

# 2023年度 第2回勉強会

日時: 令和6年(2024年)2月4日(日)14:00~15:30

会場: (オンライン開催)

## すでに起こった未来、 在宅療養支援病院はどうあるべきか



一般社団法人 日本在宅療養支援病院連絡協議会

副会長 織田正道

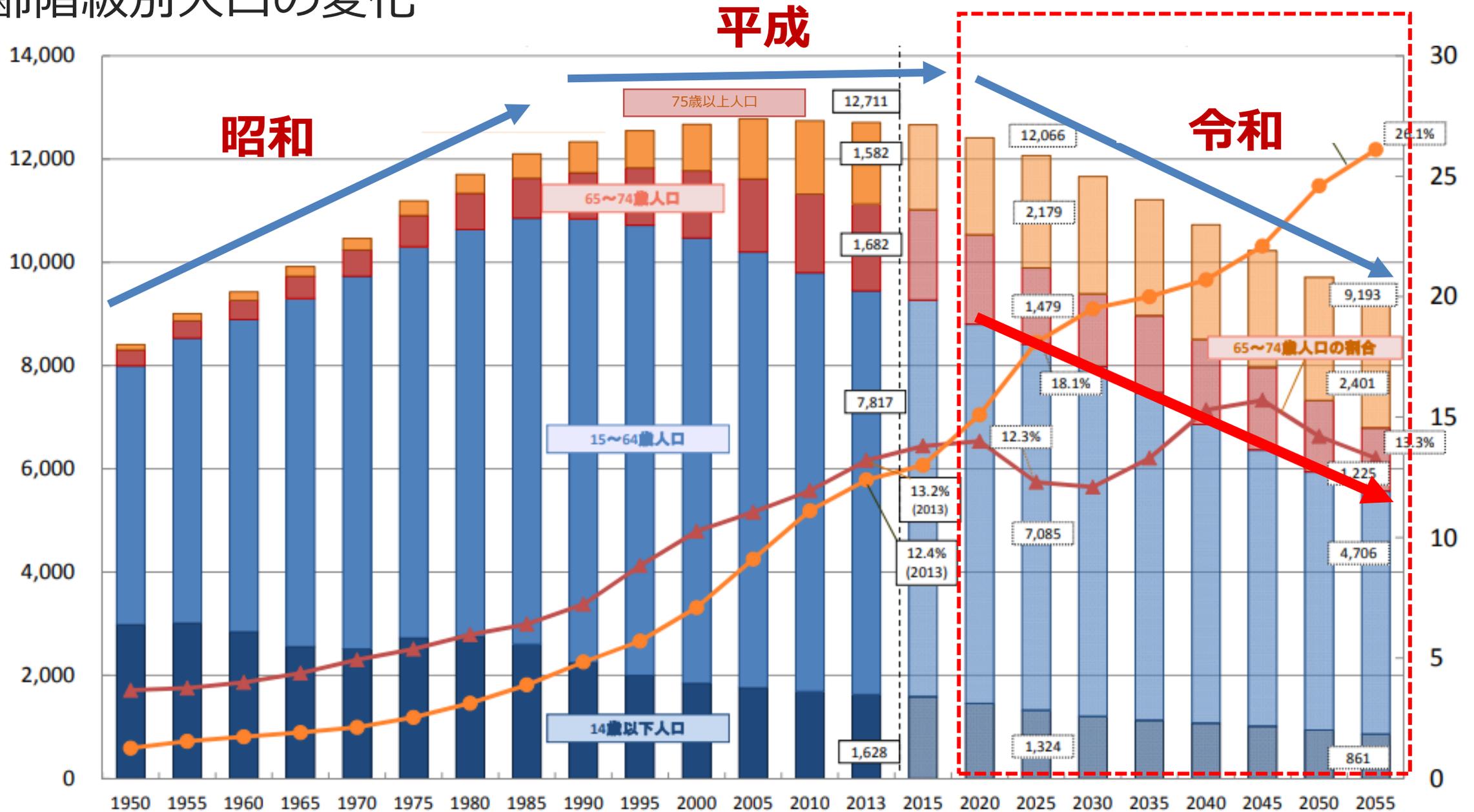
## すでに起こった未来

「人口の動向はよほどのことが無い限り、確実な未来である」



P.F ドラッカー(上田惇生・他 訳):すでに  
起こった未来  
東京:ダイヤモンド社.1994.

# 年齢階級別人口の変化

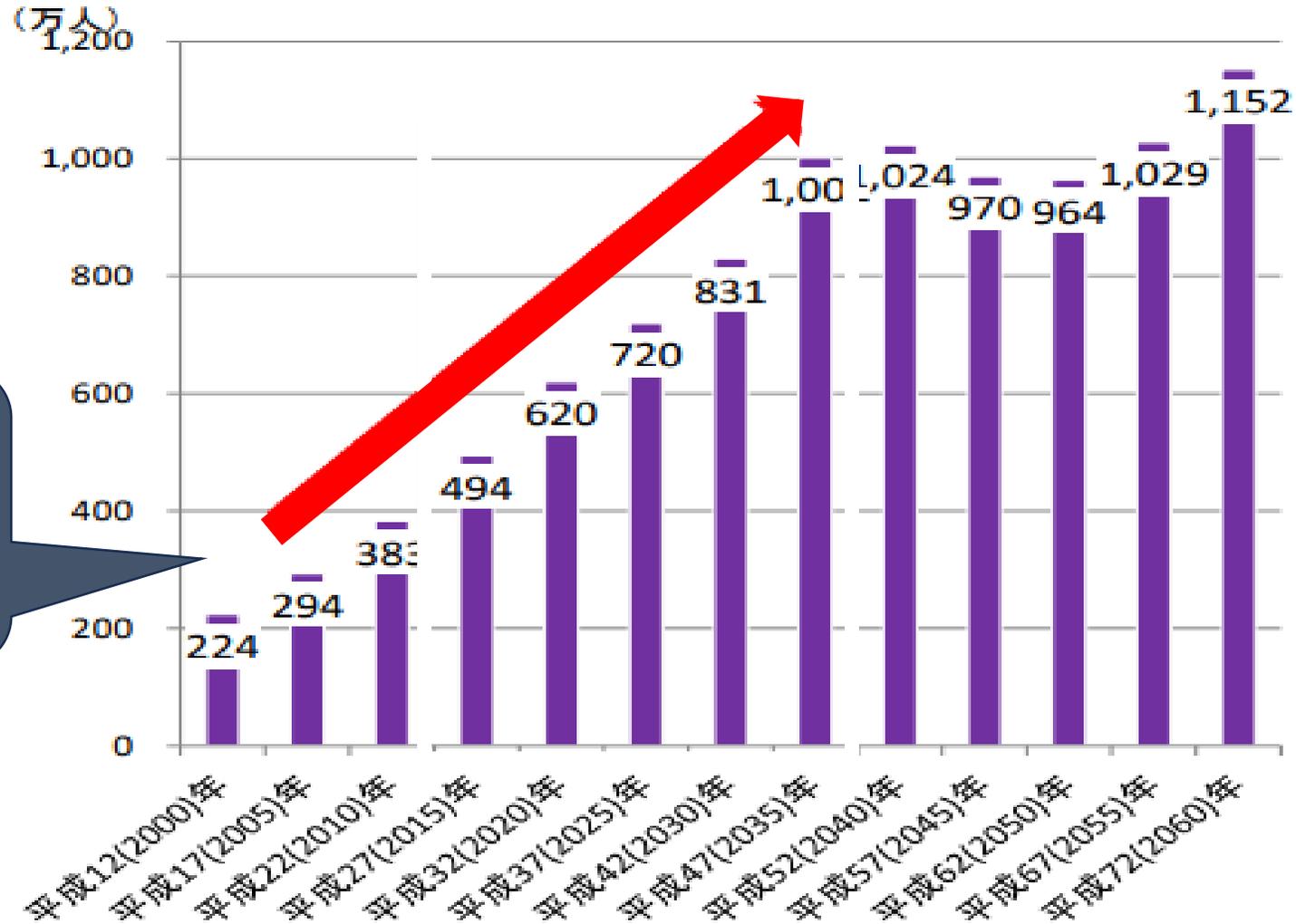


料：2010年までは総務省統計局「国勢調査」、2013年は総務省統計局「人口推計(平成26年6月1日確定値)」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計) 中位推計」

<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/07.pdf#search=%E6%97%A5%E6%9C%AC%E3%81%AE%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E6%8E%A8%E8%A8%88%E3%82%B0%E3%83%A9%E3%83%95>

## 85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



85歳以上人口  
が急増！

(資料)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)

# 人口問題から考える二つの大きな課題

・生産年齢人口の急激な減少

・85歳以上人口の急激な増加

日本経済新聞 2021年(令和3年)12月1日(水曜日) ©日本経済新聞社 2021 (日刊)

## 生産年齢人口 13.9%減

### ピーク比生産性改善急務 国勢調査確定値

総務省は30日、2020年国勢調査の結果を公表した。経済活動の中心となる生産年齢人口(15歳以上64歳未満)は508万8895人となり、年別の国勢調査から初めて減少した。ピークだった2008年の911万7000人から、9分の1減った。人口減少時代の到来への警鐘が鳴らされた。生産年齢人口の減少は、国内総生産(GDP)の減少を招きかねない。政府は生産性向上を急務と見做し、規制緩和やデジタル化の推進を打ち出している。

#### 規制緩和・DXに活路

生産年齢人口の減少は、国内総生産(GDP)の減少を招きかねない。政府は生産性向上を急務と見做し、規制緩和やデジタル化の推進を打ち出している。

生産年齢人口の減少は、国内総生産(GDP)の減少を招きかねない。政府は生産性向上を急務と見做し、規制緩和やデジタル化の推進を打ち出している。

日本経済新聞 2020年(令和2年)9月23日(水曜日) ©日本経済新聞社 2020 (日刊)

## 「老老医療」大都市圏に波及

### 高齢者診療時間2割が過疎地並み

高齢者診療時間、大都市圏に波及。高齢者診療時間、大都市圏に波及。高齢者診療時間、大都市圏に波及。

#### 長寿社会のリアル

長寿社会のリアル。長寿社会のリアル。長寿社会のリアル。

#### 生産性向上カギ 本社26年推計

生産性向上カギ 本社26年推計。生産性向上カギ 本社26年推計。

#### トルコ制裁議論へ E.U.東地中海ガス田巡り

トルコ制裁議論へ E.U.東地中海ガス田巡り。トルコ制裁議論へ E.U.東地中海ガス田巡り。

#### 認知症薬 申請へ エーザイ、22年度に

認知症薬 申請へ エーザイ、22年度に。認知症薬 申請へ エーザイ、22年度に。

**全国で同様の状況になりつつある**

## 福岡市・後期高齢者人口推移



## 岡山市・後期高齢者人口推移



大都会でも5年前後で  
85歳以上人口が逆転！

## 神戸市



## 横浜市



# 近未来を見据えやるべきことは

1. **85歳以上人口の急増により変わる地域医療**
2. 第8次医療計画（2024～2029年）がスタート
3. 「かかりつけ医機能を担う病院」とは
4. デジタル化の流れに乗り遅れない
5. 祐愛会織田病院の取り組み

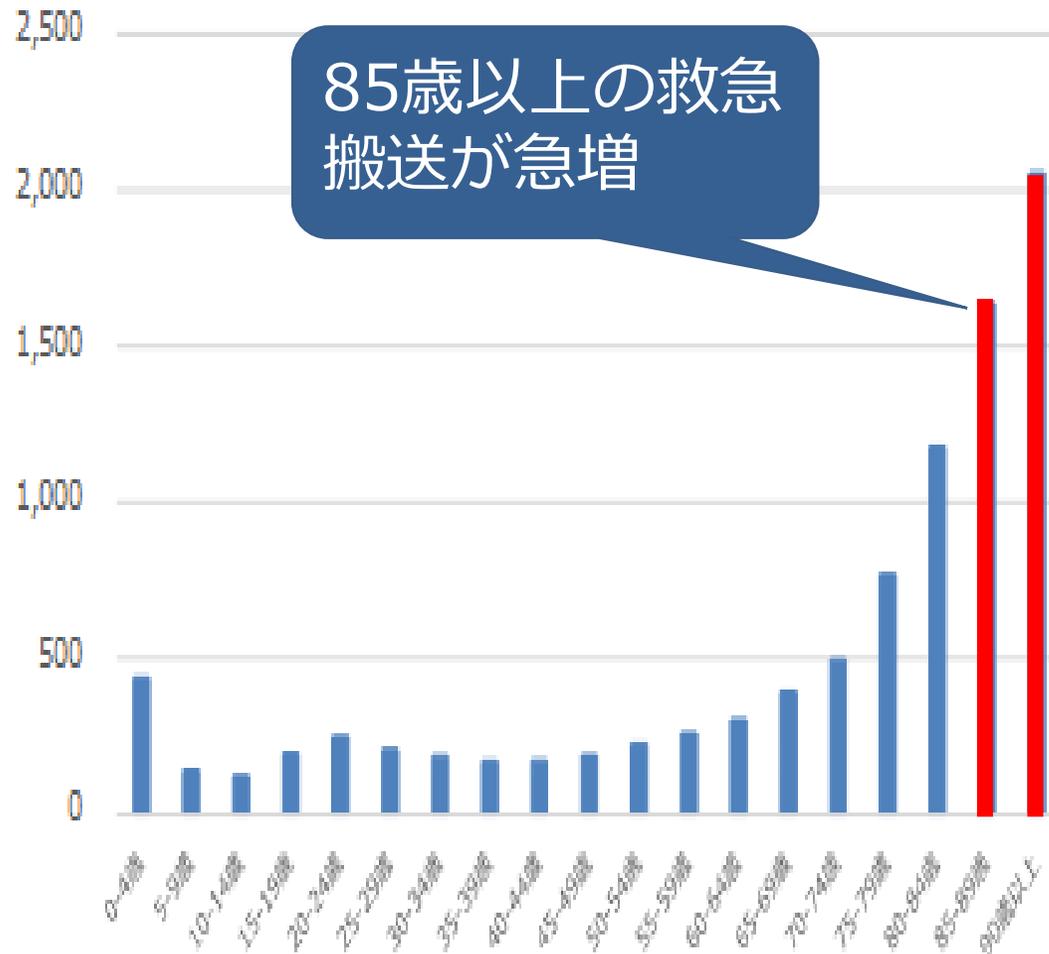
# 85歳以上人口の急増により変わる地域医療

2040年までの地域医療：厚生労働省の資料より

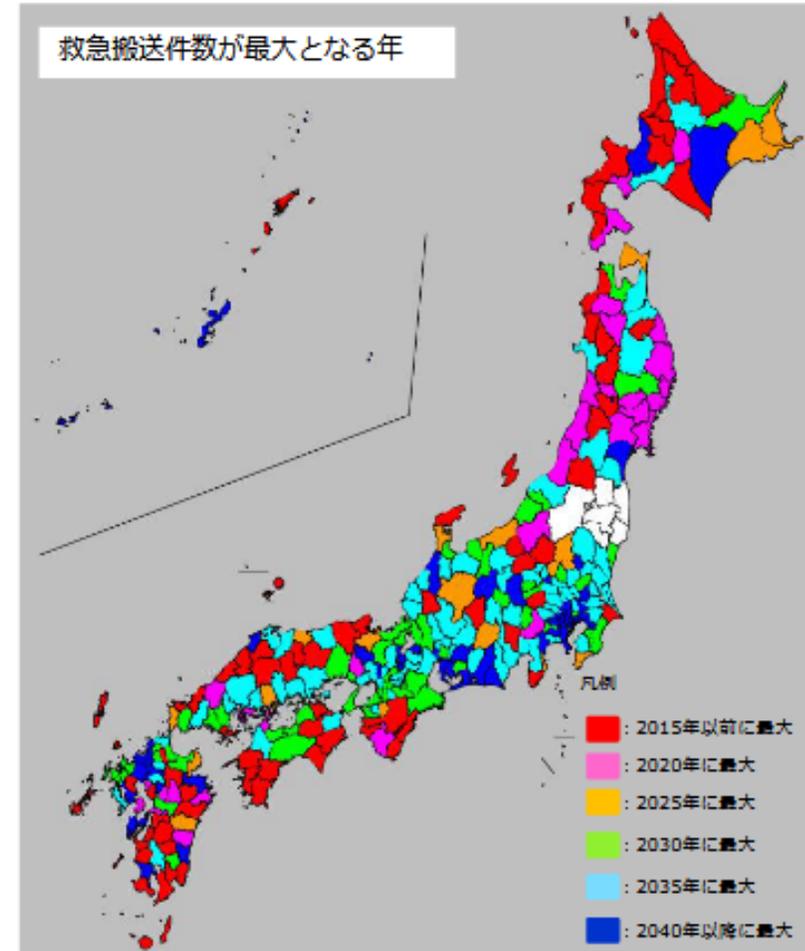
# 救急搬送件数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での救急搬送件数は2035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7割となるが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別救急搬送件数（人口10万対）



85歳以上の救急搬送が急増



資料出所：「消防庁救急搬送人員データ」（2019年）を用いて、救急搬送（2019年分）の件数を集計したものを、2020年1月現在国勢調査人口で相対した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用可能な作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 性別が不明のレセプトについては集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用。

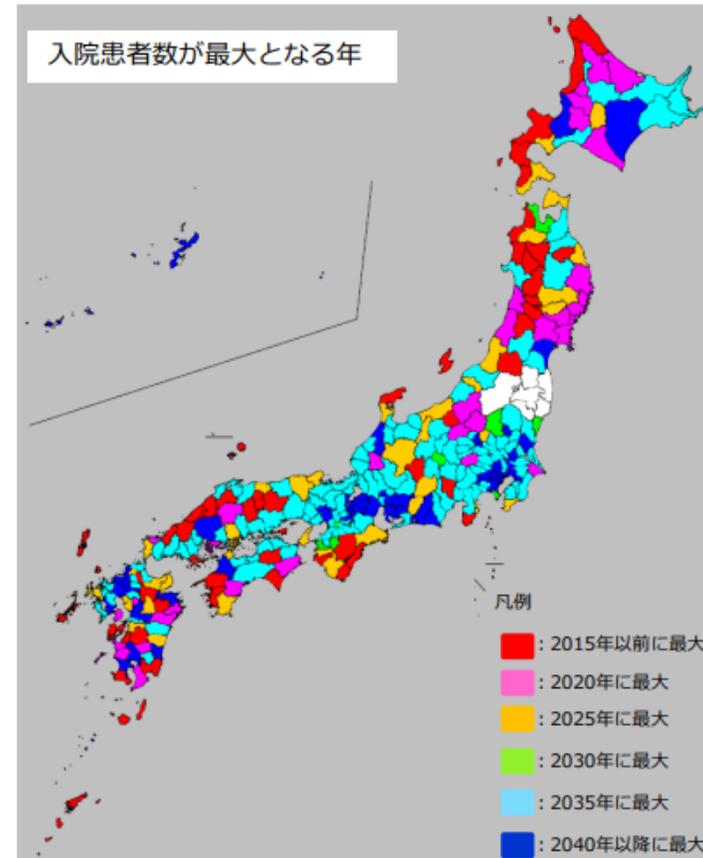
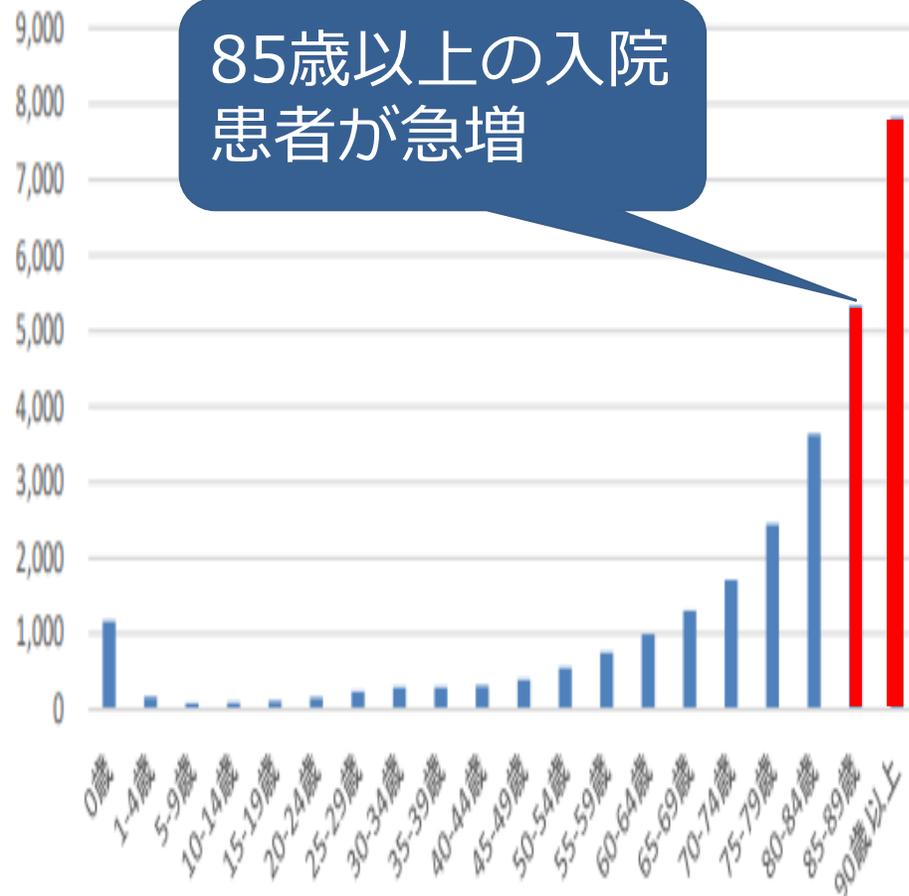
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 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89の医療圏が、また2035年までには260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）



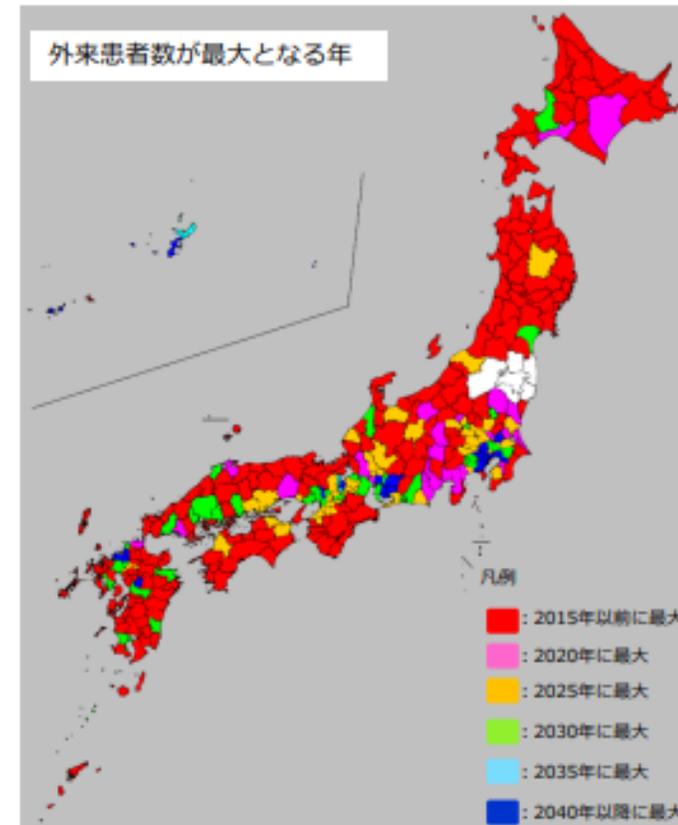
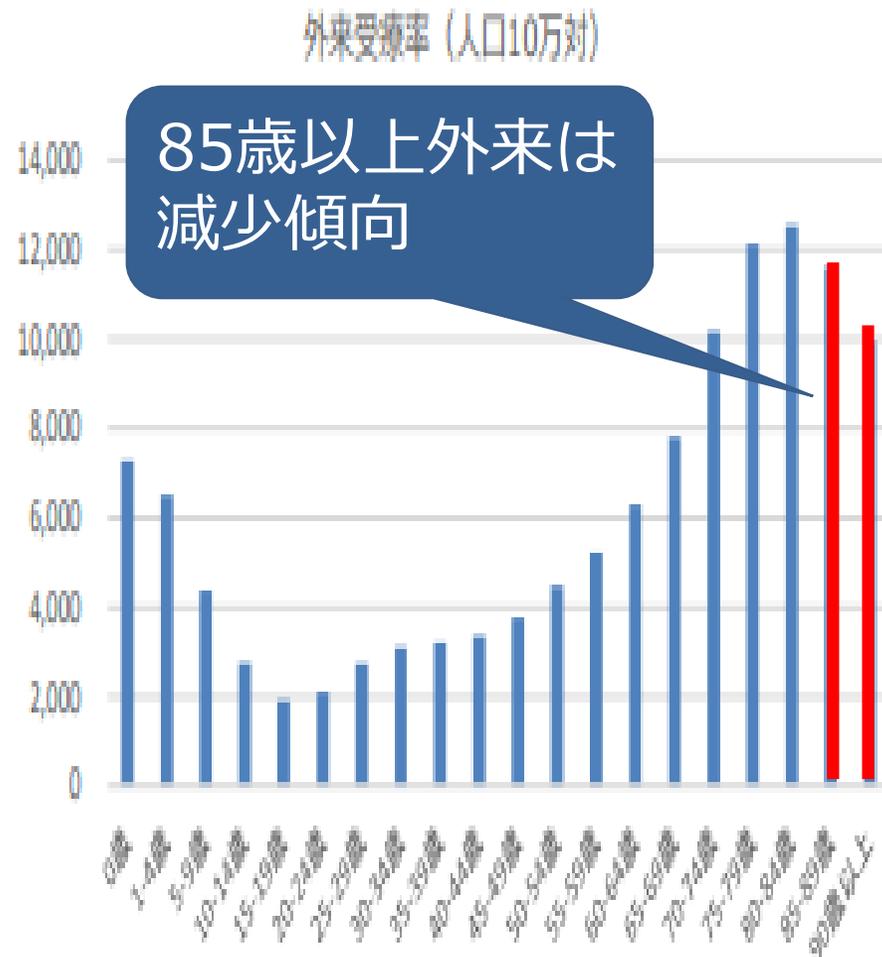
出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院-外来×性・年齢階級×都道府県別」  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 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。 12

## 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214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。



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。

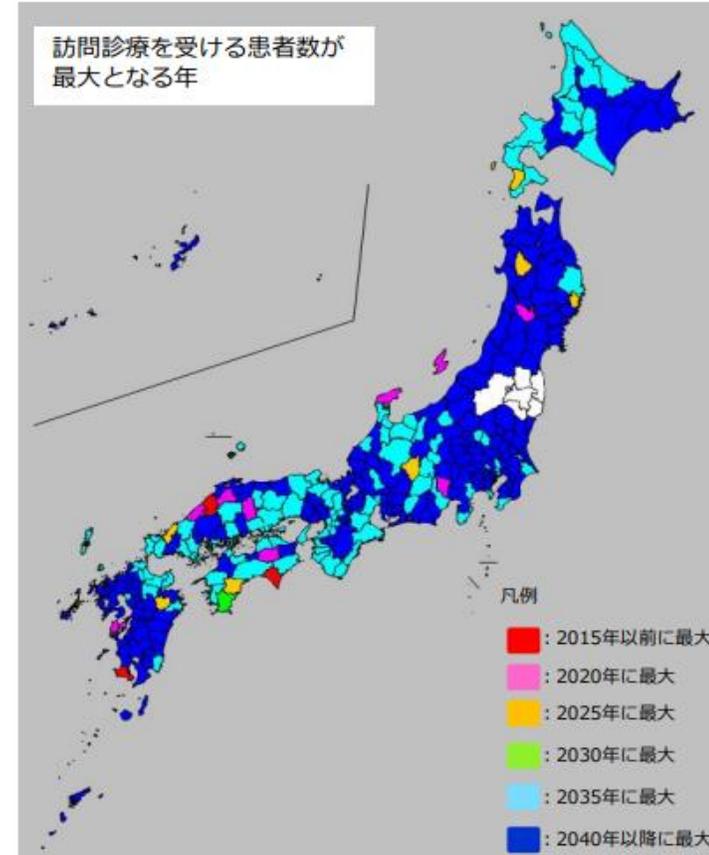
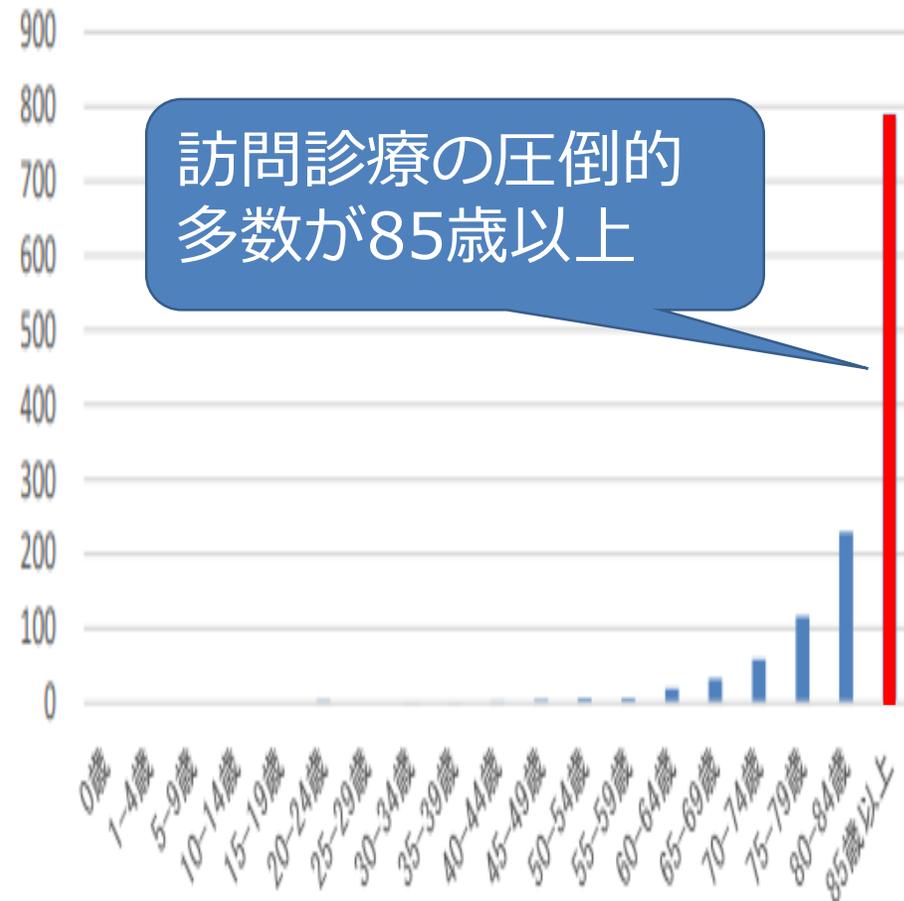
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

# 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

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 全国での在宅患者数は、2040年以降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）



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院—外来の種別別」

「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×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）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

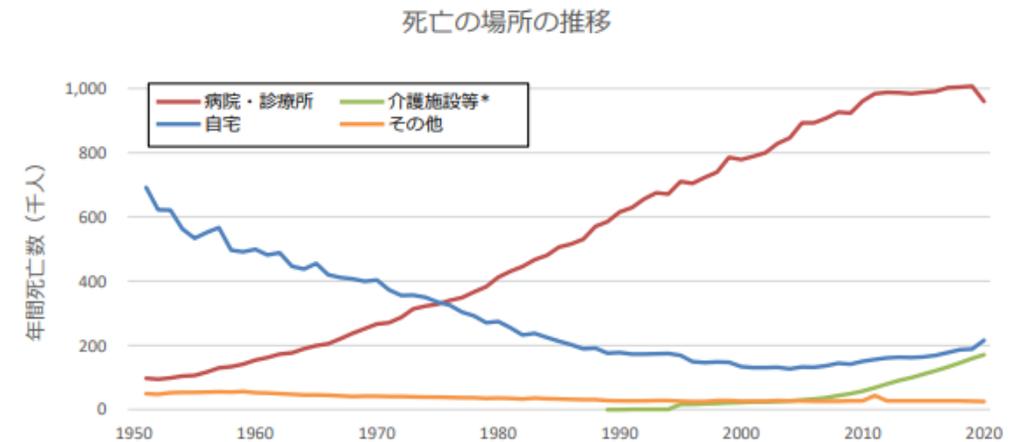
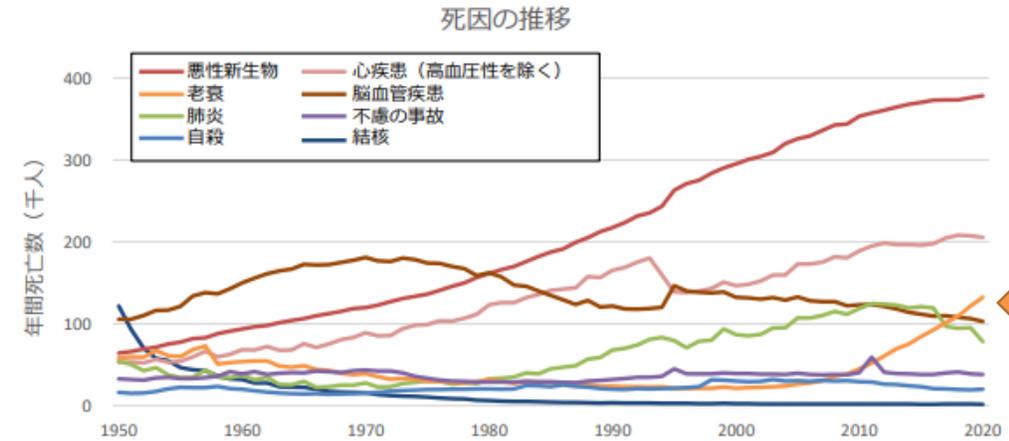
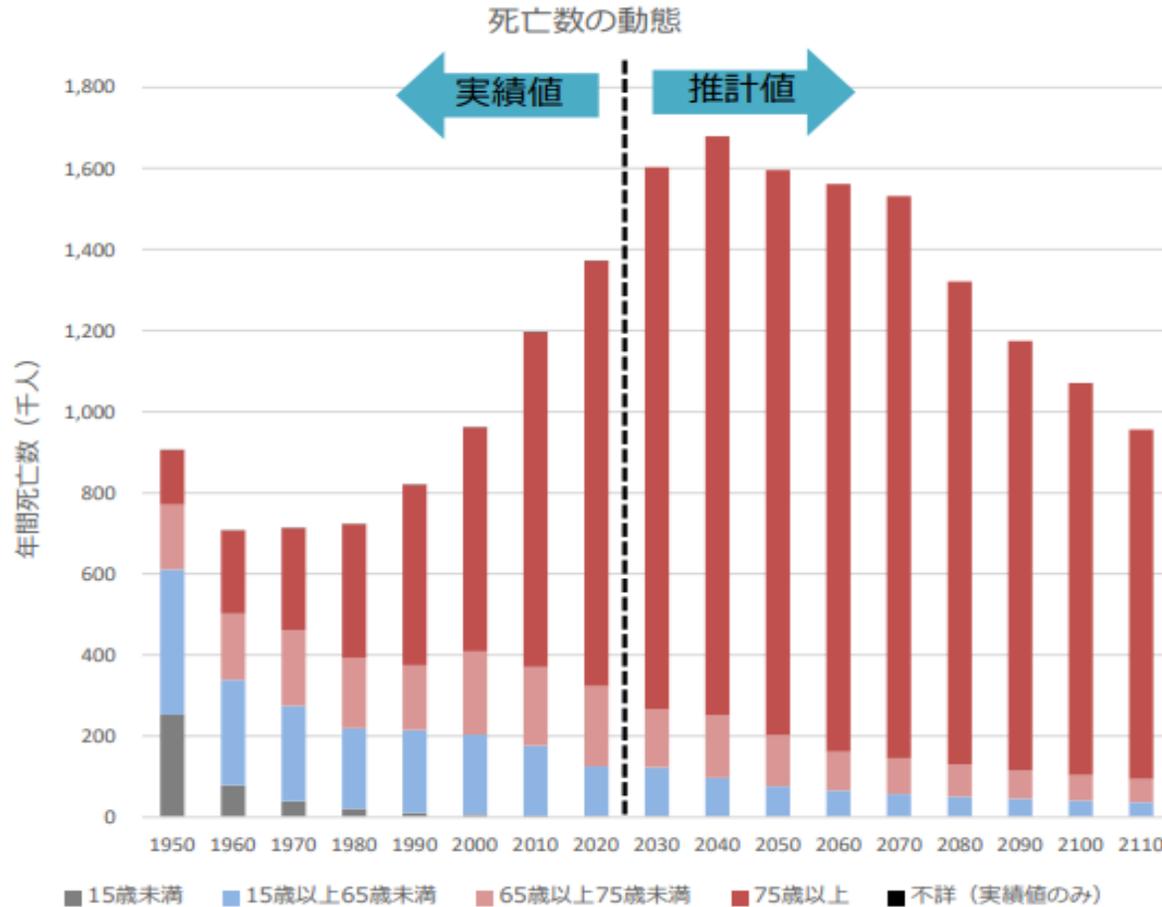
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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⑦ 死亡数が一層増加する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 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。



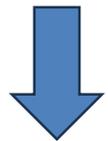
出典：国立社会保障・人口問題研究所「性、年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」

\*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。

# 2040年までに変わる地域医療

- ・ 85歳以上の救急車搬送件数急増
- ・ **85歳以上の入院患者急増**
- ・ 85歳以上の外来患者やや減少
- ・ **85歳以上の在宅患者急増**
- ・ 85歳以上の看取り急増
- ・ **要介護・認知症患者の急増**
- ・ **多死社会の到来**



**近未来を見据えやるべきことは**

# 近未来を見据えやるべきことは

1. 85歳以上人口の急増により変わる地域医療
- 2. 第8次医療計画（2024～2029年）がスタート**
3. 「在宅療養支援病院」と「かかりつけ医機能を担う病院」とは同列
4. デジタル化の流れに乗り遅れない
5. 祐愛会織田病院の取り組み

# 医療計画について

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

## 計画期間

- 6年間 (現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。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を実施。)

## 記載事項(主なもの)

### ○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

#### 二次医療圏

**335医療圏** (令和3年10月現在)

##### 【医療圏設定の考え方】

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

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

#### 三次医療圏

**52医療圏** (令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

##### 【医療圏設定の考え方】

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

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

### ○ 地域医療構想

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

### ○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

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

6事業…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)。

### ○ 医師の確保に関する事項

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

### ○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

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

## 第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



# 1. 第8次医療計画（2024～2029年）

地域医療構想はどうか？



# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要

(→

**機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合: 152万床程度**

○ 地域医療等の

⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

## 【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



## 【推計結果:2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合: 152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

# 2022年度病床機能報告について

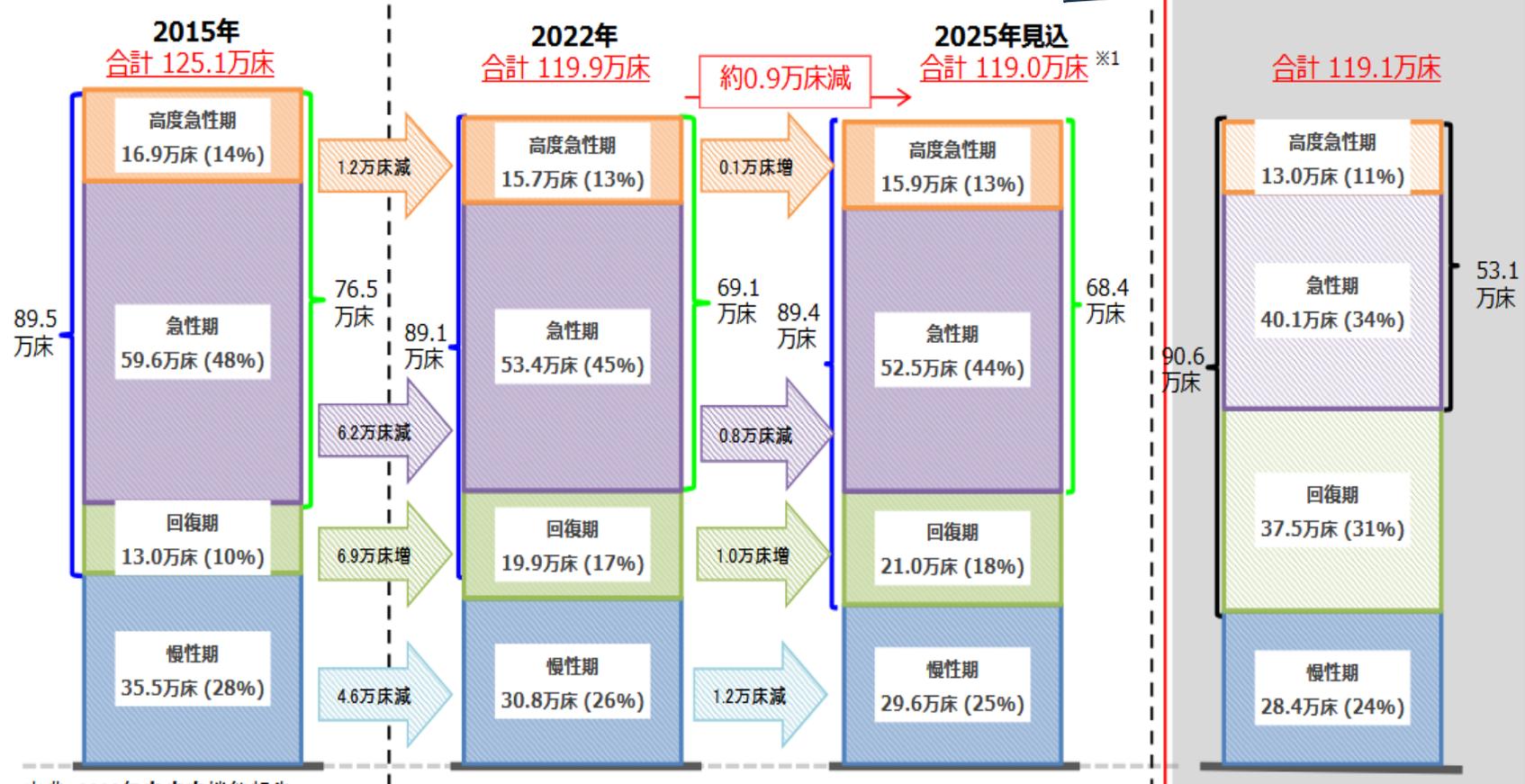
精査中

総病床数の比較ではほぼ予測に近い

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)※1  
療需要に基



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 (95.4%)、2022年度病床機能報告: 12,182/12,602 (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(\*): 19,065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。

## 2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

6. 医療・介護・福祉サービス

**地域医療構想については、第8次医療計画（2024年～）の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。**

# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要

(→

**機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合: 152万床程度**

○ 地域医療等の

⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

## 【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



## 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合: 152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

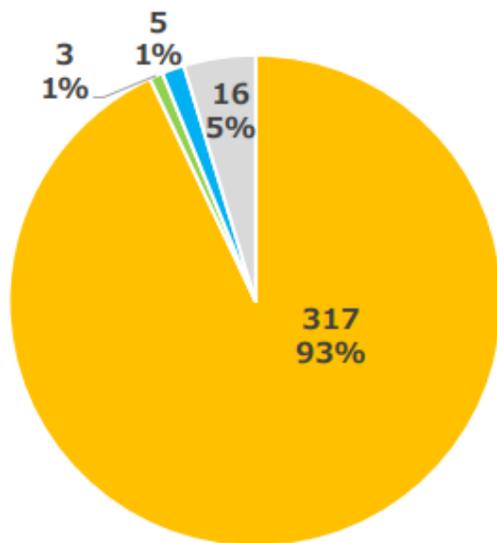
\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

# 外来医療の議論の状況

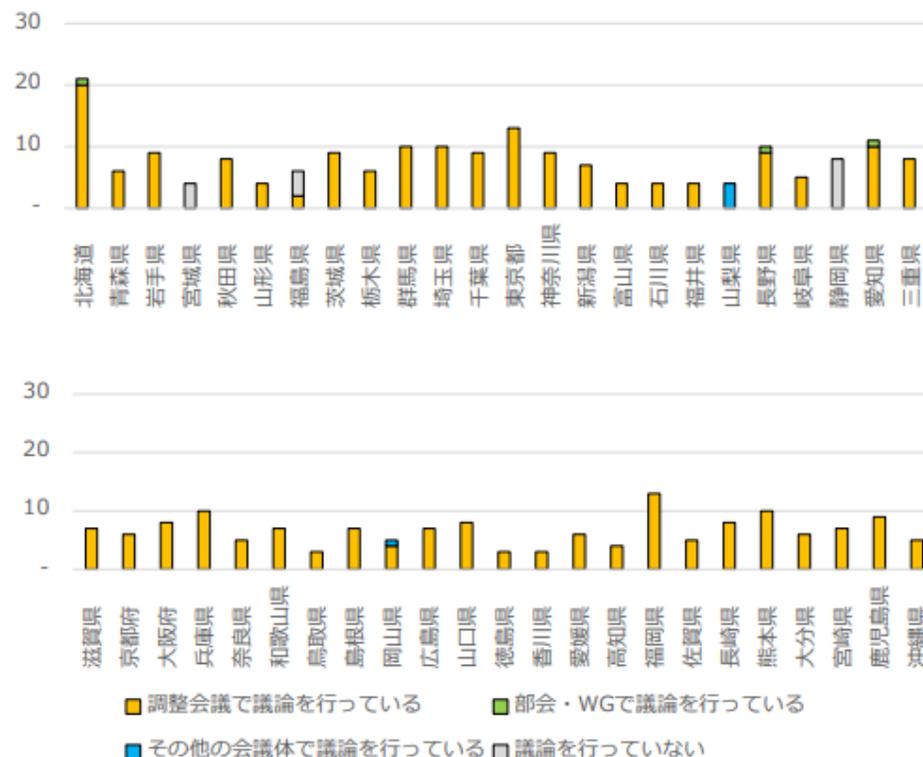
○ 外来医療について、地域医療構想会議において議論を行っている構想区域は93%であった。

外来医療の議論の状況 (構想区域単位)



■ 調整会議で議論を行っている ■ 部会・WGで議論を行っている  
 ■ その他の会議体で議論を行っている ■ 議論を行っていない

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。

(外来医療に係る協議の場)

○医療法【抜粋】

第三十条の十八の四 都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三項において「対象区域」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(以下この項及び次項において「関係者」という。)との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項(第二号から第四号までに掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第三項において同じ。)について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

2 (略)

3 都道府県は、対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該対象区域における第一項の協議に代えて、当該構想区域等における協議の場において、同項各号に掲げる事項について協議を行うことができる。

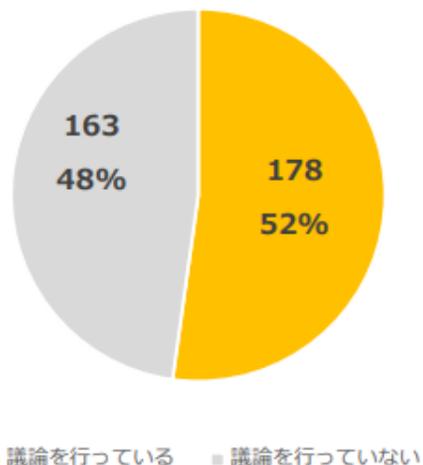
医政局地域医療計画課調べ (一部精査中)

# 地域医療構想調整会議における在宅医療の議論の状況

○ 在宅医療について、地域医療構想調整会議において議論を行っている構想区域は52%であった。

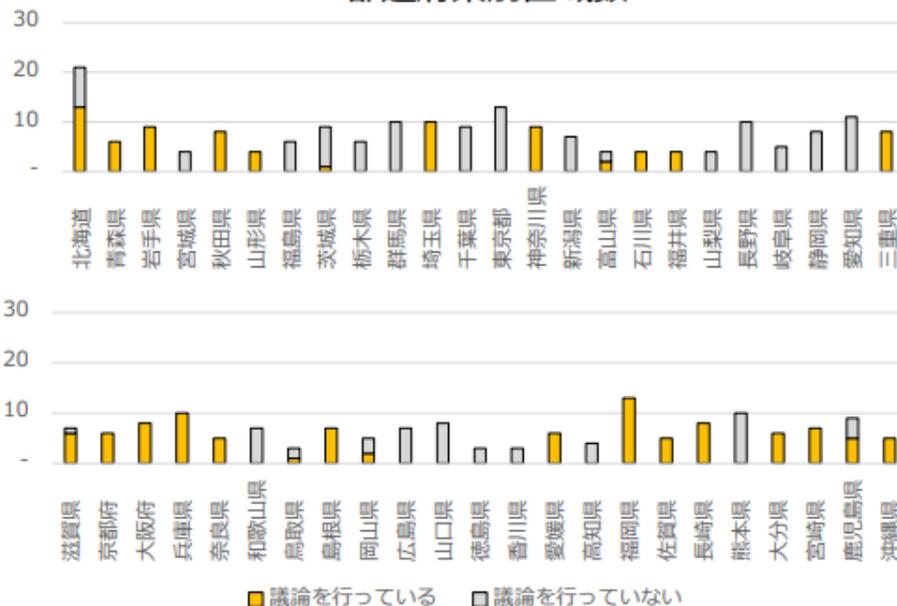
## 地域医療構想調整会議における在宅医療の議論の状況

(構想区域単位)



※ 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。

## 都道府県別区域数



(在宅医療に係る協議の場合)  
 ○「医療計画について」(令和5年3月31日医政発0331第16号医政局長通知)【抜粋】  
 (別紙)医療計画作成指針  
 第4 医療計画作成の手順等  
 5 5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順  
 (2) 差業務部会及び圏域連携会議の設置  
 都道府県は、5疾病・6事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するため、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場(以下「作業部会」という。)を設置すること。  
 また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場(以下「圏域連携会議」という。)を設置すること。  
 ○「医療計画及び介護保険事業(支援)計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について」(平成29年8月10日付け地域医療計画課長・介護保険計画課長・医療介護連携政策課長通知)【抜粋】  
 5 医療及び介護の体制整備に係る協議の場について  
 (1) 位置付け  
 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」(平成26年厚生労働省告示第354号)においては、医療計画、介護保険事業(支援)計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場(以下「協議の場」という。)を設置することとされている。(略)  
 (2) 設置区域  
 協議の場は、二次医療圏(医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。)単位で設置することを原則とする。(略)  
 また、二次医療圏は構想区域に合わせて設定することが適当とされていることを踏まえ、例えば地域医療構想調整会議(医療法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。)の枠組を活用し、同会議の下に関係者によるワーキンググループ形式で設置する等、柔軟な運用を可能とする。

## 第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



# 1. 第8次医療計画（2024～2029年）に向けて

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項



# 外来機能報告制度

## 外来機能報告の報告項目(案)①

### (1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

#### ① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告

<報告イメージ(案)>

	人数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	人	-
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数		
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数		
高額の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数		
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数		
再診の外来の患者延べ数		
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数		
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数		
高額の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数		
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数		

#### ② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細 [NDBで把握できる項目]

- 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告

<報告イメージ(案)>

	人数
初診の医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	人
外来化学療法加算を算定した外来の患者延べ数	人
外来放射線治療加算を算定した外来の患者延べ数	人
CT撮影を算定した外来の患者延べ数	人
MRI撮影を算定した外来の患者延べ数	人
PET検査を算定した外来の患者延べ数	人
SPECT検査を算定した外来の患者延べ数	人
高気圧酸素治療を算定した外来の患者延べ数	人
画像等手術支援加算を算定した外来の患者延べ数	人
悪性腫瘍手術を算定した外来の患者延べ数	人
...	...

## 外来機能報告の報告項目(案)②

### (2) 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無

#### ① 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無 [NDBで把握できない項目]

### (3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

#### ① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況 [NDBで把握できる項目]

- 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告

<報告イメージ(案)>

	人数		人数
生活習慣病管理料を算定した患者延べ数	人	往診料を算定した患者延べ数	人
特定疾患療養管理料を算定した患者延べ数	人	訪問診療料を算定した患者延べ数	人
糖尿病合併症管理料を算定した患者延べ数	人	在宅時医学総合管理料を算定した患者延べ数	人
糖尿病適正予防指導管理料を算定した患者延べ数	人	診療情報提供料(I)を算定した患者延べ数	人
機能強化加算を算定した患者延べ数	人	診療情報提供料(II)を算定した患者延べ数	人
小児かかりつけ診療料を算定した患者延べ数	人	診療情報提供料(III)を算定した患者延べ数	人
地域包括診療料を算定した患者延べ数	人	地域連携診療計画加算を算定した患者延べ数	人
地域包括診療加算を算定した患者延べ数	人	がん治療連携計画策定料を算定した患者延べ数	人
オンライン診療料を算定した患者延べ数	人	がん治療連携指導料を算定した患者延べ数	人
...	...	がん患者指導管理料を算定した患者延べ数	人
		外来緩和ケア管理料を算定した患者延べ数	人
		...	...

#### ② 救急医療の実施状況 [病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、省略可)

- 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告

<報告イメージ(案)>(病床機能報告と同様)

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

## 外来機能報告の報告項目(案)③

#### ③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率) [NDBで把握できない項目]

- 紹介率・逆紹介率を報告(初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

#### ④ 外来における人材の配置状況 [専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)

- 医師について、施設全体の職員数を報告
- 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

<報告イメージ(案)>(特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様)

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)		常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
<施設全体>	-	-	助産師	人	人
医師	人	人	理学療法士	人	人
<外来部門>	-	-	作業療法士	人	人
看護師	人	人	言語聴覚士	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人	薬剤師	人	人
准看護師	人	人	臨床工学技士	人	人
看護補助者	人	人	管理栄養士	人	人

#### ⑤ 高額の医療機器・設備の保有状況 [病床機能報告で把握できる項目](病床機能報告で報告する場合、省略可)

- マルチスライスCT(64列以上、16列~64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5~3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)の台数を報告

# 紹介受診重点医療機関の明確化

## 【外来機能報告】

- 「医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)」等の実施状況
  - ・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
  - ・高額等の医療機器・設備を必要とする外来
  - ・特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

## 【地域の協議の場】

- ①医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。  
(※) 初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ  
再診に占める重点外来の割合25%以上
- ②医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であつて、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。  
(※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。

## (参考) 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、新たに「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を、地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。**

現在の定額負担  
(義務)対象病院現在の定額負担  
(任意)対象病院

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

「拡大」  
「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

# 「かかりつけ医機能を担う医療機関」と「紹介受診重点医療機関」

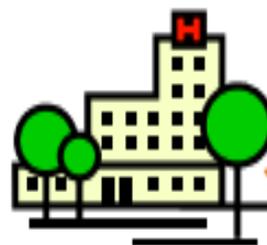
➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与

## かかりつけ医機能を担う医療機関



かかりつけ医機能の強化  
(好事例の収集、横展開等)

## 紹介受診重点医療機関 930か所 (2023.10.1公表分)



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革

外来機能報告、「地域の協議の場」での協議、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

### 〈「医療資源を重点的に活用する外来」〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 (悪性腫瘍手術の前後の外来 など)
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 (外来化学療法、外来放射線治療 など)
- 特定の領域に特化した機能を有する外来 (紹介患者に対する外来 など)

## 「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

## 「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

**○全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理（令和4年5月17日）（抜粋）**

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

**○全世代型社会保障構築会議における岸田内閣総理大臣発言（令和4年5月17日）（抜粋）**

地域完結型の医療・介護サービス提供体制の構築に向けて、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行い、機能分化と連携を一層重視した国民目線での医療・介護提供体制改革を進めます。

**○経済財政運営と改革の基本方針2022（令和4年6月7日）（抜粋）**

また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

# 全世代社会保障法が成立、「かかりつけ医機能報告」を創設へ

2023年5月12日 14:52



全世代社会保障法を可決した参院本会議=12日、参院本会議場

かかりつけ医機能が発揮される制度整備を図る全世代社会保障法は12日、参院本会議で与党や国民民主党の賛成多数で可決され、成立した。立憲民主党や日本維新の会、共産党などは反対した。

# かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

## 国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

### 医療機能情報提供制度 (H18)

イメージ図

入院	病床機能報告 (H26)
外来	有床診・病院 外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認)
	無床診 かかりつけ医機能報告 (新設)
在宅	

## 制度整備の内容

### 医療機能情報提供制度の刷新

- ・ 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
  - ① 情報提供項目の見直し
  - ② 全国統一のシステムの導入

### かかりつけ医機能報告による機能の確保

- ・ 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- ・ 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** (※)。
- ・ あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を**確保する具体的方策を検討・公表**。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

# 地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ

＜慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ＞

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。

かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	◎	○	◎	◎	◎
B診療所	◎	○	○	○	◎
C診療所	◎	◎	◎	◎	◎
D診療所	◎	×	×	◎	◎
E診療所	◎	○	×	○	◎
F診療所	◎	—	×	—	◎
G診療所	—	—	—	—	—



地域の医療機関は、  
①～⑤の機能の有無  
や、これらをあわせて担う  
意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の  
機能をあわせて担う医療  
機関を確認。



協議の場において、各医  
療機関の①～⑤を担う  
意向を踏まえつつ、地域  
で不足している機能を充  
足できるよう、支援や連  
携の具体的方法を検討。

- ◎：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる
- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる  
(連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。)
- ×：当該機能を担う意向はあるが、現時点では提供できない
- ：当該機能を担う意向がない

※他院を支援する意向も報告し、不足する機能の充足の協議に活かす。

# 1. 第8次医療計画（2024～2029年）

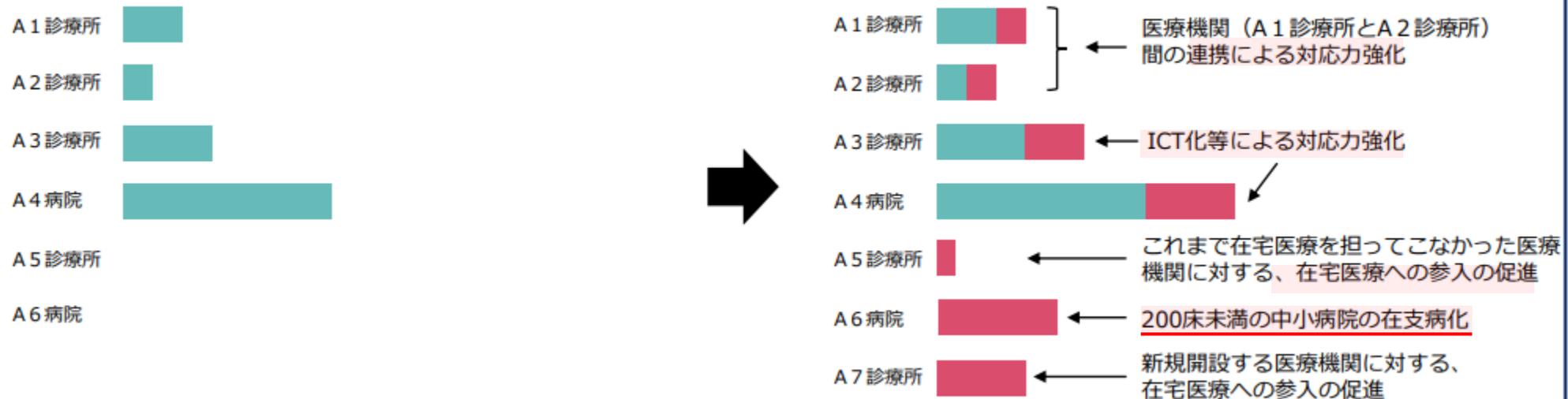
## 在宅医療の提供体制について

- 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>



## 在宅医療の体制について

○在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。

○国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

## 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う

- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



## 二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、**一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること**

【出典】医療法施行規則 第三十条の二九(昭和二十三年厚生省令第五十号)

## 在宅医療圏について

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

### <在宅医療の体制構築に係る指針>

#### ○圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、**退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。**  
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実にを行うことが望ましい。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) **圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

## 第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



# 近未来を見据えやるべきことは

1. 85歳以上人口の急増により変わる地域医療
2. 第8次医療計画（2024～2029年）がスタート
3. 「在宅療養支援病院」と「かかりつけ医機能を担う病院」とは同列
4. デジタル化の流れに乗り遅れない
5. 祐愛会織田病院の取り組み

# 民間中小病院の選択

## ○紹介受診重点医療機関

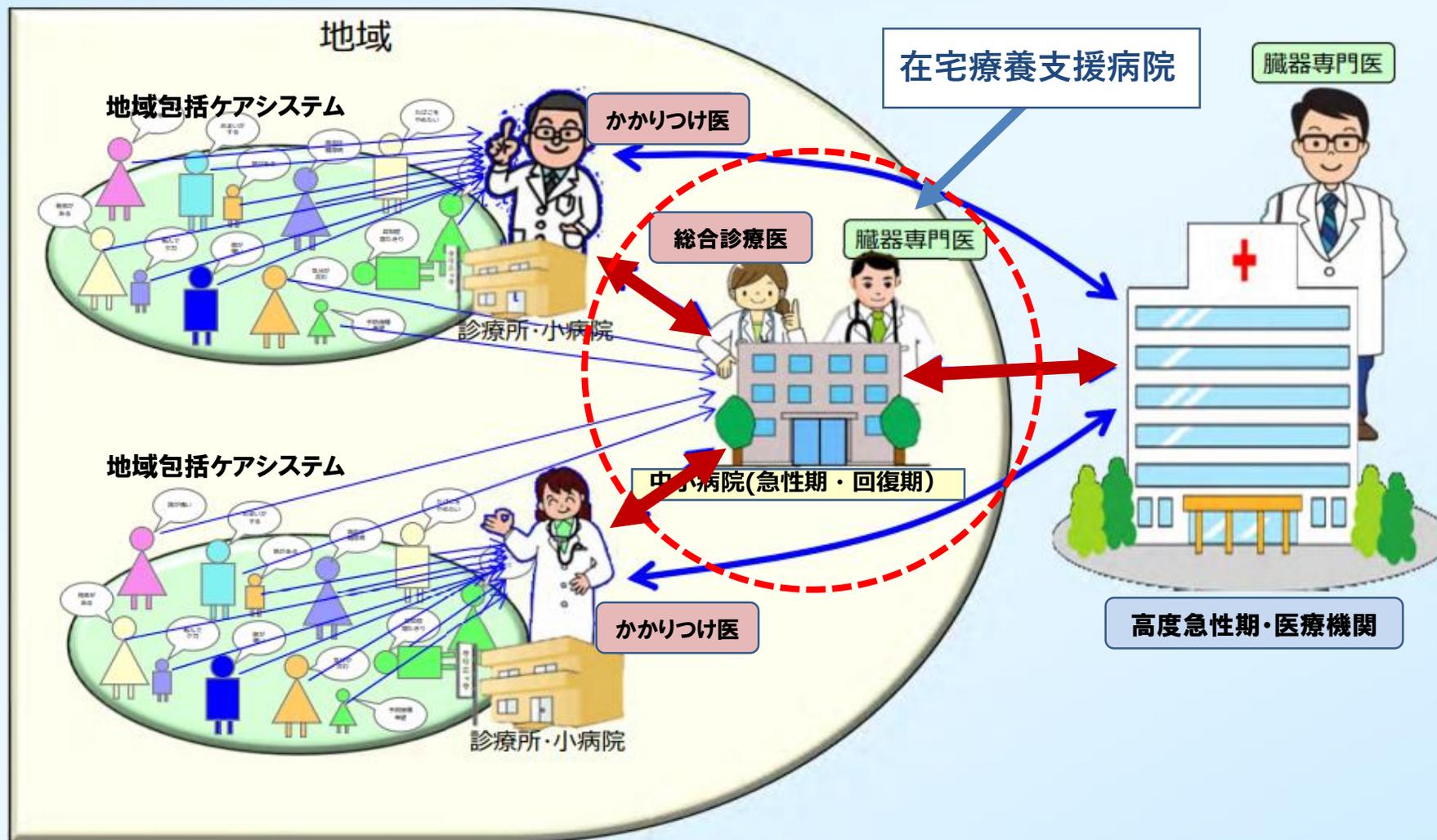
- ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来

## ○かかりつけ医機能を担う医療機関

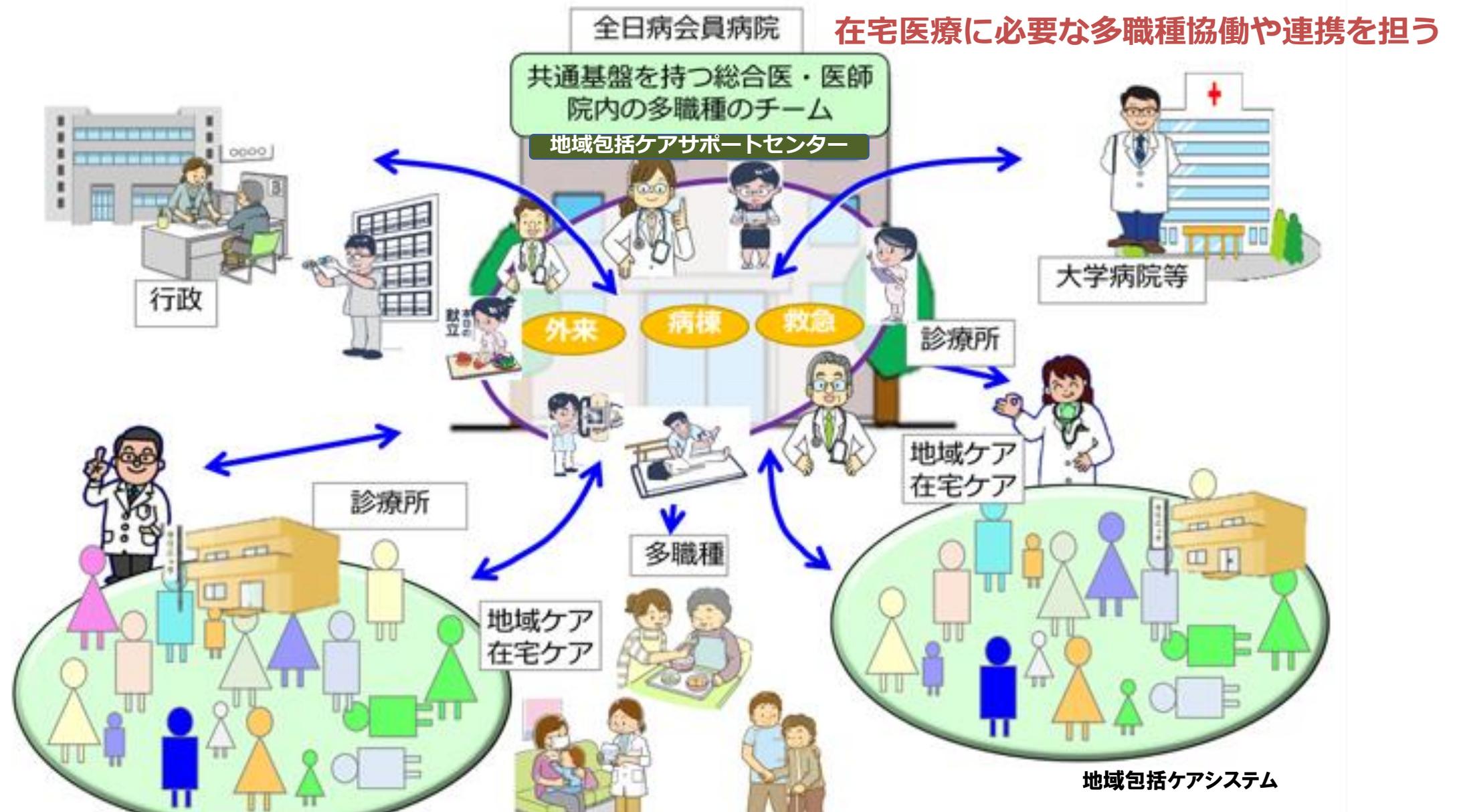
- ・ かかりつけ医として外来診療や在宅医療に関わる
- ・ 地域の診療所（かかりつけ医）からの緊急入院要請に対応
- ・ 地域全体における面連携の窓口となる

# 在宅療養支援病院（≡ かかりつけ医機能を担う病院）

⇒機能強化型を目指す



# 在宅療養支援病院に期待される地域医療の窓口機能

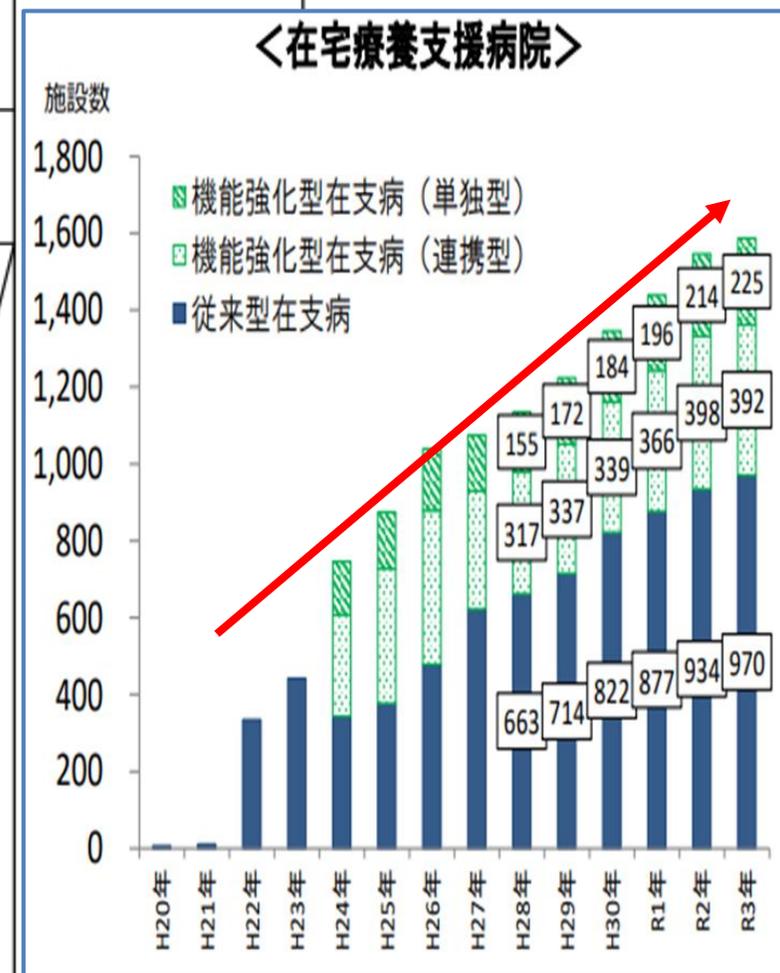


地域包括ケアシステム

全日本病院協会総合医育成プログラムより「総合診療医とは」筑波大学附属病院 総合診療科 前野哲博

## 在支診・在支病の施設基準 (参考)

	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 <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</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					
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		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上		⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上			
	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 ・ <u>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</u> ・ <u>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</u>		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 ・ <u>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</u> ・ <u>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</u>			
	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 <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、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</u>						



- 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。

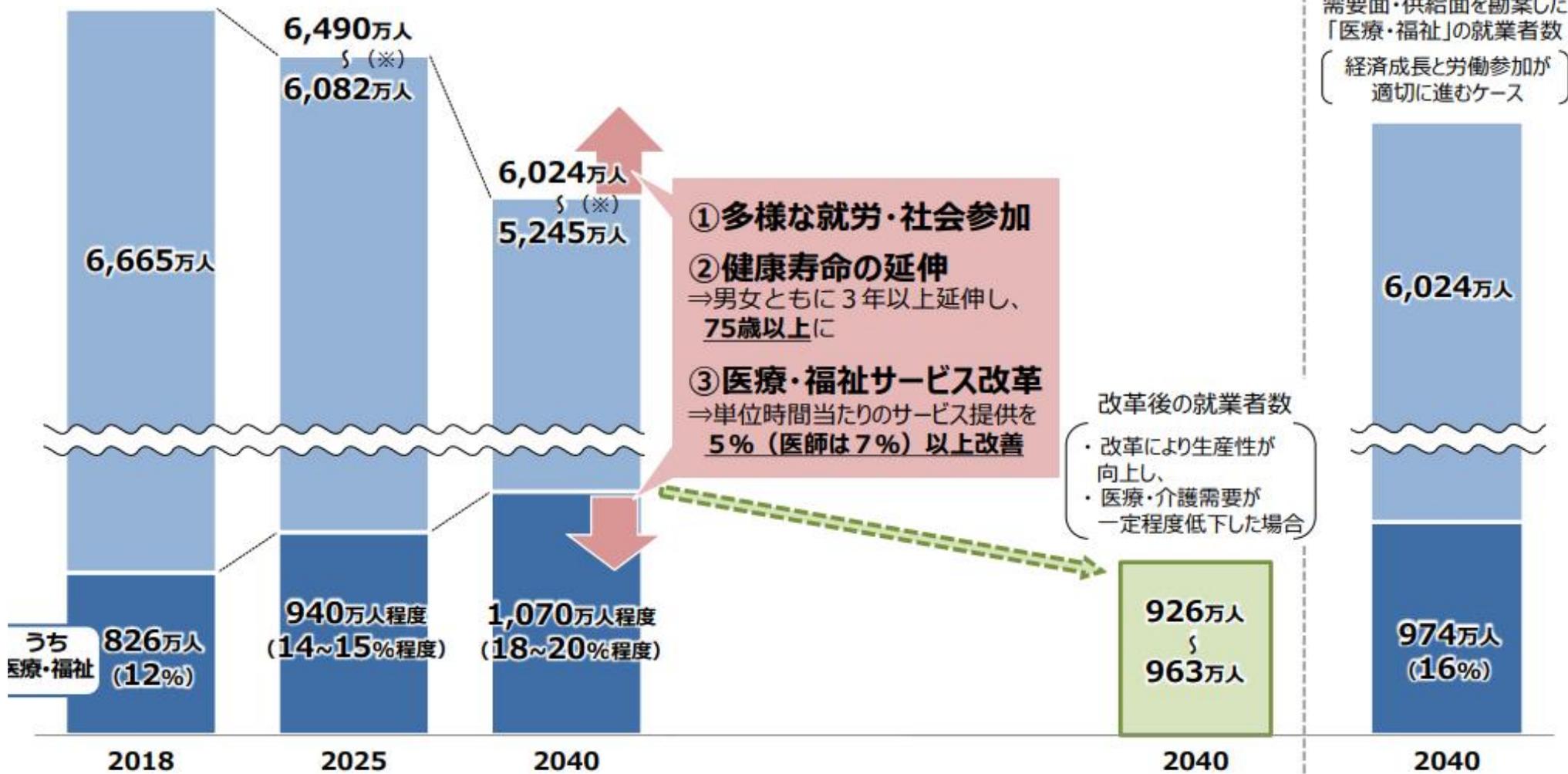
# 近未来を見据えやるべきことは

1. 85歳以上人口の急増により変わる地域医療
2. 第8次医療計画（2024～2029年）を知る
3. 「在宅療養支援病院」と「かかりつけ医機能を担う病院」とは同列
4. **デジタル化の流れに乗り遅れない**
5. 祐愛会織田病院の取り組み

# 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。

2040年

- 来年10月の消費税率の引き上げにより、ジュニア世代が高齢者となる
- 2040年を見通すと、現役世代は減少し、今後、国民誰もが、より長生きを余す見込み
  - ①多様な就労・社会参加の促進
  - ②健康寿命の延伸
  - ③医療・福祉サービスの充実
  - ④給付と負担の見直し等

2040年

「現役世代の人口の急減と高齢化の進展」

### 多様な就労・社会参加の促進

#### 【雇用・年金制度改革等】

- 更なる高齢者雇用機会の拡大と雇用の整備
- 就職氷河期世代の就職支援・職業的自立促進の強化
- 中途採用の拡大
- 年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金 (iDeCo (イデコ) 等) の拡充
- 地域共生・地域の支え合い

「引き続き取り組む政策課題」

### 給付と負担の見直し

# 医療・福祉サービス改革

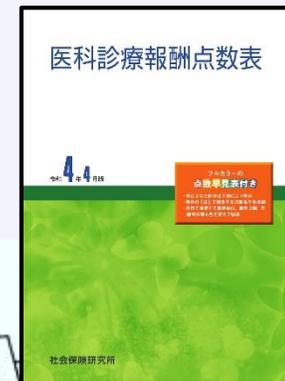
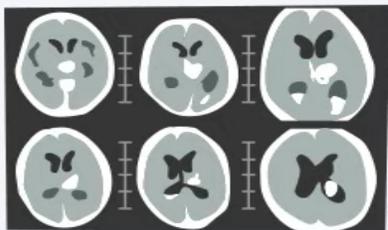
## 【医療・福祉サービス改革プラン】

※来夏を目途に策定

- 2040年の生産性向上に向けた目標と2025年までの工程表
- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
  - ・ ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
  - ・ タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
  - ・ 組織マネジメント改革
  - ・ 経営の大規模化・協働化

# 進化を遂げる分野

# 時代遅れの分野



紙の書類

スキャン

データ保存

印刷

患者さんへ

当たり前前の  
煩雑な日常

# 医療介護需要が増加、労働力減少、働き方改革が進む中において、『病院デジタルトランスフォーメーション(病院DX)』は必然



ICTで業務の  
効率化

クラウドで情報の  
一元化・共有化



会議やミーティングの  
オンライン化

**「医療の質の向上」、 「業務効率化」、 「患者の利便性の向上」**

# 近未来を見据えやるべきことは

1. 85歳以上人口の急増により変わる地域医療
2. 第8次医療計画（2024～2029年）を知る
3. 「在宅療養支援病院」と「かかりつけ医機能を担う病院」とは同列
4. デジタル化の流れに乗り遅れない
5. **祐愛会織田病院の取り組み**



# 地域医療連携・開放型病床登録医

佐賀大学  
附属病院

新武雄病院  
(一般195)

白石共立病院  
(一般108、回復期42)

嬉野医療センター  
(一般399)

祐愛会織田病院  
(急性期一般111床)

太良町立病院  
(一般50、回復期10)

## 佐賀県南部医療圏

人口：15.1万人  
高齢化率：32.9%  
75歳以上 17.1%

-  年間240件以上
-  年間120件以上
-  年間60件以上
-  年間20件以上
-  年間5件以上



# 当院の役割・機能①

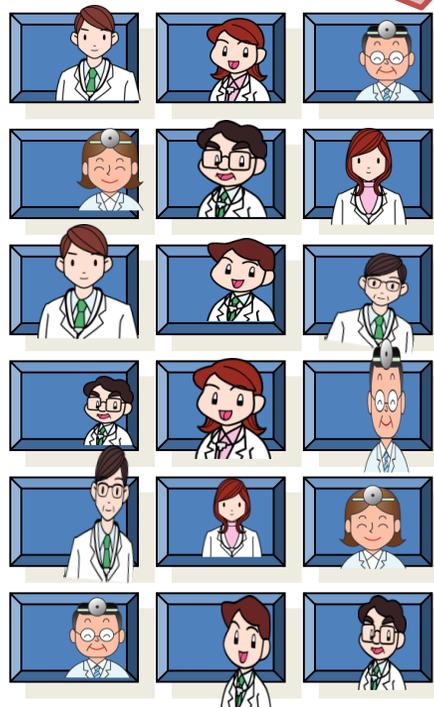
24時間365日、在宅急変患者  
救急患者、絶対断らない！  
月300名前後の紹介患者

近所のかかりつけ患者以外は、逆紹介により外来  
患者数を半分に減らす

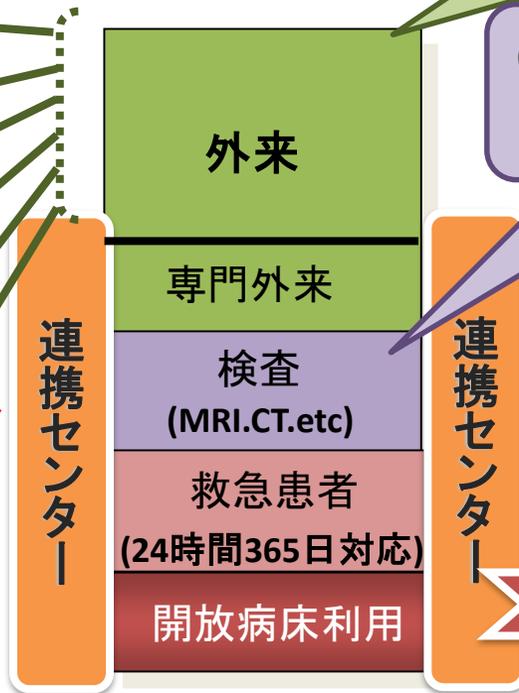
CT,MRIの共同利用  
年間800件前後



介護施設  
(法人施設含)



登録医の先生 (50名)



当院

☎0954(63)1499



高機能病院 (広域型)



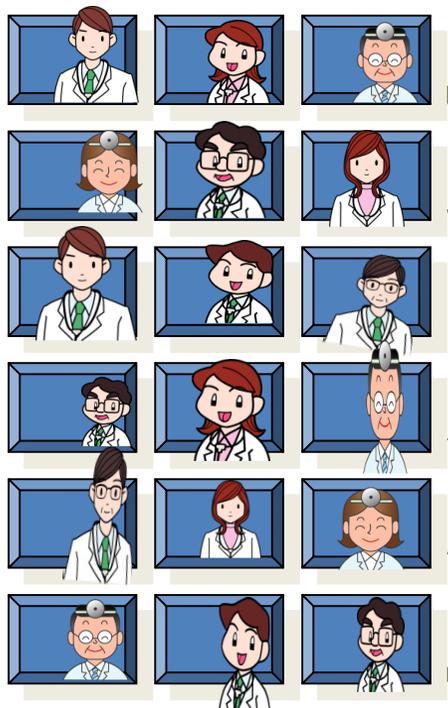
# 当院の役割・機能②

在宅医療を  
バックアップ



介護施設  
(法人施設含)

登録医の先生 (60名)



M  
B  
C

連携センター

外来
専門外来
検査 (MRI.CT.etc)
救急患者 (24時間365日対応)
開放病床利用

当院

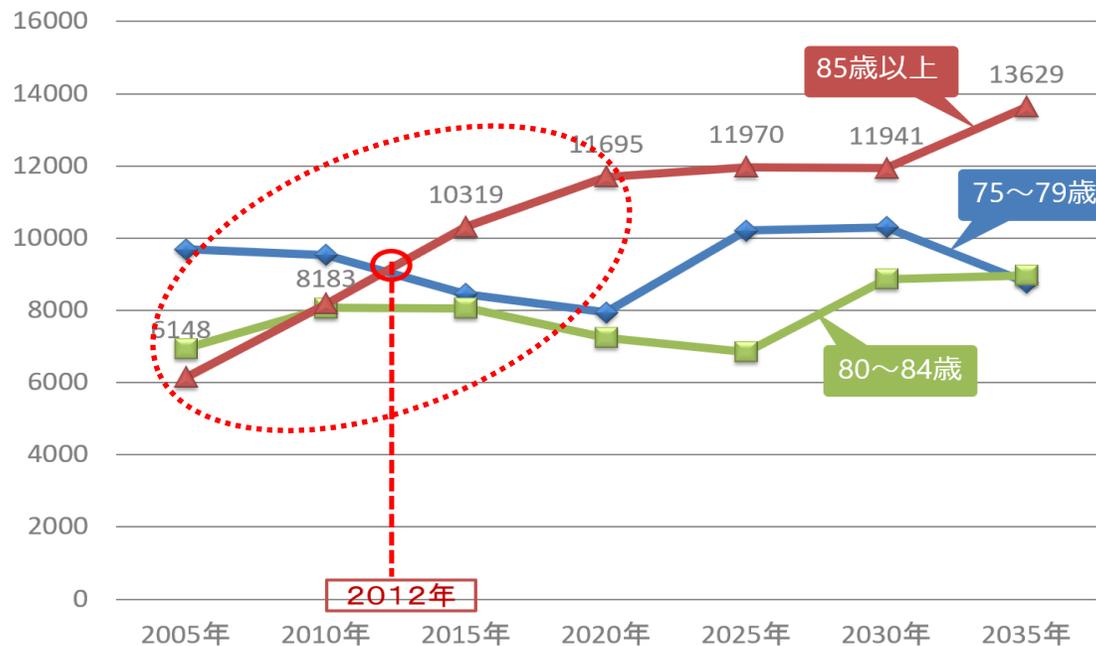
連携センター

地域医療の窓口

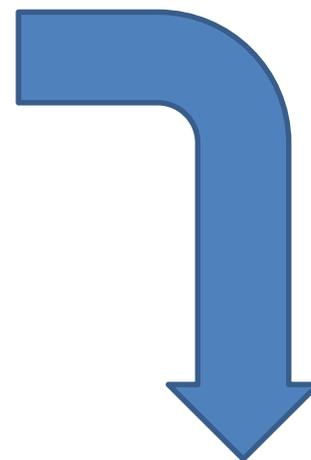
- 佐賀大学附属病院
- 嬉野医療センター

高機能病院 (広域型)

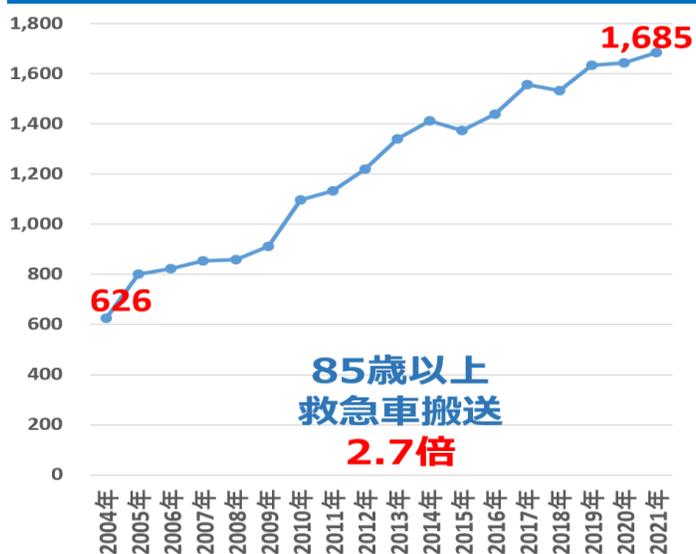
# 佐賀県南部医療圏・後期高齢者人口



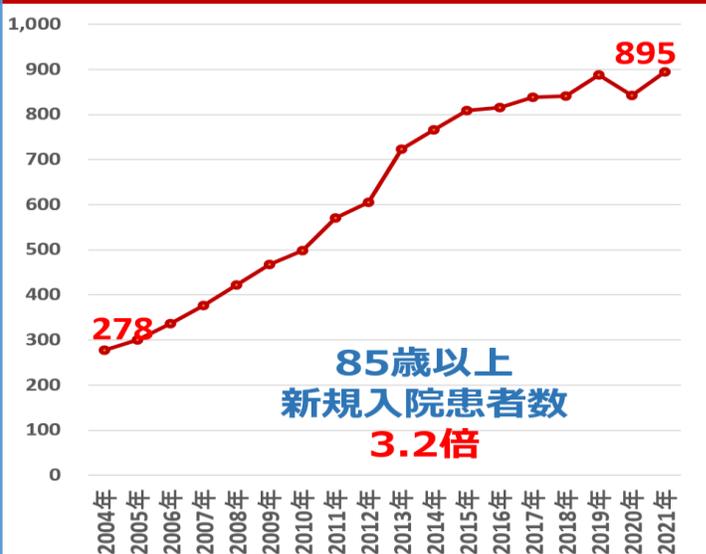
国立社会保障・人口問題研究所「市区町村将来推計人口」より



## 85歳以上の救急車搬送数(当医療圏)



## 85歳以上の新規入院患者数(当院)

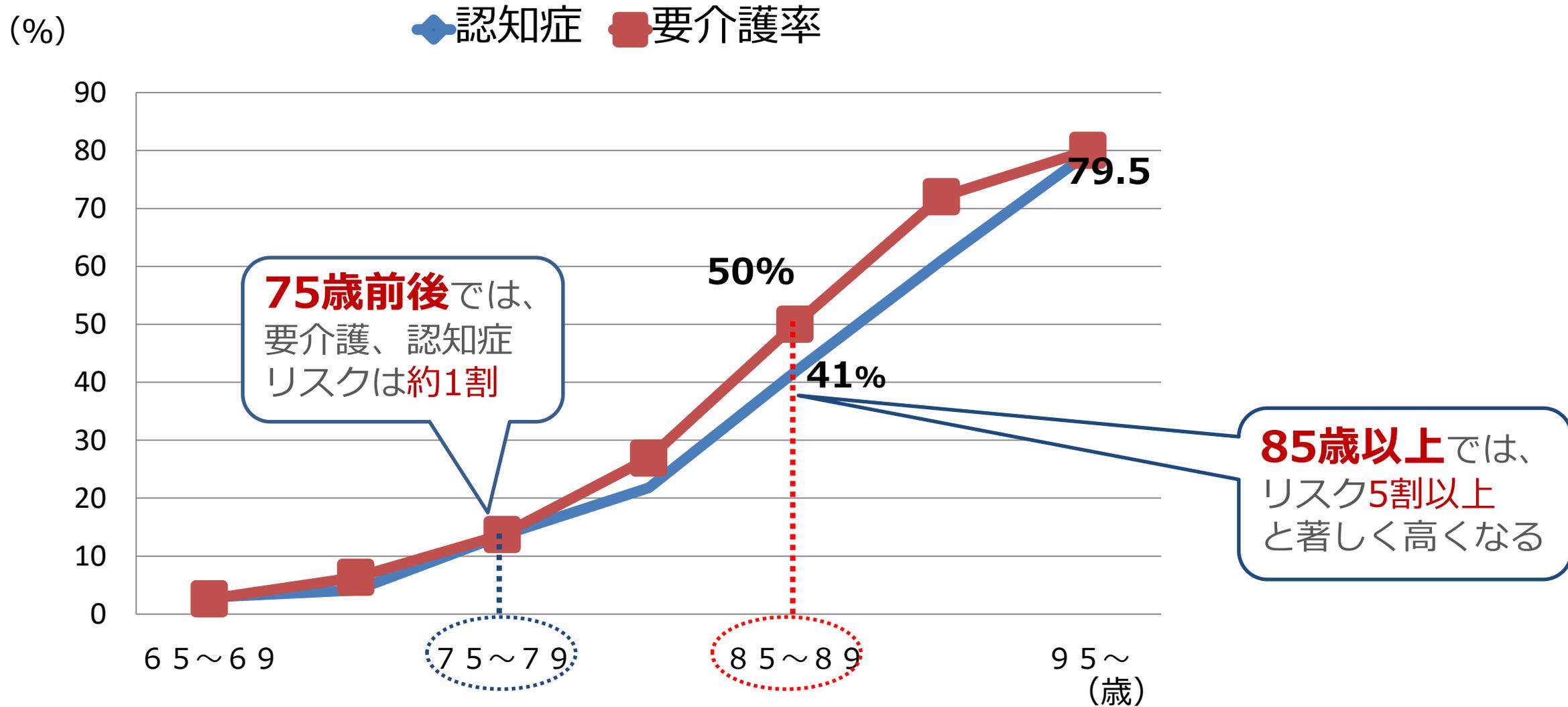


**85歳以上人口の増加に従い**

- ・ 85歳以上救急搬送患者 **急増**
- ・ 85歳以上新規入院患者 **急増**

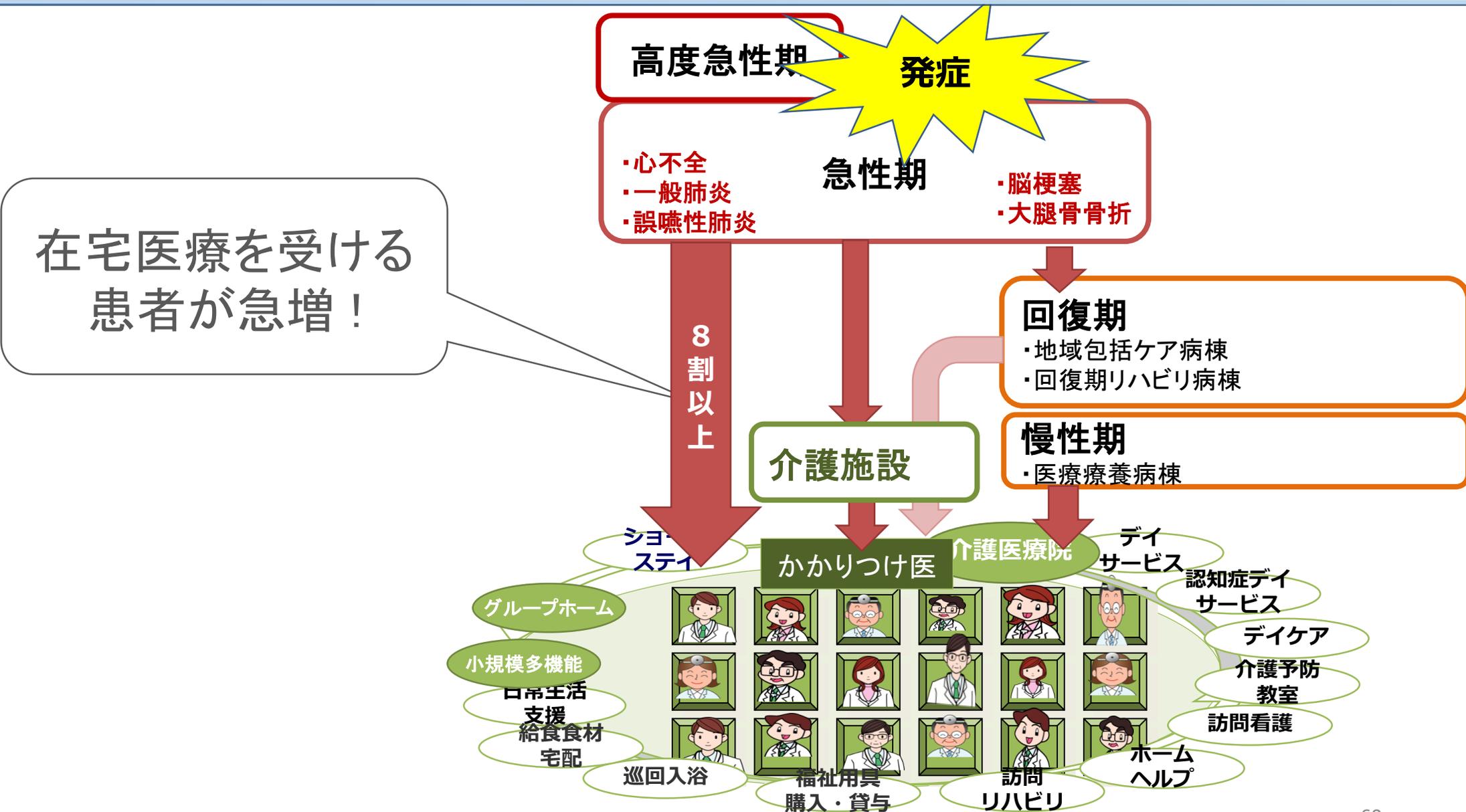


# 年齢階級別の要介護率と認知症

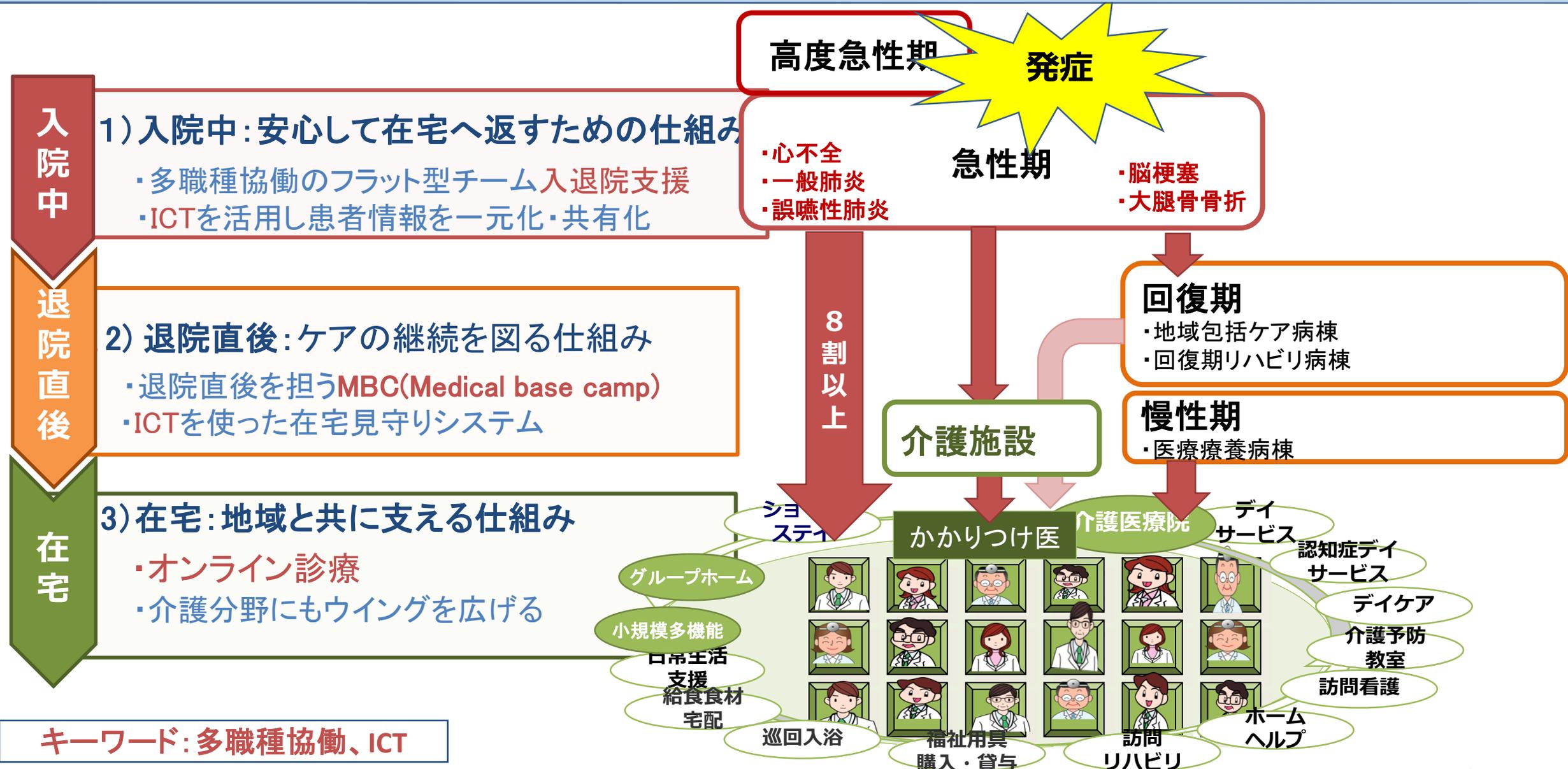


厚生労働省「国民生活調査」、厚生労働省「介護給付費実態調査」より

# 入院から在宅への流れ、85歳以上在宅患者の急増

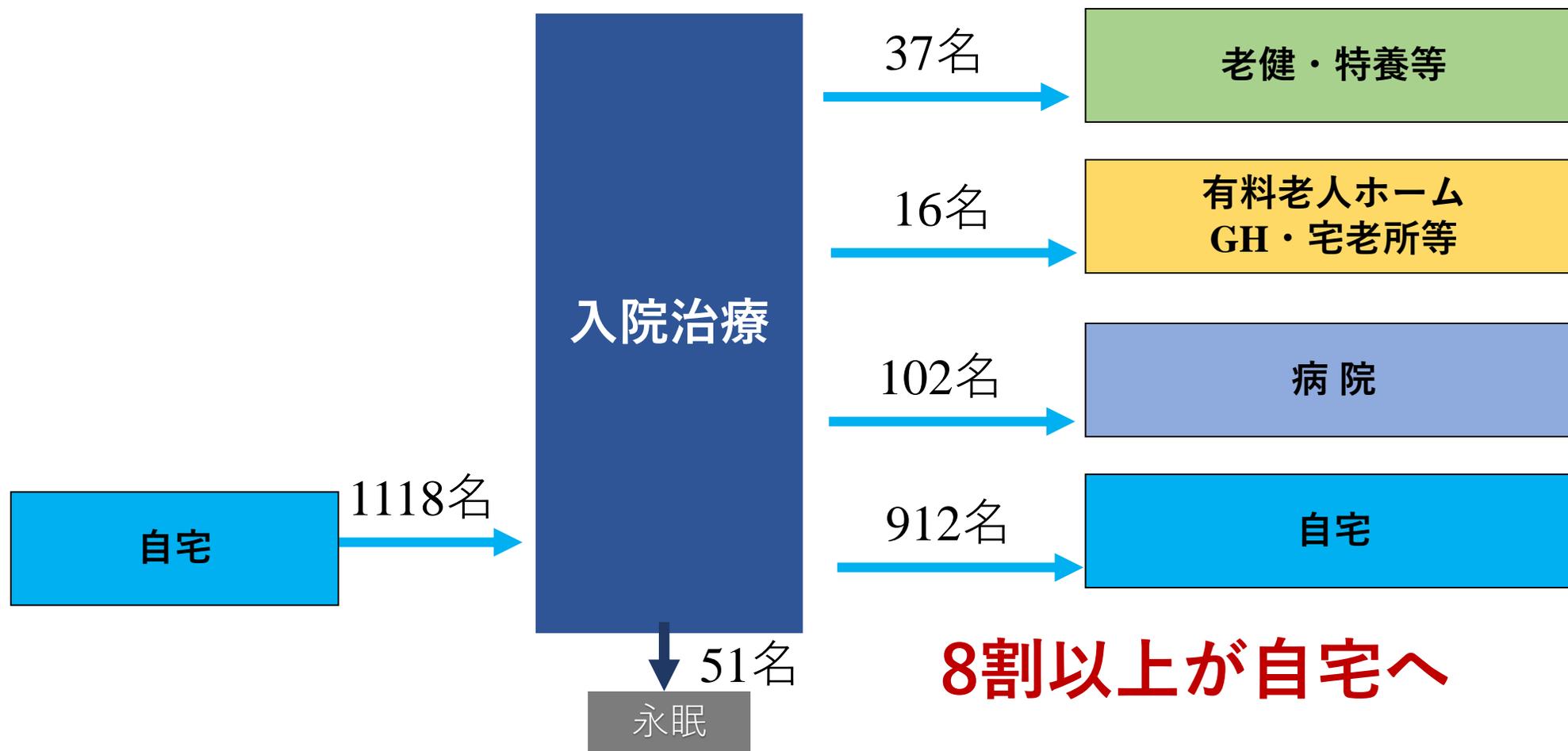


# 入院から在宅への流れ、85歳以上在宅患者の急増



# 自宅から入院し退院支援を受けた患者の転帰

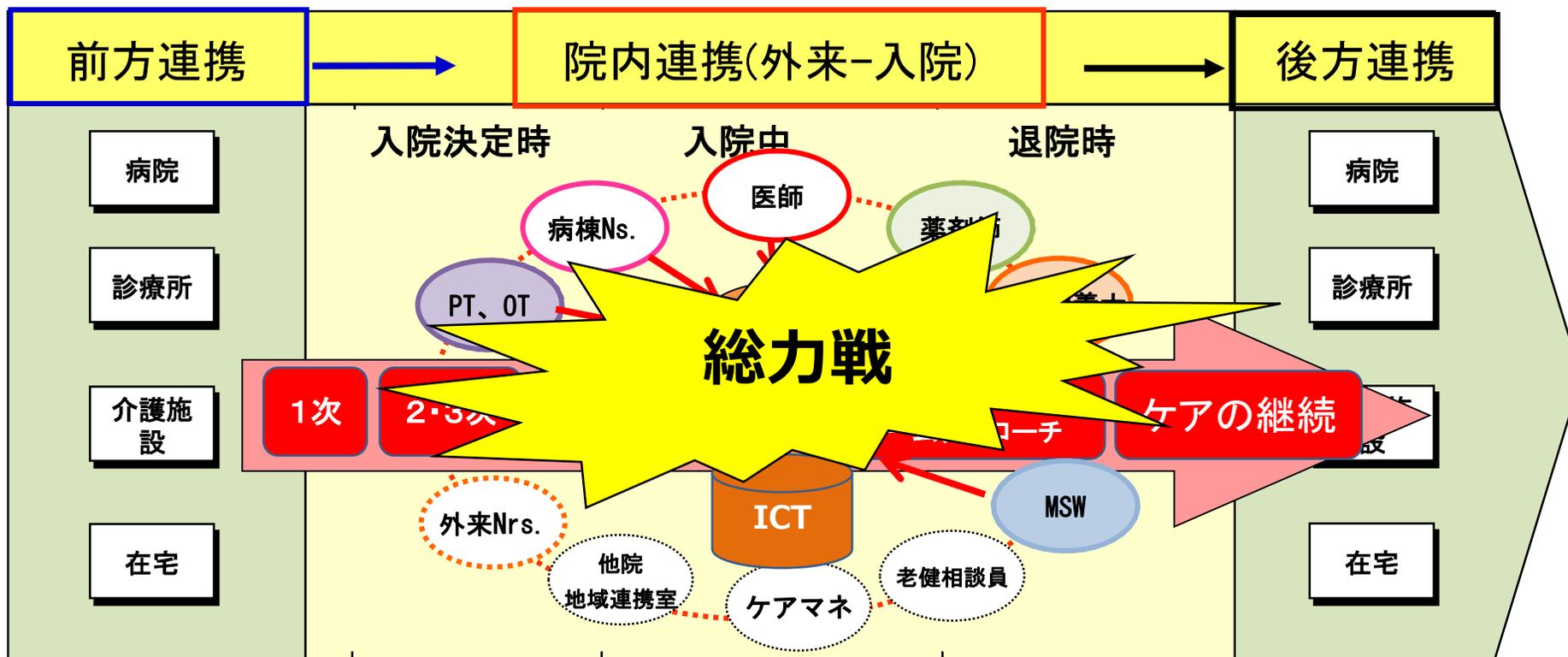
( 2022年度 4月～3月退院支援総数1677件)





# 在宅復帰支援は多職種が協働し総力戦で進める

薬剤師、理学療法士、管理栄養士、MSWを病棟に専従配置  
専門職としての知識を活かし退院支援に係わる。



退院支援が必要な患者のスクリーニング

チームアプローチ

連携・調整

# 院内) ICT「Information and Communication Technology (情報通信技術)」を活用し業務の効率化

入院時より多職種が患者情報を共有するために  
ICT活用は必須

## 電子カルテ

情報を一元化・共有化!

入院



## ICT活用したスマートベット



入院時より多職種が情報共有し、入院早期より在宅に向け退院支援

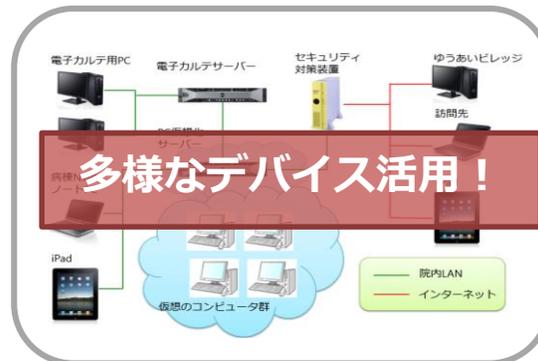
## 各種支援DB

情報収集の簡易化!



## 電子カルテのクラウド化

多様なデバイス活用!



## RPA導入

業務の効率化!



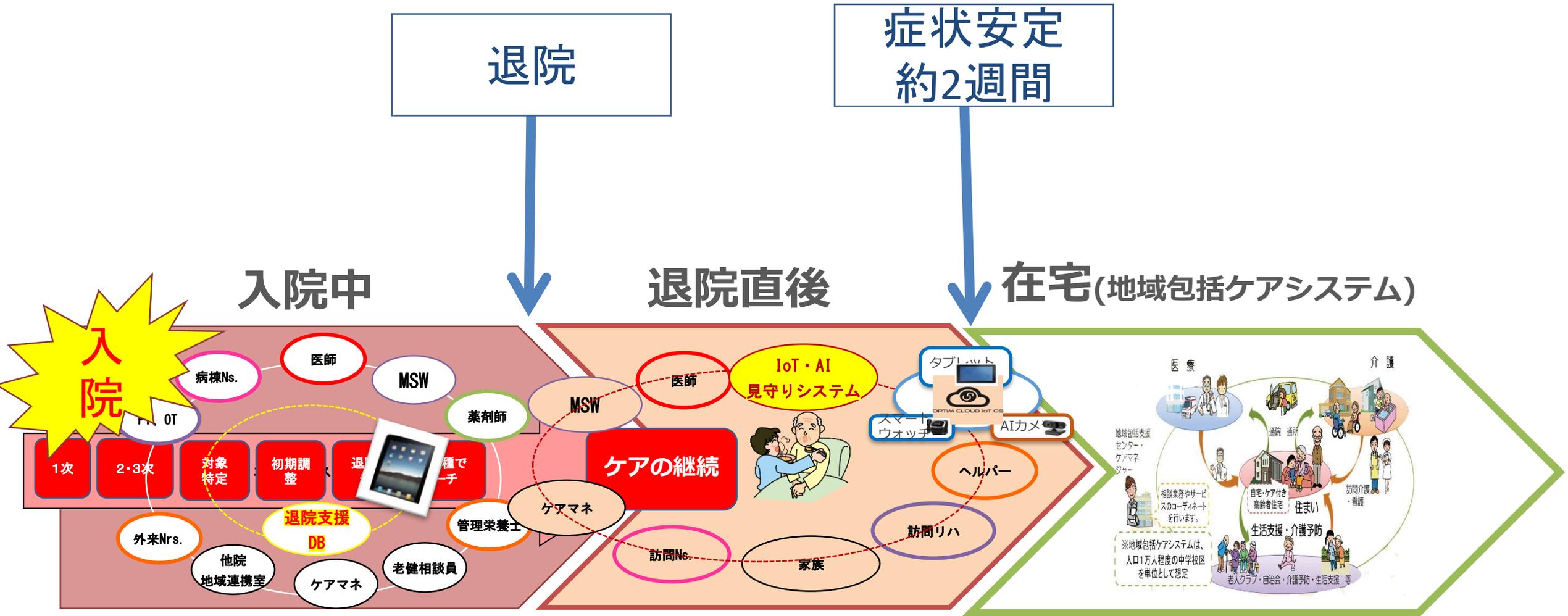
- ・通信機能付バイタルデバイス
- ・ピクトグラム表示

記録の迅速化!





# 多職種協働フラット型チームとICT活用



・ 入退院支援チーム

・ 在宅医療支援チーム  
(MBC)

・ 地域と共に支える仕組み

# 退院直後を担う・在宅医療支援チーム（MBC）の役割

退院後2週間後



**MBC**

医師、MSW、訪問看護師、  
PT、ヘルパー等



地域の医療機関へ



地域の医療機関へ



地域の医療機関へ

患者宅



# 多職種協働の在宅医療支援チーム (MBC)

ヘルパー

訪問リハ

MSW

ケアマネ

訪問看護

情報共有が  
スムーズ！

Dr

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 時間帯別ケア

ICTで見守り可能: ○

(2016年3月実績)

項目	日中		夜間		深夜	
	総件数	事業所平均	総件数	事業所平均	総件数	事業所平均
○ 安否確認	2,817	402	156	22	256	-
○ 服薬介助・確認	1,573	225	462	66	-	-
水分補給	1,123	160	56	8	-	-
○ 見守り	1,141	163	60	7	-	-
後片付け	864	123	-	-	-	-
配下膳	817	-	-	-	-	-
パッド交換	-	-	-	8	77	11
移動・移乗	-	-	71	10	27	4
○ 排泄介助	-	74	1	0	-	-
○ 入浴介助	477	68	16	2	5	1
○ 食事介助	279	40	80	11	125	18
○ 相談・助言	271	39	3	0	3	0
○ Pトイレ介助	203	29	24	3	42	6
外出介助	222	32	-	-	-	-
○ オムツ交換	147	21	19	3	7	1

訪問しなくてもICTで対応可能なサービスが多い

\* 事業別平均は7事業所の平均値です。

1ヶ月の数値であり、1事業所当たりで考えると、排泄介助は日中を含めてほとんどな  
資料・地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書・社会福祉法人 協同福祉会より

# ICTの活用で在宅見守り効率化

バイタルデバイス

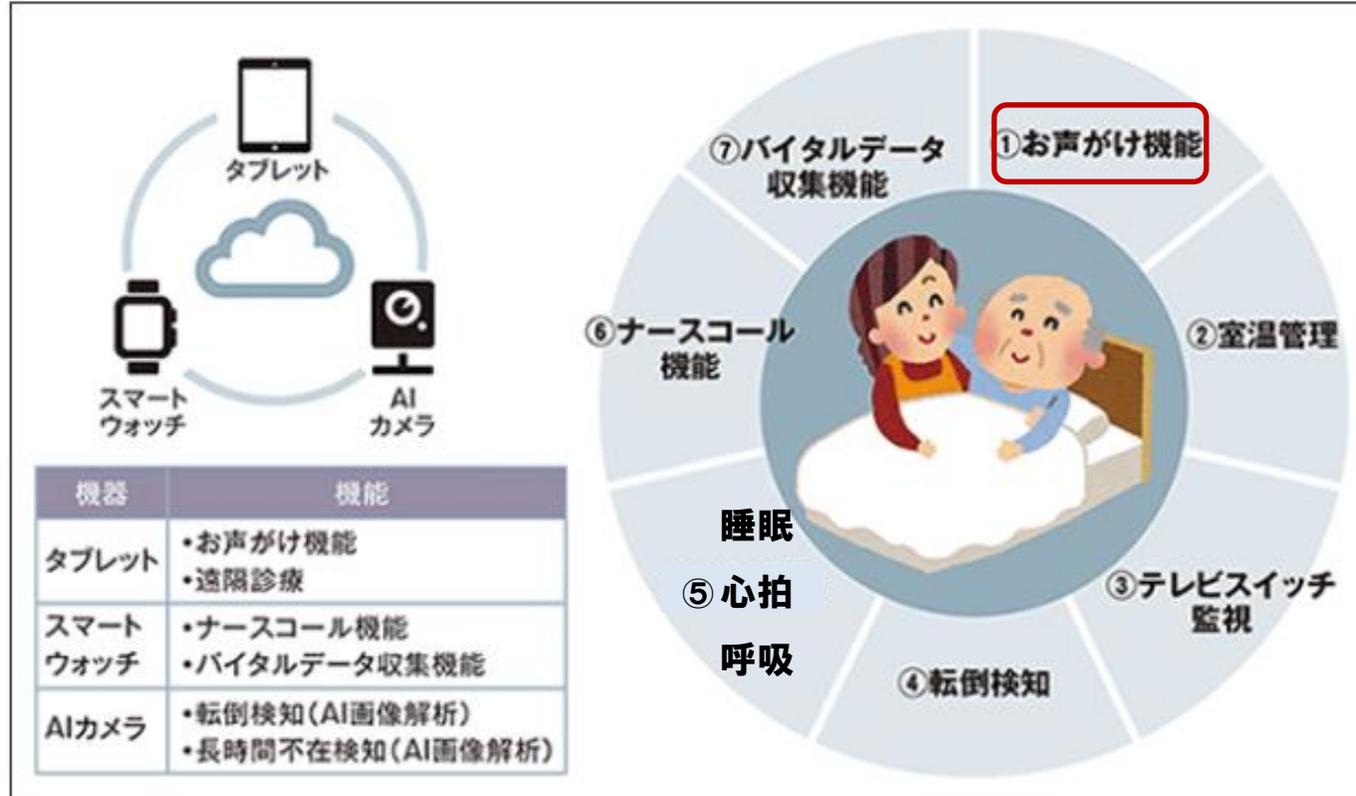


ナースコール機能

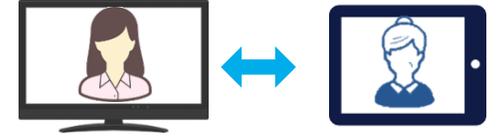


※開発中

ベッドスキャン



ビデオ通話



室温センサー

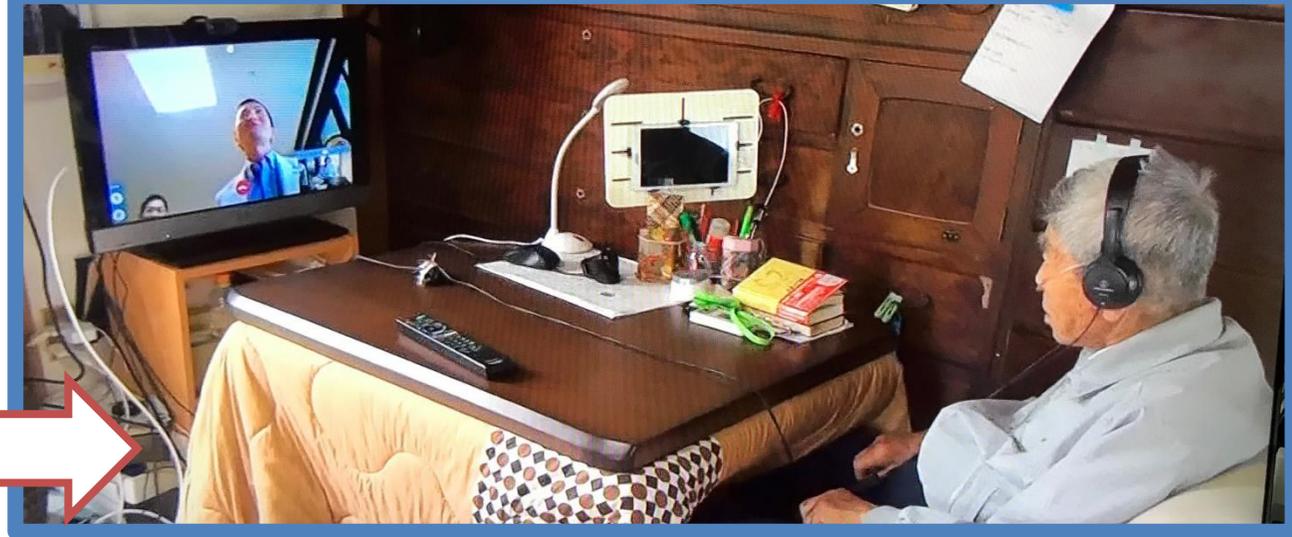


ワットチェッカー



# 在宅におけるオンライン診療本格化

- ・ 特別訪問看護指示書（退院直後の2週間）、ターミナル、難病（パーキンソン等）、HoT等の特別管理加算患者等の在宅患者において、本人や家族の安心を得るため補完的に遠隔診療システム活用



# ICTの活用で在宅での見守り効率化

バイタルデバイス

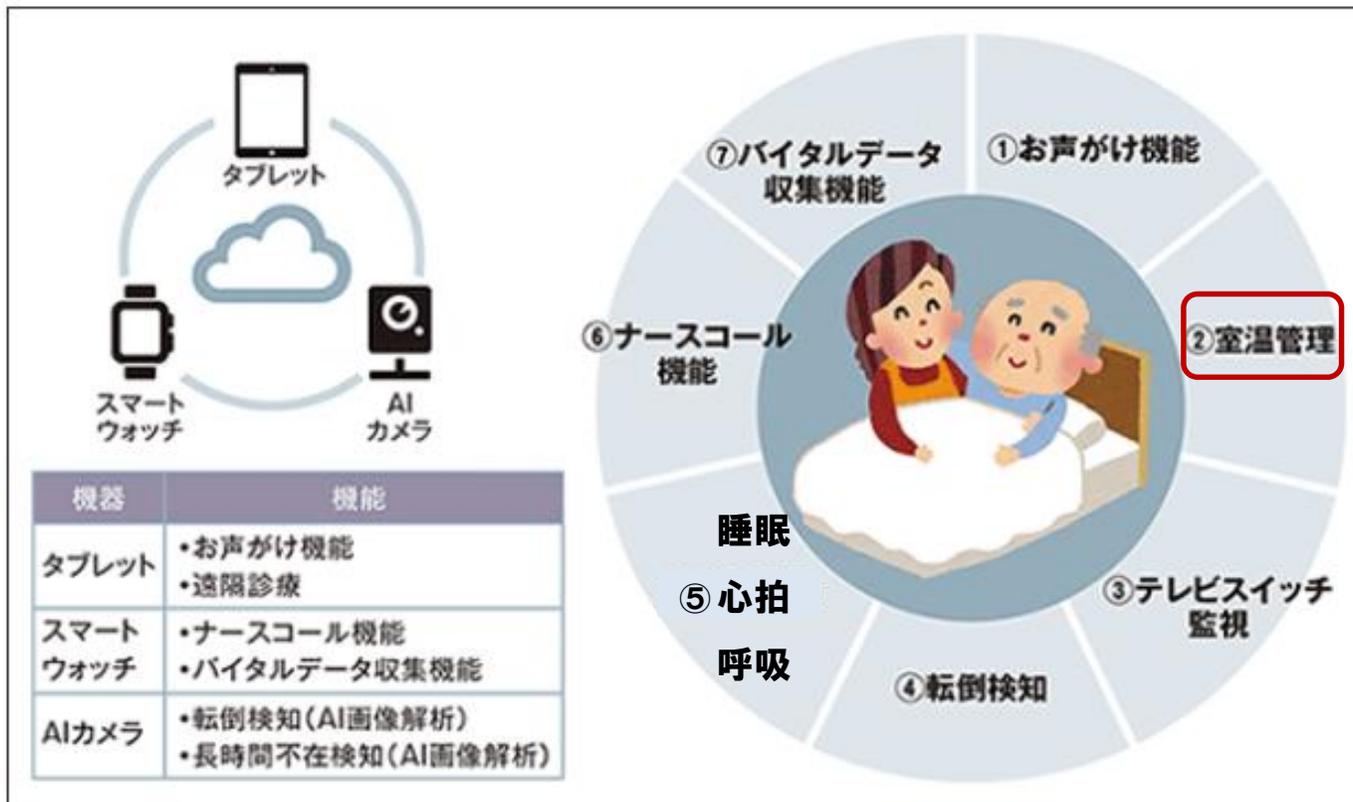


ナースコール機能

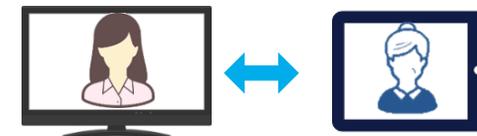


※開発中

ベッドスキャン



ビデオ通話



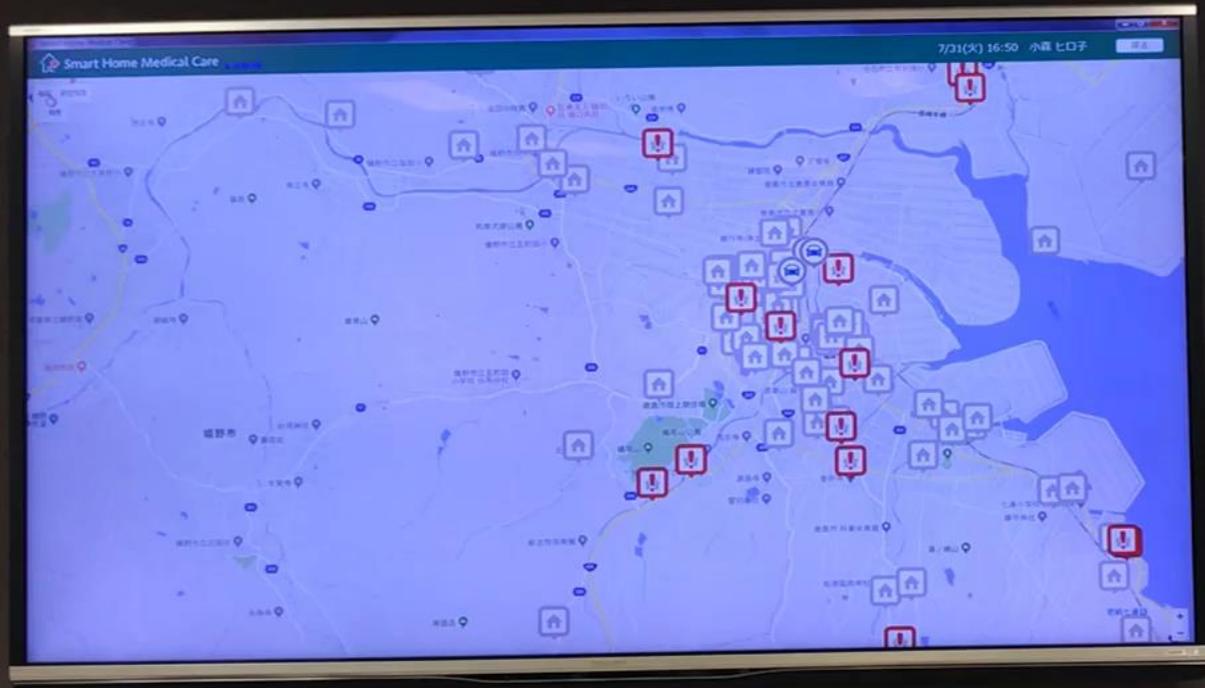
室温センサー



ワットチェッカー



# 屋内での室温や湿度管理



# ICTの活用で在宅での見守り効率化

バイタルデバイス

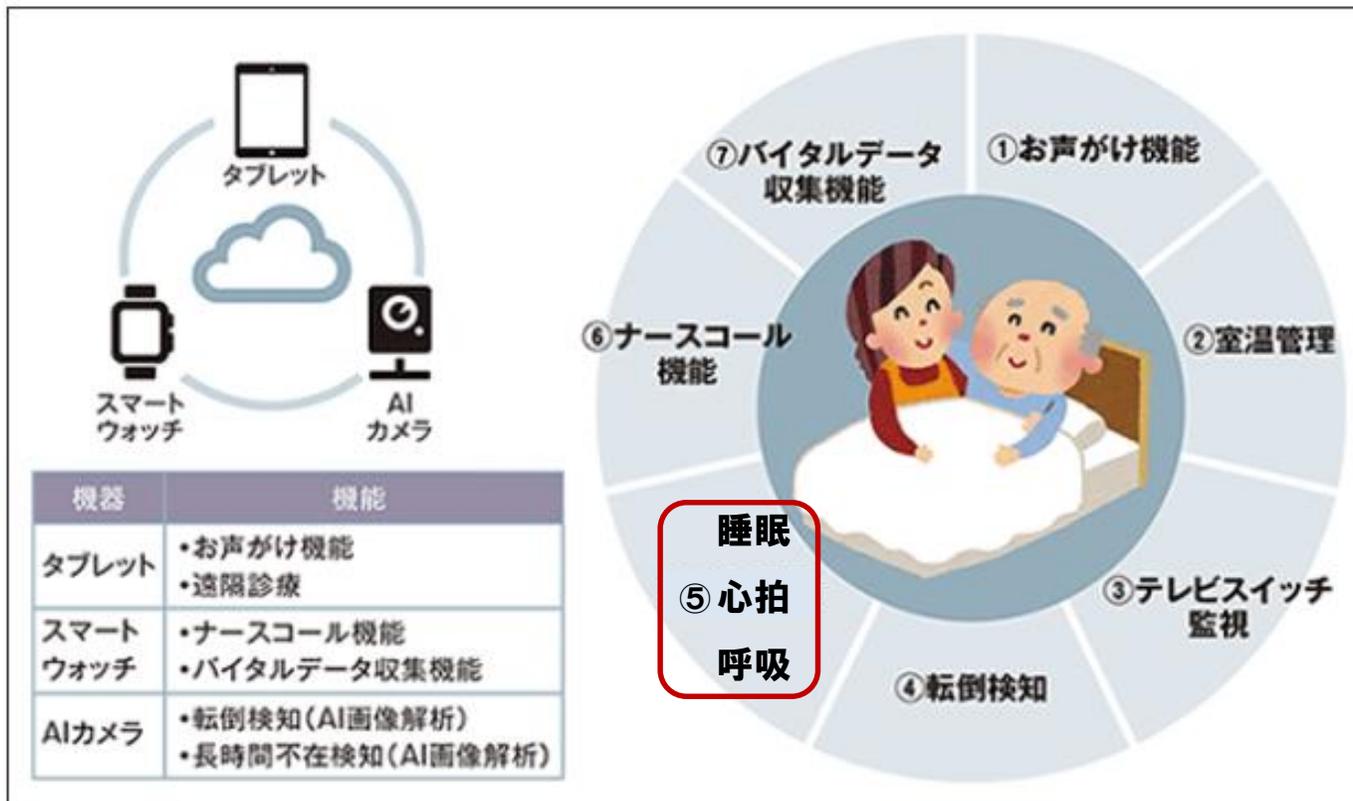


ナースコール機能

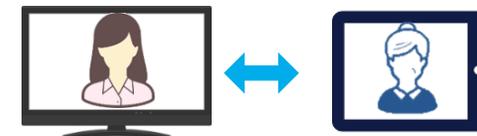


※開発中

ベッドスキャン



ビデオ通話



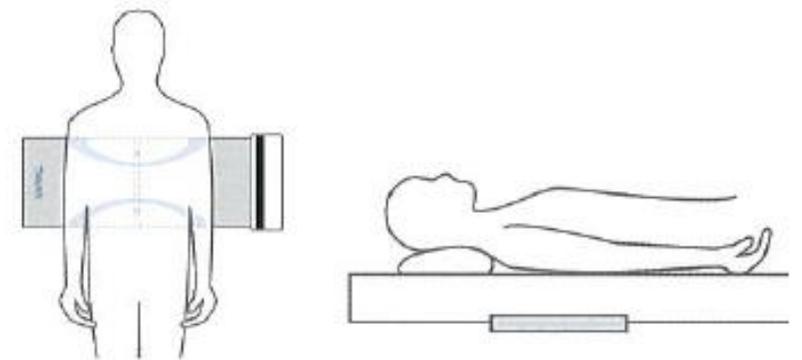
室温センサー



ワットチェッカー



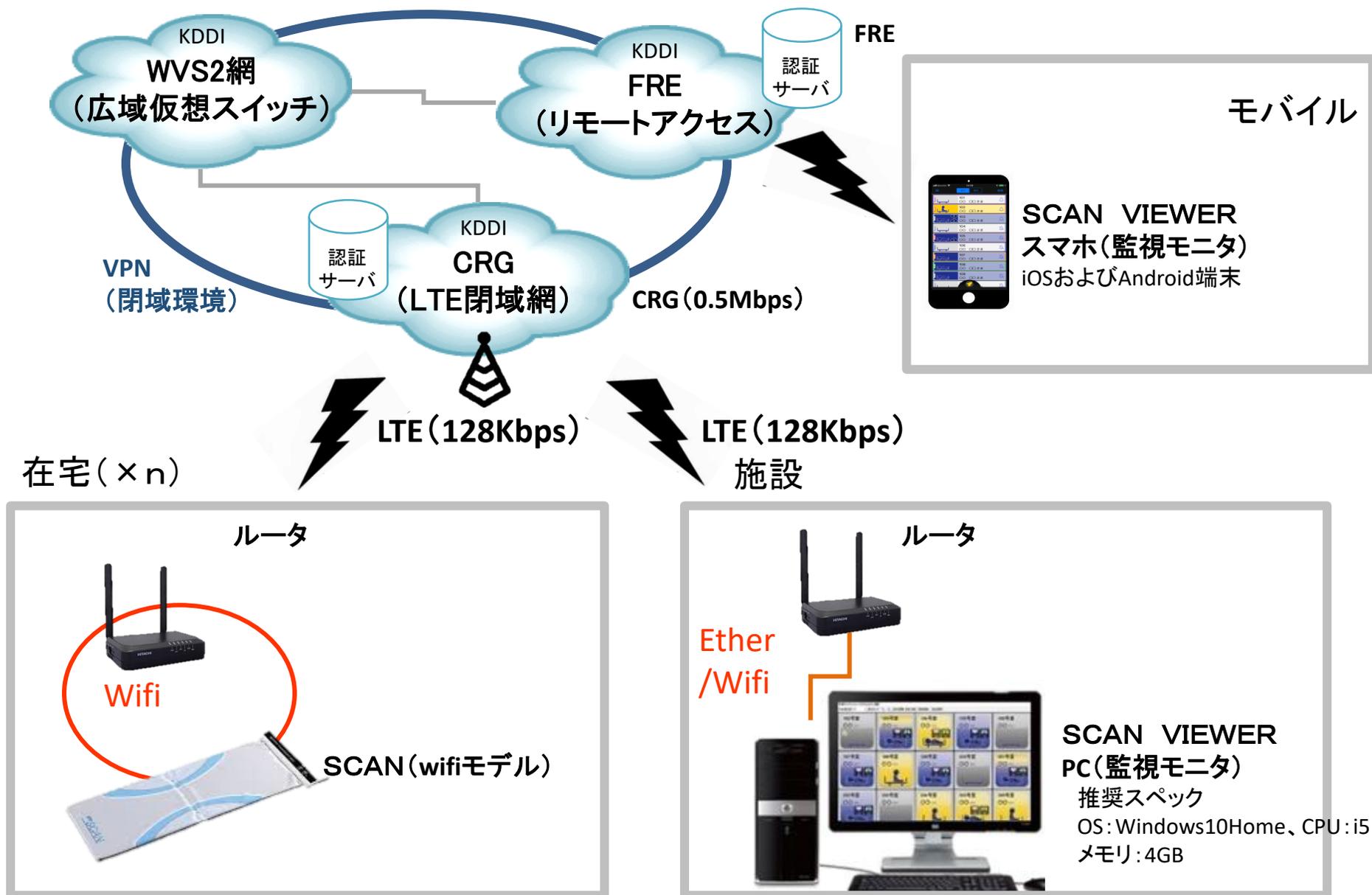
# ■睡眠状態・心拍数・呼吸数をモニター



マットレスの下にセンサー設置

胸の下あたりに敷きこむ

# ICTを活用し在宅患者の情報を集約・表示



# コロナ禍、在宅での看取りを希望する家族が増えた

## 90代 女性 末期心不全

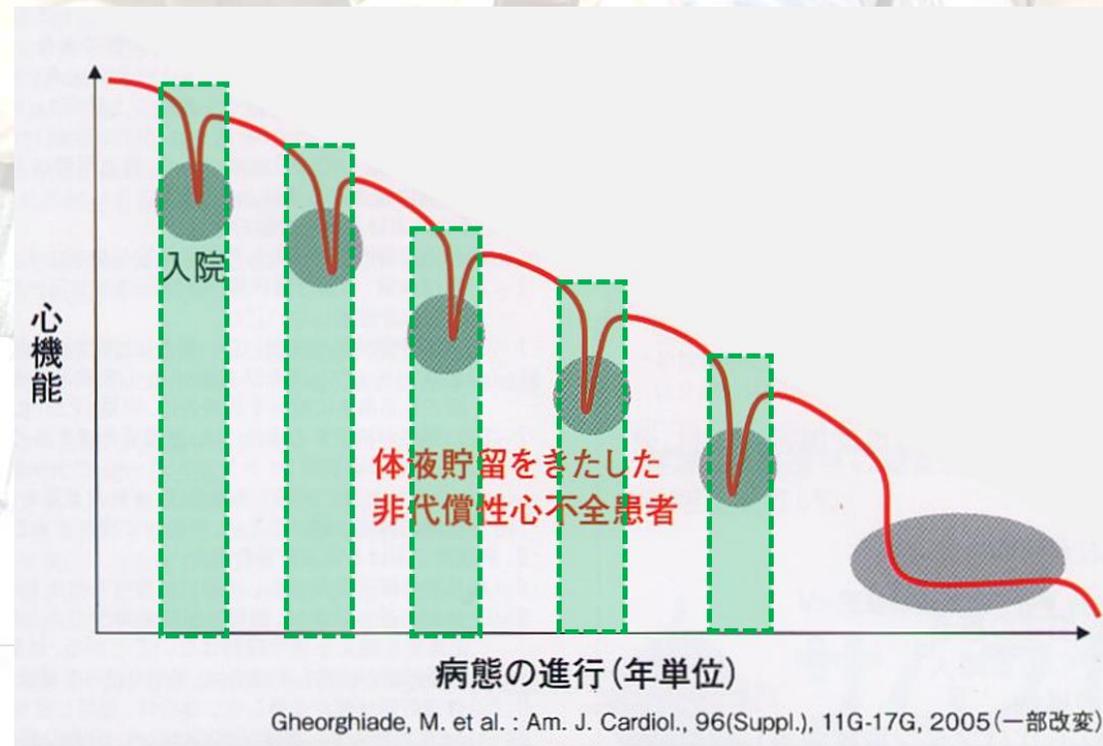
心不全治療薬に対する反応が低下。

1月16日に自宅へ退院。

尿道カテーテルも留置のまま。在宅酸素も導入。

ご家族は、死期が迫っていることを理解・納得。

退院直後からベッドセンサー使用開始。



1行の表示数 5 表示サイズ 表示間隔 電波強度 表示説明

<p>-35dBm</p> <p>さま</p> <p>79 18</p>	<p>-24dBm</p> <p>さま</p> <p>58 18</p>	<p>-46dBm</p> <p>さま</p> <p>--- ---</p>	<p>-33dBm</p> <p>さま</p> <p>--- 16</p>	<p>-41dBm</p> <p>さま</p> <p>80 11</p>
<p>さま</p>	<p>-37dBm</p> <p>さま</p>	<p>さま</p>		



lenovo

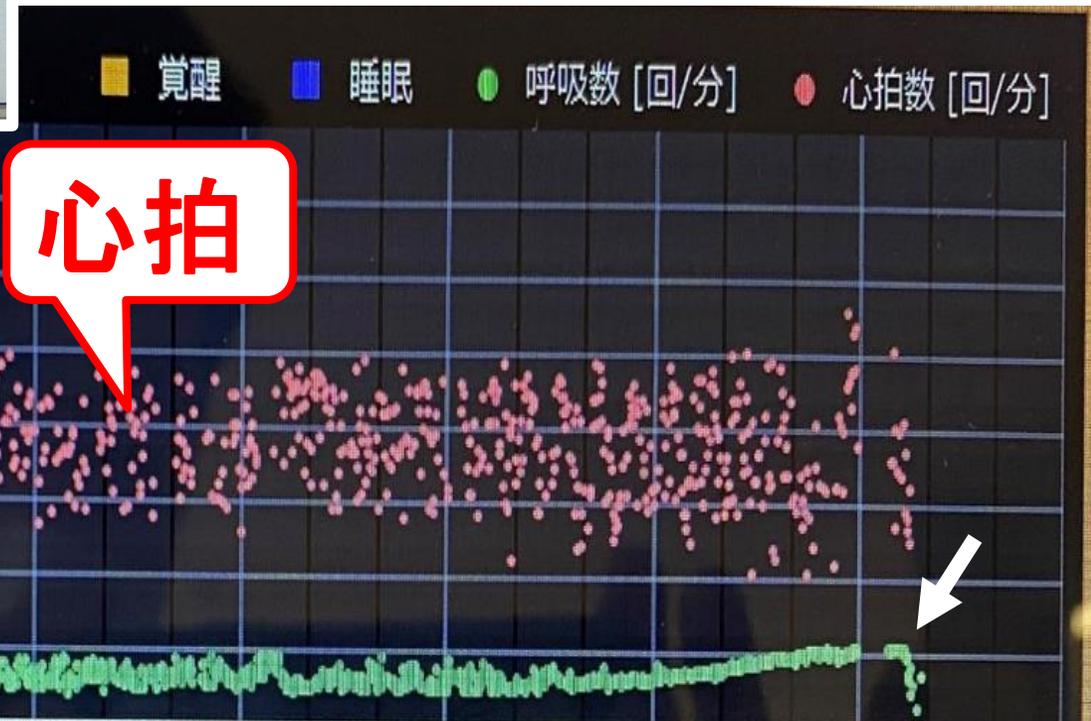


写真上)

自宅帰宅直後の呼吸数は正常範囲 (グリーン)

10日後から除呼吸 (ブルー) となる

14日目に永眠



写真下)

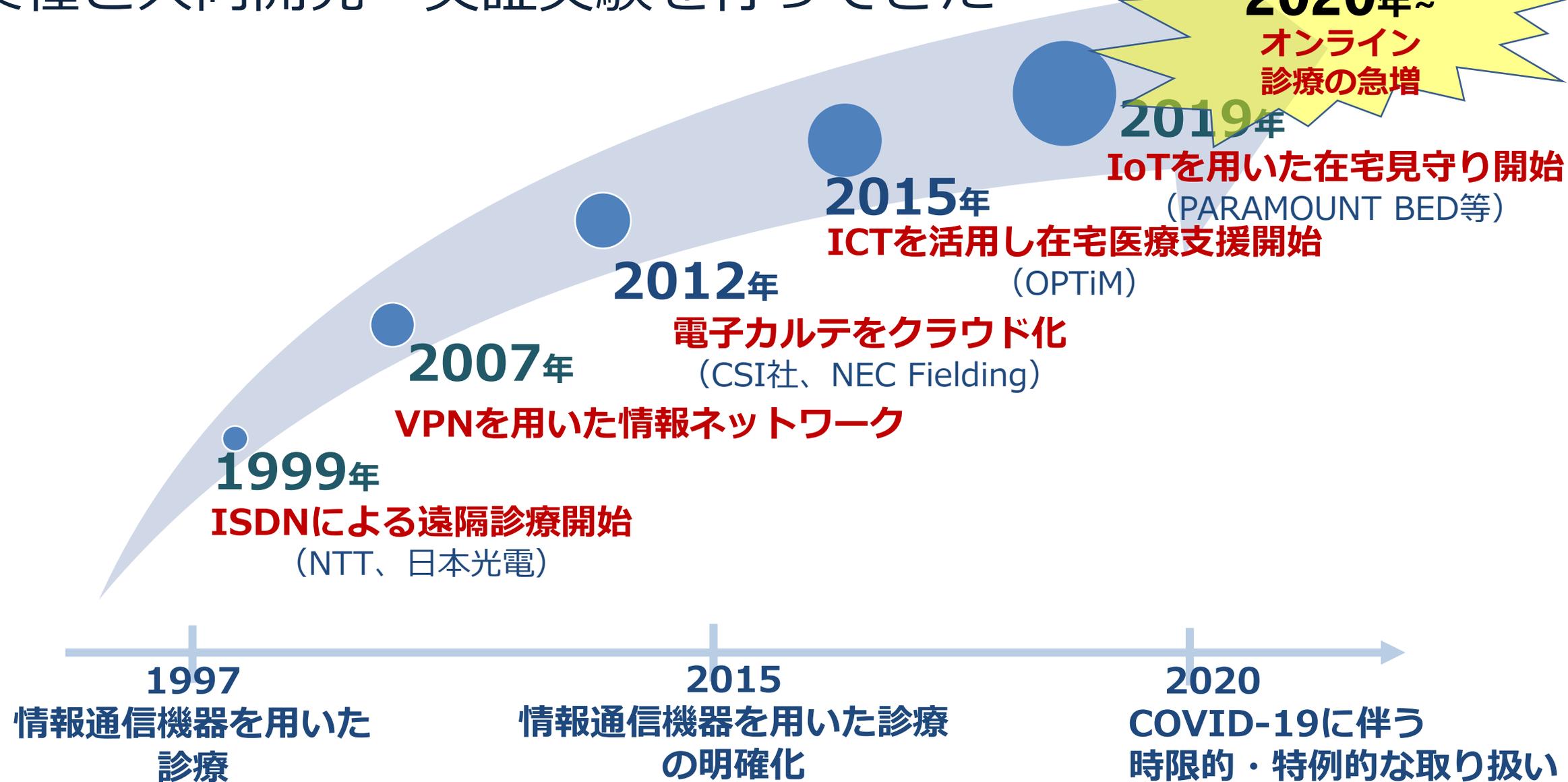
呼吸、心拍数を1分毎に  
散布図でも表すことができ、  
詳細な状態の変化が  
わかる



全体ミーティングでの患者状態確認。  
情報は視覚化され、共有もスムーズ。

# 祐愛会織田病院の情報通信技術(ICT等)活用の流れ

異業種と共同開発・実証実験を行ってきた



# 平成11年（1999年） テレビ電話(ISDN回線)を使用した 遠隔診療を開始。

や心電図など医療情報を送・受信するシステム。来春始まる介護保険制度をにらみ、在宅療養を必要とする高齢者の増加に対応、在宅医療の推進につなげる。県内初で全国でも先進的という。



テレビ電話を使って病院にいながら在宅患者を診察する遠隔医療の取り組みが県内でも始まった—鹿島市の織田病院

## 血圧、心電図もチェック 介護保険導入にらむ

同病院は五月から希望した十八歳の三世帯で実施している。システムはNTT、日本光電と提携して整備した。医師法で認められていなかった遠隔医療は、厚生省が九七年に対面診療の基本を緩和、初診や急性の患者を除き、可能となった。同省は山村や難病など医療の確保が困難な地域を中心に、推進モデル事業を行っている。また、医療保険の診療報酬対象にはなっておらず、普及にはまだ時間がかかりそうだ。

織田理事長は「地域の医師とも連携して広げていきたい」と話している。

## 県内初の遠隔医療開始

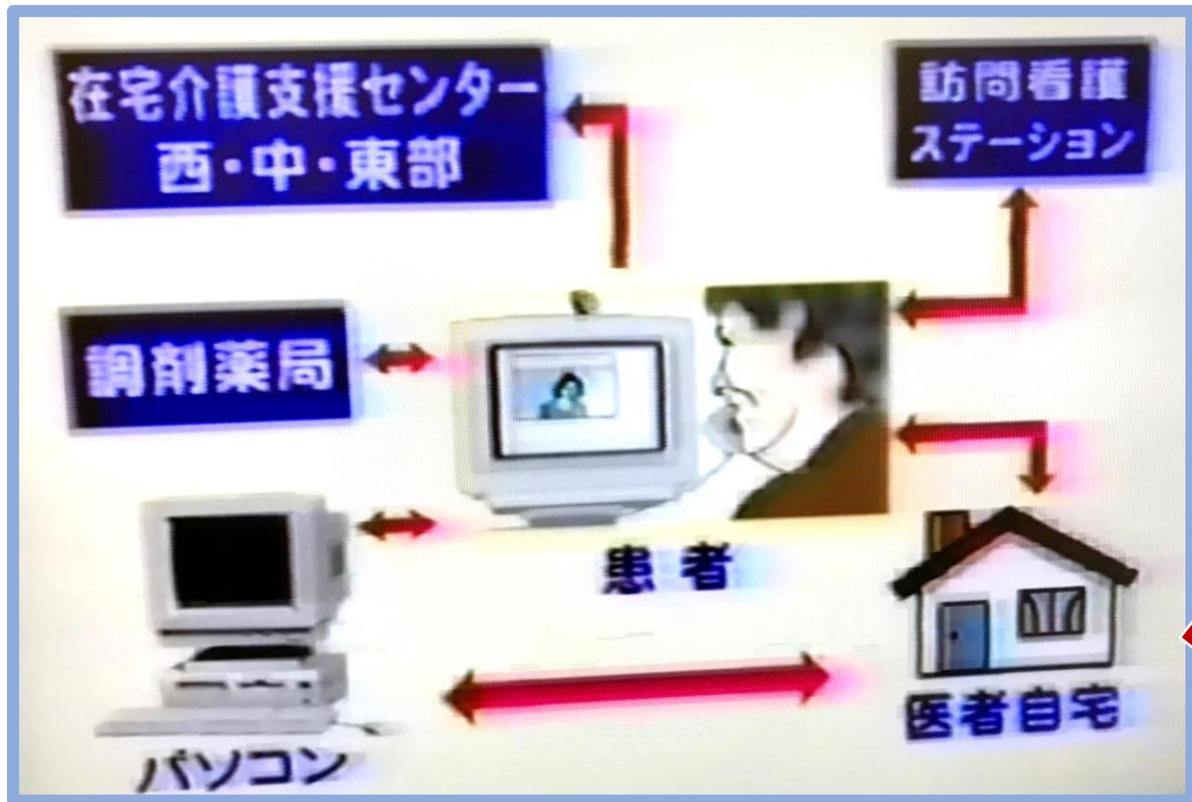
# 患者 往診 TV電話で

鹿島・織田病院

システムは病院と希望する患者宅をISDN回線を介して電話が通じて、テレビ電話をき、安心感を得られる。通じて医師が患者を診察。動画で患者の表情や呼吸状態が分かり、患者側が測定して送信した血圧や脈拍数、心電図などのデータから、病状の把握が的確な指ががらまいる。

システムは二十四時間対応できる。医師の自宅や訪問看護ステーションとも接続。薬局と連携し、服薬指導もできる。

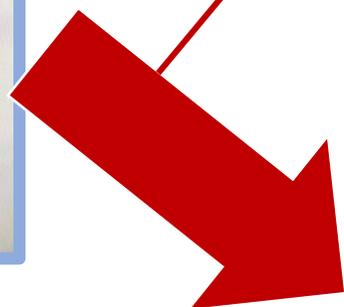




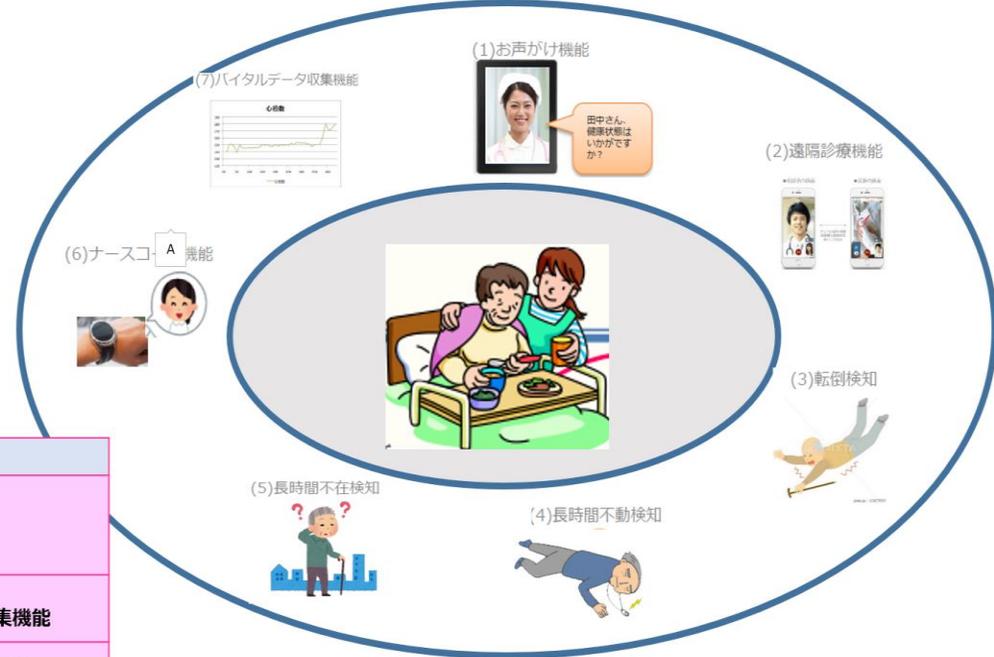
1999年：テレビ電話（ISDN）  
設置に3ヶ月要した

## インターネットの急速な普及

2019年：インターネット

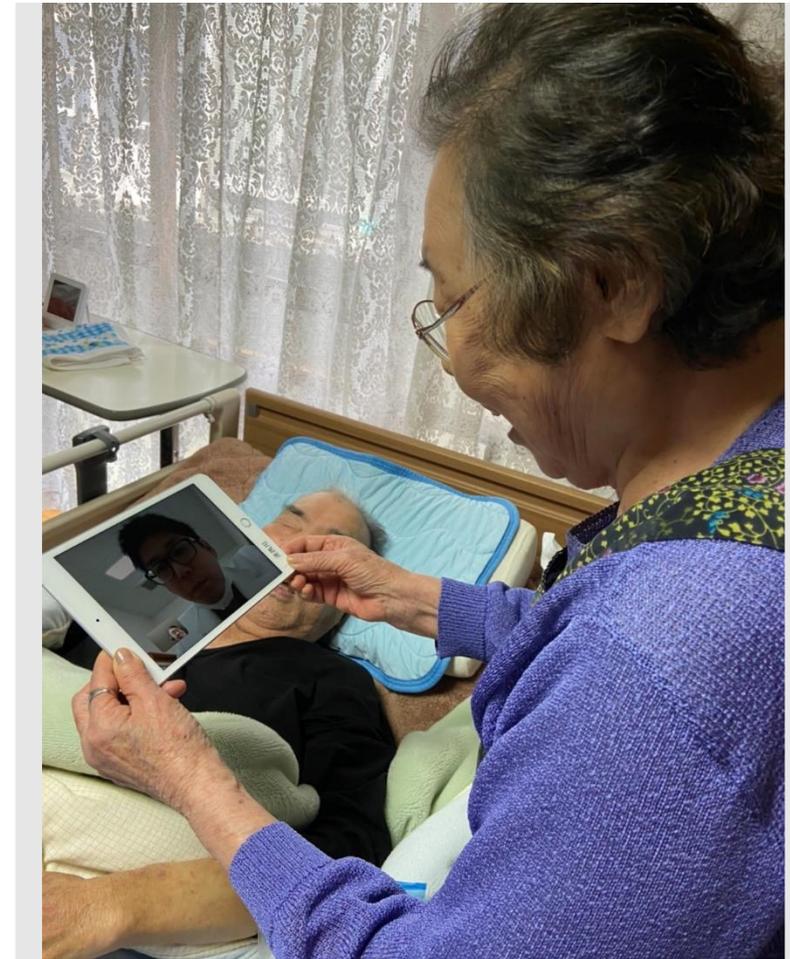


機器	機能
タブレット	<ul style="list-style-type: none"> <li>お声かけ機能</li> <li>遠隔診療</li> </ul>
スマートウォッチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ナースコール機能</li> <li>バイタルデータ収集機能</li> </ul>
AIカメラ	<ul style="list-style-type: none"> <li>転倒検知(AI画像解析)</li> <li>長時間不在検知(AI画像解析)</li> </ul>



# スマートフォンやタブレットでオンライン診療

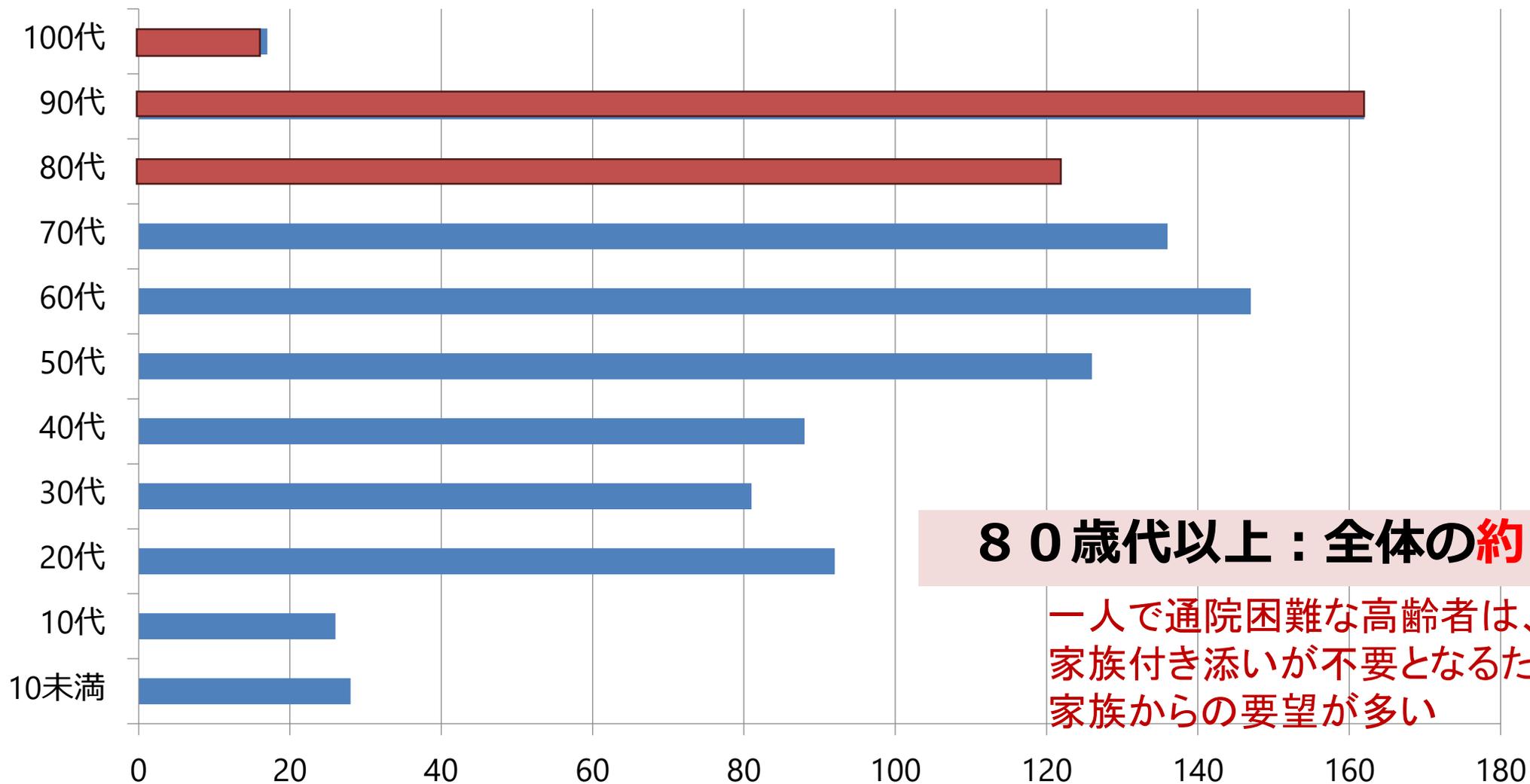
**オンライン診療**を、スマートフォンやタブレット、PCなどを用いて診察の予約から診療、決済まで全てオンライン（非対面）で行うための**アプリケーション**が数多く登場



# オンライン診療の実際



# 当院のオンライン診療・年代別件数 (総数: 1,025名)

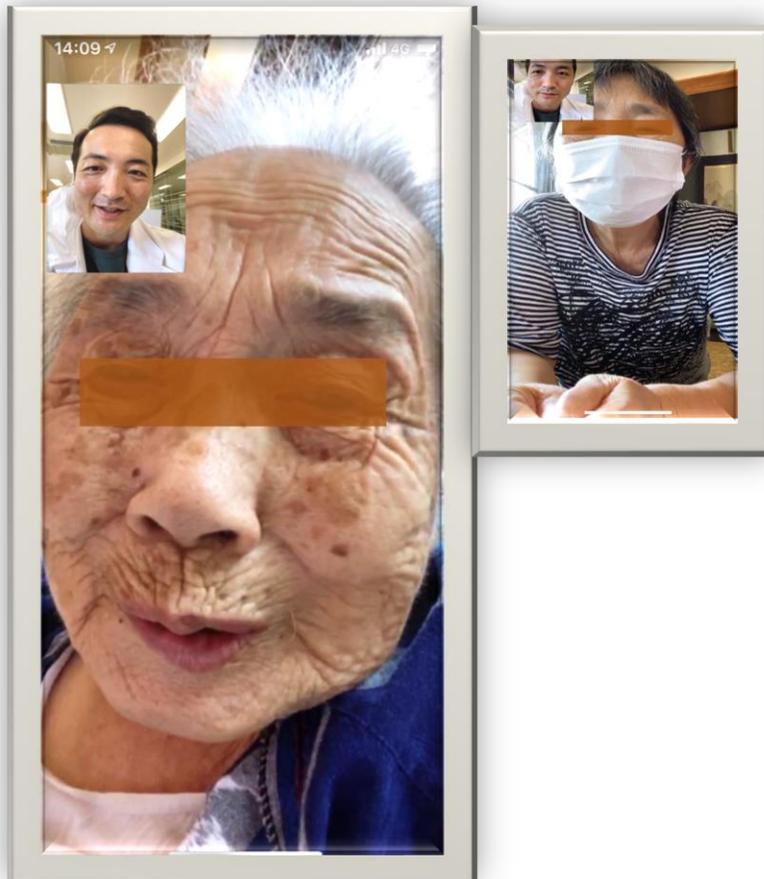


**80歳代以上：全体の約29%**

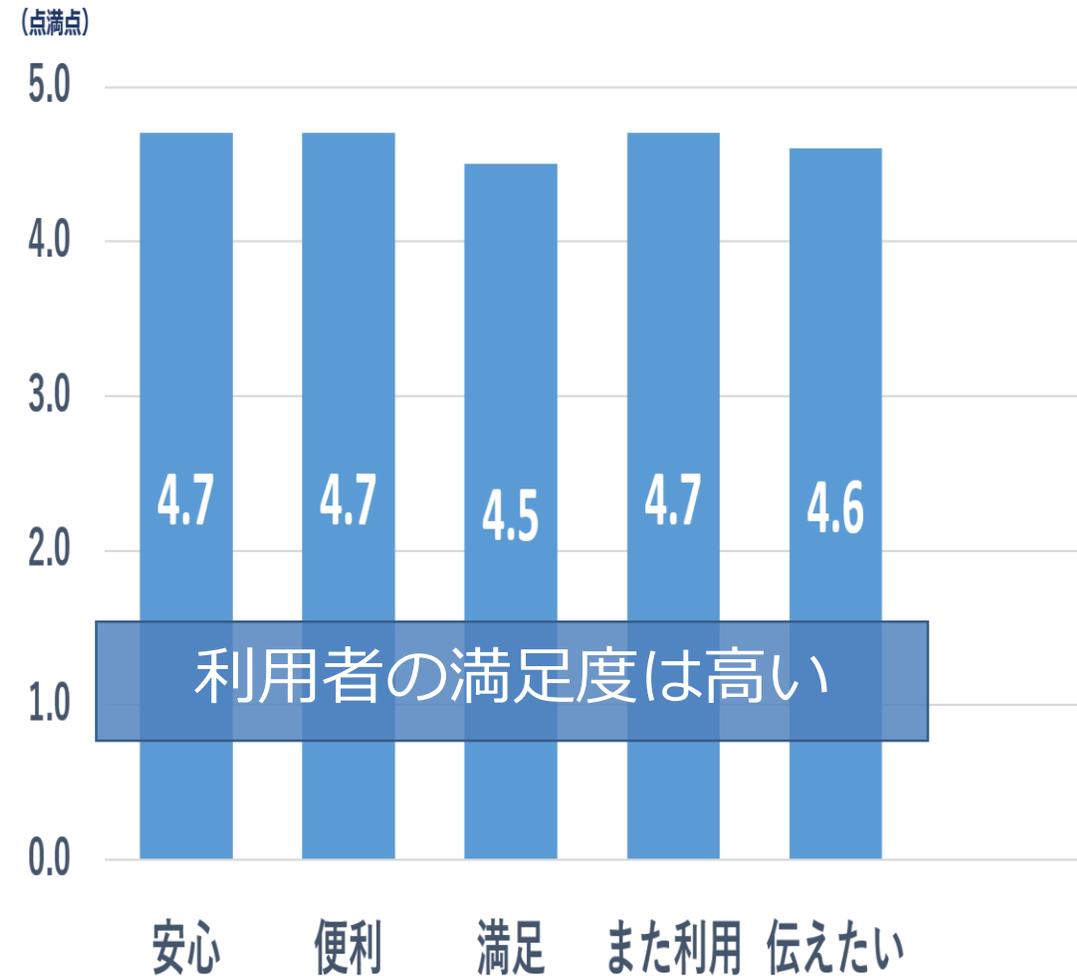
一人で通院困難な高齢者は、  
家族付き添いが不要となるため  
家族からの要望が多い

# スマートフォンやタブレットでオンライン診療

患者と医師の信頼関係があって  
オンライン診療は成り立つ！  
初診は難しい

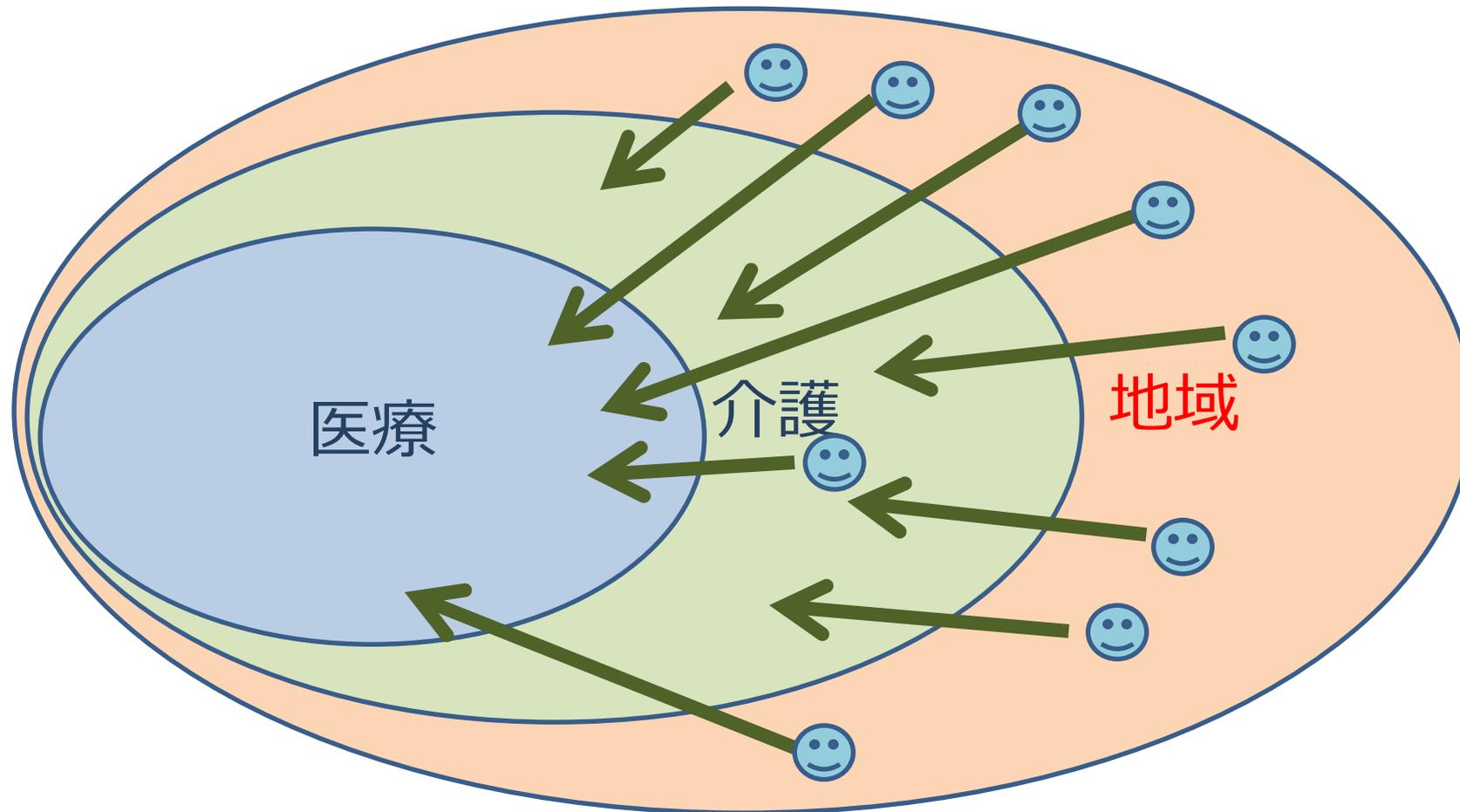


オンライン診療アンケート n=122(2020年12月)



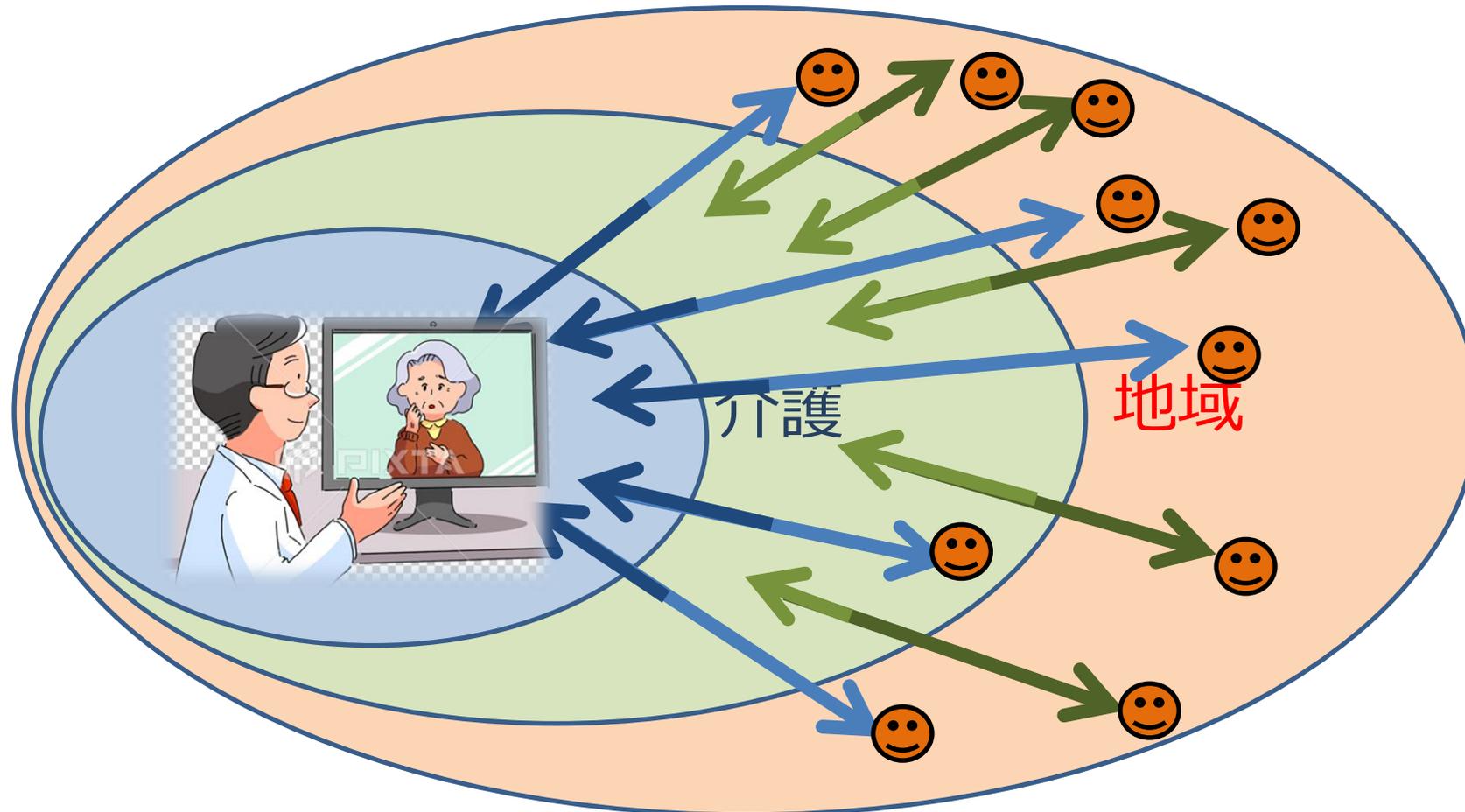
# これまで

医療機関や介護施設に通うサービスが主体



# 2035年：85歳以上が急増する時代

医療機関まで来ることができない患者さんが増加！在宅医療の需要増加。  
在宅医療の充実を進めるためには、患者と医師の信頼関係のもと  
オンライン診療やICTの有効活用しかない



# すでに起こった未来、在宅療養支援病院はどうあるべきか

1. 2035年には、要介護・認知症を併せ持つ85歳以上患者の急増により医療介護需要は増加し、従来の病院や施設だけでの対応は難しくなり在宅患者の増加が顕著となる。
2. 在宅医療において在宅療養支援病院（以下、在支病）は地域の面連携の中心となり、診療所や介護サービス等と連携し緊急時の入院を積極的に受入れる。  
(機能強化型を目指す)
3. 労働力減少、働き方改革が進む中において、「医療の質の向上」、「業務効率化」、「患者の利便性の向上」を実現するために
  - ①多職種協働によるフラット型チームの強化
  - ②IoT・AIをはじめとしたICTの活用を進める
  - ③オンライン診療の積極的活用