

第3回日本在宅療養支援病院協議会研究会 シンポジウム

「かかりつけ医機能報告制度と在宅療養支援病院の対応」

『当院が目指す地域密着型
在宅療養支援病院への挑戦』

～新たな地域医療構想・令和8年度診療報酬改定の
議論も踏まえて～

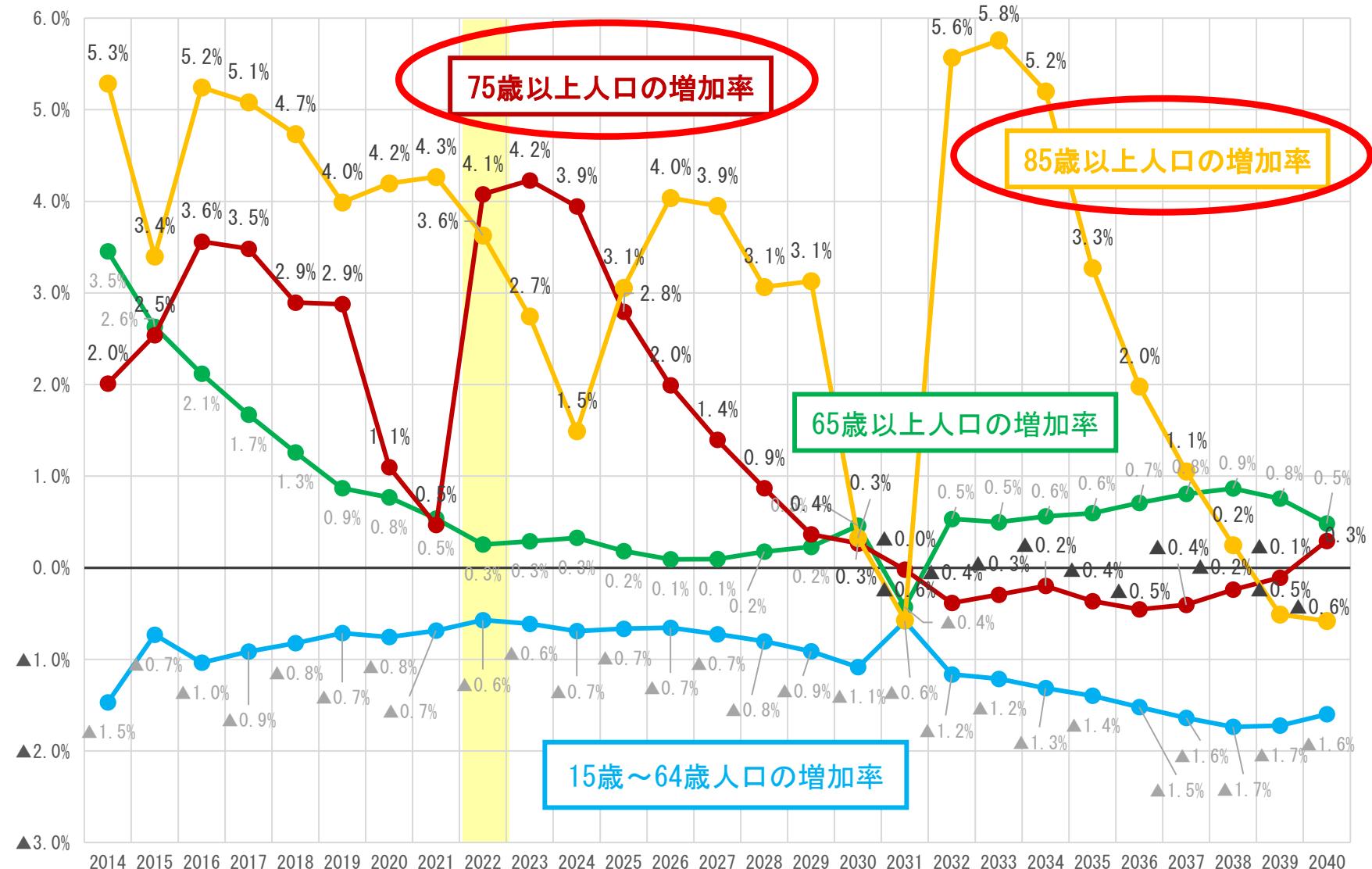
日本慢性期医療協会 副会長
前中央社会保険医療協議会（中医協）委員
医療法人池慶会 池端病院 理事長
池端幸彦

2040年に向けた 地域医療を取り巻く背景

(参考) 2040年までの年齢階層別の人団の増加率の推移

診調組 入-1
5. 8. 10

○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。



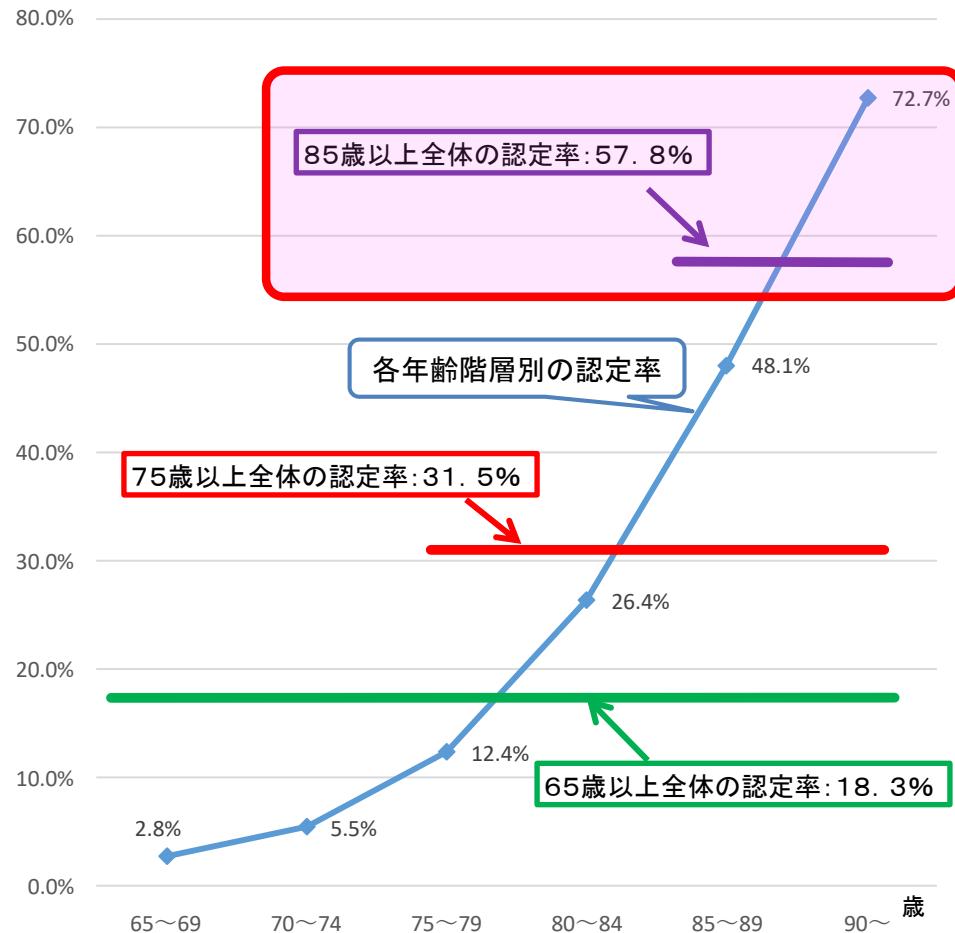
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

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

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

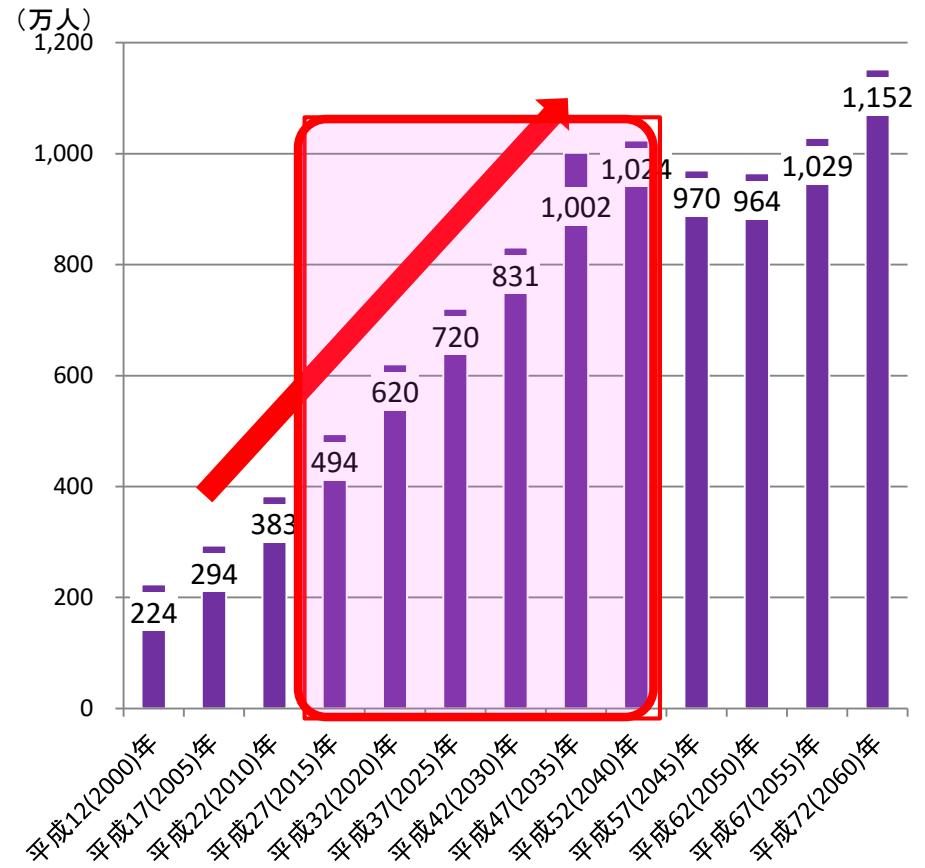
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

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

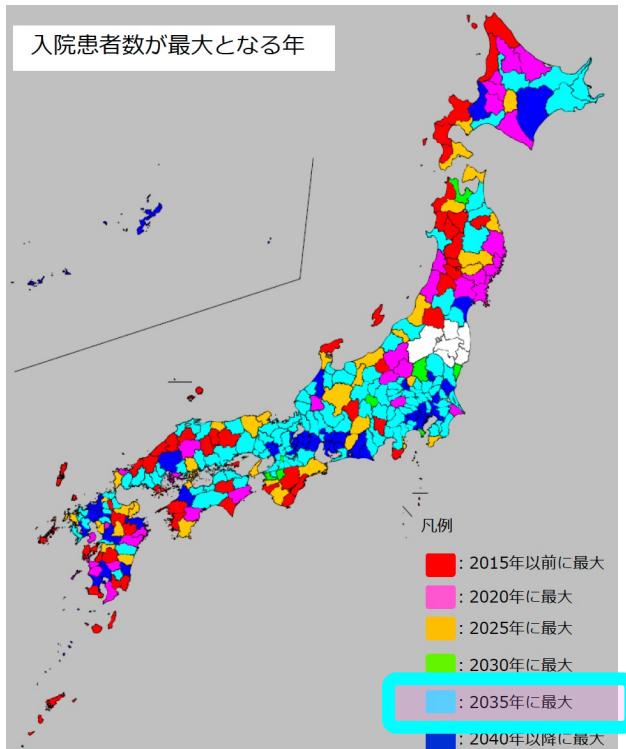


出典:将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

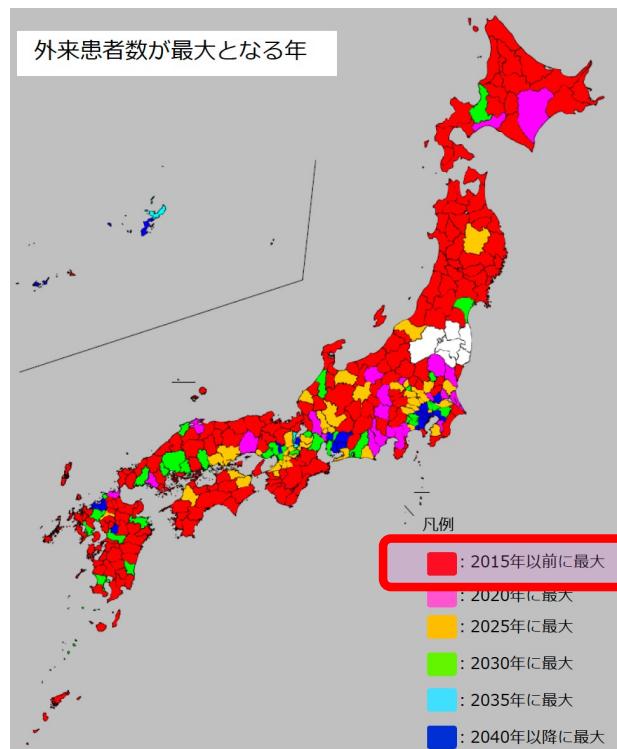
2040年に向けた医療需要の変化

入院患者数は全体にやや増加、外来患者は多くの地域で減少し、一方で在宅患者はほとんどの地域で増加が見込まれる！

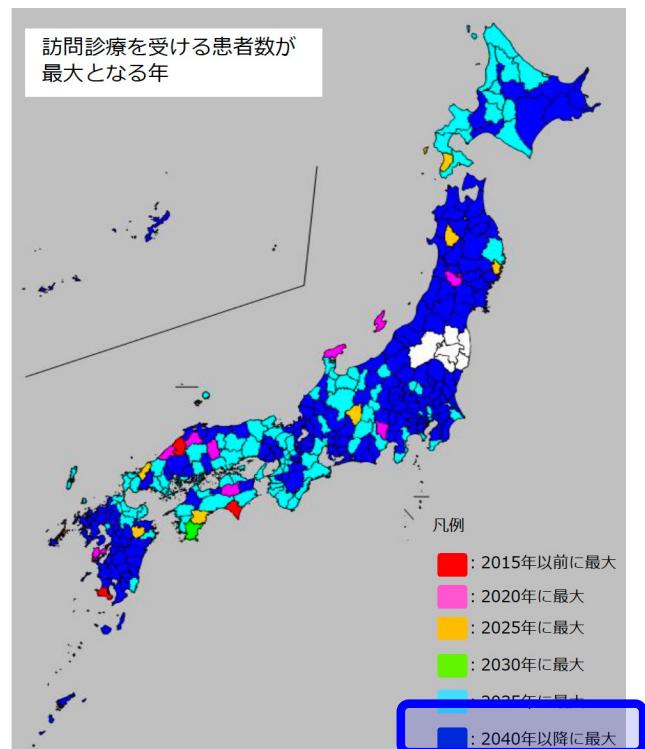
入院患者



外来患者

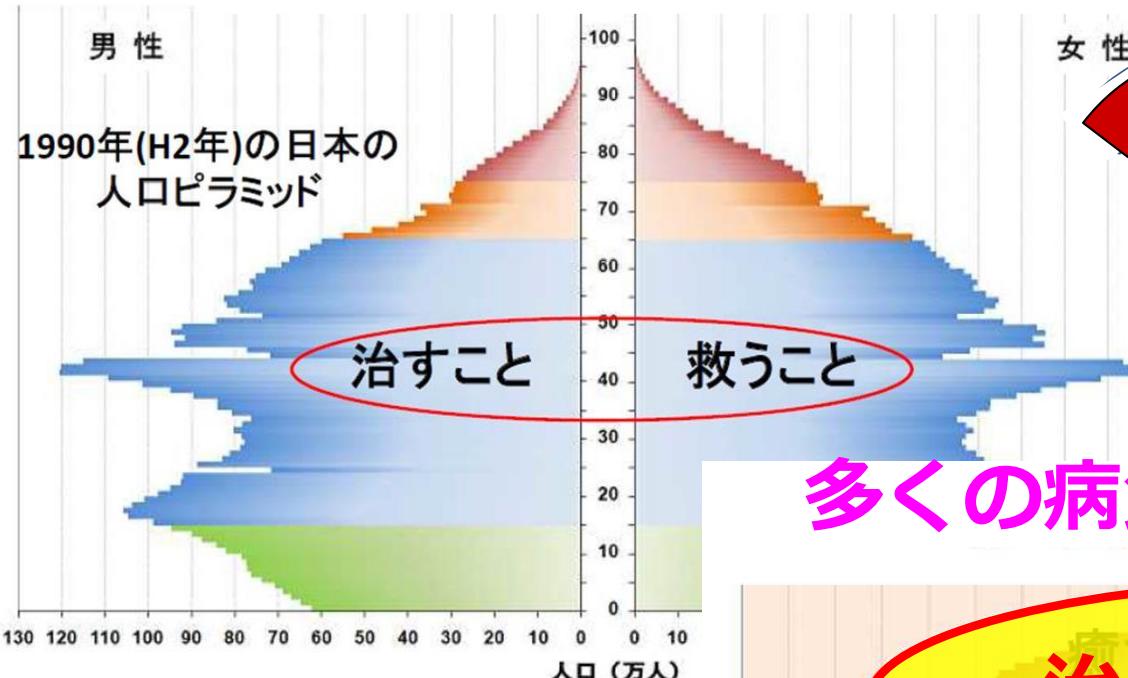


在宅患者

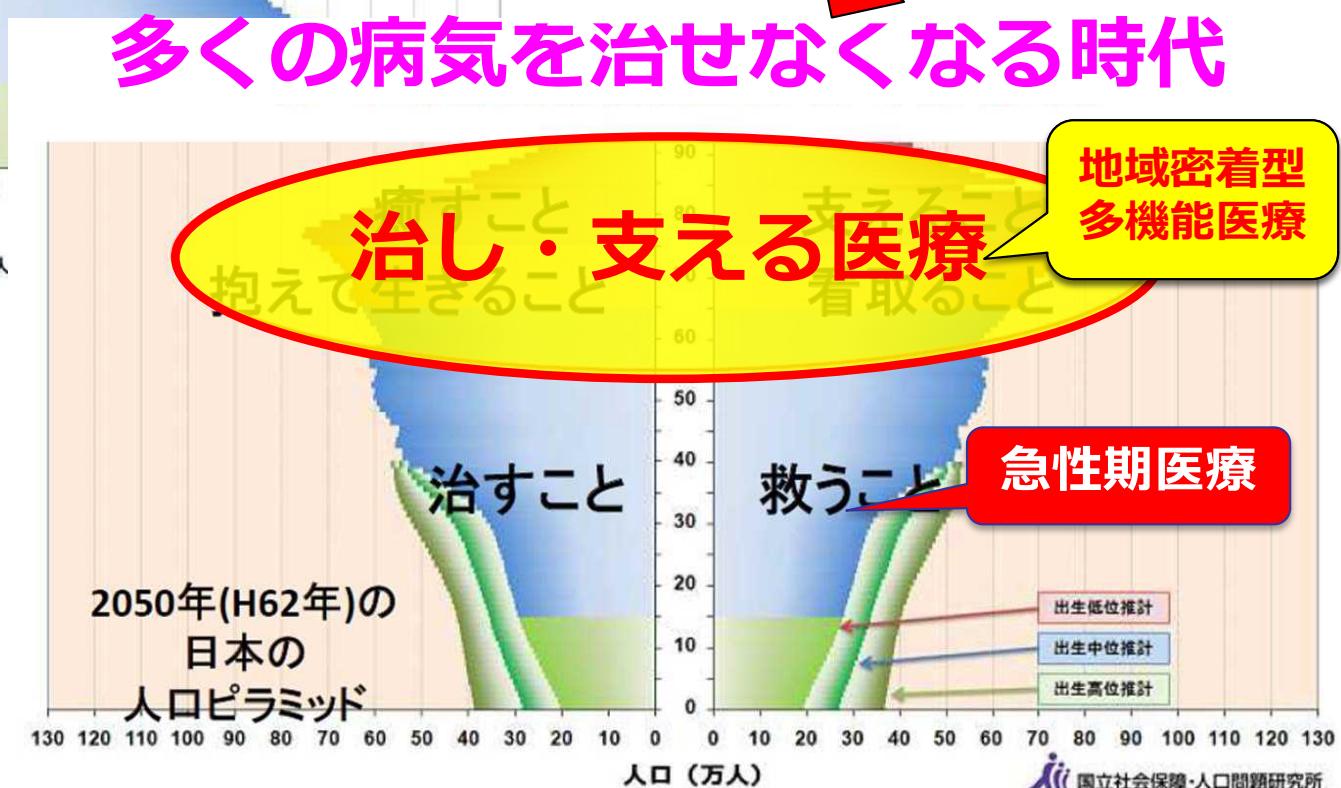
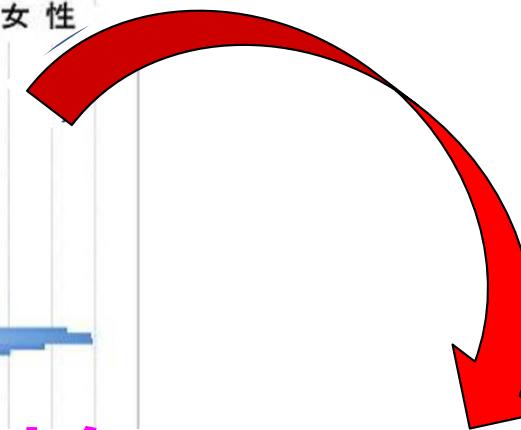


中医協総会資料より、一部改変

多くの病気が治せた時代



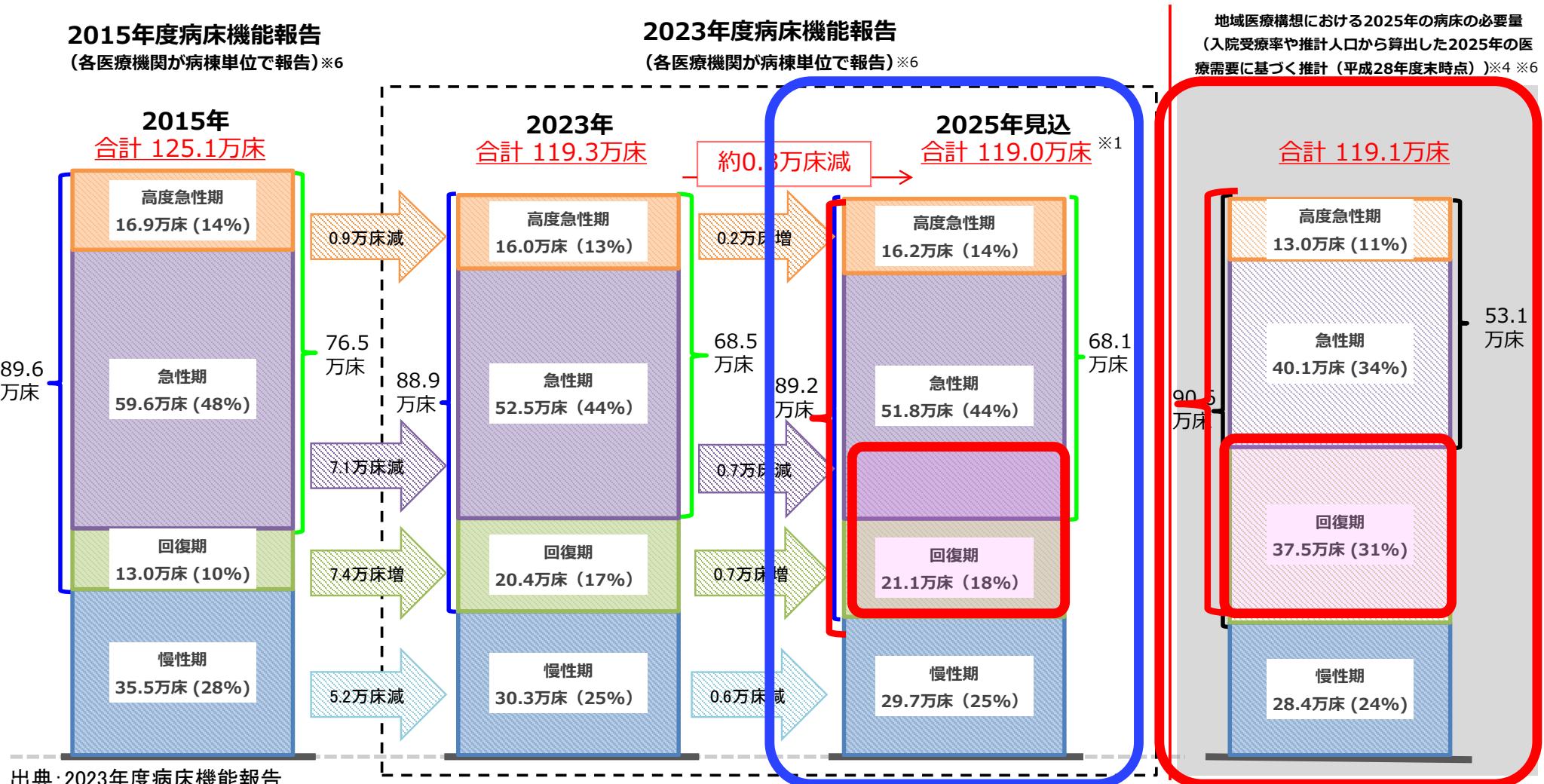
女性



新たな地域医療構想と かかりつけ医機能

2023年度病床機能報告について

速報値



出典:2023年度病床機能報告

【高齢者救急に関する機能】

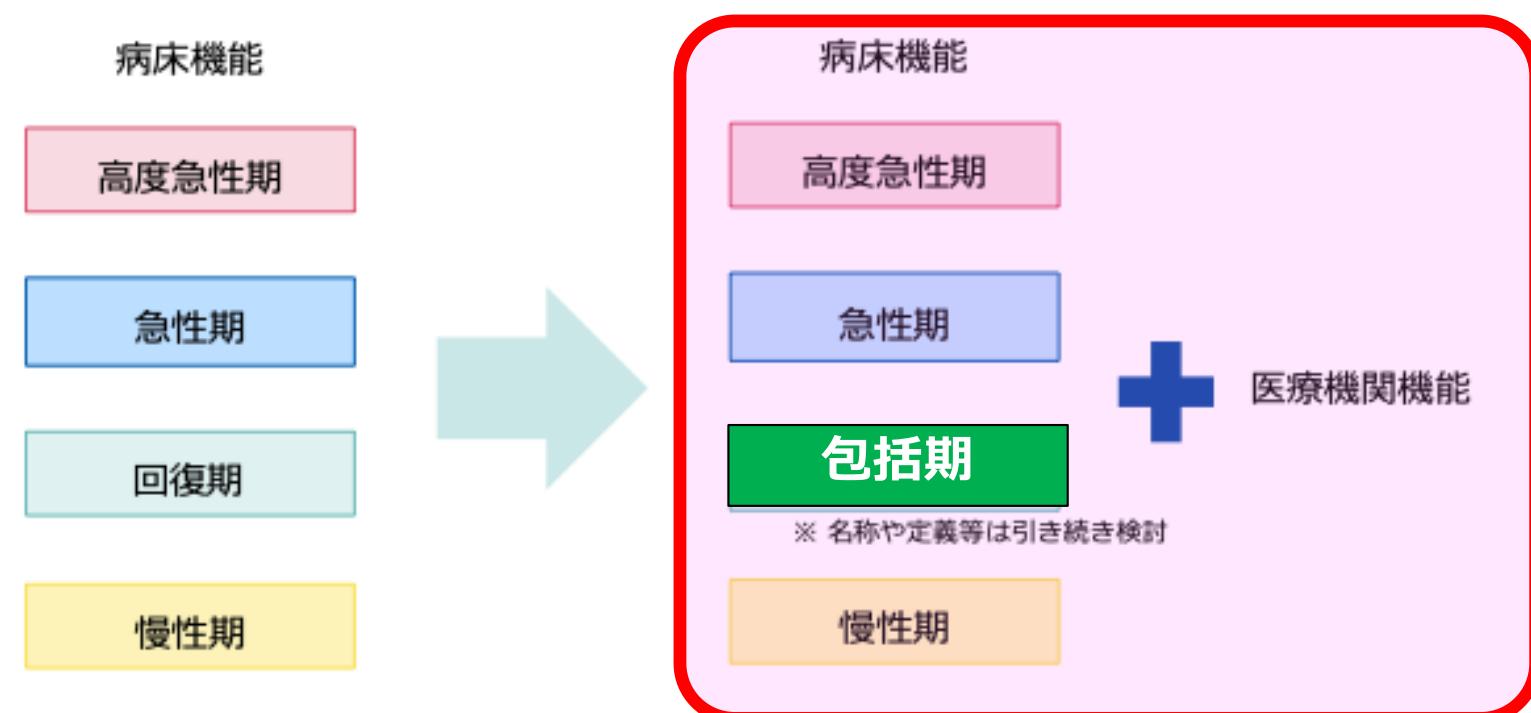
- 85歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されている。
- 高齢者はベッド上の安静により筋力が低下することが知られており、入院早期からの離床やリハビリーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要となる。
- 入院でのリハビリよりも通所でのリハビリが有用な可能性や、リハ職以外による早期の離床の介入の有用性が示されている。
- 高齢者の入院の4%を示す大腿骨近位部骨折については、早期の手術が推奨されているが、手術までの期間が長い医療圏がある。また、手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院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



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

病床機能報告の病床機能について（案）

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



2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

包括期
慢性期

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

慢性期医療が担う機能とは！？

- 高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能
- 在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能
- 認知症・誤嚥性肺炎・慢性心不全/腎不全等を始めとする「マルチモビティ」に対応して、必要な医療を一定期間、中長期にわたって提供しながら在宅復帰を目指す機能

この機能は
慢性期！？

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 <p>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</p>
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 <p>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</p>
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方、医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 <p>※ 報告に当たっては、地域シェア等の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。</p>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 <p>※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾患併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要</p>

親和性？

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
 - ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求める、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

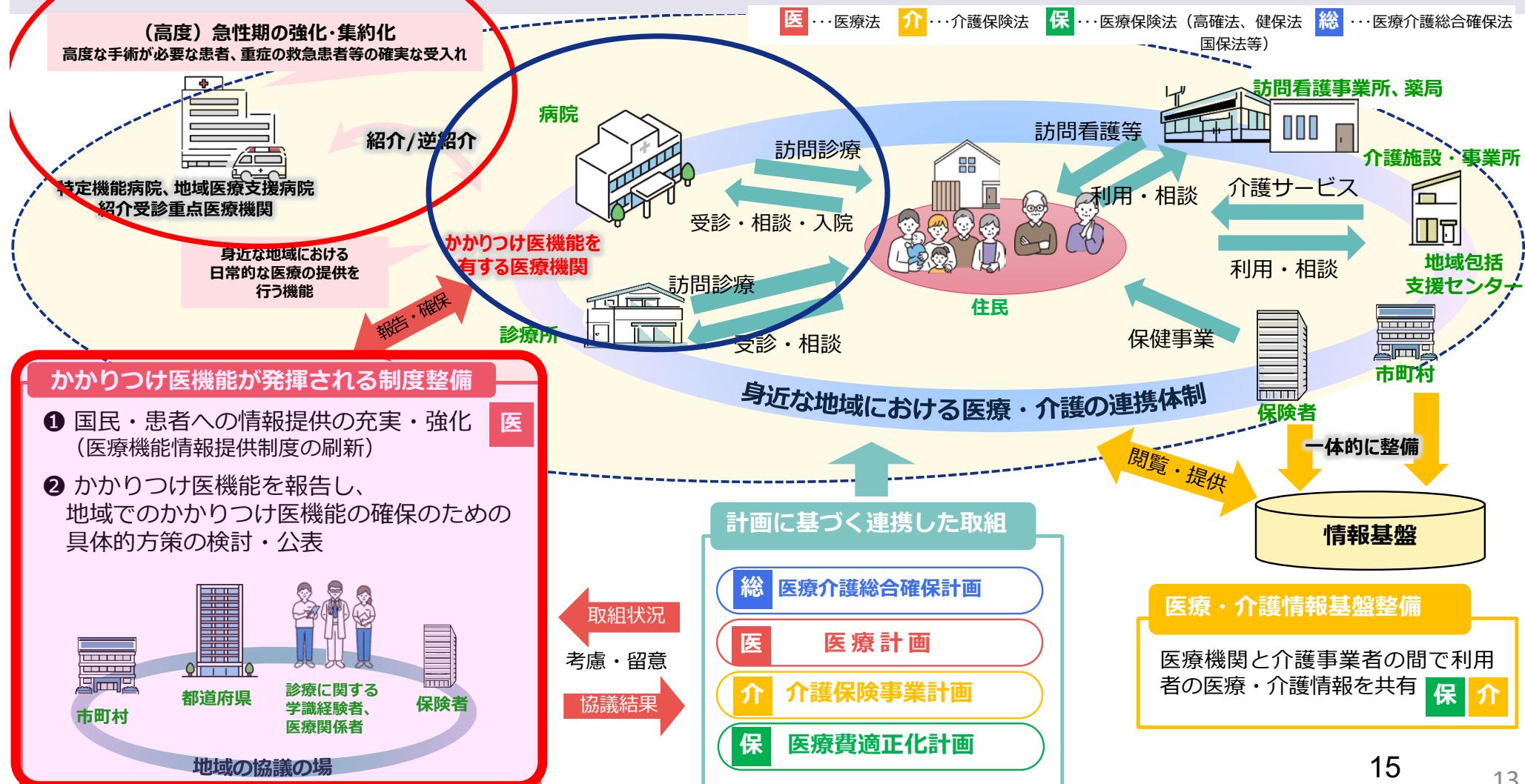
区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例について地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、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の施行に関する分科会」報告書（概要）令和6年7月31日

令和6年9月5日 第110回 社会保障審議会医療部会 資料3（抜粋）

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリー・アクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- 繼続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - ・当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供

※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでにも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

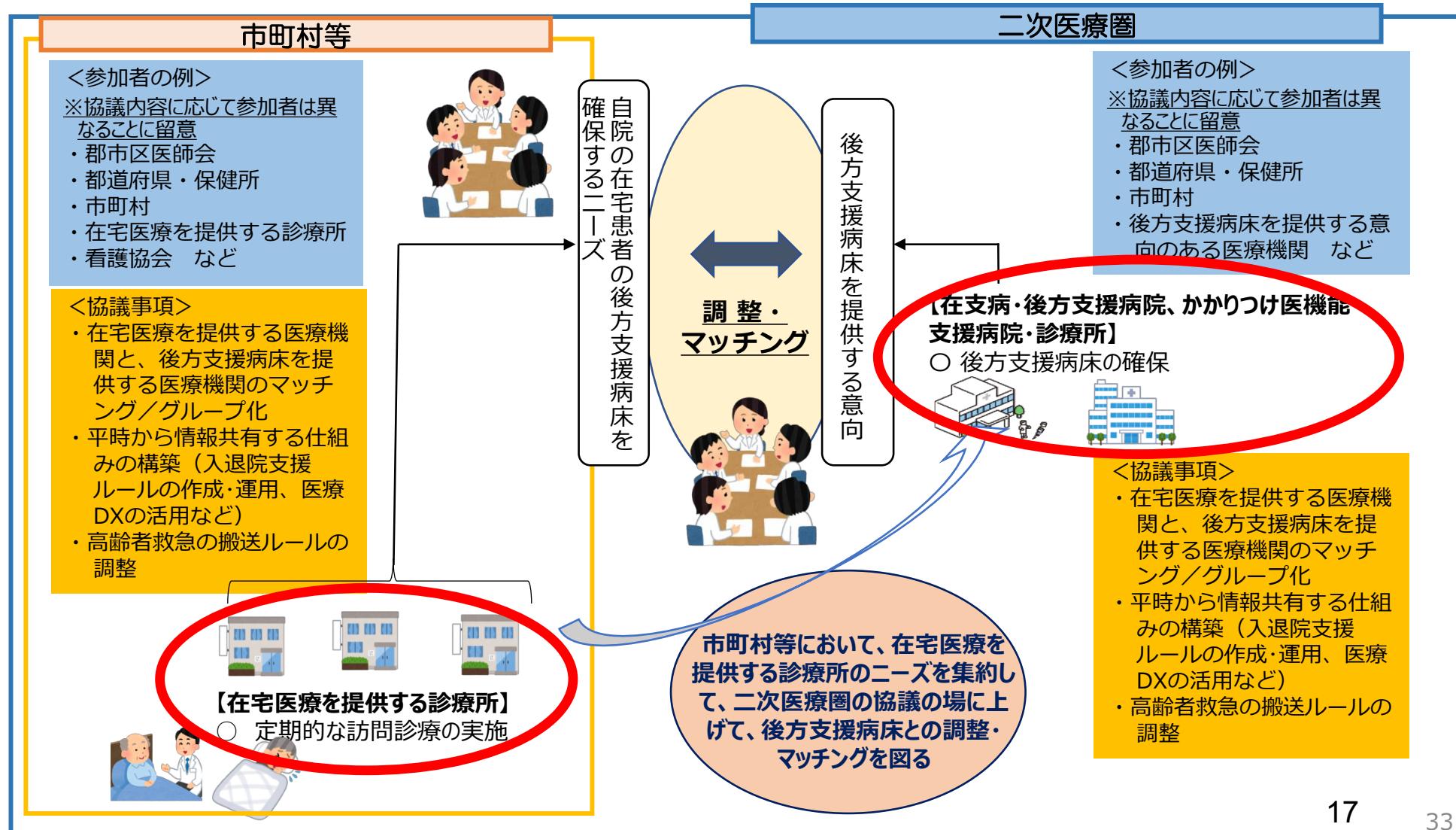
- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

【目指すべき姿】

- 地域の在宅療養中の高齢者が、病状の急変等により突発的入院が必要となった場合に受け入れられる後方支援病床を地域で確保する。入院しても早期に在宅復帰して住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前から在宅療養を担う医療機関と後方支援を担う医療機関との情報共有を強化する。



中医協における入院についての これまでの議論の流れ

急性期

総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1の主な施設基準

診調組 入-1
7.9.18

- 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算1でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算1でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算1は急性期充実体制加算1と比較して低くなっている。

	総合入院体制加算1 14日間 計3640点	急性期充実体制加算1 14日間 計4240点	
	総合入院体制加算1のみの施設基準	概ね共通の施設基準	急性期充実体制加算1のみの施設基準
救急・手術	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 ・ 心臓胸部大血管手術(※) 40件/年以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救命救命センター又は高度救命救急センター(急性期充実体制加算では救急搬送件数2000件/年以上でも可) ・ 全身麻酔手術件数2000件/年以上 ・ 悪性腫瘍手術400件/年以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急手術350件/以上 ・ 消化管内視鏡手術 600件/年以上 ・ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 ・ 心臓カテーテル法手術 200件/年以上 ・ 心臓胸部大血管手術(※) 100件/年以上
総合的な診療体制等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内科、外科、整形外科、脳外科、精神科、小児科、産科（産婦人科）の標榜と入院医療の提供 ・ 分娩件数 100件/年以上 ・ 放射線治療 4000件/年以上 ・ 精神科の24時間対応体制+入院受入体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 化学療法 1000件/年以上(急性期充実体制加算では外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が6割以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制 ・ 感染対策向上加算1 ・ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出
その他の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制を整備している ・ 重症度、医療・看護必要度II：3割2分以上(I：3割3分以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない ・ 救急時医療情報閲覧機能を有している ・ 外来を縮小する体制を有する ・ 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない ・ 同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していない ・ 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期一般入院料1の届出 ・ 特定集中治療室管理料等の届出 ・ 敷地内禁煙に係る取組 ・ 一般病棟における平均在院日数が14日以内 ・ 一般病棟の退棟患者の一般病棟以外への転棟が1割未満 ・ 入退院支援加算1又は2の届出 ・ 一般病棟の病床数の合計が、許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 ・ 院内迅速対応チームの設置等

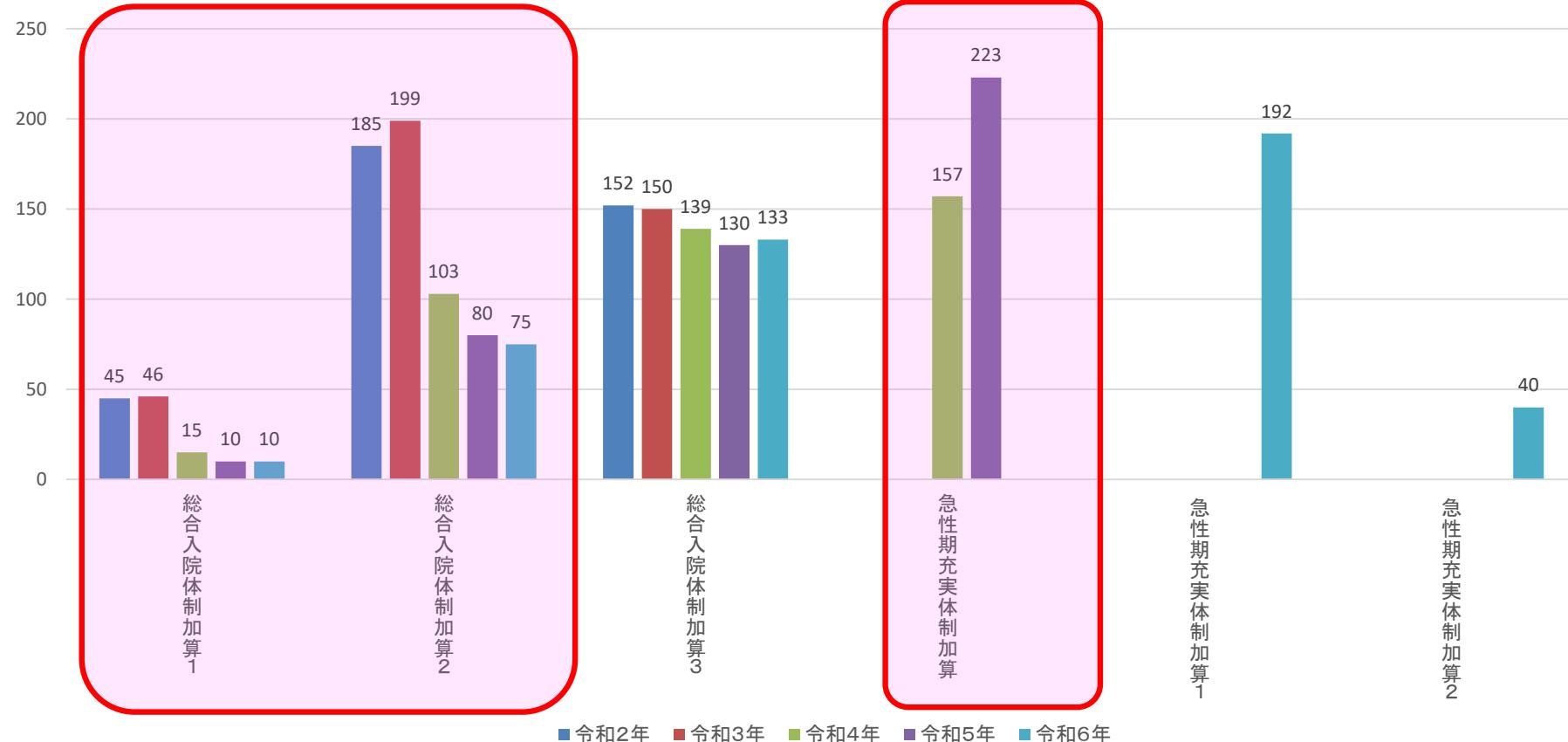
注 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1の主な施設基準を抜粋したものであり、全ての基準を記載しているものではない。

※ 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1では対象となる手術等が異なっている。

総合入院体制加算・急性期充実体制加算の届出病院数

- 総合入院体制加算の届出病院数は、急性期充実体制加算が新設された令和4年以降減少傾向にある。
- 急性期充実体制加算の届出病院数は、令和5年に223施設まで増加し、令和6年には急性期充実体制加算1が192施設、急性期充実体制加算2が40施設となった。

加算届出病院数の推移

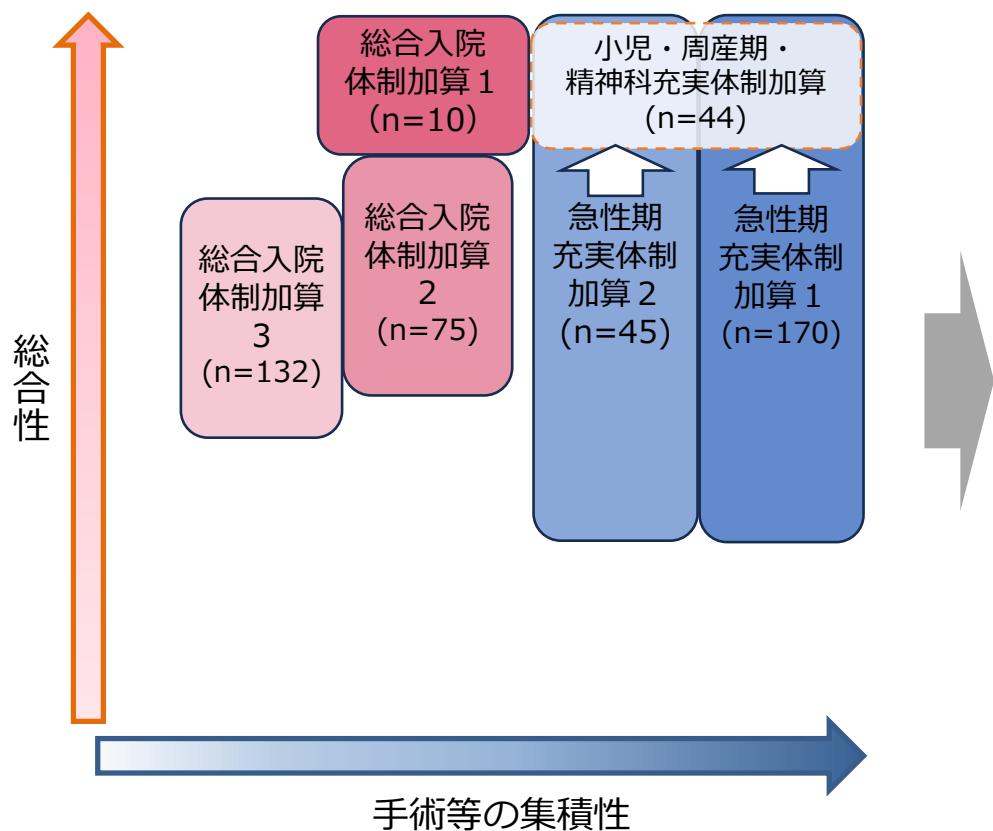


出典:各年7月1日の届出状況(令和6年度は8月1日の届出状況)

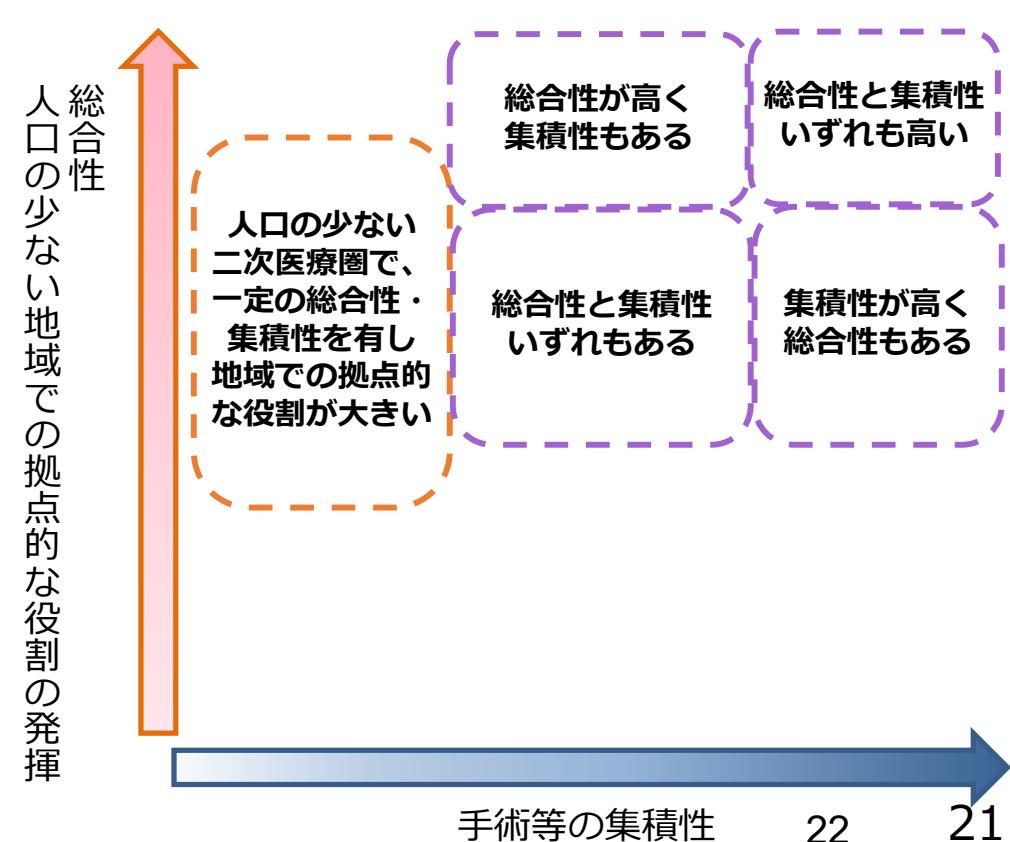
拠点的な医療機関の評価の考え方について（イメージ）

- 総合入院体制加算は、診療内容の総合性や手術等の実績等に応じて3区分に、急性期充実体制加算は、手術等の実績に応じて2区分に評価されている。
- これらの評価を統合する場合、総合性や集積性に応じた類型を設けることが考えられるのではないか。
- また、人口の少ない二次医療圏で、一定の総合性・集積性を有し、救急医療等での地域での拠点的な役割が大きい医療機関については、拠点的な医療機関の一つの類型とすることが考えられるのではないか。

現行の評価内容のイメージ

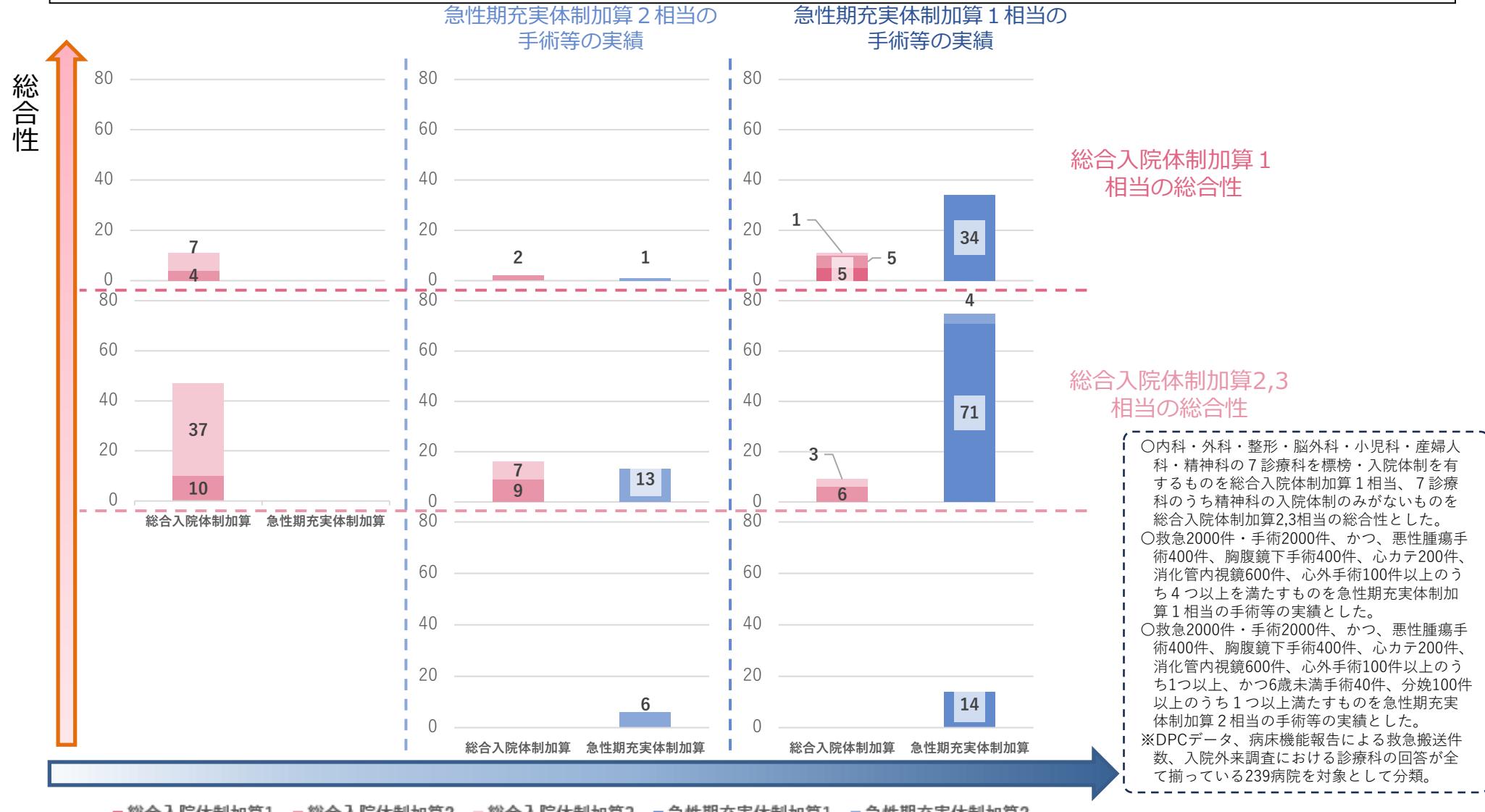


統合する場合の考え方のイメージ



総合性と手術等の実績に応じた拠点的な病院数の分布

- 総合性、手術等の集積性に応じて区分した場合、各加算届出病院の分布は以下の通り。
- 総合入院体制加算届出病院でも、急性期充実体制加算の手術等の実績を満たす病院や、急性期充実体制加算届出病院で総合入院体制加算の総合性を満たす病院がある。



出典: 保険局医療課調べ(令和6年度入院・外来医療等における実態調査、令和5年10月～令和6年9月DPCデータ、令和5年病床機能報告)

内科系疾病に関連したA・C項目への追加案について

診調組 入-3
7. 9. 11

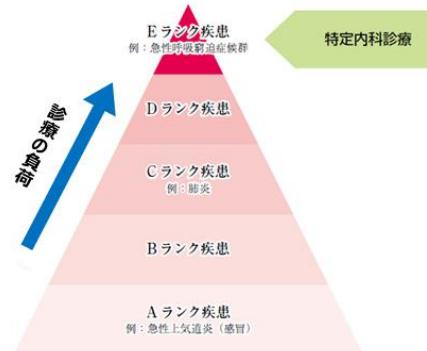
【概要】

重症度、医療・看護必要度において内科系領域を適正に評価するため、負荷の高い内科系症例で頻回に行われる傾向にある診療行為および投与される医薬品を、重症度、医療・看護必要度のA項目およびC項目のマスターに追加する。

図表1 追加候補の診療行為、医薬品(一部抜粋)

分類	名称（医薬品は成分名）
A6①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	カルフィルゾミブ、シクロホスファミド水和物、フィルグラスチム（遺伝子組換え）等
A6②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	エトポシド、ベキサロテン、ボナチニブ塩酸塩 等
C21：救命等に係る内科的治療	中心静脈注射用カテーテル挿入、脳脊髄腔注射（腰椎）、カフ型緊急時ブレッドアクセス用留置カテーテル挿入、吸着式血液浄化法 等
C22：別に定める検査	組織試験採取、切採法（心筋）、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、経気管肺生検法 等
C23：別に定める手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術、造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）、内シャント設置術 等

追加候補の選定にあたり次の条件を考慮した：①内保連負荷度ランク※1におけるD、Eランクの疾患で実施される割合が高い※2こと、②追加に伴うモラルハザードが起きにくいこと（内科の領域別の専門家にヒアリングを実施して確認）、③外来に比べて入院での算定割合が高いこと。



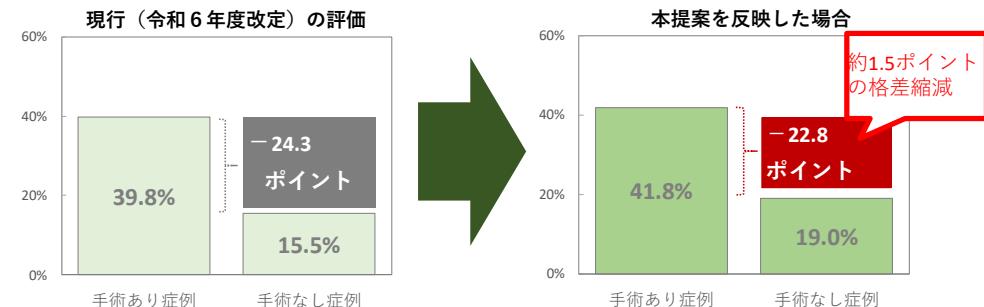
【対象疾患】

重症度、医療・看護必要度は入院基本料等の算定において厚生労働大臣が定める施設基準であり、当該施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が対象となる。本医療技術の導入による年間対象患者数の増減はない。

【既存の制度との比較、有効性】

本提案による該当患者割合の変化についてビッグデータを用いてシミュレーションを行った※2ところ、手術なし症例全体で該当患者割合が約+3.5ポイントの改善であった。また負荷度ランク別に見ると、Dランクの疾患では約+4.2ポイント、Eランクでは約+7.3ポイントとなり、高い負荷度ランクにおいて該当患者割合が改善した。手術なし症例と手術あり症例の該当患者割合の差も約1.5ポイント縮減した。（図表2参照）

図表2 本提案を採用した場合の重症者の割合の変化



※1：内科系のDPC分類について「医師の診療の負荷」の高低という観点から、A～Eランクの5段階に分類した相対評価。96施設1,629名の主治医に協力いただいたアンケートと、19領域249名からなるエキスパートパネルによるコンセンサス形成により決定された。

※2：内保連医療技術負荷度調査で構築した大規模データベースを用いて算出した。当該データベースは内保連実施の医療技術負荷度調査で97施設から収集したDPCデータのうち、一般病棟で重症度、医療・看護必要度の評価対象とされている患者のデータを格納している。（対象期間：平成30年4～9月退院分、N=5,140,889人日、外科系の症例も含む）。

救急搬送患者の評価の重みを増す方法について

中医協 総-3
7.10.8

- 重症度、医療・看護必要度において、救急搬送患者に関する評価を高めるためには、①該当患者割合を増やす方法と、②該当患者割合とは別に、救急搬送患者数を指数化して合算する方法が考えられる。
- このうち、②の方法であれば、入院延長へのインセンティブが生まれにくいいのではないか。
- また、救急搬送へのインセンティブを生じないよう、救急搬送患者に加え、協力施設入所者入院加算の対象患者も含めて評価することが考えられるのではないか。

現在は、各患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たすかどうかを判別し、該当患者割合を算出している

(例)



①救急搬送（※）の受け入れによる入院後の該当日数を増やす →該当患者割合が増える

(例)



該当日数を大きく延長すると、入院へのインセンティブや、入院日数延長へのインセンティブが生まれるのではないか。

②救急搬送（※）の受け入れを指数化して該当患者割合に合算 →合算した値が増える

(例)



前年の病床あたり
救急搬送件数を
指数化
5%分

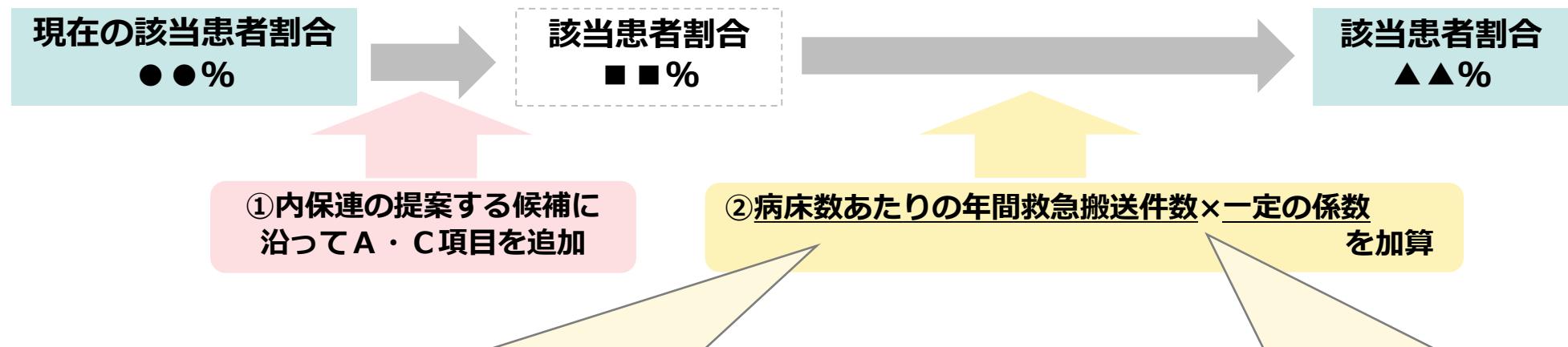


入院しない場合や、退院までの日数が短い場合についても評価対象に含めることができるため、入院延長へのインセンティブが生まれない。

(※) 更に、救急搬送へのインセンティブを生じさせないためには、救急搬送患者だけでなく、協力施設入所者入院加算の対象患者を加えて評価することが考えられるのではないか。

- 今回の試算においては、①内保連の提案する候補に沿ってA・C項目を追加するとともに、②病院の救急搬送受入件数に一定の係数を乗じた割合を重症度、医療・看護必要度に加算し、該当患者割合をシミュレーションすることとした。
- 救急搬送受入件数に乘ずる係数については、複数の案を用いてシミュレーションすることとした。

シミュレーションの方法



- 救急搬送件数は、入院しなかった場合を含む病院の応需件数。



急性期一般 1 : 100床



救急搬送受入1000件

(計算例)

急性期一般入院料**100床**で構成される病院において、
年間**1000件**の救急搬送を受け入れている場合

$$1000 \text{ (件)} \div 100 \text{ (床)} = \mathbf{10 \text{ 件/床/年}}$$

- 一定の係数を乗じて、基準該当割合への加算を計算する。

(計算例)

①左例で、一定の係数を例えれば0.005*とすると、
 $10 \times 0.005 = \mathbf{5\%}$

が該当患者割合に加算される。

②元々の必要度該当割合が **15%** であった場合、
加算後は

$$15\% + 5\% = \mathbf{20\%}$$

になる。

*このほか、係数を0.0025、0.0075とする場合も試算。

包括期・慢性期

急性期一般入院料算定病院における救急搬送受入件数別施設数

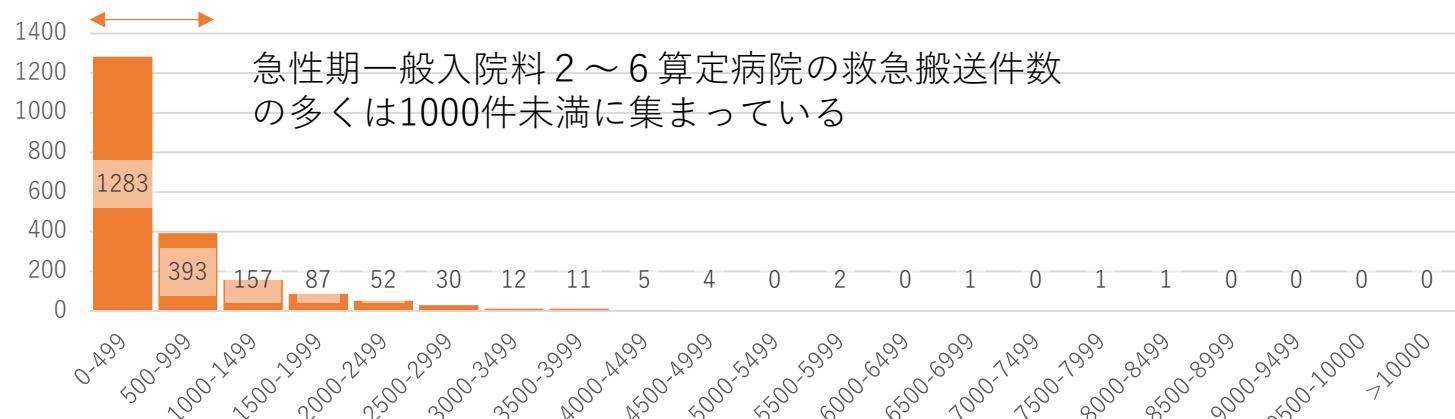
診調組 入-1
7.9.18改

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2~6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で救急搬送件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2~6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料1における救急搬送受入件数別施設数



急性期一般入院料2~6における救急搬送受入件数別施設数

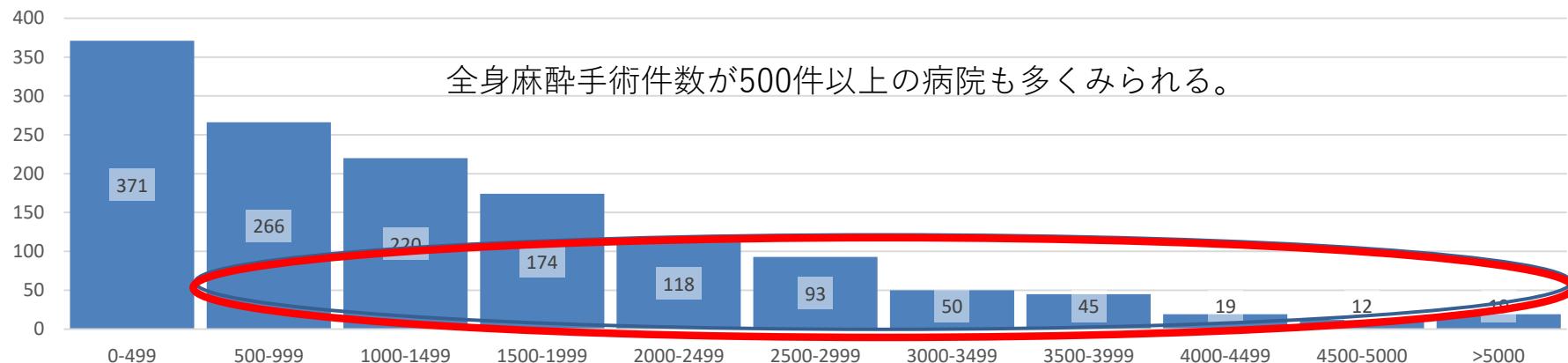


出典：DPCデータ（2024年9月）、2023年度病床機能報告

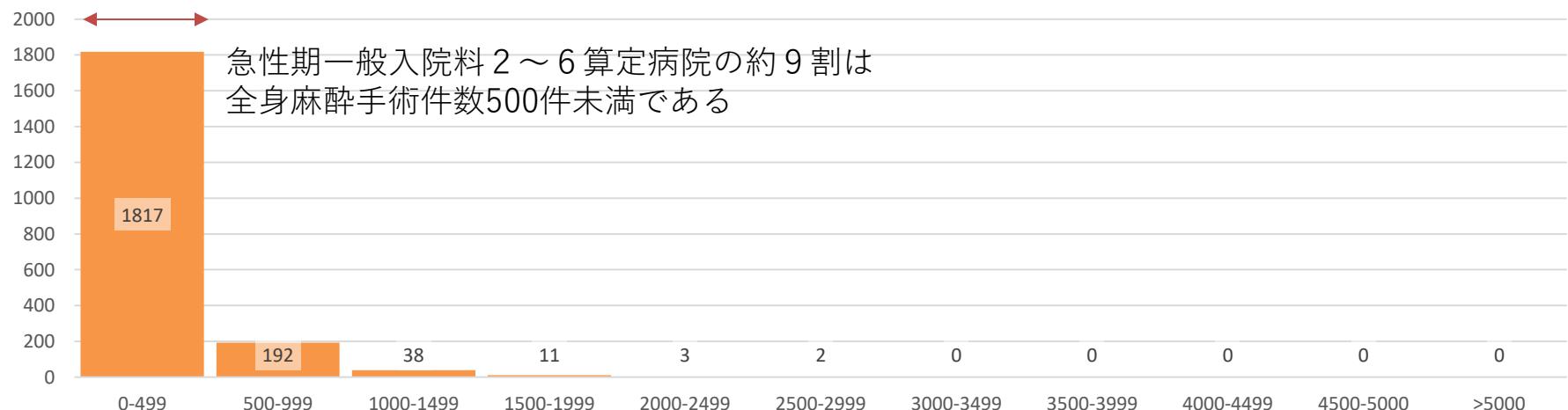
全身麻酔手術件数別の病院数

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2～6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で全身麻酔手術件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料1における全身麻酔手術件数別施設数



急性期一般入院料2～6における全身麻酔手術件数別施設数



出典:2023年10月～2024年9月DPCデータ

診調組 入-1
7.6.13 改

包括期を担う病棟の施設基準

		(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対1	10対1	13対1	13対1
	看護師割合	7割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(-)	常勤2名以上	常勤1名以上	常勤1名以上
	管理栄養士	(-)	専任常勤1名以上	(-)	(-)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は6単位まで	包括、必要者に2単位以上	包括、必要者に2単位以上
	ADLの維持向上、栄養管理に資する体制整備	要			
	重症度、医療・看護必要度	A 2点以上か・B 3点以上、A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 2点以上か・B 3点以上、A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 1点以上又はC 1点以上	A 1点以上又はC 1点以上
	看護必要度 I	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度 II	15%以上	15%以上	8%以上	8%以上
病棟アウトカムズ	入院日に特に介助を要する患者		5割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5%未満		65%未満
	自宅等から入院			2割以上	★2割以上
	自宅等からの緊急入院			前3ヶ月で9人以上	★前3ヶ月で9人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8割以上	72.5%以上/70%以上	72.5%以上/70%以上
	その他のプロセス・アウトカム指標	48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が5%未満			
	病院ストラクチャー			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
病院ストラクチャー・プロセス	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6項目のうち2つ以上を提供	6項目のうち1つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器		心大血管、脳血管、廐用、運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算1の届出 (=連携機関数が25以上)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料1) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料2) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)
	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

各病棟における入院患者数上位の疾患

中医協 総-3
7.7.23改

- 各病棟における入院患者数の多い診断群分類は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。
- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期一般入院料2-6、地域包括ケア病棟と概ね一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を行う入院例が多かった。

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括医療病棟 n=19,603例

1 誤嚥性肺炎	4.2%
2 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.1%
3 腎臓又は尿路の感染症	3.2%
4 股関節・大腿近位の骨折	2.6%
5 心不全	2.5%
6 胸椎・腰椎以下骨折損傷	2.4%
7 体液量減少症	2.2%
8 小腸大腸の良性疾患	2.1%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
10 インフルエンザ、ウィルス性肺炎	1.6%

急性期一般入院料2-6 n= 559,685例

1 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.8%
2 誤嚥性肺炎	2.4%
3 小腸大腸の良性疾患	2.2%
4 腎臓又は尿路の感染症	2.2%
5 心不全	2.1%
6 股関節・大腿近位の骨折	1.9%
7 白内障・水晶体の疾患	1.8%
8 胸椎・腰椎以下骨折損傷	1.6%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	1.5%
10 体液量減少症	1.3%

地域包括ケア病棟 n=100,967例

1 白内障・水晶体の疾患	9.8%
2 小腸大腸の良性疾患	6.6%
3 胸椎・腰椎以下骨折損傷	3.3%
4 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.7%
5 腎臓又は尿路の感染症	2.4%
6 心不全	2.3%
7 誤嚥性肺炎	2.2%
8 体液量減少症	2.0%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	1.9%
10 前庭機能障害	1.7%

2024年10月～12月の間に各病棟に直接入棟し、期間内に退棟した症例の診断群分類番号に基づき集計した。

急性期一般入院料2-6と併設されている地域包括医療病棟

診調組 入-1
7.7.1改

- 10対1看護配置の急性期一般病棟と地域包括医療病棟を共に有する医療機関における、入棟患者数の多い疾患は、両病棟で共通していた。
- 疾患別に、地域包括医療病棟へ入棟した割合の医療機関ごとの分布をプロットすると、広い範囲に分布しており、一定の傾向はみられなかった。

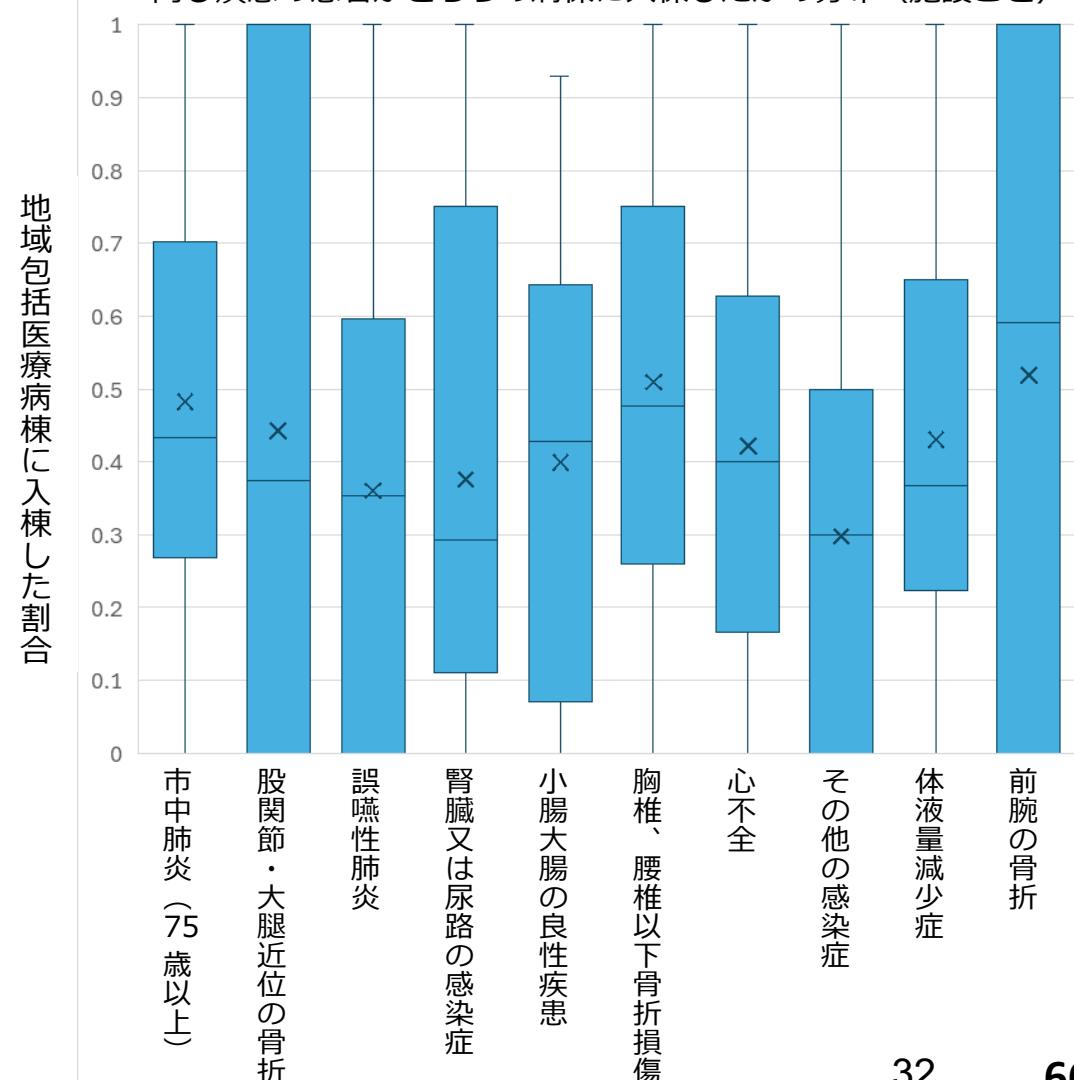
急性期一般入院料2-6に入院した上位疾患(n=14824)

1	誤嚥性肺炎	3.4%
2	小腸大腸の良性疾患（ポリペク）	3.3%
3	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.4%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.2%
5	白内障、水晶体の疾患 片眼手術	2.2%
6	その他の感染症（真菌を除く。）	2.1%
7	心不全 手術処置なし 転院以外	1.8%
8	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	1.8%
9	胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	1.3%
10	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし	1.1%

地域包括医療病棟に入院した上位疾患(n=6860)

1	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.5%
2	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	3.7%
3	誤嚥性肺炎	3.5%
4	腎臓又は尿路の感染症	2.8%
5	小腸大腸の良性疾患（ポリペク）	2.7%
6	胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	2.6%
7	心不全 手術処置なし 転院以外	2.2%
8	その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
9	体液量減少症	1.8%
10	前腕の骨折 骨折観血的手術	1.6%

同じ疾患の患者がどちらの病棟に入棟したかの分布（施設ごと）

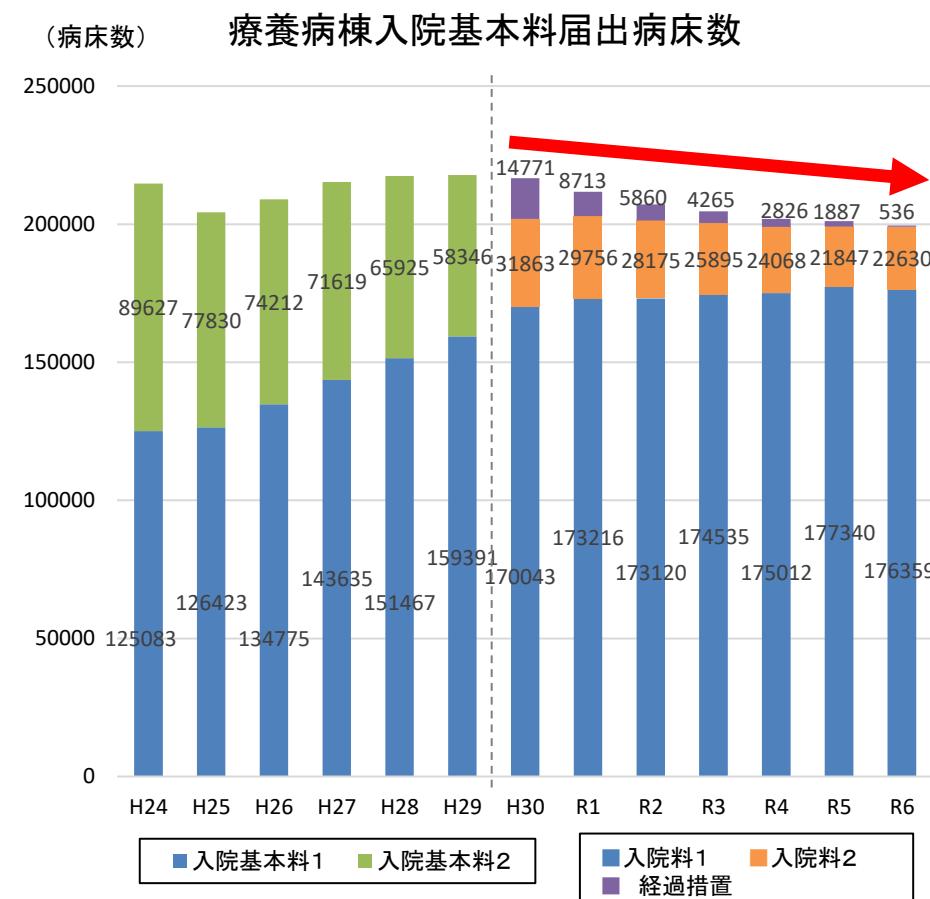
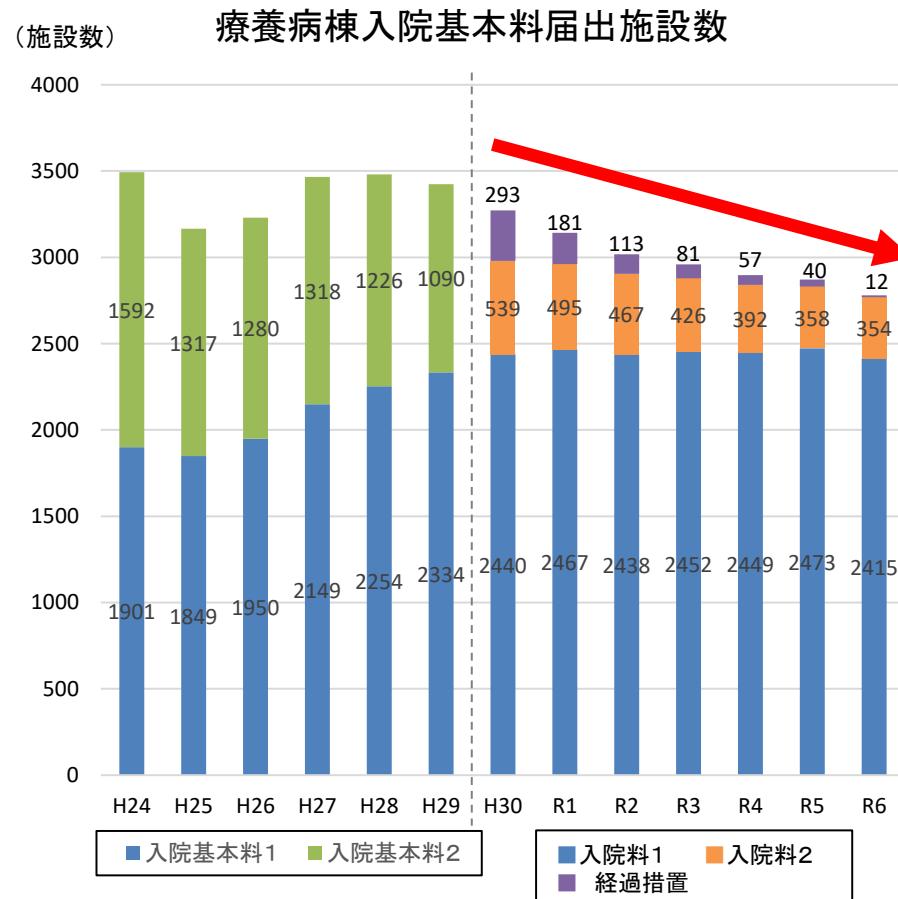


出典：DPCデータ（2024年10月～12月）

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

中医協 総-3
7.7.23

- 療養病棟入院基本料を届け出る施設数・病床数は、ともにやや減少傾向である。



出典: 保険局医療課調べ(7月1日時点、令和6年度は8月1日時点)

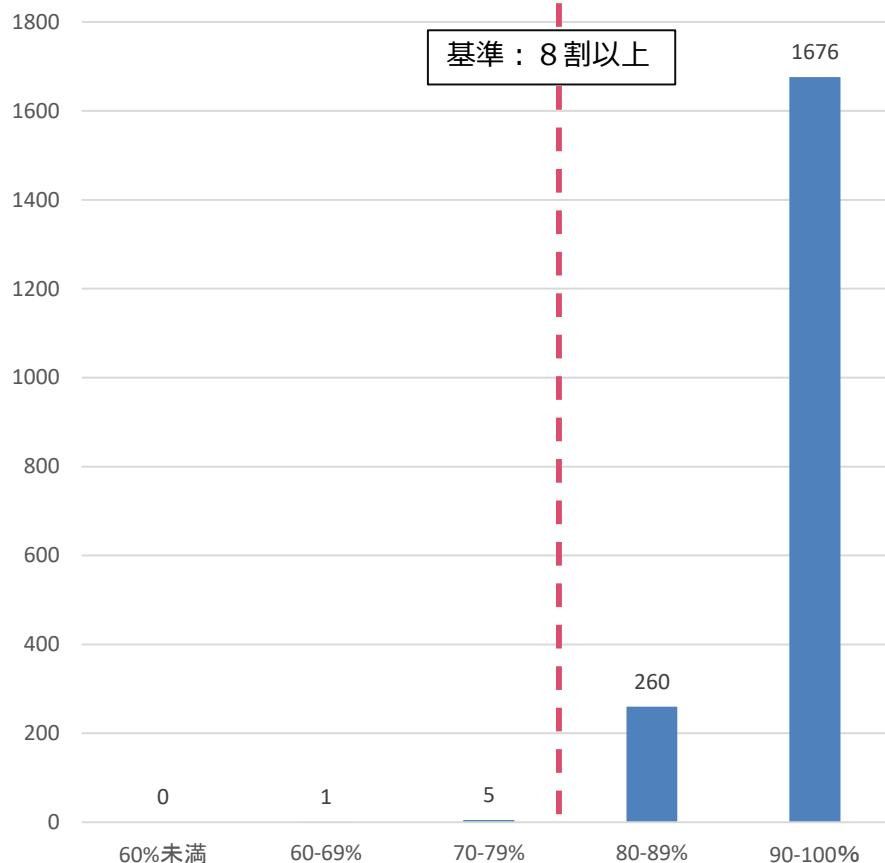
※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く。平成30年度・令和1年度の経過措置1・2は合算。

療養病棟における医療区分2・3の算定日数

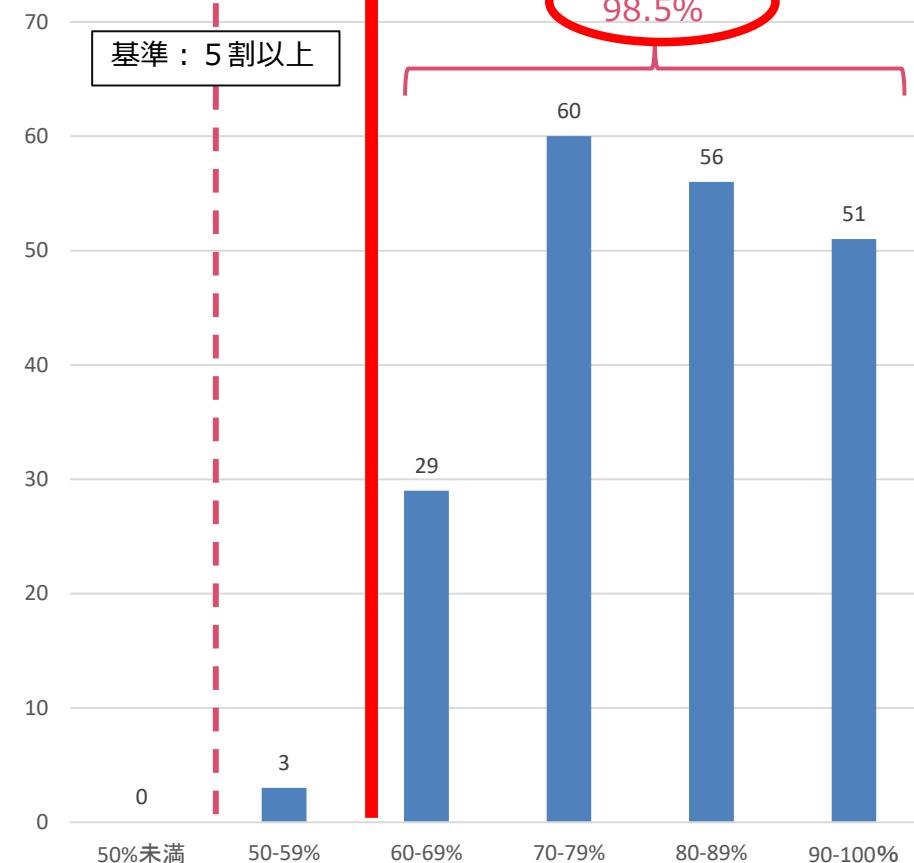
診調組 入-2
7. 8. 21改

- 医療区分2・3に該当する入院料が算定された割合は以下のとおりであり、療養病棟入院料1・2ともにほとんどの施設で該当割合の基準を満たしていた。
- 療養病棟入院料2では、98%を超える施設で該当患者の割合が6割以上であった。

療養病棟入院料1における医療区分2・3の割合
(n=1942)



療養病棟入院料2における医療区分2・3の割合
(n=199)



出典：DPCデータ（2024年6月～12月）

※入院症例が極端に少ない病棟は除外して集計した。

処置の医療区分

- 処置の医療区分2には、例えば肺炎と褥瘡等、合併しうる病態が含まれている。各項目を病態や治療により分類すると以下のようなカテゴリーに分けられ、「感染症の治療」と「創傷処置」が合併した場合は、それについて独立した治療が行われ、包括範囲の医療資源投入量が増加すると考えられる。

処置等	
医療区分3	<ul style="list-style-type: none">中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膀胱炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る）二十四時間持続点滴人工呼吸器の使用ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る）感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
医療区分2	<p>・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る）</p> <p>・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療</p> <p>・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膀胱炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く） ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） ・頻回の血糖検査</p> <p>・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療</p> <p>・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）</p>

感染症の治療

創傷処置

その他の処置

精神・神経症状に
関する対応

リハビリテーション

受入困難となりうる高額薬剤の内容

診調組 入-1
7. 9. 11改

- 入院受入が困難な理由として「高額薬剤を使用している」と回答した施設に対し、特に受入困難となりやすい薬剤を調査したところ、骨粗鬆症治療薬や、生物学的製剤を含む分子標的治療薬を挙げる施設が多かった。
- 回復期リハビリテーション病棟でのみ、抗がん剤や麻薬、造血剤を回答した病棟が多かった。これらの薬剤は、地域包括ケア病棟等では除外薬剤として出来高算定することとなっている。
- その他、入院料によらず、4割を超える病棟が、トルバズタン、パーキンソン病治療薬、血友病以外の出血傾向の抑制に係る医薬品が受入困難な理由となりうる薬剤に該当すると回答していた。

カテゴリ		地ケア (n=256)	回リハ (n=283)	療養 (n=155)
自由記載	抗がん剤／抗悪性腫瘍剤	-	24.7%	-
	骨粗鬆症治療薬	10.2%	13.4%	2.6%
	リウマチ治療薬（生物学的製剤含む）	7.0%	9.5%	1.3%
	免疫抑制剤／自己免疫疾患薬	3.9%	6.4%	0.0%
	生物学的製剤	2.7%	4.6%	0.0%
	ホルモン剤／前立腺がん治療薬	2.3%	3.2%	1.3%
	麻薬（点滴含む）	-	1.8%	-
	間質性肺炎治療薬	0.0%	1.8%	0.0%
	造血剤／腎性貧血治療薬	-	1.4%	-
	抗てんかん薬	0.0%	0.0%	1.9%
	認知症治療薬	0.0%	0.0%	1.3%
選択式回答	高額薬剤／薬価に言及した記述	2.7%	3.9%	7.1%
	その他（抗生素、吸入薬等）	2.3%	2.1%	3.9%
	トルバズタン	42.2%	47.0%	65.8%
	パーキンソン病治療薬	45.7%	49.8%	51.0%
	出血傾向の抑制効果・効能を有する医薬品※	46.5%	54.4%	32.9%

※：血友病に使用する場合、既に除外薬剤として指定されているが、類縁疾患は対象外

-：既に除外薬剤として出来高算定であるもの

入退院支援ルールの活用による地域連携の促進

- 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、要介護・要支援の入院患者の円滑な入退院の実現に向けて、
 - 入院や退院予定日が決まった際に、医療機関が当該患者を担当する介護支援専門員への連絡し必要事項を確認する時機
 - 退院後に必要となる介護サービスの提供に向けた手続・調整における医療機関・介護相談支援専門員との役割分担
 - 介護支援専門員が決まっていない場合における、医療機関からの相談連絡先と連絡の時機
- や、関係者が情報共有に用いる統一的な様式（介護保険利用状況、療養生活上の課題等）等について、地域であらかじめ標準的なルール（入退院支援ルール）を定める取り組みが進められている。

在宅医療・介護連携に関する関係市町村連携に対する支援

市町村をまたがる入退院時の連携等

地域の実情に応じて、都道府県と都道府県医師会が密接に連携し、保健所等活用しつつ、入退院に関する地域ルールの作成に全県又は複数の市町村と共同で取り組むことにより、入退院時の医療介護連携を促進する。

地域の郡市区等医師会、入院医療機関、居宅介護支援事業所、市町村等による協議を通じて、医療機関と介護支援専門員等との間の入院中の患者の支援における役割分担や情報共有のルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供割合の増加、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連携割合の増加を図る等の取組が検討される。

県全域への入退院支援ルールの普及促進(福井県)

主な取組内容

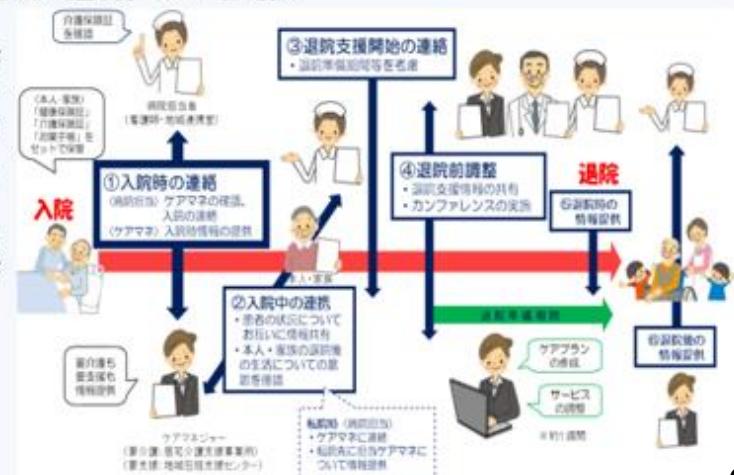
■調整の流れ

- ・全県統一の入退院支援ルールの必要性について、関係者間で次の流れを調整・議論した。
 - ① 県と県医師会が連携し、入退院時の支援ルール作成に向け取り組むことを確認。
 - ② 全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。
 - ③ 県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。

医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、入退院支援ルールについての意見のとりまとめを実施。その中で、市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

■福井県入退院支援ルールの策定

- ・ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所毎に協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議及び県医療審議会において全県統一のルールを策定した。
- ・フローを、「A:入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」と、「B:入院前にケアマネジャーがない患者の場合」に分けて整理。
- ・（右図は「A:入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」）



出典：かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン.別冊資料かかりつけ医機能に関する取組事例集（第1版）.

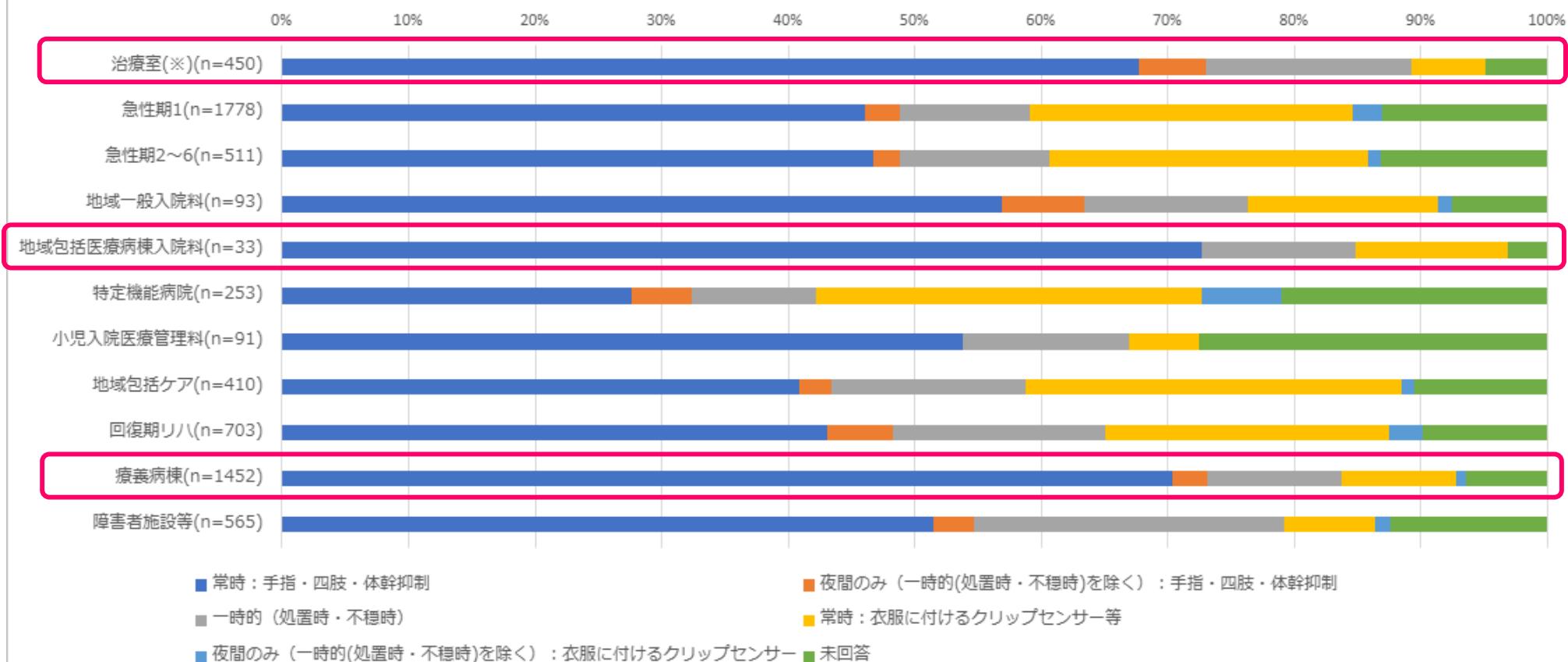
入院料別の身体的拘束の時間・方法

診調組 入-1
7.7.31

- 入院料別の身体的拘束の状況について、身体的拘束が行われている患者のうち「常時：手指・四肢・体幹抑制」の割合は治療室、地域包括医療病棟、療養病棟では約7割であった。

身体的拘束の時間・方法（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答

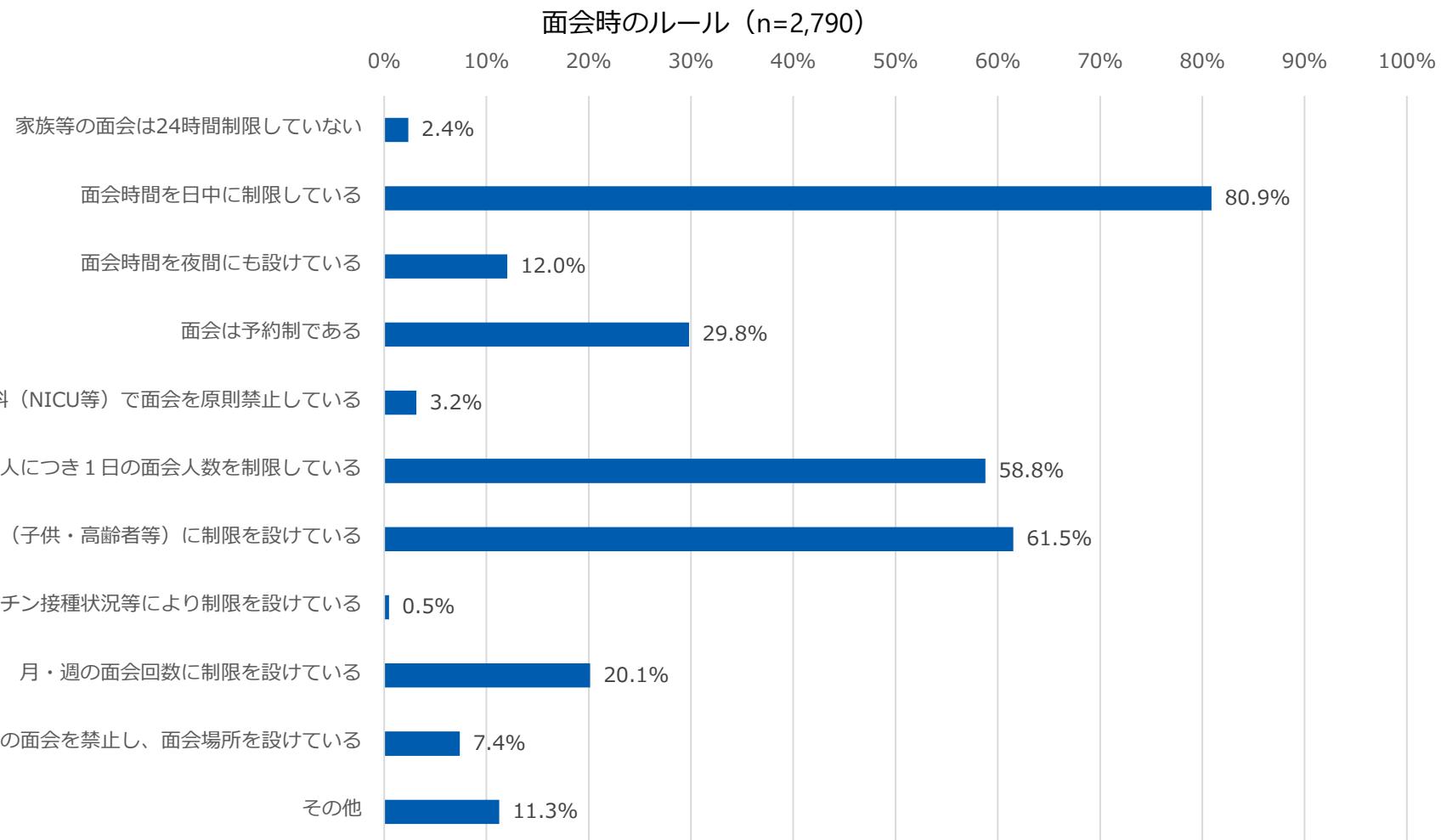


(※)治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

面会時のルールについて

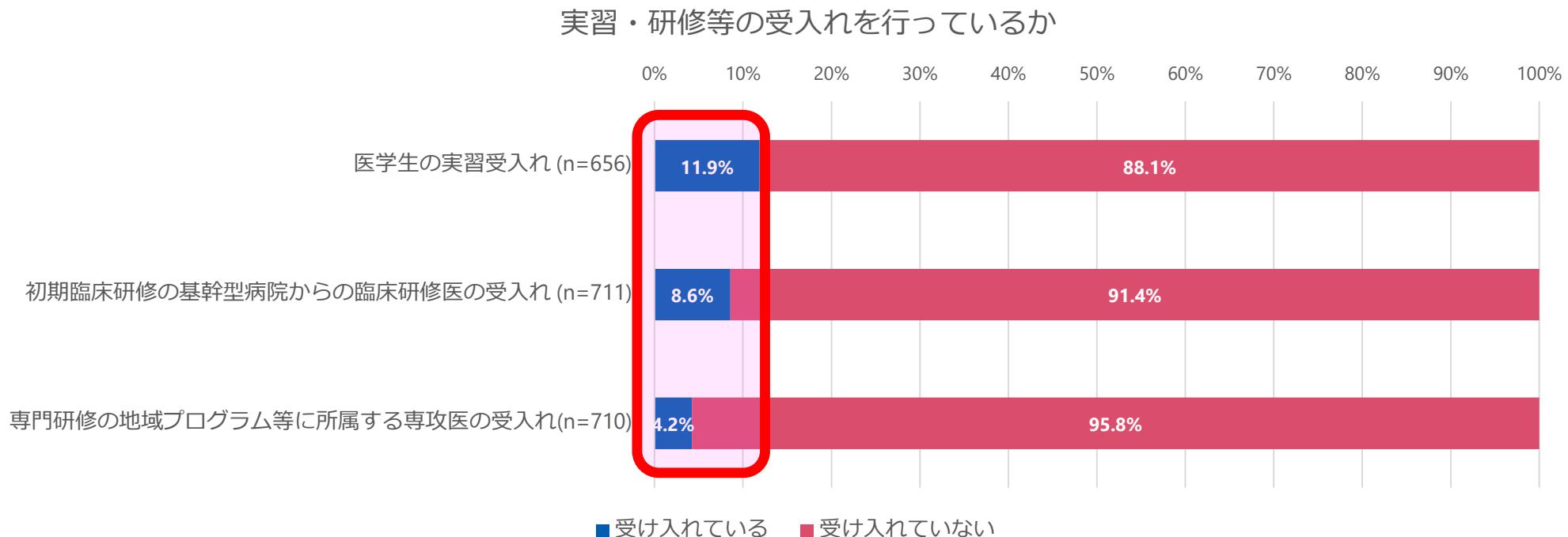
診調組 入-1
7. 8. 28

- 面会時のルールについて、「家族等の面会は24時間制限していない」と回答したのは2.4%であった。
- 面会について、「面会時間を日中に制限している」は80.9%、「面会者の年齢（子供・高齢者等）に制限を設けている」は61.5%、「患者1人につき1日の面会人数を制限している」は58.8%、「面会は予約制である」は29.8%であった。



診療所の学生実習・臨床研修医等の受け入れ状況

- 診療所における、専門研修の地域プログラム等に所属する専攻医の受け入れ状況は以下のとおり。
- 医学生の実習、臨床研修医の受け入れを行っている診療所は約10%前後であり、専攻医の受け入れを行っている診療所はさらに少なく、4.2%であった。



医療法人池慶会の経営戦略

～R8改定を見据えて～



地域密着型多機能型病院に 必要な3大機能と3種の神器

①在宅復帰・在宅医療支援機能

②リハビリテーション機能

③終末期医療機能（看取りを含めて）

【3種の神器】

- ①信頼出来るかかりつけ医
- ②信頼出来るケアマネジャー
- ③頼りになる地域包括支援センター

今後の死に場所は？

在宅限界を高める
努力を！！

ときどき入院、
ほぼ在宅

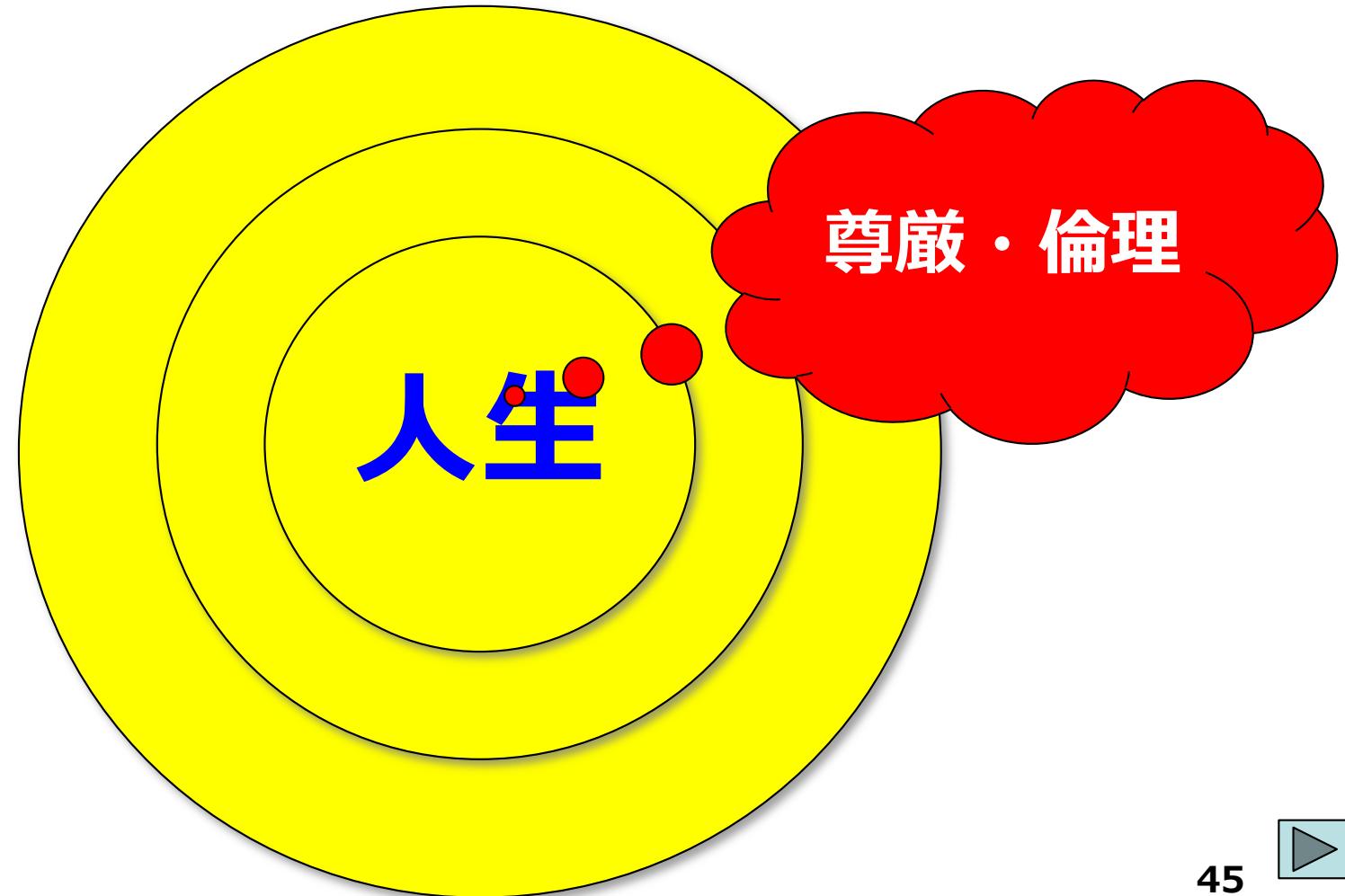
Quality of lifeとは？

意思

医療

介護

Quality of lifeとは？



地域包括ケア時代に求められる 中小民間病院像とは！？

在宅支援が
重要な鍵！！

地域密着型
多機能型病院

池端病院（池慶会）の概略（1）

（名称）	医療法人 池慶会（ちけいかい） 池端病院
（所在地）	福井県越前市今宿町8-1
（理事長・院長）	池端 幸彦
（診療科目）	外科、内科、消化器科、小児科、リハビリ科、整形外科
（診療受付時間）	午前8時30分～12時00分 午後2時30分～ 5時30分
（病床数・種類）	30床 (地域包括ケア病床管理料(1): 13床 、療養病床入院医療管理(I): 17床)
（施設基準等）	在宅療養支援病院、DPCデータ加算
（患者動態）	月平均外来患者数 1,101名 月平均訪問診療患者数・回 40.0名、45.7回

在宅支援型
地ケア

平均病床稼働率

平均在院日数 地ケア **21.9日**、療養**122.1日**

在宅復帰率 地ケア **88.0%**、療養 **75.6%**

池端病院（池慶会）の概略（2）

（付属施設）

しくら地域包括支援センター
しくら訪問看護ステーション
池端病院訪問リハビリセンター
しくらケアプランステーション（指定居宅介護支援事業者）
デイケア『しくら』（通所リハビリテーション）
しくらデイ明日花（総合事業特化型通所サービス）

介護療養型医療施設、
訪問介護、通所介護
は撤退

（同属法人施設）

社会福祉法人雛岳園 愛星保育園，たんぽぽ保育園
(園児数 合計315名)

（施設概要）

敷地面積 3.090.06m²
建築面積 842.99m²
建築延面積 2.135.26m²

保健医療福祉
三二複合体

池端病院（池慶会）の概略（3）

（職員数） 常勤職員：102名

非常勤：25名

医師	2人 (7)
放射線技師	1人 (1)
臨床検査技師	1人
薬剤師	1人
薬剤助手	1人
看護師	21人 (3)
保健師	2人
准看護師	6人
介護福祉士	21人
ケアワーカー	5人
介護支援専門員	18人

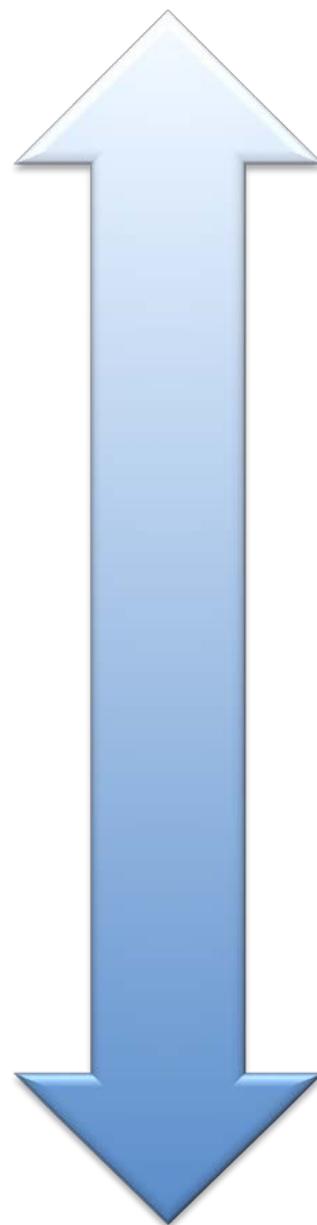
（兼任を含む）

理学療法士	7人
作業療法士	8人
言語聴覚士	2人
社会福祉士	3人
管理栄養士	3人 (1)
栄養士	2人
調理師	1人

事務職員	14人
運転手	(6人)
クリーンワーカー	(3人)

（平均年齢 49歳、平均勤続年数 11年） 令和6年9月

垂直連携



看護配置
基準

なし

30 : 1

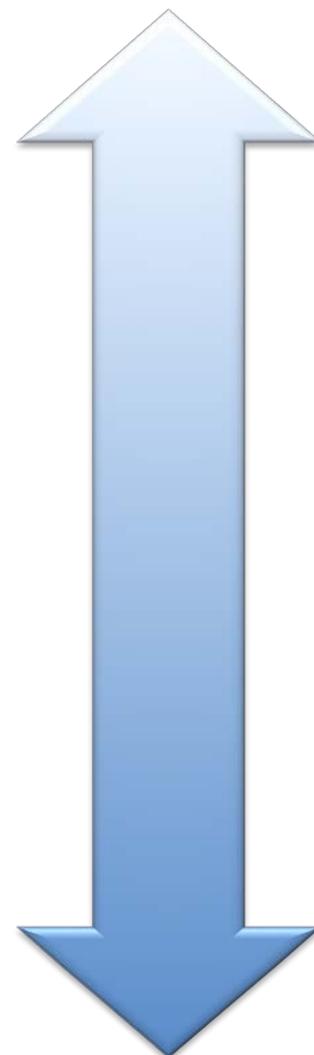
20 : 1

13 : 1

10 : 1

(30 : 1)

池慶会の垂直連携 (最終形)



看護配置
基準

1 3 : 1

(3 0 : 1)

なし

介護付き有料老人ホーム『あいしくら』

令和7年5月開設



〈調理室〉（ドライシステムに一新）



実績とデータ

【入居者】

- ・5月：11/24名 6月：16/24名 7月：19/24名（予定：入居率76%）
- ・男女比 8：8、申込済待機者 7名

【入居経路】

- ・医療機関：9名 居宅：8名 介護施設から転所：2名



課題と具体的な取り組み

【医療的ケアの必要な利用者の受け入れ】

- ・人員の拡充（特に看護職員）
- ・医療体制の整備と医療機関との連携
- ・介護職員の喀痰吸引等の研修
- ・看取り・終末期ケア対応
- ・介護施設との連携

A yellow speech bubble with a wavy bottom edge and a small bee icon on the left. Inside the bubble, the text '24床の増床！？' is written in red.



かかりつけ医機能に関する 取組事例集 (第1版)

厚生労働省医政局総務課
令和7年6月

掲載事例一覧

No	取組の中心	類型	概要	関係するかかりつけ医機能(主なもの)					医療圏分類	ページ
				2号(イ) 時間外 診療	2号(ロ) 入退院 支援	2号(ハ) 在宅医療	2号(ニ) 介護連携	その他		
1	福井県	都道府県	全県統一の入退院支援ルールを策定	○		○		-	5	
2	和歌山県	都道府県	協力病院の指定などにより、かかりつけ医をサポート	○	○				-	7
3	千葉県 松戸市	市町村	地域を「一つの病院」に見立て、かかりつけ医の支援体制を構築	○	○	○	○	○ ICT活用	大都市型	9
4	東京都 稻城市	市町村	医療介護等のデータ分析に基づく市独自の医療計画の作成及び救急医療体制・在宅医療体制等の推進等	○	○	○	○	○ 市で医療計画		11
5	新潟県 燕市	市町村	「転ばぬ先の医療推進」プロジェクトにより、かかりつけ医のいない高齢者の診療体制を構築			○	○		地方都市型	14
6	大阪府 豊中市	市町村	市とコーディネーターとの協働による医介連携の充実化及び在宅医グループやバックアップ体制の構築などを推進	○	○	○	○	○ コーディネーター	大都市型	16
7	鳥取県 米子市	市町村	保健師が中心になり、精神障がい者等について病院地域連携室等と連携して支援	○	○	○	○	○ 精神障害		19
8	岡山県 岡山市	市町村	地域別のワーキングを開催し、診診・病診連携やMCS®の活用などを推進	○	○	○	○	○ ICT活用	地方都市型	21
9	多摩ファミリー クリニック (神奈川県川崎市)	診療所	在宅診療と他事業・多職種連携で病院と診療所を繋ぎ地域医療をサポート	○	○	○	○		大都市型	24
10	KOYANAGI真柄 CLINIC (新潟県新潟市)	診療所	警察医等として地域社会の一部となりかかりつけ医機能を発揮	○	○	○	○	○ 地域社会構築		26
11	すぎうら医院 (島根県出雲市)	診療所	診診連携により24時間かかりつけ医体制を構築	○		○			地方都市型	28
12	池端病院 (福井県越前市)	病院	エワク唯一の病院として乳幼児から高齢者までの「かかりつけ病院」機能を提供	○	○	○	○		過疎地域型	30
13	地域医療連携推進法人 湖南メディカル・ コンソーシアム (滋賀県草津市)	病院	地域医療連携推進法人が中心となり地域で連携し、地域医療サポートカードの運用や入退院等を支援		○	○	○	○ 地域医療連携推進法人	大都市型	32
14	織田病院 (佐賀県鹿島市)	病院	地域医療の窓口として病診連携・病病連携を推進	○	○	○	○	○ ICT活用	地方都市型	34
15	新潟県医師会	県医師会	手引きで関係者が協議、実践、評価する「標準プロセス」を示し、入退院支援を推進	○	○	○			-	36
16	横浜市医師会	都市医師会	在宅医養成研修を実施			○		○ 研修	大都市型	38

【関係するかかりつけ医機能（主なもの）】

○：事例集で特に焦点を当てて紹介しているもの
※○がなくても、取組が行われていないということではありません

【医療圏分類】

所在する二次医療圏を人口・人口密度を基に以下3類型に分類したもの
・大都市型：（人口が100万人以上）または（人口密度が2,000人/km²）以上
・地方都市型：（人口が20万人以上）または（人口10-20万人かつ人口密度200人/km²以上）
・過疎地域型：大都市型にも地方都市型にも属さない場合

12. エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者まで幅広くかかりつけ医機能を発揮

(医療法人池慶会 池端病院：福井県越前市)

(基本情報)	総人口・高齢者割合	75,493人・65歳以上：31.4% 85歳以上：6.2%（令和6年1月1日時点）
	面積	230.70km ² （令和6年10月時点）
	取組開始時点	平成2年12月（訪問診療・訪問看護開始）～現在
	取組に関するホームページ	https://ikebata.jp

背景課題	<ul style="list-style-type: none"> 越前市郊外の王子保地区（旧南条郡王子保村）と呼ばれる人口約6,000人の地域に立地。この地域の医療機関は診療所も含めて池端病院のみ。 隣接する南越前町には診療所はあるものの病院ではなく、池端病院は王子保地区から南越前町にかけてのエリアで唯一の病院。 地域の高齢化率は約30%と高く、高齢者医療中心の慢性期病院の役割を担う一方で、初期救急機能も有している。エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を持つ必要があった。
取組概要	<ul style="list-style-type: none"> 小規模ながら地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、入院機能は在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化。 高度急性期医療は他の医療機関が担うため、それらの機関と連携しながら対応。 周囲に医療的ケア児に対応できる機関が少なく、人材も不足。小児を診る意欲を持つ在宅医を増やすべく、自ら医療的ケア児の外来・在宅医療にも取り組んでいる。
効果	<ul style="list-style-type: none"> エリア唯一の病院として、地域のニーズに応じて乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を提供。 多職種連携により平均在院日数の短縮、在宅復帰率も高水準を維持。

主な取組内容

■ 地域のニーズに応じて在宅医療を提供

- 非常勤を含む医師の多くが訪問診療や往診を行い、各部署の看護師も師長級はほぼ全員が訪問看護を経験。
- 病院隣接の居宅介護支援事業所（ケアプランステーション）には常勤介護支援専門員8人（うち主任介護支援専門員3人）を配置し、月250件ほどのケアマネジメントを提供。

■ 医療・介護の多職種連携

- 週1回、全職種の職員が出席する病棟カンファレンスを開催。多職種で意見を交換し方向性を共有。
- 在宅支援に向けた個別症例の課題分析のほか、介護福祉士や介護支援専門員に医療知識を共有し、連携。
- 多職種連携による在宅メニューの充実が図られているため、療養病棟の平均在院日数は地域包括ケア病床23.9日、療養病床114.4日と全国平均を下回り、在宅復帰率も同88.1%、75.6%という高さを維持。（令和5年度実績）
- 医療法人の体制として、看護師21人、保健師2人、介護福祉士21人、介護支援専門員18人など（令和6年9月時点）

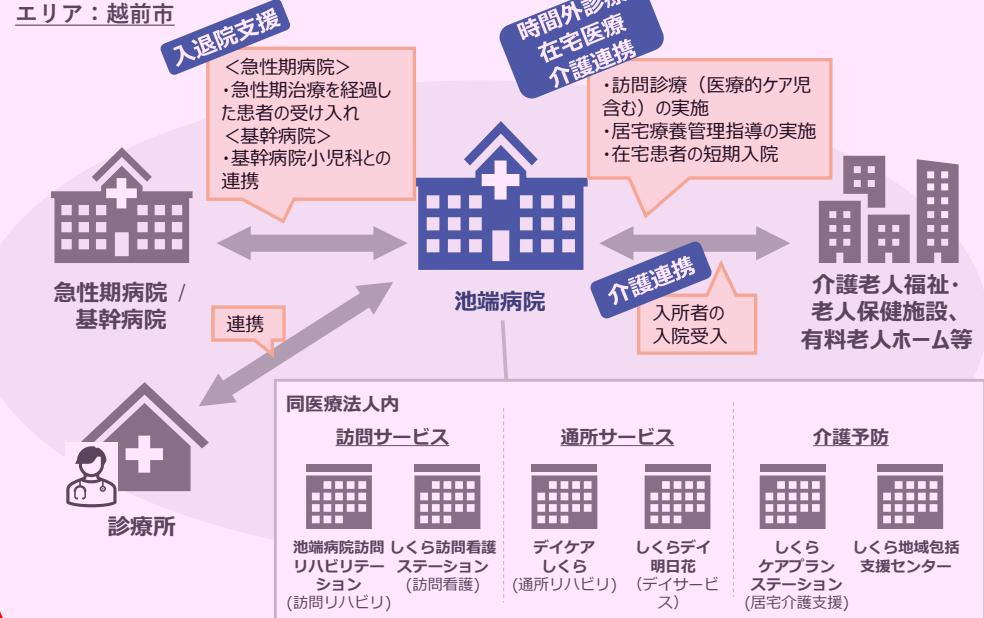


■ 小児の在宅医療に関する取組

- 高齢者だけでなく、小児の在宅医療にも積極的に取り組み。
- 地域に医療的ケア児に対応できる医療機関がなく、ニーズに応える形で取組を開始。
- 今は小児在宅専門医も非常に勤務し、基幹病院小児科との連携のもと、小児在宅連携拠点として地域で在宅療養中の多くの医療的ケア児に訪問診療・訪問看護等を提供できる体制を整えている。

地域のかかりつけ医機能イメージ

エリア：越前市



関係者の主な役割

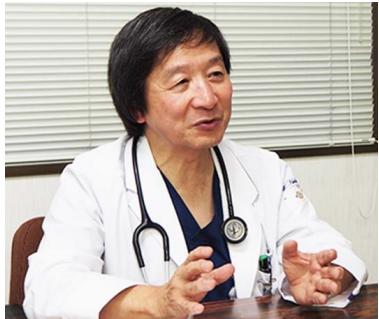
池端病院 (在宅療養支援病院)	<ul style="list-style-type: none"> 30床1病棟という小規模ながら、地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、乳幼児から高齢者までを対象に、在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化して地域医療を展開
急性期病院 / 基幹病院	<ul style="list-style-type: none"> 池端病院と連携し、急性期治療を終えた患者のリハビリテーションや在宅復帰目的の転院や、医療的ケア児の在宅・外来診療を要請
診療所	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医として外来・在宅診療を担う一方、主にマルチモビディティ（多疾患併存）の患者の急性増悪の際、入院医療等を池端病院に要請
介護老人福祉・老人保健施設・有料老人ホーム等	<ul style="list-style-type: none"> 入所者が、誤嚥性肺炎や尿路感染症、脊椎圧迫骨折等高齢者特有の急性疾患や、慢性心不全や廐用症候群を含む慢性疾患の急性増悪等により治療が必要となった際、池端病院に往診や入院治療を要請

～地域包括ケアを支える
人材育成を目指して～

池端病院地域研修

【初期研修医：4週間】 福井大学附属病院、福井県済生会病院
市立さいたま病院 (R8～)

【医学部4～6年生：2週間/4週間】 福井大学・金沢大学



池端病院 初期研修（地域医療）プログラムの例

R7.7.3

		月	火	水	木	金	土	日	
日付	時間	7	8	9	10	11	12	13	
AM	8:30	オリエンテーション	病棟申し送り	病棟申し送り	病棟申し送り	病棟申し送り			
	9:00	院長外来 (1診)	9:00～ ケアプランステーション	外来1診 (森先生)	訪問診療 (森先生)				
	10:00								
	11:00								
PM	13:30	13:00発 支援センター	認知症カフェ 会場：あいしくら	訪問診療 (加藤先生)	訪問診療 (森先生)	13:30病棟conf			
	14:30			14:30～病棟					
	15:30	16:00～							
	16:30	院長 講義							
AM	17:00	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング			
	8:30	ベッドコントロール会議	8:30集合 訪問リハビリ OT同行	病棟申し送り	病棟申し送り	8:25集合 デイケア			
	9:00	院長外来 (1診)							
	10:00			10:00～ 訪問看護同行 (2件)	訪問診療 (森先生)				
	11:00								
	12:00								
	13:30	13:30出発	13:30～ リハビリ科 (PT、OT)		14:40～ 訪問診療（小児） 津田先生	12:50出発 南越前町 介護予防事業			
	14:30	ケアマネ同行							
	15:30	退院時カンファ							
	16:30								
PM	17:00	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング			
	8:30	21	22	23	24	25	26	27	
	9:00			病棟申し送り	病棟申し送り	病棟申し送り			
	10:00			外来1診 (森先生)	訪問診療 (森先生)				
	11:00		11:50～ ST（病棟）						
	12:00								
	13:30		認知症カフェ 会場：明日花		14:30～ 地域連携室	13:30病棟conf			
	14:30								
	15:30								
	16:30								
	17:00		振り返りミーティング	振り返りミーティング	14:45出発 認知症初期集中支援	振り返りミーティング			
日付	時間	28	29	30	31	1			
AM	8:30	ベッドコントロール会議	8:40～ 訪問リハビリ (PT同行)	病棟申し送り	病棟申し送り	病棟申し送り			
	9:00			外来1診 (森先生)	訪問診療 (森先生)				
	10:00								
	11:00								
PM	12:00								
	13:30		14:30～ 栄養科		訪問診療 (森先生)	大学へ			
	14:30								
	15:30								
	16:30								
	17:00	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	総括プレゼン				

自己紹介

名前：高橋 環 (たかはしたまき)

出身：福井県

出身大学：福井大学

部活：ハンドボール
バスケットボール

志望科：乳腺外科



池端病院での研修前は...

- ・患者さんのニーズは？
- ・慢性期での病棟管理は？
- ・地域を交えた多職種連携とは？



外来

- ・メジャー科からマイナー科まで幅広く対応
→何でも相談できるかかりつけ病院
- ・他施設との連携でスムーズな紹介・逆紹介
→患者さんにとって安心できる環境



病棟



- ・地域包括ケア病床で急性期にも対応
- ・医学的側面以外の患者背景を把握し、退院後の生活も考慮した介入
- ・多職種を交えた病棟カンファで情報共有
- ・身体拘束は最低限！
- ・患者さん・家族の要望に柔軟に対応

在宅診療

- ・訪問診療・看護・リハビリ

→利用者本人の生活状況を把握できるため、
より問題点に気づきやすい

→情報を通所サービススタッフと共有することで、
実生活を想定した効率の良い介入が可能



地域での取り組み

- ・ 地域ケア会議

→多職種が集まり、その人らしい生活を送るための最適なサービスを検討、地域の抱える課題について協議

- ・ 介護予防教室

→介護予備軍を地域でサポート、医療費も削減！



地域での取り組み

- ・産業医巡回

→職場の安全・健康管理だけではなく、社員を対象とした講義の提供など、幅広い貢献



池端病院研修のココがすごい！

- ・職員さんがとにかく優しくて親切！
- ・充実した研修プログラム！
- ・ごはんがおいしい！



そして最後に・・・その心は！？

- 地域包括ケアと地域医療構想は、車の両輪
- やりたい医療より、求められる医療を！
- 医療と介護は、連携から統合へ
- 診療報酬改定と地域医療構想は、使っても使われるな！
- 地域住民が、最後の砦

CHANGE!

or DIE!!

**Act Now for the
Future**

～未来のための今～