

第 19 回在宅医療推進フォーラム

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

【日 時】

2023年11月23日（木・祝）10:00～17:00

【場 所】

東京ビッグサイト 国際会議場

【主 催】

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団

目次

●開催趣旨・プログラム	2
●開催にあたって	4
●組織概要	6
●ブロックフォーラム	17
先進事例・好事例報告会「近未来の地域創り ～在宅医療の役割～」	
企画趣旨 太田 秀樹（全国在宅療養支援医協会 事務総長）	
事例報告 三原 一郎（三原皮膚科）	
鶴岡 優子（つるかめ診療所）	
守上 佳樹（よしき往診クリニック）	
令和5年度ブロックフォーラム（自治体ランチ）開催状況	
島田 潔（全国在宅療養支援医協会 事務局長）	
●特別講演 「医療提供体制に係る改革の動向」	71
榎本 健太郎（独立行政法人 福祉医療機構 理事）	
●基調講演1 「ネットワーク化が医療を変える」	112
松田 晋哉（産業医科大学 医学部 教授）	
●基調講演2 「新米総合診療医のまちづくり見聞録」	150
鈴木 李理（医療法人博仁会 みんなの内科外科クリニック）	
●シンポジウム「どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～」	176
大橋 博樹（日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長）	
沼崎 美津子（在宅看護センター 結の学校 所長）	
水野 克彦（独立行政法人 都市再生機構 ウェルフェア総合戦略部 部長）	
中村 順子（NPO 法人ホームホスピス秋田 理事長）	
七条 裕美（ひろみこどもクリニック 院長）	
眞鍋 馨（厚生労働省保険局医療課 課長）	
●関係者略歴	225

開催趣旨

地域ぐるみの支え合いをめざす「地域包括ケアシステム」構築も、いよいよ深化が問われる時期になりました。新しい「将来人口推計」では、改めて出生率の深刻な低下や死亡者数の急増を裏付けました。生産年齢人口の減少は各分野の人材不足に拍車をかけ、地方都市や農漁村部は地域の生き残りをかける時代に突入します。

超高齢化や多死時代に備え、地域包括ケアの推進は地域づくりの核となり、行政にとっても最重要課題となっています。我々がめざす、かかりつけ医を軸にする在宅医療は、住み慣れた地域で、最期までというこの地域包括ケアの中核を担うものです。

COVID-19 パンデミックによって、在宅医療の価値や意義が見直されたのも事実ですが、原点に立ち返り、人生に寄り添い、看取りまで支える在宅医療の普及推進におけるさまざまな課題をあぶりだしながら、近未来の地域づくりについて、議論を重ねていきたいと思えます。なお、このテーマは、在宅医療推進のための会やブロックフォーラムでも討議を続け、節目の第 20 回在宅医療推進フォーラムにおいて、具体的な提言として発信します。

主催：国立研究開発法人国立長寿医療研究センター、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団

共催：一般社団法人日本在宅ケアアライアンス

全国在宅療養支援医協会、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会、全国訪問看護事業協会、全国ホームホスピス協会、
全国薬剤師・在宅療養支援連絡会、日本介護支援専門員協会、日本ケアマネジメント学会、日本在宅医療連合学会、
日本在宅栄養管理学会、日本在宅看護学会、日本在宅ケア学会、日本在宅療養支援病院連絡協議会、
日本プライマリ・ケア連合学会、日本訪問リハビリテーション協会、日本老年医学会、全国国民健康保険診療施設協議会、
全日本病院協会、日本訪問看護財団、日本ホスピス・在宅ケア研究会、日本在宅ホスピス協会、日本ホスピス緩和ケア協会、
NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

後援：厚生労働省、公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本歯科医師会、公益社団法人日本薬剤師会、公益社団法人日本看護協会、
公益財団法人長寿科学振興財団

※順不同、一部法人格省略

第19回 在宅医療推進フォーラム

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

開催日時

2023年11月23日（木・祝）10:00～17:00（開場 9:30）

会場

東京ビッグサイト 国際会議場

（東京都江東区有明3丁目11番1号 東京ビッグサイト 会議棟7階）

※今回は会場開催のみとし、当日の同時配信はありません。後日アーカイブを配信予定。

プログラム（予定）

総合司会 鶴岡 優子

- 10:00-10:10 開会によせて 住野 耕三 在宅医療助成 勇美記念財団 理事長
新田 國夫 日本在宅ケアアライアンス 理事長
来賓あいさつ 浅沼 一成 厚生労働省医政局長
- 10:10-12:00 ブロックフォーラム 先進事例・好事例報告会 ※全国在宅療養支援医協会企画
テーマ「近未来の地域創り～在宅医療の役割～」
【進行】 蘆野 吉和 日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長
企画趣旨説明 ブロックフォーラムのこれまでとこれから
太田 秀樹 全国在宅療養支援医協会 事務総長
先進事例・好事例報告
1) Net 4 Uで地域に広がる食支援 三原 一郎 三原皮膚科（山形県）
2) つるカフェ12年の挑戦～小さな診療所の大きな夢～ 鶴岡 優子 つるかめ診療所（栃木県）
3) KISA2隊の軌跡と奇跡～ポストコロナの展開～ 守上 佳樹 よしき往診クリニック（京都府）
総合討論
令和5年度ブロックフォーラム（自治体ランチ）開催状況 / 日本在宅医療 kongress の紹介
島田 潔 全国在宅療養支援医協会 事務局長
- 12:00-13:00 休憩
- 13:00-13:30 特別講演 「医療提供体制に係る改革の動向」
【演者】 榎本 健太郎 独立行政法人 福祉医療機構 理事
【座長】 荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長
- 13:30-14:00 基調講演①「ネットワーク化が医療を変える」
【演者】 松田 晋哉 産業医科大学 医学部 教授
【座長】 飯島 勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授
- 14:00-14:30 基調講演②「新米総合診療医のまちづくり見聞録」
【演者】 鈴木 李理 医療法人 博仁会 みんなの内科外科クリニック
【座長】 平原 優美 日本在宅ケアアライアンス 副理事長
- 14:30-14:50 休憩
- 14:50-16:50 シンポジウム「どうなる、どうする在宅医療～近未来の地域づくり～」
【シンポジスト】 大橋 博樹 日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長
沼崎 美津子 在宅看護センター 結の学校 所長
水野 克彦 独立行政法人 都市再生機構 ウェルフェア総合戦略部 部長
中村 順子 NPO法人ホームホスピス秋田 理事長
七条 裕美 ひろみこどもクリニック 院長
眞鍋 馨 厚生労働省保険局医療課 課長
【座長】 武田 俊彦 日本在宅ケアアライアンス 副理事長
二階堂 孝子 在宅医療助成勇美記念財団 常務理事
- 16:50-17:00 閉会によせて 辻 哲夫 医療経済研究・社会保険福祉協会 理事長
大島 伸一 国立長寿医療研究センター 名誉総長

開催にあたって

まもなく団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を迎える。高齢化が進む中、年齢を重ねてもできる限り元気に、たとえ心身が弱ったとしてもできる限り住み慣れた地域で最期まで住み続けることを目指す「エイジング・イン・プレイス (Aging in Place)」という理念を実現するべく「地域包括ケア」が国家施策として展開されている。以前より我が国では通院困難な要介護高齢者等が居宅等で必要な慢性期の医療・介護を個人のライフスタイルや地域生活の視点を重視した方法によって享受できるようにする体制の確保が求められており、このような医療ケアの提供は「地域包括ケア」の中でも重要な課題である。また、認知症となっても、人生の最終段階において本人・家族の希望等に応じて平穏な死を迎えることを可能にする「アドバンスケアプランニング」や質の高い看取りを提供する在宅医療は極めて重要であり、これらも国策として着実に推進する必要がある。在宅医療に関わる医師、歯科医師、薬剤師、看護職、リハビリ関係職 (PT、OT、ST)、栄養関係職、歯科衛生士、ケアマネジャー、介護職のさらなる連携が求められている所以である。

しかしながら、COVID-19 によるパンデミックは、流行前から存在していた地域課題や社会課題を一気に顕在化させたといっても過言ではない。特に高齢者への自粛生活長期化による生活不活発や人との交流の断絶等を基盤とする健康二次被害、いわゆる「コロナフレイル」である。この約 3 年以上にわたるパンデミックを振り返るに、我が国の医療提供体制の脆弱性が浮き彫りとなったわけであるが、急性期の治療を終えた人が速やかに在宅医療へ移行できるような仕組み作り、感染判明後入院ができずに在宅での待機を余儀なくされた人に対する訪問体制の整備を ICT 等を活用しながら、推し進める必要がある。それにより社会構造の変化や自然災害などに対して強靱な在宅医療体制の構築が可能となるであろう。

我々は多角的な視点からレジリエントな地域社会を構築するとともに、国民に安心感を与えることの出来る医療ケア提供体制などを改めて構築しながら“住み慣れたまち”を構築していく必要がある。本在宅医療推進フォーラムを通じて在宅医療に関する新しい課題や方向性が明らかとなり、我が国の在宅医療の発展につながることを望んでいる。

2023 年 11 月 23 日

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

理事長 荒井 秀典



今年の「在宅医療推進フォーラム」は参加者皆様とのリアルなコミュニケーションを重視し、ハイブリット方式ではなく4年ぶりに会場でのリアル開催とさせていただきました。

2000年に日本の地域における医療の大きな柱である「治し支える医療」を確立するため、あらゆる在宅医療の普及と進歩を目指すことを目的に勇美記念財団を設立しました。2005年には財団の事業活動を通じ、在宅医療・ケアの推進に取り組まれる全国の関係者、及び市民の皆様が一堂に集まり、第1回「在宅医療推進フォーラム」を開催いたしました。

フォーラムではそれぞれの時代に即したテーマに基づき、発表、討議をはじめ、先駆的、モデル的な取組みについて情報提供、及び共有を図ってまいりましたが、長年にわたる関係者皆様の多大なご協力とご尽力により、今年は19回目を迎えることができました。

この様に「在宅医療推進フォーラム」がスタートして約20年弱となりますが、その間、日本の在宅医療は2014年に国の方針として施行された「医療介護総合確保推進法」で団塊の世代全員が75歳となる2025年を見据え、地域における医療、介護の連携を柱とした「地域包括ケアシステム」の構築が進められ、多くの関係者皆様のご努力により、在宅医療、地域医療が大きな広がり、進歩を遂げてまいりました。一方、通院が困難となる85歳以上が1000万人を超え、年間で亡くなる方が170万人となる2040年に向け、少子化による生産年齢人口、就労人口が大幅に減少し、在宅医療・ケアを提供する側の問題も懸念されます。そのような状況下、今回は現時点での課題を整理、明確化し、対策、及び注力すべき具体的な取組みについて、節目となる来年の第20回目のフォーラムにて提言できることを目指し、次回につながるフォーラムとして、テーマを「どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～」と題し、開催いたします。

特別講演として榎本健太郎前厚生労働省医政局長より「医療提供体制に係る改革の動向」についてご講演をいただくと共に、基調講演では産業医科大学 医学部 松田晋哉教授によるデータ分析に基づく「ネットワーク化が医療を変える」と題したご講演に加え、みんなの内科外科クリニック 鈴木李理先生による「新米総合診療医のまちづくり見聞録」と題し、それぞれ大変興味深いテーマについてご講演をいただきます。

原点に立ち返り、かかりつけ医を軸とする在宅医療、住み慣れた地域で最期まで人生に寄り添い、支える在宅医療の普及推進について、今一度、課題認識を共有し、2040年に向け、取り組むべきあるべき方向性、解決策を見出す機会となることを願っています。また、ご参加いただきます皆様にとり、有意義なフォーラムとなりますことを心より祈念し、ご挨拶とさせていただきます。

2023年11月23日

公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団

理事長 住野 耕三



組織概要

名 称 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

創 立 2010年4月1日

理 事 長 荒井 秀典

設立目的 加齢に従って生ずる心身の変化及びそれに起因する疾患であって高齢者が自立した日常生活を営むために特に治療を必要とするもの(以下「加齢に伴う疾患」という。)に係る医療に関し、調査、研究及び技術の開発並びにこれらの業務に密接に関連する医療の提供、技術者の研修等を行う事により、国の医療政策として、加齢に伴う疾患に関する高度かつ専門的な医療の向上を図り、もって公衆衛生の向上及び増進に寄与することを目的とする。

- 業務概要
- (1) 加齢に伴って生ずる心身の変化に関し、調査及び研究を行うこと。
 - (2) 加齢に伴う疾患に係る医療に関し、調査、研究及び技術の開発を行うこと。
 - (3) (2) に掲げる業務に密接に関連する医療を提供すること。
 - (4) 加齢に伴う疾患に係る医療に関し、技術者の研修を行うこと。
 - (5) (1) ～ (4) に掲げる業務に係る成果の普及及び政策の提言を行うこと。
 - (6) (1) ～ (5) に掲げる業務に附帯する業務を行うこと

組織概要

【研究所】 ・ジェロサイエンス研究センター ・認知症先進医療開発センター
・老年学・社会科学研究センター ・健康長寿支援ロボットセンター
・メディカルゲノムセンター ・研究推進基盤センター

【病 院】 ・もの忘れセンター ・ロコモフレイルセンター ・感覚器センター
・摂食嚥下・排泄センター ・先端医療開発推進センター ・長寿医療研修センター
・老年内科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科、代謝内科、呼吸器内科、血液内科、精神科、放射支援課、リハビリテーション科、整形外科、消化器外科、脳神経外科、泌尿器外科、皮膚科、血管外科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科、歯科・歯科口腔外科
(2023年4月1日現在)

職員数 役員 5名(理事長1名、理事2名(うち非常勤1名)、監事2名(非常勤))
職員数 1,119名(2023年10月1日現在)

病床数 医療法許可病床数 383床(2023年10月1日現在)

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

〒474-8511 愛知県大府市森岡町七丁目 430 番地

TEL : 0562-46-2311

HP : <https://www.ncgg.go.jp/>

名 称	公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団
設 立	2000年7月1日
理 事 長	住野 耕三
基本財産	約 62 億 5227 万円 (2023 年 3 月末現在)
総助成金額	約 17 億 8,594 万円 (2023 年 3 月末現在)
目的及び事業	<p>本財団は、個人の尊厳を尊重した利用者本位の在宅医療を始め医療・福祉・介護に関する各種地域サービスの提供を推進するため、先駆的かつモデル的な在宅医療等に関する下記の事業に対する助成等を全国において行うことにより、もって地域における医療福祉及び公衆衛生の向上に寄与することを目的とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 提供者側・利用者側双方の視点からの在宅医療等に関する調査研究への助成 (2) 在宅医療等に関する人材養成のための研修及びセミナーなどの事業への助成 (3) テキスト等、在宅医療等に関する情報収集及び普及啓発事業の実施 (4) その他在宅医療等の推進のために必要な事業の実施
設立経緯	<p>株式会社オートバックスセブン創業者のひとりである住野勇氏は株式上場で得た資産を社会に還元するために財団法人を設立することを計画。各方面の方々のアドバイスもあり在宅医療に従事されている方々への助成を目的とする財団設立を決定。関係各位の協力のもと、「財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」を 2000 年に発足させる。</p> <p>財団名の「勇美」は住野勇氏の「勇」、妻・美代子氏の「美」に由来。2010年3月1日付で公益財団法人へ移行する。</p>

公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団

〒102-0083 東京都千代田区麹町 3-5-1 全共連ビル麹町館

TEL : 03-5226-6266 / Fax : 03-5226-6269

HP : <https://www.yuumi.or.jp/>

団体紹介 一般社団法人日本在宅ケアアライアンス



日本在宅ケアアライアンス（Japan Home Health Care Alliance: JHHCA）は、2014年11月23日に発表された「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する専門職・学術団体が結集し、2015年3月に設立されました。

そして2020年11月、在宅ケアの普及・推進・向上を目指し、一般社団法人を設立しました。

在宅医療推進のための共同声明

1. 市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
2. 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳、そして生きがいを大切にした医療を目指す。
3. 医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
4. 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
5. 療養者や家族の人生に寄り添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
6. 日本に在宅医療を普及させるために協力する。
7. 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

目指すもの

日本在宅ケアアライアンスは、在宅ケアにかかわる専門職・学術団体等による多職種の連合体として、以下のことを目指します。

1

在宅ケアの質の向上及び普及

- *質の高い在宅ケアを普及するためのサービスモデルの構築を目指します。
- *在宅ケアにかかわるデータの蓄積とエビデンスの構築を目指します。

2

連携における課題の共有と解決

- *在宅ケアにかかわる多職種の連携上の課題を明確化します。
- *課題の共有・解決に必要な概念・スキーム等を整理します。

3

関連団体のネットワーク化と協働的取り組みの促進

- *在宅ケアにかかわる様々な団体を結ぶネットワークを構築します。
- *各団体の取り組みについての情報を共有し、協働的取り組みを促進します。

活動と事業

1

国との情報交換・意見交換の定期的実施、
各団体の情報・意見集約とフィードバック

2

各種委員会開催
関係団体の連絡調整と共同実施

3

普及啓発、広報 (HP、ビデオ、冊子作成)、
フォーラムの企画及び実施

4

研究・教育
小児から成人・高齢者までの在宅医療の質の向上にかかわる研究・教育事業の実施

社員団体（正会員）紹介

2023/10/26現在

一般社団法人

全国在宅療養支援医協会

代 表：新田國夫／会員数：約800人

〈主な活動〉

- 在宅医療および終末期医療に関する調査および研究活動
- 在宅療養を支援する医療施設に関する調査および研究活動
- 在宅療養を支援する医療施設に従事する医師の連携・交流活動

前身の（一社）全国在宅療養支援診療所連絡会は2008年に発足し、全国の在宅療養支援診療所（在支診）による在宅医療の普及推進活動を行ってきました。そして、在宅医療は地域包括ケアシステムの重要な機能のひとつとなりました。今や在宅医療を支える医師は在支診だけでなく、かかりつけ医、病院、介護施設などで幅広く活躍しています。そのため、在宅医療に賛同するすべての医師が加入できる組織として、2020年に現在の名称へ組織変更しました。

一般社団法人

全国在宅療養支援歯科診療所連絡会

代 表：三木次郎／会員数：351人

〈主な活動〉

- 在宅歯科支援に従事する歯科医師・歯科衛生士・多職種の連携
- 人材育成（歯科連絡会研修・研修ビデオ制作・E-ラーニング等）
- 地域研究会活動の支援および学術セミナーの開催

在宅歯科医療にかかわる職種が集い、2009年11月に「全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会」設立準備会を立ち上げて、任意団体としての活動を開始しました。2010年5月には法人化し、一般社団法人となり、その後、2015年3月全国在宅療養支援歯科診療所連絡会と改称して現在に至っています。「療養者の口から食えること、会話によるコミュニケーション等、生活を支える」を目的として、在宅歯科医療・口腔健康管理の推進に努めております。

一般社団法人

全国訪問看護事業協会

代 表：中島正治／会員数：6,041人

〈主な活動〉

- 訪問看護事業の経営、サービスの質の確保向上等に関する調査研究および相談事業
- 訪問看護事業に関する研修会、講演会の開催等

1994年6月に前身の老人訪問看護事業協会が任意団体として発足。95年7月に社団法人全国訪問看護事業協会として設立され、2011年6月に一般社団法人に移行。訪問看護事業の経営等に関する調査研究等を通して訪問看護事業の健全な発展を図り、国民の保健・福祉向上に寄与することが目的。2025年に向けて、訪問看護ステーション、在宅療養に必要な医療・介護サービス・生活支援サービスと一体となって届けられる仕組みづくりに取り組んでいます。

一般社団法人

全国ホームホスピス協会

代 表：市原美穂

会員数：正会員51団体・個人／賛助会員85人

〈主な活動〉

- 全国大会、実践者育成塾、ホームホスピスの学校などの研修事業
- 基準に基づいたホームホスピス運営状況の評価と認定事業
- 開設のサポートと運営に関する相談、アドバイス事業

2004年に宮崎市で誕生した「かあさんの家」から始まったホームホスピスの理念は全国に広がり、各地に「ホームホスピス」が生まれました。そこで、2015年8月に全国ホームホスピス協会を設立し、理念やケア、環境や組織についての基準を定め「ホームホスピス」を商標として、基準に沿った運営をしている拠点を「ホームホスピス」として認証してきました。また、会員や新規開設希望者向けの各種研修プログラムにも取り組んでいます。

一般社団法人

全国薬剤師・在宅療養支援連絡会

代 表：宇田和夫／会員数：1,172人

〈主な活動〉

- 在宅療養支援に従事する薬剤師の資質向上と会員間の情報交換・交流活動
- 在宅療養に関係する他職種を含む関係団体や各職能団体との交流活動
- 在宅療養に必要な医薬品の供給体制確立のための活動

2010年11月、全国の薬剤師による在宅業務への取り組みを支援していくため、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）を設立し、2012年5月に一般社団法人化しました。現在は全国を10ブロックに分け、ブロックごとの交流や研修会も実施しています。在宅医療の現場で活躍する薬剤師が多く在籍するJ-HOPは、会員同士の交流と学びの場であると同時に、職能や業界を代表する団体や在宅医療に関連する学会・研究会と連携した取り組みも活発に行っています。

一般社団法人

日本介護支援専門員協会

代 表：柴口里則／会員数：33,958人

〈主な活動〉

- 介護支援専門員に関する研修会の企画・運営（指導者養成等）
- 介護支援専門員の生涯学習体系の構築と調査・研究
- 介護支援専門員の地位向上に向けての活動、広報活動、学術活動

国民の健康と福祉の向上に資することを目的に、2005年11月に設立された介護支援専門員個人を会員とする職能団体です。公正・中立なケアマネジメントを確立し、今後、さらに介護保険制度の中核で重責を担えるよう、国家資格である介護支援専門員の知識と技術向上のための研修会の企画・運営・生涯研修体系の確立、情報提供、調査研究に向けた事業に取り組んでいます。

一般社団法人

日本ケアマネジメント学会

代 表：白澤政和／会員数：2,840人

〈主な活動〉

- 学術集会・学術講演会等の開催、学会誌・広報誌等の制作
- 研究および調査活動の推進、関連学会との連携および協力
- 認定ケアマネジャーの資格認定と活動の推進

介護保険スタートの翌年、2001年7月に設立されました。ケアマネジメントに関する学際的研究推進および研究者相互の連絡と協力の促進、内外の学会との連携、ケアマネジメント技術の教育等を図り、質の高いケアマネジメントを実現し、支援を必要とする者やその家族等の生活の質を高め、豊かな地域社会の創造に資するとともに、高齢者・障害者等に関する学問の進歩発展に貢献することを目的としています。2011年8月に一般社団法人に移行しました。

一般社団法人

日本在宅医療連合学会

代 表：石垣泰則／会員数：4,629人

〈主な活動〉

- 大会・地域フォーラム、ジェネラリスト養成講座の開催
- 在宅医療インテグレーター養成講座の開催
- 委員会活動

在宅医療の学問体系を確立し、国民に良質な在宅医療を提供できるよう、在宅医療を実践する医師と多職種の育成に取り組んでいます。2002年から在宅医療専門医制度を発足し、これまで416名の専門医を育成しています。多職種に対しては在宅医療インテグレーター養成講座をはじめ褥瘡対策研修会を開講し、新型コロナウイルス感染症対策研修資料を作成しました。さらに2019年には高齢者在宅医療・介護サービスガイドラインを、2021年にはがん在宅緩和ケア研修資料を作成。大会ではアライアンスの団体との共催イベントを多く開催しています。

一般社団法人

日本在宅栄養管理学会

代 表：前田佳予子／会員数：1,913人

〈主な活動〉

- 学術集会、会員の研究発表会、研修会、講演会の開催
- 学会誌、論文、図書の刊行、ホームページ等による情報提供
- 在宅訪問管理栄養士、在宅栄養専門管理栄養士の養成

1996年、在宅訪問栄養食事指導を実施するために必要な知識と技術を学ぶこと等を目的に、全国在宅訪問栄養食事指導研究会（訪栄研）として発足しました。2012年度から日本栄養士会の特定分野認定制度「在宅訪問管理栄養士」を開始し、2015年6月に一般社団法人化しました。2017年度からは日本栄養士会と、在宅医療にかかわる地域の他（多）職種との協働体制を構築し、総合的なマネジメントができる在宅栄養専門管理栄養士の養成を行っています。

一般社団法人

日本在宅看護学会

代 表：山田雅子／会員数：951人

〈主な活動〉

- 研究者と実践者の学術的交流を通し、人々の健康とQOLの向上を目指す

日本在宅看護学会は2011年に任意団体として結成されました。以降、療養生活を支援する在宅看護の学術的発展と普及を目指し、それをもって人々の健康とQOLの向上、および地域社会における福祉の向上に寄与することを目的として活動しています。学会誌発行にはじまり、学術集会・市民公開講座の開催、e-learning教材の公開、災害対応マニュアル検索サイトの設置など、多くの他学会等と交流しながら多彩な活動を展開しています。

一般社団法人

日本在宅ケア学会

代 表：亀井智子／会員数：1,315人

〈主な活動〉

- 学術集会、市民公開講座などの開催、学会誌・ニュースメールなどの発行
- 学会誌掲載論文を対象とした論文表彰、実践・研究助成金交付
- 在宅ケア実践ガイドライン開発

在宅ケアに関連する保健・医療・看護・介護・福祉等の研究者と実践者で構成する学術研究団体として1996年に設立。在宅ケアは学際的チームによるアプローチが不可欠で、各専門性を高めることに加え、学際的な研究の推進や研究者と実践者の協働が重要です。さらにケアの受け手と実践者、研究者とのパートナーシップが大切です。そのための合意形成や生活者ニーズに対応する多職種支援の方法、科学的根拠に基づくガイドライン開発を行っています。

一般社団法人

日本在宅療養支援病院連絡協議会

代 表：鈴木邦彦／会員数：164医療機関

〈主な活動〉

- 在宅療養支援病院に関する研修会の企画・運営
- 在宅療養支援病院に関する調査研究
- 在宅療養支援病院の普及・啓発活動

四病院団体協議会「在宅療養支援病院に関する委員会」を前身とし、2021年3月に一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会を設立いたしました。在宅療養支援病院に関する研修会を年3回企画し、2023年度からは新たに研究会も発足いたします。診療報酬改定に向けてアンケート調査を実施し、その分析結果から在宅療養支援病院の運営に資する提言をしていきます。

一般社団法人

日本プライマリ・ケア連合学会

代 表：草場鉄周／会員数：11,902人

〈主な活動〉

- 年1回の学術大会の開催
- 生涯教育セミナー、各ブロック支部会、支部・地区研究会活動
- 認定医・専門医制度、認定薬剤師制度、認定看護師制度

2010年4月に日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会が合併して設立されました。2011年3月には日本医学会への加盟が承認され、109番目の分科会として登録されました。地域包括ケア委員会、多職種協働委員会、在宅医療委員会、生涯学習委員会などが在宅医療のネットワーク化、シームレスケア、多職種協働の教育などに取り組んでいます。2013年には勇美記念財団の助成を得て、在宅医療推進のための研修会を開催しています。また、プライマリ・ケアの立場から新型コロナウイルス感染症に対処する医療者にとって参考となる手引きや資料を様々な角度から作成し、ウェブサイトで公開しています。

一般社団法人

日本訪問リハビリテーション協会

代 表：宮田昌司／個人会員：1,255人／法人会員：350施設

〈主な活動〉

- 訪問リハビリテーション・サービスに関わる学術集会等の開催
- 訪問リハビリテーション・サービスに関わる事業所・専門職認定
- 訪問リハビリテーション・サービスの調査研究・普及啓発活動

2002年に前身の全国訪問リハビリテーション研究会が発足、第1回研究大会を開催し、その後も全国で研修会を開催しています。2009年に研究会編集の「訪問リハ実践テキスト」を出版、これを基にした基礎研修会（テキスト研修会）を全国で開催。2012年に任意団体から一般社団法人となり、日本訪問リハビリテーション協会を発足しました。以降、年2回の学術大会を主催（うち1回はリハビリ医療関連6団体と共同開催）しています。

一般社団法人

日本老年医学会

代 表：神崎恒一／会員数：6,403人

〈主な活動〉

- 学術集会（年1回）・研修会・セミナーの開催、学会誌の刊行
- 専門医・指導医の認定、国内外の関連学術団体との連携
- 調査・研究の実施、研究の奨励・表彰、老年医学の普及啓発

1959年11月に第1回総会を開催し発足。95年3月に社団法人日本老年医学会として設立され、2013年に一般社団法人に移行。「老年医学に関する研究の振興及び知識の普及により老年医学の進歩を図る」ことを目的に、幅広い事業を通じて、高齢者の健康・福祉に関する分野の諸問題に総合的にかかわっています。なかでも、調査・研究、医学部生の教育、研修医の臨床実習、実地医家の高齢者医療研修会（地域包括ケアに関する内容も包含）などに注力しています。

公益社団法人

全国国民健康保険診療施設協議会

代 表：小野剛／会員数：762人（793施設）

〈主な活動〉

- 全国国保地域医療学会（年1回）、地域医療現地研究会等の開催
- 臨床研修指導医講習会（年6回程度、全自病協と共催）の開催
- 施設、医師・歯科医師等が対象の地域包括医療・ケア認定制度

1959年「国民皆保険」の実現を受け、市町村が各地に開設した国民健康保険診療施設（国保直診）は「予防と治療の一体的提供」を理念に活動してきました。1961年に設立された国民健康保険診療施設医学会は1982年に全国国保医学会と改め、1989年に社団法人、2012年からは公益社団法人として保健・医療・介護・福祉が一体となった「地域包括医療・ケア」を実践しています。

公益社団法人

全日本病院協会

代 表：猪口雄二／会員数：2,564病院

〈主な活動〉

- 全日本病院学会（年1回）の開催、30を超える研修・講習事業
- 総合医の育成、看護師特定行為研修の提供、災害時病院支援
- 日帰り人間ドック実施施設の指定、医療の質の評価・公表事業

1960年に民間病院を主体とした全国組織として設立。1962年9月に社団法人として認可、2013年4月に公益社団法人として認定されました。「全国の病院の一致協力によって病院の向上発展とその使命遂行に必要な調査研究等の事業を行い、公衆衛生の向上、地域社会の健全な発展に寄与することを目的とする」との理念の下、「国民に安心・安全で質の高い医療を医療人が誇りと達成感を持って提供できるような環境整備を行う」ために活動しています。

公益社団法人

日本訪問看護財団

代 表：田村やよび／団体会員：3,060／個人：1,555人

〈主な活動〉

- 訪問看護等在宅ケアの質の向上に関する教育等事業
- 訪問看護等在宅ケアの運営支援に関する事業
- 訪問看護等在宅ケア調査研究ならびに事業等の開発

1985年、訪問看護を推進するため、日本看護協会内に訪問看護開発室を設置しました。他専門職と連携し訪問看護事業をより推進するために、1994年、厚生省の看護課を所管として財団法人日本訪問看護振興財団を設立。2012年4月に現在の法人となっています。在宅ケアの質向上のためeラーニングや研修等の教育事業、電話相談などの運営支援事業、訪問看護ステーションの運営や調査研究による政策提言、調査研究助成事業を行っています。

特定非営利活動法人

日本ホスピス緩和ケア協会

代 表：志真泰夫

正会員：533施設／準会員：122施設・個人／賛助会員：24施設・個人

〈主な活動〉

- ホスピス緩和ケア週間（10月）を通してケアの啓発普及活動
- 緩和ケア従事者への教育支援事業
- 緩和ケアの質向上への取り組み

1991年10月、全国のホスピス・緩和ケア病棟の交流とホスピス緩和ケアの普及を目的に「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」として設立され、その後2004年7月、「日本ホスピス緩和ケア協会」に改称しました。2007年10月、ホスピス緩和ケアの質の向上と啓発普及を目的とした特定非営利活動法人として認証を受けました。現在、ホスピス緩和ケアを病院のみならず、在宅緩和ケアとして広く地域で提供することをめざして支部活動を強化しています。

特定非営利活動法人

日本ホスピス・在宅ケア研究会

代 表：蘆野吉和／会員数：769人

〈主な活動〉

- がんを含めた在宅ケア／ホスピスケアの実践方法を研究／確立し、普及啓発活動を行う
- 在宅ケアや高齢者介護問題での提言を行い、要配慮者への災害時支援活動に取り組む
- ACPを暮らし方や生き方の問題として研究し、その普及に取り組む

「がんや在宅ケアなど今日的な医療や福祉の諸問題について専門家と市民が同じ高さの目線で考える」ことを目的に1992年に設立、第1回の全国大会が神戸で開催されました。第2回（1994年）神戸大会を機に、年1回、全国の主要都市で開催されています。研究会は2000年に特定非営利活動法人となり、理事として医師・看護師・医療ソーシャルワーカー・栄養士・介護福祉士・社会福祉士・僧侶・市民・教育者など多彩な顔ぶれが参加しています。

日本在宅ホスピス協会

代 表：小笠原文雄／会員数：530人

〈主な活動〉

- 年1回の全国大会、年1～2回の勉強会の開催
- ニュースレター、会報「くとうてん」の発行
- 在宅ホスピスケアのネットワークづくり、THPの育成・認定

1990年代から全国各地で在宅ホスピスケア（在宅ホスピス緩和ケア）が実践され始めましたが、内容は千差万別でした。在宅ケアの質を一定に保つことなどを目的に1995年、日本在宅ホスピス協会を設立、1998年に在宅ホスピスケアの基準を作成しました。現在は多職種や患者・家族・遺族、メディアなどを含めた会員で活動しています。質の高いケアを目指す地域緩和ケアの指針を策定、THP（トータルヘルスプランナー）育成やスキルアップに取り組んでいます。

特定非営利活動法人

地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

共同代表：小倉和也・亀井克典／会員数：484人

〈主な活動〉

- 「全国の集い」（年1回）とその準備期間に各地でプレ大会を開催
- 全国各地の情勢に対応した地域包括ケアシステム構築の提案
- 機関紙「風の萌」の年4回配信による在宅・地域ケア情報の発信

1993年にNHK「暮らしのジャーナル」で萌気園診療所（新潟）・なかじま診療所（大阪）・あいち診療所野並（愛知）が進める在宅医療が紹介されたのを機に、1995年、任意団体として「在宅ケアを支える診療所ネットワーク」が設立されました。2002年9月に特定非営利活動法人として東京都に認可されました。2021年11月に地域医療研究会と合併し、地域共生社会の実現を目指しています。2024年11月3日（日）～4日（月祝）中村学園大学4号館（福岡市）にて第3回全国の集いを開催予定です。

社員団体（正会員）

一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
 一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
 一般社団法人 全国訪問看護事業協会
 一般社団法人 全国ホームホスピス協会
 一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
 一般社団法人 日本在宅医療連合学会
 一般社団法人 日本在宅栄養管理学会
 一般社団法人 日本在宅看護学会
 一般社団法人 日本在宅ケア学会
 一般社団法人 日本在宅療養支援病院連絡協議会
 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
 一般社団法人 日本老年医学会
 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
 公益社団法人 全日本病院協会
 公益財団法人 日本訪問看護財団
 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会
 特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
 日本在宅ホスピス協会
 NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

賛助会員

医療法人 心の郷 穂波の郷 クリニック	一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会
株式会社 大塚製薬工場	一般社団法人 日本作業療法士協会
東邦薬品 株式会社	株式会社 クリニコ
医療法人 在宅サポートながさきクリニック	医療法人 あい友会
一般社団法人 全国介護事業者連盟	公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会
公益社団法人 日本理学療法士協会	一般社団法人 日本言語聴覚士協会
マルホ 株式会社	株式会社 ワイズマン
アボットジャパン 合同会社	JSR 株式会社
Meiji Seika ファルマ 株式会社	NPO法人 訪問ボランティアナースの会 キャンナス

ブロックフォーラム

近未来の地域創り ～在宅医療の役割～

【趣旨】

いよいよ地域包括ケアシステムも仕上げの時期となりましたが、みなさまの地域における在宅医療の推進状況は如何でしょうか？

さて、本フォーラムの開催趣旨には、「原点に立ち返り、人生に寄り添い、看取りまで支える在宅医療の普及推進におけるさまざまな課題をあぶりだしながら、近未来の地域づくりについて、議論を重ねていきたいと思えます。なお、このテーマは、在宅医療推進のための会やブロックフォーラムでも討議を続け・・・」とあり、あらためて地域づくりが重要であると感じています。

全国在宅療養支援医協会では、これまで在宅医療助成勇美記念財団からご支援をいただき、在宅医療推進・普及をめざしたいろいろな地域活動を行ってまいりました。しかし、2020年よりコロナ禍で、多くの人が集うイベントの開催には制約が続き、ブロックフォーラムで取り上げる内容においても、工夫が必要でした。さらに、今年度からは自治体単位で開催を推奨する移行期となりましたが、フォーラム本来の開催意義や、その役割が変わったわけではありません。

私たちが、かかりつけ医として在宅医療を行ってゆくうえでは、日常の診療だけでなく、多様な社会活動へのかかわりが重要だと考えています。在宅療養支援診療所には看取りまで支えることを期待されていますが、その役割をしっかりと担っている医師は、地域づくり活動にも熱心であることがわかっています。

そこで、今年度は、全国で在宅医療を基軸とした地域づくりの先進事例・好事例報告会を企画しました。なお、次年度、在宅医療推進フォーラム20年の節目をむかえるにあたり、これまでのブロックフォーラムのあゆみを辿りながら、これからのブロックフォーラムがより一層、地域づくりに貢献できるよう、考えてまいりたいと思えます。

【演者】

- ・企画趣旨 太田 秀樹（全国在宅療養支援医協会 事務総長）

- ・事例報告 三原 一郎（三原皮膚科）
鶴岡 優子（つるかめ診療所）
守上 佳樹（よしき往診クリニック）

- ・開催報告 島田 潔（在宅療養支援医協会 事務局長）

【進行】 蘆野 吉和（日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長）

Profile あしの・よしかず

略歴 1978年、東北大学医学部卒。1985年、福島労災病院外科部長。2005年、十和田市立中央病院院長・事業管理者。2013年、青森県立中央病院医療管理監。2014年、社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター一長等。2020年より現職。

資格・公職等 NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長（2016年～）、一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事会長（2019～2021年）一般社団法人日本在宅ケアアライアンス業務執行理事（2020年～）。

先進事例・好事例報告会 開催にあたって

～ブロックフォーラムのこれまでとこれから～

【演者】太田 秀樹（全国在宅療養支援医協会 事務総長）



Profile おおた・ひでき

略歴 1979年、日本大学医学部卒業、麻酔科にて研修医。自治医科大学大学院修了後、同大整形外科医局長、専任講師を経て、1992年、在宅医療を旗印におやま城北クリニック（栃木県）開設。現在、隣接する栃木市、結城市（茨城県）に在宅療養支援診療所を運営。機能強化型在宅療養支援診療所として在宅医療に取り組む。

資格・公職等 医学博士、日本整形外科学会認定専門医、麻酔科標榜医、介護支援専門員。日本在宅医療連合学会監事、全国知事会先進政策頭脳センター委員、在宅ケアネットワーク・とちぎ世話人、全国在宅療養支援医協会事務総長、日本在宅ケアアライアンス事務局長、など。

主な著書等 『これからの在宅医療指針と実務』（編集委員、グリーンプレス）、『地域包括ケアシステム』（専門編集委員、中山書店）、『家で天寿を全うする方法』（さくら舎）、『「終活」としての在宅医療 ～かかりつけ医で人生が変わる～』（かもがわ出版）。

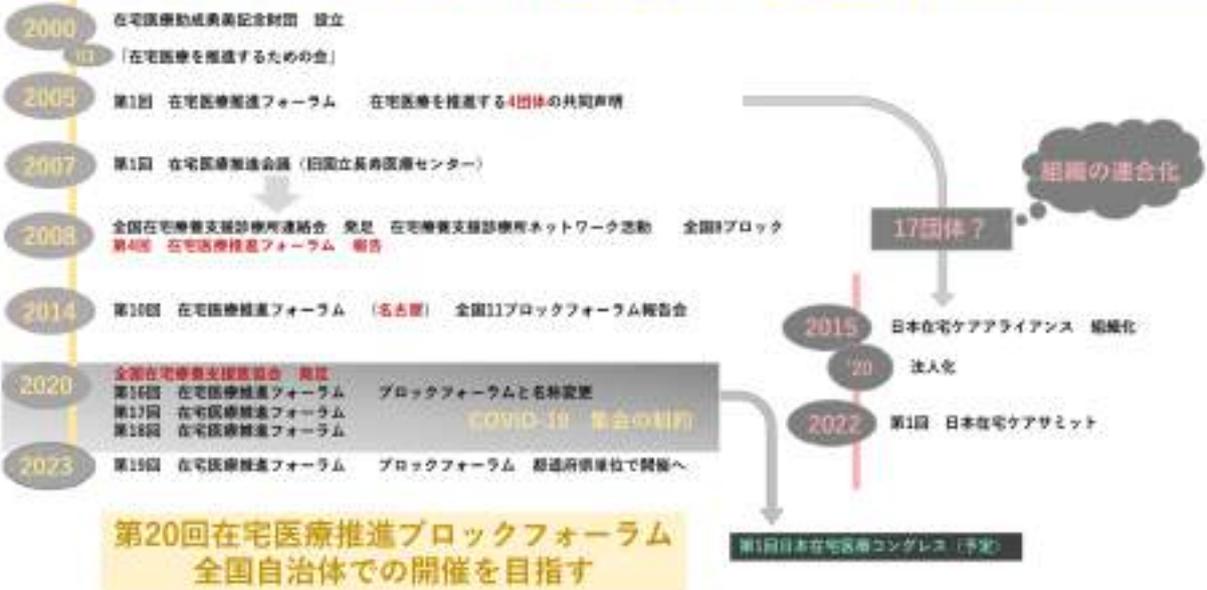
出会う つながる 創る

第19回在宅医療推進フォーラム

ブロックフォーラム（全国在宅療養支援医協会企画）

近未来の地域創り ～在宅医療の役割～
先進事例・好事例報告会

ブロックフォーラムのこれまでとこれから



在宅医療推進会議 2007年

国立長寿医療センターが院長が召集し、わが国における看取りまでを行える在宅医療を推進するための方策について、関係者の意見を聴くための会。会議の意見を基に、在宅医療推進方策について、国立長寿医療研究センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させるために政策提言を行う。

在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等の強化方策に関する部会

氏名	所属
佐藤 智	国立長寿医療センター
黒岩 卓夫	日本在宅医学会
...	...

在宅医療推進会議の作業部会が実施したアンケート調査から誕生 全国在宅療養支援診療所連絡会

会長 佐藤智 日本在宅医学会名誉会長
副会長 黒岩卓夫 全国在宅ケアを支える診療所・市民ネットワーク会長

・・ 今後は、世話人会議を中心に、地域性を汲んだ活動がおこなえるように全国をブロックに分けたブロック代表世話人会議を行いながら、在宅療養支援診療所の活性化に努めていきたいと考えています。・・・

年間20例以上看取りを行っている在宅療養支援診療所

- ① 歯科医師・薬剤師との連携を行っている
- ② 病院の退院時カンファレンスに参加している
- ③ 診療以外の在宅医療啓発に向けた社会活動に熱心
- ④ 教育に積極的に関わる

日本医師会 かかりつけ医機能研修制度

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会 **平成28年4月1日より実施**

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



日本医師会HPより

令和4年度改訂版

文部科学省 医学部・歯学部 コアカリキュラム

未来の社会や地域を見据え、
多様な場や人をつなぎ活躍できる
医療人の養成

地域づくり
街づくり

【目的】 地域住民に信頼される「かかりつけ医機能」の養成・向上を図る。

C1. プロフェッショナリズム	C7. 情報・科学技術の活用能力
C2. 社会的に必要・生活者よみ取る姿勢	C8. 患者ケアの継続的提供能力
C3. 実践にわたって高い学習能力	C9. コミュニケーション能力
C4. 科学的探究	C10. 多職種連携能力
C5. 専門知識に基づいた問題解決能力	C6. 社会における医療の役割の理解

● 注：コアカリキュラム4年連続改訂の概要（次期より、一部改定）：
10～16年までに社会の在り方が変化することを見据え、実践・科学知識に求められる基本的な知識・能力に「社会的に必要・生活者よみ取る姿勢」「情報・科学技術を活用する能力」が追加された。
『月刊医学界新聞』2023・3・23

総合的に患者・生活者をみる姿勢

7

在宅医療推進会議 ('07)

■在宅療養支援診療所連絡会 ('08)

■在宅医療推進フォーラム ('08)

全国8ブロック報告会

2007年頃からの変化

死因別の死亡率推移(人口10万対)

1947 52 57 62 67 72 77 82 87 92 97 2002 07 12 17 (年)

脳血管障害が減少
肺炎が減少

老衰が増加

病院外死の増加

厚生労働省「2021年人口動態統計月報年計(概数)の概況」のデータを

ブロックフォーラム

先進事例・好事例報告会

8

厚生局(支局)

北海道 東北 関東甲信越 東海北陸 近畿 中国 四国 九州

北海道 東北 関東甲信越 東海北陸 近畿 中国? 四国 九州

東京 甲信越 北陸 東海

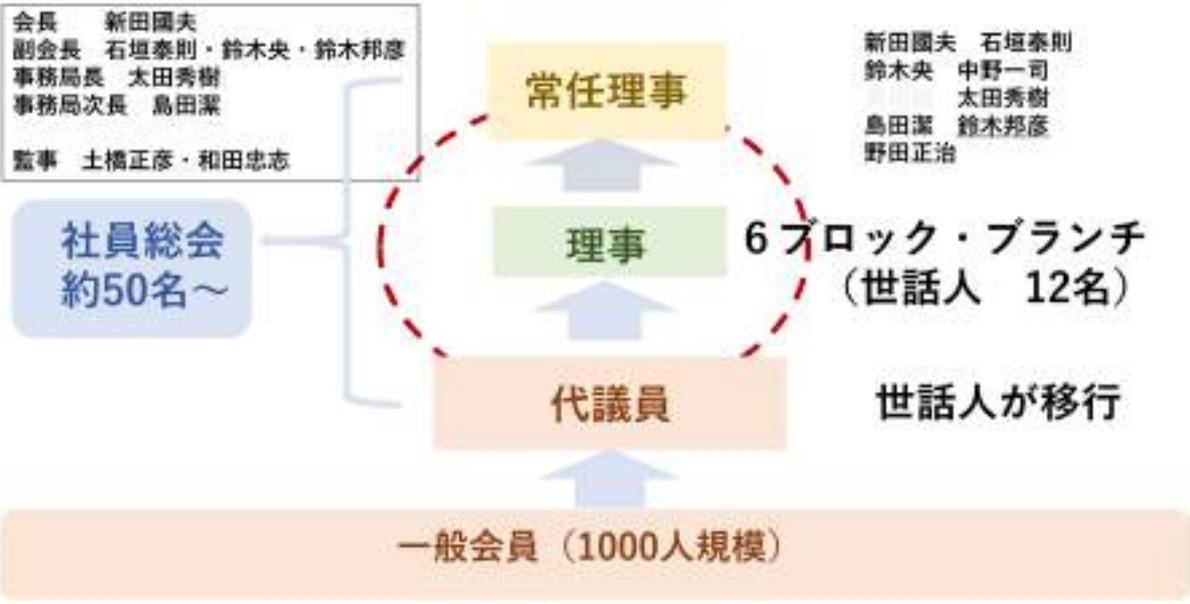
首都圏 北関東

阪神・和歌山ランチ 京滋・奈良ランチ

在宅医療推進ブロックフォーラム 自治体ランチ調整

24

一般社団法人 全国在宅療養支援医協会（在支協）2020年発足



第8回「在宅医療推進フォーラム」
在宅医療推進委員会がめざす地域づくり～在宅医療の発展へ～

開催日時 平成 24年 11月 23日 (金・祝) 9:30～17:15 (開場 9:00)
開催場所 東京商工会議所 豊洲ホール (600名)
(〒100-0005 東京都千代田区千代田 3-2-2 東京商工会議所4F)

【第一セッション】

9:30～9:50 開会の辞 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

9:50～10:30 一般社団法人 在宅医療推進委員会 豊洲地区支部 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

11:00～11:30 昼食

第9回「在宅医療推進フォーラム」
～新しい地域社会の創造に向けて～

開催日時 2013年 11月 23日 (土・祝) 9:30～17:30 (開場 9:00)
開催場所 東京商工会議所 豊洲ホール (600名)
(〒100-0005 東京都千代田区千代田 3-2-2 東京商工会議所4F)

【第一セッション】

9:30～9:50 開会の辞 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

9:50～10:30 一般社団法人 在宅医療推進委員会 豊洲地区支部 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

11:00～11:30 昼食

第10回 在宅医療推進フォーラム
～新しい地域社会の創造に向けて～

開催日時 2014年 11月 23日 (日・祝) 10:00～17:20 (開場 9:30)
開催場所 名古屋大学 豊田講堂 (1,000名)
(〒464-8602 愛知県名古屋市中区豊田 名古屋大学 豊田キャンパス内)

【第一セッション】

10:00 開会の辞 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

10:00 全国 11 ブロックフォーラム 開催式
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

11:00 昼食

第11回 在宅医療推進フォーラム
～住みなれた街で暮らすまで～

開催日時 2015年 11月 23日 (日・祝) 9:00～16:30 (開場 8:30)
開催場所 東京ビッグサイト 国際会議場
(〒100-0005 東京都千代田区豊洲 1-1 東京ビッグサイト内)

【第一セッション】

9:00 開会の辞 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

9:00 全国 11 ブロックフォーラム 開催式
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

11:00 昼食

第9回「在宅医療推進フォーラム」
～新しい地域社会の創造に向けて～

開催日時 2013年 11月 23日 (土・祝) 9:30～17:30 (開場 9:00)
開催場所 東京商工会議所 豊洲ホール (600名)
(〒100-0005 東京都千代田区千代田 3-2-2 東京商工会議所4F)

【第一セッション】

9:30～9:50 開会の辞 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

9:50～10:30 一般社団法人 在宅医療推進委員会 豊洲地区支部 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

11:00～11:30 昼食

第12回 在宅医療推進フォーラム
～在宅医療が支えるまちづくり～

開催日時 2016年 11月 23日 (水・祝) 10:00～17:05 (開場 9:30)
開催場所 東京ビッグサイト 国際会議場
(〒100-0005 東京都千代田区豊洲 1-1 東京ビッグサイト内)

【第一セッション】

10:00 開会の辞 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

10:00 全国 11 ブロックフォーラム 開催式
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

11:00 昼食

第13回 在宅医療推進フォーラム
～在宅医療が支えるまちづくり～

開催日時 2017年 11月 23日 (水・祝) 9:00～17:05 (開場 8:30)
開催場所 東京ビッグサイト 国際会議場
(〒100-0005 東京都千代田区豊洲 1-1 東京ビッグサイト内)

【第一セッション】

9:00 開会の辞 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

9:00 全国 11 ブロックフォーラム 開催式
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

11:00 昼食

第14回 在宅医療推進フォーラム
～在宅医療が支えるまちづくり～

開催日時 2018年 11月 23日 (水・祝) 9:00～17:05 (開場 8:30)
開催場所 東京ビッグサイト 国際会議場
(〒100-0005 東京都千代田区豊洲 1-1 東京ビッグサイト内)

【第一セッション】

9:00 開会の辞 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

9:00 全国 11 ブロックフォーラム 開催式
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)
【講演】 佐野 浩 (公益財団法人 在宅医療推進 委員会代表 理事)

11:00 昼食



近未来の地域創り ～在宅医療の役割～

- 在宅医療助成勇美記念財団と全国在宅療養支援医協会は両輪となって、我が国の在宅医療の推進に尽力します
- 在宅医療の普及・推進には、**市民・専門職・行政** それぞれの意識改革と行動変容が求められます
- 在宅医療推進フォーラムにおける自治体単位のブロックフォーラムに期待しています
- 在宅医療の普及・推進が、地域の文化をかえ、地域を創ります



ご清聴ありがとうございました

山形県

Net4U で地域に広がる食支援

【演者】三原 一郎（三原皮膚科 院長）



Profile みはら・いちろう

略歴 1976年、東京慈恵会医科大学卒、同大学病院皮膚科に入局。1979～81年、ニューヨーク大学に留学し、皮膚病理学を研鑽。1994年、同大学病院勤務を経て、郷里の山形県鶴岡市に皮膚科医院を開業。1996年、鶴岡地区医師会理事、同情報システム委員長。2000年、ライフワークでもある地域電子カルテ Net4U の運用を開始。2002年、山形県医師会常任理事、日本医師会 IT 関連委員会委員、鶴岡地区医師会理事、副会長などを歴任。2012年、鶴岡地区医師会会長に就任。2015年、鶴岡地区医師会会長退任、医療連携、医療情報担当理事に就任。2020年、旭日双光章受章。

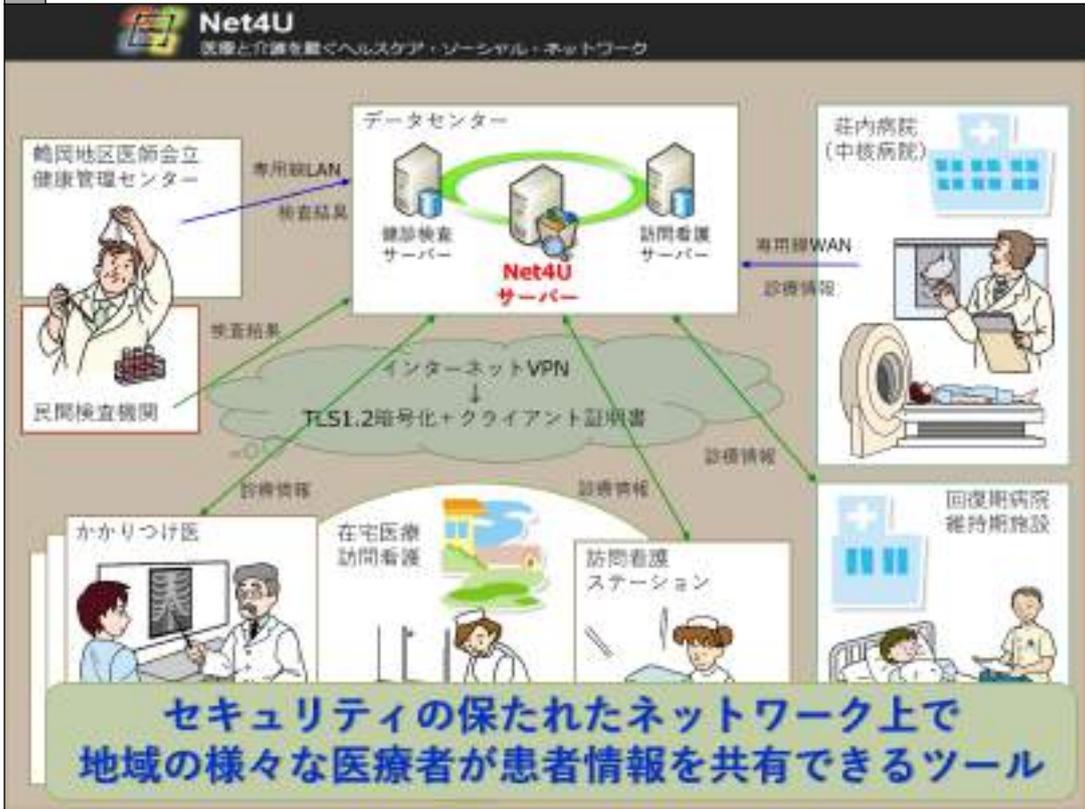
資格・公職等 鶴岡地区医師会理事。

1

Net4Uで地域に広がる食支援

鶴岡地区医師会理事・三原皮膚科院長 三原一郎

2

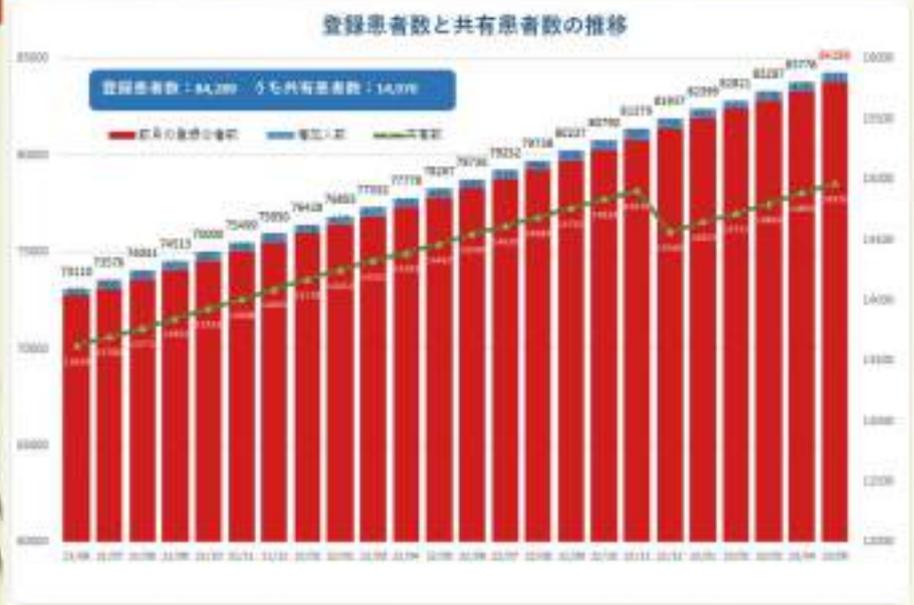


Net4Uの歴史と特徴

- 2000年、一生涯・一患者・一カルテの理念の元、国の事業で開発された「地域電子カルテ」
 - 2012年、ヘルスケアソーシャルネットワーク「Net4U」として全面改訂
 - 2012年、ちようかいネット(ID-Link)との連携
 - 2013年、患者・家族参加型システムNote4U
 - 2016年、脳卒中地域連携バスとの連携 (Net4U-PATH)
-
- 電子カルテ対応
 - 運用費は鶴岡地区医師会が全額負担
 - 鶴岡二次医療圏全域で利用
 - 開発ベンダーが鶴岡に常駐

Net4U運用の実際

2021年6月から2023年5月までの登録患者数と共有患者数の推移



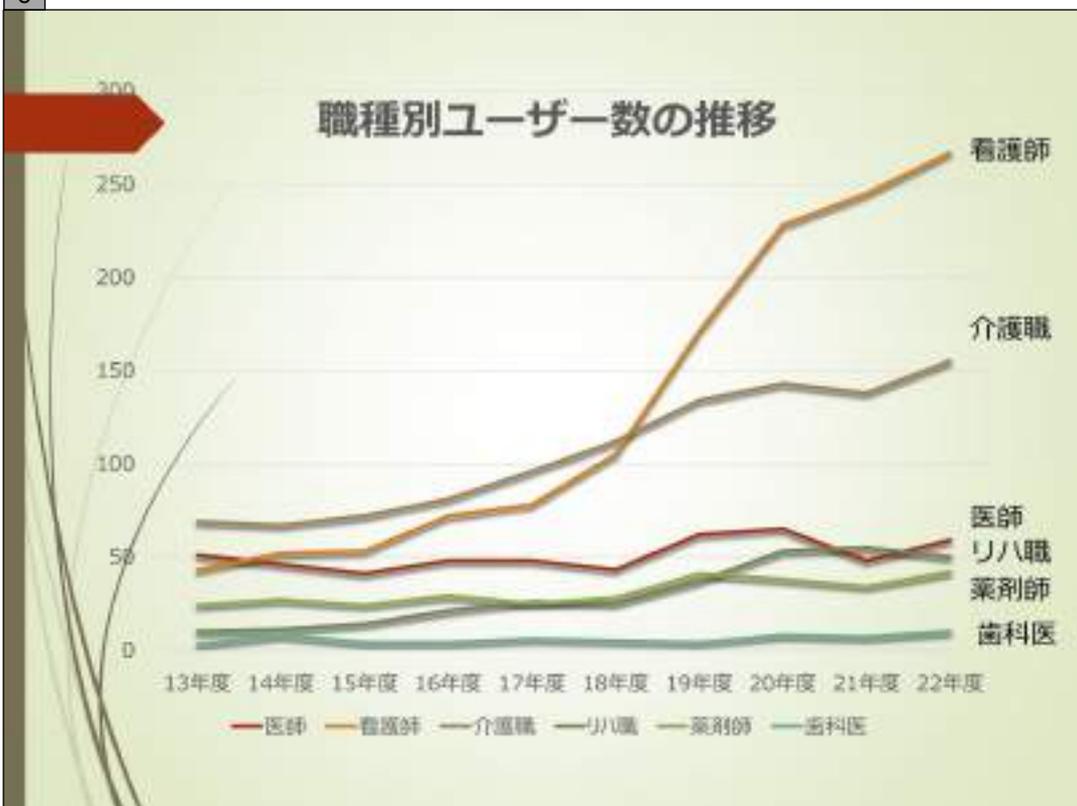
Net4U類型別参加施設数（計156）

- 病院：5
- 診療所：31
- 歯科診療所：11
- 調剤薬局：31
- 訪問看護/リハ：11
- 訪問入浴介護：2
- 居宅介護支援事業所：32
- 地域包括支援センター：7
- 介護老人保健施設：2
- 特別養護老人ホーム：4
- 有料老人ホーム：5
- その他：14

7



8



訪問看護STにおけるNet4U運用 の実際



- 利用者（200名程度）の約半数にNet4Uを利用
- 定期訪問、緊急訪問時対応の記録をすべてNet4Uへ記載
- 医師往診時の指示内容の確認
- 緊急入院先やレスパイト入院先へ訪問看護サマリを添付し報告
- ケアマネジャーからの情報提供
 - サービス調整に関する報告
 - 短期入所や通所サービス利用時の情報
- ちょうかいネットを利用した病院情報の閲覧

Net4Uの効用 訪問看護師からのコメント

- 病院医師やかかりつけ医への報告、相談、指示などの確認ができる
- 認定看護師（緩和ケア、皮膚・排泄ケア、認知症看護など）との協働
- 施設を越えた多様な情報を共有
- Note4Uを活用した患者・家族支援

Net4Uの連携機能

- ➡ Note4U
- ➡ ちょうかいネット(ID-Link)
- ➡ 地域連携パス
- ➡ 地域NST (たべるを支援し隊)



南庄内・たべるを支援し隊
地域一体型NST

あなたの「毎日おいしい」を支援します

半年で、2から3キロ程体重が減った方
減ることが想定できる方

南庄内・たべるを支援し隊 相談窓口
鶴岡地区医師会 地域連携室ほたる
電話 0235-29-3021

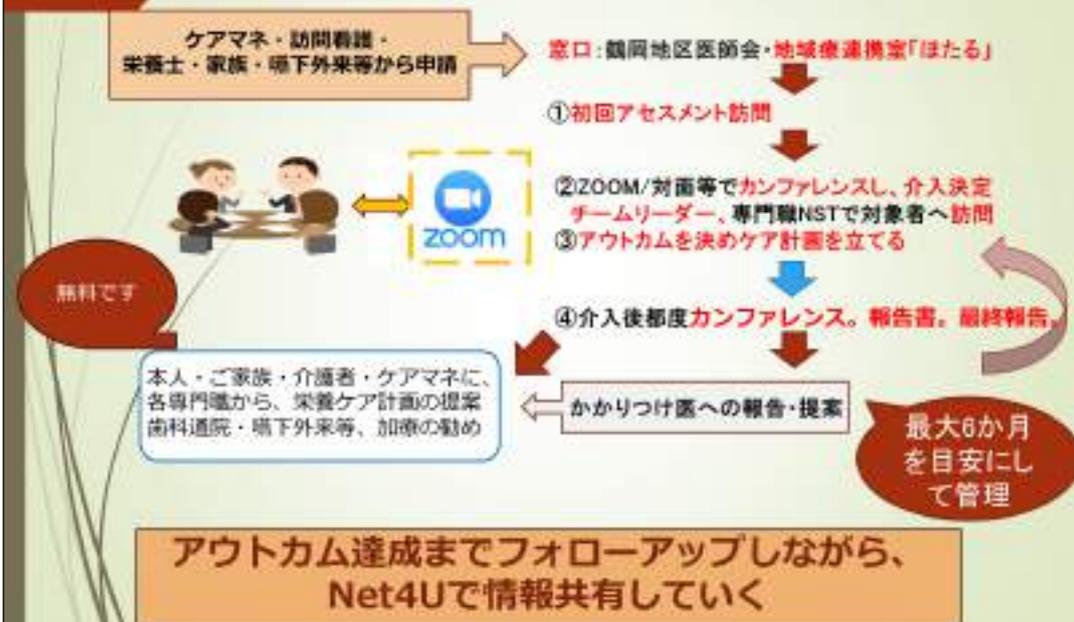
半年で、2から3キロ程体重が減った方
減ることが想定できる方

- 半年前に比べ硬いものが食べにくくなった
- 口が乾く
- 口の中・喉に食べ物が残る気がする
- 入れ歯等が合わず噛みにくいものが多い
- 味がわからない
- 食べる意欲がない
- 食べるのに時間がかかる
- お茶や汁物でむせることがある
- 当人に合った食事・調理方法がわからない

たべるを支援し隊メンバー

職種	メンバー数	所属
医師	4	診療所、病院、医師会
歯科医師	2	歯科医師会
管理栄養士	3	栄養士会、介護施設
薬剤師	2	薬剤師会、病院
看護師	2	診療所、病院
歯科衛生士	2	診療所、歯科衛生士会
理学療法士	1	理学療法士会・リハビリテーション病院
作業療法士	1	作業療法士会・リハビリテーション病院
言語聴覚士	3	言語聴覚士会・リハビリテーション病院
事務局他	5	地域医療連携推進「ほたる」 区内保健所
計	25	

たべるを支援し隊 活動の流れ



在宅訪問の様子



ブロックフォーラム
先進事例・好事例報告会

歯と口腔のアセスメントシート

歯科疾患自己申告書・口腔機能評価・認知機能評価

氏名: 山田 太郎 性別: 男 年齢: 65歳

住所: 東京都中央区

家族構成: 妻あり (同居)

職業: 会社員

既往歴: 糖尿病、高血圧、心臓病

服薬: 降糖薬、降圧薬、心臓薬

歯と口腔のアセスメント

歯の健康状態: 良好 (歯垢付着なし)

歯周病: 軽度 (歯肉腫れなし)

歯肉炎: なし

歯槽膿漏: なし

歯の喪失: なし

入れ歯: なし

口腔機能評価

咀嚼機能: 良好

嚥下機能: 良好

言語機能: 良好

口腔衛生管理: 良好

認知機能評価

認知機能: 良好

日常生活機能: 良好

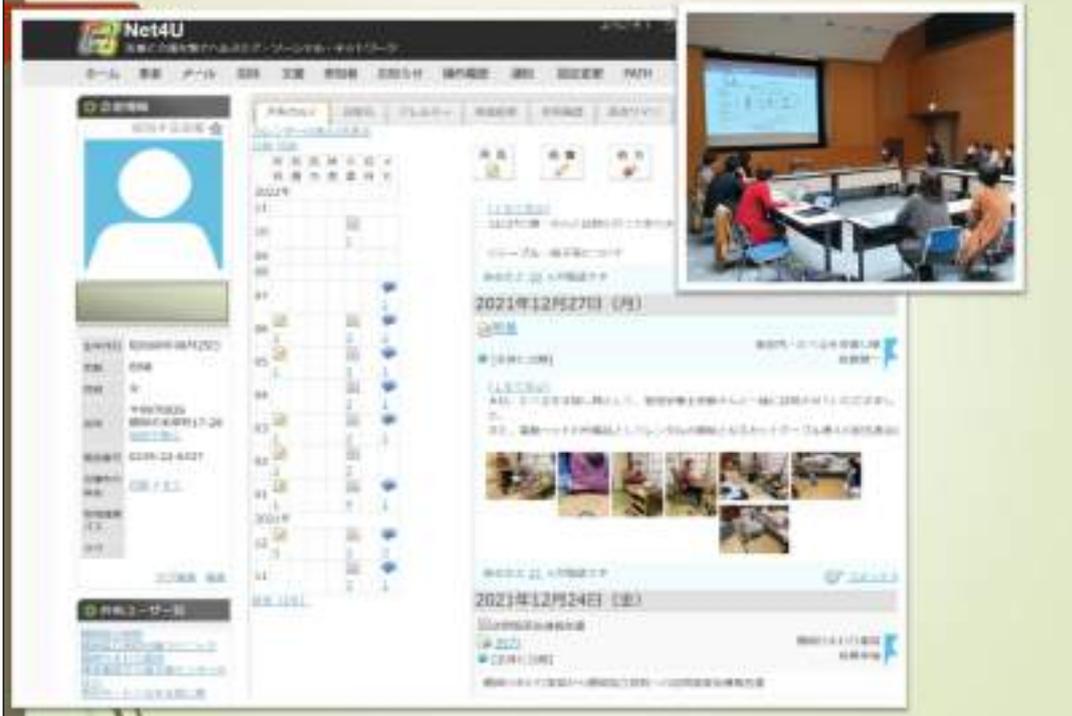
社会参加: 良好

生活満足度: 良好

アウトカムと評価シート

項目	初期評価	1ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	1年後
歯の健康状態	良好	良好	良好	良好	良好
歯周病	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度
歯肉炎	なし	なし	なし	なし	なし
歯槽膿漏	なし	なし	なし	なし	なし
歯の喪失	なし	なし	なし	なし	なし
入れ歯	なし	なし	なし	なし	なし
咀嚼機能	良好	良好	良好	良好	良好
嚥下機能	良好	良好	良好	良好	良好
言語機能	良好	良好	良好	良好	良好
口腔衛生管理	良好	良好	良好	良好	良好
認知機能	良好	良好	良好	良好	良好
日常生活機能	良好	良好	良好	良好	良好
社会参加	良好	良好	良好	良好	良好
生活満足度	良好	良好	良好	良好	良好

Net4Uで情報を共有し定期的なミーティングを開催



The screenshot shows the Net4U website interface. On the left, there is a user profile section with a placeholder for a profile picture and contact information. The main area features a calendar for the year 2021, with various events and dates marked. To the right, there are sections for meeting details, including dates like '2021年12月27日 (月)' and '2021年12月24日 (金)'. An inset photograph in the top right corner shows a group of people sitting around a table in a meeting room, engaged in a discussion.

事例紹介 86歳・女性

【主病】

- ・アルツハイマー型認知症

【既往歴】

- ・脳梗塞・左大腿骨頸部骨折
- ・右片麻痺で姿勢は左に傾く
- ・要介護Ⅲ、B2、Ⅲb



【背景】

R4年11月から急に摂取量が減り、
R5年2月介入時33.5kg(-12.6) BMI14.8
車いす全介助となり、胃ろうを勧められる
月から土 デイサービスで昼食。半介助
朝・夕食は、在宅で息子が用意。半介助

【口腔】

上下総義歯使用（緩めで安定剤使用）
左口角から食べこぼしや流涎あり

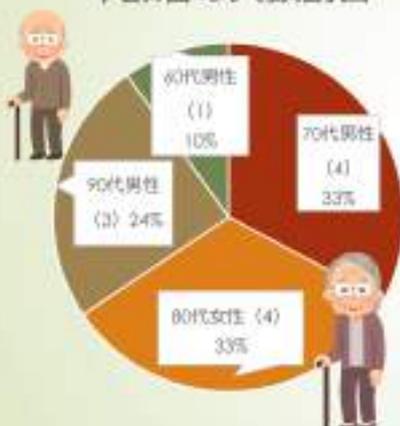


介入初期（食後義歯）



在宅訪問（2019年10月～2023年5月） 介入26件

年齢層の人数割合



◆主病（重複あり）

- ・認知症 5例
- ・うつ病 5例
- ・脳梗塞後遺症 4例
- ・骨折後等でADL低下 4例
- ・癌治療後等でADL低下 3例
- ・他、糖尿病、心不全、廃用症候群、精神疾患

◆訪問した職種

歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、
管理栄養師、看護師、理学療法士、
作業療法士、言語聴覚士

まとめ

- 山形県鶴岡地区では、地域電子カルテ「Net4U」を23年にわたり運用している。
- Net4Uは鶴岡地区医師会が運営し、地域の多職種・多施設が参加することで、とくに在宅医療において活用されている。
- Net4Uには、患者・家族参加型システム「Note4U」、地域連携バス、「ちようかいネット（IDリンク）」との連携機能がある。
- 所属が異なる多職種で構成される食支援チーム「たべるを支援し隊」では、Net4Uが活用されている。

栃木県

つるカフェ 12年の挑戦 ～小さな診療所の大きな夢～

【演者】鶴岡 優子（つるかめ診療所 所長）



Profile つるおか・ゆうこ

略歴 1993年、順天堂大学医学部卒。千葉県国保旭中央病院内科初期研修を終了後、1995年、自治医科大学地域医療学教室に入局。2001年、米国ケース・ウェスタンリザーブ大留学後、2004年、自治医科大学附属病院総合診療部在宅医長を経て、2007年、つるかめ診療所副所長、2015年より現職。

資格・公職等 医学博士、総合内科専門医。獨協医科大学臨床教授、順天堂大学非常勤講師、小山地区医師会理事、日本在宅医療連合学会副代表理事、つるカフェ代表、往診靴研究家。映画『いのちの停車場』医療監修・医療指導。

1

つるカフェ12年の挑戦

～小さな診療所の大きな夢～

つるかめ診療所 所長
つるカフェ 店主
鶴岡 優子

2

多職種連携のための、つるカフェ

- 在宅ケアは多組織・多事業所の多職種によるチーム医療
- 医療も介護も福祉も行政も、共通言語でコミュニケーション
- 顔の見える関係から、お茶する関係を越えて濃厚な関係！



2011年6月につるカフェ開店



年に1回は市民講座をして



地域の仲間作りを続けてきました

小さなつるかめ診療所

- ・栃木県下野市
- ・2007年12月開設
- ・在宅療養支援診療所
- ・医師2名で活動開始
- ・スタッフは少数精鋭



- 3つのダイジ**
- ①あなたの家で、
 - ②多様な価値観
 - ③仲間をふやすこと

つるカフェが部活なら市民講座は文化祭

2011年3月、考えました

- ・医師2名だけの「つるかめ診療所」にとって、多職種連携は最重要で切実な課題だった
- ・担当患者ごとにまめなサーピス担当者会議やカンファレンスをおこなうだけではきっとダメ
- ・顔を知っているだけでもきっとダメ
- ・文書のやりとり、電話やFAXだけでもきっとダメ

大震災・津波・原発事故・計画停電

→危機感はつり、ツナガりに感謝しつつ、
3ヶ月後に、みんなで集まりましょう！



2011年6月開店して9月に振り返りました

6月 対面・自己紹介・入浴可否の基準？

9月 震災で、お互い大変だったね？どうしてた？

- ・ 停電で人工呼吸器や吸引どうしよう
 - ・ 経管栄養なくなる、いつもの薬なくなる
 - ・ 24時間つながる携帯電話が繋がらない
- 専門職も患者本人家族も日頃から学ぶ

- ・ 独り暮らしの高齢者に多くの見守りがあった
 - ・ あの人のひとりの人に重なって訪問など
- お互いの動きが見えないと連携なんてできない



つるカフェの歩み

			タイトル	場所
2011	6.18	第1回	入浴可否の基準ってあるの？	支那館
	8.29	第2回	1・11を振り返ってみて	道の駅
	12.15	第3回	在地区のオンゴト	生涯学習C
2012	3.8	第4回	ケアマネのオンゴト	生涯学習C
	6.7	第5回	訪問看護師のオンゴト	生涯学習C
	10.15	第6回	多職種連携、まずは理想の会議を・・・	生涯学習C
2013	3.14	第7回	訪問薬剤師のオンゴト	生涯学習C
	5.12	第8回	在宅ケアへはじめる時の窓口	生涯学習C
	8.24	第9回	福祉用具専門相談員のオンゴト	生涯学習C
	11.18	第10回	在地区際にかかるオンゴトの話	生涯学習C
2014	5.29	第11回	地域連携、その前に連携方法を考える	生涯学習C
	12.14	第12回	私たちがオランダで学んだこと	道の駅
2015	5.25	第13回	どこでも連絡帳、地域のためにはじめよう	生涯学習C
	6.24	第14回	地域連携ケアのまちづくり：ビュートゾルフ	上志川いきいき
	7.25	第15回	どこでも連絡帳、こんな使い方もできます	生涯学習C

栃木名物どこでも連絡帳



2015年4月15日
おはようニッポン (NHK)

在宅ケアネットワーク栃木
みぶの会
自治医科大学
獨協医科大学
世界遺産日光



2015年9月関東・東北豪雨

- 鬼怒川が氾濫
- 栃木県下野市も緊迫
- 各家庭・機関の被害状況
- あそこの橋は渡れない
- 災害情報はこのサイト
- 在宅酸素の備えのポンペ
- 患者ごとのタイムラインで
残り酸素供給時間をアップ

2016年
防災シリーズ



コロナ禍でも ZOOM de つるカフェ



学ぶことを
つながることを
諦めない

第96回つるカフェ 2023年11月28日第4火曜日18時30分@下野市友愛館
第97回つるカフェ 12月26日第4火曜日18時30分@下野市石橋公民館

第1回つるカフェ市民講座 家で最期まで生きる 2012年8月25日 自治医大大講堂



『楽なように、やりたいように、後悔しないように』
たんぼぼクリニック 永井康徳さん

家で最期まで支えたチームの発表
介護者のプレゼンテーション



第5回つるカフェ市民講座
防災からとりくむ地域包括ケア
2017年8月26日 自治医大大講堂



おのおの
抜かりなく



鶴亀ゴロー氏の生活歴&病歴

- ・ゴロー氏77歳、北海道出身、離婚、子供2人
- ・酪農の手伝いをするために栃木へ
- ・下野市薬師寺でひとり暮らし
- ・どこでもゴミ焼き&ゴミ拾い
- ・近所の方が地域包括支援センターへ連絡
- ・アルツハイマー型認知症と診断される
- ・投薬が始まるが、定期的な内服は困難
- ・看護師の娘が介護保険を申請し、要介護1

2018年5月、震度6弱の地震発生

ゴローさん、一緒に逃げよう

- ・ 停電・断水・避難所設営OK
 - ・ ゴローさん、ダイジ？
 - ・ 一緒に避難所に行きましょう
 - ・ 蛍が来るから行かねえ
-
- ・ 無事だけど怪我されています
 - ・ 避難所に看護師と待ち合わせ
 - ・ いつも看護婦さんかい？
 - ・ 大勢の避難所では落ち着かず
 - ・ 福祉避難所はまだかな？



ゴローさんのどこでも連絡帳

The screenshot shows a mobile application interface with a dark blue header containing the title 'ゴローさんのどこでも連絡帳'. Below the header, there are two columns of content. The left column shows a list of messages with timestamps and user avatars. The right column shows a list of posts with timestamps and user avatars. The messages and posts are as follows:

- Message 1:** 12:00 今からゴローさん宅に行きます (5 likes)
- Message 2:** 11:55 避難所設置済み (5 likes)
- Message 3:** 10:15 南河内地区、停電・断水。避難所設置準備中。 (5 likes)
- Post 1:** 13:00 14時頃避難所へ行けると思います。 (5 likes)
- Post 2:** 12:40 新品タオルでおさえで〇〇避難所へ行きます (5 likes)
- Post 3:** 12:30 無事だが外傷 (5 likes)

<https://medical-cs.blogspot.com/2019/02/blog-post.html> より引用

つるカフェ・スパイラル?

	つるカフェ市民講座	<ul style="list-style-type: none"> ・年に1回開催 ・市民として200人以上 ・実行委員会を結成
	つるカフェ	<ul style="list-style-type: none"> ・月に1回開催 ・専門職メイン ・6-60人
	ふりカフェ	<ul style="list-style-type: none"> ・実際関わった人のみ参加 ・ディスカンファレンス ・振り返り (reflection)

第9回つるカフェ市民講座 コロナが教えてくれた大事なこと 2021年12月26日 自治医大大講堂



公益財団法人地域医療情報センター 第412回市民講座

第9回 つるカフェ市民講座

参加費 無料



コロナが教えてくれた大事なこと
—遠くの名医より近くの???

2021年12月26日(日) 13時30分～16時
30分(13時)

自治医科大学地域医療情報センター大講堂

【主賓】「遠くの名医より近くの在り医」
公益財団法人アソシエイト、理事 大田 秀樹

【司会】「下野市在住オシドリ夫妻の物語」
大田 秀樹

【定員】30名、抽選制 【定費】無料(2021年12月26日) オンライン:300円

【申込】企業教育・経営者学院から、下野市市民会館申込課 TEL:0287-22-0004

【オンライン申込】QRコードから申し込み

【申込締切】2021年12月22日(月)

主催：つるつるのびっぴり医療情報実行委員会
共催：公益財団法人地域医療情報センター
後援：下野市、学術法人自治医科大学、自治医科大学、
一般財団法人心臓血管財団、一般財団法人日本循環器学会

第10回つるカフェ市民講座
 コロナで鍛えた私たちの底力
 2022年8月28日 自治医大大講堂



尾身茂さん



奥野正孝さん



2022年8月28日(日) 13:30~16:00
 自治医科大学地域医療情報センター大講堂

教えて尾身先生!
 コロナとリーダーシップ、そしてレジリエンス

カナリアたちの大冒険
 つるカフェの歴史を語る

第11回つるカフェ市民講座
 イシ決定支援？私の意思はどこにある？
 2023年7月30日 自治医大大講堂

劇団
 ザイタク



延命治療の非開始・中止とは？
 関西の在宅ケアのプロ集団

ピンコロシリーズ
 YouTubeで観れます



リハーサル後で本番前！



京都府

KISA2 隊の軌跡と奇跡 ～ポストコロナの展開～

【演者】 守上 佳樹（よしき往診クリニック 院長／^{きさつたい おやかた}KISA2 隊 OYAKATA）



Profile もりかみ・よしき

略歴 1980 年生まれ、兵庫県芦屋市出身。六甲学院高校 55 期生。広島大学学校教育学部を卒業し、国語の教員免許を取得後、金沢医科大学に入学。2008 年に同学を卒業し、28 歳で医師の道へ。広島大学では全学の大学祭実行委員長、金沢医科大学ではサッカー部キャプテンを経験。専門は日本老年内科専門医、指導医。京都大学医学部附属病院にて研修後、同大学老年内科医局、総合病院勤務を経て 2017 年（37 歳）、京都市西京区にて「よしき往診クリニック」開業。2021 年 2 月、関西発のコロナ往診専門診療チーム「KISA2 隊」旗揚げ。世代と職種と法人を超えた、超法人多職種地域連携の概念を非営利スタイルで提唱し、2023 年までの 2 年間で北海道から鹿児島まで全国 20 都道府県 23 ヶ所に広がる。行政、医師会、各医療機関、研究機関、大学などが連携して動くこと、リーダーシップ、実行そのものが重要であることを継続的に訴えている。さらに京都地域では警察医、学校医も併任。医療機関連携の垣根や壁を越え、先人医療者たちの思いを引き継ぎながらの次世代の医療構築を目標としている。

1

第19回 在宅医療推進フォーラム
どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

KISA2隊の軌跡と軌跡

～ポストコロナの展開～



2023.11.23
KISA2隊 OYAKATA
守上 佳樹

2

著作権情報

著作権はよしき往診クリニックに帰属いたします。
個人名、個人情報が含まれますので、基本的に配布資料はありません。コピー、開示などに関しては、著作権管理者に許可を得たうえをお願いいたします。許可を得ない上での開示での情報漏出については、責任は全て開示者本人に帰属させていただきます。出展資料がないものは私見です。オンライン講演の動画配布に関しても、同様です。

著作権情報

医療用スライド作成に関しては
医療用スライド作成専門チームSandYの
協力を得ています。

© 2023 株式会社 西京栄義 / 西京警察署 / 西京警察署 / SandY

守上佳樹プロフィール (もりかみ よしき / 42歳)



経歴

平成10年 3月 私立六甲学院高等学校卒業
平成14年 3月 広島大学学校教育学部卒業
平成20年 3月 金沢医科大学医学部卒業
平成20年 4月 京都大学医学部附属病院研修医
平成22年 4月 京都大学医学部附属病院老年内科入局
三菱京都病院総合内科勤務
平成29年 4月 医療法人双樹会 よしき往診クリニック開院

資格

日本内科学会 認定内科医
日本老年医学会認定 老年病専門医 (指導医)



活動

京都府医師会若手医療ビジョン委員、地域ケア委員
西京区介護認定審査会 委員
京都府警察医 (西京警察署) 京都市学校医会常任理事
all西京栄義を考える会顧問 日本危機管理医学研究会幹事
日本青年会議所医療部会員 KYOTOコレクションDr
京都洛中RC会員

© 2023 株式会社 西京栄義 / 西京警察署 / 西京警察署 / SandY

KISA2隊の始まり①

2020年2月、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）が猛威を奮っていた。

いわゆる「第3波」と呼ばれる2020年12月には京都府で入院調整中であった80歳代女性が適切な医療を受けることができないまま、自宅で死亡するという痛ましい事案があった。

京都 入院先見つからず80代女性が自宅で死亡 知事が再発防止へ

2021年12月7日 NHK NEWS

ある、京都府で新型コロナウイルスの感染が確認された80代の女性が、入院先が見つからず自宅で、孤独が蔓延して自宅で死亡したことについて、京都府の西脇知事は「適切な医療が受けられず、死亡したという事案。入院先の確保を徹底して再発防止に努める考えを示しました。

京都府によりますと、事件は25日、京都府の80代の女性は、京都府で新型コロナウイルスの感染が確認され、入院先が見つかりましたが見つからず、その後、孤独が蔓延して自宅で死亡しました。

これについて西脇府の西脇知事は、「75歳以上の高齢者が自宅で孤独が蔓延して死亡したことは深刻な懸念で、心からの注目を集める」と述べました。

そのうえで「高齢者向けのサービスは充実している。特に認知症の多いから入院の調整にあっているが、今度は自宅で亡くなるというケースも出てきた。高齢者への医療を徹底する必要がある」と述べ、再発防止に努める考えを示しました。



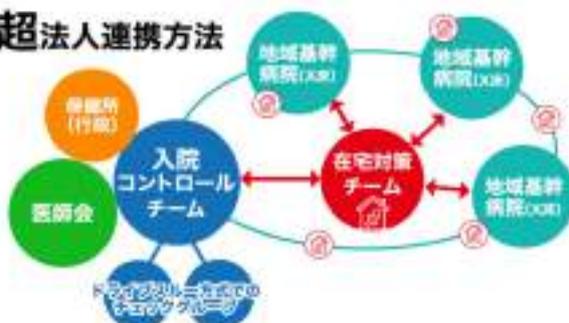
KISA2隊

京都府立総合医療センター（京大）と京都市立総合医療センター（京大）との連携による取り組み

KISA2隊の始まり② 課題解決のために

COVID-19の在宅における診療スキームを検討

超法人連携方法



入院が必要にもかかわらず病床逼迫などの事情により入院できない方に対し、在宅医療の提供を行うため、京都府と京都府医師会、および民間のクリニック・訪問看護ステーション・調剤薬局とが協働しCOVID-19への訪問診療チーム「KISA2隊」を2021年2月に結成、翌2022年2月に一般社団法人KISA2隊を設立。

KISA2隊

京都府立総合医療センター（京大）と京都市立総合医療センター（京大）との連携による取り組み

起源はコロナ療養患者に対する活動

(一社) KISA2隊 (略: きさつたい)

K	KANSAI
I	INTENSIVE AREA CARE UNIT FOR
SA 2	SARS-Cov-2
隊	対策部隊

「本来であれば入院が必要な自宅療養中コロナ患者」に対して行政、医師会等と連携して隔離期間に在宅加療を行う多職種連携医療集団。日本初の非営利型一般社団法人。



在宅医療



救急



災害医療

全国に埋蔵されているドクター陣の力を
終結させられるような枠組みをつくり、
株式会社やコンサルではない動きで
全国展開、地域医療をサポート



初期実践メンバー

鎌田智広Ns
15間看護アドナース代表取締役

小林篤史Ph (京都府薬剤師会理事)
カリン薬局代表薬剤師

村上成美Ns
京以西百貨店使用看護部長

小松啓Ns
365ジャパンケア合同会社 経理代表

KISA2 隊

開始当時インパクト

<p>単日自宅 管理患者</p> <p style="font-size: 2em; color: red;">最大30人</p>	<p>京都府全域の コロナ病床</p> <p>約300床の事実上の</p> <p style="font-size: 2em; color: red;">10%押し上げ</p>
---	--

KISA2隊京都全体インパクト

超法人連携

モビリティメンバー
在宅酸素業者メンバー
栄養士メンバー
歯科医師メンバー
介護福祉メンバー
セラピスト(PT,ST,OT)メンバー
医工連携メンバー

クリニック間連携のスムーズング



新進気鋭の京都、在宅専門クリニック
中務博信 Dr



理事長 渡辺康介 Dr
医療法人社団 都会
京都最大雇用者数のクリニック
在宅往診Drの最重鎮

管理者 安田冬彦 Dr



深化するメンバー

五類移行までの活動



居宅患者に対する24時間対応往診行政委託

施設患者に対する24時間の行政サポート

コロナ拠点病院に対する下り搬送システム

地域包括ケアシステムは…

各 地域医療ケアシステム

と、考えている。

地域が異なれば、その地域での最適な医療を

→ その地域を最もよく知っているメンバーで構築する

 KISA2 隊



コロナ5類以降後のインパクト

日本医師会×KISA2隊

2023年度6月
 2023年度の若手医師の活動のシンポジスト
 に抜擢、日本医師会中央講堂にて登壇招聘

2023年度10月
 第一回地域に根差した医師会活動シンポジスト
 に抜擢、日本医師会中央講堂にて登壇招聘

コロナ5類以降後のインパクト

国×KISA2隊

2023年度12月
 厚生労働省保健文化賞受賞
 厚生労働大臣代表スピーチ
 天皇皇后両陛下下拝謁



24時間、365日の 在宅医療体制の持続的なプラットフォームの整備



連携責任と実働をともなう積極的拠点として
各地診療体制をサポート



©2021 日本医療データセンター株式会社 株式会社 日本医療データセンター

総合診療医育成の拠点とシステム、文化づくり



大阪警察病院 × KISA2隊 大阪

- ・ 所在：大阪市天王寺区
- ・ 病床数：580床
- ・ 院長：澤芳樹先生

- ・ 2021年大阪府医師会、大阪府支援のもとKISA2隊大阪結成

プロジェクト K2
KISA2隊ジェネラリスト育成プログラム

令和5年度ブロックフォーラム(自治体ブランチ)開催状況

【座長】 島田 潔 (全国在宅療養支援医協会 事務局長)



Profile しまだ・きよし

略歴 1994年、帝京大学医学部卒、東京大学附属病院、東京都老人医療センター（循環器内科）。1996年、東京大学医学部附属病院第四内科入局、板橋区役所前診療所院長。

資格・公職等 在宅医療政治連盟会長、全国国民年金基金理事・代議員、（一社）健康職場推進機構理事、（一社）日本在宅救急医学会理事、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」専門委員。

主な著書等 『誰もやらないのなら医者の方がやります』（平成出版）



第19回在宅医療推進フォーラム
2023年11月23日（木・祝）
於：東京ビッグサイト国際会議棟

令和5年度 ブロックフォーラム 開催状況のご報告

一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
事務局長 島田 潔



■ 令和5年度 ブロックフォーラム（自治体ブランチ）開催状況

従来の11ブロックの枠組みで、そのなかの自治体(都道府県)単位で開催する形式を2022年度からお願いしています。本年度は、14の都道府県で開催中です。

※テーマは(案)のため変更になることもございます

都道府県・開催日	開催テーマ	会場・内容	都道府県	開催テーマ	世話人氏名
北海道 (19日) 2024年10月17日(土)	第12回北海道在宅医療推進フォーラムのつくりかた ～安心していただき、安楽に暮らせますよ～	釧路 市立	東京都	第17回首都圏の在宅医療推進フォーラム 入居支援（ACP/Advance care planning）がこれに期待できる施設を巡るして	内山 雅博
北海道 (19日) 2024年10月20日(土)	第12回北海道在宅医療推進フォーラムのつくりかた ～安心していただき、安楽に暮らせますよ～	札幌 市立	東京都	在宅医療推進フォーラムのつくりかた ～新しい視点から在宅医療の推進～	石川 真二
山形県 2023年11月24日(木)～25日	山形県在宅医療推進フォーラム2023 山形県在宅医療「これまで、今更、これから」 実践事例を学ぶ在宅医療のつくりかた	山形 第一中	東京都	第18回 こころのケア（認知症予防からしるべき）を伝えるために ～認知症の予防でできること～	伊藤 啓博
栃木県 2024年11月12日(木)～13日	第13回在宅医療推進フォーラム2024 『他と異なり』	社務 市立	東京都	第19回 在宅医療推進フォーラム2024 在宅医療推進フォーラムのつくりかた ～在宅医療の推進～	伊藤 大助
群馬県 2024年11月	群馬県在宅医療推進フォーラム 『オオムネ』(酒造)のつくりかた	沼田 市立	東京都	第20回 在宅医療推進フォーラム2024 在宅医療推進フォーラムのつくりかた ～在宅医療の推進～	石川 真
埼玉県 2024年11月28日(木)	埼玉県在宅医療推進フォーラム ～チームで考える在宅医療のつくりかた～	宮崎 市立	東京都	第21回 在宅医療推進フォーラム2024 在宅医療推進フォーラムのつくりかた ～在宅医療の推進～	石川 真
東京都 2023年11月24日(木)	第12回首都圏在宅医療推進フォーラム どうなる、どうする、在宅医療～在宅医療のつくりかた～	日野 市立	東京都	第22回 在宅医療推進フォーラム2024 在宅医療推進フォーラムのつくりかた ～在宅医療の推進～	石川 真
東京都 2023年12月22日(木)	第13回首都圏在宅医療推進フォーラム 在宅医療のつくりかた～在宅医療のつくりかた～	日野 市立	東京都	第23回 在宅医療推進フォーラム2024 在宅医療推進フォーラムのつくりかた ～在宅医療の推進～	石川 真

2010年度より毎年度、勇美記念財団のご支援の元、在宅ケアに関わる医療、介護、福祉に従事する多職種の皆さまが一堂に会した在宅ケアを考える場としてフォーラムを開催しています。
フォーラムの開催報告を、本年度は3月に開催する『日本在宅医療学会』にてご発表いただく予定です。

第1回日本在宅医療コンгрエスの開催に向けて

■ 第1回日本在宅医療コンгрエスの紹介

～地域包括ケア時代の在宅医療～その質を問う～

日時：2024年3月9日（土）13時00分～

会場：「全国町村会館」 東京都千代田区永田町1-11-35

開催形式：ハイブリッド 主催：（一社）全国在宅療養支援医協

〈日本在宅医療コンгрエス開催の趣旨〉

2008年に発足した「全国在宅療養支援診療所連絡会」は、在宅医療で活躍する医師の裾野が広がっていることから、2020年にはさらに多くの医師が参加できるように「（一社）全国在宅療養支援医協会（以降 在支協と略）」として組織改編を行いました。

一方で時期を同じくして、COVID-19の流行により社会活動が大きく制限されることとなり、医歯薬連合会で合同開催してきた医歯薬連合会大会を見直すことになりました。

今後の社会活動が戻りつつあるなかで、在支協が「在宅医療を代表する唯一の職能団体」として、在宅医療関係者のための全国大会として「日本在宅医療コンгрエス」を毎年開催していくことになりました。

プログラムは、3部構成となります。

- ①「基調講演」 ②「発表セッション」 ③「シンポジウム」

～プログラム 3 部構成～

■ 大会メインテーマ

～地域包括ケア時代の在宅医療～その質を問う～

① 「基調講演」

講演者：武田 俊彦氏
（日本在宅ケアアライアンス副理事長）
基本テーマでご講演いただきます。

② 「発表セッション」

講演者：各都道府県の世話人代表の先生方
14の都道府県で開催されたフォーラムの成果報告をいただきます。一部開催予定の地域は告知を予定しています。

■ シンポジウムテーマ

～あるべき在宅医療の姿をもとめて～

③ 「シンポジウム」

講演者：訪問歯科医師、薬剤師、看護師、
ケアマネジャーからの登壇で調整中です。
シンポジウムテーマに沿ったご講演&ディス
カッションを予定しています。

〈③ シンポジウム趣意書〉

テーマ ～あるべき在宅医療の姿をもとめて～

国が定めた「第8次医療計画（2024年度～）」の基本方針をもとに、各自治体が地域の実情に応じて策定する「第8期保健医療計画」においては、在宅医療推進の目標値はどのように盛り込まれるのであろうか。約10年間で在宅医療の対象者数は約40%増えたようだが、在宅医療の対象者の増加に対応できる医療機関数を整備目標として、その普及をはかろうというのがこれまでの手法だ。確かに診療報酬（在宅時医療総合管理料等）や介護報酬（居宅療養管理指導料等）データから、在宅医療は推進されているように分析され、在宅医療を担う薬局や訪問看護ステーションなどの施設数は増加している。しかし、医科においては、メガ在宅医療（広域、大規模、在宅医療特化型）の伸びが目立ち、従来から求められているかかりつけ区による看取りまで支える在宅医療の普及は未だ重要課題である。

そこで、訪問歯科診療、訪問服薬指導、訪問看護、それぞれの視点で、提供する在宅サービスに関する現状と課題について、プレゼンテーションいただき、多職種協働で推進する質の高い在宅医療のあるべき姿について意見交換したい。

「日本在宅医療コンGRESS」の開催を通じて、在宅医療の質の向上と更なる推進へ繋げたいと思います。

特別講演

医療提供体制に係る改革の動向

榎本 健太郎

【趣旨】

我が国の医療提供体制を巡っては様々な改革の動きが同時に進行している。

まず令和6年度からスタートする第8次医療計画の策定に向けた各都道府県での検討が進んでいる。特に昨年秋の感染症法の改正を受け、新興感染症への対応体制の検討が進められている。

一方、コロナへの対応体制については5月の類型見直しに伴い、来年4月からは通常の体制に戻るべく医療体制の移行の途上であり、コロナの感染拡大にも応じつつこの10月から更に見直しが行われている。

さらに、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治し、支える医療」を実現していくため、先の通常国会で全世代対応型社会保障構築法が成立し、かかりつけ医機能の強化を進めることとなった。

地域医療構想については2025年に向け各地域での取組が推進されているとともに、将来をにらんだ新たな地域医療構想の検討が進められる見通しである。

在宅医療の現場を取り巻くこれらの医療提供体制の改革の動きを紹介し、今後の地域包括ケアの深化に向けた議論に資することとしたい。

【演者】榎本 健太郎（独立行政法人 福祉医療機構 理事）

Profile えのもと・けんたろう

略歴 1966 年生まれ。東京大学法学部卒。1989 年 4 月、厚生省入省、社会局庶務課。1998 年 6 月～2001 年 3 月、石川県出向（厚生部長寿社会課長・厚生政策課長）。2007 年 8 月～2009 年 9 月、厚生労働大臣秘書官事務取扱。2011 年 7 月、国土交通省土地・建設産業局建設市場整備課長。2013 年 7 月、厚生労働省老健局介護保険計画課長。2015 年 10 月、保険局国民健康保険課長。2017 年 7 月、医政局総務課長。2018 年 7 月、政策統括官付社会保障担当参事官。2019 年 7 月、内閣府大臣官房審議官（経済財政運営及び経済社会システム担当）。2020 年 10 月、厚生労働省大臣官房審議官（医療保険担当）。2022 年 6 月、厚生労働省医政局長。2023 年 9 月、大臣官房付。2023 年 10 月、独立行政法人福祉医療機構理事。

【座長】荒井 秀典（国立長寿医療研究センター 理事長）

Profile あらい・ひでのり

略歴 1984 年、京都大学医学部卒業。1991 年、京都大学大学院医学研究科博士課程修了。2003 年より京都大学大学院医学研究科加齢医学講師。2009 年 4 月より京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻教授。2015 年 1 月より国立長寿医療研究センター副院長、4 月より老年学・社会科学研究センター長兼務（2019 年 3 月まで）。2018 年 4 月より同病院長。2019 年 4 月より同理事長。

資格・公職等 医学博士。日本老年学会理事長、日本サルコペニア・フレイル学会代表理事、日本老年医学会理事・代議員、日本動脈硬化学会理事・評議員、日本老年薬学会理事。日本脆弱性骨折ネットワーク理事。2020 年 10 月より日本学術会議会員（第 25・26 期、第 2 部）臨床医学委員会老化分科会委員長、長寿科学研究振興財団理事、小野医学研究財団評議員、興和生命科学財団評議員、杉浦記念財団評議員。

主な著書等 『40 歳からの健康年表～10 年後こんな病気が待っている～』（荒井秀典編／文芸新書）

医療提供体制に係る改革の動向

令和5年11月23日
第19回在宅医療推進フォーラム

独立行政法人福祉医療機構 理事
(前厚生労働省医政局長)

榎本 健太郎

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

本日のご説明事項

1. 今後の見通し
2. 第8次医療計画の策定
3. 在宅医療の推進
4. 新興感染症への対応に関する事項
5. コロナの類型見直しに伴う医療体制の在り方
6. かかりつけ医機能の強化
7. 地域医療構想の推進
8. 地域包括ケアの推進

1. 社会保障に係る今後の見通し



人口動態① 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

○ 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



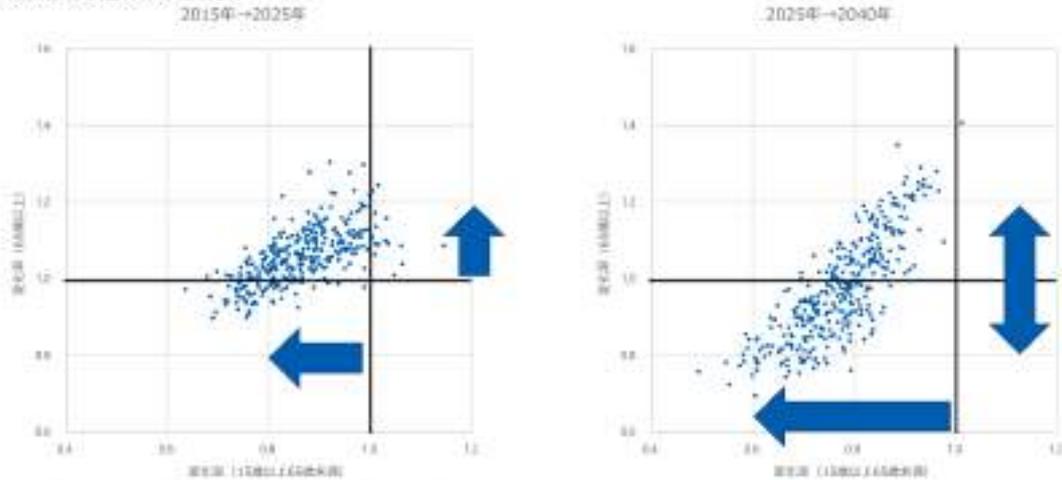
18歳以下総人口(推計)は、11月推計。資料は各年齢・性別別推計人口(18歳以下を除く)を合計したものである。

人口動態② 高齢者の減少と現役世代の急減が同時に起こる2次医療圏が数多く発生する

令和4年3月4日 第7回第3次医療計画等に関する検討会 資料1

- 2次医療圏単位でみると、2015年から2025年にかけて、多くの地域で、65歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が起きる。
- 2025年から2040年にかけては、65歳以上人口が増加する地域(132の医療圏)と減少する地域(197の医療圏)に分かれる。また、多くの地域で生産年齢人口が急減する。

2次医療圏ごとの人口変化率



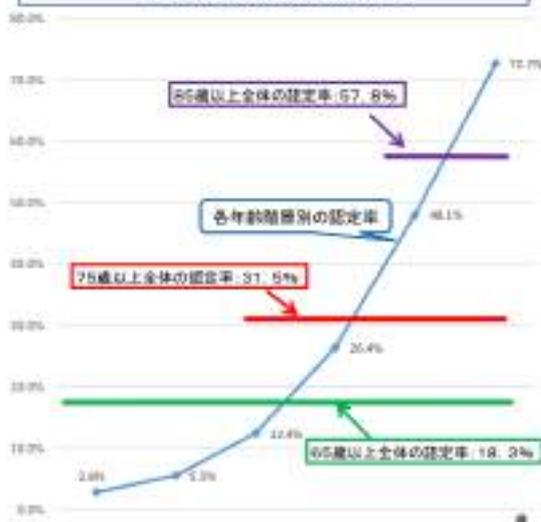
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計報告（平成26～（2018）年推計）」
 ※ 2015年の国勢調査の集計値。
 ※ 国勢調査が町町村ごとの人口統計が行われていないため、国勢調査の2次医療圏を以て2015～2025期間について集計。

医療需要の変化 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

令和4年3月4日 第7回第6次医療計画等に関する検討会 資料1

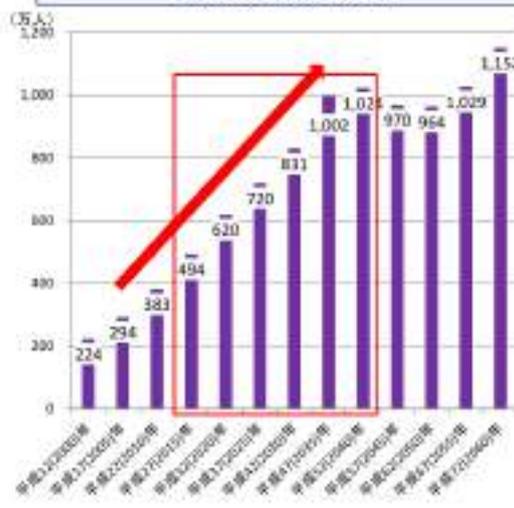
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率

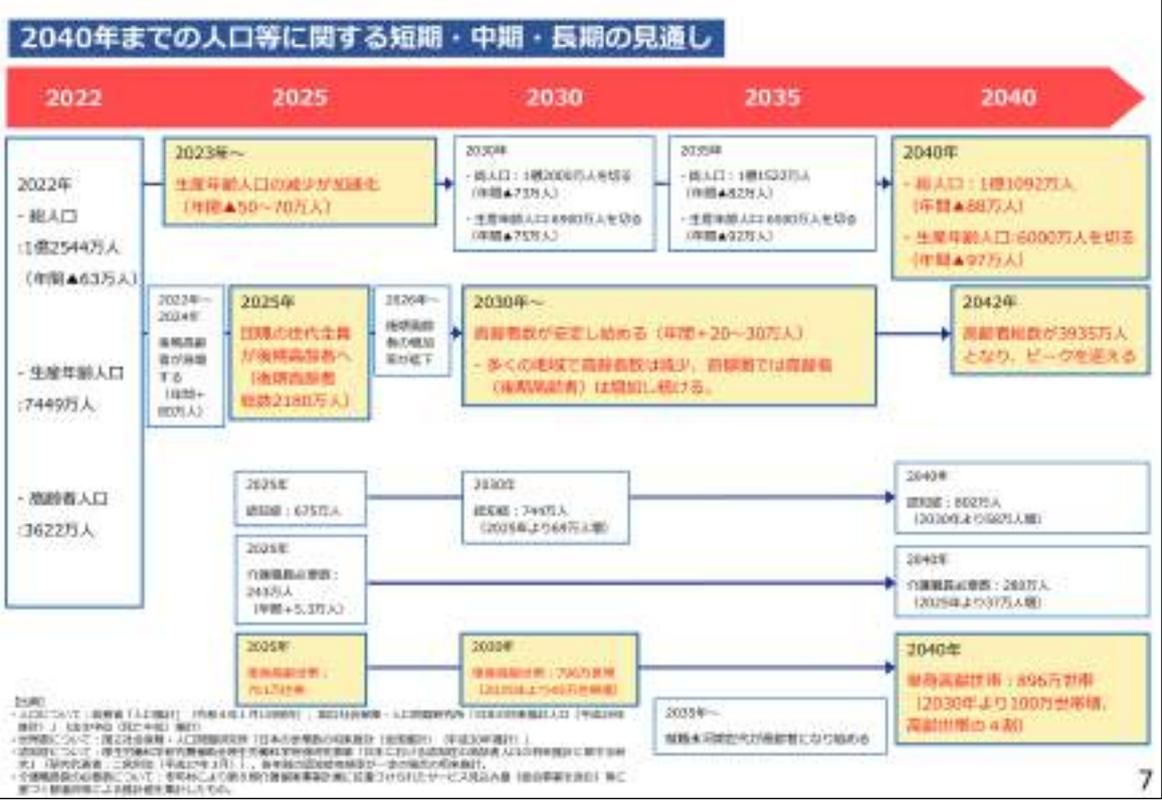


出典：2009年9月本認定率数（介護保険事業状況報告）及び2009年10月1日人口（総務省統計局人口統計）から作成

85歳以上の人口の推移



出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成20年4月推計）出生中位・死亡中位推計実績値、総務省統計局「国勢調査」国勢・年齢不詳人口を按分補正した人口



9

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2. 第8次医療計画の策定



10

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和90年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度、第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度、中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

<p>○ 医療圏の設定、基準病床数の算定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">二次医療圏</p> <p style="text-align: center;">335医療圏（令和3年10月現在）</p> <p>【医療圏設定の考え方】 二つの入院に係る医療を提供することが期待できる単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。 ・地理的・社会的・経済的関係 ・日常生活の便益の充足状況 ・交通事情 等</p> </div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">三次医療圏</p> <p style="text-align: center;">52医療圏（令和3年10月現在） <small>（※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏））</small></p> <p>【医療圏設定の考え方】 特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が狭く立地し、その他特異な事情があるときは、当該都道府県の区域内に2以上の区域を設定し、また、都道府県の境界を跨る地域における医療の連携の実情に即し、2以上の都道府県における区域を設定することができる。</p> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づき、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを要す。 	<p>○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項</p> <p>※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心臓病等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。 6事業…6つの事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、産後期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な取組等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの構築)。
<p>○ 地域医療構想</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と対応の病床数の必要量等を推計。 	<p>○ 医師の確保に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、日標準医師数、具体的な取組等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し) ・ 産科、小児科については、設置医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定 <p>○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

10

第8次医療計画のポイント①

全体について

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題に対応するとともに、人口構造の変化への対応を図る。
- 令和3年の医療法改正により新たな事業として新興感染症への対応に関する事項を追加（令和4年の改正医療法に基づく予防計画と整合性を図る）。
- 第7次計画期間中に追加した「医師確保計画」「外来医療計画」（計画期間はいずれも3年製）についてもそれぞれのガイドラインに基づき第8次医療計画の策定と併せて見直しを行う。その際、二次医療圏の設定について先行して議論を行う。

5 疾病・6 事業及び在宅医療について

- 地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールを活用する。
- 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要な医療が提供できる体制の整備を進める。
 - 【がん】がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進する。
 - 【脳卒中】適切な病院前救護やデジタル技術を活用した急性期診療体制の構築、回復期や療養期・生活期の医療体制の強化に取り組む。
 - 【心血管疾患】回復期及び慢性期の診療体制の強化やデジタル技術の活用等による、急性期から一貫した診療体制の整備に取り組む。
 - 【糖尿病】発症予防、糖尿病及び合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点を置いて取り組むための体制整備を進める。
 - 【精神疾患】患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制整備を一層推進する。
 - 【救急】増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
 - 【災害】災害拠点病院等における震災災害の被害を軽減するため、地域における風水対策を進める。
 - 【新興感染症】新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応での最大規模の体制を目指し、平時に医療機関の機能及び役割に応じた協定締結等を通じて、地域における役割分担を踏まえた新興感染症及び通常医療の提供体制の確保を図る。
- 【へき地】医師の確保に配慮するとともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用。※改正医療法関係の内容にも留意。
- 【高齢期・小児】保健・福祉分野とも連携し、ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児への支援にかかる体制整備を進める。
- 【在宅医療】「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定するとともに、各職種の機能・役割についても明確化する。また、在宅医療に係る医療機関等に対し災害時におけるBCPの策定を支援する。

11

第8次医療計画のポイント②

地域医療構想について

- これまでの基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、毎年度、対応方針の達成率を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況について公表を行う等、**着実に取組を推進**。
※2025年以降の地域医療構想の取組のあり方については、2023～2024年度にかけて、中長期的課題について整理し、検討予定。

外来医療について

- **外来機能報告**により得られたデータを活用し、紹介受診重点医療機関となる医療機関を明確化するとともに、地域の外来医療の提供状況について把握し、今後の地域の人口動態・外来患者推計等も踏まえ**外来医療提供体制のあり方について検討**を行う。

医療従事者の確保について

- 2024年4月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行されることを踏まえ、医療機関における医師の働き方改革に関する取組の促進、地域医療構想に関する取組と連動させ、**医師確保の取組**を推進。
- 医師確保計画の策定において基礎となる、医師偏在指標について精緻化等を実施。
- 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用し、病院と歯科診療所の連携、歯科専門職の確保、薬剤師（特に病院）の確保を進める。
- 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護員の養成と確保を推進する。

医療の安全の確保等について

- 医療事故調査制度運用の要である病院等の管理者の理解をより深めるため、研修の受講を推進する。
- 相談対応の向上を図る観点から、医療安全支援センターの相談職員研修の受講を推進する。

その他の事項

- 地域医療支援病院について、医療計画の見直しの際に必要な応じて責務の追加・見直しを検討するとともに、整備目標を定める際には医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。
- 医療計画の内容のうち、必要な情報についてはわかりやすい形で周知を行い、住民の理解・協力を得られるよう努める。

12

在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 今後の見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の領域を設定する。
- 在宅医療患者の急変時に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。早時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅医療患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各種種の機能・役割について明確にする。

在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅医療の提供体制も踏まえながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に連携する機関として消防機関や地方自治体を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の緊急対応への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定したマニュアルや事業等を活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各種種の関わり

- 医師診療について、医師に付いた医療機関との共同救急、ターミナルケア等の機能や役割を整理した整備や、事業内容の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 訪問診療や遠方支援機能を持つ歯科医療機関との連携や歯科資料連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能、役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な形態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる各関係者の連携向上を図り、施設や施設間連携の役割、小児など、24時間対応可能な領域の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の供給体制を構築する。
- 在宅医療患者が自宅で安心して生活機能の回復、維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能、役割について明確化する。
- 在宅医療患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅医療施設や在宅ケア、ステーション等の活用も含めた訪問栄養指導体制の整備が重要であり、その機能、役割について明確化する。

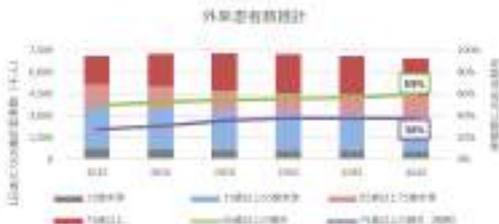
外来医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 外来医療計画の取組の実効性を確保し、地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める。
- 地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機関について把握できるよう可視化を進め、必要な共同利用を促進する。
- 外来機能報告等のデータを活用し、地域の実情に応じた、外来医療提供体制の在り方について検討を行う。

外来医療確保目標を踏まえた取組

- 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行う。



- 地域で不足する医療機能（夜間・休日の診療、在宅医療、公衆衛生等）について具体的な目標を定める。
- 外来医師多数区域以外や新規開業者以外において、地域の実情に応じ、地域で不足する医療機能を担うよう求めることができることとする。
- 地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた場合、地域の医師会、市町村へ情報共有を行う等、フォローアップを行う。

医療機関の効率的な活用への取組

- 医療圏における医療機関の可視化(例示)
- 医療機関の配置・稼働状況に加え、共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても可視化を進め、地域において活用可能な医療機関について把握する。

地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

- 外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・送紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえ、地域における外来医療提供体制の在り方について検討を行う。



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

3

3. 在宅医療の推進

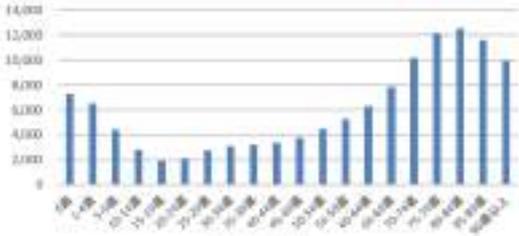


外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

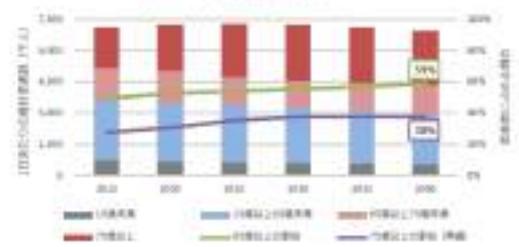
厚生労働省 統計情報 平成4年3月4日

- 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8割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214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。

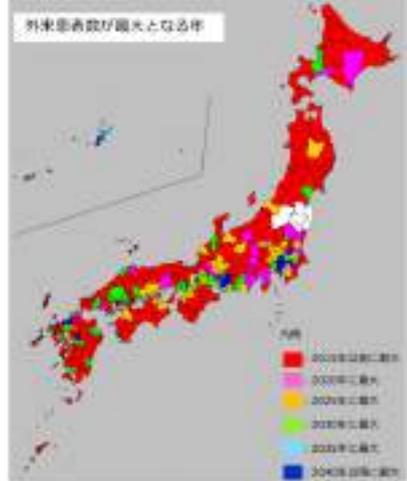
外来患者数 (人口10万人)



外来患者数推移



外来患者数が減少となる年



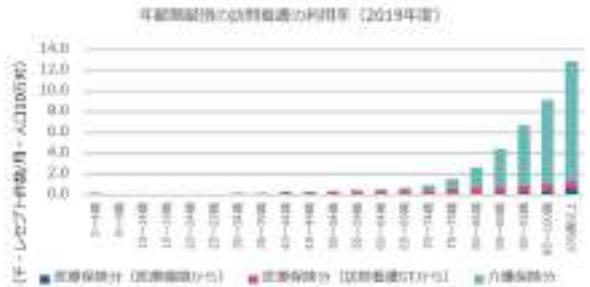
出典：厚生労働省「平成29年」医療圏（人口10万人）：医師・外来・住・年別診療・療養病床別
 「国立社会医療・人口動態研究所」日本の地域別医療圏人口（平成28（2016）年推計）
 ※「将来」は「推定」「推察」「推測」「推計」の総称として記述される。
 ※この資料表の作成は、当該二次資料提供が各都道府県の医療圏別医療圏別に基づき行われ、地域人口推計
 数値に基く。
 ※補遺表は当該地域ごとの人口推計が示されているため、補遺表の医療圏別人口は二次資料提供の人口推計

16

訪問看護の必要量について

高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年5月23日

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となるが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。



資料1 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-1
資料2 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-2
資料3 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-3
資料4 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-4
資料5 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-5
資料6 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-6
資料7 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-7
資料8 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-8
資料9 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-9
資料10 高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（令和4年5月23日）資料1-10

特別講演

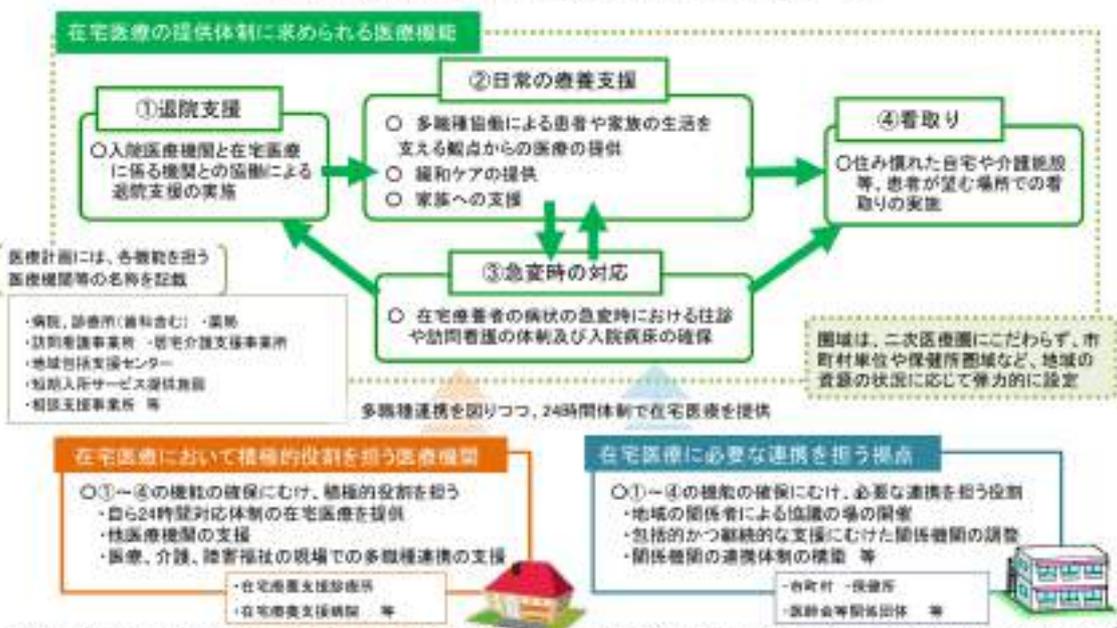
医療提供体制に係る改革の動向

在宅医療の体制について

高齢在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年5月23日

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



第8次医療計画における在宅医療の圏域について

令和5年度第2回医療政策委員会
第1回地域医療構想アドバイザー会議
資料 4
令和5年9月15日

二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること

【出典】医療法施行規則 第三十条の二九（昭和二十三年厚生省令第50号）

在宅医療の圏域について

5 疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療提供体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

【出典】「医療計画について」(令和5年3月31日 厚生労働部医政局長通達(令和5年6月15日一部改正))

<在宅医療の体制構築に係る指針>

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実にを行うことが望ましい。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

※ 本字は第8次医療計画への検討段階において新たに記載された内容

【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和5年3月31日 厚生労働部医政局地域医療計画課長通達(令和5年6月29日一部改正))

在宅医療の圏域の設定単位の考え方

都道府県在宅医療推進部(医療・介護連携)によるワーキンググループ
資料
令和5年9月15日

○ 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえ、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。



特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

第8次医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

令和5年度第2回医療政策検討会 資料4
第1回地域医療連携アドバイザー会議
令和5年9月15日

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機関との連携

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記「1」から「4」までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行ったが、医師や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院について、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

① 目標

- 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- 患者の家族への支援を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- 医療機関（特に一人の医師が就業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- 臨床研修制度における地域医師研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定の支援を行うこと
- 地域包括支援センター等と連携しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを選択し紹介すること
- 入居施設を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受け入れを行うこと

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

【出典】「医療・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医療政策地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））23

特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

「在宅医療の提供体制構築に係る指針」における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の記載の変更点

令和5年度第2回医療政策検討会 資料4
第1回地域医療連携アドバイザー会議
令和5年9月15日

第7次医療計画	第8次医療計画
<p>【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】</p> <p>① 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと 在宅医療に関する人材育成を行うこと 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと 患者の家族への支援を行うこと 在宅医療に関する地域状況への認知向上を行うこと <p>② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関（特に一人の医師が就業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉サービスに必要な基本的知識・技能に関する研修の提供や研修の共有を行うこと 臨床研修制度における地域医師研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定の支援を行うこと 地域包括支援センター等と連携しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを選択し紹介すること 入居施設を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受け入れを行うこと 地域包括センター、在宅療養支援診療所等の連携強化を行うこと 在宅医療に関する人材育成及び認知向上を支援すること 	<p>① 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと 在宅医療に関する人材育成を行うこと 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと 患者の家族への支援を行うこと 在宅医療に関する地域状況への認知向上を行うこと <p>② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関（特に一人の医師が就業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉サービスに必要な基本的知識・技能に関する研修の提供や研修の共有を行うこと 臨床研修制度における地域医師研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定の支援を行うこと 地域包括支援センター等と連携しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを選択し紹介すること 入居施設を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受け入れを行うこと 地域包括センター等と連携し、在宅療養支援診療所等の連携強化を行うこと 在宅医療に関する人材育成及び認知向上を支援すること
<p>【在宅医療に必要な連携を担う拠点】</p> <p>① 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種連携による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること 特別支援が必要な患者に対して適切な支援を行うこと 地域の連携強化を図り、医療機関の連携による医療を定型的に実施し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること 地域の連携強化を図り、障害福祉サービスについて、在宅での療養を支援し、地域包括支援センターの療養支援体制を構築するとともに、医師から看護師までの医療や介護、障害福祉サービスにわたる様々な医療や介護を包括的に提供すること 幅広い在宅医療をより効果的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による連携強化の支援を図ること 在宅医療に関する人材育成及び認知向上を支援すること 	<p>① 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種連携による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること 特別支援が必要な患者に対して適切な支援を行うこと 在宅医療に関する地域状況への認知向上を行うこと 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと 患者の家族への支援を行うこと 在宅医療に関する人材育成及び認知向上を支援すること <p>② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の連携強化を図り、障害福祉の現場等による連携を定型的に実施し、在宅医療における特別支援の確保、医療提供体制の強化と連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること 地域包括アシスタントを推進して在宅医療の提供体制を構築すること 地域包括支援センターについて、在宅での療養を支援し、地域包括支援センターの療養支援体制を構築するとともに、医師から看護師までの医療や介護、障害福祉サービスにわたる様々な医療や介護を包括的に提供すること 幅広い在宅医療をより効果的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による連携強化の支援を図ること 在宅医療に係る人材育成及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを選択し紹介すること 在宅医療に関する人材育成及び認知向上を支援すること

在宅医療・介護連携の推進

聞き取り調査報告書「在宅医療・介護連携に関するアンケート」
令和3年10月13日

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅療養を支える関係機関の例
 - ・ 診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・ 病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（緊急時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・ 訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・ 介護サービス事業所（入浴、排泄、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



新潟県における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の取組

聞き取り調査報告書「在宅医療・介護連携に関するアンケート」
令和4年9月23日

取組の背景

- ・ 高齢化が進展する中、在宅医療の需要層が見込まれている
- ・ 在宅医療に係る多職種連携が十分でなく、医師の負担が大きい
- ・ 地域の実情に合った在宅医療提供体制を構築する必要がある

事業概要（取組の特徴）

1. 令和4年度予算：85,419千円（助財：地域医療介護総合確保基金）
2. 事業目的
住み慣れた自宅や地域での療養を希望する人が在宅医療を受けられるよう、医療従事者等の負担軽減の仕組みづくりや多職種連携の仕組みづくりなどを通じて、地域における在宅医療の受け皿の拡充を図る。
(在宅医療推進センター設置・運営及び在宅医療ICT構築に対し補助、平成27年10月～)
3. 取組の特長（特に工夫している部分に下線）
 ・ 県全域をカバーする推進部会と各地域の実情に応じた28の「可成りな多職種連携部会」がそれぞれ「在宅医療推進センター」を設置
 ・ 多職種間で患者情報等の共有を行う在宅医療ICTシステムを整備

事業の成果等

- ・ 推進部会及び管内18市町医師会に計17か所の在宅医療推進センターを設置済み
- ・ 16市町医師会のうち、12市町医師会で在宅医療ICTシステムを整備・運用中
- ・ 各町医師会在宅医療推進センター主導で地域の医療支援組織のための取組を実施

(令和4年2月6日現在)



事業推進上の課題等

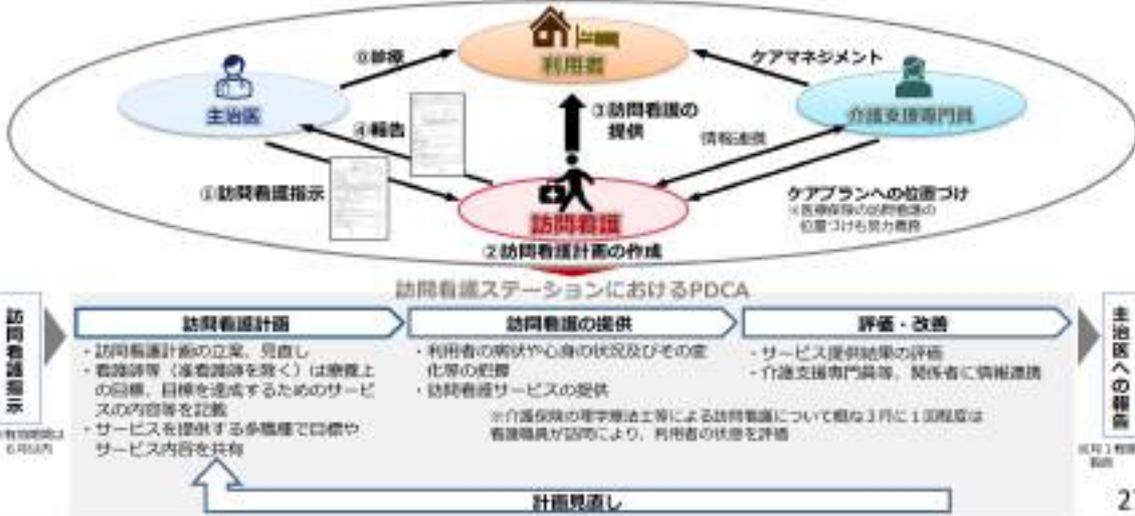
- 事業推進上の課題
 - 各在宅医療推進センターの異なる体制強化が必要
 - 各市町村の在宅医療・介護連携推進事業との異なる連携
 - 現在、30市町村のうち10市町は別々へ実施状況、それ以外の10市町村は同一の仕組みを構築
- 連携強化に向けての留意点
 - 規制緩和：ICTに係る患者情報の利用に関する平準化の徹底化
 - 財政支援：事業の安定実施に向け、地域医療介護総合確保基金の都道府県事務委託経費交付

特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

訪問看護の提供

意見交換 資料一②
R 0 . 0 . 1 R

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 訪問看護の提供に関しては、①診療に基づく主治医の訪問看護指示書を受け、②利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて療養上の目標、当該目標を達成するための具体的な訪問看護計画書を作成し、③訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく看護を提供し、④訪問日、提供した看護内容や利用者の病状や心身の状況について、定期的に主治医へ報告する。
- 主治医との密接な連携のみならず、訪問看護ステーション内の多職種や他機関に所属する介護支援専門員等と連携し訪問看護を提供している。



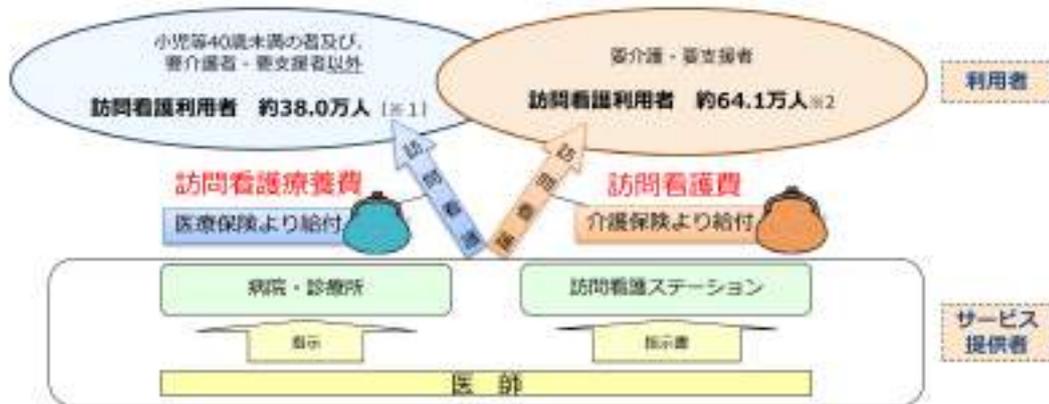
特別講演

医療提供体制に係る改革の動向

訪問看護の仕組み

意見交換 資料一②
R 0 . 0 . 1 R

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適用となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典：(※1)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和3年6月審査分より統計) (※2)介護給付費等実態統計(令和3年6月審査分)

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

意見交換 資料-2
R 0 . 0 . 1 R

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外
(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7^{※1})

特別訪問看護指示書^①の交付を受けた者
有効期間：14日間 (一部、2回交付可^{※2})

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8^{※3})

認知症以外の精神疾患

【介護保険】

要支援者・要介護者

限度基準額内 無制限
(ケアプランで定める)

算定日数
制限無し

【※1】別表第7

4種の慢性疾患 多発性硬化症 慢性腎臓病 喘息 脳血管性認知症 精神小児慢性症 ハンチントン病 進行性筋ジストロフィー症 パーキンソン病関連疾患 多発性骨髄腫	プリオン病 変性性硬化性認知症 ライソゾーム病 動物由来ジストロフィー 神経性筋萎縮症 非神経性筋萎縮症 慢性炎症性脳神経多発神経炎 遺伝性免疫不全症候群 誤嚥性肺炎 人工呼吸器を使用している状態
--	---

**【※2】特別訪問看護指示書を月2回交付できる者
(有効期間：28日間)**

- 重度のニューレシを併用している状態にある者
- 重症を認める病状の状態にある者

【注】特別訪問看護指示書

患者の士生活が、診療に際して、身体障害等により一時的に困難（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

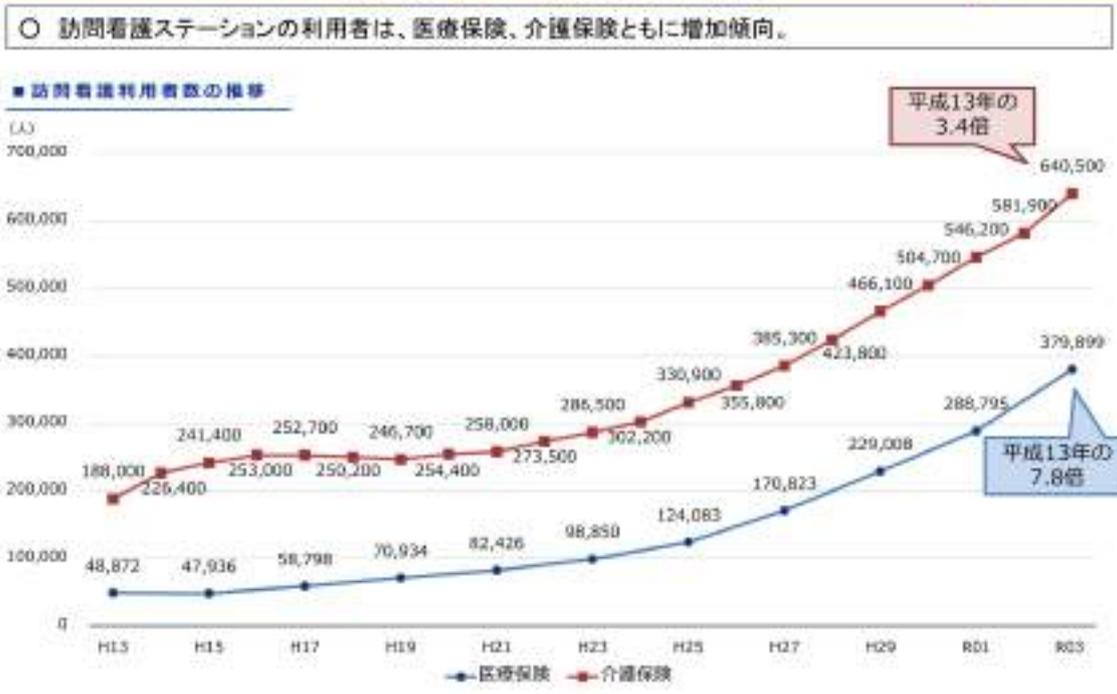
【※3】別表第8

- 在宅療養指導者や指導管理士は在宅実習期間中指導管理を受けている状態にある者又は実習がニューレシもしくは指導カテゴリーを併用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己療養指導者指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養指導管理
 - 在宅成分栄養指導管理指導管理
 - 在宅自己療養指導管理
 - 在宅人工呼吸器指導管理
 - 在宅持続経肛排便指導管理
 - 在宅自己療養管理指導管理
 - 在宅脳血管性疾患指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を装着している状態にある者
- 重症を認める病状の状態にある者
- 在宅療養計画の策定と管理指導料を決定している者

特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

訪問看護の利用者数の推移

意見交換 資料-2
R 0 . 0 . 1 R

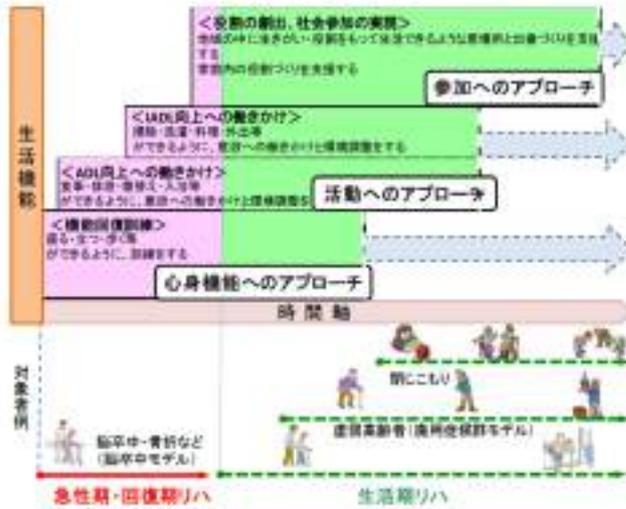


生活機能を見据えたリハビリテーション

第7回在宅医療及び介護・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年10月14日
資料 資料

- 今後の高齢化の進展に対応するため、医療施設におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目的とした、より広い意味でのリハビリテーション（生活期リハビリテーション）を切れ目なく提供できるリハビリテーション体制の強化が求められている。
- 特に、在宅医療を受ける患者の多くは、身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多様な病態や障害があることから、リハビリテーションの提供にあたり、「心身機能」「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションを提供することが、重要。

生活機能を見据えたリハビリテーション



【出典】高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書（平成27年）

通所リハビリテーション

- 在宅介護者について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーション。
- 医学的評価、心身機能、ADLの維持・向上、社会での活動の維持・向上、家族などの介護者支援の4つの機能を評価者に合わせて組み合わせてサービスを提供。

社会参加
要介護度の改善・維持等

訪問リハビリテーション

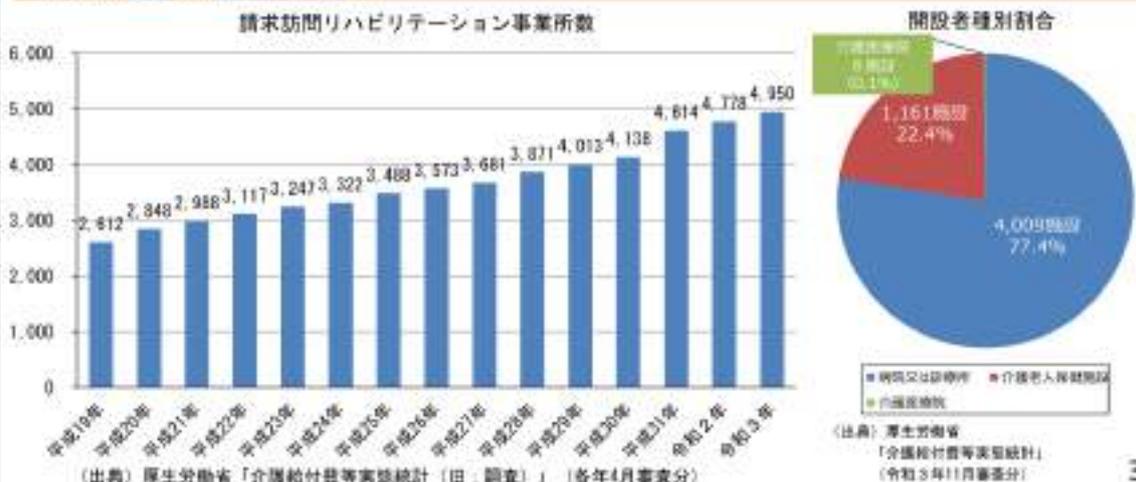
- （医療保険）
 - ・ 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った医療従事者の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士を訪問させて基本動作能力もしくは応用動作能力または社会的適応能力の回復を図るための訓練などについて必要な指導を行うもの。
- （介護保険）
 - ・ 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問リハビリテーション指導員を行う必要を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導員を行うもの。
- （介護保険）
 - ・ 在宅において心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。

訪問リハビリテーションとは

第7回在宅医療及び介護・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年10月14日
資料 資料

- 「訪問リハビリテーション」とは
- 原則通院の困難な利用者に対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により行われるリハビリテーション
 - 【指定訪問リハビリテーション事業所の要件】
 - ①専任の常勤医師一名以上 ②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を適当数置かなければならない
 - 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること
 - 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの
 - 【訪問リハビリテーションの対象者】
 - 介護保険法の居宅支援、要介護者

訪問リハビリテーションの請求事業所は年々増加している。開設者種別では、約8割が医療機関、約2割が介護老人保健施設である。



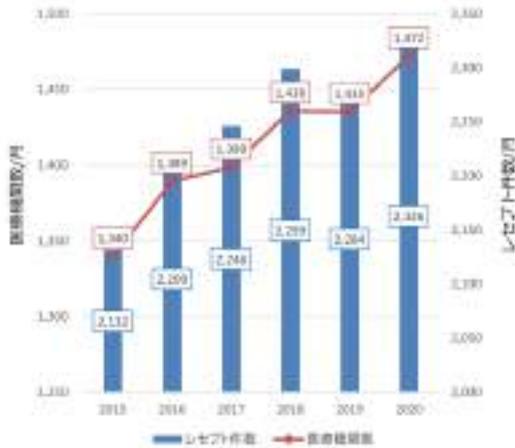
（出典）厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：調査）」（各年4月調査分）
（注）厚生労働省「介護給付費等実態統計」（令和3年11月調査分）

保険区分による訪問リハビリテーションの件数

厚生労働省 健康政策課
2020年10月14日

- 医療保険における訪問リハビリテーションを算定している医療機関数およびレセプト件数は増加をみとめており、介護保険における訪問リハビリテーションにおいても事業所数、レセプト件数ともに、介護給付、予防給付双方で増加をみとめる。
- 医療保険での訪問リハビリテーション利用者数と比較し、介護保険での利用者数が多い。

医療保険における訪問リハビリテーション



介護保険における訪問リハビリテーション



【注】 医療データベース (K20) (2015年～2020年度最新分)
 ※ レセプト件数：在宅患者訪問リハビリテーション費用請求額
 ※ 医療機関数：レセプトごとにサービス請求をした医療機関数
 ※ 月あたり100円以上患者数
 ※ 請求額を抜く

【注】 介護給付費実績統計 (2015年～2020年度分)
 ※ レセプト件数：介護給付費実績統計に2015年以降の請求額を127割したも
 ※ 事業所数：医療編2020年9月最新分の数

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

4. 新興感染症への対応に関する事項

4



厚生労働省

特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

感染症法改正 都道府県と医療機関の協定の仕組み

- 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に伴う協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）する。*（※はPTPE構築が前提）。
- 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が冴わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の仕組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課す。
- 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。

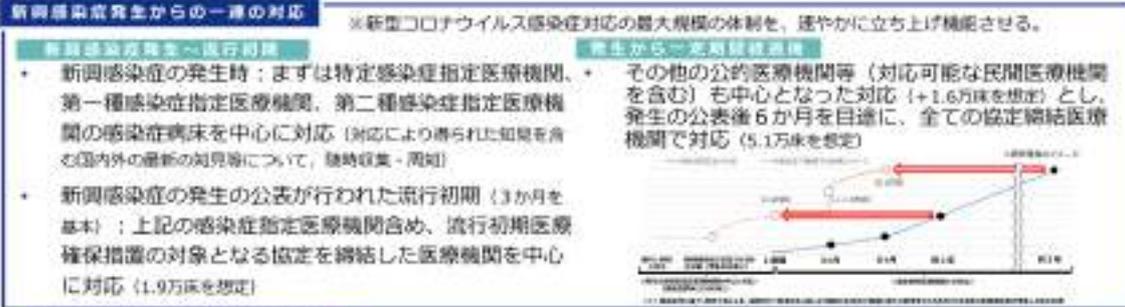


(※) 緊急対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設ける。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な判断は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を踏まえて厚生労働大臣が決定する。

特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

新興感染症発生・まん延時の医療体制（第8次医療計画の追加のポイント）

- 令和3年の医療法改正により「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加され、令和4年には感染症法改正により、平時に都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定^(*)を締結する仕組み等が法定化された。（令和6年4月施行）
（）病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣
 - 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、まずはその最大規模の体制を目指す。協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。
- ※ 新興感染症（新興感染症を含む。）は、感染症法の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を基本とする。感染症法の子法計画や新型インフルエンザ特措法の行動計画との整合性を図る。



- 国及び都道府県の平時からの準備等
 - 新興感染症の特性や対応方法など最新の国内外の知見を収集・判断・機動的な対応
 - 協定の締結状況や履行状況等について、患者の適切な選択に資することにも留意し、公表・周知
 - 感染症対応を行う人材の育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）を進め、感染症対応能力を強化

医療措置協定の締結等のガイドラインについて

ガイドラインのねらい

- 改正感染症法に基づく医療措置協定の仕組み等により、平時からの協定協議のプロセス等の準備を通じ、地域における各医療機関の役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の構築を図ることが重要。
- 都道府県担当者や医療機関の担当者に、こうした協定の趣旨・目的等を理解いただくとともに、参照しながら協定の協議を進めていただくため、5年5月(※)にガイドラインを发出・周知(※改訂地域医療計画編成通知)
※ 同日、予防計画基本指針・ガイドライン、医療計画基本方針・指針を併せて发出。都道府県説明会を実施

ガイドラインの主な内容

- 協定の協議・締結の進め方について**
都道府県は、医療機関に対する事前調査(下記の)の結果や、医療審議会プロセス等も活用しながら、広く協定の協議を行い、地域における医療機関の機能や役割を確認し、感染症医療と通常医療の分担・確保を図る。
このため、協定の協議・締結に資するよう、協定のひな形(病院・診療所、薬局、訪問看護事業所別、目的、医療措置の内容別(病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣)、期間、実施報告等)を示し、ひな形に沿って解説を記載。併せて、公的医療機関等(医療法の公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院)の義務の通知のひな形を示し、協定の協議と併せて通知する旨の解説を記載。また、上記医療審議会の意見聴取手続き等を記載。
協定締結作業については、令和5年度中から順次実施し、令和6年9月末までに完了する。
- 予防計画・医療計画策定や協定締結等に先立つ医療機関調査(事前調査)について**
都道府県から医療機関に協定締結の意向等を確認するための調査票のひな形(医療措置の内容毎に見込み数等、参考で新型コロナ対応での実績)を提示。
併せて、新興感染症の今後の対応(協定締結や人員確保、報告方法等)に当たっての予定や課題等について調査の実施について周知(別途G-MISで実施)。
- 協定締結後の公表や報告・変更等について**
締結した協定の内容の都道府県ホームページでの公表や、協定の履行状況の報告(平時は年1回、感染症発生・まん延時は随時)、事前の想定と大きく異なる事態の場合は、国において判断を行い、機動的に対応すること等について解説。

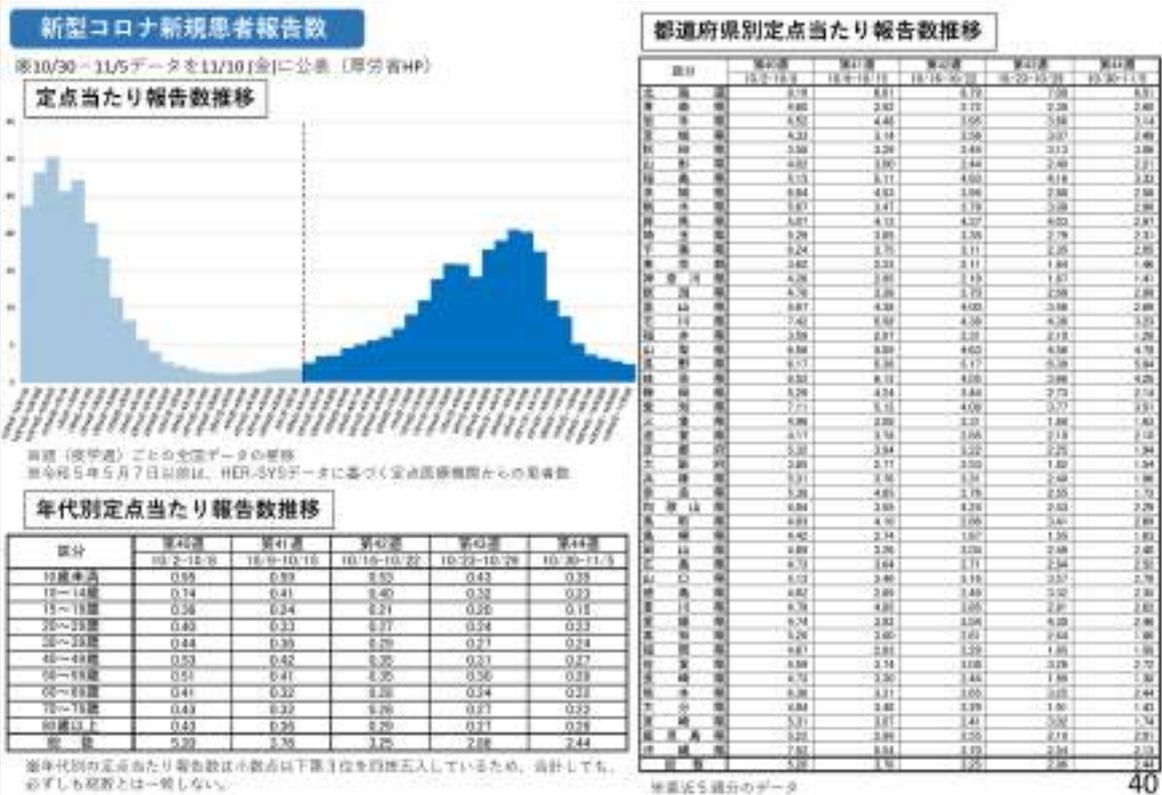
第8次医療計画(新興感染症)策定に向けた都道府県におけるスケジュールのイメージ

年月日	都道府県医療審議会等	医療機関の調査・調整等	協定	(参考)地域医療計画編成委員会等	年月日
5年4月					
5月	・連携協議会①	(国から指針等提示)			
6月	・医療計画WG①(設置) (医療計画の策定について)	・医療機関に対する調査 (対応能力、支援ニーズ) [-国とも調査共有]		・地域医療計画編成委員会① (医療計画の策定について)	H29.6
9月	・医療計画WG② (医療計画案の策定)	・調査の作成(～9月)	協定(目標) 事業予定		
10月	・医療審議会①(計画案案) ・連携協議会② ・議会(関係)		医療機関と 協議(※)	・地域医療計画編成委員会② (医療計画案の策定)	H29.9
12月	・医療計画WG③(医療計画案)	・パブリックコメントの実施(～11月) ・計画案の作成(～12月)	協定(目標) 実行成	・定例委員会(7月設置) ・医療審議会②(計画の検討) ・事務局・関係団体への意見聴取 ・住民コメント(～11月)	H29.12
8年1月	・医療審議会②(医療計画案) ・連携協議会③		医療機関と 協議締結 【※】	・地域医療計画編成委員会③ (医療計画(案))	H29.12
2月	・議会(上程(計画案・6年度予算案))		※機次・準備 作業として 協定締結	・医療審議会③(医療計画(案))	H30.1
3月		・計画策定		・定例協議会(議案工程 計画案・予算案)	H30.2
4月			正式締結 (随時+公表)	・計画策定	
5月	・医療審議会③ (本次計画(報告・締結状況結果の公表)等)				
9月			完了目標	・地域医療計画編成委員会④ (7次計画(案)④)・8次(補正案④)	H30.9

特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

5. コロナの類型見直しに伴う

医療体制の在り方



感染症法上の位置づけ変更に向けた対策の全体像

新型コロナウイルス感染症が「新型インフルエンザ等感染症」から「5類感染症」に変更されること等に伴い、「法律に基づき行政が様々な要請・関与をしていく仕組み」から、「個人の選択を尊重し、国民の皆さまの自主的な取組をベースとしたもの」に転換する。

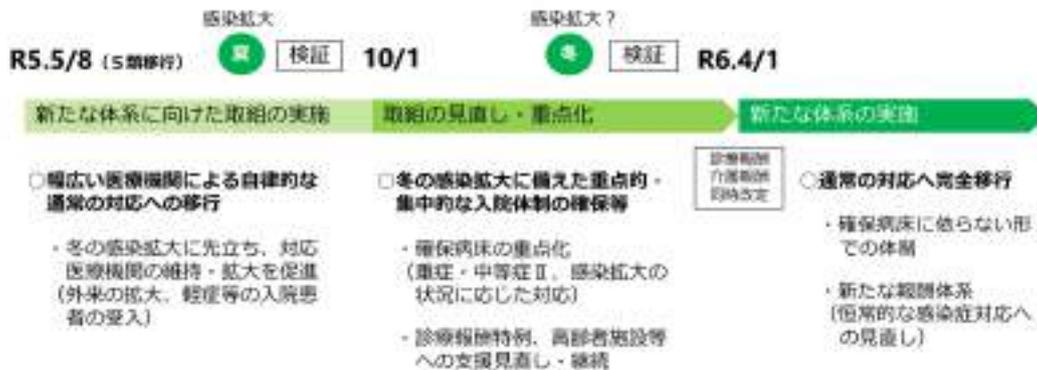
	新型インフルエンザ等感染症	5類感染症
発生動向	<ul style="list-style-type: none"> ・法律に基づく届出等から、患者数や死者数の総数を毎日把握・公表 ・医療提供の状況は自治体報告で把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・定点医療機関からの報告に基づき、毎週月曜日から日曜日までの患者数を公表 ・様々な手法を組み合わせた重層的なサーベイランス（抗体保有率調査、下水サーベイランス研究等）
医療体制	<ul style="list-style-type: none"> ・入院措置等、行政の強い関与 ・限られた医療機関による特別な対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・幅広い医療機関による自律的な通常の対応 ・新たな医療機関に参画を促す
患者対応	<ul style="list-style-type: none"> ・法律に基づく行政による患者の入院措置・勧告や外出自粛（自宅待機）要請 ・入院・外来医療費の自己負担分を公費支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・政府として一律に外出自粛要請はせず ・医療費の1割～3割を自己負担 ・入院医療費や治療薬の費用を上限を区切り軽減
感染対策	<ul style="list-style-type: none"> ・法律に基づき行政が様々な要請・関与をしていく仕組み ・基本的対処方針や業種別ガイドラインによる感染対策 	<ul style="list-style-type: none"> ・国民の自発的な主体的な選択を尊重し、個人や事業者の判断に委ねる ・基本的対処方針等は廃止。行政は個人や事業者の判断に資する情報提供を実施
ワクチン	<ul style="list-style-type: none"> ・予防接種法に基づき、特例臨時接種として自己負担なく接種 	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年度においても、引き続き、自己負担なく接種

新型コロナウイルス感染症に関する10月以降の見直し等について 1. 見直しの基本的な考え方

令和5年9月15日
厚生労働省公表

- 本年3月の政府決定時点では、病床確保料等の特例措置については、9月末までを目途とし、感染拡大への対応や医療提供体制の状況等の検証の結果に基づき、必要な見直しを行うこととしていた。
- これを踏まえ、10月以降の見直しの基本的な考え方は以下のとおり。

医療提供体制等 通常医療との両立を更に強化し、重点的・集中的な支援により、冬の感染拡大に対応しつつ、通常の医療提供体制へ段階的に移行



2. 医療提供体制の移行（外来・入院・入院調整）

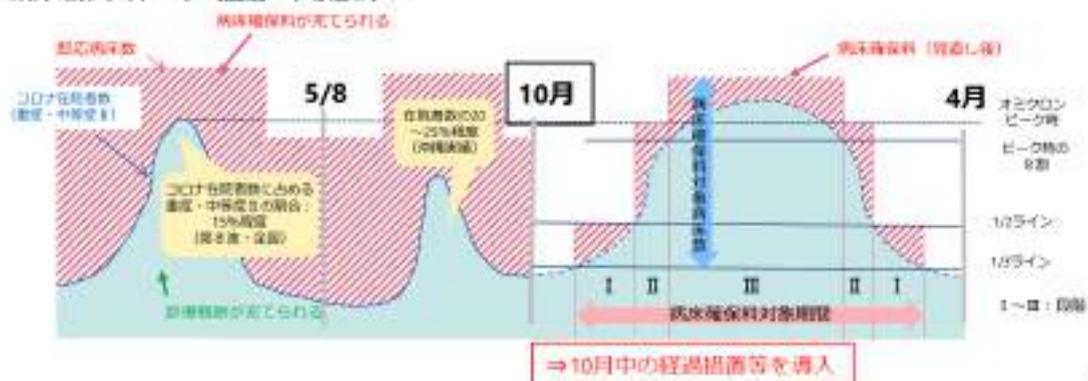
- 9月末に向けて、「移行計画」等に基づき、外来対応の拡大、確保病床によらない形での入院患者の受入、医療機関間での入院先決定等への移行を段階的に進めてきた。
- 来年4月の移行に向け、「移行計画」を延長して引き続き確保病床によらない形での受入を進めつつ、冬の感染拡大に対応するため、期間・対象者を重点化した上で確保病床の仕組みも継続可能とする。

	3/10本部決定	5類移行前	現行(8月)	具体的な措置（本年10月～翌年3月）
外来	最大6.4万の医療機関での対応を目指す	約4.2万の医療機関 (患者を限定しない約2.3万)	約4.9万の医療機関 (患者を限定しない約3.6万) 【8月23日】	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 新たに「移行計画」の対象に外来を追加 ⇒ 移道府県の実情に応じて、定期的に進捗管理しながら、対応医療機関を更に拡充 ➢ 設備整備や個人防護員の確保などの支援を継続
入院	約8,200の全病院での対応を目指す	約3,000の医療機関 最大入院者約5.3万人 (うち、確保病床 約3.1万人、確保病床外 約2.2万人)	約7,300の医療機関 (うち、病院は約6,800、有床診療所は約500) 約5.9万人の受入 (うち、確保病床 約2.5万人、確保病床外 約3.6万人) 【移行計画】	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 「移行計画」を延長し、新たな医療機関による受入れを促進 ➢ 確保病床の対象・期間を重点化した上で継続 ➢ クラスター発生時に休止せざるを得ない病床への補助 ➢ 設備整備や個人防護員の確保などの支援を継続
入院調整	原則、医療機関間による入院先決定	都道府県保健所設置市特別区	原則、医療機関間による入院先決定	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 引き続き、医療機関間で入院先決定 ➢ 病床状況共有のためG-MISなどITの活用推進 ➢ 円滑な移行のため、当面、行政による調整の枠組みを残す (感染拡大局面における困難ケースなど、必要に応じて支援)

3. 病床確保料の取扱い①

- 入院医療体制は、幅広い医療機関による対応が拡大。
- 引き続き、確保病床によらない形での入院患者の受入を進めつつ、冬の感染拡大を想定し、**対象等を重点化して病床を確保することを可能とする。**
- 通常医療との公平性等を考慮し、効率的・効果的な運用が必要であるため、**病床確保料は、対象範囲を「重症・中等症Ⅱの入院患者」**（約1.5万人〈新型コロナウイルスの全入院患者数の25%程度〉）に重点化する。また、**国において感染状況に応じた段階や対応病床数の目安を示し、それに応じて病床確保料の支給を行う。**（額は、診療報酬特例の見直しも参考にして見直し）

<病床確保のイメージ（重症・中等症Ⅱ）>



3. 病床確保料の取扱い②

<重点化した確保病床に係る段階運用の考え方>

- 国は、感染状況等に応じた段階・即応病床数の目安を示す
- 都道府県は、段階に応じ、この目安に基づき即応病床数等を設定し、それぞれの感染状況等に応じて運用
 - ⇒ オミクロン株流行の最大在院者数（第7波又は第8波）との比較で3つの段階に分類

段階	段階Ⅰ（※1）	段階Ⅱ	段階Ⅲ
移行基準 （目安）	① ピーク時の1/3の在院者 ⇒ ピークまで約6週間	② ピーク時の1/2の在院者 ⇒ ピークまで約4週間	③ ピーク時の8割の在院者 ※ 「直近ピーク時の約8割の在院者数」の段階から、即応病床数の試算を開始。
即応病床数 （上限目安）	（在院者数：1/2-1/3）×0.25	左記+ （在院者数：ピーク-1/2）×0.25	左記+ （在院者数：2週間後の試算-ピーク）×0.25

（※1）1/2に達する前に受入準備を始める観点から、1/3に達した時点で準備を始められるよう段階Ⅰを設定。段階Ⅰの前から感染状況の把握等を行うことが重要。段階の設定方法は、国の目安の範囲内で都道府県の実情に応じて検討し、地域の医療機関と確認する。

- 病床確保料は、一定の感染拡大を超える段階Ⅰ～Ⅲ～Ⅰ相当の期間に重点化する。（※2）

（※2）感染縮小局面では感染再拡大の見極めのために一定の病床確保を継続しておく必要があるため、段階Ⅰの基準に満たない水準に達した後も1週間以内に段階Ⅰに移行することを可能とする。

- ・ 経過措置として、10月の間は、段階Ⅰに達しない都道府県でも、段階Ⅰの即応病床数を上限に病床確保料の対象とすることを可能とする。

45

3. 病床確保料の取扱い③

- ① 重点医療機関の補助区分を廃止し、対象範囲を原則、重症者・中等症Ⅱ患者とする。
- ② 国において感染状況に応じたフェーズ・即応病床の目安を示し、それに応じて病床確保料の支給を行う。
（感染が落ち着いている段階は支給しない。）
- ③ 補助率値（上限）は診療報酬特例の見直しも参考にして見直し（0.8倍）を行う（令和6年3月末まで継続）。

令和5年5月8日～9月30日の補助上限額

病床区分	重点医療機関	
	（特定機能病院等）	（一般病院）
ICU	436,000円/日 → 218,000円/日 (1)	301,000円/日 → 151,000円/日 (2)
HCU	211,000円/日 → 106,000円/日 (3)	
その他病床	74,000円/日 → 37,000円/日 (4)	71,000円/日 → 36,000円/日 (5)

10月1日～の補助上限額

病床区分	医療機関	
	（特定機能病院等）	（一般病院）
ICU	174,000円/日 (1)	121,000円/日 (2)
HCU	85,000円/日 (3)	
その他病床	30,000円/日 (4)	29,000円/日 (5)

0.8倍

休止病床の取扱い

（※）原則、重症者・中等症Ⅱ患者用病床

- 休止病床の補助上限数については、即応病床1床あたり休床1床（ICU・HCU病床の場合は2床を上限）

※院内感染が発生したことにより休止せざるを得ない病床への補助は感染状況にかかわらず実施

46

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

6

6. かかりつけ医機能の強化



令和5年9月29日 第102回代議院議員総会(臨時) 資料1

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律(令和5年法律第31号)の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支離金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期高齢者調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報収集・提供等に係る事業者の継続等の取組を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充 [健康保険法、労働保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等]
 ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる〔※〕とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支拂する仕組みとする。
 (※) 42万円→52万円(令和5年4月1日の適用) [※] 支離費用の発生を認める。
 ② 産科医療報酬における国民健康保険料(税)を免除し、その免除額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し [健康法、健康法]
 ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の算定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの報酬調整基金」の伸び率が同じとなるよう見直し。
 ② 後期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
 健康増進が行う財政が厳しい健康増進への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基礎強化等 [健康法、健康法、健康法、健康法]
 ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必要として計画の策定・評価に参与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び提供の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせ提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
 ② 都道府県が策定する国民健康保険適正化計画の適正化(6年)し、医療費適正化計画の適正化、広域的な推進に関する事項等を必須記載とする。
 ③ 経費削減として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を適正化して見直しを行う。

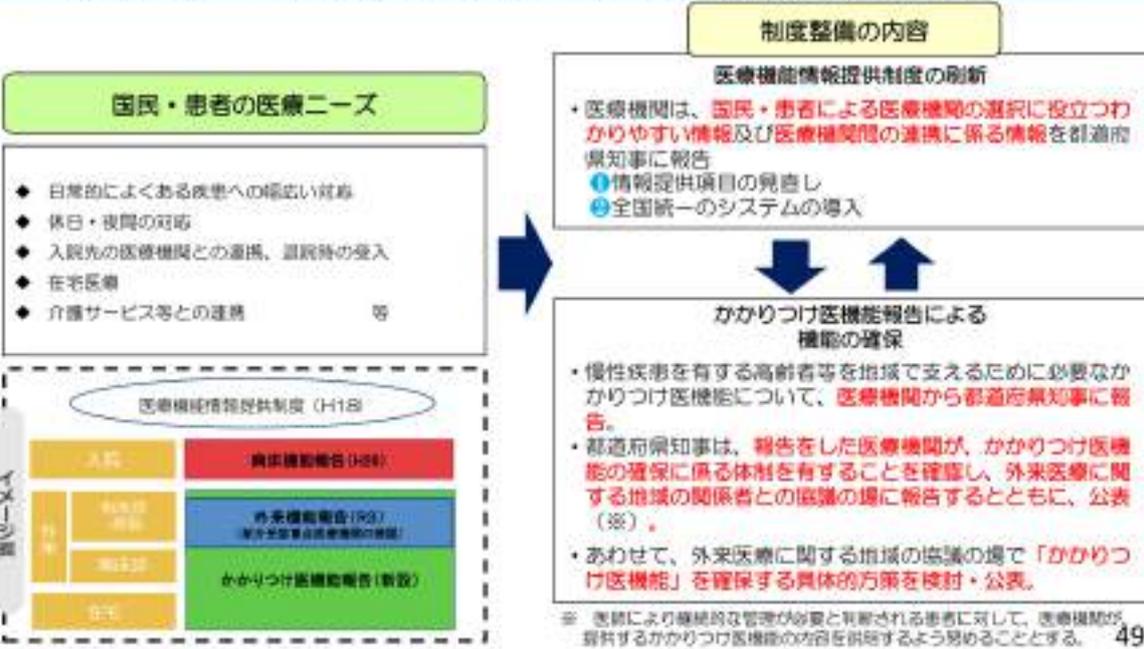
4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基礎強化 [健康法、健康法、健康法、健康法]
 ① かかりつけ医機能について、国への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の提供に結びつく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の連携計画に反映する。
 ② 医療・介護サービスの向上を図るため、医療保険者と介護保険者が連携して提供する医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
 ③ 医療法人や介護サービス事業者に連携情報の提供義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
 ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等が介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
 ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月1日→令和8年12月31日)等を行う。

施行期日

令和6年4月1日(ただし、3①の一部及び4③は公布日、4②の一部は令和5年8月1日、1①は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4②の一部は公布後3年以内に法令で定める日、4④は公布後4年以内に法令で定める日)

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。



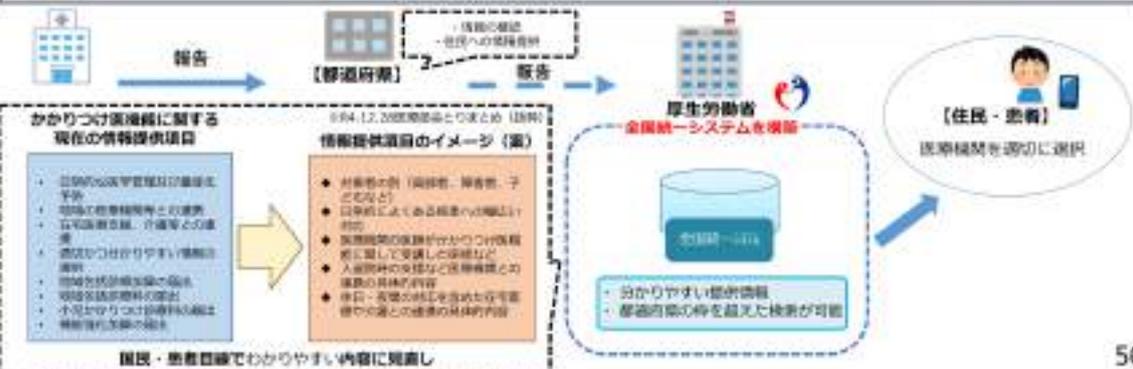
医療機能情報提供制度の刷新

➤ 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」(※)の充実・強化を図る。

(※) 医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報(診療科目、診療日、診療時間、対応可能な診療内容等)について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

【見直しのポイント】

- ① 医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化
 <かかりつけ医機能>
身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義
- ② 全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供
- ③ 国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**(厚生労働省令)
 (具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。)



かかりつけ医機能報告の創設

➢ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。

➢ 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。(詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。)

【報告対象となる医療機関】

- 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの
※ 無床診療所を含む。(詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。)

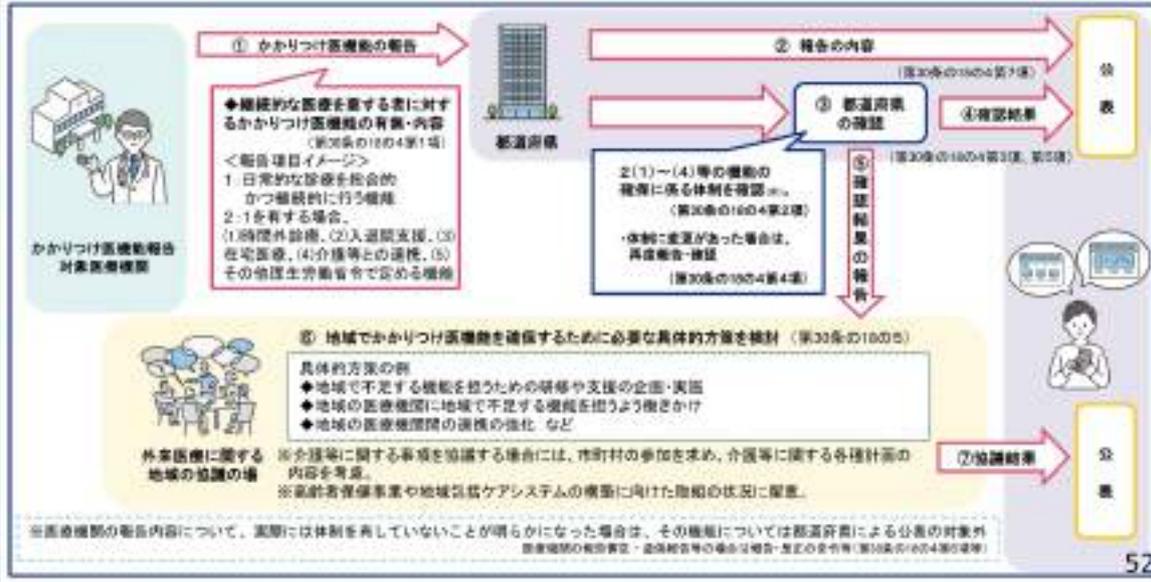
【報告事項】

- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容 (詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討)
 - ①: 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が低い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能 (厚生労働省令で定めるものに限る)
 - ②: ①を有する場合は、(1)通常の診療時間外の診療、(2)入院時の支援、(3)在宅医療の提供、(4)介護サービス等と連携した医療提供、(5)その他厚生労働省令で定める機能 ((1)~(4)は厚生労働省令で定めるものに限る)
 - ・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容
- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした医療機関がその機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場にて報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより公表する。
- 都道府県知事は、医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。

かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

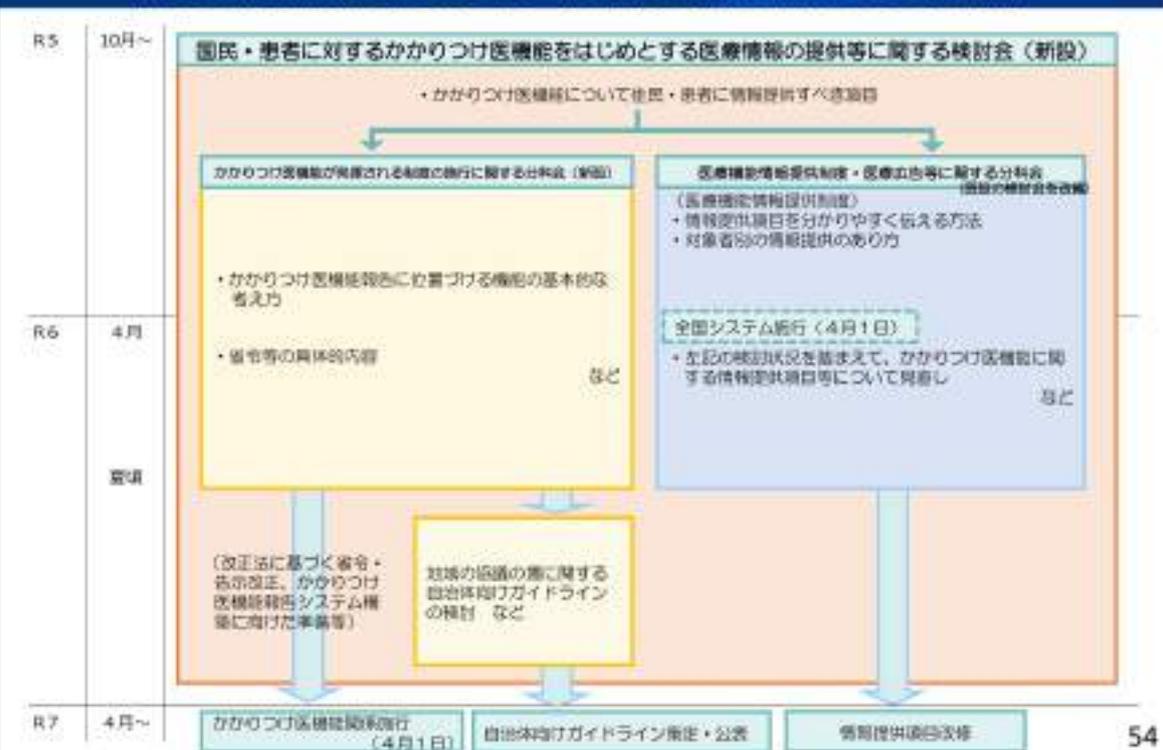
- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場にて報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討の進め方（案）

- 今回の改正によるかかりつけ医機能が発揮される制度整備については、医療機能情報提供制度の刷新と、かかりつけ医機能報告の新設等によって、地域においてかかりつけ医機能の確保を進め、国民・患者に情報提供することで、国民・患者がそのニーズに応じて適切に医療機関を選択できるようになるものである。
- 医療機能情報提供制度とかかりつけ医機能報告の両者の整合性を確保しつつ、国民・患者にとって分かりやすい情報提供を進めることが重要であり、施行に向けて次のように検討を進める。
 - ① 「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会（仮称）」を新設し、国民・患者へのかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等のあり方の検討を統括する場を設ける。
※ 構成員：①・③の構成員の代表（学識経験者、国民・患者関係者、医療関係者、自治体関係者等）
 - ② ①の分科会として、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会（仮称）」を新設し、かかりつけ医機能報告等の施行に向けた検討を行う。
※ 構成員：学識経験者、国民・患者関係者、医療関係者、自治体関係者等
 - ③ 既設の「医療情報の提供内容等の在り方に関する検討会」を、①の分科会として位置づけ、これまでの議論との連続性も踏まえ、医療機能情報提供制度の全国統一システム化、かかりつけ医機能の情報提供項目等について検討する。
 - ④ 検討会・分科会の検討状況について、相互に共有するとともに、医療部会に報告しながら検討を進める。
- その際、障害者に対するかかりつけ医機能の議論を行う際には、障害者関係団体のヒアリング又は専門構成員等での参画を検討する。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討スケジュール（案）



特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討を行う特組み（案）			
国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会（新設）（いわゆる調検討会）			
阿部 一彦	日本障害フォーラム（JDF）代表	河本 達史	健康保険組合連合会専務理事（現務部、五十巻）
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長	坂守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
磯部 智	慶應義塾大学大学院法務研究科教授	小林 司	日本労働組合総連合会生活福祉局長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員	小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／医療法人社団家基の森多摩ファミリークリニック院長	寺島 多美子	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長	土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
尾形 裕也	九州大学名誉教授	永井 良三	自治医科大学学長
藤田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長	福長 恵子	認定NPO法人消費者機構日本理事
香取 朋幸	一般社団法人未来研究開発財団代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
		山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センター090理事
		吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会（新設）		医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会 <small>（現設の検討会を改組）</small>	
阿部 一彦	日本障害フォーラム（JDF）代表	磯部 智	慶應義塾大学大学院法務研究科教授
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長	大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長
石田 光広	福城市副市長	尾形 裕也	九州大学名誉教授
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員	木村 和広	アンダーソン・毛利・友常法律事務所 弁護士
今村 知明	奈良県立医科大学教授	猪野 高明	東京大学名誉教授
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／医療法人社団家基の森多摩ファミリークリニック院長	藤田 正道	公益社団法人日本医師会常任理事
尾形 裕也	九州大学名誉教授	香取 朋幸	健康保険組合連合会参事
藤田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長	小林 司	日本労働組合総連合会生活福祉局長
香取 朋幸	一般社団法人未来研究開発財団代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
香取 朋幸	一般社団法人未来研究開発財団代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	寺島 多美子	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
香取 朋幸	一般社団法人未来研究開発財団代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	福長 恵子	認定NPO法人消費者機構日本理事
香取 朋幸	一般社団法人未来研究開発財団代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	三浦 直美	フリージャーナリスト/医学ジャーナリスト協会幹事
香取 朋幸	一般社団法人未来研究開発財団代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
香取 朋幸	一般社団法人未来研究開発財団代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	谷田部 貴	栃木県保健福祉部医療政策課長
香取 朋幸	一般社団法人未来研究開発財団代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センター090理事

特別講演

医療提供体制に係る改革の動向

今後の検討の進め方（案）	
<p>○ 第102回社会保障審議会医療部会の整理に基づき、本検討会の下に、かかりつけ医機能報告等の施行に向けた検討を行う「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」を設置するとともに、これまでの議論との継続性も踏まえ、既設の「医療情報の提供内容等」の在り方に関する検討会を改編し、医療機能情報提供制度の全国統一システム化、かかりつけ医機能の情報提供項目等について検討する「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」を設置する。</p> <p>○ それぞれの分科会において、下記の検討事項について、検討状況を相互に共有しつつ、検討を進める。</p>	
<p>かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会</p> <p>II. かかりつけ医機能報告【改正医療法第30条の18の4関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> 報告を求めるかかりつけ医機能の内容 かかりつけ医機能の報告対象医療機関の範囲 かかりつけ医機能の体制に係る都道府県の確認・公表 かかりつけ医機能を有する医療機関の患者等への説明の内容【改正医療法第6条の4の2関係】 など <p>III. 地域における協議の場【改正医療法第30条18の5関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> 協議の場、協議の参加者 協議の進め方、地域でかかりつけ医機能を確保するための具体的方策、公表 など <p>IV. 医療計画に関する事項【改正医療法第30条の3、第30条の4関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> 基本方針、医療計画に定める事項 など <p>V. その他、研修に関する事項、国の支援のあり方など</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院の「かかりつけ医機能の確保のための研修」を含めた研修【改正医療法第16条の2関係】 など 	<p>医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会</p> <p>I. 医療機能情報提供制度【改正医療法第6条の3関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> 情報提供項目の表現の見直し 対象者別の情報提供のあり方 情報提供のためのインターフェイスのあり方 など <p>※ 左記の検討状況を踏まえて、かかりつけ医機能に関する情報提供項目等について見直し</p> <p>※ 医療広告関連事項（医療機関のウェブサイトの内容、専門医広告等）は、これまでの議論との継続性も踏まえ、この分科会で議論</p>

令和5年9月29日 医療部会における主な意見

【総論】

- 医療部会にもきちんと検討状況を報告してほしい。医療部会に報告しながら検討を進めるだけでなく、医療部会で反復して議論できるようにしてほしい。医療部会でまとめた意見がその後どうなっているかということについて、きちんとフィードバックすべき。
- 外県医療提供体制は、コロナ以前にはそれほど大きな問題が生じていなかったが、外県医療提供体制をよりよいものにしていくのが今回の制度整備の趣旨と理解。地域の実情や医療機関の実態に応じて、現在の体制の長所は残しながら、より多くの医療機関が積極的に前向きに取り組めるよう検討を進めてほしい。
- 今回の制度整備により、かかりつけ医機能が十分に担保されて、なるべく多くの国民・患者にメリットのある仕組みにしていくことが大変重要。
- かかりつけ医機能の制度整備は、国民が求めているものと乖離してはいけない。法改正して制度整備を図るわけなので、現状との違いも含め、きちんとした検討をすべき。

【かかりつけ医機能報告】

- 開業医、勤務医に関わらず、かかりつけ医機能を担う医師が適切に負担軽減しつつ、能力を発揮して地域で長く活躍できるように議論してほしい。
- かかりつけ医機能では時間外対応が求められるが、医師個人が夜間・休日も常時責任を担うのは負担であり、地域のグループで対応、多職種でタスクシェア、IoT活用等、働き方改革で進められてきた取組が重要。
- 身近なかかりつけ医の役割や大きな病院との関係など、かかりつけ医に関する普及啓発を分かりやすい形でやるべき。高齢の在宅療養者、障害者には、ケアマネや相談支援事業者が関与するので、支援者にも分かりやすい情報提供をしてほしい。
- 障害者のかかりつけ医機能について、幅広い現場の声を聞いて、議論をしっかりと行ってほしい。
- かかりつけ機能を因数分解して、ばらばらに患者が選択する形ではなく、全体を統括する、全人的な視点等が必要になってくると考える。
- 地域によって開業医が少なく、医療資源が乏しいため、病院の医師がかかりつけ医機能も果たし、紹介先がない地域もある。病院の医師がかかりつけ医機能を発揮することが必要な場合もあることを念頭に置くべき。
- 200床以下の地域の病院は、かかりつけ医機能も担わなければならないと考える。
- 「紹介受診重点医療機関」と「かかりつけ医機能を有する医療機関」はきれいに分けられるわけではなく、紹介受診重点医療機関でも、ある診療科は限り診療所がなく、かかりつけ医機能の外県をやる地域もある。また、かかりつけ医機能の中に入院に関する機能も含まれるか明確化が必要。
- 第8次医療計画の中で高齢者救急は二次救急病院が担うことが明記されたが、かかりつけ医機能との関係を明確にする必要。高齢者が増える都道府県では、二次救急は多くの中小病院が担っていることを踏まえる必要。
- 地域や在宅での生活の視点を持ったかかりつけ医の機能を検討して、教育する必要。大学教育も重要だが、地域医師会等を通じた教育が重要。
- 総合診療ができる医師のかかりつけ医を育成するため、介護の知識も含め、地域の教育・研修の充実、交通改善、キャリアパス支援が重要。
- 学部教育、研修制度、卒業教育の段階で、かかりつけ医機能を担当できる医師を長い目で育てる仕組みが重要。
- 地域の医療機関との連携や研修、不足する機能の創出等に一定の費用が発生するため、例えば地域医師会等への財政措置を検討する必要。
- 200床未満の病院の電子カルテの普及率は10%ぐらいであり、情報交換がスムーズにできないので、国からの支援を検討すべき。

【医療機能情報提供提供制度】

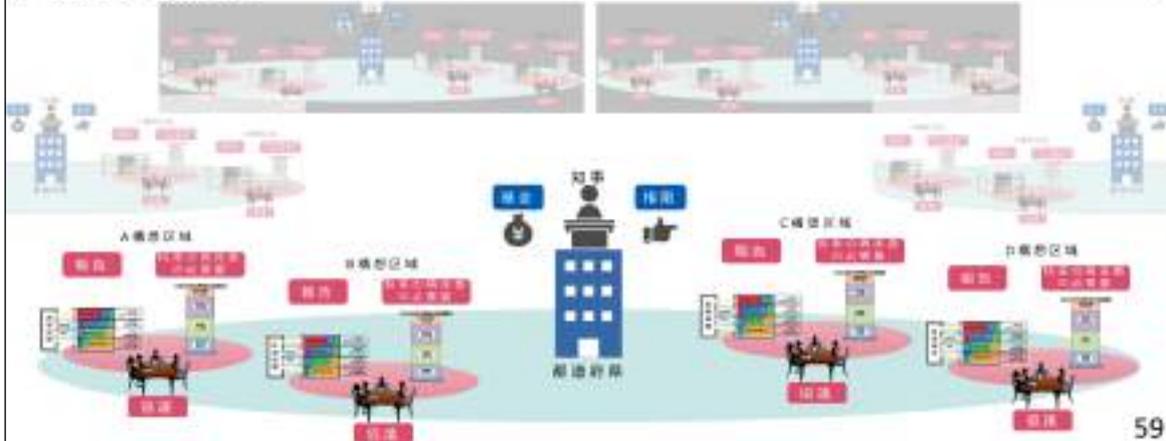
- 全国統一システムの構築は、大きな病院から地域に戻るときにかかりつけ医を探る中で、非常によいこと。さらに、全国統一システムに載る情報と各医療機関のホームページを連動させるべき。国民への周知も含め、国民が全国統一システムを活用できるようにしてほしい。
- 医療部会のとりまとめた医療機能情報提供制度の情報提供項目のイメージは非常に大事なもので。

57

7. 地域医療構想の推進

地域医療構想について

- 地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
- ①各構想区域における2025年の医療需要と「病床数の必要量」について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定、②各医療機関の現在の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により把握、③各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。
- 都道府県は、④「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、⑤「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。



病床機能報告制度

国土交通省地域医療政策推進課
地域医療政策推進課 地域医療政策推進課
（〒100-8302 東京都千代田区千代田 1-1-1）

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の感音障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

2022年度病床機能報告について

速報値

国土交通省地域医療政策推進部
地域医療政策課
〒100-8501 東京都千代田区千代田1-1-1
（電話：03-3592-2111）

2015年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告)

2022年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告)

地域医療構想における2025年の病床の必要数
【人口動態等平均推計人口から算出した2025年の必要病床数に基づく推計（平成25年国勢調査）】 119.1万床



出典：2022年度病床機能報告

※1：2022年度病床機能報告において、「2025年1月1日時点における病床の稼働の予定」として報告された病床数

※2：対家庭医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

【報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)】2015年度病床機能報告：13,885/14,838(93.5%)、2022年度病床機能報告：12,581/12,602(99.7%)

※3：報告取得率を向上させるため、報告率の向上が期待される地域において、報告率の向上を促すための取組が行われている

※4：平成25年度(2013年度)のNDRのレセプトデータ及びDPCデータ、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年(2013年)3月1日現在推計)」等を参照して算出

※5：高強度急性期のうちICU及びICU-CUの病床数(+)：18,885床(参考：2021年度病床機能報告：19,645床)

※6：報告率：入院科1～4、特定集中治療室管理科1～4、リハビリユニット・回復期管理科1・2のいずれかの報告を行っている医療機関数

※7：病床機能報告の集計結果と列示の病床の必要数は、各報告地域の病床数を地域的に区別し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナウイルス禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

6. 医療・介護・福祉サービス

- 今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえ、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

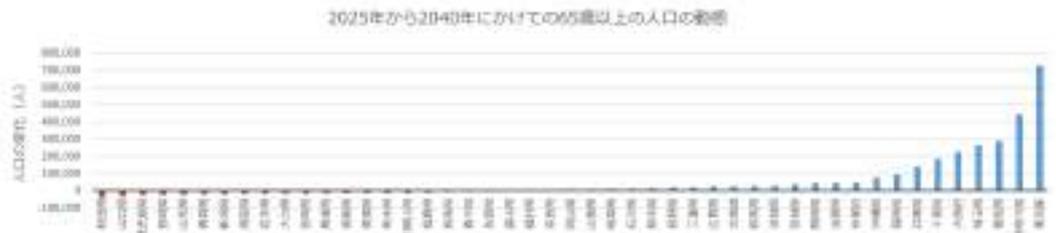
加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医療機関などの地域医療の機能が十分発揮せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医療機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目録での改革を進めるべきである。

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医療機関や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進め、さらに出生率・人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

人口動態③ 65歳以上人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生する

国・自治体別高齢化率(2025年推定)
資料: 国勢調査(平成27年国勢調査)

- 都道府県単位で見ると、2025年から2040年にかけて、65歳以上人口が減少する都道府県が発生する(計21県)。他方、引き続き増加する都道府県は計26都道府県で、特に東京都・神奈川県をはじめとする都市部では増加数が多い。
- また、75歳以上人口で見ると、減少する都道府県は計17府県で、大阪府は減少数が多い。一方で、75歳以上人口が引き続き増加する都道府県は計30県だが、増加数は緩やかとなる。



2025年から2040年にかけての65歳以上の人口の動向



2025年から2040年にかけての75歳以上人口の動向(再掲)

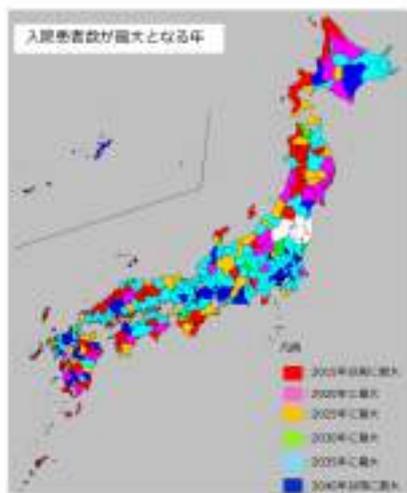
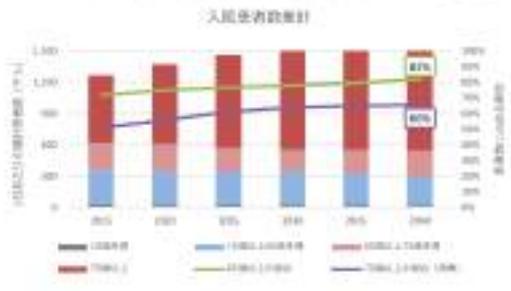
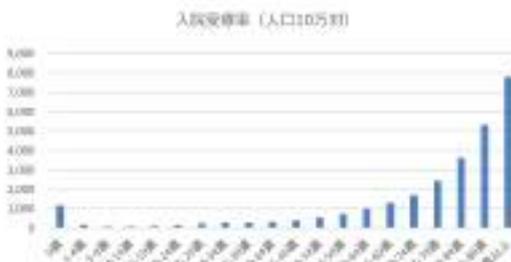
出典: 国勢調査(平成27年)・人口動態研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年国勢調査)」

特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

国・自治体別高齢化率(2025年推定)
資料: 国勢調査(平成27年国勢調査)

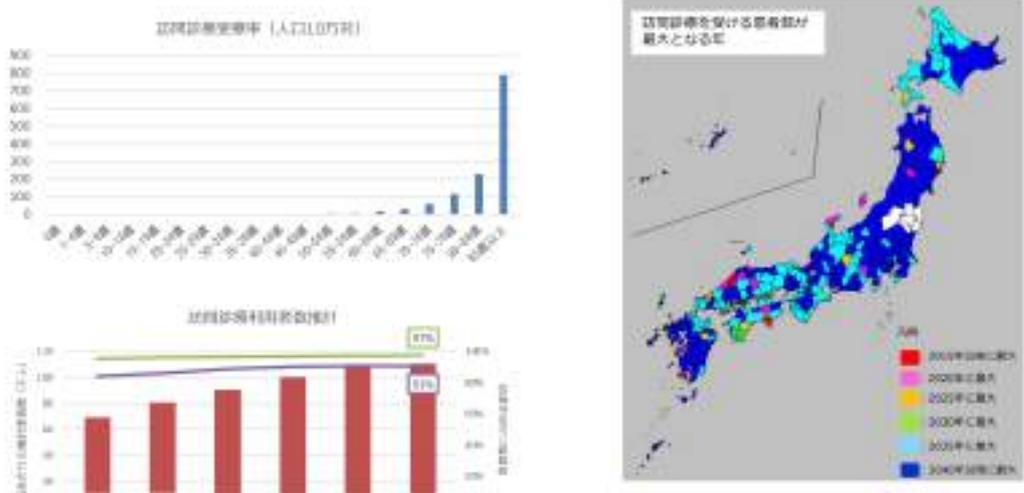
- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。



出典: 国勢調査(平成27年)・国勢調査(人口10万人別・入院患者数・年齢・性別・地域別別表)
国勢調査(人口10万人別・入院患者数)・国勢調査(人口10万人別・年齢・性別・地域別別表)
国勢調査(人口10万人別・入院患者数)・国勢調査(人口10万人別・年齢・性別・地域別別表)
国勢調査(人口10万人別・入院患者数)・国勢調査(人口10万人別・年齢・性別・地域別別表)
国勢調査(人口10万人別・入院患者数)・国勢調査(人口10万人別・年齢・性別・地域別別表)

(再掲) 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

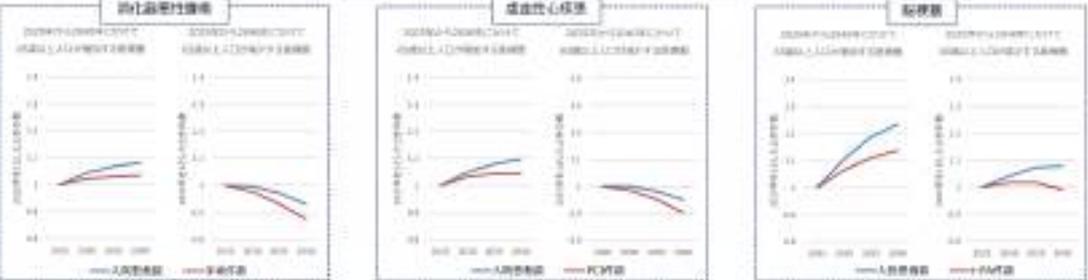
- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：厚生労働省「平成29年」『療養患者数、性・年齢別数・療養手段別数・施設別数別数、入居一斉率の推計値』
 『療養先患者数（施設別別数）、施設別患者・性・年齢別数・性・年齢別数・施設別数別数』
 『療養先患者数（施設別別数）（日本の地域別療養先患者数）』（平成29）（2018）年推計』
 『病院、一般診療所も別数に集計』
 ※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の患者数が当該医療圏に当てはまるものとして、再集計人口数を用いて算出。
 ※施設別の療養先別ごとの人口に換算して行われているため、施設別の二次医療圏別数とは別に二次医療圏ごとについて集計。

医療需要の変化④ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する二次医療圏(135の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する二次医療圏(194の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



出典：シニア・健康・社会福祉情報センター（NPO）『2025年推計、高齢化について集計』
 『療養患者数（平成29年）』、『入院患者数（平成29年）』、『療養先患者数（平成29年）』
 『日本の高齢者—人口動態統計年報（日本の地域別高齢者人口）』（平成29）（2018）年推計』
 『統計年報』『国民生活の動向』『人口動態統計年報』（平成29年）（2018）年推計』
 ※入院患者数は、各医療圏の療養先別ごとの入院患者数に二次医療圏ごとの再集計人口数を用いて集計。
 ※手術件数、手術件数は、転院の集計（下記定義による）による集計結果から、平成25年1月1日現在の住民人口を割って算出された数値を示すものとし、二次医療圏ごとに4年分の人口平均値を用いて算出。
 ※虚血性心疾患の手術件数は、消化器外科（消化器科）および循環器科（循環器科）の手術件数の合計である。
 ※脳梗塞の手術件数は、『急性期の治療先別数』、『急性期の治療先（施設）』の集計結果から算出されている。
 ※大腿骨骨折の手術件数は、『人口動態統計年報（別）』の集計結果から算出されている。
 ※施設別の療養先別ごとの人口に換算して行われているため、施設別の二次医療圏別数とは別に二次医療圏ごとについて集計。

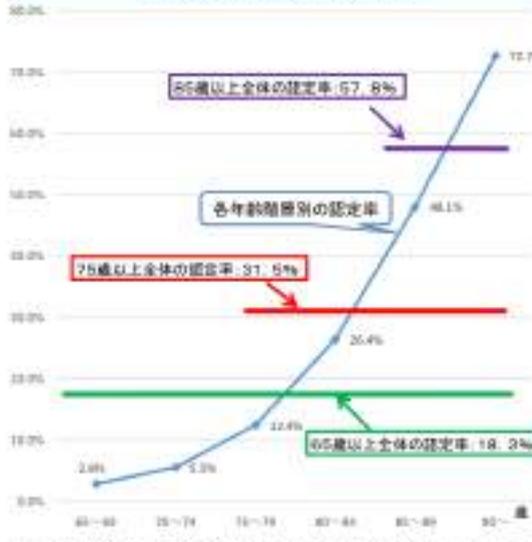
特別講演
医療提供体制に係る改革の動向

(再掲) 医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

資料：厚生労働省「高齢者の暮らしと健康」(平成29年10月1日現在)

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2020年9月本認定率数（介護保険事業状況報告書）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



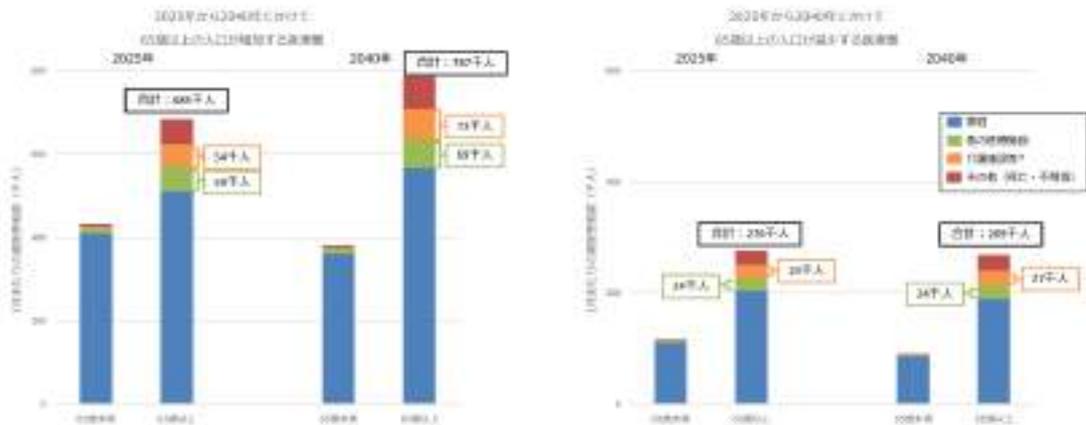
出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成20年4月推計)「出生中位(死亡中位)推計」実績は、総務省統計局「国勢調査」(国勢・年齢不詳人口を按分補正した人口)

医療需要の変化⑥ 介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数が増加する

資料：厚生労働省「高齢者の暮らしと健康」(平成29年10月1日現在)

- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が増加する医療圏(135の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて15%増加するが、そのうち、介護施設等(介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設)へ退院する患者数は34%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は18%増加すると見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が減少する医療圏(194の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて減少するが、そのうち、介護施設等へ退院する患者数は16%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は微増すると見込まれる。

退院患者の退院先の推移



出典：厚生労働省「平成25年」「統計局発表資料」(人口動態推計)「統計局発表資料、退院患者の行き先(性・年齢別推計)」(国立社会保障・人口問題研究所「日本の高齢者の暮らしと健康」(平成25年10月1日現在))
 *「介護施設等」：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設
 *「他の医療施設」：高齢者施設(高齢者住宅)等(高齢者施設)として退院先を推定し、有床病床人口推計が行われていない。
 *「退院患者」は退院患者の人口推計が行われていないため、退院患者の人口推計は推定値に基づいて推定。

8. 地域包括ケアの推進

8



地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばい、75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域包括ケアシステムの具体化に向けた現場での医療介護連携の促進（視点の例）

地域包括ケアシステム（医療介護総合確保強化法第2条第1項）

地域の実情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制

□ 地域包括ケアシステムを構成する5つの要素

※これらの要素が包括的に提供されることが必要。



□ 地域包括ケアシステムを構成するためのキーワード（例）

○ 地域で生活する1人1人の自立と尊厳を支える

- 個々の利用者にとって ⇒ 生活者の目線で一体的な（切れ目のない）医療介護サービス
（サービスステーションが変わっても安心と信頼が継続）
- サービス提供者にとって ⇒ 顔の見える関係・ネットワーク
（異職種・多職種で目頃からお互い知っている）
- 地域にとって ⇒ 大都市圏、地方中核都市、町村など人口や資源の特性に応じて展開
（地域毎のご当地システム）

○ 関係者間での目標、価値観、考え方の共有

71

（参考）地域包括ケアシステムのネットワークづくり

（1）「何のためにやるのか」（目標）を共有すること

○地域包括ケアシステムの構築には、行政だけでなく多様な主体が関わる。

- 行政は取組を進めるに当たり「何のためにやるのか」を意識する。
- 地域住民を含む多様な主体と同じ目標を共有する。
- 具体的な目標とすることを意識する。
 - ★ 例：介護予防事業に力を入れて高齢者の生活機能を改善する
 - ★ それぞれの地域の事情や住民の意向を踏まえる
 - ★ 第6期介護保険事業計画の検討過程で示すのも1つ。

（2）時間をかけて進める「仕組み」を作ること

○ 多様な主体と協働して目標を達成するためには、一步一步地道な取組が必要。
○ 取組を進める間に、地域の状況や担い手の状況も変わってくる。

- 取組を進めるための「仕組み」を作ることが重要。
 - ★ 目標達成のための地域の課題や現在活動している担い手を洗い出し
 - ★ 課題解決に向けた連携の強化
 - ★ 新たな担い手の養成による必要なサービスの創出

「地域包括ケアシステム」事例集成（H26.3月）より作成 72

地域包括ケアシステム構築に当たってのポイント

どの地域にも必ず創意工夫のある取組がある

- 地域にはどのような社会資源があり、いま何ができているかをよく把握する。
- どの地域でも、高齢者の生活を支える社会資源は少なからずある。

「我がまち」の地域包括ケアシステムを目指す

- 地域包括ケアシステムは、地域の地勢、生活文化、社会資源などによりそれぞれ異なる。
- 正解の形がある訳ではなく、「我がまち」流の仕組みを考え、その実現を目指して取組を進めることが必要。
- 様々な他地域の取組も参考に、その目的や工夫を読み取りながら、地域の市民や関係主体とともに工夫することが重要。

主役は市民、行政は仕掛け人

- 地域包括ケアシステムの構築は、まちづくりそのもの。
- 主役は市民、専門職はサポーター、地域は舞台、行政は仕掛け人。
- 市民の理解や市民による活動が充実するには時間を要する。じっくりと取り組む。

「地域包括ケアシステム」事例集(成)1026.1月より作成

73

事例から伺えるポイント（例）

○結び目となる人たちが動くことでネットワークがつながる。

○地域にはいろんな人が混じっている。

○地域の人たちとつながり、その人たちに主体的に動いてもらう。

○担い手はやる気のある人たち自身

○“助け合い”のはじめは勉強会から。

○事業の持続性を意識する必要がある。

○経営者は時代の先を読む。

○比較的意識の高い地域からスタート。徐々に広げる。

○顔の見える関係

○職員同士で専門性を高めあう。

○職員が制度をきちんと使いこなす。

○行政と事業者が一体となって活動を継続する体制。

○事業者も行政もともに考え、課題を共有し、解決する。

○段階的なアクションプランを立てて実行。

「地域包括ケアシステム」事例集(成)1026.1月より作成

74

ご清聴ありがとうございました。
皆さまのご活躍をお祈りいたします。



地域包括ケア研究会報告書より

基調講演 1

ネットワーク化が医療を変える

松田 晋哉

【趣旨】

社会の高齢化、そして成熟化により医療、介護、生活ニーズの複合化が進行する。この国の医療マーケットを作ってきた団塊の世代が 80 歳を超えることで、上記の複合ニーズへの対応が社会的に大きな課題となる。すでに 65 歳以上の高齢者における脳梗塞の 30%、股関節大腿近位部骨折、肺炎の 40%強、そして誤嚥性肺炎の 60%以上が、要介護高齢者からの発生となっている。そして、こうした急性期イベントが今後増加する高齢者救急の主たる傷病となる。限られた人的資源で、増大するニーズに今の体制で対応することは難しい。さらに、複合したニーズに個別に対応しようとすれば、提供側から我が国の医療介護サービスのシステムは機能不全に陥るだろう。複合化には、複合的に対応することが必要である。それは異なるサービス提供者間のネットワーク化、IT 化を求める。しかし、共有される情報の標準化が行われていなければ IT 化はかえって、連携の阻害要因となる。このことを我々日本人は新型コロナウイルスのパンデミックで学んだ。

わが国には、はこだて医療介護連携サマリのような優れた仕組みがすでにあり、そしてその実運用の経験もある。こうした優れた仕組みを標準として医療介護情報のネットワーク化を急ぐ必要がある。機能不全が制度への不信感につながり、国民皆保険の仕組みが壊れてしまうことを演者は危惧している。そのような事態に陥らないためにも、医療介護のネットワーク化を、強い意思をもって行っていく必要がある。

【演者】松田 晋哉（産業医科大学 医学部 教授）



Profile まつだ・しんや

略歴 1985 年、産業医科大学医学部卒。1992 年、フランス国立公衆衛生学校卒。1993 年、京都大学博士号（医学）取得。1999 年 3 月、産業医科大学医学部公衆衛生学教授。専門領域は保健医療システム論。2018 年、第 70 回保健文化賞受賞。

主な著書等 『基礎から読み解く DPC 第 3 版』（医学書院）、『医療の何が問題なのか—超高齢社会日本の医療モデル』（勁草書房）、『欧州医療制度改革から何を学ぶか—超高齢社会日本への示唆』（勁草書房）、『地域医療構想のデータをどう活用するか』（医学書院）、『ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来』（勁草書房）、『ネットワーク化が医療危機を救う：検証・新型コロナウイルス感染症対応の国際比較』（勁草書房）。

【座長】飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授）

Profile いいじま・かつや

略歴 1990年、東京慈恵会医科大学卒。千葉大学医学部附属病院循環器内科、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座 助手・同講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、2016年より東京大学高齢社会総合研究機構教授。2020年より同研究機構教授・機構長、および未来ビジョン研究センター教授。2022年、遠山椿吉賞（第7回健康予防医療賞）受賞。

資格・公職等 医学博士。専門は老年医学、老年学（ジェロントロジー：総合老年学）、特に健康長寿実現に向けた超高齢社会のまちづくり、地域包括ケアシステム構築、フレイル予防研究、在宅医療介護連携推進と多職種連携教育。内閣府「一億総活躍国民会議」有識者民間議員、厚生労働省「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」構成員、厚生労働省「国民健康・栄養調査企画解析検討会」構成員、厚生労働省「安全で安心な店舗・施設づくり推進運動の広報及び運動習慣定着支援等事業」企画検討会 構成員、厚生労働省「全国在宅医療会議」構成員、日本学術会議「老化分科会」「高齢者の健康分科会」ボードメンバー。

主な著書等 『在宅時代の落とし穴 今日からできるフレイル対策』（KADOKAWA）、『地域包括ケアのまちづくり 老いても安心して住み続けられる地域を目指す総合的な試み』（共著、東大出版会）、『東大が調べてわかった衰えない人の生活習慣』（KADOKAWA）、『健康長寿 鍵は“フレイル”予防 ～自分でできる3つのツボ～』（クリエイツかもがわ）、『老いることの意味を問い直す ～フレイルに立ち向かう～』（クリエイツかもがわ）、『オーラルフレイル Q&A—口からはじまる健康長寿—』（共著、医学情報社）、『マンガでわかるオーラルフレイル』（共著、主婦の友社）。

ネットワーク化が医療を変える

産業医科大学
医学部・公衆衛生学教室
松田晋哉

1

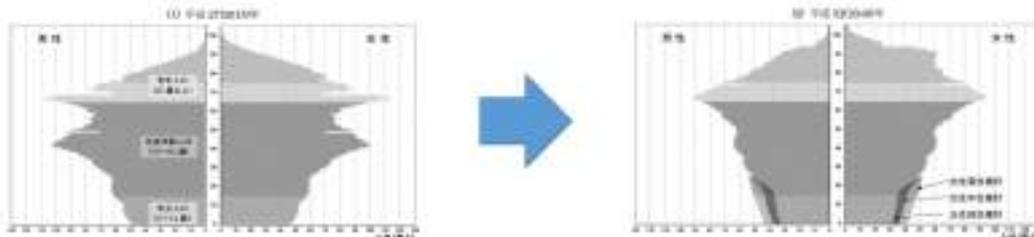
利益相反（COI）
発表者名 松田晋哉

講演発表に関連し、
開示すべきCOI関係にある企業・団体などはありません。

2

2040年問題とは？

- 2025年から2040年という僅か15年間に於いて、現役人口（20歳～64歳）が約1,000万人も減少するという問題
- その結果、世代間の所得移転を基本とする我が国の社会保障制度の持続可能性が問題となる
 - 生産年齢人口が急速に減少するにもかかわらず、75歳以上人口は2050年台半ばまで増加を続ける



これから2040年までに起こる主な環境変化

- 少子高齢化のさらなる進行（地域差も大きい）
 - 複合ニーズをもった高齢患者の増加→療養病床の相対的不足
 - それを財政面・人的資源面で支える現役世代の減少
- ➡
 - サービス提供側の複合体化が不可欠（生産性の増強）→地域によって在り方は異なる
 - 医療介護サービス提供者のM&Aが進む
 - 総合性のあるサービス提供（総合医、特定保健師、ソーシャルワーカーの役割が重要になる）
 - 広義の在宅でのケア提供ニーズの増大
 - ICTの活用が必須→ただし、標準化が不可欠
- 健康危機管理への対応
 - 今回のCOVID-19対応を踏まえた医療政策の検討
- ➡
 - サービス提供側の機能分化と連携体制の確立が不可欠
 - 各地域で複合体化あるいはアライアンスが進む→標準フォーマットのICTの活用が不可欠
 - 急性期病院の絞り込みと当該施設の人的資源・物的資源の増強
 - 医師の働き方改革との整合性・大学病院の在り方の検討
 - 在宅復帰や在宅医療を支える地域包括ケア病棟の役割の重要性の再評価

現実的・客観的に考えることの重要性

- 現在は、傷病構造の大きな転換期にある。近視眼的な対応は、誤った施策や経営につながる可能性がある。新型コロナウイルス感染症の流行は根底にある問題を顕在化させた。
- 原理主義は危ない（社会民主主義vs新自由主義のような2分論ではうまくいかない）。
- 感情的議論は危ない→臨機応変な修正が難しくなる
- 欧米の経験は、改革の指針を示したうえで、漸進主義的に改革を進めることの必要性を示している。
- データ分析の結果や環境的な制約条件（社会的なものも含む）を踏まえて現実的な医療介護提供体制を考えることを求められている。
- そのための情報環境は相当程度に整備されている（しかし、十分活用されていない）。

5

人口の高齢化による医療・介護ニーズの複合化の状況

1. 高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況（西日本の一自治体データ： 2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例）： 急性期病院に入院する半年前に脳梗塞では30%、股関節骨折・心不全・肺炎では50%、誤嚥性肺炎では75%がすでに介護保険サービスを利用している。
2. 要介護度の悪化要因としては入院を必要とするような傷病（肺炎、骨折、尿路感染症など）への罹患と年齢が重要な要因である（東日本の一自治体データ：2014年度エントリー症例を2020年3月まで追跡）。
3. 股関節骨折で急性期病院に入院すると、退院後の医療費、介護給付費が増加する。（西日本の一自治体データ： 2016年から2018年発症患者について分析）

6

高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況

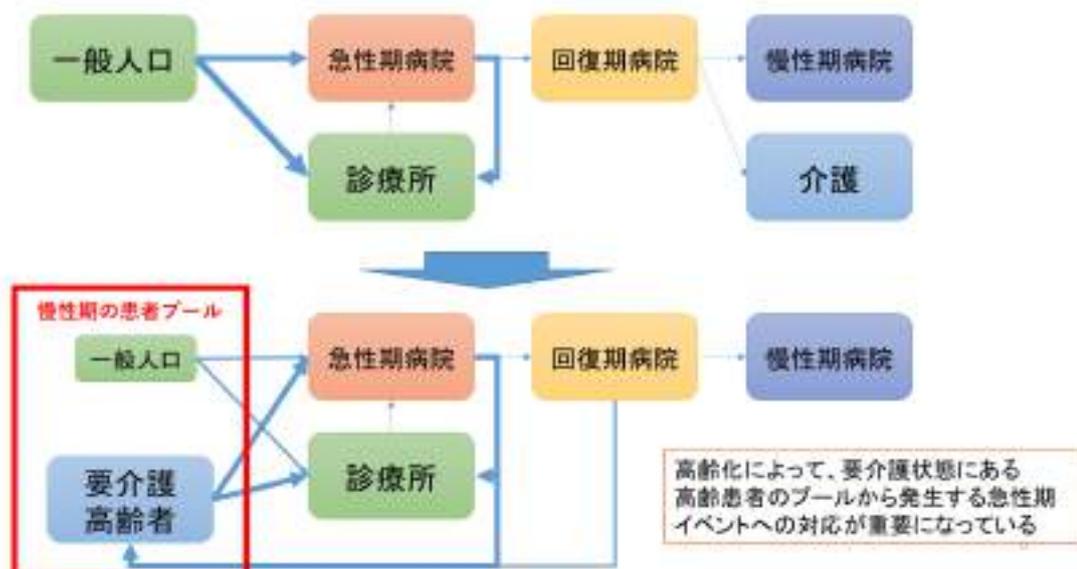
(西日本の一自治体データ：2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例)

	入院6か月前		一般病床入院1か月後					
	介護保険 利用	介護施設 設入所	一般病 床	回復期 病床	療養病 床	介護保 険利用	介護施設 設入所	累積死 亡
脳梗塞(1,734名)	32.5%	5.4%	68.7%	21.9%	1.8%	19.4%	5.4%	1.1%
股関節骨折(1,493名)	54.5%	5.8%	78.4%	37.6%	3.7%	24.0%	7.5%	0.1%
心不全(1,192名)	45.0%	6.9%	70.1%	0.5%	3.0%	33.6%	6.8%	3.3%
一般肺炎(1,798名)	47.3%	7.6%	56.1%	0.8%	3.4%	38.6%	7.5%	2.9%
誤嚥性肺炎(1,585名)	73.4%	21.5%	66.9%	0.9%	5.9%	45.3%	17.4%	5.0%

出典：NICE (2019)

医療と介護の複合化を踏まえたサービス提供体制の
在り方を検討すべきではないか？

患者の流れが変わった！



人口の高齢化による医療・介護ニーズの複合化の状況

1. 高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況（西日本の一自治体データ： 2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例）： 急性期病院に入院する半年前に脳梗塞では30%、股関節骨折・心不全・肺炎では50%、誤嚥性肺炎では75%がすでに介護保険サービスを利用している。
2. **要介護度の悪化要因としては入院を必要とするような傷病（肺炎、骨折、尿路感染症など）への罹患と年齢が重要な要因である（東日本の一自治体データ：2014年度エントリー症例を2020年3月まで追跡）。**
3. 股関節骨折で急性期病院に入院すると、退院後の医療費、介護給付費が増加する。（西日本の一自治体データ： 2016年から2018年発症患者について分析）

9

介護認定調査票及び医療保険・介護保険レセプトのパネルデータを用いた要介護度の悪化に関連する要因の分析

2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、2020年3月まで追跡した。このデータを用いて要介護度の悪化をエンドポイントとして、要介護度別（要支援1～要介護4）にロジット分析を行った。

10

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果 (要介護1： 8,564名)

説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		P値
		下限	上限	
年齢				
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.84	5.48	11.21	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	75.50	55.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.006
高血圧	0.88	0.79	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.187
虚脱感	1.29	1.20	1.38	<0.001
認知障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.49	1.28	1.87	<0.001
心不全	1.24	1.12	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.30	1.67	<0.001
急性腰痛	0.87	0.80	1.06	0.480
認知症	1.02	1.00	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.96	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
肺炎	1.36	1.24	1.48	<0.001
一般病院入院	2.72	2.49	2.99	<0.001
社会受診	0.81	0.74	0.89	<0.001

11

この分析結果が示唆すること

- 要介護度の悪化には入院を必要とするような急性イベントの発生が強く関係している
 - 看護診断・看護計画的なケアマネジメントの重要性
 - プライマリケアの現場そして介護現場での実践
 - 歯科や栄養、リハビリを含めた総合的な予防的対応
- 要介護度の悪化には年齢（特に85歳以上）が強く関係している
 - 介入効果は限定的
 - End of life careやACPに関する国民的議論の拡大が求められている
 - Slow medicineという考え方: 「病院でのテクノロジーを中心とした急性医療から距離をとり、高齢者一人一人で異なる複雑な問題にゆっくり立ち向かう」医療の「態度」

12

Why Slow Medicine? Demographics, Fragmentation of Care

Roots of Slow Medicine:

- Team Practice
- Family-oriented care
- Community-Oriented Primary Care (COPC)
- The Dartmouth Atlas research on Elder Health Care Utilization
- Hospice and Palliative care

RE-BALANCING of FAST AND SLOW MEDICINE

Medical Model/Social Model



肺炎（DPC6桁=040080）で入院した高齢患者の B項目スコア（移乗）の変化に関連する要因の分析

移乗_変化量	係数	95%信頼区間		p値
		下限	上限	
(定数)	1.308	1.250	1.367	<0.001
年齢	-0.018	-0.019	-0.017	<0.001
在院日数	-0.001	-0.001	-0.001	<0.001
移乗_入院時	0.735	0.730	0.740	<0.001
性別	-0.067	-0.076	-0.059	<0.001
認知症	0.015	-0.001	0.030	0.070

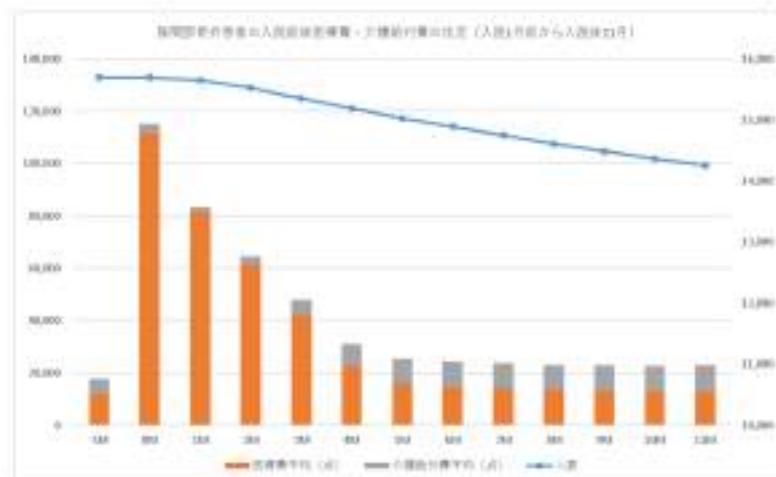
在院日数が長くなるとADLは悪化する

人口の高齢化による医療・介護ニーズの複合化の状況

1. 高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況（西日本の一自治体データ： 2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例）： 急性期病院に入院する半年前に脳梗塞では30%、股関節骨折・心不全・肺炎では50%、誤嚥性肺炎では75%がすでに介護保険サービスを利用している。
2. 要介護度の悪化要因としては入院を必要とするような傷病（肺炎、骨折、尿路感染症など）への罹患と年齢が重要な要因である（東日本の一自治体データ： 2014年度エントリー症例を2020年3月まで追跡）。
3. 股関節骨折で急性期病院に入院すると、退院後の医療費、介護給付費が増加する。（西日本の一自治体データ： 2016年から2018年発症患者について分析）

15

股関節骨折患者の入院前後医療費・介護給付費の状況（入院1月前から入院後11月）



厚生労働行政評価事業費補助金長寿科学政策研究事業：「要介護高齢者等への医療ニーズを把握する指標の開発研究（21GA2002）」（研究代表者：松田晋吾）

16

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果 (要介護1： 8,564名)

説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照: 65-74歳)	7.84	5.48	11.01	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照: 65-74歳)	15.50	10.61	21.50	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.005
高血圧	0.88	0.79	0.98	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.187
気管支炎	1.29	1.20	1.38	<0.001
認知障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.84	<0.001
腎不全	1.49	1.28	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.12	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.30	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.87	0.80	1.06	0.480
認知症	1.02	1.00	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
肺炎	1.35	1.24	1.46	<0.001
一般病院入院	2.72	2.49	2.99	<0.001
社会受診	0.81	0.74	0.89	<0.001

要介護度の悪化予防のためにはかかりつけ医による継続的な管理が重要なのでは？

17

適切な介護予防推進のために必要なこと

- 医療介護の複合的なニーズに対する各段階での予防的ケア
 - 医療と介護とを分けて考えることがナンセンスになってきている
 - かかりつけ医による継続的な管理が重要
- 医療介護福祉の総合的なニーズに対するケアマネジメントの実施体制
 - 看護診断・看護計画的なケアマネジメント (Medical Care Management)
 - 利用者の持つリスクの評価 (S O A)
 - リスクが顕在化しないための「予防的サービス」の提供 (P)
 - ケアマネジメントの連続性が求められている。

18

高齢社会は医療介護のネットワーク化を求める

しかし、そのあり方はそれぞれの地域特性によって異なる。

19

AJAPAを用いた将来予測

All Japan Areal Population-change Analyses; AJAPA

地域別人口変化分析ツール; あじやぱ

www.aajapa.jp

全日本地域別人口変化分析ツール

操作方法

Step 1. 分析対象とする自治体の番号を入力します。

19山梨県

産業医科大学公衆衛生学教室HP

Step 2. 分析対象とする自治体（又は市区町村のみ）もしくは二次区画別を選択し、確定ボタンをクリックします。

市町村別人口変化分析（クリックしてリストから選択）

19209北杜市

確定

二次区画別人口変化分析（クリックしてリストから選択）

1901中北

確定

Step 3. 選択した自治体もしくは二次区画別の情報を入力してください（国庫は固定されています）。

選択した市町村の分析を開始

選択した二次区画別の分析を開始

Step 4. 分析結果を表示します。

市町村別各年齢性別別予測を表示します

二次区画別分析結果印刷用画面を表示します

資料: <https://sites.google.com/site/pmchuceh/>

20

Newcaresをを使って介護サービスの提供量を推計

Quest (02年度介護人口推計・全国版) ver.1.0

Step 1

- 表示する介護者を選択します。
 ① 都道府県を選択してください。
 ② 介護者を選択してください。

13.1.1.1.1
 東京都

Step 2

表示するサービスの種類を選択します。

サービス名	表示状態 (表示する場合は「ON」、表示しない場合は「OFF」)
認知サービス	
介護療養型医療施設	FALSE
介護老人保健施設	TRUE
介護老人保健施設	TRUE
居宅サービス	
介護予防サービス、認知介護サービス	FALSE
居宅介護支援事業	FALSE
短期入居サービス	FALSE
介護入居療養小室 (介護療養型医療施設等)	FALSE
介護入居療養小室 (介護老人保健施設)	FALSE
通所介護 (デイサービス)	TRUE
通所介護	TRUE
特定施設入居者生活介護	FALSE
福祉介護員	FALSE
訪問介護 (ヘルパーサービス)	FALSE
訪問介護	TRUE
訪問看護	TRUE

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)の検討

$$SCR = \frac{\sum \text{性年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{性年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0$$

$$= \frac{\sum \text{性年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{性年齢階級別人口} \times \text{全国の性年齢階級別レセプト出現率}}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

SCR: Standardized Claim Ratio

この値が100より大きいということは、当該機能に相当する医療が性年齢を補正しても全国より多く提供されていることを意味し、100より小さければ全国より提供量が少ないということの意味する。

経済・財務と暮らしの密接「見え化」データベース【2016年7月29日開設、2018年5月14日更新・拡充】

自治体別（47都道府県別、または1741市区町村別）、国別別（1975年～最新の利用可能な限りごとく）に整理した各種データ・指標の比較により、経済・財政と暮らしに密接する様々な地域感を「見え化」できます。また、さらに詳細な分析・検証等に活用できるように、集積している元データをダウンロードすることも可能です。

医療見守り状況の地域差

SCRについて

- ・ 医療費対GDPの地域差【平成29年4月28日 第17回経済・財政一体改革推進委員会#10】（PDF形式、238KB）

療養費総額

- ・ 患者_2級【Excel形式、2.64KB】
- ・ 患者_1級【Excel形式、645KB】
- ・ 2級【Excel形式、665KB】

二次医療機関別

- ・ 患者_1級【Excel形式、2.407KB】
- ・ 2級【Excel形式、2.240KB】

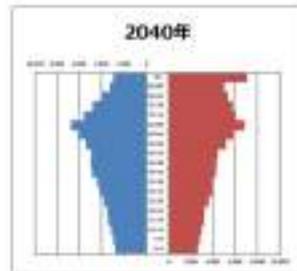
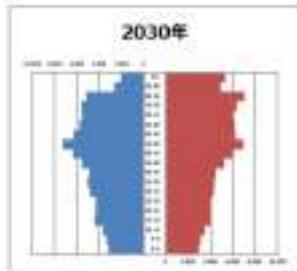
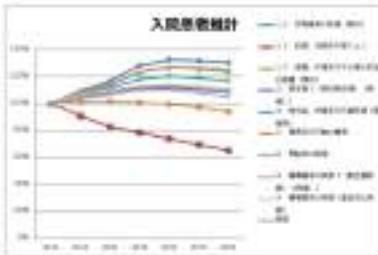
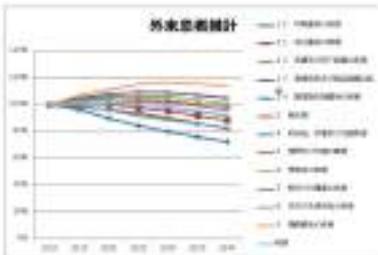
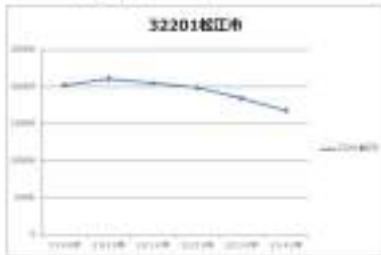
市区町村別

- ・ 患者_1級【Excel形式、3.722KB】
- ・ 2級【Excel形式、3.407KB】

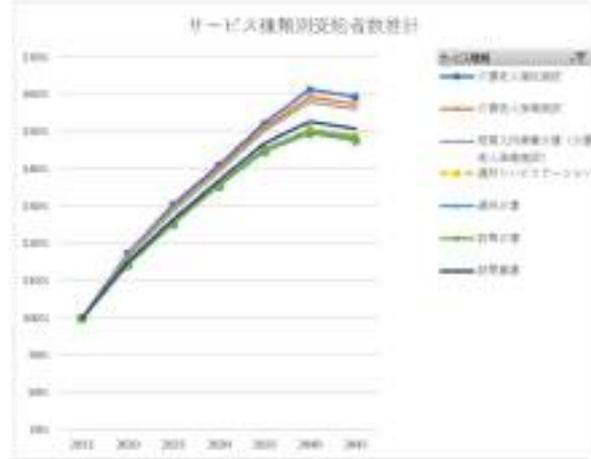
ICD（International Data Base）を活用し、各診療行為（診療報酬の請求項目）の地域差を「見え化」

内閣府HP: <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>

松江市



松江市



島根県の医療圏別SCR(令和元(2019)年度診療分)

二次医療圏	初回診料 _2	一般病棟 入院基本 料率_1	療養病棟 入院基本 料_1	有床診療 所入院基 本料_1	回復期リ ハビリ テーション 施設入 居料_1	地域包括 ケア入居 医療費増 加料_1	医師増_2	緊急応答 加算等	在宅医療 訪問診療 料率_2	救急搬送 診療料	高齢者 在宅医療 診療料増 加料	訪問看護 診療料_2	介護施設 SCR*	予後性 SCR*	SS SCR*	訪問看護 SCR*	遠隔サー ビスSCR*	訪問診療 SCR*
2081松江	98.1	109.7	61.5	62.4	147.3	144.5	101.2	63.7	104.0	63.1	43.3	140.3	157.1	100.3	114.4	143.7	123.5	133.7
2082出雲	94.6	79.3	74.6	6.0	0.0	156.8	126.3	147.4	87.2	111.4	37.9	80.4	NA	NA	NA	NA	NA	NA
2083大田	112.6	91.8	159.7	140.4	133.1	0.0	200.9	199.2	129.5	461.1	91.7	147.2	114.4	69.9	119.6	66.6	103.0	87.2
2084大出	75.2	62.2	0.0	86.1	0.0	231.2	143.9	181.9	116.5	204.4	66.7	86.9	172.3	58.4	157.7	66.1	145.6	47.9
2085浜田	86.3	85.3	158.9	123.9	0.0	0.0	131.1	206.7	74.7	147.9	88.1	90.5	156.6	0.0	113.0	116.7	96.6	104.1
2086松岡	93.9	111.8	0.0	6.0	0.0	178.0	87.1	75.7	96.8	72.6	60.5	56.0	138.5	60.7	195.2	34.3	87.0	42.1
2087隠岐	38.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	88.8	121.7	57.4	196.3	108.8	21.6	164.2	0.0	211.6	26.9	87.3	68.4

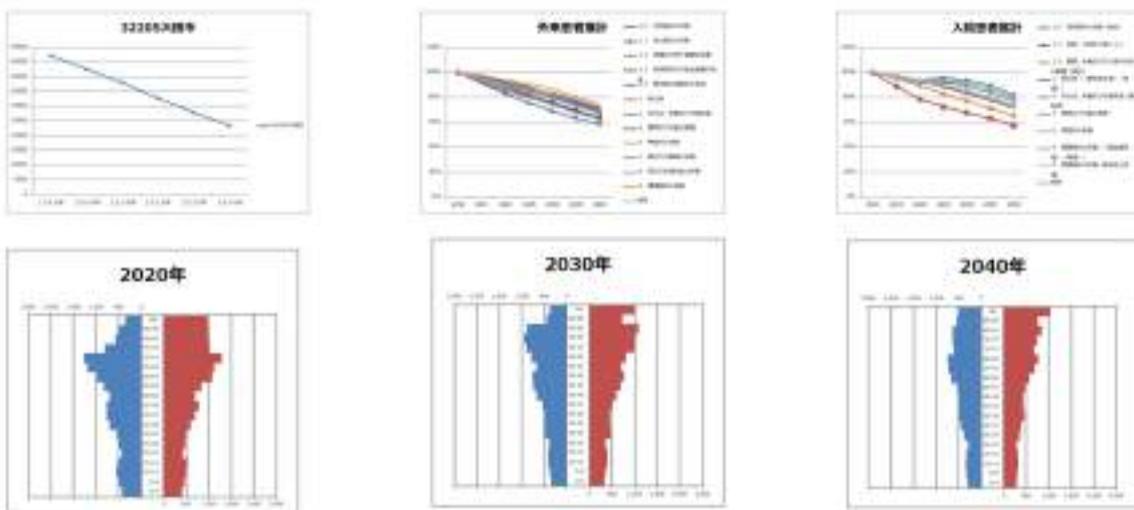
_1: 入院、_2: 外来、NA: データなし

*: 当該医療圏の65歳以上人口1万人当たりの提供量を全国平均で割って指数化

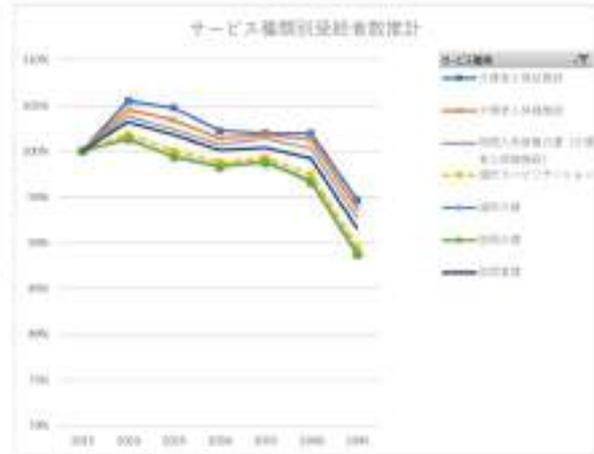
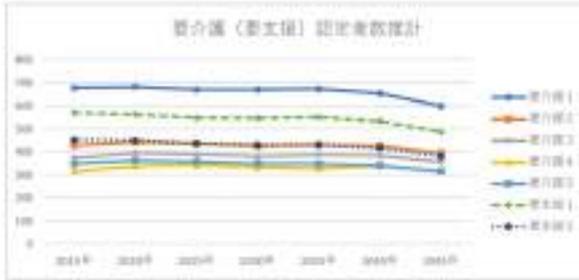
松江医療圏の慢性期対応の課題

- 外来、訪問診療、一般病棟入院の提供料は全国並み
 - 療養病床は全国より提供量が少ない
 - 回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟は全国より提供量が多い
 - 施設介護、在宅介護、通所介護はいずれも全国より提供量が多い
 - 診療所 - 在宅療養支援病院の連携を軸とした在宅医療支援体制の構築がカギになるのでは？
- 大都市部も同じ状況で、松江よりも慢性期ニーズの増加量が大きいため中小民間病院が在支病として機能することが不可欠になる

大田市



大田市



鳥根県の医療圏別SCR(令和元(2019)年度診療分)

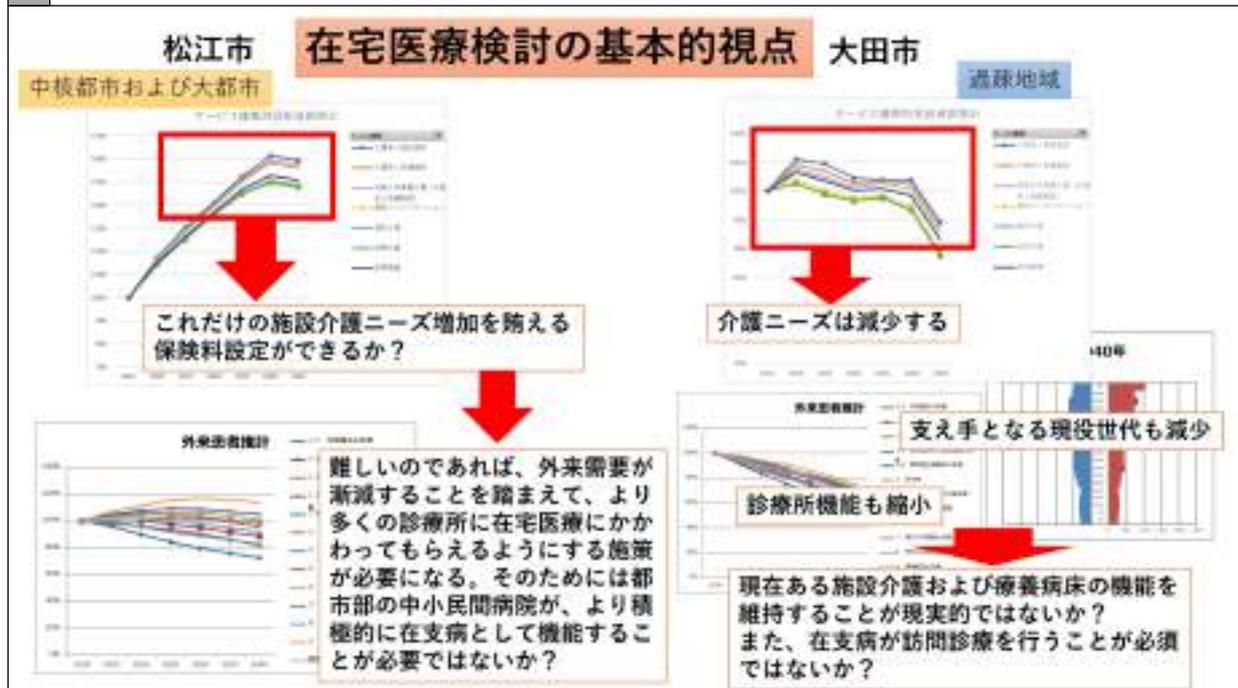
二次医療圏	初回診料	一般病棟 入院基本 料率_1	療養病棟 入院基本 料_1	有床診療 所入院基本 料率_1	回復期リ ハビリ テーション 施設入院 料率_1	地域包括 ケア入院 医療費増 加率_1	認知症_2	緊急応急 加算率	在宅医療 訪問診療 料率_2	救急搬送 診療料	高齢者 在宅医療 診療料加算 料	訪問看護 加算料_2	介護施設 SCR*	介護士 SCR*	SS SCR*	訪問看護 SCR*	遠隔サー ビスSCR*	訪問介護 SCR*
2081松江	98.1	109.7	61.5	68.4	147.3	144.5	101.2	63.7	104.0	63.1	43.3	148.3	157.1	100.3	114.4	143.7	173.5	133.7
2082豊後	56.6	75.3	74.6	6.0	0.0	136.8	126.5	142.4	87.2	171.4	32.8	88.6	NA	NA	NA	NA	NA	NA
2083山陰	112.6	91.8	155.7	148.4	133.1	0.0	200.9	199.2	129.5	461.1	97.7	147.2	114.4	89.9	119.8	66.6	103.0	87.2
2084大田	75.2	62.2	0.0	26.1	0.0	231.2	143.9	181.9	118.5	314.4	66.7	88.9	172.3	58.4	157.7	66.1	145.6	47.5
2085北庄	86.3	85.3	158.9	173.9	0.0	0.0	131.1	206.7	74.7	147.5	88.1	90.5	156.6	0.0	117.8	118.7	96.0	104.1
2086徳島	93.9	111.8	0.0	0.0	0.0	178.0	87.1	75.7	96.8	72.6	60.5	56.0	138.5	80.7	176.2	34.3	87.0	42.1
2087徳島	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	88.8	121.7	52.4	196.3	108.8	21.6	164.2	0.0	211.6	26.3	87.3	68.4

_1: 入院、_2: 外来、NA: データなし

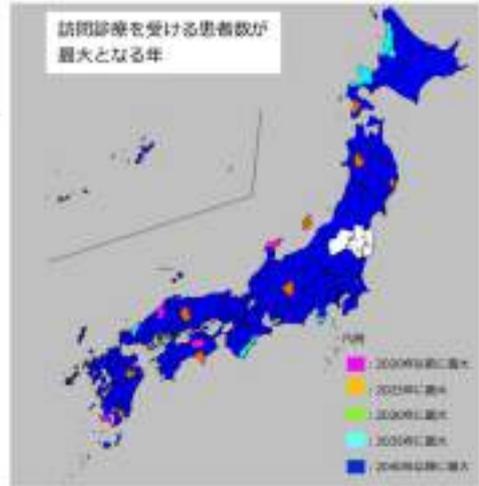
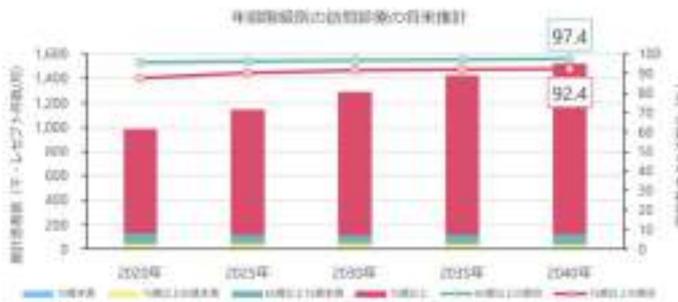
*: 当該医療圏の65歳以上人口1万人当たりの提供量を全国平均で割って指数化

大田医療圏の慢性期対応の課題

- 外来、一般病棟入院、療養病棟入院、訪問診療の提供料は全国よりも少ない
- 地域包括ケア病棟、往診、緊急往診は全国より提供量が多い
- 救急搬送診療料の提供量が全国より多い
- 施設介護、通所介護、ショートステイはいずれも全国より提供量が多い
- 訪問看護、訪問介護は全国よりも提供量が少ない。
- 診療所・在宅病（地域包括ケア病棟）- 介護施設の連携を軸とした在宅医療支援体制の構築がカギになるのでは？また、症状の悪化を早めに感知し、対応するための情報体制が必要ではないか？
- 診療所機能が低下する過疎地域では、在宅病の訪問診療機能が重要になる

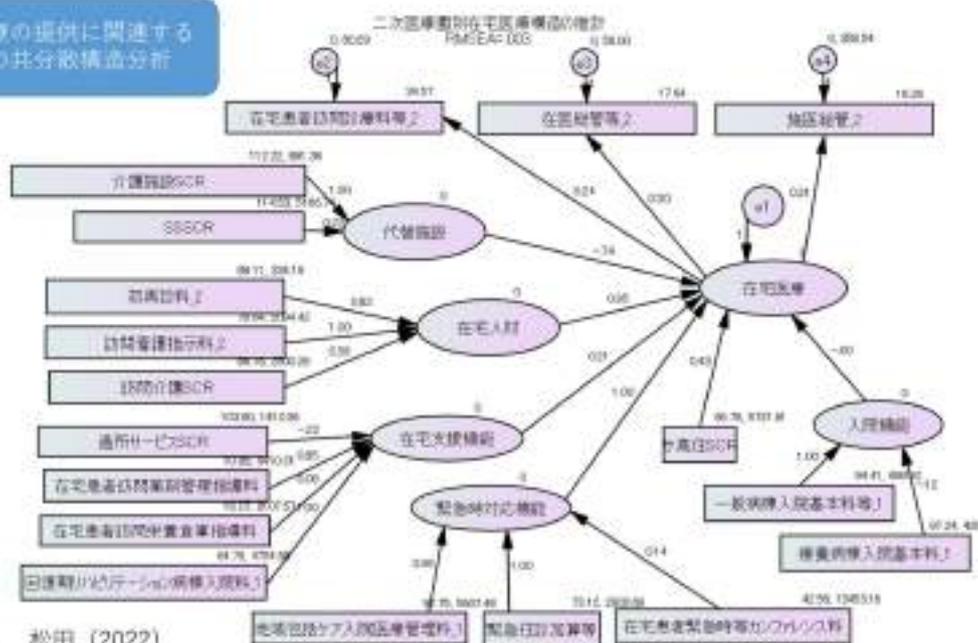


在宅医療の時代がやってくる！



【出典】
 製薬：AGORA-TEC（2019年度版発行）、在宅医療の現状と人口（2025年1月1日時点）を算出する報告書
 図解方法：AGORA-TEC（※1）2019年度在宅医療人口（※2）を算出した2019年度0歳・年齢別・性別別在宅医療受診者数と、二次医療圏別在宅医療人口（※3）に相関分析を行い、推定した。なお、報告書については、都合上記載できない部分により、図解の推定人口に若干の誤差が生じている。
 ※1 2019年度における在宅医療の現状と人口（1）AGORA-TEC（※1）レポートを参照。
 ※2 2025年1月1日時点の推定基本世帯人口を参照。
 ※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の総人口推計（2025年版）」（平成27年版）を参照。
 （※1～※3）AGORA-TEC（株）発行

在宅医療の提供に関連する要因の共分散構造分析



資料： 松田（2022）

在宅ケア推進のためには・・・

- ・訪問診療を行ってくれる医療機関があること
- ・在宅介護を行ってくれる事業者がいること
- ・急性期イベントが生じたときに入院できる一般病院があること
- ・緊急時の対応ができる地域の体制があること
- ・在宅をやりやすい住環境があること
- ・・・・

ほぼ在宅、時々入院・入所を可能とする、医療機関、介護施設間の連携体制（情報共有＋顔の見える連携関係）が必要
 鍵となるのは在宅・介護施設との間の前方連携

西日本の一医療圏において訪問診療を利用していた対象者のサービス利用状況及び主な傷病の経時的変化 (N=8,914、2015年4月訪問診療利用者)

数値別	訪問診療 %	訪問診療 %	介護保険 %	訪問看護 %	訪問看護 %	訪問介護 %	通所介護 %	通所介護 %	在宅介護 %	特養 %	介護施設 %	介護施設 %	介護施設 %	グループ ホーム %	介護施設 入院 %	介護施設 入所 %	介護施設 %	介護施設 %	介護施設 %
0	100.0%	100.0%	98.2%	2.5%	21.2%	38.6%	22.2%	8.7%	22.0%	1.8%	0.4%	0.1%	2.1%	13.8%	4.0%	1.2%	0.1%	8.7%	5.2%
5	93.1%	87.8%	91.4%	2.9%	19.3%	33.2%	15.7%	7.8%	41.0%	2.3%	1.8%	0.4%	2.8%	15.2%	4.4%	0.4%	0.4%	8.4%	5.6%
11	73.4%	62.8%	89.2%	2.5%	16.1%	21.1%	22.2%	3.2%	45.2%	3.1%	2.5%	0.8%	3.8%	12.8%	4.2%	0.2%	0.2%	8.0%	5.2%
17	64.8%	57.8%	87.1%	2.1%	11.1%	28.1%	18.1%	4.1%	42.1%	4.1%	2.8%	1.2%	2.8%	14.1%	4.1%	0.2%	0.2%	8.0%	5.1%
23	56.2%	52.2%	84.2%	2.1%	10.2%	21.4%	17.2%	4.2%	40.2%	4.2%	2.1%	1.2%	2.8%	14.2%	4.2%	0.2%	0.2%	8.0%	5.6%
29	49.1%	46.1%	82.1%	1.8%	11.1%	25.1%	15.1%	4.1%	38.1%	4.1%	3.2%	1.8%	1.8%	14.1%	3.8%	1.8%	0.4%	1.4%	5.8%
35	43.2%	44.2%	79.2%	1.5%	13.2%	22.2%	14.2%	4.2%	34.2%	4.2%	3.2%	1.8%	1.8%	13.2%	3.2%	0.4%	1.5%	5.2%	5.2%

① 訪問診療時の訪問診療利用者に対する割合、② 各機関の発生率割合に対する割合

数値別	訪問診療 %	訪問診療 %	急性腰痛 %	腰痛 %	高血圧性 疾患 %	糖尿病 %	認知症 %	脳梗塞 %	脳出血性 疾患 %	腎不全 %	骨質低下 性疾患 %	認知症 %	心不全 %	認知症 %	認知症 %	認知症 %	認知症 %	認知症 %	認知症 %
0	100.0%	100.0%	29.2%	20.2%	30.2%	4.0%	2.2%	1.0%	15.8%	22.8%	5.7%	10.8%	26.7%	47.0%	13.8%	46.0%	15.7%	18.0%	1.0%
5	92.8%	87.8%	18.4%	21.2%	36.4%	3.8%	2.1%	1.0%	16.2%	22.8%	6.1%	12.2%	22.2%	48.7%	12.8%	46.0%	15.2%	18.0%	1.0%
11	75.4%	67.8%	18.8%	21.1%	35.8%	4.0%	2.2%	0.8%	15.8%	22.8%	6.8%	12.2%	24.0%	45.4%	14.2%	44.4%	14.2%	16.0%	1.0%
17	64.8%	57.8%	17.8%	20.4%	34.8%	4.0%	3.8%	0.7%	15.1%	22.2%	6.1%	11.7%	23.8%	45.0%	13.8%	43.4%	17.8%	16.0%	1.2%
23	56.2%	52.2%	17.2%	20.4%	31.1%	4.0%	3.8%	1.1%	14.7%	21.2%	6.4%	11.8%	22.7%	44.2%	13.7%	42.8%	17.4%	15.7%	1.8%
29	49.1%	46.1%	15.8%	20.1%	28.4%	3.2%	3.4%	1.1%	13.8%	20.2%	6.2%	10.8%	21.7%	42.8%	12.8%	41.8%	16.8%	14.1%	1.2%
35	43.2%	44.2%	14.8%	20.1%	26.8%	3.8%	3.2%	0.8%	13.8%	18.8%	6.1%	10.8%	20.7%	40.8%	12.1%	41.2%	16.2%	14.1%	1.2%

① 訪問診療時の訪問診療利用者に対する割合、② 各機関の発生率割合に対する割合

訪問診療は、2015年4月に訪問診療を受けていた者に対する割合
 その他は、各年度の期首に生存していた者に対する割合

出典： 松田 (2021)

この分析が示していること

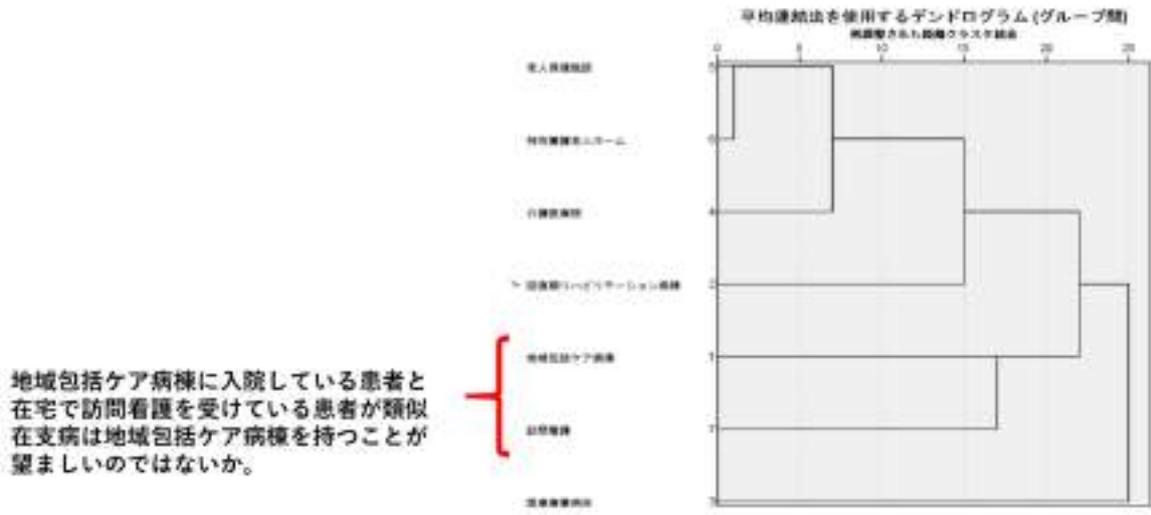
- 在宅患者は、肺炎や尿路感染症、心不全の悪化などで一般病棟との間で**直接的な入退院**を繰り返しながら（月に10%弱）、3年間で3分の1が死亡している。
- 入院を繰り返すことで要介護度や認知症の悪化が生じ、グループホームや介護施設への入所に移行する者が3年間で5分の1程度発生する。
- 当初の半分の対象者（生存者の3分の2）は在宅療養を継続している。
- **在宅を支える入院があることで、在宅医療は安定する。**このネットワーク化が必要。

在宅で入院医療と同じような
ケアをすることが必要になっている



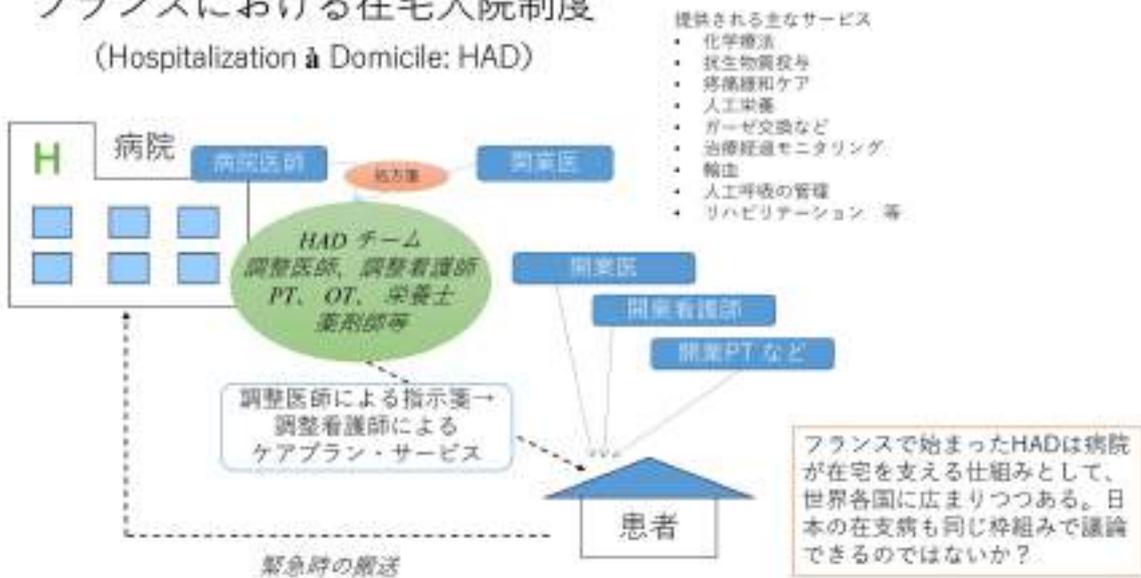
- 個々の医療介護サービスを「単品」で提供するのではなく、包括的に提供する「地域包括ケアステーション」が必要になっているのではないか？
- 病院と訪問系サービスの連動がこれまで以上に必要になってくるのではないか？
- ベースとなる住まいや生活に関する施策との統合が不可欠になる。

重症度、医療看護必要度のA項目・B項目の得点、そして主な傷病有病率をもとに施設を分類してみると・・・



厚生労働科学研究(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))急性期の入院患者に対する医療・看護の必要性と職員配置等の指標の導入に向けた研究(20AA2002)総合研究報告書(令和2年度～令和3年度)(研究代表者 杉田 寛教)令和4(2022)年3月

フランスにおける在宅入院制度 (Hospitalization à Domicile: HAD)



病院がHAD的に機能するために必要なこと

- 施設基準（人員配置）に関する規定の見直し
 - 地域に出た時間帯に、院内の当該箇所（病棟やリハ室）で人的基準を満たさなくなるという問題・・・
- 診療報酬上の評価
 - 訪問診療（外来）として評価するのか、入院として評価するのか？
 - 仮に入院として評価する場合の、診療報酬の建付けはどうするのか？
（ちなみにフランスではHAD用の診断群分類が開発されている）
 - 調整機能（Medical Care Management）の評価→介護保険との整合性

41

現在の地域包括ケアの概念



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング<地域包括ケア研究会> 2016

42

超高齢社会における地域包括ケアとは（私見） ～サービス提供側からの視点～

住民が日常的に意識する領域

住民が緊急時に意識する領域

安心できる日常生活の継続
住まい・生活・介護

生きがい

急性期～回復期入院 プライマリケア 慢性期入院

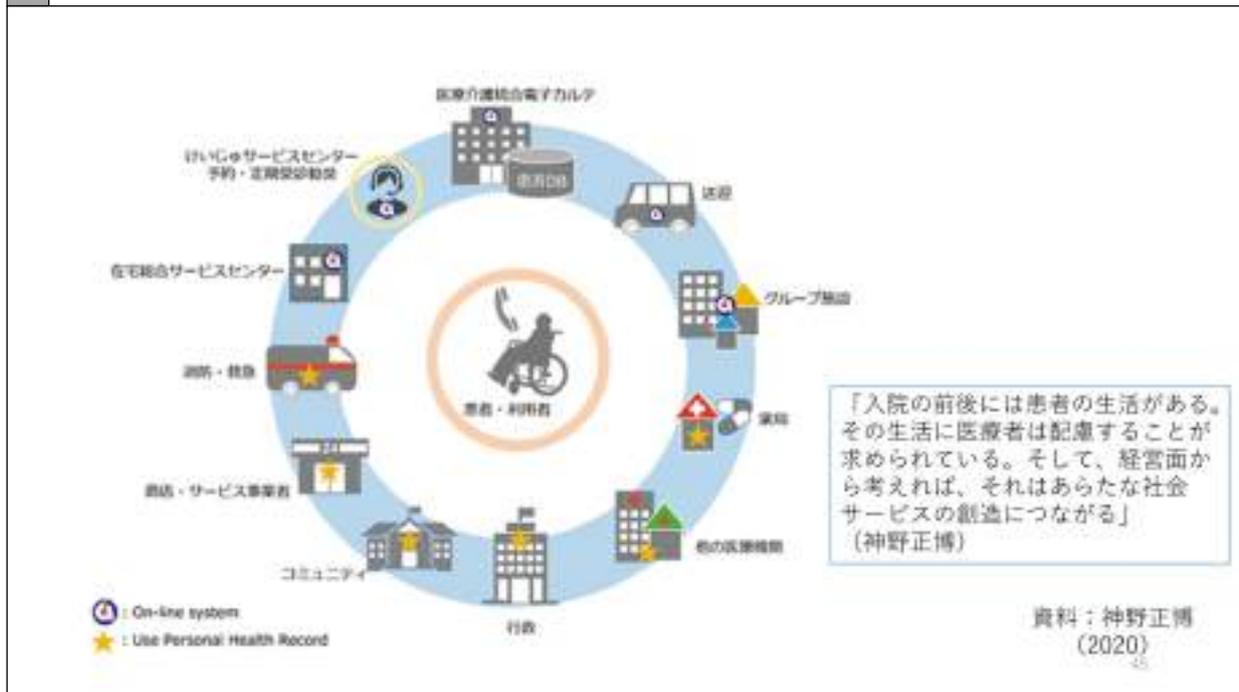
基盤としての医療提供体制



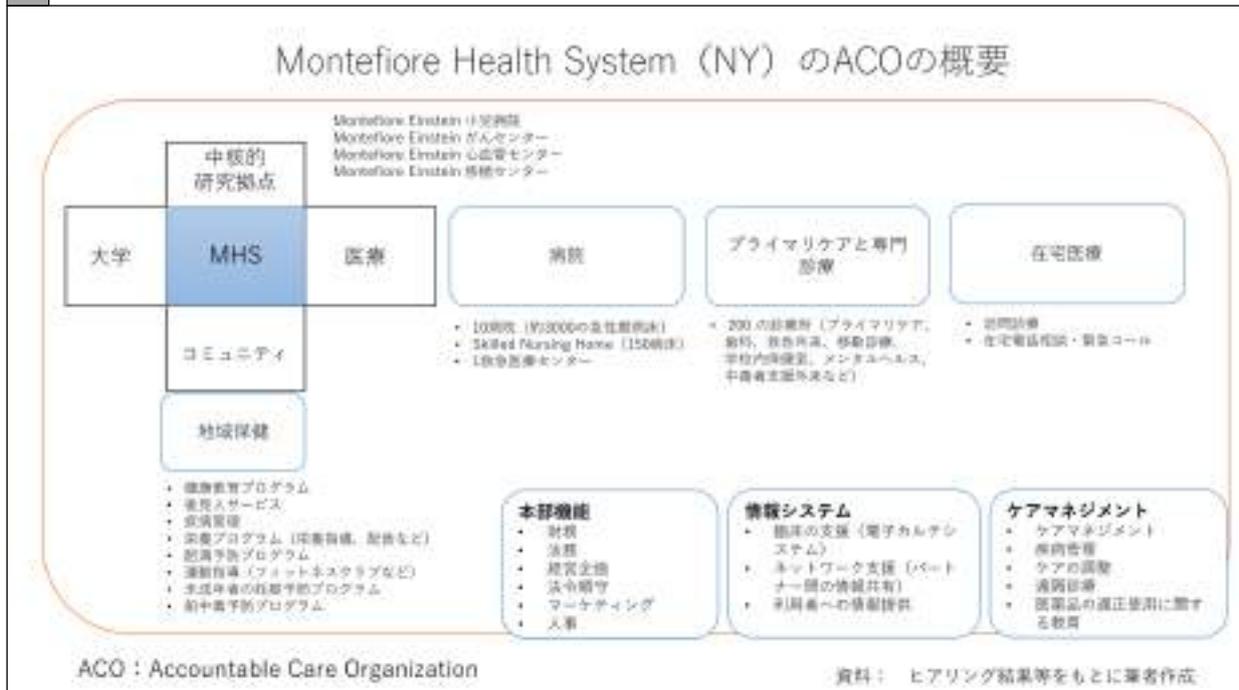
医療の支援のない介護の弱さがCOVID-19の流行で顕在化した。逆に医療介護複合体はその強さを証明した。

先端医療から福祉まで「生きる」を応援します。

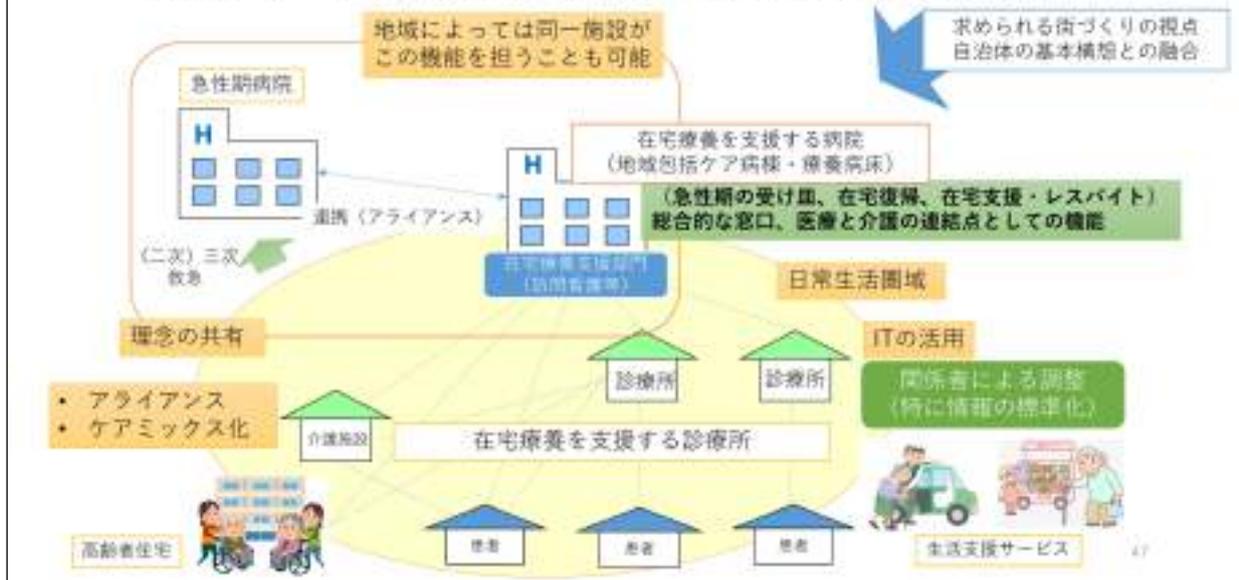
資料：神野正博 (2020)



Montefiore Health System (NY) のACOの概要



診療所や介護施設を支援する病院を拠点としたネットワーク化の必要性（各構想区域における整備目標）



武久洋三先生の問題提起

急性期病院はこの問題に気付いているのか？

(22病院) 新入院患者の検査値の異常値割合

平成22年1月から令和4年6月に、当院を含む計22病院に入院した患者88,752名(平均年齢:80.8歳)の、入院時検査における検査値の異常値割合

異常検査値 [※]	患者数(人)	割合(%)	平均	一番悪い値
BUN 20.1以上	35,156	40.1%	32.7	291.4
Na 138.0未満	38,869	43.8%	134.0	89.3
Na 145.1以上	3,390	3.8%	150.0	187.7
ALB 4.1未満	71,279	80.2%	3.4	0.8
TCO ₂ 142未満	22,581	25.4%	120.6	17
GLU 110以上	54,821	61.8%	154.9	1289
Hb	59,457	67.0%		2.3
再掲 (男性) 13.7未満	31,464	81.9%	11.1	2.3
再掲 (女性) 11.6未満	27,993	55.6%	10.0	2.3

※日本臨床検査標準協議会 (JCCLS) 共有標準範囲 参照

急性期病院から入院してきた患者さんの多くが脱水や低栄養、電解質異常、高血糖などの異常を多数抱えている。

病院の人員基準に加えて、基準リハビリテーション、基準介護が必要ではないか (武久)

資料： 武久洋三先生提供を演者改題

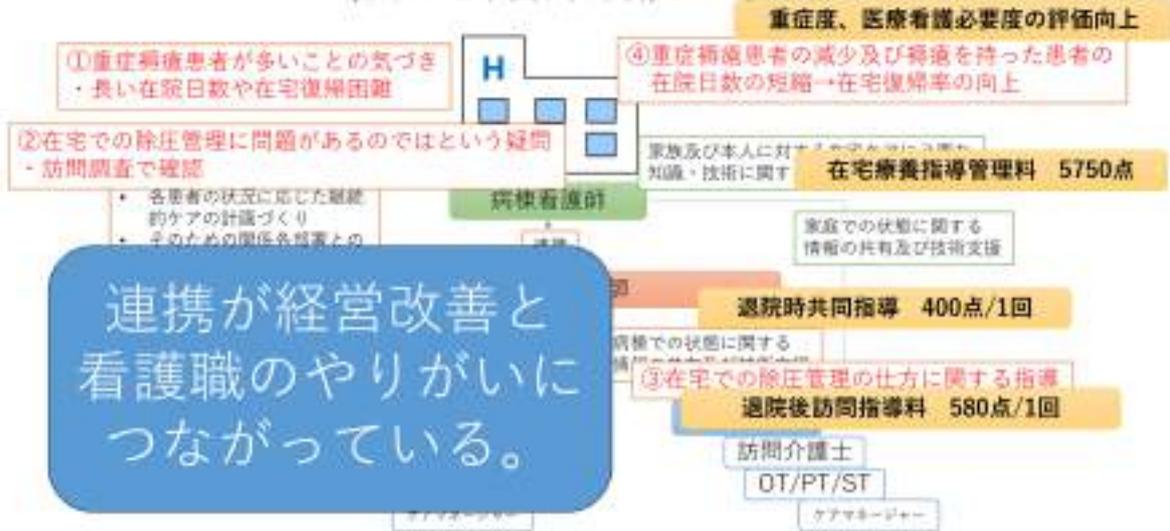
施設間連携における病院看護師の役割の重要性 (済生会唐津病院の事例)



施設間連携における病院看護師の役割の重要性 (済生会唐津病院の事例)



施設間連携における病院看護師の役割の重要性 (済生会唐津病院の事例)



高齢社会は救急医療の内容が変わってくる

データから示唆されることをもとに今後の在り方を考える必要がある

2035年の性年齢階級別救急車搬送 による入院患者数の予測

	(1)2015年人口 (千人)		(2)2035年人口 (千人)		(3)-(2)/(1)比		(4) 2016年患者数		(5)2035年予測患者数 (3)×(4)		患者数の増加 (5)/(4)	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
0-4歳	2,561	2,445	2,045	1,944	0.80	0.80	24,617	18,481	19,657	14,694	0.80	0.80
5-9歳	2,725	2,594	2,123	2,020	0.78	0.78	6,601	4,187	5,143	3,261	0.78	0.78
10-19歳	5,991	5,683	4,663	4,441	0.78	0.78	14,603	9,487	11,366	7,010	0.78	0.78
20-29歳	14,474	13,962	11,678	11,137	0.81	0.80	40,463	49,326	32,647	39,346	0.81	0.80
40-59歳	17,223	17,015	14,147	13,845	0.82	0.81	104,770	61,515	84,058	49,892	0.82	0.81
60-74歳	12,558	13,540	12,023	12,551	0.96	0.93	207,437	118,939	198,600	110,251	0.96	0.93
75-84歳	4,832	6,548	5,999	6,980	1.16	1.07	210,829	185,965	244,295	196,234	1.16	1.07
85歳+	1,477	3,465	3,443	6,574	2.33	1.90	140,826	228,663	328,276	434,212	2.33	1.90
合計	61,841	65,252	55,721	59,492	0.90	0.91	750,146	676,558	926,041	857,299	1.23	1.27

出典： 人口については国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（平成29年推計）
http://www.ipss.go.jp/pp_zenkoku/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp

出典： Matsuda S et al（投稿中）

救急搬送による入院の主な傷病数の 2016年と2035年の比較（男女別；75歳以上 全国データ）

	男性			女性		
	(1)2016年 患者数	(2)2035年 推計患者数	(2)/(1)	(1)2016年 患者数	(2)2035年 推計患者数	(2)/(1)
01060脳梗塞		40,036	1.56	29,839	45,772	1.53
04080肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	28,582	49,080	1.72	20,865	33,558	1.61
04081慢性肺炎	29,067	52,787	1.82	24,334	40,798	1.68
060130心不全	20,250	34,990	1.73	26,967	44,147	1.64
060210徐脈性不整脈	13,287	21,942	1.65	13,988	21,710	1.55
110310腎臓または尿路の感染症	8,198	13,757	1.68	14,337	22,321	1.56
160100頭蓋・頭蓋内損傷	13,444	21,545	1.60			
160690胸骨、肋骨以下骨折損傷				11,422	16,827	1.47
160800股関節大腿近位骨折	10,507	18,442	1.76	40,132	63,839	1.59

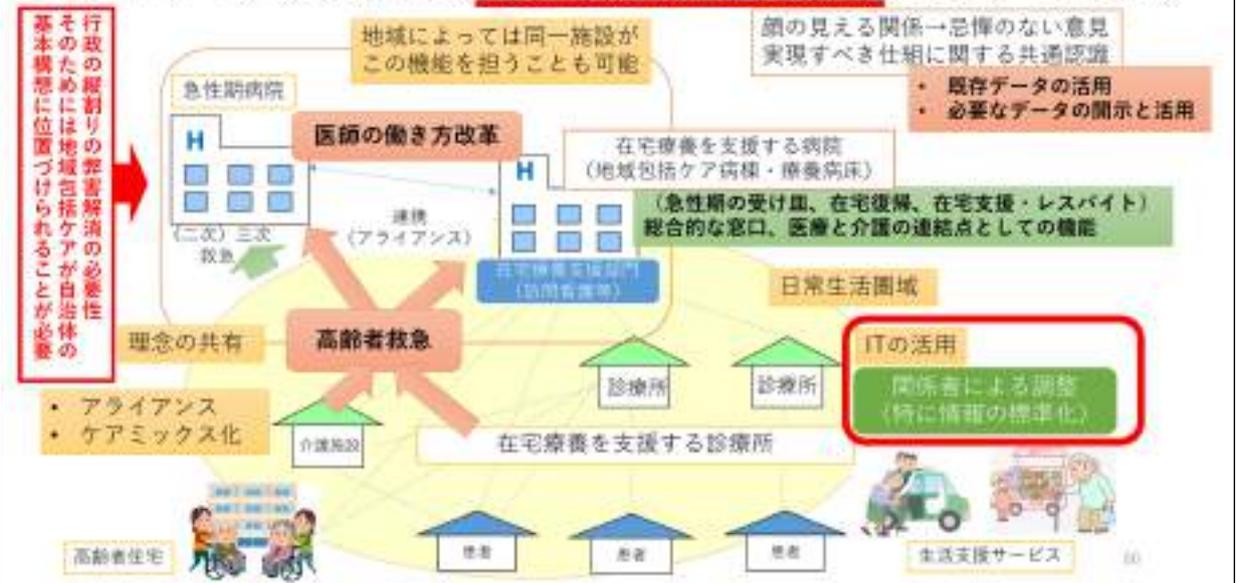
出典： Matsuda S et al（投稿中）

56

島根県における介護施設・福祉施設からの DPC入院症例の概要（R2年度研究班データ；75歳以上）

名称	症例数	%	年齢%	平均年齢	女性割合	平均延床 日数	転居率に よる入院 日数										
合計	2,099			88.7	68.4	33.8	39.0	38.9	33.0	29.8	82.7	3.8	1.6	15.1	18.8		
認知症施設	469	22.4%	13.3%	88.7	51.8	35.9	66.7	23.0	42.1	43.7	66.9	3.9	1.6	9.6	31.7		
腎臓又は呼吸器の病棟	323	15.4%	26.3%	88.8	71.8	22.1	23.1	7.6	37.3	32.5	66.4	4.1	1.6	11.7	14.4		
循環器・大腸肛門科の病棟	253	12.1%	31.8%	88.8	97.8	32.1	52.8	6.8	33.9	18.3	84.3	3.2	1.8	13.5	24.2		
心不全	184	8.8%	38.9%	81.2	75.1	41.0	42.9	31.1	49.2	38.4	88.3	4.4	1.1	12.3	18.8		
肺炎等	171	8.2%	42.8%	88.3	63.7	29.4	34.2	23.5	45.9	38.0	88.2	4.4	1.4	13.1	18.3		
脳障害	130	6.2%	48.5%	88.8	99.8	38.8	58.8	17.1	21.4	58.2	78.1	4.0	2.3	13.0	24.0		
創傷（折内傷）創傷、創傷	87	4.1%	50.4%	88.9	74.7	31.5	25.2	5.6	27.8	28.4	84.4	3.9	1.5	18.9	22.0		
ヘルニアの処置のない腰痛症	81	3.9%	54.6%	88.3	70.5	32.4	42.8	8.2	21.3	14.8	77.8	4.0	1.7	18.8	25.0		
痔瘻症	64	3.0%	58.2%	88.1	98.5	41.7	50.0	29.5	55.2	88.0	19.3	3.8	1.6	3.2	8.2		
尿道癌等	51	2.4%	57.9%	88.5	70.8	19.2	29.4	9.6	34.9	25.5	84.8	3.8	1.1	9.6	13.3		
慢性腎臓病	40	1.9%	58.8%	88.7	78.8	18.2	82.0	19.9	7.9	8.8	62.7	3.1	0.7	18.8	23.0		
糖尿病	40	1.9%	61.3%	88.7	76.8	14.8	11.3	2.2	26.7	16.7	88.8	3.6	2.2	13.2	17.1		

診療所や介護施設を支援する病院を拠点とした ネットワーク化の必要性（地域医療構想調整会議で議論すべき内容）

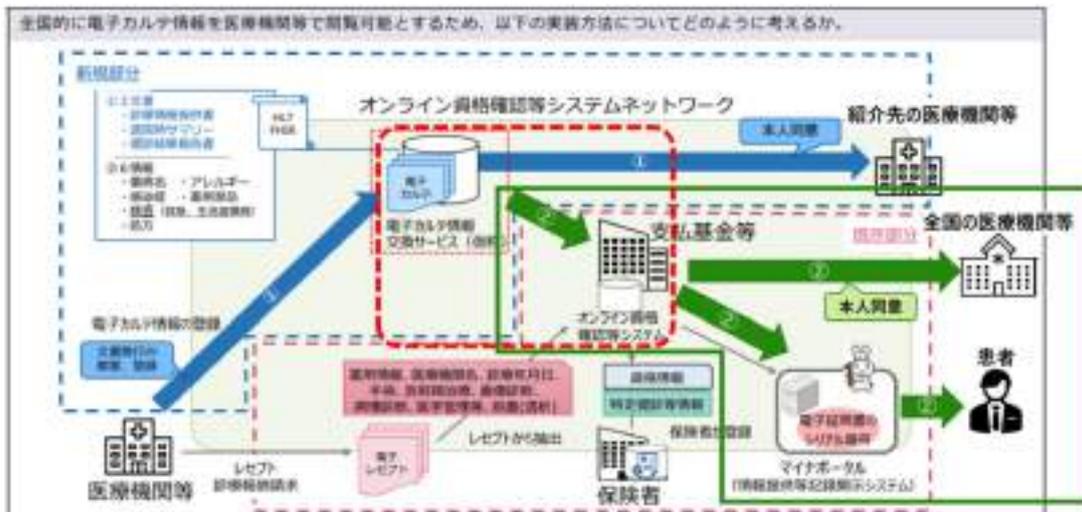


地域レベルのRapid Response Systemが必要になっているのではないか？



はこだて医療・介護連携サマリを前方連携に活用することで症状が悪化する前の在宅支援病院での治療が可能になり（地域レベルRRS）、高齢者救急の負荷を軽減することが可能になる。

現在厚生労働省で検討が進められている電子カルテ情報交換サービスの概要



出所：第4回健康・医療・介護情報利活用検討会「医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループ」（令和4年5月16日）資料1「全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤について」(1)概要

参考文献

複合化の現状をデータに基づいて説明



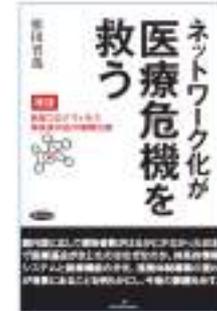
ビッグデータと事例で考える日本の医療・介護の未来
勁草書房 (2021)

NDBデータ及び病床機能報告データの活用方法を解説 (SCR及び病床機能報告)



地域医療構想のデータをどう活用するか
医学書院 (2020年)

諸外国と日本のコロナ対応の制度比較研究を踏まえて、我が国の医療提供体制変革の必要性をネットワーク化の視点から説明



ネットワーク化が医療危機を救う
勁草書房 (2022年)

基調講演 2

新米総合診療医のまちづくり見聞録 鈴木 李理

【趣旨】

常陸大宮市は、2004年に5つの町村が合併して誕生した茨城県北西部の県北地域に位置する市です。令和5年4月時点で、人口37,784人、高齢化率38.58%と全国と比較して高齢化が進んでおり、人口減少により市内中心街である駅前や地元商店街の賑わいは少なくなっています。同市のまちづくりにおいて、中心的な役割を果たしたのが、志村大宮病院を基とした志村フロイデグループの職員有志によるプロボノ組織であるフロイデ DAN です。医療・介護福祉の専門職の視点を生かし、病院を中心としたまちづくりとして、多世代が交流できるイベントの開催や地域ボランティアの募集などに取り組んできました。また、顔の見える関係づくりを重視して、旧町村単位の小さな拠点づくりや、より小さな小さな拠点として自治会ごとの通いの場づくりに、地域住民や行政とともに取り組んでいます。今回は、同市で育ち、総合診療を学んできた演者が見聞きしたまちづくり活動におけるポイントや、総合診療医とまちづくりの親和性についてお話しします。

【演者】鈴木 李理 (医療法人 博仁会 みんなの内科外科クリニック)



Profile すずき・りり

【略歴】 1992 年生まれ、茨城県常陸大宮市出身。2017 年、山形大学医学部卒。2019 年、筑波大学附属病院初期研修修了。2023 年、つくば家庭医・病院総合医プログラム修了。2023 年 4 月～、北茨城市民病院附属家庭医療センター常勤医、医療法人博仁会みんなの内科外科クリニック非常勤医。

【座長】平原 優美 (日本在宅ケアアライアンス 副理事長／日本訪問看護財団 常務理事／あすか山訪問看護ステーション 統括所長)



Profile ひらはら・ゆみ

【略歴】 1987 年、島根県立総合看護学院保健学科 (現：島根県立大学) 卒。2006 年、訪問看護 CN 取得。2011 年に首都大学東京大学院博士前期課程在宅看護 CNS コースを修了し、2012 年に在宅看護 CNS を取得。2018 年に博士後期課程を修了し、博士学位 (看護学を取得。1987 年、島根県立中央病院。1990 年より東京ふれあい医療生協梶原診療所ふれあい訪問看護ステーション所長。2005 年、退職。2006 年、あすか山訪問看護ステーション所長。2011 年、同統括所長就任。2018 年、事務局次長。2022 年より現職。

【主な著書等】 『系統看護学講座 地域・在宅看護論』(医学書院、共著)、『系統看護学講座 別巻 緩和ケア』(医学書院、共著)、ほか。

新米総合診療医のまちづくり見聞録

令和5年11月23日(木)

志村フロイデグループ 医療法人博仁会 志村大宮病院

みんなの内科外科クリニック 非常勤医師

北茨城市民病院附属家庭医療センター

医師 鈴木李理

自己紹介

- 1992年生まれ 茨城県 常陸大宮市出身
- 2017年 山形大学医学部 卒業
- 2019年 筑波大学附属病院初期研修 修了
- 2023年 つくば家庭医・病院総合医プログラム 修了
- 地元で病院を営む医師の家系4代目



みなさんの地元はどんなところでしょうか？
“地元”と聞いてどんなイメージが浮かびますか？



本日の内容

1. 常陸大宮市について
2. 志村フロイデグループとフロイデDAN
3. まちづくり活動
 - ① 病院中心のまちづくり
 - ② 小さな拠点づくり 各地区のサポートセンターの設置
 - ③ 小さな小さな拠点 小さな地域のニーズに合わせた活動
4. 総合診療医として考えるこれから

茨城県 常陸大宮市

■人口：37,784人（令和5年4月1日現在）

■高齢化率：38.58%

※2040年
日本の高齢化率：35.3%



■2004年に5町村が合併し誕生

■一次産業が中心

■水戸北部中核工業団地を有する

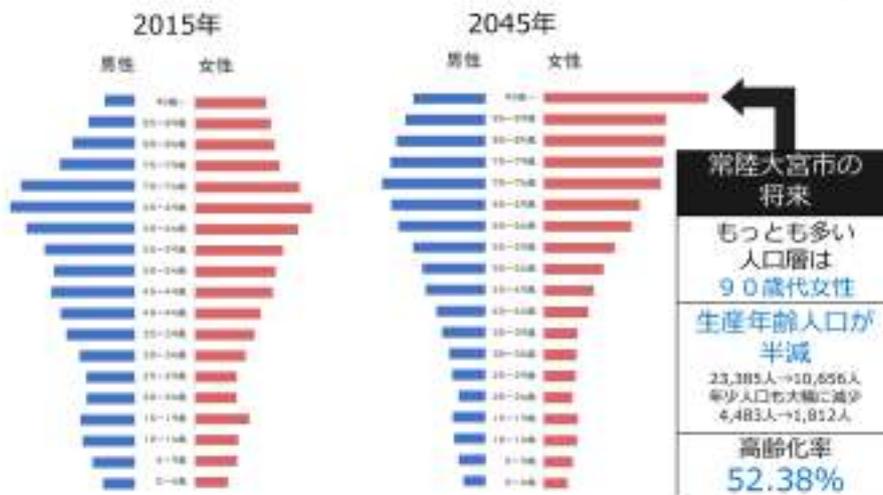
■約6割が森林

■観光資源は豊かな自然

（ゴルフ、キャンプ、鮎釣り）



人口ピラミッド ～常陸大宮市～



出典
総務省「国勢調査」、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」

注記
2025年以降は「国立社会保障・人口問題研究所」のデータに基づき推計値。

市内の医療資源

病院：2（志村大宮病院、常陸大宮済生会病院）
 一般診療所：18（内科系 15, 外科系 7, 小児科 6, 産婦人科 0,
 皮膚科 6, 眼科 1, 耳鼻科 1, 精神科 1）

在宅療養支援病院：2

在宅療養支援診療所：3

訪問看護ステーション：1

歯科：15 訪問歯科：1
 薬局：16 訪問薬局：10

日本医師会 地域医療情報システム <https://jmap.jp/cities/detail/city/8225>

志村フロイデグループとフロイデDAN

志村フロイデグループ (SFG) (1951年設立)

2023年4月1日現在



医療法人 博仁会

1951年10月 志村大宮病院開院

1957年10月 法人化

拠点数：10 職員数：970名



社会福祉法人 博友会

2000年10月 法人設立

拠点数：8 職員数：256名



学校法人 志村学園

2010年3月 法人設立

2010年4月 看護学科 開設

2020年4月 介護福祉学科 開設

拠点数：1 職員数：16名



有限会社 いばらき総合介護サービス

2002年9月 法人設立

拠点数：4 職員数：22名

職員数合計
1,264名

常陸大宮市地域活性化プロジェクト「フロイデDAN」

グループ職員有志によるプロボノ組織

－理念－

- ①当地域において、人と人とのつながりを創り出していきます
- ②もっと素敵な生き方にチャレンジするきっかけを提供していきます
- ③誰でも気軽に寄れて、何でも気軽に相談出来る場所を創り出していきます
- ④まちと人を大切に思い、地域の幸せ創りを目指していきます



【プロジェクトチームメンバー】
作業療法士・介護福祉士・福祉用具専門相談員・介護支援専門員・管理栄養士・看護師等

まちづくり活動① 病院を中心としたまちづくり

市内中心街の様子

- 少子高齢化・人口減少が進行
- 駅前や地元商店街の賑わいが乏しい



富陵大宮駅前 (コンビニもない)



駅前の商店街 (シャッター通り)

コミュニティカフェ **BAHNHOF** 2012年2月6日 OPEN
 (地域活性化と医商連携)



リハビリの歩行訓練や憩いの広場として
 高齢者の作品展示ギャラリーとして
 高校生や市民との交流スペースとして



常陸大宮駅に近いです

常陸大宮駅南口徒歩1分
 常陸大宮駅北口徒歩2分

常陸大宮駅南口徒歩1分
 常陸大宮駅北口徒歩2分

コミュニティカフェ・パンホフ

COMMUNITY CAFE BAHNHOF

ランチプレート 890円
 (飲み物別注)

常陸大宮駅南口徒歩1分
 常陸大宮駅北口徒歩2分

常陸大宮駅南口徒歩1分
 常陸大宮駅北口徒歩2分

常陸大宮駅南口徒歩1分
 常陸大宮駅北口徒歩2分

コミュニティカフェ **BAHNHOF**
 常陸大宮駅前通り
 病院より200m

フラワーアレンジメント教室
ペーパーフラワー
 をみんなで作りましょう♪

2014年5月11日開催
 参加者：5名



5月11日(日) 10時～12時
 5月の恒例行事です

場所：コミュニティカフェBAHNHOF
 (常陸大宮駅前通り、常陸大宮駅南口徒歩1分)

参加費：500円(材料費別注)
 常陸大宮駅前通り200m徒歩1分

【お問い合わせ先】
 連絡先：0295-515-1111
 コミュニティカフェBAHNHOF 常陸大宮駅前通り

デイサービスの利用者さんを先生
 に迎えたペーパーフラワー教室

パンホフ 父の日イベント



手作り クッキーを作ろう

15名の参加



6/15 (日曜日) 定員15名
13時30分～15時30分

参加費：500円 (ランチ付) | 場所：コミュニティカフェパンホフ
〒215-0851 千葉県市川市上野台1-1-1 市川市立市民センター2階

当日にお持ちいただいた物
●エプロン ●手拭巾着 ●お茶(お茶に合わせた) ●好きなクッキーの型

お問い合わせ・お申し込み先
0295-55-8841 (朝9:00～18:00)

参加ご希望の方は事前に申し込みをお願いいたします。

【大宮デイケアセンター 月の10周年記念】
月10周年記念行事「感謝祭」として、皆さんへの感謝を込めて企画いたします。
4時半～5時頃には、感謝状の授与も予定しております。

デイケアの利用者さんが子供たちにクッキー作りを教える企画

フロイデ総合在宅サポートセンター大宮

多世代地域交流拠点として2015年9月1日開設 サービス付き高齢者向け住宅が隣接



- ・リハビリ機能強化型デイサービス
- ・小規模多機能型居宅介護 (通い・宿泊・訪問)
- ・アクティビティセンター
- ・シルバーフィットネス
- ・カフェテリア「エルマウ」
- ・リハビリ公園



フロイデDAN@カフェテリアエルマウ、フロイデリハビリ公園
「誰でも気軽に集まれる場所」ひたちおおみや楽市

参加者数

年	参加者数
2017	100
2018	150
2019	200
2020	250
2021	300

出店者数

年	出店者数
2017	10
2018	15
2019	20
2020	25
2021	30

進しめる場所に来て、健康を築く教室に参加
健康を築く教室に参加して楽しめる場所で楽しんでいく

フロイデDAN@カフェテリアエルマウ
地元小学生を対象とした夏休み/冬休みの「みんなくる塾」

夏休みの宿題はこれで安心!

みんなくる塾
みんなで宿題しよう!

無料

7/31と8/7と8/28
夏休みの宿題はこれで安心!

0295-54-1919

常陸大宮駅前イルミネーション点灯式 常陸大宮駅周辺整備検討委員会

病院の外に拠点をつくるメリット

- 医療ではない場所でイベントを企画→**日常感、同じ目線**に立てる
- 医療介護職の「真面目な職種」という**イメージを変えられた**
- 「健康を守りたい」という**本気度**が伝わった
- 普段は医療機関に来ない層も参加する
- 結果的に**病院受診のハードル**が下がった

フロイデサポーター 大募集!!

自分の出来る事が誰かのためになります!!

フロイデサポーターとは

- ① フロイデサポーターに登録
- ② 活動1回につきスタンプ1個もらえます
- ③ スタンプが5個集まると、下記チケットと交換出来ます

A→カフェパンホフお食事券(ランチ・ドリンク・デザート付)
B→フィットネスセンター体験(時短チケット 例題トレーナー付)

●活動する日
→月曜日から土曜日(日、月)毎月1回活動出来ます

●活動する時間
→①10時から12時 ②14時から16時

このような活動を事お願いいたします

- 【10時～12時】
 - ・入浴後の更衣かみ、水筒補給
 - ・お昼の準備
- 【14時～16時】
 - ・料理各種ごの話し相手 → 笑顔出し
 - ・レクリエーションを通しての交流

サポーター制度に是非興味された方はお気軽にお問い合わせ下さい

電話：0295-53-1000 担当：小林・大塚
 店舗：フロイデDAN 店舗：医療法人南仁会
 「フロイデサポーター実行委員会」開設大宮市上町3-1-3

年	登録者数
2010	10
2011	23
2012	88
2013	161
2014	191
2015	219
2016	222
2017	249
2018	260
2019	272
2020	394

活動内容案

- ・入浴後の更衣かみ
- ・お昼の準備
- ・料理各種ごの話し相手
- ・レクリエーションを通しての交流
- ・買い物支援
- ・地域支援の担い手
- ・ご自宅までお届け、安否確認

フロイデ健康教室の補助
 買い物、洗濯、お掃除、掃除、お風呂、
 フロイデDAN店舗、調理、菓子、お菓子作り、
 洗濯、お風呂、お掃除、お風呂、お風呂

フロイデサポーターの活動

地域支援の担い手
地域で活躍するフロイデサポーター

健康推進サポーター

- ・体操教室の参加・運営
- ・地域の健康推進役でも活躍

地域認知症サポーター

- ・オレンジカフェの参加・運営
- ・地域の認知症相談役

買い物支援サポーター

- ・買い物支援の担い手
- ・ご自宅までお届け、安否確認

地域見守りサポーター

- ・地域商店も見守り活動参加
- ・地域の安全活動/防犯活動

イベントサポーター

- ・おみやげ祭りやおがわマルシェなど様々なイベントのお手伝い

地域事業所運営サポーター

- ・地域事業所運営での(環境整備など)様々な活動に参加
- ・サポーター入門研修などにも参加

地域見守り協力隊
0295-53-1000

まちづくり活動② 小さな拠点づくり 各地区のサポートセンターの設置

常陸大宮市旧5町村の人口・高齢化率の差



- ・ 病院のある旧大宮町に人口が集中
- ・ 旧大宮町以外の山間部はより高い高齢化率

旧町村ごとに
サポートセンターを設置
地域のサービスの拠点



買物支援の取り組み

買物支援の取り組み

①見守り協力店 & あんしん介護を活用した訪問販売
10回 開催

②職員による買物代行プロジェクト
1回/2週 日曜

③サポーターを活用した買物支援随時対応

パーハイパン屋さん みむらストア おがわサポーター

各地区に拠点をつくることで、顔が見えて連携しやすくなった



2020年 新型コロナウイルス感染症の拡大

同じ市内であっても直接会うことが難しくなり、
もっと小さな範囲で地域を支えていく必要性が出てきた

➔ **小さな小さな拠点づくり**

まちづくり活動③
“小さな小さな拠点”
より小さな地区のニーズに合わせた活動

常陸大宮市日常生活圏域二一ズ調査 令和元年12月9日～令和2年1月20日（コロナ流行前）

健康リスク該当者

	生活機能	運動機能	栄養状態	口腔機能	閉じこもり	認知機能	うつ
南部 市街地	6.9%	12.4%	0.6%	17.7%	14.8%	44.1%	36.6%
北部 山間部	9.7%	13.8%	0.8%	20.3%	28.4%	47.9%	36.4%

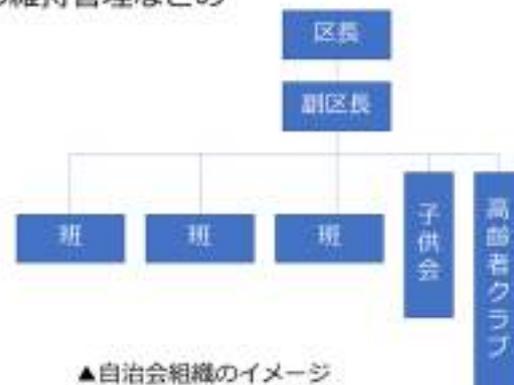
旧町村の範囲では車がないとサポートセンターへ通えない住民が多い
 ➔ 「小さな小さな拠点」=自治会ごと（歩いて行ける範囲）に拠点をつくる

自治会（町内会/常会）について

- 地域住民の地縁に基づいて形成された団体
- 住民相互の連絡、環境整備、集会施設の維持管理などの地域的な共同活動を行う

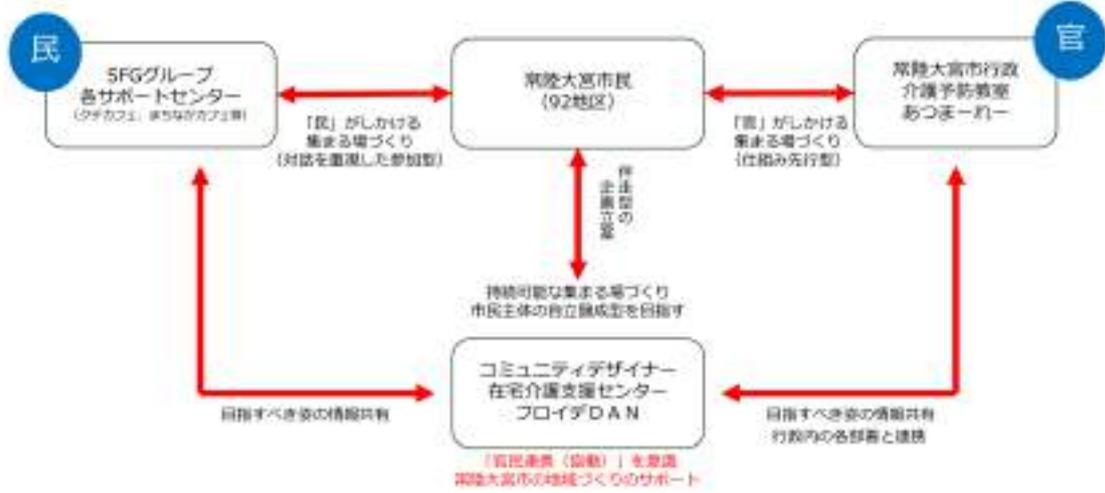
市内には92の自治会が存在

普段から交流している間柄
 コロナ禍でも会うことの抵抗が少ない

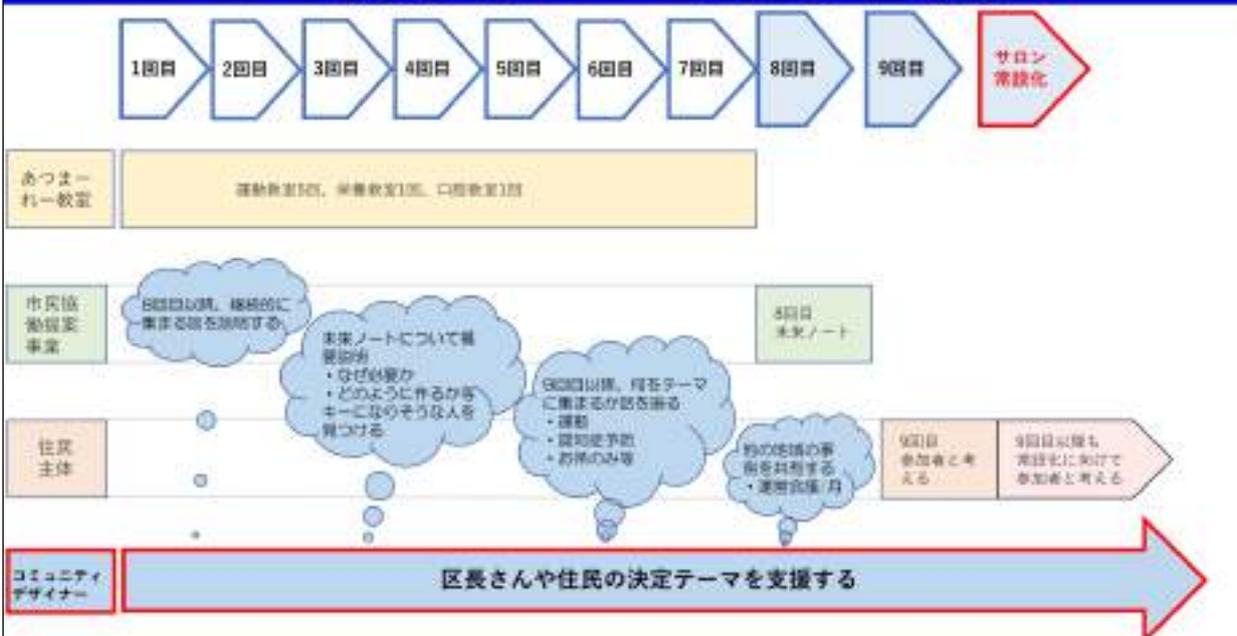


小さな小さな拠点づくりに向けて

住み慣れた地域で暮らしたい、健康で自分らしく暮らしたい、活気ある地域を維持したい
 「官」も「民」も「市民」も共通価値観を軸に活動している状況



サロン常設化に向けたコミュニティデザイナーの役割



常陸大宮市 多様な通いの場

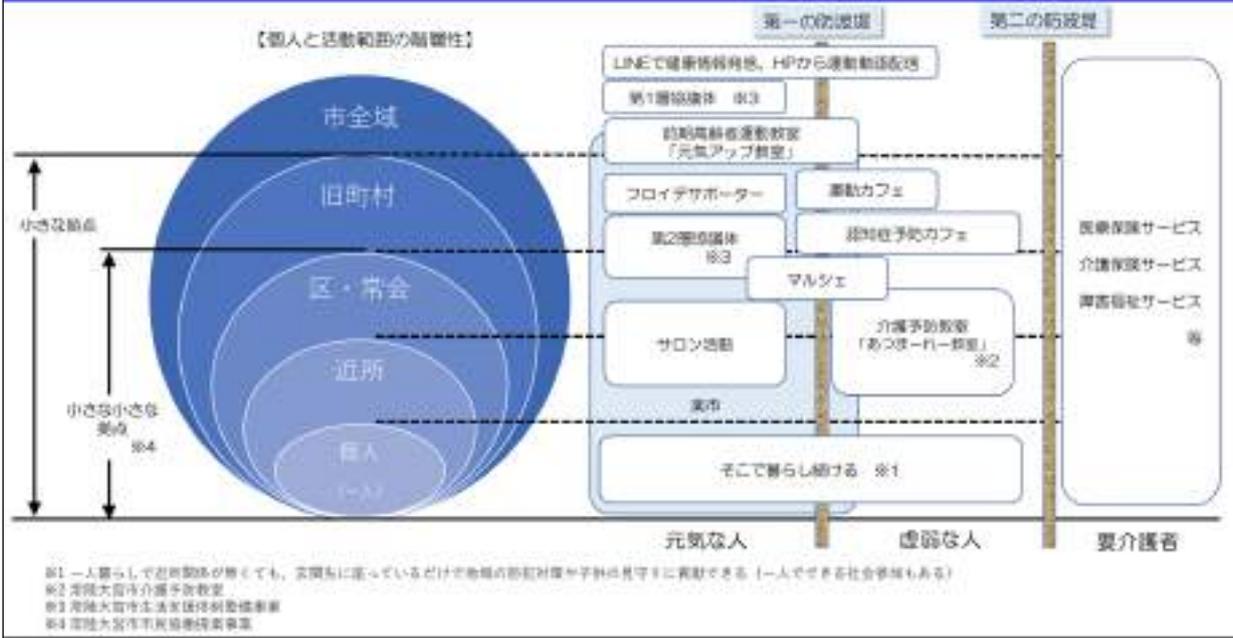
事業	介護予防・日常生活支援総合事業		自主事業	包括的支援事業
	介護予防・生活支援サービス事業	一般介護予防事業		生活支援体制整備事業
形態	指定	委託	独自	市・社協主体
目的	自立の促進、重症化予防推進	短期集中型介護予防	住民運営の通いの場づくり	地域課題解決
通いの場	通所型サービスA	あつまーれー	サロン (まちなかサロン・認知症予防カフェ・クデカフェ)	第2層協議体
対象者	要支援者等	一般高齢者	一般高齢者	一般高齢者～要介護者等
サービス提供者	・サポートセンター大宮 ・御前山デイサービス	志村フロイデグループの専門職 (+12ヵ所を委託) ・理学療法士 ・健康運動実践指導者 ・管理栄養士・歯科衛生士	地域住民主体 (フロイデDAN・各サポートセンター支援)	住民同士 (地域包括・在支・各サポートセンター・フロイデDANが参画)
実施内容	・ミニデイサービス ・運動、アクティビティなど	・運動教室 ・栄養教室 ・口腔教室	・体操・運動等の活動 ・趣味活動を通じた日中の居場所づくり ・交流会・サロン等	・課題解決のための場作り ・ネットワーク化
利用者負担	利用者負担1割(2割、3割)	利用者負担はなし	サービス提供主体が設定(参加費・会費)	サービス提供主体が設定(参加費・会費)

小地域カフェプロジェクト 大宮北西エリア

クデカフェ活動
 地域支援の拠点としての機能
 御前山・SC城川・SC美和・SC山内

目的 : 身近での支援活動・多世代間交流・コミュニティづくり
対象 : 高齢化率40%以上の旧町村区単位の地域住民
内容 : 様々な方法での健康支援・認知症支援・活性化プロジェクト
 運営には地域サポーターに積極的に協力していただく
効果 : 地域コミュニティや地域サポーター・支援体制の確立
 SFGグループの広報、地域での支援者理解者協力者の拡大

元気なうちから社会との接点（社会参加）をつくる



小さな地域への介入 成功のコツ

- ・第二層協議体（地区の集まり）にグループ職員が参加

顔が見える関係性づくり

- ・ほかの地区での活動を聞いた住民からの相談

口コミが強力な情報源

- ・地域住民の困りごとを聞き取り、できることを提案

住民のニーズに合わせた企画・サービスの提供

総合診療医として考えるこれから

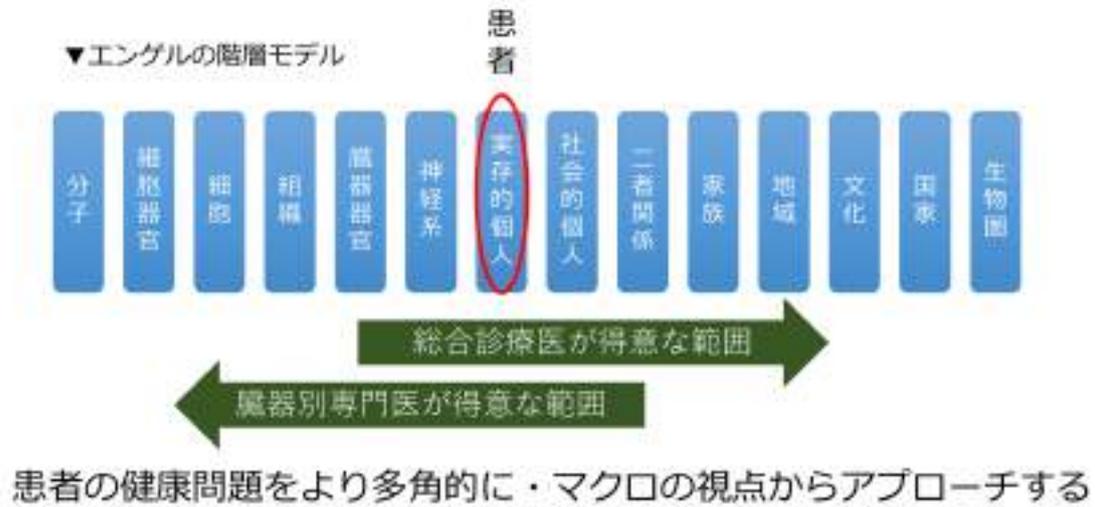
まちづくりと総合診療医の親和性

総合診療医の7つの資質・能力

1. 包括的統合アプローチ
2. 一般的な健康問題に対する診療能力
3. 患者中心の医療・ケア
4. 連携重視のマネジメント
- 5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ**
6. 公益に資する職業規範
7. 多様な診療の場に対応する能力

「場」を、まるごと、
ずっと診る

臓器別専門医と総合診療医の違い



まちづくり×地域医療

- 住んでいるだけで健康になれるまち
- 医療・介護の情報にアクセスしやすいまち
- 病気を抱えていても自分らしくいられるまち
- 自分のもしもの話を安心して話せるまち

多様な職種・多様な視点が必要

地方だからこそその地域再生への熱量と一体感、顔が見える距離感

まとめ

- 常陸大宮市では、民間病院の有志が中心となり、病院を中心としたまちづくりから、より小さな拠点づくりへと段階的に、お互いに顔の見える関係を重視した、地域住民のニーズに合わせたまちづくりが行われてきた。
- 総合診療医は、多職種と連携してまちづくりに関わることで、より多くの人を笑顔にできる可能性を秘めている。



シンポジウム

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

【趣旨】

団塊の世代が全て後期高齢者となる 2025 年まで残すところ 2 年。地域ぐるみの支え合いをめざす「地域包括ケアシステム」構築も、深化が問われる時期になりました。超高齢化や多死時代に備え、地域包括ケアの推進は地域づくりの核となり、かかりつけ医を軸にする在宅医療は、住み慣れた地域で最期までというこの地域包括ケアの中核を担うものです。

一方で、増加する都市部の高齢者にとって、安心して暮らし続けられる住宅とそこへ提供されるサービスの確保は大きな関心事となっています。また、地方にとっても住まいの確保は地方としての課題があります。

そこで、今回のシンポジウムではフォーラムのテーマと同様に『どうなる、どうする在宅医療～近未来の地域づくり～』をテーマとし、高齢者のみならず小児も含め、在宅ケアを必要とする方の生活を支えながら、様々な観点から地域づくりを实践されている方々に登壇いただき、それぞれの地域において、何が起きていて、安心して住み続けられるまちづくりに何が必要なのか、人生に寄り添いながら看取りまで支える質の高い在宅医療の普及推進の話題を軸に、その課題もあぶり出しながら、目指すべき近未来の地域（づくり）について参加者とともに議論し、共有する機会としたいと考えます。

【シンポジスト】

- 大橋 博樹（日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長）
- 沼崎 美津子（在宅看護センター 結の学校 所長）
- 水野 克彦（独立行政法人 都市再生機構 ウェルフェア総合戦略部 部長）
- 中村 順子（NPO 法人ホームホスピス秋田 理事長）
- 七条 裕美（ひろみこどもクリニック 院長）
- 眞鍋 馨（厚生労働省保険局医療課 課長）

【座長】 武田 俊彦（日本在宅ケアアライアンス 副理事長）

Profile たけだ・としひこ

略歴 1959 年生まれ、岩手県出身。1983 年、東京大学法学部卒、厚生省入省。大蔵省主計局、ジェトロ・ニューヨーク事務所、北海道庁への出向などを経て、1999 年に大臣秘書官（丹羽雄哉厚生大臣）。2000 年に医政局企画官。以後、主に医療分野を担当し、医政局経済課長として医薬品・医療機器産業を所管、同政策医療課長として国立高度専門医療研究センターを所管したほか、保険局国民健康保険課長、同総務課長で医療保険制度の企画運営を担当。その後、社会保障担当参事官、総務省出向（消防庁審議官）を経て、官房審議官（医療保険担当）、政策統括官（社会保障担当）、医薬・生活衛生局長、医政局長を歴任し、2018 年退官。2019 年に厚生労働省政策参与、2023 年 9 月に内閣官房健康・医療戦略室政策参与に任命された。現在、内閣官房政策参与のほか、岩手医科大学医学部客員教授、ボストンコンサルティンググループ シニア・アドバイザー、西村あさひ法律事務所顧問、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス副理事長なども務めている。

【座長】 二階堂 孝子（在宅医療助成勇美記念財団 常務理事）

Profile にかいどう・たかこ

略歴 1985 年、茨城大学農学部卒。1986 年、農林水産省入省。主に農山漁村の人づくり、地域づくりの関係分野を担当（2008 年、経営局 普及・女性課 女性・高齢者活動推進室室長）。2014 年、独立行政法人農林水産消費安全技術センター監事。2023 年、退官。現在、昭和女子大学非常勤講師、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団常務理事。

都市部の在宅医療

～効率化では解決できない地域での役割とは？～

【演者】大橋 博樹（日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長）



Profile おおはし・ひろき

略歴 2000年、獨協医科大学卒。武蔵野赤十字病院で初期研修の後、聖マリアンナ医科大学総合診療内科に入局。その後、筑波大学附属病院総合診療科、亀田総合病院家庭医診療科で研修し、2006年4月より川崎市立多摩病院総合診療科医長。2010年4月、多摩ファミリークリニックを開業。東京医科歯科大学臨床教授。聖マリアンナ医科大学臨床教授。

資格・公職等 日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医。日本プライマリ・ケア連合学会副理事長、川崎市医師会理事、日本専門医機構総合診療専門医検討委員会委員、厚生労働省国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会構成員。

第19回在宅医療推進フォーラム シンポジウム

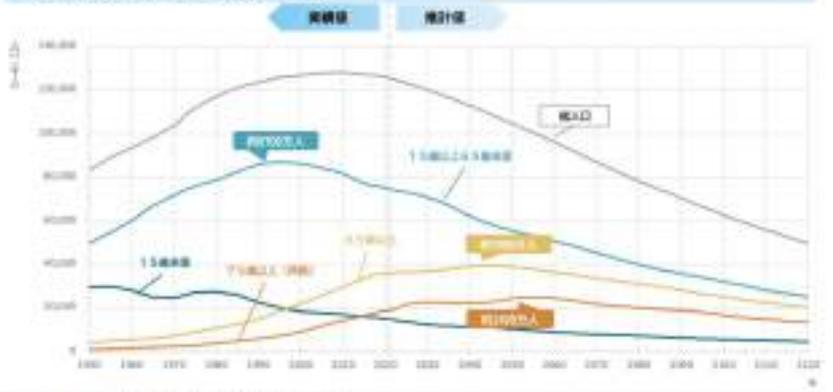
都市部の在宅医療 ～効率化では解決できない地域での役割とは？～

日本プライマリ・ケア連合学会副理事長
医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック院長
大橋 博樹

高齢者人口が増加の一途⇒訪問診療の需要増大が想定される

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 想定世代（生産年齢人口）の減少が速く率、いっせゆる段階の世代が2022年を中心75歳（高齢高齢者）となっていて、
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



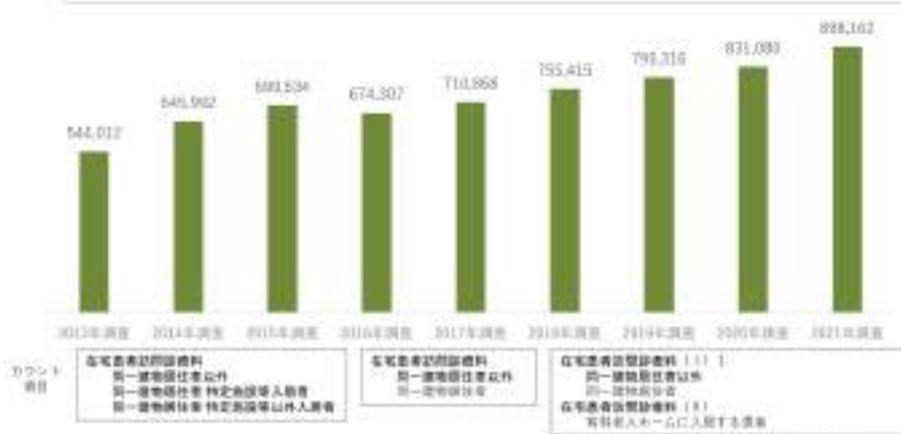
出典：総務省「生産年齢人口の推移（人口動態）」（国勢計の人口動態）
総務省「高齢化率の推移（人口動態）」（国勢計の人口動態）
総務省「高齢者の人口（人口動態）」（国勢計の人口動態）
総務省「高齢者の人口（人口動態）」（国勢計の人口動態）

資料：厚生労働省「在宅医療推進フォーラム」報告書（第19回）、「在宅医療」について（第10頁）

訪問診療の実施件数は増加傾向

- 訪問診療の実施件数は、一時期件数が減少することもあったが、概ね一貫して増加傾向。

在宅患者訪問診療料の実施件数の推移（各年6月調査分）



出典：厚生労働省「在宅医療診療行為の統計より作成」

訪問診療の伸び方は地域によって差がある

都道府県毎の在宅患者訪問診療料の算定状況

- 平成27年と令和2年における一年間の人口1000人あたりの都道府県別の訪問診療料の算定回数及び増加率は以下のとおり（人口は令和3年度人口動態統計を使用）。
- 全ての地域で在宅患者訪問診療料の算定回数が増加しているが、人口あたりで最大3.5倍の差が生じている。

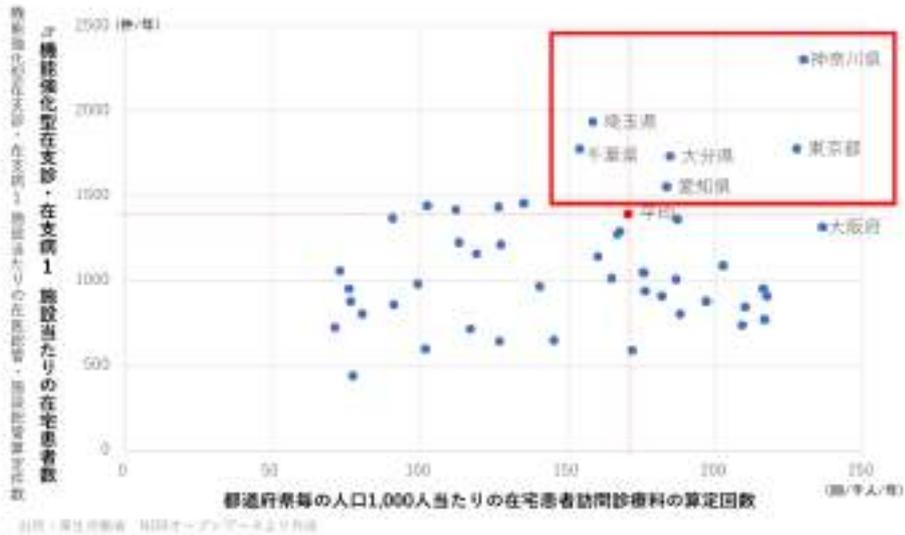


出典：NCRデータベース、厚生労働省「人口動態統計（令和2年）」より

出典：厚生労働省「令和2年度医療報酬改定」および「令和3年度」資料について（参考）

規模の大きな医療機関が在宅医療を提供する地域

- 訪問診療の算定回数が多い地域の中には、機能強化型在支診・在支病1施設当たりの在宅患者数が多い地域がある。このような地域は、規模の大きな医療機関が在宅医療を提供していると考えられる。



規模の大きな医療機関の例

- 規模の大きな医療機関の例として、下記のようなものが考えられる。
 - グループで、医療機関の他、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、施設等を有している法人もある。
 - グループの中ですべてのサービスを完結でき、「ワンストップ」対応できるように見えますが、



ワンストップ＝地域とのつながり（地域包括ケアシステム）が希薄にならないのか？

なぜ、多摩ファミは多摩区のみなのか？

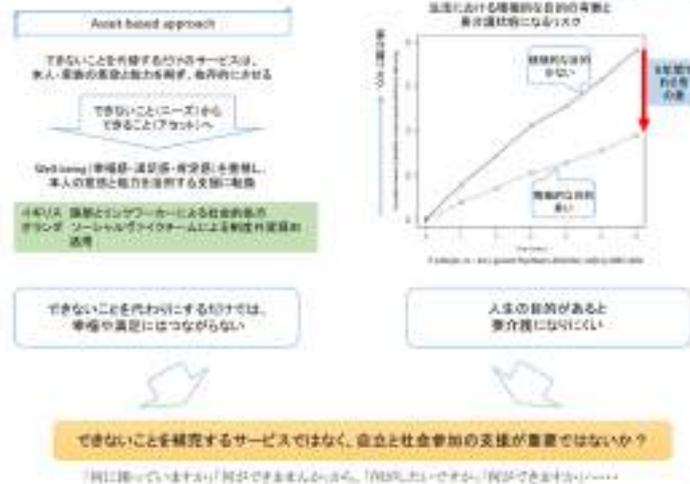
- 多摩区はまだこれから高齢化の波が・・・
現在約20%→2040年30.6%（川崎市推計）
- 多摩区には、地域包括支援センターが7ヶ所、訪問看護ステーションが10ヶ所、ケアマネ事業者が40ヶ所以上
 →その全てと顔の見える関係で連携するのも大変
- 川崎市は南北に長くそれぞれ地域事情が異なる
 南部・・・路上生活者、貧困、工業地域、結核罹患者の増加
 北部・・・東京のベッドタウン、学生の街、農家、大家族も残っている
- **異なる文化（地域包括ケア）に本当に対応できるのか???**
- **診療圏を拡げることで地域包括ケアから離れていくことは本末転倒**

→ここだけはこだわりたい！！

行政との協力も重要（川崎市での取り組み）

取組の視点① 本人の意欲と能力を重視

資料4





コロナ対策でも・・・



問題は自宅療養患者の健康管理や搬送調整ではなかった

- ①陽性判明
 - ②療養方法調整
 家族が要介護者等の場合、宿泊療養が困難
 家族内に患者がいる場合、介護サービスが停止
 - ③健康観察
 自宅療養中に、家族介護の不調が発生
 →家族介護へのサポートが必要
 - ④入院調整（悪化時）
 介護者が入院してしまうと、要介護者等が取り残される
 →入院と介護サービスの同時調整が必要
- <当初の想定>
- ・陽性判明の時点で速やかに入院調整
 - ・要介護者が取り残される場合は、県の短期入所協力施設等で対応するか、介護サービスの継続を調整
- <現状>
- ・症状悪化時に入院調整することとなり、逼迫した状況で入院が決まるため、家族介護の調整未了ケースが発生（県の短期入所協力施設等では受け入れ出来ない事例も）
 - ・濃厚接触者・療養終了者に対する介護サービス提供控えにより、在宅介護の調整自体も困難



コロナ自宅療養の問題点は2つの視点が必要

- ①陽性患者本人の健康観察とフォローアップ、急変時の入院調整
- ②陽性患者の同居家族に要介護者や障害者等が存在し、介護者である陽性患者が入院等により、必要な介護を受けることができなくなった場合の緊急介護サービス提供



なぜそのようなことが起きるのか？

- 急変者を早期に発見するだけであれば、医療の視点のみ
- 介護・福祉の観点も入るのであれば、そこは地域包括ケアの力が試される
- 地域包括ケアの実施主体は市町村単位
- 保健所は県の管轄（保健所設置市を除く）
→保健所の情報が基礎自治体にスムーズに共有されるのが鍵！
- 平時の地域包括ケアがうまくいっている地域は、災害時（感染症流行時）もうまくいく

これからのあり方は？

- 増え続ける在宅医療へのニーズに対して、効率化の視点は重要
- しかし、地域で支えるためには、様々な連携の視点を持たなくてはならない
→多職種連携から多事業所連携へ
- 行政や非医療・福祉事業者との協力も重要
- 平時の連携が、非常時に真価を表す

看多機を中心に全世代を地域で支える取り組み

【演者】 沼崎 美津子（在宅看護センター 結の学校 所長）



Profile ぬまさき・みつこ

略歴 1979年、福島県立総合衛生学院看護学科卒。日本財団在宅看護センター起業家育成事業研修一期生。同年4月、福島赤十字病院。1994年11月、福島県看護協会しゃくなげ訪問看護ステーション。2003年10月、一般財団法人脳神経疾患研究所南東北福島病院看護部長。2016年4月、一般財団法人脳神経疾患研究所「看護小規模多機能型居宅介護事業所在宅看護センター結の学校」「南東北福島訪問看護ステーション結」所長。2017年8月、基準該当サービス事業（短期入所・生活介護・放課後デイ・児童発達支援）。2018年4月、居宅介護支援事業「在宅プランセンター結」。2020年5月、日中一時支援事業委託。2021年5月、特定相談支援事業所「結芽（ゆめ）」事業統括所長。

資格・公職等 看護師、介護支援専門員、障がい者相談支援専門員、医療的ケア児等コーディネーター。福島市障がい者地域生活支援協議会専門部会子ども部会副部長、福島市介護認定審査会委員、令和元年度厚生労働省老人保健健康増進事業「看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者に求められる実践的管理手法の開発と研修に関する事業」委員、令和2年度厚生労働省老人保健健康増進事業「退院後の円滑な介護サービス利用のための介護事業所と医療機関の連携強化事業」委員、令和3年度全国訪問看護事業協会「訪問看護における報酬改定要望に関するプロジェクト」委員、令和4年度厚生労働省老人保健健康推進事業「看多機におけるケアの提供体制強化に関する検討委員会」委員、医道審議会委員（看護師等確保基本指針部会 看護師特定行為部会）。

主な著書等 『訪問看護が支える「在宅ターミナルケア」』（全国訪問看護事業協会、共著）、ほか。

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

看多機を中心に全世代を地域で支える取り組み



- 一般財団法人 脳神経疾患研究所
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所
在宅看護センター結の学校
- 南東北福島訪問看護ステーション結
- 在宅プランセンター結
- 特定相談支援事業所結芽

所長（事業統括）沼崎美津子

日本財団在宅看護センター起業事業育成事業！期生

事業所の位置



もとは、地元でも「美味しい」と言われていたブドウ畑



約300坪を農地転用

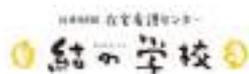


看多機 + 訪看 = 一体化の意義



・・在宅看護センター結の学校の使命・・

病院だけでもない！施設だけでもない！“結の学校”はもうひとつのご自宅
(保健師・看護師・介護福祉士・作業療法士・管理栄養士・事務職がタスクシェア)



ぷらっと立ち寄り
きちんと安心の
「たまり場」



クリスマス会 - 音楽療法



ALS利用者宅への訪問看護



医療的ケア児の預かり



学級の行事 - 基園通



地域住民主体のサロン - セラバンド



医ケア児の親同士の交流と情報交換



看多機利用者へのケア

当事業所の災害への取り組み

- あらゆる災害時の利用者の避難場所
 - 医療ニーズの高い在宅療養者の避難場所
 - 医療的ケア児の避難場所
 - 帰宅困難スタッフの居場所
- +
- 地域包括、保健センター、市役所、医療施設と連携
 - 運営推進会議で平時から地域住民と情報共有
 - 地域住民の健康増進活動
 - あらゆる健康問題の相談
 - 防災と連携し避難訓練

福祉避難所

水害ハザード・土砂災害ハザードを避け地盤の強い場所に建設

感染症ゾーニング室に改築（普段は多目的室）

2022.6 増築オープンで更なる地域貢献



訪問+看護ステーション+看多機の活用=多様かつ有用

駿の学校

看多機運営の課題

- 利用者の状態像に合わせたケアマネジメントとスタッフ配置調整（医療減算・急速泊り等）。
- 医療ニーズの高い利用者を受け入れるためのジェネラリスト、スペシャリスト看護職・その他専門職配置整備の財源（PT・OT・ST・管理栄養士の施設基準がない）。
- 介護職員が、医療ニーズの高い利用者受入れに対応できる資質が必要。
- 重症度が高い利用者の個別送迎に対するストレス。
- 障がい児～高齢者の受け入れ看多機モデルが少ないため、制度・法律の壁に悩む。
- 行政・医療機関・福祉事業所との調整に時間がかかる（他自治体の受け入れの越境申請等）。
- 有料老人ホームに訪問看護ステーションを併設し、医療ニーズの高い利用者を受け入れる施設が近隣に開設（ナーシングホームと隣っているため医療機関の退院調整役には魅力的）。

駿の学校

地域看護の役割と課題

- どんな場面でも、地域の中で、「その人がいつもの暮らしを最期まで安心して生きられること」への支援を行う。
- 疾患や障がいを持った方々も生活者であるということを踏まえ、日常生活の視点から専門的に関わる。
- 地域住民（ケアする人々）の健康の質低下を予防する啓発を行なう。
- 入退院支援や退院調整機能を、医師・看護師・介護職・多職種（異職種含む）と連携を取りながら地域社会を、産まれる前～AYA世代～高齢者～グリーフケアまで一緒に支える仕組みを作っていく。

地域包括ケアと共生社会の構築に積極的関与

介護予防～終老生活
まで
プライマリ（ヘルス）
ケアを提供

© 2018 株式会社
81-504

ありがとうございました

福島さくらんぼ いいぞごだぞい



多様な世代が生き生きと暮らし続けられる 住まい・まち “ミクストコミュニティ” を目指して ～UR 賃貸住宅の地域医療福祉拠点化～

【演者】水野 克彦（独立行政法人 都市再生機構 ウェルフェア総合戦略部 部長）



Profile みずの・かつひこ

略歴 1991年3月、北海道大学大学院工学研究科情報工学専攻修了。同年4月、住宅・都市整備公団入社（現：都市再生機構）、港北ニュータウン、千葉ニュータウン、多摩ニュータウン、みなとみらい21などの開発計画等を担当。2009年より、UR賃貸住宅団地の活性化、ウェルフェア等の業務を担当（東京、神奈川、埼玉エリアを担当）。2021年4月、本社ウェルフェア総合戦略部部長。現在に至る。

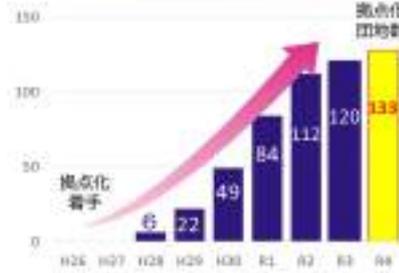
資格・公職等 技術士（建設部門・都市および地方計画）、福祉住環境コーディネーター2級。

2 地域医療福祉拠点化

URは少子高齢化への対応や地域包括ケアシステムの構築に資することを目的に、平成26（2014）年度より「**地域医療福祉拠点化**」を推進

地域関係者と連携・協力し、豊かな屋外空間を備え、多くの方々が住まう団地を“地域の資源”として活用し、地域に必要な住宅・施設・サービスの整備を推進

団地を含む地域一体で、“多様な世代が生き生きと暮らし続けられる住まい・まち”『ミクストコミュニティ』の実現を目指します。



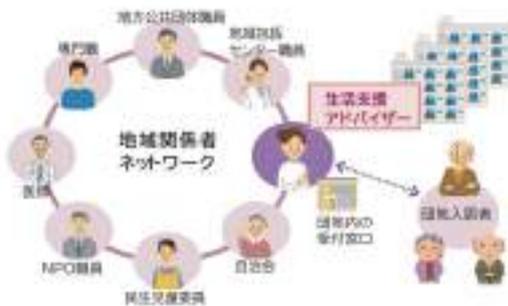
目標
2030年度（R12）までに
250団地程度を拠点化

新たな住生活基本計画（R1.3.19閣議決定）において、団地規模にかかわらず拠点化団地数を成長指標として位置付け

2 地域医療福祉拠点化の主な内容（ソフト）

■生活支援アドバイザー

- ▶地域医療福祉拠点化団地を中心に、生活支援アドバイザーを配置
- ▶高齢者の見守りや生活相談等を行い、日頃から**高齢者と地域関係者とのつなぎ**を支援



2 地域医療福祉拠点化の主な内容（ハード）



■健康寿命サポート住宅

高齢者の方が安全に住み続けられるように多様な住環境のニーズに応え、移動に伴う転倒の防止等に配慮した改修を行った住宅

主な整備の概要

浴室ヒーターの設置

玄関	トイレ	浴室
<ul style="list-style-type: none"> ■来訪者を確認できて安心！ モニター付きインターホン ■荷物を持っていても安心！ ゆっくり開まるドア ■いつでも明るく安心！ 人感センサー付き照明 	<ul style="list-style-type: none"> ■ドアを開けやすく 設置も少なく！ ・レバーハンドル ・段差解消 ・多機能便座 	<ul style="list-style-type: none"> ■足元から暖かく 寒い季節も安心！ ・浴室ヒーター ・またぎ高さを抑えた浴槽 ・冷たさを軽減した床

2 多様な世代が安心して住み続けられる環境整備



■医療・福祉事業者等との連携

- 医療・福祉事業者等と連携し、安全・安心・健康等をテーマにしたイベントを開催
- 外出や交流機会を創出し、**コミュニティの活性化や健康寿命の延伸等を図る**

幼児安全法講習

認知症予防講座

防災セミナー

健康支援講習会

3 地域医療福祉拠点化事例【柏豊四季台（千葉県柏市）】



「高齢社会の安心で豊かな暮らし方・まちのあり方」を柏市・東大・URで議論・実践
 ▶柏地域医療連携センターとサービス付き高齢者向け住宅を平成26年に開設し、**24時間対応の地域包括ケアシステムを構築**に着手
 ▶**高齢者と子育て世帯の融合するまちづくり**のための在宅医療・福祉施設導入と子育て支援施設の拡充、住民の交流の場となる地域拠点ゾーンの整備を実施

屋外環境（豊四季台公園他）

子育て支援施設の拡充

4 認定こども園【くるみこども園】
～H26.4開園～

5 マックスはらコミュニティ 東武入居者の向け

5 コミュニティ食堂+スポーツジム
【わかや食堂/タンロップスポーツ】
～H25.3開業～

施設開設とシステムづくり

1 特別養護老人ホーム【こひつし編】
～H23.10開業～

2 地域医療連携センター【三好会建設の再構築】
～H25.4開業～

3 簡易型サザナシ【新学研ココファン】
～H26.5開業～

3 地域医療福祉拠点化事例【サンヴァリエ平塚（神奈川県平塚市）】



・UR団地及び周辺地域における地域医療福祉拠点整備モデル地区事業を**地域再生計画に位置付け**
 ・団地の一部を縮小し、その敷地に地域に必要な福祉・医療等施設を誘致

多世代交流スペース
商業・生活利便・サービス施設

福祉施設
地域定着型介護老人福祉施設、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、地域交流スペース

医療施設
外来診療、慢性期再発、介護老人保健施設、訪問看護ステーション

【センター街区】
理容室・美容室・接骨院
地域包括支援センター・居宅介護支援センター
デイサービスセンター・児童発達支援事業
放課後等デイサービス・町内福祉村

0 100 200m

OBACHIBENT F CORPORATION(PL21081)

■ 建築エリア
■ 事業エリア

ホームホスピスからの報告

【演者】中村 順子 (NPO 法人ホームホスピス秋田 理事長)



Profile なかむら・よりこ

略歴 1956年8月、秋田県生まれ。1979年、聖路加看護大学卒。看護師・保健師資格取得。聖路加国際病院内科病棟勤務。1985年より世田谷区衛生部にて訪問看護を始める。1997年、世田谷区立芦花ホーム（特別養護老人ホーム）に看護師として勤務。2002年、日本訪問看護財団の財団立訪問看護ステーション（あすかやま訪問看護ステーション）にて訪問看護師として勤務。2003年、日本訪問看護振興財団立おもて参道ケアプランセンター所長、専任ケアマネジャー。2007年10月、日本赤十字秋田短期大学准教授。2008年3月、聖路加看護大学大学院博士前期過程終了（看護学修士）。2011年3月、青森県立保健大学大学院博士後期過程修了（健康科学博士）。2011年4月、日本赤十字秋田看護大学・同大学院准教授。2013年4月、国立大学法人秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域生活支援看護学講座教授。2014年10月、秋田大学大学院医学系研究科附属地域包括ケア・介護予防研修センター長（兼任）。2022年4月、NPO 法人ホームホスピス秋田理事長・ホームホスピス秋田訪問看護ステーション所長。2015年6月、ホームホスピスくらの家手形山を開設。2021年5月、ホームホスピスくらの家土崎港を開設。2019年、ホームホスピス秋田訪問看護ステーションを開設。2020年10月、日本版 CCRC 構想の一環としてクロッセ秋田2階に「暮らしの保健室」を開設。

主な著書等 『ケアの心 看護の力』（秋田魁新報社）、『スタッフを「活かし・育てる」訪問看護管理者の関わり』（日本看護協会出版会）、『家族看護を基盤とした地域在宅看護論』（日本看護協会出版会、編集）、『患者の目線 医療関係者が患者・家族になってわかったこと』（医学書院、共著）、『地域・在宅看護実習ハンドブック』（中央法規出版、共著）、『訪問看護ステーションの顧客管理と人材管理・育成』（日本看護協会出版会、共著）

ホームホスピスからの報告

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

NPO法人ホームホスピス秋田
中村 順子



※この図は地域医療推進フォーラムセッション資料



秋田県・堂々の高齢化率39.3% (2023.7)



秋田県 (2022)
人口減少率1位! (自然減13000+社会減)

出生率47位! (出生数3,992人)



がん死亡率1位!

自殺率1位!



25市町村中5市町村は
50%超え



秋田市 (中核市)
人口約30万人
高齢化率32.6 % (2023)
在宅専門クリニックあり (1か所)
訪問看護ステーション30か所

※この図は地域医療推進フォーラムセッション資料



手形山

ホームホスピスくらの家手形山（2015～）・土崎港（2020～）
 ホームホスピスとは民家を利用した地域に根差す共暮らしの家
 利用者6～7名にヘルパー7名と調理員
 個別ケアプランに応じて居宅サービスの利用（ヘルパーは常時滞在）
 医療は在宅医療で 8年間で24名を看取ってきた



町内会にも所属
 清掃活動参加し
 ています

家族会もあります



土崎港
 実は新築



ホームホスピス運営上の課題



- 訪問介護収入が安定しない・要介護度が低く多様なサービスが必要な入居者からはあまり訪問介護料金がいただけない（区分限度額の6割程度は訪問介護でいただきたいが）→障害者手帳を持っている方は障害サービスも使う、などで対応
- 介護員が常に欠員→応募してくる人の動機（少ないから楽そう）にも課題が、一方でやりがいを感じ長く働く意欲を示す方も
- 入居待機者がいることもあれば3ヶ月以上希望者がいないことも→経営に大きく影響
- “ホームホスピスのケア”が提供できているか、というそもそもの課題が常に
- 看護介護連携の課題は常に、いまだにリフレクションの日々
- 幸い秋田市からのプレッシャーはなし（行政に理解されないホームホスピスも）、家賃補助など支援もないけど

東北福祉大学地域福祉学研究所

看取りまでのとも暮らし 感じてきた在宅医療の課題



- 在宅医だと思っていたのに・・・92歳の療養者に「検査しなければ治療はできないんだから検査入院して」・・・検査しないまま病院で亡くなっちゃった
- 「在宅だと検査はしないから」・・・ほんと？血液検査位してほしい時もあるのに・・・治し支えるって？
- 専門外の療養者の対応は？診診連携がもっと充実するとよいのに（神経難病、糖尿病などは特に）
- もっともっとフラットなコミュニケーションを取りたい、医師によってまだまだハードルが高い

東北福祉大学地域福祉学研究所

治し支える地域完結型医療 の課題に広げれば



- 暮らしを見ずに治療の提案（実行？）をする病院医師の依然として多いこと
- 要支援の医療依存度の高い方（がんの方、HOTの方など）の訪問看護が介護保険ではつらい、生活支援重視の区分限度支給額ならいっそ訪問看護は医療保険にしてほしい
- 在宅医や開業医（かかりつけ医）とのW主治医制をもっと取れないか・・・などなど色々

香川県立中央病院地域医療推進センター（HHA）

ご清聴ありがとうございました

HHA

香川県立中央病院地域医療推進センター（HHA）

3 地域医療福祉拠点化事例【左近山団地（横浜市旭区）】



- ・住民主体のNPO法人が立ち上がり、団地内施設を活用して地域活性化を推進。
- ・横浜市旭区、横浜国立大学及びURが連携協定を結び、大学生の団地居住を促進しながら、住民主体のNPOと連携しつつ地域活性化に取り組んでいる

地域との連携体制

横浜市、UR等も参画する地域連携体制「左近山地区地域支えあいネットワーク」に参加する各種団体が協力しNPO法人を設立。



※NPO法人オールさんやま（025.5設立）
左近山地域の支えあい連絡会（左近山地区地域支えあいネットワークの前身組織）のメンバーを中心に立ち上げ。

ほっとさこんやま（地域交流・コミュニティ活動拠点）

UR賃貸施設をNPO法人オールさんやまが、1階をコミュニティレストラン、2階はオープンスペースとして運営。



横浜国立大学大学生の活動

学生が団地に居住し、「ほっとさこんやま」の運営支援、商店街と共同でのイベント等を実施。
コロナ禍でも地域関係者と定例会を開催するなど、地域づくり活動を実施。



3 地域医療福祉拠点化の取り組み【連携の取り組み】



事業者や地域関係者等と連携し、これまでの、そして新しい地域の関係づくりを進める

水草団地（愛知県名古屋市）

子どもの夏休みの居場所づくり：集会所を開放し、日本赤十字社学生ボランティアが、学習サポートや遊びを通して交流



○ 日本赤十字社とは令和4年12月に連携協定締結

花畑団地（東京都足立区）

地域関係者（大学、自治会、花畑支え合いプロジェクト、行政等）が協力し、地域全体の防災意識の向上と住民の交流を図り、防災キャンプの実施や、地区防災計画を策定



地域で育てる医療的ケア児 ～小児診療所の取り組みとして～

【演者】 七条 裕美 (ひろみこどもクリニック 院長)



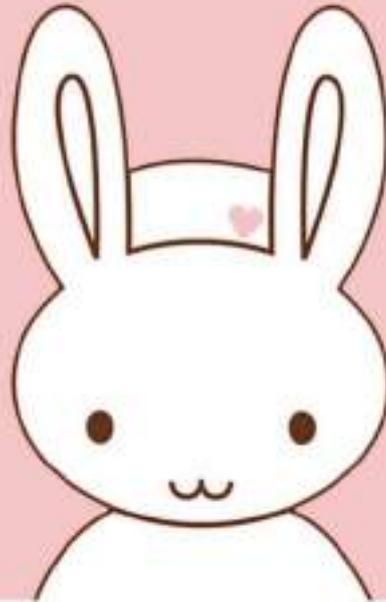
Profile しちじょう・ひろみ

略歴 1984年、東京慈恵会医科大学卒業。小児血液学専攻。同大学附属病院、都立清瀬小児病院、国立市内の小児科診療所を経て、2000年より「ひろみこどもクリニック」院長。日常診療を行いつつ、4つの市内保育園の園医、小学校校医、保健センター健診業務、小児総合医療センター連携指導医を兼務している。

地域で育てる医療的ケア児 - 小児科診療所の取り組みとして -

“暑い、寒い、雨降ってる…それでも行ける、自転車の距離”

ひろみこどもクリニック
院長 七条 裕美



国立市の紹介

位置



国立市は、東京都の中央部にあって、東は府中市、西は立川市、南は国分寺市、北は多摩川を隔んで日野市と接しています。
東横線国立駅より徒歩7分、有楽線国立駅より徒歩4分、徒歩74メートル（国立は、市役所の位置）

地勢



土地は、地形上、北部の立川緑丘から南に向かって急激に低く、水田地域の多岐にわたります。
面積は、8,776平方メートル、東西2.5キロメートル、南北3.7キロメートルと幅が広がっています。

人口と世帯

75,992人*

39,313世帯*

*平成25年10月1日現在

医療的ケア児を担当するまで



医療的ケア児のいろいろ

- 当クリニックの3人の医療的ケア児たち -

Aちゃん (9才)	Bちゃん (5才)	Cちゃん (3才)
重症心身障がい児 知的障害 痙攣たきり	摂食・嚥下障害 排気排便障害 知的障害はなし 歩行できる・話せる	慢性心不全 発育障害 知的発達障害 歩行できる 突然死の可能性
気管切開 呼吸器 胃ろう	胃チューブ	胃チューブ
複雑なケア 吸引 経管栄養	経管栄養	経管栄養
		

当クリニックの 医療的ケア児 を支える取り組み



地域のネットワークの協力で…

- 行くぞ！学校・保育園！ -

Aちゃん (9才)	Bちゃん (5才)	Cちゃん (3才)
<p>副都交遊制度を利用し 学区の公立小学校に時々通学</p>	<p>市立保育園に在籍し毎日通園 父親は会社員 母親は国家資格を生かして 医療機関勤務</p>	<p>私立保育園に在籍し 体調を見ながら通園 姉と妹も同じ保育園に 通園している 父親は会社員 母親は国家資格を生かして 職増夜勤</p>
 	 	 

小児科診療所の 課題

時間



24時間、365日の
対応は不可能
一般診療との兼ね合い
時間差出の厳しさ
他職種との会議や
連携での時間拘束

知識



医療的ケア児との関わり方の
具体的なやり方が見えない
他職種との連携の
経験が少ない状態

人間関係



随行者講師の有無
基幹病院との関係性
訴訟のリスク

対価



適切な対価が得られるのか？
経済的な報酬が
充分とは言えない現状

小児科診療所の 提案

時間



他職種との連携
会議の効率化
遠隔の医師による
医療チームの設立

知識



シミュレーション教育の活用
経験のある小児科医への
相談システム

人間関係



随行者講師の
確保、応酬体制
基幹病院との
ホットライン

対価



小児在宅と医療的ケア児への
診療報酬の検討
医療的ケア児を受け入れている
保育園・幼稚園・学校に対する
補助金の増額

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

(行政の立場から)

【演者】 眞鍋 馨 (厚生労働省保険局医療課 課長)



Profile まなべ・かおる

略歴 1995年、東北大学医学部卒、厚生省（当時）入省。1999年、厚生省介護保険制度施行準備室介護報酬係長。2002年、ロンドン大学留学。2005年、厚生労働省保険局医療課課長補佐。2009年、厚生労働省大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官。2012年、長野県健康福祉部長。2015年、厚生労働省保険局医療課企画官。2017年、文部科学省高等教育局医学教育課企画官。2018年、厚生労働省老健局老人保健課長。2021年、国立保健医療科学院企画調整主幹。2022年、厚生労働省健康局予防接種対策推進官。2022年、厚生労働省保険局医療課長。この間、ほかに臓器移植対策室、環境省石綿健康被害対策室等に勤務。

1

 **厚生労働省** かろくしろうどせいのせい
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和5年11月23日

第19回在宅医療推進フォーラム

シンポジウム
どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域作り～

謝辞に申告すべきCOIはありません

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. **令和4年度診療報酬改定**
2. **令和6年度診療報酬改定に向けた検討状況**
3. **改定の方向性（私見）**


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

シンポジウム

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域作り～

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改革に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的な方向性

<p>〔1〕 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】</p> <p>【具体的な方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応 ○ 医療計画の見直しと並行に診療報酬等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 ○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の提供 ○ 外来医療の機能分化等 ○ かかりつけ医、かかりつけ医科、かかりつけ診療所の機能の明確化 ○ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ○ 地域包括ケアシステムの発展のための取組 	<p>〔3〕 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現【具体的な方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安全利用の確保 ○ 医療におけるITの活用等、デジタル化への対応 ○ アウトカムにも着目した評価の推進 ○ 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの質的な評価 ○ 口腔疾患の慢性化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ○ 高齢の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対面中心から対人中心への転換の推進、調剤業務業務の評価
<p>〔2〕 安心・安全で質の高い医療の実現のための医療等の働き方改革等の推進【重点課題】</p> <p>【具体的な方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療現場における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの導入に関する取組の推進 ○ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進 ○ 業務の効率化に資するICTの活用等の推進、その他長時間労働などの厳しい労働環境の改善に向けた取組の推進 ○ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な感染症医療体制の確保 ○ 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、医療の現場で働く方々の収入の引上げ等に資する必要があることについて検討することともに、負担軽減に関する取組を推進 	<p>〔4〕 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上【具体的な方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品やバイオ医薬品の使用促進 ○ 費用対効果評価制度の活用 ○ 市場実勢価格を踏まえ適正な評価等 ○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） ○ 先端医療の機能分化等（再掲） ○ 慢性化予防の取組の推進 ○ 医師・薬剤師等と薬局業務間の役割の明確化による医薬品の適正使用等の推進 ○ 効率性に応じた業務の再編の推進

令和4年度診療報酬改定 1-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

○ **新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態や医療の内容に着目し、それらに合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。**



入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

〇 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算において求めている医療機関連携や回復期リハビリ病棟の対象病態の拡大、外来在宅共同診療科新設、機能強化型在宅病の施設基準への地ケア病棟組み込み等の新たな連携強化の取組も適用し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。



1. 令和4年度診療報酬改定
2. 令和6年度診療報酬改定に向けた検討状況
3. 改定の方向性（私見）

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

（令和5年10月4日 中央社会保険医療協議会 総-2 在宅（その2）より抜粋）

○ 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 今後見込まれる在宅療養の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置づけ、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の在宅時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に携る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診療と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確化する。

在宅医療の提供体制



- 国は、一部高齢者に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の算定等を提供する。都道府県は、国から算定を受けたデータを確認し、在宅介護の個別体制を整えながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に資する機能として救急病院や地方大学を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各職種間での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定したマニュアルや事業等を活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を進める。

在宅医療における各職種の関わり

- 医師の関与について、遠隔に向けた診療機関との共同診療、ケースマネジメントの機能や役割に着目した診療や、手術などの連携、救急時対応について取組を進める。
- 訪問診療や在宅療養支援診療所を有する訪問診療機関との連携や訪問診療連携の役割を定めるとともに、訪問看護士との機能・役割や訪問診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やケースマネジメントへの参画の観点から、在宅医療に携る薬剤師の専門性向上を図り、薬剤や処方箋の提供、小児在宅、24時間対応が可能な薬剤の提供を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が自宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の対応に合わせた業務管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅ケア・ステーション等の連携も含めた訪問療養推進体制の構築が重要であり、その機能・役割について明確化する。

令和6年度診療報酬改定に向けた検討の進め方について①

(令和5年1月18日中医協)

1. 背景

令和6年度の診療報酬改定に向けては、下記の人口動態や社会情勢の変化や医療提供体制改革等を踏まえ、検討を進めることとしてはどうか。

- 令和6年度の診療報酬改定は、ポスト2025年も見据えた介護報酬及び障害福祉サービス等報酬との同時改定であること
- 2025年に向けて地域医療構想の取組を進めるとともに、さらに医療介護総合確保促進会議で「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」がとりまとめられること
- 感染症法・医療法改正により新たに追加された「新興感染症への対応」を含む5疾病6事業等の見直しを行う第8次医療計画が令和6年度から開始になること
- 医師の働き方改革として2024年4月に労働時間上限規制等、改正労働基準法および改正医療法が施行すること
- 医療DXの実現に向けて、医療DX推進本部等において議論が進められていること
- 革新的な医薬品や医療ニーズの高い医薬品の日本への早期上市や医薬品の安定的な供給を図る観点から、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」において、流通、薬価制度、産業構造の検証など幅広く議論し、とりまとめが行われること
- プログラム医療機器 (SaMD) の評価体系を検証し、今後のあり方について検討が求められていること¹⁾

令和6年度診療報酬改定に向けた中医協等の検討スケジュール (案)

中医協 総-8 参考1
5 - 1 - 1 8



在宅(その1)

中	医	協	総	-	2
5	.	7	.	1	2

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療について
3. 訪問診療・往診等について
4. 訪問看護について
5. 歯科訪問診療について
6. 訪問薬剤管理について
7. 訪問栄養食事指導について

在宅(その2)

中	医	協	総	-	2
5	.	1	0	.	4

1. 在宅医療の現状等について
2. 患者の特性に応じた訪問診療について
3. 往診について
4. 在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について
5. 在宅における緩和ケアについて
6. 在宅における看取りについて
7. 訪問栄養食事指導について

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の慢性腫瘍等一部の疾患については例外を規定



②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



③指導管理等に対する評価

在宅人工呼吸指導管理料その他の特別な指導管理等に応じた評価

在宅がん医療
総合診療料

※実際の慢性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合は、別途加算の評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は別掲

※上記に加え、検査、処置等の処置費に当たって実施した医療行為等については、特設の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

令和4年度診療報酬改定 1-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-①

在支診・在支病の施設基準（参考）

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考)在宅療養協力支援機関
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受けられる体制の確保 ② 24時間の医師診療体制 ③ 24時間の医師看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 在1泊、看取り等を報告している ※ 適切な救急搬送支援に係る体制を構築していること					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の条件を満たすこと。 (1) 許可後2023年未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内で診療所が存在しないこと (2) 在診を担当する医師は、当該病院の当該診療科を専ら診療とされていること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険診療機関においては2023年未満					○ 許可後2023年未満 ○ 在宅医療を提供する医師等と連携し、24時間連絡を受けられる体制を確保 ○ 連携医療機関との連携により患者の受入を行う診療所が24時間可能な体制を確保（例示を参照） ○ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を連携し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院患者等の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	① 在宅医療を担当する専任の医師3人以上 ② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の在宅診療の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの依頼により患者の受入を行う体制を確保していること及び在宅療養支援診療所等からの依頼により患者の緊急受入を行った実績が過去1年間で31件以上 ・地域包括ケア連携入居料・入居費徴収率1又は3を算出している	③ 在宅医療を担当する専任の医師2人以上 ④ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の在宅診療の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの依頼により患者の受入を行う体制を確保していること及び在宅療養支援診療所等からの依頼により患者の緊急受入を行った実績が過去1年間で21件以上 ・地域包括ケア連携入居料・入居費徴収率1又は3を算出している	⑤ 過去1年間の在宅診療の実績10件以上 ⑥ 過去1年間の在宅診療の実績10件以上 ⑦ 過去1年間の在宅診療の実績10件以上 ⑧ 過去1年間の在宅診療の実績10件以上	⑧ 過去1年間の在宅診療の実績10件以上 ⑨ 過去1年間の在宅診療の実績10件以上 ⑩ 過去1年間の在宅診療の実績10件以上		
	※ 許可が実施する在宅訪問・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、協働において24時間体制での在宅医療の提供に係る体制の確保を行うことが望ましい					

※ 質の高い在宅診療報酬改定における取組

令和5年7月12日開催の中医協における主なご意見

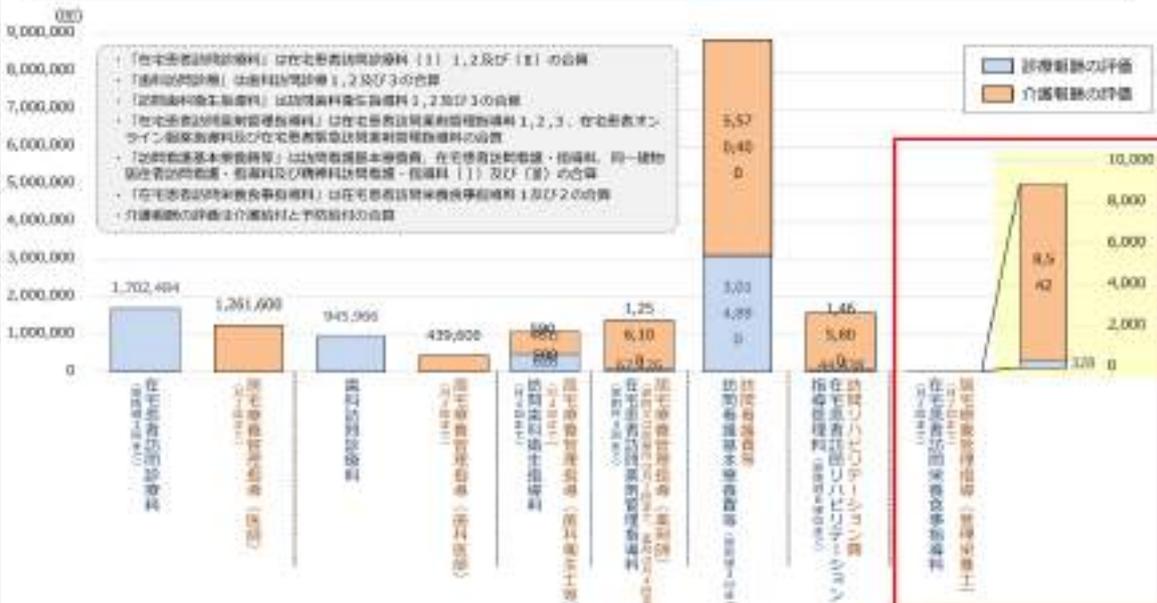
(令和5年10月4日 中央社会保険医療協議会 総-2 在宅(その2)より抜粋)

- 在宅医療の需要は2040年に向けさらに増大することが予想されており、患者が状態や疾患に応じて希望される場所で看取りがなされるよう、診療報酬上も適切な対応を検討していく必要がある。
- 在宅医療提供体制は医師が一人で24時間365日の対応をするのではなく、近隣の診療所や中小病院との連携の下に構築する必要がある。在宅療養移行加算の様な連携の仕組みを普及していくのが喫緊の課題である。
- 緊急往診の提供体制の充実が必要だが、地域連携の下で計画的な訪問診療が行われることを基本としつつ、検討していく必要がある。
- 地域でICTを有効に活用して情報連携を充実させることは今後の需要増加に対応するにあたり不可欠である。
- 患者さんが安心して在宅医療を受けるためには連携の強化や情報共有に加えて、医療の質も確保していく必要がある。
- かかりつけ医が外来に加えて在宅に尽力している医療機関と在宅医療を専門としているような医療機関では効率性が異なることに留意する必要がある。
- 在宅医療の提供体制の地域差については、都市部での規模の大きいクリニックと地方での点在するクリニックでは事情が異なることを留意しなければならない。地方においては医療機関同士で補充しあう形でかかりつけ医機能を推進していく必要がある。
- 往診加算の算定回数が増加傾向であることについて、新型コロナウイルス感染症に関する特例の廃止後の動向を注意深く見ていく必要がある。
- 看取りは死の瞬間までを支えるターミナルケアの充実が重要であり、がんや余がんに関わらず、緩和医療を提供することが必要である。
- 訪問看護ステーションが利用者の医療ニーズや看取り等の支援を行うためには、オンコールや緊急訪問など、24時間対応体制を確保する必要があるが、看護職員の精神的・身体的負担が大きくなっていることを踏まえ、看護職員が働く環境の整備、事業所の体制整備や事業所間の連携等の推進を検討していく必要がある。
- リハビリテーション・栄養・口腔が連携した取組は重要だが、在宅では特に不足している。口腔や栄養のスクリーニングをしてニーズを把握し、近隣の医療機関や老健等とも連携して貴重な人材が地域で活躍できる仕組みの検討が必要である。
- 診療所が栄養ケア・ステーションと連携して訪問栄養食事指導を行うためには、医師の指示箋や契約のハードルを下げる工夫が求められる。

各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較

中医協 総-2
5.7.12

○ 在宅患者訪問栄養食事指導料及び管理栄養士による居宅療養管理指導は、算定回数が少ない。



※各職種が行う在宅医療等に係る診療報酬等の一月あたりの算定回数については、月あたりの算定可能な回数に差があるため単純比較は困難であることに留意。
 ※訪問看護管理指導(医師)及び居宅療養管理指導(薬剤師)は訪問診療又は往診を行った日に限り算定可能なため組み上げていない。
 出典: 社会医療診療行為別統計(令和3年6月審査分)、介護給付費等実態統計(令和3年6月審査分)、訪問看護療養費実態調査(令和3年6月審査分より推計)

- 1. 令和4年度診療報酬改定
- 2. 令和6年度診療報酬改定に向けた検討状況
- 3. 改定の方向性(私見)



関係者略歴（出演順）

住野 耕三（在宅医療助成勇美記念財団 理事長）



Profile すみの・こうぞう

略歴 1985年、株式会社オートバックスセブン入社。2000年、取締役総務部長 兼 人事部総務部管掌。2005年、取締役オフィサー海外事業戦略推進担当。2007年、株式会社オートバックスシステムソリューション代表取締役社長。2011年、パルスター株式会社代表取締役社長。2014年、株式会社オートバックスセブン取締役常務執行役員 商品開発担当。2016年、常勤監査役。2017年、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団理事長（現任）、一般財団法人住野勇財団評議員（現任）。2019年、株式会社オートバックスセブン取締役常勤監査等委員（2023年6月退任）。2021年、公益社団法人日本監査役協会理事（2023年11月退任）。2023年、株式会社 Polite 取締役常勤監査等委員（現任）。

新田 國夫（日本在宅ケアアライアンス 理事長）



Profile にった・くにお

略歴 1967年、早稲田大学第一商学部卒。1979年、帝京大学医学部卒、帝京大学病院 第一外科・救急救命センター勤務。1992年より医療法人社団つくし会理事長。

資格・公職等 医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医。一般社団法人日本在宅ケアアライアンス理事長、全国在宅療養支援医協会会長、日本臨床倫理学会理事長、一般財団法人みらい創造財団朝日のあたる家理事長。

辻 哲夫 (医療経済研究・社会保険福祉協会 理事長／東京大学高齢社会総合研究機構 客員研究員)



Profile つじ・てつお

略歴 1971年、厚生省（当時）入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官（医療保険、健康政策担当）、保険局長、厚生労働事務次官などを経て、2009年、東京大学高齢社会総合研究機構教授に就任。特任教授を経て現在は、同機構客員研究員ほか医療経済研究・社会保険福祉協会理事長、健康生きがい開発財団理事長など。専門分野は、社会保障政策/高齢者ケア政策。

主な著書等 『日本の医療制度改革がめざすもの』（時事通信社）、『地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み』（東京大学高齢社会総合研究機構編、東京大学出版会）、『超高齢社会日本のシナリオ』（監修、時評社）、『地域包括ケアのまちづくり』（東京大学高齢社会総合研究機構編、東京大学出版会）、など。

大島 伸一 (国立長寿医療研究センター 名誉総長)



Profile おおしま・しんいち

略歴 1945年生まれ。1970年、名古屋大学医学部卒業。社会保険中京病院泌尿器科、副院長を経て、1997年、名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授。2002年、名古屋大学医学部附属病院長。2004年、国立長寿医療センター総長。2010年、独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長。2014年より名誉総長。名古屋大学名誉教授。

資格・公職等 介護福祉士国家試験委員会委員長（2008～2011年）、社会保障制度改革国民会議委員（2012～2013年）、医道審議会会長（2013～2019年）、厚生労働省全国在宅医療会議座長（2014～）、一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構理事長（2015～2022年）、日本福祉大学常任理事（2017～）、公益財団法人長寿科学振興財団理事長（2020年～）、公益社団法人日本介護福祉士会認定介護福祉士認証・認定機構機構長(2022年～) など。

主な著書等 『超高齢社会の医療のかたち、国のかたち』（グリーン・プレス）、『老後を生き抜く方法』（宝島社）、『長寿の国を診る』（風媒社）、『「治し支える医療」へ向けて、医学と社会の大転換を』（編著、ライフ・サイエンス）など。

