

第 4 回徳島県地域医療構想調整会議
(東部・南部・西部)

入院から在宅医療等への移行について

☆増加する在宅医療等の医療需要

1. 「慢性期機能」と「在宅医療等」の医療需要推計方法

(1) 慢性期機能の推計方法

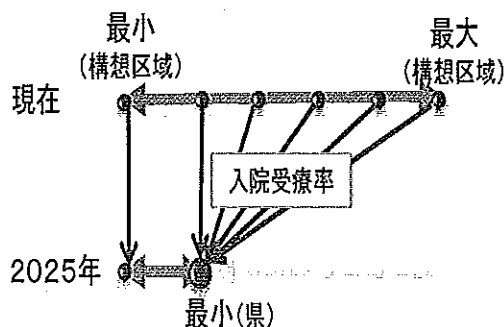
次の①、②の入院受療率を算定し、医療需要を推計。

- ①平成25年度のNDBのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を除いた入院患者について、「パターンA」、「パターンB」、「特例」の中から選択し、推計。

【パターンA】

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

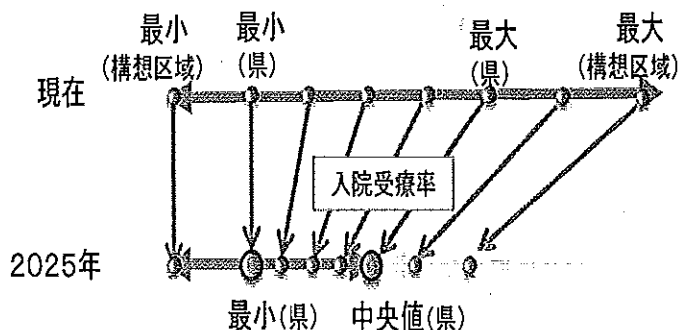
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



【パターンB】

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



【特例】

次の要件に該当する場合、【パターンB】の達成年次を平成42年(2030年)とすることができる。

- ア 【パターンB】により入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい かつ
- イ 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい
(※本県の全構想区域とも特例適応要件を満たす)

- ②一般病床で、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者。

地域医療構想における慢性期機能の需要推計に用いる慢性期総入院受療率及び特例要件について

○慢性期総入院受療率(県単位:全国最大値391、全国中央値144、全国最小値81)

$$\text{慢性期総入院受療率} = \frac{\text{慢性期入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数}}{\text{当該区域の性年齢階級別人口} \times \text{全国の性年齢階級別入院受療率}} \times \frac{\text{全国の慢性期入院患者の数}}{\text{全国の人口}}$$

※慢性期入院患者

長期にわたり療養が必要な入院患者(主としてリハビリテーションを受ける入院患者その他の厚生労働大臣が認める入院患者を除く。)とする。具体的には、療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、看護診療所療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病棟特別入院基本料を算定する入院患者がこれに該当し、「その他の厚生労働大臣が認める入院患者」として当該入院患者のうち医療区分1である患者の数の70%に相当する数を除くこととする。

【補正率】

$$(\text{パターンA}) = \frac{\text{Min}}{X} \quad (\text{パターンB}) = \frac{Y}{X} \quad (\text{特例}) = \frac{Y + (X - Y) \times \frac{1}{X}}{X}$$

※1 補正率の計算に用いる変数の定義は下記の通り

Max = 慢性期総入院受療率の全国最大値(県単位)
 Mid = 慢性期総入院受療率の全国中央値(県単位)
 Min = 慢性期総入院受療率の全国最小値(県単位)

X = 当該構想区域(二次医療圏)の慢性期総入院受療率

$$Y = \frac{(\text{Mid} - \text{Min})}{(\text{Max} - \text{Min})} \times (X - \text{Min}) + \text{Min}$$

※2 「当該構想区域(二次医療圏)の慢性期総入院受療率 < Min」の場合は、補正率を「1」とする。

○特例適応に係る要件

【要件①】慢性期病床の減少率が全国中央値(32.2%)よりも大きい

(ア)慢性期病床数(慢性期入院患者のうち、当該構想区域に住所を有するものに係る2013年の病床数) - (イ)パターンBの補正率より算定した2025年における慢性期病床数

【要件②】当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均値(9.2%)よりも大きい

都道府県名	慢性期 総入院受療率 (人口10万人あたり)	慢性期病床 の減少率	特例適用可否判断			特例選択可否 (①②)
			(ア)慢性期病床数 (2013)	(イ)慢性期病床数 (2025-パターンBの 補正率により算出)	要件① に該当	
徳島県 集計	264					
3601 徳島県 東部	277	44.6%	1,839.6	1,018.7	○	○
3603 徳島県 南部	223	47.2%	540.3	285.3	○	○
3605 徳島県 西部	269	58.5%	450.4	187.1	○	○
					高齢者 単身世帯割合	
					9.6%	○
					11.8%	○
					16.2%	○

(2) 在宅医療等の推計方法

①「在宅医療等」とは（「地域医療構想策定ガイドライン」より）

居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療。

②「在宅医療等」の医療需要に含まれるもの（「地域医療構想策定ガイドライン」より）

- ・療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%
- ・上記以外の療養病床の入院患者で、入院受療率を低下させることで在宅医療等へ移行する患者
- ・一般病床の入院患者数（回復期リハビリ病棟入院料を算定した患者数を除く）のうち、医療資源投入量が175点未満の患者
- ・在宅患者訪問診療料を算定している患者
- ・介護老人保健施設施設サービス受給者

【在宅医療等の需要推計】

医療機関所在地	医療機能	2013年度の 医療需要 (医療機関所在地) (人/日)①	2025年度の 医療需要 (患者住所地) (人/日)②	【参考】 需要の伸び (%)①→②
東部	在宅医療等	6,828.1	9,327.2	36.6
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	3,020.4	3,645.7	20.7
南部	在宅医療等	2,129.1	2,542.8	19.4
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	929.3	990.1	6.5
西部	在宅医療等	1,355.6	1,443.0	6.4
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	486.7	462.3	▲ 5.0
徳島県	在宅医療等	10,312.8	13,312.9	29.1
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	4,436.4	5,098.1	14.9

*厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」より。

*慢性期を「特例」とした場合。

- ・2013年度は実績値（「医療機関所在地ベース」）。
- ・2025年度の推計値については、患者の生活の場である日常生活圏域で体制整備を図る必要性に鑑み、「患者住所地ベース」とした。

2. 「在宅医療等」の医療需要の増加について
【2025年の在宅医療等の需要増加見通し】

東部					2025年における 在宅医療等の増加数 (人/日)
	入院からの移行数 (人/日)	介護老人保健施設 (人/日)	訪問診療 (人/日)	合計 (人/日)	
2013年	1,213	2,595	3,020	6,828	
2025年	3,086	2,595	3,646	9,327	3,712
南部					2025年における 在宅医療等の増加数 (人/日)
	入院からの移行数 (人/日)	介護老人保健施設 (人/日)	訪問診療 (人/日)	合計 (人/日)	
2013年	377	823	929	2,129	
2025年	711	842	990	2,543	772
西部					2025年における 在宅医療等の増加数 (人/日)
	入院からの移行数 (人/日)	介護老人保健施設 (人/日)	訪問診療 (人/日)	合計 (人/日)	
2013年	178	691	487	1,356	
2025年	290	691	462	1,443	265
徳島県					2025年における 在宅医療等の増加数 (人/日)
	入院からの移行数 (人/日)	介護老人保健施設 (人/日)	訪問診療 (人/日)	合計 (人/日)	
2013年	1,768	4,109	4,436	10,313	
2025年	4,087	4,128	5,098	13,313	4,749

※厚生労働省提供の推計ツールによる。

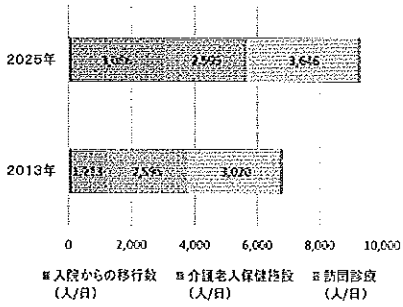
ただし、「入院からの移行分」及び「介護老人保健施設」を除く。

※「入院からの移行分」及び「介護老人保健施設」は推計ツールで示されないため、以下の設定により推計。

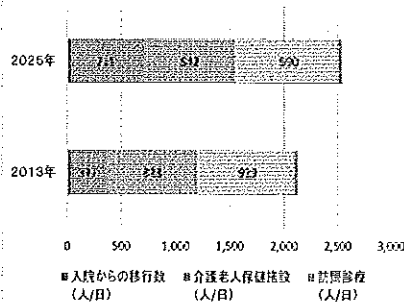
- ・「介護老人保健施設」：2013年については同年の「介護サービス施設・事業所調査」の定員数、2025年については「とくしま高齢者いきいきプラン」（第6期徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画）における2017年度の計画定員数。
- ・「入院からの移行数」：推計ツールで示された「合計」から「訪問診療」と「介護老人保健施設」を控除したもの。
（①一般病床のC3未満の入院患者、②療養病床の入院患者のうち医療区分Ⅰの70%及び地域差解消分（2013年除く）の合計に相当すると考えられる。）
- ・「2025年における在宅医療等の増加数」は、2025年の「入院からの移行数」に、2013年→2025年の訪問診療の増加分を加えたもの。

※2025年の推計は、全構想区域で「特例」を選択。

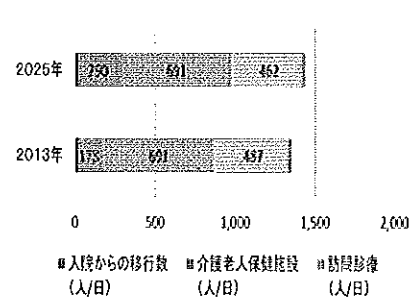
在宅医療等の需要推計(東部)



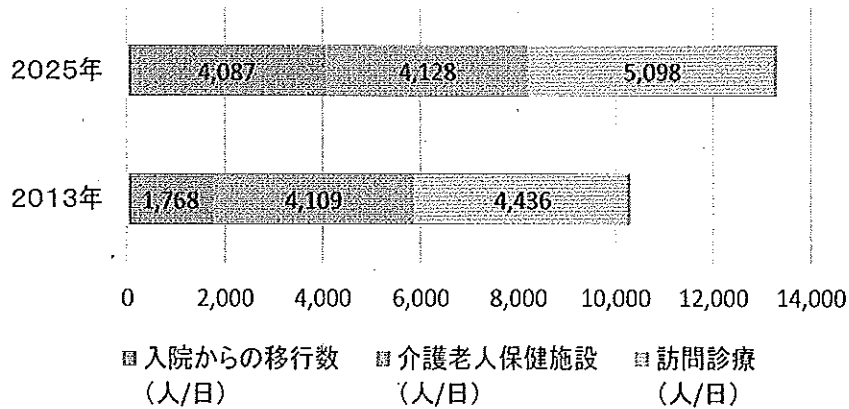
在宅医療等の需要推計(南部)



在宅医療等の需要推計(西部)



在宅医療等の需要推計(徳島県)



2025年には「在宅医療等」の需要増加：4,749(人/日)
(東部：3,712、南部：772、西部：265)



介護老人保健施設の増床、又は、訪問診療の増が必要

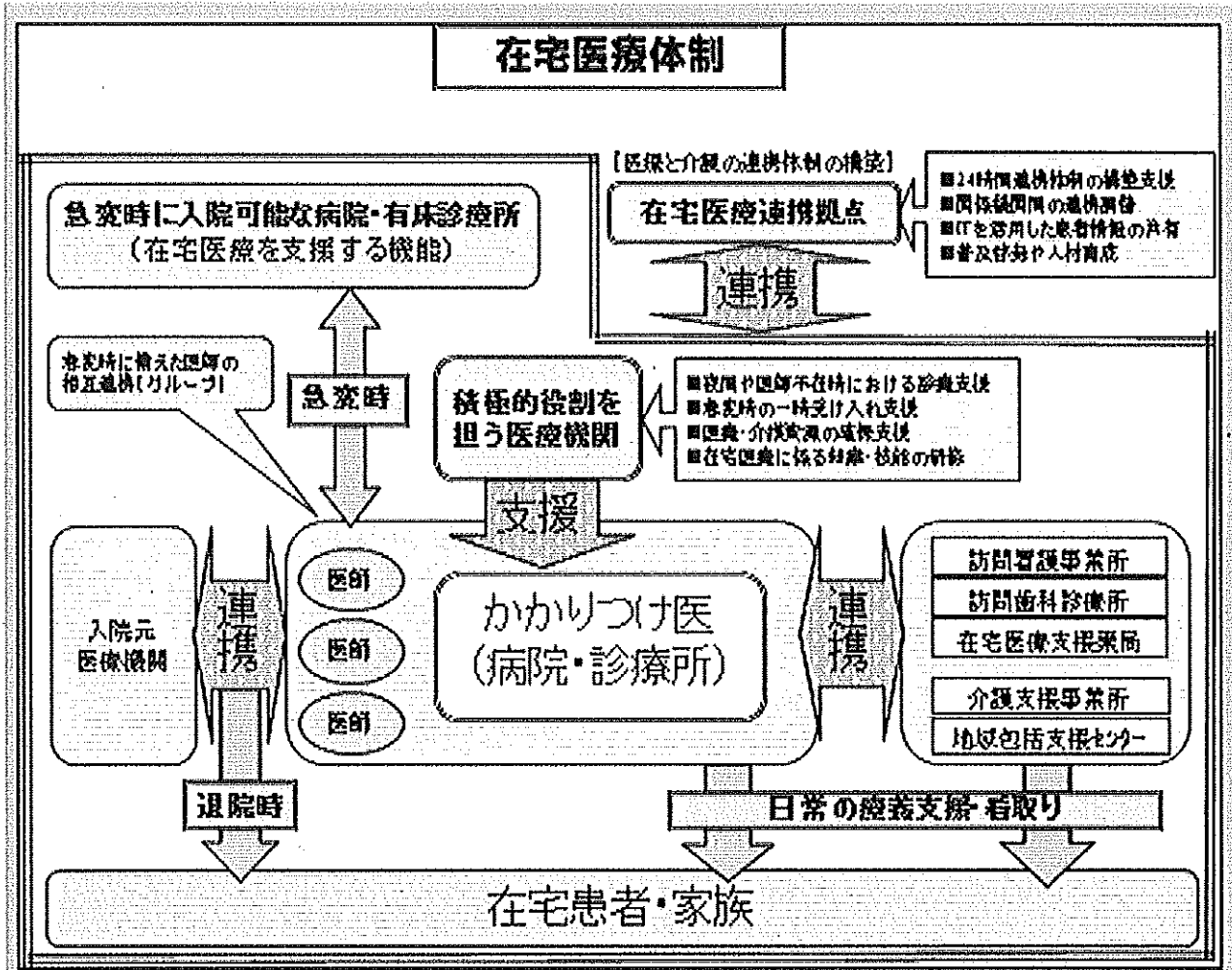


訪問診療の増のためには、

- ・「居宅での医療提供体制」
 - ・「居宅以外の施設等整備」
- の促進が必要

3. 在宅医療の促進に向けて

【在宅医療の提供体制（第6次保健医療計画）】



「退院支援」、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」、「看取り」の各段階に対応できる体制が求められる。



～可能な限り住み慣れた地域で生活を継続できるように～
「地域包括ケアシステム」の構築

(1) 求められる提供体制と目指すべき方向（第6次保健医療計画）（参考資料1）

①退院支援

求められる提供体制等	<ul style="list-style-type: none">・信頼できる「かかりつけ医」の存在・退院支援担当者の配置・退院前カンファレンス実施体制の構築
目 標	<ul style="list-style-type: none">・入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

②日常の療養生活の支援

求められる提供体制	<ul style="list-style-type: none">・在宅診療支援診療所、在宅診療支援病院（訪問診療・往診の体制）・訪問看護ステーション等の訪問看護事業所（訪問看護）（訪問看護ステーション従事者確保、24時間体制）・在宅療養支援歯科診療所（訪問歯科診療）・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局（訪問薬剤管理指導）
目 標	<ul style="list-style-type: none">・多職種の協働により、患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケア含む）ができる限り患者が住み慣れた地域で継続的かつ包括的に提供されること

③急変時の対応

求められる提供体制	<ul style="list-style-type: none">・24時間体制の医療機関・「在宅医療連携拠点」等を中心とした医療機関同士の連携による24時間体制の構築・受入先病床確保
目 標	<ul style="list-style-type: none">・患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う医療機関、訪問看護事業所及び入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制を確保すること

④看取り

求められる提供体制	<ul style="list-style-type: none">・医師の相互連携や在宅医療機関と訪問看護・介護事業所等との連携による（特にがん患者に対する）終末期の在宅緩和ケアを提供できる体制・訪問看護提供体制の充実強化と利用促進
目 標	<ul style="list-style-type: none">・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を行うことができる体制を確保すること

(2) 本県の在宅医療の充実にむけての取り組み

「徳島県在宅医療・介護推進協議会」の設置（平成26年7月）
・市町村や地域の関係者との連携による医療・介護提供体制の構築推進

【H27実施事業】

- 在宅医療支援のためのかかりつけ医研修事業
（連携リーダーとしての専門知識や技術）
- 退院支援担当者配置等支援事業
- 在宅医療育成のための研修事業
- 在宅医療・介護コーディネーター事業（退院支援ルールの策定）
- 在宅リハビリテーション体制構築事業
- 在宅医療提供体制整備事業（在宅医療推進協議会の運営）
- 在宅医療・介護連携サポート事業
（急変時の病床確保のためのネットワーク構築）
- 在宅医療診療情報共有推進モデル事業
- 在宅医療機器等整備事業
- 在宅歯科医療連携室運営事業（相談、歯科医師紹介、機材貸し出し等）
- 在宅医療連携拠点事業
- 在宅医療ネットワーク構築支援事業
- 多職種協働による在宅チームを担う人材育成事業

4. 居宅以外の施設等の整備について

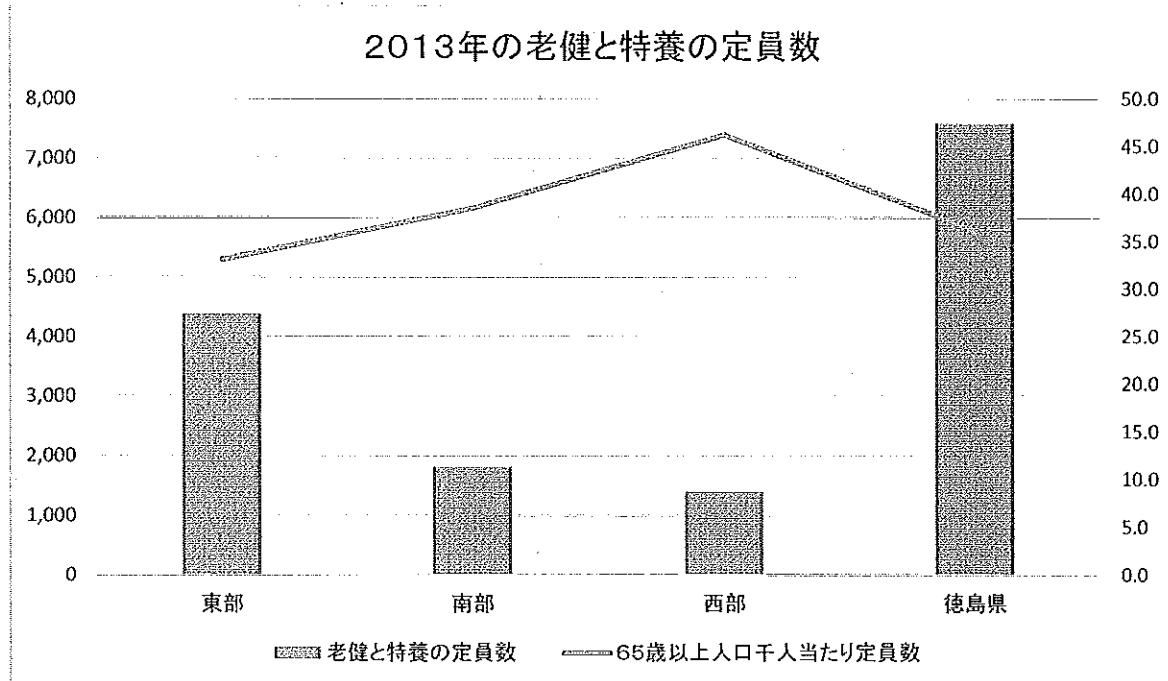
【本県の介護保健施設等の整備状況】

	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	養護老人ホーム	有料老人ホーム	軽費老人ホーム	サ高住	合計
2013年	4,109	3,477	1,020	1,450	1,323	1,610	12,989
2025年	4,128	4,167	-	-	-	-	-
増減数	19	690					

※「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」：2013年については同年の「介護サービス施設・事業所調査」の定員数、2025年については「とくしま高齢者いきいきプラン」（第6期徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画）における2017年度の計画定員数（「-」は計画が示されていないもの）。

※その他の施設は「とくしま高齢者いきいきプラン」（第6期徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画）による。

【2013年の介護老人保健施設と介護老人福祉施設の整備状況】



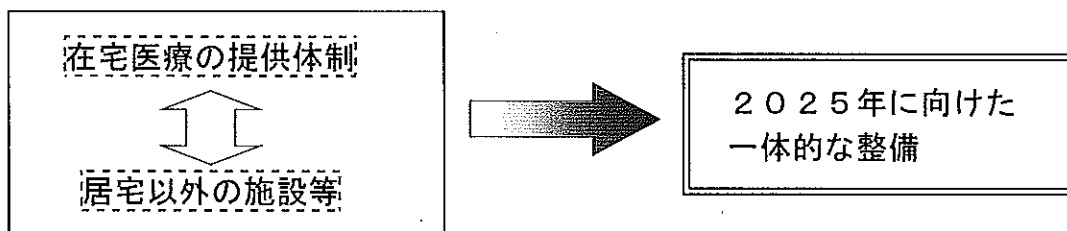
※「老健」（介護老人保健施設）、「特養」（介護老人福祉施設）の定員数は2013年「介護サービス施設・事業所調査」による。

※65歳以上人口は、H22国勢調査による。

- ・ 2025年の在宅医療等の増加率は、構想区域によって大きな開きがある。（東部：36.6%、南部：19.4%、西部：6.4%）
- ・ 既存の施設類型に加え、今後、国が示す新たな施設類型も含めて、地域の実情に応じた施設整備を進める必要がある。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築や既存施設の活用も踏まえ、どのように施設整備を行っていくべきか。

5. まとめ（今後の取り組みの方向性）

（1）「在宅医療等」への移行に必要な取り組み



※地域包括ケアシステム構築の視点（介護部門、市町村との連携）

（2）求められる視点

①在宅医療の提供体制

- ・ 医師をはじめ、多職種のマンパワー確保が最大の課題。

②居宅以外の施設等

- ・ 今後の施設類型別の需要予測や利用者のニーズに沿った整備を行い、居宅に帰還できない患者の受け皿として十分に確保される必要。
- ・ 「療養病床の在り方等に関する検討会」で議論され、今後法定化に向けて審議される予定の新類型に関して継続的な情報収集。

③地域包括ケアシステムの構築

- ・ 「住まい」をはじめ、「医療」、「介護」、「予防」、「生活支援」の全てが日常生活圏域で提供される体制の整備であり、介護部門や市町村の取り組みも一層求められる。
- ・ 地域ケア会議等の場において、（在宅）医療と介護の連携により、地域で必要とされる在宅医療等のニーズ反映。

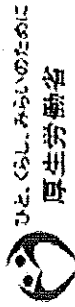


①+②+③の一体的な整備による、在宅医療等への移行促進



2025年に向けて
「行き場のない患者」を生み出さず
地域の実情（患者のニーズ）に応じた医療提供体制を

地域包括ケアシステムの構築について



- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



☆在宅医療等への移行に向けての留意事項

1. 入院から「在宅医療等」への移行時の諸課題

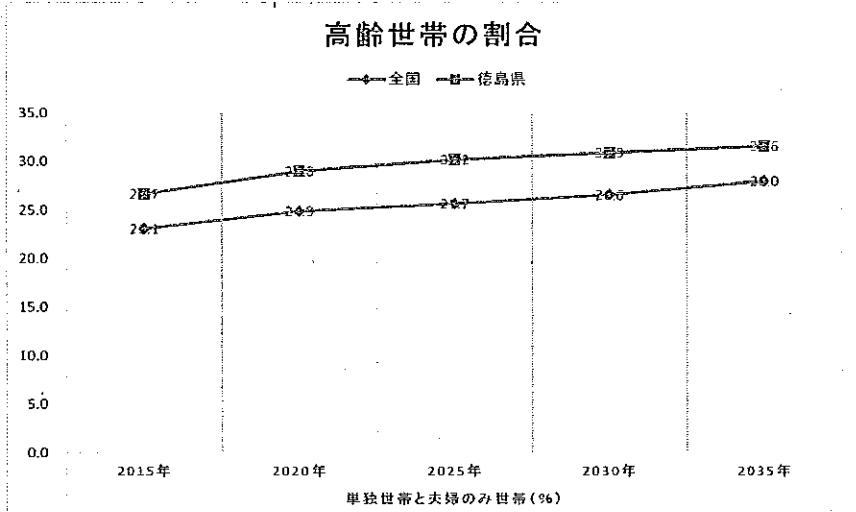
(1) H27県民意識調査

- 病気等で通院困難となった場合「自宅での療養を希望」：約90%
- 上記のうち「自宅で療養したいと思うが困難」：約50%

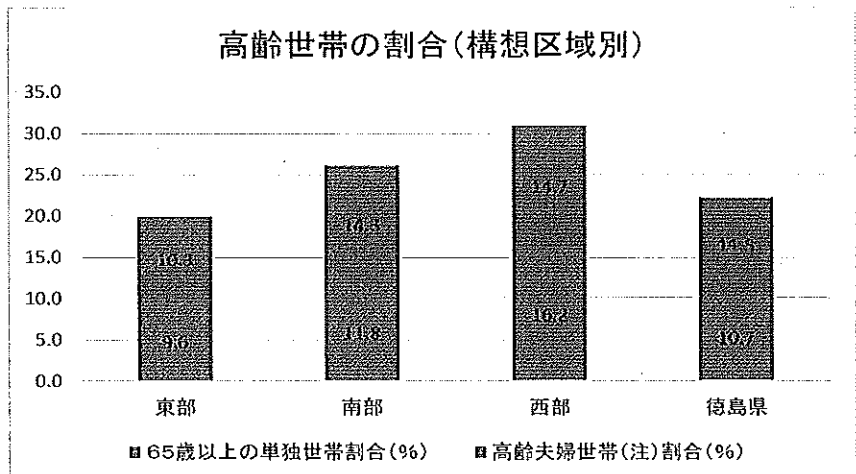
上記「困難」と答えた理由（複数回答）	
・ 家族に負担がかかるから	： 約79%
・ 療養できる部屋やトイレなどの療養環境が整っていないから	： 約37%
・ 往診してくれる医師や看護師が見つからないから	： 約17%
・ 急に病状が悪化したときの対応が不安だから	： 約39%

(2) 高齢世帯の状況

【高齢世帯のうち単身者と夫婦のみの割合】



国立社会保障・人口問題研究所
「日本の世帯数の将来推計」
(2014年4月推計)
※高齢世帯：世帯主の年齢が
65歳以上の世帯



H22国勢調査
注) 夫が65歳以上、
妻が60歳以上の夫婦のみ
の世帯

(3) 認知症患者への対応

- ・高齢化の進展による認知症高齢者の増加（2025年には65歳以上の約5人に1人）
- ・厚労省の調査によると、施設別の認知症患者の割合は、特養（82.8%）、老健（76.4%）、介護療養病床（78.6%）、医療療養病床（56.9%）の順であるが、最も低い医療療養病床でも半数を超えている。
- ・医療と介護の役割分担と連携（新オレンジプラン）。

～新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）より～

- ・「標準化された高度な専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場」としての精神科病院と「長期的・継続的な生活支援サービスを提供する」介護サービス事業所や施設との適切な役割分担と連携
- ・退院、退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供されるよう、円滑な退院・退所や在宅復帰を支援
- ・グループホームの整備をはじめ、介護基盤整備による認知症への対応力向上

2. 第7回「療養病床の在り方等に関する検討会」(参考資料2)

～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～

(1) 療養病床等再編に関する経緯

- ①介護療養病床は、老健等への移行を促進してH29年度末での廃止を予定しているが、医療ニーズが想像以上に高くこれまで移行が進んでいない。
- ②医療療養病床(25対1)の設置期限もH29年度末となっている。

(2) 新たな施設類型の検討状況

①基本的な考え方・条件

- ・長期療養の場として「住まい」の視点
- ・日常的な医学管理、看取りやターミナルケアの実施体制
- ・利用者の費用負担が可能であること
- ・地域のマンパワーで対応可能であること
- ・既存施設の有効活用

②医療の提供方式による類型

- ・医療を内包した施設類型
- ・医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型

③選択方法

- ・既存類型への移行、複数の類型を組み合わせた移行等多様な対応
- ・各医療機関が自ら選択



報告書にて新たな類型の選択肢を提示



社会保障審議会での議論を踏まえ、法改正・施行