

図4 病床の機能別分類の境界点の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期		救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

## (2) 地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方

### i 慢性期機能の需要推計の考え方について

- 慢性期機能については、病床機能報告制度において、
  - 『・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
    - ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能』
 と定義されている。
- 療養病床については、主に慢性期機能を担っているが、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療行為を出来高換算した医療資源投入量に基づく分析を行うことは難しい。また、地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況である。このため、慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期の中に在宅医療等に対応するこ

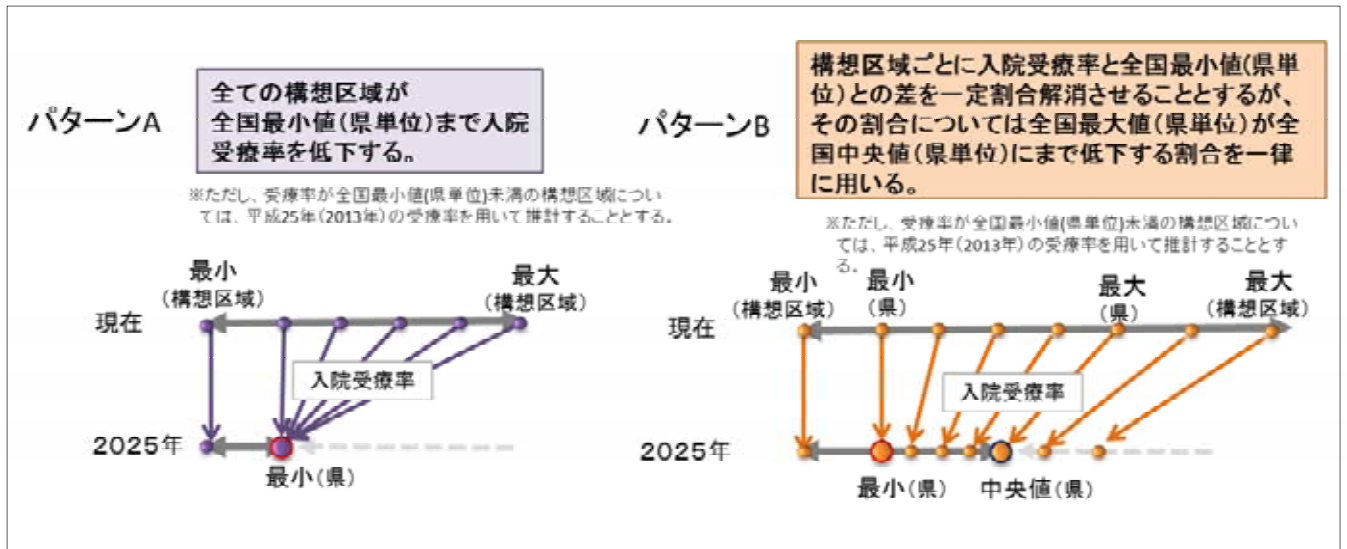
とが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立ち、更に療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計することとする。

- 具体的には、平成 25 年（2013 年）の NDB 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% を在宅医療等に対応する患者数として見込むこととする。さらに、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくこととし、「ii」又は「iii」の率を平成 37 年（2025 年）における性年齢階級別人口に乗じて慢性期の医療需要を計算する。
- 一般病床の障害者・難病患者（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）については、慢性期機能の医療需要とする。

## ii 療養病床の入院受療率における地域差の解消について

- 入院受療率の地域差を解消するための目標については、都道府県は、原則として構想区域ごとに以下の A から B の範囲内で定めることとする。
  - A すべての構想区域の入院受療率を全国最小値（県単位で比較した場合の値。以下、単に「県単位」という。）にまで低下させる。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、現状の受療率を用いて推計することとする。
  - 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、現状の受療率を用いて推計することとする。

図5 入院受療率の地域差の解消目標



iii 入院受療率の目標に関する特例について

○ ただし、退院患者の受け皿となる介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に進められるよう、以下の構想区域については、上記により定めた入院受療率の目標の達成年次を2025年から2030年とすることができるとする。その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標として定めるとともに、2030年の入院受療率の目標及び当該入院受療率で推計した病床の必要量も併せて地域医療構想に定めることとする。

【要件】

① 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

② 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

※1 Bにより入院受療率の目標を定めた場合において、慢性期病床が減少する構想区域の平成25年(2013年)と平成37年(2025年)を比較した減少率の中央値。

上記要件に該当する構想区域において、目標達成年次を平成42年(2030年)とした場合の平成37年(2025年)における慢性期病床の減少率について、①の減少率の全国中央値を下回らないようにする。

※2 都道府県は、上記「ii」、「iii」により入院受療率の目標を設定し、当該入院受療率で推計した慢性期病床の必要量の達成を目指すこととするが、厚生労働大臣

が認める構想区域において、当該慢性期病床の必要量の達成が特別の事情により著しく困難となった場合には、都道府県は、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

- ・ 「厚生労働大臣が認める構想区域」：都道府県全体の慢性期病床の減少率が全国中央値を上回っている都道府県の構想区域（当該構想区域の慢性期病床の平成 25 年（2013 年）と平成 37 年（2025 年）を比較した減少率が全国中央値を上回っている構想区域に限る。）その他これに類する構想区域とする。
- ・ 「特別の事情」：やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫婦のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など、その他これと同等と認められる事情であって、都道府県及び厚生労働省においてやむを得ないと認める事情とする。
- ・ 「厚生労働大臣が認める方法」とは、当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値を下回らない範囲を目安として、厚生労働省に協議して同意を得た入院受療率の目標を定めることとする。

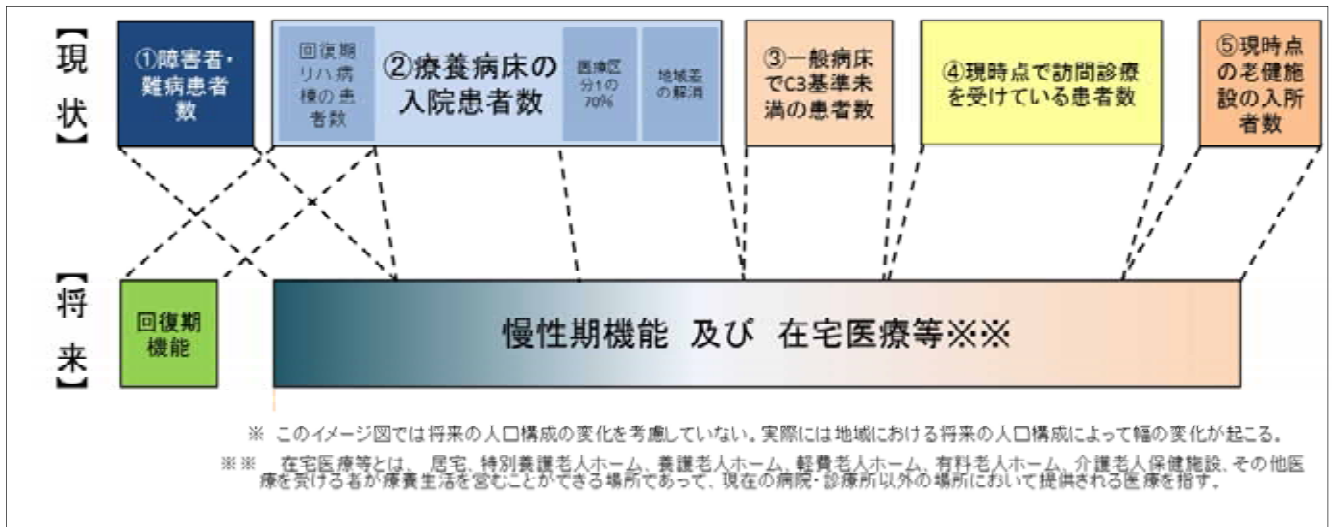
#### vi 在宅医療等への移行について

- 今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能の分化及び連携により、平成 37 年（2025 年）には、入院医療から在宅医療等への移行を促進することが必要である。

#### v 現在の在宅医療等を基にした需要推計について

- 一方で、在宅医療等の推計については、平成 25 年（2013 年）の訪問診療の性・年齢階級別受療率を算定し、これに当該構想区域の平成 37 年（2025 年）における性年齢階級別人口を乗ずることによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
- また、介護老人保健施設の入所者も医療を提供されていることから、平成 25 年（2013 年）の介護老人保健施設の入所者数を当該構想区域の年齢階級別人口で除し、これに当該構想区域の平成 37 年（2025 年）における性・年齢階級別人口を乗ずることによって、在宅医療等の需要として推計する。
- すなわち、将来の慢性期及び在宅医療等の医療需要を推計するためには、次の 5 つを合計することとする。

図6 慢性期機能及び在宅医療等の医療需イメージ図



- ① 一般病床の障害者・難病患者（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）は、慢性期機能の医療需要とする。
- ② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数として推計する。さらに、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要を計算する。
- ③ 一般病床の入院患者（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者を除く）の医療資源投入量に着目した医療需要の推計において、在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる225点を境界点とした上で、さらに、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、当該点数未満の患者数を、在宅医療等に対応する患者数として推計する。
- ④ 平成25年（2013年）の訪問診療の性年齢階級別受療率を算定し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗ずることによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
- ⑤ 平成25年（2013年）の介護老人保健施設の入所者数を当該構想区域の性・年齢階級別人口で除し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗ずることによって、在宅医療等の需要として推計する。

- 地域医療を、限られた医療資源の中で住民が安心して活用するためには、在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠である。一方で、医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築のためには、目標の達成もまた不可欠であることから、住民の理解を深めるとともに、市町村や地域社会を巻き込んだ、医療だけではなく地域全体としての取組を求めるものである。また、厚生労働省においても、地域の需要に円滑に対応できる医療法での人員配置等を調えることの検討を進めることとする。

## 5. 医療需要に対する医療提供体制の検討

- 都道府県は、構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計するが、都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数（構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数）の増減を見込む必要がある。
- その際、構想区域の将来の医療提供体制を踏まえた上で、増減を見込む構想区域双方の供給数の合計ができる限り一致することを原則に、供給数の増減を調整する必要がある。このため、大都市圏など特に都道府県間や構想区域間の医療提供体制の分担が必要となる構想区域の都道府県においては、まず都道府県間の供給数の増減を調整した後で、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整することが適当である。
- また、地域連携パスの共有など、上記の調整を踏まえて関係する都道府県や構想区域の医療機関との間で具体的な施策に関する協議が必要な場合には、地域医療構想調整会議や医療計画に係る圏域連携会議において合同会議を開催する等により、関係する構想区域の保健所長や医療機関等を交えて協議を行うことが望ましい。
- なお、構想区域間の供給数の増減の調整については、以下のようなプロセスで行う。
  - i 各都道府県の構想区域ごとに、患者住所地に基づき推計した医療需要（①）と、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数（他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの）（②）を比較する。

- ii 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まずは、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要がある。この際、地域医療の連携の観点からはすべての場合について行うことが望ましい。少なくとも、平成37年（2025年）の医療需要に対する増減のいずれかが概ね20%又は千人を超える場合は、調整のための協議を行うこととする。
- iii 都道府県間で供給数の増減を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法の総合計画を所管）や介護部局（介護保険事業支援計画を所管）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。
- また、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。
- iv その際、既に医療計画において二次医療圏における医療提供体制が定められている、がん、脳卒中及び急性心筋梗塞については、医療計画を踏まえて構想区域ごとに改めて確認・検討することとし、同様に、
- 認知症疾患医療センター<sup>13</sup>や難病医療拠点病院<sup>14</sup>（予定）といった関連する法・制度に基づく医療提供体制についても、構想区域ごとに確認・検討することが望ましい。また、これら以外の疾病（例えば、発生頻度の高い、肺炎や骨折等）についても、適宜、地域の実情に応じて、構想区域における医療提供体制に関して検討することとする。
- v 以上の考え方を踏まえ、各都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数の増減を調整し、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数(③)を確定することとする。なお、調整にあたっては、丁寧かつ十分な協議を行い、特に都道府県間の調整においては、通常の議事録の作成に加え、合意を確認できる書面を作成するなどして、取りまとめておくことが適当である。

---

<sup>13</sup>認知症疾患医療センター

都道府県及び指定都市が設置する、地域における認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能体制を有する医療機関。

<sup>14</sup>難病医療拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第4条第2項第2号）

難病医療連絡協議会の業務を受託するとともに、連絡窓口を設置し、高度の医療を必要とする患者の受け入れ等の機能を担う医療機関のこと。

## 6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数（③）を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年（2025年）の病床の必要量（必要病床数）（④）とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

図7 構想区域ごとの医療機能別医療需要に対する医療供給  
（医療提供体制）の状況（脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成）

推計年度：

	2025年における	2025年における医療供給（医療提供体制）		
	医療需要 （当該構想区域に居住する患者の医療需要）（①）	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの（②）※	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの（③）	病床の必要量（必要病床数）（③を基に病床利用率等により算出される病床数）（④）
高度急性期 急性期 回復期 慢性期				

※ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

## 7. 構想区域の確認

- 都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性について確認する。

## 8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

### （1）施策の基本的考え方

- 医療法上、都道府県が策定する医療計画においては、「地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項」を定めることとされている。また、地域医療介護総合確保法に基づく都道府県計画<sup>15</sup>においては、「医療介護総合確保区域<sup>16</sup>ごとの当該区域における医療及び

<sup>15</sup>都道府県計画（医療介護総合確保促進法第4条）

都道府県が地域の実情に応じて作成する、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画。そこに掲載された事業に要する経費の全部又は一部を支弁するため、都道府県が基金を設置する場合には、国は、必要な資金の3分の2を負担する。（地域医療介護総合確保基金）

<sup>16</sup>医療介護総合確保区域（医療介護総合確保促進法第4条第2項）



介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業に関する事項」を定めることとされている。

- 医療法では、地域医療構想に関し、直接的には一般病床及び療養病床の機能の分化及び連携の推進が求められている。しかしながら、地域医療の観点からは、精神病床等の他の入院医療機能や外来機能、在宅医療との連携により、認知症、精神科救急、自殺対策を含むうつ病対策、依存症や高次脳機能障害、身体疾患を合併する精神障害者への医療等の精神科医療との連携が求められる医療ニーズ、感染症、歯科疾患といったその他の様々な医療ニーズに対応することが求められる。このため、これらの医療ニーズや地域包括ケアシステムに対応する職種も多様であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカーに加え、介護、福祉(児童、障害等)、教育、就労等、関係者は多岐にわたる。以上のことから、施策の検討に当たっては、都道府県は、幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討することが適当である。
- 特に精神疾患については、医療計画に位置づけられており、一般医療と精神科医療の連携は重要であることから、地域医療構想を策定するに当たっては、地域における精神科医療も含め検討することが必要である。その際、精神科医療については、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」等に基づき、精神科医療の質を良質かつ適切なものとするために、機能分化を進め、長期入院精神障害者を始めとする精神障害者の地域移行をより一層進めることとしており、こうした方向性を踏まえることが重要である。
- 認知症対策については、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)<sup>17</sup>」において、医療・介護等が有機的に連携し、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにするため、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することとされている。また、その際、入院・外来による認知症の専門医療も循環型の仕組み

---

地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域。

<sup>17</sup>認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを基本的な考え方として、厚生労働省が関係府省庁と共同して平成27年1月に策定したもの。

の一環であるとの認識の下、その機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進めることが重要である。

## (2) 必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較

- 都道府県は、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と平成26年度（又は、直近の年度）の病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数とを比較し、病床の機能の分化及び連携における地域の課題を分析する必要がある。

その際、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保、介護施設等の整備の状況など、可能な限り、多様な観点から分析することが望ましい。

※ 病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量（必要病床数）等の情報を踏まえていないことから、個別医療機関間、二次医療圏等の地域間、病床の機能区分ごと等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

- 都道府県は、構想区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討し、施策の基本となる事項を定める必要がある。

当該事項は、毎年度の地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画の策定の基本方針として活用できるようにする必要がある。

## (3) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携に当たっては、都道府県が地域医療構想において定めた構想区域における病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これらを実効性のあるものとするために地域医療介護総合確保基金の活用等により、必要な施策を進めていく必要がある。

- また、将来の病床の機能区分ごとの必要病床数の達成に向けて、地域で不足している病床の機能がある場合には、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床だけでなく、将来的に過剰になることが見込まれる病床機能の転換や集約化と併せて、次第に収れんするよう、機能の分化及び連携を推進していく必要がある。

- このため、都道府県においては、医師会等の医療関係者と十分に協議を

行った上で、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、将来的に病床の機能が過剰になることが見込まれる構想区域においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供や、調整を行う必要がある。

- これらの検討に当たっては、人口構造や疾病構造の変化、それに伴う患者の受療行動の変化など、医療を取り巻く環境の変化を踏まえた視点が必要である。また、不足する機能を担う病床の増床や病床機能の転換に伴う施設・設備整備の支援のみならず、医療機関が役割分担をして有効に機能するための連携施策が重要であり、患者の疾病からの回復が遅延したり、ADL（日常生活における基本的な動作を行う能力）の低下を招くことのないよう、医療機関等の連携により切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供される必要がある。
- このため、地域連携パスの整備・活用の推進や、都道府県や市町村が中心となった連携を推進するための関係者が集まる会議の開催、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築等に複合的に取り組む必要がある。
- また、各医療機関における地域との前方連携及び後方連携を行う看護職員や医療ソーシャルワーカーの研修だけでなく、退院支援部門以外の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の職員に対して、入院開始時から在宅復帰を目指した支援を行うための在宅医療や介護の理解を推進する研修、医療機関の医師、看護職員等と地域の関係者による多職種協働研修等により必要な人材の確保・育成に取り組む必要がある。
- こうした病床の機能の分化及び連携に係る具体的な取組としては、次頁のような施策が考えられるので、参考にされたい。

病床の機能分化・連携に係る具体的な取組例

	体制構築	人材確保
病床機能の分化	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能の重点化・明確化               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ クリティカルパス（クリニカルパス）の活用による病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備・研修等の支援</li> <li>➤ 病床機能に応じた臨床指標（Quality Indicator）を用いた医療の質評価・向上の支援</li> <li>➤ 高度急性期から在宅医療まで地域の医療提供体制について住民（患者）への情報提供・普及啓発</li> </ul> </li> <li>○ 病床機能の変更               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 病床機能変更のための財政的・技術的支援</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能の分化・転換に伴う医療関係者の研修・教育               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ キャリアパスとして異なる病床機能の病棟及び在宅医療で働くことを意識した研修・教育の支援</li> </ul> </li> </ul>
連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床の機能の異なる関係機関の連携強化               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 地域の創意工夫を活かした地域連携パスの作成・活用のための体制整備・連携の支援</li> <li>➤ 救急外来から患者の病状に応じた他の医療機関への紹介入院等の地域連携の支援</li> <li>➤ 在宅医療から地域包括ケア病棟を持つ医療機関等への緊急連絡・搬送体制の整備・支援</li> <li>➤ 認知症、特に行動・心理症状（BPSD）を伴う患者に対する地域での医療提供体制の整備・支援</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 連携に係る人材の確保・養成               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 地域の医療・介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成</li> <li>➤ 退院支援、在宅復帰支援のため地域における多職種連携・人事交流の支援</li> </ul> </li> </ul>

#### (4) 在宅医療の充実

- 地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は今後増大することが見込まれる。特に、慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要がある、地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握だけではなく、具体的な施策につながる調査を行うなど、きめ細かい対応が必須となる。
- さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待される。
- こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域で整備する必要があることから、都道府県は、保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要である。また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう都道府県の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等のさまざまな支援が必要である。
- 在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所等との連携が不可欠であり、関連する事業の実施や体制整備に加え、人材の確保・育成を推進する観点から、都道府県が中心となって、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を行う必要がある。
- また、在宅医療は主に「(地域側の)退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」という機能が求められており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等の協議や、医

療依存度の高い患者や小児等患者に対応するための研修等により各機能を充実させることが必要である。このため、地域の関係者の連携のみならず、患者の急変時等に対応するために、病院が在宅医療を担う診療所等を後方支援することが重要である。さらに、在宅医療を受けている患者に対する口腔機能の管理等の機能を担う歯科診療所及び後方支援を行う病院歯科等が医科医療機関等と連携体制を構築することが重要である。

- こうした在宅医療の充実に係る具体的な取組としては、次頁のような施策が考えられるので、参考にされたい。

在宅医療の充実に係る具体的な取組例

	実施主体※	体制構築	人材確保
退院支援(地域側)	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な事例の退院時カンファレンスに参加。</li> <li>退院調整担当者との定例会議の開催。</li> <li>医療機関との連携のための地域側の一元的な窓口の設置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の療養生活の相談に乗る窓口 に配置する看護職員や医療ソーシャル ワーカーを育成するための研修。</li> </ul>
	行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院(退所)元の医療機関や施設と在宅医療や 介護を提供する医療機関や事業所が情報交換 できる場の設定。</li> </ul>	
日常の療養生活の 支援	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所間の連携や、病院医師による支援によ り、在宅医の不在時の代診等の支援体制の構 築。</li> <li>医療依存度の高い患者や小児等患者への対応 力向上のための研修。</li> <li>在宅医療における衛生材料・医療材料の円滑供 給のため、地域で使用する衛生剤料等の規格・ 品目統一等に関する協議を地域の関係者間で 行うとともに、供給拠点を整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療に取り組む医師確保のため の同行訪問を含んだ導入研修。</li> <li>訪問看護師確保のための採用時研修 に対する支援、研修機関の集約化(拠 点となる訪問看護事業所が地域の教 育機能を担う)、看護系大学と連携し た教育体制の構築。</li> <li>在宅歯科医療を実施する歯科診療所 の後方支援を行う病院歯科等の歯科 医師、歯科衛生士の確保。</li> <li>これまで訪問薬剤管理指導に取り組 んだ経験のない薬局に対しての研修。</li> </ul>
	行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の在宅医療の課題等の解決をめざした関 係者(多職種)による「在宅医療推進協議会」 の設置・運営。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係者と協働した在宅医療に取り組 む人材確保の支援。</li> </ul>

	実施主体※	体制構築	人材確保
急変時の対応	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所等が 24 時間体制をとれるように、病院と診療所（病診）、診療所同士（診診）、診療所と訪問看護ステーションの連携の構築。</li> <li>後方病床確保として、かかりつけ医を通して入院を希望する病院など必要な情報を予め登録するシステムの構築。</li> <li>在宅療養患者の安全な救急搬送体制を確保するため、行政機関や消防機関、医療機関等が一堂に介する協議会を実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの向上を図るための、介護従事者を対象にした救命講習。</li> </ul>
	行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係団体等と協働で、24 時間体制構築のためのコーディネートや支援。</li> </ul>	
看取り	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族に対して、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供。</li> <li>地域で使用する医療用麻薬について、地域の関係者間で品目・規格統一等に関する協議会の開催や供給拠点の設置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成するための、多職種研修や施設との合同開催の研修。</li> </ul>
	行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族に対して、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する広報や情報提供。</li> </ul>	

※ 実施主体については、一般的な例を示したものであり、地域の実情に応じて柔軟に役割分担をする必要がある。