

令和4年度 地域保健総合推進事業

# 管内の在宅医療について、 医療計画を策定するためのハンドブック

令和5（2023）年3月

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



# 目 次

## 1, 総論

- ①医療計画（在宅医療）について ..... 1
- ②在宅医療の基礎知識 ..... 5
- ③管内の在宅医療を地域診断するためのツール ..... 8
- ④例示：在宅医療に関する課題と対応法 .....13

## 2, 例示：在宅医療の地域診断を行うための手順 .....16

- ①地域医療情報システム（JMAP）の活用法 .....17
- ②管内の許可病床数と在宅医療の資源について .....21
- ③地域別人口変化分析ツール（AJAPA）の活用法 .....22
- ④管内の新規開業・継承数について .....23
- ⑤保健統計年報 人口動態統計の活用法 .....24
- ⑥医療計画作成支援データブックの活用法 .....29
- ⑦在宅医療にかかる地域別データ集の活用法 .....37
- ⑧ヒアリングについて .....42
- ⑨医療介護複合体について .....43
- ⑩在宅医療に関する課題と対応法 .....44

このハンドブックは「令和4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」の成果の一つとしてまとめたものです。

ハンドブックと研究報告書は以下のウェブサイトにアップロードされています。

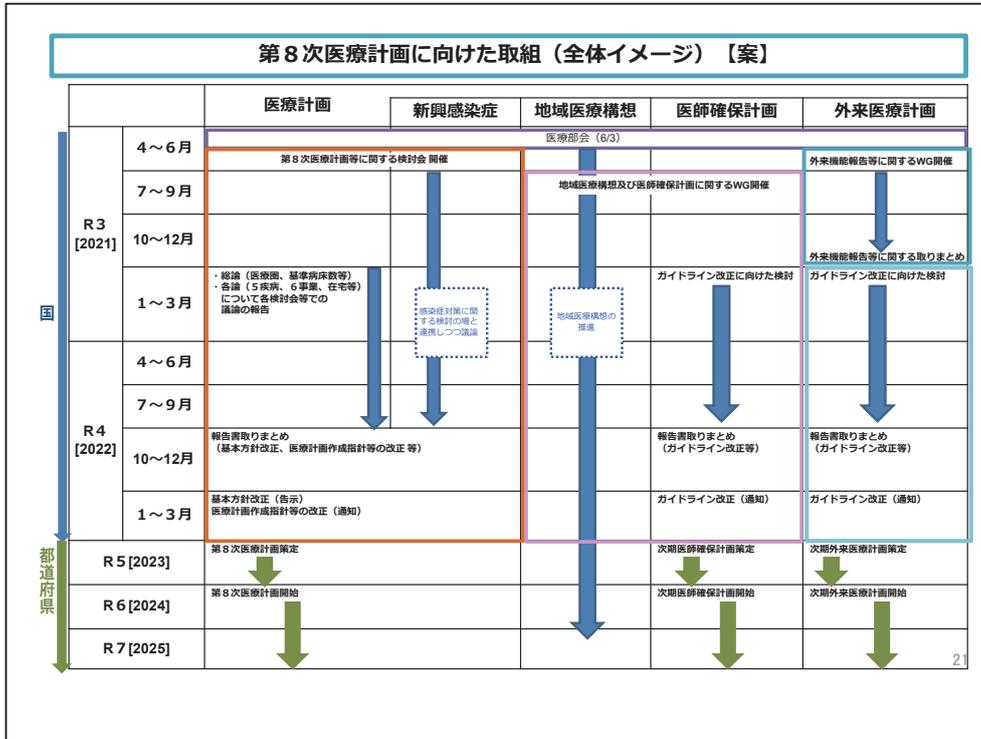
<http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chikihoken/html/2022.html>





# 1, 総論

## ① 医療計画（在宅医療）について



○第8次医療計画、2025年以降の地域医療構想の策定に向けた取組のスケジュールです。

○今後の予定をまとめると、2023年度（令和5年度）には、都道府県および多くの二次医療圏の圏域計画を含めた第8次医療計画が策定されます。

○2024年度（令和6年度）には、新たな医療計画に基づく取組が開始されます。

○2025年度（令和7年度）には都道府県、二次医療圏単位で、2040年を目標とした新たな地域医療構想が策定されます（出典：令和4年11月28日、社会保障審議会医療部会）。

○この年度までに、国から都道府県・二次医療圏の2040年の必要病床数や訪問診療需要が示されるものと想定されます。なお、地域医療構想は医療計画の一部とされています。

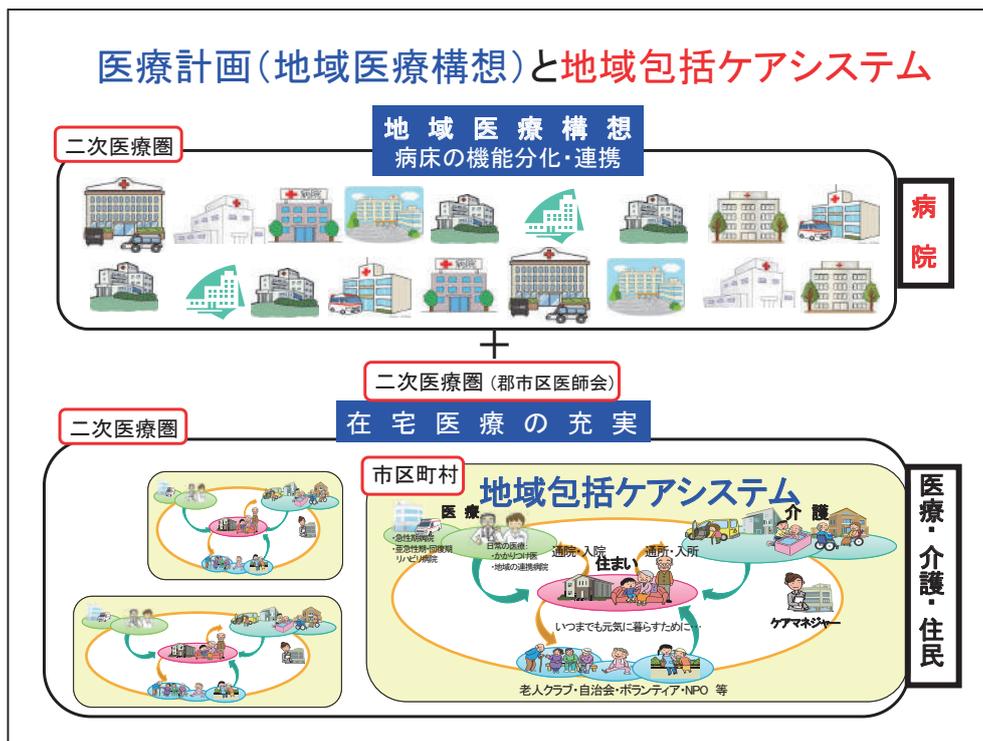
○令和5、6、7年度の3年間はやや長丁場を感じるかもしれませんが、「管内の在宅医療が2040年需要に対応できる体制を構築する」作業を3年かけてじっくりと進めることができると考えると、悪い話ではありません。この3年間でいかに生かすかは、管内の将来に大きく影響しますので、保健所としてはしっかり作戦を立てて対応する必要があります。

○このハンドブックは、これまで会議・研修会以外に、在宅医療に関わりを持ってこなかった県型保健所が、管内の在宅医療についての圏域計画を策定できるようにすることを目標としています。

○また、今年度の当班の報告書には、管内での在宅医療の課題への対応案を検討するための様々な手法や、保健所が練った医療計画案を基に管内での合意形成を行う手順、翌年度から計画を実現していくための手順について記載していますので、参考にして下さい。

○また、市区型保健所や圏域計画の策定が義務付けられていない保健所では、第8次医療計画、新たな地域医療構想策定の時期に合わせて、地域包括ケアシステムづくりの視点から、このハンドブックを活用し管内の在宅医療の体制について検討することをお勧めします。

## 医療計画(地域医療構想)と地域包括ケアシステム



医療計画（地域医療構想）と地域包括ケアシステムとの関係を理解するための概念図を作成しました。私見が入りますが、少し説明します。

- 地域医療構想は、二次医療圏単位における病院の機能分化・連携、在宅医療の充実について関係者で話し合い、将来、その地域に住む住民が安心して暮らすことができるような構想を練るものです。在宅医療については郡市区医師会単位での話し合いも必要かもしれません。構想策定後には、地域医療構想調整会議において協議を繰り返し、この構想の実現を目指します。
- 2015年に国が初めて、各地域における人口動態に基づいて2025年の必要病床数、訪問診療需要（必要となる訪問診療患者数）を都道府県、二次医療圏毎に示しました。そして、これらのデータをもとに、その地域に将来必要とされる医療の内容・量について関係者での協議を促しました。
- 地域包括ケアシステムは、市区町村内で、将来においてもその地域の住民が安心して暮らすことができるように在宅ケアが不足しないようにすることを理念としています。また、何か決まったシステムがある訳ではなく、地域ごとに工夫して成熟させていくものとされています。
- 今後、2040年に向けて地方と大都市部で若干の差はありますが、後期高齢者数の増加・（医療・介護を提供する）生産年齢人口の減少が見込まれ、地域包括ケアシステムの理念を維持していくことには、全国どの地域においてもかなりの困難を伴うと予測されます。誰（どの組織）が、その地域を差配していくかで、地域格差が大きくなるでしょう。
- 地域医療構想と地域包括ケアシステムでは、単純に考えると、在宅医療が共通した領域と言えます。
- しかし、2025年と同様に2040年の必要病床数は、その地域において2040年に現在と同程度の在宅ケアが充足していることを前提に算出されます。もし、皆さんの保健所管内において在宅ケア（在宅医療あるいは在宅介護またはその両者）がかなり不足しそうな場合、2040年の必要病床数より多くの病床あるいは介護保険施設が必要となる可能性があるため、注意を要します。将来の必要病床数に管内の病床数を近づけていくというような数字合わせの思考では、地域住民の命を守れないとのこと（地域医療構想の専門家の弁）。このように地域医療構想と地域包括ケアシステムとは、密接に関連しています。
- 保健所は管内の在宅医療のみならず在宅・施設介護にも目を向ける必要があります。大変なようですが、日本の少子高齢化がさらに急速に進展することは確実であり、財政的にさらに厳しくなっていく可能性が否定できないなかで、住民の命・健康をも守るためには仕方ないことですね。
- 近年、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」というような「にも包括」が提唱されています。
- また、都道府県・市町村が3年毎に策定する障害福祉計画は、障害者における地域包括ケアシステムを目指していると言えます。

## 医療計画の基準病床数と地域医療構想 の必要病床の位置づけの違いと課題

- ◆医療計画の基準病床数は、現時点において必要とされる病床数である。全国統一の算定式により算定される。
- ◆地域医療構想においては、医療需要の変化に応じた将来(2025年)における病床の必要量(必要病床数)を定めている。
- ◆両者の関係についての整理が十分なされていないことが課題となっている。
- ◆また、今後、都市部において急速な医療需要の高まりが見込まれることを踏まえ、基準病床数制度との関係についてどのように考えるかも課題となっている。

○このハンドブックは、医療計画に関するものですので、医療計画の基準病床数と地域医療構想の必要病床との位置づけの違いと課題について、簡単にまとめました。

## 行政による在宅医療の供給量と質を 向上させる手順

- ① 管内の在宅医療の体制と供給量の推移を把握。
- 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る。

○令和2、3年度の当研究班での成果として、保健所を含む行政による「在宅医療の供給量と質を向上させる手順」には、上記の①～④を実施する必要があることが分かりました。  
○その中でも、特に①管内の在宅医療の体制と供給量の推移を把握することで極めて重要であり、次いで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大切で、これがなければ③～⑤はあり得ません。

## 医療計画の圏域計画（在宅医療）策定の手順

- 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）の推移を把握し、
- 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した上で、行政としての戦略を練る。
- ③ この戦略を地域医療構想調整会議で議論し、医師会等の合意を得る。
- ④ この合意を基に、医療計画を策定し、これを実践する。

○また、前述の①～④は、管内の在宅医療についての圏域計画策定の手順と同様と言え、特に①の地域診断と②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ためには、様々なデータを活用する必要があります。

○このハンドブックでは、前半で全国のどの保健所でも活用可能な在宅医療のデータを把握するためのツールを提示し、後半では実践例として兵庫県北播磨圏域をモデルに①～③の過程を提示します。

## ② 在宅医療の基礎知識

在宅療養支援診療所及び在宅支援病院の施設基準の概要			
	機能強化型在支診・在支病		在支診・在支病  (参考)在宅療養後方支援病院
	単独型	連携型	
全ての在支診・在支病が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
全ての在支病が満たすべき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満		
機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上  ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上  ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上  ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上各医療機関で4件以上  ⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上	

- 平成28年度から在宅療養支援診療所(在支診)・在宅療養支援病院(在支病)の施設基準に、従来からあった在支診に機能強化型(①単独型、②連携型)が追加されました。
- いずれも、24時間連絡を受ける体制と往診体制を確保すること等が条件となっており、1人の医師で在支診を運営することは負担が大きいとされています。
- これに加えて、①単独型は1つの在支診で常勤の在宅医を3人以上確保する必要があり、②連携型では連携する複数の診療所で常勤の在宅医を3人以上確保する必要がありますが、医師の負担が少なくなることが特徴です。また、①単独型、②連携型とも、それぞれ実績を満たすことが求められます。
- 令和3年度の当研究班での事例報告では、在支診は常時50名以上の訪問診療患者を確保しないと、この負担に見合う収入は得られないとのことでした。1人で365日、24時間の在宅患者に対応することは通常の在支診医にとっては大変な負担となります。
- このような在支診の負担軽減のため、複数の医師が交代で夜間の連絡・往診を行うグループ診療(主治医・副主治医制)や24時間対応の訪問看護ステーションとの連携、後方支援病床との連携などの手法があります。
- 一方、在支病では複数の勤務医で訪問診療・往診・看取りを担当し、100人以上の在宅患者を担当可能です。しかも、それらの勤務医が高齢となれば若手医師を雇用すればいいので、在宅医療が継続しやすいという特徴があります。ただし、当直医はその業務中に往診をすることはできないため、その時間帯の往診医のオンコール体制を作る必要があります。この体制を維持することは勤務医にとっても負担が大きいため、在支病にとっても24時間対応の訪問看護ステーションとの連携は必要です。
- 訪問診療は、月2回など患者と約束した日時に定期的に訪問医療を行うことを意味します。往診は、患者の求めに応じて不定期に訪問医療を行うことです。
- 令和4年度診療報酬改定では、在支診・在支病の機能強化を以下のように進める改定がなされました。
  - ①在支診・在支病の施設基準に「患者の適切な意思決定に係る指針の策定」を追加すること。
  - ②機能強化型の在支診・在支病は、在支診以外の診療所や介護保険施設等との連携や、24時間体制での在宅医療の提供に積極的に関わることを推奨。
  - ③機能強化型在支病の要件を見直し、緊急往診(外来を中断しての往診)に代わり、後方病床の確保と年31件以上の緊急入院患者の受け入れ、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1もしくは3の届け出でも算定可能になり、在支病の届出がしやすくなりました。

### 質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

#### 在宅医療を専門に行う医療機関の開設

➤ 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること(地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。)
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

#### 在宅医療専門の医療機関に関する評価

➤ 在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7
② 5か所/年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ (要介護3以上の患者+重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5
③ 看取り実績が20件/年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

- 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80/100に相当する点数により算定する。
- 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。

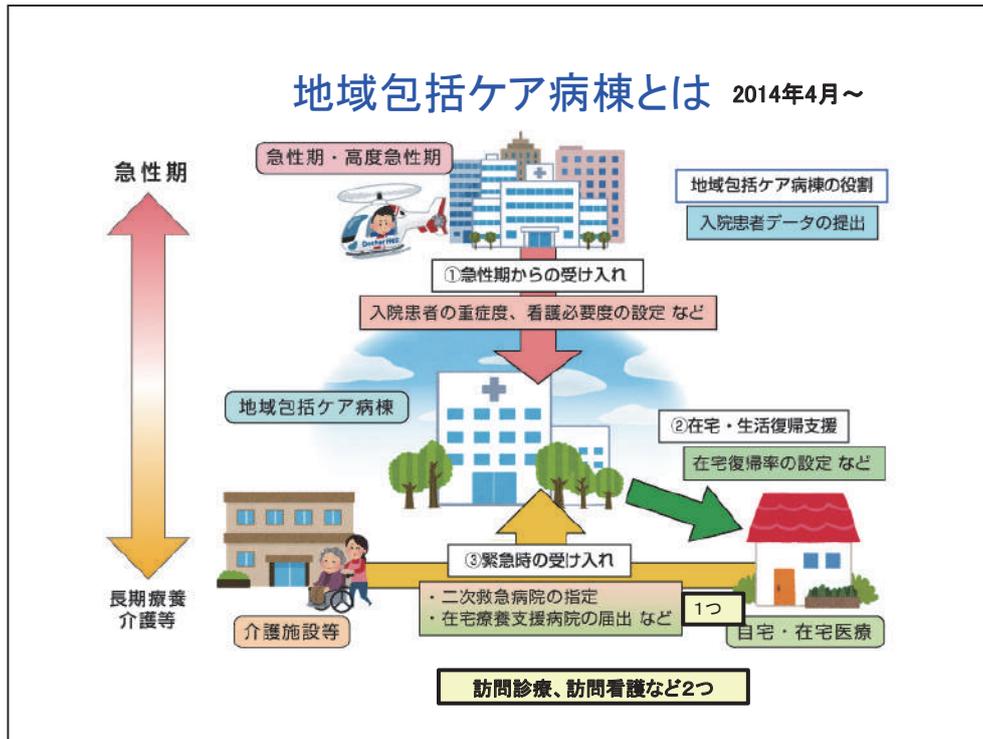


52

○在支診以外に、在宅医療専門診療所があります。機能強化型在支診（単独型）に似ていますが、主な開設要件①～④及び下段の①～⑤の実績を満たす必要があります。

○管内に機能強化型在支診（単独型）や在宅医療専門診療所が存在すれば（あるいは誘致できれば）、在支病なみの訪問診療の供給が期待できます。

## 地域包括ケア病棟とは 2014年4月～



- 地域包括ケア病棟・病床は、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ました。
- 令和2年からは400床以上の病院は新規届け出不可となっています。
- 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ます。
- 機能としては、①急性期病床からの転院、③在宅・施設からの入院・緊急受け入れを行い、②在宅復帰させるという3機能があります。
- 施設基準のなかに、
  - ①在支病の届出、救急病院、訪問看護ステーションの設置のいずれか
  - 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ます。
- 病院が地域包括ケア病棟・病床は、急性期一般入院料4～6より高報酬であるとの報告があります。
- また、入院患者には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りますが、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のようです。
- 地域包括ケア病棟・病床での報酬算定期間は60日であり、入院期間は60日以内です。
- また、地域包括ケア病棟（病床）を届け出た中小病院では、施設基準を満たすため、訪問診療、訪問看護を開始することが期待できます。
- 令和4年度診療報酬改定では、自宅等から入院した患者数や緊急入院患者数についての施設基準が厳しくなり、同時に、在宅・施設からの入院に対する加算が増額され、サブアキュート（軽度急性期）病床として、院内急性期病床を介さずに直接、自宅・施設からの入院を受け入れるように誘導されています。
- このように地域包括ケア病棟・病床は、在宅・施設療養患者の状態悪化時の受け入れから在宅・施設復帰までの機能を持つ、地域包括ケアに有益な病棟・病床と言えます。また、中小病院が在宅医療に参画し、その後には在支病の届け出をするきっかけとなります。

### ③ 管内の在宅医療を地域診断するためのツール

## 管内の在宅医療を地域診断するための ツール(1)

- ◆厚生労働省の「**医療計画作成支援データブック**」  
全国の二次医療圏、市区町村に存在する医療機関が  
担当した訪問診療患者数を把握。
- ◆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、在支病数から在宅医療の体制や2045  
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。

- 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、市区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。
- 他のツールは、主にインターネットを用いて入手でき、全国どの保健所・行政でも使えるものを活用しました。

## 管内の在宅医療を地域診断するための ツール(2)

- ◆都道府県の「保健統計年報 人口動態統計」から管内市町村の自宅死亡者数・率の推移と全国平均を比較。施設死亡者数・率、病院死亡者数・率の推移を把握。
- ◆厚生労働省 **在宅医療にかかる地域別データ集**。
- ◆保健所内に存在する**死亡小票**。「保健統計年報 人口動態統計」からは、自宅死のなかには看取りとは関係ない孤独死などが含まれるので、一応、所内にある死亡小票で孤独死数の割合が多くないかを確認することが望ましい。**開設届**も活用。
- ◆**ヒアリング**。ツールから得られたデータを裏付けるため、地域包括支援センター・訪問看護ステーション、郡市区医師会、病院経営者などから現状と将来展望について聞く。

- 都道府県のホームページにある「保健統計年報 人口動態統計」から管内市町村の自宅死亡者数・率の推移と全国平均を比較できます。また、施設死亡者数・率、病院死亡者数・率の推移を把握できます。
- 毎年度の自宅死率の全国平均については、「厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集」から入手できます。
- 都市部では、自宅死亡者数に孤独死などの「異状死」が意外に多く含まれていることがあります。そこで、管内の自宅死亡者数・率が在宅看取り数・率と同様に扱えるのかの確認のため、保健所内にある死亡小表を確認してみることをお勧めします。

# 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(市区町村内)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。
- 将来の訪問診療需要に対し、管内で供給が不足しそうかを確認するために、訪問診療患者数の推移を把握することはとても重要です。

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

都道府県、二次医療圏、市町村別の人口動態推計、医療介護需要予想指数(2015~2045)、人口あたりの在支診数、在支病数など、地域の医療・介護情報をバランス良く知ることができ、かつ、各データを全国平均や他地域との比較ができる。

<http://jmap.jp/>



地域別人口変化分析ツール(AJAPA)  
産業医科大学 公衆衛生学教室

二次医療圏、市町村別に人口推移、年齢階級別人口推移、人口ピラミッド、入院・外来患者数の推計(2015～2045)等を簡便に知ることができる分析ツールである。

<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1>

○このハンドブックでは、二次医療圏、市町村における、疾病分類別の外来患者数の推計(2015～2045)を活用します。これにより、管内で新規開業がどの程度期待できるのかについて、ある程度把握できます。

○職場のパソコンではセキュリティー上、ダウンロードできない場合があります。この際には私的パソコンでのダウンロードをお勧めします。



## 厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集

平成26年(2014)～令和2年(2020)の市区町村別の在支病数、在支診数、訪問看護ステーション数と平均の看護師数(常勤換算)・24時間対応のステーションの看護職員数(常勤換算)、自宅死の割合、老人ホーム死(老健は含まれない)の割合が入手でき、その推移が把握できる。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

- 令和4年12月時点で、平成26年(2014)～令和2年(2020)の在宅医療に関する市区町村別のデータが入手できます。
- 市区町村別の在支病数、在支診数とその推移が把握できますが、残念ながら在支病・在支診が担当している訪問診療患者数は入手できません。そのため、管内の在宅医療の体制(診療所主体、病院主体、混合型)を確認するためには、郡市医師会、地域包括支援センターにヒアリングするか、逆に在支病の経営者に各市で何人の訪問診療患者数をヒアリングする必要があります。  
参考：地方厚生局から情報提供を受けている保健所は、各在支病・在支診が担当した在宅医療患者数から管内の在宅医療の体制を把握できます。
- また、市町村における自宅死の割合とその全国平均が分かります。
- 訪問看護ステーションの平均の看護師数(常勤換算)を管内の市町村別に比較すると、どの市の訪問看護ステーションが大規模化しているのか、逆に小規模であるのかがある程度わかります。



### 管内の在宅医療の課題例

- 訪問診療患者数の伸びが、将来需要より低くなる可能性あり。
- 外来患者推計で患者数が減少し、新規開業が期待できない。
- 癌の疼痛緩和ができる在宅医が少なく、自宅・施設看取りが増加しない。
- 在支診数が伸び悩み、訪問診療患者数が低下。
- 2025年訪問診療需要には供給が追いつきそうだが、その後、在支診の高齢化で訪問診療患者数が減少する可能性あり。
- 訪問看護ステーションが零細事業所ばかりで、大規模化・24時間対応が進んでいない。
- 機能強化型(単独型)在支診や在宅医療専門診療所が存在しない。
- 中小病院の地域包括ケア病棟・病床への転換や在支病化が進んでいない。

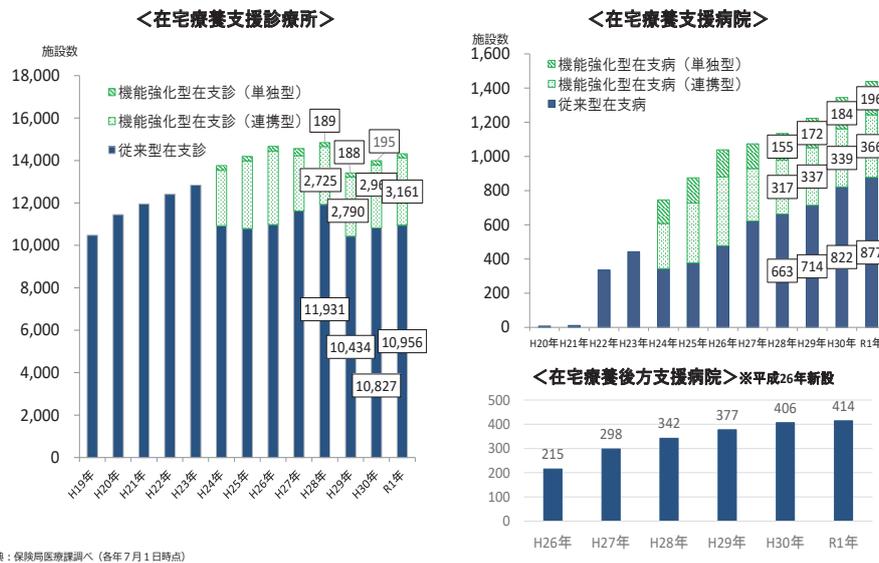


将来、管内で在宅医療が不足する危険性が高い。

- 以上のように在宅医療の現状とその将来像を把握すると、様々な課題が確認できます。
- 以下に、よくある例を挙げます。
- 厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」により、管内の訪問診療患者数の推移を把握したところ、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が分かりました。
- AJAPAの外来患者推計で、多くの疾患分類の外来患者数が減少し、新規開業は期待できません。また、保健所内の開設届から管内の診療所の新規開業・事業継承（特に在宅主治医となりうる内科、外科、神経内科）を調査したところ、このところ新規開業が少ないこと、さらにその中で在支診を届ける診療所が少ないが分かりました。在支病が少ない中で、このままでは在支診の高齢化から、将来の訪問診療需要に供給が追いつかないことが大きな課題です。
- 都市部で新規開業はそれなりにあるのに、ここ数年在支診数が伸び悩みか減少し（これは全国的な傾向です）、訪問診療患者数が減少しつつあります。
- 在宅医療に訪問看護は欠かすことができない役割を担っているが、管内の訪問看護ステーションは零細事業所が多く、大規模化・24時間対応が進んでいません。このままでは在支診の夜間・休日の負担が大きく、在支診数がさらに減少しかねない状況です。

## 在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばいであり、在宅療養支援病院は、増加傾向である。



○令和3年8月25日の中医協（診療報酬を協議する国レベルの会議）に提出された資料です。

- 全国の在支診数が平成29年から減少に転じた後、伸び悩んでいるのが分かります。
- 一方、在支病は一貫して増加傾向です。また、在宅療養後方支援病院数（後方支援病院数）も増加傾向です。
- 残念ながら、この資料では、なぜ、全国の在支診数が伸び悩んでいるのかについての要因分析はなされていません。

- しかし、1人の医師が頑張ることが多い在支診は、24時間365日の在宅患者への対応の負担があまりに大きいため、ここ数年、箇所数が伸び悩んでいるのかもしれない。
- 一方、在支病は、複数の医師で訪問診療・往診を行える上、同一法人内の24時間対応の訪問看護ステーションと連携できることに加え、同一法人内の介護保険の在宅・施設サービスでの報酬の増加が見込めるため、増加を続けている可能性があります。

\* 後方支援病院とは、200床以上の病院で、在宅療養中の患者が、緊急時に受診・入院ができる体制を主治医との間であらかじめ整えている病院のことです。

## 対応例

- ◆ 在支診数を減少させないために、病院の後方支援機能を強化する。
- ◆ 在支診の訪問診療患者数が減少した場合、郡市区医師会と調整し、在支病からの訪問診療を促す。
- ◆ 管内の中小病院に対し、経営的メリットから地域包括ケア病床への転換を促し、結果として在支病化する。
- ◆ 在宅医療の需要があることを示して、在宅医療専門診療所、機能強化型在支診(単独型)を管内に誘致する(管内で転換を促す)。
- ◆ 訪問看護ステーションの大規模化や連携を進め、24時間対応が可能な事業所を増やす。

- 様々な課題について、個別に対策を検討する必要がありますが、対応例としていくつか紹介します。
- 在支診の医師の高齢化で在支診数・訪問診療患者数が減少する可能性が高い場合、在支病や後方支援病院の後方支援機能を強化すると、高齢化しても在支診を継続できる可能性が高まります。在支診などの担当する在宅患者を病院に前もって登録しておき、夜間・休日に患者が急変した時に在支病や後方支援病院に搬送できるシステムです。このシステムができれば、在支診の医師は平日昼間の在宅医療に専念できるようになります。
- 200床未満の急性期病院の経営は年々難しくなっています。急性期病床だけでは公立病院にはかなわなくなり、特に促さなくても地域包括ケア病床への病床転換を行う病院が増えています。地域包括ケア病床の施設基準に在支病であることが含まれており、在支病化した中小病院が増加中です。仮に管内に在支病が少ない場合、管内の中小病院に対し、経営的メリットから地域包括ケア病床への転換を促し、結果として在支病化するという手法があります。
- 在宅医療専門診療所・機能強化型在支診(単独型)は、在支病と同様に1か所で100名以上の訪問診療患者数を担当でき、非常に強力です。訪問診療患者数の推移が、将来需要より低い可能性が高い場合には、在宅医療の需要があることを示して、これらの在宅医療を強力に進める診療所を管内に誘致する(管内で転換を促す)ことができれば、訪問診療供給の増加に効果的です。特にこれらの診療所がたくさんできている大都市部では手法の一つとなりえます。
- 在宅医にできることには限界があり、訪問看護ステーションによる24時間対応や在宅医への在宅患者についての情報発信がなければ、在宅医療は成り立ちません。しかし、管内の訪問看護ステーションが零細事業所ばかりで、大規模化・24時間対応が進んでいない場合には、保健所として管内の訪問看護ステーションの大規模化や連携を進め、24時間対応が可能な事業所を増加する必要があります。

## 2, 例示：在宅医療の地域診断を行うための手順

具体例として、  
分担研究者が勤務する  
兵庫県加東保健所管内  
(二次医療圏名は北播磨圏域)  
について医療計画(在宅医療)の  
私案を例示します。

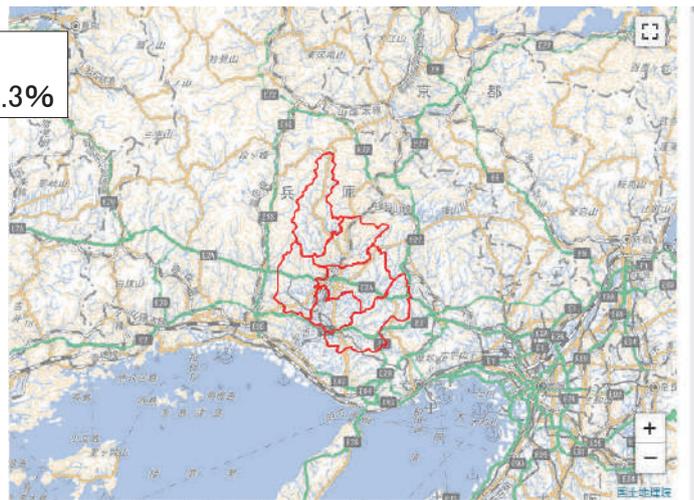
# 地域医療情報システム (JMAP) 日本医師会

<https://jmap.jp/>

○ 21 ページまで、JMAP で把握できる情報を示します。

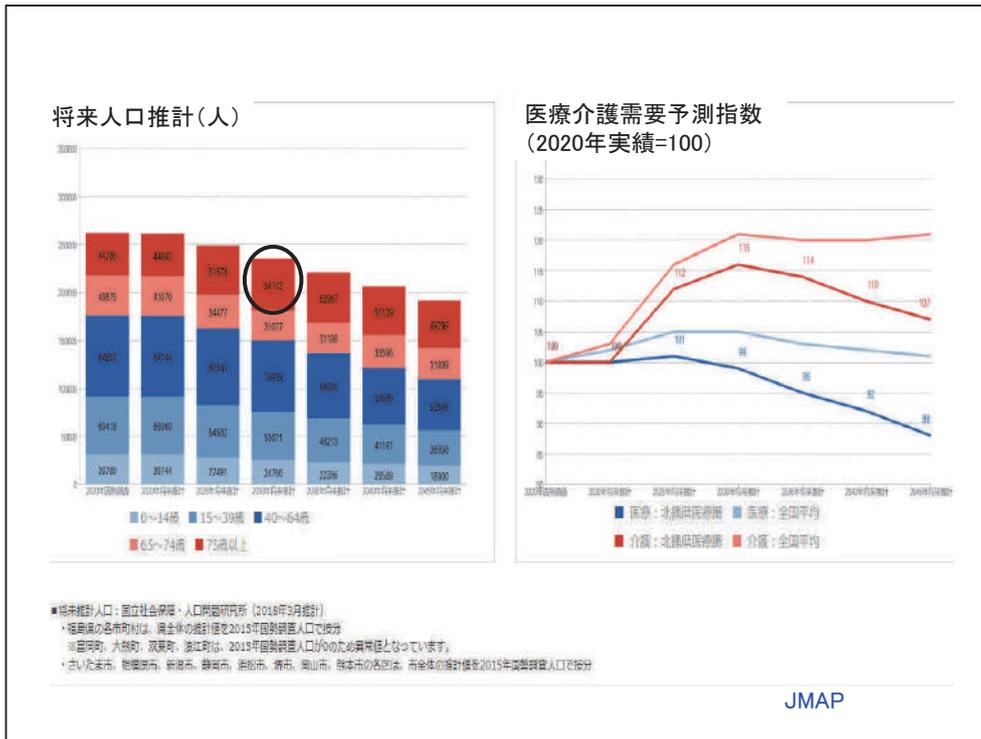
## 兵庫県 北播磨圏域 (加東保健所管内)

人口26万5千人  
高齢化率は、32.3%



JMAP

○兵庫県 北播磨圏域は、兵庫県の中央にあり、5市1町、人口 26 万 5 千人です。  
○高齢化率は、32.3%です。



- 左側の棒グラフを見ると、北播磨圏域では、総人口が2020年以降人口減少することと、後期高齢者数は2035年がピークに増加していくことが分かります。
- 右側の折れ線グラフを見ると、医療介護需要の推計が、2020年実績を100として表示されます。管内の医療需要（医療費）の推移は全国平均に比べて低く、2025年まで横ばいし、その後、低下していくことが分かります。一方、介護需要（介護サービス費）の推移は全国平均ほどではありませんが、2030年まで増加を続けていくことが分かります。
- 管内では将来的に介護職の不足が課題となりそうです。

## 施設種類別の施設数(2021年11月現在)



- 施設種類別の施設数は、人口10万に当たりの診療所数が全般に全国平均より低いです。
- 一方、病院数はやや多いです。

## 施設種類別の施設数(2021年11月現在)



- 在宅医療に関する施設種類別の施設数では、在支診③(従来型の在支診)数が全国より多く、そのため、在支診数は全国の1.3倍となっています。
- ただ、在支診1(単独型)は存在しません。
- 在支病の合計箇所数は、全国の1.8倍あります。
- 2021年11月現在での管内の人口あたりの在支診・在支病の箇所数は、全国平均より多いことが分かりました。

## 施設の定員数と介護職員数



- 施設の定員数は、入所型では全国平均よりやや多いものの、特定施設はかなり少ないことが分かりました。
- 特定施設とは、ケアプランに基づいた、食事・入浴・排泄などの介助を受けることが可能な施設（サ高住、有料老人ホーム、養護老人ホーム等のうち届出をしたもの）であり、厚労省の定めた基準を満たしている施設を指します。
- 介護職員数は、全国平均より少なく、介護需要がピークとなる2030年に向け課題となりそうです。

## ② 管内の許可病床数と在宅医療の資源について

### 管内の病院の許可病床数

病院名		許可病床数					計	地域包括ケア病棟入院料、 または、入管理料(床)	在宅療養支援病院
		一般	療養	精神	結核	感染			
北播磨総合医療センター	公立	450					450		
西脇市立西脇病院	公立	320					320	47	
加東市民病院	公立	139					139	43	○
市立加西病院	公立	193				6	199	73	
多可赤十字病院	公的	96					96	56	○
松原メイフラワー病院	民間	99					99	9	○
小野病院	民間	113					113	27	○
大山記念病院	民間	199					199	49	○
ときわ病院	民間	84	104				188	42	○
三木山陽病院	民間	142	55				197	52	○
緑駿病院	民間		180				180		○
服部病院	民間	129	50				179	18	○
みきやまりハ病院	民間	116	50				166		○
北条田仲病院	民間	48					48		
土井リハ病院	民間		131				131		
吉川病院	民間		316				316		

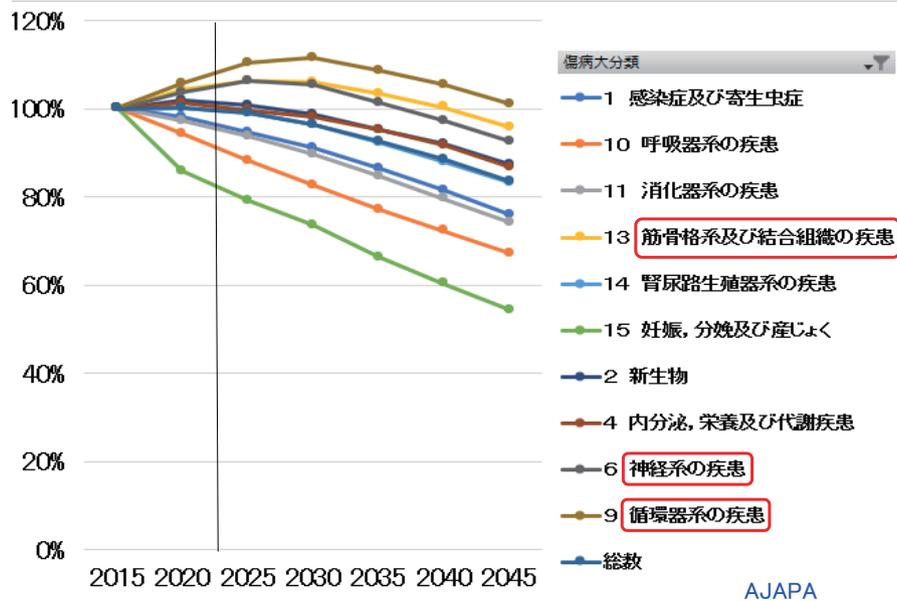
- 管内の病院の許可病床数（令和4年11月）を記します。
- 管内の病院数は22ですが、病院数が多いので、精神科単科の2病院と重度心身障害児施設の3病院および介護療養病床のみ1病院（近いうちに介護医療院に転換予定）を除いた16病院について記載しています。
- 許可病床数以外に、地域包括ケア病棟・病床（地域包括ケア病棟入院料、または、入管理料）の病床数を示しています。また、在支病を届け出ている病院に○を付けています。両者にかなりの重なりがあることが分かります。
- 地域包括ケア病棟・病床（地域包括ケア病棟入院料、または、入管理料）の病床数および在支病を届け出ている病院についての情報は、保健所の担当課（医務、企画など）が持っていることが多いです。もし、所内に情報がない場合は、管内の各病院ホームページの施設概要・沿革を見ると、必要な情報が載っていることが少なくないです。ただ、管内の病院数が一桁程度の場合は、各病院の医事課に電話して聞いた方が早いと思います。

## 地域別人口変化分析ツール (AJAPA) 産業医科大学 公衆衛生学教室

外来患者数の推計から新規開業の見込みを検討

<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1>

### 兵庫県 北播磨圏域 外来患者数の推計



- 北播磨圏域での外来患者数の推計を疾病分類別に2015年を100として示しています。
- 2022年から見ると、循環器系の疾患(高血圧、心不全等)、筋骨格系の疾患、神経系の疾患については若干増加しますが、他の疾患分類の外来患者推計は減少していきます。どうも、新規開業は見込みにくい地域のようなようです。
- AJAPAの使い方は、以下の資料を参考にしてください。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000832219.pdf>



#### ④ 管内の新規開業・継承数について

保健所は開設届を受け付けているので、  
**新規開業・継承数**(在宅主治医になりうる  
**内科、外科、神経内科等**)を見ると

	圏域	西脇市	三木市	小野市	加西市	加東市	多可町
2016	4	1	1、2				
2017	2	1				1	
2018	3	1			1、2		
2019	2			1	1		
2020	4			1、1	1	1	
2021	1			1			

管内市町の新規開業数は多くない。しかも、新規開業・継承した  
 診療所医師のなかで、**在支診**を届け出たのは**5診療所(赤字)**のみだった。

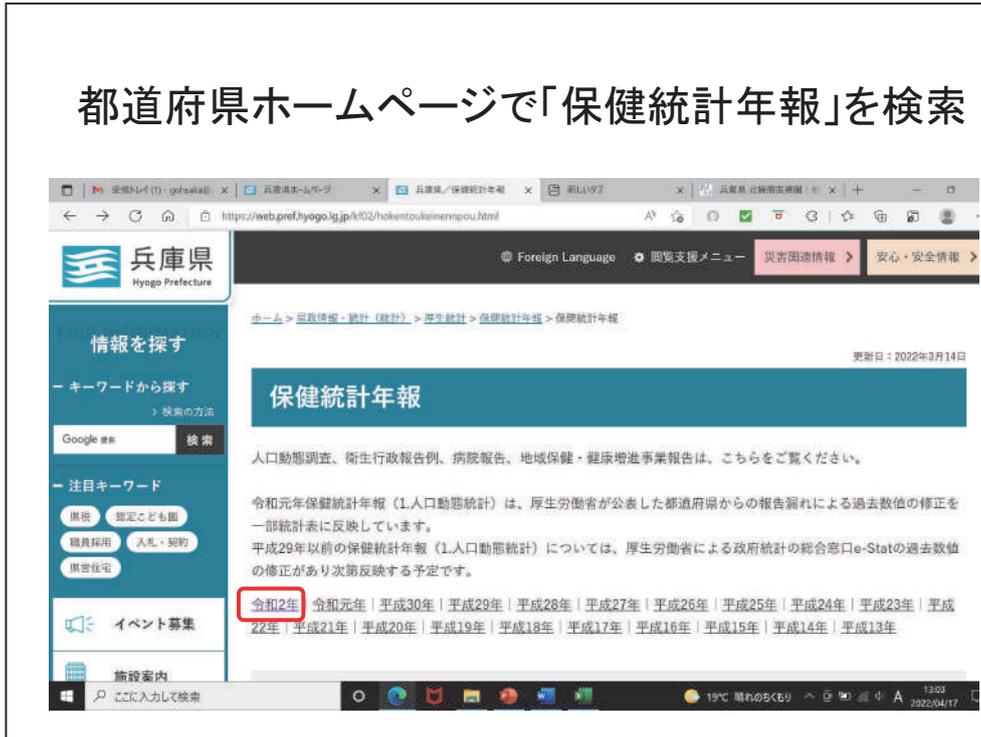
- 保健所は開設届を受け付けているので、この情報から管内の市町別の新規開業・継承数  
 (在宅主治医になりうる内科、外科、神経内科)を見てみました。
- 在支診を届け出た2018年の加西市の泌尿器科は記載しています。
- AJAPAでの予測とおり、ここ3年間を見ると、加西市・小野市以外には、新規開業・事  
 業継承の勢いがありません。
- また、2016年～2021年に新規開業・継承した診療所のなかで、在支診を届け出たのは5  
 診療所(赤字)のみでした。

## 都道府県 保健統計年報 人口動態統計

自宅死亡数・率、施設死亡数・率、  
病院外死亡数・率を把握

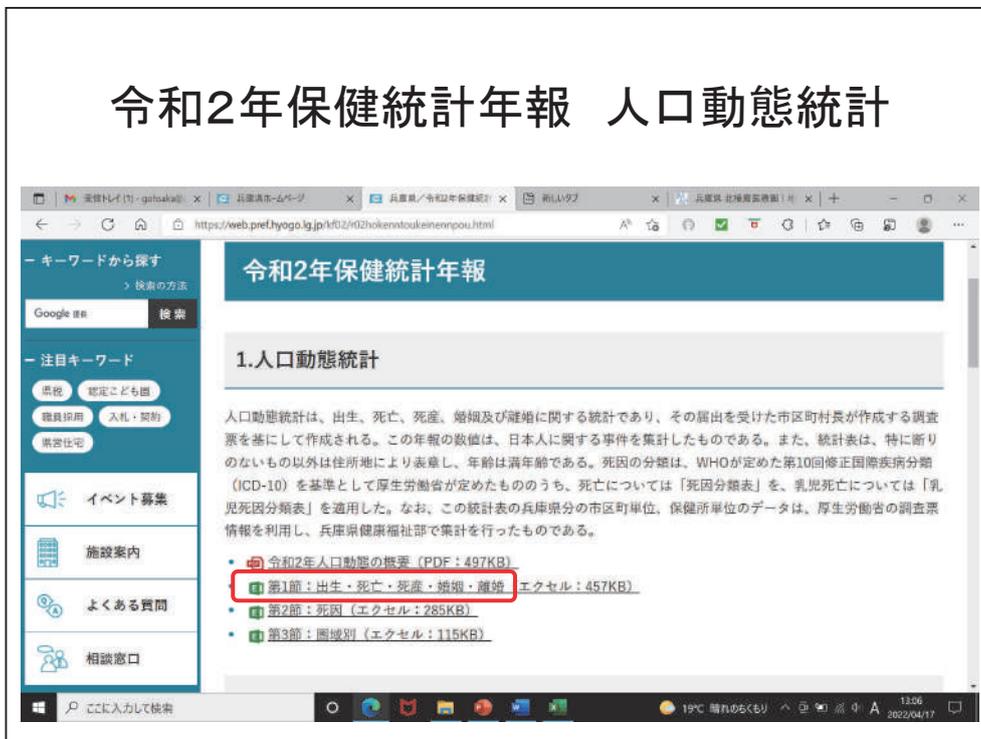
- 都道府県ホームページなどにある「保健統計年報 人口動態統計」から管内市町村の毎年度の自宅死数、率の推移を比較できます。
- また、施設死数、率、病院外死数、率の推移を把握できます。
- 稀に都道府県ホームページに「保健統計年報 人口動態統計」が掲載されていない場合があります、その際には都道府県庁の担当課に問い合わせる必要があります。
- 毎年度の自宅死率・老人ホーム死率についての全国平均は、厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集から入手できます。
- 都市部では、自宅死亡者数に孤独死などの「異状死」が意外に多く含まれていることがあります。そこで、管内の自宅死率が自宅看取率とほぼ同様に扱えるのかの確認のため、所内の死亡小票を確認してみることをお勧めします。

## 都道府県ホームページで「保健統計年報」を検索



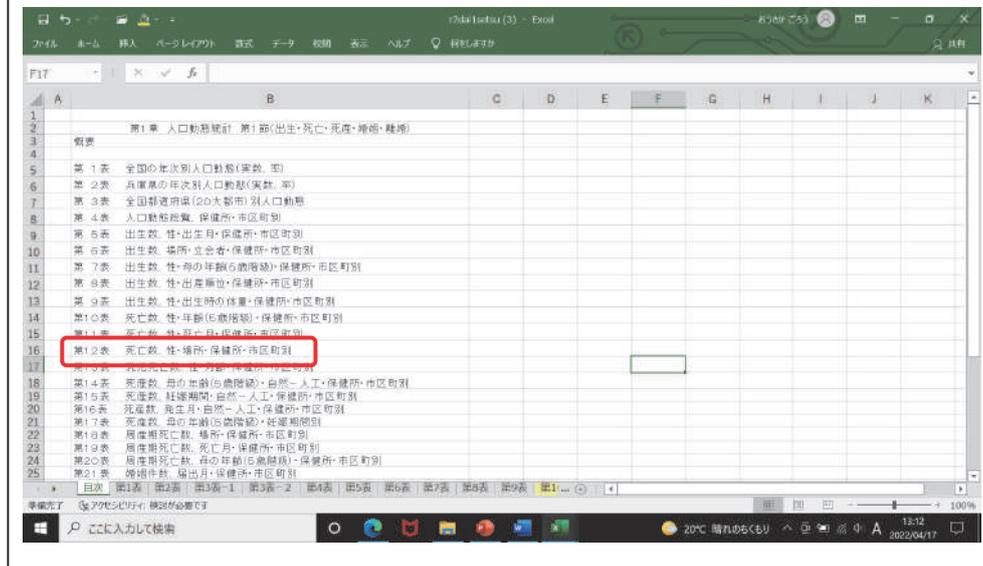
- 都道府県ホームページで「保健統計年報」を検索すると、上記のようなページが出てきます。
- 令和2年をクリックします。

## 令和2年保健統計年報 人口動態統計



- 令和2年保健統計年報 人口動態統計のページが開きます。
- ここでは、死亡の場所別の死亡者数が知りたいので、「第1節：出生・死亡・死産・婚姻・離婚」をクリック。

## エクセルファイルがダウンロードされる



○上記のようなエクセルファイルがダウンロードされます。

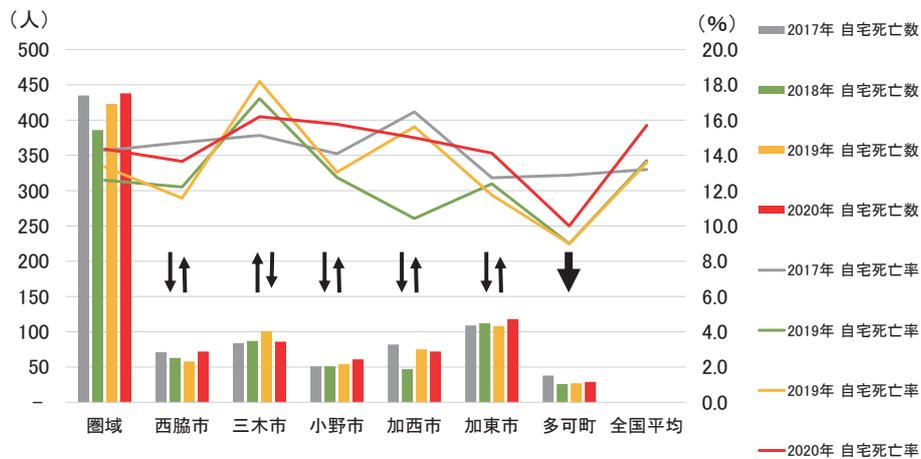
○そこで、「第12表 死亡数、性・場所・保健所・市区町別」のシートを見ると・・・

## 管内の市町における場所別の死亡数が分かる

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	第12表 死亡数、性・場所・保健所・市区町別																		
2					病 院		診 療 所		介護老人 保健施設		助産所		老人ホーム		自 宅		その他		
3	保健所	市区町	総 数	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
39	加 東		3,060	1,131	1,031	2	2	23	59	-	-	64	237	251	167	38	26		
40		西 脇 市	527	195	188	-	-	4	7	-	-	12	48	47	25	-	1		
41		三 木 市	835	325	279	2	-	12	28	-	-	14	39	64	54	12	8		
42		小 野 市	480	178	142	-	-	2	14	-	-	9	45	41	31	9	9		
43		加 西 市	531	188	174	-	1	4	8	-	-	11	46	51	35	8	5		
44		加 東 市	387	139	145	-	1	1	4	-	-	8	22	36	25	5	1		
45		多 可 町	290	106	103	-	-	-	-	-	-	10	37	12	17	4	1		
46	龍 野		2,088	731	667	17	20	21	28	-	-	48	135	185	142	34	38		
47		宍 粟 市	558	187	162	-	-	12	12	-	-	26	51	55	39	8	7		
48		たつの市	932	341	300	11	11	2	6	-	-	12	58	85	60	19	27		
49		太 子 町	286	113	90	5	9	1	1	-	-	2	17	26	24	5	3		
50		佐 用 町	279	90	115	1	-	6	9	-	-	8	9	19	19	2	1		
51	赤 穂		1,126	453	401	1	6	8	25	-	-	16	58	75	68	8	7		
52		相 生 市	388	144	154	-	4	3	6	-	-	3	13	28	24	5	4		

- 管内、市区町別に、  
 $\text{自宅死亡数} \div \text{総数} = \text{自宅死亡率}$ 、  
 $\text{老人ホーム死数} \div \text{総数} = \text{老人ホーム死数率}$ 、  
 $\text{施設死数} (\text{老人ホーム死数} + \text{老健死数}) \div \text{総数} = \text{施設死数}$  となります。
- 2040年には日本での死亡者数がピークとなり、病院外での多くの看取り（死亡）数が必要とされているとされます。そのため、病院外死亡率をみるためには、  
 $(\text{自宅死亡数} + \text{施設死亡数}) \div \text{総数} = \text{病院外での死亡率}$ 、  
 あるいはさらに正確にみるには、 $(\text{総数} - \text{病院死亡数}) \div \text{総数}$  で把握できます。

## 市町別自宅死亡数・率の推移

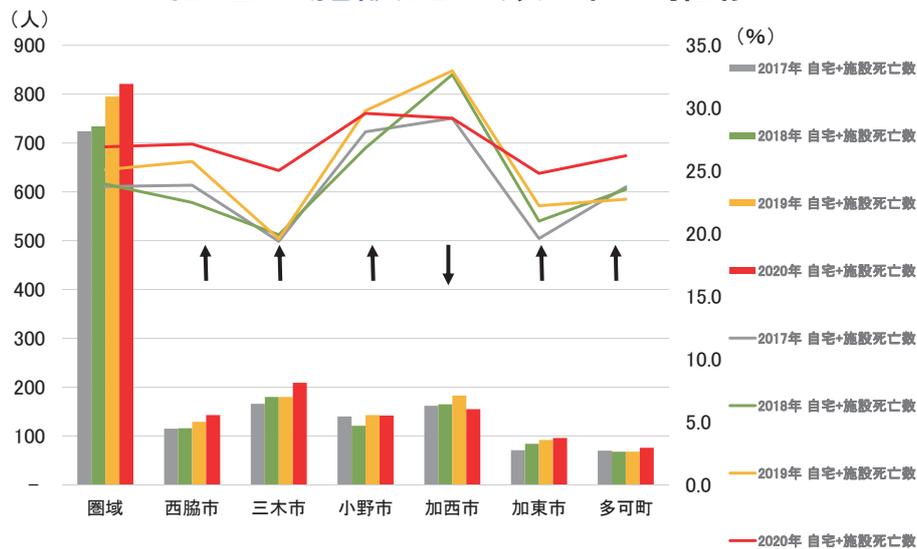


加西市での自宅死亡率が増加傾向。  
多可町では低下したまま維持。

兵庫県 保健統計年報 人口動態統計

- 北播磨圏域は、二次医療圏としては2017年～2020年の自宅死亡率は年によって上下動がありますが、全国平均よりやや低めで推移しています。
- 市町別にみると、多可町で低下したまま維持し、小野市、加西市では一端低下した後は増加傾向です。全国平均並みなのは、三木市、小野市、加西市です。
- 各年の全国平均は、厚労省 在宅医療にかかる地域別データ集から入手しています。

## 自宅＋施設死亡数・率の推移



加西市で増加、小野市で低下。  
管内、他市町は低レベルで安定。

兵庫県 保健統計年報 人口動態統計

- 自宅＋施設（老健・老人ホーム）死亡数・率は、ほぼ病院外死亡数・率となります。
- この数値は、二次医療圏としては、徐々に上昇しています。
- 2020年にほとんどの市町で上昇し25%以上となっていますが、2040年頃の高齢化社会に向けて病院外死亡数が急増することを考えると、さらに増加していく必要があります。

## 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)

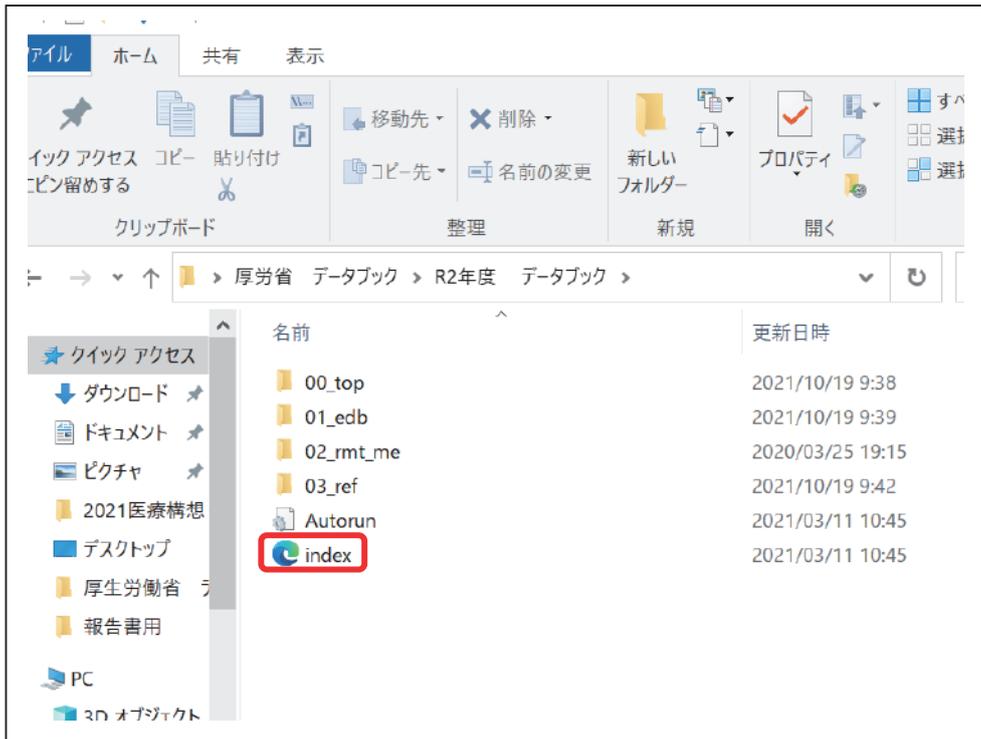
**管内(市町村内)にある医療機関が担当した  
訪問診療患者数が簡単に分かります。**

- 厚生労働省の「医療計画作成支援データブック(以下、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、市区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。
- データブックは、ナショナルデータベース(NDB)のレセプト情報を使用して作成されます。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か月のレセプト数は、その診療を受けた患者数となります。
- 例えば、【平成29年度版】データブックの場合は「平成28年度診療分」のデータであり、対象としたレセプトは平成28年度の診療分(平成28年4月から平成29年3月までの診療分)です。また、対象とするレセプトは保険請求分であり、生活保護等の公費単独のデータ、あるいは自賠責、労災等、医科保険の対象でないものは含まれません。
- 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。
- 一つの注意点としては、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。

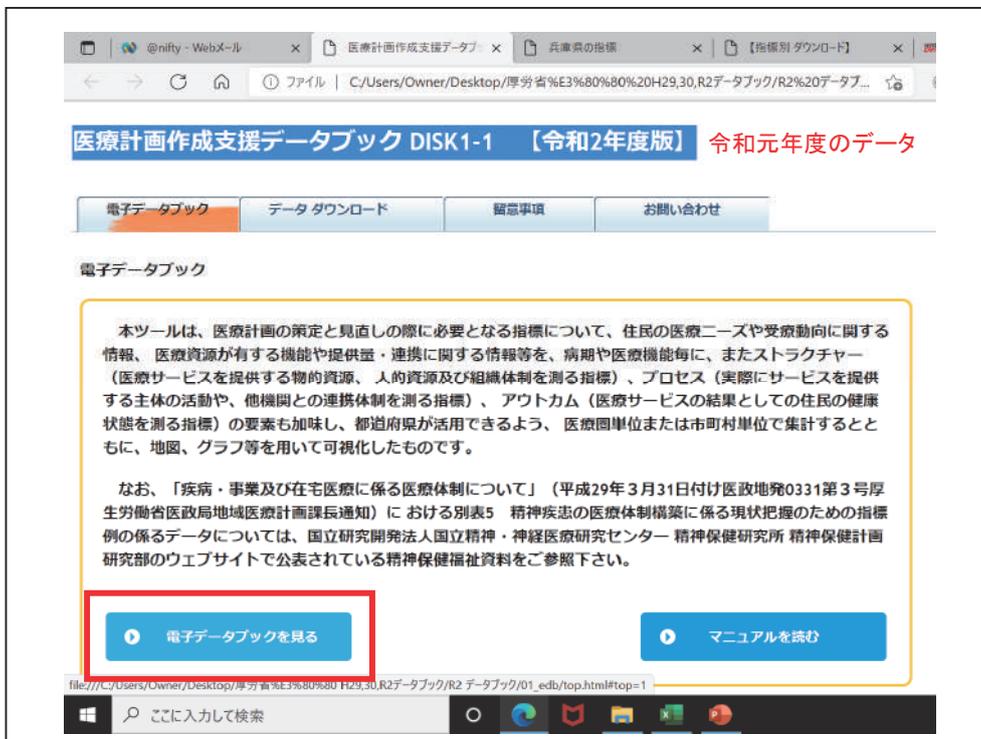
## データブック利用にあたっての条件・注意事項 (厚生労働省)

- 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に係る誓約書」の提出が必要。
- 都道府県庁内の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。**

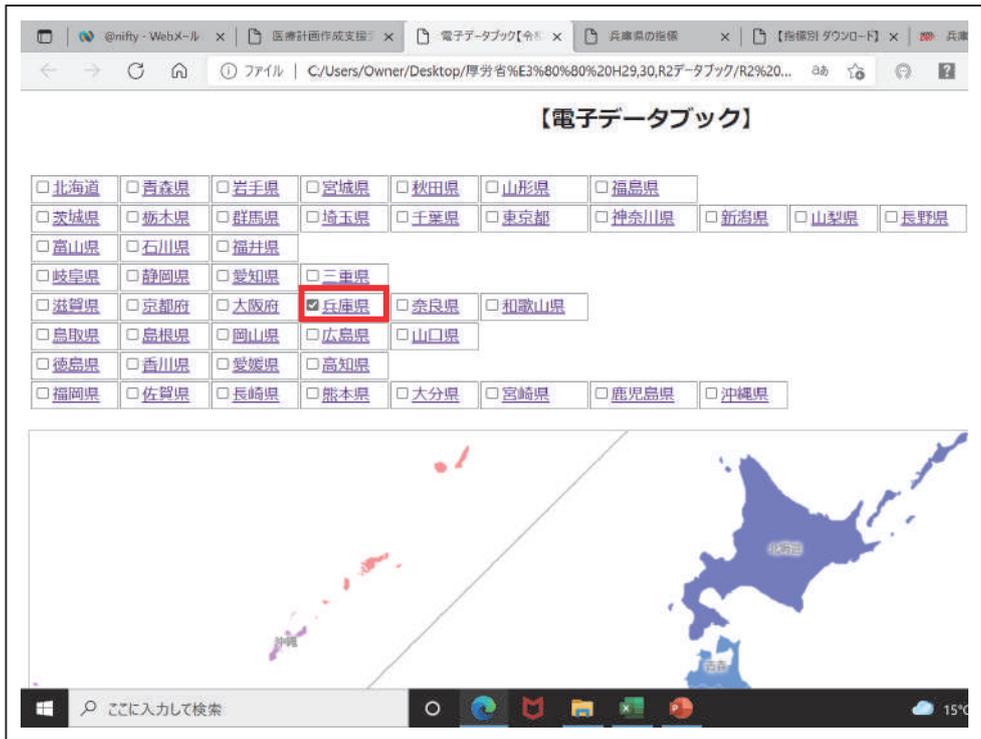
- データブック利用にあたっての条件・注意事項には、データブック内のナショナルデータベース(NDB)の情報は、医療計画作成の目的以外には活用できないことになっています。
- また、都道府県庁を介してデータブックの利用に係る誓約書の提出が必要です(手続きに1週間程度かかります)。
- 都道府県庁内のPCで利用することが求められています。
- このデータを利用できるのは、都道府県職員のほか、医療計画作成に必要な会議(地域医療構想調整会議等)の委員とされています。
- また、地域医療構想調整会議の委員でない市町村があれば、例えば、都道府県が当該市町村に該当するデータを作成・加工して、地域の協議体などで情報共有することは可能です。



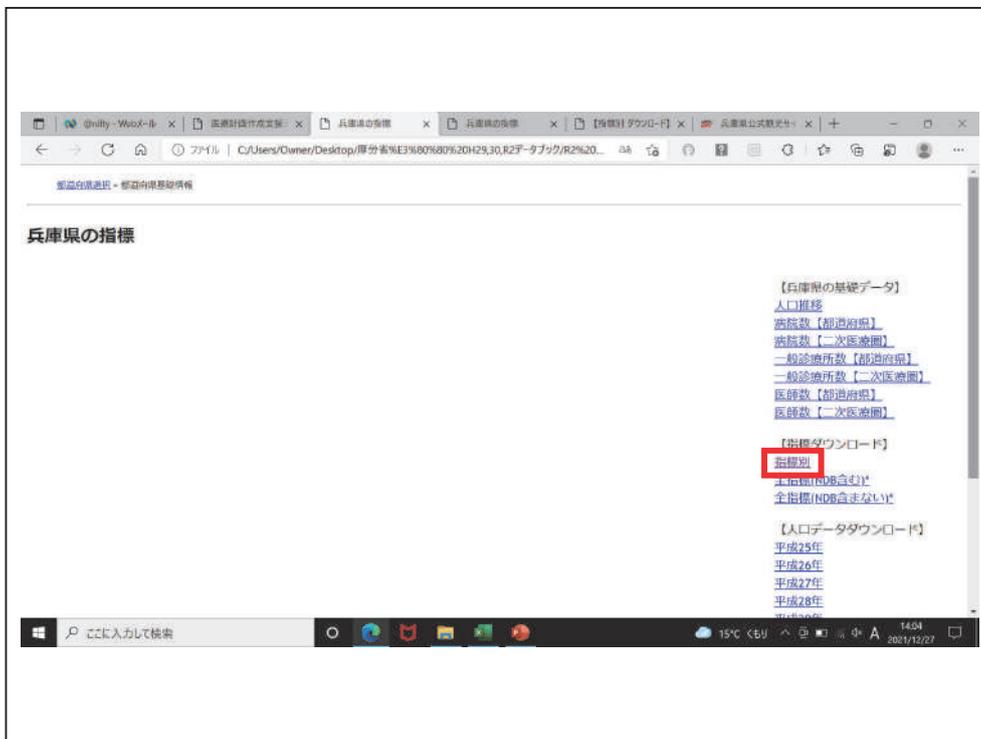
○試しに、令和2年度 データブックの「index」をクリックします。



- 「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。



○データブックでは、このような画面が出てきます。  
○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】**

No	分野	SPO	指標名(重点)	ダウンロード
1	人口	国	人口推移	人口推移
2	病院	国	病院外来を行っている医療機関数	HOSPITAL_CNT.csv
3	病院	国	病院外来を行っている医療機関数	HOSPITAL2_CNT.csv
4	診療	国	診療外来を行っている医療機関数	CLINIC_CNT.csv
5	診療	国	診療外来を行っている医療機関数	CLINIC2_CNT.csv
6	医師	国	医師外来を行っている医療機関数	DOCTOR_CNT.csv
7	医師	国	医師外来を行っている医療機関数	DOCTOR2_CNT.csv

No	分野	SPO	指標名(重点)	ダウンロード
1	がん	国	診療外来を行っている医療機関数	CA_S_KINENGAIRAI_C_P_H29.csv
2	がん	国	診療外来を行っている医療機関数	CA_S_KINENGAIRAI_C_N.csv
3	がん	国	診療外来を行っている医療機関数	CA_S_KINENGAIRAI_C_C.csv
4	がん	国	診療外来を行っている医療機関数	CA_S_KINENGAIRAI_H_P_H29.csv
5	がん	国	診療外来を行っている医療機関数	CA_S_KINENGAIRAI_H_N.csv
6	がん	国	診療外来を行っている医療機関数	CA_S_KINENGAIRAI_H_C.csv
7	がん	更新	がん診療連携拠点病院数	CA_S_GANRYOTEN_H_N.csv
8	がん	更新	認定看護師が配置されている拠点病院の割合	CA_S_NURSE_P_R3.csv
9	がん	更新	専門・認定看護師が配置されている拠点病院の割合	CA_S_PHARMACIST_P_R2.csv
10	がん	更新	放射線治療・薬物治療・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	CA_S_DOCTOR_P_R2.csv

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。

- 「指標別 ダウンロード」という画面が出てきます。この画面では、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、訪問診療患者数が知りたいので、カーソルキー「Ctrl + F」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**

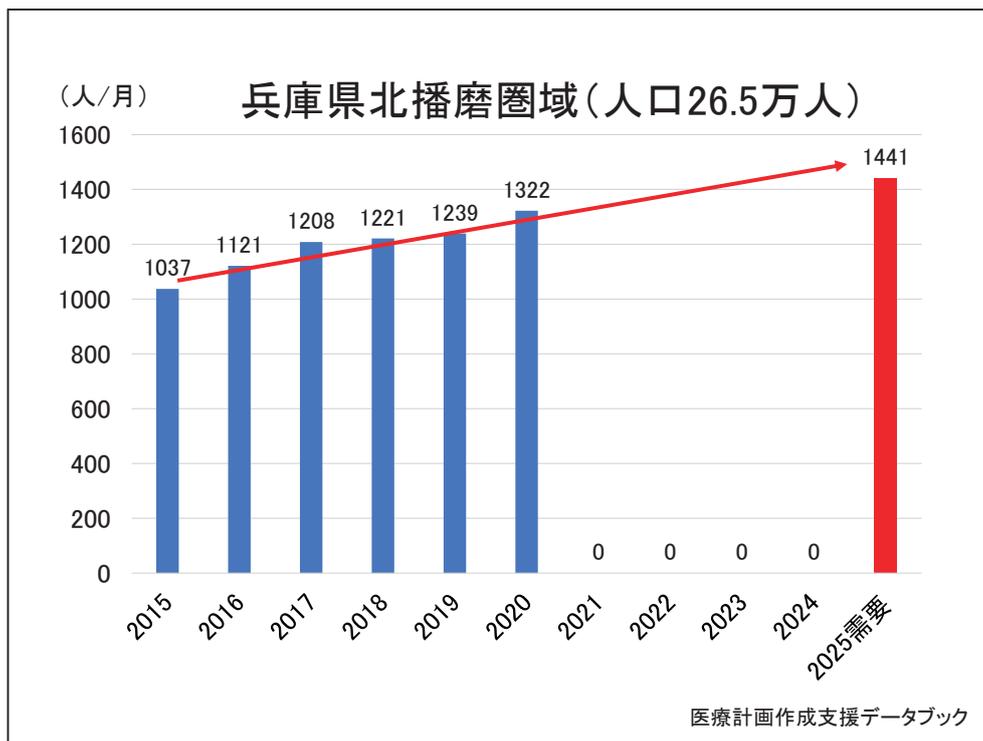
No	分野	SPO	指標名(重点)	ダウンロード	
538	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_PTINTDISCHG_NDB_C_R1.csv
539	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_PTINTDISCHGSA_NDB_K_R1.csv
540	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_PTINTDISCHGSA_NDB_C_R1.csv
541	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_PTINTCARECOOP_NDB_K_R1.csv
542	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_PTINTCARECOOP_NDB_C_R1.csv
543	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_PTINTDISCHJOIN_NDB_K_R1.csv
544	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_PTINTDISCHJOIN_NDB_C_R1.csv
545	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_HOMONSHIDU_SU_NDB_K_R1.csv
546	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_HOMONSHIDU_SU_NDB_C_R1.csv
547	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_VISITED_NDB_K_R1.csv
548	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_VISITED_U15_NDB_K_R1.csv
549	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_VISITED_NDB_C_R1.csv
550	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_VISITED_U15_NDB_C_R1.csv
551	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_HOMONSHIKA_NDB_K_R1.csv
552	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_HOMONSHIKA_NDB_C_R1.csv
553	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_VISITED_NPSY_NDB_K_R1.csv
554	在宅	P	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_P_VISITED_NPSY_U15_NDB_K_R1.csv
555	在宅	S	更新	訪問診療を受けた患者数	HHC_S_NSDENTIST_NDB_C_R1.csv

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）」14865件/年なので12ヵ月で割ると1239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。
- ちなみに、「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）」÷12ヵ月で、その地域の1月当たりの平均訪問診療回数が分かります。



- 毎年度版のデータブックから得られたデータから、管内（二次医療圏）の訪問診療患者数の推移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、「2015年度－2020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－2020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。

## 兵庫県北播磨圏域 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	1121	172	358	246	71	197	77
2017 データブック	1208	176	393	256	105	201	77
2018 データブック	1221	187	424	268	131	124	88
2019 データブック	1239	196	415	262	158	127	83
2020 データブック	1322	200	446	292	178	129	77
2025訪問診療需要 (地域医療構想)	1441	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。  
医療計画作成支援データブック

○北播磨圏域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、西脇市、三木市、小野市では2016年度～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、2018年に市内の2か所の診療所が在支診の届出を行い、その後、順調に伸びているとのことでした。

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。このため、加東市で減少した訪問診療患者数は、他市での患者数として算出されているようです。

③多可町は山間部のへき地なので、他市からの提供は考えにくく、このデータは、多可町内の医療機関から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るとのことでした。

## ⑦ 在宅医療にかかる地域別データ集の活用法

# 厚労省 在宅医療にかかる地域別 データ集(1)

管内の在支診数・在支病数の推移を把握できます

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>



## 「在宅医療にかかる地域別データ集」をクリック

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) in Japan. The page is titled '在宅医療の推進について' (About the Promotion of Home Medical Care). A red box highlights the link '在宅医療にかかる地域別データ集' (Regional Data Collection for Home Medical Care). Other visible links include '在宅医療に関する普及・啓発リーフレット', '在宅医療関連研修人材養成事業', '在宅医療・救急医療連携セミナー', '人生の最終段階における医療・ケア決定支援事業', and '在宅医療連携モデル構築のための実証調査'. The page also features a navigation menu and a search bar.

## 令和2年度(2019年)の管内市町の 在支診数・在支病数

	(項目番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
(データ時点)		R2.1.1	R2.1.1	R2.10.1	R2.10.1	R2.3.31	R2.3.31	R2.3.31	R2.3.31	R2.3.31	R2.3.31	R2.3.31	R2.3.31
		人口	うち65歳以上	病室総数	一階診療所総数	在宅療養支援病院	うち機能強化型(単独)	うち機能強化型(連携)	うち従来型	在宅療養支援診療所	うち機能強化型(単独)	うち機能強化型(連携)	うち従来型
	(全国計)	124,271,318	35,307,686	6,236	102,612	1,436	236	355	902	14,401	202	6,227	10,972
28	兵庫県 西脇市 市	38,722	13,086	2	38	1	0	1	0	6	0	2	4
28	兵庫県 三木市 市	75,435	25,791	6	60	9	0	0	9	10	0	2	8
28	兵庫県 小野市 市	47,564	13,623	5	42	1	0	0	1	7	0	1	6
28	兵庫県 加西市 市	42,766	14,479	4	29	0	0	0	0	6	0	0	6
28	兵庫県 加東市 市	38,672	10,571	3	34	0	0	0	0	9	0	0	9
28	兵庫県 多可町 町	20,253	7,852	2	14	1	0	0	1	1	0	1	0

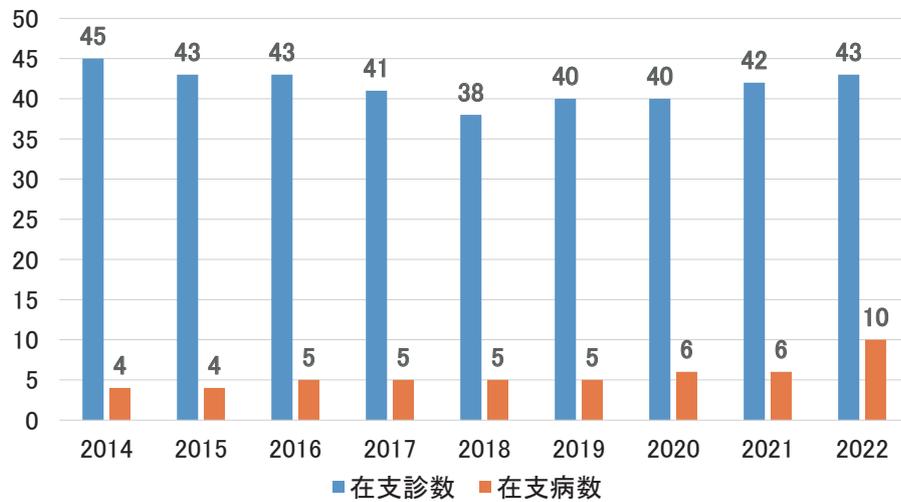
○令和4年12月時点で、平成26年(2014)～令和2年(2020)の在宅医療に関するデータが入手できます。

○エクセルのフィルター機能を用いて、「県名」を選んだ上で管内市区町村を選びます。

○この間の管内の在支診数・在支病数の推移をグラフ化し、次ページに示します。

## 管内の在支診数・在支病数の推移

(箇所数)



厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集(2021年度以降を追加)

- 管内の在支診数・在支病数の推移を、厚労省 在宅医療にかかる地域別データ集を使って確認しました。2021年度以降については所内の情報を追加しました。
- 2014年には45か所あった在支診が徐々に減少あるいは横ばいの状況です。
- 一方、在支病は2014年の4か所が2022年には10か所と倍以上となりました。
- 全国的な傾向と同様の現象が、管内でも起きていることが確認できました。

# 厚労省 在宅医療にかかる地域別 データ集(2)

各市町村別の訪問看護ステーション数、看護職員数(常勤換算)  
24時間対応の看護職員数(常勤換算)、  
自宅死・老人ホーム死の割合とその全国平均など

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

各市町村別の訪問看護ステーション数、看護職員数(常勤換算)、24時間対応の看護職員数(常勤換算)、  
自宅死・老人ホーム死の割合とその全国平均など

		(項目番号)		58	59	60	61	62	63	64	65	66	67		
		(データ時点)		R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	H31.1~R1.12	H31.1~R1.12		
		訪問看護 ステーション	訪問看護 ステーションの看護 職員数 (常勤換算)	うち24時 間対応の STOの看護 職員数 (常勤換算)	介護療養 型医療施 設病床数	介護老人 保健施設 定員	介護老人 福祉施設 定員	小規模多 機能型居 宅介護事 業所	複合型 サービス (看護小 規模多機 能型居宅 介護)事 業所		自宅死の割合	老人ホーム死 の割合			
		(施設)	(人)	(人)	(床)	(人)	(人)	(施設)	(施設)	(%)	(%)				
		(全国計または平均)		11,590	60,440	55,840	34,039	374,767	569,410	5,502	588	13.6%	8.6%		
都	二次	市区	県	市区	区										
28	02805	28213	兵庫県	西脇市	市	4	41	41	0	100	399	1	0	11.6%	12.2%
28	02805	28215	兵庫県	三木市	市	8	36	26	0	200	448	3	0	11.8%	5.1%
28	02805	28218	兵庫県	小野市	市	5	29	25	0	200	358	3	1	15.6%	12.3%
28	02805	28220	兵庫県	加西市	市	4	22	22	120	100	265	6	1	18.2%	11.0%
28	02805	28228	兵庫県	加東市	市	2	10	10	0	100	194	3	0	13.0%	7.2%
28	02805	28365	兵庫県	多可町	町	1	5	5	0	82	284	3	0	9.0%	13.4%

在宅医療にかかる地域別データ集

	H31.1.1		R1.10.1		R1.10.1		
	人口	うち65歳以上	訪問看護ステーション	訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)	平均常勤職員数	うち24時間対応のSTの看護職員数(常勤換算)	平均常勤職員数
(全国計または平均)	124,776,364	35,014,064	11,580	60,440		55,840	
県	(人)		(施設)	(人)	(人)		
市区町村							
兵庫県 西脇市	40,328	13,060	4	41	10.3	41	10.3
兵庫県 三木市	76,329	25,556	8	36	4.5	26	3.3
兵庫県 小野市	47,947	13,454	5	29	5.8	25	5
兵庫県 加西市	43,307	14,297	4	22	5.5	22	5.5
兵庫県 加東市	38,893	10,449	2	10	5	10	5
兵庫県 多可町	20,678	7,320	1	5	5	5	5

「24時間対応」をしていない訪問看護ステーションは、計24か所のうち三木市3か所、小野市1か所のみ

在宅医療にかかる地域別データ集

- 管内市町の訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)、24時間対応の看護職員数(常勤換算)をそれぞれ箇所数で割って「平均常勤職員数」を追加しました。
- 西脇市では両者ともに10.3人と大規模化が進んでいます。
- しかし、三木市では看護職員数(常勤換算)4.5人、24時間対応の看護職員数(常勤換算)3.3人と小規模です。
- 現時点で、「24時間対応」をしていない訪問看護ステーションは、計24か所のうち三木市3、小野市1のみですが、三木市の小規模な訪問看護ステーションが「24時間対応」できていない模様であることがわかります。
- もし、管内の訪問看護ステーションの多くが小規模で、「24時間対応」が困難である場合には、保健所として介入し、訪問看護ステーション間の連携により「24時間対応」ができるように調整し、かつ、大規模化できるように支援する必要があります。

## ヒアリング

- 地域包括支援センター、訪問看護ステーション等に各市区町村の在宅医療の在宅医療の体制（診療所主体、病院主体）と供給量（訪問診療患者数、自宅看取り数、緩和ケアの提供等）の充足度について尋ねる。同時に、管外・市区町村外からの訪問診療の提供がないか尋ねる。管外・市区町村外からの提供がある場合は、2025年、それ以降の継続性を確認する。
- 在支病の経営者に「現在の地域別の訪問診療患者数や将来的に在支診による訪問診療患者数が減少した場合、在支病からどの程度の訪問診療を提供できるのか」などをヒアリングする。

- これまで紹介してきたツールから得られた在宅医療のデータを正確に分析するためには、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等へのヒアリングが重要です。
- 厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」で得られるのは、レセプトから得られる訪問診療患者数なので、診療所・病院の患者数の割合については分かりません。そのため、各市区町村の在宅医療の在宅医療の体制（診療所主体、病院主体）については、ヒアリングで確認する必要があります。
- また、このデータは、「市区町村内にある医療機関が診療した訪問診療患者数」であるため、二次医療圏外や市区町村外からの訪問診療の供給の有無については、やはり、ヒアリングで確認する必要があります。管外・市区町村外から多くの訪問診療が供給がある場合には、その供給について2025年、それ以降の継続性を確認する必要があります。
- 医療監視などの機会に、在支病の経営者にヒアリングすると有益な情報を得られることが多いです。

## 北播磨圏域の7か所の医療介護複合体

(在支病での入院・外来、在宅医療、施設、様々な在宅介護を法人内で完結)



\* 入院・外来・在宅医療で赤字でも、施設・在宅サービスで大きな黒字が見込めるという大きな経営的メリットがある。

- 病院（在支病）での入院・外来・在宅医療、介護保険施設、様々な在宅介護サービスを法人内で完結している状況を医療介護複合体と言います（医療保健福祉複合体と称することもあります）。この場合、仮に病院（入院・外来・在宅医療）が赤字でも、施設・在宅介護サービスで黒字が見込めるという大きな経営的メリットがあり、近年、在支病数が増加している要因だと考えられます。法人内で医療連携や医療・介護連携が業務としてできるため、効率的なサービス提供が可能となるため、最近の診療報酬・介護報酬で中小病院が医療介護複合体になるような利益誘導がなされています。
- ある医療介護複合体では、病院は在宅医療を含めて毎年1億円の赤字なのに、介護保険サービスで5億円の黒字であり、法人としては大きな利益を上げていました。このように医療介護複合体には大きな経営的メリットがあり、全国的に在支病数は増加の一途をたどっています。また、地域包括ケア研究会は、効率的なサービス提供が期待できることから、医療介護複合体を推奨しています。
- 管内の医療介護複合体を確認するには、在支病を持つ医療法人のホームページを閲覧し、どの程度の種類の介護保険施設、介護保険事業所を法人内に持っているのかでほぼ把握できます。
- 管内の在支病を持つ医療法人について、ホームページ等の情報から、管内には医療介護複合体が7か所あることが分かりました。
- 市町別にみると、加西市、加東市には存在しないことが分かりました。そこで、他市の医療介護複合体の経営者にヒアリングしたところ、「現時点では、加西市、加東市の在支診が頑張っているので、両市に在宅医療を提供することは遠慮している。しかし、すでに両市に当法人の介護保険サービスが相当入っているので、将来的に在支診医の高齢化などにより、訪問診療の提供が減少してくれば、是非、当法人の在支病から両市の在宅医療に参入したいと考えている」とのことでした。

### 管内の在宅医療の課題

- 在支診数が伸び悩んでいる(顔ぶれがほぼ変わらない)。
- 外来患者推計で患者数が減少し、新規開業があまり期待できない。また、新規開業しても在支診を届出る医師が少ない。
- 2025年訪問診療需要には追いつきそうだが、その後、在支診の高齢化で訪問診療患者数が減少する可能性あり。
- その際、在支病の訪問診療患者数がどこまで増加するか。それを開業医の力が強い医師会が容認できるのか。
- 多くの市町で、訪問看護ステーションが小規模化である。
- すでに多可町では、在宅医療の不足が起きており、癌の疼痛緩和ができる在宅医が少なく、自宅看取りが困難。



将来、管内で在宅医療が不足する危険性が高い

○管内の在宅医療の課題を記します。

○その他として、地域包括支援センターへのヒアリングでは、最近、ケアマネジャーの不足が深刻であること、現在のヘルパー（家事援助、身体介護とも）が60～70代で高齢化が深刻であり、それより若い層のヘルパーがとても少ないことが不安材料となっているとのことでした。近年の国による介護職の処遇改善の働きかけにより、以前とは違い、ケアマネジャーよりも施設の介護職の給与が高くなり、ケアマネジャーが介護職に戻る人が多いそうです。ケアマネジャーの不足が起こるということは、その地域の介護人材の不足の始まりを示している可能性がありそうです。

## 対応案

- ◆高齡化する在支診数を減少させないために、病院の後方支援機能を強化する。
- ◆在支診の訪問診療患者数が不足した場合、在支病からのスムーズな参入について関係者で合意。
- ◆訪問看護ステーションの連携・大規模化を検討する。
- ◆令和5年度、多可町立診療所に町外の医療介護複合体が参入し、在宅医療の強化が期待できる。今後の訪問診療患者数と自宅看取り数の増加を確認していく必要がある。

○北播磨圏域における在宅医療の課題への対応案（保健所案）を示します。

○新規開業が少なく、在支診の箇所数が横ばいで、その高齡化が懸念されるなか、地域包括ケア病棟・病床を持つ在支病を中心とした病院に、在支診が担当する在宅患者の急変時に救急搬送を受けてもらえるように働きかけます。これにより、在支診は高齡になっても24時間・365日の対応が維持できることになります。

○このように病院と在支診の話し合いにより、後方支援病床の活用に関する病診連携ルールができ、在支診の負担軽減・在支病の新入院患者獲得につながれば、病院と在支診とがウイン・ウイン関係となり、互いをライバルではなくパートナーと考えるようになることが期待できます。この信頼関係が成熟すると、将来、在支診の訪問診療患者数が不足した場合、在支病からのスムーズな参入を関係者で合意できる可能性が高まります。

○管内の訪問看護ステーションには少数ですが規模を拡大した機能強化型の事業所が存在します。しかし、多くの事業所が零細でかなり無理をして24時間対応をしている状況です。24時間対応の訪問看護ステーションとの連携がなければ、(医師の努力だけでは)在支診・在支病ともに24時間・365日の対応が困難となります。保健所として、零細な訪問看護ステーションの経営を安定させ、できれば、規模の拡大ができるような支援策を検討しなければなりません。

○最近、多可町では3か所ある町立診療所の1か所の指定管理者として町外の医療介護複合体の医師が決定しました。今後、町内の在支診・在支病と連携し、多可町における在宅医療（特にがん末期の緩和ケア）・在宅介護を充実していくことに期待をしています。多可町における今後の訪問診療患者数と自宅看取り数・率の増加、現在もある在宅介護不足の軽減を確認していく必要があります。

令和4年度 地域保健総合推進事業  
管内の在宅医療について、医療計画を策定するためのハンドブック  
(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)

発行 令和5(2023)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  
TEL0795-42-9485(直通) FAX 0795-42-6228

令和4年度 地域保健総合推進事業

**管内の在宅医療について、  
医療計画を策定するためのハンドブック**

令和5(2023)年3月