

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「将来の医療需要を踏まえた外来及び在宅医療の提供体制の構築のための研究」
分担研究報告書(令和5年度)

効率的・効果的な入院外医療の提供体制の検討

研究分担者 町田 宗仁(国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部)
研究代表者 今村 知明(奈良県立医科大学公衆衛生学講座)
研究分担者 野田 龍也(奈良県立医科大学公衆衛生学講座)

研究要旨

在宅療養支援病院(在支病)とその関連する医療福祉施設に対して、入院医療から在宅医療への移行の取組の状況について、ヒアリングを通じて情報収集した。令和5年4月から令和5年12月までの間、医療資源の豊富な都市部の事例1件、地方都市の8地域の在支病と、その連携機関に、予め提示した3つ質問を中心に状況をお伺いした。「入院された高齢者の患者が、早期退院して、在宅医療に円滑移行できるための取り組み」については、入院直後からの多職種連携による退院後の生活イメージを共有、再入院がすぐ出来る体制とした退院、「在宅療養支援病院の届出のための人員配置等の苦勞」について、医師を配置するので精一杯、「どのような『素養を持つ人材』が同病院にいたることが望ましいか。」について、総合診療を担う医師、患者を引継ぐ側の事情が分かる人、「『素養を持つ人材』を養成するための研修とは」について、医師は往診業務が出来るための研修、などの回答を得た。高齢者向けの医療の持続可能性と、効率的・効果的な入院外医療の提供を行うためには、特に医師の理解や研修を要すると思われた。

A. 研究目的

地域医療構想策定ガイドライン(平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知別添)においては、「平成25年度(2013年度)のNDBのレセプト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%を在宅医療等で対応する患者数として見込むこととする。」とされており、退院患者が行き場のない状態になることを回避しつつ、入院医療から在宅医療の移行の推進を、地域で目指すことを促している。また、在宅医療と外来医療を合わせた入院外医療における効率的な医療機能の分化・連携の推進も、厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会などで議論されている。

令和4年度の本分担班では、まず療養病床等入院医療から在宅医療への移行の取組の実態について、ヒアリングを通じて情報収集することを目的とし、療養病棟の患者の在宅医療移行に向けた病院での取り組みや、退院後の「受け皿側」が安心する要素として、①退院後も医師等病院に気軽に相談ができること、②医師の退院支援のチームに対する信頼度合い、③総合診療医的視点を持つ医師の雇用、④急性期病棟における慢性期医療の必要性、⑤在宅医療を担う医師等に関すること、について、報告したところである。

令和5年度は、ヒアリング先を「在宅療養支援病院(在支病)」と、その連携施設などに絞り、在宅医療への移行の取組の実態について、

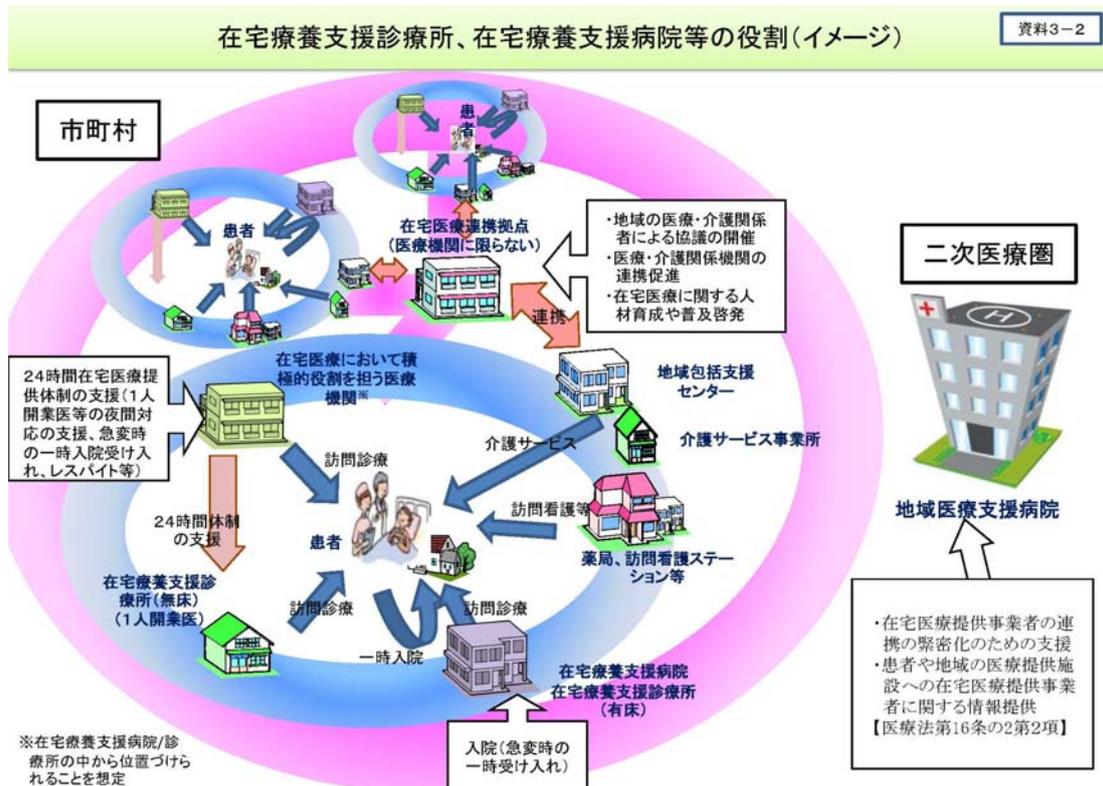
ヒアリングを通じて情報収集することとした。
 なお、今回は機能強化型か否かについては、選
 定時点では考慮していない。

参考 在宅療養支援病院（在支病）について

在支病とは、患者が地域で安心して療養生活を
 送れるよう、患者やご家族の求めに応じて 24 時

間往診が可能な体制を確保し、または訪問看護ス
 テーションとの連携により、24 時間訪問看護の提
 供が可能な体制を確保することで、緊急時に在宅
 で療養を行なっている患者が直ちに入院できる
 など、必要に応じた医療・看護を提供できる病院
 のことを指す。

図1 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等のイメージ



出典

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002e8u9-att/2r9852000002e90n.pdf>

診療報酬制度で規定される施設基準の詳細については、以下のとおりである。

図2 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の診療報酬上の施設基準

令和4年度診療報酬改定 I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-①

| 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 | 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 | | |
| 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 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 ・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年前で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療費現料1又は3を届け出ている | | 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年前で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療費現料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 | | | | | | | |

*: 数字は令和4年度診療報酬改定における変更点

8

出典

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000920430.pdf>

施設基準の届出は、2022年4月の段階で、2022年で、機能強化型(単独型)は267施設、機能強化型(連携型)は454施設、従来型は973施設である。

出典 全日病ニュース 2023年8月1日 No.1037
<https://www.ajha.or.jp/news/backnumber/pdf/2023/230801.pdf>

また、2024年2月時点では、在支病のすべての累計の総数は2071となっており(厚生労働省地方厚生局の「保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況及び保険外併用療養費医療機関一覧」より)、一般病院7100(令和4年医療施設(動態)調査・病院報告の概況

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/22/>)のうちの、約3割が届け出ていることになる。

B. 研究方法

令和5年4月から令和5年12月までの間、医療資源の豊富な都市部の事例1件(関東)、過疎地含む地方都市の7地域(東北1、関東1、東海北陸1、中四国2、九州2)の、在支病と、その連携機関に、事例を取材した。年度当初の、各所訪問前に分担班内で整理した論点は、以下の3点であり、現場からのヒントを得るべく、ヒアリングを進めた。以下は病院向けの質問であり、診療所や福祉施設に対しては、連携をして、患者を引き継ぐ立場から、どのような病院

側の取組を期待したいか、という視点で質問をした。

1. 入院された高齢者の患者が、早期退院して、在宅医療（居宅療養、福祉施設療養）に円滑に移行できるために、どのような取組みが貴院で行われているか。

（例：医師、看護師、MSWなどが、患者の退院を視野に入れた、治療、療養方針を同じ目線で決めるために、入院直後に合同で〇〇を行っている）

2. 在宅療養支援病院の届出をするために、どのような人員配置や確保に苦労されているか。また、どのような素養を持つ人材が望ましいと思われるか。

（素養を持つ人材の例：医師についてであれば、在宅医療、総合診療に理解がある人を求める、ないし養成したい、等々）

3. 上記の「素養を持つ人材を養成」するためには、どのような研修があると望ましいでしょうか。

（例：指導できる医師の下、〇〇を経験できる往診を〇〇例行う、等々）

（倫理面への配慮）

個人情報を取り扱わなかった。

C. 研究結果

質問事項と回答など

1. 入院された高齢者の患者が、早期退院して、在宅医療（居宅療養、福祉施設療養）に円滑に移行できるために、どのような取組みが貴院で行われているか。

【病院からの回答】

- ・多職種によるカンファレンスで入院直後から、患者の入院治療と、退院後の生活のイメージを考え、共有している。
- ・毎週の病棟回診には、診療に関わる全医療職種に加えて、地域連携室スタッフも加わり、食事、トイレ、入浴の状況を確認。

- ・入院 2 週後に退院先の意向調査を行い、食事、排せつの自立状況を勘案して、判断する。主治医が退院可能としても、本人が拒否するケースもある。家族介護力が乏しく、入院継続か、他の病院、施設に移ることを希望する家族もいる。
- ・脳血管疾患の急性期患者については、発症直後からのリハビリテーションの提供を行うことで、結果として早期退院に繋がっている。
- ・廃用症候群や高齢者特有の身体疾患を有する場合は地域包括ケア病棟へ、脳卒中や大腿部頸部骨折の場合は回復期病棟へ、入院病棟を使い分けて、効率的な病棟診療、転退院促進となるよう、心掛けています。
- ・摂食・嚥下機能、排泄機能の状態を重視し、PT、OT、歯科医、歯科衛生士、管理栄養士も巻き込んで、在宅でも機能が維持できる方法を検討している。
- ・退院してからも、在宅や施設で容態が悪くなったら、再入院できる体制であることを、患者やご家族に伝えることで、安心して退院に踏み切れていると感じる。
- ・入院高齢者の在宅復帰や在宅医療への導きは、当たり前のように行われているので、特別な取組みを行っているか、と問われても、当院にとっては日常に過ぎない。（地方の中小規模病院の使命である）
- ・患者家族の退院に関する不安が減る要素とは何かを、よく家族とは話し合う。家族の理解、あくまでも可能な範囲での介護力を要する。
- ・患者家族が、そもそも在宅医療移行に関心がないこともあり（病院にずっと入院してられるという理解）、往診や訪問看護というサービスの説明を要する場合は、丁寧に実施している。これは医療者側の盲点かもしれない。

【診療所、福祉施設からの回答】

（円滑に引き継ぐための病院への要望など）

- ・医師や看護師が、ケアマネージャーや病院病棟看護師やケアマネから、なるべく早く、退院見込み患者に関する生活機能に関する情報を、積極的に得られるとありがたい。積極的に受け入

れの意向を示すと、病院側も早く打診することもある。

- ・病院内での退院決定後ではなく、退院決定前(内定時点)に、この生活機能状態の患者の受入先を病院が探しているという情報が、地域の受け皿となる診療所、施設に入るとありがたい。
- ・福祉施設は、要望に応じた対応できる限りのサービス(診療所医師の応援を得ての療養病棟に近いサービス)を提供できるところ、医療行為は一切行わないところなど多様である。急性期病院の退院調整担当が、福祉施設にお越しいただき、対応範囲を実際に見ていただけると嬉しい。
- ・福祉施設側でも、急性期病棟の経験を有する看護師を採用するなど、幅の広い入所者層の受け入れを行っている。病院と同じく、福祉施設側で何ができるかも、バリエーションがあることを知っていただきたい。
- ・「看取り」の対応のバックアップが病院側にあると助かる。ご家族の希望で、施設内スタッフや往診医だけの対応では満足いただけないケースもある。

2. 在宅療養支援病院の届出をするために、どのような人員配置や確保に苦労されているか。また、どのような素養を持つ人材が望ましいと思われるか。

【病院からの回答】

医師についての回答

- ・現時点では、診療報酬の施設基準で届け出る医師配置要件を満たすための、医師を雇用することで手一杯であり、医師の素養まで求められない、考えられないのが実情。このような病院が少なくないのではないか。
- ・望ましいのは、総合診療的視点のある医師であるが、なかなか来てくれない。
- ・医局人事により、総合診療、在宅医療にやる気や理解を全く示さない医師が赴任すると、説得が困難で、病院としてのサービスの質を下げることになるので悩ましい。
- ・本当に医師確保に困難を伴い、地域のニーズに

よって在宅医療も担う病院の場合は、在宅移行の活動に医師の関心が無いと言っている場合ではない。地域のニーズを医師に理解するよう説得する、管理者なのでは。

看護師についての回答

- ・在宅医療に関心がある職員が募集すると一定数いて、どうにか業務を回している。
- ・熱意のある職員が担当してくれる事例が多い。
- ・自己流にならないように、生涯教育の機会を大切にしている。

【診療所、福祉施設からの回答】

(病院側の人材に望むこと)

- ・急性期病院より、「明日、患者が退院するので受入れを」と依頼されるケースがある。よりよい受入の準備をするためには、時間を要することを、ご理解いただけること。
- ・受け皿側にも、患者受け入れに当たり、介護認定、障害認定、生活保護の制度を利用するための準備に、ご家族や自治体との調整のため、時間を要することがあることを、ご理解いただけること。
- ・在宅や福祉施設での「ゴール」(何を退院後に行えることが目標であるか)を、提案できること。
- ・病診連携の窓口の方には、受け皿側が、何が出来るかを、積極的に知る機会を持っていただければ、喜んで応じたい。

3. 上記の「素養を持つ人材を養成」するためには、どのような研修があると望ましいでしょうか。

【病院からの回答】

医師について望ましいこと

- ・大学によっては、医学教育の中で総合診療、地域医療としての在宅医療を実習として体験できる。学生時代や研修医時代に、総合診療、在宅医療の存在を体感することが重要。
- ・研修というよりも、「病棟診療業務」の一環として、在宅医療の現場経験をする習慣づけを、在宅医療に関心がない医師にお願いできるかが重要。実際に経験すると、関心を持ち始める医師も少なからず存在している。

- ・現状、元々は臓器別診療の専門家が、キャリアシフトして在宅医療を担うことが多いことを念頭に、総合診療的なセンスを養うため、何らかの生涯教育、専門医の上乗せのようなことがあってよいのではないか。
- ・産業医の生涯研修よりは、負担が多い形で、ほぼ座学だけではなく、座学+往診等実務経験、体験を加えるなどして、何らかの資格を付与するのが良いのではないか。（なお、診療報酬での配置医師と紐づけする資格付与は、ハードルが高いという意見もあった）
- ・「在宅医療に必要なスキル」のようなものを、指導医の下でどのくらい経験するか、といった医師研修プログラムがあると良いのかもしれない。
- ・シニアの医師も在宅医療に関心を持ったら、参入できるための研修があると望ましい。若手から卒後15年目くらいまでは、臓器別診療の専門性を追求する医師が圧倒的に多いのでは。
- ・自治体病院では、首長レベルが、総合診療専門医を採用、養成することへの理解が不可欠。小規模病院でも首長や議会が臓器別専門家の医師採用を求める傾向が、少なくない。
- ・赴任した医師が、全く在宅医療に関心を持ってない過去の事例も念頭に、入院直後から、退院後の生活を想定して多職種で何が出来るかを提案し、その職種間の分業提案を医師が最終確認する方式を取っている。医師は、他の職種にお願いできることは任せて、最後は確認をし、承認すればよい。結果として、職種間の連携、分業が進み、在院日数や転退院が早くなった。

看護師について望ましいこと

- ・職能団体による各種研修会の積極的に参加する看護師が多く、自己研鑽活動が活発である。

【診療所、福祉施設からの回答】

- ・急性期病院の医療スタッフには、患者にも退院後の生活があり、それを支えるための活動があることを、理解する機会があるとうれしい。

D. 考察

「在宅医療の提供体制に求められる機能」として「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））で示されている①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り、この「4機能」が担保されていることが、サービスを受ける患者、家族にとっては、入院外医療移行できる要素であることは、このインタビューを通じても言えるのだろう。

この「4機能」の担保のためは、急性期医療を担う病院側に求められることとして、入院直後から、退院後の生活をイメージしつつ、療養計画を立てることが重要である（①退院支援）。臓器別専門家である医師にとって、入院の主目的である病気の治療以外について求めるのは難しく、療養計画については看護、栄養、PT、OT、ケアマネジャーなど多職種に、入院直後からそれぞれの専門性に委ねることが必要である。

退院後の急変時に再入院が可能なこと（③急変時の対応）、看取りの際の入院元のサポートの必要性（④看取り）についても、今回のインタビューで言及があった。今回訪問した地域での在支病は、在宅医療を提供（②日常の療養支援）する中で、入院中から退院に向けて必要な支援は何かを、把握している

在支病の人材に求められる素養として、看護師については、その病院で担う医療を理解して入職しているため、日常業務や研修を通じて、退院、在宅医療に向けた療養支援に係る研鑽を図っている様子を、各所でお聞きした。他方、医師に関しては、医学的な病気の治療に関すること以外は、入院早期に他職種に委ねることが出来ると望ましいが、なかなかその役割分担の理解を得られないこともある、とのことであったが、そもそも「何を委ねるべきかがわからないのでは」とも考えられた。病院のシステムとして、入院直後に各職種が、患者のために出来ることを、語弊はあるが取り合うような活動が、結果として職種間の分業に繋がるのかもしれない。医師数が少なく、採用に

苦勞した経験のある病院からは、医師が行うことを減らしていかないと病棟業務が回らず、結果として多職種協働、退院支援促進に繋がったとの経験もお聞きしたところである。

在支病で、求められる在宅医療を担う医師については、望ましくは総合診療専門的な素養を持つ人、しかし、そのような人材を探すのは難しいが、求め続けるしかないとのことだった。往診経験ある医師に随行して、往診で求められる手技、在宅患者や家族が望むことを学ぶ機会、追加的な講習があると、良いのかもしれない。他方、診療報酬の施設基準で求められる要件として、何らかの資格を有すると規定することは、ハードルが高すぎるとの声も聞かれた。

今年度の主な訪問対象ではなかったが、高度急性期を扱う病院においても、入院直後から病気の治療だけではない、退院後を視野に入れた療養計画を作ることが望ましい。高齢者が入院、病気の治療と並行して、在宅での生活復帰を視野に入れた、慢性期医療の病院が得意とする食事、排泄の機能の支援を開始することで、退院先の病院や福祉施設、在宅での支援に円滑に繋がることが考えられた。逆に、慢性期医療の介入が遅くなればなるほど、入院期間が長くなるのではとも、昨年度の研究結果と合わせると、言えることかもしれない。

E. 結論

団塊の世代が後期高齢者に突入する「2025年問題」が取りざたされて来たところ、最近では「2050年問題」という、東京を除くすべての道府県で人口が今より減り、このうち2割は30%以上減る、という、国立社会保障人口問題研究所の推計が話題となっている。高齢社会、かつ、人口減少社会における高齢者向けの医療提供について、持続可能性を考える上で、入院医療から効率的・効果的に入院外医療へ移行する取り組みが必要である。病気の治療のための、入院医療を担う医療スタッフが、患者の退院後の生活についても、受け入れ先と共に考えることが、今後一層、求められるで

あろう。

謝辞

本分担研究の活動に際して、各所とのご調整窓口などを務めていただいた次の方々と、その同僚の皆様や、インタビューを受け入れてくださった皆様に、改めて感謝申し上げます。

伊東芳郎様、内田望様、大浦峻様、大浦誠様、菊地雅也様、佐方信夫様、猿田秀子様、内藤智雄様、名越究様、松田俊太郎様、渡辺大亮様、渡辺雅樹様

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし