

「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3年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 逢坂 悟郎（兵庫県丹波保健所長）

「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	3
2	調査研究の方法	3
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	まとめと考察	6
II	在宅医療データの標準化・共通化ツール(奈良市を例に)	9
III	事例報告(定型テンプレートを用いて)	19
1	兵庫県但馬圏域 兵庫県豊岡保健所 所長 柳 尚夫	21
2	兵庫県丹波圏域 兵庫県丹波保健所 所長 逢坂 悟郎	31
3	高知県安芸圏域 高知県安芸福祉保健所 所長 福永 一郎	45
4	徳島県西部Ⅱ医療圏 徳島県三好保健所 所長 大木元 繁	65
5	島根県雲南圏域 島根県雲南保健所 医療専門員 上野 明則	70
6	1) 福岡県宗像圏域 福岡県宗像・遠賀保健所 所長 中原 由美	87
	2) 在宅医療の提供状況について ～在宅療養支援診療所等調査結果から～【宗像圏域】 福岡県高齢者地域包括ケア推進課	97
7	埼玉県川口市 川口市保健所 所長 岡本 浩二	104
8	福島市 福島市保健所 所長 中川 昭生	112
9	東京都品川区 品川区保健所 所長 福内 恵子	121
10	鳥取県東部圏域 鳥取市保健所 所長 長井 大	130
11	島根県出雲市 出雲保健所 所長 中本 稔	141

I 研究の概要

1 調査研究のねらい

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

令和元年度、本研究班では全国の保健所を対象に、管内の在宅医療について把握している内容、充実方策および保健所の活動内容等を把握するため、アンケート調査を実施した。その結果、管内の在宅医療関連データを把握している保健所の割合は、項目別に50～80%と比較的高い割合であり、回答した保健所の6割程度は、在宅医療の評価指標を持ち、訪問診療医・訪問看護の体制の評価を行い、その不足についての解決策を一定持っていた。にもかかわらず、管内の在宅医療を具体的に充実させる関わりができていない保健所は25%に過ぎなかった。

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

そこで、令和2年度、当研究班では、在宅医療についてコアとなるデータの標準化や共通化を目指し、他県や他保健所との比較を行うこととした。その上で、可能な範囲で在宅医療体制構築に保健所が取り組める手法を、都市部と郡部等の医療状況に分けて提案したいと考えた。

2 調査研究の方法

コロナ禍のさなかであったため、班会議を複数回開催することが困難であったため、在宅医療についてコアとなるデータの標準化や共通化を目指し、研究班員間のメールでの意見交換を続けた。その中で、地域医療情報システム(Japan Medical Analysis Platform : JMAP) 日本医師会というツールが、都道府県、二次医療圏、市町村別に人口動態、医療・介護のデータをバランス良く知ることができ、かつ、各データを全国平均や他地区との比較できることが分かった。これに加え、入院・外来患者推計(2010～2040)、人口推移(1990～2040)等を簡便に知ることができる地域別人口変化分析ツール(All Japan Areal Population-change Analyses : AJAPA) 産業医科大学 公衆衛生学教室を活用した(ともにⅡを参照)。これらのツールを用いてパワーポイントを定型化した上で、研究班員の勤務する保健所管内の在宅医療データの標準化や共通化を試みた。

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	兵庫県丹波保健所
事業協力者	大木元 繁	徳島県三好保健所
事業協力者	福永 一郎	高知県安芸福祉保健所
事業協力者	杉澤 孝久	北海道帯広保健所
事業協力者	中川 昭生	福島県福島市保健所
事業協力者	福内 恵子	東京都品川区保健所
事業協力者	岡本 浩二	埼玉県川口市保健所
事業協力者	上野 明則	島根県雲南保健所
事業協力者	加治 正行	静岡県静岡市保健所
事業協力者	柳 尚夫	兵庫県豊岡保健所
事業協力者	中本 稔	島根県出雲保健所
事業協力者	長井 大	鳥取県鳥取市保健所
事業協力者	中原 由美	福岡県宗像・遠賀保健所
事業協力者	田中 雅人	福岡県福岡市博多区保健所
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	宮崎 親	福岡県糸島保健所

(2) 調査研究の経過

経 過	調査研究／検討内容等
第1回委員会 日時：令和2年8月23日(日) 13：00～17：00 場所：ホテル新大阪 701会議室	1 開会 (1) 挨拶 分担事業者 丹波保健所 逢坂 悟郎 (2) 委員紹介 2 議題 (1) 今年度の研究の方向性 (2) 各研究班員の発表と議論 (3) 今後の方向性の確認
令和2年5月26日～7月3日	研究班員による定型パワーポイントの作成
令和2年7月3日～10月10日	研究班員間のメールによる意見交換
令和3年3月1日(月)	令和2年度 地域保健総合推進事業発表会

4 まとめと考察

<まとめ>

1. 地域医療情報システム (Japan Medical Analysis Platform : JMAP) 日本医師会というツールは、都道府県、二次医療圏、市町村別に人口動態推計、医療介護需要予想指数 (2015～2045) のみならず、現状の人口あたりの在支診数、在支病数や、医療・介護職数、病床種類別の病床数、介護施設種類別の施設数等、地域の医療・介護情報をバランス良く知ることができ、かつ、各データを全国平均や他地区との比較ができた。

これに加え、二次医療圏、市町村別に入院・外来患者数の推移 (2010～2040) 等を簡便に知ることができる地域別人口変化分析ツール (All Japan Areal Population-change Analyses : AJAPA) 産業医科大学 公衆衛生学教室を活用した (ともにⅡを参照)。これらのツールを用いてパワーポイントを定型化した上で、研究班員の勤務する保健所管内の在宅医療データの標準化や共通化を試みた。

この結果、研究班員それぞれが勤務する保健所管内の現状および人口動態推計、医療介護需要の将来像を改めて見直しつつ、他地域と比較することができた。

2. 郡部での在宅医療体制構築の特徴

郡部については、複数の保健所による在宅医療体制構築の実践例が存在した。取り組みの手法をまとめると、開業医の高齢化が進み、新規開業がほぼ期待できない郡部では、開業医のみでの訪問診療では2025年の需要に応えられない可能性が高い。この状況を郡市医師会、保健所、市町村等にデータで示し、問題意識を共有した上で、高齢の開業医でも在宅医療を継続できる仕組みを構築しつつ、新たに病院に在宅医療への参入を促す対策を保健所から提案している。

(対策例)

- ① 200床未満の中小病院が、その一部を地域包括ケア病床へ転換した上で、在宅医療に参入するように促す。
- ② 中小病院が在宅療養支援病院 (在支病) を担い、在宅医療への参入と同時に開業医の夜間往診の負担を軽減 (バックベッド機能) するように促す。
- ③ 管内に中小病院がない (不足している) 場合、管外の在支病と交渉し、管内の在宅医療への参入を促す。
- ④ 200床以上の病院には、開業医の夜間往診の負担を軽減 (バックベッド機能) するために、在宅療養後方支援病院を担うように促す。

3. 都市部での状況について

保健所管内の在宅医療データの標準化や共通化により、都市部では全般に人口動態推計、医療介護需要の将来像から訪問診療需要が増大することが推測された。しかし、在宅医療体制構築への対策については、検討段階である保健所が多数を占めた。将来的にどの程度の新規開業 (特に在宅医療を専門に行う医療機関) が見込まれるのかな

どが不確定なことが、訪問診療供給推計の課題となっていた。

4. 東京区部についての意見交換において、平成29年に死亡した練馬区民のうち、自宅死亡1,017人の46%が異状死で(30%は病死、自然死、16%は病死以外)であり、年間468人の人が看取られることなく自宅で死亡していることが議論になった(出典：平成30年度練馬区死亡小票分析報告書)。東京区部全域では、日本では珍しく不自然死の検案・解剖を東京都監察医務院が実施しているので詳細な情報が蓄積されている。東京都監察医務院によると、2000年の東京区部における自宅死亡数は7,636人であり、そのうち2,454人が異状死(32.1%)であった。2011年の東京区部における自宅死亡数は1万2,688人であり、そのうち4,490人(35.4%)が異状死であった。練馬区に限らず、東京区部全域において長期的に異状死が漸増しつつあるという事実には驚かされた。

＜考 察＞

1. 今回、地域医療情報システム、地域別人口変化分析ツールを活用し、これらのツールを用いてパワーポイントを定型化した上で、研究班員の勤務する保健所管内の在宅医療データの標準化や共通化を試みた。この形式で、研究班員の保健所が所管する地域を比較検討したところ、人口動態推計、医療・介護需要推計、現在の医療・介護資源などについて比較検討でき、有益な情報が得られ、定型化することの意義が確認できた。
2. 郡部については、開業医の高齢化が進み、新規開業がほぼ期待できない場合は、開業医のみでの訪問診療では2025年の需要に応えられない可能性が高い。この場合、管内の中小病院に診療報酬上のメリットを説明し在宅医療への参入を促すことが常道である。仮に中小病院が管内にない場合は、管外の中小病院と交渉し、管内の在宅医療に参入を促すことが必要である。いずれにしても、ある程度の郡部においては、開業医による在宅医療に加え、中小病院の活用が必要となる場合が多い。
3. 研究班員には都市部の保健所長が複数含まれ、保健所管内の在宅医療データの標準化や共通化により、都市部の現状と将来像についての課題は確認できた。しかし、課題はある程度明確になったものの在宅医療体制構築への対策について検討段階の保健所が多数を占めた。今後、都市部では2025年以降も在宅医療の需要は大きく増加することが見込まれ、訪問診療の供給増加と質の向上は避けては通れない問題である。

厚労省から好事例とされている千葉県の中核市では、在宅医の育成やグループ診療を進めているが、市保健所は関与していない模様である。医師会との交渉には医師である保健所長がいる保健所を活用する方がスムーズに事業が進むと思われるが、昨年度の調査において、中核市型、特別区型などの都市部の保健所の半数が在宅医療体制構築に関与していないと回答していた。今後、都市部における保健所の在宅医療への役割を見直す必要があると考える。

4. 東京区部における異状死の多さは、地域住民のつながりの薄さが要因と考えられ、かつて地方から東京に移り住んだ人々が、地元住民との人間的つながりを形成できないまま過ごしてきた結果であると推測する。

この問題は、在宅医療とは直接関係ないが、この異状死が比較的多いなかで訪問診療の需給バランスが取れている状況、近隣とのつながりの薄さと孤立化傾向の住民の存在により訪問診療・在宅看取りの需要がかなり減少している現状をどう考えればいいのか課題が残った。

東京区部における異状死の多さは、驚きであったが、他地域でも同様の現象が起きていないか確認する必要がある。幸いすべての保健所には死亡個票があるので、これを繰って自宅死の人数を得た上で、監察医から死体検案した異状死数を得れば、自宅死のうちで看取られずに死亡した人の割合を知ることができる。

我々保健所が「住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、日常生活の支援が包括的に確保される」地域包括ケアシステム（2013社会保障改革プログラム法より抜粋）を目指すのであれば、都市部において東京区部、市町村、社協などを保健所が支援して地域住民のつながりを再構築することで異状死を減少させる努力をするべきであろう。その結果、在宅医療に結びつく住民が増加することを見越して、将来的に訪問診療の供給を増加できるように、都市部の保健所が地域事情に合わせて、在宅医療体制構築の支援に取り組める手法を身につける必要がある。

Ⅱ 在宅医療データの標準化・共通化ツール (奈良市を例に)

研究班員の保健所管内データを以下のツールを用いて比較しました。

- ◆地域医療情報システム
(Japan Medical Analysis Platform: JMAP) 日本医師会
- ◆地域別人口変化分析ツール
All Japan Areal Population-change Analyses(AJAPA)
産業医科大学 公衆衛生学教室
- ◆都道府県 保健統計年報 人口動態統計
- ◆その他の情報(都道府県、保健所独自情報等)

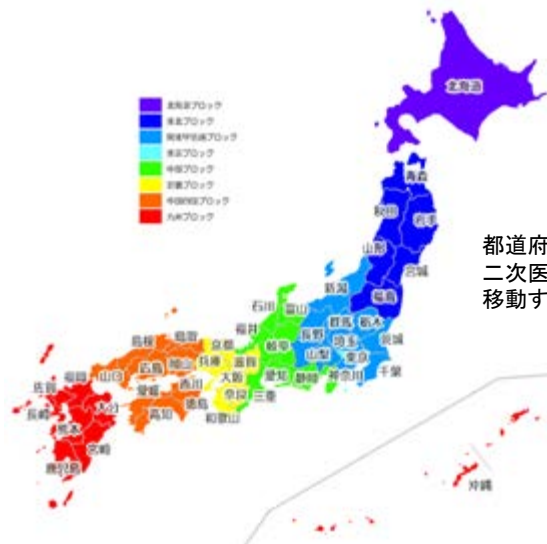
地域医療情報システム (Japan Medical Analysis Platform: JMAP)

日本医師会 (一部抜粋)

「JMAPは、各都道府県医師会、郡市区医師会や会員が、自地域の将来の医療や介護の提供体制について検討を行う際の参考、ツールとして活用していただくことを目的としています。」とのことです。

保健所長の多くは医師会に入会していますので、このツールを活用することに問題はないと考えます。

地図から都道府県を指定



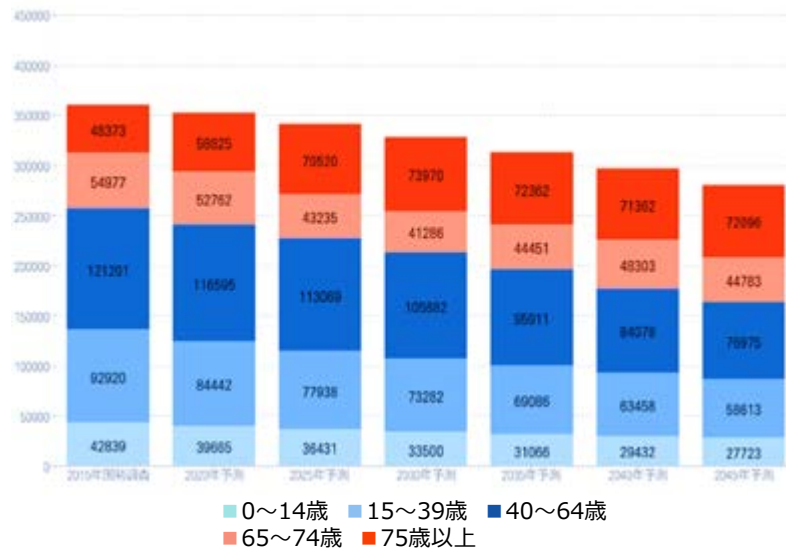
都道府県画面の「関連地域」から、二次医療圏や市区町村の画面に移動することができます

奈良県奈良市の情報をみると

面積 276.94km²
 国勢調査
 人口 (2010年) 366,591人
 (2015年) 360,310人
 人口増減率
 (2010～2015年) -1.71%
 (※) -0.75%
 高齢化率
 (65歳以上・2015年) 28.70%
 (※) 26.60%
 人口密度
 (2015年) 1,301.00人／km²
 (※) 340.80人／km²
 (※) 比較地域: 全国平均
 (→比較する地域を変更できます)



奈良市の将来推計人口（人）



奈良市の医療介護需要予測指数 (2015年実績=100)



地域医療資源

	施設数 奈良市	(人口10万人あたり施設数)	
		■奈良市 奈良市	■全国平均 全国平均
在宅療養支援診療所1	0	0.00	0.16
在宅療養支援診療所2	11	3.05	2.59
在宅療養支援診療所3	30	8.33	8.92
在宅療養支援診療所合計	41	11.38	11.67
在宅療養支援病院1	0	0.00	0.16
在宅療養支援病院2	1	0.28	0.30
在宅療養支援病院3	4	1.11	0.71
在宅療養支援病院合計	5	1.39	1.17
訪問歯科合計	26	7.22	9.0
訪問薬局合計	66	18.32	14.25

病床種類別の病床数

	施設数 奈良市	(人口10万人あたり施設数)	
		■奈良市 奈良市	■全国平均 全国平均
一般診療所病床	97	26.92	73.45
病院病床(全区分計)	4,375	1,214.23	1,216.46
一般病床	3,100	860.37	708.15
精神病床	627	174.02	257.50
療養病床	612	169.85	244.6

職種別の人員数



施設種類別の施設数



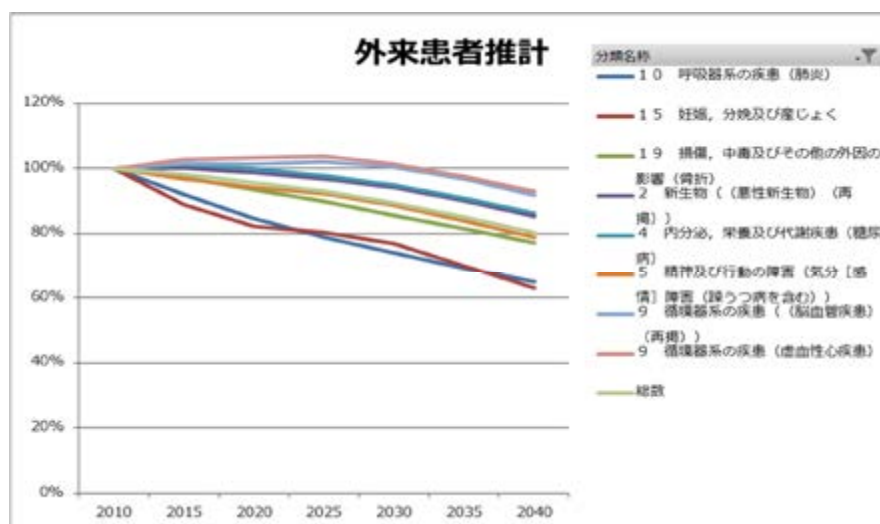
地域別人口変化分析ツール All Japan Areal Population-change Analyses(AJAPA) 産業医科大学 公衆衛生学教室

「医療計画を踏まえた医療の連携体制構築に関する評価に関する研究(H24-医療-指定-037)」において、研究代表者である松田晋哉(産業医科大学 医学部 教授)と、研究分担者である伏見清秀(東京医科歯科大学大学院・医療政策情報学分野 教授)によって提唱された推計方法によって将来患者を推計した結果を簡便に表示するために、研究協力者の村松圭司(産業医科大学 医学部 助教)がMicrosoft® excel®を用いて作成したものです。

AJAPAで閲覧することができるグラフは以下の通りです。

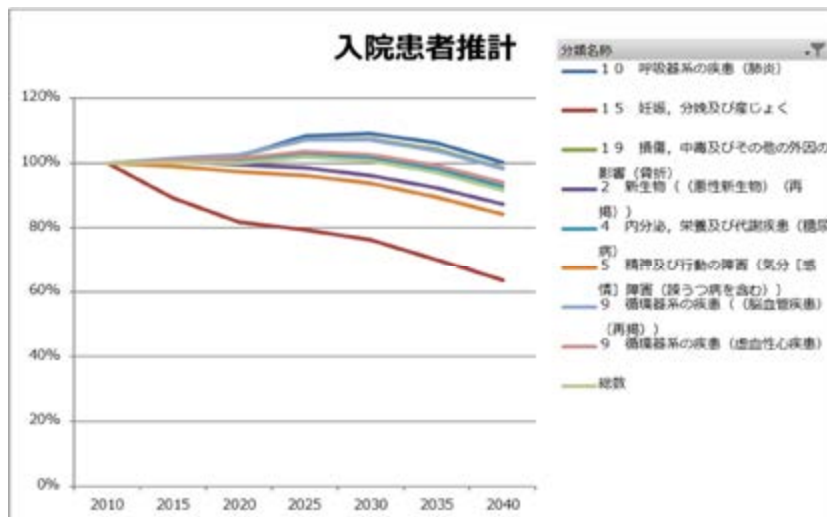
- ・1:人口推移(1990～2040)
- ・2: 年齢階級別人口推移(1990-2040)
- ・3:人口ピラミッド(1990～2040)
- ・4:入院・外来患者推計(2010～2040)

奈良市の外来患者推計



外来患者推移推計(2010年を100%としたときの相対値で表示)

奈良市の入院患者推計



入院患者推移推計（2010年を100%としたときの相対値で表示）

Ⅲ 事例報告

(定型テンプレートを用いて)

在宅医療の確保の取り組み (兵庫県但馬圏域)

<在宅資源等の特徴>

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

<対策の特徴>

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

兵庫県豊岡保健所
柳 尚夫

但馬圏域の状況（Ⅰ）

<地域概要>

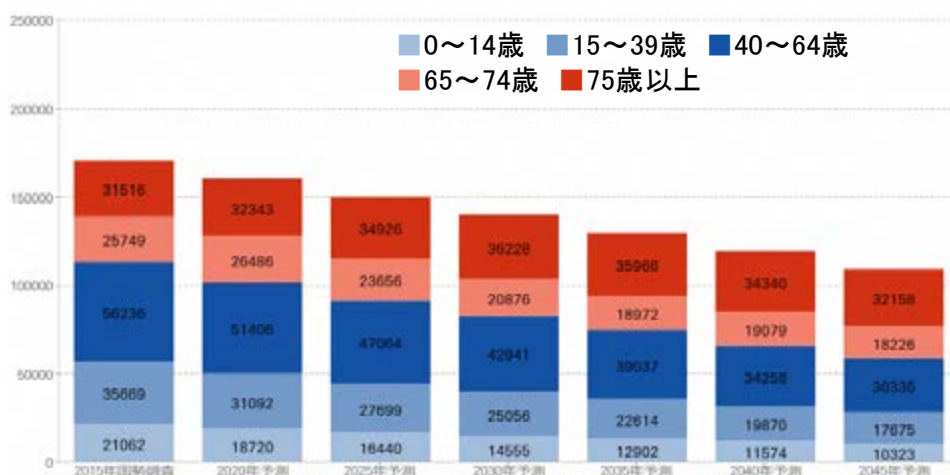
兵庫県但馬圏域は、日本海に面した2,133km²平方キロの広大な面積（東京都とほぼ同じ）で、東は京都府と西は鳥取県と接している。現在の人口は16.2万人（2019.1.1推計）、高齢化率35.1%（2019.2.1推計）で、2025年には人口は15万人で高齢化率は38.5%になると予想される高齢化の進んだ過疎地域である。圏域内の3市2町（人口、高齢化率）は、豊岡市（7.9万人、33.1%）、朝来市（3.0万人、34.6%）、養父市（2.3万人、37.9%）、香美町（1.7万人、39.8%）、新温泉町（1.4万人、38.9%）である。圏域内には、豊岡、朝来の2保健所があり、企画部門がある豊岡保健所が地域医療構想等の会議の事務局を担っている。

但馬圏域の状況（Ⅲ）

<医療介護の需要予測>

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

但馬の人口構成予想（JMAP）



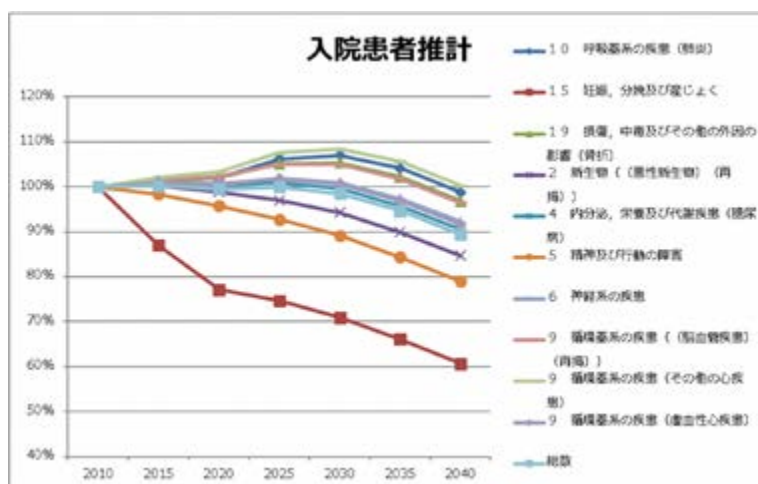
医療介護需要予想指数の但馬圏域と全国の比較（JMAP）

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

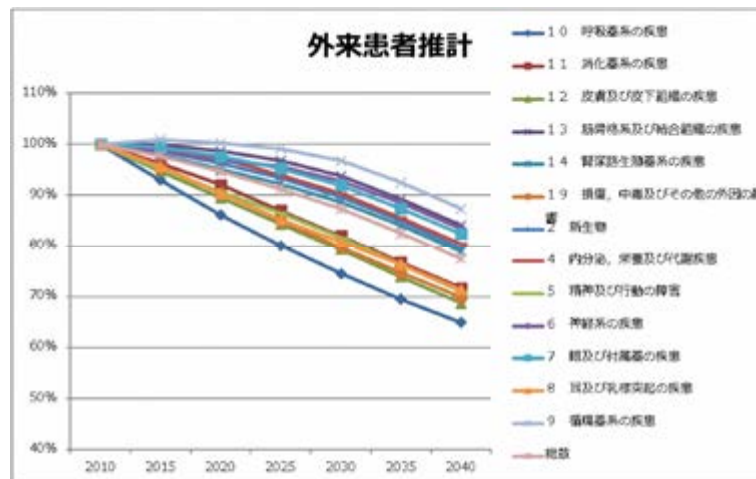


傷病別入院患者数の推移（但馬）

（産業医科大学松田晋哉教授提供：AJAPA）



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



但馬圏域内の公立病院の許可病床（令和2年4月）

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

病床種類別の病床数(但馬と全国の比較) JMAP

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

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

	病床数	人口10万人あたりの病床数	
	但馬圏域	但馬圏域	全国平均
一般診療所病床	34	19.97	73.45
病院病床(全区分計)	1,928	1,132.57	1,216.46
一般病床	1,164	683.77	708.15
精神病床	556	326.61	257.50
療養病床	197	115.72	244.67
結核・感染症病床	11	6.46	4.73

但馬圏域の状況 (Ⅳ)

<在宅医療の現状>

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

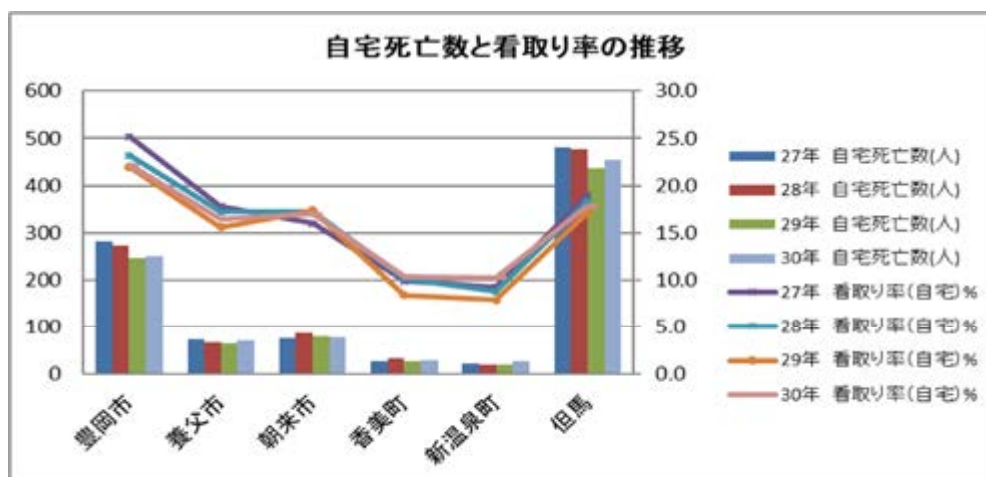
JMAP 但馬圏域と全国の比較

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

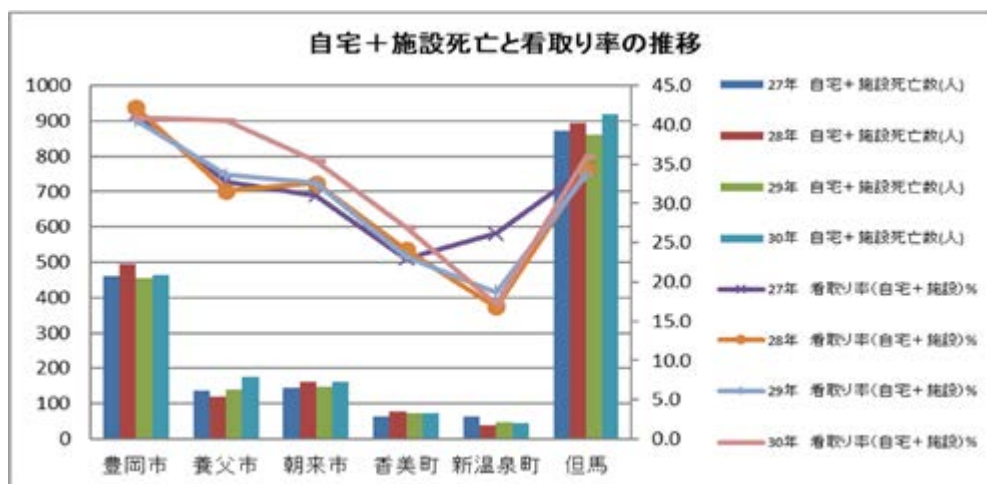
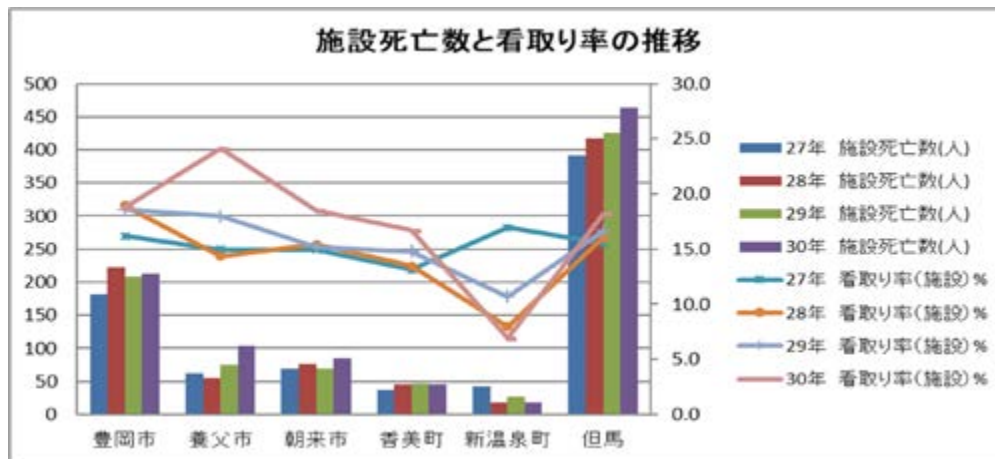
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

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

市町別自宅死亡数と看取り率の推移



市町別施設死亡数と看取り率の推移 (老人ホーム＋老人保健施設)



地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅰ）

- ①入退院支援ルールの作成と運用状況の評価を行い、毎年実態調査に基づくルール改正を行っている。病院からは高齢者の退院がスムーズになったと評価を受けており、ケアマネジャーからは退院における地域の混乱が減少したと評価されている。
- ②急性期の入院需要の減少で、空床が増加し経営悪化につながっている現状を医師不足が原因と捉えていた病院関係者が、会議を通じて医療需要の推移と在宅医療支援のための病床の必要性を理解し、総病床は減らしながら急性期病床の地域包括ケア病床への転換するようになった。結果的に、総稼働病床数は1,493床（2016年）から1,380床（2018年）と必要病床数に近づき、地域包括ケア病床が、36床（2016年）から185床（2019年）と増加し、不足している回復期病床が増加した。

地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅱ）

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

地域包括ケア病床の推移

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

在宅医療の課題と対策

<課題>

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

<分析と見通し>

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

在宅医療の確保の取り組み (兵庫県丹波圏域)

＜在宅資源等の特徴＞郡部

- ①管内2市の在宅医療の主体が対照的（丹波市：開業医主体、丹波篠山市：病院主体）
- ②丹波市の人口当たりの療養病床は全国平均の2倍強。在宅医療を担う開業医は高齢化が進み、今後の訪問診療の供給は減少見込み。地域医療構想どうりに療養病床削減が進むと2025訪問診療需要に応えられない。
- ③丹波篠山市にある4病院は全て在支病であり、それぞれ病院、在宅医療・介護、施設を法人内に持つ。訪問診療の供給は潤沢。

＜対策の特徴＞

- ①丹波市では、医師会の同意を得て、市と協働し、3病院（市内1、市外1、圏域外1）に将来の在宅医療への参入を呼びかけ合意を得た。また、市内2病院が在宅療養後方支援病院になった。
- ②丹波篠山市の在支病は赤字体質のため経営基盤強化への支援の協議を市と開始。

兵庫県丹波保健所
逢坂 悟郎

丹波圏域の状況（Ⅰ）

＜地域概要＞

兵庫県丹波圏域は、総面積は871km²（東京23区より広い）で、丹波市、丹波篠山市の2市からなり、東は京都府と接している。神戸市から約50km、大阪市・京都市から約60kmと京阪神大都市圏に近接している。現在の人口は10.2万人、高齢化率32.4%（2019.12.1推計）で、2025年には人口は9.5万人で高齢化率は36.6%になると予想される。高齢化の進んだ郡部地域である。

圏域内の2市（人口、高齢化率）は、丹波市（6.2万人、32.4%）、丹波篠山市（3.9万人、32.6%）である。両市の中心部は距離的に離れており、在宅医療・介護は各市ではほぼ完結している。入院医療も市をまたいでの入院は比較的少なく、むしろ圏域外への入院が少なくない。

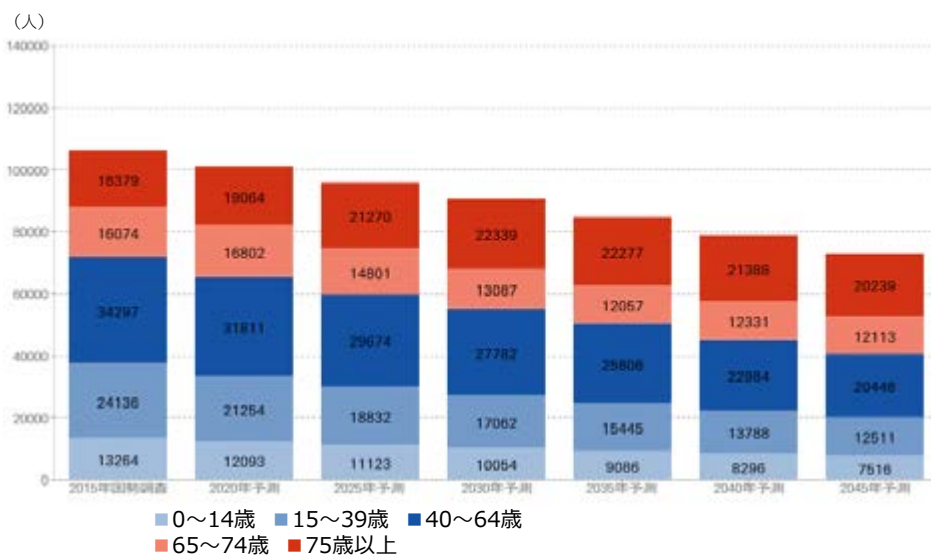


丹波圏域の状況（Ⅱ）

< 医療介護の需要予測 >

- 1) 医療については、前期高齢者を含めて、人口の減少があるため、全体の需要、特に外来医療の需要は減少の一途をたどる。
入院医療は、肺炎や脳血管疾患などの医療需要は一時的に増加するが、10%以内であり、全体では、2030年以降減少する。
- 2) 介護需要は、2030年までは上昇するが、それ以降は減少する。
- 3) 生産年齢人口の減少率は大きいため、需要の減少以上に担い手確保が大きな課題となる。

丹波圏域の人口構成予想（JMAP）



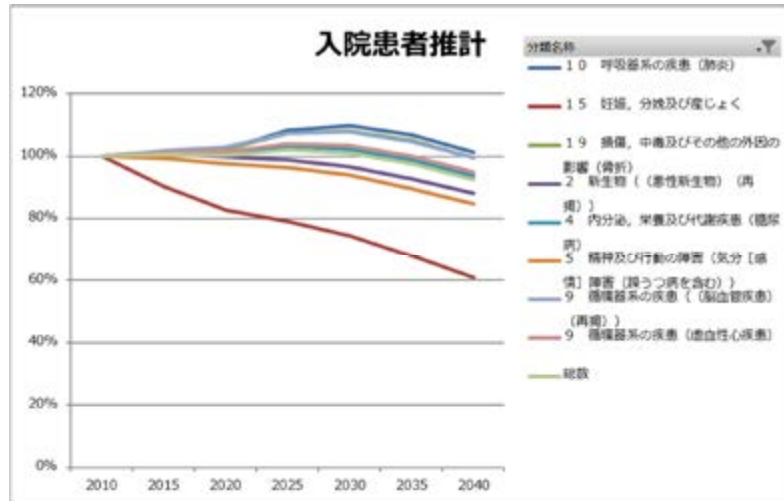
医療介護需要予想指数の丹波圏域と全国の比較（JMAP）

(2015年実績=100)

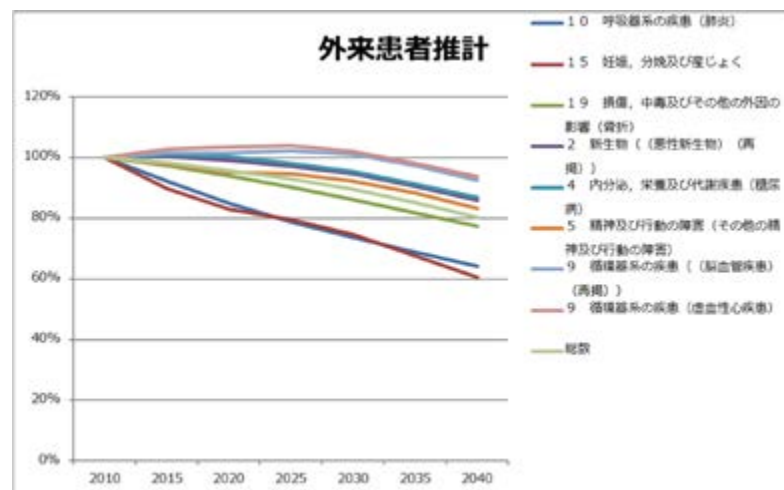
■ 医療:丹波圏域 ■ 医療:全国平均
 ■ 介護:丹波圏域 ■ 介護:全国平均



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



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



丹波圏域の状況（Ⅲ）

<医療の特徴・病院>

- 丹波市には、県立病院（320床）が1、民間病院は一般療養型病院（一般病床：60床、療養病棟入院料1：325床）が1、精神科病院1（含認知症病床60床）がある。療養病床数は人口10万人あたり503床（全国平均225床）と全国平均の2倍以上ある。人口6.2万人の地域に療養病棟と認知症病棟を足して385床の長期療養病床が存在することが特徴。
- 丹波篠山市には、200床未満の民間病院が4あり、一般療養型病院が1、療養型病院が1、一般（含む回復期）が1、一般病院が1、有床診療所（産科）が1ある。各民間病院は、すべて在支病であり、医療・介護複合体の形態をなしている。

病床種類別の病床数(丹波と全国の比較) JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

	病床数	人口 10万人あたりの病床数	
	丹波圏域	丹波圏域	全国平均
一般診療所病床	12	11.8	73.5
病院病床(全区分計)	1,371	1,344.1	1,216.5
一般病床	654	641.2	708.2
精神病床	267	261.8	257.5
療養病床	446	437.3	244.7
結核・感染症病床	4	3.9	4.7

丹波圏域の市別の病床（令和2年4月）

		一般	療養	精神	回復期	地域包括	感染症	計
丹波市	県立丹波医療センター	271				45	4	320
	大塚病院	60	325					385
	香良病院			267 (認知症60)				267
丹波篠山市	ささやま医療センター	92			44	44		180
	岡本病院	94	46					140
	にしき記念病院	39				9		48
	山鳥病院		31					31
	計	556	402	267	44	98	4	1,371

病床種類別の病床数(両市と全国の比較) JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

	病床数		人口10万人あたりの病床数		
	丹波市	丹波篠山市	丹波市	丹波篠山市	全国平均
一般診療所病床	0	12	0	30.7	73.5
病院病床(全区分計)	972	402	1567.7	1030.8	1,216.5
一般病床	331	269	533.9	689.4	708.2
精神病床	267	0	430.6	0	257.5
療養病床	325	121	524.2	310.3	244.7

丹波圏域の状況（Ⅳ）

<介護の特徴>

- 入所型介護施設の定員数は、丹波市では全国平均より少ないが、丹波篠山市は全国平均なみである。
- 訪問介護は両市とも事業所数が少ない。
- 通所介護は丹波市で全国平均より多い。
- 介護職員は両市とも全国平均より少ない。

<介護の特徴>（JMAP）

（75歳以上1千人あたり定員数）			
	丹波市	丹波篠山市	全国
入所定員数（入所型）	68.20	79.05	77.82
入所定員数（特定施設）	2.24	0	19.19
（75歳以上1千人あたり施設数）			
訪問型介護施設数	2.15	2.07	3.47
通所型介護施設数	5.12	2.63	3.66
（75歳以上1千人あたり人員数）			
介護職員（常勤換算人数）	62.35	64.72	76.53

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

丹波圏域の状況(V－Ⅰ)

<在宅医療の現状：丹波市>

- 丹波市では開業医を中心に取り組んでいる。2015年の保健所独自調査では、**2015年の訪問診療患者数は157人であり、2025年の需要推計が434人であるので、10年後には供給を2.8倍にする必要がある**という結果であった。開業医のもう一つの課題として高齢化があり、70才代が25%であった。新規開業については、6年間で3名の内科医の開業があったが全て50才代であり、今後、在宅医の高齢化が進めば、訪問診療の供給がさらに減少する可能性もある。
(2025年の需要想定434人は地域医療構想推計ツールより：地域医療構想推計どおり療養病床の転換・削減することが前提)
- 2015年の訪問診療需要が157人と少数であるが、在宅要介護者が重度化すると家族が医療療養病床等（400床弱）に入院させる傾向がある。これが訪問診療需要を減少させていると考えられる。

丹波圏域の状況(V－Ⅱ)

<在宅医療の現状：丹波篠山市>

- 丹波篠山市では、4ヵ所の在支病を中心に在宅医療に取り組んでいる。保健所独自調査では、2015年の訪問診療患者数は病院199人に対し、開業医61人であり、計260人であった。2025年の需要想定が272人であるので、2015年の時点ですでに2025年のレベルに達していた。
- 在支病は在宅医として都市部から非常勤医で雇用しているので、医師の高齢化の影響は受けにくい。また、医療・介護複合体は「囲い込み」の側面はあるが、少ない人材で効率的にサービス提供できるメリットは魅力的である。

<看取り率について>

- 自宅看取り率は両市とも10%、施設看取りを加えると丹波市は16%、丹波篠山市30%が病院外で看取られている。
- 両市とも病院での看取りが主であるが、丹波篠山市は施設看取りが若干多い。市民アンケートでは、両市とも「自宅で介護を受けたい」との回答が60%程度であるが、介護家族の希望（丹波市は入院、丹波篠山市は入院・入所）が強く反映し、自宅看取り率は全国平均13.7%より低い。しかし、患者からの不満は表だって出てこない。

JMAP 管内両市と全国の比較

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

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

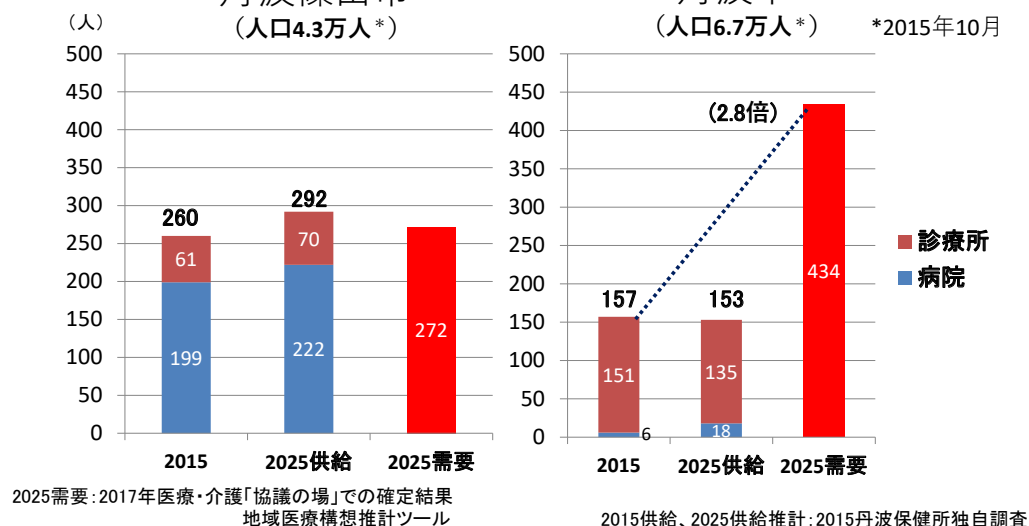
	施設数		人口10万人あたりの施設数		
	丹波市	丹波篠山市	丹波市	丹波篠山市	全国
在宅療養支援診療所 1	0	0	0	0	0.16
在宅療養支援診療所 2	1	0	1.6	0	2.59
在宅療養支援診療所 3	8	2	12.9	5.1	8.92
在宅療養支援診療所 合計	9	2	14.5	5.1	11.67
在宅療養支援病院 1	0	1	0	2.6	0.16
在宅療養支援病院 2	0	0	0	0	0.30
在宅療養支援病院 3	0	3	0	7.7	0.71
在宅療養支援病院 合計	0	4	0	10.3	1.17

受け持つ訪問診療患者数（病院・診療所別）

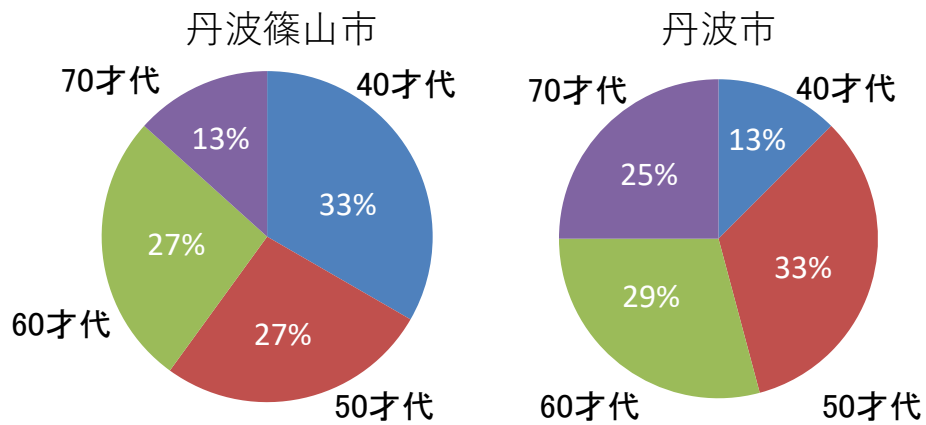
丹波篠山市
(人口4.3万人*)

丹波市
(人口6.7万人*)

*2015年10月



在宅医療を実施している診療所の医師年齢層



両市を比較すると、丹波市の在宅医は40代が少なく、70代が多く、全体に高齢化が著しい。

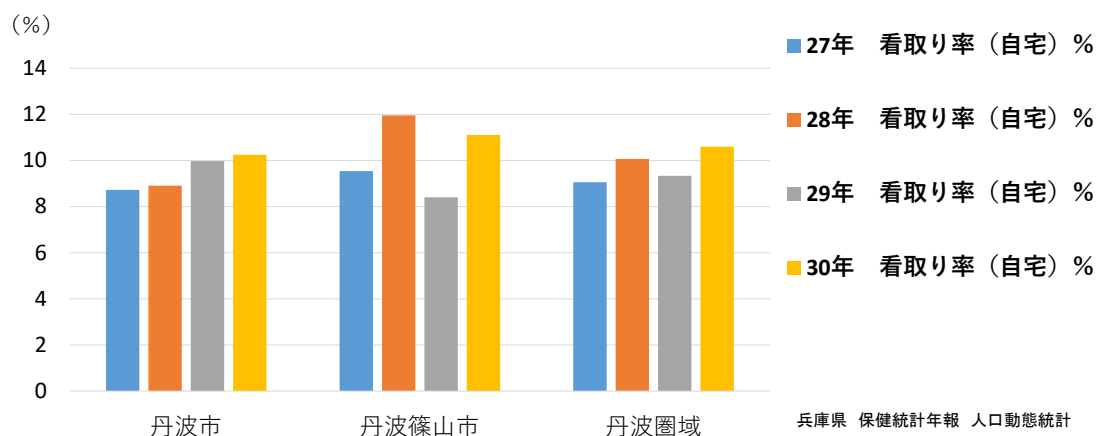
2015丹波保健所独自調査

丹波市 訪問診療を期待できる新規開業は6年で3名

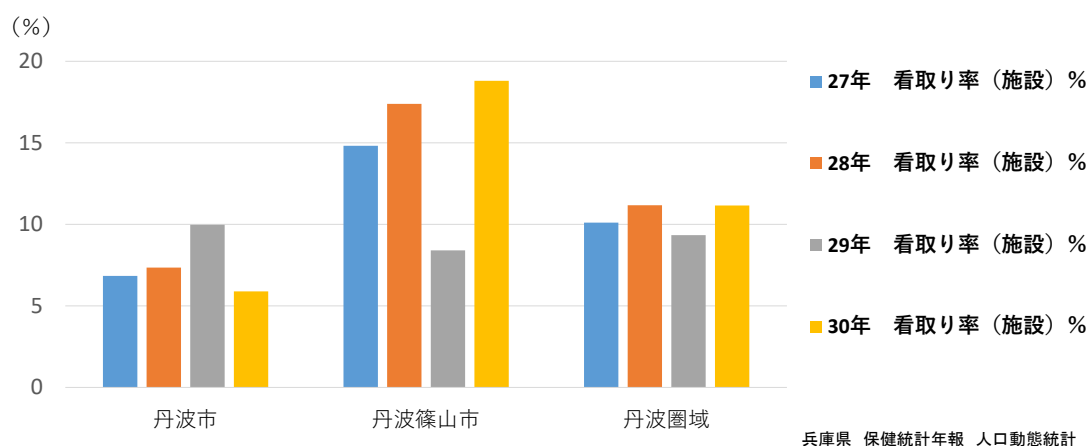
年度	開設時 年齢	年度中 開設診療所数	診療科目	在宅医療
25	57	1	内	なし
26		0		
27	59	1	内	なし
28	50	1	内	在支診2
29		0		
30		0		

丹波市で訪問診療を期待できる新規開業する医師は2年に1名程度であり、いずれも50才を超えている。そのうちで、在宅医療を担っているのは1名だけである。(所内資料より)

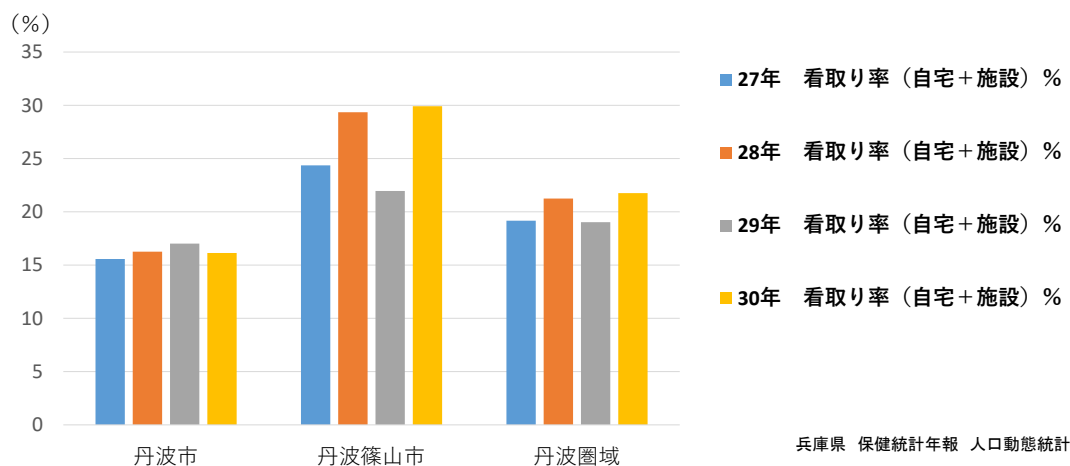
市別の看取り率（自宅）の推移



市看取り率（施設）の推移 （老人ホーム別＋老人保健施設）



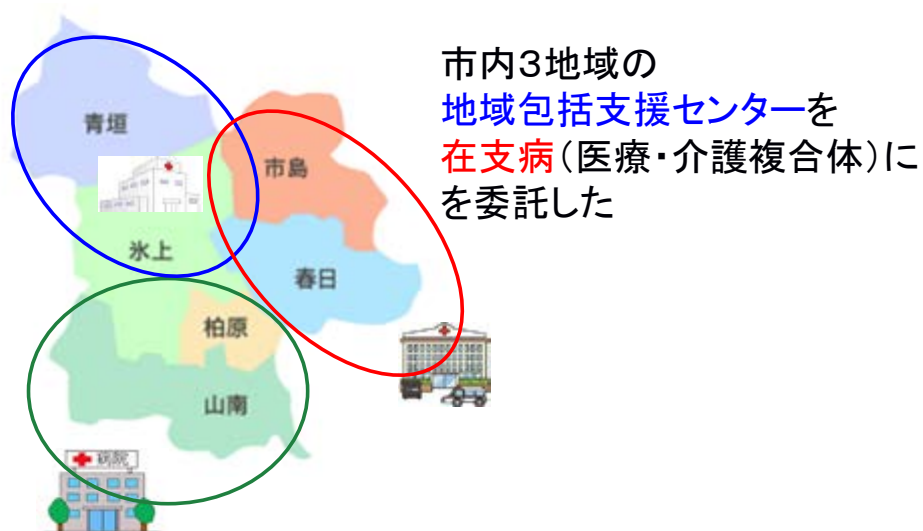
市別の看取り率（自宅＋施設）の推移



地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅰ）

- ①管内の入退院調整ルール作成と年2回の運用状況の評価を行い、毎年実態調査に基づくルール改正を行っている。病院からケアマネジャーへの退院調整なく退院した患者は、ルール作成前29%であったが、直近では14%に減少した。
- ②丹波市では、高齢化した在宅医でも訪問診療、往診を継続できるように、市内2病院が在宅療養後方支援病院となり、在宅医から事前登録を受けた患者につき、急変時に入院させるシステムができた。
- ③地域医療構想調整会議にて、丹波市医師会から「開業医のみでは2025年の訪問診療需要に応えることはできない。病院に在宅医療に参入を求める。」との発言があった。丹波市には200床未満の病院がないので、地域包括ケア病床に転換を促すことで在宅医療に参入する手法が使えない。そこで、保健所・丹波市役所が協力し、市内1病院、市外1病院、圏域外1病院に「将来、訪問診療供給が不足した場合、丹波市の在宅医療に参入してほしい」、「その準備として地域包括支援センターの委託を受けてほしい」と交渉し同意を得た。

丹波市の地域医療・介護戦略



地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅱ）

- ④丹波篠山市の4か所の在支病は、医療・介護複合体の形態をなしている。
法人内では、すでに医療・介護連携、医療連携がほぼ成立しており、少ない医療・介護職員で効率的にサービス提供を行っている。
- ⑤課題は、人口減少のため入院・外来患者の減少が進み、各民間病院の経営が悪化していることで、これに新型コロナの流行で患者の入院・受診控えが追い打ちをかけている。中核的な2病院は、急性期、慢性期等の各分野で競合し、これが経営の悪化に影響している。そこで、県庁・保健所の調整のもと丹波篠山市役所を加えた4者において、将来的な再編統合を見据えた協議を開始した。

在宅医療の課題と対策

<課題>

- 1) 丹波市：将来の在宅医療を担う3病院のスムーズな在宅医療参入
- 2) 丹波篠山市：4在支病（医療介護複合体）の安定経営

<分析と見通し>

- 1) 丹波市で推計どおりに2025訪問診療需要が増大した場合、新たに在宅医療に参入する予定の3病院と開業医は、連携しつつ在宅医療を継続していくことになる。その際、地域包括支援センター、市・保健所の連携調整が必要となる。
- 2) 丹波篠山市の在宅医療・介護は、ほぼ4在支病（医療介護複合体）が担っているが、人口減少に伴い、入院、外来患者数が減少しつつあり、経営基盤は弱体化している。今後、4在支病（医療介護複合体）の病床削減、各法人の役割分担を行い、経営基盤を強化する必要がある。

在宅医療の確保の取り組み (高知県安芸圏域)

<在宅資源等の特徴>

- ①急性期・回復期病床の不足が深刻（バックベッド不足）
- ②看護、介護の資源・人材不足
- ③入退院調整ルールの運用は順調、訪問診療・往診は一定確保

<対策の特徴>

- ①急性期・回復期病床38床増床によるバックベッドの確保
- ②多職種参加の地域包括ケア推進協議体
- ③市町村ごとの状況に応じた支援

高知県安芸福祉保健所
福永 一郎

安芸圏域の状況（Ⅰ）

<地域概要>

- 1) 所管市町村は、室戸市、安芸市、東洋町、奈半利町、田野町、安田町、北川村、馬路村、芸西村の2市4町3村。管内面積（1,128.52km²）は、県全体の15.9%を占め、沿岸部と山間地域の特性を合わせ持つ小規模自治体が多い。また、沿岸地域に人口が集中しており、南海トラフ地震の発生に伴う対策が重要となっている。
- 2) 管内人口は、令和元年10月1日現在、44,329人（高知県推計人口）で、このうち65歳以上が20,007人、高齢化率は45.1%となっている。平成27年国勢調査時に比べ人口で4,021人の減少となる一方、高齢化率は4.4%の上昇となっている。出生は人口動態調査票受付数によると平成28年226人、平成29年239人、平成30年212人と推移している。
- 3) 管内では、壮年期の男性の年齢調整死亡率が全国及び県よりも高く、生活習慣病が死亡の原因の半数を超えている。また、糖尿病の年齢調整死亡率は、全国及び県より高くなっている。

高知県安芸保健医療圏 (高知県安芸福祉保健所管内)

※高知県では「保健医療圏」
という名称を用いている
安芸福祉保健所からの距離

芸東地区	
東洋町役場	71.5km
室戸市役所	38.9km
中芸地区	
奈半利町役場	15.6km
田野町役場	14.3km
安田町役場	11.3km
北川村役場	19.0km
馬路村役場	30.4km
安芸地区（芸西地区）	
安芸市役所	100m
芸西村役場	10.9km
高知県庁	38.6km



安芸圏域の状況（Ⅱ）

< 医療の特徴・病院 >

入院医療

県立病院が1（急性期、回復期－地域包括ケア病床、精神、結核）、民間病院は一般病床（急性期＋回復期－リハビリテーション病床）の病院が1、一般病床（慢性期）＋医療療養型の病院1、医療療養＋介護療養型の病院1、精神＋医療療養1、精神単独1、有床診療所4がある。

一般病床の医療計画上の基準病床は500床で、既存病床数は481床である。一般病床のうち36％が県立病院にある。急性期のある民間病院に一般病床19床（地域包括ケア病床19床が新規開設増床）予定である。

有症診療所は4、診療所の病床数は48床である。現在、急性期をみる病院がない室戸市に、急性期対応の19床の市立有床診療所が開設予定である。

一般病床のみ

安芸福祉保健所管内の 入院医療の状況



【芸東地区】

室戸市内には、急性期、回復期の病床はなく（50床の病院が平成29年に入院休止、廃院）、室戸市中心部から急性期・回復期病床のある民間病院まで車で30分、県立病院まで55分を要する。

東洋町の入院医療は、徳島県（隣接医療圏の基幹病院である県立病院まで車で20分程度）へ依存している。管内の県立病院までは概ね100分程度かかる療養病床の病院が1、精神単科病院が1ある。

【中芸地区】

中芸5町村には、急性期＋回復期のある民間病院があり、県立病院までは車で20～60分程度である。有床診療所が1ある。

【安芸地区（芸西地区）】

安芸市には、県立病院と、一般病床（慢性期）＋医療療養型の病院1（救急告示病院でもある）がある。有床診療所が1ある。

芸西村には病院1カ所（精神科と内科。認知症中心）がある。管内県立病院と隣接圏域（中央圏域）の県下第二の都市とは、車での所要時間が同じ程度であるため、村民は、中央圏域への指向がある。有床診療所が1ある。

安芸圏域の状況（Ⅲ）

<医療介護の需要予測>

- 1) 医療需要について、外来医療は、一貫して減少する。入院医療は、高齢者が罹患する主な疾患について、2025年までは横ばいで推移するが、以降一貫して減少する。
- 2) 介護需要は、2025年までは横ばいで推移するが、以降一貫して減少する。
- 3) 労働者人口の減少率は大きいため、需要の減少以上に担い手確保が大きな課題となる。

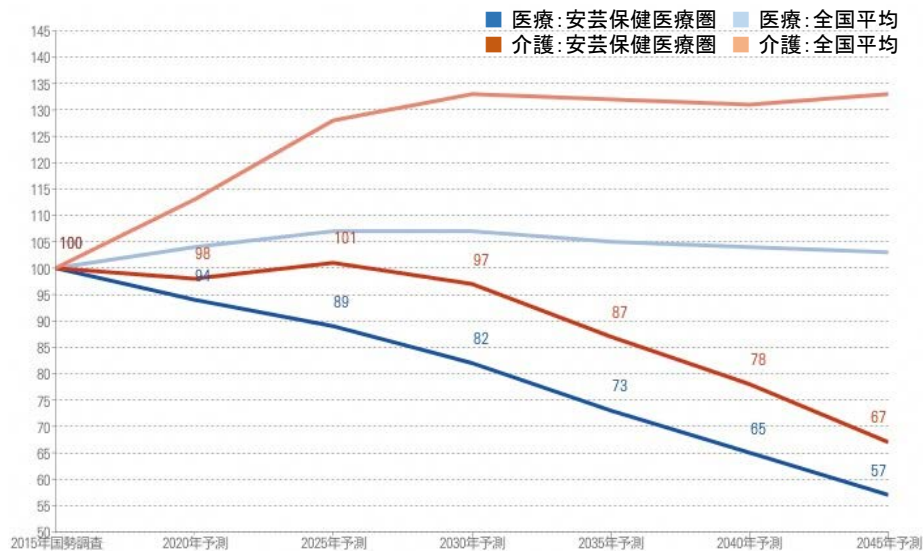
※ 老年人口はすでに減少しており、ニーズ量の増加は過渡的現象であることを留意した上での整備が求められる（供給量の検討は長期の展望が必須）。

在宅医療介護資源を含め、民間に依存した整備については、長期的な経営ビジョンが描けないため、及び腰になる可能性が高く、2035年以降を見越した公共戦略が必要である。

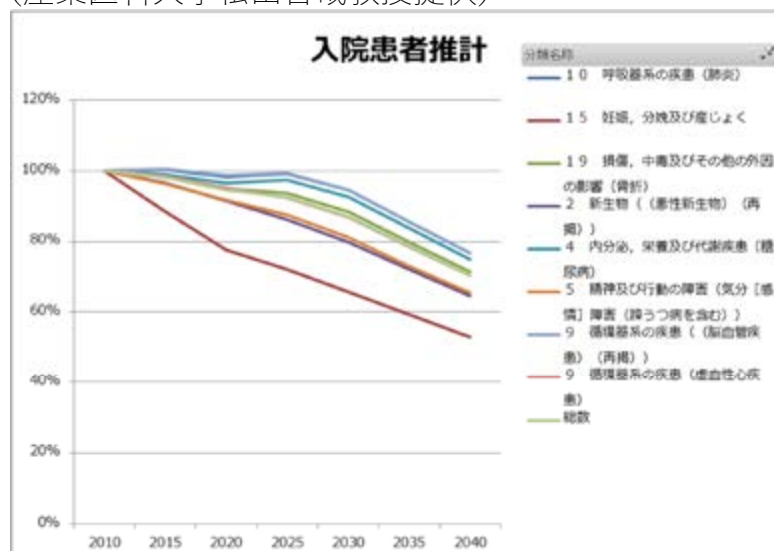
安芸の人口構成予想（JMAP）



医療介護需要予想指数の安芸圏域と全国の比較（JMAP）

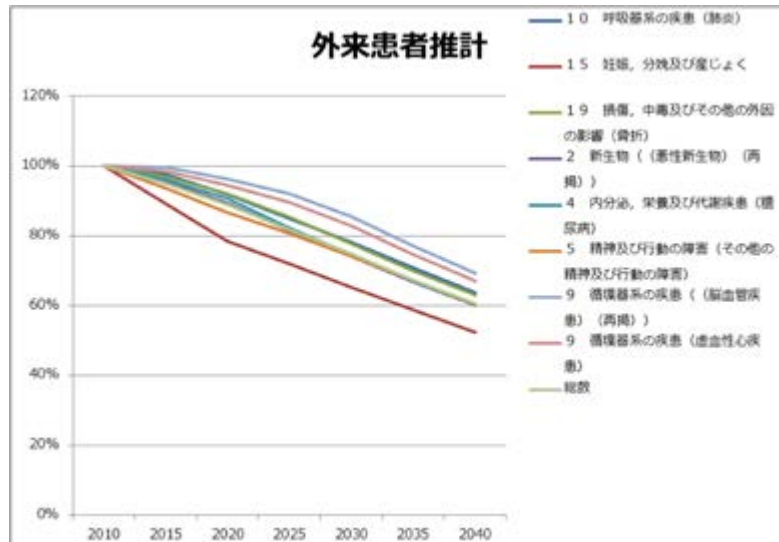


傷病別入院患者数の推移（安芸） （産業医科大学松田晋哉教授提供）



傷病別外来患者数の推移（安芸）

（産業医科大学松田晋哉教授提供）



安芸圏域内の公立病院の許可病床（令和2年4月）

	一般	療養	精神	結核	感染症	計
高知県立あき総合病院	175 うち、 地域包括ケア病床45	0	90	5	0	270
計	175	0	90	5	0	270

高知県立あき総合病院は、地域医療再生計画により、旧県立安芸病院と旧県立芸陽病院（精神科単科病院）が併合して設置された

病床種類別の病床数(安芸と全国の比較) JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	病床数	人口10万人あたりの病床数	
	安芸圏域	安芸圏域	全国平均
一般診療所病床	51	105.48	73.45
病院病床(全区分計)	891	1,842.81	1,216.46
一般病床	299	618.41	708.15
精神病床	411	850.05	257.50
療養病床	176	364.01	244.67
結核・感染症病床	5	10.34	4.73

(参考)

医療機関 所在地	医療機能	平成37(2025)年 医療需要(病床数)		平成37(2025)年 必要病床数
		<医療機関所在地ベース>	<患者住所地ベース>	
安芸	高度急性期	0(10未満)	57	0
	急性期	89	199	199
	回復期	142	268	205
	慢性期*	119	225	225以上
	小計	350	749	629以上

病床区分等		病床数				
		高知県計	安芸区域	中央区域	高幡区域	幡多区域
医療 療養 病床	療養病床入院基本料1(20対1)	2,892	48	2,422	177	245
	療養病床入院基本料2(25対1)	1,089	92	758	101	138
	回復期リハビリテーション病床	688	0	561	42	85
介護療養病床		1,863	36	1,513	128	186
未届等		6	0	6	0	0
合計		6,538	176	5,260	448	654

安芸圏域の状況（Ⅳ）

<慢性期の医療・在宅医療の現状>

高知県では、入所（老健等）及び居宅（有料老人ホーム、認知症グループホーム等）の代替として、療養病床を使ってきた歴史がある。つまり、医療から介護への転換が進んでいない。（少なくない人数が入所、居宅で可能なレベルの）医療療養、介護療養をかなりの部分中央圏域に依存している。これらの中央圏域の療養病床が急速に減少した場合は、急性期－回復期退院後の行き先の確保に大きな問題が出て、在宅医療の整備は短期中期に必要となる。

安芸圏域の状況（Ⅴ）

<在宅へつなぐまでの入院確保の問題>

回復期病床は大幅に不足しており、地域医療構想では、急性期病床（不足）及び慢性期病床（ほぼ充足レベル）は圏域内でまかなうが、「回復期病床（大幅に不足）」の半数以上は中央圏域に依存する計画となっている。

※ これらの病床は「在宅療養患者の急変時等に対応・受入」する「バックベッド」にもなるので、在宅医療推進の大きな障害となる。

求められる医療の仕組み

急性期 回復期 慢性期

急性期病棟 回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟

新規発症

在宅 居宅施設 療養病床 介護医療院

退院

一時的入院

「ときどき入院ほぼ在宅」
(肺炎、脱水、尿路感染症など)

地域包括ケア病棟

急性期病棟
(やや重症なもの)

急性期病院1

急性期病院(正確には一般病床)2

療養病床
施設
在宅

キャパシティオーバーの場合は
中央の圏域へ！

一時的入院

在宅、居宅、施設

急性期病棟

新規発症

現在安芸圏域は急性期50床が丸々消滅し、キャパシティオーバーが頻発している

(図表 9-3-7) 構想区域間の患者流入の状況（平成 37（2025）年の推計結果）[※]（参考）

期	県内流入（人/日）	県外流入（人/日）
高度急性期	18.5	30.6
急性期	33.9	79.4
回復期	37.0	102.7
慢性期	21.0	96.9

※ 10人/日未満の流入は録く

地域包括ケア病床の推移

	H27年度末	H28年度末	H29年度末	H30年5月	H30年10月	H31年1月	H31年4月	R1.6.月
県立あき総合病院	45床	45床	45床	45床	45床	45床	45床	45床
計	45床	45床	45床	45床	45床	45床	45床	45床

中芸地区（田野病院）に地域包括ケア病棟19床が新規開設予定

安芸圏域の状況（Ⅵ）

<慢性期の医療・在宅医療の現状>

高知県では、入所（老健等）及び居宅（有料老人ホーム、認知症グループホーム等）の代替として、療養病床を使ってきた歴史がある。つまり、医療から介護への転換が進んでいない。（少なくない人数が入所、居宅で可能なレベルの）医療療養、介護療養をかなりの部分中央圏域に依存している。これらの中央圏域の療養病床が急速に減少した場合は、急性期－回復期退院後の行き先の確保に大きな問題が出て、在宅医療の整備は短期中期に必要となる。

附) 在宅（居宅）生活に係る要因

ひとり暮らし世帯・高齢者のみ世帯の増加、家族介護者の不在、介護力不足

- ・各市町村とも介護予防に力を入れようとしている。
- ・入退院調整時の生活面でのプランニングの充実。

低所得者が多く、貯金がなく、国民年金あるいは年金保険料が未納で年金があてにできない世帯が多い。

- 居宅型有料ホーム、介護付き有料ホーム、認知症グループホーム、サ高住では、生活費が払えず、ニーズを満たせない。在宅で難しくなると、老健、特養、医療療養、介護医療院（現在、介護療養は36床）が現実的選択。低所得者でも入れるホーム（養護老人ホーム、ケアハウス）、生活保護（東洋町、室戸市、奈半利町は保護率が非常に高い）の利用も視野にある。
- 在宅生活を支援するため、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の整備（県マター）。少しずつだが整備は進んでいる。

安芸圏域の状況（Ⅶ）

<在宅医療の課題>

- 1) 在支診、在支病
一定は確保されているが、診療所の医師が高齢化。在宅看取りは市町村差が大で、訪問診療の供給量と関係がない。
- 2) 訪問看護ステーション
人材が少ない。零細経営が多い。確保は膠着している。絶対的に足りない。移動に長時間かかりランニングコスト高い。24時間対応がなくなった。
- 3) (附) 訪問介護
人材が少ない。零細経営が多く不安定である。移動に長時間かかりランニングコスト高い。
- 4) (附) 訪問薬剤師
一人薬局が多い（訪問が難しい）。県全体では前に動き出している。
- 5) 医療資源は、地区による違いが大きく（圏域内の均質性が少ない）、いわゆる一次医療圏単位での検討が必要（高知県医療計画では一次保健医療圏を設定し、市町村としている）。

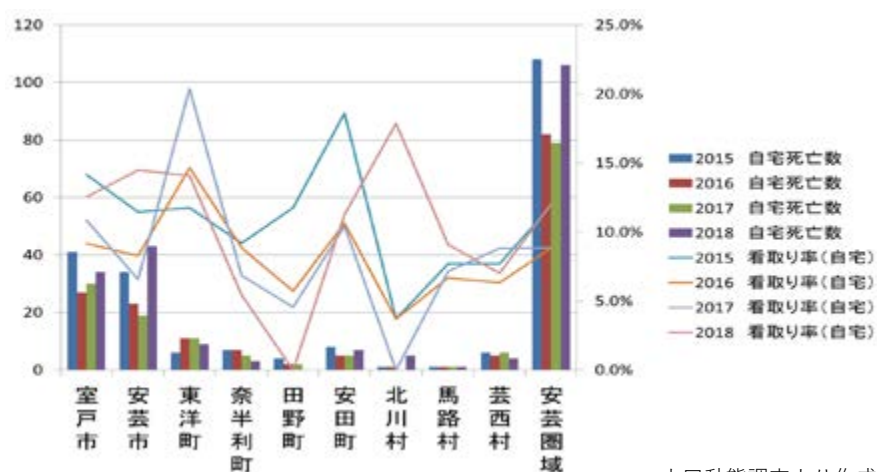
JMAP 安芸圏域と全国の比較

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

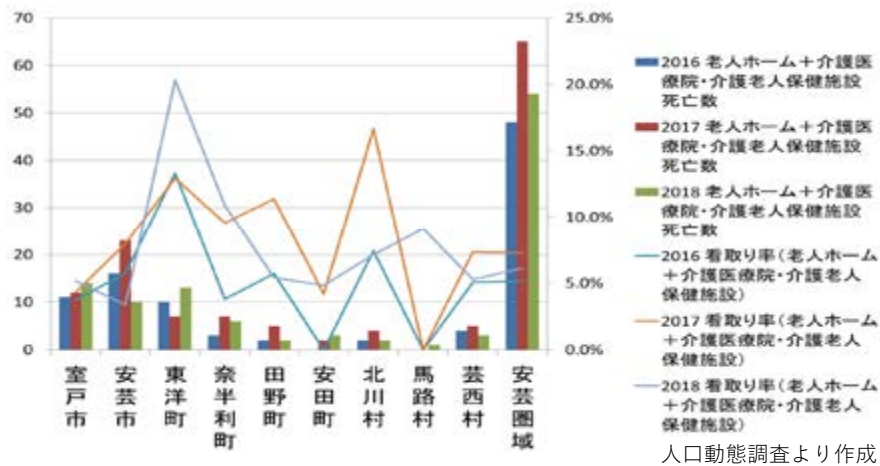
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	安芸圏域 施設数	人口10万人あたりの施設数	
		安芸圏域	全国
在宅療養支援診療所 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援診療所 2	0	0.00	2.59
在宅療養支援診療所 3	5	10.34	8.92
在宅療養支援診療所 合計	5	10.34	11.67
在宅療養支援病院 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援病院 2	0	0.00	0.30
在宅療養支援病院 3	1	2.07	0.71
在宅療養支援病院 合計	1	2.07	1.17

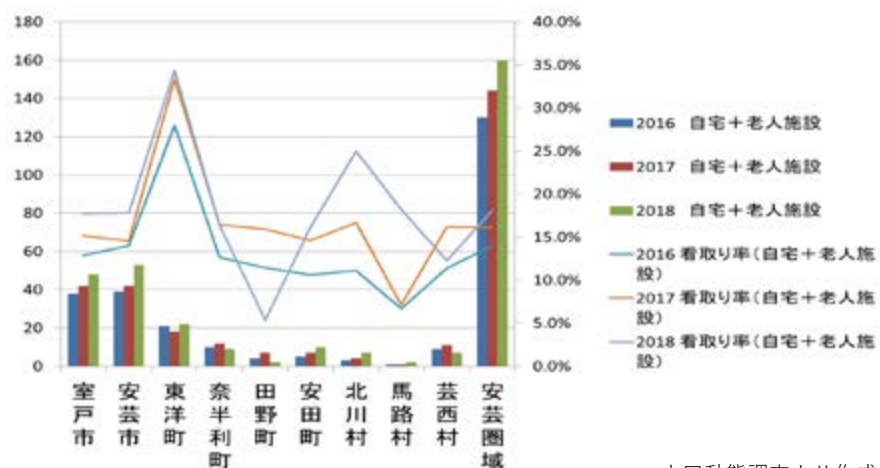
市町別自宅死亡数と看取り率の推移

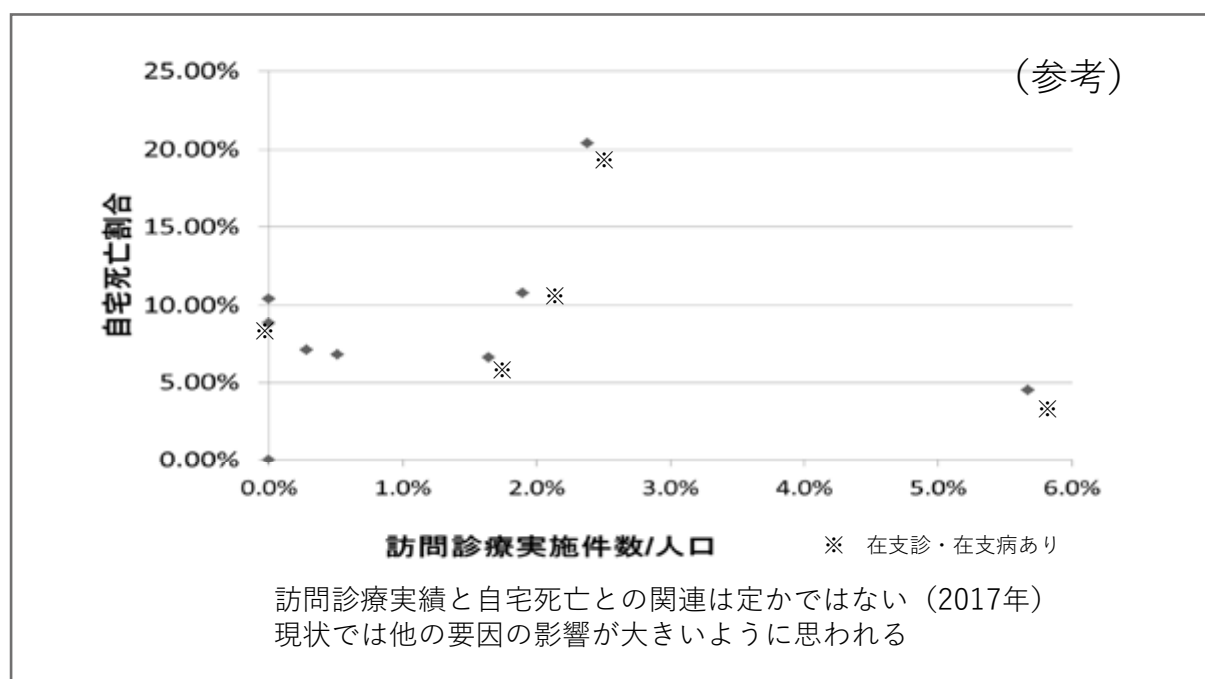


市町別施設死亡数と看取り率の推移 (老人ホーム＋老人保健施設)



市町別施設死亡数と看取り率の推移 (自宅＋老人ホーム＋老人保健施設)





市町村（一次保健医療圏）別の検討

【芸東地区】

・室戸市

急性期病院が廃院となったことを契機に、市の医療計画を策定し、整備を進めている。19床の一般病床の市立有床診療所を開設する。基幹病院等から在宅までのつなぎや、在宅患者の肺炎等短期入院対応、将来的には救急医療を担う。

訪問診療あるいは往診は、比較的活発に行われており、医師同士の連帯・協調・協力関係も十分にあるが、医師の高齢化が問題である。

市立の無床診療所（令和2年度より常勤医を確保）と、療養病床をもつ病院の外来部門が、公費により整備されている。

・東洋町

人口3,000人程度だが、診療所（うち在支診1）が2つあり、訪問診療は活発である。また、徳島県の診療所や病院までも10分程度、徳島県の2次医療圏の基幹病院まで20分と近い。入院医療と外来医療の少なくない部分を徳島県の隣接町に依存しており、生活面も依存度が高いようである。住民票は東洋町にあるが実際には隣接町（徳島県）に住んでいるという人もいる。在宅診療は後継が確保できなければ徳島県への依存となる。

【中芸地区】

医療法人立の急性期・回復期の中核的病院（在支病）があり、診療所は、有床診療所1、へき地診療所2カ所を含め、診療体制は一定確保されている。診療所の訪問診療については、在支診はないが、往診は一定確保できていると考えられ、他地区に比べると医師の年齢も比較的若い。

高知家@ライン（こうちけあらいん）

医療と介護のスムーズな連携を行うための事業所・多職種間による情報共有システム

施設・事業所と在宅・訪問先を高知医療介護連携システム（高知大学医学部情報センター内に設置）にあるサーバーで結ぶ



【安芸地区（芸西地区）】

・安芸市

県立病院は、地域医療再生計画によって、圏域の基幹病院、および県総合診療医養成拠点、へき地医療拠点病院として整備され、着実に実行に移している。しかし市民にはその位置づけ、病診の区別が十分には浸透していない。

他に、慢性疾患診療中心の病院あり（救急告示病院でもある）。

診療所は一部医師の高齢化が問題であるが、代替わりをしている診療所もある。なお、県立病院の総合診療部門が訪問診療を一部担っている。

訪問診療や在宅看取り（ACP）についての市民向け啓発は、かなり進んでいる。

・芸西村

病院1カ所（精神科と内科。認知症中心）、診療所2カ所（うち在支診1）。病院は総合的な介護系事業所や入所施設などを持ち、そのほかにも大手法人立の高齢者施設があるため、村内である程度高齢者診療が完結。圏域内ではやや「都会的」な構造となっている。

専業農家が多く、具合が悪くなるまでビニールハウスでそれなりに働いて、腰が立たなくなれば病院のバスでデイへ行き、動けなくなれば施設・病院へ、という話をよくきく。

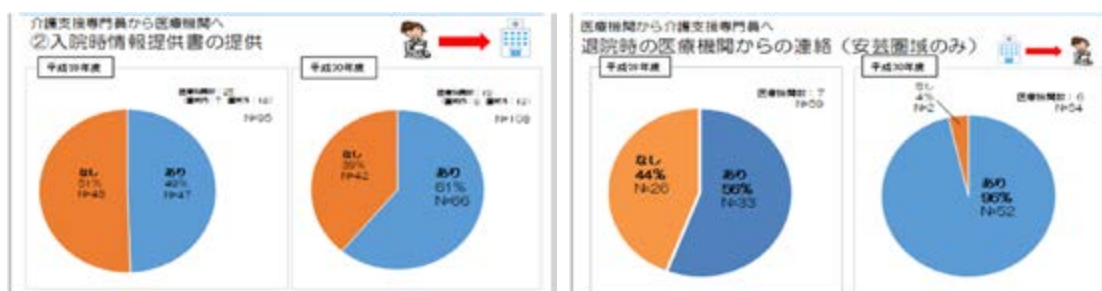
地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅰ）

- ①入退院支援ルールを作成と運用状況の評価を行い、毎年実態調査に基づく改訂を行っている。入退院時の連絡は飛躍的にスムーズとなり、同じくルールを持っている他圏域からの連絡も進んできた。
- ②急性期病院が廃院となったことに伴う芸東地区の急性期病床の不足、および、中芸地区の回復期病床（地域包括ケア病床）の不足については、おのおの19床ずつの設置が認められ、2年以内には稼働する見込みである（地域医療構想調整会議協議済、医療審議会諮問、知事認可済）。
- ③県立病院の県総合診療医養成拠点が稼働し、また、室戸市立無床診療所に常勤医が就任した（一方で、医師の逝去に伴い、昨年度中に芸東1診療所、中芸1診療所が閉鎖した）。

入退院調整ルール

成 果

入退院連絡手引き運用状況確認
(H30.11.22 勉強会及び意見交換会)



★意見交換会での協議の積み重ねが関係者のベクトル合わせにつながり、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

安芸圏域医療機関・介護支援専門員等による勉強会及び意見交換会（11月開催）
 ケアカフェ①「入退院連絡手引きについて」

◆現状から見る成果

1 入退院連絡の仕組みが浸透

- ・入退院の連絡が早くなり、急な退院が減った
- ・名刺が活用されている
- ・介護支援専門員から病棟への声掛けが増えた
- ・在宅支援者がカンファレンスに出席する機会が増えた
- ・入退院に係る加算の取得が増えた

2 情報共有の円滑化

- ・医療機関の相談窓口が周知された
- ・お互いが必要とする情報が理解できた

3 信頼関係の構築

- ・医療機関と介護支援専門員の距離が縮まった

◆現状から見る課題

1 入退院連絡手引きの形式・項目の改善

- ・記入項目の見直し
- ・様式の改善

2 在宅支援関係者への周知

- ・薬局やかかりつけ医療機関等、関わりの輪を広げる
→確実な加算取得にも繋がる

3 圏域外との入退院調整

- ・圏域外での入退院連絡の取組状況を把握
- ・圏域外の医療機関との連携

4 更なる信頼関係の醸成

- ・医療・介護関係者お互いの理解を更に深めていく

◆今後の取組み

1 現状の運用継続、
点検協議の実施

- ・運用開始から短期間（6ヶ月）であるため、今回は修正を行わず、現状での運用を継続する。
- ・1年経過を目処に状況確認（介護支援専門員との協議、医療機関への訪問協議）を実施し、点検協議の場を設ける。

2 薬局との連携、
かかりつけ医療機関等も
含めた情報交換の実施

- ・薬局との連携について現状を把握する。
（在宅支援可能な地理的範囲、時間帯の整理等）
- ・医療と介護の連携に関わる診療報酬・介護報酬について情報交換の場を設ける。

3 安芸圏域外との連携

- ・全県での取組みとなるため、高齢者福祉課と連携し検討していく。

4 医療と介護の連携に
関する取組みの継続

- ・ケアカフェの開催等、取組を継続していく中で更に関係を深めていく。

切れ目無く患者を
支えていく環境を
つくりやすい状態
が整いつつある！



入院医療（急性期・回復期）の短期的充足

一般病床のみ

安芸福祉保健所管内の
入院医療の状況

安芸地区（安芸市、芸西村）
 急性期 153床
 回復期 45床
 慢性期 120床

中芸地区
 急性期 42床
 回復期 42床
 慢性期 19床

	必要病床数※	現状 ※2
計	629 床	517 床
急性期	199 床	195 床
回復期	205 床	87 床
慢性期	225 床以上	235 床

休棟等・報告なし 9床

※ 地域医療構想による

※2 医療機関からの病床機能報告による

+19床予定
（地域包括）

+19床予定
（急性期）

芸東地区（室戸市、東洋町）
 急性期 0床
 回復期 0床
 慢性期 96床（うち介護療養36床）



地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅱ）

- ④圏域に市町村、医療、介護、包括支援センター等が参加した「地域包括ケア推進協議体」が発足した（福祉保健所が事務局、2 等級（本庁課長級）の地域包括ケア推進企画監を配置）。
- ⑤施設における口腔ケアはすでに取り組みが進んできていたが、令和元年、圏域に高知県歯科医師会立の在宅歯科連携室が設置され、在宅患者の歯科・口腔ケアが進み出している。

安芸圏域地域包括ケア推進協議体



訪問歯科診療のことなら まずお電話を!

【話】在宅歯科連携室 088-875-8020
 【話】幡多在宅歯科連携室 0880-34-8500
 【話】東部在宅歯科連携室 0887-34-2332

お電話での相談は無料です。

（お電話を希望の方は事前に在宅歯科連携室に連絡をいただくとスムーズです。）

ご自宅や施設への
訪問歯科診療を
連携します

健康保険が
利用できます

高知県歯科医師会では高知県からの委託を受けて、高齢や障害などの理由で歯科医院に通院が難しい方や、いつでもどこからでも受けられるよう、在宅で歯科診療が受けられるように、相談窓口（在宅歯科連携室）を設置し、在宅医療を実現する歯科医院へと紹介しています。



歯と口の健康づくりの目指す効果

- 1 快適で、より満足度の高い食生活
- 2 抜歯性腫瘍の予防
- 3 感染症（インフルエンザ等）の予防

在宅医療の課題と対策（Ⅰ）

<在宅医療の課題>

1) 在宅へつなぐまでの入院確保の問題

回復期病床は大幅に不足しており、地域医療構想上も隣接圏域に依存する計画となっている。

入院確保の困難さについては、住民、市町村や介護サイドに医療の事情を理解してもらえる機会を増やしていく。

2) 在支診、在支病：一定は確保されているが、診療所の医師が高齢化。

3) 訪問看護ステーション：人材が少ない。零細経営が多い。確保は膠着している。

絶対的に足りない。移動に長時間かかりランニングコスト高い。24時間対応がなくなった。

4) (附) 訪問介護：人材が少ない。零細経営が多く不安定である。移動に長時間かかりランニングコスト高い。

5) (附) 訪問薬剤師：一人薬局が多い（訪問が難しい）。県全体では前に動き出している。

6) (附) 生活の場：居宅としての居宅型有料ホーム、介護付き有料ホーム、認知症グループホーム、サ高住が利用できない低所得世帯の問題。

在宅医療の課題と対策（Ⅱ）

<対策>

1) 地域医療構想と地域包括ケアシステムの中で、各市町村と協議。

2) 自分の家以外に居宅、居所を（看多機など）整備。

3) 介護サイドに医療の事情を理解してもらえる機会を増やしていく。

4) 在宅医療介護のICTについては「高知家@ライン」が動き出している。

5) バックベッド（急性期・回復期病床）の確保。

東部19床、中部19床が整備され、38床が純増となる。これにより西部にある基幹病院や私立病院の負担が軽減され、結果的にやや確保が進む。

6) 人材確保

医師も足りないが、さらに看護職、薬剤師の方が問題。県医療政策課とともに市町村と具体策を相談する。

＜班員からの提案＞

○医療人材の確保については、一般に、県で本気で取り組んでいただく必要があろうか
と思います。都市部と言っても、人口が流入しない地方都市は厳しい時代が待ってい
ると思います。

制度もそうですが、対医師会や対大学に、県がバックアップするという信頼感が必
要であると思います。

○高知県の医師確保は、かなり長期的に確保してきまして、30代半ばくらいまでの医師
が大分増えてきました。学費はなんとかしなければなりません、生活費は大丈夫な
程度の奨学金貸与です。キャリア形成プログラムにより研修・進路も保障されていま
す。へき地医療ではない(何科でも選べる。行政医もOK)、特定の大学指定ではない、
専門医資格が取れ、維持できる、一定の期間、都市部(高知市、南国市)勤務は制限さ
れるが、勤務先は県立病院・公的病院・公立診療所だけではなく私立病院・診療所も
一部ある、と言うところなど、キャリア形成に重点が置かれているところがポイント
です。

在宅医療体制構築への関り方

郡部編

徳島県三好保健所 大木元 繁

三好保健所の概要

○管内は平成の合併で、8町村から2市町に

県型保健所

徳島県西部に位置し、四国の他の3県と接する山間過疎地域

○管内人口ほか（2020年1月）

人口 38,035人

65歳以上 15,919人 高齢化率 41.9%

（75歳以上 8,950人、85歳以上 3,865人）

○管内は西部Ⅱ医療圏（1.5次）と一致し、中核病院は県立三好病院（220床）

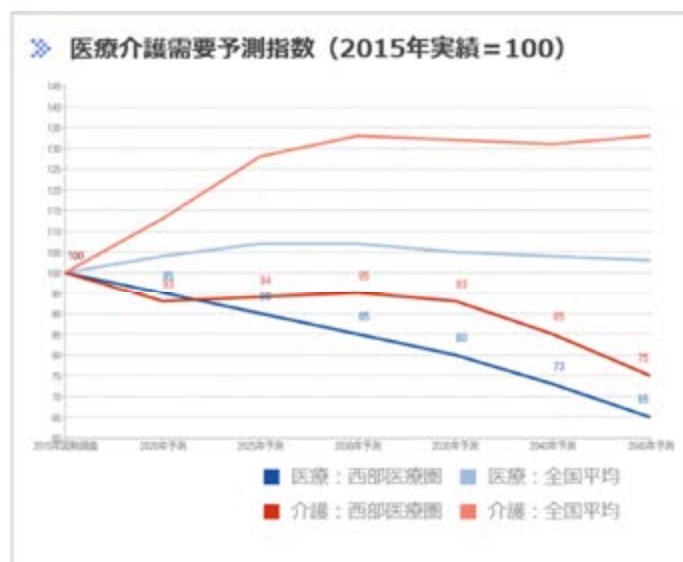
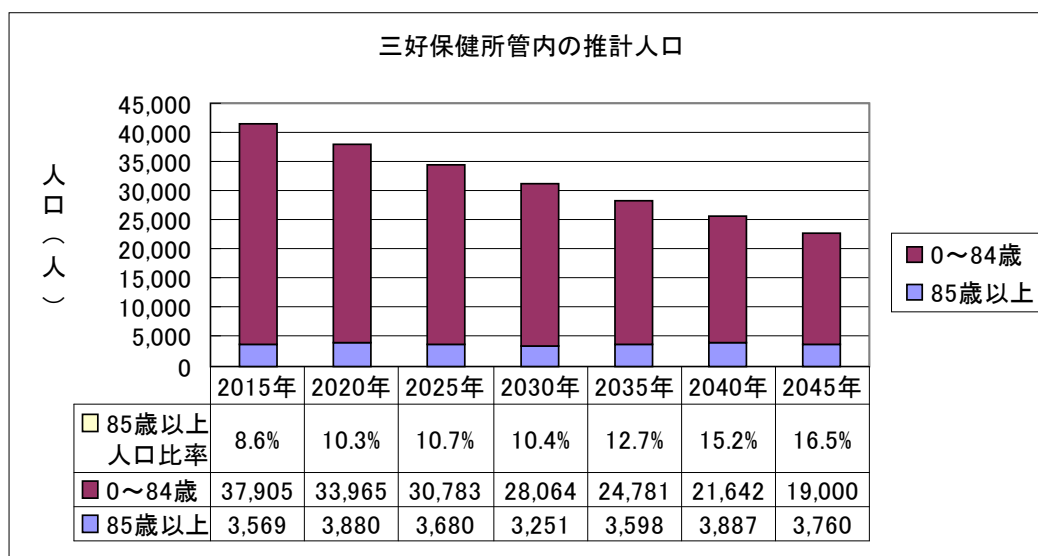
（一般：206床（うち集中治療室（ICU）4床、高度治療室（HCU）6床、緩和ケア病床20床、結核8床、第2種感染症病床6床）

在宅医療の進捗は

地域保健医療福祉協議会（保健医療計画の進捗、年1～2回）

西部地域医療構想調整会議（年3回程度）

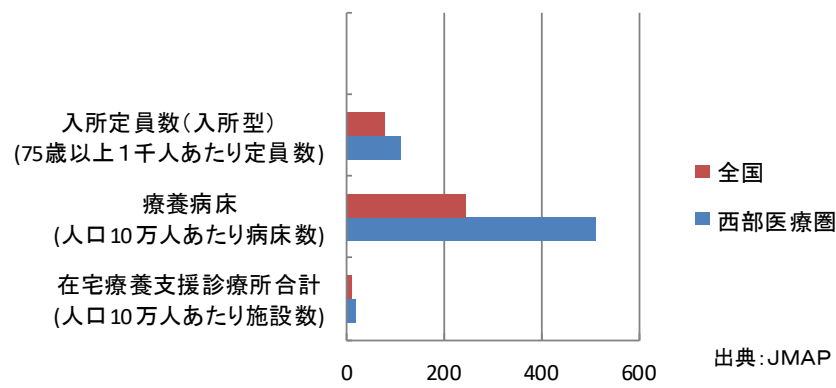
三好市（保険者）の地域ケア会議ほか



当地域では、医療のみならず介護の需要も減少が見込まれる。 出典：JMAP

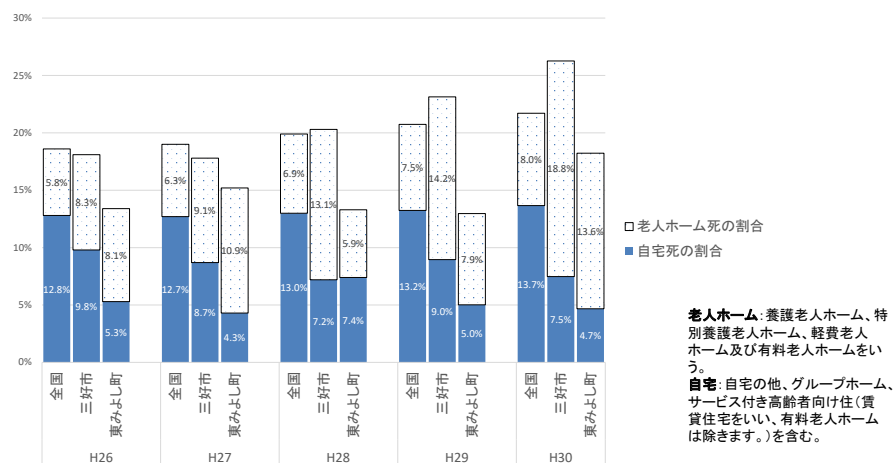
地域内の医療福祉資源

(2018年11月)



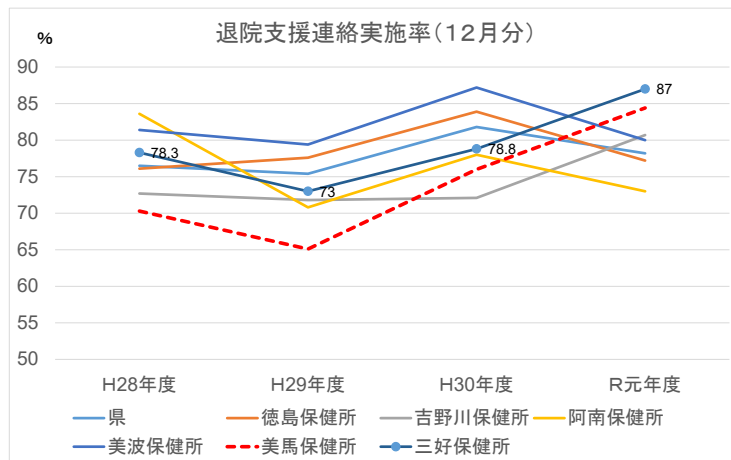
当地域は、療養病床も入所型の介護ベッド数も全国と比較してかなり多く、在宅医療のニーズは比較的低いと考えられる。

死亡場所の推移



出典: 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」

当地域では、自宅死の割合は全国よりも低いが、老人ホーム死の割合が高くなってきている。



三好保健所管内では、医療機関からの退院時にケアマネジャーに連絡をしている率は増加傾向にあり、直近では87%となっている。

地域医療構想での当圏域の課題（１）

- 県内の構想区域の中で人口減少が最も顕著であり、患者が医療資源の豊富な東部へ大きく流出している。廃業による病床の減少も多い。
- 医療従事者も高齢化が進み、病床数だけではなく医療従事者の資源についての議論が必要であること。病床数に比例して医療従事者数が減少すると医療提供体制は維持できない。
- 訪問診療に従事する医師が少ない。
- 在宅医療等への移行について、居宅と施設のバランスを考慮すべきである。
- 高齢者人口当たりの特別養護老人ホームと介護老人保健施設の数が、県内構想区域中最多であるが、どのように活用していくべきか。サービス付き高齢者向け住宅は費用が高く、西部では需要が少ないと見込まれる。

地域医療構想での当圏域の課題（２）

- 医療と介護の連携のため、住民への啓発も含め市町村の取組みが重要である。
- 西部の公立等の病院間及びかかりつけ医も含めたネットワーク化を考える必要がある。
- 西部地域においては、今ある訪問看護サービスを提供する看護職員の質・量を維持できなければ、居宅を選択することが、今以上に難しくなる。
- 西部地域においては、子どもが増えている地域があることから、現在の人口の下落方と、将来の下落方では減少率が異なることも踏まえた上で、将来の医療提供体制を検討する必要がある。
- 西部地域においては、急性期の機能を持った病院におけるリハビリや地域包括ケアへの取組など、地域の実情を踏まえた機能分化やネットワーク化を検討することが重要である。

在宅医療の確保の取り組み (島根県雲南圏域)

＜在宅資源等の特徴＞

- ①療養病床が多い（全国平均より約25%多い）
- ②介護施設数が少ない（全国平均より通所型で約25%、訪問型で約50%少ない）
- ③在宅看取り率が低い（全国平均13.7%に対して雲南圏域10.7%）

＜対策の特徴＞

- ①病院による在宅医療へのバックアップ体制の充実の推進
- ②人材の確保
- ③入退院連携マニュアル、診療情報共有システム
「まめネット」等の活用による多職種のネット
ワーク化のより一層の推進

島根県雲南保健所
上野 明則

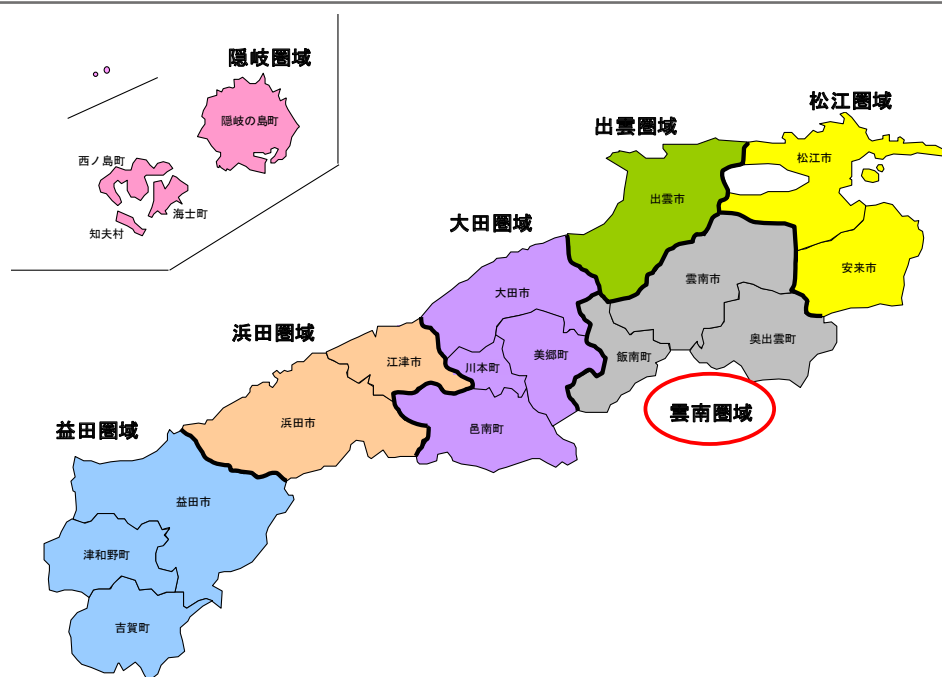
雲南圏域の状況（Ⅰ）

<地域概要>

雲南圏域は島根県の東南部に位置し、雲南市、奥出雲町、飯南町の1市2町で構成されており、東は鳥取県と南は広島県にしている。面積は、1,164.07km²と広範で、県全体の17.4%を占めており、その大半は林野である。

現在の人口は**5.2万人**（島根県推計人口月報2020.5.1）、**高齢化率39.6%**（住民基本台帳2019.1.1）で、2025年には人口は4.8万人で高齢化率は44.3%（社会保障・人口問題研究所）になると予想され、県平均の33.3%（住民基本台帳2019.1.1）より**高齢化の進んだ郡部地域**である。

圏域内の1市2町（人口、高齢化率）は、雲南市（3.8万人、38.1%）、奥出雲町（1.3万人、42.1%）、飯南町（0.5万人、44.2%）である。入院患者の受療動向としては、隣接する松江圏域、出雲圏域へ主に流出しており、入院患者の**自区域内完結率は約6割**である。

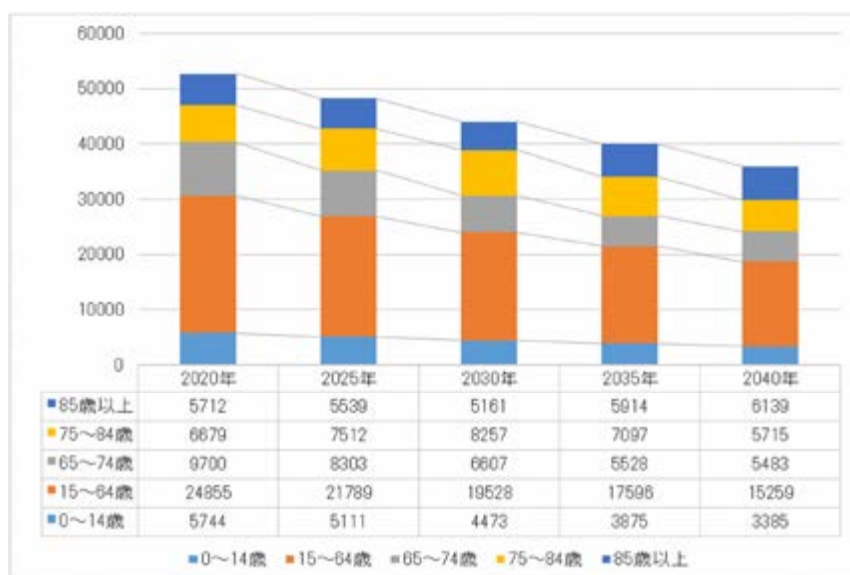


雲南圏域の状況（Ⅱ）

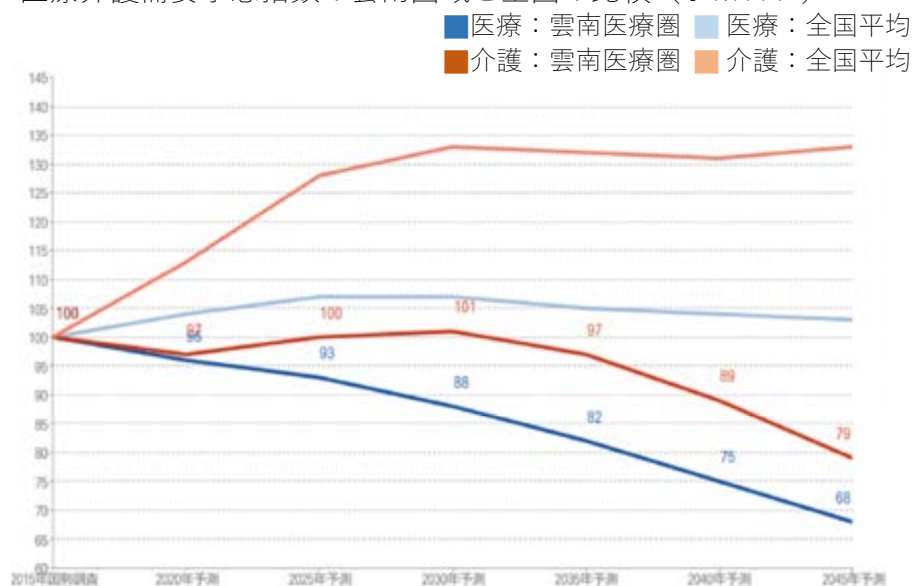
<医療介護の需要予測>

- 1) 医療については、後期高齢者の人口増加があるため、
入院医療については、肺炎や脳血管疾患などの医療需要は
一時的に約20%まで増加する。
 しかし、全体としての医療需要は**2030年以降減少**する。
 外来医療については、一部需要が増える疾患もあるが、
 全体としての医療需要は減少の一途をたどる。
- 2) **介護需要**は、**2030年までは微増**するが、それ以降減少する。
- 3) 生産年齢人口の減少率が大きいため、
 現時点でも医療介護の人材不足が課題であるが、
 担い手確保が大きな課題となる。

管内の人口動態推計（社会保障・人口問題研究所）



医療介護需要予想指数の雲南圏域と全国の比較（JMAP）



傷病別入院患者数の推移（雲南）

（産業医科大学松田晋哉教授提供）



傷病別外来患者数の推移（雲南） （産業医科大学松田晋哉教授提供）



雲南圏域の状況（Ⅲ）

<医療の特徴・病院>

公立病院が3、民間病院は一般療養型病院1、精神科病院1があり、一般病床のうち85%が公立病院にある。**療養病床**は、人口あたりで**全国平均より約25%多い**。

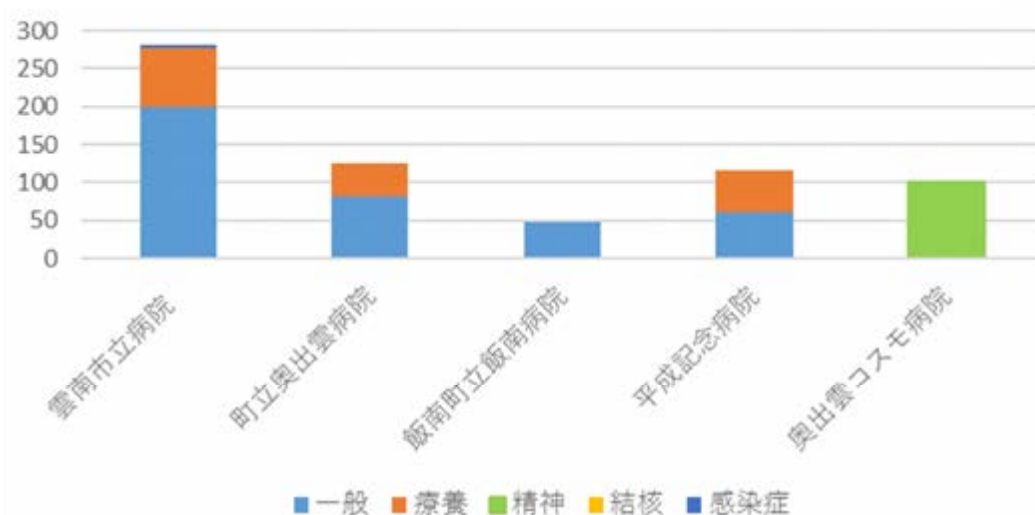
公立病院は、280床の急性期から慢性期まで担う病院1と、同じく急性期から慢性期まで担う100床以上の病院1と、100床以下の小病院1の構成である。

雲南圏域は医師偏在指標による区域の分類により「**医師少数区域**」に該当しており、慢性的に医師不足が課題となっている。

また、医師の**高齢化**、**後継者不足**、**地域偏在**、**診療科偏在**等の課題があり、今後、更に医師不足が顕著になることが危惧される。

地域における医療提供体制の整備にあたっては、大学との連携体制をはじめ、関係機関の連携による取り組みが不可欠。

雲南圏域内の許可病床（令和2年4月）



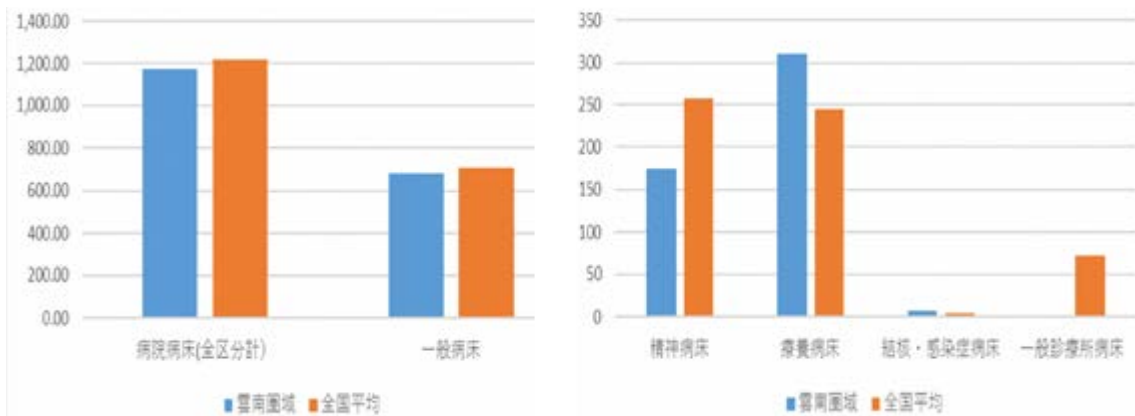
雲南圏域内の許可病床（令和2年4月）

	一般	療養	精神	結核	感染症	計
雲南市立病院	199	78			4	281
町立奥出雲病院	82	44				126
飯南町立飯南病院	48					48
平成記念病院	60	55				115
奥出雲コスモ病院			100			100
計	389	177	100	0	4	670

病床種類別の病床数（雲南と全国の比較）JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

（人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）



病床種類別の病床数（雲南と全国の比較）JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

（人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

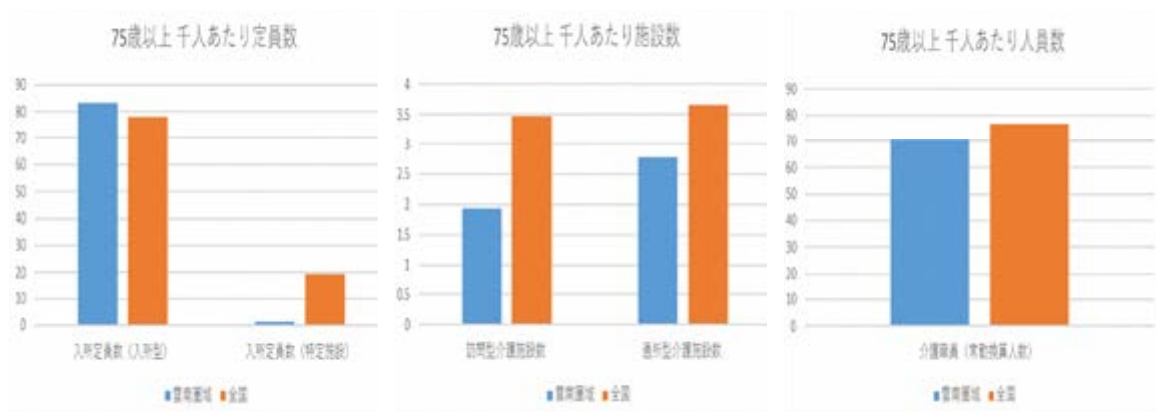
	病床数	人口10万人あたりの病床数	
	雲南圏域	雲南圏域	全国平均
一般診療所病床	0	0.00	73.45
病院病床(全区分計)	670	1,172.85	1,216.46
一般病床	389	680.95	708.15
精神病床	100	175.05	257.50
療養病床	177	309.84	244.67
結核・感染症病床	4	7.00	4.73

雲南圏域の状況（Ⅳ）

<介護の特徴>

- 入所型介護施設の定員数は、全国平均より多い
- 介護施設数は、全国平均と比較して訪問型で約50%、通所型で約25%少ない。
- 介護職員数は、全国平均より少ない。

<介護の特徴> (JMAP)



<介護の特徴> (JMAP)

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

	入所定員数	75歳以上千人あたり定員数	
	雲南圏域	雲南圏域	全国平均
入所定員数（入所型）	1,079	83.33	77.82
入所定員数（特定施設）	18	1.39	19.19
	施設数	75歳以上千人あたり施設数	
	雲南圏域	雲南圏域	全国平均
訪問型介護施設数	25	1.93	3.47
通所型介護施設数	36	2.78	3.66
	介護職員数	75歳以上千人あたり人員数	
	雲南圏域	雲南圏域	全国平均
介護職員（常勤換算人数）	910	70.28	76.53

雲南圏域の状況（V）

<在宅医療の現状>

- 雲南圏域では、開業医を中心に在宅医療に取り組んでいる。島根県在宅医療供給量調査（2017年度）では、2017年の訪問診療患者数は病院13人に対し、開業医530人であり、計543人であった。2025年の供給想定は231人と減少するが、2025年の需要想定は771人となっている。
- 開業医の課題として高齢化もあり、**70才以上が25%**を占めていた。また、後継者が「いる」と回答した開業医の割合も島根県全体の数値と比較して9%と低かった。
- 在宅医療の課題への対応として、病院による在宅医療へのバックアップ体制の充実に向けた取り組みが進められている。

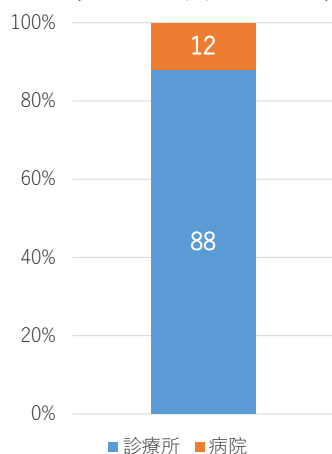
<看取り率について>

- 在宅看取り率は約10%、施設看取りを加えると約25%病院外で看取っている。施設看取りを加えると全国並みだが、**在宅看取り率は全国より低い**。

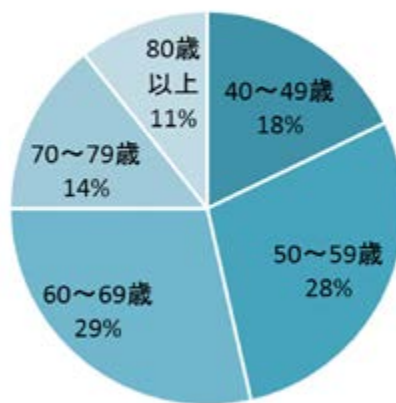
在宅医療の量的分析（平成29年度 島根県在宅医療供給量調査）



訪問診療供給量の
診療所・病院バランス
(平成29年度 N D B)



在宅医療を実施している診療所医師年齢層
(雲南圏域、平成29年度 島根県在宅医療供給量調査)



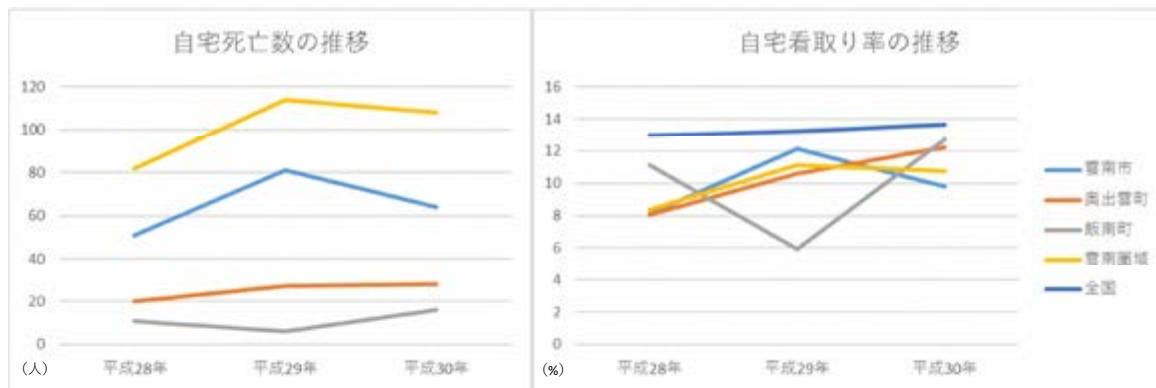
～39歳	0
40～49歳	5
50～59歳	8
60～69歳	8
70～79歳	4
80歳以上	3
計	28

JMAP 雲南圏域と全国の比較

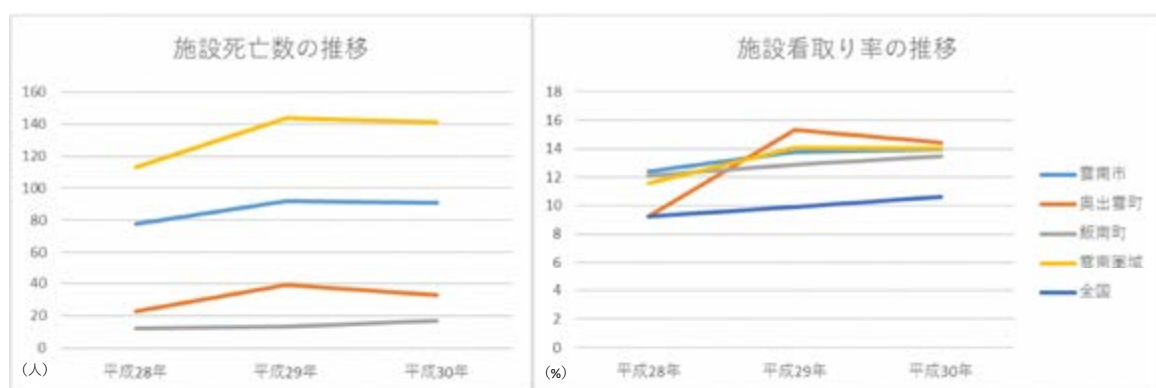
2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

	雲南圏域 施設数	人口10万人あたりの施設数	
		雲南圏域	全国
在宅療養支援診療所 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援診療所 2	0	0.00	2.59
在宅療養支援診療所 3	6	10.50	8.92
在宅療養支援診療所 合計	6	10.50	11.67
在宅療養支援病院 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援病院 2	0	0.00	0.30
在宅療養支援病院 3	0	0.00	0.71
在宅療養支援病院 合計	0	0.00	1.17

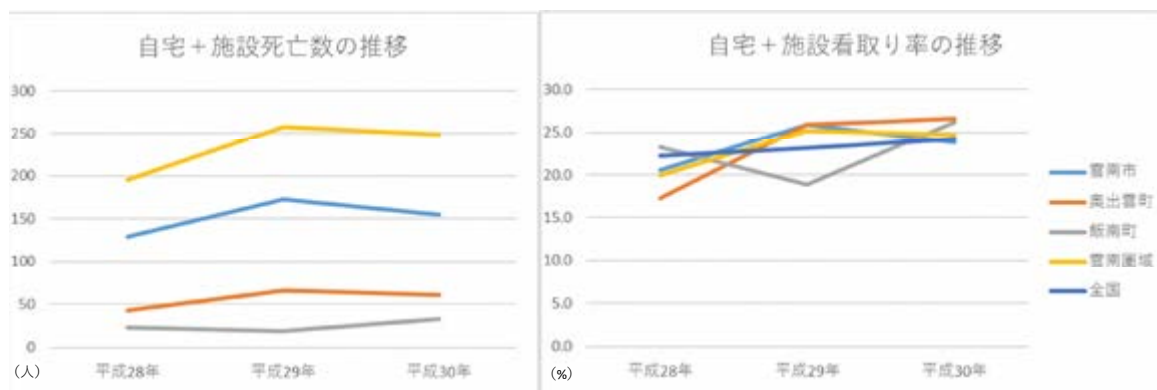


(在宅医療地域別データ集 平成28年、29年、30年)



(施設：老人保健施設＋老人ホーム)

(在宅医療地域別データ集 平成28年、29年、30年)



(施設：老人保健施設＋老人ホーム)

(在宅医療地域別データ集 平成28年、29年、30年)

地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅰ）

- ①管内では入退院連携マニュアルを作成している。島根県では、入退院連携調査を毎年行っている。病院からケアマネジャーへの退院調整なく退院した患者は、マニュアル作成前の平成28年度は24%であったが、令和元年度では12%に減少した。
- ②管内の病床については、総病床数を減らしながら急性期病床を地域包括ケア病床を含む回復期の病床に転換するようになった。結果的に、総病床数は598床（平成26年度）から580床（平成30年度）と減少し、地域包括ケア病床の57床（平成26年度）から79床（平成30年度）への増加もあり、不足している回復期病床が増加した。今後、急性期病床から回復期病床への機能転換については、2025年の必要病床数も踏まえ、継続的に議論を行っていく。

地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅱ）

- ③在宅医療を支える開業医の高齢化の課題に対しては、病院による在宅医療へのバックアップ体制の充実に向けた取り組みが進められている。具体的には、大学病院との連携により、院内診療のマンパワーを確保した上で、病院医師が訪問診療に対応できるシステムを構築中である。
- ④診療情報共有システムである「まめネット」等の活用による診療所医師を含む、多職種のネットワーク化の推進が進められている。

地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅲ）

- ⑤医療介護の人材確保の一環として、学校教育と連携し、子どもたちへの職業体験の場の提供等の取り組みをしている。
- ⑥医療介護関係者の多職種連携を各市町ともに取り組み、顔の見える関係構築に取り組んでいる。

機能別病床数の推移（病床機能報告）



機能別病床数の推移（病床機能報告）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
平成26年度	0	405	30	163	598
平成27年度	0	364	71	163	598
平成28年度	0	364	71	163	598
平成29年度	0	356	71	153	580
平成30年度	0	291	136	153	580
2025年必要病床数推計	15	113	254	141	523

地域包括ケア病床の推移（病床機能報告）



地域包括ケア病床の推移（病床機能報告）

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
雲南市立病院	41	41	41	46
町立奥出雲病院	8	33	25	25
飯南町立飯南病院	8	8	8	8
計	57	82	74	79

在宅医療の課題と対策

<課題>

- 1) 開業医の高齢化による訪問診療における需給ギャップ
- 2) 医療介護人材不足
- 3) 診療情報共有システム「まめネット」等の活用

<分析と見通し>

- 1) 病院の在宅医療へのバックアップにより2025年の在宅医療の需給ギャップを埋めるためには、病院の在宅医療へのバックアップをはじめ、関係機関の連携と体制の整備等の取り組みが必要である。また、高齢者に対する健康づくり、介護予防を一体的に提供するシステムづくりを強化する。
- 2) 介護需要の高い後期高齢者人口は2030年まで微増するのに対し、生産年齢人口は2割減少することが予想され、介護人材不足はより一層深刻なものとなることが予想される。多職種連携による効率化や外国からの介護人材の受け入れの増加等による体制整備を引き続き行っていく。
- 3) 入退院連携マニュアル、診療情報共有システム「まめネット」等の活用による多職種のネットワーク化をより一層進める必要がある。

<班員からの提案>

※雲南圏域において在宅医療構築支援を行う手順としての提案

- すでに行っていると思うが、在宅医療供給量調査で、診療所主体の在宅医療で2025年供給見込みが需要推計を下回ること（30％）を、地域医療構想調整会議において参加者で共有する。
- 雲南市立病院に在宅療養後方支援病院になるように促し、バックベッド機能を持ってもらい、夜間往診のために高齢在宅医が在宅医療を継続できるようにする。
- 200床未満の3病院に在宅療養支援病院となるように促し、バックベッド機能を持つとともに在宅医療に参入を促す。
- 200床未満の3病院のなかに医療介護複合体（病院、施設、在宅医療・介護を複合的に担う法人）があれば、在宅医・訪問看護（在宅医・訪問介護）連携を促し、在宅医の訪問頻度を減少し、訪問診療患者数を増やす。（2/月の訪問を、1/2月にできれば4倍の患者を診ることができる。すでに診療報酬で1/月訪問の管理料が現れ、訪問診療患者数の増加を促している。）

在宅医療の確保の取り組み (福岡県宗像圏域)

<在宅資源等の特徴>

- ①療養病床が多い
- ②在宅療養支援診療所数は、全国平均を上回っている
- ③自宅での在宅看取り率は増加傾向

<対策の特徴>

- ①地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、在宅医療と介護の連携を進めている

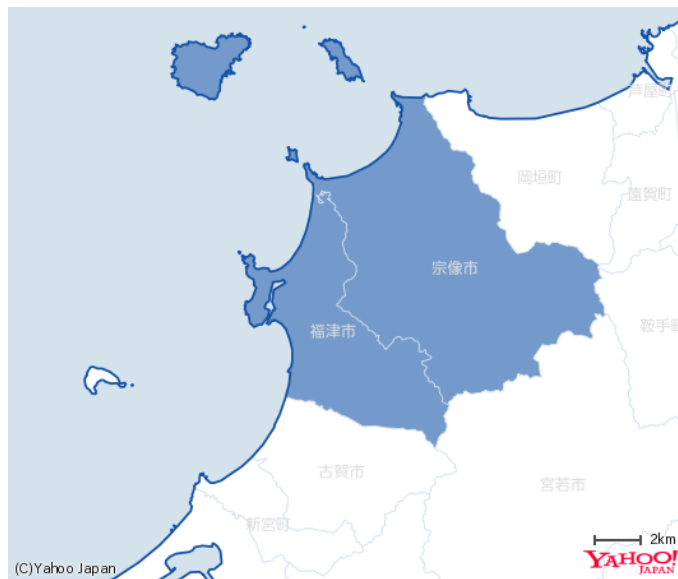
福岡県宗像・遠賀保健所
中原 由美

宗像圏域の状況（Ⅰ）

<地域概要>

福岡県宗像圏域は、宗像市及び福津市の2市からなり、その面積は172.70km²（県全体の3.5%）である。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25（2013）年3月中位推計）によると、宗像圏域の総人口は減少を続け、2010年の150,932人が、2025年には143,852人（対2010年▲4.7%）となり、2040年には128,139人（同▲15.1%）となると予想されている。一方、65歳以上の高齢者人口は2025年の48,294人をピークに減少に転じるが、総人口に占める割合は増加を続け、2010年の23.8%が、2025年には33.6%となり、2040年には37.0%となると予想されている。



宗像圏域の状況（Ⅱ）

<医療の特徴・病院>

- 宗像区域の病院数は2014年現在で14 施設であり、このうち一般病院は11施設となっている。
- 一般診療所は、113施設であり、そのうち有床診療所は20 施設となっている。
- 許可病床数は、一般病床が1,052床（病院814床、有床診療所238床）、療養病床が769床（病院731床、有床診療所38床）となっている。
- 一般病床の人口10万人あたりの病床数は676.1床で、全国平均（783.1床）を下回っている。一方、療養病床の人口10万人あたりの病床数は494.2床で、全国平均（267.2床）を上回っている。
- 許可病床数は、過去5年間（平成26（2014）年－平成21（2009）年）で19床減少しており、一般病床が4床（▲0.4%）、療養病床が15床（▲1.9%）減少している。

宗像圏域の状況（Ⅲ）

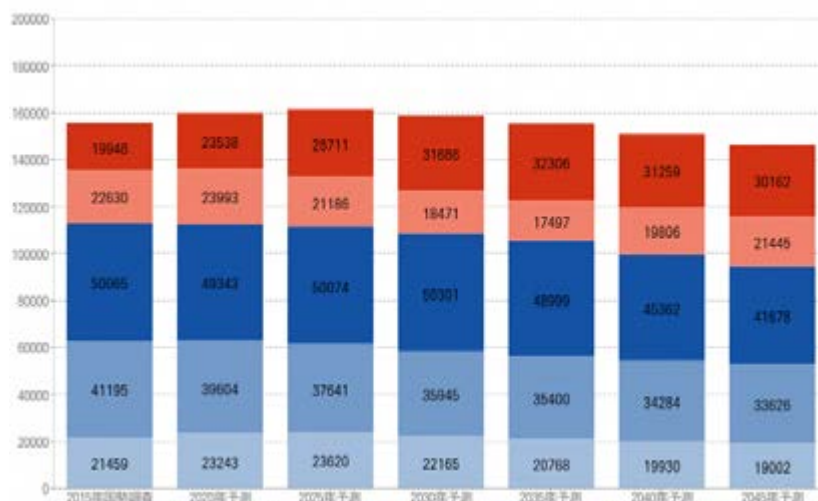
<医療介護の需要予測>

1) 外来では、2010年と比較した場合、2025年にかけて、総数で9％程度増加すると推計されている。傷病別では、循環器系の疾患（主に脳血管疾患、虚血性心疾患）、筋骨格系の疾患（骨折）の患者が25％程度増加すると見込まれている。

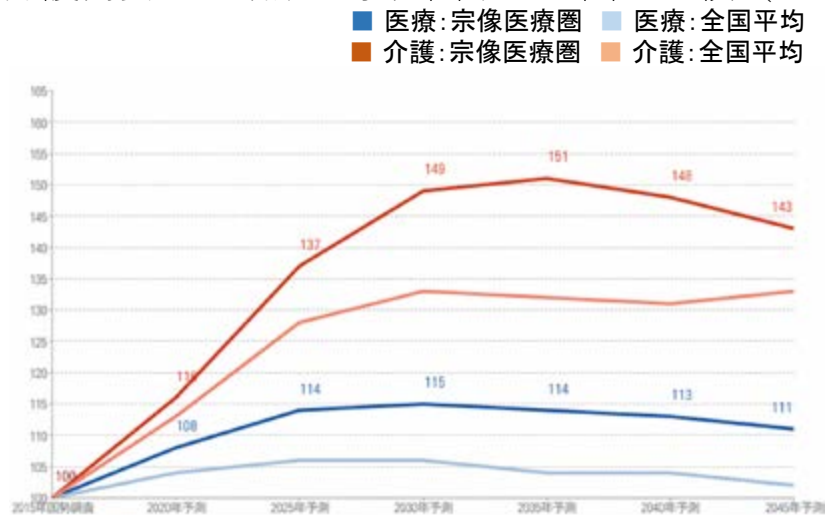
入院では、2025年にかけて、総数で26％程度増加すると推計されている。傷病別では、特に肺炎、脳血管疾患、骨折の患者が39％～43％程度増加すると見込まれている。一方、妊娠・分娩については19％程度減少すると見込まれている。

2) 介護需要は、2015 年から25 年にかけて33％増、2025 年から40 年にかけて4％増と予測される。

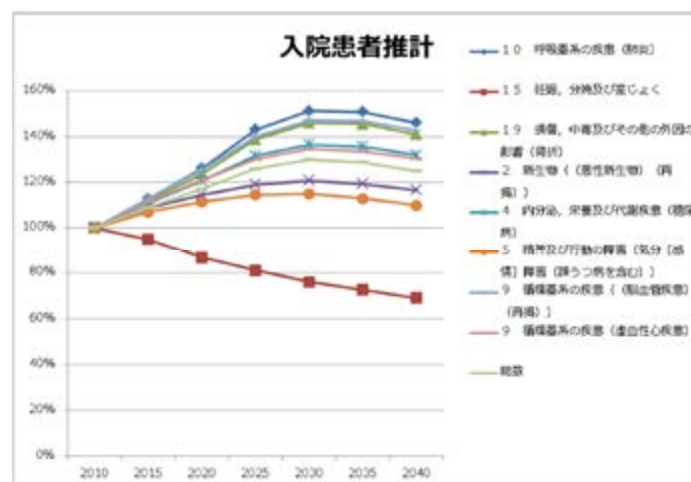
宗像の人口構成予想（JMAP）



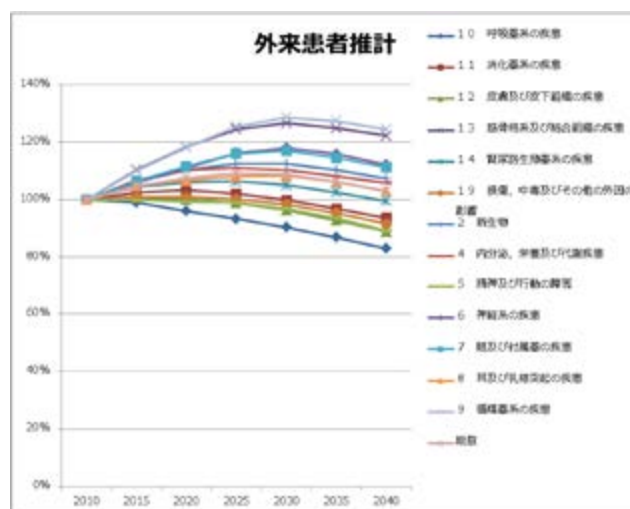
医療介護需要予想指数の宗像圏域と全国の比較（JMAP）



傷病別入院患者数の推移（宗像） （産業医科大学松田晋哉教授提供）



傷病別外来患者数の推移（宗像） （産業医科大学松田晋哉教授提供）

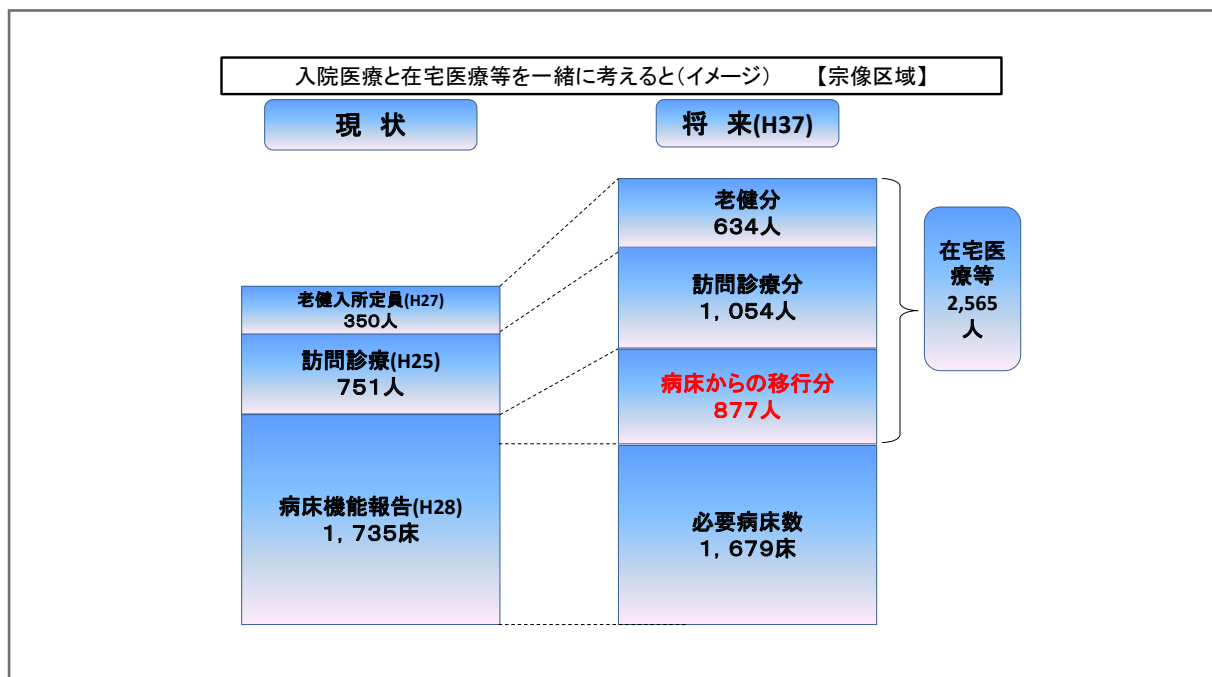


病床種類別の病床数(宗像と全国の比較) JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	病床数	人口10万人あたりの病床数	
	宗像圏域	宗像圏域	全国平均
一般診療所病床	264	170.00	73.45
病院病床(全区分計)	2,571	1,655.54	1,216.46
一般病床	891	573.74	708.15
精神病床	968	623.32	257.50
療養病床	712	458.48	244.67
結核・感染症病床	0	0.00	4.73



宗像圏域の状況（Ⅳ）

<在宅医療の現状>

- S C Rでは、「在宅リハビリテーションの提供」のレセプト出現比は全国平均並みとなっている。
- 「往診」「緊急往診」「在宅支援」のレセプト出現比は全国平均を下回っている。
- 「訪問診療」のレセプト出現比は、同一建物で全国平均並みとなっているが、特定施設、居宅では全国平均を下回っている。
- 「訪問看護提供」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っており、「ターミナルケア」「看取り」のレセプト出現比も全国平均を上回っている。
- 「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理」「在宅患者訪問点滴注射管理指導」のレセプト出現比は全国平均並みとなっているが、「在宅経管栄養法」「在宅自己注射」は全国平均を下回っている。
- 「退院支援・調整」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「多職種カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を上回っている。
- 「各指導管理」のレセプト出現比は全国平均を下回っているが、「ケアマネジャーとの連携」のレセプト出現比は全国平均並みとなっている。「退院時カンファレンス」のレセプト出現比は全国平均を大きく上回っている。
- 「療養病床における急性期や在宅からの患者受入」「在宅療養中の患者の緊急受入」のレセプト出現比は全国平均並みとなっており、「在宅療養中の重症児の入院受入」のレセプトは出現していない。

JMAP 宗像圏域と全国の比較

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

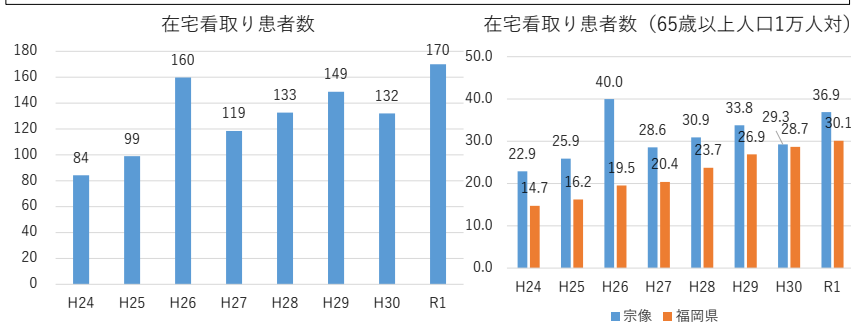
(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	宗像圏域 施設数	人口10万人あたりの施設数	
		宗像圏域	全国
在宅療養支援診療所 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援診療所 2	0	0.00	2.59
在宅療養支援診療所 3	24	15.45	8.92
在宅療養支援診療所 合計	24	15.45	11.67
在宅療養支援病院 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援病院 2	0	0.00	0.30
在宅療養支援病院 3	3	1.93	0.71
在宅療養支援病院 合計	3	1.93	1.17

在宅看取り患者数（年次推移）

※推計値

- ・看取り患者数（推計値）は、おおむね増加傾向にある。
- ・看取り患者数（推計値・65歳以上人口1万人対）は、おおむね県平均の1.6～1.2倍前後で推移している。



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

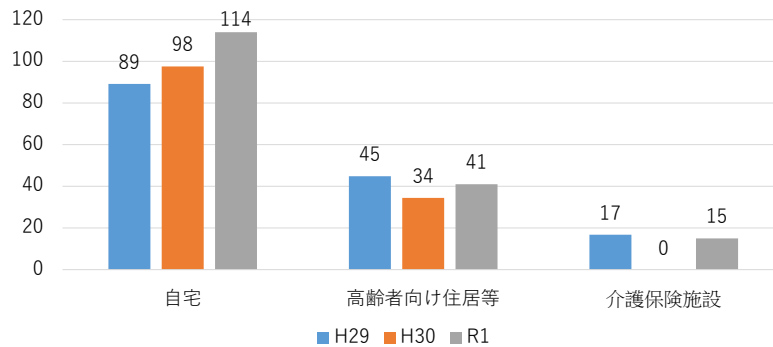
※推計値について
平成24年度～H28年度は2区分（在宅・在宅診療）、平成29年度は3区分（在宅・在宅診療・在宅診療）に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分（在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3）に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分（在宅診療1～3、在宅診療1～3）、平成29年度は7区分（在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3）に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在宅診療を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。

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

在宅看取り患者数（居所別）

※推計値

- ・自宅での看取り患者数は増加傾向にある。
- ・高齢者向け住居等及び介護保険施設での在宅看取り患者数は、平成30年度に一旦減少したが、令和元年度に増加している。



※「在宅看取り患者数」とは、4月1日～3月末の1年間に在宅で看取りを行った人数を指す。
 ※「自宅」とは、持ち家や賃貸住宅等のいわゆる自宅を指す。
 ※「高齢者向け住居等」とは、有料老人ホーム、グループホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）など、高齢者向け施設を指す。（特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅のうち、一定の水準を満たし、都道府県の指定を受けているもの）も含む。）
 ※「介護保険施設」とは、特別養護老人ホーム等を指す。

地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅰ）

- ①宗像区域の実情に応じた在宅医療等の提供体制の構築を進めていく。
- ②地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療等の提供体制を充実するための事業や在宅医療等を支える人材の確保に関する事業を実施していく。
- ③市町村の地域支援事業により在宅医療・介護連携を進めていくとともに、各市町村において事業が円滑に進むよう支援を行っていく。
- ④福岡県高齢者保健福祉計画に基づき、介護サービスの提供量を確保していくとともに、介護従事者の確保・養成に取り組んでいく。

在宅医療の課題と対策

<課題>

- 1) 医師の確保
- 2) 独居高齢者患者への対応

<分析と見通し>

在宅医療等の医療需要の推計にあたっては、現在の療養病床入院患者の一部について、将来、在宅医療等に対応する患者として必要病床数が推計されていることから、在宅医療、介護施設等での受け入れ能力の向上が求められている。

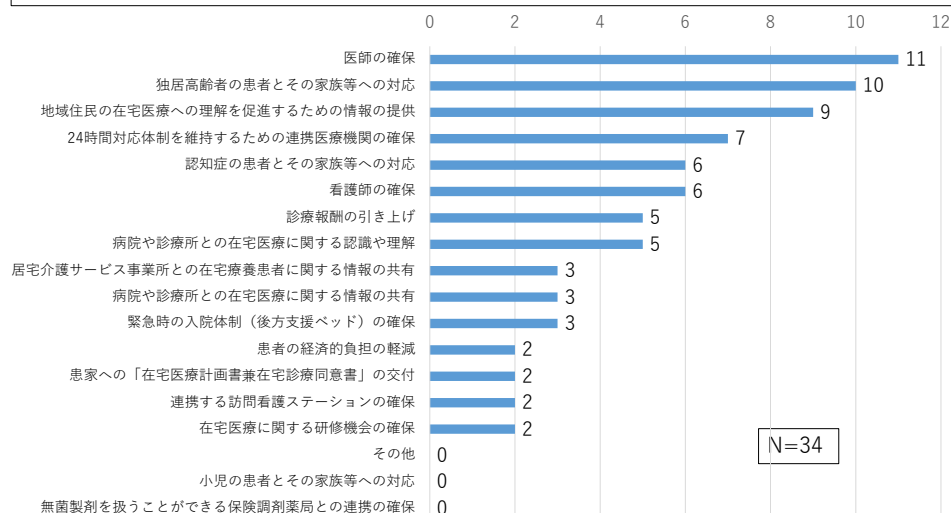
したがって、将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、在宅医療等の提供体制を充実させていくこと、訪問診療を行う医師、訪問看護師など在宅医療等を支える人材を確保していくことが不可欠。

地域の実情に応じた在宅医療等のあり方について、地域の医療・介護関係者、市町村等との間で十分コンセンサスを得ながら、その地域にふさわしい在宅医療等の提供体制を模索していくとともに、在宅医療と介護の連携を進めていくことが重要。

また、今後増加が見込まれる認知症高齢者についても、適切に対応していくことが必要。

在宅医療を提供する上での課題 (令和元年度在宅療養支援診療所等調査結果から)

在宅医療を提供する上での課題（3つまで複数回答可）として最も多く挙げられたのは「医師の確保」であり、全体の32%が挙げている。



＜班員からの提案＞

- 在宅療養支援診療所等調査等で、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院、在医総管等の他、訪問診療を実施している医療機関に対して、訪問診療患者数を含む実績調査を行う。
- JMAPの医療介護需要指数の2025年以降、5年毎の増加に対して、在宅医療に関する医療機関、人材確保等が、どの程度必要かを算出してはどうか。

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

令和2年3月
福岡県高齢者地域包括ケア推進課

調査の概要について

1 目的

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

2 調査実施日

令和元年7月30日

3 調査対象と回収率

令和元年7月1日現在、九州厚生局に以下の届出を行っている県内の医療機関を対象とした。

- ・在宅療養支援診療所 742か所/792か所 (回収率 93.7%)
【うち、宗像圏域 21か所/21か所 (回収率 100.0%)】
- ・在宅療養支援病院 74か所/80か所 (回収率 92.5%)
【うち、宗像圏域 1か所/2か所 (回収率 50.0%)】
- ・在医総管(診療所・病院) 399か所/438か所 (回収率 91.1%)
【うち、宗像圏域 12か所/12か所 (回収率 100.0%)】

※在医総管は、平成29年度から調査対象としている。

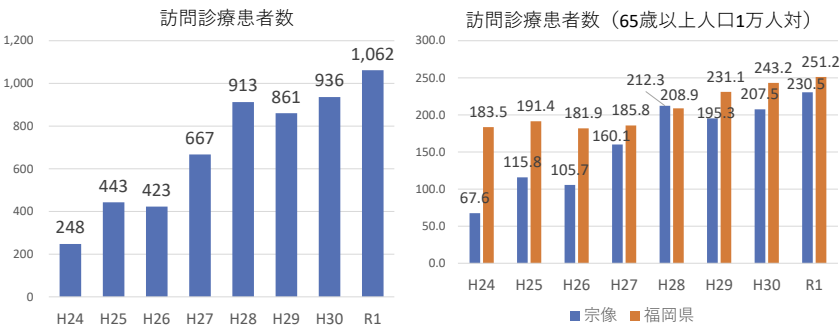
調査票回収率（二次医療圏別）

	調査対象数	回収数	回収率
福岡・糸島	376	345	91.8%
粕屋	46	43	93.5%
宗像	35	34	97.1%
筑紫	60	54	90.0%
朝倉	34	34	100.0%
久留米	167	155	92.8%
八女・筑後	46	44	95.7%
有明	75	75	100.0%
飯塚	41	41	100.0%
直方・鞍手	35	33	94.3%
田川	27	26	96.3%
北九州	326	291	89.3%
京築	42	40	95.2%
福岡県	1,310	1,215	92.7%

訪問診療患者数（年次推移）

※推計値

- ・訪問診療患者数（推計値）は増加傾向にある。
- ・訪問診療患者数（推計値・65歳以上人口1万人対）は平成28年度に県平均をわずかながら上回ったものの、平成29年度以降は県平均の85～90％前後で推移している。



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

※推計値について

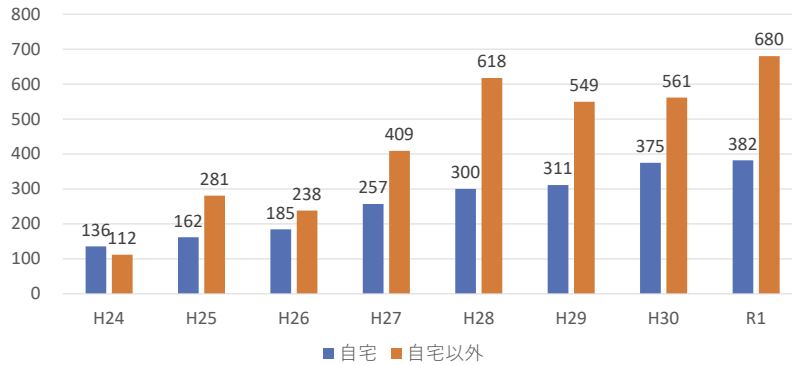
平成24年度～H28年度は2区分（在支診・在診療）、平成29年度は3区分（在支診・在診療・在医総管）に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分（在支診1～3、在診療1～3、在医総管（診療所・病院））に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分（在支診1～3、在診療1～3）、平成29年度は7区分（在支診1～3、在診療1～3、在医総管）に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。

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

訪問診療患者数（居所別の年次推移）

※推計値

- ・自宅への訪問診療患者数は増加傾向にある。
- ・自宅以外への訪問診療患者数は増加傾向にあり、平成30年度から令和元年度にかけて大きく増加している。



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

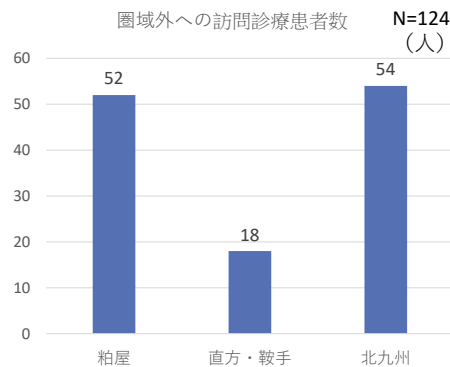
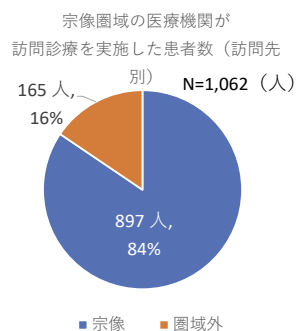
※無回答の医療機関があるため、各年度の合計人数はスライド4の訪問診療患者数と合わない場合があります。

※「自宅」とは、持ち家や賃貸住宅等のいわゆる自宅を指す。

「自宅以外」とは、有料老人ホーム、グループホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別介護老人ホーム等を指す。（H24～H28については、サービス付き高齢者向け住宅は「自宅」に含む。）

訪問診療患者数（訪問先の二次医療圏別）

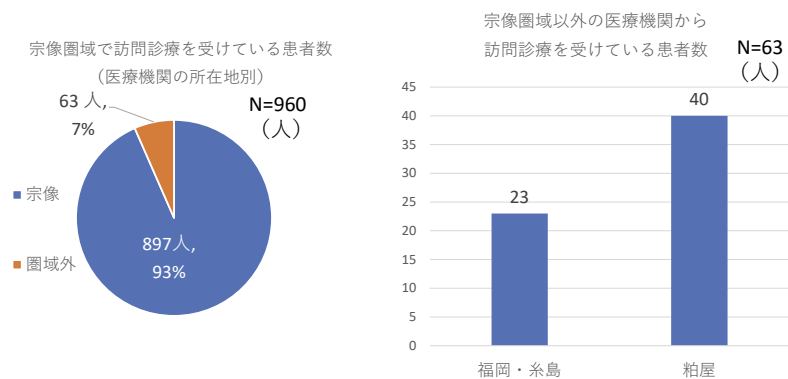
- ・宗像圏域の医療機関が訪問診療を実施している患者数について、訪問先の医療圏別にみると、宗像圏域への訪問が84%、圏域外への訪問が16%である。
- ・圏域外の内訳をみると、最も多いのは北九州圏域（54人）であり、2番目に多いのは粕屋圏域（52人）である。



※「圏域外への訪問診療患者数」については、各医療機関における圏域外への訪問診療患者数が多い医療圏を、わかる範囲で上位3位まで回答いただいたものであるため、「宗像圏域の医療機関が訪問診療を実施した患者数（訪問先別）」における「圏域外」の患者数と、合計が合致しない場合がある。

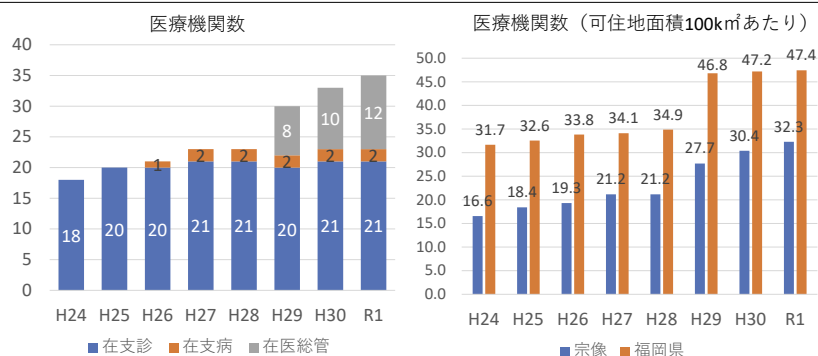
訪問診療患者数（医療機関の二次医療圏別）

- ・宗像で訪問診療を受けている患者数について、訪問している医療機関の所在地別にみると、宗像圏域の医療機関による訪問が93%、圏域外の医療機関による訪問が7%である。
- ・圏域外の医療機関による訪問診療患者数の内訳をみると、最も多いのは粕屋圏域（40人）であった。



在支診・在診病・在医総管を届け出ている医療機関数 (年次推移) ※実数

- ・在宅療養支援診療所数は、おおむね横ばいで推移している。在宅療養支援病院数は平成27年度に2か所となり、その後は横ばいである。在医総管の届出施設は増加傾向にある。
- ・在宅医療に取組む医療機関数（可住地面積100km²あたり）は、県平均の5～7割で推移している。



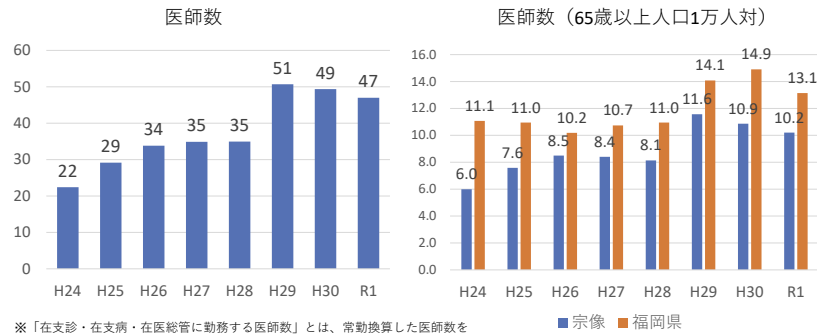
※可住地面積とは、総面積から林野面積及び主要湖面積（面積1km²以上の湖沼）を差し引いて算出したもの。

※在医総管は、平成29年度から調査対象としている。

在支診・在診病・在医総管に勤務する医師数（年次推移）

※推計値

- ・医師数（推計値）は、平成29年度から令和元年度にかけて減少傾向にある。
- ・医師数（65歳以上人口1万人対）は、平成25年度以降、県平均の7～8割前後で推移している。



※「在支診・在支病・在医総管に勤務する医師数」とは、常勤換算した医師数を指す。

※推計値について

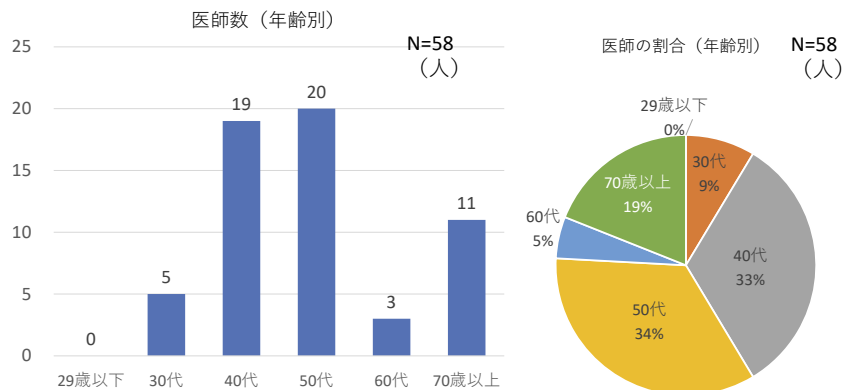
平成24年度～H28年度は2区分（在支診・在診病）、平成29年度は3区分（在支診・在診病・在医総管）に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分（在支診1～3、在診病1～3、在医総管（診療所・病院））に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分（在支診1～3、在診病1～3）、平成29年度は7区分（在支診1～3、在支病1～3、在医総管）に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。

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

在支診・在診病・在医総管に勤務する医師数（年齢別）

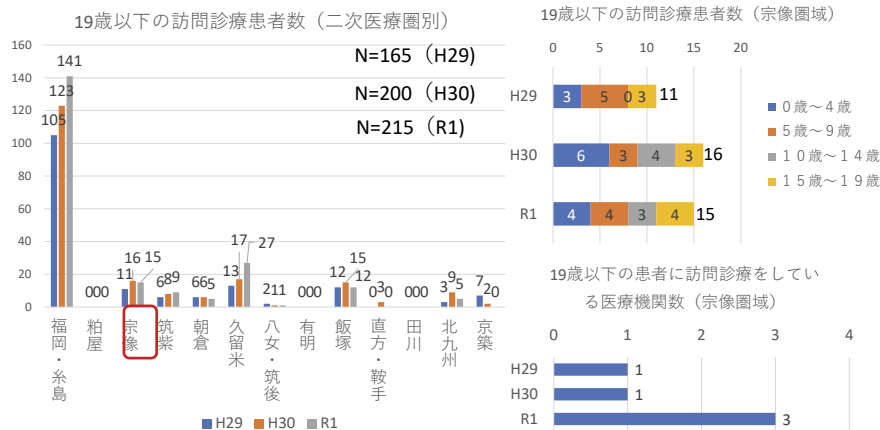
※実数

- ・医師数を年齢別にみると、最も多いのは50代（20人）、2番目に多いのは40代（19人）である。
- ・診療所・病院における60歳以上の医師の割合は24％である。



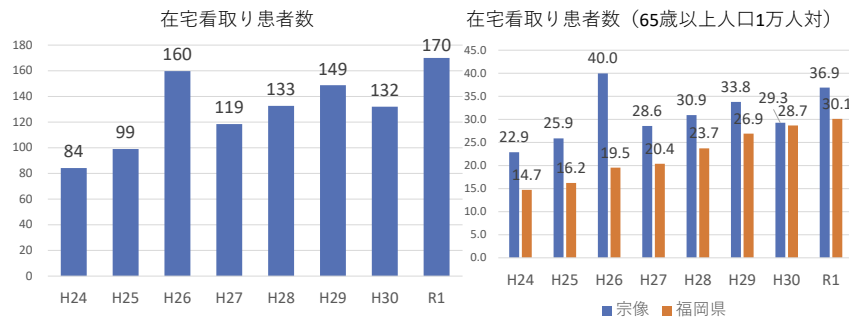
19歳以下の訪問診療患者数（年次比較） ※実数

- ・19歳以下の訪問診療患者数は、平成30年度から令和元年度にかけてあまり変化がないが、医療機関が2か所増加している。
- ・福岡・糸島圏域（141人）が県全体（215人）の66%を占める一方、5圏域（粕屋、有明、直方・鞍手、田川、京築）は0人であり、圏域により取組状況が大きく異なっている。



在宅看取り患者数（年次推移） ※推計値

- ・看取り患者数（推計値）は、おおむね増加傾向にある。
- ・看取り患者数（推計値・65歳以上人口1万人対）は、おおむね県平均の1.6～1.2倍前後で推移している。



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

※推計値について

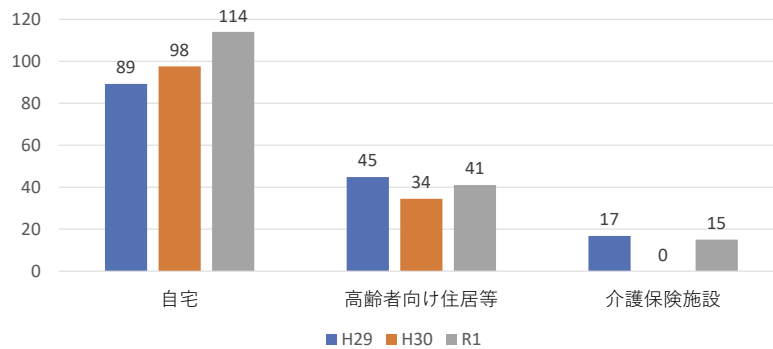
平成24年度～H28年度は2区分（在宅診療・在宅診療）、平成29年度は3区分（在宅診療・在宅診療・在宅診療）に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分（在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3）に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分（在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3、在宅診療1～3）に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在宅診療を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7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

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

在宅看取り患者数（居所別）

※推計値

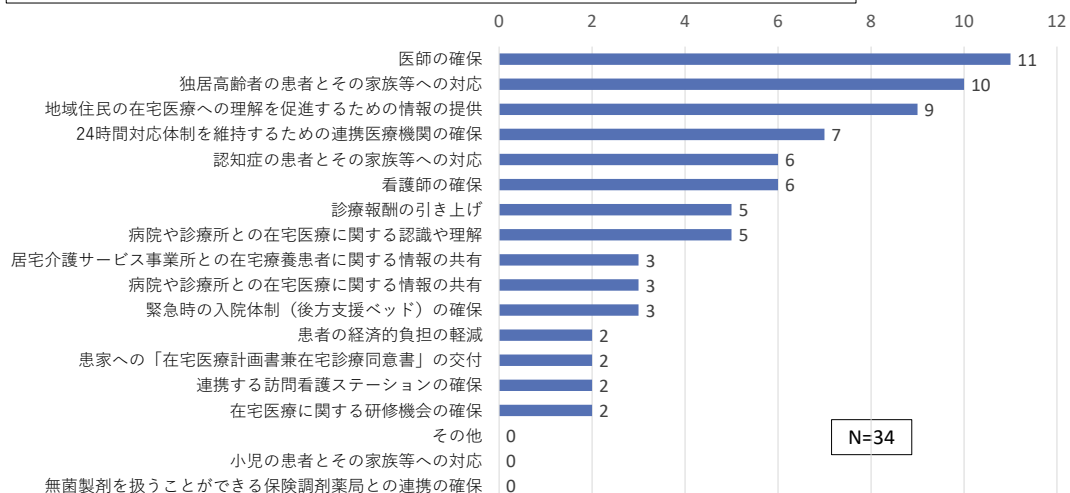
- ・自宅での看取り患者数は増加傾向にある。
- ・高齢者向け住居等及び介護保険施設での在宅看取り患者数は、平成30年度に一旦減少したが、令和元年度に増加している。



※「在宅看取り患者数」とは、4月1日～3月末の1年間に在宅で看取りを行った人数を指す。
 ※「自宅」とは、持ち家や賃貸住宅等のいわゆる自宅を指す。
 ※「高齢者向け住居等」とは、有料老人ホーム、グループホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）など、高齢者向け施設を指す。（特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、介護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅のうち、一定の水準を満たし、都道府県の指定を受けているもの）も含む。）
 ※「介護保険施設」とは、特別介護老人ホーム等を指す。

在宅医療を提供する上での課題

在宅医療を提供する上での課題（3つまで複数回答可）として最も多く挙げられたのは「医師の確保」であり、全体の32%が挙げている。



在宅医療の確保の取り組み (埼玉県川口市)

<医療資源等の特徴>

- ①入院医療・外来医療、介護ともに2040年まで需要が増加する
- ②人口当たり病床数等は全国平均と比べると大幅に少ない（医療資源は少ない）

<課題等>

- ①在宅医療に関連する各種の団体や組織が関係する協議体や部会は存在するが、意見交換や情報交換が主であり、在宅医療の推進を直接、協議や調整する場に必ずしもなっていない。これは、今後保健所が関与できる余地が大いにある。

川口市保健所
岡本 浩二

川口市の状況（Ⅰ）

<地域の概要>

川口市の面積は、およそ62km²であり、北は、さいたま市、南は、東京都に接している。2020年1月1日現在の人口は、607,105人で、高齢化率は22.83%であり、微増ながら、いまだに人口の増加が続いている。

（外国人は38,764人、6.4%）

保健医療圏域は埼玉県南部医療圏に属し、川口市のほかに蕨市、戸田市がある（2市を管轄するのは、埼玉県南部保健所で、地域医療構想調整会議は、南部保健所が主催している。圏域の人口は約80万人）。中核市への移行は平成30年4月1日。

川口市の状況（Ⅱ）

<医療介護の需要予測>

- 1) 市独自の人口推計によれば、2040年は25～49歳の人口が2015年比で77.3%と最も大きく減少するのに対して、75歳以上の人口は同155.6%と最も大きく増加すると推計。65歳以上人口も118.2%と増加する。
- 2) 医療需要と介護需要ともに増加するが、後期高齢者の人口の増加が著しいために、医療需要よりも介護需要が増大する。
- 3) その一方で、25～64歳までの人口は減少するために、医療介護の担い手の確保が大きな課題。
- 4) 埼玉県地域医療構想による在宅医療等必要量の推計

川口市を含む南部医療圏（人/日）

2013年 6,225（4,408）

2025年 10,740（7,518）

（ ）内は訪問診療分

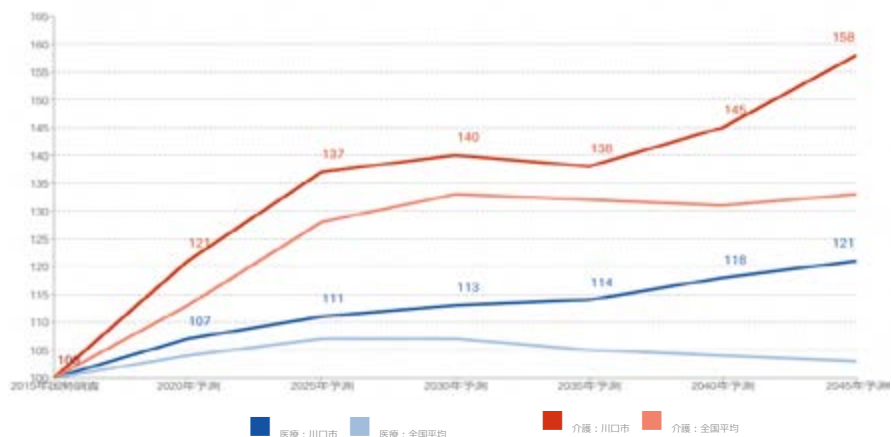


川口市の人口構成予想（JMAP）



医療介護需要予測指数の川口市と全国の比較（JMAP）

医療介護需要予測指数（2015年実績＝100）



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



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



川口市の状況（Ⅲ）

<医療の特徴>

- 病院は20（うち1は精神科病院）、公立病院は、市立医療センター（539床）の1、公的病院は、済生会川口総合病院（424床）の1であり、その他はすべて民間病院である。
- 2020年4月1日現在の総病床数は、3,590床、一般病床2,566床、療養病床586床、精神病床438床である。
- 200床未満の病院が15か所、そのうち100床未満の病院が7か所である。
- 医科診療所は2020年3月31日現在、327

2018年3月31日 317 2019年3月31日 324

病床種類別の病床数(川口市と全国の比較) JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	病床数	人口10万人あたりの施設数	
	川口市	川口市	全国平均
一般診療所病床	174	30.10	73.45
病院病床(全区分計)	3,536	611.65	1,216.46
一般病床	2,512	434.52	708.15
精神病床	438	75.76	257.50
療養病床	586	101.36	244.67
結核・感染症病床	0	0	4.73

JMAP 川口市と全国の比較

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

(人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算)

	施設数	人口10万人あたりの施設数	
		川口市	全国
在宅療養支援診療所 1	1	0.17	0.16
在宅療養支援診療所 2	12	2.08	2.59
在宅療養支援診療所 3	19	3.29	8.92
在宅療養支援診療所 合計	32	5.54	11.67
在宅療養支援病院 1	1	0.17	0.16
在宅療養支援病院 2	1	0.17	0.30
在宅療養支援病院 3	2	0.35	0.71
在宅療養支援病院 合計	4	0.69	1.17

自宅看取り率と施設看取り率の推移

	自宅看取り率 (%)	施設看取り率 (%)	自宅＋施設看取り率 (%)
平成27年	15.8	5.8	21.6
平成28年	15.3	6.8	22.1
平成29年	16.0	8.1	24.0

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27年	770	52	229	4,871
平成28年	730	66	256	4,759
平成29年	806	67	338	5,027

埼玉県保健統計年報 人口動態統計

在宅医療に関係する協議会などは、複数存在するが多くは情報交換程度にとどまっている

- 埼玉県南部保健所主催：南部地域保健医療・地域医療構想協議会「在宅医療部会」
- 医師会内に設置：川口市在宅医療サポートセンター（市委託事業）
 - 相談
 - 往診医の登録：50人（36医療機関）
 - 在宅療養支援ベッドの登録：12病院による週毎の輪番（1床）
 - ICTの活用：MCS
- 川口市地域包括ケア連絡協議会：事務局 福祉部長寿支援課
- 県南在宅医療研究会：多職種連携の強化
- 地域連携看護師会
 - 退院時共同指導説明書の書式統一：介護保険課のホームページからダウンロード可

在宅医療の課題と対策

<課題>

訪問診療の需要の増大に 대응えられるか見通しが明らかでない。

市内に介護付き有料老人ホーム等が増加していることに留意。

在宅医療に関係する協議会が情報交換程度にとどまっている。

川口市在宅医療サポートセンターの実績（相談件数、登録医の数、支援ベッドの利用）も伸び悩んでいる。

<分析と見通し>

開業医の参入は続いており、在宅への参加も期待できる。

在宅を主にする医療機関も増加している。

病床非過剰地域なので、地域包括ケア病床の新設も予定されている。

在宅医療（訪問診療）の推進を協議する場については、活性化の余地があり、保健所として果たすべき役割が大いにある。

→ まずは、在宅医療の実態調査から着手することを検討。

＜班員からの提案＞

○在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院、在医総管、等の他、訪問診療を実施している医療機関に対して、訪問診療患者数を含む実績調査を行い、JMAPの医療介護需要指数の2025年以降、5年毎の増加に対して、在宅医療に関する医療機関、人材確保等が、どの程度必要かを算出してはどうでしょうか。

○医師会に委託している在宅医療サポートセンターにて往診医の登録や在宅療養支援ベッドの確保等の基盤が出来ていることから、さらに訪問診療での代診医等、一般医療機関の在宅医療への参入障壁を下げる取り組みを検討、提案してはどうでしょうか。

○医療、介護ともかなり足りなくなりそうですが、長期的な整備が必要になるかと思われます。市場に委ねるのか（ことに介護）、ある程度公的にコントロールするのかわというところが、行政としてスタンスをとることが必要になるような気がします。

また、圏域人口が80万人ありますが、急性期・回復期（在宅医療を進める際のバックベッド含む）もおそらく圏域内で完結しないように思います。広域で考えるかあるいは圏域内（市域内）で整備を考えるかということも、重要になるような気がします。

※介護のコントロールは、市町村の介護保険事業計画で一定、計画量が示され、枠がかかります。逆に言うと、足らないのであれば計画に方向を明示しなければなりません。

在宅医療の確保の取り組み (福島市)

<在宅資源等の特徴>

- ①在宅療養支援診療所を中心に、訪問診療及び看取りへの取り組みは全国よりもなされている
- ②今後の人口減少と後期高齢者増加に伴う医療介護需要の変化を見据えた対応準備には課題がある

<対策の特徴>

- ①全国に比して進んでいる診療所を中心とした在宅医療を中心とした体制整備に向けて、今後の供給の見通しを調査することから始める
- ②病院による在宅療養支援を進めるために、地域の現状と今後の需要予測を踏まえた協議を進めていく
- ③中核市のメリットを生かし、医療介護連携によるソフト面を含めた体制整備を図っていく

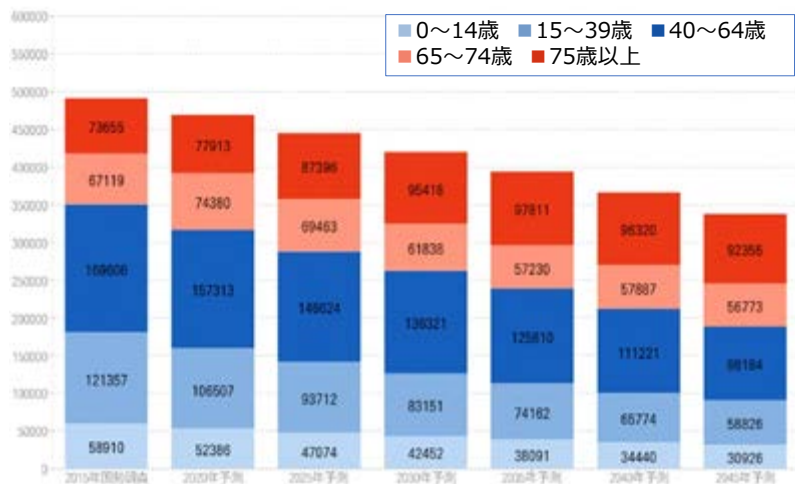
福島市保健所
中川 昭生

福島市の状況（Ⅰ）

<地域概要>

- 福島市が属する県北医療圏域は、福島県中通り地方の北部に位置し、8市町村からなる総面積1,753km²の地域である。福島市はその中核をなし、西は山形県、北は宮城県と接する総面積768km²の盆地である。
- 県北圏域及び福島市の世帯数は、2020年4月1日現在（推計）で、193,525世帯と124,570世帯（圏内の64.4%）、人口は471,430人と285,035人（同60.1%）であるが、2035年の人口はそれぞれ393,104人と235,749人へと大きく減少する（JMAP）。
- 同じ期間の65歳以上人口は、圏域で151,793人から155,041人へ、福島市で86,752人から92,979人へ、75歳以上は、圏域で78,492人から96,320人へ、福島市では44,806人から57,764人へと増加し、その後は減少に転じる（JMAP）。

県北圏域の人口構成予想（JMAP）



福島市の状況（Ⅱ）

<医療・介護の需要予測>

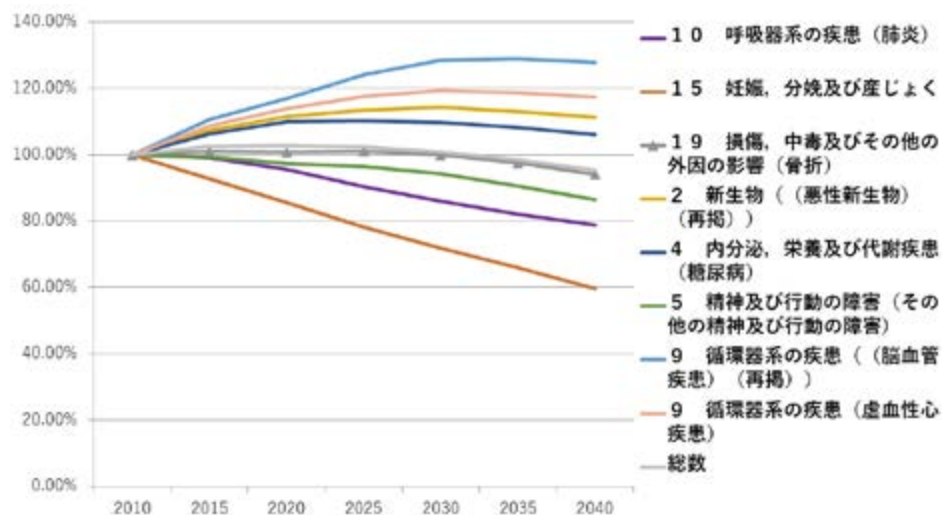
- 医療需要は、人口減少が進むものの高齢者が増加するため、当面やや増大したのち、2030年頃から減少に転じる。
- ただし、高齢者に多い疾患（脳血管疾患をはじめとする循環器疾患、肺炎、整形外科疾患等）の入院は30～40%の増加が予想される。
- 介護需要については、高齢者とりわけ後期高齢者が増加するため、今後増加を続けて2035年頃にピークを迎え、その後も2045年までは現状より20%程度の増加となる見込み。

医療介護需要予想指数の県北圏域と全国の比較（JMAP）

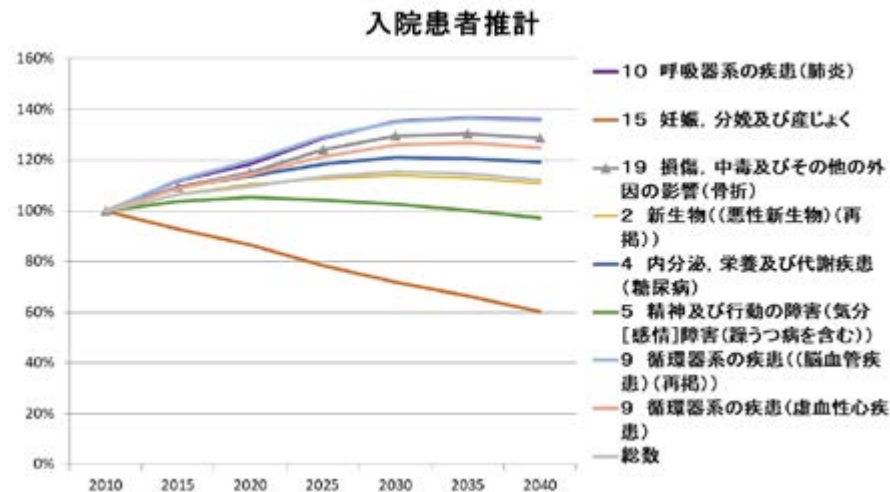


傷病別外来患者数の推移（福島県北）

（産業医科大学松田晋哉教授提供：AJAPA）



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



福島市の状況（Ⅲ）

<医療の特徴>

- 一般病床が多い一方で、療養病床数が極端に少なく、介護医療院等も未整備である。ただ、地域包括ケア病床は2019年から転換がすすんでおり、2020年4月時点で4病院159床となっている。
- 産科及び精神科を除いた一般病院は、公立・公的3か所、民間病院10か所の計13病院である。このうち100床未満が3か所、100～200床が6か所と、民間の小規模病院が大半を占めている。
- 在宅療養支援診療所は比較的多く、現時点では訪問診療や在宅での看取りは一定程度対応できている。しかし、今後の高齢者増加に伴って予想される在宅医療ニーズ増大への対応が課題である。
- 市医師会による「福島市在宅医療ネットワークシステム」参加の診療所は62か所、後方病院は14か所（単科病院含む）である。

福島市内の在宅療養支援診療所の実績 (厚生局データ)

訪問患者数（実数）： H30年2,370人 R元年2,466人
 自宅看取り数： H30年 344人 R元年 443人

参考：県北圏域における在宅医療等の医療需要

医療機能	2013年の医療需要 (人/日)	2025年の医療需要 (人/日)
在宅医療等	4,919	5,891
うち訪問診療分	2,748	3,309

(福島県地域医療構想より)

病床種類別の病床数(全国との比較) JMAP

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

赤字：全国平均より少
 青地：全国平均より多

	病床数		人口10万人あたりの病床数		
	福島市	県北圏域	福島市	県北圏域	全国平均
一般診療所病床	225	297	76.47	60.53	73.45
病院病床(全区分計)	4,530	6,244	1,539.52	1,272.61	1,216.46
一般病床	3,116	4,286	1,058.97	873.54	708.15
精神病床	1,171	1,559	397.96	317.74	257.50
療養病床	215	359	73.07	73.17	244.67
結核・感染症病床	28	40	9.52	8.15	4.73

JMAP 市及び県北圏域と全国の比較

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

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

	施設数		人口10万あたりの施設数		
	福島市	県北圏域	福島市	県北圏域	全国
在宅療養支援診療所 1	0	1	0	0.20	0.16
在宅療養支援診療所 2	8	13	2.72	2.65	2.59
在宅療養支援診療所 3	33	46	11.22	9.38	8.92
在宅療養支援診療所 合計	41	60	13.93	12.23	11.67
在宅療養支援病院 1	1	1	0.34	0.20	0.16
在宅療養支援病院 2	1	1	0.34	0.20	0.30
在宅療養支援病院 3	1	1	0.34	0.20	0.71
在宅療養支援病院 合計	3	3	1.02	0.61	1.17

福島市の状況（Ⅳ）

<介護の特徴>

- ・ 入所型介護施設は圏域全体においても全国より少ないが、とりわけ福島市は少ない状況にある。
- ・ 訪問介護は圏域、福島市ともに全国に比して少ない。
- ・ 通所介護は圏域では少ないが、福島市は全国並みである。
- ・ 介護職員は全国よりも多い。
- ・ R元年に設置された福島市医療介護連携支援センター（市医師会委託）が活動を開始し、相談、多職種連携・研修等をはじめ精力的に取り組みを進めている。

<介護の特徴> (JMAP)

赤字：全国平均より少
青地：全国平均より多

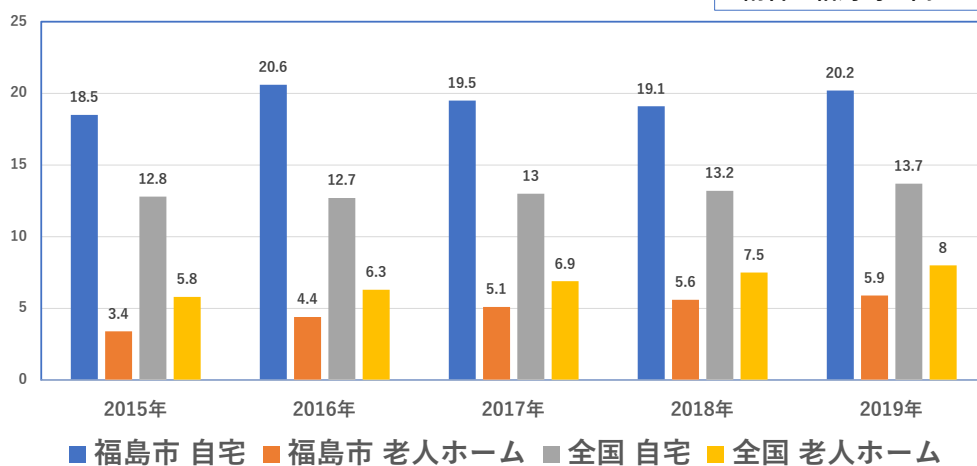
	(75歳以上1千人あたり定員数)		
	福島市	県北圏域	全国
入所定員数（入所型）	70.11	82.23	77.82
入所定員数（特定施設）	14.51	11.13	19.19

	(75歳以上1千人あたり施設数)		
	福島市	県北圏域	全国
訪問型介護施設数	3.40	3.08	3.47
通所型介護施設数	3.67	3.16	3.66

	(75歳以上1千人あたり定員数)		
	福島市	県北圏域	全国
介護職員（常勤換算人数）	79.54	78.28	76.53

在宅死割合の推移

福島市は自宅での死亡
割合が相対的に高い



厚労省；在宅医療にかかる地域別データ集より

在宅医療の課題と対策

<課題>

- ・看取りを含めて訪問診療については、在宅療養支援診療所を中心に一定程度確保されているが、今後の需要増加への対応を進める必要がある。一方で在宅介護が少なく、今後の需要増加に対応できない恐れがある。
- ・一般病床は全国より多いものの療養病床が少なく、地域包括ケア病床や介護医療院等の維持期機能を有する施設等への転換や開設が求められる。また、在宅療養支援病院が少ないのも課題である。

<対策>

- ・市長寿福祉課や医療介護連携支援センターと一緒に医師会との協議の場を設定し、在宅医療需要増加に備えた調査や体制作りを進めていく。
- ・県保健所とも連携し、今後の医療介護需要の変化に対応した病院機能の在り方について、市内病院長を中心とした協議の場を設定する。

<班員からの提案>

○医療人材の確保については、一般に、県で本気で取り組んでいただく必要があろうかと思います。都市部と言っても、人口が流入しない地方都市は厳しい時代が待っていると思います。

制度もそうですが、対医師会や対大学に、県がちゃんとバックアップするという信頼感が必要であると思います。

○高知県の医師確保は、かなり長期的に確保してきました、30代半ばくらいまでの医師が大分増えてきました。学費はなんとかしなければなりませんが、生活費は大丈夫な程度の奨学金貸与です。キャリア形成プログラムにより研修・進路も保障されています。へき地医療ではない(何科でも選べる。行政医もOK)、特定の大学指定ではない、専門医資格が取れ、維持できる、一定の期間、都市部(高知市、南国市)勤務は制限されるが、勤務先は県立病院・公的病院・公立診療所だけではなく私立病院・診療所も一部ある、と言うところなど、キャリア形成に重点が置かれているところがポイントです。

在宅医療の確保の取り組み (東京都品川区)

<在宅資源等の特徴>

- ①病床（一般、療養とも）が少ない（全国平均の0.7倍程度）
- ②在宅支援診療所が多い（全国平均の1.4倍）
- ③診療所、歯科診療所、薬局が多い。増加傾向

<対策の特徴>

※意見交換、情報共有の段階であり、未だ対策まで行きついていない段階

- ①病院のバックアップの強化による、在宅医療の確保をめざす
- ②ニーズの増に応じて、在宅支援診療所の参入が見込めるのではないか？
- ③施設（介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護等）の活用も

品川区保健所
福内 恵子

品川区の状況（Ⅰ）

<地域概要>

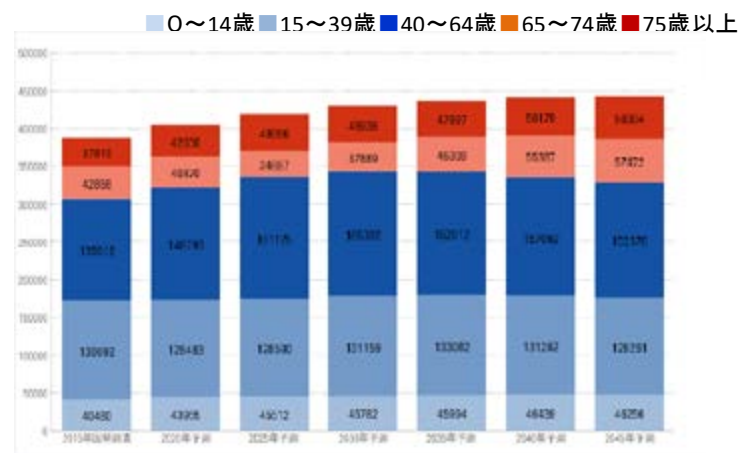
- ・ 東京都の南東部に位置（北は港区、渋谷区、
西は目黒区、南は大田区、東は東京湾に面する）
- ・ 面積 22.84km² （東京都の面積の約 1/96）
- ・ 人口 40.2万人（2020年1月1日）
- ・ 高齢化率 20.8%（同上）
- ・ 人口推計
 - 総人口 2044年まで増加 → 44.8万人に
 - 高齢人口 2048年まで一貫して増加 → 29.4%に

品川区の状況（Ⅱ）

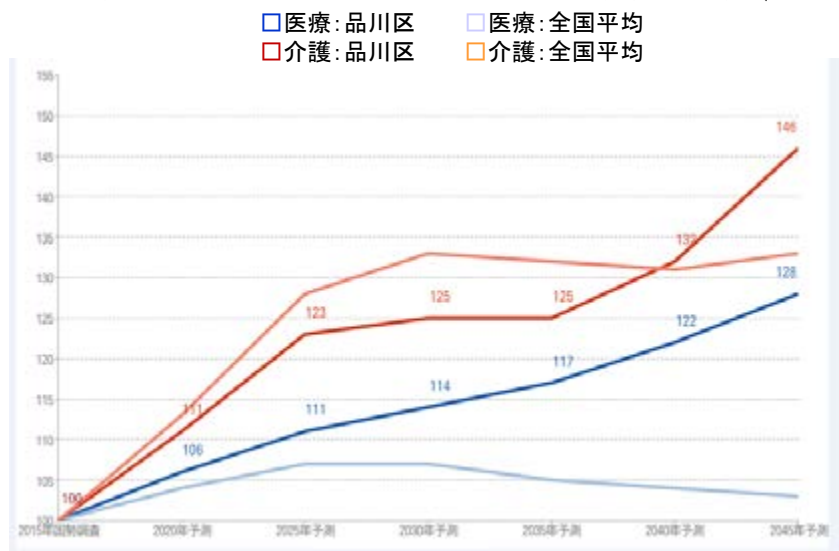
<医療介護の需要予測>

- 1) 医療については、高齢者を含めて、人口の増加があるため、全体の需要は増加の一途をたどる。
- 2) 介護需要も増加するが、特に2040年以降、後期高齢者数が増加が顕著なため、医療需要以上に増大する。
- 3) 2030年以降、生産年齢人口が減少傾向であり、特に介護の担い手の確保が大きな課題。

品川区の人口構成予想（JMAP）



医療介護需要予想指数の品川区と全国と比較(JMAP)



品川区の状況（Ⅲ）

< 医療の特徴 >

- 民間病院が15、有床診療所2、介護医療院1がある。
- 民間病院は、
 - 800床以上の大学病院 1
 - 500床以上 1（一般病床のみ1）
 - 200床以上 2（一般病床＋回復期リハ1、リハビリ専門病院1）
 - 100床以上 3（一般病床のみ2、リハビリ専門病院1）
 - 50床以上 5（うち療養病床のみ1、療養病床あり1、「循環器疾患」、「整形外科」に診療科を特化した病院が2）
 - 50床未満 3（うち療養病床あり1）
- 有床診療所のうち1か所は、在宅・看取りを実施（地域包括ケア病棟）
- 診療所 441か所、歯科診療所374か所、薬局241か所
全国に比し多く、増加傾向

病床種類別の病床数（品川区と全国の比較）JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計数

（人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

赤字：全国平均より少

	病床数	人口10万人あたりの病床数	
	品川区	品川区	全国平均
一般診療所病床	55	14.22	73.45
病院病床（全区分計）	3,232	835.36	1,216.46
一般病床	2,281	589.63	708.15
精神病床	182	47.05	257.50
療養病床	769	198.78	244.67
結核・感染症病床	0	0	4.73

医療施設数（品川区と全国の比較）JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計数

（人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

青字：全国平均より多い

	施設数	人口10万人あたりの施設数	
	品川区	品川区	全国平均
診療所	441	114.00	71.57
歯科診療所	374	96.68	55.83
薬局	241	62.30	48.72

品川区の状況（Ⅳ）

<在宅医療の現状>

- ・在宅医療は開業医（在宅支援診療所とそれ以外の診療所）による訪問診療、往診で取り組まれている。
訪問看護ステーションも26か所ある。
- ・在宅専門の医師は医師会に加入していないため、診療所間の情報共有・連携が不足
- ・かかりつけ医を持たず、退院後訪問診療が必要な患者には、病院が在宅支援診療所につなぐことが多いと想定される。
- ・かかりつけ医を持たず、退院後訪問診療が必要な患者の訪問診療医の紹介システムを医師会、歯科医師会が運用している。

JMAP品川区と全国の比較

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

（人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

赤字：全国平均より少 青字：全国平均より多

	品川区施設数	人口10万人あたりの施設数	
		品川区	全国
在宅療養支援診療所 1	1	0.26	0.16
在宅療養支援診療所 2	12	3.10	2.59
在宅療養支援診療所 3	51	13.18	8.92
在宅療養支援診療所 合計	64	16.54	11.67
在宅療養支援病院 1	0	0	0.16
在宅療養支援病院 2	0	0	0.30
在宅療養支援病院 3	1	0.26	0.71
在宅療養支援病院 合計	1	0.26	1.17

地域医療構想に基づく在宅医療の展開

【二次医療圏（品川区・大田区）】 〈都が事務局〉

意見交換を通じ、課題共有と意見交換の段階

- 在宅医を含めた開業医と病院の退院調整部門の連携強化が必要
- 在宅療養患者の急変時等に対応・受け入れできる体制づくりが必要
- 介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護など、施設や在宅の質の充実が必要
- 地域包括ケア病床の増床が必要かどうかは今後も議論が必要

【品川区】

関係者での情報共有、意見交換の段階

- 病院連絡会、24時間訪問診療モデル実施経費の助成 〈医師会〉
- 医療と介護連携地域ケアブロック会議 〈福祉部が実施主体〉
区内を4ブロックで、医療（病院、診療所、在宅診療等）、介護、福祉等関係者により、在宅療養に関する地域特有の問題を抽出、分析し、具体的な解決策を提案・決定していく。（令和元年度より実施）

在宅医療の課題と対策

<課題>

- 1) 訪問診療の供給量不足、さらに2040年までの不足の増大
＊新たに参入する在宅医の見込みが不確か
- 2) 在宅療養患者の急変時等に対応・受入できる体制が確立していない
- 3) 介護力不足

<分析と見通し>

- 1) 開業医数も多く、若い開業医もいることから、急変時の病院等のバックアップがあれば、需要の増に応じて、在宅医療への参入が増加する見込みあり。
また、在宅支援診療所の新規参入（近接区も含め）も予想される。
- 2) 病院は、すべて民間病院であり、今後の人口増、医療需要増に対し、経営の観点から、各病院が病床機能や病床数をどのようにするかが現時点で見通せない。
- 3) 区は、介護福祉人材の確保に努めるとともに、看護小規模多機能型居宅介護等の充実を図るとしている。一定程度は介護医療院も含め、施設等に頼らざるを得ない。

＜班員からの提案＞

○提案

- 1) JMAPでの人口動態、2045年まで増え続ける医療需要から、在宅医療が増加し続けることを確認し、医師会と共有する。
- 2) 急変時の対応ができる病院として、200床以上の2病院に在宅療養後方支援病院になるように促す。
- 3) 在宅療養支援病院が1つしかないので、残る200床未満の10病院に在宅療養支援病院となるように促すとともに、地域包括ケア病床に転換するように促す。バックベッドを増加するとともに病院の在宅医療への参入が実現する。

○東京都監察医務院の調査によると、

2000年では、東京区部における自宅死亡数は7,636人であり、そのうち2,454人が異状死でした。

2011年の東京区部における自宅死亡数は1万2,688人であり、そのうち4490人が異状死でした。

東京区部での異状死率は、2000年の32.1%から10年程度で、2011年の35.4%に増加しています。

異状死の問題は、練馬区のみならず東京区部全域の問題かもしれません。

＜質問＞

○練馬区死亡分析の30年度版がありましたので、報告します。この報告書の課題は、

- 1) 地域医療担当部地域医療課が報告をしていますが、どこにも保健所の名前がないのですが、保健所は係わっているのでしょうか。このような報告書の存在を練馬区保健所は知っているのでしょうか。
- 2) 非常に丁寧な分析をされているのにその対策が全く提案されていない。
- 3) 既に、自宅死亡約1,017人の46%が異状死で(30%は病死、自然死、16%は病死以外)で、年間467人程度の人が看取られることなく死んでいる現実をどう考えているかわからない。東京都では、このようなことがもう当たり前になっているということでしょうか。
- 4) 報告書では、将来の看取りの需要の多さは議論されていますが、それへの具体的戦略は見えず、どの地域でもされている一般的な在宅介護連携の話をしている。
- 5) 在宅看取りを他の区に大いに依存しているが、区での地域包括ケアというものは、目指さないのか。目指さないとする区間の連携や役割分担を検討しないのか。
- 6) 東京都の各区では、このような分析をしているのでしょうか。それに関わっている保健所はどの程度あるのでしょうか(死亡個票は、保健所は分析できても、区役所の他分野が独自に分析することは、法的に問題ないのでしょうかという疑問もあるのですが)。

<質問への回答>

○練馬区の件 直接、練馬区に問い合わせをしていませんので、わかる範囲で

①分析報告書をざっと目をとりました（作成されているのを、初めて知りました）。非常に詳細に分析されており、私が知る限りは、他区でここまで分析はしていないと思います。

②組織は以下のようになっており、組織図から見ると、保健所の関与（在宅医療についても）は薄いと想像されます。

◆健康部

◆地域保健担当参事 保健所長兼務

◆練馬区保健所

健康推進課

生活衛生課

保健予防課

保健相談所

◆地域医療担当部（健康部長が担当部長を兼務）

ー地域医療課

医療環境整備課

③在宅看取りの他区への依存

東京の特別区は人口密度も高く、在宅医療機関も各々、区をまたがり、診療を展開しています。

通常の区民の受療行動も交通の便がよいため、隣の2次医療圏の病院の利用が多いといったことも見られます。

特別区は各区で地域包括ケアを目指していますが、医療（診療所、病院）については、もう少し広い範囲です。

（隣接区の一部を含む等、必ずしも二次医療圏でない）で完結しています。

○孤独死について

今回、あらためて、区部の孤独死の多さを認識しました。孤独死については、ひとり暮らし高齢者の見守りやアンプ確認等の事業で対応しているのが、現状です。

①東京都監察医務院の報告（少し古いですが、平成22年の東京都23区における孤独死の実態）を見ますと、その状況は男女でまったく違います。

・件数は 男性：女性 2：1

・男性 45～49歳階級から急増、60～64歳階級でピーク、その後の高齢者では低下
女性 70歳以降の年齢階級から増加、80～84歳階級でピーク

つまり、背景に 男性は社会からの孤立（男性の未婚の増加等）、女性は単身の高齢者（配偶者との死別等）があると推測されます。

②品川区での高齢者のいる世帯の約4割が単身世帯、夫婦のみ25%、同居が35%

といった状況で、単身世帯が多くなっており、この傾向は今後さらに進むと考えられます。

対策としては、

ひとり暮らし高齢者については、福祉部で、見守り、安否確認、相談等に関し事業を実施しています。男性の社会からの孤立については、十分な取り組みはないように思います。

在宅医療の確保の取り組み (鳥取県東部圏域)

<在宅資源等の特徴>

- ①病床数（H28時点）は全国平均より多いが、延250床が介護医療院に転換
- ②在宅支援診療所等（H28時点）は全国平均並みだが、医師少数スポットが存在
- ③自宅死亡率、老人ホーム死亡率（H26～H30）ともに概ね全国平均並み

<対策の特徴>

- ①急性期医療の機能分化を推進し、病病連携・病診連携を強化
- ②地域包括ケア病床の充実を図り在宅医療を補完
- ③介護医療院等の介護施設を含む在宅医療の提供体制の構築
- ④医師少数スポットの在宅医療提供体制の維持
- ⑤医療介護需要の情報共有と今後の在宅医療の供給見込みの検討に向けた医師会や自治体との連携

鳥取市保健所
長井 大

東部圏域の状況（Ⅰ）

<地域概要>

鳥取県東部圏域は、1,518km²の面積（鳥取県の面積の43%）で東は兵庫県と南は岡山県と接している。現在の人口は227,999人、（2020.1.1推計）、高齢率29.3%で、2025年には人口は21万人で高齢化率は33.4%になると予想される。

圏域内の1市4町（人口、高齢化率）は、鳥取市（188,465人、27.9%）、岩美町（11,679人、34.6%）、若桜町（3,301人、45.6%）、智頭町（7,207人、38.9%）、八頭町（17,347人、33.3%）である。

圏域内には、中核市である鳥取市が鳥取市保健所を設置しており、周辺4町の保健所業務を県から委託を受けて実施しており、鳥取市保健所が地域医療構想等の会議の事務局を担っている。

鳥取県東部圏域の位置



東部圏域の状況（Ⅱ）

<医療の特徴・病院>

公立病院が4機関、公的病院が2機関、民間病院は一般及び療養型病院6機関、精神科病院2機関、有床診療所11機関（平成30年度病床機能報告対象診療所）があり、病院の一般病床のうち83%（1,610床／1,940床）が公立、公的病院が占めている。

公立病院は、中核を担う県立病院が1機関、市立病院及び町立病院が3機関であり、県立病院以外はいずれも500床未満で、うち1病院は100床未満の小病院である。

各病院は医師確保に常に課題を持っており、主に鳥取大学からの医師派遣と鳥取県の養成医制度によって医師確保しているが、一部病院では、岡山大学等県外から医師派遣を受けている。人口10万人あたりの医師数は県全体では全国6位であるが、東部圏域では、226.9人で全国平均の240.1人を下回っている。

なお、鳥取県医師確保計画では、東部圏域の医師少数スポットとして、鳥取市（佐治町）、岩美町、若桜町、智頭町が上がっている。

東部圏域の病院の位置

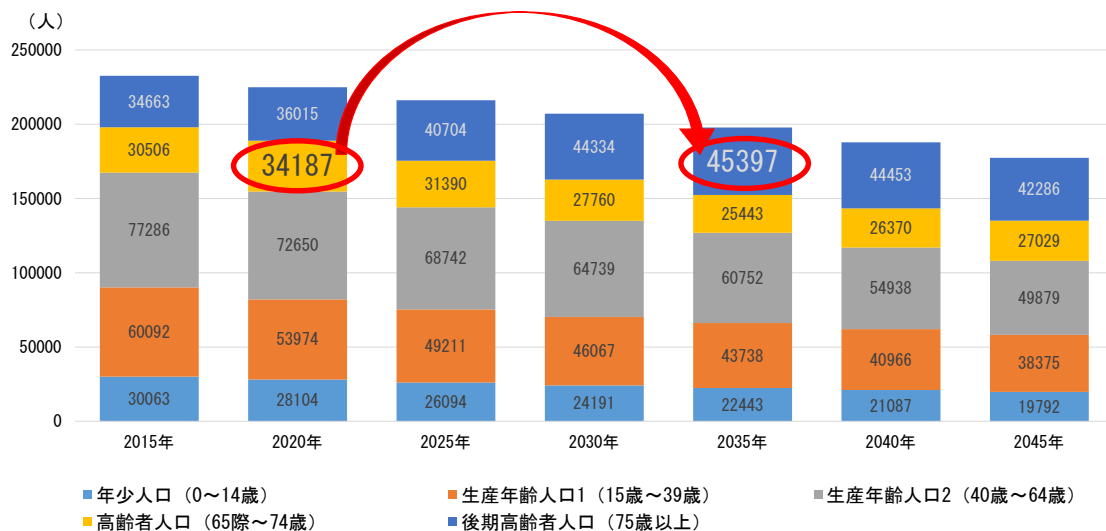


東部圏域の状況（Ⅲ）

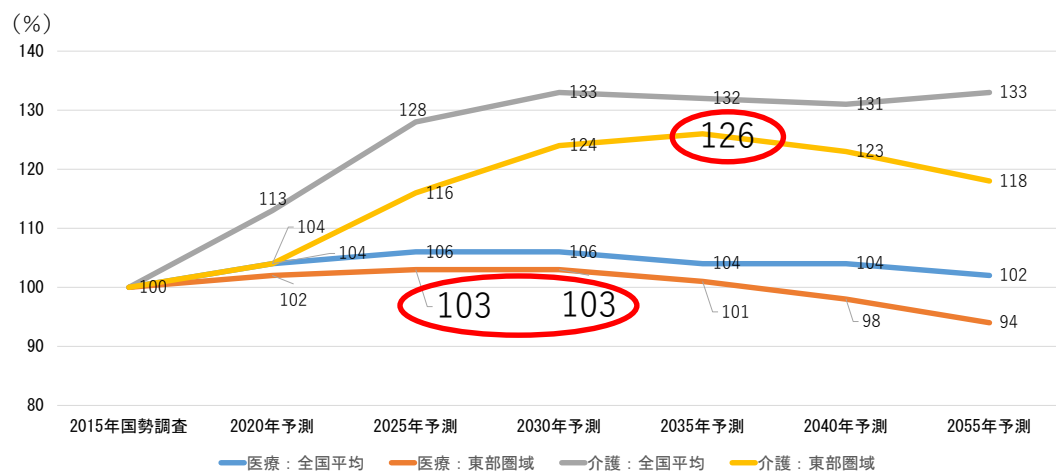
< 医療介護の需要予測 >

- 1) 生産年齢人口は2025年以降減少の一途である一方で、前期高齢者は2020年が、後期高齢者は2035年が最も多く、高齢者全体が最も多いのは2025年から2030年と予測されている。
- 2) 医療需要についても同様に2025年から2030年が最も高く、その後は減少すると予測されている。
- 3) 介護需要については2035年まで割合が上昇し、2015年時点の需要を100%とした場合の126%まで上昇すると予測されている。
- 4) 医療需要以上に介護需要は増加すると予測されており、担い手不足が懸念される。

東部圏域の人口構成予想 (JMAP)

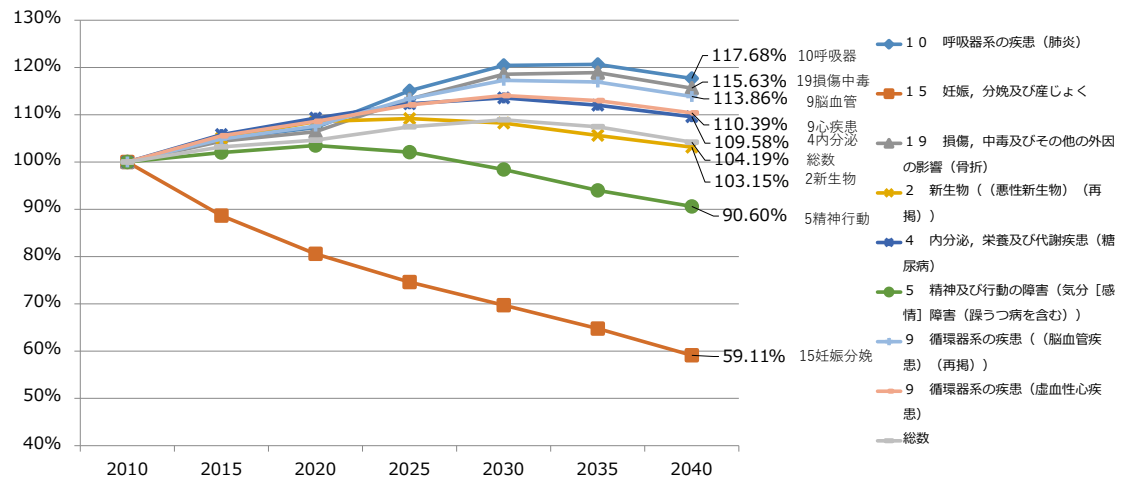


医療介護需要予測指数の東部圏域と全国の比 (JMAP)



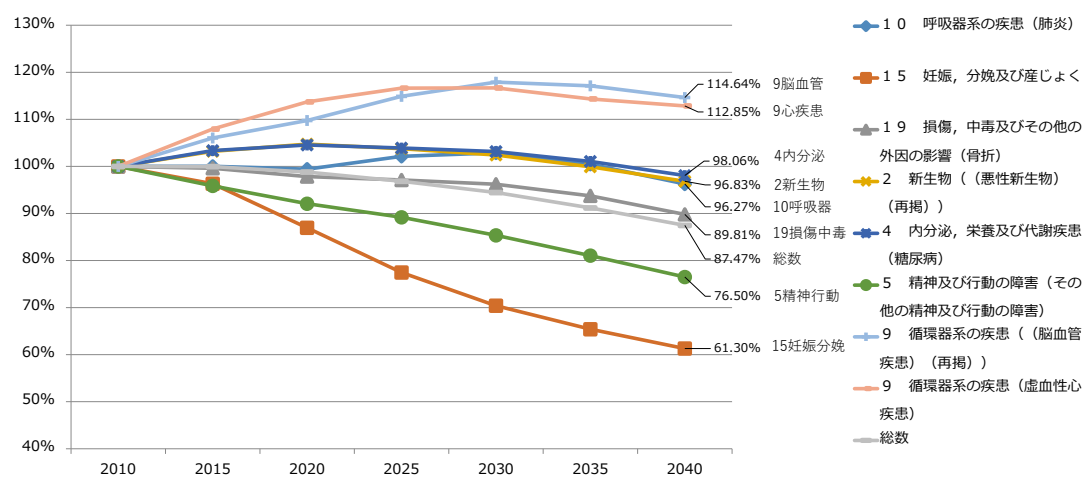
傷病別入院患者数の推移（東部圏域）

（産業医科大学松田晋哉教授提供）



傷病別外来患者数の推移（東部圏域）

（産業医科大学松田晋哉教授提供）



東部圏域の届出病床数（令和2年6月）

	一般	療養	精神	結核	感染症	計
鳥取県立中央病院	504	-	-	10	4	518
鳥取市立病院	340	-	-	-	-	340
岩美病院	60	50	-	-	-	110
智頭病院	52	47	-	-	-	99
鳥取赤十字病院	350	-	213	-	-	563
鳥取医療センター	304	-	-	-	-	304
鳥取生協病院	260	-	-	-	-	260
鳥取産院	20	-	-	-	-	20
尾崎病院	50	120	-	-	-	170
ウェルフェア北園渡辺病院	-	180	60	-	-	240
渡辺病院	-	24	258	-	-	282
鹿野温泉病院	0	141	-	-	-	141
上田病院	-	-	106	-	-	106
幡病院	-	-	120	-	-	120
計	1,940	562	757	10	4	3,273

病床種類別の病床数（東部圏域と全国比較）JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

（人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

病床区分	病床数	人口10万人あたり病床数	
	東部圏域	東部圏域	全国平均
一般診療所病床	131	56.32	73.45
病院病床（全区分計）	3,387	1,456.09	1,216.46
一般病床	1,950	838.31	708.15
精神病床	757	325.44	257.50
療養病床	666	286.32	244.67
結核・感染症病床	14	6.02	4.73

東部圏域の状況（Ⅳ）

<在宅医療の現状>

- ・在宅療養支援診療所は合計26施設で、人口10万人あたり施設数は概ね全国平均並みだが、旧市内（平成の大合併以前の鳥取市）の施設が19箇所、7割以上を占めている。
- ・訪問歯科を実施する施設数は合計27施設で、全国平均より高い。
- ・平成27年4月に東部医師会と東部圏域1市4町が共同設置した「東部医師会在宅医療介護連携推進室」を中心に東部圏域の医療介護連携の推進体制を構築している。
- ・住民啓発寸劇「我が家（うちげえ）に帰りたい」による住民学習会、「みんなでささえあう～わたしたちの地域包括ケアシステム～」、終活支援ノート「わたしたちの心づもり」などの啓発パンフレットを用いた啓発に取り組んでいる。

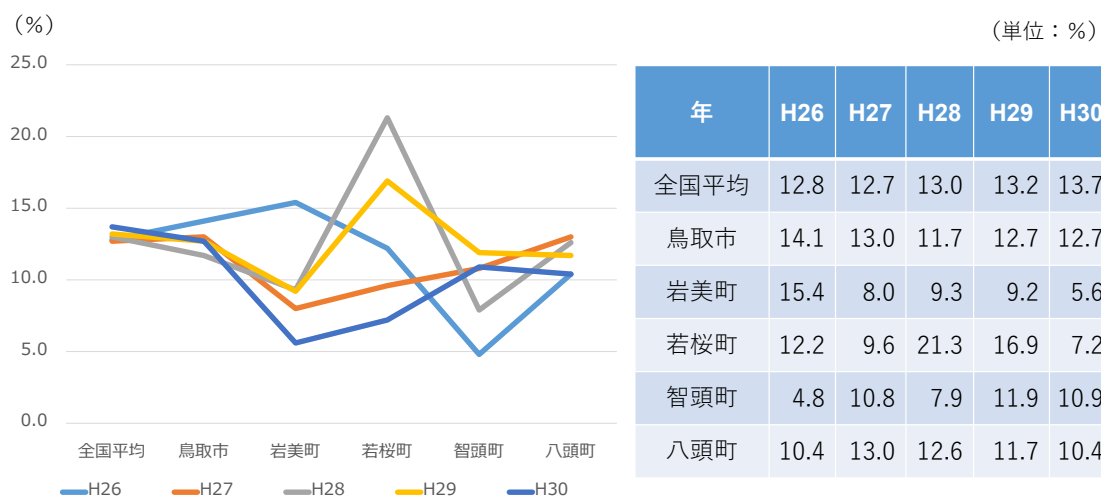
在宅療養支援診療所・病院数（東部圏域と全国比較）JMAP

2018年11月現在の地域内医療機関情報の集計値

（人口10万人あたりは、2015年国勢調査総人口で計算）

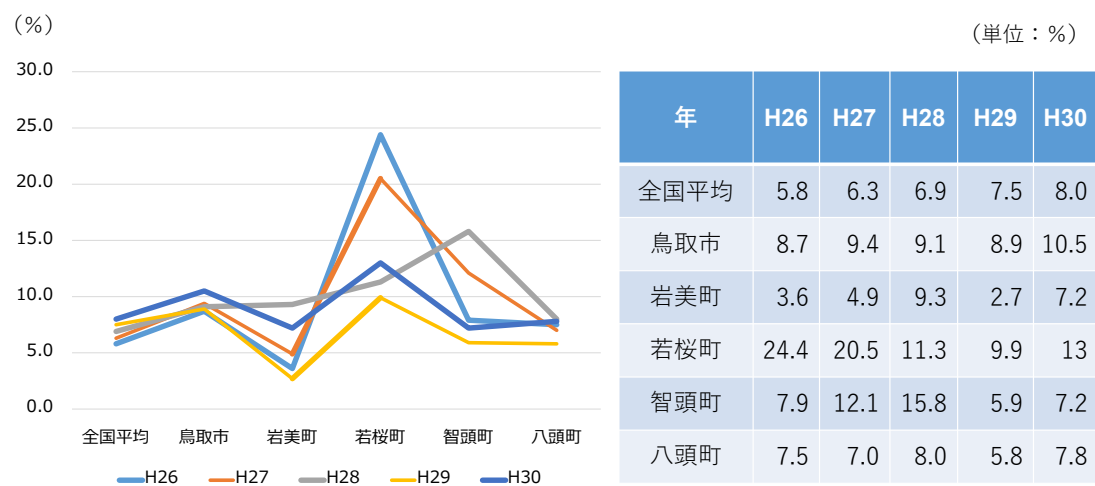
病床区分	施設数	人口10万人あたり施設数	
	東部圏域	東部圏域	全国平均
在宅療養支援診療所 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援診療所 2	3	1.29	2.59
在宅療養支援診療所 3	23	9.89	8.92
在宅療養支援診療所 合計	26	11.18	11.67
在宅療養支援病院 1	0	0.00	0.16
在宅療養支援病院 2	1	0.43	0.30
在宅療養支援病院 3	0	0.00	0.71
在宅療養支援病院 合計	1	0.43	1.17
訪問歯科 合計	27	11.61	9.07

市町別自宅死亡率の推移 (在宅医療にかかる地域別データ集)



市町別老人ホーム死亡率の推移

(在宅医療にかかる地域別データ集)



地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅰ）

- ①東部医師会在宅医療介護連携室と保健所が共同で、退院調整に関する調査を毎年実施し、入退院調整ルールを導入することとなった。
- ②圏域内の急性期病院が相次いで増改築を行い、連携協定等により機能分化と連携が一部推進され、地域包括ケア病棟の整備も進んだが、2025年以降の高度急性期及び急性期の機能分化の検討は十分とは言えず、関係病院間のさらなる協議が必要である。
- ③また、後方支援を担っていた慢性期病棟は急速に介護医療院への転換が進み受け皿となる在宅医療の充実が課題となる。

地域医療構想に基づく在宅医療の展開（Ⅱ）

- ④町立病院では地域包括ケアの取組を以前から行っており、かかりつけ医機能から、高齢期に多い急性期を中心とした急性期機能の他、訪問看護、訪問リハビリなど在宅医療も担っている。
- ⑤町立病院を有しない郡部の2町では、在宅医療を担う医師の高齢化などにより、地域医療の維持が困難となることも予想され、医師の減少や偏在への対応について、行政が中心となって圏域内で協議を進めていくことが必要である。
- ⑥東部医師会在宅医療介護連携推進室を中心にACPの普及啓発に取り組んでおり、さらに医療のかかり方全般に関する普及啓発も併せて推進する。

病床機能報告（12病院）結果①（確定値）

（床）

施設名称	全体		高度急性期		急性期		回復期		慢性期	
	H30年	2025年	H30年	2025年	H30年	2025年	H30年	2025年	H30年	2025年
鳥取県立中央病院	417	443	40	148	377	295	0	0	0	0
鳥取市立病院	340	340	5	5	287	287	48	48	0	0
鳥取赤十字病院	350	350	58	58	244	244	48	48	0	0
鳥取生協病院	260	260	0	0	106	106	134	134	20	20
鳥取医療センター	304	304	0	0	0	0	50	50	254	254
岩美病院	110	110	0	0	60	60	0	0	50	50
智頭病院	99	99	0	0	52	52	0	0	47	47
鳥取産院	78	78	0	0	20	20	0	0	58	58
尾崎病院	180	180	0	0	22	22	38	38	120	120
ウェルフェア北園渡辺病院	240	240	0	0	0	0	60	60	180	180
渡辺病院	50	50	0	0	0	0	0	0	50	50
鹿野温泉病院	141	141	0	0	0	0	0	0	141	141
合 計	2,569	2,595	103	211	1,168	1,086	378	378	920	920

出典：平成30年度病床機能報告（7月1日現在、及び2025年7月1日現在を想定）

病床機能報告（12病院）結果②（確定値）

施設名称	救急 告示 病院	二次 救急 病院	三次 救急 病院	地域医療 支援病院	在宅療養 支援病院	在宅療養 後方支援 病院	回復期 リハビリ 病棟※	地域包括 ケア病棟 ※
鳥取県立中央病院	○	○	○	○			—	—
鳥取市立病院	○	○		○		○	—	48床
鳥取赤十字病院	○	○		○			—	48床
鳥取生協病院	○	○					90床	44床
鳥取医療センター							—	—
岩美病院	○	○					—	—
智頭病院	○	○					—	—
鳥取産院							—	—
尾崎病院							38床	—
ウェルフェア北園渡辺病院							60床	—
渡辺病院							—	—
鹿野温泉病院					○		—	—
合計機能数等	6か所	6か所	1か所	3か所	1か所	1か所	188床	140床

出典：平成30年度病床機能報告（7月1日現在）

※病棟単位のみ計上

在宅医療の課題と対策

<課題>

- 1) 急性期医療の機能分化と連携の推進
- 2) 在宅医療を担う医師の高齢化や特に中山間地の診療体制の弱体化

<分析と見通し>

町立病院を有する2町では、地域包括ケアを展開しており、今後の人口減少に対応しながら適正な規模で機能を維持していくことで在宅医療を支えていくことが可能であるが医師確保が条件となる。

また、病床を有しない2町については、より一層の病診連携の推進が必要であるが、在宅医療を担う医師の減少等による診療体制の弱体化に対し早急に検討する必要がある。

今後の見通しについて情報共有を行い、必要な働きかけや予算確保も含めた具体的な取組方針を協議することが必要である。

まずは、医師会と協力して、既存データでは把握できない今後の見通し等に関する調査等を行うことを検討する。

在宅医療体制構築への関り方

郡部編

出雲保健所 中本 稔

出雲保健所の概要

○管内は平成の合併で、（新）出雲市のみ

県型保健所として

市街地（旧出雲市）以外の地域（旧平田市、旧簸川郡）と関係深い。

○管内人口ほか（2017年9月末）

人口 175,165人

65歳以上 50,965人 高齢化率 29.1%

（75歳以上 26,787人）

○島根大学病院、県立中央病院、県立こころの医療センターには、全県から患者が集まる。

在宅医療の進捗は

保健医療対策会議（医療計画の進捗、年1回）

医療・介護連携部会（調整会議、年3回）

出雲市（保険者）の在宅医療・介護連携推進連絡会議ほか

在宅医療供給量調査（逢坂モデル）結果（2017年6月）

- 診療所における2025年の訪問診療の供給量は減少する。
- 斐川、平田、湖陵、多伎は大きく減少する。
- 7割の医師が後継者がいないと答えており、長期的に訪問診療の供給量は減少する と考えられる。

地区名	送付数	回答 診療所数	回答率	回答医師数	年	平均年齢	訪問診療実施機関数	往診件数	訪問診療件数	受け持つ在宅療養患者数	夜間往診可能な診療所	後継者がいる医師数
出雲	69	45	65.2%	49	2017	57.6	34	309	1428	925	22	15
					2025	65.6		319	1417	852	16	
湖陵	4	3	75.0%	3	2017	67	3	7	87	42	3	1
					2025	75		10	15	10	1	
佐田	3	2	66.7%	2	2017	70.1	2	14	61	11	1	0
					2025	78.1		16	40	27	1	
大社	7	5	71.4%	6	2017	60.5	5	22	40	45	2	3
					2025	68.5		40	70	90	2	
多岐	1	1	100.0%	1	2017	60	1	5	140	58	1	0
					2025	68		3	70	30	1	
斐川	9	8	88.9%	9	2017	59.4	5	14	18	24	1	3
					2025	67.4		1	1	1	1	
平田	17	12	70.6%	12	2017	65.2	9	46	279	227	5	1
					2025	73.2		9	65	50	2	
全体	110	76	69.1%	82	2017	59.8	59	417	2053	1332	35	23
					2025	67.8		398	1678	1060	24	
増減								▲19	▲375	▲272	▲9	

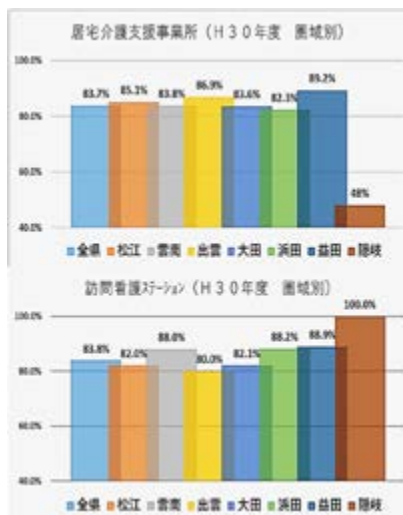
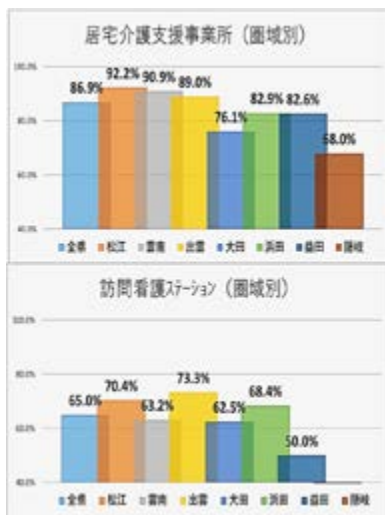
島根県調査 入退院情報（2018年9月）

（入院時）病院への情報提供

（退院時）病院からの情報提供

【居宅介護支援事業所】

【訪問看護ステーション】



管内の在宅医療の評価(2)

4. 訪問診療供給量の診療所・病院バランス確認
 - ・診療所在宅医（＋在宅医になれそうな科医）の年齢構成
 - ・10年間程度の新規開業、次世代のUターン医師数を確認
5. 資源分析：
（機能強化型）在支診、在支病、地域包括ケア病床数
訪問看護St数、訪問看護師数、訪問看護利用者数
介護医療院、老健・特養定員数、サ高住戸数ほか

<データの入手源>

県病院勤務医調査
在宅医療供給量調査
保健所独自調査

地域別データ集
地方厚生局
保健所独自調査

出雲保健所の調査

- ・2017島根県在宅医療供給量調査（需要と供給一逢坂モデル）
- ・2018訪問看護実態調査（患者居住地別供給量）
- ・2018病院における患者の動向調査（在宅復帰、転院転床）
- ・2018診療所における在宅医療に関する調査（供給、グループ診療）
- ・2018老健・特養調査（要介護、施設死亡への対応）
- ・2019老人保健施設の状況調査（要介護、施設死亡への対応）

島根県は毎年病院勤務医調査、訪問看護介護事業所調査を実施

課題整理

1. 2025年の訪問診療の供給量（患者数）不足

市街地（旧出雲市）と他の地区（旧平田市、旧簸川郡）の格差

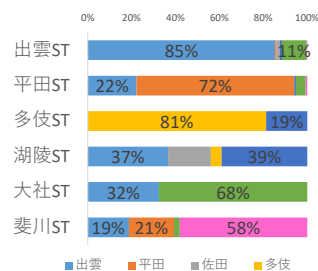
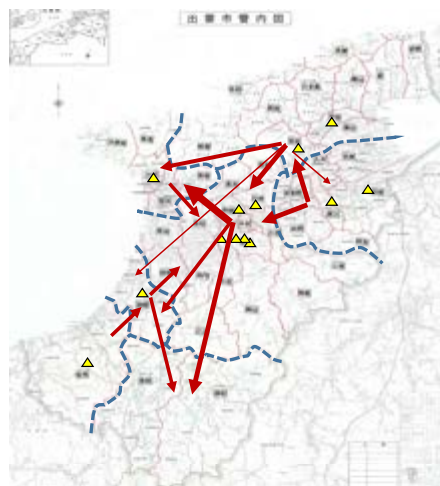
市街地：新規開業もあり、在宅診療を進める連携

他地区：山間地、海岸部は住民高齢化、医師も高齢化

2. 訪問診療、訪問看護・介護だけではなく、

回復期病床、慢性期病床、介護医療院・老健・特養、サ高住などの組み合わせ

訪問看護ステーション訪問地区調査(2017.6)



✓ 出雲地区は地区内のSTが多い上に、隣接する地区のSTからも訪問している。

✓ 斐川地区は、斐川STが他の地区も訪問しているが、他の地区からの訪問はされていなかった。

出雲市ほかの在宅医療への取り組み

「出雲市在宅医療介護連携計画」 2021年～ 10か年

在宅医療介護に関わる多職種（後方支援病院含む）の役割

市の入退院連携ガイドライン

終活支援「あんしんノート」（人生会議）

出雲市立総合医療センター 外来機能「在宅ケア科」 2019年開設

退院後の訪問診療

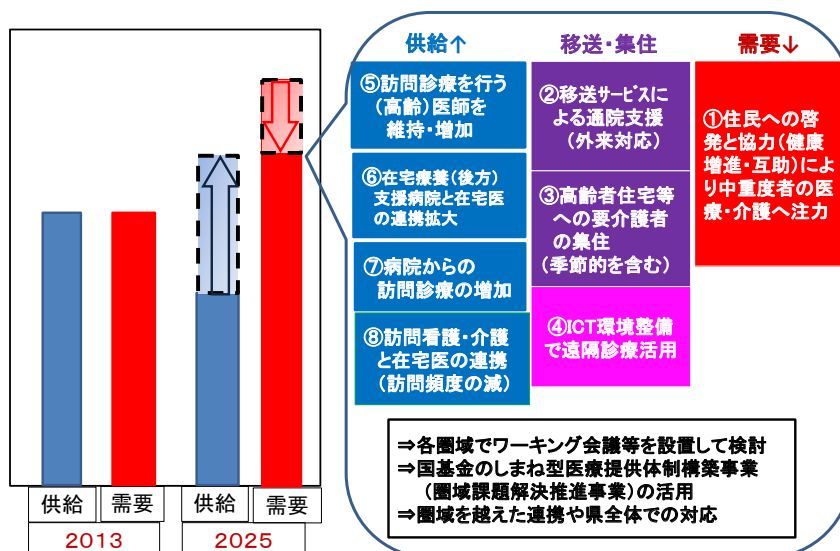
かかりつけ医からの紹介で「訪問診療紹介外来」 2020年開始

訪問看護ステーション連絡会 「受入可能情報」

Googleファイル共有を利用してエクセルファイルに週1入力、随時閲覧

市内訪問看護St19か所が曜日・時間単位で表示

島根県在宅医療の供給不足への対応(案)



在宅医療及び医療・介護連携に関するWG(2017/6/27) 陶山参考人資料を改変

令和 2 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

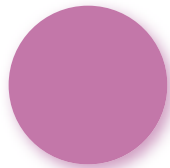
発 行 日：令和 3 年 3 月

編集・発行：日本公衆衛生協会

分担事業者 逢坂 悟郎（兵庫県丹波保健所長）

〒669-3309 兵庫県丹波市柏原町柏原688 柏原総合庁舎
電話：0795-72-0500（代表） FAX：0795-73-0259

令和2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