新潟県が考える
地域医療構想グランドデザインと
在宅医療推進の方向性

松本晴樹
新潟県福祉保健部長

松本のキャリア

- 千葉大医学部卒業後、石巻赤十字初期研修
- 湘南鎌倉総合病院ER　（１年）
- 厚生労働省へ入省

母子保健課	＝	子どもの事故予防、不妊治療
広報	＝	科学広報・リスコミ
厚労科研費	＝	競争的資金
診療報酬	＝	深夜手術加算、胃ろう、 医薬品等の費用対効果

（留学：ハーバード公衆衛生大学院：医療政策専攻）

医療政策	＝	地域医療構想

・2020年４月ー　新潟県福祉保健部長へ

以下の記事をぜひ

イノベーター育成
臨床研修コース

挑戦する医師につながるサイト
coFFee doctors

Top | 記事一覧 | 医療再編をリードするイノベーターを育成する

医療再編をリードするイノベーターを育成する

Cadetto.jp
日経メディカル × DtoD 総合メディカル

若手医師のお役所奮闘記　連載をフォロー

小さな一部分の改善がやがて世界を改革する

2015/05/12　松本晴樹＝厚生労働省医政局総務課・地域医療計画課

医師の職場環境

印刷 | シェアする 0 | B!ブックマーク 0 | ツイート

君らがどんな小さな部分でも何らかの仕事を任されたとしたら、その君らが任された世界の小さな部分を良くするよう努力してほしい。一人ひとりが任された部分が小さなものであっても、一人ひとりがその小さな部分をより良く変える努力をすれば、世界全体を変革することができる――。

新潟県における地域医療構想と在宅医療推進の方向性

１．地域医療構想の方向性

①「新潟県地域医療構想グランドデザイン」に基づき、医療提供体制の再編・教科等を推進中

②「地域包括ケアシステムを支える」病院の中に、在宅医療を積極的に推進する病院が生まれてくることが想定

③「地域連携」は重要だが、「患者を送る」「受け取る」双方のメンタリティが重要で、軽微な情報連携を行い、あとは積極的に患者を受け渡していくことだけが重要。（できない理由を並べていることにならないように）

２．在宅医療推進の方向性

①中期的には、在宅医療の需要は増加する見込み。

②在宅医療に関与する診療所は減少傾向。病院などがカバーしていく必要がある。

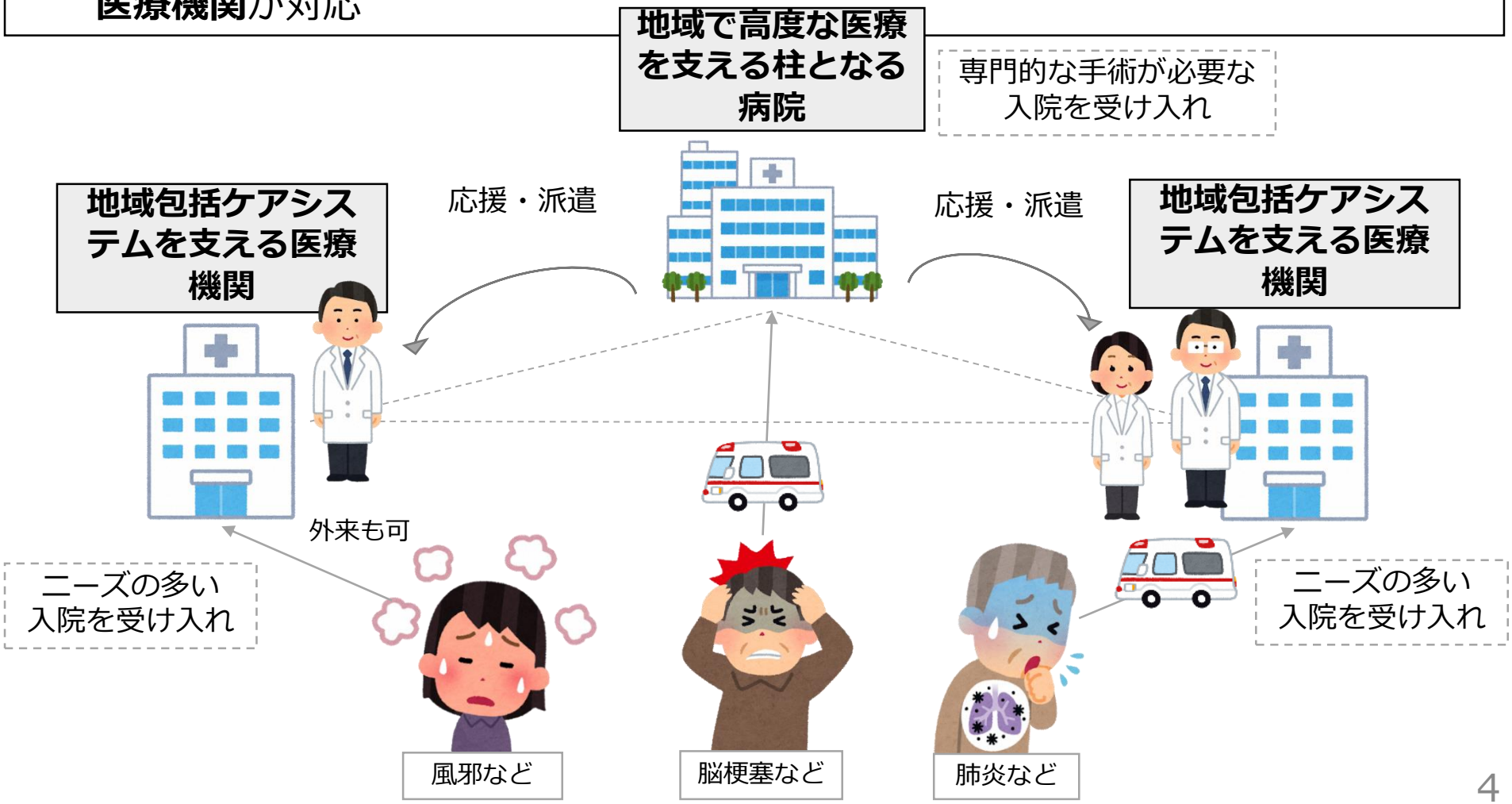
③地域医療構想の推進により、役割を見直す病院の中に、在宅医療に力を入れたい病院が存在する。ボトルネックは、２４時間対応を行う体制と訪問看護の担い手の確保

④訪問看護の担い手確保については、訪問看護ステーションの効率化・大規模化が必要だが、経営ノウハウの不足により、推進しきれていない。その点に活路が見いだせないか。

グランドデザインが目指す大枠の方向性

○ **「地域で高度な医療を支える柱となる病院」**の体制が強化され、**専門的な手術や救急で入院**が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供

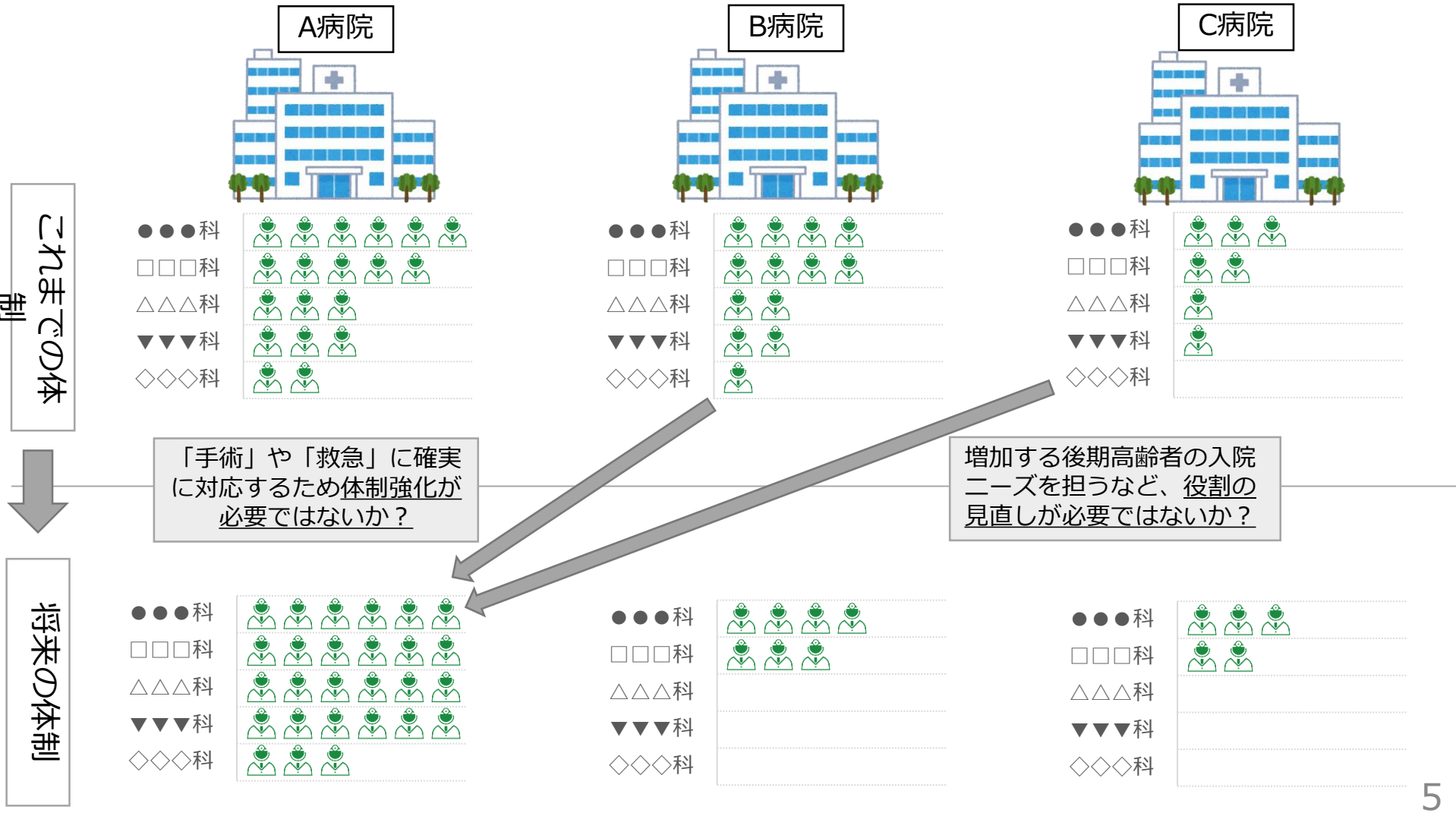
○ **ニーズの多い入院**（後期高齢者等）については、**地域包括ケアシステムを支える医療機関**が対応



地域医療構想の必要性を踏まえた整理

○　圏域ごとに特定の病院に**医師等を集約**し、「**手術**」や「**救急**」に**確実に対応**

○　それ以外の病院では、**役割を見直す**



＜各病院の役割の基本的なイメージ＞

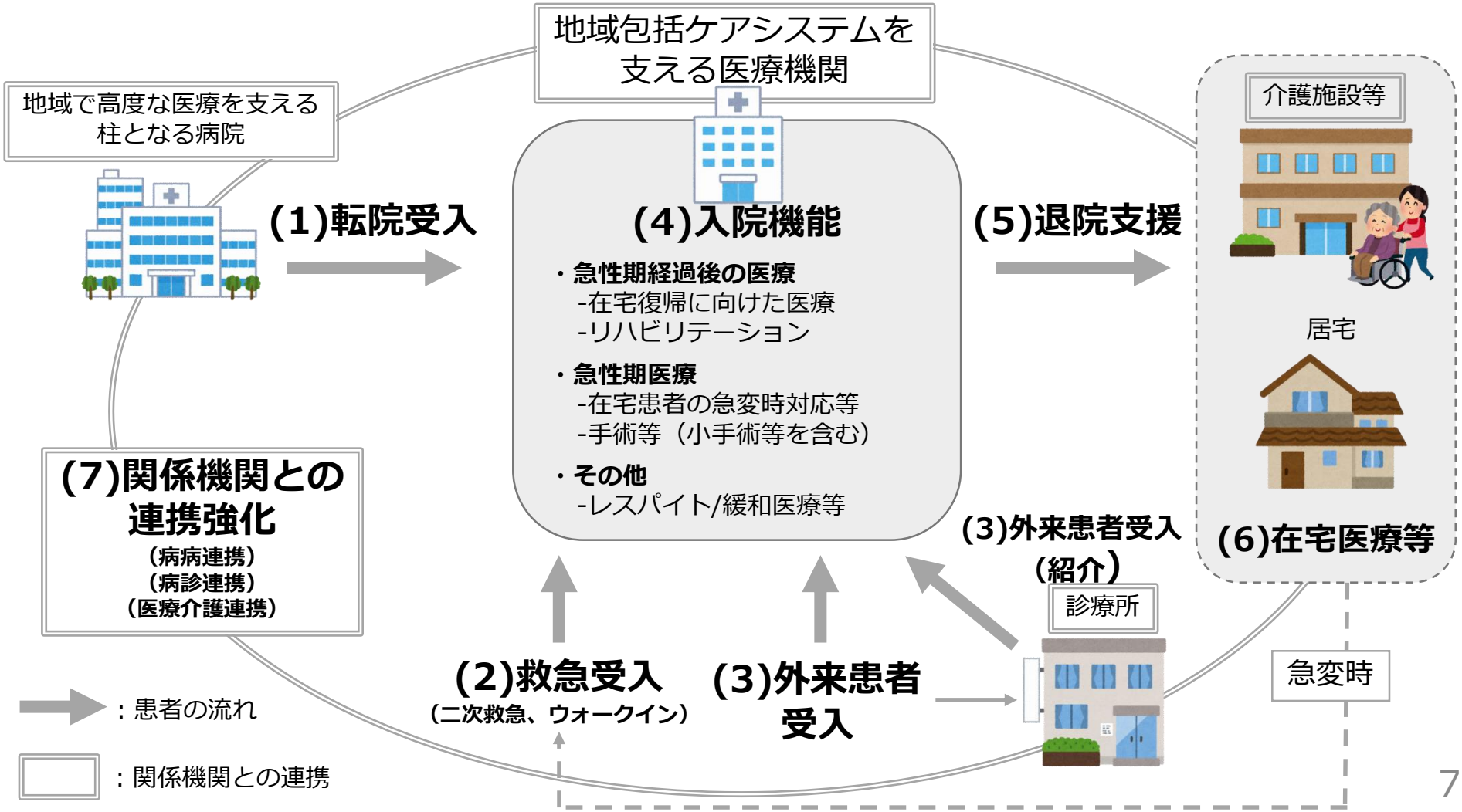
一部改変

	地域で高度な医療を支える柱となる病院	地域包括ケアシステムを支える医療機関	
		救急拠点型	地域密着型
脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療、手術機能			
重症患者の救急受入れ機能			
休日・夜間の救急受入れ機能			
サブアキュート機能（軽・中等症患者の救急受入れ機能）			
在宅医療の後方支援機能（かかりつけ患者の救急受入れ機能等）			
ポストアキュート機能（長期急性期患者や回復期患者の受入れ、治療機能）			

※　上記以外の機能の役割分担については、別途検討する必要がある。

「地域包括ケアシステムを支える医療機関」のあり方に係る主な観点

○　「地域包括ケアシステムを支える医療機関」のあり方について、(1)転院受入、(2)救急受入、(3)外来（紹介）患者受入、(4)入院機能、(5)退院支援、(6)在宅医療等及び(7)関係機関との連携強化等の観点から明確化していく。



グランドデザインPart２の議論のための知見収集等について

○　以下の書籍や先進地域（県内外）のヒアリング内容等を参考にした。

＜文献＞

- 回復期医療（誤嚥性肺炎、慢性心不全治療等）に関する書籍等
- 回復期医療に関する団体等の発表資料等

（※詳細は別掲のとおり）

＜ヒアリング＞

- 県内外の先進的な回復期医療を提供している医療施設等を対象に実施。

（県外は熊本県等）

グランドデザインを実現するためのポイント

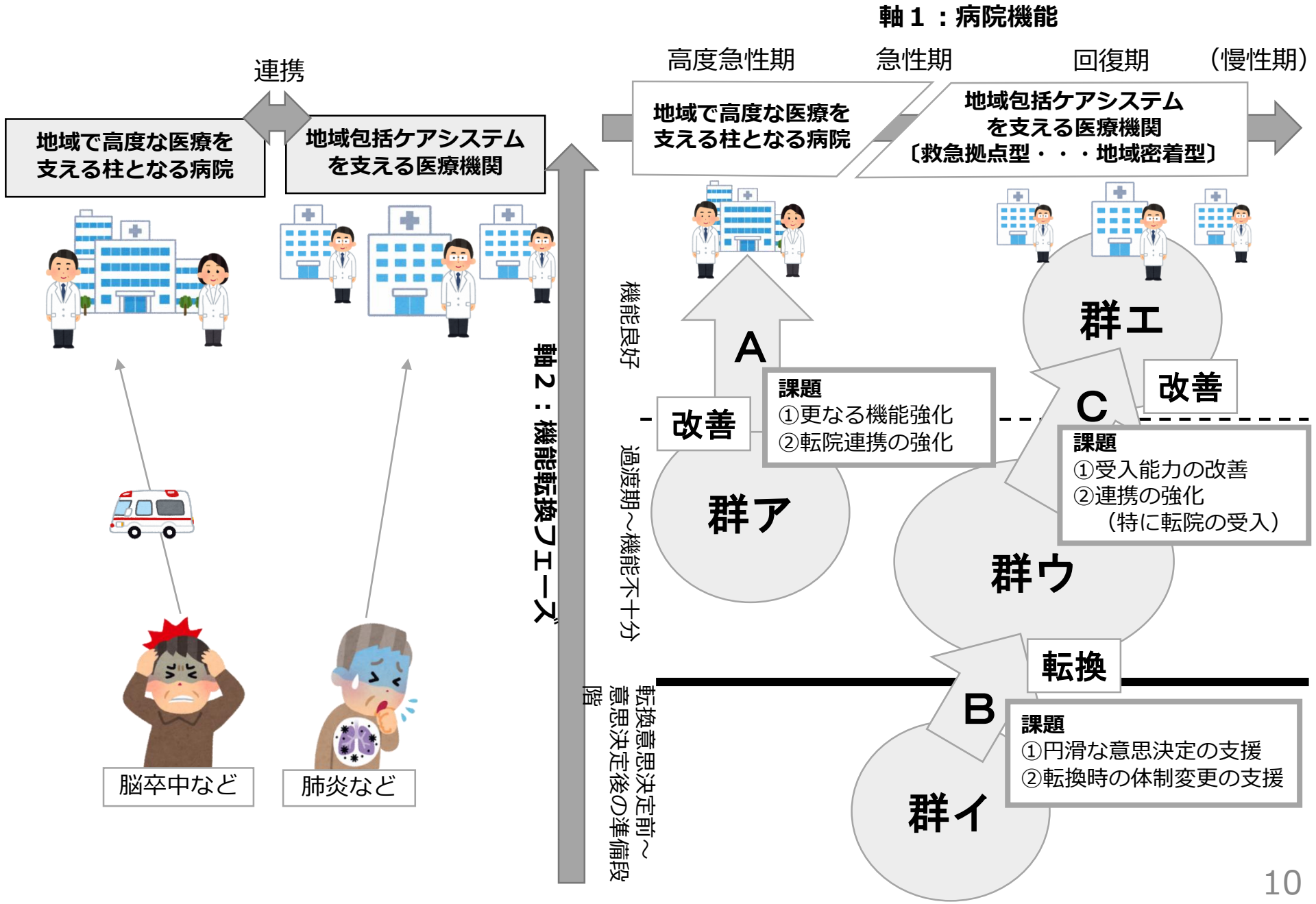
地域で高度な医療を支える柱となる病院

- ○　救急の幅広・大量・迅速な受け入れ
- ○　高度医療の24時間365日の提供
- ○　スムーズな転院の連携

地域包括ケアシステムを支える医療機関

- ○　連携としての転院の受け入れ
  ＋地域からサブアキュートの受け入れ
- ○　多疾患高齢者への適切な医療ケアの提供
- ○　スムーズな在宅、介護等との連携

グランドデザインPart２の全体像と実現する上での課題



どのような軸で問題をとらえるか？

軸１：病院機能

- 地域で高度な医療を支える柱となる病院　　地域包括ケアシステムを支える医療機関
- 高度急性期　　急性期　　回復期
- （※公立・公的、民間ごとにも分類）
- （※機能不十分、機能良好ごとにも分類）

軸２：機能転換フェーズ

- 転換意思決定前、意思決定、意思決定後の準備段階、実行、過渡期、機能不十分、機能良好

軸３：患者の流れ

- 転院時連携、入院、退院時連携

軸４：経営資源

- ヒト（組織、医師、看護師、その他コメディカル）／モノ／カネ／情報

軸５：対応方法（抽象⇔具体）

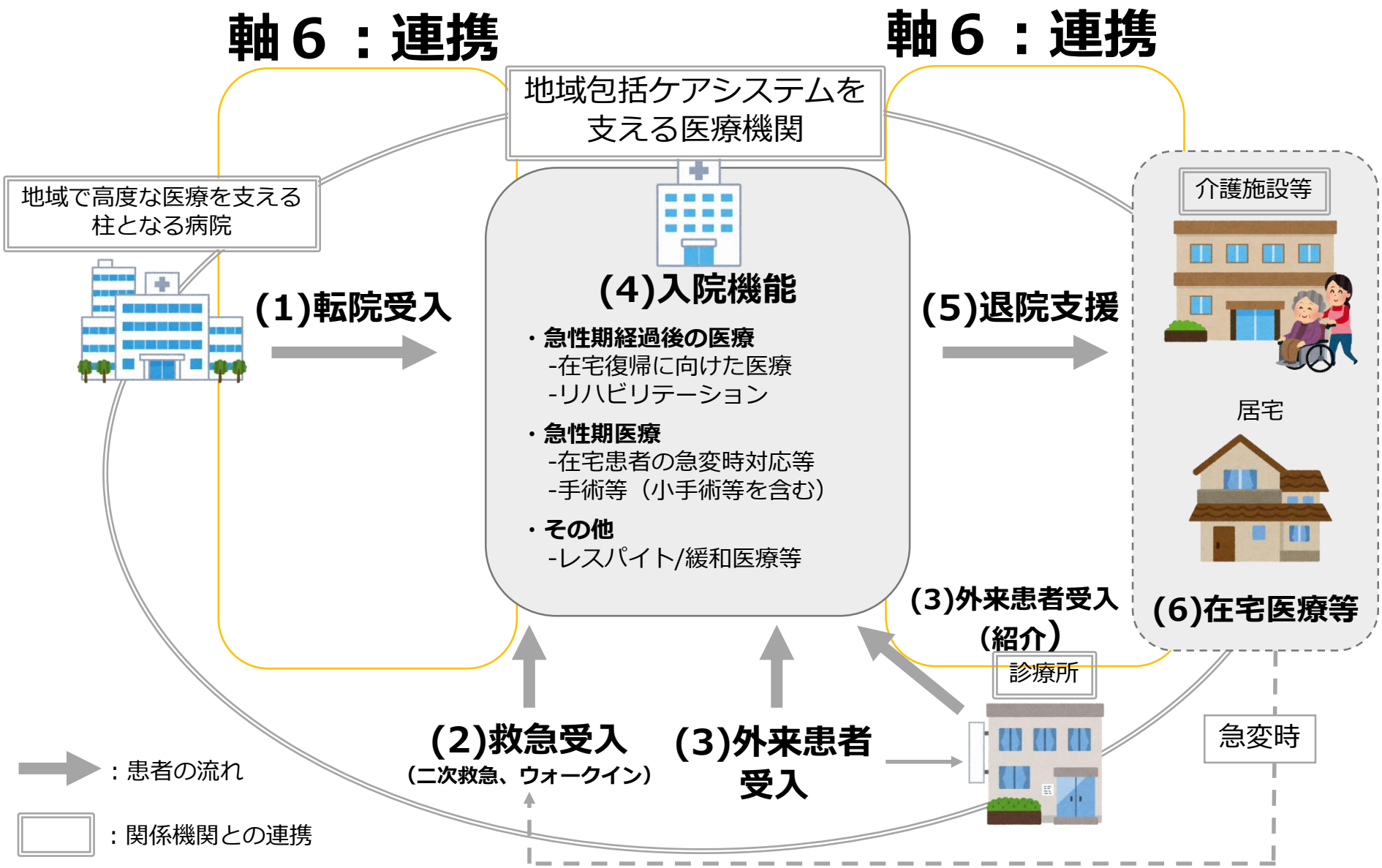
- グランドデザイン、ガイドライン、制度設計、複合モデル事業、単一モデル事業、マニュアル、研修

軸６：連携

軸７：検討から実行の段階

- 課題抽出ー原因分析ー意思決定ー実行

主な連携の場面


軸６：連携
軸６：連携
地域包括ケアシステムを支える医療機関
地域で高度な医療を支える柱となる病院
(1)転院受入
(4)入院機能
・急性期経過後の医療
-在宅復帰に向けた医療
-リハビリテーション
・急性期医療
-在宅患者の急変時対応等
-手術等（小手術等を含む）
・その他
-レスパイト/緩和医療等
(5)退院支援
介護施設等
居宅
(6)在宅医療等
(3)外来患者受入（紹介）
診療所
(2)救急受入
（二次救急、ウォークイン）
(3)外来患者受入
急変時
：患者の流れ
：関係機関との連携

改善場面Aの課題

①　更なる機能強化（≒集約・高度化）

●高い目標設定（救急受入等の拡大／高度医療の拡大）

②　転院連携の強化

●様々なボトルネックを同定し、克服することが必要

- 特に、意識改革が重要（患者を取るために、患者を出す、他地域の回復期病院にも患者を出す等）

柱となる病院の転院連携のボトルネック・ポイント

（１）院内関係者の理解・周知

早期に他の病院に患者を任せられることを、Dr、師長、担当Nsが理解している

（２）院内連携

地域連携室MSWやNsが病棟多職種とスムーズに連携できている
（手間が最小限）

（３）患者説明・同意がスムーズ

入院前の外来や入院初期段階で患者、家族の意向確認、説明・同意がとれる

（４）早期情報収集・転院先との連携

家族、ケアマネなどから情報を入手し、共有できる
転院先の得意領域を把握している

（５）頻度、タイミング、数

改善場面Aの課題

再掲

① **更なる機能強化（≒集約・高度化）**

●高い目標設定（救急受入等の拡大／高度医療の拡大）

② **転院連携の強化**

●様々なボトルネックを同定し、克服することが必要

- 特に、意識改革が重要（患者を取るために、患者を出す、他地域の回復期病院にも患者を出す等）

柱となる病院の転院連携のボトルネック・ポイント

（１）院内関係者の理解・周知

早期に他の病院に患者を任せられることを、Dr、師長、担当Nsが理解している

（２）院内連携

地域連携室MSWやNsが病棟多職種とスムーズに連携できている（手間が最小限）

（３）患者説明・同意がスムーズ

入院前の外来や入院初期段階で患者、家族の意向確認、説明・同意がとれる

（４）早期情報収集・転院先との連携

家族、ケアマネなどから情報を入手し、共有できる

転院先の得意領域を把握している

（５）頻度、タイミング、数

転換場面Bの課題

（現状）

- 手術等といった**急性期ニーズに対応しておらず**、**平均在院日数も長い**（**急性期ニーズに対応していない可能性がある**）ものの、回復期等への転換が遅れている医療機関が一定程度存在する可能性がある。
  へき地・離島等で急性期医療を実施せざるを得ない急性期病院は存在するが、病床利用率は高く、平均在院日数は短い傾向がある。
- 急性期から回復期への転換を行う際には、**①転換の意思決定を行い、②転換そのものをスムーズに実行**、するというステップで行われる。
- 近年、「地域包括ケア病棟入院料（管理料）」等の届出が県内でも行われており、一定の知見が蓄積している。
- 転換後は、さらなる回復期医療の充実のため、連携の強化等に取り組む必要がある。（改善場面Cとして、別途整理。）

（取組の方向性）

①円滑な意思決定の支援

○患者像の変化や制度上のメリットの理解・周知

・医療ニーズ（病期ごとの患者数・必要病床数等の変化／予測値等）及び各病院の実施している医療内容の見える化・周知

・診療報酬の安定化、患者増、患者調整の安定化（最大60日で調整可能）等

②転換時の体制変更の支援

○県内外の事例の集積、周知、横展開等

群イ→群ウ
これから急性期を転換
（転換場面Ｂ）

＜現状＞

・**急性期ニーズに対応していないが、回復期にも転換できていない医療機関が存在するのではないか**
（現状では急性期とされるが、平均在院日数が長く、手術が少ない医療機関（特に公立・公的が多い）が一定数存在）

改善場面Cの課題

軸３：患者の流れ

軸４：経営資源

	患者入院時 （②連携の強化（転院の受 軸６：連携	入院機能 （①受入能力の改善）	患者退院時 （②連携の強化（在宅介護 軸６：連携
ヒト・組織	**（１）連携に必要な情報** ○患者（医療／介護／社会） ○病院（お互いの能力・文化・リアルタイム情報（空床等）） **（２）能力・文化・関係性** ○信頼関係の醸成 ・高い医療／介護／社会リスクが事前明示される関係 ・急変時に送り返せる関係 **（３）手続き、仕組み** ○情報共有 ・共有シート化 ・空床情報共有／病床調整 ・共同診療（回診）、定期訪問 ・転帰報告 ○連携パス（＝共有シート） ・対 病院 ・対 介護施設 ・対 外来 ○転院の具体的なフロー ・シートのみでの意思決定などシンプルな仕組み ※頻度、タイミング、数	**（１）診療内容** ①原疾患 ・幅×深さ（※特に肺炎、心不全等の高頻度疾患の診療） ②リハ・栄養 ・早期介入、多職種の自律的介入と連携 ③介護 ・高介護度患者、認知症 **（２）院内システム** ○ベッドコントロール・連携（※特に異なる入院基本料の迅速な受け渡し） **（３）人材育成** ○OJT（全国的に同様の状況） ※心理的抵抗vs診療能力の観点	**（１）連携に必要な情報** ○患者（医療／生活／社会） ○介護資源 **（２）能力・文化・関係性** ○信頼関係の醸成 ・リスクが事前明示される関係 ・急変時に送り返せる関係 **（３）手続き、仕組み** ○情報共有 ・共有シート化 ・合同カンファレンス ・定期訪問、転帰報告 ○困難例への対応 ・他地域の情報把握 ・介護度UPのための早期調整
ヒト・専門職・Dr			
ヒト・専門職・Ns			
ヒト・専門職・ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ			
モノ・カネ			
情報			

改善場面Cの課題

再掲

軸３：患者の流れ

軸４：経営資源

	患者入院時 （②連携の強化（転院の受 軸６：連携	入院機能 （①受入能力の改善）	患者退院時 （②連携の強化（在宅介護 軸６：連携
ヒト／組織	**（１）連携に必要な情報** ○患者（医療／介護／社会） ○病院（お互いの能力・文化・リアルタイム情報（空床等）） **（２）能力・文化・関係性** ○信頼関係の醸成 ・高い医療／介護／社会リスクが事前明示される関係 ・急変時に送り返せる関係 **（３）手続き、仕組み** ○情報共有 ・共有シート化 ・空床情報共有／病床調整 ・共同診療（回診）、定期訪問 ・転帰報告 ○連携パス（＝共有シート） ・対 病院 ・対 介護施設 ・対 外来 ○転院の具体的なフロー ・シートのみでの意思決定などシンプルな仕組み ※頻度、タイミング、数	**（１）診療内容** ①原疾患 ・幅×深さ（※特に肺炎、心不全等の高頻度疾患の診療） ②リハ・栄養 ・早期介入、多職種の自律的介入と連携 ③介護 ・高介護度患者、認知症 **（２）院内システム** ○ベッドコントロール・連携（※特に異なる入院基本料の迅速な受け渡し） **（３）人材育成** ○OJT（全国的に同様の状況） ※心理的抵抗vs診療能力の観点	**（１）連携に必要な情報** ○患者（医療／生活／社会） ○介護資源 **（２）能力・文化・関係性** ○信頼関係の醸成 ・リスクが事前明示される関係 ・急変時に送り返せる関係 **（３）手続き、仕組み** ○情報共有 ・共有シート化 ・合同カンファレンス ・定期訪問、転帰報告 ○困難例への対応 ・他地域の情報把握 ・介護度UPのための早期調整
ヒト／専門職／Dr			
ヒト／専門職／Ns			
ヒト／専門職／ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ			
モノ・カネ			
情報			

グランドデザインPart２の課題と取組等について

○　連携の強化に向けて、各圏域において以下のような取組等を展開していく必要がある。

＜改善場面A＞

①更なる機能強化
- 現状の定量的な見える化
- モデル的な取組の実施（好事例共有等）

②転院連携の強化（改善場面Cと表裏一体）
- モデル的な取組の実施（ボトルネック・ポイントに沿って実施）

＜転換場面B＞

①円滑な意思決定の支援
- 将来医療ニーズ及び現状の定量的な見える化
- モデル的な取組の実施

②転換時の体制変更の支援
- 先行事例の共有等

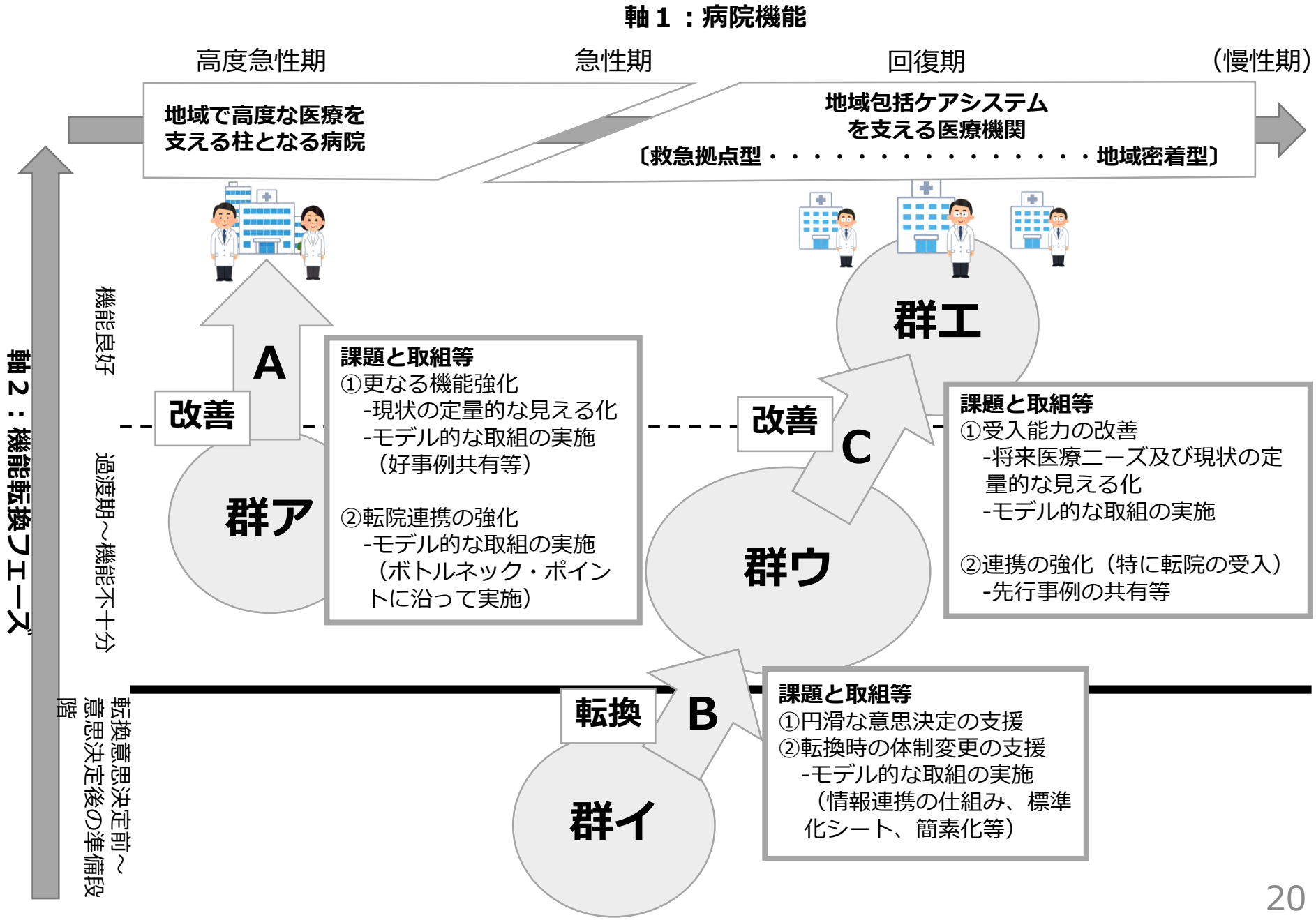
＜改善場面C＞

①受入能力の改善

②連携の強化（特に転院の受入）
- モデル的な取組の実施（情報連携の仕組み、標準化シート、簡素化等）

※必要に応じて、個別の項目ごとに県全体の具体的な取組方針や標準化モデル等を提示する。

グランドデザインPart2の課題と取組等について



新潟県地域医療構想調整会議におけるご意見等

＜改善場面A＞

①（救急医療機能について）

・圏域ごとに、どの地域にどの程度の救急医療機能を残すかという議論を早期に進めるべき。

②（大きな仕組みづくり）

・個々の病院同士の連携構築に頼るだけでなく、圏域全体のペイシェントフローマネジメントを考えて連携構築ができる体制が重要。
・早期に転院を考える風土、文化の醸成が必要。
・患者説明や同意取得の仕組み化および住民説明や理解の促進が重要。

③（情報連携）

・もっと簡素な情報（特に医師以外が提供できることが重要）に基づき、早期にたくさんの患者を送ってもらい、転院を拡大することが重要。

④（診療科ごとの取組）

・回復期医療が必要な疾患は、①骨折等、②脳卒中、③慢性心不全、④誤嚥性肺炎の４つがほとんどである。
・診療科によって、転院の連携に必要なボトルネックが異なるため、県等の支援によって、迅速なサポートを伴った好事例の創出が必要。

新潟県地域医療構想調整会議におけるご意見等

＜転換場面Ｂ＞

・将来推計やビッグピクチャーに加え、収支シミュレーションや地域包括ケア病床の運用事例等のテクニカルな情報を示し、転換の意思決定を促すべき。

・特に中小病院では、急性期から回復期への転換を急ぐべき。

＜改善場面Ｃ＞

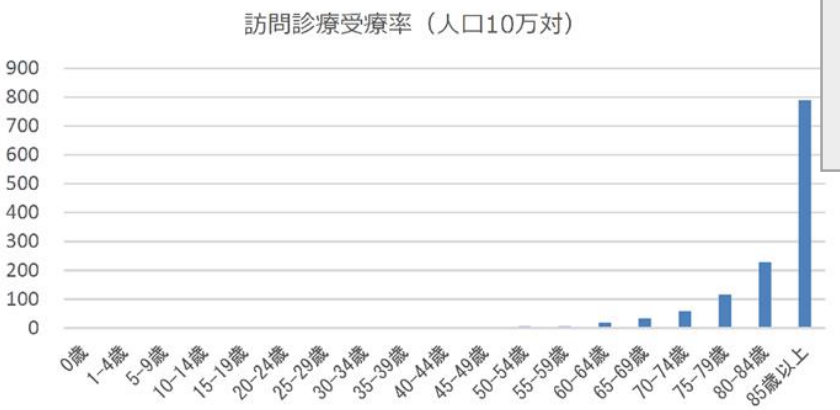
・連携強化について新潟大学が音頭を取る場合は、臓器別で行うことも検討すべき。

・早期転院受入を促進するには、土日も受け入れを可能とするなど、フレキシブルな対応等の改善が必要。

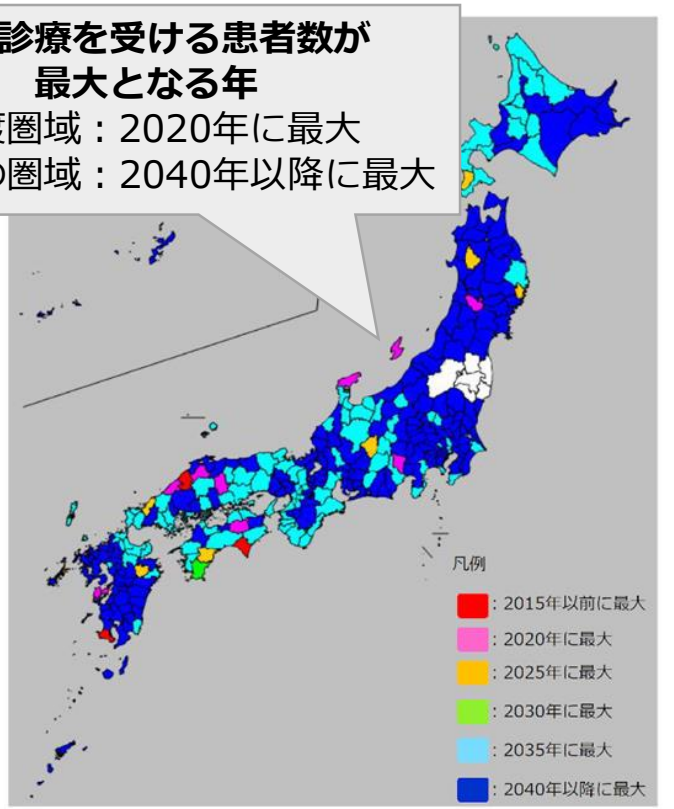
在宅医療等について

在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

○ 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
○ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



訪問診療を受ける患者数が最大となる年
佐渡圏域：2020年に最大
その他の圏域：2040年以降に最大



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院ー外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

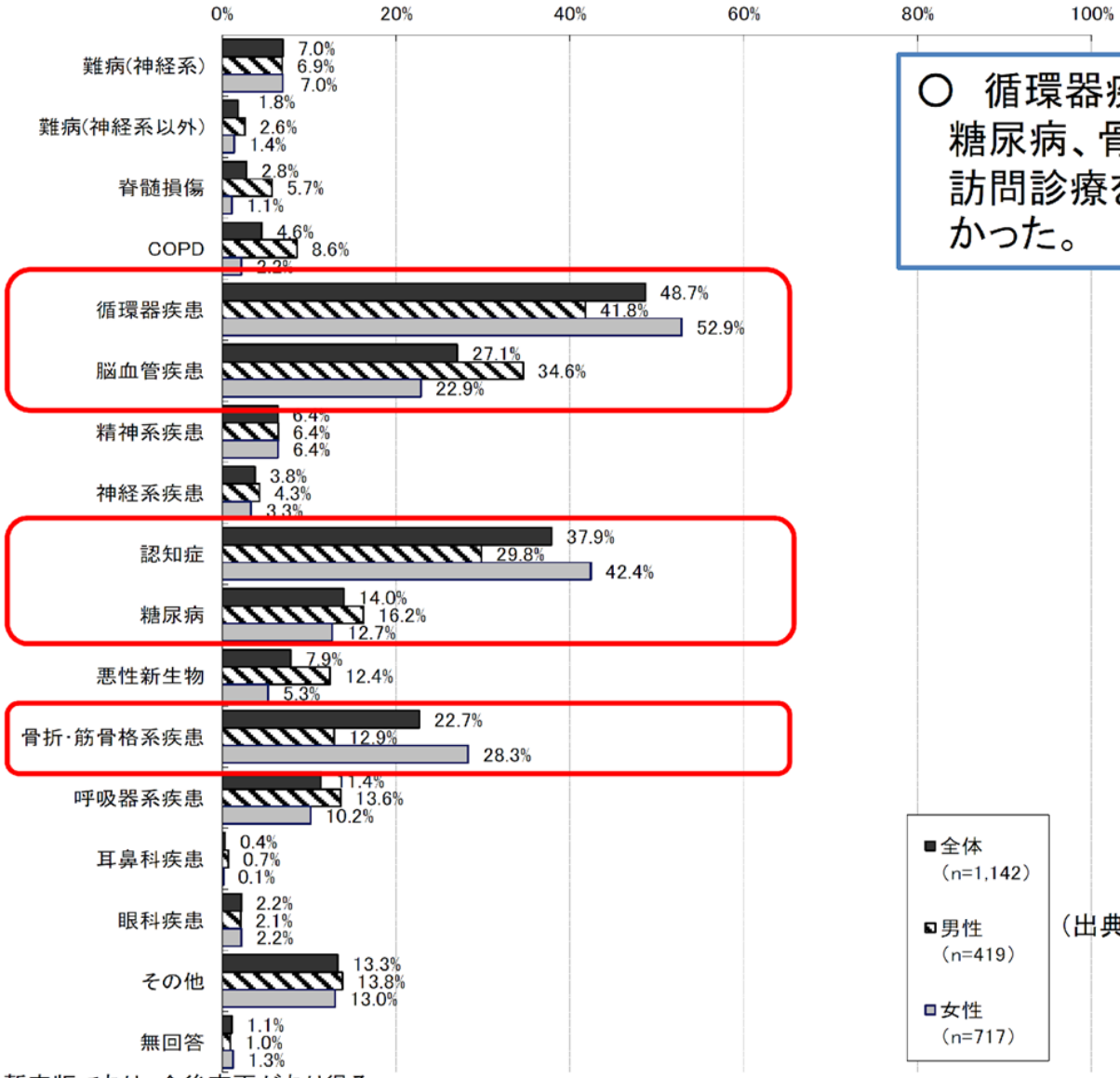
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

訪問診療を行っている原因の疾患

中医協　総－3
29．4．12

訪問診療を行っている原因の病名（複数回答）



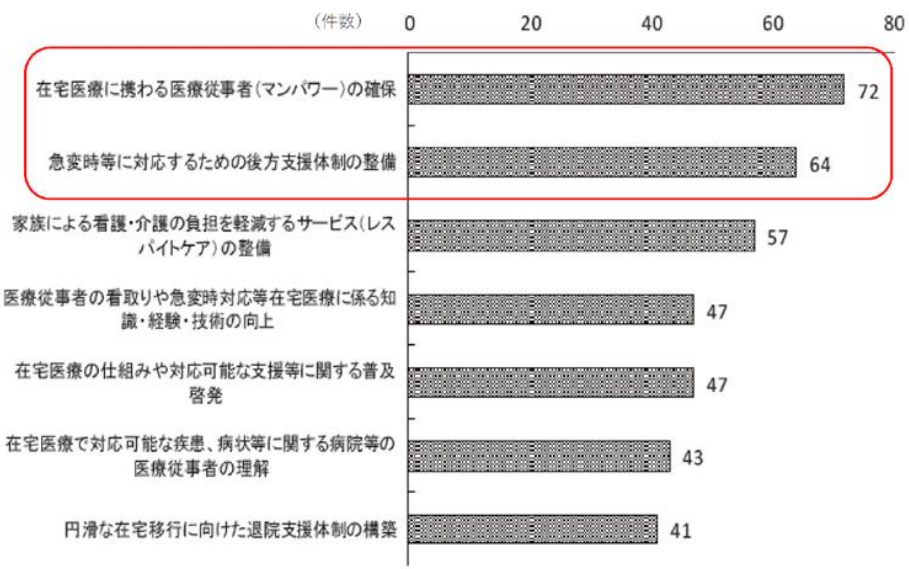
○　循環器疾患、脳血管疾患、認知症、糖尿病、骨折･筋骨格系疾患に対して、訪問診療を行っているとの回答が多かった。

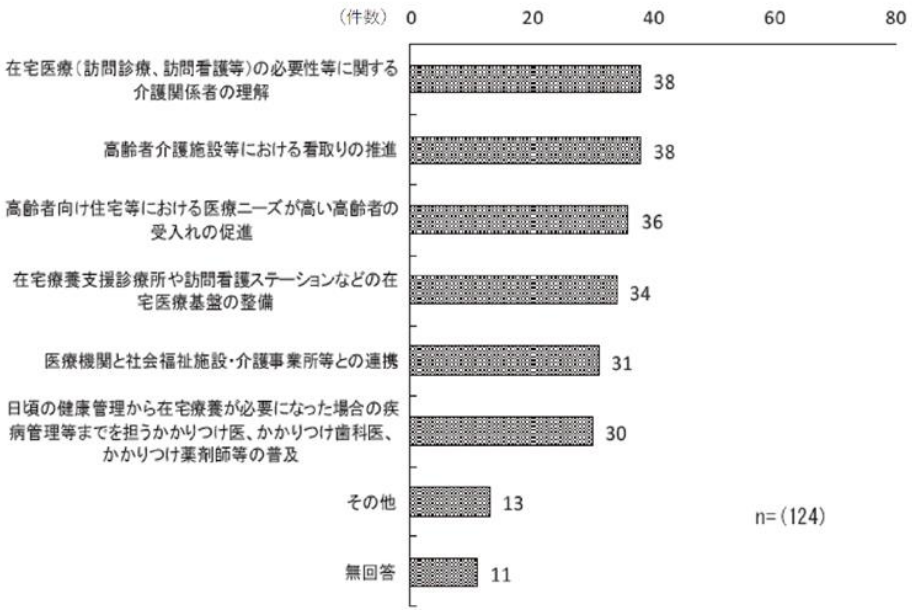
（出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度））

※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

【課題①】地域の診療所における在宅医療を維持・推進する上での課題

○「在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書」（平成29年度）によると、地域の診療所で在宅医療を維持・推進する上での課題として、「在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保」が最も多く、次いで「急変時等に対応するための後方支援体制の整備」等が挙げられていた。





出典：H29年度医政局委託事業　在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書
調査対象：岩手県、山形県、栃木県、東京都、千葉県、神奈川県、新潟県、福井県、長野県、静岡県、福岡県、長崎県、大分県の郡市区医師会等へ所属し、特に在宅医療を中心的に行っている124の診療所

在支診・在支病の施設基準（参考）

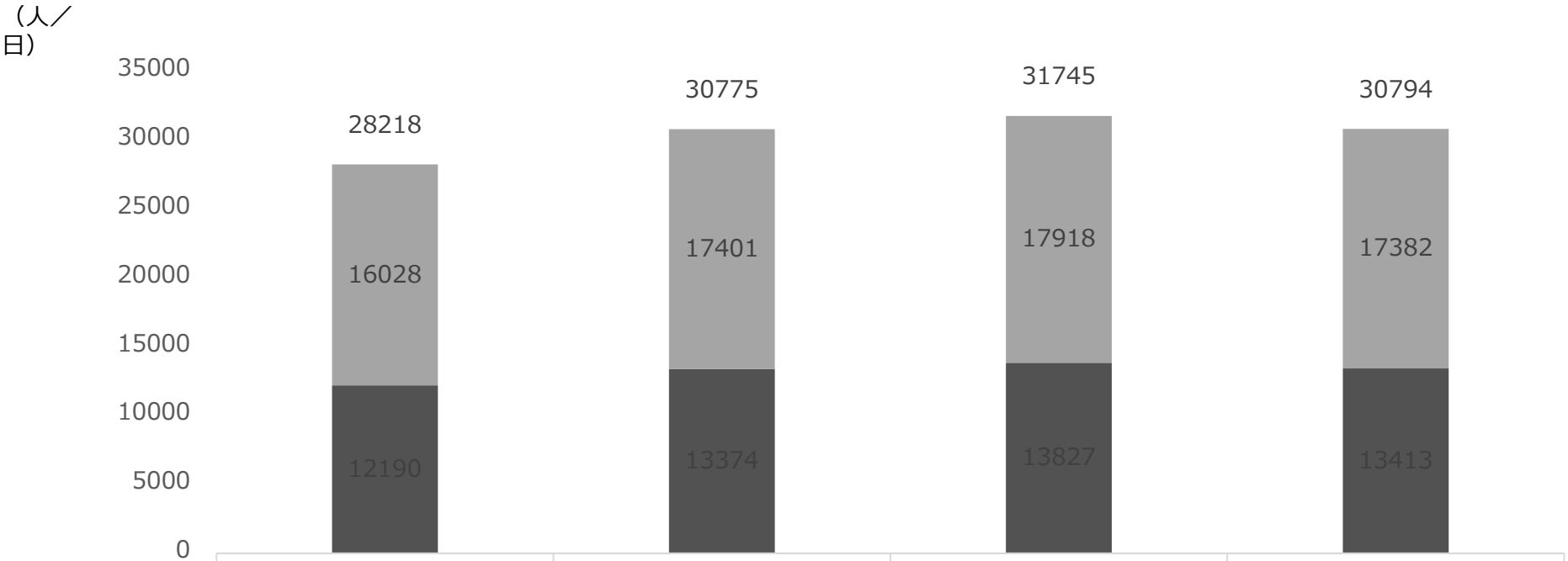
	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	（参考）在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	①　24時間連絡を受ける体制の確保　②　24時間の往診体制 ③　24時間の訪問看護体制　④　緊急時の入院体制 ⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　年に１回、看取り数等を報告している **⑦　適切な意思決定支援に係る指針を作成していること**					○　許可病床数200床以上 ○　在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※　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
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			
	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　市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					

※：青字は令和４年度診療報酬改定における変更点

新潟県の在宅医療の需要推計

○　県内の在宅医療（訪問診療等）のニーズは今後増加。

○　「地域医療構想策定支援ツール」によると、需要量のピークは2035年頃と見込まれる。



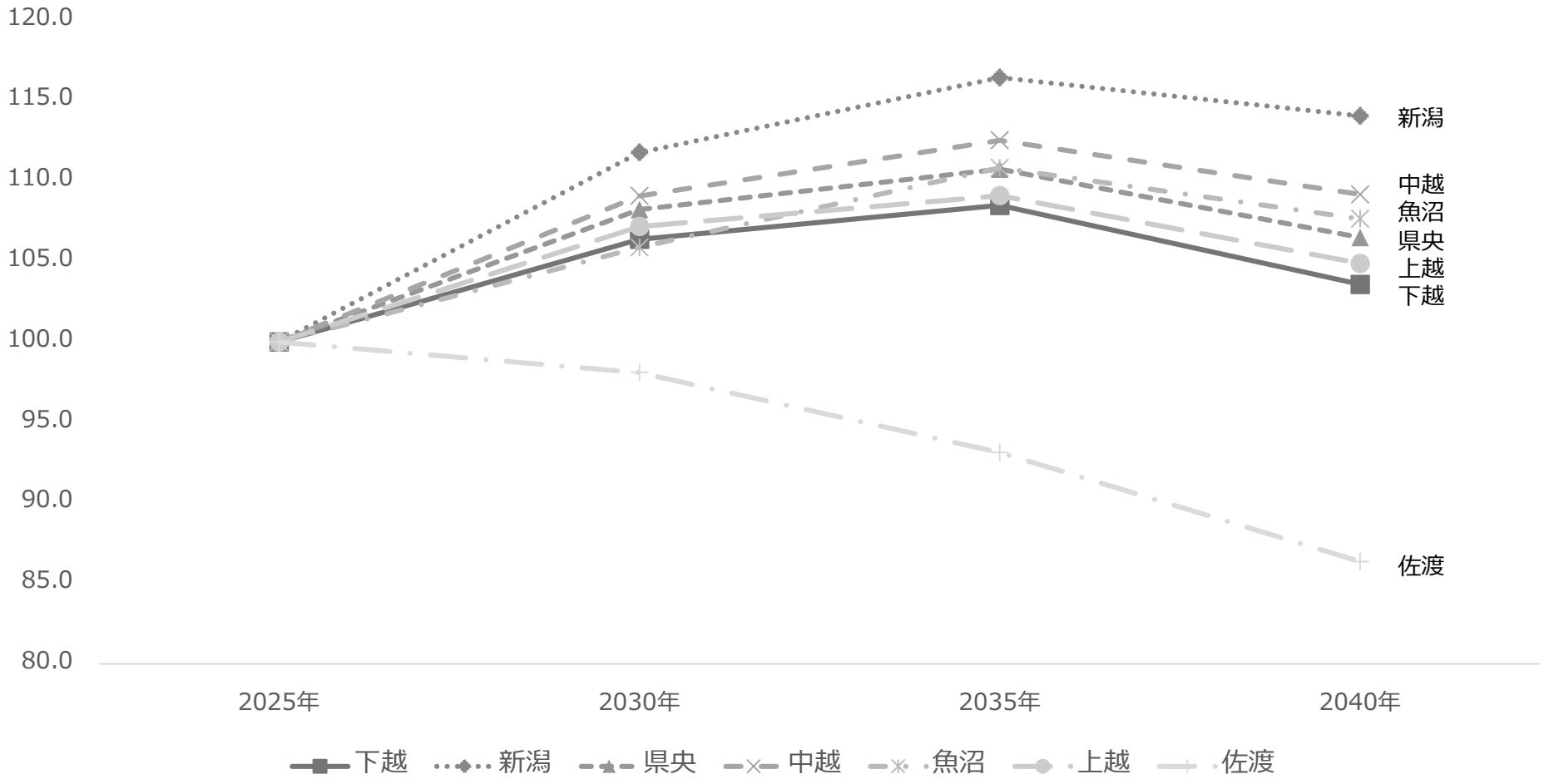
	2025年	2030年	2035年	2040年
訪問診療なし	16028	17401	17918	17382
訪問診療あり	12190	13374	13827	13413
計	28218	30775	31745	30794

資料：地域医療構想策定支援ツール（必要病床数等推計ツール）

構想区域別の在宅医療の需要推計（2025年を100とした場合）

○　佐渡区域を除き、今後、2035年頃まで在宅医療のニーズは増加する見込み。

○　増加の程度は、構想区域によってやや差がある。



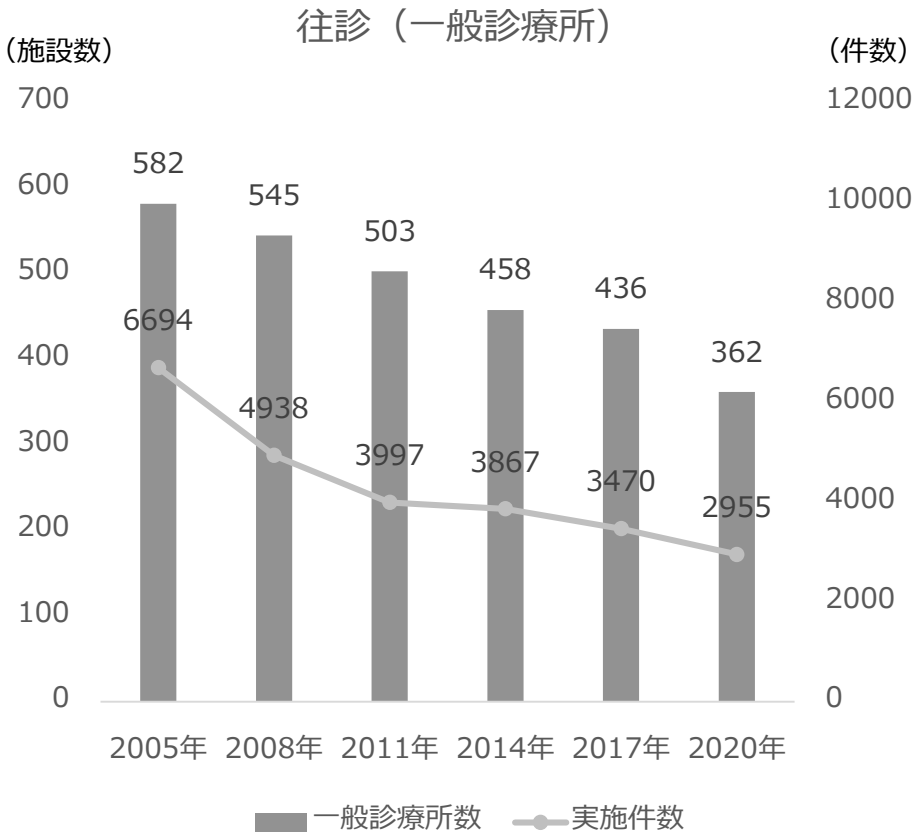
資料：地域医療構想策定支援ツール（必要病床数等推計ツール）

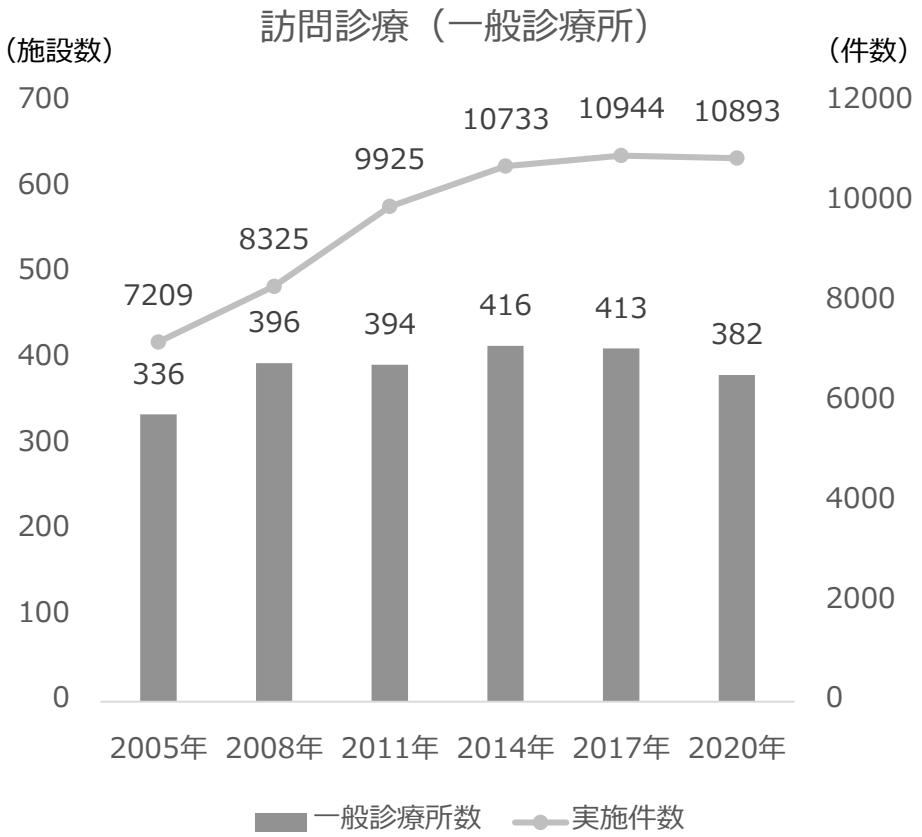
往診／訪問診療を実施している一般診療所数と実施件数（各年９月分）の推移

○　往診を実施している一般診療所数と実施件数は減少が続いている。

○　訪問診療を実施している一般診療所数は2014年以降減少しているが、実施件数は横ばいとなっている。

※実施件数は各年９月中の数





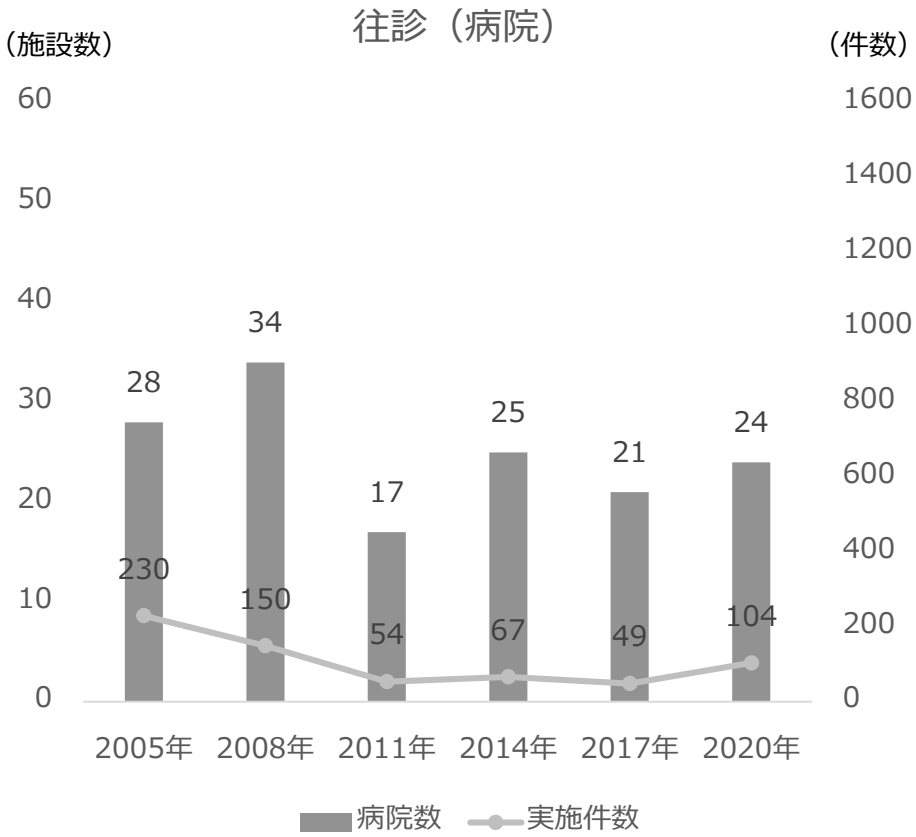
資料：医療施設調査（厚生労働省）

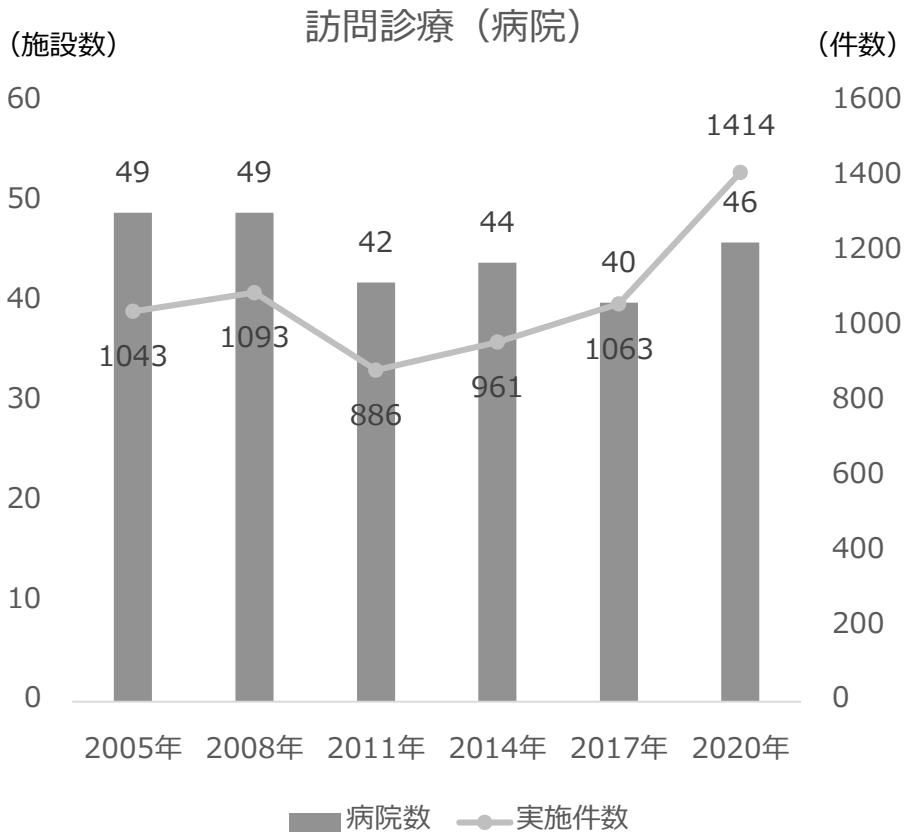
往診／訪問診療を実施している病院数と実施件数（各年９月分）の推移

○　往診／訪問診療を実施している病院数は年によって増減している。

○　往診の実施件数はそれほど多くなく、訪問診療の実施件数は2011年以降増加している。

※実施件数は各年９月中の数



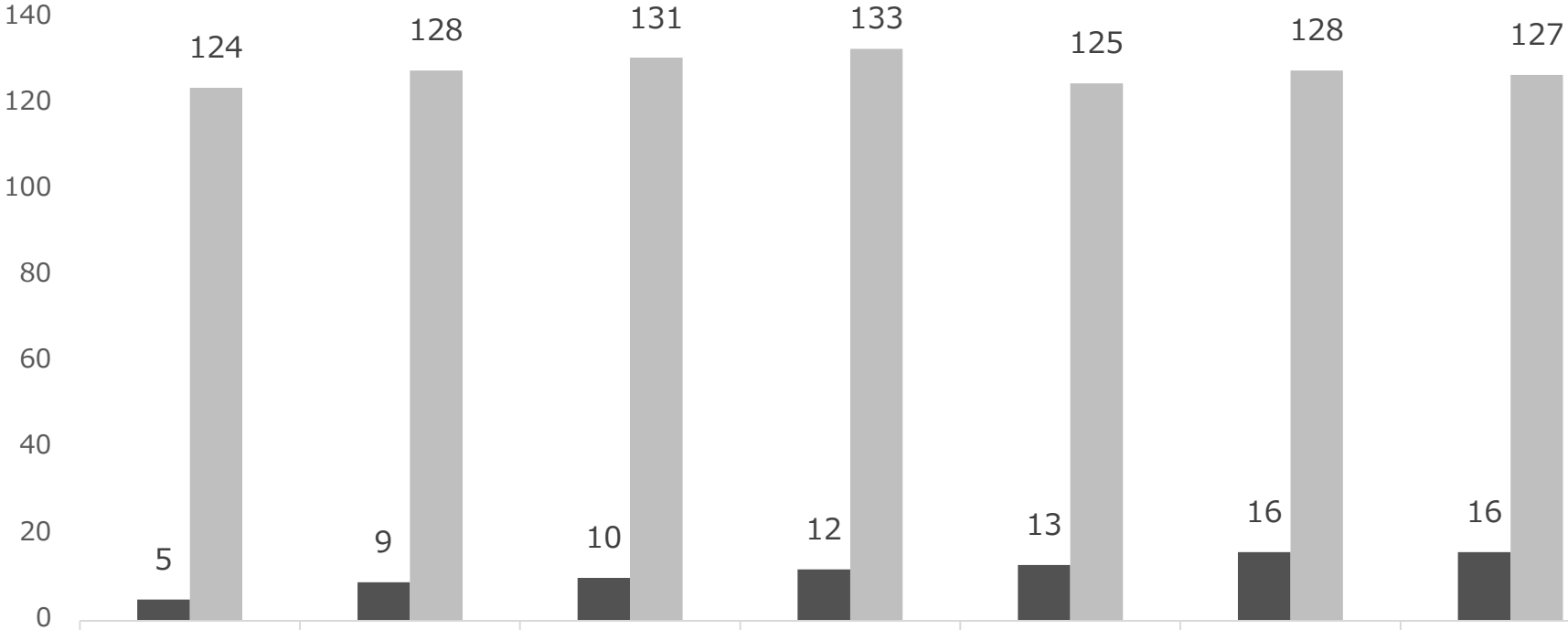


資料：医療施設調査（厚生労働省）

新潟県における在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の届出施設数の推移

○　在宅療養支援病院の数は年々増加してきている。

○　在宅療養支援診療所の数は年によって増減があるものの、ほぼ横ばいとなっている。

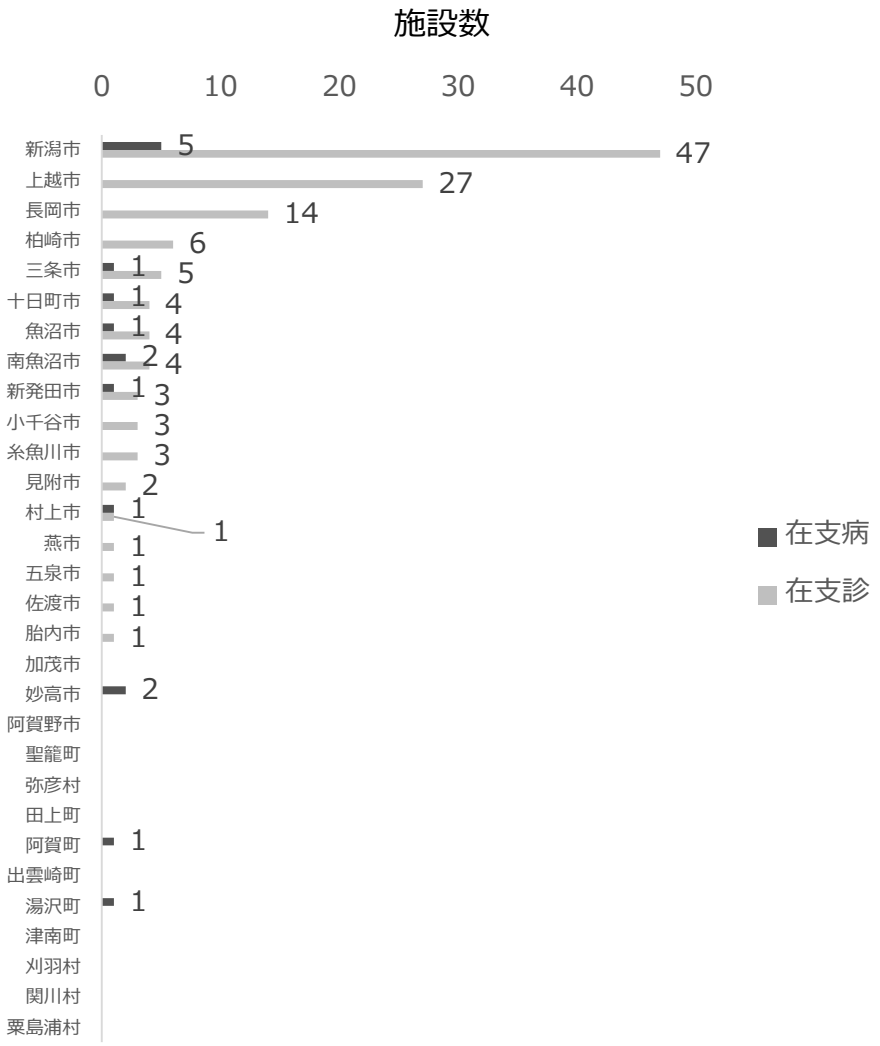


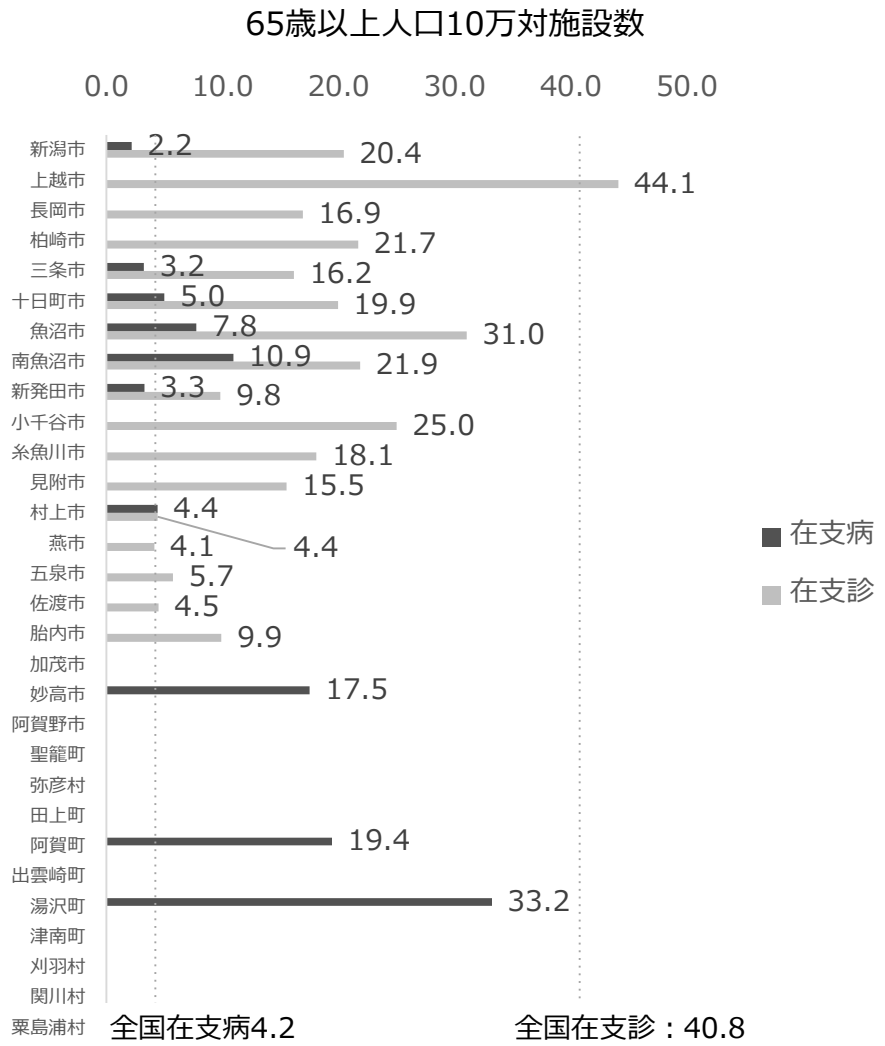
	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
在支病	5	9	10	12	13	16	16
在支診	124	128	131	133	125	128	127

資料：在宅医療に係る地域別データ集（厚生労働省）

市町村別在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所数（令和２年）

○　在宅療養支援病院は８市２町に所在している。65歳以上人口10万対の在宅療養支援診療所数は上越市を除き全国を下回っている。

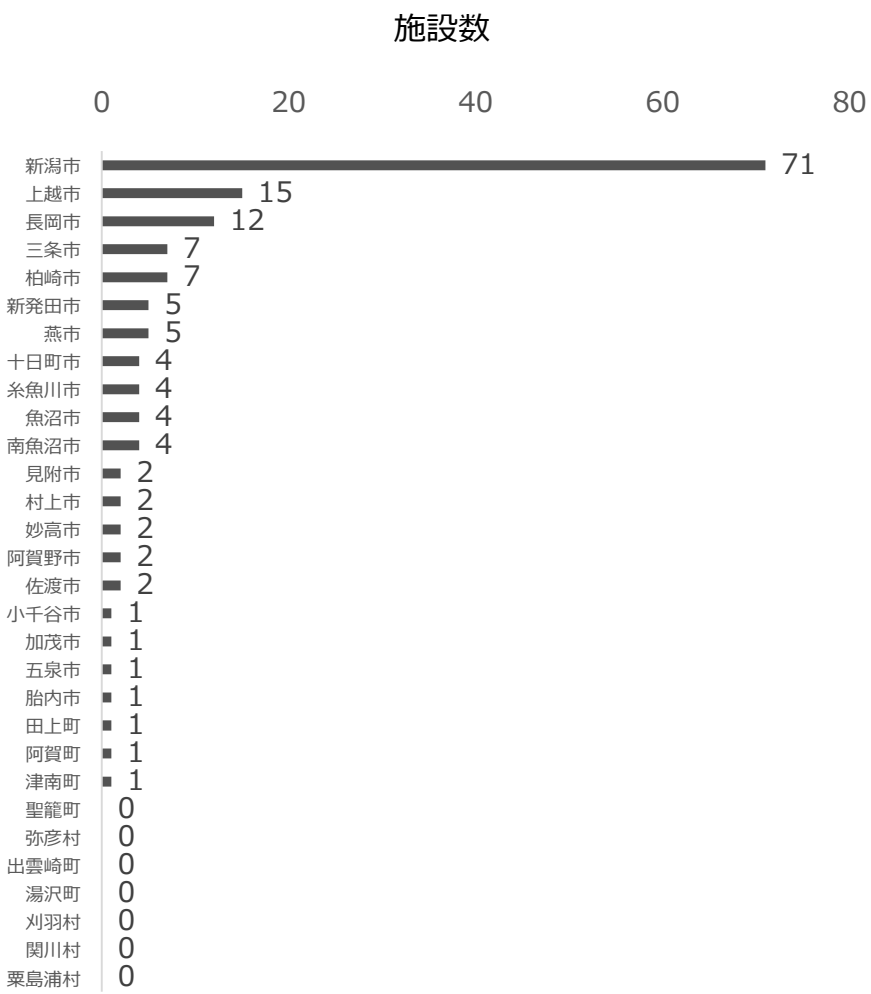


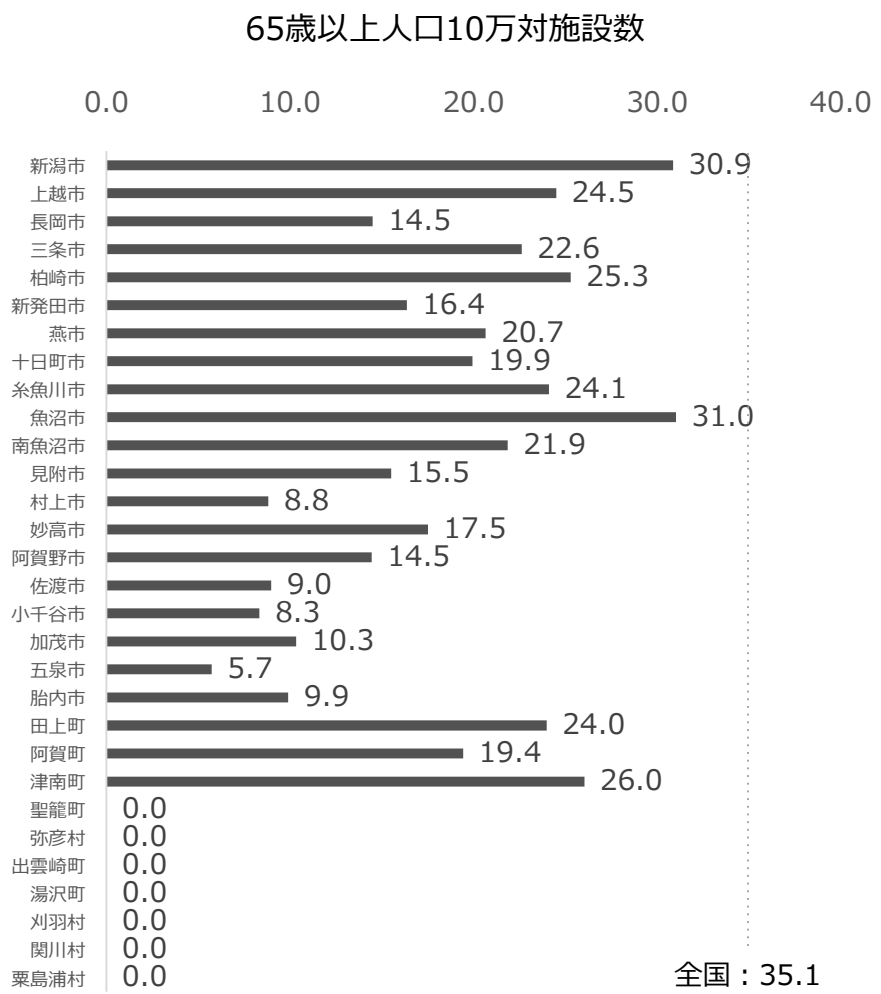


資料：在宅医療に係る地域別データ集（厚生労働省）

市町村別訪問看護ステーション数（令和２年）

○　65歳以上人口10万対の訪問看護ステーション数は全市町村で全国を下回っている。

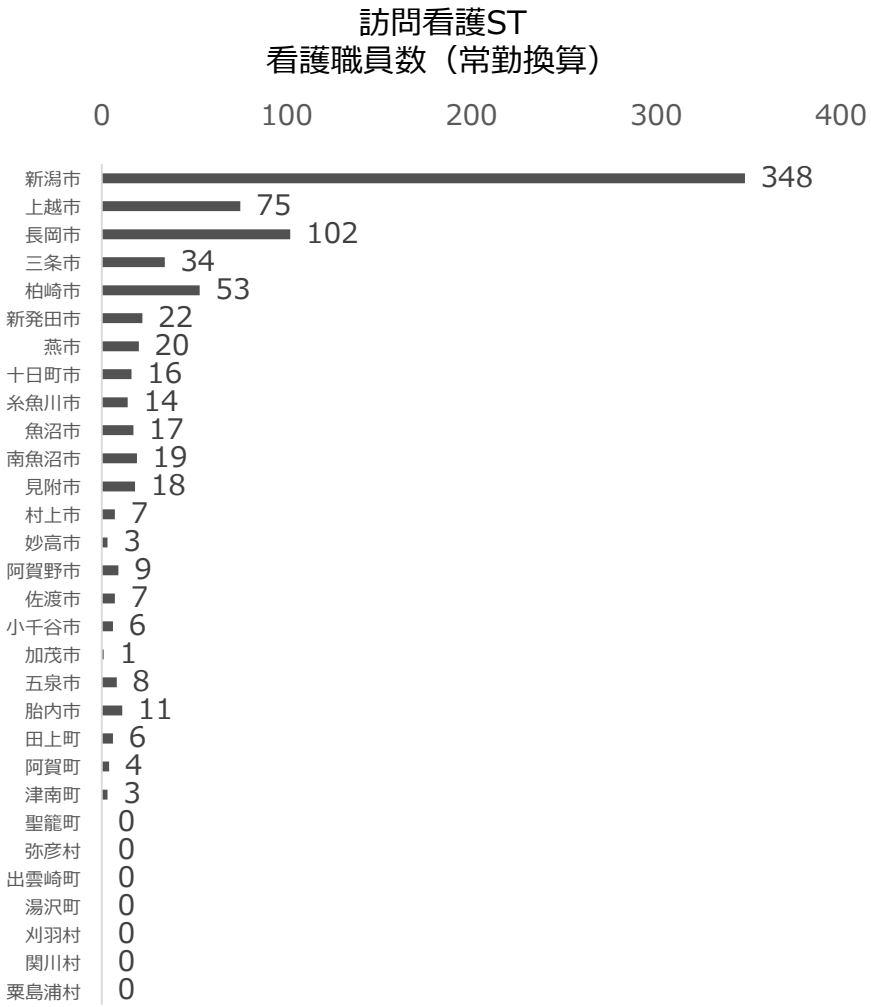


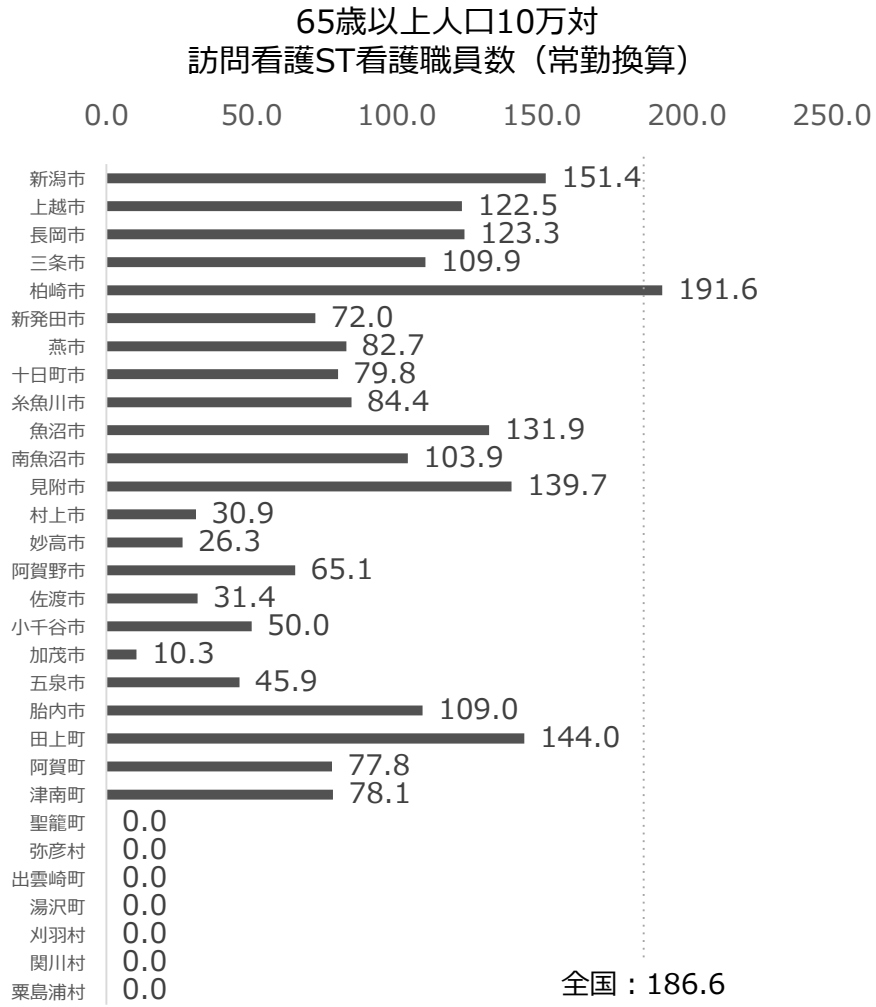


資料：在宅医療に係る地域別データ集（厚生労働省）

市町村別訪問看護ステーション看護職員数（常勤換算）（令和２年）

○　65歳以上人口10万対の訪問看護ステーション看護職員数は柏崎市を除き全国を下回っている。



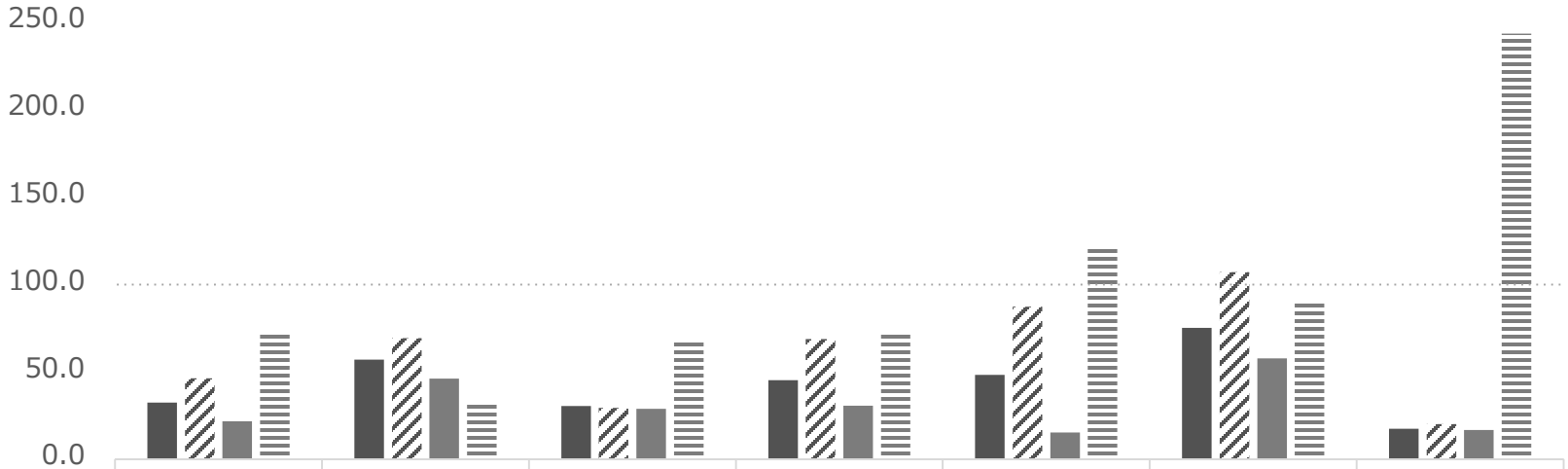


資料：在宅医療に係る地域別データ集（厚生労働省）

令和２年度診療分NDBデータに基づくSCR（標準化レセプト出現比）

○　圏域別の訪問診療と訪問看護提供のレセプト算定実績を見ると、全国標準を下回っているものが多い。
○　下越、新潟、県央、中越医療圏では、訪問診療、訪問看護のいずれも算定実績が全国標準を下回っている。
○　下越、県央、中越、魚沼、佐渡医療圏では、訪問診療の算定実績が全国標準比0.5を下回っている。

※SCR：その地域で発生したレセプト数を、全国の性・年齢人口構成で補正し、標準化したもの（全国平均＝100）



	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡
■ 訪問診療（全体）	32.3	56.8	30.5	45.1	48.1	75.0	17.4
▨ 訪問診療（居宅）	46.2	69.2	29.3	68.7	87.2	106.9	20.0
■ 訪問診療（同一建物）	21.7	46.1	28.8	30.5	15.3	57.6	16.6
≡ 訪問看護提供	73.3	31.4	68.4	71.2	121.1	90.1	243.2

資料：令和３年度版医療計画作成支援データブック（厚生労働省）

「病院」の回答

問４．今後新たに訪問診療等を行う、または提供件数を増やすには何が必要と思うか（３つ選択）

今後、新たに訪問診療等を行う、または提供件数を増やすために必要と思うことは、「自院の担当医師増員」が最も多く 76.7%、次いで「自院の医師以外のスタッフ増員」が 42.9%、「訪問看護ステーションとの連携」が 33.8%であった（図８、表４）。

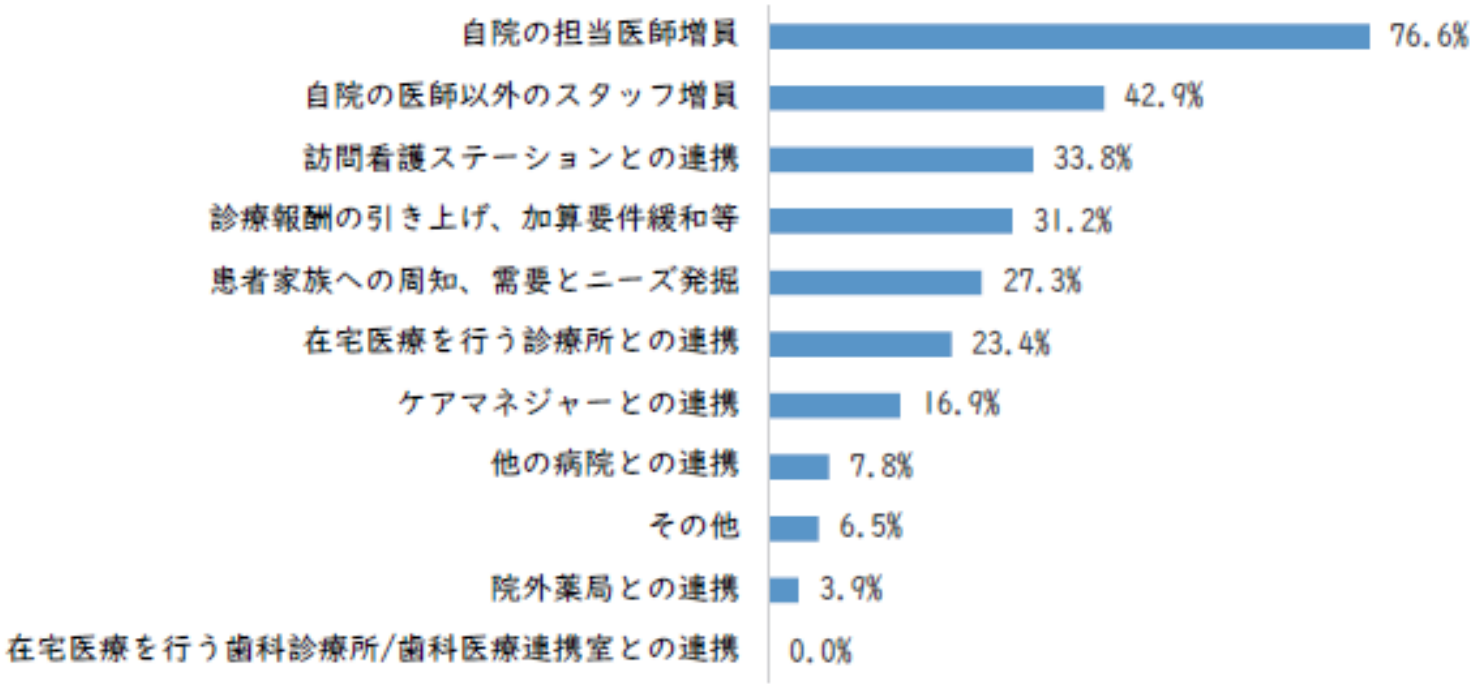


図８　訪問診療等提供件数を増やすには何が必要か（3つ選択）n=77

資料：新潟県地域医療提供体制ならび医療・介護連携に関する実態・意識調査報告書（新潟県医師会）

「病院」の回答

問２１．地域の在宅医療に関する課題は何と思うか（３つ選択）

地域の在宅医療に関する課題は、「専門職の人員不足」が 61.0%、「地域住民への在宅医療に関する普及啓発」が 42.9%、「在宅医療の施設の基盤整備」が 35.1%、「病院関係者の意識や知識、技術の向上」が 35.1%であった。（図３２）。

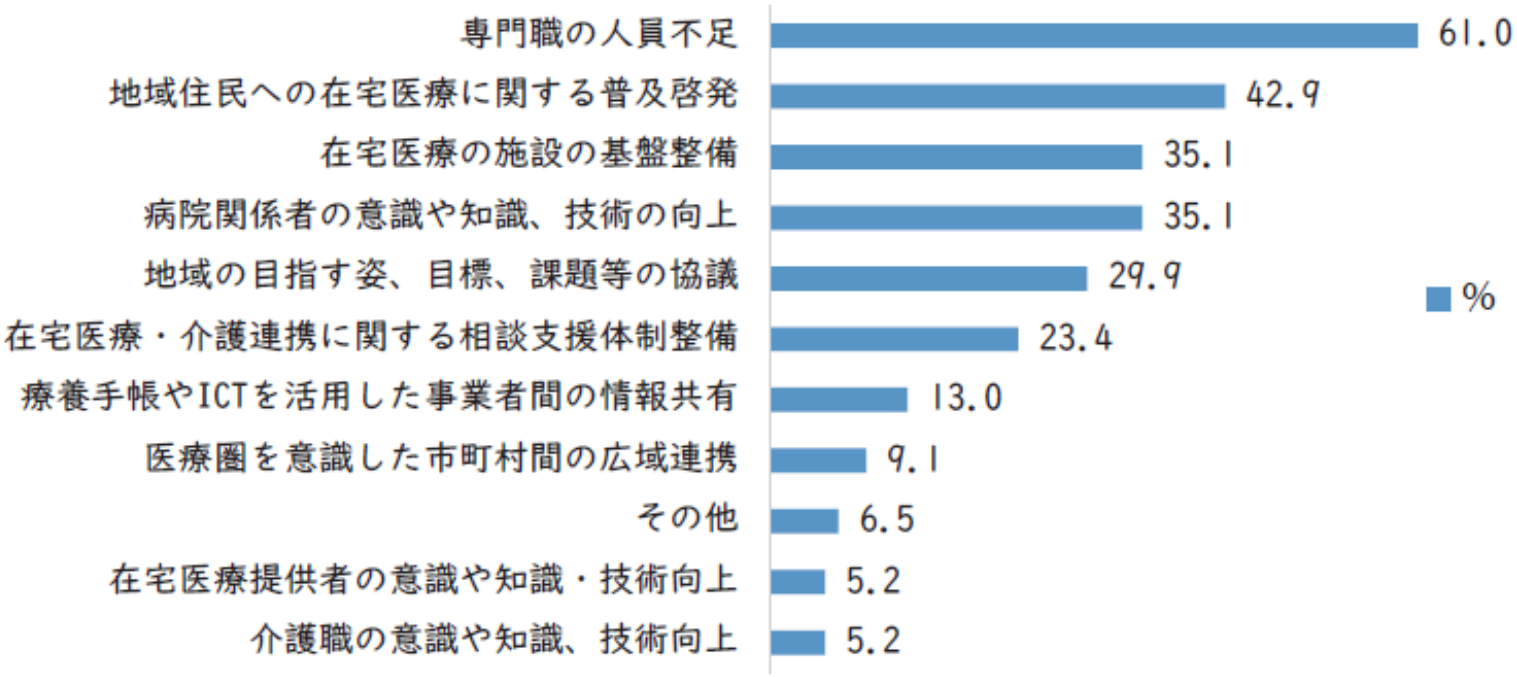


図32　地域の在宅医療に関する課題は何か（３つ回答）　n=77

資料：新潟県地域医療提供体制ならび医療・介護連携に関する実態・意識調査報告書（新潟県医師会）

「医科診療所」の回答

問 23. 地域の在宅医療に関する課題は何と思うか（３つ選択）

地域の在宅医療に関する課題は、専門職の人員不足が 68.4%、在宅医療に関わる施設の基盤整備 41.0%、地域住民への在宅医療に関する普及・啓発 22.5%であった。678 施設の内、未回答が 12.7%（86 施設）と多かった。集計からは除外した（図３６）。

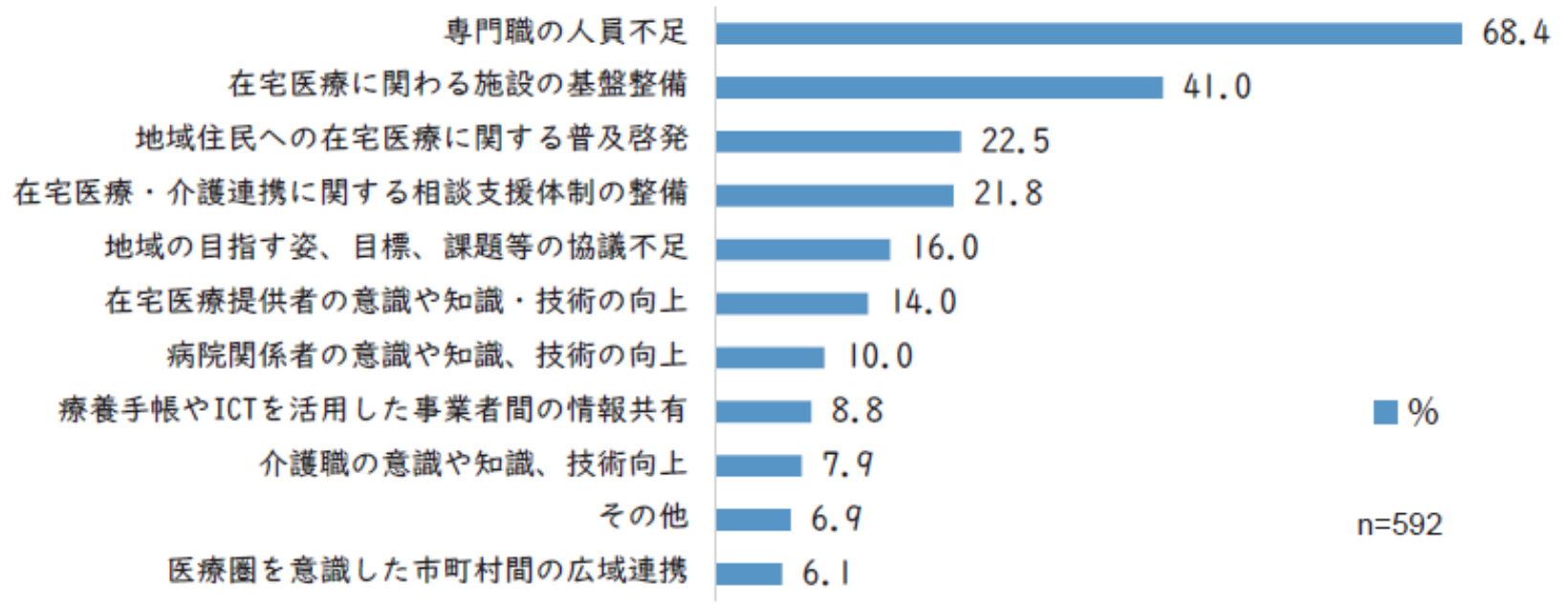


図36　地域の在宅医療に関する課題（３つ選択）

資料：新潟県地域医療提供体制ならび医療・介護連携に関する実態・意識調査報告書（新潟県医師会）

「訪問看護ステーション」の回答

問 17.　地域の在宅医療に関する課題は何と思うか（３つ回答）

地域の在宅医療に関する課題は、専門職の人員不足 60.5%、地域住民への在宅医療に関する普及・啓発 42.1%、在宅医療関連施設の基盤整備 33.3%、相談支援体制の整備 33.3%であった（図２２）。

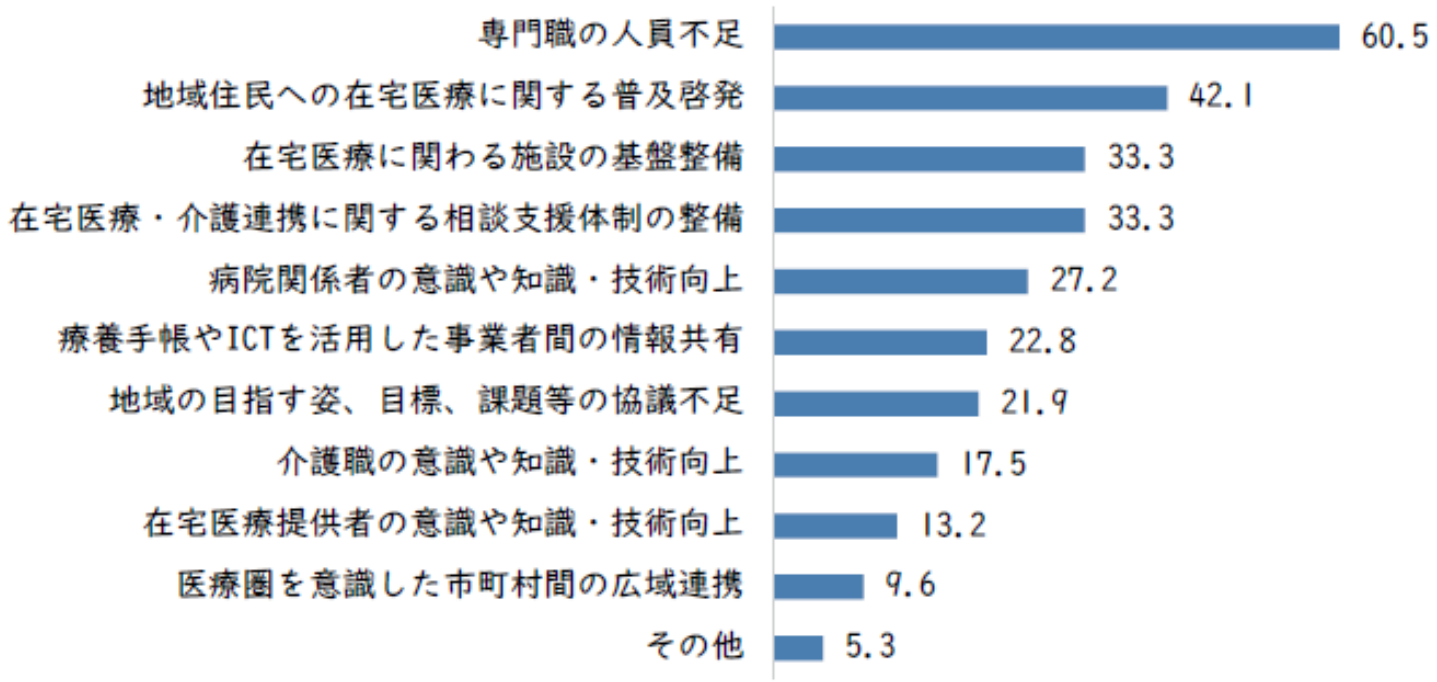


図22　地域の在宅医療に関する課題（3つ選択）%　n=114

資料：新潟県地域医療提供体制ならび医療・介護連携に関する実態・意識調査報告書（新潟県医師会）

在宅医療等に係る論点（案）

＜現状や課題等＞

（提供状況）

・訪問診療の実施件数は増加しているが、実施施設数は必ずしも増加していない。

・在支診、訪問看護STの数や訪問診療等の提供実績は全国に比べると少ない状況にある。特に中越医療圏以北において、訪問診療や訪問看護の算定実績が著しく少ない。

（課題等）

・病院において訪問診療の実施や提供件数を増やすために必要なものや、地域の在宅医療に関する課題として、医師をはじめとする専門職（スタッフ）の確保が挙げられている。

＜論点（案）＞

➢ 提供実績の全国との差や人材不足がある中で、地域包括ケアシステムを支える医療機関が担う役割や機能をどう考えるか。その際、どのように体制を確保、強化していけるか。

➢ 各圏域において、どのような情報を見える化、確認し提供体制を増強していくか。その際において、地域包括ケアシステムを支える医療機関の役割をどう考えるか。

関係機関との連携強化について

（病病連携、病診連携、医療介護連携）

関係機関との連携強化に係る現場の声と論点（案）

＜現場の状況（ヒアリングによる複数民間病院聞き取り）＞

・円滑な患者紹介・逆紹介のためには、自院ができることを他院や診療所に知ってもらい、信頼を得る必要がある。

・連携先の病院や診療所には、地域連携室と院長、事務長が出向き、先方との関係構築に努めている。

・地域連携室に専属の「営業」担当者を配置している。特に密な連携先には毎週出向いて情報交換を行っている。その際、連携室だけでなく、主要な診療科の医師との関係づくりも重要。

・受け入れた患者の転帰はフィードバックしている。ただ、その情報があまり活用されていないという声も聞く。

＜論点（案）＞

➢ 各圏域内の病院間を中心とした連携関係を構築するために、どのような取組が考えられるか。

➢ 連携関係を構築するために、病院側からどのような情報を提示していくべきか。（連携先にとって、病院のどのような情報が有用と考えられるか。）

新潟県在宅医療コンサルティング業務

１　業務委託の趣旨

第８次新潟県地域保健医療計画の策定に向け、新潟県地域医療構想調整会議等で明らかになった**在宅医療に関する現況・課題（訪問診療・訪問看護の人材確保等）**を深掘りし、解決に向けた取組の検討等を行うもの

3　委託業務の内容

①在宅医療に関する県内市区町村別の現状把握

　各種統計や県が保有する受療データ（NDB・KDB データ）を用いて県内市区町村別の在宅医療の現状把握を行うこと

②将来の在宅医療に関する県内市区町村別需要の把握

「日本の地域別将来推計人口（平成30 年推計）」（国立社会保障人口問題研究所）を用いた在宅医療の市区町村別の患者数の推計を行うこと

③在宅医療の基盤整備の目標の検討

　②で推計した患者数を基に、県内の在宅医療の基盤整備に関する目標を検討すること

④在宅医療推進（実施医療機関の増加）のための取組の企画立案

　在宅医療を実施する医療機関を増加させるための取組の企画立案を行うこと

⑤在宅医療の人材確保等を促すための情報発信

　在宅医療の人材確保に関する情報発信（受託者自らが行うSNS を用いた情報発信や、今後県が行う情報発信の企画等を想定）を行うこと