

令和5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

令和6（2024）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

目 次

I 研究の概要	1
1 調査研究のねらい	2
2 研修会の内容	2
3 研究の体制・経過	4
(1) 研究の体制	4
(2) 調査研究の経過	5
4 結果	7
(1) 基本編について	7
(2) 応用編について	8
(3) 研修会 事前・事後・終了時アンケート結果	9
(4) 応用編に参加した保健所の成果物、研修後の経過、研究班としての考察	13
①大都市部(i) 県型保健所	13
②大都市部(ii) 市型保健所	15
③大都市部(iii) 市型保健所	18
④大都市部(iv) 市型保健所	21
⑤中山間地 県型保健所	23
⑥離島(i) 県型保健所	25
⑦離島(ii) 県型保健所	26

⑧地方都市部	県型保健所	28
⑨地方都市部と郡部の混在地域	県型保健所	30
5 考察		34
(1)今年度の研修について		34
(2)基本編について		34
(3)応用編について		35
(4)医療計画案を管内で実現するための活動について		35
(5)保健所長の理解の重要性について		37
(6)研修後の参加者フォローアップの課題		38
(7)まとめ		39
II 研修会の内容、その他の資料		41
1, 基本編セミナー①～⑨ の内容		42
2, 基本編 各セミナーへの参加者の感想、質問および回答		75
3, 事前・事後・最終アンケート用紙		80
4, 応用編参加者の事前準備内容(管内の在宅医療データ分析例)		92

I 研究の概要

1 調査研究のねらい

圏域の医療体制づくりの視点から、保健所が一定の役割を担う事が期待されている地域医療構想の重要な分野に、「在宅医療の充実」が掲げられている。しかし、令和元年度、当研究班の全国保健所を対象に行った調査では、管内の在宅医療の強化に具体的な関わりをしている保健所は25%程度と多くはないことが明らかになった。

そこで令和2年度から地方都市部及び都市部において、在宅医療体制整備に成果をあげている保健所調査を通じてその現状分析や圏域合意形成の手法を研究し、令和4年度は、それらの成果を「管内の在宅医療について、データ分析した上で、対応法を練り、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。

令和5年度は、多くの保健所がこのハンドブックを活用して在宅医療体制整備に取り組めるように研修会を開催するとともに、研修受講保健所の一部を対象に、在宅医療体制整備への支援を継続することで、効果的な在宅医療体制づくりに関わることができる保健所を増やすことを目指した。

2 研修会の内容

(1) 対象者について

研修の対象とする保健所の種別、職種は問わず、希望があれば、保健所以外の自治体担当者も対象とした。

(2) 研修会の1日目

講義(知識の醸成と在宅医療へのかかわり方、様々な課題への対応策の提示、管内での合意形成の手順等)を主体にグループワークも行った。

(3) 研修会の2日目

管内の医療計画(在宅医療)案を、また、医療計画策定予定でない保健所は「管内の在宅医療を向上させるための素案」を策定した。

(4) 基本編、応用編について

1 日目のみの基本編、1 日目・2 日目に連日参加する応用編のいずれかを参加者が選択した。

（５）研修後のフォローアップについて

基本編の参加者には、メールで随時、情報（応用編参加者の進捗状況や在宅医療に関する情報等）を送付し、動機づけを行った。また、応用編の参加者には、参加者、班員により構成されるメーリングリストを作成し、年度内は参加者への支援を継続した。また、管内において課題を抱える参加者が班会議で報告し、班員から助言を得る機会を提供した。

（６）研修の評価について

全参加者に対し、研修前後・年末にアンケートを実施した。

応用編参加者には、9 月、年末に管内における在宅医療体制整備の状況の報告を求めた。

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 中央西福祉保健所
協力事業者	毛利 好孝	兵庫県 姫路市保健所
協力事業者	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 浜田保健所
協力事業者	長井 大	鳥取県 鳥取市保健所
協力事業者	昼間 詩織	群馬県 渋川保健所
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 医療政策課
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5年4月15日（土） 10：00～12：00	議題 令和5年度研修会について （1）参加申し込み状況の確認（基礎編、応用編） （2）1、2日目の担当者の決定 （3）1日目のグループワーク：付箋をどのようにカテゴリー化するか、研修後のまとめ方について （4）次回班会議（5月20日、土曜日10～12時）までに行うこと
第2回班会議（Zoom） 日時：令和5年5月20日（土） 10：00～12：00	議題 令和5年度研修会について （1）基本編・応用編の流れ・役割分担の確認 （2）第3回班会議までに行うことの整理 （3）応用編参加者の事前準備についての議論 （4）全体討議
研修会（対面） 日時：令和5年5月27日（土） 13:00～18:40 場所：A P 東京丸の内	令和5年度研修会 1日目 （1）セミナー①～③ （2）グループワーク①：アイスブレイキング （3）セミナー④～⑥ （4）グループワーク②：セミナー④～⑥についての質問 （5）セミナー⑦～⑨ （6）グループワーク③：セミナー⑦～⑨についての感想等、1日目を通して感じたこと （7）全グループで話し合ったことの共有
研修会（対面） 日時：令和5年5月28日（日） 9:00～17:30 場所：A P 東京丸の内	令和5年度研修会 2日目 （1）応用編参加の保健所・自治体別に課題の検討 （2）各保健所・自治体の発表 （3）対応案の検討 （4）各保健所・自治体の発表 （5）「医療計画案を管内で合意形成する手順、計画（対策）を実現する手順」の検討 （6）各保健所・自治体の発表 （7）各保健所・自治体から在宅医療に関する医療計画案、あるいは「管内の在宅医療を向上させるための素案を発表、質疑、講評
第3回班会議（Zoom） 日時：令和5年7月1日（土） 10：00～12：00	議題 令和5年度研修会について （1）事前・事後アンケートの結果について （2）個人の感想（全班員）：在宅医療の研修会 反省点・気づきについて （3）応用編参加者への支援について

経過	調査研究／検討内容等
第4回班会議（Zoom） 日時：令和5年8月5日（土） 10：00～12：00	議題 (1) 行政として可能な在宅医療体制を変化させるための手法について議論 (2) 特に議論が必要な項目の検討 (3) 応用編参加者への支援
第5回班会議（Zoom） 日時：令和5年9月10日（日） 10：00～12：00	議題 (1) 来年度の新班員向け「応用編支援者向けポイント集」へ向けた議論 (2) 現状認識の確認 (3) 行政として可能な在宅医療体制を変化させるための手法について
第6回班会議（対面） 日時：令和5年11月1日（水） 10：00～12：00 場所：文部科学省研究交流センター（つくば市）	議題 (1) 応用編 担当者からの報告医療計画を実現するための手順について (2) 今年度の報告書、来年度の新班員用マニュアル、ハンドブック改訂に向けて (3) 今年度のスケジュールについて (4) 各班員の管内（特に在宅医療に関わる）現状、第8次医療計画の概要、課題
第7回班会議（Zoom） 日時：令和5年12月17日（日） 10：00～12：00	議題 (1) 応用編参加者の研修後の活動についての評価 (2) 応用編参加者のフォローアップの課題 (3) 応用編参加者のフォローアップ継続について (4) 来年度の研修へ向けた検討
第8回班会議（Zoom） 日時：令和6年1月21日（土） 10：00～12：00	議題 (1) 特別講演 山形県 庄内保健所 蘆野 吉和 所長 「保健所としてできる在宅医療体制整備、緩和ケアの普及啓発、自宅看取りの推進の方策について」 (2) 今年度の報告書案について
第9回班会議（Zoom） 日時：令和6年2月4日（土） 10：00～12：00	議題 (1) 今年度の研究の評価について (2) 来年度の研究班の目標について (3) 目標達成のためにはどんな研究手段を用いるのか

4 結果

(1) 基本編について

① 参加者

参加者：47名（応用編16名を含む）であり、スタッフ数：16名、事務局（日本公衆衛生協会）2名であった。

基本編 参加者（応用編参加を含む）		
	箇所数	参加者数
県型保健所	23	24
中核市等保健所	6	9
政令指定都市保健所	1	1
政令指定都市	3	3
中核市等	3	3
東京都特別区	2	2
都道府県	5	5
計	43	47
* 中核市等には保健所政令市を含む		

② 内容

セミナー①在宅医療が必要な理由：逢坂（以下、担当者名、敬称略）

セミナー②在宅医療の基礎知識について：逢坂

セミナー③管内の在宅医療の課題例：長井・岡本

グループワーク① 25分

アイスブレイキング：自己紹介、管内の簡単な状況、セミナー①～③について感想、質問などを簡単に発言

セミナー④在支診への働きかけ：中本

セミナー⑤中小病院への働きかけ：守本

セミナー⑥訪問看護の実情と強化策など：毛利

グループワーク② 25 分

セミナー④～⑥についての感想、質問、管内で応用できそうな内容について

セミナー⑦在宅医療について新型コロナが我々に教えてくれたこと：柳

セミナー⑧在宅医療・介護連携：福永

セミナー⑨医療計画案を管内で合意形成する手順、計画策定後に計画に沿って対策を実現する手順：柳

グループワーク③ 40 分

セミナー⑦～⑨についての感想等、1 日目を通して感じたことについて全グループから当日話し合ったことを発表し、議論の内容を全体として共有した。

(2) 応用編について

①参加者

参加者：16 名であり、スタッフ数：13 名、事務局（日本公衆衛生協会）2 名であった。

応用編 参加者		
	箇所数	参加者数
県型保健所	6	7
中核市等保健所	3	6
政令指定都市保健所		
政令指定都市		
中核市等		
東京都区役所		
都道府県	3	3
計	12	16

* 中核市等には保健所政令市を含む

- 都道府県職員は、県内の県型保健所と同伴で参加し、県型保健所管内の分析および医療計画策定を実施した。
- 県型保健所6ヶ所、市型保健所3ヶ所、計9圏域について検討

② 内容

参加者は、事前準備としてハンドブックに沿って管内の在宅医療についてのデータ分析を行った上で参加した。

これに基づき、①管内の課題の確認、②対応案の検討、および③「医療計画案を管内で合意形成する手順、計画（対策）を実現する手順」の検討を行った。

各保健所には、班員1名を配置して支援した。

応用編のまとめとして全保健所が、管内の医療計画（在宅医療）案、または「管内の在宅医療を向上させるための素案」を完成した。

（３）研修会 事前・事後・終了時アンケート結果

基本編参加者と応用編参加者による回答を分けて分析し、比較しやすいように並列して標記した。また、応用編参加者の回答の平均値で、基本編参加者の回答に比べ高値であった項目に下線を付した。

●あなたが所属している保健所が、在宅医療に関わることはありましたか
※個人ではなく組織としてお答えください。

基本編 あったー26 なかったー5 応用編 あった14 なかった2

●(あったと答えた保健所のうち)これまでの保健所の在宅医療への関わりとして具体的な関わりは？（複数回答あり）

	基本編	応用編
市町村の在宅医療介護連携の会議に参加した	18	12
関係機関から管内の在宅医療の現状、評価について、ヒアリングを行った	6	3
管内の在宅医療の現状について、データ分析等で把握した	8	2
地域医療構想調整会議で在宅医療を話題にした	6	0
在宅医療の課題について解決に向けて動いた	8	0
管内の医療計画圏域版の策定した	7	2

その他)在宅医療・介護連携相談センターの設置に向けての調整。医師会へ在宅医療・介護連携推進事業の委託。市町村の在宅医療介護連携担当者の情報交換会の開催。入退院調整ルールの策定など。

●医療計画で圏域計画を策定することになっていますか？

基本編 策定する－12 策定しない－8 わからない－11

応用編 策定する－4 策定しない－9 わからない－3

●あなたは積極的に管内の在宅医療の課題の把握、解決に向けて動きたいと思っていますか？(1-10の10段階)

基本編 研修前－6.74 研修直後－8.06 研修半年後－7.65

応用編 研修前－7.31 研修直後－8.69 研修半年後－8.50

●全体の満足度は？(1-10の10段階)

基本編 直後－8.35 半年後－8.26

応用編 直後－9.25 半年後－9.05

●各一の講義に対する満足度(1-5の5段階)

講義名	研修後	半年後			
	上段基本編 下段応用編	上段基本編 下段応用編			
在宅医療が必要な理由	4.84	4.48	コロナと在宅医療	4.35	4.00
	4.94	4.50		4.81	4.07
在宅医療の基本知識	4.74	4.48	在宅医療・介護連携	4.52	4.23
	4.81	4.29		4.81	4.21
在宅医療の課題例	4.61	4.26	医療政策案を管内で合意 する手順	4.33	3.84
	4.81	4.29		4.88	4.21
在宅療養支援診療所へ のアプローチ	4.42	3.94	グループワーク及び発表	3.94	3.97
	4.81	4.07		4.50	4.21
中小病院へのアプローチ	4.45	4.06	懇親会	3.50	4.00
	4.81	4.21		4.83	4.80
訪問看護へのアプローチ	4.42	3.94	応用編(2日目) *	4.88	4.43
	4.75	4.43	全体的なフォローアップ	—	4.27
					4.14

※応用編参加者のみ回答

●今後、在宅医療が必要な理由、また在宅医療体制を整備できなかった場合に起きうることを説明できますか？(1-10の10段階)

基本編 研修前－4.16 直後－7.39 半年後－6.68

応用編 研修前－4.63 直後－8.13 半年後－7.93

●在宅医療の以下の言葉について、その意味や定義を説明できますか？(1-10の10段階)

(在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・地域包括ケア病棟(病床)・在宅療養後方支援病院、医療介護複合体)

基本編 研修前－3.90 直後－6.77 半年後－6.52

応用編 研修前－3.94 直後－8.13 半年後－8.00

●都市部、中山間地域に特徴的な在宅医療の課題について説明できますか？(1-10の10段階)

基本編 研修前－3.61 直後－6.68 半年後－6.10

応用編 研修前－3.44 直後－7.69 半年後－7.64

●在宅医療を充実させるために保健所として、各一の対象に対するアプローチについて説明できますか？(1-10の10段階)

基本編/応用編

在宅療養支援診療所 研修前－2.84/2.19 直後－6.35/7.63 半年後－5.81/7.14

中小病院 研修前－2.81/2.38 直後－6.55/7.25 半年後－6.00/7.00

訪問看護ステーション 研修前－3.13/2.56 直後－6.29/7.56 半年後－5.81/7.21

居宅介護支援事業所 研修前－2.87/2.38 直後－5.26/6.50 半年後－5.74/6.64

市町村 研修前－2.97/2.94 直後－5.55/7.31 半年後－6.03/7.07

●医療計画(在宅医療)を策定する自信がありますか？(1-10の10段階)

基本編 研修前－2.52 直後－4.90 半年後－5.23

応用編 研修前－2.75 直後－6.69 半年後－6.93

●管内の在宅医療の課題と対応策を理解していますか？(1-10の10段階)

基本編 研修前－3.06 直後－5.23 半年後－6.19

応用編 研修前－3.50 直後－7.25 半年後－7.14

●医療計画(在宅医療)案あるいは在宅医療を向上させるための政策案を策定した後、その内容を管内の医療関係者間で合意形成する手順を理解していますか？(1-10の10段階)

基本編 研修前－2.81 直後－5.52 半年後－5.39

応用編 研修前－2.88 直後－7.06 半年後－6.79

●医療計画(在宅医療)あるいは在宅医療を向上させるための政策を策定した後、それを実行していく手順を理解していますか？(1-10の10段階)

基本編 研修前－2.61 直後－5.26 半年後－5.32

応用編 研修前－2.56 直後－6.94 半年後－6.79

●医療計画(在宅医療)あるいは在宅医療を向上させるための政策は、現状、従来よりも充実したものになりつつありますか？(1-10の10段階)

基本編 研修半年後－5.42

応用編 研修半年後－6.71

(4) 応用編に参加した保健所の成果物、研修後の経過、研究班としての考察

応用編に参加した保健所は、事前準備した管内の在宅医療についてのデータ分析に基づいて、課題確認、対応案および「医療計画案を管内で合意形成する手順」を検討し、結果として、全保健所が管内の医療計画（在宅医療）案、または「管内の在宅医療を向上させるための素案」を完成した。

しかし、複数の参加保健所から「今回の成果物をこのままの形で報告書に載せると、研修後の管内での活動の支障になる可能性がある」との懸念がでた。そこで、報告書では、検討内容はできるだけ残しつつ、保健所名、地名、医療機関名などを伏せるように標記し、参加保健所が特定できないように配慮することとした。

①大都市部（i） 県型保健所

●地域特性

医療圏域内に2中核市と小規模な市（人口10万人弱）が1つ。

医療圏域全体の人口100万余 高齢化率27－28％程度。

今回参加した県型保健所は小規模な市のみを管轄しているが、医療圏域の医療計画の策定を義務づけられている。医療計画（在宅医療）策定、管内での合意形成、計画の実現のためには、中核市2市の主体的協力が不可欠である。

●管内の在宅医療についての課題

1. 診療所：新規開業が増加の一方で同程度の割合で廃業もある。

新規開業についても在宅医療への関与内容とか専門性など詳細の把握が必要。

2. 病院：在宅支援病院数について、管内自治体別病院数からして、もう少しあっても良い自治体がある。

3. 訪看：大規模訪看が少ない。圏域外事業者が供給しているサービス量について、介護保険部門での支払い状況から把握する必要がある。

4. 訪問診療患者数：

地域医療構想上の2025需要に対しては若干不足感もあるがなんとか到達出来そう。しかしその後は大丈夫か？

訪問診療患者数が年度を跨いで大きく増加している自治体があり詳細な調査が必要。

5. 圏域内の自宅死亡者数・率：

圏域内自治体間での格差がないかどうか調べる必要がある。

6. 圏域内の施設死亡者数：施設だけの死亡率は別途算出が必要

7. ヒアリング：研修用提出が迫っていた関係もあり、管内全ての自治体にヒアリン

グが出来ていない。またヒアリングが出来た自治体も書面照会と電話による聴き取りしか実施できていない。

●課題に対する対応案

- 1, 管内自治体における共通分析手法での在宅医療に関するデータを提示して課題の共有を図る。
- 2, それぞれの自治体に直接出向いてのヒアリング等を通じて、課題に対する対応案も併せて提起することで足並みそろえての問題意識の醸成を図る。
- 3, 管内各自治体に持って出る対応策として、自治体ごとにその地域の病院連絡会を開催して、200床未満の病院での地域包括ケア病棟の設置検討を促す。
- 4, 県型・市型保健所が協働して医療監視の機会を活用して在宅支援病院や地域包括ケア病棟を既に有する病院が診療所の後方支援病床をもって支援することにならないか感触を確認していく。
その意向がある病院とはそのルール策定等のモデル的取り組みが出来ないか検討を働きかける。
- 5, 訪問看護ステーションについての事業者へのヒアリングによる課題の抽出が必用。

●管内での合意形成の手順

- ・管内2中核市への在宅医療データの共有から、2中核市の主体的活動開始。
- ・管内3医師会を含めた関係者間での将来への危機意識の共有。
- ・将来の在宅医療の共有不足を防ぐための対応策（診療所主体の体制の変革等）の共有。

●研修後の経過

- 1, 直接管轄する1市の医師会の在宅担当役員とは意見交換を行った。
- 2, この市内の在支診・訪問看護への調査を実施した。
- 3, 今度末に、所管する1市に加え、中核市2市の在宅医療担当課との会議において管内のデータ分析結果を伝達した。

●考察

- 1, 保健所長が基本編・応用編に参加したため、保健所としての在宅医療体制整備の体制は構築できた。
- 2, 当保健所管内は小規模な1市と2中核市（人口は計100万人）であるが、当保健所としては1市（人口10万人）のみを直接管轄している。2中核市については、各市行政と保健所がそれぞれ管轄している。
- 3, 従来、医療計画、地域医療構想において当保健所が3市とその医療機関と協議して合意形成するシステムは実質的には存在しなかった。そのため、在宅医療体制整備を行

うシステムも存在せず、県型保健所の限界として、その構築に着手しづらい状況であったが、中核市2市の関係者も参加する会議で議論が開始され、管内における在宅医療体制整備のシステムが構築されつつある。

②大都市部（ii） 市型保健所

●地域特性

人口約30万人、高齢化率26.2%の都市部の中核市。

医師会は単一、歯科医師会、薬剤師会も単一。東西に長いが車で30分程度の狭い市域。

市保健所長は、緩和ケア診療に従事していたため、がんの在宅緩和ケアは理解している。

●市の現状

在支病は2023年に2から5に増えた。在宅専門クリニックは1か所存在。

在支診は40くらい。この中でグループを組んで往診しているグループが1つある。

現状では何とかできていると医師会理事は考えている。

在宅医療が課題になっていないことが、課題。療養病床ほか入所が主体。

介護保険料 現在は平均並み。高齢者が増える今後は高くなる？地域医療連携室の代表者が集まる会議がある。市内にある病院の地域連携室責任者が集まり、各病院の強みを紹介し合う。今回は法人の高齢者施設の紹介があった。

●管内の在宅医療についての課題

1、市医師会会員は総じて高齢化しており、時間外の診療は、ハードルが高い印象がある。（在宅医療や夜間1次救急）このことで2次救急（病院）の負担が大きくなる。在宅療養の質を高めると、1次・2次救急の負担減も考えられる。若手医師の在宅診療は一定ある（グループでやっているところ）。

2、介護保険担当とは連携ない

在宅医療・介護連携推進事業は？→担当は市の高齢者福祉・介護部門

かかりつけ医、クリニック法人が介護事業に手を出しているか？

→多くの病院・クリニック法人が何らかの介護事業をしている。

3、訪問看護ステーション連絡会は？

→在宅医療・介護連携専門部会があり、保健所と介護部門とは別の市の担当部署の保健師も参加している。

大規模訪看は連絡会にきているよう。小規模訪問看護の課題は不明。訪問看護ステーションは階層化：医師会訪問看護ステーション＝大規模、在支病訪看

護、複合体訪問看護、小規模訪問看護？

4、地域包括ケア病棟に転床できない

在宅に出すことを前提にした地域包括ケア病棟への入院は、在宅へ戻るよりも入院させておきたい家族が反対するので難しい。

5、住民の在宅医療への意識をどうするか。

6、病院療養は一定残る。介護保険入所療養は隣接する市にも流れている。

施設サービス利用が多いか？→介護保険データを確認したい(研修後に確認予定)→介護老人保健施設と特定施設入居者生活介護の市外利用が多い。

介護サービスの市域自己完結の話を聞くこともある

7、市域を超えて

(医療、介護)療養入所の動き 医療法人、介護事業者の越境。現在入所されている隣接市でも高齢者が増えその地の住民の入所が増えたときに、市民が入所出来ない事態となり、在宅患者が想定より増加する可能性もある。

8、自宅死亡者のうち、看取られない死亡がどの程度あるのかについて、自宅死亡を死亡小票で分析してみる。

9、在支病について

退院先としてかかりつけ医の確認はできているか？

→訪問診療を行っている在支病の医師は固定している。また、複数の医師が一人の患者を見ている場合でも、診ている疾患は担当科の疾患のみで、単に複数科の受診をしていて、連携はあっても協働はしていない。

●課題に対する対応案

1、在支病へのヒアリング

病院退院時の在宅かかりつけ医の紹介の現状を確認。

2、在支病の立入検査時に在支病—かかりつけ医の連携について確認。在支病の意見の集約を利用しながら、連携推進のしくみづくりへ。

3、訪問看護の連絡会への対応

→市域の訪問看護ステーションの連絡会議が年に2回あり、保健所、市行政も参加している。合わせて、訪問看護の人材確保の議論を進める。

4、介護保険計画の確認、計画のデータをチェックしてみる。

介護保険計画改定の作業中。近未来の予測値はあるのか。療養病床の再編、介護保険の保険料が高いという議論も関連(自己圏域完結が大事)。

社会福祉協議会に在宅医療と介護の連携推進に関する事業を委託しているが、その議論、質を確認してみる。(所長が委員)

市域内の日常生活圏域、地域特性の違いを確認。

5、圏域医療計画の議論で、近隣市を含めた大規模な2市が意見を求められている。2市では、今回は救急、小児、新興感染症としていて、在宅医療は次回でい

いとの認識だったが、(今回の研修を受けて)介護保険の議論、近未来の予測値を確認のうえで、在宅医療も議論の遡上に乗ってくるかもしれないと認識できた。

6、死亡小票を確認してみる。

●研修会後の方向、対応

1、介護保険事業計画との整合性

まずは、市域を超えた周辺地域を含む詳細な調査・研究を行い、現状を把握する作業が必要であり、介護保険事業計画との整合性を図るためにも、介護部門との連携・協力体制を築くことが求められる。そのうえで、将来予測データに基づいて、“このままでは将来が不安視される”という根拠をしっかりとめ、市の内部調整と方向性を決定する必要がある。

2、医師会の理解促進

在宅医療を支えてきた地域の開業医や、新たに在宅医療に取り組み始めた病院、これからの参入が望まれる病院等の間で、将来の在宅診療に対する共通認識を明確にする必要がある。在宅医療や小児救急など、市民ニーズや地域医療における課題の共有を図り、政策的な議論を提案していく必要がある。

●研修後の経過

- 1、本年度、全庁的組織として「市内の医療の在り方を検討するプロジェクトチーム」が設立された。その会議の資料として、在宅医療のデータ分析結果を庁内で共有した。
- 2、市内の全病院が参加する医療連携会議において情報提供を行い、「高齢化に向けて、地域の病院として各病院で出来ることは極力協力して行くこと」を確認できた。
- 3、各病院の立ち入り検査の際に、保健所長が院長に在宅医療についての現状の取り組みを聞いている。まだ検討していない病院については、「今後は診療所ではなく病院が在宅医療の中心になる等」の説明をしている。

●考察

- 1、保健所長が基本編・応用編に参加し、管内での在宅医療体制整備を主導している。
- 2、すでに、市内に地域医療に関して医療機関を含めて合意形成するシステムは存在していた。
- 3、保健所長の判断で、市保健所として在宅医療体制整備を行う方針が決定され、保健所内のシステムを構築中である。
- 4、臨床経験が長く、保健所長になって数年の保健所長であったが、今回の研修により、在宅医療体制整備を行う方向性を見出すことができた。これは多くの同様な経歴を持つ保健所長にとっても有意義なことであると思われた。

③大都市部（iii） 市型保健所

●地域特性

人口

- ・ 総人口は約 44 万人で、年々、増加傾向にある。今後の見通しは、2035 年にピークを迎え、その後、緩やかに減少に転じる見込み。
- ・ 生産年齢人口は 2025 年以降やや減少する。一方、高齢者人口は増加していく見込み。
- ・ とくに 85 歳以上人口は 2020 年から 2035 年にかけて、約 2 倍に増加し、2035 年にピークを迎える見込み。

高齢化率：24.4%(2023 年 4 月時点)で、今後も上昇する見込み。高齢化の状況は地域ごとに異なり、バラつきがある。

●管内の在宅医療についての現状と課題

現状

- ・ 在支診数は増加傾向にある。単独型は 1 か所、連携型は在支診のうち約 30%。
- ・ 外来患者推計で患者数は増加し、今後も新規開業の見込みはある。
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院は管内に多数あり、そのうちの大多数が在支病である。
- ・ 訪問看護ステーションは多数あるが、大規模ステーションは少ない。
- ・ 医療資源は南部に集中している。
- ・ 自宅死亡者数は年々増加し、自宅死亡率は全国平均より高い。また、自宅・施設死亡数および率も増加傾向にある。ただし、自宅死亡者に孤独死が含まれているか否かは未確認。
- ・ 訪問診療患者数は年々増加している。
- ・ ヒアリングでは、南部は在宅医療資源の不足感ないが、北部で不足感が始めているとの声あり。

課題

○管内全体でみると現時点では、在宅医療の資源は充足している

○医療資源の偏在(南部に集中している)

○エリア別に課題が異なる

- ・ 北部：医療資源が少なく、高齢化率が最も高い。在宅患者数のピークを迎えるのが管内で最も早いと見込まれる。
- ・ 中部：医療資源が比較的少ない。
- ・ 南部：医療資源が豊富。現時点で課題はないが、約 10 年後の 2035 年に迎える 85 歳以上人口のピーク時への備えが必要。

●課題に対する対応案

1. エリア別の課題について

- エリア別に、課題や今後の在宅医療の見込みについて示し、医師会と共有する。
- エリアで個別に構築されている病病・病診連携の現状を確認する。現状を見える化し、好事例は他エリアに紹介し、横展開を図っていく。

2. 追加ヒアリング

- 中北部には在宅療養後方支援病院が1か所のみ。在宅患者の入院受入の現状を確認する。
- 医療・介護連携の退院調整ルールは未策定。病院、地域包括支援センターに退院時の困りごとがないか確認する。

3. 自宅死亡者の内訳について

- 自宅死亡者に孤独死が含まれているか、死亡小票で確認する。

●医療計画(対策)案を管内で合意形成・実現する手順

1. 行政内部組織での合意

保健所内および市関係部署と課題および方向性を共有し、合意形成する。

2. 医師会と、課題および在宅医療の今後の見込みを分かりやすい形で示して共有し、合意形成を図っていく。

●研修後の経過

1. これまでの課題として、担当課が組織改正(4年ごと)で変わってきた経緯があり、市保健所としての在宅医療体制整備のシステム作りが必用である。そのために、まずは課内で研修内容とデータ分析結果を共有した。今後、市としての合意形成が必用である。
2. データ分析結果を、市医師会の担当理事に説明した。また、市の在宅医療推進会議(在宅医療・介護連携推進事業)でも報告した。

●考察

1. 保健所長の指示を受けた市保健所の幹部が参加した。
2. 市保健所長が研修の成果に基づく在宅医療体制整備の方針を支持しているため、データ分析結果を市内関係者に説明できた。
3. 市保健所内に在宅医療体制整備を進める体制がなかったため、これを構築する必要がある。

コラム「職員を逢坂班の研修に参加させてみて、所長として感じたこと」

〇〇市保健所 所長

この度は、当市の職員を研修でご指導いただきありがとうございました。

当市は、人口44万人の保健所設置市で、平成18年に保健所が開設されました。

「在宅医療推進会議」は、平成26年に保健医療部の担当でスタートしました。その後、組織改正のため平成29年度に所管が福祉部地域包括ケアシステム推進室に変わり、再び組織改正で令和3年度に健康医療部地域医療推進課に変わりました。その間、どちらかというと福祉的な視点から構築した在宅医療推進会議となり、医療と介護の連携を目的に、多職種連携懇談会や研修会、共通 ICT ツールの協議など、裾野を広げることが大きく進みました。その後、コロナ禍で思うように会議が進まぬ中、担当が変わり、再開した会議で委員からこの会議の目的や方向性を問われ、どのようにどこに進んでいけば良いのだろうとみんなで考えました。福祉的な地域ケア会議等様々な会議のある中、思案しているところでした。

そのような中、この研修のお知らせを受け、担当の保健師と事務職員に参加を勧めてみました。最初は、対象が保健所長や医師・・・というところで尻込みしていましたが、保健所長である私が教えられない分、逢坂班の皆様は、きっとたくさんの学びを優しくくださるはず、わからないから教えを乞うのです、きっとたくさん得ることがありますよと参加を促しました。

研修においては、当市の躯体診断ともいべき数字による状況と今後の方向性をお示しいただき、都市型で資源はあるということから、当市の在宅医療に関する骨格を考える大きな道筋ができ、支援に結び付けていこうということが見えてきました。その後の会議で、いただいたデータ分析資料は、委員の方々も大変わかりやすく納得され、感謝されていました。市民病院の委員から、心不全等循環器の再入院率が高い、市民病院と在宅医療機関等の連携の必要性をデータより痛感し、今後につなげていきたいとのご意見もありました。次は、医療・介護連携のさらなる進め方について、アンケートを行い協議を進めていく予定です。

研修に参加した職員は、行く前の顔つきとまるでかわって、ひとつのアイテムを手に入れ次につなげていこうという自信や安堵のようなものが見て取れました。

ご指導、本当にありがとうございました。至らぬ私に変わり、親身のご指導、背中を押してくださることが、こんなにも人を育てていくのだと感謝と感激でいっぱいです。

ありがとうございました。今後ともよろしくお願いいたします。

④大都市部（iv） 市型保健所

●地域特性

都市規模:都市部の中核市。

- ・中小企業を中心とした高度な技術力と製品開発力を誇る「ものづくりのまち」。

人口

- ・人口 約 25 万人、2020 年にピークを迎え緩やかに減少傾向。
- ・生産年齢人口は 2020 年をピークにすでに減少傾向。
- ・85 歳以上人口は 2020 年に比べ 2035 年には約2倍になり、その後は減少する見込み。

高齢化率:25%超

●管内の在宅医療についての現状と課題

① 現状

〈診療所〉

- ・在支診数は50程度、横ばい。
- ・在支診（単純型）は1か所、在支診（連携型）は9か所、その他は40か所。
- ・外来患者推計から、患者数は 2025 年にピークとなる。
- ・新規開業数は5診療所/年程度だが、廃院も同数程度あり。

〈病院〉

- ・一般病床 200 床以上の病院が3病院。200 床以下の病院が5病院。
- ・200 床未満の 5 病院のうち地域包括ケア病棟を持つ病院は、3病院（いずれも在支病）。
- ・在支病はゆるやかに増えてはいる。

〈訪問看護ステーション〉

- ・50施設。うち9割は 24 時間対応しているステーション。
- ・平均常勤数は 6.5 人。

〈自宅・施設看取り〉

- ・自宅＋施設死亡数は増加傾向だが、割合は 2019 年に比べ 2020 年は減少しており、死亡数の増加に対して自宅＋施設での看取りが追いついていない可能性あり。

〈管内・市町村別の訪問診療患者数の推移〉

- ・訪問診療患者数は増加傾向であり、2025 年、2040 年需要を満たすかはギリギリのところ。

〈ヒアリング〉

- ・多くの在支診は、24 時間体制の必須条件を院長一人で担っている。（訪問診療 医師）
- ・在宅医療の対象者が適切にピックアップされていない可能性あり。その意味

で、需要量はもっと多いのではないか。(訪問看護ステーション) →供給量充足している印象。(訪問看護ステーション) →かかりつけ医なく自力で受診できない状況になってからの相談ある。(地域包括支援センター) ・看護師数が増えない。(訪問看護ステーション) ② 課題 ・在宅医療ニーズは増加する。 ・多くの医師会員は在宅医療について不足感なし→問題が顕在化されていない。 ・コロナ禍で一部の在支診は在宅医療を積極的に実施してくれたが、その取り組みが全体に広がらない(積極的な医療機関では訪看ステーションとの連携もできた)。 ・一部在支診からグループ診療の提案があるがまとめ役がいらない(医師会副会長に理解ありキーパーソンとなる可能性あり)。 ・在支病の力不足感あり。他圏域に法人本部がある医療機関複数。 ・訪看ステーションと診療所の連携が未成熟。
●課題に対する対応案 〈在支診〉 在支診同士の連携・グループ診療の提案 訪看ステーションとの連携推進 〈在支病〉 地域包括ケア病棟・在支病への転換を促す。 後方支援機能の紹介・提案(在支病の後方支援機能が強化されていることを情報提供、管内在支診と在支病のすみ分けイメージ図を提案) 〈訪看ステーション〉 市域で合議体形成
●医療計画案を管内で合意形成・実現する手順 まずは全体のイメージ図の共有をし(「在宅医療供給不足」となる将来像、個々の役割、全体としての各機関のつながり) ① 市行政内部 ② 医師会 ③ 医師会・病院代表者が集まる会議 ④ 地域包括ケア会議もしくは医療介護連携会議 と輪を広げていくように、合意形成を図っていく。 (※都道府県と圏域内保健所で連携しながら進めていく。)

●研修後の経過

1. 在宅医療のデータ分析結果を、市の内部、医師会正副会長、市内の病院に説明した。
2. 市医師会にグループ診療の促進を提案も、了解を得られなかった。

3. 今後は、在宅医療に熱心な医師(医師会員)を中心に、同行訪問事業を利用し、在宅医を育成した上で、グループ診療を促していく予定である。

●考察

1. 保健所長の指示で、市保健所の統括保健師が参加。
2. 市保健所内での合意形成ができ、データ分析結果を市内関係者に説明できた。
3. すでに、市医師会へのグループ診療の促し、同行訪問事業での在宅医の育成など具体的な対応について提案している。

⑤中山間地 県型保健所

研修会(応用編)を通じた保健所の目標:「他力本願からの脱却!!」

●地域特性

人口7万5千人、高齢化率39%、2020年をピークに人口減少

自前の資源が乏しく、隣接医療圏域に頼っている状況

他圏域に受診・入院し、他圏域の在宅医がその圏域の訪問看護ステーション(以下、STあるいは訪看)を連れて在宅療養を行っている。

中山間地型の医療・介護の需要、供給。

●管内の在宅医療についての現状と課題

①在支病:2か所(R5年末時点)、在支診:5か所(届出)、稼働は4か所

在宅医療を実施している診療所:1か所(在支診ではない)

診療所:R5年中に2診療所閉院(今後とも閉院予定があると聞いている)

課題→資源不足

②訪看 St:小規模、管内訪看 St のネットワークは良好

課題→訪看1Stの負担軽減のため、大規模化に向け要検討

③住民意識:高齢者実態調査結果は、自宅での療養希望 78%、自宅での看取り希望 50%であるが、一部の在支診では、「最期は医療機関でみてもらいたいという希望が多い」と把握している。

課題→調査結果との認識に差異がある。

④入退院支援ルール:運用状況調査による情報提供率 93.6%、関係者から周知不足、連携不足の指摘あり。

課題→関係者が使用するルールの「手引き書」を作成していない。

●課題に対する対応案

①地域包括ケア病棟の強化と新設

- ②訪問看護ステーションの大規模化
- ③在宅医療・介護のイメージを住民に啓発
- ④入退院支援ルールの再整備と見える化(手引き書の作成)

●医療計画案を管内で合意形成・実現に向けた取組状況

1) 管内及び隣接医療圏域の現状把握

- ⇒①2025 年、2040 年の在宅療養等のデータを見る
- ②在支診、在支病の数、位置等の確認
- ⇒部内保健師連絡会で①②を共有する
- ⇒隣接医療圏域の管轄保健所との定例会(1月頃予定)

2) 地域包括ケア病棟の強化と新設

- ⇒①所内で保健所長と協議⇒医療立入等で病院長へのヒアリング未実施
- ②管内医療機関看護部長等情報交換会で情報提供のみ
- ③管内市町介護保険担当者と在宅医療介護連携推進連絡会で情報共有
- 医師に対する「在宅医療に関するヒアリング」を実施するため、今年度はヒアリング項目を検討する予定。

3) 訪問看護ステーションの大規模化

- ⇒①訪看ネットワーク会議に参加し、精神疾患患者の受入について意見交換。未実施の訪看 St の不安等課題を把握
- ②研修会企画。既に精神疾患患者の対応をしている訪看に取組方法や経営等について紹介してもらう。(R6.3.5.予定)

4) 在宅医療・介護のイメージを住民に啓発

- ⇒①市町が実施した高齢者実態調査の確認
- ②管内市町の在宅医療介護連携推進連絡会に定期的に参加
- ③管内市町の在宅医療介護連携に対する現状・課題・対応策案について、住民や医療介護関係者との意見交換会を実施。現在とりまとめ中。

5) 入退院支援ルールの再整備と見える化(手引き書の作成)

- ⇒①手引き書の作成(医療部会2回, 介護部会3回, 合同会議 1 回で作成)
- ②全体研修会を開催し, 手引き書の周知(R6.2.20.予定)
- ③手引き書の音声媒体を作成し, 継続的に周知を徹底する。
- ④管内医療機関看護部長等情報交換会で情報提供(2回)
- ⑤毎年6月分の運用状況調査でメンテナンスを継続する。

●研修後の経過

- 1, 在宅医療体制整備に係る取組は、研修成果を所内で共有した後の実際の展開において、所内の役割分担が困難だったため、計画通りに進んでいない。
- 2, 住民や医療関係者等に対する在宅医療・介護のイメージの普及は、各市町担当者の温度差を調整することに時間がかかり、計画通りの進捗は得られていないが、来年度に向けた取組として計画変更をして進めている。
- 3, 訪問看護ステーションの経営安定化にむけた取組や、入退院支援ルールの再整備と見える化は、今年度計画のとおり概ね実施できる。

●考察

- 1, 県型保健所 健康企画課長が参加。研修の成果を所内で合意形成の上、役割分担することに時間を要していた。
- 2, そのなかで、データ分析結果を市内、病院関係者に説明することはできた。
- 3, 具体的な取組として、訪問看護ステーションの経営安定化へ向けた取り組みを開始している。

⑥離島（i） 県型保健所

●地域特性 人口 3 万人超 島内の移動は端から端まで 30 分超程度
●管内の在宅医療についての現状と課題 ・診療所 診療所、新規開業が数年なし、在支診は 2 つ。他に訪問診療を実施している診療所が 2 つ。 計 200 件/月程度実施されている。 ・病院 在宅療養支援病院が 1 つ、それ以外に訪問診療を実施する病院が 1 つ。 計 40 件/月程度実施されている。 地域包括ケア病床をもつ病院が 3 つ、在宅後方支援病院が 1 つ。 ・訪問看護ステーション 7 つあり、大規模訪問看護ステーションが少ない。 ・訪問診療患者数 地域医療構想上の 2025 年の需要に対しては若干不足感もあるがなんとか到達出来そう。
●課題 向こう 10-20 年程度は問題ないものの、その後、診療所医師の高齢化が課題。
●課題に対する対応案

・民間クリニックの継承や新規開業のハードルを下げる。 ・病院や診療所のグループ診療化。 ・地域包括ケア病床を持たない中小病院の在支病化。 ・訪問看護ステーションの大規模化、精神科訪問看護の実施。 ・各種ヒアリングで課題感がないか確認。
●医療計画案を管内で合意形成・実現する手順 ・全病院や訪問診療を実施する会議体の設立を検討する。 ・ICTを活用し、グループ診療の足がかりとする。 ・個別に病院等への働きかけを行う。

⑦離島（ii） 県型保健所

●地域特性 人口約 3 万人 島内の移動は端から端まで2時間超程度
●管内の在宅医療についての現状と課題 ・診療所 - 診療所、新規開業が数年なし、在支診は 1 つもほぼ訪問診療実施されず。 ・病院 - 在宅療養支援病院が 1 つ。計 20 件/月程度実施されている。 - 地域包括ケア病床をもつ病院が 1 つ、在宅後方支援病院が 0。 ・訪問看護ステーション 3 ヶ所あり、大規模訪問看護ステーションがない。 ・訪問診療患者数 - そもそも在宅医療の文化が希薄な地域。住民は在宅医療が必要なレベルになると島内の病院及び施設に入院・入所する傾向が高い。地域医療構想上の 2025 年の需要に対しては不足する可能性が高い。 課題 ・訪問診療数が少ないにも関わらず、自宅死亡は一定あり、在宅医療なき自宅死亡が起こっている可能性がある ・面積が広大であり、在宅医療の空白地域がある可能性がある。 ・将来さらに医療・介護人材不足が強まった場合、慢性期病院や施設の数に足りうるのか。 ・島内以外に入院・入所が困難になり、島に在宅医療を要する住民が増加した場合、在宅医療・介護が提供できるのか。 ・現在、要支援 1-2、要介護 1-2 程度の方への在宅介護、高齢者住宅は足りているのか。
●課題に対する対応案

- ・訪問診療の不足を補うべく、総合事業等を活用して、住民ボランティアによる自家用車での病院・診療への移送サービスを開始し、島内の少ない医師を効率的に活用（通院できる患者を増やす）。
- ・夜間休日までの訪問診療の実施は現状困難である可能性が高い。せめても日中の訪問診療の実施を。
- ・訪問看護ステーションの強化。
- ・病院から市営診療所へ医師を週数日程度派遣して、外来＋訪問診療を日中のみ実施する。
- ・各種ヒアリングで実態を把握。

●医療計画案を管内で合意形成・実現する手順

- ・全病院や訪問診療を実施する会議体の設立を検討する。
- ・個別に病院等への働きかけ。
- ・ヒアリングを継続的に実施。

●研修後の経過

- 1, 研修後は主に県庁医療計画担当課として活動。県内 21 自治体の在宅医療データ分析を実施。
- 2, これを県内の県型保健所に提供し、自治体への助言してもらうように要請したが、保健所長から承諾が得られなかった。
- 3, 年末に、県型保健所、県内21自治体を対象に研修の伝達講習を行った。
- 4, その場で、「来年度から県庁が自治体を巡り、今後の在宅医療に関して自治体、医師会、保健所＋県で協議する」ことを伝えた。一部の自治体からは、「保健所が主導するのが良いのではないか」との意見がでたが、「保健所から助言などができる段階ではないこと」を説明しており、意見した自治体の方は納得した。

●考察

- 1, 県医療政策課 医療監として参加。県内の在宅医療体制整備のシステム構築に着手した。しかし、県型保健所長の理解が得がたく、保健所が調整の主体となるシステム構築は断念した。
- 2, 今後、県庁が、県内市町村を訪問して在宅医療体制整備への投げかけを継続する方針だが、保健所の積極的関与はないままで、何年かければ、具体的な在宅医療体制整備ができるのか不明な状況である。
- 3, この事例のように、研修後に県内のシステム構築に県庁担当者が難渋するので可能性がある。県庁職員として研修に参加する際には、地域医療（在宅医療）の調整主体である保健所長を同伴するべきである。

⑧地方都市部 県型保健所

●地域特性

構成:4市1町1村

4つの医師会と2つの保健所が所管

人口:約40万人(高齢化率 約30%)

今後の見通し:人口減少、高齢化率上昇 ⇒在宅医療の需要は増加の見込み

※訪問診療の実績は減少傾向にある

●管内の在宅医療についての現状と課題

診療所

- ・診療所数は全国平均に比べ少ない、特に内科系診療所は顕著に少ない。
 - ・在支診1の診療所はなし、在支診を取得している診療所では在支診3が9割を占める。
 - ・新規診療所開設は平均1～2件/年(医師会が新規開設に慎重?)、高齢の医師が多い。
 - ・在支診を取得した診療所の開設は2017年が最後。
 - ・他圏域には在宅医療に危機感を示している医師がいるが、当該圏域にはそのような医師は不在(認知症に力を入れている医師はいる)。
- ⇒診療所数は少ないが、新規開設も見込みにくい。今後さらに減少していくことが見込まれる。←診療所医師の年齢構成について把握が必要。
- ・医師会の危機感も薄く、リーダー的存在も不在。

病院

- ・19病院(約5500床うち精神病床以外約4000床)のうち、在支病は0病院、地域包括ケア病床を持つ病院は4病院で約250床。
 - ・3カ所の病院が急性期機能を担おうとしているが、それほどの病床数は不要であり、機能分担が必要。
 - ・病院医師は在宅医療にあまり興味がない様子(急性期への関心が強い)。
 - ・介護施設が充足している地域であり、退院先は施設が圧倒的に多い(全年齢の約28万人のうち1万2千人が施設入所、訪問診療は約7千人)。
- ⇒施設が充足していることから、医療関係者・住民ともに危機感がない。
- ←今後いつまでも施設頼りでいられるのか?介護職不足の見込み等、把握が必要。
- ・在支病、地域包括ケア病床ともに少ない。
- ←スタッフ数不足が課題になっていないか。各病院の経営状況や病床稼働率の把握が必要。

③訪問看護 ST

- ・22カ所中17カ所が24時間対応。

- ・平均職員数 6～9.5 人とそれなりの規模はある。
- ・県域内でバランス良く配置されている印象だが、1市では手薄かもしれない。
 - ⇒・医療機関の訪問診療への関心が薄いため、活躍の場が広がっていないのではな
いか。
 - ←現在、指示書を出している医療機関はどこなのか把握が必要。
 - ←在宅医療の取組が進み始めたときに不足しないか見込みの把握が必要。

看取り

- ・施設死亡数の割合が多い。

課題に対する対応案

Step1.

「住民、市町村、医療関係者等、全体として危機感が薄い」



- ・データ収集やヒアリングで得た情報を分析し、現状と見通しを共有する。
- ・まずは、在宅医療について知ってもらうことから始める。
- ・「ACP」はキャッチーな概念なので、在宅医療を啓発するうえで一つのきっかけになる
かもしれない。

Step2.

「診療所数は増加の見込みなし、在支診も少ない」

「訪問診療需要は増加の見込みだが、実績数は減少傾向」



- ・訪問診療実績数の減少が供給不足に起因しているのかヒアリングを行い現状を把握
する。
- ・今後、施設入所が困難になったときに、診療所が在宅医療にどう対応していくのか議
論を行う。
- ・リーダー的存在となる診療所医師を探す。

Step3.

「在支病、地域包括ケア病床ともにかなり少ない」



- ・医療監視の機会を活用し、各病院の院長や事務長から経営状況や今後の方向性に
ついてヒアリングを行う。
- ・今後、施設への退院が困難になったときに、病院が在宅医療にどう対応していくのか
議論を行う。
- ・地域包括ケア病床に転換する病院を見つけだし、その経験談を地域医療連絡協議会
等で全病院と共有してもらうことで、各病院の病床転換を促進する。
- ・地域包括ケア病床への転換を促しやすい病院の特徴としては、経営状況があまり良く
ない、今後も病院を維持したい意向がある、急性期病床をもっていて人員を確保しや
すい等があげられる。

●研修後の経過

- 1、県庁担当者とその課の兼務で県型保健所（在宅医療の担当ではない）の医師が参加した。
- 2、県型保健所医師は、自保健所の担当課に分析した在宅医療データなどを伝達した。
- 3、県庁担当者は、第8次計画において、圏域計画に「在宅医療は全圏域で記載する」との県内の全県型保健所の了解を得た。
- 4、これを受けて、来年度には県庁として、県内の保健所職員に伝達講習を実施する予定である。

●考察

- 1、保健所、県内に在宅医療体制整備を行うシステムは存在しなかったが、研修を機会に保健所が在宅医療に関与するという合意形成ができた。来年度には県庁として、県内の保健所職員に伝達講習を実施する予定である。
- 2、今回の研修会をきっかけに、県庁担当者が、県内の保健所による在宅医療体制整備のシステムを構築したという画期的な事例と考えられる。

⑨地方都市部と郡部の混在地域 県型保健所

●地域特性

人口

- ・総人口は34万人（東部7万、西部27万、）で2020年にピークを迎え、緩やかに減少傾向にある。
- ・生産年齢人口はすでに減少傾向にあり、2040年には2020年比75%、2045年には2020年比67%と急激に減少していく。高齢者人口はほぼ横ばい。
- ・とくに85歳以上人口は2025年から2035年にかけて、約1.5倍に増加し、2035年にピークを迎え2040年まで横ばいで、2045年には減少する見込み。

高齢化率：31.3%で、今後も上昇する見込み。高齢化の状況は地域ごとに異なり、東部地域は西部地域に比べ、過疎化・高齢化率が高い。

●管内の在宅医療についての現状と課題

現状

- ・在支診数は2018年に減少後横ばい傾向にある。
- ・東部の在支診（単独型）は1か所、在支診（連携型）は0か所、その他は6か所。
西部の在支診（単独型）は0か所、在支診（連携型）は10か所、その他は21か所。
- ・外来患者推計で
東部の患者数は2020年～30年がピーク、今後の新規開業見込みは乏しい。

西部の患者数は 2025 年～30 年がピーク、今後も新規開業の見込みはある。

- 地域包括ケア病床を持つ病院は

東部は 5 病院中、3 病院で 120 床を持ち、そのうち 2 病院は在支病である。

西部は 14 病院中、5 病院で 210 床を持ち、その中には在支病はなく、2 病院が後方支援病院である。西部には、地域包括ケア病床を持たない在支病が 1 病院ある。

- 訪問看護ステーションは、

東部は 11、看護職 3 人以下が 7 施設、4～6 人が 4 施設。

西部は 43、看護職 3 人以下が 26 施設、4～6 人が 14 施設、9～10 人が 3 施設。

- 自宅死亡者数および施設死亡数は、

東部は増加傾向および明らかな増加。

西部は横ばいおよび明らかに増加。

自宅死亡者に孤独死が含まれているかなどは未確認。

- 訪問診療患者数は西部・東部ともに年々増加しているが、増加しているのは市のみで、町・村は横ばい。

- ヒアリングでは、在宅医療資源の不足感ない。西部では 2040 年の人口動態を考えると不足感が出始めるのではないかという危機感が、介護側ではあるが医療側では一部のみ共有されている状況。

課題

○管内全体でみると現時点では、在宅医療の資源は充足している。

○エリア別に課題が異なる。

- ・東部: 全国と比較すると外来・病院医療資源はやや少ないが、在宅医療資源は全国平均を上回る。高齢化率が管内で最も高く、在宅患者数のピークを迎えるのが管内で最も早いと見込まれる。
- ・西部: 全国と比較すると外来医療資源はやや多いが、病院医療資源はやや少なく、近隣府県からの移住も今後見込まれる地区であるため、現時点で現場の課題感は少ないが、在宅医療・介護需要推計が現在の 1.7 倍となる約 10 年後の 2035 年に迎える 85 歳以上人口のピーク時への備えが必要。

●課題に対する対応案

- ① すでに地域包括ケア病床を持つ病院に、在宅支援病院(200 床未満)ないし後方支援病院(200 床以上)となってもらう。
- ② すでに在宅支援病院となっている病院に、地域包括ケア病床を確保してもらう。
- ③ ①②と平行しつつ、訪問看護ステーションを立ち上げてもらう。
- ④ 訪問看護師の育成事業(在宅看護の技術研修を地域中核病院で習得期

間中に、訪問看護 ST の経営負担を支援する)の継続・強化

⑤ 市町村ごとの在宅医療-介護関係者による協議の場(地域包括ケア担当課)を利用して、地域 BCP の視点で在宅患者の病診/診診連携を検討してもらうことで、①～③の実現可能性をボトムアップで高める。

⑥ 県南東部の中山間地域中核病院が行っている、A 在宅医療センター立ち上げとオンライン診療(検討中)やBバスを利用した移動診療所の取り組みを、管内東部へ横展開をする。

○エリア別の課題について

- ・ 西部に、課題や今後の在宅医療の見込みについて示し、医師会と共有する。
(東部は5月18日に地域中核病院主催で、県病院機構理事長・県行政・地区医師会長が上記内容を講演済み)
- ・ エリアで個別に構築されている病病・病診連携の現状を確認する。現状を見える化し、好事例は他エリアに紹介し、横展開を図っていく。

○追加ヒアリング

- ・ 医療計画所管課と①～③について病院の今後の方針などの情報共有をはかった上で、ヒアリングを行う。

○自宅死亡者の内訳について

- ・ 自宅死亡者に孤独死が含まれているか、死亡小票で確認する。

●医療計画(対策)案を管内で合意形成・実現する手順

1. 6月上旬:県医師会主催の地域包括ケアシステム推進委員会で全地区医師会に在宅医療圏域の設定について、行政案を提示する。
2. 6月中旬:県在宅医療推進会議(医師会・病院協会・看護協会・訪問看護 ST 協議会・薬剤師会・歯科医師会・行政)でも、在宅医療圏域の設定について、行政案を提示する。
3. 7月・8月:西部地域の在宅医療-介護の多職種連携研修会で、介護側のニーズが高い新型コロナウイルス感染症の5類移行後の事業所対応というテーマで、リスクマネジメント・コミュニケーションや地域 BCP について講演し、グループワークとして事業所 PR シートを作成し、各事業所の強みを共有しながら、自発的なマッチングを行う機運を作る。

●研修後の経過

1. 県庁医療計画担当課 兼 県型保健所職員として活動。県医師会主催の地域包括ケアシステム推進委員会、その他の会議で、在宅医療データ分析について説明した。
2. 県医師会主催の地域包括ケアシステム推進委員会において、在宅医療圏域の設定が二次医療圏域単位であり広すぎるため、行政案を提示したが同意には至っていない。

- 3, 県内3保健所に在宅医療体制整備へ向けて市町村を支援して欲しいと要請した。しかし、そのうち2保健所からは承諾が得られず「若手の保健師が多く、通常業務の負荷が増えているところに、新たな業務が増えるということに対する抵抗感がある」、「在宅医療に係わる方針を県から保健所に示して欲しい。市町村の課題を県で整理して方針を示して欲しい」とのことであった。

●考察

- 1, 主に県 県庁医療計画担当課職員として参加。
- 2, 県内の県型保健所は、すべて地域医療に関与するというシステムはあるものの、その関与については濃淡が著しい。
- 3, 3県型保健所のうち1保健所は、従来から在宅医療体制整備を行っている。
- 4, しかし、他の2県型保健所は在宅医療に関わること自体に難色を示している。県庁としての在宅医療体制整備のシステム構築に難渋している。

5 考察

(1) 今年度の研修について

当研究班としては初めての行政職員向け全国研修会であった。そのため、参加者の反応を把握することを目的に、東京での対面開催とした。しかも、1日目、2日目ともほぼ1日研修とし、かつ、両日開催の応用編参加の条件として、昨年度、当研究班が作成したハンドブックに沿った管内の在宅医療についての分析を事前準備として課した。

かなりハードルの高い研修プログラムであり、参加者が集まるのかに不安があったが、結果としては、全国の保健所・自治体から多くの参加があった。

参加者からは「管内において課題を抱えて困っている」、「在宅医療の部署が新設され、配属されたが対応策が分からない」などの声があり、行政による在宅医療体制整備に関する全国的なニーズの高まりを感じた。

(2) 基本編について

1日目の基本編では、セミナー・グループワークにより、在宅医療に関する知識、サービス提供体制の構造と課題、行政としての対応策について学んだ。

研修後のアンケートの結果からみて、セミナーへの評価はほぼ4点台（5点満点）と好評であり、その他の在宅医療に関する知識に関しては研修前の2倍近くに向上した。研修全体への満足度は、研修後8.35、終了時（研修後半年）8.26（10点満点）と高評価であった。

終了時には、時間経過から在宅医療についての知識については、研修直後の評価に比べ若干低下した項目があった。しかし、「医療計画(在宅医療)を策定する自信がありますか」や「管内の在宅医療の課題と対応策を理解していますか」との設問への回答は、終了時には研修直後より向上していた。このことから、本研修が参加者に対し、長期的な好影響をもたらしたと考えられる。

ただ、基本編参加者の回答は高評価であったとはいえ、応用編参加者の回答と比較すると、研修直後、終了時ともに全般に低い傾向があった。特に「医療計画(在宅医療)あるいは在宅医療を向上させるための政策は、現状、従来よりも充実したものになりつつありますか？」という設問への回答では、基本編5.41、応用編6.71（10点満点）と開きがあった。

基本編はセミナー中心の知識の習得に力を入れた内容であり、応用編での管内の在宅医療データ分析から対応案の検討というプロセスがないため、実際の事業展開には結び付きにくいと思われる。効果的に管内の在宅医療体制整備に取り組んでいくためには、基本編での在宅医療の知識の習得を前提に、応用編への参加して頂くことをお勧めしたい。

（３）応用編について

連日参加の応用編では、参加者は、事前準備した管内の在宅医療についてのデータ分析結果に基づいて、課題確認、対応案および「医療計画案を管内で合意形成する手順」を検討し、結果として、全保健所が、管内の医療計画（在宅医療）案、または「管内の在宅医療を向上させるための素案」を完成した。

応用編参加者の研修後アンケートの結果では、研修への満足度、管内の在宅医療の課題解決へのモチベーションや対応策の理解、医療計画案を管内で合意形成する手順、医療計画を実行していく手順など重要な項目で高い値を示していた。

この結果から、応用編参加者は、研修から在宅医療体制整備について研修後に実施すべき方向性を理解し、管内においてこれを実施したことが伺える。

実際、研修後、すべての保健所が管内の在宅医療に関する分析結果と対応案を管内に持ち帰り、所内および外部の関係団体にデータ分析結果を説明していた。

その後、手探りながら、在宅医療体制整備の取組（グループ診療、同行訪問による在宅医育成、訪問看護ステーションへの精神分野の研修、病院立ち入りでの院長ヒアリング・研修の伝達講習、医療機関に対する調査など）を実施している。

また、大都市部に多い市型保健所のうち3保健所が在宅医療体制整備の活動を開始したことは、今回のような研修により在宅医療について大都市問題を解決できる可能性が見え、有意義であった。

（４）医療計画案を管内で実現するための活動について

応用編に参加した保健所・県では、今回の研修で作成した管内の医療計画（在宅医療）案を実現するための具体的な取組がなされた。

①管内の全病院が参加する合議体の活用

市型保健所において、市内の全病院が参加する会合において、本研修に関する報告を行い、「市民の高齢化に向けて、地域の病院として各病院で出来ることは極力協力して行くこと」を合意形成した。医療計画や地域医療構想の策定に関わる

会議に管内の全病院が参加していることは多いとは言えず、この場合には地域全体での合意形成が困難である。そのため、今回、市内の全病院が参加する会合において、在宅医療体制整備を進めて行くことの合意が出来た意義は大きい。

②病院への医療監視における院長等へのヒアリング・説明

この市型保健所では、各病院の医療監視の際に、保健所長が院長に在宅医療についての現状の取り組みを聞くようにした。また、未だ在宅医療に参画していない病院に対しては、「今後は診療所だけではなく病院も在宅医療の中心になる等」の説明をしている。

医療監視は、医療法上の重要な事業であるが、検査のみに留まらず、院長、地域連携室などへのヒアリングや説明を行うと、病院としての方向性を知ることができるだけでなく、管内の病院間の合意形成を進めることができる。年に1回実施する医療監視を十分に活用しようとする姿勢は重要である。

③在宅医療に熱心に取り組む医師との対話

市型保健所は、市医師会への対応と平行して、市内で在宅医療に熱心に取り組む医師との対話を継続している。一般に、医師会の正副会長や理事が必ずしも在宅医療に熱心に取り組んでいるとは限らない。そこで、この市型保健所は、医師会への対応とは別に、在宅医療に熱心に取り組む医師と相談しつつ対応を進めており、彼らを中心に同行訪問事業を活用して新たな在宅医の育成に取り組んでいる。この事例から、医師会への対応は重要であるが、それ以外に在宅医療に熱心に取り組む医師が存在する場合には、彼らとの対話を継続することとの重要性が分かる。

④訪問看護ステーション協議会との協議

中山間地を管轄する県型保健所は、管内の訪問看護ステーション協議会との協議により、小規模訪問看護ステーションが多く、経営的に不安定であることを確認した。そこで、研修のセミナーで学んだ「精神疾患患者を多く担当すると訪問看護ステーションの経営が安定する可能性がある」ということを実現するべく、活動している。管外の大規模な精神科病院と調整し、その病院関係者が講師をする形での訪問看護ステーション向け研修会を開催予定である。

中山間地に限らず、在宅医療に訪問看護ステーションは欠かすことができない存在となっているが、小規模で経営が不安定であることが少なくない。そこで、管内の訪問看護ステーションの経営を安定化し、できれば大規模化していくために訪問看護ステーション協議会との協議と具体的な対応が重要である。

⑤隣接する中核市との協議

大都市部にある県型保健所は小規模な市（人口１０万人弱）のみを管轄しているが、医療圏域（所管する１市に加え２中核市があり、総人口は１００万人強）の医療計画の策定を義務づけられていた。

応用編研修において、医療計画（在宅医療）策定、管内での合意形成、計画の実現のためには、中核市２市の主体的協力が不可欠であるとの結論に至った。従来、この県型保健所と２中核市との協議の場は存在していなかったが、県型保健所による調整により、初めて３市・県型保健所との協議の場が設定され、医療圏域の在宅医療データ分析と対応案について共有することができた。

⑥県内の在宅医療体制整備のためのシステム構築

応用編に参加した３県のうち２県においては、研修後、県庁担当者が、県型保健所に在宅医療体制整備に関わるように要請したものの、県型保健所から「人手不足のなか、新たな事業は困る」との強い反応があり、県内のシステムを組むことができずにいた。この２県の状況から、これまで、業務として在宅医療に関与してこなかった保健所を説得した上で、県内の在宅医療体制整備のためのシステム構築することには、相当な困難を伴うことが認識できた。今回の研修に参加していない都道府県においても同様な問題が存在すると考えられ、今後、全国的な在宅医療体制整備のためのシステムを構築する上で大きな課題と考えられる。

一方、他の１県では、今回の研修を機会に県内の全県型保健所が在宅医療に関与するという合意形成ができた。来年度には県庁が、県内の保健所職員に伝達講習を実施する予定である。県庁担当者による県型保健所への調整に難渋している２県に比べ画期的な動きと言え、今後の展開に期待したい。

（５）保健所長の理解の重要性について

今回、応用編に参加した保健所の一部で保健所長の参加を得た。その場合、保健所長が在宅医療体制整備についての知識を得た上で、管内の在宅医療データ分析に基づき対応策を自ら検討することができた。そのため、研修後、保健所として在宅医療体制整備を円滑に開始することができた。

一方、保健所長が研修に参加していない場合に、保健所内で在宅医療体制整備を行うという合意形成に時間がかかる事例があった。実際、応用編参加者（統括保健師、担当等）の何人かから、在宅医療体制整備を進めていくうえで、保健所長の理解がないことがボトルネックとなっていると発言があった。保健所長の理解は事業促進の重要なファクターと考える。

このような課題を克服し、研修内容を円滑に実施するためには、今後、基本編・応用編には原則、保健所長（最低、その意を受けた職員）が参加することとし、「研修後に保健所長の理解を得る」という段階で参加者が苦勞することを避けるべきであるとする。

（６）研修後の参加者フォローアップの課題

基本編の参加者には、メールにて適宜、在宅医療に関する情報提供を行った。また、応用編の参加者には、参加者、班員により構成されるメーリングリストを作成し、年度内は参加者への支援を継続することとした。また、管内において課題を抱える参加者が班会議で報告し、班員から助言を得る機会を提供することとした。

特に応用編の参加者フォローアップの課題として、

- ① 参加者には、メーリングリストへの投稿は心理的ハードルが高く、ほとんど自発的な投稿がなかった。
- ② 仕方なく、９月、１２月に「①研修後に医療計画・在宅医療体制整備で出来たこと、②やろうと思って頑張ったけど出来ないこと、③出来ないことの理由、④今後の方針」の提出を求めた結果、研修後の活動状況をなんとか把握できた。
- ③ メーリングリストのみでは参加者との情報交換が成立しづらいことが分かったため、各保健所に担当者を配置した。しかし、継続的なコミュニケーションとはならず、有効な継続支援には至らなかった。
- ④ １参加者のみオンラインでの班会議に参加したが、県内のシステム問題が主な課題であり、有効な支援とはならなかった。

上記のような状況から、保健所、自治体、都道府県などでの在宅医療体制整備のシステムの様々な課題を抱える参加者に対し、研究班として積極的な継続支援を行うことは難しいと判断した。

今後は、フォローアップの主な目的を参加者の活動状況の把握におき、参加者に課題が生じた際に、可能な範囲で支援を行うものとするとの研究班内での合意形成がなされた。同時に、時間経過のなかで、在宅医療体制整備において課題が生じた参加者が研究班に相談する窓口として、希望する参加者については、メーリングリストへの登録を継続することとした。

（７）まとめ

- ①保健所職員を対象とした在宅医療を中心とした医療体制づくりの研修は、知識伝達（基本編）及び、体制づくりの取り組み（応用編）ともに、参加者の評価では成果を上げた。
- ②応用編での在宅医療整備の体制づくりについては、観察期間が半年と短期である事と各保健所の置かれている状況（人口規模、高齢化率、医療体制等）が多様であるにも係わらず、プロセスとしては、一定の取り組みができたことが評価できる。しかし、アウトカム評価については、継続した検証が必要である。
- ③今回の研修では、一部の保健所長の参加は得たが、職員だけの参加では、研修成果の実務への反映に困難があるという報告があり、より多くの保健所長に在宅医療に関する基本情報の提供をする必要である事が分かった。今後、全国保健所長会研修のメニューとして医療政策を研修に組み込む等の検討が必要である。
- ④2024年度は地域医療構想目標年（2025年）の前年度であり、地域医療構想についても2040年問題という次のステージへの対応が求められている。一方、コロナ対策において、郡部だけでなく都市部においても、在宅医療体制の不備は「医療提供を受けることができない在宅死」という事態を起こし得ることが明らかになった。2040年をピークとする多死時代に既に突入しつつある日本社会における在宅医療体制整備は地域保健医療の重大課題であり、全国の保健所が取り組むべき課題であることは明白である。今後、本研究の成果を全国の保健所に普及する活動の継続が必要である。

Ⅱ 研修会の内容、その他の資料

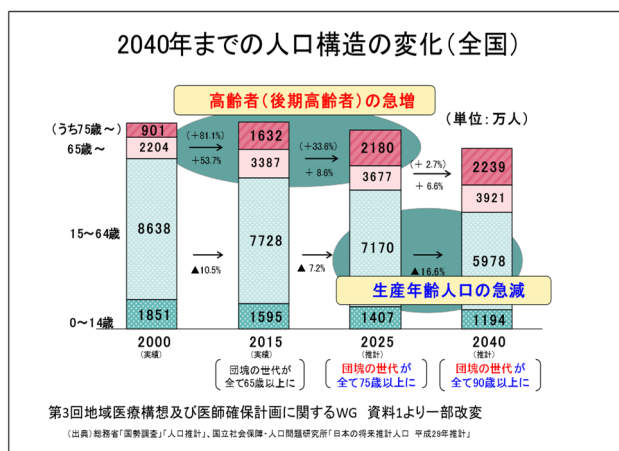
1, 基本編セミナー①～⑨の内容

セミナー① 在宅医療が必要な理由

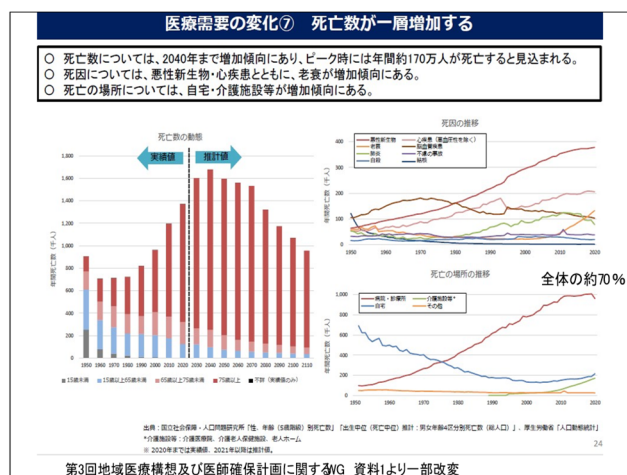
兵庫県加東保健所 所長 逢坂 悟郎

1, 2040 年までの人口構造の変化(全国)

2025 年は団塊の世代が全て 75 歳以上になる年、2040 年は団塊の世代が全て 90 歳以上になる年です。図1では、2000 年から 2040 年における人口構造の変化(全国)を記したのですが、生産年齢人口が急減するとともに、後期高齢者数が急増していくことが分かります。



この人口構造の変化により、死亡者数は、2040 年にピークを迎えると推計されており、死亡の場所の確保が課題となっています。



死亡の場所としては、1950 年にはほとんどが自宅でしたが、次第に減少しました。一方、わずかであった病院・診療所は急増し、2010 年頃には 80%を超えました。しかし、その後、介護施設等が増加し、自宅が若干増加したことにより、2020 年には病院が 70%となっています(図2)。国は 2040 年の多死社会へ向けて、

2038 年までに「在宅死+施設死」の比率を 40%に引き上げる方針を打ち出しています。

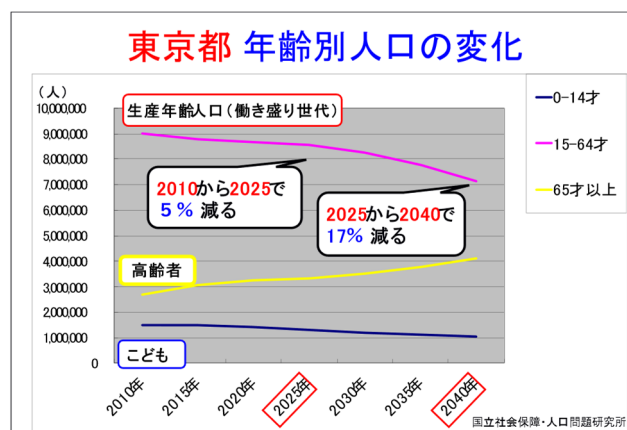
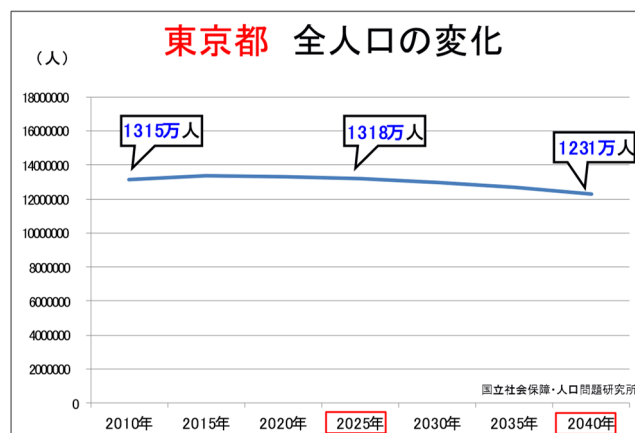
一方、高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府)によると、自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答しており、国民が国の政策を一定指示していることが示されています。

人口構造の変化、死亡の場所の変化から、全国的に在宅医療の供給量の増加が必要となります。

2, 大都市と地方都市の違いについて

2010 年～2040 年の人口動態推計について、大都市と地方都市の違いを見てみましょう。

まずは、大都市代表として東京都の人口の変化をみると、全人口はほぼ維持されますが、2025 年以降は徐々に減少していくことが分かります。



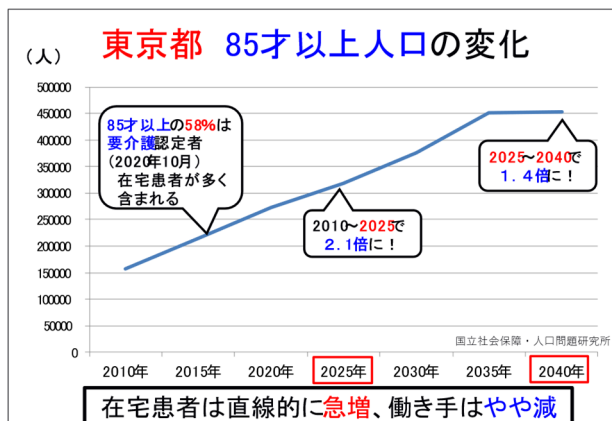
年齢別人口の変化をみると、高齢者は今後も増加していきませんが、子どもと生産年齢人口が緩やかですが減少していきます。

ただし、この人口動態推計は、国立社会保障・

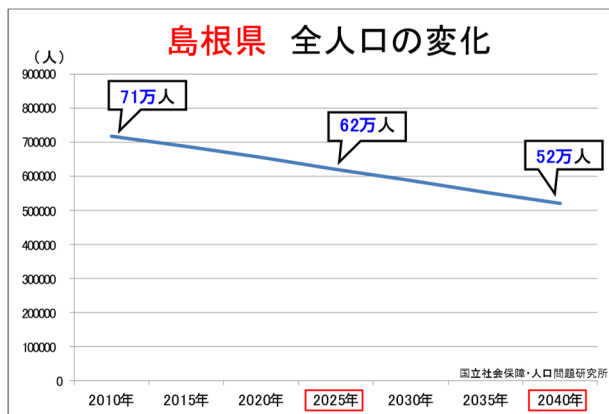
人口問題研究所が5年毎に公表しているものですが、推計時より出産数の実績が少ない状況にあり、特に生産年齢人口の減少については、この推計より厳しいものとなると考える必要があるそうです。

東京都の85才以上人口の変化をみると、2010年から2035年までほぼ直線的に増加していくことが分かります。85才以上人口はその58%が要介護認定者（全国）であり、同時に通院困難なため在宅医療を要する患者が多く含まれます。

都市部では、働き手の減少は緩やかですが、在宅患者が急増していくことが予測されます。

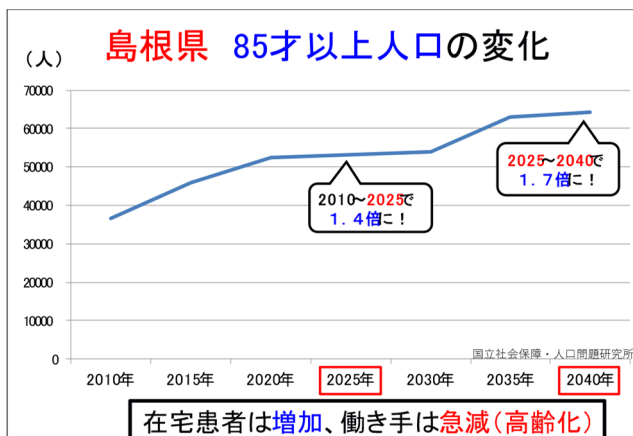
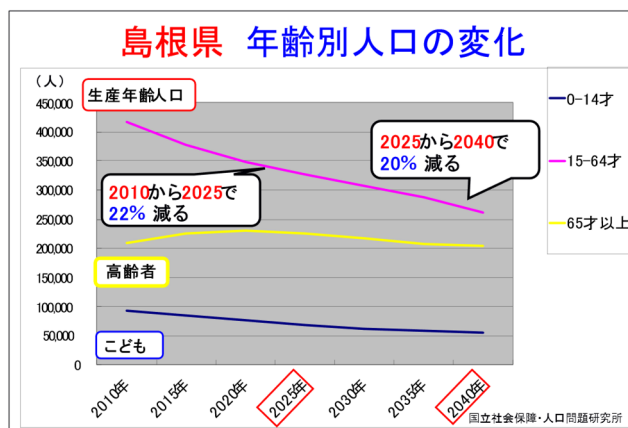


では、地方都市の代表として島根県の人口動態推計をみましょう。



島根県の全人口は、直線的に減少していきます。

年齢別人口の変化をみると、高齢者はすでに減少傾向にあり、子どもと生産年齢人口ともに大都市部より急減していきます。



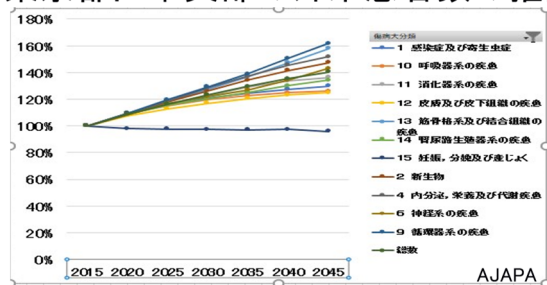
島根県の85才以上人口の変化をみると、東京ほどではありませんが、2010年から2040年まで傾きは緩やかですがほぼ直線的に増加していくことが分かります。すでに生産年齢人口が減少している島根県で、要介護認定者や在宅患者が多く含まれる85才以上人口が今後さらに増加することは厳しい状況です。

3. 診療所の現状：大都市と地方都市（中山間地）の違い

診療所在宅医の現状について大都市と地方都市（中山間地）の違いを述べます。

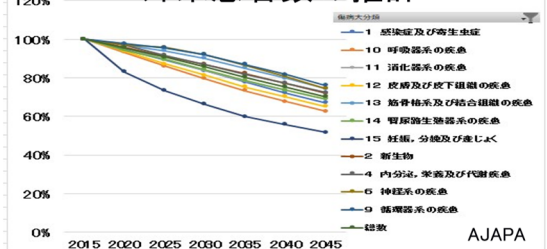
大都市部である東京都区中央部における疾患別外来患者数の推計について2015年を100%として表したグラフです。大都市部では外来患者数が伸び続けるので、新規開業の勢いは続くため、外来だけで経営が成り立ち、診療所はあえて在宅医療に手を出す必要がありません。一方、在宅医療を主に担う診療所が多く在宅患者を診ている現状があります。

東京都区中央部の外来患者数の推計



外来患者数が伸び続けるので、新規開業の勢いは続く。
また、**外来だけで経営が成り立ち、在宅医療に手を出す必要はない。**
在宅医療を主に担う診療所が多くの在宅患者を診ている。

島根県浜田医療圏域の外来患者数の推計



外来患者数がすでに全疾患で減少しつつあるので、新規開業は期待薄。
在支診が頑張っても、訪問距離が長く不効率で経営的メリット少。
在支診はすでに多くが高齢化し、人手不足。介護職も高齢化し、不足。

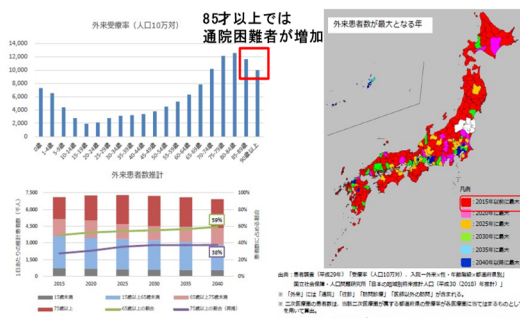
島根県浜田医療圏域のものですが、外来患者数がすでに全疾患で減少しつつあるので、新規開業は期待が薄い状況です。一部の在宅医が頑張っていますが、訪問距離が長く不効率で経営的メリットが少ないため、新たに在宅医となる診療所が現れにくい状況です。また、在宅医はすでに多くが高齢化し、人手不足です。

4. 2040 年へ向けた訪問診療需要の増加

外来患者数の動向をみたものです。

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となることを見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1より一部改変

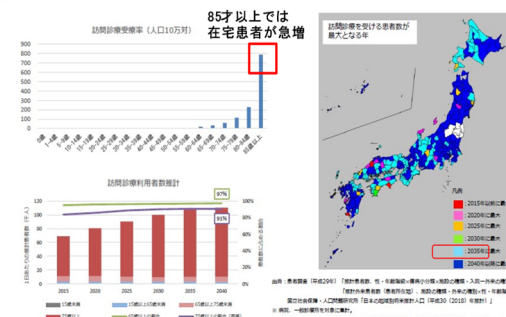
外来受療率が85才以上で減少し、その人口が増加を続けていることから、全国的に外来患者数が減少しています。外来患者数が2015年以前から減少している二次医療圏を赤で示していますが、全国的に真っ赤の状態です。

一方、在宅患者数の動向をみると、85才以上では訪問診療受療率が急に増加し、その人口が急増していることから、2035～2040年以降に訪問診療患者数が最大となる二次医療圏（青、薄青）が全国的にほとんどであることが分かります。

全国的に稀な医療圏を除いては、今後20年間は訪問診療需要が増加していくが分かります。

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に2030の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

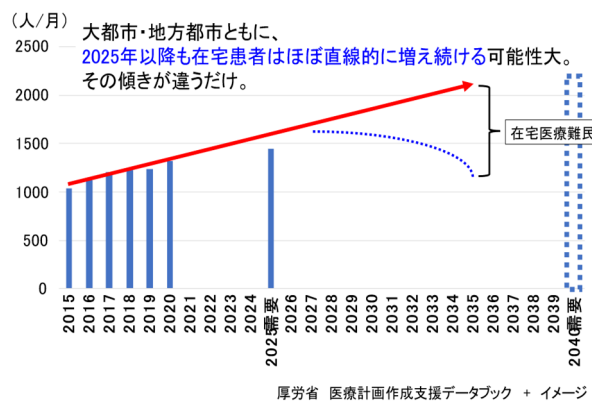


第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1より一部改変

5. 医療圏における訪問診療需要の増加イメージ

現時点で、二次医療圏における訪問診療需要の増加イメージを描くために、①85才以上では訪問診療受療率が急増すること、②85才以上人口が全国的にほぼ直線的に増加することを用います。

兵庫県加東保健所管内の訪問診療需要の増加イメージ



筆者が勤務する保健所管内の訪問診療患者数を厚労省 医療計画作成支援データブックから入手しグラフ化すると、実績値は徐々に増加してお

り、2025 年訪問診療需要には届きそうな気配です。しかし、管内の在宅医は高齢化が目立ち、在宅医の新規参入が少ない状況です。現状の診療所主体での在宅医療体制では、2035 年に向け供給不足が起き、多くの在宅医療難民が出かねません。

6. まとめ

- ① 全国的に 2040 年に向けて在宅患者は増加。
- ② 2040 年は最大の死者数となる。在宅医療が不足し、多くの在宅・施設看取りができない場合、入院医療が逼迫、看取り難民続出。
- ③ 在宅医療はどの地域でも向上が絶対必要。

セミナー② 在宅医療の基礎知識

兵庫県加東保健所 所長 逢坂 悟郎

1. 在宅医療とは

在宅医療とは、通院困難な患者に対して在宅(自宅および自宅のような高齢者住宅)に医師が訪問して行う医療です。

在宅医療には訪問診療と往診があり、訪問診療は計画的な在宅医療サービスを行うことであり、往診は患者の要請を受けて、医師がその都度、診療を行うことです。往診の方が医師の負担が大きいです。往診のなかには、「外来診療を一時的に中断して患者宅に往診」という大きな負担がかかる往診があり、緊急往診として加算が算定できます。

2. 在宅医療が使える住宅と使えない施設について

自宅では在宅医療が使えますが、それ以外の自宅のような高齢者住宅(法律で、配置医師が義務付けられていない住宅)では、在宅医療が使えます。

在宅医療が使える高齢者住宅

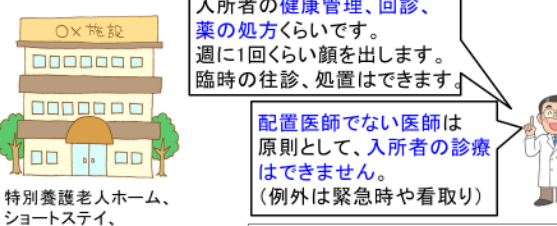
法律で、配置医師が義務付けられていない住宅



自宅 + サービス付き高齢者住宅(サ高住) ケアハウス 有料老人ホーム グループホーム

在宅医療が使えない施設

法律で、配置医師が義務付けられている施設



配置医師の役割は、入所者の健康管理、回診、薬の処方くらいです。週に1回くらい顔を出します。臨時的な往診、処置はできません。

配置医師でない医師は原則として、入所者の診療はできません。(例外は緊急時や看取り)

特別養護老人ホーム、ショートステイ、介護医療院、介護老人保健施設、養護老人ホーム、その他、障害者支援施設など多数

老健以外は非常勤なので「嘱託医」とも呼ばれています。また、配置医師が義務付けられていない施設が非常勤で医師を雇っても「嘱託医」です。

一方、在宅医療が使えないのは、法律で、配置医師が義務付けられている施設で、特別養護老人ホーム、ショートステイ等多数あります。

3. 在宅医療を支える医療機関について

在宅療養支援診療所(在支診)、在宅療養支援病院(在支病)は、在宅医療において中心的な役割を担う医療機関です。在支診・在支病の上位ランクとして、機能強化型があり、①在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上(単独型)と②在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上(連携型≡グループ診療)があります。同じ在宅医療を提供しても、通常の診療所、通常の在支診・在支病、機能強化型の順番で高い報酬を得ることができます。

機能強化型・通常の在支診・在支病とも「24時間(患者、家族から)連絡を受ける体制の整備」、「24時間の往診体制」という24時間・365日対応するという厳しい基準があります。

在宅療養支援診療所(在支診)・病院(在支病)					
	機能強化型在支診・在支病				在支診 在支病
	単独型		連携型		
	診療所	病院	診療所	病院	
全ての在支診・ 在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 中略・・・ の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	上記に加え、 (1) 許可病床200床未満であること (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は別 であること				
機能強化型 在支診・在支病 の基準	在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上(≡グループ診療)		/
	いずれか1つ		いずれか1つ		
	過去1年間の緊急 往診の実績10件 以上	・過去1年間の緊急 往診の実績10件 以上 ・在宅からの緊急 入院31件以上/年 ・地域包括ケア病 棟1・3	過去1年間の緊急 往診の実績10件 以上	・過去1年間の緊急 往診の実績10件 以上 ・在宅からの緊急 入院31件以上/年 ・地域包括ケア病 棟1・3	

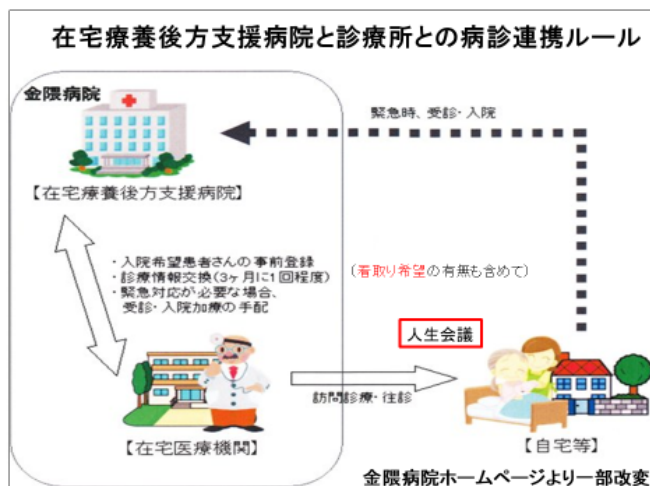
厚生労働省 令和4年度診療報酬改定の概要

厚生労働省 令和4年度診療報酬改定の概要

このため、それなりに在宅医療を提供している医療機関でも、24時間の体制が確保できないために在支診・在支病を届けことができないといえます。ちなみに、24時間・365日対応を取るに見合う利益が出る訪問診療患者数は50人以上とされています。

また、在支病の基準として、①許可病床200床未満であること、②往診を担当する医師は、その病院の当直医ではいけない(夜間に病院の医師がいなくなるから)というのがあります。②により、在支病を届け出た病院では、月間の当直医リストに加えて、往診医(オンコール)リストが作成されることになり、常勤医が少ない中小病院にとっては在支病の届出は数居が高いことになります。

令和4年度診療報酬改定では、もう一つの機能強化型の基準(過去1年間の緊急往診の実績10件以上)に加えて、「診療所の在宅患者の急変時に受け入れる病床を確保していること、実際に在宅患者の緊急受入を1年間で31件以上行っていること」、または、地域包括ケア病棟1・3を届け出ていることが追加され、これら3項目の一つを満たせば良いことになりました。これにより、地域包括ケア病棟を持つ中小病院(在支病)には機能強化型の届出がし易くなりました。

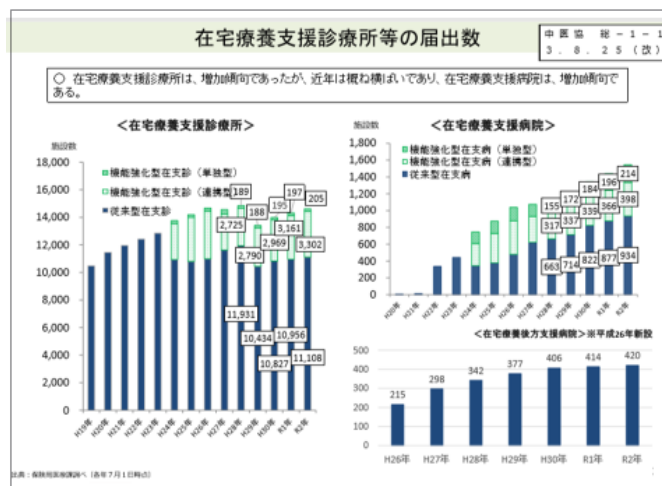


在支診・在支病以外に重要な在宅医療資源として、在宅療養後方支援病院(後方支援病院)があります。これは許可病床200床以上で、在宅医と連携し、24時間連絡を受け付け、必要に応じて在宅患者の外来・入院対応を行う医療機関です。

在宅療養後方支援病院と診療所との病診連携ルールとして、上図のように、まず、診療所が患者の自宅を訪問する際に人生会議(ACP)を実施し、終末期における患者・家族の希望を確認します。その上で、在宅生活で緊急入院する可能性(家族が救急車を呼んでしまう可能性)がある場合、後方支援病院に診療情報、看取り希望の有無など含めて事前登録します。終末期の在宅患者の病状や看取り希望などな変化しやすいので、3ヶ月に1回は診療情報の更新をします。実際に救急搬送されれば、後方支援病院は入院の上、登録情報に従い対応します。後方支援病院との病診連携ルールに沿えば、(特に高齢の)在支診でも夜間の負担が軽減され、長く在宅医療を続けることができます。

後方支援病院は箇所数が多くはありませんが、地域包括ケア病棟・在支病は、在支診等の診療所の後方支援病床の役割を持つことが可能です。しかし、後方支援病院のようにルールが決まっているわけではな

いので、これから病診連携ルールを作る際には、医師会あるいは行政が、診療所・病院間の仲介に入る必要があります。その場合、後方支援病院のようなルールでもいいですが、「面倒だ」という診療所が少なくないので、その場合には、「在宅患者が救急搬送される前には、必ず、かかりつけの診療所から当直医に電話を入れ、病状と看取り希望の有無について説明した上で、救急搬送依頼を行う」というようなルールの提案が考えられます。



令和3年の厚労省の資料では、全国の在支診数は、平成26年までは増加していましたが、その後、減少、伸び悩みとなっています。平成24年からは機能強化型が登場し、在支診数を増やすべき誘導しようとしたが、通常の(1人の医師で頑張る)在支診が一定数あり、箇所数を増やす効果が出ていません。一方、在支病は右肩上がりに増加を続けています。

在支診・在支病を届け出る際のハードルとして、「24時間連絡を受け往診する体制」がありますが、この負担を軽減するために貴重な資源として訪問看護ステーションがあります。



在支診が単独で24時間体制を取ると、深夜の急な往診が続いて心身ともに疲弊してしまいます。



しかし、訪問看護ステーションと強い連携体制を取れば、夜間の連絡や対応は訪問看護ステーションがしてくるため、在支診が夜間に呼ばれることはまずないという状況となり、在支診の負担はかなり軽くなります。

平成28年度診療報酬改定

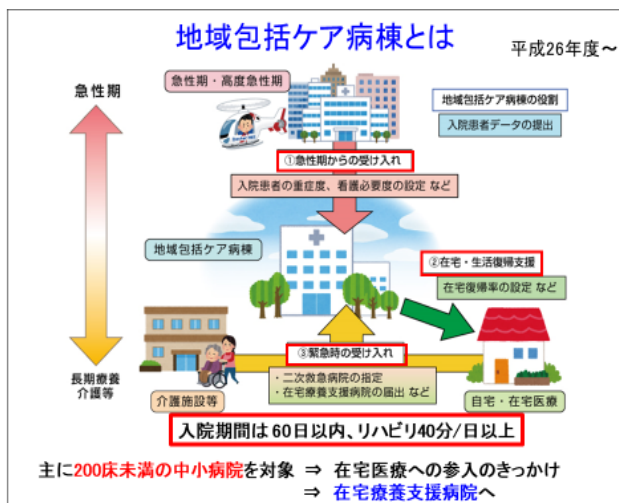
質の高い在宅医療・訪問看護の確保④							
在宅医療を専門に行う医療機関の開設							
健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。 【主な開設要件】 ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。） ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。 ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。 ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。							
在宅医療専門の医療機関に関する評価							
在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。 <table border="1"> <tr> <td>① 在宅患者の占める割合が95%以上</td> <td>④ (施設総管の件数) / (在診管・施設総管の件数) ≤ 0.7</td> </tr> <tr> <td>② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績</td> <td>⑤ (要介護3以上の患者・重症患者の件数) ≥ 0.5</td> </tr> <tr> <td>③ 看取り実績が20件／年又は又は15歳未満の超・超重症児の患者が10人以上</td> <td></td> </tr> </table> 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在診管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80/100に相当する点数により算定する。 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。		① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ (施設総管の件数) / (在診管・施設総管の件数) ≤ 0.7	② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ (要介護3以上の患者・重症患者の件数) ≥ 0.5	③ 看取り実績が20件／年又は又は15歳未満の超・超重症児の患者が10人以上	
① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ (施設総管の件数) / (在診管・施設総管の件数) ≤ 0.7						
② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ (要介護3以上の患者・重症患者の件数) ≥ 0.5						
③ 看取り実績が20件／年又は又は15歳未満の超・超重症児の患者が10人以上							

外来設備を持たず在宅医療に特化した診療を行う診療所が現れたため、平成28年度診療報酬改定で、「在宅医療を専門に行う医療機関」の基準が決まりました。それによると、外来患者に対応するために、診療区域内に2ヶ所以上の協力医療機関を確保(あるいは地域医師会の同意をえること)が開設の前提となります。さらに在支診の基準の加え、様々な実績を満たすことが求められます。かなり敷居が高い基準であるため、現状では(特に都市部で活躍している)在宅医療に重点を置く診療所の多くは、機能強化型在支診であるようです。

4. 地域包括ケア病棟について

許可病床200床未満の中小病院の経営は、かつて、看護師不足等から急性期一般入院料1～6のなかで、報酬の低い4～6しか届けることができないことが多い状況でした。しかも、大規模急性期病院に患者を取られ、空床が多く経営が厳しい状況でした。

そんななか、平成26年診療報酬改定で「中小病院の経営を改善するとともに、地域包括ケアを支える存在にする目的で作られた」のが地域包括ケア病棟です。



地域包括ケア病棟の役割は、①地域の急性期病院で初期治療を終えた患者を早期に受け入れ、療養、リハビリを行い、②在宅復帰させ、③在宅や施設で療養している患者の急変時に受け入れるものです。算定期間は60日以内で、リハビリは1日40分以上必用で、リハビリ専門職を1名以上雇用する必用があります。

しかし、急性期一般入院料4～6よりも看護師が少なくても良く、かつ、高報酬です。また、回復期リハ病棟のように多くの、リハビリ専門職を雇用する必用がありません。このように経営的メリットが大きいため、多くの中小病院は生き残りをかけて地域包括ケア病棟に病床転換していきました。

地域包括ケア病棟の巧妙なところは、200床未満の中小病院に、在宅医療への参入のきっかけを作り、その後、在宅療養支援病院の届出までを誘導している点です。

200床未満の中小病院での地域包括ケア病棟の施設基準には、①24時間の救急対応の他、②病院からの訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問看護ステーションのうち2つを満たす必用があります。

地域包括ケア病棟(床)の施設基準

(許可病床200床未満の場合)

①24時間の救急対応

②病院からの訪問診療、訪問看護、訪問リハ、
訪問看護ステーション、その他のうち2つ

の両方を満たす必要がある。

在宅療養支援病院(在支病)

地域包括ケア病棟(床)への転換は、
中小病院が在宅医療に参加するきっかけとなります。
しかも、同一法人の介護保険サービスが好調になり...

特にリハビリに力を入れている訳ではない中小病院であれば、訪問リハビリは難しいので、まずは自院からの訪問診療、訪問看護を開始します。こうして、在宅医療に参画していくうちに、同一医療法人の介護保険サービスが訪問診療、訪問看護の利用者を中心に好調になっていることに気がきます。こうなれば、さらなる利益を出すために、まずは、24時間対応の訪問看護ステーションを育てた上で、在支病を届け出ることになります。

令和4年度の診療報酬改定の影響

- 入院患者に占める自宅・介護施設から入院した割合 15 ⇒ 20%
- 自宅等から緊急入院した患者数 6人 ⇒ 9人/3ヶ月
- 在宅復帰率(60日以内) 70 ⇒ 72.5%

自宅・施設からの入院、在宅復帰機能の強化が求められた。



厚労省

これからも、徐々に厳しくしていきます。

でも、地域包括ケアを支えるために
頑張っていれば安泰です。

ただ、地域包括ケア病棟は順風なだけではありません。診療報酬改定のたびに厳しくなっています。

令和4年度の診療報酬改定では、200床未満の中小病院での地域包括ケア病棟では、自宅・施設からの(緊急)入院、在宅復帰機能の強化が求められた。

今後も、このように「地域包括ケアを支える存在」としての役割が強く求められる見込みです。

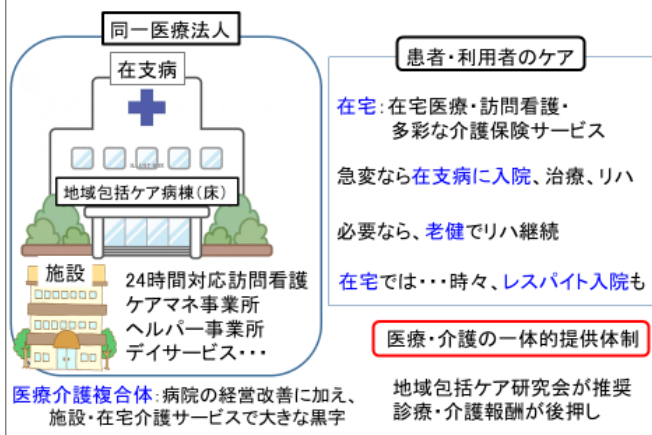
5. 医療介護複合体について

中小病院が急性期病床の一部を地域包括ケア病

棟に転換した後の発展型として、同一医療法人内に在支病や介護保険施設、様々な介護保険サービス事業所を持つことが多く、これを医療介護複合体と呼びます。地域包括ケア研究会が推奨し、厚労省が診療・介護報酬が後押ししているため、病院の経営改善に加え、施設・在宅介護サービスで大きな黒字となります。

これを、患者・利用者の立場でみると、在宅では在宅医療・訪問看護や多彩な介護保険サービスを利用し、急変時には在支病に入院した上、治療、リハビリを受け、必要なら、老健でリハビリを継続した上で在宅復帰し、その後、レスパイト入院を含めたケアを受けることが可能です。同一医療法人内なので医療連携、医療・介護連携は円滑です。厚労省は「医療・介護の一体的提供体制」の構築が必用だと言いますが、医療介護複合体がその具体的な姿の一つです。

地域包括ケア病床への転換⇒在支病がさらに発展すると



前述した、全国的に在支診数が減少傾向なのに在支病数が増加を続けている背景には、医療介護複合体の存在があり、高い経営的メリットを得つつ、オンコール医は同一医療法人の訪問看護ステーションや在支病のおかげで、負担がとてま少なくなくなっていることがあるようです。

セミナー③-1 都市部の課題例

川口市保健所管内における在宅医療の課題

川口市保健所 所長 岡本 浩二

1、埼玉県川口市

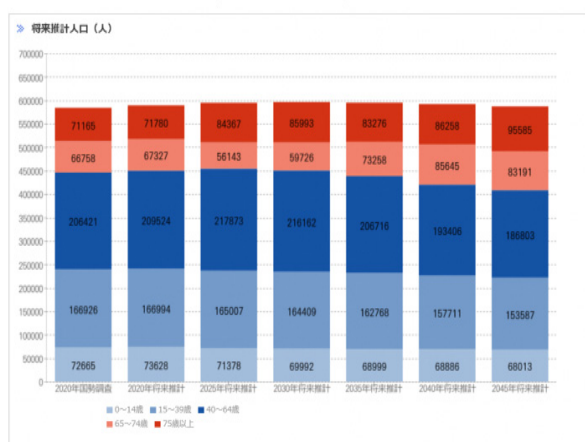
埼玉県川口市は、東京都に荒川を隔てて隣接しており、平成30年4月に中核市に移行して川口市保健所が設置された。人口は約60万人で高齢化率は、およそ23%であり、その他の特徴としては、外国人が4万人余りで、総人口の6%を超え、政令指定都市を除くと在留外国人が一番多い市である。

川口市は南部保健医療圏域に属し、圏域内には、川口市保健所と埼玉県南部保健所があり、南部保健所が蕨市・戸田市を管轄しており、その人口はおよそ20万人である。

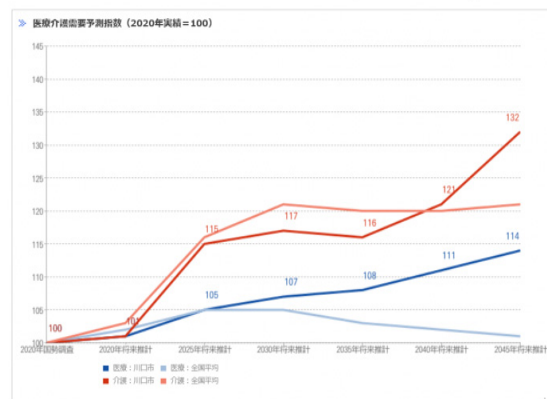
2、川口市の医療・介護の現状と将来予測について

スライドにあるように、人口は2030年まで増加し、その後も横這いが続くと推計されている。一方、後期高齢者はほぼ一貫として増加を続けることが推計されており、それを反映して医療と介護の需要も2045年に向けて全国平均を超える増加が続くと考えられる。

将来推計人口（JMAP）



医療・介護需要予測指数（JMAP）



3、地域の医療資源

埼玉県の人口当たりの医療機関数は全国平均を大きく下回っている。川口市も例外ではなく、診療所数及び病院数は人口10万人あたりで全国平均のおよそ7割及び5割に過ぎない。在宅療養支援診療所数も人口当たりの数は、全国平均を大きく下回っている。

しかし、特定施設の入所定員数は全国平均の2倍以上という特徴がある。

施設種類別の施設数（JMAP）

（一部改定）
2022年11月現在

施設種類	施設数	人口10万人あたり	全国平均
在宅療養支援診療所1：機能強化型（単独型）	1	0.17	0.19
在宅療養支援診療所2：機能強化型（連携型）	13	2.19	2.91
在宅療養支援診療所3：その他	17	2.86	8.35
在宅療養支援診療所合計	31	5.22	11.45
在宅療養支援病院1：機能強化型（単独型）	1	0.17	0.21
在宅療養支援病院2：機能強化型（連携型）	1	0.17	0.37
在宅療養支援病院3：その他	2	0.34	0.77
在宅療養支援病院合計	4	0.67	1.35
在宅療養後方支援病院合計	2	0.34	0.38
診療科目合計	27	4.54	6.89
訪問薬局合計	83	13.97	18.20

施設種類別の施設数（JMAP）

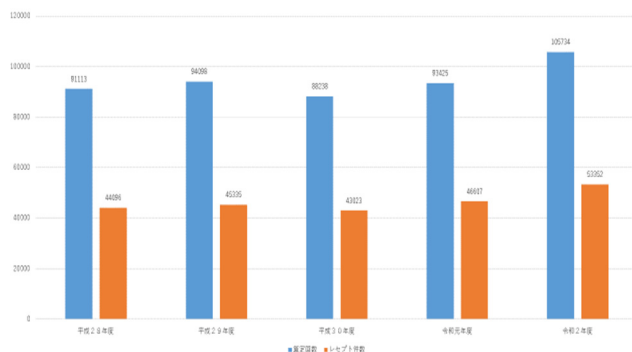
（一部改定）

2022年11月現在）

在宅療養支援診療所1：機能強化型（単独型）	1	0.17	0.19	0.17	0.19
在宅療養支援診療所2：機能強化型（連携型）	13	2.19	2.91	2.19	2.91
在宅療養支援診療所3：その他	17	2.86	8.35	2.86	8.35
在宅療養支援診療所合計	31	5.22	11.45	5.22	11.45
在宅療養支援病院1：機能強化型（単独型）	1	0.17	0.21	0.17	0.21
在宅療養支援病院2：機能強化型（連携型）	1	0.17	0.37	0.17	0.37
在宅療養支援病院3：その他	2	0.34	0.77	0.34	0.77
在宅療養支援病院合計	4	0.67	1.35	0.67	1.35
在宅療養後方支援病院合計	2	0.34	0.38	0.34	0.38
訪問歯科合計	27	4.54	6.89	4.54	6.89
訪問薬局合計	83	13.97	18.20	13.97	18.20

13

訪問診療を受けた患者数（川口市）



（出典：医療計画作成支援データブック）

4、訪問看護ステーションについて

市内の訪問看護ステーションは、精神科訪問看護に特化したステーション以外は、すべて24時間対応となっている。数は徐々に増加しているが、平均従事者数は常勤換算で5.5人程度と、ほとんどが小規模のステーションである。

地域介護資源（JMAP 2022年9月）

（一部改定）

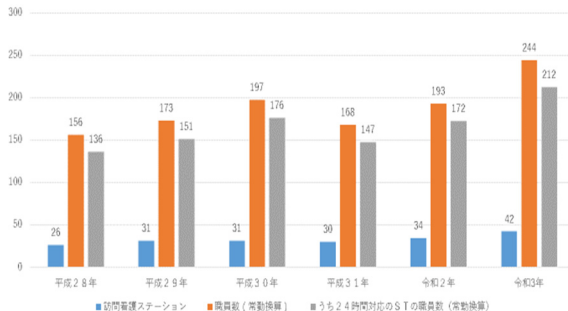
施設種類別の施設数	施設数	75歳以上1千人あたり施設数	川口市	全国平均	（一比較する地域を記載）
介護施設数（合計）	655	9.20	11.31	9.20	11.31
訪問型介護施設数	179	2.52	3.09	2.52	3.09
通所型介護施設数	169	2.37	3.05	2.37	3.05
入居型介護施設数	77	1.08	2.01	1.08	2.01
特老施設数	48	0.67	0.30	0.67	0.30
居宅介護支援事業所数	136	1.91	2.12	1.91	2.12
福祉用具事業所数	46	0.65	0.74	0.65	0.74

14

厚労省の提供している在宅医療に係る地域別データ集によれば、市内の在宅療養支援診療所数は30程度とほぼ横這いであり、在宅療養支援病院も5前後となっている。

医療計画支援データブックによれば、訪問診療を受けた患者数は、年々増加し令和2年度では10万人を越えている。

川口市の訪問看護ステーション



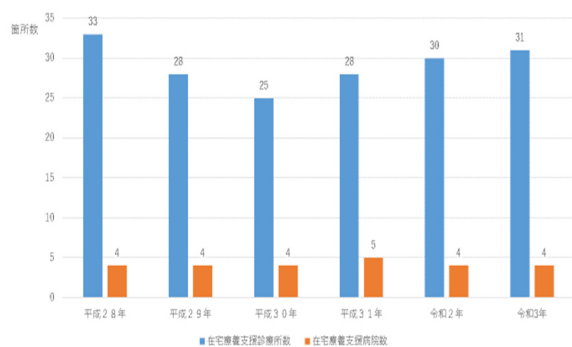
出典：厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集

29

5、自宅死亡と施設死亡

自宅死亡率と施設死亡率については、年々上昇しており、最近では両方を合わせると、3割を超えるまでになっているが、自宅死亡者の中に、かなりの死体検案書が出されている死亡者が含まれていることに留意が必要である。

川口市内の在宅療養支援診療所・病院



出典：厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集

自宅死亡率と施設死亡率の推移

	自宅死亡率 (%)	施設死亡率 (%)	自宅＋施設 死亡率 (%)
平成28年	15.3	6.8	22.1
平成29年	16.0	8.1	24.1
平成30年	17.5	9.0	26.6
令和元年	18.0	9.9	27.9
令和2年	21.0	13.0	34.0
令和3年	21.8	13.4	35.2

自宅死亡数と施設死亡数の推移

	自宅死亡 (人)	老人保健施設 (人)	老人ホーム (人)	総死亡数 (人)
平成28年	730	66	256	4,759
平成29年	806	67	338	5,027
平成30年	918	81	393	5,240
令和元年	978	75	464	5,443
令和2年	1,199	98	642	5,697
令和3年	1,272	110	669	5,832

出典：埼玉県保健統計年報 人口動態統計

6. 将来の医療介護のニーズについて（まとめ）

川口市の人口当たりの在宅療養支援診療所・病院とも全国平均を大幅に下回っている。しかし近年、在宅医療に重点を置く診療所については、数は少ないが新規開業が続いている。

関東信越厚生局提供の令和4年度の定例報告によるデータによれば、訪問診療患者数の上位5位までの在宅療養支援診療所により、ほぼ半数の訪問診療が提供されている。つまり大部分の診療所の訪問診療患者はそれほど多くない。

さらに、市外の医療機関から相当数の訪問診療が提供されていることが、コロナの届出から窺い知ることができた。しかし、県境をまたぐ医療提供体制の調整は困難であり、需給のバランスを検討する上での課題がある。

また、訪問看護ステーションも増加傾向にはあるが、いまだに小規模のものが大部分であり、大規模化に課題がある。

現在の高齢化率は全国平均よりも低いが、2045年に向けて、人口は頭打ちではあるが、今後急速に後期高齢者の人口が増える。このことにより、医療・介護のニーズは急増する。在宅で亡くなる方は増加しているが、その中には、少なくない数の不審死が含まれていることに注意を要する。

市内の医療・介護者の集まりにおいて、現在の在宅医療の不足感について確認したところ、不足感があるとの意見を確認することはできなかった。

これらをまとめると、川口市をはじめ都市部では、現在、顕在化していなくても、これから問題が大きくなっていくので、まだ時間的には余裕がある

今のうちから検討しておく必要があり、その際には、供給量もさることながら、質の課題も同時に考えていく必要があると考えられる。

川口市においては、スライドにあるように在宅医療・介護関連の組織等があるが、大部分は情報交換や研修が活動の中心になっているので、今後に備えて地域の在宅医療に関連する組織と保健所等が連携をして、将来に向けて対応検討する必要があると考える。

川口市内の在宅医療の推進のために

- ・在宅医療に関係する協議会等の多くは情報交換にとどまっている
 - ・医師会が運営している「川口市在宅医療サポートセンター」
 - ・相談、往診医の登録、在宅療養支援ベッドの登録など
 - ・埼玉県南部保健所地域保健医療協議会「在宅医療部会」
 - ・川口市福祉部が事務局である「川口市地域包括ケア連絡協議会」
 - ・多職種連携の強化のための「県南在宅医療研究会」
 - ・「退院時共同指導介護支援連携指導説明書」を「川口市地域包括ケア連絡協議会」の検討を経て作成した「地域連携看護師会」
 - ・医師会主導で始まったばかりの「川口市地域包括ケア学会」
- ・在宅医療に関係する既存の協議会等の活性化を通じて、訪問診療に関して啓発を行うとともに、その協議会等で参入する医療機関・訪問看護ステーションを増やしていく方策を検討することができないのではないか。

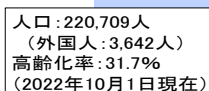
27

担当 鳥取県鳥取市保健所長 長井 大

鳥取県鳥取市保健所管内(東部圏域)における
圏域計画(在宅医療)策定の為の検討資料案
(中山間地が多くある地方都市部の場合)

鳥取県 鳥取市保健所 所長
長井 大

鳥取県 東部圏域
(鳥取市保健所管内)

[illegible]

○施設種類別の施設数は、人口10万人あたりの診療所数、病院数ともに全般に全国平均よりやや少ないです。
○診療科診療科目ごとの診療所では、内科、小児科は全国平均よりもやや多くなっています。

施設種類別の施設数(2021.11現在)



○在宅医療に関する施設種類別の施設数では、在支診3(従来の在支診)数が全国より少し多くなっています。一方で、在支診1(単独型)は存在しません。

○在支病の合計箇所数は、全国平均以下で大変少ない状況ですが、訪問歯科、訪問薬局は全国平均より少し多くなっています。

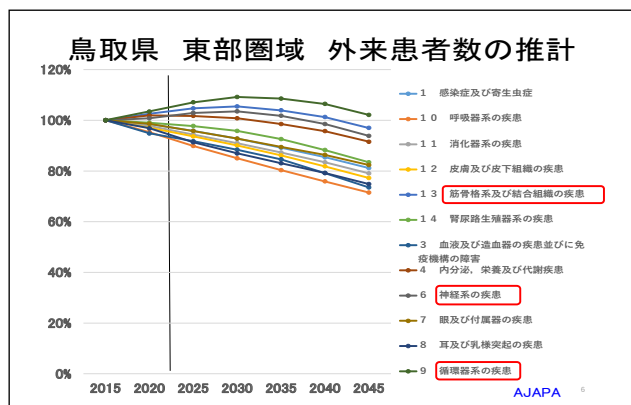
○2021年11月現在での管内の人口あたりの在支診は全国平均並の一方で、在支病の箇所数は、全国平均より少ないことが分かりました。

施設種類別の施設数(2021年11月現在)

項目	0	0.00	0.18	0.18
在宅療養支援診療所1				
在宅療養支援診療所2	3	1.34	2.79	1.34 2.79
在宅療養支援診療所3	24	10.69	8.93	10.69 8.93
在宅療養支援診療所合計	27	12.03	11.89	12.03 11.89
在宅療養支援病院1	1	0.45	0.18	0.45 0.18
在宅療養支援病院2	1	0.45	0.35	0.45 0.35
在宅療養支援病院3	0	0.00	0.76	0.00 0.76
在宅療養支援病院合計	2	0.89	1.30	0.89 1.30
訪問歯科合計	18	8.02	6.72	8.02 6.72
訪問薬局合計	38	16.93	16.52	16.93 16.52

○東部圏域での外来患者数の推計を疾病分類別に2015年を100として示しています。

○2022年から見ると、循環器系の疾患(心不全等)、筋骨格系の疾患、神経系の疾患については2025年から2030年をピークに少し増加しますが、その後は減少に転じるようです。他の疾患分類の外来患者推計は減少していくようです。



○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。

○新規開業数はそれほど多くないことが分かります。市町別では鳥取市以外は、新規開業は0です。

○また、2016～2020年に新規開業した診療所のなかで、在支診は2018年の1診療所のみでした。

○2022年度は2年ぶりに鳥取市内で、内科の新規開業した診療所が1ヶ所少し振りにありました。

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

	東部圏域	鳥取市	岩美町	若桜町	八頭町	智頭町
2017	2	2				
2018	1	1				
2019	1	1				
2020	2	2				
2021						

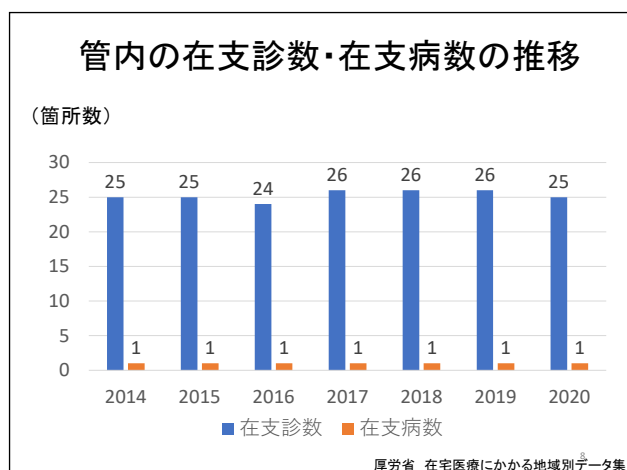
管内の町エリアの新規開業数は0。新規開業した診療所医師のなかで、在支診は2018年の1診療所のみだった。

○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25ヶ所あった在支診は途中増減はありますが、横ばいです。しかし、在宅医の顔ぶれに変化なく、このままでは在宅医の高齢化が懸念されます。

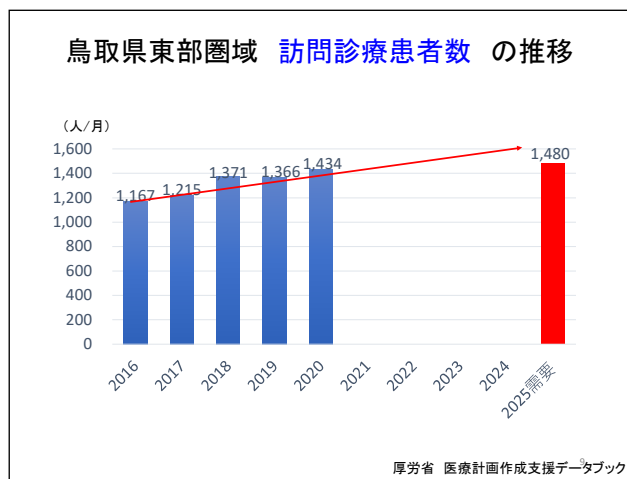
○在支病については2014年以降1か所から変化があり

ませんでした、本調査後に2か所増加しました。



○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。わずかなずつですが、訪問診療患者数が増加しています。今後の高齢者人口の増加を考えると地域医療構想における2025年の訪問診療需要を超えてくる可能性があります。

○数が伸び悩んでいる管内の在宅医療の体制(診療所主体か病院主体か)を含め、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、管内医療機関アンケートで確認する必要があります。



○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)をみると、管内で施設がない地域があるほか、いずれも看護職員数(常勤換算)4人～5人、と小規模です。

○現時点で、「24時間対応」をしていない訪問看護ステーションは、計21ヶ所のうち鳥取市2か所のみです。

○令和2年度まで訪問看護ステーション数及び訪問看護

師数は増加してきました。その後、町内に訪問看護ステーションのなかった2つの自治体にも計3ヶ所開設されています。

		R2.1.1 人口	R2.1.1 うち65歳以上	R2.10.1 訪問看護ステーション	R2.10.1 訪問看護ステーションの看護職員数 (常勤換算)	R2.10.1 平均常勤職員数	R2.10.1 うち24時間対応のSTの看護職員数 (常勤換算)	R2.10.1 平均常勤職員数
県	市区町村	(人)	(人)	(施設)	(人)			
鳥取県	鳥取市	185,440	54,064	19	97	5.1	88	4.6
鳥取県	岩美町	11,338	4,124	1	4	4	4	4
鳥取県	若桜町	3,104	1,454	0	0	0	0	0
鳥取県	智頭町	6,809	2,843	1	5	5	5	5
鳥取県	八頭町	16,840	5,877	0	0	0	0	0

「24時間対応」をしていない訪問看護ステーションは、計21ヶ所のうち鳥取市2ヶ所のみ

厚生省 在宅医療にかかる地域別データ集¹⁰⁾

〇ここまでのデータで見えてきた管内の在宅医療の課題を記します。

管内の在宅医療の課題

- ・ 在支診数がほぼ横ばいだが、ここ2年の間に在支病は1か所から3か所へ増加してきている。
- ・ 外来患者推計で患者数が減少し、将来、新規開業があまり期待できない。
- ・ 直近の訪問診療の実績から推計すると2025年訪問診療需要より、更なる患者数の増加傾向だが、在支診の高齢化で訪問診療患者数が減少する可能性。(今後調査を予定)
- ・ 訪問看護ステーションの大規模化は進んでいない。

まだまだ需要に供給が追いついておらず、管内で在宅医療が不足する危険性が高い¹¹⁾

今後の対応策検討に向けて管内の外来在宅医療の課題問題点を調査予定

調査対象：東部圏域全医療機関

調査項目：

(1) 外来医療について

①従事する医師(スタッフ)数・年代、②延べ患者数、③2030年時点での存続見込

(2) 在宅医療の実施の有無について(現在と将来の動向)

①在宅医療の現在の実施有無、②2030年時点での実施見込、③在宅医療推進の課題

(3) 在宅医療の実施体制、取組状況について(現在実施している取組状況)

①従事する職員数、②従事する医師年齢、③訪問診療の状況(患者数、訪問回数、移動距離等)、④対応している医療処置、⑤対応している疾患、⑥緊急時の対応(休日、夜間等)、⑦病院との連携(後方病床、退院カンファレンス)

セミナー④在支診への働きかけ

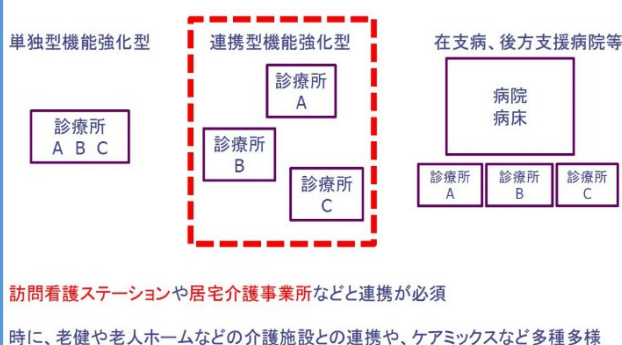
グループ診療、後方支援病院との連携
担当 島根県浜田保健所長 中本 稔

○グループ診療

グループ診療とは、複数の医師が一定のルールで、単一または複数の患者を共同して診療管理するもの。患者や家族の理解と選択が前提となる。

診療報酬では②基礎知識にあるように3人以上の医師が行う機能強化型在支診の単独型や連携型など一定の基準（過去1年の往診や在宅看取件数）

グループ診療のイメージ？



グループ診療を後押しする仕組み

診療報酬で、複数医師体制は単価高い

2012年「機能強化型(連携型)在宅療養支援診療所」

「機能強化型」の条件

- ①在宅医療を担当する常勤医師が連携内3人以上
- ②連携内で1年間に緊急往診10人以上、看取り4人以上
- ③在宅医療・介護連携推進事業で

積極的役割を担うことが望ましい

* 2022～すべての在支診・在支病に

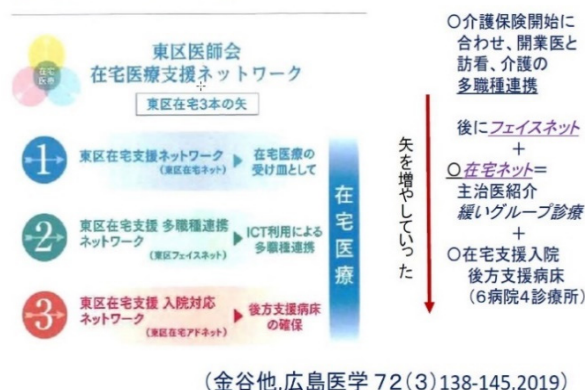
厚労省ガイドライン等にもとづく適切な意思決定支援に係る指針を策定

☆保健所としては、

市町村の在宅医療・介護連携推進事業への参画や、地域での意思決定支援関連の事業などで、接点が作れそう

を設けて高い報酬を設定している。在支診を単独医師で運用することも可能だが、24時間365日の診療を考えると、2名以上の医師が連携して在宅医療に関わることのメリットが大きいと考える。都市部の開業医の場合、診療科が違っていても後方支援病院つながりや、高齢者施設の嘱託医つながりなど、互いに連携するきっかけはある。次の広島市東区医師会のようにまずは緩やかな診療連携から始めてみることも提案したい。

事例)時代に合わせ変わる医師会・病院 (広島市東区医師会)



事例1) 時代に合わせて変わる広島市東区医師会

介護保険事業が始まり、多職種連携が叫ばれて久しい。筆者は2006年から4年間、広島市東区保健センターに勤務し、広島市東区医師会の医療介護連携事業に関わった。在宅診療を行う主治医を持たない患者が区内の基幹病院から退院するとき、在宅診療を行う医師を医師会が紹介する仕組みを紹介した。また、地域で長く診療を行っていると、かかりつけ患者の往診や訪問診療が増えてきて、休日や学会研修の時間が確保できないなど、「週末だけ診てほしい」と意見が上がった。2つの活動のためにインターネットのメールを活用して情報交換できる東区医師会のメーリングリスト(ML)を提案した。開業医90名の医師会員のうち、およそ20名の会員が賛同してMLに参加してくれた。(現在は40名を超えるMLとのこと)

事例)時代に合わせ変わる医師会・病院 (広島市東区医師会) 在宅医療の仲間を増やす同行研修



その後、東区医師会では①在宅医療の受け皿(東区在宅ネット)②多職種連携(東区フェイスネット)と活動を進め、現在では③後方支援病床確保(東区在宅アドネット)を加えて「3本の矢」を行っている。(金谷ら、広島医学 72(3) 138-145, 2019)

また、東区医師会では在宅診療の仲間を増やす目的

で「在宅医療・介護連携の手引き」（要綱、基礎知識）を作成して在宅同行研修を開始した。

事例2）出雲市の連携型機能強化型グループ診療

島根県出雲市の6医療機関（開業医）が、平成24年からグループ診療を開始、平成28年には夜間休日の往診を輪番制（コールセンターに1本化）にした。互いの医師を非常勤医師として登録し、診療録を閲覧し、担当した診療の報酬を支払う。

連携型機能強化型 在宅療養支援診療所(グループ診療)の例

出雲市内の6医療機関(開業医)が

平成24年からチームを組む。

平成28年からは夜間・休日の往診を「輪番」

自院の常勤医師に加えて、

他の5医療機関の開業医を非常勤医師に登録。

夜間・休日は看護師対応の「コールセンター」に1本化。

看護師が当番医師に連絡

電子カルテは、非常勤医師として閲覧権限。リモートも可

〇コロナ対策の在宅療養で見えてきた地域連携

保健所が新型コロナ患者の在宅療養を支援する際に、開業医どうしの連携も見えてきた。訪問看護師が相談しやすいという開業医のリストも参考になった。市町村が取り組む介護保険事業のひとつ、在宅医療・介護連携推進事業は厚労省が多職種間の顔の見える関係づくりの場として位置付けていることから、保健所が同事業に関わることで在宅医療の関係性を評価し連携の資源を開発するよい機会であると考え。市型保健所はもちろん都道府県型保健所も管内市町村の同事業に積極的に関わりたい。

〇在宅療養支援病院と在宅療養後方支援病院

2. 後方支援病院

〇在宅療養中の患者の病状悪化時に緊急入院

24時間365日の対応を行うには、緊急入院想定「病床確保」

2014～ 在宅患者緊急入院加算の割り増し

在宅患者共同診療料※

後方支援病院のルール

①病院が在支診と連携

②緊急時入院希望患者リスト一覧

③病院体制の説明をしておくこと(在支診で代理可)

もちろん、本人(家族)の同意の上

※在宅患者共同診療料(往診、訪問診療)

後方支援病院医師が患者宅に向く。専門診療科の診察、緊急入院の検討など。

2008年からの在支病に、2014年には後方支援病院が加わった。厚労省は原則200床以上の病院に対して①在支診他と連携をし、必要時は入院させる（満床時は責任もって紹介）②緊急時入院希望患者リストの一覧を整備③病院体制の説明を患者に説明しておく（在支診代理可）を条件に、後方支援病院のしくみができた。

（現在は医療資源の少ない地域では280床未満でも在支病は可能）

在宅患者共同診療料は後方支援病院の医師が緊急入院の受け入れのためにかかりつけ医から在宅診療を受ける患者を訪問したときに算定できる。

後方支援・病診連携は 在宅診療を助ける！

診療所側

〇重篤で緊急性がある患者を病院に任せることで、通常診療、訪問診療や往診を続けることができる。

〇高齢の医師には「入院」は助かる。

病院側

〇「後方支援病院」では、事前に患者情報もリスト化していることから、緊急入院もスムーズ。報酬も+

〇入退院連携が強まる？

「緊急時には入院選択もあるから、早期退院しましょう」

長期にわたる在宅患者の場合、専門科の診療を必要とすることが多い。患者の在宅での共同診察、共同指導管理はかかりつけ医には心強い。がん患者の緩和ケアや褥瘡対策チームによる褥瘡管理など質の高い診療を病診連携・多職種連携で進めたい。

セミナー⑤

中小病院への働きかけ

担当 兵庫県豊岡保健所 守本 陽一

1. 但馬圏域の状況

兵庫県北部日本海側に位置し、人口158000人程度で高齢化率36.5%、東京都と同じ面積の過疎地域である。在宅医療の現状としては、以下の通りである。

- ・現時点で高い在宅看取り率を誇っている。
- ・開業医の高齢化による在支診数の減少と新規開業がほぼない。
- ・2025年訪問診療需要に追いつかず、在支診数の減少から訪問診療患者数が減少する可能性がある。
- ・訪問看護ステーションの大規模化が進んでいない。
- ・その際、病院の訪問診療患者数がどこまで増加できるか。
- ・将来的な在宅医療の不足感があり、疼痛管理や訪問診療に抵抗感のある医師も少なくない。

今後、管内で在宅医療が不足する危険性があり、中小病院の役割が重要である。

また、2025年に必要とされる訪問診療需要(1ヶ月で訪問診療を受けた患者数)は1096人/月であるが、現時点で902人/月しかなかった。病院へのアンケートによって、うち病院が担当患者数は141人/月であり、15%のみであることがわかった。

2. 病院の在宅医療への関わりを増やすには

1)入退院支援ルールの実施

入退院支援ルールを作成し、ケアマネと病棟の連携をスムーズにし、入退院の情報連携を支援した。毎年ニーズに応じて保健所が主催する会議で改定した。ケアマネからは退院前の状況がわかると高評価であった。円滑な入退院支援のため、診療報酬に設定されている。入退院支援によって、病院にとっても病床稼働率や在宅復帰率にもよい影響があった。

2)地域包括ケア病棟への転換促進

地域包括ケア病棟とは、最大60日間入院可能で、定額払いのため、医療密度が低ければ診療単価は高くなる。そのため、軽症救急、レスパイト入院、リハ転院に対応可能な病棟となっており、在宅医療にも大きく貢献する。小規模病院の病床稼働率の改善のため、調整会議を利用し、急性期一般病床から地域包括ケア病床への転換を促す。転院等で病床稼働率が改善。今後、さらなる在

宅医療の後方支援機能の充実に狙う。地域医療構想調整会議にすべての病床を持つ医療機関を構成員に加えており、初期に導入した病院から、経営的メリットや運用方法、レスパイト入院について報告いただいた。地域医療構想として、急性期から回復期への転換が進んだほか、中小病院の経営も改善した。

3)病院からの訪問診療開始

病院からの訪問診療を促す。調整会議等でデータに基づいた今後の訪問診療の需要予測を話し、高齢化し、新規開業がない医師会に病院からの訪問診療を受け入れてもらう。中小病院に在宅療養支援病院の取得を促す。総合診療医等の在宅医療に積極的な医師らにより月100名以上訪問する病院も現れた。在宅療養支援病院を取得することで、訪問診療の単価がかなり上がる。また総合診療医は19番目の専門医として、訪問診療や肺炎、心不全なども広く担当医師であり、在宅医療の担い手として重要である。愛知県の豊田地域医療センターは総合診療医が赴任し、訪問医療の開始と地域包括ケア病床の導入によって大きく経営が改善している。また200床以上の病院では在宅療養後方支援病院を取得し、いざというときの入院先としてバックベットの機能を担うことができ、間接的に在宅医療を担う医師を支援できる。かかりつけ医の在宅患者を登録し、24時間の入院体制を確保する病院のことであり、入院初日に1000-2500点加算される。

4)訪問診療の需要をデータで示す

外部の研究者から、医療需要等の推計データを示し、外来・入院需要の減少を病院院長や病院運営自治体の長に受け入れてもらい、各病院に機能転換をしないと生き残れないことを促す。また、医療専門職の確保および教育、病院同士の一体的な運用による連携を狙い、首長、議員等も含めて地域医療連携推進法人を促すことも手である。連携推進法人によって、薬剤の一括購入、病床の融通、人事交流/研修、ICTの導入等が実施可能である。

5)市町村と連携し、病診連携を促進する

調整会議および各市町村における在宅医療介護連携の会議体を活用し、市町村ごとに現状分析と課題を保健所から報告し、具体的な解決について、病院、医師会、市町村で話し合いを促す。その後の調整会議で市町村ごとの進捗状況をシェアしていく。主体を保健所から市町村

や市町村ごとの医療機関にバトンタッチしていく。

3. まとめ

- ・中山間地域では外来入院需要が下がるも、訪問診療のニーズは増え続けている。
- ・開業医主体の訪問診療で、新規開業が見込めない場合、担い手不足が深刻化する恐れがあり、病院の役割が重要。
- ・病院に、後方支援、訪問診療、副主治医など、在宅医療への関わりを促す必要がある。
- ・在宅医療介護連携会議、地域医療構想調整会議等を活用し、保健所がイニシアチブを取ることができる。

セミナー⑥

訪問看護ステーションを活かすために

姫路市保健所 毛利 好孝

在宅医療確保の条件

在宅医療を確保する際に医師会等との協議で必ず求められる条件整備は、

- ①バックベッドの確保(状態悪化時における連携病院での受け入れ)
- ②急変時等の24時間対応(グループ診療対応、訪問看護ステーションとの連携)

である。

どう考えても、常勤医1人体制の診療所で24時間365日対応することには無理があるということであり、取り得る選択肢の中では訪問看護ステーションの連携がもっとも現実的である。

バックベッドの条件

バックベッドとしての機能を果たす病院としては、以下の条件を満たす必要がある。

- ①救急指定病院であること
- ②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
- ③入院直後からリハビリテーションが提供できること

在宅患者の急変の対応するためには24時間365日救急車の受入が可能な救急指定病院であることが必須なのは自明のことであり、救急搬送の過半数が内科系疾患であることから内科系総合診療医による診療体制が時間外も確保されていることが望ましい。また、治療による軽快後に在宅生活に戻るためには、入院当初からリハビリテーションが提供されることが必要である。

加えて、以下の在宅療養支援病院としての施設基準を満たすことがより望ましい。

- ①訪問看護体制がある
- ②在宅診療体制がある

上記の2点を満たすことによって、仮に診療所主治医での対応が困難になった場合でも在宅生活を続けられる可能性が高まる。

強化型在宅療養病院とは

機能強化型在宅療養支援病院の主な施設基準は、①24時間の往診体制と②在宅医療を担当する常勤医が3名以上である。200床未満の病院で時間外勤務医師に加えて(病院を医師不在にはできないため)、24時間往

診可能な医師を確保することは現実的に不可能に近い。次善の対応として、訪問看護ステーションの看護師がファーストコンタクトをとれる体制が必須となる。

また、入院と外来という基本的な医師業務にプラスして、在宅医療にも理解のある医師を3名以上確保するというのもかなり困難な条件である。これをクリアするためには、主として在宅医療を担当する医師とバックアップする医師2名というのが現実的な対応と考える。筆者もバックアップ医師として、回復期リハビリテーション病棟の病棟責任者とバックアップ医師を務めていた。

病院と訪問看護ステーションの連携

診療所ではなく病院からの在宅医療の提供を必要とする患者は、以下のような状況の者が想定される。

- ①病状が安定せず、診療所では継続対応が困難な状態の患者
- ②診療所の主治医が在宅医療を提供していない患者
- ③COMMON DISEASEではなく、特別な処置、対応が必要な患者
- ④在宅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には、バックベッド機能を有する病院と密接に連携できる訪問看護ステーションが必要不可欠である。

訪問看護とは

訪問看護とは、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等(准看護師、理学療法士、)による療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。

サービス提供は、病院・診療所(みなし指定訪問看護事業所)又は訪問看護ステーションが行うことができる。

利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険いずれかの適用となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先する。

要介護者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付による訪問看護が行われる。

訪問看護ステーションの開設

訪問看護ステーションは、事務所と意欲の高い職員、運転資金さえ確保できれば開設できる。市街化調整区域でなければ用途規制において特段の問題はなく、自宅を事務所として利用することも可能である。一般的には、訪問看護ステーションの開設にあたっては、準備資金とし

て1,500万円程度を準備していると言われている。

訪問看護ステーションの運営

訪問看護ステーションの運営が難しいのは、①居抜きでない場合には、顧客(利用者)を一から開拓しなければならない、②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)、事務所の運営費や従業員の給与などの費用が発生するということに尽きる。

報酬の高い医療保険適用の患者は、対象者が少ないうえに短期間のサービス提供となることが多く、少人数事業所の場合には、時間外対応での職員の負担も非常に大きい。現実として4人以下で24時間365日体制と取るには、1人あたり週2回以上のオンコール対応が必須であり持続可能な体制とは言えない。

訪問看護ステーション運営の現状

前述のように訪問看護ステーションの開設にあたって1,500万円程度の資金を用意した場合、これを開業資金と運転資金に充てるとすれば、イニシャルコストは、比較的少額であるが、ランニングコストの赤字によって手元資金が尽きるまでの、何年かは持続できるようである。

収入がなくとも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よく見られる事象である。一般的には、黒字化まで5年程度はかかると言われており、筆者の経験でも黒字化までに5年を要したところである。(表-1)

ダーウィンの海を越えるために

新規開設した訪問看護ステーションが生き残るためには、ダーウィンの唱えた進化論のように、生存競争のなかでの適者生存・選択淘汰の乗り越え、サービスの進化を続けながら、競争のなかを勝ち進んでようやく黒字化が果たされる。(図-1)

したがって、サービスそのものの質が高いことも必要であるが、付加価値を高めていくことが重要であり、新規価値の創出など、この事業所のサービスだからこそといった魅力を磨くことが必要である。

夜間における訪問看護体制の確保

一般的に、複数の訪問看護ステーションが連携して時間外対応を行うという手法は、保険診療(介護保険を含む)の観点からは困難と考えられる。しかし、非常勤で複数の訪問看護ステーションを兼務する看護師を確保して、夜間対応をするという方法などまったく対応策がない訳

ではない。また、単に時間外体制を確保するという観点だけなら、主治医の所属する医療機関からみなし訪問看護を提供するという選択肢もある。

訪問看護の報酬

介護保険における訪問看護の報酬体系は、表-2に示すとおりで、基本的に時間ベースとして各種加算によって成り立っている。また、500単位以上の主な加算を表-3に示すが、重症度が高い利用者ほど高い単位数が算定できる。

医療保険における訪問看護の報酬体系は、ベースとなる訪問看護療養費があり、これは(精神科)訪問看護基本療養費(+加算)と訪問看護管理療養費(+加算)からなっており、それぞれ職員数が多く施設基準の高いステーションほど報酬が高くなっている。(表-2)また、加算については、500点以上のものを表-3に示すが、介護保険と同様に重症患者の対応に対しては、高い加算が算定できる。

訪問看護ステーションの安定経営

訪問看護ステーションの安定経営を確保するためには、事業所の収益が向上する対策を採ることが必要である。まず目指すべきは大規模化するなわち医療保険における機能強化型訪問看護ステーションの施設基準を満たすことである。

ちなみに、全国に14,000を超える訪問看護ステーションがあるにもかかわらず、令和2年7月時点での機能強化型訪問看護ステーションの届出数は、機能強化型Ⅰが325事業所、機能強化型Ⅱが246事業所、機能強化型Ⅲが131事業所に過ぎない。

機能強化型訪問看護ステーションには、前述のようにⅠからⅢの施設基準があり、それぞれの人員配置基準は、Ⅰが常勤7名以上(1人は常勤換算可)で看護職員が6割以上、Ⅱが常勤5人以上(1人は常勤換算可)で看護職員が6割以上、Ⅲが常勤4人以上で看護職員が6割以上となっている。

一概には言えないが、同じ訪問看護でも医療保険適用の患者は介護保険適用の利用者よりも報酬が高いため、医療保険適用で長期にわたってサービス提供ができる難病や精神障害を基礎疾患とした患者の確保は、訪問看護ステーションの収入安定化に大きく寄与するのみならず、在宅療養の質の向上に繋がる。

潜在需要と実需について

医療サービスの供給量や必要量の把握は、既存のデータベースを精査すれば潜在重要としてある程度の数値化は可能である。しかし、事業として成り立つかどうかは、実際の需要(実需)がどうなるかであり、これを数値化することは難しい。なぜならば、サービスは、利用者となる住民がその内容を具体的にイメージして初めて、潜在需要から実需へと変化するからである。

筆者が、基礎理論としての経営学を専攻し、実際に複数の病院再建に関わってきた経験からすると、過去の資料から分かることは過去の状況であり、将来推計はパラメーターの設定で大きく変わることから、データベースの利用はあくまでも参考程度と割り切ることが必要である。

保健所のできること

筆者は、実際に訪問看護ステーションの開設と運営に関わったが、保健所が訪問看護ステーションの安定的運営に寄与できることとしては、①管内訪問看護ステーションの実態把握と組織化への支援、②補助金をはじめとする支援策の収集と事業者への情報提供、③法令等の適切な解釈による運営支援に係るノウハウの提供、④難病、精神障害等、保健所が関与するケースにおける訪問看護利用に関するノウハウの提供が挙げられる。

①については、事業者間での情報共有と連携を促すとともに、在宅医療に積極的でない医療機関との橋渡しにも有効である。②については、各部署に散在する情報をまとめて提供することが重要である。③については、行政文書の分かりやすい解説と文書では分からない解釈を的確に回答することが求められる。④については、該当者の在宅療養における生活の質の向上という点で、該当者と保健所、訪問看護ステーションの利害が一致する。

保健所への苦言

最後に、(県型)保健所の皆さんへ厳しい指摘を何点かしておきたい。まずは、継続的で統一した支援である。特に県型保健所では、所長や担当者の異動が頻繁にあり、その度に対処方針や事業者への関わり方が変化するが、これでは事業者からの信頼は得られない。

次に、金銭感覚の無さである。財政課を除いては、予算と言っても基本的に歳出を計上するだけで、事業のアウトカムを厳密に測定することも殆どない。収入がなければ預金を取り崩すか借り入れをするしかない経営者からすれば甘ちゃんとしか言いようがない。

3点目としては、経営感覚の無さである。訪問看護ス

テーションを大規模化するためには補助金が必要であるという理屈は正しい。しかし、補助金を得られるのは、大規模化の目処がたっている事業者だけであり、そうでない事業者が返還のリスクを負ってまで補助金を申請するのは困難と言わざるを得ない。補助金を用意したのに利用がないと嘆くのは、経営者の厳しい立ち位置が分かっていないからである。

最後に、何でも本庁に確認しますでは当てにされない。筆者も病院運営時に保健所への問い合わせを試みたが、担当者が内容を正確に理解できているか心許ない口調で本庁に聞かないと分かりませんという返事を受けたので、以後は正確に意図を伝えるためにも県庁の担当課へ直接連絡を取ることにした。致し方ないことではあるが、これでは保健所に頼ろうとは到底思わない。

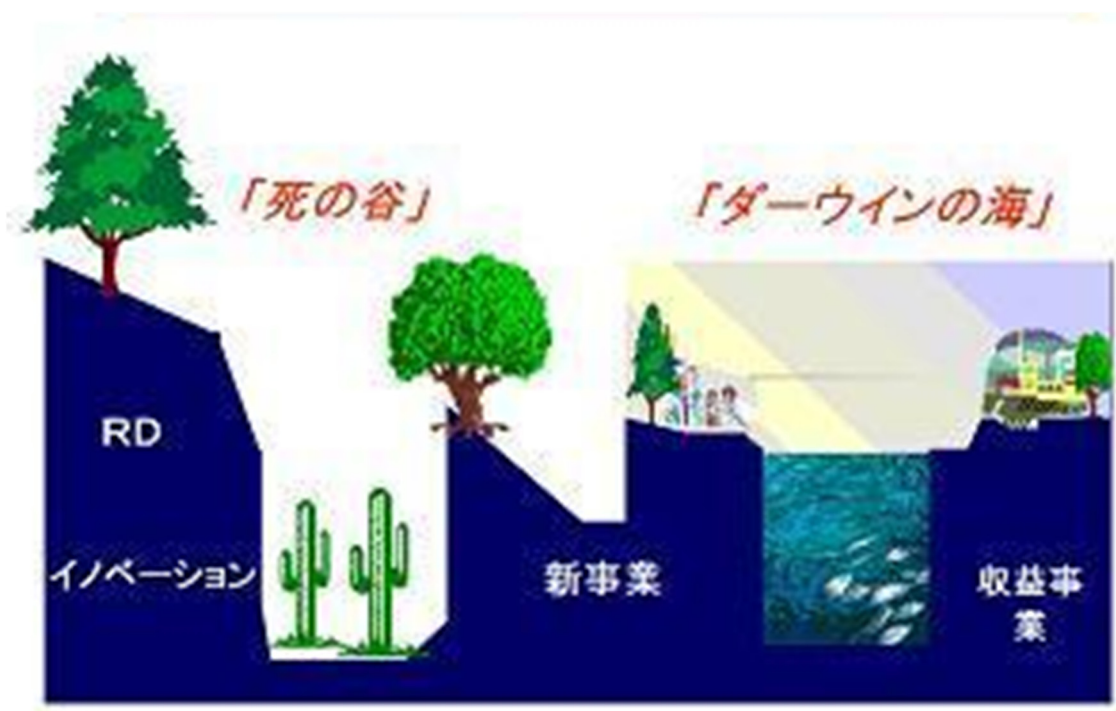
厳しい意見をさまざま書いたが、これ乗り越えて地域医療・介護の充実のために、頑張っていただける方々のお役にたてば幸いである。また、筆者では、経営学を基礎としたロジカルフレームワークの研修(保健所技術系職員研修)も用意しているので、興味のある方はお問い合わせいただきたい。(図-2)

©不許複製

表－１ 訪問看護ステーション開設からの収支（一例）

	看護師数 (正規)	看護師数 (臨時)	リハ職数	訪問件数	看護収益	平均単価	収支
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	40,095	7,963	▲461
R3年度	3	2	1	5,226	42,435	8,120	2,297

図－１ ダーウィンの海



出典：東京理科大学大学院H25年度第2回MO T イブニングセミナー

表－２ 介護保険における訪問看護の基本報酬

介護保険の基本報酬	所要時間20分未満の場合	313単位
	所要時間30分未満の場合	470単位
	所要時間30分以上1時間未満の場合	821単位
	所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,125単位
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合(1回につき)	293単位

表－３ 主な高単位加算(介護保険)

緊急時訪問看護加算	574単位	月１回
ターミナルケア加算	2,000単位	１回限り
特別管理加算Ⅰ	500単位	月１回
訪問看護の看護体制強化加算Ⅰ	550単位	月１回
退院時共同指導加算	600単位	１回につき

表－４ 訪問看護基本療養費

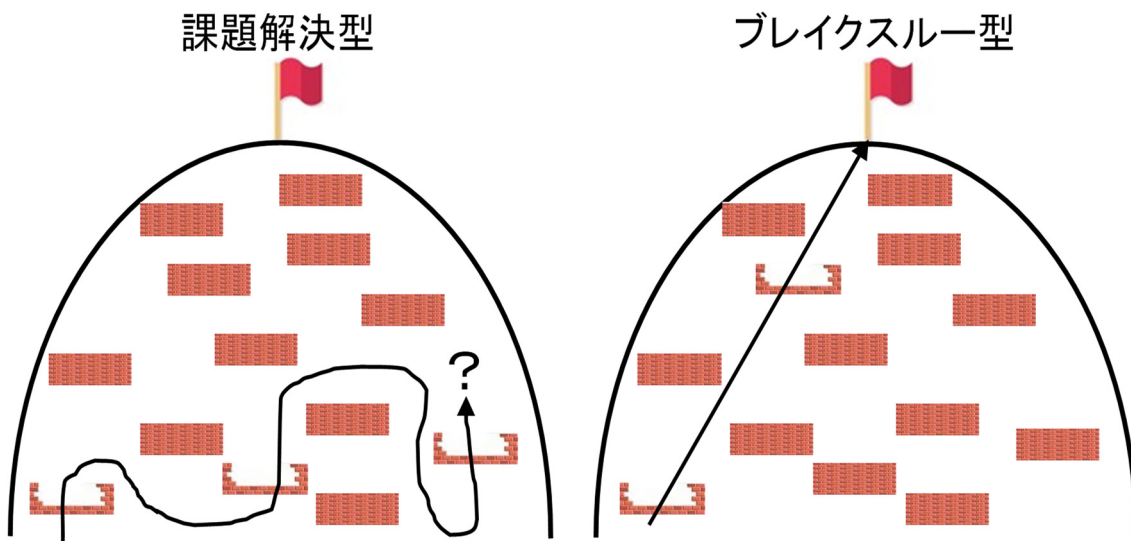
医療保険訪問看護療養費Ⅰ	イ 保健師、助産師又は看護師による場合 週３日目まで	5,550円
	イ 保健師、助産師又は看護師による場合 週４日目以降	6,550円
	ロ 准看護師による場合 週３日目まで	5,050円
	ロ 准看護師による場合 週４日目以降	6,050円
	ハ 専門の研修を受けた看護師による場合	12,850円
	ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合	5,550円
精神科訪問看護基本療養費Ⅰ	イ 保健師、看護師又は作療法士による場合 週３日目まで(30分未満)	4,250円
	イ 保健師、看護師又は作療法士による場合 週３日目まで(30分以上)	5,550円
	イ 保健師、看護師又は作療法士による場合 週４日目以降(30分未満)	5,100円
	イ 保健師、看護師又は作療法士による場合 週４日目以降(30分以上)	6,550円
	ロ 准看護師による場合 週３日目まで	3,870円
	ロ 准看護師による場合 週３日目まで	5,050円
	ロ 准看護師による場合 週４日目以降	4,720円
	ロ 准看護師による場合 週４日目以降	6,050円

表－５ 主な高額加算(医療保険)

24時間対応体制加算	6,400円	月１回
難病等複数回訪問加算	8,000円	１日３回以上
退院時共同指導加算	8,000円	１回につき
ターミナルケア療養費１	25,000円	１回限り
ターミナルケア療養費２	10,000円	１回限り
特別管理加算	重度者5,000円	月１回
退院支援指導加算	6,000円	１回につき
長時間訪問看護加算	5,200円	１日１回

注意：表－２から５までの報酬は、令和６年１月現在のものである。

図ー2 ロジカルフレームワークにおける思考の一例



セミナー⑦

在宅医療について、新型コロナウイルス感染症が我々に教えてくれたこと

(医療機関との関係性を中心に)

担当 兵庫県豊岡保健所長 柳 尚夫

I. 新型コロナウイルス感染症の医療体制づくりを通じて見えてきた在宅医療体制の課題

新型コロナウイルス感染症の当圏域での医療体制づくりの経験から、在宅医療体制及び病病・病診連携における課題が見えてきた。これらの課題は、今後の高齢社会における在宅療養体制づくりにおける課題とも共通する点が多い。今回のパンデミックへの医療体制づくりで得た課題は、今後当保健所が超高齢社会における在宅医療体制の整備に取り組むに当たっての貴重な経験として分析してみた。

.....

<課題>

1. 病院の入院と在宅医療の関係
(外来、院内感染対策、ICT)
2. 診療所の訪問診療実施医師の体制
3. 訪問看護ステーションの在宅患者支援の姿勢
4. 高齢者施設の医療的ケア体制と看護力
5. 病病連携と病診連携の課題
6. 消防の在宅療養者搬送に関わる課題
7. ACP（人生会議）の普及
8. 精神科病院の身体医療レベル

.....

1. 病院の入院と在宅医療の関係
(外来、院内感染対策、ICT)

<課題> 日本の後期高齢者人口がピークに達すると予測される2040年には、看取りのための病床の不足が予測されているが、コロナ感染症の感染拡大時に、看取りを含めた在宅医療体制が確立されていない地域では、一部の患者が医療支援を全く受ける事ができない事態が起った。

<わかったこと>

- 1) 病院への入院に制限がかかると在宅医療のニーズは急激に増える
- 2) 急性期病棟に要介護高齢者が多数入院した場合の病院スタッフの負担は大きい。回復期との連携による転院調整の体制が必要である
- 3) 極端な面会制限すると高齢者は入院を嫌がる

<コロナ感染症で可能な対応>

- ① 圏域の病床コントロールと入院トリアージ
- ② 施設、在宅からの入院基準の明確化、特にDNARの救急搬送プロトコル
- ③ オンライン面談

<今後の対応>

- ① 地域医療構想調整会議を活用した病床機能分化と役割分担の明確化と病院間連携のシステム化
- ② 介護施設の在宅看取り体制の確立と在宅看取り体制整備
- ③ 地域包括ケア病床を活用した在宅療養支援と誤嚥性肺炎や尿路感染症等の救急対応体制の確立

2. 診療所の訪問診療実施医師の体制

保健所から開業医への訪問診療依頼業務を通じて、診療所医師の現状把握ができた。

<わかったこと>

- 1) 訪問診療している医師の現状
受け持ち患者数や介護施設への嘱託医等支援オンライン診療してくれる医師の存在
- 2) 在宅看取りを含む終末期医療対応する医師数
- 3) 訪問診療医と病院との連携の課題
- 4) 訪問診療専門機関は都市部ではニーズに合わせて急激に増加する可能性がある

<広げるための戦略>

- 1) 訪問診療医への必要情報の伝達（コロナでは感染状況の情報等）
- 2) 病院のバックベッド機能や副主治医制度の導入の必要性と可能性
- 3) 訪問診療医同士のグループ化

3. 訪問看護ステーションの在宅患者支援の姿勢

<わかったこと>

- 1) 在宅看取りを取り組む姿勢の差がステーション間で大きい
- 2) 規模によって、融通が利かない現状
多くは小規模であることから、支援対象患者を急速には増やせないし、増やせても限定的
- 3) ニーズに合わせて、訪問看護ステーションも生まれる
特に、都市部ではコロナ対応専門ステーションも生まれたが、存続できるかは課題
- 4) 初期から医療ニーズに対応して動いてくれる可能性があるのは訪問看護
特に、感染症対策では介護職が訪問実施までに時

間がかかった

<対応>

- 1) 訪問看護ネットワークの構築への支援
- 2) ネットワークを通じた情報伝達や研修の実施
- 3) 訪問看護同士の患者の紹介システムや夜間訪問の集約化

4. 高齢者施設の医療的ケア体制と看護力

<わかったこと>

- 1) 施設内看取りや DNAR の対応には介護施設の種類の差が大きい
(医師や看護職の配置や介護職の知識や経験)
- 2) 老健施設は常勤医がいるので、看取り能力がある施設も多い
- 3) 特養では嘱託医の勤務体制により看取り力に差がある
- 4) その他施設(サ高住、有料老人ホーム等)はさらにバラバラ

<対応・配慮>

- 1) 介護施設内看取りは、入院外死亡を支えるには重要なので、実態把握と必要時支援が必要
- 2) その他施設では、地域の訪問診療の診療所医師の訪問体制によって医療体制は左右される

5. 病病連携と病診連携の課題

<わかったこと>

- 1) 病院間の転院におけるハードル(感染症)やシステムの差
- 2) 転院時の医師間の情報交換の状況
- 3) 病診、病病の信頼関係の有無
- 4) 感染症情報の扱いの病院間の差
受け手は情報の子細を要求し、出し手はそのことでの手間や転院までの期間延長を嫌がる

<対応>

- 1) 感染症対応向上加算の1, 2, 3 ネットワークの活用
- 2) ICT や電子カルテの共有化を活用した情報交換の必要性を圏域内医療機関間で共有化する
- 3) オンラインを活用したカンファレンスや入退院支援システムの導入

6. 消防の在宅療養者搬送に関わる課題

<わかったこと>

- 1) 消防は通知に拘束され、自己判断はできにくい組

織

- 2) 救命救急センターから指示を受けて搬送をするので、その指示であれば従う
- 3) 救急搬送のプロトコールが重要

<対応>

- 1) 消防長を含め、組織に正式にアプローチする
- 2) 救急救命や医師会等の受け入れ機関が了解すればシステムは変更できる
- 3) 在宅看取り(DNAR)を決めている事例のためのプロトコールとそれが守れる体制づくりをする

7. ACP(人生会議)の普及

在宅看取りや施設看取りを希望していたはずの家族も、急な病状悪化の不安から救急要請をすることは起こりえることだが、救命センターに搬送されてから、積極的延命治療を望まないなどと言うトラブルも起っている。

冷静な状況で終末期の望む医療やケアを家族を含めて記載しておくことが重要であり、消防への登録システムができれば、不要な救急車の出動を防ぐこともできる。

8. 精神科病院の身体医療レベル

<わかったこと>

特に精神科単科病院では、身体疾患への治療対応が殆どできない病院がある事が分かった。間質性肺炎か誤嚥性肺炎かの診断のために、胸部レントゲンさえとれない医療体制の病院では、在宅訪問診療で受けることのできる最低限の医療行為も受けることができない場合もあり、精神科といえども、患者の生命を守る身体医療が転院しなければ受けられないことは、人権上も課題である。

II. まとめ

この分析は、1 保健所の経験で、全国の保健所に全てが当てはまらないにしろ、参考になる項目はあると考えており、各保健所の分析を期待する

- 1) コロナ感染症の医療逼迫によって、2040 年に向けて全国で起るだろう在宅医療体制の課題とその対応についてのヒントを得ることができた。
- 2) 世界的に見ても人口当りの病床数が多く、過剰病床を抱えている日本でも、コロナ感染症による入院制限がされると「看取り」が行われることのない「医療のない在宅死」がおり、社会問題となった事を経験した。既に一部自治体ではこのような現象は起

っているが、保健所はその実態を今回初めて把握した。

- 3) コロナと違って、死亡数の増加は予測可能な現象であり、日々の在宅医療体制整備で、その準備はできるはず。
- 4) 準備が不十分だと、コロナ感染症の第3, 4, 5波の状況が日本中で時間差はあるが、全国的に起る可能性がある

Ⅲ. コロナ感染症対策の与えた社会（特に保健医療部門を中心に）への影響とその要因

1. 行動制限を加えることでの社会活動への大きな影響（経済・学業・出生・自殺等）

飲食や旅行業を中心に極端な制限が行われ、非常勤雇用されていた労働者の解雇や経済的困窮によって、自殺者特に若い女性の自殺率が上昇した。

授業のオンライン化が長引き、中退する大学生が増加し、対面授業が再開しても不登校児童や中学生が増加している。出生率も今までの人口予測を10年前倒しにするほど低下した。

2. リスクコミュニケーションの課題

マスコミ報道は過剰な不安感を国民に与えるばかりで、正確で科学的情報を伝えることができなかった。また、厚労省からの情報提供が新聞やテレビ中心だったために若者層には正確な情報は全く伝わらなかった。

3. 感染への恐れによる受診控えと超過死亡

医療機関側の受診制限だけでなく、国民から感染恐怖のために受診抑制が行われた。結果として診断や治療の遅れに寄る超過死亡があった可能性がある

4. 診療やカンファレンスのオンライン化

コロナ感染症への医療従事者の感染予防対策としてオンライン診療の緩和がされたことで、医療機関での機器等の整備が進んだ。また、病院内カンファレンスをオンラインで実施し、診療所医師や訪問看護やケアマネの参加がしやすくなった地域もある。

5. 感染症法の行動制限と人権

本来、感染症法では人命を守ることを第一義とする中で、対策による人権の制限の影響を最小限にする配慮が求められているにもかかわらず、致死率が明らかに下がっていた6波以降についても行動の制限を柔軟に緩めることを怠ったために、人権上の課題が解消されなかった

6. ワクチンによる健康被害と救済

2023年以降になって、健康被害救済が行われるようになった。

セミナー⑧ 在宅医療・介護連携

(「効果的で継続する連携」の条件)

高知県健康政策部医監
高知県中央西福祉保健所保健監
高知県須崎福祉保健所保健監
福永 一郎

本日の要点

※ 医療・介護連携を成熟し、継続させるためには、互いに向かい合って、それぞれの業種ができること・できないこと・欲しい情報・知らない情報を正直に出し合った上で、連携ルールを作る必要がある。

※ これはICT導入の際も同様で、ICTを入れただけでは連携は成立しない。

※ 連携は生き物なので、仕組み（フレーム）ができたらずから連携ができるようになると思うのは幻想である。

3つの事例を紹介し、連携について考えます

事例1. 入退院連絡手引きの作成(2016～)

退院調整ルールとは 介護を必要とする患者さんが、退院後に切れ目なく介護サービスを受けられるようにするため、病院とケアマネジャーが入院時から情報を共有し、退院に向けた連絡・調整を行う仕組み。

「退院調整ルール策定」の取組 1年目

『入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き(H28年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業)』に沿って策定しようとした。

- 1.退院調整ルール策定に向けた講演会及び説明会を1回開催(医療、介護、市町村等、福祉保健所)
- 2.市町村等在宅医療・介護連携推進事業戦略会議を7回開催(市町村等、福祉保健所)
- 3.介護支援専門員協議を4回開催(介護、市町村等、福祉保健所)
- 4.医療機関と介護支援専門員合同協議を1回実施(医療、介護、市町村等、福祉保健所) を実施した。

介護支援専門員協議は回数を重ねた結果、市町村等と介護支援専門員、福祉保健所との連携が深まり、介護現場の実態が把握できるようになった。一方で、医療機関への説明機会や協議の時間を十分とらなかったために、医療機関と介護支援専門員の協議の際に、医療、介護双方の現場の受け止めに齟齬が生じた。

その結果、ルール策定の合意に至らず、協議は持ち越しとなった。

「退院調整ルール策定」の取組 2年目

医療と介護の相互理解が必要との反省から、

1.安芸圏域医療機関と介護支援専門員による勉強会及び意見交換会を実施した。

・第1回 病床機能について(あき総合、田野病院)

市町村等の取り組みについて(安芸市)

医療体制について(参加64名)

・第2回 介護支援専門員の仕事

安芸圏域入退院連絡ルール

(修正案)について(参加92名)

2回とも上記テーマで勉強会のあとにワールドカフェ形式で意見交換会を実施した。

2.医療機関等との個別協議 7医療機関、2施設

3.市町村等在宅医療・介護連携推進事業戦略会議 6回

4.介護支援専門員協議 1回

事例1からの教訓

- ・連携相手のことを**理解するプロセス**が必要であった。
- ・圏域の医療・介護**それぞれの立場と役割への理解**が促進された
- ・市町村及び広域連合、福祉保健所の協働のもと、医療関係者と介護関係者による**協議を何度も繰り返した**ことが、関係者の「**ベクトル合わせ(みんなが同じ方向を向く)**」につながり、**共通の目的・目標を描く**ことができた。
- ・医療介護関係者相互の強固な連携が形成され、**職種の役割や現状をさらに知りたい**との声が広がっている

年度末に「安芸圏域入退院連絡手引き」策定できた。手引き運用の成果として、退院時の医療機関からの連絡は、運用前の56%から96%へ飛躍的に上昇した。

事例2. 安芸圏地域包括ケア推進協議体の運営(2018～)

高知版地域包括ケアシステムの推進を図るため、各福祉保健所に「地域包括ケアシステム推進(企画)監」を配置(2018.4～2022.3)。福祉保健所の管内をブロックに分け「地域包括ケア推進協議体」を設置して4年間で市町村の地域包括ケアシステムの充実を図ることとなった。

地域包括ケア推進協議体(安芸福祉保健所)構成員は管内の医療機関、訪問看護、薬局、介護支援専門員、介護機関、地域包括支援センター、市町村、福祉保健所などで、管内全体の協議体とブロックの協議とを行った。入退院連絡手引きで醸成された医療介護連携を、そっくりそのまま受け継ぎ、連携の関係者をさらに多様として、発展させる形で運営した。

・市町村等在宅医療・介護連携推進事業戦略会議、介護支援専門員協議などの仕組みも継続した。

運営の実際(年2回)

- 全体協議
 - 各ブロック進捗状況報告
 - 各地区近況紹介
 - 各構成団体近況紹介
 - 取り組み事例紹介
 - 各種情報提供
 - 医療介護連携に関する進捗管理
- 情報交換(ブロック～全体)
 - ワールドカフェ形式による情報交換(約100名)
 - 一応テーマは決めるが自由に語り合う
- ブロック別協議
 - ブロック別に特化した話し合い



多様な関係者が参加したことや、関係者どうしの相互理解がすすみ、自分の役割を再認識でき、関係構築ができた。また、アイデアを出し合い、お互いに持つて帰ることができた

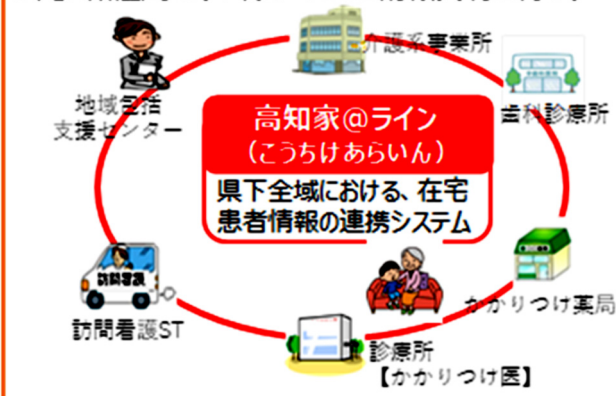
事例3. 高知家@ライン(モデル事業)

iPad上で動かすラインのようなもの(クラウド上の電子カルテとは違う)で、個別の対象者ごとに、関わる関係者のラインのようなグループができる。

利用関係者は医療機関、訪問看護、薬局、介護支援専門員、訪問介護、通所介護、通所リハ、訪問リハ、小規模多機能などで、個別の対象者ごとに包括同意をとり、関わる関係者でリアルタイムに情報共有する。

【在宅をカバーする医療介護情報ネットワーク】

在宅患者の療養状況を、訪問時等に収集・入力し、多職種間でリアルタイムに情報共有を行う。



活用シーン

1.たとえば、糖尿病患者

- ・受診結果や薬剤情報が本人・家族経由(書類紛失、不正確な情報)→ダイレクトに医師、薬剤師につながった(正確・安心)
- ・ケアプラン作成等において、書類の一斉発送→手数の大幅な簡素化
- ・インスリン使用者のシックデイの対応等がリアルにできた(看護・介護→薬局、医師)

2.たとえば、認知症

- ・生活上・介護上の問題点を共有することで、異なった訪問者間で同じ対応ができた
- ・訪問介護から「今日は機嫌が悪いので要注意」→通所介護、通所リハへリアルに伝わった(送迎の車から通所現場まで配慮ができる)
- ・救急搬送時に迅速な情報共有ができた
- ・ケアプラン作成時の課題がよくわかり役割分担の提案ができた。
- ・利用者に受け入れてもらえる関わり方がわかった。

活用ルール検討の段階では、活用は進まなかった。ツールの使い方の議論から入ると躓いた。例えば介護側が医療側に提供した(と思っている)情報と、医療側が患者管理に必要とする情報とのミスマッチがあること、このシステムによって「自分の仕事」に何が役立つか(業務量が増えることと比較して)がイメージできなかった。関係者が「誰のために」「どのような情報を共有したいか」

との視点で取り組み始めてから、活用が進み始めた。

※ **相互の利便**という観点から脱却し

住民（患者、利用者、家族など）が中心にいることを確認し

活用事例（協働作業）を通じて認識の共通化が始まった

参加 93 事業所(対象 114 事業所)カバー率 81.6%
病院 4 診療所 9/14 訪問 7/8 特養 1/2 老健 2 通
所リハ 3 訪問リハ 2/2 薬局 31/34

居宅介護支援事業所 18/22 地域包括支援センター
5/5 通所介護事業所 15/12 小規模多機能型居宅介護
事業所 2/2 訪問介護事業所 10/12 福祉保健所(難病
訪問診療)1/1

登録患者数及びアクセス数 モデル事業実施前(R 元
6月末時点) 登録患者数:44 人 アクセス数:297 件 R
2.11 月末時点 登録患者数:306 人 アクセス数:1,964
件

成果として、

① 迅速な情報共有が可能になった。

・個別に電話でやりとり→タイムラグなく迅速かつ正確に
情報を共有

・処方内容や注意事項を診療所や調剤薬局と詳細に共
有→副作用など、早く対応可能

② 画像等による情報共有

・介護関係者が写真や動画で患者の状態を提供する→
医師、理学療法士等が本人会えないタイミングでも実際の
状態や在宅の様子を確認できた。

※褥瘡や浮腫、ケガの状態は、口頭より写真で共有し
た方が的確に伝わる。

③ 事務の負担軽減

・複数関係者に個別に持参していた書類をケアラインで
共有することで時間等負担が軽減できた。

④ 多職種による支援の進展

・認知症や独居等で生活に心配のある高齢者について
ケアラインでタイムリーな情報共有することにより、状態
の悪化やサービスの利用拒否の際に関係者が作戦を練
って支援することができた。

⑤ コロナ流行下における有効性

・コロナで受診頻度が減る状況において、介護関係者が
ケアラインに提供した情報が大きい役に立った。

これらの経験を通じて

1. 相互理解と協働について

「正しい」ことをみんなの共通目標にすることは、一見妥
当に見える。しかしたとえば、トランプさんの「正しい」と
バイデンさんの「正しい」は違う。このように、実は無数の
「正しい」が存在する(人や組織によって「正しい」と思っ
ていることは違う)。従って、「正しい」ことを掲げて、糾合し
ようとするのは難しいのだから相互理解と協働が必要
であり、連携相手がどう思い何を大切に思っているかを
知ることから始める必要がある。

2. 役割分担とは

「これは●◎職の仕事」「●◎職はかくあるべきだから、
仕事の仕方もこうあるべき」という、はじめから職能や業
種などで役割を決めてしまう考えは、自分ができないこ
とは、よそ様にやってもらう(あるいは、誰々がやるべき)
という発想になりがちである。対象者あつての自分たちと
いうことを認識し(「この人(たち、家族、地域)はこういう
課題を有している」)、課題を持つ対象者に対して何がで
きるのかを考え、「私(の職能)ならこういうことを引き受
けられる」と請け合うことができれば、それが役割であ
る。

そして、それぞれが取り組んでもできないことは、「限
界・壁」と考え、みんなで智慧を出して考えて、できること
を分け合うという風に進めていく。このプロセスを協働と
いう。

3. 連携の一步は、相手の文化を知ろうということからは
じまる

「自分の仕事をわかってもらいたい」これは根源的な思
いであるが、自分をわかってもらうには、相手を知ろうと
する態度と、そのことが相手に伝わる必要がある。相手に関
心を持ち、相手を知ろうとすることから、相互理解と協働
(連携)は始まる。

たとえば、医療と介護は、同じ場所(家、地域など)で展
開されるが、何もしなければ、「異業種」がその場にお互
いの関係性がなく出入りしているだけ。

医療人の場合、頭が「医療」のままでは相手(「介護」)
のことを理解することは難しい。介護の「流儀」を知り、相
手の身になって考えることが必要である。そのためには、
基礎となっている「学問」の違いを知る、使っている
「用語」の違いを知る、介護の研修会へ行く、介護職の人

たちの行動パターン、考え方などを知る(相手に聞く、本を読む、ネットで見る)などの、勉強が必要である。

まとめ(教訓)

1.考え方

- ・ツール(道具の使い方)の議論を最初にやると躓く可能性が高い。
- ・きめ事や仕組みができてからきちんと行っているはずだ、ではダメ。
- ・正しいことを掲げての連携は難しい、相互理解が必要だ。
- ・相手に関心を持ち、相手を知ろうとすることから、相互理解と協働(連携)は始まる。
- ・連携するものたちのベクトルあわせ(ぼやっとしてでも目的や目標、方向を描く)が必要。これで、みんなで進む方向が明らかになる。

2.具体に進めるときに気をつけること

- ・一部の医療介護者(及び行政や包括)が疲弊しないようにする。
- ・連携をつくろうとするマネジメントサイド(行政、包括)には周到な準備が必要。
- ・話し合う機会を持つことは大事だが、何のために会をするのか出席予定者に理解してもらう必要がある。
- ・偉い人だけ出てきている会議(報告と質問・意見だけ)では進まないことが多い。関係者が多数集まって意識あわせをしていくことが有効。
- ・理念(も必要だが)だけではなく、実践を通じて認識をあわせていく。皆が体験した好事例を分析・共有する。

- ・そもそも連携をすることによって誰の「不便不具合不自由」がへり、「よりよく」なるかを考える
→ 連携する自分たちの利益は副次的なもの
- ・「顔の見える関係」は目的ではなく手段！あるいはとてもありがたい成果(関係を作るのが目的ではない！)

- ・連携の一步は、相手の文化を知ろうとすることからはじまります
- ・自分の立場、職能をいったん忘れ、相手の懐に入りましょう！

セミナー⑨

地域医療構想を含む医療計画を圏域内合意し 対策を実現するために

担当 兵庫県豊岡保健所長 柳 尚夫

はじめに

当圏域で実施している地域医療構想を含む地域医療計画の作成は、圏域内の全病院と全医師会の責任者の参加の上で協議し、調整会議でその進管理を行っている。その結果として、在宅医療を支える一つの要素である地域包括ケア病床や在宅支援病院の整備が徐々に進んでいる。その手法を紹介する。

当圏域で実施するに当たって必要だと考えた条件

- 1) 必要な立場の人間が参加する合議体の形成
- 2) 圏域のデータ分析（国等から提供と地元・実名の両方）と共有（外部講師等を活用し、客観性を持たせる）
- 3) データから「課題」抽出提示
- 4) 課題解決に向けての方向性の提示と合意
- 5) 課題解決の具体的手法の提案と討議
- 6) 圏域内外の先進事例の紹介
- 7) 進捗管理

I. 圏域地域医療構想を含む医療計画策定に必要な合議体とは（アリバイづくりではなく）

- 1) 条件（当事者の参加は必須）

病院経営に大きく係わる地域医療構想策定には、圏域内の全病院長が参加し構想内容に意見を述べる必要がある。圏域内に非常に多数の病院がある都会でどうするかは工夫が必要である

- 2) 課題（兵庫県の標準的的制度）

県の医療構想調整会議の病院の構成員は、代表的な病院の院長2名という要綱がある

- 3) 対策

全病院長が参加する任意の組織「医療機関連絡会」を立上げて、地域医療構想調整会議と合同開

催する

- 4) この組織で、コロナ対策や救急の課題、病病・病診連携も検討する

2. 医療体制の課題をデータ分析し提示

- 1) 厚労省や日本医師会等からの地域別データ集等既存の各種のデータを活用
- 2) 圏域内病院の病床機能報告、公立病院経営強化プランも参考資料として分析
- 3) 地元の具体的データ活用、
例) 診療所毎の訪問診療数、死亡個票より在宅看取り数と対応医師の分析
- 4) これらのデータを地域医療構想アドバイザー（大学の研究者）と共有し、圏域調整会議でこれらのデータに基づいた助言をしてもらう
- 5) 圏域課題を具体的に数字でしめす

入院ニーズの変化、医療スタッフの不足、診療科の維持、在宅医療の担い手不足、医療介護の連携の課題

3. データに基づく医療体制再編の方向性を会議で示す

- 1) 機能別の不足病床と過剰病床の確認
- 2) 不足を補うための病床転換案
（圏域内の成功事例提示）
- 3) 病床転換後の病院間の役割分担の確認
- 4) 役割分担に基づく連携の手法
 - ① 病病、病診の情報のやりとり（ICT化等）
 - ② 病院間の転院をスムーズにする方法
 - ③ 圏域内感染症連携体制づくり
 - ④ スムーズな退院、介護との連携
 - ⑤ 訪問診療における診療所と病院の連携

4. 具体的提案を事務局保健所が行う

- 1) 回復期病床をどのように増やすのか
（地域包括ケア病床等）
- 2) 地域連携クリニカルパスの運用
- 3) 中核病院からの外来支援（精神科、産婦人科）

- 4) 感染症対策向上加算によるグループ内と圏域内の連携体制
- 5) 在宅医療の診療所と病院の役割分担と連携
バックベットの確保、病院からの訪問診療、
病院退院時訪問診療医紹介（かかりつけ医がない事例やかかりつけ医が訪問診療をしない場合）
- 6) 医療内、医療と介護の情報交換システム
入退院支援ルールの毎年の評価と改善
- 7) 地域支援病院の資格獲得による経営メリットと連携強化

5. 保健所の地域分析と提案の能力の向上ために

- 1) 病院指導を年に1回以上行き、病院の実情をしっかりと見て、スタッフとも意見交換をする
病院併設訪問 St、リハ室、透析室を含む
- 2) 連携の会議にスタッフを派遣する
 - ①感染対策向上加算会議、②地域支援病院会議、
③メディカルコントロール協議会
④在宅医療介護連携会議、⑤訪問看護 St 連絡会
- 3) 連携会議でも、保健所から具体的提案をする
- 4) 他圏域の成功事例も分析的に評価し、可能な部分は活用する

終わりに

圏域内の在宅医療体制整備を目指すに当たって、圏域内の医療機関の現在持っている機能を把握することが最低限必要である。それらを把握するためのデータは、国等から提供される資料集や普段の病院の活動や会議で得られる資料から、大枠を理解することができる。

そして、保健所が通常業務として行う医療法に基づく医療監視等で、少なくとも年に1回は全病院を訪問する時に、法の違反行為だけではなく、果たしている機能を病院長だけではなく、看護スタッフ等からも直接聞くことは非常に重要である。

また、訪問診療については、ブロック厚生局から提供される診療所別データ等と死亡個票の分析

によって、在宅看取りの診療所の実態が把握できる。また、今回のコロナ感染症対策の中で、高齢者施設における訪問診療医の果たしている役割も具体的事例で把握できた保健所も多いと思われる。

一方、病院の経営に係わる様な提案（地域包括ケア病床への転換）に置いては、既に病床転換している病院から経営上の課題についての講義をしてもらう等の工夫によって、保健所が一方向的に押しつけるのではなく、同じ経営者の視点から提示された機能転換の経営的メリットとデメリットを理解して、各病院長が判断をすることで、主体的な病床機能転換ができる等というような工夫が必要である。

更に、地域包括ケア病床への転換をした病院では、医療監視等の訪問時に、地域ケア病床の入院受け入れ状況や在宅退院率や在宅訪問診療や開業医との連携などの課題を聞くことで、病床機能についての進捗管理を行う事ができると共に、把握できた課題を次の調整会議の課題として提案することで、病院や診療所の抱える課題を具体的に解決することができ、各医療機関の会議への参加のモチベーションが高まることかと圏域の課題解決にも繋がる。

このように、保健所が病院や開業医の在宅療養において果たしている役割を具体的に把握していることを圏域の医療機関責任者に認識してもらうことで、保健所からの医療機関の機能や連携のシステムに関する提案にも、耳を貸してもらえるようになる。「保健所は医療機関の実態を把握している」という信頼感がなければ、保健所の医療機関の機能分化や連携に関する提案に耳を傾ける可能性はない。

2, 基本編 各セミナーへの参加者の感想、質問

および回答、反省点 (→は質問への回答)

セミナー①在宅医療が必要な理由

「県全体でのデータ推移を見ていたが、医療圏域別での確認が必要だと思った。」

「まずデータ収集の必要がある。」

「データをしっかり集めることも大切。そのデータで何を語れるのかを考えることも大切（でも難しい）。」

「地方における移動距離のデメリットは、在宅医療・介護の経営上成り立つか。」
→訪問が良いのか、集住や通院移動支援がよいのか地域の状況に応じた検討が必要。

「在宅医療の質の担保について、行政がどのように絡むことができるか。質の評価はどのようにするか。」

→評価は、利用者へのアンケート調査や診療加算取得状況等のオープンデータ活用が考えられる。行政ができることとしては、研修会の企画が多い。

セミナー②在宅医療の基礎知識

「在支診24時間体制も大変だと思うが、それを24時間体制で支える訪問看護ステーションも大変」

「地域包括ケア病棟の役割を初めてしっかり学んだ。今後は、在支診・在支病だけでなく地域包括ケア病棟も参考にしたい」

「医療介護複合体の有用性を再認識した」

「在宅医療に関する用語・知識を知ることができた。地域の実情・状況をまず確認したいと思った。」、「医療介護複合体が経営改善に役立つとは知らなかった。」

「開業医だけでは在宅医療は支えられないことが分かった」

セミナー③管内の在宅医療の課題例：都市部・地方都市について

「県内都市部において在宅医療の不足が懸念される」

「県外（圏域外）からの医療提供に関わるデータ収集の方法は難しいと感じる」

→ 2040年頃には全国的に在宅医療は大きく不足するので、その頃には県外（圏域外）からの医療提供はなくなると割り切って考えてはどうか。同様に、2040年頃には全国的には介護人材不足から圏域内外への施設入所はかなり困難になると考えるべき。

「都市部と地方都市部の課題について聞き、自分の地域の課題を十分に把握したいと感じた」

「一つの保健所管内でも、細かくみると、都市部型、中山間地型の対応が必要な地域もある」

セミナー④在支診への働きかけ

「グループ診療はとてもよい。デメリットにある『しばりを嫌う開業医』が当地域にも多い。態度を軟化させるのが難しいと思った。」

「まとまりがある地域の医師会や積極性がある医師会地域については、広島市東区医師会のグループ診療が活用できそう」

「グループ診療を進めていくためにはどうしたらいいのか？」

→ いきなり押し付けるのは難しい。医師会の困りごと解決から入ると入りやすい。また地域によって最適解は異なる。

セミナー⑤中小病院への働きかけ

「在支病増加のために、まずは地域包括ケア病棟へ転換するメリットの提案から始めると効果的だと分かった」

「地域包括ケア病棟への転換」の成功モデルの情報提供やすでに導入している病院からの説明は非常に有効だと思った」

「病院への働きかけが難しいと感じた」

「地域包括ケア病棟届け出るのに、慢性期病床の病院はムリですね？」

→ 地域医療連携上問題なければ、療養病床でも地域包括ケア病棟入院料を算定できる（令和4年度診療報酬改定で若干報酬が下がったが・・・）

セミナー⑥訪問看護の実情と強化策

「訪問看護 ST 運営の難しさについて、飲食店を例としてよくわかった」

「訪問看護の経営が想像以上に大変」

「訪看ステーションの経営が軌道にのるまでの支援はどうしたら良いか？」

「保健所で出来ることとして、精神や難病を対象とすることを勧めることも（保健所保健師の同伴により、慣れていく段階を援助できる）」

「小規模訪問看護ステーションの強化策の事例は？」

→大津市の事例を紹介（在支病併設の訪問看護に補助金 5 年で機能強化型へ。小規模事業所の強化ではなく。）

→複数の小規模訪問 ST に、薄く広く患者を紹介すると、全部潰れてしまう可能性が高い（今後、要検討）。

「事務所の連絡会などで情報交換していることはあるが、経営の話題は出にくい。ケースなどの話が中心になるので、経営を含めた話もできるようにしたい。」

「訪問看護 ST と在支診のマッチングはどのようにすれば進むのか」

→ある在支診は、自診療所の患者を必ず 24 時間対応するという約束を取り付けた訪問看護 ST に、全患者を紹介して WIN-WIN の関係を築くことができている。

「夜間休日対応の訪問看護師を一本化する案は妙案（複数の事業所職員で互いに兼務して）」

セミナー⑦ 在宅医療について新型コロナが我々に教えてくれたこと

「高齢者施設の看取り能力の評価は確かに必要だと感じた」

「コロナを経て ACP の大切さをとても感じた」

「DNAR を進めていくために救急へどのようなアプローチができるか」

→救急隊や救急病院から課題（看取り予定の患者家族からの 119 問題）が上がり、地域で ACP を考えるきっかけとなった。まずは、救急にヒアリングしてみると良い。

「会議の形式を考えたい（具体的に提案する、課題を共有する、現場の声を大切にするなど）」

「保健所が提案するためのヒントをもらえた」

セミナー⑧ 在宅医療・介護連携(「効果的で継続する連携」の条件)

「システムとしての連携関係の構築の必要性を実感。入退院ルール作りから始めたい。」

「入退院支援ツールを作る過程を大切にしたい。ツールを動かすことに重きを置いていたことに今日気付いた。」「作る過程を大切にしたい」

「何のために連携するのか、ルール更新、課題共有、消防にも参加してもらう等のルール策定のプロセスが重要であることを知った」

「入退院支援ルールの 毎年の改定とは どのような項目ですか」
→ルールを作っても見直さないと機能しなくなる。作ったルールの賞味期限は3年。毎年、どこの病院の成績がいいのか悪いのか等を公表していくとやらないところはなくなっていく。また、退院調整についての診療・介護報酬の改定への対応も重要。

セミナー⑨地域医療構想を含む医療計画を圏域内合意し、対策を実現するために

「会議にプレーヤーを参加させ、話し合ったことを実際の施策に反映させることが重要であり、それを目指したいと感じた」

「課題、アイデアを自然に話してもらえるような雰囲気作りが日頃から大事ですが、院長・病院事務長・医師会、皆から警戒心を持たれず、課題や本音を全員参加で話す機会づくりは大事だと思います。(ほぼ不可能と思いますが)」

「地域医療の課題を全医療機関で共有すること→全医療機関が参加する会議体を作る」

「病院の立ち入りでの視点が増えました」、「中身のある会議→会議の整理が必要と感じている(多すぎて負担感あり、形式ばかり気になってしまう)」

「医療計画の実現化について、データに基づいたプレゼン力や会議の出席者の選定など、ポイントはよく理解できたが、同じ熱意、計画を進めていける相手を見つけるのが、何より難しいと思った」

基本編を通して

「保健所は多くのデータを持っているし、個別の具体的な提案もできる中で、本庁担当は何をすべきなのか…考えたいと思った」

「保健所の役割がとても重要だと改めて感じた」

「様々な事例が聞けてよかった。保健所と協力してできることからやっていきたい。」

「保健所によって在宅医療への取り組み状況が違う。地域の窓口として役割を担っていきたい。」

「行政が黒子となり関わることを保健所職員が共通理解することが重要」

「問題を掘り起こし、解決に向けたテーブルを持つのが保健所の役割」

「人事異動もあるなかで関係性や方向性を維持することの難しさもある」

「行政はプレーヤーでなくコーディネート役を担う」

「保健所長にどう動いてもらうか!が課題」

「課題が山積していることを再認識した。一つずつ、対応していくしかない。」

「在宅医療についてあまり保健所は介入していなかったなので、今後どうアプローチしていくか課題」

「在宅医療を進めるには、保健所が具体的提案をすることが重要であることを知ることができました。」

「保健所レベルでの地域包括ケアシステムへの関わりを、自分が見えていないことを認識した」

「医療計画の実現化について、データに基づいたプレゼン力や会議の出席者の選定など、ポイントはよく理解できたが、同じ熱意、計画を進めていける相手を見つけるのが、何より難しいと思った」

3, 事前・事後・最終アンケート用紙

参加者へのアンケートは、フォームメーカーを用いて作成し、インターネットを経由して回答を得た。

(1) 事前アンケート用紙

医療計画(在宅医療)策定に関する保健所 職員研修の事前アンケートフォーム

本研修は、令和5年度厚生労働省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班」において、第8次医療計画(在宅医療)策定に向け、令和5年度「医療計画(在宅医療)策定に関する保健所職員研修」を行う運びになりました。本研修は1日目のみの基本編と1日目2日目両日の応用編に分けられます。基本編は、(会議や研修会以外に)これまで在宅医療に関わりを持たなかった保健所職員を主な対象として、在宅医療の基礎知識を醸成し、その課題と対応策等について学びます。応用編は、その上で管内の医療計画案を立案し、今後の管内の在宅医療の体制を実際に構築するための政策を考えます。

研修の事前事後にアンケートを行い、達成度をはかります。つきましては、参加前後に必ずアンケートの記載をお願い致します。

研修スタッフ一同

*** 必須の質問です**

1。A-1 お名前(おなまえ)*

2。A-2 所属*

3。A-3 今回の研修に参加しようと思われた理由は何ですか？(複数選択可)*

- ☐ 在宅医療の医療計画の策定をしなければならないため
- ☐ 管内の在宅医療の現状と課題を把握するため
- ☐ 管内の在宅医療の課題に対する解決策を知るため

- ☐ 所属先から参加するように指示があったため
- ☐ 知人等が参加しているため
- ☐ その他: _____

あなたが所属している保健所の現状について伺います。

4. B-1 あなたが所属している保健所が、在宅医療に関わることはありましたか？※個人ではなく組織としてお答えください。*

1 つだけマークしてください。

- ☐ あった
- ☐ なかった

5. B-2 B-1 で「あった」とされた方に伺います。それはどのような関わりでしたか？（複数選択可）*当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 管内の医療計画圏域版の策定した
- ☐ 市町村の在宅医療介護連携の会議に参加した
- ☐ 地域医療構想調整会議で在宅医療を話題にした
- ☐ 関係機関から管内の在宅医療の現状、評価について、ヒアリングを行った
- ☐ 管内の在宅医療の現状について、データ分析等で把握した
- ☐ 在宅医療の課題について解決に向けて動いた
- ☐ その他: _____

6. B-3 あなたが所属している保健所は、医療計画の圏域計画を策定することになっていますか？*

1 つだけマークしてください。

- ☐ 策定する
- ☐ 策定しない
- ☐ わからない

7. B-4 あなたは積極的に管内の在宅医療の課題の把握、解決に向けて動きたいと思っていますか？最も当てはまる場合を 10、全く当てはまらない場合を 1 としてお答えください。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

在宅医療に関する事柄について伺います。

最も当てはまる場合を 10、全く当てはまらない場合を 1 としてお答えください。

8。C-1 今後、在宅医療が必要な理由、また在宅医療体制を整備できなかった場合に起きうることを説明できる。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9。C-2 在宅医療の以下の言葉について、その意味や定義を説明できる。(在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・地域包括ケア病棟(病床)・在宅医療後方支援病院、医療介護複合体)*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10。C-3 都市部、中山間地域に特徴的な在宅医療の課題について説明できる。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11。C-4 以下を対象に、在宅医療を充実させるために保健所としてどのようなアプローチを取ることができるか、説明できる。*

1行につき1 つだけマークしてください。

在宅療養支援診療所	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
中小病院	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
訪問看護ステーション	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
居住介護支援事業所	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
市町村	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12。C-5 医療計画(在宅医療)を策定する自信がある。※医療計画を策定予定でない方は「管内の在宅医療を向上させる政策案を策定する自信があると置き換えて、お答えください。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13。C-6 管内の在宅医療の課題とその対応策を理解している。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14。C-7 医療計画(在宅医療)案あるいは在宅医療を向上させるための政策案を策定した後、その内容を管内の医療関係者間で合意形成する手順を理解している。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15。C-8 医療計画(在宅医療)あるいは在宅医療を向上させるための政策を策定した後、それを実行していく手順を理解している。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

最後に伺います。

16。本研修に期待すること等、ありましたら、自由にご記載ください。

(2) 事後アンケート用紙

医療計画(在宅医療)策定に関する保健所 職員研修の事後アンケートフォーム

令和5年度「医療計画(在宅医療)策定に関する保健所職員研修」に参加いただき、ありがとうございました。本研修での基本編は、在宅医療の基本知識を醸成し、その課題と対応策等について学びました。また、応用編では、その上で管内の医療政策案を立案し、今後の管内の在宅医療の体制を実際に構築するための政策を考えました。

研修の事後にアンケートを行い、達成度をはかります。つきましては、参加後に必ずアンケートの記載をお願い致します。

研修スタッフ一同

*** 必須の質問です**

1。A-1 お名前(おなまえ)*

2。A-2 所属*

3。A-3 参加された研修について教えてください。*

☐ 基本編

☐ 基本編+応用編

☐ その他: _____

4。今回の研修の全体的な満足度はいかがだったでしょうか？最も当てはまる場合を10、全く当てはまらない場合を1としてお答えください。

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5。A-5 全体的な感想を教えてください。*

--

6。A-6 あなたは積極的に管内の在宅医療の課題の把握、解決に向けて動きたいと思っていますか？*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

各々の講義について伺います。

最も当てはまる場合を 5、全く当てはまらない場合を 1 としてお答えください。

7。B-1 各講義の満足度について教えてください。*

1 行につき 1 つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	不参加
在宅医療が必要な理由	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在宅医療の基礎知識	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在宅医療の課題例	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在宅療養支援診療所へのアプローチ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
中小病院へのアプローチ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
訪問看護へのアプローチ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
コロナと在宅医療	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在宅医療・介護連携	☐	☐	☐	☐	☐	☐
医療政策案を管内で合意する手順	☐	☐	☐	☐	☐	☐
グループワーク及び発表	☐	☐	☐	☐	☐	☐
懇親会	☐	☐	☐	☐	☐	☐
応用編(2 日目)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8。B-2 印象に残った講義と感想を教えてください。*

在宅医療に関する事柄について伺います。

最も当てはまる場合を 10、全く当てはまらない場合を 1 としてお答えください。

9。C-1 今後、在宅医療が必要な理由、また在宅医療体制を整備できなかった場合に起きうることを説明できる。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10。C-2 在宅医療の以下の言葉について、その意味や定義を説明できる。(在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・地域包括ケア病棟(病床)・在宅医療後方支援病院、医療介護複合体)

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11。C-3 都市部、中山間地域に特徴的な在宅医療の課題について説明できる。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12。C-4 以下を対象に、在宅医療を充実させるために保健所としてどのようなアプローチを取ることができるか、説明できる。*

1 行につき 1 つだけマークしてください。

在宅療養支援診療所	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
中小病院	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
訪問看護ステーション	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
居宅介護支援事業所	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
市町村	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13。C-5 医療計画(在宅医療)を策定する自信がある。※医療計画を策定予定でない方は「管内の在宅医療を向上させる政策案を策定する自信があると置き換えて、お答えください。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14。C-6 管内の在宅医療の課題とその対応策を理解している。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15。C-7 医療計画(在宅医療)案あるいは在宅医療を向上させるための政策案を策定した後、その内容を管内の医療関係者間で合意形成する手順を理解している。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16。C-8 医療計画(在宅医療)あるいは在宅医療を向上させるための政策を策定した後、それを実行していく手順を理解している。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

最後に伺います。

17。研修の改善点、要望、質問等、ありましたら、自由にご記載ください。

(3) 最終アンケート用紙

医療計画(在宅医療)策定に関する保健所 職員研修の終了時アンケートフォーム

令和5年度「医療計画(在宅医療)策定に関する保健所職員研修」に参加いただき、ありがとうございました。本研修での基本編は、在宅医療の基礎知識を醸成し、その課題と対応策等について学びました。また、応用編では、その上で管内の医療政策案を立案し、今後の管内の在宅医療の体制を実際に構築するための政策を考えました。フォローアップとして、基本編の参加者には適宜メールでの情報提供を行いました。また、応用編の参加者については、メーリングリストにおいて質問を受け付け、班員が回答しました。また、重大な課題を抱えた参加者については、当班会議にて報告いただき、班員が助言を行いました。

研修の終了時にアンケートを行い、達成度をはかります。つきましては、参加後に必ずアンケートの記載をお願い致します。

研修スタッフ一同

*** 必須の質問です**

1。A-1 お名前(おなまえ)*

2。A-2 所属*

3。A-3 参加された研修について教えてください。*

☐ 基本編

☐ 基本編+応用編

☐ その他: _____

4。今回の研修の全体的な満足度はいかがだったでしょうか？最も当てはまる場合を10、全く当てはまらない場合を1としてお答えください。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5。A-5 全体的な感想を教えてください。*

6。A-6 あなたは積極的に管内の在宅医療の課題の把握、解決に向けて動きたいと思っていますか？*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

各々の講義について伺います。

最も当てはまる場合を 5、全く当てはまらない場合を 1 としてお答えください。

7。B-1 各講義及びその後のフォローアップの満足度について教えてください。*

1 行につき 1 つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	不参加
在宅医療が必要な理由	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在宅医療の基礎知識	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在宅医療の課題例	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在宅療養支援診療所へのアプローチ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
中小病院へのアプローチ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
訪問看護へのアプローチ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
コロナと在宅医療	☐	☐	☐	☐	☐	☐
在宅医療・介護連携	☐	☐	☐	☐	☐	☐
医療政策案を管内で合意する手順	☐	☐	☐	☐	☐	☐
グループワーク及び発表	☐	☐	☐	☐	☐	☐
懇親会	☐	☐	☐	☐	☐	☐
応用編(2 日目)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その後のフォローアップ	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8。B-2 印象に残った講義およびその後のフォローアップについて感想を教えてください。

*

在宅医療に関する事柄について伺います。

最も当てはまる場合を 10、全く当てはまらない場合を 1 としてお答えください。

9。C-1 今後、在宅医療が必要な理由、また在宅医療体制を整備できなかった場合に起きうることを説明できる。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10。C-2 在宅医療の以下の言葉について、その意味や定義を説明できる。(在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・地域包括ケア病棟(病床)・在宅医療後方支援病院、医療介護複合体)*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11。C-3 都市部、中山間地域に特徴的な在宅医療の課題について説明できる。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12。C-4 以下を対象に、在宅医療を充実させるために保健所としてどのようなアプローチを取ることができるか、説明できる。*

1 行につき 1 つだけマークしてください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
在宅療養支援診療所	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
中小病院	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
訪問看護ステーション	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
居宅介護支援事業所	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
市町村	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13。C-5 医療計画(在宅医療)を策定する自信がある。※医療計画を策定予定でない方は「管内の在宅医療を向上させる政策案を策定する自信があると置き換えて、お答えください。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14。C-6 管内の在宅医療の課題とその対応策を理解している。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15。C-7 医療計画(在宅医療)案あるいは在宅医療を向上させるための政策案を策定した後、その内容を管内の医療関係者間で合意形成する手順を理解している。(または合意形成できた)*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16。C-8 医療計画(在宅医療)あるいは在宅医療を向上させるための政策を策定した後、それを実行していく手順を理解している。(または実行できた)*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17。C-9 医療計画(在宅医療)あるいは在宅医療を向上させるための政策は、現状、従来よりも充実したものになりつつある。*

1 つだけマークしてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

最後に伺います。

18。研修およびその後のフォローアップについて、改善点、要望、質問等、ありましたら、自由にご記載ください。

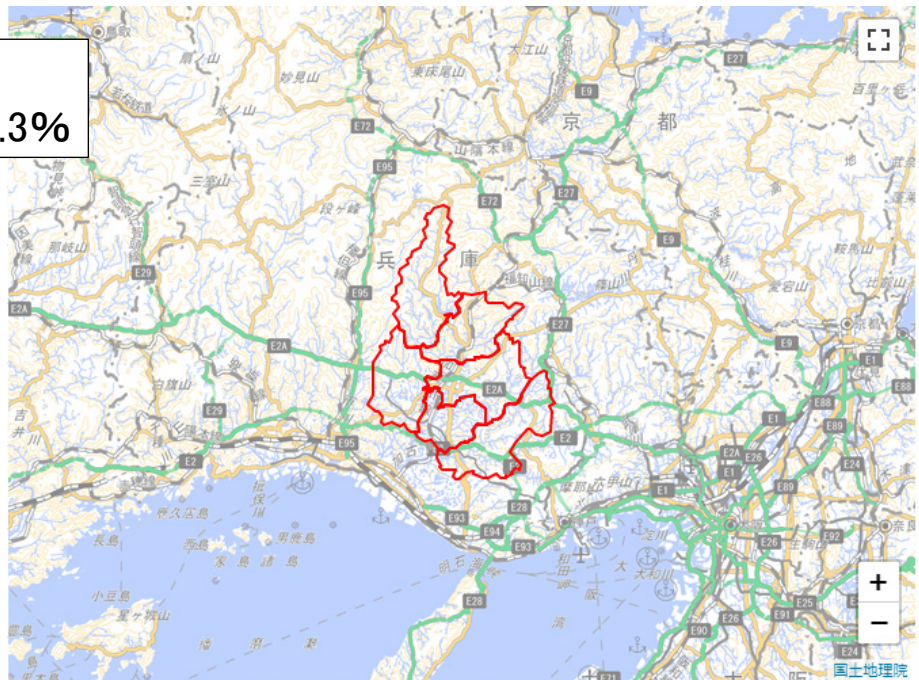
4，応用編参加者の事前準備内容

（管内の在宅医療データ分析例）

〇〇県■保健所 医療計画(在宅医療)案 または 〇〇県■保健所(市) 管内の在宅医療を向上の ための政策案

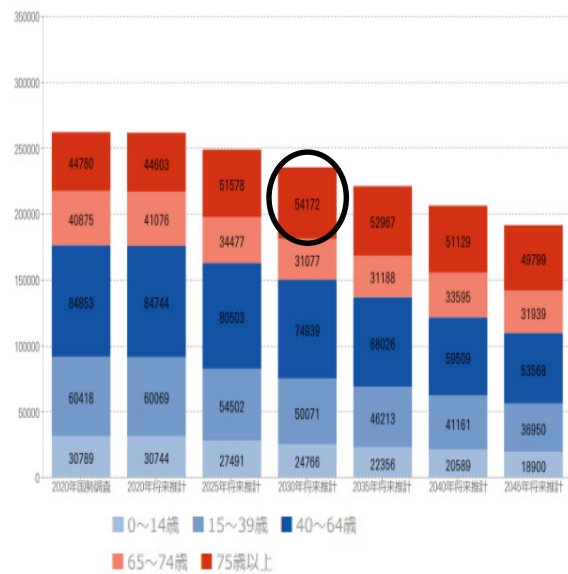
兵庫県 北播磨圏域 (加東保健所管内)

人口26万5千人
高齢化率は、32.3%

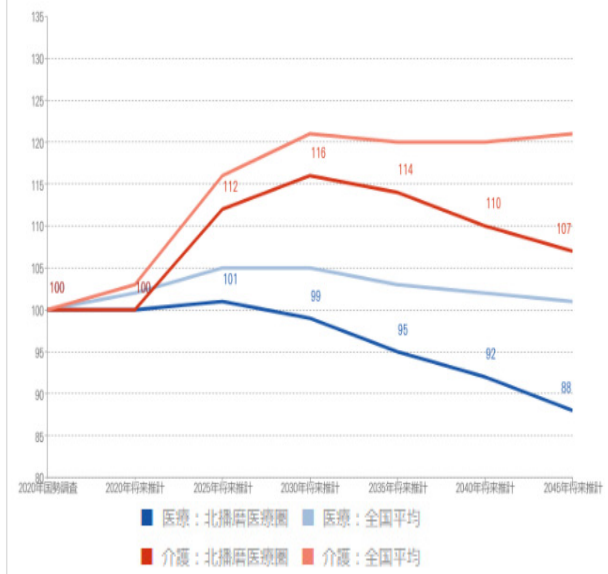


JMAP

※ 将来推計人口（人）



※ 医療介護需要予測指数（2020年実績=100）



■ 将来推計人口：国立社会保障・人口問題研究所（2018年3月推計）

・福島県の各市町村は、県全体の推計値を2015年国勢調査人口で按分

※富岡町、大熊町、双葉町、浪江町は、2015年国勢調査人口が0のため異常値となっています。

・さいたま市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、堺市、岡山市、熊本市の各区は、市全体の推計値を2015年国勢調査人口で按分

JMAP

施設種類別の施設数（2022年11月現在）



施設種類別の施設数(2022年11月現在)



JMAP

施設の定員数と介護職員数

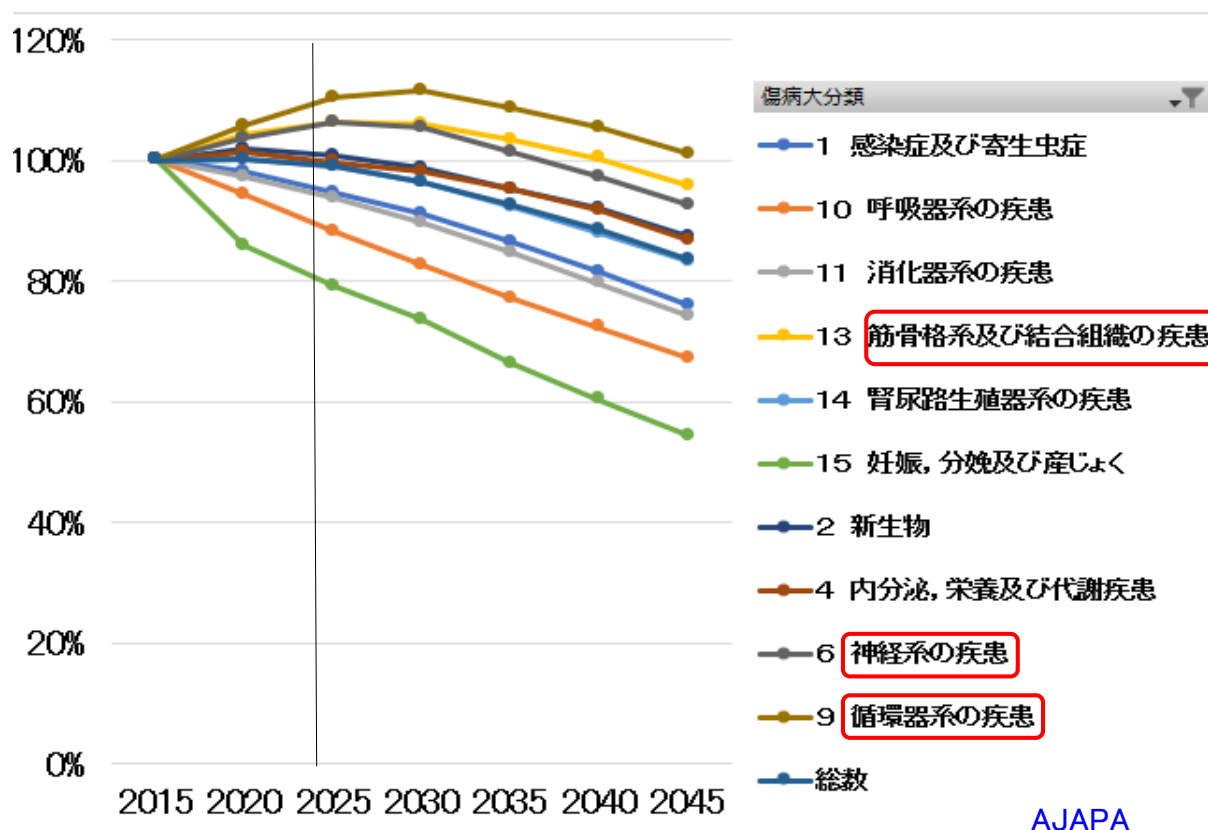


JMAP

管内の病院の許可病床数(令和4年11月)

病 院 名		許可病床数						地域包括ケア病棟入院料、 または、入管理料(床)	在宅療養支援病院
		一般	療養	精神	結核	感染	計		
北播磨総合医療センター	公立	450					450		
西 脇 市 立 西 脇 病 院	公立	320					320	47	
加 東 市 民 病 院	公立	139					139	43	○
市 立 加 西 病 院	公立	193				6	199	73	
多 可 赤 十 字 病 院	公的	96					96	56	○
松原メイフラワー病院	民間	99					99	9	○
小 野 病 院	民間	113					113	27	○
大 山 記 念 病 院	民間	199					199	49	○
と き わ 病 院	民間	84	104				188	42	○
三 木 山 陽 病 院	民間	142	55				197	52	○
緑 駿 病 院	民間		180				180		○
服 部 病 院	民間	129	50				179	18	○
み き や ま り ハ 病 院	民間	116	50				166		○
北 条 田 仲 病 院	民間	48					48		
土 井 リ ハ 病 院	民間		131				131		
吉 川 病 院	民間		316				316		

兵庫県 北播磨圏域 外来患者数の推計



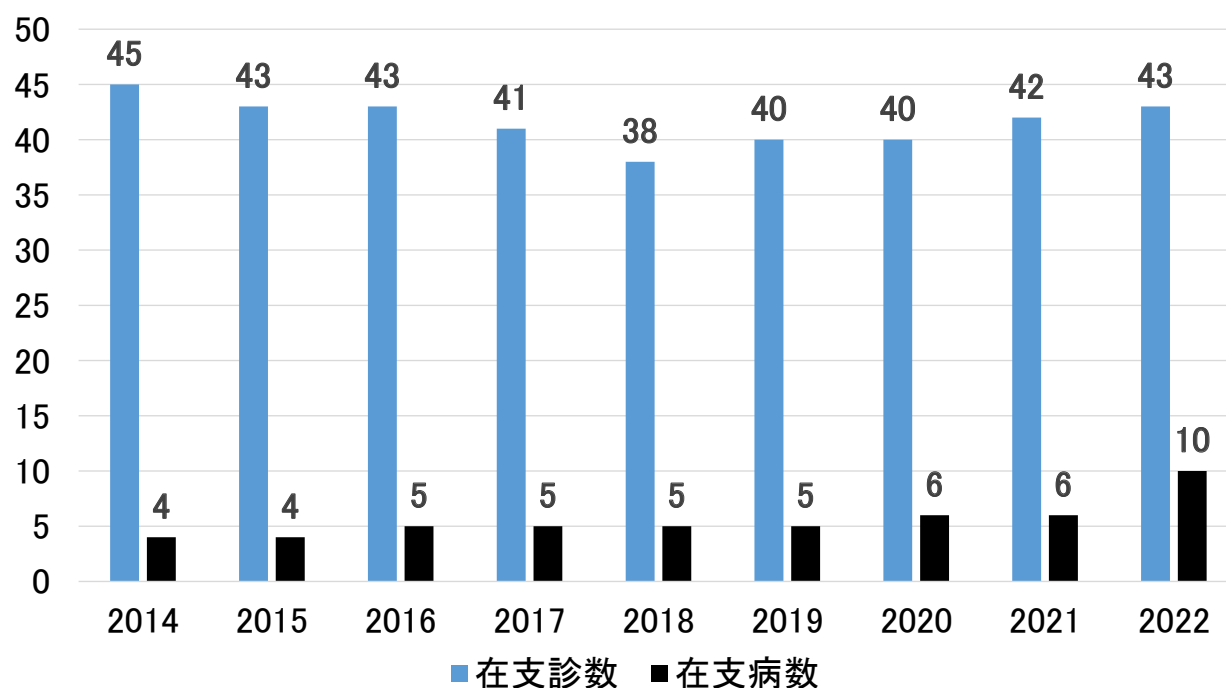
保健所は開設届を受け付けているので、
新規開業数・継承(在宅主治医になりうる
内科、外科、神経内科等)を見ると

	圏域	西脇市	三木市	小野市	加西市	加東市	多可町
2016	4	1	3				
2017	2	1				1	
2018	3	1			3		
2019	2			1	1		
2020	4			2	1	1	
2021	1			1			
2022	2		1			1	

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

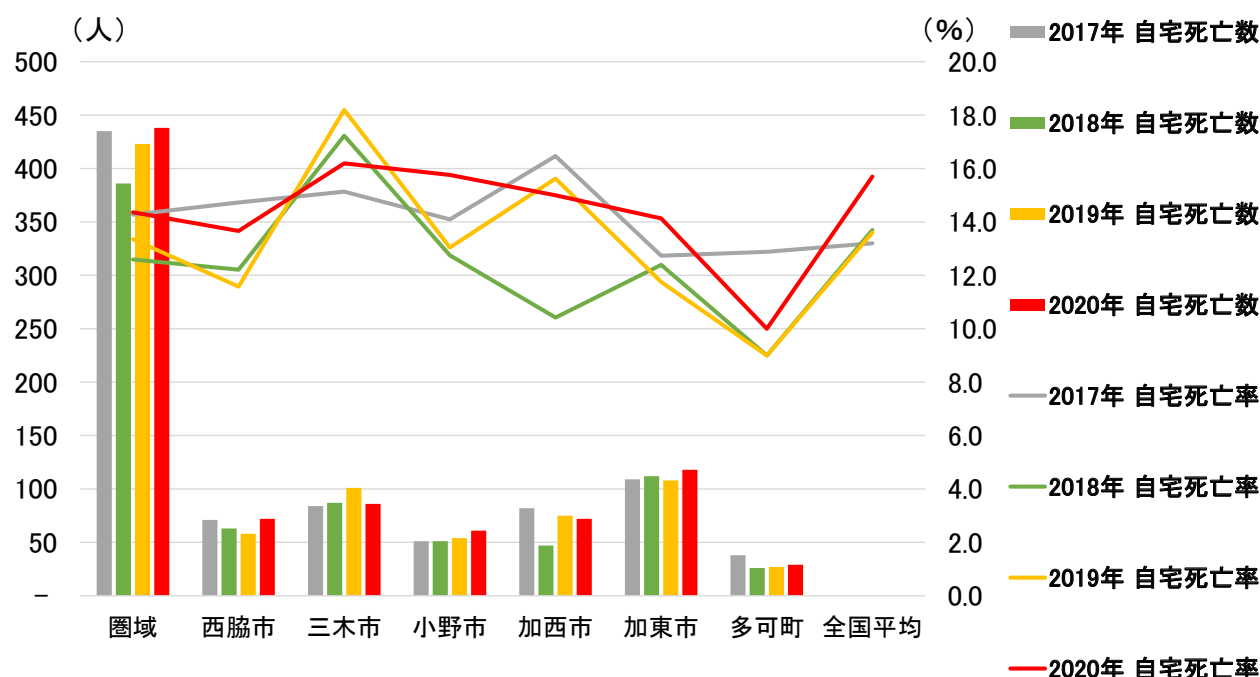
管内の在支診数・在支病数の推移

(箇所数)



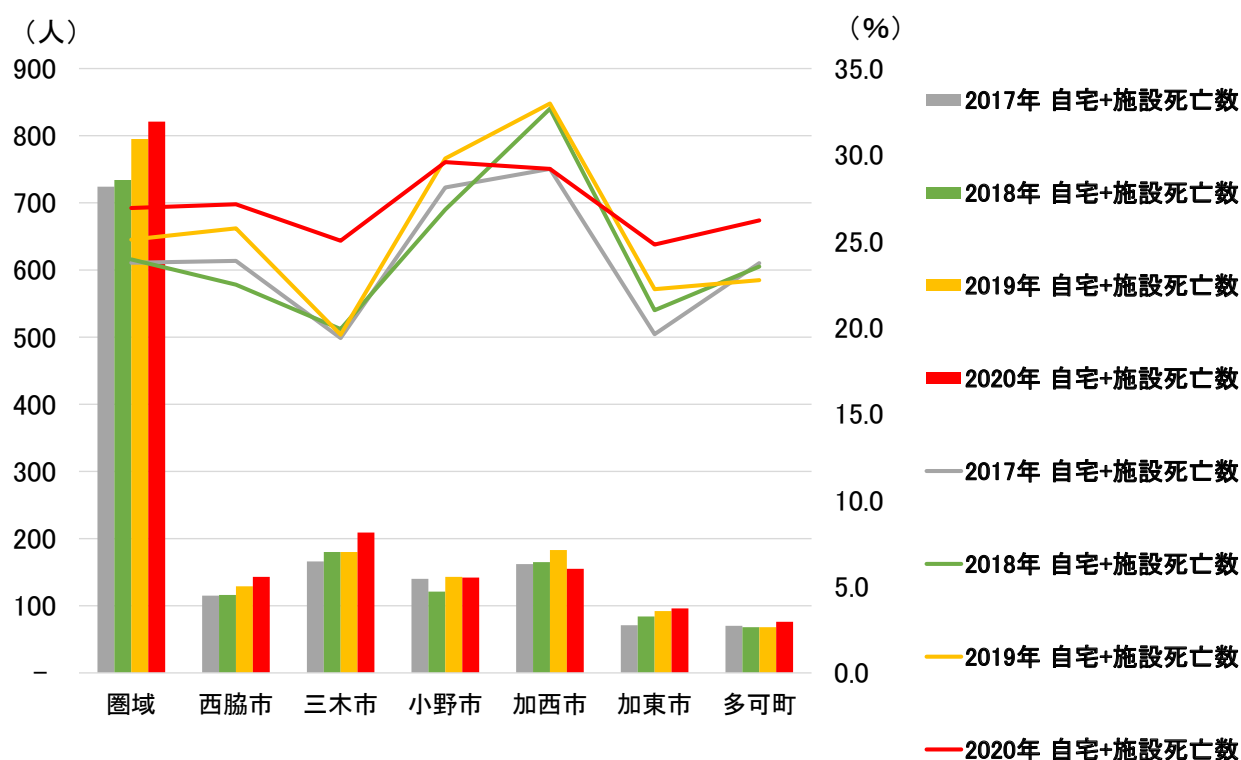
厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集(2021年度以降を追加)

市町別自宅死亡数・率の推移



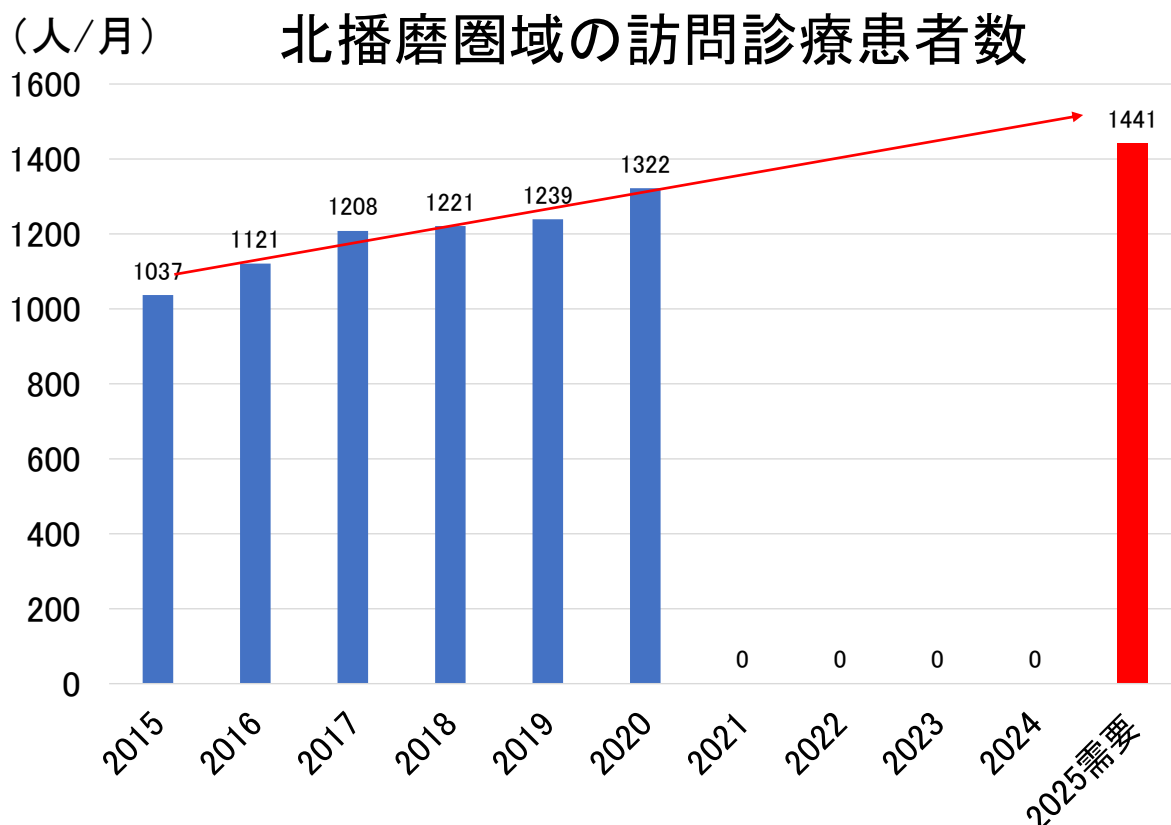
兵庫県 保健統計年報 人口動態統計

自宅＋施設死亡数・率の推移



管内、市町で上昇傾向

兵庫県 保健統計年報 人口動態統計



厚労省 医療計画作成支援データブック

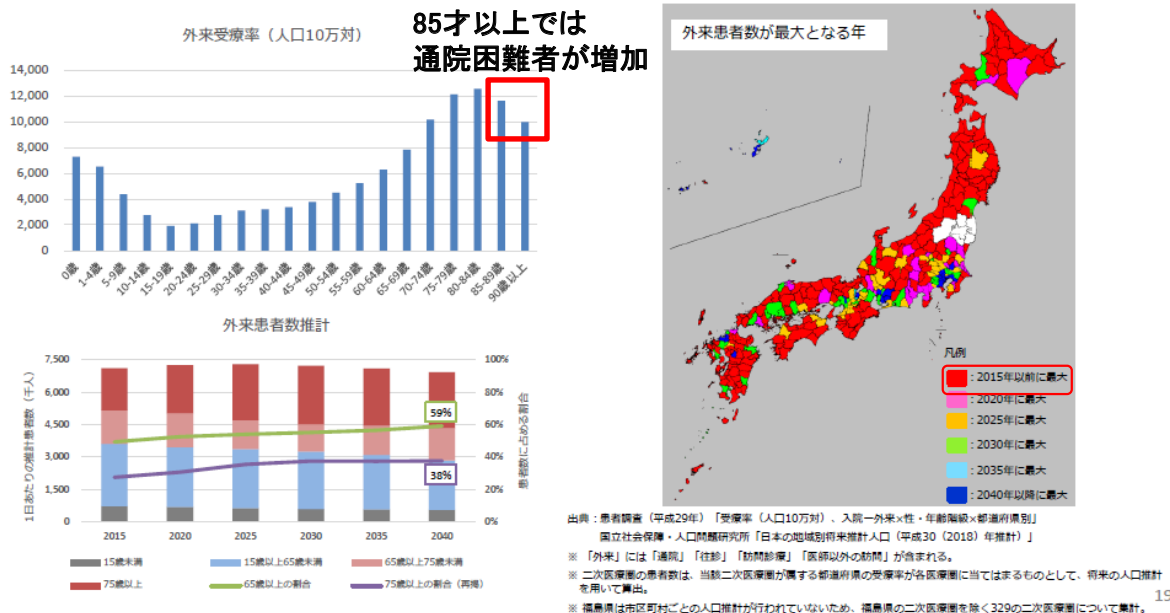
兵庫県北播磨圏域 市町別訪問診療患者数

訪問診療を受けた患者数(人/月)	圏域	西脇市	三木市	小野市	加西市	加東市	多可町
2016 データブック	1121	172	358	246	71	197	77
2017 データブック	1208	176	393	256	105	201	77
2018 データブック	1221	187	424	268	131	124	88
2019 データブック	1239	196	415	262	158	127	83
2020 データブック	1322	200	446	292	178	129	77
2025訪問診療需要(地域医療構想)	1441	208	427	247	242	176	141
人口(万人)	26.5	3.9	7.5	4.8	4.3	4.1	2.0

医療計画作成支援データブック

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

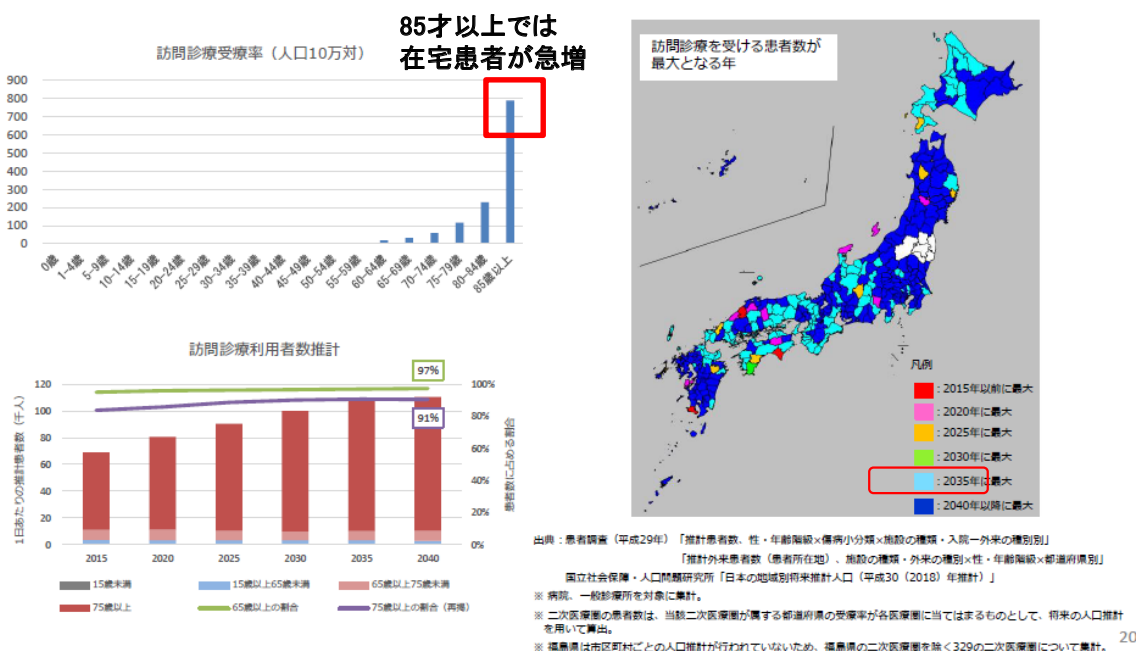
- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1より一部改変

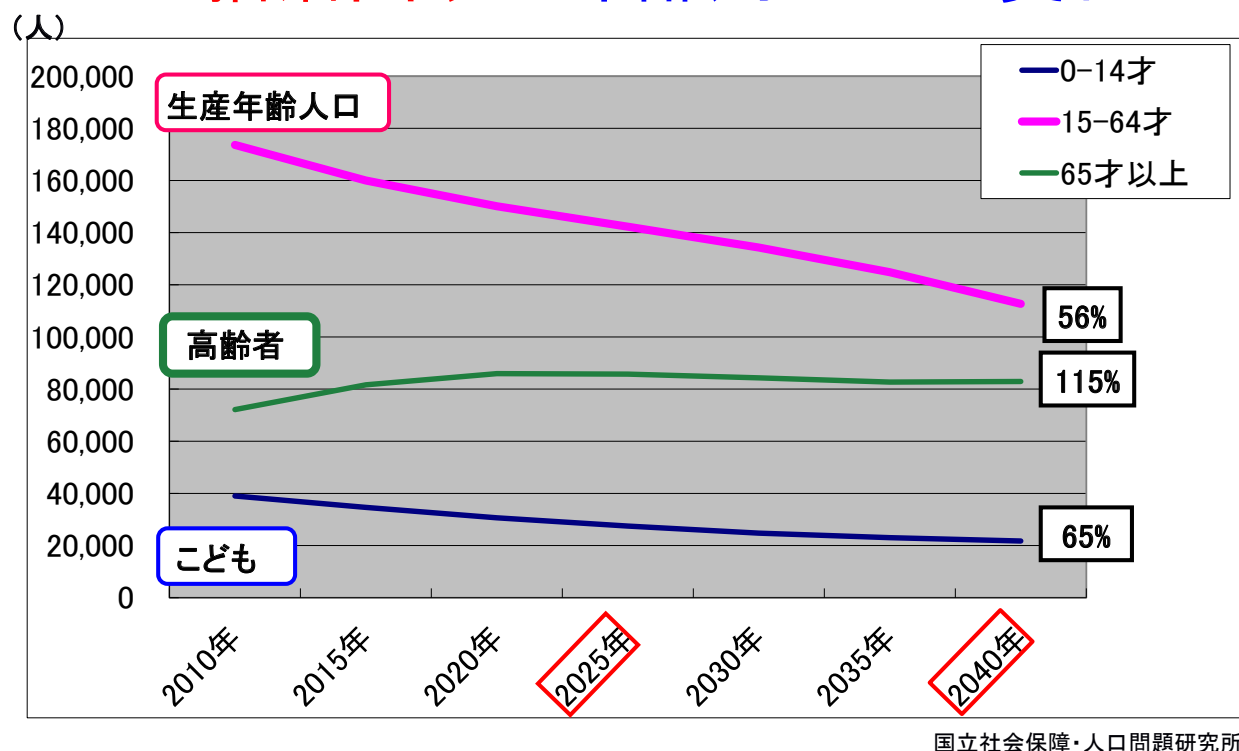
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

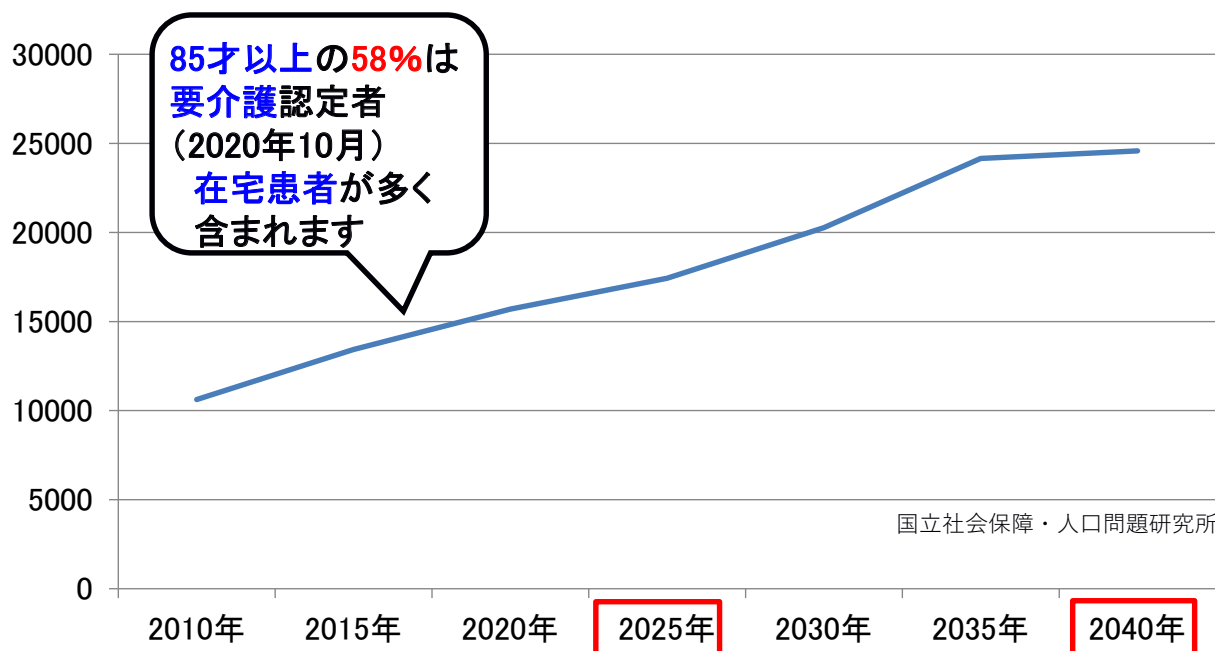


第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1より一部改変

北播磨圏域の年齢別人口の変化



北播磨圏域 85才以上人口の推移



2035年頃まで在宅患者は直線的に増え続ける可能性あり

北播磨圏域の訪問診療患者数の増加イメージ

(人/月)

2500

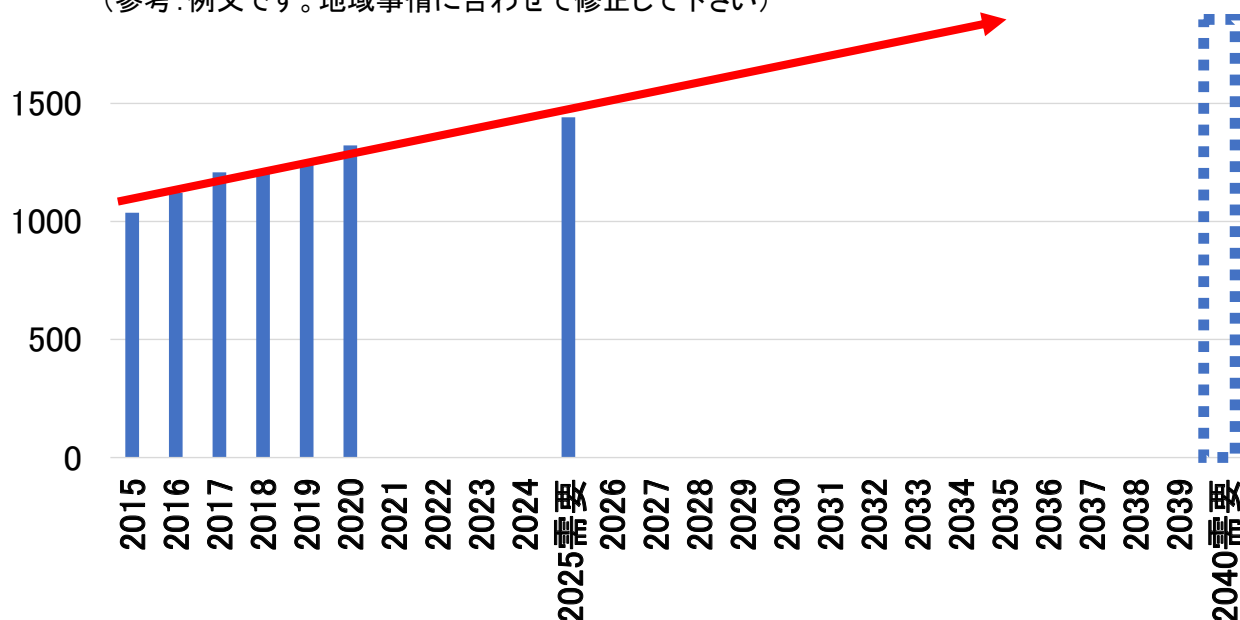
2000

1500

500

0

診療所の先生方のご尽力により、なんとか2025年までは間に合いそうです。
しかし、今の体制のままで2040年の在宅患者に対応できるでしょうか？
(参考: 例文です。地域事情に合わせて修正して下さい)



厚労省 医療計画作成支援データブック+イメージ

〇〇圏域の7ヶ所の医療介護複合体

(在支病での入院・外来、在宅医療、施設、様々な在宅介護を法人内で完結)



病院名のみを記載

ハンドブックより

訪問看護ステーションについて

	R3.1.1 人口	R3.1.1 うち65歳以上	R3.10.1 訪問看護ステーション	R3.10.1 訪問看護ステーションの 看護職員数 (常勤換算)	平均 看護職員数 (常勤換算)	R3.10.1 うち24時間 対応のST の看護職員 数 (常勤換算)	R3.10.1 24時間対応の STの 平均 看護職員数 (常勤換算)
	123,842,701	35,581,845	13,554	74,444	5	68,002	5
市区町村	(人)	(人)	(施設)	(人)		(人)	(床)
西脇市	39,180	13,180	5	49	10	49	10
三木市	74,609	26,007	8	38	5	31	4
小野市	47,242	13,786	5	36	7	32	6
加西市	42,155	14,576	5	22	4	19	4
加東市	38,407	10,677	3	14	5	14	5
多可町	19,849	7,366	1	5	5	5	5

西脇市に機能強化型①、②各1ヶ所、加西市に機能強化型③1ヶ所あり。

令和4年5月現在、「24時間対応」をしていない訪問看護ステーションは、計26ヶ所のうち三木市2ヶ所、加東市1ヶ所だけです。 在宅医療にかかる地域別データ集

ヒアリングの内容について(1)

- ◆地域包括支援センター、訪問看護ステーション等に各市区町村の在宅医療の在宅医療の体制(診療所主体、病院主体)と供給量(訪問診療患者数、自宅看取り数、緩和ケアの提供等)の充足度について尋ねる。ついでに在宅介護(ケアマネ、訪問介護、通所介護)の不足が起きてないかも聞いておく。
- 24時間対応できていない訪問看護ステーション数や、機能強化型訪問看護ステーションの有無を尋ねる。
- 管外からの訪問診療の提供がないか尋ねる。管外からの提供がある場合は、2025年、それ以降の継続性を検討する。(あくまで現状確認。2035～2040年には全国的に在宅医療不足となり、管外からの在宅医療の提供はないと想定されますが・・・)
- ◆在支病の経営者に「現在の地域別の訪問診療患者数や将来的に在支診による訪問診療患者数が減少した場合、在支病からどの程度の訪問診療を提供できるのか」をヒアリングする。

ヒアリングの内容について(2)

- 管内に200床未満の中小急性期病院で、地域包括ケア病棟（床）に転換していない病院が多くあれば、その病床稼働率を確認。（保健所の医務担当は、毎月、各病院の月末在院患者数を把握しているので、これを許可病床で割ると、病床稼働率がほぼ分かります。空床が多く、経営状態が悪い病院には、豊岡保健所型の誘導が効果的です。）
- 少数の在支診が頑張って、管内の在宅医療を支えている場合、彼らの年齢を確認すると、その持続可能性が分かる（保健所の医務担当は診療所の開設届を受理しているので、同封されている医師免許証から医師の年齢が分かる）。
- 離島や僻地で、新規開業が期待できず、在支診は高齢で、病院に在宅医療を頼るしかない場合、各病院に長期に渡る医師確保の可能性をヒアリングします。どの病院に期待でき、期待できないか分かります。

ヒアリングの内容について(3)

- 訪問診療患者数がかなり少ない状態が持続している（2025年訪問診療需要にはとても届かない）地域の場合：在宅医療が必要な状態になった高齢者は、管内・外の介護保険施設・慢性期病院に入院することが「文化」となっている可能性あり。この場合は、管内（・外）の介護保険施設・慢性期病院に「現状、介護職・医療職不足等は起きていないか、2035～2040年まで現状の入所者数を維持できるか」とヒアリングします。仮に「今も職員不足で2035年に受け入れ可能な入所者数はかなり減少する見込み」との回答である場合が多い。
- この場合は、現在は弱った高齢者を施設入所させているので、住民、医師会、行政とも「将来を含めて何の問題もない」と感じているが、2040年に向けて、次第に施設入所できない在宅患者が増加し、在宅医療・在宅介護とも不足する最悪のシナリオに陥る可能性がある。この際、管外からの在宅医療・介護の供給もない可能性大。

ヒアリングの内容について(4)

- 保健所内に管理されている死亡個票を一通り見ていると自宅死のなかに「明らかに看取られていない」不審死や自市(自殺)が多く含まれている場合があります。
- 今回の応用編参加の保健所・自治体では、大都市部のみならず、中山間地においても「明らかに看取られていない」不審死が多発している事実が明らかとなりました。要確認です。

(参考資料)

『管内の在宅医療について、
医療計画を策定するためのハンドブック』

全国保健所長会（地域保健総合推進事業）

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

令和５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

発行日 令和６（２０２４）年３月

編集・発行 日本公衆衛生協会

分担事業者 逢坂 悟郎（兵庫県加東保健所）

〒６７３－１４３１ 兵庫県加東市社字西柿１０７５－２

TEL：０７９５－４２－９４８５（直通）

FAX：０７９５－４２－６２２８