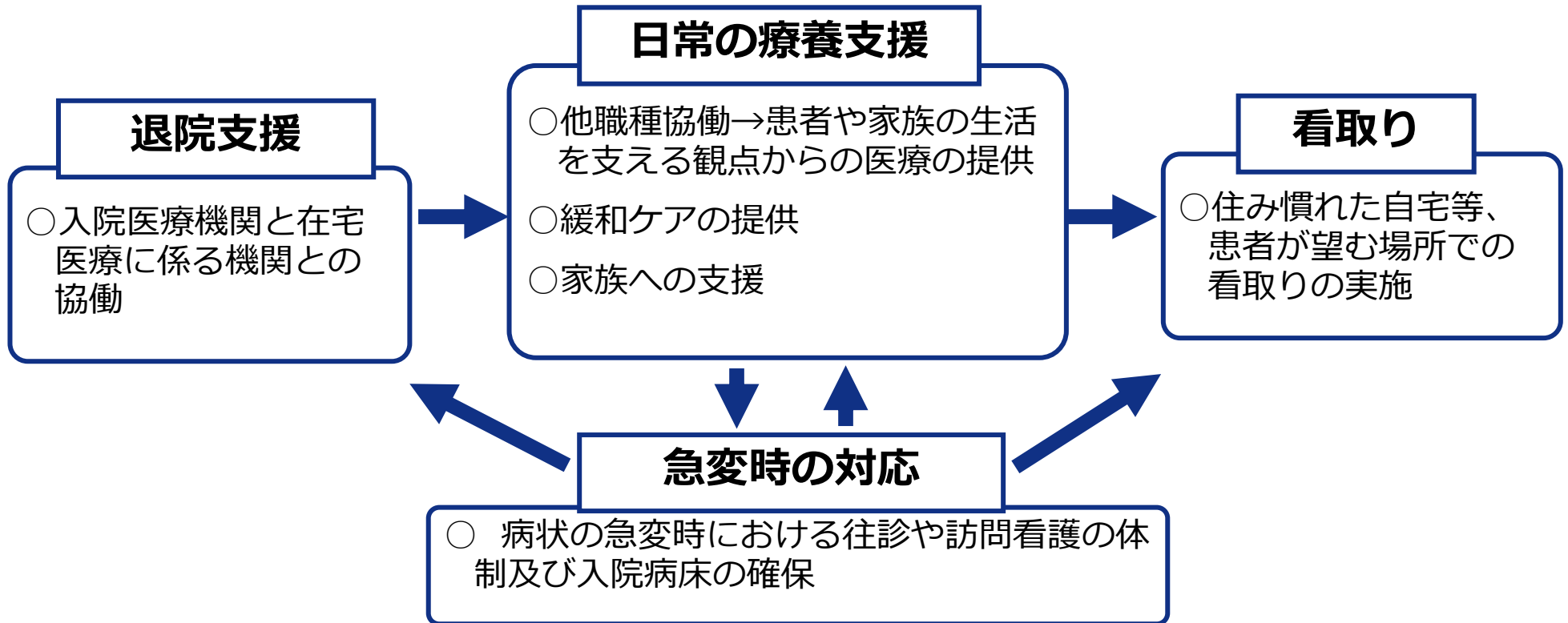
○ 地域医療構想

○ 医師の確保に関する事項

第8次医療計画の見直しのポイント（在宅医療）

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「**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**」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の**急変時に適切に対応**するための情報共有や連携を進める。また、**看取り**に際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における**業務継続計画（BCP）**の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

在宅医療について



- ・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

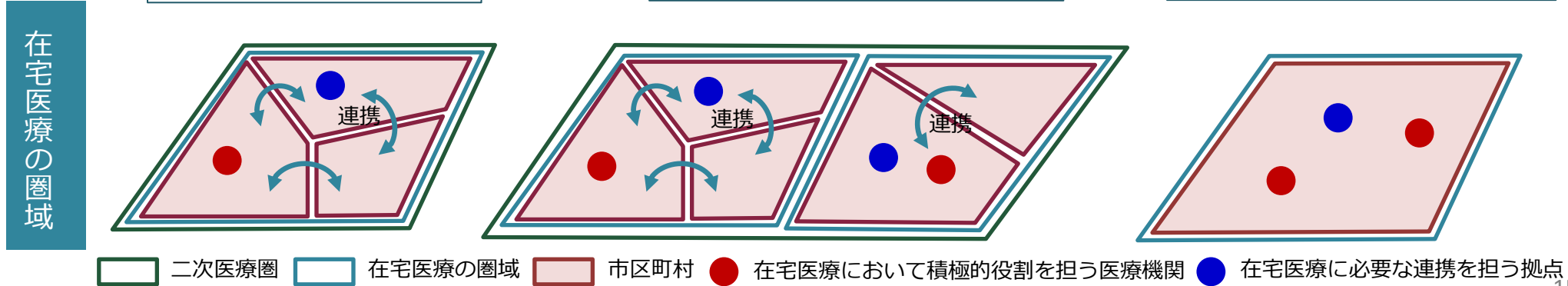
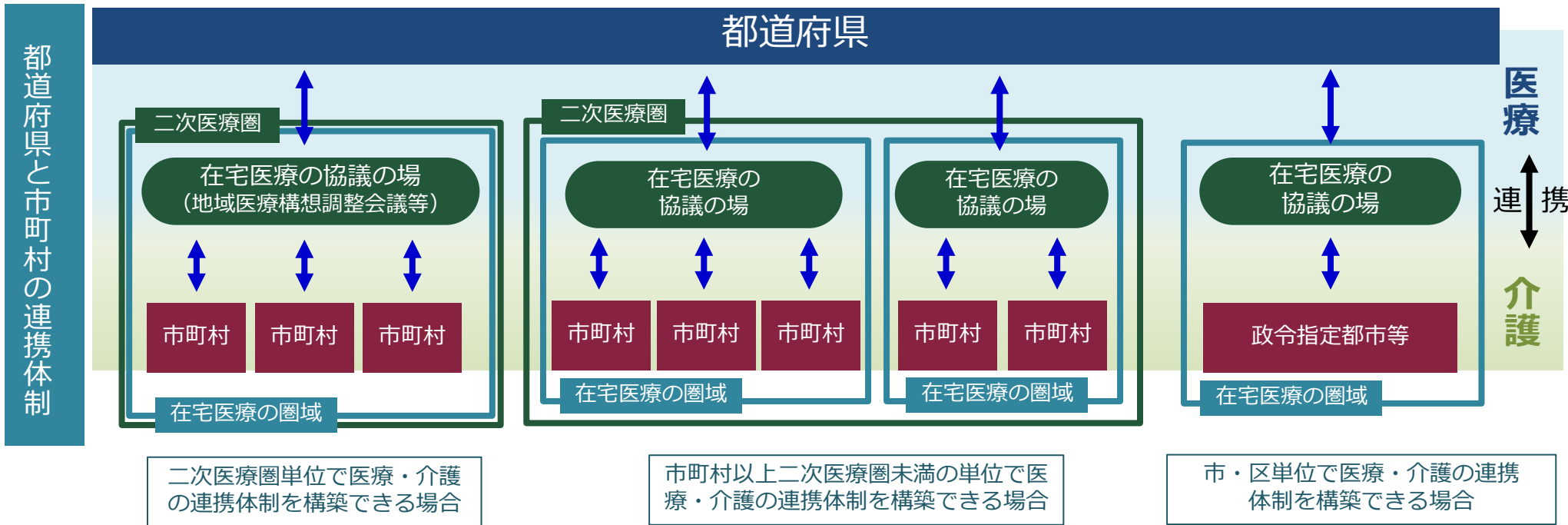
第8次医療計画の見直しのポイント（在宅医療）

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「**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**」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の**急変時に適切に対応**するための情報共有や連携を進める。また、**看取り**に際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における**業務継続計画（BCP）**の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

→**役割分担と「連携」が重要**

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見出し、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。



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

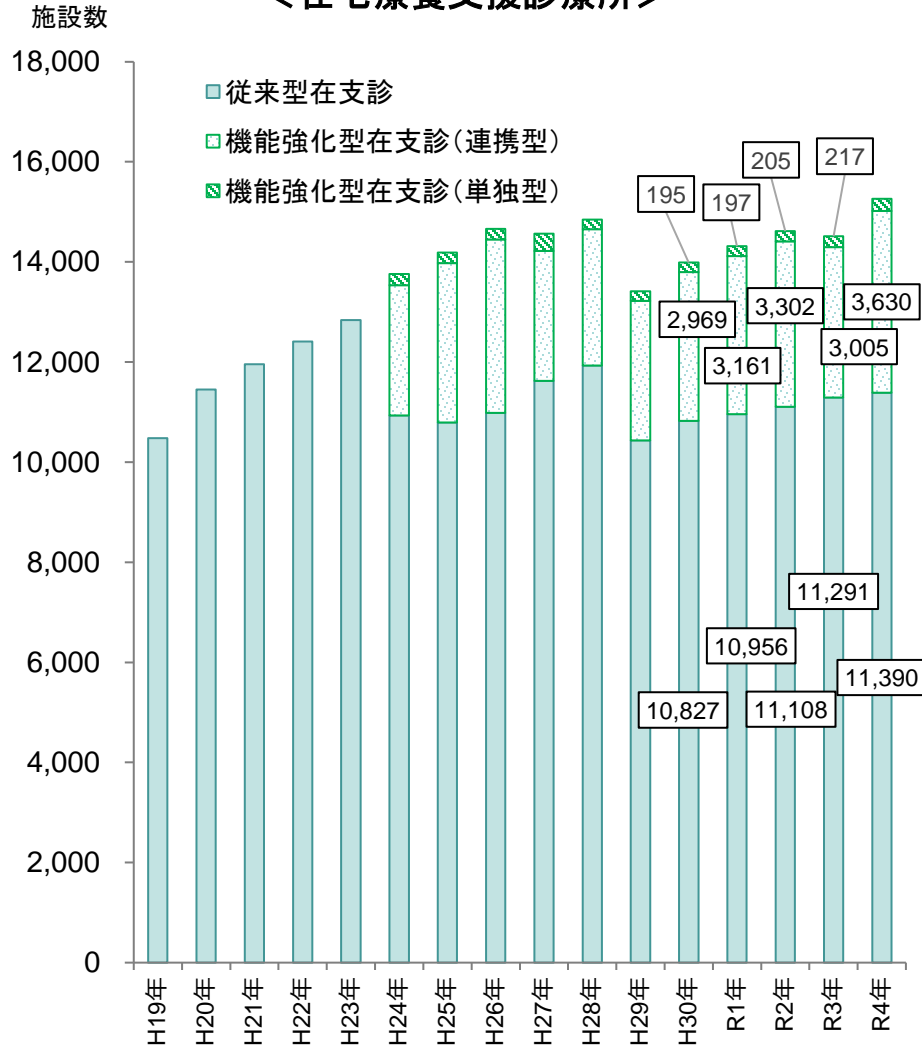
退院支援、日常療養支援、急変時の対応、看取りの確保に向け、

- 自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供、他の医療機関を支援
- 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院を想定
- 必要な医療及び介護、障害福祉サービスを確保
- 在宅医療研修を受ける機会の確保
- 災害時等にも適切な医療を提供（BCPの策定）
- 家族等への支援

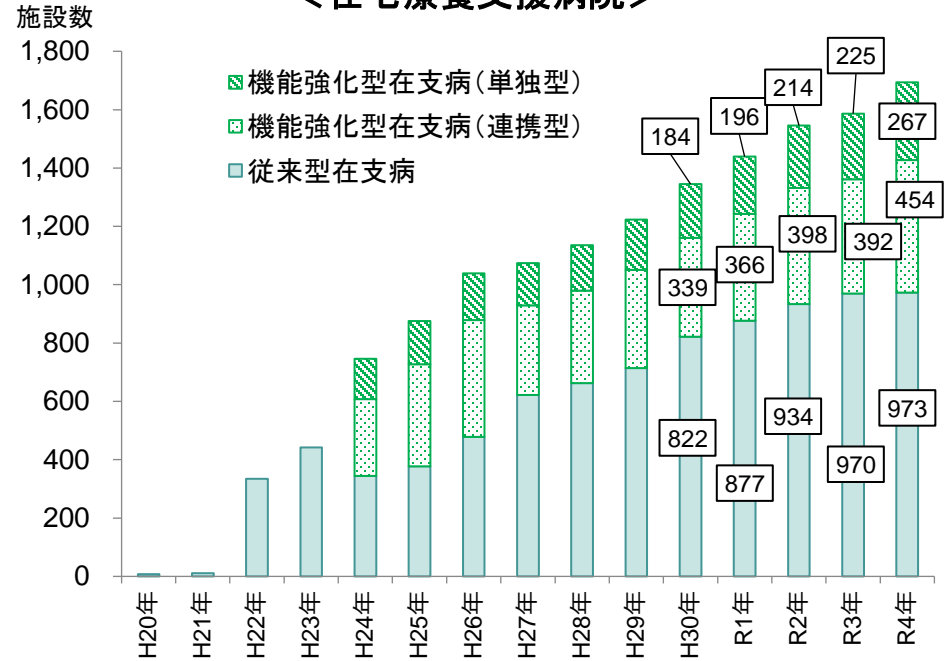
在宅療養支援診療所等の届出数

- 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
- 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和4年は増加している。

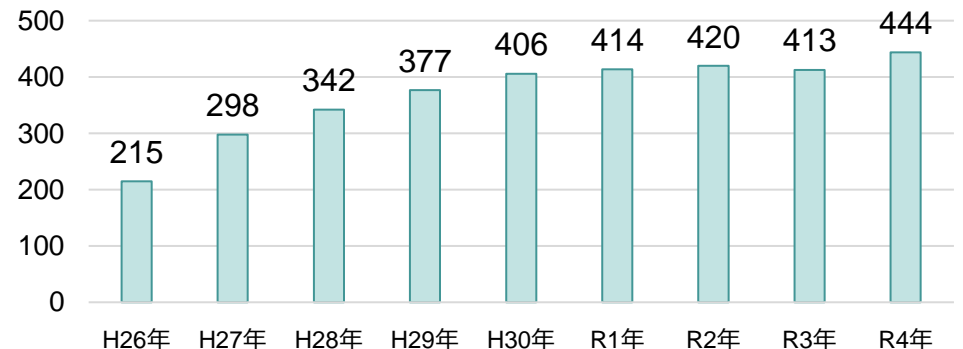
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設

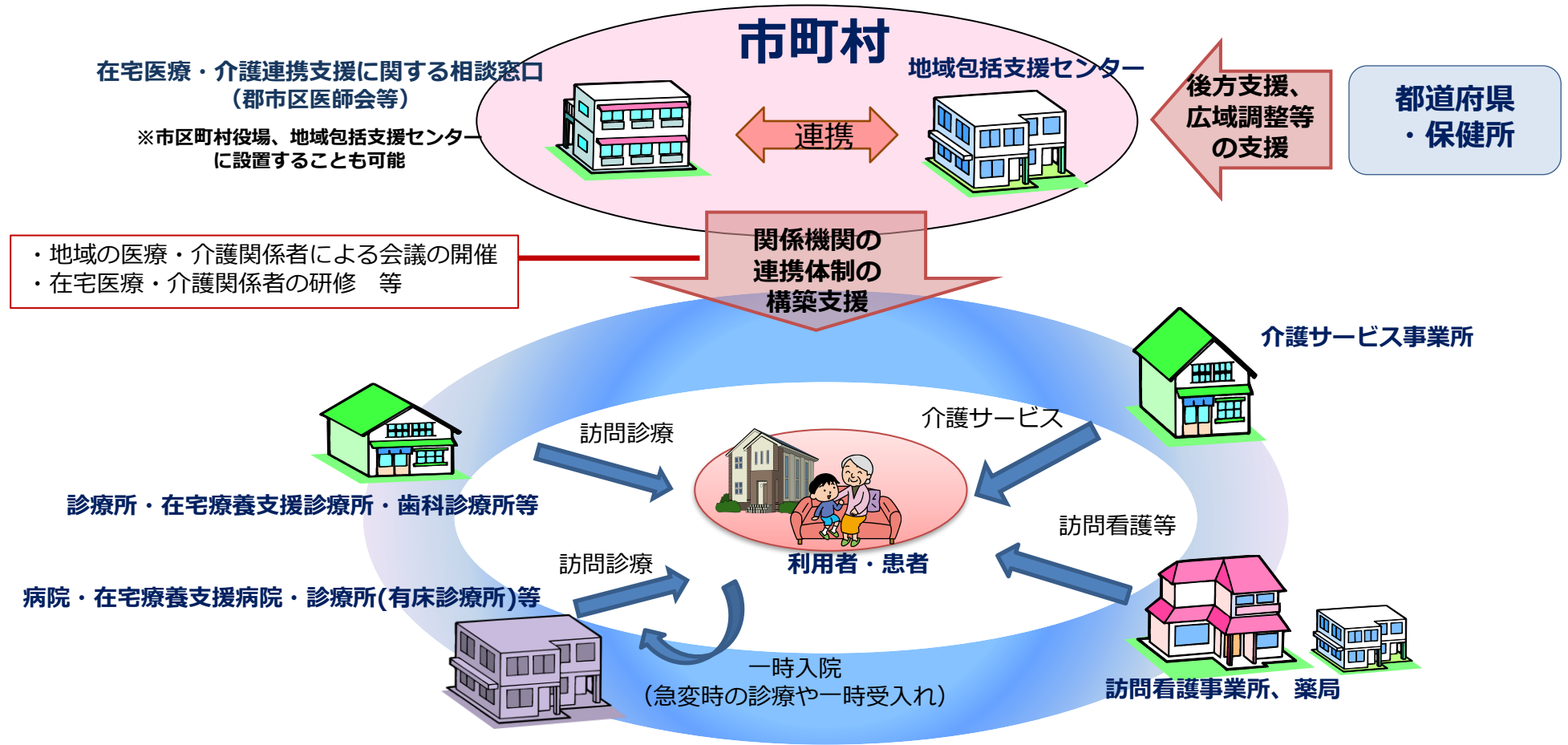


在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 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、市町村等のいずれか
- 市町村の取組（在宅医療・介護連携推進事業、障害福祉相談支援）との連携
- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的を開催
⇒各サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供
- 関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発

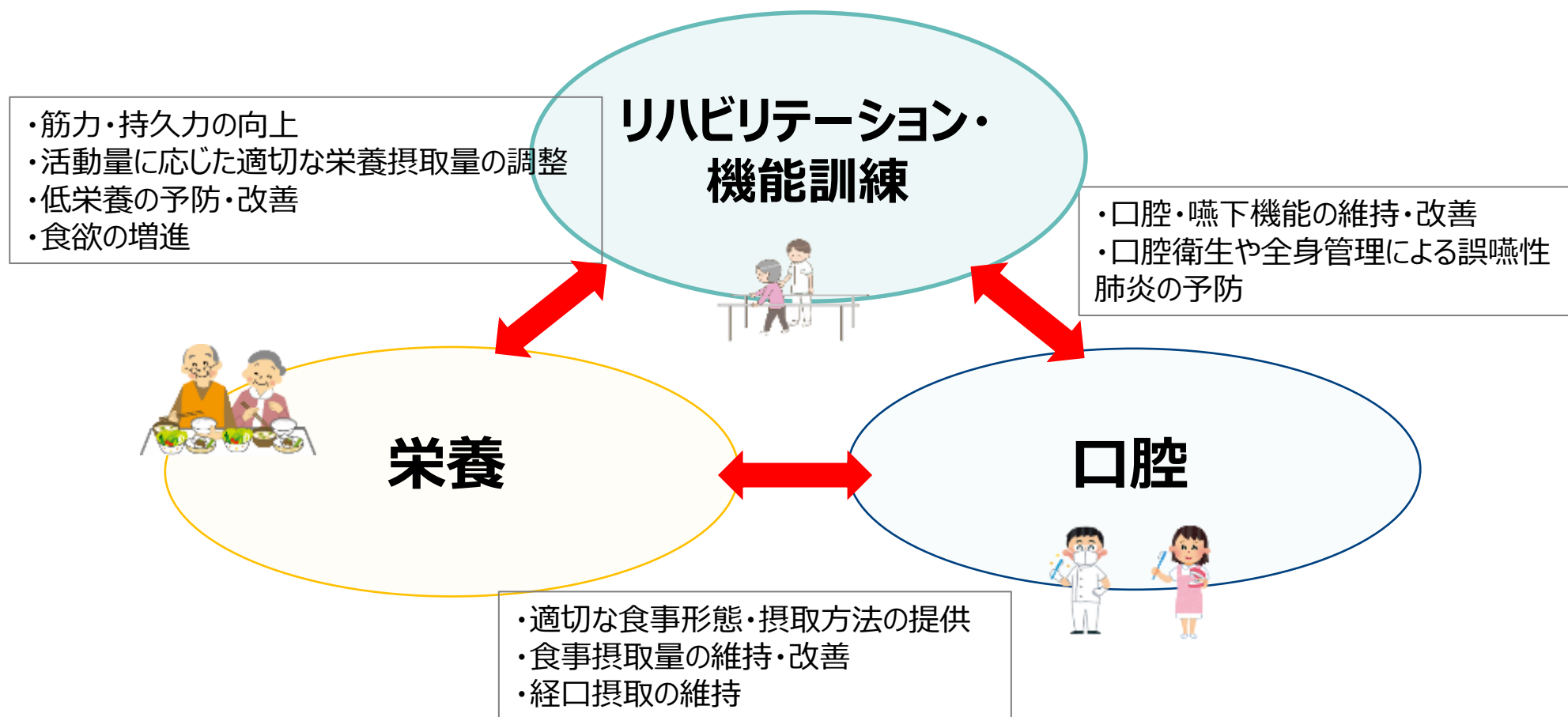
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、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
- 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



自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

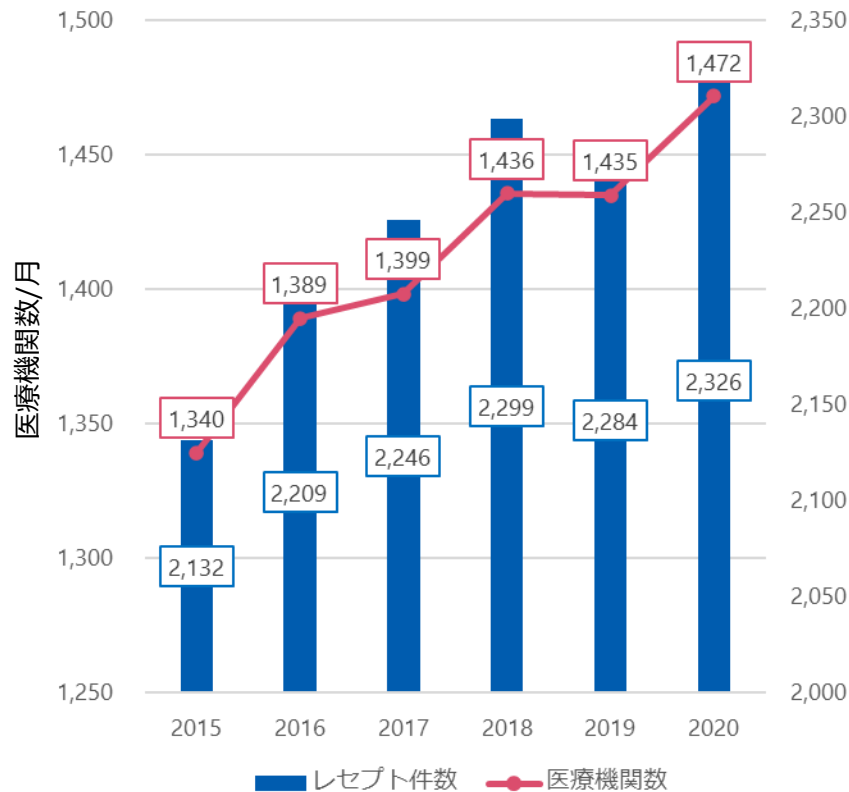
リハビリ、栄養、口腔の取組は、医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種により一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる。



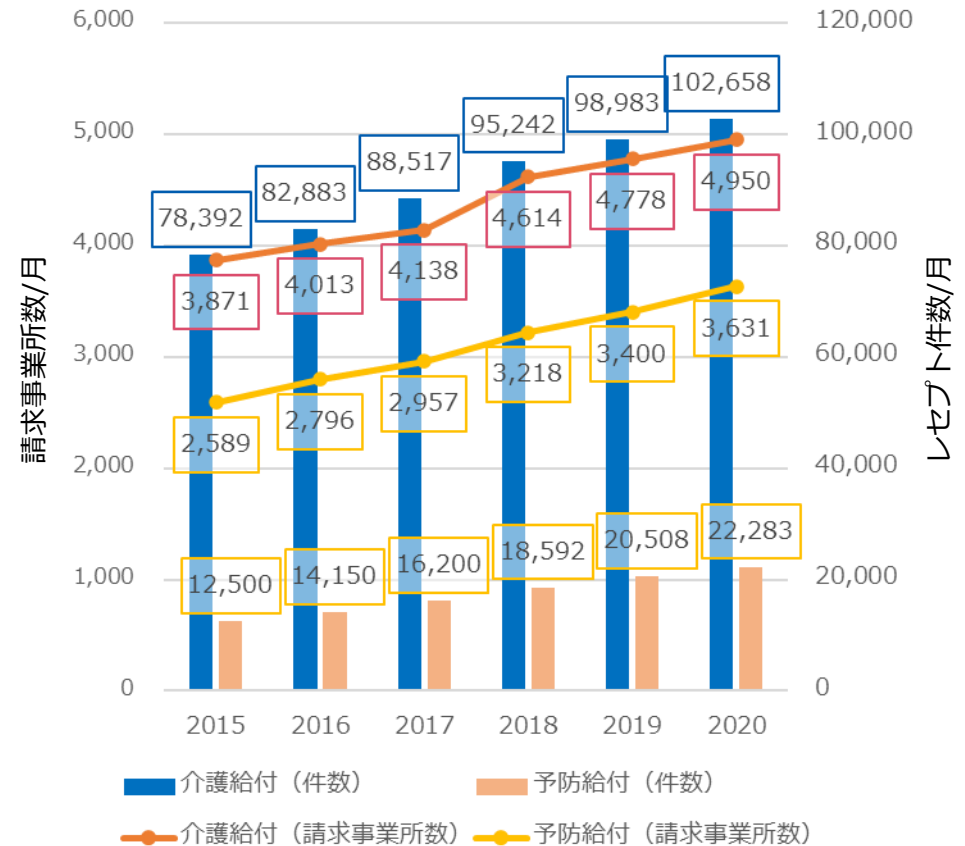
保険区分による訪問リハビリテーションの件数

医療保険での訪問リハビリテーション利用者数と比較し、介護保険での利用者数が多い。

医療保険における 訪問リハビリテーション



介護保険における 訪問リハビリテーション



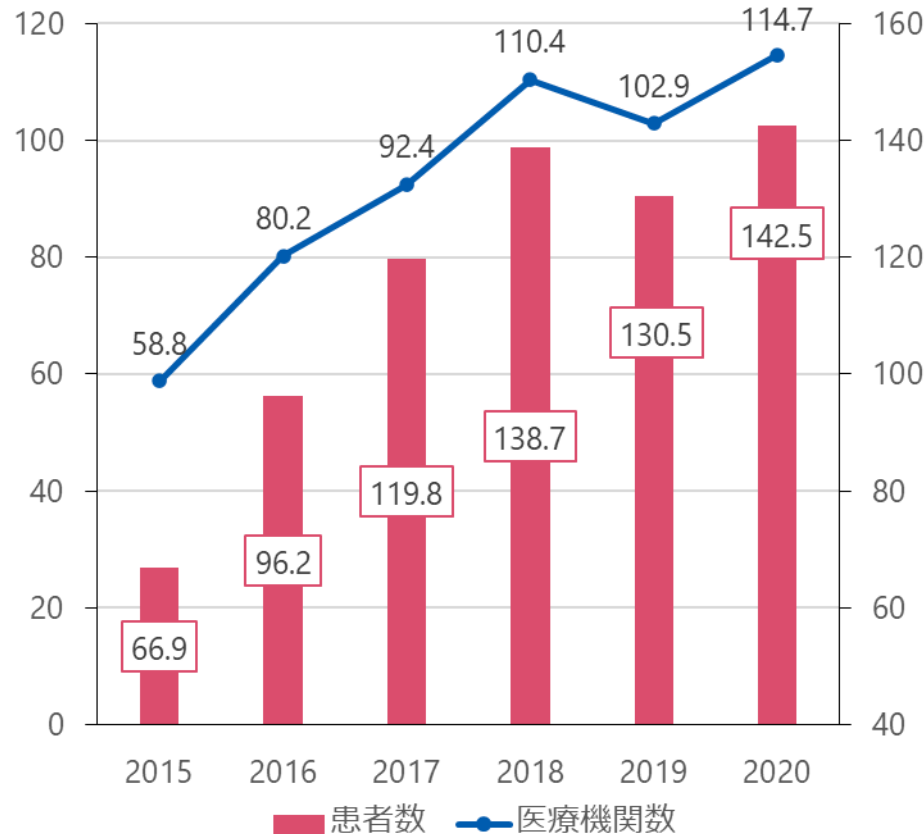
【出典】国保データベース (KDB) (2015年～2020年度診療分)
 ※ レセプト件数：在宅患者訪問リハビリテーション管理指導料
 ※ 医療機関数：1ヶ月あたりにサービス算定をした医療機関数
 ※ 月あたりの平均患者数
 ※ 京都府を除く

【出典】介護給付費実態統計 (2015年～2020年度分)
 ※ レセプト件数：介護給付費等実態統計における各年度の累計値を12で除したもの
 ※ 事業所数：年報値における翌年度4月審査分のもの

在宅での栄養食事管理の実施状況について

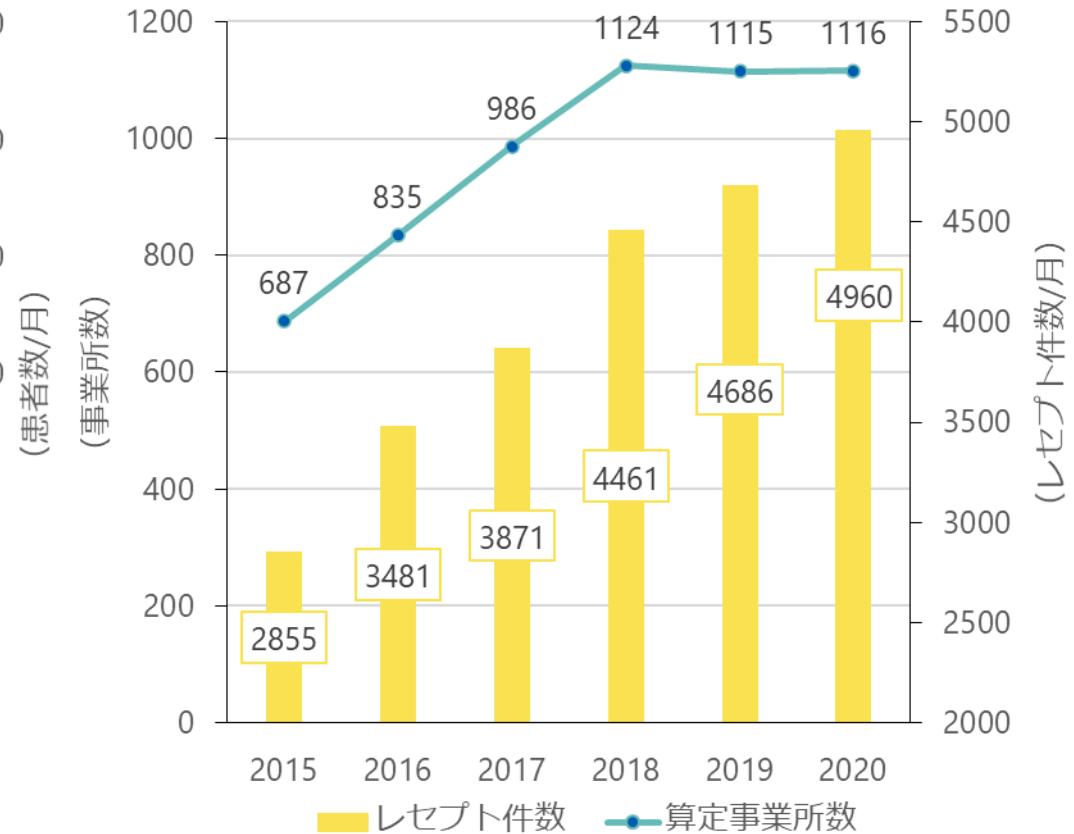
- 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定している医療機関数や患者数は、増加している。
- 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定事業所数は横ばいであるが、レセプト件数は年々増加している。

在宅患者訪問栄養食事指導



【出典】国保データベース（KDB）（2015～2020年度診療分）
 算定項目：在宅患者訪問栄養食事指導料
 ※医療機関数：1ヶ月あたりにサービス算定をした事業所数
 ※月当たりの平均患者数
 ※京都府を除く

管理栄養士による居宅療養管理指導



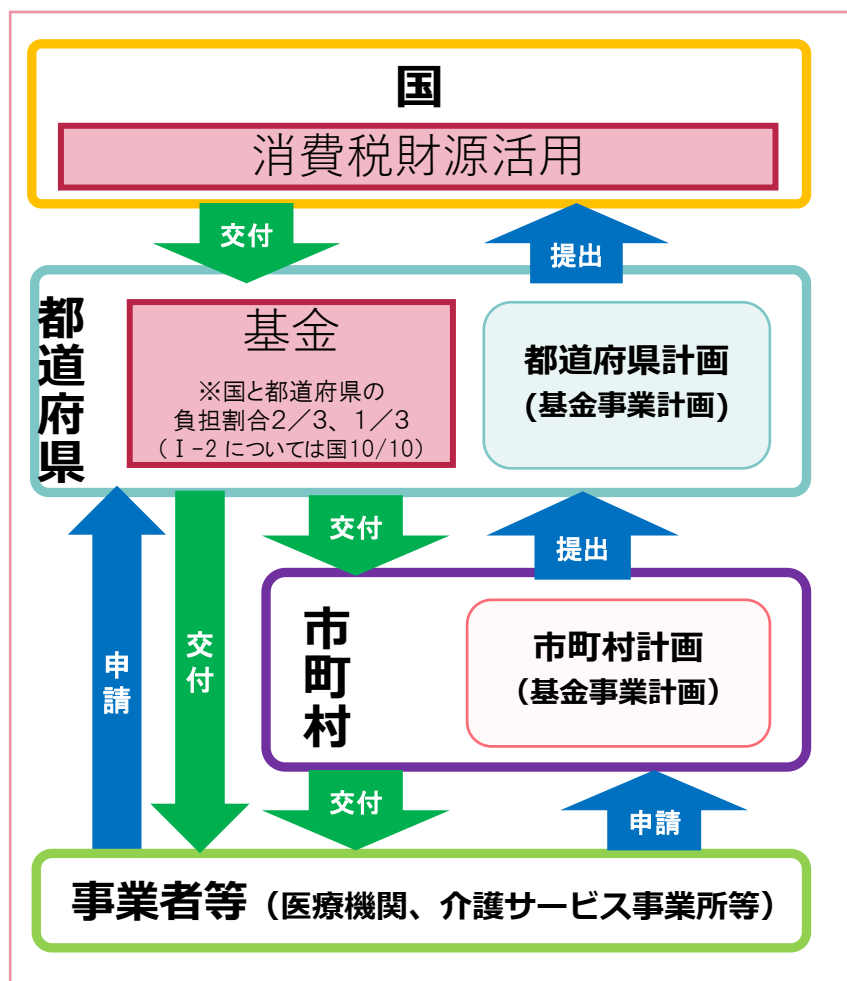
【出典】介護DB 任意集計（2015～2020年度分）
 サービス種類：管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ、介護予防管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ
 ※事業所数：サービス算定をした事業所数
 ※レセプト件数：サービスのレセプト件数/月（年度のサービスのレセプト件数を12で除した値）
 ※県外の事業所による算定は除く

在宅歯科医療の医科歯科連携体制

- 訪問歯科診療を主に担う施設として「在宅療養支援歯科診療所」がある。
- 72%の都道府県が現状把握の指標として用い、47%の都道府県が目標を設定している。
- 訪問歯科診療を行う歯科診療所が、後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携を推進することが期待される。

指標	現状把握	目標設定
在宅療養支援歯科診療所数	34(72%)	22(47%)
歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	33(70%)	20(43%)
訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	13(28%)	7(15%)
訪問口腔衛生指導を受けた患者数	7(15%)	1(2%)
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	5(11%)	1(2%)
訪問歯科診療を受けた患者数	6(13%)	3(6%)
歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	4(9%)	0(0%)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業**
- III 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

事業区分Ⅱ 居宅等における医療の提供に関する事業

令和5年度予算額:327億円(公費491億円)
(令和4年度予算額:327億円(公費491億円))
※ 予算額は区分Ⅳ(医療従事者の確保)との合算

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援など、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。

1. 在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備に資する事業

- 在宅医療の実施に係る拠点の整備
- 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援
(事業例) 在宅患者の退院調整や急変時の入院受入整備等に資する病院との連携体制の運営
- 在宅医療推進協議会の設置・運営

2. 在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業

- 在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成
(事業例) 地域医師会等における、医師に対する研修や、住民に対する広報活動
- 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施
(事業例) 機能強化型訪問看護ステーションの設置、訪問看護の人材育成の研修等

3. その他在宅医療の推進に資する事業

- 在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備
(事業例) 在宅歯科医療連携室の設置、在宅歯科相談事業
- 在宅医療における衛生材料等の円滑供給の体制整備
(事業例) 地域で使用する衛生材料等の供給拠点となる薬局の設備整備

地域の在宅医療の体制整備に向けた連携支援事業

令和6年度概算要求額 **35**百万円（一百万円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 令和6年度からの都道府県の第8次医療計画においては、「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（以下、「拠点」という。）」を位置づけることとしており、拠点においては、在宅医療の提供体制の構築や在宅医療・介護等に係る専門的な知識を有する多職種による療養指導・支援等を実施することなども求められている。
- この取組を支援するため、既存の事業や研究等から得た知見や優良事例の収集等を元に、在宅医療の体制整備・多職種連携等に関する支援パッケージを開発し活用することで、地域における在宅医療提供体制の充実を図ることを目的とする。

2 事業の概要・スキーム

◆「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業（令和5年度の老人健康増進等事業）の地域事例を参考に、国が都道府県に対し、以下の内容に関する事業を行う。

- 地域の拠点、医療機関における在宅医療の多職種連携による優良事例の調査。（5地域程度）
- 有識者（地域の実践者等）による検討会を開催し、都道府県向け研修（二次医療圏・市区町村別）や拠点の整備に課題を抱える都道府県への伴走支援を実施と、地域への支援内容の標準化（支援パッケージの開発）を目指す。（4地域程度）
- 都道府県、拠点、医療機関等からの地域における在宅医療の体制整備に関する相談窓口の設置。（電話、メールを含む）
- 相談支援を効率的に行う、資材（パンフレットなど）の開発・提供。
- 地域の医療機関、在宅医療のコーディネーター（保健師、看護師、医療ソーシャルワーカー等）を対象とした研修会、勉強会の開催。

◆令和6年度の支援メニュー（例）

- 拠点整備の課題・運用に関すること。
- 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築に関すること。

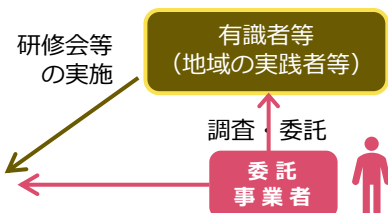


都道府県・自治体



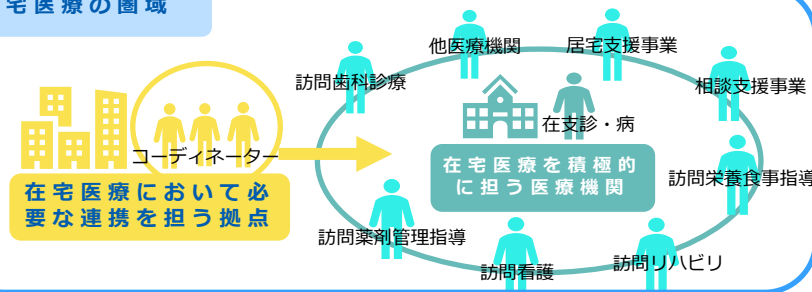
<支援パッケージの開発・検討>

在宅医療の体制整備の優良事例の調査・収集



研修会等の実施

在宅医療の圏域



<伴走支援・相談窓口の設置>

- 在宅医療の拠点の整備に課題を抱える都道府県への伴走支援。
- 地域における在宅医療の体制整備に関する相談窓口の設置。

3 実施主体等

委託事業：コンサルを想定。

在宅医療関連講師人材養成事業

令和5年度予算額（令和4年度当初予算額）：21百万円（23百万円）

1 事業の目的

全国の在宅患者数は、2040年度以降にピークを迎えることが見込まれているが、2025年度以降は、現役世代の急減が見込まれており、医療職種の人材確保が困難になることが想定される。

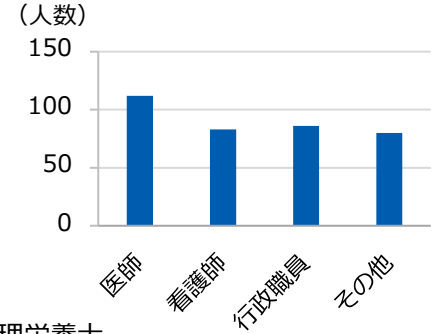
第8次医療計画においては、「在宅医療に必要な連携を担う拠点（以下「拠点」という。）」を中心に、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を図ることが求められている。

本事業では、**在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成することに加え、在宅医療のコーディネートを進める人材の役割やあり方についても調査**を行い、地域の人材育成のためのプログラムの開発等を行うことを目的とする。

2 令和4年度の受講者数

○医師	: 112名
○看護師	: 83名
○行政職員	: 86名
○その他*	: 80名

合計
361名



*その他には、薬剤師やPT・OT・ST、管理栄養士、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー等が含まれる。

3 事業の概要・スキーム

1) 研修プログラムの開発

- ・ 広く在宅医療に関する知識を備え、高齢者、小児、訪問看護分野に加え、在宅医療に関する人材養成研修に係る講師を担うにふさわしい人材を養成するための研修プログラムを以下の内容も踏まえ、作成。
- ・ 在宅医療で求められるコーディネーターの役割やあり方について、拠点等に対する調査の実施。
- ・ 在宅医療に関するオンライン等でも実施可能な効果的な研修方法の調査・開発。

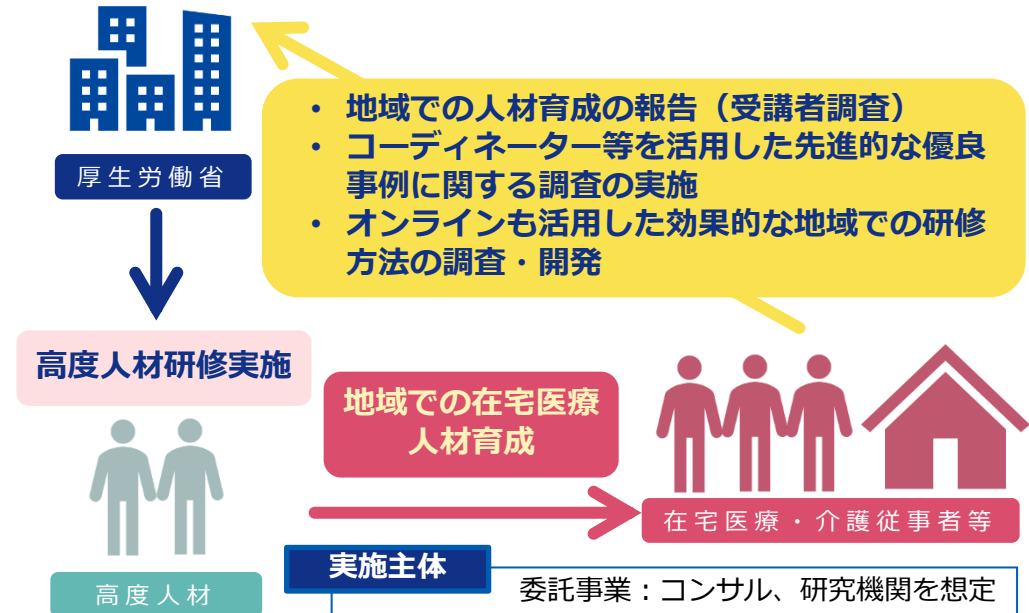
2) 研修の実施

- ・ 開発した研修プログラムを活用し、動画配信等を含む事前学習とグループワークを実施。

3) 地域での人材育成の実態把握

- ・ 受講者が、地域で自治体と連携しながら中心的な存在として活躍し、在宅医療人材育成を実施しているかについて実態把握。

4) 地域での先進的な優良事例の横展開



1 事業の目的

<背景・課題>

- 国民の多くが、自宅等の住み慣れた環境での療養を希望している。しかし、実際には、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと話し合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの方が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
- そのため、地域において、本人の病状や希望する医療・ケアや療養場所、延命措置に対する要望等、本人の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が必要となっている。

<対策> **本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援**

- 先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅療養者等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定や、人生の最終段階の医療・ケアをどのように考えていくか等についての住民向け普及・啓発に取り組んでいる。
- このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定するための工程が進むよう、重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重されるための環境整備を進める。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

問題意識

- ・ 看取り期における本人の意思に沿わない搬送
- ・ 生命の危機が迫った状態で自らの意思表明できない状態での搬送等、救急現場や医療現場や医療現場での対応に課題が生じている

対策の方向性

- ・ 自治体、救急医療（消防）、在宅医療機関関係者が、地域の実情に応じ、本人の意思を共有するために必要な情報や連携するためのルール等を策定していく工程の支援を実施

平成29年度～令和元年度

先進事例の調査

- ・ 既に連携ルール等を運用している先進自治体（市町村）の取組（連携ルールの運用に至る工程、課題等）※を調査
- ※（例）
- ・ 救急現場や医療機関等における本人の疾病等や療養に関する希望等の把握・共有する方法
- ・ 救急要請時の搬送に関するローカルルールの策定、運用
- ・ 入院が必要な際にスムーズに受け入れるための連携体制や病院側が必要とする患者情報
- ・ 在宅療養に戻る際に在宅医療関係者が必要とする患者情報等
- ・ 人生会議の住民向け普及・啓発等

市町村版セミナーの実施

- ・ 有識者や先進自治体（市町村）の支援のもと、連携ルールの検討等に必要となる工程表の策定について、講習やグループワークを実施。（対象：自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等）
- ・ 策定した工程表の実施状況の把握等フォローアップを実施。
- ・ 実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組めるようマニュアルを盛り込む。

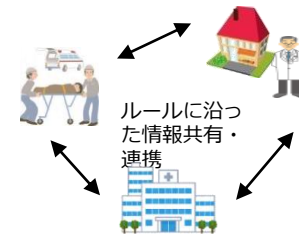
令和2年度～

都道府県版モデル事業の実施

- ・ 都道府県（2か所程度）に管下市町村の連携ルール作りに取り組んでもらう。
- ・ この際、過去の当セミナーの内容を参考にしつつ、シンクタンク等業者が事業実施を支援。
- ・ 実施後、シンクタンク等業者は事業の効果等を検証し報告書にまとめる。また、都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成し、新たな課題等に応じて改訂する。

将来の目標

- 各都道府県が管下市区市町村と協力し、
- ・ MC協議会と在宅医療機関の橋渡し
- ・ 地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。



実施主体

委託事業：コンサルや研究機関等を想定

在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業

令和5年度予算額（令和4年度当初予算額）：15百万円（15百万円）

1 事業の目的

<現状・課題>

○在宅医療を担う機関は、自然災害や今般の新型コロナ等、医療設備への被害、従業員が感染した場合等においても、在宅療養患者に対し、在宅医療の診療体制を維持し継続的な医療提供をすることが求められる。

○病院等の一定程度の規模を持つ医療機関では、BCPの策定等を通じて、災害時における医療提供体制が強化されつつある。一方、在宅医療機関等は小規模であり、BCP策定等を行うにも体制が脆弱な上、病院と違い、患者が在宅で療養している等の特性があり、これまでのBCPの枠組みでは対応しきれない部分がある。

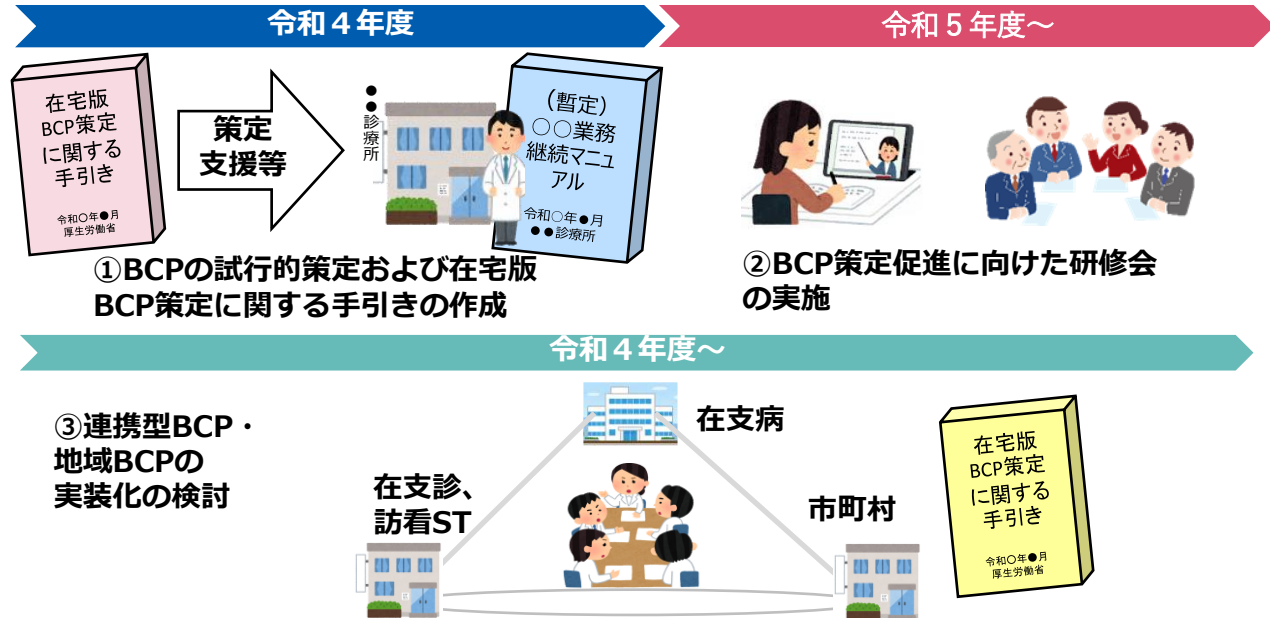
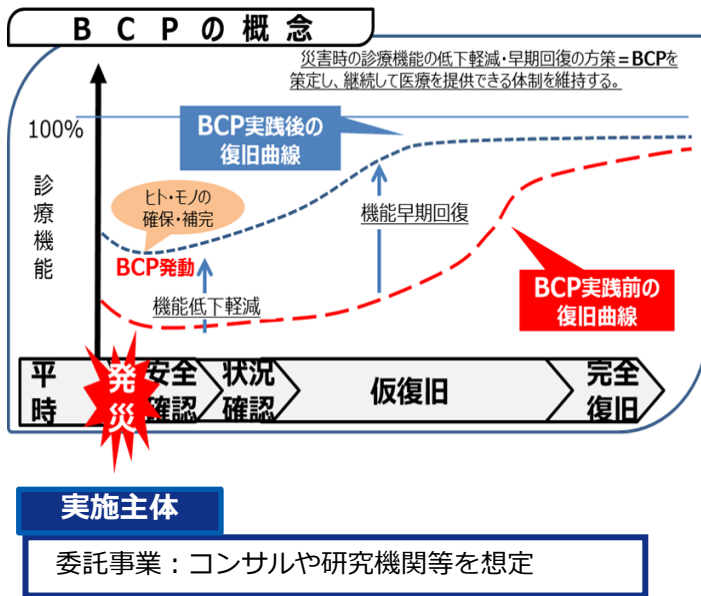
○また、令和6年度から開始される第8次医療計画においては、昨今の災害の被害状況を鑑み、平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進めるとともに、災害時における業務継続計画（BCP）の策定を推進することとしており、在宅医療提供機関がBCP策定を推進するための支援が不可欠である。

<対応>

○令和5年度は、令和4年度に作成した在宅版のBCP策定に関する手引きを用い、BCP策定促進に向けた研修会を開催する。

○在宅医療は、在宅医療受療者を取り巻く様々な職種や機関等の連携で成り立っており、地域内での有機的な繋がりが不可欠であるため、関係諸機関との連携を見据えた連携型BCP、さらには地域包括ケアシステムにおける役割や関係性を念頭に置いた地域BCPへのスケールアップを図り、地域における在宅医療版BCPの実装化につなげる。

2 事業の概要・スキーム・実施主体



医療計画

- 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。

計画期間

6年間（第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直し）

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

○ 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…6つの事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）

- ・ 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）。

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

○ 地域医療構想

○ 医師の確保に関する事項

地域医療構想について

- 地域医療構想は、**中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化**を見据え、**医療機関の機能分化・連携を進め**、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
 - ・ 各構想区域における2025年の医療需要と「病床数の必要量」について医療機能（高度急性期・急性期・回復期・**慢性期**）ごとに推計し地域医療構想として策定
 - ・ 各医療機関の現在の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により把握
 - ・ 各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施
- 都道府県は「**地域医療介護総合確保基金**」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。

さらに自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

2022年度病床機能報告について

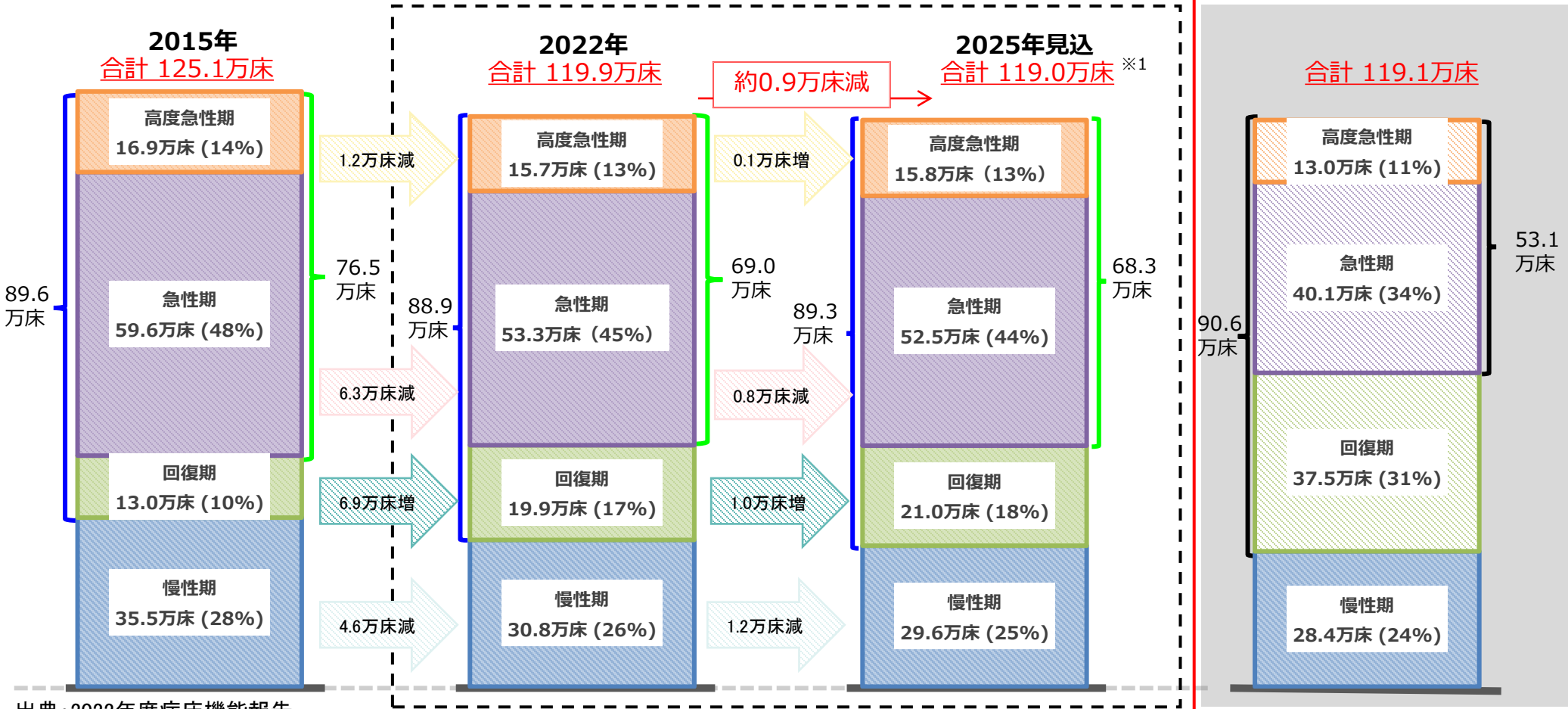
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)※4 ※6)



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 12,171/12,590(96.7%))

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,399床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

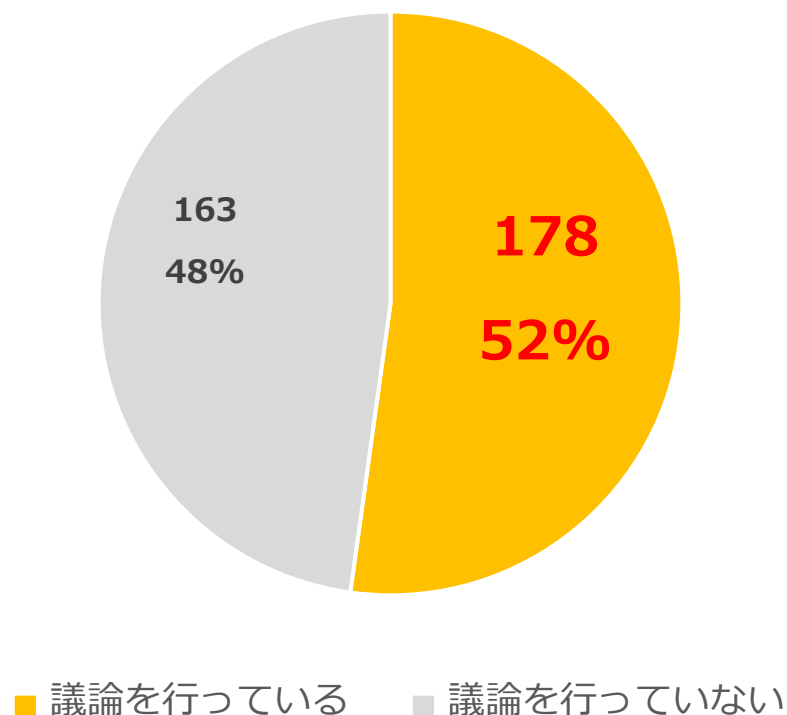
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 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。

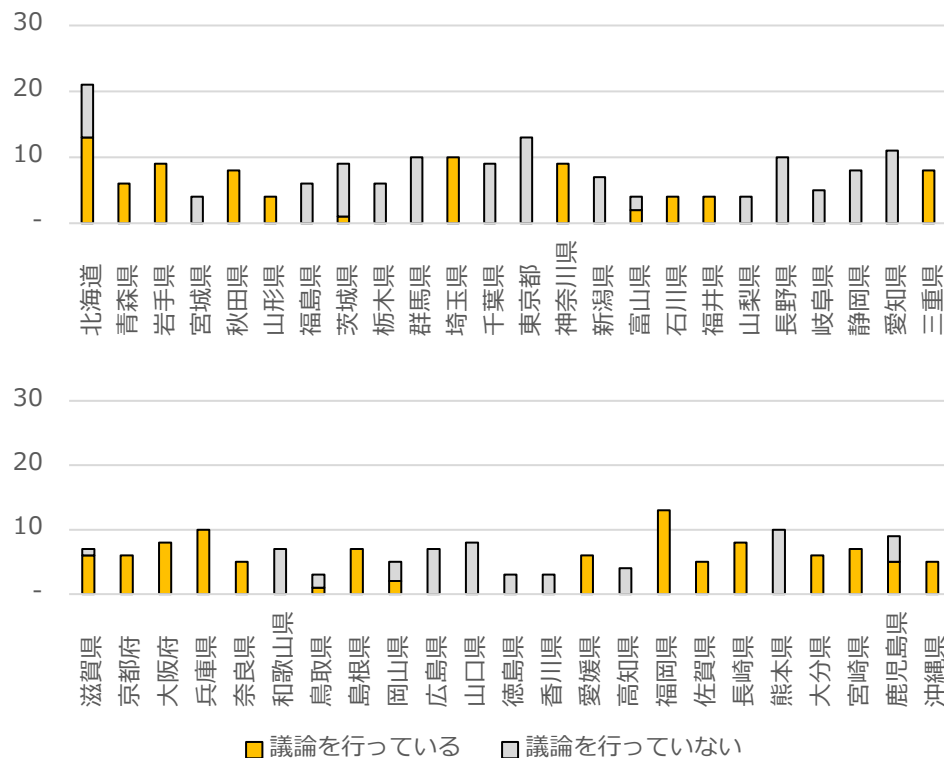
地域医療構想調整会議における在宅医療の議論の状況

地域医療構想調整会議における在宅医療の議論の状況

構想区域単位



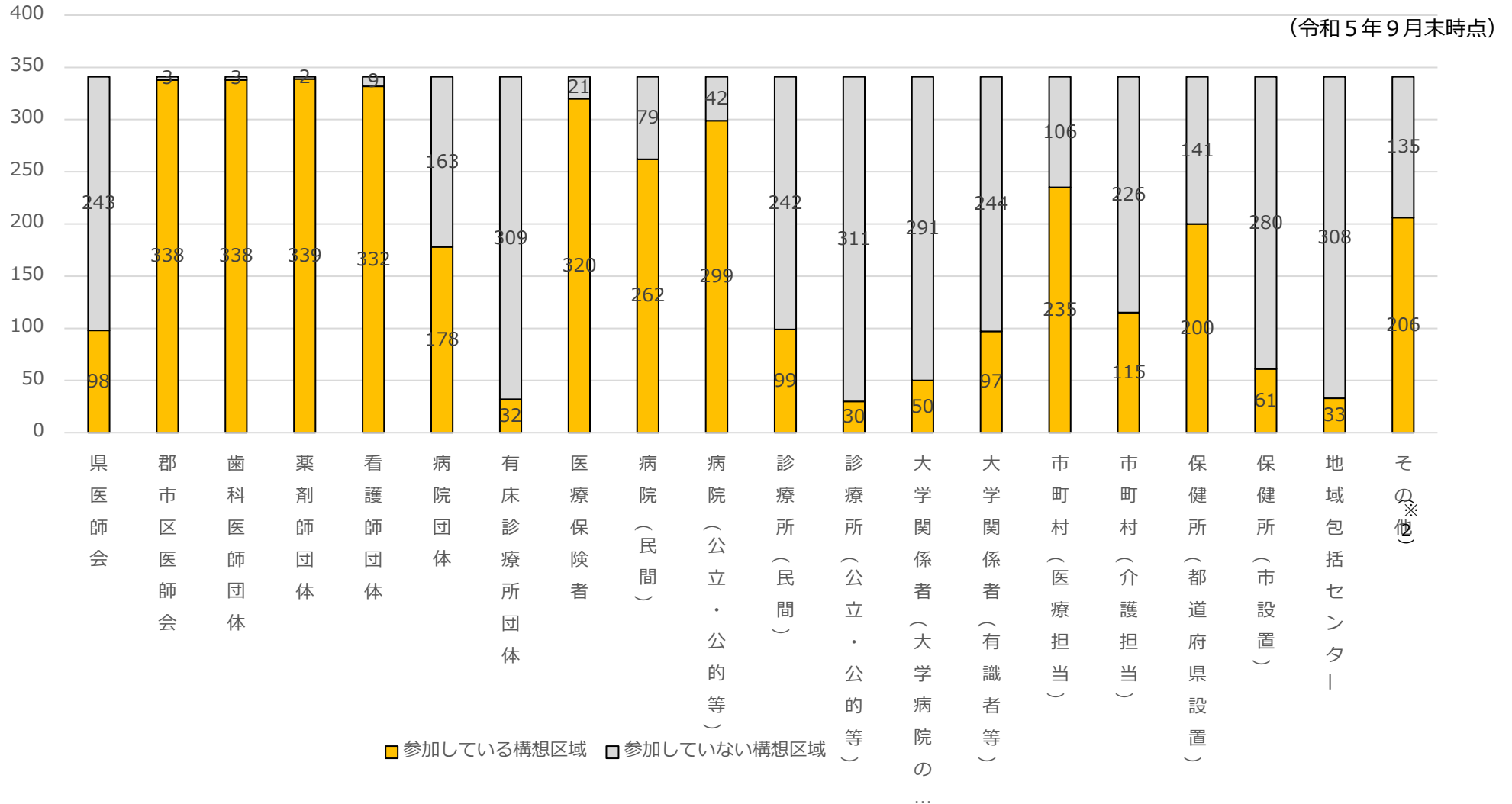
都道府県別区域数



※ 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の構成員の状況

○ 「郡市区医師会」「歯科医師団体」「薬剤師団体」「看護師団体」及び「医療保険者」は、ほとんどの構想区域で参加している。

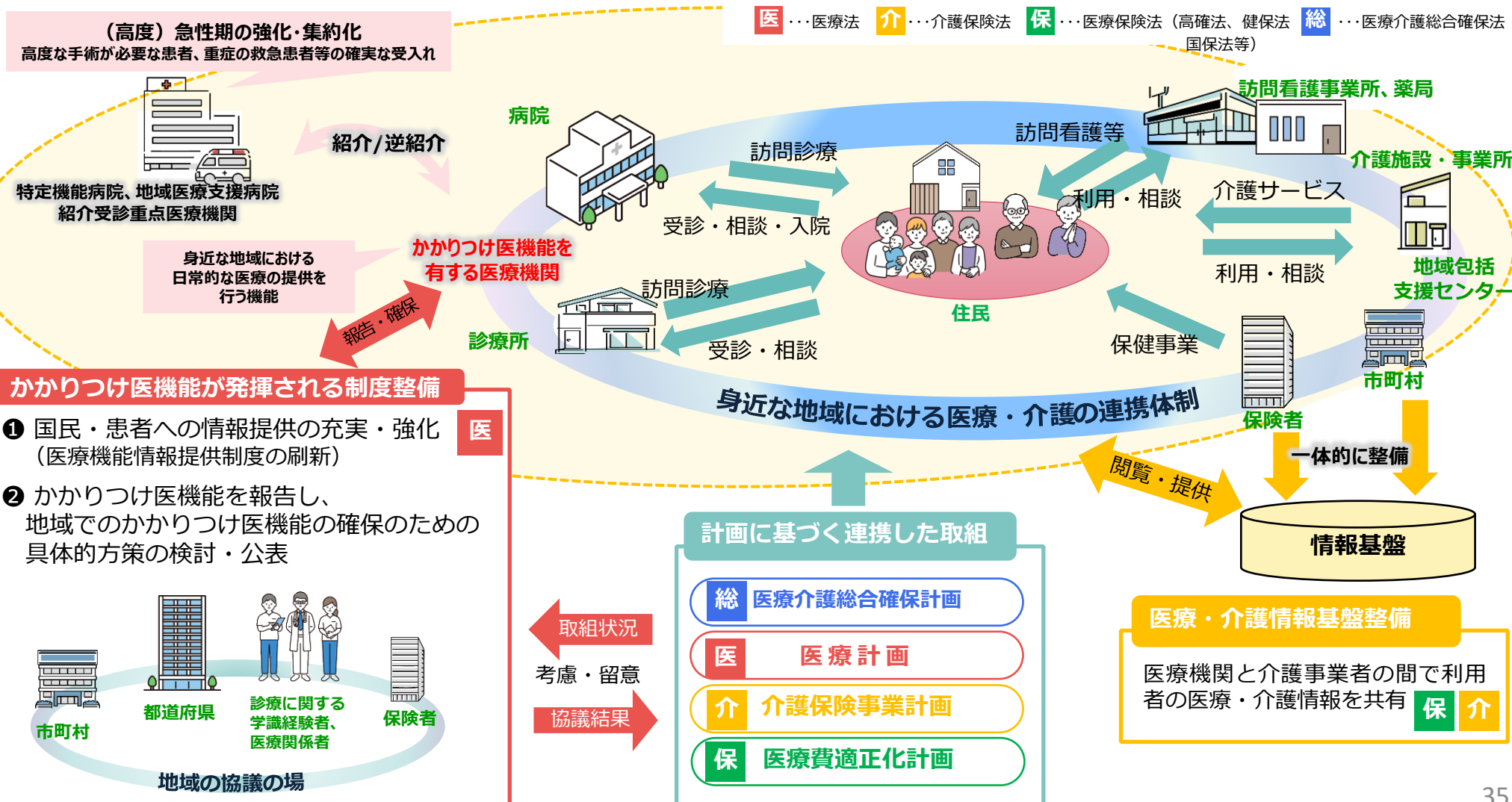


※1 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

※2 社会福祉協議会、消防本部、訪問介護ステーション協議会、介護・福祉関係団体、住民代表 等

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②**在宅医療の提供**、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

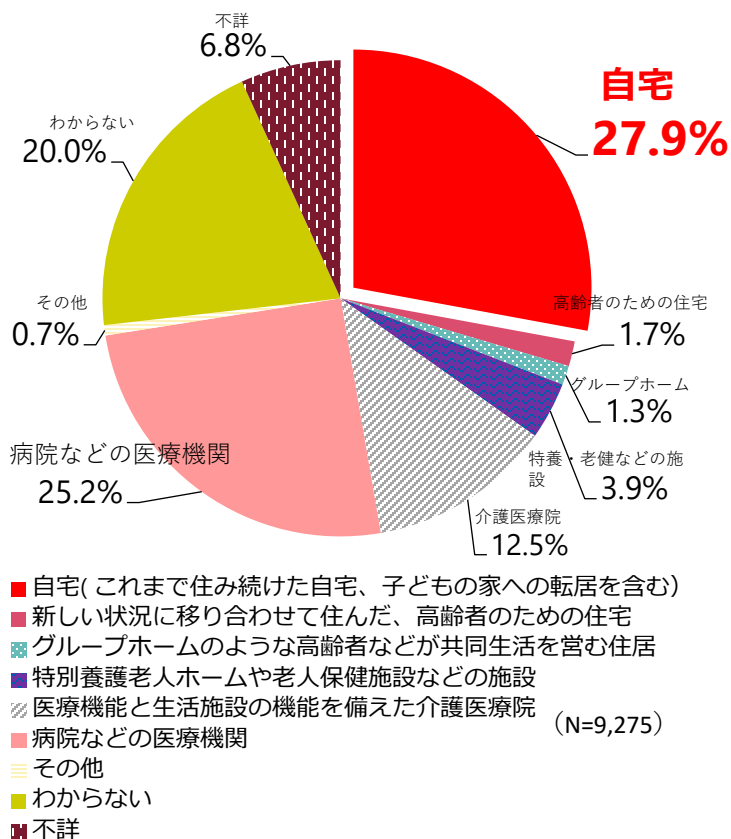
(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

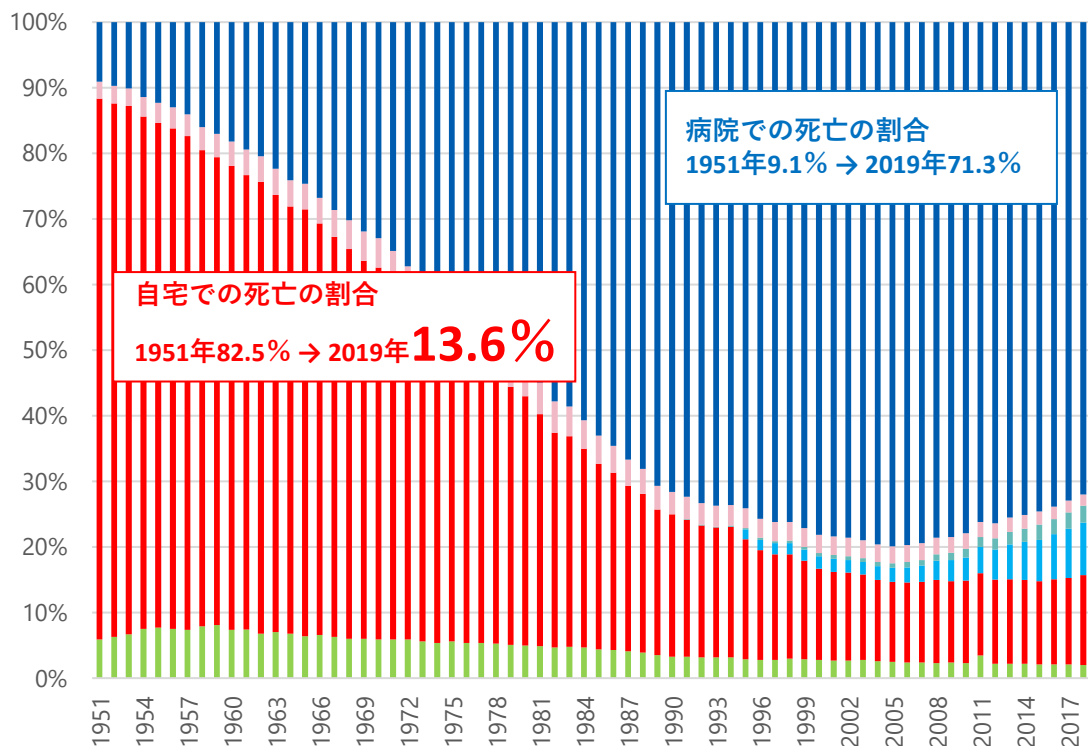
最期をむかえるときに生活したい場所と死亡場所の推移

- 国民の約3割は、「最期をむかえるときに生活したい場所」について「自宅」を希望
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

人生の最期をむかえるとき生活したい場所



■ その他 ■ 自宅 ■ 老人ホーム ■ 介護老人保健施設 ■ 診療所 ■ 病院



※老人ホーム：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム
 ※自宅：自宅の他、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む。

普及・啓発の目的と必要性

○人生の最終段階において、**本人の意思に沿った医療・ケア**が行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透し、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要。

○このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、**アドバンス・ケア・プランニング(ACP)***等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性について、一層の普及・啓発が必要。

※人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

普及・啓発における留意事項

- 誰もが日常的に話し合える環境づくりを進めることが重要であること
- 国民一人一人が、希望する人生の最終段階を迎えることができるようにするために
行うものであり、決して医療費削減、営利目的等のために行うべきものではないこと
- あくまで個人の主体的な取組によって考え、決定されるものであり、知りたくない、
考えたくない、文書にまとめたくないという方への十分な配慮が必要であること
- ACPは、これまで既に、人生の最終段階に至る前の段階から、価値観、人生観も含
めた十分なコミュニケーションを踏まえて医療・ケアの内容が決定されてきた実態の延
長線上にあること

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が
確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における
医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が
確認できない

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

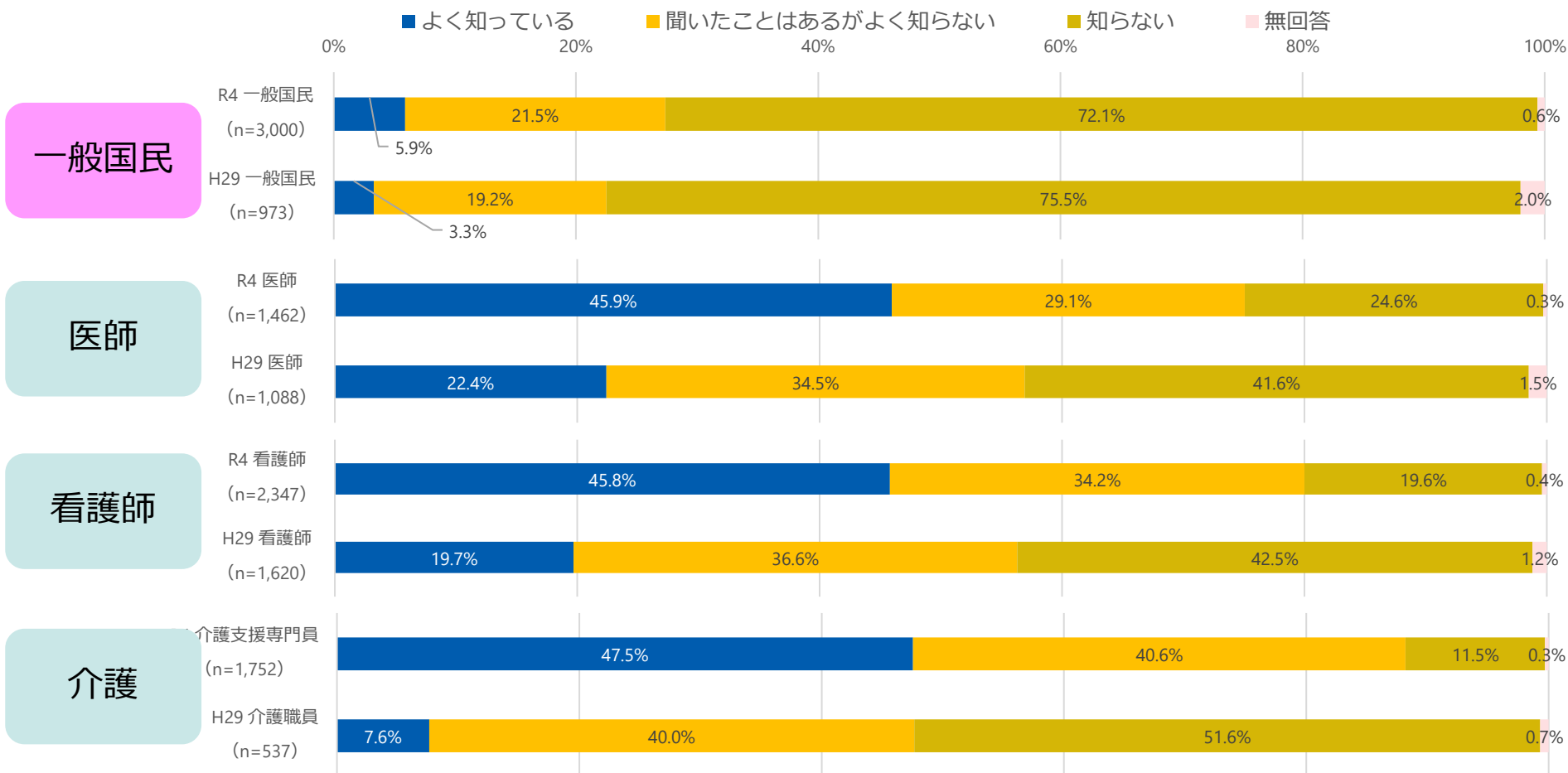
→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって決めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の結果の概要①

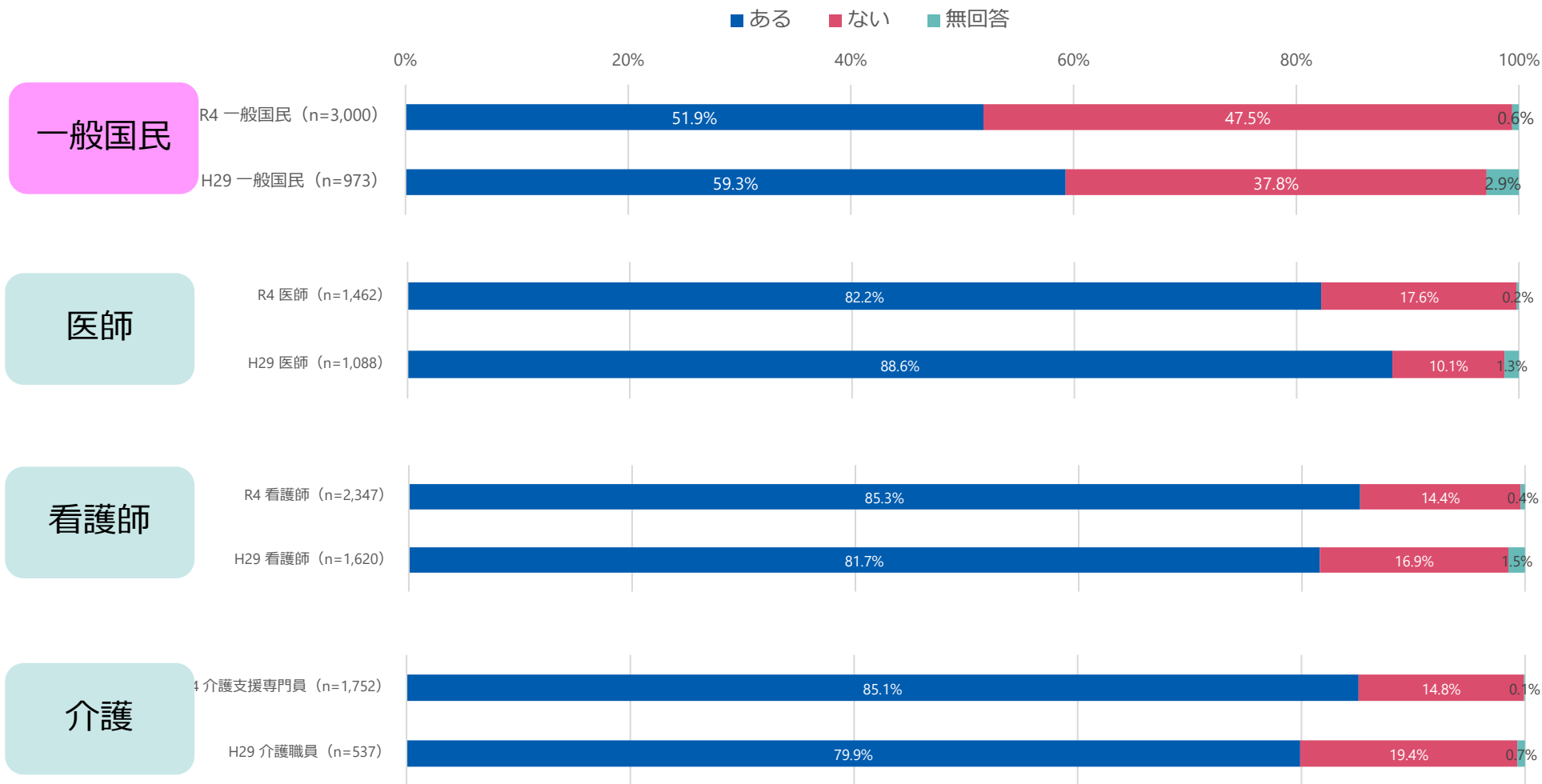
人生会議（アドバンス・ケア・プランニングACP）について知っていたか？



※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。

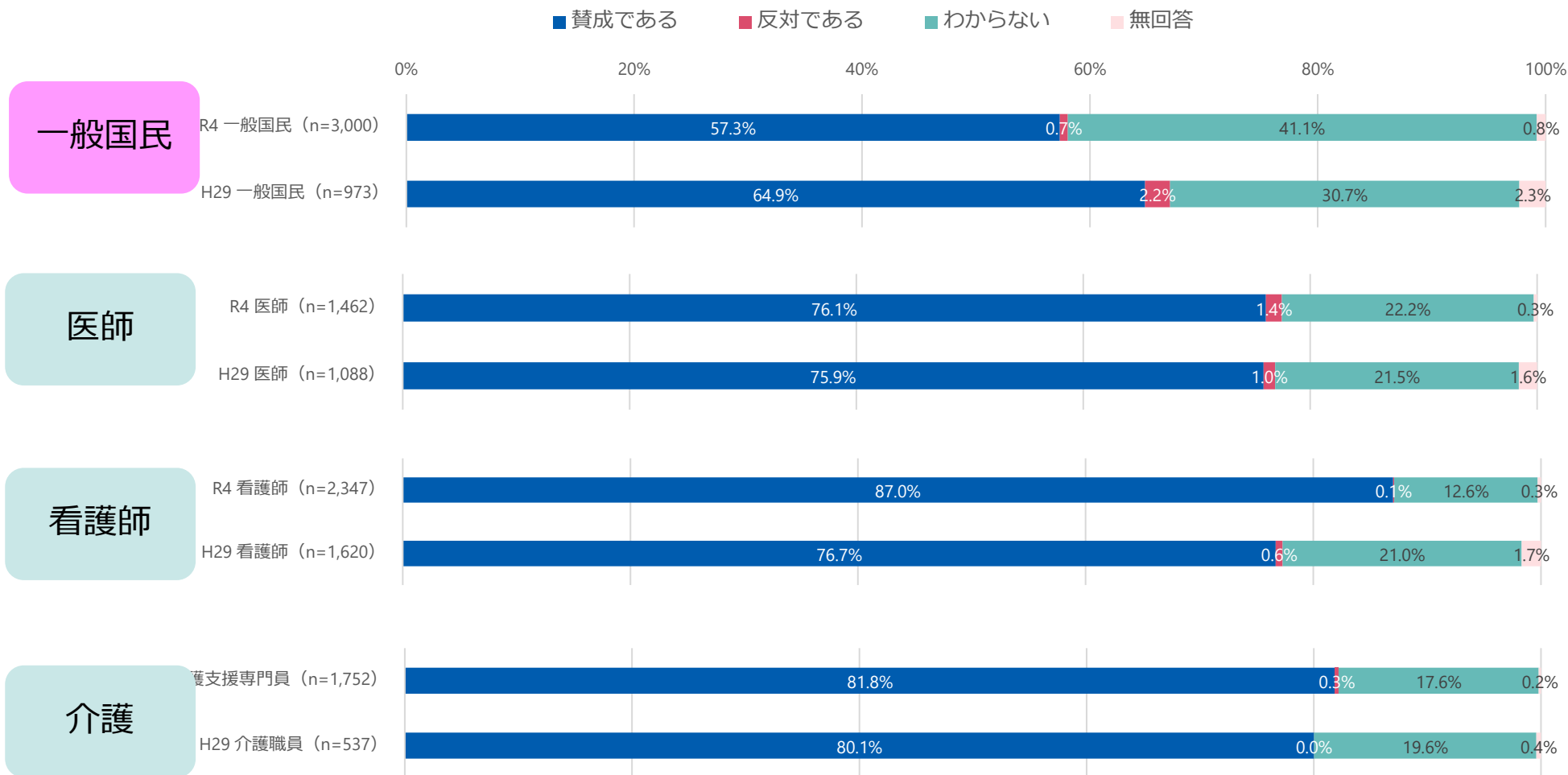
「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の結果の概要②

人生の最終段階における医療・ケアについて考えたことがあるか？



「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の結果の概要③

人生会議を進めることについて、どう思うか？



人生の最終段階における医療・ケア体制整備等事業

事業の目的

人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の相談に適切に対応できる体制を強化するため、医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国で実施するとともに、人材育成研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成を実施。また、国民への普及啓発も併せて実施している。

事業の概要

研修事業

医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム

（診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設等が連携し、多職種チームで参加することも推奨）

プログラム	主旨、構成内容
講義	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説
講義 (STEP1)	意思決定する力ついて（グループワークと発表）
グループワーク1	
講義 (STEP2)	本人の意思の確認ができる場合の進め方（グループワークと発表）
グループワーク2	
講義	アドバンス・ケア・プランニング
講義	ACPの実践を学ぶ　もしものときについて話し合いを始める
ロールプレイ1	本人の意思を推定する者を選定する 治療の選考を尋ね、最善の選択を支援する
講義 (STEP3)	本人の考えを推定する 多職種及び家族等も含め、本人にとって最善の方針について合意する (グループワークと発表)
(STEP4)	
グループワーク3	

普及啓発事業

対象者

一般の方

事業概要

「人生会議」普及啓発のための国民向けイベントの開催や動画等の作成

令和5年度人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング） 国民向け普及啓発事業の取組について

令和5年度においては、11月30日（木）の「人生会議の日」に先立ち、11月29日（水）、一般国民を対象に人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）を知り理解するきっかけの提供を目的としたシンポジウムを開催予定。

シンポジウム概要

あなたが望む生き方 今から始める人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_35890.html

概要

1. 開催日時
令和5年11月29日（水）18時～19時45分（開場 17時30分）
2. 開催場所
イイノホール（〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-1-1 飯野ビルディング）
3. 参加について（参加無料・要申込）
どなたでも参加可能。
開場参加希望者用申込フォーム：
<https://pro.form-mailer.jp/lp/3a1c759f282887>

※申込期限：令和5年11月28日（火）18時
※報道関係者は、ACP事務局（acp@asahi-ag.co.jp）宛に直接連絡。

進行内容

1. 基調講演1「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）とは」
2. 基調講演2「人生会議（アドバンス・ケア・プランニング）の実際（事例紹介）」
3. パネルディスカッション

※進行内容は諸般の事情により変更の可能性あり。

登壇者

1. 基調講演1
竹之内 沙弥香
（京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 先端基盤看護科学講座 看護倫理学分野 准教授）
2. 基調講演2
紅谷 浩之（医療法人社団オレンジ 理事長）
3. パネルディスカッション
基調講演登壇者2名
ヒロシ（芸人） 砂田 麻美（映画監督・脚本家）
4. 司会進行
中井 美穂（フリーアナウンサー）

その他

1. 天候、自然災害等の諸事情により、中止又は内容変更の可能性あり。
2. シンポジウム当日、厚生労働省YouTube公式アカウントからライブ配信を実施予定。
<https://youtube.com/live/xCBFnGCiRr8>

本シンポジウムに関する問い合わせ先
ACP事務局（株式会社旭エージェンシー内）
E-mail：acp@asahi-ag.co.jp / TEL：03-4570-2420

在宅療養支援病院に求められる役割

- **人口構造・疾病構造の変化**
 - 医療ニーズの変化を捉える
 - がん、認知症等に対応
- **医療計画**
 - 「連携」を考える
 - 人材育成を含め、「連携」のハブに
- **人生会議**
 - 理解を進める
 - 普及啓発を推進