

新たな地域医療構想に係る調査・分析業務 外来、在宅医療、医療・介護連携の現状分析と論点整理

株式会社日本経営

2026年1月28日

- 1．沖縄県の地域医療構想における課題（沖縄県地域医療構想セミナー2025の概要）
- 2．新たな地域医療構想の概要
- 3．外来医療の提供状況とかかりつけ医機能における論点
- 4．慢性期ニーズへの対応状況と在宅医療の論点
- 5．医療・介護連携における論点
- 6．新たな地域医療構想に向けて圏域で考えるべきこと

1 . 沖縄県の地域医療構想における課題 (沖縄県地域医療構想セミナー2025の概要)

2040年に向けた新たな地域医療構想で踏まえるべき前提

「85歳以上」の急増と医療ニーズの変化

沖縄県は全国と比べて入院の受療率が高く、今後の高齢者人口の伸びも大きい。特に85歳以上が急増することに伴い、医療需要は慢性疾患の増悪・複合的な介護ニーズの対応が求められる。「治す医療」から「治し、支える医療」にシフトする必要がある。



現行システムの持続可能性

沖縄県は急性期医療が充実している一方で、一部の医療機関に負担が偏っている傾向にある。働き手の減少に伴い、医療従事者の確保が難化している、人員配置の多い急性期病床の維持、増加し続ける搬送に対する病院前救護の体制強化には限界がある。特に救急に依存しない急変対応を強化する必要がある。



「治し、支える医療」の強化と地域のネットワークの構築

住民が住み慣れた地域で暮らし続けるために地域包括ケアシステムの構築と「治し、支える医療」の強化が必要である。包括期医療の充足と、限られた資源の中でも機能を強化できるネットワークを強化する必要がある。



2040年に向けた新たな地域医療構想のコンセプトは沖縄県においても重要。

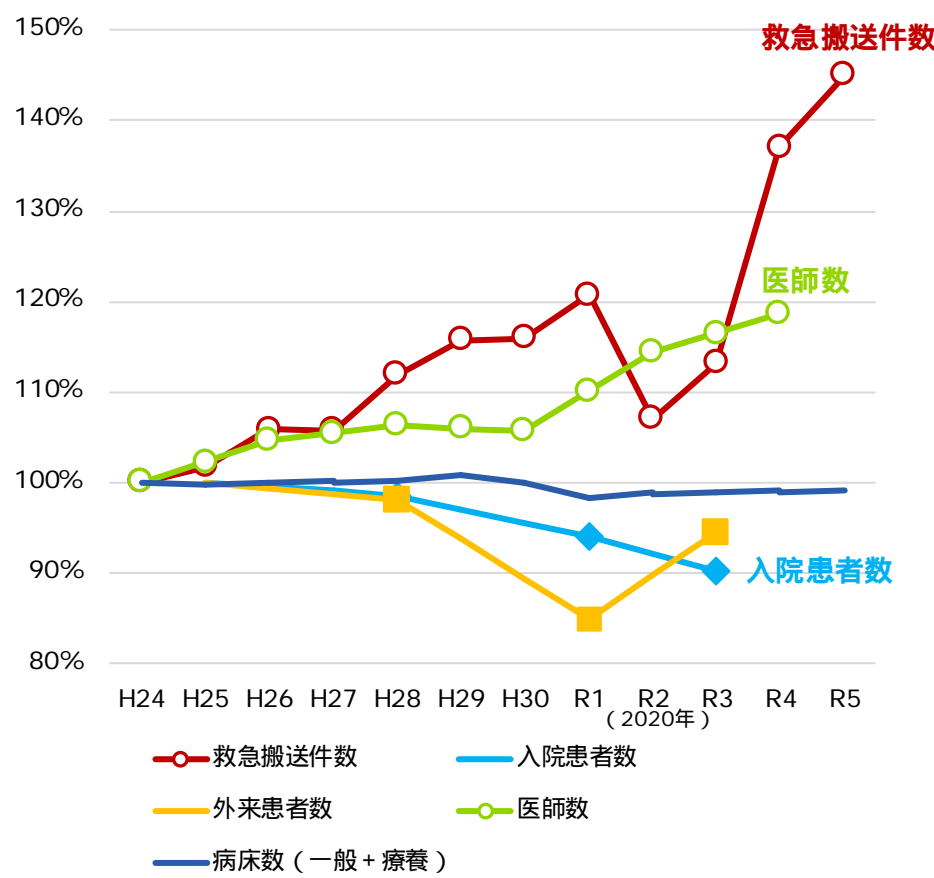
制約条件（地理、資源量、提供体制の構造、歴史による経路依存等）は全国と異なっているも、

あるべき姿や解決策の方向性は基本的には同じ。

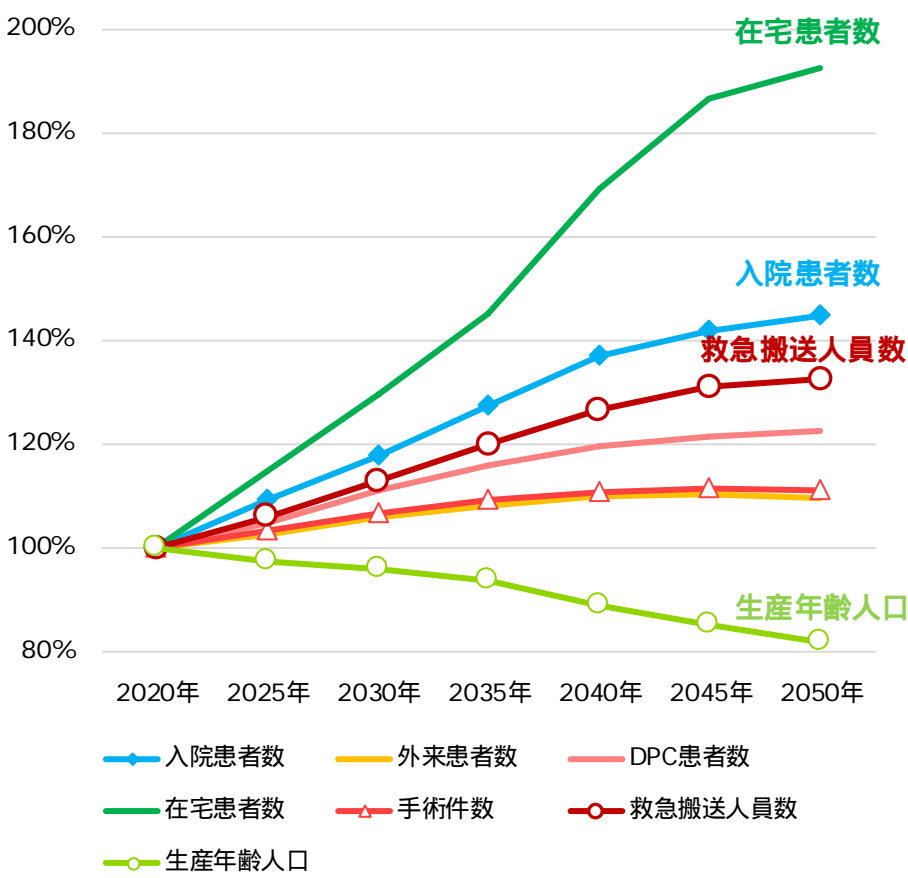
共通認識を創り、実行に移せているかが地域の差となる。

- ✓ 直近の10年程度は入院患者数および外来患者数が減少している。救急搬送件数は大幅に増加しているが、医師数も増加している。
- ✓ 救急搬送や在宅患者のニーズは今後も増加が見込まれるが、生産年齢人口が減少するため、これまで以上に医療提供体制を維持することが困難になると思われる。

これまでの需要と供給の推移



これからの需要と供給の推計



✓ 医療提供体制の整備だけでなく、需要を適切に抑制する目線をもつことが重要。

図1：入院患者数の将来推計

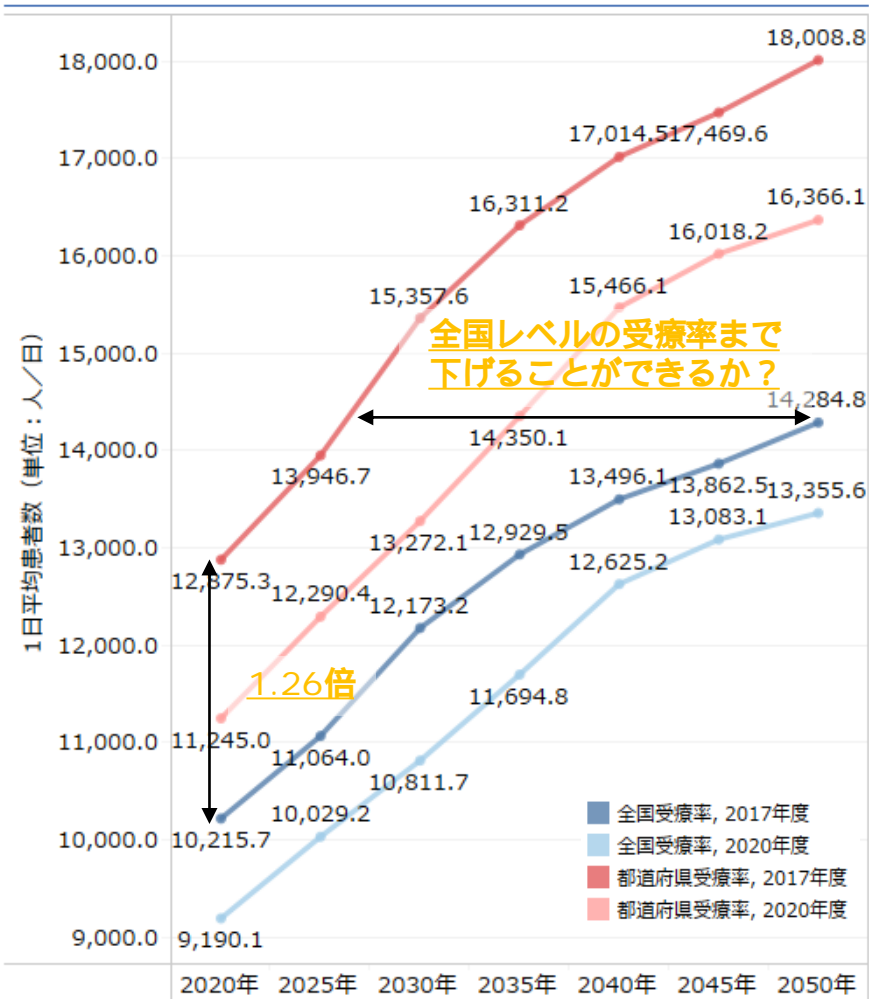
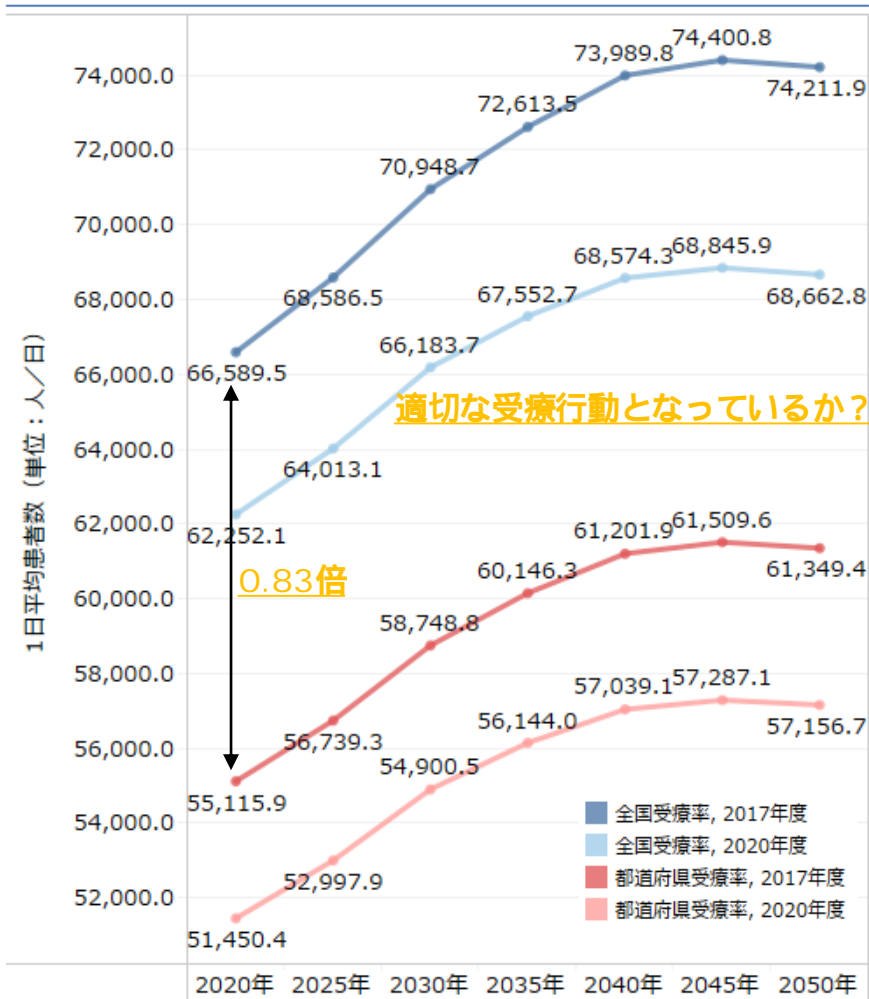


図2：外来患者数の将来推計



出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）及び患者調査（厚生労働省）を用いて推計

参考 | 中部医療圏及び南部医療圏の需要推計

中部医療圏

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	推移	2030年比	2040年比	2050年比
人口総数（人）	518,742	521,664	525,207	526,717	525,700	521,335	513,361		101%	101%	99%
年少人口	87,576	82,055	77,517	74,795	74,006	72,666	70,090		89%	85%	80%
生産年齢人口	319,030	315,953	313,928	307,479	293,027	281,675	272,366		98%	92%	85%
高齢者	112,136	123,656	133,762	144,443	158,667	166,994	170,905		119%	141%	152%
うち、後期高齢者	53,645	62,391	74,676	82,718	88,796	94,925	103,845		139%	166%	194%
入院患者数（人／日）	3,843	4,248	4,636	5,062	5,508	5,767	5,967		121%	143%	155%
外来患者数（人／日）	17,897	18,603	19,467	20,107	20,626	20,899	21,010		109%	115%	117%
DP 患者数（人／日）	1,127	1,194	1,275	1,346	1,404	1,442	1,470		113%	125%	130%
手術件数（件／年）	61,057	63,666	66,507	68,790	70,351	71,366	71,688		109%	115%	117%
在宅患者数（人／月）	2,195	2,564	2,933	3,315	3,896	4,335	4,530		134%	177%	206%
要介護者数（人）	20,139	22,942	25,670	29,655	33,765	36,247	38,003		127%	168%	189%

南部医療圏

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	推移	2030年比	2040年比	2050年比
人口総数（人）	740,743	734,456	731,032	725,290	717,811	707,511	693,619		99%	97%	94%
年少人口	122,786	114,749	106,473	102,055	100,566	99,166	96,509		87%	82%	79%
生産年齢人口	451,945	439,009	431,894	418,969	397,181	380,326	366,097		96%	88%	81%
高齢者	166,012	180,698	192,665	204,266	220,064	228,019	231,013		116%	133%	139%
うち、後期高齢者	79,373	91,943	108,399	118,247	124,991	131,059	140,604		137%	157%	177%
入院患者数（人／日）	5,606	6,156	6,638	7,143	7,667	7,913	8,082		118%	137%	144%
外来患者数（人／日）	25,908	26,598	27,465	27,995	28,382	28,466	28,372		106%	110%	110%
DP 患者数（人／日）	1,639	1,719	1,813	1,886	1,940	1,968	1,987		111%	118%	121%
手術件数（件／年）	88,355	90,911	93,672	95,640	96,724	97,163	96,763		106%	109%	110%
在宅患者数（人／月）	3,191	3,751	4,264	4,760	5,502	6,020	6,192		134%	172%	194%
要介護者数（人）	29,489	33,774	37,414	42,523	47,623	50,254	51,841		127%	161%	176%

アウトカムベースでは深刻な課題ではないが供給面でみると一部の医療機関への負担が大きく、持続可能性が高いとはいえない状態にある。

需要

人口10万人あたりの救急搬送人員数は
全国よりも**多い**

発生率

疾病構造、受療動向

×

全体の発生率は**高い**
高齢者の発生率は**高い**
軽症も重症も**高い**

人口

人口、高齢化率、

高齢化率が**低い**
高齢者は**今後増加**
後期高齢者も**今後増加**

>

供給

一部の医療機関に集中しているため、
救急対応の**負担が大きい**

医療機関数

一次救急、二次救急、
三次救急、連携体制

×

告示病院が**少ない**
三次救急は適切な範囲
救急専門医は**多い**

1医療機関あたりの受入件数

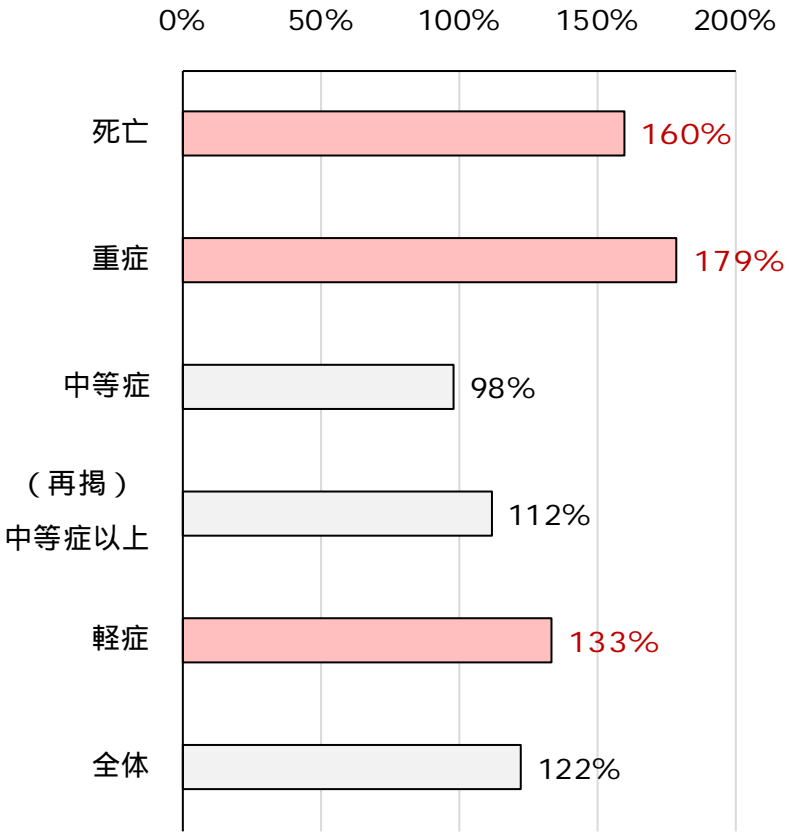
一部の医療機関への集中 or 分散

一部の医療機関に**集中**
ウォークインを含めると、
全国トップレベルの受入件数

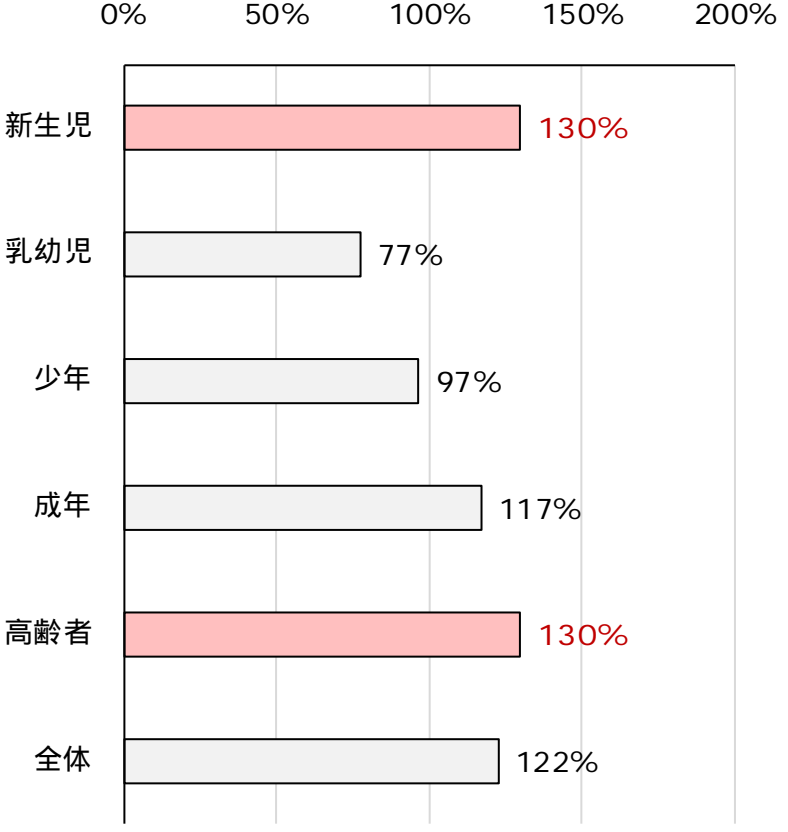
沖縄県の救急医療の発生率（年齢調整にて全国と比較）

沖縄県の救急搬送の発生率は高く、今後の高齢化に伴い、大幅な需要増加が見込まれる。軽症者の増加にともない、受入医療機関の負担は増加し、重症者の対応が困難となるリスクも考えられる。

傷病程度別の発生率の全国比較



年齢区分別の発生率の全国比較



死亡とは、初診時において死亡が確認されたもの。
重症とは、傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの以上をいう。
中等症とは、傷病程度が重症または軽症以外のものをいう。

地域医療構想の進捗	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 地域医療構想における2025年時点の必要病床数に対して、現状の病床数は不足している。 ✓ 高度急性期と回復期が不足している一方で、急性期病床が多いため、機能分化のあり方の検討と、機能強化の推進が必要と考えられる。
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 救急搬送は中頭病院、県立中部病院、中部徳洲会病院、ハートライフ病院に集中している。 ✓ 上記の4病院は軽症患者の割合が高く、ウォークインの受入も多く、救急医療の負担が集中している。
5疾病6事業等	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 救急医療以外の領域においても3～4病院でシェアを奪いあっている。 ✓ t-PAのような迅速な対応が必要な領域においても分散しており、一部の症例は南部へ流出している。専門医の集約の観点で医療圏全体の医療提供体制のあり方を検討する必要がある。
急性期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 急性期で報告する病棟を有する小規模の病院において、病床稼働率の低下、平均在棟日数の長期化が見られる。また、看護職員が過剰配置となりやすいため、地域ニーズに合う、かつ、効率的な医療のあり方（急性期機能の強化 or 包括機能の強化）を検討する必要がある。
包括期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 直接入院を中心に受けている病院の稼働率が低い。 ✓ 緊急入院が少ない病院、在宅医療を担っていない病院もあり、包括期機能の強化が必要。 ✓ 回り八病棟は病床数が多く、他院からの転院が多くを占めており、急性期との機能分化と連携がされている。リハビリの単位数が少なく、脳血管疾患は流出傾向にあるか。
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床稼働率の低い、または、医療区分3の医療度の高い患者層が少ない病棟が見られる。 ✓ 慢性期の需要が高まる中で、重度者を受け入れる療養病棟を強化しつつ、在宅医療や介護施設とあわせて、慢性期の受け皿のあり方を検討する必要がある。
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 一定の訪問診療を提供する病院はあるが、有料老人ホーム等への提供が多く、在宅は少ない傾向にある。 ✓ 訪問診療は実施しているが、往診の少ない医療機関もあるため、連携の観点も持ちながら在宅患者の緊急対応の強化を検討する必要がある。

南部医療圏のデータからみえる課題

地域医療構想の進捗	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 地域医療構想における2025年時点の必要病床数に対して、現状の病床数は不足している。 ✓ 高度急性期と急性期の合計は必要数と同程度であり、回復期および慢性期は大幅に不足している。
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 救急搬送は那覇市の4病院、他の地域においても1病院に集中している。 ✓ 南部医療センター以外の病院はウォークインを含めても2万件未満であり、中部医療圏と比較して救急医療の負担は分散している。一方で、搬送困難件数が多い傾向があるため、救急医療の提供体制の強化が必要である。
5疾病6事業等	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 救急医療以外の領域においても症例数が分散している。専門医の集約の観点で医療圏全体の医療提供体制のあり方を検討する必要がある。
急性期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 急性期で報告する病棟を有する病院において、急性期一般入院料4以下の入院料を算定する病棟が多い。看護職員が過剰配置となりやすいため、地域ニーズに合う、かつ、効率的な医療のあり方（急性期機能の強化 or 包括機能の強化）を検討する必要がある。
包括期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 急性期で報告する病棟において、他院からの入院や介護施設からの入院が中心となっている病院が見られる。 ✓ 退院後の在宅医療を担っていない病院もあり、包括期機能の強化が必要。 ✓ 回り八病棟は病床数が多く、病床稼働率の低い病院や、リハビリの単位数が少ない病院が見られる。
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床稼働率の低い、平均在棟日数が長い、医療区分3の医療度の高い患者層が少ない、病棟が見られる。診療報酬改定の厳格化により収益性が低下するリスクがある。 ✓ 慢性期の需要が高まる中で、重度者を受け入れる療養病棟を強化しつつ、在宅医療や介護施設とあわせて、慢性期の受け皿のあり方を検討する必要がある。
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 在宅療養支援病院が一定数整備されており、在宅医療に積極的な医療機関がみられる。 ✓ 一方で、往診を提供する施設が少ないため、連携の観点も持ちながら在宅患者の緊急対応の強化を検討する必要がある。

2 . 新たな地域医療構想の概要

目指すべき方向性及び基本的な考え方において、外来・在宅、介護連携等も地域医療構想の対象とする旨が明記されている。

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）
 - ・構想区域ごと（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）、広域な観点（医育及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

新たな地域医療構想においては医療機関機能に着目して役割分担を推進していくことが見込まれる。本分析においては、在宅医療等連携機能に着目して分析を実施している。

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

12

高齢者救急の増加や需給バランスの変化が見込まれるため、外来・在宅・介護連携により救急搬送や状態悪化の減少等が図られるように、かかりつけ医機能の確保・強化などが論点となっている。

- ・ 外来の機能分化・連携や在宅医療提供体制の確保等に向けて、医療計画（外来医療計画・在宅医療計画）の取組、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めてきている。
- ・ 多くの地域で外来医療の需要は減少するが、在宅医療の需要は増加する見込み。地域の医療需要と資源に応じて、診療所や中小病院等とともに、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等が連携しながら、地域ごとの外来・在宅医療の提供が必要。

外来・在宅医療に係る現状と課題

・ 外来・在宅・介護需要の変化への対応

- 人口減少や超高齢化に伴う外来需要の減少
- 超高齢化による在宅・介護需要の増大

・ 担い手の減少への対応

- 診療所医師の高齢化、医師の偏在
- 生産年齢人口の減少による人材確保の制約

・ 既存制度の推進

- 外来医療計画による外来の機能分化・連携
- 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で不足する医療機能の要請
- かかりつけ医機能報告等によるかかりつけ医機能の確保・強化
- 在宅医療計画による体制整備 等

地域医療構想における取組

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護連携等も対象とする。

- 議題に応じて、協議を行う区域や参加者を設定し、医療関係者、介護関係者、都道府県、市町村等の関係者の協議を実施。

※ 従来の構想区域だけでなく、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

- かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータを基に、地域の現在や将来の医療需要と資源の状況を踏まえつつ、地域の外来・在宅・介護連携等に関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有。

(例) 医師数や診療領域ごとの診療体制

時間外診療、在宅医療、在宅介護の提供状況、後方支援病床の確保状況
慢性期・在宅需要と在宅医療提供量・療養病床・介護施設・高齢者住まい等の状況
医療機関と介護施設等との平時や緊急時の連携体制の構築状況 等

- 地域の実情を踏まえ課題への対応を検討・協議して、必要な外来・在宅医療の提供のための取組を行う。

(取組の方向性（イメージ）)

- 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、診療所の承継支援、医師の派遣、巡回診療の整備等）
- D to P with N等のオンライン診療や医療DXによる在宅医療等の効率的な提供のための方策
- 医療機関と介護施設等の具体的な連携、高齢者の集住等のまちづくりの取組との連携 等⁴⁴

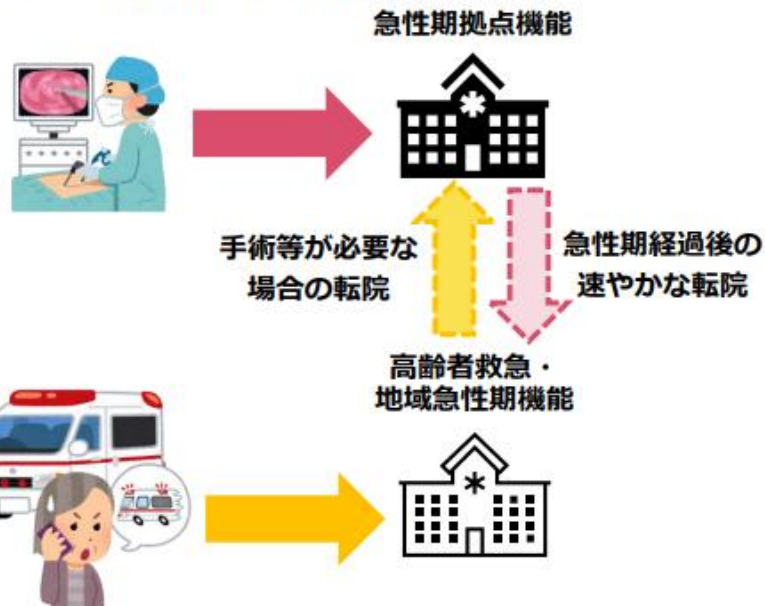
急性期医療については「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期」の役割に分かれる見込みとなる。
地域ニーズの変化に合わせて、沖縄県の救急体制とそれを支える役割を整理する必要がある。

- 多くの医療資源を要する手術等について、集約して対応する中で、都市部を中心とした高齢者救急の増加分については、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関で担うことが考えられる。
- 地域ごとに、医療資源に乏しく、急性期拠点機能を有する医療機関で増加する高齢者救急への対応が必要なケース等も考えられ、手術や救急搬送等の医療需要の変化に関するデータを踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議が必要。

●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等と高齢者救急の分担のイメージ

手術等の分担

- 医療資源を多く必要とする、手術等について、緊急手術等は急性期拠点機能で受け入れる一方、高齢者に多い手術等は高齢者救急・地域急性期機能でも提供する



増加する高齢者救急の受け入れの分担

- 高齢者救急は、高齢者救急・地域急性期機能を中心としつつも、医療の需要等を踏まえながら必要に応じて急性期拠点機能も高齢者救急の受け入れを行う

※大都市などにおいて手術等を高齢者救急・地域急性期機能で実施することや、急性期拠点機能において、増加する高齢者救急の需要にも対応することも考えられる。

地域におけるポジショニング及び地域に必要な機能に対応した病床規模の検討 人口規模に対する医療機関機能の役割

区域	現在の人口規模 の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・ 地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度 南部：74万人程度 中部：52万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定 北部：10万人程度 宮古：5万人程度 八重山：5万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

急増する救急搬送に対応するために沖縄県が考えるべきこと

高齢者救急の増加に向けて、沖縄県においては以下の対策を検討する必要がある。県主体の領域だけでなく、市町村主体の取り組みも多く含まれるため、今後の取り組みにおいては多くの関係者における効率的かつ実効性のある協議を目指す必要がある。

1．急変対応の発生率を下げる

- ・ 予防・健康増進の促進
- ・ 外来医療、健診等における日々の健康管理
- ・ 在宅医療・介護の連携による適切なケア

かかりつけ医の機能強化、市町村単位の医療のあり方の検討

2．適切な救急搬送の利用

- ・ 地域住民への情報発信
- ・ #7119, #8000の利用
- ・ 在宅患者、介護施設利用者の急変対応
- ・ ACPやDNARの推進

地域住民、医療機関及び介護事業所への普及啓発

3．救急医療の役割分担

- ・ 急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能の役割分担
- ・ 役割分担に向けた連携体制の検討（下り搬送、情報連携等）

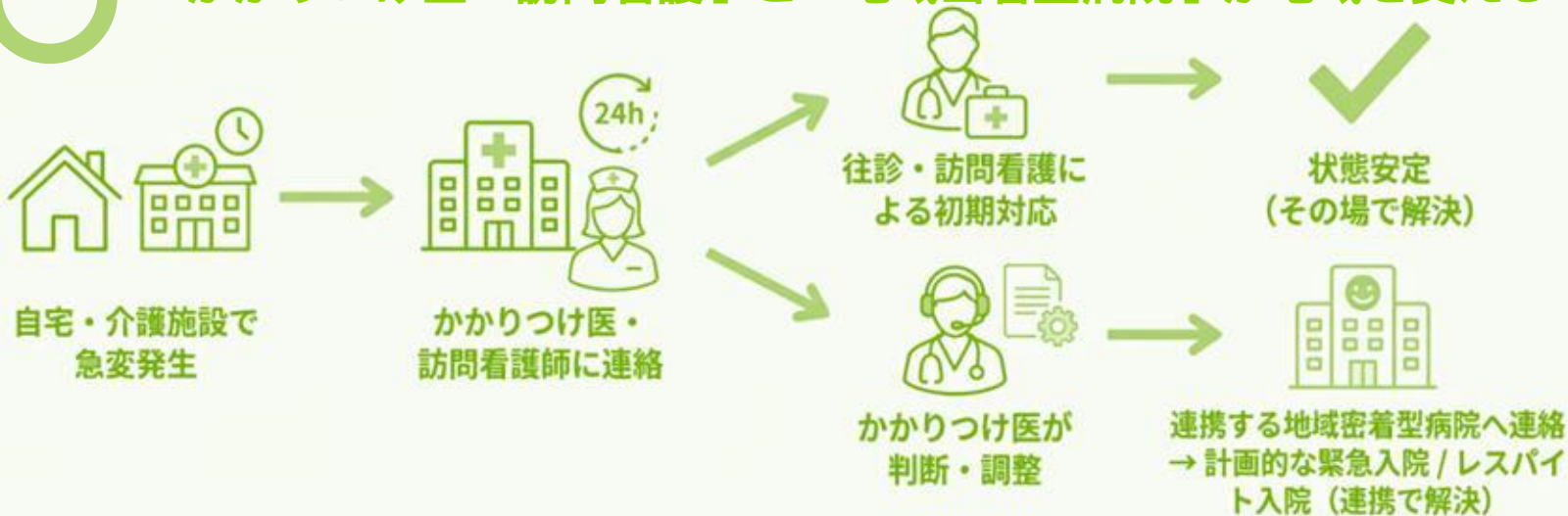
地域医療構想の見直しと推進



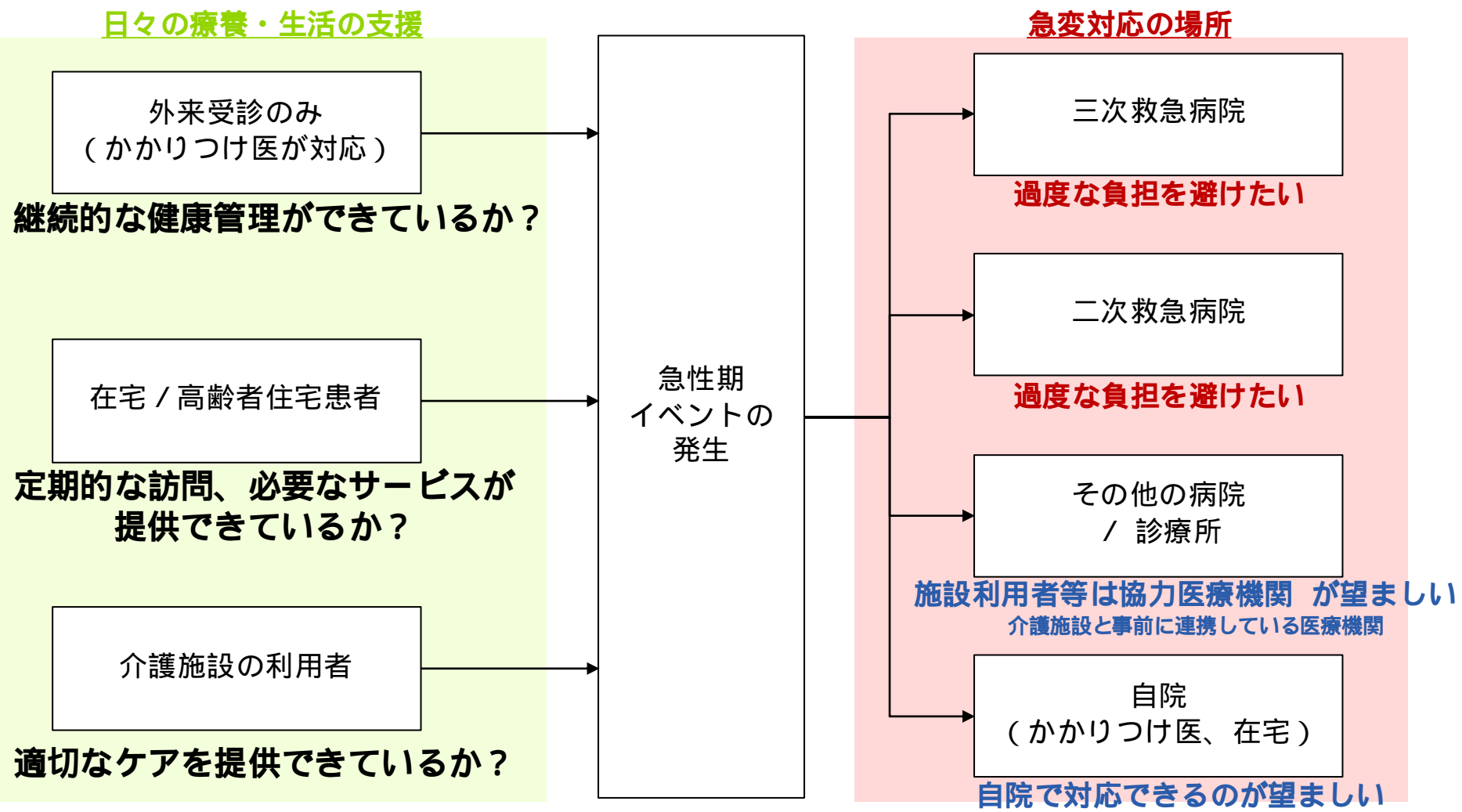
かかりつけ医、在宅医の急変対応が不十分で「救急搬送」へ集中



「かかりつけ医・訪問看護」と「地域密着型病院」が地域を支える



本分析においては、オープンデータ等から、日々の療養支援と急変対応の2つの観点で外来、在宅、医療介護連携について確認する。



3 . 外来医療の提供状況とかかりつけ医機能における論点

専門的な外来や地域の拠点となる病院の外来機能の分化も進める必要があるが、メインはかかりつけ医機能の確保である。日々の健康管理により、患者の療養生活を支え、不要な入院を防止することが望ましい。



+ 外来医療の機能分化
+ 継続的な介護サービスの確保

外来医療の政策の概要（外来の機能分化・連携と、かかりつけ医機能の強化）

現在、外来医療においては2つの政策が進められている。

外来の機能分化・連携や在宅医療提供体制の構築等に向けて、医療計画（外来医療計画・在宅医療計画）の取組、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めてきている。

外来医療計画を通じた取組

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、
 - ・ 医療機関が都道府県に**外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）**。
 - ・ 外来機能報告を踏まえ、地域ごとに外来医療機能の議論を行う**協議の場**（※1）において、**外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**。
 - ・ 紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化し、地域における**外来医療提供体制の在り方**について検討。
- 診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。
- 少なくとも**外来医師多数区域**（※2）において、新規開業希望者に対して、外来医療の協議の場の協議の内容を踏まえて、**初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める**。

※1 地域医療構想調整会議を活用することも可能。原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なもの（在宅当番医制や夜間・休日急患センターへの参加等）について別途ワーキンググループ等を設置することも可能。

※2 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、外来医師多数区域と設定

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

- **かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、各医療機関のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供**
- **各医療機関から報告されたかかりつけ医機能の内容や今後担う意向について、地域の協議の場（※1）に報告し、地域で不足する機能を確保する方策（※2）を検討・実施**
- **かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等の取組**

※1 協議の場の圏域や参加者について、協議するテーマに応じて実施主体である都道府県が市町村と調整して決定するが、地域医療構想調整会議を活用することも可能。例えば、時間外診療や在宅医療、介護等との連携等は市区町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議を行い、入院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整するなどを想定。特に在宅医療や介護連携等の協議に当たっては、市町村の積極的な関与・役割が重要。介護等に関連する事項の協議の場合には市町村の参加を求める。

※2 例えば、プライマリケア研修や在宅医療研修等の充実、夜間・休日対応の調整、在宅患者の24時間対応の調整、後方支援病床の確保、地域の退院ルール等の調整、地域医療連携推進法人制度の活用等

紹介受診重点医療機関

病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革



紹介

逆紹介

外来機能報告、協議の場での協議、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

かかりつけ医機能を担う医療機関



かかりつけ医機能が発揮される制度整備（かかりつけ医機能報告、医療機能情報提供制度、協議の場での協議、医師の教育や研修の充実等）

かかりつけ医機能に求められる機能

在宅医療と合わせて、通常の診療時間外の診療や高齢者に対する包括的な医療提供についても分析が必要である。

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供

※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

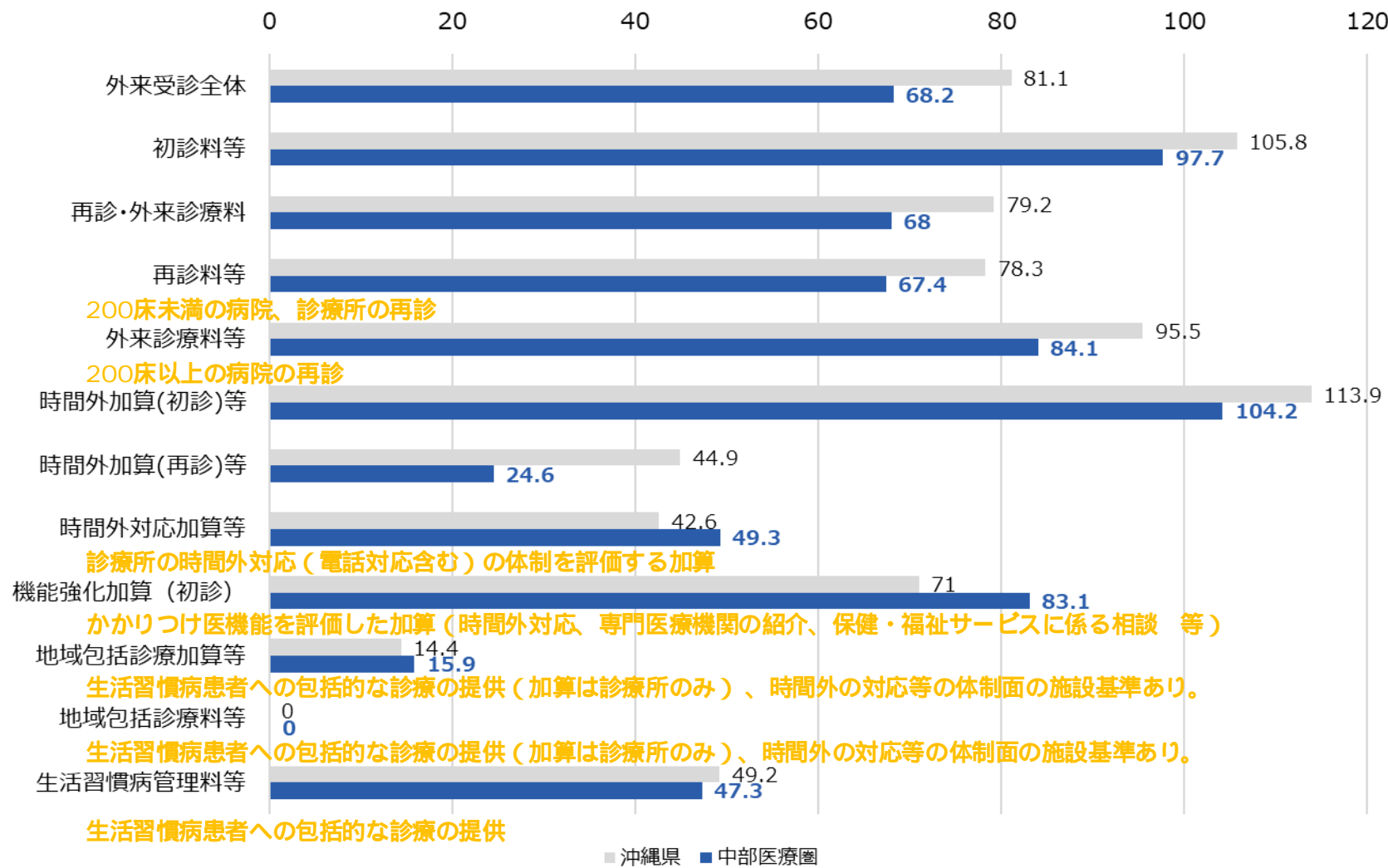
外来医療における圏域単位の考え方

外来医療においては多くの論点があり、協議（又は分析）すべき地域単位も異なっている。それぞれの論点を地域単位で整理をし、地域全体の医療提供体制の課題を整理することが肝要と考える。

外来の細分化した論点	二次医療圏	市町村	日常生活圏域	要点
かかりつけ機能 健康管理 (初期対応 慢性疾患の継続管理)	弱	中	強	地域包括ケアは市町村等が地域特性に応じて構築し、生活に近い単位で医療・介護等を一体提供する体制を構築することが想定されている。
予防 健診 受診勧奨 (重症化予防への導線)	弱	強	強	市町村（保険者）は給付分析やニーズ調査等で課題把握し、介護保険事業計画等を策定・実施する（地域課題ベースの介入）。
紹介 逆紹介ルール (診療所⇔病院の役割分担)	強	弱	中	外来医療計画の対象区域は原則二次医療圏であり、効率的な体制を目指すために機能分化（基幹病院・中小病院・診療所の役割整理）を進めていく。
専門外来の集約 配置 (循環器・糖尿病・がん等)	強	弱	弱	外来提供体制の確保を「一定程度完結する区域単位（原則二次医療圏）」で設計する枠組みが想定されている。
夜間休日 外来救急の入口設計 (発熱/小児/軽症等)	強	中	中	市町村単位で確保が難しい場合に、二次医療圏等の単位で地域の受療動向等を踏まえた提供体制の確保する必要がある。
外来機能の不足補完 (空白地、医師偏在、巡回・派遣)	強	中	中	外来医師の不足地域や不足している機能を外来医療計画で明確にし、当該機能を有することを要請することができる。
オンライン診療 遠隔連携の適用領域 (離島含む)	強	中	中	遠隔医療（オンライン診療含む）の活用を、医療関係団体・派遣元医療機関・都道府県・市町村等が連携して推進する。
外来の「患者の流れ」の見える化	中	中	強	地域のアクセス状況や、重症化の状況、地域の資源の確保状況等を分析し、PDCAを進める仕組みが必要である。

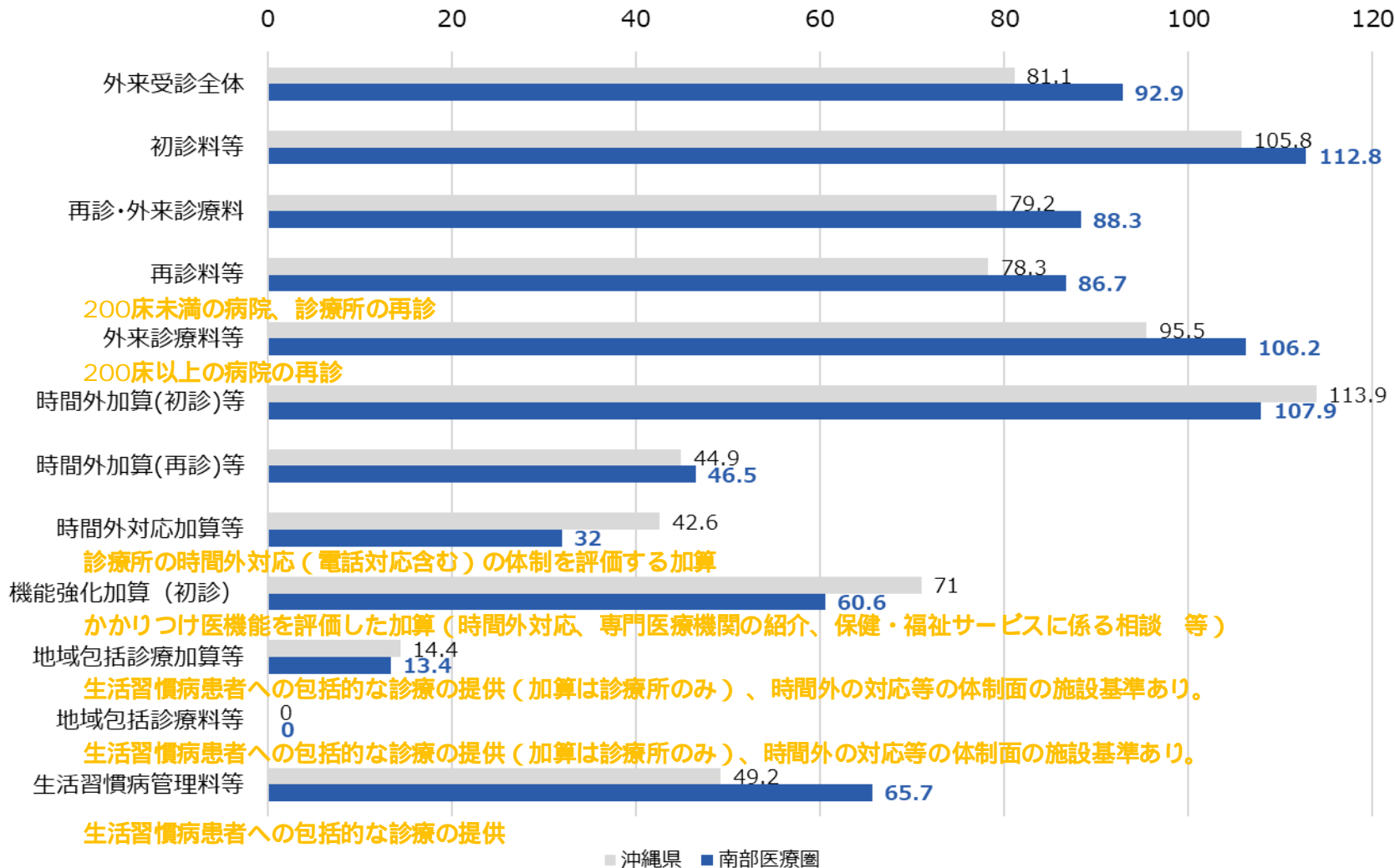
データから見る沖縄県及び中部医療圏の外来医療の課題 (他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 3参照)

中部医療圏は県全体と同様に外来受診が少なく、特に再診の受診が少ない。その結果として、時間外の初診につながっている可能性があり、救急病院への搬送及びウォークインに繋がっている可能性がある。



データから見る沖縄県及び南部医療圏の外来医療の課題 (他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 3参照)

南部医療圏は外来受診の件数は全国平均と同程度であるが再診の受診が少ない。また、200床以上の病院の再診は多く、外来の機能分化が進んでいないと考えられる。その結果として、時間外の初診につながっている可能性があり、救急病院への搬送及びウォークインに繋がっている可能性がある。



出所：内閣府 医療提供状況の地域差（SCR）令和4年度診療分 より日本経営が作成
各都道府県の年齢構成を調整し、レセプトの出現比（SCR）として指数化（全国平均と同じ診療回数が行われた場合には指数が100となる）
患者住所地の人口から期待値を推計し、施設所在地ベースの件数と比較しているため、患者の流入がある地域は100を上回りやすい。

1月9日の中央社会保険医療協議会において、以下の内容が整理をされている。外来医療においては、地域における議論や緩やかな機能分化により進めていたが、今後は制度による規制や「構造的な誘導」が強化されることが考えられる。

（以下、抜粋）

- 3 かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価

- (1) かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点から、機能強化加算の要件等を見直す。
- (2) 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（ ）及び（ ）を見直す。
- (3) 特定疾患療養管理料は、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該管理が適切に実施されるようその対象疾患の要件を見直す。
- (4) 地域包括診療加算等について、対象疾患を有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的な医療を推進する観点や、適切な服薬指導の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。
- (5) **休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算の評価を見直す。**

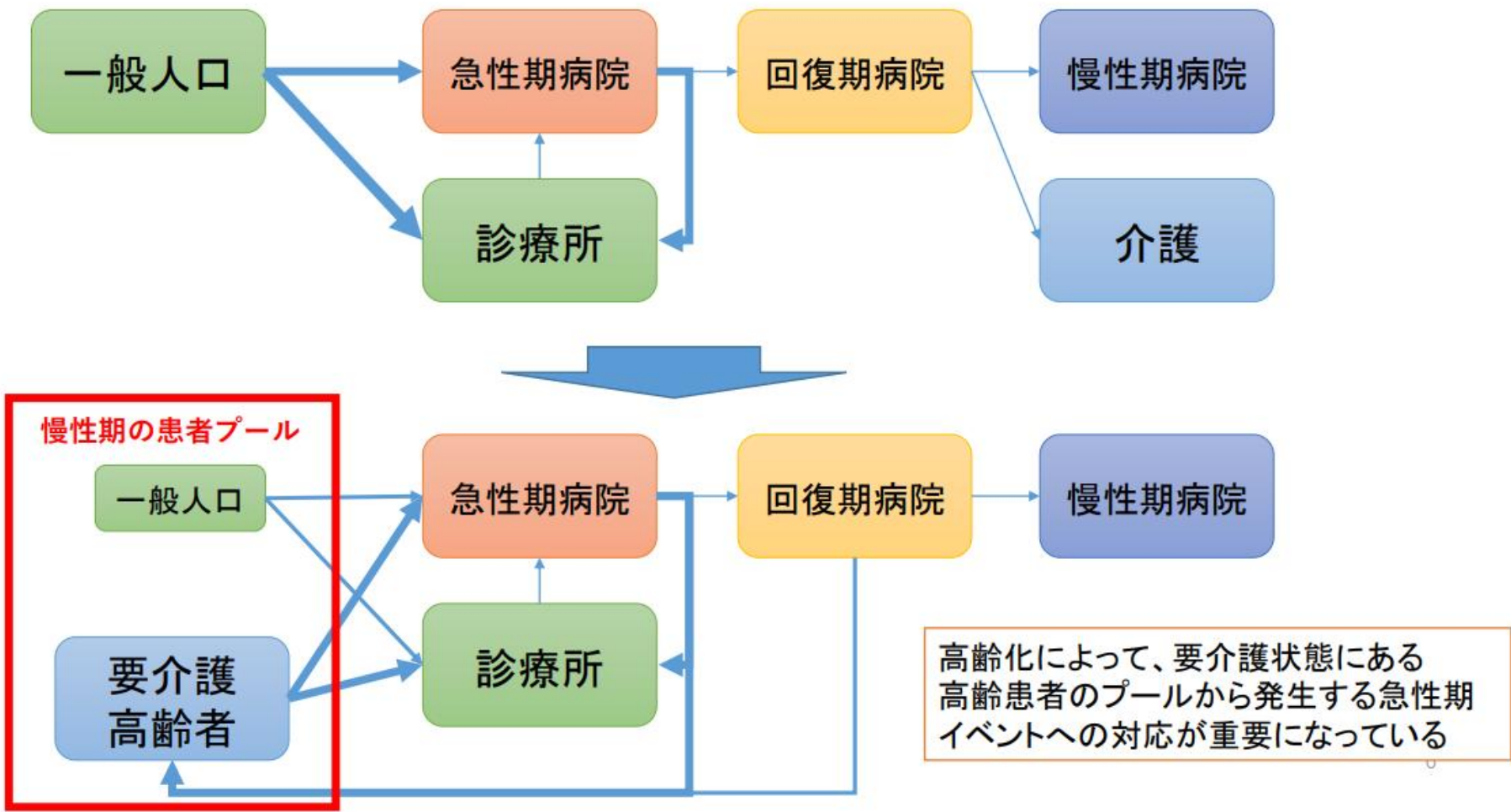
- 8 医師の地域偏在対策の推進

- (3) 改正医療法に基づき都道府県知事が行う、**地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付けであることを踏まえ、当該医療機関については機能強化加算、地域包括診療加算及び地域包括診療料の対象としない等、評価を見直す。**

4 . 慢性期ニーズへの対応状況と在宅医療の論点

在宅医療、介護施設、高齢者住宅は「出口」から「入口」へ

85歳以上人口が増加する中で、従来の医療から慢性期疾患や複合的ニーズを有する患者が中心となる。



新たな地域医療構想では、在宅医療だけでなく、介護保険施設や療養病床も含めて地域の資源と合わせて検討していく見込みである。

- 在宅医療、介護保険施設、療養病床の一部については、患者像が重複する場合があります、一体的に需要等を把握し、提供体制を確保していくことが重要。地域においては、医療部局で病床数や介護部局で介護施設の定員数等の供給力に関するデータを保持しているほか、NDBオープンデータや患者調査など、地域で把握・活用しうるデータが入手可能。
- 他方、需要の把握について、例えば、在宅医療がこういった施設等で提供されているかを定量的に把握することは現時点では困難である等、地域のこうした検討に資するデータの把握には課題があり、病床機能報告の見直し等も含め、整理が必要。

提供の場	サービス	需要等の把握について																					
病院・有床診療所	入院医療	<ul style="list-style-type: none">入院料の算定回数や入院患者数により提供実態を把握可能であるほか、入院料の算定病床数により提供可能性を把握可能データの把握にあたっては、地域において、病床機能報告やNDBオープンデータ、患者調査等が活用可能その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要																					
自宅	在宅医療 訪問看護	<ul style="list-style-type: none">病床機能報告においては、主に入院医療に関するデータを収集しており、看取り件数等の一部を除き在宅医療の提供等（訪問看護STを有しているか等）の情報は収集していない提供実態について、総数については訪問診療料等の算定回数により把握可能であるが、こういった施設等において提供されているか、訪問先の把握は現時点では困難 <p>※訪問先種別の把握に関して、訪問看護については医療保険給付分の一部について、一定把握可能だが、訪問診療については把握不可</p> <table><tr><th>（抜粋）訪問看護療養費請求書の記載要領について（令6保医発0327第5・別添3改正）</th><th>コード</th><th>施設等</th></tr><tr><td>18「訪問した場所」欄について</td><td>01</td><td>社会福祉施設及び身体障害者施設</td></tr><tr><td>訪問した場所が自宅の場合は「1自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「2施設」を、上記に該当しない場合は「5その他」をそれぞれ記載すること。（略）また、訪問した場所については、「2施設」に該当する場合にあつては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「5その他」に該当する場合にあつては、その場所を記載すること。</td><td>02</td><td>小規模多機能居宅介護</td></tr><tr><td></td><td>03</td><td>複合型サービス</td></tr><tr><td></td><td>04</td><td>認知症対応型グループホーム</td></tr><tr><td></td><td>05</td><td>特定施設</td></tr><tr><td></td><td>06</td><td>地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設</td></tr></table> <ul style="list-style-type: none">データの把握にあたっては、地域において、NDBオープンデータ、患者調査等が活用可能その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要	（抜粋）訪問看護療養費請求書の記載要領について（令6保医発0327第5・別添3改正）	コード	施設等	18「訪問した場所」欄について	01	社会福祉施設及び身体障害者施設	訪問した場所が自宅の場合は「1自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「2施設」を、上記に該当しない場合は「5その他」をそれぞれ記載すること。（略）また、訪問した場所については、「2施設」に該当する場合にあつては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「5その他」に該当する場合にあつては、その場所を記載すること。	02	小規模多機能居宅介護		03	複合型サービス		04	認知症対応型グループホーム		05	特定施設		06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
（抜粋）訪問看護療養費請求書の記載要領について（令6保医発0327第5・別添3改正）	コード	施設等																					
18「訪問した場所」欄について	01	社会福祉施設及び身体障害者施設																					
訪問した場所が自宅の場合は「1自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「2施設」を、上記に該当しない場合は「5その他」をそれぞれ記載すること。（略）また、訪問した場所については、「2施設」に該当する場合にあつては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「5その他」に該当する場合にあつては、その場所を記載すること。	02	小規模多機能居宅介護																					
	03	複合型サービス																					
	04	認知症対応型グループホーム																					
	05	特定施設																					
	06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設																					
介護老人保健施設 介護医療院等	入所中の患者への医療 （原則介護報酬）	<ul style="list-style-type: none">受給者数で提供実態を把握可能であるほか、施設定員数で提供可能性を把握可能																					

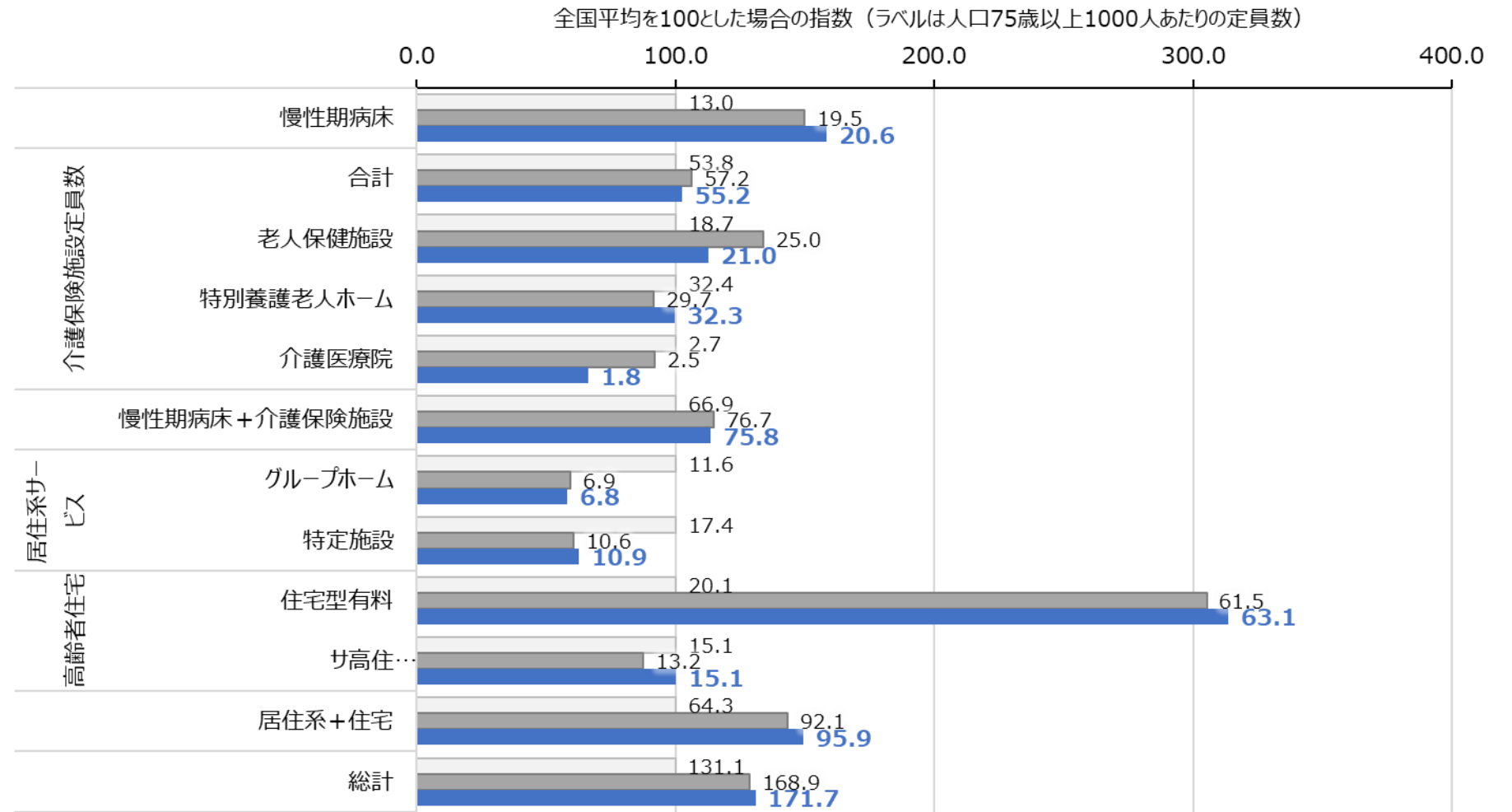
在宅医療における圏域の考え方

以下は在宅医療に関連する論点に対して、どの地域単位の協議が重要かをまとめている。

在宅医療の細分化した論点	二次医療圏	市町村	日常生活圏域	要点
訪問診療の供給 (担い手確保・エリア分担)	中	中	強	国が必要量推計等の情報を提供し、都道府県が在宅介護体制も勘案して在宅医療体制を整備するが、地域への実装は生活圏で運用。
訪問看護の供給 (24h対応・緊急訪問)	中	中	強	在宅医療需要の増加、訪問看護等の需要増を踏まえ、地域実情に応じた体制整備を進める。
在宅のバックベッド・急変時受入 (後方支援)	強	弱	中	在宅療養患者の急変時に適切対応するための情報共有・連携、体制整備を進める必要がある。医療計画における役割や、地域医療構想におけるポジショニングの双方において検討する必要がある。
入退院支援	強	中	中	医療・介護の連携は在宅の現場運用が中核。市町村主体で医師会等と協働し推進する。
在宅での看取り (ACP、死亡時対応、家族支援)	中	中	強	本人・家族の希望に沿った医療・ケア提供(看取り含む)と連携体制構築を進める。
在宅リハ・栄養・口腔等の 多職種供給	弱	中	強	多職種協働で在宅医療と介護を一体的に提供する体制を、市町村中心に(都道府県支援を得つつ)構築する。
高医療依存の在宅 (人工呼吸器、在宅酸素等)	強	弱	中	在宅医療の圏域設定、拠点・積極的役割医療機関の位置づけ等を医療計画で整理する。
独居・認知症・精神など生活課題 つき在宅	弱	強	強	地域包括ケアは市町村等が主体的に地域特性に応じて構築(生活支援と一体で回す領域)。
住まい(施設/住宅)との連携 (サ高住・老健等)	中	強	強	住まい・医療・介護・予防・生活支援の一体提供＝地域包括ケアの中核(市町村の計画・基盤整備が効く)。
災害時の在宅要配慮者支援)	中	強	強	在宅医療の連携体制構築に加え、災害時の業務継続(BCP)等の推進が示されている。

中部医療圏の慢性期ニーズ・高齢者の住まいへの対応状況（慢性期病床・介護施設・高齢者住宅）
（他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 6～7参照）

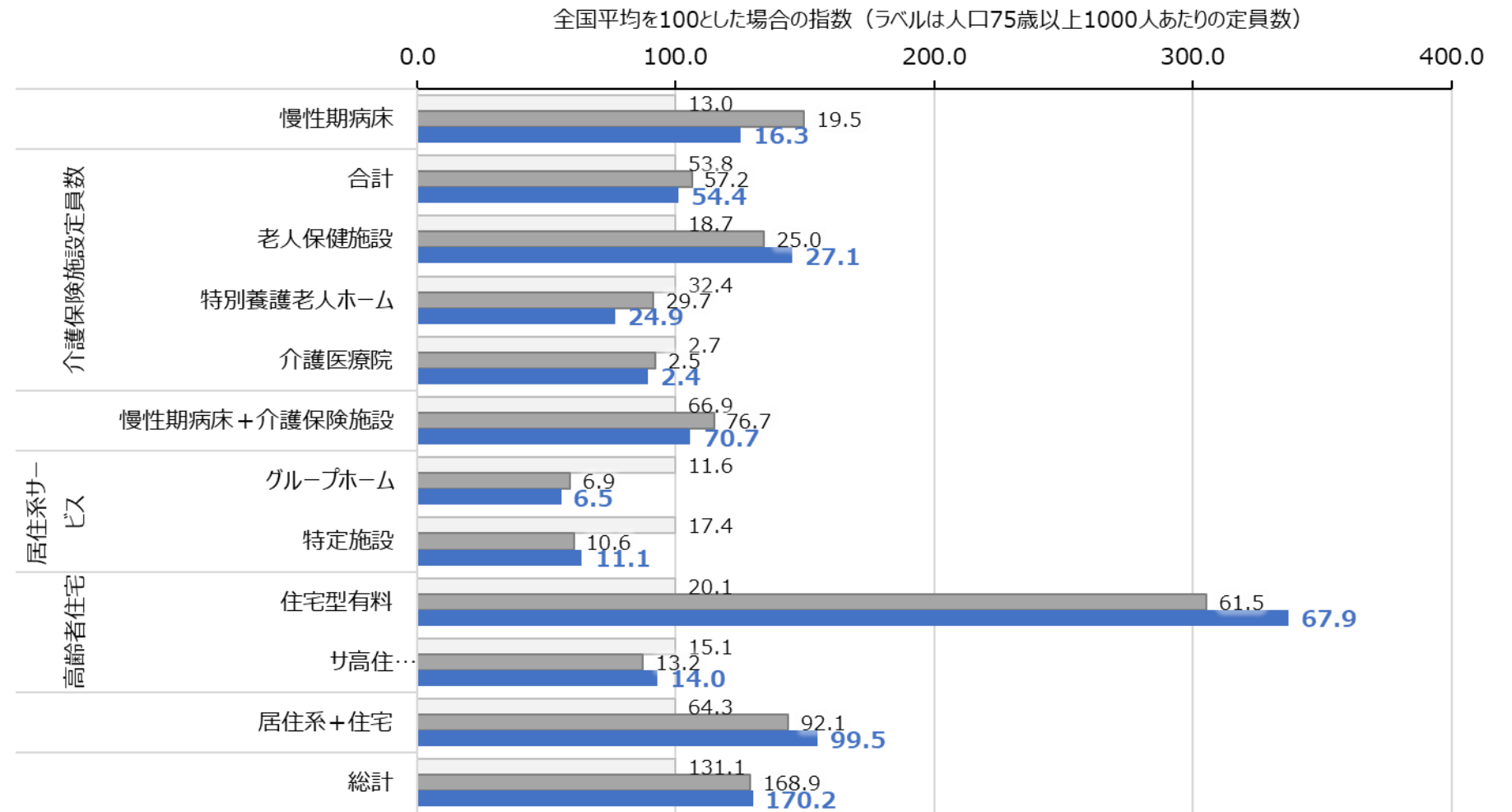
中部医療圏は75歳以上人口に対して、慢性期病床や介護保険施設が全国や沖縄県全体と比較して多い傾向にある。その一方で、居住系サービスは少なく、人的資源の必要なサービスが多い傾向にある。総数としては全国平均よりも多く、一定の整備がされていると考えられる。



出所：以下のデータをもとに日本経営が作成
慢性期病床数：令和5年度病床機能報告
介護保険施設定員数および高齢者住宅戸数：地域包括ケア版基礎データ（Copyright Wellness Co.,Ltd.）

南部医療圏の慢性期ニーズ・高齢者の住まいへの対応状況（慢性期病床・介護施設・高齢者住宅） （他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 6～7参照）

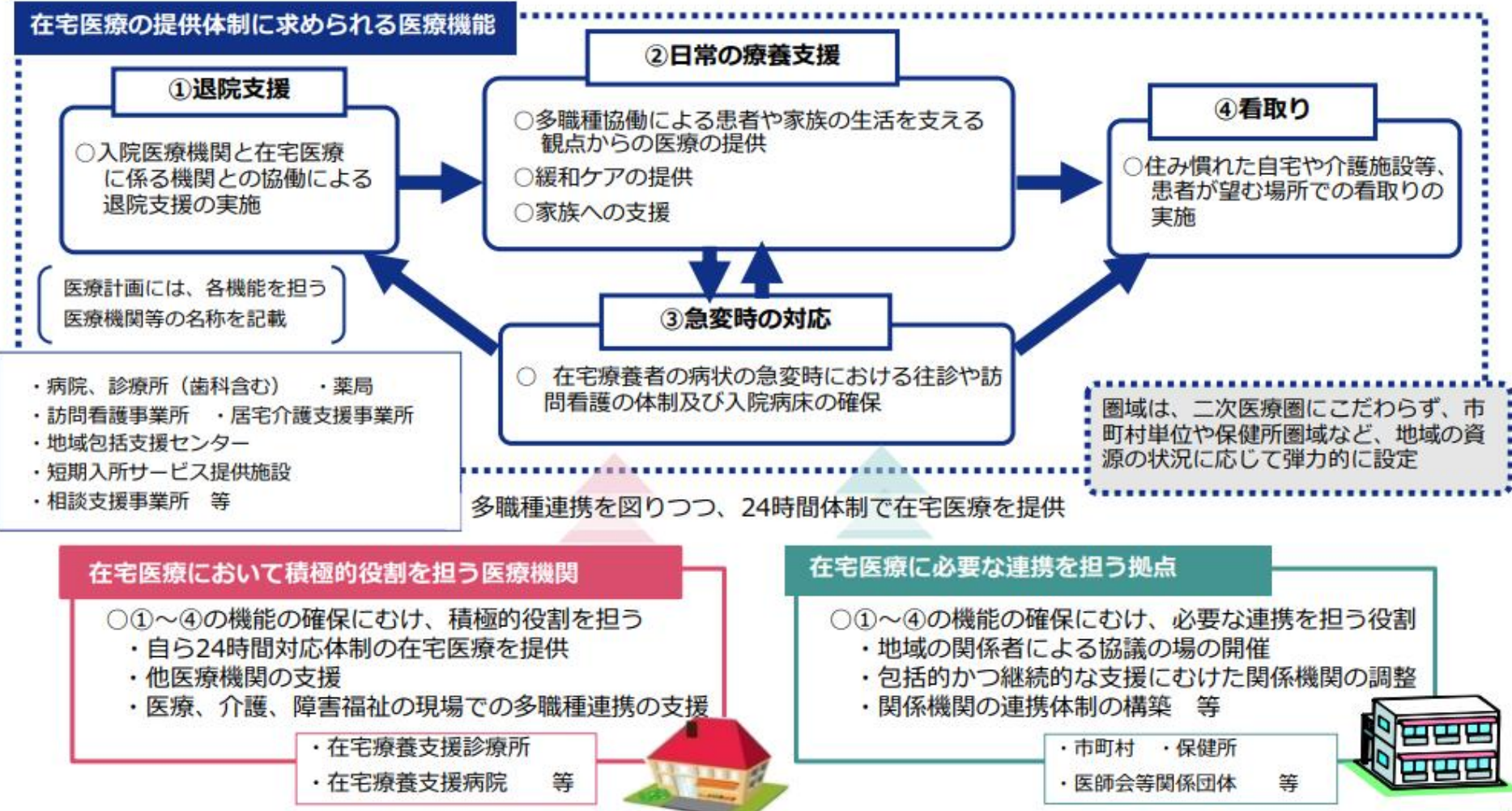
南部医療圏は75歳以上人口に対して、慢性期病床や介護保険施設が全国や沖縄県全体と比較してやや多い傾向にある。その一方で、居住系サービスは少なく、人的資源の必要なサービスが多い傾向にある。総数としては全国平均よりも多く、一定の整備がされていると考えられる。



出所：以下のデータをもとに日本経営が作成
慢性期病床数：令和5年度病床機能報告
介護保険施設定員数および高齢者住宅戸数：地域包括ケア版基礎データ（Copyright Wellness Co.,Ltd.）

在宅医療における4つの場面とそれを支える医療機関の視点で、供給状況の分析を行った。

～ 「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 ～



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

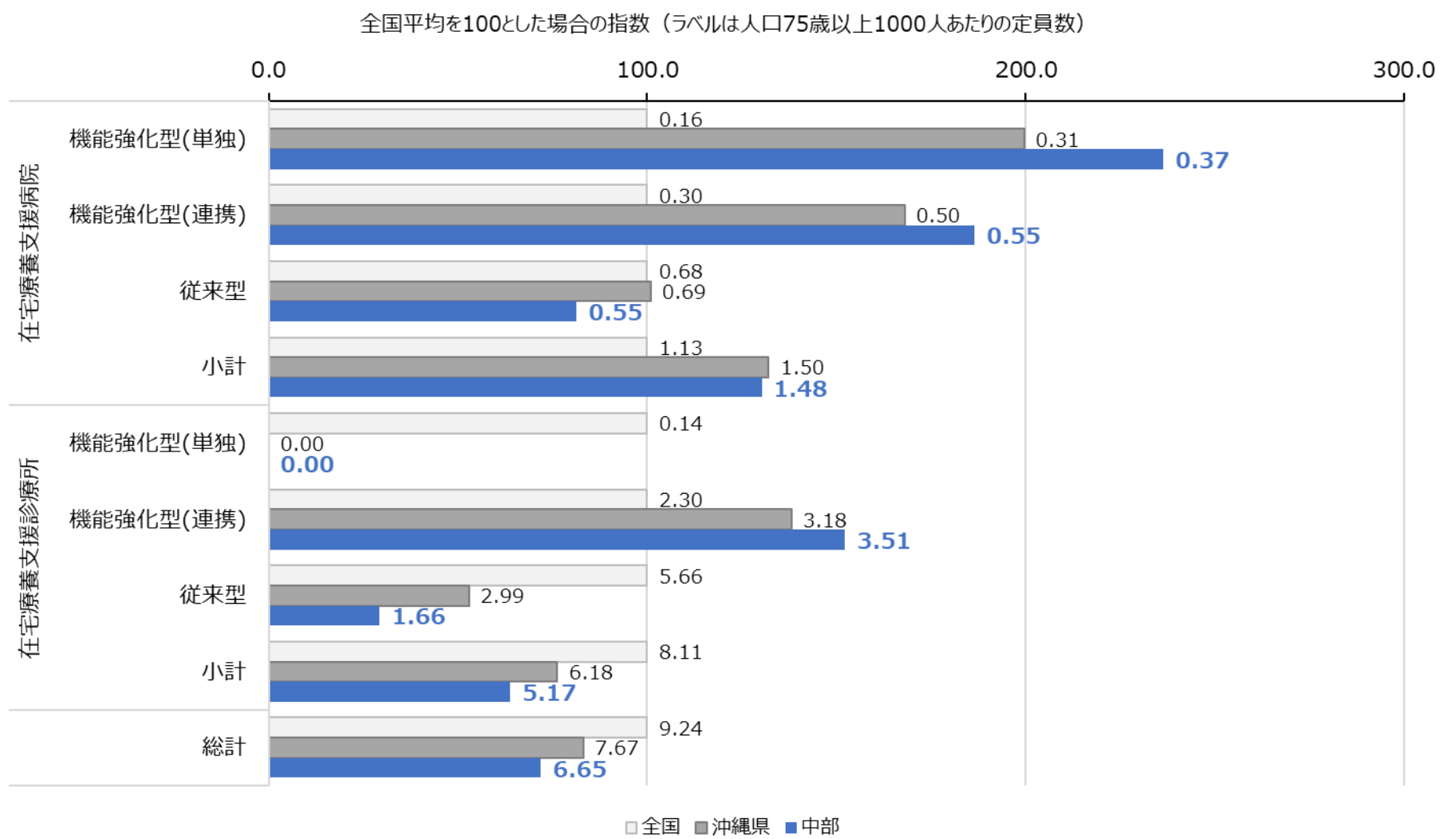
参考 | 在宅療養支援病院および支援診療所の概要

	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 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい					
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					
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			○ 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
	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 ・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 ・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	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 ・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 ・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		
	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 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					
	⑪ 各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。					

14

中部医療圏の在宅療養支援病院（在支病）及び在宅療養支援診療所（在支診）
（他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 10～11参照）

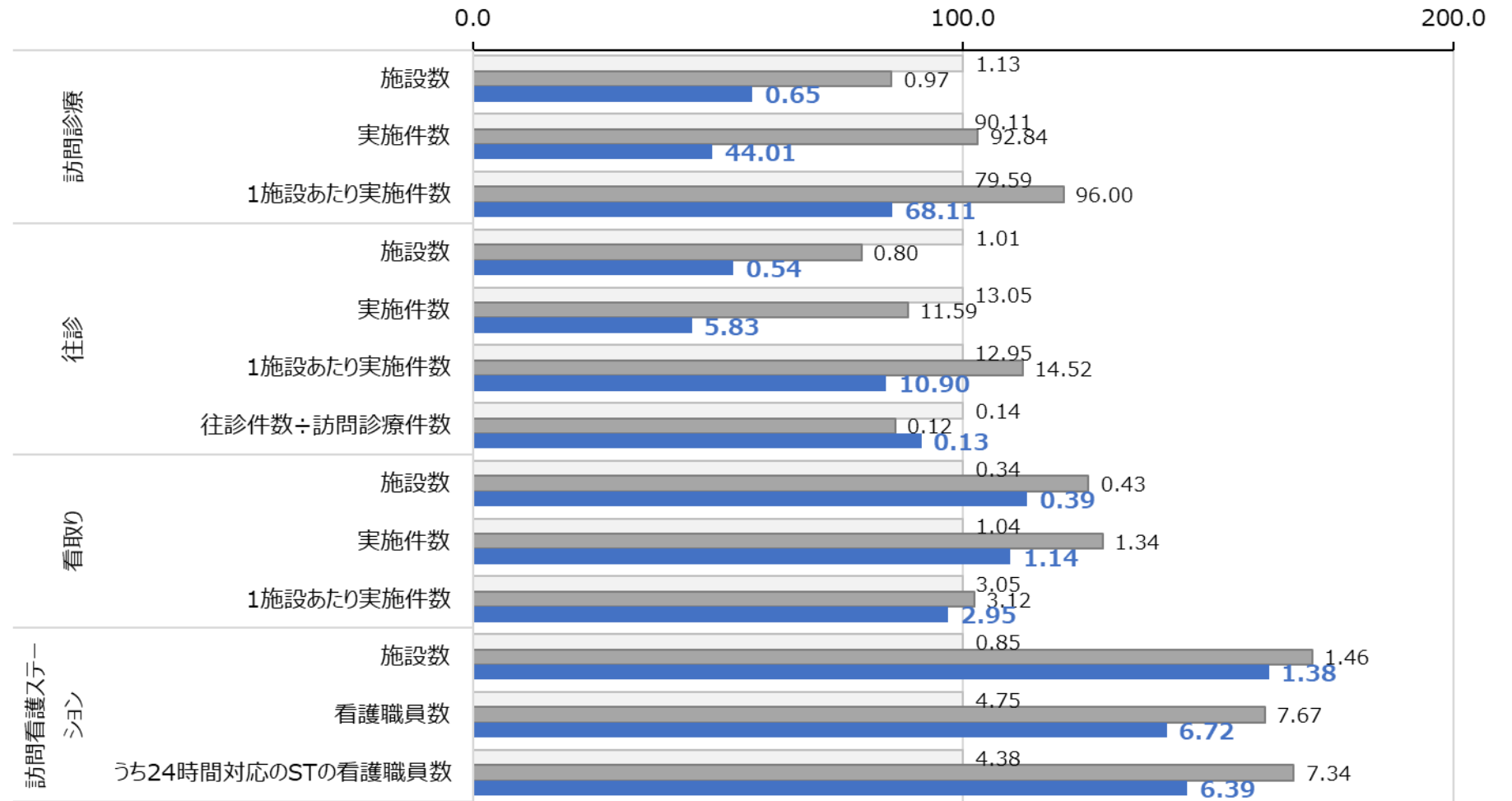
中部医療圏は在支病が8件（うち、単独強化型2件、連携強化型3件）と全国と比べて充実している。一方で、在支診は28件（うち、単独強化型0件、連携強化型19件）、全国と比べて少なく、総数において全国を下回っている。



中部医療圏の在宅医療の提供状況 (他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 12~13参照)

中部医療圏は在支診、在支病以外も含めた在宅医療の提供状況では施設数も実施件数は少ない。在宅医療における資源の充足のための施策とともに、資源に頼らないあり方を検討する必要がある。一方で、看取りや訪問看護ステーションは充足しており、現状の資源を活用した方向性を検討することが肝要である。

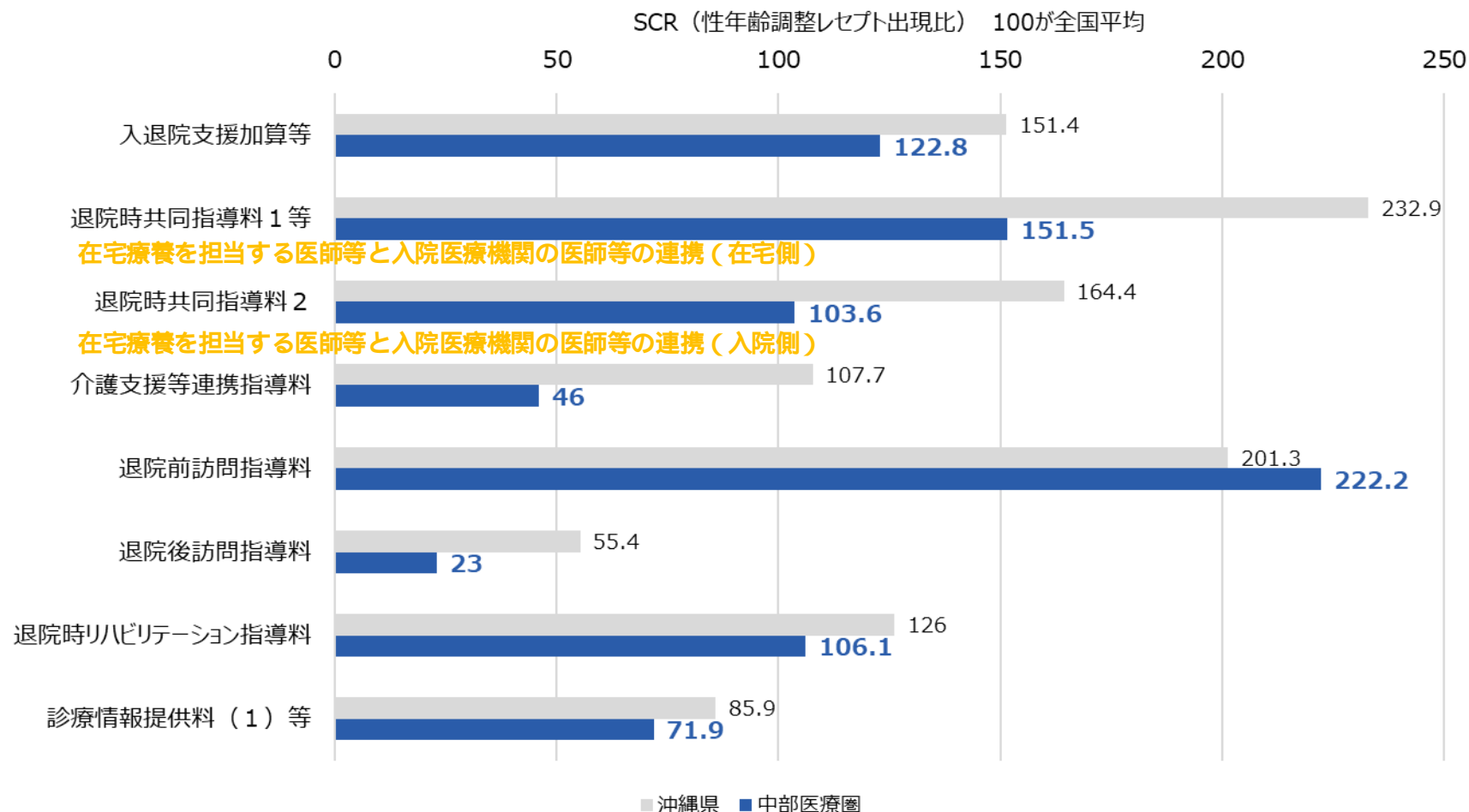
全国平均を100とした場合の指数（ラベルは人口75歳以上1000人あたりの定員数）



中部医療圏における在宅医療の提供状況 入退院支援 (他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 14~15参照)

性年齢調整された指数のSCRを用いて、入退院支援の実施状況を確認した。

中部医療圏は入退院支援加算や退院時共同指導料などの退院に向けた調整や在宅医との連携が積極的に行われている。一方で、介護支援等連携指導料等の介護との連携については算定件数が少ない。



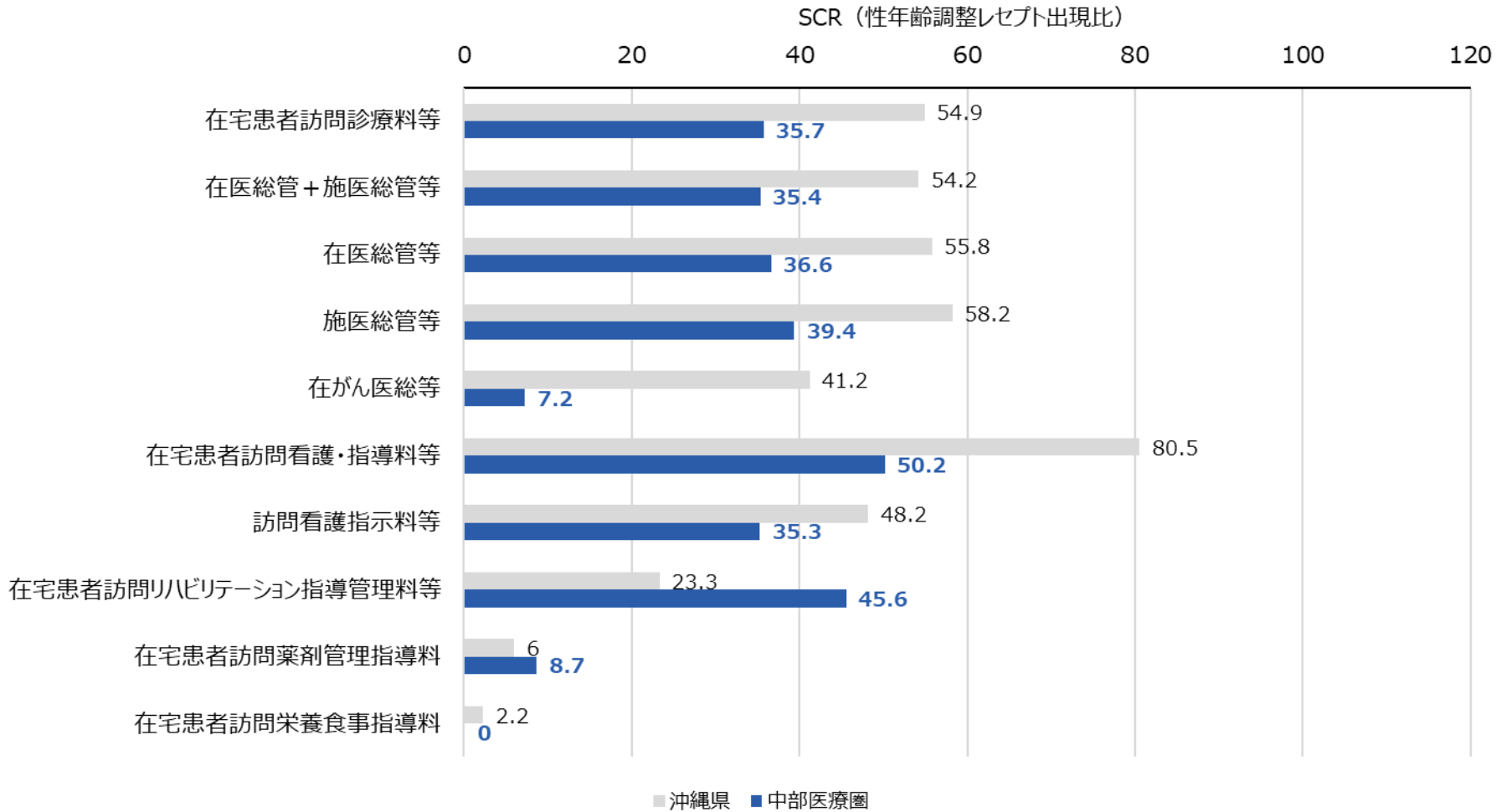
出所：内閣府 医療提供状況の地域差 (SCR) 令和4年度診療分 より日本経営が作成

各都道府県の年齢構成を調整し、レセプトの出現比 (SCR) として指数化 (全国平均と同じ診療回数が行われた場合には指数が100となる)

患者住所地の人口から期待値を推計し、施設所在地ベースの件数と比較しているため、患者の流入がある地域は100を上回りやすい。

中部医療圏における在宅医療の提供状況 日々の療養支援
(他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 18~19参照)

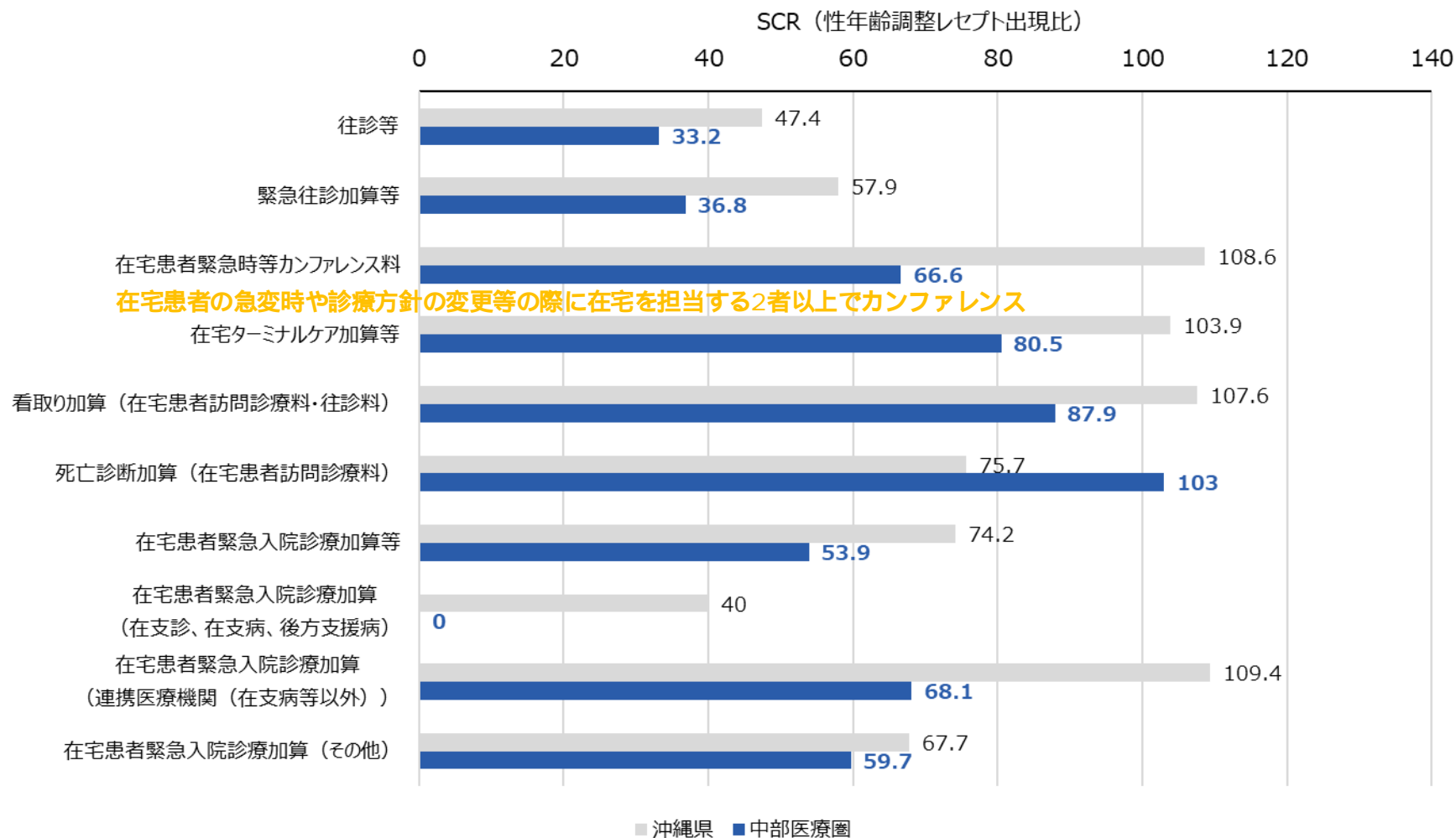
性年齢調整された指数のSCRを用いて、在宅医療に関連する診療行為の実施状況を確認した。
慢性期病床や介護施設が多いこともあり、在宅医療の提供状況は少ない傾向にある。



出所：内閣府 医療提供状況の地域差（SCR）令和4年度診療分 より日本経営が作成
各都道府県の年齢構成を調整し、レセプトの出現比（SCR）として指数化（全国平均と同じ診療回数が行われた場合には指数が100となる）
患者住所地の人口から期待値を推計し、施設所在地ベースの件数と比較しているため、患者の流入がある地域は100を上回りやすい。

中部医療圏における在宅医療の提供状況 急変対応、看取り (他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 21~22参照)

性年齢調整された指数のSCRを用いて、在宅医療における急変対応に関連する診療行為の実施状況を確認した。
往診や緊急往診の件数は少なく、急変時の在宅医と入院医療機関の連携についても少ない状況にある。

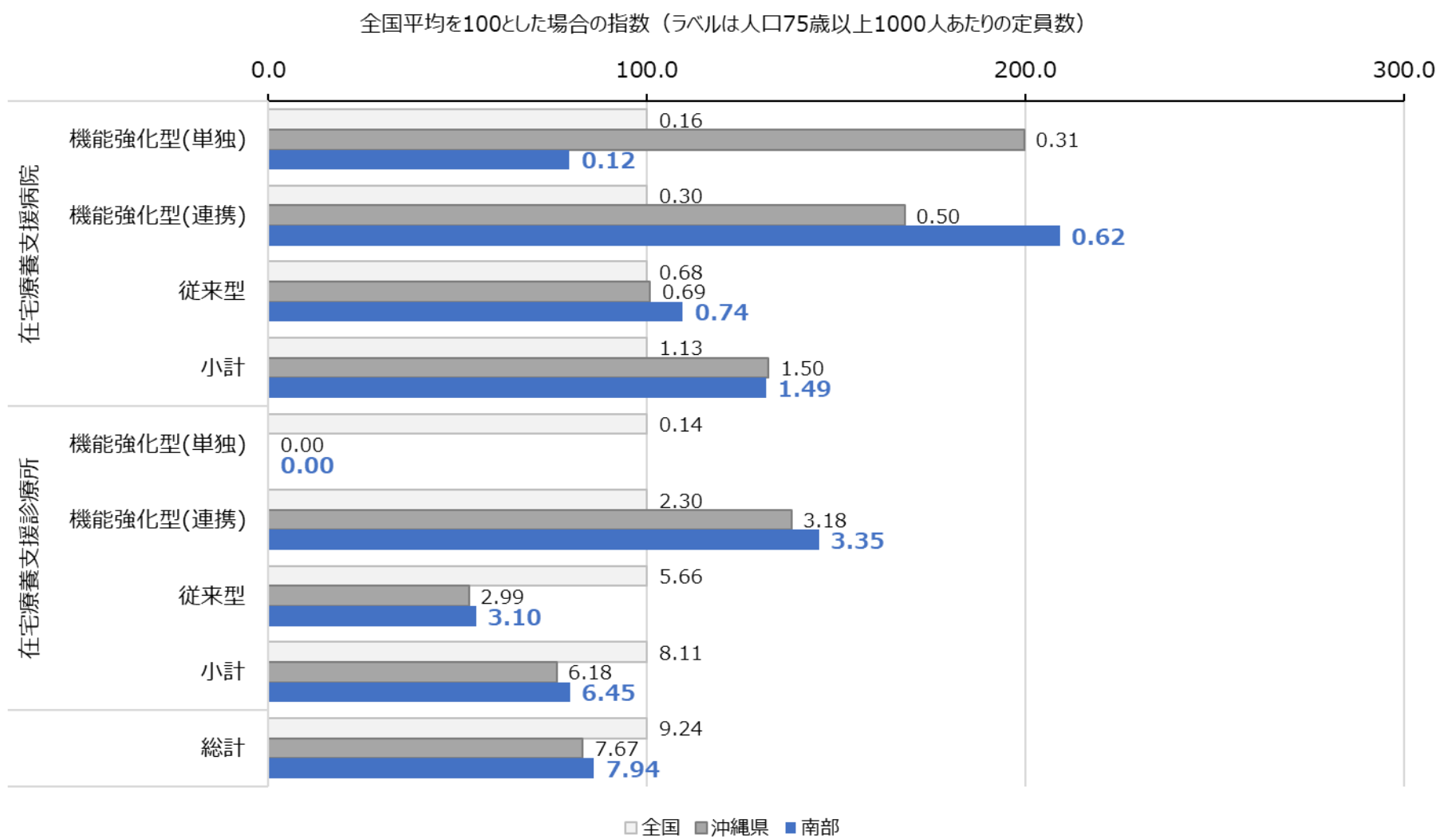


中部医療圏のデータから外来及び在宅医療における課題

外来による 継続的な健康管理 及び急変対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 県全体と同様に外来受診が少なく、特に再診の受診が少ない。 ✓ その結果として、時間外の初診につながっている可能性があり、救急病院への搬送及びウォークインに繋がっている可能性がある。
慢性期ニーズ・ 高齢者の住まいへの 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 中部医療圏は75歳以上人口に対して、慢性期病床や介護保険施設が全国や沖縄県全体と比較して多い傾向にある。その一方で、居住系サービスは少なく、人的資源の必要なサービスが多い傾向にある。 ✓ 住宅型有料老人ホームやサ高住が多いが、全国的に健康管理や急変対応が不十分な事業所が多いため、適切なケアや急変対応ができているか確認が必要。
在宅医療の提供体制 ・日々の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 中部医療圏は在支病が8件（うち、単独強化型2件、連携強化型3件）と全国と比べて充実している。一方で、在支診は28件（うち、単独強化型0件、連携強化型19件）、全国と比べて少なく、総数において全国を下回っている。 ✓ 一方で、在支病・在支診以外も含めた訪問診療を実施する施設数は少なく、訪問診療は少ない傾向にある。
在宅医療 入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 中部医療圏は入退院支援加算や退院時共同指導料などの退院に向けた調整や在宅医との連携が積極的に行われている。 ✓ 一方で、介護支援等連携指導料等の介護との連携については算定件数が少ない。
在宅医療 急変対応・看取り	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 往診や緊急往診の件数は少なく、急変時の在宅医と入院医療機関の連携についても少ない状況にある。 ✓ 看取りに関連する項目については訪問診療の提供量に対して多い傾向にある。
救急医療の現状を 踏まえた課題	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 救急搬送を中心とした急変対応の需要が増加していく中で、在宅医療の提供量だけでなく、在宅における急変対応の体制を構築する必要がある。 ✓ 在宅医療の対象者だけでなく、通院可能な患者や高齢者住宅に住む高齢者も含めて、健康管理や重症化予防を促進する必要がある。

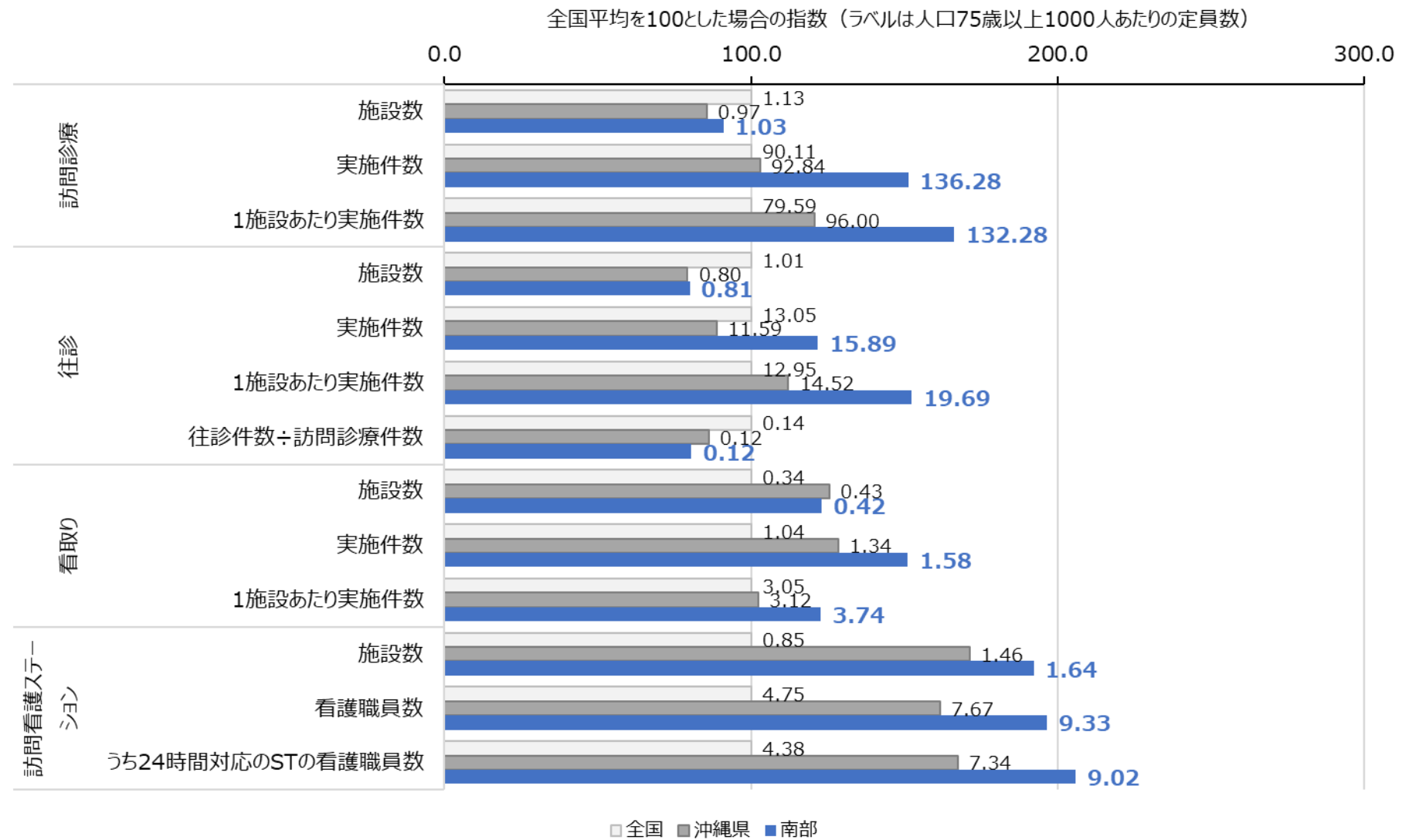
南部医療圏の在宅療養支援病院（在支病）及び在宅療養支援診療所（在支診）
 （他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 10～11参照）

南部医療圏は在支病が12件（うち、単独強化型1件、連携強化型5件）と全国と比べて充実している。一方で、在支診は64件（うち、単独強化型0件、連携強化型27件）と全国と比べて少なく、総数において全国を下回っている。



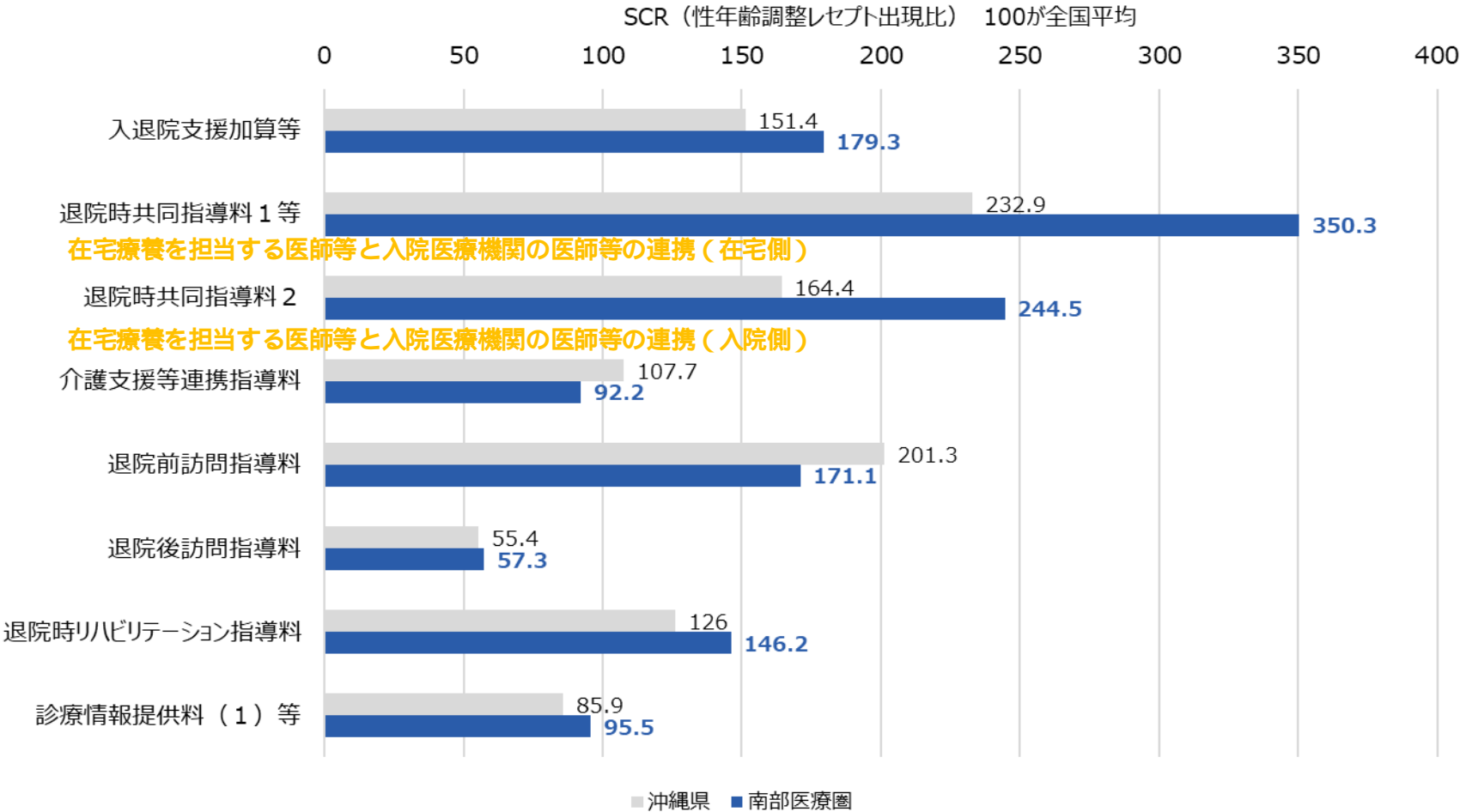
南部医療圏の在宅医療の提供状況 (他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 12~13参照)

南部医療圏は在支診、在支病以外も含めた在宅医療の提供状況では、施設数は全国平均程度であり、実施件数は多い。往診や看取り、訪問看護についても充実している。



南部医療圏における在宅医療の提供状況 入退院支援
(他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 14~15参照)

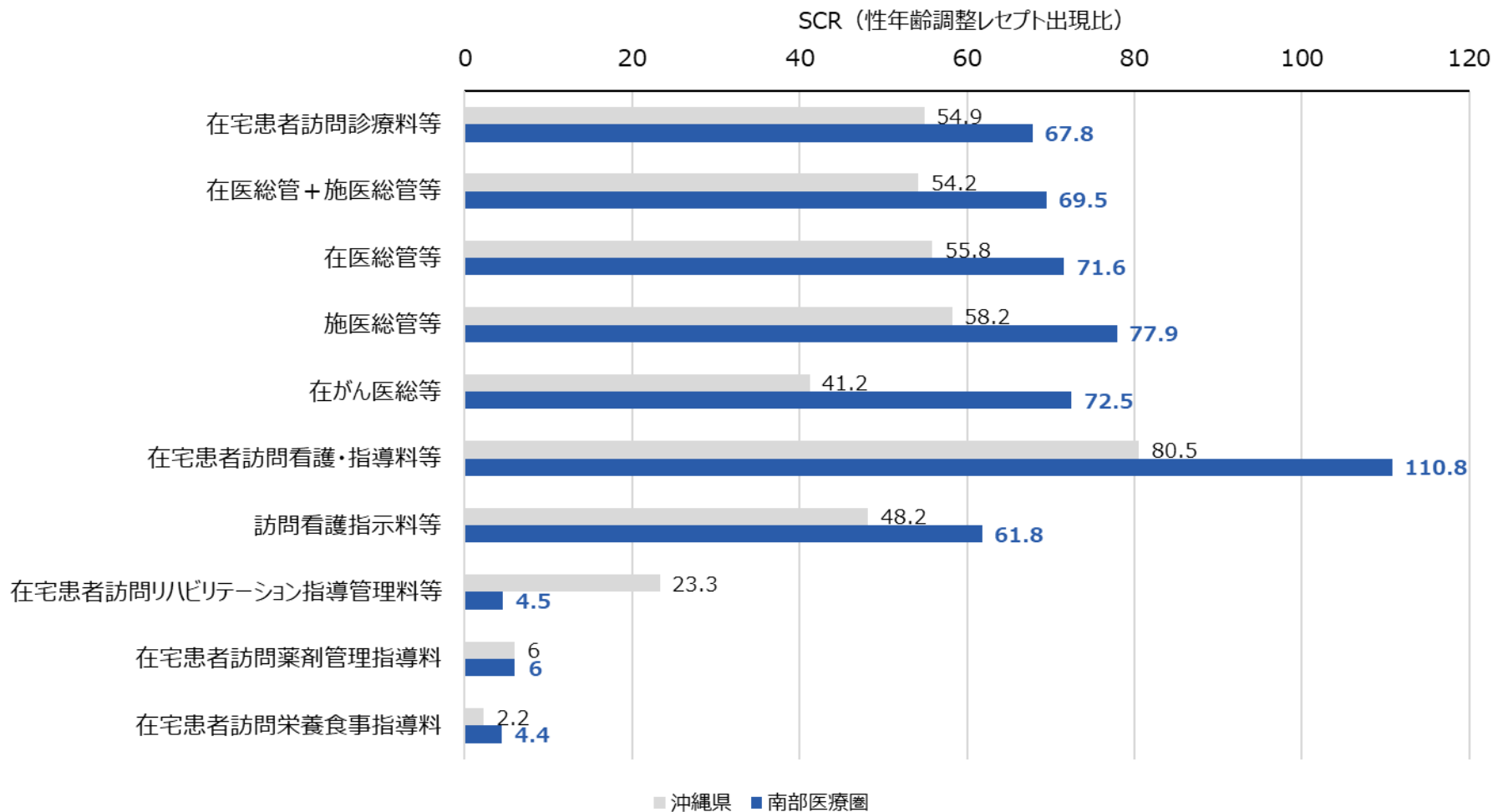
性年齢調整された指数のSCRを用いて、入退院支援の実施状況を確認した。
入退院支援加算や退院時共同指導料などの退院に向けた調整や在宅医との連携が積極的に行われている。
また、退院前訪問指導料等の入院医療機関が退院後の在宅生活を支援するような活動も見られる。



出所：内閣府 医療提供状況の地域差（SCR）令和4年度診療分 より日本経営が作成
各都道府県の年齢構成を調整し、レセプトの出現比（SCR）として指数化（全国平均と同じ診療回数が行われた場合には指数が100となる）
患者住所地の人口から期待値を推計し、施設所在地ベースの件数と比較しているため、患者の流入がある地域は100を上回りやすい。

南部医療圏における在宅医療の提供状況 日々の療養支援 (他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 18~19参照)

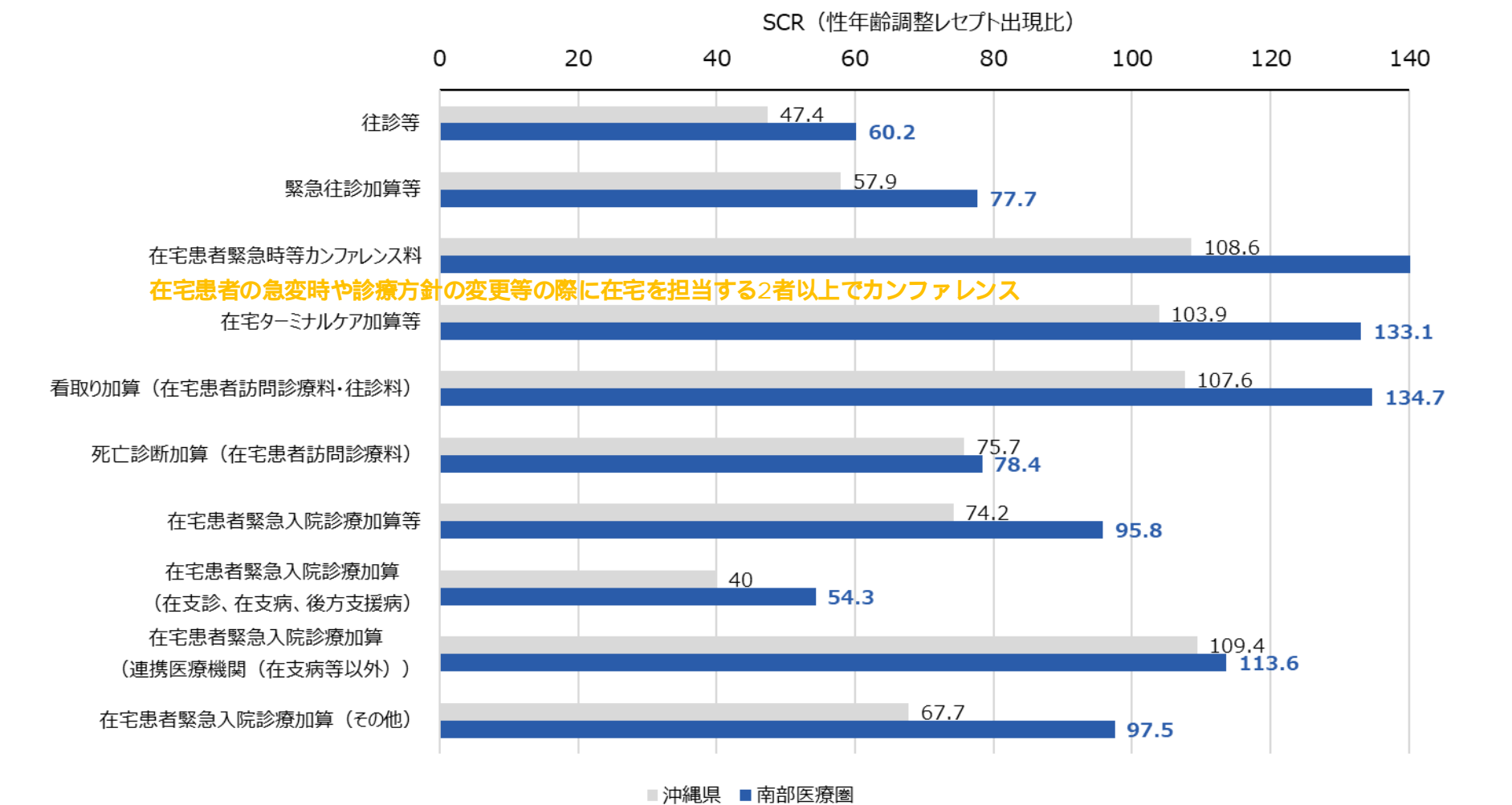
性年齢調整された指数のSCRを用いて、在宅医療に関連する診療行為の実施状況を確認した。
南部医療圏は沖縄県全体よりも全体的に提供量は多いが、全国平均を下回っている。



出所：内閣府 医療提供状況の地域差（SCR）令和4年度診療分 より日本経営が作成
各都道府県の年齢構成を調整し、レセプトの出現比（SCR）として指数化（全国平均と同じ診療回数が行われた場合には指数が100となる）
患者住所地の人口から期待値を推計し、施設所在地ベースの件数と比較しているため、患者の流入がある地域は100を上回りやすい。

南部医療圏における在宅医療の提供状況 急変対応、看取り (他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 21~22参照)

性年齢調整された指数のSCRを用いて、在宅医療における急変対応に関連する診療行為の実施状況を確認した。南部医療圏の往診や緊急往診の提供状況は訪問診療と同程度となっている。緊急時の連携は十分にできており、在宅患者緊急入院診療加算等の入院医療機関との連携も積極的に実施している。



南部医療圏のデータから外来及び在宅医療における課題

外来による 継続的な健康管理 及び急変対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 南部医療圏は外来受診の件数は全国平均と同程度であるが再診の受診が少ない。また、200床以上の病院の再診は多く、外来の機能分化が進んでいないと考えられる。 ✓ その結果として、時間外の初診につながっている可能性があり、救急病院への搬送及びウォークインに繋がっている可能性がある。
慢性期ニーズ・ 高齢者の住まいへの 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 中部医療圏は75歳以上人口に対して、慢性期病床や介護保険施設が全国や沖縄県全体と比較してやや多い傾向にある。その一方で、居住系サービスは少なく、人的資源の必要なサービスが多い傾向にある。 ✓ 住宅型有料老人ホームが多いが、全国的に健康管理や急変対応が不十分な事業所が多いため、適切なケアや急変対応ができているか確認が必要。
在宅医療の提供体制 ・日々の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 中部医療圏は在支病が12件（うち、単独強化型1件、連携強化型5件）と全国と比べて充実している。一方で、在支診は64件（うち、単独強化型0件、連携強化型27件）と全国と比べて少なく、総数において全国を下回っている。 ✓ 一方で、在支病・在支診以外も含めた訪問診療を実施する施設数は全国平均程度で、訪問診療は多い傾向にある。
在宅医療 入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 入退院支援加算や退院時共同指導料などの退院に向けた調整や在宅医との連携が積極的に行われている。 ✓ また、退院前訪問指導料等の入院医療機関が退院後の在宅生活を支援するような活動も見られる。
在宅医療 急変対応・看取り	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 南部医療圏の往診や緊急往診の提供状況は訪問診療と同程度となっている。緊急時の連携は十分にできており、在宅患者緊急入院診療加算等の入院医療機関との連携も積極的に実施している。 ✓ 看取りに関連する項目については訪問診療の提供量に対して多い傾向にある。
救急医療の現状を 踏まえた課題	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 救急搬送を中心とした急変対応の需要が増加していく中で、在宅医療の提供量だけでなく、在宅における急変対応の体制を構築する必要がある。 ✓ 在宅医療の対象者だけでなく、通院可能な患者や高齢者住宅に住む高齢者も含めて、健康管理や重症化予防を促進する必要がある。

5 . 医療・介護連携における論点

医療介護連携においてはACSCに対する適切な対応が論点として挙げられる。協力医療機関の確保と、実態の伴った連携が必要となる。

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。
注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする
注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

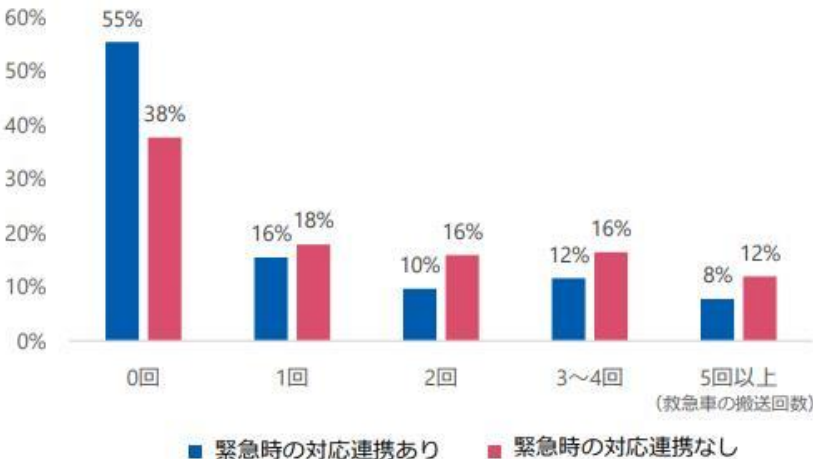
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

入院を回避するための医療介護連携

ACSCへの対応を地域で積極的に取り組んでいる事例がある。地域の医療資源に合わせた対応を検討する必要がある。

- プライマリーケアの現場で適切にマネジメントすることで入院を防ぐことができる可能性のある状態はACSC（Ambulatory Care-Sensitive Conditions）と整理され、病院搬送や入院の削減に対する研究が国内外で複数示されている。
※1,2,3
- ACSCを対象とした取組として、外来受診に係る基準を事前に定め、病院と診療所、介護施設の医師等が共有・連携することで、入院の回避等に努める事例もある。

※1 高齢者ケア施設から急性期病院への回避可能な搬送や入院を削減する看護師主導の介入： スコーピングレビュー（大河原敬文他）日本在宅救急医学会誌2020,4,79-89
※2 Connolly MJ, Broad JB, Boyd M, et al : The 'Big Five'. Hypothesis generation : a multidisciplinary intervention package reduces disease-specific hospitalisations from long-term care : a post hoc analysis of the ARCHUS cluster-randomised controlled trial. Age Ageing 2016 : 45 : 415-420.
※3 Koda, M. et al. (2024). Nurse Practitioner Placement in A Nursing Home in Japan, The Journal for Nurse Practitioners, 20(1),104835.

■ 済生会熊本病院の取組

- 日本心不全学会の定義に従い、BNP値35pg/mL以上 or NT-proBNP値125pg/mL以上の場合、躊躇なく済生会熊本病院の外来に紹介。
- 診療所や介護施設の医師と共有、協力することで、多くは外来治療で軽快し、入院を回避。入院となっても短期治療で退院が可能。例えば、特別養護老人ホームの場合は短期で再入所が可能。

図表5 済生会熊本病院を中核としたアライアンスの概要

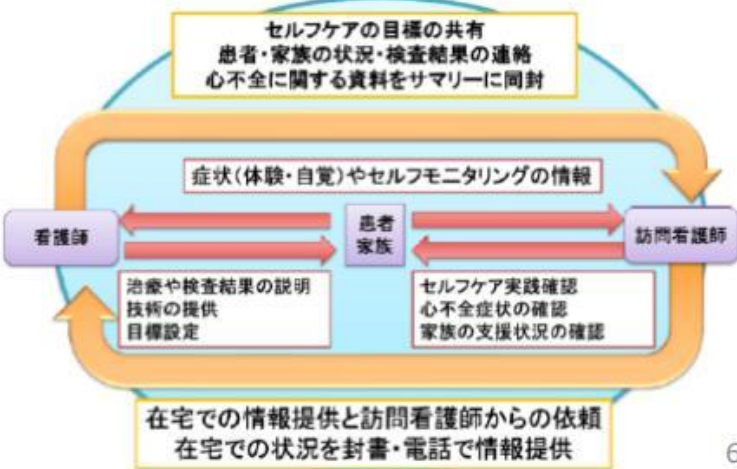
- 入院患者数の転院先の半数を締める8病院とアライアンスを形成
- アライアンスが地域の他の医療・介護施設と連携して、継続的な医療・介護サービスを提供する体制を確立



出所：病院83巻10号 2024年10月 (67)819 - (73)825

図表6 看看連携による在宅心不全患者の支援

- セルフケアのための教育を、病棟と施設、在宅で、継続的かつ一貫性をもって行う事が必須
- そのため、病院と施設等の看護職間の連携とそれを効果的に行うための共同研修を実施



63

介護保険施設との連携強化（協力医療機関の役割）

令和6年度診療報酬改定・介護報酬改定において協力医療機関の役割と評価が明確になった。

- これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ 介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ 介護保険施設等連携往診加算の新設
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ 介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ 協力対象施設入所者入院加算の新設
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ 地域包括診療料等の算定要件の見直し
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じることを追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- 協力医療機関連携加算の新設
- 高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- 介護保険施設等連携往診加算の新設
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ 診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※ 協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ 協力医療機関連携加算の新設
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算の新設
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ 退所時情報提供加算の新設
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ 早期退院の受入れの努力義務化
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・ 入院時情報連携加算の見直し
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・ 通院時情報連携加算の見直し
算定対象に歯科医師を追加

沖縄県内の連携状況

沖縄県に届出されている全134件の事業所の協力医療機関の特徴を分析した。（最大3医療機関を選択しているため複数回答を集計していることに留意。）

急性期医療を担う医療機関が多く、地域密着型の機能を有する病院が少ない傾向にある。

サービス	病院			診療所	回答数
	急充1	総合3	なし		
1 特定施設入居者生活介護	27%	4%	40%	29%	45
4 介護老人福祉施設	6%	18%	56%	20%	118
5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0%	39%	33%	28%	18
6 介護老人保健施設	23%	22%	49%	6%	86
7 介護医療院	0%	0%	100%	0%	15
8 養護老人ホーム	0%	0%	100%	0%	6
総計	14%	17%	53%	16%	288

拠点機能に相当する病院が3割

サービス	病院				診療所	回答数
	三次	二次	告示	無し		
1 特定施設入居者生活介護	4%	38%	7%	22%	29%	45
4 介護老人福祉施設	0%	37%	6%	36%	20%	118
5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0%	50%	6%	17%	28%	18
6 介護老人保健施設	14%	55%	3%	22%	6%	86
7 介護医療院	0%	0%	20%	80%	0%	15
8 養護老人ホーム	0%	50%	0%	50%	0%	6
総計	5%	42%	6%	31%	16%	288

二次救急以上が5割

サービス	病院					診療所					回答数
	在宅療養後 方支援病院	在宅療養支援病院			届出なし	在宅療養支援診療所			歯援診	届出なし	
		支援病 1	支援病 2	支援病 3		支援診1	支援診 2	支援診 3			
1 特定施設入居者生活介護	27%	2%	4%	9%	29%	0%	4%	13%	0%	11%	45
4 介護老人福祉施設	15%	5%	10%	15%	34%	0%	6%	6%	0%	8%	118
5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	11%	0%	0%	22%	39%	0%	22%	0%	0%	6%	18
6 介護老人保健施設	27%	1%	6%	9%	51%	0%	0%	0%	1%	5%	86
7 介護医療院	0%	20%	20%	20%	40%	0%	0%	0%	0%	0%	15
8 養護老人ホーム	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6
総計	20%	5%	8%	13%	38%	0%	5%	5%	0%	45%	288

在宅医療の機能を十分に有さない病院が4割

1月9日の中央社会保険医療協議会において、以下の内容が整理をされている。医療・介護連携の実効性を高めるために情報共有やカンファレンスの頻度を強化する見込みとなる。包括期を担う病院が協力医療機関の機能を強化することが期待される。

(以下、抜粋)

- 2 「治し、支える医療」の実現

- 2 - 1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援（緊急入院等）を担う医療機関の評価

(1) 介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、**協力医療機関に対して求めている協力対象施設との情報共有・カンファレンスの頻度を見直す。**

(2) 高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、**地域包括医療病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料について、これらの体制及び一定の実績を持つ医療機関を更に評価する。**

(3) 地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、初期加算の対象となる患者の範囲及び評価並びに退院支援に係る診療報酬項目の包括範囲を見直す。

包括期入院医療を担う病院の機能を表現しうる指標の候補

以下が包括期の入院医療において評価の対象として挙げられている。
入院で受けて在宅復帰を支援するだけでなく、急変対応や入院をさせないことへの評価も今後は想定される。

評価対象	具体的な指標	データ取得の実現性	評価観点	懸念点	在宅	施設
救急搬送受入件数	外来診察のみで帰宅した症例を含む救急応需件数	病床機能報告を利用、又は別途報告を要する	入院しなかった症例も含まれるため、入院を誘発するおそれなく、救急外来そのもののパフォーマンスを評価できる	搬送手段として救急搬送が選択されないか	○	○
下り搬送等受入件数	下り搬送を応需した件数	現存するデータでは把握不能のため、別途報告を要する	自院で活発な救急受入を行っていても、他院との連携による機能分化を評価できる	下り搬送の定義について要検討	○	○
当該病棟への緊急入院	当該病棟へ自宅又は施設等から直接緊急入院した件数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	病棟ごとのパフォーマンスを評価できるため、併設病棟の種類に影響を受けない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
後方支援に係る加算の算定件数	A206 在宅患者緊急入院診療加算、A253 協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合算	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの情報連携に基づく入院医療の提供について評価できる	同上。現状はA253は在宅病、後方支援病院、地ケアを有する病院に限られており要調整	○ A206	○ A253
自宅等からの入院件数	(地ケアのみ) A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算の算定回数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの連携は評価されない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
協力対象施設である介護施設への往診	C000の注10 介護施設等連携往診加算の算定回数	レセプトから把握、又は別途報告を要する	入院に至らない診療も評価することができる	外来受診できる状態でも往診が選択されないか。A253と同様に算定可能な施設は要調整	—	○

6 . 新たな地域医療構想に向けて圏域で考えるべきこと

2040年に向けて整理すべきこと

2040年に向けて、入院から外来、在宅、医療・介護連携まで広く整理するためには全体像を把握する必要がある。構想区域（二次医療圏）、市町村、日常生活圏域における課題を共有しながら整理をして、それぞれの医療機関の担うべき役割や、機能を強化するための連携の在り方について議論する必要がある。

2040年に向けた医療提供体制の構築のために整理すべきこと

提供体制全体の課題の整理

地域課題を整理して、入院・外来・在宅・介護において、どのような課題を抱えているかを整理し、地域内で共有する。

（課題の目線）

- ・ 流出入の状況
- ・ 病床機能のバランス
- ・ 在宅医療の普及、急変対応
- ・ かかりつけ医機能の地域差
- ・ 救急医療の持続可能性
- ・ 働き手の確保

求められる機能と担い手の明確化

課題解決のために必要な機能と担い手を明確にする。機能を集約すべきか、一定の分散が必要かも判断する。

（役割を決める制度）

- ・ 新たな構想における医療機関機能
- ・ 在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・ かかりつけ医機能報告

地域内の連携の在り方の検討

機能の強化、及び、効率的に強化するために連携体制を構築する。

（構築における必要事項）

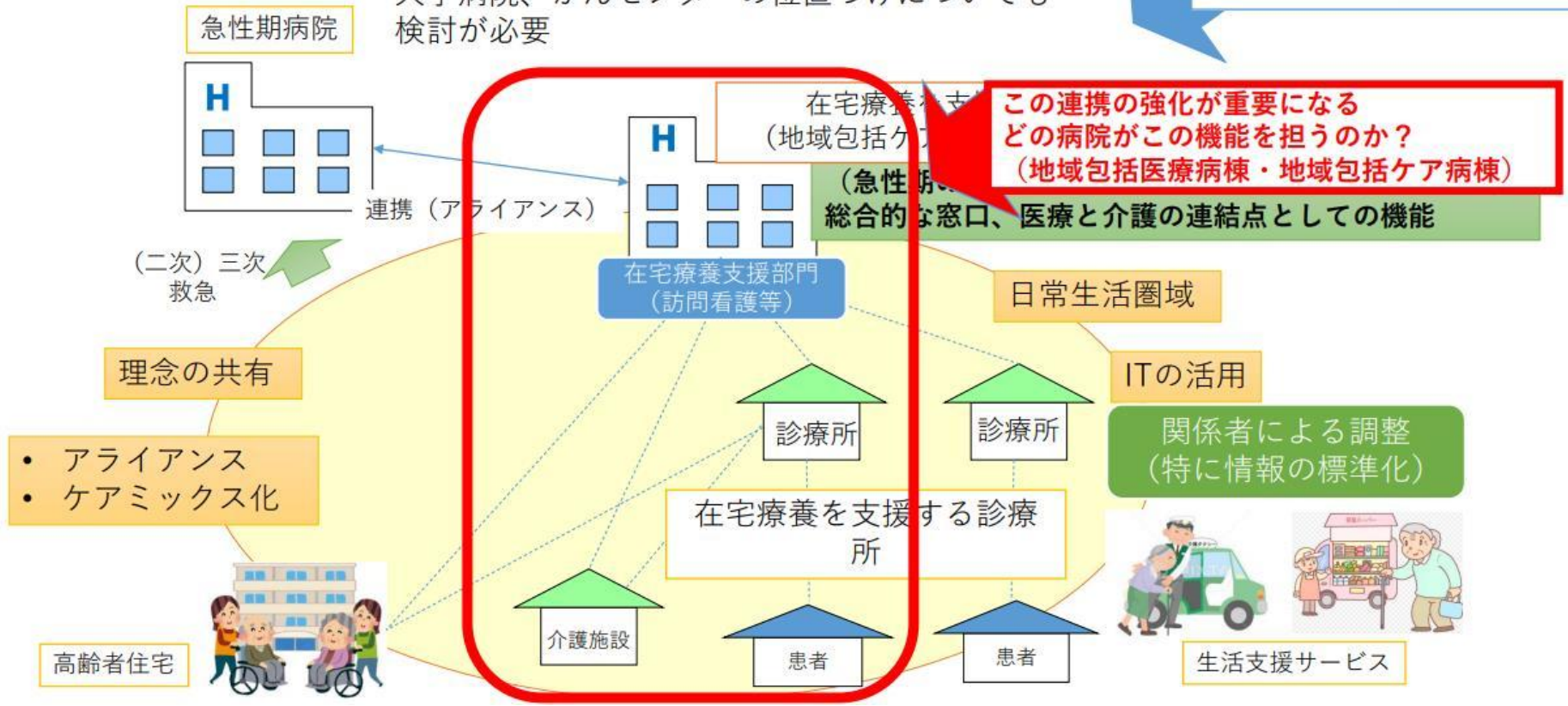
- ・ 新たな構想における医療機関機能
- ・ 在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・ かかりつけ医機能報告

医療介護連携を進めるためには在宅療養を支援する病院を中心とした地域内のネットワークの構築が必要となる。

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

この体系化を区ごとに行う必要がある。
大学病院、がんセンターの位置づけについても検討が必要

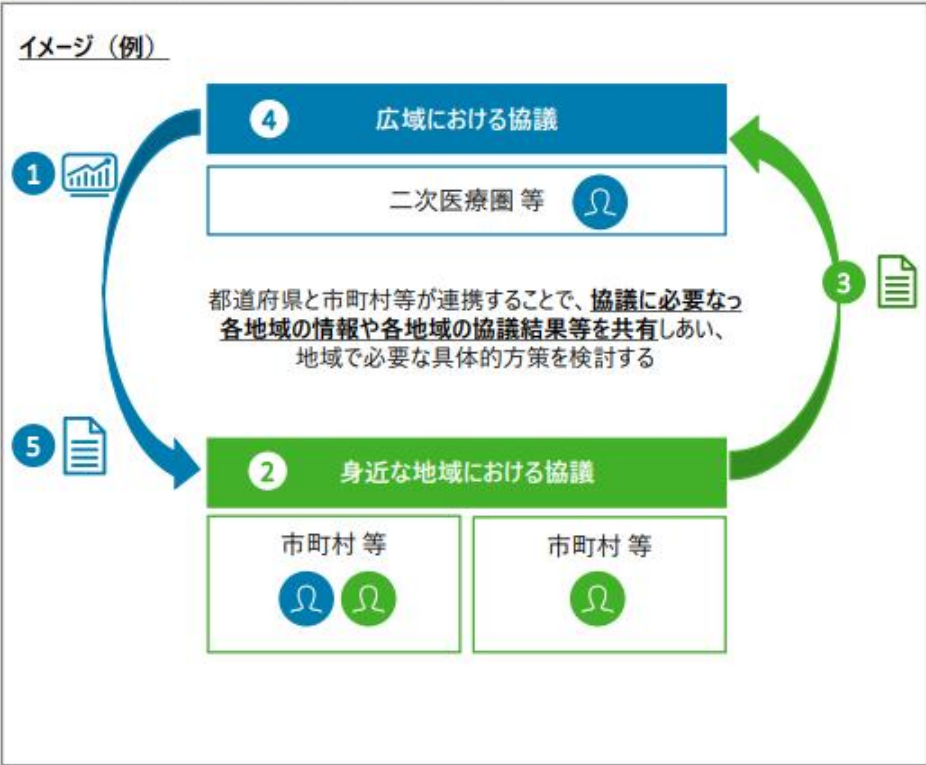
求められる街づくりの視点
自治体の基本構想との融合



かかりつけ医機能報告における協議の場

- かかりつけ医機能の協議は、身近な地域における医療・介護の実情や不足する機能の課題等を把握した上で、当該課題等を協議に反映し、具体的方策の検討を行うことが重要であると考えています。
- 従って、都道府県が介護や福祉分野の実情等を把握する市町村等とも連携して協議体制を検討することが重要であり、例えば、広域的な観点から検討を行う協議と身近な地域において検討を行う協議について、それぞれの協議の内容を共有しながら、地域において必要な具体的方策等を検討することが考えられます。

かかりつけ医機能に係る協議体制（例）



協議の進め方（例）

No	具体的な実施内容（例）
1	身近な地域における協議へのデータ等の情報提供や協議結果の共有等を依頼 都道府県は、身近な地域の関係者へのヒアリング等により、地域の課題等を把握し、報告データ等も参照して、協議課題を検討。 都道府県は、各地域へ必要な情報提供を行うとともに、協議結果の共有などを依頼。
2	身近な地域における協議でのかかりつけ医機能に関する協議 都道府県や市町村等は、報告データや市町村等が所持するデータ等も活用しつつ、身近な地域における課題や具体的方策等について協議。 ※市町村等が実施する協議であっても、都道府県は、かかりつけ医機能に係る協議が円滑に行われるよう必要な支援を行う。
3	身近な地域における協議結果の共有 都道府県や市町村等は、身近な地域における協議結果を整理。 都道府県は、当該結果を踏まえつつ、広域的な観点から協議を行うことが望ましい課題等について検討。
4	広域における協議でのかかりつけ医機能に関する協議 都道府県は、身近な地域における協議結果も踏まえながら、広域的な観点から検討を行うことが望ましい課題等について協議を行う。
5	広域における協議の場での協議結果の共有 都道府県は、広域における協議結果を身近な地域における協議へ反映できるよう、身近な地域における協議に共有し必要な調整を行う。

※身近な地域におけるかかりつけ医機能の課題等を適切に把握して協議を行うことが可能である場合には、このスキームに限る趣旨ではない。

かかりつけ医機能報告における協議の場の進め方

協議の進め方について、以下のように整理がされている。

行政がデータの整理を進めるとともに、医療機関を中心とした関係者が地域で目指すべき姿や課題を共有することが重要となる。

協議前	協議	協議後
<div>地域の医療関係者等との関係構築</div> <ul style="list-style-type: none">都道府県は市町村と連携し、日頃から地域の医療関係者等との顔の見える関係を構築し、地域医療や介護の状況についてを把握しておく。	<div>協議課題ごとに、以下の①～⑥を繰り返しながら、各地域において不足するかかりつけ医機能を確保していく。</div> <div>① 地域の現状の把握と共有</div> <p>地域のかかりつけ医機能の確保に係る現状と今後の見通しについて、関係者で現状認識を共有する。</p> <div>② 地域で目指すべき姿の共有</div> <p>目指すべき姿を関係者で共有する。</p> <div>③ 解決すべき地域の課題</div> <p>目指すべき姿を踏まえ、地域が抱えている課題を共有し議論する。</p> <div>④ 原因の分析</div> <p>②と③について、関係者の立場ごとにその原因を考え、意見を出し合う。</p> <div>⑤ 方策と役割分担の決定</div> <p>③と④を踏まえ、具体的方策と役割分担について議論。地域の医療資源などを踏まえて、取組の優先順位等を検討。</p> <div>⑥ 方策により期待できる効果と検証</div> <p>⑤の結果得られた効果について、次回の協議の場で議論・検証。</p>	<div>協議結果の公表</div> <ul style="list-style-type: none">都道府県において、住民や医療・介護関係者等がわかりやすいよう、協議結果を公表する。 <div>定期的な検証</div> <p>※かかりつけ医機能の協議に資するよう、圏域ごとの人口構成や医療機関数等の基礎データ、地域の医療機関に関するデータ等のデータブックを作成し、参考となる指標を示す予定。各地域の実情に応じて指標を設定する際に参照されたい。</p>
<div>協議に向けた枠組みの整理</div> <ul style="list-style-type: none">「協議の場」の圏域は、都道府県が市町村と調整して決定し、協議するテーマに応じて設定する。協議の場の参加者については、協議するテーマに応じて、都道府県が市町村と調整して決定する。		
<div>地域の現状分析及び課題の整理</div> <ul style="list-style-type: none">都道府県は市町村と連携し、地域におけるかかりつけ医機能の確保状況や課題等について把握を行う。かかりつけ医機能報告から得られるデータに加えて、介護に関するデータも活用しながら、地域におけるかかりつけ医機能の確保状況を総合的に把握する。		

【目指すべき姿】

- 地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制を構築し、患者が時間外に体調の悪化等があった場合にも、身近な地域で適切な診療や相談を受けられるようにする。

市町村等（協議の場の基本的な圏域）

<参加者の例>

※協議内容に応じて参加者は異なることに留意

- ・郡市区医師会
- ・都道府県・保健所
- ・市町村
- ・関係する診療所
- ・関係する病院
- ・薬剤師会
- ・看護協会 など

【協議の場】



時間外対応の
連携先を見つけたい

【課題解決の具体策の例】

- ・時間外対応の連携先の確保
- ・休日夜間急患センターの参加調整・促進



調整・マッチング

(例)在支診・かかりつけ医
機能を支援する診療所



(例)在支病・後方支援
病院、かかりつけ医機能
を支援する病院



<協議事項>

- ・かかりつけ医機能報告により得られた情報を基に、地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制の構築状況を把握
 - ・在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加している医療機関
 - ・自院の連絡先を渡して随時対応している医療機関
 - ・他の医療機関と連携して随時対応している医療機関 等
- ・地域において連携体制が構築できていない場合は、その課題を把握（例えば、連携先の不足、患者情報の共有が不十分 等）
- ・課題を踏まえ、連携体制の構築についての具体策を検討

【課題解決の具体策の例】

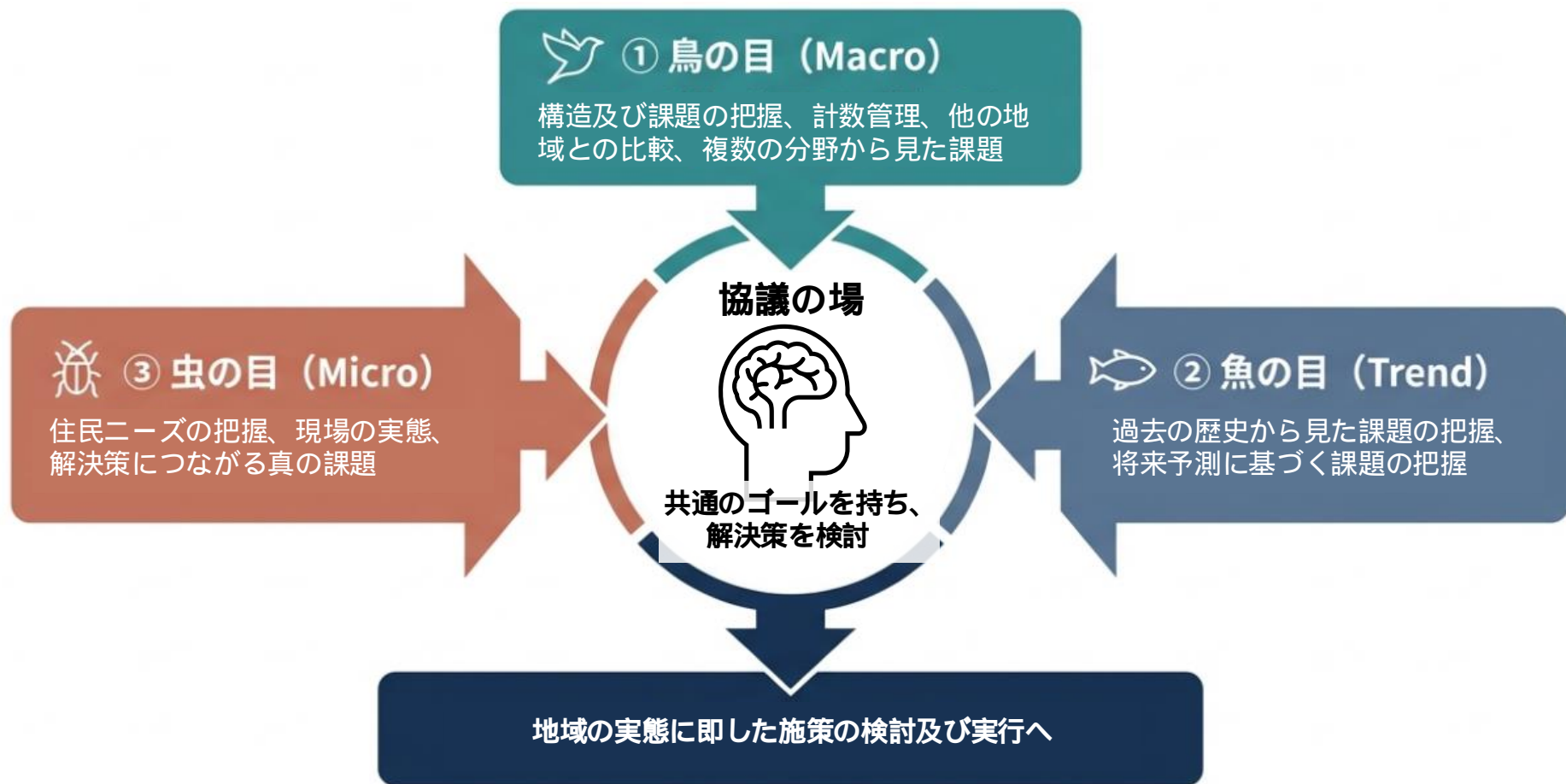
- ・ICTの活用による患者情報の共有



医療経営も医療介護行政も、複眼的な視点による情報収集と、共通理念に基づく意思決定が必要

医療介護の政策における論点や課題は複雑、かつ、広範囲となってきた。

医療機関、関係団体、行政（県、市町村）、保険者、多くの関係者の複眼的な視点の意見を取りまとめ、地域の実情に即した施策へつなげる必要がある。



情報照会先

株式会社日本経営
担当：近藤 瑛佑
Email：eisuke.kondo@nkgr.co.jp

〒561-8510
大阪府豊中市寺内2-13-3
TEL:06-6865-1373
FAX: 06-6865-2502

- 本資料に提供されている内容は万全を期しておりますが、入手する資料及び情報に基づいて作成したものであり、その内容の正確性や安全性を保障するものではありません。
- 本資料を弊社に何の断りなく用い、貴社、貴法人が損害等を被った場合において、弊社は一切の責任を負いかねます。
- 本資料は弊社独自のものですので、取り扱いには十分注意していただけますようお願い申し上げます。