

# 圏域別に見る在宅医療の課題

1. 地域別の医療資源の充足状況と今後の見通し
2. KDB（国保データベース）のデータを用いた医療提供体制の実態
3. 地域課題の整理

2023年12月1日

株式会社日本経営

# はじめに 機能別病床の概況

地域医療構想とのつながりで在宅医療の普及を考えるために

---

# 供給体制について | 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴

## 埼玉県病床機能報告定量基準分析の枠組み

- 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病棟→回復期」「療養病棟→慢性期」など、**どの医療機能と見なすのかが明らかな入院料の病棟**は、当該医療機能として扱う。
- 特定の医療機能と結びついていない**一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）**を対象に、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した**区分線1・区分線2**によって、高度急性期/急性期/回復期を区分する。
- 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。

4 機能	大区分				
	主に成人	周産期	小児		緩和ケア
高度急性期	救命救急 ICU SCU HCU	MFICU NICU GCU	PICU	小児入院医療 管理料1	
急性期		産科の一般病棟 産科の有床診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の急性期一般入院料1 小児科の一般病棟7:1		緩和ケア病棟 (放射線治療あり)
回復期	回復期 リハビリ病棟		小児入院医療管理料4,5 小児科の急性期一般入院料1 一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所		
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等				緩和ケア病棟 (放射線治療なし)

具体的な機能に応じて区分線を引く

切り分け

# 供給体制について | 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 区分線1および2 | 令和4年度愛媛県病床機能報告による推計結果

区分線1で高度急性期に分類される病棟の割合（令和4年度報告）

区分線1で高度急性期に分類する要件			しきい値		該当する病棟の割合				
			最大使用病床1床当たりの月間の回数	40床の病棟に換算した場合	救命・ICU・SCU・HCU	急性期一般病棟1, 一般病棟7:1(※)	左記以外の病院一般病棟(※)	有床診の一般病棟(※)	地域包括ケア病棟
手術	A	全身麻酔下手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上	61.9%	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%
	B	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	52.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
がん	C	悪性腫瘍手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	47.6%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
脳卒中	D	超急性期脳卒中加入	あり	あり	71.4%	2.5%	1.2%	1.8%	算定不可
	E	脳血管内手術	あり	あり	81.0%	3.8%	2.3%	1.8%	0.0%
心血管疾患	F	経皮的冠動脈形成術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	28.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
救急	G	救急搬送診療料	あり	あり	28.6%	16.3%	1.2%	0.0%	算定不可
	H	救急医療に係る諸項目（下記の合計） ・救命のための気管内挿管 ・カウンターショック ・体表面・食道ペーシング法 ・心膜穿刺 ・非開胸的心マッサージ ・食道圧止血チューブ挿入法	0.2回/月・床以上	8回/月以上	71.4%	0.0%	1.2%	1.8%	0.0%
	I	重症患者への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的肺動脈圧測定・頭蓋内圧持続測定(3時間超) ・持続緩徐式血液濾過 ・人工心肺 ・大動脈バルーンポンピング法 ・血漿交換療法 ・経皮的心臓補助法 ・吸着式血液浄化法 ・人工心臓・血球成分除去療法	0.2回/月・床以上	8回/月以上	66.7%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
全身管理	J	全身管理への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的動脈圧測定(1時間超) ・胸腔穿刺 ・ドレーン法 ・人工呼吸(5時間超)	8.0回/月・床以上	320回/月以上	42.9%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
上記A～Jのうち1つ以上を満たす					95.2%	21.3%	5.8%	5.5%	0.0%

※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

区分線2で急性期に分類される病棟の割合（令和4年度報告）

区分線2で急性期に分類する要件			しきい値		該当する病棟の割合				
			最大使用病床1床当たりの月間の回数	40床の病棟に換算した場合	救命・ICU・SCU・HCU	急性期一般病棟1, 一般病棟7:1(※)	左記以外の病院一般病棟(※)	有床診の一般病棟(※)	地域包括ケア病棟
手術	K	手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上	71.4%	7.5%	3.5%	16.4%	0.0%
	L	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.1回/月・床以上	4回/月以上	66.7%	20.0%	2.3%	0.0%	0.0%
がん	M	放射線治療（レセプト枚数）	0.1枚/月・床以上	4枚/月以上	0.0%	15.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	N	化学療法（日数）	1.0日/月・床以上	40日/月以上	0.0%	21.3%	3.5%	1.8%	0.0%
救急	O	予定外の救急医療入院の人数	10人/年・床以上	33.3人/月以上	66.7%	20.0%	20.9%	0.0%	0.0%
重症度等	P	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	I : 31%以上 / II : 29%以上		4.8%	61.3%	20.9%	0.0%	0.0%
上記K～Pのうち1つ以上を満たす					95.2%	86.3%	41.9%	18.2%	0.0%

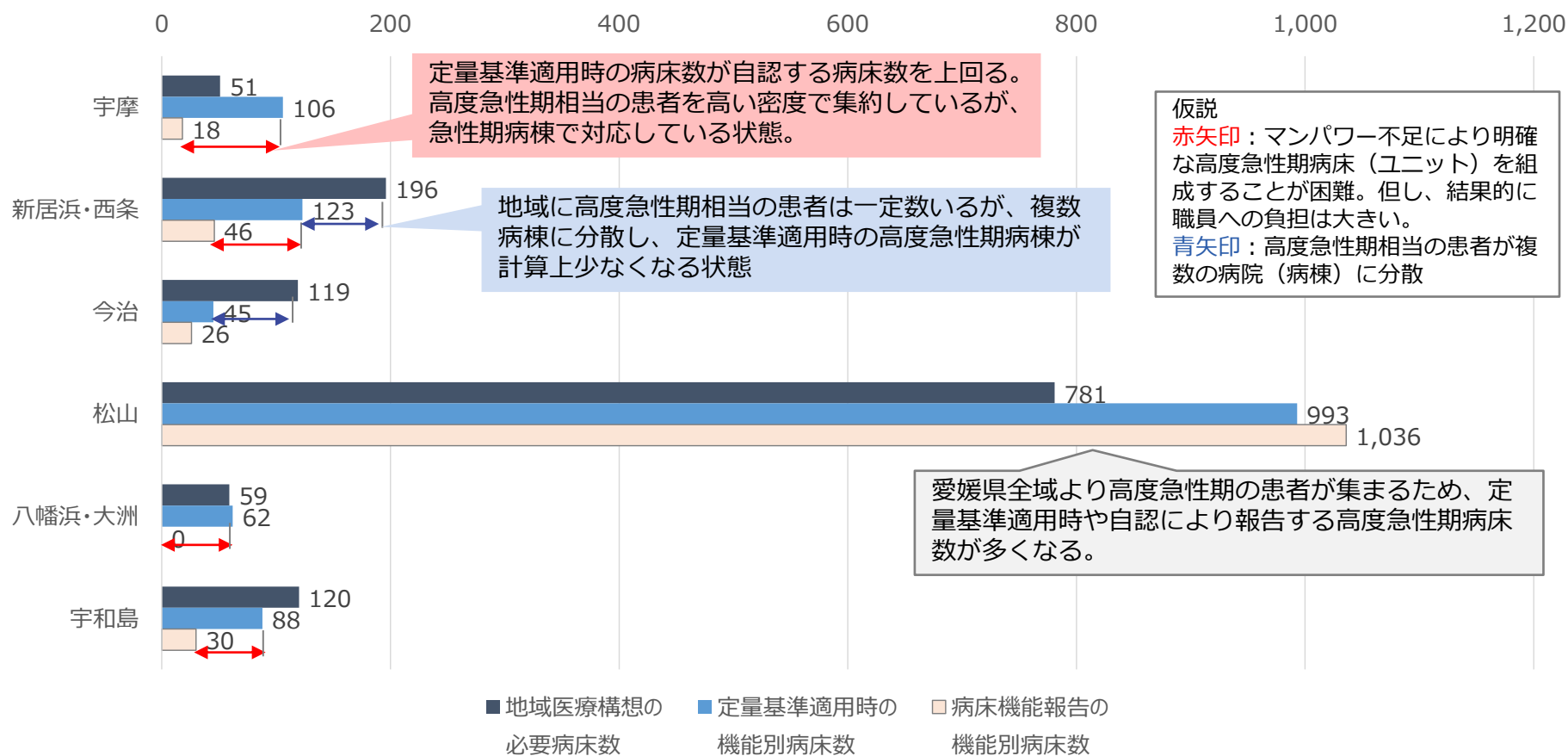
※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

# 供給体制について | 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 高度急性期

【医療機能の名称及び内容：高度急性期】（出典）愛媛県第7次医療計画第7章地域医療構想より

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

## ■ 定量基準適用時の病床数との比較 高度急性期病床



定量基準適用時の病床数が自認する病床数を上回る。高度急性期相当の患者を高い密度で集約しているが、急性期病棟で対応している状態。

地域に高度急性期相当の患者は一定数いるが、複数病棟に分散し、定量基準適用時の高度急性期病棟が計算上少なくなる状態

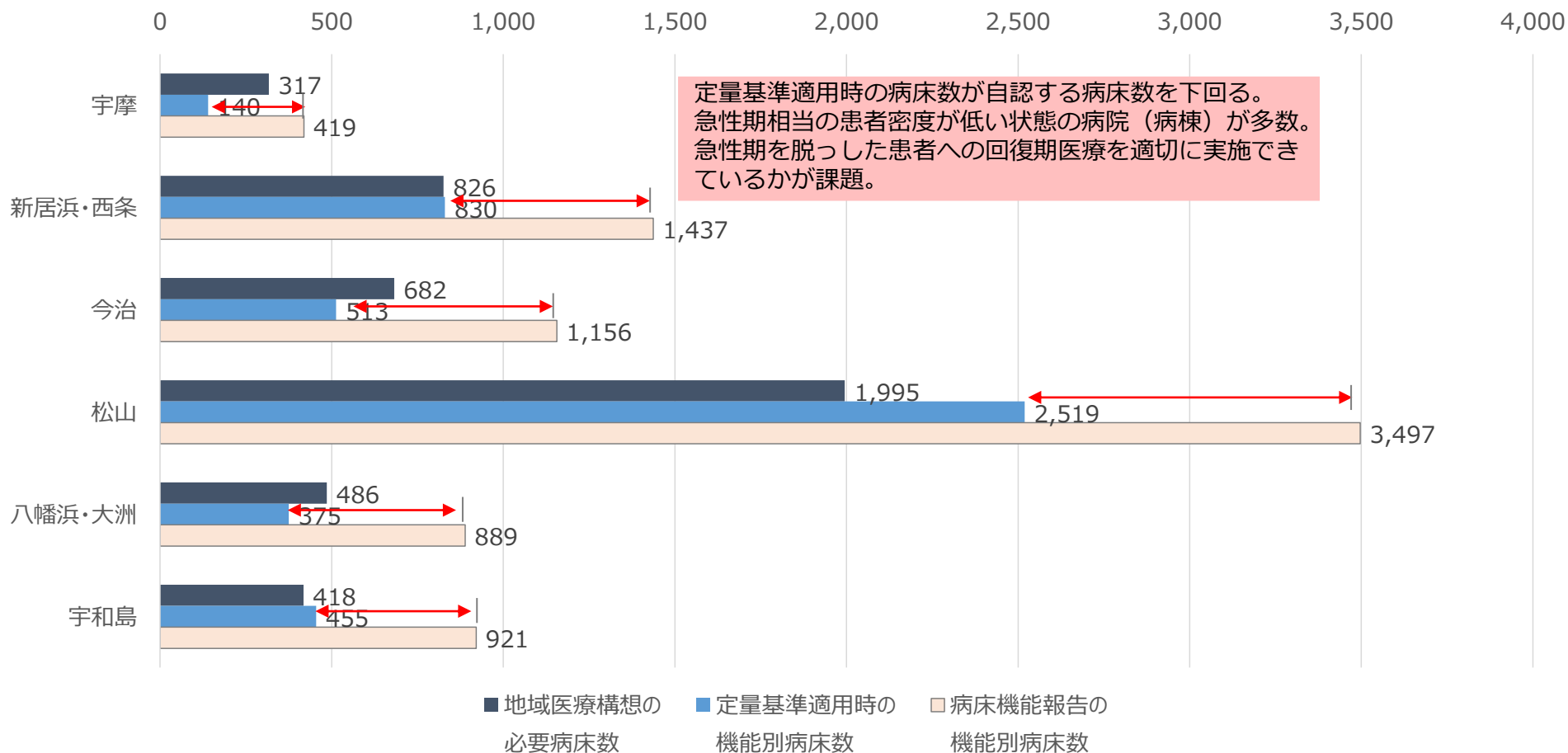
愛媛県全域より高度急性期の患者が集まるため、定量基準適用時や自認により報告する高度急性期病床数が多くなる。

# 供給体制について | 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 急性期

【医療機能の名称及び内容：急性期】（出典）愛媛県第7次医療計画第7章地域医療構想より

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

■ 定量基準適用時の病床数との比較  
急性期病床



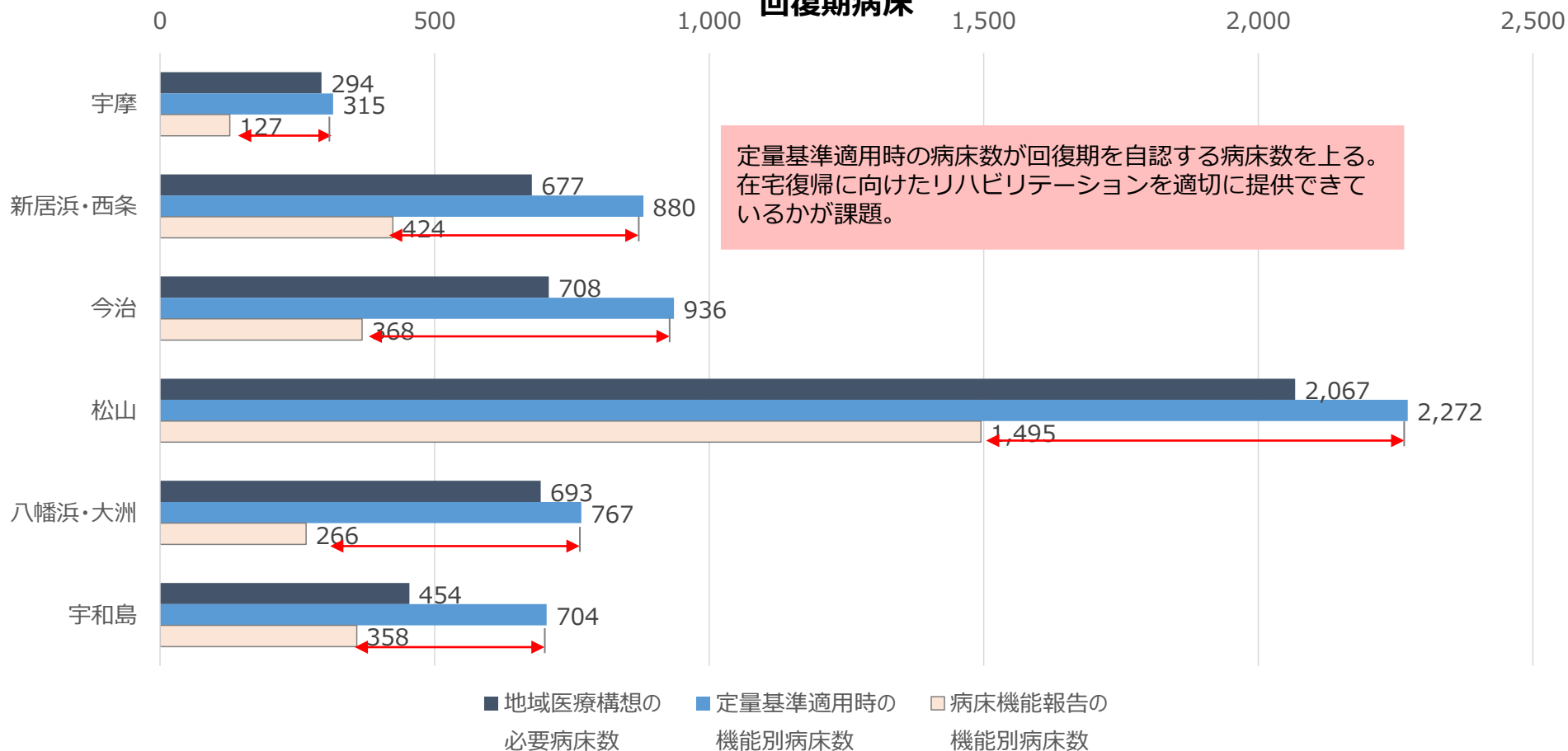
# 供給体制について | 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 回復期

【医療機能の名称及び内容：回復期】 愛媛県第7次医療計画第7章地域医療構想より

- 急性期を経過した患者への**在宅復帰に向けた医療やリハビリテーション**を提供する機能。
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、**A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供**する機能（回復期リハビリテーション機能）

## ■ 定量基準適用時の病床数との比較

### 回復期病床



定量基準適用時の病床数が回復期を自認する病床数を上る。在宅復帰に向けたリハビリテーションを適切に提供できているかが課題。

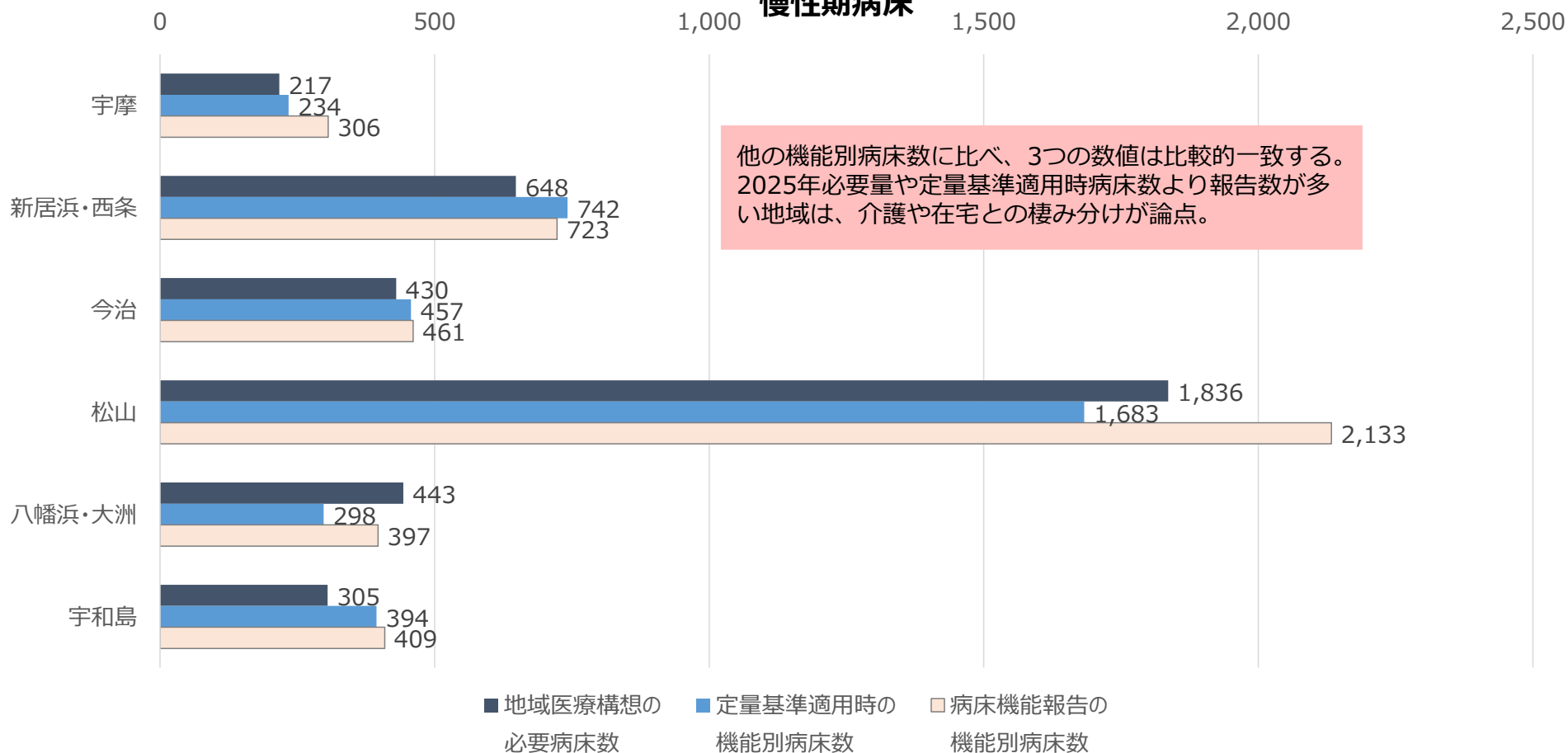
# 供給体制について | 定量基準（埼玉方式）による機能別病床数の特徴 慢性期

【医療機能の名称及び内容：回復期】 愛媛県第7次医療計画第7章地域医療構想より

- 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がい者（重度の意識障がい者を含む）、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

■ 定量基準適用時の病床数との比較

慢性期病床





# 地域供給体制について

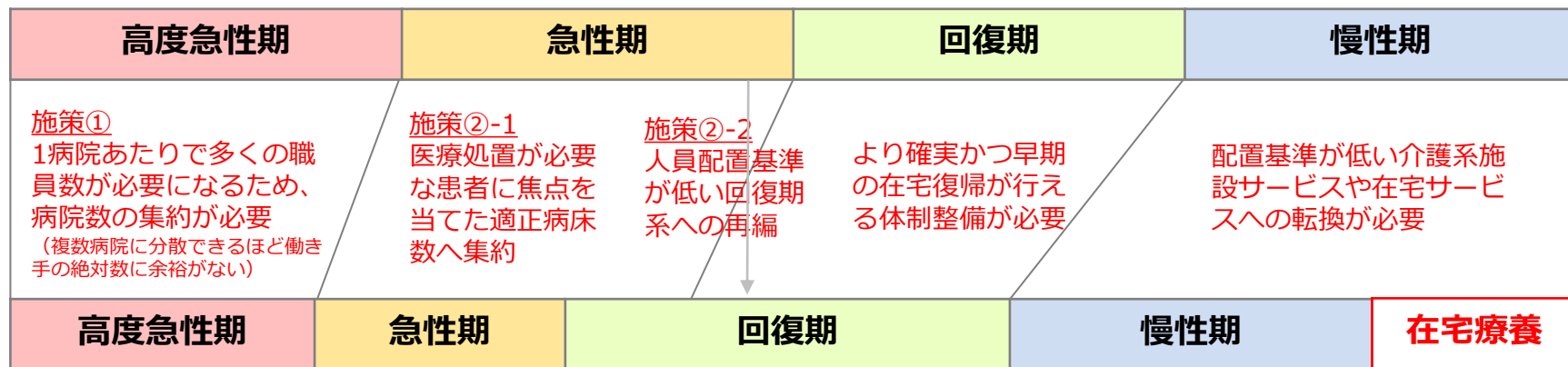
## 機能再編や解決の方向性について医療構想とのつながり

### ■ 需要と供給力（経営資源）から見た集約の必要性について

✓ 病院の機能からみた職種別職員・設備の必要性（大まかな特徴）

職種別職員・設備	必要性
医師、看護師、技師等のコメディカル	医師・看護師については重症患者に対応する場合は手厚い配置が必要。救急体制（24時間体制）を行う場合や手術を行う場合は、外来や入院診療に加え、それらに対応する職員を確保する必要があり、急性期医療や救急医療に対応する医療機関ほど人員を必要とする。
セラピスト	在宅復帰の支援を行うにあたり、重要な役割を担う。濃密なリハビリを行うには、職員の集約が必要。
その他職員	各病院において必要な役割を担うが、事務員等の職員であっても既に採用難となっている病院がある。
施設設備	設備投資について、需要にあわせた視点だけでなく、職員数にあわせた視点を持たなければ過剰投資となる。

### ■ 解決の方向性



入院医療を支えるためには、在宅サービスを含めた地域包括ケアシステムの完成が必要



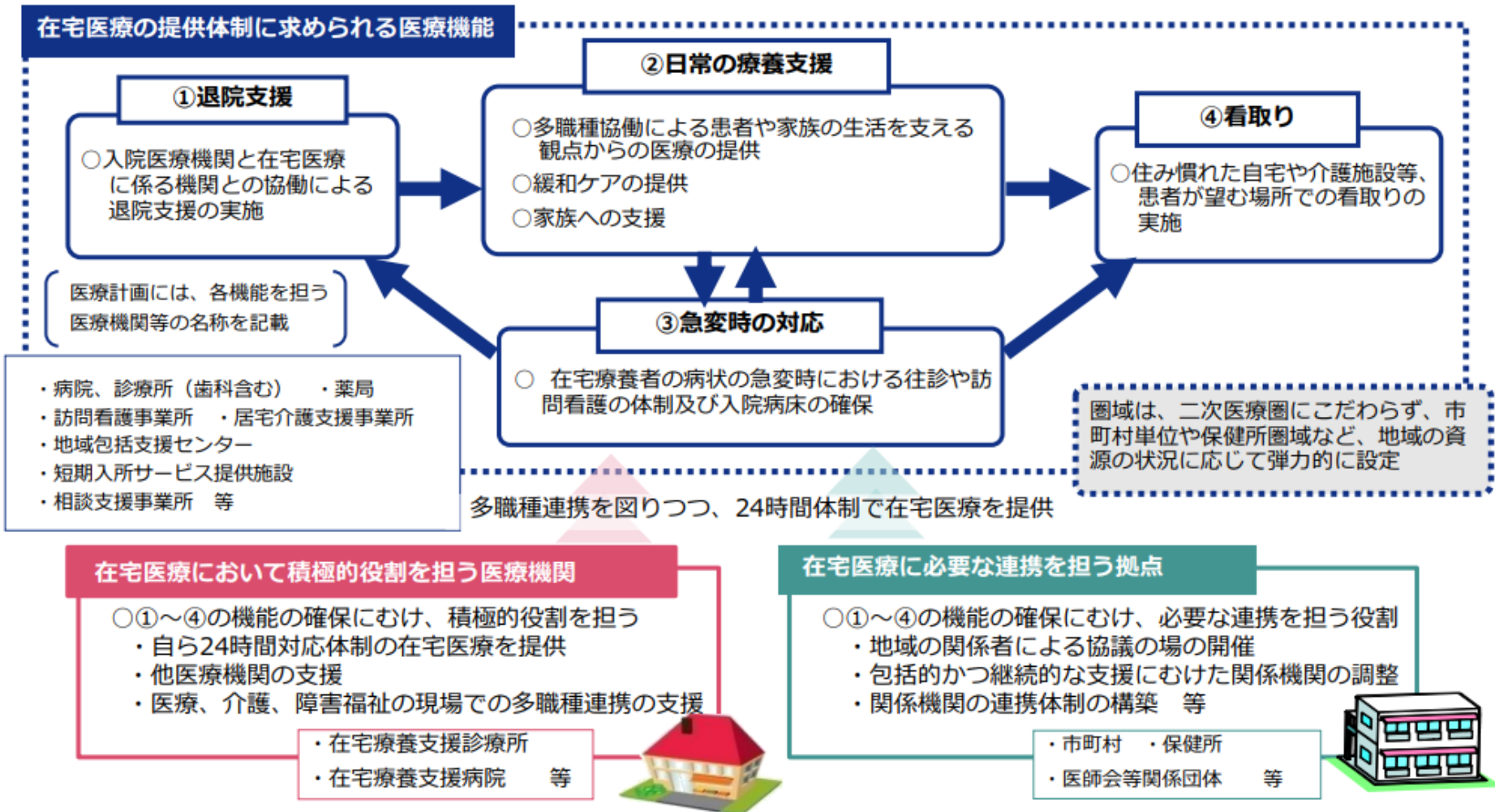
# 1. 地域別の医療資源の充足状況

---

# 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

- 下図は在宅医療の提供体制に求められる医療機能の概念図。
- 下図の①退院支援～④看取りについて項目ごとの定量分析結果を本資料に掲載する。

～ 「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））

3

# 前段の情報 | 愛媛県の概況数値

## 医療介護資源の充足状況

			全国	愛媛県	宇摩	新居浜 ・西条	今治	松山	八幡浜 ・大洲	宇和島	
基本情報	人口	千人	126,146	1,355	83	221	158	638	132	104	
	高齢化率		29%	33%	34%	33%	36%	29%	41%	42%	
	75歳以上人口	千人	18602	231	14	38	30	95	30	23	
	人口密度	人/km <sup>2</sup>	338.2	235.2	196.5	296.5	351.8	413.9	89.4	99.1	
医療資源	病院数	件	8238	134	8	21	28	50	15	12	
		人口10万人当り	件	6.5	9.9	9.6	9.5	17.7	7.8	11.4	11.5
	診療所数	件	102612	1213	54	172	118	597	160	112	
		人口10万人当り	件	81.3	89.5	65.1	77.8	74.7	93.6	121.2	107.7
	病床数 (病院+診療所)	件	1,593,572	20,594	1,235	3,776	2,209	9,322	2,097	1,965	
		人口10万人当り	件	1,263.3	1,519.9	1,488.0	1,708.6	1,398.1	1,461.1	1,588.6	1,889.4
介護資源	医師数	人	384,332	4,258	190	588	418	2,387	369	305	
		人口10万人当り	人	304.7	314.2	228.9	266.1	264.6	374.1	279.5	293.3
	総高齢者施設+住宅定員数	人	1,806,963	27,398	1,553	4,094	3,035	12,978	3,383	2,355	
		75歳以上人口1000人当り	人	97.1	118.6	110.9	107.7	101.2	136.6	112.8	102.4
	総高齢者施設定員数	人	1,036,035	13,702	962	2,379	1,974	4,926	2,038	1,423	
		75歳以上人口1000人当り	人	55.7	59.3	68.7	62.6	65.8	51.9	67.9	61.9
在宅医療介護の利用状況	住宅定員数	人	770,928	13,696	591	1,715	1,061	8,052	1,345	932	
		75歳以上人口1000人当り	人	41.4	59.3	42.2	45.1	35.4	84.8	44.8	40.5
	在宅医療利用者数	人	1,477,229	21,690	522	1,983	719	14,704	2,373	1,389	
		75歳以上人口1000人当り	人	79.4	93.9	37.3	52.2	24.0	154.8	79.1	60.4
	訪問看護利用者数	人	677,400	8,171	231	950	296	5,149	695	850	
		75歳以上人口1000人当り	人	36.4	35.4	16.5	25.0	9.9	54.2	23.2	37.0
在宅医療介護の利用状況	訪問介護利用者数	人	1,147,866	14,126	1,020	2,093	1,816	6,616	1,030	1,551	
		75歳以上人口1000人当り	人	61.7	61.2	72.9	55.1	60.5	69.6	34.3	67.4

- レセプト情報等を集約したNDB (National Data Base) を活用し、各診療行為 (診療報酬の算定回数) の地域差を「見える化」
- 各都道府県の年齢構成の違いを調整し、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)
- 外来約2,200項目、入院約2,800項目の診療報酬項目のSCRを一般に公開 (都道府県別、二次医療圏別、市区町村別)

※二次医療圏別、市区町村別は平成29年4月28日に公表

<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>

SCR (Standardized Claim data Ratio) とは

全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域に当てはめた場合に計算により求められる期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを比較したもの。年齢構成の異なる地域間の比較に用いられSCRが100以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされる。

$$\begin{aligned} \text{SCR} &= \frac{\sum \text{性・年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{性・年齢階級別レセプト期待数}} \times 100 \\ &= \frac{\sum \text{性・年齢階級別レセプト数}}{\sum (\text{各地域の性・年齢階級別人口} \times \text{全国の性・年齢階級別レセプト出現率})} \times 100 \end{aligned}$$

(NDB集計対象データ)

・平成27年度診療分 平成27年5月～平成28年5月審査分から抽出

・合計約10.1億件のレセプト 医科: 外来 約983百万件 入院 約16百万件 DPC: 約11百万件

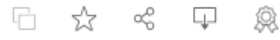
※医療機関所在地ベースの集計であり、流出入は考慮していない

※公費単独 (生活保護等) は含まれていない

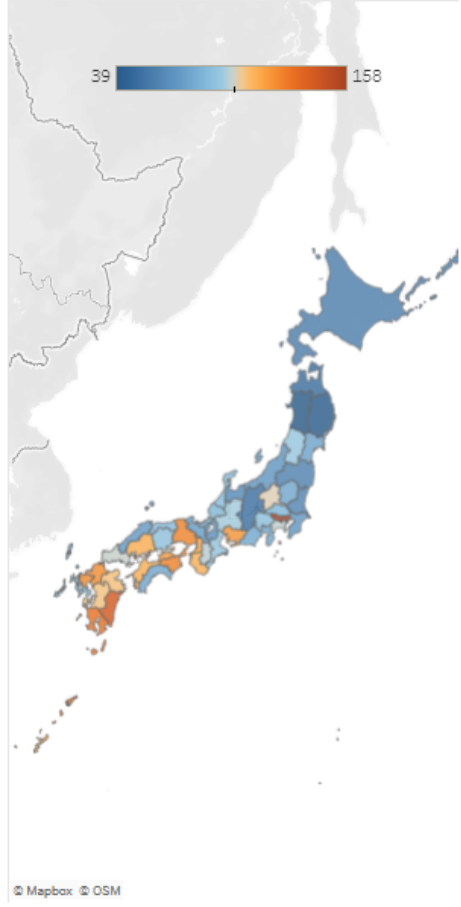
# 医療提供状況の地域差からみる地域課題

## 都道府県別にみる在宅患者訪問診療料の提供状況（R3年度診療分）

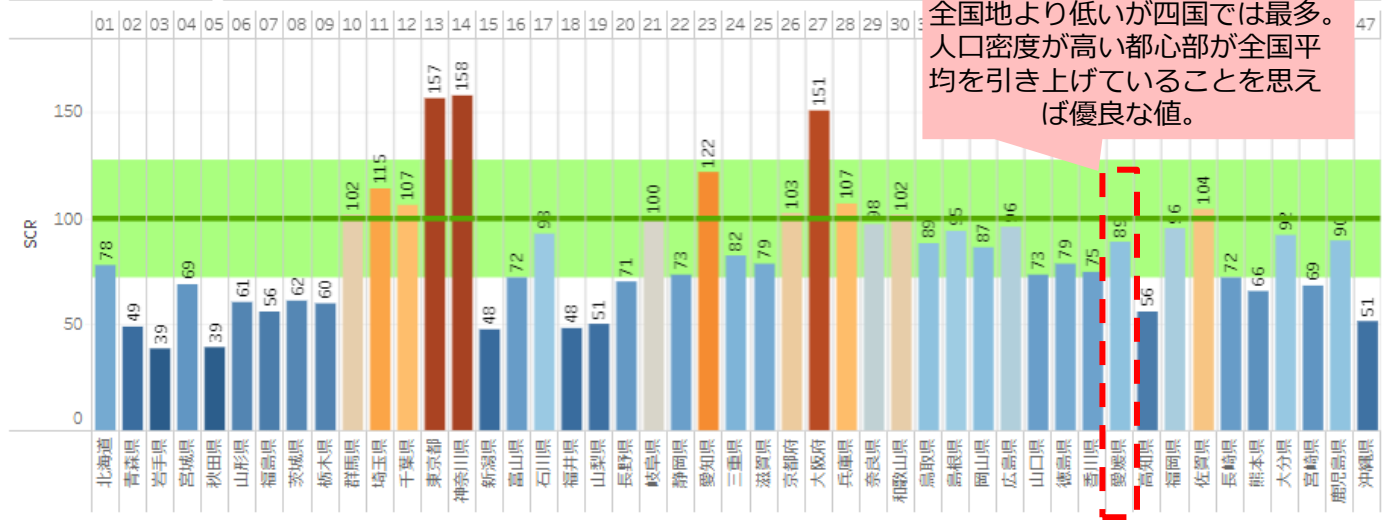
K. Fujimoriが作成した【New】 R03都道府県別診療行為



診療行為別 都道府県別（レンジ固定） 都道府県別（フリー）



- ① 入外区分
  - 1 入院
  - 2 外来
  - 3 入院+外来
- ② 章を選択
  - A 初再診、入院料
  - B 指導管理料等
  - C 在宅
  - D 検査
  - E 画像診断
  - F 薬剤
  - G 注射
  - H リハビリ
  - I 精神
  - J 処置
  - K 手術
  - L 麻酔
  - M 放射線治療
- ③ 代表名称あるいは診療行為の一つを選択（右の虫メガネマークから検索できます）
  - C000\_00\_01\_114051250 緊急往診加算（機能強化した在宅等）（病床なし）（臨時的取扱）
  - C000\_00\_01\_114051350 緊急往診加算（在宅等）（臨時的取扱）
  - C000\_00\_01\_114051450 緊急往診加算（機能強化した在宅等）（病床あり）（臨時的取扱）
  - C000\_00\_02<患者診療時間加算（往診）>
  - C000\_00\_02\_114000970 患者診療時間加算（往診料）
  - C000\_00\_03<死亡診断加算（往診料）>
  - C000\_00\_03\_114007270 死亡診断加算（往診料）
  - C000\_00\_04<在宅療養実績加算等>
  - C000\_00\_04\_114029670 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（往診料）
  - C000\_00\_04\_114029770 在宅療養実績加算1（往診料）
  - C000\_00\_04\_114029870 在宅療養実績加算2（往診料）
  - C000\_00\_05<深夜往診加算（特別往診）等>
  - C001【在宅患者訪問診療料等】
  - C001\_00【在宅患者訪問診療料等】
  - C001\_00\_01<在宅患者訪問診療料（1）1>
  - C001\_00\_01\_114001110 在宅患者訪問診療料（1）1（同一建物居住者以外）
  - C001\_00\_01\_114030310 在宅患者訪問診療料（1）1（同一建物居住者）
  - C001\_00\_02<在宅患者訪問診療料（1）1>



全国地より低いですが四国では最多。人口密度が高い都心部が全国平均を引き上げていることを思えば優良な値。

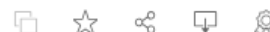
NDB R03年度診療分からSCRを集計  
 東北大 医療管理学分野 藤森研司  
 NDBルールにより当該地域で3医療機関未満は非表示です



# 医療提供状況の地域差からみる地域課題

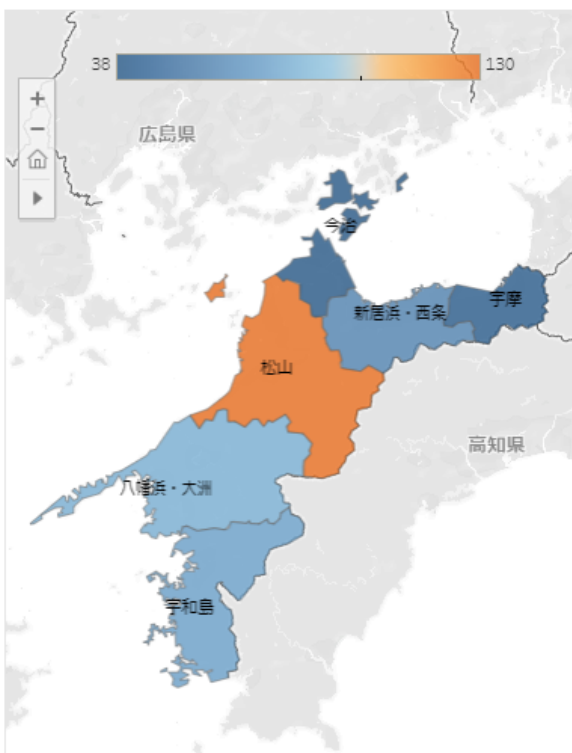
## 二次医療圏別にみる在宅患者訪問診療料の提供状況（R3年度診療分）

K. Fujimoriが作成した【New】 R03 二次医療圏別診療行為



診療行為別（地名あり） 診療行為別（地名なし） 二次医療圏別（レンジ固定） 二次医療圏別（レンジフリー）

都道府県  
38 愛媛県



© 2023 Mapbox © OpenStreetMap

NDB R03年度診療分からSCRを集計  
東北大 医療管理学分野 藤森研司

NDBルールにより当該地域で3医療機関未満は非表示です。

名称

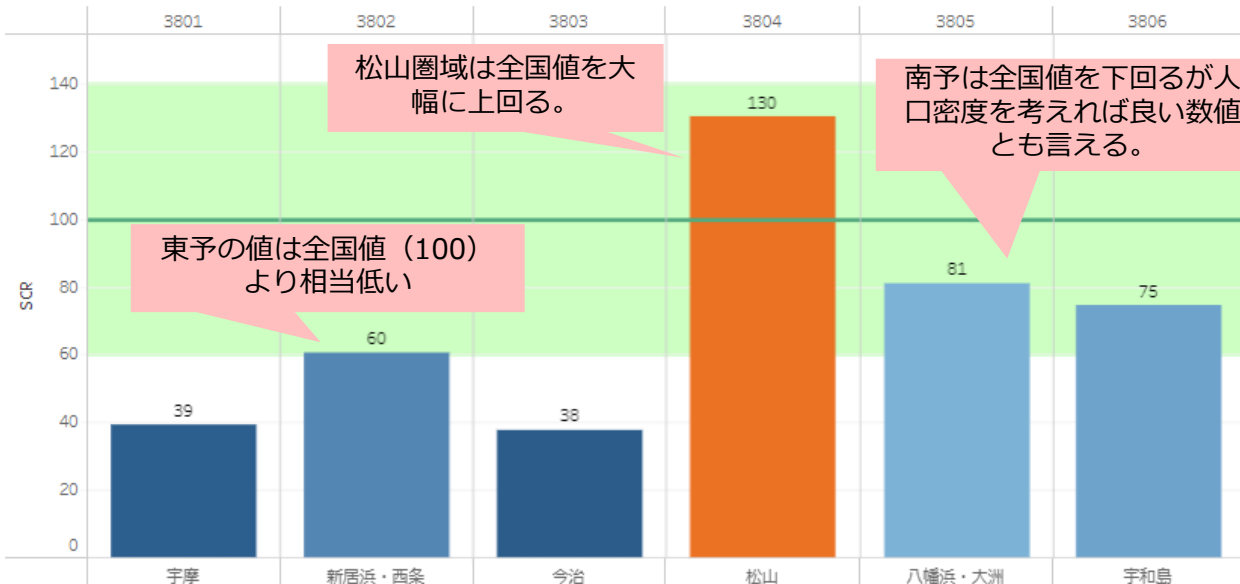
- 外来
- 入院
- 入院+外来

概要

- A 初再診、入院料
- B 指導管理料等
- C 在宅
- D 検査
- E 画像診断
- F 薬剤
- G 注射
- H リハビリ
- I 精神
- J 処置

代表名称

- C000\_00\_04\_114029770 在宅療養実績加算1（往診料）
- C000\_00\_04\_114029870 在宅療養実績加算2（往診料）
- C001 【在宅患者訪問診療料等】
- C001\_00 【在宅患者訪問診療料等】
- C001\_00\_01 <在宅患者訪問診療料（1）1>
- C001\_00\_01\_114001110 在宅患者訪問診療料（1）1（同一建物居住者以外）
- C001\_00\_01\_114030310 在宅患者訪問診療料（1）1（同一建物居住者）
- C001\_00\_02 <在宅患者訪問診療料（1）2>
- C001\_00\_02\_114042110 在宅患者訪問診療料（1）2（同一建物居住者以外）
- C001\_00\_02\_114042210 在宅患者訪問診療料（1）2（同一建物居住者）
- C001\_00\_03 <在宅患者訪問診療料（乳幼児）加算>
- C001\_00\_03\_114015870 乳幼児加算（在宅患者訪問診療料（1）・（2））
- C001\_00\_04 <患者診療時間加算（在宅患者訪問診療料）>
- C001\_00\_04\_114001470 患者診療時間加算（在宅患者訪問診療料（1）・（2））



tableau



# 医療提供状況の地域差からみる地域課題

## 外来受診及び入院機能の提供状況

解釈番号	代表名称	入外区分	38 愛媛県	3801 宇摩	3802 新居浜・ 西条	3803 今治	3804 松山	3805 八幡浜・ 大洲	3806 宇和島
# A11	初再診全体	外来	103	86	93	96	109	96	95
A 000	初診料等	外来	101	88	96	105	111	94	91
A 001	再診料等	外来	98	82	86	104	107	106	94
A 002	外来診療料等	外来	101		123		117		
# 100	地域医療構想：高度急性期	入院	105		89		139		
# 101	地域医療構想：急性期	入院	114	72	107	65	122	72	122
# 106	地域医療構想：回復期	入院	143	130	121	172	156	96	112
# A31	地域医療構想：慢性期	入院	108	105	130	157	108	104	98
A A01	一般病棟入院基本料等	入院	100	88	114	113	101	90	130
A A02	療養病棟入院基本料	入院	104	109	127	152	105	105	99
A A03	障害者施設等入院基本料等	入院	139				242		
# A32	急性期入院料全体	入院	153	77	106	67	117	77	117
# A04	回り八全体	入院	116		93	102	139		
# A12	地域包括ケア全体	入院	102	188	179	135	154	156	102

松山を除き外来受診の頻度は全国より低い

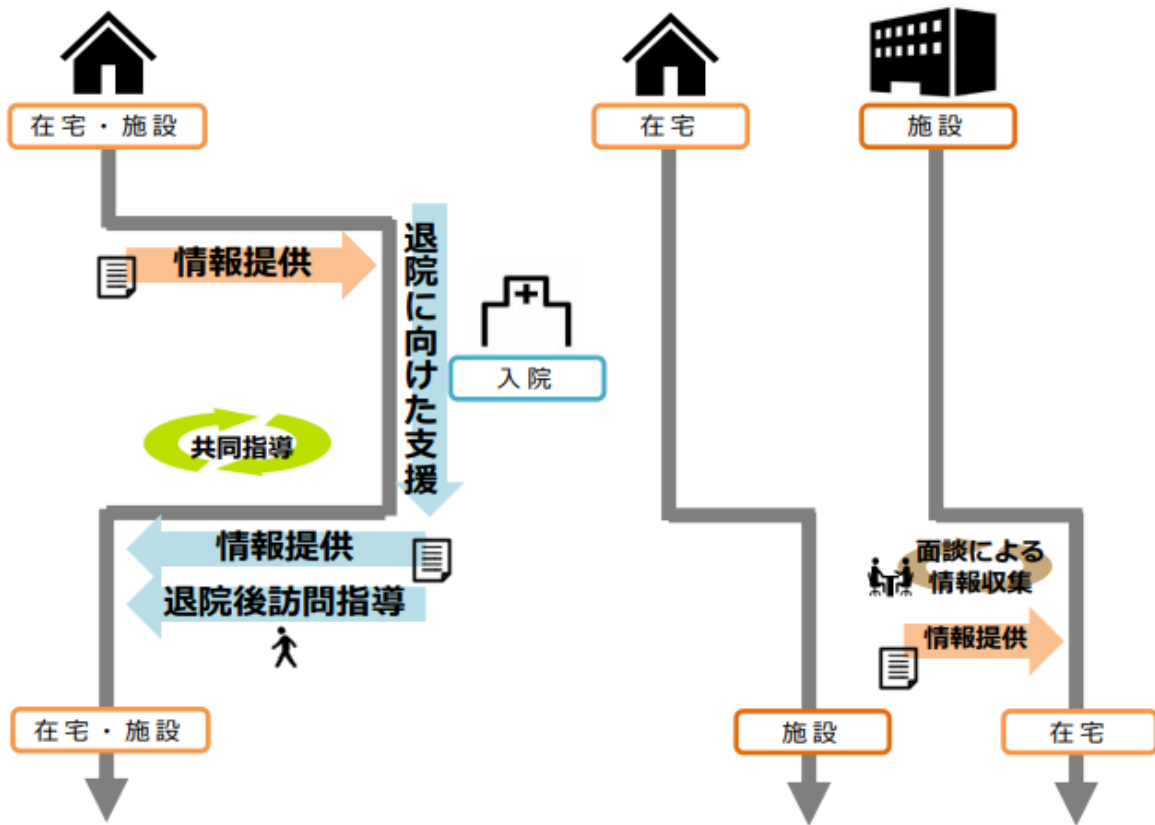
※ 公開統計資料の都合によりN数が少ない場合は集計対象外となるため、一部圏域には数値が入力されない空白箇所がある。



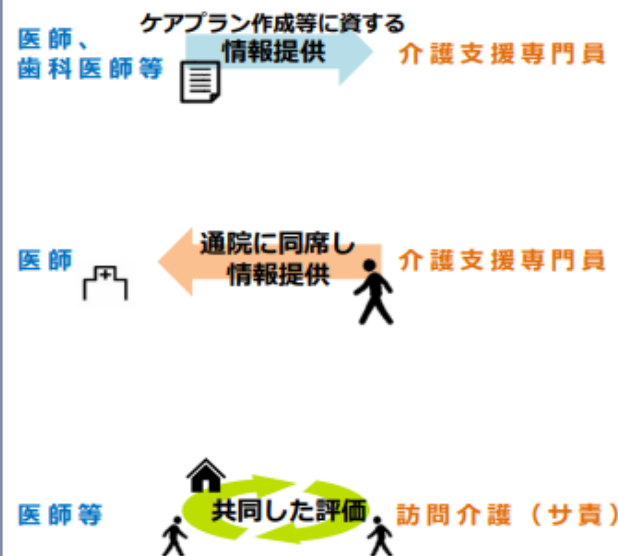
# 医療提供状況の地域差からみる地域課題

## 在宅医療の機能別①退院支援

### 療養場所が移行することに伴う情報提供・連携等の主な評価



### 在宅療養中の者を支える医療と介護の連携の主な評価



### 関係者・関係機関間の日頃からの連携体制構築の評価

# 医療提供状況の地域差からみる地域課題

## 在宅医療の機能別①退院支援

- 在宅医療の普及には上流にある病院（退院時のあり方）の姿勢が大きく影響する。
- 診療報酬の算定状況より、病院が単独で行える退院支援、多職種連携（他社との連携）により退院支援の状況を確認した。
- 今治圏域と南予地区では、病院における在宅復帰支援にかかる診療報酬の算定数が極めて少なかった。

今治は退院支援や多職種連携に関する診療報酬の算定件数が極めて少ない

南予は一部の多職種連携に関する診療報酬の算定を除き、在宅関係の診療報酬の算定が極めて少ない

解釈番号	代表名称	入外区分	38 愛媛県	3801 宇摩	3802 新居浜・西条	3803 今治	3804 松山	3805 八幡浜・大洲	3806 宇和島
A 246	入退院支援加算	入院	92.2	79.6	162.6	49	105.4	31	55.9
B 004	退院時共同指導料1	外来	133.8		24.2	59.9	275.2	50.1	
B 005	退院時共同指導料2等	入外	119.2	125.3	134.6	88.5	114.2	162	94.7
B 005_1	介護支援等連携指導料	入院	109.6	213.9	191.4	70.3	70.5	87.1	149.5
B 007_00	退院前訪問指導料	入院	83.5		53.3	111.6	109.7	64.1	28.1
B 007_00	退院後訪問指導料	外来	59.1		100.3		69.5		
B 006_03	退院時リハビリテーション指導料	入院	110.4	101.7	111	150.5	121.1	70.9	61.8
B 009_00	診療情報提供料（1）等	入外	89.4	64.4	63.5	71.6	112.4	80.8	75.7

# 参考 | 退院時の連携にかかる診療報酬の概要①

## 退院時の連携

項目名	概要	様式の有無
入退院支援加算	入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合に算定する。	無 (本人に交付する「退院支援計画書」様式は <b>有</b> )
退院時共同指導料1 ※患者の在宅療養を担う医療機関の評価 退院時共同指導料2 ※患者の入院中の医療機関の評価	<p>地域において、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。</p> <p>(注3(多機関共同指導加算):入院中の医療機関の医師・看護師等が、在宅療養を担う医療機関の医師/看護師等、歯科医師/歯科衛生士、薬剤師、訪問看護一手シヨンの看護師等、介護支援専門員、相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に算定する。)</p> <p>(注4:入退院支援加算を算定する患者にあつては、療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。)</p> <p>※歯科診療に関する共同指導を行った場合は歯科診療報酬で、薬剤管理に関する共同指導を行った場合は調剤報酬で同様に評価している。</p>	無  注4のみ参考様式 <b>有</b>
介護支援等連携指導料	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後に適切な介護等サービスを受けられるよう、看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門と共同して導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定する。	無
退院前訪問指導料	継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。	無
退院後訪問指導料	医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関の医師などが患家、介護保険施設又は障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。	無
	(注2(訪問看護同行加算):患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の医療機関の看護師等と同行して患家等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。)	

## 参考 | 退院時の連携にかかる診療報酬の概要②

項目名	概要	様式の有無
退院時リハビリテーション指導料	退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。	無
診療情報提供料(Ⅰ)	医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、保健医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。	有 (紹介先機関ごとに様式を定めている)
栄養情報提供加算 ※入院栄養食事指導料の注 3	栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理の状況等を含む栄養に関する情報を示す文書を患者の退院の見通しが立った際に説明するとともにこれを他の保険医療機関、介護老人保健施設等、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に加算する。	無

# 医療提供状況の地域差からみる地域課題

## 在宅医療の機能別②日々の療養支援 ③急変時の対応 ④看取り

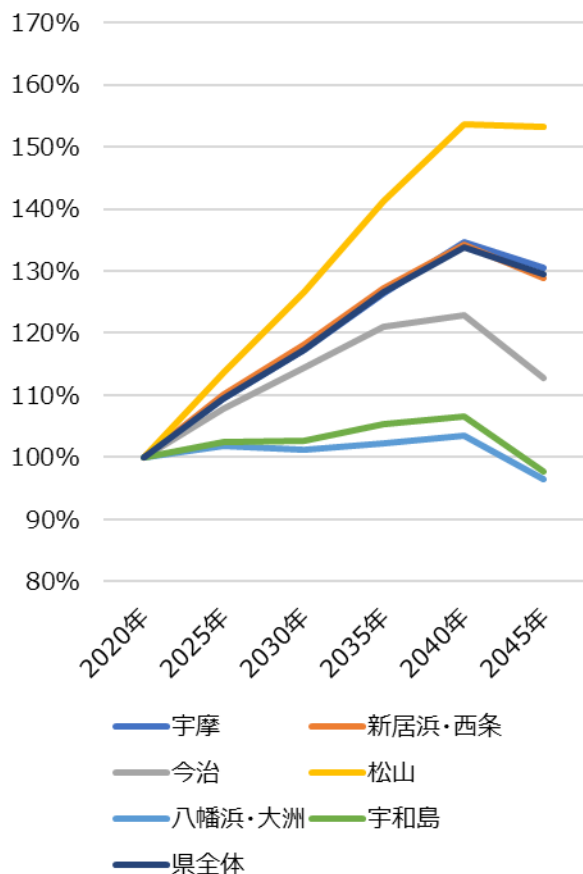
- 松山圏域はいずれの値も非常に高く、その他圏域は低い値となっている。
- なお、南予地区は全国値を下回るが人口密度を考えれば良い数値とも言える。
- 東予地区の値は全国値より相当低い状態。病院側は多職種連携に積極的であったため、在宅医療の担い手不足の可能性はある。

解釈番号	代表名称	入外区分	38 愛媛県	3801 宇摩	3802 新居浜・ 西条	3803 今治	3804 松山	3805 八幡浜・ 大洲	3806 宇和島
<b>②日々の支援</b>	在宅患者訪問診療料等	外来	88.8	39.3	60.4	37.6	130.4	81	74.7
C 002	在医総管等	外来	84	23.6	48.8	27.7	136	76.9	51.7
C 002_00	在医総管等	外来	84	21	47.9	29.5	134.7	76.8	57.8
C 002_02	施医総管	外来	91.5	25.3	43.2	27.9	150.9	96.2	49.8
C 003	在がん医総	外来	74.2		62.3		143.1		
C 005	在宅患者訪問看護・指導料等	外来	88.7	53.6	80.1	34.8	113.4	105.1	70
C 007	訪問看護指示料等	外来	105.6	69.4	65.4	42.4	174.3	44.2	73
<b>③急変時対応</b>	往診等	外来	93.7	44.5	53.2	47.4	139.5	98.8	55.9
C 001_00_01	緊急往診加算等	入外	94.2	25.9	87.2	42.1	146.2	58.5	40.8
A 206	在宅患者緊急入院診療加算	入院	70.8		24.8	11.7	140.1	56.4	
C 011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	外来	95.2				141.4		
<b>④看取り</b>	在宅ターミナルケア加算	外来	81.7		46.9		159		
C 001_00_06	看取り加算（在宅患者訪問診療料・往診料）	外来	86.5	33.1	49.4	41.6	140.8	70.7	41.2

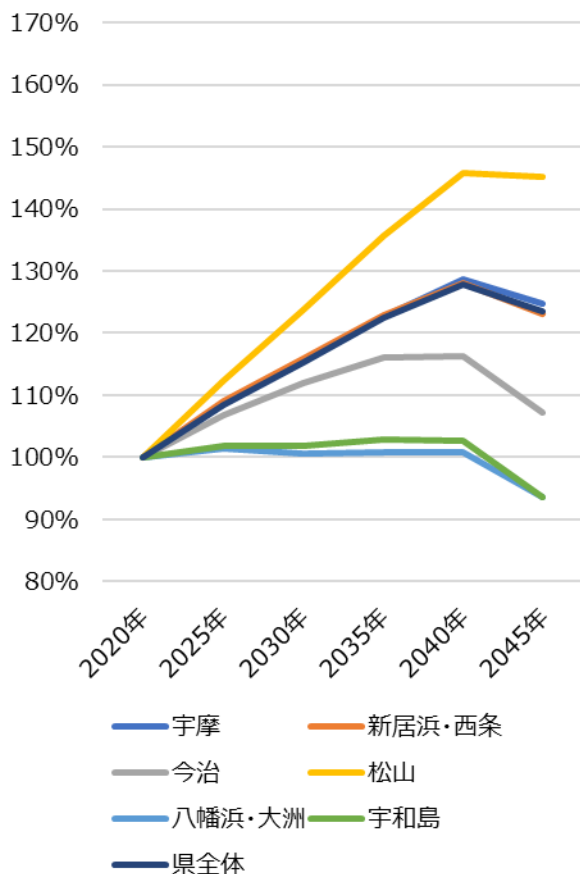
# 在宅医療の需要推計

- 80歳以降に通院困難により外来医療から在宅医療に切り替わる傾向にある。
- その為、超高齢者人口の増加に比例して在宅医療の需要は増加する。
- 南予地区は超高齢者人口の増加がほぼ生じないため、在宅需要についての需要は横ばいとなる。

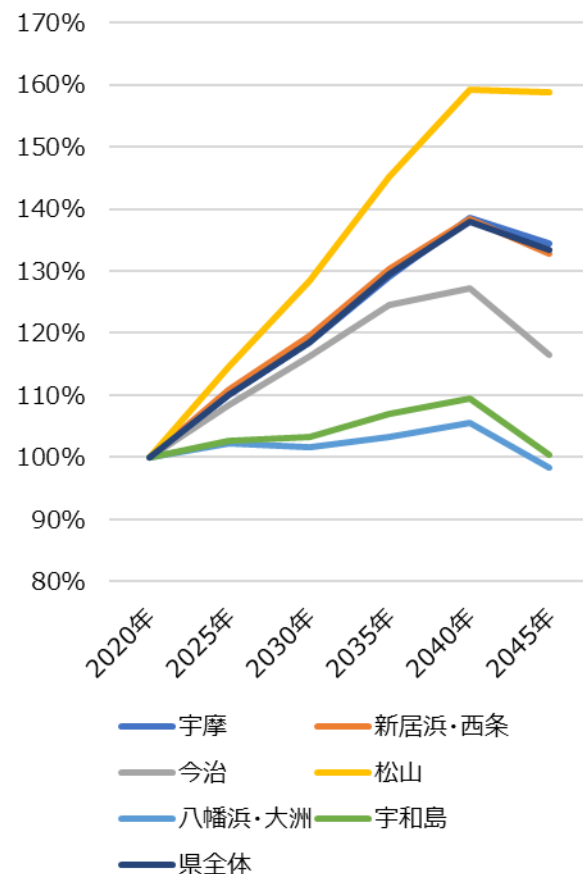
在宅患者訪問診療料



在宅時医学総合管理料



施設入居時等医学総合管理料



# 在宅医療の提供状況サマリ

二次医療圏	在宅医療の提供状況における課題（仮説）
宇摩	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院側の在宅医療にかかる診療報酬算定は多く、積極的な活動が行われている。</li> <li>• 一方で、日々の療養支援等、在宅医療の担い手が算定する診療報酬の算定数が少なく、在宅医療の担い手不足の可能性はある。</li> <li>• 今後も在宅医療の需要は増加傾向であり、担い手不足の解消が課題。</li> </ul>
新居浜・西条	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院側の在宅医療にかかる診療報酬算定は多く、積極的な活動が行われている。</li> <li>• 一方で、日々の療養支援等、在宅医療の担い手が算定する診療報酬の算定数が少なく、在宅医療の担い手不足の可能性はある。</li> <li>• 今後も在宅医療の需要は増加傾向であり、担い手不足の解消が課題。</li> </ul>
今治	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院側の在宅医療にかかる診療報酬算定は少なく、また、日々の療養支援等、在宅医療の担い手が算定する診療報酬の算定数も少ない。</li> <li>• 人口密度は高いが、医療機関の在宅医療への展開は消極的な可能性はある。</li> <li>• 在宅医療の需要増加により、需供バランスのミスマッチが拡大する可能性がある。</li> </ul>
松山	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 全国値よりも在宅関係の診療報酬算定は多く普及している様子。</li> <li>• 人口密度が高く、住宅サービスも普及しているため、在宅医療の提供が行いやすい環境条件にある。</li> <li>• 但し、将来需要は現状対比にて150%超の増加が見込まれるため、供給量が追いつくか否かに懸念がある。</li> </ul>
八幡浜・大洲	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 人口密度が低く、在宅医療の普及には条件が悪いが、日々の支援に関する診療報酬の算定状況は全国値に近い。在宅医療の担い手となる機関の奮闘が見える。</li> <li>• 一方で、病院側の取り組み姿勢については、消極的な様相が見える。</li> </ul>
宇和島	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 人口密度が低く、在宅医療の普及には条件が悪い。病院側の在宅医療にかかる診療報酬算定は少なく、また、日々の療養支援等、在宅医療の担い手が算定する診療報酬の算定数も少ない。諸課題の構造については個別性を考慮する必要あり。</li> </ul>

## 2. KDB（国保データベース）のデータを用いた医療提供体制の実態

---



# KDBデータ分析における観点

---

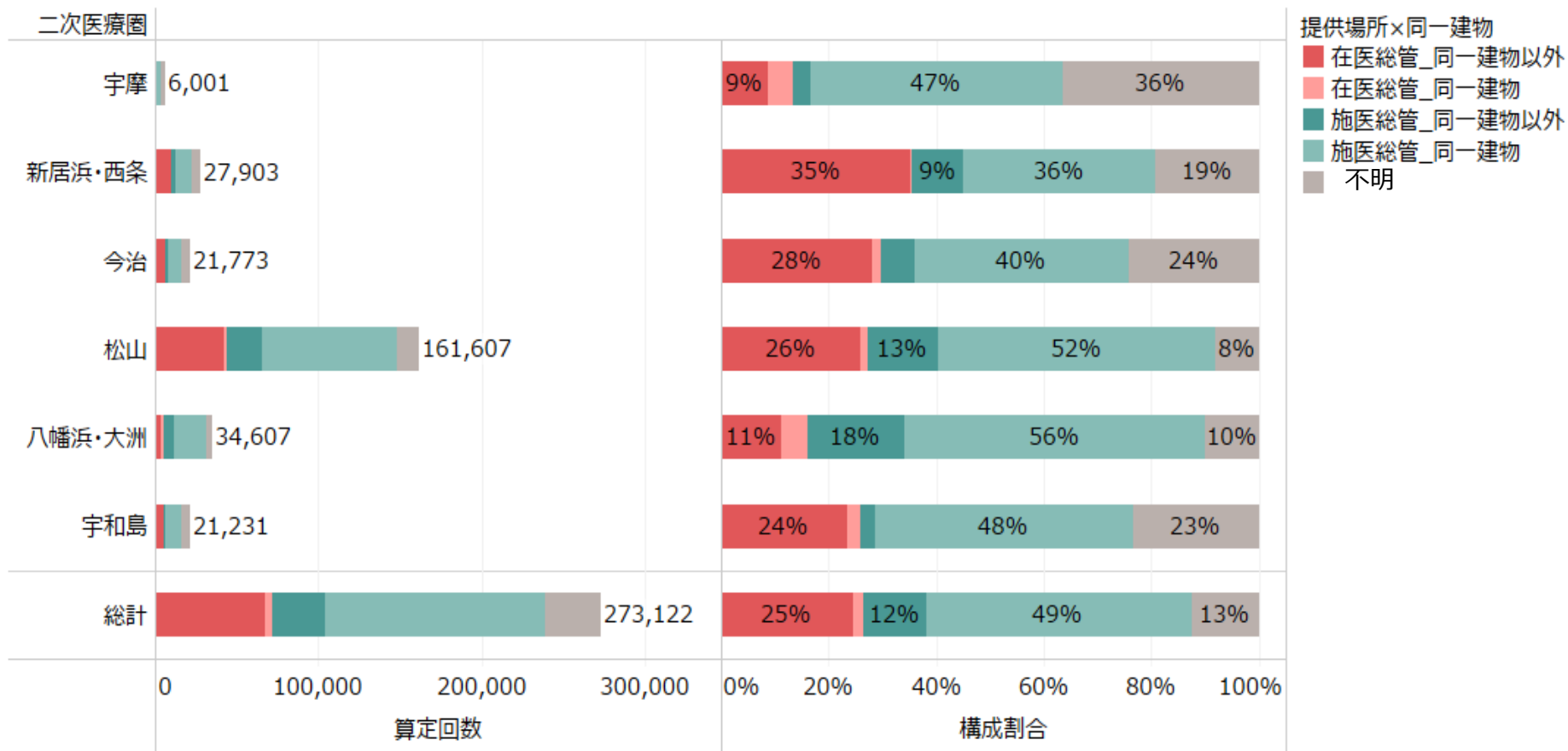
1. 二次医療圏別の患者の傾向
  - 訪問診療患者の居住先
  - 要介護度の状態
  - 重度者の介護サービス状況
2. 個別の医療機関の在宅医療の特徴
3. 個別の医療機関の4つの役割の実施状況

# 1. 患者の傾向

## 訪問診療患者の居住先

一部の医療圏は訪問診療患者の居住先について分析が行えていないが

- 八幡浜・大洲圏域は施設総管（施設入居時医学総合管理料）の算定割合が高く、特定の居住施設に集約された患者への訪問診療の割合が高い。
- 松山圏域では、在医総管（在宅時医学総合管理料）の算定割合が高く、一般家庭への訪問診療が26%ある。
- これら値は人口密度や地理環境が影響しているものと予想する。



## 参考 | 在医総管、施医総管の対象の居住先

	往診料	在宅患者訪問診療料	医学管理料
戸建て住宅	○	○	在宅時医学総合管理料
マンション、アパートなど集合住宅	○	○	在宅時医学総合管理料
サービス付き高齢者住宅	○	○	施設入居時等医学総合管理料
有料老人ホーム	○	○	施設入居時等医学総合管理料
グループホーム	○	○	施設入居時等医学総合管理料
経費老人ホーム	○	○	施設入居時等医学総合管理料
ケアハウス	○	○	施設入居時等医学総合管理料
養護老人ホーム	○	○	在宅時医学総合管理料
小規模多機能型居宅介護事業所	○	△ (※1)	施設入居時等医学総合管理料
特別養護老人ホーム	○ (※2)	△ (※3)	施設入居時等医学総合管理料
短期入所生活介護	○	△ (※3)	施設入居時等医学総合管理料
介護老人保健施設	○ (※4)	×	—
介護療養型医療施設	×	×	—
介護医療院	○ (※4)	×	—

※1：宿泊日に限り、サービス利用前30日以内に在宅患者訪問診療料、在総管、施設総管などを算定した医療機関の医師のみ、サービス利用開始後30日まで算定可能（末期の悪性腫瘍患者を除く）

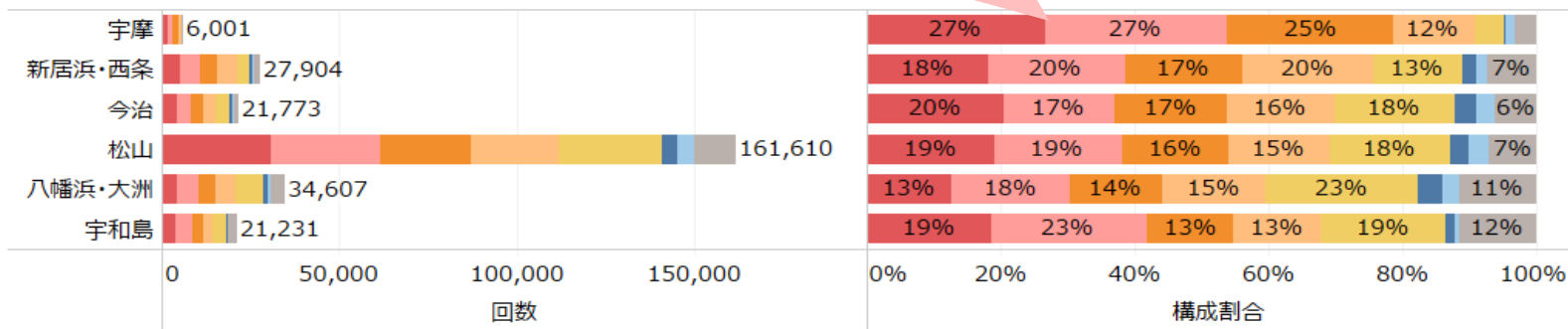
※2：配置医師を除く

※3：死亡日からさかのぼって30日以内の患者または末期の悪性腫瘍患者に限る。短期入所生活介護の場合は、サービス利用前30日以内に在宅患者報恩診療料、在総管、施設総管などを算定した医療機関の医師のみ、サービス利用開始後30日まで算定可能（末期の悪性腫瘍患者を除く）

※4：介護老人保健施設・介護医療院の入所者に対し、併設する医療機関以外の医療機関が往診した場合は、算定可能。

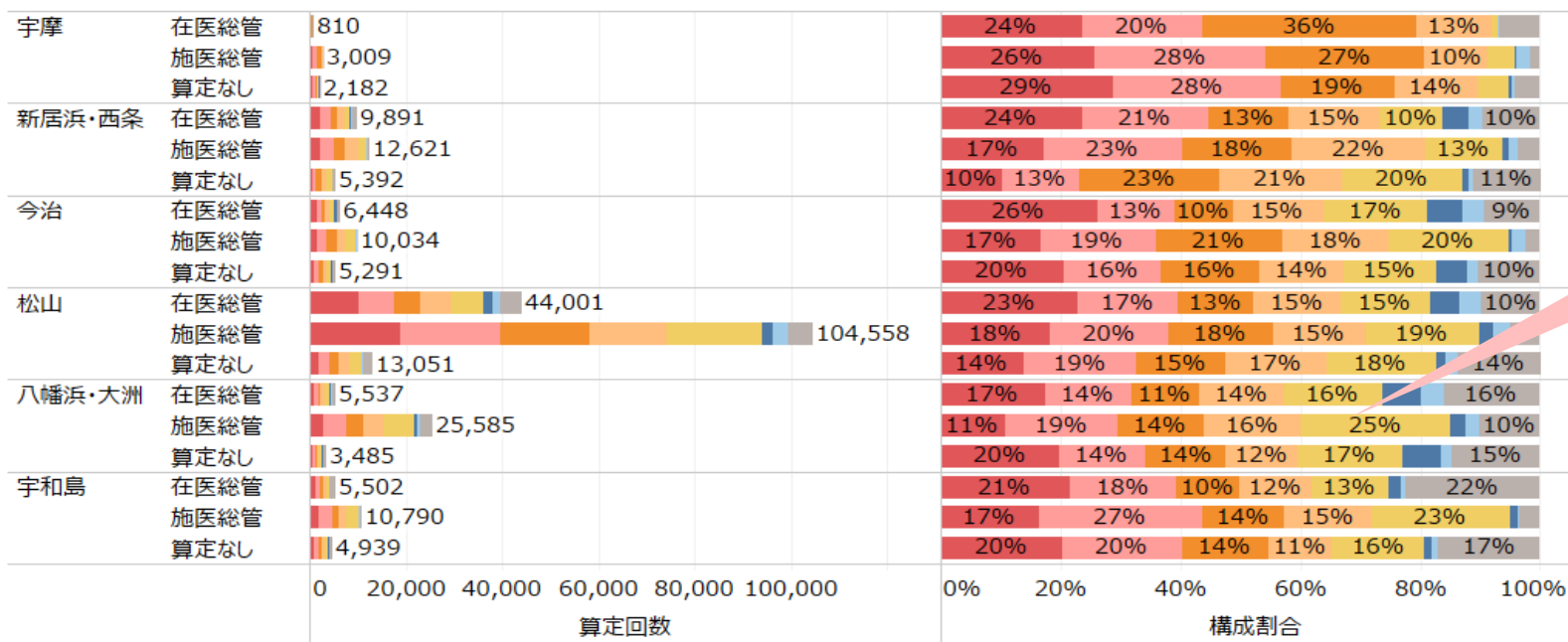
# 1. 患者の傾向 要介護度の状態

## 要介護度



要介護状態区分  
 ■ 25\_要介護5  
 ■ 24\_要介護4  
 ■ 23\_要介護3  
 ■ 22\_要介護2  
 ■ 21\_要介護1  
 ■ 13\_要支援2  
 ■ 12\_要支援1  
 ■ 要介護申請なし

## 要介護度 (居住先別)

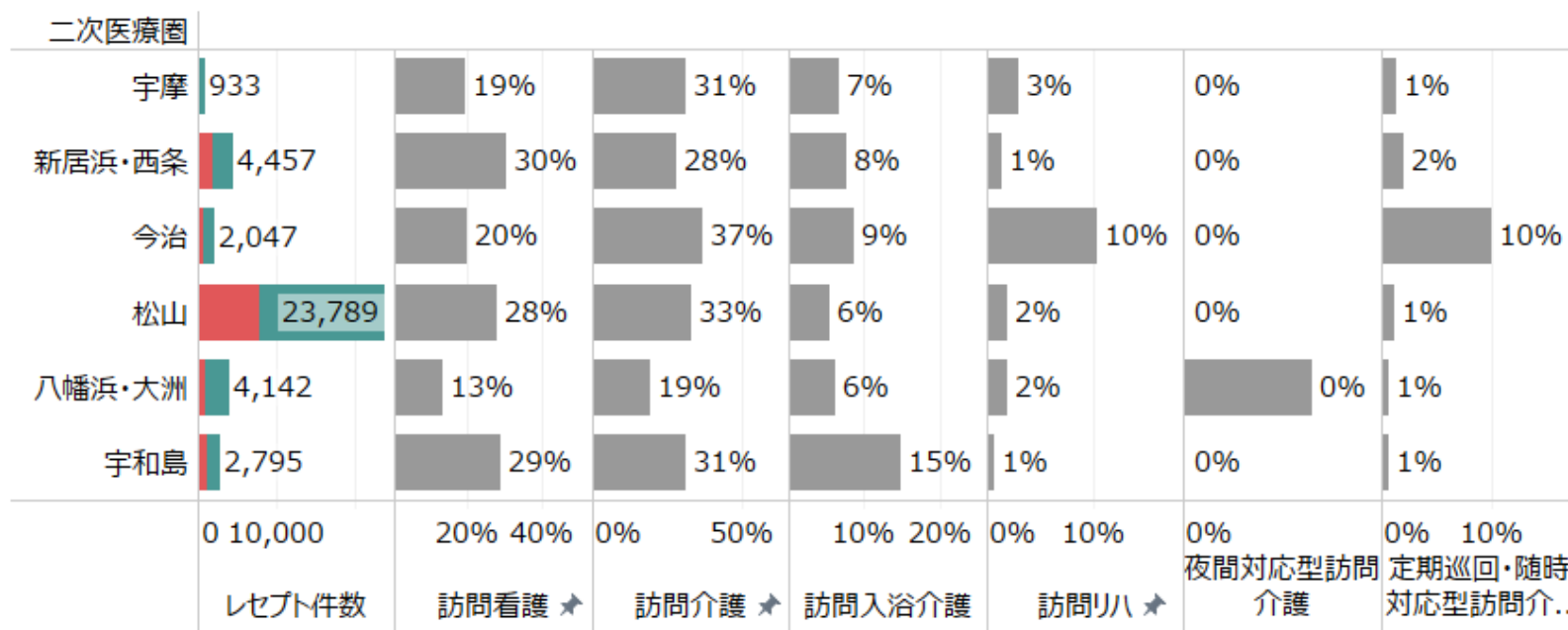


# 1. 患者の傾向

## 重度者の介護サービス状況(要介護4,5の訪問診療患者)

- 下図は要介護4・5の患者に対する在宅医療の提供状況を表す。
- 松山圏域では要介護4・5であっても在宅により対応を行っている数が多い。
- いずれの医療圏においても、要介護4・5の患者に対する在宅医療は訪問看護ならびに訪問介護が主となる様子が見れる。

### 要介護4,5の介護サービス



在医総管の算定  
■ 施医総管  
■ 在医総管