

Dr武藤のミニ動画講座

# 第8次医療計画と在宅医療



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

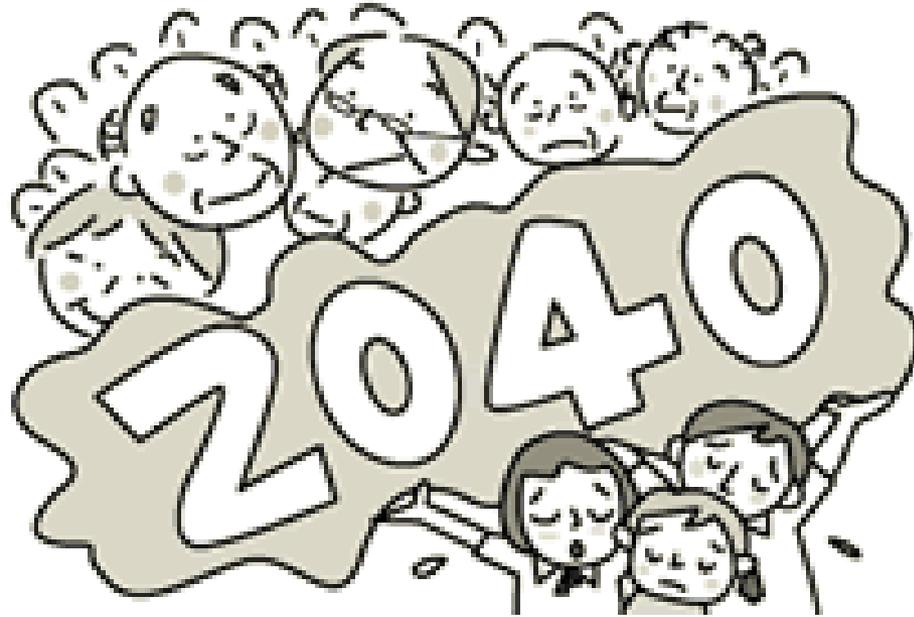
# 目次

- 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
  - 在宅医療の提供体制
- パート 4
  - 第8次医療計画と在宅医療の新たな課題



# パート1

2025年、2040年問題とは？



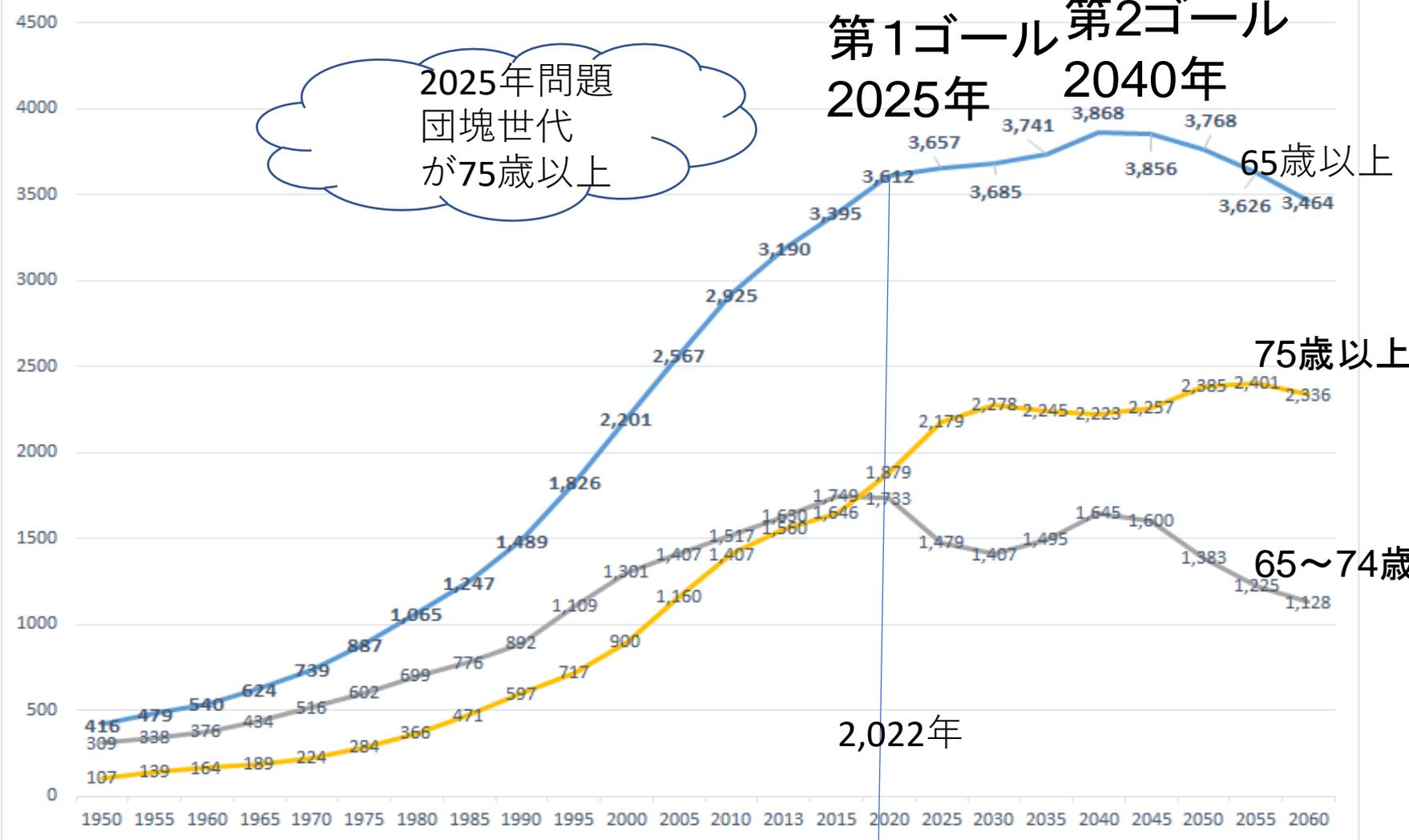
# 65歳以上の高齢者の人口推移

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 第2ゴール  
2025年 2040年



65歳以上

75歳以上

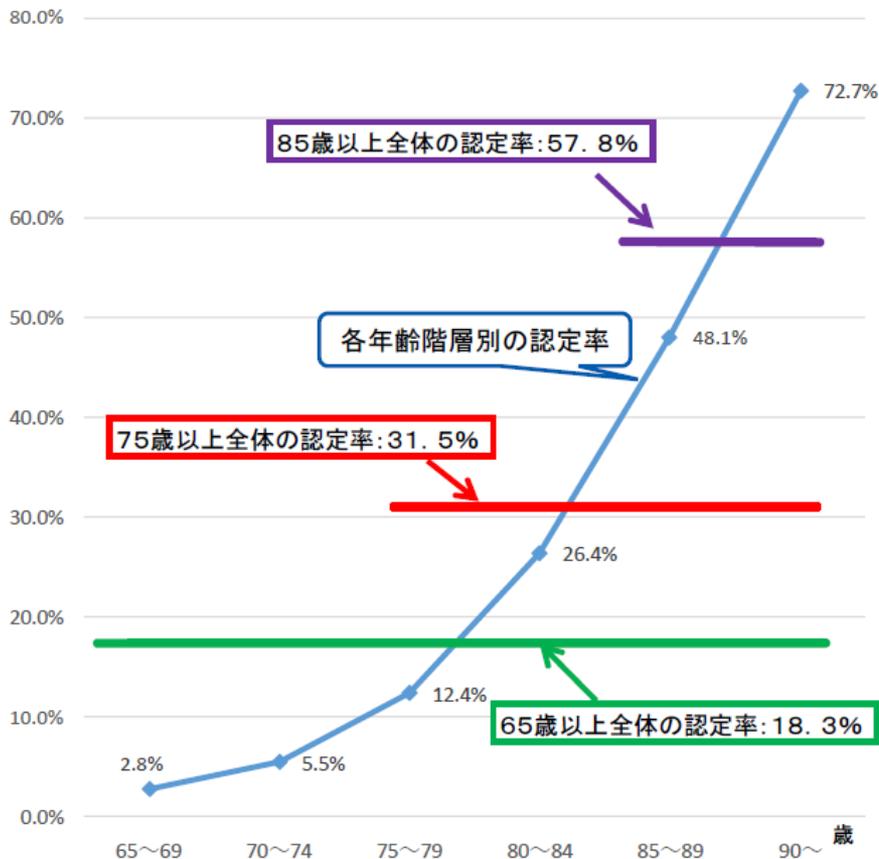
65～74歳

2,022年

# 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

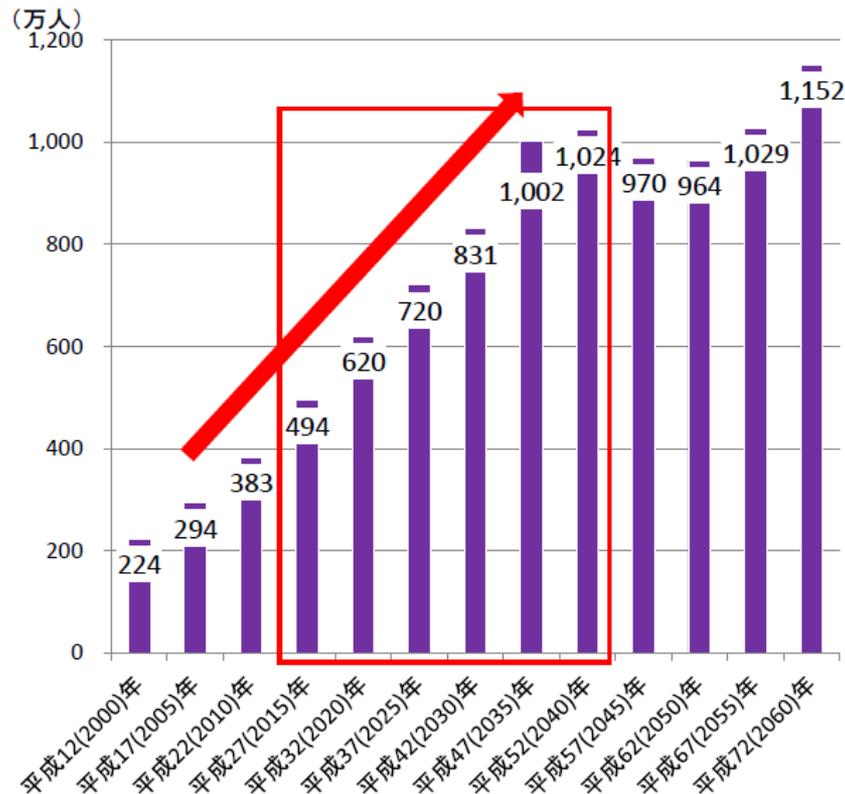
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

### 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



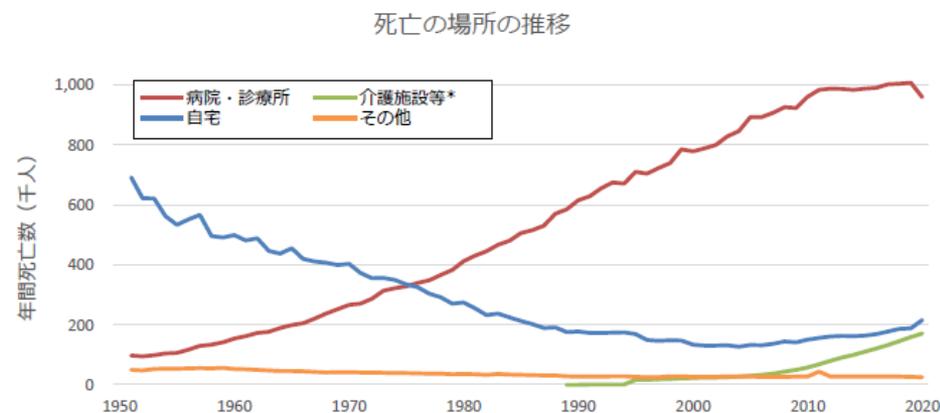
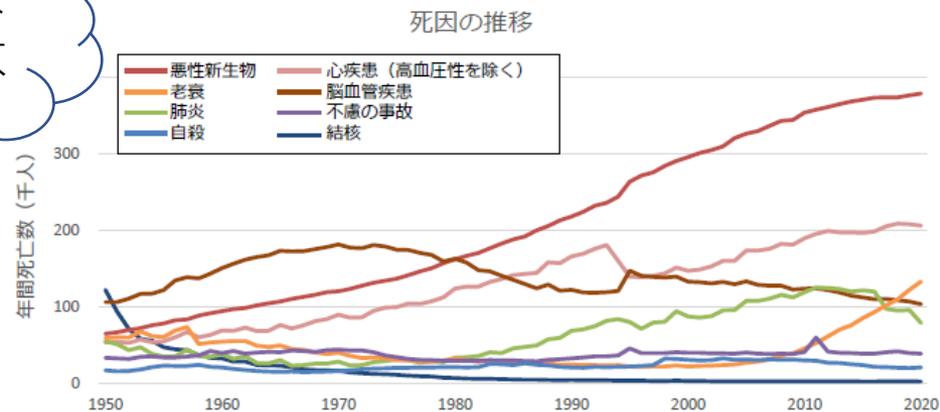
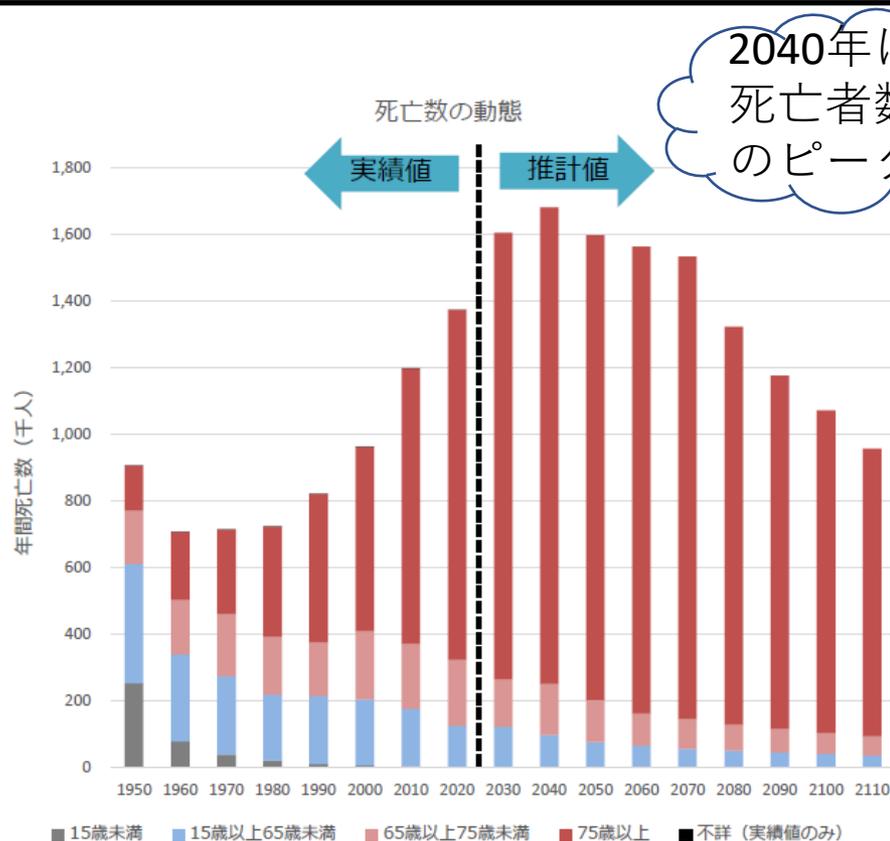
出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

# 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」

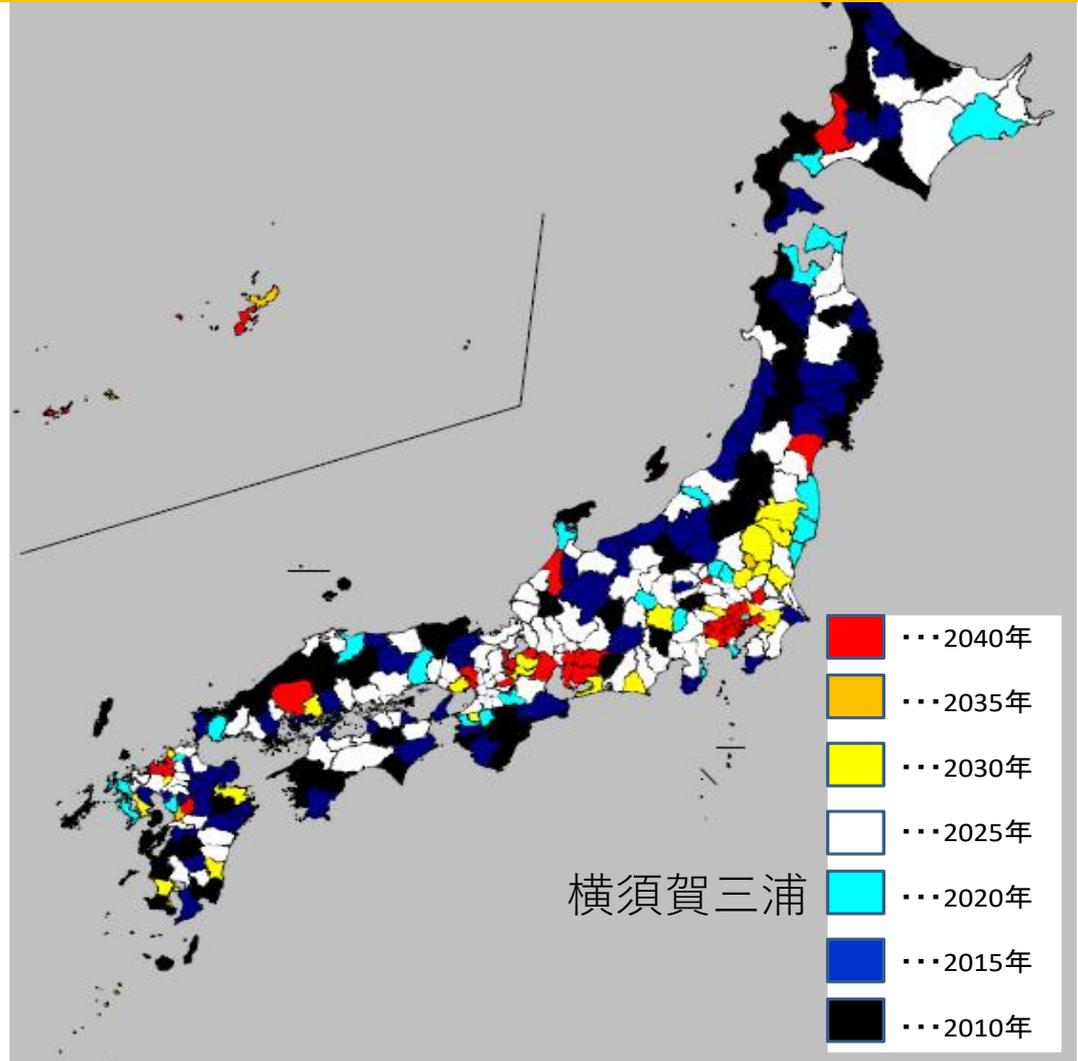
\*介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム。

※ 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）

# 年齢別の推計外来患者数の推移

千人

5,000

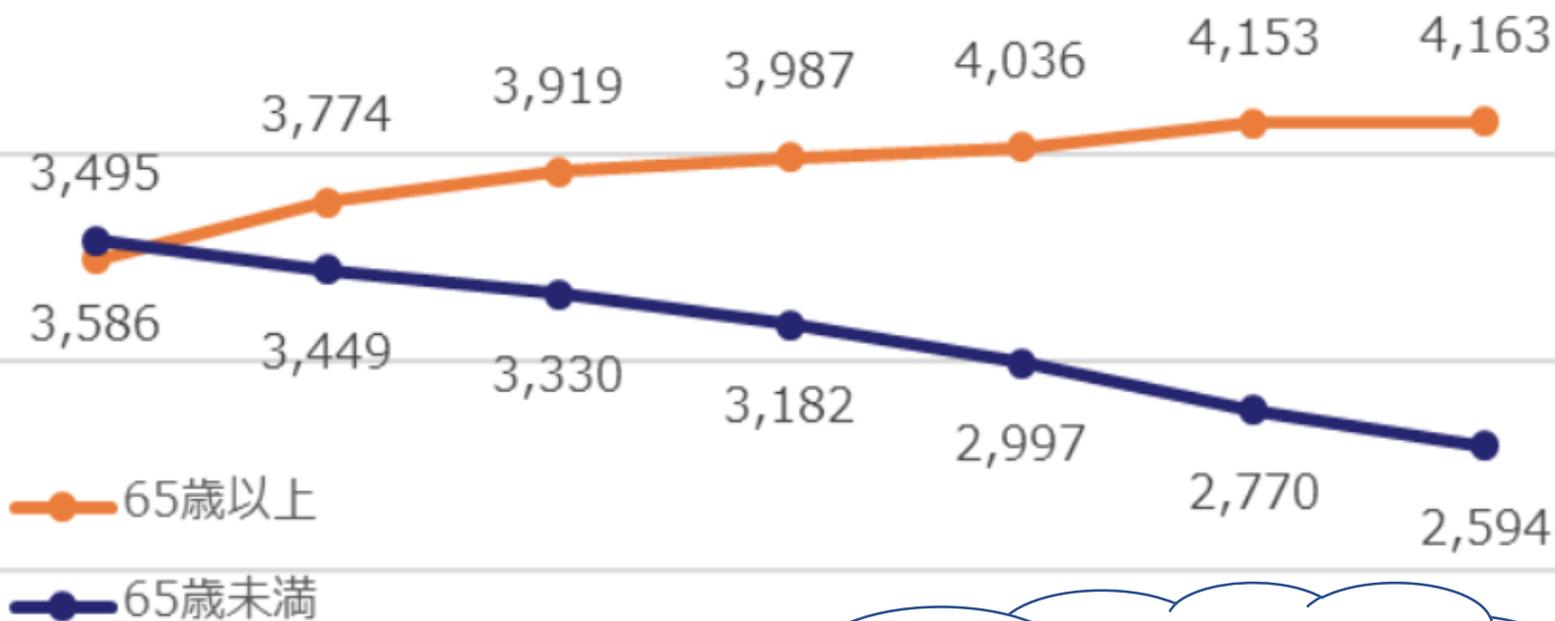
4,000

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

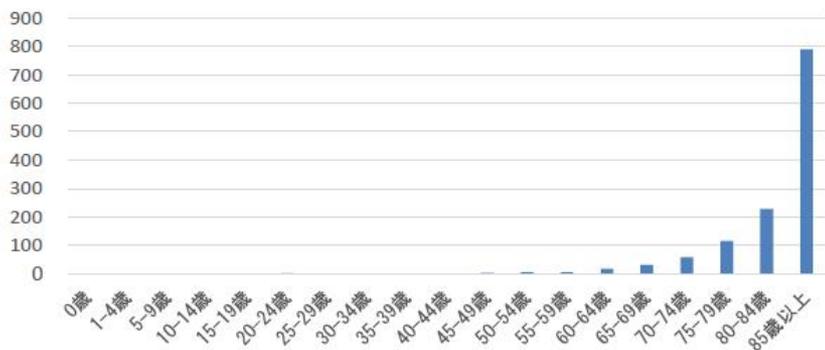
2040年

2045年

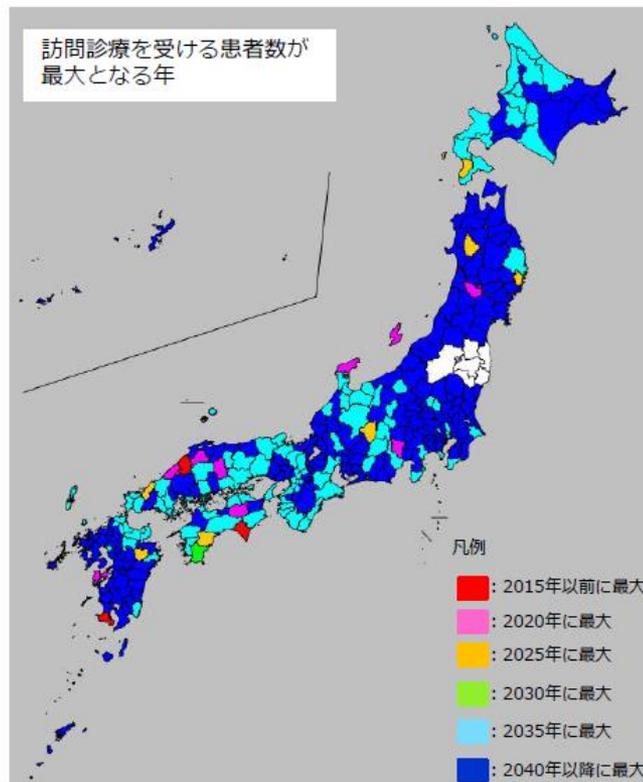
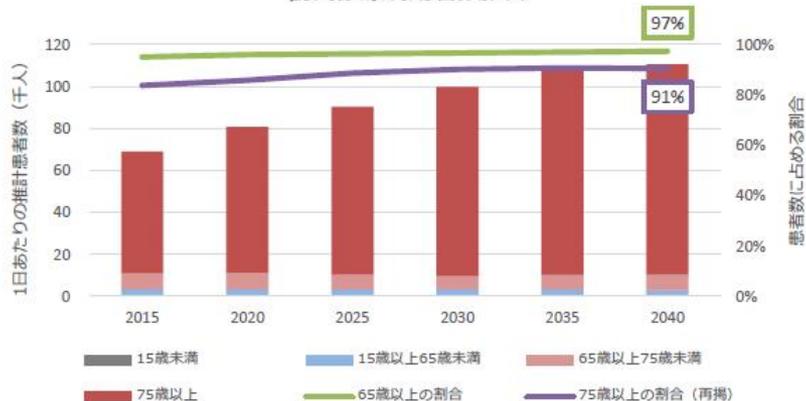
# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 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」

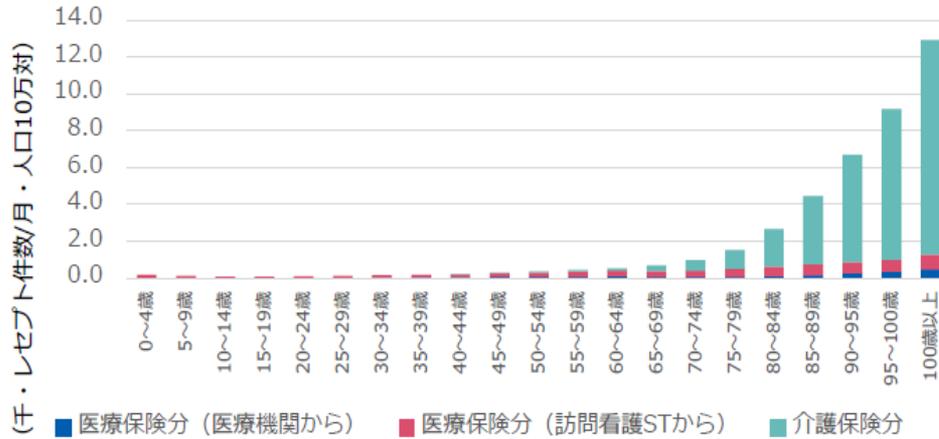
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

- ※ 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。

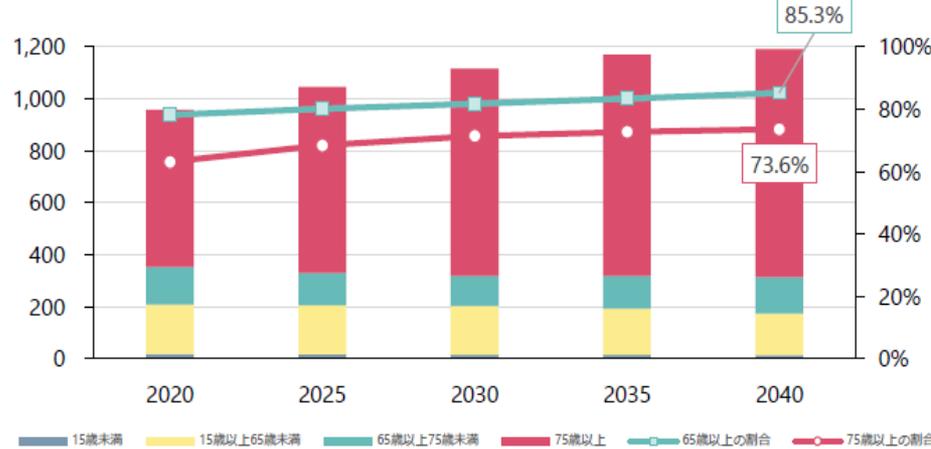
# 訪問看護の必要量について

- 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。

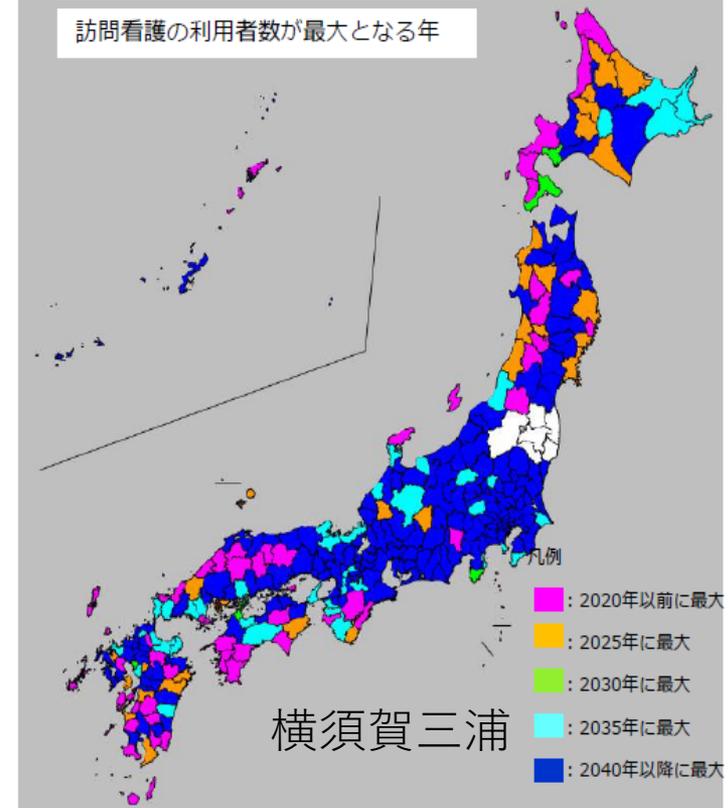
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



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。

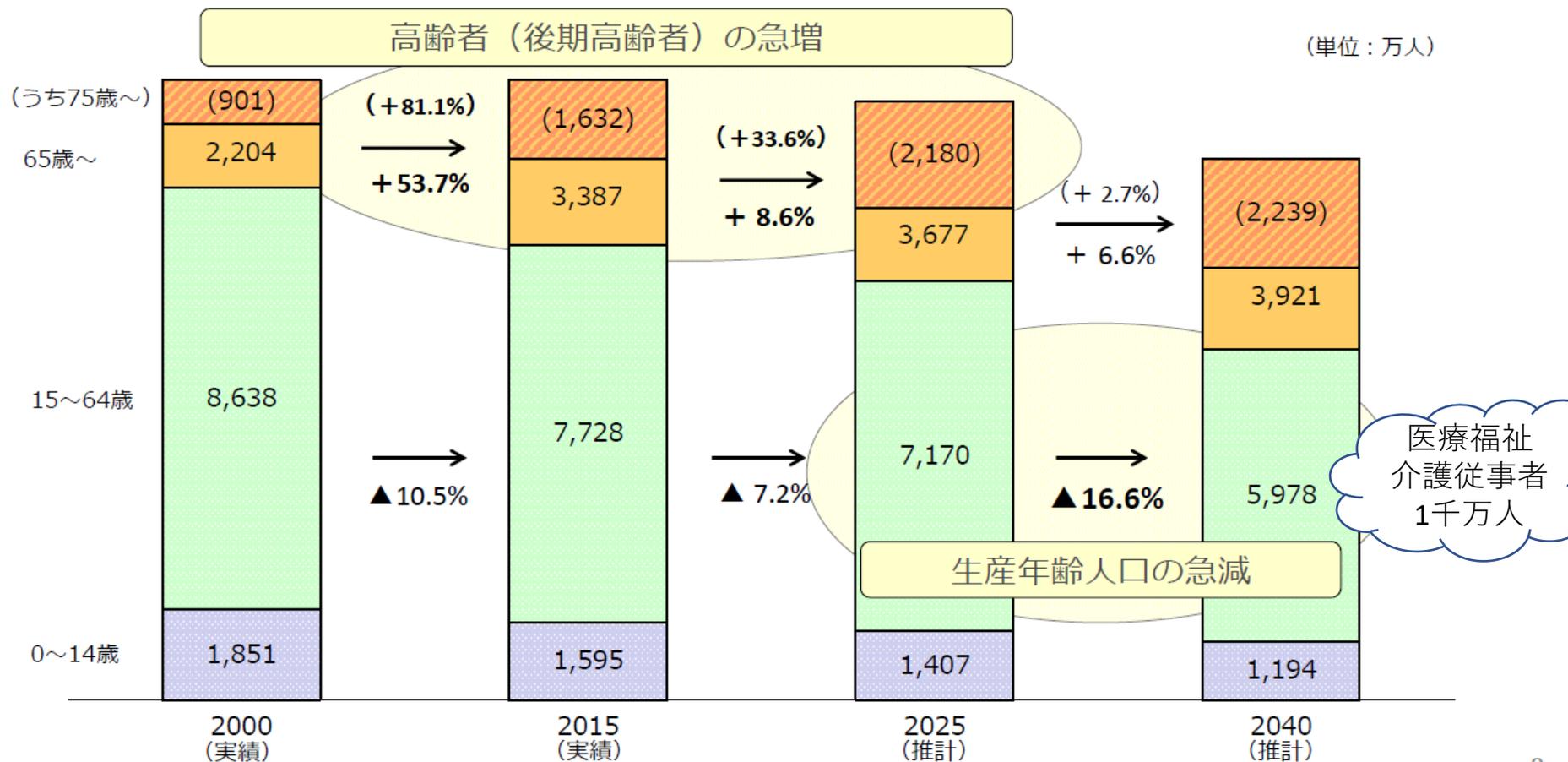
※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導科、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導科及び精神科訪問看護・指導科のレセプトを集計。  
 ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。  
 ※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。  
 ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。  
 ※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

# 人口動態② 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

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

○ 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】



# 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"> <li>実態調査</li> <li>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</li> <li>必要に応じて追加的支援策の検討</li> </ul>					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

在宅医療  
は2013年  
第6次医  
療計画か  
ら

### ○ 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、 <b>在宅</b> ） 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。

連携

### 【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）  
に関する検討の場 等

### 【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



## 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 構成員名簿

(敬称略、五十音順)

氏名	所属・役職
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
大三 千晴	徳島県美波町福祉課長
荻野 構一	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
長内 繁樹	大阪府豊中市市長
角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部理事
佐藤 保	公益社団法人日本歯科医師会副会長
島田 潔	一般社団法人全国在宅療養支援医協会常任理事
鈴木 邦彦	一般社団法人日本医療法人協会副会長
高砂 裕子	一般社団法人全国訪問看護事業協会副会長
○ 田中 滋	公立大学法人埼玉県立大学理事長
田母神 裕美	公益社団法人日本看護協会常任理事
中林 弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事
増井 英紀	全国健康保険協会本部企画部長
馬屋原 健	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
本見 研介	一般社団法人全国介護事業者協議会理事

○：座長

# 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 2021年	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 2022年	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	

# 在宅医療の体制について

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG  
平成30年5月23日

資料  
1改

- 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 ～

## 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

### ①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

### ②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

### ④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

### ③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む)・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

## 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

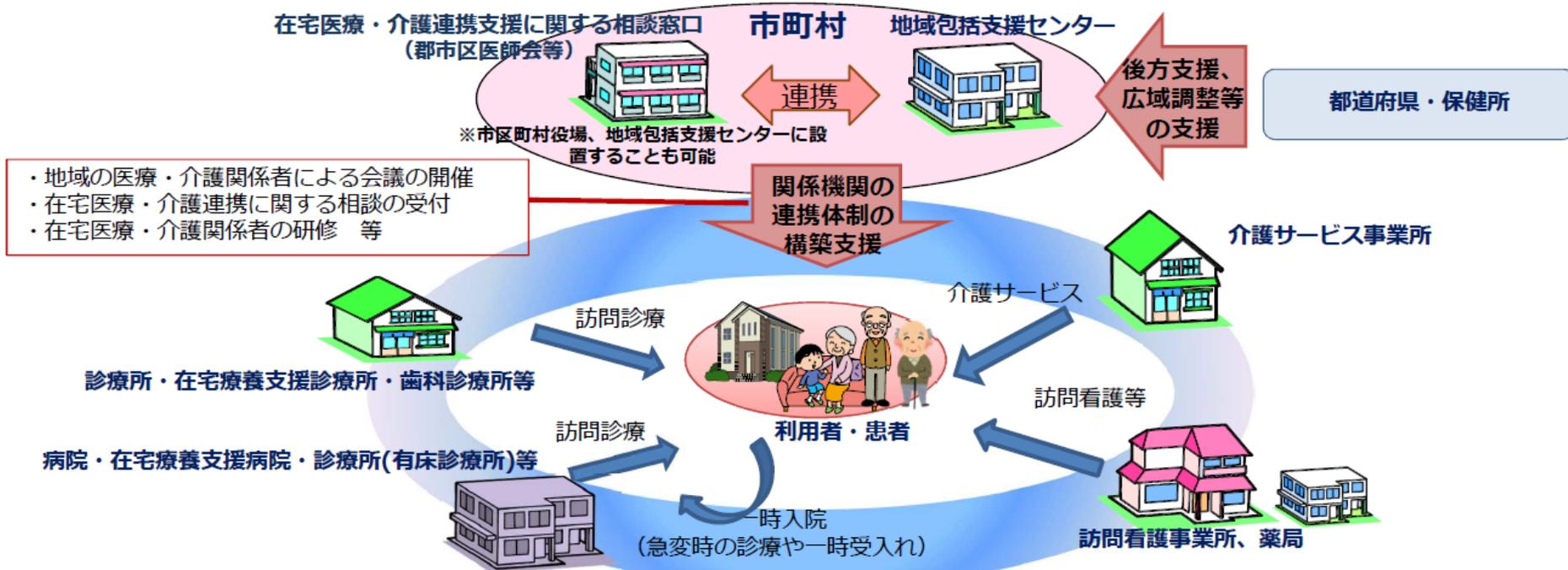
## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 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・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。



# 「在宅医療を積極的に担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」

- 「在宅医療の体制構築に係る指針」において、「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されており、目標や求められる事項については記載があるが、設定や配置の目安については明記していない。

## <「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) 在宅医療を積極的に担う医療機関

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。

##### (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。

【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2年4月13日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より抜粋

①在宅医療を積極的に担う医療機関

②在宅医療に必要な連携を担う拠点

# パート 3

## 在宅医療の提供体制

- ①在宅療養支援診療所・病院
- ②訪問看護
- ③地域連携薬局

# ①在宅療養支援診療所・ 病院



## 在支診・在支病の施設基準（参考）

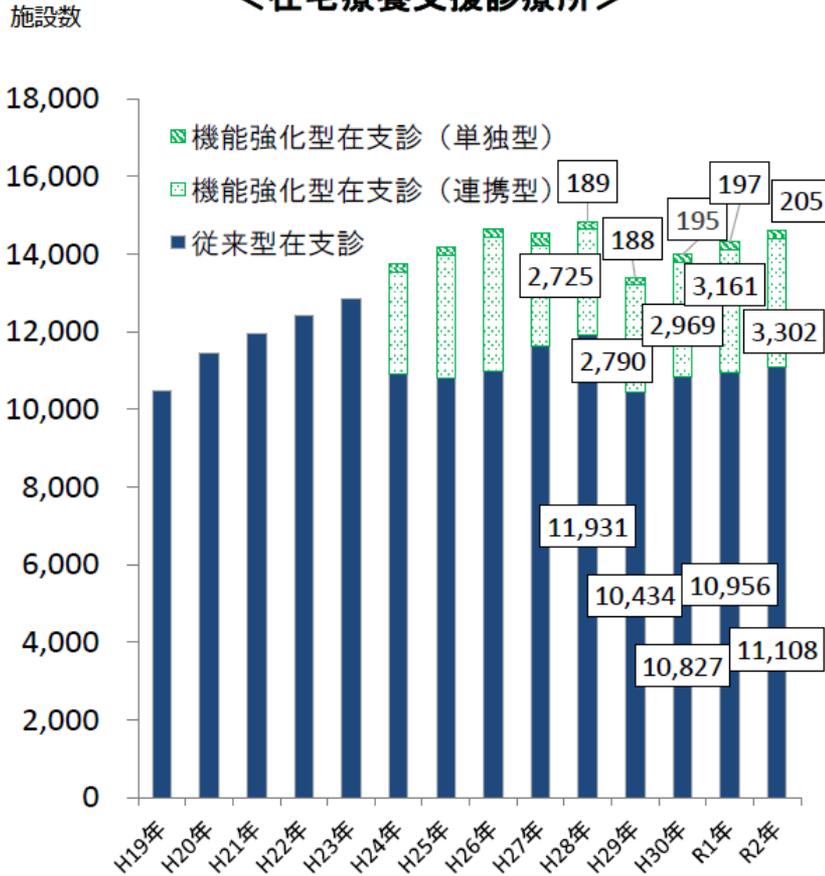
	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ 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、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 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、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</u>		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・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、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

\*: 赤字は令和4年度診療報酬改定における変更点

# 在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

## <在宅療養支援診療所>



## <在宅療養支援病院>



# 在宅等における看取り機能の推移

第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

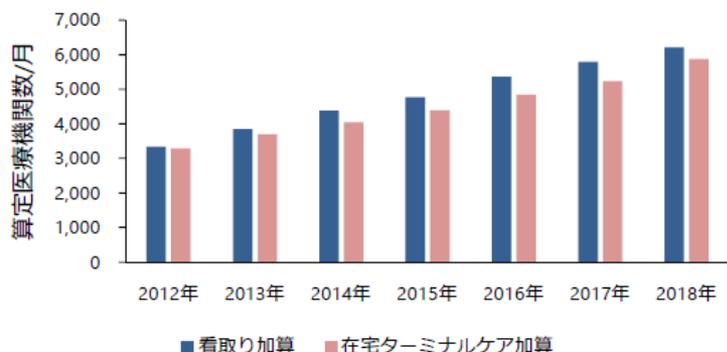
資料

令和4年3月9日

改

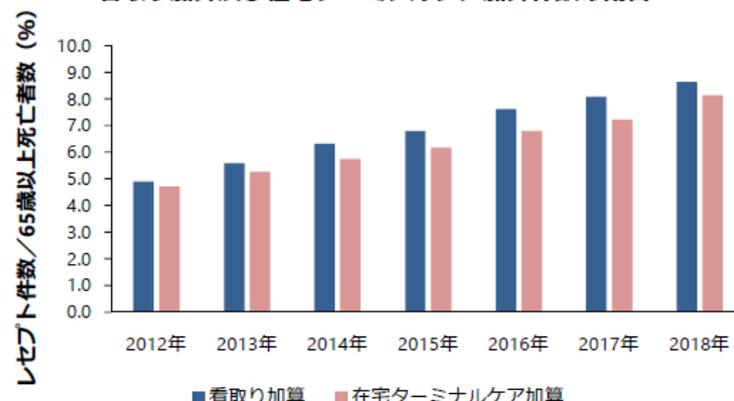
- 高齢者の増加に伴い、看取り加算及び在宅ターミナルケア加算の件数や算定している医療機関数は増加傾向。
- 65歳以上の死亡者数における看取り加算及び在宅ターミナルケア加算の件数割合も僅かながら増加傾向。

看取り加算及び在宅ターミナルケア加算  
を算定した医療機関数

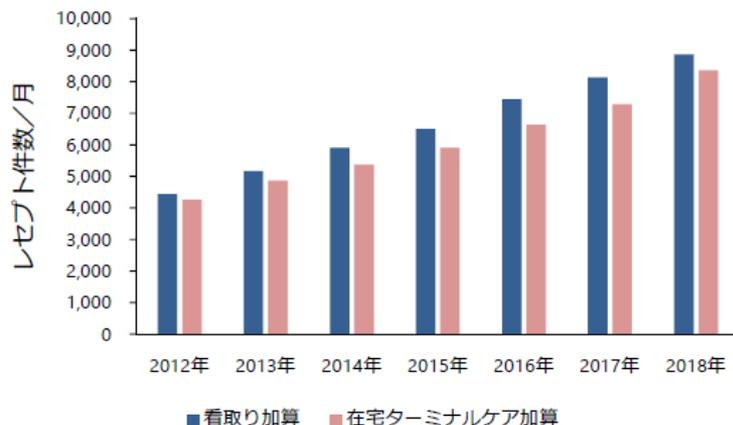


65歳以上の死亡者数に占める

看取り加算及び在宅ターミナルケア加算件数の割合



看取り加算及びターミナルケア加算のレセプト件数

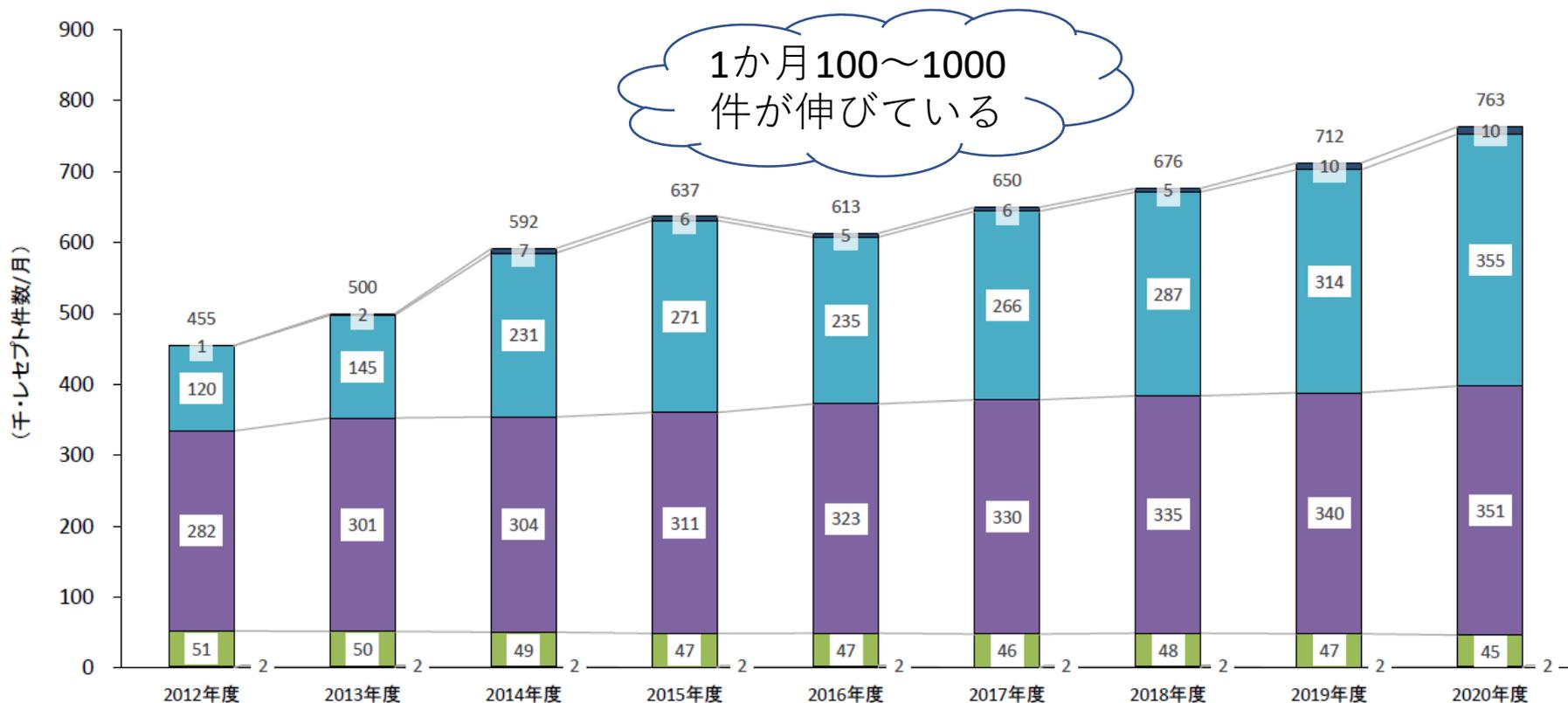


※看取り加算（在宅患者訪問診療料における加算）  
事前に当該患者又はその家族に対して、療養上の不安等を解消するため十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定可能。

※在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料における加算）  
死亡日及び死亡前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定可能。

# 1 医療機関当たりの訪問診療件数の区別に見た訪問診療件数の推移（全国）

○ 訪問診療件数は近年増加傾向にあるが、とりわけ1か月あたりに100以上1000件未満の訪問診療件数の医療機関による提供数が増加傾向にある。



※ 1医療機関あたりのレセプト件数/月：■ 0.1以上 1未満 ■ 1以上 10未満 ■ 10以上 100未満 ■ 100以上 1000未満 ■ 1000以上 10000未満

【出典】KDBデータ（2012～2020年度診療分）

集計項目：在宅患者訪問診療料のうち、以下の①と②のレセプト件数の合計値

①在宅患者訪問診療料（I）1又は2（同一建物居住者以外）

②在宅患者訪問診療料（I）1又は2（同一建物居住者）、

なお、平成27年度末までは以下を含む。（平成27年度末に以下の算定項目は廃止。）

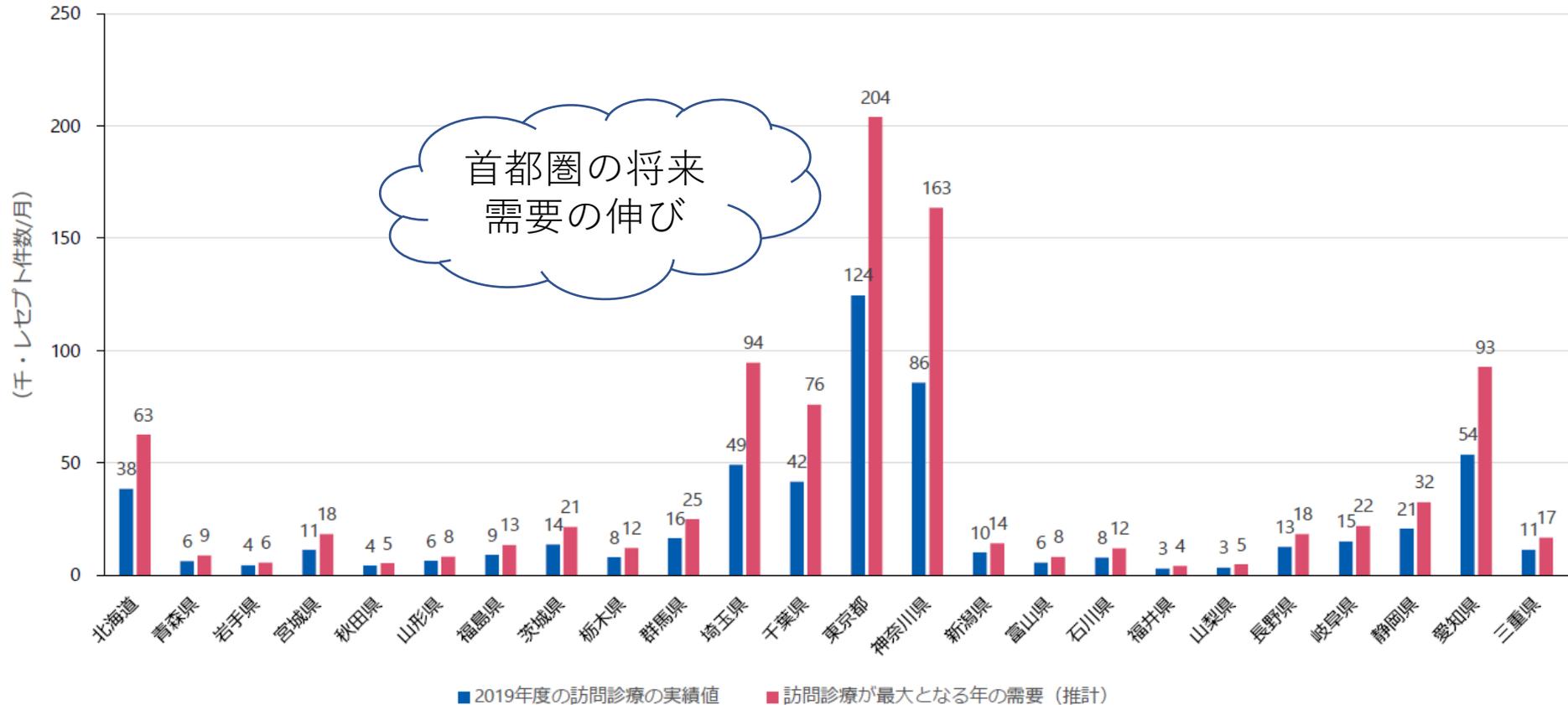
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等以外入居者）又は在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）

※月当たりの平均レセプト件数（京都府除く）

※患者住所地と同一の都道府県内に存在する医療機関における訪問診療のレセプト件数のみを集計したもの

# 訪問診療の将来需要と現下の供給実績について①

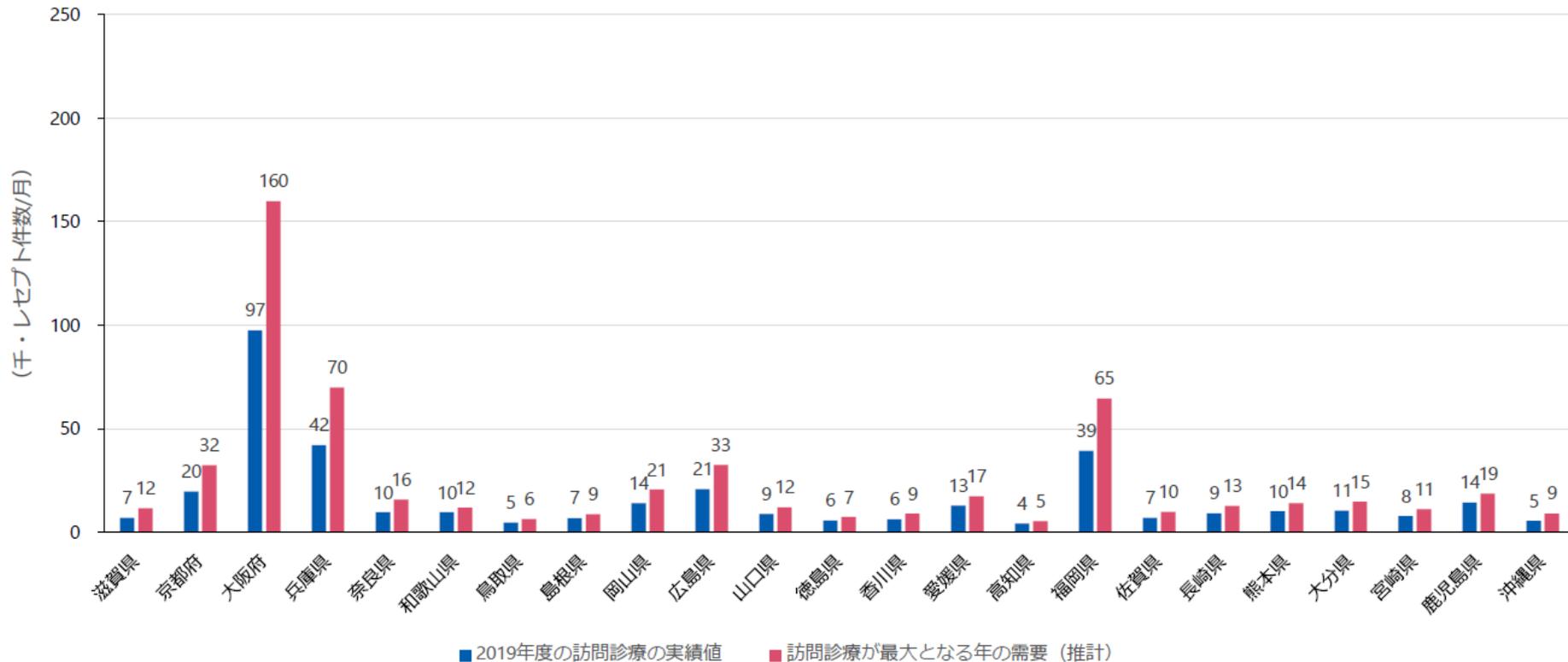
都道府県別に、2020・2025・2030・2035・2040年度における訪問診療の将来需要を推計し、在宅患者訪問診療料のレセプト件数が最大となる年度の需要と2019年度における当該件数の実績値とを比較した。



【出典】受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。  
 集計項目：在宅患者訪問診療科（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプト件数/月  
 推計：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・死亡中位仮定）  
 2019年度の性・年齢階級・当該都道府県別の受療率を固定し、性・年齢階級・二次医療圏別の将来人口に機械的に適用したもの  
 ※将来推計患者数 = 将来推計人口（性・年齢・二次医療圏別）× 受療率（性・年齢・当該都道府県別）

## 訪問診療の将来需要と現下の供給実績について②

都道府県別に、2020・2025・2030・2035・2040年度における訪問診療の将来需要を推計し、在宅患者訪問診療料のレセプト件数が最大となる年度の需要と2019年度における当該件数の実績値とを比較した。

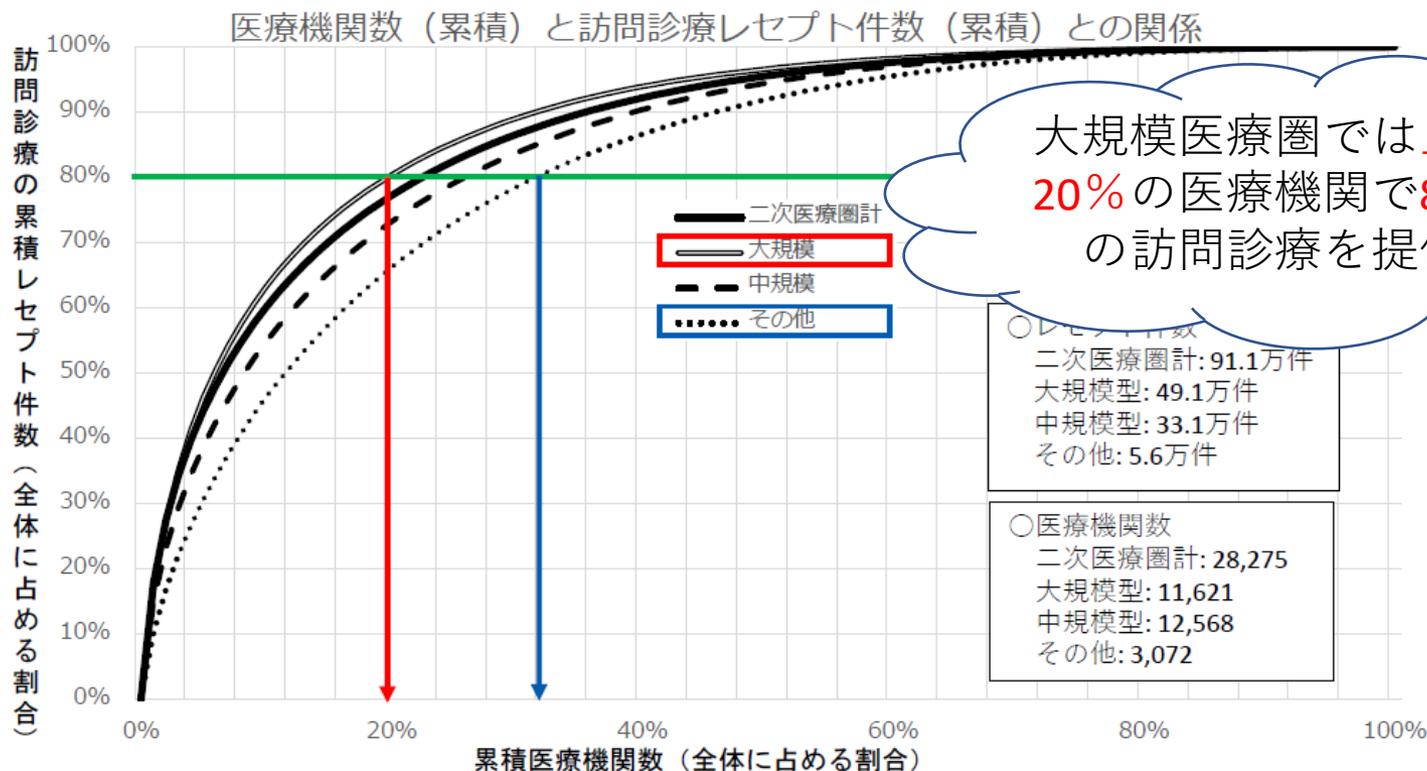


【出典】受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。  
 集計項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプト件数/月  
 推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位仮定）  
 2019年度の性・年齢階級・当該都道府県別の受療率を固定し、性・年齢階級・二次医療圏別の将来人口に機械的に適用したもの  
 ※将来推計患者数＝Σ将来推計人口（性・年齢・二次医療圏別）×受療率（性・年齢・当該都道府県別）

# 二次医療圏の規模別にみた訪問診療提供医療機関数と訪問診療提供数との関係

- 訪問診療の多くが一部の医療機関によって提供されている。
- 大規模な二次医療圏では、その傾向が特に強く（上位20%の医療機関で全体の80%の訪問診療を提供）、逆に人口規模が小さくなるにつれて、その傾向は弱くなる（その他の二次医療圏では、上位32%の医療機関で全体の80%の訪問診療を提供）。

※ 1月あたりの在宅患者訪問診療料のレセプト件数の多い医療機関から順に積み上げ。



## 【二次医療圏の規模の定義】

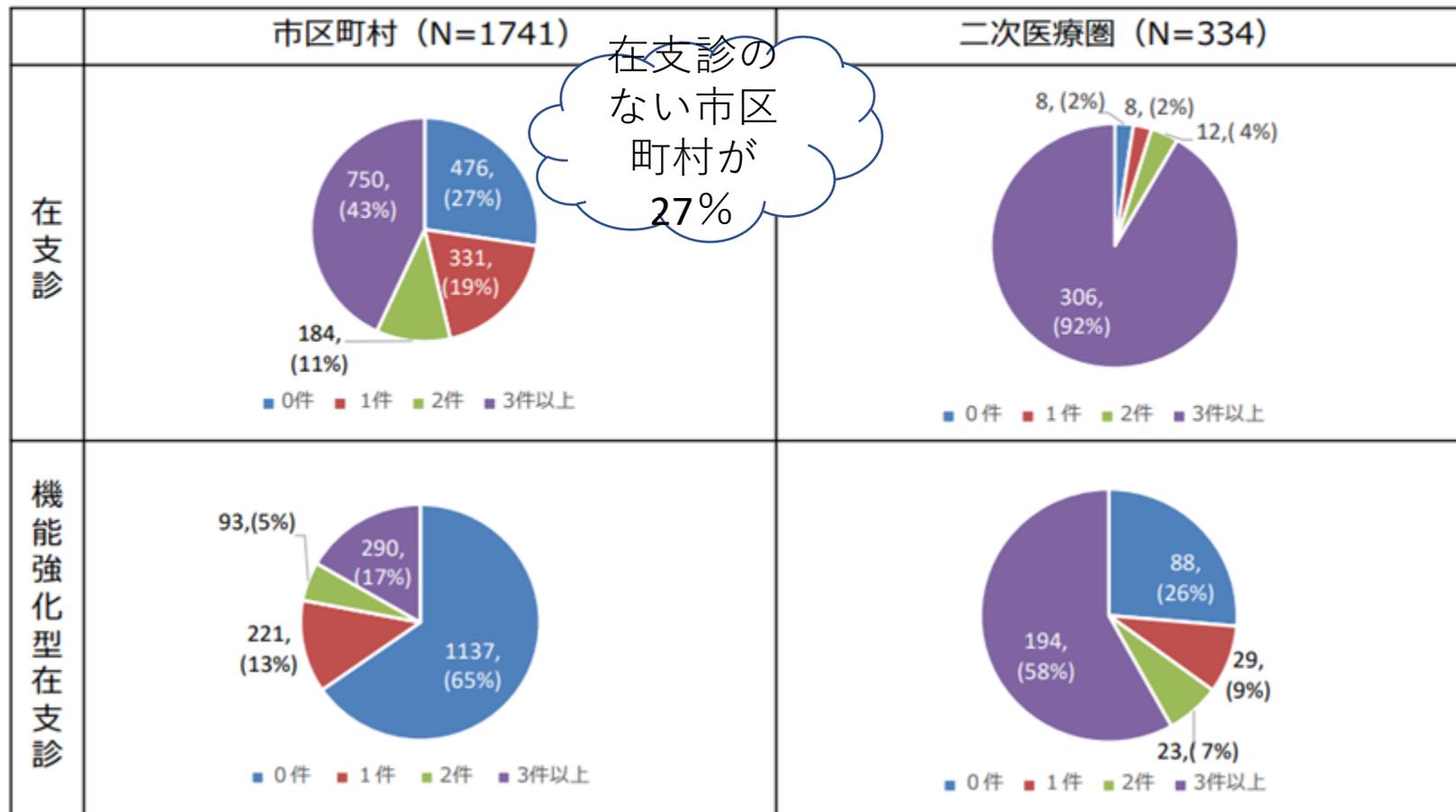
大規模型：（人口100万人以上）又は（人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上）  
 中規模型：（人口20万人以上）又は（人口10～20万人かつ人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上）  
 その他：上記以外  
 出典：日医総研ワーキングペーパー No.426（2019年2月26日）  
 人口：住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を使用

## 【出典】NDBデータ（2019年度診療分）

集計項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプト件数/月  
 ※施設類型は、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算定項目を基に分類（2019年5月診療分）

# 各市区町村・二次医療圏における在宅療養支援診療所の数

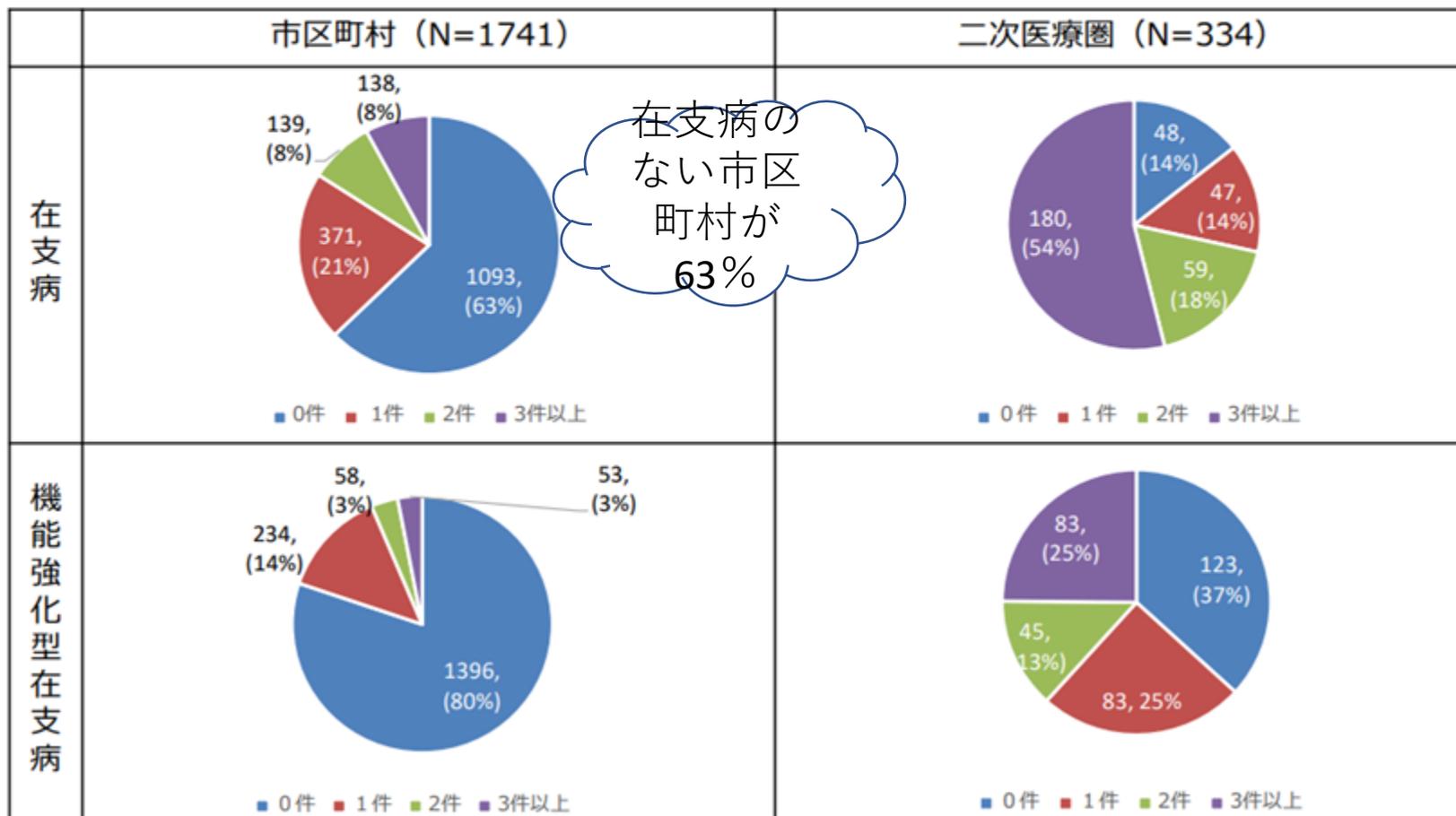
- 在宅療養支援診療所が0施設の地域は、市区町村単位で見ると27%であるが、二次医療圏単位では2%であった。
- 機能強化型在宅療養支援診療所が0施設の地域は、市区町村単位では65%、二次医療圏単位でも26%であった。



※厚生局に届出られた内容（令和3年度）をもとに、在宅療養支援診療所（N=14754）、機能強化型在宅療養支援診療所（N=3596）の市町村、二次医療圏における数を集計  
 ※川崎市については、市に二次医療圏が2つあるため、2つの二次医療圏をまとめて市の診療所数として二次医療圏に記載

# 各市区町村・二次医療圏における在宅療養支援病院の数

- 在宅療養支援病院が0施設の地域は、市区町村単位で見ると63%であるが、二次医療圏単位では14%であった。
- 機能強化型在宅療養支援病院が0施設の地域は、市区町村単位で80%、二次医療圏単位で37%であった。



※厚生局に届出られた内容（令和3年度）をもとに、在宅療養支援病院（N=1603）、機能強化型在宅療養支援病院（N=643）の市町村、二次医療圏における数を集計  
 ※川崎市については、市に二次医療圏が2つあるため、2つの二次医療圏をまとめて市の病院数として二次医療圏に記載

### 3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

平成26年改定

#### ① 在宅療養後方支援 病院の評価

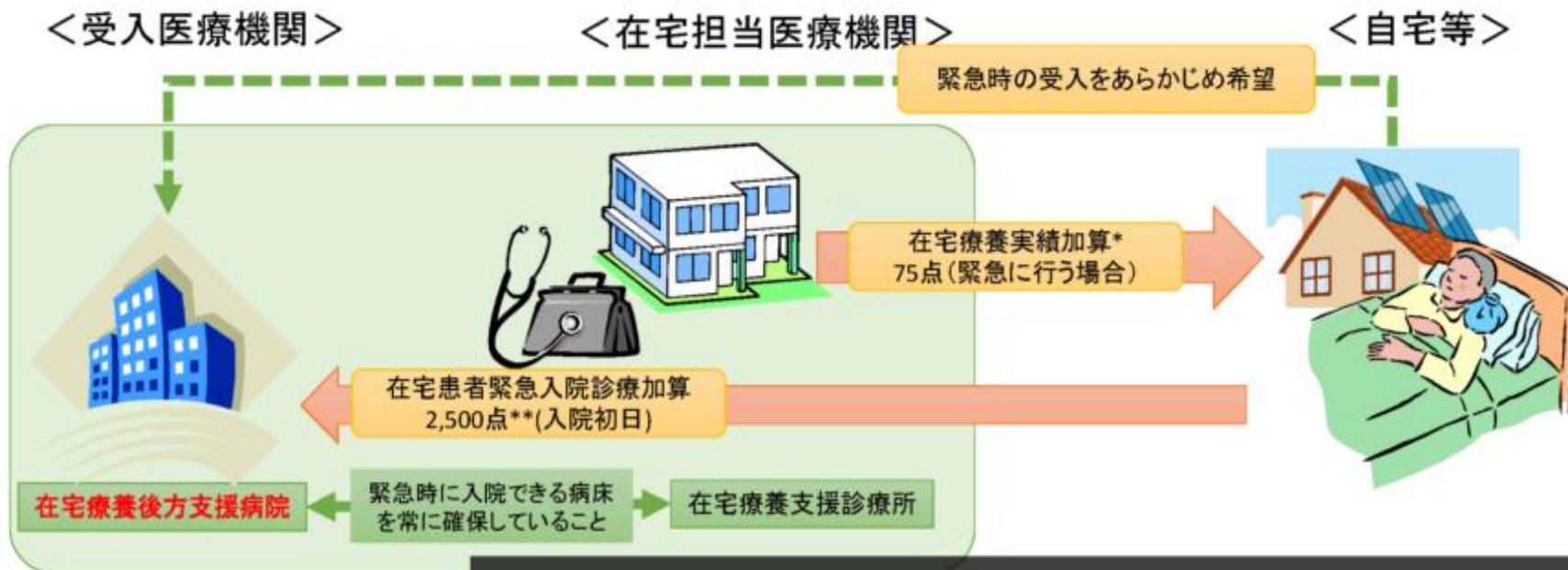
- ・在宅患者緊急入院診療加算
- ・在宅患者共同診療料

#### ② 在宅医療の質の強化

- ・機能強化型在支診・病の実績要件の強化
- ・同一建物への複数訪問の評価見直し
- ・薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- ・在宅歯科医療の推進
- ・在宅薬剤管理指導業務の推進

#### ③ 在宅医療を担う医療 機関の量的確保

- ・実績のある在支診・病の評価
- ・在支診・病以外の在宅時医学  
総合管理料等の評価



平成30年11月16日

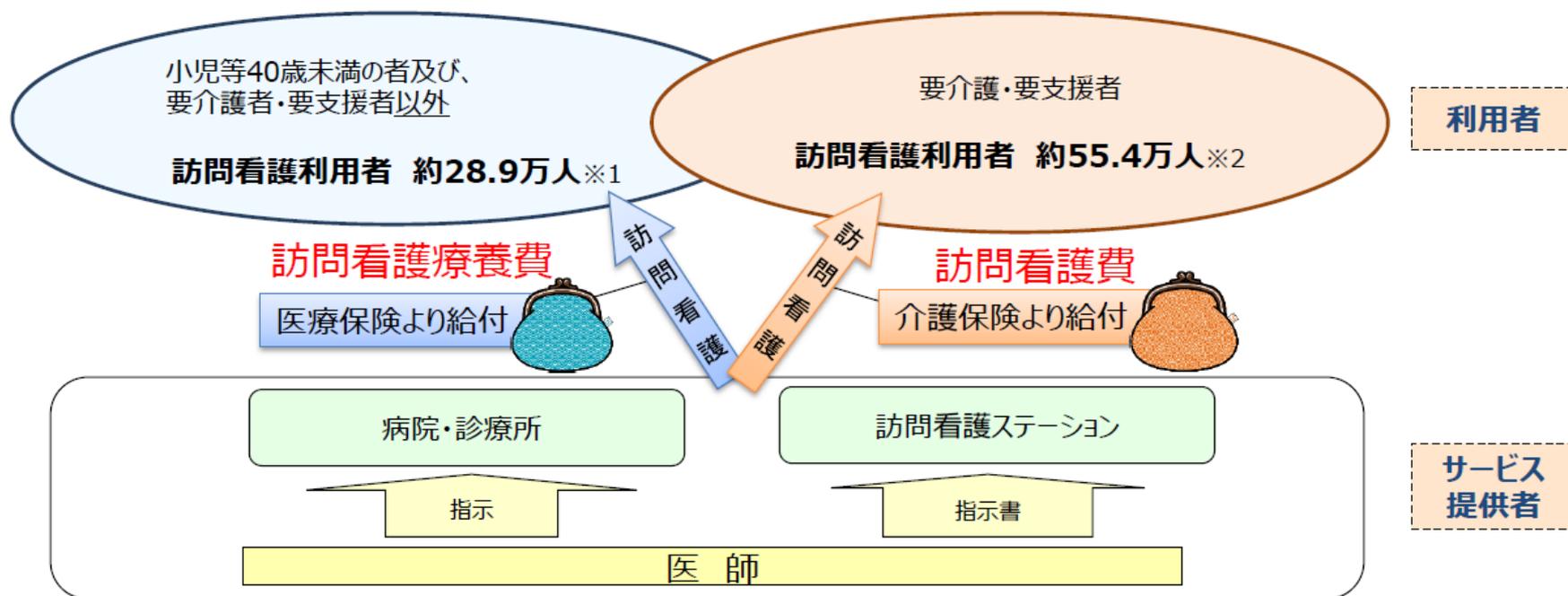
\* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う場合  
\*\*在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

## ②訪問看護



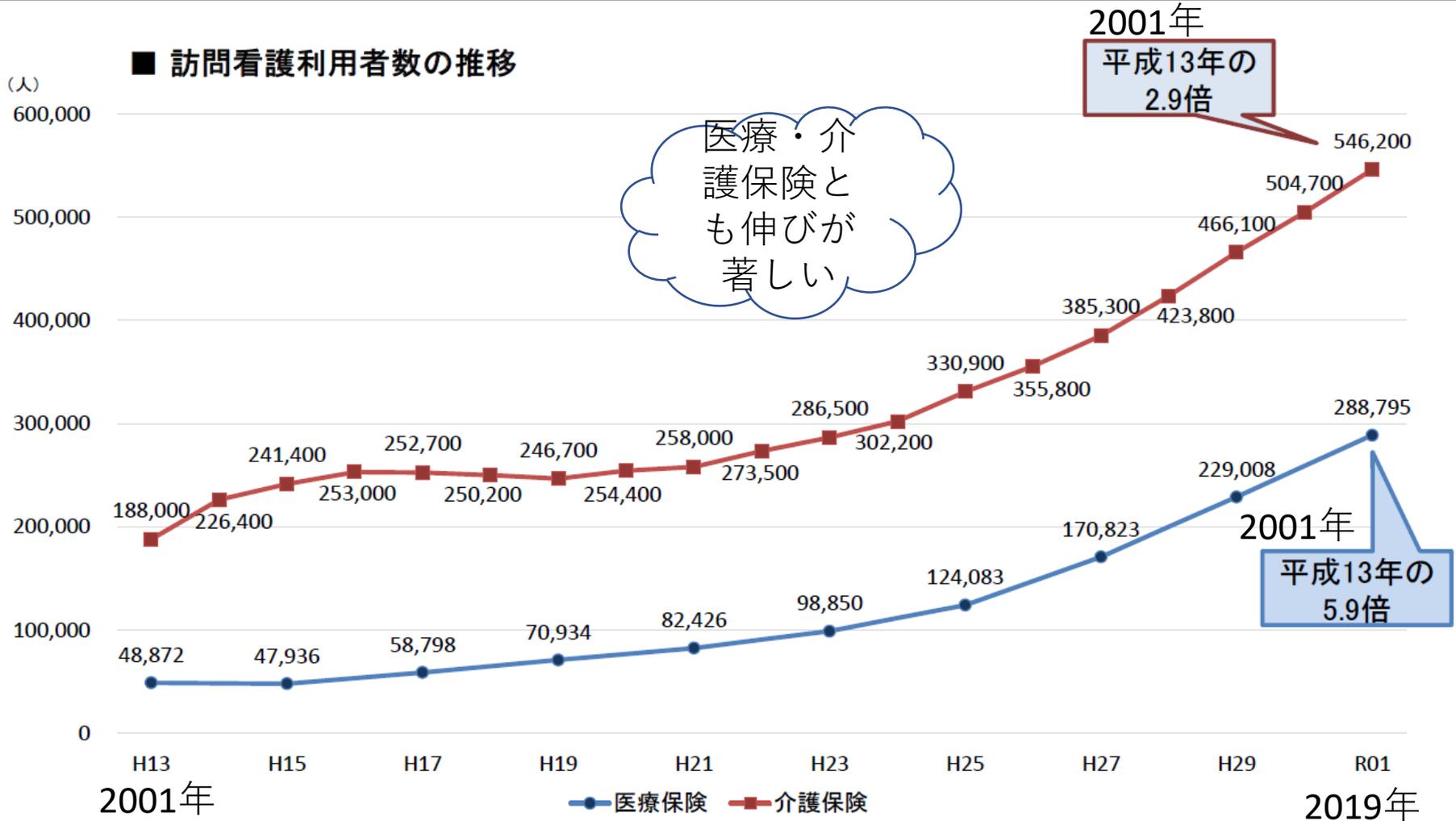
# 訪問看護の仕組み

- 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



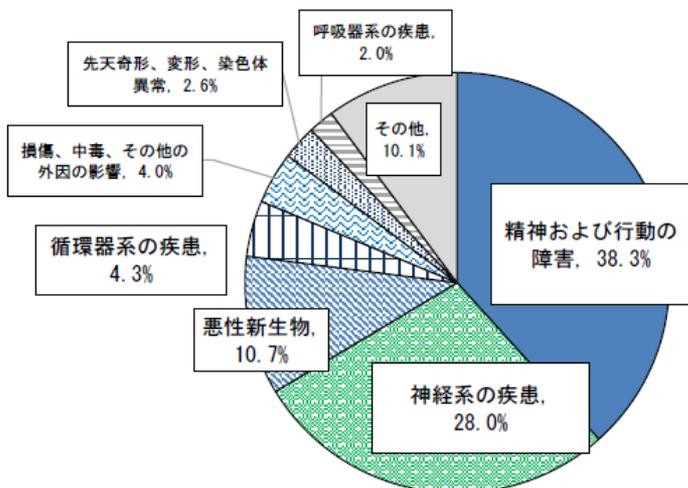
【出典】介護給付費実態調査(各年5月審査分)、訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計)

# 医療保険による訪問看護ステーション利用者の状態

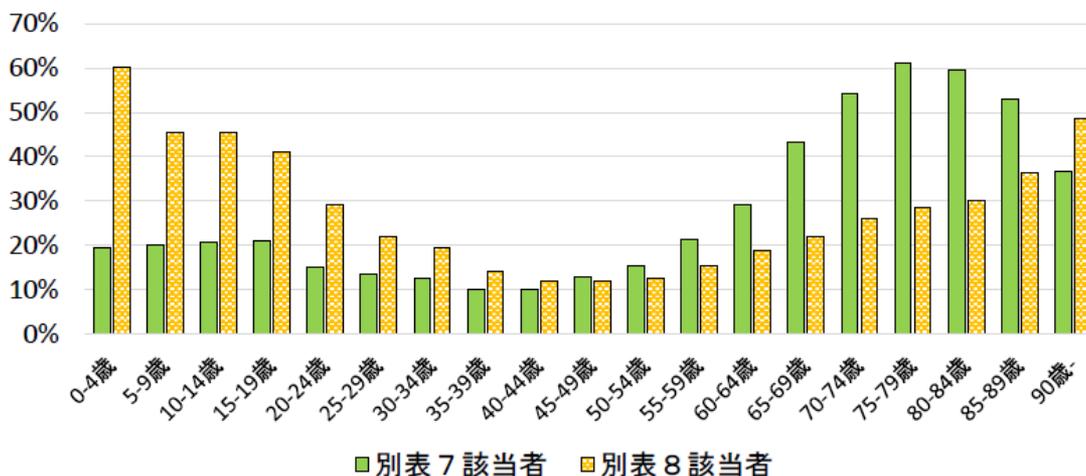
中医協 総-1-2  
3. 8. 25  
一部改変

- 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>

- 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
- 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

- 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
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

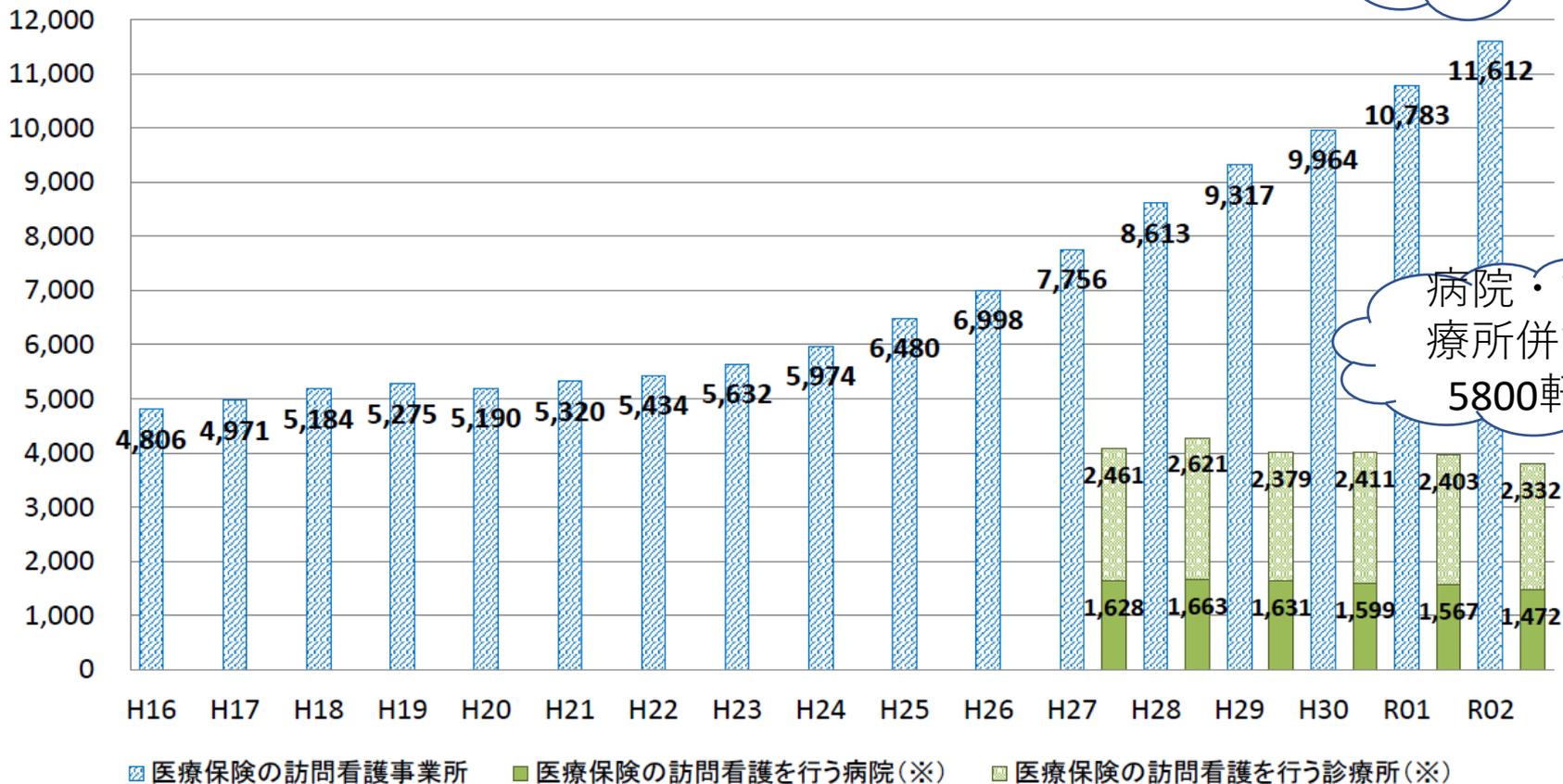
※算定日数制限なし。

# 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

【出典】「医療費の動向調査」の概算医療費データベース(各年5月審査分、医療保険のみ)、NDBデータ(各年5月診療分、集計可能なH27~のみ掲載)

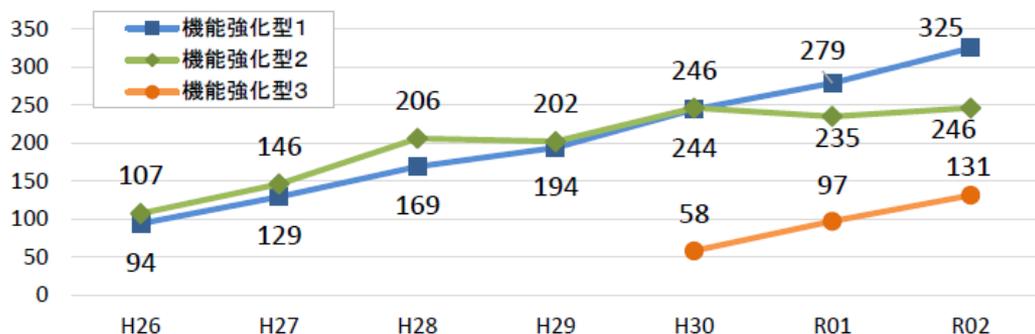
## 機能強化型訪問看護ステーションの要件等（参考）

	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	<u>以下のいずれも満たす</u> ・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	<u>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）</u>		

# 機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

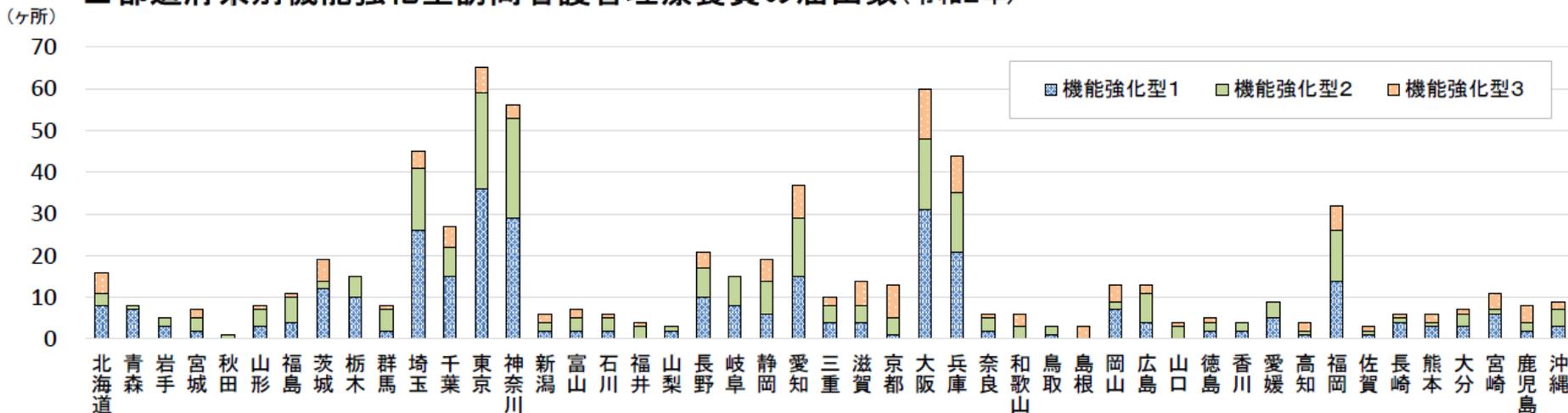
○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和2年7月時点で機能強化型1が325事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が131事業所である。

## (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)

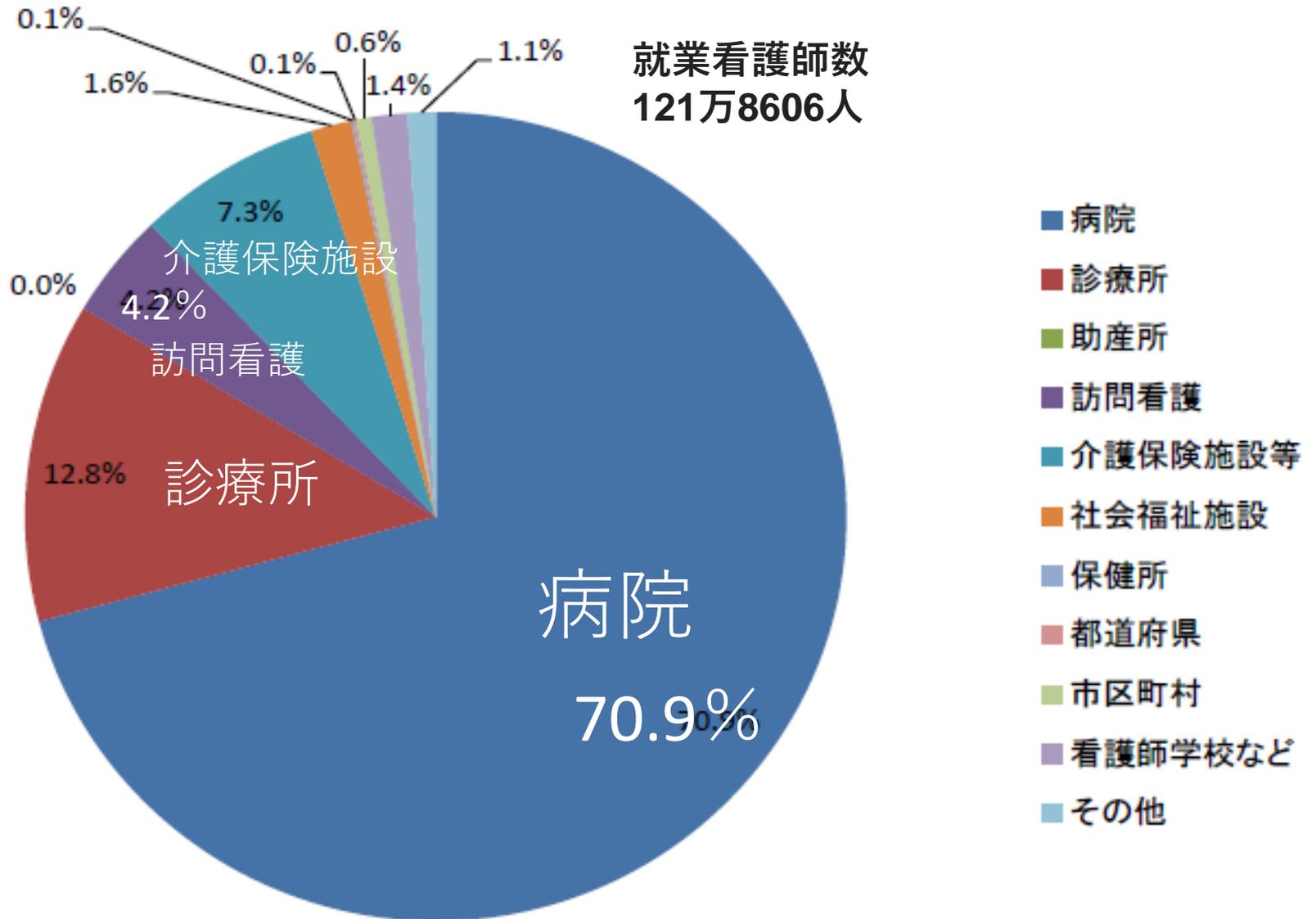


# 第8次医療計画と 訪問看護師人材不足の課題



# 看護師の就業場所別割合【2018年】

就業看護師数  
121万8606人

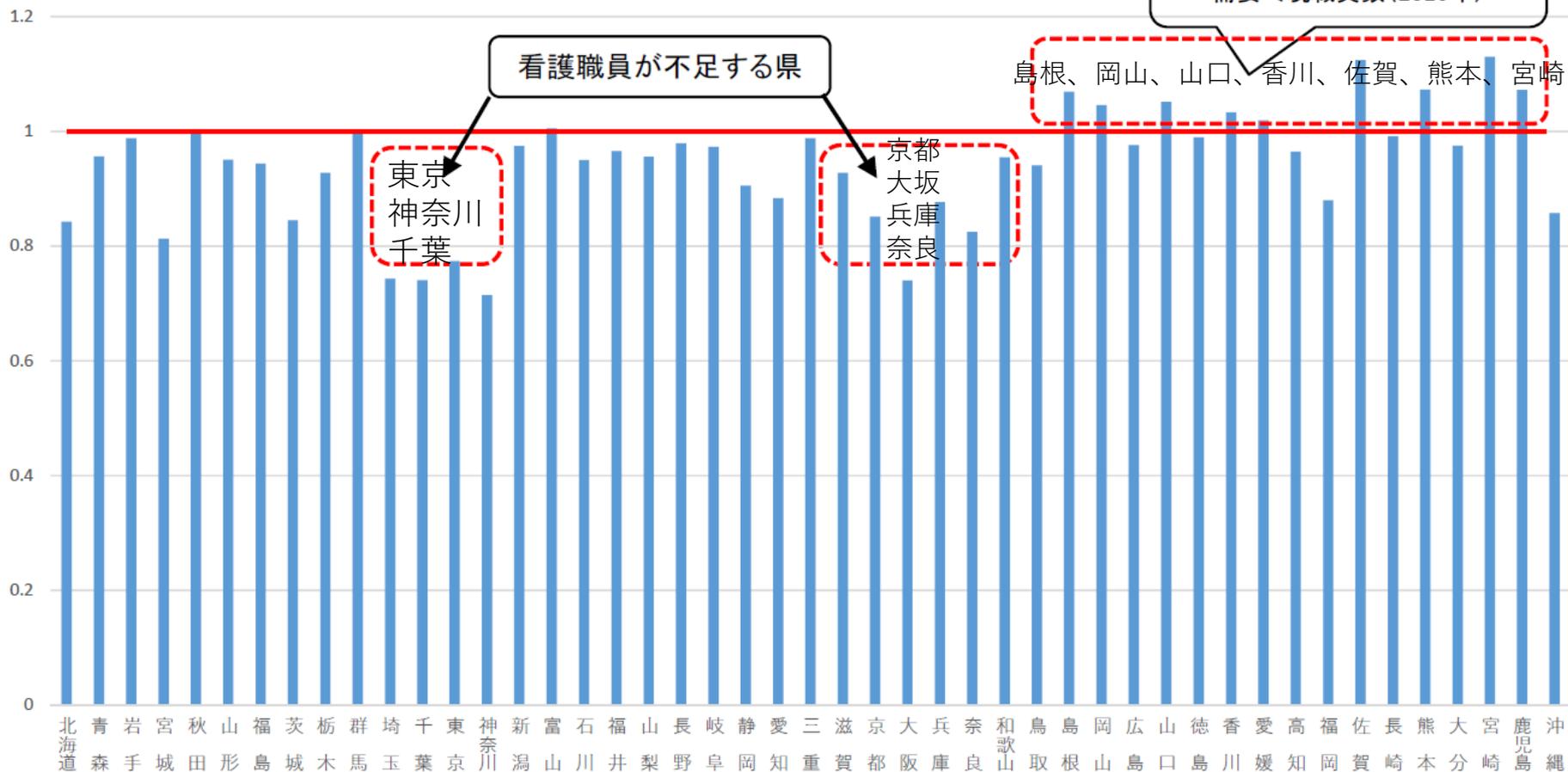


## 都道府県別の看護職員の需給推計

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。

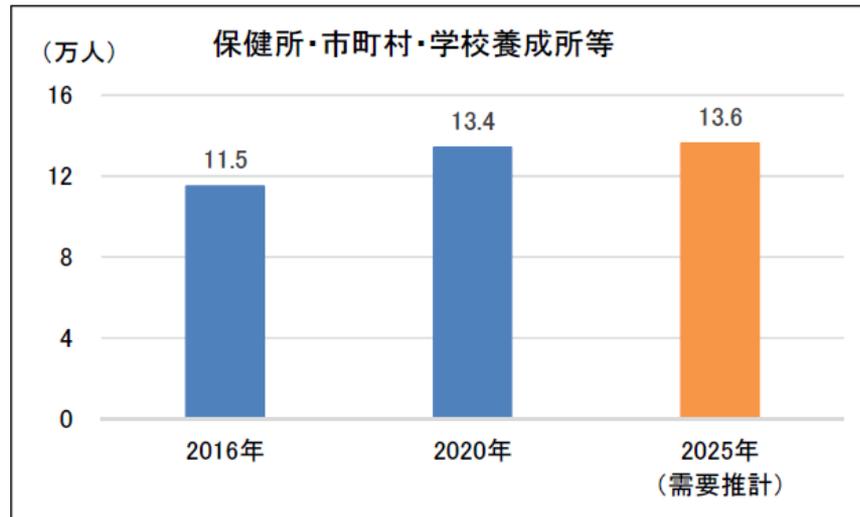
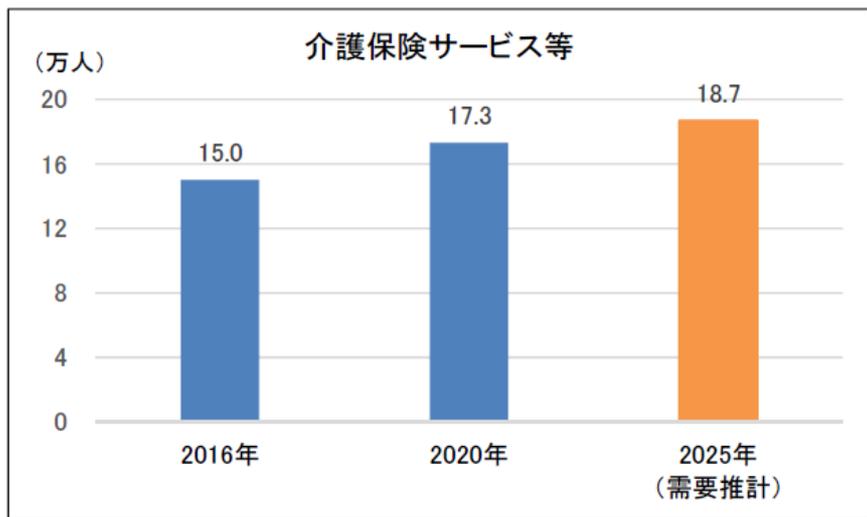
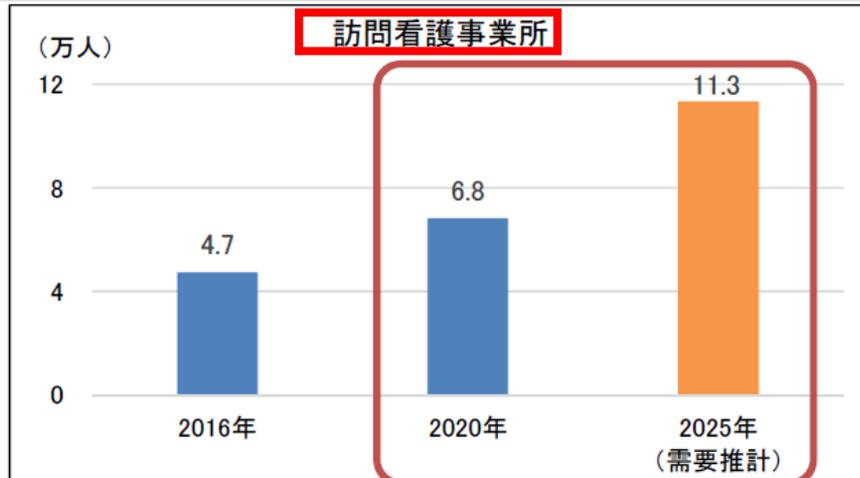
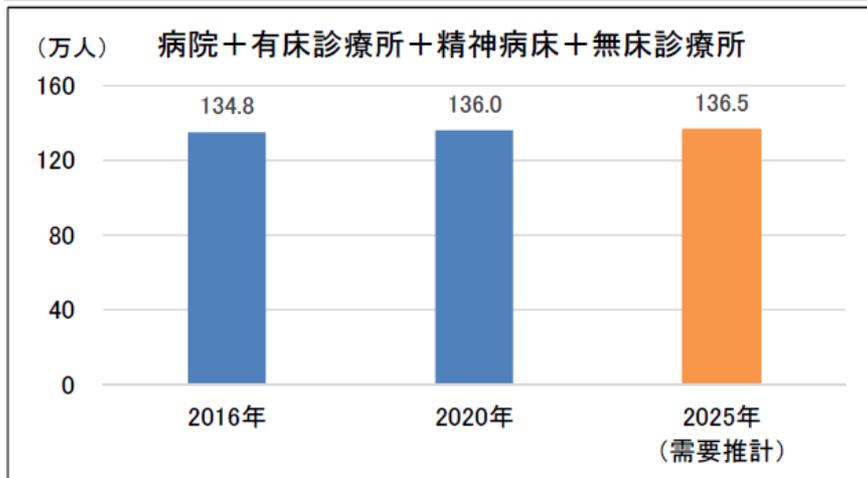
【各都道府県別の供給数と需要数の比較（2016年の供給数／2025年(シナリオ②)の需要数）】

※ 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。

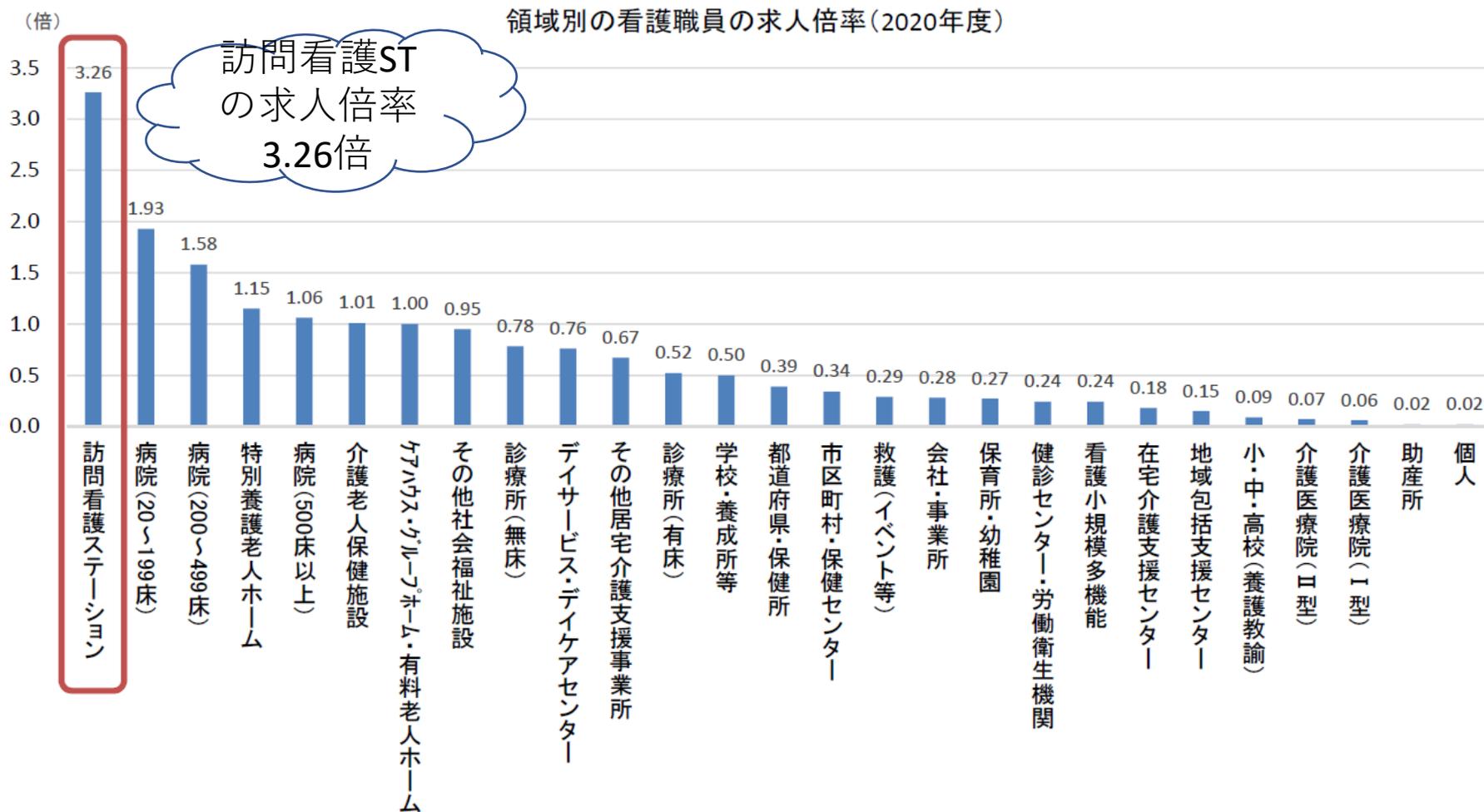


資料出所 2016年の就業看護職員数: 病院報告・医療施設調査・衛生行政報告例に基づく厚生労働省医政局看護課による実績推計  
 2020年の就業看護職員数: 医療施設調査・衛生行政報告例に基づく厚生労働省医政局看護課による実績推計  
 2025年の需要推計: 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ(概要)」(令和元年(2019年)11月15日)

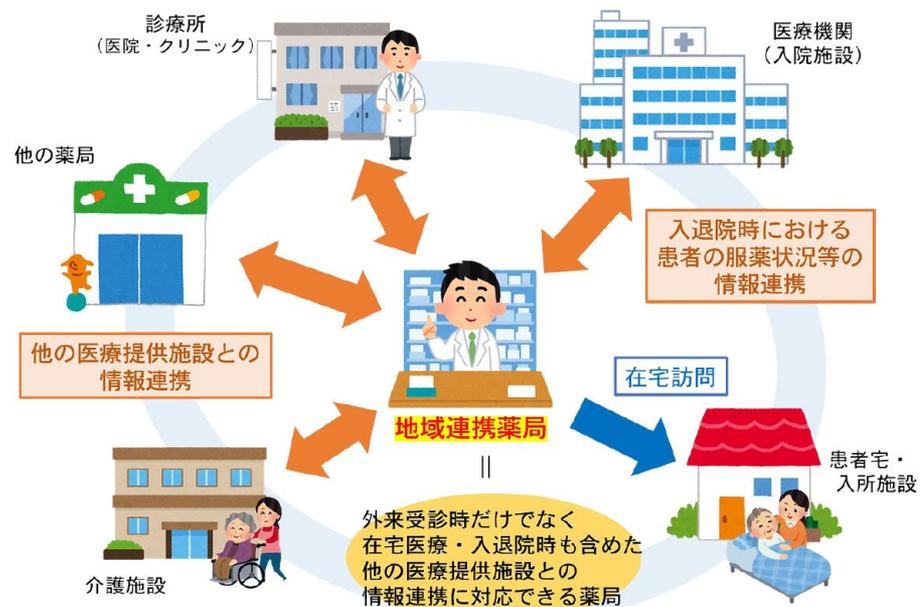
※ 訪問看護事業所の2025年の需要推計は、医療保険、介護保険及び精神病床からの基盤整備の合計。

## 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。



# ③地域連携薬局



# 2019年改正薬機法の趣旨

- 2019年薬機法改正趣旨は以下の3点
  - ①医薬品・医療機器等をより迅速・安全・効率的に提供するための制度確保
    - 先駆け審査指定制度、条件付き早期承認制度によりより迅速に医薬品・医療機器等を上市する制度の確保
  - ②地域における薬局・薬剤師の在り方
    - 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の創設
  - ③信頼確保のための法令順守体制等
    - バルサルタン（デュオパン）問題のような虚偽・誇大広告で医薬品の販売を拡大した製薬企業に課徴金を支払わせる制度の確立

# 特定の機能を有する薬局の認定

第11回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会

資料1  
改

令和4年1月20日

- 薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、**患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。**（都道府県知事の認定、1年ごとの更新）

・**入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域連携薬局）**

・**がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）**

患者のための薬局ビジョンの「かかりつけ薬剤師・薬局機能」に対応

患者のための薬局ビジョンの「高度薬学管理機能」に対応

## 地域連携薬局



### 〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

等

## 専門医療機関連携薬局

※傷病の区分ごとに認定  
（現在規定している区分は「がん」）



### 〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等）
  - ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置
- 等
- ＜専門性の認定を行う団体＞
- 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん））
  - 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）

# 地域連携強化による薬局の多様化（イメージ）

R4.3.31 第3回薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するWG 資料2-1

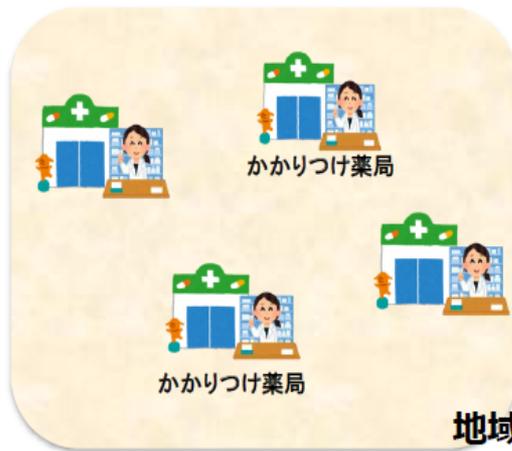
- 小規模の薬局では単独で全ての役割を担うことが困難になる。
- ①地域連携による分担、②ICT技術の活用等により、業務が効率化されれば、**処方箋受付時以外の対人業務の充実が期待される。**
- 処方箋受付時以外の対人業務は様々であり、**薬局ごとに特色のある薬剤師メニューを提供することが可能となる。**これにより、**特色のある薬局が増加し、患者の選択肢も増加する。**

（多様な薬剤師サービスのイメージ）

薬剤レビュー、医療的ケア児・緩和ケア等の在宅対応、糖尿病患者への説明、セルフケア支援、コミュニティスペース、栄養サポート、検査 等

## 1. 小規模薬局の現状

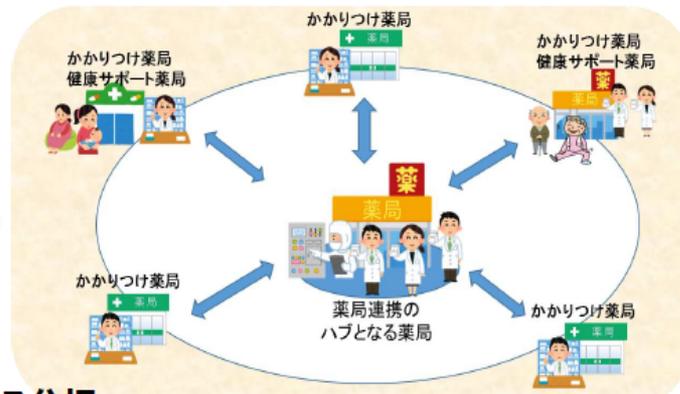
・小規模薬局が単独で全ての役割を担うことが困難



地域連携による分担  
ICT技術の活用

## 2. 地域の薬局間の連携の推進

・ICT技術の活用や地域連携による分担により業務効率化



処方箋受付時以外の  
対人業務の充実

## 3. 特色のある薬局の増加

・多様な薬剤師メニューの提供が可能に

（対人メニューの例示）

- ・ 薬剤レビュー
- ・ 様々な在宅対応（医療的ケア児、緩和ケア等）
- ・ 糖尿病患者への説明（食生活、運動習慣等の重要性等）
- ・ セルフケア支援
- ・ コミュニティスペース
- ・ 栄養サポート
- ・ 検査
- ・ 認知症ケア

地域連携メニューの例示：

医薬品の融通、輪番、症例検討会・勉強会、対物業務の効率化の取組み、医療機関との調整（例：退院調整）等

# 地域連携薬局の基準

参考

● 地域連携薬局：入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局

		基準
1	利用者のプライバシーに配慮した相談しやすい構造設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者が座って服薬指導等を受けることができる、間仕切り等で区切られた相談窓口等及び相談の内容が漏えいしないよう配慮した設備の設置</li> <li>○ 高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造</li> </ul>
2	地域の他の医療提供施設と情報を共有する体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケアシステムの構築に資する会議への継続的な参加</li> <li>○ 地域の医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、利用者の薬剤等の使用情報について随時報告・連絡できる体制の整備</li> <li>○ 地域の医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡を行った実績（月平均30回以上の報告・連絡の実績）</li> <li>○ 地域の他の薬局に対し、利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡できる体制の整備</li> </ul>
3	地域の他の医療提供施設と連携しつつ利用者に安定的に薬剤等を提供する体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 開店時間外の相談応需体制の整備</li> <li>○ 休日及び夜間の調剤応需体制の整備</li> <li>○ 地域の他の薬局への医薬品提供体制の整備</li> <li>○ 麻薬の調剤応需体制の整備</li> <li>○ 無菌製剤処理を実施できる体制の整備（他の薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を実施する体制を含む。）</li> <li>○ 医療安全対策の実施</li> <li>○ 継続して1年以上勤務している常勤薬剤師の半数以上の配置</li> <li>○ 地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤薬剤師の半数以上の配置</li> <li>○ 薬事に関する実務に従事する全ての薬剤師に対する、地域包括ケアシステムに関する研修又はこれに準ずる研修の計画的な実施</li> <li>○ 地域の他の医療提供施設に対する医薬品の適正使用に関する情報の提供実績</li> </ul>
4	在宅医療に必要な対応ができる体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療に関する取組の実績（月平均2回以上の実績）</li> <li>○ 高度管理医療機器等の販売業の許可の取得並びに必要な医療機器及び衛生材料の提供体制</li> </ul>

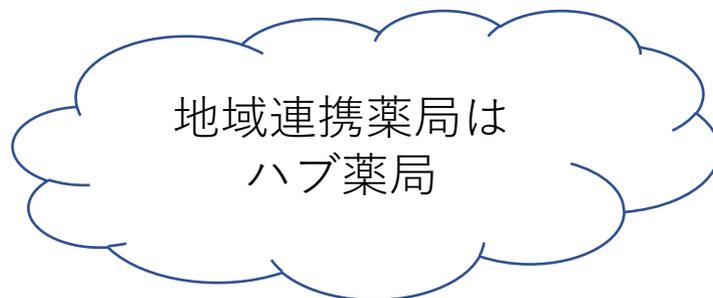
- 薬剤師検討会の取りまとめにおいては、
  - ・今後、小規模の薬局では単独で全ての役割を担うことが困難になる、
  - ・薬局間で業務を補完するような連携について考えていく必要がある、とされている。

## 2. 今後の薬剤師に求めるべき役割及びそれを踏まえた需給推計

### （1）今後の薬剤師が目指す姿

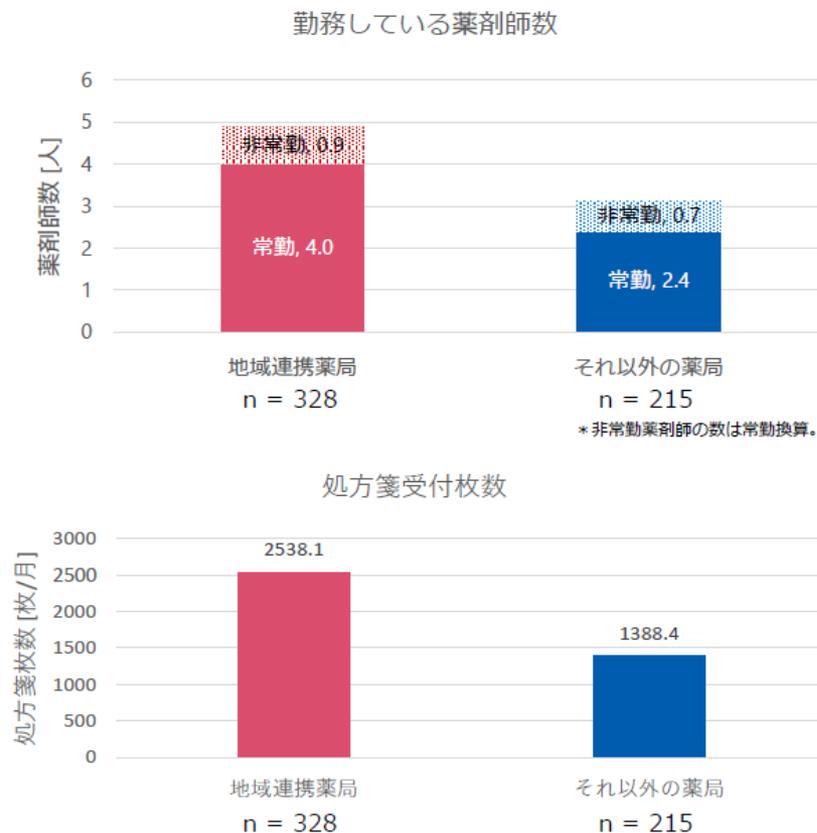
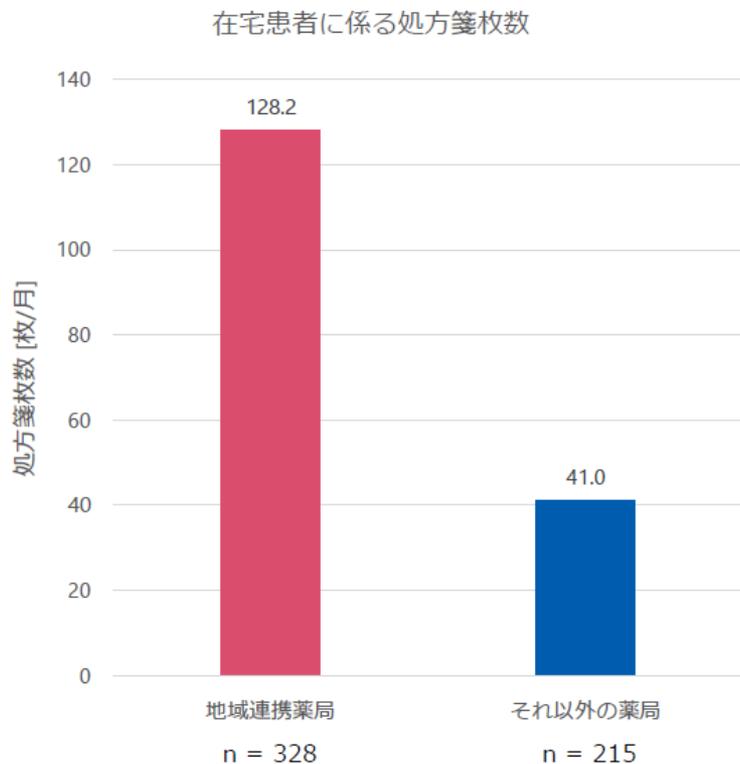
#### ① 薬局（抜粋）

- 薬局は小規模で薬剤師が少人数の施設が多いが、今後、薬局に求められる役割・業務の充実を考えると、小規模の薬局では単独で全ての役割を担うことが困難になることも考えられる。そのため、地域全体で求められる薬局・薬剤師サービスを提供する観点から、小規模薬局それぞれが対応可能な役割を踏まえつつ、薬局間で業務を補完するような連携についても考えていく必要がある。



# 薬局の在宅医療への参加状況と体制

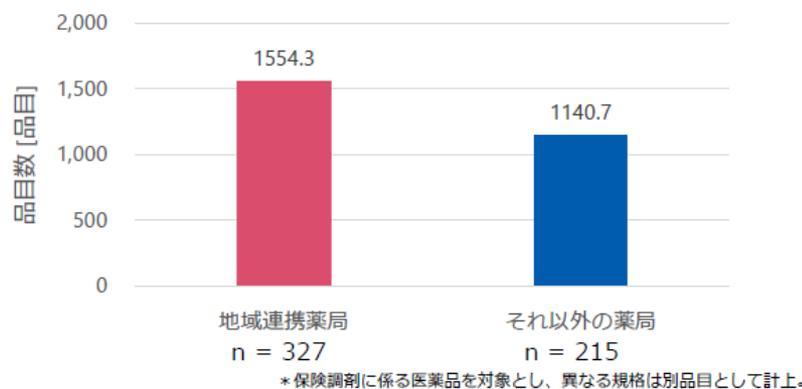
- 薬局は地域連携薬局の認定の有無に関わらず在宅医療に取り組んでいるが、地域連携薬局は勤務している薬剤師数や処方箋受付枚数が多いことから、在宅患者に係る処方箋をより多く応需している。



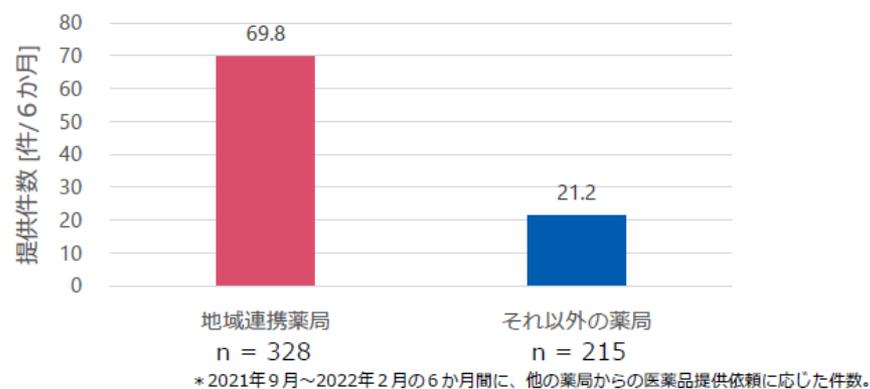
# 薬局における医薬品・医療機器等の提供体制

- **薬局は1000品目以上の医療用医薬品を備蓄し、薬物療法に必要な医薬品を速やかに患者に提供する体制を整備している。**また、薬局に在庫がない特殊な医薬品等の処方箋を応需した場合、近隣の薬局と協力し合い、当該医薬品を他の薬局から譲受して調剤している。
- 悪性腫瘍の疼痛緩和に用いられる**医療用麻薬についても多くの薬局で調剤の実績がある。**
- さらに、**薬局は医薬品だけでなく、医療機器や衛生材料の提供も行っている。**
- **地域連携薬局はこれら医薬品・医療機器等の提供に関する実績が多く、地域の医薬品・医療機器等の提供に関して特に重要な役割を果たしている。**

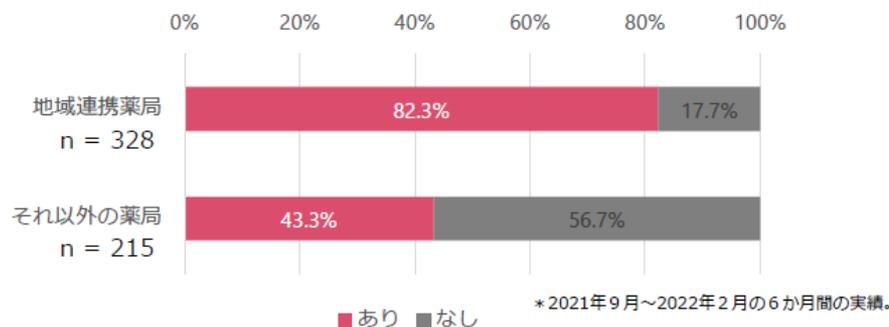
医療用医薬品の備蓄品目数



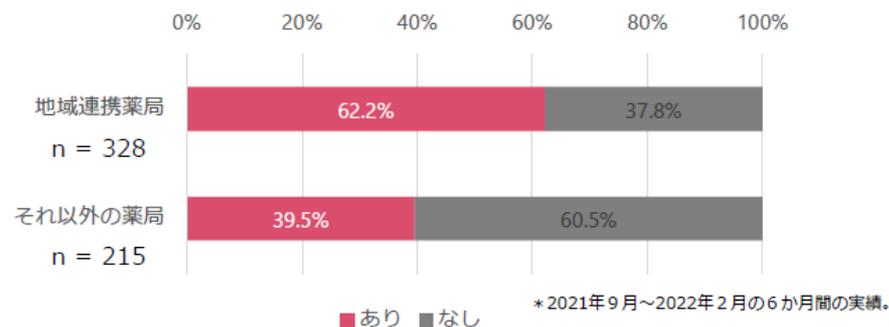
他の薬局へ医薬品を提供した実績



麻薬調剤の実績



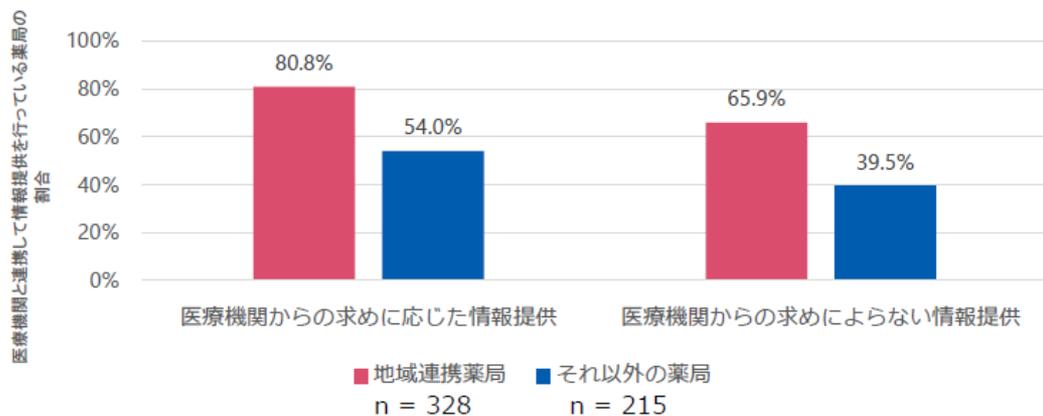
医療機器や衛生材料の提供実績



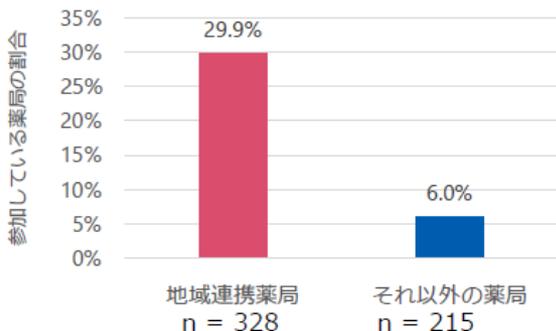
# 薬局による多職種との情報連携

- 薬局は薬物療法の質の向上と安全性の担保のため、医療機関からの求めの有無にかかわらず、服薬状況等の情報提供を積極的に行っている。また、退院時には、在宅医療を担う医師や看護師、介護職員等と連携体制を構築するため、薬局は退院時カンファレンスにも参加している。
- 地域連携薬局は医療機関への情報提供や退院時カンファレンスへの参加、訪問看護事業所との連携体制構築を積極的に実施し、在宅患者の薬物療法の質向上に大きく貢献している。

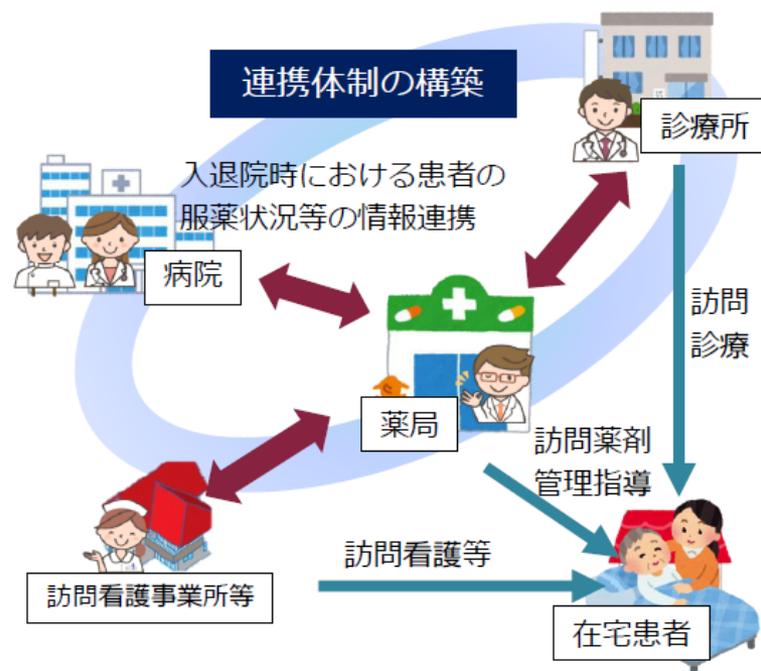
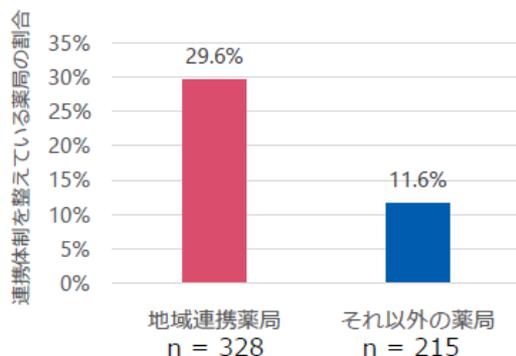
医療機関への服薬状況等の情報提供



退院時カンファレンスへの参加



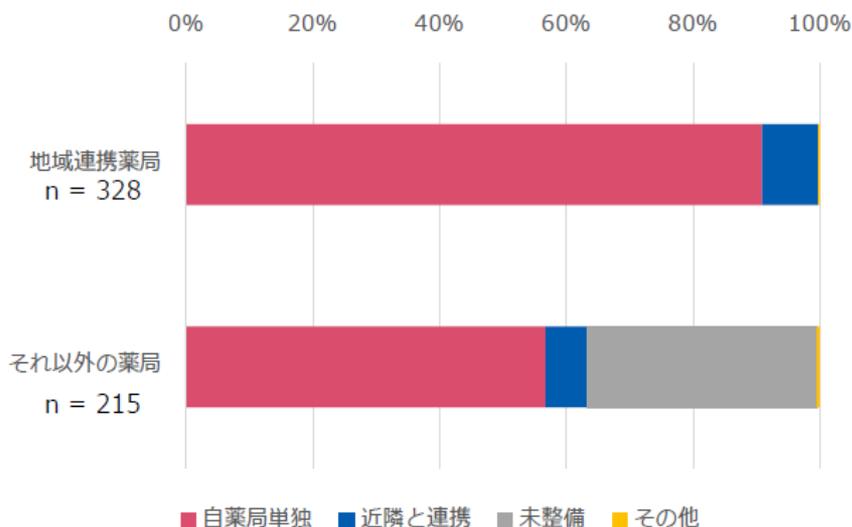
訪問看護事業所との連携体制



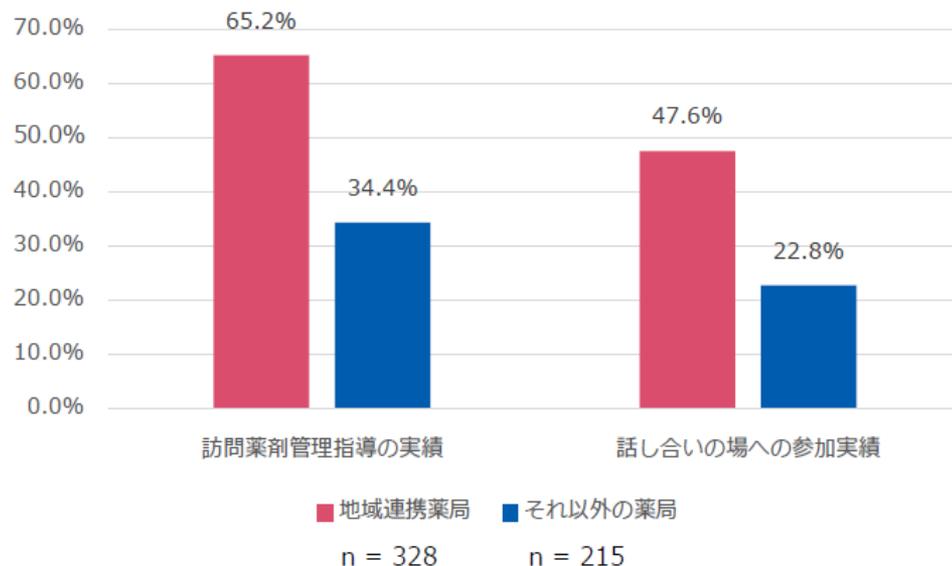
# 薬局の急変時の対応体制、ターミナルケアへの参加

- 多くの薬局において24時間対応が可能な体制が整備されている。
- 人生の最終段階（終末期）の患者への訪問薬剤管理指導や、患者・家族等との話し合いの場に薬局の薬剤師は参加している。
- 特に地域連携薬局においては24時間対応が可能な体制が整備され、ターミナルケアにも積極的に参加している。

## 24時間対応体制



## 人生の最終段階（終末期）の患者の在宅医療への参加状況



\* 2021年9月～2022年2月の6か月間の実績。

# 地域連携薬局数

全数 2,696 (令和4年5月31日時点)

参考：全国の薬局数 約6.1万

北海道	79	東京都	524	滋賀県	33	徳島県	12
青森県	20	神奈川県	220	京都府	64	香川県	25
岩手県	18	新潟県	41	大阪府	198	愛媛県	27
宮城県	54	山梨県	9	兵庫県	106	高知県	11
秋田県	6	長野県	20	奈良県	23	福岡県	90
山形県	16	富山県	22	和歌山県	13	佐賀県	8
福島県	39	石川県	34	鳥取県	17	長崎県	11
茨城県	107	岐阜県	20	島根県	11	熊本県	30
栃木県	43	静岡県	62	岡山県	44	大分県	20
群馬県	29	愛知県	97	広島県	69	宮崎県	15
埼玉県	174	三重県	40	山口県	20	鹿児島県	28
千葉県	135	福井県	9			沖縄県	3

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28日



# 第1回WG（2021/10/13）における主な意見①

## ■ 在宅医療の基盤整備について

- 在宅医療の現場では介護系サービスも行われており、高齢者向け住宅も含まれるため、これらも踏まえた議論が必要。
- 5疾病5事業は県が中心、在宅医療は市区町村中心のため、都道府県及び都道府県医師会等が連携して市区町村を支援することが非常に重要。
- 在宅医療を支えるために訪問看護事業所は不可欠な基盤であるので、訪問看護事業所数や従事者数が全ての都道府県の医療計画で記載され、24時間体制の訪問看護ステーションや機能強化型というようなサービスの機能を示す指標の記載もさらに進むことが重要。
- 今後、医療の担い手が減少していく中でマンパワーの確保や職種間連携、関係施設の連携、在宅医療に関わる従事者の質の向上が重要。
- 在宅医療は介護や福祉等ともつながっており、幅広い議論が必要。地域包括ケアシステムの構築の観点から、もう少しエリアを限り、医療・介護・福祉等含めた議論ができる協議の場が必要。
- 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を医療計画に入れていただきたい。
- 在宅医療は普段から365日24時間、小さな医療機関が対応。医師の労働時間の短縮により、必要なことをやりたい場合に労働時間の短縮とは逆に向いてしまうこともあると思う。
- 訪問看護の数値等が全ての都道府県で挙げられていないため、第8次医療計画では挙げていただきたい。
- 情報通信機器等の活用に関して、24時間体制に近い形で訪問看護を提供する上でも、テレナーシングの在り方を検討いただきたい。
- 地域連携薬局は在宅医療の実績を認定基準の一つとしており、在宅医療に着実に取り組んでいる薬局であるため、地域連携薬局の認定数が指標の一つとなり得るのではないかと。
- 精神科の在宅医療は、本人の病識がなく受診に結びつかない患者の存在や入院中の精神障害者の方などの退院促進の問題、栄養面・保清面に伴う身体合併症、近隣とのトラブル、経済的な困窮等非常に多様な問題が関わっていることが多く、支援も多岐にわたるのが特徴。

# 地域連携薬局を次期医療計画に記載するかどうか？2022年7月28日

- 日本医師会委員
  - 鈴木邦彦構成員（日本医療法人協会副会長）
    - 地域医療連携薬局について第9次医療計画に記載するのは時期尚早
  - 江澤和彦構成員（日本医師会常任理事）
    - 病院と調剤薬局で薬剤師の配置人数に差がある状態が助長される可能性があり、記載は反対
- 日本薬剤師会
  - 荻野構一構成員（日本薬剤師会常務理事）
    - 在宅医療に対応可能な人材の育成、過疎地も含めた薬剤師の確保
    - これらの事項について、都道府県が効果的な政策を実行するためには、第8次医療計画の開始時点で地域連携薬局を位置付けるべき

## 論点

- 在宅医療における薬学管理については、多様な病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、病棟薬剤業務や高度薬学管理等の豊富な知識・経験が求められる。一方で、これらを習得する機会は限られることから、地域医療介護総合確保基金等を活用し医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上や、医療機関と薬局の連携体制構築を図ることとしてはどうか。
- 在宅医療においては、地域における医薬品等の提供体制の確保が前提であるため、都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌調剤等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を整備してはどうか。
- 「麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数」、「麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数」、「無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数」、「無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数」、「小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数」  
地域連携薬局は  
あえなく討ち死に  
指標例に追加して  
はどうか。
- 地域連携薬局については、令和3年度に制度が開始されて間もなく、都道府県によって認定状況に差がある。地域連携薬局の在宅医療への貢献については今後、調査をすすめることとし、その結果も踏まえて再度検討することとしてはどうか。

# パート 4

## 第8次医療計画と 在宅医療提供体の 新たな課題

- ①消防機関の役割
- ②訪問歯科診療所・歯科衛生士
- ③訪問リハ、栄養管理、口腔管理

# ①消防機関の役割

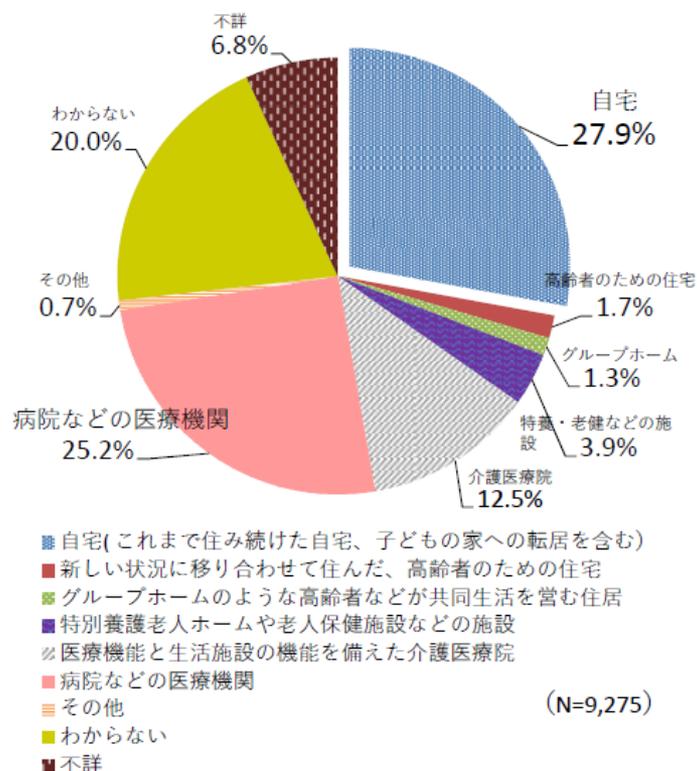
## 急変時の対応



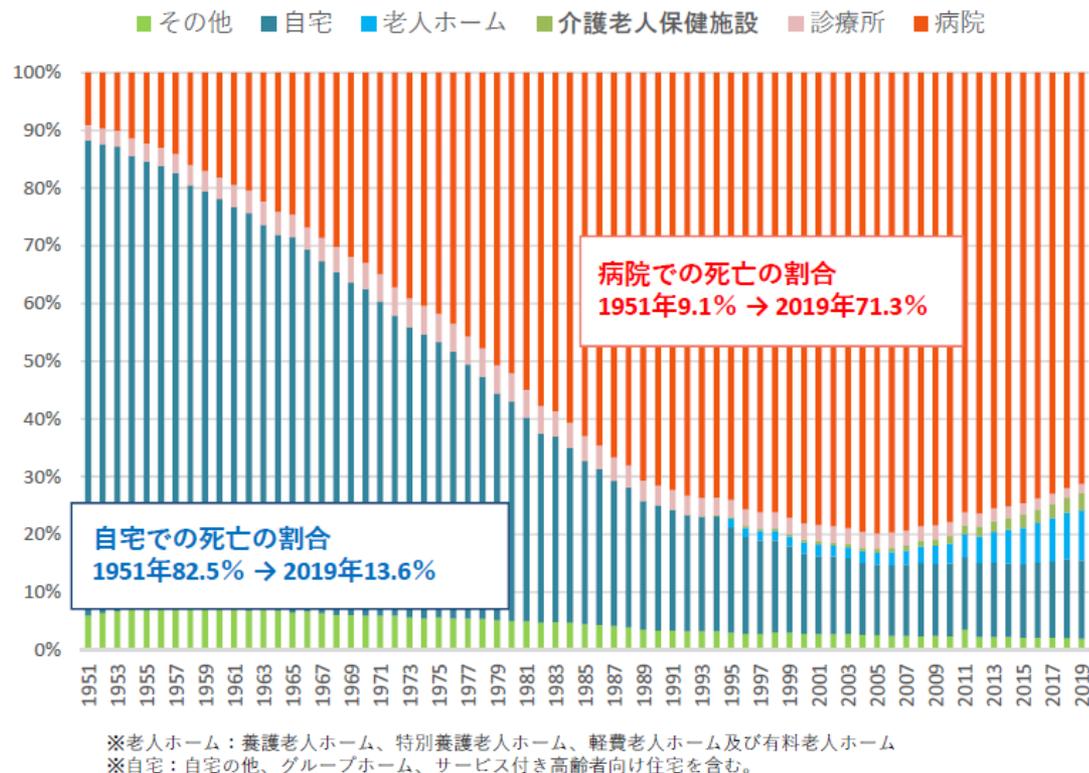
# 最期をむかえるときに生活したい場所と死亡場所の推移

- 国民の約3割は、「最期をむかえるときに生活したい場所」について、「自宅」を希望している
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

## 人生の最期をむかえるとき生活したい場所



## 死亡の場所の推移



出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

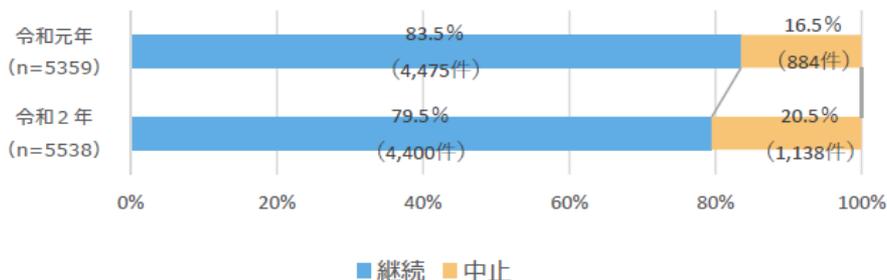
出典：厚生労働省人口動態調査(令和元年度)

# 【課題】心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動

- 消防庁によると、救急隊が出動した後、心肺機能停止状態の傷病者が「心肺蘇生を拒否する意思表示」をしていたことを、医師や家族等から伝えられた事案は、令和元年で5,359件、令和2年で5,538件であった。
- その中で「心肺蘇生の継続」、「搬送」となった割合は相対的に高いものの、「心肺蘇生の中止」、「不搬送」となった件数は、増加傾向にある。

## ①心肺蘇生の継続又は中止\*

\*心肺蘇生を行わなかった場合は「中止」に含まれる

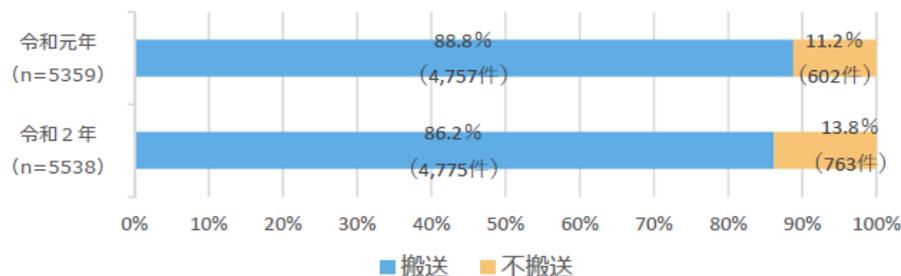


<参考>

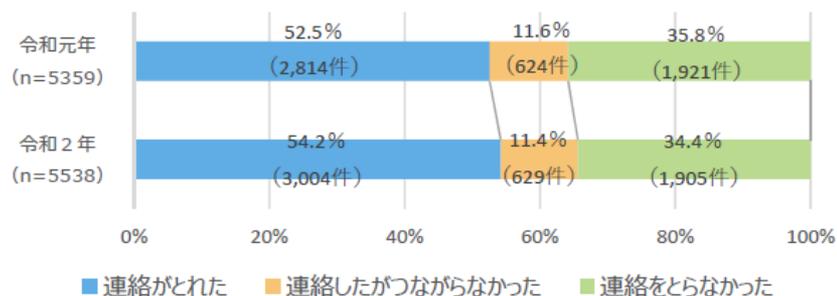
全救急出動件数：6,639,767件（令和元年）  
5,935,694件（令和2年）

出典：「令和3年版 救急・救助の現況（総務省消防庁）」

## ②救急搬送の有無



## ③かかりつけ医への連絡の有無

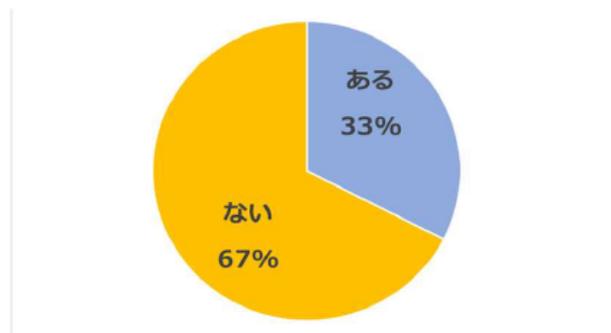


※出典：「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数調査」  
平成31年1月1日～令和2年12月31日に全国の消防本部に調査を実施。

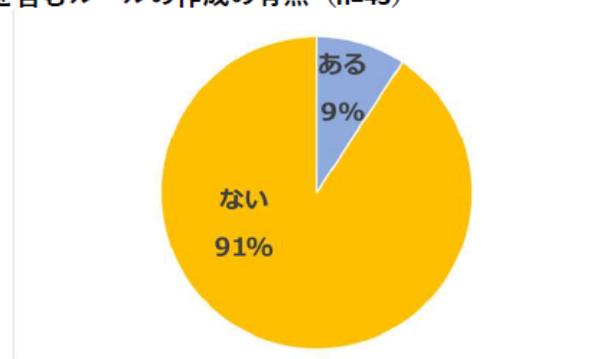
## 【課題】在宅医療を受けている患者の救急搬送への対応状況

厚生労働省が都道府県に対し、市町村の在宅療養患者の救急搬送ルール等に関する支援体制を調査した結果は以下のとおりであった。

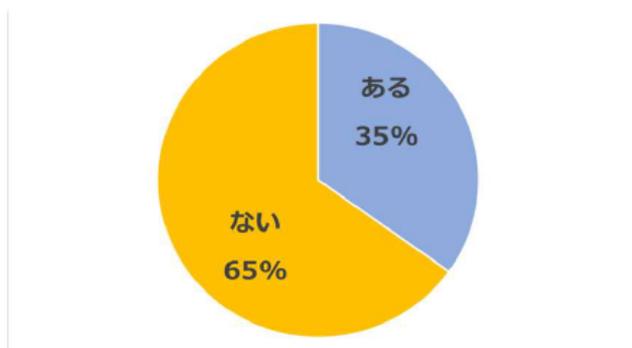
①在宅療養患者本人の診療・DNAR等の情報を関係職種で共有できるようなルールやツール等の作成の有無 (n=43)



②在宅療養患者における救急搬送について受入医療機関の指定等を含むルールの作成の有無 (n=43)



③消防機関と都道府県との間で、DNAR等の方針が示されている在宅療養患者の救急搬送の取り決めの有無 (n=43)



【作成している搬送ルール(例)】

- 脳卒中患者は県内を4ブロックにわけてその中で急性期病院に搬送するルールが消防と共有できている。
- 二次医療圏域ごとに、病院の機能分化を進めており、それぞれ関係団体で共有されている。
- 傷病者の状態に応じて受入れ実施基準等に基づいて搬送先医療機関を選定している。

※出典：在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書（令和3年度 厚生労働省委託事業）  
令和4年1月に、47都道府県に調査を実施。（有効回答率：91.5%）

# 救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例①

第4回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ  
令和4年4月28日  
資料1改

## 東京都八王子市

### 【救急医療情報（キット）】

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている

（在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf>）

八高連から 65歳以上の方へ  
「救急医療情報」のお知らせ

「もしものとき」に「救急医療情報」でスムーズな救急搬送  
人生の最期を在宅で迎える希望がある高齢者へ「救急医療情報」は、高齢者が住む地域に合わせた救急搬送の仕組みを整え、救急医療の提供を支援します。高齢者が住む地域に合わせた救急搬送の仕組みを整え、救急医療の提供を支援します。

「救急医療情報」の使い方  
①「救急医療情報」の活用  
②「救急医療情報」の活用  
③「救急医療情報」の活用

記入の仕方  
● 年齢が65歳未満の方は記入しなくても構いません。  
● 記入の際は、必ず「救急医療情報」の活用方法を確認してください。  
● 「救急医療情報」は、あくまで「救急医療情報」の活用方法を確認してください。

～記入例～ 救急医療情報 (八王子市高齢者総合支援センター協賛)

住所	八王子市 元新町 三丁目 24番 1号		
ふりがな	八王子 七世	年齢	70歳
氏名	八王子 七世	性別	男
生年月日	昭和27年 7月 1日	性別	男
連絡先	090-620-3111(宅)	電話番号	090-620-3111(宅)

◎居住情報  
現在住居の病名 **高血圧、糖尿病、心臓病、脳卒中、その他(血圧185/110)**  
過去に医師から診断された病名 **高血圧**  
服用している薬 **カルベドール錠 10mg、7αコール錠 10mg**

◎緊急連絡先  
氏名 **八王子消防病院** 住所 **八王子市元新町1-1-1** 電話番号 **090-3111-0000**  
氏名 **八王子市** 住所 **八王子市元新町1-2-3** 電話番号 **090-0000-0000**

## 愛知県岡崎市

### 【119医療情報伝達カード】救急要請・搬送時のルール

氏名や緊急連絡先他、疾患やアレルギーの状況、ならびにDNARについての記載欄に記入しておく。

（出典：愛知県岡崎市ホームページ  
<https://www.city.okazaki.lg.jp/1550/1572/1653/p020461.html>）

119医療情報伝達カード

救急者 ( ) 作成年月日 年 月 日  
※情報は、いつも最新のものにしてください。更新( )  
※この項目に更新があった場合は、再度署名を記載し直します。更新( )

氏名 氏名 性別 年齢 性別  
住所 住所 性別 年齢 性別  
ADL 自立・杖・車椅子・寝たきり  
アレルギーの有無 あり・なし (薬: ) 食事: )  
※薬中の成分について お薬名 あり・なし 資料 あり・なし  
※上記記載のない場合、欄中の減点を記入)

★DNARの指示について ※指示が「あり」の場合のみ、②③は欄を記入してください。  
①DNARの指示 ②DNARの書類  
あり・なし あり・なし 所属名: ( ) 医師名:  
カルテ記載: あり・なし

★現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について  
病名 治療機関 診察券番号 治療  
① 病院・ID 治療中・経過観察中  
② 病院・ID 治療中・経過観察中

※今までに治療したことのある病気について  
明疾患名 慢性疾患名 薬名 治療機関  
① あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし  
② あり・なし あり・なし あり・なし あり・なし

※この欄(上記)に該当がない病気の詳細や救急隊へ知らせたいことなど

以上、わたしの医療情報に間違いありません。誤記載が、搬送や搬送へ活用することに同意します。

本人又は家族等署名欄 年 月 日 救急隊員 口読読み

# 救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例②

第4回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ

資料  
1改

(出典) 令和3年度版・連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き (一部改変)

令和4年4月28日

## 東京都 (東京消防庁)

### 【心肺蘇生を望まない傷病者への対応】

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」(以下、運用の要件)

下記の運用要件を満たした場合、救急隊から在宅医/かかりつけ医等に連絡し、心肺蘇生を中断する。「在宅医/かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐ。

(出典:東京消防庁「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」  
<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html>)

#	運用要件
1	ACPが行われている成人で心肺停止状態である
2	傷病者が人生の最終段階にある
3	傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」
4	傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致する

**5. 運用の留意点**

① 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

② 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

③ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

④ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑤ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑥ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑦ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑧ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑨ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑩ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

**6. 運用の留意点となる留意点**

① ACPが行われている成人で心肺停止状態であること

② 傷病者が人生の最終段階にあること

③ 傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」こと

④ 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致すること

⑤ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑥ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑦ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑧ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑨ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

⑩ 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

## 【事例の紹介】静岡県静岡市

### 【グリーンカードシステム】在宅療養者の意思表示

「グリーンカードシステムの構築 (在宅看取りのための診療所連携システム)」

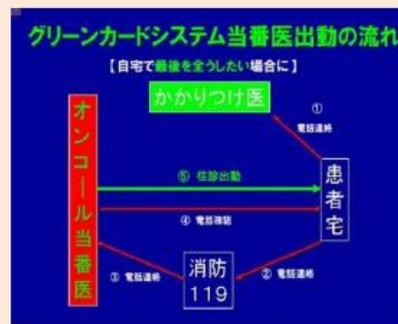
(出典:静岡県静岡医師会ホームページ<https://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/>)

あらかじめ在宅主治医が記載した「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載し、グリーンカードと一緒に在宅療養者のベッドサイドに設置する

在宅療養者の看取りの状態となるも主治医と連絡がつかない場合、在宅療養者の家族はグリーンカードに記載してある手順に則り静岡市消防署に連絡を入れる

静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会から連絡されていた在宅往診当番医をもとに、往診依頼の連絡を入れる

連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする



**グリーンカード**

【在宅療養者用】

このカードは、医師会から提供されています。

① 患者の氏名、住所、連絡先

② 主治医の氏名、住所、連絡先

③ 当番医の氏名、住所、連絡先

④ 救急時連絡先

⑤ 家族の氏名、住所、連絡先

⑥ 患者の病歴

⑦ 患者の希望

⑧ 医師の意見

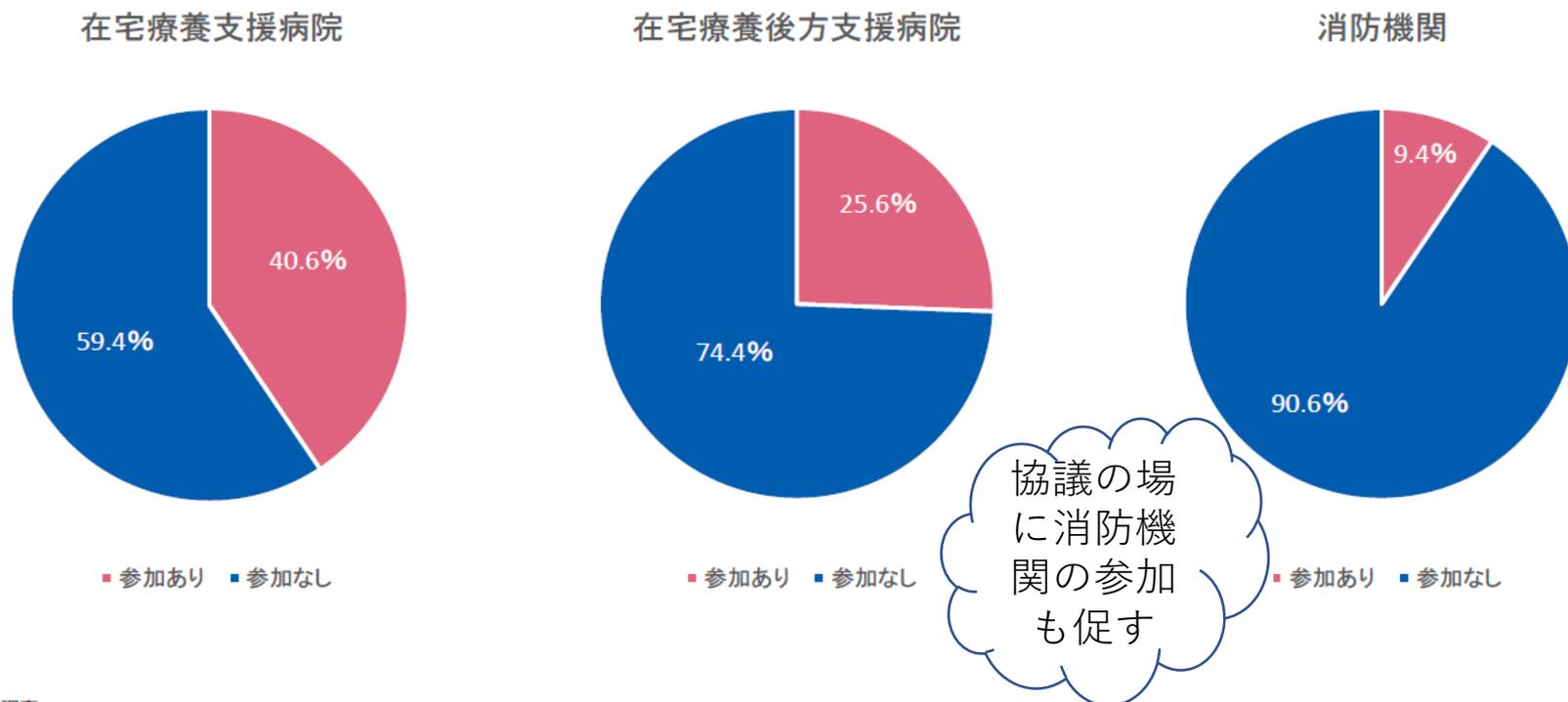
⑨ 患者の同意

⑩ 医師の同意

## 二次医療圏に設置された協議の場の構成員について

- 地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での開催を含め、在宅医療に係る協議の場が二次医療圏に設置されている場合において、各所属団体の委員が協議の場に参加している割合は、在宅療養支援病院、後方支援病院が各々40.6%、25.6%であり、消防機関からの参加は9.4%であった。

二次医療圏に設置された在宅医療に係る協議の場に参加する構成員の割合 (N=255)  
(※ 在宅医療に係る協議の場には、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での協議を含める)



※都道府県調査

- ・全二次医療圏 (n=335) のうち、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での開催を含め、在宅医療に係る協議の場を設置している二次医療圏 (n=255) を対象。
- ・在宅医療の協議の場を構成している委員を所属している団体、事業者別に集計。
- ・各団体、事業者毎の集計数を255で除し、在宅医療の協議の場に各団体、事業者毎の委員が含まれる割合 (%) を算出。

# ② 齒科訪問診療所 齒科衛生士



# 「在宅医療の体制構築に係る指針」における記載事項

- 「在宅医療の体制構築に係る指針」において「歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数」が記載されている。
- 在宅での口腔の衛生状態の管理において歯科衛生士の活躍が期待されているなか、歯科衛生士による訪問歯科医療への関わりを指針中に具体的に記載することで、歯科衛生士のさらなる活用につながることを期待される。

## 第1 在宅医療の現状

### 2 在宅医療の提供体制

#### (2) 日常の療養生活の支援

##### ③ 訪問歯科診療

在宅歯科医療を受けた患者は、約40,600人/日（歯科外来患者総数の3.0%）であり、そのうち、77.6%が65歳以上である。

全歯科診療所68,592ヶ所のうち、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、14,069ヶ所（20.5%）である。在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は6,443ヶ所で増加傾向にあるが、全歯科診療所の約9%にとどまっている。

近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、医療機関等との連携を更に推進していくことが求められている。

## 第3 構築の具体的な手順

### 1 現状の把握

#### (1) 患者動向に関する情報

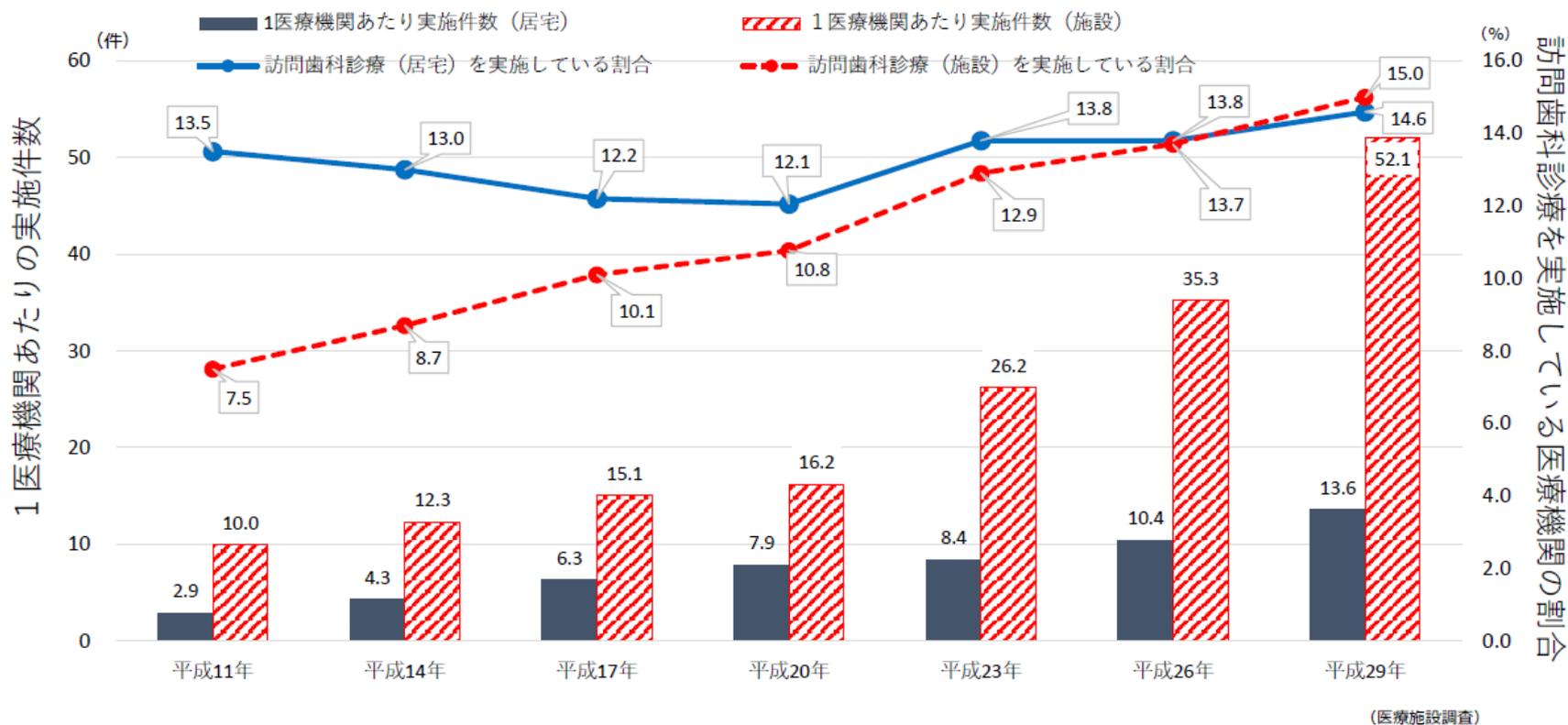
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数
- ・ **歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数**

### 2 (略)

### 3 連携の検討

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。（中略）さらに、都道府県は、在宅医療に係る機関の**医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員等**について、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるための研修の実施等により人材育成に努める。

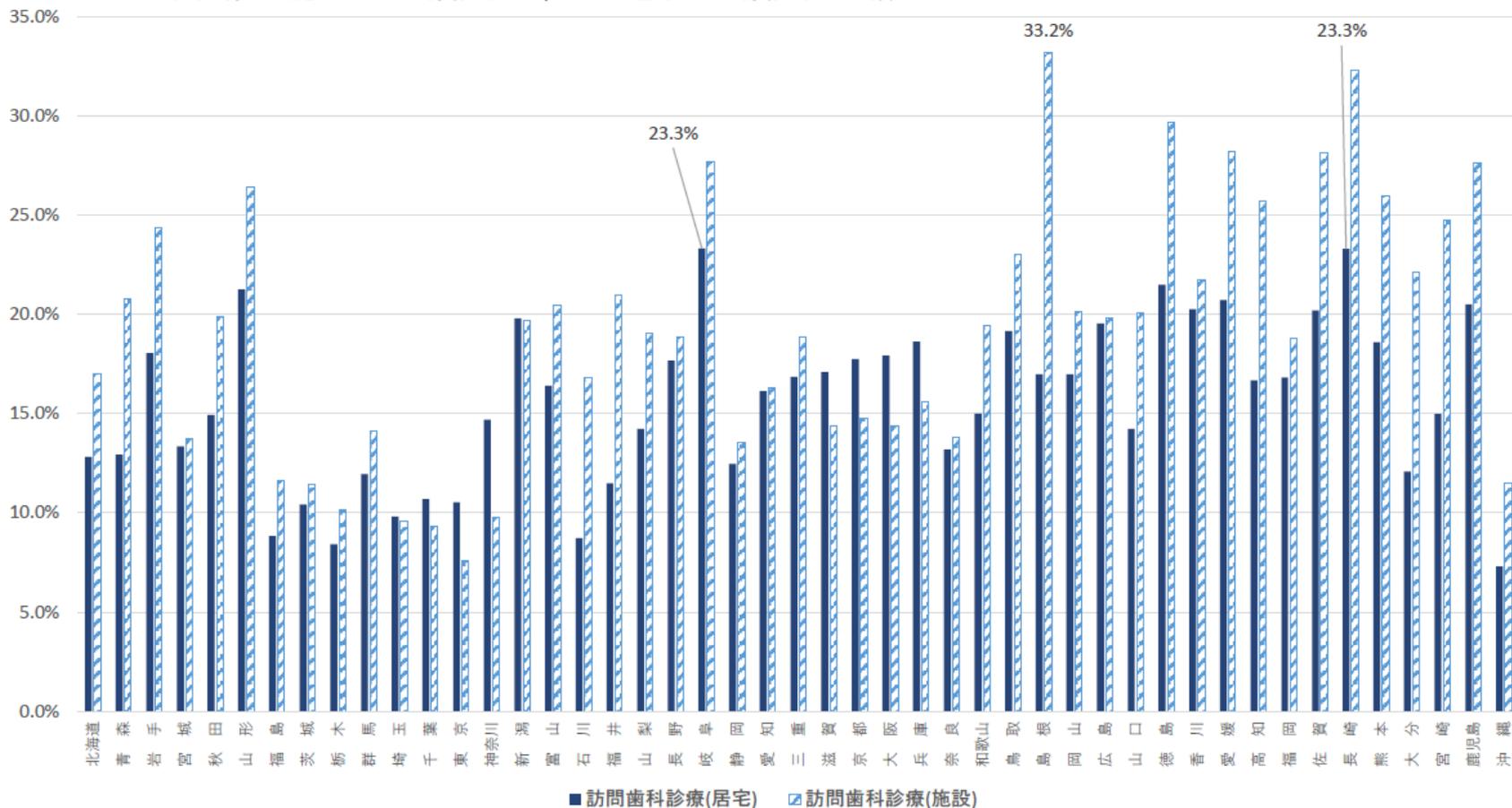
- 全ての歯科診療を実施している医療機関のうち、居宅において訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合は微増傾向。
- 施設において訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合は、調査を重ねるごとに増加しており、居宅で歯科訪問診療医療を提供している歯科診療所の割合よりも多くなった。
- 1医療機関（歯科診療所）あたりの訪問歯科診療の実施件数（各年9月分）は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著。



注：平成23年は宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

- 居宅における訪問歯科診療を実施している割合は、長崎県及び岐阜県で最も高く**23.3%**であった。
- 施設における訪問歯科診療を実施している割合は、島根県で最も高く**33.2%**であった。

※歯科訪問診療を実施している医療機関数を、当該都道府県の医療機関数で割算



出典：平成29年度医療施設調査より作成

# 在宅歯科医療の医科歯科連携体制

- 訪問歯科診療を主に担う施設として「在宅療養支援歯科診療所」がある。
- 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例として「在宅療養支援歯科診療所数」が設定されている。
- 72%の都道府県が現状把握の指標として用いており、目標を設定している都道府県は47%である。
- 在宅療養支援歯科診療所を含めた訪問歯科診療を行う歯科診療所が、後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携を推進することが期待される。

## 指標を活用している都道府県数

指標	現状把握	目標設定
在宅療養支援歯科診療所数	34(72%)	22(47%)
歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	33(70%)	20(43%)
訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	13(28%)	7(15%)
訪問口腔衛生指導を受けた患者数	7(15%)	1(2%)
在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数	5(11%)	1(2%)
訪問歯科診療を受けた患者数	6(13%)	3(6%)
歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	4(9%)	0(0%)

出典：歯科保健課調べ

(参考) 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準 (抜粋)

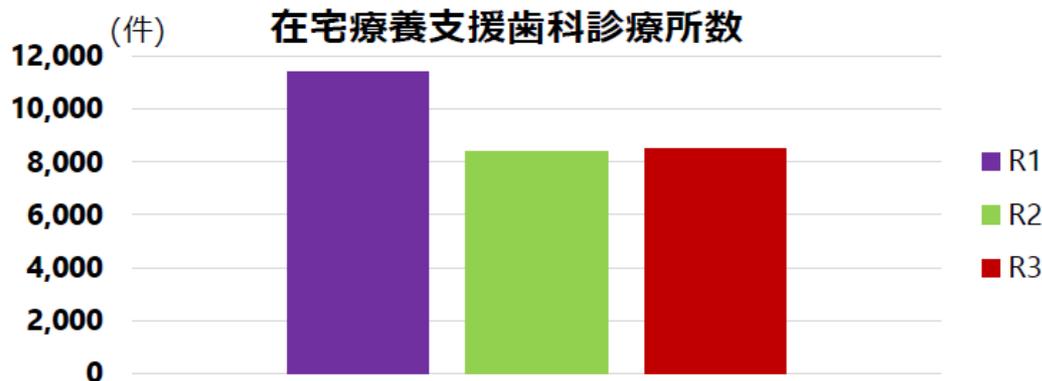
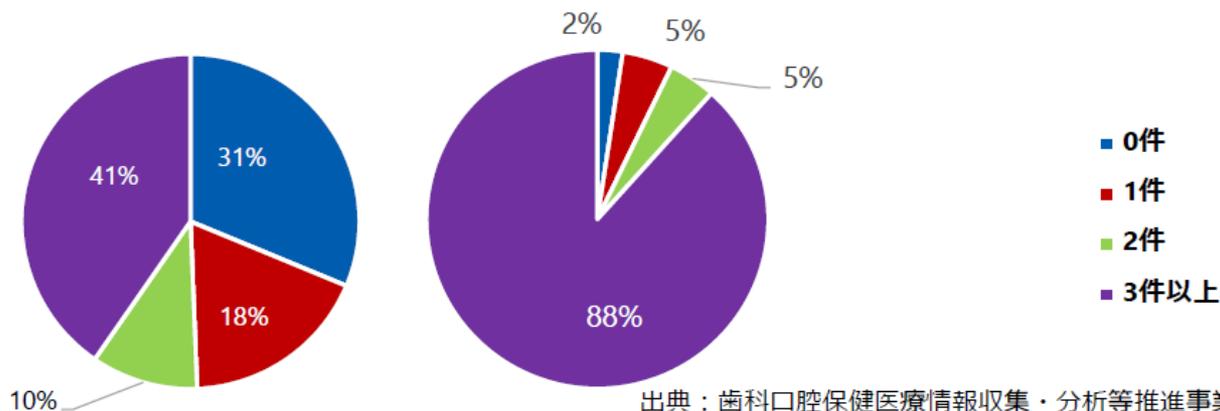
施設基準	【在宅療養支援歯科診療所 1】	【在宅療養支援歯科診療所 2】
ア) 算定実績	過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計 18 回以上算定	過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計 4 回以上算定
イ) 常勤歯科医師が修了すべき研修	高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師を 1 名以上配置	
ウ) 歯科衛生士の配置	歯科衛生士の配置	
エ) 文書提供	患者の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患者に情報提供	
オ) 後方支援医療機関との連携体制	後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制（歯科医療機関）	
カ) 依頼による歯科訪問診療料の算定実績	当該診療所において、過去 1 年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が 5 回以上	
キ) 連携実績	以下のいずれか 1 つに該当すること ①当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年 1 回以上出席 ②過去 1 年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力 ③歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年 1 回以上	当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等と必要な連携の実績があること
ク) 連携に関する算定実績	過去 1 年間に、以下のいずれかの算定が 1 つ以上あること ①栄養サポートチーム等連携加算 1 又は栄養サポートチーム等連携加算 2 の算定 ②在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定 ③退院時共同指導料 1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定	

# 在宅療養支援歯科診療所（市区町村、二次医療圏）

- 令和3年3月末時点で8,466施設が在宅療養支援歯科診療所（歯援診）の届出を行っている。
- 二次医療圏の88%で歯援診が3件以上存在する。
- 在宅療養支援歯科診療所数は令和2年に減少している。

市区町村(N=1,741)    二次医療圏(N=335)

在宅療養支援歯科診療所  
(8,466施設)



# 歯科衛生士の数や各地域での活躍状況

- 就業歯科衛生士数は増加傾向にあり、令和2年度は142,760人（対平成30年度：10,131人増）である。
- 就業場所別では、診療所が約91%、病院は約5%である。

就業歯科衛生士数の年次推移

(単位：人)

平成16年度	18年	20年	22年	24年	26年	28年	30年	令和2年
79,695	86,939	96,442	103,180	108,123	116,299	123,831	132,629	142,760

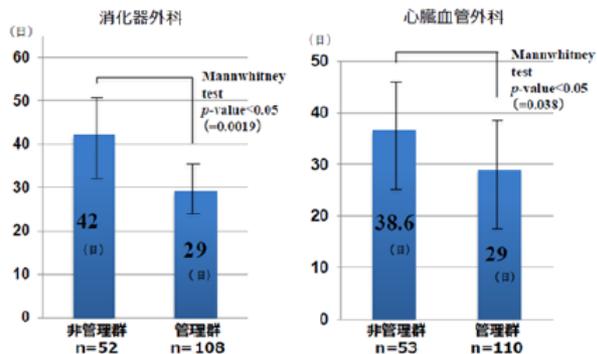
	歯科衛生士 (人)	構成割合 (%)
総数	142,760 (132,629)	100.0
診療所	129,758 (120,068)	90.9 (90.5)
病院	7,029 (6,629)	4.9 (5.0)
保健所	671 (646)	0.5 (0.5)
都道府県	70 (66)	0.0 (0.0)
市町村	2,060 (2,154)	1.4 (1.6)
介護保険施設等	1,258 (1,282)	0.9 (1.0)
事業所	301 (283)	0.2 (0.2)
歯科衛生士学校又は養成所	1,006 (963)	0.7 (0.7)
その他	607 (538)	0.4 (0.4)

※括弧内は平成30年度調査の結果

出典：平成26年、平成30年、令和2年衛生行政報告例から

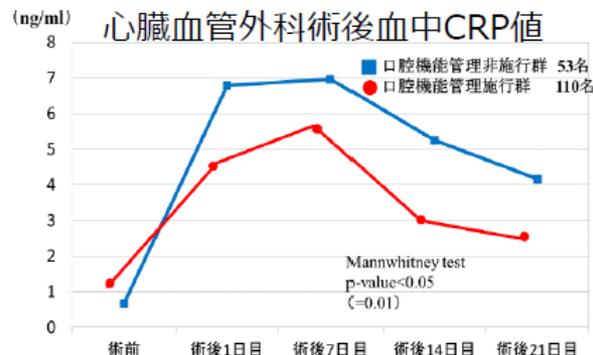
○ 入院患者の口腔の管理を行うことによる在院日数の削減効果や、要介護者における肺炎発症の抑制効果などが明らかになっている。

## 入院患者に対する在院日数削減効果



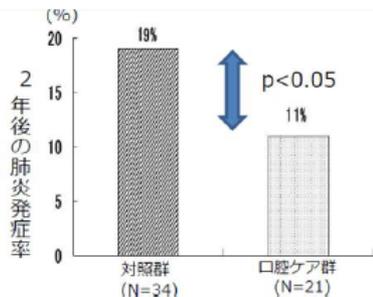
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）  
堀憲郎委員提出資料  
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

## 術後の回復過程に及ぼす効果



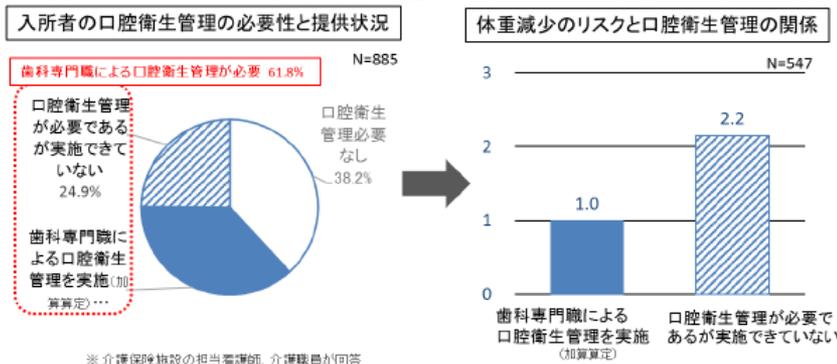
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）  
堀憲郎委員提出資料

## 要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



Yoneyama et al. :Lancet;1999

## 体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係

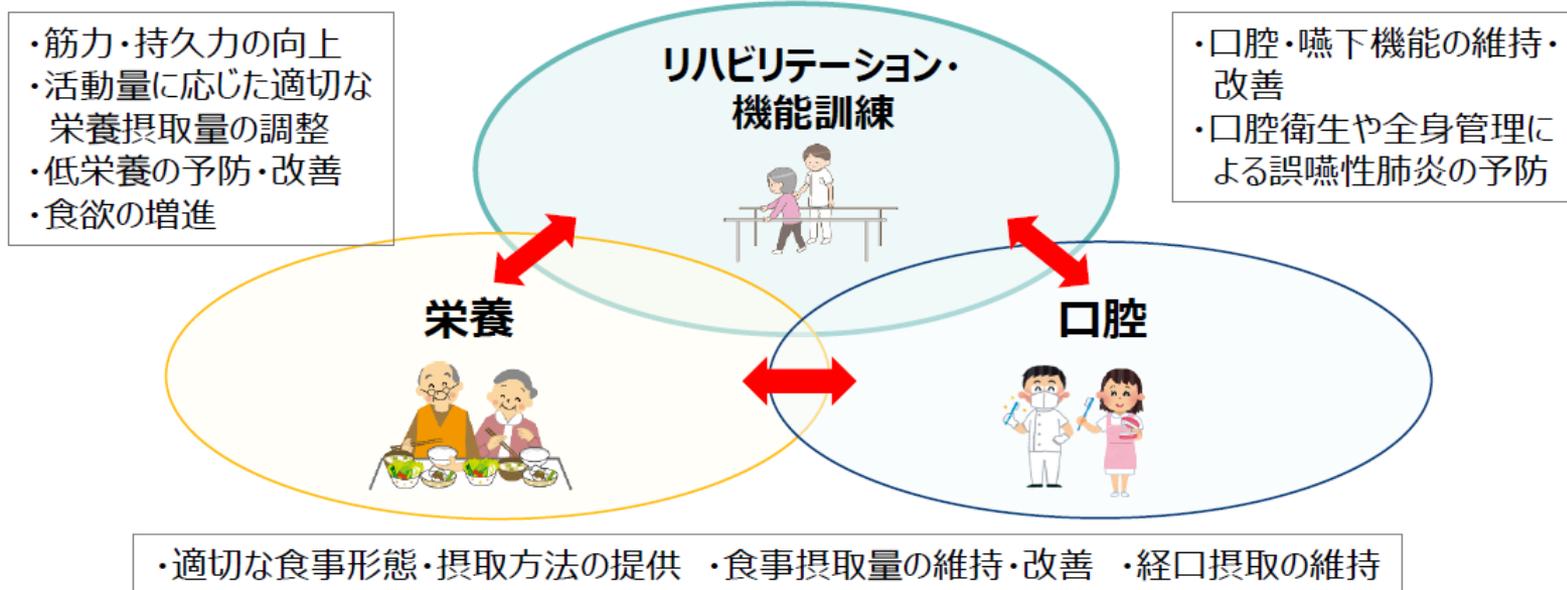


出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業 「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

# ③訪問リハ

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

# 訪問リハビリテーション事業所の特性

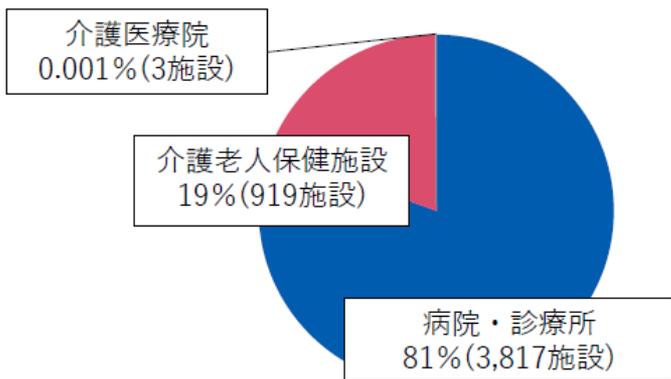
社保審-介護給付費分科会

第189回 (R2.8.19)

資料4

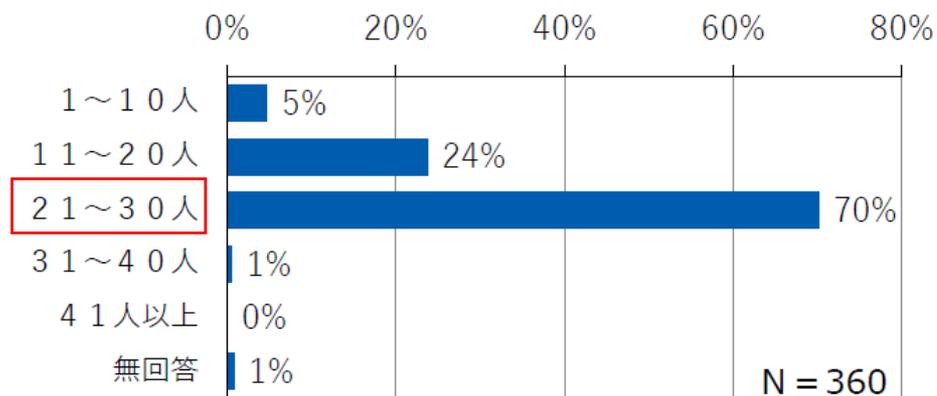
- 開設者種別では、病院・診療所が81%、介護老人保健施設が19%となっている。
- リハビリテーション専門職の常勤換算数は理学療法士が2.91人、作業療法士が1.18人であった。
- 1事業所あたりの利用者数は21~30人が70%と最も多い。
- 1事業所あたりの1日の訪問件数は、1~5件が45%と最も多い。

開設者種別割合

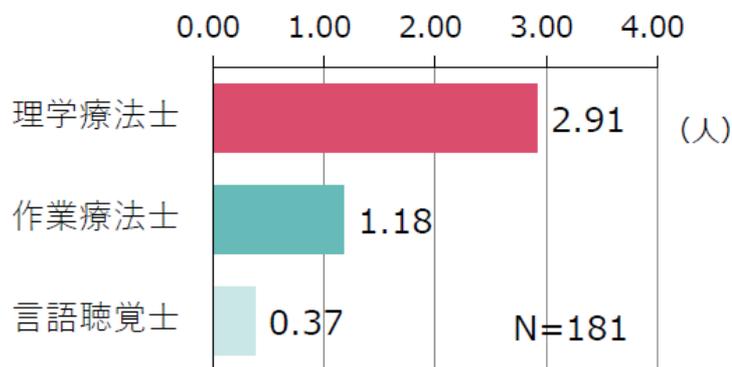


(出典)厚生労働省「介護給付費等実態調査(令和1年11月分)」

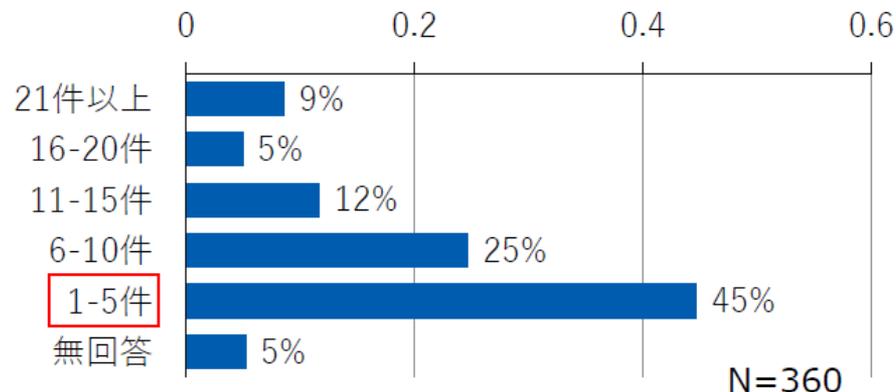
利用者数(月あたり実数)別事業所数分布



職員の常勤換算数(平均値)



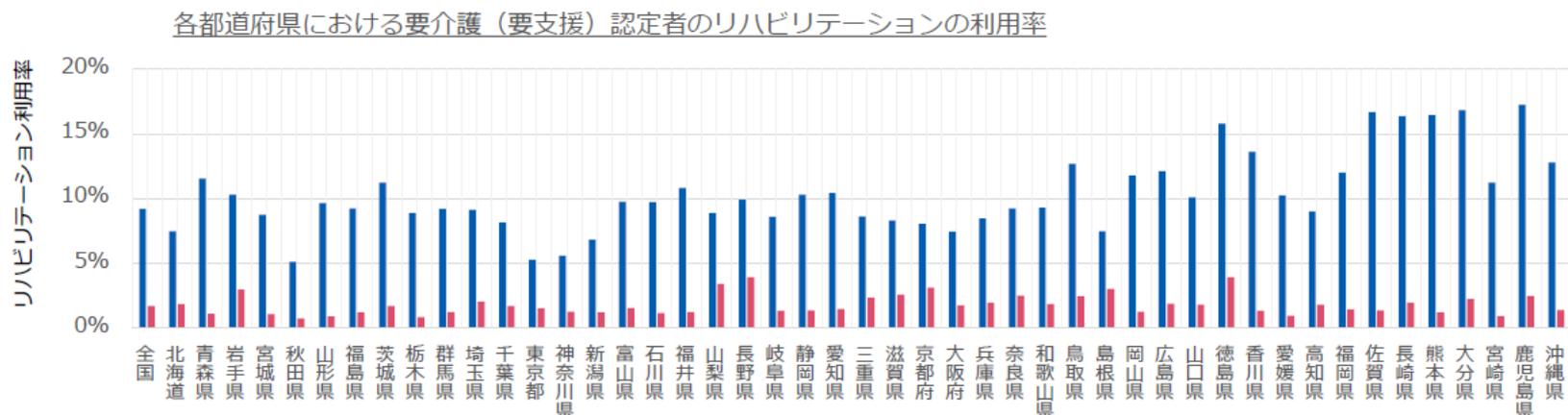
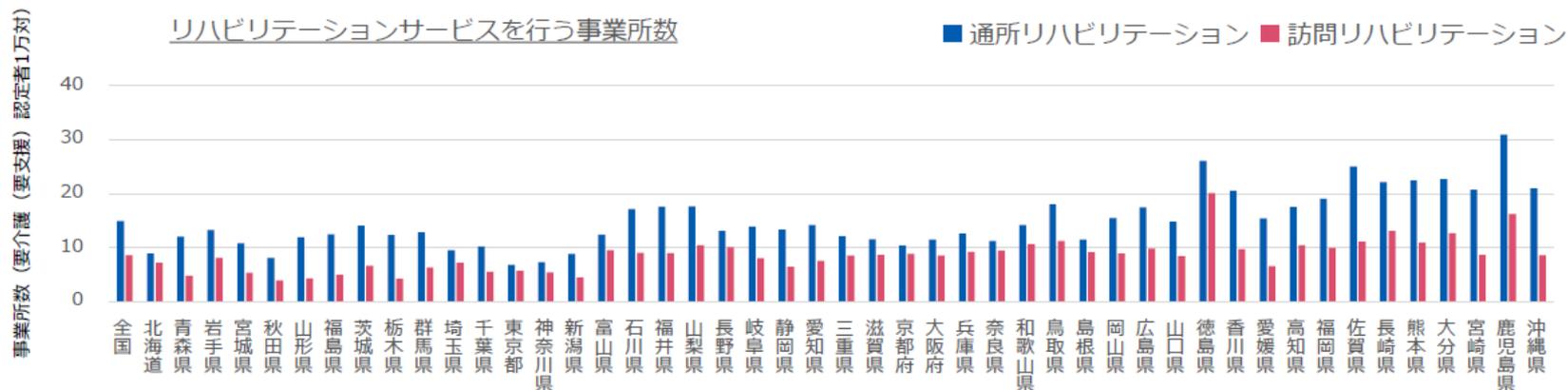
事業所あたりの1日の訪問件数



(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業(令和元年度調査)

# 要介護（要支援）認定者に対するリハビリテーションサービスの実施状況

- 要介護（要支援）認定者に対してリハビリテーションを行う事業所数、リハビリテーションの利用率においては、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションともに、全国でばらつきがある。
- また、通所リハビリテーションと比較して、訪問リハビリテーションは、サービスを実施する事業所数、利用率ともに少ない。



【出典】

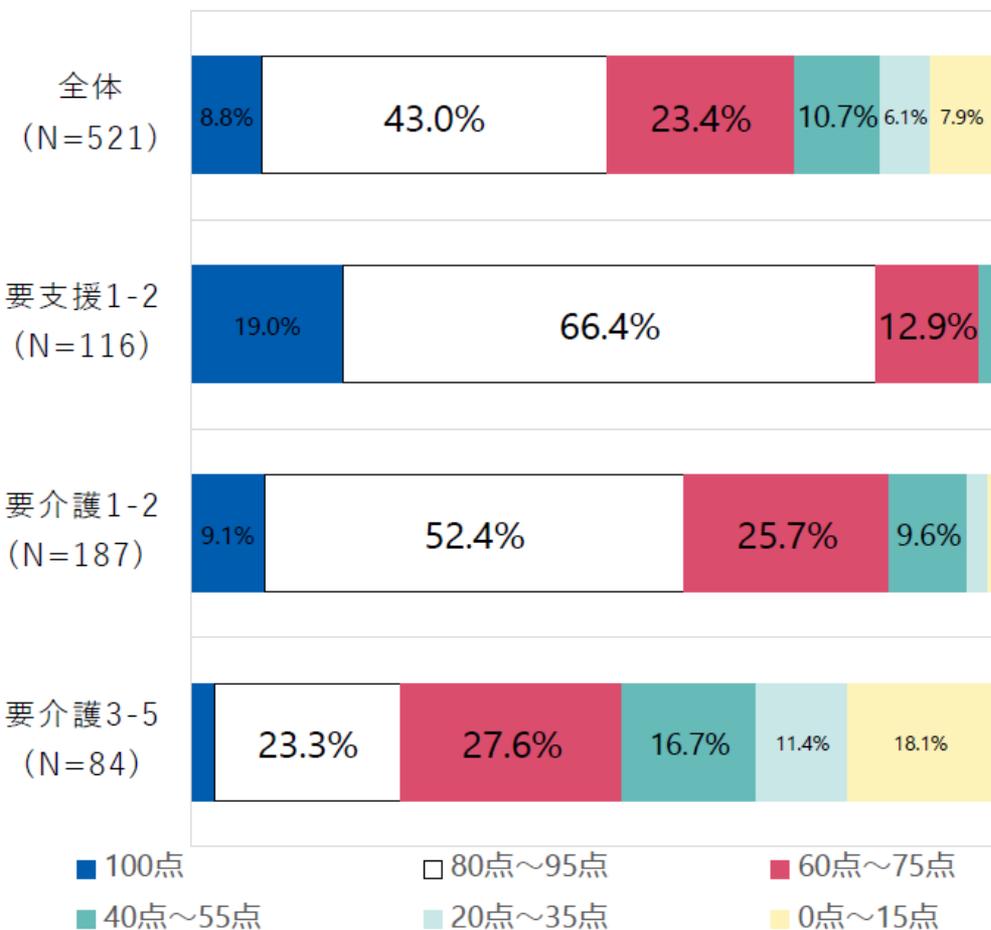
※ 事業所数：厚生労働省「介護保険総合データベース」および厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和元年度）

※ 利用率：介護保険事業状況報告における居宅介護サービス別受給者数（年度累計値・現物給付分）を12で除したものを、介護保険被保険者数の年度末値で除して作成

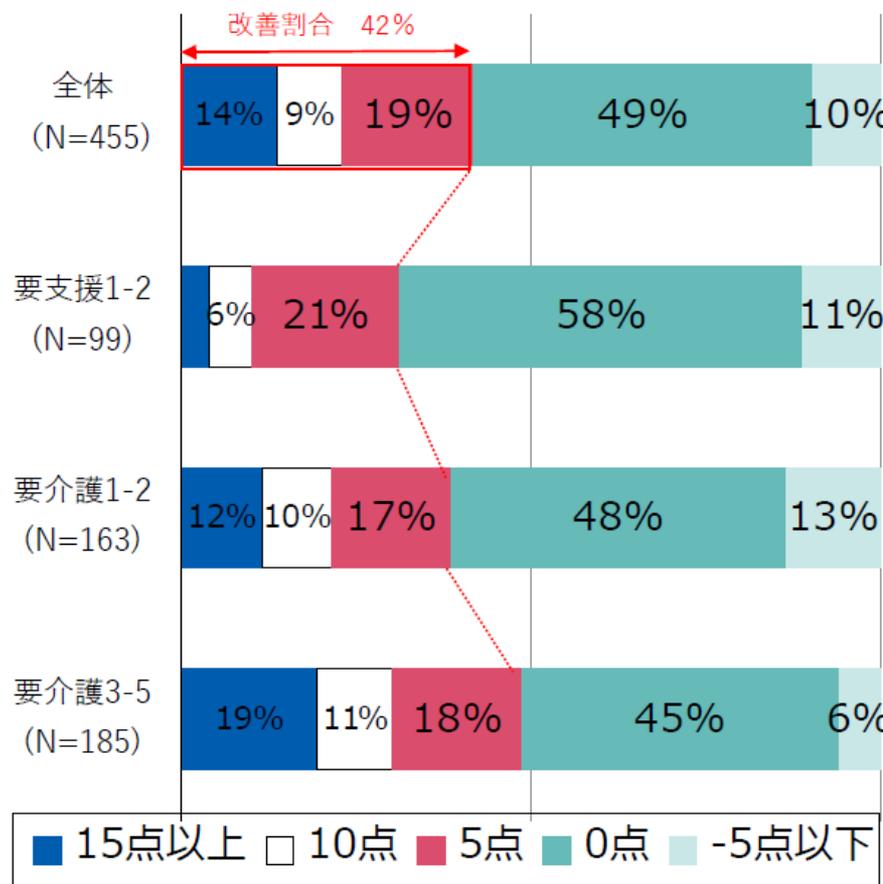
# 訪問リハビリテーションにおけるADL

- 開始時に要支援者の約2割においてADL評価であるBarthel Indexは満点(100点)であった。
- 利用開始から6ヶ月後のADLをみると、約4割で改善していた。

利用者の開始時のADL (Barthel Index)



利用開始から6ヶ月後におけるADL (Barthel Index) の点数変化



※Barthel Index : ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

(出典)通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業(令和元年度調)

# リハビリテーションサービス提供体制の構築に向けて

- リハビリテーションは医療と介護の両面にまたがる分野であり、提供体制の整備においては、在宅医療・介護に関するデータの共有や、医療機関や施設、事業所における医師、看護師、リハビリテーション専門職の配置等の観点から、衛生主管部局による医療計画と介護保険主管部局による介護保険事業（支援）計画の整合性を取ることや都道府県と市町村の連携が重要である。

## 介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き（令和2年8月）から抜粋

### 第2章 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に係る介護保険事業（支援）計画の作成プロセス

#### 1. PDCAサイクルを活用した計画策定と進捗管理の意義

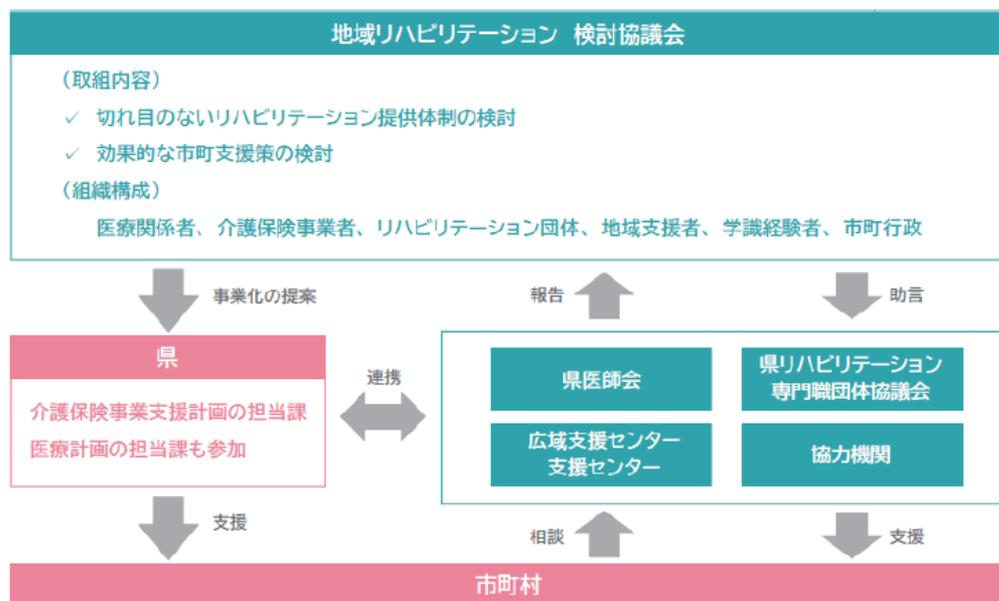
○ リハビリテーションサービス提供体制の構築のためには、都道府県の地域リハビリテーション支援体制との連携も重要となります。都道府県は、例えば管内保険者のリハビリテーションサービス提供体制の実情を把握し、提供体制が整っていない保険者には、他保険者との調整や地域医療介護総合確保基金を利用した支援をすることが考えられます。また、各保険者の計画策定に向けた検討状況を把握して、現状の分析や、分析に基づく対応方針の決定に向けた議論の進捗状況を確認し、必要に応じて支援を行うことも期待されます。

（中略）

#### 3. 都道府県の医療政策担当者とのコミュニケーション、データ共有の重要性

○ リハビリテーション分野についても医療と介護の両面に跨る分野であり、施設や事業所を整備する上では医師や看護師、リハビリテーション専門職の配置とも密接にかかわってきます。これらの検討は1つの市町村では困難を伴うものであり、都道府県との連携や支援が不可欠。

## 地域リハビリテーション検討協議会を活用した連携の取組（都道府県）



- ・ 医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合を念頭に置いた市町村支援。
- ・ 圏域ごとにサービス実績・見込み量と合わせて、リハビリテーション専門職の従事者数や利用率などのデータも含めて議論

※ 令和3年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「介護保険事業（支援）計画におけるリハビリテーション指標の活用についての調査普及事業」によるリーフレットより抜粋

## 小括(その3)

- 訪問リハビリテーションのレセプト件数は年々増加しており、多くは介護保険により提供されている。一方で、訪問リハビリテーションの提供主体は病院・診療所となっている。
- 要介護（要支援）認定者に対するリハビリテーションを行う事業所数、リハビリテーションの利用率については、地域によって大きな差が認められた。また、通所リハビリテーションと比較し、訪問リハビリテーションを行う事業所数は少なく、訪問リハビリテーションの利用率も低い。
- リハビリテーションの提供体制の整備においては、地域におけるリハビリテーション提供体制の実態把握、医療機関や施設、事業所におけるリハビリテーション専門職の配置等の観点から、衛生主管部局による医療計画と介護保険主管部局による介護保険事業（支援）計画の整合性を取ることや都道府県と市町村の連携が重要である。

通所リハに比べて訪問  
リハの事業所、リハ利  
用率は少ない

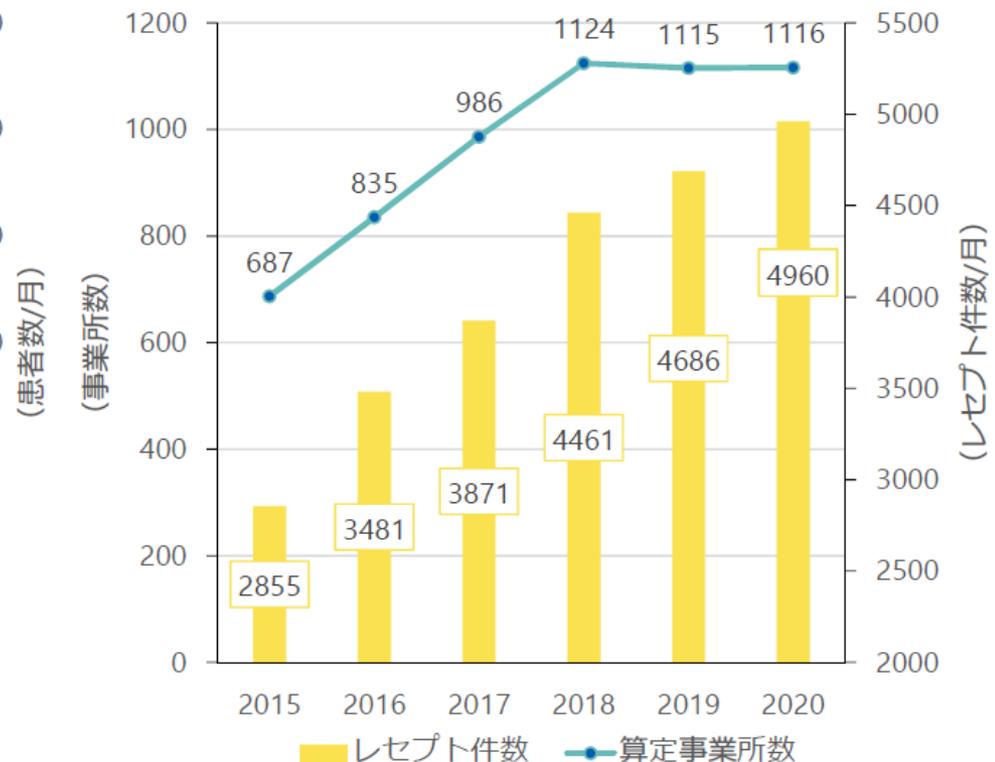
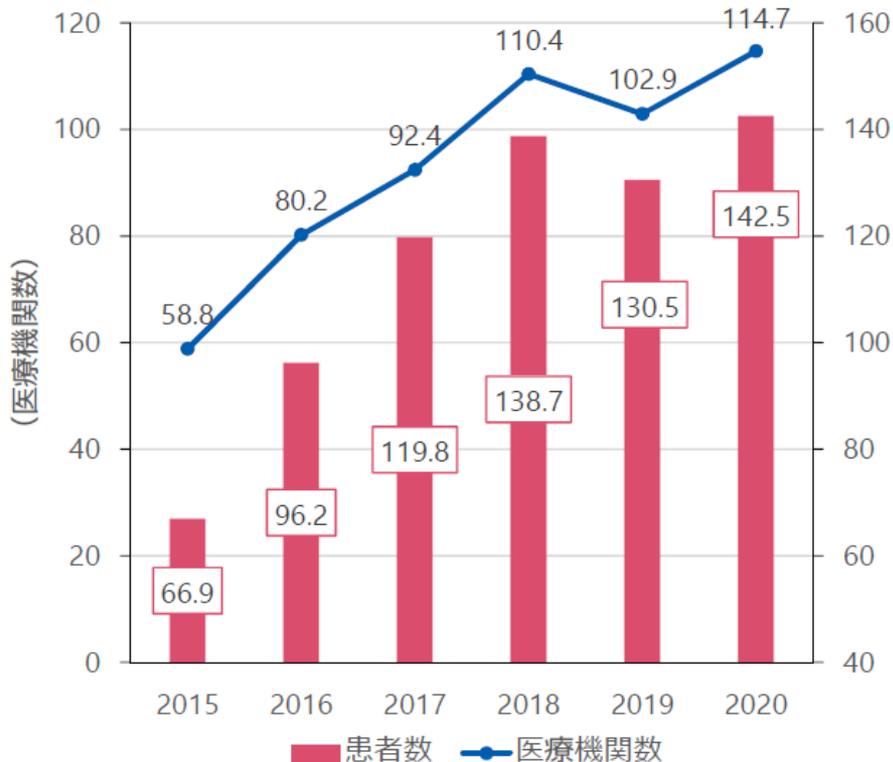
# ④訪問栄養

# 在宅での栄養食事管理の実施状況について

- 在宅患者訪問栄養食事指導料を算定している医療機関数や患者数は、増加している。
- 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定事業所数は横ばいであるが、レセプト件数は年々増加している。
- 在宅での栄養食事管理の対象となっている患者は、要介護認定を受けている患者がほとんどである。

### 在宅患者訪問栄養食事指導

### 管理栄養士による居宅療養管理指導

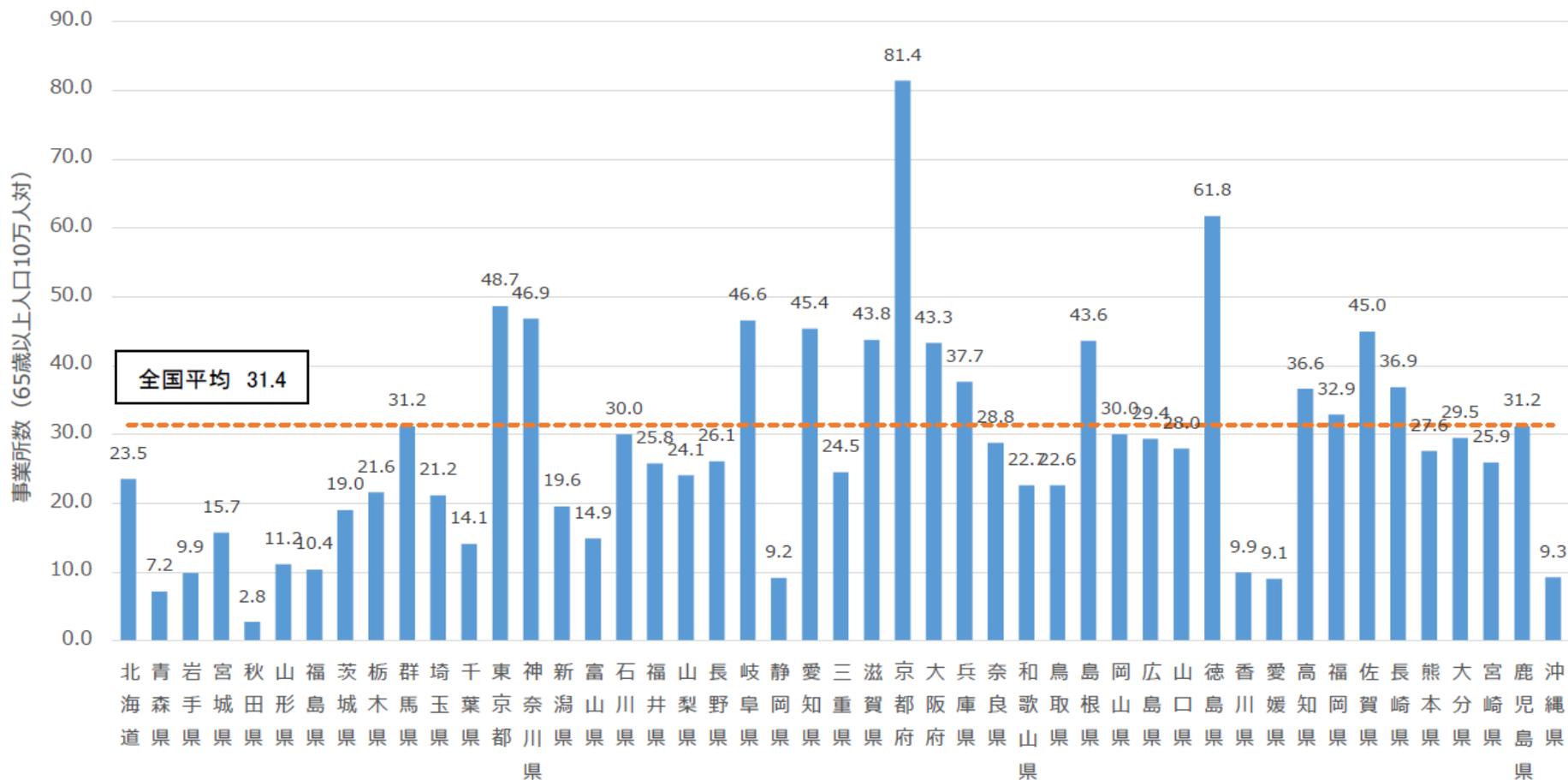


【出典】国保データベース（KDB）（2015～2020年度診療分）  
算定項目：在宅患者訪問栄養食事指導料  
※医療機関数：1ヶ月あたりにサービス算定をした事業所数  
※月当たりの平均患者数  
※京都府を除く

【出典】介護DB 任意集計（2015～2020年度分）  
サービス種類：管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ、介護予防管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ  
※事業所数：サービスの算定をした事業所数  
※レセプト件数：サービスのレセプト件数/月（年度のサービスのレセプト件数を12で除した値）  
※県外の事業所による算定は除く

# 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定事業所数（都道府県別）

● 管理栄養士による居宅療養管理指導を算定している事業所の数の分布は、全国でばらつきがある。



**【出典】**

介護DB 任意集計（2019年度分）を基に、医政局地域医療計画課にて集計

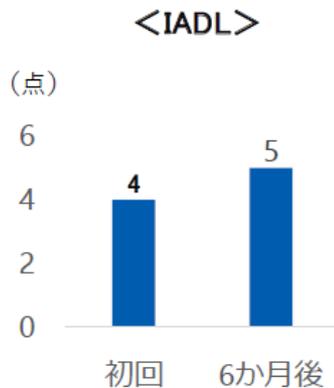
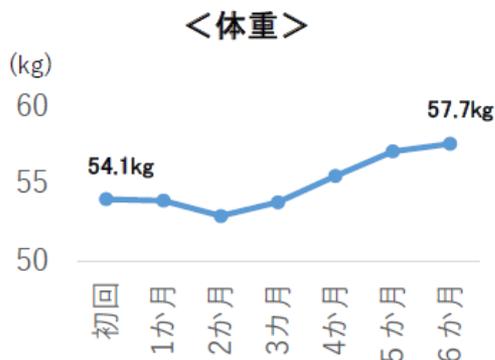
サービス種類：管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ、介護予防管理栄養士居宅療養Ⅰ～Ⅲ

※事業所数：サービス算定をした事業所数を、住民基本台帳人口（2020年1月）による都道府県別の65歳以上人口で除して作成

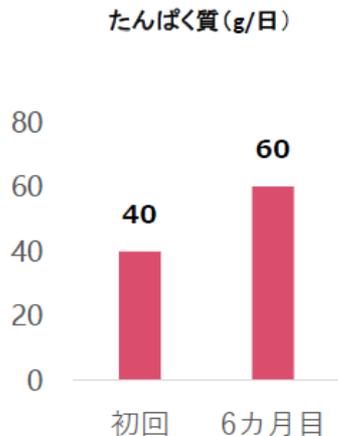
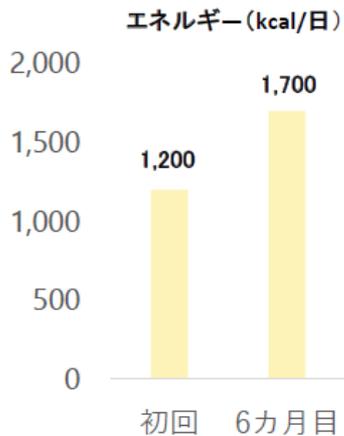
※県外の事業所による算定回数は除く

# 管理栄養士による居宅訪問を含む栄養改善の取組(事例)

○ 通所リハビリテーション利用高齢者の低栄養改善のため、管理栄養士が居宅での妻へ聞き取りや食事相談等を含む栄養ケア・マネジメントを実施し、6か月後にエネルギー、たんぱく質の摂取量、体重、IADLが改善。



**<推定摂取量>**



**対象者:** 82歳男性/要介護3/認知症高齢者(日常生活自立度Ⅱb)  
妻と同居/老健併設通所リハ利用(週2回、昼食有)

**スクリーニング:** 6か月間の体重減少6.4kg  
(BMI19.2kg/m<sup>2</sup>・摂食嚥下リスク(-))

**アセスメント:**

- 通所での昼食時に、管理栄養士がミールラウンドを実施  
→通所時の昼食は100%摂取し、むせや食べこぼしはなし  
認知症のため在宅の食事の聞き取りが不可
- 管理栄養士による在宅訪問を実施  
→妻に聞き取ったところ、本人の認知症や妻の知識不足のため朝食及び通所時以外の昼食の欠食が原因と判明

**6ヶ月後の目標:**

- 体重56kg、必要栄養量 エネルギー1,750kcal/日、たんぱく質60g/日、水分1,620ml/日
- 朝食及び通所時以外の昼食で、エネルギー500kcal程度を主食、主菜、副菜により摂取

**栄養改善サービス:**

- 管理栄養士が月1回居宅を訪問し、朝食、昼食の献立について妻へ助言(初回-2回目の訪問時)
- その後の妻への状況確認や助言を継続(3-6回目の訪問時)
- 通所時、本人に対して管理栄養士や介護職員が3食の食事の大切さやおいしく食べているか声かけをし、食事量や体重の改善がみられたら称賛
- リハビリテーションと食事摂取量との調整を随時実施

出典:令和元年度 老人保健健康増進等事業  
「リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」事例  
(一般社団法人日本健康・栄養システム学会)

# 通所サービス利用高齢者に対する栄養ケア・マネジメントの効果

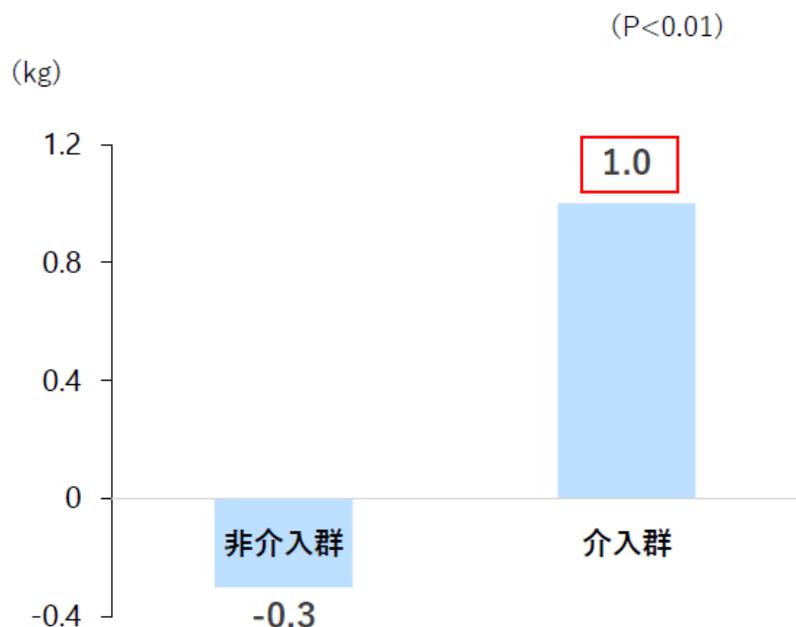
社保審一介護給付費分科会

第191回 (R2.11.5)

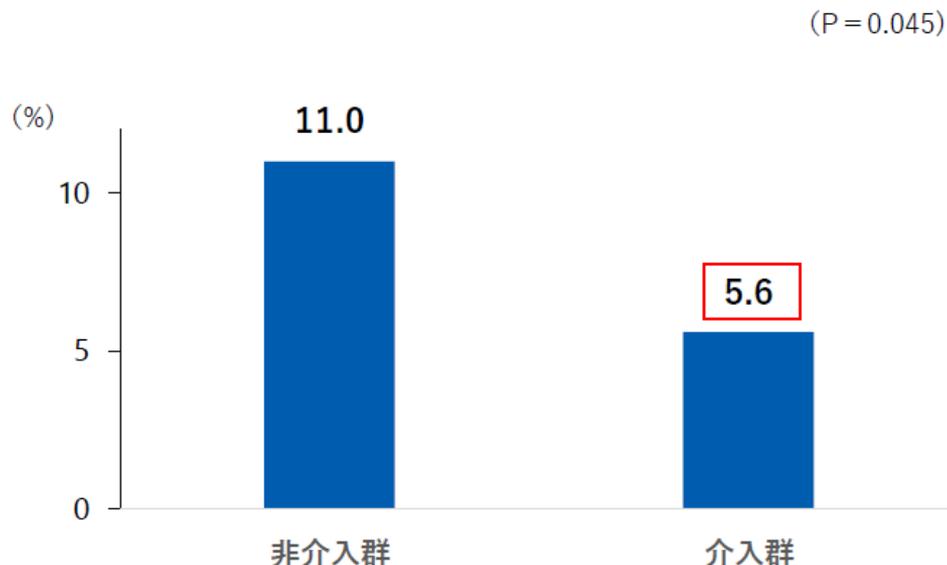
資料2改

○ 通所リハビリテーションを利用する高齢者に対して、居宅訪問も含む栄養ケア・マネジメントを実施したところ、6ヶ月間の体重増加量が有意に多く、IADL悪化率が有意に低かった。

6 か月間の体重増加量



6 か月間のIADL (手段的日常生活動作) 悪化率



対象者：全国の通所サービス利用高齢者

研究デザイン：傾向スコアマッチングによる準実験的研究

介入群：低栄養リスク改善等を目的に、協力事業所等の管理栄養士が栄養ケア・マネジメント（通所あるいは在宅訪問による展開）を実施。161人で介入前後6か月間のデータを取得

非介入群：平成30年度老人保健健康増進等事業において6か月間のデータを取得できた者のうち、介入群の対象者より個人特性が類似した者を選出する目的で、傾向スコアマッチングによって介入群の3倍である483人を抽出

出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業

リハビリテーションを行う通所事業所における栄養管理のあり方に関する調査研究事業（一般社団法人日本健康・栄養システム学会）

## 小括（その4）

- 在宅患者訪問栄養食事指導料の算定医療機関・患者数、管理栄養士による居宅料管理指導のレセプト件数も、年々増加傾向にある。
- 管理栄養士による居宅療養管理指導を算定している事業所の数の分布は、全国でばらつきがある。
- 通所リハビリテーションを利用する高齢者に対する、管理栄養士による居宅訪問を含む栄養・ケアマネジメント介入の結果、体重増加、IADL悪化率の低下、低栄養の改善が認められた。

管理栄養士による  
居宅療養管理指導料を算定  
している事業所は都道府県  
でばらつきがある

# まとめと提言

- 在宅需要は2025年、2040年に増大
- 在支病、在支診の地域偏在あり
- 訪問看護師数の不足が懸念される
- 地域連携薬局を増やそう
- 医療計画に救急救命士、リハ職、  
歯科衛生士、管理栄養士が新たな  
職種として加わる

# 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](mailto:muto@kinugasa.or.jp)