

令和6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7（2025）年3月

一般財団法人 日本公衆衛生協会

分担事業者 小倉 加恵子（鳥取県倉吉保健所）

「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 事業の概要	1
1 事業のねらい	2
2 事業の内容	3
3 事業の運営体制	6
4 実施結果	7
5 考察	22
 II 資料	 25
1 基本編研修会 セミナー 配布資料	26
2 基本編研修会 アンケート結果	61
3 応用編研修会 アンケート結果	79



I 事業の概要

1 事業のねらい

2025 年に向けた地域医療構想において、「在宅医療の充実」が掲げられており、保健所も一定の役割が期待されている。しかし、令和元年度に当該事業班が全国保健所を対象に行った調査では、管内の在宅医療提供体制の強化のために実践な関わりをしている保健所は 25%であった。

この結果を踏まえ、保健所による在宅医療の充実化に向けた実践を可能とすることを目的として、令和 2～3 年度に、在宅医療体制整備に成果をあげている保健所を対象に、その現状分析や圏域合意形成に係る手法について調査し、令和 4 年度に、この成果を「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」（以下、ハンドブックという。）としてまとめた。令和 5 年度は第 8 次医療計画の策定年度であることを念頭におき、このハンドブックを活用して保健所を対象とした研修会を開催した。研修会の目的は第 8 次医療計画（在宅医療）案の策定とし、知識の習得を目的とする基本編研修会と、実践に向けた課題整理及び行動計画の立案を目的とした応用編研修会を 2 日連続で現地開催した。基本編参加者の理解向上や応用編参加者の多くが実践に至ったことが確認されたことから、研修会は一定の効果があったと評価できた。一方で、より多くの保健所への普及が課題として残った。また、地域での実践が困難であった保健所に対する聞き取りから、実践において保健所長の理解と協力が重要であることが分かった。

そこで、令和 6 年度の事業班活動の目的を令和 7 年度に策定予定とされる地域医療構想における在宅医療の充実及び構想策定後の効果的な在宅医療体制整備の実現として、保健所を主対象とした研修会とフォローアップを実施することとした。研修会の目標としては、基本編では在宅医療の充実化支援に資する基礎知識の習得、応用編では「管内の在宅医療を向上させるための素案」を立案することとして保健所長の参加を必須とした。さらに、研修後に参加者が地域で取り組みを進められるよう、班員によるフォローアップを行い、状況に応じた助言を通じて実践を促すこととした。

2 事業の内容

今年度は、上期で基本編研修会及び応用編研修会を実施し、下期で参加者のフォローアップを行うとともに保健所による在宅医療提供体制の充実化支援に係る課題の整理等を実施した。これらの実施にあたり、定期的に班会議を開催し、加えて班員によるメーリングリスト（以下、班員 ML という。）で意見交換や検討を重ねることで推進した。

(1)基本編研修会

基本編研修会では、在宅医療に関する知識、在宅医療提供体制の構築と課題及び行政としての対応策に関する8つの講義と、自治体の実情や取組状況などを共有するためのグループワーク3コマを実施した。講義内容は表1、研修内容の骨子は図1に示す。また、講義で使用した配付資料については、II資料に掲載した。

実施方法として、より多くの保健所等への普及のためにオンライン形式を採用した。グループワークを実施するためのライブ配信（7月7日）と、より多くの保健所等への提供を目的としたオンデマンド配信（8月9日から、日本保健所長会ウェブサイト）を実施した。

表1 講義内容

セミナー①	在宅医療が必要な理由
セミナー②	在宅医療の基礎知識
セミナー③	在宅医療の課題について（事例：中山間地・県型、都市部・市型）
セミナー④	在宅療養支援診療所への働きかけ
セミナー⑤	中小病院・在宅療養支援病院への働きかけ
セミナー⑥	訪問看護の実情
セミナー⑦	在宅医療・介護連携（事例）
セミナー⑧	在宅医療体制整備の合意形成と推進の手法

図1 研修会の内容

研修内容の骨子	保健所ができること
2040年に向けた人口動態及び医療・介護需要の変化の中で、在宅医療の必要量は増加する見込み。一方で、在宅療養支援診療所の数は近年増加していないという全国的な傾向がある。 - 大都市部では、在宅医療を主とする診療所が供給の中心となっているが、後方支援の必要性を踏まえると、中小病院との連携促進が課題。他方、中山間地・過疎地域では、在宅医療の量の確保が課題。 - 保健所は、二次医療圏の医療提供体制を調整する役割があり、管内の在宅医療の将来予測と対応策の検討をしていくことが求められる。 - 地域の需要に応じた体制整備のために、在宅医療に関する地域診断と具体的な行動計画が必要。	保健所は、診療報酬上の評価や支援事業等に関する情報提供、協議の場の設定や施設間の調整などを通じて、以下の項目について在宅医療体制整備に関わっていくことが可能。 （当事業班令和4年度報告書より） ①在支診・在支病のグループ診療 ②地域包括ケア病棟、在支病への促し ③管内の訪問看護ステーション連携強化、ICT活用 ④診療所と中小病院（後方支援）による連携促進 ⑤在支病の在宅医療への積極的参加 ⑥大都市部における医療機能の振り替えによる資源調整（例）在宅医療を担う診療所や高度急性期医療の集約化

(2)応用編研修会

応用編研修会では在宅医療の充実化支援に係る基礎知識が必要なことから、基本編研修会の参加者に対して参加を募った。また、令和5年度の研修会後の聞き取りから、地域実践に保健所長の理解と協力が重要と分かったことから、保健所長の参加を必須とした。参加者が決定した段階で、参加保健所等1か所に対して班員を1～2名ずつ担当者として配置した。

参加者の事前準備として、ハンドブックに沿ったデータ分析を実施し、担当者の助言を受けながら資料を作成して提出、併せて管内の情報について追加収集していただいた。班員の事前準備として、参加者から提出された分析結果を共有し、対応策等を検討した。

研修は、9月21日午後～22日午前にかけて現地で開催した（会場：ビジョンセンター東京）。参加者は、(1)管内の現状と課題、(2)課題への具体的対応案、(3)対応案を管内で合意形成する手順と実現にむけた計画の3つのテーマに沿って、グループワークを行い、テーマごとに各グループから発表とその後の意見交換を実施した。これらの過程を通じて、研修会の成果として参加保健所の全てが「管内の在宅医療を向上させるための素案」を作成した。

(3)参加者のフォローアップ

基本編研修会のライブ配信の参加者に対し、当日の質疑応答の内容をQ&A集としてまとめて提供し、併せてオンデマンド配信について案内した。

応用編の参加者に対しては、参加者・班員により構成されるメーリングリスト（以下、フォローアップMLという。）を作成し、地域で実践するうえでの困り事等を共有・相談できる仕組みをつくった。また、参加保健所等に対して担当する班員が個別に連絡をとり、取り組みの進捗を確認するとともに課題がある場合は解決に向けた助言等を実施した。令和7年1月に最終ヒアリングを実施し、参加者の研修後の実践状況を確認し、班員MLを通じて課題を整理して考察を行い、それぞれの参加保健所にフィードバックした。

(4)班会議及び勉強会

当該事業の推進を図るために定期的に班会議を実施し、進捗の共有、意見交換及び課題の検討を行った（表2）。また、在宅医療の充実化に資する勉強会として、令和7年1月12日にオンライン会議システムを用いて、原田昌範先生（山口県立総合医療センターへき地医療支援センター診療部長、山口県防府保健所長）に「在宅医療提供体制整備、医療・介護連携における医療DXの活用」についてご講演いただき、班員と意見交換を行った。

表2 班会議の開催状況

開催日時	議題
第1回班会議（Zoom） 日時：令和6年4月14日（日） 10:00～12:00	(1)基本編研修の日程決定 (2)今年度の基本編研修の内容の検討 (3)その他

開催日時	議題等
第2回班会議（Zoom） 日時：令和6年5月19日（日） 10:00～12:00	(1)基本編セミナー①～⑧についての検討 (2)その他
第3回班会議（Zoom） 日時：令和6年6月30日（日） 13:00～16:00	(1)基本編セミナーの予行 (2)その他
第4回班会議（Zoom） 日時：令和6年8月11日（日） 10:00～12:00	(1)基本編セミナーに関する報告 (2)応用編セミナーの事前打ち合わせ (3)成果物の公表について (4)事業運営について (5)その他
第5回班会議（Zoom） 日時：令和6年9月16日（月・祝） 10:00～12:00	(1)応用編セミナーの事前打ち合わせ（最終確認） (2)応用編の評価方法について (3)次回の予定 (4)その他
第6回班会議（Zoom） 日時：令和6年10月30日（水） 16:00～18:00	(1)令和6年度研修会について ・事前・事後アンケートの結果の速報 ・反省点・気づきの共有 (2)応用編のフォローアップ ・フォローアップに係るスケジュールの共有 ・参加者の実践成果のまとめ方について (3)来年度以降の計画に関する意見交換 (4)その他
第7回班会議（Zoom+現地） 日時：令和6年12月8日（日） 10:00～12:00 ※現地：日本公衆衛生学会学術集会会場	(1)令和6年度研修会について ・事前・事後アンケートの結果 ・応用編のフォローアップ状況 (2)中間報告会の報告 (3)来年度以降の計画に関する意見交換 (4)今後の予定
第8回班会議（Zoom） 日時：令和7年1月12日（日） 同日 10:00～12:00	(1)研修会アンケートに関する検討 (2)その他 ※同日、勉強会を実施
第9回班会議（Zoom） 日時：令和7年2月9日（日） 10:00-12:00	(1)令和6年度活動のまとめ (2)令和7年度計画の検討 (3)その他

3 事業の運営体制

役名	氏名	所属
分担事業者	小倉 加恵子	鳥取県倉吉保健所
協力事業者	福永 一郎	高知県須崎福祉保健所
協力事業者	岡本 浩二	埼玉県川口市保健所
協力事業者	柳 尚夫	兵庫県豊岡保健所
協力事業者	長井 大	鳥取県鳥取市保健所
協力事業者	逢坂 悟郎	兵庫県加東保健所
協力事業者	片山 幸	愛知県名古屋市保健所港保健センター
協力事業者	本木 隆規	奈良県福祉医療部 医療政策局
協力事業者	近藤 雪栄	神奈川県横浜市緑福祉保健センター
協力事業者	昼間 詩織	群馬県渋川保健所
協力事業者	守本 陽一	兵庫県豊岡保健所
協力事業者	荒井 未央	宮城県仙台市保健所太白支所
協力事業者	泉 摩依	宮崎県都城保健所
協力事業者	福尾 篤子	富山県厚生部健康対策室健康課
アドバイザー	白井 千香	大阪府枚方市保健所
アドバイザー	山本 大祐	関西医科大学看護学部

4 実施結果

(1)基本編研修会

研修参加の応募者は 186 名であった。ライブ配信による研修会ではグループワークを実施することからマネジメント可能な上限人数の 80 名とし、残りの応募者に対してオンデマンド配信を行った。いずれの参加者とも、受講前のアンケート（事前アンケート）への回答を必須として視聴案内を行い、ライブ配信は 78 名、オンデマンド配信は 57 名がアンケートに回答して参加した。研修の効果を検証するため、研修修了直後に事後アンケート、半年後に最終アンケートとして合計 3 回の調査を実施した。

アンケート結果として、ライブ配信の参加者、オンデマンド配信の参加者とも、今回の研修に参加した理由は、「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」が半数以上であり、オンデマンド配信の参加者の方がいずれも 80%前後と高い割合を占めていた。また、所属保健所が在宅医療に関わることがあったかという問いに対しては、「あった」と回答した者は、ライブ配信の参加者の 67%、オンデマンド配信の参加者の 91%であった。

ライブ配信の参加者について、研修に対する全体的な満足度（1-10 段階）は 8.20（95%CI: 7.89–8.52）であった。研修前後の理解度の評価として、在宅医療への理解（1-10 段階、8 項目の平均値）は、受講前 3.86、直後に 6.55、半年後に 6.35、政策立案に向けた理解（1-10 段階、4 項目の平均値）は、受講前 3.38、直後に 5.35、半年後に 5.40 と受講後に向上し、かつ半年後もその効果が持続していた。研修後、ハンドブックに沿って管内の在宅医療データ分析を実施した参加者の割合は 15.7%と少なかった。オンデマンド配信の参加者については、事後アンケートの回答が 3 名からしか得られず、研修の評価対象とできなかった。

アンケート結果の詳細な分析については、Ⅱ資料に掲載した。

(2)応用編研修会及びフォローアップ

参加者は 9 名で、県型保健所 4 か所、市型保健所 2 か所、県所管課 1 か所、計 7 自治体が参加した。うち、3 名（3 自治体）は今年度から当該事業班の協力者となっており、人材育成の観点から参加者として研修会に参加した。それぞれの管内における在宅医療について検討し、全保健所が「管内の在宅医療を向上させるための素案」を完成した。詳細は次の（3）応用編研修会の成果物に掲載した。

研修後に参加者は研修結果を管内に持ち帰り、所内及び関係団体に素案を説明し、取り組みを開始した。フォローアップとして担当者から個別に参加者の取組状況の進捗を確認し、必要に応じて助言等をおこなった。また、保健所が地域医療構想に直接関わらない自治体においても、地域の在宅医療や在宅医療・介護連携にどのように関わることができるかを考えることで、業務を通じた実践につなげることができたという感想が聞かれた。意見交換等の目的でフォローアップ ML を開設したが、稼働実績はなかった。

(3)応用編研修会の成果物、研修修了後の取り組み、事業班の考察

①大都市部(i) 県型保健所(医療圏のうち一部を管轄)

●地域特性

- ・二次医療圏域全体では、7市で構成。人口110万人強で、高齢化率は29.5%。
- ・当該保健所の管内は人口25万人強で、10万人強の2市で構成されており、高齢化率は約30%である。人口は2015年をピークに減少傾向で、高齢化率は2050年には40%を超えると推計されている。

●管内の在宅医療の現状と課題

1. 連携の拠点

A市は「市」が、B市は「市と医師会」が担う予定となっているが、この体制に保健所がどう関われるかは県の方針は明確ではない。

2. 病院

精神科病床を除く一般科病床に関しては、A市は、6病院1438床(1005/人口10万人)、B市は5病院749床(625床/人口10万人)で、A市には医科大学関連病院と公的病院の規模の大きな病院が2病院あるが、B市には民間中小病院しかない。

病床機能分化(圏域)は国の目標数にはほど遠く、機能分化でも、全国と同じく大幅な急性期過剰と回復期不足であり、地域包括病床はA市に1病棟あったが、令和6年度は病院機能報告で算定されていない。管内の病院の体制を表1に示す。

表1 管内の病院の体制

市	病院		許可病床			地域包括 ケア病棟	在宅療養 支援病院	地域医療 支援病院
			一般	療養	計			
A市	A	民間	323			57	後方支援	○
	B	公的	199				○	
	C	公的	185					
	D	民間	143				○	
	E	民間	60	90	150			
	F	民間	438					○
B市	G	民間	303					
	H	民間	150				○	
	I	民間	140				○	
	J	民間	56					
	K	民間		100				

3. 回復期入院医療

回復期に分類した病床の中で、地域包括ケア病棟は1病棟しかなく、訪問診療や在宅医療を直接・間接両面で支援する病院が管内に少ない。

4. 訪問診療の需要見込(2023年から2029年の伸び率予想)

A市1.16倍、B市1.10倍の伸びと予想される(表2)

A市は、訪問診療を提供している診療所数と人口10万当たりの訪問診療している診療所数も強化型在支診も、県、圏域を上回っている。後方支援病院は少数だがある。

B市は、A市と比較すると在宅支援診療所数を含め、診療所の体制は県平均並みであるが、診療所を支援する在宅支援病院は2カ所あるが、どちらも機能強化型でも後方支援病院でもなく、在宅支援病院の体制がやや脆弱である。

表2 主な在宅医療支援の状況

	訪問診療を 実施している診療所 数	訪問診療を 実施している診療所 数 (人/10万)	在宅療養支援診療所 数	在宅療養支援診療所 数 (人/10万)	内機能強化型 在宅療養支援診療所 数	内機能強化型 在宅療養支援診療所 数 (人/10万)	在宅療養支援病院 数	在宅療養支援病院 数 (人/10万)	内機能強化型 在宅療養支援病院 数	内機能強化型 在宅療養支援病院 数 (人/10万)	院在宅療養後方支援病 院数	院在宅療養後方支援病 院数 (人/10万)	積極的医療機関 ^{※2} 数	積極的医療機関 ^{※2} 数 (人/10万)
A市	40	28.3	29	20.5	10	7.1	2	1.4	2	1.4	1	0.71	5	3.5
B市	28	23.9	20	17.1	8	6.8	2	1.7	0	0	0	0	3	2.6
圏域	211	18.7	150	13.3	35	3.1	22	2.0	7	0.62	3	0.27	20	1.8
県	2,068	23.5	1,752	19.9	456	5.2	133	1.5	63	0.72	53	0.60	293	3.3

5. 訪問看護ステーションの数は国や県平均を上回っており、数が多いが機能強化型は0で、訪問看護間のネットワークは不十分である。

●課題に対する対応案

厚生労働省の医療計画作成支援データブックでは、A市は2023年時点で訪問診療実績が2025年需要予測に対応できつつあるが、B市では両者に大きな差が生じている。(表3)

表3 訪問診療の実績と需要

訪問診療を受けた患者数(人/月)	圏域	A市	B市
2017 データブック	5858	908	444
2021 データブック	7781	1343	658
2022 データブック	8478	1390	850
2023 データブック	10138	1713	944
2025訪問診療需要 (地域医療構想)(人/日)	14614	1719	1469
2029訪問診療需要 (地域医療構想)(人/日)	15,408	1846	1494

医療体制についてはA市が病床も多く、在宅医療に関わる資源も多いことから、まずB市の体制作りがより切迫度が高いと考えられる。また、A市のA病院が数年先にB市への建て替え移転を行う予定で(医師会に事前説明あり)、B市内の病床の機能分化と連携も地域医療構想の視点からも喫緊の課題と考えられ、対応が必要である。

以上より、保健所として在宅医療体制構築のためにも、A病院のB市への移転後の体制作りとして、①病床の機能分化と病病連携、②病診連携、③訪問看護のネットワーク化に取り組む事を基本方針とする。B市で成果を得ることができれば、隣接のA市においても、在宅医療体制の構築が更に進むヒントが得られるのものと考えられる。

●管内の合意形成の手順

A病院がB市に移転する予定の2029年までに以下の対策を計画する。病病及び病診連携の準備を行いつつ、病院の機能分化と在宅医療体制の整備を進めることで、B市内の現

在の在宅医療体制が強化され需要に迫いつき、各担い手の負担が軽減するとともに、経営的メリットを各機関が得ることができる。結果的に管内在宅医療体制作りを保健所がリーダーシップを発揮できると考えた。

1. 市内病院の今後の病床機能分化の意見聴取

①移転予定病院の運営方針と移転後の病床機能の確認。 ②B 市内にある病院の今後の運営方針の確認と A 病院移転後の病床機能の考え方の確認。 ③急性期に特化した病床機能を A 病院が担うことが確認されれば、B 市内の今後の病病連携会議の提案。

2. 病病連携会議の開始（仮称：地域医療構想 B 市会議）

①移転に向けて、各病院の病床機能転換の意向を確認。できれば回復期（地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟）への転換について国基金を活用することも視野に入れて、圏域での地域医療構想調整会議等で了解を得る。 ②病院間の転院調整会議を提案し、B 市内にある病院の回復期の空床情報を定期的に交換する。

3. 回復期転換した（特に地域包括ケア病棟）病院の訪問診療後方支援の体制作り

①B 市医師会の在宅医療担当理事等と調整し、訪問診療実施医療機関への病院からの支援ニーズを把握。具体的には、バックベッドや副主治医体制などを求めている様であれば、回復期病院への転換を提案。 ②病院からの退院患者がかかりつけ医を持たない場合の訪問診療医の紹介システム構築を医師会に依頼。

4. 在宅訪問診療のシステム化

①医師会主導で、在宅療養支援研究会（仮称）を作り、訪問看護やケアマネも含めた在宅 ICT ネットワークを作る。 ②研究会の下部組織として B 市訪問看護ネットワークをつくり、訪看ステーション同士の協力体制だけでなく、介護保険や消防等との連携について組織的に対応できるようにする。 ③「人生会議」の普及と併せて、望まない救急搬送（DNAR）を防ぐための救急のプロトコール作成をし、訪問診療医、訪問看護、在宅支援病院等の合意を得る。

5. 入退院支援ルール作成

病院の入退院支援部門と地域包括支援センター、ケアマネ代表等で、入退院における情報交換のルール等を作成し、運用を管理する

●研修後の経過

2024 年末までに、移転検討中の A 病院及び B 市内の病院の個別ヒアリングを保健所長自ら実施した。A 病院においては、移転後の市内医療機関との連携の必要制は認識しているが、病院間連携のシステム化の必要性や、その取り組みにおける病院の方針をまだ決めかねている様子。また、B 市内の在宅医療体制作りの検討の拠点は市及び医師会であるので、訪問診療体制について病院等からの訪問診療を受け入れるかについての協議の場を市と連携して取り組む必要があると保健所長は認識している。

●考察

当該保健所の所長は都市部保健所長としては珍しく、地域医療体制作りの必要性について危機感を持って研修に参加され、管内状況の分析にも積極的に取り組まれつつある。都市部で医療機関数が多い地域であるが関係機関調整の困難さを十分認識したうえで、今回の研修を通じて課題整理と方法論について整理することを目指された。研修終了後、研修で得た方針に沿ってキーになる医療機関や医師会へのヒアリングを中心としたアプローチを実施されている。病院移転までに数年の時間的余裕があることから、関係機関の合意形成を慎重に取り組もうとしている。

都市部においては、高齢化による医療逼迫への危機感を関係機関と共有化するためには時間が必要であるが、一方で、2040 年に向けて着実に課題解決をしていかなければ医療崩壊が起こる可能性がある。当該保健所は在宅医療体制作りの都市部モデルとして成果をあげることができると大いに期待しており、事業班としても来年度以降もモニタリングを続けたい事例である。

②大都市部(ii) 県型保健所(医療圏のうち一部を管轄)

●地域特性

3市2町で構成される。医療圏域全体では、人口70万人程度で、高齢化率は26%。うち当該保健所の管内は、10万人弱の基礎自治体で構成されており、30万人弱である。

●管内の在宅医療の現状と課題

1. 診療所

県平均よりやや少なめ。在宅支援診療所数は平均よりやや少ないが、2-3 の在宅専門クリニックが訪問診療の多くを担っている。量的に充足していることが関心の低さにつながっている。在宅医療の質の評価等に関する議論があまり行われてきていない。

2. 病院

在宅療養支援病院はひとつもなく、在宅医療を行う気配は今の所ない。地域包括ケア病床も診療報酬減により持つ病院が減少。バックベットの課題については議論がない。

3. 訪問看護ステーション

やや過剰な印象。24 時間対応していないステーションはいくつかある。小規模なところが多いことが課題

4. 看取り数

2017 年から 2022 年に自宅死は 1.5 倍。孤独死の割合は不明。2020 年から 2040 年までに 85 歳以上人口は 2 倍に増える見込みで今後大幅な増加が見込まれる。

5. 訪問診療

訪問件数 2017→2020 年で 2 倍 訪問患者数は 2017→2022 年までに 1.6 倍

6. まとめ

今後、後期高齢者人口が倍増する中で、訪問診療件数・患者数を確保する必要がある。

一方で、在宅専門クリニックの新規開設が続いており、介入しなくてもリソースは増える可能性がある。量及び質ともに在宅医療の確保に関する関心が比較的低いことが課題。ACPについても現状把握が必要。また ICT ツールは管内で統一されたものではなく、大きく分けて 2 つのシステムが並行しており、連携の問題が残る。

●課題に対する対応案

既存の郡市医師会に設置されている在宅医療サポートセンターを活用し、地域において、適切な在宅医療の質と量等に関する検討が行われるよう、働きかけ及び支援を行う。

●管内の合意形成の手順

今年度、郡市医師会の在宅医療担当理事及び在宅医療サポートセンターの担当者との話し合いの場を設定する。当該保健所における企画調整機能の強化のため、本庁人事担当課に対して人事要求を行うとともに、当該保健所における事務分担を整理する。

来年度以降、在宅医療サポートセンターにおいて、地域で必要とされる在宅医療の在り方について検討し合意形成が行えるよう支援を行う。在宅医療サポートセンターにより、地域における在宅医療の質と量等に関する評価が適切に行われるよう、データ分析に関する検討の支援を行う。在宅医療サポートセンターにおいて、地域における良質かつ適切な在宅医療の効率的な提供に関する検討が行われるよう、保健所が支援を行う。

●研修後の経過

本庁の在宅医療担当課と県医師会との関係が、在宅医療の事業委託をめぐり、うまくいっていない状況がある。そのため現在は、地区医師会の在宅医療サポートセンターや市町に対して、働きかけはせずに様子を見る方針とされた。次年度以降については、新たな地域医療構想の策定やかかりつけ医療機能報告制度など国の動きも見据えつつ、慎重に動く予定となった。

●考察

本圏域は大都市部近郊にあり、在宅医療のニーズは増えつつある中で在宅専門クリニックの参入も相次いでおり、量的な不足は生じていない。しかし、今後も同様に在宅医療を提供する医療機関が増えていくとは限らず、現状と将来的な見込み等を自治体として把握する必要がある。現時点で、保健所による在宅医療に関する介入は手付かずの状況であり、在宅医療に係る資源についてヒアリングを通じた課題の炙り出しが必要と考えられた。また、病院や一部のクリニック以外の在宅医療とも関係性を構築していき、継続的に質の高い在宅医療が提供されるよう働きかけることが期待される事例であった。

③大都市部(iii)市型保健所

●地域特性

- ・人口 230 万人、高齢化率 25.3%の政令指定都市
- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会は単一

・高度急性期医療は需要＜供給となりつつある ・2040－2050 まで医療・介護需要は全体として緩やかに上昇 ・全国平均を上回る高齢者人口の増加率が予測され、特に超後期高齢者の急速な増加に伴い介護需要増加が続く
●管内の在宅医療についての現状と課題 1. 医療・看護・介護の供給 ・人口当たりの入院病床数は少ない。 ・高度急性期医療の供給は過多（在院日数↓病床使用率↓病床の返上あり） ・慢性期病床は減少しているが満床（施設患者の症状悪化時の救急病院搬送後、転院受け入れ先は不足） ・在支病は 24、在支診は 356（2022）で在支診は全国より多く、新規の開設も続き、訪問に特化した診療所(20 名の医師の登録など)がある ・訪問看護ステーション数は全国の 1.8 倍で新規開設も続く（看護学部同窓生など） ・入所型介護施設はやや少ないが、訪問型介護施設は多く新規の開設も続いている 2. 死亡時の状況 ・自宅死亡約 19%、施設死亡約 18%、自宅死亡の 3 割は不詳の死 3. 管内の在宅・高齢者医療についての課題 ・医療の量として、これまで右肩上がりで行行政等によるコントロールが不要であったこと、県に権限があったことから、市は事務職も保健所医師も所管外という認識 ・県内各地域によって状況が大きく異なるため、県による一律の対応は困難 ・（そもそも）医療・介護の需要/供給の過不足の正確な評価が出来ていない ・緩和ケア/認知症/がんなど、医療資源の技術の担保/満足度の実態が不明 ・施設入所者等高齢者の症状悪化時のバックベッドの不足 ・訪問看護 ST は規模が大きい方が経営しやすいと予測されるが大型化していない
●課題に対する対応案 ・市内の在宅を含む医療について適切な評価を行う →自宅死亡についての監察医に対するヒアリング - 在宅支援診療所・病院の実績の確認 - 院長等へのヒアリング ・評価(及び課題)を関係者で共有し認識を一致させる - 関係者は、病院長、医師会、市保健所医師、市事務職員など
●管内での合意形成の手順 ・市公衆衛生医師等に対する応用編研修の参加報告と医療体制検討グループの結成 ・市事務職員による病院長へのヒアリングを含む医療体制の勉強会 →病院長、医師会等との会議

●研修後の経過

研修を通じてまずは実態把握が重要であると考えられたことから、自宅死亡事例に関して監察医に対するヒアリングを実施して、独居高齢男性の不詳の死が多いことが分かった。また、在宅支援診療所・病院の実績（地方厚生局）、医療計画作成支援データ5年分（県）を確認して地域状況の把握を実施した。

市公衆衛生医師（30名）、歯科医師（4名）に対して応用編研修の報告の機会を設けて、意見交換を実施した。

●考察（参加者兼班員の立場から）

応用編研修会では、全国各地の医療圏における在宅医療に関する状況報告があり、地方と都市部では高齢化率、人口減少の時期、利用可能な医療資源に大きな差があることを知る機会となった。また自治体により医療機関の特性や状況が各々で異なるため、同じ人口規模でも同様の対処方法が正解とは限らないことが分かった。しかし、どの地域でも今後、在宅医療を含む医療資源の適切な配置について医療機関と住民、行政による検討は必要と考えられた。行政が検討を進めるうえで、医療機関及び住民の医療ニーズをよく知る保健所が加わる意義があることが認識できた。

参加者兼班員として、県の公衆衛生医師、病院長、事務長や市役所の保健医療部門の担当計10名弱と今後の医療体制整備についてのヒアリングと意見交換を行ったが、ヒアリングした全ての人が勉強会や腹を割った話し合いが必要と言う意見だった。しかし、誰がどう動けばいいのか役割が決まっておらず動きは取れていない。今後は公衆衛生医師間で現状認識を共有化することから始めて、市役所内の関係者に対する勉強会を始めたいと考えている。将来的に県から市への権限移譲により市が主体として医療体制整備ができる仕組みを実現するため、市役所内に対応する部署を配置することを目指したい。

④大都市部(iv)市型保健所

●地域特性

- ・高齢化率：25.7%の政令指定都市
- ・当該保健所：1市（医療圏人口の71.2%）を管轄
- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会は単一
- ・総人口は2020年をピークに緩やかに減少傾向に転じた。
年齢生産人口は2020年以降減少。一方、後期高齢者は2050年まで増加し続ける。
- ・今後の医療需要はほぼすべての分野で増加する見込み
- ・看護師数は減少し、2045年には需要の6割程度しかカバーできない予測
⇒県全体として高度急性期や急性期病床の集約化し人材の不足分を補う計画

●管内の在宅医療についての現状と課題

1. 診療所・病院・訪問看護ステーション

- ・在支診数は 100 か所程度で緩やかに増加しているが、全国と比較して半分程度
- ・在支診（単独型）は 5 か所、在支診（機能連携型）は 22 か所、その他は 72 か所
- ・訪問診療を行っている診療所は 121 か所あるが、全国と比較して半分程度
いくつかの在宅専門クリニックが訪問診療の多くを担っている
- ・在支病数は 12 か所で横ばい。全国比で少ない状態が継続
- ・急性期病床は 2025 年の必要病床数と比較して過剰状態である。
回復期病床の新規入院患者数、稼働率ともに伸び続けている。
療養病床は全国と比して少ない。病床稼働率は 97.3%と全国と比べて高く、平均在
院日数は全国比の約 3 倍。新規入棟患者数は下がり続けている。
- ・入所者型介護施設定員数は 1.6 万人と全国と比較して多い。
- ・訪問看護ステーションは約 110 か所で年々増加しており、うち 9 割が 24 時間対応
のステーション。平均常勤数は 8.7 人

2. 死亡時の状況

- ・施設看取り率は 20.3%と全国と比較して多い。介護施設定員数が多いことも一因と
考えられる。
- ・在宅看取り率は 20.4%で全国平均より多いが、その中には医療の管理下でない死亡
が一定数あると考えられる。さらに市民を対象としたアンケートでは約 9 割の市民
が自宅で亡くなりたいと希望しているというデータもあるが、そのニーズに十分応
えられている状況ではない。

3. 管内診療所へのヒアリング内容

※ヒアリングのなかでの在宅医療とは訪問診療と往診を含んでいる

- ・現在、診療所のうち在宅医療を提供しているのは全体の 17.0%。提供していない理
由としては、ニーズがない、職員不足、職員の高齢化、24 時間対応への困難さなど
が寄せられている。
- ・現時点で在宅医療を提供している医師の約半数が 60 歳代以上・在宅医療を行うた
めには、時間的余裕や、複数の診療所・医師との連携などによる負担軽減策などへ
の要望が多い。

●課題に対する対応案

- ・在宅医療連携拠点：市
- ・当該市の対応：地域在宅療養推進連絡会の実施を推進
- ・これらの会議に保健福祉センター長や保健師など保健所職員と共に参加し、地域の現状
について関係者からヒアリングを行う
- ・市内の在宅を含む医療の現状について評価した内容及び問題意識を病院長会議や医師会
との意見交換の場で共有する

※当該保健所については、参加者が意思決定権のない役職にあり、参加後の実践は求めない前
提で参加された。

●考察

現在、慢性期の医療ニーズの多くを療養病床や介護施設などで賄っているため、在宅医療のニーズは低い状態と地域では認識されている。しかし、今後在宅医療の需要は2040年（2013年比）には2倍に増加すると予測されている。さらに市民へのアンケートでは終末期在宅ケアへの期待も大きい。

当該市では療養病床の利用率の高さなどの理由から急性期病院からの転院が進まず、急性期病床の不足が問題となっている。今後、当該医療圏での医療需要・介護需要は増加し続けることが予測されており、慢性期の受け皿として在宅医療・介護を強力に推進しなければ急性期から慢性期への移行が進まず、慢性期のみならず医療全体の供給が需要に追い付かない可能性が高い。各病院の役割を整理し、急性期から回復期そして在宅を含む慢性期への移行を円滑にするために、市（保健所）として各病院と現状や問題意識を共有できる場を設けたい。

市医師会を中心にACPについて啓発・取り組みを進めており、一部診療所も取り組みを始めている。在宅医療と共にACPについても管内全体に広げていけるよう、市としても啓発していく必要がある。ICTツールなどについても管内で統一されたものはまだなく、医療・介護連携の仕組みと共に検討の余地があると考えられた。

⑤地方都市部と中山間部の混在地域 県型保健所

●地域特性（7市8町3村）

- ・総人口[高齢化率]は56.2万人[31.2%]で、2020年にピークを迎え、緩やかに減少傾向にある。（西部3町：6.3万人[33.8%]、中部5市2町1村：36.7万人[29.3%]、東部2市3町2村：13.1万[35.1%]）
- ・生産年齢人口はすでに減少傾向にあり、2040年には2020年比71%、2045年には2020年比64%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1.7倍に増加し、2035～2040年にピークを迎え2045年には減少する見込み。
高齢化率：31.2%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、東部地域は中部・西部地域に比べ、過疎化・高齢化率が高い。各地域とも盆地の平野部に比較し、山間部での過疎化・高齢化率が高い。

●管内の在宅医療についての現状と課題

1. 外来患者推計に基づく新規診療所開設見込み

- ・外来患者推計は、西部で2025～2030年がピーク、中部で2025～2035年がピーク、東部で2020～2025年がピークであるため、中部以外は今後の新規開業見込みは乏しいものの、西部・中部・東部の平地は車による交通の便が比較的良いため、中部近隣の西部・東部での開業は見込まれる。

2. 診療所、病院

- ・在支診数は、西部で9か所、中部で54か所、東部で20か所。西部と東部は2018年

から横ばいだが、中部は増加傾向にある。

- ・県医師会のアンケート結果によると、在宅医療継続見込み年数で見ると、西部は 15 年後、中部・東部は 10 年後には診療所による在宅医療の供給が 80%減となる。
- ・地域包括ケア病棟を持つ病院は、西部は 4 病院中、1 病院で 44 床を持ち、在支病である。地域包括ケア病棟を持たない在支病が 1 病院あり、後方支援病院はない。中部は 19 病院中、8 病院で 267 床を持ち、そのうち 1 病院が在支病である。地域包括ケア病棟を持たない在支病が 1 病院あり、後方支援病院はない。東部は 7 病院中、3 病院で 179 床を持ち、1 病院が在支病、1 病院が後方支援病院である。地域包括ケア病棟を持たない 2 病院が在支病である。

3. 訪問看護ステーション

- ・西部 3 町は 8 施設、中部 5 市 2 町 1 村は 50 施設、東部 2 市 3 町 2 村は 18 施設で、どの地域でも平均看護職員数常勤換算で 8 人であった。

4. 自宅・施設死亡者数

- ・2018～2022 年の自宅死亡者の割合は西部で 15.6-20.4%[3 町 8.1-23.3%]、中部で 14.8-16.9%[5 市 2 町 1 村で 8.6-19.7%]、東部で 17.9-19.7% [2 市 3 町 2 村 7.7-23.5%]
- ・2018～2022 年の自宅+施設死亡者の割合は西部で 26.3-33.2%[3 町 19.9-36.7%]、中部で 14.8-16.9% [5 市 2 町 1 村 8.6-19.7%]、東部で 17.9-19.7% [2 市 3 町 2 村 7.7-24.3%]

●課題に対する対応案

2040 年までに在宅医療サービスを現在の 2 倍にすることを目標とし、2030 年までに目途をつけるための改善策を話し合う。現状のデータと将来予測を関係者に共有し、病院・医師会・訪問看護・市町村のヒアリングを行うサイクルを繰り返す。

- ・在支診の増加が見込めない場合は、南部・東部で実現されている在支病による在宅医療提供体制を他地域でも構築する。
- ・「面倒見のいい病院」評価事業を推進することで、地域包括ケア病棟や医療介護複合体の増加を見込む。
- ・医療介護連携推進事業や集合住宅の活用も検討する。

●管内の合意形成の手順

10 年後を見据えてデータの整理、蓄積を行い、既存の会議体（入退院ルール調整会議、医療介護連携会議、地域医療構想調整会議、県医師会の地域包括ケア推進会議、地域医療支援病院会議、在宅医療後方支援病院会議）を通じて、まずは危機感を共有していく。

●研修後の経過

保健所は、各市町村が開催する入退院調整ルールに係る医療介護連携会議、本庁福祉部局が委託している医介連携伴走支援会議に参加している。保健所から情報提供を行うことを検討している段階にある。

●考察

当該保健所の管轄する圏域は、地方都市部から中山間部まで広い。中山間部は医療資源が乏しく民間診療所では対応仕切れていない。へき地支援病院である公立の地域中核病院の総合診療部門が医療供給の拠点となり、へき地診療所の運営に加え、在宅医療への支援を拡大する形で調整が進んでいる。在宅医療の需要増加と供給減少が緩やかに進んだ結果、医療従事者の育成体制も構築し成功例となっていると考えられた。

一方で、地方都市部では診療所が大部分の供給をまかなっており、病院が在宅医療に関わることは少ない。将来的にも医療資源の減少は少ない見込みであるが、在宅医療の需要増加が急激に進むため、需要と供給のバランスを踏まえると量が不足すると予測される。当該保健所としては、関係者間でこうした危機感を共有し、地方都市部にも中山間部モデルを導入する方向で検討している。

⑥中山間地域(ⅰ)県型保健所

●地域特性

- ・人口は約5万人、1970年以降人口減少が続いている。2040年には人口が約3.5万人まで減少すると予想されている。現在の高齢化率は約43%。
- ・中山間地域が多くしめ、人口密度は低い。特に、高齢者は山間部に点在しており、高齢者単独世帯も多い。
- ・医療・介護需要は減少の見込みで、2020年を100としたとき2040年には70程度、2050年には60程度になると予想されている。

●管内の在宅医療についての現状と課題

1. 診療所

内科系診療所は人口10万人あたりの施設数をみると全国平均数以上にあるが、医師の高齢化（圏域内医師の半数以上が60歳以上）が進み、廃業が継続的にある。新規開業は見込めない。在宅支援診療所は全国平均程度あるが、高齢の医師が担っている。

2. 病院

病院数においても人口10万人あたりの施設数でみると全国平均以上にあるが、100床未満の民間病院が多い。常勤医師数が少なく、圏域外から派遣される医師が担う部分も大きい。常勤医は高齢化が進んでいる。圏域内の急性期患者の半数が圏域外に流出、圏域内での手術件数はわずかとなっている。在宅支援病院数は微増傾向。

3. 訪問看護ステーション

多くが小規模な零細ステーション。山間地域の訪問では、1日の訪問件数は3件程度、地形的に赤字経営となってしまう。病院併設のステーションが多く、法人全体で収益化している。赤字経営の末、閉所となるステーションもでてきている。

4. 訪問診療患者数

在宅訪問診療料の需要推計と実績値を比較すると、実績値を需要推計値が大きく上回

るため、訪問診療の供給量が不足していると考えられる。一方、医療必要度の高い項目（在宅酸素や自己注射など）については、需要推計値と実績値がほぼ同等であることから、需要を概ね満たしていると考えられる。

●課題に対する対応案

- ・訪問診療の供給不足が懸念される中で、自宅死亡のうちどの程度孤独死が含まれているのか、死亡小票を用いて確認をする。
- ・保健所が圏域内病院へ医療需要推計と実績値含めたデータを提供し、現状の医療提供体制について各医療機関へ共有することで、各医療機関の取り組みを支援する。
- ・大学等と連携をすることで、在宅医療・介護人材の確保を行う。
- ・在宅医療の供給方法として、公民館や廃業した診療所を活用し、D to P with N での遠隔診療を検討している。また中期的には、より医療アクセスが不便な地域へ、ドローン等情報通信技術や常時モニタリングなど遠隔医療システムの活用を検討している。管轄している圏域全体において過不足なく医療の提供ができるよう、こうした取組を関係者と共有しながら連携して進める。

●管内での合意形成の手順

既存の会議体（各自治体での在宅医療介護連携推進会議など）で課題を共有し、多職種連携で課題解決を進める。

●研修後の経過

不足する情報として自宅死亡事例の背景が重要と分かったことから、死亡小票を確認して自宅死に関わる管内特性を把握した。

保健所から圏域内の各医療機関へ在宅医療提供体制に関する現状と今後の見込みを共有し、各医療機関の取り組み支援を継続している。また、医療アクセスが不便な地域での遠隔診療について所内協議を開始した。

●考察

本圏域は高度経済成長期以降、人口減少がつづいており、医療や看護、介護の担い手の減少や高齢化で医療資源が限られている。人口減少が進む状況において、保健・医療・介護サービスを安定的に提供できるよう、在宅医療に限らず医療提供体制の再構築が必要な地域である。そこで、保健所から圏域内の各医療機関へ在宅医療提供体制に関する現状と今後の見込みを共有し、各医療機関の取り組みを支援することを開始した。これまで複数の医療機関が圏域内の医療需要に見合った病床転化などを実施し、圏域内の医療提供状況は改善してきている。

今後は、圏域内での病床転化などの好事例について他医療機関と共有することで、取り組みを横展開していくことが期待される。また、医療アクセスが不便な地域においても医療サービスが受けられるよう情報通信システム等を効果的に用いた体制構築を目指しており、今後は医療提供と併せて介護連携の検討を進めていくことが必要と考えられた。

⑦中山間地域(ii) 県型保健所

●地域特性

- ・人口およそ 11.5 万人、高齢化率およそ 35%
- ・総人口は減少を続けており、後期高齢者数は 2030 年をピークに減少する見込み

●管内の在宅医療についての現状と課題

1. 診療所、病院

- ・在支診が 2 か所、在支病が 2 か所。
- ・訪問診療を実施している診療所数は 22 か所。
- ・地域包括ケア病棟を持つ病院が 3 か所、在宅療養後方支援病院が 1 か所。
- ・公的医療機関の中には、地域包括ケア病棟設置、機能強化型訪問看護ステーション併設、訪問診療実施の改革を行っている病院があるほか、いずれの病院も退院前訪問指導、退院後訪問指導を行っている。
- ・在宅ターミナルケア加算（在支診等以外）の SCR は全国平均よりも高く、在支診等以外の医療機関が担っている役割が大きい

⇒・在宅医療を支えている在支診等以外の診療所における医師の高齢化も念頭に、管内の介護需要増加が予測される 2025 年～2035 年において、在宅医療の担い手が足りているのか確認が必要

- ・訪問診療を行っている在支診以外の診療所又は現時点で在支診 3 である診療所が、在支診 2（機能強化型在支診（連携型））になる可能性はあるのか確認が必要。併せて、在支診 2 になることが管内の在宅医療供給の安定・持続に資するのか、連携する上で主導権をとる存在がいるのかについても確認が必要。

2. 訪問看護ステーション

- ・管内に 6 か所あり、施設数は数年ほとんど変化がない一方で職員数は増加傾向にある。ただし、増加傾向ではあるが、老年人口あたりの看護職員数は全国平均よりも少なく、県内の他の地域と比較しても少ない。
- ・訪問看護指示料の SCR が 20～30 と県内の他の地域と比べても低値

⇒・訪問看護の指示件数は少ないものと予測され、また訪問看護を提供する施設・職員ともに数が少ないことから、管内の訪問看護供給の絶対量は不足していると考えられる。一方、これまでは訪問看護の不足を病院や施設でカバーしてきた経緯があり、医療関係者らは訪問看護が不足していると認識していない可能性がある。加えて、訪問看護指示が極端に少ない理由については単なる提供量不足に留まらない理由が存在する可能性がある（例えば、医療機関、訪問看護事業所及びケアマネジャーとの連携に課題がある可能性等）

3. 自宅・施設死亡者数

- ・自宅・施設死亡者の割合は全国平均並み
- ・自宅死亡者単独の割合は全国よりも低く、自宅死亡者に孤独死が含まれているか否

かは未確認

⇒・自宅死亡を希望する人の割合が多いにも関わらず、自宅死亡者割合が低いのであれば課題であるため、まずは地域のニーズ（価値観）を把握する必要がある

4. 退院支援

- ・地域独自の入退院支援ルールを作成し、入退院支援にかかるネットワーク体制を構築している。
- ・入退院時の病院と介護支援専門員間での情報提供率は年々上昇傾向にあり、全国的にみても情報提供率は高い。
- ・3つの公的病院が今年度中に電子カルテ共有化の予定

●課題に対する対応案

- ・郡市医師会経由のアンケートやヒアリングを通して、在宅医療を担っている診療所の実態として、現状の訪問診療の提供状況、将来的展望、訪問看護との連携状況等について把握する。
- ・将来的に管内の公的病院が訪問診療の実施、訪看ステーションの開設など直接在宅医療を提供する体制に向かうための検討を行う。
- ・訪問看護指示の少ない背景を明らかにするために、病院・診療所に対するヒアリングを実施する。
- ・上記ヒアリングの結果を踏まえて、訪問看護指示を適切な実施を促進するための医師向けの啓発を行う。例えば、介護支援専門員を通じて収集した地域の潜在的な訪看のニーズの明確化と共有、訪問看護ステーション等との顔の見える関係をつくる場の設置等)

※当該保健所については、参加者が意思決定権のない役職にあり、参加後の実践は求めない前提で参加された。

5 考察

(1)基本編研修会

基本編研修会については参加希望者が昨年の約3倍になるなど、在宅医療の知識の習得に対して高いニーズがあることがわかった。在宅医療及び政策立案に関する理解度は研修会直後に増加し、さらに半年後も同程度を維持していることから、研修会を通じて理解度の向上とその定着が得られたと考えられた。また、現地開催した昨年度と比較して満足度や理解度が大きく変わらないことからオンライン形式での研修が有用であることが分かった。

一方で、研修後にハンドブックに沿った管内の在宅医療データ分析を実施した割合は15.7%と少なく、得られた知識を実践につなげることが課題と考えられた。

(2)応用編研修会

参加保健所のヒアリング結果から、保健所長が同伴した全ての保健所が研修成果を持ち帰り、地域での実践につなげていた。応用編研修を通じて作成した「管内の在宅医療を向上させるための素案」とその作成プロセスが実践につながったと考えられた。

保健所が地域医療構想に直接関わらない自治体においても、地域の在宅医療や在宅医療・介護連携について考えることで、所管業務を通じた実践につながったという感想も聞かれた。保健所の事業として地域医療構想を担っていない自治体もあるが、保健所が地域診断を通して実情を客観的に把握し、日頃の関係性を活かした管内の医療提供体制の調整を図ることは意義があり、また保健所の役割を果たすことでもあると考えられた。

基本編研修会と比較して応用編研修会の応募者及び参加者は圧倒的に少なかった。参加勧奨を行った際に得られた意見から、2日間にわたる研修会を東京都で開催したことにより、日程や旅費等の確保が困難であったことが理由の一つとして考えられた。加えて、基本編研修会の参加者の約85%が管内での在宅医療データ分析の実施を行っていなかったことから、保健所が「在宅医療に積極的に関わる拠点」となり得るという認識に乏しい可能性が推察された。

(3)研修会を通じた効果

今回、応用編に参加した保健所の多くは、管内に在宅医療提供体制を整備する仕組みが存在しない状況であった。そのため、研修後に参加者が管内に新たに体制整備の仕組みを構築していくことについて悩むことが少なくなかった。今回の研修会を通じて、困難さがありながらも全参加者が地域で実践できた背景として、在宅医療の充実化において保健所の役割があることを意識して取り組んだことや、管轄自治体の地域診断による実態把握と具体策を検討するプロセスが有用だったと考えられた。さらに、グループワークや意見交換における経験者・有識者の助言、他自治体の具体的対応案や合意形成手順の共有が実践するうえの手掛かりとなっていた。

(4)今後の課題

本事業班では、令和元年の全国調査により在宅医療に関する保健所の関わりが乏しいことを明らかにし、「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」の作成やハンドブックを活用した研修会を開催してきた。今年度の事業班活動を通じて、多くの保健所が在宅医療の充実化に取り組めるようにするために、知識を習得するうえではオンライン形式の基本編研修会が有用であることがわかった。地域実践に向けては応用編研修会が有用と考えられた一方で、現在の実施方法では多くの保健所にとって参加するハードルが高いと考えられ、研修の実施方法や代替策について検討が必要と考えられた。

令和6年12月に「新たな地域医療構想」が公表された。そこでは、超高齢化社会における医療と介護の複合ニーズを踏まえた医療・介護提供体制として、在宅医療の充実化や高齢者救急への対応等の整備が求められている。多職種が関わる地域包括ケアシステムと調和した在宅医療を提供するにあたり、管内の医療提供体制を調整する機能を持つ保健所には一定の役割がある。他方で、各自治体における保健所の位置づけや権限により、保健所が発揮できる役割に違いがあることも事実である。自治体における保健所の位置づけや役割認識、「在宅医療に積極的に関わる拠点」と保健所の関係などの実態を明らかにしたうえで、令和7年度に国が示すガイドラインを踏まえながら、保健所が在宅医療体制の充実化に資するための方策を改めて打ち出すことが必要と考えられた。

(5)まとめ

令和6年度は、令和7年度に策定予定とされる地域医療構想における在宅医療の充実及び構想策定後の効果的な在宅医療体制整備の実現を目的に基本編研修会及び応用編研修会を開催した。基本編研修会は、オンライン形式で実施することで多くの保健所等に情報を提供することができ、研修を通じて得られた理解の向上は半年後も維持していることが確認できた。応用編は参加者が少なかったものの、参加した全ての保健所が管内の在宅医療提供体制の整備に着手していることを確認できた。

令和7年度に新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを国が示すことから、その動向も踏まえながら、在宅医療体制の充実化に保健所が一定の役割を担えるよう、保健所の位置づけや役割認識等の実態を踏まえて、さらなる対応策を検討していくことが必要である。



Ⅱ 資料

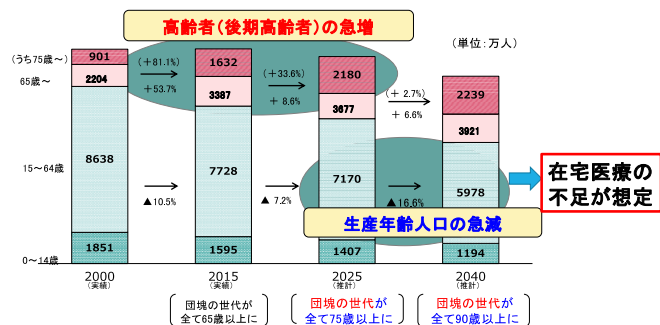
1 基本編研修会 セミナー配布資料

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

2040年までの人口構造の変化（全国）

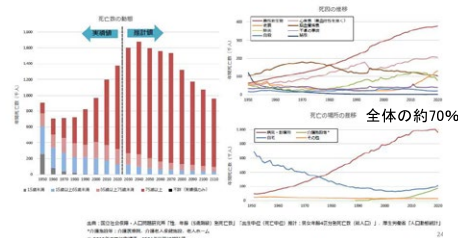


第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1より一部改変

（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

医療需要の変化① 死亡数が一層増加する

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、慢性心臓病・心疾患とともに、老害が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



急増する死亡者の多くが病院で亡くなる状況が続けることはできるのか？
病床が逼迫して必要な医療が受けられない人が出てくるのではないかな？
国は2038年までに「在宅死＋施設死」の比率を40%に引き上げる方針と。

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

在宅医療に関する国民のニーズ

- 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」と回答した（上図）。
- また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた（下図）。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望み人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

■終末期の療養場所に関する希望

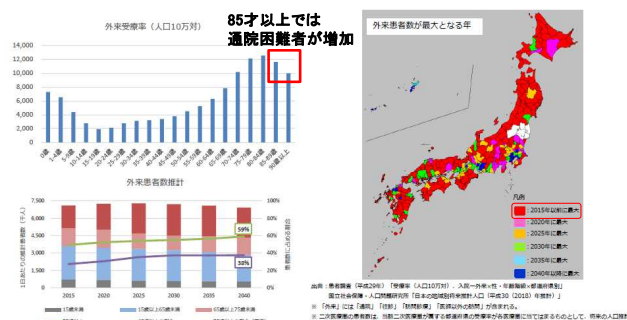


■療養に関する希望



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

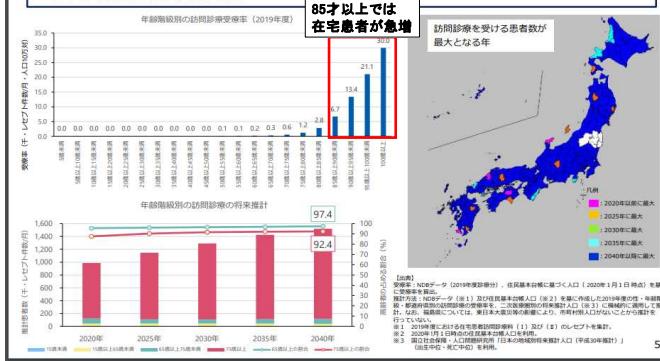
- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



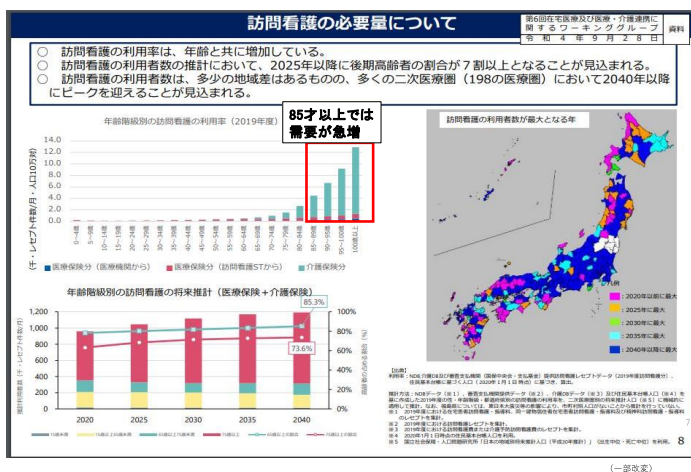
第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1より一部改変

訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となるが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者のピークを迎えることが見込まれる。



（一部改変）

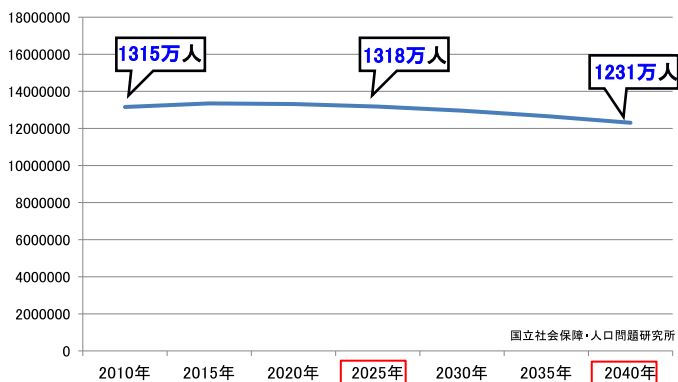


2025～2040の人口動態推計

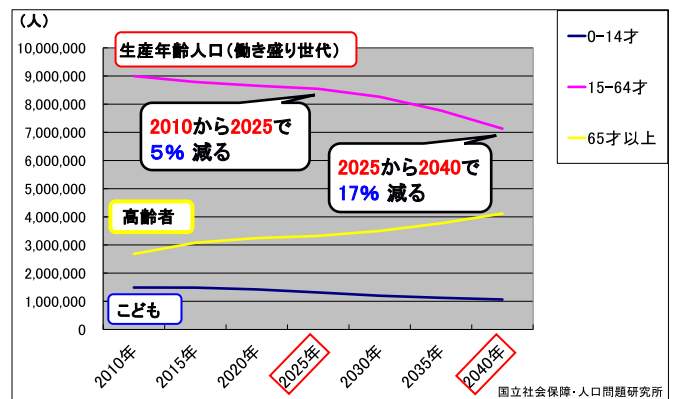
大都市と地方都市の違いとは？

8

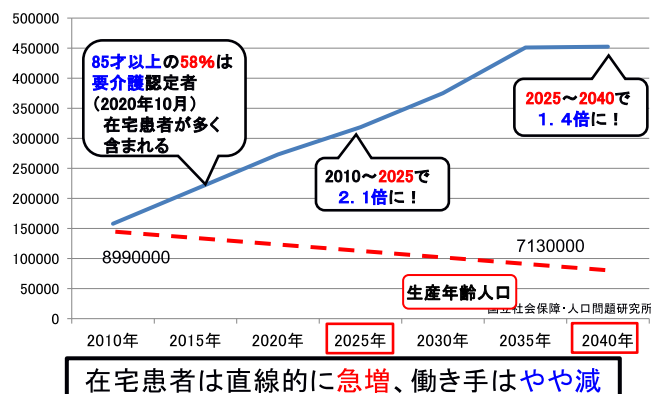
(人) 大都市代表：東京都 人口の変化



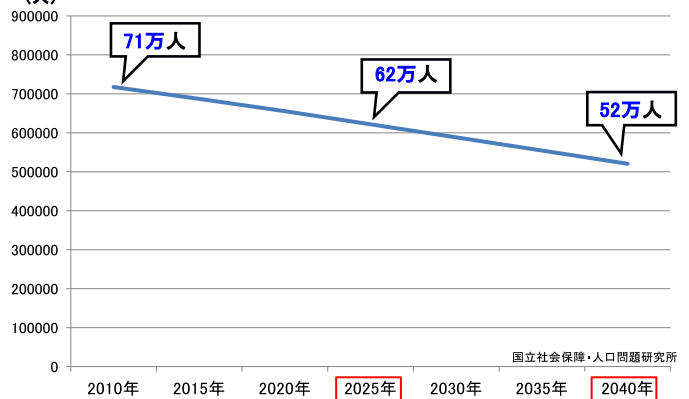
東京都 年齢別人口の変化



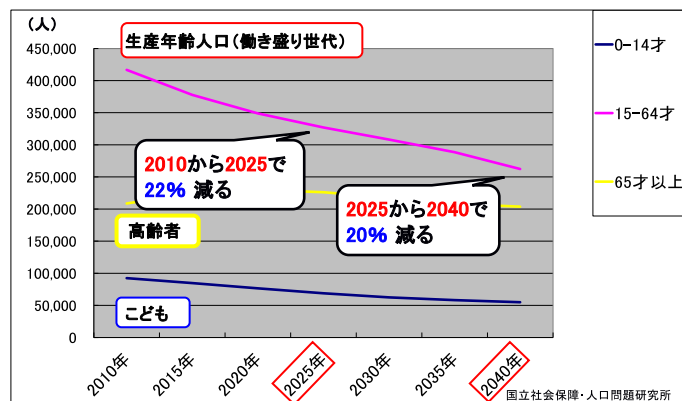
(人) 東京都 85才以上人口の推移



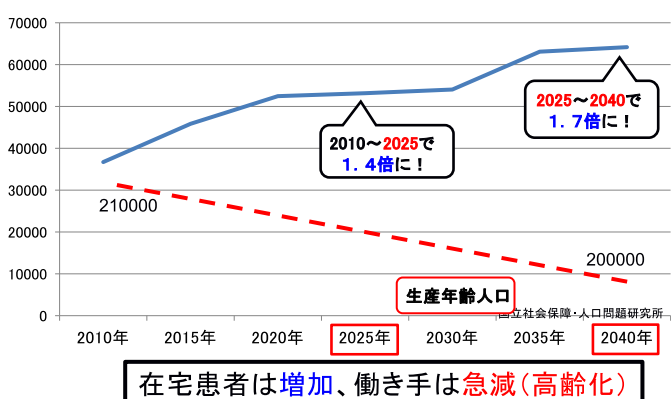
(人) 地方都市代表：島根県 人口の変化



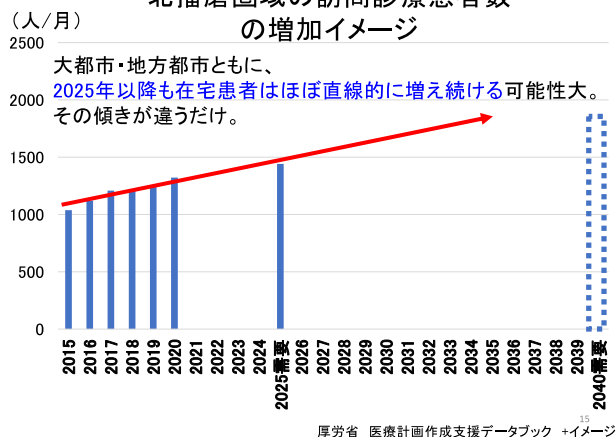
島根県 年齢別人口の変化



島根県 85才以上人口の推移



北播磨圏域の訪問診療患者数の増加イメージ



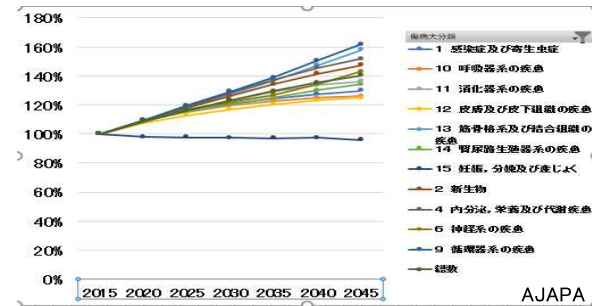
地域事情は様々ですが...

- 大都市部: 在宅患者は急増、働き手はやや減(今は不足感なし)
 - 中山間地: 在宅患者は増加、働き手は急減(すでに高齢化)
- ⇒日本のどの地域も、ほぼ両者の間に入ります
- 今のままの体制(診療所主体だけ)では、2040年までにどの地域でも厳しい在宅医療不足は確実。
 - 特に大都市では、在宅医療の不足感に乏しい地域が多く、医師会だけでは将来への戦略が描きづらい。
 - 保健所がデータに基づいて、将来起こりうる危機的事態を医師会に実感してもらう必要がある。
 - 医師会の在宅医と問題意識を共有できれば、保健所案に沿って在宅医療の体制に変化を起こせる可能性あり。

在宅医療を主に手掛ける

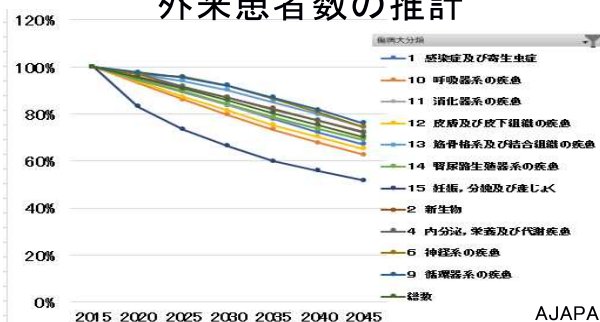
在宅療養支援診療所(在支診)
が増えにくい地域別理由

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。
在宅医療を重点的に担う一部の診療所が多く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。

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」 （令和5年12月22日閣議決定）（抄）

別添2

2. 医療・介護制度等の改革

＜②「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

◆医療提供体制改革の推進

- ・地域医療構想については、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、**2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。**その際、国においては、都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組を支援する。
- ・2026年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、**2040年頃を視野に入れた、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。**
- ・こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。
- ・かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年度までに結論を得る。
- ・さらに、令和5年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
- ・また、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた、医師の教育や研修の充実にも取り組んでいく。

（一部改変）

まとめ 在宅医療が必要な理由

- ◆全国的に2040年に向けて（大都市部と地方との差はあれども）在宅患者は増加、生産年齢人口は減少。外来患者数が減少する代わりに在宅患者が増加。
- ◆入院・施設のベッド数には限界がある。
- ◆2040年は最大の死者数となる。在宅医療が不足して多くの在宅・施設看取りができないと、入院医療が逼迫、看取り難民続出。
- ◆在宅医療はどの地域でも向上が絶対必要。
- ◆国民の意識もそれを支持している。
- ◆在宅医療の量（在宅患者数、在宅看取り数）は大切。
- ◆同時に質（麻薬などによる緩和ケア）も大切。
- ◆今後は、全国的に2040年に向けた在宅医療の強化が必要。

セミナー②

在宅医療の基礎知識

在宅：自宅および自宅のような高齢者住宅

兵庫県加東保健所 所長
逢坂 悟郎

訪問診療と往診の違い

訪問診療：計画的な在宅医療サービスを行うこと



往診：患者の要請を受けて、医師がその都度、診療を行う



＜在宅医療を支える医療機関の状況＞ 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	(参考)在宅療養 後方支援病院
	単独型 診療所	病院	単独型 診療所	病院		
全ての在支診・ 在支病の基準	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制		
全ての在支病の 基準	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制		
機能強化型 在支診・在支病 の基準	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制	① 24時間応答を受け体制の確保 ② 24時間応答の体制 ③ 24時間応答の体制 ④ 24時間応答の体制 ⑤ 24時間応答の体制 ⑥ 24時間応答の体制 ⑦ 24時間応答の体制 ⑧ 24時間応答の体制		

厚生労働省 令和6年度診療報酬改定の概要

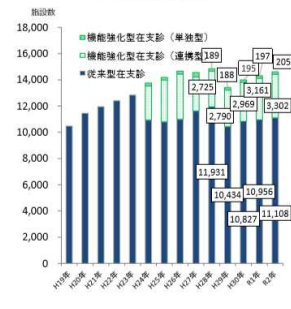
＜在宅医療を支える医療機関の状況＞

在宅療養支援診療所等の届出数

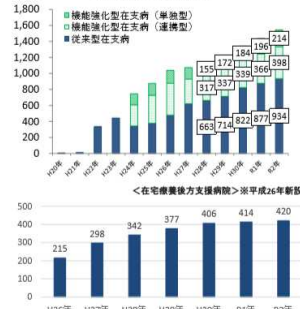
中 医 協 総 - 1 - 1
3 . 8 . 2 5 (改)

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

＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞



出典：保健医療機関統計（令和7年1月時点）

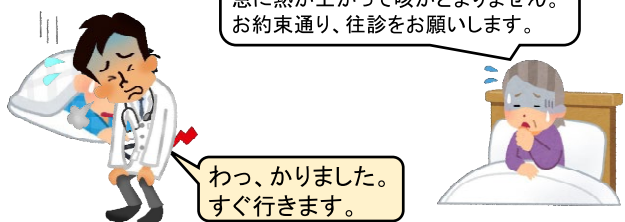
17

＜在宅医療を支える医療機関の状況＞

24時間対応の訪問看護ステーション と連携がなければ、

24時間・365日の対応を
一人の医師が行うのは負担が大きすぎます。

在支診・在支病オンコール医の負担は、
24時間対応の訪問看護ステーション
との強い連携があればかなり軽減します。



わっ、かりました。
すぐ行きます。

深夜の3時にすいません。
急に熱が上がって咳がとまりません。
お約束通り、往診をお願いします。

通常の在支診または在支病のオンコール医のイメージ

<在宅医療を支える医療機関の状況>

24時間対応の訪問看護ステーション と連携があれば、



通常の在支診または在支病のオンコール医のイメージ

在宅医療が使える高齢者住宅

訪問診療、往診ともに利用できる住宅



その他の施設は、在宅医療の利用に様々な制限があります

<在宅医療を支える医療機関の状況>

急性期病床中心の中小病院の経営

- 診療報酬(床単価):急性期一般入院料1>2>3>4>5>6
- 200未満の中小病院は看護師不足等から報酬の低い4~6しか届けることができないことが多い。
- 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。



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(床)

地域包括ケア病棟(床)とは 平成26年度～



<地域包括ケア病棟(床)とは>

地域包括ケア病棟(床)の 経営的メリット

- 急性期一般入院料4~6より病床単価が高報酬。
- 看護師数が少なくていい。 <看護師の配置基準>
急性期一般入院料4~6⇒10:1 (患者10人を看護師1人が受け持つ)
地域包括ケア病棟 ⇒13:1 (患者13人を看護師1人が受け持つ)

中小病院にとって経営的メリットが大きい！
これを知った病院は生き残りをかけて病床転換へ

<地域包括ケア病棟(床)とは>

地域包括ケア病棟(床)の施設基準 (許可病床200床未満、入院料・管理料1、3の場合)

- 24時間の救急対応
- 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。
これが順調に進めば、介護サービスの利益も伸びて...

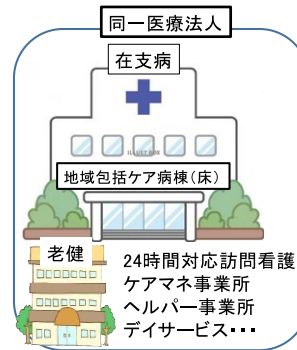
＜地域包括ケア病棟(床)とは＞
地域包括ケア病棟(床)の施設基準
 (許可病床200床未満、入院料・管理料1の場合)

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

＜令和6年度診療報酬改定＞

- ・入院41日以降減算され、**早期の退院**が促された。
- ・救急患者の受入についての**加算**を引き上げ。
- ・協力医療機関として、高齢者施設の入所者の急変時に**往診した場合に加算**、さらに**入院した場合にも加算**を算定できることに(在支病、在支診、後方支援病院も)。

地域包括ケア病床への転換⇒在支病がさらに発展すると



患者・利用者のケア

在宅:在宅医療・訪問看護・多彩な介護保険サービス
 急変なら**在支病**に入院、治療、リハ
 在宅では・・・時々、**レスパイト入院**も

医療・介護の一体的提供体制

医療介護複合体: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

地域包括ケア研究会が推奨
 診療・介護報酬が後押し

＜医療介護複合体の状況＞

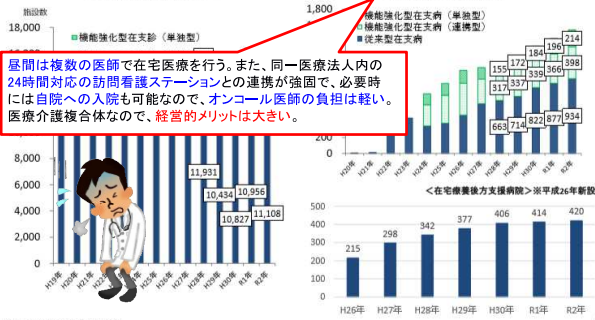
在宅療養支援診療所等の届出数

中 医 協 総 - 1 - 1
 3 . 8 . 2 5 (改)

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

＜在宅療養支援診療所＞

＜在宅療養支援病院＞



出典: 保険料徴収課調べ(毎年7月1日時点)

17

＜医療介護複合体の状況＞

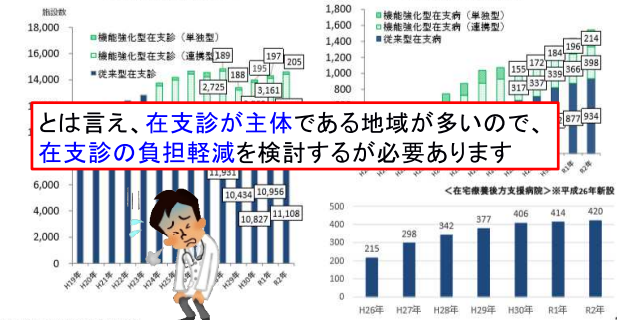
在宅療養支援診療所等の届出数

中 医 協 総 - 1 - 1
 3 . 8 . 2 5 (改)

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

＜在宅療養支援診療所＞

＜在宅療養支援病院＞



出典: 保険料徴収課調べ(毎年7月1日時点)

17

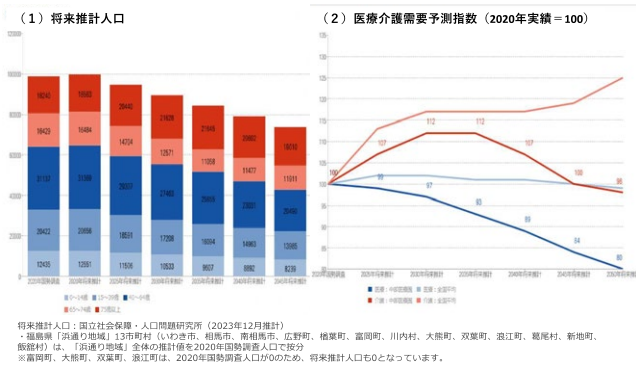
基本編セミナー③ 管内の在宅医療データ分析例 (地方都市)

鳥取県倉吉保健所 所長
小倉 加恵子

鳥取県 中部圏域 (倉吉保健所管内)



将来推計人口と医療介護需要予測指数



施設種類別の施設数 (2023年4月現在)

施設種類	施設数			人口10万人あたり施設数	■ 中部医療圏 ● 全国平均
	中部医療圏	中部医療圏	全国平均		
一般診療所 合計	62	62.50	72.53	62.50	72.53
診療科目による分類					
内科系診療所	44	44.36	46.25	44.36	46.25
外科系診療所	16	16.13	19.93	16.13	19.93
小児科系診療所	20	20.16	15.73	20.16	15.73
産婦人科系診療所	4	4.03	3.75	4.03	3.75
皮膚科系診療所	7	7.06	10.87	7.06	10.87
眼科系診療所	4	4.03	6.55	4.03	6.55
耳鼻咽喉科系診療所	2	2.02	4.49	2.02	4.49
精神科系診療所	1	1.01	5.58	1.01	5.58
病院	10	10.08	6.44	10.08	6.44

JMAP

施設種類別の施設数 (2023年4月現在)

施設種類	施設数			人口10万人あたり施設数	■ 中部医療圏 ● 全国平均
	中部医療圏	中部医療圏	全国平均		
在宅療養支援診療所1：機能強化型 (単独型)	0	0.00	0.22	0.00	0.22
在宅療養支援診療所2：機能強化型 (連携型)	4	4.03	3.16	4.03	3.16
在宅療養支援診療所3：その他	5	5.04	8.49	5.04	8.49
在宅療養支援診療所合計	9	9.07	11.87	9.07	11.87
在宅療養支援病院1：機能強化型 (単独型)	0	0.00	0.24	0.00	0.24
在宅療養支援病院2：機能強化型 (連携型)	1	1.01	0.40	1.01	0.40
在宅療養支援病院3：その他	1	1.01	1.00	1.01	1.00
在宅療養支援病院合計	2	2.02	1.63	2.02	1.63
在宅療養後方支援病院合計	1	1.01	0.46	1.01	0.46
訪問歯科合計	30	30.24	32.31	30.24	32.31
訪問薬局合計	51	51.41	44.59	51.41	44.59

JMAP

施設の定員数と介護職員数

(1) 施設の定員数

施設種類	定員数	75歳以上1千人あたり定員数	■ 中部医療圏 ● 全国平均 (→比較する地域を変更できます)
入所定員数 (入所型)	1,937	106.06	77.35
入所定員数 (特定施設)	0	0.00	16.08

※特定施設：ケアプランに基づいた、食事・入浴・排泄などの介助を受けることが可能な施設 (有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)、養護老人ホーム)

(2) 介護職員数

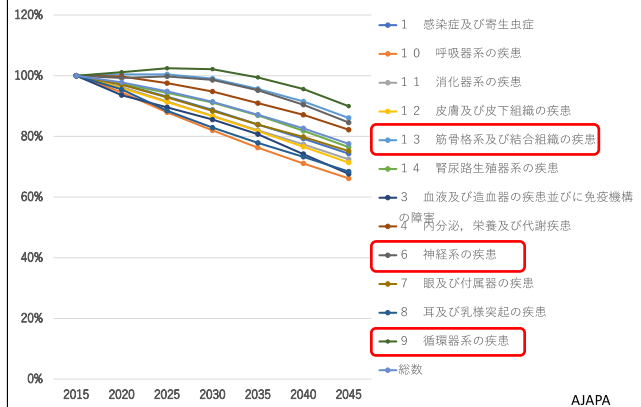
職種の人員数	職員数	75歳以上1千人あたり人員数	■ 中部医療圏 ● 全国平均 (→比較する地域を変更できます)
介護職員 (常勤換算人数)	1,753.31	96.00	69.38

JMAP

管内の病院の許可病床数(令和4年7月1日)

病 院 名		許可病床数						地域包括ケア病棟入院料、 または、入管理科(床)	在宅療養支援病院
		一般	療養	精神	結核	感染症	計		
鳥取県立厚生病院	公立	300			4		304	43	
社会医療法人に厚会 倉吉病院	民間			250			250		
医療法人十人会 野島病院	民間	144	46				190	61	
公益社団法人中部医師 会立 三朝温泉病院	民間	83	95				178	37	
社会医療法人に厚会 藤井政雄記念病院	民間	68	52				120	41	○
医療法人里仁会 北岡病院	民間	72	30				102	10	
医療法人共済会 清水病院	民間	98					98	8	
医療法人事仁会 信生病院	民間		92				92		
医療法人 清和会 廻田病院	民間	86					86		
医療法人 清生会 谷口病院	民間	42					42	42	○
計		893	315	250	4		1462	242	2

外来患者の推計

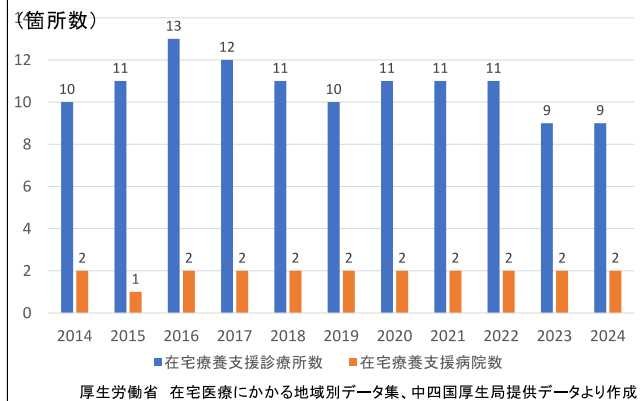


新規開業数・継承数 (在宅主治医となり得る内科、外科、神経内科) 倉吉保健所が受けた開設届より

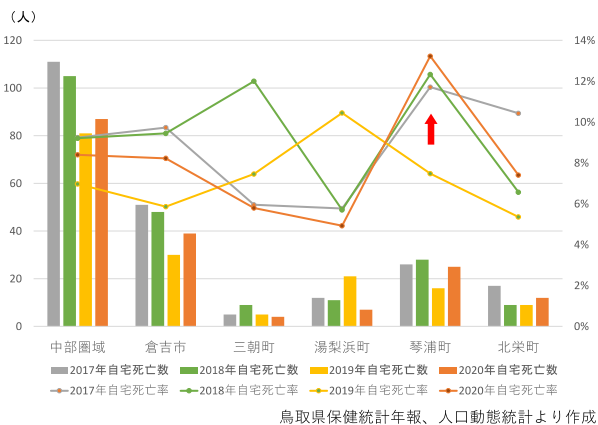
	圏域合計	倉吉市	湯梨浜町	三朝町	北栄町	琴浦町
2016年度	0					
2017年度	2 (1)	2 (1)				
2018年度	1	1				
2019年度	0					
2020年度	0					
2021年度	1 (1)	1 (1)				
2022年度	1 (1)	1 (1)				

管内の新規開業数は市部では一定数あるものの、4町は0です。
在支診を届出たのは3診療所(赤字)と、6割でした。

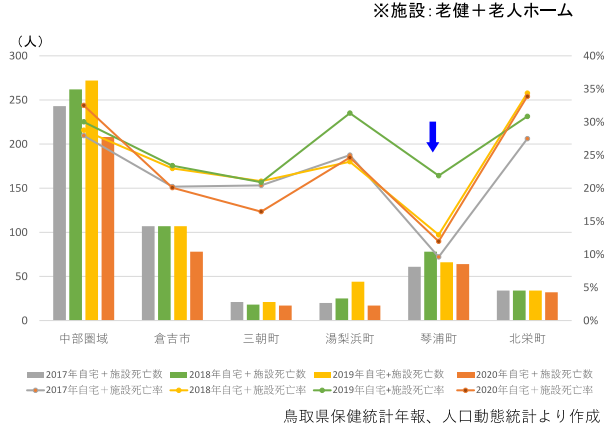
管内の在支診数・在支病数の推移



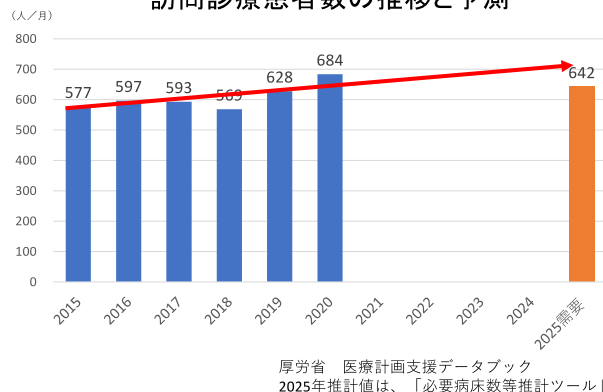
市町別自宅死亡者数・率の推移



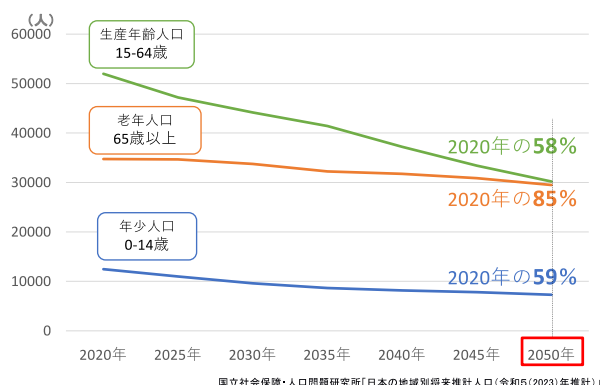
市町別自宅+施設死亡者数・率の推移



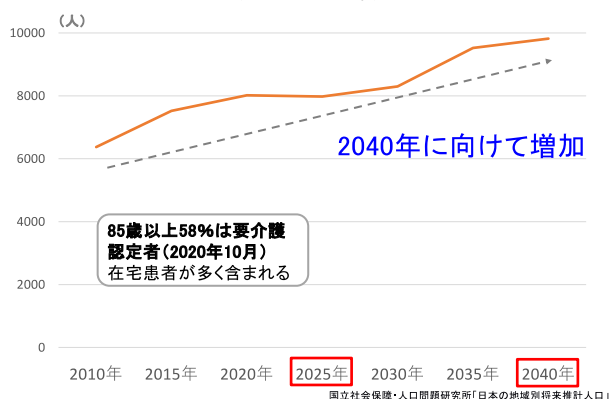
鳥取県中部圏域 訪問診療患者数の推移と予測



鳥取県中部圏域の年齢別人口の推移 (2020～2050年)



鳥取県中部圏域の85歳以上人口の推移 (2010～2040年)



鳥取県 中部圏域 医師数とその推移

鳥取県医療圏ごとの10万人あたり医師数

	医療施設に従事する医師数(人)					人口10万人対医師数(人)				
	全国	鳥取県	東部	中部	西部	全国	鳥取県	東部	中部	西部
総数	304,759	1,699	524	211	964	240.1	298.1	226.9	204.5	409.4
人口	126,933		570		230,928		103,203		235,448	

鳥取県中部圏域 市町村ごとの医師数の推移

	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年
中部	177	192	201	206	206	210	213	217	214	211	211
倉吉市	129	142	149	152	152	160	162	169	170	172	172
三朝町	21	20	19	22	20	19	19	18	15	13	12
湯梨浜町	6	8	9	9	9	9	10	9	8	7	7
琴浦町	13	14	16	16	15	17	16	16	15	15	14
北栄町	8	8	8	7	7	5	6	6	6	5	6

令和2年度 鳥取県医師確保計画より

鳥取県 中部圏域 診療所医師の人数・年齢構成

実数	～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計	うち65歳以上
全国	181	4,540	19,252	30,038	29,580	11,717	7,149	102,457	32,624
鳥取県	1	11	92	143	169	76	53	545	204
中部	0	1	16	19	27	11	8	82	28

割合	～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計	うち65歳以上
全国	0.2	4.4	18.8	29.3	28.9	11.4	7.0	100.0	31.8
鳥取県	0.2	2.0	16.9	26.2	31.0	13.9	9.7	100.0	37.4
中部	0.0	1.2	19.5	23.2	32.9	13.4	9.8	100.0	34.1

資料 厚生労働省データ集(医師・歯科医師・薬剤師調査(H28))

訪問看護ステーションと看護職員数

	R4.1.1 人口(人)	R4.1.1 うち65歳以上 (人)	R4.10.1 訪問看護ステーション(施設) 看護職員数 (人)	R4.10.1 訪問看護ステーションの 看護職員数 (人)	R4.10.1 うち24時間対応のSTの看護 職員数(常勤換算) (人)	R4.10.1 訪問看護ステーション(施設) 看護職員数 (人)	R4.10.1 うち24時間対応のSTの看護 職員数(常勤換算) (人)
中部圏域	99,033	34,935	11	66	66	6	6
倉吉市	45,257	15,646	8	44	44	5.5	5.5
三朝町	6,123	2,507	1	5	5	5	5
湯梨浜町	16,571	5,389	1	11	11	11	11
琴浦町	16,503	6,214	0	0	0	0	0
北栄町	14,579	5,179	1	6	6	6	6

在宅医療にかかる地域別データ集

中部圏域の全ての訪問看護ステーションが24時間対応を行っていますが、大規模St1か所を除くと、常勤換算看護職員数は平均5.5人です。また、琴浦町には、在宅療養支援診療所が4か所ありますが、訪問看護ステーションは0か所です。訪問看護の供給状況についてヒアリング調査が必要です。
※令和5年、琴浦町に訪問看護ステーション開業あり

鳥取県中部圏域の将来の医療・介護ニーズ

- ・現時点で、既に高齢化率は高く、2040年に向けてさらに高齢化が進む見込み。
- ・現時点で、医療・介護資源は全国平均よりも多く、需要を満たしている可能性がある。しかし、年少人口及び生産年齢人口の減少が始まっており、医療・介護の需要と供給バランスが崩れることが想定される。**（「量」の問題）**
- ・医療機関以外で亡くなる方は減っている。自宅死亡の多い自治体と施設死亡の多い自治体があることから、それぞれの終末期での在宅医療の提供状況の違いを明らかにし、**潜在課題を洗い出すことが必要。**（「質」and/or「量」の問題）

鳥取県中部圏域の在宅医療の現状と課題

- ・人口当たりの在宅療養支援診療所は全国平均よりやや下回るが、在宅医療に重点を置く診療所の新規開業は着実に増えている。また、在宅療養支援病院は全国平均より多い。
- ・一方で、医師の高齢化が進んでいることから、**将来的な事業継続の課題**がある。
- ・訪問看護ステーションは増えておらず、1か所を除き小規模。

潜在課題を明らかにするために、在宅医療に関わる診療所、病院、訪問看護ステーションに関する質的な情報を得る必要がある。

→ヒアリング調査

在宅医療関係者へのヒアリング

○訪問診療：在支診2か所にヒアリング実施

- ・在支診、他の訪問診療医療機関等との分担により概ね圏域全体をカバー
ただし、中山間地は非効率（訪問宅間が遠い）
- ・がん、難病、透析等在宅療養を要する疾患対応可
- ・経営面の課題があり、グループ化はしていない（医療機関間の報酬設定の違い等）
- ・入院受皿になっている後方支援病院は圏域中核病院入院治療が必要な場合の在支病との連携不十分？
- ・病院管理者の高齢化→圏域機能分担の維持は？！

（※）在支診の一部、在支病のヒアリング未実施

在宅医療関係者へのヒアリング

○訪問看護：訪問看護支援センター、St.6施設に実施

- ・ステーション間の連携あり、概ね圏域全体をカバー
ただし、中山間地は非効率（訪問宅間が遠い）
- ・がん、難病、精神などステーション毎に得意分野あり
- ・急変時の一次対応（在支診・在支病は二次）
ほぼ全ての事業所が小規模のため職員負担が大きい
- ・ICT連携、グループ化はしていない
- ・家族支援として、レスパイト入院の受入先が不足

- 令和5年度「訪問看護ステーション大規模化推進のためのワーキング」（県委託事業：看護協会受託）を実施
- 令和6年度①人材育成支援②経営支援（アウトリーチ支援、交流会等）を予定

ヒアリングを通じた課題

4つの場面でみた時、急変時の体制整備に課題あり

- ・訪問看護ステーションの負担軽減
 - ・訪問看護ステーションの体制に関する検討→グループ化やそれに伴う日常の情報連携（ICT化）
 - ・在支診はどこまで対応できるか？
- ・在支病の役割の明確化と機能強化
 - ・病院側として、実現可能な範囲は？
 - ・圏域に所在する病院間の役割分担

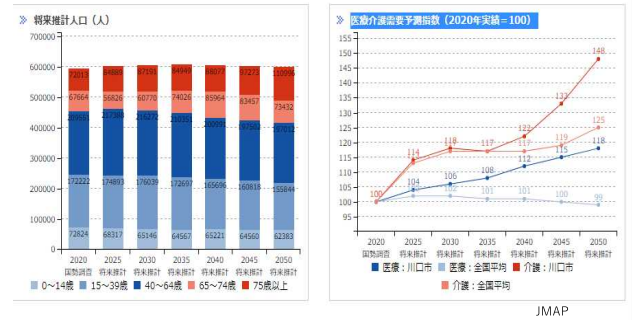
今後、未実施分の在支診・在支病へのヒアリング

関係者による協議を通じて課題共有・対応策の検討

基本編セミナー③ 管内の在宅医療データ分析例 (大都市)

川口市保健所 所長
岡本 浩二

将来推計人口と医療介護需要予測指数



施設種類別の施設数



施設種類別の施設数

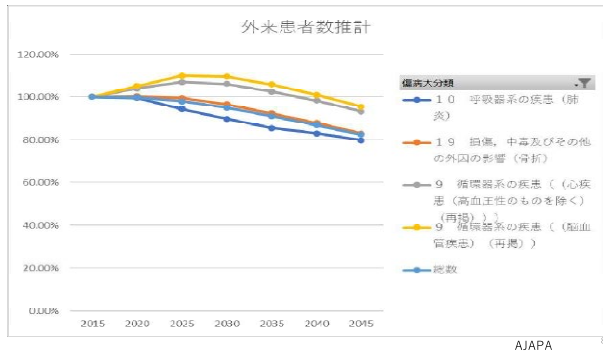


施設の定員数と介護職員数



川口市内の病院の許可病床数 (令和6年3月1日)

病院名		許可病床数				(令和6年3月1日現在)	
		一般	療養	精神	計	地域包括ケア病院入院 料または入院管理料	在宅療養支援病院
川口市立医療センター	公立	510			510		
埼玉県済生会川口総合病院	公的	424			424		
医療法人新青会 川口工業総合病院	民間	199			199	38	○
医療法人高仁会 川口病院	民間		198		198		
医療法人 安東病院	民間	74	30		104	43	
医療法人 健仁会 慈子病院	民間	115			115	22	
医療法人 刀水会 豊蔵記念病院	民間	60			60		
社会医療法人社団大成会 武南病院	民間	99	105		204		
医療法人 高仁会 上野病院	民間	40	42		82	13	○
医療法人 三誠会 川口協和病院	民間	51			51		
医療法人 千重外科内科病院	民間	32			32		
医療法人 社団協友会 東川口病院	民間	198			198	8	○
医療法人 三誠会 川口協和病院	民間	60	40		100	24	○
埼玉協同病院	民間	373			373		
医療法人 厚和会 河合病院	民間	60	60		120	12	○
医療法人 社団福和会 川口さくら病院	民間	120	240		360	30	
一般財団法人 埼玉中央病院	民間		79		79		
医療法人 あかつき会 はとがや病院	民間	40	60		100	40	○
医療法人 社団厚生会 埼玉厚生病院	民間	55	53		108		
かわぐち心臓血管外科病院	民間	108			108		
川口市さくらが丘リハビリテーション病院	民間	90			90		
ふれあい生協病院	民間	54			54	54	○
計		2651	580	438	3669	284	7

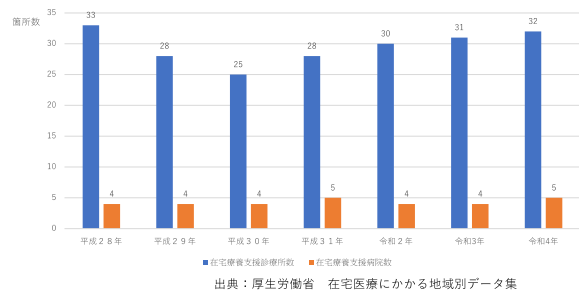


川口市における在宅主治医となりうる内科、外科、脳神経内科の新規開業数

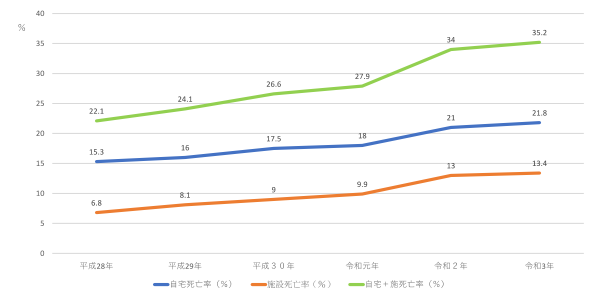
2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
6 (2)	1	7 (2)	4 (1)	3 (1)	8

() は在宅診療を届け出た診療所数

川口市内の在宅療養支援診療所・病院



自宅死亡率、施設死亡率（出典：埼玉県保健統計年報 人口動態統計）



自宅死亡率と施設死亡率の推移

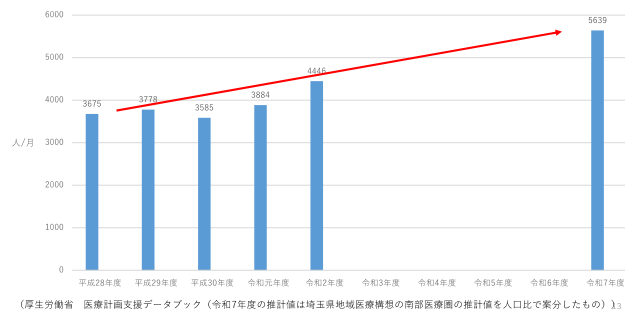
	自宅死亡率 (%)	施設死亡率 (%)	自宅＋施設死亡率 (%)
平成28年	15.3	6.8	22.1
平成29年	16.0	8.1	24.1
平成30年	17.5	9.0	26.6
令和元年	18.0	9.9	27.9
令和2年	21.0	13.0	34.0
令和3年	21.8	13.4	35.2

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

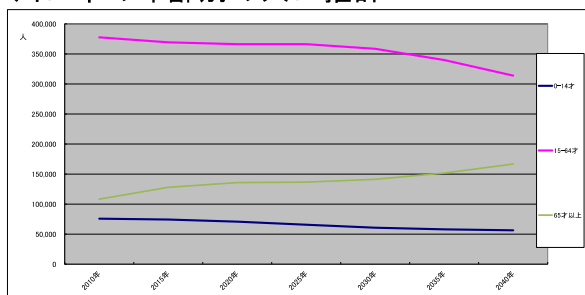
出典：埼玉県保健統計年報 人口動態統計

川口市内の訪問診療患者数の推移と予測

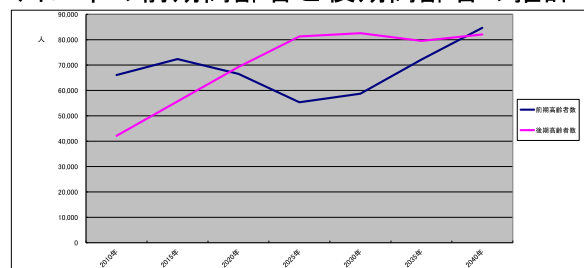


川口市の年齢別の人口推計

(国立社会保障・人口問題研究所)



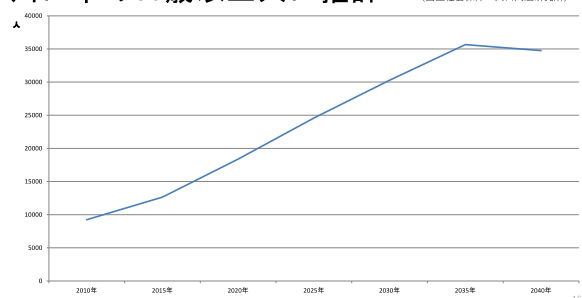
川口市の前期高齢者と後期高齢者の推計



(国立社会保障・人口問題研究所) 15

川口市の85歳以上人口推計

(国立社会保障・人口問題研究所)



16

	R3.3.1	R3.3.1	R3.10.1	R3.10.1		R3.10.1
	人口	訪問看護ステーション	訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)	平均常勤職員数	うち24時間対応のSTの看護職員数(常勤換算)	平均常勤職員数
	うち65歳以上					
(全国計)	5,684,233	1,381,198	42	244	5.8	212

厚労省「在宅医療にかかる地域別データ集」

	(人)	(人)	(施設)	(人)	(人)	(人)
埼玉県	568,423	138,198	42	244	5.8	212
川口市	568,423	138,198	42	244	5.8	212

厚労省 在宅医療にかかる地域別データ集

「24時間対応」をしていない訪問看護STは、すべて精神科訪問看護に特化したSTであり、それ以外のSTは24時間対応体制加算の届出を行っている。

川口市の将来の医療・介護ニーズ

- 現在の高齢化率は全国平均よりも低いですが、2040年に向けて急速に高齢化が進む（これから問題が大きくなるので時間はある）
- 人口は頭打ちではあるが、2040年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が増える。そのため、急速に医療・介護のニーズ（特に在宅のニーズ）が増加する（「量」の問題）
- 医療機関以外で亡くなる方が増えているが、自宅で亡くなられた方の中には、少なくない数の不審死が含まれていることにも注意が必要（「質」の問題）

18

川口市内の在宅医療の現状と課題

- 埼玉県は医師数と医療機関数は、ともに全国平均よりも少ない
- 人口当たりの在宅療養支援診療所・病院は、全国平均の半分ほどしかない
- 一方、在宅医療に重点を置いている診療所の新規開業は、数は少ないながらも着実に増えている
- 患者数が上位5位までの在宅療養支援診療所でほぼ半数の患者の訪問診療が提供されている（関東信越厚生局から提供のデータ）
- 大部分の在宅療養支援診療所は、それほど多くない患者に対して訪問診療を提供している
- 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
- 訪問看護ステーションは、増加傾向にはあるが、小規模のものが大部分を占めている
- 訪問診療の不足感について、各種協議会等の機会に状況の確認をしているが、今のところ認識されていない

19

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、在宅医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今から（今のうちに）検討することができるのではないかな。

20

（補足）川口市 85歳以上人口の推移



21

在支診への働きかけ

0.保健所ができること:連携の支援

1.グループ診療とは？

2.病院のバックベッドによる

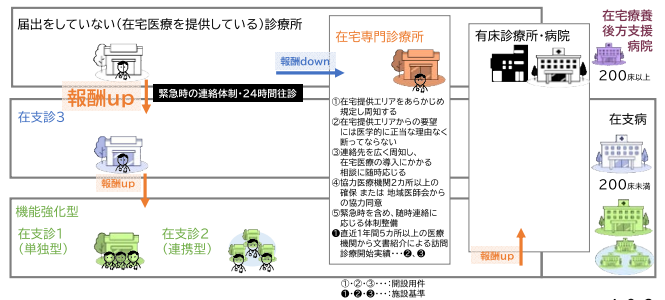
在支診の負担軽減

奈良県福祉医療部医療政策局 参事

本木 隆規

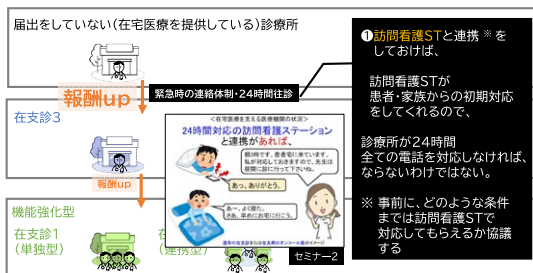
4-0-1

在宅医療提供施設(診療所・病院)の構成



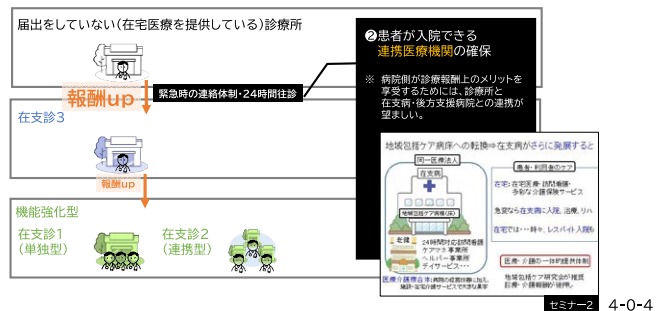
4-0-2

在宅医療提供施設(診療所・病院)の構成



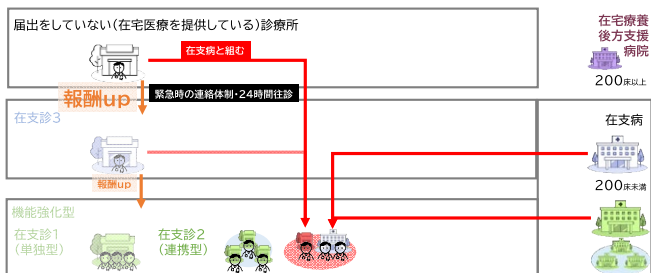
4-0-3

在宅医療提供施設(診療所・病院)の構成



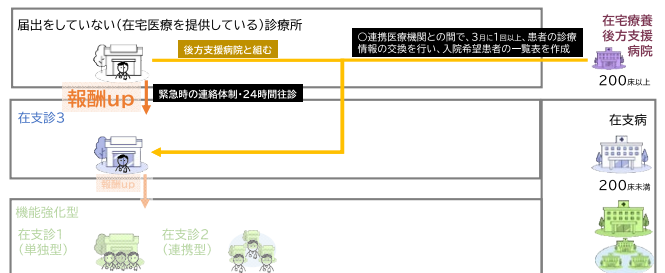
セミナー2 4-0-4

診療所の現実的な在支診への強化策①



4-0-5

診療所の現実的な在支診への強化策②



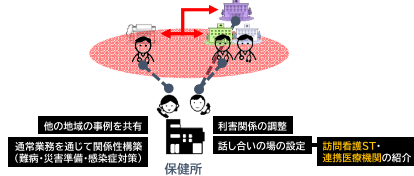
4-0-6

0. 保健所ができること:連携の支援

医療機関同士では、利害関係や人間関係が対立することがある。

保健所と医療機関には、利害関係は発生しづらい。

→ 保健所が診療所と病院の橋渡しを行うことは、理に適っている。



4-0-7 厚生労働省 医療局総務課 守川直樹(現 青森県健康医療福祉部長)：大規模自然災害時の対応「自らの身を守り地域を支える」-2022

災害時に多職種連携を効率的に行うための要素 → 平時の在宅医療・介護連携でも一緒

1. 共通言語

2. 共通原則

3. 相互理解と相互依存

本日の要点

- ※ 医療・介護連携を促進し、継続させるためには、互いに助け合って、それぞれの課題ができること、できないこと、強い情報・ノウハウを共有し、互いに助け合ってきた上で、連携メ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）ができたから必ず連携ができるようになると思うのは間違である。

セミナー7

4-0-8

事例1) 医師会員による(医師向け)在宅医療参入体験記の作成

京良市医師会 京良市在宅医療・介護連携支援センター：はじめての在宅医療 実用編、0742-33-5244 月曜日～金曜日(祝日・年末年始を除く)午前9時～午後5時

4-0-9

事例1) 医師会員による(医師向け)在宅医療参入体験記の作成

京良市医師会 京良市在宅医療・介護連携支援センター：はじめての在宅医療 実用編、0742-33-5244 月曜日～金曜日(祝日・年末年始を除く)午前9時～午後5時

4-0-10

1. グループ診療とは？

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協働して、診療管理する。

患者(家族)の選択、連携機関の選択が前提

○メリットが大きい

1. 医師の時間管理(生活時間や休息、研修を確保)
2. 訪問看護、介護事業所等連携が高まる

△デメリット

1. 「主治医」がぼんやり(「(Dr)私の患者」「(Pt)私の先生」)
2. 連携ルールの「しぼり」
3. 収入の分配

4-1-11

事例2) 地域中核病院による夜間・休日における在宅医療業務代行

平成30年度に奈良県医師会が実施された在宅医療に関するアンケート調査(回答数 計513)がご覧いただけますが、在宅医療に取り組まない主な理由として、以下のご意見が挙げられております。

①「時間的制約が大きい(体力、気力的に続ける自信がない) (51%)」 ②「自分の専門以外の疾病に対応する自信がない (17%)」

そこで、奈良県立医科大学としては、上記の在宅医療の課題に対応するため、附属病院に在宅診療科を中心として在宅医療支援センターを設立いたしました。

■夜間・休日における在宅医療業務の代行

- ・在宅医療を行う医院などの要請を受けて、特に時間的制約が厳しい夜間・休日などに当センター担当医師が当該医院医師に代わって診療を行います。

- ・主な対象地域は中和医療圏と桜井市です。

- ・それ以外の地域についてはご相談ください。

- ・利用は有料です。料金はお問い合わせください。

- 自分の専門以外の疾病に対応しやすいように、各種専門領域に及ぶ相談窓口を開設

- ・在宅医療に関わる皆様(医師・看護士・介護職員・ケアマネジャー等)が在宅医療を行う中で発生した疑問や質問に対して、その解決のサポートとして、奈良県立医科大学附属病院内の専門部署とも密接に連携・協働してコメント等をお返します。

- ・利用にあたって料金はかかりません。

- 在宅医療を担う人材の育成、教育や研究

- ・在宅医療を経験する機会の提供を通して、若手の医師・看護師の在宅医療に関する認識・理解を深め、さらに在宅医療に関する問題点についても研究を推進していきたいと考えています。

- メリットが大きい

- 1. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

- 2. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

- 3. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

- 4. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

- 5. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

- 6. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

- 7. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

- 8. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

- 9. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

- 10. 在宅医療に関する知識や経験が得られる

奈良県立医科大学附属病院 在宅医療支援センター <https://idaizaitaku.naramed-u.ac.jp/about/>

4-1-12

在宅医療の体制構築に係る指針(厚労省通知H24.3)



4-2-19



4-2-20

地域事業継続計画(Business Continuity Plan)概念図、具体的な検討内容



4-2-22

事業継続管理(BusinessContinuityManegement)イメージ



出版) 山岸・池上, いのちと暮らしを守る BCP, impress

在宅医療の事業継続計画(BCP)策定に係る手引き: BCP策定の手引き 在宅医療を提供する入居医療機関・診療所編 訪問看護編 初版 2022年5月

最大の災害対策は、平時からの住民・行政・地域の医療・介護・福祉をはじめとする各種資源との連携と協働により、災害弱者を想定し、彼らを守っていくことであり、実はこれは地域包括ケアシステム・地域共生社会構築のプロセスに合致する。

山岸曉美、今井博之、西原洋浩、治療、2019

共通言語・共通原則・相互理解のための**参考書籍**



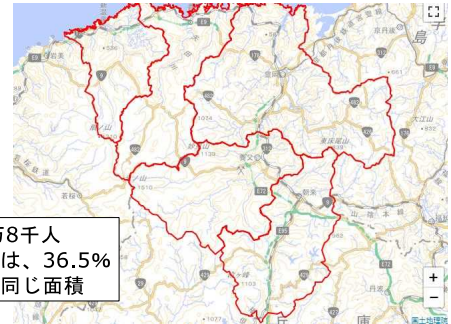
4-参考-24

セミナー⑤

中小病院への働きかけ

守本陽一（兵庫県豊岡健康福祉事務所/豊岡保健所）

兵庫県但馬圏域（豊岡保健所管内）



日本医師会・地域医療情報システムJMAP

但馬圏域の在宅医療の現状

- ・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。

将来、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。

兵庫県但馬圏域 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	豊岡市	香美町	新温泉町	養父市	朝来市
2020年 DB	902	421	112	27	167	165
2025訪問診療需要（地域医療構想）	1096	505	118	103	169	201

各圏域での病院の訪問診療患者数への寄与

豊岡病院 10人/月
出石医療センター 6人/月
香住病院 15人/月
村岡病院 107人/月
浜坂病院 3人/月

香美町は
ほぼ病院による

厚労省R2年度医療計画作成支援データブック+R3年度保健所からの病院へのアンケート調査

病院の在宅医療への関わりを
増やすためにどうするのか

入退院支援からのアプローチ

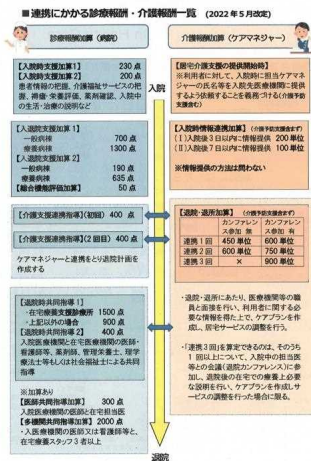
- ・入退院支援ルールを作成し、ケアマネと病棟の連携をスムーズにし、入退院の情報連携を支援。毎年改定し、ケアマネから高評価。



※病院側は、加算、病床稼働率、在宅復帰率の改善にも役立つ。

兵庫県豊岡保健所 「但馬圏域入退院支援運用ガイドライン（第5版）」について（改訂：14, Feb. 2023）

ICT等も活用しながら、円滑な入退院を支援することで、病床稼働率、在宅復帰率にも良い影響があることが考えられる。



地域包括ケア病棟への転換

- ・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を狙う。

	H27	H28	H29	H30	H31	R1	R2
公立八鹿病院	30床	45床	45床	45床	50床	50床	50床
公立平岡病院	6床	18床	18床	18床	21床	21床	21床
出石MC		10床	18床	18床	18床	18床	22床
公立豊岡病院			50床	50床	50床	50床	50床
朝来MC			22床	27床	27床	27床	27床
公立香住病院			8床	8床	12床	12床	12床
公立浜坂病院			16床	16床	16床	16床	16床
日高MC						12床	13床
計	36床	73床	177床	182床	194床	206床	211床

※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。



保健所からのアプローチによる効果

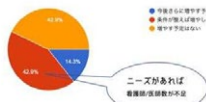
但馬医療圏	2015年 病床機能報告	2022年度末 稼働病床	2025年 必要病床数 (調整前)
高度急性期	126	24	133 (122)
急性期	913	671	541 (437)
回復期	161	335	476 (393)
慢性期	318	186	250 (203)
合計	1518	1216	1400 (1155)

急性期からの転換につながった。また小規模病院の経営も改善。

訪問診療の開始、在宅療養支援病院へ

・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。中小病院に在支病の取得を促す。地域枠、自治医大卒業生による総合診療医等の在宅医療に積極的な医師により月100名以上訪問する病院も。

5.開業医の高齢化や負担増から病院が訪問診療に関わる必要性が増しています。貴院からの
往診/訪問診療件数を増やしていくお考えはありますか？



増やしたい、条件が整えば増やしたいとした病院が、4病院

兵庫県立国保健所。地域包括ケア病床を持つ医療機関に対するアンケート。2022

在宅療養支援病院へ

24時間体制の往診は必須
病院の場合は当直医の他に往診医を確保



在支診/病1（単独型）	在支診/病2（連携型）	在支診/病3	一般
看取り4件/年・緊急往診10件/年以上			特に規定なし
常勤医師3名以上	常勤医師計3名以上		
在総管月2回 5000 点		3700点	2750 点
在宅ターミナルケア加算 5500 点		4500点	3500 点
※死亡14日前に2回訪問診療/往診している また看取り加算は在宅での看取った場合に算定可能。3000点。			
緊急往診加算(夜間/休日) 1500 点		1300点	650 点

19番目の基本領域＝総合診療専門医

訪問診療等に関心がある医師として、臓器別ではなく、心理社会的な背景まで診ることができる医師。

家庭医療専門医、プライマリケア認定医を取得している医師も同様に在宅医療に関心がある場合が多い。



新たな
地域医療のカタチ、
はじまる。

空床が目立つ病院に総合診療医が赴任。
訪問診療を開始。地域包括ケア病棟、
在宅で劇的に経営の改善。



豊田地域医療センター

在宅療養後方支援病院としての連携体制



199床以下でなければ在宅療養後方支援病院にはなれない（へき地では249床以下）
200床以上の病院は、在宅療養後方支援病院を取得し、バックベットの機能を

※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
入院初日に1000-2500点加算

高知県HPより

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。



薬剤の一括購入、病床の融通、人事交流/研修、ICTの導入etc

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。



調整会議でのグループワークの様子

「皆で、課題を発見し、解決する」

課題とは、

- ・そもそも数が足りているか。(訪問診療、訪問看護、訪問リハetc)
- ・在宅医療の診療スキルはあがっているか。(疼痛管理、HOTetc)
- ・在宅ニーズの掘り起こしはできているか。(在宅看取り率、ACP)
- ・バックベットの確保はできているか。(病診連携)
- ・休日夜間の体制はどうか。(副主治医/代診制度)
- ・病院から在宅へスムーズに移行できているか。などなど。

- ・ 医師の負担を下げ、訪問しやすい環境を作る
- ・ 病院がどのように在宅医療に関わるか検討する
- ・ 地域全体で「なに」をまとめるか考える
- ・ そのために在宅医療介護連携会議を活用する

かかりつけ患者
以外も願われる
のはやや大変

在宅医療介護連携センターで負担を分散化する

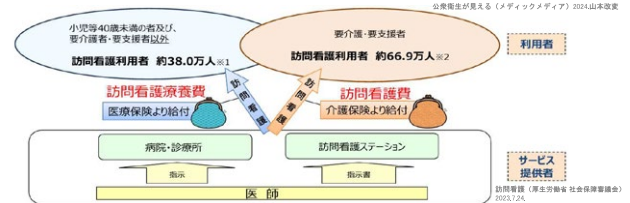
– 49 –

セミナー⑥ 訪問看護ステーションの実情

関西医科大学看護学部
(但馬地区訪問看護ステーション連絡協議会 顧問)
山本 大祐

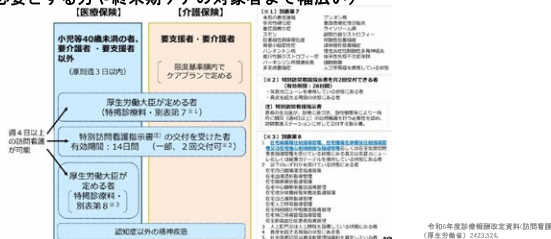
訪問看護とは

- ・看護を必要とする患者が在宅で療養生活を送れるように、**かかりつけ医の指示**の下に看護師や保健師が訪問看護を行う。
- ・訪問看護には、医療機関から看護師を派遣するものと**訪問看護ステーション**に指示書を交付して行わせるものがある。
- ・訪問看護は**医師の指示書（訪問看護指示書）が必須**だが、指示内容は包括的なもので、医師のいない状態で看護師が医療行為を行う。



訪問看護の対象者（利用者）

- ・あらゆる年齢層（乳幼児～高齢者まで、かかりつけ医が訪問を認めた全ての方）
- ・あらゆる健康レベル・健康状態（病気や心身の障害のために療養生活の支援を必要とする方や終末期ケアの対象者まで幅広い）



介護保険の訪問看護利用者

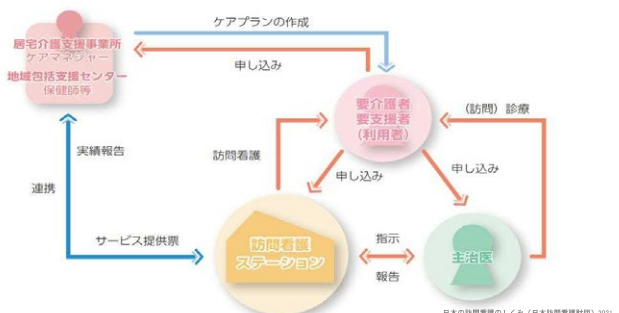
- 1) 65歳以上の方（介護保険第1号被保険者）
条件：要支援・要介護と認定
- 2) 40歳以上65歳未満の方（介護保険第2号被保険者）
条件：16特定疾病（がん・関節リウマチ・筋萎縮性側索硬化症…）の対象者で、要支援・要介護と認定された方

- * 介護認定を受ける必要あり
- * かかりつけ医の「訪問看護指示書」が必要
- * かかりつけ医の指示とケアプランに基づいて利用
(要支援は、介護予防ケアプランに介護予防訪問看護を組み入れ、要介護は、居宅サービス計画に訪問看護を組み入れる)
- * 居宅サービス支給限度額（介護度によって利用できる上限あり）

医療保険の訪問看護利用者

- 1) 40歳未満の方
 - 2) 40歳以上65歳未満の方（介護保険第2号被保険者）
条件：16特定疾病（がん・関節リウマチ・筋萎縮性側索硬化症…）の対象者ではない方
 - 3) 40歳以上65歳未満の方（介護保険第2号被保険者）
条件：16特定疾病（がん・関節リウマチ・筋萎縮性側索硬化症…）の対象者であっても要支援・要介護に該当しない方
 - 4) 65歳以上の方（介護保険第1号被保険者）
条件：要支援・要介護に該当しない方
 - 5) 要支援・要介護の認定を受けたが下記の①～④に該当する方
条件：①厚生労働大臣が定める疾病等（末期の悪性腫瘍・多発性硬化症・重症筋無力症…）
②精神科訪問看護が必要
③特別訪問看護指示期間（症状の急激な増悪や退院直後など、主治医が週4日以上訪問看護の必要性を判断した場合）
④入院中の患者が外泊中に訪問看護が必要
- * 介護保険が医療保険より優先される
- * かかりつけ医の「訪問看護指示書」が必要
- * 訪問看護の利用時間と回数に制限
- ・原則として週3回（1回30分～1時間30分）
 - ・厚生労働大臣が定める疾病等、特別訪問看護指示期間、特別な管理を必要とする利用者（在宅酸素療法・気管カニューレ・透析…）の場合は、週4日以上かつ1日3回以上の訪問看護の利用も可能

訪問看護サービス提供のしくみ（介護保険制度）

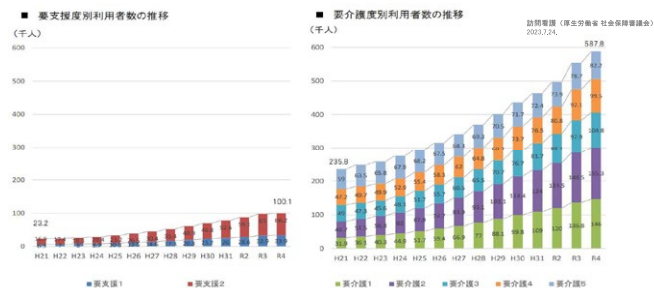


訪問看護の介護報酬と診療報酬

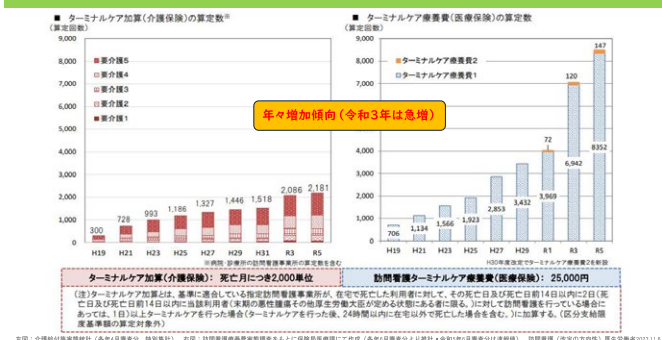
- 介護保険・介護報酬（各種加算別）＊一定所得の人：2-3割負担
多くの人は1割負担
- 20分未満：313単位
- 30分未満：470単位
- 30分以上1時間未満：821単位
- 1時間以上1時間30分未満：1125単位
- 医療保険（原則週3回、訪問看護基本療養費、各種加算別）
1日1回につき5,550円

訪問看護の利用者数の推移

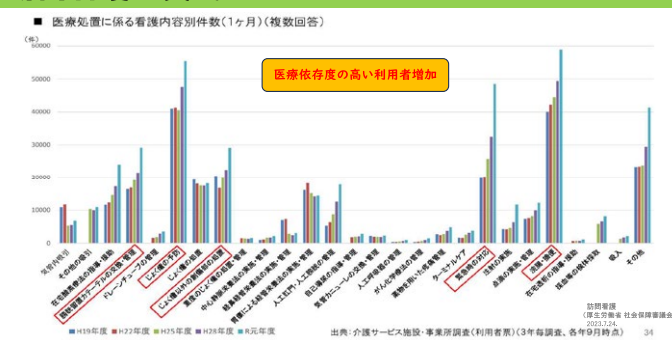
- 令和4年の訪問看護利用者数は要支援、要介護合わせて約69万人で、年々増加。



ターミナルケア利用者数



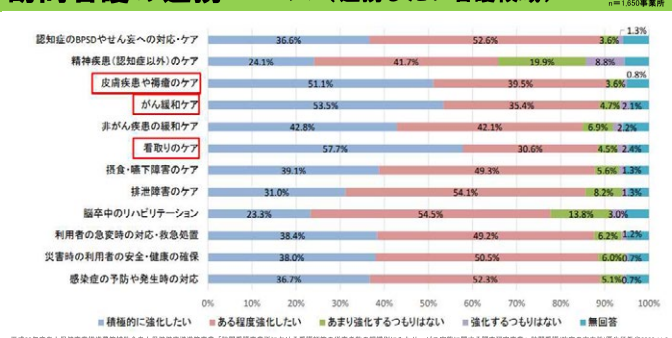
訪問看護の実践(医療処置)



訪問看護師の実践能力について

- 「看護師資格を有しない」ケアマネジャーにとって、訪問看護師の能力が分からず訪問看護導入の妨げになっている(下巻から2015.介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する)
- 訪問看護利用者や訪問看護師には、重要と認識する看護師の実践能力に違いがある(上巻から2010.利用者が求める訪問看護の能力)
- 新人訪問看護師がスタッフの一員になって働くためには、実践能力の段階的到達レベルが示されることが効果的(松原ら2019.教育担当者が見える新人訪問看護師の能力と訪問できるために必要な実践能力とその影響要因)
- 訪問看護師の仕事への否定的な思いとして、単独訪問における判断能力への不安が高い(森ら2016.新たに訪問看護分野に就いた看護師が訪問看護への移行期に経験した困難とその関連要因)

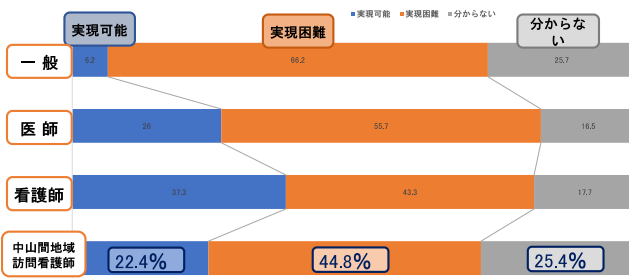
訪問看護の連携ニーズ(連携したい看護領域)



看護師の年齢階級（就業場所別の看護師数の年齢階級割合）



最期まで自宅で療養することは可能か？



「実現困難」と回答した主な理由

(n=67)

回答理由	人数 (%)
介護してくれる 家族に負担がかかる	26 (86.7%)
介護してくれる 家族がいない	11 (36.7%)
症状急変時すぐに 入院できるか不安	11 (36.7%)
経済的負担が大きい	10 (33.3%)
往診・訪問診療をしてくれる 医師がいない	8 (26.7%)
症状が急変した時の対応に不安	8 (26.7%)
居住環境が整っていない	4 (13.3%)

中山間地域訪問看護ステーションにおける在宅ターミナルケア・看取りのサービス提供実態（2017）李・山本

中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー
安定的運営のための人材確保	・医師不足・訪問看護師不足・少人数での24時間対応体制 ・管理者の過重負担
人材育成のための条件整備	・後継者の育成困難 ・研修機会の乏しさ
広範囲の訪問看護エリアをカバーする必要性	・長距離移動の負担 ・豪雪時の訪問調整 ・緊急時訪問困難
在宅療養継続への支援体制構築	・医療依存度の高い療養者と家族への対応 ・在宅看取りの増加 ・訪問リハビリの提供不足
訪問看護の普及と有効活用への必要性	・重症化してからの訪問看護依頼・訪問看護の依頼不足 ・予防的介入の必要性
地域住民との濃密な関係性への配慮	・地元コミュニティとの濃密な関係性・地域貢献への対応
介護者不在への対応	・子世代が地元不在 ・介護者も高齢化
療養生活上の困りごとに対する迅速な対応	・緊急時の対応 ・看取りの支援

高齢化が進む中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ（兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究紀要）李・山本ら2016

都市部の訪問看護ST連絡会役員が実感している現状と課題

- ・訪問看護利用者の重度化・多様化
 - ⇒医療依存度の高い利用者の増加
 - ⇒認知症・がん・慢性疾患・在宅看取りへの対応
 - ⇒小児・精神疾患等の訪問看護ニーズ
- ・事業所規模：人員規模5人未満のSTが約半数
 - ⇒小規模ステーション（看護師が集まるSTと集まらないSTの格差大）
 - ⇒訪問看護師の退職（複数のNSと一緒に退職・次世代管理職の退職）
- ・訪問看護人材の慢性的不足
 - ⇒新卒訪問看護師の育成模索
 - ⇒管理職含めた訪問看護師の高齢化
- ・ヘルパーとの連携の困難
 - ⇒訪問看護師との敷居

都市部と中山間地域の訪問看護ST連絡協議会運営

	都市部	中山間
加入率	低い（約40～60%） *加入メリットの実感無し	高い（90%以上） *加入する風土
会議への参加率	欠席多い *面白くない	ほぼ全員参加
開催頻度	二か月に一回	二か月に一回
会長等の役員	全員が納得するST管理者 *法人STは役職に就かない場合も...	全員で輪番制
主な参加担当者（ST管理者以外）	医師会、歯科医師会、市役所、大規模病院の地域連携担当者、保健師など	保健師など（地域の実情によって差）
ST間の連携	大規模法人STと小規模STの温度差大きい	相談し合える関係

セミナー⑦ 在宅医療・介護連携 （「効果的で継続する連携」の条件）

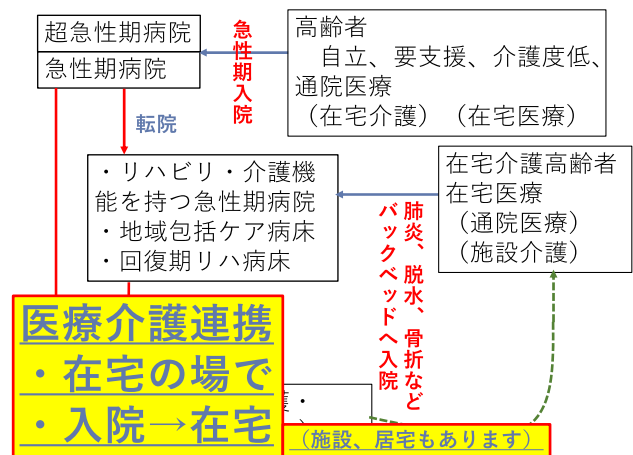
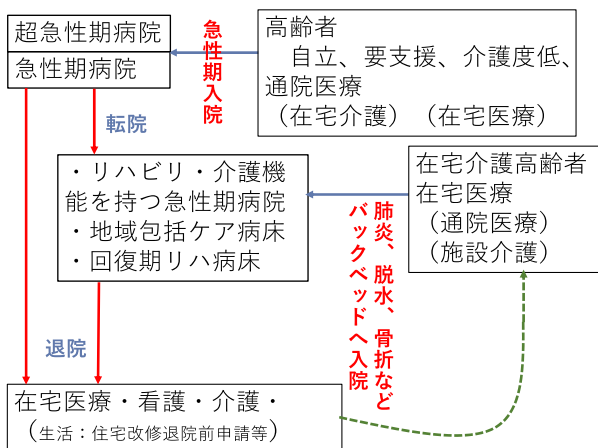
高知県健康政策部医監
高知県中央西福祉保健所保健監
高知県須崎福祉保健所保健監
福永一郎

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・いろいろな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 （体験事例ですが、すでにやや過去の事例となっています）

- 事例1. 入退院連絡手引きの作成（2016～）
円滑な在宅生活への移行に向けた医療と介護の連携
国の言う在宅医療・介護連携推進事業の一環として）
- 事例2. 福祉保健所における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構築のための
推進体制の強化
- 事例3. 高知家@ライン（モデル事業）
ICTを活用した地域医療介護情報ネットワークの
整備の推進

事例1

安芸圏域 入退院連絡手引き
(Ver.2)

～ 在宅で安心した生活を送るために ～



平成30年4月運用開始
令和4年3月改訂

室戸市 安芸市 東洋町
芸西村 中芸広域連合

入退院連絡手引きの作成

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
仕組みです。

「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）

・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

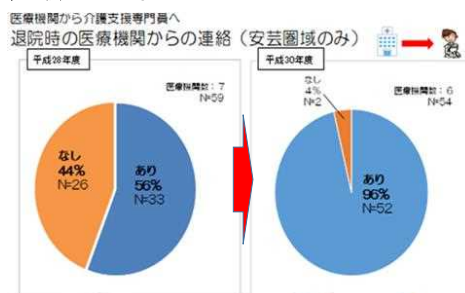
医療と介護の相互理解が必要！

- 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の実施
 - ・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.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

「安芸圏域入退院連絡手引き」策定！に至る

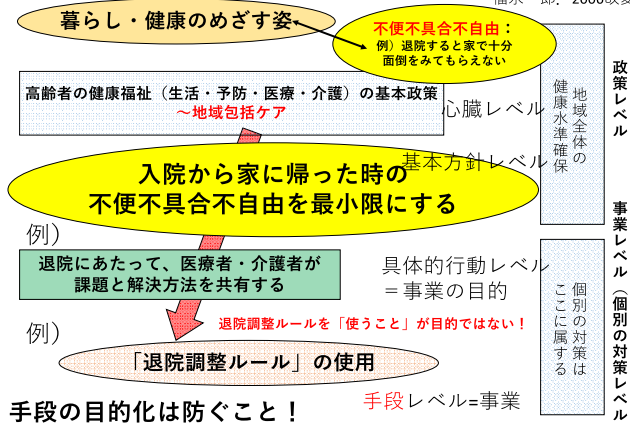
事例1からの教訓

- ・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」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、職種の違いや現状をさらに知りたいとの声広がっている



何のために退院調整ルールなるものはできたのか？

福永一郎、2006改変



事例2

安芸圏域地域包括ケア推進協議体の運営



地域包括ケア推進協議体とは？

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。

地域包括ケア推進協議体（安芸福祉保健所）

管内全体の協議体とブロックの協議とを行う

構成員

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

- ・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、連携の関係をさらに多様として、発展させる形で運営
- ・「安芸圏域医療機関と介護支援専門員による勉強会」の発展系として協議体を設置
- ・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会などの仕組みも継続

運営の実際（年2回）

1. 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
2. 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
3. ブロック別協議
 - ブロック別に特化した話し合い

ワールド・カフェの例



- ・多様な関係者が参加（医療機関、訪問看護、薬局、介護支援専門員、介護機関、包括支援センター、市町村、福祉保健所）
- ・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。
- ・アイディアを出し合い、お互いに持って帰ることができた

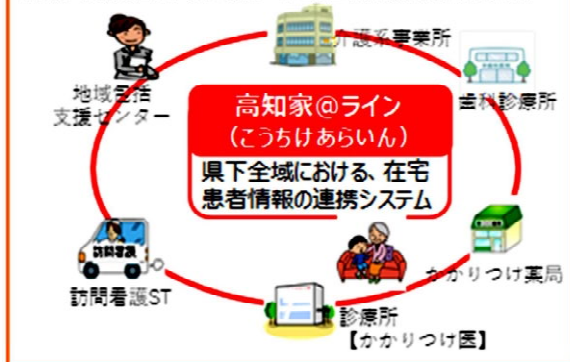


高知家@ライン（モデル事業）事例3 ～ICTを活用した地域医療介護情報ネットワークの整備の推進



【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。



- ・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）
- ・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。
- ・関係者：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
- ・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）
- ・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

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願っていた
 例）介護側が医療側に提供した（いと思っている）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
 例）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

成 果

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
が大いに役立った。

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 訪看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

R2.11月末時点

登録患者数：306人
アクセス数：1,964件

これらの経験を通じて



しかし・・・

トランプさんの「正しい」と
バイデンさんの「正しい」は違う



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）

「正しい」ことを掲げて、糾合しようとするのは難しい

だから、相互理解と協働が必要だ
連携相手がどう思い何を大切に思っているかを知る

はじめから役割論・・・

「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」

→ 自分ができないことは、よそ様にやってもらう（あるいは、誰かがやるべき）という
発想になりがちである

- ・そもそも連携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！）



対象者あつての自分たち
「この人（たち、家族、地域）はこういう課題を有している」

対象者に対して何ができる？
「私（の職能）ならこういうことを引き受けられる」

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

※ これを世に協働という

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 相手を知らうとする態度と
そのことが相手に伝わる必要がある

相手に関心を持ち、相手を知らうとすることから相互理解と協働（連携）は始まる

たとえば医療介護連携

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。

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、ネットを見る） など の、勉強が必要です

- ・連携の第一歩は、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！

まとめ（教訓）

1.考え方

- ・ツール（道具の使い方）の議論を最初にとり、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、相手を知らうとすることから、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。
これでも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
- ・連携をつくらうとするマネジメントサイド（行政、包括）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。
- ・偉い人だけ出ている会議（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

セミナー⑧

在宅医療体制整備の 合意形成と推進の手法

兵庫県豊岡保健所
柳 尚夫

必要なこと

- 1) 必要な立場の人間が参加している合議体の形成と活用
 - 2) 圏域単位で病院医療を中心とした検討の場と市町村単位での在宅医療介護連携の検討の場の2層構造を活用する
 - 3) 医療データ（国等から提供・市町村単位）分析と共有化
 - 4) データから圏域の具体的にでき取り可能な「課題」抽出提示
 - 5) 圏域内外の先進事例の紹介と課題解決の具体的方法の提案
 - 6) 市町村単位での医療介護連携協議会への働きかけや支援
- 保健所は圏域（病院）と市町村単位の在宅医療体制をつなぐ役割を効果的に果たす

1. 圏域地域医療構想調整会議を機能させる

- 1) 圏域地域医療構想調整会議（年4回程度で本音の会議）
条件は当事者参加 病院経営に大きく係わる病院の機能分化と連携には、圏域内の全病院長が参加し構想実現に関与（都市部での工夫）
- 2) 課題（兵庫県の制度）
当圏域の調整会議の構成員は、当初病院長は2名のみだった
- 3) 方法
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、調整会議と合同開催した
- 4) この組織ならコロナ医療体制や救急、病病・病診連携も検討可能

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の活用
- 2) 圏域内病院の病床機能報告、公立病院経営強化プラン
- 3) 地元の具体的データ活用、例）診療所の訪問診療数、死亡個票
- 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、圏域調整会議で提示してもらう
- 5) 圏域課題を具体的に分かりやすく数字でしめす
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（在宅見取り率）

3. データに基づく医療体制再編の 方向性を会議で示せる

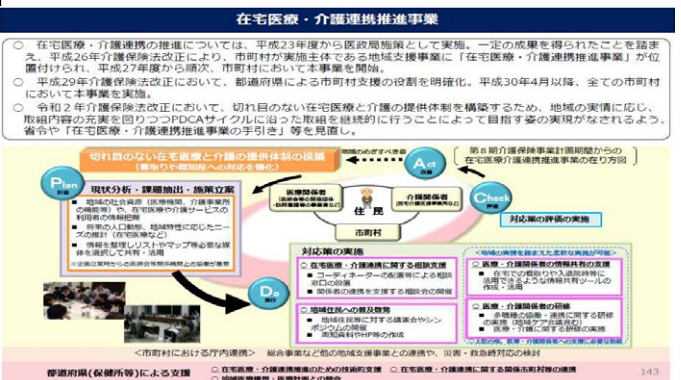
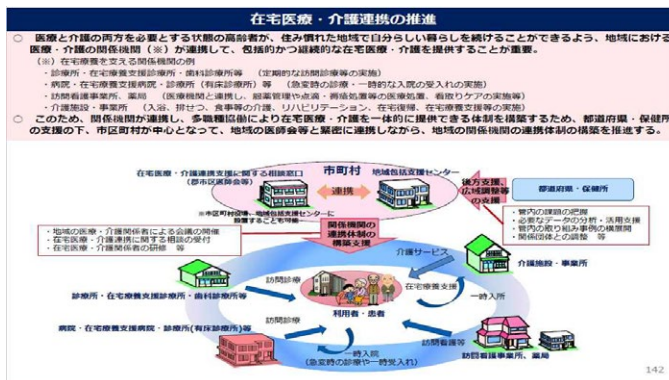
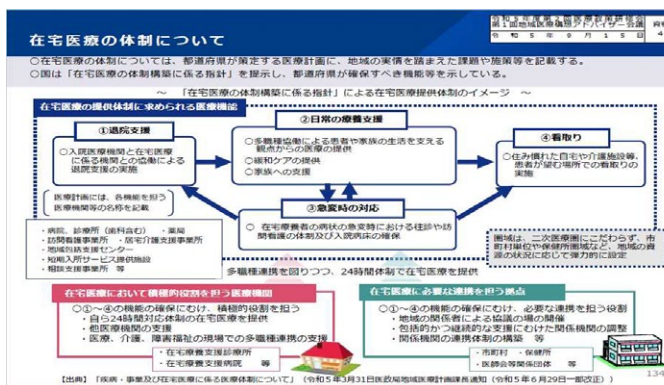
- 1) 機能別の不足病床と過剰病床の確認
- 2) 不足を補うための病床転換案（圏域内の成功事例提示）
- 3) 病床転換後の病院間の役割分担の確認
- 4) 役割分担に基づく連携の手法
 - ①病病、病診の情報のやりとり（ICT化？）
 - ②病院間の転院をスムーズにする方法
 - ③圏域内感染症連携体制づくり
 - ④スムーズな退院、介護との連携
 - ⑤訪問診療における診療所と病院の連携

4. 具体的提案を保健所ができるか

- 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（脳卒中、頸部骨折等）
- 3) 中核的病院からの外来支援（精神科、産婦人科、整形外科）
- 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) 在宅医療における診療所の病院の役割分担と連携
訪問診療医紹介、バックベッド、病院からの訪問診療、
- 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）
- 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

- 1) 各市町村の協議会がどのように運営されているかを把握
- 2) 医師会に運営委託されていることが多いので医師会への働きかけ(退院後の訪問診療紹介システム、ACP、DX等)
- 3) 市町村内の在宅医療のデータの提供
現状①在宅・老人ホーム等看取り率②看取られていない在宅死体制①在宅支援診療所数・実績②訪問看護STの数体制実績
- 4) 在宅医療課題の検討
①訪問診療の担い手(診療所・病院)②訪看STのネットワーク③患者情報の共有化④在宅施設見取り体制の強化

- 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（訪看St、リハ室、透析室）
- 2) 連携の会議に所長が出るか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、③MC協議会
 - ④在宅医療介護連携会議、⑤訪問看護St連絡会
- 3) これらの会議でも、保健所から具体的提案をしたり、対策の一部を保健所が担う
- 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





2 基本編研修会 アンケート結果

在宅医療体制整備に関する研修会(基本編)アンケート結果

1. 基本情報

(ア) アンケート回答状況

	事前アンケート回答者数 [人]	事後アンケート					
		事後アンケート			最終アンケート		
		回答状況		回答率	回答状況		回答率
		あり	なし		あり	なし	
計	135	54	81	40%			
研修参加者	78	51	27	65%	21	57	27%
OD※のみ	57	3	54	5%			

※オンデマンド受講。以下同じ

(参考)令和5年度基本編参加者数:47人

(イ) 事前アンケート回答者数

①属性別

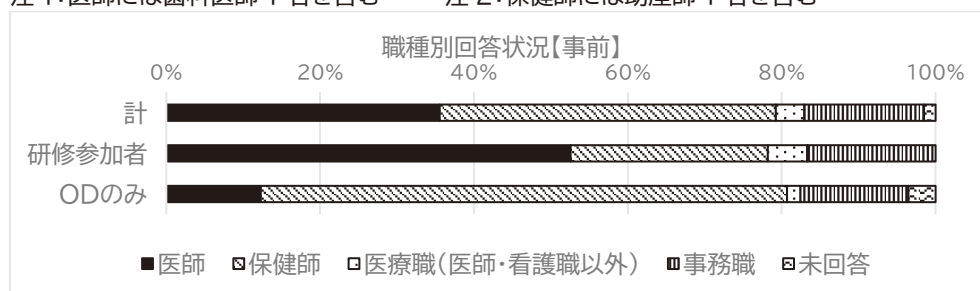
	事前アンケート回答者数 [人]			割合		
		保健所長	保健所長 以外		保健所長	保健所長 以外
計	135	38	97	100%	28%	72%
研修参加者	78	36	42	100%	46%	54%
ODのみ	57	2	55	100%	4%	96%

②職種別

	事前アンケート回答者数[人]					
		医師	保健師	医療職(医師・看護職 以外)	事務職	未回答
計	135	48	59	5	21	2
研修参加者	78	41	20	4	13	0
ODのみ	57	40	20	4	13	0

注1:医師には歯科医師1名を含む

注2:保健師には助産師1名を含む

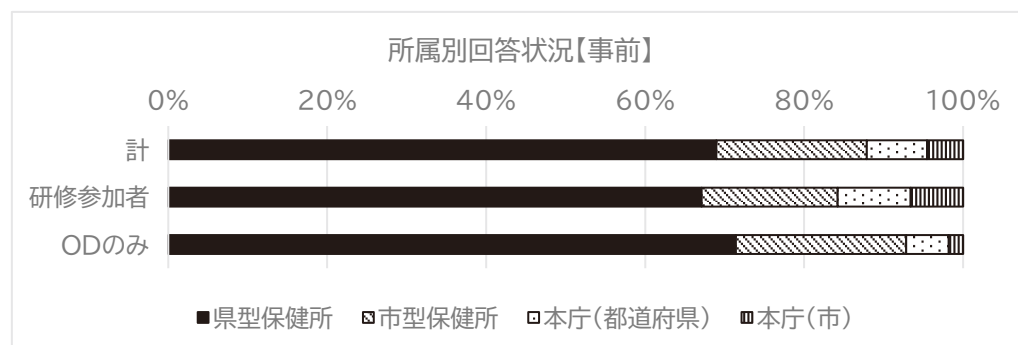


③所属別

[人]

	保健所			本庁		
		県型	市型		都道府県	市
計	116	91	25	16	10	6
研修参加者	64	51	13	12	7	5
ODのみ	52	40	12	4	3	1

注:未回答 3 名を除く



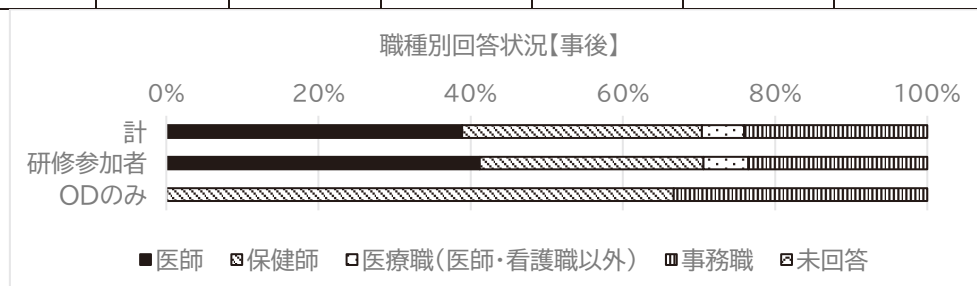
(ウ) 事後アンケート回答者数

①属性別

	事後アンケート回答者数[人]			割合	割合	
		保健所長	保健所長以外		保健所長	保健所長以外
計	54	19	35	100%	35%	65%
研修参加者	51	19	32	100%	37%	63%
ODのみ	3	0	3	100%	0%	100%

②職種別

	事後アンケート回答者数[人]					
		医師	保健師	医療職(医師・看護職以外)	事務職	未回答
計	54	21	17	3	13	0
研修参加者	51	21	15	3	12	0
ODのみ	3	0	2	0	1	0



③所属別

[人]

	保健所			本庁		
		県型	市型		都道府県	市
計	43	35	8	10	6	4
研修参加者	40	33	7	10	6	4
ODのみ	3	2	1	0	0	0

注:未回答1名を除く

(エ) 最終アンケート回答者数

①属性別

	最終アンケート回答者数 [人]			割合		
		保健所長	保健所長 以外		保健所長	保健所長 以外
計	21	8	13	100%	38%	62%
研修参加者	21	8	13	100%	38%	62%
ODのみ	0	0	0			

②職種別

	最終アンケート回答者数 [人]					
		医師	保健師	医療職(医 師・看護職 以外)	事務職	未回答
計	21	10	6	0	5	0
研修参加者	21	10	6	0	5	0
ODのみ	0	0	0	0	0	0

③所属別

[人]

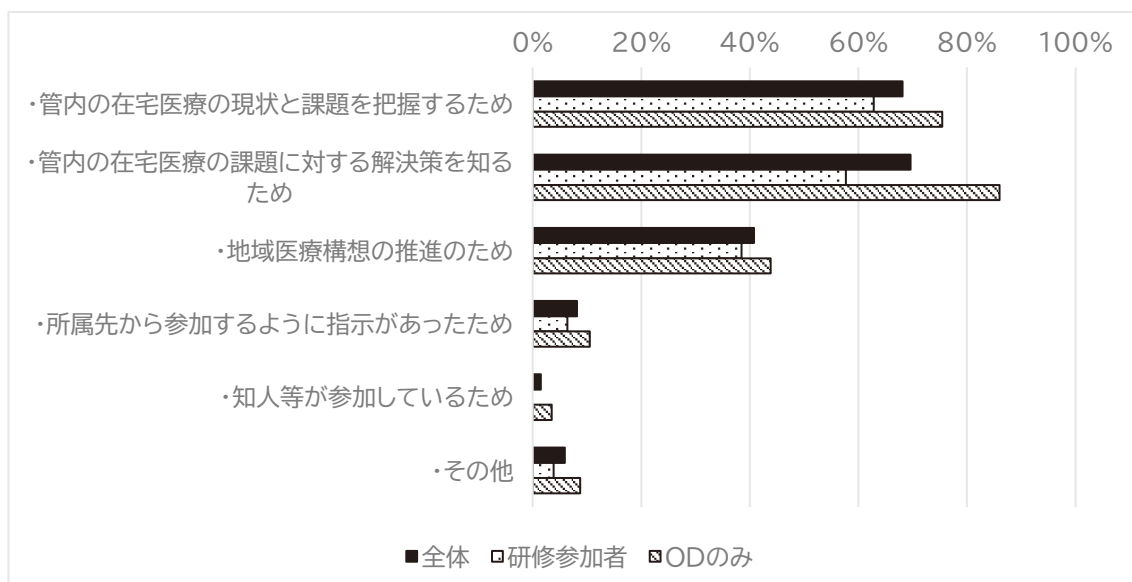
	保健所			本庁		
		県型	市型		都道府県	市
計	16	13	3	5	3	2
研修参加者	16	13	3	5	3	2
ODのみ	0	0	0	0	0	0

2. 単純集計(事前アンケート結果)

(ア) 今回の研修に参加しようと思われた理由はなんですか？(複数選択可)

[人]

	全体		
		研修参加者	ODのみ
・管内の在宅医療の現状と課題を把握するため	92	49	43
・管内の在宅医療の課題に対する解決策を知るため	94	45	49
・地域医療構想の推進のため	55	30	25
・所属先から参加するように指示があったため	11	5	6
・知人等が参加しているため	2	0	2
・その他:	8	3	5

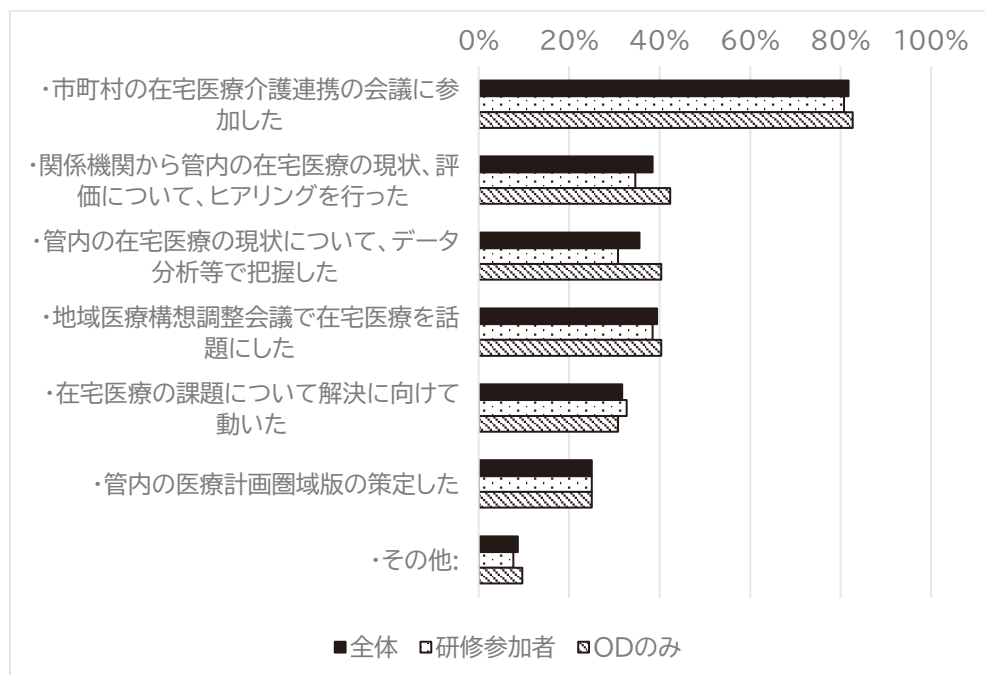


(イ) あなたが所属している保健所が、在宅医療に関わることはありましたか？

※個人ではなく組織として

	回答者数[人]			回答割合		
	計	あった	なかった	計	あった	なかった
全体	135	104	31	100%	77%	23%
研修参加者	78	52	26	100%	67%	33%
ODのみ	57	52	5	100%	91%	9%

➡「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）



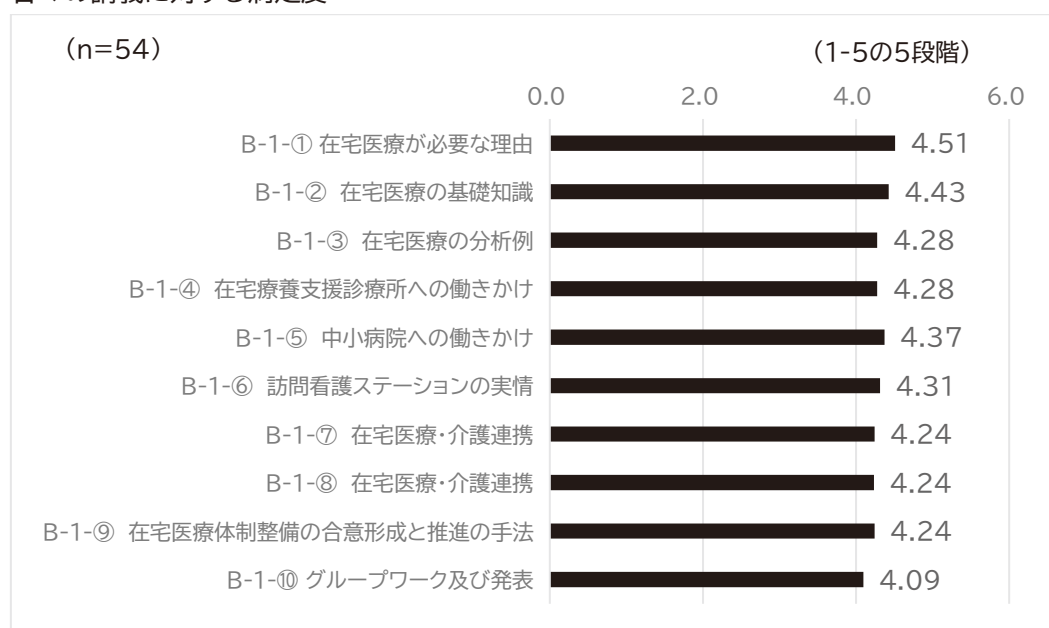
3. 単純集計(事後アンケート結果)

(ア) 全体の満足度

8.20(95%CI 7.89-8.52) (n=54) (1-10 の 10 段階)

(参考)令和 5 年度: 8.66(95%CI 8.37-8.95)参加者数

(イ) 各々の講義に対する満足度



(ウ)研修後、ハンドブックに沿った管内の在宅医療データ分析を行いましたか？ [人]

	計	はい	いいえ
全体	54	8	46
研修参加者	51	8	43
ODのみ	3	0	3

4. 事前・事後のアンケート結果の比較

(ア) 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？

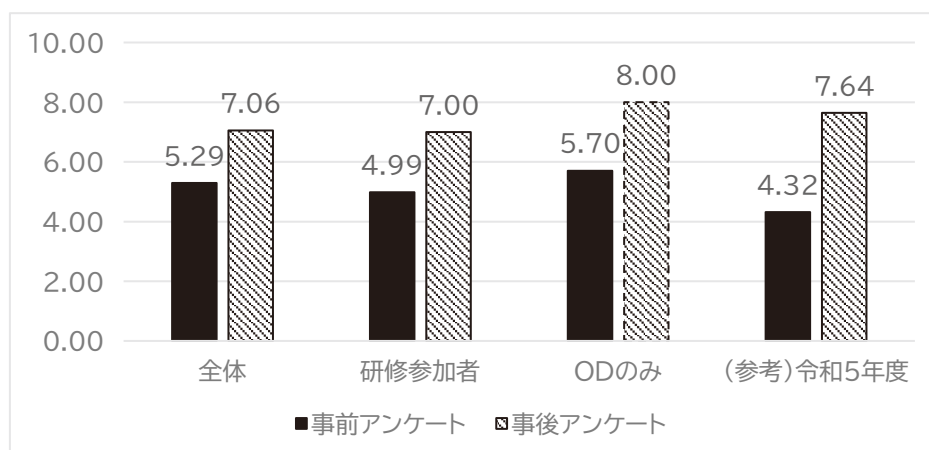
	事前アンケート		事後アンケート	
	平均値 (1-10の10段階)	回答数	平均値 (1-10の10段階)	回答数
全体	7.14	135	7.56	54
研修参加者	7.00	78	7.57	51
ODのみ	7.33	57	—	3

(参考)令和5年度:研修前 6.94 → 研修後 8.28

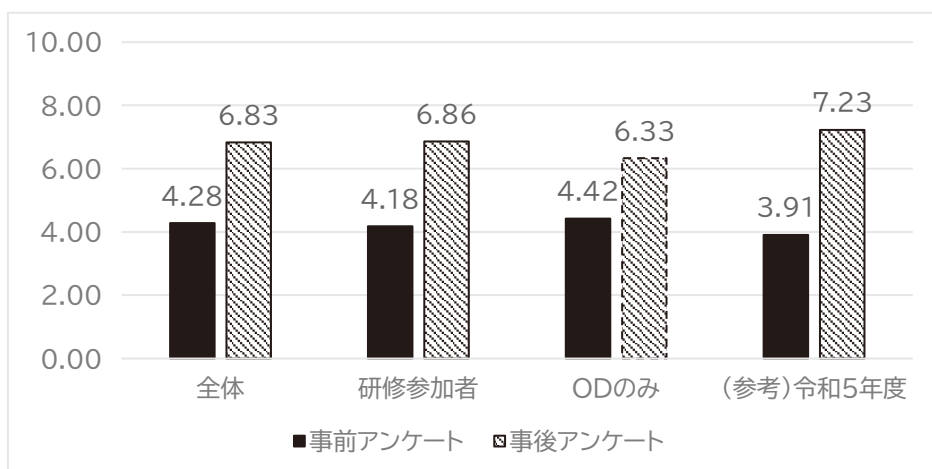
(イ) 在宅医療への理解(1-10の10段階)

注:「ODのみ」の事後アンケート結果はいずれも参考値(n=3)

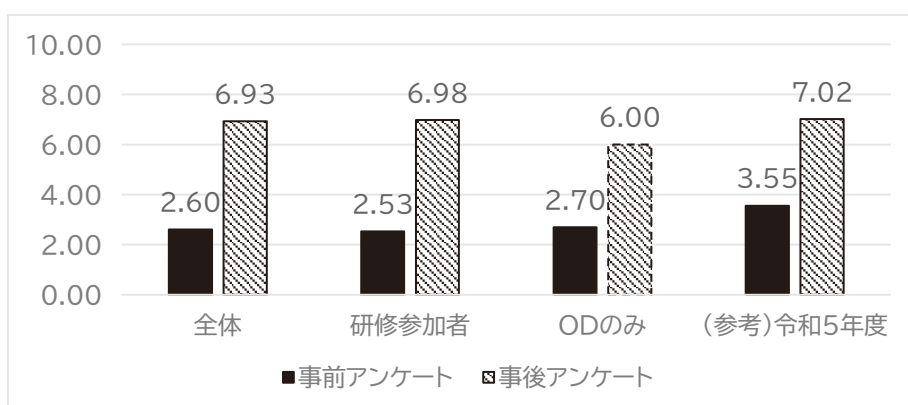
- ① 今後、在宅医療が必要な理由、また在宅医療体制を整備できなかった場合に起きうることを説明できる。



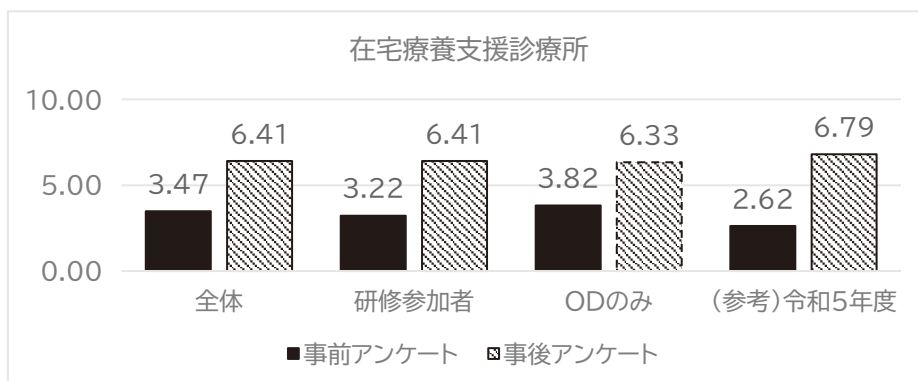
- ② 在宅医療の以下の言葉について、その意味や定義を説明できる。(在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・地域包括ケア病棟(病床)・在宅医療後方支援病院、医療介護複合体)

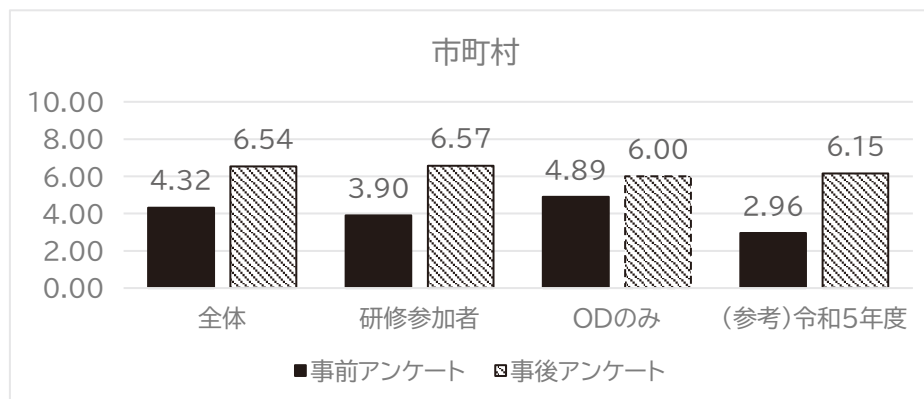
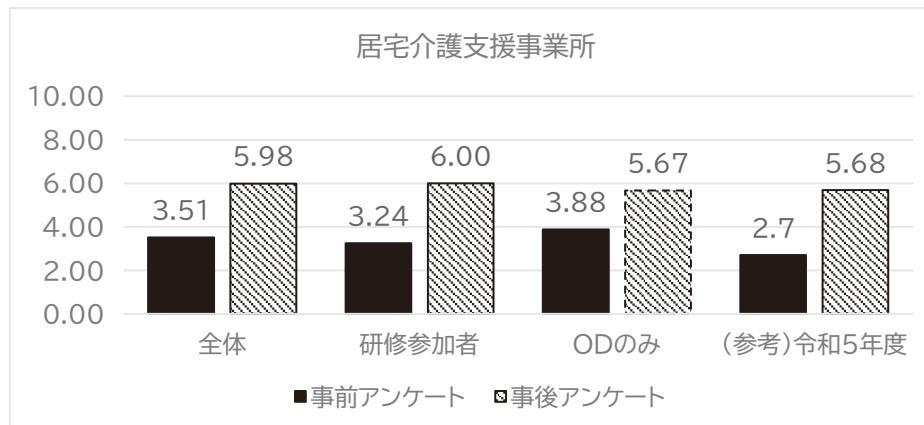
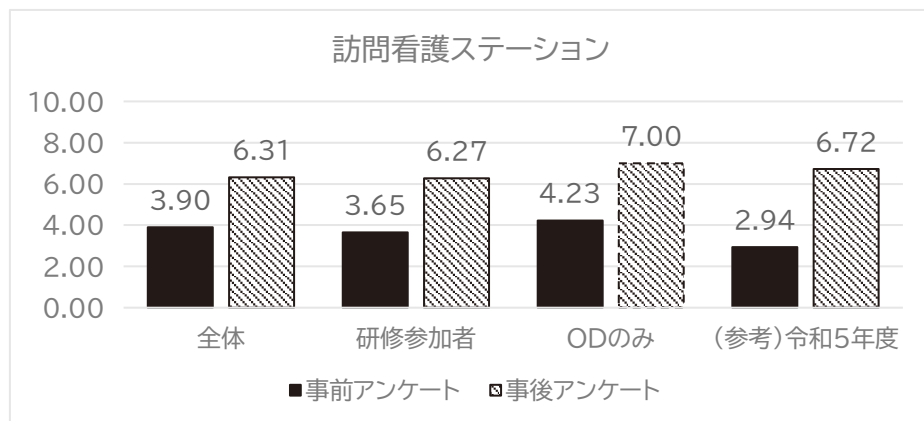
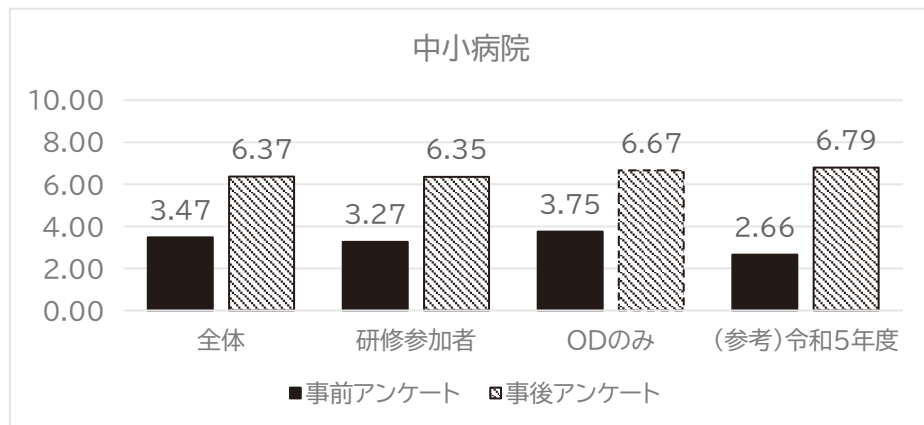


- ③ 都市部、中山間地域に特徴的な在宅医療の課題について説明できる。)

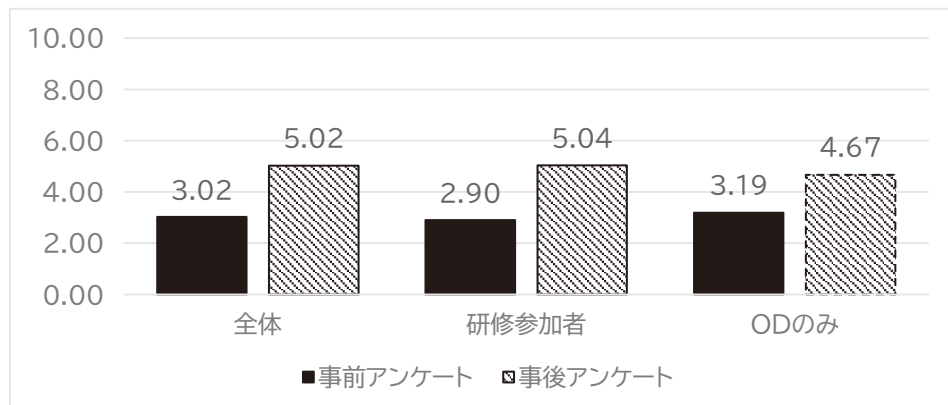


- ④ 在宅医療を充実させるために保健所として、各々の対象に対してどのようなアプローチを取ることかできるか、説明できる。

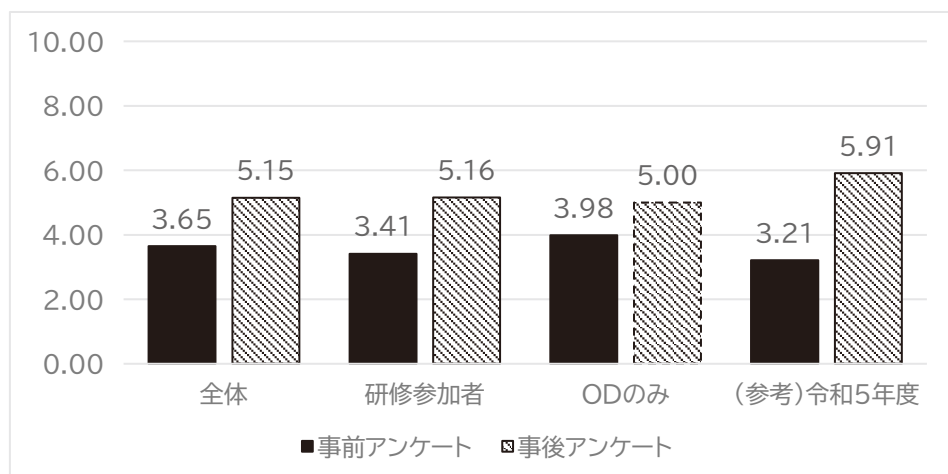




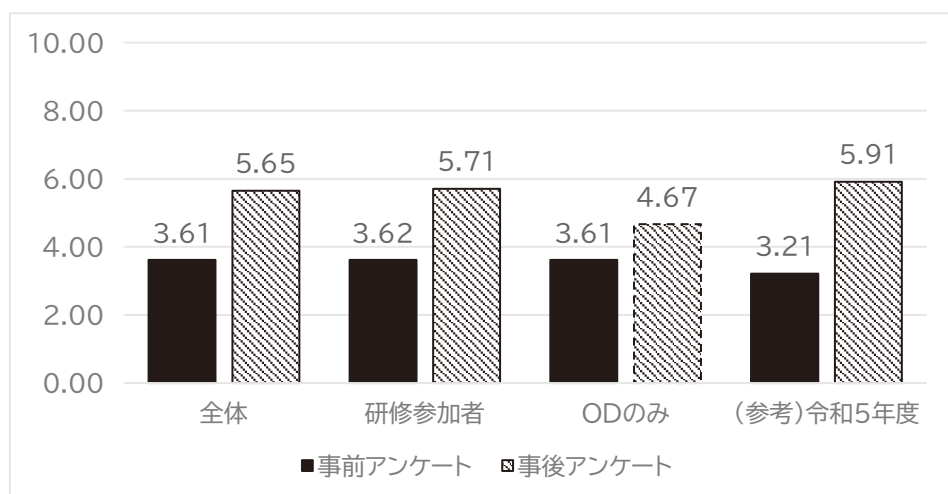
⑤ 管内の在宅医療を向上させる政策案を策定する自信がある。



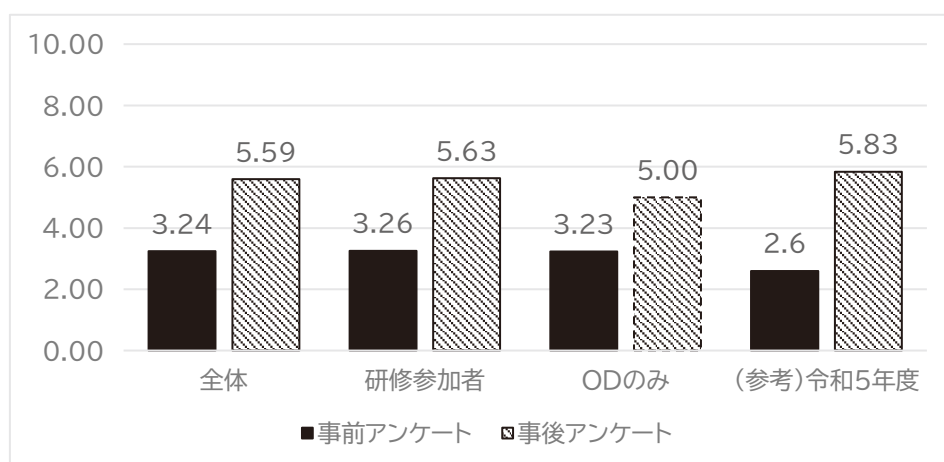
⑥ 管内の在宅医療の課題とその対応策を理解している。



⑦ 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。

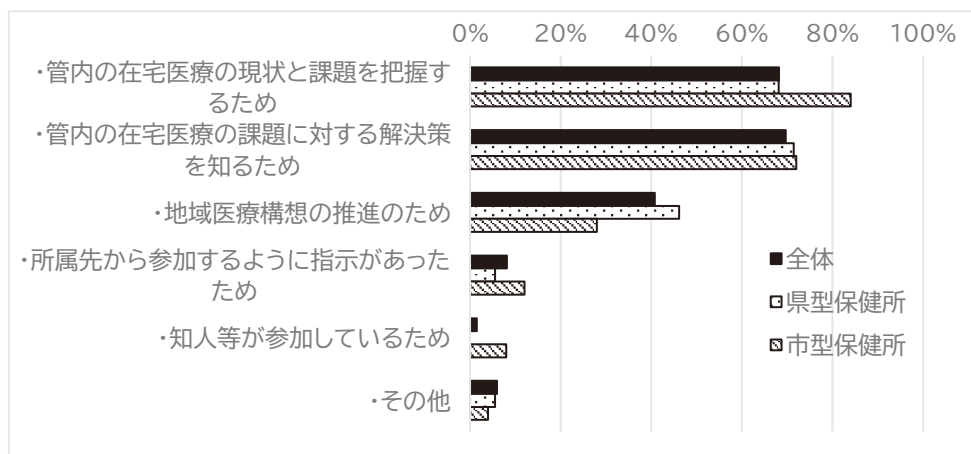
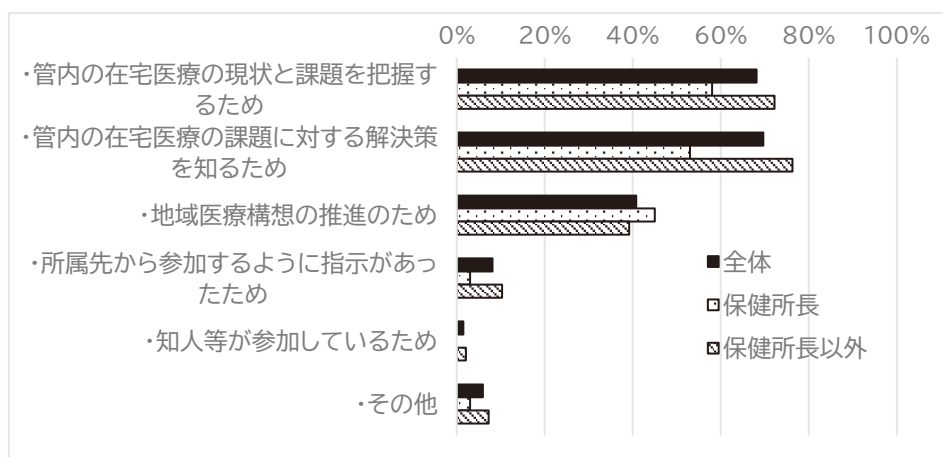


- ⑧ 在宅医療を向上させるための政策を策定した後、それを実行していく手順を理解している。



5. 属性、所属別集計

(ア) 今回の研修に参加しようと思われた理由

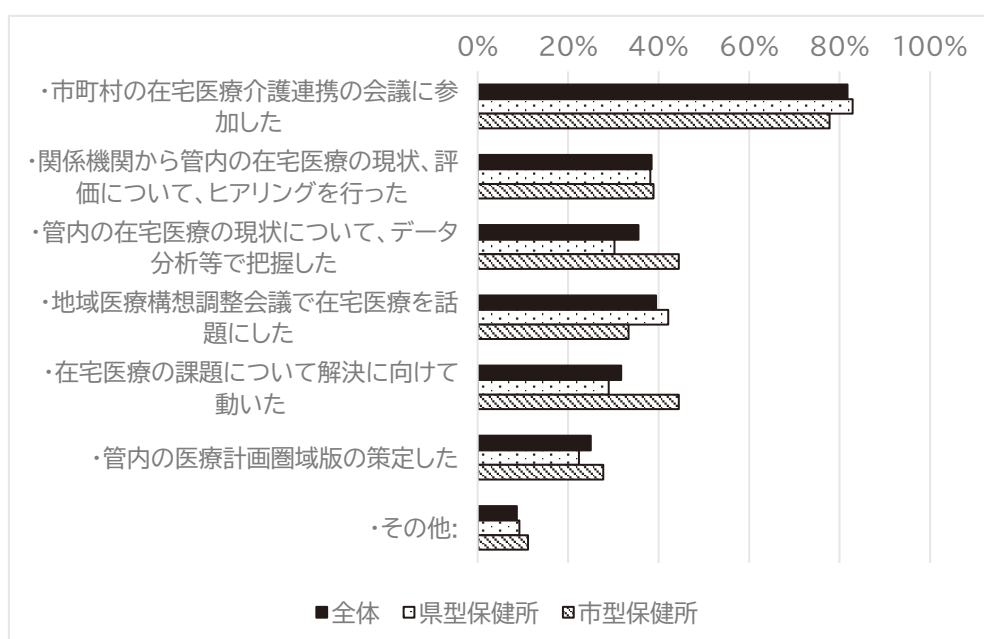
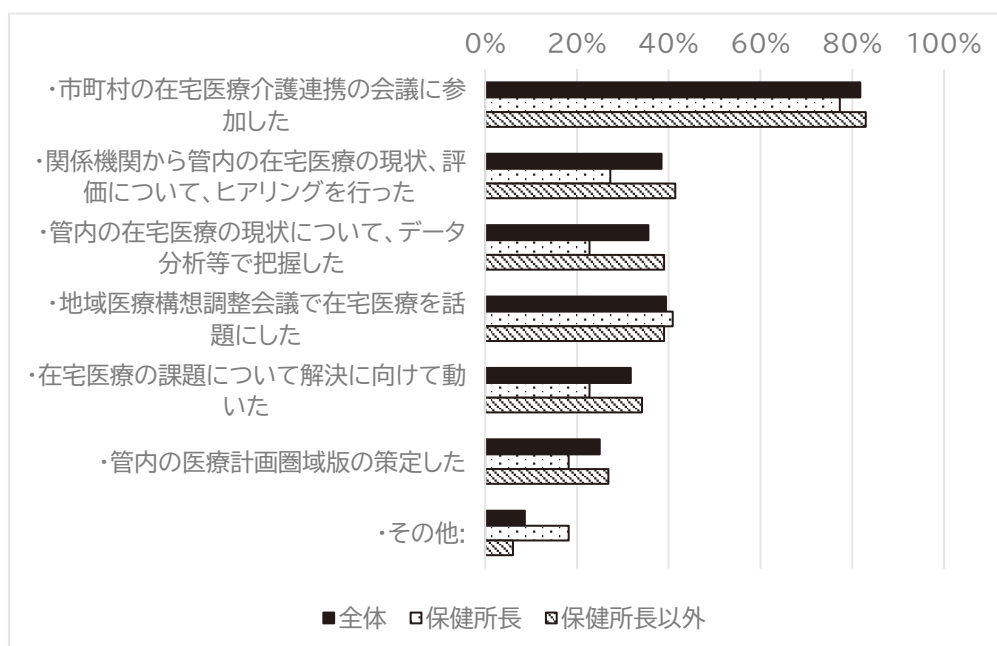


(イ) あなたが所属している保健所が、在宅医療に関わることはありましたか？ [人]

	全体	保健所長別		所属別 ^注		
		保健所長	保健所長以外	県型保健所	市型保健所	本庁(県・市)
n [人]	135	38	97	91	25	16
あった [人]	104	22	82	76	18	9
%	77%	58%	85%	84%	72%	56%

注:未回答 3 名を除く

➡「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)

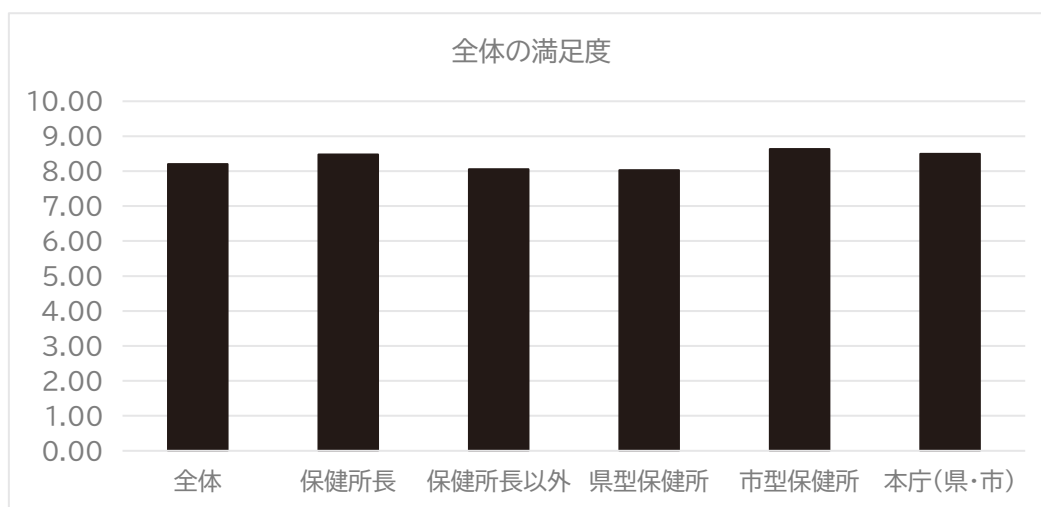


(ウ) 全体の満足度

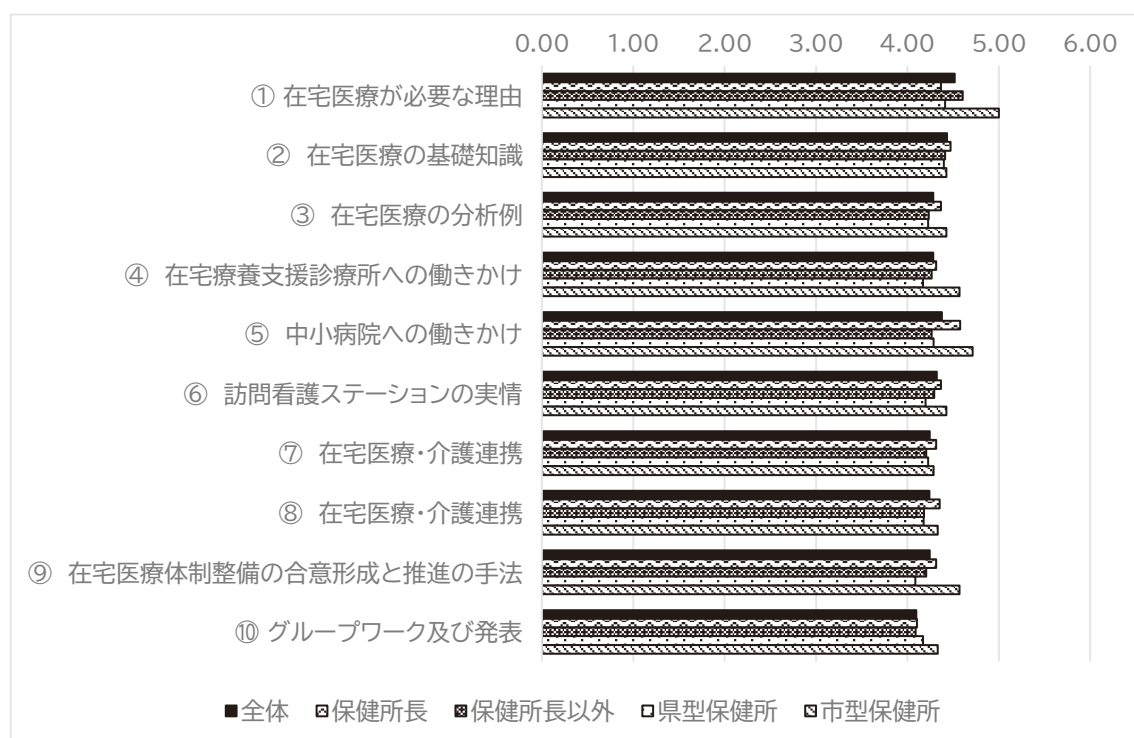
<事後アンケート結果>

	全体	保健所長別		所属別 ^注		
		保健所長	保健所長以外	県型保健所	市型保健所	本庁(県・市)
n [人]	54	19	35	35	8	10
1-10 段階	8.20	8.47	8.06	8.03	8.63	8.5

注:未回答1名を除く



(エ) 各々の講義に対する満足度



(オ) 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 属性別

	全体		保健所長		保健所長以外	
	事前	事後	事前	事後	事前	事後
回答数	135	54	38	19	97	35
回答平均 (1-10の10段階)	7.14	7.56	7.11	7.47	7.15	7.60

② 所属別

	全体		県型保健所		市型保健所		本庁(県・市)	
	事前	事後	事前	事後	事前	事後	事前	事後
回答数	135	54	91	35	25	8	16	10
回答平均 (1-10の10段階)	7.14	7.56	6.97	7.40	7.52	7.75	7.50	8.00

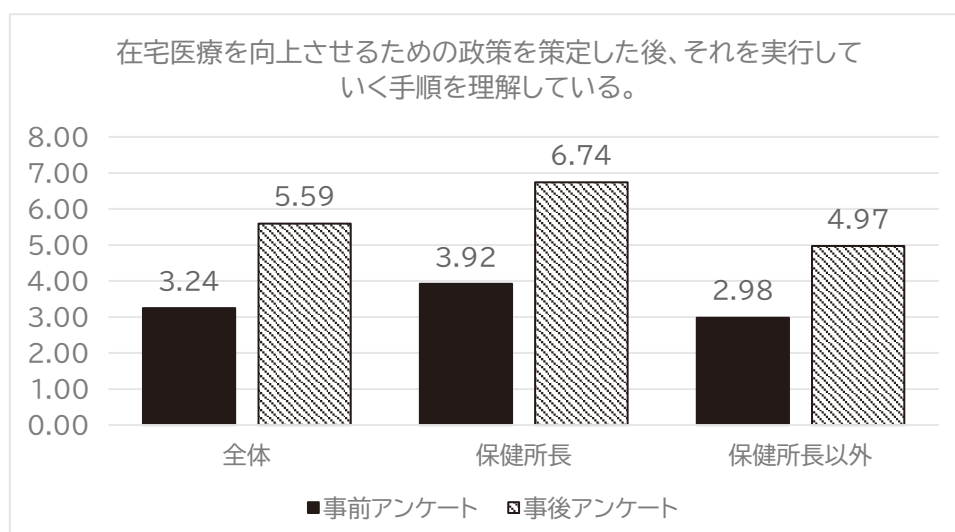
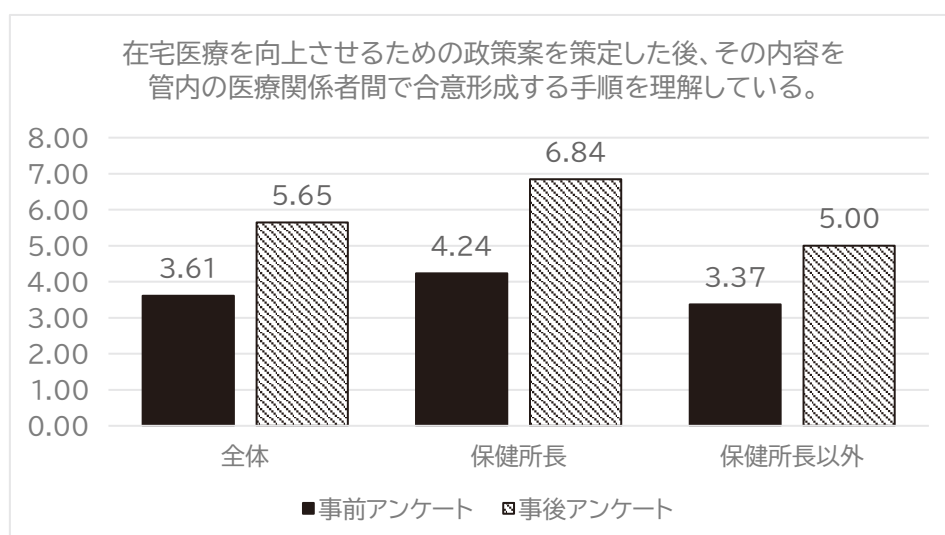
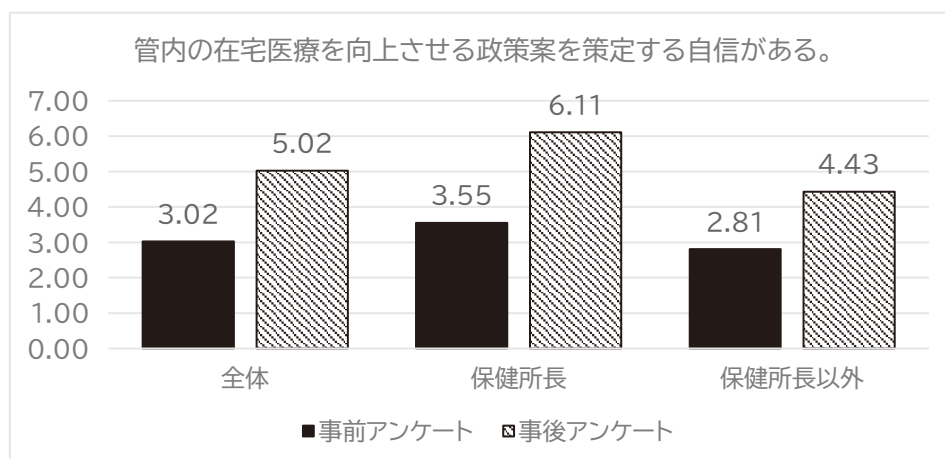
注:未回答者除く(事前:3名、事後:1名)

(カ) 在宅医療への理解

① 属性別

(1-10の10段階)

	全体		保健所長		保健所長以外	
	事前	事後	事前	事後	事前	事後
回答数	135	54	38	19	97	35
①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。	3.02	5.02	3.55	<u>6.11</u>	2.81	4.43
②管内の在宅医療の課題とその対応策を理解している。	3.65	5.15	3.87	5.42	3.57	5.00
③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。	3.61	5.65	4.24	<u>6.84</u>	3.37	5.00
④在宅医療を向上させるための政策案を策定した後、それを実行していく手順を理解している。	3.24	5.59	3.92	<u>6.74</u>	2.98	4.97



② 所属別

	全体		県型保健所		市型保健所		本庁(県・市)	
	事前	事後	事前	事後	事前	事後	事前	事後
回答数	135	54	91	35	25	8	16	10
①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。	3.02	5.02	2.98	4.94	3.08	5.13	2.88	5.30
②管内の在宅医療の課題とその対応策を理解している。	3.65	5.15	3.59	5.14	3.84	4.63	3.56	5.70
③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。	3.61	5.65	3.54	5.60	3.32	5.75	4.06	5.70
④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。	3.24	5.59	3.16	5.54	3.08	5.75	3.63	5.70

注:未回答者除く(事前:3名、事後:1名)

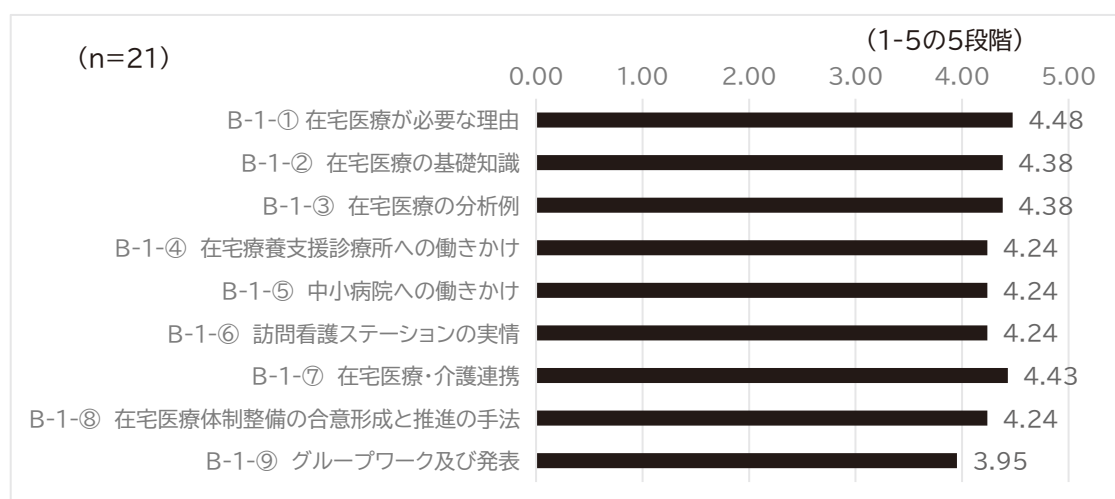
6. (参考)最終アンケート結果

※回答数が少ないため参考として記載

(ア) 全体の満足度

8.10(95%CI 7.57-8.62) (n=21) (1-10の10段階)

(イ) 各々の講義に対する満足度



(ウ) 研修後、ハンドブックに沿った管内の在宅医療データ分析を行いましたか？ [人]

	計	はい	いいえ
全体	21	7	14

(エ) 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と思いますか？

5.48 (n=21) (1-10 の 10 段階)
(保健所長:5.00 保健所長以外:5.78)

(オ) 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？

	回答数 [人]	結果 (1-10 の 10 段階)
事前アンケート結果(再掲)	135	7.14
事後アンケート結果(再掲)	54	7.56
最終アンケート結果	21	8.05

(カ) 在宅医療への理解 (1-10 の 10 段階)

	事前 (再掲)	事後 (再掲)	最終
回答数[人]	135	54	21
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。	5.29	7.06	6.67
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・③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)	4.28	6.83	6.57
④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。	2.60	6.93	6.52
⑤在宅医療を充実させるために保健所として、各々の対象に対してどのようなアプローチを取ることかできるか、説明できる。	a 在宅療養支援診療所	3.47	6.41
	b 中小病院	3.47	6.37
	c 訪問看護ステーション	3.90	6.31
	d 居宅介護支援事業所	3.51	5.98
	e 市町村	4.32	6.54

(キ) 政策立案に向けた理解

(1-10 の 10 段階)

	事前 (再掲)	事後 (再掲)	最終
回答数[人]	135	54	21
①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。	3.02	5.02	5.00
②管内の在宅医療の課題とその対応策を理解している。	3.65	5.15	5.52
③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。	3.61	5.65	5.71
④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。	3.24	5.59	5.38

以上

3 応用編研修会 アンケート結果

在宅医療体制整備に関する研修会(応用編)アンケート結果

1. 今回研修の全体的な満足度（高い:10→低い:1）

平均 8.6（回答者数:9名）

2. 全体的な感想(自由記載)

- 地域の実情が大きく異なるため、地域に合った対策が必要と思われた。
- 在宅医療体制整備について考えたいと思い、応用編に参加した。体制に危機感をもってのことだったが、十分にプレゼンテーションができるだけデータ分析やヒアリングができておらず、また具体的な計画について所属内で意志統一ができていなかった
- おもしろかった
- 地域によってかなり進め方の困難さが異なることがよくわかり勉強になった。
- 様々な自治体の方と直に話が出来たのが良かった。良く知る方々から教えて頂き、また他の自治体の方からも思ってもみない案や、様々な考え方を知ることが出来、本当に良かった。
- 自分の組織の職員だけでは得られない知識や事例、提案を得られ、大変勉強になった。
- 人口や医療・介護資源等、地域特性の異なる自治体についてそれぞれの課題、今後の方向性を異なる視点で聞くことができて、自自治体にも共通する部分や、状況が異なるからこそ見えてくる自自治体の課題について考えることができた。

3. 応用編の日程・研修形態等について

(ア) 基本編からの間隔

今回の間隔(約2カ月)でよい	9名
変更したほうがよい	0名

(イ) 開催時期について、概ね参加しやすい月(※)

9月	6名
6月、10月、11月	各3名
7月、8月	各2名
5月、12月、1月、2月	各1名

(ウ) 開催に適する曜日

土日祝	7名
平日日中	1名
土日祝・平日日中	1名
平日時間外	0名

(エ) 開催に適するタイムスケジュール(※)

1泊2日程度	8名
丸1日(午前～午後)	2名
半日	1名

(オ) どの程度前から開催の情報があると参加しやすいか(※)

開催6か月前	5名
開催3か月前	3名
未回答	1名

(カ) 開催の形式

対面がよい	7名
オンラインがよい	1名
どちらでも可	1名

(キ) 事前のデータ分析に
取り組むあたり、大変
だったこと(※)

必要なデータを他部署の担当者から入手すること	4 名
自組織では保有していないデータについて、他組織から入手すること	3 名
取り組むための時間的余裕を確保すること	5 名
取り組むにあたり、上司や同僚の理解を得ること	3 名
データ分析そのものやグラフの作成	3 名
特に大変なことはなかった	2 名
その他:興味とやる気のある人に一緒にやってもらうこと	1 名

※:複数回答

4. 今回、応用編に参加するにあたり、参加決定に影響を及ぼした内容

(大きく影響した[4]、影響した[3]、あまり影響しなかった[2]、全く影響しなかった[1]から1つ選択。)

	回答平均
事前にデータ分析を行うこと	2.6
開催案内の配布時期	1.8
出張を要すること	2.7
宿泊を要すること	2.7
職場の理解を得ること	1.7
その他:事務職の方の出張費の確保が最も大変。	

5. 今後の研究班の会議(土日祝、オンライン)において、今回の研修の感想等をお話いただくこと 日程により可能:4 名、可能:2 名、不可:1 名、未回答:1 名

6. 研修の改善点、要望、質問等(自由記載)

- 大変勉強させていただきました、ありがとうございました。
- 保健所管内に複数の医療圏があり、データの蓄積、ヒアリングも工夫していかないといけないと思いました。
- 問題意識はあるものの、自自治体は大丈夫という意識があり、取り組みが進んでいないことが多々あります。まずは所属の中で、問題点等が共有されるような働きかけをしていきたいと思います。
- 事前データの解析は、大変ですが、必須だと思います。
- 参加自治体にスーパーバイザーを付けて下さいましたが、次回は自治体同士をペアにしてスーパーバイザーを入れて3者で事前課題を行うのは如何でしょうか。
- 地域の実情が大きく異なるため、地域に合った対策が必要と思われた。

以上

令和 6 年度 地域保健総合推進事業 全国保健所長会協力事業
「医療構想と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 7 年 3 月

編集・発行 一般財団法人 日本公衆衛生協会

分担事業者 小倉 加恵子（鳥取県倉吉市）

〒682-0802 鳥取県倉吉市東巖城町 2 番地

電話 0858-23-3188

