

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座
第8次医療計画と訪問看護



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

相談役 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

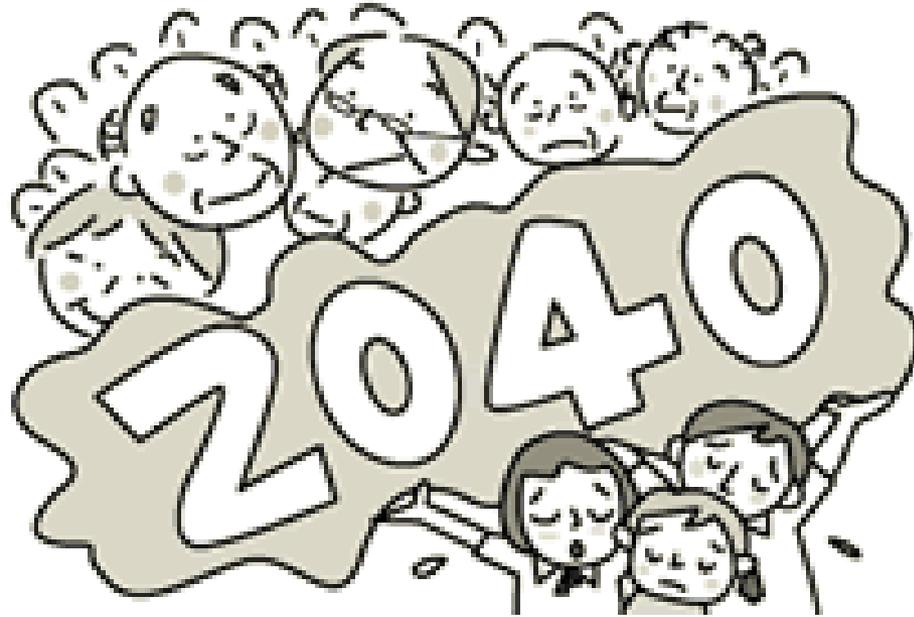
目次

- パート 1
 - 2025年、2040年問題
- パート 2
 - 第8次医療計画と在宅医療
- パート 3
 - 訪問看護事業所の現状と課題
- パート 4
 - 第8次医療計画と看護師確保の課題
- パート 5
 - 第8次医療計画と在宅医療圏



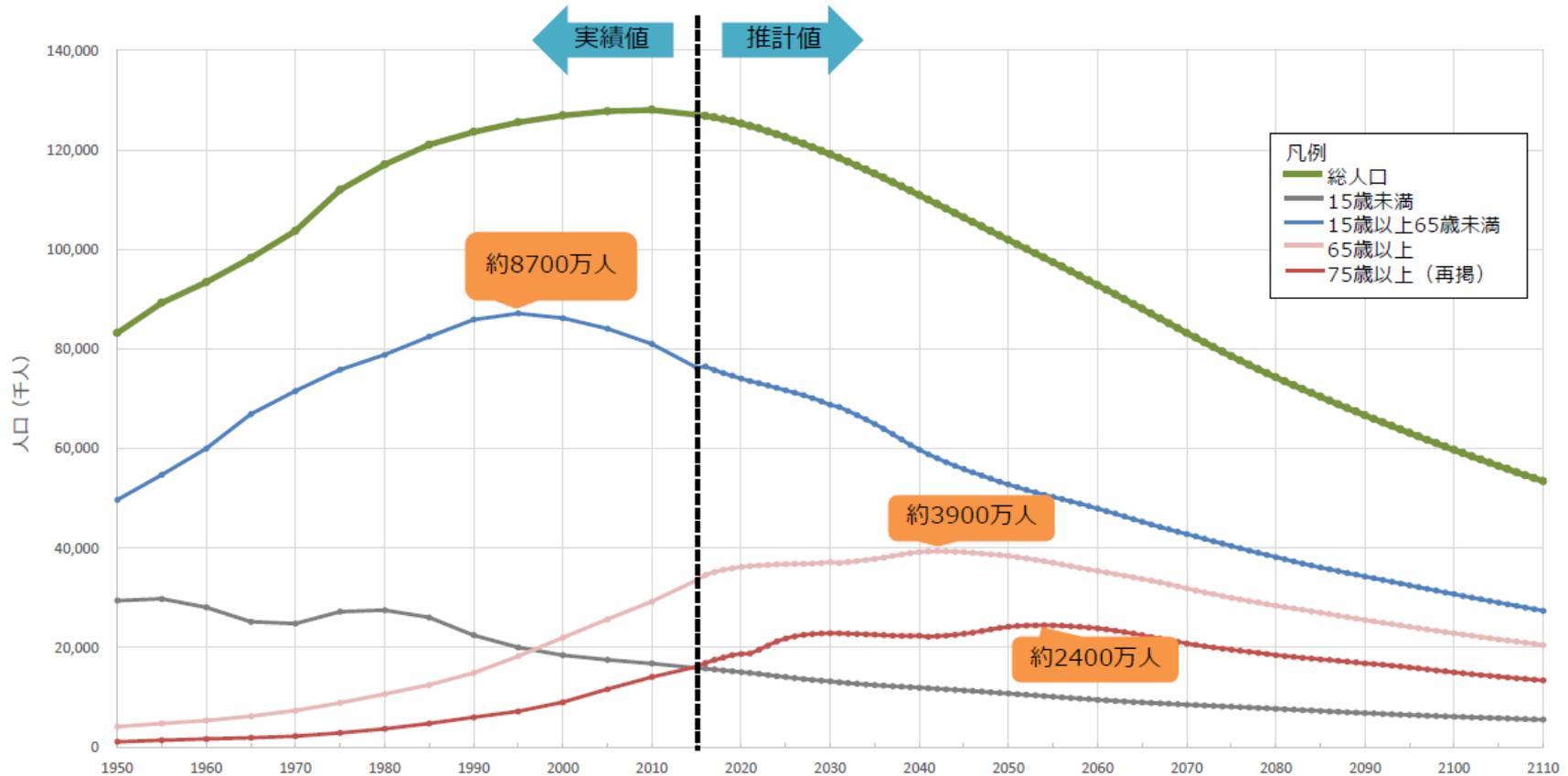
パート1

2025年、2040年問題とは？



人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代(生産年齢人口)の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳(後期高齢者)となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」〔総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数〕

※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

65歳以上の高齢者の人口推移

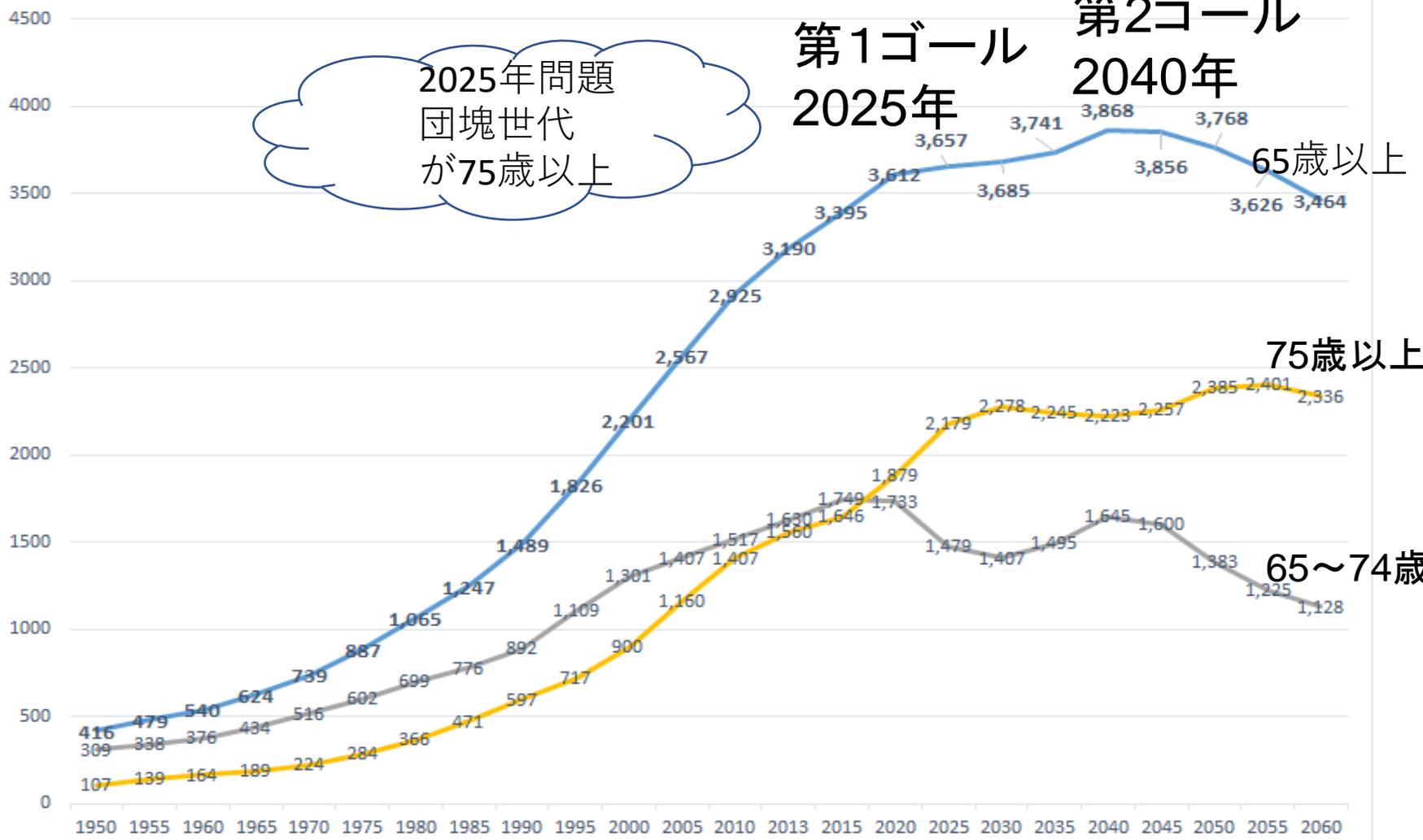
65～74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題
団塊ジュニア
が65歳以上

2025年問題
団塊世代
が75歳以上

第1ゴール
2025年

第2ゴール
2040年



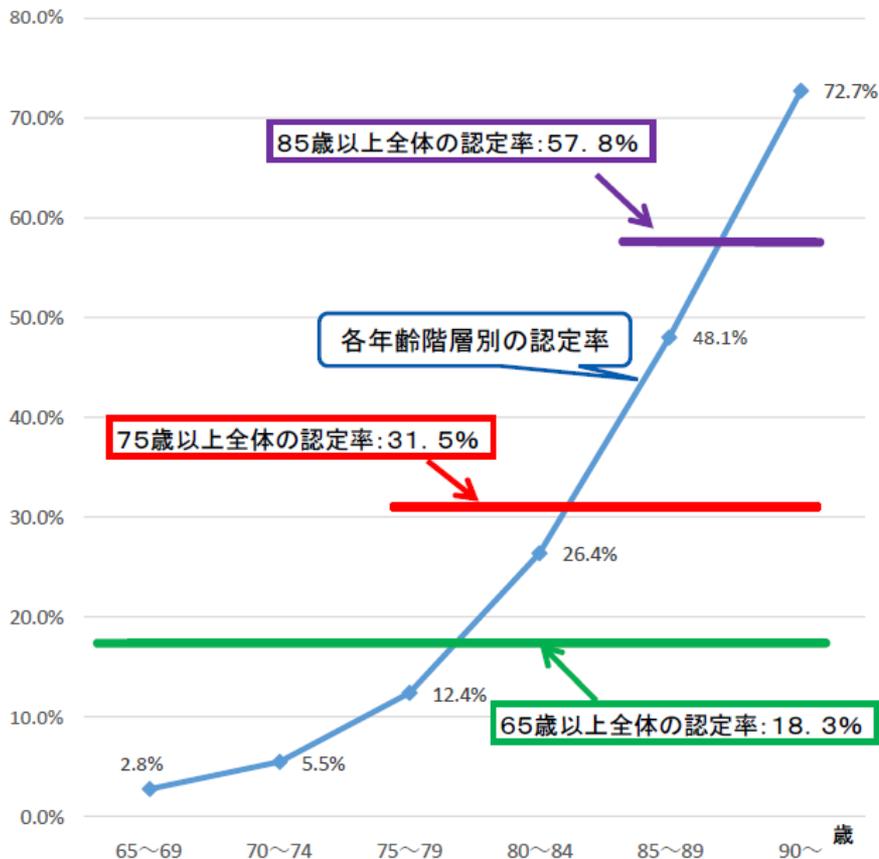
75歳以上

65～74歳

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

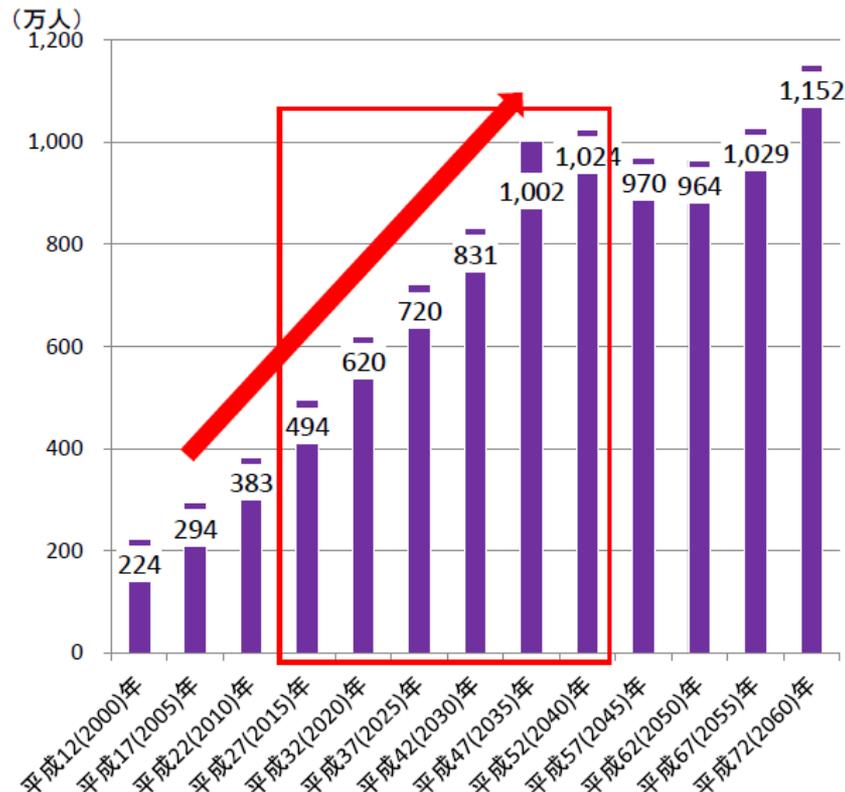
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）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



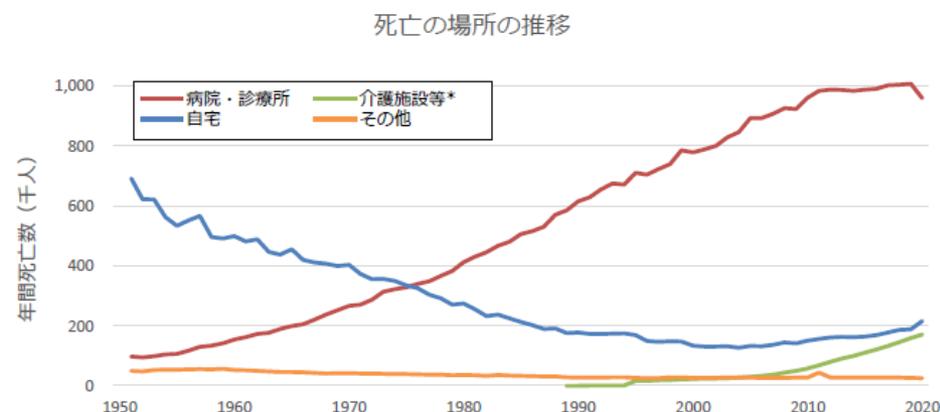
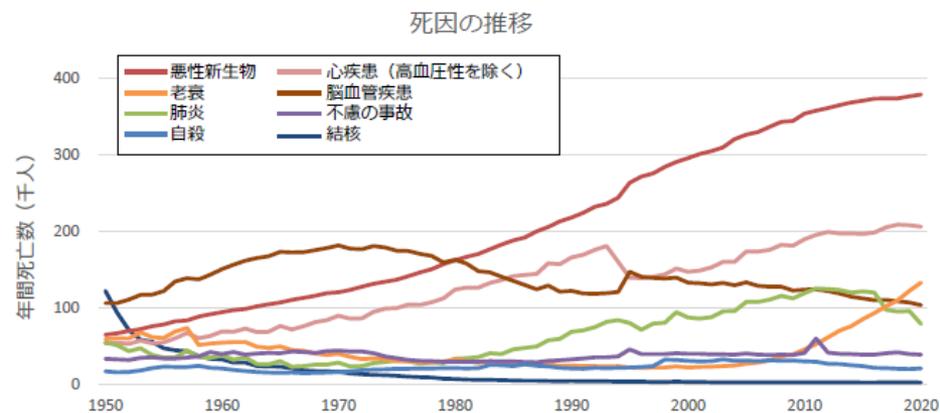
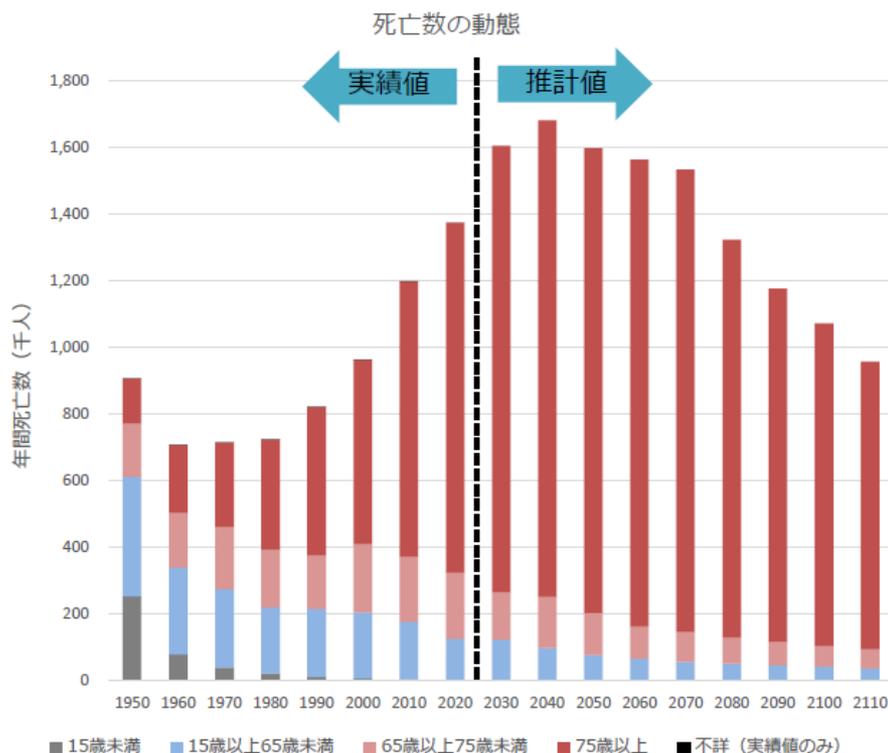
出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

医療需要の変化⑦ 死亡数が一層増加する

第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日

資料
1

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



出典：国立社会保障・人口問題研究所「性・年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」

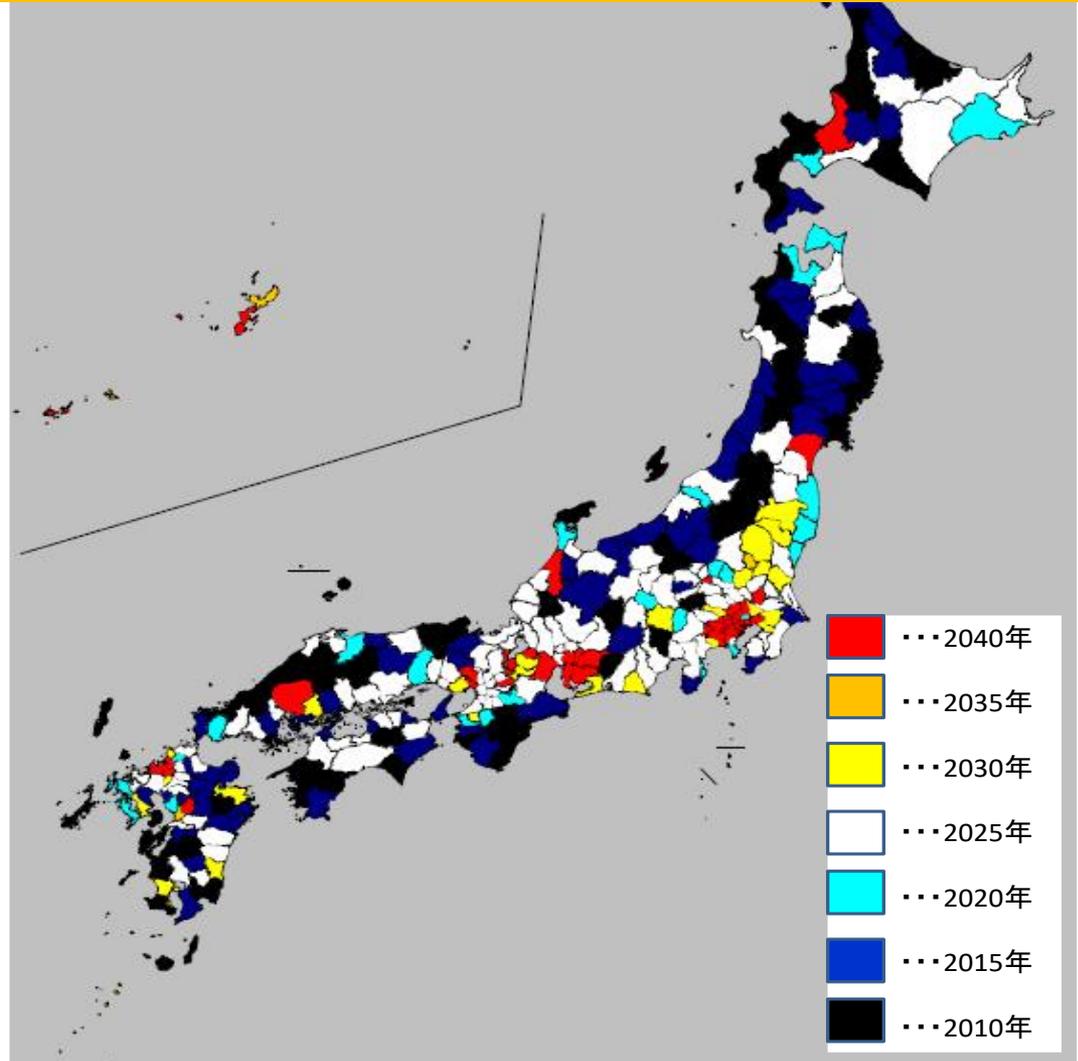
*介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム。

※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

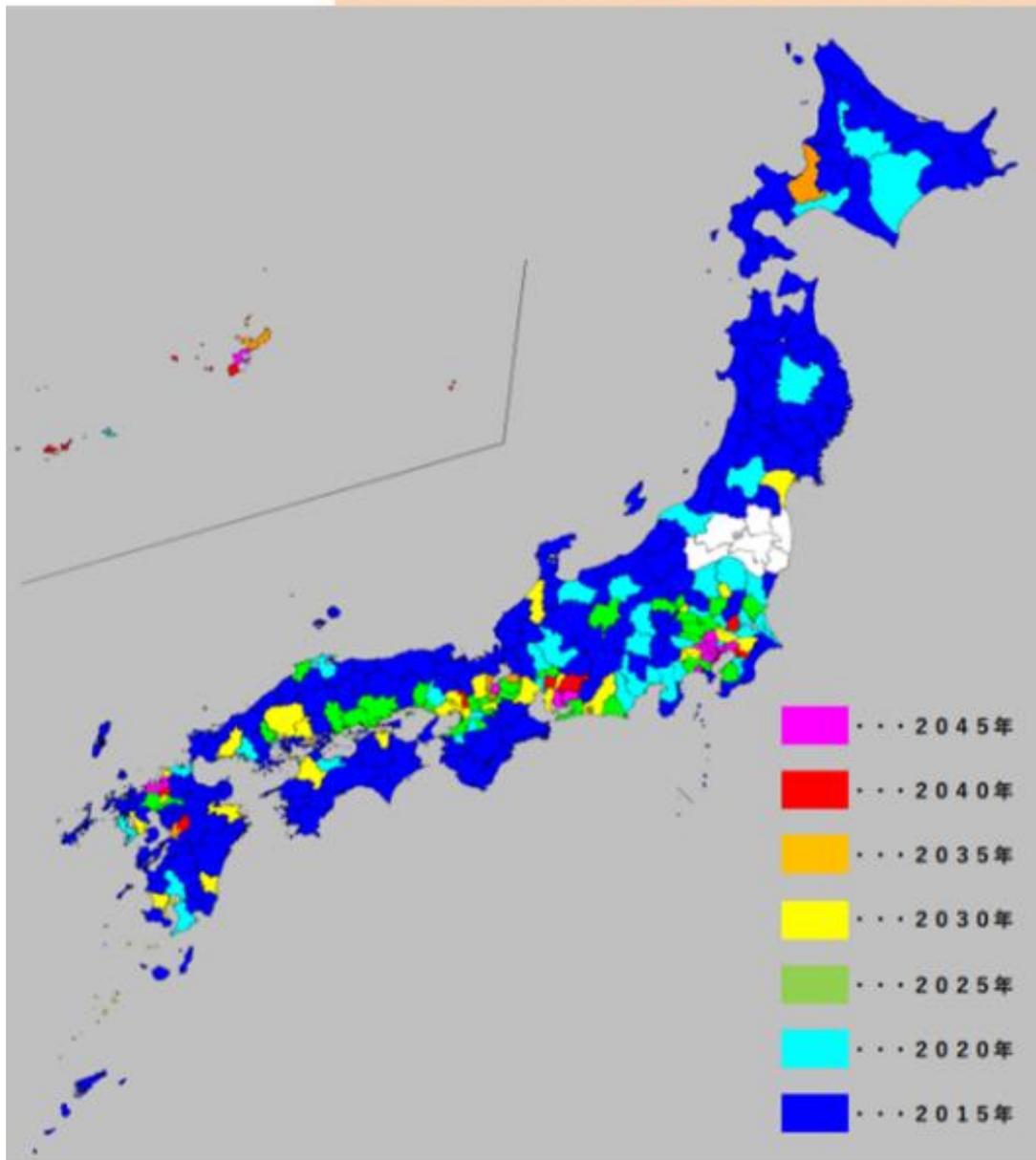
地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる

2040年に高齢化のピークを
迎えるのは首都圏を始めと
した大都市圏、地方では
ピークを過ぎている



出典：社会保障制度国民会議 資料（平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

二次医療圏ごとの外来患者推計のピーク



外来医療については、多くの地域ですでに需要のピークを迎えていると考えられる。

【出典】

- ・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30年推計）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」

※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の実受率を将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。（2010年を100としたときの患者数を示している。）

※ 福島県については、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30年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

年齢別の推計外来患者数の推移

千人

5,000

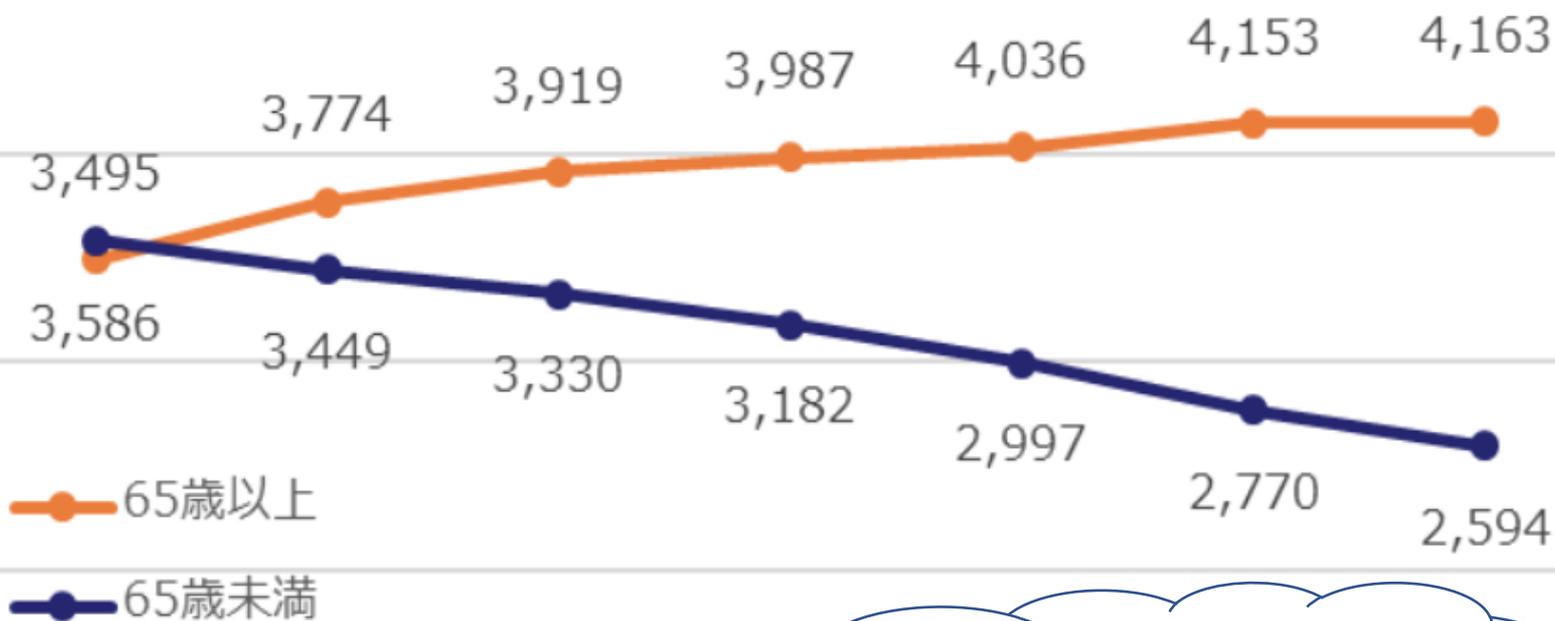
4,000

3,000

2,000

1,000

0



65歳以上

65歳未満

減るのは65歳未満の若い外来患者

2015年

2020年

2025年

2030年

2035年

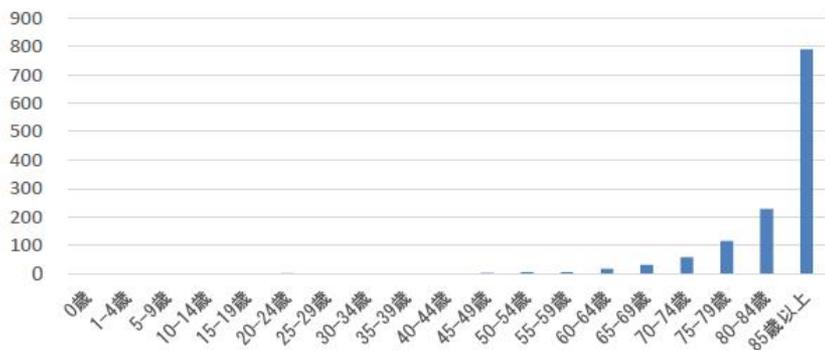
2040年

2045年

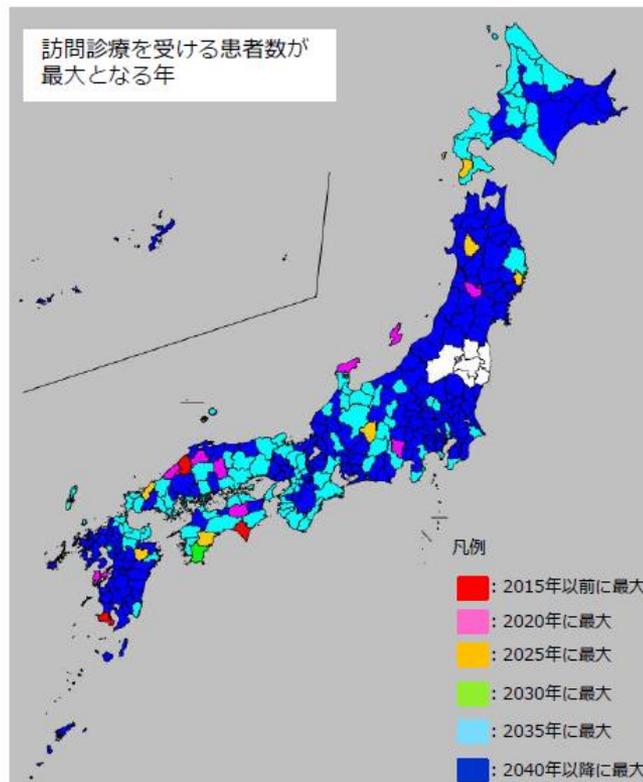
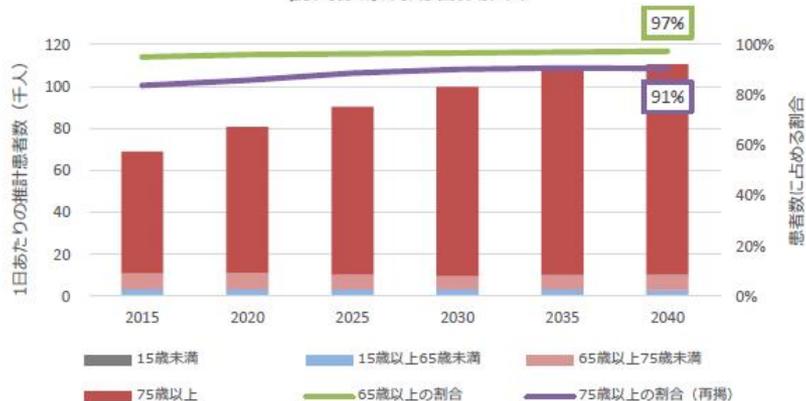
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 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。

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院-外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

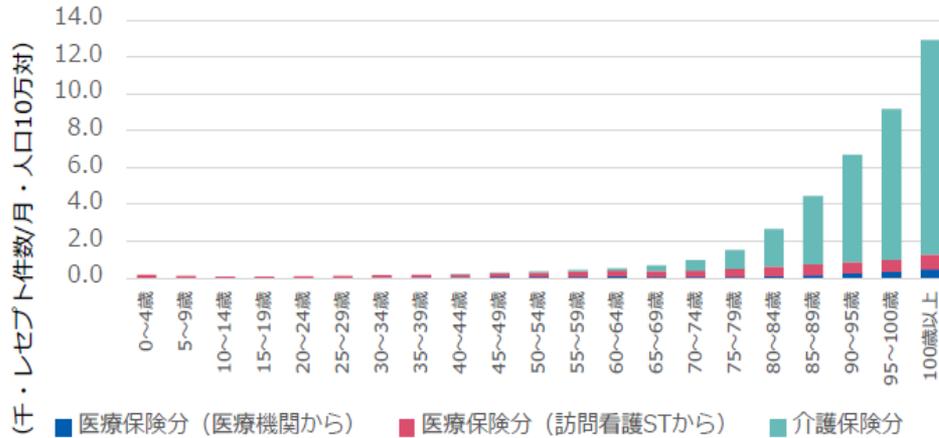
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

- ※ 病院、一般診療所を対象に集計。
- ※ 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実受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

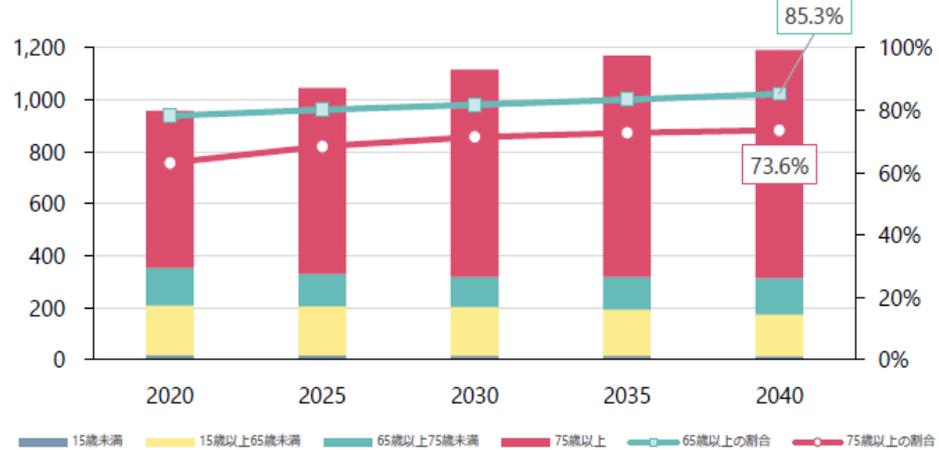
訪問看護の必要量について

- 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割以上となることが見込まれる。
- 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。

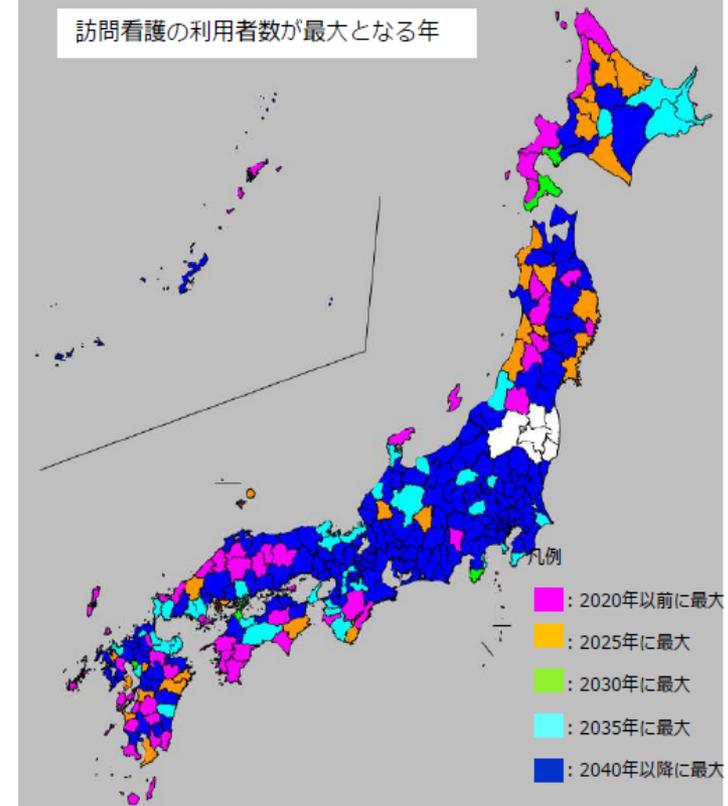
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険＋介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



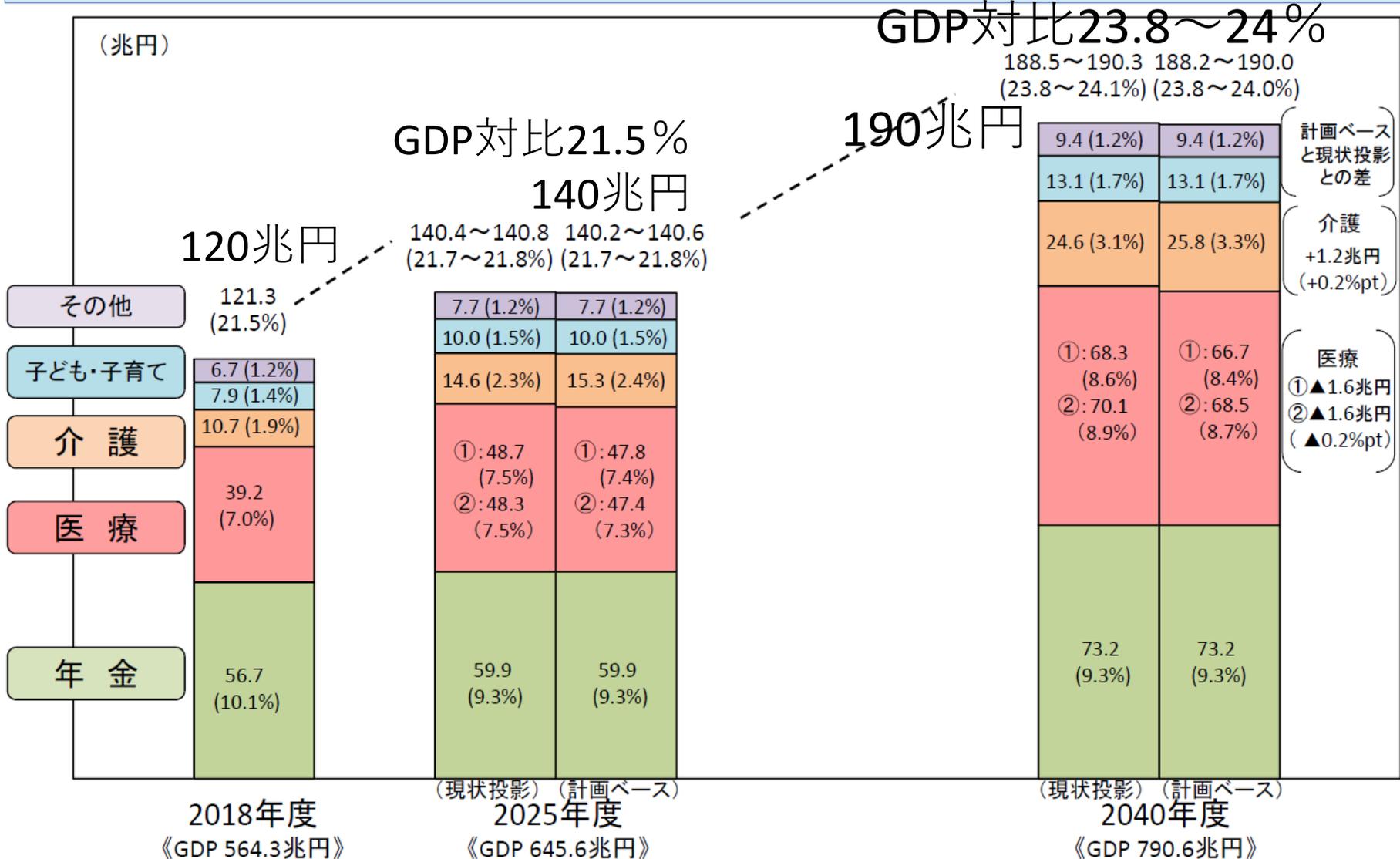
【出典】

利用率：NDB、介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導科、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導科及び精神科訪問看護・指導科のレセプトを集計。
 ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
 ※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
 ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
 ※5 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30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

パート 2

第8次医療計画と在宅医療



2024年は惑星直列の改定年

2024年惑星直列の工程表

| 年度 事項 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | |
|-------------------|--|--------|--------|--------|------|---------|------|--------|-----------|--------|---------|-----------|------|--------|-----------|--------|------|-----------------------------|------------|
| 地域医療計画・ 地域医療構想 | 第7次医療計画 | | | | | 第8次医療計画 | | | | | 第9次医療計画 | | | | | | | | |
| 診療報酬・介護報酬 | | 診療報酬改定 | 介護報酬改定 | 診療報酬改定 | | 同時改定 | | 診療報酬改定 | 介護報酬改定 | 診療報酬改定 | | 同時改定 | | 診療報酬改定 | 介護報酬改定 | 診療報酬改定 | | 同時改定 | |
| 働き方改革 | <ul style="list-style-type: none"> 実態調査 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力 必要に応じて追加的支援策の検討 | | | | | 施行 | | | (実態調査・検討) | | | (実態調査・検討) | | | (実態調査・検討) | | | 2036.3 暫定特例水準の適用 終了目標 | (この後も引き続き) |
| | (B) 水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (C) 水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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60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。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

第8次医療計画
からは感染症
も入る

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 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。

二次医療圏

335医療圏（令和2年4月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

三次医療圏

52医療圏（令和2年4月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【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、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

○ 地域医療構想

- ・ 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将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

5事業(*)…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）。）

(*)令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

- ・ 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施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「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、政策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

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 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

医療計画の策定に係る指針等の全体像

令和3年6月18日
第8次医療計画等に
関する検討会資料

【医療法第30条の3】

厚生労働大臣は基本方針を定める。

基本方針【大臣告示】

医療提供体制の確保に関する基本方針

【医療法第30条の8】

厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針【局長通知】

医療計画の作成

- 留意事項
- 内容、手順 等

疾病・事業及び在宅医療に係る 医療体制構築に係る指針【課長通知】

疾病・事業別の医療体制

- 求められる医療機能
- 構築の手順 等

【法第30条の4第1項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の
実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

○疾病・事業ごとの医療体制（*）

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ 精神疾患
- ・ 救急医療
- ・ 災害時における医療
- ・ へき地の医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療(小児救急含む)
- ・ **在宅医療**
- ・ その他特に必要と認める医療

○地域医療構想（※）

- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療の提供体制の確保(外来医療計画)（※）
- 医師の確保(医師確保計画)（※）
- 医療従事者(医師を除く)の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数 等

（*）令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。

※ 地域医療構想については「地域医療構想策定ガイドライン」、外来医療計画については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」、医師確保計画については「医師確保計画策定ガイドライン」を厚生労働省からそれぞれ示している。

第8次医療計画等に関する検討会

2022年8月25日



第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

令和3年6月18日
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

| | | 医療計画 | 新興感染症 | 地域医療構想 | 医師確保計画 | 外来医療計画 |
|--------------|-------------------------------|---|-----------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| R3 [2021] | 4～6月 | 医療部会（6/3） 第8次医療計画等に関する検討会開催 | | | | 外来機能報告等に関するWG開催 |
| | 7～9月 | | | 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催 | | |
| | 10～12月 | | | | | 外来機能報告等に関する取りまとめ |
| | 1～3月 | ・総論（医療圏、基準病床数等） ・各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での議論の報告 | 感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論 | 地域医療構想の推進 | ガイドライン改正に向けた検討 | ガイドライン改正に向けた検討 |
| R4 [2022] | 4～6月 | | | | | |
| | 7～9月 | | | | | |
| | 10～12月 | 報告書取りまとめ （基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等） | | | 報告書取りまとめ （ガイドライン改正等） | 報告書取りまとめ （ガイドライン改正等） |
| | 1～3月 | 基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知） | | | ガイドライン改正（通知） | ガイドライン改正（通知） |
| R5 [2023] | 第8次医療計画策定 ↓ 都道府県で医療計画作成 | | | 次期医師確保計画策定 ↓ | 次期外来医療計画策定 ↓ | |
| R6 [2024] | 第8次医療計画開始 ↓ 第8次医療計画スタート | | | 次期医師確保計画開始 ↓ | 次期外来医療計画開始 ↓ | |
| R7 [2025] | | | | | | |

国

都道府県

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

令和3年8月6日
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）
に関する検討の場 等

連携

【5疾病】

各疾病に関する
検討の場 等

報告

地域医療構想及び 医師確保計画に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に 関するWG※

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場とし

在宅医療及び 医療・介護連携に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療 提供体制に関する WG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

- ・へき地医療
厚生労働科学研究の研究班
- ・周産期医療、小児医療
有識者の意見交換

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」2022年7月20日



本ワーキンググループの検討スケジュール(現時点のイメージ)※

| | | | |
|-------|---------|---|--------|
| 令和3年度 | 4月～6月 | 令和3年6月3日 医療部会 令和3年6月18日 第8次医療計画等に関する検討会 | |
| | 7月～9月 | | |
| | 10月～12月 | 令和3年10月13日 ○ 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開催要綱 ○ 本ワーキンググループの今後の進め方について | |
| | 1月～3月 | 令和4年3月9日 ○ 2040年までの人口動態・患者動態等について ○ 在宅医療の現状と課題について | |
| 令和4年度 | 4月～6月 | 令和4年6月15日 ○ 急変時対応等入院医療との連携を含めた、住み慣れた地域における、 看取りを含む患者の病状に応じた在宅医療提供体制の整備について ○ 新興感染症拡大時及び災害時における医療提供体制の確保や事業継続に係る 体制構築について ○ 災害時における在宅人工呼吸器・在宅酸素患者の安否確認体制の構築や緊急 時の医療機器の確保について | 1巡目の議論 |
| | 7月～9月 | ○ 在宅医療の基盤整備について ○ 多職種連携、在宅医療・介護の関係機関の連携の推進について ○ 医療的ケア児をはじめとする小児に対する、小児医療や訪問看護等との連携 を踏まえた在宅医療の体制整備について | |
| | 10月～12月 | とりまとめ | 2巡目の議論 |
| | 1月～3月 | 指針作成 | |
| | | | |

医療部会及び医療計画検討会における主な意見

○医療部会(6/3(木)開催)

- ・ かかりつけ医機能というのは、在宅医療も一緒に含め、通院してくる外来も一緒に含め、しっかりと議論をしなければいけない。

○医療部会(8/5(木)開催)

- ・ 小児に対応できる訪問看護ステーションや在宅医療を行う医師の拡充をしていくためには、ある程度の一定の医療的ケア児をこなしている訪問診療医あるいは訪問看護ステーションに対する診療報酬上の評価をしてもいいのではないか。
- ・ へき地の現状に配慮した在宅医療の報酬体系が必要ではないか。
- ・ 新型コロナウイルス感染症における自宅療養のような、在宅における感染症の患者を誰が診察するのか等について、決められていない。

○第8次医療計画等に関する検討会(6/18(金)開催)

- ・ 在宅、外来、入院という形で、医療サービスあるいは患者の流れの全体像を把握して、その中での位置づけを明らかにしていく必要があるのではないか。
- ・ 外来機能報告に関して、かかりつけ医については在宅医療をどうしているか、グループ診療をどうしているか、オンラインをどうしているかというような、いろいろな機能も見えるような報告にしていかななくてはならない。
- ・ 多忙な現役世代は、オンライン診療を絡めて管理してくれる人のかかりつけ医にしたいと思う人もいるでしょうし、高齢者で通院の負担が重い方は、在宅医療も行う先生をかかりつけ医にしたいという方もいらっしゃるでしょうし、また、終末期医療はこの先生に委ねたいということがかかりつけ医を持つ患者の方もいらっしゃると思います。このように患者のニーズが非常に多様な中で、患者自らがかかりつけ医を選ぶということが重要。
- ・ 地域医療構想と外来機能報告、在宅医療は一連のもの。
- ・ 医師の機能、特に外来医療機能と在宅医療機能は連続的である。

○第8次医療計画等に関する検討会(8/6(金)開催)

- ・ 「重症ではない新型コロナウイルス患者の多くを在宅で療養させる」との発表に対応するためにも、在宅医療体制(訪問看護・訪問調剤・訪問リハ等を含む)の拡大充実が喫緊の課題である。

(準備編)

I. 感染防護教育・備蓄



Ⅲ. 勤務体制



Ⅳ. 利用者対応



Ⅱ. 事業所環境整備



Ⅴ. 他職種連携



科学的根拠がないものも含まれますので、ご了承ください。
ご意見・ご助言等ございましたら、
当財団までご連絡ください。
□community_health@shf.or.jp

(実践編)

- ・自事業所の対応可否判断。**無理をしない!**
- ・**保健所・かかりつけ医**等との連携。(薬・食事・ゴミ出し等の手配も考慮)
- ・できる限り**訪問しない**。電話対応優先。

・同居家族への注意

▼参考資料:厚生労働省

家庭内でご注意いただきたいこと~8つのポイント~



I. 訪問調整

- ・担当看護師決定 → 事務所へ入らず、非接触の交流(電話・メール・SNS等)
- ・電話対応可否判断

II. 訪問時の注意

1. 訪問前



換気

マスク

 体温・SpO₂・
 血圧測定

2. 玄関前



- ・PPE着用(手袋は2枚着用)
- ・屋内に物品を持ち込まない。
聴診器・血圧計も不要!

3. 訪問時

換気徹底

玄関を開けて数分後に入る

玄関からレッドゾーン



手ぶら訪問

接触15分以内
~~過剰~~看護



問+視診が基本

メモより記憶

パルスオキシメーターは患家に1つ
 (共有なら透明ビニールに入れて使用)

空気の流れ

に留意

※介護者の背中側
 から風!!

PPEは玄関で外して※

患家で処分

ごみは持ち帰らない

※マスク&グローブ(2枚目)は
 外で外して即ごみ袋へ



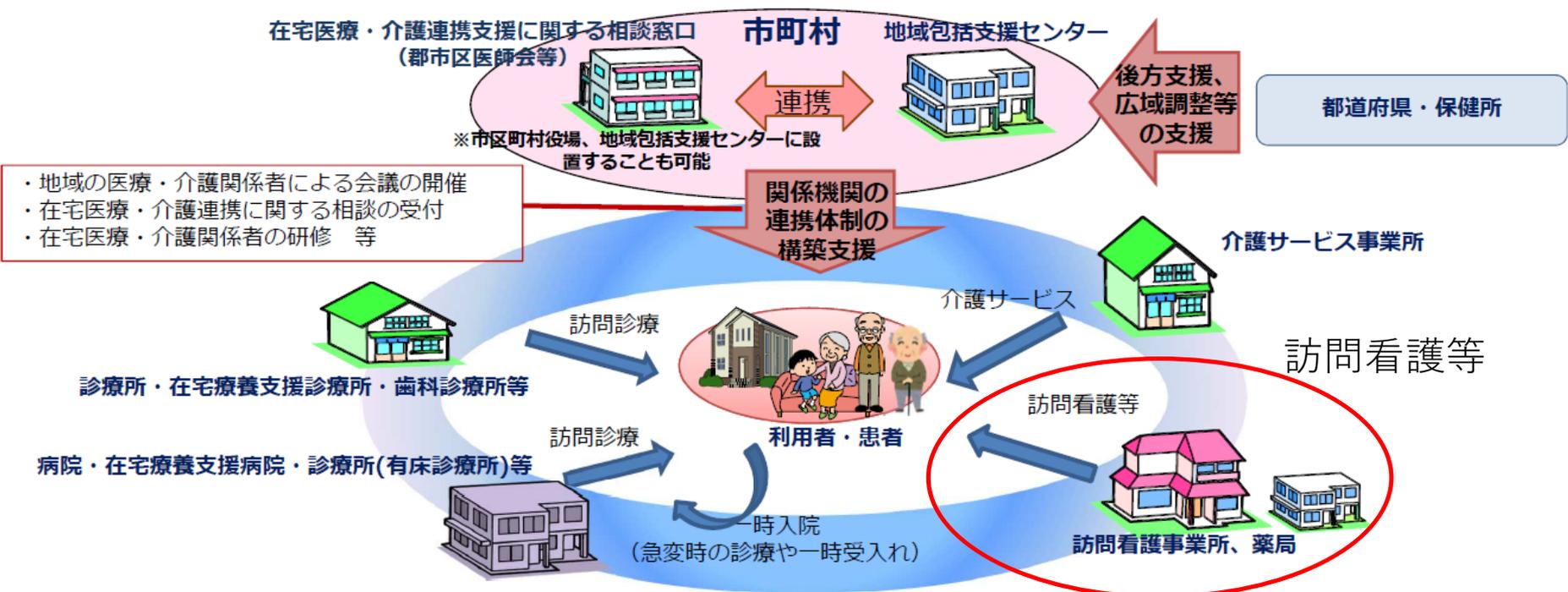
在宅医療・介護連携の推進

- 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、包括的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（急変時の診療・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、排せつ、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。



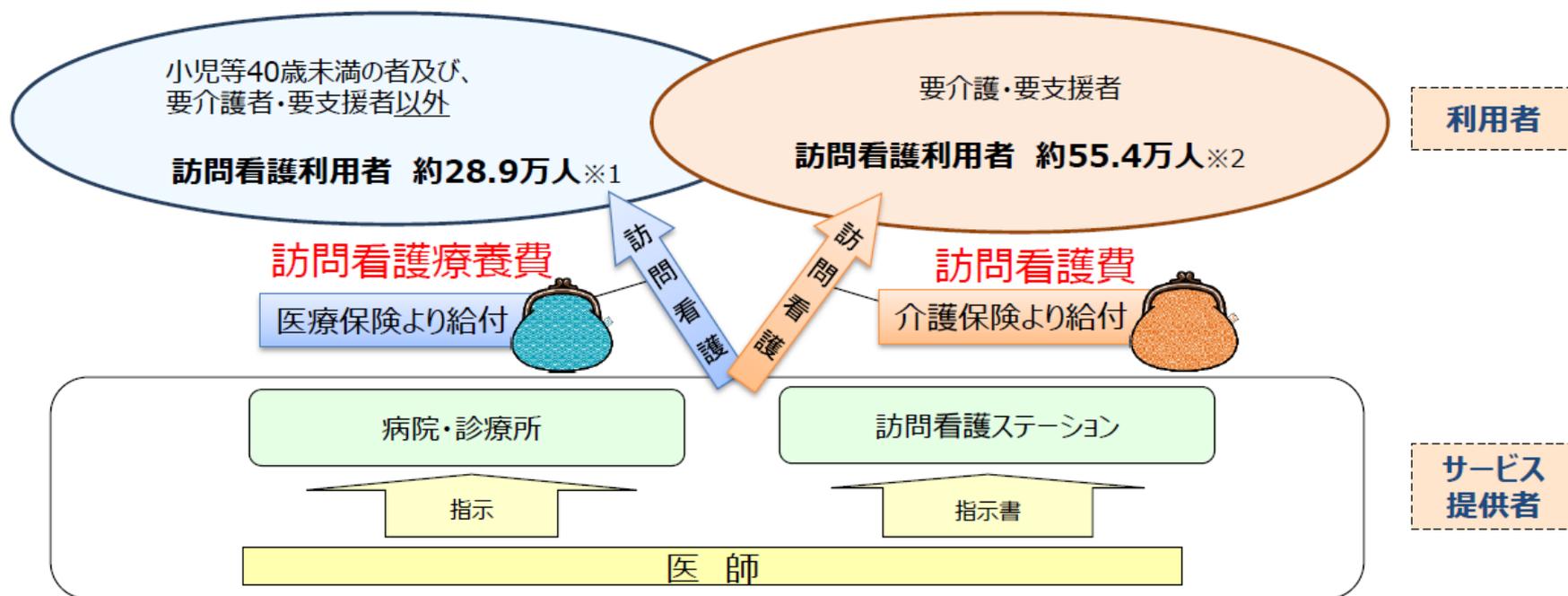
パート3

訪問看護事業所の 現状と課題



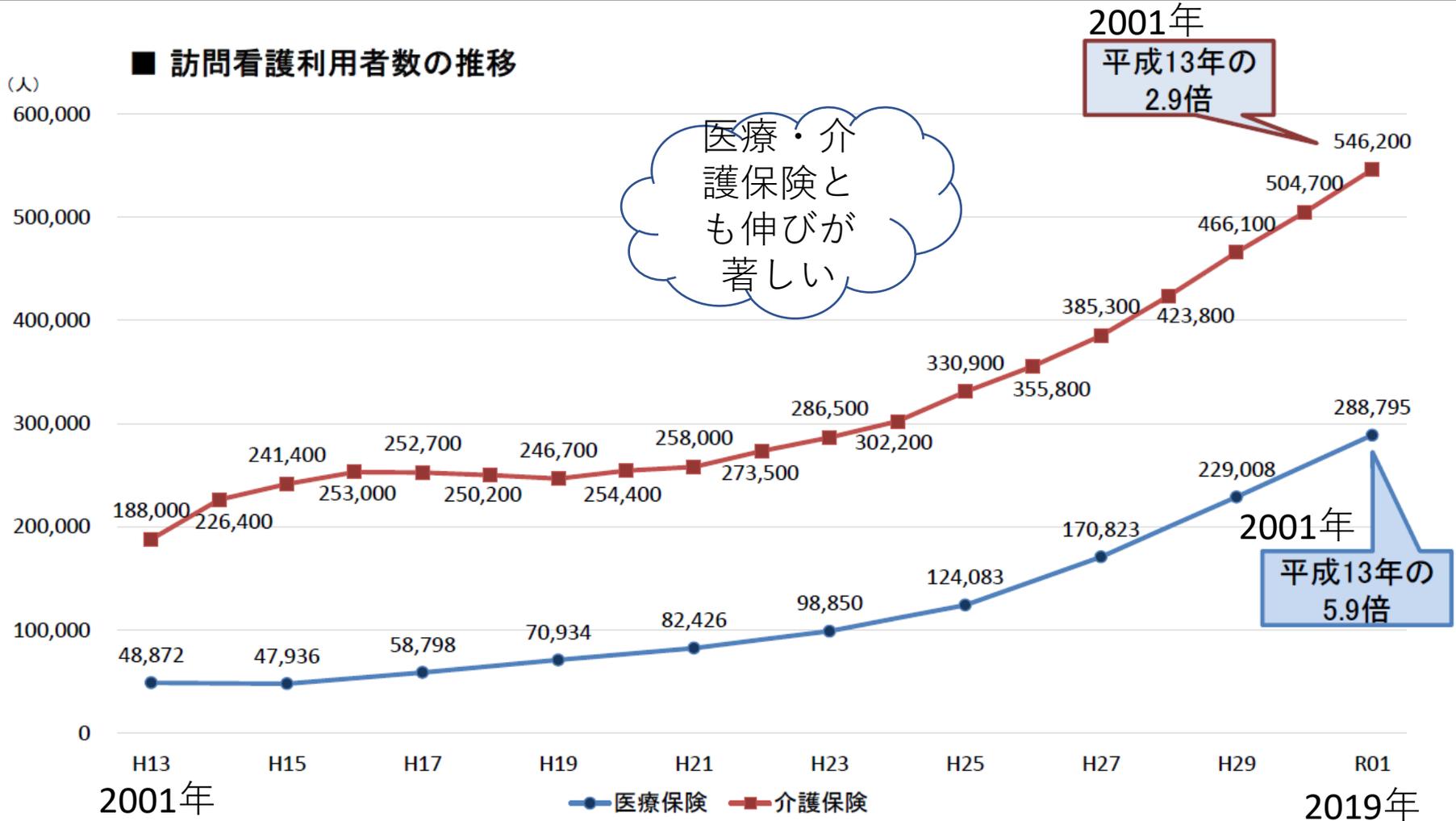
訪問看護の仕組み

- 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応となるが、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。



訪問看護利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向



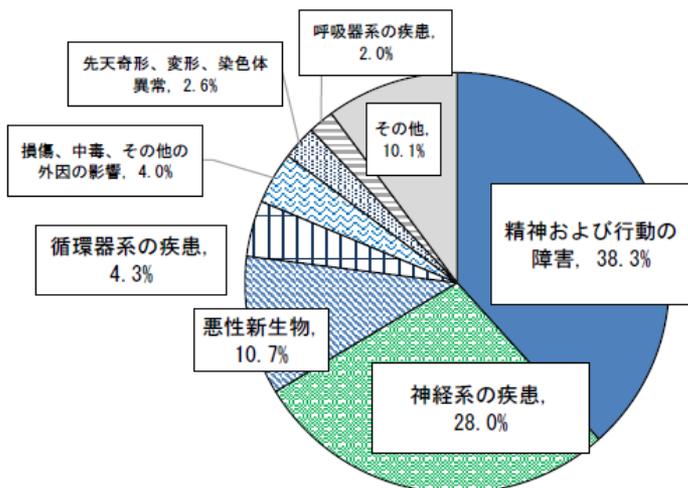
【出典】介護給付費実態調査(各年5月審査分)、訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計)

医療保険による訪問看護ステーション利用者の状態

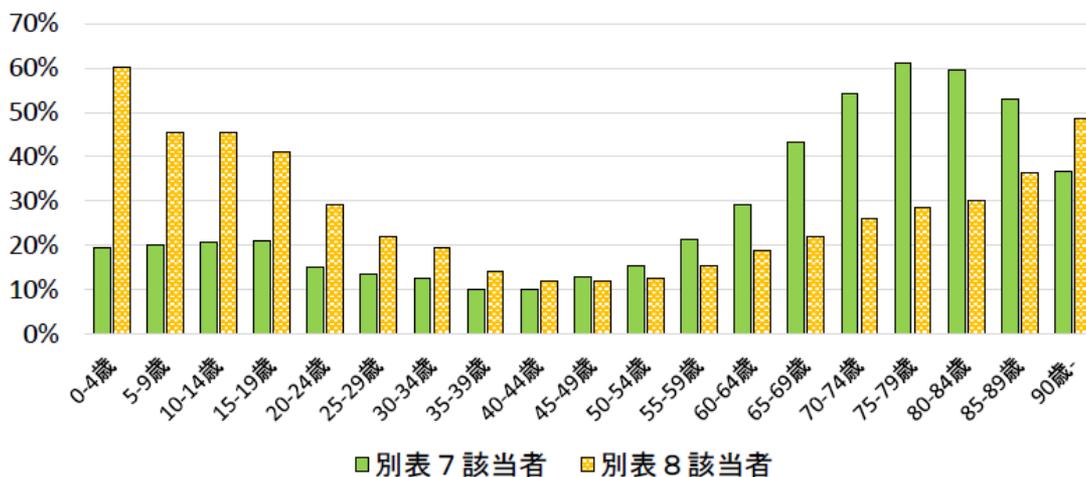
中医協 総-1-2
3. 8. 25
一部改変

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」「悪性新生物」を含めると、75%以上を占める。
- 訪問看護利用者における別表7の該当者は70～80歳代、別表8の該当者は小児と高齢者において割合が高い。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



<別表第7>

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
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
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等にかかわらず医療保険での訪問看護が可能。算定日数制限なし。

<別表第8>

- 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理

- 3 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 4 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 5 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 6 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

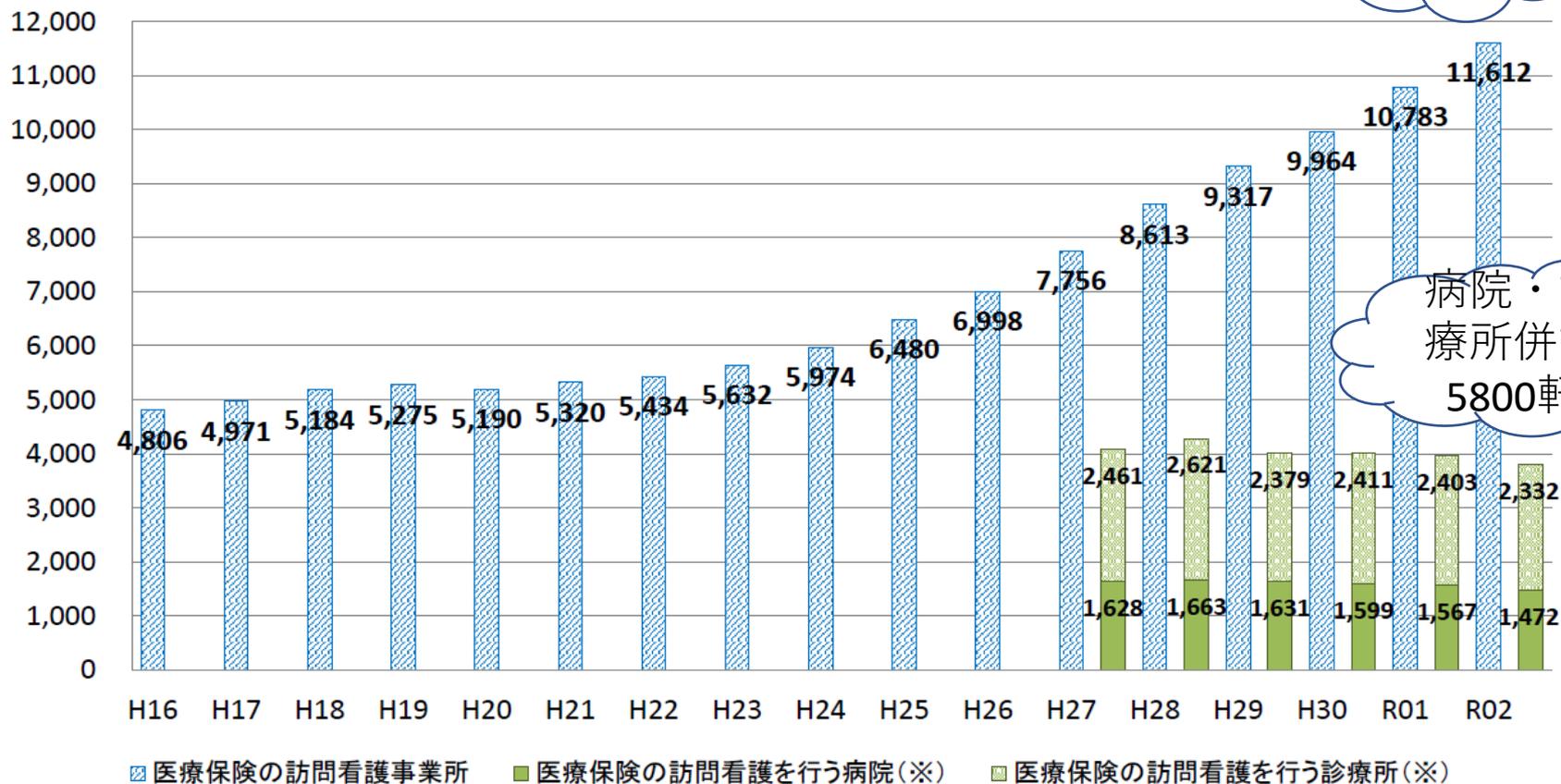
※算定日数制限なし。

訪問看護ステーション数及び訪問看護を行う医療機関数の年次推移

○ 訪問看護ステーションは増加傾向、訪問看護を行う病院・診療所は横ばい。

単独型
1.2万軒

■ 医療保険の訪問看護ステーション数及び医療保険の訪問看護を行う医療機関数



病院・診療所併設
5800軒

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

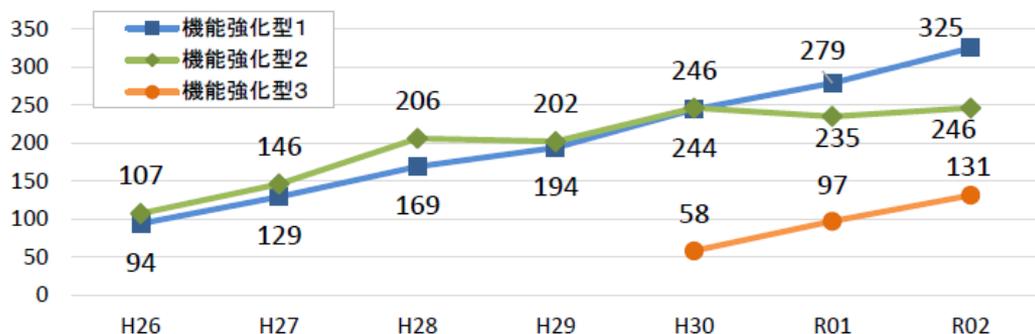
機能強化型訪問看護ステーションの要件等（参考）

| | 機能強化型 1 | 機能強化型 2 | 機能強化型 3 |
|----------------------|---|---|--|
| | ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価 | | 地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価 |
| 月の初日の額※1 | 12,830円 | 9,800円 | 8,470円 |
| 看護職員の数・割合※2 | 常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上 | 5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上 | 4人以上、6割以上 |
| 24時間対応 | 24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施 | | |
| 重症度の高い利用者の受入れ | 別表7の利用者 月10人以上 | 別表7の利用者 月7人以上 | 別表7・8の利用者、精神科重症患者又は複数の訪問STが共同して訪問する利用者 月10人以上 |
| ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3 | 以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上 | 以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上 | |
| 介護・障害サービスの計画作成 | 以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成 | | |
| 地域における人材育成等 | 以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪問ST、住民等に対する情報提供又は相談の実績 | | 以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪問STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪問STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績 |
| 医療機関との共同 | | | 以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上 |
| 専門の研修を受けた看護師の配置 | 専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい） | | |

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

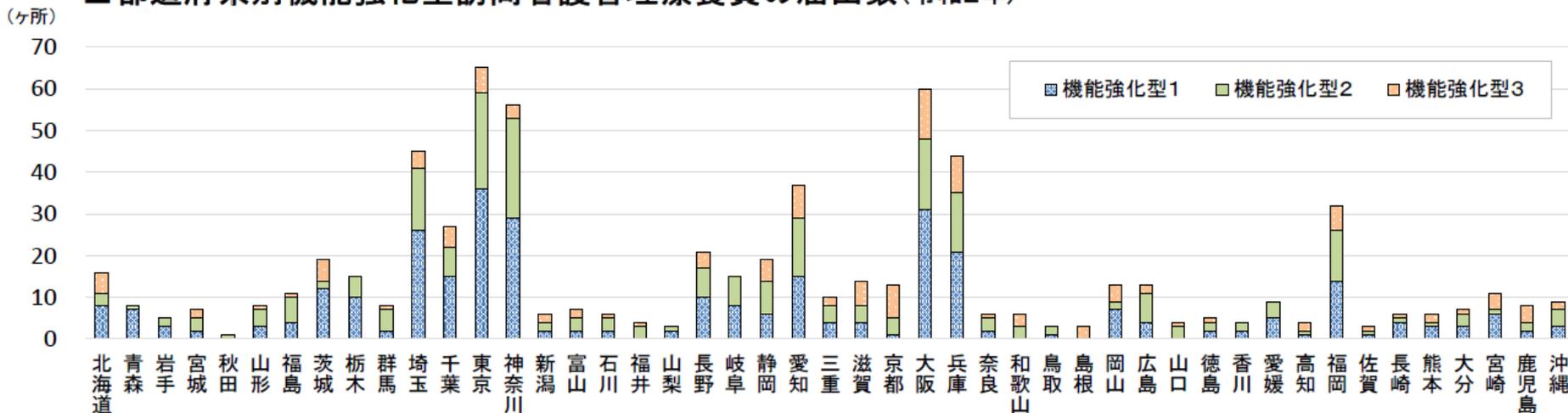
○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和2年7月時点で機能強化型1が325事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が131事業所である。

(ヶ所) ■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



| | |
|---------------------|-----|
| 機能強化型 訪問看護管理療養費1 | 325 |
| 機能強化型 訪問看護管理療養費2 | 246 |
| 機能強化型 訪問看護管理療養費3 | 131 |
| 計 | 702 |

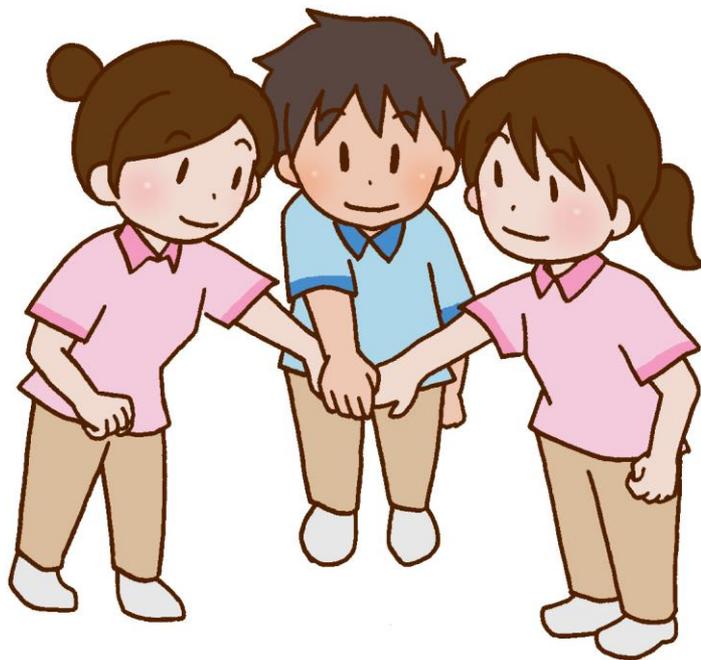
■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数(令和2年)



訪問看護事業所の課題

- ①訪問看護事業所の大規模化
- ②過疎地の訪問看護事業所
- ③訪問看護事業所のICT化
- ④小児訪問看護
- ⑤訪問看護事業所と特定行為研修修了者

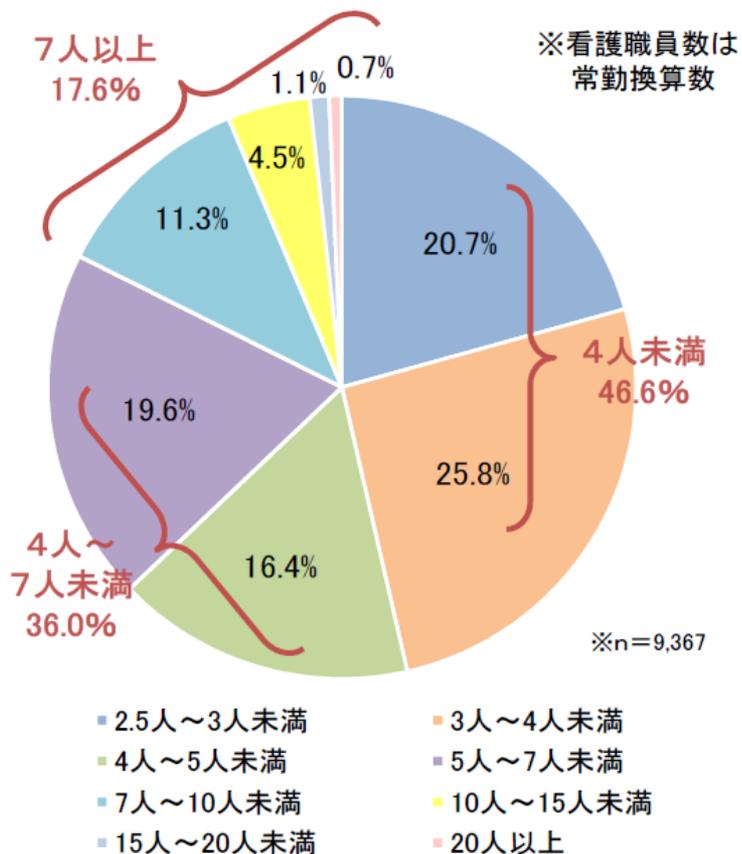
①訪問看護事業所の 大規模化



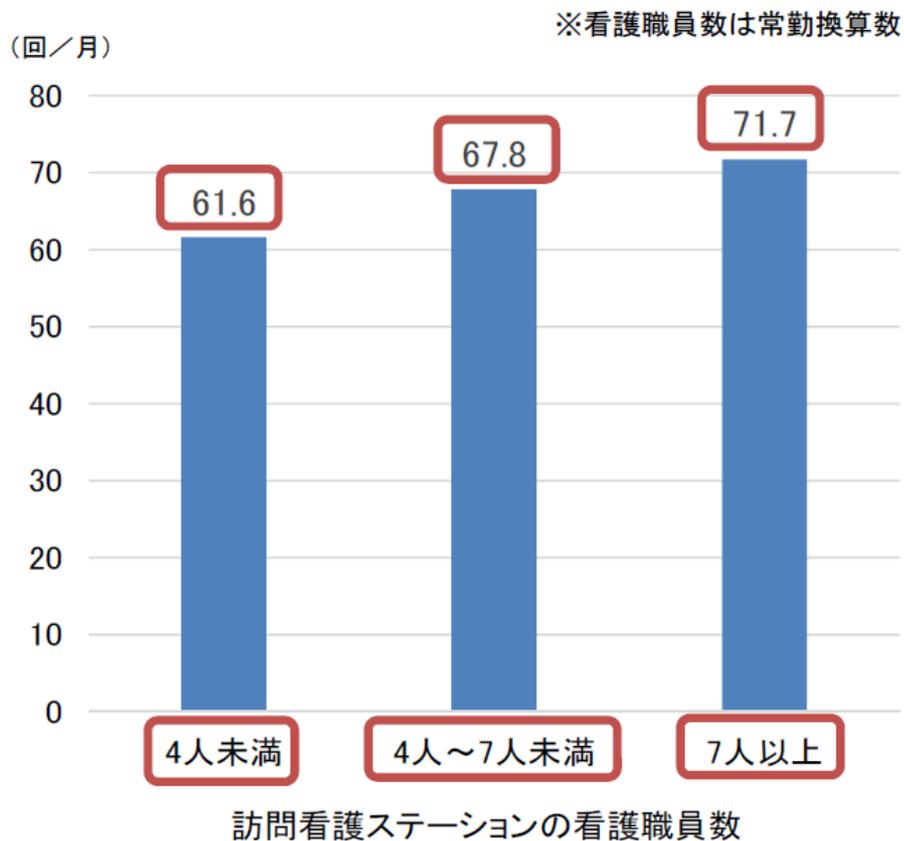
訪問看護ステーションの規模と訪問回数

- 訪問看護ステーションを看護職員規模別に見ると、4人未満が46.6%、4人～7人未満が36.0%、7人以上が17.6%となっている。
- 看護職員規模の大きい訪問看護ステーションほど、看護職員1人当たりの平均訪問回数が大きくなっており、業務の効率化等を通じて、より多くのサービス提供が行えているものと考えられる。

看護職員規模別の訪問看護ステーション数



看護職員1人当たりの平均訪問回数(1か月当たり)



※n=11,468

訪問看護ステーションの大規模化による教育体制整備と労働環境整備

訪問看護の大規模化事例

株式会社デザインケア **みんなのかかりつけ訪問看護ステーション（愛知県名古屋市 他）**

- ステーションを大規模化し、教育体制・労働環境の整備を進めた事例。
- 教育や改善のためのデータ収集により看護ケアの価値に磨きをかけ、かつ人が増えることで善い価値を多くの方に届ける好循環の実現を目指している。

1. 背景

日本中どこにいても安心して生活できる、社会インフラとして、地域のセーフティネットとしての訪問看護ステーションを目指し、2014年に看護師3名で設立。2022年には**事業所数17カ所、看護師81名、リハスタッフ40名、事務職員13名。**

【小規模のデメリット】

- ・ マネジメントの課題：収益確保のため所長自ら月70件程度訪問対応をする必要があり、マネジメントにかけられる時間が限られた。
- ・ 労働環境の課題：夜間待機回数増。予定休暇が取れず、利用者の予定（訪問件数の増減）により休みを調整する必要等があった。

2. 取組内容

1st stage

代表者の理念等に共感する看護師が集まる



2nd stage

加えて労働環境等に魅力を感じる看護師が集まる

2nd stageにおける取組

◆ 勤務環境整備、業務効率化の推進

業界水準以上の報酬体系・勤務制度等に加え、**コールセンターを設置し夜間待機も月3～4回程度と安心して働ける環境を整備。**また、全従業員がスマートフォンを携帯し、看護記録・音声入力システム等の様々な**ICTツールを積極的に活用。**

◆ 教育体制の整備

スタッフの満足度を向上し、成長・やりがいを感じられるよう人材育成は最優先テーマとし、キャリアラダーの設定等に取り組んだ。

◆ 複数事業所のマネジメント

事業所管理者へ権限委譲し自律性を確保。マネジメント研修を半年に亘り実施し、事業所管理者自身が、どんな地域にしたいか、どんな看護ケアを提供していきたいかの方針をもち行動。

1事業所のスタッフ数を10名程度とし、所長も現場感を失わないため月20件程度の訪問を行いつつ、スタッフの教育等を行えるよう**マネジメント量の適正化**を実施。

3. 効果

- ・ 夜間のコールセンターを設置し、各事業所のカルテ情報を共有した上で、各事業所のコールをコールセンターに転送し対応に慣れたスタッフが対応することで、**夜間待機者の出勤回数が減少。**また、コール内容をスタッフにフィードバックすることで利用者の日中対応に活かす（日中に適切なケアをすることで夜間コールが減る）よう取り組んでいる。
- ・ **ICTの活用により、時間の有効活用・作業効率の向上につながり時間外労働時間を削減。**また、多職種間の迅速な情報共有によって、利用者へ早期に必要な医療・看護ケア、福祉サービスの提供を実現。さらに、1スタッフのケアを皆で共有でき、教育的な効果やチームの連携も向上。
- ・ 各事業所長も訪問をしつつマネジメントに当たること、臨床に関わりつつスタッフの教育等を可能に。また、各事業所・地域の課題に向き合うことができPDCAを回し続けることができています。事業所のビジョンが明確化されることにより、採用段階からビジョンの実現に合う人材の採用に取り組むことができています。
- ・ バックオフィス設けることができ、**訪問スタッフは訪問に集中できる環境**になった。また、提供しているケアの効果についてデータを分析し、改善したいKPIを測定する試みを進めている。

データ分析の一例

利用者の看取り場所（N = 50）



在宅看取りについては以下の関連データも収集している。

- ・ 利用者/家族の希望した看取り場所
- ・ 疾患別/年齢別/医療機関別/居宅介護支援事業所別の在宅看取り率等

今後はこれらのデータとの関連を分析し、看護ケアの質を向上していくことで、利用者・家族の期待にさらに応えられることを目指している。

集計期間：2021年6月～2021年11月

事業者へのヒアリングをもとに医政局看護課にて作成

訪問看護ステーションの大規模化による教育機能の充実と休み方改革

訪問看護の大規模化事例

公益財団法人日本訪問看護財団立あすか山訪問看護ステーション（東京都北区）

- 大規模化により経営が安定し、スタッフの育成に力を入れ、休み方改革にチャレンジしている事例。
- 利用者の想定以上の看護ケアを提供することにより利用者数が増加し、管理職のポリシーを共有した上での職場文化・風土作りにより看護師に選ばれるステーションとなっている。

1. 背景

2006年に看護師数約2.5名、利用者数32名、累積赤字が発生している状況で所長として引き継いだ。安定した経営を目指すにはスタッフの増員による利用者の増加が必要であった。2022年には**看護師18名**、リハスタッフ5名、事務職員5名、ケアマネジャー1名、相談支援員3名となった。

2. 取組内容

利用者数増加のポイント

- ◆ **職場文化・風土づくりからケアの質が向上、口コミで利用者が増加**
 - ・ 初めは**組織文化づくりに注力**。所長がスタッフと同行訪問することで直接考え方を共有。
 - ・ 初回訪問当日に、患者の全身状態について主治医へレポートを送付する取組等が好評で、**主治医やケアマネジャーから選ばれるステーションへ**。
 - ・ 在宅看取り後の家族にも丁寧に関わる等、家族が期待する以上のケアを提供することで、**利用者・家族からの口コミで新規利用者が増加**。
- ◆ **スタッフの自律**
 - ・ 所長の就学を契機に、所長が不在であってもスタッフが自律して看護ケアが継続できる組織へと変化。スタッフの能力向上により、利用者数も増加。

看護職員増加のポイント

- ◆ **管理職のポリシーのPR**
 - ・ 1～2年目は看護師がなかなか集まらなかったが、ブログ等を開始したところ、所長のポリシーに共感した看護師が集まるようになった。

3. 効果

- ◆ 所長交代**3年目には利用者数も150名を超え**、経営も**黒字に転換**。

| | 看護師数 | 利用者数 | 経営状態 |
|---------|-------|-------|--------|
| 2006年当初 | 約2.5名 | 32名 | 累積赤字あり |
| 2007年 | 5名 | 約50名 | 黒字に転換 |
| 2008年 | 8名 | 約100名 | 黒字 |
| 2009年 | 11名 | 約140名 | 黒字 |

3年で4倍に！

看護師数を増やし新規利用者を受け入れるため、人材育成に先行投資を行った。そのため、一時的に累積赤字が増加した。

- ◆ 経営が安定したことで、下記が実施できている。
 - ・ 将来、起業するために勉強することを目的としたスタッフも採用。
 - ・ 週1回スタッフがステーションに集まる時間を設け、勉強会、部門会議、委員会活動等を行っており、**スタッフが一体となったステーション運営を実現**。
 - ・ 土日祝日の待機者には平日に休みを設け、**土日祝日の待機日を除いた週2日休みを目指している**。
 - ・ スタッフの教育、研修が充実したことでスタッフの能力が向上し、どのスタッフが訪問に来てくれても大丈夫という**利用者の安心感・信頼につながっている**。
- ◆ 東京都の訪問看護教育ステーションの指定を受け、自施設内だけでなく、**地域の訪問看護師への研修等も実施**。
- ◆ ステーションの規模が大きくなるにつれて管理者の力量を要するようになり、休み方改革にも取り組むため、ステーションの適正規模を模索している。地域の訪問看護ニーズはあるため、サテライトの活用等を検討している。

事業所間の夜間専従看護師の配置による夜間コール負担の軽減と多様な働き方の試行

訪問看護のグループ化事例

株式会社ウッディ訪問看護ステーションはーと **株式会社コノマチ青戸訪問看護ステーション（東京都葛飾区）**

- 2つの事業所が共同で夜間専従看護師を配置することにより、日勤看護師の残業回避や夜間オンコール当番の心理的・身体的負担の軽減等の効果が得られた事例。
- 計画的な夜間訪問によるオンコール件数の減少・電話対応のみで緊急訪問が不要になる利用者もあり、利用者の安心感にもつながった。

1. 背景

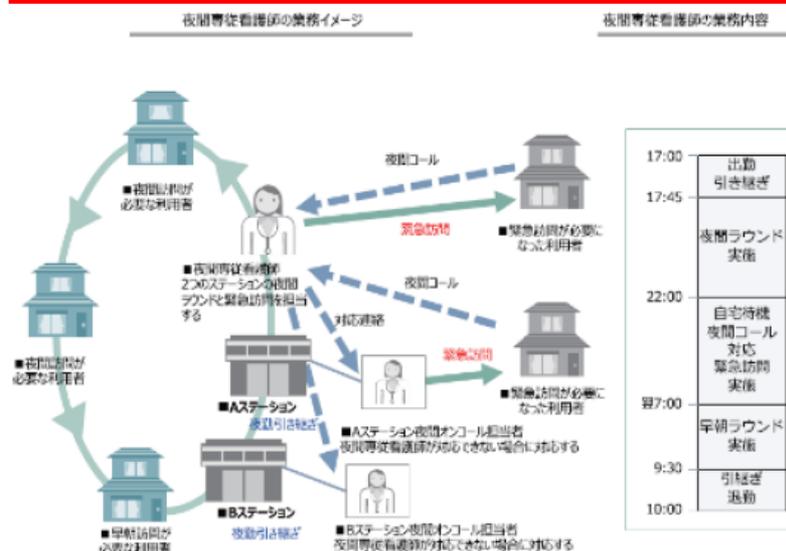
- ◆ 対象事業所が所在する地域では在宅看取り件数が多く、夜間早期訪問や緊急時対応のニーズが高いが、夜間オンコールに対応できる看護師の確保が難しい。
- ◆ 夜間オンコールを担当する看護師にとっては心身への負荷や家庭生活への影響も大きい。
- ◆ 夜間専従看護師を単体の事業所で雇用することは経営的に難しい。

3. 効果

- ◆ 終末期、老老介護等、頻回な訪問が必要な利用者と日中訪問時に状態変化のリスクが高いと判断された利用者を、**計画的に夜間訪問することで、月当たりのオンコール件数が10件前後に減少。**
- ◆ 定期訪問により、夜間の電話対応のみで利用者が安心し、緊急訪問が不要になる利用者もあり、**月当たりの緊急訪問件数は転倒時等の1～2件に減少。**
- ◆ 日勤看護師は、夜間専従看護師に夜間対応を安心して任せられるようになり、**夜間オンコール当番の心理的・身体的負担が大きく軽減。**
- ◆ 日中の夕方の急な訪問についても、夜間専従看護師に対応を任せられるため、**日勤看護師の残業の回避に繋がった。**
- ◆ 利用者にとっては、今までは深夜に看護師を呼ぶことへの遠慮があったが、計画的に夜間に来てもらえるようになったので、**安心して朝まで過ごすようになったという言が聞かれた。**

2. 取組概要

- ◆ **2つの事業所が共同で夜間専従看護師を配置**
日勤看護師の夜間コール負担の軽減を図るとともに、夜間専従という訪問看護師の働き方の多様化を試行した。



【出典】介護サービス事業（医療系サービス分）における生産性向上に資するガイドライン
介護サービスの質の向上に向けた業務改善の手引き 令和元年度 改訂版

②過疎地の 訪問看護事業所



在宅サービス過疎地域における訪問看護ステーションの一元管理

訪問看護のグループ化事例

社会医療法人孝仁会訪問看護ステーションはまなす（北海道釧路市）

- 労務管理や請求書業務の事務を2つのステーションで一元化することで、ステーションの閉鎖を回避できた事例。
- さらに、ICTの活用により、時間外勤務時間の削減、1日あたりの訪問件数の増加、在宅看取りの体制強化など、過疎地域が抱える課題に対応している。

1. 背景

- ◆ 訪問看護ステーション根室では、高齢化に伴う事務職員の退職によって経理・労務管理が困難となった。
- ◆ 経験に乏しい看護師が管理職を担わなくてはならない状況が発生し、新人管理者の業務負担が増加。

訪問看護ステーション根室の運営難による、地域の受け皿の消失の可能性



2. 取組内容

- ◆ 訪問看護ステーション根室のサテライト化
 - ・ 保健所や行政との調整、労務、経理を釧路で担い、**根室の常駐看護師を4名から2名に減員。**
 - ・ **管理者を釧路と根室の兼務体制に変更**（管理者は週に1回根室に出勤）
- ◆ ICTの活用
 - ・ **医療連携アプリの導入**
利用者ごとにアプリ上で関係職種のグループを作成し、チャット機能を使ってダイレクトに相談。
 - ・ **看護記録の電子化**
訪問先・車の中で各スタッフの端末から記録。過去分も含めてすべて電子保存。

3. 効果

◆ サテライト化による成果

- ① 事務職員と管理者の一元化により、**人件費が年間7,223,000円削減。**
- ② 訪問看護ステーション根室の**閉鎖を回避**

◆ ICT活用による成果

- ① 業務時間の短縮
看護記録の電子化、医療連携アプリの導入により、記録・連絡業務が簡略化。ステーションとの往復時間も削減され、**時間外業務が減少。**

- ・ 年間432,000円削減
- ・ 24時間オンコール対応の平易化
- ・ 1日の訪問件数の増加
- ・ 新規利用者の受け入れも可能に



- ② コロナ感染症対策の強化
看護記録の電子化とICT機器の導入により、**各種会議のオンライン化・密の防止・在宅勤務が可能に**
- ③ 在宅看取りの指示体制が強化
管理者が事業所（釧路市）にいながら、テレビ通話などを活用し、136km離れた根室市にいる訪問看護師へ指示を伝えることで、**看取り経験が少ない訪問看護師でも、在宅看取りを行うことができた。**

【出典】令和3年度厚生労働省補助事業 看護業務効率化先進事例収集・周知事業 報告書

③訪問看護事業所の ICT化

訪問看護 × ICT



ICT導入と夜間オンコールの法人内事業所間連携対応による負担軽減・効率化

訪問看護のグループ化事例

公益社団法人川崎市看護協会 訪問看護ステーション井田・かわさき訪問看護ステーション（神奈川県川崎市）

- 2つの事業所の共同による夜間オンコール当番の対応により、職員の業務時間の短縮と心理的負担の軽減・オンコール手当に係る経費の削減・地域全体の効率的な24時間オンコール対応の実現につながった事例。

1. 背景

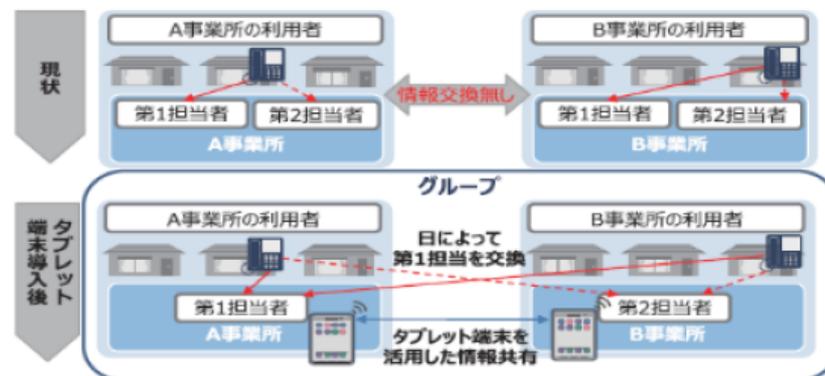
- ◆ 常勤の看護職員は各事業所とも若干名であり、オンコールの担当が頻繁に割り当てられていた。
- ◆ 事業所間でオンコールを連携して対応することで職員の負担を軽減し、1法人が複数事業所を有するメリットを發揮できる体制作りを図った。

2. 取組概要

- ◆ **事業所間での情報共有の基盤整備**
 - ・ 1人の利用者に複数事業所で訪問看護を実施する体制を整えるため、タブレット端末を導入。
 - ・ パソコン入力と手書きが混在していた**記録をシステム上一元化**
- ◆ **緊急用電話番号の共通化**
 - ・ 利用者に知らせる緊急用電話番号を共通化
 - ・ **2つの事業所の利用者のコールに協同して対応**
 - ・ オンコール担当者は各事業所1人ずつとし、担当外の利用者について対応困難なケースや訪問の必要性が発生した場合は、担当事業所のオンコール担当者に連絡を取る仕組みを取った。

3. 効果

- ◆ これまで各事業所2名、計4名のオンコール担当者であったが、各事業所1名、計2名のオンコール担当者だけに半減。それにより、**職員の業務時間の短縮と心理的負担、オンコール手当にかかる経費が削減**できた。
- ◆ 一方で、運用の変更に伴った問題も発生したため、**運用変更は、計画的に進める必要がある**ことが分かった。
コール体制としては利用者を担当する事業所の職員がそれぞれ第1担当となり、担当していない事業所の職員が第2担当となる方法とすると対応するスタッフの負担軽減にもつながると考えられた。
- ◆ 日々の情報共有がなされており、運用が安定した場合は、**地域全体の効率的な24時間オンコール対応が可能になる**と考えられた。

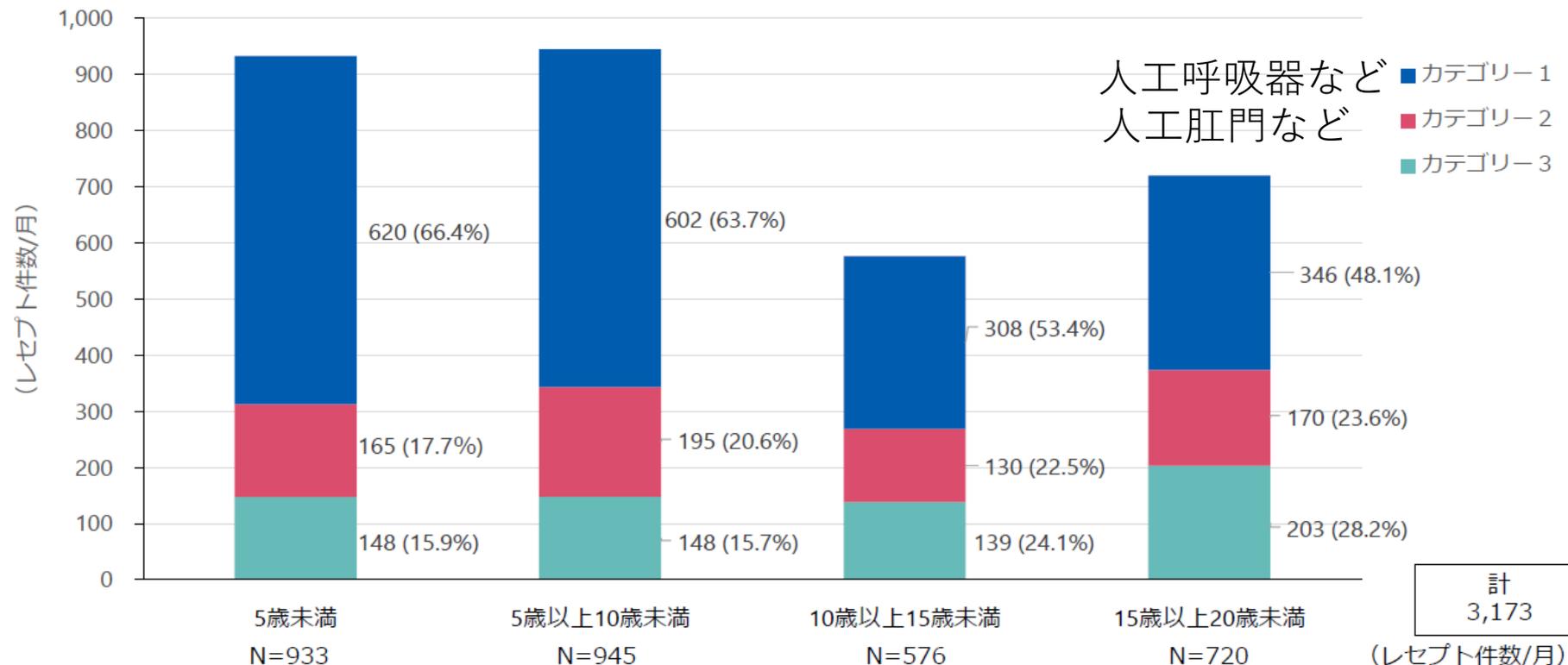


④小児訪問看護



医学的区分別にみた小児の在宅療養患者数

- 在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定された20歳未満の患者において、特に10歳未満で難病等の患者の割合が高かった。



在宅療養患者のうち、在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定された患者を対象。

※カテゴリー1：在宅医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第八の二）

※カテゴリー2：在宅医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第八の三）

※カテゴリー3：上記のカテゴリー1及びカテゴリー2のいずれにも該当しない患者
特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）

【出典】NDBデータ（2019年度診療分）

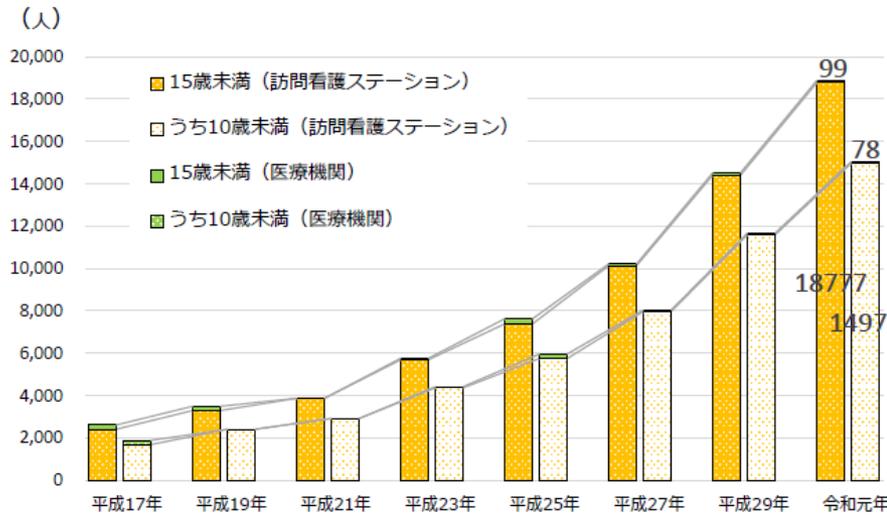
集計項目：在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料のレセプト件数/月

小児の訪問看護利用者の状況

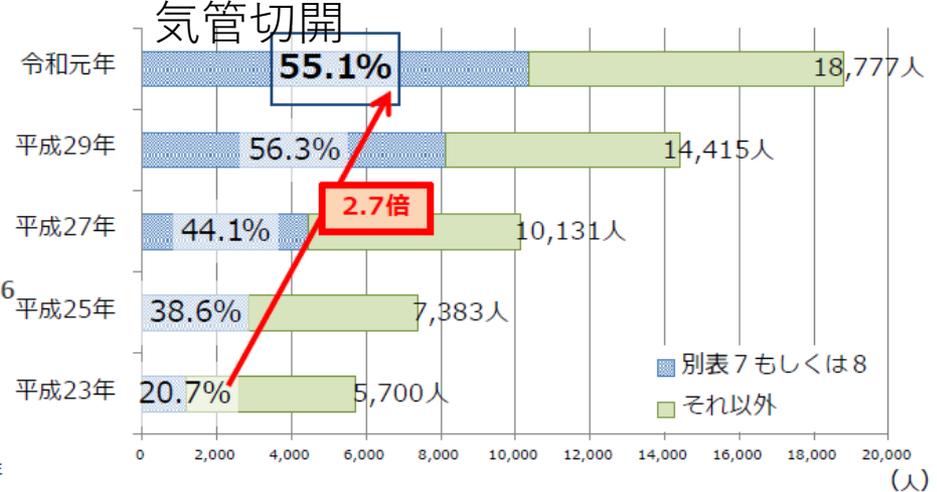
中医協 総-1-2
3 . 8 . 2 5

- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和元年は約2.7倍である。

■小児の訪問看護利用者数の推移



■小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者※1,2の割合(訪問看護ステーションのみ)



【出典】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(各年6月審査分より推計)
社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

【出典】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(各年6月審査分より推計)

※1：別表第7

- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソゾーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 頸髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |

※2：別表第8

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 | 在宅人工呼吸指導管理 |
| 2 以下のいずれかを受けている状態にある者 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 |
| 在宅自己腹腔灌流指導管理 | 在宅自己疼痛管理指導管理 |
| 在宅血液透析指導管理 | 在宅肺高血圧症患者指導管理 |
| 在宅酸素療法指導管理 | 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 |
| 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者 |
| 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 |
| 在宅自己導尿指導管理 | |

小児在宅医療の体制整備に関する施策

- 厚生労働省では、小児も含めた在宅医療に係る高度な知識や経験を備えた医療従事者等の養成や、医療機関においてレスパイトに関する体制整備に係る費用の補助を行っている。
- 自治体において、地域医療介護総合確保基金を活用して小児在宅医療に関する基盤整備や人材育成を推進している事例がある。

在宅医療関連講師人材養成事業

目的：高齢者、小児、訪問看護、の各分野が連携して研修を行い、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成する。

実施主体：国

事業の概要：研修プログラムの開発、研修の実施、地域での人材育成、地域での先進的な優良事例の横展開

予算額（R4）：23,421千円

日中一時支援事業

目的：N I C U等長期入院児の在宅医療中の定期的医学管理及び保護者の労力の一時支援を目的とする。

実施主体：都道府県、市町村、公的団体及び厚生労働大臣が適当と認める者

対象経費：病床確保経費、看護師等確保経費

予算額（R4）：23,986,380千円の内数
(医療提供体制推進事業費補助金)

地域医療介護総合確保基金の活用（令和2年度）

徳島県 小児在宅医療提供体制構築支援事業

医療的ケア児・者が安心して在宅療養できる環境を整備するため、小児在宅医療を提供する医師の養成のための研修会の実施、紹介窓口の設置、バックベッド体制の構築に係る経費の一部を支援する。

岡山県 小児訪問看護拡充事業

小児に対応できる訪問看護事業所の増加や連携強化等を図るため、小児訪問看護に関する基礎的知識や看護技術を学ぶ研修会・相談会を開催する。また、医療・保健・福祉・介護・教育等関係者との多職種連携を図る。

山形県 医療的ケア児支援者養成のための研修事業

成人在宅医に、小児の在宅医療にも対応してもらうための研修を実施する。具体的には、病院の主治医（小児科医）と共に患児の自宅での診療を行うことで、成人在宅医に小児の診察経験を積んでもらう。

※ R2年度都道府県計画の「居宅等の医療の提供に関する事業」からの抜粋。
事業の内容は、事業内容の一部を記載。

小括②

- 訪問看護の利用者数は、今後も高齢者の増加等により多くの地域で増加が見込まれる。
- 在宅医療の提供体制を確保するため、訪問看護事業所において、大規模化やグループ化、ICTの活用等の様々な取組が行われている。
- 小児の訪問診療利用者は約3,200人、訪問看護を利用している小児は約20,000人であり、そのうち半数程度が難病等や医療的ケア（基準告示第2の1）に該当する児である。
- 小児在宅医療については利用者数や提供機関数を把握できていない都道府県が多く、小児在宅医療の実態が必ずしも明確ではない。
- 厚生労働省による在宅医療関連講師人材養成事業、日中一時支援事業、地域医療介護総合確保基金を活用して、都道府県において小児在宅医療に関する基盤整備も進められている。

⑤訪問看護事業所と 特定行為研修修了者



特定行為及び特定行為区分（38行為21区分）

| 特定行為区分 | 特定行為 | 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------|--|
| 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 | 創傷管理関連 | 褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |
| 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 | | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 |
| | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 | 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 |
| | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 | 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |
| | 人工呼吸器からの離脱 | | 橈骨動脈ラインの確保 |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 気管カニューレの交換 | 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理 |
| 循環器関連 | 一時的ペースメーカーの操作及び管理 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |
| | 一時的ペースメーカーリードの抜去 | | 脱水症状に対する輸液による補正 |
| | 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 | 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与 |
| | 大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整 | 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | インスリンの投与量の調整 |
| 心嚢ドレーン管理関連 | 心嚢ドレーンの抜去 | 術後疼痛管理関連 | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |
| 胸腔ドレーン管理関連 | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更 | 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 |
| | 胸腔ドレーンの抜去 | | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 |
| 腹腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。) | | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 |
| ろう孔管理関連 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 | | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 |
| | 膀胱ろうカテーテルの交換 | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 | |
| 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 | 中心静脈カテーテルの抜去 | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 抗けいれん剤の臨時的投与 |
| 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 | | 抗精神病薬の臨時的投与 |
| | | 抗不安薬の臨時的投与 | |
| | | 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整 |

I 訪問看護ステーション「はあと」

～救急外来受診と予定外入院が減少～

特徴

複数疾患を抱え、退院直後の状態が不安定な方であっても在宅で安心・安全に暮らしていただけるよう、NP 教育課程修了者としての高いアセスメント能力を活かし、タイムリーに看護を提供することで、救急外来受診や予定外入院を回避。

1 施設概要 (2019年2月1日時点) 北海道恵庭市

| | |
|---------------------------------------|--|
| 設置主体 | 医療法人北農会 |
| 看護職員数 | 常勤換算 6.4 人(うち NP 教育課程修了者 1 人) |
| 経験年数 | 看護師経験 平均約 20 年、訪問看護経験 平均約 6.5 年 |
| 利用者数 | 平均 81 人/月 |
| 内 訳 | 介護保険 8 割(糖尿病、心不全、認知症等) 医療保険 2 割(がん末期緩和ケア、頸髄損傷、パーキンソン病等) |
| 届出加算と算定者の割合 | 特別管理加算：Ⅰ約 3 割、Ⅱ約 1 割 緊急訪問看護加算及び 24 時間対応体制加算：約 7 割 ターミナルケア体制・サービス提供体制強化加算 |
| 訪問件数 | 427 件/月 |
| グループホーム 4 施設と契約、教育施設巡回看護、ヘルパーステーション併設 | |

2 訪問看護での役割や活動

1) 訪問看護利用者に対するヘルスアセスメント

3 訪問看護での活動の成果

1) 方法

| | |
|----|--|
| 目的 | 訪問看護で NP 教育課程修了者が介入することによる利用者の悪化予防への効果を検証 |
| 方法 | 後向きコホート研究 (NP 教育課程修了者介入前と介入後の利用者の診療録レビュー) |
| 期間 | 介入前：2014 年 4 月 1 日～2016 年 3 月 31 日 (n=40) 介入後：2016 年 4 月 1 日～2018 年 3 月 31 日 (n=70) |
| 対象 | 薬物療法の管理が必要な 65 歳以上の訪問看護利用者 |
| 内容 | NP 教育課程修了者の介入前と介入後で、定期外受診、救急外来受診、予定外入院の回数を比較 正規性を保持しているものに対しては、パラメトリック検定、平均の差の検定として t 検定を用いた。正規性が保持できていないものに対しては、ノンパラメトリック検定を用いて、尺度に応じて、Mann-Whitney U-test、 χ^2 検定を用いた。 |

2) 結果

(1) 対象者の属性 (介入前・介入後の比較)

NP 教育課程修了者の介入前後で対象者の年齢・性別・要介護度に統計学的に有意な差は認めなかった (表 1)。

2) 結 果

(1) 対象者の属性（介入前・介入後の比較）

NP 教育課程修了者の介入前後で対象者の年齢・性別・要介護度に統計学的に有意な差は認めなかった（表1）。

表1 NP 教育課程修了者の介入前後の比較

| 属 性 | | 介入前(n=40) | 介入後(n=70) | p 値 |
|------------|---------|-------------|-------------|-------|
| 平均年齢、歳 | | 78.80(±9.2) | 81.54(±8.8) | 0.099 |
| 性 別 | 男性、人(%) | 22(55.0) | 37(52.9) | 0.854 |
| | 女性、人(%) | 18(45.0) | 33(47.1) | |
| 要介護≥3、人(%) | | 10(25.0) | 18(25.7) | 1.000 |
| 平均内服薬剤数(剤) | | 9.57 | 7.94 | 0.082 |

(2) NP 教育課程修了者の介入前後の救急外来受診、予定外入院、定期外受診の発生回数の比較（表2）

NP 教育課程修了者の介入前に比べ、介入後の方が

①救急外来受診回数が少なかった

介入前 0.09 回→介入後 0.05 回（訪問看護 100 日あたり）

②予定外入院回数が少なかった

介入前 0.85 回→介入後 0.58 回（訪問看護 100 日あたり）

③定期外受診の回数が多かった

介入前 0.28 回→介入後 0.30 回（訪問看護 100 日あたり）

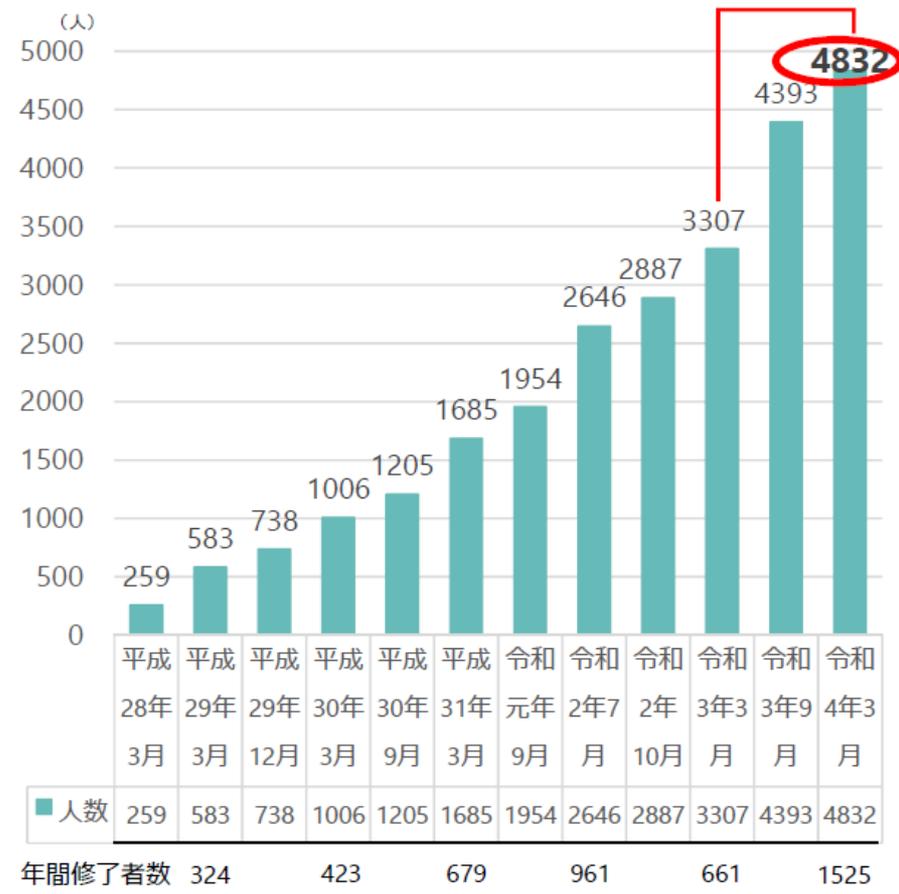
現状（指定研修機関数・研修修了者の推移）

- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和4年2月現在で319機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は3,699人である。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和4年3月現在で4,832名である。

■ 指定研修機関数の推移



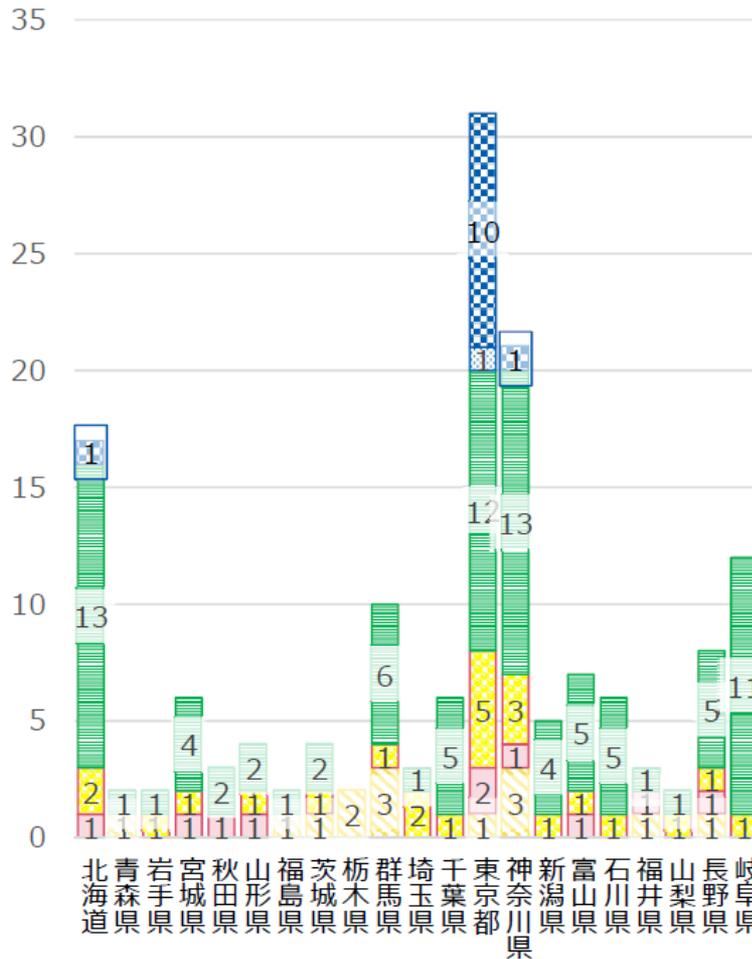
■ 研修修了者数の推移



現状（特定行為研修を行う指定研修機関等の状況）

■ 都道府県別指定研修機関数(令和4年2月現在)

(指定研修機関数)

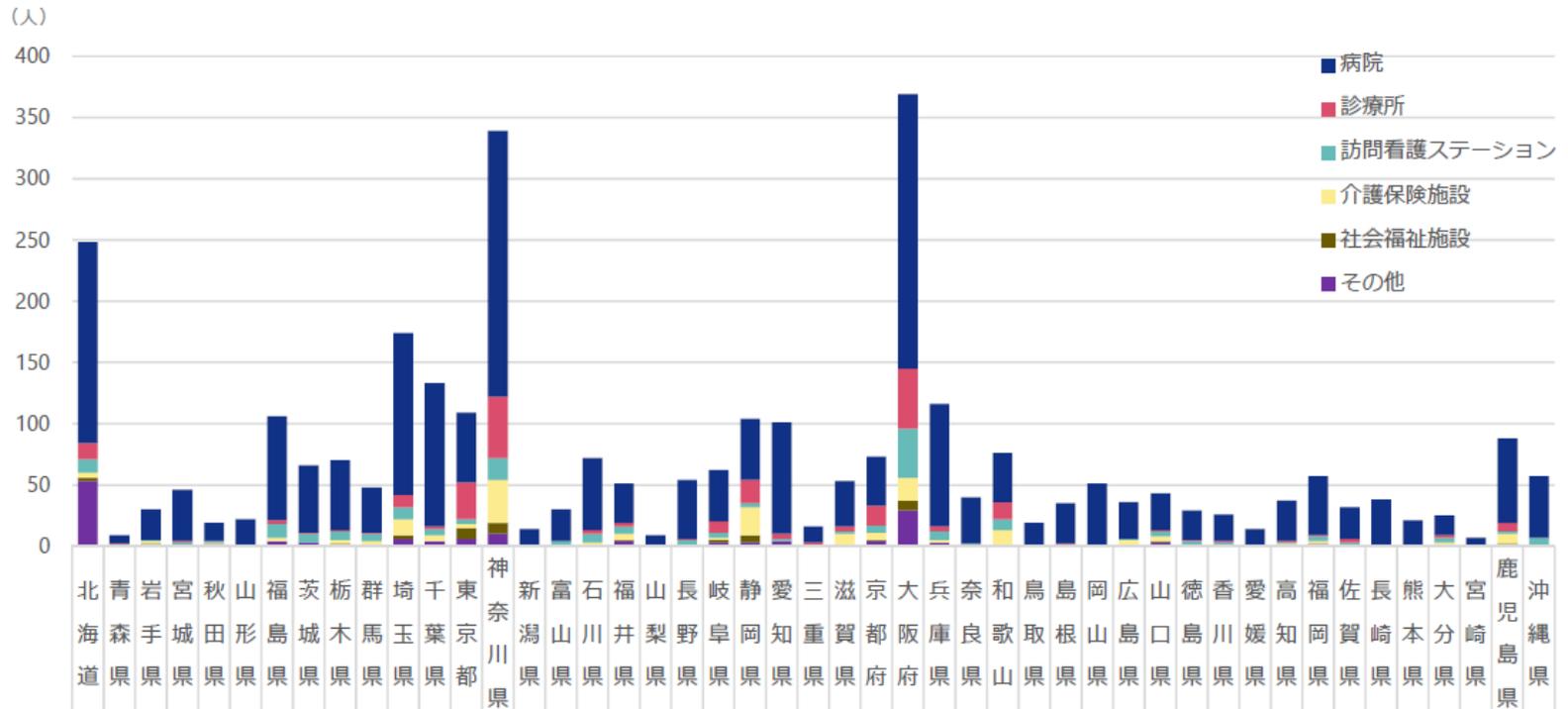


■ 施設の種別別指定研修機関数(令和4年2月現在)

| 施設種別 | 大学 | 大学院 | 大学病院 | 病院 (診療所を含む) | 医療関係団体等 | 専門学校 | 総計 |
|------|--------|-------|--------|----------------|---------|-------|-------------------|
| 施設数 | 32 | 16 | 50 | 200 | 20 | 1 | 319 機関 |
| 割合 | 10.03% | 5.02% | 15.67% | 62.7% | 6.27% | 0.31% | 100% |

■ 大学
 ■ 大学院
 ■ 大学病院
 ■ 病院
 ■ 診療所
 ■ 医療関係団体等
 ■ 専門学校

現状（特定行為研修修了者就業状況）



| | 北海道 | 青森県 | 岩手県 | 宮城県 | 秋田県 | 山形県 | 福島県 | 茨城県 | 栃木県 | 群馬県 | 埼玉県 | 千葉県 | 東京都 | 神奈川県 | 新潟県 | 富山県 | 石川県 | 福井県 | 山梨県 | 長野県 | 岐阜県 | 静岡県 | 愛知県 | 三重県 | 滋賀県 | 京都府 | 大阪府 | 兵庫県 | 奈良県 | 和歌山県 | 鳥取県 | 島根県 | 岡山県 | 広島県 | 山口県 | 徳島県 | 香川県 | 愛媛県 | 高知県 | 福岡県 | 佐賀県 | 長崎県 | 熊本県 | 大分県 | 宮崎県 | 鹿児島県 | 沖縄県 | |
|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|---|
| ■ 病院 | 164 | 7 | 25 | 42 | 15 | 22 | 85 | 55 | 57 | 37 | 132 | 117 | 57 | 217 | 14 | 26 | 59 | 32 | 9 | 48 | 42 | 50 | 91 | 13 | 37 | 40 | 224 | 100 | 38 | 40 | 18 | 33 | 50 | 30 | 30 | 24 | 22 | 13 | 33 | 48 | 26 | 37 | 20 | 16 | 6 | 69 | 50 | |
| ■ 診療所 | 13 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 10 | 2 | 30 | 50 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 1 | 9 | 19 | 4 | 2 | 4 | 16 | 49 | 4 | 0 | 14 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2 | 0 | 7 | 0 | |
| ■ 訪問看護ステーション | 11 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 11 | 7 | 7 | 6 | 10 | 5 | 4 | 18 | 0 | 4 | 7 | 6 | 0 | 4 | 4 | 3 | 2 | 0 | 2 | 6 | 40 | 7 | 2 | 9 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 | 0 | 1 | 4 | 2 | 1 | 0 | 4 | 1 | 2 | 7 | |
| ■ 介護保険施設 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 3 | 4 | 13 | 5 | 3 | 35 | 0 | 0 | 2 | 5 | 0 | 0 | 2 | 23 | 0 | 0 | 9 | 6 | 19 | 2 | 0 | 13 | 1 | 0 | 0 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 8 | 0 |
| ■ 社会福祉施設 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 6 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | |
| ■ その他 | 53 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 3 | 0 | 0 | 6 | 4 | 6 | 10 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 3 | 3 | 4 | 0 | 1 | 4 | 29 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

総数：3,274人（令和2年12月31日時点）

【出典】 令和2年度衛生行政報告例

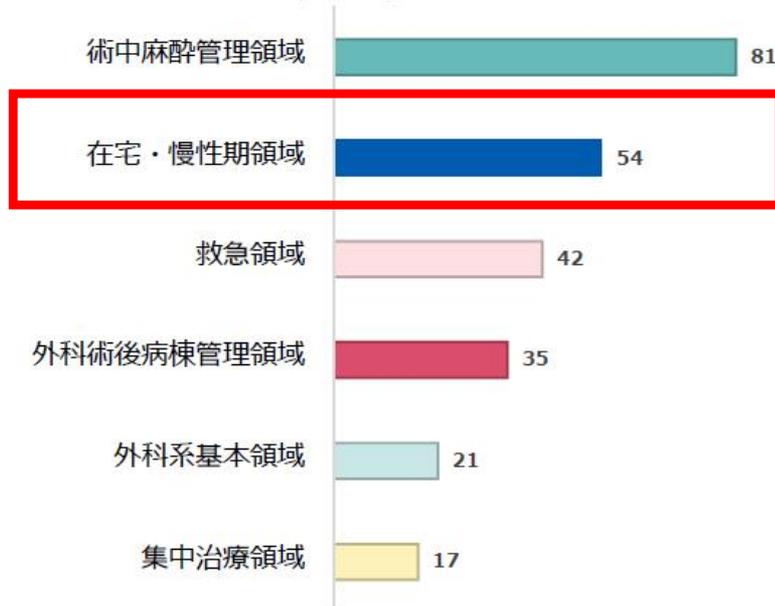
現状（領域パッケージの指定研修機関数推移及び修了生数推移）

領域パッケージにおいて令和4年3月で、指定研修機関は153機関、修了生数は313人となった。

領域パッケージを開講している指定研修機関は153機関

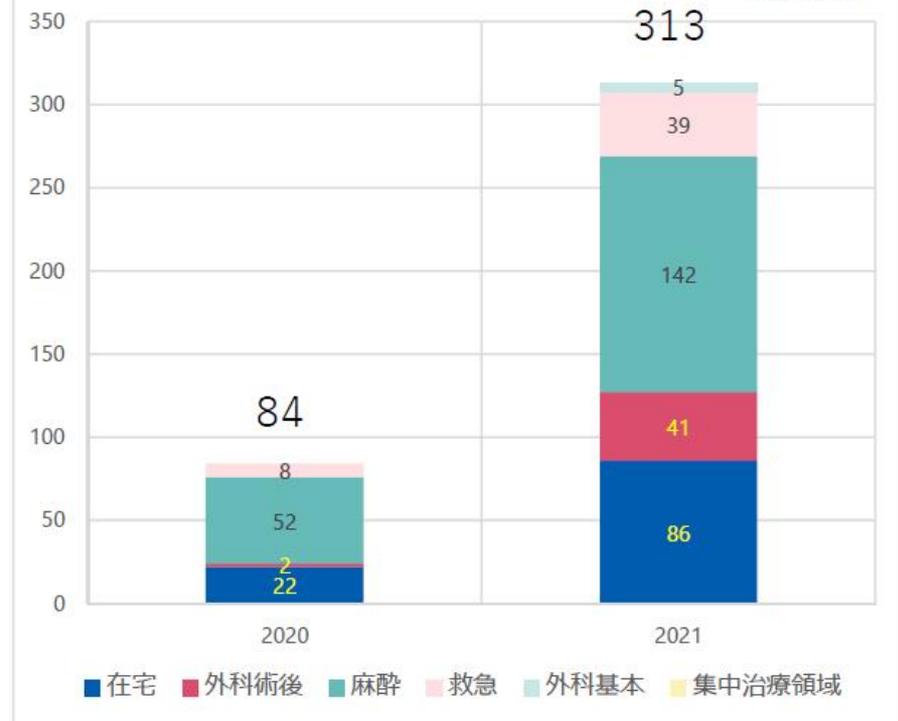
各領域別のパッケージ研修実施

指定研修機関数



パッケージ領域の修了者数

(延べ数)



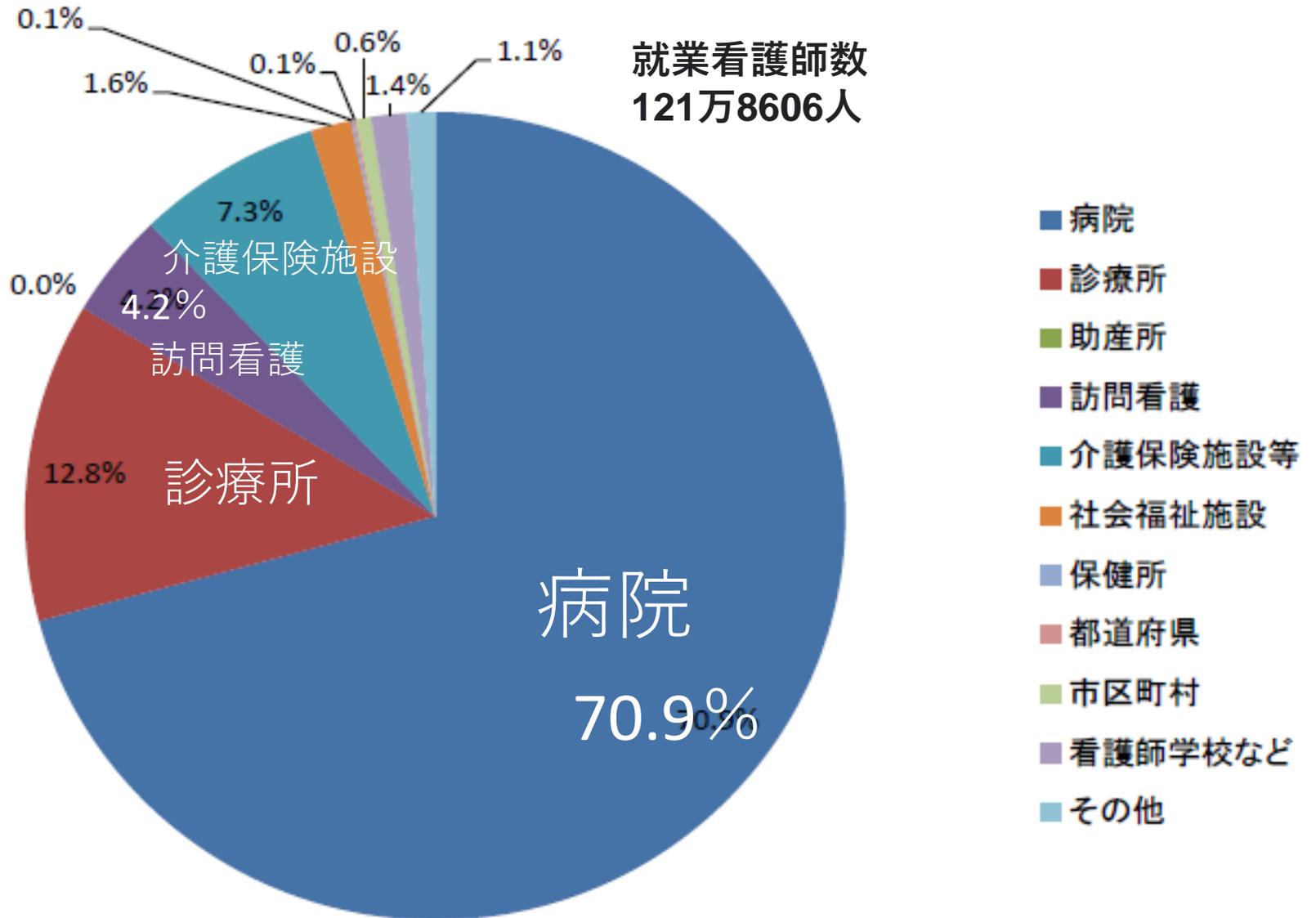
パート4

第8次医療計画と 訪問看護師推進策



看護師の就業場所別割合【2018年】

就業看護師数
121万8606人

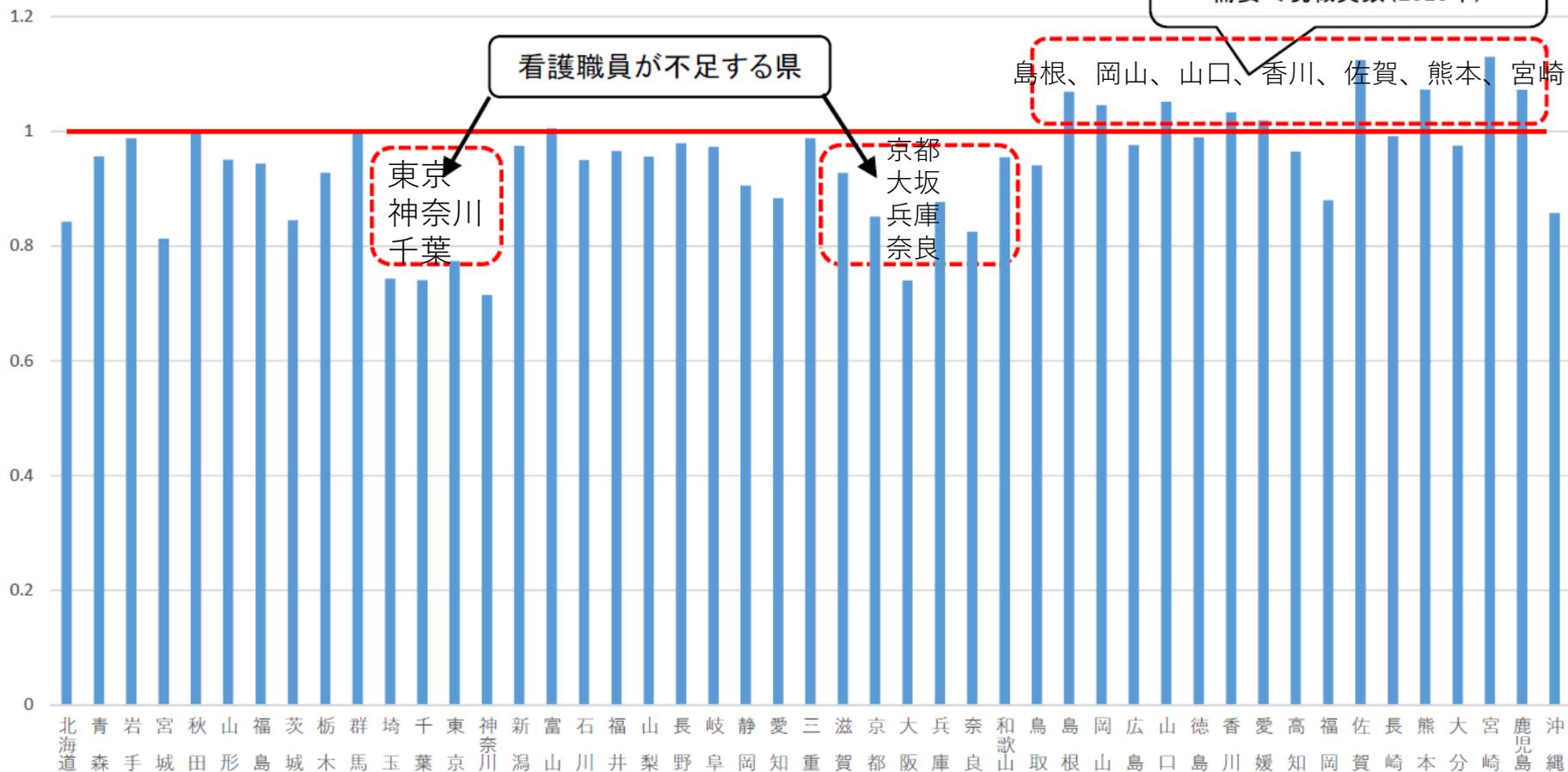


都道府県別の看護職員の需給推計

都道府県別でみた場合、都心部等では依然として都道府県全体として2025年の看護職員需要数が供給数を上回り、看護職員不足が見込まれる一方で、一部の都道府県においては、供給数より2025年の看護職員需要数が少ない推計結果となっている。

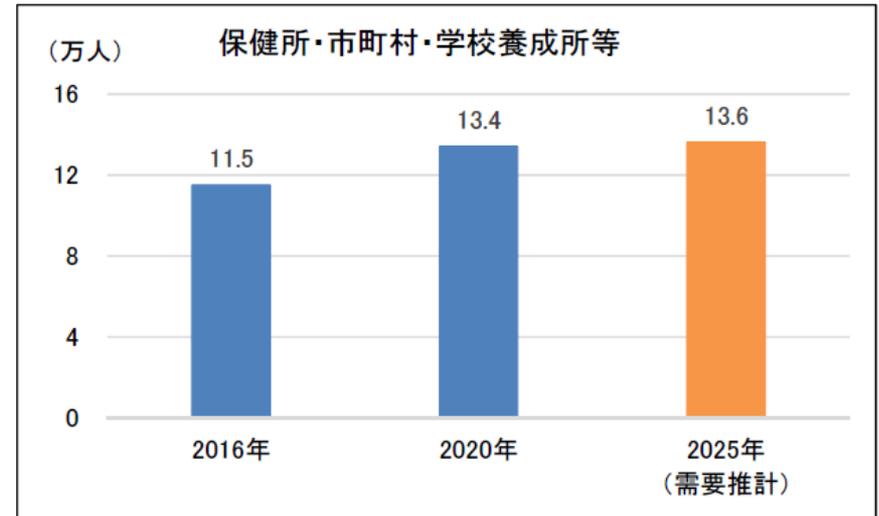
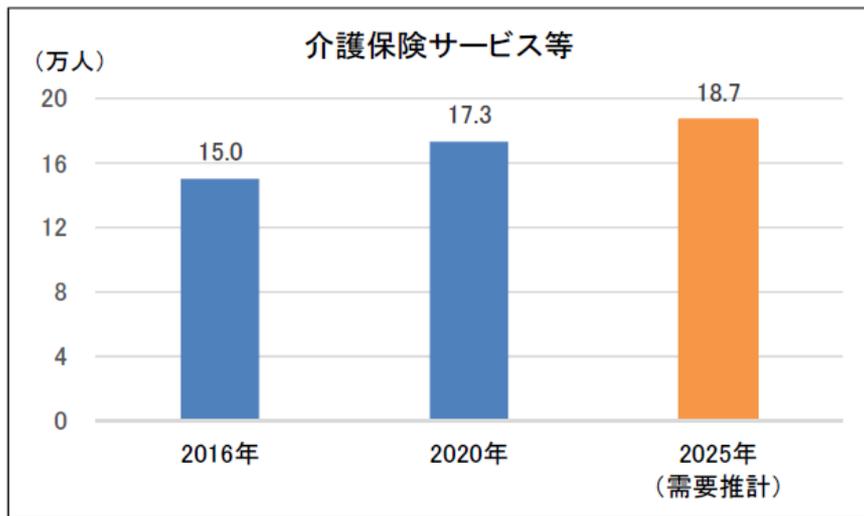
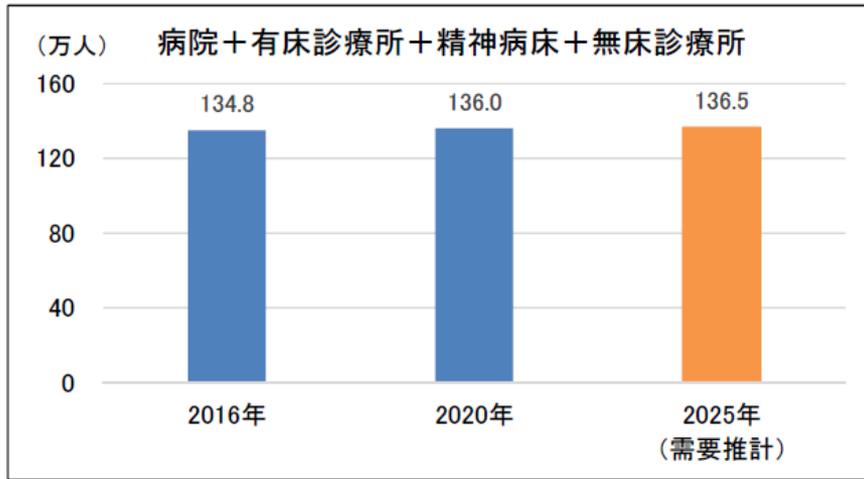
【各都道府県別の供給数と需要数の比較（2016年の供給数／2025年(シナリオ②)の需要数）】

※ 1より低ければ、2025年(シナリオ②)は2016年現在より看護職員数不足



領域別の就業看護職員数と需要推計

訪問看護に従事する看護職員は増加しているが、2025年の需要推計との比較によれば、ニーズの増大に伴って、今後とも大幅に訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくことが必要。

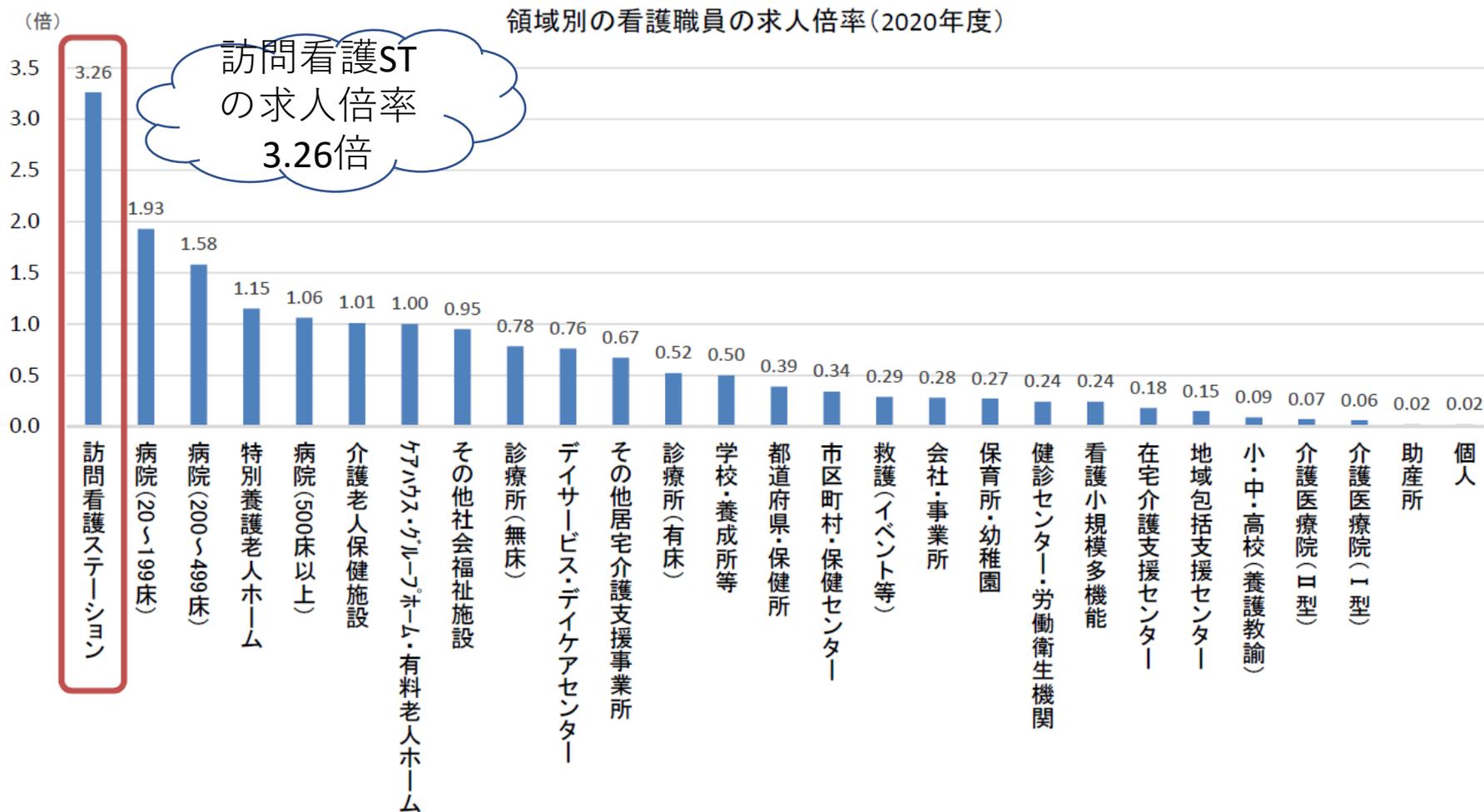


資料出所 2016年の就業看護職員数: 病院報告・医療施設調査・衛生行政報告例に基づく厚生労働省医政局看護課による実績推計
 2020年の就業看護職員数: 医療施設調査・衛生行政報告例に基づく厚生労働省医政局看護課による実績推計
 2025年の需要推計: 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ(概要)」(令和元年(2019年)11月15日)

※ 訪問看護事業所の2025年の需要推計は、医療保険、介護保険及び精神病床からの基盤整備の合計。

領域別の看護職員の求人倍率

都道府県ナースセンターにおける領域別の看護職員の求人倍率を比較すると、訪問看護ステーションの求人倍率が3.26倍と最大になっており、訪問看護における人材確保が困難である状況にあると言える。



看護職員確保に向けた施策の方向性

看護職員の確保策については、「新規養成」「復職支援」「定着促進」の3本柱の推進に加え、地域の実情に合わせた地域・領域別偏在の調整が重要。

【新規養成】

【復職支援】

【定着促進】

（1）看護学生の学習環境の整備等による新規養成

- ・看護学生に学習しやすい環境を提供するため、看護師等養成所の整備や運営に対する補助を実施。
- ・看護関係資格の取得を目指す社会人経験者が、厚生労働大臣が専門的・実践的な教育訓練として指定した講座（専門実践教育訓練）を受講した場合の給付の実施。

（2）看護職員の復職支援の強化（看護師等人材確保促進法改正 平成27年10月1日施行）

- ・看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者の把握を徹底。
- ・都道府県ナースセンターが、離職後も一定のつながりを確保し、ライフサイクル等を踏まえて適切なタイミングで復職研修等の必要な支援を実施。

（3）勤務環境の改善を通じた定着促進

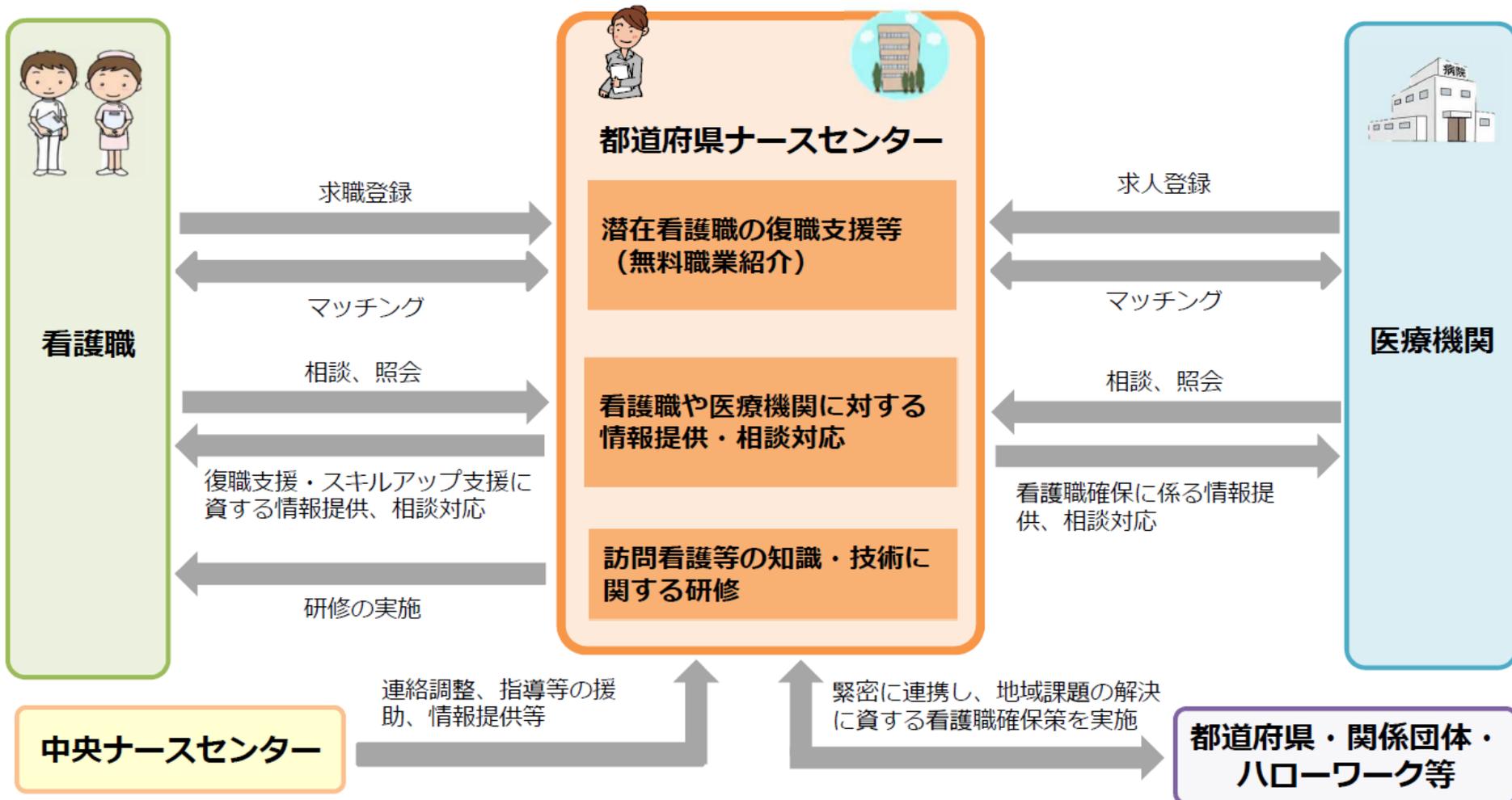
- ・看護職員を含めた医療従事者全体の勤務環境を改善するため、医療機関による自主的な勤務環境改善の取組を促進し、都道府県医療勤務環境改善支援センターが医療機関の取組を支援。（医療法改正 平成26年10月1日施行）
- ・院内保育所の運営・施設整備や仮眠室・カンファレンスルーム等の新設・拡張など、勤務環境改善に対する支援を実施。

【地域・領域別偏在の調整】

- ・「地域に必要な看護職の確保推進事業」を全国に展開するための、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進。

都道府県ナースセンターによる看護職の就業・資質向上支援

都道府県ナースセンターは、①潜在看護職の復職支援等（無料職業紹介）、②看護職や医療機関に対する情報提供・相談対応、③訪問看護等の知識・技術に関する研修の実施等を通じて、地域における看護職の就業・資質向上を支援している。



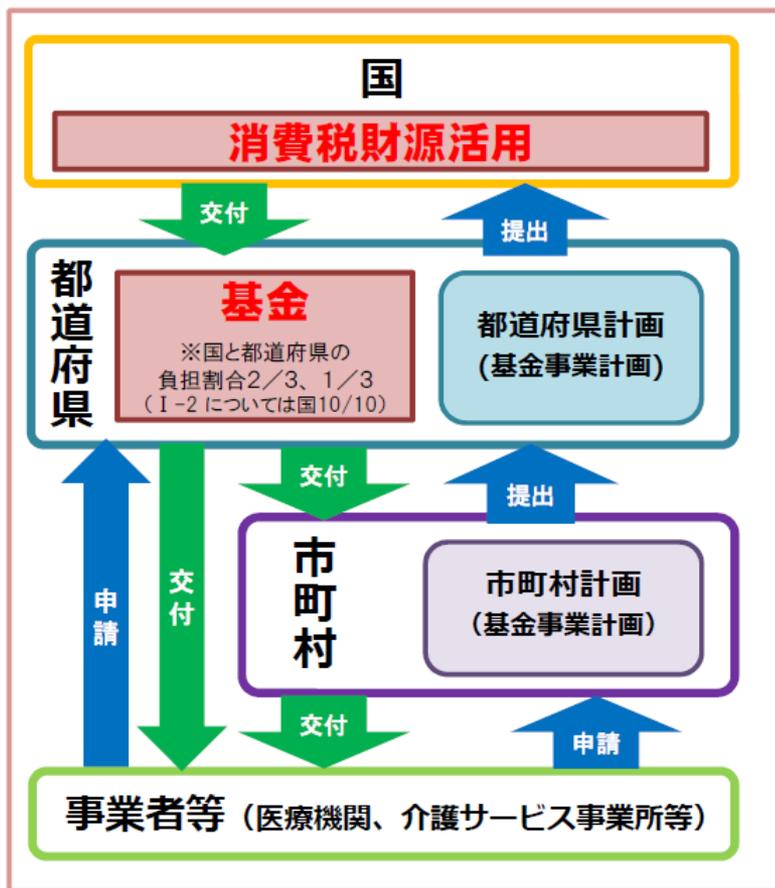
※平成30年末時点の推計では、65歳未満の就業者看護職員数(約154.0万人(平成22年末:約139.6万人))、65歳未満の潜在看護職員数(約69.5万人(平成22年末:約71.5万人))

(資料出所) 令和2年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「新たな看護職員の働き方に対応した看護職員需給推計への影響要因とエビデンスの検証についての研究」(代表研究者:小林美里)、平成24年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「第七次看護職員需給見通し期間における看護職員需給推計手法と把握に関する研究」(44歳調査表・小松亜希)

地域医療介護総合確保基金

令和4年度予算額:公費で1,853億円
(医療分 1,029億円、介護分 824億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業**
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

地域医療介護総合確保基金で実施する看護職員の養成・確保に関する事業

○ 看護師等養成所における教育内容の向上を図るための体制整備

看護師等養成所における教育内容の向上を図るため、専任教員の配置や、実習経費（医療機関における実習受入や実習指導者の配置に係る経費等）など、看護師等養成所の運営に対する支援を行う。



○ 離職防止を始めとする看護職員の確保対策の推進

地域の実情に応じた看護職員の離職防止対策を始めとした総合的な看護職員確保対策の展開を図るための経費に対する支援を行う。

（新人看護職員やその指導者向けの研修会・情報交換会、中高生等に対する看護職の魅力PRや進路相談、卒業後に県内医療機関や看護職員不足地域の医療機関で就業する看護学生への修学資金の貸与など）

○ 医療機関と連携した看護職員確保対策の推進

地域の医療機関の看護職員確保の支援や看護職員の復職支援の促進を図るため、ナースセンターのサテライト展開、効果的な復職支援プログラムの実施など、看護人材確保法の枠組みを活用した看護職員確保の強化を図るための経費に対する支援を行う。

○ 看護師等養成所の施設・設備整備

看護師等養成所の新築・増改築に係る施設整備や、開設に伴う初度設備整備、在宅看護自習室の新設に係る備品購入、修業年限の延長に必要な施設整備に対する支援を行う。

○ 看護職員が都道府県内に定着するための支援

地域における看護職員確保のため、看護師等養成所における都道府県内医療機関やへき地の医療機関等への看護師就職率等に応じた財政支援を行う。

○ 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施

訪問看護の安定的な提供体制を整備するための機能強化型訪問看護ステーションの設置支援等、訪問看護の人材育成及び人材確保を推進するための退院調整研修や人事交流派遣支援等、訪問看護の認知度を高め、訪問看護の役割を地域に浸透させるための講演会等を実施するために必要な経費に対する支援を行う。



在宅医療・介護連携推進事業による訪問看護の推進

山形県の事例 — 住み慣れた地域で過ごす「高齢者の日常の療養生活」を守るために —

都道府県から県看護協会へ働きかけ、各町村、地元医療関係者等を巻き込んだ、「訪問看護空白地域」の解消の実現を目指す取組。住み慣れた地域で過ごす「高齢者の日常の療養生活」を守るため、県と関係機関・団体等との広域的な連携・調整 ～サテライト事業所の開設に向けて～

<二次医療圏内にある市町村等における広域連携>

①訪問看護空白地域

■ 県の最上医療圏の北部の一部地域（金山町、真室川町、鮭川村）では、訪問看護ステーションが存在せず、サービスを受けることが困難な地域が存在。各町村では訪問看護ステーションの必要性を感じつつも、単独での開設は困難。

■ 平成28年に、県から県看護協会へ、訪問看護ステーションの設置について検討を依頼。

■ 最上医療圏の北部地域は、「訪問エリアの広さ」「冬の豪雪」「看護師確保の困難」等の課題が多く、各町村の協力、財源確保等の具体的な検討を踏まえたサービスの安定性・継続性の担保が必要。

②サテライト事業所の開設

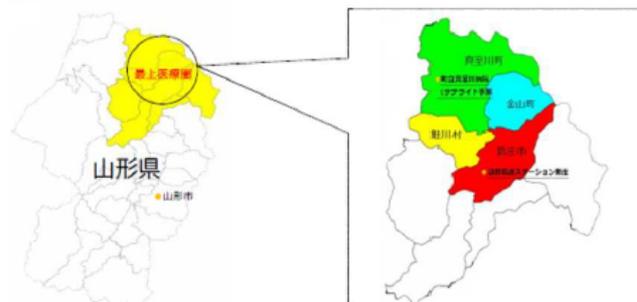
■ 県、県看護協会、各町村、地元医療関係者等による協議を重ね、

- ・ 町立真室川病院内にサテライトを設置（看護師は町立病院から出向）
- ・ 約5年間は赤字を各町村で補填
- ・ 県による補助事業の活用

により運営体制を構築。

■ 町立病院内に設置したことで、主治医や看護師とスムーズな連携が実現。各町村の地域包括支援センターとの「報告」「連絡」「相談」も円滑に行われ、医師の紹介やケアマネジャーからの依頼も増加、がん患者の在宅看取りが実現する等の成果につながる。

■ 病院看護師がサテライトに出向することで、病院看護師の在宅療養のイメージが明確化し、病院における入退院支援等にも好影響を及ぼす。



市町村（在宅）医療計画における訪問看護推進策

- 訪問看護を含む在宅医療は、身近な地域で患者の生活を支える医療であるとともに、高齢者介護や障害福祉（医療的ケア児など）とも密接な関連があるため、都道府県との連携の下、市町村において整備方策を考えていくことが重要。
- こうした観点から、様々な市町村において市町村（在宅）医療計画が策定されているが、当該計画の多くでは、訪問看護の整備を推進するための施策や目標が位置づけられている。

◎新潟県新潟市：「新潟市医療計画」（平成26年3月策定）

- ✓ 終末期医療（看取り）の充実のための目標の1つとして、「ターミナルケアに対応する訪問看護事業所の増加」を設定。
- ✓ 当該目標の達成のため、計画に基づき、以下の事業を実施。
 - ①地域看護連携強化事業（各地域での看護職間の連携を推進する事業）
 - ②新潟市医師会等の関係機関との協働による医療機関間連携強化のための研修会・情報交換会の開催
 - ③看護職向け研修会の開催
- ✓ 計画の第2回中間評価（令和3年3月）において、「24時間対応可能な訪問看護ステーション施設数」を指標として設定。
 - ・新潟市医療資源調査に基づき、初期値：42施設（H28）、現況値：50施設（R1）を検証して、「A評価（医療計画上の取組みに計画どおり取り組んだ）」と評価。
 - ・あわせて、令和5年度までの目標値として、「24時間対応可能な訪問看護ステーション施設数：58施設」と設定。

◎神奈川県横浜市：「よこはま保健医療プラン2018」（平成30年3月策定）

- ✓ 「地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実」という項目の中で、「訪問看護師の人材確保・質の向上を目的とした研修会などの実施」という施策を規定。
- ✓ 具体的な取組として「訪問看護師対応力サポート事業」を実施しているほか、「横浜市訪問看護師人材育成プログラム」を提供し、訪問看護師自身が自らの課題と目標を明確にできるよう支援している。

◎島根県出雲市：「第1次在宅医療・介護連携推進基本計画（ルピナスプラン）」（令和3年3月策定）

- ✓ 「サービス提供体制の充実」という施策の柱について、以下の内容を規定。
 - ・成果指標として「訪問看護を実施している事業所数」を設定し、R2実績値（24事業所）よりも増大させるとの目標（R5）を設定。当該目標等を実現するための施策として、在宅医療・介護連携支援センターにおける相談対応・情報提供等を規定。
 - ・中山間地域等の条件不利地域へ訪問看護を行う事業者に対して、島根県の地域医療介護総合確保基金を活用した支援を実施。こうした支援の実施に係る活動指標として「条件不利地域における訪問看護（患者数・事業所数）」を設定し、R2実績値（167人、11事業所）よりも増大させるとの目標（R5）を設定。
- ✓ 「24時間体制の構築」という施策の柱について、「24時間体制を取っている訪問看護ステーション数」という成果指標を設定し、R2実績値（22事業所）よりも増大させるとの目標（R5）を設定。

◎愛知県豊田市：「豊田市在宅医療・福祉連携推進計画（後期計画）」（令和3年3月策定）

※平成29年度に策定した前期計画を中間評価結果に沿ってリバイスした計画

- ✓ 在宅医療基盤の強化に向けた人材確保・育成のため、計画に基づき、以下の事業を実施。
 - ①豊田訪問看護師育成センター（新任・新卒訪問看護師育成プログラム等で訪問看護師を確保・育成：重点事業）
 - ②豊田地域看護専門学校と連携した訪問看護の啓発・訪問看護師の確保
 - ③訪問看護ステーションでのインターンシップの受入
 - ④訪問看護師のスキルアップサポート
 - ⑤訪問看護部会の組織強化（訪問看護ステーション間の連携強化）
- ✓ 上記事業を受けた成果指標として豊田訪問看護師育成センターによる新任・新卒の「訪問看護師育成数」を設定し、令和2年現状値（9人／年）に対する令和5年時点での目標値として「20人／年」を設定。

課題と論点

課題

- 看護職員の需給の状況は、地域（都道府県、二次医療圏）ごとに差異があるため、地域の課題に応じた看護職員確保対策を講じることが必要。
- 領域別に見ると、訪問看護については、今後の看護職員の需要の高まりが大きく、かつ、総数が充足されると推計された地域（都道府県、二次医療圏）においても需要が高まっていくと見込まれる一方、有効求人倍率が高く人材確保が困難な状況となっており、訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくことが重要。
- 訪問看護を含む在宅医療は、身近な地域で患者の生活を支える医療であるとともに、高齢者介護や障害福祉（医療的ケア児等）とも密接に関連するため、都道府県との連携の下、市町村において整備方策を考えていくことが重要。
- 新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大に迅速・的確に対応するとともに、医師の働き方改革（令和6年4月から医師の時間外労働の上限規制が適用）に伴うタスクシフト/シェアを推進するため、地域のニーズに応じて、特定行為研修修了者など、専門性の高い看護師の養成を推進することが重要。

論点

- 都道府県・都道府県ナースセンター等の関係者の連携の下、看護職員確保に係る地域（都道府県、二次医療圏）の課題を把握し、こうした課題に応じた看護職員確保対策を講じることについて、どう考えるか。
- ニーズの高まりに応じて訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくため、都道府県において、今後の都道府県・二次医療圏ごとの事業所数・看護職員数を見込み、必要なサービス・看護職員を確保するための方策を定めることを必須とすることについて、どう考えるか。
- 今後、ニーズが増大していく訪問看護を含む在宅医療の整備を推進するため、都道府県との連携の下、市町村における整備を推進していくために、どのような方策が考えられるか。
- 新型コロナなどの感染症拡大時に迅速・的確な対応を行える体制の整備やタスクシフト/シェアの推進のため、都道府県において、特定行為研修に係る研修体制整備に向けた具体的な計画の策定を必須とするとともに、都道府県・二次医療圏ごとに、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師の養成数の目標を設定することについて、どう考えるか。

パート5 第8次医療計画と 在宅医療圏



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五十号)

在宅医療の圏域について

5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携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。

<在宅医療の体制構築に係る指針>

○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。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、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。
- (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、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

在宅医療の圏域に求められる事項について

- 現行の指針において、都道府県は、在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの4つの機能を示し、圏域を設定することとしている。
- また、「在宅医療の体制構築に係る指針」において、上記4つの機能の確保に向け、「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」について「医療計画に位置付けることが望ましい。」と記載している。
- 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るため、在宅医療の圏域においては、在支診・在支病等の「在宅医療における積極的役割を担う医療機関」の役割や、地域の医療資源により、複数の医療機関が連携や、医療及び介護・福祉との連携を構築する観点から、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の役割も踏まえ、設定することが求められる。

在宅医療の圏域の設定

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

②日常の療養支援

③急変時の対応

④看取り

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

・市町村 ・保健所
・医師会等関係団体 等



「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の記載事項

- 「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「在宅医療の体制構築に係る指針」において、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が望ましいとされている。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の目標や求められる事項において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の目標や求められる事項と重複している内容がある。

<「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 各医療機能との連携

(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いながら、医療や介護、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が望ましい。基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

- ① 目標 ※ 赤字は「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の記載と重複する項目
 - ・ 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住民への普及啓発を行うこと
- 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（特に一人の医師が開業している診療所）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、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
 - ・ 臨床研修制度における地域医療研修において、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等の支援を行うこと
 - ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、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適切に紹介すること
 - ・ 入院機能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入れを行うこと
 - ・ 地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の記載事項

- 「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、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を、医療計画に位置付けることが望ましいとされている。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に求められる事項において、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の目標や求められる事項と重複している内容がある。

<「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 各医療機能との連携

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けることが望ましい。

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る際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組や、障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも想定される。

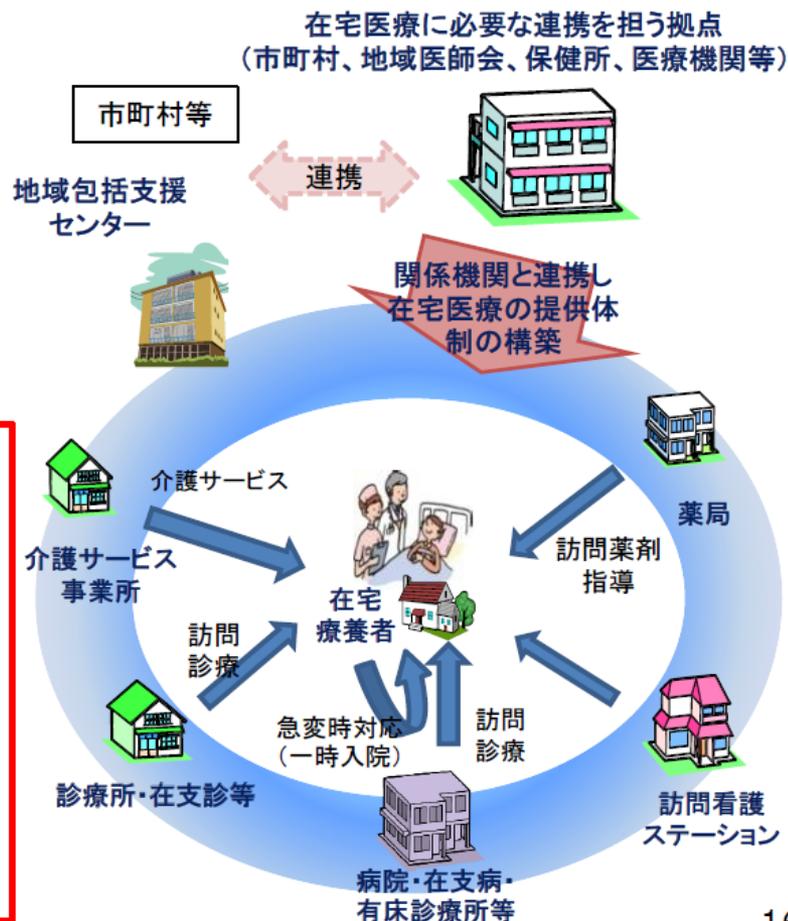
① 目標

- ・ 多職種協働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

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉関係者による会議を定期的開催し、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
- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供すよう、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、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情報共有の促進を図ること
- ・ **在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること**

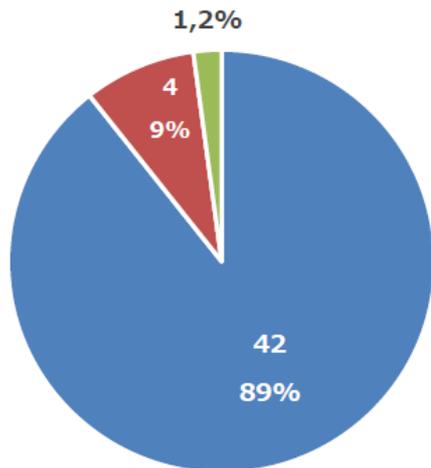
※ 赤字は「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の記載と重複する項目



第7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」の記載について

- 都道府県の医療計画において、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容のみ記載している都道府県が89%であった。その理由として、議論が出来ていないためと回答した都道府県が62%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を位置付けている都道府県は11%であり、位置付けられている医療機関としては、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等であった。

1. 在宅医療において積極的役割に担う医療機関に関する記載内容について (N=47)

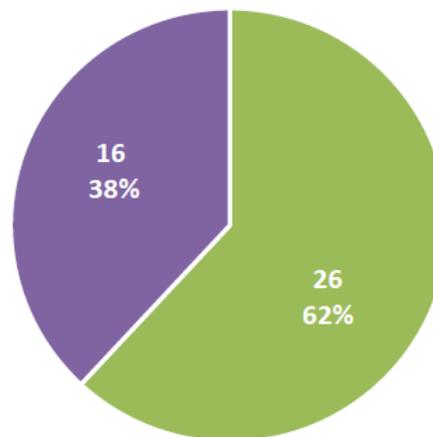


- 記載なし
- 届出のある在支診・在支病の数や機関名をすべて記載
- 医療圏ごとに定めあり

<在宅医療を積極的に担う医療機関の位置付けの例>

- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院 など

2. 在宅医療において積極的役割を担う医療機関について医療計画に記載していない理由について (N=42)



- 要件を満たす医療機関がない
- 要件を満たす医療機関が一部の地域にしかない
- 議論していない
- その他

※「要件を満たす医療機関がないため」、「要件を満たす医療機関が一部の地域にしかないため」と回答した都道府県は「0」であった。

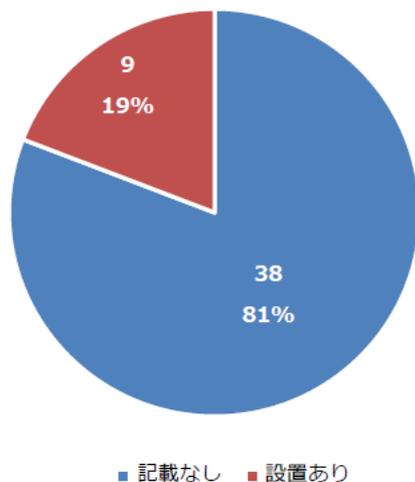
<その他の記載について(例)>

- ・ 医療計画本体には記載していないが、別冊には記載している
- ・ 指針に記載されている「求められる事項」を全て満たしていないため
- ・ 医療計画には具体的な機関名は掲載していないが、計画上には「在宅医療を積極的に担う医療機関」に該当する機関として在支病・在支診などが該当する旨は示している など

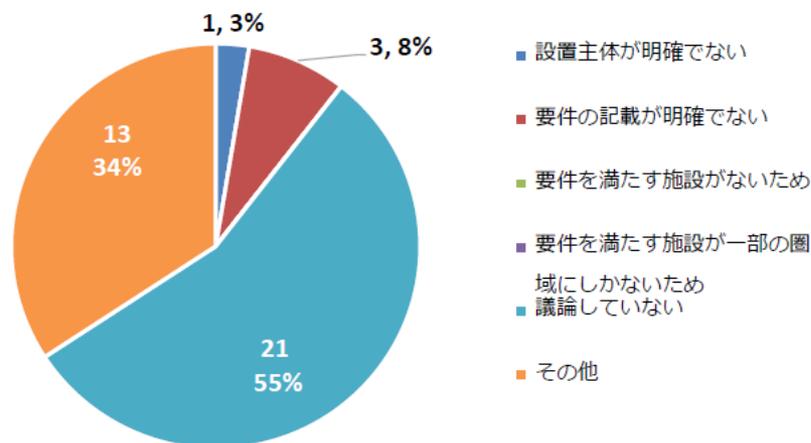
第7次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の記載について

- 都道府県の医療計画において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容のみ記載している都道府県が81%であった。その理由として、議論が出来ていないためと回答した都道府県が55%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付けている都道府県は19%であり、位置付けられている拠点としては、市区町村、郡市区医師会の他、地域により、在宅医療・介護連携支援センターや保健所等であった。

1. 在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する記載内容について (N=47)



2. 在宅医療に必要な連携を担う拠点について医療計画に記載していない理由について (N=38)



※「要件を満たす施設がないため」、「要件を満たす施設が一部の圏域にしかないため」と回答した都道府県は「0」あった。

<在宅医療に必要な連携を担う拠点の位置付けの例>

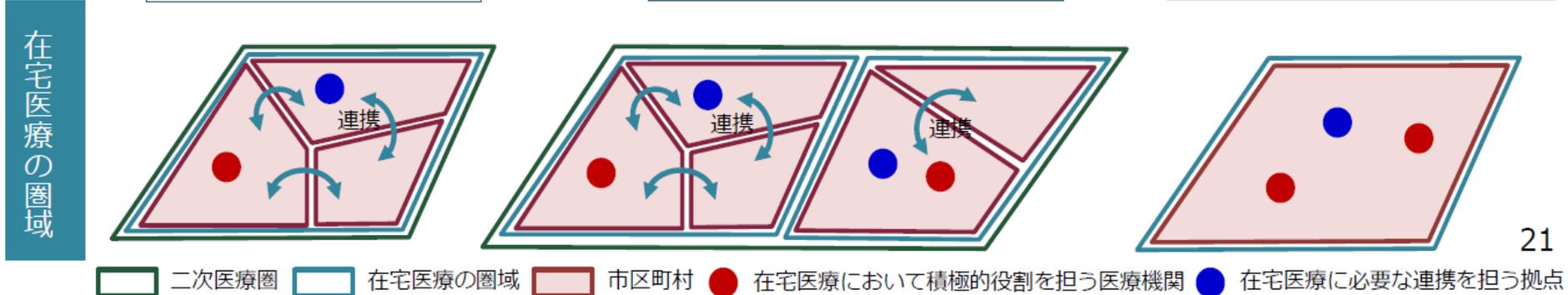
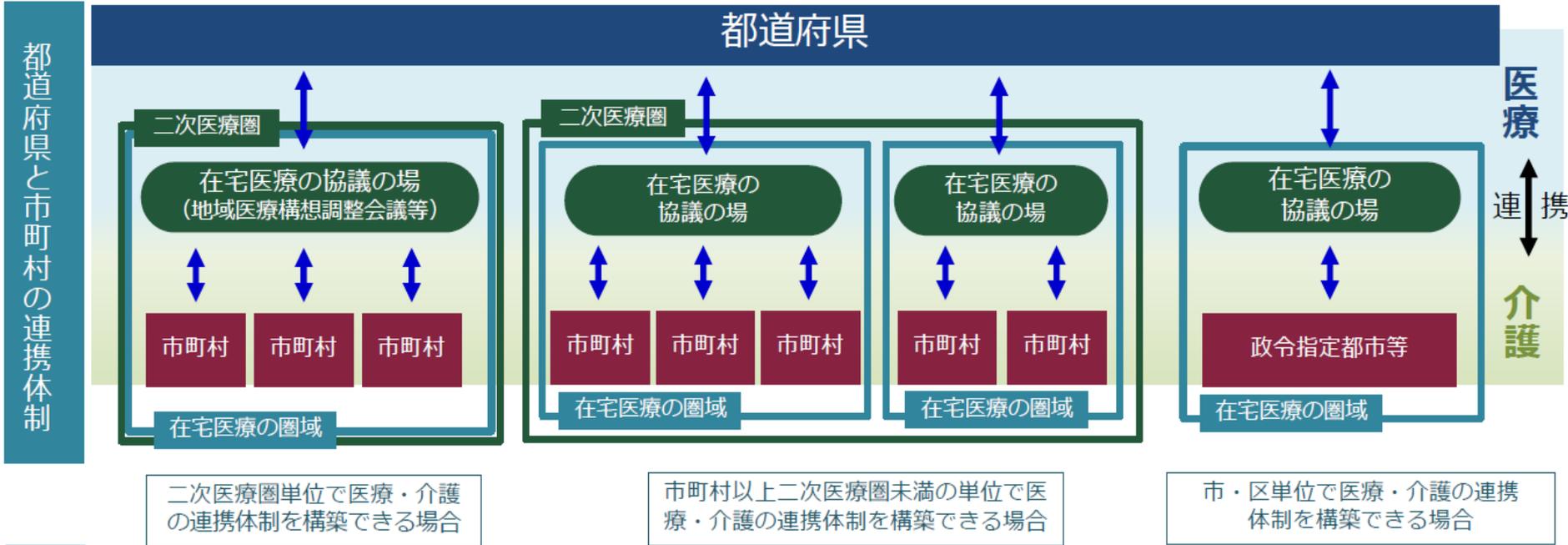
- ・ 市町村
- ・ 郡市区医師会等関係職能団体
- ・ 医療機関
- ・ 在宅医療・介護連携支援センター
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 保健所 など

<その他の記載について(例)>

- ・ 拠点は設定しているが、医療計画本体に記載できていない
- ・ 医療計画本体には記載していないが、別冊には記載している
- ・ 医療計画には具体的な機関名は掲載していないが、計画上には「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に該当するものとして市町村・郡市区医師会などが該当する旨は示している など

在宅医療の圏域の設定単位の考え方

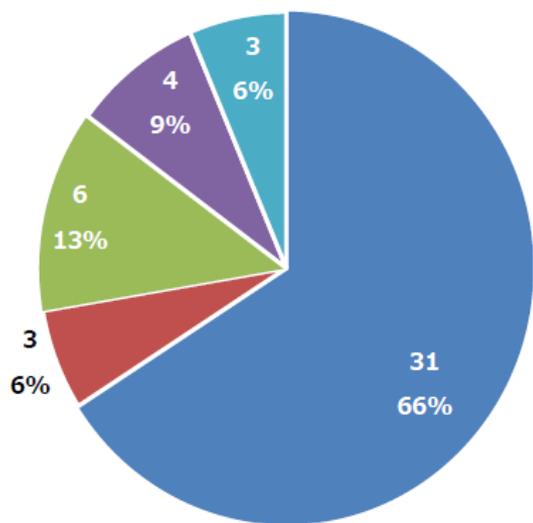
- 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを見出し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。



第7次医療計画における在宅医療に係る圏域等の記載内容について

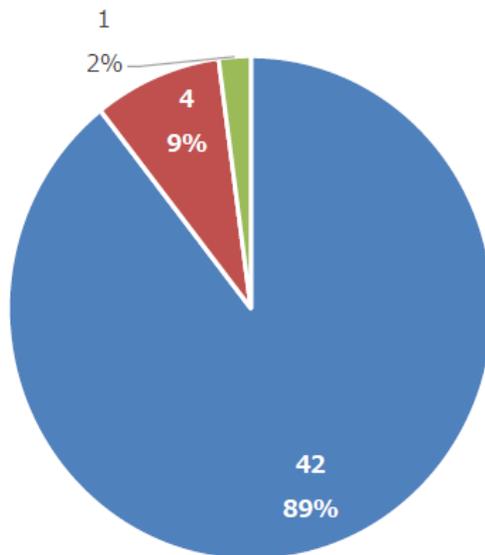
- 在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定単位は、二次医療圏としている都道府県が66%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療を積極的に担う医療機関」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容を記載しているのみとしている都道府県が90%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容を記載しているのみとしている都道府県が81%であった。

1. 在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定状況について (N=47)



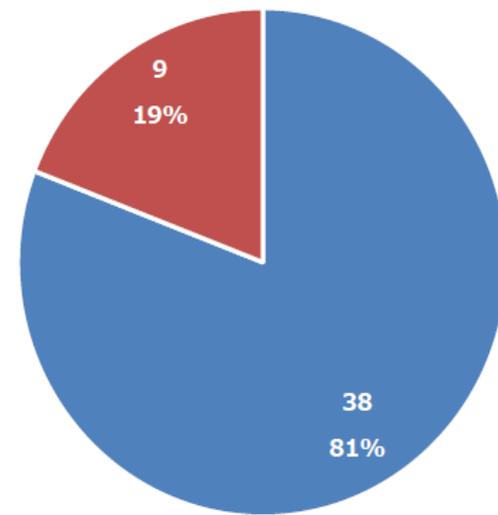
■ 二次医療圏 ■ 保健所圏域 ■ 郡市区医師会単位
■ 市町村単位 ■ その他

2. 在宅医療を積極的に担う医療機関に関する記載内容について (N=47)



■ 記載なし ■ 届出のある在支診・在支病の数や機関名をすべて記載
■ 医療圏ごとに定めあり

3. 在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する記載内容について (N=47)

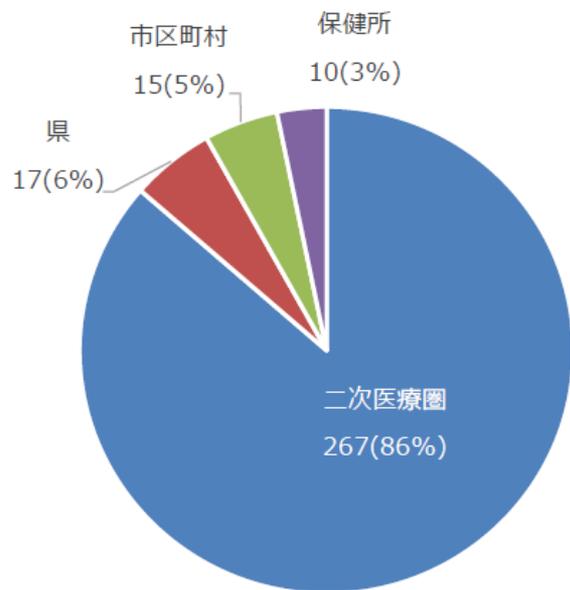


■ 記載なし ■ 設置あり

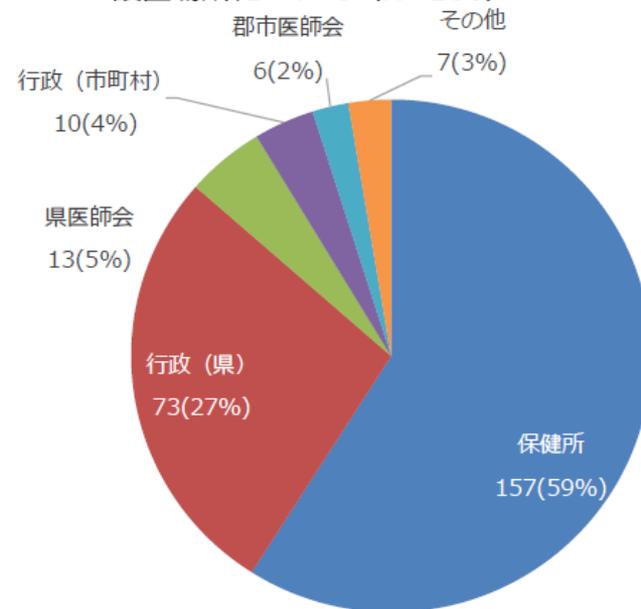
在宅医療に係る協議の場の設置状況について

- 各都道府県における在宅医療に係る協議の場の開催区域は、二次医療圏単位が86%であり、地域医療構想調整会議を活用している二次医療圏は39%であった。
- 二次医療圏における在宅医療に係る協議の場の事務局の設置場所は、保健所または都道府県が86%であった。

1. 在宅医療に係わる協議の場の開催区域 (N=309)



2. 二次医療圏における在宅医療の協議の場の事務局の設置場所について (N=266)



※ 47都道府県に対して、二次医療圏を単位として、335二次医療圏の在宅医療の協議の場の状況について調査(回答なしの26件は除く)

※ 県：県に在宅医療の協議の場が設置されている場合(県内全ての二次医療圏数を記載)
市区町村：当該二次医療圏において、市区町村単位で在宅医療の協議の場が設置されている場合。

保健所：当該二次医療圏において、保健所単位で在宅医療の協議の場が設置されている場合。

※ 二次医療圏に設置された在宅医療の協議の場のうち、104件(39%)が地域医療構想調整会議の枠組みで開催

(その他)

- ・市と市医師会が共同で事務局を設置
- ・市と保健所と群市医師会が共同で事務局を設置
- ・後方支援病院
- ・市立病院連携室
- ・地域包括支援センター
- ・在宅医療・介護連携推進センター
- ・郡市医師会と保健所が共同で事務局を設置

※ 335二次医療圏のうち、二次医療圏に在宅医療の協議の場が設置されていると回答した267二次医療圏について調査(未回答の1件は除く)

小括（その2）

- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」によると、在宅医療圏の設定に当たっては、地域の医療資源の整備状況や介護との連携のあり方を踏まえて、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、従来の二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等、弾力的に設定することとしている。
- 「在宅医療体制を構築するに当たっての圏域」の設定単位について、「二次医療圏」としている都道府県が最も多く、その他に群市区医師会単位や市町村単位等の二次医療圏以外の単位で設定しているところもみられた。
- 都道府県の医療計画において「在宅医療を積極的に担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関して、ほとんどの都道府県において具体的記載がない状況であった。
- 各都道府県における在宅医療に係る協議の場の開催区域は、二次医療圏単位が86%であり、地域医療構想調整会議を活用している二次医療圏は39%であった。
- 二次医療圏における在宅医療に係る協議の場の事務局の設置場所は、保健所または都道府県が86%であった。

これまでの本WGにおける主な意見①

| | |
|-------------------------|----------|
| 第12回第8次医療計画 等に関する検討会 | 参考 資料 |
| 令和4年8月4日 | 改 |

<在宅医療の圏域>

- 二次医療圏は病院の整備という観点で設けられていると思うが、**在宅医療を進めていく観点で言うと、市町村単位が最適ではないか。**
- 在宅医療圏については、細やかなサービスを進めていただく観点から自治体の小さい単位で進めていただくことに賛同するが、マンパワーやサービスが不足する地域においては解決できない課題も多いため、広域的な二重の枠で支援できるような圏域の構築の仕方もあるのではないか。
- **二次医療圏にこだわらず、地域における在宅医療の各サービスの提供状況を詳細に把握できる圏域を設定し、各サービスの空白地帯がないように、地域の課題と整備目標、整備方策を明確にすることが重要である。**
- 在宅医療圏は地域包括システムの圏域と一緒であるべきだが、地域包括ケアシステムの圏域もあいまいであるため、（国としては）考え方のみを示し、市町村を中心に社会資源等を考慮した中で設定していくものかと思う。
- 在宅医療圏域については、現在の日常生活圏域以上、二次医療圏以下という状況から、国のレベルで踏み込んだものに持っていくのは立場上難しく、都道府県の実情に委ねる部分が多いのではないか。

<在宅医療の積極的役割を担う医療機関・連携を担う拠点>

- 在宅医療を推進するため、**在支診・在支病を対象とした在宅医療において積極的役割を担う医療機関と、医師会などを対象とした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、その機能や役割を明確にした上で、具体的に整備を行う必要がある。**
- 拠点の話は地域により様々で、基幹的な病院があれば、そこが拠点であったり、郡市医師会、地域包括支援センター等、地域の実情により変わってくると思う。地域全体を支援する保健所の役割というのも拠点整備と考えられる。
- **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機能、役割を現行の記載よりも明確にすることは賛成。**また記載するだけでなく、どのように実効性を担保するかということを深掘りして、議論していただきたい。

まとめと提言

- 訪問看護の需要は2025年、2040年に増大する
- 訪問看護師の不足が懸念される
- 病院看護から訪問看護へのマンパワーシフトが必要
- 病院・診療所併設型訪問看護ステーションを増やしては？

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp