

| 改正後 | 現行 |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">在宅医療の体制構築に係る指針</p> <p>多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいる。高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「<u>治す医療</u>」から「<u>治し、支える医療</u>」への転換が求められている。在宅医療は、<u>高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素である。</u></p> <p>また、<u>今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。</u></p> <p>本指針では「第1 在宅医療の現状」において、我が国の疾病構造及び在宅医療のニーズの変化や在宅医療に係る資源の現状を概観し、次に「第2 <u>医療体制の構築に必要な事項</u>」において、どのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また在宅医療に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とそれらの関係機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p>第1 在宅医療の現状</p> <p>1 在宅医療の現状</p> <p>(1) 疾病構造の変化</p> <p>昭和10～20年代において、我が国の死因の第1位であった結核に代わり、昭和33年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるようになった¹。こうした疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、<u>要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられる。</u></p> | <p style="text-align: center;">在宅医療の体制構築に係る指針</p> <p>多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいる。高齢になっても病気になっても自分らしい生活を支える在宅医療の提供体制を構築することは、国民の生活の質の向上に資するものである。</p> <p>また、<u>超高齢社会を迎え、医療機関や介護保険施設等の受入れにも限界が生じることが予測される中で、在宅医療は慢性期及び回復期患者の受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。</u></p> <p>本指針では「第1 在宅医療の現状」において、我が国の疾病構造及び在宅医療のニーズの変化や在宅医療に係る資源の現状を概観し、次に「第2 <u>関係機関とその連携</u>」において、どのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また在宅医療に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とそれらの関係機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p>第1 在宅医療の現状</p> <p>1 在宅医療の現状</p> <p>(1) 疾病構造の変化</p> <p>昭和10～20年代において、我が国の死因の第1位であった結核に代わり、昭和33年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患が死因の上位を占めるようになった。また、<u>要介護状態に至る主な原因疾患に関する平成22年の報告では、脳血管疾患が約21%、認知症が約15%、関節疾患が約11%、老衰が約14%となっている。さらに認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ[*]以上の人数については、平成27年に250万人、平成37年には323万人に達すると推計されている。自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられる。</u></p> <p>※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思</p> |

¹ 厚生労働省「人口動態調査統計（確定数）」（平成22年）

(2) 在宅医療のニーズの増加と多様化

平成27年における65歳以上の高齢者人口は、3,373万人であるが¹、平成54年には3,878万人となりピークを迎え²、同年の75歳以上の人口割合は、現在の13%から21%に増加する。また、65歳以上の高齢者のいる世帯の約6割が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は現在の約129万人から約166万人に増える³。今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供のあり方を検討することが重要である。

在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、平成21年の13,543人/月から、平成24年には21,121人/月、平成27年には25,184人/月と、年々増加している³。特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加している。在宅患者訪問診療料を算定している1ヶ月あたりの小児（0～9歳）の数は、平成24年の91人/月から、平成27年の1,003人/月へと増加し³、また訪問看護を受ける小児（0～9歳）の数は、平成21年の約3千人/月から、平成27年の約8千人/月へと増加している⁴。

このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。

2 在宅医療の提供体制

(1) 退院支援

在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となる。

具体的には、病院における組織的な取組（退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等）や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患者や家族のQOL向上等の効果が報告されている⁵。

疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態をいう。

(2) 在宅医療のニーズの増加と多様化

平成22年における65歳以上の高齢者人口は、2,937万人であるが¹、平成54年には3,878万人となりピークを迎え、同年の75歳以上の人口割合は、現在の11%から21%に増加する。また、65歳以上の高齢者のいる世帯の約半数が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は現在の約120万人から約166万人に増える⁴。今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供のあり方を検討することが重要である。

在宅療養支援病院・診療所において訪問診療又は往診を受けている在宅療養者は、介護保険3施設[※]に入院・入所中の者よりも、人工呼吸器、気管切開、酸素療法等の医療を必要とする者が多いことが報告されている。また、在宅人工呼吸指導管理料の1ヶ月あたりの算定件数は、平成13年の2,455件から、平成21年の12,783件へと約5倍に増加している。

※介護保険3施設：介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護療養型医療施設

さらに近年、疾病や障害を抱えながらも自宅や住み慣れた地域で生活をする小児や若年層の在宅療養者が増加している。医療保険の訪問看護を受ける小児（0～9歳）の数は、平成13年の1ヶ月あたり842人から、平成21年の2,928人へと約3.5倍に増加している。

疾病構造の変化や高齢化、QOL向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。

2 在宅医療の提供体制

(1) 退院支援

在宅医療は、慢性期及び回復期患者の受け皿としての機能を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっている。

具体的には、病院における組織的な取組（退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等）や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患者や家族のQOL向上等の効果が報告されている。

² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（1月推計）」（平成24年）

³ 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

⁴ 厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（平成21、27年）

⁵ 医療経済研究機構「退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方に関する研究」（平成19年）

退院支援担当者を配置している病院は、平成20年の2,450ヶ所（28%）から、平成26年の3,592ヶ所（42%）へと増加している⁶。病床規模別にみると、300床以上の病院では74%の病院で退院支援の担当者を配置しており、病床規模が大きい病院ほど複数の担当者を配置している傾向がみられる⁶。

(2) 日常の療養生活の支援

① 訪問診療

在宅医療を受けた患者数は、平成26年には156,400人/日で、平成23年の110,700人/日に比較し、41%増加している⁷。

訪問診療を提供している医療機関は、全診療所100,461ヶ所のうち、20,597ヶ所（20.5%）、全病院8,493ヶ所のうち2,692ヶ所（31.7%）である⁶。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は平成26年3月現在、それぞれ1,060ヶ所、14,453ヶ所の届出があり⁸、年々増加しているものの、都道府県別の人口10万人当たりでみると、前者が0.29から3.6（全国値0.8）、後者が5.4から22.8（全国値11.5）とばらつきが見られる⁷。

病院、診療所を対象とした調査では、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74%が24時間対応の困難さを挙げた⁹。在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められている。

② 訪問看護

訪問看護利用者約56.7万人/月のうち、医療保険による利用者は約17.1万人/月¹⁰、介護保険による訪問看護利用者が約39.6万人/月¹¹である。

介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは7,917カ所¹¹、訪問看護を実施する病院・診療所は1,580カ所である¹¹。都道府県別に人口10万人当たりの訪問看護事業所数（訪問看護ステーション、訪問看護を実施している医療機関の合計）をみると、4.3から12.1とばらつきがみられる（全国値7.3）¹²。

訪問看護ステーションの多くは、従業員が5人未満の小規模な事業所であるが、規模

しかし、実際に退院支援担当者を配置している病院は、2,450ヶ所（28%）である。病床規模別にみると、300床以上の病院では約半数の病院で退院支援の担当者を配置しており、病床規模が大きい病院ほど複数の担当者を配置している傾向がみられる⁹。

(2) 日常の療養生活の支援

① 訪問診療・往診

在宅医療を受けた患者数は、1日に98,700人で、平成17年の64,800人に比較し、52.3%増加している。

訪問診療を提供している医療機関は、全診療所99,083ヶ所のうち、19,501ヶ所（19.7%）、全病院8,794ヶ所のうち2,582ヶ所（29.4%）である⁹。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は平成23年7月現在、それぞれ12,848ヶ所、445ヶ所の届出があり、年々増加しているものの、都道府県別の人口10万人当たりでみると、前者が3.9から20.9（全国値10.1）、後者が0.05から1.25（全国値0.41）とばらつきが見られる。

診療所を対象とした調査では、在宅療養支援診療所の届出をしない理由として、約70%が24時間対応の困難さを挙げた。在宅療養支援診療所の81%が医師数1名の小規模な診療所であり、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められている。

② 訪問看護

訪問看護利用者約40.1万人/月のうち、医療保険による利用者は約9.9万人/月、介護保険による訪問看護利用者が約30.2万人/月である。

介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは5,978カ所、訪問看護を実施する病院・診療所は1,909カ所である。都道府県別に人口10万人当たりの訪問看護事業所数（訪問看護ステーション、訪問看護を実施している医療機関の合計）をみると、3.5から10.8とばらつきがみられる（全国値6.8）。

従業員が5人未満の小規模な訪問看護ステーションが60%を占めるが、訪問看護ステ

⁶ 厚生労働省「医療施設調査（静態）」（平成20、26年）

⁷ 厚生労働省「患者調査」（平成20、23、26年）

⁸ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ（平成27年）

⁹ 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」（平成29年）

¹⁰ 厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（平成23、27年）

¹¹ 厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成23、27年6月）

¹² 厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成22、26年）より算出

の大きな訪問看護ステーションほど、難病や末期の悪性腫瘍等の利用者が多く、また緊急の訪問が多い実態がある¹³。

今後は、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められている。

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⁶。

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⁶。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¹⁴、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。

④ 訪問薬剤管理指導

全薬局 57,784カ所¹⁵のうち、在宅訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局数は、平成26年では医療保険では3,598ヶ所で算定回数は約15万回/年、介護保険では11,020ヶ所（重複あり）で算定回数は約545万回/年となっており¹⁶、実施施設は年々増加しているが薬局全体では約2割程度である。医療機関の薬剤師が実施した在宅訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約480回/月¹⁷、介護保険約6,000回/月¹¹となっている。地域の薬局には、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報を一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うことや、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが求められている。

(3) 急変時の対応

ーション1カ所あたり、平均26.8カ所の医療機関から訪問看護指示書が交付されており、平均17.3カ所の居宅介護支援事業所から居宅サービス計画書を受け取っている等、多くの医療機関や介護事業所と連携している実態が報告されている¹⁵。

③ 訪問歯科診療

在宅歯科医療を受けた患者は、約25,000人/日（歯科外来患者総数の1.9%）であり、そのうち、95.7%が65歳以上である¹⁰。

全歯科診療所67,779ヶ所のうち、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、8,214ヶ所（12.1%）である⁹。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3,700ヶ所であるが、都道府県別の歯科診療所に占める在宅療養支援歯科診療所の割合をみると、0.4%から36.1%とばらつきがみられる（全国値5.5%）。

要介護高齢者の約9割が歯科治療や専門的口腔ケアが必要とされているが、実際の受療者は約3割という報告もある。口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の予防等のためには、在宅療養者の歯科受療率の向上が課題となっている。

④ 訪問薬剤管理指導

介護保険の居宅療養管理指導を受けた者の数は、約11万人/月である。

全薬局 53,642カ所のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は、42,163ヶ所（78.4%）であるが¹¹、都道府県別に届出割合をみると、48.5%から98.8%とばらつきがみられる（全国値78.6%）¹²。

医療保険の在宅患者訪問薬剤管理指導及び介護保険の居宅療養管理指導を行っている薬局等を対象とした調査によると、患者の薬剤管理上の問題点として、薬剤の保管状況、服薬に関する理解不足、薬剤の飲み忘れ等が挙げられている。

(3) 急変時の対応

¹³ 厚生労働省保険局医療課調べ（平成25年）

¹⁴ 厚生労働省保険局医療課調べ（平成24年）

¹⁵ 厚生労働省「衛生行政報告例」（平成26年）

¹⁶ 厚生労働省保険局、老健局調べ（平成26年）

¹⁷ 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」（平成27年）

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族の負担への懸念が挙げられる¹⁸。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。

そのため、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受け入れといった後方支援体制の構築が求められている。

(4) 在宅での看取り

55%の国民が、治る見込みがない病気になった場合に、自宅で最期を迎えることを望んでいる¹⁸、場所別の死亡率をみると、医療機関での死亡率が77%となっている¹。患者や家族のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められている。

また、高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える者が増えていることから、在宅医療に係る機関が介護施設等による看取りを必要に応じて支援することが求められる。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第1 在宅医療の現状」を踏まえ、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

① 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) 日常の療養支援が可能な体制

① 多職種協働により患者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供

② 緩和ケアの提供

③ 家族への支援

(3) 急変時の対応が可能な体制

① 患者の病状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

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する不安や家族への負担への懸念が挙げられる。急変時の対応に関する患者の不安の軽減や家族の負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。そのため、訪問診療や訪問看護については24時間対応が可能な連携体制の構築、在宅療養支援病院や有床診療所については在宅療養患者の病状の急変時における円滑な受け入れが求められている。

(4) 在宅での看取り

60%以上の国民が、終末期においても可能な限り自宅での療養を望んでおり、患者や家族のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められている。

また、高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える者が増えていることから、在宅医療に係る機関が介護施設等による看取りを必要に応じて支援することが求められる。

我が国の在宅死亡率（自宅及び老人ホームでの死亡率）をみると、平成18年の14.5%から増加に転じ、平成22年の在宅死亡率は16.1%となっている¹。また、東京特別区及び政令指定都市等の大都市圏における在宅死亡率は17.9%と全国値より高くなっている

¹。

第2 関係機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 在宅医療の現状」を踏まえ、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

① 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) 日常の療養支援が可能な体制

① 多職種協働により在宅療養者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供

② 緩和ケアの提供

③ 家族への支援

(3) 急変時の対応が可能な体制

① 在宅療養者の病状急変時における往診体制及び入院病床の確保

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制

¹⁸ 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（平成24年）

① 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
 また、上記(1)から(4)の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要である。こうした観点から、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を医療計画に位置付けていくことが望まれる。

2 各医療機能と連携
 前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① 目標

- 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 入院医療機関に求められる事項

- 退院支援担当者を配置すること
- 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
- 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
- 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
- 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること
 (医療機関の例)
 - 病院・有床診療所
 - ※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組が行われている。

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項

- 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
- 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
- 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院(退所)支援担当者に対し、地域の在

① 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
 また、上記(1)から(4)の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要である。こうした観点から、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を医療計画に位置付けていくことが望まれる。

2 各医療機能と連携
 前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① 目標

- 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 入院医療機関に求められる事項

- 退院支援担当者を配置すること
- 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
- 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
- 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること
- 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること
 (医療機関の例)
 - 病院・有床診療所
 - ※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組みが行われている。

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項

- 在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるよう調整すること
- 在宅医療や介護の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- 高齢者のみではなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
- 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院(退所)支援担当者に対し、地域の在

宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所

※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

① 目標

- ・ 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- ・ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること

※ がん患者、認知症患者及び小児患者の在宅医療については、それぞれがんの医療体制構築に係る指針、精神疾患の医療体制構築に係る指針及び小児医療の体制構築に係る指針を参照。

- ・ 災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
- ・ 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること
- ・ 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

(関係機関の例)

宅医療及び介護資源に関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター

※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

① 目標

- ・ 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保すること
- ・ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ がん（緩和ケア体制の整備）、認知症（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること

※ がん患者の在宅医療については、がんの医療体制構築に係る指針を参照。

- ・ 災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
- ・ 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること
- ・ 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 短期入所サービス提供施設
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所

(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

① 目標

- ・ 患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること
- ・ 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること
- ・ 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局

③ 入院医療機関に求められる事項

- ・ 在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと
- ・ 重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

(医療機関の例)

- ・ 病院・診療所

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 短期入所サービス提供施設

(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

① 目標

- ・ 在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること
- ・ 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること
- ・ 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局

③ 入院医療機関に求められる事項

- ・ 在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと
- ・ 重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

(医療機関の例)

- ・ 病院・診療所

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

| | |
|--|---|
| <p>① 目標</p> <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 <p>② 在宅医療に係る機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>人生の最終段階</u>に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ・ 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、<u>障害福祉サービス</u>や看取りに関する適切な情報提供を行うこと ・ 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること <p>(関係機関の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・診療所 ・ 訪問看護事業所 ・ 薬局 ・ 居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター ・ <u>基幹相談支援センター・相談支援事業所</u> <p>③ 入院医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること <p>(医療機関の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・診療所 <p>(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関</p> <p>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、<u>障害福祉</u>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。</p> <p>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。</p> <p>① 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと ・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと ・ 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと | <p>① 目標</p> <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 <p>② 在宅医療に係る機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>終末期</u>に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ・ 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと ・ 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること <p>(関係機関の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・診療所 ・ 訪問看護事業所 ・ 薬局 ・ 居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター <p>③ 入院医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること <p>(医療機関の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・診療所 <p>(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>① 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと ・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと ・ 在宅医療を担う研修を行うこと ・ 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと |
|--|---|

- ・ 患者の家族への支援を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
- ・ 地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

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

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組や、障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

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

① 目標

- ・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点到求められる事項

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療にお

- ・ 在宅療養者の家族への支援を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護の資源が十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 卒後初期臨床研修制度（歯科の場合、卒後臨床研修制度）における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護や家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ 入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受入れを行うこと
- ・ 地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護資源に関する情報提供を行うこと

(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は、標準的な規模の市町村の人口（7～10万人程度）につき1カ所程度を目途に設けられることを想定しており、医療計画に位置付ける際には市町村と十分に協議することが重要である。

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

① 目標

- ・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点到求められる事項

- ・ 地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連

ける連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、在宅医療の体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 退院支援を受けた患者数
- ・ 往診を受けた患者数
- ・ 訪問診療を受けた患者数
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数
- ・ 訪問看護利用者数
- ・ 薬剤師による訪問薬剤管理指導の利用者数
- ・ 管理栄養士による訪問栄養食事指導の利用者数
- ・ 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数
- ・ 訪問リハビリテーション利用者数
- ・ 短期入所サービス（ショートステイ）の利用者数

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 在宅医療を担う関係機関の数とその位置（訪問診療等を実施する診療所、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護事業所、訪問薬剤管

携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること

- ・ 地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、在宅医療の体制を構築するに当たって、(1)(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごとおよびストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 往診を受けた患者数
- ・ 訪問診療を受けた患者数
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数
- ・ 訪問看護利用者数
- ・ 薬剤師による訪問薬剤指導の利用者数
- ・ 管理栄養士による訪問栄養指導の利用者数
- ・ 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数
- ・ 訪問リハビリテーション利用者数
- ・ 短期入所サービス（ショートステイ）の利用者数
- ・ 退院患者の平均在院日数（患者調査）
- ・ 在宅死者数（人口動態統計）

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 在宅医療を担う関係機関の数とその位置（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護事業所等）

理指導を実施する薬局等)

- ・ 在宅医療に携わる人員・体制（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数や看護師数等）
- ・ 連携の状況（関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況）

(3) 指標による現状把握

別表11に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実にを行うことが望ましい。

- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

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。

- ・ 在宅医療に携わる人員・体制（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数や看護師数等）
- ・ 連携の状況（関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況）

(3) 指標による現状把握

別表11に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、公的統計等により全都道府県で入手可能な指標（必須指標）と、独自調査やデータ解析等により入手可能な指標（推奨指標）に留意して、把握すること。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 関係機関とその連携」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。

- (3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

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。

また、医療機関、在宅医療及び介護、障害福祉の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護、障害福祉の関係機関等との情報の共有に努める。

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。

(2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示第374号)の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」(平成19年7月20日付健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知)を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等の関係団体と連携して医療機関相互の調整を行う等、積極的な役割を果たすこと。

(3) 医療計画には原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。
なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関等が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、指標により把握した数値となっている原因の分析を行い、地域の在宅医療の体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、市町村と連携しながら、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

特に、将来の在宅医療に係る医療需要について、介護保険事業(支援)計画との整合性の確保のために設置する都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

また、医療機関、在宅医療及び介護の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護の関係機関等との情報の共有に努める。

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、ケアマネジャー等について、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。

(2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示第374号)の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」(平成19年7月20日健総発第0720001号健康局総務課長通知)を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等の関係団体と連携して医療機関相互の調整を行う等、積極的な役割を果たすこと。

(3) 医療計画には原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。
なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関等が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療機関とその連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、指標により把握した数値となっている原因の分析を行い、地域の在宅医療の体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

特に、将来の在宅医療に係る医療需要に対する目標について、介護保険事業（支援）計画等と整合性をもって設定し、その考え方を記載していくことが重要であり、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保のために設置する都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

施策の検討にあたっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。

（施策の例）

- ・ 地域住民に対する普及啓発
- ・ 入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
- ・ 入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施 等

また、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について、在宅医療に係る圏域ごとの課題に鑑みて、必要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。

特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的な支援が必要である。

7 評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、1

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第七に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

7 評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、1

年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、計画期間の中間年での見直しを見据え、適時に調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策・事業やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策・事業やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。