

「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

第8次医療計画（在宅医療）の策定に向けて

令和5（2023）年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 逢坂 悟郎（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

第8次医療計画（在宅医療）の策定に向けて

目次

I	研究の概要	1
1	調査研究のねらい	1
2	調査研究の方法	2
	（1）「管内の在宅医療について、医療計画を策定する手法をまとめたハンドブック」の作成	2
	（2）ハンドブックを活用しての班員による医療計画（在宅医療）私案の作成	2
	（3）保健所として管内の中小病院に対し地域包括ケア病棟・病床への転換を促す手法について	2
	（4）保健所としての管内の訪問看護の強化策について	2
3	研究の体制・経過	3
	（1）研究の体制	3
	（2）調査研究の経過	4
4	結果	5
	（1）今年度作成したハンドブックについて	5
	（2）保健所として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棟・病床への転換を促す手法について	6
	（3）保健所としての管内の訪問看護ステーションの強化について	7
5	考察	8
	（1）今年度作成したハンドブックについて	8
	（2）医療計画（在宅医療）策定の実際について	10
	（3）保健所として管内の中小病院に対し地域包括ケア病棟・病床への転換を促す手法について	12
	（4）保健所としての管内の訪問看護ステーションの強化策について	12

II テーマ別報告 14

- 1 医療計画（圏域計画）についての班員間の認識の共有について 14
 - (1) 在宅医療体制構築支援の研究の経過 14
 - (2) 医療計画について 24
 - (3) 班員の勤務する保健所と医療計画（圏域計画）の関係についてのまとめ 28
- 2 ハンドブックを活用しての班員による医療計画（在宅医療）私案【別冊】 29
- 3 ハンドブックを活用する上での課題について：班員間の議論から 30
- 4 医療計画（在宅医療）の実際について 38
 - (1) 在宅医療に関する圏域計画案を、管内での合意形成を経るべきか 38
 - (2) 実際の医療計画策定後、6年かけて実現していく手順について 41
- 5 保健所が管内の中小病院に対し経営的メリットを示すことで地域包括ケア病棟・病床への転換を促し、結果として在宅医療を確保する手法について 43
 - (1) 地域包括ケア病棟（病床）とは 43
 - (2) 在宅医療充実への取り組み事例 44
兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫 所長
 - (3) 地域包括ケア病棟・病床を持つ中小病院の在宅医療の活動について 52
兵庫県豊岡保健所 守本 陽一 医師
 - (4) 質 疑 60
- 6 訪問看護の現状と保健所としての強化策について（1） 63
 - (1) 在宅医療の整備のために ～訪問看護ステーションを活かすには～ 63
姫路市保健所 毛利 好孝 所長
 - (2) 質 疑 70
- 7 訪問看護の現状と保健所としての強化策について（2） 73
 - (1) 大津市における訪問看護の体制強化の取組について 73
大津市保健所 中村 由紀子 所長
 - (2) 質 疑 85

I 研究の概要

1 調査研究のねらい

令和元年度、本研究班では在宅医療に関する全国保健所アンケート調査を実施した。その結果、在宅医療体制構築への関わりについては、回答した保健所の半数は会議や研修会の開催のみであり、在宅医療を具体的に充実させる関わりをしている保健所は25%であることが明らかになった。一方、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が分かったので、他県や他保健所との比較などを行うために、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）が必要であると考えた。その上で、成果をあ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むための手法を、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。

令和2年度、当研究班では、在宅医療データの標準化を目指し、他県や他保健所との比較を行うこととした。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した。

令和3年度は、都市部で在宅医療体制構築支援に保健所が取り組むための手法を把握するため、2政令指定都市、3中核市から実践報告を受けた。分析結果から、都市部で在宅医療体制構築支援に一定成功している保健所・市行政は、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）の推移を把握し、②行政が介入しない場合に、令和7（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し、③行政としての戦略を練った上で、④医師会等（管内の診療所、病院、訪問看護等）に働きかけ、⑤目に見える実績を挙げていた。

令和4年度は、第8次医療計画の圏域計画策定に向け、これまで在宅医療に関わってこなかった保健所が活用できる「管内の在宅医療について、医療計画を策定する手法を簡易にまとめたハンドブック」を作成した。また、保健所として管内の中小病院に対し地域包括ケア病棟・病床への転換を促し、結果として在宅医療を確保する手法について検討した。併せて、保健所としての管内の訪問看護ステーションの現状と課題、在宅医療での必要性および強化策について検討した。

2 調査研究の方法

(1) 「管内の在宅医療について、医療計画を策定する手法をまとめたハンドブック」の作成

在宅医療データの標準化および郡部・都市部の在宅医療体制構築支援についての検討を集約する形で、「管内の在宅医療について、医療計画を策定する手法を簡易にまとめたハンドブック」(以下、ハンドブック)を作成した。これは、①総論において医療計画、在宅医療の基礎知識、各種ツールの紹介を行い、②例示として、分担事業者の保健所管内における在宅医療の情報分析、課題の把握および対応案の検討を行うための手順を示した。

各種ツールとしては、日本医師会 地域医療情報システム (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 (AJAPA)、都道府県の保健統計年報 人口動態統計、厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集、厚生労働省 医療計画作成支援データブック、保健所内に存在する死亡小票などの資料等を活用した。また、管内の医療関係者、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を行った。

(2) ハンドブックを活用しての班員による医療計画(在宅医療)私案の作成

ハンドブックを活用し、各班員が勤務する保健所管内の在宅医療についての情報分析、課題の把握および対応案について、定型パワーポイントにまとめた。この経験に基づき、班員間で議論し、医療計画作成ハンドブックを修正した上で、完成させた。

(3) 保健所として管内の中小病院に対し地域包括ケア病棟・病床への転換を促す手法について

兵庫県豊岡保健所 柳所長が「保健所として管内の中小病院に対し経営的メリットを示して地域包括ケア病棟・病床への転換を促し、在宅医療を確保する手法」について報告した。

併せて、同保健所 守本医師が、多くの中小病院が地域包括ケア病棟・病床への転換を行ったことによる在宅医療への影響についての調査結果を報告した。

(4) 保健所としての管内の訪問看護の強化策について

厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集から算出した令和2年度のデータでは、全国の訪問看護ステーションの1事業所当たり看護師数(常勤換算)は5.3人と未だ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。このように、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、在支診・在支病が24時間・365日の対応を維持するために、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。

そこで、保健所としての管内の訪問看護ステーションの強化策について、姫路市保健所 毛利所長、大津市保健所 中村所長が実践報告を行った。

3 研究の体制・経過

(1) 研究の体制

	氏名	所属
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	毛利 好孝	兵庫県 姫路市保健所
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 福岡市西保健所
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	向井 直子	福岡県 福岡市城南保健所
協力事業者	昼間 詩織	群馬県 渋川保健所
協力事業者	久保田芳則	岐阜県 可茂保健所
協力事業者	四方 哲	京都府 山城北保健所
協力事業者	小倉加恵子	鳥取県 倉吉保健所
協力事業者	児玉 佳奈	高知県 幡多福祉保健所
協力事業者	近藤 雪栄	横浜市緑福祉保健センター
協力事業者	本木 隆規	奈良県 郡山保健所
協力事業者	守本 陽一	兵庫県 豊岡保健所
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	藤田 利枝	長崎県 県央保健所

(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 (Zoom) 日時：令和4年5月28日(土) 10:00～12:00	(1) 今年度の研究の方向性 (2) 当研究班での研究の経過について (3) 在宅医療に関する医療計画作成ハンドブックについて (4) 全体討議
第2回班会議 (Zoom) 日時：令和4年6月25日(土) 10:00～12:00	医療計画(圏域計画)についての班員間の認識の共有 (1) 圏域計画の有無 (2) 医療計画についての知識とイメージ (3) 効果的な圏域計画を策定するための条件 (4) 全体討議
第3回班会議 (Zoom) 日時：令和4年7月23日(土) 10:00～12:00	(1) 地域包括ケア病棟・病床について (2) 豊岡保健所 柳所長、守本医師より「保健所として管内の中小病院に対し地域包括ケア病棟・病床への転換を促す手法と在宅医療への影響」を報告 (3) 質疑
第4回班会議 (Zoom) 日時：令和4年8月6日(土) 10:00～12:00	(1) 姫路市保健所 毛利所長より「在宅医療の整備のために ～訪問看護ステーションを活かすには～」を報告 (2) 質疑
第5回班会議 (Zoom) 日時：令和4年10月29日(日) 10:00～12:00	(1) 大津市保健所 中村所長より「大津市における訪問看護の体制強化の取組について」を報告 (2) 質疑
第6回班会議 (Zoom) 日時：令和4年12月11日(日) 10:00～12:00	(1) 在宅医療に関する医療計画作成ハンドブックについて (2) 医療計画を実現するための手順について (3) 医療計画策定後、実現していく手順について (4) 全体討議
第7回班会議 (対面) 日時：令和5年1月21日(土) 13:00～16:00 場所：大阪公立大学文化交流センター 談話室	来年度開催予定の研修会についての議論(1) (1) 研修の目的・目標・戦略、具体的な内容の流れ (2) 対象者 (3) スタッフの役割分担 (4) 参加者の事前準備 (5) 研修の評価：研修前後アンケート、宿題等 (6) 研修後のフォローアップ方法
第8回班会議 (Zoom) 日時：令和5年2月12日(日) 10:00～12:00	来年度開催予定の研修会についての議論(2) (1) 研修の内容 (2) ミニセミナーの担当者とその報告内容の確認 (3) ミニセミナーのパワーポイント (4) 2日目(応用編)の保健所別作業のタイムスケジュール (5) 参加者の事前準備 (6) 研修の評価：研修前・後アンケート (7) 研修会の広報
第9回班会議 (Zoom) 日時：令和5年3月19日(日) 10:00～12:00	来年度開催予定の研修会についての議論(3) (1) 研修の内容 (2) ミニセミナーのパワーポイント確認の続き (3) 研修会への準備、スタッフの確認 (4) 研修の評価：研修前・後アンケート (5) 研修会の広報に対する反応

4 結果

(1) 今年度作成したハンドブックについて

班員がハンドブックを試用したところ、ほとんどのツールはインターネット等で容易に活用でき、管内の在宅医療に関する情報分析、課題分析、対応案の検討を含めた医療計画私案を作成できた。

その中で、班員が活用しに若干の困難を感じたツールについて述べる。

①厚生労働省 医療計画作成支援データブック

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毎年度、厚生労働省から都道府県に提供されている。

データブックは、National Database (NDB) のレセプト情報を使用して医療提供状況、患者受療動向を把握するために作成された。年齢・健康保険の種別を問わず必要な情報を得ることができるが、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ないことには注意する必要がある。

【平成 28 年度版（平成 27 年度分）】から二次医療圏における「訪問診療を受けた患者数」が把握できるようになり、【平成 29 年度版（平成 28 年度分）】から二次医療圏、市区町村の「訪問診療を受けた患者数」が把握できるようになった。

データブックを利用できるのは、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）の委員とされている。しかし、データを閲覧、加工、公表するには、都道府県庁を通じて、利用に関する誓約書を厚生労働省に提出するように決められている上、都道府県庁内のパソコンにてデータを利用することが求められている。実際、多くの都道府県でそのように運用されていた。

若干、制約が強いように感じられるものの、班員の多くが、それほど労力をかけることなく、数週以内にデータを利用できる状況となった。制約はあるものの、訪問診療患者数以外の地域医療に関するデータも活用できることを考えると、非常に重要なツールである。

②死亡小票

たいていの都道府県ホームページにある「保健統計年報 人口動態統計」から管内市町村の毎年度の自宅死数、率の推移が容易に把握できる。しかし、特に都市部では、自宅死亡者数に孤独死などの「異状死」数が多く含まれていることがある。そこで、管内の自宅死亡率が自宅看取り率とほぼ同等に扱えるのかを確認するため、所内に保存されている死亡小票を確認した上で、孤立死などの「異状死」が多い場合には死亡小票から正確な自宅看取り率を把握し、公表する必要がある。

しかし、令和 2 年に厚生労働省から「人口動態調査に係る調査票情報の利用申出につい

て（通知）」が出ており、死亡小票に記入された情報の利用条件（統計的研究を行う目的、公表の取り扱い）として「保健医療行政の内部資料として非公表」とされている。死亡小票から得られた自宅看取り数・率が公表できなければ、医療計画の議論のための情報となり得ないため、ハンドブックにおいては「管内の自宅死率が自宅看取率とほぼ同様に扱えることの確認のため、所内の死亡小票を確認してみることをお勧めします」という表現に留めた。

③ヒアリング

データブックから把握できる訪問診療患者数は、レセプト情報なので診療所・病院別の情報は得られない。そのため、管内および管内市町村の在宅医療の体制（診療所主体、病院主体等）を知ることはできない。また、管外の医療機関から多くの在宅医療が提供されている場合、それを知ることはできない。

このような場合の対処法として、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等にヒアリングを行うと貴重な情報を把握できることがある。また、癌の終末期の患者に対し麻薬などの疼痛緩和ができる在宅医が少ないなど在宅医療の質に関する情報が入手できることもある。

また、在支病の経営者（理事長、院長、事務長等）に「どの地域でどの程度の訪問診療患者数を持っているのか、必要性が高まった場合、どの程度訪問診療の供給を増やすことができるのか」を聞くと有意義な情報が得られることがある。

ある程度のデータを集めた後には、在宅医療の現場で何が起きているのかをヒアリングで把握することが重要である。

（２）保健所として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棟・病床への転換を促す手法について

地域包括ケア病棟・病床は、平成 26 年診療報酬改定で、主に許可病床 200 床未満の中小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。機能としては、①急性期病床からの転院、②在宅・施設からの入院・緊急受け入れを行い、③在宅復帰させるという 3 機能がある。

施設基準の中に、①在宅療養支援病院（以下、在支病）、救急病院の届出、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 項目を行うことが求められ、これにより中小病院が訪問診療、訪問看護を開始するきっかけとなりうる。

豊岡保健所 柳所長、守本医師から実践報告のあった兵庫県但馬圏域は、日本海に面した広大な面積（東京都とほぼ同じ）に人口は約 16 万人の郡部であり、高齢化率は 35.1% を超えている。在宅療養支援診療所（以下、在支診）数が人口当たり全国平均の倍近くあり、開業医は在宅医療に熱心で、自宅看取り率が高い。しかし、新規開業が非常に少なく、

このままでは在宅医の高齢化から将来的に訪問診療患者数が減少する可能性が高い。

この状況に対応するため、豊岡保健所は在宅医療の確保策として、管内の中小病院に対し、経営的メリットを示しつつ地域包括ケア病棟・病床への転換を促し、それをきっかけに中小病院が在宅医療を担うという戦略を練った。

その実践として、従来存在しなかった管内の全病院が参加する協議会を発足させ、院長間での協議の場を作った。その場で、急性期病床から地域包括ケア病棟・病床に転換したことから経営が改善した病院の院長から、自院の経営状況の改善について報告してもらい、その情報を管内の全病院で共有した。その結果、平成 27 年度末には 2 病院、36 床であった地域包括ケア病棟・病床が、令和元年 6 月には 8 病院、206 床に増加した。同時に、郡市医師会に開業医の少ない地域への病院からの訪問診療を受け入れてもらえるように保健所から調整した結果、一部地域において病院からの訪問診療が実施されている。

管内の介護支援専門員、訪問看護ステーション、開業医らへのヒアリングによると、一つの町では開業医が少なく、病院主体による訪問診療が実施されていた。また、当初は病院からの訪問診療に抵抗感があった開業医からは「現在は在宅医療の不足感はないが、将来が不安。病院が訪問診療をやってくれれば嬉しい。」との声があった。

(3) 保健所としての管内の訪問看護ステーションの強化について

①姫路市保健所 毛利 好孝 所長 報告の要旨

- ・在支診・在支病ともに 24 時間 365 日の患者からの連絡・往診への待機体制を実現することは、医師の努力だけでは無理があり、24 時間対応の訪問看護ステーションとの連携がないと在支診・在支病は継続できない。
- ・単独で訪問看護ステーションを起業する場合、1 千 5 百万円程度の開業準備資金を用意するが、数年間でこれを使い果たし、大規模化する前に経営破綻することが多い。
- ・夜間体制を複数の訪問看護ステーションが連携して対応するという方法は、一部の例外を除いては保険診療の観点からは困難と考えられる。
- ・保健所が管内の訪問看護ステーションを強化したいと考えるなら、訪問看護の経営を安定化する手法を提示すべきである。例えば、保健所で管内の訪問看護ステーションに精神障害への対応についての研修を行った上で、保健所が対応している在宅精神障害者を定常的に訪問看護ステーションに紹介する手法がある。
- ・看護師のみでの起業では安定経営は難しいが、在支病を持つ医療法人に設置された訪問看護ステーションなどでは、訪問看護での赤字が出て、法人全体の経営に貢献できるなら問題にならず、経営的に安全である。

②大津市保健所 中村 由紀子 所長 報告の要旨

大津市は、人口 34 万 2 千人、高齢化率 27.2%の中核市であり、大津市単独で二次医療

圏となっている。市保健所は、地域医療構想、在宅医療・介護連携推進事業、在宅医療などを所管している。

大津市の令和7（2025）年の訪問診療の需要推計は令和28（2016）年の約1.5倍になる見込みであったため、在宅医療の体制強化が急務であることが分かった。このため、市としての在宅医療体制構築支援の一環として、市内の訪問看護ステーションの機能強化を開始した。

平成26年度の訪問看護ステーションの体制を確認したところ、1事業所当たりの常勤換算看護職員数は4.6人であり、全国、滋賀県の平均を下回っており、経営が不安定であった。また、機能強化型を届け出る事業所がなかったことから、平成28年度、機能強化型の届け出を目指す訪問看護ステーションに補助金を出し、体制を安定化する事業を開始した。具体的には、3年以内に「機能強化型訪問看護ステーション」を届け出るための要件を満たすことが見込め、かつ、在宅療養後方支援病院または在支病に併設されている事業所を補助の要件とした。大津市がこの要件を満たす訪問看護ステーションを洗い出し、この事業に参加するように働きかけた結果、3か所の事業所が補助の対象となった。

補助金は、1人の常勤看護職員を雇用できる額（400万円程度）とし、各事業所が機能強化型1（常勤換算看護職員数が7人以上）あるいは機能強化型2（常勤換算看護職員数が5人以上）になることを目指した。また、5年以内に機能強化型の届け出を目指すよう時限を設定し、かつ、スタートアップ時の初年度は補助額を手厚く、毎年上限額を減額していくこととし、補助金に依存することのない事業所運営を目指してもらうよう工夫した。結果として、補助の対象となった3か所の事業所のうち、2か所の事業所が機能強化型1を、1か所の事業所が機能強化型2を届け出るに至った。市は令和5年度から、新たに3事業所を対象に同様の補助事業を開始する予定である。

また、補助対象となった3か所の事業所に対し、平成30年度から拠点訪問看護ステーションとして「在宅医療介護連携支援業務」を委託した。拠点訪問看護ステーションは、併設した病院と一体的に在宅医療のバックアップを担い、様々な連携の中核となることを目指した。同時に医療と介護をつなぐ役割のみならず、地域の中小規模の訪問看護ステーションのサポート、他職種サポートなどの協働体制を構築する役割を期待されている。

取組の成果として、①機能強化型訪問看護ステーションが3か所となったこと、②拠点訪問看護ステーションが連携強化の主体となった取組で看・看連携が深まったこと、③拠点訪問看護ステーションと病院が一体的に拠点としての役割を担うことで、地域の在宅医療のバックアップが可能になったことが挙げられる。

5 考察

（1）今年度作成したハンドブックについて

ハンドブックを班員が試用した経験から、医療計画私案の作成中に班員が感じたことや悩んだことについて議論した。この結果に基づいて考察する。

①厚生労働省の「医療計画作成支援データブック」の利点と注意点

ア) データブックの大きな利点

データブックにより、全国のどの二次医療圏、市区町村の訪問診療患者数の推移を把握できることは大きい利点である。全国的には、福岡県のように県庁と県医師会が協力し、毎年、在宅医療に関する調査を医療機関に対して行い、県内の行政や保健所に提供していることがある。また、複数の地方厚生局が、管内の都道府県庁を介して保健所に「在宅医療を受けた患者数」についての情報や届出情報を提供している。

しかし、当研究班による令和元年度の全国保健所アンケートにおいて、管内の訪問診療患者数を把握していないと回答した保健所は45%であり、実に半数近くの保健所が管内の訪問診療患者数を把握できていないことが明らかとなった。管内の訪問診療患者数を把握できないと、例えば、現時点で明らかに在宅医療が不足している地域を除いては、このままの医療体制で、令和7（2025）年や令和22（2040）年の訪問診療需要に供給が追いつきそうかということが把握できず、保健所だけでなく、地域の医療機関と問題意識を共有することが困難である。そのような意味で、全国の保健所がデータブックを活用できることは、極めて重要である。

イ) データブック活用の注意点

データブックにより得られる「訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)/年」を12か月で割ることから、「二次医療圏、市区町村内に所在する医療機関」が診療した訪問診療患者数(人/月 \div 人/日)の推移を把握できる。そのため、保健所管外から提供される訪問診療については、訪問診療を提供した医療機関の住所地の患者数として算出されることから、管外の医療機関から管内に提供された訪問診療患者数については、データブックからは分からない。

しかし、特に都市部において、管外から訪問診療が実施されていることが少なくなく、ハンドブックの試用に際しても、ヒアリングでその事実が明らかになった事例が少なかった。

今回、群馬県渋川保健所管内の町・村の訪問診療患者数が令和7（2025）年訪問診療需要に比べ著しく少なかったため、班員がその町・村の地域包括支援センターにヒアリングしたところ、「管外の県庁所在地から多くの訪問診療を提供されており、在宅看取りもそれなりにできている」との情報を得た。これを確認するため、所内にある死亡小票を見ると、県庁所在地の複数の医師が多くの死亡診断をしていることが確認できた。

このように管外からの訪問診療の提供の有無について把握するためには、ヒアリングが重要となる。ヒアリングの対象としては、規模の大きい地域包括支援センターや訪問看護ステーションが挙げられる。

また、ヒアリングにより多くの訪問診療患者を管外の医療機関が担当していることが明らかになった場合、管内の在支診・在支病と同様に、その医療機関の提供している在宅医療が、どれほどの継続性を持つものかを評価する必要性が出てくる。しかし、管外の複数

の医療機関について、その継続性を把握することに難しさを感じた班員が複数いた。現状で可能な手法としては、ヒアリングから管内の在宅患者を担当している医療機関が所在する自治体を明らかにした上で、厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集などから、その自治体での在支診・在支病数の推移を確認した班員がいたが、その継続性まで評価することは難しい状況である。その突破口としては、管外の主な医療機関およびその所在地の行政に対しヒアリングを行う必要があるかもしれない。また、数年内に国が示すとされる 2040 年訪問診療需要が公開されれば、管内と同様にデータブックによりその自治体での訪問診療患者数の推移と 2040 年訪問診療需要を比較することで、その自治体での在宅医療の将来予測が可能となるかもしれない。

特に都市部においては、行政区に関係なく在宅医療が実施されていることが少なくなく、管外の医療機関が行う在宅医療がどの程度継続されるのかを評価する手法について、さらなる検討が必要である。

②ハンドブックの各種ツールの更新時期のずれについて

ハンドブックで活用した各種ツールは、それぞれ独立したものであるため、各ツールの更新のタイミングや最新データの時期にずれがある。例えば、令和 4 年 12 月時点で、厚労省の在宅医療にかかる地域別データ集は令和 2（2020）年 3 月末、データブックは令和 3（2021）年 3 月末、JMAP は令和 3（2021）年 11 月などが最新のデータとなっている。

このままでは、地域医療構想調整会議などで報告する際に問題があると班員からの声があった。対応法としては、在宅医療にかかる地域別データ集から管内の在支診・在支病数の推移を見るときには、所内の情報で不足分を補足するなどして、開設届から入手した診療所の新規開設・継承の状況と併せて、できるだけ、最新の情報を提供した方が効果的であると思われる。一方、JMAP での情報は管内の医療介護の現状を全国平均と比較しつつ、その将来像を包括的につかむために活用する方がいいように思われる。今回のハンドブックでの例示ではそのように配慮したので、参考にして頂きたい。

（2）医療計画（在宅医療）策定の実際について

①医療計画（在宅医療）案について管内でどのような合意形成の手順を経るべきか

研究班内で、今回作成した圏域計画案を管内の医療関係者間で合意形成を行い、実際の医療計画を策定するまでに必要な手順について議論した。その中で、班員の経験から少なくとも踏むべき手順として以下のような内容があった。

- ア) 保健所としての戦略をいきなり会議で提案するのは、関係者の反発を買う可能性があるので避けるべきである。医療計画を練る時期のできるだけ早い段階で、例えば、地域医療構想調整会議等において、都道府県の地域医療構想アドバイザー等の

研究者からデータに基づいて地域医療の将来予測を含めて説明してもらい、まずは関係者の頭の整理と情報の共有を行う方がよい。

- イ) これを受けて、診療所、病院、医師会内の問題意識を熟成していく。例えば、保健所から「管内の在宅医療が現在まで不足していないのは開業医の先生方がよく頑張っていて頂いているからです。ここまで頑張ってもらっているのに、将来、訪問診療需要が増加するからと言って、さらに頑張ってもらおうというのは酷ですよ。今の体制のままでは、訪問診療患者数を増加していくのは大変だけれども、皆さんで工夫して、それをもう少し楽にできるように考えませんか」などと語りかける。
- ウ) 医療関係者の問題意識が共有されてきた頃に、保健所としての提案を行う。あくまで、医療関係者が自身の問題であると捉えることができるように手順を踏むことが大切である。
- エ) このような手順を踏み、管内の合意形成を図るためには、医療計画の策定年（今回は令和5年度）より早い時期から、保健所としての活動を開始することが理想的である。

このような地域の合意を得る手順は、直接、医療計画に関わることがない県型・市区型保健所が、管内の在宅医療体制構築支援を行う際にも参考になるものであり、極めて大切な考え方である。

②実際の医療計画策定後、6年かけて実現していく手順について

研究班内での議論をまとめると以下のような手順がありうるとの意見が出た。

医療計画策定後、これを実現していくためには、データに基づく進捗管理が大切である。

- ア) 医療計画には、データを示すだけでなく、そのデータを改善するための手法を書き込んでおくようにする。
- イ) 地域医療構想調整会議において、常に新たなデータを出し、関係者が管内での変化を確認できるようにする。また、うまくいっている事例（病院の後方支援病床を在宅診療が活用するための病診連携ルールなど）を、当事者から紹介するようにする。
- ウ) 紹介した事例をもとに、保健所から「うまくいっている地域がありますが、他地域でも実施しませんか」と拡大していく。
- エ) これらの手順を繰り返していくことで、医療計画に書き込んだ在宅医療の改善策が実現していく。また、そのことをデータで会議に報告することで、さらに計画を実現していく。

この手順についても、直接、医療計画に関わることがない県型・市区型保健所が管内の在宅医療体制構築支援を行う際にも参考になるものである。

(3) 保健所として管内の中小病院に対し地域包括ケア病棟・病床への転換を促す手法について

兵庫県但馬圏域において、豊岡保健所は、管内で新規開業が少なく、在支診の医師の高齢化が目立つ中、将来的に訪問診療患者数の減少や自宅看取り率の低下が起こると判断し危機感を持った。この問題に対応するため、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棟・病床への転換を促し、将来的に管内の訪問診療を担えるように促す手法を取った。当初、開業医を中心とする郡市医師会としては病院が訪問診療へ参入することに強い抵抗感があったようであるが、実際に在支診の医師の高齢化が進行した現在では医師会としての受け入れが改善している。結果として、将来、在支診の高齢化により訪問診療患者数が減少した場合に病院からの訪問診療の供給が可能な体制を円滑に構築できたとと言える。

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。郡部に限らず、今後、訪問診療患者数の急増が予測される都市部においても、従来からの通常の診療所を対象とする在宅医療体制構築支援の手法に加え、病院からの訪問診療について積極的に検討すべきである。そのきっかけとして、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棟・病床への転換を促すことは、保健所による在宅医療体制構築支援の手法として有用である。

(4) 保健所としての管内の訪問看護ステーションの強化策について

①姫路市保健所 毛利 好孝 所長の報告について

在支診・在支病の業務継続のため、24時間対応の訪問看護ステーションは極めて重要である。しかし、既に起業した小規模な訪問看護ステーションについて、保健所として経営的・規模的にできることはそれ程多くはない。その中で、班員間の議論で挙げた保健所としての管内の訪問看護ステーションの強化策について記述する。

ア) 精神科訪問看護（医療保険）による安定的な収入確保

保健所が管内の訪問看護ステーションに対し、精神障害者への対応法について研修を行い、定常的に精神障害者を紹介する。精神科訪問看護は、医療保険で行える上に、夜間の急変がほぼないので、小規模な事業所でも安定的な収入確保が可能となる。

イ) 訪問看護ステーション間の連携

夜間体制を複数の訪問看護ステーションが連携して対応し、24時間対応を実現するという方法は、保険診療の観点からは困難と考えられる。しかし、島根県出雲市の事例では、市内の訪問看護ステーション連絡会において、ステーション間で互いの空き情報

(地域、曜日、時間)を共有し、在宅医からの依頼時に自訪問看護ステーションに空きがない場合や患者宅が遠隔地である場合に、他の訪問看護ステーションを紹介するシステムを取っている。このシステムは、訪問看護ステーション連絡会が策定したものであるが、このようなシステムがない地域において、保健所が同様のシステムの構築を支援できる可能性はある。

ウ) 日本財団在宅看護センター起業家育成事業

日本財団が訪問看護ステーションの起業を希望する看護師を対象に、10～15人の大規模ステーションの開設を支援するものである。全国100か所での開設を目指しているという。8か月の研修期間に講義、実習、企業計画の立案などを学ぶことができる。

兵庫県但馬圏域において、本事業の1期生が訪問看護ステーションと看護小規模多機能型居宅介護を開設しており、一定の規模で当初から運営し拡大している様子は、一つのモデルかも知れない。これから訪問看護ステーションを起業しようと考え、相談に来た看護師に対し、保健所から情報提供すると有用であろう。

②大津市保健所 中村 由紀子 所長の報告について

中核市である大津市は、市内の訪問看護ステーションを分析し、規模が小さく、経営が不安定である事業所が多いことを確認した。そこで、①在宅療養後方支援病院または在支病に併設されている事業所であり、かつ、②3年以内に「機能強化型訪問看護ステーション」を届け出るための要件を満たすことが見込める事業所に焦点を絞り、補助事業を開始した。

他都道府県においても同様の補助事業を展開しているが、補助額は大津市の半額程度であり、期間は単年度であることが多く、訪問看護ステーションへの機能強化型の届出への動機付けとしては効果的とは言えない。大津市の事業は、市の単独事業であり、補助額は通常の倍程度で5年間継続するものである。市保健所として、事業を立ち上げ、補助の対象事業所を十分に選定した上で継続支援した結果、補助の対象となった3事業所の全てが機能強化型訪問看護ステーションを届け出るに至った。このような事業展開は、独自の判断が許される中核市の強みを生かしたものと言える。

また、補助対象となった3か所の事業所に対し、平成30年度から拠点訪問看護ステーションとして「在宅医療介護連携支援業務」を委託し、現時点で、地域の小規模の訪問看護ステーションのサポート役として機能しつつあるという。同時に拠点訪問看護ステーションと併設病院が一体的に拠点としての役割を担うことで、在宅医療のバックアップ機能を持つようになったことも取組の成果と言える。

小規模で、経営が不安定である訪問看護ステーション全体を底上げすることは簡単ではないことから、大規模化の可能性が高い訪問看護ステーションに焦点を絞り、丁寧に支援を継続することで機能強化型訪問看護ステーションを増やしていく手法は、特に市区型保健所としての訪問看護ステーション強化策として有効である。

Ⅱ テーマ別報告

1 医療計画（圏域計画）についての班員間の認識の共有について

（1）在宅医療体制構築支援の研究の経過

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

在宅医療体制構築支援の研究の経過

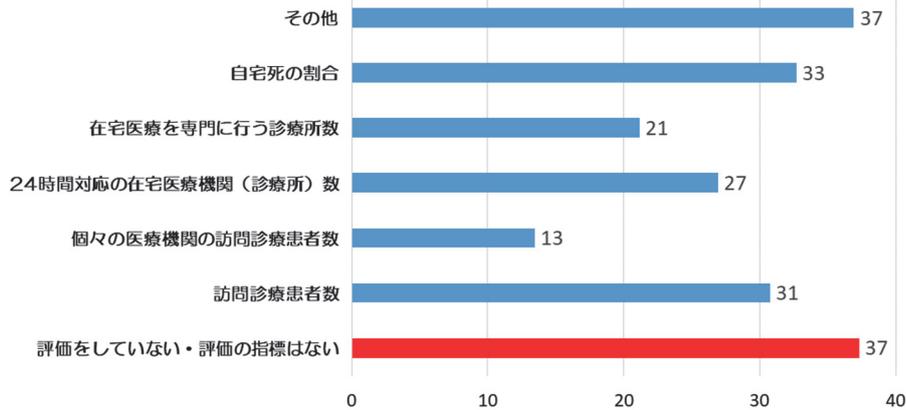
1

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
（回収率55%）

2

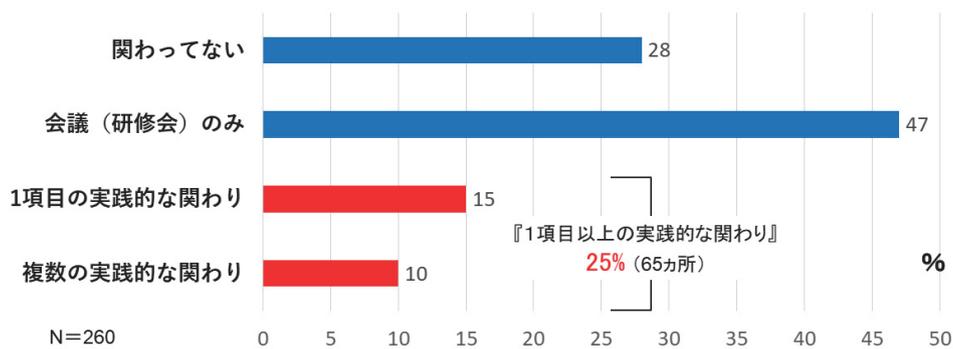
在宅医療における評価指標の有無(複数回答)



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。

3

在宅医療体制構築への関わり状況



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(在宅医療を具体的に充実させる関わり)は25%(65カ所)の保健所しかできていない。

4

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

5

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、在宅医療データの標準化が必要である。
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。

6

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

7

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。

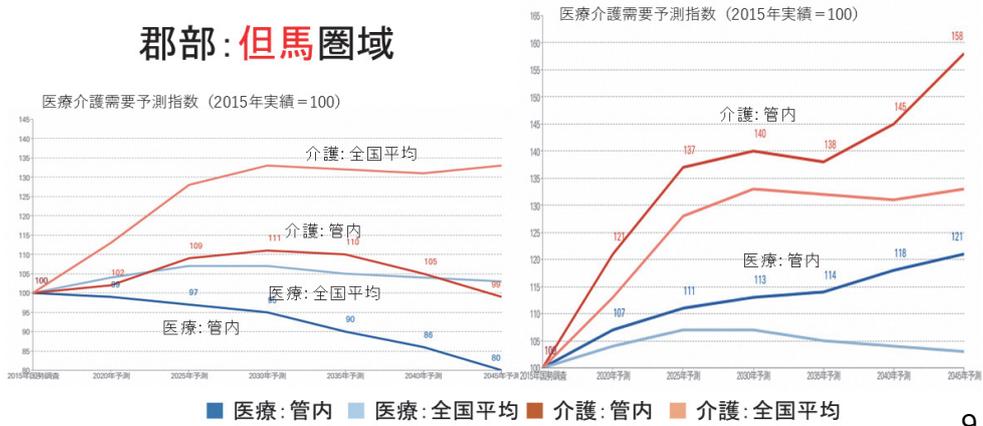
8

医療介護需要予想指数の比較(JMAP)

(医療費、介護サービス費)

都市部:川口市

郡部:但馬圏域

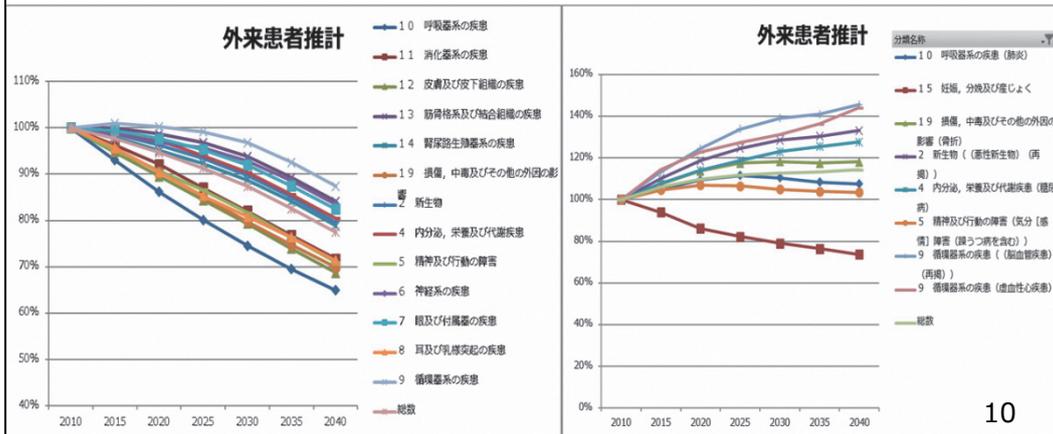


9

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)

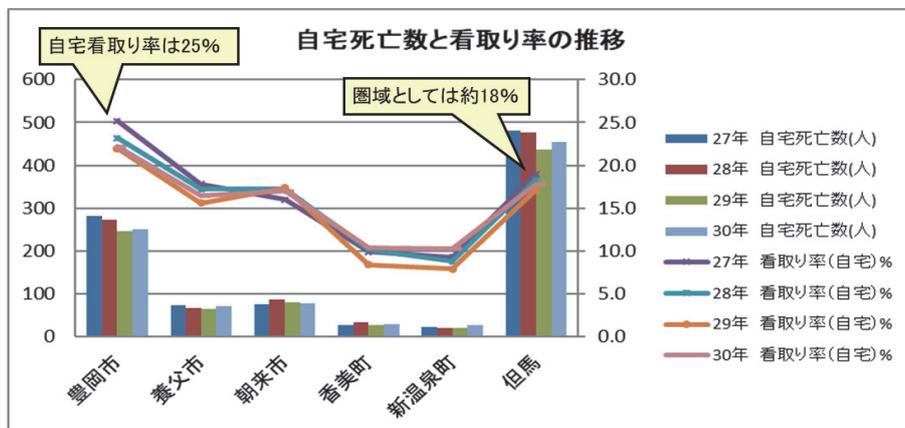
2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

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

11

市町別自宅死亡数・率の推移(但馬圏域)



兵庫県 保健統計年報 人口動態統計 12

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。

13

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	R1.6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

14

まとめ

- ◆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。

15

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

16

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

17

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。
東京区部の保健所に広く声掛けしたが手挙げなし。
- **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、**豊中市保健所 松岡所長**が報告。**姫路市保健所 毛利所長**が報告へ。

⇒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

18

経過	調査研究／検討内容等
第1回班会議 2021年5月29日(土) 10:00~12:00 Zoom	① 姫路市保健所 毛利所長 より在宅医療充実への取り組み報告 ②現時点でのコロナ対策の現状について議論
第2回班会議 2021年7月31日(土) 10:00~12:00 Zoom	① 豊中市保健所 松岡所長 より在宅医療充実への取り組み報告 ②現時点でのコロナ対策の現状について議論
第3回班会議 2021年8月21日(土) 10:00~12:00 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報告 ②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 2021年9月25日(土) 10:00~12:00 Zoom	① 柏市 浅野専門監 より在宅医療充実への取り組み報告 ②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 2021年10月31日(土) 10:00~12:00 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報告 ②中間報告へ向けた論点整理と議論
第8回班会議 2022年1月30日(日) 10:00~12:00 Zoom	①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 ②都市部の在宅医療構築体制支援について論点整理

19

行政による在宅医療体制構築支援の分析手順 (郡部での経験から)

- 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**実績を上げている**
- ⑥現状での**課題**

20

福岡県 福岡市 (各区に保健所がある唯一の政令指定都市)

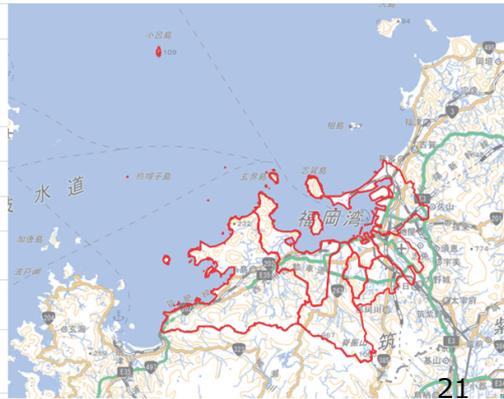
福岡県 福岡・糸島医療圏

人口 154万人

関連地域

福岡県 | 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		559.10km ²
国勢調査人口	(2010年)	1,562,178人
	(2015年)	1,635,156人
人口増減率 (2010~2015年)		4.67% (※) -0.75%
高齢化率 (65歳以上・2015年)		21.10% (※) 26.60%
人口密度 (2015年)		2,924.60人/km ² (※) 340.80人/km ²



福岡市(区保健所)は、**県による調査で得た在宅医療データ**から、

- 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・率**)の推移を把握。
- ② 訪問診療需要と「**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、医師会を中核に事業展開。
- 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 訪問診療供給と病院外で看取る患者数とも着実に増加。
- ⑥ 課題として、班員から、ここ数年、1) **在支診数が減少**、2) **在支病数が微増程度**、3) **通常の診療所の訪問診療患者数が伸びない**ことから、4) **病院の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。

22

考 察

23

都市部での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(すべて診療所主体)と提供量(自宅看取り数については全ての行政が把握。訪問診療患者数等については4行政)が把握。
2. 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。
3. 行政としての戦略を練り、
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)を進めている。
5. 目に見える実績あり。
⇒少なくとも、1~4の取り組みが必要(1がなければ2以降はない。特に訪問診療患者数の推移の把握は重要)

24

管内の在宅医療の供給量の把握 (特に訪問診療患者数)

- ◆ 自宅看取り数・率は、人口動態統計、死亡小票で把握可能。
- ◆ 「今、管内で在宅医療が不足しているのか」はヒアリングである程度分かる。
- ◆ しかし、訪問診療患者数の推移が把握できないと、保健所として「今、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。
- ◆ これでは、在宅医療に関わってこなかった保健所・行政に、新たに在宅医療体制構築支援を開始するための保健所・行政自身の動機づけが起こらない。

25

訪問診療患者数について

- ◆ 都道府県が県医師会と協調して、毎年、訪問診療患者数を保健所に提供している都道府県(福岡県など)は問題なし。
- ◆ 保健所独自に管内の郡市医師会アンケートできればいい(姫路市)。しかし、かなり敷居が高い。
- ◆ 厚生局データは、都道府県の28%のみに提供。個々の各在支診・在支病の在宅医療患者数は把握できるので重宝だが、訪問診療患者数と単純に比較できない。
⇒管内の訪問診療患者数を把握することはかなり難しい。

26

毎年度、厚労省から都道府県に提供

医療計画作成支援データブック DISK1-1 【令和2年度版】

電子データブック データダウンロード 留意事項 お問い合わせ

電子データブック

本ツールは、医療計画の策定と見直しの際に必要な指標について、住民の医療ニーズや受療動向に関する情報、医療資源が有する機能や提供量・連携に関する情報等を、病期や医療機能毎に、またストラクチャー（医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制を測る指標）、プロセス（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）、アウトカム（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）の要素を加味し、都道府県が活用できるよう、医療圏単位または市町村単位で集計するとともに、地図、グラフ等を用いて可視化したものです。

なお、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）における別表5「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例に係るデータ」については、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部のウェブサイトにて公表されている精神保健福祉資料をご参照下さい。

[電子データブックを見る](#) [マニュアルを読む](#)

都道府県職員、二次医療圏の地域医療構想調整会議の委員は活用可能（レセプトから患者数を把握するので、非医師会員のデータも入手可） 27

医師会を中核としている行政に共通の課題

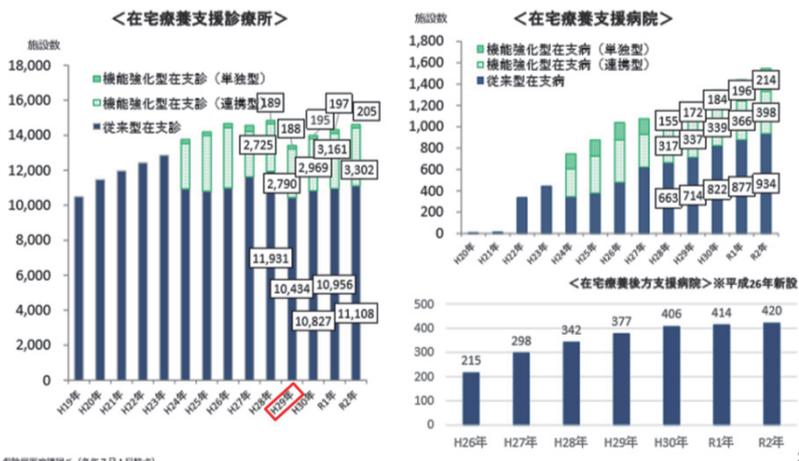
- ◆ 医師会を中核とし、**通常の診療所**が①訪問診療を開始できるように、できれば②在支診療となるように促す戦略を展開。**行政・医師会ともそれが当然との印象**（診療所以外を対象とした話はしづらい模様）。しかし、どの市も、**在支診療数、通常の診療所が担当する訪問診療患者数ともに横ばい、減少**。
- ◆ 以上を踏まえ、①、②の**通常の診療所を対象とする政策**に加えて、**地域の実情に応じて、③病院の在支病化や、④在宅医療専門診療所の誘致の促進を、積極的に検討するべきである**。
- ◆ 今後、①～④などの政策を柔軟に実施できるよう、**国から行政・医師会への発信が必要**。

28

在宅療養支援診療所等の届出数

中医協 総-1-1
3.8.25(改)

○ 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。



29

令和4年度の研究方向

- ◆ 第8次医療計画の圏域計画策定に向け、これまで在宅医療に関わってこなかった保健所が活用できる「管内の在宅医療について、医療計画を策定する手法」を簡易にまとめたハンドブックを作成。
- ◆ 在支病数が増加を続けていることを前提に、保健所として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手法を取りまとめ。
- ◆ 保健所としての「訪問看護の強化策」について検討。
姫路市・大津市保健所からの報告を予定。

30

(2) 医療計画について

【議事】

今年度、当研究班は班員の半数程度が交代し、若手保健所医師が新規班員となった。そのため、導入として「在宅医療体制構築支援の研究の経過」を班員に解説した。その後、医療計画（圏域計画）について、①圏域計画策定の有無、②医療計画についての知識とイメージ、③効果的な圏域計画を策定するための条件について、各班員が発言し、班員間の認識を共有した。

●児玉先生

①について、策定自体は本庁の医療政策課が全県まとめて作成しているため、保健所は策定していない。地域医療構想については事務局を担っているので、調整会議が開かれる際は同席している。②について、医療計画についてはあまりわかっていない。分厚い冊子のイメージ。5疾病5事業が5疾病6事業になるんだというイメージである。病床の機能を病院で分担して地域の医療について検討していく。③について、調整会議がさらっと終わる印象があり、あまり意見を出してくれる病院がない。管内の地域医療関係者が意見を出し合っていないといけないと思う。④について、保健所ではこの部分がしっかりできていない。唯一、在宅医療と訪問看護について、中山間地域における訪問看護推進検討ブロック会議が2年に1回開催されている。出たことはないが事務局を委託している県立病院と管内の訪問看護ステーション、地域包括支援センターと保健所が出席している。現状などもデータを用いて分析するわけではなく、事前にアンケート調査を行い、それをもとにそれぞれが話すという会議である。

○逢坂先生 厚労省のデータブックはどのように入手したのか。

○児玉先生 福永先生と一緒に県庁の医療政策課にお願いをしてみた。誓約書を書いて保健所長が事務局のメンバーになっているので、保健所長名と私の氏名を記載するとすぐにデータをいただいた。

●近藤先生（横浜市）

今は保健所の支所にいるがこの前に医療計画の部署にいた。医療計画は主に神奈川県で策定している。県で作る医療計画について、横浜市に関係するところは県から照会がある。医療計画の事務局は行っていないが地域医療構想については、医療局医療政策課が事務局を担うことがある。神奈川県の医療計画がどのように動いたか。5疾病5事業に沿った事業を取りまとめて県として方針をもらい、市としてたたく漢字になっている。事業ごとに各担当部局が医療機関と連携して医療計画に基づき、予算化している。地域医療全体を包括的に見ることで考えると、横浜市では個別の医療機関が会議に出てこない。病院数が多すぎてなかなか意見交換が難しい。地域医療構想調整会議とは別に横浜市を7ブロックに分けてワーキンググループを作成し、意見交換の場を設けている。在宅医療については医師会メインに動いている。区役所業務は病院医療機能の評価はできていない。保健所も感染症医療機関以外はあまり見れていない。横浜市の独自のデータでレセプトを吸い上げて確認している。もう少し保健所支所でもいろいろなデータを活用すれば様々な状況がわかると反省しているところである。

- 逢坂先生 医療機関の立ち入り検査は支所でされているか。
- 近藤先生 本庁で行っている。支所は医療機関との接点がないことに陥りかねない。
- 逢坂先生 7ブロックの病院会議の事務局も横浜市が行っているのか。
- 近藤先生 病院協会にお願いしている。中核的になる病院が7つあるのでこのブロック分けになっている。

●本木先生（奈良県）

①の医療計画に関しては策定していない。地域医療構想調整会議には参加しているが、県庁の医療政策局が作ったシナリオに基づき進められ、保健所は最後にコメントする程度である。②の医療計画についても概略を知っている程度である。奈良県の公衆衛生学講座の今村先生が厚労省の在宅指標の会議に入っているため、その大学院の先生が在宅医療のKDBを使って数値化することを行っている。③にも関わるがデータを使ってより具体的な数値で在宅については話をもっていきたい。④の保健所で在宅医療の評価等は全く関与していない。

- 逢坂先生 病院の立入検査はされているか。
- 本木先生 保健所で行っているが、去年はコロナの影響で紙面のみで立入検査はしていない。

●四方先生（京都府）

医療計画は京都府全体のものはあるが圏域ごとには策定されていない。圏域ごとの課題や方向性は本庁へ提出していたふしがある。医療計画について知っていることについて、医療法に定められていて6年に1回作り直していることくらいしか知らない。去年の3月まで別の県の県立病院にいた。医療計画に書いてあれば都道府県としてしなければいけない道しるべになるので、県立病院として必要であろう方向性を県の医療計画へ書き込ませるため、自分の病院について書いてもらったことがある。実際、書いてもらったので数年間は県の担当課も熱心に実行に移していただくことができた。今度は作る立場でどうしたものかと検討している。③については、地域医療構想も医療計画も管内の医療機関や各団体でよく話し合っただけでいくことが有用なものになると思う。地域医療構想調整会議は行政の立場として参加したことないが、昨年3月までは病院長の立場として出席していた。病院の立場から見ていると、厚労省の伝達講習会のようなものであった。地域医療に関して話し合った記憶はない。医療計画に関してもそれぞれ審議会のようなものを作り、第8次に向けて来年あたり進めると思うが、率直に意見を言える場を作りたいと思う。普段の業務で在宅医療の評価等は、コロナを通して分かったが、

在宅医療に関しては人口の割にはできていない。訪問看護に関しては平均と同程度の数はある。

- 逢坂先生 京都府で保健所管内の医療体制や在宅医療で改善しようと思ったらどのような仕掛けがあるのか。
- 四方先生 現時点ではオフィシャルな枠組み、実質的な地域の仕組みなどはない。京都府の医療審議会の二次医療圏版はあるらしい。

●昼間先生（群馬県）

医療計画について勉強不足である。群馬県では圏域の医療計画を各保健所で作成してなく、本庁で一括して医療計画を策定している。医療計画係の方で地域医療調整会議の議題を作成し、保健所は事務局として地域の方と議論する。保健所の業務として管内の病院とかかわりがあるのはコロナに係る病床確保や検査体制の確保で定期的に会議を開催している。在宅医療や訪問看護について保健所としては評価していない。各保健医療圏別のレセプト数、訪問看護診療数、看取り数、在宅医療診療数など細かいデータは医療計画の進捗状況が公表されていることを今回初めて知った。目標値としてはあるが、各医療圏別で取り組みをしているかというところはおそらくあまりされていない。各医療圏での取り組みが必要だと感じた。

●森本先生（兵庫県）※逢坂先生代読

兵庫県は二次医療圏単位で地域医療構想等の計画を作ることになっている。医療計画については、地域の実情の併せて5疾病6事業について目標設定し、県内で適切な医療を提供できるようにするための計画である。有効な計画を作るための手順として、基金を使って計画の実施に向けて金銭上の後押しをしていく。地域医療構想調整会議をこまめに開催し、保健所が事務局となりデータに基づき経営的なメリットも含めて病床機能の転換の実行を促していく。病床機能報告、厚労省のデータ集や近畿厚生局から受けているデータを活用している。

●柳先生（兵庫県）

兵庫県の方で地域医療構想の調整会議はするようになっているが、このようなことをするように県として明確に言っていない。県庁の事務方の考えは国から言われたので数字を埋めたらいいくらいしか考えていない。うちでは調整会議と医療部会を二枚場折で運営している。またその会議に医療機関をくっつけて、全部の病院長を入れた会議を行っている。県からやれと言われたことはない。病院長を集めた会議を年に数回行っている。コロナに関してもその会議でそれぞれの病院の役割についてお願いしてステップアップしたので、入院病床などについても全く困らなかった。

実際に参加する方がそれにそってよりよく変えて頂くと思ってもらうことが大事である。

●岡本先生（川口市）

川口市保健所は中核市保健所なので医療計画は県が策定している。圏域ごとの地域医療計画は作るようになっており、それぞれの組織で川口市の保健所長は委員という位置づけでメンバーの一人である。今年から県の審議会の構成が変わり、従来は地域医療計画と地域医療構想が同じ会議であったが、今回は2つに分けられて、地域医療調整会議と医療計画の会議が別建てになった。医療計画については、埼玉県は病院の整理計画を公募しているので、どちらかという病院の増がメインとなっている。病床の規模をどうするかが一番の関心事項になっている。在宅医療については、在宅医療部会が設けられているので、特別の議論するかたちになっているが、実際の研修会はどうするかかの議論、それぞれが関係する団体が一年どのようなことをやったか報告されている。圏域別の取り組みについても、前年度の報告の単なる寄せ集めになっている。ある意味計画を作り進捗は管理されているが魂は入っていないと思う。

○逢坂先生 厳しい状況である。これから高齢化が進む地域でどのように対応していくのか。

○岡本先生 埼玉県自体は医療資源が乏しいので、隣に東京都があるので圏域で閉じなければいけないという意識がない。東京都の在宅医療の医療機関が川口市民の訪問診療を当たり前のように行っている。ニーズがあまり顕在化してこない。在宅医療で不足している、受けられなかったというのがあまり大きな声で聞こえてこないのが問題である。本当にニーズがあるのかなのかよくわからない。

●逢坂先生（兵庫県）

兵庫県は二次医療圏ごとに圏域計画も地域医療構想も事務局を担う。県から指示があるわけではなく、自由に行ってくださいという感じである。医療計画のイメージは、表面的な傾向が強い。平成 27 年に保健所長になったが、その年が地域医療構想を練る年であった。2025 年の病床機能別の必要病床数、訪問診療需要が出てきた。病院関係者は混乱し、これで病床削減を強いるのか、1 回目の会議は紛糾した。それから方向性を変えて、病院長を一人ずつ訪問し説明した。どんな経営的なスタンスなのかヒアリングを行ったりした。そのため2回目以降は安定的に会議を行うことができた。その後、地域医療構想調整会議を年に2、3回開いてきたが、各病院の病床数をアンケートで出して

もらいながらウェットな会議内容であった。病院が8つしかなかったの、全病院長が集まりやすかった。

3年くらい経過してから、2025年の数字が人口動態にあった合理的な数字であると民間病院長から意見が出るようになった。有意義なものにしようとするのと丁寧な根回しが必要になる。計画を練った後の本音の協議もかなり有意義なものになる。在宅医療で管内の在宅医療の現状がわからなかったの、全医師会員にアンケートをとり98%の回答があった。最終的に病院側から在宅診療をしてもらう必要があると合意形成ができた。市内に一つあった急性期と療養病用を行っているところに包括支援センターを委託し、在宅医が不足しているときはそこから出してもらうようにした。今現実に行われているのでよかった。今までの話は前任地に話である。医療監視の時に理事長や病院長に話を聞くことは非常に有意義である。

●長井先生（鳥取市）

中核市の鳥取市に派遣されている。鳥取県は県の医療計画の冊子の中に医療圏が3つあるので3つの医療計画を併せて一冊にしている。県の保健医療計画は、県が地域医療対策協議会や医療審議会等でオーサライズさせていく作業である。圏域の医療計画については、それぞれの保健所に地域医療協議会が設置されているので、その場で全体会議や病院長を集めた医療提供部会、へき地の救急部会や位置づけは弱い健康づくり部会で議論したものを積み上げて二次医療圏単位の地域保健医療計画を策定している。会議は年3回実施できるような予算が県から降りているが最近ではコロナでできていない。地域医療構想の調整の圏域会議もその地域医療計画の会議と併せて行っているの、実際にはそれぞれの病院機能の話などを持ち込んで話している。今年度はこれから県が次の計画に向かうか説明はないが、次の8次の医療体制に向けておそろく似たような格好になると思う。悩みは会議を招集すれば意見は言われるが、意見を裏付ける実証データを整理して皆さんと共有する作業が保健所で力量的にできてこなかった。県の職員が医療計画を担当しているが、今回の案についても担当者に見せて共有している。

鳥取市は中核市と言ってもまれなところであり県型保健所機能を条例や委託という格好で出されている。医療計画も県の責務であるが、圏域の計画については県の意向で事務局も持っている。

○逢坂先生 ハンドブックを使うとなると鳥取市のワーキング部会でやることになるか。

○長井先生 体制についてはまだ考えていない。鳥取市以外の4町もあるので、そこも含めてハンドブックについて検討していくと思う。

●向井先生（福岡市）

福岡市は7区の保健所があるが医療計画は策定し

ていない。圏域の調整会議の事務局は県の糸島保健所が担当している。医療計画については、保健所長3年目であるがこの班会議に参加して医療計画を知った。策定された圏域計画が有用なものになるためには、実際に地域の医療機関の先生方と地域の現状について共有した方がよいと思う。普段の業務の評価として、地域医療支援病院の委員を保健所長が行っているの、委員会に年4回出席し、地域医療支援病院の実績等を実際に見ている。在宅医療については、医師会との会議に保健所も参加している。県が在宅医療に関するデータをとっているの、それを市にも提供してもらっている。

○**逢坂先生** 福岡市は政令市で唯一区の保健所を残している。区の保健所で在宅医療の取り組みを行っている。

●毛利先生（姫路市）

本庁で医療計画を担当していた。当時は在宅医療の話はあまりなかった。県の立場として圏域の課題（急性期や医師確保）を把握した。圏域の会議に直接行き、県からリクエストしていた。県型保健所も2か所いたが、この時も保健所でわかっている圏域課題について地域医療構想調整会議や医療部会で課題を解決するために何をやるかをやってくれと事務局を運営していた。岡山県では説得するための資料を集めてそれに基づいて議論していただいた。病院の管理者と事務長も知っていたので、どうやったら生き残れるのか、そのために自分の病院の立ち位置を計画に書いてもらうことが重要である。保健所の皆様に言いたいのは経営の意識があまりない。生き残るためのアドバイスをいただけると非常に助かる。現在は中核市の保健所で関与していない。完全にコンサルみたいな立場が必要な人は聞きにくるので、生き残りについて一緒に考えている。この2年間で医療機関はどのような状況に追い込まれているのか。コロナも落ち着いたのでこのあたりをじっくり眺めたいと思う。

●藤田先生（長崎県）

保健所としては作っていないが圏域計画は2ページ分くらい医療圏の特徴や力を入れたいことが書かれている。県庁にいたころは自分がメインで医療計画を作成していたが、今はかかわりが無い状況である。県計画を書かないとみんながいろいろ考える場が持てないと感じている。長崎県は病院の先生方が医師会を中心に地域包括医療に関する検討会を立ち上げて、病院長や高齢者施設の施設長が集まり、会費1万円で会をたちあげた。先生方が中心になり動かれている。自分も会員になり研修会に参加している。医師会の先生方が集まった研修会では、行政があまり動いていない、いろんなことを分析してないと改めて感じた。も

う少し保健所も圏域のことをしっかり見ないといけない。自分たちのデータも分析して研修会などへ出していくことが重要である。

●白井先生（枚方市）

大阪府では地域医療計画は府が行っているが圏域計画は圏域に任されている。事務局は府の保健所が対応する。全体的な地域医療構想は医療計画に従って、府が出してきた計画を圏域でまとめる。病院全体の連絡会をするように言われているので、市に65病院あるが、コロナの時はウェブで行った。意見がきちんと出てこないが、病院連絡会のグループワークで出た意見を保健所ごとにまとめている。経営のことを考えたり、地域全体のことを考えたり、ギャップは大きい。関わり方は保健所単位では行っているが、ストーリーは府が考えている。医師会は在宅などに積極的でないので、別に対応しないと話が進まない。在宅についても訪問介護をどのようにやっていくか等をグループワークで共有して進めているが客観的な評価はしていない。病院との意見交換はできているが医師会が置いてきぼりな印象である。公的病院は大阪府が少なく1か所しかないの、民間病院をどのようにまとめていくか。

○**逢坂先生** 60病院の院長を集めたらほとんど発言できないのではないかな。

○**白井先生** 圏域ごとに誰が話すか下準備をする。その前に保健所ごとのグループワークをしてもらい、そこでは一人一人言えるようにしている。

(3) 班員の勤務する保健所と医療計画（圏域計画）の関係についてのまとめ

<圏域計画を策定する>

- ・ 県型保健所で事務局を担い、圏域計画を策定する：兵庫県、鳥取県
- ・ 中核市であり、事務局を担い、圏域計画を策定する：鳥取市

<圏域計画の策定はしない>

- ・ 県型保健所であり、医療計画は県庁が策定し、圏域計画の策定はしない：高知県、奈良県、京都府、群馬県、長崎県、島根県
- ・ 政令指定都市であり、医療計画は県庁が策定する：横浜市
- ・ 政令指定都市の保健所であり、同一の二次医療圏内にある県型保健所で事務局を担い、圏域計画を策定する：福岡市
- ・ 中核市であり、同一の二次医療圏内にある県型保健所で事務局を担い、圏域計画を策定する：姫路市、枚方市
- ・ 区型保健所であり、医療計画は都庁が策定：東京都

圏域計画の策定はしない県型保健所では、地域医療構想調整会議の事務局を担っている場合でも、会議では県庁担当課が説明を行う形式や、県庁担当課のシナリオに従って進めるなど、消極的な関わりが目立った。（高知県、京都府、奈良県）

参考：令和元年度 全国保健所アンケートでは、回答した 260 保健所のうち、医療計画における二次医療圏毎の圏域計画があると回答したのは、160 保健所（61.5%）であった。

2 ハンドブックを活用しての班員による医療計画（在宅医療）私案【別冊】

「2 ハンドブックを活用しての班員による医療計画（在宅医療）私案」は、【別冊】として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/chiikihoken/html/2022.html>

保健所長会>研究事業報告>地域保健総合推進事業>2022年度



【別冊】

ハンドブックを活用しての班員による医療計画(在宅医療)私案

目次

- 1 兵庫県豊岡保健所 企画課 守本 陽一 医師
- 2 高知県安芸福祉保健所 福永 一郎 所長
- 3 高知県幡多福祉保健所 児玉 佳奈 主幹
- 4 鳥取県倉吉保健所 小倉 加恵子 参事
- 5 群馬県渋川保健所 昼間 詩織 医長
- 6 島根県出雲保健所 中本 稔 所長
- 7 鳥取市保健所 長井 大 所長
- 8 奈良県郡山保健所 本木 隆規 主幹
- 9 川口市保健所 岡本 浩二 所長
- 10 品川区保健所 福内 恵子 所長
- 11 横浜市緑福祉保健センター 医務担当課 近藤 雪栄 課長

3 ハンドブックを活用する上での課題について：班員間の議論から

○逢坂先生 では、近藤先生から、どうぞ。医療計画案が出てこないのは、各部署での決済で時間がかかっているのではないですか。

○近藤先生 横浜市の近藤でございます。私のほうがデータ修正版を更新できてない理由は、まさに逢坂先生のおっしゃるとおりでございます。今回、ハンドブックでデータの作成自体は特に問題なくできたのですが、そのデータを使って集計したものを保健所ではない部署のどこまで決裁を取るかで止まっています。今、特にデータを集計し直して出したデータが本市の方向性とちょっとずれるものですから、どこまで出せるかの評価が割れていて、もしかしたら出すなという話になってくるかもしれないので見せ方はまた御相談と思っております。

今回、合意形成に至る、一番悩んだのが、本当に部署が違うところが3か所ぐらいあったので、それぞれにこれでいいかというのを取っていくのが大変でした。県によって部署が違うところもおありでしょうし、同じところもおありなので分からないのですが、特にうちの市は保健所と在宅医療の分野がほぼふだん接点がないので、「何しに来たの」みたいな乗りだったところもあり、ちょっととこずったというのがございまして、かつ現在進行形でとこずっております。県によっては同じように在宅医療が一部関心を集めていると別立てになっているところもあるかと思っておりますので、同じような課題は見られるところも出てくるかなと思った次第です。

あと困ったこととしては、データ、総量のデータは訪問診療なり訪問看護なりあるのですが、どこのクリニックが一番やっているのかのデータが私のところでは取ろうと思えば取れるのですが、門外不出状態で使えないということで、頑張ってもらってるところがどこで、頑張り切れてないところはどこで、その課題は何というところの抽出までにはどうしても至らなかったという意味でもう少し検討材料が必要だったかなと思った次第です。大きく2つでした。ありがとうございます。

○逢坂先生 近藤先生、ありがとうございます。厚労省のデータブックは使えないので、横浜市オリジナルのレセプトデータからはじいてもらったのですよね。

○近藤先生 はい。

○逢坂先生 あれば12か月で割るということをするのとちょっと不足ぎみということが出たのですね。

○近藤先生 そうです。ちょっと今、出せないよねと

いう話。

○逢坂先生 こんなものを出して横浜市が不足している。

○近藤先生 刺激をするなど。在宅医療は医師会も懸念しているところで、センシティブな上に議員も絡み、下手したらうちの社長も絡み得るということで。

○逢坂先生 社長は市長さんのこと。

○近藤先生 市長でございます。割と担当部署は警戒している。なので、ちょっとどうしたものかなと思っているところでございます。

○逢坂先生 要するに、まさか2025年に間に合わないのではないか問題が出たわけですね。

○近藤先生 はい。現場感としては間に合うのです。現場感としては足りてないので問題ないだろうと。どうやらうまく回せているので。

○逢坂先生 足りているから。

○近藤先生 足りている。部門としても足りてない声は聞かないし、現場に聞いても足りてない声は聞かないけれども、数字と乖離するというのが、本市の社長は非常にデータに厳しい方でいらっしゃる。どこまでやるのよという話に今はなっています。

○逢坂先生 横浜市の緑区の中の医療機関のレセプトデータでは足りないけれども、ほかの区から入ってきているとかということはないのですかね。

○近藤先生 あります。なので、足りているのかもしれないです。ただ、そうすると、ベースが横浜市緑区民に訪問診療を提供しているデータベースの集計になるので、国のデータベースとはまた出典が違ってしまいます。そちらで出したほうが確かに表立って出しやすいのかもしれませんが、皆様方の集計の結果のデータ元とはバックグラウンドがずれますね。どちらにするか。

○逢坂先生 それは仕方がないから。

○近藤先生 本当ですか。では、そちらのほうで集計してみたいと思います。多分そのほうがおびえられずに集計ができると思います。

○逢坂先生 2025年はたったあと3年ぐらいのことなので、その先の問題はまた別にあるでしょうけれども、柳所長、何か意見。

○柳先生 教えてほしいのは、レセプトでいくと結果的には区外の医療機関から入ってきてもそれは反映されるはずですよ。

○近藤先生 今、管内の医療機関ベースのデータと区民ベースのデータの両方がありまして、厚労省のデータベースが医療機関ベースだったので医療機関

ベースで集計しますと、恐らく緑区内の医療機関、緑区は周りの区に比べて比較的小さいものでして、緑区内の患者さん全部には対応し切れてないようでした。周辺区が結構大きいもので、周辺区が結構なだれているようです。

○柳先生 だから、先ほど逢坂先生が言われたように外から流入している東京都なんかはよくそういうことが起こっているの、その現実をどう考えるのという整理にしていくということで、今、両方のデータがずれているのはすごく正しいので、その両方を見てみるとどういう戦略が打てるのかというのが見えてきますよね。

東京都でも練馬区さんなんかはすごい子細なデータを事務屋さんが作っていて、どこのクリニックからどれくらい来ているかまで全部出して、それで死亡個票なんかをくくって、診断している医者を出してきているのですけれども、練馬区さんのデータ、公開されていますけれども、では、それに対応して何をするのかということが何も議論されないというところが問題で、だから、都市部では先生がおっしゃったような問題は必ず出てくる中で、区単位で考えるのか、市として全体の医療政策をどう考えるかで、極論すると東京都さんみたいに東京都は一つですみたいな形で極端な医療政策を取ってしまうと、今回のコロナみたいなことになったときにもうぐちゃぐちゃになるわけですね。

だから、チャンスはチャンスだと思うのですね。多分横浜さんもコロナで訪問診療についてはきつと課題は見えてきたはずなので、今、議論すると、別に今すぐはそんなに困ってないけれども、同じようなことがコロナは前倒しでそれが来たただけだから、将来的には起こる可能性は、当然 2040 年とはとんでもないことが起こることはみんな分かっているの、でも、今、行政としては大変な思いをしたくないから先送りしているということをやったらひどい目に遭いますよというのは、今すぐの問題というよりは、やはり時間をかけてしっかりとこの 6 年間でやりませんかという提案をすれば一応動くのではないかなと思ったのが一点。

先生がおっしゃったみたいに市の中で分かれているというように県型保健所も実は市町村が在宅医療・介護連携の主なので、保健所なんか関係ないと、おまえら来ないでいいよみたいな地域も絶対あるのですよね。その中で例の「あいうえおかきく」の「く」の部分でやっと保健所は在宅医療・介護連携の中の病院を含めた医療体制の調整みたいなのが役割ですよと書かれているので、そこをポイントにして、だから、保健所は、ここは関わらなければいけないのですというようにして市町村に踏み込んでいくみたいなこと。それはルールとしてそこら

辺のコンセンサスみたいなのを得ていけば、来るなどはさすがに言えないと思っています。すみません。

○近藤先生 ありがとうございます。すみません、1 点よろしいでしょうか。先生がおっしゃるように保健所としてこういう話をしたいのと言って、實際上、来るな状態だったのですけれども、持っていつて区内の医療機関がこうなっていて、今、こういうように連携していてという説明をすると、逆にそのデータは在宅医療部門にはなかった、病院そのものとそこまでの付き合いはなかったのでむしろありがたいと言われましたので、先生のおっしゃるようにはきちんと連携が取ればすごくよくなるというのは実際あったかなと思います。ありがとうございます。

あと逢坂先生と柳先生がおっしゃるようになちょっと集計のベースを変えてもう一回トライしたいと思います。すみません、遅れておりますが、そんな感じで進めております。ありがとうございます。

○柳先生 都市部で必ず同じことは起こるので、横浜では両方のデータを上手にすり合わせてということが分かりましたと言ってくださいと私たちもすごい勉強になります。

○逢坂先生 そうなのです。結局、緑区の医療機関が緑区の在宅患者をみんな診ているわけではない。だから、医療機関ベースでやるとマイナス、足らなくなるような感じを受ける。では、逆に言うと、どこの区から入ってきておられるのかということはまだヒアリングでしかないと思うのです。

○近藤先生 集計データで出していますので。

○逢坂先生 もう出ているのですね。

○近藤先生 出ています。

○逢坂先生 そうしたら、今、入ってきておられる範囲の区が将来的な永続性ですよ。ずっと入ってきてくれて 2040 年まで入ってきてくれれば全然問題はないけれども、多分そこも不足ぎみ、都市部ですから入ってこられなくなったときに緑区はどうなるのかみたいなことを確認できて、医療計画でちゃんと出すわけではないでしょう。これは内々の緑区の保健センターの作戦部門が考える話ですから、出すことはないの、実際のありようと将来性を確認してみたらどうですかね。

緑区の中の持続性と隣の区の持続性を確認できるではないですか。例えば在支診は伸びているのかとか、在支病は増えていつているのかとか。でも、イメージとしたら、横浜市とか東京はどんどん人口は減らないのに高齢者が増えてきて、恐らくえらいことになるのだろうなという、そのえらいことが私たちには実感として分からないので、内部資料として近藤先生が調べてもらって、たとえそれが報告書に出せなくても、そういうことをやったらこうでし

たという情報をもらえるととても我々は勉強になります。

- 近藤先生 分かりました。本当にいろいろ御助言ありがとうございます。なみに、緑区に訪問診療を提供している近隣区が全部で5区ありますので、5区プラス東京都町田市が入ってきているので、どこまでできるか分かりませんが頑張りたいと思います。
- 逢坂先生 たくさん診ているところを幾つか見てみたら、それぞれ厳しくなっていくのではないかという予測は立つのではないかなど。
- 近藤先生 そうだと思います。ちょっともう一回データを見直してみます。ありがとうございます。報告書に載せられないかもしれませんが、御報告いたします。
- 逢坂先生 報告書に載せられないほどリアルなものであれば、それは緑区のためにいいものだと思いますので。やはり全国的に在支診が伸び悩んでいて在支病がたくさんできているという姿であればまだ安心ですけれども、在支診が伸び悩んでいて、かつ在支病が伸び悩んでいるところからたくさん入ってきているとちょっとまずいかもしいかなという予測は立つのではないですか。柳先生、どうですか。
- 柳先生 でも、東京とか都市部は1型のというか、複数のドクターを入れて訪問診療ばかりやっているクリニックが多分今後も伸びる可能性は十分あると思うのですけれどもね。だから、そこら辺の問題が一つあるのと、あと横浜の場合もすみません、医療計画の圏域ですよ。医療圏域をどう設定しているかというのがよく分からないので。
- 近藤先生 オール横浜です。横浜市一医療圏なので。
- 逢坂先生 東京と同じということですね。
- 近藤先生 370万人が一医療圏になっています。
- 柳先生 そうなのですね。戦略がすごい立てにくい。逆に、全体の医療計画はそうでも、在宅医療については少しエリアを分けたようなプランニングにしないとアプローチできないよねみたいなことも政策的な提言を時間がかかるかもしれないけれどもしないと、都市部は本当にアプローチしようがないです。我々現場でもね。だから、そこら辺はぜひぜひ、データに基づいてかもしれませんが、トップにうまく働きかけるのが大事だと思います。
- 逢坂先生 高度なところまでいっているの、なかなか感心だなと思っています。次は、川口保健所の岡本所長、完成品を出してもらっていたけれども、何か似たようなことですよ。
- 岡本先生 データブックで取りあえず市内の在宅医療の状況を確認して、しかし、コロナで分かったことは、施設からの陽性者の届出が隣接の自治体の医療機関から相当数出てきているということなの

で、市内の施設関係にでもかなり訪問診療を外部から受けているということは分かったのですが、では、それは果たしてどのぐらい来ているかということがなかなか分からないので、取りあえず厚労省の在宅医療の名称を忘れてしまいましたがホームページ。

- 逢坂先生 在宅医療にかかる地域別データ集ですね。
- 岡本先生 データ集で、取りあえず隣接、さいたま市、北区、足立区の在支診の数をちょっと見てみたのです。そうすると、人口当たりで比較すると川口市のほぼ倍の人口当たりの在支診の数だということが分かったので、相当供給されているだろうなということまでは分かるのですが、では、それぞれの区の先ほど逢坂先生も言われたように将来的にどうかということまではなかなかここからだけでは分からないので、それとあとやはり市内の医療機関の個別のデータが欲しいなというように思うのですよね。

まだアプローチはしてないのですけれども、厚生局に毎年7月1日で届出を出しているものを基に厚労省のデータブックとか厚生局のデータができているはずなので、それを開示請求したときにどこまでもらえるのかというのを検討したいなというように私、個人的には今、思っています。まだ何も手はつけてないのですけれども、7月1日報告ということで各医療機関からのデータが厚生局に集まっているので、それをもらえないかということをやっと私のほうで試してみますので、また何か動きがありましたらフィードバックをさせていただければなというように思います。

- 逢坂先生 ありがとうございます。それは全国的にできる新しい動きとして使えます。では、直接的に医師会全体の調査をしようという鳥取市保健所の長井先生お願いします。
- 長井先生 おはようございます。長井です。聞こえますか。大丈夫ですか。今、逢坂先生がおっしゃったところは調査中です。150ぐらいの医療機関に調査票を出しています。病院と診療所、全部悉皆で出していますが、出す段階で個別の医療機関名も含めて報告をということをしたのですが、なかなか医師会の役員さんのハードルが高くて、そこについてはうまい具合に全部了解が取れて個別の回答というようにはなってないのです。

先ほど川口市の岡本所長がおっしゃっていましたが、個別の医療機関というところについては十分にアプローチできないかもしれないが、これから先、それぞれの診療所がどう先を御自身の医療機関、考えてらっしゃるかということとか、在宅医療に関しての実績なり今後の見込みについては回答してい

ただけるかなと思っていますが、一応月末締切りでまだ半分も来てないのではないかなと思います。途中でもう一度お願いのメールはあげないといけなかなというところが一つです。

それから、いいですか。もう一つはハンドブックに関してですが、恐らく皆さんはそれぞれ所長さんなりお医者さんが構って作っていらっしゃるように思うのですが、私は何せ能力がなくて、ちょうど医療計画の担当者が替わった直後だったので、一応ハンドブックを全くの事務担当者に使っていただきました。おおむね好評だったです。新しく自分が担当になってどのようにデータ処理していけばいいのかということがなかなか分かりにくかったけれども、今回、この班で示していただいたハンドブックというのは非常に全国的にありがたいものではないかなというように自分で使ってみて思う。やってみて、いろいろやっている担当者なので、かなり突貫工事的にこのハンドブックの絵を提示して作ってもらったのですけれども、途中、アメリカにお仕事で出ておられたのですが、かなり効率的に短い時間でも使えたということです。

ただ、問題は、ここのデータの使っていく時点がそれぞれ違っている。私もすみません、詳しいことは分からないのですが、JMAP でいえば 2021 年 11 月現在とか、ハンドブックは 2020 年 3 月末、そして、在宅医療の地域別の厚労省のデータベースが 2020 年 10 月 1 日ということで、その辺の時間のずれというところをどういふようにならしてこの管内のことを分析するのかというところで、最終的にはもう少し総合的な分析をする意味では、ハンドブックで挙がっている数字をそのまま横に並べるだけではもちろん十分ではないというようなお話でした。でも、作業に使ったので在宅医療の概観ということについてはこれで少しつかめてきたなというような担当者の率直な思いです。以上です。ありがとうございます。

○**逢坂先生** ありがとうございます。すごく優秀な事務方ですか。

○**長井先生** そうですね。課長補佐級ですね。もう課長補佐級でないと難しいだろうということと、前任が出身は財政課です。

○**逢坂先生** 分かりました。という問題はあると。それに加えて多分来年度、もう一度最新データで作直さないと議論にならないように思うのですが、それと問題の 2025 年を目標に話をしても仕方がないところがあるので、厚労省のほうでどこまでのデータを、例えば 2030 年需要とか 2040 年需要とかが出てくるかどうか全然情報がないので、その辺の比較とかの問題でしょうけれども、今の時点でそこまで進んでおられたらすぐできるでしょう。

それと、医師会のほうが反発したというのは、それぞれ医療機関名を書いて出してねと言ったら、そんなことは出せるかいと言われたのですよね。

○**長井先生** 結局、行政に自分のところの経営のもう本当に先々のことまで、何でそこまでという気持ちもある先生が役員の中において、そこまで本当に出すのかというところで抵抗感があるという話になって、出てこなくて惨たんたる結果だったらやったことが泡に帰してしまうので、医師会の先生と了解のできることをまず探りながら考えていくしかないというところで、担当者もう絶対これは個別の医療機関名が欲しいなと言っていたのですけれども、なかなかそこは難渋して、ひとまずのスタートはそういう感じでした。以上です。

○**逢坂先生** 千葉県の柏市に昨年度発表してもらったのですけれども、あの柏市でさえも医師会アンケートを取れない、そういう数名の反対者がいたのでできないですごく困っていると言っていました。

私が 7 年前の地域医療構想のときに医師会アンケートをしたときは、地域医療構想が新しかったので、もう出さないと、というモードになっていて、ただ、医療機関名は聞かずにファクスで出してもらったら、ファクスに医療機関名がついてきますよね。それで分かったということがあります。だから、一度情報をまとめてみて、こんな問題があるのかということで医師会が興味を持ってくれたらもう一遍やろうかということになるかもしれません。

○**柳先生** 鳥取市は、例えばうちの管内だと在宅医療・介護連携に関して市が医師会にお金を出して、幾つかの在宅医療体制を取られる日医も結果的にはあの事業を医師会にある程度委託させるような前提で動いているのではないですけれども、鳥取市、それは金を出していませんか。うちも個別の医療機関のアンケートは医師会にしてもらっている。医師会が主体となってどうするのか、訪問診療をどれくらいしているとか、将来的にどうなる、医師会が主導で自分のところに会員に調査して、固有名詞までうちはもらうかどうかは要らないのでみたいな形でデータを出してもらっていますけれども、何か行政がやらせるというよりは、在宅医療・介護連携の責任をある程度医師会が市から委託を受けているのだったら、その中でそういうものがないと先々困りますよねみたいな仕掛けにうちはしています。

個別の医療機関に関しては、うちはずるいですがけれども、近畿厚生局から全部データはあるので、実績を全部分かっているんで、医師会にわざわざ調査しないでも、医師会に主体的に自分たちの問題として責任を持ってやらなければしょうがないなと思ってもらう以外になかなか協力は得られないなと

は思うので、そうしておくで自分たちの問題というように言ってくれるので、後で提示するかもしれないが、では、何で訪問診療の数が増やされないのかといったら、バックベッドがないとか、病院との連携がうまくできないとか、グループ制というのは実際嫌だという話で彼らが主体になってやるので、こちらからあまり仕掛けても医師会は大体あまり口を出されるのが嫌いなので、提案して一緒に考えるという仕掛けにしないと医師会は動かない。保健所長を20年しかしていません。修正です。

○**逢坂先生** お言葉なのですが、多分長井先生のところはもう医師会に在宅医療の話をする初めの時点だと思うので、やはりちょっと何か情報を提供して危機感を持ってもらわないとそうならないのではないですか。

○**柳先生** 市としてお金を出していませんか。

○**長井先生** 金は突っ込んでいます。いわゆる今回の私のプログラムの中、案の中の一番最後に（参考）ということで、今日はいいのですけれども、在宅医療介護連携推進室というのが医師会と行政の中でつくってあって、そこにお金は突っ込んでいます。医師会、福祉のほうの職員が1人、兼務がかかっているところに行っているのと、うちは4町あるのですが、そこはみんなお金の面だけでやっているという感じなので、お金は突っ込んであるのですが、そこも推進協議会というのをちゃんと持って年に3回ぐらいやっているのです。

こういう問題で一応在宅医療の今後の推移を出そうと思っていますみたいなことを保健所からもこの間報告したのですが、いわゆる医師会の中で今までやってきているところはやはり人材育成みたいなACPに係ることとか情報の共有とか、そういったところでどちらかというと中心にやってきたので、政策的な課題については、まだそこら辺についてやっていくのだというような腹入れというか、そこら辺がまだこれからという意味では逢坂先生がおっしゃっているようなところはそうかもしれないと思っています。以上です。

○**逢坂先生** 柳先生、今の鳥取市の時点から今後、だから、あまり回収率がよくなくて医師会員に何でこんなことを聞かれるのという雰囲気はあるのですよね。次の段階はどういうように。それを60%ぐらい回収していきたいぐらいになるのではないかと思います。次はどのような手を打てばいいですか。

○**柳先生** 先ほど言ったみたいに調査をやっているのならそれで仕方ないのですけれども、担当理事の中にも、あるいはうちも最初はいろいろ行政が口を出すのは嫌がられましたが、じわじわとやる中で現実的に医師会員がすごい高齢化している

問題とかもだんだん本音で話ができるようになって、一時は病院からの訪問診療、そんな話をするなみたいにしてちょっと怒られていましたが、でも、これだけ先生方、みんな頑張ってもらっているのに無理がありますよねという話をすると、「そうやねん。わしもそろそろ辞めようかと思っている」みたいな話がだんだん出てくると、医師会世論全体として「そういうようなことを計画的に考えなければいけないのだ」みたいなことを考えてくれるようになって、今はだから訪問診療を病院から出ることについてうちの医師会はどこも反対しない、ぜひ出てきてくれみたいな話にやっとなって、これは6、7年かかっているのです。

じわじわそれをずっと継続的にやる中で医師会の中でも味方になってくれる先生とか、割とこれから新しく理事とか会長になっていかなければいけないような人たちがこのままではまずいと割とってくれるようになってくると話は進みやすいと思って、やはり先生がおっしゃったみたいに頑ななじいさんが何人もいますけれども、その人たちはちょっと置いておいて、実際にこれからの将来の地域の医師会を担ってくれる先生方と話をすると危機感を持ってくださるので、その仕掛けだとは思うのです。医師会全員に納得してもらうのは無理なので、担当理事が若くなったり替わっていく中で、本音で話せるようになっていくとちゃんとデータを集めなければいけないとかというように医師会の担当理事が納得してくれるとちょっと変わるのかなと思っています。

○**逢坂先生** 長井先生、時間がかかると思いますけれども、じっくりじっくり。まだ鳥取市の医師会が全体に困っているよなという感じにはなっていないことですよ。

○**長井先生** 閉院するところとかもぼちぼち出たりとかするので、どうするのだろうなみたいな感じを何とか気持ち的にはそういうのはあるので、こういう説明に行ったときに何しに来たみたいな感じの話は、そういう空気はないのと、そういう施設を立ち上げているからどこまでするのみたいなところはまだこれからだと思いますが、話をしていくことはもう全然抵抗感はないと思います。先ほど柳所長さんからおっしゃっていただいたような非常に地道な相手との合意の取り方みたいなところ、参考になるなと思って聞かせてもらいました。ありがとうございます。

○**逢坂先生** 在支診が全国的に伸び悩んでいるのは、やはり1人で24時間365日やるのがしんどいというのはもう共通の話題だと思うので、それを何とか、訪問診療のまだ需要が伸びていくわけですから、これの数でいけますかというようなものを浸透して

いくということなのだと思います。また報告してください。

昼間先生、とても困ってしまって私のところに助言を求めに来てくれたのですよね。その辺の話をお願いできますか。

○**昼間先生** 私は医療計画について全くと言っていいほど触ったことがなかったので、まず管内の在宅医療に関する状況を確認するに当たり、このハンドブックを使わせていただいて各指標を見ていったのですけれども、県のほうが考えている医療計画と併せて一緒に見ていったのですが、私のいる渋川管内の状況としては隣接市からの医療の提供があること等が県のほうの医療計画上だとかなりそこが書いてあるようなところで、いろいろな指標を見るほど迷子になってしまったのです。

逢坂先生はじめ柳先生から御指導いただきまして、指標だけではなくて死亡個票に当たったりとか、あと地域包括ケアセンターにヒアリングを行うということで何とか軌道修正をしまして管内の状況を把握したというところがあります。なので、ハンドブックをベースにやはり地域の状況を実際に自分の目で確認していくということがすごく大切なのだなということを実感した作業でした。

○**逢坂先生** 具体的に渋川市は充足していそうだけれども、何々村と何々町は全然足りない状況になっていて、結果、どうだったですか。

○**昼間先生** データブックのところから管内が渋川市と榛東村、吉岡町というところで構成をされているのですけれども、渋川市ではもう充足がされているということが逆に分かるような状況で、榛東村や吉岡町はこれからどんどん不足していくことが顕著になっていくということが明らかになったのかなと思います。医師会からも地域医療構想調整会議で、「渋川市は頑張っているのだ」ということを言われていて、それで「在宅医療をこれ以上やれと言うのは難しいというか、頑張っているのだ」という意見を言われていたので、そこが示せるデータが今回出たのかなというのは一つよかったかなと思います。

不足している吉岡町、榛東村は特に県庁所在地の前橋に隣接していることもありまして、そこから近い先生方に訪問診療を補っていただいているということが今回、死亡個票やヒアリングからよく分かりました。

○**逢坂先生** ありがとうございます。基本的に死亡個票と地域包括支援センターへのヒアリングをされたということですね。

○**昼間先生** はい。そうです。

○**逢坂先生** 地域包括支援センターへのヒアリングでそこまで分かったということですね。

○**昼間先生** そうですね。あとは所内の保健師さんとか難病の患者さんの訪問看護に入っている利用状況とかそういったところも保健師さんから聞きながらということですね。

○**逢坂先生** ヒアリング、要するに厚労省から来るデータブックの訪問診療患者数というのが医療機関ベースですね。どこかにある医療機関がレセプトを出したもののなので、本当にそこに住んでいる住民がどこの市から訪問診療の供給を受けているか分からないということがこれの一つの弱点なので、それを補おうとするとどうしてもヒアリングは要ると。

○**昼間先生** はい。

○**逢坂先生** 柳所長、ヒアリングについて何か御意見があるのではないですか。

○**柳先生** ヒアリングするのは賛成ですけれども、今、守本君がヒアリングをしています、個別にヒアリングするというと訪問看護、全部聞く必要もなかったりとか、もともとある程度分かっていたら、あそこがキーだねとか、データに基づいたらあそこが一番在宅、看取りはしているよねみたいところを聞くとか。だから、誰に聞くかみたいところもちょっと土地カンとか状況が分からないと、やみくもに聞いても大変みたいところはあります。

あとどうしても意見に関しては、全体の例えば訪問看護だったら訪問看護を代表しているかどうかは別で、それぞれの利害があるので、そこら辺をこちらとしては参考として聞きながらというようには思っています。

あとヒアリングとは別ですが、先ほどの話で例えば但馬の中で在宅看取り率には差があったりしますが、豊岡は日本一、25%ぐらい見ておって、施設内も入れたら40%ぐらい、もう国目標をクリアしていますが、逆に言えば、そのほうがずっと危機感を持っています。これをどう維持するというような形。だから、看取り率が高いからいいと我々はあまり言っていないで、在宅看取り、どういう戦略でみんなが安心して死ぬのという話をしているので、実は渋川は、本当はたくさん課題があると思います。維持するためにはどうしたらいいのかという戦略を立てないとあつという間に崩壊してしまうので。

それと他圏域との話をすると、うちは鳥取に割と隣接しているところは鳥取に依存しているのです。鳥取はオーバーベッドだったり医療はやや過多なので出てきてくれているのですけれども、今回のコロナになったときに痛い目に遭って、もう来るなどと言われて、だから、実は医療体制そのものは全部自己完結とか圏域完結するのは目標で、そこまでは無理だと思うのですが、ある程度そこら辺、ここは依存してもいい、急性期病院についてはある程度大き

な町に行ってもいいのだけれども、では、在宅と言ったときにどれくらいまで診てくれるのか。先ほどの横浜の話もありましたけれども、周りがどんどん高齢化率が高くなって厳しくなったら、そこで商売できるのだったら出てこなくなるわけですよ。

だから、そこら辺も需要、供給のバランスの問題も考えないと、今、外部からたくさん来てくれるから大丈夫ねという、残念ながら将来的にうまくいかなくなる。その時点でしまったと思っても時間がかかりますので、将来予測をしながら戦略を立てるとか、そのことを説明すると割と医師会とか病院なんかは納得はしたりする。特に今なんかは働き方改革なんかが起こってしまうと、病院に依存しているところにはそこは診られませんとか言い出すのではないかということは気にはなっています。だから、現状の評価は大事なのですけれども、先々どうなのということもある程度みんなと議論しながら、ヒアリングのときにもこれは将来どうなるのかなという話もしてあげるといいのかなと思いました。

○**昼間先生** ありがとうございます。

○**逢坂先生** 取りあえず、全然どんな資源がどのくらいあるか分からないときには、やはり地域包括支援センターの大きいところに話を聞いてみて、次に訪問看護で看取りをたくさんやっているところを教えてもらってそこに聞くとかというような流れのほうが省エネでいいかということですね。昼間先生、ありがとうございました。

○**逢坂先生** それでは、郡山保健所の本木先生はどんな感じですか。すごい感じの医療計画案がずいぶん早く出来上がってきたのだけれども、その後、どうなりましたか。

○**本木先生** すみません、データのチェックぐらいしかできてなくて、現場のヒアリングに関しては生駒地区医師会という大阪に隣接する生駒市とその南部にある生駒郡4町の医師会の事務局長にお話を聞くことができ、その生駒地区医師会としては、生駒郡の斑鳩町にある在宅をメインでやっている脳神経外科の先生のところで勉強した若手の40代の先生が生駒市のほうで開業して連携を取るということで、大分、地区医師会としてはやはり頑張っているのだというような話が出ていました。

ただ、結構郡山の管内の医療機関、場所的な問題で、生駒郡の南のほうは北葛城郡という中和保健所の管内のところと西和7町のグループをつくっているんで、中和の保健所の情報も取らないと生駒郡の分析は難しいのかなという部分を感じているところと、あと大和郡山市と天理市に関しては北側に奈良市が結構大きく入っていて、多分奈良市と大和郡山市ないし奈良市と天理市での在宅の患者さん

の行き来みたいなのところもあるので、その辺りを今後、地域包括支援センターとかに聞いて実情を確かめていけたらなと思っています。

自分自身がやはり奈良県に全然ゆかりもなく2年前に来たので、ようやく地理的な状況やクリニックの立ち位置みたいなのがコロナで関わって見えてきたというところで、あとはどこにアプローチしていくのが早いのかなとかそういうところ、あと時間のマネジメントですね。いろいろなところを兼務してしまっているのになかなかその自分のこの研究班に割ける時間をどう捻出しているかというところで悩んでいます。以上です。

○**逢坂先生** やはり結構力というか時間と集中力が要りますよね。だから、いろいろなことをやりながらの中でやるのはなかなか大変かなと思うけれども、別にいつまでという締切りはつくらないというか、研究班でやっている間に出してもらったらいいので、もしもややこしいところ、特にいろいろな市、行政がつくった行政区とは違う動きを現場はしているんで、その辺がもう少し分かったらまた出してもらえますか。

○**本木先生** はい。自分自身、県庁の人事担当の企画の次長に来年度は在宅、力を入れてやっていきたいということをお伝えしていて、局長にも医療政策のほう、本当は今年やってもらいたいという声はいただいていたので、行政医が少ない分、いろいろ立ち回れるのかなと思っているので、コロナがちょっと落ち着いたらいけるかなと。

○**逢坂先生** そうしたら、福永所長、どうですか。

○**福永先生** まず、うちのところですが、かなり特殊な状況になっていまして、人口も4万ちょっとしかいませんし、端から端まで2時間以上かかるという地理的な状況もあります。簡単に言いますと、2025年にピークを迎えて、あとはもう高齢者の人口は減り放題です。需要ももうピークと言ってもちょっと上がるだけで、あとはもうずっと減るばかりです。

はっきり言って訪問診療自体は地域差があるのですが、ある程度行われている地域はかなり行われて、そうでないところはうまくいってないということは大体分かっていましたが、今回数字で割とはっきり分かったというところと、それから、医療機関数、少ないので、これ以上のことを調べるとすると医師会と話をしても個別ヒアリングをしたほうが話は早い。恐らくそれは反対をされないと思うので、これ以上のことをやるとしたら個別に事情を聴取していくのかなと思っているところ。

もう一つは、一番東側にあるところの室戸市というところは、急性期の病院が数年前になくなって、それで大騒ぎになりまして、市のほうが市立の有床診療所を最終的に造ったのです。いろいろもめたと

いうわけではないですけれども、いろいろごたごたして造ったのですが、直営にせず指定管理にしたものですから指定管理者がオフレコですがあまりしゃきっとしてないところですし、来たドクターはいいドクターが来ているのですけれども、施設の運営というビジョンははっきり言ってほとんどありません。

室戸市は市の医療計画もつくって、こういう医療を提供するというような計画をつくっているのですけれども、どうもそれがうまく前に転がるような状況に今ありません。私らのほうもかなり相当働きかけているのですけれども、指定管理者に遠慮しているのかどうか、なかなかこのマターについては、いや、直接話をしてもらっては困るとかそういうようなことが言われていまして、特に地域包括ケア病床でして、バックベッドだとか訪問診療の受皿になっていただかないと困るのですが、そういうところがうまくいくかどうかというのはなかなか今のところ直接アプローチができないという状況になっています。そこが今、一番困っているところですね。すみません。

- 逢坂先生** 実際に現場で困っていることですね。
- 福永先生** はい。困っています。もうはっきり言いまして、今回の作っている内容というのはほぼ状況が既に把握されている内容でして、それを一応不都合なところはカットした上で出しています。医師の医療資源も御存じのようにもう開業の先生、高齢化していて4人リタイアしたり亡くなられたりしていて、どんどん訪問してくれる方が減っている状況です。その代わりをどうやって賄うかとなると、もう公立、公的診療しか多分今後なくなってくるのです。そういう選択肢を市町村にぶつけないといけないという状況で、今、室戸市の状況はそこが起きている状況ですね。
- 逢坂先生** 今の話を聞くと、やはり10年前の但馬みたいな感じで、公立の病院が急性期ばかりやっていたのに訪問診療をするようになるというようことは多分柳所長が行くまでは想定できなかったと思うのですけれども、似たような手順が使えるのではないかなと思うのですが、どうですか。
- 福永先生** そうですね。一つは県立病院に関しては、総合診療機能があるので、ここは在宅訪問診療を実はやっているのですよ。病院そのものはもう急性期診療と回復期診療をやっているのです、そこは一定、もう実際に機能しています。ただ、コロナで全然今、やってないです。大体かなり診療はそこはやられている。総合診療医の養成ということでやっている。ほかのところは比較的病院、在支病があるところはドクターも若いのでそこはできる。問題になるのは、先ほど言った室戸とかでして、ある程度やは

りどこか高齢化して行ってできなくなっていくのをどうやって公的機関がカバーしていくかというところが一番ここは課題かなというように思っています。

先ほどの安芸市のところは、県立病院以外は比較的まだ若い先生が在宅をやってくれるので、まだしばらくは大丈夫、20年ぐらいは大丈夫かなというように思っています。

4 医療計画（在宅医療）の実際について

（1）在宅医療に関する圏域計画案を、管内での合意形成を経るべきか

○**逢坂先生** 次に、これが難しいのですけれども、実際に案を作ったわけですが、実際、この研究班の中で圏域計画をつくる予定があるのは、長井所長の鳥取市とあとは鳥取県の倉吉保健所の小倉先生、それと柳所長のところの豊岡と兵庫県ですね。私のところの加東保健所なのですけれども、その辺、長井所長、柳所長、逢坂で実際合意形成をつくって地域医療計画を作成するというのをどんな段取りで考えていったらいいのかということをやっと議論したいと思います。

これは、私は実際にこのことは、保健所長をやったときに初めて地域医療構想ができた年で、ばたばたでやっていたのであまりこうやって考えてやったことがないのです。まず柳所長から、20年の経験からお手本としてはこうですよというのを聞いてみたいと思うのですけれども、いかがですか。

○**柳先生** 別に全然お手本でなくてとか、多分これはどこの地域もそれぞれの地域性があるという議論の中でどうするのですけれども、今、具体的にうち、研究班で今日あたり、相当いい議論ができていて個人的には思ったり、まずはデータで地域を少し客観的なデータを取るということはとても大事なことで、多分個別の話は医療監視であったりとかヒアリングであったりという場面でしっかりとそれぞれの病院であったりの機能、あと医師会とふだんからのコミュニケーションでどうするのかという話なのだと思うのですけれどもね。

それにある程度データに基づいて、うちとしてもシナリオなり保健所としての戦略というのをある程度立てようとしていますけれども、それを我々とは勝手に保健所がこういう戦略だよとつくってぽんと投げるのは多分まずいだろうと思っているので、来年度の医療計画をつくる前段として今年度、今、守本先生と一緒にやっているのは、最近やりましたが、まず県のほうのアドバイザーのような神戸大学の小林先生という先生に圏域の中の地域医療構想の調整会議の中で但馬の医療的状況の将来予測を含めてプレゼンしてもらいました。

数年前に産業医大の松田先生にも同じようなことをしてもらっていますけれども、それから数年たっているので状況がどう変わっているのかというような話をしてもらっているのですが、それを一応共有して、その後、ちょうど先月やっていたのは、

市町別のグループワークのようなことを守本先生がやりたいと言うから、うーんと思いましたが、1回やってみるかといって、病院長とか医師会の会長とか、あるいは訪問看護とかの問題はキャスティングがなかなか難しかったのですが、ある程度声をかけて、ふだんの調整会議より拡大会議という形で市町別で少しサブグループワークをしました。

これはあくまでここで物事を決めるというよりは、課題共有をして、その後、それぞれの市町に戻ったときに在宅医療・介護連携についてどこが焦点になるか。先ほど鳥取がおっしゃっていたので、鳥取と隣接しているところではACPの問題とかやってくださっているのですけれども、ACPの啓発だけやったからといって、では、本当に訪問診療する医療体制があるのかと言われたときに、みんながACPを理解して在宅で死にたいと言っても担保できるのですかねという話にならないですね。概念だけ啓発するので終わってしまうので、そこら辺について、それをやるのだったらこういうことができるよねみたいな話を一度やっています。

だから、それはやってみると、病院と医師会とか全然コミュニケーションできてない実態とか、各市町レベルでの状況が分かるのです。医師会と病院は話したこともないといったようなことがあからさまになってくるので、逆に言えばそこに市の行政の担当者も呼んでいましたので、来年度から会議を始めますとかというような具体的な市町の実態に合わせてこれからどうするかみたいなことを本年度、ちょっとウォーミングアップをして、できれば守本先生が各市町から要請を受けたら同じようなことを今度、市の中でもそのグループワークに参加できたのは一部ですから、担当者を全部入れたような形で情報提供して、市町でそれぞれ考えてもらう。保健所もそれについてちゃんと考えますよというような形を今、一つは進めています。

そのときに、うちの戦略としては、もう地域包括ケア病床を各小さな公立病院が今、持ちつつあるので、彼らがその中でどれくらい、一つは訪問診療を医師会とバトルしない。医師会からも求められてどういうようにして役割分担して出ていくのかという話と、うちの管内で一番大きいのは、総合病院と言われるような豊岡病院、急性期ばかりやっていたけれども、そこも訪問診療を始めようと言いは

めているので、調整したら医師会もウエルカムと言ったので、それについてどんな形で訪問診療すれば、先ほど言ったように在宅看取り率は25%を維持できるのかとか、がんの患者さんのターミナルまでどこまで診られるのかといったときに開業医ではなかなか難しいケースをちゃんとやる、その役割分担の整理というようなことをし始めている。

開業医が実はその話を聞いたら、本当はバックベッドはこういうようにしてほしいとか、土日なんかの場合によっては自分たちの代わりに訪問診療してくれるような契約をしてほしいという非常に具体的な、今まではアンタッチャブルだった部分がやっと議論ができるようになっていっているので、病院内の合意とかシステムを考えながら、次のステップとしては訪問診療を病院がするに当たって医師会がいけないという話になって、どうしたらいいパートナーシップでやれるのかという話を今、徐々に始めていく。だから、保健所としてはグループワークで一遍仕掛けたやつが各市町のレベルでそれをやらせようときに必ず保健所もアドバイザーとして参加して提案したりとかディスカッションする。

それをできれば来年度の医療計画の中に落とし込む。医療計画の中には市町ごとのことも細かいことは書く気はないのですが、基本、前提としては公立病院がこういうような形でやりますよというようなことのコンセンサスを得て、来年度からそれを具体的に、実績を出させながらアウトカムを評価していくというような形で、在宅看取りなんか市町によって非常に差があるので、全部在宅で診るというイメージはないので、例えば途中までしっかり診てくれて、最後の最後は病院でと、これは国のデータでもどう評価するのか、多分議論されているところだと思いますけれども、うちはうちでそれをどう評価していこうかみたいなことも相談をしようかなと思っていますので、各市町の医療資源とスタンスを鑑みながら、それを維持、現勢力だけでいけるのだったらその中でも役割分担でカバーしようと思っています。それが足らなければ戦略として病院に医師をもう少し派遣する。

先ほど高知はおっしゃっていたみたいに兵庫県も養成医という形で若い先生方をこしばらくは割と数を送り込めるので、県のほうにもうちの計画をこういうことになっているので、もっと養成医をしっかりとこういう形で出してほしいということは調整会議などでも言えるので、その言うなりにはなってくれませんが、それを根拠にして病院にもちゃんと県の医師があるけれども、重点的に派遣されることでアウトカムを出せば県としても一応評価がされるのだらうと思っていますので、今、その辺りをやろうとしています。

まだ訪問看護もその会議の中には入って来ていますが、訪問看護自体は仕掛けというのはまだ戦略的には十分練れてないのですが、キーになりそうな大きな訪問看護ステーションを中心として中小の訪問看護ステーションをカバーしてやるみたいな仕掛けなのか、そこら辺はこちらが勝手には動かせないので、訪問看護に関してはこれから訪問看護との戦略を練っていこうと思っています。

ということで、来年度の多分年度末までに計画をつくるに当たって、今から下準備をして、来年度の計画についても絵に描いた餅にならないために、割と根拠のある形のを計画に落とし込むというのが今、やろうとしている作業ですので、事前にヒアリングをしたり何かんだしてはいますけれども、やっとグループワークをして、来年度の医療計画づくりの中ではまた似たようなこと、圏域、圏域でもやってもらい、市町ごとにもやってもらいながらそれを吸い上げて計画に落とすということをやろうかなというのが今、うちの戦略です。以上です。

○**逢坂先生** ありがとうございます。柳所長の管内の市町というのは幾つあるのですか。

○**柳先生** 3市2町。全体で15万5000ぐらいの人口で、これからどんどん減ります。

○**逢坂先生** 一番大きな豊岡病院は700床ぐらいありましたか。

○**柳先生** いや、400何ぼ。

○**逢坂先生** そこが訪問診療をするというメリットは何があるのですか。

○**柳先生** メリットとしては、実は緩和ケア病棟を1病棟持っていたのですが、ほかの診療科との兼ね合いで緩和ケア病棟を減らすという形で考えると、実はがんのターミナルなんかを含めてがんの患者さんを在宅へ戻すと、中には麻薬を使わない医者とか割と訪問看護がそういうクレームを持っている中で、医師会にも豊岡病院がアンケートを取ったらそういうケースを全部抱えるのは難しいお返事もいただいているので、こちらとしては質の高い在宅医療をするためには病院からも出ますよというメッセージ。

もう一つは、そこにも養成医が実はたくさんいるので、10人ぐらいいるので、彼らは豊岡病院に勤務している間は在宅医療のトレーニングはされないので、彼らもやりたいという思いはあるので、総合診療医としてキャリアを積むためには彼らもやりたいという形もあるので、彼らのトレーニングという点でもそれをやろうという形を考えているということで、病院は言い出したのですが、問題は豊岡病院という組織はなかなか意思決定をしても、大きな病院なので調整に時間がかかったりうまくいかなかったりするので、そこは一番心配してい

るのです。

当初、医師会に言ったら、うちは25%、訪問診療をしているからおまえら出てくるなど言うのではないかなと心配しましたがけれども、割とウエルカムでした。みんながウエルカムで、出てきてくれるならありがたいけれども、そのとき、ルールをどうするかはこれからしっかり相談しようということで、病院のキーになっている先生と担当理事と我々が入って今、戦略を取っている。

- 逢坂先生** なるほど。あと但馬でまだ在宅医の後方支援ベッドを持っているようなところはないということですね。
- 柳先生** 在支病をやっているところはあるのですけれども、ルールとして後方という形になってないです。今、それはこれからルールとしてつくれるのかな。実際にはそれはルールをつくってしまえばやれるので、地域包括ケア病床そのものは場合によたら別に病名をつけなくてもショートステイ的な使い方をできるので、開業医もあまりそういう使い方に慣れてないので、すごいシンプルにそれはやれるようにしてしまえば、共通カルテまでいかなければ、何らかのデータをしっかりと訪問している患者さんのデータを病院にばんと簡単に送れるような形にすれば、負担感なくやれば開業医はもっと使うと思うので。
- 逢坂先生** 豊岡病院がその後方ベッドを用意するという話ではないのですよね。
- 柳先生** 豊岡がメインではなくて、残りの50床ぐらいの小さな公立病院で地域包括ケア病床を持っているところがメインでやるのですけれども、本当は八鹿病院というリハ職もぎょうさんいる病院がさっさと急性期を諦めて、病院経営の戦略を変えてくれればいいのですが、今、うちのネックはそこですが、多分来年度からはそれをそういう意味合いでもその病院が周りからもニーズはこうですよというのを理解してもらって方向転換するように、多分来年度は院長も替わるというような情報もあるので、今は待っていますが、来年度はしっかりとそこを攻め込みますかねというのは今のところ考えています。
- 逢坂先生** 分かりました。ありがとうございます。そうしたら、鳥取市の長井先生、分からないけれどもと言っていたなりに、ちょっと圏域内で在宅医療についての戦略を合意形成していくイメージとかありますか。
- 長井先生** 今、取り始めたところで、一言で言えば、まだ暗中模索ですね。時間はかかるだろうというようなことなので、そこは実際にしながらあちらこちらにぶつかりながら、県との関係とか、それから、医師会との関係とか、その辺は本当にこれからとい

う感じなので、まだ正直言って、あそこにこのように山登りしたらいいのだというところがまだよく分かってないです。すみません。あまりそういう意味では圏域と言ってもまだまだ全然できないです。

- 逢坂先生** そういうお話も大事だと思うのです。だから、結局、私も似たようなところがありますけれども、頑張ろうとしている県型保健所の多分典型的なところだと思います。

私なのですけれども、前にも言ったかもしれませんが、昨年度の4月にコロナがすごくはやった地域で元の所長が体を壊したのというのでスライド登板でばんと来たので、コロナの世界しか人間関係ができてないのが私の今の実情なので。北播磨地域で、医師会もまず5市1町あって25万人のところ、医師会自体も4つある。それぞれ意見とか文化もどうも違うようだという事なので。

今回、まずは当然、厚生労働省も将来の訪問需要のデータを出してくるということを期待して、それに向けた最新のデータでのプレゼン案を作るということは絶対必要だと考えています。その上で、皆さんに病院のことも病院の地域包括ケア病床であるとか在支病であるとかを出してくださいねと言った後に、うちは16ぐらいある普通の民間病院も含めた病院の中で11ぐらい地域包括ケア病床を持っているところがあって、在支病が10か所になっています。すごい在宅医療資源なのです。

だから、たとえ在支診が伸び悩んで高齢化して行って訪問診療患者数が減っても、次第次第に在支病が中に自然に入ってくるのだらうなというイメージはあるのです。けれども、今は開業医中心の医師会に遠慮して、そこの場を荒らさずに自分のところが持っているサービス付高齢者住宅なんかを集行的に行っているという。気にしているからそういうようにしているけれども、在支診がどんどん廃院なんかになっていくのだったらどんどん出ていきたいのです。他市にも出ていきたいのですというコメントはしています。

なので、10個も在支病があって全然大丈夫ですよという話をいきなり出すと医師会の開業医に警戒されて動きがしんどくなるのではないかなというのはちょっと気になっているので、まずはこの10個ある在支病の全てが主立ったところに実際に訪問してヒアリングをして、この状況、要するに医師会に何も言わずに在支病を届けている可能性が非常に高いのですよね。だから、医師会が知らない可能性があるというのを出していかどうかを確認した上で、出しているのだったら例えば在支診の後方ベッドを持って、病診連携のルールをつくったりするということを考えます。

今はどこもやってないみたいなのですけれども、

考えますかということ、あと現在、在支病がどのぐらいの訪問診療患者数を市町別に持っているかということも聞いて、そうすると、逆にデータブックの訪問診療患者数が全部在支診、診療所がやっていることになるので、全体の骨格が分かってくるだろうということ、あとは在支病の経営者に5年、10年後以降で在支診の訪問診療患者数が減少したときにおたくは何人ぐらいの在宅患者を診療できますかということまで聞いてこようかなと思います。

それと同時に、医師会の在宅を一生懸命頑張っている集団があるはずなので、今、私には見えてないのですけれども、そこちょっと話をして、やはりどこでもある新規開業は少ないし、親の継承するのもまあまあばらばらなので、だんだん在支診がしんどくはないですかということも聞いて、在支病のほうは実は後方ベッドを用意してルールをつくってもいいよと言っているのだが、そういうことに乗りますかということ、あとは在支診の訪問診療患者数が今後減少したときに、在支病が出てくることをゆっくりとその時期にタイミングを見計らいながらやっていくという議論はありですかという。

柳所長が但馬に行った7、8年前ぐらいの時期なのですよね。要するに病院は出てくるなど表向きにすごく強く言っていて、病院がすごく気にしているので、これを一気に皆さんの前に掘り出すと、後でいろいろなことが実はスムーズではないような形になると思うので、相当ヒアリングをかけて根回しをした上で出そうかなというように今、考えています。それであれば邪魔なことを急にしたと言われなくて済むかなとは思っています。柳所長、どうですか。こんなものですか。

○柳先生 できれば多分医療計画の中で将来予測として、今、先生が言ったみたいに在支診がだんだんしんどくなるでしょうという中で、それを補完するという形で訪問診療を病院のほうでやっていくということについてのコンセンサスさえ得られたら、いつからどうするかということではなくて、そのための体制整備をしましょうということについては多分合意は得られるのかなと思っているので、将来

予測の数字以上にルールがつくられて、だんだん使い勝手がよくなる。

それと、うちが今やっているのは開業医の先生方、よく頑張ってくださいている。要するにここまで頑張ってくれているのにさらにしろというのは酷ですよねというのはみんなうんうんと言うので、訪問診療を維持してくれるのも大変だけれども、それをもう少し楽にできるようにということで、バックベッドの議論とか土日とか、自分の都合が悪いときに例えば訪問診療を契約しているとか、あるいはバックベッドになっている病院のほうから訪問診療をやってくれる。要するに全部オール・オア・ナッシングではなくて、パートナーとして役割分担しませんかという。

そこへ行くと開業医も、それだったら自分は訪問診療の患者を持っているけれども、しんどいときには助けてくれるのだなといういいパートナーシップになるのだと思っていて、そういう提案の仕方をしていて、だから、全部侵略されるという話ではなくて、先生方が楽に在宅医療をやるために病院がお手伝いしますという戦略で今、うちも話をしているとしてるので、結果としては訪問診療する医師が相対的に減ってきたら結局補完する部分がだんだん増えてくるという、割とそのほうが自然なので、そういう論理で展開をしていったらいいなと思っています。

○逢坂先生 分かりました。

あと私の保健所管内でグループ診療とかをしている集団があるのかないのかも分からないのです。それなりにやっているのであればそれをもう少し広げていくというようなことも一緒に後方、バックベッド以外に在支診が楽になるという一つの手ですから考えたいと思います。

○柳先生 うちのグループ診療は前の医師会長は、「柳さん、絶対うまいこといかない」と言って断られたので、実は投げかけたことがあるけれども、多分、自然発生的に仲よしグループはあるのだが、システムにすると行ったときに割と抵抗がある。

○逢坂先生 多分そんなことはやれてないのだろうなということの前提で確認しよう。

(2) 実際の医療計画策定後、6年かけて実現していく手順について

○逢坂先生 では、うまい具合に合意形成ができて、その内容を6年かけて保健所としてずっと実現していくというようなことを柳所長から考えなければいけないと言われているのですけれども、柳所長、どういうふうにやっていくおつもりですか。

○柳先生 もう既に先ほどのコメントの中に入れてあるのですけれども、大事なものは、進行管理をするためにはデータを常に取りることなのだと思います。そのデータをただ示すだけではなくて、そのデータを改善するための手法について医療計

画に基本的な考え方についての合意をしまして、あとは個々の病院に働きかけたりするようなことは、やはり弱いところにはしっかりサポートをするというようなこと。

こちら戦略としてはそれぞれの市町の立ち位置が違うので、その中でつくっていかざるを得ないと思っているので、進行管理に関しては市町単位でどうするかというのを常にデータを出して、できれば調整会議もこれからもずっとやるわけですし、医療部会とか医療計画のための進行管理はするので、そのときに非難をするのではなくてうまくいっている事例をしっかりと出す。地域包括ケア病床を広げたのも、あれはもうかりますよという一つの病院がこんだけうまいことをいっているという話をした中でぱっといったので、できたら成功事例。

今、考えているのは、豊岡がもし病院と開業医の間で訪問診療についてのルールができてうまく進むのだったら、こういうルールができましたけれどもほかの市町でも同じようにしませんかみたいな提案をしていくことで、できれば在宅医療・介護連携の中で役割分担、あるいは訪問看護でもそういうようないいルールができたりとかいい動きがあったら、そのポジティブなやつをできるだけ医療部会とか調整会議の中にフィードバックをして、では、それはよその地域でもやってみようというような、圏域の役割としてはそういう一つは在宅医療に関してはそんな仕掛けをやっていこうかなと。

もう一つは、多分病院の運営に関してこれからどこら辺まで口を出していくのかみたいなことがやはり病院の機能については市町ではないので、圏域全体でのニーズの中で先ほど高知なんかもおっしゃいましたけれども、これから需要は減っていくのですね。問題は需要が減っていったときに本当に必要な分野が潰れてしまわないように、周産期については、1つは維持するという問題であったりとか、ダウンサイジングしながら機能としては必要なものがちゃんと残るような仕掛けはどうするのかというようなことを圏域全体で共通認識を持つというようなことを今、考えています。

感染症病棟なんかに関しては前までは豊岡病院に4床だけあったのですが、今、もう国の政策がコロナで大分変わった中で、もう全部の病院に基本的には1部屋ずつでも感染症病室を作らせようかなと。小さな病院で今1つ、国の診療報酬に絡めて感染症何とか、機能向上か何かで、病床を持ってないといけないのでやったのです。ええっと思いましたが、やらせてみるとコロナでえらい助かっているので、インフルエンザ対策であろうと何であろうと感染対策の中で院内感染のこともあるので、各病院に1室ぐらい感染症対策のための病室

を作らせてそういう癖をつくっていこうというようなことは感染症に関しては思っているの、全部の病院に作らせようというように一応提案しようと思っています。

こちら辺もヒアリングしながらどうですかと言って、どうせ許認可をうちのほうがやるので、いろいろ知恵を出し、もうかりますよと言って、院内感染対策でプラスですねということ。御存じのように感染症、機能向上の病床を持っていないと今だと3しか取れないのでランクダウンしているのを2に取れるので、そうすると、収入もアップするのというようなことを提案しながらちょっとずつそういうようにしようかなというようなことを考えてはいますので、皆さん、やることは一緒なのではないかなと思います。今まで問題は、医療計画は絵に描いた餅で、描いたからって実は何も役に立っていないとか、進行管理はしなかったの、うちとしてはそういう形で進行管理をしていこうかなということで、成果について共有化して、みんなでもよかったね、ここまで頑張れたねという話を圏域でしていきたいなと思っています。

○逢坂先生 中本所長から、「プロセス評価の共有も大事かと思えます。」とチャットが入っていますが。

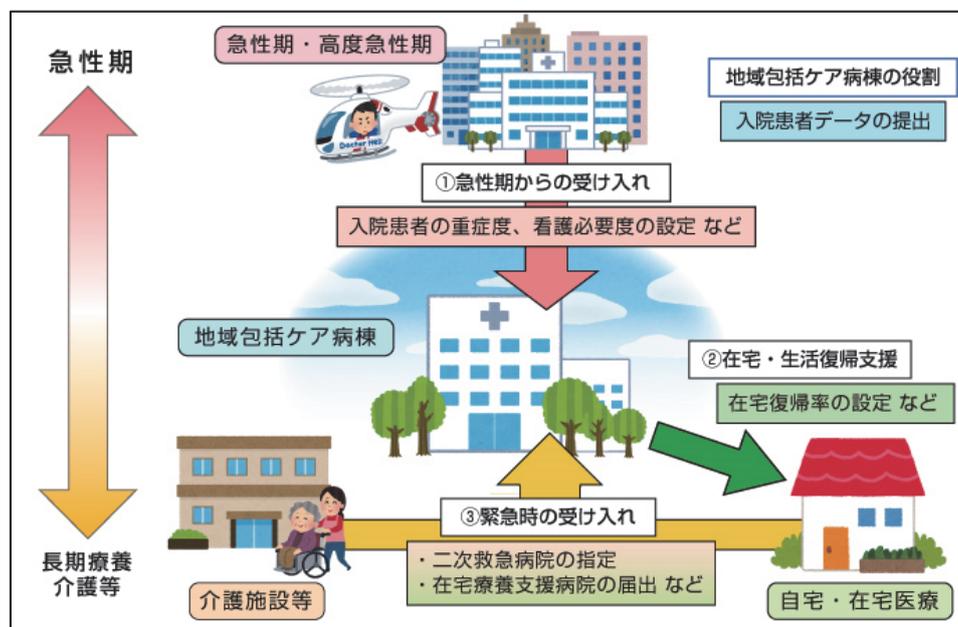
○柳先生 おっしゃるとおりです。

○逢坂先生 私のところですが、どのような合意形成ができるか分からないですけれども、10もある在支病の中から半分ぐらいバックベッドを持ってもいいよというところはある可能性はあると思うのですよね。

そういう発想がないだけで、そうなったら次にバックベッドを利用したいという在支診を募って、何年前に脳卒中の地域連携パスをつくったときの様に、お互いの本音ベースの話合いをしながら、要するに後方支援病院みたいにちゃんと登録制にしておいて、患者の登録と最新情報の更新、末期のときにどうしたいのか、みとってほしいのか、治してほしいのか。あとはちゃんと搬送をするときにはかかりつけ医である在支診が在支病に電話してこういう状況ですということを確認するというようなことぐらいまでをルール化する。それを毎年問題がないかどうか見ていくというようなことができるかなと思います。今、何となく病院と開業医が対立関係にある部分が、まずはそこでウィン・ウィンですねというのをつくって、徐々に変わってくるのを考えています。

5 保健所が管内の中小病院に対し経営的メリットを示すことで地域包括ケア病棟・病床への転換を促し、結果として在宅医療を確保する手法について

(1) 地域包括ケア病棟（病床）とは



- ◆ 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つくられました。
- ◆ 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。
- ◆ 施設基準の中に、在宅療養支援病院（在支病）・救急病院の届出・訪問看護ステーションの設置のいずれか、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・病床への転換を検討する際には、経営コンサルタントによる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、転換しています。
- ◆ それによると、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、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。
- ◆ ただ、算定期間は 60 日となっています。
- ◆ また、地域包括ケア病棟（病床）を届け出た、200 床未満の中小病院では、もう一つの施設基準を満たすため、（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。一方、自院の急性期病床からの転棟・転床については、減算が進みました。
- ◆ 今後もこのような傾向は続く模様であり、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・病床といえます。

在宅医療の確保の取り組み (兵庫県但馬圏域)

<在宅資源等の特徴>

- ①療養病床が少ない(全国平均の半分以下)
- ②在宅支援診療所が多い(全国平均の2倍以上)
- ③在宅看取り率が全国で1位、施設外死亡が40%

<対策の特徴>

- ①在宅看取り率の維持を目指し、住民が死亡場所を選べる体制の維持
- ②全公立病院が地域包括ケア病床を持ち診療所の在宅医療を補完する

兵庫県 豊岡保健所
柳 尚夫

1

但馬圏域の状況(1)

<地域概要>

兵庫県但馬圏域は、日本海に面した2133km²平方キロの広大な面積(東京都とほぼ同じ)で、東は京都府と西は鳥取県と接している。現在の人口は16.2万人(2019.1.1推計)、高齢化率35.1%(2019.2.1推計)で、2025年には人口は15万人で高齢化率は38.5%になると予想される高齢化の進んだ過疎地域である。圏域内の3市2町(人口、高齢化率)は、豊岡市(7.9万人33.1%)、朝来市(3.0万人34.6%)、養父市(2.3万人37.9%)、香美町(1.7万人39.8%)、新温泉町(1.4万人38.9%)である。圏域内には、豊岡、朝来の2保健所があり、企画部門がある豊岡保健所が地域医療構想等の会議の事務局を担っている。

2



3

但馬圏域の状況（Ⅱ）

<医療の特徴・病院>

公立病院が8、民間病院は一般療養型病院1、精神科病院2、有床診療所2があり、一般病床のうち85%が公立病院にある。特に、療養病床は、人口当りで全国平均の半分以下である。

公立病院は、2病院組合と町立病院であり、500床以上の急性期を医療を担う病院1と急性期回復期の100床以上の病院2と100床以下の小病院5の構成である。

各病院は医師確保に常に課題を持っており、主に大学からの医師派遣と兵庫県¹の養成医制度によって医師確保をしている。人口あたりの医師数は兵庫県平均値であるが、一部の診療科医師確保が難しく、病院毎での医師確保には限界がある。また、看護師の確保は、小規模病院にはさらに困難である。

4

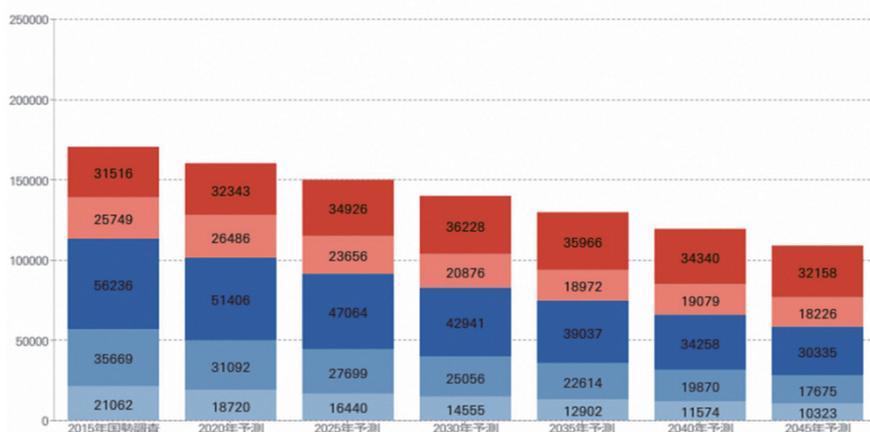
但馬圏域の状況（Ⅲ）

<医療介護の需要予測>

- 1) 医療については、前期高齢者を含めて、人口の減少があるため、全体の需要、特に外来医療の需要は減少の一途をたどる。入院医療は、肺炎や骨折などの医療需要は一時的に増加するが、10%以内であり、全体では、2025年以降減少する。
- 2) 介護需要は、但馬圏域全体としては後期高齢者数のピークが2030年台で、10%程度の増加はあるが、それ以降減少する。
- 3) 労働者人口の減少率は大きいため、需要の減少以上に担い手確保が大きな課題となる。

5

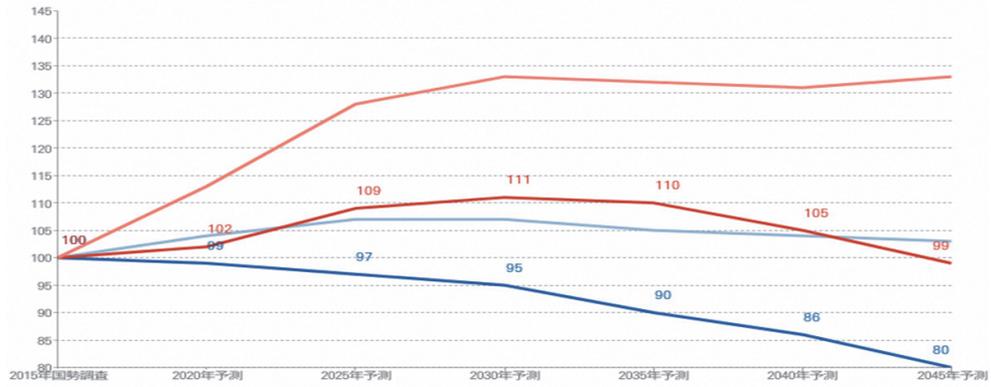
但馬の人口構成予想（JMAP）



6

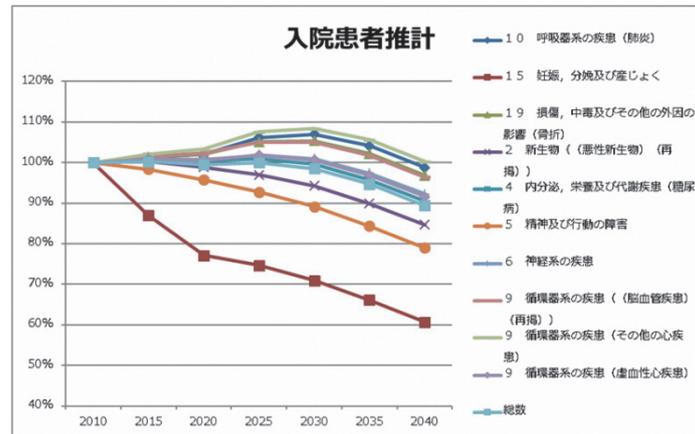
医療介護需要予想指数の但馬圏域と全国の比較（JMAP）

■ 医療：但馬医療圏 ■ 医療：全国平均
■ 介護：但馬医療圏 ■ 介護：全国平均



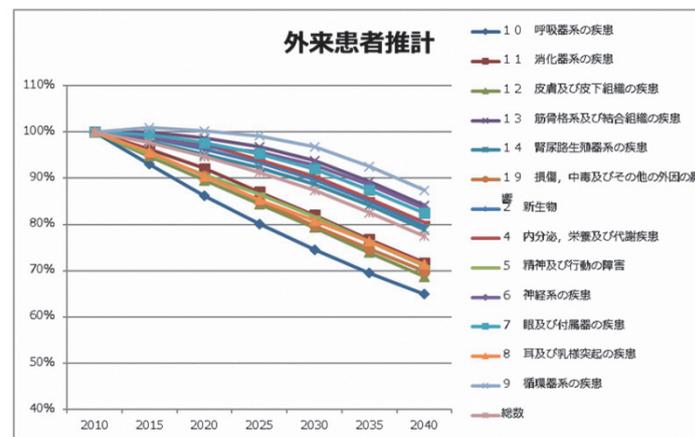
7

傷病別入院患者数の推移（但馬）
（産業医科大学松田晋哉教授提供）



8

傷病別外来患者数の推移（但馬）
（産業医科大学松田晋哉教授提供）



9

但馬圏域内の公立病院の許可病床（令和2年4月）

	一般	療養	精神	結核	感染症	計
豊岡病院	463		51		4	518
日高医療センター	63	36				99
出石医療センター	55					55
香住病院	50					50
村岡病院	42					42
浜坂病院	49					49
八鹿病院	338	35		7		380
朝来医療センター	104	46				150
	1,164	117	51	7	4	1,343

10

病床種類別の病床数(但馬と全国の比較) 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	
	但馬圏域	但馬圏域	全国平均
一般診療所病床	34	19.97	73.45
病院病床(全区分計)	1,928	1,132.57	1,216.46
一般病床	1,164	683.77	708.15
精神病床	556	326.61	257.50
療養病床	197	115.72	244.67
結核・感染症病床	11	6.46	4.73

11

但馬圏域の状況(IV)

<在宅医療の現状>

- 開業医を中心とした在宅医療体制は、市町格差があるが開業医を中心に取り組んでいる。特に、豊岡市は訪問診療を行う開業医（在宅支援診療所3）が多く、在宅看取り率は25%と全国一位であり、施設看取りを加えると40%を病院外で看取っている。
- かかりつけ医を持たず、退院後訪問診療が必要な患者の訪問診療医の紹介システムを医師会が運用している。
- 地域歯科医師会は、訪問診療への取り組みが積極的であり、保健所が圏域全体での訪問歯科診療体制について提案し、圏域全体で歯科訪問診療体制ができた。

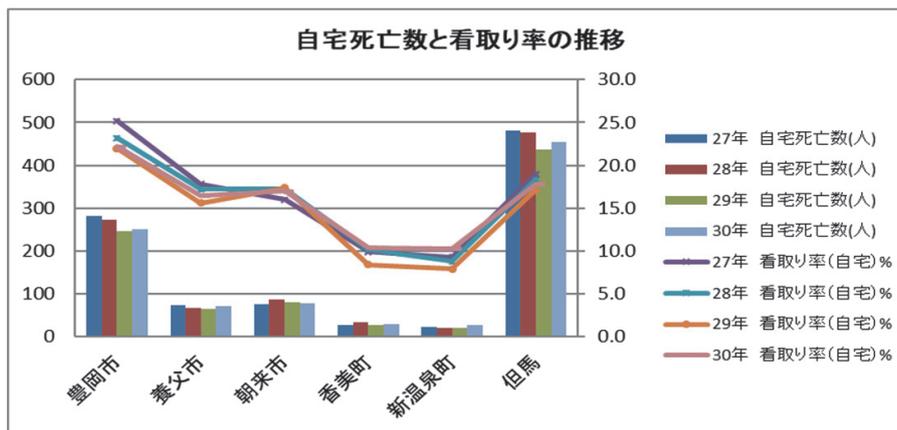
12

JMAP 但馬圏域と全国の比較
 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)

	但馬圏域 施設数	人口10万人あたりの施設数	
		但馬圏域	全国
在宅療養支援診療所 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援診療所 2	4	2.35	2.59
在宅療養支援診療所 3	30	17.62	8.92
在宅療養支援診療所合計	34	19.97	11.67
在宅療養支援病院 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援病院 2	0	0.00	0.30
在宅療養支援病院 3	1	0.59	0.71
在宅療養支援病院合計	1	0.59	1.17

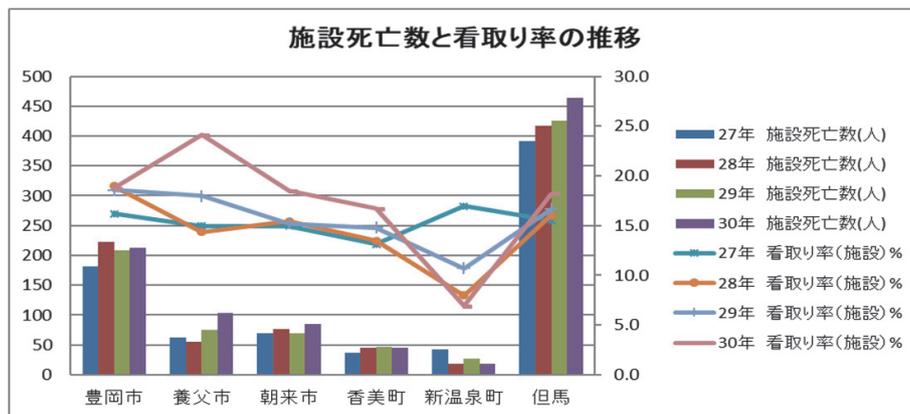
13

市町別自宅死亡数と看取り率の推移

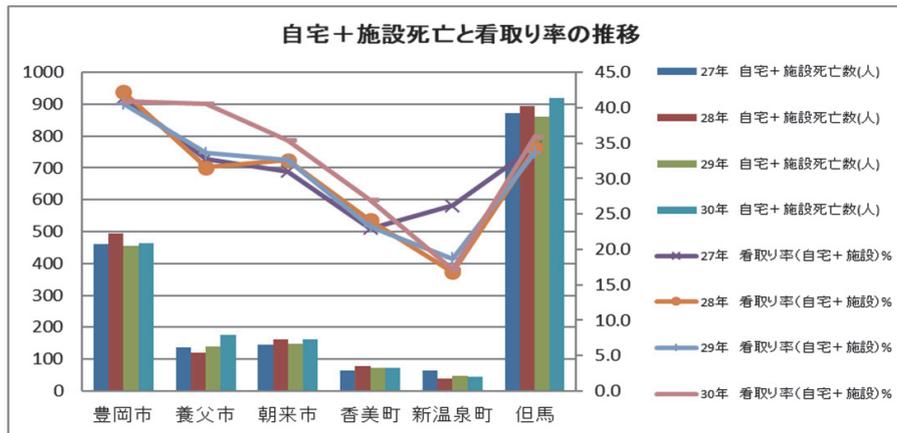


14

市町別施設死亡数と看取り率の推移
 (老人ホーム+老人保健施設)



15



16

地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅰ）

- ① 入退院支援ルールを作成と運用状況の評価を行い、毎年実態調査に基づくルール改正を行っている。病院からは高齢者の退院がスムーズになったと評価を受けており、ケアマネジャーからは退院における地域の混乱が減少したと評価されている。
- ② 急性期の入院需要の減少で、空床が増加し経営悪化につながっている現状を医師不足が原因と捉えていた病院関係者が、会議を通じて医療需要の推移と在宅医療支援のための病床の必要性を理解し、総病床は減らしながら急性期病床の地域包括ケア病床への転換するようになった。結果的に、総稼働病床数は1493床（2016年）から1380床（2018年）と必要病床数に近づき、地域包括ケア病床が、36床（2016年）から185床（2019年）と増加し、不足している回復期病床が増加した。

17

地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅱ）

- ③ 在宅医療を支える開業医の高齢化の課題は、医師会が開業医のいない地域への病院からの訪問診療を受け入れてもらった。すでに、1病院は120例の在宅訪問診療を実施しており、今後他病院でも、県養成医の配置が増加すれば訪問診療体制作りを行う合意ができている。
- ④ 口腔外科のある2病院では、退院後の訪問を開業歯科診療所に紹介するシステムができた。一方、口腔外科のない公立病院において、地域の歯科医師会が病院との調整を行い、歯科医師会派遣の歯科医師の入院患者の訪問診療と歯科衛生士の口腔ケア指導體制ができている。

18

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

19

在宅医療の課題と対策

<課題>

- 1) 在宅看取り率の維持
- 2) 開業医の高齢化による訪問診療体制の弱体化

<分析と見通し>

高齢者人口も減少することから、在宅看取りの需要も減少すると思われるが、新規開業医参入は、外来等の医療需要の減少があるため、一部継承を除き期待しにくい。また、既存の開業医の多くは、既に在宅支援診療所となっている。対応として、それを補完するための公立各病院が地域包括病床を持つことで、在宅医療支援に貢献できる体制作りを選択した。一方、地域包括病床は、病院経営的にもプラスであり、地域医療研修が必要な県養成医によって圏域公立小病院の医師確保は可能であり、小病院在宅支援病院になっていくことが今後の課題である。また、病院による在宅支援は、患者や家族の選択によっては死亡直前に病院内死亡を選択する可能性があることから、在宅看取り率は見かけ上は低下する可能性があり、評価の手法の検討が必要である。

20

医療構想での必要病床（但馬圏域）

区分	2015年病床数の 現状 (病院申告数)	2025年必要病床数 推計 (県内のみ流動)	2025年必要病床数 推計 (府県間調整後)	2025年但馬圏域の 必要病床数推計(案)
				府県・圏域間の患者 流動を反映した場合
高度急性期	126	138	122	133
急性期	913	465	437	541
回復期	161	432	393	476
慢性期	318	227	203	250
計	1,518	1,262	1,155	1,400

21

地域医療構想への収斂を目指した 今までの働きかけ

1. 会議の創設

全病院・有床診療所が参加する医療機関連絡会を創設
医療部会（地域医療構想調整会議）とほぼ共同開催

2. データ分析による働きかけ

回復期（地域包括ケア病床）の経営メリットを既に病床開設している
公立病院長から報告（平成27年）

3. 但馬の医療分析を地域医療構想の視点で研修

講師：産業医科大学 松田晋哉教授
市町長や議員も含めて参加したが、地域連携推進法人化は受け入れられなかった

(3) 地域包括ケア病棟・病床を持つ中小病院の在宅医療の活動について

兵庫県豊岡保健所 守本 陽一 医師

豊岡保健所管内(但馬圏域)における 地域包括ケア病床を持つ中小病院の 在宅医療の活動について

圏域計画(在宅医療)案

兵庫県 豊岡保健所
守本 陽一

1

施設種類別の施設数(2021年11月現在)

在宅療養支援診療所1	0	0.00	0.18	0.00 0.18	単独型なし
在宅療養支援診療所2	4	2.53	2.79	2.53 2.79	
在宅療養支援診療所3	30	18.99	8.93	18.99 8.93	
在宅療養支援診療所合計	34	21.52	11.89	21.52 11.89	
在宅療養支援病院1	0	0.00	0.18	0.00 0.18	
在宅療養支援病院2	0	0.00	0.35	0.00 0.35	
在宅療養支援病院3	1	0.63	0.76	0.63 0.76	
在宅療養支援病院合計	1	0.63	1.30	0.63 1.30	
訪問歯科合計	14	8.86	6.72	8.86 6.72	
訪問薬局合計	19	12.03	16.52	12.03 16.52	

JMAP 2

- ・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1.8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、全国の半分程度しかありません。
- ・2021年11月現在での管内の人口当たりの在支診・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。

保健所内の情報から、 新規開業数(在宅主治医になりうる内科、 外科、神経内科)を見ると

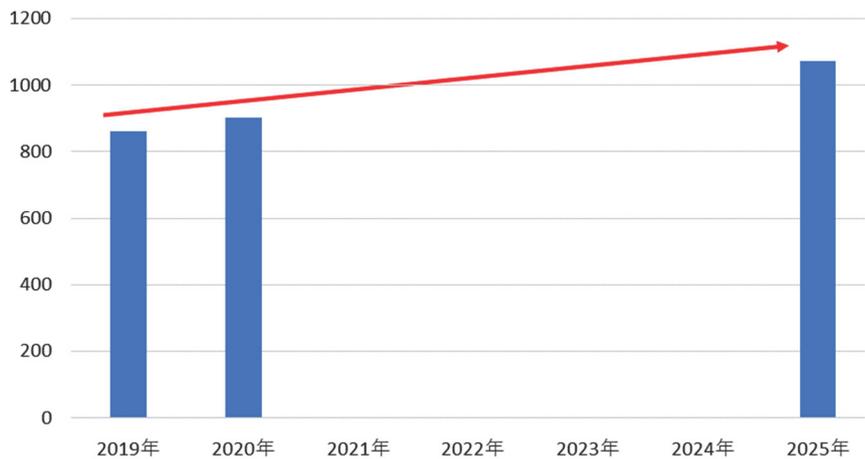
	圏域	豊岡市	香美町	新温泉町	朝来市	養父市
H28	0					
H29	0					
H30	0					
R1	0					
R2	0	1				

管内市町の新規開業数はほぼない。R2年度開業の1件は在支診である。

3

- ・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。
- ・AJAPA での予測どおり、新規開業数はほぼありません。
- ・また、2016～2020 年に新規開業した診療所医の中で、在支診は 2020 年の 1 診療所（赤字）のみでした。

(人/月) 豊岡保健所管内の月別訪問診療患者数

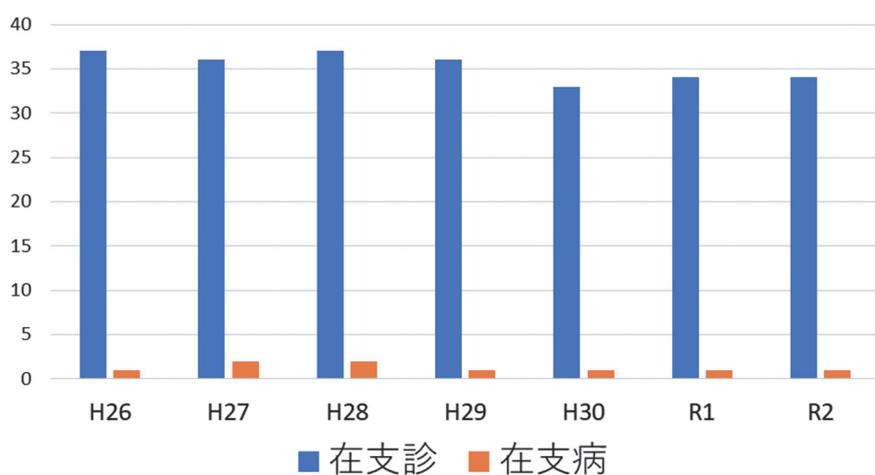


4

厚労省 医療計画作成支援データブック

- ・医療計画作成支援データブックから得られたデータから、管内（二次医療圏）の訪問診療患者数をグラフ化しました。わずかながら、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付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。

管内の在支診数・在支病数の推移



5

厚労省 在宅医療にかかる地域別データ集

- 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。
- 2014年には37か所あった在支診が徐々に減少していることが分かります。
- 在支病は2014年の1か所が合併によりなくなり、他の地域の病院が新しく取得しています。

(データ時点)		R2.1.1	R2.1.1	R2.10.1	R2.10.1	R2.10.1		
		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)	平均看護 師数	うち24時 間対応の STの看護 職員数 (常勤換算)	平均看護 師数
(全国計)		124,271,318	35,307,386	12,393	65,892		60,778	
県	市区町村	(人)	(人)	(施設)	(人)		(人)	
兵庫県	豊岡市 市	80,097	26,732	10	48	4.8	48	4.8
兵庫県	養父市 市	23,110	8,786	2	30	15	30	15
兵庫県	朝来市 市	29,877	10,361	1	6	6	6	6
兵庫県	香美町 町	17,211	6,708	2	8	4	8	4
兵庫県	新温泉町 町	14,155	5,503	1	3	3	3	3

「24時間対応」をしていない訪問看護ステーションは、なし

6

厚労省 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)を見ると、養父市では両者ともに15人と大規模化が進んでいます。
- しかし、その他の市町村では看護職員数(常勤換算)は、小規模です。ただ全てのステーションが24時間対応をしています。
- 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。

ヒアリング結果②

- 病院は、今後および既に不足感から訪問診療に乗り出している地域包括ケア病床を持つ病院も見られる。
- また地域包括ケア病床を持つ病院は、レスパイト入院を積極的に受け入れている。
- 豊岡市は、住民も急性期の役割と回復期の役割が比較的浸透している印象。養父市は基本病院という意識が強い。
- 訪問看護ステーションは面積が広いので、日ごとに方面をわけている。
- 連携や合併は検討していないが、小規模の訪看STIはしんどさはある。
- 在宅医と看護師は共有カルテを利用しており、便利。

9





11

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。
- 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。
- その際、病院の訪問診療患者数がどこまで増加できるか。
- 多くの市町で、訪問看護ステーションの大規模化が進んでいない。
- 将来的な在宅医療の不足感があり、癌の疼痛緩和ができる在宅医もいる。

将来、管内で在宅医療が不足する危険性が高い

12

- 管内の在宅医療の課題を記します。
- 特に多可町では、在支病の在宅医の減少、町内での在支診の高齢化で、既に在宅医療の不足、癌末期の緩和医療が不足しているため、自宅での看取りを希望しても、対応できる在宅医が見つからない状況であることが地域包括支援センターへのヒアリングで把握できています。

対応案

- ◆ 高齢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/在支病化をはかる。
- ◆ 管内の中小病院に対し、経営的メリット/管内のニーズから地域包括ケア病床の有効活用から、さらなる在支病化を促す。
- ◆ 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)を管内に誘致もしくは継業を促す。
- ◆ 訪問看護ステーションの連携・大規模化を進める。

13

- ・ 上記に、但馬圏域における在宅医療の供給不足への対応案を示します。
- ・ 第8次医療計画に向けた2025年よりさらなる将来の在宅医療需要の推計が出たら、再度の検討が必要となります。
- ・ 多可町には昨年度から、保健所としてのご入れ開始しています。3か所の町立診療所の2か所において、数年以内に医師の定年退職が決まっており、後任が未定とのことでした。そのため、町外の医療介護複合体の事務長に働きかけ、多可町の公立診療所の医師派遣を促したところ、前向きな回答を得ました。
- ・ 町内唯一の在支病である公的病院の経営を安定させるため、急性期病床を地域包括ケア病棟に転換するように促し、地域医療構想調整会議において合意されました。また、町立診療所の医師不足に対し、他市の医療介護複合体を紹介しました。

対応案(一手目)

- ◆ 病院の在支病化 → 阻む要因を中小病院にアンケート
好事例の共有
調整会議の活用
(地域医療構想コーディネーターの活用)
- ◆ 訪看ST大規模化 → 離職状況の確認、好事例の調査、
ひとまず2ヶ所の待機の共有化?
- ◆ 在支診の延命 → 開業医の連携/副主治医性△
継承を進める、医師会費無料化?
- ◆ 開業医疼痛管理 → 病院緩和ケア科に協力依頼?
- ◆ 在宅医介連携化 → コーディネーターの設置を市町に促す

14

中小病院へのアンケート案

- ◆一病院のみ直接ヒアリングを実施
 - ・奨学金制度や個人の縁故で看護師は一時期より足りている
 - ・自治医大/地域卒医師の派遣増もあり在宅は進めたい
 - ・当直が大学からの派遣だが働き方改革でどうなるかわからない
 - ・総合診療医/家庭医志望は在宅医療に熱心でありがたい
- ◆現時点での訪問診療件数/患者数/在宅看取り数
- ◆地域包括ケア病床を持つ以前と以後で変わったこと
- ◆在支病化を阻む要因はなにか？おそらく医師数
- ◆働き方改革への対応/変化があるか

15

結語

- ◆地域医療構想には、各々の利害や意見を聞き、調整するためのサーバントリーダー(支援型リーダー)が求められる。
- ◆保健所は、利害関係のやや外に位置し、サーバントリーダーとなりうる可能性がある。
- ◆また量的、質的データにアクセスしやすい状況であり、客観的な立場で意見することができる。
- ◆保健所は、地域の医療福祉におけるアドバイザー機能を果たすことができ、地域医療構想でもリードすべき立場であると考えられる。

16

(4) 質疑

①兵庫県但馬圏域の在宅医療確保の取り組みについて

- 逢坂先生** 200床以上の病院にとっては、自分の病院（豊岡病院）の急性期から地域包括ケア病棟へ転倒させるのに使っていた。6割未満でないといと85%に入院料を下げますよと言われた。実際に地域包括ケアに関する200床未満の病院はしっかりやって下さいねという話で、中途半端にやっていたところは慌てるかもしれないが、徐々に厳しくなっていく方向にあるのだと思う。
- 毛利先生** 200床未満の病院から出ているのが、400床以上の病院が地域包括ケア病棟を持つのはルール違反という声が出ている。民間病院がこれから地域包括ケアをどう持つかであるが、民間病院の方はよくわかっていて、今後厳しくなるだろうけど今のところそこしか生き伸びる道はないので、仮にはしごをはずされても民間病院は今行けるところという体制になるとおっしゃっている。
- 逢坂先生** 平成26年に地域包括ケア病棟が出来たときには病床の制限はなかったが増えてきたので、平成27年の診療報酬改定で400床以上の病院は新規の届け出ができなくなった。今回200床以上の病院は自院内転棟6割以上で減算となった。将来的には200床未満のところは地域包括ケアに関係する支援と実際の仕事をするようになる。
- 柳先生** 病院間の連携や信頼関係が問題となった。病院間の定員ルールがあるがしっかりした地域連携パスが作られていないのが弱みである。一つの法人にしてしまえば経営的にルールも一元化できるがその道は遠い。
- 逢坂先生** 現状は脳卒中に関する急性期病病院と回復期リハ病棟とが地域連携パスでつながる前の状況である。それは繋がった方がお互いにスムーズである。
- 白井先生** 地域が在宅看取りや施設看取りが全国的に高いが、住民方の意識が自宅で亡くなりたくないというニーズや意識はどうか。それに供給があっていればよいと思う。
- 柳先生** 豊岡の医師会はまじめで以前、在宅看取りをした遺族に調査をした。満足度はご本人については高いと出ている。問題は介護した人たちは自分が在宅で死ぬと思うかと聞くと、そこはなかなか難しいと出ている。多くの人は家で看取ってほしいというデータが出るが、条件みたいなものが家族に多くの負担がかかるのであればそれは避けたい。在宅看取りを今後増やすのは困難であるので、質の高い施設での看取りがポイントとなる。我々が行うべき
- 仕事は自宅で亡くなりたくないという人が選択できる条件を作ることである。地域包括ケア病床のよいところは、最後、家で看られなくなったときに病院へ入れる、両方がフレキシブルに選択できることができるようにしてあげれば住民にとって納得いくサービスになると思う。
- 逢坂先生** 今の但馬は生産年齢人口がだいぶ減り、家族介護力も減少する中でどのように在宅介護、自宅看取りを継続していくのか。今の時点で地域包括ケアができていているように感じるが、今後、これが続く保証がない。どのような見込みを考えているか。
- 柳先生** 今までとは違ういかに効率よく運営していくか。不必要な施設を減らし、必要な施設は残す。より効率的な人材活用を但馬全体で考える。やれるとしたらそれくらいしか方法はない。
- 逢坂先生** 将来的にその後、但馬の方たちがどのくらい効率的にできるか。（
- 小倉先生** リハ職が増えたということで市町の事業を活用されたようであるが具体的に事業内容を教えていただきたい。
- 柳先生** 地域包括ケア病床を持つためにリハ職を増やすことが要件になってくるので病院としては増やしている。地域リハビリテーション活動支援事業が介護保険の枠組みであるが、市町が訪問したり施設指導したり、そのようなところに使うリハ職が田舎は今まではいなかったが、病院や老健で働くリハ職が増えたので、そのリハ職が市町支援することを勧めている。それにより、病院で働いている職員も在宅をイメージできるし、リハ職の満足度も高く、クオリティもあがる。町の経営的メリットもある。そのようなことを提案して一部成果を出している。公立病院でリハ職がいるところをうまく活用して、地域の患者さんをみているモチベーションもある。各病院が地域包括ケア病床を持ったので、地域全体でリハ職が増えた。
- 毛利先生** 療育事業などリハ職が一生懸命行ってくれる。中小病院である程度小児を診ている病院だと、療育的なところにリハ職に病院から出て行ってもらって関わってもらおうと経営的メリットもあり喜んでもらえる。
- 岡本先生** 地域包括ケア病床推移の表を見ても、全ての病院が基本的にそれぞれ地域包括ケア病床を作り、自分たちの病床を回すためにメリットがあるので使っているということで理解したらよいのか

(病院間の連携はなし)。病床利用率はどのような具合になっているか。

- 柳先生 とても広いエリアで豊岡病院が救急をみている。豊岡病院にしても急性期で地域包括ケア病床を50床持っていたが、あまり機能を持たないのでも但馬全体から患者が出てきて在宅に戻すのにリンクッション、それぞれの病院に転院させているこ

とをしている。自分のところの急性期病院の平均在日数も維持できるし、直に家に帰すよりもまくいくので自宅復帰率も高まる。地域包括ケア病床に回すと自宅復帰率としてカウントされるので病院としてもメリットがある。先々、豊岡病院は地域包括ケア病床をなくすので、機能分化が明確になる。

②但馬圏域における地域包括ケア病床を持つ中小病院の在宅医療の活動について圏域計画（在宅医療）案について

- 逢坂先生 緩和医療（麻薬等）を使うことがいやだという在宅医がいることで、在宅看取りの患者さんの中にがんの終末期なども含まれているが現状はどのような困りごとが起きているか。
- 守本先生 疼痛管理ができず、かかりつけ医に帰ろうとするが帰れずに療養病院へ入院になる。診たが疼痛管理が甘く救急搬送されて急性期病院に搬送されているという事例があるので、そこは何かテコ入れができればと思う。
- 逢坂先生 兵庫県西部でも麻薬を使うことができない開業医さんがいたのでそこをクリアしていただければと思う。零細の訪問看護ステーションが多いので日ごとに方面を分けているという意味が分からなかった。
- 守本先生 ステーション同士で連携はしていないが、ステーションの中で片方へ行くのに30~40分かかるので今日はこちらの方面へ行く日、今日はこちらに方面へ行く日など徐々に生まれている。
- 岡本先生 在宅医と看護師が共有カルテを利用しているとあるが具体的にどのようなものか。
- 守本先生 豊岡市だけであるがバイタルリンクという製薬会社が使っているサービスを利用している。情報通信のサービスは何でもよいと思うが、看護師がドクターに気軽に聞けるツールとなっている。
- 岡本先生 うちの地域だとNCSという医療者のクラウドのソーシャルメディアを使っている。医師会がそれを主導しているが利用率は高くないというのが現状である。
- 近藤先生 訪問看護ステーションについて、小規模のところが大変だというのはよく聞くが、大規模化が難しいというのも聞く。豊岡ではこうしたら訪問看護ステーションでよい方向に持っていけそうな話があったら教えていただきたい。
- 守本先生 基本的には一気に連携は難しい。まずは2つくらいからやってみるのが手である。コロナで非常に忙しくなっているが、連携のマニュアルを訪

問看護ステーションで作っているのは聞いている。難しいが医者よりは楽である。

- 逢坂先生 最近のデータを示してくれたが、地域包括ケア病棟を持っていた病院の中で在支病が一つのままである。やはり一つの病院に3人の常勤しかいないとなると24時間の往診が難しくなる。守本先生、今のデータはどう思われるか。
- 守本先生 今年から3人だったところも4人に増えただいぶ楽になったので、そういうところを共有していきたい。
- 逢坂先生 在支病になっていく前に地域包括ケア病床で緊急入院の患者を3か月で9人にしないといけないというのが今回出てきたので、在支診とうまく連携して後方支援病院のようになるとよいと思う。
- 毛利先生 県の養成医は総合診療医の養成にかじを大幅に切り替えている。総合診療の内科をどうするか。地域として手術が必要な科の医師をまとめるしかない。病院経営的にも内科が多いが、研修医も総合診療医になりたがる人が少ない。
- 中本先生 保健医療計画の中で感染症病床を確保しようとしているが、今回、包括ケア病床をつぶして地域の寝たきりに近い高齢者や感染した中等症の患者を受け入れた。地域によっては活用、先進的な取組みはどうであるか。
- 柳先生 院内感染に関しての向上加算が変わった。コロナ病床を持たないと2が取れない。うちの管内も2床、感染症病床を認めた。一般病床を感染症病床として使えるようにした。手を挙げてくれるのであれば2床くらい感染症病床を持たせればと思う。国も病床運営についてまじめに考えていない。
- 毛利先生 地域包括ケア病床だったところが10床、転換したところが1か所、療養病床だったところが20床。コロナに関しては人工呼吸器つける手前だったところでも診られるようになってきている。
- 岡本先生 保健所が経営の責任が取れるわけではないので、地域包括ケア病床の好事例である病院か

ら共有する手法はスムーズにいくと思う。全員がライバル、商売敵であるので話がスムーズに聞いてもらえるか。好事例は最初にやったところなので、セカンド、サードとなると厳しくなってくるのではないかと。

- 柳先生 保健所としてそのような需要がどのくらいあるか数字を示すのが我々の役割である。地域包括ケア病床がどのくらいあったらよいか。今足りない話をするのと、競争相手と言いながら各病院には力量があるので、地域の今の病院が今後それぞれの立ち位置で自分たちの立ち位置を理解できるようにデータを示しながら、中途半端な急性期病院の理解を促すことが必要である。うちでは地域包括ケア病床に転換する方がうまくいくと思いプレゼンさせてもらった。
- 岡本先生 川口市は病床が非過剰地域になっているので真剣みがない。県は回復期の病床機能をもった病床しか認めない。なかなか議論が進まないが、急性期をやっている病院からすると転院先がなく困っている。そのあたりがうまくマッチしていない。回復期リハ病院をもっている病院がうまく連携できていないのではないかと思う。現在であれば244床の病床の募集をかけている段階であり、まだまだ病床を欲しい状況で但馬とだいぶ違っている。年に3～4回くらいの会議で議題が盛りだくさんであり議論が深まらない。そこから言うと会議の目的が達せられない、ただやっただけの会議になっているので、別に考えていかないといけない。

【逢坂先生より】

但馬の事例は政策的に病院をうまく利益誘導しながら変えていくことができることを示している。但馬の公立病院で先行して地域包括ケア病床に転換した病院の経営的メリットを他の病院に情報提供してもらう手法は重要である。戦略的でよい事例であった。

6 訪問看護の現状と保健所としての強化策について（1）

（1）在宅医療の整備のために ～訪問看護ステーションを活かすには～

姫路市保健所 毛利 好孝 所長

在宅医療の整備のために
訪問看護STを活かすには

姫路市保健所
毛利 好孝 所長

1

- ・本日は、実際に病院経営をしていた立場から、病院や訪問看護ステーションの活動についての経営について述べたい。
- ・その現状を知らずに、保健所がデータを示しても、聞いてもらえない可能性が高い。

在宅医療整備上の条件

医師会等との協議で必ず求められる体制整備は、

- バックベッドの確保
(状態悪化時における後方病院での受け入れ)
- 急変時等の24時間対応
(グループ対応、訪問看護STの活用)

やはり、1人医師の診療所で24時間365日の待機体制には無理があるということ

2

- まずは、在宅医療の主体となる在支診・在支病の話をしたい。
- 医師会等に「在宅医療を進めて下さい」と保健所が頼むと、必ず求められる体制整備は上記のようなものである。
- 在支診で1人で24時間・365日の連絡・往診の体制を取っていると、寝る暇もない状況となり、在宅医療が継続できなくなる。長く在宅医療を行っている地域では、グループ診療で負担を分け合っていることがある。しかし、新たに在支診を立ち上げる際には、どうしても上記の体制が必要となる。

バックベッド機能を持つ病院の条件

- 救急指定病院であること
- 内科系総合診療医による診療体制が常時とられていること
- 入院直後からリハビリテーションが提供できること

加えて、以下の条件を満たせばより良い

- 訪問看護体制がある
 - 在宅診療体制がある
- } 在宅療養支援病院の条件

3

- バックベッド機能を持つ病院の条件としては、在宅患者の急変時に対応できる救急病院であることが第1である。療養型病院では看取りしかできない。在宅患者の急変時には内科的な技術が要求されることが多いので、内科系総合診療医による診療体制が必要となる。
- また、在宅復帰を考えると、体力低下を防ぐために、入院直後からリハビリテーションが提供できることも必須。

バックベッド機能に必要な診療科

- 内科系総合診療（必須）
 - 眼科
 - 泌尿器科
 - 皮膚科
 - 精神科
 - 歯科
- 高齢者には高い頻度で必要となる

内科系総合診療以外は、非常勤医師による対応で問題ない

4

- 高齢者を診療する場合には、内科系総合医は必須だが、その他に眼科～歯科が大切。
- 特に、高齢者に多い誤嚥性肺炎、嚥下障害に対応するために、非常勤でいいので歯科があると、患者の予後が向上する。

総合診療医の確保・育成

- 総合診療科の医師は、専門診療科の医師に比較して、格下であるという偏見がある。
- 大学病院や大規模基幹病院では、主科が決まらずババ抜きの総合診療科の担当となる患者が多い。
- 開業医や地域密着型病院では、総合診療医としてのスキルこそが必要不可欠であり、キャリアパスに明示することが求められる。
- 兵庫県では、県養成医師（地域枠）を総合診療医として育てることを主眼としている。

5

- 総合診療医の確保・育成が難しい理由を挙げる。
- しかし、実際に開業医になる場合や地域密着型病院に勤める際には、総合診療医の技術をもつことは極めて重要となる。
- 総合診療医のキャリアパスに明示し、将来、病院のトップに立てるようにすることが求められる。

在支診・在支病の施設基準（参考）

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の訪問看護体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 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、対応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回以上の、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
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ※ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が過去1年間で31件以上 ・地域包括ケア連携入院料・入院医療費控除1又は3を届け出ている	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 ※ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が過去1年間で31件以上 ・地域包括ケア連携入院料・入院医療費控除1又は3を届け出ている	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 ※ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が過去1年間で31件以上 ・地域包括ケア連携入院料・入院医療費控除1又は3を届け出ている	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 ※ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が過去1年間で31件以上 ・地域包括ケア連携入院料・入院医療費控除1又は3を届け出ている		
	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 ※ 超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上					
	※ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					

6

- ・令和4年度診療報酬改定後の在支診・在支病の施設基準を示す。
- ・機能強化型の在支病には、従来の緊急往診（外来中の往診）に替えて、在宅・施設からの入院受け入れ、地域包括ケア病床の届出などバックベッド機能が重要視された。

病院による訪問看護提供の必要性

- ・状態が安定せず、診療所では継続対応が困難な末期状態の患者
- ・主治医が在宅医療を実施していない患者
- ・COMMON DISEASEではなく、特別な処置、対応が必要な患者
- ・看取りの体制ができていない患者

このような患者対応のためバックベッド機能の病院には、院内(みなし訪問看護)あるいは単独の訪問看護STのあることが望ましい

7

- ・在支病などのバックベッド機能を持った病院では、7割の退院患者はかかりつけ医のもとに戻るが、3割程度の患者は状態が安定せず、かかりつけ医のもとに帰れない。
- ・それ以外にも上記のような患者は、病院から直接かかりつけ医のもとに帰れないことがあるので、病院から訪問看護を含めた在宅医療全般を提供する必要がある。

機能強化型在支病となるためには

- 24時間の往診体制

当直医以外に夜間も往診できる医師の確保（いやいや200床未満では普通無理でしょう）

次善の対応として、まずは訪問看護が駆けつける体制が必須

- 在宅医療を担当する常勤医が3名以上

入院&外来にプラスして在宅に従事するというのはかなり過酷？（前職場では、院長、内科医長と当方の3人が担当）

8

- やはり24時間の往診体制を取ることが困難。
- 200床未満の病院で、当直医以外に夜間も往診できる医師の確保することは、オンコール体制でも難しい。
- 通常の在支病で行っているのは、夜間については訪問看護が在宅患者の連絡に対応し、朝になってから在支診・在支病の医師が訪問するというのが一般的になっている。
- また、機能強化型在支病の場合、在宅医療を担当する常勤医が3名以上という基準も中小病院にとってはハードルが高い。
- このような病院では、主治医として30名以上の入院患者を抱えつつ、外来診療を行うので、それに在宅医療まで行うことはかなり過酷な業務となる。
- 近い将来開始される「医師の働き方改革」から考えても難しいのではないか。
- ちなみに全職場（公立の機能強化型在支病）では、よく働く院長、内科医長に加え、（事務長であった）私も加えて施設基準をクリアしていた。

訪問看護ST開設の難しさ

- 新規に訪問看護STを開設する場合、顧客を一から開拓しなければならない。
- 開設当初は、収入がなくても（介護報酬は約2ヶ月遅れで振り込み）、費用は発生する。
- 単価の高い医療保険適用の患者は、少ないし、期間限定が多い。
- 小規模の場合には、時間外対応での職員の負担が大きい（というか4人以下で、24時間体制はどう考えても無理、週2回のオンコール）。

9

- 訪問看護ステーションをつくるのは難しくないが、なぜ、大規模化する前に潰れることが少ない理由を挙げる。

訪問看護STの赤字の現状

- 何人かの経験者から聞いた話によれば、開業準備資金として用意するのは、概ね1500万円程度らしい。
- イニシャルコストは、比較的少額であるため、ランニングコストの赤字で、開業準備資金が尽きるまでの、何年かは持続できるらしい。
- 職員の給与は払わざるを得ないので、自分の取り分を削って、時間外も引き受けて、燃え尽きていくというのが現実らしい。

10

- 潰れた訪問看護ステーションの経験者から聞いた話である。
- 初期投資は、部屋と電話とパソコンくらいで良いので少額だが、その赤字が続けば、開業準備資金が徐々に尽きていく。
- 職員の給与は払わざるを得ないので、自分の取り分を削って、時間外も引き受けて、燃え尽きていくというのが現実らしい。
- 病院勤務の時には、このような看護師に働きかけ、資金援助まで申し出たが、一度燃え尽きてしまうと、再度の挑戦は困難であった。

訪問看護STの安定経営

- 大規模化(常勤5名以上)による収益向上
- 24時間365日体制による顧客の取り込み
- 精神科訪問看護(医療)による安定的な収入確保

夜間体制を複数のSTが連携して対応するという方法は、保険診療の観点からは困難と考えられる。主治医の医療機関がみなし訪問看護を提供していれば可能かも。

11

- では、どうすれば、訪問看護ステーションの経営が安定化するのかというと、まずは、大規模化することが重要だが、大規模化するに見合う患者がいないと立ちゆかない。
- しかし、大規模でなおかつ真の24時間365日体制が取れると、多くの患者の取り込みが容易となり、経営が安定化する。
- 8名の常勤看護師がいれば、余裕を持って対応でき、24時間365日体制が取れる。
- うまく経営している訪問看護ステーションに聞くと、一定数の精神科訪問看護を行っていることがある。医療保険で行けるし、夜間の急変がほぼないし、安定的な収入確保ができる。
- 複数の訪問看護ステーションが連携して夜間体制を取るというのは、保険診療の観点からは困難と考えられる。例外を除き、訪問看護指示書は1患者一枚なので。
- 保健所が管内の訪問看護ステーションを強化したいと考えるなら、訪問看護の経営を安定化する手法を提示すべき。
- 医師・看護師は、元々は経営的感覚を持っているわけではないので、これを持てるようにしないと、長期的な経営安定は難しい。

(参考) 訪問看護 S T の収益推移

	看護師数 (正規)	看護師数 (臨時)	リハ職数	訪問件数	看護収益	単価	収支 (千円)
H28年度	3	1	0	1,697	12,078	7,118	▲20,382
H29年度	3	1	0	2,283	17,561	7,692	▲21,404
H30年度	3	2	0	3,151	25,857	8,205	▲7,800
R元年度	3	2	0	3,731	30,209	8,096	▲12,636
R2年度	3	2	1	5,035	40,273	7,999	▲462

※収支は居宅支援事業を含む、R2年度の収益は概算

12

- ・ 前任地の病院に併設された訪問看護ステーションの5年間の収益推移を参考に示す。
- ・ まだ、大規模化できていない。
- ・ 最初の2年間は2千万円以上の赤字だったが、5年目によく採算ベースにのった。
- ・ 5年間の赤字の総額は、6千万円以上である。
- ・ 看護師が、全員公務員であったので人件費が高く、赤字が大きく出ていて、民間であればもう少し赤字が少ないはず。
- ・ しかし、開業準備資金1500万円でスタートした民間訪問看護ステーションであれば、5年は持たずに潰れていたはず。
- ・ 保健所としては、ある程度の小規模な訪問看護ステーションでも生き残れる経営者マインドを提示すべきである。

(2) 質疑

○柳先生 日本財団が在宅看護センターを行っている。企業したい看護師さんを8か月くらい研修し、最初から一定の規模の訪問看護ステーションを立ち上げている。全国に100か所くらいある。日本財団としても経営的に成り立つ訪問看護ステーションを位置付けようとしている。看護協会はそれを支援するための研修や仕組みを作ったりしている。病院が立ち上げると病院の中に訪問看護ステーションを作れるので、赤字はあっても病院全体としてはプラスになる。地域に訪問看護ステーションがなければ、そのような形で立ち上げるようになっている。管内に訪問看護ステーション連絡会があり、保健所の保健師さんも出席し、情報を共有しているが、患者さんをふることはできていない。都市部だと複数の訪問看護ステーションが入り乱れているので、調整が難しいと感じているが生き残れる可能性はあ

る。

- 毛利先生 数が十分抱えられていないところは遠くても離せない。保健所が精神の研修会をしてくれるのは訪問看護ステーションとしては喜ぶと思う。
- 逢坂先生 どこも訪問看護ステーションはあるが、連携で柔軟にというのは難しい。統合再編みたいな形で大規模化をするのは実際難しい。保健所としては、具体的には精神の訪問看護を入れて患者さんの安定供給を促しながら、大規模化へもっていくように頑張るべきということか。
- 毛利先生 有力な在支診のところができるときによい訪問看護ステーションであれば連携のために話を仲介することは保健所の役割としてありだと思う。
- 柳先生 複数の難病患者が同じ時期にレスパイト入院すると、訪問看護ステーションの報酬が減ってしまうので、レスパイトに入るのを保健所で患者さんと主治医と調整するという配慮を大阪の時は行っていた。そのようなことを保健所でもできる。そ

の辺りをケアマネに言ってもわからないので、保健所がマネジメントしてあげるとよい。

○**中本先生** 出雲では ICT を活用して共有ファイル（患者情報等）を訪問看護が 10 いくつあるが、自分たちが受入可能な地域やコマ、曜日や時間帯をエクセルにして、管内の訪問看護ステーションが共有して調整している。安定経営という意味で、有料老人ホームと併設した訪問看護などは安定化するまで自分たちが抱えている有料老人ホームの人だけ訪問するような形で事業が始まっている。開業医の先生が使いつらい、なかなか普通の在宅の患者さんへなかなか行っていただけない。少しずつ自宅の高齢者の身障を受け付けてもらえるように医師会が要望している。

○**逢坂先生** そのシステムは訪問看護協会として話し合われたものか。

○**中本先生** 国が購入した ICT で介護保険の情報なども共有しているようにしているが、その辺りも訪問看護同士で共有している。

○**柳先生** とてもよいアイデアなので、どのくらい使われているのか。ユーザー間のメリットが本当にあるのか。使えているとしたらなぜ使えているのか、是非教えていただきたい。

病院の訪問診療について、少し一線を遠のいたリタイアに近い先生をかき集めて訪問診療をしてももらったらいよというチームを作っている。リタイアに近い、でも病棟をみるのはしんどい先生方と若いこれからの先生が集まっている病院は評価されている。但馬でも機能強化型在支診を取るのにはミニマムでもやれないことはない。保健所として口が出せなかったが、そろそろ医師会と一緒にやろうと模索している。

○**逢坂先生** 前の丹波では小さな市があり、院長に聞くと同級生を非常勤雇用している。120 人くらいすぐ診ることができるとのこと。医師の労働市場も流動化しているのでウェブで探すとすぐに見つかる。医師の確保は高齢層まで手を伸ばすと見つかる。問題は夜間、オンコールでできる医師を雇うのは大変だろう。

毛利所長の前任地の龍野市民病院では、24 時間の緊急往診体制を取ろうというのは形だけ作り訪問看護に行くことでなんとかしていたのか。

○**毛利先生** 朝の 6 時までには訪問看護で死亡時刻等を確認してもらっていた。

○**逢坂先生** きちんとした訪問看護を持っていれば在支病になるときにオンコール体制でずっといるというほどプレッシャーを受けなくてもよいのか。そういう意味では在支病で訪問看護ステーションを作り大規模化していくとスムーズである。

今回の話で出てきた保健所ができる訪問看護を

強化する手法としては、一番簡単なのは精神疾患の患者さんを診られるような研修会をして、つぶれないように大規模化していってもらうのが安全なのではないか。2 つ目は可能性があれば、20 くらいの訪問看護の町があるが、そこで連携をしてお互いの空きコマを確認して、それを在宅医とのやり取りの際に確認するという連携。3 つ目は日本財団みたいところで経営的なものを教えてもらい、開業前に教えてあげる情報提供となるか。

○**毛利先生** 公立病院で訪問看護ステーションや資金力のある在支病の病院は資金力があるので、早く作りたい場合は、ピックアップして個別支援を行う。

○**逢坂先生** 在支病が伸びているので在支病併設の訪問看護ステーションを作るように働きかけて大きくしていくと在支病も楽であると投げかけをしていく。

○**柳先生** 今後、都市部で病床は増やす可能性がある病院に、回復期リハ病棟を持っているような病院は競争相手が欲しくないという話をするというのは現実的である。回復期リハ病棟とバッティングするのではなく、回復期に位置付けられて在宅も支える地域ケア病床も作って頂くのがよいかなと思う。

○**岡本先生** 埼玉県の方から不足している機能が示されて、それが病床の公募の対象になっているが、その感覚と現場の感覚が本当にマッチしているのか。これが地域調整会議に出て思うことである。皆様方ライバルであるので、言葉で連携というが、現実的にどうなのか常々疑問である。都市部であれば数があって、一つを行政としてサポートする話は難しい。そこまで保健所として首を突っ込むことがどこまで許容されるか。なかなか一歩が踏み出せない。県が示しているものは回復期機能が足りませんといているが、回復期リハの病棟を持っている院長さんは「うちは余っている」と言っている。その辺りをどんな感じでアプローチしてよいかわからない。

○**柳先生** 地域ケア病床は回復期に位置付けられる病床に位置付けられるので、都市部でも今後高齢者が増えて在宅医療のニーズは高まる。在宅機能を支援するような回復期に位置づいた病床となればバッティングはしない。中小の病院にばらまいて少しずつ病床を増やせば地域全体の将来的な在宅医療を支える可能性となるのではないかと。

○**岡本先生** 市内の病院は古い民間の病院が多く、病床が増やせるが増やすためのスペースがないというのがある。既存の病院に新たな機能を付け加えるのが困難な状況になっている。新規開設か移転開設のところはどうしても手が挙がってきってしまう。244 床の隙間がある中でどのくらい手があがってくるか。都市部でどこにも新しく敷地内に増やせない

ところが多く、大きな土地を新たに見つけることは難しいので、今回の病床の募集を注意深く見ていきたい。

- 毛利先生** 龍野市民病院で最初に回復期リハ病棟を作ったときは戦略でパスの会議に入り、お客さんを紹介してもらったところから始まった。よそでそのような話をしたら、よそがどれだけ患者を持っているか見るために使っていた。都市部であのようなことを提案したとき、自分のところの経営情報を取られると警戒された。その辺りも上手に行う必要がある。
- 逢坂先生** 一つ一つの病院に話をしていく手段より、ネットワークで誘導する手段も保健所にはある。包括ケア病床増床のタイミングが合えば、ネットワーク化は可能である。

本日挙げた訪問看護の強化策として保健所ができることをまとめると、①精神疾患の患者さんの研修を行い経営の底上げをする。②出雲のように訪問看護の空き状況をお互いに共有する。③起業したいという相談があったら日本財団に相談したらと伝える。④在支病になりたいが在支病になると夜中のオンコールが厳しいというところは、訪問看護ステーションをしっかり作り機能強化型にするよう伝える。
- 児玉先生** 保健所が訪問看護の経営のことまで考えるというのは考えにも及んでいなかった。
- 近藤先生** 資源の確保やネットワークづくりはコロナの業務を通じて経験はしたが、民間が多い地域でどのようにすればよいか、事例を聞いて勉強になった。(小倉先生)
- 本木先生** 管轄内の訪問看護ステーションの連携が進んでいないので、今回の話を踏まえて見分を広めたい。ここまで具体的に病院機能や訪問看護ステーションを見ないといけないというのが分かった。
- 柳先生** 理解するために経営的なことは知らないといけない。基礎知識として最低限知っておいた方がいいと思う。外来患者数などの報告は毎月もらっているがそこをわかっている保健所長は少ない。既存のデータを使いながらいろいろなことがわかることをご理解いただきたい。
- 逢坂先生** 今後、どこまで進めていくのか。単にデータブックを作り、医療計画の案をつくるだけではないかと思う。
- 柳先生** 今まででは手を引いていたが、具体的にチャレンジしたこと。どのように関わればどうなるかという経験値をこの研究班で積み重ねる必要があると思う。評価は先になるが保健所は地域の医療体制に対して一定の役割が果たせることを示す。新しい手法も含めて作っていかないと、保健所は絵に描いた餅の計画を作っているだけだと思われてしま

う。今年来年くらいで医療計画の中に成果が入れるとよいのではないかと。

7 訪問看護の現状と保健所としての強化策について（2）

（1）大津市における訪問看護の体制強化の取組について

大津市保健所 中村 由紀子 所長



**大津市における訪問看護の体制強化
の取組について**

大津市保健所 所長 中村 由紀子

1

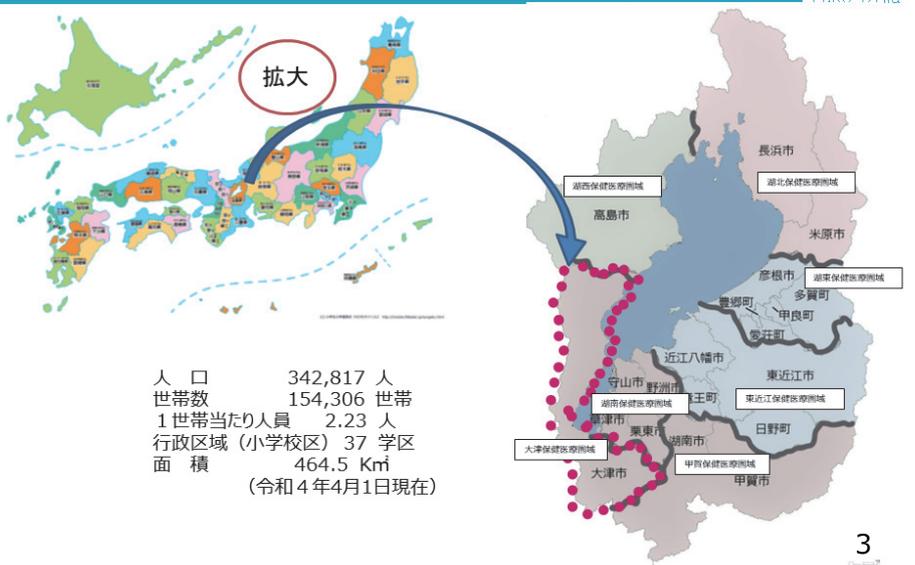


本日の目次

- I 大津市の概要
- II 取組に至るまでの経緯
- III 本市の訪問看護の体制強化
- IV 拠点訪問看護ステーションの活動
- V 取組の成果と今後の課題

2

I 大津市の概要 (1) 地勢や人口



- ・大津市は赤点線で示すとおり、滋賀県の琵琶湖南西に位置し、面積は464平方キロメートルで南北に長い地形に特徴がある。
- ・人口は令和4年4月時点、34万2千人の中核市で、滋賀県全体140万5千人の約4分の1を占める。
- ・滋賀県の二次保健医療圏域は7つで、大津圏域は大津市単独なので、以降は本市の状況として説明する。

I 大津市の概要 (2) 7つの保健福祉ブロック人口構成



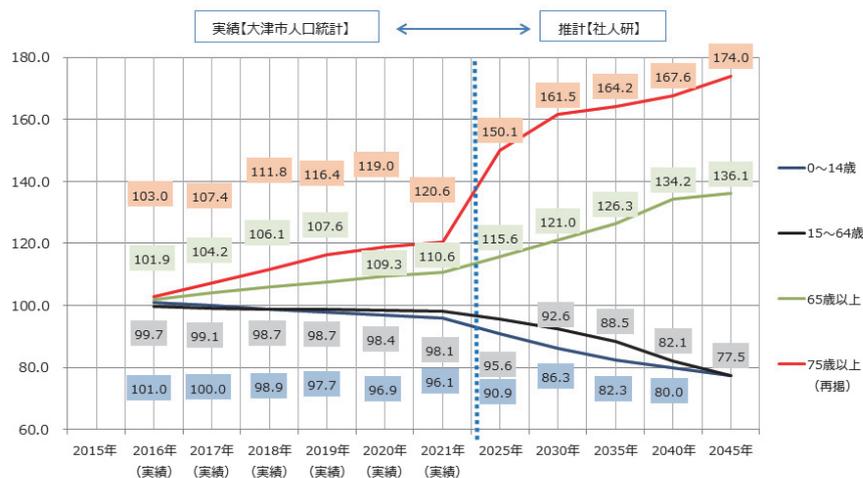
(上段:人数(人) 下段:割合(%))

NO	学区	人口	0~14歳	15~64歳	65歳以上	(再掲) 75歳~	学区数
①	志賀	21,304	2,137 10.0	11,600 54.5	7,567 35.5	3,848 18.1	4
②	北部	49,012	6,289 12.8	28,947 59.1	13,776 28.1	6,178 12.6	8
③	中北部	48,587	6,956 14.3	28,583 58.8	13,048 26.9	6,904 14.2	5
④	中部	52,119	6,401 12.3	30,670 58.8	15,048 28.9	7,870 15.1	6
⑤	中南部	61,132	8,025 13.1	36,877 60.3	16,230 26.6	8,691 14.2	4
⑥	南部	34,278	3,777 11.0	19,181 56.0	11,320 33.0	5,683 16.6	4
⑦	東部	77,385	12,040 15.6	48,760 63.0	16,585 21.4	8,142 10.5	6
	市全体	343,817	45,625 13.3	204,618 59.5	93,574 27.2	47,316 13.8	37

(令和4年4月1日現在)

- ・令和4年4月時点での高齢化率は27.2%、全国の高齢化率29.0%よりやや低いという状況。滋賀県の高齢化率26.8%より少し高いが、1つの圏域が低いことで全体値が低下している影響によるもの。
- ・本市は地勢的要因や学区人口などで、①~⑦の7つの保健福祉ブロックに分け、ブロックごとに、地区担当保健師を配置した「すこやか相談所」及び「地域包括支援センター」を配置し、保健医療行政を進めている。表のうち、ピンクで色塗りしたセルは低値で、ブルーで色塗りしたセルは高値を示しており、志賀エリアは高齢化が進んでいる地域である。
- ・御覧のとおり、高齢化に対する課題は、市内でも大きく異なる。

I 大津市の概要 (3) 人口構成推移



【出典】実績値：大津市人口統計 人口推計値：国立社会保障・人口問題研究所 5

- ・こちらのグラフは、2015年を100とした場合の人口推移を示したものの。
- ・全国の動向と同じく高齢化が進み、2025年には75歳以上人口が2015年の1.5倍になると推計されている。
- ・さらに、2040年には団塊ジュニア世代が65歳以上となることから、高齢者人口のさらなる増加が予測される。

I 大津市の概要 (4) 在宅医療に関する主な資源の状況

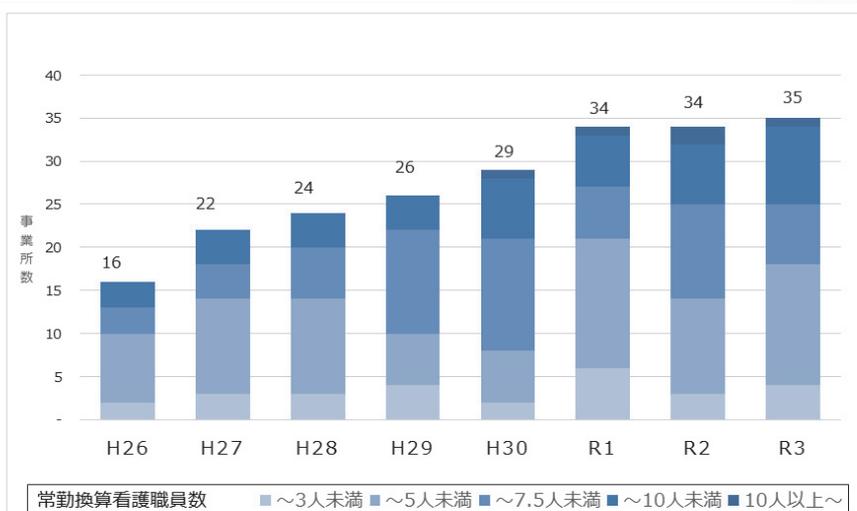
種 別		機関数
医療機関数	病院	総数
		(再掲) 在宅療養支援病院
		(再掲) 在宅療養後方支援病院
		(再掲) 地域包括ケア病棟(床)開設病院
診療所	診療所	総数
		(再掲) 在宅療養支援診療所
		(再掲) 在宅時医学総合管理料
訪問看護ステーション	事業所数(医療保険に基づく指定のみの事業所1も含む)	40
	サテライト	6
歯科診療所	診療所	総数
		(再掲) 在宅療養支援歯科診療所
薬局	薬局	総数
		(再掲) 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局

【出典】滋賀県提供(近畿厚生局：在宅医療データ)(令和4年4月1日現在) 6

- ・令和4年4月1日現在の在宅医療に関する市内の主な資源は次のとおり。

I 大津市の概要

(5) 市内訪問看護ステーション常勤看護職員数別推移



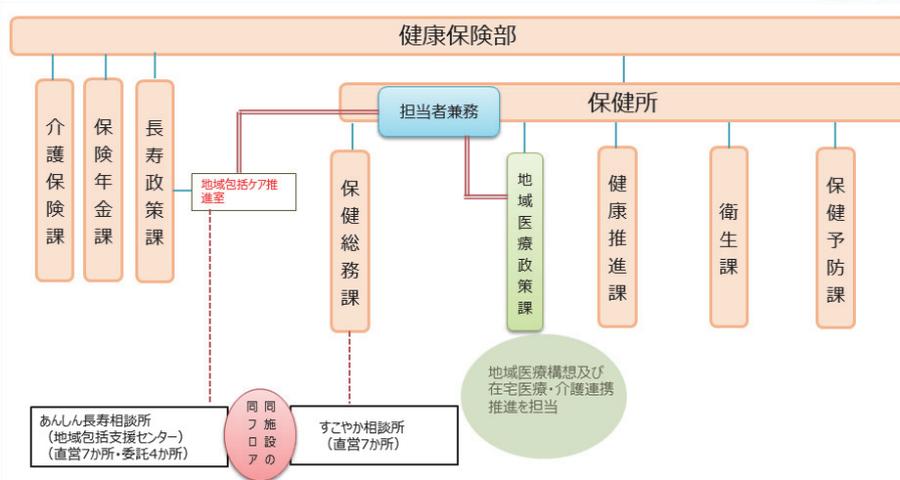
出典：訪問看護ステーション実態調査結果（滋賀県看護協会実施）（R3.7月）

7

- 令和3年7月時点の訪問看護ステーションは35事業所、グラフにはないが、令和4年4月時点で40事業所で、平成26年度の2倍以上となったが、常勤換算看護職員が5人未満の小規模訪問看護ステーションの増加が著しく、より安定した訪問看護サービスの提供体制の構築が課題である。

I 大津市の概要

(6) 本市の組織体制（令和4年度）

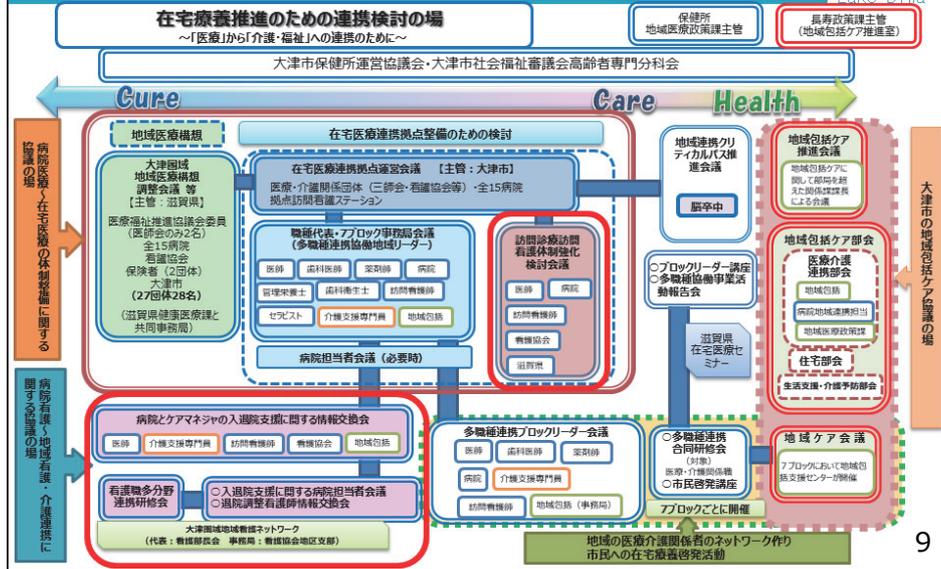


8

- 本市の組織体制は図のとおりで、地域医療構想及び在宅医療・介護連携推進は、市保健所の地域医療政策課が所管している。在宅医療・介護連携の担当者は保健師であり、長寿政策課の地域包括ケア推進室と兼務することで、地域包括ケアシステム推進と一体的な事業推進ができる。

I 大津市の概要

(7) 本市の在宅療養推進のための検討会議の場



- ・本市の在宅療養推進のための検討会議の場の一覧。
- ・このうち、赤枠で囲ったところが、訪問看護の体制を検討する場となる。

II 取組に至るまでの経緯

(1) 訪問診療・訪問看護の需要推計



① 訪問診療需要推計

年度	平成28年度 (2016年度)	平成30年度 (2018年度)	2024年度	2025年度
訪問診療の需要推計 (人/月)	2,046	2,239	2,888	2,996
対平成28年度 (2016年度)	-	1.1倍	1.4倍	1.5倍

【出典】おつ保健医療プラン2019
2025年に向けた訪問診療の需要推計について（厚生労働省：2025年の介護施設、在宅医療等の追加的需要的機械的試算（患者住所地ベース）に基づく）より算出

② 訪問看護需要推計

年度	平成28年度 (2016年度) 実績	2024年度	2025年度
利用者数 (人/月)	1,520	2,145	2,226
訪問件数 (件/月)	8,400	11,856	12,300
常勤換算 看護師数	125	176	188

【出典】おつ保健医療プラン2019
訪問診療の需要推計を適用し、平成28年度（2016年度）実績に対する伸びを基に算出

- ・今後の在宅医療ニーズの増加に対して、本市の2025年の訪問診療の需要推計は2016年の約1.5倍になる見込みであった。このため、在宅医療の体制強化が急務であることが分かった。

II 取組に至るまでの経緯

(2) 本市の訪問看護ステーションの状況 (平成26年度)



区分	事業所数	人口10万対			1事業所当たり			常勤換算従事者1人当たり利用実人員数
		事業所数	利用実人員数	訪問回数	利用実人員数	訪問回数	常勤換算従事者数	
全国	7,214	5.7	3,401	2,250.5	61.4	406.3	5.9	10.2
滋賀県	79	5.6	4,047	2,248.3	73.5	408.1	6.2	11.7
H26.9大津市	19	5.5	2,722	1,622.1	51.8	308.5	4.6	10.6
中核市順位 (全43自治体)	-	24位	31位	32位	33位	39位	※41位	14位

※43自治体のうち41～43位は同値のため41位が最下位

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」結果 **11**

- また、本市の訪問看護体制を確認したところ、平成26年度における本市の訪問看護ステーションの状況は、1事業所当たりの常勤換算従事者数は中核市で最下位でありながらも、常勤換算従事者1人当たり利用実人員数は中核市平均以上で、看護師1人当たりの負担が大きい状況が分かった。
- さらに、同年度で1事業所当たり常勤換算従事者数を県内二次医療圏で比較した結果、最下位であり、最も多い圏域の約半分であったので、まずは、訪問看護の体制整備が重要課題であることが分かった。

III 本市の訪問看護の体制強化

(1) 取組の経過

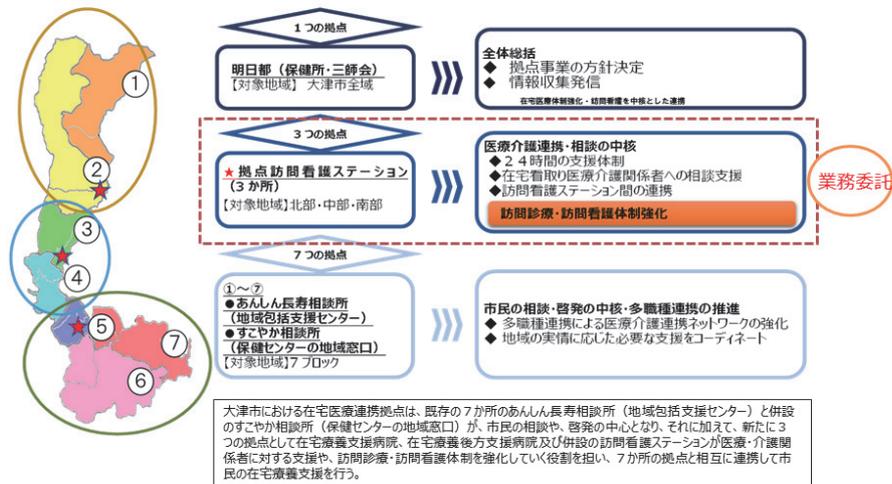


年度	主な取組み
平成25	多職種連携協働事業開始
平成26	都道府県医療介護連携調整実証事業（入退院支援ルール策定・手引き作成） （厚労省モデル事業）
平成27	在宅医療・介護連携推進事業（ブロックでの多職種連携協働事業）開始 在宅医療連携拠点準備会議
平成28	訪問看護ステーション体制強化補助事業開始 看護職多分野連携研修会開始
平成29	訪問診療・訪問看護体制強化検討会開始
平成30	拠点訪問看護ステーション運営事業開始
令和元	訪問診療体制強化の検討開始
令和3	訪問診療バックアップ体制事業開始

12

- 課題解決に向け、本市は訪問看護ステーションの体制強化に次のとおり取り組んだ。
- 本市の訪問看護ステーションは規模が小さく、運営が不安定であることや機能強化型を届け出る事業所がなかったことから、まず、機能強化型の届け出を目指す訪問看護ステーションに補助し、体制の安定化を図った。また、小規模が故に相互連携や訪問看護自体の認知度が低い上、医療や介護における活動の理解も低かったため、市内に3か所、拠点となる訪問看護ステーションを選定し、医療・介護の連携拠点の機能を委託した。

Ⅲ 本市の訪問看護の体制強化 (2) 本市の在宅医療連携拠点の整備



13

- 本市の在宅医療連携拠点の体制図。今後の在宅医療ニーズに対応する医療機関の確保と質の高い在宅医療の実現に向け、訪問看護ステーションを医療介護連携・相談の中核となる機能と位置付け、体制整備を進めた。本市の地理的要因や医療資源の状況で、3つの地域に分け、各地域に所在する在宅療養支援病院または在宅療養後方支援病院と同病院併設の訪問看護ステーションに、拠点訪問看護ステーションとして「在宅医療介護連携支援業務」を委託した。このことにより、拠点訪問看護ステーションが、併設した病院と一体的に在宅医療のバックアップを担い、様々な連携の中核となることを目指した。

Ⅲ 本市の訪問看護の体制強化 (3) 訪問看護ステーション体制強化補助事業

1 交付金対象者

交付決定をすときから3年以内に「機能強化型訪問看護ステーション」（機能強化型訪問看護管理療養費）を届け出るための要件を満たすことが見込める次のいずれかの要件を満たす事業者

- (1)在宅療養後方支援病院を現に届け出ている、又は届出を予定している病院に併設されている事業所
- (2)在宅療養支援病院を現に届け出ている、又は届出を予定している病院に併設されている事業所

2 補助内容

「機能強化型訪問看護ステーション」（機能強化型訪問看護管理療養費）の要件を満たすのに必要な常勤訪問看護師の雇用に係る経費及び準備経費（ただし準備経費は、補助開始から1年以内に限る）。

3 事業実施の成果

1事業所に対し、最長5年間の補助としたが、3つの事業所がこの事業を活用し、機能強化型訪問看護管理療養費を届け出るに至った。

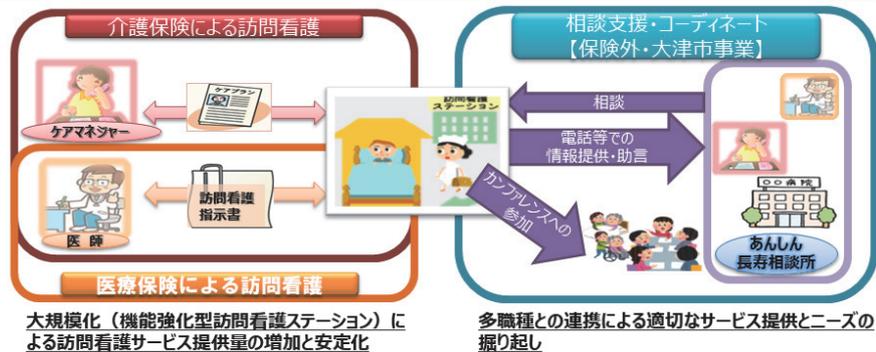
4 事業実施に際し、工夫したこと

市内の訪問看護ステーション連絡協議会や市内病院看護部長会に参加し、地域の現状と課題、市の方向性を説明し、理解を求めた。

14

- 平成28年に制定した基準の要点は次のとおり。
- 5年以内に機能強化型の届け出を目指すよう時限を設定し、かつ、スタートアップ時の初年度は補助額を厚く、毎年上限額を減額していく仕様に定めることで、補助金に依存することのない事業所運営を目指してもらおう工夫した。

Ⅲ 本市の訪問看護の体制強化 (4) 拠点訪問看護ステーション運営事業



大規模化（機能強化型訪問看護ステーション）による訪問看護サービス提供量の増加と安定化

多職種との連携による適切なサービス提供とニーズの掘り起し

拠点訪問看護ステーションにおける在宅医療連携拠点機能

- ▶ 機能強化型訪問看護ステーション等大規模多機能ステーションとしてのサービス提供
- ▶ 主に専門職、関係機関からの相談対応（来所・電話）（市民対応は原則地域包括支援センター）
- ▶ 担当エリアの連携推進
- ▶ 小規模訪問看護ステーションとの連携・サポート

15

- ・先のスライド13で「医療介護連携・相談の中核」として位置付けた、3つの拠点「拠点訪問看護ステーション」の機能は次のとおり。
- ・介護支援専門員に対する調査で、「医療ニーズの高い方への支援について不安や困りごとがある」と感じた割合は56.7%（平成30年度）であり、その内容としては「病状理解」や「対応方法」（本人・家族の意向確認や精神面への支援など）であった。また、不安や困りごとの解決方法は多くは訪問看護ステーションや主治医に相談する、という回答であったが、訪問看護が関わっていない場合に「主治医にどのように相談すればよいか悩む」という意見が多かった。このことより、在宅医療・介護連携を推進するには、関係者の不安や困りごとの受け皿が必要と考え、拠点訪問看護ステーションに「医療・介護関係者に対する相談支援」の役割を位置づけた。
- ・また、医療と福祉をつなぐ役割のみならず、大規模化による訪問看護サービス提供量の安定化と地域の小中規模の訪問看護ステーションのサポート、他職種のサポートなどの協働体制を構築する役割を期待している。

IV 拠点訪問看護ステーションの活動 (1) 医療・介護関係者に対する相談支援

相談実績

年度	R元		R2		R3	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
介護支援専門員	80	67.8	142	68.9	159	61.6
看護師	12	10.2	27	13.1	45	17.5
医師	2	1.7	2	1.0	5	1.9
その他	24	20.3	35	17.0	49	19.0
合計	118	100	206	100	258	100

(主な相談内容)

- ケアの方法・実際（※）
- 主治医との連携支援
- 訪問看護ステーションの導入支援
- 訪問看護ステーションの紹介
- 新規開設訪問看護ステーションへの支援
- 訪問看護制度（加算等）に関する内容
- 介護保険制度に関する内容
- 新型コロナウイルス感染症対応に関する内容
- （※）訪問看護ステーションが関わっていないケースについては、介護支援専門員等に同行訪問し、ケアに関する助言やカンファレンスへの参加、必要に応じて医療機関との連携をサポートする。

16

- ・令和元年度から3年間の相談実績は次のとおり。
- ・相談事業開始年は介護支援専門員からの医療関係者との連携支援や訪問看護ステーション導入支援等の相談が多かったが、令和3年度には医療関係者からの相談件数が増えるなど、相談内容も高度なものに変化しており、より専門的な相談にも対応している。

IV 拠点訪問看護ステーションの活動 (2) 担当地域の医療・介護連携の推進

ア 訪問看護活用講座の実施

- ・介護支援専門員や診療所医師、病院関係者、訪問看護ステーション、地域包括支援センター職員を対象に、訪問看護に関する情報提供と理解促進を図るために講座を開催した。

(講座内容)

訪問看護サービスの流れ、訪問看護内容（訪問看護ができること）、訪問看護料金、事例紹介等

イ 地域内の病院と訪問看護ステーションとの意見交換会の実施

- ・病院看護師に在宅療養についての理解を深めることを目的に実施した。結果、その後の病棟単位での勉強会やフィードバックカンファレンスの開催につながった。

(病院看護部感想)

退院時看護サマリーの内容や退院前カンファレンスの持ち方、具体的な看-看連携のとり方等、病院の看護職にとって退院支援を見直す貴重な時間となった。

ウ 地域の診療所訪問

- ・診療所を訪問し、診療所医師に訪問看護に関する評価についてヒアリングを行った。
- ・結果、「訪問看護ステーションによって対応が異なり、困惑する等」の意見があり、訪問看護ステーション全体の均質化が課題であるとの気づきにつながった。

17

IV 拠点訪問看護ステーションの活動 (3) 小規模訪問看護ステーションへのサポート



ア 訪問看護ステーション連絡協議会との連携

- ・ 地域の現状や課題、市の方向性等を窓口となり、地域の訪問看護ステーションへ情報提供。

イ 地域の訪問看護ステーションとの連携

- ・ 地域の訪問看護ステーションへアンケートを実施し、困りごとを聴取。
- ・ また、担当地域の訪問看護ステーションを訪問又は電話訪問し、拠点訪問看護ステーションの周知と顔の見える関係づくりを構築。

ウ 相談支援

- ・ 介護保険制度や訪問看護制度（加算等）、施設との契約等に関する相談支援。

18

V 取組の成果と今後の課題 (1) 取組の成果



ア 訪問看護ステーションの機能強化

- ・ 機能強化型訪問看護療養費を届け出ている訪問看護ステーション（機能強化型訪問看護ステーション）が令和3年4月に3か所になった（平成28年0か所）。

イ 訪問看護ステーションを核とした連携の強化

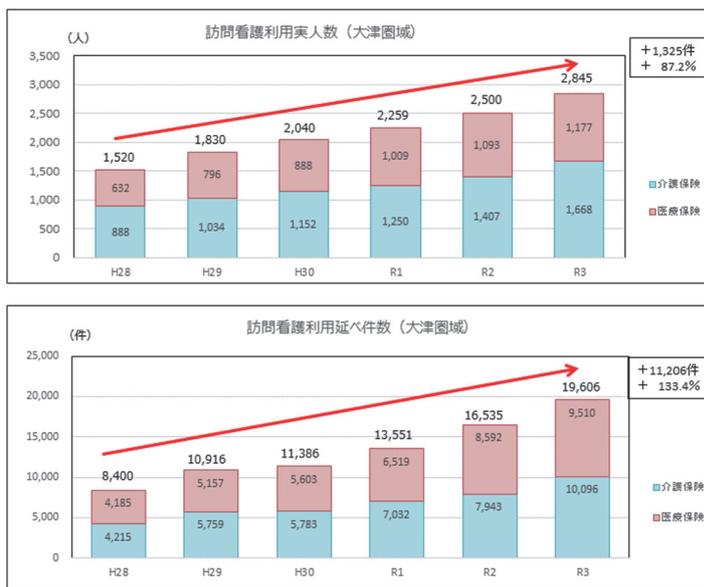
- ・ 拠点訪問看護ステーションが連携強化の主体となった取組で看一看護連携が深まった。
- ・ 拠点訪問看護ステーションと病院が一体的に拠点としての役割を担うことで、地域の幅広い連携のバックアップが可能になった。
- ・ 医療・介護関係者に対し、訪問看護への理解が深まった。

ウ 地域の医師会や病院の理解促進

- ・ 地域の医師会や病院を含めて訪問診療・訪問看護体制強化検討会を開催したことで、地域課題の共有と訪問診療・訪問看護体制強化事業に対する理解と協力を得ることができた。
- ・ 在宅療養支援病院又は在宅療養後方支援病院と同病院併設の訪問看護ステーションに委託したことで病院看護部より、「病棟看護師の在宅医療に対する理解と質の向上に繋がっている。」「地域や行政の情報がリアルタイムでわかり、在宅医療を支えるための自院の役割を考える機会となっている。」との声をいただいている。

19

エ 市内訪問看護ステーションの訪問件数の増加（毎年9月実績）

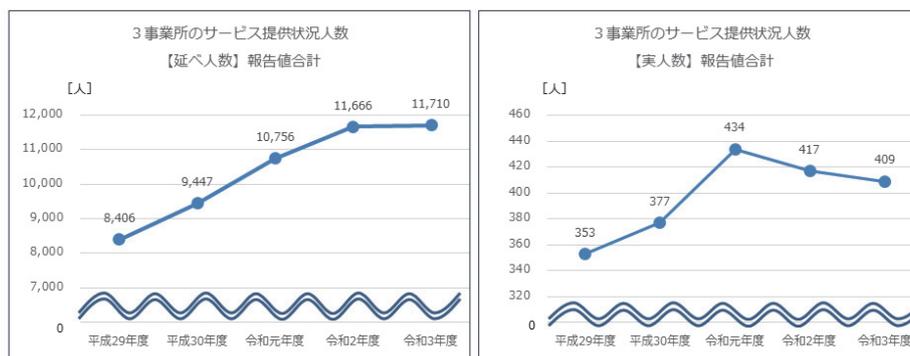


出典：滋賀県看護協会 訪問看護ステーション活動状況調査 20

- ・訪問看護ステーションの訪問件数はスライドのとおり。
- ・事業を開始した平成28年から比較し、訪問看護利用実人数・延べ件数、ともに増加している。

オ 機能強化型訪問看護ステーション（3事業所）の収支状況等

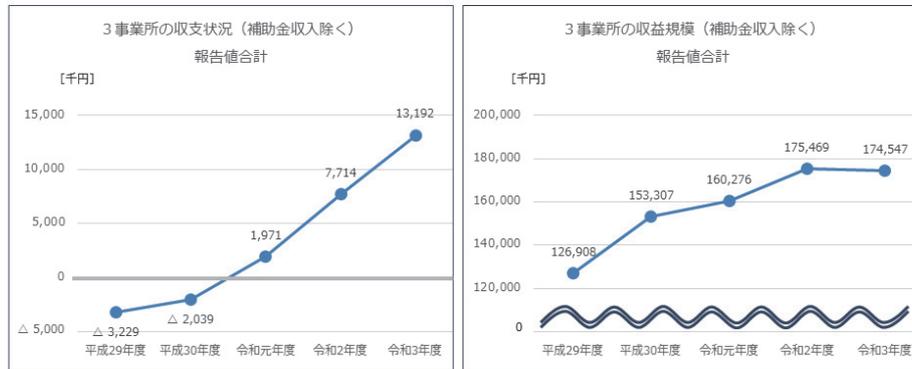
【サービス提供状況】



21

- ・平成28年度から開始した「訪問看護ステーション体制強化補助事業」を活用した3事業所のサービス提供状況の経年比較。
- ・延べ人数は、補助事業開始時から約40%増加している。また、実人数は、補助開始時から令和元年度には約23%まで増加したが、令和3年度時点では約16%の増加となっている。

【収支状況等（補助金収入除く）】



22

- ・ 3事業所の収支状況、収益規模をまとめた。
- ・ 補助事業開始時はマイナスだったが、年々安定し、令和3年度時点では大きく改善した。収益は、補助事業開始時から約38%増加、3事業所とも収益は増加している。

V 取組の成果と今後の課題
(2) 今後の課題



ア 機能強化型訪問看護ステーション（大型化）の推進

- ・ 機能強化型訪問看護ステーション（大型化）への新たな支援策の検討
- ・ 機能強化型訪問看護ステーションの安定的運営

イ 地域の訪問看護ステーションとの事業所間連携の推進

- ・ 小規模事業所に対するサポート
- ・ 地域内訪問看護ステーションの均質化

ウ 訪問診療と訪問看護の連携強化

23

(2) 質 疑

- 逢坂先生** ありがとうございます。私から確認事項なのですが、まずは平成 28 年度に在宅療養後方支援病院を持っている医療法人とか、在宅療養支援病院を持っている医療法人併設の訪問看護ステーションに補助を出したと。機能強化型を目指すというときに、このときの機能強化型は常勤で何人いるということが目標だったのですか。
- 中村先生** このときは機能強化型 1 の一番いいもので看護職員が 7 人必要、重症度の高い利用者数の受入れが月 10 人以上、ターミナルが 20 件以上とかが機能強化型 1 の条件です。
機能強化型 2 というのがその下であって、看護職員が 5 人以上、重症度の高い人は月 7 人以上、ターミナルは 15 件とか、そんな状況でした。
今は機能強化型 3 というものがあるのですけれども、そのとき機能強化型 3 というのはなかったと思います。
- 逢坂先生** 1 と 2 で 7 人、5 人が常勤で補助金がすごく利いているのですけれども、その補助金というのは、もともとその訪問看護ステーションにいた常勤数にプラスして 7 人になるようにという補助金ですか。それとも、全ての訪問看護ステーションの常勤のお給料なのですか。
- 中村先生** いえ、1 人増やせるかなというぐらいの額なので、例えば 2 人増やさなければいけない、3 人増やさなければいけないというところは、そもそも手を挙げてきていません。1 人増やせるかなという年額 400 万円ぐらいを最初の年に出すという条件なので、それでチャレンジできそうであれば手を挙げてという形なので、多分 4 人ぐらい常勤がいて、もう一人増やせば何とかなるとかいう辺りのところに手挙げをしてもらったことになっていると思います。
- 逢坂先生** なるほど。そうすると、要するに 3 つがいつも出てくるのですけれども、この条件、後方支援病院とか在支病に併設のところはもうこの時点で 3 つしかなかったということですか。
- 中村先生** そのほかにも実は市民病院もあったのですけれども、そこはあまり乗り気じゃなかったというか、いろいろお誘いはしたのですけれども、そこは乗ってこなかったのです。
- 逢坂先生** でも、年間 400 万円もらったら、1 人雇えば何とかなるといえるところであれば、いい話だと思えるのですけれども。
- 中村先生** そうですね。いい話だと思います。ただ、そのときにその市民病院は病院の方針がまだ定まっていなくて、もう我々は急性期でやるのだとい

う姿勢を割と前面に出しておられて、訪看について今後どうするかとか、そういう先の見通しが持てないような状況だったのかなと思います。いろいろかなりお話しして、市民病院ということもあって何とか乗ってほしいなと思って随分と説得したのですけれども、そのときはとにかく頑としてうちはやらないと。

- 逢坂先生** 要するに、4 つにしたかったけれども、1 つが乗ってこなかったということですね。
- 中村先生** そうですね。でも、そのときに 4 つのお金が準備できたかというところでもなかったかもしれません。取りあえず市民病院には入ってほしかったけれども、そこは乗ってこず、最終的に 3 つになったというところなのです。
- 逢坂先生** 行政がお金を出すとすると、小規模な訪問看護がこれほどたくさんある中で、3 つだけに出すときに不平が出なかったのかなとか。だから、よほどライバルがいなかったのだらうなと思っています。
- 中村先生** もともと、例えば平成 28 年のときは訪看ステーションは 24 とかですけれども、そのうちの半分ぐらいが先ほど最初にスライドを出したのですけれども 3 人未満のところ、1 人増やしたところで機能強化型はもう取れない、そこまでの基礎がないような小さい訪問看護ステーションが多かったということなのかもしれません。
- 逢坂先生** 取りあえず、1 人分の補助金で、機能強化型の 1 か 2 になれるところがほかになかったので、結局のところ、400 万円掛ける 3 事業所で 1200 万円ぐらいの年間の補助金という感じですか。
- 中村先生** そうですね。一遍に 3 つとも全部手挙げしたわけでもない、最初の 1 年目に 1 つ手挙げして、その次の年に 1 つ、その次の年に 1 つみたいな感じで、順次手挙げをしていって、順次機能強化型を取っていったという形で、補助金の額も最初の初年度は 420 万円ですけれども、その後は 330 万円とか 250 万円とかどんどん減っていくので、一遍に 1200 万円ばんと準備しなければいけないというわけでもなかった。
- 逢坂先生** 分かりました。県型保健所ではとても考えられない作戦だなと思いました。
チャットで質問が来ているので、兵庫県の豊岡保健所の守本先生、質問を行ってください。
- 守本先生** 実は調べてみたら、兵庫県のほうでも一応補助メニューみたいなものがあって、チャットにも載せたのですけれども、補助率が 2 分の 1 で、いろいろ入れるときに使えました。管内の機能強化型になりそうなおとところとかに、こういうものもありま

すよとお勧めしたりはしたのですけれども、あまり乗り気ではない返答が返ってきたりしたので、限度額とかを決められていたのかなという話を聞きたかったのですが、今、逢坂先生に大体聞いていただきましたので、大丈夫です。

あと、個別にもお声かけとかはされたのですか。訪問看護ステーションに、個別によろしくお願いますみたいなこともされたのですか。

○**中村先生** そうですね。一斉に応募というよりは、個別に大体めどをつけて補助金を予算計上したみたいな形で、随分お願いベースで、してもらえないですかという話合いです。

○**逢坂先生** 医療法人の中で附属でやっていて、いずれはもう機能強化型になろうというところが手を挙げてくれたということですね。

○**中村先生** そうだと思います。ここで一押しというところだったのだと思います。

○**逢坂先生** 最後の一押し分だけ出していただく。

○**中村先生** そうですね。

○**逢坂先生** 分かりました。あと、白井所長から同じ中核市としての意見が出ていますけれども、いかがですか。

○**白井先生** おはようございます。どうもありがとうございました。スライドをいただきながら、これはよく聞きたいなと思ったので、たくさんお聞きしたいことはあるのですが、そのうちの訪問看護体制強化の明日都と言うのですか。あそこに保健所と三師会が拠点ですと書いてあったのですが、丸めて書くと、三師会と保健所というか行政と、同じような割合として、やはり行政がやらないといけないのかとか、ある程度三師会、それぞれ医師会、歯科医師会、薬剤師会がバランスを持ってちゃんと事務をやってくれるとか、相談に関わってくれるとか、その辺はどうなのかなと思ってお聞きしたいと思いました。

○**中村先生** この場なのでぶちまけます。歯科医師会さんと薬剤師会さんは今のところ事務局とかそんなところまでは望んでいなくて、お願いもしていないし、事務局になってもらうとかいう動きは全くないです。

本当のことを言うと医師会さんに、在宅医療の連携拠点を持ってほしかった。ずっと昔から持ってほしいというのが市の中ではあったのです。いろいろなやり取りをする中で、何とか平成29年か30年ぐらいから、委託をして、医師会さんの事務局さん、同じ浜大津明日都というビルの中にある医師会さんの事務局に在宅医療の連携拠点を委託事業としてお任せしました。300万か400万ぐらいの事業費を出して、してもらうようにしました。

ところが、残念なことにあまり何もしてもらい

とができなかった。アンケートの取りまとめぐらいの感じです。会議をするのを全て保健所がお膳立てをして、準備をして、やる。その挙げ句にいろいろ文句を言われる。けれども、在宅医療の連携拠点を持ってもらうことは1つ大切なことだと思ったので、2年か3年頑張って持ってもらいました。

ところが、もっとさらに残念なことに、令和3年4月5日、新年度が始まって予算はもうしっかりと固まった中で、我々はもう在宅医療連携拠点の委託は受けませんと、年度が始まってから契約違反をしてまいりました。残念なことに。散々話し合いはしましたが、やはりもう持ってもらえないということだったので、全ての事業費を水に流すという事件が去年あって、在宅医療の連携拠点は一応このような形で三師会と保健所が明日都というビルの中で持つよという絵はあったのですけれども、今現在は事務局などは保健所が全て持っているような状況になっています。

○**白井先生** ありがとうございます。実はそれは想定内で、いろいろなことをやろうとしても、お金はもらっていきますけれども、事務機能がなです。

○**中村先生** ないです。無理です。

○**白井先生** どのように絡ませるかということ、逆に逃げていかないようにということのをこれから考えようかなと。一応懇話会みたいなものがあるのですが、そこで医師会の中の何人かはやろうとしている人もいますが、組織としてやるというのは本当に難しいなと思っていましたけれども、参考にしてというか、どこでもそうかなと思うのですが、すばらしい医師会があると、そこがどういう機能を持っているかということもまた調べたいなと思いました。ありがとうございます。

○**逢坂先生** 中核市同士の話で、すごいことをやっているなと思うのですけれども、中核市レベルの医師会でも事務局機能は難しいのですか。

○**中村先生** 大津市医師会は会員数が250で、事務局にも事務局員が3人とか4人とかいるのですけれども、ちょっとうちは難しかったみたいですね。

○**白井先生** 白井です。うちは事務局員は4~5人います。その人たちにお金を出しているようなコーディネーターさんがいて、その人はすごくいいのですけれども、医師会の立場というよりは、別の包括の立場で対応していただいて、会員数はうちも250~260いると思うのですけれども、事務機能はコピーして、ファクスしてとか、メールを送ってとか、ホームページを作るとかそれぐらいなので、そういう具合なのだなと諦めているというか、思っています。

○**逢坂先生** 普通に県型保健所の管内にある郡市医師会とあまり変わらない感じということですね。

- 白井先生** どこかいいところもあるかもしれませんが、んけれども。
- 中村先生** いいところもあるかもしれません。
- 逢坂先生** 分かりました。でも、いいところの情報はそんなに入ってこないということでしょうね。分かりました。残念の明日都の話と同時並行で3つの拠点の訪問看護ステーションも委託をされたのですか。
- 中村先生** そうですね。この辺りは平成28年から平成30年にかけて、毎年もうどんどん進んでいったような形で、ほぼ同時並行でいろいろなことをお願いしながらというところですね。
- 逢坂先生** 実際のところは、保健所とこの3つの訪問看護ステーションの拠点が機能しているという状況が続いていると。
- 中村先生** そうですね。あとは7つの拠点という、地域包括とか保健センターの窓口は常に市民からの相談を受けているので、そこも活動はしてくれています。
- 逢坂先生** 全体のシステムとして機能しているところ、拠点整備が生きているというところはなかなか難しいと思うのです。それはすごいと思いました。
- 福内先生** うちが特別区なので中核市とはまた違うのですが、まず参考に教えていただきたいのは、保健所の中に地域医療政策課というのをつくられて、構想と在宅医療介護連携をやられていると。そこで地域包括ケア推進室というものが横になっていて、そこと長寿政策課との関係はどういうふうになっているのですか。
- 中村先生** この地域包括ケア推進室及びその下につながる地域包括支援センターは、全て長寿政策課の下にあります。長寿政策課の中にある組織です。
- 福内先生** 地域医療政策課の中の担当者と、長寿政策課にある地域包括ケア推進室の職員が兼ねていらっしゃるかと。
- 中村先生** そうです。地域医療政策課の中の保健師さんが、地域医療のことの担当をしているのですけれども、ふだんは保健所において、保健所の中で仕事をしているけれども、地域包括ケア推進室というところの勤務もしているので、いろいろな会議とかに出たりとかしてくれています。
- 福内先生** ありがとうございます。もう一点、先ほどの医師会の事務機能のところなのですが、これまで私も経験したことがないのですが、今、品川区に来ていまして、品川区には2つの医師会があるのですが、片一方の医師会に実は保健師さんがいるのです。なぜその保健師さんがそこに採用されているかという経緯をこれまで聞いたことがないのですが、ただ、彼女がいることで、今回の新型コロナについては、オンラインの診療の件とか、様々な

往診をする際の医師会との仕組みづくりとかを、医師会の中のドクターでそういうことが得意な方がいて、それを実現する事務機能のところをかなりその保健師さんが意欲的にやってくさっているもので、そういう方が中にいると大分違うのかなと。

もう片一方の医師会は全くそういうことがないので、本当に淡々と事務だけなのですけれども、そういうところが1つあります。御参考までに。以上です。

- 逢坂先生** ありがとうございます。ということは、訪問看護ステーションの3拠点と同じように、職能も結構大事だということなのですね。事務職の方が4、5人いてもそう動けないということですね。

- 長井先生** 鳥取市の保健所の長井といいます。うちは20万を切る中核市なのですけれども、今日はいろいろ教えていただいて、ありがとうございます。

2つあって、1つは地域医療の在宅医療の話をしていると、必ず看護のところは24時間で訪問看護対応というところが、なかなかできなくて困るのだと。できている事業所が少なくニーズに応え切れないという問題が出てくるのですけれども、先生のところでは、こういった事業を通して、そういった需要とかそれに対する取組が少し進んだとか、その辺りがどうなのかなというところを分かれば教えていただきたいというのが1つです。

それから、先ほど来出ている医師会の部分ですけれども、これは質問ではないのですが、当初は東部医師会という医師会が二次医療圏を全部、1市4町を管轄していまして、医師会の事務局の中に市から1人、長寿社会課、先生のところでも福祉のほうからですが、事務局のほうに1人行っています。もうそこに張りつけみたいな格好です。

あと、さっき保健師さんがということは福内所長がおっしゃっていましたが、鳥取市を退職した保健師が今、医師会の在宅医療の事務室のほうに勤務をしていて、確かにおっしゃるように、保健師さんが事務局の中に入って、しかも市から出ますので、非常に行政との連携とかいろいろ意思疎通は図りやすくなっているなというのは、こちらのほうは何か感じながら見ているところです。私がお聞きしたかったのは、24時間のところ辺りがどんなかなというところですね。

- 中村先生** もともと機能強化型の訪看の要件の中に24時間対応加算の届出が必要ということが書いてあるので、恐らく今ある3つの機能強化型のところは届出ができていうか、24時間しているはずなんです。ただ、実績がどれぐらいされているのかというところを持っていないので分からないのですけれども、しているとは思いますが。

医師会の事務局の中にということなのですが、

大津市医師会も数年前までは市の事務職のOBの人が事務局長として代々行っておられたのです。その間は比較的話合いが進みやすかったなということもあったし、年度が始まった瞬間に契約をオフにするみたいなことも絶対になかったのですけれども、今回事務局長が代わってから、普通に医師会の中でずっと事務だけされていた方がそのまま事務局長になられまして、体制も変わって、契約に対する意識の差とか、行政では考えられないようなことになってしまったのかなと思っています。うちはOB保健師は今までかつて1人もいないです。

○長井先生 どうもありがとうございます。

○逢坂先生 横浜市の近藤先生、どうぞ。

○近藤先生 横浜市緑区福祉保健センター勤務の近藤と申します。大変勉強になりました。ありがとうございました。

横浜市は政令市で、市全体をやっているほかに18区に分かれていて、おおむね各18区で事業展開されているところなのですけれども、今回、大津市の拠点訪問看護ステーションが行っている医療介護連携の講座の開催とか、意見交換会とか、診療所へのヒアリングをしてくださるというのは、すばらしいなと思って聞かせていただきました。これらはもともと大津市のほうでこれをやってくれと言って、補助金の内々に入れてお願いしているものなのではないでしょうか。それとも、自発的に何か先方から御意見があって開催されたようなことがあるのでしょうか。御教示いただければと思います。

○中村先生 一応地域での連携の推進とかいうざっくりした言い方で仕様書の中とかには書き込んであるので、そういったところの解釈ということになるのかと思いますけれども、こちらから割とやり取りをしながら事業を進めざるを得ないところもあるので、こちらのほうの保健師から、こんなことはできないかな。そこはできないけれども、これぐらいであればできるよとかいういろいろなちよつとずつの調整の中で、やってみようか、ではやりますみたいな話合いの中で多分進んできていると思います。

委託そのものは、先ほど言ったように地域の中での連携推進とか、お願いする委託の内容としてはざくっとした言い方を。いろいろな解釈があるのかなと思っています。

○逢坂先生 この3事業所が機能強化型になって、いろいろ伸びていったときに、ほかの脆弱な訪問看護ステーションがたくさんあったと思うのですけれども、それはどうなっていたのだろう。

○中村先生 きっと全体の中のこの3事業所の実績みたいな割合が分かる経時変化の図があったら分かるのでしょうか。今、手元にそういうものがなく

て、今までそういうことを見たことがなかったのかもしれない。また参考にさせていただきます。

○逢坂先生 要するに、機能強化型をつくっていくことのインパクトの問題で、それなりにたくさんの訪問看護の事業所があったと思うのですけれども、3つぐらい機能強化型をつくっておけば市としてのインパクトがあるかなと。全体に底上げをしなくてもいいのかなということを知りたいのです。

○中村先生 令和5年度の予算を今、計上しようとしているところなのですが、令和5年度に関しましても、新たに機能強化型を目指す訪問看護ステーションを3事業所程度さらにまたつくろうとして、予算を取ろうとしています。

一応それに先立って、市内の訪看に調査をしたのですけれども、そうすると、今、常勤換算の看護師数が4ぐらいで、あと一步で、かつ機能強化型を取りたいということが3~4か所ぐらいあります。そういうところに少しまた補助金をお出しして、さらに機能強化型を取ってもらおうかなというところで今、進めています。

○逢坂先生 どんどん増やしていこうとされているのですね。

○中村先生 もうあと一段階ぐらい増やしたいなと思っているのです。

○逢坂先生 確かに3つだけではちょっと。

○中村先生 この後、3つだけでは無理かもしれません。

○逢坂先生 さっき確認するのを忘れたのですけれども、結局、最初の3つの事業所が機能強化型になったのは、7人のほうの機能強化型になっていったのですか。

○中村先生 7人のほうの機能強化になれたところが2つと、2のほうの段階がちょっと1つ下の5人満たせばいいものが多分1つだと思います。みんながみんなトップを目指せたわけではなくて、何とか取ったというぐらいです。

○逢坂先生 なるほど。さっきの続きなのですけれども、ほかの訪問看護ステーションには補助金がなくて、どちらかというこの拠点訪問看護からの支援というか技術的な問題とかがあったぐらいだと思うのですが、常勤数が増えていたりとか、技術が上がったとかいうような声とかはあるのですか。

○中村先生 常勤数が増えていったかどうかというところは、全体のほかの小さいところが調査ができていないので何ともいうところなのですが、相談ができるのでというところで、やはり安心感とか、不安感がないとか、そういうことはよく聞きます。ケアの仕方とかで不安があるようなことを相談できたりというところがあって、安心感につながっているという声はお聞きします。

○**岡本先生** 川口市保健所の岡本です。今日はいろいろありがとうございました。同じ中核市で、うちの規模は60万ぐらいなので大きいのですが、先ほどから出ていた医師会の機能なのですが、医師会はやはり弱いです。本当に補助金も取りまとめるぐらいの機能しかありません。でも、一応医師会に川口市の在宅医療サポートセンターを委託してやっているのですが、あまりまだ実績が上がっていないので、そこを強化していくことが1つ課題かなと私は思っています。

その中には今、病院を退職された看護師さんが、今年から2名になったのかな、配置されているのですが、いろいろなところからの相談、医療機関または介護施設の相談はまだまだ件数が伸びていないというのが現状です。

ちょっと教えていただきたいのですが、大津市の組織図の中で見ると、同じ部内に介護保険と長寿、地域包括ケアをやっているところがあるようなので、その辺は連携が非常にスムーズに行えるのかなと。川口市だと、福祉部と部がまたがってしまうので、なかなかこのところの連携が難しいのかなと思っているところです。

それと、今の拠点の3病院の設置主体についても一度確認をさせていただければと思います。病院併設の訪問看護ステーションというお話がどこかであったと思うのですが、バックがどういふところかを教えてください。

それから、訪問看護ステーションの出入りというか、新規に入ってくる場所、また出ていく場所とかがどのような動きをしているかということをお教えください。

それから、直接関係ないのですが、先ほど大津市で1医療圏というお話があったので、医療計画と市との関係、いわゆる県と市の医療計画との役割分担等について教えていただければと思います。以上です。

○**中村先生** どうもありがとうございます。バックがどういふ病院かということですが、300床規模ぐらいの在宅療養後方支援病院を担っているJECH滋賀病院が1つ。もう一つは、199床の民間病院です。ただ、救急告示病院なので、一応救急も取るし、慢性期の病床も持っているような民間病院が1つ。もう一つ、もっと小規模の100床ちょっとぐらいの民間病院で、ほぼ慢性期の患者さんを診ているような病院、その3つです。JECHと、民間の199床の病院と、もっと弱小の慢性期の病院の3つです。

2番目に聞いていただいた事業者の出入りというのは、辞めていくとか新たに参入してくるところがたくさんあるのかということですか。

○**岡本先生** そうです。ずっと固定でやっているのか、

割と辞めていくところもあるし、新しく入ってくる場所もあると思うのですが、その辺りについてどんな具合かということをお教えしてもらいたいです。

○**中村先生** 新規参入とか辞めていくところの集計は、私は見たことがなくて、その状況は分かりません。ただ、平成30年頃にかなり参入をしてきて、そこが全部小規模だったなというぐらいのことぐらいしか言えません。すみません。スライドの7ページの平成30年から令和1年のところにかけて事業所数がすごく増えているのです。5事業所ぐらい増えているのですが、とにかくここがかなり小さいところばかりだったなという事は覚えています。事業者さんの出入りは、そのほかのことはちょっと分かりません。すみません。

あと、医療計画の役割ですが、大津圏域に関しては、県庁が主導で地域医療構想調整会議を開いてくれています。そこに、県庁と同じように事務局として大津市保健所が入る形で進めています。全体の会の仕切りとか、どのような方向に進めていくのかとか、県としての方向性という辺りは県庁のほうで示してこられるところに事務局で入るという形でやっています。以上です。

○**逢坂先生** この大津市の取組で、最初に兵庫県の守本先生から、兵庫県も機能強化型になりませんかというインセンティブの補助金を出して、最大300万円ぐらいで、補助率2分の1なので、年間150万円ぐらいを出すということになっているのですか。今、兵庫県はどうなっているのですか。

○**守本先生** そこに貼り付けているものが要件なのですが、追加のURLがあると思いますが、人員の確保について200万円、機器の整備について100万円を単年度で、合計で補助率2分の1で300万円まで出しますというメニューが調べたらありました。

○**逢坂先生** 県庁が150万円を払ってくれて、自分のところでも150万円用意してくださいよという意味ですか。

○**守本先生** そうです。それで単年度で、大津市みたいに5年間とかではなくて、その年度だけという感じみたいです。

○**逢坂先生** それから、兵庫県がやっているものでなかなか機能強化型が増えてこないのと違って、ちゃんと大津市でできているというのは、まずは2分の1とか言わずにもう100%を補助して、人員にちょうどいいぐらいの補助金であって、なおかつ可能性があるところに説得して伸びていってもらうようにしたところが特徴なのですか。あまりこの補助金を使いながら機能強化型を増やしていくという経験がないので、大津市のどこが一番すごいのか

だろうということを聞きたいのです。

○**中村先生** 先ほど言っていたいただいた単年度では確かにないです。5年間です。ただ、どんどん額が減っていくので、ずっともらい続けられるわけでは決してないのです。

○**逢坂先生** けれども、きっと何とかかなりそうなところを狙って5年分のお金を用意するというスケジュール感が分かりやすいのですかね。

○**中村先生** そうだとありがたいですね。来年以降、取り組むときも、できれば4人ぐらい既に常勤職員がいるところに何とか声をかけて手を挙げてもえればと思っています。

○**逢坂先生** 保健所として結構説得にも動いておられるし、補助金の額もそれなりだしというところが、やっぱこのぐらいはないと伸びてこないということを考えておけばいいということですね。それができるのが、県型保健所では県の施策でしかないけれども、中核市では保健所とか市の判断でできるので、こういうことが実現できると考えていいですか。

○**中村先生** そういうことでしょうか。よく分からないですけれども。

○**逢坂先生** 中本先生がさっきから何回かチャットに流してくれているので、いいですか。

○**中本先生** 今の議論は、やはり保険者さんというのが強いのではないかなと思うのです。在宅医療を担う介護保険の保険者というところで事業費の展開ができて3年計画なり6年計画なりでやっていけるのではないかなと思いました。大津市さんがそのような思いでつくられているかどうかは分かりませんが、県は立ち上げの本当にワンポイント、1年限りというきっかけ、モチベーションの支援が全国的にも多いのかなと思いました。

それと、医師会との関係で、なかなか動きづらい医師会があるのですけれども、島根県の場合は医師会病院を持っているある県域は、病院と医師会の事務局が一体化している中で、いろいろな各種介護保険とか県の連携事業を受けてくれているという、ある意味混在しているところがあるのかなというか、当病院の事務員のように医師会の事務員であるというところがあります。小さな県域なのですけれども、医師会の動きが比較的スムーズな印象があります。

もう一つ、先のほうで質問していたのですけれども、恐らく大津市内も比較的人口が薄い中山間地域と言っているのかどうか分かりませんが、割と訪問看護の訪問が大変な地域もあるかと思うのです。逢坂先生の質問と同じで、小規模な訪問看護ステーションと差別化しているというか、機能強化型はまさにいいところを伸ばしていくという発想ですけれども、弱いところの支援がどうなっているのかなと

気になっていて、看護師1人当たりの訪問患者がそれほど伸びていないのかなという印象があるので、それは私ども島根県の田舎の大きな限界と共通しているのでは、そこをお聞きしたいなと思いました。いかがでしょうか。

○**中村先生** 財源のことは、今、私がお話した訪問のいろいろな強化型の補助金とか、その辺りは全て介護事業の特別会計から出ている。介護保険法における地域支援事業の在宅医療介護連携推進事業というところから出ている、一般財源ではなくて介護保険の財源から出てきたものを大津市保健所が企画して運用しているというような格好になっています。一般ではないです。

これが恐らく同じ部の中に保健所と介護部門が一緒にあるので、そういう財源の流用と運用が、課がまたがっていたとしてもあまり問題が起らないというか、スムーズに連携できる。健康保険部長の指示の下に全部運用ができるということに恐らくなっているのではないかと思います。

○**逢坂先生** この地域支援事業のお金は、拠点事業のほうに使われているのか、機能強化型にするための補助にも使われているのかと聞いたら、どうなのですか。

○**中村先生** 機能強化型のほうは、もう間違いなく介護保険事業としてやっていて、財源も介護保険で、機能強化型のほうが、今、手元にある資料にはっきりは書いていないのですけれども、恐らく介護特別会計のほうから出ています。財源が違うというのは、先生に今、指摘いただいたとおりです。私は話せていなかったです。

山間部はどうするかということで、大津市内でも言っていたように看護がすごく薄い地域を既に特定して、こことここというふうな感じであります。今、具体的なものは何もないですけれども、お金もついていないのですけれども、サテライトの訪問というか、何か大型のところからサテライトを出してもらえないかとか、そういう考えはあるのですけれども、はっきり具体的な計画があるわけではないです。以上です。

○**逢坂先生** ありがとうございます。5年で補助金は終わりますよということなのですけれども、その後も続けてくれという要望とかはなかったですかという質問が来ているのです。

○**中村先生** そこは最初から5年と決めているので5年。ただ、来年の新たなものを募るときに、ステップアップを希望する事業所も受け付けるとしているのですが、もしかしたら今、機能強化型2を取っているところが、ステップアップをしたくて名乗りを上げてくるかもしれません。いろいろな要項とかはまだ定まっていないので、そこができるかどうかは

分からないです。

- 逢坂先生** 大津市の戦略としては、零細な訪問看護ステーションの全体を底上げするというよりは、ピンポイントで機能強化型をつくっていくほうが成果が上がりやすいという戦略ですね。
- 中村先生** そうですね。まず数をこなさなければいけないということもありますし、いろいろな指導をしてもらうことで全体のケアの質が上がるのかなと思っています。
- 白井先生** 最後のスライドで、先ほど底上げがと言ったところは、もう中村先生が言っていたところの課題だと思っていちゃると思しますので、それもなるほどなと思いました。
- 逢坂先生** 小規模事業所と大規模事業所が競合するのではなくて、得意分野で役割分担ができればいいですねということですね。
- 白井先生** コロナでかなりうちは医師会を介さないでコロナ特有の在宅看護をしていただいたのですけれども、そのときにいろいろな事業所さんが得意分野というか、この人たちはこういうことが得意だし、そうではないところもあるというのが分かってきたので、そういうところを生かしたらいいかなと思ったので、そういうコメントをしました。以上です。
- 逢坂先生** 訪問看護によって本当に得意技が違うというのはあって、それぞれにプレゼンしてもらったら全然違うということもあるのですけれども、小規模訪問看護の得意技とかを開業医の在宅医療の先生に分かってもらうような取組も、この拠点の訪問看護はしているのですか。
- 中村先生** それぞれの小規模の訪看に聞き取りなどもしていつているので、ここの地域であればここがいいとか、こういうケアであればここがいいとかいう情報は拠点の訪看が持ってくれていますし、地域包括ともまたいろいろな連携会議があるので、そういった情報も地域包括のほうにも流れていつているのかなと思っています。
- 逢坂先生** そうすると、新たに病院から退院してくる患者さんはこのような困難ケースだけれども、どこが得意としているかと聞けば分かると。
- 中村先生** 分かるとします。多分、地域包括はじめ、その辺りで分かるとします。
- 逢坂先生** そういふふうになってくれると、拠点の意味があります。肝心なことだと思うのですけれども、全国の中核市のありようを見ていると、中核市の中に保健所はもちろんあるのだけれども、在宅医療とか訪問看護とか医療介護連携は介護保険課が見ているので、保健所は全然タッチしませんよというところが結構あると思うのです。それにもかかわらず、大津市保健所が結構前に出て、在宅医療と医

療介護連携と訪問看護とかを触りに行こうとしているのは、どういう意思決定があったからなのか。

- 中村先生** そちら辺が私にもよく分からないのですけれども、今までの傾向でいうと、割と健康保険部などは保険の賦課徴収とか、本当に保険業務としてのところはされていますが、医療とかいう名前がつくと、割と保健所でしてほしいという傾向が強かったなと思っています。現に、保険年金課がやっている保険者機能としての特定健診とか特定保健指導とか糖尿病の重症化予防とかいうところも、保険者機能としてやるところも実は保健所の健康推進課に来て、そちらで担っているの、割ともう本当に医療とか保健とかになってくると、部のほうから保健所のほうでやってくれという形で話が来ているのが今まででした。
- 逢坂先生** 特別、歴史的経過で保健所のほうがやりたいと言って手を挙げたから来ているのではなくて、そういう文化で大津市は回っていると。
- 中村先生** 今まで、比較的そのような形が多かったです。
- 逢坂先生** 職員もそれが当然と考えて業務をしているわけですね。
- 中村先生** 毎回いろいろ押し合いへし合いしながら、結局は引き受ける羽目になるのかなというところが、こちら辺の流れです。
- 逢坂先生** 分かりました。ほかに何か質問とか御意見はありますか。岡本所長、どうぞ。
- 岡本先生** 今、チャットを入れさせていただいて、さっき私も確認させていただいたように、川口市でいけば部がまたがってしまうので、介護保険課を福祉部にあるので、部を超える調整はなかなか難しいかなと思われま。それから、質問したのは、介護保険課とか長寿政策課とかに保健師の配置はなされていますか。その辺を教えてください。
- 中村先生** 長寿政策課には4人、保健師が配置されています。そのほかの介護保険とか保険年金課には保健師はいなくて、長寿政策課に保健師の配置があります。
- 岡本先生** ありがとうございます。そうすると、保険者事業について保健師がいなければ、ある意味保健所をお願いせざるを得ないような状況になっているということになるのですか。
- 中村先生** そうですね。数年前に保険年金課に保健師が1人配置されていて、そこでもともと特定健診の後のいろいろな生活習慣病とかもやっていた時期もあるのですけれども、いろいろな経緯があって、その保健師さんごと健康推進課に引き上げてきて、事業と保健師を全部保健所に引き上げてくるよう

な格好になって全部今やっています。

- 逢坂先生** 市の組織体制も保健所を中心に在宅医療とか介護のことも含め、地域支援事業もかなり保健所がやっているということですね。
- 中村先生** そうですね。地域支援事業はもともとアからキとか項目がいっぱいあったと思います。
- 逢坂先生** 医療介護連携の事業はアからキなのですけれども。
- 中村先生** それとは違うのですか。
- 逢坂先生** ほかに例えば総合事業をどのように展開するのかとか。
- 中村先生** その辺は全然聞いたことがないので、多分うちではなくて介護か長寿でやっているのではないかな。
- 逢坂先生** 住民主体の体操教室とか。
- 中村先生** やっていません。
- 逢坂先生** 生活支援サービスで。
- 中村先生** やっていません。
- 逢坂先生** そこは分担していて、医療に関することは保健所ということですかね。
- 中村先生** そうですね。
- 逢坂先生** ありがとうございます。大津市は、まず在宅医療に関係することは保健所がやるものということになっていて、その中で予算も取ってこられて、まずは零細な訪問看護ステーションの一部でもいいから補助金を使って機能強化型をつくっていきこうということに成功していると。それがまた拠点も同時に兼ねてくれているので、うまくいっているのを今後も継続していきこうということですね。
もう一つ、説明があったと思うのですけれども、この拠点の訪問看護がある在支病とかの在宅医療への動きとかは、訪問支援の患者数が増えてきたとか、どうですか。
- 中村先生** 訪問患者数が増えたかどうかというのは、ちょっと私も分かりません。ちゃんとそのようなことの調査はできていないので分かりないのですけれども、訪問診療のバックアップ病院になってくれました。診療所さんたちが24時間の診療を継続するに当たって、自分がいないときに患者が悪くなったらどうしようとか、そういう心配をされるのですけれども、12ページの表の一番下のところに令和3年に訪問診療バックアップ体制事業開始と書いてあると思うのですけれども、この3つの病院がバックアップをする病院になってくれました。
- 逢坂先生** ベッドを空けておいて、緊急時に救急搬送したら取ってくれるというシステムですね。
- 中村先生** 3つともやり方が違って、バックベッドを持って、空けていて、受け入れてくれるところが1つと、地域の診療所さんのコーディネートの

この先生がいけないから今日はこの先生お願いみたいなコーディネートをしませうと言っているところが1つと、もう一つは、自分のところの救急用の当直医以外に、診療所が持っている在宅の患者が悪くなったときに行ってあげますよという在宅専門の医師を雇ってくれている病院が1つ、この3つです。

- 逢坂先生** 分かりました。それぞれに考えてやっておられて。
- 中村先生** 後方病院がそのうちの1つなので、3つぐらいはそういうバックアップをしてくれているということになります。診療のバックアップを。
- 逢坂先生** 大事なことを聞くのを忘れていましたけれども、もともとは訪問診療の患者がどんどん増えてくるだろうから、そのための要素として訪問看護ステーションを機能強化しなければという話になったと伺いましたけれども、訪問診療の患者数そのものはこの間、どのように変化しているのですか。
- 中村先生** 訪問診療の数は微増ぐらいで、訪問診療に関しては訪問看護ほど進んでいない状況です。いろいろな調査とかをするのですけれども、在宅医療に取り組んでいるという診療所はむしろ平成24年よりも減っているような状況なので、診療に関しては、なかなか進まない。厳しい状況です。
- 逢坂先生** それは訪問診療患者数が伸びないということですね。
- 中村先生** そうですね。微増はしているけれども、そんなにしっかりと今後に対応できるような伸び方では全然ないです。
- 逢坂先生** せっかくなので、先進地の大津市としては、その辺をどうしていこうと考えておられますか。
- 中村先生** もともとは多職種連携の中で、言ってみると顔の見える関係をどんどん進める中で、診療所同士が連携を始めれば実際の実働においても連携を進めてくれるようにしたいというのが平成25~26年頃の考え方だったのですけれども、そこを幾らやっても増えないなというところですね。どうしましょうか。
- 逢坂先生** 例えば在支診の数が最近減少していくという話を、この前の全国保健所長会の時に発表させてもらったのですけれども、例えば在支診の医者の数が少なくても、訪問看護の機能が上がって成熟してくれば、1か月に訪問する回数が減ることで、訪問回数は減るけれども、訪問診療患者数を増やすことは可能なのではないかなとは思っているのですけれども、訪問診療患者数があまり増えていないということは、そういうふうにもなっていないということですね。
- 中村先生** もともと診療所のほうからは、訪問看護

がないと在宅医療はできないということを伺っていた。看護をどんどん増やしてきたのですけれども、なかなか診療が増えるところには至ってなくて、歯がゆいところです。

- 逢坂先生** 訪問診療回数は減っているけれども、訪問診療患者数は増えていきますよということで、それは訪問看護の機能強化が役立っていますとなるとすごく格好いいと思うのです。月に2回訪問していたのが、月1訪問で済んで2倍見えていますよとかいう話になるのが理想なのだろうと思います。
- 中村先生** あまりそういう思いでちゃんとデータを見て分析したことが私もなかったのです、すみません、よく分からないのですが、伸びていないのは確かです。
- 逢坂先生** 今後も全国の動きを見ていると在支診がどんどん増えてくるわけではないようなので、効率的に在宅医療を使ってあげるような取組も考えたらどうですか。今、島根県の中本所長から、医師会に入らない訪問診療専門医とか、訪問診療をメインでやっているクリニックとかはないのですかと。それもカウントされていますか。
- 中村先生** それも全部カウントしています。1年か2年前に新たに新規に開業した診療所が1つあって、そこがとにかく訪問診療をいっぱいしています。ほかとは桁違いにされています。ただ、全体を押し上げるようなことにはまだそこまではないですね。
- 逢坂先生** そのクリニックは医師会には入っているのですか。
- 中村先生** 医師会には入っています。
- 逢坂先生** 今まで頑張ってきた在支診の高齢化とかの影響があるのかもしれないですね。
- 中村先生** そうですね。いろいろな研修とか多職種連携とかを頑張ってやったとしても、直接的に診療を増やすところには行けていないというのが残念なところですね。
- 逢坂先生** 今後、新しいいい話があったらまた教えていただくということで。中村所長、ありがとうございました。やはりしっかりやられているなという印象です。
- 中村先生** 元はといえば、入退院支援ルールで、先生が平成26年来てくださったところからです。
- 逢坂先生** あれも結構効果がありましたね。
- 中村先生** もちろんです。入退院支援ルールは今年の調べで送り率が96%とかそんな感じなので、何とか保って頑張ってやっています。
- 逢坂先生** 引継ぎがあるケースの率が96%ですか。
- 中村先生** そうです。ちょっと待ってください。96だったか、93だったか。
- 逢坂先生** 今、退院調整ルールの話がされているので、病院からケアマネジャーに要介護の引継ぎが

何%あるかというのは、九十何%ですか。

- 中村先生** 入院時のケアマネから病院が96%で、退院時の病院からケアマネが96%とか。令和3年でした。すみません。
- 逢坂先生** 96%、引継ぎがあるのですか。
- 中村先生** 1年間丸々調べるのではなくて、1か月に限って何件関わったか。そのうちどれだけ引継ぎがあったかとか、そういう調査方法なのですけれども、こんな感じで、先生のおかげです。どうもありがとうございます。
- 逢坂先生** おかげというか、もともとは40%ぐらい、病院からケアマネに引継ぎがないケースが黙って帰ってきたのですね。1年後ぐらいに、それが20%ぐらいに減って、そこで僕はもう分からなくなったのですけれども、今では4%ぐらいしか黙って帰る人がいなかったということですか。
- 中村先生** いなくなったということなのです。
- 逢坂先生** それはすごいですね。
- 中村先生** 先生のおかげです。どうもありがとうございます。
- 逢坂先生** それは大津市さんが頑張っているからだと思います。ありがとうございます。班会議は続きますので、中村先生は退席していただいて結構です。
- 中村先生** どうもありがとうございました。またこれからどうぞよろしくお願いいたします。

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
－第 8 次医療計画（在宅医療）の策定に向けて－」報告書

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
「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

第8次医療計画（在宅医療）の策定に向けて