

「医療構想と包括ケアの推進における
保健所の役割についての研究」

報告書Ⅱ

都市部における在宅医療体制構築支援について

令和4年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 逢坂 悟郎（兵庫県加東保健所）

医療構想と包括ケアの推進における保健所の役割についての研究 報告書 II

目次

I 研究の概要	1
1 調査研究のねらい	3
2 調査研究の方法	4
(1) 都市部における在宅医療体制構築支援の好事例の選出について	4
(2) 班会議での実践報告	4
(3) 行政による在宅医療体制構築支援の分析手順について	4
3 研究の体制・経過	5
(1) 研究の体制	5
(2) 調査研究の経過	5
4 都市部における在宅医療体制構築支援の分析結果	7
(1) 姫路市（中核市）保健所	7
(2) 豊中市（中核市）保健所	7
(3) 福岡市（政令指定都市、各区保健所の関与あり）	8
(4) 柏市（中核市、保健所の関与はない）	8
(5) 大阪市（政令指定都市、市保健所の関与はない）	9
5 考察	9
(1) 都市部における在宅医療体制構築支援のまとめ	9
(2) 管内の訪問診療患者数の推移の把握が重要な訳	10
(3) 管内の在宅医療の供給量（特に訪問診療患者数）の把握について	11
(4) 厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」について	12
(5) 通常の診療所を対象とする在宅医療体制構築支援の課題について	12
(6) 訪問看護ステーションの強化について	14
II 班会議 報告	15
1 第1回班会議 令和3年5月29日	17
(1) 在宅医療支援の研究 インロダクション	17
(2) 地域包括ケア病棟（病床）について	32
(3) 在宅医療充実への取り組み事例 兵庫県 姫路市保健所 毛利好孝 所長	34
(4) 姫路市 在宅医療の標準化データ	46
(5) 質疑	52
(6) 事例報告のまとめ	55

2	第2回班会議 令和3年7月31日.....	56
	(1) 在宅医療充実への取り組み事例 大阪府 豊中市保健所 松岡太郎 所長.....	56
	(2) 豊中市 在宅医療の標準化データ	79
	(3) 質疑	86
	(4) 事例報告のまとめ	89
3	第3回班会議 令和3年8月21日.....	90
	(1) 在宅医療充実への取り組み事例 福岡県 福岡市城南保健所 向井直子 所長.....	90
	(2) 福岡市城南区、福岡・糸島医療圏 在宅医療の標準化データ	108
	(3) 質疑	116
	(4) 事例報告のまとめ	118
4	第4回班会議 令和3年9月25日.....	119
	(1) 在宅医療充実への取り組み事例 千葉県 柏市保健福祉部地域医療推進課 浅野美穂子 専門監	119
	(2) 柏市 在宅医療の標準化データ	143
	(3) 質疑	150
	(4) 事例報告のまとめ	152
5	第5回班会議 令和3年10月31日.....	153
	(1) 在宅医療充実への取り組み事例 大阪府 大阪市健康局健康施策課 勝矢聡子課長 ..	153
	(2) 大阪市 在宅医療の標準化データ	168
	(3) 質疑	174
	(4) 事例報告のまとめ	176
Ⅲ 厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」の活用について		
	(簡単に管内市区町村の「訪問診療患者数」を把握するためのツール)	177

I 研究の概要

1 調査研究のねらい

地域医療構想の大目標の一つには、在宅医療の充実が掲げられている。平成30年12月4日の厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会の在宅医療及び医療・介護連携に関するWGにおける「在宅医療の充実に向けた議論の整理」では、在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されており、その充実について都道府県の取り組みや、保健所の活用が重要であるとされた。同時に、在宅医療の取り組みについてのデータ分析の必要性が強調された。

令和元年度、本研究班では全国保健所アンケート調査を実施した。その結果から、全国の保健所が在宅医療の評価指標をある程度把握していることは分かったが、他県や他保健所との比較などを行うためには、在宅医療データの標準化が必要であることが分かった。その上で、成果を上げている保健所の取り組みをもとに、訪問診療供給の増加と質の向上を目指した在宅医療体制構築に保健所が取り組める手法を、都市部と郡部等の医療状況に分けて、複数提案する必要があるとの結論に至った。

そこで、令和2年度、当研究班では、在宅医療データの標準化（誰もが共通して使用できる一定の基準を定めること）を目指し、他県や他保健所との比較を行うこととした。在宅医療データの標準化へ向けて、地域医療情報システム（Japan Medical Analysis Platform：JMAP）日本医師会、地域別人口変化分析ツール（All Japan Areal Population-change Analyses：AJAPA）産業医科大学 公衆衛生学教室、都道府県の人口動態統計を組み合わせ、在宅医療データの標準化を試みた。同時に郡部については、複数の保健所による在宅医療体制構築の実践例を把握できた。取り組みの手法をまとめると、①新規開業がほぼ期待できない郡部で、開業医の高齢化が進み、開業医のみでの訪問診療では2025年以降の需要に応えられない可能性が高いことを保健所が把握し、②保健所が、この状況を都市医師会、市町村等にデータで示し、問題意識を共有した上で、③高齢の開業医でも在宅医療を継続できる仕組み（病院の後方支援機能の強化等）を構築しつつ、④新たに病院に対し在宅医療への参入を促す対策を保健所から提案していた。

令和3年度は、管内の在宅医療を具体的に向上させる活動を行っている都市部の保健所を確認し、それらを分析した上で、都市部で在宅医療体制構築支援に保健所が取り組める手法を、その医療状況に合わせて複数提案したいと考えた。

また、コロナ第4波を終えたばかりの6月に全国保健所長会 内田会長から「コロナの医療体制整備に関して、何か示唆をいただけるような研究をするように」との指示を受けた。そこで、在宅医療体制構築支援の研究と並行して、今回のコロナ対策において報告者、研究班員の管内で何が起こったのかを記録するとともに、今回のコロナ対策および次のパンデミックで実行すべき、国・都道府県・保健所の医療政策について検討することとした。（「新型コロナウイルス感染症への対策の実際とあるべき姿～次のパンデミックに向けて～」については、当研究班の報告書Ⅰを参照のこと）

2 調査研究の方法

(1) 都市部における在宅医療体制構築支援の好事例の選出について

令和元年度の全国保健所アンケート調査において、管内の在宅医療を具体的に向上させる活動を行っていた都市部の保健所にヒアリングを行い、班会議での実践報告を依頼した。しかし、承諾頂けた保健所は3ヶ所に留まった。そこで、保健所は関与していないものの市の他部署が在宅医療体制構築支援を行っている都市部の2行政を含めて計5行政が報告を行った。

(2) 班会議での実践報告

昨年度作成した定型テンプレートをもとに報告者が報告用パワーポイントを作成した上で、班会議において報告した。また、班員が報告者の管内における在宅医療標準化データを作成し、研究班・報告者間で共有した。

また、定型テンプレートには「コロナ対策で分かった入院医療・在宅医療の医療政策の課題と展望」を追加し、都市部におけるコロナ対策の状況と課題を記録することとした。

報告者の事例報告について、質疑を行った後、その時期の新型コロナの感染状況と対策について報告者を含めて班員間で全体討議を行った。

(3) 行政による在宅医療体制構築支援の分析手順について

報告者による事例報告には、様々な事業内容が含まれることが想定された。そこで、各報告を分析し、比較検討するため、前年度までの研究班としての経験を基に以下のような「行政による在宅医療体制構築支援の分析手順」を作成し、質疑の内容を含めて各事例を分析した。

- ① 管内の在宅医療の体制(診療所主体、病院主体、混合型)と供給量(訪問診療患者数と自宅看取り数・率等)の推移を把握
- ② 行政が介入しない場合に、2025年以降の訪問診療需要に供給が追いつかないことを確認
- ③ 行政としての戦略を練る
- ④ 医師会など(管内の診療所、病院、訪問看護等)に働きかける
- ⑤ 目に見える実績
- ⑥ 現状での課題

3 研究の体制・経過

(1) 研究の体制

分担事業者	逢坂 悟郎	兵庫県	加東保健所
協力事業者	福永 一郎	高知県	安芸福祉保健所
協力事業者	大木元 繁	徳島県	三好保健所
協力事業者	杉澤 孝久	北海道	帯広保健所
協力事業者	中川 昭生	福島県	福島市保健所
協力事業者	福内 恵子	東京都	品川区保健所
協力事業者	岡本 浩二	埼玉県	川口市保健所
協力事業者	向井 直子	福岡県	福岡市城南保健所
協力事業者	柳 尚夫	兵庫県	豊岡保健所
協力事業者	中本 稔	島根県	出雲保健所
協力事業者	長井 大	鳥取県	鳥取市保健所
協力事業者	中原 由美	福岡県	宗像・遠賀保健所
協力事業者	上野 明則	島根県	雲南保健所
協力事業者	毛利 好孝	兵庫県	姫路市保健所
協力事業者	昼間 詩織	群馬県	渋川保健所
協力者	松岡 太郎	大阪府	豊中市保健所
協力者	浅野美穂子	千葉県	柏市地域医療推進課
協力者	勝矢 聡子	大阪市	健康局健康施策課
アドバイザー	白井 千香	大阪府	枚方市保健所
アドバイザー	宮崎 親	福岡県	糸島保健所
アドバイザー	中西 浩之	厚労省	医政局地域医療計画課 在宅医療推進室

(2) 調査研究の経過

経過	調査研究／検討内容等
第1回班会議 日時：2021年5月29日(土) 10:00～12:00 場所：Zoom	(1)今年度の研究の方向性 (2)姫路市保健所 毛利所長より在宅医療充実への取り組み、コロナ感染者への在宅医療の状況と課題を報告 (3)全体討議
第2回班会議 日時：2021年7月31日(土) 10:00～12:00 場所：Zoom	(1)コロナ対策の実際とあるべき姿 インTRODクシヨN (2)豊中市保健所 松岡所長より在宅医療充実への取り組み、コロナ対策での現状と課題を報告 (3)質疑 (4)現時点でのコロナ対策の現状について議論

経過	調査研究／検討内容等
第3回班会議 日時：2021年8月21日(土) 10:00～12:00 場所：Zoom	(1)福岡市 城南保健所 向井所長より在宅医療充実への取り組み、 コロナ対策での現状と課題を報告 (2)質疑 (3)現時点でのコロナ対策の現状について議論
第4回班会議 日時：2021年9月25日(土) 10:00～12:00 場所：Zoom	(1)柏市保健所 浅野専門監より在宅医療充実への取り組み、コロナ 対策での現状と課題を報告 (2)質疑 (3)現時点でのコロナ対策の現状について議論
第5回班会議 日時：2021年10月31日(日) 10:00～12:00 場所：Zoom	(1)大阪市 健康局健康施策課 勝矢課長より在宅医療充実への取り 組みを報告 (2)質疑 (3)中間報告へ向けた論点整理と議論
第6回班会議 日時：2021年11月27日(土) 10:00～12:00 場所：Zoom	特別講演「コロナ禍において(なぜ)新型インフルエンザの教訓が生 かされなかったのか」 川崎市健康福祉局健康安全研究所 岡部 信彦 所長
第7回班会議 日時：2021年12月25日(土) 10:00～12:00 場所：Zoom	(1)第8次医療計画「新興感染症等の感染拡大時における医療提供 体制の確保に関する事項」について 加東保健所 逢坂 悟郎 所長 (2)保健所、医師会員による自宅療養の進め方と病床確保の手法に ついて 姫路市保健所 毛利好孝 所長 (3)品川区における自宅療養者の状況と医療体制整備について 品川区保健所 福内 恵子 所長
第8回班会議 日時：2022年1月30日(日) 10:00～12:00 場所：Zoom	(1)都市部における在宅医療体制構築支援のまとめについて (2)厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」の活用について (3)報告書へ向けた論点整理と議論

4 都市部における在宅医療体制構築支援の分析結果

各保健所・市行政の在宅医療体制構築支援について、前述のように以下の手順に基づいて分析を行った。

①	管内の在宅医療の体制(診療所主体、病院主体、混合型)と供給量(訪問診療患者数と看取り数・率等)の推移を把握
②	行政が介入しない場合に、2025年以降の訪問診療需要等に供給が追いつかないことを確認
③	行政としての戦略を練る
④	医師会など(管内の診療所、病院、訪問看護等)に働きかける
⑤	目に見える実績
⑥	現状での課題

(1) 姫路市(中核市)保健所

①	独自の医師会員アンケートを継続することにより、管内の在宅医療の体制(診療所主体も、その診療所の約3割が将来の後継者が不在と回答)と供給量(訪問診療患者数)の推移を把握。
②	2025年訪問診療需要を、2020年の供給が上回っていることを確認したものの、2025年以降の供給不足の可能性のあることを認識。
③	戦略として、保健所として、訪問看護の経営安定と24時間化を進めることと、地域密着型病院による診療所の在宅医療へのバックアップを含めた在宅医療への参入を促すこと。
④	まずは、コロナ対策をきっかけに、市内の在宅医療の活性化を実現した。
⑤	実績としては、訪問診療患者数の着実な増加がある。
⑥	課題としては、コロナ第3波中に現保健所長が異動してきた経緯があり、コロナ後の平時において医師会等を動機づけし、戦略を実現し、在宅医療の量と質を向上することができるかが挙げられる。

(2) 豊中市(中核市)保健所

①	管内の在宅医療の体制(診療所主体)と供給量(自宅看取り数・率)の推移把握している。自宅看取り数は死亡小票で確認している。
②	市内の在宅療養支援診療所(以下、在支診)の箇所数が減少し、各在支診が担当する訪問診療患者数が多くなり負担を感じていることを確認し、介入しない場合に、将来的に需給バランスが崩れる可能性があることを認識。

③	戦略として、在宅医療データ等からこのままでは2025年以降に在宅医療の需給バランスが崩れる可能性があることを明確にした上で、医師会を中心として事業展開すること。
④	医師会等に在宅医療関連の事業を委託することで多職種の動機づけを行いつつ、在宅療養支援機能を持つ病院を増やし、在支診との連携を強化してきた。また、病診連携ツールとしてICTを活用している。
⑤	結果として、豊中市は全国平均より高い自宅看取り率、自宅＋施設看取り率で推移している。また、グループ診療が進展し、在支診2が増えた。
⑥	課題として、1) 後方支援体制のさらなる整備、2) ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についての普及啓発がある。班員から、3) 市内の訪問診療患者数を把握した上で、その推移から訪問診療供給の増加を確認する必要性が挙げられた。

(3) 福岡市（政令指定都市、各区保健所の関与あり）

①	県・県医師会による調査から提供された在宅医療データを市が抽出し、市区内の在宅医療の体制（診療所主体）と供給量（訪問診療患者数、自宅看取り数等）の推移を把握。
②	在宅医療需要と市が独自に推計した「病院外で看取るべき患者数」の急増を推計し、危機感を持った。
③	戦略としては、在宅医療データを区保健所に毎年提供し医師会等の動機づけを行い、区医師会を中核として在宅医療推進策を展開すること。
④	各区に複数のブロック支援病院を設置し、それらを中心に在宅医療推進策（在宅医の交流会、後方支援体制の整備、代診医制度）を進めている。
⑤	結果として、訪問診療患者数と病院外での看取り患者数などが増加した。
⑥	診療所が在宅医療を継続していく上での課題として、1) 在宅医の増加、2) 24時間対応体制の負担軽減のために後方支援ベッドの確保がある。班員から、ここ数年、3) 在支診数が減少、4) 在宅療養支援病院（以下、在支病）数が微増加程度であること、5) 通常の診療所の訪問診療患者数が伸びないことから、今後10年以上を見据えて、病院の在宅医療への参入（在支病化）を促していくため、経営的メリットを示すなどの戦略を取るべきとの意見があった。

(4) 柏市（中核市、保健所の関与はない）

①	管内の在宅医療の体制（訪問診療患者数の93%を診療所が担っていることを把握し、在支診・訪問看護ステーション数の増加を確認）と自宅看取り数（死亡小票での確認）の推移を把握している。訪問診療患者数は東大の協力により、国保・後期レセプトを分析し、訪問診療患者数を把握している。
②	地域医療構想以前から、レセプト分析にて将来的に在宅医療需要が大きく増大する見込みであることを確認。
③	戦略としては、人口動態推計、在宅医療需要の増大をデータで示して医師会を動機づけし、医師会を中核として事業展開すること。
④	医師会を中核として、通常の診療所の医師が在宅医療に参画できるように研修の場を用意した。また、在宅医の負担軽減のため、主治医・副主治医制、医療・介護多職種連携に努めた。

⑤	結果として、在支診（機能強化型2）が増加している。また、レセプト分析から訪問診療患者数の増加を確認している。
⑥	課題として、1）在支診数、診療所での看取り件数がここ数年伸び悩んでいる。2）自宅看取りは在宅専門クリニックでの対応が多い現状がある。また、3）通常の診療所は外来診療も行っているため看取りや多くの訪問診療患者を診ることが困難である。班員から、4）各診療所の負担を軽減するために、病院の後方支援機能を強化していく必要性が挙げられた。

（５）大阪市（政令指定都市、市保健所の関与はない）

①	近畿厚生局の情報提供から、管内の在宅医療の体制（在支診、在支病等の箇所数から診療所中心であること）と提供量（在支診・在支病が担当する在宅療養患者数）の推移を把握している。
②	大阪府医療計画において、訪問診療需要が、2030年頃をピークにさらに増加する見込みであることを認識。
③	戦略としては、市では在宅医療体制にかかる指標を策定し、会議の場で提示することで、見える化を図り、進捗管理を行っている。
④	在宅医療・介護連携推進事業のうち、在宅医療と介護の提供体制の構築推進などを地区医師会に委託し、在宅医療・介護連携相談支援室を設置し、コーディネーターが在宅医療と介護の橋渡し役を担っている。
⑤	結果として、ここ数年、在支診数が減少、在支病数は微増であるものの、在宅看取り数、24時間対応可能な訪問看護ステーション数、訪問診療件数、往診件数が増加し、在宅療養患者の自宅等死亡割合が増加している。
⑥	課題としては、1）区役所、在宅医療・介護連携相談支援室・市健康局の3者での現在の体制を維持しながら、各区の実情に応じた取り組みを進めていくことがある。班員から、2）将来、上記指標が伸び悩んだ際に、取るべき対策を検討する必要があることが挙げられた。

5 考察

（１）都市部における在宅医療体制構築支援のまとめ

①	管内の在宅医療の体制（診療所主体、病院主体、混合型）と供給量（訪問診療患者数と看取り数・率等）の推移を把握
②	行政が介入しない場合に、2025年以降の訪問診療需要等に供給が追いつかないことを確認
③	行政としての戦略を練る
④	医師会など（管内の診療所、病院、訪問看護等）に働きかけ
⑤	目に見える実績

上記の分析手順に沿って、各報告をまとめると、以下のようになる。

- ① 全ての行政が、管内の在宅医療の体制(診療所主体)を把握していた。また、在宅医療の提供量では、自宅看取り数・率については全ての行政が把握していた。訪問診療患者数の推移については3行政が、在支診・在支病が担当する在宅療養患者数の推移については1行政が把握していた。
- ② 全ての行政が、「行政が介入しない場合に、将来の訪問診療需要に供給が追いつかないこと」を確認し、行政自らの動機づけにつなげていた。
- ③ 全ての行政が、一定の戦略を練っていた。
- ④ 医師会を中心に働きかけ、在宅医療推進策(通常の診療所への在宅医療への参入促進、在宅医のグループ診療、後方支援体制の整備、代診医制度等)を進めていた。
- ⑤ 結果として、訪問診療患者数の増加など、目に見える実績を挙げていた。

都市部の保健所・市行政(以下、行政という)が在宅医療体制構築支援を実施するためには、最低①～④を実施することが必要であることが確認できた。その中でも、特に、①管内の訪問診療患者数の推移を把握し、②このままでは、将来の訪問診療需要に供給が追いつかないことを確認することが重要で、これが無ければ③～⑤はあり得ないと考えられた。

(2) 管内の訪問診療患者数の推移の把握が重要な訳

これまで在宅医療に関わってこなかった行政であっても、「今、管内において在宅医療が不足していること」については、地域包括支援センターなどへのヒアリングにより、ある程度把握できる。「市内に在宅医療をしている医療機関が少ないので、在宅医を探すのに苦労している」、「癌末期の患者が病院から在宅退院する際に、市内に緩和ケアや自宅看取りをしてくれる医療機関がないため、市外の在支診に紹介している」というような情報は、「現在、市内で在宅医療が量・質ともに不足している可能性」を示す貴重な情報となる。

しかし、在宅医療が現時点では不足していないものの、将来的に不足する可能性が高い地域は、都市部、郡部を含めて少なくない。その場合、訪問診療患者数の推移が把握できない状況では、行政が将来の需要(地域医療構想での訪問診療需要推計等)と比較して、「行政が介入しないと、将来、管内において在宅医療が不足すること」を知り得ない。特に、これまで、在宅医療に関わってこなかった行政では、新たに在宅医療体制構築支援を開始するための行政自身の動機づけが起こらないことが大きな問題となる。

そして、「今、在宅医療の不足で困っている住民がいないのだから、これからも問題ないだろう」と行政・医師会とも楽観的に考え、将来、在宅医療の不足で多くの住民が苦しむ可能性があっても、この問題に手を付けないままとなる。

逆に、訪問診療患者数の推移を把握できれば、管内で「将来の需要に対し、供給が不足する可能性が高いこと」がデータから把握でき、行政として在宅医療に介入する必要性を痛感することとなり、通常の行政なら在宅医療体制構築支援を開始することになる。

このように、管内の訪問診療患者数の推移は、これまで在宅医療に関わってこなかった行

政が、在宅医療に介入するきっかけを作るための重要なデータである。そして、このデータは、管内の在宅医療に介入することを決定した行政が、医師会等を動機づけする際にも極めて重要である。

(3) 管内の在宅医療の供給量（特に訪問診療患者数）の把握について

「自宅看取り数・率」は、都道府県 保健統計年報 人口動態統計により概要を把握することが全国的に可能である。さらに詳細を検討するには、保健所に保管されている死亡小票で確認することができる。

一方、管内の「訪問診療患者数」については、入手が困難な保健所が多いことが明らかとなっている。令和元年度の当研究班による全国保健所アンケート調査では、12 県の保健所が県から情報提供されていると回答し、13 府県の保健所は東海北陸厚生局、近畿厚生局からの情報提供から「在支診・在支病が担当する在宅療養患者数」を得ていた。この結果から、22 都道府県内の保健所・市区町村は、現在、「訪問診療患者数」を把握できない状況に置かれている可能性がある。

しかし、管内の在宅医療の体制を知る上でも、診療所、病院による訪問診療患者数の推移を把握することは必須であり、在宅医療の供給量を知るためにも管内の訪問診療患者数は是非とも必要である。

姫路市や福岡市のように地域医療構想開始のタイミングで、医師会に在宅医療についての独自調査を開始し、その後も定期的に行っていれば、様々な在宅医療についてのデータが得られ、極めて有用である。しかし、地域医療構想開始から7年が経過している現在まで、医師会に在宅医療についての独自調査を行ってこなかった行政にとって、今から医師会に在宅医療についての調査を持ちかけるのはかなりの困難が予想される。

また、厚生局から提供される在宅医療のデータについては、東海北陸厚生局、近畿厚生局以外の厚生局が新たに情報提供を行う動きはない。そして、厚生局から提供される「在支診・在支病が担当する在宅療養患者数」は、在支診・在支病が1年間に担当した在宅療養患者数であり、これを12ヶ月で割って訪問診療患者数の代用として活用されている。しかし、この患者数は、「訪問診療・往診の双方を提供した患者数+往診のみを提供した患者数」のためか、地域医療構想での訪問診療患者数よりかなり大きく出る傾向にある。そのため、厚生局からの在宅療養患者数の推移により、管内の在宅医療の提供量が増加あるいは減少しているのかについては概要がつかめるものの、このままのペースで増加すれば、地域医療構想の2025年の訪問診療需要に追いつくのかについて確信が持てないという課題がある。

柏市のようにレセプト分析から訪問診療患者数を把握している自治体があるが、市が毎年、レセプト分析から訪問診療患者数を把握することには負担が大きいとのことであった。

結果として、これまで訪問診療患者数を知り得なかった行政が、新たにこのデータを把握することはかなり困難であり、このことが、行政による在宅医療体制構築支援を妨げてきたとも言える

そこで、当研究班としては、「管内の在宅医療が近い将来に不足するのではないか」との懸念を持つ行政には、厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」の活用を提案したい。

(4) 厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」について

厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」は、医療計画を策定するために使用するツールとして、毎年度、厚生労働省から都道府県に提供されている。

このデータブック内のナショナルデータベース (NDB) の様々な情報の中に「二次医療圏、市区町村の訪問診療患者数」が含まれており、比較的簡単にこれらのデータとその推移を把握できる。

ただし、データブック利用にあたっては注意事項があり、医療計画を作成する目的以外には活用できないことになっている。そのため、このデータを利用できるのは、都道府県職員のほか、医療計画策定に必要な会議（都道府県医療審議会、地域医療構想調整会議等）の委員とされている。

地域医療構想調整会議は医療計画の策定に向けた会議であり、原則、二次医療圏単位での設置となっている。そこで、二次医療圏での地域医療構想調整会議の委員は、厳重な管理のもと、二次医療圏での地域医療構想、医療計画を策定する目的でのデータブックの活用が可能である。また、都道府県が保健所、市区町村に訪問診療患者数のデータを作成・加工して、地域の協議体などで情報共有することも可能である。

このようにデータブック利用にあたっての注意事項を遵守しつつ、地域医療構想、医療計画を策定する目的で、地域医療構想調整会議の委員としてデータブックを活用するか、都道府県にデータの提供を求めれば、全国のどの行政でも、「二次医療圏、市区町村の訪問診療患者数」とその推移を把握できることとなった意義は極めて大きい。

「医療計画作成支援データブック」の詳細については、『Ⅲ 厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」の活用について』を参照頂きたい。

(5) 通常の診療所を対象とする在宅医療体制構築支援の課題について

福岡市、柏市に共通して、医師会を中核に位置づけ、通常の診療所が①訪問診療を開始できるように、②できれば在支診となるように促す政策を展開してきた。両市の報告内容および質疑では、行政・医師会ともそれが当然と考えている様子であった。あるいは、医師会が通常の診療所主体の団体なので、行政としてはその実情に合わせざるを得ず、通常の診療所を対象とした事業展開しかできないようでもあった。しかし、両市とも、在支診数、通常の診療所が担当する訪問診療患者数ともに横ばい、あるいは、減少傾向となっている。

在支診数の減少は、両市に限らず、全国的傾向となっている。厚生労働省は、令和3年度8月25日の中央社会保険医療協議会において、在支診数が全国的に伸び悩んでいること、

その一方で、在支病数は一貫して増加していることを報告している。



柏市は厚生労働省が在宅医療の好事例として認める都市であり、東大と連携しつつ、極めて緻密に在宅医療体制構築支援を実施してきた。にもかかわらず、通常の診療所による訪問診療患者数、自宅看取り数の増加は困難な状況となりつつある。

この状況を踏まえて、①、②の通常の診療所を対象とする政策に加えて、地域の実情に応じて、③病院を積極的に事業の対象に加え、病院の在支病化や後方支援病院化を進めることや、④通常の在支診から在宅医療専門診療所や機能強化型在支診（単独型）への転換を促すことや、管内への在宅医療専門診療所の誘致など、新たな政策を積極的に検討するべきである。

また、③を進める際には、中小病院が地域包括ケア病床を持つことの経営的メリットについて管内の病院間で共有した上で、結果として病院の在支病化や在宅医療支援機能を強化することが考えられる。④を進める際には、管内における在宅医療の弱い地域の情報を管内の診療所や管外の在宅医療専門診療所に対し、マーケット情報として提供する手法など経営的メリットを用いる手法が考えられる。

今後、在宅医療の向上を求めるためには、地域の実状に応じて、①～④など政策を地域事情に応じて柔軟に実施できるよう、国と地方自治体で一体的に取り組んでいくことが重要である。

また、国には、通常の診療所のみを対象とした在宅医療体制構築支援には限界がありうることを、その場合には中小病院の在支病化や在宅医療専門診療所の誘致などの対策を柔軟に選択する必要があることを、全国の地方自治体および医師会に強く情報提供して頂きたい。

(6) 訪問看護ステーションの強化について

姫路市保健所 毛利所長は、報告後の質疑において、訪問看護ステーションの強化の重要性について以下のように述べた。

- ・在宅医療には医師は必要だが、医師ができることは限られているので、在宅医療では、訪問看護の強化が最も重要である。しかし、零細の訪問看護ステーションが多く、そこに24時間の訪問看護をして欲しいと言っても無理である。
- ・訪問看護ステーションの機能強化型が少ない。訪問看護が大規模化できるように働きかけることは行政の役割である。
- ・訪問看護ステーション間の連携が可能となるように調整して、訪問看護が安定した経営ができるようにすることも行政の役割である。1ヶ所で多くの在宅患者への訪問ができない小規模ステーションが別のステーション2、3ヶ所と連携できるように姫路市保健所が調整している。
- ・そうすれば、多くの訪問看護が24時間の体制を取れるようになり、自宅看取りでは、夜間は訪問看護が見に行き、医師は翌朝に自宅に行くことになる。それにより、在宅医が在宅医療を継続できる。

実際、令和元年度のデータでは、全国の訪問看護ステーションの1事業所あたり看護師数は5.3人と零細の訪問看護が多く、24時間対応が困難な場合が少なくない。これに加えて、訪問エリアが広いと訪問の効率が悪くなり、経営状態が悪化し、赤字となることもある。

以上のように、全国の訪問看護ステーションは厳しい経営環境に置かれているが、在宅医療における訪問看護ステーションの役割が極めて大きいことは誰もが認めるところとなっている。そして、保健所・行政としての訪問看護ステーションの強化手法が次第に明らかになりつつある。来年度以降、当研究班としては、在宅医療体制構築支援の一環として、行政による訪問看護ステーションの強化策について検討したい。

II 班會議 報告

1 第1回班会議（令和3年5月29日）

（1）在宅医療支援の研究 イン트로ダクション

イントロダクション

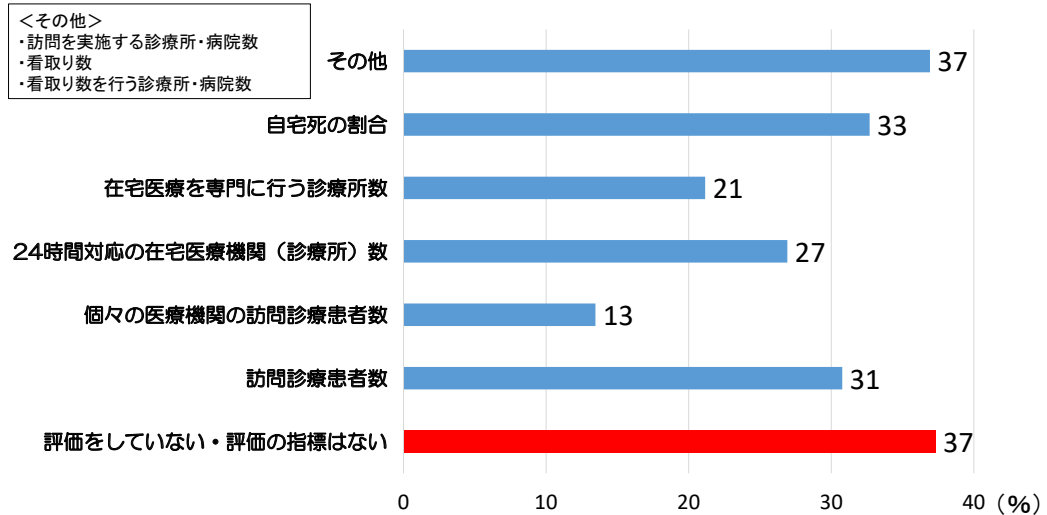
医療構想と包括ケアの推進における保健所の
役割についての研究班

令和元年度

在宅医療の充実に関する
全国保健所アンケートの報告から

在宅医療関連データの把握の有無

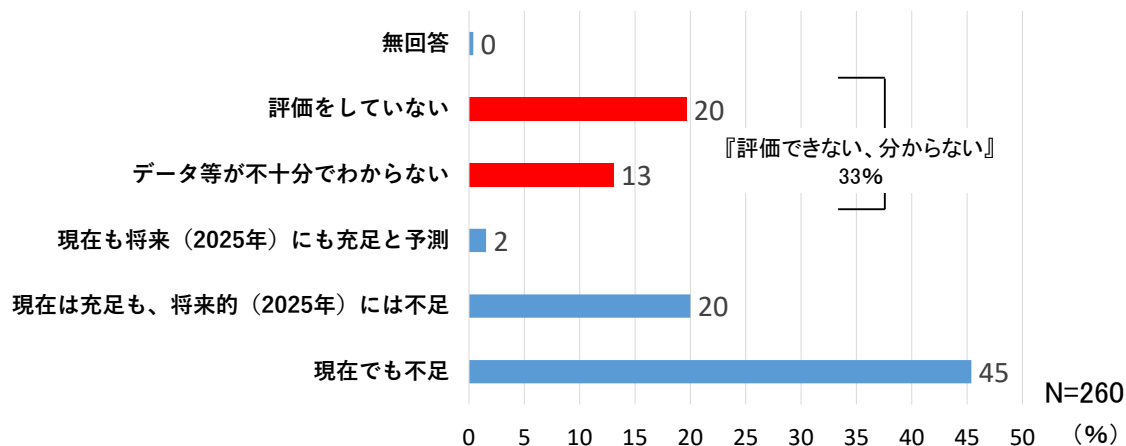
在宅医療における評価指標の有無(複数回答)



評価指標がない保健所が37%あったが、それ以外の63%の保健所は何らかの在宅医療の評価指標を持っていた。

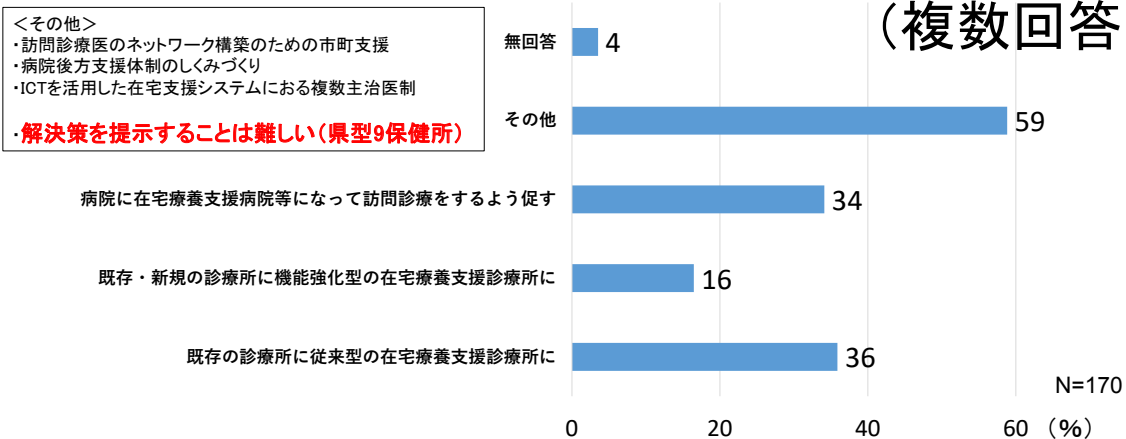
訪問診療医の体制に対する 評価と対策

訪問診療医の体制に対する評価(単数回答)



評価ができていない保健所が33%あったが、それ以外の65%の保健所は、**現在、あるいは将来の、在宅医療の不足に危機感を持っていた。**

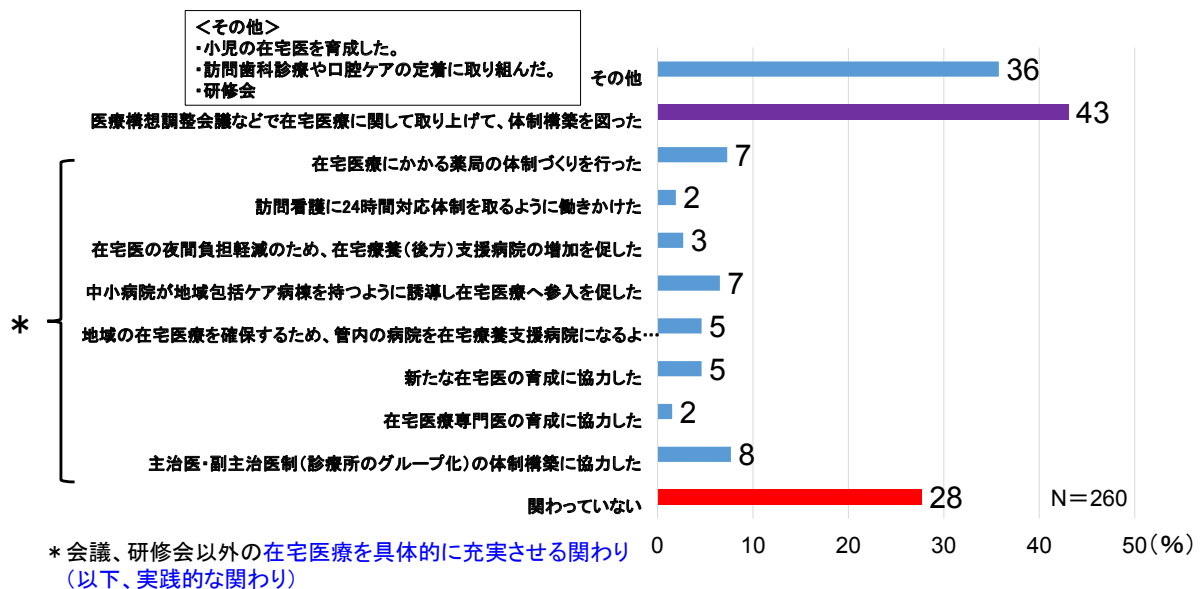
訪問診療医の不足に対し検討している解決策(複数回答)



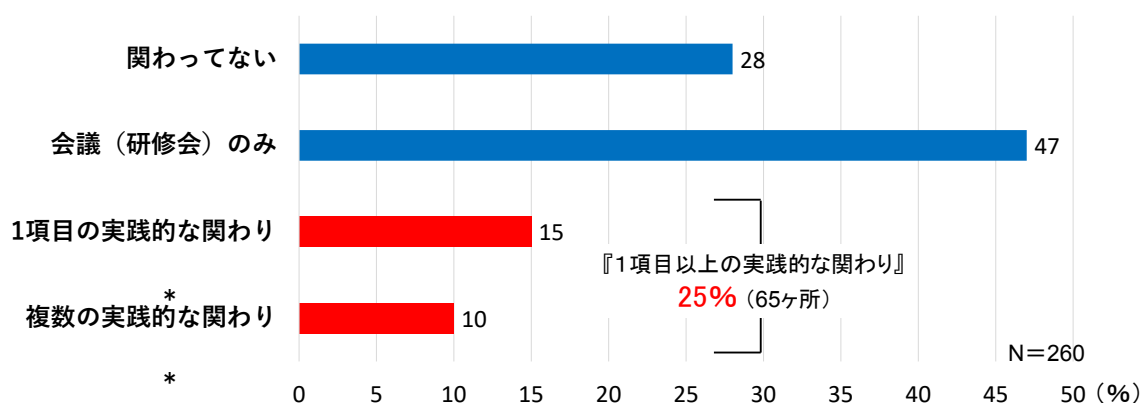
現在、将来の、在宅医療に危機感を持っている170保健所のうち、「その他」を精査した結果、「解決策を提示できない」と回答した9保健所と無回答の6保健所を除いた155保健所(全数の60%)は**解決策になんらかの在宅医療充実への戦略を持っている**

在宅医療体制の構築に関する 取り組み

在宅医療体制の構築に関する取り組みの有無(複数回答)



在宅医療体制構築への関わり状況



各保健所の回答を精査して、「関わっていない」、「会議・研修のみ」、「実践的な関わり」に分けて分析し直した。その結果、在宅医療の体制構築への関わりを、28%の保健所は行っておらず、47%の保健所は会議や研修会の開催だけであり、**実践的な関わりは25% (65ヶ所)の保健所しかできていない。**

アンケート結果のまとめ

1. **6割強の保健所**は、**何らかの在宅医療の評価指標**を持っており、**訪問診療医の体制**を評価し、**その不足についての解決策**を一定持っている。
2. しかし、体制構築への働きかけを28%の保健所は行っておらず、**47%の保健所は会議や研修会の開催だけで、実践的な関わりは25%の保健所しかできていない。**

令和2年度以降の研究の方向

1. 全国の保健所が在宅医療の評価指標をある程度把握していることは分かったが、他県や他保健所との比較などを行うためには、コアとなるデータの標準化や共通化が必要である。
2. 訪問診療供給の増加と質の向上を目指した在宅医療体制構築に保健所が取り組める手法を、都市部と郡部等の医療状況に分けて、複数提案する必要がある。

医療構想と包括ケアの推進における保健所の役割についての研究

令和2年度 在宅医療データの標準化への試み

標準化：誰もが共通して使用できる一定の基準を定めること

方法

• 在宅医療データの標準化ツールとして、

◆ 日本医師会 地域医療情報システム
Japan Medical Analysis Platform(JMAP)

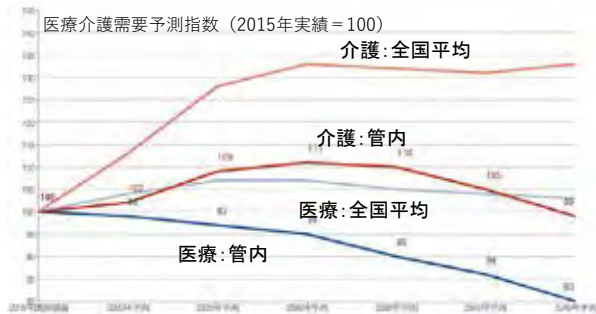
◆ 産業医科大学 公衆衛生学教室 地域別人口変化分析ツール
All Japan Areal Population-change Analyses(AJAPA)

などを活用して、在宅医療データの標準化を試みた。

これに基づいて、各班員が勤務する保健所管内の状況についてまとめ、比較検討した。

医療介護需要予想指数の比較(JMAP)

但馬圏域



川口市

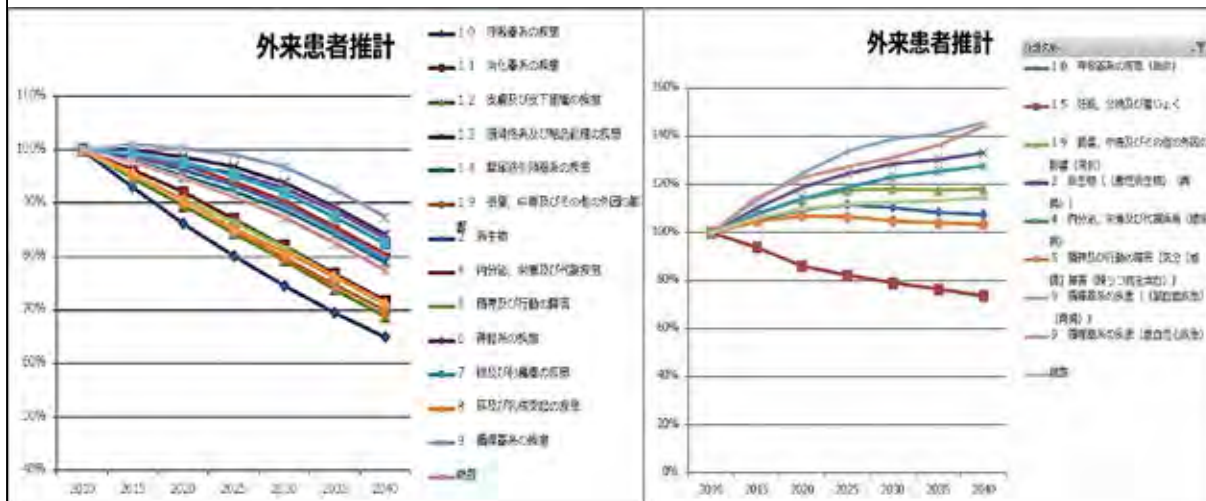


■ 医療:管内 ■ 医療:全国平均 ■ 介護:管内 ■ 介護:全国平均

傷病別外来患者数の推移(AJAPA)

但馬圏域

川口市



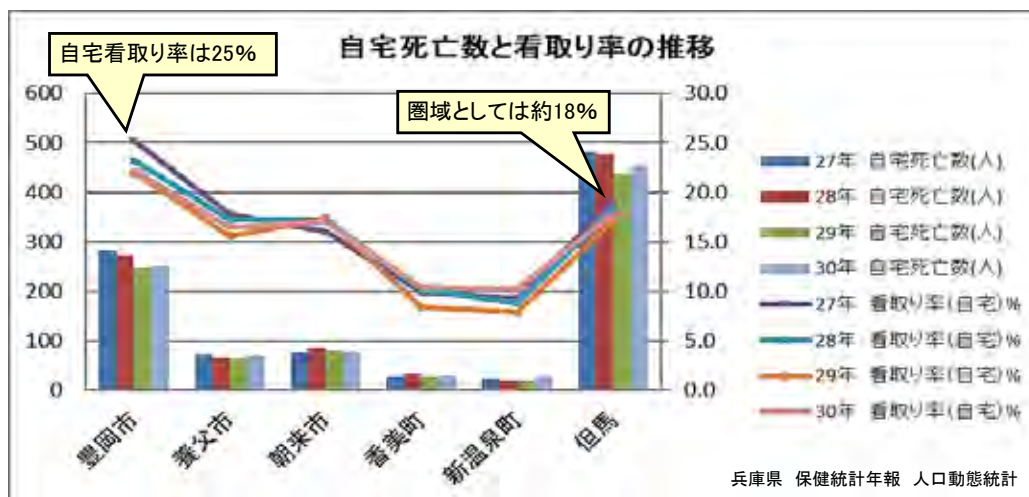
在支診・在支病数の比較(JMAP)

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

赤字: 全国平均より少
青地: 全国平均より多

	施設数		人口10万当りの施設数		
	但馬	川口市	但馬	川口市	全国
在宅療養支援診療所1	0	1	0.00	0.17	0.16
在宅療養支援診療所2	4	12	2.35	2.08	2.59
在宅療養支援診療所3	30	19	17.62	3.29	8.92
在支診 合計	34	32	19.97	5.54	11.67
在宅療養支援病院1	0	1	0.00	0.17	0.16
在宅療養支援病院2	0	1	0.00	0.17	0.30
在宅療養支援病院3	1	2	0.59	0.35	0.71
在支病 合計	1	4	0.59	0.69	1.17

市町別自宅死亡数と看取り率の推移(但馬圏域)



郡部：但馬圏域での在宅医療構築支援

- ◆但馬圏域では、**開業医が在宅医療の主体**で、その**高齢化**から、在宅医療の体制が弱体化することが分かった。
- ◆そこで、新たな在宅医療の担い手として、**中小の病院に地域包括ケア病床への転換を促す**という手法で病院の在宅医療への参入を進めた。

地域包括ケア病棟とは

2014年4月～

主に200床未満の(かかりつけ)病院に在宅復帰機能、在宅療養支援機能を持たすために作られた。

地域医療構想上、問題なければ一般病床、療養病床のいずれからでも転換できる。

急性期からの転院、在宅・施設からの入院を受け、在宅復帰させる。

在支病、救急病院、訪看Stのいずれか、訪問診療、訪問看護、訪問リハ等のうち2つを行うことが求められる。

回復期リハ病棟 I (H30)より高収入で、かつ、リハ職を多く雇用する必要がない。



但馬圏域 地域包括ケア病床の推移

	H27年度末	H28年度末	H29年度末	H30年5月	H30年10月	H31年1月	H31年4月	R1年6月
公立八鹿病院	30床	45床	45床	45床	45床	50床	50床	50床
公立村岡病院	6床	18床	18床	18床	21床	21床	21床	21床
出石医療センター		10床	18床	18床	18床	18床	18床	18床
公立豊岡病院			50床	50床	50床	50床	50床	50床
朝来医療センター			22床	27床	27床	27床	27床	27床
公立香住病院			8床	8床	8床	8床	12床	12床
公立浜坂病院			16床	16床	16床	16床	16床	16床
日高医療センター								12床
	36床	73床	177床	182床	185床	190床	194床	206床

まとめ 1

- ◆在宅医療データの標準化のためにJMAP、AJAPAを活用した。
- ◆これにより、研究班員の勤務する保健所管内の在宅医療の現状や将来像を比較検討できた。
- ◆開業医が在宅医療の主体で、その高齢化が著しい郡部では、在宅医療の体制が弱体化することがある。
- ◆この場合には、新たな在宅医療の担い手として、中小の病院に地域包括ケア病床への転換や、在支病を届け出ることを促すという手法が有効である。

まとめ 2

都市部では人口動態推計、医療介護需要の将来像から訪問診療需要が増大することが推測された。しかし、在宅医療の体制構築への対策については、残念ながら研究班員の管内では検討段階にある保健所が多数を占め実践例が確認できなかった。

来年度以降の研究の方向

昨年度アンケート調査等から都市部の保健所による実践例を確認し、それらを分析した上で、都市部において保健所が在宅医療体制構築に取り組める手法を、その医療状況に合わせて複数提案したい。

医療構想と包括ケアの推進における保健所の役割についての研究班

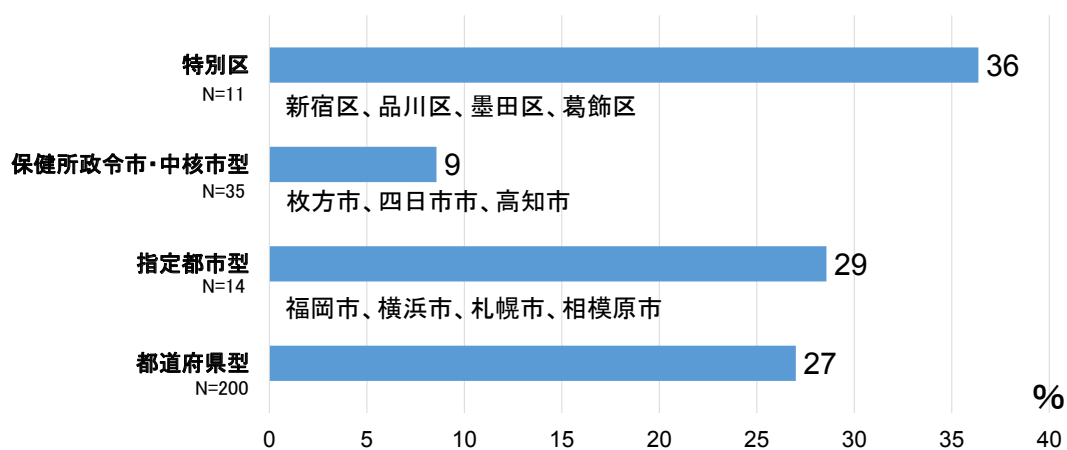
令和3年度

都市部の保健所が在宅医療体制構築に取り組める手法の検討

目的

令和元年度のアンケート調査等から都市部（政令指定都市、東京区部、中核市）で在宅医療に実践的な関わりをしている保健所を確認し、それらを分析した上で、都市部で在宅医療体制構築支援に保健所が取り組める手法を、その医療状況に合わせて複数提案する。

在宅医療構築に実践的な関わりを持っていた保健所（保健所類型別）



都市部で複数の実践的な関わりをしている保健所

都道府県名	保健所名	実践的な関わり
福岡県	福岡市西保健所	5,7
北海道	札幌市保健所	2,4,7
東京都	新宿区保健所	2,3,4,9
東京都	墨田区保健所	2,9
大阪府	寝屋川市保健所	4,10

- ② 診療所のグループ化
- ③ 在宅専門医の育成
- ④ 新たな在宅医の育成
- ⑤ 在宅療養支援病院への促し
- ⑥ 地域包括ケア病棟への転換促し
- ⑦ 在宅療養(後方)支援病院への促し
- ⑧ 訪問看護に24時間対応体制への促し
- ⑨ 在宅医療にかかる薬局の体制づくり
- ⑩ 退院調整ルール策定

当研究班での講演を打診した結果

- **東京区部**では、新宿区保健所 高橋所長が定年退職で後任の報告者なし。
高橋所長から、東京区部の保健所に広く声掛けしたが**手挙げなし**。コロナ禍？
- **政令指定都市**では、**福岡市城南保健所**が、報告予定。
- **中核市**では、「**中核市の課題と可能性の研究**」班から、広く全国の中核市に声掛けしたが、**手挙げしたのは班長の豊中市保健所 松岡所長のみ**。コロナ禍？

⇒都市部における**保健所で好事例がないか、かなり稀**

⇒**保健所は関与していないが**市の他部署が在宅医療体制構築支援を行っている市に講演を依頼

逢坂班での報告者（予定）

5月 姫路市保健所 毛利所長(中核市)

7月 豊中市保健所 松岡所長(中核市)

8月 福岡市城南保健所 向井所長(政令指定都市)

以下は、都市部で**保健所は関与していないが**、市の他部署が頑張っている市

9月 柏市地域医療推進課 浅野専門監(中核市)

10月 大阪市健康施策課 勝矢課長(政令指定都市)

11月 札幌市保健所？ 検討中 他に横須賀市？

しっかりと在宅医療構築支援ができている行政（案）

管内の在宅医療の体制（開業医主体か病院主体か、混合型か）と供給量（訪問診療患者と看取り数）の推移を把握し、

⇒何も介入しない場合に、2025年以降の訪問診療需要に供給が追いつかないことを確認し、

⇒行政としての戦略を練り、

⇒医師など（管内の診療所、病院、管外の診療所、病院）に働きかけ、

⇒眼に見える実績を上げている

行政機関とする。

事例分析の要点

- (1) 保健所等内での在宅医療体制構築支援の組織体制
- (2) 管内の在宅医療の現状と将来像についての分析内容
- (3) 在宅医療体制構築支援の戦略立案内容
- (4) 郡市区医師会等関連団体の動機付けするための手法
- (5) 会議体の体制
- (6) その後の支援の手順と成果
- (7) コロナ禍で分った都市部での在宅医療の新たな課題と展望
- (8) 在宅医療の課題と対策

(2) 地域包括ケア病棟（病床）について



平成 26 年診療報酬改定で、主に 200 床未満の中小病院を対象に在宅復帰機能、在宅療養支援機能を持たすために作られた。令和 2 年からは 400 床以上の病院は新規届け出が不可となった。

管内の地域医療構想上、問題なければ一般病床、療養病床のいずれからでも転換できる。

病床の機能としては①急性期からの転院、③在宅・施設からの入院・緊急受け入れを行い、②在宅復帰させることがある。

施設基準として、

①在宅療養支援病院（在支病）、救急病院を届出、訪問看護ステーションの設置のいずれかと、

②訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問介護等のうち2つを行うことが求められる。

患者には1日2単位（40分）のリハビリテーションを提供する必要があるが、リハ職を多く雇用する必要がある回復期リハ病棟より高収入である。

管内の病院に働きかけると、経営的なシミュレーションを行った上で、経営上メリットがあると判断した場合、転換することが多い。施設基準を満たすため、在支病の届出を行うことや、（さらにリハ職を雇用する訪問リハや訪問介護はハードルが高いので）訪問診療、訪問看護を開始することが想定される。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
実績部分	自宅等から入棟した患者割合 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)	1割5分以上	-	-	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)	-	-	-
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上	-	-	3月で6人以上	-	-	-
地域包括ケアの実績 ^{※2}		○	-	-	○	-	-	-
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象		○	-	○	○	○	-	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

* 1 回復期リハ病棟1:2085点(H30) * 3 入院料3は1より施設基準が緩い * 4 許可病床400床以上の病院は新規届け出不可

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において通院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

令和2年診療報酬改定での、地域包括ケア病棟入院料(病棟単位)・入院医療管理料(病床単位)の施設基準と報酬を示した。

入院料・管理料はそれぞれ4段階に分かれ、1・3が200床未満の中小病院を対象となる(3は1より施設基準は緩い)。以下は1・3について述べる。

①前述の施設基準が求められる(注2)。

②令和2年から「自宅等からの入棟割合」、「自宅等からの緊急患者受入数」がやや厳しくなった。

③診療報酬は、1では2,085点(2,794点)、3でも2,285点(2,270点)であり、比較可能な平成30年の回復期リハビリテーション病棟1(2,085点)と比較して高報酬である。また、シミュレーションでは、急性期一般入院料4より高報酬であるとの報告がある。

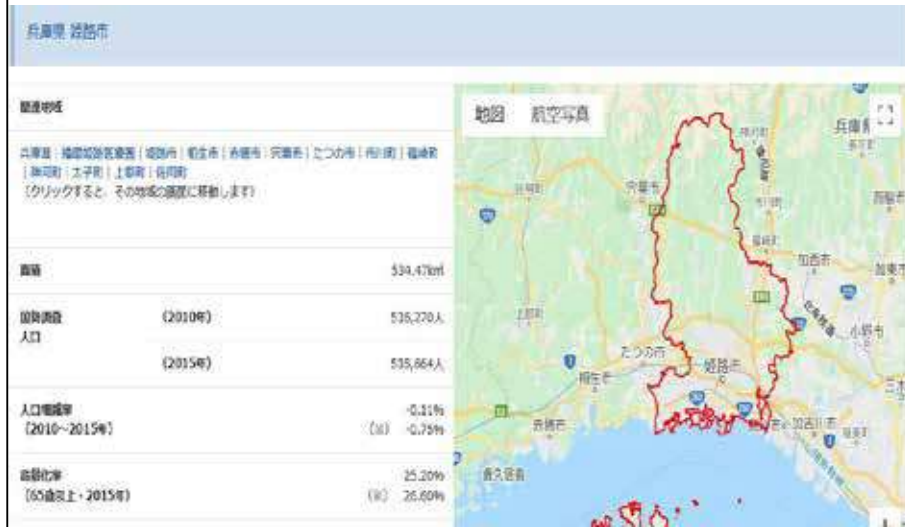
これが、急性期病床および医療療養病床から生き残りをかけて、地域包括ケア病棟(病床)への転換が続出している理由である。郡部、都市部に関わらず、管内の在宅療養資源を増加するために、中小病院に地域包括ケア病棟(病床)への転換を促す意味は大きいと考える。

(3) 在宅医療充実への取り組み事例 兵庫県 姫路市保健所 毛利好孝 所長

在宅医療の確保の取り組み
(兵庫県姫路市)

姫路市保健所 (中核市)
毛利 好孝

姫路市の概要



姫路市保健所（中核市） 毛利 好孝所長

【姫路市の概要】

人口 53 万人弱

高齢化率 25%（高齢化のピークが迫ってきている）

姫路市の北3分の1は山間部。

南部の平地に多くの市民が居住し、病院・診療所もそこに集中している。



従来は、姫路市を中心とする中播磨二次医療圏（約60万人）があったが、最近、西側にある西播磨二次医療圏と合体して、はりま姫路二次医療圏（約86万人）という形になっている。

市内の基幹病院



市内の基幹病院：平地部に固まっている。
 基幹6病院（最大560床）救急病院2等
 コロナ禍でどの病院も弱体化していて、救急患者の受け入れに難渋している。

令和2年現在の訪問診療体制

(ア) 医師の年齢階級別の訪問診療の実施状況（訪問診療実績ありの診療所分）

	人数	訪問診療件数	訪問診療患者数	医師1人当り訪問診療患者数	患者1人当り訪問診療回数
40歳代	8	591	524	65.5	1.13
50歳代	12	883	631	52.6	1.40
60歳代	30	1,128	633	21.1	1.78
70歳代	12	252	188	15.7	1.34
未記入	1	28	14	14.0	2.00
計	63	2,882	1,990	31.6	1.45

(イ) 診療所の医師の年齢階級別の往診実施状況（往診実績ありの診療所分）

	人数	往診件数	緊急時往診件数	医師1人当り往診件数	医師1人当り緊急時往診件数
40歳代	8	533	13	66.6	1.63
50歳代	13	77	15	5.9	1.15
60歳代	23	187	91	8.1	3.96
70歳代	9	45	7	5.0	0.78
80歳代	1	2	1	2.0	1.00
計	54	844	127	15.6	2.35

～姫路市医師会に対する令和2年度の診療所におけるアンケート調査結果（回答率80%）～

【令和2年現在の訪問診療体制】

- ・上の表が訪問診療についての結果です。訪問診療件数：約2,882件/月、訪問診療患者数：1,990人/月 医師1人当たり訪問診療患者数：31.6人/月
- ・下の表が往診についてのもので、医師1人当たり往診件数は15.6件/月だが、緊急往診件数：2件強/月であり、在宅医療を受けている患者が急変して対応することは、それほど多くない。

在宅療養支援診療所の在宅医療実績

(ウ)在宅療養支援診療所の届出の有無別の訪問診療実施状況

	診療所数	訪問診療件数	訪問診療患者数	医師1人当り訪問診療患者数	患者1人当り訪問診療回数
届出あり	35	2,411	1,731	49.5	1.4
届出なし	22	144	119	5.4	1.2
未記入	6	327	140	23.3	2.3
計	63	2,882	1,990	31.6	1.4

(エ)在宅療養支援診療所の届出の有無別の往診実施状況

	診療所数	往診件数	緊急往診件数	医師1人当り往診件数	医師1人当り緊急往診件数
届出あり	24	714	43	29.8	1.8
届出なし	25	99	76	4.0	3.0
未記入	6	31	8	5.2	1.3
計	55	844	127	15.3	2.3

【令和2年度の在宅療養支援診療所の在宅医療実績】

・上の表は、在支診の届出の有無による訪問診療実績について
 在支診は35ヶ所、そうでないものが28ヶ所。
 医師1人当たり訪問診療患者数は在支診では49.5人/月、そうでないものは5.4/月、未記入は23.3人/月と在支診での実績が大きい。

・下の表は在支診の届出の有無による往診実績について
 医師1人当たり往診件数は在支診では29.8件/月、そうでないものは4.0/月、未記入は5.2人/月と、やはり在支診での実績が大きい。ただ、医師1人当たり緊急往診件数は在支診が多いわけではない。

病院の在宅医療実績

(ア)訪問診療に関する届出状況別の訪問診療の実績状況（訪問診療実績ありの病院分）

	病院数	医師数	訪問診療件数	訪問診療患者数	医師1人当り 訪問診療患者数	患者1人当り 訪問診療回数
在宅医療支援病院のみ有	3	6.8	997	596	87.6	1.67
地域包括ケア病棟のみ有	2	4	50	40	10.0	1.25
両方あり	3	8	130	171	21.4	0.76
両方なし	2	4	148	83	20.8	1.78
計	10	22.8	1,325	890	39.0	1.49

(イ)訪問診療に関する届出状況別の往診の実績状況（訪問診療実績ありの病院分）

	病院数	医師数	往診件数	緊急時往診件数	医師1人当り 往診件数	医師1人当り 緊急時往診件数
在宅医療支援病院のみ有	3	6.8	39	3	5.7	0.4
地域包括ケア病棟のみ有	0	0	0	0	0.0	0.0
両方あり	3	8	10	2	1.3	0.3
両方なし	2	4	58	1	14.5	0.3
計	8	18.8	107	6	5.7	0.3

病院の在宅医療の実績です。

【病院の在宅医療実績（訪問診療に関する届出状況別）】

・上の表は病院による訪問診療について
 訪問診療実績 病院:10ヶ所 医師数:22.8人 訪問件数:1,325件 訪問診療患者数:
 890人/月 医師1人当たり訪問診療患者数:39.0人/月
 在支病は多くの在宅患者を診ている。地域包括ケア病棟はあるが、在支病を取っていない病院は実績が少ない。
 市内の在支病にもすごい患者数を訪問している病院があり、同じ在支病と言ってもかなり差がある。
 サ高住ができつつあるので、大きなサ高住を訪問診療の対象とした在支病は、急に訪問実績が上がる。

・上の表は病院による往診について
 病院からの往診は概して少ない。

市内医療機関の在宅医療実績

⑨診療所+病院

	医師数	訪問診療件数	訪問診療患者数	医師1人当り訪問診療患者数	患者1人当り訪問診療回数
診療所	63	2,882	1,990	31.6	1.45
病院	22.8	1,325	890	39.0	1.49
計	85.8	4,207	2,880	33.6	1.46

- ・ 現在、訪問診療の7割は診療所が担っている。
- ・ 今回の調査結果には、医療保険のみを利用している訪問診療患者が含まれていることを考慮すると看取りの実態把握調査で得られた訪問診療受給率は、将来の訪問診療需要量を推計する上で最低ラインとする必要があると考えられる。

【令和2年度の市内の診療所と病院を足した在宅医療の実績】

医師数は合計で85.8人、訪問診療件数4,207件/月、訪問診療患者数2,880人/月
 医師1人当たり訪問診療患者数は、平均33.6人/月であり、このくらいの患者を診ないと在宅医療に関しては黒字とならない。

患者1人当たり訪問診療回数は、1.46回/月である。

現在、訪問診療の7割は診療所が担っている。

2025・2035年の在宅医療供給見込み(1)

(ア)2025年の医師の年齢階級別の訪問診療の実施見込(訪問診療実績見込みありの診療所分)

	人数	訪問診療件数	訪問診療患者数	医師1人当り訪問診療患者数	患者1人当り訪問診療回数
40歳代	5	250	183	36.6	1.37
50歳代	5	95	74	14.8	1.28
60歳代	28	1,832	1,229	44	1.49
70歳代	14	286	85	6	3.36
80歳以上	3	349	340	113	1.03
未記入	0	0	0	0	0.00
計	55	2,812	1,911	35	1.47

(イ)2035年の医師の年齢階級別の訪問診療の実施見込(訪問診療実績見込みありの診療所分)

	人数	訪問診療件数	訪問診療患者数	医師1人当り訪問診療患者数	患者1人当り訪問診療回数
40歳代	0	0	0	0	0.00
50歳代	5	350	273	54.6	1.28
60歳代	5	389	368	74	1.06
70歳代	13	1,012	776	60	1.30
80歳以上	2	112	26	13	4.31
未記入	1	10	10	0	0.00
計	26	1,873	1,453	56	1.29

【2025・2035年の在宅医療供給見込み(1)】

(訪問診療実績見込みありの診療所分)

JAMPを見ると、姫路市はすでに高齢化し、2020年から2025年まで大きな在宅医療需要は伸びないと考えられる。

医師会アンケートにおける「2025・2035年の在宅医療供給見込み」は、医師それぞれが「2025・2035年には、これくらいは診れるだろう」と考えて回答した数字である。

2025年 訪問診療件数:2,812/月、訪問診療患者数:1,911人/月と現在と大差はない。

2035年 開業医の後継者がないと仮定した場合、

訪問診療件数:1,873/月、訪問診療患者数:1,453人/月と減少する見込みである。

しかし、現在、新規開業が増えているが、在宅医療を行っているところが多い。彼らは親の診療所を継ぐのではなく、競争の激しい中心部を避け、市周辺部で、かつ、人口が多いところで開業している。

開業医の後継者がいないことは事実なので、このような数字になるが、実際はもっと多くなると考える

2025・2035年の在宅医療供給見込み(2)

(ウ)2035年以降の新たな訪問診療への従事者の見込み

	人数	2025年の訪問診療患者数	
		2025年の訪問診療患者数	2035年の訪問診療患者数
あり	4	75	75
なし	19	432	93
未定	38	1,414	1,282
計	61	1,921	1,450

・2020年時点で訪問診療を担っている医師の約3割が2035年以降の後継者が不在である。

	医師数		訪問診療件数		訪問診療患者数		医師1人当り訪問診療患者数		患者1人当り訪問診療回数	
	2025年	2035年	2025年	2035年	2025年	2035年	2025年	2035年	2025年	2035年
診療所	55	26	2,812	1,873	1,911	1,453	34.7	72.0	1.47	1.29
病院	19.1	18.3	1,564	1,621	972	991	50.9	88.6	1.61	1.64
計	74.1	44.3	4,376	3,494	2,883	2,444	38.9	78.9	1.52	1.43

【2025・2035年の在宅医療供給見込み(2)】

2020年時点で訪問診療を担っている医師の約3割が2035年以降の後継者が不在である。

2025・2035年の在宅医療供給見込み(3)

(ア)訪問診療に関する届出状況別の訪問診療の実施見込み(2025年に訪問診療実施見込み病院分)

2025年	病院数	医師数	訪問診療件数	訪問診療患者数	医師1人当り訪問診療患者数	患者1人当り訪問診療回数
在宅療養支援病院のみ有	3	8.1	1199.1	631.8	78.0	1.90
地域包括ケア病棟Ⅰのみ有	2	7	100	85	12.1	1.18
両方あり	1	1	80	150	150.0	0.53
両方なし	2	3	185	105	35.0	1.76
計	8	19.1	1564.1	971.8	50.9	1.61

(イ)訪問診療に関する届出状況別の訪問診療の実施見込み(2035年に訪問診療実施見込み病院分)

2035年	病院数	医師数	訪問診療件数	訪問診療患者数	医師1人当り訪問診療患者数	患者1人当り訪問診療回数
在宅療養支援病院のみ有	3	8.3	1,266	661	79.6	1.92
地域包括ケア病棟Ⅰのみ有	2	6	90	75	12.5	1.20
両方あり	1	1	80	150	150.0	0.53
両方なし	2	3	185	105	35.0	1.76
計	8	18.3	1,621	991	54.1	1.64

【2025・2035年の在宅医療供給見込み(3)】

病院についての将来の見込みを問うと、

2035年には、訪問診療件数、訪問診療患者数とも若干の増加が期待できる。

病院の訪問診療の動向は、長期的な診療報酬に大きく影響されるので、病院経営者にとっては悩ましいところである。

特に200床未満の中小病院にとっては、生き残りをかけて経営判断しているので、在宅病、地域包括ケア病棟などの診療報酬体系が今のまま続けば、病院による在宅医療は維持・増加していく見込みである。

2020年調査との比較

①訪問診療患者数

	今回		前回(2017年)	
	2020年	2025年	2017年	2025年
診療所	1,990	1,911	1,317	1,689
病院	890	972	580	769
計	2,880	2,883	1,897	2,458

- ・ 2017年の実績に比較して2020年実績は1.5倍の提供量となっている。
- ・ 2017年に見込まれた2025年の提供量を現時点で400人余り超えて訪問診療を提供する体制が構築されている。

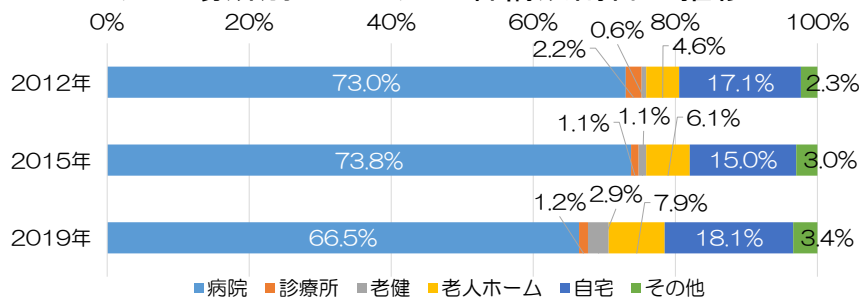
【2017年調査と2020年調査の比較】

- ・ 2017年の実績に比較して2020年実績は1.5倍の提供量となっている。
- ・ 2017年に見込まれた2025年の提供量を現時点で400人余り超えて訪問診療を提供する体制が構築されている。

姫路市における場所別の死亡者数

	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
総計	5,134	5,107	5,021	5,188	5,145	5,448	5,594	5,470
病院	3,749	3,724	3,663	3,827	3,713	3,900	3,844	3,635
診療所	115	88	74	55	57	47	52	68
老健	33	29	41	56	65	66	94	160
老人ホーム	238	304	299	318	300	385	417	431
自宅	880	836	811	778	827	864	961	990
その他	119	126	133	154	183	186	226	186

死亡場所別にみた死亡者構成割合の推移



姫路市内での自宅看取り率は18.1%で、全国平均レベルである。
 老人ホームでの看取りが少しずつ増加し、病院での看取りが減少しつつある。
 市行政として、看取りを働きかけたわけではないが、国の診療・介護報酬の誘導によるものだと考える。
 病院で勤務医をしていた経験から言うと、自宅看取りができそうな患者は少なくないが、家族の賛同が得られない現状がある。
 郡部のように3世代同居で、お爺さんの看取りをした経験のある人が残っている地域では、比較的、市民の自宅看取りへの抵抗感がなく、自宅看取りが円滑にできているのではと思う。

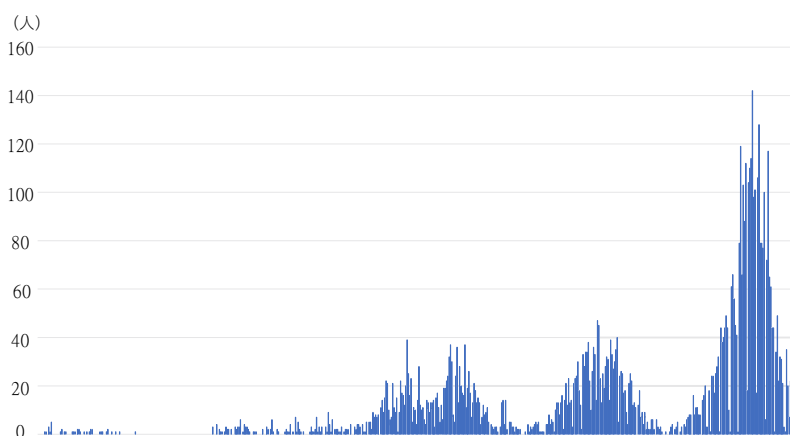
姫路市医療介護連携会議

姫路市、中播磨健康福祉事務所、
姫路市地域包括支援センター連絡会、
姫路市地域自立支援協議会、姫路市医師会、姫路市歯科医師会、
姫路薬剤師会、兵庫県看護協会西播支部、姫路市地域連携室協議会、
姫路市病院栄養士研究会、兵庫県理学療法士会中播磨支部、
兵庫県作業療法士会中播磨ブロック、
兵庫県言語聴覚士会中播磨ブロック、
姫路市社会福祉協議会、はりま総合福祉評価センター、
姫路市・西播介護サービス事業者連絡協議会、
中播磨訪問看護ステーション連絡会、
兵庫県介護支援専門員協会姫路支部、
兵庫県介護老人保健施設協会西播支部、
姫路市老人福祉施設連盟、
姫路市小規模多機能型居宅介護事業所連絡会、
グループホーム連絡協議会

在宅医療の会議体は、たくさんの参加者がいて、一言ずつ話すだけで会議が終わってしまう。

実質的には機能していない。

コロナ陽性届出者数の推移(2021年9月末まで)



第3波の最大陽性者数 (42人、12月6日)
第4波の最大陽性者数 (47人、4月30日)
第5波の最大陽性者数 (147人、8月26日)
最大自宅療養者数、第3波(161人)、第4波(332人)、第5波(804人)

姫路市のコロナ陽性届出者数のグラフを示す。

保健所による在宅医療・入院医療の提供

往診（保健所）… 第3波（1月2日から）
訪問看護・訪問指導… 第3波（1月18日から）
外来（保健所）… 第3波（1月21日から）
夜間一時受入れ事業… 第5波から

第4波からは、医師会、医療機関の積極的な協力により往診が増強され、体制が大幅に充実した。

その他、市内の新型コロナ重点医療機関である民間病院において、入院患者に対する診療支援を実施している（夜間一時受入れ事業も担当）。

コロナ禍になってどうなったかと言うと、第3波から入院できない在宅療養者が非常に増えて、重症化して行ったため、彼らにどのように医療を提供するかに苦心した。令和3年1月2日から、保健所で医療をすることになった。市役所内の保健師を全員保健所に集め、コロナ対応へ回した。

保健師がコロナ在宅療養者の自宅を訪問し、健康観察を行った結果、重症化しつつある患者には保健所が保健医療機関としてオンライン診療を行い、ステロイド内服処方、酸素濃縮器の貸し出しを行った。同時に、保健所長による緊急往診を開始した。訪問以外に、保健所に外来を開設し、胸部X線撮影の後、ステロイド院外処方等を行っている。

保健師による訪問看護・訪問指導

- 開始日：2021年1月18日
- 担当者：在宅療養サポートチーム（1チーム3名、最大4チーム）
（保健所、保健センター及び本庁等各課の保健師）
- 対象者：35歳以上またはハイリスクの在宅療養者（第3・4波）
40歳以上またはハイリスクの在宅療養者（第5波）
- 内容：病状のアセスメント（入院調整の優先順位付け）
療養指導（在宅療養指導、パルスオキシメーターの貸出）
在宅酸素濃縮器の設置
病状悪化時の緊急訪問

実績：	第3波	第4波	第5波	合計
実患者数	69	729	130	928
延べ患者数	73	819	(精査中)	1,022

保健所における往診・外来診療実績(オンライン含む)

診療件数	第3波	第4波	第5波	合計
実患者数	17	299	73	389
延べ患者数	20	324	77	421
往診(延べ)	12	1		13
オンライン		253		253
外来(延べ)	8	70	77	155

X線件数	第3波	第4波	第5波	合計
実患者数	7	66	73	146
延べ患者数	7	68	77	152

処方件数	第3波	第4波	第5波	合計
実患者数	2	284	40	326
延べ患者数	2	289	41	332

市内医療機関との連携した入院診療として、新型コロナの重点医療機関である金田病院のコロナ病棟に対して診療支援を実施している。

保健所がコロナ自宅療養者に対して医療を提供するようになったことで、それまで及び腰だった開業医のうち約20人がコロナ往診に手挙げしてくれた。

医師だけが頑張っても、多数の自宅療養者に対応できないので、健康観察や点滴の交換などを訪問看護にしてほしいと考え、市内の訪問看護に相談を持ち掛けた。最初は消極的な返事だったが、最近は積極的に関わってくれるようになっている。

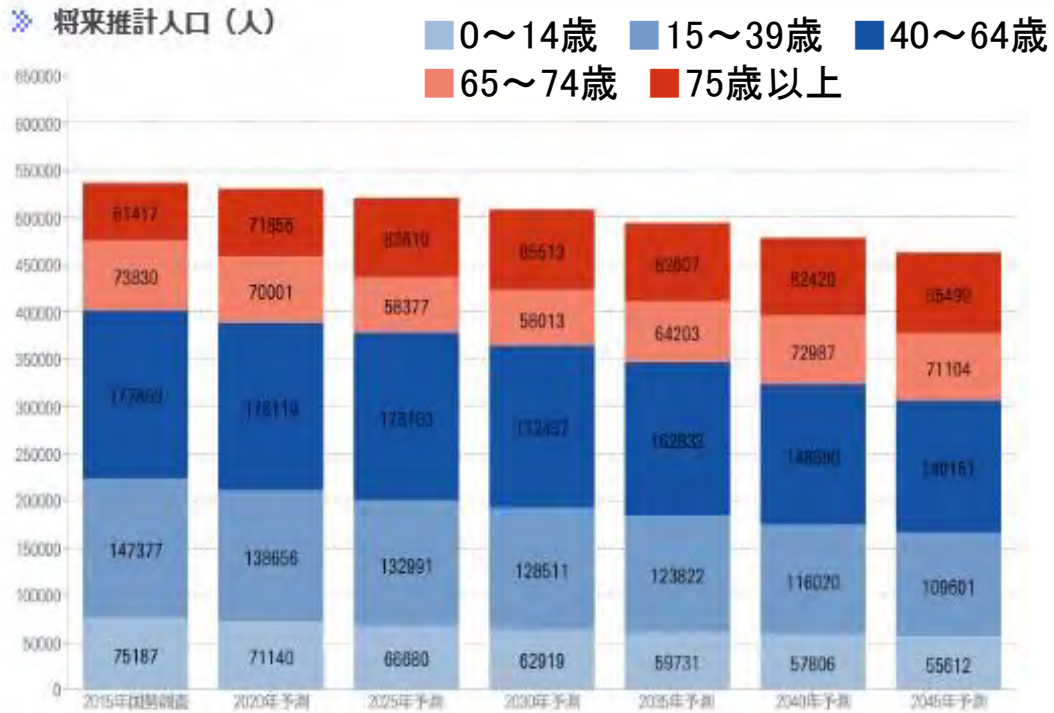
保健所、開業医が院外処方すると、コロナ患者に届けてくれる調剤薬局が20ヶ所あり、助かっている。

(4) 姫路市 在宅医療の標準化データ

参考資料

姫路市 在宅医療の標準化データ

姫路市の人口構成予想(JMAP)



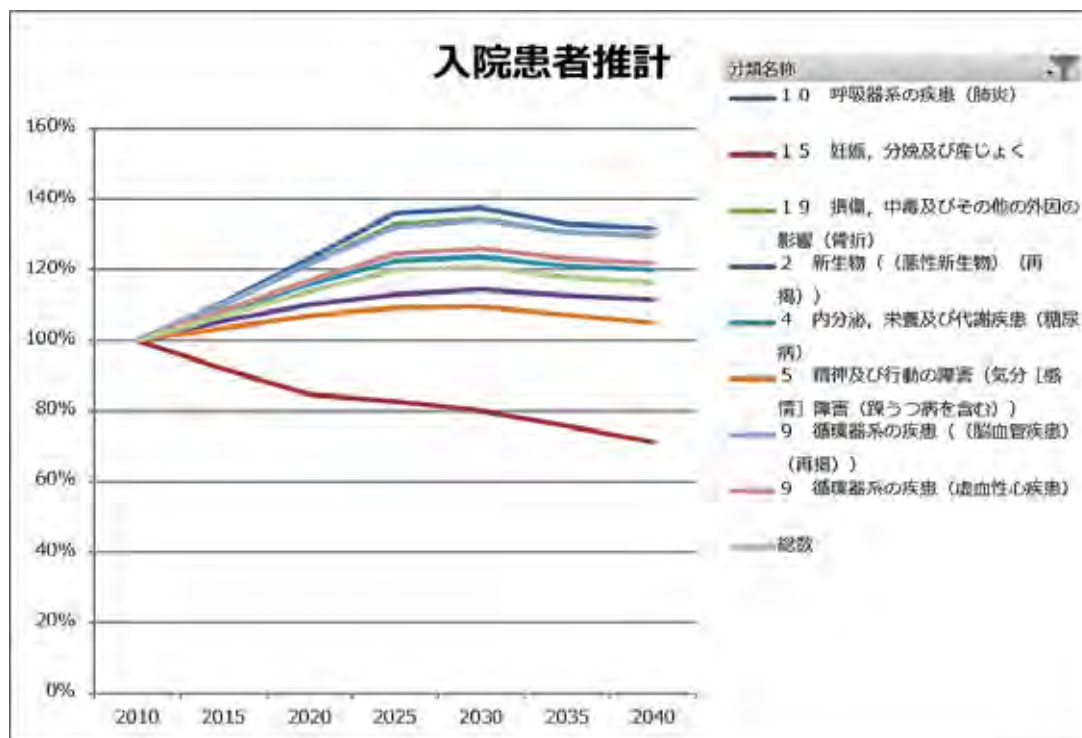
医療介護需要予想指数の姫路市と全国の比較(JMAP)

■ 医療: ▲ 医療圏 ■ 医療: 全国平均
 ■ 介護: ▲ 医療圏 ■ 介護: 全国平均



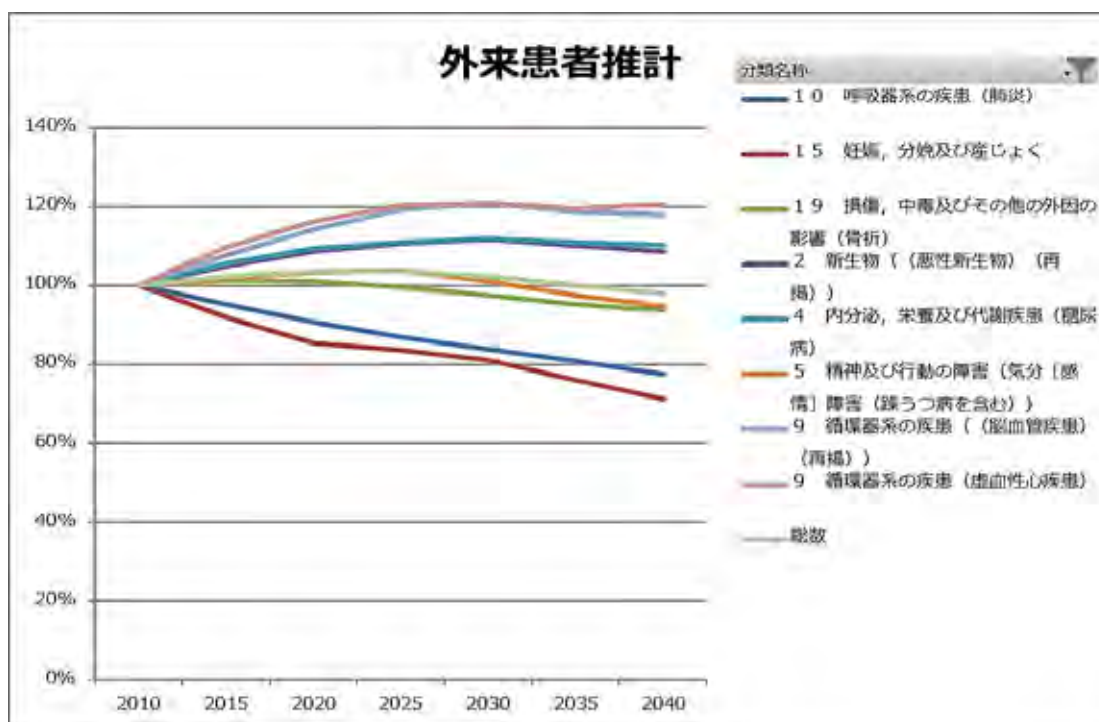
傷病別入院患者数の推移(姫路市)

(産業医科大学松田晋哉教授提供:AJAPA)



傷病別外来患者数の推移(姫路市)

(産業医科大学松田晋哉教授提供:AJAPA)



病床種類別の病床数(姫路市と全国の比較)JMAP
 2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 (人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	病床数	人口10万人あたりの病床数	
		姫路市	全国平均
一般診療所病床	269	50.22	68.38
病院病床 (全区分計)	5,961	1,112.82	1,185.40
一般病床	3,941	735.72	697.23
精神病床	952	177.72	254.42
療養病床	1,062	198.26	228.08
結核・感染症病床	6	1.12	4.46

赤字: 全国平均より少、青地: 全国平均より多

JMAP 姫路市と全国の比較
 2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 (人口10万人あたりは、2015年国勢調査人口で計算)

	姫路市 施設数	人口10万当りの施設数	
		姫路市	全国
在宅療養支援診療所 1	0	0	0.17
在宅療養支援診療所 2	15	2.80	2.63
在宅療養支援診療所 3	42	7.84	8.75
在宅療養支援診療所 合計	57	10.64	11.54
在宅療養支援病院 1	2	0.37	0.16
在宅療養支援病院 2	3	0.56	0.32
在宅療養支援病院 3	8	0.56	0.74
在宅療養支援病院 合計	1	1.49	1.24

赤字: 全国平均より少、青地: 全国平均より多

姫路市における訪問診療需要の推計

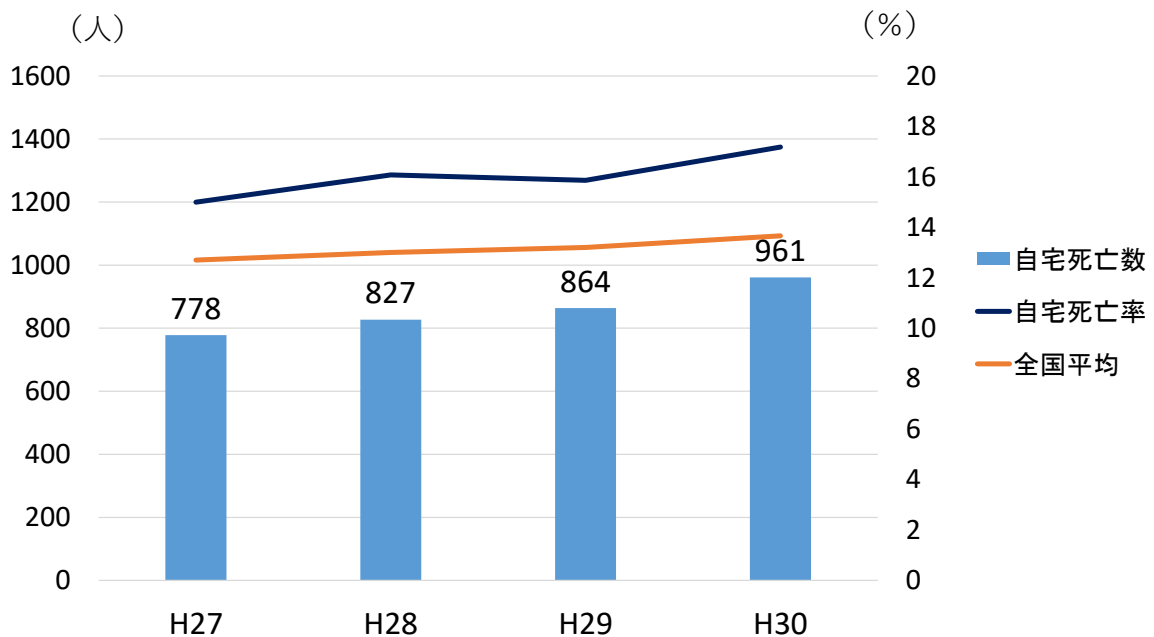
姫路市がそのほとんどを占める中播磨圏域の訪問診療需要(神埼郡3町は誤差範囲)

(人/日)	2013年	2025年	2013年/2025年
訪問診療需要	2,136.2*	3,147.1**	1.47

* 地域医療構想における在宅医療等のうち訪問診療分

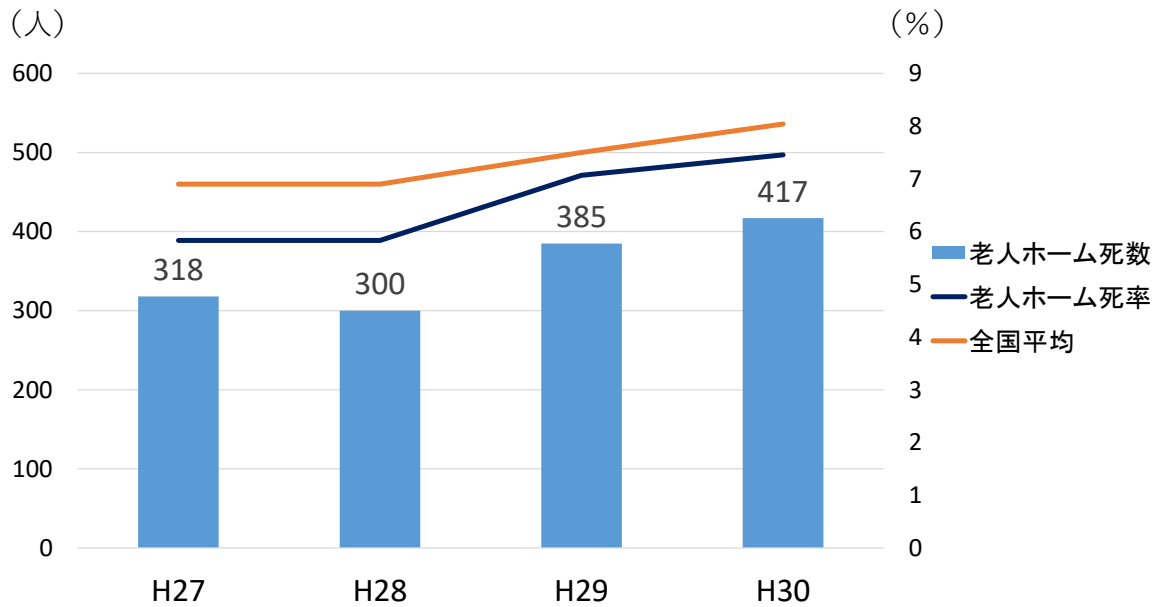
** 2018年、医療計画と介護保険事業支援計画の整合性の確保後の数値

姫路市 自宅死数と看取り率の推移



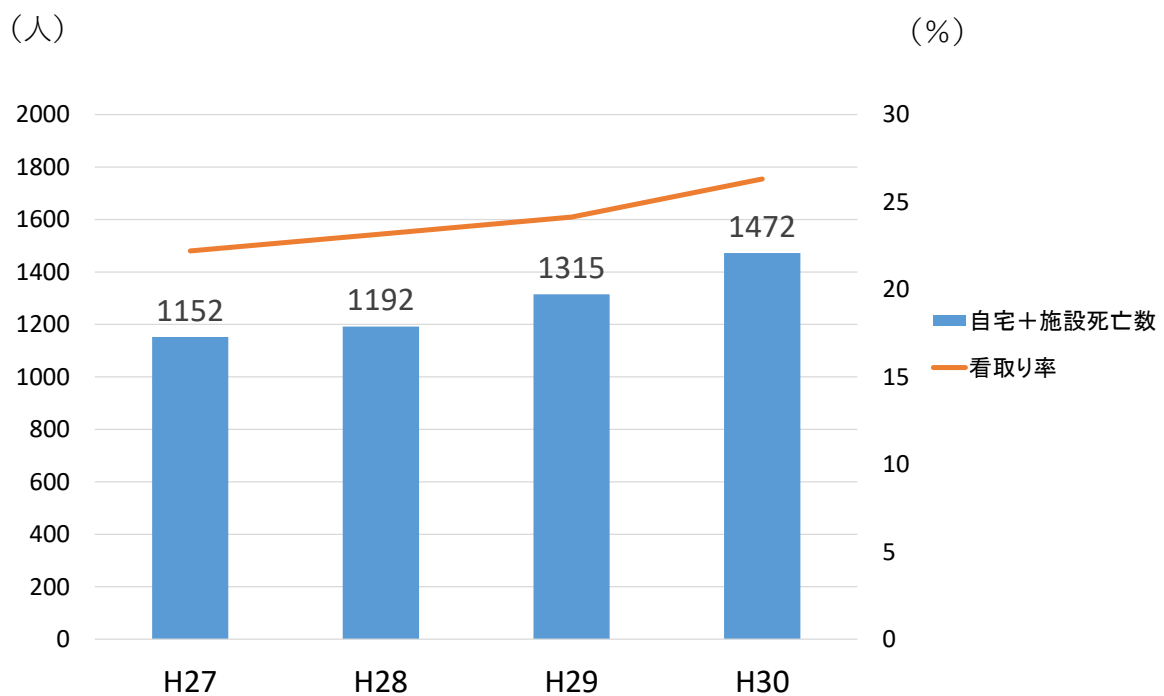
兵庫県 保健統計年報 人口動態統計

姫路市 老人ホーム死数と老人ホーム死率の推移



兵庫県 保健統計年報 人口動態統計

姫路市 自宅＋施設死亡と看取り率(老人ホーム＋老健)



兵庫県 保健統計年報 人口動態統計

(5) 質疑

① 毛利所長の報告まとめ

■ 訪問看護ステーションの安定化（24 時間）

- 以前に在宅療養支援病院（以下、在支病という）に勤務していて感じたことは、医師ができることは限られているので、在宅医療では、訪問看護ステーションの強化が最も重要。しかし、零細の訪問看護ステーションが多く、そこに 24 時間の訪問看護をしてくれと言っても無理な話。
- 訪問看護ステーションが安定した経営ができ、24 時間の体制をいかにとれるようにできるのかが行政の役割である。兵庫県内で最もうまくいっているのは、但馬圏域の八鹿病院の訪問看護で、ここには 25 人以上の看護師がいる。大規模で広範囲に展開し、かなりの収益を上げている。
- 自宅看取りでは、夜間は訪問看護が見に行き、医師は翌朝に自宅に行くことになる。

■ 医師も看護師も常駐している老健の活用

- 介護老人保健施設（以下、老健という）は回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟という）と競争させられ、収益性が悪化してきて、7 割くらいの老健が赤字に転落している。医療行為が包括払いであることと、介護職が医療行為を制限されていることで、老健での看取りは難しい。

■ 回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟との違いを含めて議論すべき

- 地域包括ケア病棟にはリハ機能が弱いので、急性期病床から弱った患者を回復するためには回復期リハ病棟の多くのマンパワーとリハビリテーションが必要である。
- 地域医療構想では回復期という同じ区分になるが、今後は質的な区分も議論すべきではないか。

■ 今後の在宅医療の提供の仕方

- 病院のバックアップはとても必要。
- 100～200 床の病院が、総合診療機能をもち、急性期から回復期までを少ない人数で幅広くできる医療体制を作っていないと、将来は厳しい。

② 質疑応答

- 埼玉県は医療が脆弱。医師会がやっている在宅医療のサポートセンターもほぼ活用されていない。本当にニーズがないのか、現場がどうなっているのかも分かっていない。川

口市の在宅医療は、福祉部がやっている。中核市になってまだ浅いため、保健所の関与も薄い。(岡本先生)

- ①毛利所長が保健所を離れていた際にも、市職員が毎年、医師会アンケート調査を継続していたが、していなかった場合どのようにデータを入手するか？(逢坂先生)
- ②(資料：市内医療機関の在宅医療実績より)
A：「看取りの実態把握調査で得られた訪問診療受給率～」とあるが、どのように調べたのか？
B：「将来の訪問診療需要量を推計する上での最低ラインとする必要があると考えられる」とはどういうことか？(逢坂先生)
- ①データはないと思う。ただ、立ち入り検査の時に病院だけは把握できるが、診療所は難しい。②A：データを出していないので、後日お示します。B：医療保険と介護保険の関係。医療保険のみの方もいるので、需給が一部最低ラインにする必要があるということ。(毛利先生)
- コロナをプラスにとらえ、病院の訪問看護ステーションが普段の在宅診療にもう少し関わってもらえるような地域医療医に再構築できたらと思った。(白井先生)
- 医師会と実態調査をしようと話している。医師会員だけでやって欲しいと言われている。姫路市さんのアンケートの対象を教えて欲しい。また、アンケート調査票も共有して欲しい。(岡本先生)
- 医師会員(開業医=会員)のみ。調査票は共有する。(毛利先生)
- 郡部を抱えている中核市の訪問看護ステーションをどうしようかと考えている。(長井先生)
- 保健所長が、民間病院のコロナ病床の病棟医のようなこともやっている。これは、全国の保健所の標準になるのか？(中本先生)
- 標準化にはならないと思うが、公衆衛生医師の雇用のためには、臨床と保健所に軸足を置いて務めてもいいのではないかと思う。(毛利先生)

■ 開業医向け跡継ぎアンケートの扱い

- 毛利先生の報告にあったように、開業医の跡継ぎや10年後に訪問しているかの意向調査は、不確定要素が多く、客観的データとして信頼度が低すぎるので、逢坂先生も「医師会に危機感を持ってもらうきっかけ作りに過ぎない」と認識されていることから、この調査を本研究班のデータ分析の必須ではなく、参考程度にした方がいいと思う。(柳先生)

■ 保健所と在宅医療の接点を教えて欲しい

- 補足、厚生労働省のホームページに「コロナの診療手引き」がアップされている。5.0が最新版ですので参考にしてほしい。(厚労省 中西先生)
- 在宅医療というのは、地域医療構想と地域包括ケアをつなぐ重要なサービスだ。全国保健所アンケート調査で、具体的に在宅医療を充実させる関わりをしている保健所は回答者の25%程度なので、当研究班としては、まだ具体的な関わりができていない保健所が、近い将来、在宅医療を充実させる関わりができるように準備をしている段階だ。また、毛利所長が指摘していたように、在宅医療は医師が主体というよりは、訪問看護等との多職種連携によるところが多いので、地域全体のシステム構築の基礎となると考えている。また、難病患者の医療体制作り、特に在宅人工呼吸器の在宅医療体制作りに一部の保健所は関わってきた歴史もある。(逢坂先生)
- 最新のコロナへの治療方針に関する情報なども、厚生労働省へ保健所から情報提供できる仕組みがあると参考になると思う。(毛利先生)
- 日本のPCR検査のCT値が高いので、疑陽性が多い。第5波が来て、自宅療養者が多発する前にCT値30くらいにして欲しい。(感染研45、台湾は35)
- また、新型コロナへの医療政策についてですが、新型インフルエンザ等ガイドラインでは感染が拡大すれば在宅医療を中心に重症者のトリアージをして病院への負荷を少なくしながら死亡を減らすことは共通認識だったはずなのに、「入院医療を前提」、「自宅療養は限りなく少なく」というような不可能な医療モデルを国が示し続けて、都道府県に病床確保をただ指示するという「無策」を続けている。感染率も死亡者数も欧米の1/20程度なのに、医療が逼迫したことになってしまった。このことは、この秋の第5波の準備でもあり、次のパンデミックへの準備として重要だと思う。(逢坂先生)
- 議論も必要と認識しています。貴重な意見ありがとうございます。(中西先生)
- 訪問看護ステーションをどのように育てればいいのか？(白井先生)
- 保健所は多くの精神障害者を抱えている。この人々を、将来性のある訪問看護ステーションに紹介していけば、経営が安定する。(毛利先生)
- 島根県は、7割の訪問看護ステーションが精神の訪問をしている。(中本先生)

(6) 事例報告のまとめ

行政による在宅医療体制構築支援の分析手順

- ①管内の在宅医療の体制(診療所主体か病院主体か、混合型か)と供給量(訪問診療患者と看取り数等)の推移を把握
- ②行政が介入しない場合に、2025年以降の訪問診療需要に供給が追いつかないことを確認
- ③行政としての戦略を練る
- ④医師会など(管内の診療所、病院、訪問看護)に働きかける
- ⑤目に見える実績を上げている
- ⑥課題

姫路市保健所は、独自の医師会員アンケートを毎年継続することにより、

①管内の在宅医療の体制(診療所主体も、その診療所の約3割が将来の後継者が不在と回答)と供給量(訪問診療患者数)の推移を把握。

②2025年訪問診療需要を、2020年には上回っていることを確認したものの、2025年以降の供給不足の可能性あることを認識。

③戦略として、保健所として、訪問看護の経営安定と24時間化を進めることと、地域密着型病院による診療所の在宅医療へのバックアップを含めた在宅医療への参入を促すこと。

④まずは、コロナ対策をきっかけに、市内の在宅医療の活性化を実現した。

⑤実績としては、訪問診療患者数の着実な増加。

⑥課題としては、コロナ第3波中に現保健所長が異動してきた経緯があり、コロナ後の平時において医師会等を動機づけし、戦略を実現し、在宅医療の量と質を向上させるかが挙げられる。

2 第2回班会議（令和3年7月31日）

（1）在宅医療充実への取り組み事例 大阪府 豊中市保健所 松岡太郎 所長

在宅医療の確保の取り組み （大阪府・豊中市）

<在宅資源等の特徴>

- ① 人口10万人あたりの病床数は、一般病床・療養病床に関しては全国平均数より少ない。しかし、精神病床数は多い。
- ② 人口10万人あたりの施設数は、全国平均より多く、在宅療養支援診療所数も多い。
- ③ 二次医療圏でみると病床数は過不足ない。他市に病床数が多くあり補填できている。

<対策の特徴>

- ① 多職種連携「虹ねっと」の発足から豊中市在宅医療・介護連携支援センター運営事業による在宅医療と介護連携の強化
- ② 豊中市地域医療推進基本方針の策定と（仮）サブアキュートマッチングシステム：豊中モデルによる在宅医療バックアップ体制の構築

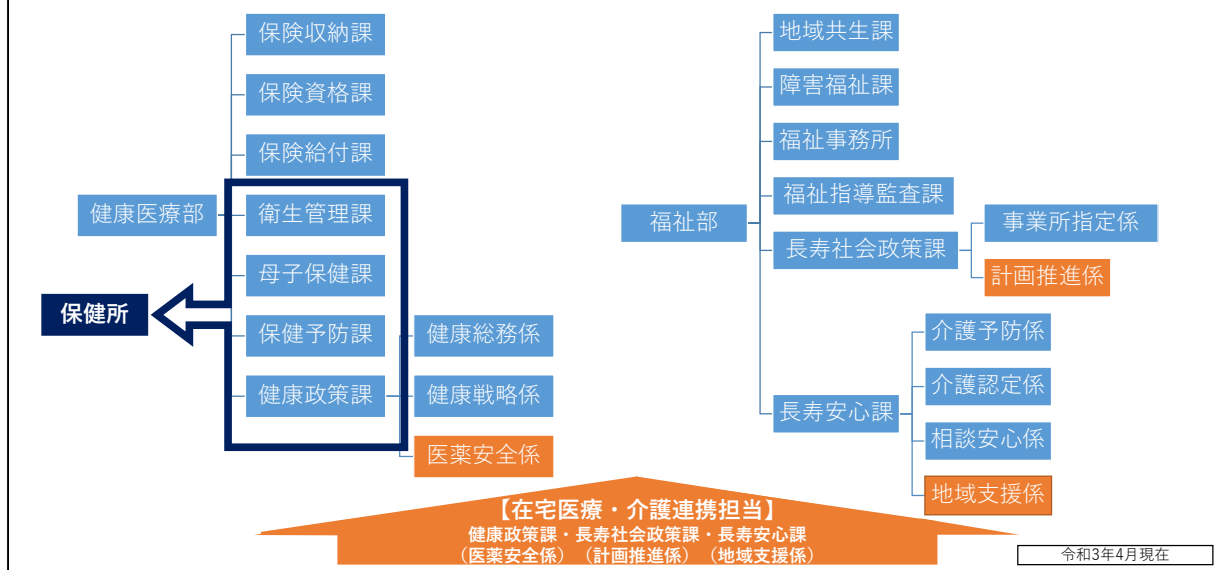
大阪府・豊中市（中核市）

松岡 太郎

在宅医療の確保の取り組み

豊中市の在宅資源等の特徴は、病床数は全国平均より少ないが診療所数は多いことです。この特徴を活かし、医介連携と病診連携に的を絞って対策を立て取り組んでいます。

市役所内での 在宅医療体制構築支援の組織体制



豊中市は、平成31年の機構改革で健康福祉部が2つの部局に分かれ、保健・医療については健康医療部、介護・福祉については福祉部が担当することとなりました。
在宅医療と介護の連携は、部局の垣根を越えて取り組めるように、健康政策課・長寿安心課・長寿社会政策課の3課で話し合う場を設けています。

豊中市の状況 (1)

<地域概要>

- 位置：大阪府の中央部の北側、神崎川を隔てて大阪市の北に位置する。(東は吹田市、西は尼崎市・伊丹市、北は池田市・箕面市に接している)
- 面積：東西6キロメートル、南北10.3キロメートル。36.6平方キロメートル(全域市街化区域)。
- 人口：401,286人、65歳以上の人口103,355人(令和3年5月1日現在)、人口密度は中核市の中で一番高い。
- 高齢化率：25.8%(令和3年5月1日現在)
- 豊能二次医療圏は、4市2町(豊中市・吹田市・池田市・箕面市・能勢町・豊能町)でなっている。
- 平成24年度から中核市となる。



【地域概要】については、

豊中市は、大阪府の中央部の北側、神崎川を隔てて大阪市の北に位置し、東は吹田市、西は尼崎市・伊丹市、北は池田市・箕面市に接しています。
人口は、約40万人、高齢化率は25.8%です。平成24年度に中核市となり、人口密度は中核市の中で一番高いです。大阪府の二次医療圏は8圏域に分かれ、豊中市は豊能二次医療圏に属しています。

大阪府 豊中市



大阪府 豊中市

隣接地域

大阪府 | 豊能区 | 豊中市 | 池田市 | 吹田市 | 箕面市 | 豊島区 | 淀川区
 【クリックすると、その地域の画面に移動します】

面積		26.39km ²
国勢調査人口	(2010年)	389,241人
人口	(2015年)	395,479人
人口増減率	[2010-2015年]	1.56%
		(注) -0.75%
高齢化率	[65歳以上・2015年]	25.40%
		(注) 26.60%
人口密度	(2015年)	16,887.80人/km ²
		(注) 340.80人/km ²

【注】比較地域：全国平均
 【→比較する地域を画像で見ます】



Shonens data is derived from: United States, National Imagery and Mapping Agency, "Vector Map Layer 2 (VMAP2)," Bethesda, MD, 2006; © The Agency, 2006 Information Services, 1999.

豊中市の状況（Ⅱ）

<医療の特徴・病院>

- 病院数：19施設（内訳：公立病院1施設、公的医療機関1施設、民間病院17施設）

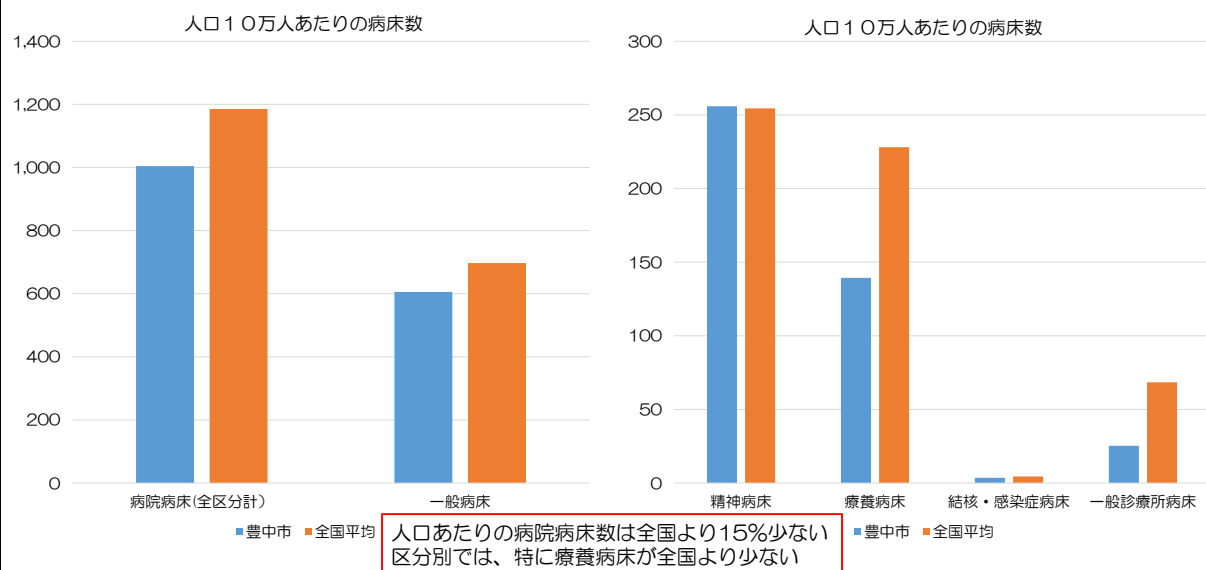
病床数	病院数（公立・公的等）	病院数（民間）
500床以上	1施設	1施設
300床から499床	1施設	2施設
100床から299床	0施設	8施設
99床以下	0施設	6施設

- 人口10万人あたりの病床数については、一般・療養・感染病床は全国平均より少なく、精神病床は多い。
- 圏域内で病院数は一番多いが病床数は2番目であり、一般病床の半分以上は吹田市である。
- 豊中市は300床以下の民間病院で約3/4を占めている。

【医療の特徴・病院】については、豊中市内の病院は19施設、内訳は公立病院1施設、公的医療機関1施設、民間病院17施設です。300床以下の民間病院が約3/4を占めています。

病床種類別の病床数（豊中市と全国の比較）JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 （人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）



病床種類別の病床数を全国と比較すると人口あたりの病院病床数は15%少なく、特に療養病床が少ないです。

病床種類別の病床数（豊中市と全国の比較）JMAP

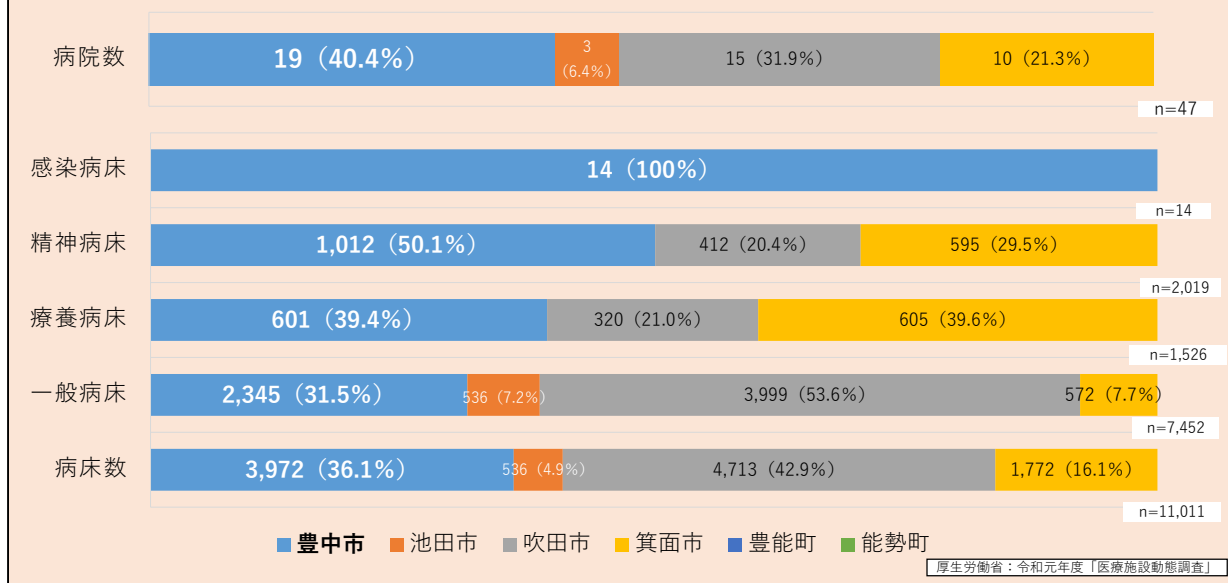
2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 （人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

	病床数	人口10万人あたりの病床数	
	豊中市	豊中市	全国平均
一般診療所病床	100	25.29	68.38
病院病床(全区分計)	3,972	1,004.35	1,185.40
一般病床	2,395	605.59	697.23
精神病床	1,012	255.89	254.42
療養病床	551	139.32	228.08
結核・感染症病床	14	3.54	4.46

赤字：全国平均より少
 青字：全国平均より多

病床種類別の病床数は、全国との比較でも精神病床は多いですがその他の病床は少ないです。

豊能二次医療圏における病院数・病床数の割合



豊中市が属している豊能二次医療圏における病院数・病床数の割合では、病院数は豊中市が一番多いですが、一般病床の約半分が隣の吹田市で占め、豊中市は1/3程度に過ぎません。

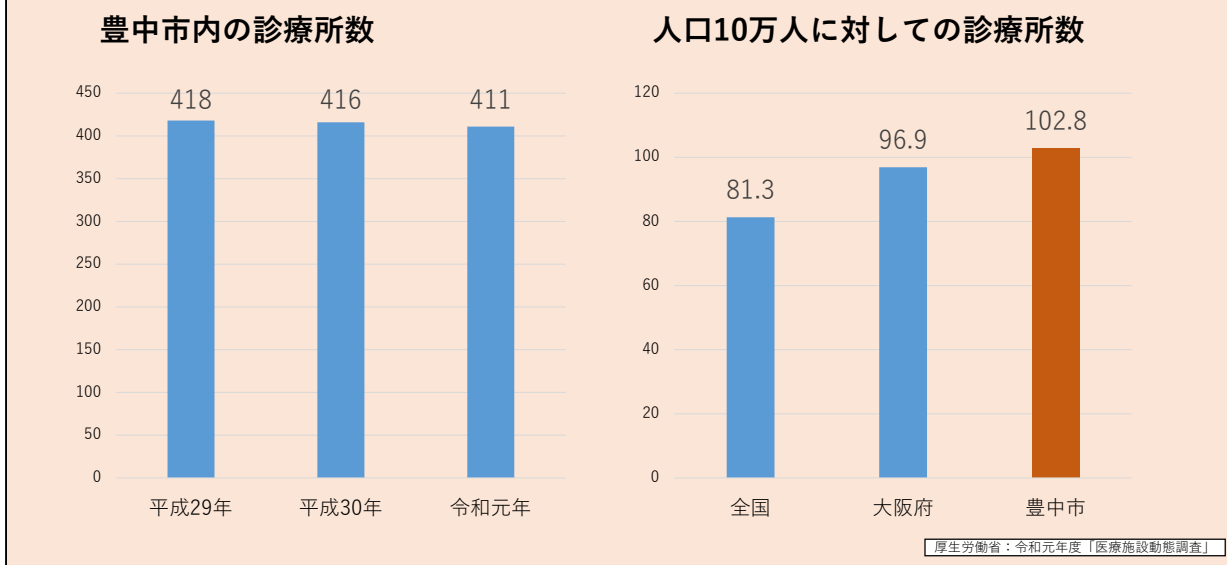
豊中市の状況（Ⅲ）

<医療の特徴・診療所>

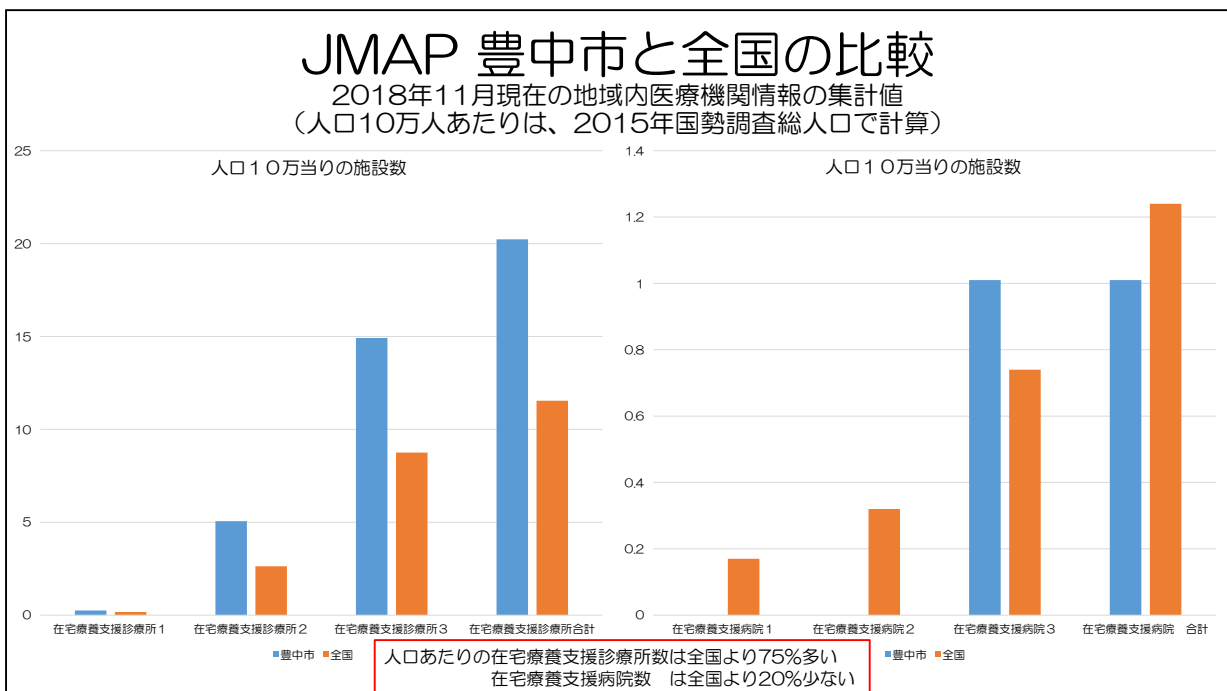
- 診療所：411施設（うち、在宅療養支援診療所76施設：2019年調べ）
- 人口10万人あたりの診療所数は、全国・大阪府と比較して豊中市は多く、在宅療養支援診療所数も多い。
- 歯科診療所：246施設（2019年調べ）
- 訪問看護ステーション：65施設、みなし指定387施設（2021年7月現在）機能強化型訪問看護ステーションの届出は3施設（2021年4月現在）

【医療の特徴・診療所】については、市内に診療所は、411施設あり、そのうち、在宅療養支援診療所の届出をしている診療所は76施設あります。歯科診療所は、246施設、訪問看護ステーションは65施設あります。

診療所数の比較



人口10万人あたりの診療所数は、全国・大阪府と比較して豊中市は多いです。



在宅療養支援診療所数も全国より多いです。

JMAP 豊中市と全国の比較

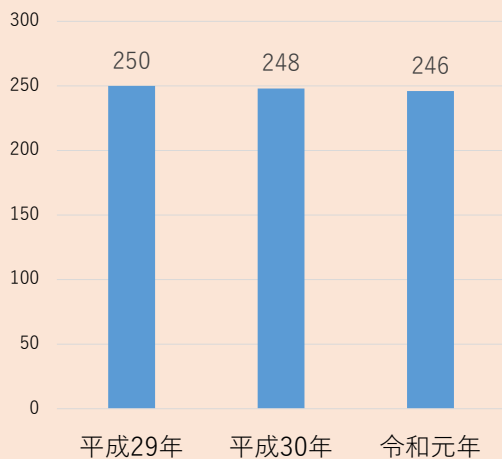
2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	豊中市 施設数	人口10万あたりの施設数	
		豊中市	全国
在宅療養支援診療所 1	1	0.25	0.17
在宅療養支援診療所 2	20	5.06	2.63
在宅療養支援診療所 3	59	14.92	8.75
在宅療養支援診療所 合計	80	20.23	11.54
在宅療養支援病院 1	0	0.00	0.17
在宅療養支援病院 2	0	0.00	0.32
在宅療養支援病院 3	4	1.01	0.74
在宅療養支援病院 合計	4	1.01	1.24

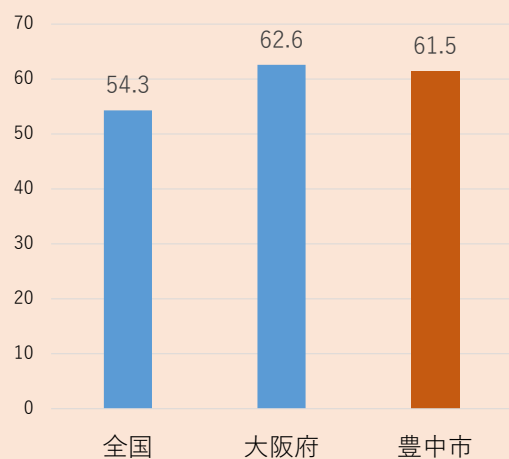
赤字：全国平均より少
青字：全国平均より多

歯科診療所数の比較

豊中市内の歯科診療所数



人口10万人に対しての歯科診療所数



厚生労働省：令和元年度「医療施設動態調査」

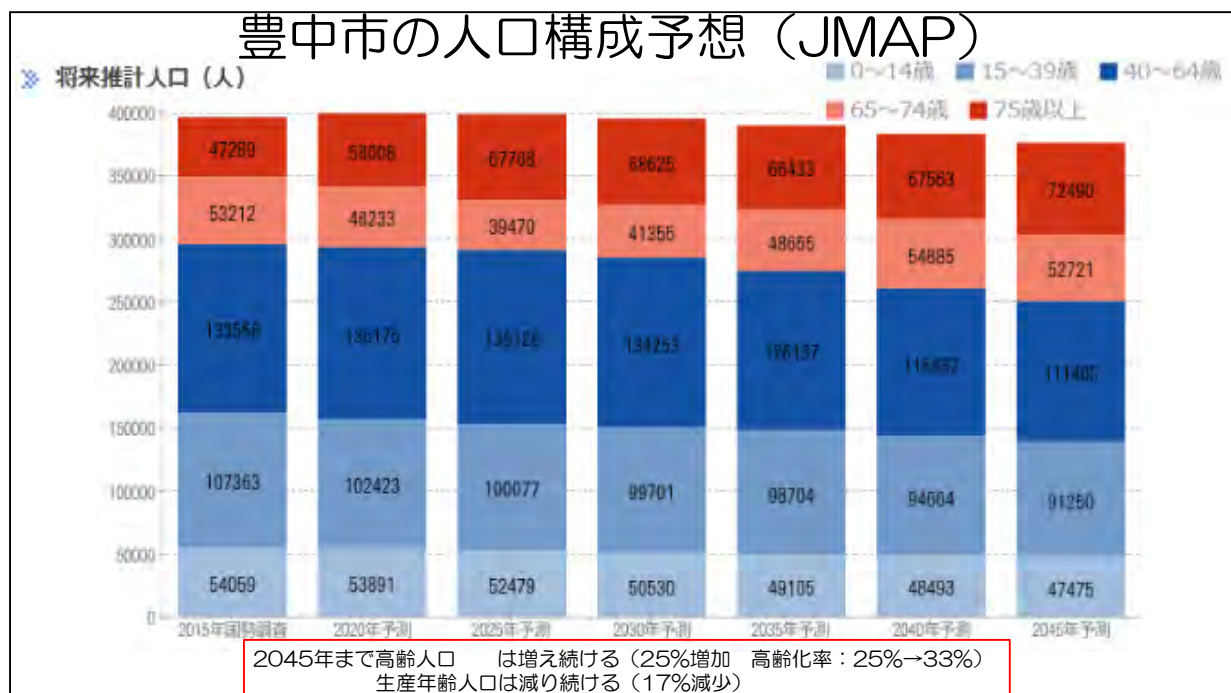
歯科診療所数は全国と比較すると多いです。

豊中市の状況（Ⅲ）

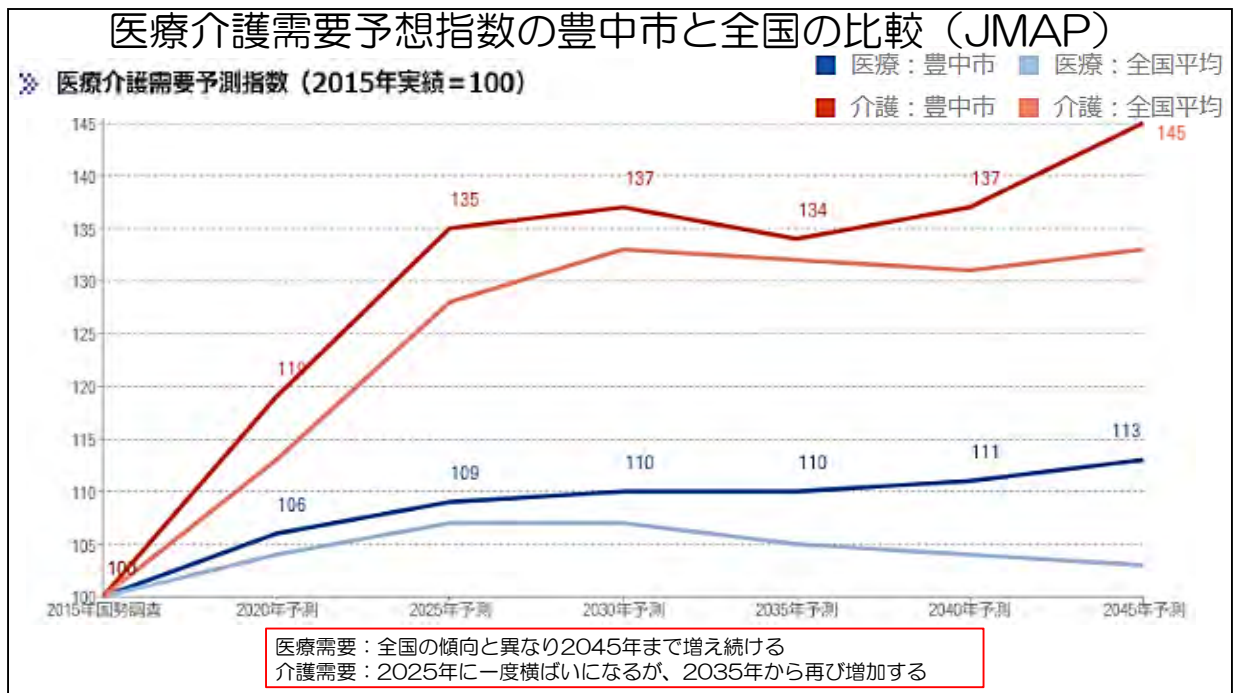
< 医療介護の需要予測 >

- 1) 2045年まで高齢人口は増え続ける。人口数は2020～2025年をピークに減少する。死亡者数が増加する。
- 2) 医療需要は全国の傾向と異なり2045年まで増え続ける。
- 3) 介護需要は2025年に一度横ばいになるが、2035年から再び増加する。

【医療介護の需要予測】は、次のスライドでお示しています。



豊中市の人口構成予想は、2045年まで高齢人口は増え続けます。人口数は2020～2025年をピークに減少します。おそらく死亡者数が増加します。



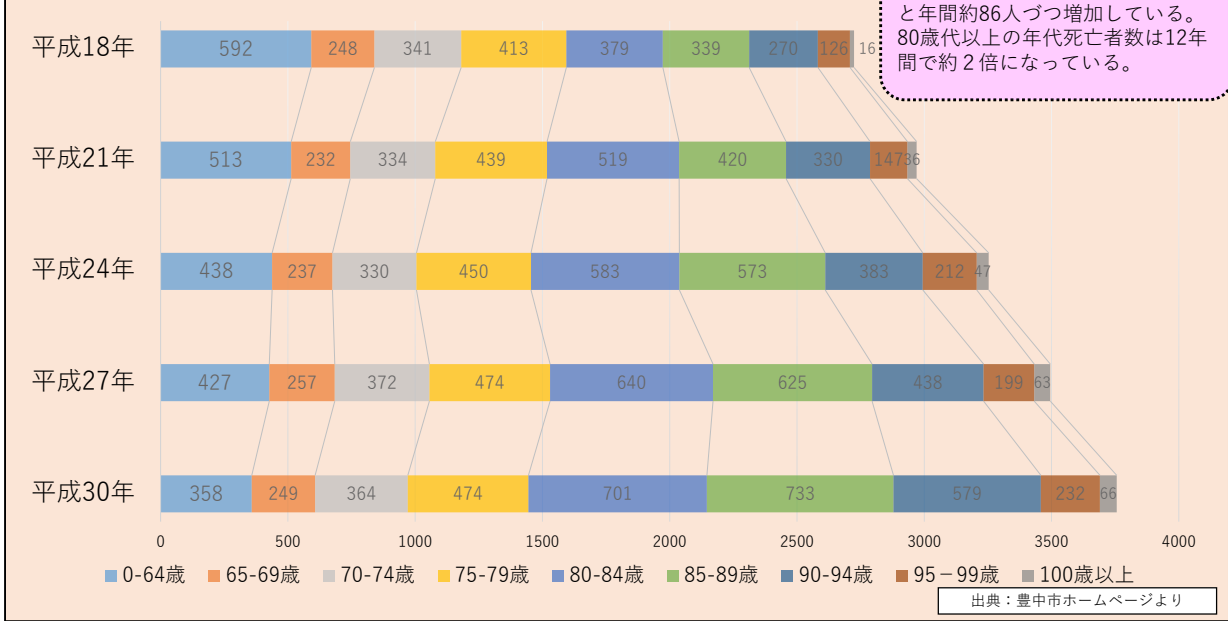
医療介護需要予想指数の豊中市と全国の比較は、
 医療需要は全国の傾向と異なり 2045 年まで増え続けます。
 介護需要は 2025 年に一度横ばいになりますが、2035 年から再び増加します。

管内の在宅医療の現状と将来像についての分析内容

- 自宅死亡者数は平成27年から5%増えている。全国に比べると高い推移で経過している。
- 老人ホーム死亡数は平成27年より43%増加している。
- 80歳代以上の死亡者数は12年間で2倍になっている。
- 自宅で亡くなっている疾患で一番多いのは心疾患である。

【管内の在宅医療の現状と将来像についての分析内容】は、以下の通りです。詳細を次のスライドでお示しします。

豊中市死亡数(年代別数)

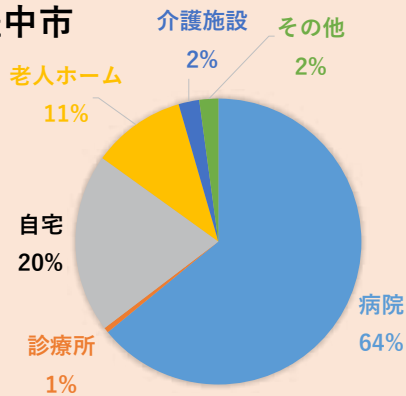


豊中市の死亡者数を平成18年から3年ごとにまとめました。12年間で年間約86人ずつ増加しています。80歳以上の死亡者数は、12年間で約2倍となっています。

死亡場所について

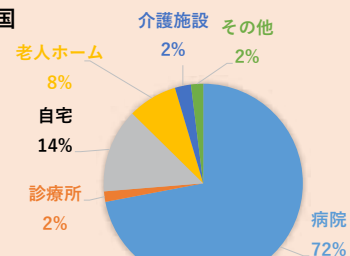
(平成31年4月～令和元年9月に死亡した1539人の分析)

豊中市

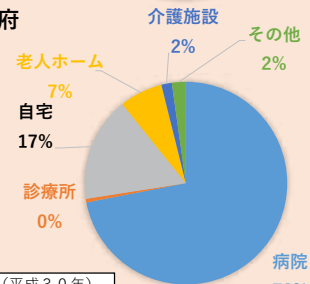


場所 (n = 1539)						
病院	診療所	自宅	老人ホーム	介護施設	その他	
986	9	312	163	36	33	

全国



大阪府



※全国・大阪府は人口動態統計(平成30年)より抜粋

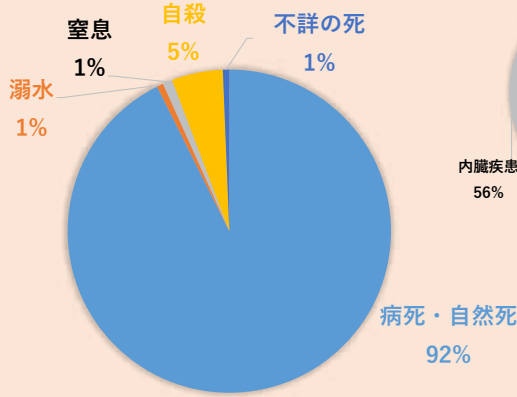
豊中市の特徴は、自宅・老人ホームで亡くなる方の割合は全国・大阪府と比べると高く、病院で亡くなる割合が低いことである。

平成31年4月から令和元年9月の半年間で死亡した1,539人の死亡個表を調べました。病院で亡くなった割合は64%、自宅は20%、老人ホームは11%でした。全国や大阪府の死亡場所割合と比較すると病院の割合は低く、自宅や老人ホームの割合が高いことが分かりました。

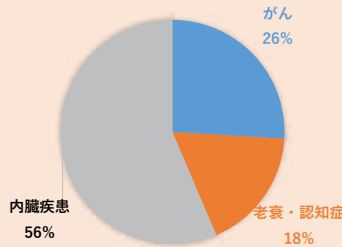
自宅で死亡した状況 (平成31年4月～令和元年9月に死亡した1539人の分析)

病死・自然死	溺水	窒息	自殺	不詳
289	2	3	16	2

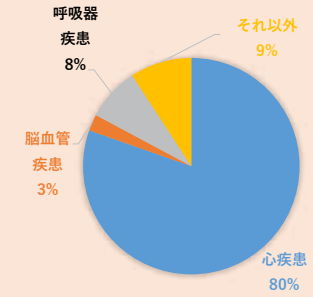
自宅死の病死・自然死の内訳 (N=312)



自宅死で病死・自然死の内訳 (N=289)



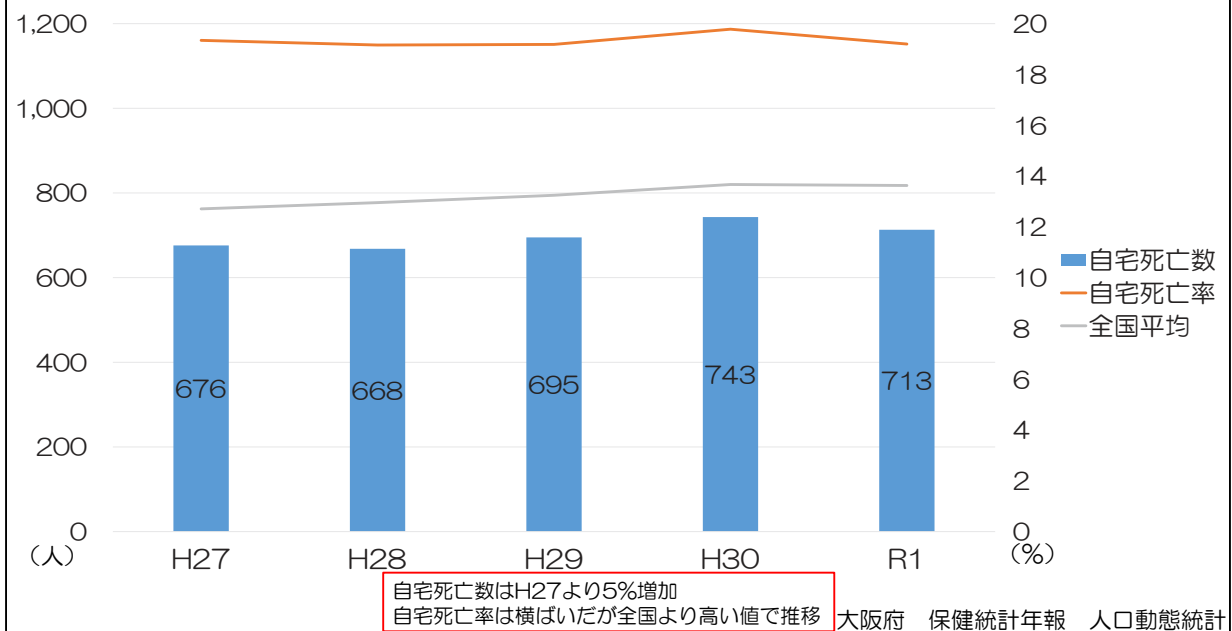
内臓疾患の内訳 (N=163)



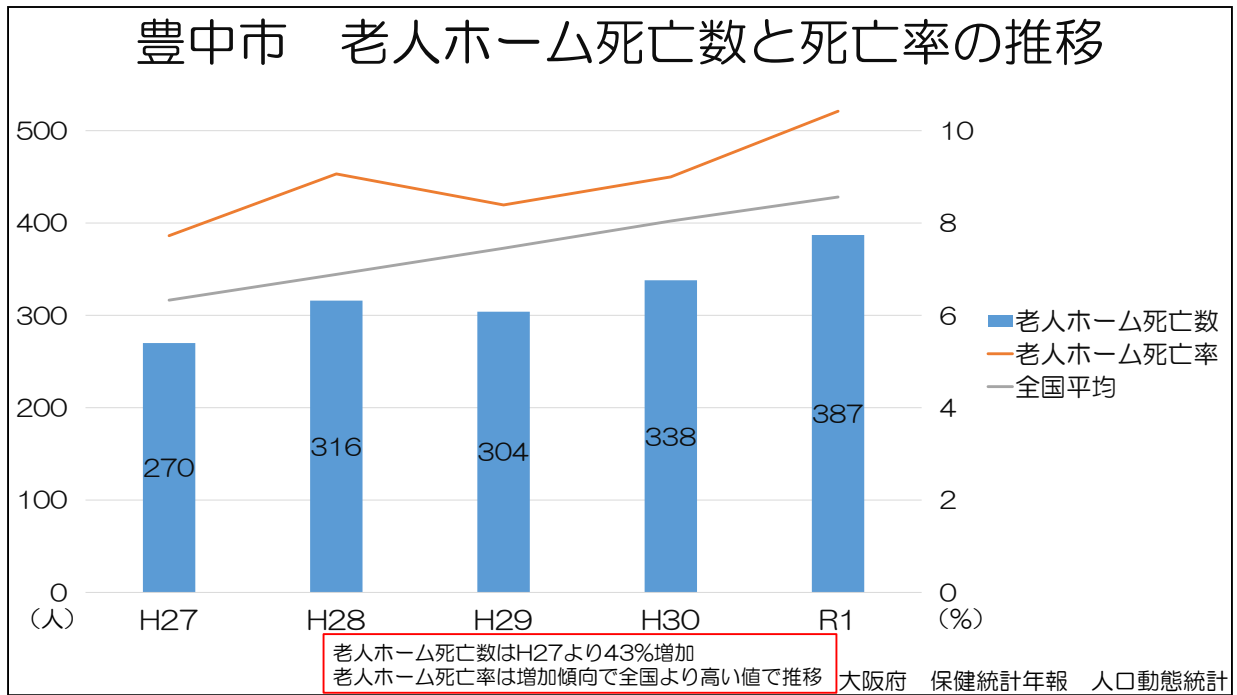
自宅死のうち92%は病死・自然死である。病死・自然死のうち、内臓疾患が56%占めている。内臓疾患の80%が心疾患である。

自宅で死亡した 312 人のうち、病死や自然死は 92%で、内臓疾患の方が 56%を占めます。内臓疾患で亡くなった方のうち一番多いのは心疾患でした。

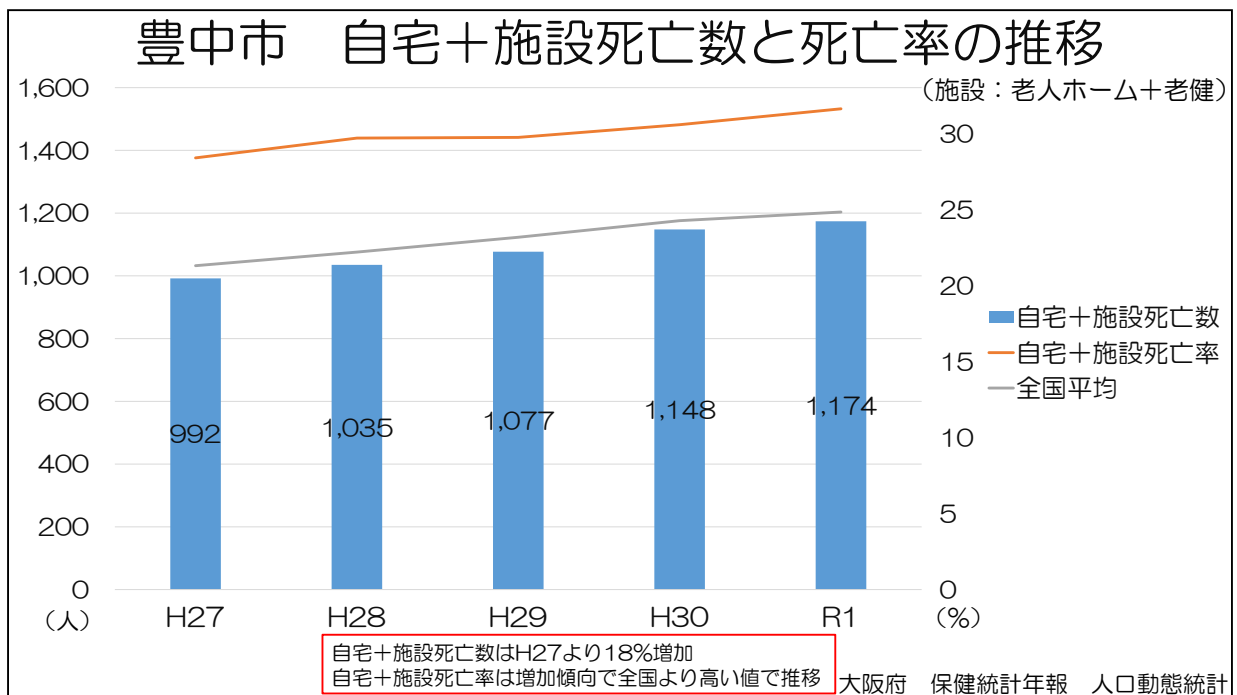
豊中市 自宅死亡数と自宅死亡率の推移



平成 27 年から令和元年の推移は自宅死亡率は横ばいですが、全国より高い値で推移しています。



老人ホームも同様に全国より高い値で推移しています。



自宅と施設を足した死亡者数と死亡率の推移も同様に全国と比べて高いです。

在宅医療体制構築支援の戦略立案内容①

(医療と介護の連携について)

- 平成19年度に「医師とケアマネジャーの意見交換会」として開催。
- 平成21年度には多職種で意見交換を行う医療と介護ネットワークを「虹ねっと」と命名、平成23年度には、7つの団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会、介護保険事業者連絡会、地域包括支援センター連絡協議会、豊中市）の代表者からなる「虹ねっと連絡会」を発足した。
- 平成26年度には「在宅医療の推進に向けた提言書」を策定し、平成27年度から「虹ねっと連絡会」の課題別ワーキンググループとモデル地域ワーキングを立ち上げ活動してきた。モデル地域ワーキングでは在宅療養者の後方支援病床について検討してきた。
- 平成30年度からは介護保険法に基づき地域支援事業を補うため「豊中市在宅医療・介護連携支援センター運営事業」を立ち上げた。
- 令和3年から「虹ねっと連絡会」の課題別ワーキンググループで取り組んできたことを医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ST連絡会に委託して「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」として引継ぎ、さらに拡充して活動しています。

在宅医療体制構築支援の戦略立案内容の一つである「医療と介護の連携について」豊中市が取り組んできたことをご説明します。

本市は、現場の医師とケアマネジャーが連携に関することに課題があると感じ、何とかしたいという思いから平成19年度に「医師とケアマネジャーの意見交換会」を開催いたしました。これをきっかけに多職種で意見交換を行えるようなネットワークづくりが必要と感じたそうです。平成21年度に、行政も含めた参画団体が7つであったこと、市内の生活圈域が7圏域であったことから「虹」のなぞらえて豊中市の医療・介護のネットワークを「虹ねっと」と命名しました。平成26年度には「在宅医療の推進に向けた提言書」を策定し、具体化するために、平成27年度から課題別ワーキンググループとモデル地域ワーキンググループを設けて取り組んできました。在宅療養者の急変時に後方支援病床の確保に関する方策について検討しました。

平成30年度には、介護保険法の地域支援事業を強化し取り組むために「豊中市在宅医療・介護連携支援センター運営事業」を立ち上げ、令和3年からは「虹ねっと連絡会」の課題別ワーキングで取り組んできたことを引継ぎ、さらに拡充して取り組んでいます。

郡市区医師会等関連団体の動機付けするための手法

◆役割

「虹ねっと」の活動は、立ち上げ時から医師会がリーダー的役割を担っている。「虹ねっと連絡会」の会長は、医師会の副会長が担っている。

◆委託

「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」では、豊中市の意向に沿った事業を遂行しているので、専門性を活かした団体に委託している。医師会は医療・介護連携の中心的役割を担っていることから、研修会の企画だけでなく、切れ目のない医療提供体制を構築する事業の事務局や医療・介護関係者の相談窓口の設置などを委託した。歯科医師会や薬剤師会には専門性を活かした研修会の企画・運営を委託した。

◆協働

医療と介護の課題は、関係団体と共有し一緒に取り組んでいくことが重要である。今回は、「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」の説明会を開催し、豊中市の現状や介護保険計画の概要、事業のコンセプト等説明し共有した。行政はオブザーバー的な立場をとりながら一緒に取り組んでいく姿勢を示した。

「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」は、専門性を活かし効果的に取り組むためには、各団体がモチベーションを持ち続けることと、それを行政がどう支えるかだとも思います。

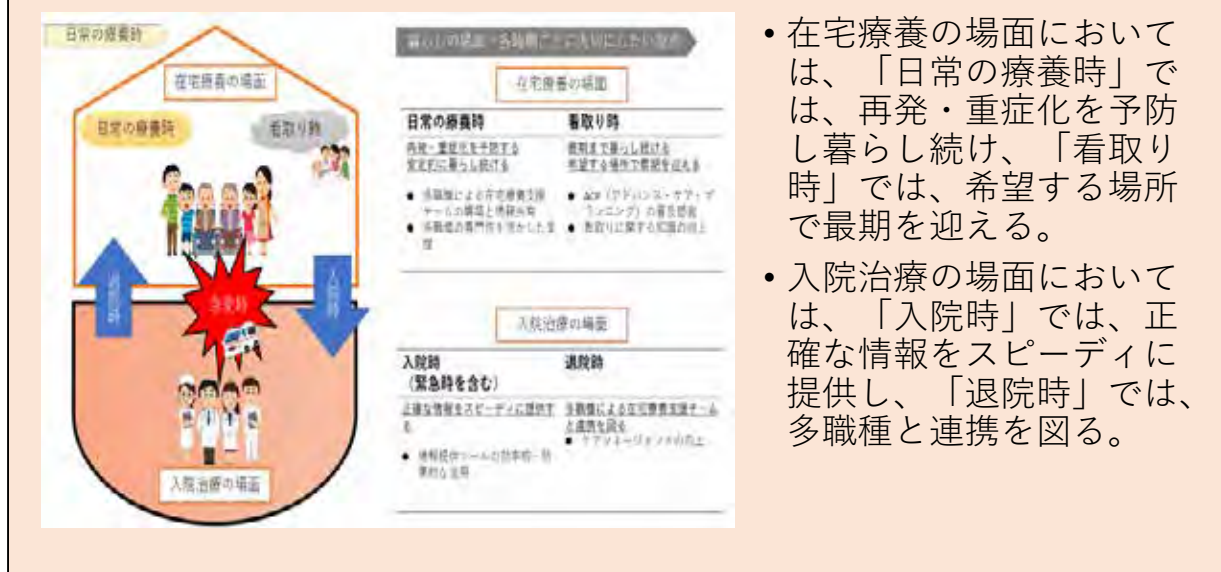
そのためには、「役割」「委託」「協働」がモチベーションを持ち続けるためのキーワードになると思います。

「役割」では、医師という立場は、チーム医療においてリーダー的役割を担っていることもあり、医介連携のネットワークである「虹ねっと連絡会」の会長は、医師会が担っています。

「委託」では、豊中市の事業を専門性を活かした団体に委託することにしました。医師会だけではなく在宅医療を支える医療関係団体にも同じように委託することで研修等の幅を広げることができました。自主的な方法で行うのではなく、医療介護行政の一部を担っているという意識付けにもなっているのではないかと思います。

「協働」では、医師会をはじめ各団体は医療行政の一部を担っているという意識付けと同様に、医療と介護の課題は、行政も関係団体と共有し一緒に取り組んでいることを示すことが重要だと思っています。今回は、「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」の説明会を開催し、豊中市の現状や介護保険計画の概要、事業のコンセプト等説明し共有しました。研修会等の企画運営会議などは、行政はオブザーバー的な立場をとりながら一緒に取り組んでいく姿勢を示しています。

在宅医療・介護連携支援センター運営事業のコンセプト



- 在宅療養の場面においては、「日常の療養時」では、再発・重症化を予防し暮らし続け、「看取り時」では、希望する場所で最期を迎える。
- 入院治療の場面においては、「入院時」では、正確な情報をスピーディに提供し、「退院時」では、多職種と連携を図る。

「在宅医療・介護連携支援センター運営事業のコンセプト」は、「在宅」「病院（施設）」の場所とそれぞれの時期で課題があります。在宅療養の場面において「日常の療養時」は再発・重症化予防し暮らし続けることであり、最終的には「看取りの時」を迎えることになり、市民が希望する場所で最期を迎えることができるように医療・介護連携を整えることです。

「在宅」「病院（施設）」の移行時には「入院時」と「退院時」で課題があります。「入院時」は、正確な情報をスピーディに提供することであり、「退院時」は、在宅療養支援チームを結成し多職種と連携を図ることで在宅で受け入れる体制を整えることです。

在宅医療・介護連携支援センター運営事業の委託内容①

在宅医療・介護スキル向上に向けた取り組み（研修会等）

各専門性を活かした団体に企画運営

○医師会には「リハビリ・栄養」 ○歯科医師会「口腔ケア」 ○薬剤師会「服薬管理」

企画運営：各団体の専門職

圏 域：南北各1回ずつ

対 象 者：豊中市内の医療・介護職関係者

方 法：講演会と意見交換会や交流会を同時開催する。課題抽出等も企画検討する。

在宅・病院・施設の切れ目のない提供体制の構築に向けた取り組み

事務局：医師会（在宅医療・介護コーディネータ）

企画運営：病院のMSWまたは看護師、施設のCMまたは相談者、在宅のCMまたは医師、在宅医療・介護コーディネータ等

対 象 者：豊中市内の医療・介護職関係者

方 法：講演会と意見交換会や交流会を同時開催する。課題抽出等も企画検討する。

今年度、在宅医療・介護連携支援センター運営事業で委託した内容について紹介します。日常療養を支援するには、必要なスキルを向上する目的で研修と意見交換会を専門性を活かした団体に委託しました。「リハビリ・栄養」は医師会、「口腔ケア」は歯科医師会、「服薬管理」は薬剤師会です。「在宅」、「病院」、「施設」の切れ目のない提供体制を構築するために意見交換会等企画運営を医師会に事務局として委託しました。

在宅医療・介護連携支援センター運営事業の委託内容②

地域で看取れる基盤づくりの取り組み

「終末期における支援」「ACPの普及啓発」等の検討

事務局：医師会（在宅医療・介護コーディネータ）
圏域：（生活圏域である7圏域） *R3年度は市内を北・中・南に分けて実施
企画運営：コーディネータ（医師1名）医師（1名）地域包括支援センター職員（1～3名）訪問看護師（1名）
居宅介護支援専門員（1名）訪問介護（1名）
対象者：豊中市内の医療・介護職関係者
内容：医療・介護職に対するACPの普及啓発
方法：研修会や勉強会、ケースワーク等

ICTを取り入れた情報共有の取り組み

「虹ねっとcom」の普及・管理等

事務局：医師会（在宅医療・介護コーディネータ）
対象者：豊中市内の医療・介護職関係者
方法：研修会や勉強会等

次に、看取りに対しての地域基盤を作ったり、ACPに対する知識向上に向けて生活圏域ごとに研修会やケースワーク等企画運営の事務局を医師会に委託しました。
効果的・効率的な情報共有を目的に平成30年に非公開型SNS「虹ねっとcom」を導入し、以後、管理を医師会に委託しています。

在宅医療体制構築支援の戦略立案内容②

（在宅医療体制について）

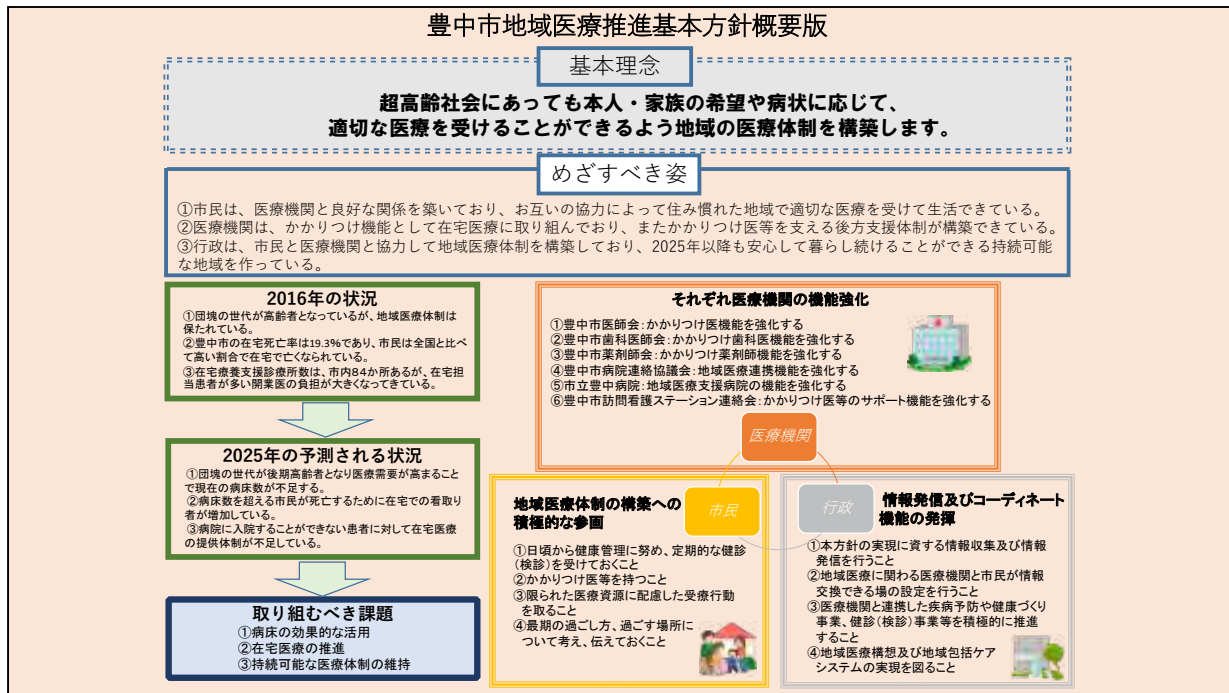
- 平成28年2月、豊中市保健医療審議会の下部組織として「豊中市地域医療推進部会」を設置。委員は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、豊中市病院連絡協議会、市立豊中病院、訪問看護ステーション連絡会、市民団体の代表者。
- 平成29年3月に「**豊中市地域医療推進基本方針**」を策定。
- 平成29年度より「豊中市地域医療推進会議」を開催して検討中。

在宅医療体制構築支援の戦略立案内容の二つ目である「在宅医療体制について」豊中市が取り組んできたことをご説明します。

本市は、平成28年2月、豊中市保健医療審議会の下部組織として「豊中市地域医療推進部会」を設置いたしました。委員は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、豊中市病院連絡協議会、市立豊中病院、訪問看護ステーション連絡会、市民団体の代表者の方々です。地域医療にかかわるすべての関係者が課題を正しく認識し役割を明確にして解決に向けた取り組みを進める道しるべとして、

平成29年3月に「豊中市地域医療推進基本方針」を策定しました。

そして、平成29年度より「豊中市地域医療推進会議」を開催することになりました。



これが、「豊中市地域医療推進基本方針」の概要版です。本編は、「はじめに」、「現状」、「課題」、「めざすべき姿」、「役割」、「体制と評価」の6編で構成されています。

会議体の体制

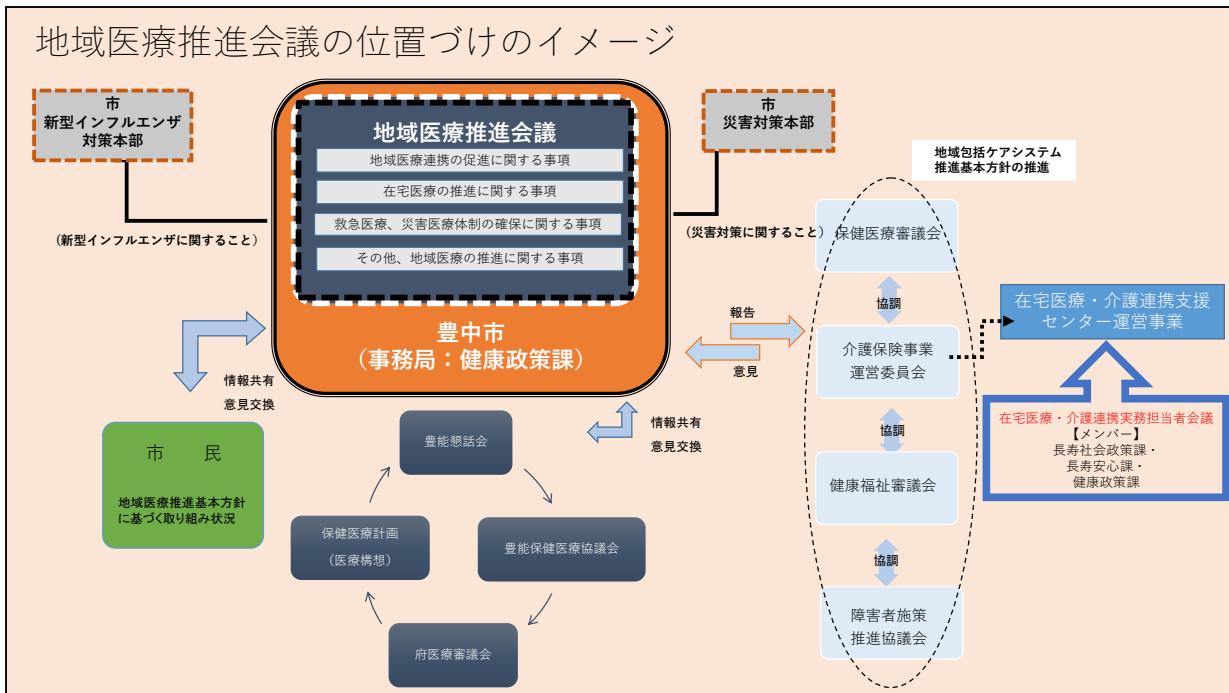
「豊中市地域医療推進会議」は、「豊中市地域医療推進基本方針」に掲げる基本理念の実現をめざし、地域医療にかかわる関係者の参画のもと、地域医療の現状や課題について認識を共有し、具体的な方策について情報共有や意見交換をする場である。テーマに熟知した各団体の代表者が出席する。

【委員】
 医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会・病院連絡協議会
 消防局・保健所

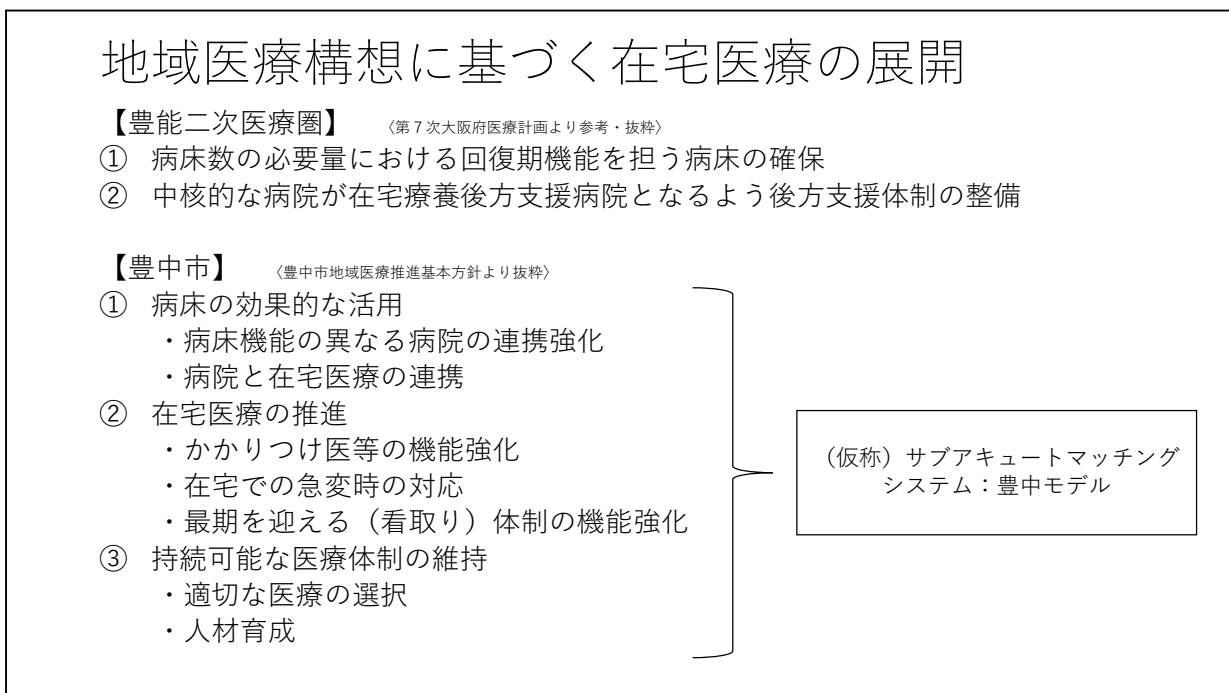
【議長】
 保健所長が担当

【これまでのテーマ例】
 「在宅医療」、「災害医療」、「感染医療（新型インフルエンザ）」等

「豊中市地域医療推進会議」は基本方針に掲げる基本理念の実現をめざし、地域医療にかかわる関係者の参画のもと、地域医療の現状や課題について認識を共有し、具体的な方策について情報共有や意見交換をする場です。テーマに合わせて熟知した各団体の代表者に出席していただき議論してきました。昨年はコロナ禍において開催できませんでしたが、後ほどお話しする「在宅医療」の後方支援についてはこの会議で検討してきました。



地域医療推進会議の位置づけは、市内や府下会議体と情報共有・意見交換に反映しています。



地域医療構想に基づく在宅医療の展開については二次医療圏としては、大阪府の第7次医療計画より

- ① 病床数の必要量における回復期機能を担う病床の確保
- ② 中核的な病院が在宅療養後方支援病院となるよう後方支援体制の整備です。

豊中市においては「豊中市地域医療推進基本方針」より

- ① 病床の効果的な活用
- ② 在宅医療の推進
- ③ 持続可能な医療体制の維持

を取り組むべき課題とし(仮称) サブアキュートマッチングシステム：豊中モデルと考案いたしました。

(仮称) サブアキュートマッチングシステム：豊中モデルのコンセプト



赤枠内の入退院連携をスムーズに行えるように患者を登録をするシステム

サブアキュート病床の空床状況が毎日閲覧できるシステム

【目的】

- ◆訪問診療を受けている患者が急変した時、重装備な治療を要しないものの入院を必要とするケースは、サブアキュート機能を担う病院で受け入れることができると、救急指定病院に搬送される患者数を整理することができ重症者に対応しやすくなる。
- ◆サブアキュート病床の空床状況を常時確認できるシステムを構築することで、在宅療養患者の後方支援につながり、訪問診療医の負担が軽減できる。

【対象患者】

- ◆市内の自宅に住んでいること
- ◆訪問診療を受けていること

【サブアキュート機能を担う病院の条件】

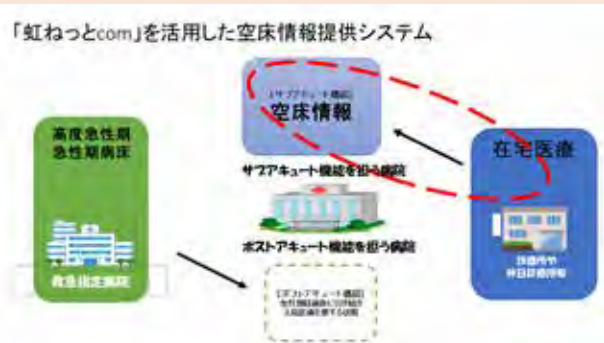
- ◆応需件数は200件/月以下
- ◆市内の病院である

(仮) サブアキュート病診連携・空床報告システム

(仮称) サブアキュートマッチングシステム：豊中モデルのコンセプトは、訪問診療を受けている患者が急変した時、重装備な治療を要しないものの入院を必要とするケースは、サブアキュート機能を担う病院で受け入れることができると、救急指定病院に搬送される患者数を整理することができ重症者に対応しやすくなることです。

サブアキュート機能を担う病床に患者を登録することは受け持ち患者数が多いと困難であるという意見もあり、サブアキュート病床の空床状況を常時確認できるシステムを構築することにしました。

(仮) サブアキュート病診連携・空床報告システムについて



※「虹ねっとcom」とは、非公開型SNSのことであり、多職種連携の中で電話・メールFax等に加えたツールの一つである。

【加入方法】

- ① サブアキュート機能病床を担う病院は、「(仮称) サブアキュート登録病院情報Book」を記載し保健所に提出する。
- ② 診療所は、誓約書を保健所に提出すれば、「虹ねっとcom」内の「(仮) サブアキュート病診連携グループ」に招待する。

【空床報告提供の方法】

- ① 病院は、平日13-14時に「(仮) サブアキュート空床報告書」を提出する。
- ② 保健所は、平日14-15時に「(仮) サブアキュート病診連携受け入れリスト」にまとめ、「虹ねっとcom」に掲載する。

【入院する方法】

- ① 診療所は病院に受入の確認後、患者情報を提供する。
- ② 病院は連絡を受けた後受入準備をする。
- ③ 診療所は病床を使用したことを「虹ねっとcom」に記載する。

(仮) サブアキュート病診連携・空床報告システムは、市内で導入した非公開型の SNS「虹ねっと com」を活用しサブアキュート機能を担う病床の空床報告情報を提供するものです。現在、試行中です。

地域包括ケア病床の推移

	2018年	2019年	2020年
(医) 善正会 上田病院	94床	94床	94床
(医) 若葉会 豊中若葉会病院	115床	115床	115床
計	209床	209床	209床

近畿厚生局届出データより作成

地域包括ケア病床については、近畿厚生局届出データより2018年からの推移を示しています。3年間増減はありません。

訪問診療需要の推計

訪問診療の需要見込み (第7次大阪府医療計画より抜粋)

2013年	2020年	2023年	2025年	2013年～2025年(12年間)の 伸び率	2037年 (2025年の12年後)
3,266人/日	4,453人/日	5,003人/日	5,382人/日	1.65	8,880人/日

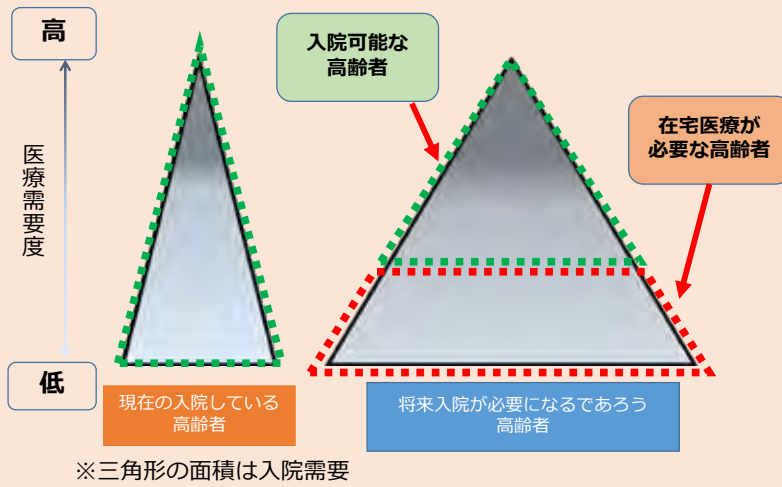
- 訪問診療の需要見込みの伸び率は1.65である。伸び率に変化がない場合は2037年(2025年から12年後)には約9,000人となる。
- 2015年から2040年になると90歳以上の人口は約3倍となる。
- 介護受給者は2015年から2040年で1.7倍となる。

訪問診療の需要見込みは大阪府の第7次医療計画より12年間の伸び率が1.65倍であり、伸び率に変化がなければ、2025年から12年後の2037年には約9,000人となります。今後、高齢者人口や介護受給者も増加します。

なぜ、在宅医療が必要なのか？ (大阪府地域医療構想から見たイメージ)

入院者の状況

- ✓ 人口動態に伴い、医療需要のある高齢者が急増
- ✓ 病床数は増えないため、在宅医療を必要とする高齢者が増加

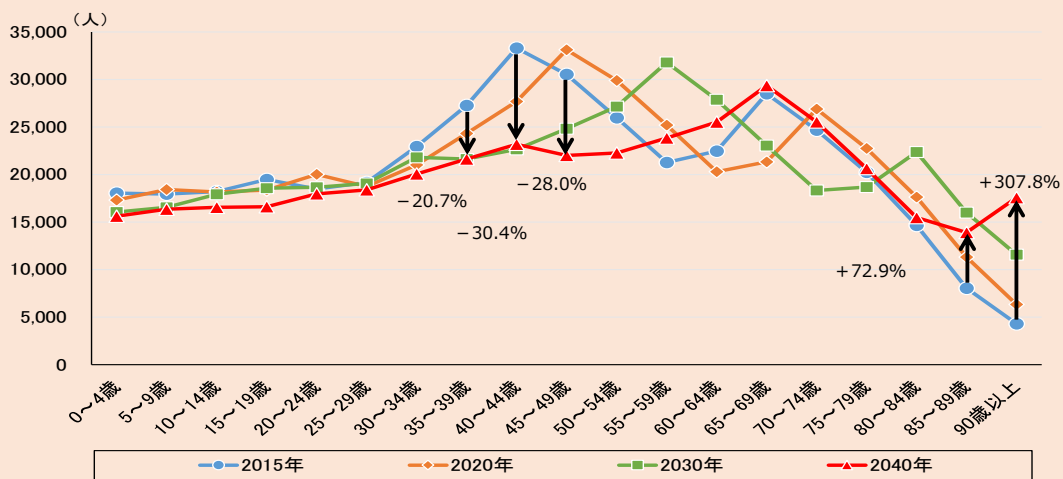


大阪府地域医療構想から見た入院患者の状況は、今後は、医療需要度の低い高齢者は今までなら低い医療需要でも入院できたが今後はある程度医療需要が高くないと入院できず在宅でもある程度の医療を提供することになります。

現状維持で2040年を迎えた場合のシナリオ【豊中市】

人口構造の変化

- ✓ 現役世代の減少と後期高齢者の増加
- ✓ 最も多い世代が40歳代前半から60歳代後半へ

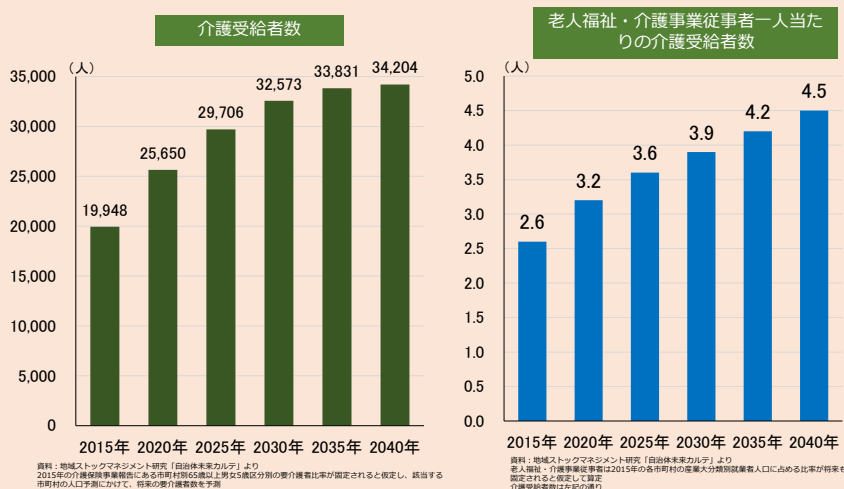


人口構造の変化を見ても、現役世代が減少し後期高齢者が増加します。最も多い世代が40歳代前半から60歳代後半へ移って90歳以上は約3倍となります。

現状維持で2040年を迎えた場合のシナリオ【豊中市】

介護の状況

- ✓ 介護受給者が増加：2015→2040で1.7倍
- ✓ 2040年には介護士一人で4.5人の要介護者を見る？



介護受給者も2015年から2040年には1.7倍となり、一人の介護士は2015年では2.6人見ていたが2040年には4.5人となります。

コロナ禍で分かった入院医療・在宅医療の医療政策の課題と展望

- 2020年3月(第一波)に、豊中市(保健所)として、市内の公的病院に新型コロナウイルスの入院診療への協力をお願いし、「豊中市民のためなら」と同意していただいた。しかし、ふたを開けると、他の医療圏からの入院患者で病床が埋まった(入院出来ない豊中市民が多数発生した)。この病院職員のモチベーションにも影響した。
 - 保健所(医療圏)など地域の“努力”と県の全域的な調整とのミスマッチ
- 感染症法上の新型コロナウイルスの「取り扱い」に関する政府の対応の遅れ
 - (知見が乏しい)第三波まではともかく、
2021年2月には「格下げ」のチャンスがあったのでは？

在宅医療の課題と対策

<課題>

- ① 増加する後期高齢者の死亡者数に対して地域で看取れる体制が整っていない。
- ② 訪問診療医の負担が大きくなっている。
- ③ 医療・介護従事者のACPに関する知識やスキルが乏しい。

<分析と見通し>

- ① 後期高齢者の死亡者数は、約100人/年間増加し続ける。病床が増加しない限り病院で死亡する人数には限界があり、地域で看取る割合は増える。在宅療養を支える医療・介護従事者は各々の役割を果たし、連携強化を図る必要がある。
- ② 訪問診療医の負担を減らすには、多職種間で協力することと後方支援体制を整えることである。

在宅医療の課題と対策

<課題>

- ① 増加する後期高齢者の死亡者数に対して地域で看取れる体制が整っていない。
- ② 訪問診療医の負担が大きくなっている。
- ③ 医療・介護従事者のACPに関する知識やスキルが乏しい。

<分析と見通し>

- ① 後期高齢者の死亡者数は、約100人/年間増加し続ける。病床が増加しない限り病院で死亡する人数には限界があり、地域で看取る割合は増える。在宅療養を支える医療・介護従事者は各々の役割を果たし、連携強化を図る必要がある。
- ② 訪問診療医の負担を減らすには、多職種間で協力することと後方支援体制を整えることである。

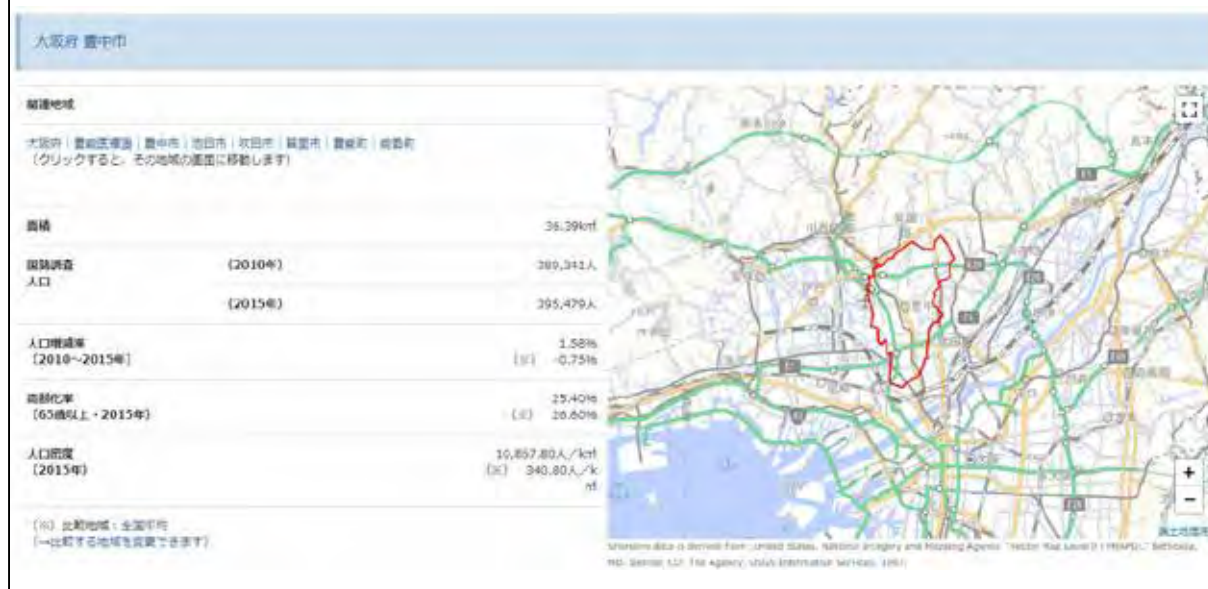
厳しい状況を迎えるあたり、今から取り組むことが肝要です。どこまで回避できるかは分かりませんが、市民が安心して最期まで暮らし続けることのできるまちづくりの一助となればと思っています。以上、私からの説明となります。

(2) 豊中市 在宅医療の標準化データ

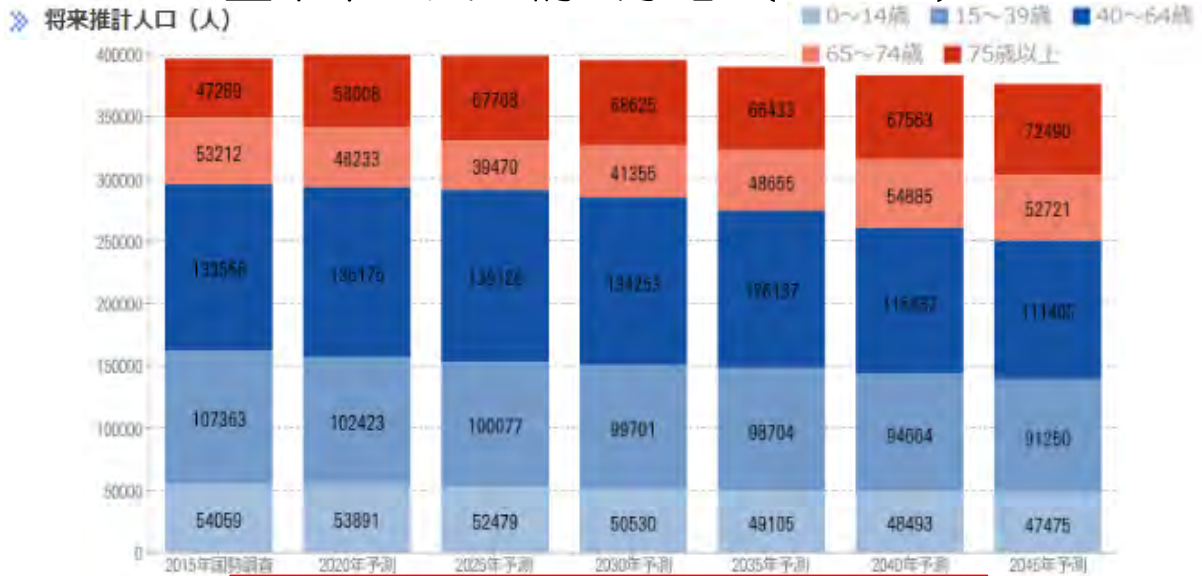
参考資料

大阪府 豊中市の在宅医療の標準化データ

大阪府 豊中市

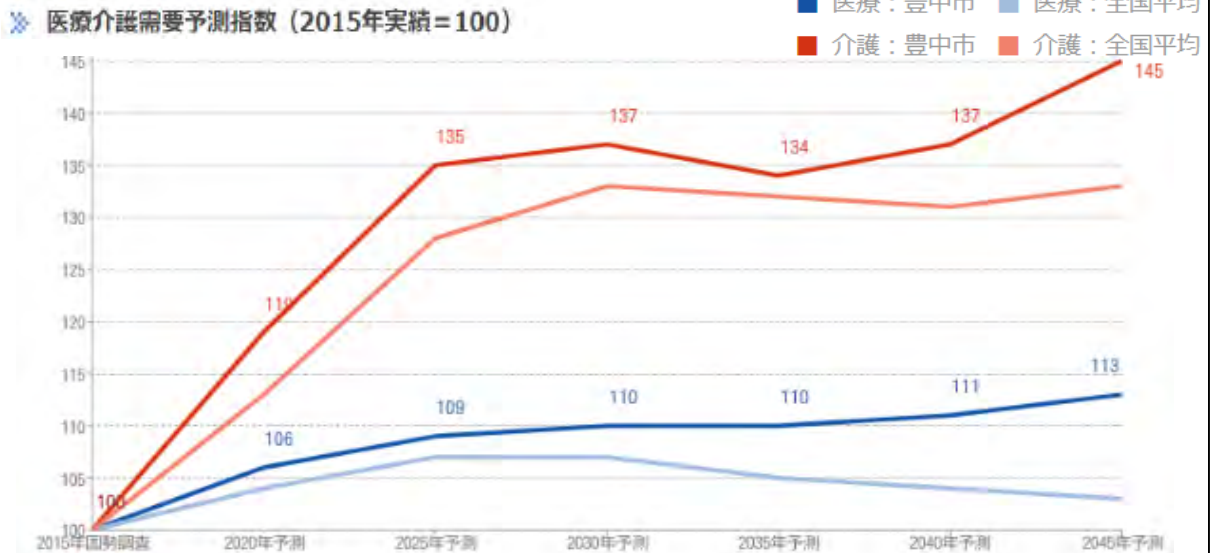


豊中市の人口構成予想 (JMAP)



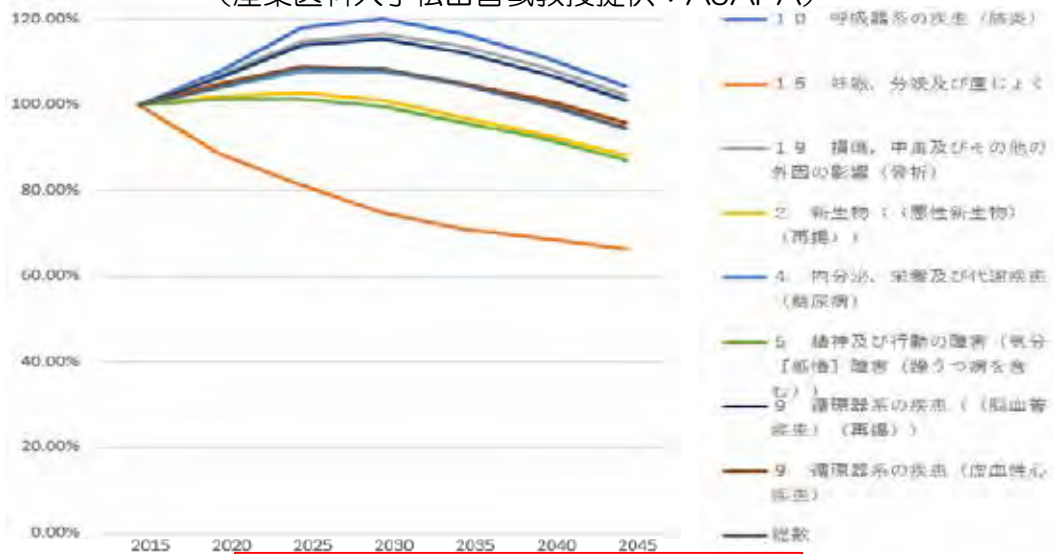
2045年まで高齢人口は増え続ける (25%増加 高齢化率: 25%→33%)
 生産年齢人口は減り続ける (17%減少)

医療介護需要予想指数の豊中市と全国の比較 (JMAP)



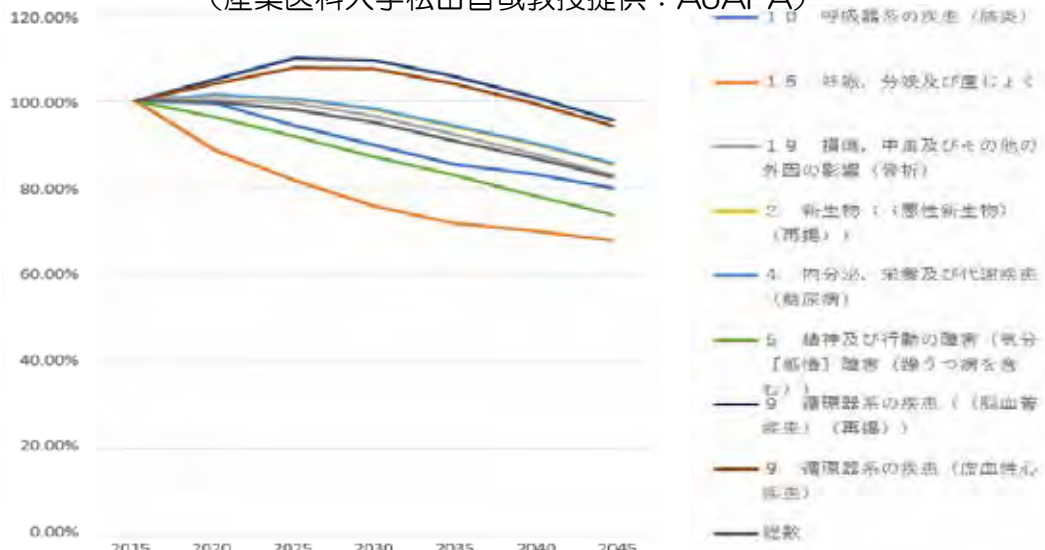
医療需要：全国の傾向と異なり2045年まで増え続ける
 介護需要：2025年に一度横ばいになるが、2035年から再び増加する

❖ 入院患者推計 傷病別入院患者数の推移（豊中市） （産業医科大学松田晋哉教授提供：AJAPA）



入院患者：総数で見ると、2030年をピークとして減少するメジャー系の疾患は概ね同様の傾向

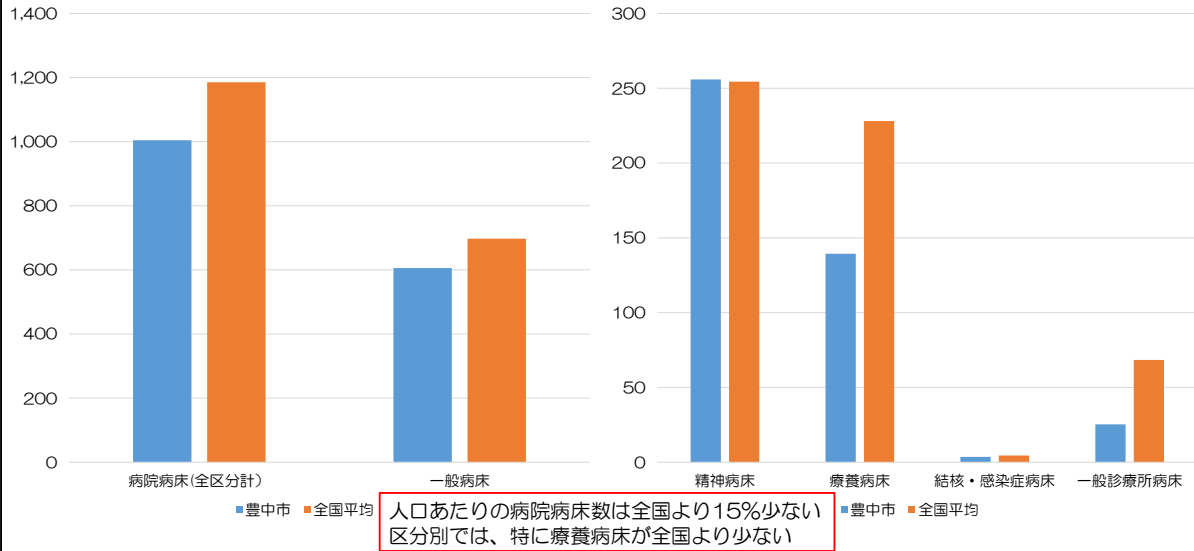
❖ 外来患者推計 傷病別外来患者数の推移（豊中市） （産業医科大学松田晋哉教授提供：AJAPA）



外来患者：総数で見ると、2045年まで減り続ける循環器系の疾患を除いて、概ね同様の傾向

病床種類別の病床数（豊中市と全国の比較）JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 （人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）



病床種類別の病床数（豊中市と全国の比較）JMAP

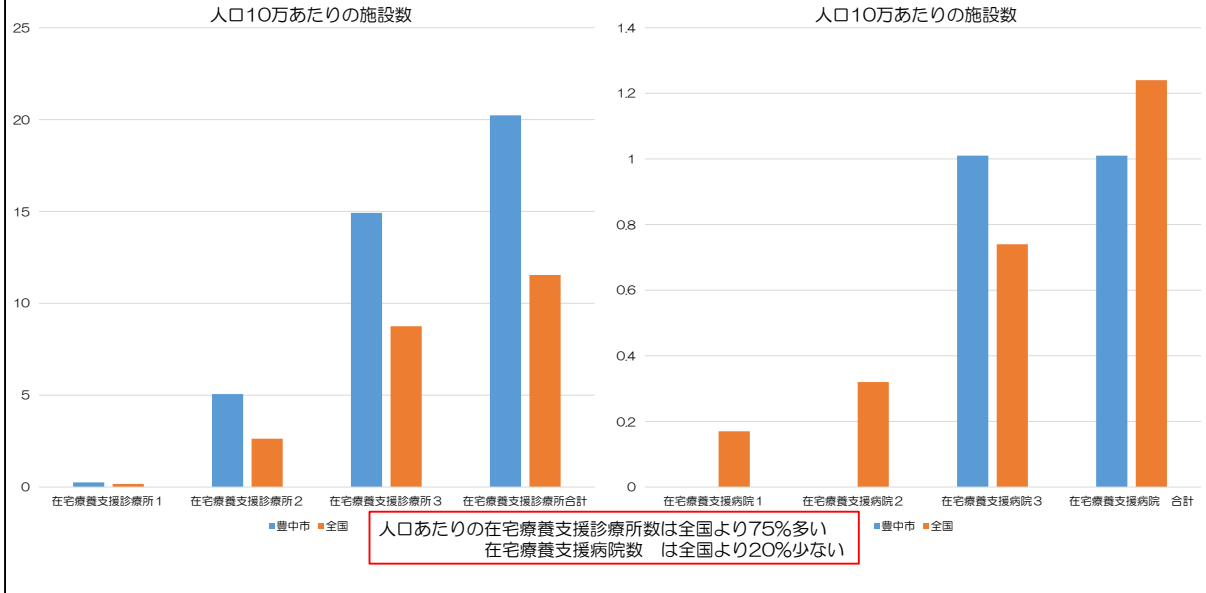
2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 （人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

	病床数		人口10万人あたりの病床数	
	豊中市	豊中市	豊中市	全国平均
一般診療所病床	100	25.29	25.29	68.38
病院病床(全区分計)	3,972	1,004.35	25.29	1,185.40
一般病床	2,395	605.59	605.59	697.23
精神病床	1,012	255.89	255.89	254.42
療養病床	551	139.32	139.32	228.08
結核・感染症病床	14	3.54	3.54	4.46

赤字：全国平均より少
 青地：全国平均より多

JMAP 豊中市と全国の比較

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

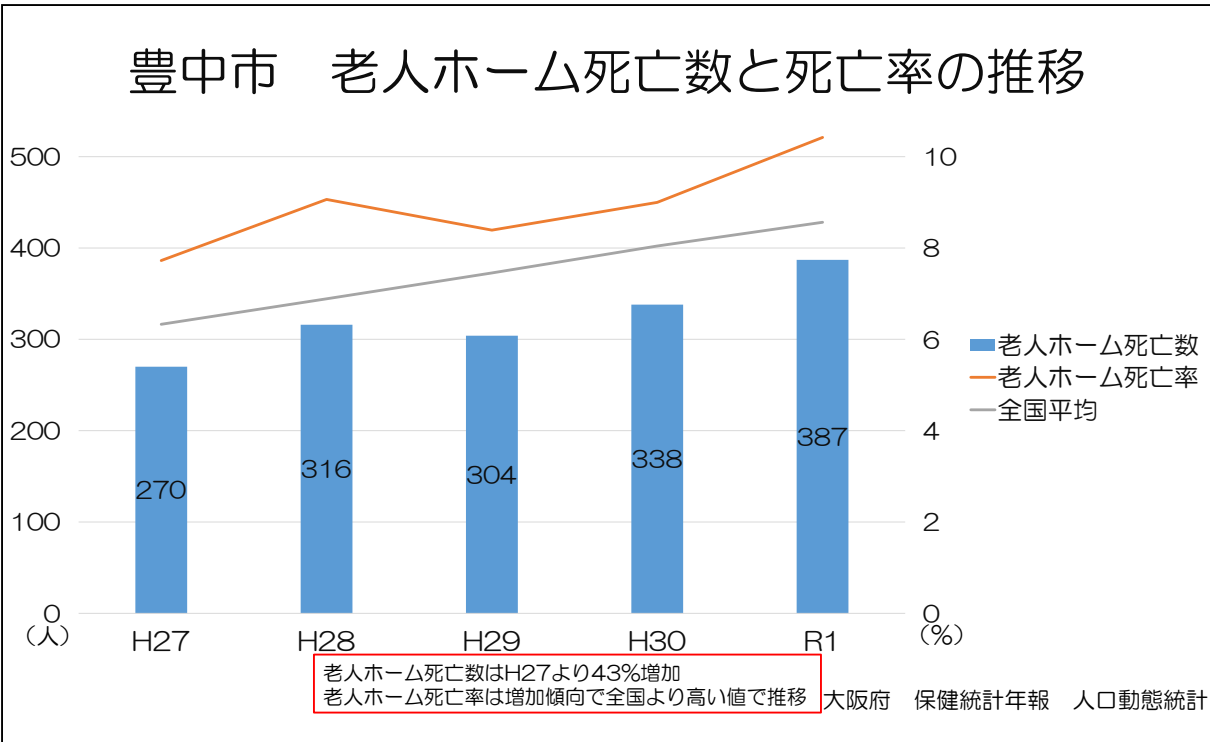
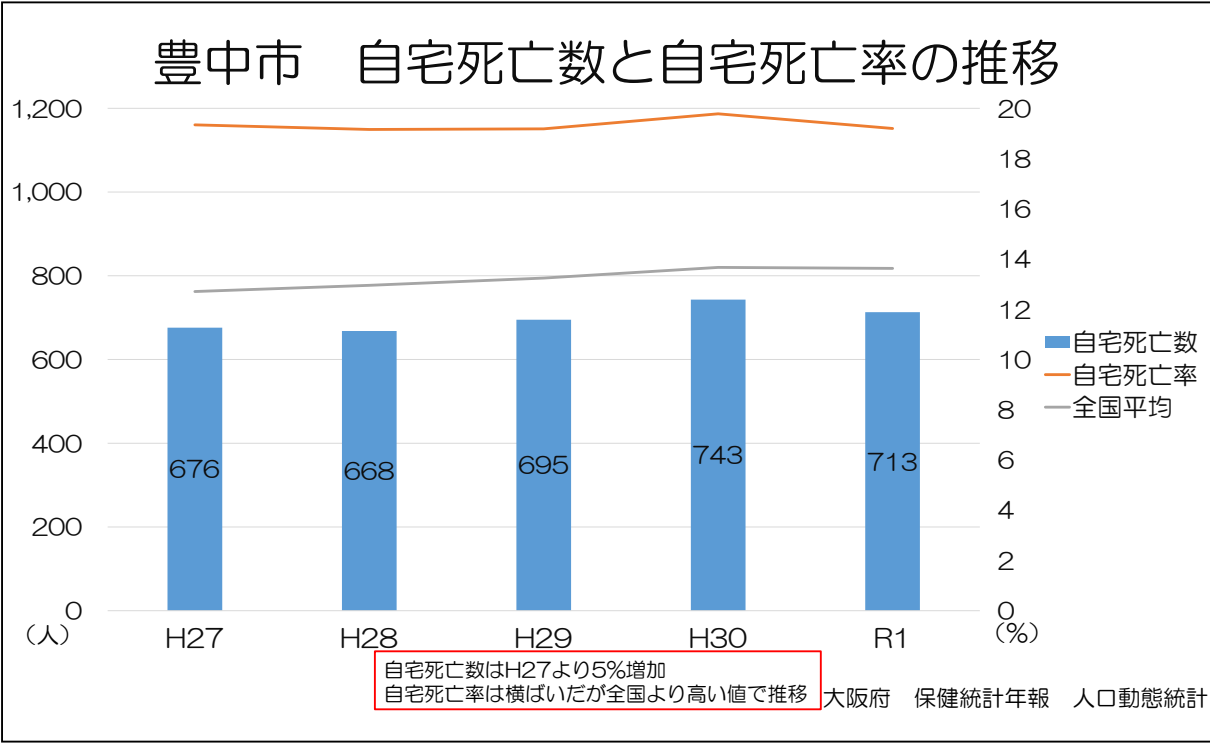


JMAP 豊中市と全国の比較

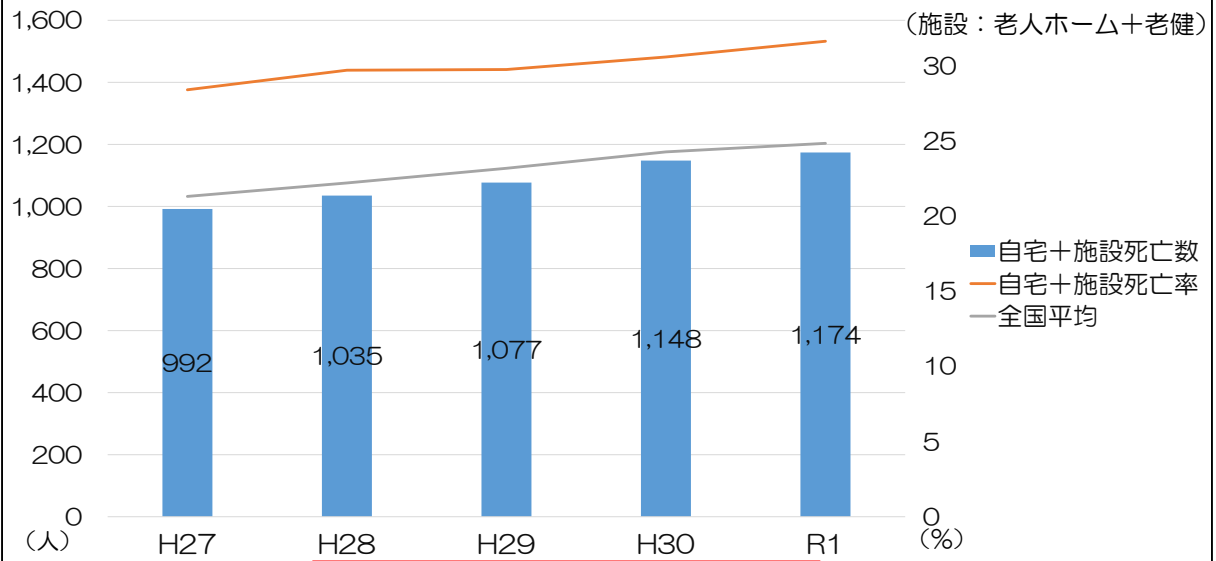
2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	豊中市 施設数	人口10万人あたりの施設数	
		豊中市	全国
在宅療養支援診療所 1	1	0.25	0.17
在宅療養支援診療所 2	20	5.06	2.63
在宅療養支援診療所 3	59	14.92	8.75
在宅療養支援診療所 合計	80	20.23	11.54
在宅療養支援病院 1	0	0.00	0.17
在宅療養支援病院 2	0	0.00	0.32
在宅療養支援病院 3	4	1.01	0.74
在宅療養支援病院 合計	4	1.01	1.24

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多



豊中市 自宅+施設死亡数と死亡率の推移



自宅+施設死亡数はH27より18%増加
 自宅+施設死亡率は増加傾向で全国より高い値で推移

大阪府 保健統計年報 人口動態統計

(3) 質疑

■ 「豊中市 在宅医療の確保の取り組み」についての意見交換

- 豊中市保健所長になる前までは、私と高森主査と一緒に市内の中核病院で医師、看護師として勤務していた。地域の医療資源や医師会との関係は以前から保たれていた。保健所の中に地域医療推進係を作り（今はないが）、高森さんを中心に活動を進めてきた。
- 平成24年に豊中市が中核市になり市保健所ができたが、虹ネットはそれ以前にあったものである。地域医療推進基本方針を作成し、運営事業を進めさせて頂いた。（松岡先生）

- 豊中市は大変頑張っている。教えて頂きたいのは、市内の在宅療養支援診療所（以下、在支診という）が76ヶ所とあるが、在支診の増加や、訪問診療患者数の増加などの分析はされているのか。豊中市の戦略として、グループ診療を増やすのか、訪問診療を増やすのか、在支病を増やすのか、何を選択するのが一番よいと考えられているのか。自宅での死亡が20%も素晴らしいが、死亡個票で診断医を見ていて、きちんと看取られていないケースもある。そのあたりはどうか。そのあたりのモニタリング指標を豊中市でも作られていると思うが、中核市モデルとして次にどうするか、方向性を示して頂きたい。（柳先生）

→豊中市の在支診数は減っている状況である。これを増やすことは難しいと医師会とも話している。非医師会員の方が圧倒的に患者さんを診ている数が多い。在支診数を医師会と相談しても限界であるので、連携を見据えてやっていきたいと考えている。在支診3で頑張っていた先生が在支診2に引き上げて取り組んでいる。在支診2が増えているのが豊中市の特徴である。（松岡先生）

- 在宅で亡くなられた患者さんの死亡個票を分析したところ、半分くらいの患者さんが看取りとなっている。今年度は、患者さん自身が希望すれば在宅で看取られるように地域の基盤を作っていけるよう、在支診での基盤作りをテーマに市医師会に事業委託をしている。（高森先生）

→戦略として医師会との調整は難しいが、医師会外の在支診1も増やさないと将来の訪問診療患者数増に追いつかないと思う。グループ診療で在支診2を目指すことも重要である。自宅死の原因として心不全であがっているが、看取られていないケースも含まれている。そのあたりもシビアに数字を分析する必要があると思う。（柳先生）

- 事業の成果として、訪問診療を受ける患者数が増えていっているか。訪問診療供給量はどうのように把握しているのか。将来的に供給が需要に追いつくという判断はどこでしているのか。（逢坂先生）

→そこはない。（松岡先生）

→近畿厚生局の在宅医療を受けている患者数が大阪府庁から送られてくるはず。それ

を見るとある程度の傾向が分かる。(逢坂先生)

- 在支診がしんどくなってきたのであれば、地域包括ケア病床をもっと増やすことについて中小病院を在宅医療に誘導するのはどうか。北播磨圏域でも6つ以上ある。その方向に手を出してもよいのではないか。医師会は反対するか？(逢坂先生)

→医師会は賛成も反対もしないが、病院の病床が潤沢にないので、そこまで余裕があるのかという課題がある。(松岡先生)

- 自宅死、老人訪問死が全国で高いのは保健所や豊中市での成果と考えてよいか。(逢坂先生)

→成果かどうかは分かりかねるが、市民向けに人生会議(出前講座)を開催している。市民が亡くなる場を市民が選択できるということを啓発している。元気な時からそのようなことが考えられるよう、リーフレットなどを作って外に向けて啓発している。(高森先生)

- 同じ中核市として参考になる。川口市も福祉サイドでやっていた在宅医療・介護連携に後から保健所が参画した。豊中市はどこが基本的なイニシアティブをとっているのか。

- 逢坂先生へ、誘導という言葉で言われているが、先生が考えている医師会や医療機関には何を想定し誘導されているか。(岡本先生)

→医療・介護連携については、福祉部が主となるが、在宅医療分野では保健所の中にある健康医療部で専門職も多数配置されているのでそこが中心になって進めている。実務担当者会議を設けて在宅医療・介護連携の場を設けている。(高森先生)

→誘導というと、地域医療構調整会議等において中小病院が地域包括ケア病床を持ち在宅医療に参入することで経営的メリットがあるという話をするのが想定でき、すでに兵庫県豊岡保健所が戦略をもって働きかけをして実績を上げている。地域医療調整会議でのオープンな議論で、医師会の反応が悪い場合などは、個々の病院への医療監視の際に、中小病院の院長・事務長と意見交換をする時間を取って、地域包括ケア病床への転換により、在宅復帰機能・在宅療養支援機能を強化しつつ、在宅医療への参画を行うことでの病院としての経営的メリットのみならず、医療法人内の介護保険サービスの経営的メリットが期待できることについて事例を交えて説明する。この誘導に興味を持った病院は、まずはコンサルタントを入れて、地域包括ケア病床への転換による経営的メリットを確認することになる。県庁としてもコンサルタントを入れる際には医療での基金でお金を使ってもよいと言っている。(逢坂先生)

- 診療所や病院の話が中心であったが、訪問看護を豊中市の中で担い手を確保していくか。そのあたりのビジョンをお持ちでしたら教えて頂きたい。(厚労省 中西先生)

→訪問看護ステーション連絡会をきちんと行っている。それ以外に、訪問看護ステー

ションに委託をし、市内の病院に勤務する看護師さんとの連携をしている。年1回、病院、在宅等で働く看護師と会議を行い、看護師の連携を密にしている。(高森先生)

→機能強化型の大規模型の訪問看護があると効率的で、24時間対応や在宅医への支援を担えるのではないかと。また、少ない往診医でも訪問診療の患者を担えるのではないかと。思うが、そのあたりの戦略はあるのか。(逢坂先生)

→訪問看護ステーションの機能強化型は2ヶ所しかない。1ヶ所では遠距離で訪問看護に行けないところでも連携して、別のステーション2ヶ所、3ヶ所からヘルプに入って連携して訪問できるようにしている。また、在宅療養コーディネーターを医師会にお願いしている。在宅療養コーディネーターが訪問看護ステーションの管理者になっていることも多いので、医師会とのパイプも持ちながらサービス提供ができています。(高森先生)

(4) 事例報告のまとめ

行政による在宅医療体制構築支援の分析手順

- ①管内の在宅医療の体制(診療所主体か病院主体か、混合型か)と供給量(訪問診療患者と看取り数等)の推移を把握
- ②行政が介入しない場合に、2025年以降の訪問診療需要に供給が追いつかないことを確認
- ③行政としての戦略を練る
- ④医師会など(管内の診療所、病院、訪問看護)に働きかける
- ⑤目に見える実績を上げている
- ⑥課題

豊中市保健所は、

①管内の在宅医療の体制(診療所主体)と供給量(自宅看取り数・率)の推移把握している。自宅看取り数は死亡小票で確認している。

②市内の在支診数が減少し、各在支診が担当する訪問診療患者数が多くなり負担を感じていることを確認し、介入しない場合に、将来的に需給バランスが崩れる可能性があることを認識。

③保健所の戦略として、在宅医療データ等からこのままでは2025年以降に在宅医療の需給バランスが崩れる可能性があることを明確にした上で、医師会を中心として事業展開すること。

④医師会等に在宅医療関連の事業を委託することで多職種の動機づけを行いつつ、在宅療養支援機能を持つ病院を増やし、在宅医との連携を強化してきた。また、病診連携ツールとしてICTを活用している。

⑤結果として、豊中市は全国平均より高い自宅看取り率、自宅+施設看取り率で推移している。また、グループ診療が進展し、在支診2が増えた。

⑥課題として、1) 後方支援体制のさらなる整備、2) ACPについての普及啓発がある。班員から、3) 市内の訪問診療患者数を把握した上で、その推移から訪問診療供給の増加を確認する必要性が挙げられた。

3 第3回班会議（令和3年8月21日）

（1）在宅医療充実への取り組み事例 福岡県 福岡市城南保健所 向井直子 所長

令和3年度厚生労働省地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「医療構想と地域包括ケアの推進における保健所の役割についての研究」班
第3回班会議・事例報告

福岡市における 在宅医療の確保の取り組み

福岡市城南保健所
向井 直子

2021年8月21日
ZOOM会議

<在宅資源等の特徴>

- ① 人口10万人あたりの病院病床（一般病床、療養病床）数は全国平均を上回っている。
- ② 人口10万人あたりの在宅医療に関わる施設（在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問歯科、訪問薬局）は全国平均を上回っている。

<対策の特徴>

- ①ブロック支援病院を中心とした在宅医療推進

※7区内に複数の「ブロック支援病院」を設定して、ブロック支援病院が中心となって、各区の実情に合わせて進めていく

福岡市の在宅資源等の特徴

病院病床および在宅医療に関わる施設数は全国平均を上回っている。

対策の特徴

福岡市7区内にある複数のブロック支援病院を中心とした在宅医療推進を行っている。

福岡市の概要

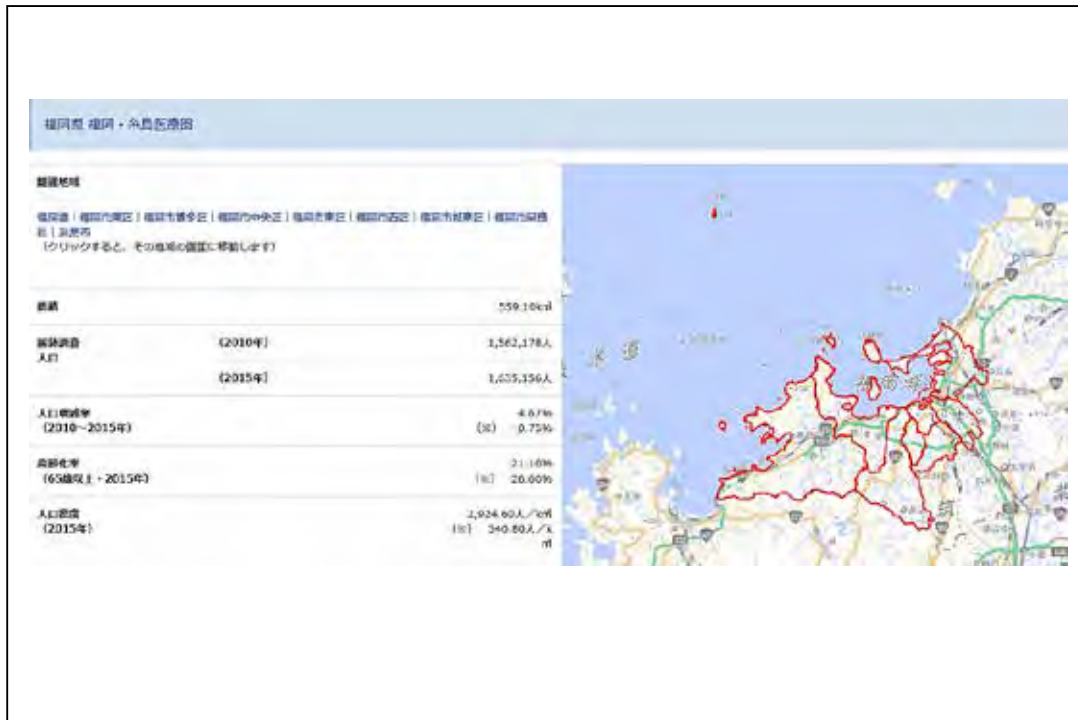
- 福岡市は福岡県西部に位置する。博多湾を取り囲むように市街地が広がっている。
- 面積：343 km²
- 人口（2015年）：1,538,681人
- 人口増減率（2010～2015年）：5.1%増
- 世帯数：764,820世帯
- 高齢化率（2015年）：20.7%
全国平均26.6%
- 人口密度（2015年）：4,481人/km²
全国平均340.80人/km²

※国勢調査による



福岡市は人口約 154 万人の都市で、博多湾を取り囲むように市街地が広がっており、その中心に都心部が位置する。

高齢化率は 20.7%と全国平均より低く、人口密度は全国平均より高い。



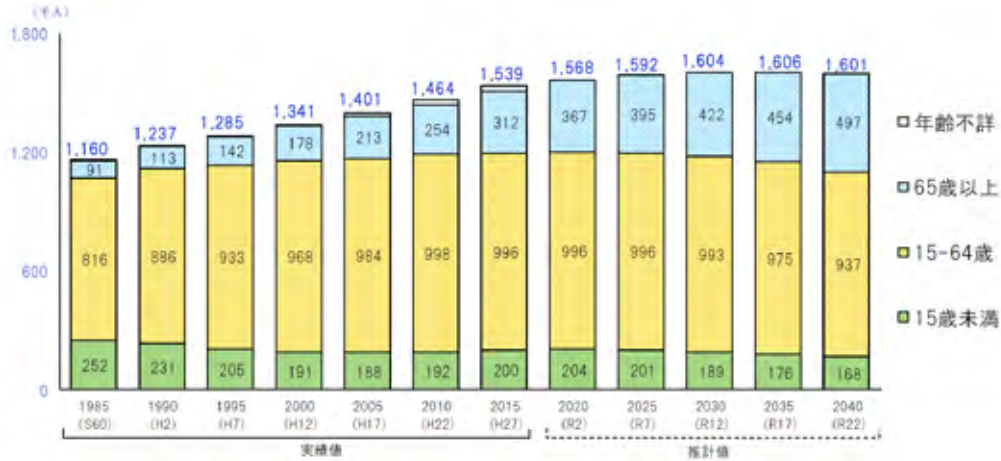
福岡市は、福岡・糸島医療圏に属している。



福岡市は7つの行政区で構成されており、各区に1つずつ保健所が設置されている。

福岡市における人口推移と将来人口推計

- ▶ 人口は今後も増加し、令和17(2035)年頃にピークを迎える見込みである。
- ▶ 年齢構成別では、65歳以上の高齢者が増加し、15-64歳の生産年齢人口と15歳未満の年少人口は減少する見込みである。



資料: 国勢調査、福岡市将来人口推計(平成24年)、福岡市人口ビジョン(令和2年改訂版)

福岡市の人口は今後も増加し、令和17(2035)年頃にピークを迎える見込みである。年齢構成別では、65歳以上の高齢者が増加し、15-64歳の生産年齢人口と15歳未満の年少人口は減少する見込みである。

福岡市の高齢者人口・割合の推移

- ▶ 高齢者人口は一貫して増加を続け、令和22(2040)年には49.7万人となり、高齢化率は31%まで上昇する見込みである。
- ▶ 高齢化率は全国平均を5~6%下回っており、日本全体と比べると10年ほど遅れて高齢化が進行している。



資料: 国勢調査、福岡市将来人口推計(平成24年)、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年推計)」福岡市人口ビジョン(令和2年改訂版)

福岡市の高齢者人口は一貫して増加を続け、令和22(2040)年には49.7万人となり、高齢化率は31%まで上昇する見込みである。福岡市の高齢化率は全国平均を5~6%下回っており、日本全体と比べると10年ほど遅れて高齢化が進行している。

福岡市の医療施設および病床数の状況

病院：114施設
 一般診療所：1,586施設
 （令和元年10月現在、福岡市保健統計年報）

	病床数	人口10万人あたり病床数	
	福岡市	福岡市	全国
病院病床	21,288	1,383	1,185
一般病床	13,175	856	697
療養病床	4,007	260	228
一般診療所病床	1,730	112	68

2018年11月現在、JMAP地域医療情報システムより作成

福岡市の医療施設および病床数の状況については、病院 114 施設、一般診療所 1,586 施設となっています。人口 10 万人あたりの病院病床は全国平均を上回り、一般病床と療養病床に分けてみても上回っている。一般診療所病床についても同様である。

在宅医療等に関わる医療資源の状況

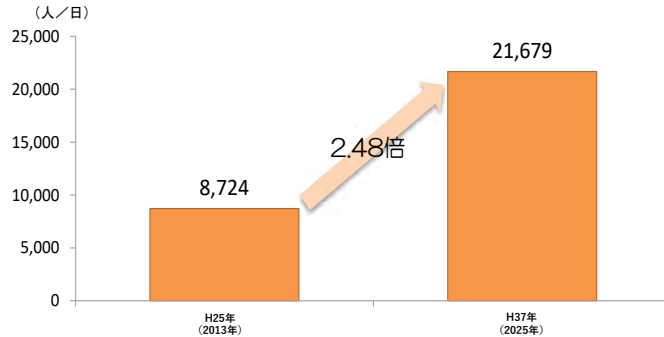
	施設数	人口10万人あたり施設数	
	福岡市	福岡市	全国
在宅療養支援病院	26	1.69	1.24
在宅療養支援病院 1	2	0.13	0.17
在宅療養支援病院 2	4	0.26	0.32
在宅療養支援病院 3	20	1.30	0.74
在宅療養支援診療所	219	14.2	11.5
在宅療養支援診療所 1	5	0.3	0.2
在宅療養支援診療所 2	41	2.7	2.6
在宅療養支援診療所 3	173	11.2	8.8
訪問歯科	110	7.15	6.63
訪問薬局	330	21.45	14.83

2018年11月現在、JMAP地域医療情報システムより作成

人口 10 万人あたりの在宅医療支援病院、在宅療養支援診療所、訪問歯科、訪問薬局はいずれも全国平均を上回っている。

福岡市における在宅医療を必要とする患者数

在宅医療を必要とする患者数（推計）
 （※地域医療構想における推計値を加工）



※全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じ提供される医療内容・頻度は異なる

資料) 福岡県地域医療構想資料「回復期、慢性及び在宅医療等の医療需要」をもとに作成

*1 2013年は、訪問診療を行っている患者数を示す。数値としては、地域医療構想における推計値の「在宅医療等のうち訪問診療分（医療機関所在地ベース）」の値を用いている。

*2 2025年は、病床等から在宅医療への転換する需要も含んだ患者数を示す。数値としては、地域医療構想における推計値の「在宅医療等（患者住所地ベース）」から、老人保健施設の需要（定員数）を除いた値を用いている。

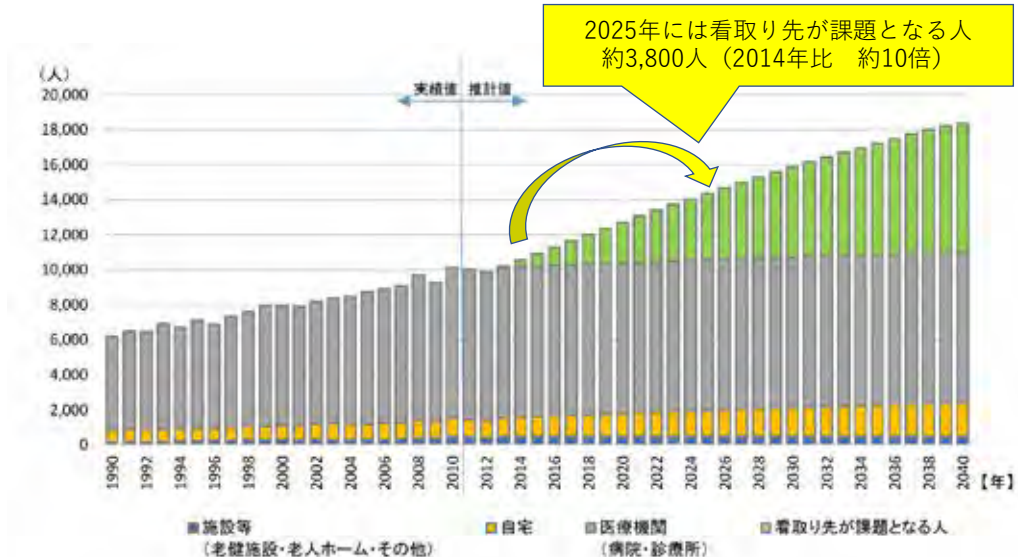
※福岡県では、高度急性期及び急性期：「医療機関所在地ベース」、回復期及び慢性期：「患者住所地ベース」を採用することとなっている。

※左記表の2013年数値は、患者住所地ベースを把握できないため、便宜的な比較を行うために医療機関所在地ベースの数値を利用。

出典：福岡県地域医療構想資料「回復期、慢性及び在宅医療等の医療需要」

福岡市における在宅医療を必要とする患者数は2013年約8,700人、2026年約21,000人と約2.5倍増加すると推計されている。

福岡市における死亡者数の将来推計と亡くなる場所



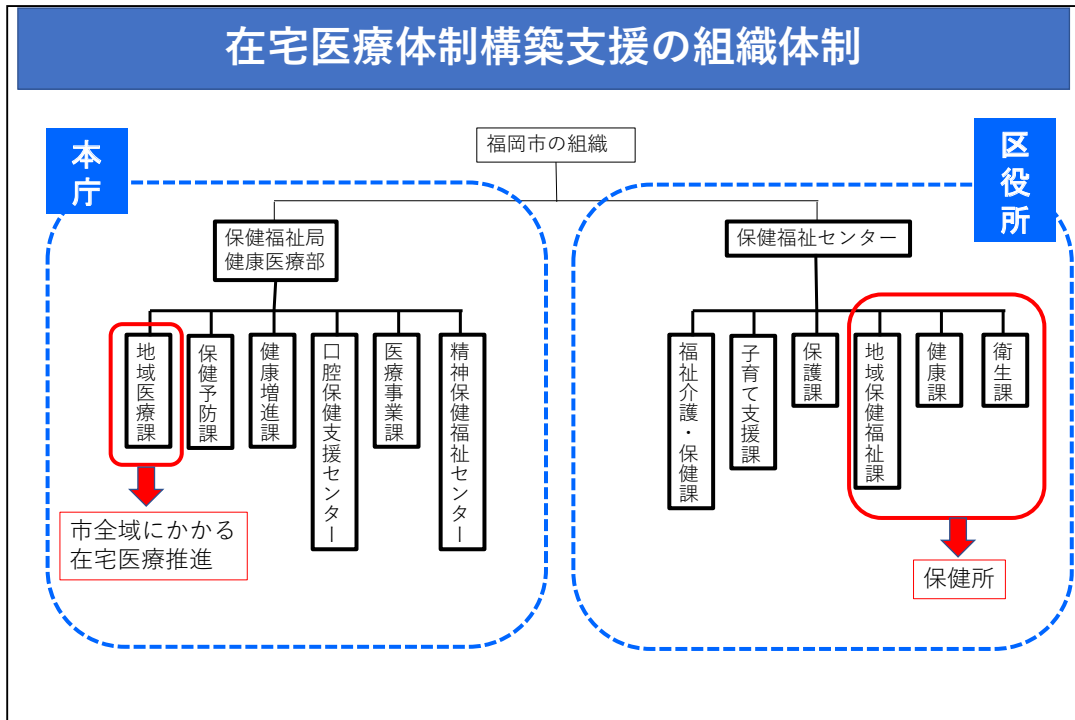
出典：福岡市保健福祉局高齢社会部 高齢社会政策課：高齢者の保健と福祉に関する総合ビジョン、平成26年10月

福岡市では、毎年1万人前後の方が亡くなっている。

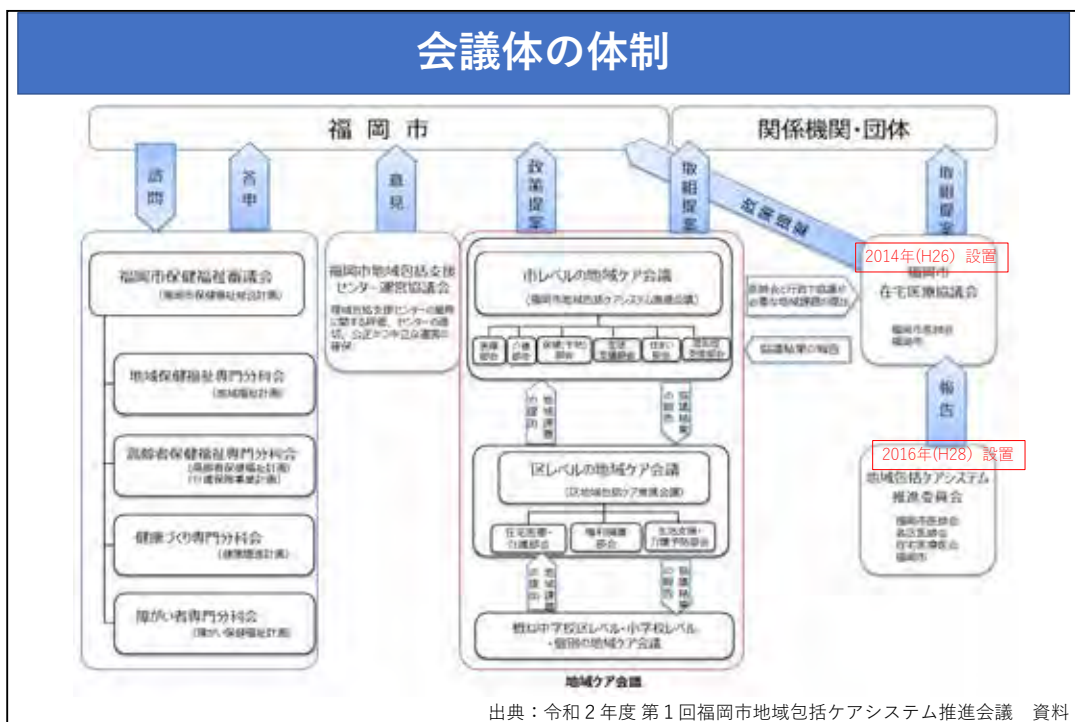
今後、高齢者の増加に伴い亡くなる方も増えていき、2025（平成37）年は約1万4千人（1.4倍）、2040（平成52）年は、1万8千人とほぼ倍増します。

しかしながら、病床数に限りがあるため、2025年には、看取り先が課題になる人が約3,800人生じると推定される。

今後、在宅での看取りが主流になると予想されますが、そのためには、24時間体制で支援する介護・医療の仕組みが必要です。



福岡市の在宅医療体制構築支援の組織体制を示す。
 保健福祉局健康医療部地域医療課が市全域にかかる在宅医療推進のための医療連携体制の支援を行っている。
 保健所は区役所の組織であり、衛生課、健康課、地域保健福祉課の3課が保健所である。
 保健所は、区医師会の取り組みについて情報共有および進捗状況を把握し、区の実情にあわせた在宅医療推進のための医療連携体制の構築の支援を行っている。



会議体の体制を示す。
 在宅医療協議会は 2014 年に設置され、本市の在宅医療のあり方や対応策等を協議・検討を行う機関として、福岡市医師会及び行政で構成されている。
 2016 (平成 28) 年度から、在宅医療協議会に「地域包括ケアシステム推進委員会」を設置し、福岡市医師会及び福岡市にて、在宅医療を行う医師の確保や病診連携、診診連携等の体制構築について検討している。

在宅医療推進のための取り組み方針

【目的】 急増する将来の在宅医療需要に対応するため、在宅医療の基盤となる病診連携・診診連携体制を構築し、在宅医療に関わる医師や医療機関を増やしていくこと

【事業項目】 これまでの各区における取り組みを活かしながら、①～③の事業を推進する

- ① 在宅医療に関する交流会、情報交換会
- ② 在宅医を支える病院のバックアップ体制づくり
- ③ 代診医制度の構築

【推進体制】 区内に複数の「ブロック支援病院」を設定して、ブロック支援病院が中心となって、各区の実情に合わせて進めていく

在宅医療推進のための取り組み方針はスライドに示した通り。

ブロック支援病院を中心とした在宅医療推進

平成29年度から開始



- 在宅医療の基盤となる病診連携・診診連携体制づくりを支援（サポート）。
- エリアにおける病院や診療所の医師のネットワークづくりのため、交流会の開催や、在宅医のバックアップ体制づくりのための話し合いを行っていく。

ブロック支援病院を中心とした在宅医療推進は平成 29 年度から取り組みを開始している。

ブロック支援病院は

- ・在宅医療の基盤となる病診連携・診診連携体制づくりを支援（サポート）。
- ・エリアにおける病院や診療所の医師のネットワークづくりのため、交流会の開催や、在宅医のバックアップ体制づくりのための話し合いを行っていく。

事業内容と推進体制

事業項目	目的	事業内容	推進体制
①在宅医療に携わる医師を増やすための医師間の関係づくりと動機づけ	在宅医療を支える病診連携・診診連携の基盤づくりのための交流会・情報交換会等を実施する	○在宅医療に特化した交流会・情報交換会等の企画・運営 ※医師を参加対象としたもの、在宅医療分野に特化したものを実施する	○ブロック支援病院 ・交流会・情報交換会等の企画・運営 ○区医師会 ・区内の企画の方針決定 ・交流会・情報交換会等の告知協力 ○在宅医療協会 ・交流会・情報交換会等への助言
②在宅医を支える病院のバックアップ体制	24時間365日体制をとることが困難であったり、近隣医療機関とのネットワークがなかったりする診療所等が、在宅医療へ円滑に参入し継続できるよう、病院によるバックアップ体制を構築する	①在宅療養患者の症状増悪時の病院受入のルール化 ②在宅療養患者の患者情報の事前登録の仕組み（様式、運用ルール等）	○ブロック支援病院 ・院内の急変時受入体制づくり ○区医師会 ・急変時受入のルールづくり・様式づくり ・ブロック支援病院とのルール・様式に関する協議 ・在宅医への呼びかけ
③代診医制度	在宅医が学会や遠方旅行など、どうしても訪問診療や往診ができない場合のバックアップを行うため、在宅医療を担う医師同士の相互補完ネットワーク・ルールづくりを行う	①代診医制度のルールづくり ②代診ネットワーク事務局 ③代診バックアップ ※②③は、各区の実情にあわせて設定	○区の実情に応じたネットワーク形態の構築 ・病院中心型 ・病院・在宅診療協働型 ・在宅診療中心型 ・診療所ネットワーク型 等 ○区医師会 ・代診医制度の仕組みの調整

事業内容と推進体制はスライドに示す通り。

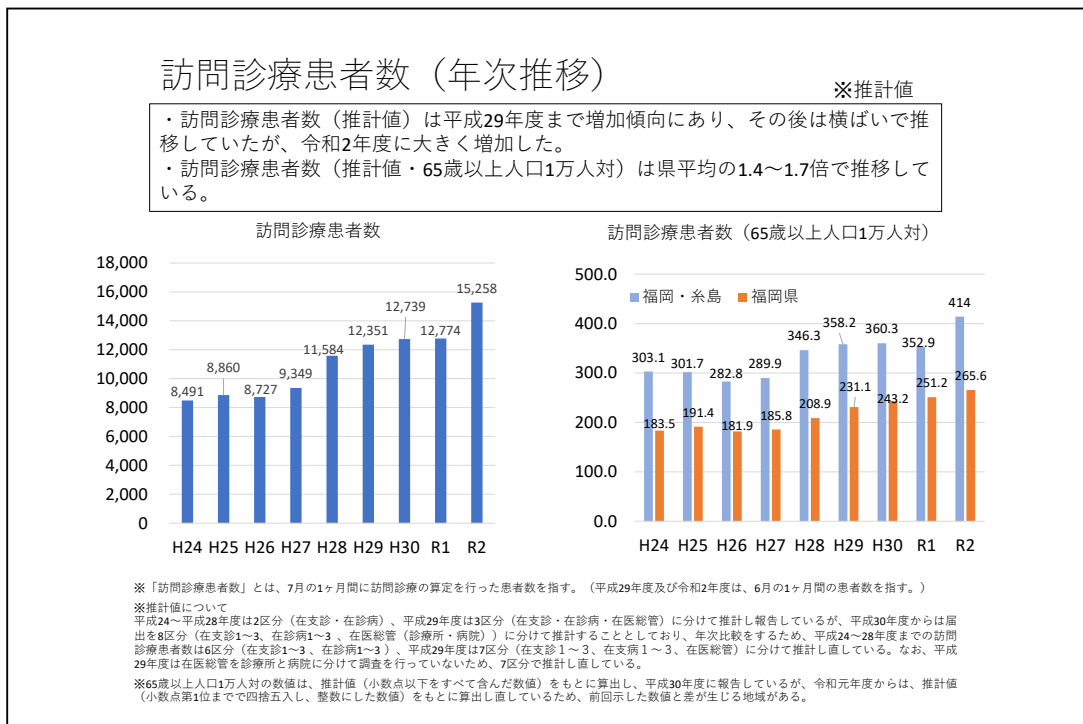
行政・医師会の役割分担

		役割	内容
医師会	区医師会	区の実情にあわせた在宅医療推進のための医療連携体制の構築	・ブロック支援病院間の情報共有 ・取り組み内容の調整の場づくり
	市医師会	区の取り組みに必要な市全域に共通する支援を行う	・区医師会への支援 ・ブロック支援病院への支援
行政	区保健福祉センター（保健所）	区医師会の取り組みについて情報共有および進捗状況を把握し、区の実情にあわせた在宅医療推進のための医療連携体制の構築の支援	・区医師会との連携 ・協議の場づくり 等
	市保健福祉局	市全域にかかる在宅医療推進のための医療連携体制の支援	・今後の方向性、事業の整理 ・市医師会との連携

行政・医師会の役割分担についてはスライドに示す通り。

各区の事業①～③の取り組み（令和元年度）			
行政区	人口、人 (高齢化率)	ブロック数・ 支援病院数	各区の取り組み（令和元年度）
東 区	306,015 (20.6%)	4 ブロック 6 病院	①年1～2回交流会実施 ②「東区医師会地域完結型医療ネットワーク」の推進、在宅療養患者の医療情報登録、後方支援の入院受け入れ体制強化 ③メーリングリストの準備、代診の事例検討会実施
博多区	228,441 (19.5%)	3 ブロック 3 病院	①年2回、ブロック会議・研修会、顔の見える関係づくり ②ブロック支援病院が提供可能なバックアップ体制を地域の医療機関、介護施設に知ってもらう ③今後の課題として検討
中央区	192,688 (17.9%)	5 ブロック 10 病院	①医師同士の交流会、診診連携の交流会を実施 ②バックアップ体制のワーキンググループ立ち上げ、運用モデルの検討 ③代診医制度の勉強会実施、運用ルールについての検討・試行実施
南 区	255,797 (21.9%)	9 ブロック 9 病院	①在宅医療やブロック支援病院についてのアンケート実施 ②「南区あんしん在宅医療連携」（バックアップシステム）の本格稼働 ③診診連携による「在宅医支援システム」の開始
城南区	130,995 (21.9%)	3 ブロック 3 病院	①ブロック支援病院、診療所の医師同士の交流会開催 ②各ブロック支援病院の実情に合わせたバックアップ体制の検討 ③区内の実情に沿った体制を検討
早良区	217,877 (21.3%)	2 ブロック 検討中	①ブロック支援病院、診療所の医師同士の交流会、新規入会会員の交流会 ②受け入れ体制のルールづくりを検討 ③現時点では未定
西 区	206,868 (21.8%)	3 ブロック 3 病院	①年に最低2回は医師間交流会を開催 ②バックアップ体制のルールづくりを検討 ③代診医のルールづくりに際しての問題点の拾い上げ

令和2年度福岡市在宅医療協議会資料より作成



福岡・糸島医療圏の訪問診療患者数の推移をみると

・訪問診療患者数（推計値）は平成29年度まで増加傾向にあり、その後は横ばいで推移していたが、令和2年度に大きく増加した。

・訪問診療患者数（推計値・65歳以上人口1万人対）は県平均の1.4～1.7倍で推移している。

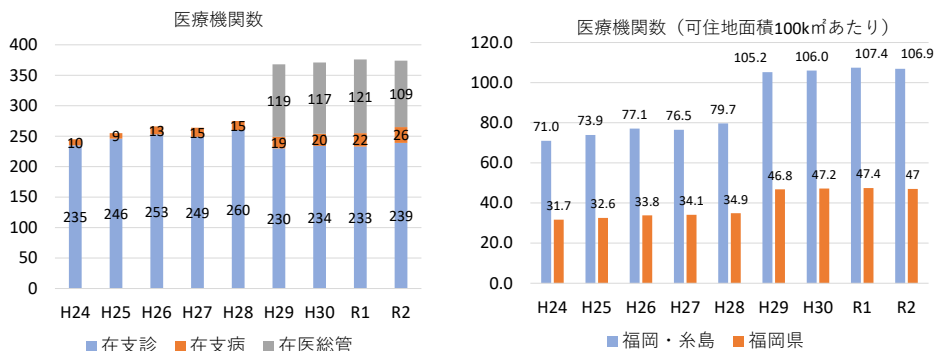
注）H25(2013)～R2(2020)の毎年の訪問診療患者数の増加は、914人/年である。

このペースで増加すると仮定すると、2025年の訪問診療患者数（供給）は19,828人となり、2025年の訪問診療需要の21,679人と比べ、やや下回っているものの調整範囲内であると考えられる。

在支診・在診病・在医総管を届け出ている医療機関数（年次推移）

※実数

- ・在宅療養支援診療所数は平成28年度までわずかに増加傾向にあったが、平成29年度に減少し、その後はおおむね横ばいで推移している。在宅療養支援病院数は増加傾向にある。
- ・在宅医療に取り組む医療機関数（可住地面積100km²あたり）は、県平均の2.2～2.3倍で推移している。



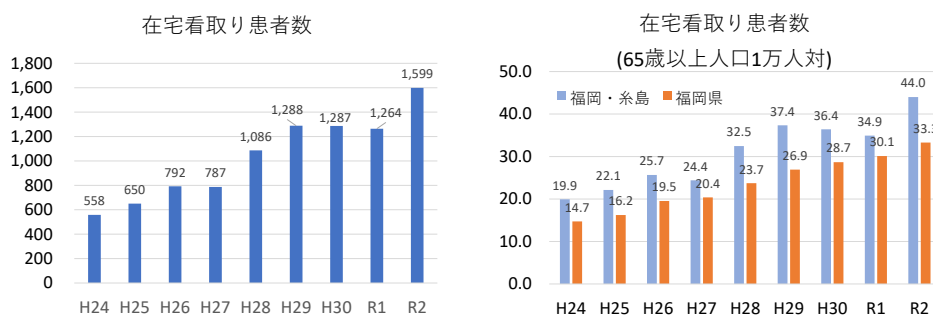
※可住地面積とは、総面積から林野面積及び主要湖面積（面積1km²以上の湖沼）を差し引いて算出したもの。
 ※在医総管は、平成29年度から調査対象としている。

- ・在宅療養支援診療所数は平成28年度までわずかに増加傾向にあったが、平成29年度に減少し、その後はおおむね横ばいで推移している。在宅療養支援病院数はやや増加傾向にある。
- ・在宅医療に取り組む医療機関数（可住地面積100km²あたり）は、県平均の2.2～2.3倍で推移している。

在宅看取り患者数（年次推移）

※推計値

- ・在宅看取り患者数（推計値）は平成29年度まで増加傾向にあり、その後は横ばいで推移していたが、令和2年度に大きく増加した。
- ・在宅看取り患者数（推計値・65歳以上人口1万人対）は、県平均の1.2～1.4倍で推移している。



※「在宅看取り患者数」とは、4月1日～3月末の1年間に在宅で看取りを行った人数を指す。（H24～H28については、4月～7月までの4ヶ月に在宅で看取りを行った人数を3倍した人数を指す。）

※推計値について

平成24年度～H28年度は2区分（在支診・在診病）、平成29年度は3区分（在支診・在診病・在医総管）に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分（在支診1～3、在診病1～3、在医総管（診療所・病院））に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分（在支診1～3、在診病1～3）、平成29年度は7区分（在支診1～3、在支病1～3、在医総管）に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っているため、7区分で推計し直している。

※65歳以上人口1万人対の数値は、推計値（小数点以下をすべて含んだ数値）をもとに算出し、平成30年度に報告しているが、令和元年度からは、推計値（小数点第1位までで四捨五入し、整数にした数値）をもとに算出し直しているため、前回示した数値と差が生じる地域がある。

- ・在宅看取り患者数（推計値）は平成29年度まで増加傾向にあり、その後は横ばいで推移していたが、令和2年度に大きく増加した。
- ・在宅看取り患者数（推計値・65歳以上人口1万人対）は、県平均の1.2～1.4倍で推移している。

在宅医療構築支援の成果（供給量・在宅看取り数等）

データ元

◆福岡県、公益社団法人福岡県医師会

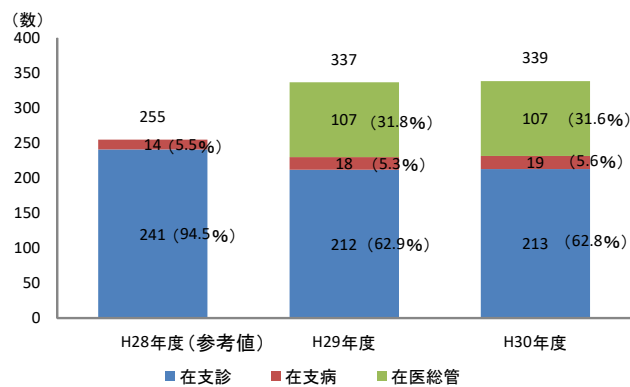
- 平成28年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院調査
- 平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査
- 平成30年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査

より、福岡市分を抽出

福岡市分を抽出し、福岡市の在宅医療の現状を示す。

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設の推移 平成28～30年度

- 平成29年度から平成30年度にかけて、在支診1施設、在支病1施設増加した。



注) 平成28年度は在医総管に対するアンケートは行っていないため参考値

資料) 福岡県「平成27年度福岡県在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院調査」

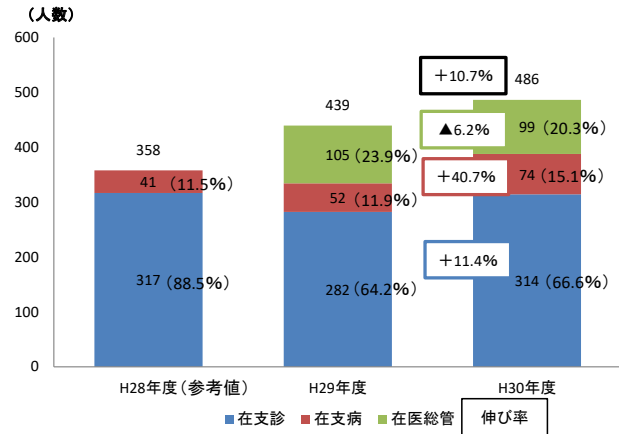
福岡県「平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査」

福岡県「平成30年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査」

平成29年度から平成30年度にかけて、在宅療養支援診療所1施設、在宅療養支援病院1施設増加した。

在宅医療に取り組む医師数（常勤＋非常勤換算）の推移 平成28～30年度

- 平成29年度と平成30年度を比較すると、全体で+10.7%伸びている。
- 特に在宅療養支援病院で伸び率が+40.7%と高くなっている。

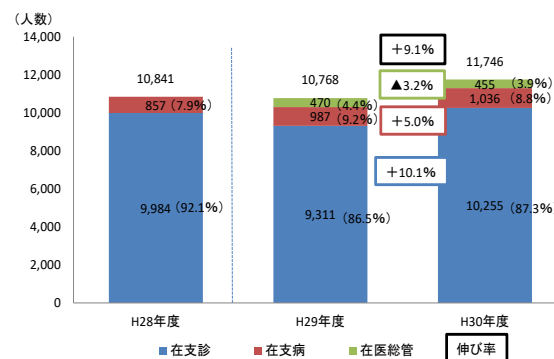


注1) 集計値を利用し算出。
 注2) H28年度は在医総管に対するアンケートは行っていないため参考値である。
 資料) 福岡県「平成28年度福岡県在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院調査」集計値
 福岡県「平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理科および施設入居時等医学総合管理科届出施設調査」集計値
 福岡県「平成30年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理科および施設入居時等医学総合管理科届出施設調査」集計値

平成29～30年度を比較すると、在宅医療にとりくむ医師数（常勤換算）は47人増加している。在宅療養支援診療所では32人、在宅療養支援病院では18人増加。

訪問診療の患者数、平成28～30年度

- 平成29年度から平成30年度にかけて、全体で約1,000人増加し、伸び率は+9.1%であった。
- 在支診で+10.1%、在支病で+5.0%と増加し、在医総管が▲3.2%と減少した。
- 内訳をみると、在支診の患者が約8割を占めていた。

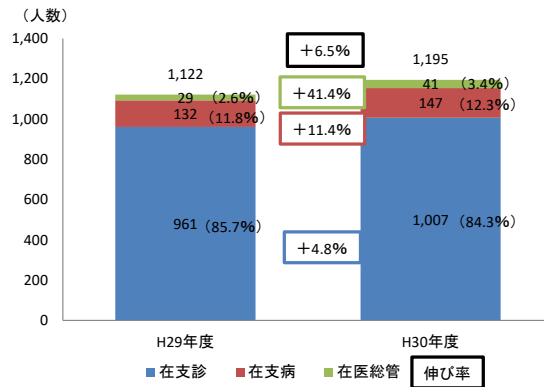


注1) 集計値を利用し算出。
 注2) H28年度は在医総管に対するアンケートは行っていないため参考値である。
 資料) 福岡県「平成28年度福岡県在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院調査」集計値
 福岡県「平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理科および施設入居時等医学総合管理科届出施設調査」集計値
 福岡県「平成30年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理科および施設入居時等医学総合管理科届出施設調査」集計値

訪問診療の患者数を比較すると、平成29～30年度にかけて、約1,000人増加。

在宅看取り数、平成29～30年度

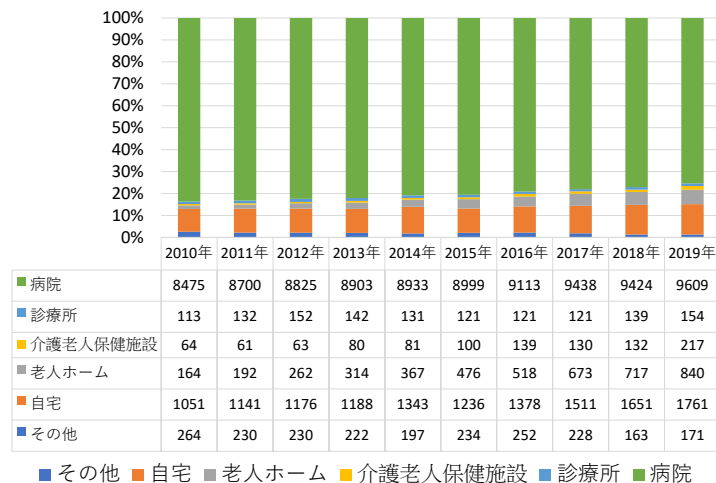
- 全体で73人増加し、+6.5%の伸び率であった。
- 特に伸び率が高いのは、在医総管の+41.4%である。
- 平成30年度の内訳をみると、在支診の看取り数は1,007人で約80%を占める。



在宅看取り数は、平成 29 ～ 30 年度にかけて 73 人増加した。

福岡市における亡くなる場所の推移、2010～2019年

近年、医療機関以外の場所における死亡の増加傾向にある。



福岡市保健統計年報より作成

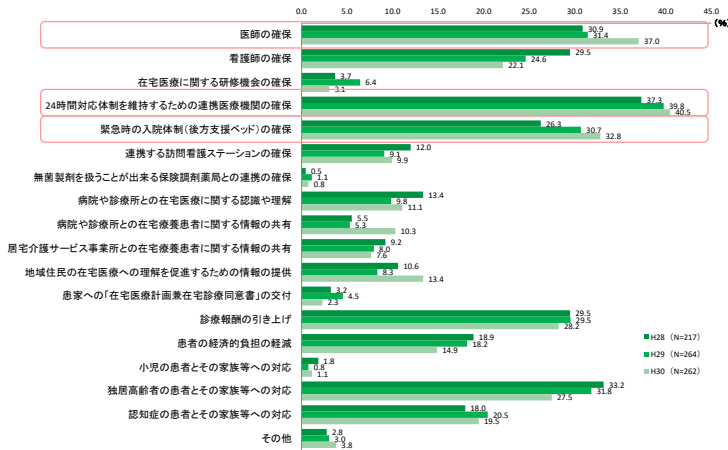
福岡市保健統計年報でも、近年、医療機関以外の場所における死亡の割合が微増の傾向にある。

注) 平成 25 (2013) ～令和 1 (2019) の病院外死亡者数の増加は、340 人 / 年である。

このペースで増加すると仮定すると、2013 ～ 2025 年の病院外死亡者数の増加は 4,080 人となり、2014 ～ 2025 年に想定されている 2025 年に看取り先が課題となる人「約 3,800 人」を若干上回っている。

在宅医療を提供していくうえでの課題 平成28～30年度、在支診・在医総管

- 「医師の確保」「24時間対応体制の維持」「後方支援ベッドの確保」等が課題に上がっている。
- 次に「看護師の確保」「診療報酬の引き上げ」「独居高齢者の患者とその家族等への対応」が続く。



注) 無回答を除く

資料) 福岡県「平成27年度福岡県在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院調査」
福岡県「平成29年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査」
福岡県「平成30年度在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査」

在宅療養支援診療所・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設を対象とした調査では、在宅医療を提供していく上での課題は、「医師の確保」、「24時間体制の維持」、「後方支援ベッドの確保」が上位を占めている。

在宅医療の課題と対策

<課題>

1. 医師の確保
2. 24時間対応体制の維持
3. 後方支援ベッドの確保

<分析と見通し>

1. 在宅医療に関わる施設・医師数、訪問診療患者数、在宅看取り数は微増傾向にある
2. ブロック支援病院を中心とした在宅医療推進を継続する

在宅医療の課題と対策：スライドに示す通り。

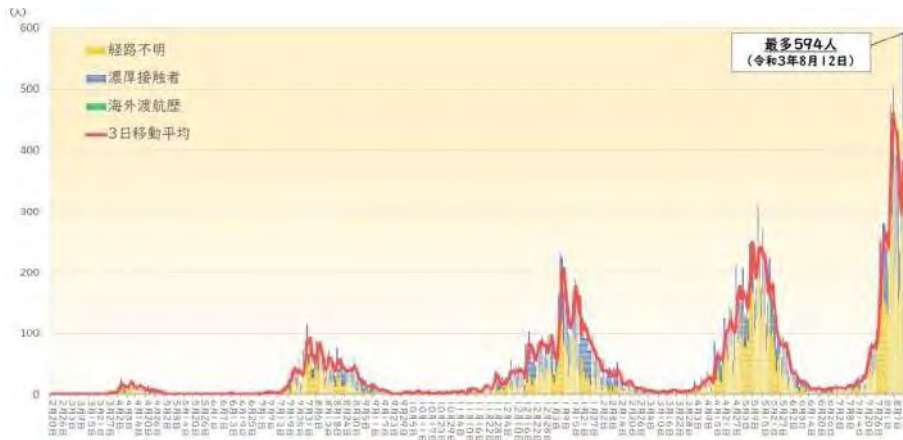
コロナ禍で分かった入院医療・在宅医療の 医療政策の課題と展望

福岡市保健所



福岡市は7つの行政区で構成されており、各区に1つずつ保健所が設置されている。

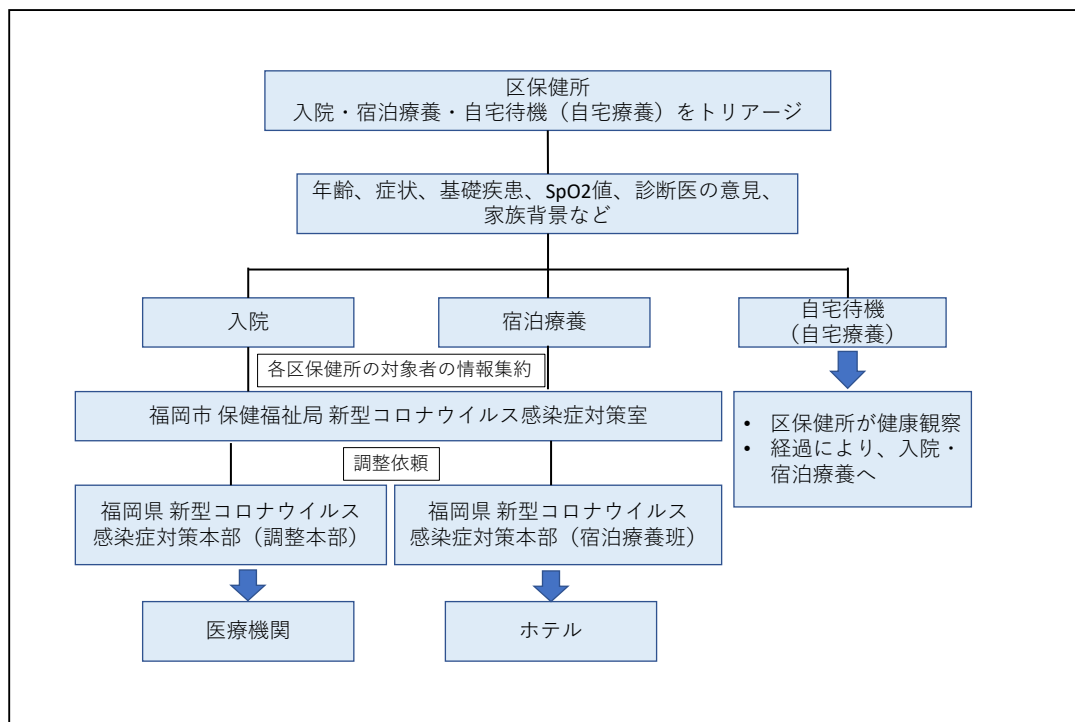
福岡市の新規陽性者数の推移（公表日別）



福岡県ホームページ：福岡県内での発生状況

福岡市における自宅待機者（自宅療養者）への支援

- 第3波の後、福岡市では自宅待機者（自宅療養者）を対象とした健康観察等フォローアップ事業を開始
 - パルスオキシメーター貸与（2月中旬～）
 - 生活支援セット配付（3月23日～）
 - レトルト食品などの食料品
 - トイレットペーパー、箱ティッシュペーパーなどの日用品
 - 希望者には体温計
- 第4波中の5月13日より
 - 自宅待機者専用ダイヤル開設
 - 自宅待機者からの相談に確実に対応するため
 - 24時間体制



第5波における自宅待機（自宅療養）者の医療体制構築

- 市医師会、福岡市でワーキンググループ実施
登録制の自宅療養支援医療機関



◎令和3年8月11日～開始

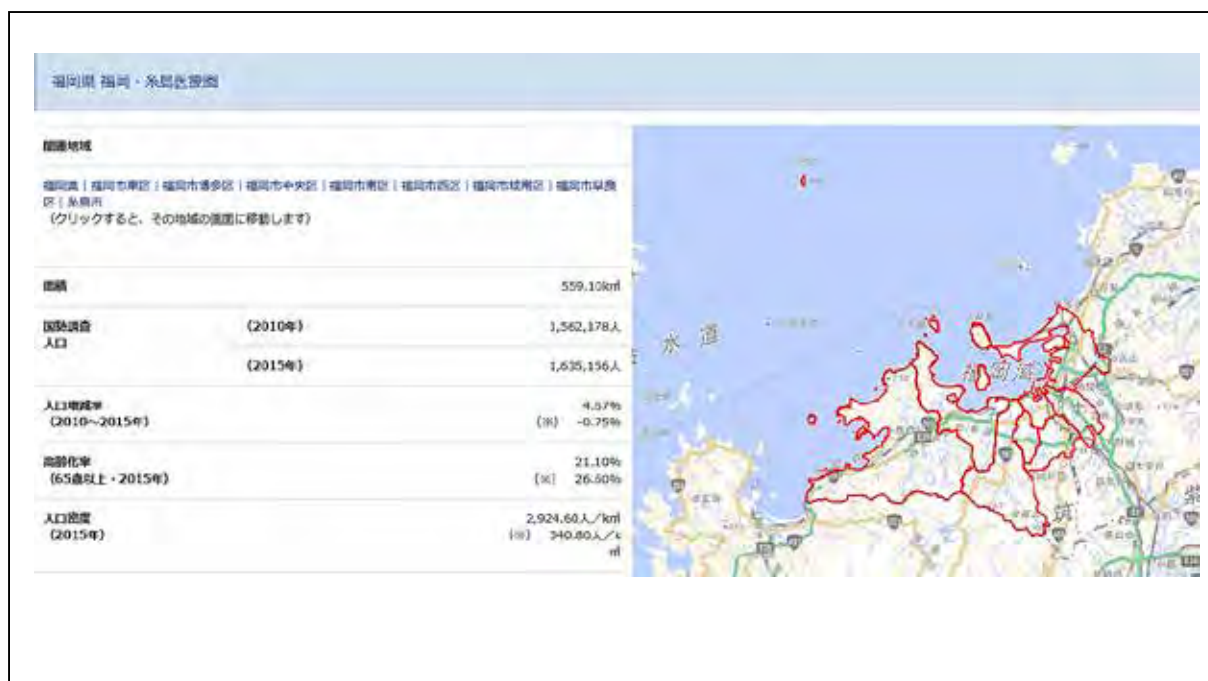
- 登録医療機関 約200医療機関（令和3年8月12日時点）
- 電話や情報通信機器を用いた診察、対症療法の処方
- 診察終了後は、電話にて保健所への報告

(2) 福岡市城南区、福岡・糸島医療圏 在宅医療の標準化データ

参考資料

福岡市城南区・福岡・糸島医療圏の 在宅医療の標準化データ

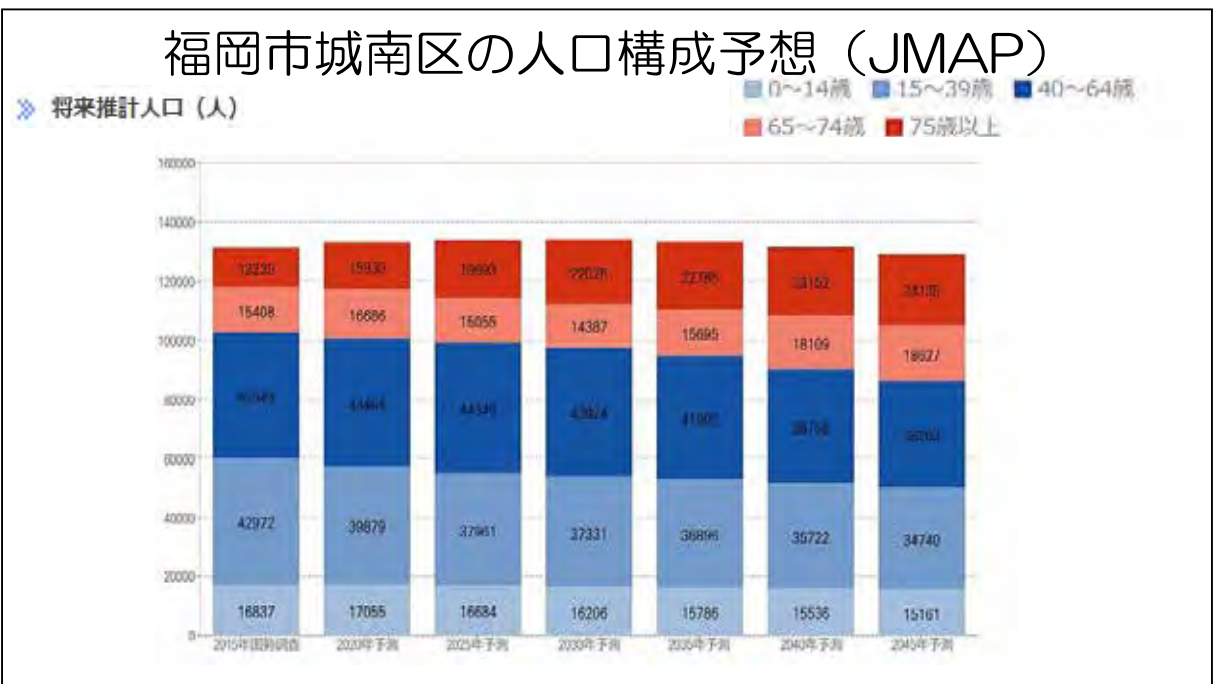
注) 福岡市城南区は、報告者の向井所長の勤務する「福岡市城南保健所管内」であり、
福岡・糸島医療圏は、福岡市と糸島市 160万人の福岡県で最も人口の多い二次医療圏です。



福岡県 福岡市城南区

関連地域
 福岡県 | 福岡 - 北九州空港 | 福岡市東区 | 福岡市博多区 | 福岡市中央区 | 福岡市南区 | 福岡市西区 | 福岡市
 城南区 | 福岡市早良区 | 糸島市
 (クリックすると、その地域の画面に移動します)

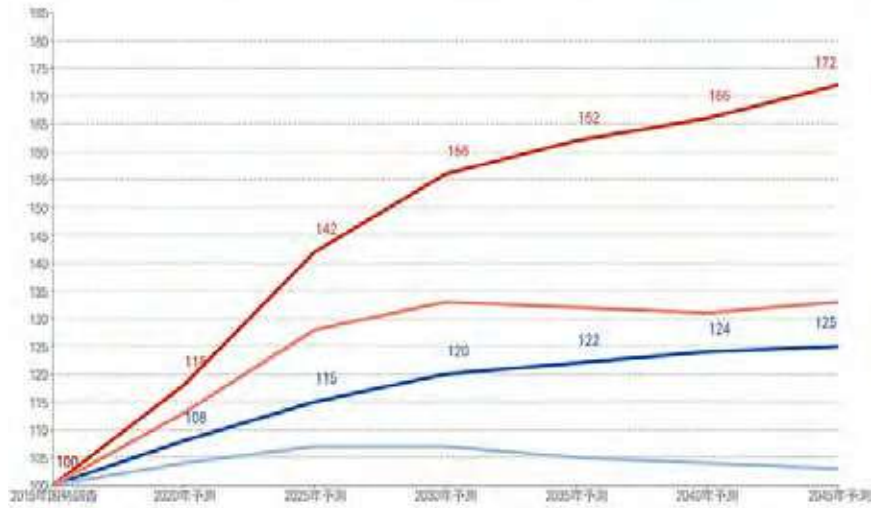
面積		15,996㎡
国勢調査人口	(2010年)	128,659人
	(2015年)	130,995人
人口増減率 (2010~2015年)		1.82% (※) -0.75%
高齢化率 (65歳以上・2015年)		21.00% (※) 26.60%
人口密度 (2015年)		8,192.30人/㎡ (※) 340.80人/k㎡



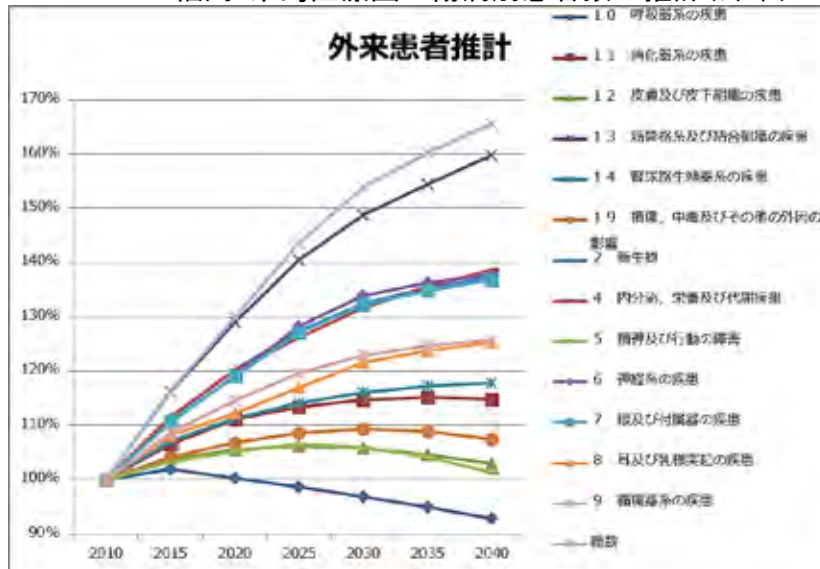
医療介護需要予想指数の城南区と全国の比較（JMAP）

※ 医療介護需要予測指数（2015年実績=100）

■ 医療：城南区 ■ 医療：全国平均
■ 介護：城南区 ■ 介護：全国平均

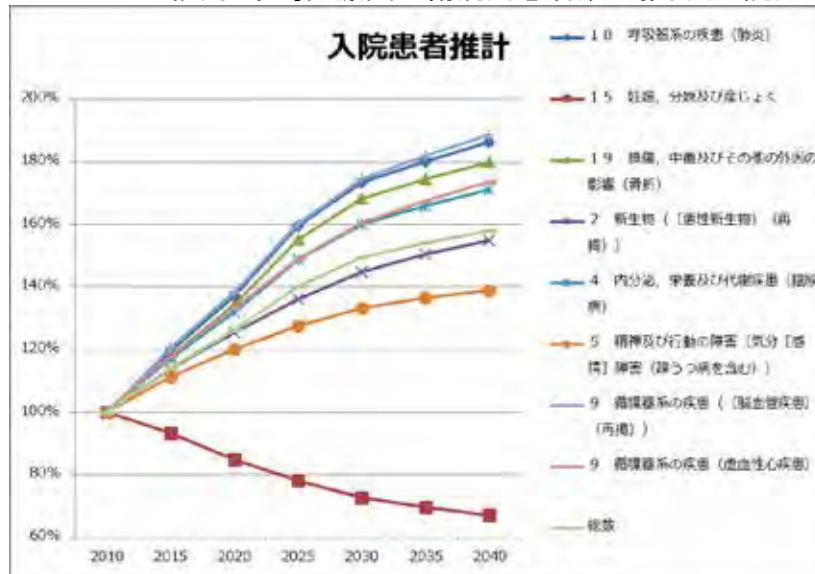


福岡・糸島医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

福岡・糸島医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

病床種類別の病床数（福岡市城南区と全国の比較）JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 （人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

	病床数		人口10万人あたりの病床数	
	城南区	城南区	城南区	全国平均
一般診療所病床	137	104.58	68.38	
病院病床(全区分計)	1,787	1,364.17	1,185.40	
一般病床	1,319	1,006.91	697.23	
精神病床	208	158.78	254.42	
療養病床	260	198.48	228.08	
結核・感染症病床	0	0.00	4.46	

赤字：全国平均より少
 青地：全国平均より多

JMAP 福岡市城南区と全国の比較

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 (人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	城南区 施設数	人口10万あたりの施設数	
		城南区	全国
在宅療養支援診療所 1	0	0.00	0.17
在宅療養支援診療所 2	5	3.82	2.63
在宅療養支援診療所 3	9	6.87	8.75
在宅療養支援診療所合計	14	10.69	11.54
在宅療養支援病院 1	0	0.00	0.17
在宅療養支援病院 2	1	0.76	0.32
在宅療養支援病院 3	3	2.29	0.74
在宅療養支援病院 合計	4	3.05	1.24

赤字：全国平均より少
 青地：全国平均より多

福岡市城南区における訪問診療需要の推計

(人/日)	2013年	2025年	2013年/2025年
訪問診療需要	*	**	

* 地域医療構想における在宅医療等のうち訪問診療分

** 2018年、医療計画と介護保険事業支援計画の整合性の確保後の数値

在宅医療の提供状況について ～在宅療養支援診療所等調査結果から～ 【福岡・糸島圏域】

令和3年2月
福岡県高齢者地域包括ケア推進課

調査の概要について

1 目的

- ・本県の在宅医療の現状等を把握し、在宅医療にかかる連携体制構築の進捗状況の評価を行う。
- ・過去の調査結果と比較し、課題を分析することで、保健医療計画や在宅医療の推進に反映させる。

2 調査実施日

令和2年6月22日

3 調査対象と回収率

令和2年6月1日現在、九州厚生局に以下の届出を行っている県内の医療機関を対象とした。

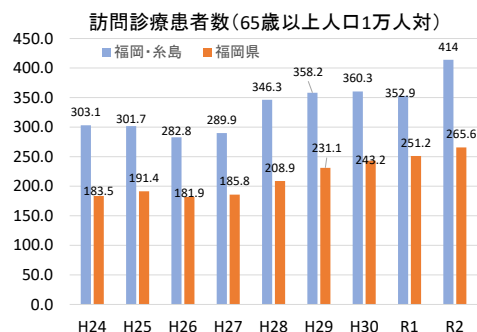
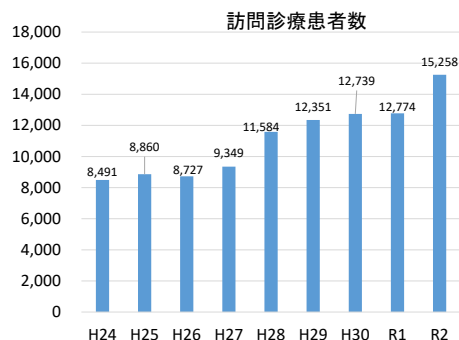
- ・在宅療養支援診療所 763ヶ所/796ヶ所（回収率 95.9%）
【うち、福岡・糸島圏域 233ヶ所/239ヶ所（回収率 97.5%）】
- ・在宅療養支援病院 84ヶ所/93ヶ所（回収率 90.3%）
【うち、福岡・糸島圏域 24ヶ所/26ヶ所（回収率 92.3%）】
- ・在医総管（診療所・病院） 382ヶ所/409ヶ所（回収率 93.4%）
【うち、福岡・糸島圏域 97ヶ所/109ヶ所（回収率 89.0%）】

※在医総管は、平成29年度から調査対象としている。

訪問診療患者数(年次推移)

※推計値

- ・訪問診療患者数(推計値)は平成29年度まで増加傾向にあり、その後は横ばいで推移していたが、令和2年度に大きく増加した。
- ・訪問診療患者数(推計値・65歳以上人口1万人対)は県平均の1.4~1.7倍で推移している。



※「訪問診療患者数」とは、7月の1ヶ月間に訪問診療の算定を行った患者数を指す。(平成29年度及び令和2年度は、6月の1ヶ月間の患者数を指す。)

※推計値について

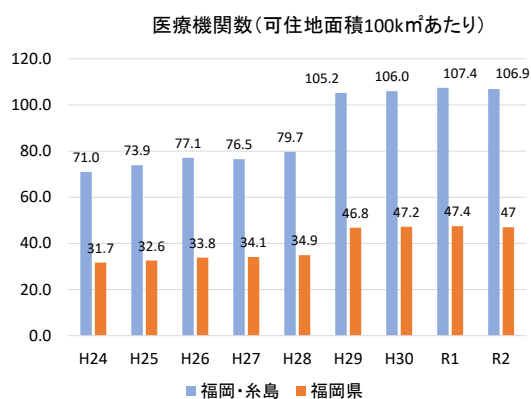
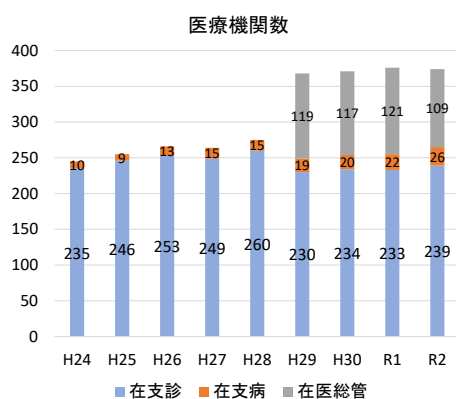
平成24年度～H28年度は2区分(在支診・在診病)、平成29年度は3区分(在支診・在診病・在医総管)に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分(在支診1～3、在診病1～3、在医総管(診療所・病院))に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分(在支診1～3、在診病1～3)、平成29年度は7区分(在支診1～3、在診病1～3、在医総管)に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。

※65歳以上人口1万人対の数値は、推計値(小数点以下をすべて含んだ数値)をもとに算出し、平成30年度に報告しているが、令和元年度からは、推計値(小数点第1位までで四捨五入し、整数にした数値)をもとに算出し直しているため、前回示した数値と差が生じる地域がある。

在支診・在診病・在医総管を届け出ている医療機関数(年次推移)

※実数

- ・在宅療養支援診療所数は平成28年度までわずかに増加傾向にあったが、平成29年度に減少し、その後はおおむね横ばいで推移している。在宅療養支援病院数は増加傾向にある。
- ・在宅医療に取り組む医療機関数(可住地面積100km²あたり)は、県平均の2.2~2.3倍で推移している。



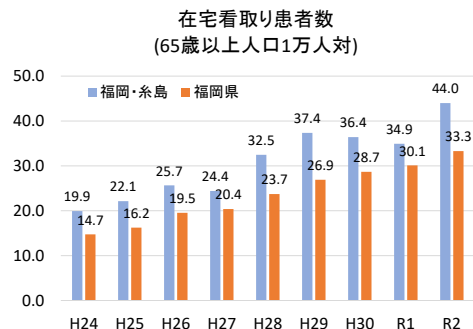
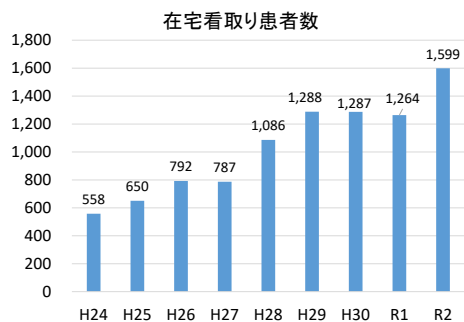
※可住地面積とは、総面積から林野面積及び主要湖面積(面積1km²以上の湖沼)を差し引いて算出したもの。

※在医総管は、平成29年度から調査対象としている。

在宅看取り患者数(年次推移)

※推計値

- ・在宅看取り患者数(推計値)は平成29年度まで増加傾向にあり、その後は横ばいで推移していたが、令和2年度に大きく増加した。
- ・在宅看取り患者数(推計値・65歳以上人口1万人対)は、県平均の1.2~1.4倍で推移している。



※「在宅看取り患者数」とは、4月1日~3月末の1年間に在宅で看取りを行った人数を指す。(H24~H28については、4月~7月までの4ヶ月に在宅で看取りを行った人数を3倍した人数を指す。)

※推計値について

平成24年度~H28年度は2区分(在支診・在診病)、平成29年度は3区分(在支診・在診病・在医総管)に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分(在支診1~3、在診病1~3、在医総管(診療所・病院))に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度~28年度までの訪問診療患者数は6区分(在支診1~3、在診病1~3)、平成29年度は7区分(在支診1~3、在支病1~3、在医総管)に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。

※65歳以上人口1万人対の数値は、推計値(小数点以下をすべて含んだ数値)をもとに算出し、平成30年度に報告しているが、令和元年度からは、推計値(小数点第1位までで四捨五入し、整数にした数値)をもとに算出し直しているため、前回示した数値と差が生じる地域がある。

(3) 質疑

■ 福岡市における在宅医療の確保の取り組み

- 福岡市でのデータとりまとめは、平成 24 年から毎年福岡県と県医師会が実施している県全体の調査データから市データの抽出、そこから区ごとのデータを抽出している。在宅看取り患者数は在宅医療の進捗状況の確認指標になっている。平成 24 年から令和 2 年の訪問診療患者数の増加率から 2025 年を予想すると、供給は需要を賄えると地域医療課含め市では考えている。(向井先生)
- 福岡市は在宅医療に関して 2025 年まで需要に供給量が追いついている。福岡市は人口 150 万人、保健所 7 つ。通常の府県の県保健所であれば、7 保健所のうち 4 保健所は在宅医療に関与せず、3 保健所について在宅医療に関与している程度。全部の区保健所が横並びで在宅医療を進められているのはすごい。(逢坂先生)
- 各区の取り組み状況については、在宅地域包括支援委員会で報告し、各区の状況を共有している。各区で差があり、それを市保健所が支援する。(向井先生)
- 福岡市の保健所がうまくいっていることに敬意を表したい。ただ、資料をみると、在支診はそう増えていない。今後の戦略について、在支診の増加数に限界があるならば在支病や地域包括ケア病床について検討してみてもどうか。在支病となることにインセンティブを付ける等で増やすことを考えてはどうか。特に福岡市は介護需要だけではなく、医療需要も今後増す。戦略を持って病院を誘導しない限り、在支病は増えないと感じる。(柳先生)
 - 在支病は病院にとって今後成長分野。実例を示し理解を得ることが近道。民間病院は新規事業参入に躊躇する傾向があるので、行政が情報提供をすべきである。(毛利先生)
 - 福岡市として、戦略を意識し、区保健所と共通認識を持つことが大切。戦略的に、10 年後のマーケットの広がりや将来像を伝え、診療所が病院と共存していける認識(敵対しない、患者を取り合わない)を持つことが必要。在支病にとっては、介護分野も患者が利用すればさらに成長が見込める。これを市が意識して認識として持つことが必要。(逢坂先生)
 - これまで経営的な観点で医師会とは話したことはない。本研究班での意見を本庁と共有する。(向井先生)
- 県の地域医療構想を、市は関係会議等で共有しているのか。(厚労省 中西先生)
 - 共有していない。(向井先生)
 - 地域医療構想は県レベルなので、恐らく市は介入ないだろう。県は産業医大や医師会との連携はあるだろう。(柳先生)

- 本研究班では保健所、行政の役割を評価し高めたい。福岡市では保健所主体というよりは、医師会主体で行政がタイアップという形になっている。行政はどこが一番関わり、一番インパクトを与えているのか。(岡本先生)

→本庁は各区の特性を生かし、意見をまとめている。また、平時から医師会の先生方と連携をとることでコロナ禍でも対策（在宅医療）を早期に進めることができた。日頃から連携をとる。(向井先生)

- 都市部では非医師会員である若手医師で在宅ネットワークが作られている。コロナ禍では、自宅療養者への在宅医療提供については医師会員・非会員区別なく、サービスの提供が必要。福岡市では非会員もまとめあげる工夫はあるのか。(中本先生)

→医師会にお願いし、ブロック支援病院に関しては手挙げ方式。保健所は医師会員の先生とのつながりは強いが非会員までは難しい。(向井先生)

(4) 事例報告のまとめ

行政による在宅医療体制構築支援の分析手順

- ①管内の在宅医療の体制(診療所主体か病院主体か、混合型か)と供給量(訪問診療患者と看取り数等)の推移を把握
- ②行政が介入しない場合に、2025年以降の訪問診療需要に供給が追いつかないことを確認
- ③行政としての戦略を練る
- ④医師会など(管内の診療所、病院、訪問看護)に働きかける
- ⑤目に見える実績を上げている
- ⑥課題

福岡市は、県・県医師会による調査から提供された在宅医療データを市が抽出し、

①市区内の在宅医療の体制(診療所主体)と供給量(訪問診療患者数、自宅看取り数等)の推移を把握。

②在宅医療需要と市が独自に推計した「病院外で看取るべき患者数」の急増を推計し、危機感。

③戦略としては、在宅医療データを区保健所に毎年提供し医師会等の動機づけを行い、区医師会を中核として在宅医療推進策を展開すること。

④各区に複数のブロック支援病院を設置し、それらを中心に在宅医療推進策(在宅医の交流会、後方支援体制の整備、代診医制度)を進めている。

⑤訪問診療患者数と病院外での看取り患者数などが増加した。

⑥診療所が在宅医療を継続していく上での課題として、1)在宅医の増加、2)24時間対応体制の負担軽減のために後方支援ベッドの確保が挙げられた。班員からは、ここ数年、3)在支診数が減少、4)在支病数が微増加程度であること、5)通常の診療所の訪問診療患者数が伸びないことから、今後10年以上を見据えて、病院の在宅医療への参入(在支病化)を促していくため、経営的メリットを示すなどの戦略を取るべきとの意見があった。

4 第4回班会議（令和3年9月25日）

（1）在宅医療充実への取り組み事例

千葉県 柏市保健福祉部地域医療推進課 浅野美穂子 専門監

令和3年度厚生労働省地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「医療構想と地域包括ケアの推進における保健所の役割についての研究」班
第4回班会議・事例報告

柏市における 在宅医療の確保の取り組み

柏市保健福祉部地域医療推進課

浅野 美穂子

2021年9月25日
ZOOM会議

【◆在宅資源等の特徴◆】

- ①千葉県の人10万対の全国順位は、一般診療所施設数は45位、一般診療所病床数は40位、病院施設数は44位、病院病床数は43位の状況である。
- ②柏市の人10万対の一般病院病床数は全国平均並み、一般病院病床利用率は全国より高い。
- ③人口あたりの在宅療養支援診療所は全国より27%低く、在宅療養支援病院は全国より81%少ない。

【◆対策の特徴◆】

- ・東京大学・UR都市機構・柏市による三者協定：産学官連携の「柏プロジェクト」の展開
- ・地区医師会と市がタッグを組み、各職能団体が参加し、点ではなく、面で支える体制を構築

★柏市の在宅資源等の特徴

二次医療圏

柏市の医療機関の現状は病床利用率が高い状態がある。人口構成から団塊の世代が後期高齢者になる際は大量の医療・介護ニーズが発生するものの、その後10年は一気に需要が縮まり、その後高齢者人口が増加するのは団塊ジュニア世代を待つ形となり、地域の資源の中で患者を診ていく視点(=在宅医療)が必要になる。

★対策の特徴

2010年から在宅医療推進のプロジェクトを立ち上げて、在宅医療・介護多職種連携の取り組みを行い、この取り組みが全国のモデルとなり

2015年介護保険法の改正に大きな影響を与えることとなった。

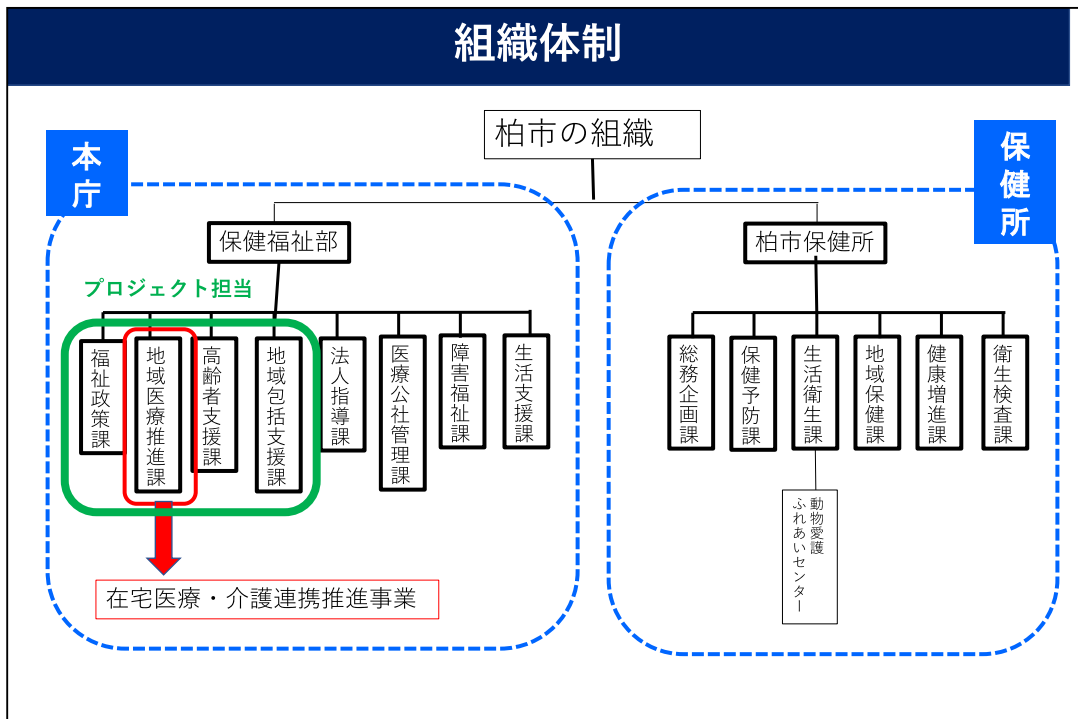
柏市の概要

- 柏市は千葉県北西部に位置する。
面積：114.74 k m²
- 東京都心から約30kmの距離、
ベッドタウンとして人口増加
2010年に中核市へ移行
- 人口（2021年9月）:435,675人
- 世帯数：196,814世帯
- 高齢化率：25.9%



柏市は東京のベッドタウンとして高度成長期に急激に人口が増加し、現在は人口約 43 万人の中核市である。
手賀沼や利根川に代表される自然と、市中央部にある JR 柏駅周辺を中心とした商業施設による賑わいが折り重なっている都市。
2006 年にはつくばエクスプレスが開業し、柏の葉キャンパス駅エリアでは、東京大学や千葉大学を中心とした先進的な学術の街となっている。

組織体制



柏市の保健師数は 93 名、5 部 9 課への配置、約 8 割は保健所に配属されている。
在宅医療推進のためのプロジェクトは保健福祉部で担当している。

在宅医療・介護連携推進事業の関係自治体連携（保健医療圏単位）にて、市保健所は会議には参加しているものの具体の取り組みへの参加・協働はない状況。

柏市における人口推移と将来人口推計

- 総人口および現役世代は2025年頃をピークに減少。
- 高齢者人口は増加を続け、2040年には高齢化率は30%を超える見込み

図表 2-1-1 柏市の年齢層別(3層)人口の推移と見込み



柏市の人口は現在は微増、2025年頃にピークを迎える見込み、その後減少傾向に転じる。年齢構成別では、65歳以上の高齢者が増加し、15-64歳の生産年齢人口と15歳未満の年少人口は減少する見込みである。

柏市内：4エリアごとの将来人口推計



柏市内の状況は第8期介護保険事業計画では日常生活圏域単位でデータ化し分析している。

柏市の高齢者人口・割合の推移

- ▶ 高齢者人口は一貫して増加を続け、前期高齢者は2030年までは減少するが、団塊ジュニア世代が高齢者になる2040年にかけて再び増加していく。
- ▶ 後期高齢者は2020年には前期高齢者を上回り、2025年には高齢者に占める後期高齢者率が60%を超える見込み。後期高齢者数、後期高齢者の占める割合とも、2030年にピークを迎え、その後は減少する見込み。



高齢者人口は一貫して増加を続け、前期高齢者は2030年までは減少するが、団塊ジュニア世代が高齢者になる2040年にかけて再び増加していく。
 後期高齢者は2020年には前期高齢者を上回り、2025年には高齢者に占める後期高齢者率が60%を超える見込み。
 後期高齢者数、後期高齢者の占める割合とも、2030年にピークを迎え、その後は減少する見込み。

柏市の医療施設および病床数の状況

病床種類別の病床数(柏市と全国の比較)JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 (人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	病床数		人口10万人あたりの病床数	
	柏市	全国平均	柏市	全国平均
一般診療所病床	59	68.38	14.25	68.38
病院病床 (全区分計)	5,244	1,185.40	1,266.81	1,185.40
一般病床	3,362	697.23	812.17	697.23
精神病床	1,320	254.42	318.88	254.42
療養病床	562	228.08	135.76	228.08
結核・感染症病床	0	4.46	0.00	4.46

赤字: 全国平均より少
 青字: 全国平均より多

人口10万人あたりの病床数は一般病床・精神病床は全国平均より多く、療養病床は全国平均より少ない状況。

在宅医療等に関わる医療資源の状況

JMAP柏市と全国の比較

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	柏市 施設数	人口10万人あたりの施設数	
		柏市	全国平均
在宅療養支援診療所 1	0	0.00	0.17
在宅療養支援診療所 2	17	4.11	2.63
在宅療養支援診療所 3	18	4.35	8.75
在宅療養支援診療所 合計	35	8.46	11.54
在宅療養支援病院 1	0	0.00	0.17
在宅療養支援病院 2	0	0.00	0.32
在宅療養支援病院 3	1	0.24	0.74
在宅療養支援病院 合計	1	0.24	1.24

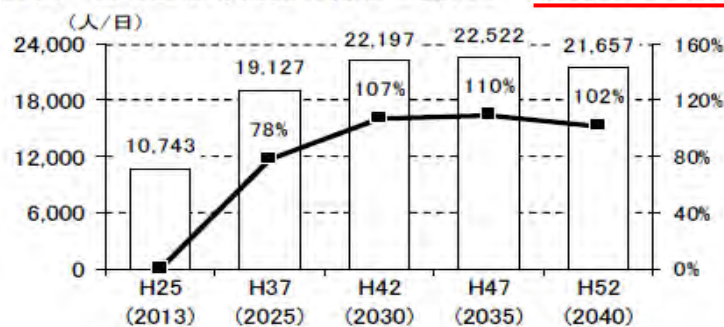
★在宅療養支援歯科診療所：39ヶ所 ★在宅受入れ薬局：66ヶ所
★訪問看護事業所：32ヶ所

赤字：全国平均より少
青字：全国平均より多

在宅療養支援診療所：機能強化型2が多い理由は、医師会在宅プライマリケア委員会で主治医・副主治医制の検討、グループ化の推進を図っていることが影響している。

参考：千葉県医療計画での推計（東葛北部区域）

図表 在宅医療等需要の推移と変化率（東葛北部区域）



「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

★千葉県医療計画（平成30～35年度）内の説明（要約）

在宅医療に関する資源が充実しているが、今後は在宅医療の需要が大きく増加する見込み。退院支援を実施している医療機関数は全県平均（65歳以上人口10万対）とほぼ同水準。訪問診療を実施する診療所や、訪問看護ステーション数を増加目標とし、資源の拡充と連携を促進していく。市とも連携を図り、市の圏域を基本として在宅医療の体制整備を進めていく。

在宅医療に関する資源が充実しているが、今後は在宅医療の需要が大きく増加する見込み。東葛北部保健医療圏では、松戸市・柏市で在宅医療推進・充実に向けた取り組みが展開され、訪問診療患者延数に占める診療所の受診割合は93.1%と全国平均・県内平均より高い状況。

柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会 協定の締結

H22年当時、高齢化率が40%を越えていた豊四季台地域をモデルとして、「高齢社会の安心で豊かな暮らし・まちのあり方」を柏市、東京大学、UR都市機構の三者で議論し、実践するために協定を締結

当初協定の主な連携事項

平成22年5月から5か年

- 1 在宅医療の推進
- 2 在宅医療を担う医療・介護職の育成
- 3 生きがい就労・生きがい支援
- 4 生涯学習
- 5 高齢者等の住宅
- 6 移動手段
- 7 その他、必要と認める事項



変更後の主な連携事項

平成27年5月から **継続中**

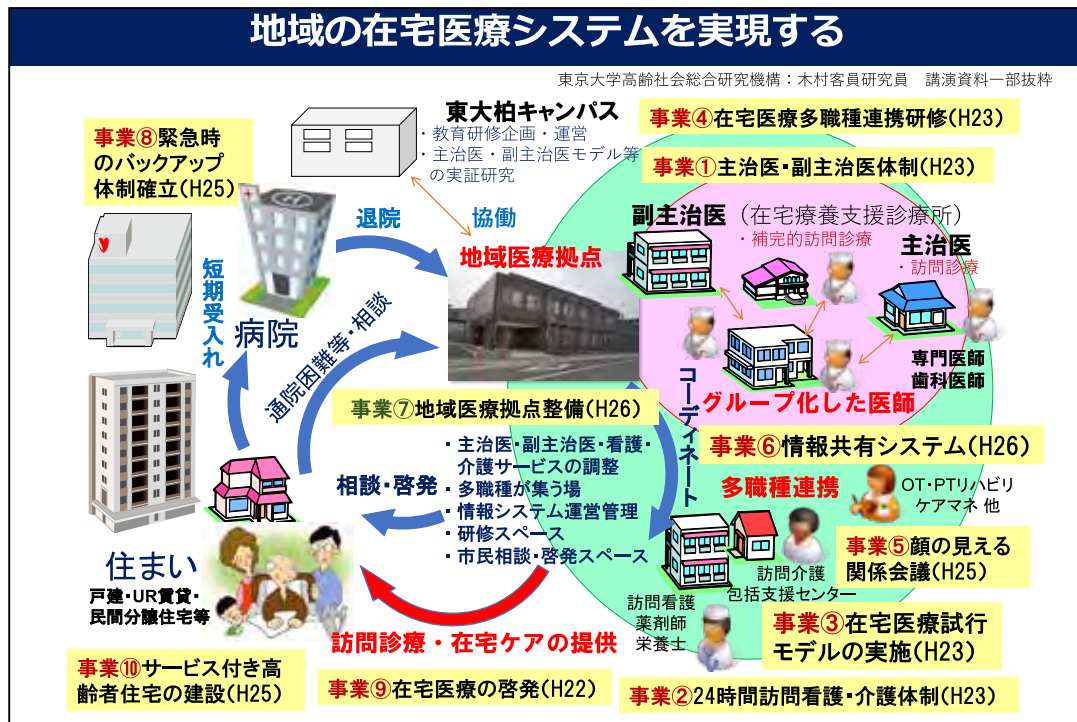
- 1 在宅医療の推進
- 2 在宅医療を担う医療・介護職の育成
- 3 生きがい就労・生きがい支援
- 4 生涯学習
- 5 高齢者等の住宅
- 6 移動手段
- 7 生活支援サービス
- 8 健康づくり・介護予防
- 9 その他、必要と認める事項



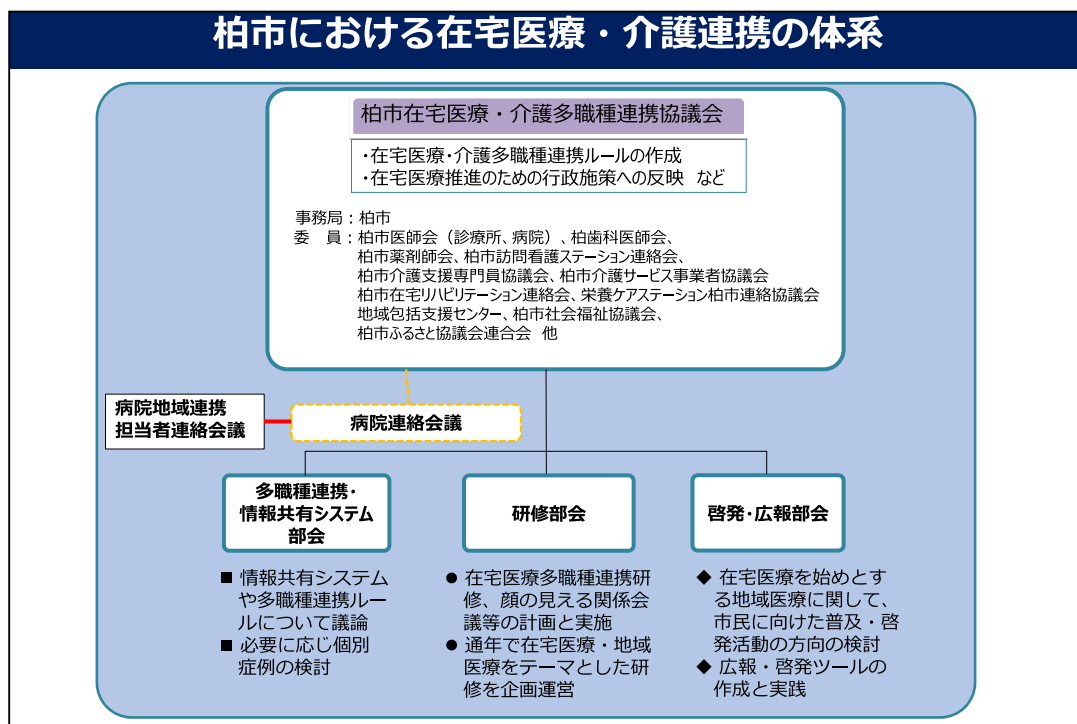
柏市では高齢化の進展に対応するために、平成22年に東京大学・UR都市機構、柏市の三者で協定を結び、目指すべきまちの姿として、「いつまでも在宅で安心して生活できるまち」、「いつまでも元気で活躍できるまち」の2点を理念とし、2010年に取り組みをスタートした。

柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会（三者研） これまでの取り組み										
第1フェーズ 2010~2015				第2フェーズ 2015~						
		2010年度 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	2017 (H29)	2018 (H30)
在宅医療	【体制・ルールの構築】									
	在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築 主治医・副主治医制度の構築、病院のバックアップ機能を確保（10病院会議にて）									
	在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進 顔の見える関係会議、在宅医療研修の開催等									
	情報共有システムの構築 ICTを活用し、患者の情報を医療・介護職で共有し、多職種連携を推進									
市民への啓発 民生委員等地域住民への啓発、在宅医療情報誌「わがや」の発行										
生活支援										
介護予防										
社会参加										
住まい										

これは今までの取り組みを年表で整理したもの。
平成22年からの5年間を第1フェーズとして位置づけ、在宅医療の体制整備とルールの構築を進めてきました。
平成27年からの第2フェーズでは、在宅医療については、普及と定着の取り組みと質や機能の向上に取り組んでいる。
あわせて、地域包括ケアシステムのその他の項目である「生活支援」、「介護予防」、「社会参加」、「住まい」に関する取り組みについても、在宅医療の推進の中で構築された枠組みを活用して展開されていくようになった。



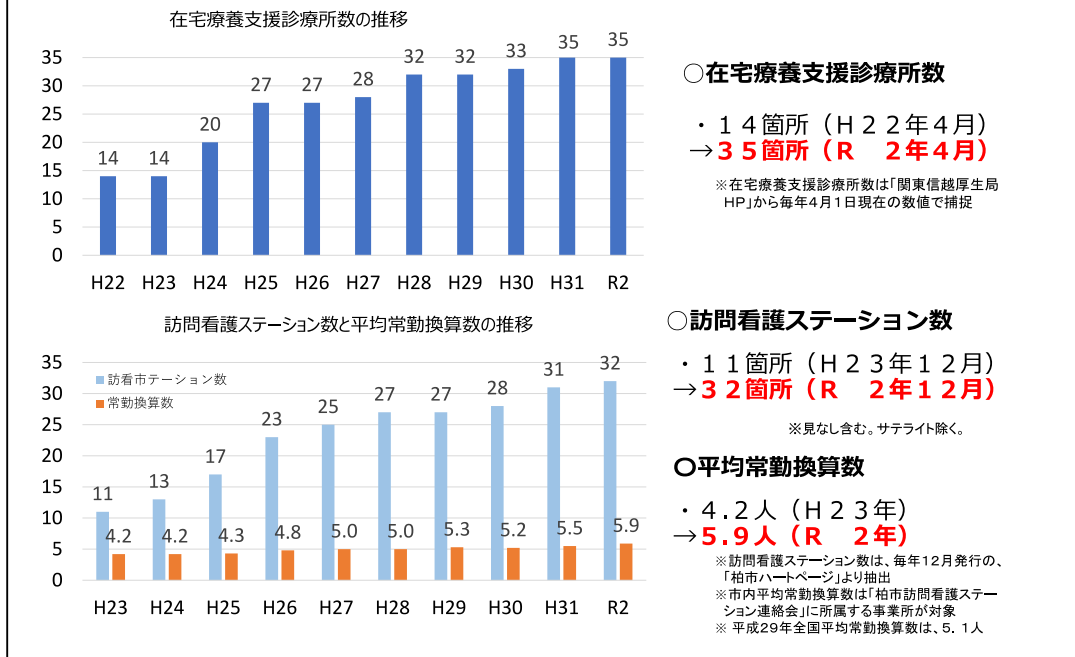
在宅医療の体制構築とルールの構築のために進めてきた取り組みをまとめたもの。



2014年度から、多職種の各職能団体代表者に参加してもらい、取り組みの共有・検討、ルールの作成を行う「連携協議会」と、各施策を具体的に推進する3つの作業部会を設置し、各職能団体から推薦された専門職や市民団体・関係者で協議している。

病院連絡会議は、市内の救急告示病院、災害医療拠点病院、国立がん研究センター東病院の院長が参加し、災害医療・救急医療・在宅医療の取り組みについての情報共有・検討の場として、定期的に開催している。
その実務者レベルの検討の場として、市内病院地域連携担当者連絡会議を設置し、病院と在宅との連携強化を推進している。

取り組みの成果



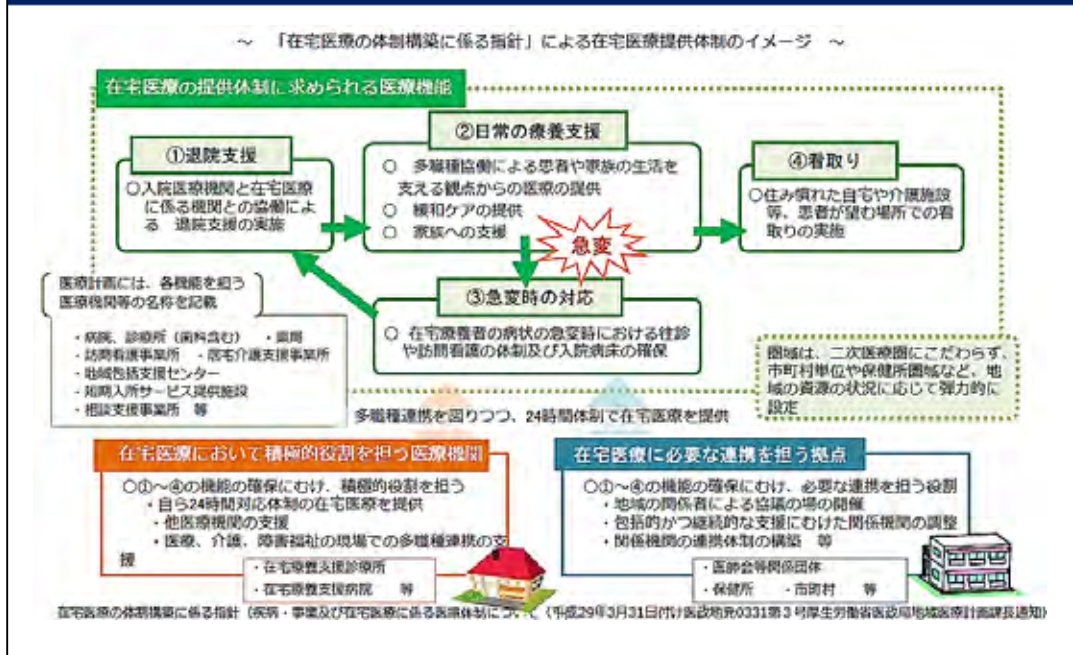
2010年に発足したプロジェクトの取り組みにより、在宅医療推進に必要な在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションは増加。

在宅医療・介護連携の評価指標

アウトカム指標		利用者・家族の生活満足度 医療・介護サービス従事者満足度 在宅療養率
活動状況・連携状況	プロセス指標	在宅医療の認知度 場所別の死亡割合（死亡小票分析） 入退院時の連携（退院時共同指導料、退院調整加算、介護支援連携指導料）
提供体制等		最期を迎えたい場所の希望割合 在宅医療・介護サービスの実績 （医科、歯科、薬剤、看護、リハビリ、定期巡回等）
	ストラクチャー指標	訪問診療を行う診療所数 訪問歯科診療を行う診療所数 訪問薬剤指導を行う薬局数 訪問看護ステーション数、訪問リハビリ事業所数 居宅介護支援事業所数、訪問介護事業所数 地域密着型サービス数、高齢者入所施設数 等

柏市の在宅医療・介護連携推進事業の評価指標はこのように整理されている。
3年ごとに策定される柏市の介護保険事業計画に合わせて評価することとしている。

参考：4つの場面での整理



介護保険法の地域支援事業に位置づけられている在宅医療・介護連携推進事業は8項目の事業実施が市町村に義務付けられていますが、手引きの改正に伴い、4つの場面での取り組みの整理・評価が求められるようになってきている。

柏市でも、今年度からこの4つの場面での整理・評価に取り組んでいる。

東京大学との連携

・ 1. 人口動態統計死亡小票の分析による在宅看取り状況の把握

平成29年度厚生労働行政推進調査事業費

「在宅医療・在宅看取りの状況を把握するための調査研究」

・ 2. 在宅及び慢性期の医療機関で療養する患者の状態の包括的評価方法の確立のための研究

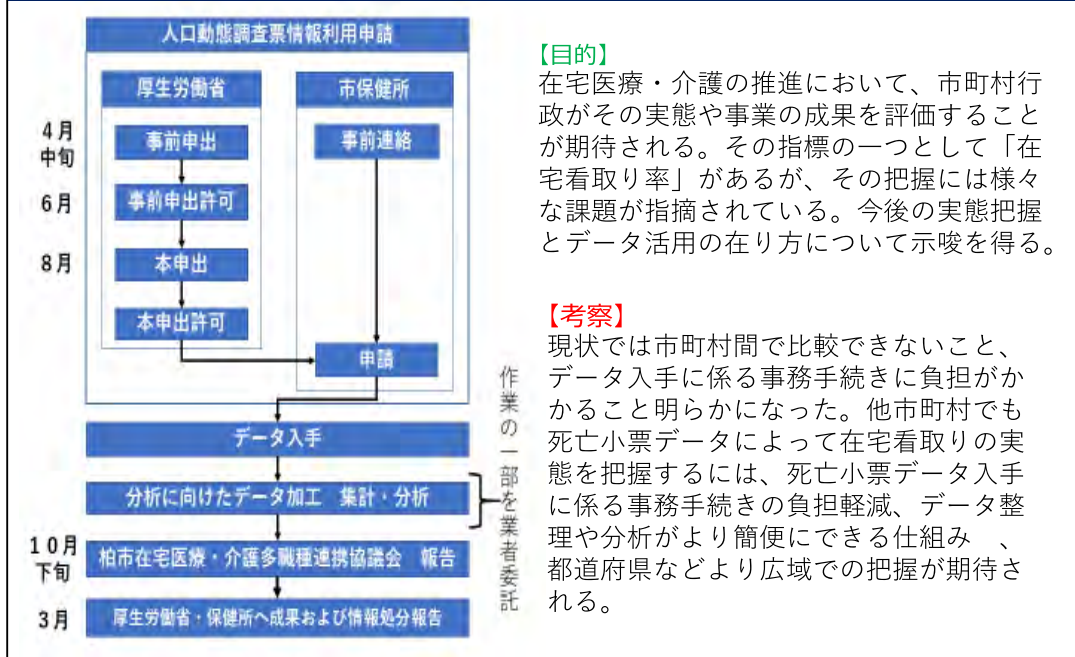
平成30年度厚生労働科学研究費補助金（H30～R2年）

（地域医療基盤開発推進研究事業）

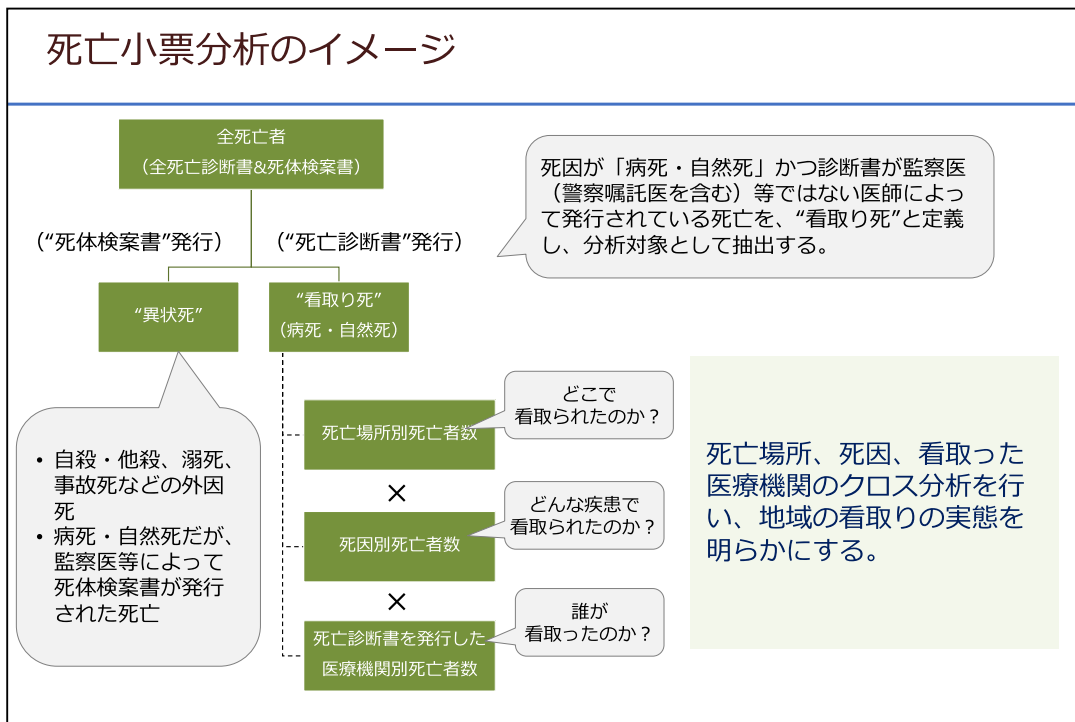
柏プロジェクトでは、三者協定があるため、様々な面で東京大学の支援・専門的な助言を受けながら、取り組みを進めている。

特に、評価という視点では、研究事業と連動する場面もある。

1. 人口動態統計死亡小票の分析による在宅看取り状況の把握



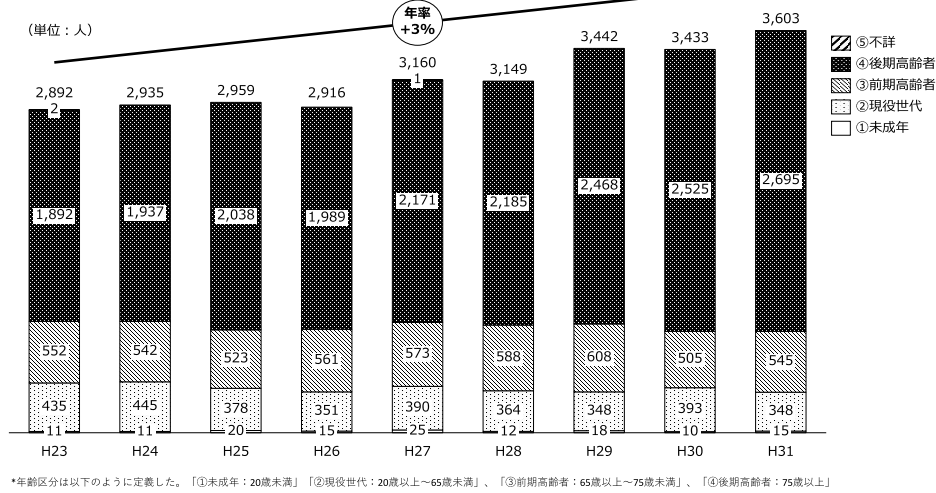
死亡小票データのうち死亡診断書由来と推測されるものを「看取り死」と定義し、死亡場所別、死因別、看取った医療機関の所在地別、エリア別にクロス集計・分析を行っている。結果は柏市在宅医療・介護多職種連携協議会で各職能団体と共有し、さらに近隣市（関係自治体連携：保健医療圏単位）にも情報提供を行い、死亡小票分析を取り入れる市が増加した。関係自治体連携の会議には県担当者の参加しているため、死亡小票分析への県の支援を依頼したが叶わなかった経緯もある。



プロジェクト開始された時から、取り組みの評価として死亡小票分析を実施している。市がデータ取得の申請を行い、分析を委託し、結果を在宅医療・介護多職種連携協議会で共有している。結果については、市のホームページに会議資料として公開されている。

死亡者数の推移

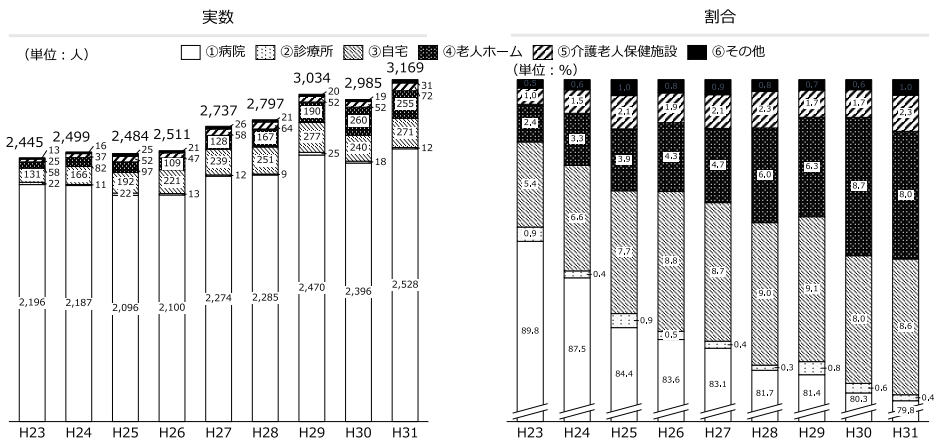
- 死亡者数は増加傾向にあり、年率3%で増えている
- 増加分の大多数を後期高齢者が占めている。



死亡者数は増加傾向。

死亡場所別の“看取り死”数の推移

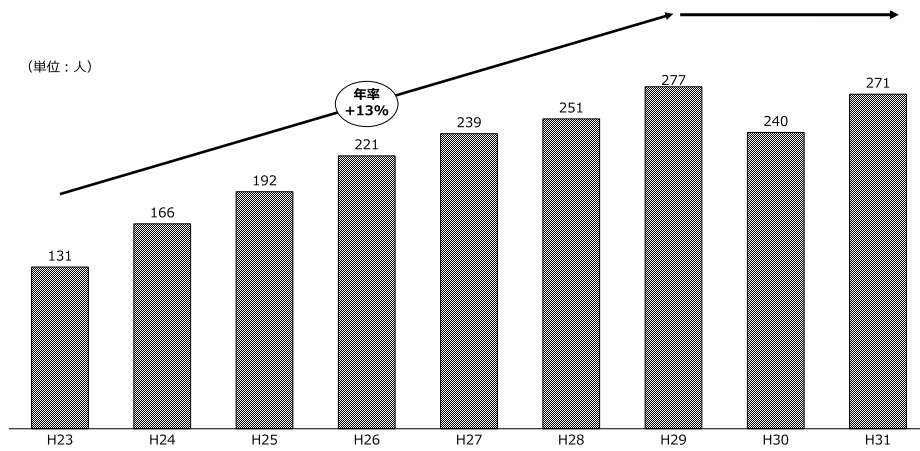
- 老人ホームでの“看取り死”数は増加傾向にあり、平成23年と比較して約4.4倍に増加した。
- 平成22年から平成31年にかけて病院の看取りは約10ポイント減少したのに対し、自宅と老人ホームの合計値は約10ポイント増加した。



死亡場所別で見ると、病院看取りは減少、自宅と老人ホームが増加し、特に老人ホームの増加の伸びが大きくなっている。

自宅での看取り件数の推移

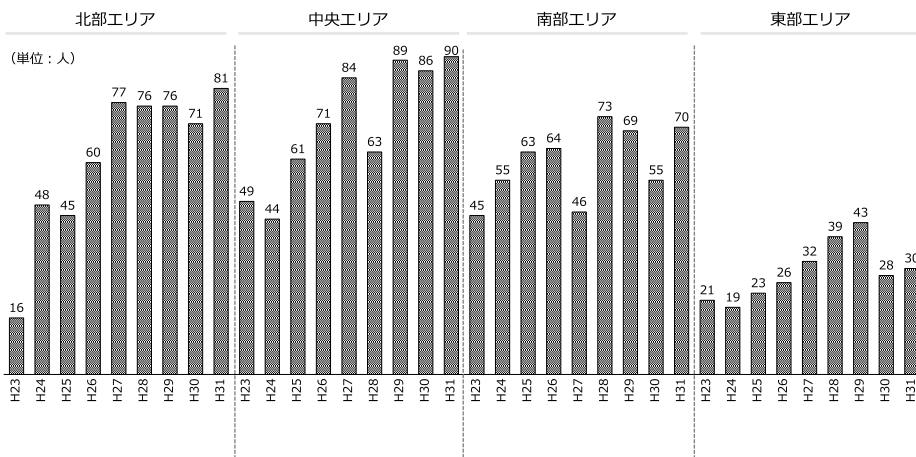
- 自宅での“看取り死”数は平成29年まで増加、その後は横ばいで推移している。



自宅看取りの状況は 2017 年 (H29) から横ばいの状況、2018 年 (H30) の減少の理由は不明。

市内エリア別の自宅“看取り死”数の推移

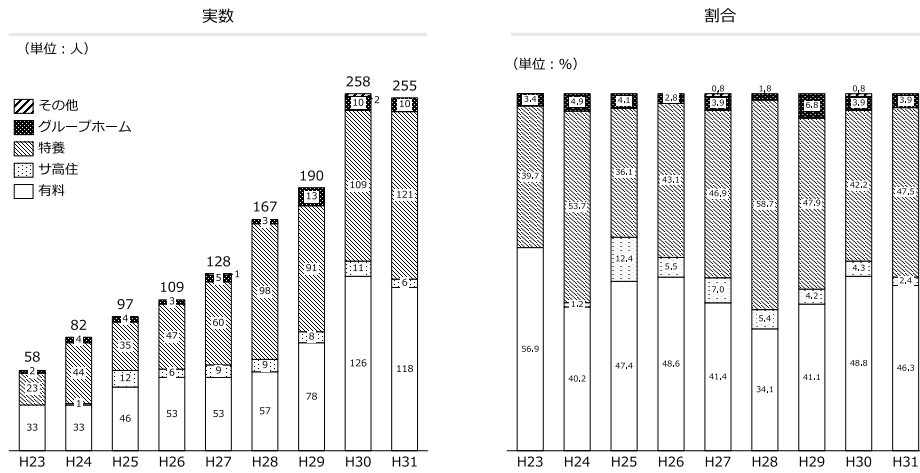
- 東部エリアを除き、平成26年まではどのエリアも自宅“看取り数”は増加傾向にあったが、それ以降は増減を繰り返して推移している。



エリア別：大圏域単位での分析も行っている。

老人ホームの種別ごとの看取り件数の推移

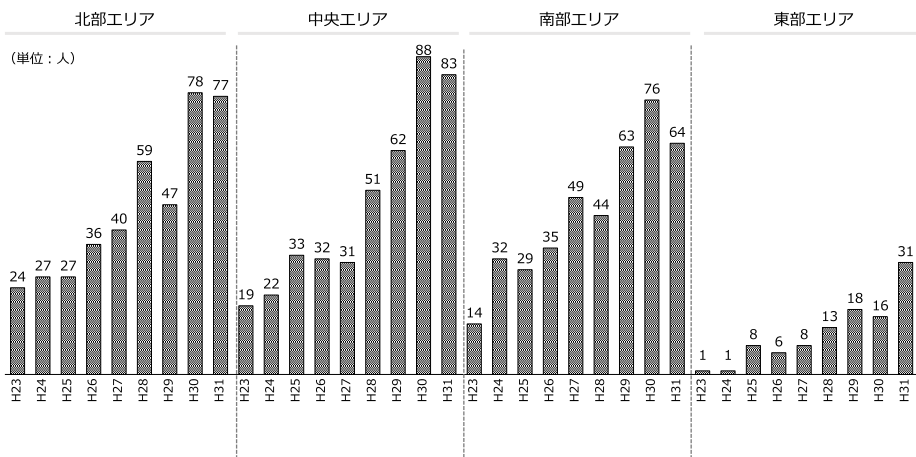
- 特養での看取り件数は一貫して増加傾向にある



老人ホームの看取り、特に特別養護老人ホームが増加している状況がデータから確認できているため、昨年度は特別養護老人ホームに看取りの現状ヒアリングを実施した。

市内エリア別の“老人ホーム”看取り死数の推移

- 平成23年と比較すると全てのエリアで大幅に増加している。



2. 在宅及び慢性期の医療機関で療養する患者の状態の包括的評価方法の確立のための研究

【目的】

介護保険サービス利用者が生活に対して感じている生活満足度・幸福感を確認し、この情報と医療・介護サービス利用状況等の情報を個人単位で紐づけて分析することにより、生活に資する在宅医療・介護のあり方を検討する。

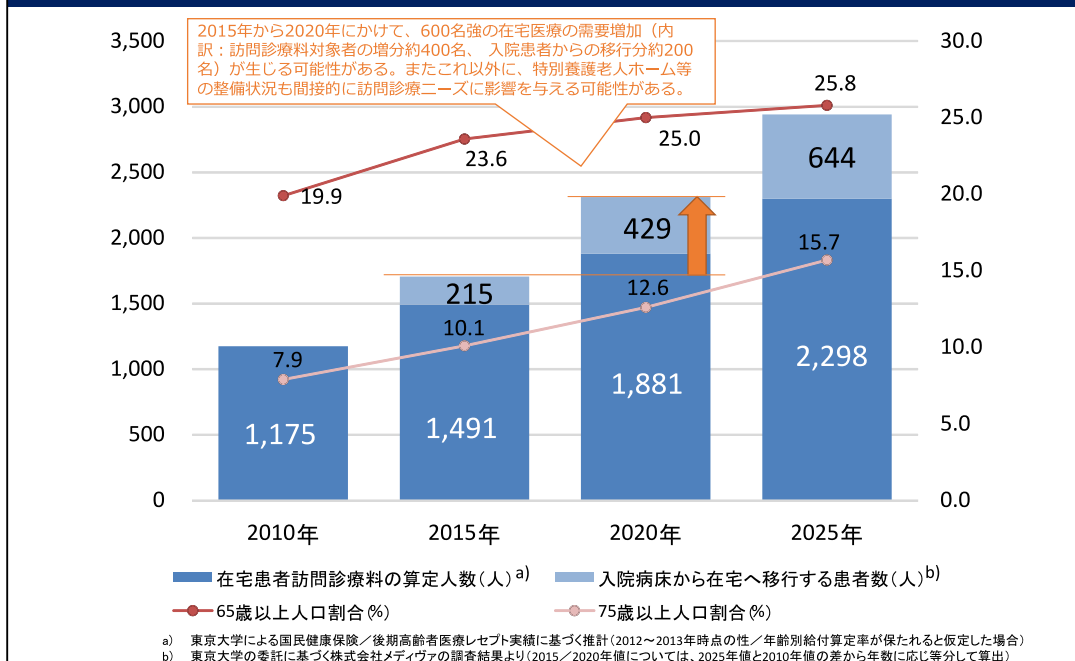
目的	<ul style="list-style-type: none"> 以下の要素を満たすデータを収集・分析し、在宅療養の推進に資する知見を得る。 <ul style="list-style-type: none"> (a) 療養場所（施設等の類型）ごとに、(b) どのような状態像の患者が (c) どのような医療や介護を受けながら療養生活を送っているかを経時的に把握 (d) 結果としてそれぞれの患者がどのような転帰に至ったか
方法	<ol style="list-style-type: none"> 医療レセプト、介護レセプト、要介護認定調査情報など既存情報の組み合わせにより分析を行う。 そこに患者アンケート等の新規取得データを重ね合わせた接合分析を行う 以上データを利用した詳細分析を通じて、在宅療養の継続要因、あるいは中断要因を探り、在宅療養継続の難易度を測定する指標の作成を検討する。 全国の自治体の在宅医療の施策評価に継続的に利活用されつつ、長寿先進国日本発の学術的知見の創出にも寄与する。
効果	<ul style="list-style-type: none"> (a)～(c)の要素を検討することで、各施設が当初期待された機能に見合った医療を提供できているか確認できる。 (d)を検討することで患者アウトカム達成状況を評価することができる。 これらの検討を通じ在宅医療に関する日本発の学術的知見を発信していくための標準的なデータベースの枠組みを見出すための示唆が得られる。

【アウトカム評価】 生活満足度 （令和2年12月報告）

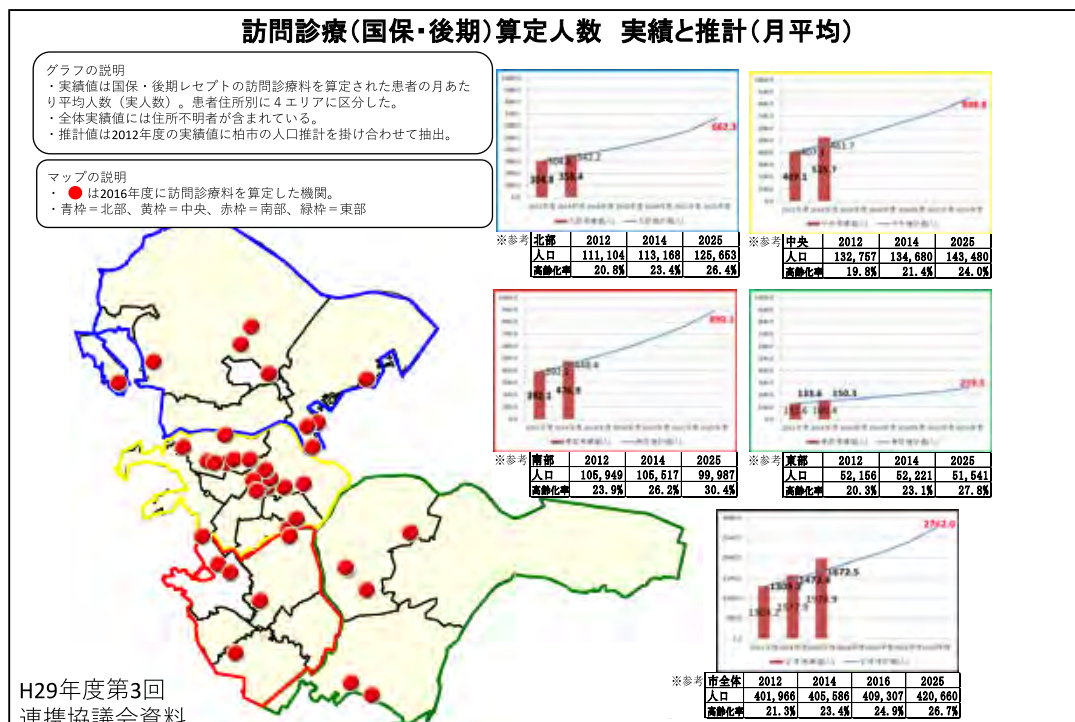
	平成30年度	令和元年度
調査時期	平成30年7月から9月	令和2年3月から4月
対象者	医療系訪問サービスと介護系訪問サービスのどちらも受けている者 （自己申告による判断）	介護保険被保険者からランダム抽出回答者の内、介護保険の居宅系サービスを受ける者をレセプトで確認
調査方法	アンケート （ケアマネに配布・回収を依頼）	アンケート （配布・回収ともに郵送）
回答数	246（配布数不明）	626（1,559の内）/7,077
設問	あなたは全体として現在の生活にどの程度満足していますか （満足している～不満だ5段階）	あなたは全体として最近の生活にどの程度満足していますか （0点～10点の11段階）
調査結果	満足している、まあ満足していると回答した者が 82.5%	6点以上（中央より上）の者が 62.6%
備考	参考として初めて調査をしたもの	<ul style="list-style-type: none"> ・評価指標の数値とするもの ・東大調査研究とともに実施 ・介護保険被保険者全体向けに調査したもの（高齢者支援課とも共有）

アウトカム評価として生活満足度調査を実施。令和元年度に東京大学の調査研究として内容を再構築し、今後はこの内容で定期的な調査を検討していく。

【プロセス評価】 レセプト分析



第6期介護保険事業計画に掲載。
2012年のレセプト実績から需要推計を算出、多職種でも共有。
レセプト分析は、市が後期高齢者分は県の広域連合にデータ提供を申請、市が保険者となっている KDB データおよび介護保険レセプトは担当課に申請し入手。
入手したデータを個人情報審議会に諮った上で、東京大学に提供し分析を依頼する流れである。
三者協定を交わしていることが大きな理由となり、事務手続きにかかる労力はあるものの、審査は比較的通りやすい。



H29年度第3回
連携協議会資料

2014年レセプト実績に基づいて需要推計を大圏域単位で算出し、2017年度(H29年度)在宅医療・介護多職種連携協議会で共有した。

在宅医療介護連携の評価指標 各職能団体の考え		H29年度第3回 連携協議会資料
【団体名：柏市医師会】		
現状	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療の件数は年々増加傾向であり、推計が示すとおり今後も需要が増加する。 市外の医療機関のサービス提供割合は減少傾向である。 少しずつではあるが、南部エリアでも在宅医療に取り組む医師が増えている。 	
将来に向けての課題	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療では主治医の負担が大きいという認識がある。 病院医師、看護師、その他のスタッフが柏市の取り組みを知らない場合がある。 医師の高齢化も今後進んでいく。 	
今後の取り組みの方向性	<ul style="list-style-type: none"> 柏市では「かかりつけ医が外来で診てきた患者を最期まで診ることができる体制が構築されている」ということを開業医や看護師等へ啓発する活動 病院と在宅との連携強化のための研修会や、顔の見える関係づくりの取り組みの継続 在宅医療に対応できる医師の確保とネットワークづくり 主治医・副主治医制の機能強化の仕組みづくり 	

ストラクチャー・プロセス評価の結果を各職能団体に提示し、ヒアリングを実施。各団体ごとに課題や取り組みの方向性を示し、連携協議会で共有した。

【算定機関のマップ】

2017年度に算定実績のある医療機関（事業所）をプロットしたものの。

※同一住所で複数事業所の算定がある場合等、数とプロット数は一致せず

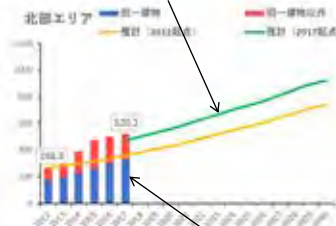


【実績と推計を表すグラフ】

柏市民が受けたサービスの実績と推計をグラフ化したもの。エリアは患者住所ベース。※住所不明の者は全エリアのみ算定

折れ線グラフは推計

黄色は2012年度のサービス利用率を、緑色は2012～2017年度の平均のサービス利用率をベースとして、柏市の人口推計を性別、年齢別(5歳きざみ)でかけあわせ作成。



棒グラフは実績(月あたり平均実人数)

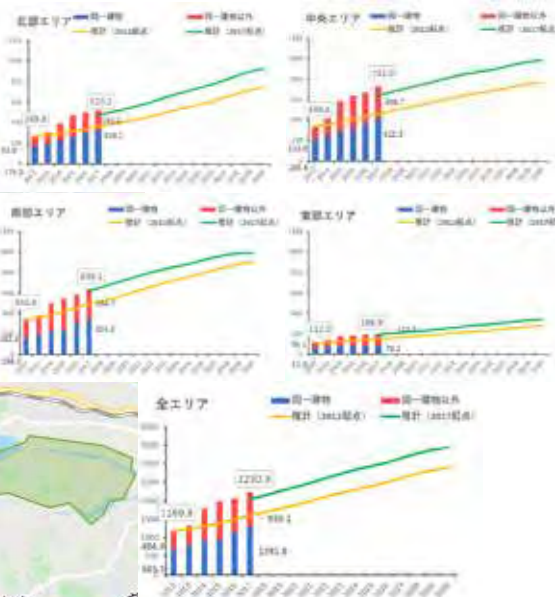
・月あたり平均実人数とは、同一患者が、同一月に複数回サービスの提供を受けても、1人とカウントし(実人数)月あたりに平均したもの。
・同一建物、同一建物以外の算定がある場合、色分けしている。

東京大学の調査研究により、H29 年度までのレセプト分析を実施、その結果に基づき、需要推計を修正。

訪問診療 (国保・後期) 算定人数 実績と推計 (月平均)

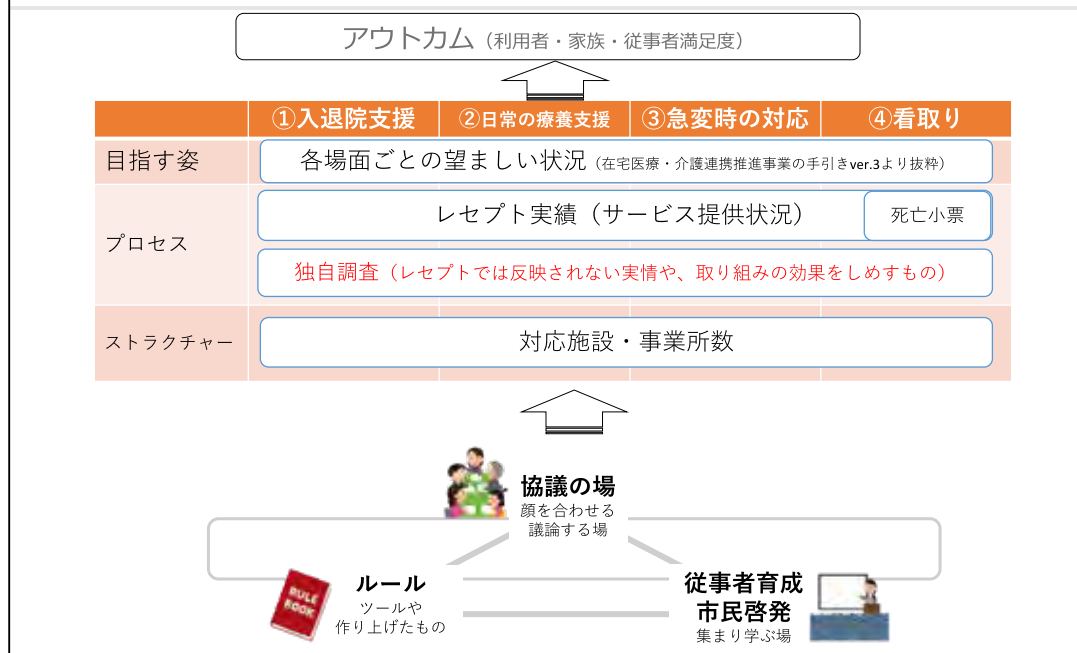
算定の根拠

- 国保・後期レセプトの在宅患者訪問診療料
- 2017年度算定機関数：39

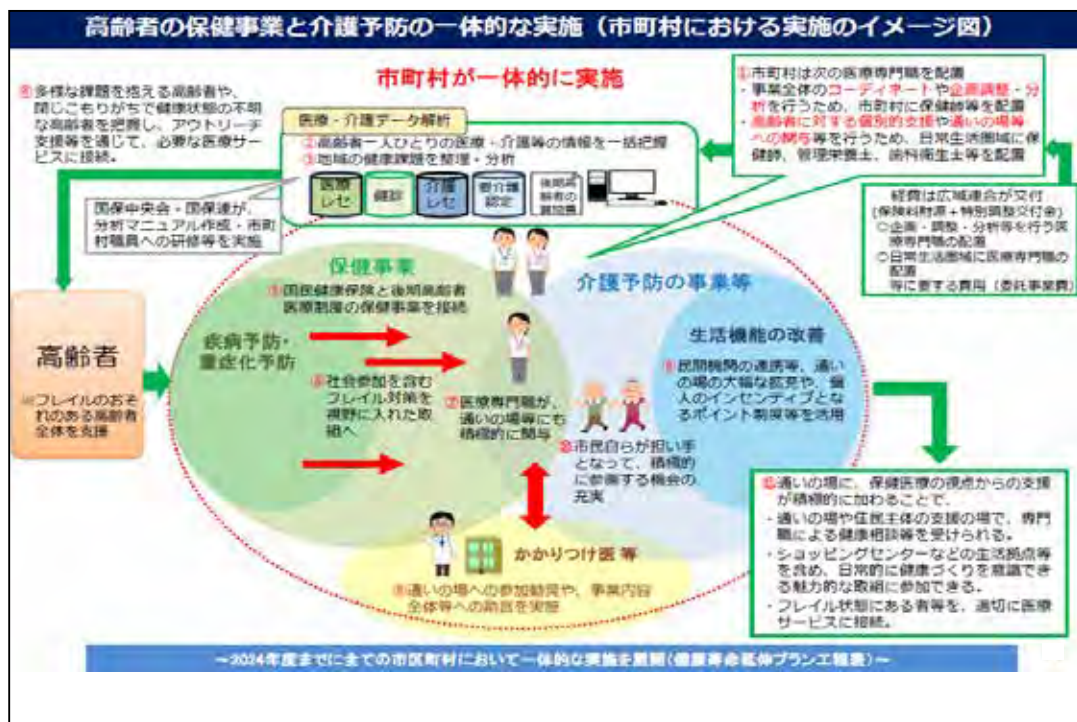


4つの場面ごとの評価と取り組みの整理

令和3年度第1回
連携協議会資料



厚労省が発出した手引きに基づき、4つの場面ごとの評価を整理中。



今後はこの一体的実施の開始に合わせて、庁内でのデータ一元管理・活用を進めていくため、プロジェクト化を検討中。

健診データ・KDB データ・介護保険レセプトの個人接合による効果的な保健事業・介護予防の施策化と評価を実施していく予定。

在宅医療の課題と対策

<課題>

1. サービスの質、医療・介護連携の質の評価
2. 病院と在宅との連携強化
3. 多面的な市民啓発の展開

<分析と見通し>

1. 在宅医療推進の体制構築の次のステップとして、
職能団体ごとの主体的な取り組みの展開への後押し
2. 評価の見える化と共有により、共通理解と具体策
検討：PDCAサイクルの充実

在宅医療の課題と対策：スライドに示す通り。

コロナ禍で分かった入院医療・在宅医療の
医療政策の課題と展望

病院連絡会議の場での検討

(1) 趣旨

市内関係病院が一堂に会し、取り組みの実績報告を通じて課題を共有・協議

(2) 構成メンバー

○病院（病院長および事務長） ○柏市医師会 ○柏市（総務部、保健福祉部、保健所、消防局）

(3) 検討

①令和2年4月8日 新型コロナ感染症対策および医療体制整備について

※各病院の現状、困りごとの共有、対応策の検討



- ・無症状・軽症者の宿泊療養
- ・ドライブスルー方式PCRセンター
- ・東京大学と連携した産官学医連携によるPCR検査体制の強化

②令和2年10月6日 新型コロナ感染症対策および医療体制整備について (ZOOM)

※感染者発生・対応状況共有、インフルエンザ流行に備えた体制整備検討

- ・発熱外来の体制整備

平時からの連携・ネットワークづくりが、非常時（緊急時）にも有効に機能

第1波の際には、医師会の声かけにより、平時からのネットワークを活用し、関係者が一堂に会し、現状の共有・対応策の検討を実施。

各病院の実情を共有することで、それぞれができる範囲での役割を見出し、検査体制の充実につながった。昨年秋には、発熱外来のあり方・体制構築のため、再度病院連絡会議を開催し、具体の体制について検討することができた。

高齢者入所施設における感染症対策支援訪問

■経緯・目的

新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、県内で高齢者入所施設でのクラスター発生が散見される状況を懸念した市内病院の感染管理認定看護師から、施設へ出向く形での感染症対策支援を行いたいという申し出があり、特別養護老人ホームとグループホームでの実施に至ったもの。各施設の実情に合わせた専門的な助言を通じて、感染症対策の充実・標準化を図る。

■実施状況 ※令和2年10月～令和3年3月までの実績

- (1) 実施場所：特別養護老人ホーム（多床室）：6ヶ所、グループホーム：2ヶ所
- (2) 実施者：感染管理認定看護師（3名）※感染制御実践看護師1名含む
国立がん研究センター東病院、柏厚生総合病院、辻仲病院柏の葉
保健所：保健予防課、保健福祉部：高齢者支援課、法人指導課、地域医療推進課

時期	実施内容
事前	・感染対策改善アクションチェックリスト・質問事項の提出 ・「社会福祉施設介護職員等向け新型コロナウイルス感染症対策動画」（千葉県HP）を施設内で視聴
当日	認定看護師から事前提出物への回答と助言・質疑応答 個人防護具着脱実習 施設内ラウンド・対策のポイント助言・質疑応答
事後	ラウンド結果（GOODポイントと改善点）資料フィードバック 施設職員アンケート実施



助言箇所と良い対策の両方を写真とともにフィードバック

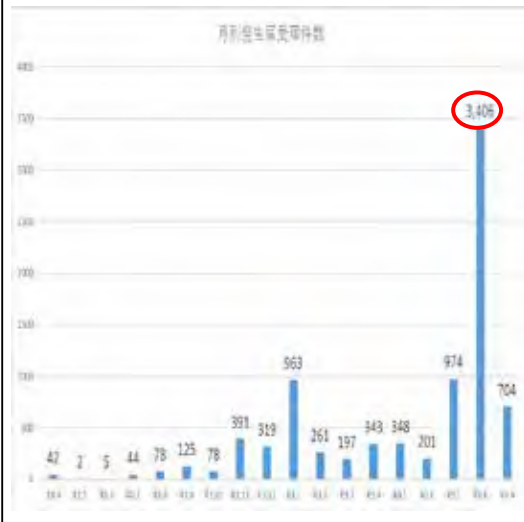


クラスター発生が相次いだ時、感染管理認定看護師が保健所に何らかの支援ができないか相談。保健所には高齢者施設とのネットワークがないことから、保健福祉部に相談、職能団体との連携によりクラスター発生リスクの高い多床室を持つ施設から巡回指導を開始。このことが高齢者施設の不安を軽減し、効果的な対策実施につながり、その後の陽性者発生・クラスター発生防止につながった。

【第5波】 新型コロナウイルス感染症の発生状況

【陽性者の発生状況】

発生届受理件数推移（令和2年4月1日～令和3年9月17日）



【自宅療養者の状況】

自宅療養者数推移(令和3年7月1日～令和3年9月17日)



第5派の状況を報告する。

自宅療養者への支援

★第5波の真最中に保健所医師が医師会長に相談

7月中旬からの新規感染者急増・保健所業務ひっ迫のため、市長から保健福祉部に自宅療養者の在宅医療支援調整の指示（8/10）



医師会公衆衛生担当理事に相談：保健所も交えて検討開始（即日）

- ①対象者の検討・・・入院調整ができない「中等症2」
- ②スキームの検討・・・酸素濃縮器の一定数確保（市）
約束処方の内容検討（医師会）
- ③協力者の選出・・・医師会は担当理事2名（公衆衛生-在宅プライマリケア）
訪問看護ステーション連絡会は管理者有志4名
薬剤師会は包括単位の相談窓口薬局11ヶ所

④緊急時対応の流れの検討

⑤協力金の検討



検討開始翌週：8月16日（月）支援開始

★9月24日現在

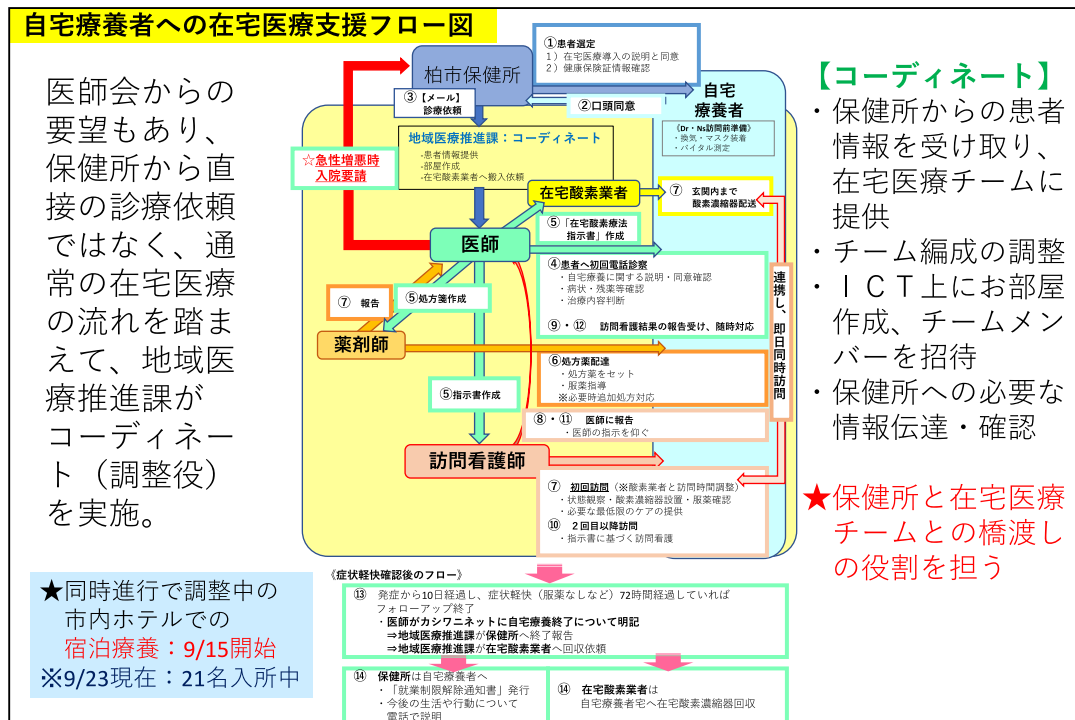
対応件数：56件

※支援中：3件

入院：14件

軽快（療養解除）：39件

感染者が急増した段階で保健所から医師会に相談。
速やかな支援開始に向けて検討を開始した。



在宅医療支援のフロー図を示す。
医師会からは、在宅医療の実情をよく知らない保健所との調整は不安、平時の流れでコーディネートをに入れてほしいと要望があった。
保健所の負担軽減の目的もあるため、調整役を地域医療推進課で受けることとなった。

柏市：第5波における自宅療養の現状と課題

- 家庭内感染の増加、育児や介護の問題が露呈
- 中等症レベルでも自宅待機を余儀なくされ、鳴りやまない電話に保健所業務が逼迫・保健所保健師が疲弊
- 呼吸苦や不安により自宅療養者からの救急要請増加、救急医療への負担増大
- 保健所の状況・現状の共有が不十分⇒関係者が何とか力になりたいと思ってもどのようにしたらいいか不明

◎国は新型インフルエンザ対策ガイドラインにある「感染拡大期には自宅療養を主体とし、重症者は入院へ」という理念を実行せず、今に至るまで「囲い込み政策」を続けていたことによる弊害

(市行政職として感じたこと)

- 感染拡大状況になってから急遽対応を求められたことにより、準備期間も短く十分な検討をする余裕がなかった
⇒早い段階から、もしくは平時からの検討が必要
- 地域のかかりつけ医や訪問看護師、介護事業者は陽性者の対応に関わる立ち位置になかった。情報がないままでは、役割の検討に至らない状況
⇒フェーズごとに地域全体で対応できる体制の整備
今回の検証と共有が必要

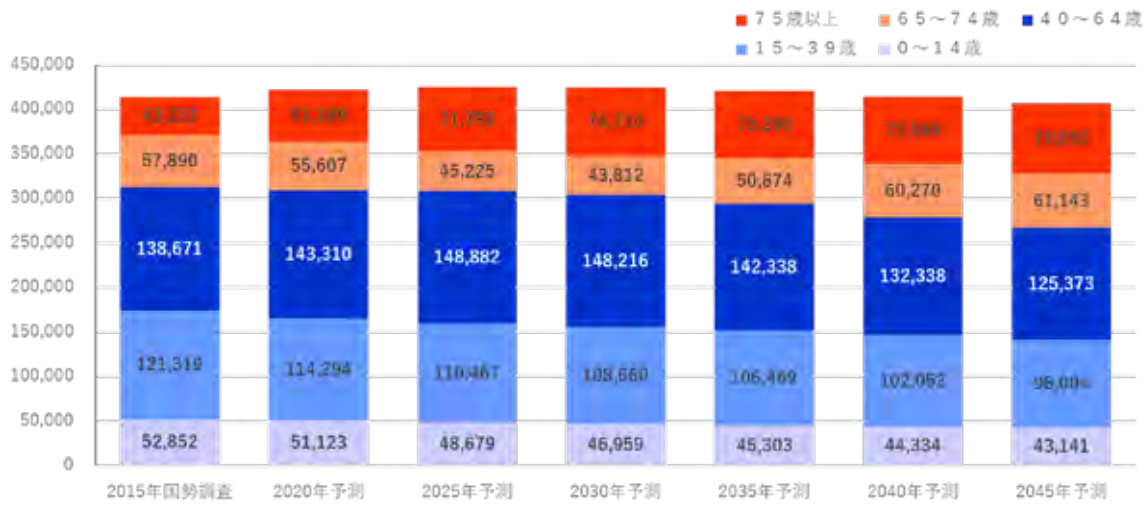
(2) 柏市 在宅医療の標準化データ

参考資料

千葉県柏市の在宅医療の標準化データ

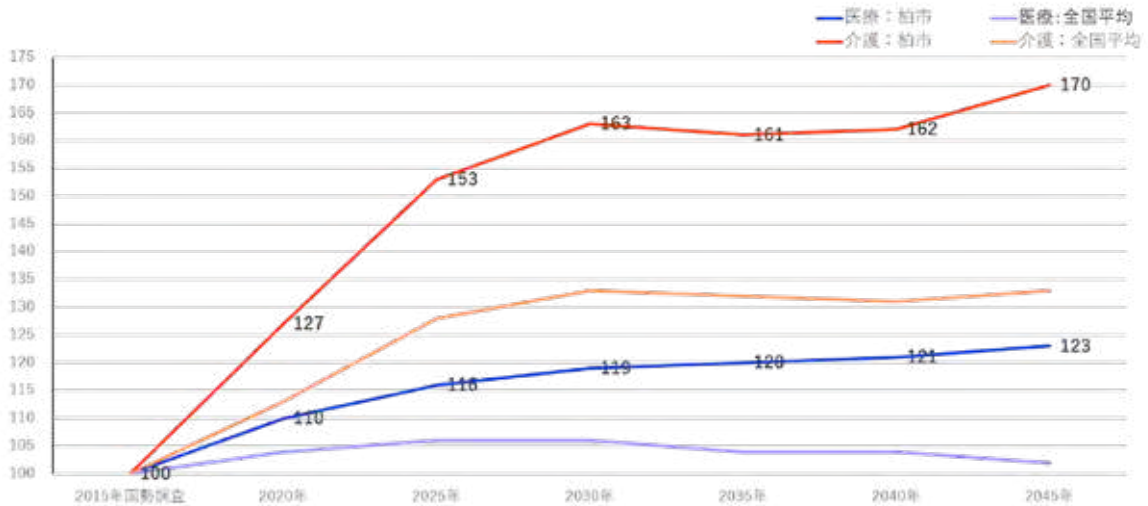


柏市の人口構成予想(JMAP)



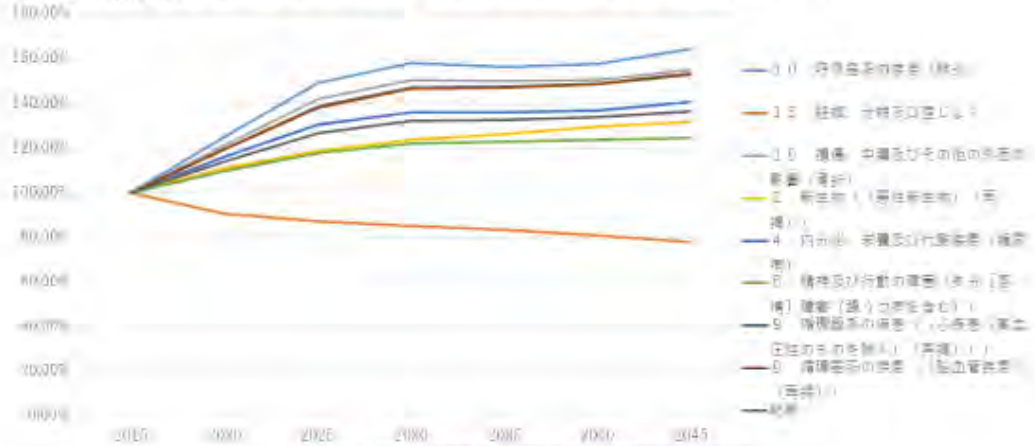
2045年まで 高齢人口は増え続ける(39%増加 高齢化率:24%→34%)
生産年齢人口は減り続ける(14%減少)

医療介護需要予想指数の柏市と全国の比較(JMAP)



傷病別入院患者数の推移(柏市) (産業医科大学松田晋哉教授提供:AJAPA)

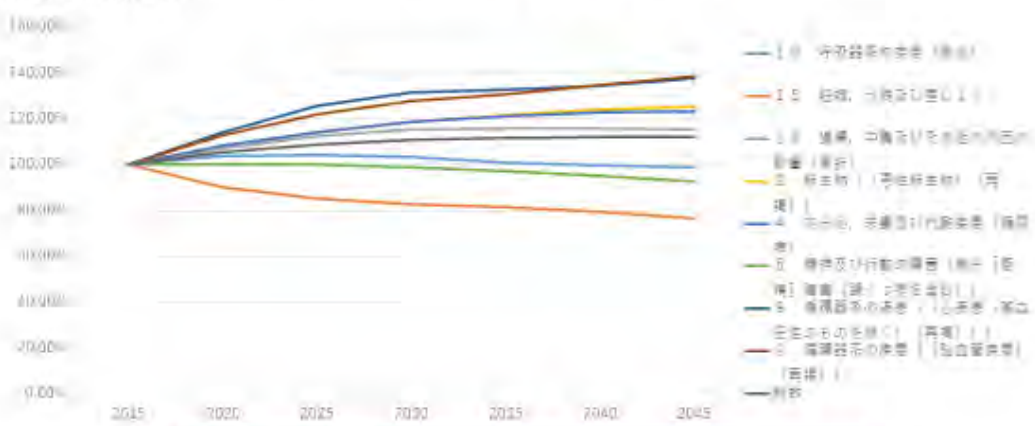
入院患者数推計



入院患者：総数で見ると、2045年まで増え続ける
15妊産婦を除き、概ね同様の傾向

傷病別外来患者数の推移(柏市) (産業医科大学松田晋哉教授提供:AJAPA)

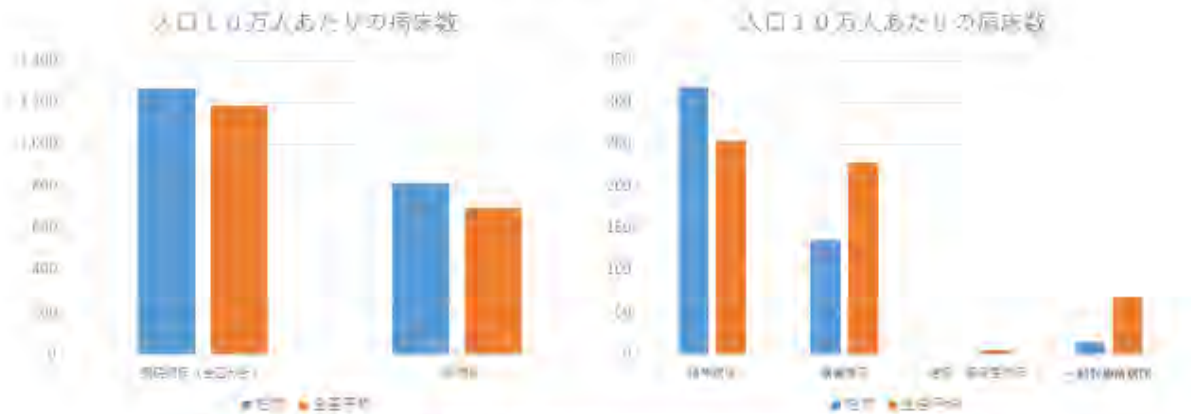
外来患者数推計



外来患者：総数で見ると、2045年まで増え続ける
呼吸器(肺炎)横ばい、精神(気分障害)減少のほか、概ね同様の傾向

病床種類別の病床数(柏市と全国の比較)JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)



病床種類別の病床数(柏市と全国の比較)JMAP

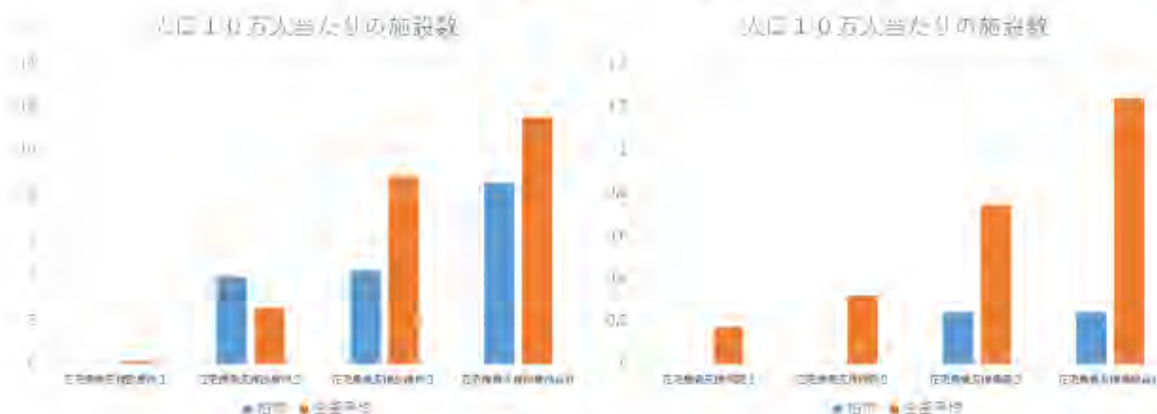
2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	病床数		人口10万人あたりの病床数	
	柏市	全国平均	柏市	全国平均
一般診療所病床	59		14.25	68.38
病院病床(全区分計)	5,244		1,266.81	1,185.40
一般病床	3,362		812.17	697.23
精神病床	1,320		318.88	254.42
療養病床	562		135.76	228.08
結核・感染症病床	0		0.00	4.46

赤字: 全国平均より少
青字: 全国平均より多

JMAP 柏市と全国の比較

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)



人口あたりの在宅療養支援診療所は全国より27%少ない
在宅療養支援病院は全国より81%少ない

JMAP 柏市と全国の比較

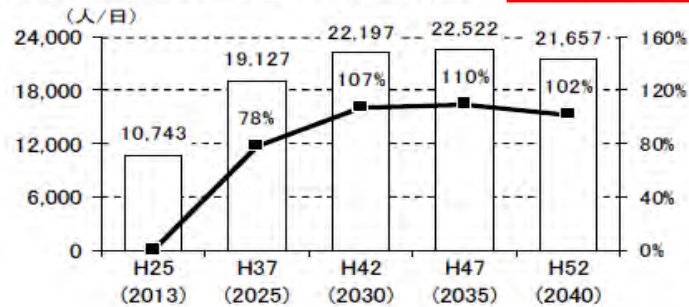
2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	柏市 施設数	人口10万人当たりの施設数	
		柏市	全国平均
在宅療養支援診療所1	0	0.00	0.17
在宅療養支援診療所2	17	4.11	2.63
在宅療養支援診療所3	18	4.35	8.75
在宅療養支援診療所 合計	35	8.46	11.54
在宅療養支援病院1	0	0.00	0.17
在宅療養支援病院2	0	0.00	0.32
在宅療養支援病院3	1	0.24	0.74
在宅療養支援病院 合計	1	0.24	1.24

赤字-全国平均より少
青字-全国平均より多

参考：千葉県医療計画での推計（東葛北部区域）

図表 在宅医療等需要の推移と変化率（東葛北部区域）

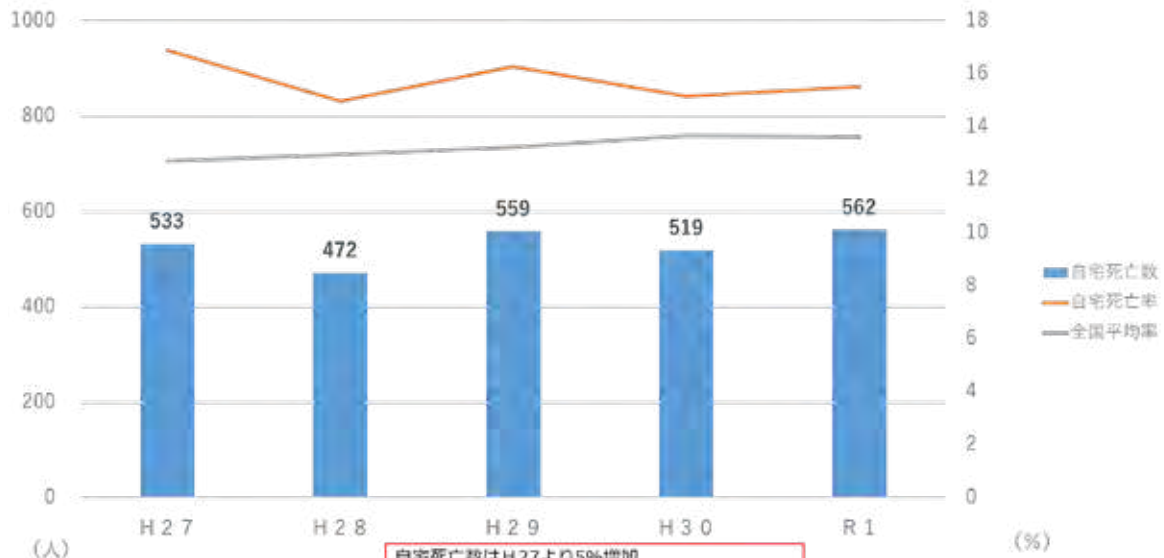


「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省)により推計。

★千葉県医療計画（平成30～35年度）内の説明（要約）

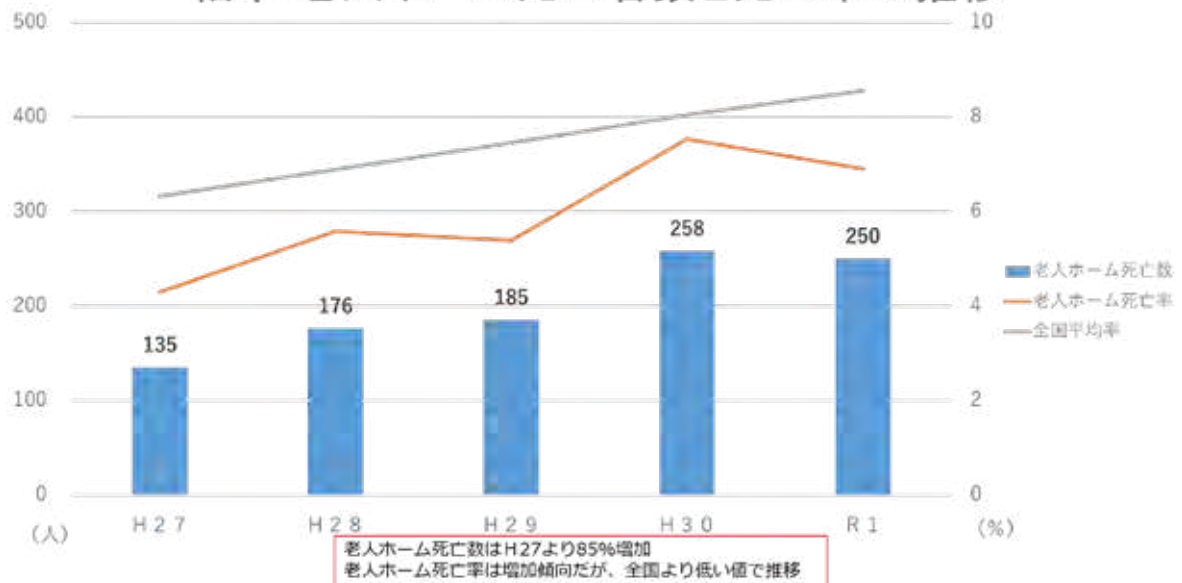
在宅医療に関する資源が充実しているが、今後は在宅医療の需要が大きく増加する見込み。退院支援を実施している医療機関数は全県平均（65歳以上人口10万対）とほぼ同水準。訪問診療を実施する診療所や、訪問看護ステーション数を増加目標とし、資源の拡充と連携を促進していく。市とも連携を図り、市の圏域を基本として在宅医療の体制整備を進めていく。

柏市 自宅死亡者数と自宅死亡率の推移

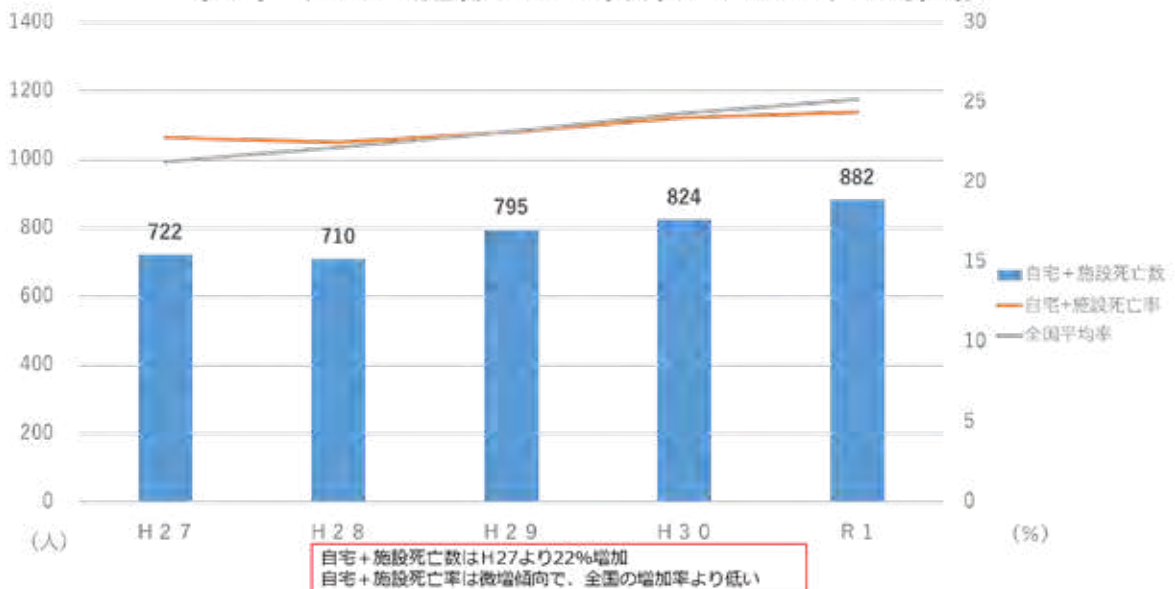


自宅死亡数はH27より5%増加
自宅死亡率は横ばいだが、全国より高い値で推移

柏市 老人ホーム死亡者数と死亡率の推移



柏市 自宅+施設死亡者数と死亡率の推移



(3) 質疑

■ 柏市における在宅医療の確保の取り組み

- 開業医の在宅支援を医師会に働きかけているが、実際には在宅医療を専門に行っている開業医の先生が見ている。訪問診療を専門にしている開業医がカバーしていることが分かった。関東の開業医の先生は、午前診療・午後診療をしているが、関西は、午後の診療を休み夜勤の診療をしているため、昼間の間に訪問診療をしている。関東の開業医スタイル（午前・午後診を連続で行い、訪問診療は夜のみ）で訪問診療の数を増やさせるのはほぼ不可能。新たに在宅専門の先生を参入させないと訪問診療患者数が伸びないということが分かった。高齢者施設の看取りは伸びているが、療養病床が少ない。この状況で、住民のニーズに応じた在宅支援な対応ができるのかを知りたい。（柳先生）
 - 開業の先生が訪問診療に行けるのは、お昼休みと午後診療の終わった後で、対応力が十分ではない。機能強化型2を算定している先生は1週間のうちの1日は午後訪問診療してもらっているが、緊急対応は十分できていない。在宅のケアマネジャー・訪問看護ステーション等の利用者が、在宅専門クリニックに流れている実情がある。柏市の場合、6ヶ所程度あるが医師会の会員になってもらっている。在宅専門医は、通常の開業スタイルで訪問診療している先生の負担も軽減したいと思っているが、両者の関係はまだうまくいっていない。（浅野先生）
- 診療所の医師に焦点を絞っているのは、東大と厚労省の方針ですか？（逢坂先生）
 - 柏プロジェクトの取り組みの柱が医師会で、医師会は開業医の先生の集まりだから、そうせざるを得ない。（浅野先生）
- 前回の福岡市でも同じようなことがあったが、救急病院に看取り直前の人を搬送されることは良くないと思う。後方支援病院の整備が必要なのではないか。また、中小病院を在支病になるように促す戦略も必要では。（逢坂先生）
 - 柏市のシステムでは医師会中心なので、開業医中心の医師会が病院を対象とした対応をするのは難しいのではないかと。（柳先生）
 - 3次救急の大学病院の先生から、救急病院に看取り直前の人を搬送されることは問題ではないかとの提起があり、現状を共有し改善に向けて取り組んでいる。（浅野先生）
- 200床クラスの市民病院が柏市にあるが、そこを活用する話はないのか？（毛利先生）
 - 公立病院にも地域包括ケア病棟はあるが、在宅医療のバックアックとなるとそれはない。（浅野先生）
- 日本の都道府県において半分程度が、訪問診療患者数の提供がされていないということが令和元年度の研究班の調査で分かった。以前に、柏市で医師会アンケートをして訪問診療患者数を把握しようとしてうまくいかなかったと聞いたが、その経緯は？（逢坂先生）

→医師会の委員会の中で反対する先生が多く、議論にもならないままお蔵入りになった。(浅野先生)

- レセプト分析から訪問診療患者数を把握することの実情を教えてください。特に県型保健所(管内に複数の市を持つ場合など)ではどうすれば可能なのでしょうか?(逢坂先生)
 - 各市は国保データベース(KDB)のデータを入手しやすいが、保険者が変わるとそれぞれの市が持ち寄ることになる。(浅野先生)
 - レセプトデータの容量が大きく、自分のパソコンでは処理ができない。(浅野先生)
 - たくさんのデータがあるので市の職員では分析がついていけない状況。訪問診療患者数を算出するのは、かなり手間がかかる(浅野先生)
 - 後期高齢者医療のデータベースは県が持っている。(浅野先生)
 - レセプト分析から訪問診療患者数を把握するのは簡単ではないということですね。(逢坂先生)
 - 県の方で集約し市町村へ提供する体制であれば、効率よくデータを活用できる。(浅野先生)
- 県庁の担当課と交渉すれば、国保データベース(KDB)のデータと後期高齢化医療のデータを市町村毎に整理して、行政単位の訪問診療患者数を出してもらえれば、市町村、保健所管内の訪問診療患者数を把握できる。(逢坂先生)
- 千葉県であれば保健医療計画を策定している、健康福祉政策課がそれを行っている。(浅野先生)

(4) 事例報告のまとめ

行政による在宅医療体制構築支援の分析手順

- ①管内の在宅医療の体制(診療所主体か病院主体か、混合型か)と供給量(訪問診療患者と看取り数等)の推移を把握
- ②行政が介入しない場合に、2025年以降の訪問診療需要に供給が追いつかないことを確認
- ③行政としての戦略を練る
- ④医師会など(管内の診療所、病院、訪問看護)に働きかける
- ⑤目に見える実績を上げている
- ⑥課題

柏市(保健所の関与はない)は、

①管内の在宅医療の体制(訪問診療患者数の93%を診療所が担っていることを把握し、在支診・訪問看護ステーション数の増加を確認)と自宅看取り数(死亡小票での確認)の推移を把握している。訪問診療患者数は東大の協力により、国保・後期レセプトを分析し、訪問診療患者数を把握している。

②地域医療構想以前から、レセプト分析にて将来的に在宅医療需要が大きく増大する見込みであることを確認。

③人口動態推計、在宅医療需要の増大をデータで示して医師会を動機づけし、医師会を中核として事業展開すること。

④医師会を中核として、通常の診療所の医師が在宅医療に参画できるように研修の場を用意した。また、在宅医の負担軽減のため、主治医・副主治医制、医療・介護多職種連携に努めた。

⑤結果として、在支診(機能強化型2)が増加している。また、レセプト分析から訪問診療患者数の増加を確認。

⑥課題として、1) 在支診数、診療所での看取り件数がここ数年伸び悩んでいる。2) 自宅看取りは在宅専門クリニックでの対応が多い現状がある。また、3) 通常の診療所は外来診療も行っているため、看取りや多くの訪問診療患者を診ることが困難である。班員から、4) 各診療所の負担を軽減するために、病院の後方支援機能を強化していく必要性が挙げられた。

5 第5回班会議（令和3年10月31日）

（1）在宅医療充実への取り組み事例 大阪府 大阪市健康局健康施策課 勝矢聡子課長

令和3年度厚生労働省地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「医療構想と地域包括ケアの推進における保健所の役割についての研究」班
第5回班会議・事例報告

大阪市における 在宅医療の確保の取り組み

大阪市健康局健康施策課
勝矢 聡子

2021年10月31日
ZOOM会議

<在宅医療等の特徴>

- ①人口10万人あたりの病床数において、一般病床数は全国平均を上回るが、療養病床数は全国平均を下回る。
- ②人口10万人あたりの在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院は全国平均を上回る。

<対策の特徴>

- ①在宅医療体制にかかる指標を設定し、進捗管理している。
- ②区役所・地区医師会等・健康局との3者で体制を構築し、連携しながら、在宅医療・介護連携推進事業を推進している。

<在宅医療等の特徴>

- ①人口10万人あたりの病床数において、一般病床数は全国平均を上回るが、療養病床数は全国平均を下回る。
- ②人口10万人あたりの在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院は全国平均を上回る。

<対策の特徴>

- ①在宅医療体制にかかる指標を設定し、進捗管理している。
- ②区役所・地区医師会等・健康局との3者で体制を構築し、連携しながら、在宅医療・介護連携推進事業を推進している。

大阪市の概要

・大阪府は大阪府の中部に位置する。

・面積：225.3km²

・人口：総数：2,750,995人
高齢者人口：706,466人

・世帯数：1,458,859世帯

・高齢化率：25.7%

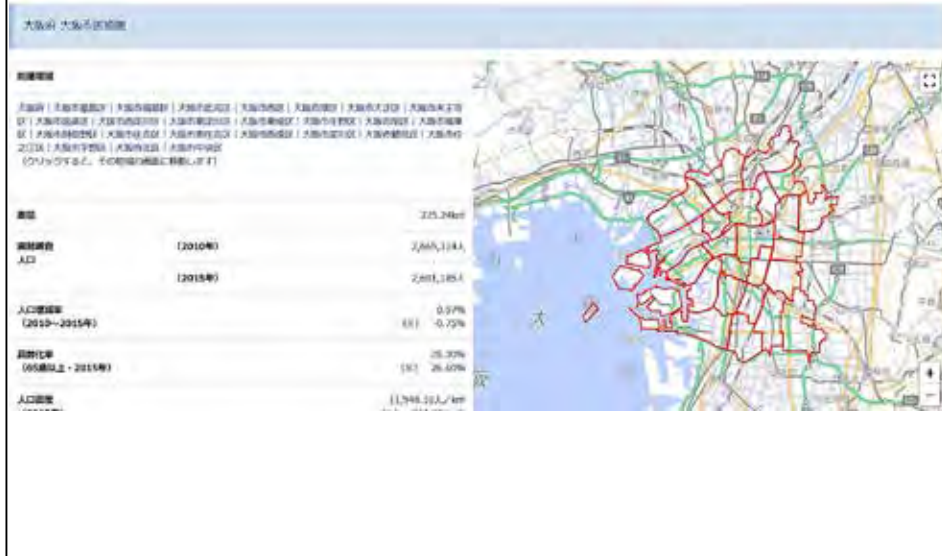
・人口密度：12,209人/km²

※令和2年10月1日現在



・大阪府は大阪府の中部に位置し、人口は275万人、高齢化率は25.7%です。

大阪市



大阪市の概要

- ・大阪府は24の行政区からなる。
- ・各区に保健福祉センターを設置されている。
- ⇒1保健所+24保健福祉センター
- ・大阪府二次医療圏に、4つの基本保健医療圏を設定している。



- ・大阪府は24の行政区からなり、各区には保健福祉センターが設置されている。
- ・大阪府のみで1つの二次医療圏となっている。

大阪市の医療施設および病床数の状況

病床種類別の病床数(大阪市と全国の比較) JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	病床数	人口10万人あたりの病床数	
		大阪市	全国平均
	大阪市	大阪市	全国平均
一般診療所病床	3,098	115.12	68.38
病院病床(全区分計)	31,606	1174.43	1,185.40
一般病床	25,386	943.30	697.23
精神病床	235	8.73	254.42
療養病床	5,863	217.86	228.08
結核・感染症病床	72	2.68	4.46

赤字: 全国平均より少
青地: 全国平均より多

・人口10万人あたりの病床数は、一般診療所病床、病院の一般病床は全国平均より多く、療養病床は全国平均より少ない。

在宅医療等に関わる医療資源の状況

JMAP 大阪市と全国の比較

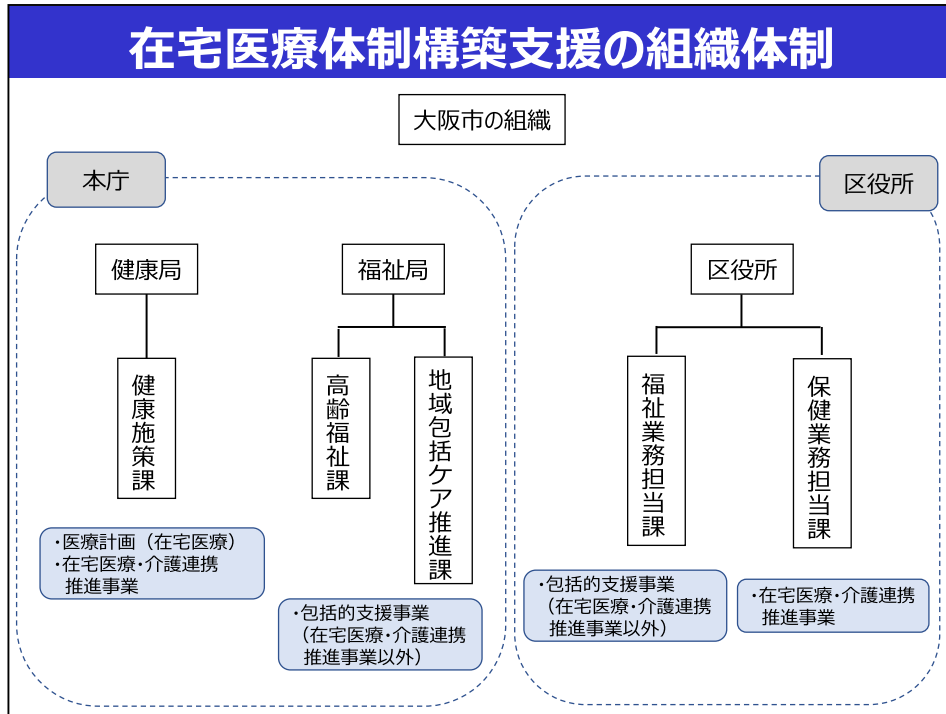
2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	大阪市 施設数	人口10万当りの施設数	
		大阪市	全国
在宅療養支援診療所 1	6	0.22	0.17
在宅療養支援診療所 2	156	5.80	2.63
在宅療養支援診療所 3	576	21.40	8.75
在宅療養支援診療所合計	738	27.42	11.54
在宅療養支援病院 1	1	0.04	0.17
在宅療養支援病院 2	19	0.71	0.32
在宅療養支援病院 3	19	0.71	0.74
在宅療養支援病院 合計	39	1.45	1.24

赤字: 全国平均より少
青地: 全国平均より多

・人口10万人あたりの施設数は、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院ともに全国平均より多い。

在宅医療体制構築支援の組織体制



・大阪市の組織体制を示す。
市域にかかる在宅医療ならびに在宅医療・介護連携推進事業については健康局が担当している。

大阪市の将来推計人口

・総人口は、2015（平成27）年から2020（令和2）年頃を境に人口減少局面に向かい、将来の人口構成比をみると、少子高齢化の進行が予測される。



大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

・大阪市の総人口は、2015（平成27）年から2020（令和2）年頃を境に人口減少局面に向かい、将来の人口構成比をみると、少子高齢化の進行が予測される。

大阪市の将来推計人口（高齢者）

・高齢者人口は、65～74歳人口が、2015（平成27）年から2025（令和7）年まで、いったん減少し、2030（令和12）年以降は再び増加するに転じる。75歳以上人口は2025（令和7）年まで急激は増加が続き、その後は減少に転じると予想されている。

・高齢化率は今後も上昇が見込まれ、2025年（令和7年）で25.8%、2040年（令和22年）で30.8%と推計される。



・高齢者人口は、65～74歳人口が、2015（平成27）年から2025（令和7）年まで、いったん減少し、2030（令和12）年以降は再び増加するに転じる。75歳以上人口は2025（令和7）年まで急激は増加が続き、その後は減少に転じると予想されている。

・高齢化率は今後も上昇が見込まれ、2025（令和7）年で25.8%、2040（令和22）年で30.8%と推計される。

大阪市内における在宅医療

【主な現状と課題】

・主な在宅医療資源は充実しているが、区により偏在している。在宅医療等を必要とする患者数は、2013年と比し2025年には約1.6倍増加する見込みである。在宅医療と介護が切れ目なく連携して効率的に提供されることが求められる。

・各区の医療・介護を取り巻く環境に違いがあることから、地域実情に応じた取り組みが必要である。

・市民に対しては、在宅医療や介護、在宅での看取りや、それを支える職種の役割等について、さらに周知が必要である。

第7次 大阪府医療計画

大阪市内における在宅医療の主な現状と課題は以下の通り。

・主な在宅医療資源は充実しているが、区により偏在している。在宅医療等を必要とする患者数は、2013年と比し2025年には約1.6倍増加する見込みである。在宅医療と介護が切れ目なく連携して効率的に提供されることが求められる。

・各区の医療・介護を取り巻く環境に違いがあることから、地域実情に応じた取り組みが必要である。

・市民に対しては、在宅医療や介護、在宅での看取りや、それを支える職種の役割等について、さらに周知が必要である。

在宅医療等の需要の見込み

- ・在宅医療等の需要は、2030年頃をピークに、今後増加することが予想される。
- ・圏域内における訪問診療分の需要の伸び率は、2025年までに、1.64となっており、需要への体制整備が課題である。

図表 9-8-16 在宅医療等の需要の見込み



図表 9-8-17 訪問診療の需要見込み^{※3}

市町村名	単位:人/日				2013~2025年の伸び率
	2013年	2020年	2023年	2025年	
大阪市	21,062	28,866	32,133	34,444	1.64
大阪府	65,964	94,033	107,202	116,193	1.76

※1: 2013年度の需要は、訪問診療分と2013年度の介護老人保健施設の月当たりの施設サービス利用者数(大阪府高齢者計画2012の検証より)の総計を参考値として掲載しています。
 ※2: 地域医療構想の実現に向けた病床機能分化・連携に伴い生じる追加的的需要による「訪問診療」分を追加する前の値となります。
 ※3: 2020年(計画中間年)及び2023年(計画最終年)の需要見込みは2013年~2025年の伸び率等の按分により算定しています。

第7次 大阪府医療計画

- ・在宅医療等の需要は、2030年頃をピークに、今後増加することが予想される。
- ・圏域内における訪問診療分の需要の伸び率は、2025年までに、1.64となっており、需要への体制整備が課題である。

大阪市在宅医療体制にかかる指標

在宅医療の具体的な指標例

(2019年度)

資料 2

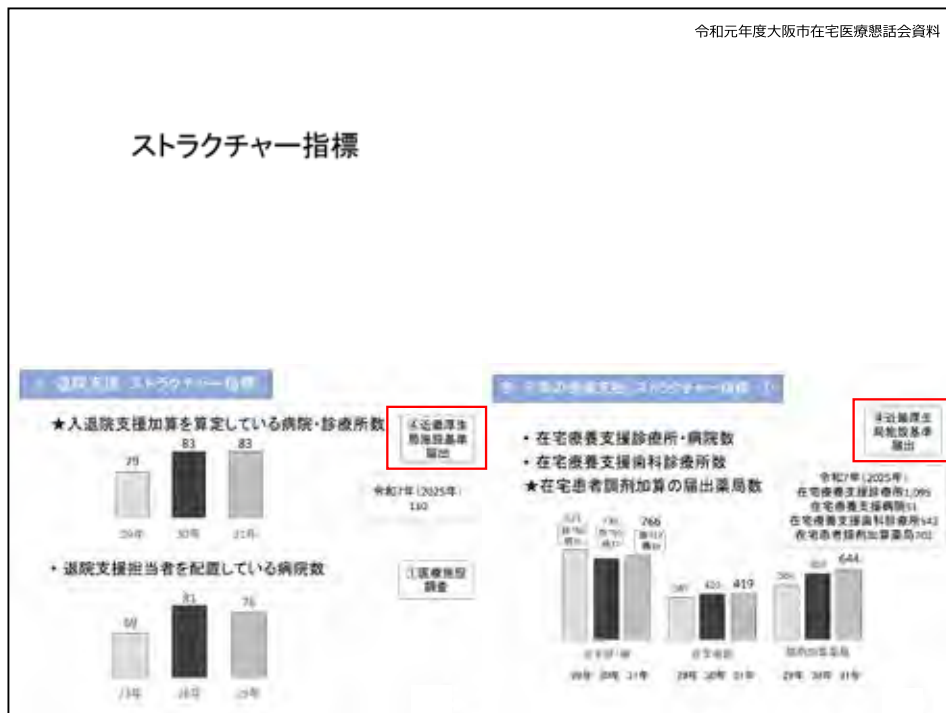
	A 選院支援	B 日常の後援支援	C 急変時の対応	D 看取り
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ★〇入院支援加算を算定している施設、診療回数 △選院支援担当者を配置している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 〇在宅療養支援診療所、施設数 〇在宅療養支援診療所診療回数 ★〇在宅療養加算の届出施設数 ★△訪問診療を実施している施設、診療回数 ★△訪問診療を実施している施設診療回数 △訪問看護ステーション数 △訪問看護ステーション従事者数 	<ul style="list-style-type: none"> ★〇在宅療養後援支援施設数 〇24時間対応体制加算を算定している訪問看護ステーション数 	<ul style="list-style-type: none"> ★△在宅看取りを実施している施設、診療回数 〇増強強化型訪問看護管理費算入・定を算定している訪問看護ステーション数
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> △平均滞在日数 	<ul style="list-style-type: none"> 〇在宅療養を担当した診療患者数 〇訪問診療回数 ★△訪問診療回数 △薬剤的処方回数 △在宅療養訪問看護・指導回数 	<ul style="list-style-type: none"> 〇急性対応回数 △急性対応回数 	<ul style="list-style-type: none"> ★△在宅看取り回数
アウトカム指標	<ul style="list-style-type: none"> 〇個別データあり: △大阪市データのみ ★大阪府医療計画で目標値を設定している指標 △医療費削減率、受診者満足、3分課サービス満足、緊急時対応満足、患者生活満足度 			<ul style="list-style-type: none"> 〇在宅療養死亡者数 【人口動態統計】 〇在宅療養患者の平均、在宅療養死亡割合

令和元年度大阪市在宅医療懇話会資料

- ・大阪市では在宅医療体制にかかる具体的な指標を設定し、進捗管理を行っている。

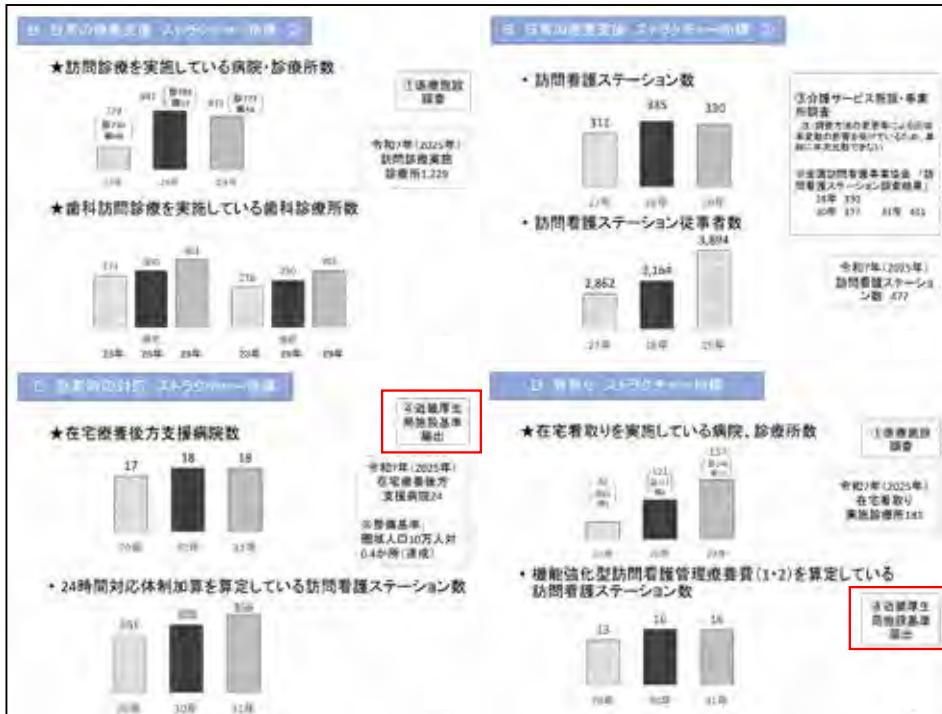
(参考) 近畿厚生局：定例報告

- ・指標に用いている近畿厚生局の定例報告を参考に示す。



指標における大阪市のデータについて示す。

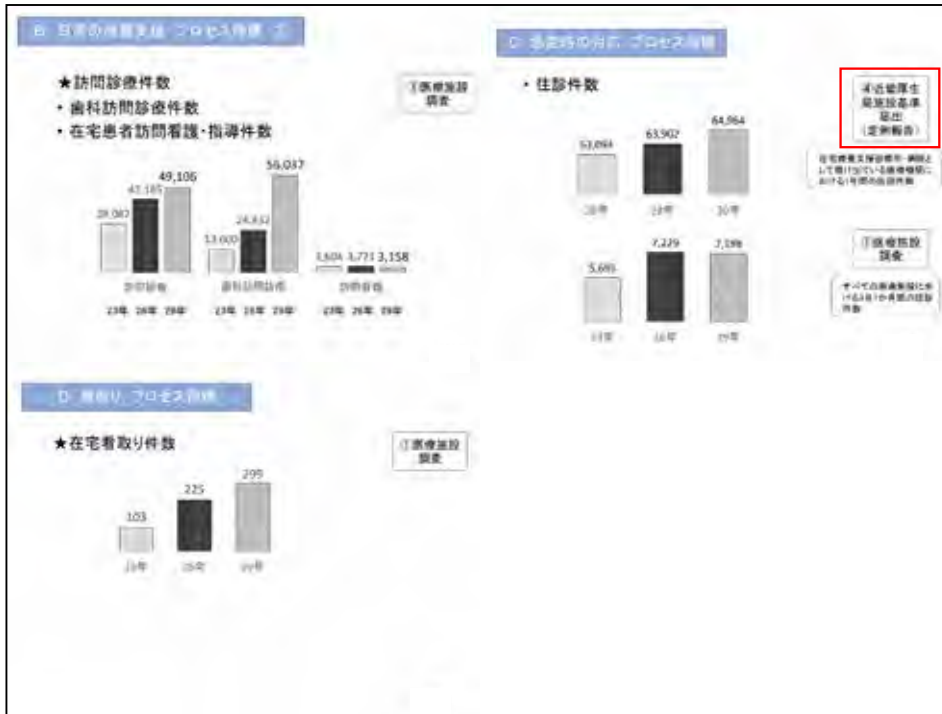
- ・入退院支援加算を算定している病院、診療所数は、平成 29 年の 79 に対し、平成 30 年 83 と増加し、平成 31 年は横ばい。
- ・退院支援担当者を配置している病院数は、平成 23 年 69 から、平成 26 年 81 と増加、平成 29 年は 78 とやや減。
- ・在宅療養支援診療所・病院数は、平成 29 年 821 から、平成 30 年 738 といったん減少するも、平成 31 年は 766 と増加。
- ・在宅支援歯科診療所数、在宅患者調剤加算の届出薬局数は、いずれも年々増加し、平成 31 年はそれぞれ 419、644。



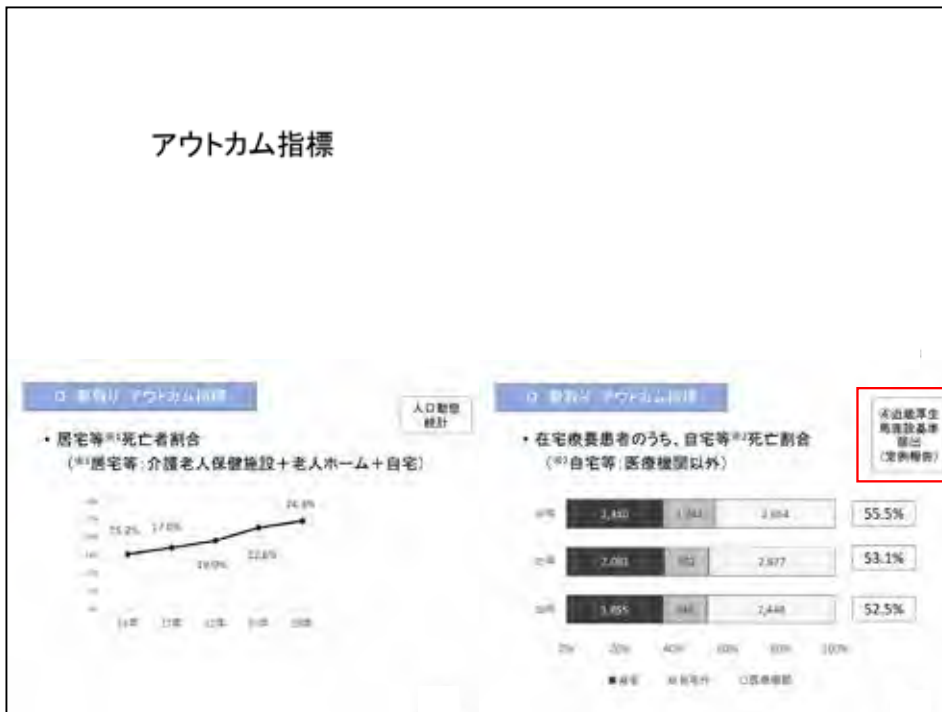
- ・在宅療養後方支援病院数は、平成 29 年 17 より 1 病院増え、平成 31 年 18。
- ・24 時間対応体制加算を算定している訪問看護ステーション数は、年々増加し、平成 31 年 356。
- ・機能強化型訪問看護管理療養費を算定している訪問看護ステーション数は、平成 29 年 13 より平成 30 年 16 と増加し、横ばい。



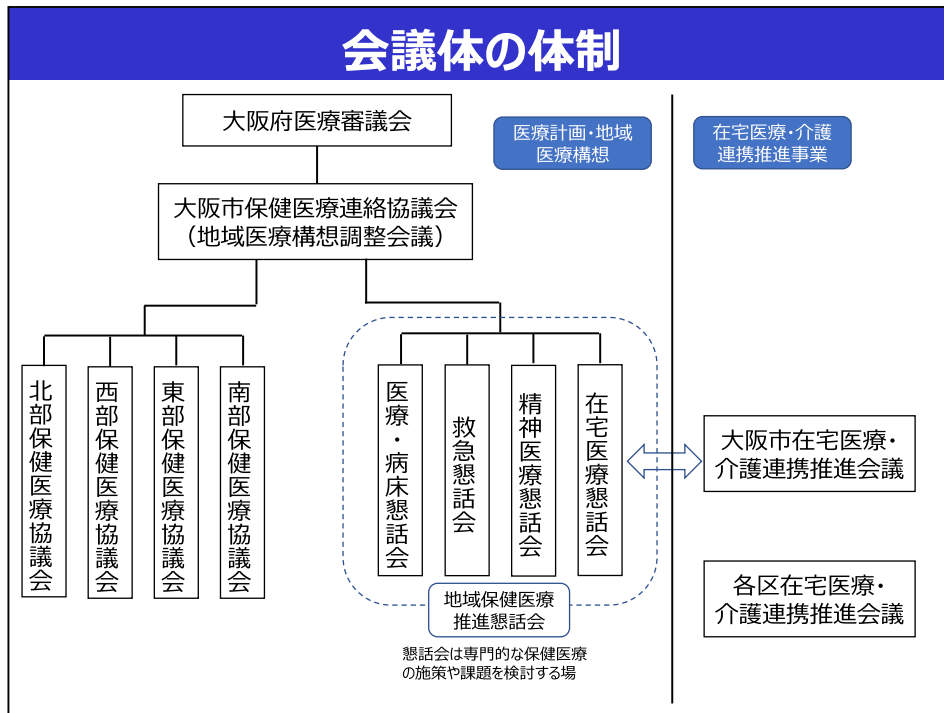
- ・在宅療養を担当した診療患者数は、平成 28 年に比べ、平成 29 年増加するも、平成 30 年はやや減少しているが、訪問診療件数は平成 28 年より年々増加。



- ・訪問診療件数、歯科訪問診療件数ともに増加傾向だが、在宅患者訪問看護・指導件数はやや減少傾向。
- ・往診件数は、年々増加傾向。
- ・在宅看取り件数は、増加傾向。

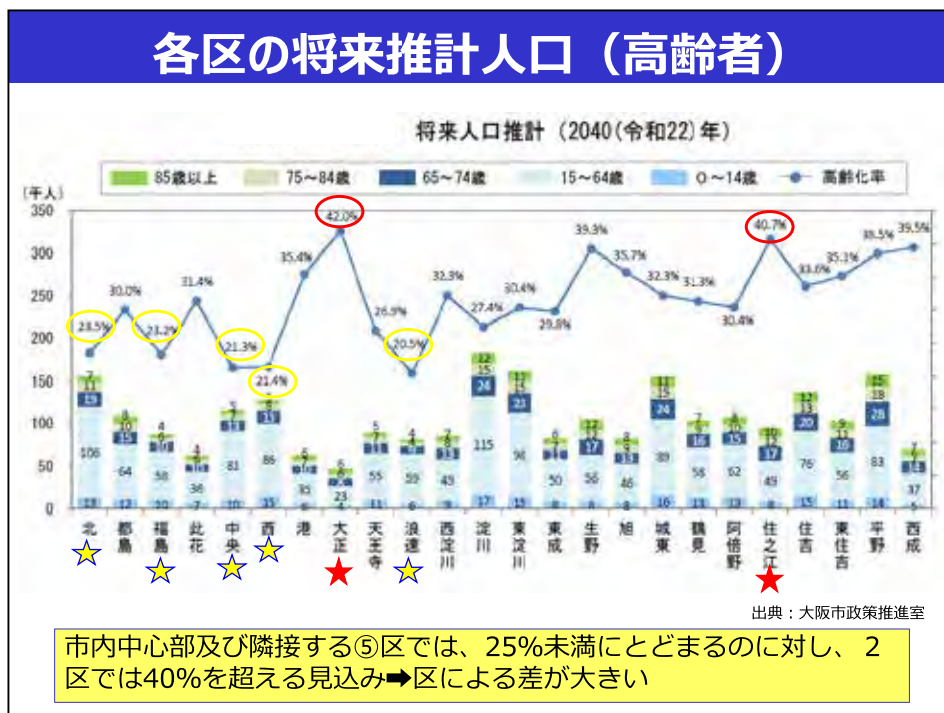


- ・居宅等の死亡者割合は、平成 12 年より年々増加し、平成 29 年 24.4%。
- ・在宅療養患者のうち、医療機関以外の自宅等での死亡割合は、平成 28 年 52.5%より年々増加し、平成 30 年 55.5%。



大阪市の会議体の体制を示す。

- ・在宅医療懇話会は在宅医療に関する施策や課題を検討する場として設置。
- ・在宅医療・介護連携推進会議において、在宅医療・介護連携推進について検討。在宅医療懇話会での協議内容についても共有。
- ・また、各区においても、在宅医療・介護連携推進会議を設置し、各区の在宅医療・介護連携推進について検討。



- ・大阪市の各区の将来推計人口は、市内中心部及び隣接する5区では、25%未満にとどまるのに対し、2区では40%を超える見込みであり、区による差が大きい。

各区の在宅医療資源の状況

図表 9-3-18 主な在宅医療資源の状況

区	訪問診療 実施している 診療科	(人口10万人対)	在宅医療 連携推進 事業	(人口10万人対)	在宅医療 連携推進 事業	(人口10万人対)	在宅医療 連携推進 事業	(人口10万人対)	在宅医療 連携推進 事業	(人口10万人対)	在宅医療 連携推進 事業	(人口10万人対)	在宅医療 連携推進 事業	(人口10万人対)
東淀川区	24	22.9	25	23.8	2	1.9	1	0.95	1	0.95	0	0	0	
福島区	17	23.5	14	19.3	1	1.4	0	0	0	0	1	1.28	0	
此花区	22	34.5	22	30.0	1	1.5	2	3.00	0	0	1	1.50	0	
北区	10	10.8	13	14.1	2	2.2	1	1.08	0	0	3	3.25	0	
東区	21	29.8	26	24.4	6	7.2	0	0	0	0	0	0	0	
大東区	18	27.6	17	16.8	5	7.7	1	1.54	0	0	1	1.54	0	
天王寺区	18	22.8	20	26.4	5	6.8	1	1.22	0	0	0	0	0	
浪速区	16	22.9	19	21.2	8	11.5	1	1.43	0	0	2	2.87	0	
西淀川区	20	24.1	28	27.2	5	5.2	1	1.05	1	1.05	2	2.09	0	
東淀川区	34	19.4	22	12.5	4	2.1	1	0.57	0	0	0	0	0	
東成区	40	40.7	36	44.7	13	16.1	7	3.72	3	3.72	0	0	0	
東野区	55	42.3	51	39.2	19	8.5	4	3.07	3	2.56	1	0.37	0	
加区	37	40.4	30	30.2	10	10.9	5	3.27	2	2.18	0	0	0	
城東区	51	31.0	56	35.8	12	7.3	3	1.82	2	1.21	1	0.81	0	
新徳野区	30	30.7	30	21.8	4	3.1	0	0	0	0	0	0	0	
住吉区	47	30.5	44	29.5	6	3.9	3	1.30	0	0	0	0	0	
東住吉区	34	42.8	46	36.8	5	4.0	3	2.39	2	1.58	0	0	0	
西成区	51	45.6	41	38.6	5	4.5	3	2.68	1	0.89	1	0.89	0	
淀川区	37	21.0	34	19.3	19	6.2	1	0.57	0	0	0	0	0	
鶴見区	23	20.6	23	20.6	5	4.5	3	2.69	3	2.69	0	0	0	
住之江区	27	22.0	36	30.8	5	4.1	1	0.81	1	0.81	0	0	0	
平野区	56	50.0	51	51.0	8	4.1	0	0	0	0	1	0.51	0	
北区	25	20.2	45	38.2	2	2.4	0	0	0	0	3	2.43	0	
中央区	41	44.1	42	45.7	3	3.2	0	0	0	0	0	0	0	
合計	784	29.1	785	29.2	543	5.2	25	1.30	18	0.71	19	0.83	0	
大阪府	1990	22.9	1859	21.0	332	3.8	110	1.24	49	0.52	33	0.37	0	

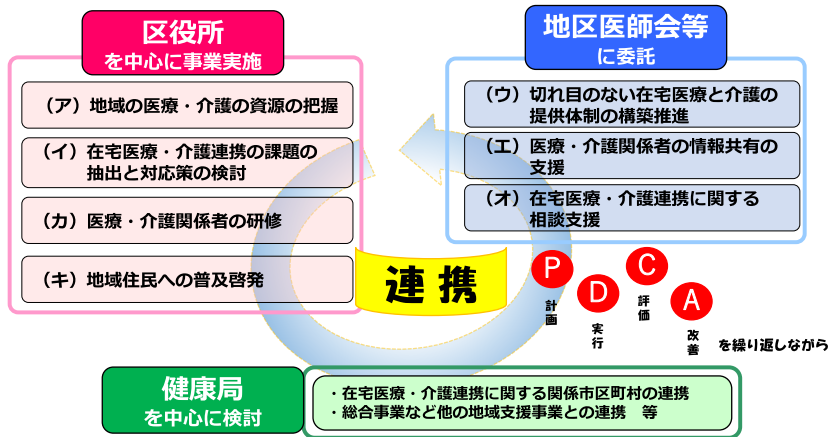
第7次 大阪府医療計画

・各区の在宅医療資源は、各区の医療・介護を取り巻く環境に違いがあることから、地域実情に応じた取り組みが必要である。

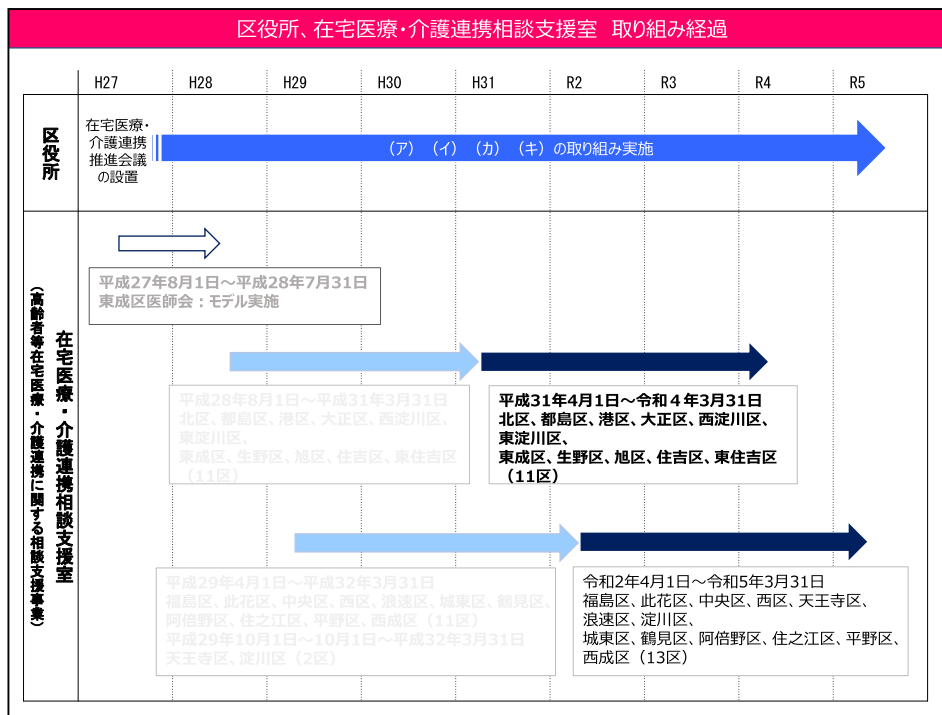
在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業大阪市の取り組み体制

～ 「PDCAサイクルに沿った取組項目」 ～



・大阪市在宅医療・介護連携推進事業の取り組み体制はスライドに示す通り。



- ・区役所、在宅医療・介護連携相談支援室の取り組み経過はスライドに示す通り。
- ・24区に段階的に在宅医療・介護連携相談支援室設置。

在宅医療・介護連携相談支援室

在宅医療・介護関係者等からの在宅医療・介護連携に関する相談を受けるとともに、連絡調整・情報提供等の支援を行い、多職種間の円滑な相互理解や情報共有が行える体制を構築する。

①設置状況

- ・平成27年8～28年7月：東成区においてモデル実施
- ・平成28年8月～：11区
- ・平成29年4月～：11区
- ・平成29年10月～：2区

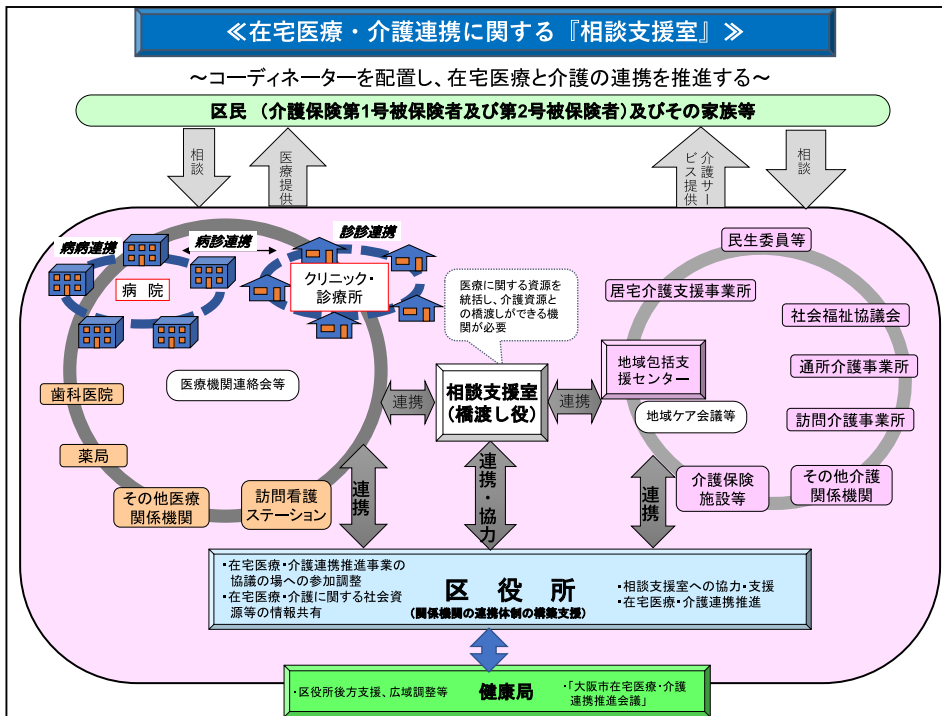
段階的に24区に設置
→**地区医師会等に業務委託**

②専任の**在宅医療・介護連携支援コーディネーター**を配置

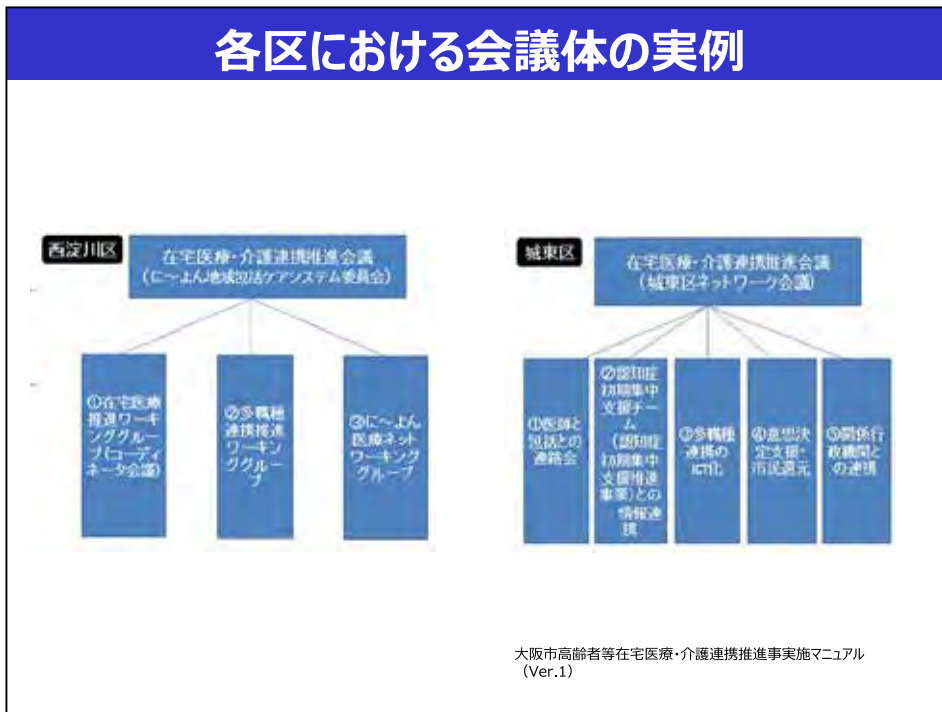
③業務内容

- ・在宅医療・介護連携に関する相談支援・連絡調整・情報提供
- ・関係者間の「橋渡し役」となり、「顔の見える関係」を構築

- ・地区医師会に受託し、在宅医療・介護連携相談支援室を設置し、専任の在宅医療・介護連携支援コーディネーターを配置。
- ・在宅医療・介護関係者等からの在宅医療・介護連携に関する相談を受けるとともに、連絡調整・情報提供等の支援を行い、多職種間の円滑な相互理解や情報共有が行える体制を構築している。



・在宅医療・介護連携相談支援室のコーディネーターが、医療・介護関係者間の「橋渡し役」となり、「顔の見える関係」を構築している。



各区における会議体の実例を示す。
 ・各区の在宅医療・介護の現状を踏まえた上で、区役所が中心となり、在宅医療・介護連携の課題を抽出し、対応策を検討するための医療の関係職種、介護事業者等の介護の関係職種が参画する会議（在宅医療・介護連携推進会議等）を開催。

健康局における取り組み

事業の課題

- 課題1 業務の進捗管理
- 課題2 広域連携の仕組みづくり
- 課題3 区役所・相談支援室に対する積極的支援

【健康局の役割】

「大阪府医療計画（地域医療構想）」や「大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に基づき、各区における在宅医療・介護連携の取り組み状況を把握し、施策の進捗状況を確認し、目標達成に向け、積極的に区役所を支援します。

健康局においては、各区で出てきた広域的な課題等を集約したうえで、「大阪市在宅医療・介護連携推進会議」を開催し、区間や他市との連携についての検討を行います。

また、各区間の情報の共有や職員・受託法人（コーディネーター）のスキルアップを図るための取り組みを行います。

- ・健康局は各区における在宅医療・介護連携の取り組み状況を把握し、施策の進捗状況を確認し、目標達成に向け、積極的に区役所・コーディネーターを支援。
- ・各区で出てきた広域的な課題等を集約した上で、「大阪市在宅医療・介護連携推進会議」を開催し、区間や他市との連携についての検討。

在宅医療の課題と対策

<課題>

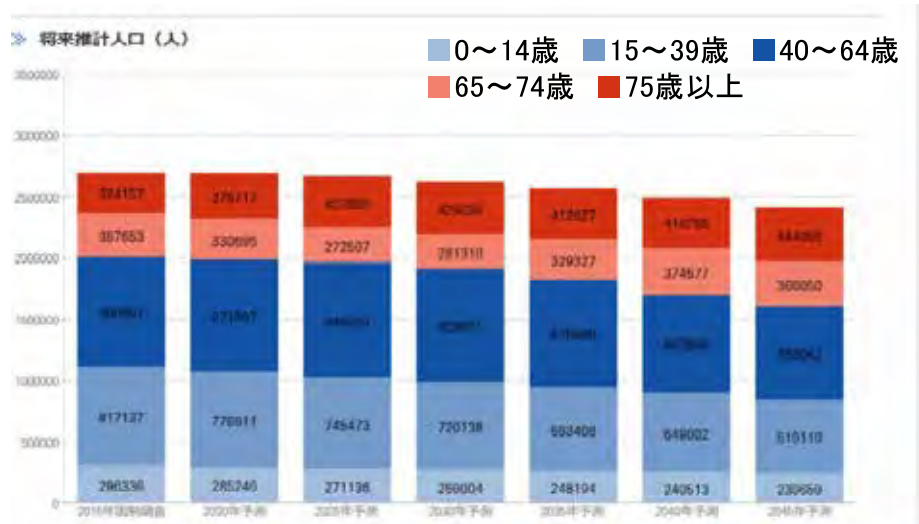
- ①在宅医療等が必要とする患者数が増加するため、在宅医療と介護が切れ目なく連携して効率的な提供体制
- ②各区の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

<分析と見通し>

- ①今後も在宅医療体制にかかる指標に基づき、進捗管理していく。
- ②引き続き、区役所・地区医師会等・健康局との3者で連携し、在宅医療・介護連携推進事業を推進していく。

- ・在宅医療の課題と対策についてはスライドに示す通り。

大阪市の人口構成予想 (JMAP)



病床種類別の病床数(大阪市と全国の比較) JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	病床数	人口10万人あたりの病床数	
	大阪市	大阪市	全国平均
一般診療所病床	3,098	115.12	68.38
病院病床(全区分計)	31,606	1174.43	1,185.40
一般病床	25,386	943.30	697.23
精神病床	235	8.73	254.42
療養病床	5,863	217.86	228.08
結核・感染症病床	72	2.68	4.46

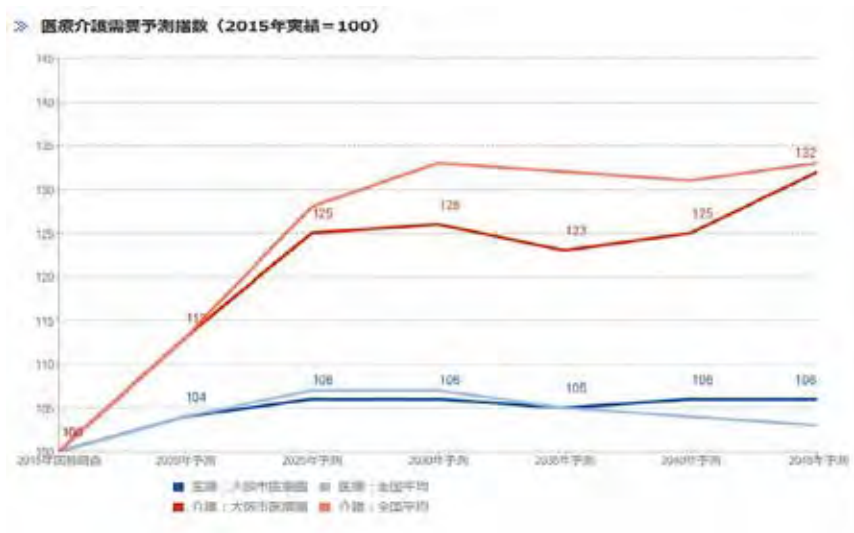
赤字: 全国平均より少
青地: 全国平均より多

JMAP 大阪市と全国の比較
 2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
 (人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	大阪市 施設数	人口10万当りの施設数	
		大阪市	全国
在宅療養支援診療所 1	6	0.22	0.17
在宅療養支援診療所 2	156	5.80	2.63
在宅療養支援診療所 3	576	21.40	8.75
在宅療養支援診療所合計	738	27.42	11.54
在宅療養支援病院 1	1	0.04	0.17
在宅療養支援病院 2	19	0.71	0.32
在宅療養支援病院 3	19	0.71	0.74
在宅療養支援病院 合計	39	1.45	1.24

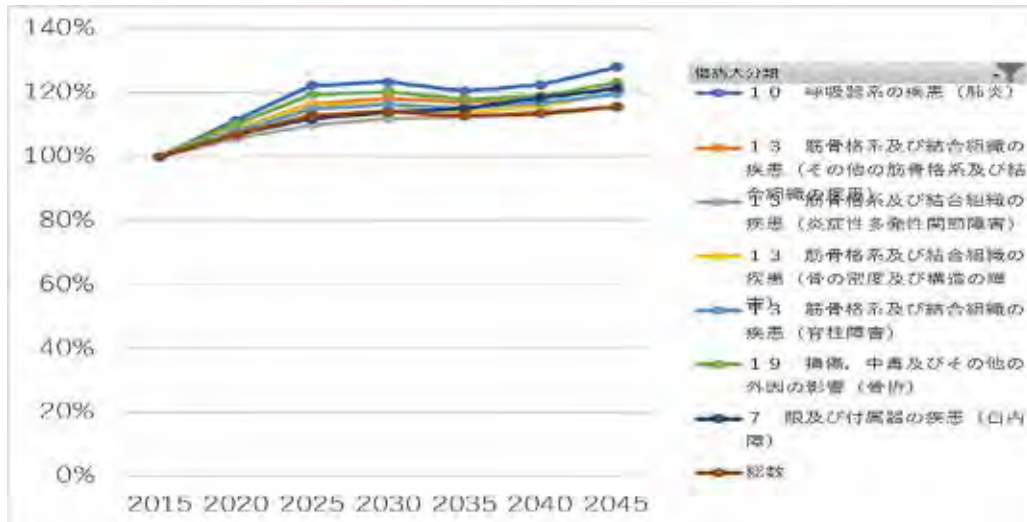
赤字: 全国平均より少
 青地: 全国平均より多

医療介護需要予想指数の大阪市と全国の比較 (JMAP)



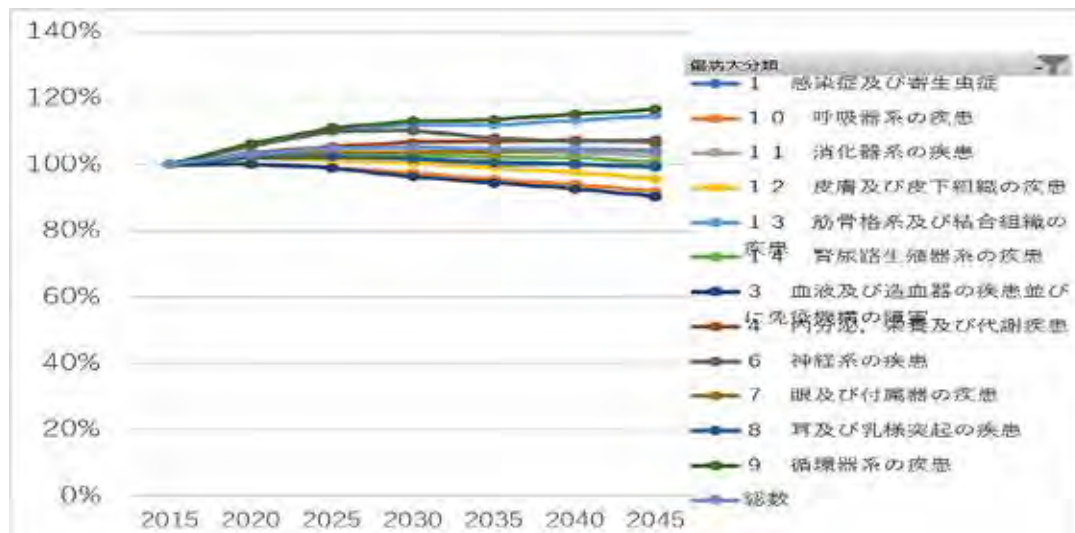
傷病別入院患者数の推移（大阪市）

（産業医科大学松田晋哉教授提供：AJAPA）

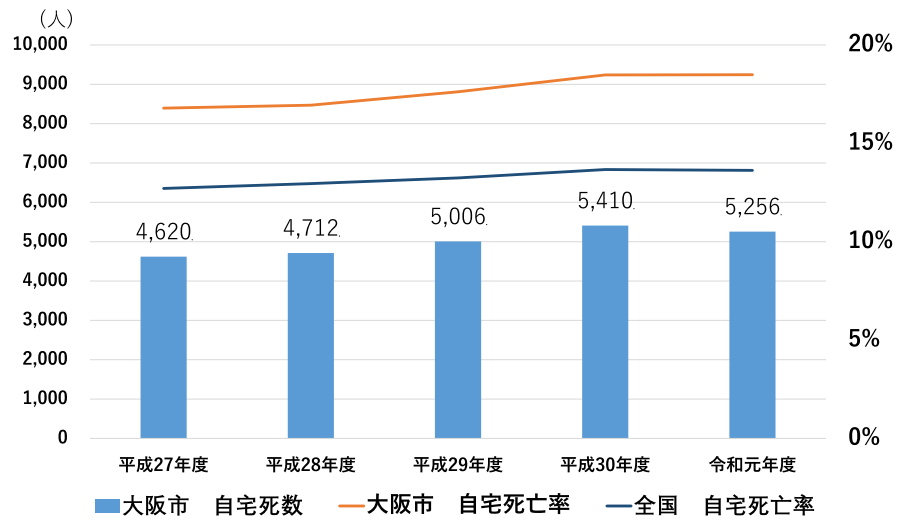


傷病別外来患者数の推移（大阪市）

（産業医科大学松田晋哉教授提供：AJAPA）

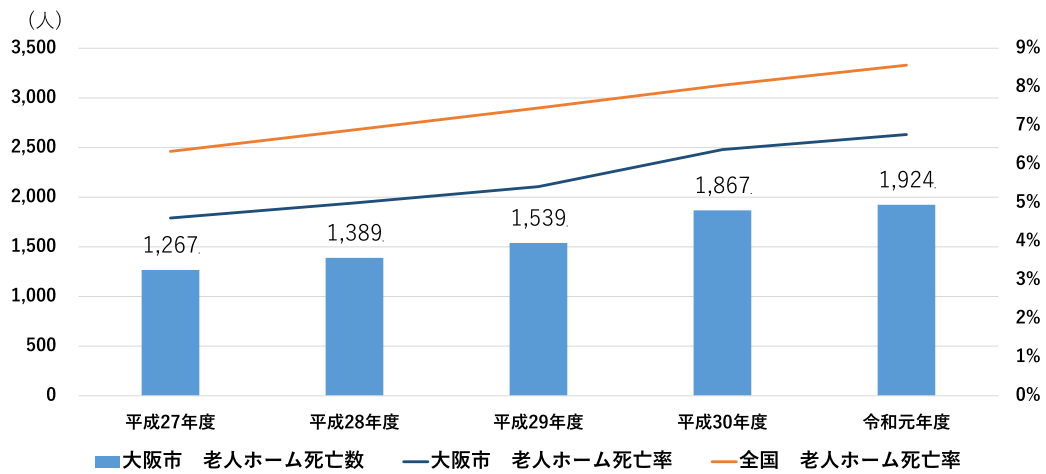


大阪市 自宅死数と看取り率の推移



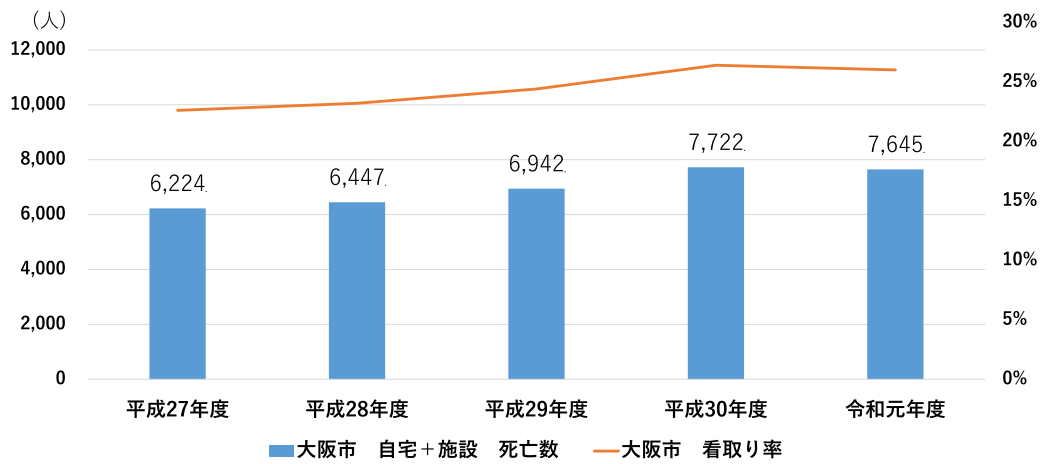
大阪市 保健統計年報 人口動態統計

大阪市 老人ホーム死数と老人ホーム死率の推移



大阪市 保健統計年報 人口動態統計

大阪市 自宅+施設死亡と看取り率 (老人ホーム+老健)



大阪市 保健統計年報 人口動態統計

(3) 質疑

■ 大阪市における在宅医療構築支援についての質疑

- 健康局健康政策課が在宅医療の取り組みを始めたのはいつ？ 地域医療構想の年からですか？（逢坂先生）
→平成 27 年頃です。（勝矢先生）
- 市の保健所は在宅医療構築支援に全く関与していない？（逢坂先生）
→はい、関与していない。（勝矢先生）
- 市として事業を進めるための作戦や働きかけは？（逢坂先生）
→大阪市は在宅医療資源がたくさんあるので、医師会の先生方にデータを見える化し実態を把握してもらいながら、進捗管理を行っている。（勝矢先生）
- 医師会等の関連団体の動機づけとしては？（逢坂先生）
→データを出す以上のことはしていない。（勝矢先生）
- 厚生局から在宅医療データを提供しているのは、近畿厚生局と北陸東海厚生局だけだが、その地域の保健所・行政は、大阪市が近畿厚生局のデータをどのように取り扱っているのかについて興味があると思う。近畿厚生局のデータとしては、「1 年間で在宅医療提供した患者数」という項目だけを活用しているのか？また、「1 年間で在宅医療提供した患者数」を 12 ヶ月で割って在宅医療患者数としているのか？（逢坂先生）
→「1 年間で在宅医療提供した患者数」については、そのとおり。近畿厚生局の定例報告では、在支診と在支病について「直近 1 年間で担当した患者数」を活用しているが、在支診数や施設基準についてのデータも活用している。（勝矢先生）
- 大阪市の地域医療構想での 2025 年訪問診療の需要は 3 万 4 千人くらいと推計されている。しかし、近畿厚生局の平成 29 年の在宅医療患者数（訪問診療患者数＋往診のみの患者数）ではすでに 7 万人を突破している。訪問診療分と近畿厚生局の在宅医療患者数は直接比較できないことが少し難しい点。近畿厚生局の在宅医療患者数が地域医療構想での訪問診療需要より多くて、患者数が伸びていけばいいという感じでの評価か？（逢坂先生）
→そのとおり。訪問診療件数は伸びてきているし、近畿厚生局の在宅医療患者数をそのように扱って問題ないかと思っている。（勝矢先生）
- 在宅医療患者数などは令和元年度もあると思うが追跡している？（逢坂先生）
→コロナの関係で令和 2～3 年度在宅医療懇話会を開催できていない状況で、今、データの分析を実施している。（勝矢先生）

- 報告での課題以外に、今、本当に困っていることは？（逢坂先生）
 - 各区に相談支援室を設置して6年が経過したが、コーディネーターのレベル差を感じる。また、役所の人の入れ替わりでの事業の継続性に問題を感じる。（勝矢先生）
- 今後、事業を継続していくなかで、途中で在宅医療患者数の伸びが悪くなった時はどのように対応する予定か？（逢坂先生）
 - 特に検討していないが、今後、外来医療計画の中の地域医療への貢献部分を検討していく。（勝矢先生）
- 大阪市の報告での問題は「主語がないこと」。会議と研修をこなしていきただけになっている。（柳先生）
 - 同感。コロナが落ち着いてきたので在宅医療・介護連携推進事業も併せて検討課題としている。（勝矢先生）
- 発想を変えて提案していくべき。数字と現実のニーズは違うこともある。数字だけを見ての議論は、役所レベルでは違うと思う。（毛利先生）
 - 区役所が中心となって課題や対応策を進めているが、全体では市が考える。（勝矢先生）
- 区レベルでの成功事例を教えて。（柳先生）
 - 区の中で完結できるところはうまくいっている。地域課題を見つけながらやっているとことがうまくいっている気がする。（勝矢先生）
- コーディネーターをやっている人の職種は？その人たちの雇用は？（柳先生）
 - 看護師が大半。ケアマネもいる（専門職）。（勝矢先生）
- 個人の能力やキャリアや医師会との関係で動けるかが決まる？（柳先生）
 - 医師会に受託しているので、医師会との協力具合も含め、うまく関係を築いているところが進んでいる。（勝矢先生）
- 在宅医療資源の少ない区であれば、訪問診療中心で開業してもokというアピールをするという戦略はどうか？（柳先生）
 - 少ない区でないと認めないということは現状できない。大阪市全体で二次医療圏になるので、その中で資源の大小で差をつけるのは行政の立場上できないと思っている。（勝矢先生）

(4) 事例報告のまとめ

行政による在宅医療体制構築支援の分析手順

- ①管内の在宅医療の体制(開業医主体か病院主体か、混合型か)と供給量(訪問診療患者と看取り数等)の推移を把握
- ②行政が介入しない場合に、2025年以降の訪問診療需要に供給が追いつかないことを確認
- ③行政としての戦略を練る
- ④医師会など(管内の診療所、病院、訪問看護)に働きかける
- ⑤目に見える実績を上げている
- ⑥課題

大阪市は(市保健所の関与はない)、

- ①近畿厚生局の情報提供から、管内の在宅医療の体制(在支診、在支病等の箇所数から診療所中心であることを把握)と提供量(在支診・在支病が担当する在宅療養患者数)の推移を把握している。
- ②大阪府医療計画において、訪問診療需要が、2030年頃をピークにさらに増加する見込みであることを認識。
- ③戦略としては、市では在宅医療体制にかかる指標を策定し、会議の場で提示することで、見える化を図り、進捗管理を行っている。
- ④在宅医療・介護連携推進事業のうち、在宅医療と介護の提供体制の構築推進などを地区医師会に委託し、在宅医療・介護連携相談支援室を設置し、コーディネーターが在宅医療と介護の橋渡し役を担っている。
- ⑤結果として、ここ数年、在支診数が減少、在支病数は微増であるものの、在宅看取り数、24時間対応可能な訪問看護ステーション数、訪問診療件数、往診件数が増加し、在宅療養患者の自宅等死亡割合が増加している。
- ⑥課題としては、1) 区役所、在宅医療・介護連携相談支援室・市健康局の3者での現在の体制を維持しながら、各区の実情に応じた取組みを進めていくことがある。班員から、2) 将来、上記指標が伸び悩んだ際に、取るべき対策を検討する必要があることが挙げられた。

Ⅲ 厚生労働省の

「医療計画作成支援データブック」

の活用について

(簡単に管内市区町村の「訪問診療患者数」を把握するためのツール)

厚生労働省の

「医療計画作成支援データブック」について

(毎年、厚労省から都道府県
に提供されています)

管内(市町村内)にある医療機関が担当した
訪問診療患者数が簡単に分かります。

○厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」は、都道府県が医療計画を策定するために使用するツールとして提供されています。毎年度、厚労省から都道府県に提供されています。これを活用すると、「二次医療圏、市町村内にある医療機関が担当した訪問診療患者数」が簡単に分かります。

○二次医療圏、市区町村の訪問診療患者数を知るために、このデータブックから「訪問診療を受けた患者数(レセプト件数) / 年」を確認する手順を示します。

○レセプト(診療報酬明細書)とは、医療機関が1人の患者さんに対して1ヶ月に1枚作成し、保険者に出す書類です。1ヶ月のレセプト数は、その診療を受けた患者数となります。

○注意としては、ここで得られる訪問診療患者数は、二次医療圏あるいは市区町村内に「存在する医療機関が診療した」訪問診療患者数であることです。例えば、市区町村の訪問診療患者数が少なめであっても、市外に存在する医療機関が、市区町村内の住民に訪問診療を提供している可能性があります。

○そこで、データブックで得られた「訪問診療患者数」は一つの指標と考え、地域包括支援センターなどへのヒアリングや、後述するいくつかのデータを把握し、管内の在宅医療の現状と将来の見通しを総合的に評価することが大切です。

管内の訪問診療患者数の推移の把握が重要な訳

- ◆「今、管内で在宅医療が不足しているのか」については、地域包括支援センターなどへのヒアリングにより、ある程度分かる。
- ◆しかし、訪問診療患者数の推移が把握できないと、都道府県・保健所としては「介入しないと、将来、管内で在宅医療が不足するのか」が分からない。
- ◆在宅医療に関わってこなかった都道府県・保健所では、新たに在宅医療体制構築支援を開始するための行政・保健所自身の動機づけが起こらない。
- ◆「今、在宅医療の不足で困っている人がいない」のだから、問題ないだろうと行政・医師会とも楽観的に考え、将来、在宅医療の不足で多くの住民が苦しむ可能性があっても、この問題に手を付けない。逆に、訪問診療患者数の推移を把握できれば、管内で「将来の需要に対し、供給が不足すること」がデータから把握でき、行政として在宅医療に介入する必要性を理解できる。

訪問診療患者数の推移の把握が重要な訳を記述しました。

データブック利用にあたっての条件・注意事項 (厚生労働省)

- データブック内のNDBの情報については、医療計画作成に係る目的以外に閲覧、加工及び公表を行わないこと。また、厳重に管理し、紛失又は漏えいのないようにすること。
- データブックの利用場所及び環境については、インターネット等の外部ネットワークに接続しないPCで利用すること。
- 利用者は、都道府県職員のほか、医療計画作成に必要な会議(都道府県医療審議会、地域医療構想調整会議等)の委員又はその技術的補助者若しくは委託事業者のみとする。

データブック利用にあたっての条件・注意事項には、

○データブック内のナショナルデータベース(NDB)の情報は、医療計画作成に係る目的以外には活用できないことになっています。

○また、重要なデータですので、厳重に管理が必要です。

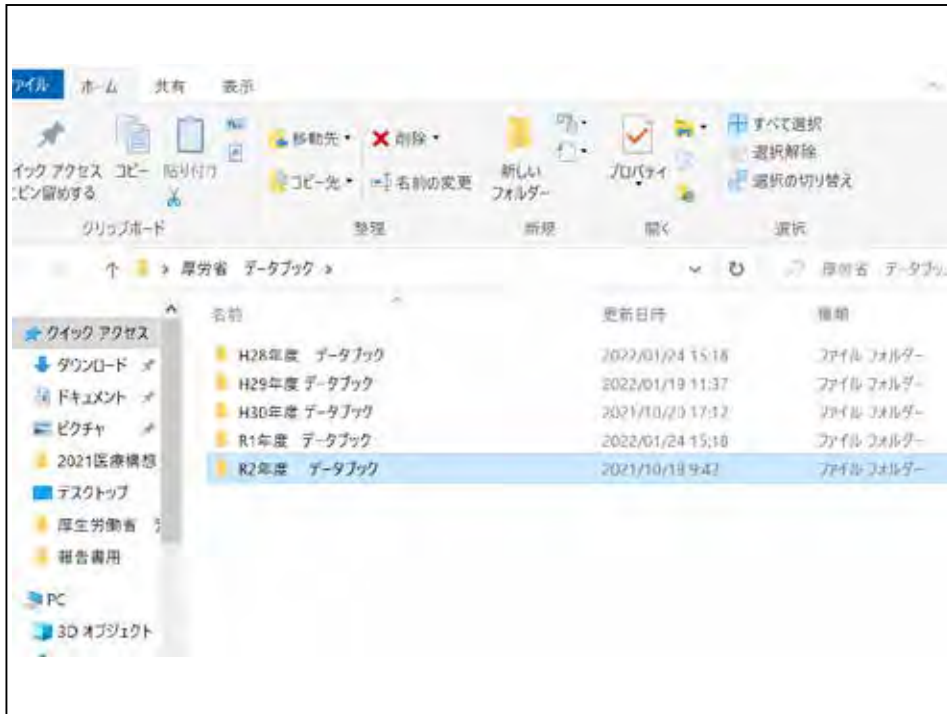
○このデータを利用できるのは、都道府県職員のほか、医療計画作成に必要な会議(都道府県医療審議会、地域医療構想調整会議等)の委員とされています。

医療計画と地域医療構想の関係は、医療計画がその中に地域医療構想を包含する、より上位の概念と言えます。

地域医療構想調整会議は医療計画の策定に向けた重要な会議で、原則、二次医療圏単位での設置となっています。

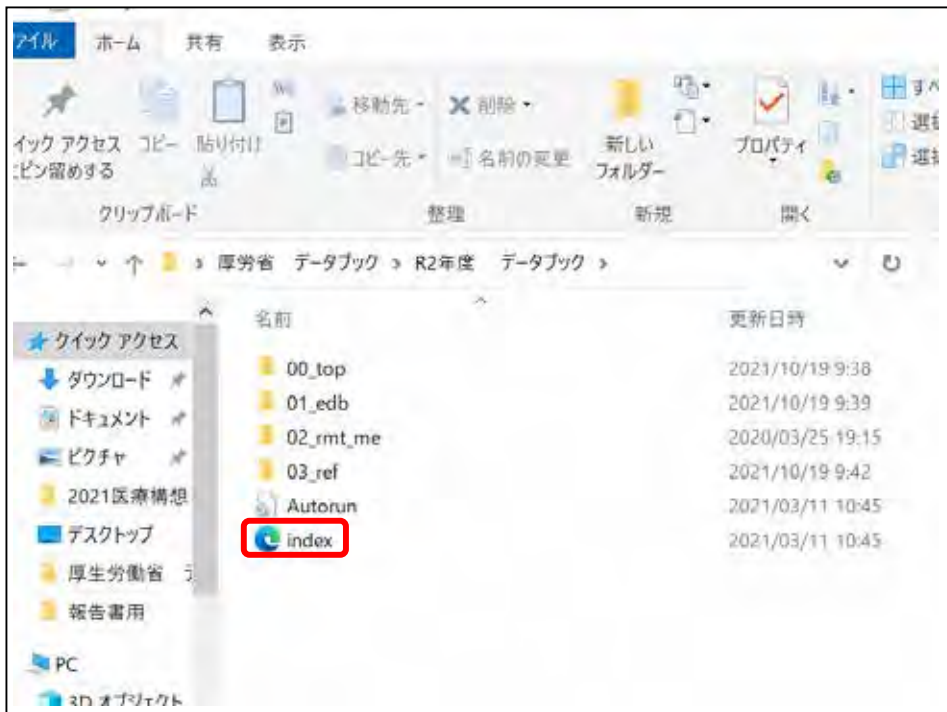
○そこで、二次医療圏での地域医療構想調整会議の委員は、厳重な管理のもと、二次医療圏での地域医療構想、医療計画策定に係る目的でのデータブックの活用が可能です。

○また、地域医療構想調整会議の委員でない市町村があれば、例えば都道府県が当該市町村に該当するデータを作成・加工して、地域の協議体などで情報共有することは可能です。

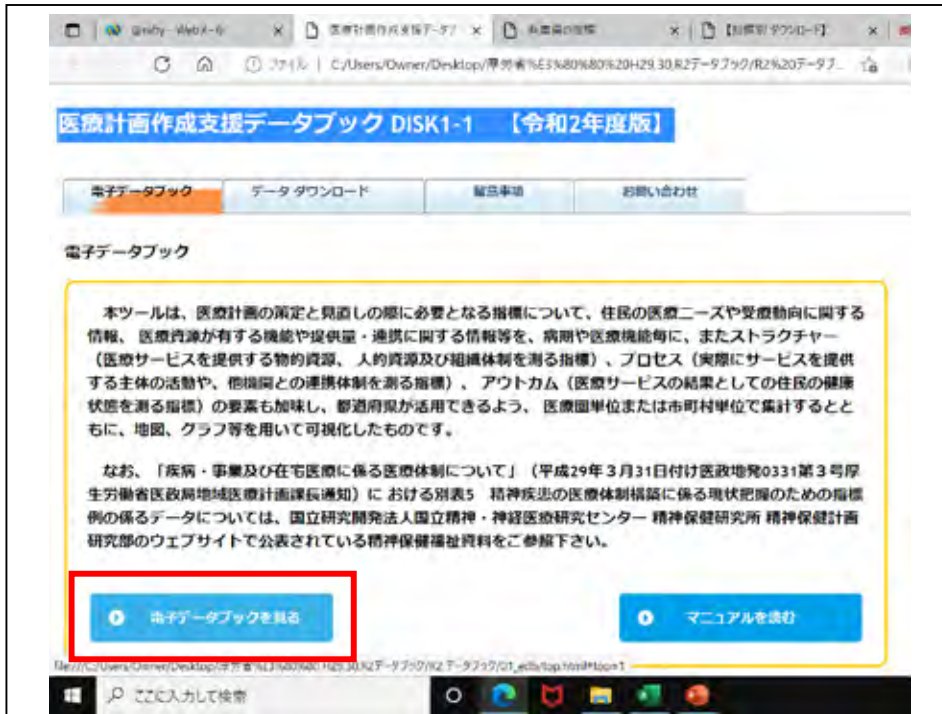


当保健所には、H28、H29、H30、R1、R2年度版のデータブックがありましたので、これに基づいていきます。

まず、令和2年度のデータブックのフォルダを開きます。



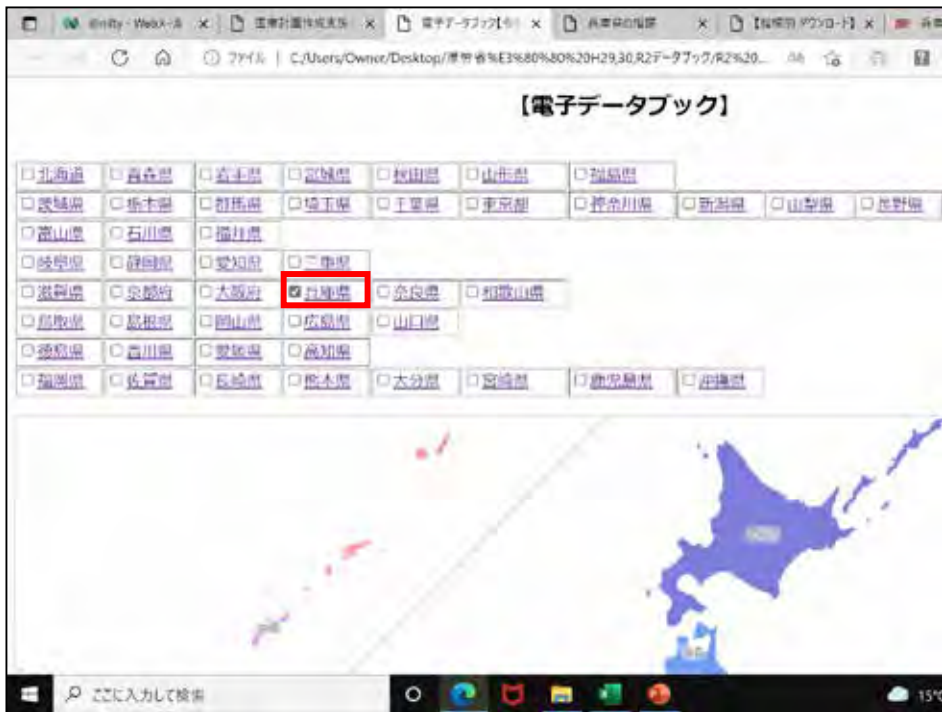
「index」をクリックします。



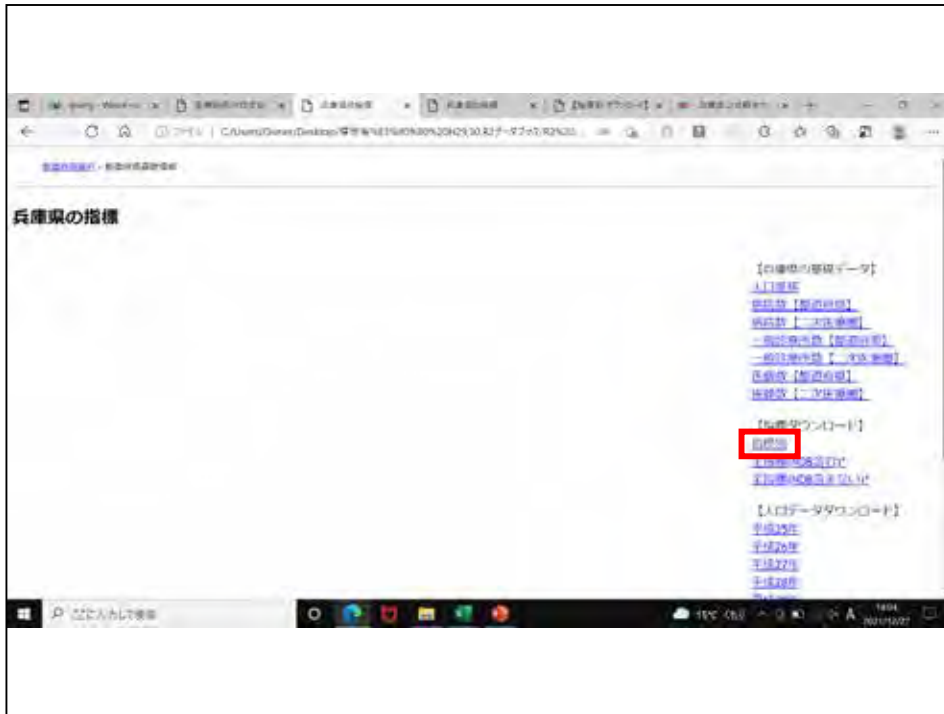
「医療計画作成支援データブック 令和2年度版」が開きます。

これは、前年度である令和元年度診療分のデータです。

「電子データブックを見る」をクリックします。

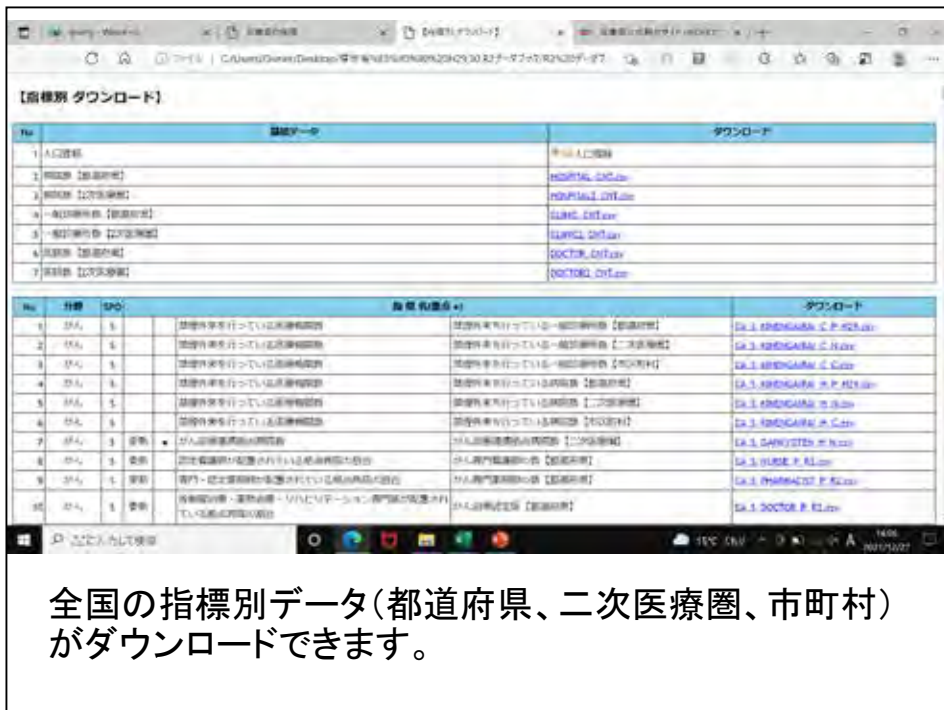


都道府県名と地図が出てきますので、保健所が存在する都道府県をクリックしてみます。



当保健所に存在していた医療計画作成支援データブックでは、このような画面が出てきます（マニュアルのように美しくはありませんが、シンプルで扱いやすいです）。

右中央の「指標別」という箇所をクリックします。



「指標別 ダウンロード」という画面が出てきます。様々な情報があるので、全国の指標別データ(都道府県、二次医療圏、市町村)がダウンロードできます。

今回は、訪問診療患者数が欲しいので、ここで「訪問診療を受けた患者数」を検索します。

ここで、「訪問診療を受けた患者数」を検索

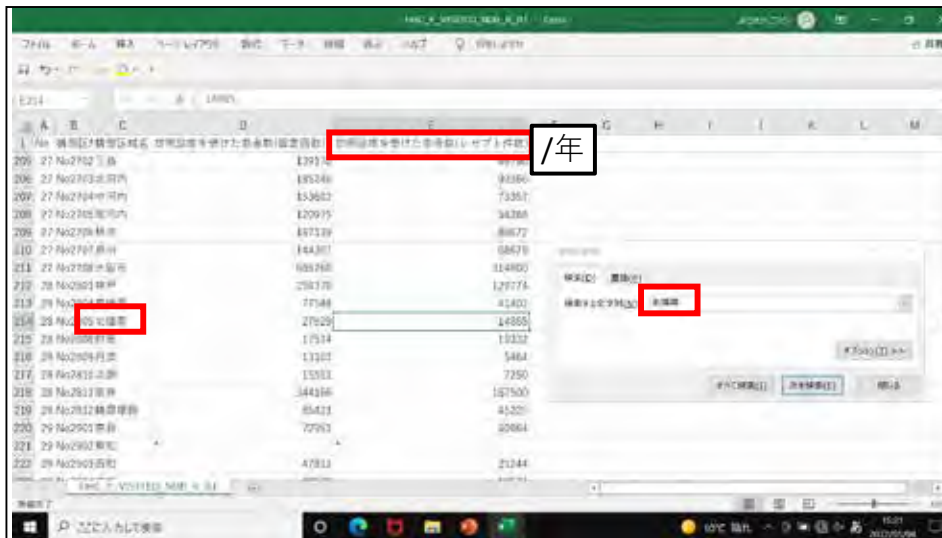
日付	種別	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
538	在宅	訪問診療（訪問診療）を受けた患者数	訪問診療（訪問診療）を受けた患者数【市区町村】	訪問診療（訪問診療）を受けた患者数【二次医療圏】
539	在宅	訪問診療（訪問診療）を受けた患者数	訪問診療（訪問診療）を受けた患者数【市区町村】	訪問診療（訪問診療）を受けた患者数【二次医療圏】
540	在宅	訪問診療（訪問診療）を受けた患者数	訪問診療（訪問診療）を受けた患者数【市区町村】	訪問診療（訪問診療）を受けた患者数【二次医療圏】
541	在宅	介護支援連携指導を受けた患者数	介護支援連携指導を受けた患者数【市区町村】	介護支援連携指導を受けた患者数【二次医療圏】
542	在宅	介護支援連携指導を受けた患者数	介護支援連携指導を受けた患者数【市区町村】	介護支援連携指導を受けた患者数【二次医療圏】
543	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
544	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
545	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
546	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
547	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
548	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
549	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
550	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
551	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
552	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
553	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
554	在宅	訪問診療を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数【市区町村】	訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】
555	在宅	在宅で活動する在宅ケアチーム（VST）と連携する在宅ケアチーム（VST）と連携する在宅ケアチーム【市区町村】	在宅で活動する在宅ケアチーム（VST）と連携する在宅ケアチーム【市区町村】	在宅で活動する在宅ケアチーム（VST）と連携する在宅ケアチーム【二次医療圏】

訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】の右側のデータをダブルクリック

すると、「訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】」、「訪問診療を受けた患者数【市区町村】」などが検索できます。

では、保健所管内（二次医療圏）の訪問診療患者数を調べてみましょう。「訪問診療を受けた患者数【二次医療圏】」の右側の青文字をクリックします。

もし、「訪問診療を受けた患者数【市区町村】」が知りたい場合は、その右側の青文字をクリックします。

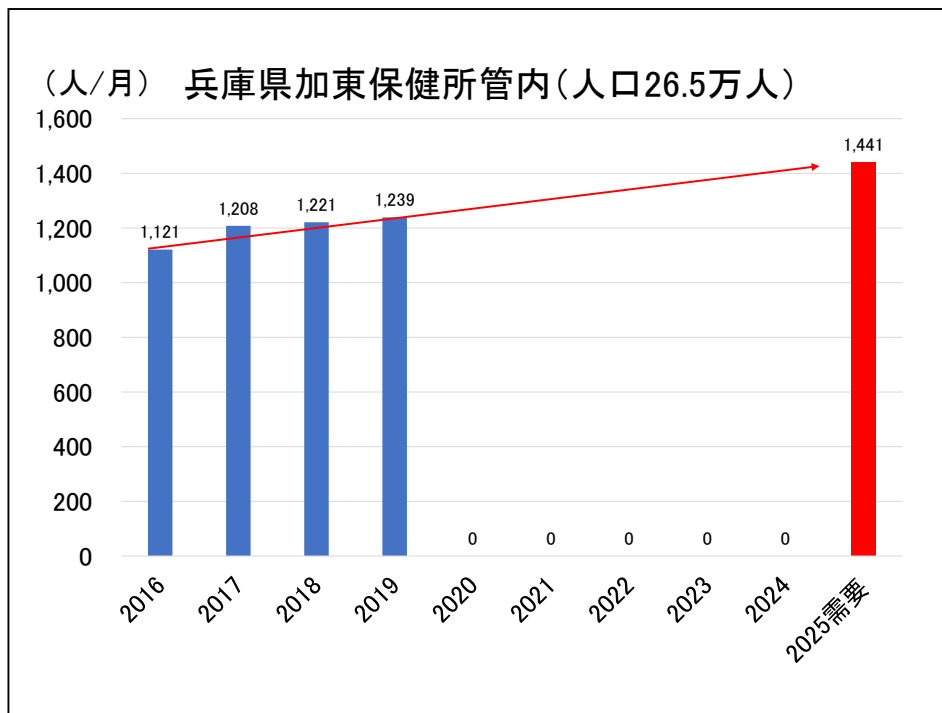


管内(北播磨圏域)を検索すると「北播磨」が見つかりました。
 二次医療圏別の**訪問診療を受けた患者数(レセプト件数/年)**を12ヵ月で割ると、
 二次医療圏別の**医療機関が担当した訪問診療患者数(人/月÷地域医療構想の訪問診療分 人/日)**が分かる。 * 市町村に居住している患者数ではないことに注意

すると、全国の二次医療圏別の「訪問診療を受けた患者数(算定回数)」、「訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)」が並びます。

今回は、訪問診療患者数が知りたいので「訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)」に注目します。これは医療機関が毎月1患者当たり1枚出すレセプトの年間件数です。

ここで、管内の二次医療圏(私の勤務地である北播磨)を検索します。「訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)」14,865件/年なので12ヶ月で割ると1,239人が、管内の医療機関が担当した訪問診療患者数(人/月÷地域医療構想の訪問診療分 人/日)となります。

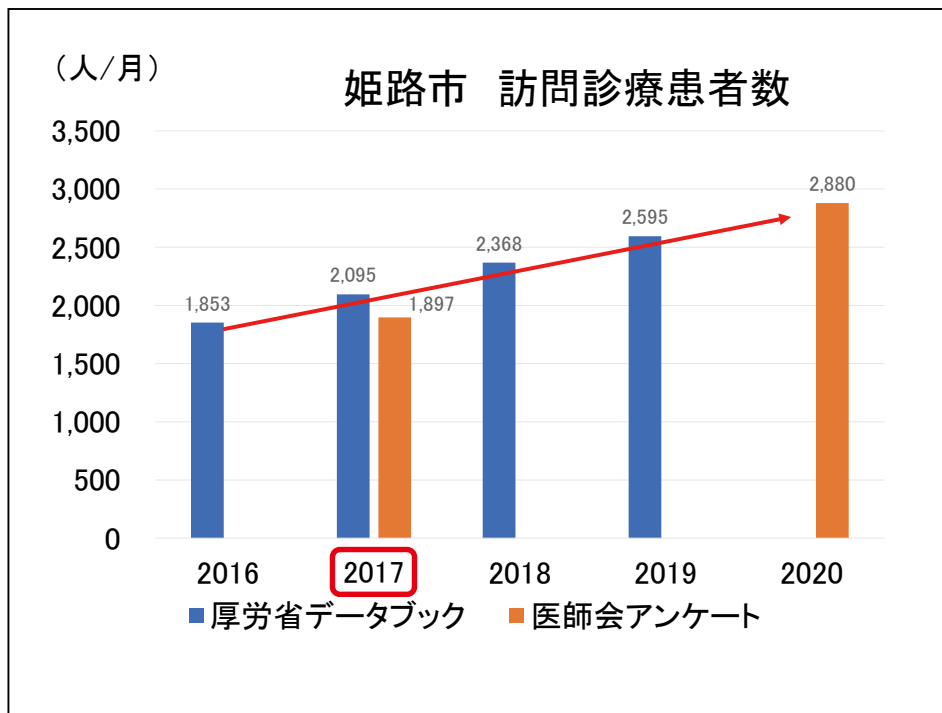


○これまでに得られたデータから、管内(二次医療圏)の訪問診療患者数をグラフ化しました。わずかずつですが、訪問診療患者数が増加しています。

○そこで、粗い推計ですが、「2016年度—2019年度の増加率が維持されると仮定」した場合、2025年の訪問診療需要に供給が追いつく可能性があることが分かりました。

○2016年度—2019年度の増加率が維持されるかについては、管内の在宅医療の体制(診療所主体か病院主体か)、診療所主体なら新規開業医の在宅医療参入が見込めるのか、在宅医の高齢化が進んでいないかなどを、地域包括支援センターや市区町村の担当者へのヒアリングなどで確認する必要があります。「毎年の新規開業医の件数がどの程度か」については、保健所の医務担当に確認すれば、診療所の開設届から確認することができます。

○また、中小病院で在支病を届け出ている、多彩な介護保険サービスを併設している場合(医療介護複合体)には、将来的に多くの訪問診療患者数を担当できる力を持っている場合が少なくないので、個別に院長や事務長に経営方針を尋ねると有益な情報が得られことがあります。



第1回班会議での報告者である姫路市は、2017年、2020年に医師会アンケート調査をしていたので、両年についてデータブックのデータと比較してみました。残念ながら、厚労省のデータブックのデータと医師会アンケートのデータの双方が揃ったのは、2017年だけでしたがほぼ同レベルでした（医師会アンケートが若干少なかったのは、回収率が80%であったせいかもしれません）。

グラフで2016～2020年までのトレンドを見ると、厚労省のデータブックのデータと医師会アンケートのデータは大きな違いがないことが分かりました。

厚労省の医療計画作成支援データブックにおける「訪問診療を受けた患者数（人/月）」は、簡便で信頼のおけるデータと言えます。

兵庫県加東保健所管内 市町別訪問診療患者数

訪問診療を受けた患者数(人/月)	圏域	西脇市	三木市	小野市	加西市	加東市	多可町
2016 データブック	1,121	172	358	246	71	197	77
2017 データブック	1,208	176	393	256	105	201	77
2018 データブック	1,221	187	424	268	131	124	88
2019 データブック	1,239	196	415	262	158	127	83
2025訪問診療需要(地域医療構想)	1,441	208	427	247	242	176	141

人口(万人)	26.5	3.9	7.5	4.8	4.3	4.1	2.0
--------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

赤字は気になるデータ(ヒアリングが必要)。他市のデータはそれなりに自然な感じ。

加東保健所管内の市町別訪問診療患者数を表にしました。参考に、表の下部に人口、高齢化率を記載しました。

○「市町に存在する医療機関が担当した」訪問診療患者数(人/月)を見ると、二次医療圏(管内)、西脇市、三木市、小野市では2016～2019年度にかけて徐々に増加しています。

○違和感のあった数値を赤字にしました。①加西市は、人口が同様の他市と比較すると、2016年は患者数がとても少なく、その後急激に増加しています。②加東市に存在する医療機関の訪問診療患者数が2018年度には突如、減少したことが分かります。③多可町に存在する医療機関の訪問診療患者数は一環して低値です。

○①加西市地域包括支援センターへのヒアリングでは、2017年に市内の1ヶ所の在支診に若い息子さんが帰ってきて、バリバリと訪問診療を開始し、その後、順調に伸びているとのこと、話がデータに合っています。②加東市でのヒアリングでは、あるサ高住に居住する患者を診てきた在支診が2018年に経営方針を転換し、担当していた患者を市外の在支診に紹介した模様です。③多可町は山間部の過疎地なので、他市からの提供は考えにくく、このデータは、多可町民に提供された訪問診療患者数と考えられます。地域包括支援センターへのヒアリングでは、在支診の減少および在支病の在宅医数減少により、在宅医療の供給不足が継続しており、今後、さらに減少する可能性があります。この町の在宅医療にはてこ入れが必要と判断しました。

管内の訪問診療患者数が把握できて、 2025年以降のことが気になったら・・・

当班が作成した「在宅医療の標準化データ」のツールである

- ◆日本医師会 **地域医療情報システム(JMAP)**から、管内の在支診数、在支病数や2040年までの医療需要、介護需要の動向を確認。
- ◆産業医科大学 公衆衛生学教室 **地域別人口変化分析ツール(AJAPA)**での外来患者数の推計から新規開業の見込みを検討。
- ◆都道府県の「**保健統計年報 人口動態統計**」から自宅看取り数、率の推移と全国平均の比較。

どのツールもインターネットで検索すると、簡単に入手・活用が可能

厚労省の医療計画作成支援データブックを活用して管内の訪問診療患者数の推移が把握でき、2025年以降のことが気になったら・・・

当班が令和2年度に作成した「在宅医療の標準化データ」のツールである上記のツールをインターネットで検索すると、もっと様々なことを知ることができます。

そして、もし、2025年、あるいはそれ以降に管内の在宅医療が不足しそうなことが分かったら、保健所として地域を放っておくことはできません。

管内の住民が5年、10年後に安心して暮らしていけるように、本報告書の内容を参考に、在宅医療の充実へ向けた活動を開始して下さい。

「新型コロナウイルス感染症への対策の実際とあるべき姿 ～次のパンデミックに向けて～」
については、当研究班の報告書Ⅰを参照下さい。

令和3年度 地域保健総合推進事業
「医療構想と包括ケアの推進における保健所の役割についての研究」
報告書Ⅱ
都市部における在宅医療体制構築支援について

発行日：令和4（2022）年3月

編集・発行：日本公衆衛生協会

分担事業者 逢坂 悟郎（加東保健所）

〒673-1431 兵庫県加東市社字西柿 1075-2

電話：0795-42-9485（直通） FAX：0795-42-6228

令和3年度 地域保健総合推進事業
「医療構想と包括ケアの推進における
保健所の役割についての研究」

報告書Ⅱ

都市部における在宅医療体制構築支援について