

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

令和6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 今村 知明
(奈良県立医科大学 公衆衛生学講座)

令和7年(2025)年3月

目 次

〔総括研究〕

1. 【総括研究報告書】：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

(今村 知明 研究代表者)

A. 研究目的	1-1
B. 研究方法	1-2
C. 研究結果	1-3
D. 考察	1-3
E. 結論	1-4
F. 健康危険情報	1-4
G. 研究発表	1-4
H. 知的財産権の出願・登録状況	1-5

〔分担研究〕

2. 分担1．リハビリテーション提供量の推移・需要推計と在宅医療のアクセシビリティ分析

(赤羽学、中西康裕、西岡祐一、次橋幸男、山口佳小里、森井康博)

A. 研究目的	2-1
B. 研究方法	2-2
C. 研究結果	2-3
D. 考察	2-4
E. 結論	2-4
F. 健康危険情報	2-5
G. 研究発表	2-5
H. 知的財産権の出願・登録状況	2-5

3. 分担2．外来機能報告を用いた外来医療提供状況分析

(佐藤拓也、明神大也、野田龍也、今村知明)

A. 研究目的	3-1
B. 研究方法	3-2
C. 研究結果	3-2
D. 考察	3-3
E. 結論	3-4
F. 健康危険情報	3-5
G. 研究発表	3-5
H. 知的財産権の出願・登録状況	3-5

4. 分担3．入院外医療の提供体制について

(町田宗仁、今村知明、野田龍也)

A. 研究目的	4-1
B. 研究方法	4-2
C. 研究結果	4-2
D. 考察	4-7
E. 結論	4-9
F. 健康危険情報	4-9
G. 研究発表	4-9
H. 知的財産権の出願・登録状況	4-9

5. 研究成果の刊行に関する一覧表	5-1
-------------------	-----

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」
総 括 研 究 報 告 書 (令和6年度)

研究代表者 今村 知明 (奈良県立医科大学 教授)

研究要旨

日本の高齢者人口の増加に伴い、在宅医療と介護保険サービスの整備は急務である。持続可能な医療提供体制の確保に向け、外来医療に関して機能分化・連携についての議論が活性化しており、加えて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・連携の推進も議論されている。

本研究班では、全国の医療機関における外来医療の提供状況を検証するために、3つの分担班に細分化してすすめた。①高齢社会において欠かすことのできない重要なサービスであるリハビリテーションについて、奈良県の後期高齢者医療制度加入者の保険診療データを用いて、リハビリ患者の実態把握と在宅医療患者のアクセシビリティ分析のための予備的な検討を行った。②令和4年度から開始された外来機能報告制度の報告データを用いて、病院、診療所、地域医療支援病院、特定機能病院などの観点から重点外来や重点医療機関を含む外来医療の実態を把握した。③地域医療構想策定ガイドラインにおいては退院患者が行き場のない状態を回避しつつ、入院医療から在宅医療への移行を地域で推進することを促していることから、令和6年度は医療機関へのアンケート調査を行い実態について、情報収集を行った。

研究分担者

野田龍也 (奈良県立医科大学 准教授)
西岡祐一 (奈良県立医科大学 助教)
次橋幸男 (奈良県立医科大学 博士研究員)
赤羽 学 (国立保健医療科学院 部長)
中西康裕 (国立保健医療科学院 主任研究官)
佐藤拓也 (東京大学医学部附属病院 病院診療
医)

明神大也 (浜松医科大学 准教授)

研究協力者

町田宗仁 (国立保健医療科学院)
山口佳小里 (国立保健医療科学院)
森井康博 (国立保健医療科学院)

A. 研究目的

本研究では、在宅医療と外来医療においてNDB・KDB等のレセプトデータや介護DB、外来機能報告等を用いて、各地域における医療需要を推計し、効率的かつ効果的な入院外医療の提

供体制について検討を行うことを目的とする。

そのために、本年度は、高齢者人口の増加に伴う在宅医療と介護保険サービスの整備について、1) 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行前後のリハビリテーション提供量の推移および将来推計に関する分析と、2) 奈良県をモデル地域とした二次医療圏別の在宅患者のアクセシビリティ分析を行う。

外来医療については、外来機能報告データを用いて紹介受診重点医療機関と紹介受診重点外来の関係を可視化するために、機械学習モデルを作成する。

また、入院外医療の提供体制の検討のため、過去2か年度でヒアリングにて得た、「入院された高齢者の患者さんが、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」が、ヒアリング対象外の施設にも適応し得るものかアンケート調査を実施する。

最終的には今後の入院外医療（在宅医療＋外来医療）について進めていくべき機能分化・連携の方向性やその方法について政策提言を行う。

B. 研究方法

本研究班は3つの分担班に分けて研究を進め、班会議を2回開催し、研究の進捗状況の管理、調整を行いながら進めた。研究の実施体制及び研究内容は図1の通りである。

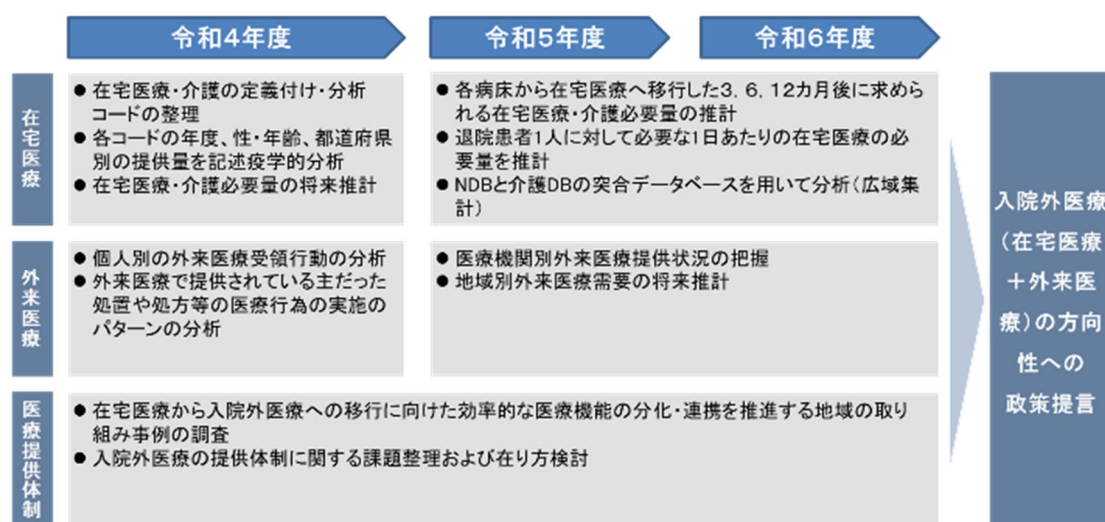


図1 研究の実施体制および研究計画

- ・在宅医療・介護保険サービス提供の実態と将来需要の検討（在宅医療班）

1) 2018年度から2022年度のNDBオープンデータを用いて、リハビリテーション提供量を分析した。また住民基本台帳の人口データと国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口を用いて、2025年度から2050年度までの将来のリハビリテーション需要推計を算出した。

2) 2019年度の奈良県KDB改良データを用いて、75歳以上の後期高齢者医療制度加入者を分析、「在宅患者訪問診療料」が算定された者を在宅患者と定義し、ArcGISを使用して仮想患者地点を発生させて市町村ごとの在宅医療受療割合、最寄りの医療機関からの移動距離を二次医療圏別に算出した。

- ・外来医療の実態と将来需要の検討（外来医療計画班）

令和4年度外来機能報告データと病床機能報告、厚生労働省のリストを突合して各医療機関

の情報を追加し、病床規模を7区分に分類、秘匿された患者数は統計処理上一様に5人として扱い、重点外来の割合については除外して解析を行った。このデータセットを元にLightGBMを用いて重点医療機関を予測するモデルを作成した。また、NDBデータを用いて、CT、MRI、PETの画像検査の実施日と初診・再診の日数を集計、重点外来の性年齢階級別算定日数を集計し、将来推計を行った。

- ・効率的・効果的な入院外医療の提供体制の検討（医療提供体制班）

2024年10月26日から11月11日にかけて、在宅療養支援病院連絡協議会加入の170会員施設を対象にWebアンケート調査を実施した。

（倫理面への配慮）

DPCやNDBのデータの利用にあたっては、過去にこれらのデータ分析の実績があり、熟練した研究者がデータ分析にあたっている。また、国が

ら個人データの提供を受ける際には、国にて匿名化処置を行い、個人が識別できないようにしたデータの提供を受けている。

研究の実施に当たっては必要に応じて奈良県立医科大学の医の倫理委員会の審議を受け、承認を得たうえで研究を行っている。

また各分担研究者においても、必要に応じて各機関の倫理審査委員会の審議を受け、承認を得たうえで研究を行っている。

C. 研究結果

本年度研究によって以下の成果を得た。詳細については、それぞれ分担研究報告書を参照されたい。

・在宅医療班

1) いずれの種類のリハビリテーション料も2020年度(COVID-19流行下)において外来で減少していた。将来推計値は基準年により異なり、COVID-19流行下(2020年度)で算定単位数が少なかった外来においては、2020年度基準とした場合に、将来推計全体が低く見積もられた。

2) 実績シナリオでは、奈良医療圏が最も距離が短く、南和医療圏が最も距離が長いことが分かった。過疎医療圏では16km以上の移動が必要なケースが7.7%存在したが、他の医療圏ではゼロだった。理想シナリオでは距離が改善されたが、16km以上の移動が必要なケースがわずかに存在した。

・外来医療計画班

各種紹介受診重点外来の実施割合が紹介受診重点医療機関となるか否かに強く関わっており、作成した機械学習モデルにより大多数の紹介受診重点医療機関を予測することが可能であった。外来機能報告ではCTやMRI等において、初診・再診と同日に実施されたもののみが集計されている。集計されていないそれらの診療行為の規模について確認したところ、15-30%程度が定義上集計されていないことが分かった。

・医療提供体制班

20都道府県に所在する43施設より回答を得ることができた(回答率24.7%)。

D. 考察

・在宅医療班

1) COVID-19流行下では外来のリハビリテーション提供量が減少した。特に外来での提供割合が大きい運動器リハビリテーションは、感染症流行の影響を強く受けた。一方、脳血管等リハビリテーション料や廃用症候群リハビリテーション料は2018年度から減少傾向にあり、COVID-19以前からのトレンドが影響していると考えられ、また2020年度の診療報酬改定も影響を与えた可能性がある。2022年度のリハビリテーション提供量は概ねCOVID-19流行前である2018年度の水準と同等であり、将来推計の基準年として2022年度を用いることは概ね妥当と考えられるものの種類によって傾向が異なることから、入院・外来の別、リハビリテーション料の種類別に将来推計を考慮する必要がある。

2) 訪問診療の地理的アクセシビリティに地域差があり、過疎医療圏では16km以上の移動が必要なケースが多いことが示された。理想シナリオでは課題が解消される可能性が示唆されたが、詳細な分析にはさらなる検討が必要である。

・外来医療計画班

紹介受診重点医療機関の大半が特定のモデルで推測可能であると考えられたが、約14%については地域的な事情等で異なるパターンを示すことが明らかになった。

外来機能報告における重点外来の分析について、検査(CT、MRI、PET)が初診・再診と異なる日に実施されることが多く、直後の再診との関連が強いことが示された。これは、外来時に検査を事前に実施し、その結果を基に再診で治療方針を決定している場合が多いことを示唆している。さらに、重点外来の受療率が80歳代で最大であり、

男性 10 歳代および女性 20 歳代から高い受療率を維持していることが分かりました。男性の 10 歳代はスポーツによる外傷での画像検査が多く、女性は生殖器疾患の影響があると考えられる。

将来推計では、高齢化が進む中で重点外来は総数として減少傾向にあり、政策検討においてはこれらの傾向を考慮する必要がある。

・医療提供体制班

調査対象の約 7 割は病院地域包括ケア病棟を有し、在宅復帰支援に取り組んでいる。毎週の病棟回診や地域連携室の同行の実施率は約半数で、入院後に退院先の療養場所に関する意向を患者家族に尋ねることについては、半数程度が、概ね何日目までに尋ねるということをルール化しており、8 割強が 7 日以内に実施していた。

歯科医師や歯科衛生士が関与する施設は、約半数、管理栄養士は約 8 割、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士はそれぞれ約 7 割であった。

在宅医療担当医師のリクルート活動については、民間の人材派遣会社を通じての募集が最多で、次いで自院在籍医師の知り合いや所属医局への声掛けで、公的な医師人材バンクの活用は少なかった。

アンケート協力病院に患者を紹介した急性期病院の 9%が、疾病の治療専門医と総合診療医の 2 人主治医制を有していた。

地域で退院患者情報が共有されていると回答した医療機関は 3 割弱（27.9%）。また、急性期病院の退院調整スタッフによる見学を受け入れた病院は 6 割弱（58.1%）であった。

9 割近く（88.4%）の医療機関が往診への同行機会を望んでおり、座学や手技、処置に関する研修も半数弱が望ましいと考えていることから、実際の往診や診療を通じて OJT が期待できると考えられる。

E. 結論

・在宅医療班

COVID-19 流行前後のリハビリテーション提供

の推移はリハビリテーション料および入院・外来により異なっていたが、COVID-19 流行下の 2020 年度においてはいずれのリハビリテーション料においても外来で減少していた。一方、2022 年度は概ね COVID-19 流行前と同等の水準であり、この年を基準年に将来推計を行うことは概ね妥当であると考えられた。奈良県 KDB を活用したアクセシビリティ分析では、訪問診療の地理的アクセシビリティの地域差が示唆された。特に過疎医療圏では 16km 以上の移動を伴う可能性があり、均てん化された在宅医療の観点からは過疎地域におけるアクセシビリティの改善が望まれる。

・外来医療計画班

外来機能報告の報告内容から重点医療機関を比較的高精度に予測する機械学習モデルを作成できた。CT、MRI、PET 検査は一定割合が外来日以外に実施され、直後の再診に関連していることが多かった。重点外来の将来推計に関しては 2070 年にかけて減少傾向となったが、類型によっては長期間にわたって現在の規模を維持することが予測された。このような将来の見通しを踏まえて、重点外来を含む外来医療の提供に関する政策を検討することが、より効率的で質の高い医療提供体制の構築につながるものと考えられる。

・医療提供体制班

高齢患者が早期退院して在宅医療に円滑に移行するためには、定期的に生活機能や自立状況を把握し、各職種が協働してサービスを提供することが重要である。また、多職種協働の音頭を取る医師が、在宅医療への素養を養う機会を提供されることも必要である。

F. 健康危険情報

なし（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 今村知明、西岡祐一 ほか. 第 8 章 保健・

医療・福祉の制度 01 社会保障の概念、02 医療制度、03 福祉制度。監修：山本玲子 編著：熊谷優子。新編 衛生・公衆衛生学。2024 Mar;178-198.

2. Yuichi Nishioka, Emiri Morita, Saki Takeshita, Sakura Tamamoto, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura. Exact-Matching Algorithms Using Administrative Health Claims Database Equivalence Factors for Real-World Data Analysis Based on the Target Trial Emulation Framework. Health Services and Outcomes Research Methodology. 2024 Dec; 24: 427–439.

2. 学会発表

1. 2024 年 10 月 29 日～2024 年 10 月 31 日（北海道、札幌コンベンションセンター 他）第 83 回日本公衆衛生学会総会 特定健康診査・後期高齢者健康診査の基準値と心筋梗塞発症との関連 玉本咲楽、西岡祐一、森田えみり、明神大也、野田龍也、今村知明。
2. 2024 年 10 月 29 日～2024 年 10 月 31 日（北海道、札幌コンベンションセンター 他）第 83 回日本公衆衛生学会総会 終末期患者に提供された在宅医療に係わる評価指標の検討 次橋幸男、中西康裕、西岡祐一、野田龍也、明神大也、赤羽学、今村知明。
3. 2024 年 10 月 29 日～2024 年 10 月 31 日（北海道、札幌コンベンションセンター 他）第 83 回日本公衆衛生学会総会 KDB データを活用した訪問診療への地理的アクセシビリティ分析 森井康博、中西康裕、西岡祐一、次橋幸男、野田龍也、明神大也、今村知明、赤羽学。
4. 2024 年 10 月 29 日～2024 年 10 月 31 日（北海道、札幌コンベンションセンター 他）第 83 回日本公衆衛生学会総会 NDB オープンデータを用いたリハビリテーション将来需要推計：新型コロナ流行の影響。山口佳小里、中西康裕、森井康博、赤羽学。

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

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6年度）

リハビリテーション提供量の推移・需要推計と在宅医療のアクセシビリティ分析

研究分担者 赤羽 学¹, 中西 康裕¹, 西岡 祐一², 次橋 幸男²
研究協力者 山口佳小里¹ 森井康博³

1. 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
2. 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座
3. 国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター

研究要旨

本研究では、次の2つの研究、1) 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行前後のリハビリテーション提供量の推移および将来推計に関する分析と 2) 奈良県をモデル地域とした二次医療圏別の在宅患者のアクセシビリティ分析を行った。1) として、NDB オープンデータを用いて、2018年度から2022年度の各リハビリテーション料の算定単位数を集計した。さらに、基準年による違いを考慮した上で、2022年度を基準とした2025年度から2050年度までのリハビリテーション提供量の将来推計を行った。2) として、奈良県 KDB（国保データベース）を用いて ArcGIS のメッシュ別人口データを用いて仮想在宅患者を発生させて、仮想患者住所地と最寄り医療機関間の距離を算出し、二次医療圏別に可視化した。本研究結果より、COVID-19 流行前後のリハビリテーション提供の推移はリハビリテーション料および入院・外来により異なっていたが、COVID-19 流行下の2020年度においてはいずれのリハビリテーション料においても外来で減少していた。一方、2022年度は概ね COVID-19 流行前と同等の水準であり、この年を基準年に将来推計を行うことは概ね妥当であると考えられた。奈良県 KDB を活用したアクセシビリティ分析では、訪問診療の地理的アクセシビリティの地域差が示唆された。特に過疎医療圏では16km以上の移動を伴う可能性があり、均てん化された在宅医療の観点からは過疎地域におけるアクセシビリティの改善が望まれる。

A. 研究目的

我が国における高齢者人口は今後さらに増加する見込みであり、在宅医療やリハビリテーションの提供体制の整備は急務である。各自治体は、地域の実情を踏まえて、医療計画などの医療政策を立案・実行するが、ここにおいて、

データの活用が推進されている。レセプトデータは現状把握や目標となる指標設定において有用である一方、分析手法が未確立である等の理由により十分には活用されていない。

特に、リハビリテーションは高齢社会において欠かすことのできない重要なサービスであ

り、他の医療サービスと同様に、需要推計に基づいた体制整備が重要である。第8次医療計画（2024～2029年度）においては、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大で顕在化した課題等を踏まえて、新興感染症の発生・まん延等においても必要な医療が提供できる体制整備を進めることが求められている。一方、COVID-19の流行が、その間のリハビリテーション提供ならびにリハビリテーション提供の将来需要推計に与える影響については十分検討されていない。

本研究では、COVID-19流行前後のリハビリテーション提供量の推移を明らかにし、基準年による違いを考慮した上で、リハビリテーションの将来需要を推計することを目的にNDBオープンデータを用いた分析を行った。さらに、在宅医療患者のアクセシビリティ分析に関して、奈良県をモデル地域として奈良県KDB（国保データベース）を用いて二次医療圏別に分析を行った。

B. 研究方法

B. 1. リハビリテーションの実態把握方法の検討

リハビリテーションに関して、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が個別に提供する診療行為である疾患別リハビリテーション料（運動器リハビリテーション料等）の診療行為（コード）に関して、COVID-19流行前の2018年度から流行後の2022年度（最新）に相当する第5～9回NDBオープンデータより、入院、外来それぞれについて、性・年齢階級別の算定単位数を抽出した。なお、リハビリテーション単位数は1単位20分で算定されるものであり、実際にリハビリテーションが提供された量を示す指標である。分析に用いた疾患別リハビリテーションの診療行為（コード）を表1に示す。

集計方法は、それぞれの疾患別リハビリテーション料のうち、複数の診療行為がある場合は、これらを合算し（例：脳血管疾患等リハビリテ

ーション料（1）、脳血管疾患等リハビリテーション料（2）、脳血管疾患等リハビリテーション料（3）の算定単位数を合算し、脳血管疾患等リハビリテーション料としての値を算出）、各疾患別リハビリテーション料について、入院・外来・合計それぞれの算定単位数を算出した。また、5歳年齢階級別の値に関しては、0～64歳までは合算し「65歳未満」として算出した。

将来推計方法に関して、住民基本台帳の人口データを用いて、基準年における65歳未満および65歳以上における5歳年齢階級ごとのリハビリテーション算定単位数の人口一人当たりの割合を算出し、これに国立社会保障・人口問題研究所による「日本の将来推計人口（令和5年推計）」を乗じる方法で、2025年度から2050年度までのリハビリテーション需要推計を算出した。さらに、年齢区分65歳未満、65歳以上、75歳以上、85歳以上の4群と全年齢層の将来推計値について、疾患別リハビリテーション料の種類別、入院外来別に算出した。

B. 2. 二次医療圏別アクセシビリティ分析

奈良県KDB（国保データベース）改良データにおける医療レセプトデータを用い、75歳以上の後期高齢者医療制度加入者を分析対象とした。本KDBは奈良県立医科大学が作成したもので、後期高齢者医療制度加入者の保険診療に係る全数（悉皆）データを格納し、医療・介護レセプト連結データベースである。

「在宅患者訪問診療料」の診療行為（コード）が算定された者を在宅患者と定義した。2019年度の奈良県KDB改良データを用いて、在宅患者を抽出し、市町村ごとの在宅医療受療割合を算出した。ArcGISのメッシュ別人ロデータを用いて、次に示す仮定のもとにArcGIS「ランダムポイントの発生」により、各メッシュ内にランダムに仮想患者地点を発生させ、最寄りの医療機関から仮想患者への移動距離を二次医療圏別に算出した（10回反復した結果を平

均)。

1) 奈良県 KDB より集計した在宅医療（訪問診療）の実患者数あるいはレセプト件数に基づいて仮想患者を発生させる

2) 75 歳以上人口のメッシュ（500m 四方）データを基に 75 歳以上の住民が存在するメッシュを特定しそれらのメッシュのみから仮想患者を発生させる

3) 各メッシュから仮想患者が発生する確率はメッシュ内に住む 75 歳以上人口に比例させる
発生確率は市町村別とし、次に示す 2 つのシナリオで分析した。

1) 実績シナリオ：KDB より訪問診療の実績のある 346 医療機関を定義・抽出し分析対象とした。

2) 理想シナリオ：奈良県の全 1308 医療機関の地点データ（国土地理院）を使用し、「すべての医療機関が在宅医療を実施すれば…という状況」を想定した。

なお、本研究で発生させる仮想患者の位置情報等はいずれも実在の患者の位置情報とは異なるものである。

（倫理面への配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。分析結果の公表への留意点として、特定の個人又は医療機関等の識別を防ぐために最小集計単位が 10 未満にならないようにする等の配慮を行った。分析結果の公表に関しては奈良県の公表審査を受けて承認を得た。

C. 研究結果

C.1. リハビリテーションの実態把握方法の検討

2018 年度から 2022 年度のリハビリテーション提供量（算定単位数）の推移を表 2、3、図 1、2 に示す。いずれの種類のリハビリテーション料も 2020 年度（COVID-19 流行下）において外来で減少していた。ただし、脳血管疾患等リハビリ

テーション料、廃用症候群リハビリテーション料は COVID-19 流行前（2019 年度）から減少傾向にあった。入院・外来の合計では、脳血管疾患等リハビリテーション料は 2021 年度から減少、運動器リハビリテーション料は 2022 年度に減少、廃用症候群リハビリテーション料は一貫して増加、心大血管リハビリテーション料は 2020 年度に減少の後増加、呼吸器リハビリテーション料は 2019 年度に減少後、増加していた。また 2018 年度を基準とした算定単位数の比においては、2022 年度の脳血管疾患等リハビリテーション料（入院・外来・合計）、呼吸器リハビリテーション料（外来）、廃用症候群リハビリテーション料（外来）以外ではいずれも 1 以上であり、COVID-19 流行前と同等の水準であった。

基準年別のリハビリテーション算定単位数の将来推計（図 3）および 2022 年度を基準年とした年齢階級別の将来推計を図 4 に示す。将来推計値は基準年により異なり、COVID-19 流行下（2020 年度）で算定単位数が少なかった外来においては、2020 年度基準とした場合に、将来推計全体が低く見積もられた。

C.2. 二次医療圏別アクセシビリティ分析結果

レセプト件数をもとに ArcGIS「ランダムポイントの発生」によって地図上に発生させた仮想患者地点と最寄り医療機関間の距離は、実績シナリオにおいて県庁所在地の医療圏（奈良医療圏）が最も小さく、過疎医療圏（南和医療圏）において大きいことが明らかとなった。16km 以上の移動を伴うケースは過疎医療圏で 7.7%であったが、他の医療圏はゼロであった。理想シナリオではこれらの値はいずれも改善していたが、16km 以上の移動を伴うケースがわずかに存在した（表 5、図 5、6）。

D. 考察

COVID-19 流行前後（2018～2022 年度）のリハビリテーション提供量の推移に関して、リハビリテーション料によって、2018 年度からの傾向や特徴が異なっていた。COVID-19 流行下において、いずれの種類のリハビリテーション料も外来で減少していたことから、外来での提供割合が大きい運動器リハビリテーションにおいて感染症流行の影響が大きかった可能性が考えられる。外来でのフォローアップは在宅生活移行において重要な役割を果たすと考えられることから、この点への感染症流行の影響を検討する必要があるかもしれない。一方、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料は2018 年度から既に減少傾向であるなど、COVID-19 以前からのトレンドが一定程度影響していると考えられる。これらを明らかにするためにはさらなる分析が必要である。また、この期間の提供量に関して、COVID-19 流行の影響に加えて、2020 年度の診療報酬改定の影響もあった可能性がある。例として呼吸器リハビリテーション料に関して、言語聴覚士による算定が追加されたことが挙げられる。

2025 年度から 2050 年度までの将来推計に関しては、基準年の影響を大きく受ける。COVID-19 流行下において、いずれのリハビリテーション料も外来で減少していた。よって、外来において、2020 年度を基準とする場合に将来推計が低く見積もられる可能性が考えられる。一方、2022 年度のリハビリテーション提供量は概ね COVID-19 流行前である 2018 年度の水準と同等であり、将来推計の基準年として 2022 年度を用いることは概ね妥当と考えられる。ただし、入院・外来、リハビリテーション料の種類によって傾向が異な

ることから、入院・外来の別、リハビリテーション料の種類別に将来推計を考慮する必要がある。

今回の分析では、NDB オープンデータを使用して全国の将来推計値を算出したが、高齢者人口の推移は地域により大きく異なる点に留意する必要がある。さらに、推計した値には、今後の診療報酬改定や、推定単位数の増加や減少に対する供給能力の影響は含まない。

奈良県 KDB を活用したアクセシビリティ分析では、訪問診療の地理的アクセシビリティの地域差が示唆された。特に、過疎医療圏（南和医療圏）内の自治体では 16km 以上の移動を伴う割合が高く、均てん化された在宅医療の観点からは過疎地域におけるアクセシビリティの改善が望まれる。すべての医療機関が在宅医療サービスを提供すると仮定した場合（理想シナリオ）では、地理的アクセシビリティの課題はおおむね解消可能であることが示唆されたため、必要に応じて適正な配置について検討を行う必要があると考えられる。

また、過疎医療圏においては人口が非常に少ない自治体を分析対象とすることもあり、非公表対象（マスク）となる可能性が高く、今後市町村別に詳細な分析を行うためには対象地域の扱いに関する検討が必要である。本研究の限界として、1 件でも該当のレセプトがあった場合に在宅医療実施機関とした（各施設のキャパシティを考慮していない）ことや他県の医療機関は分析に含めていないことがあげられる。

E. 結論

本研究は、NDB オープンデータを活用し、COVID-19 流行前後のリハビリテーション提供の推移および基準年による違いを考慮したリハビリテーション提供の将来推計を行った。

COVID-19 流行前後の推移は、入院・外来、リハビリテーション料の種類により異なっていた一方、いずれのリハビリテーション料においても、COVID-19 流行下において外来が減少していた。

将来推計値は基準年により異なり、COVID-19 流行下（2020 年度）で算定単位数が少なかった外来においては、2020 年度基準とした場合に、将来推計全体が低く見積もられた。一方、2022 年度の提供量はいずれの種類のリハビリテーション料においても概ね COVID-19 流行前の水準を取り戻しており、2022 年度を将来推計の基準年にすることは概ね妥当と考えられた。リハビリテーション料の種類別に詳細な分析を行うことで、さらなる知見が得られると考える。なお、将来推計においては、本研究では全国のを推計したが、高齢者人口の推移等は地域によって大きく異なる点に留意が必要である。

奈良県 KDB を活用したアクセシビリティ分析では、訪問診療の地理的アクセシビリティに地域差があることが示唆された。均てん化された在宅医療の観点からは過疎医療圏におけるアクセシビリティの改善が望まれる。

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

- 1) 森井康博，中西康裕，西岡祐一，次橋幸男，野田龍也，明神大也，今村知明，赤羽学．KDB データを活用した訪問診療への地理的アクセシビリティ分析．第 83 回日本公衆衛生学会総会；2024.10.29-31；札幌
- 2) 山口佳小里，中西康裕，森井康博，赤羽学．NDB オープンデータを用いたリハビリテーション将来需要推計：新型コロナ流行の影響．第 83 回日本公衆衛生学会総会；2024.10.29-31；札幌

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

表 1：リハビリテーション患者の定義で用いた診療行為（コード）

診療行為コード	診療行為名称
180028010	呼吸器リハビリテーション料（１）
180028110	呼吸器リハビリテーション料（２）
180027410	心大血管疾患リハビリテーション料（１）
180027510	心大血管疾患リハビリテーション料（２）
180027610	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）
180050330	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（リ減）
180043430	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合
180051230	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合・リ減
180044310	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院）
180050630	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院）（リ減）
180033910	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）
180050730	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）（リ減）
180027710	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）
180050430	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（リ減）
180043630	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合
180051330	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合・リ減
180044410	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院）
180050830	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院）（リ減）
180034110	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）
180050930	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）（リ減）
180030810	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）
180050530	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（リ減）
180043830	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合
180051430	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合・リ減
180044510	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院）
180051030	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院）（リ減）
180034310	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）
180051130	脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）（リ減）
180032710	運動器リハビリテーション料（１）
180052730	運動器リハビリテーション料（１）（リ減）
180044030	運動器リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合
180053630	運動器リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合・リ減
180045810	運動器リハビリテーション料（１）（要介護・入院）
180053030	運動器リハビリテーション料（１）（要介護・入院）（リ減）
180034510	運動器リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）
180053130	運動器リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）（リ減）
180027810	運動器リハビリテーション料（２）
180052830	運動器リハビリテーション料（２）（リ減）
180044130	運動器リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合
180053730	運動器リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合・リ減
180045910	運動器リハビリテーション料（２）（要介護・入院）
180053230	運動器リハビリテーション料（２）（要介護・入院）（リ減）
180034610	運動器リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）
180053330	運動器リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）（リ減）
180027910	運動器リハビリテーション料（３）
180052930	運動器リハビリテーション料（３）（リ減）
180044230	運動器リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合
180053830	運動器リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合・リ減
180046010	運動器リハビリテーション料（３）（要介護・入院）
180053430	運動器リハビリテーション料（３）（要介護・入院）（リ減）
180034710	運動器リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）
180053530	運動器リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）（リ減）
180044610	廃用症候群リハビリテーション料（１）
180051530	廃用症候群リハビリテーション料（１）（リ減）
180045530	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合
180052430	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）基準不適合・リ減
180044910	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護・入院）
180051830	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護・入院）（リ減）
180045010	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）
180051930	廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護・入院外）（リ減）

180044710	廃用症候群リハビリテーション料（２）
180051630	廃用症候群リハビリテーション料（２）（リ減）
180045630	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合
180052530	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）基準不適合・リ減
180045110	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護・入院）
180052030	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護・入院）（リ減）
180045210	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）
180052130	廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護・入院外）（リ減）
180044810	廃用症候群リハビリテーション料（３）
180051730	廃用症候群リハビリテーション料（３）（リ減）
180045730	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合
180052630	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）基準不適合・リ減
180045310	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護・入院）
180052230	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護・入院）（リ減）
180045410	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）
180052330	廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護・入院外）（リ減）

表２：疾患別リハビリテーション料算定単位数の推移：前年度からの増減（単位数）

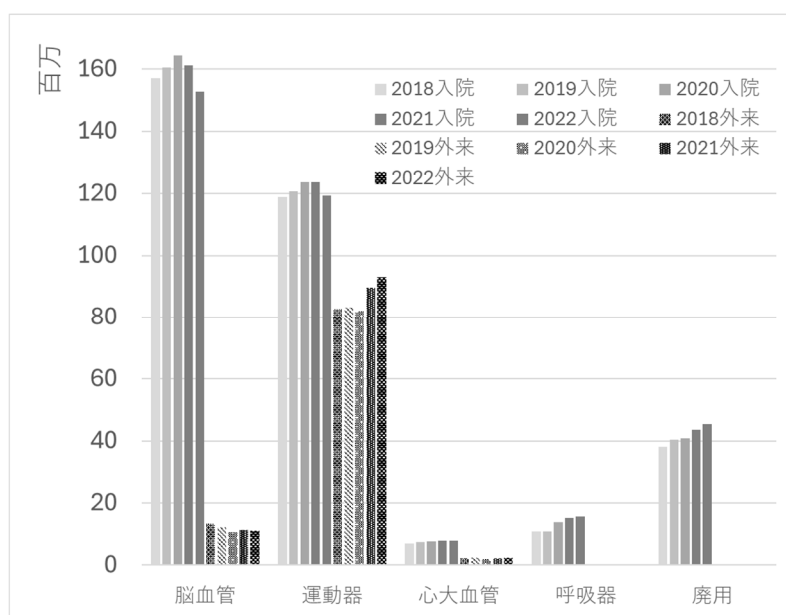
															(百万)
入院					外来					合計					
2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
脳血管疾患等リハビリテーション															
157.08	160.45	164.37	161.19	152.80	13.35	12.31	10.75	11.29	11.15	170.43	172.75	175.11	172.48	163.95	
-	3.37	3.92	-3.17	-8.39	-	-1.04	-1.56	0.54	-0.14	-	2.33	2.36	-2.64	-8.53	
運動器リハビリテーション															
118.98	120.65	123.62	123.74	119.30	82.70	83.23	82.07	89.65	93.12	201.68	203.88	205.70	213.39	212.42	
-	1.67	2.97	0.12	-4.44	-	0.53	-1.16	7.58	3.47	-	2.20	1.81	7.70	-0.97	
呼吸器リハビリテーション															
10.88	10.84	13.82	15.25	15.68	0.32	0.34	0.25	0.28	0.28	11.20	11.18	14.07	15.53	15.97	
-	-0.04	2.98	1.43	0.43	-	0.01	-0.09	0.03	0.01	-	-0.02	2.89	1.46	0.44	
心大血管リハビリテーション															
7.05	7.40	7.77	7.91	7.83	2.27	2.45	1.84	2.13	2.32	9.32	9.84	9.61	10.03	10.15	
-	0.34	0.37	0.14	-0.08	-	0.18	-0.61	0.29	0.20	-	0.52	-0.24	0.43	0.12	
廃用症候群リハビリテーション															
38.03	40.49	40.82	43.51	45.42	0.17	0.14	0.12	0.14	0.14	38.20	40.63	40.93	43.64	45.56	
-	2.46	0.33	2.69	1.91	-	-0.04	-0.02	0.02	0.00	-	2.42	0.31	2.71	1.92	

上段が実算定単位数、下段が前年度算定単位数からの増減を示す。

表３：疾患別リハビリテーション料算定単位数の推移：2018年度を基準とした比

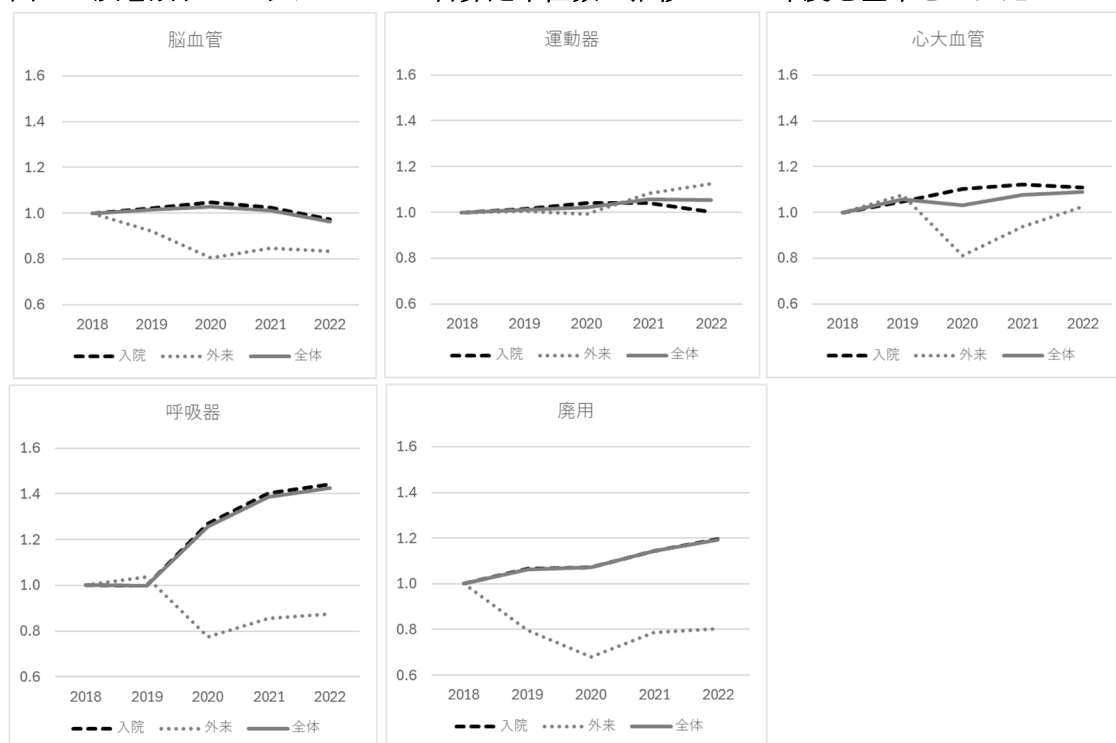
入院					外来					合計					
2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
脳血管疾患等リハビリテーション															
1	1.02	1.05	1.03	0.97	1	0.92	0.81	0.85	0.84	1	1.01	1.03	1.01	0.96	
運動器リハビリテーション															
1	1.01	1.04	1.04	1.00	1	1.01	0.99	1.08	1.13	1	1.01	1.02	1.06	1.05	
呼吸器リハビリテーション															
1	1.00	1.27	1.40	1.44	1	1.04	0.77	0.85	0.87	1	1.00	1.26	1.39	1.43	
心大血管リハビリテーション															
1	1.05	1.10	1.12	1.11	1	1.08	0.81	0.94	1.02	1	1.06	1.03	1.08	1.09	
廃用症候群リハビリテーション															
1	1.06	1.07	1.14	1.19	1	0.80	0.68	0.79	0.80	1	1.06	1.07	1.14	1.19	

図 1：2018-2022 年度のリハビリテーション提供量の推移：リハビリテーション料別



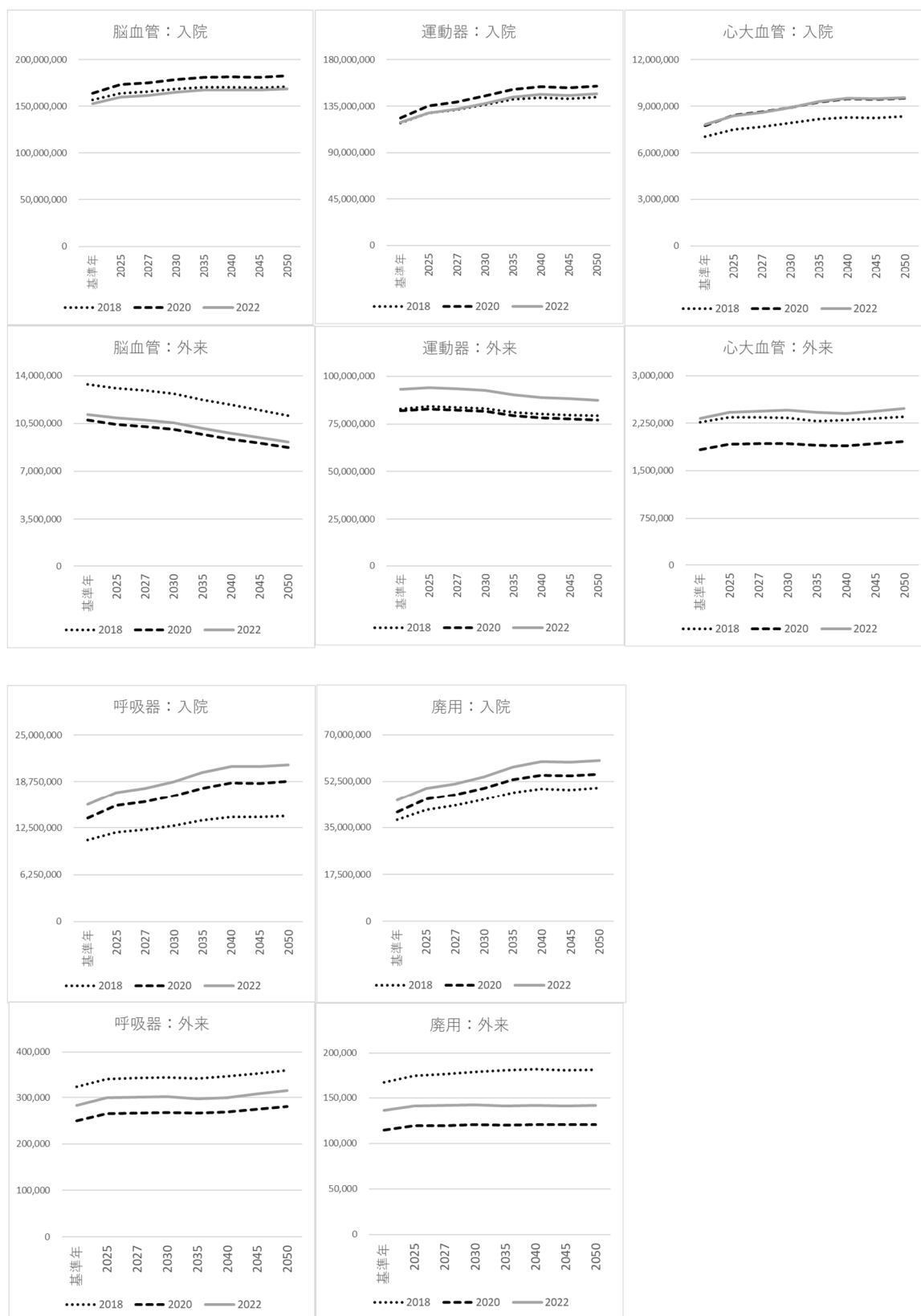
脳血管：脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器：運動器リハビリテーション料、心大血管：心大血管リハビリテーション料、呼吸器：呼吸器リハビリテーション料、廃用：廃用症候群リハビリテーション料の算定単位数。灰色系が入院を、各パターンが外来を示し、いずれも左から順に 2018 年度、2019 年度、2020 年度、2021 年度、2022 年度の算定単位数を示す。

図 2：疾患別リハビリテーション料算定単位数の推移：2018 年度を基準とした比



脳血管：脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器：運動器リハビリテーション料、心大血管：心大血管リハビリテーション料、呼吸器：呼吸器リハビリテーション料、廃用：廃用症候群リハビリテーション料の算定単位数。黒色点線が入院、灰色点線が外来を、灰色実線が入院外来の合計を示す。

図 3：基準年別の将来推計値：2025～2050 年度

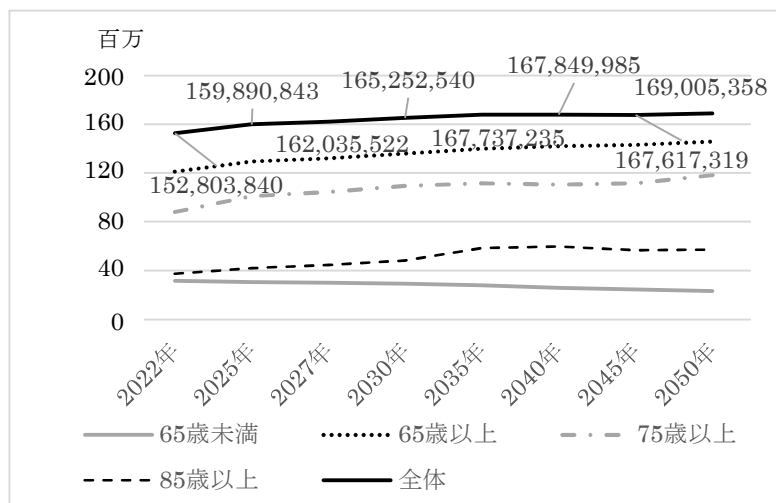


脳血管：脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器：運動器リハビリテーション料、心大血管：心大血管リハビリテーション料、呼吸器：呼吸器リハビリテーション料、廃用：廃用症候群リハビリテーション料。それぞれ 2018、2020、2022 年度を基準とした 2025～2050 年度の将来推計値を示す。

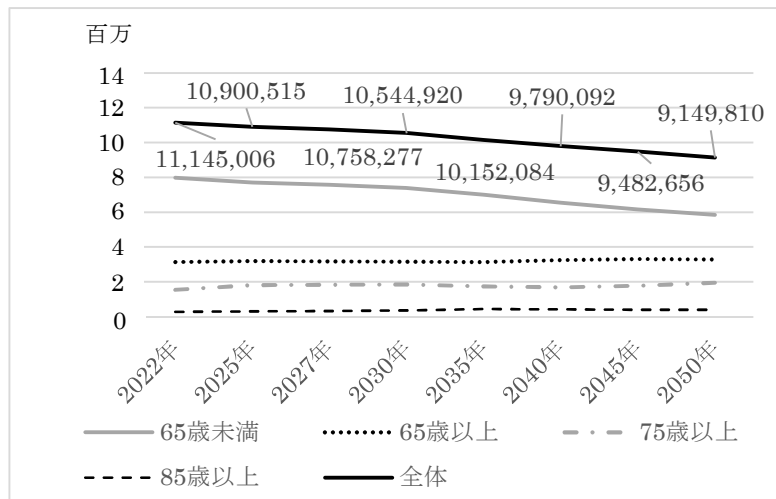
図4：2022年度を基準とした将来推計

1) 脳血管疾患等リハビリテーション料

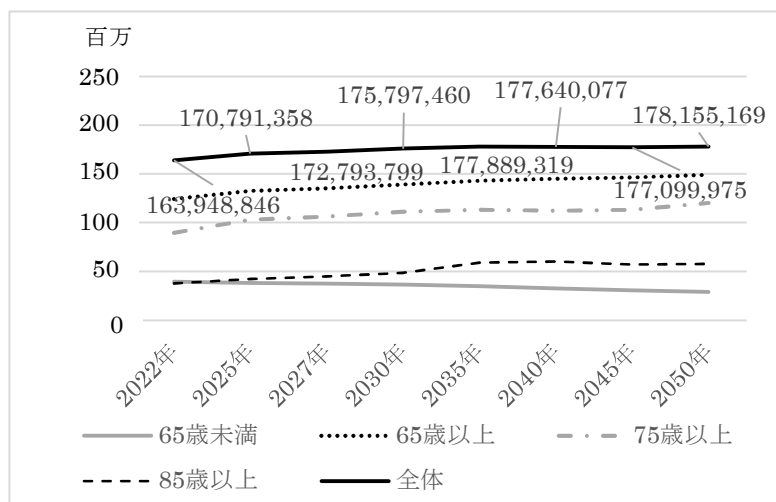
入院



外来

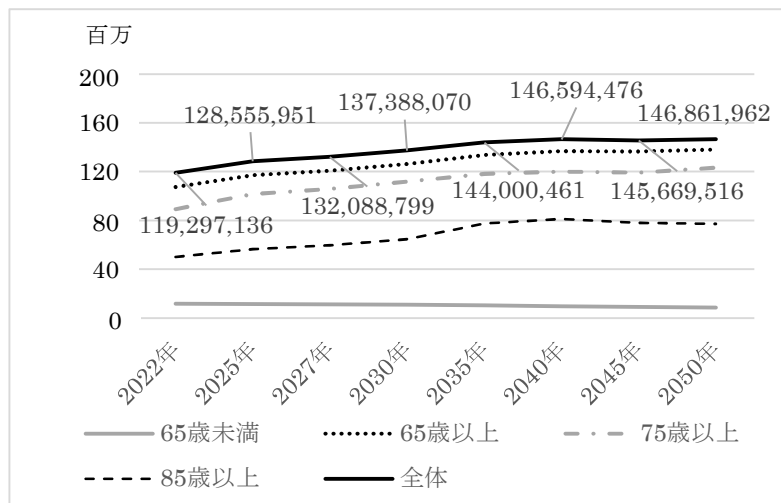


合計

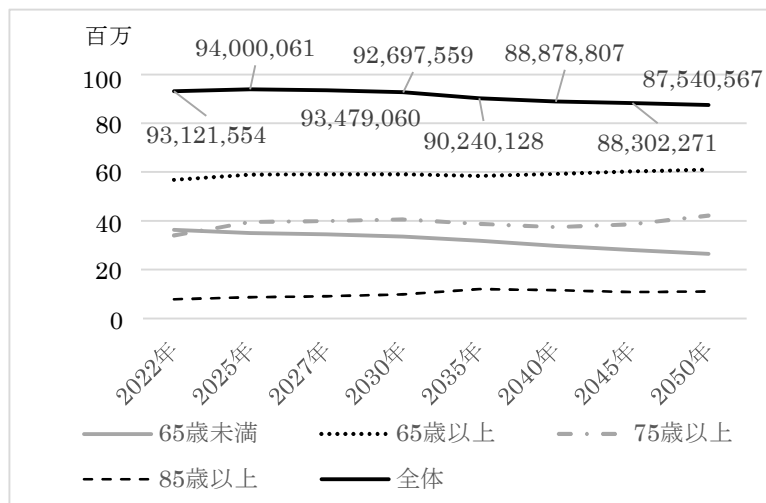


2) 運動器リハビリテーション料

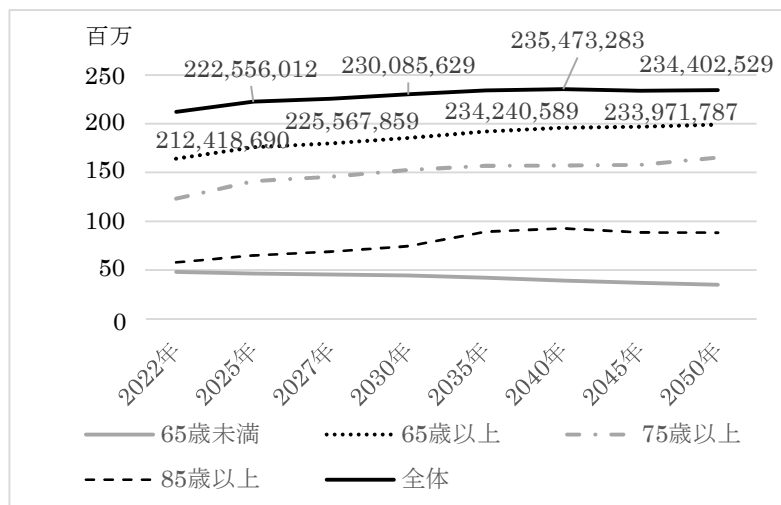
入院



外来

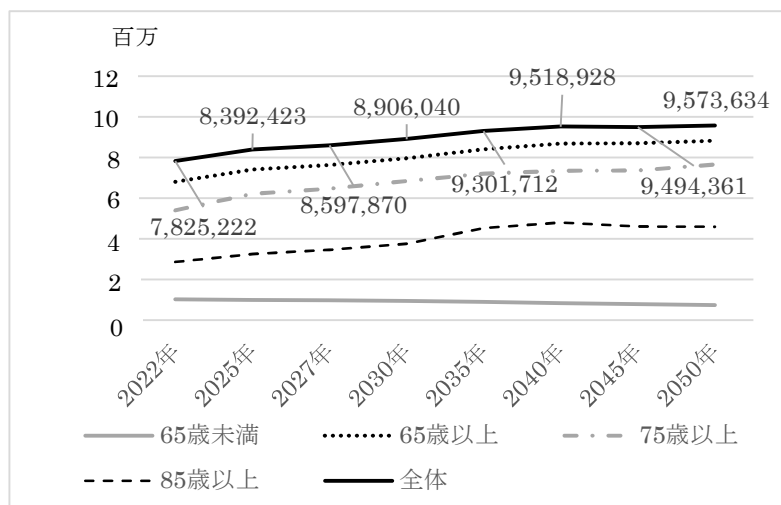


合計

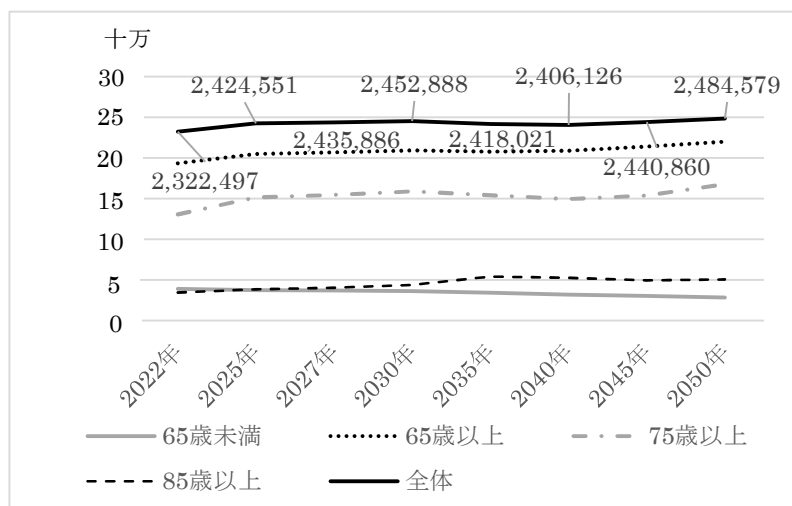


3) 心大血管リハビリテーション料

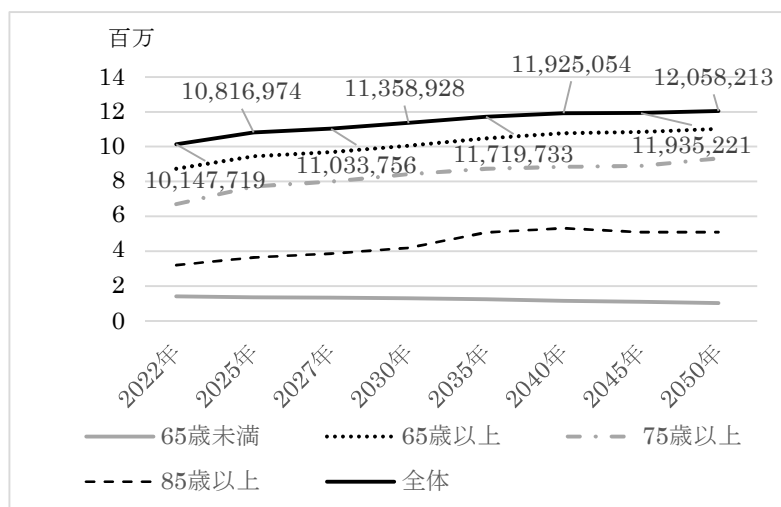
入院



外来

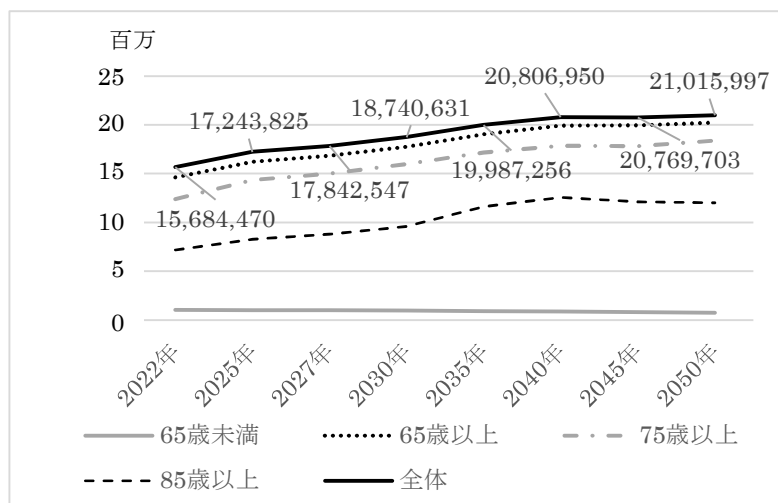


合計

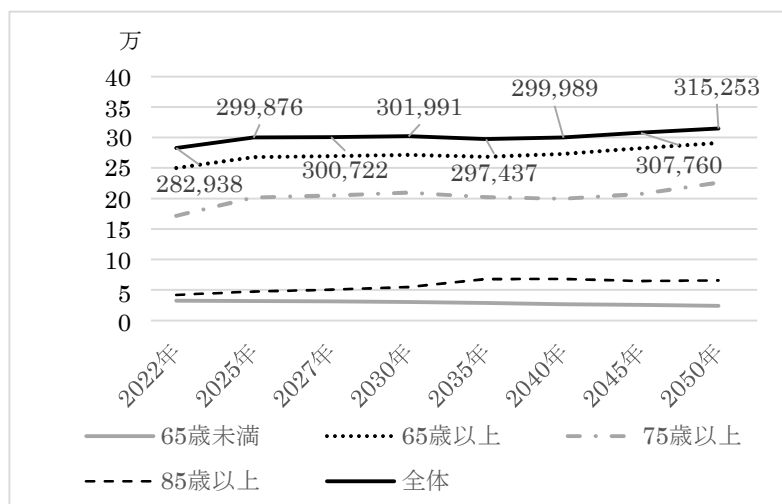


4) 呼吸器リハビリテーション料

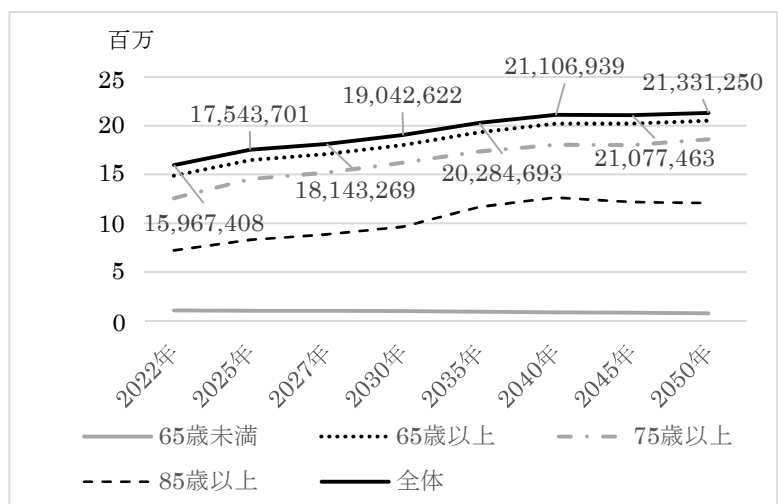
入院



外来

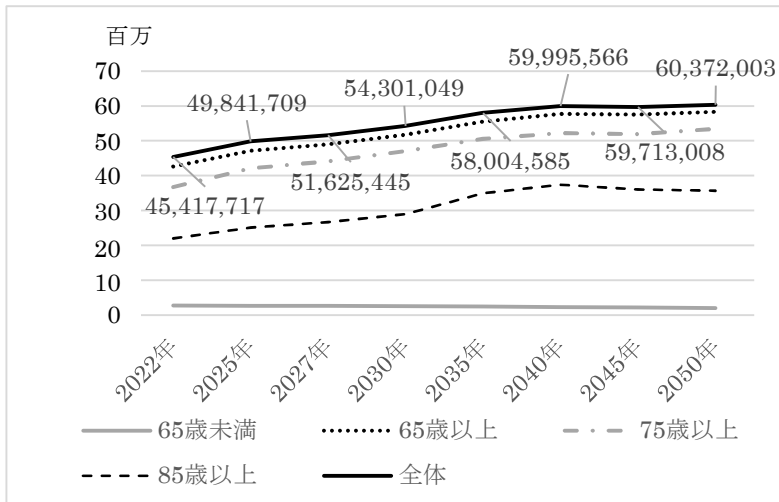


合計

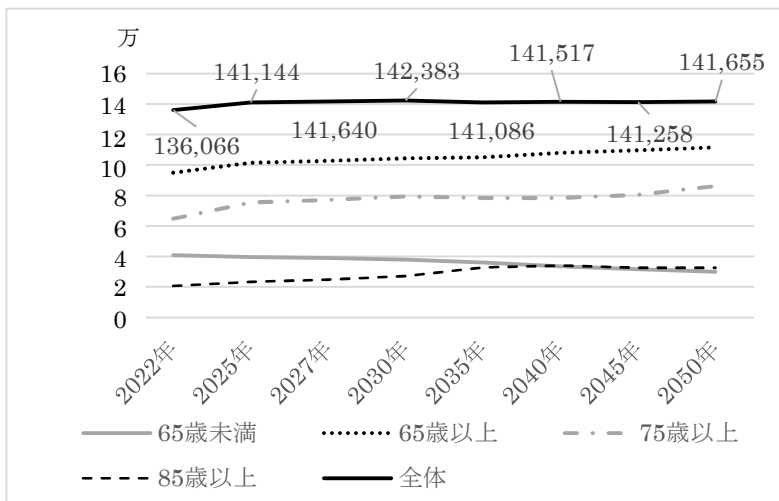


5) 廃用症候群リハビリテーション料

入院



外来



合計

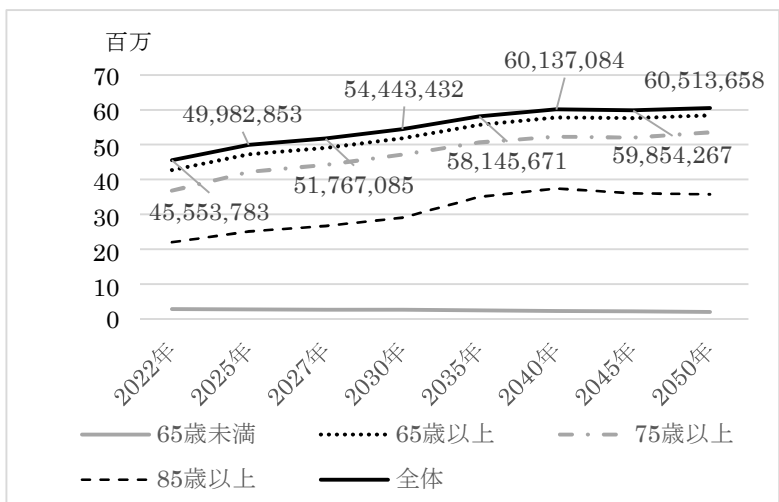


表4 二次医療圏別の移動距離

移動距離 (m)

▶ 実績シナリオの結果

	Min	25%タイル	50%タイル	75%タイル	Max	16km以上の割合
奈良	0	362	585	879	11,016	0.0%
西和	0	484	747	1,136	8,854	0.0%
中和	0	452	727	1,173	8,848	0.0%
東和	0	532	914	1,595	15,442	0.0%
南和	2	822	1,996	4,811	47,594	7.7%

▶ 理想シナリオの結果

	Min	25%タイル	50%タイル	75%タイル	Max	16km以上の割合
奈良	0	210	366	576	7,399	0.0%
西和	0	281	485	729	5,285	0.0%
中和	0	249	430	670	5,974	0.0%
東和	0	334	603	1,056	8,374	0.0%
南和	0	442	933	2,498	24,748	0.9%

図5 二次医療圏別の移動距離

移動距離 (m)

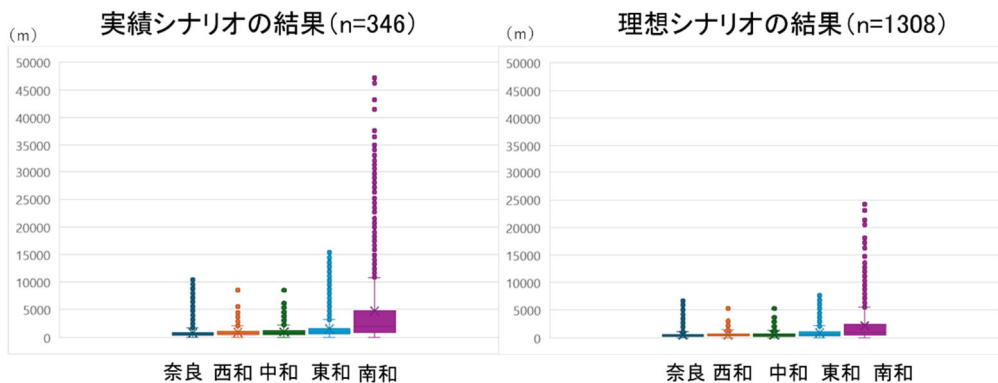
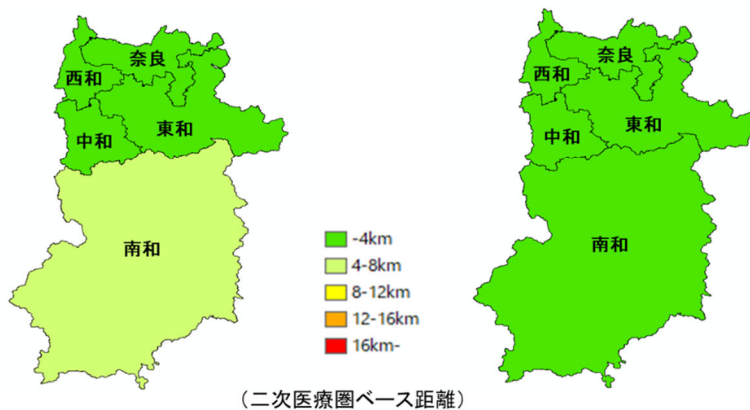


図6 二次医療圏別分析結果のマッピング

在宅医療アクセシビリティ(Km)

- 実績シナリオ (n=346)
- 理想シナリオ (n=1308)



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6年度)

外来機能報告を用いた外来医療提供状況分析

研究分担者 佐藤 拓也¹, 研究分担者 明神 大也²,
研究代表者 今村 知明³, 研究分担者 野田 龍也³,

1. 東京大学医学部附属病院
2. 浜松医科大学 健康社会医学講座
3. 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座

研究要旨

本研究では、紹介受診重点医療機関と紹介受診重点外来の関係を可視化するために、機械学習モデルを作成した。その結果、各種紹介受診重点外来の実施割合が紹介受診重点医療機関となるか否かに強く関わっており、作成した機械学習モデルにより大多数の紹介受診重点医療機関を予測することが可能であった。外来機能報告では CT や MRI 等において、初診・再診と同日に実施されたもののみが集計されている。集計されていないそれらの診療行為の規模について確認したところ、15-30%程度が定義上集計されていないことが分かった。そのような診療行為に関して、直前の初診・再診よりも直後の再診の方が短い間隔で実施されており、直後の再診との関連が強いことが示唆された。また、紹介受診重点外来の将来推計も行ったところ、概ね 2070 年にかけて減少傾向であったが、一部の類型では比較的長期にわたって現状と同等の規模となることが予測された。

A. 研究目的

我が国では、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくために、医療計画の策定や地域医療構想等、病床の機能分化連携の推進が進められてきた。

一方で、外来医療に関しても近年、患者が通院する医療機関の選択の円滑化という観点からも機能分化連携についての議論が活性化してきている。その議論の一環として、紹介受診重点外来（以下、重点外来）や紹介受診重点医療機関（以下、重点医療機関）が新設された。

各地で外来医療の機能分化連携の議論がなされるにあたり現状把握のためのデータが必要とされ、令和4年度から外来機能報告制度が

開始された。

本研究では外来機能報告データを用いて、重点医療機関として公表されている医療機関の特徴を機械学習で解析を行った（研究1）。

また、外来機能報告の様式2に含まれる項目は、初診・再診を同日に算定した診療行為のみを報告することとなっているが、各種画像検査に関しては再診の一定程度前に検査を実施し、放射線科医による読影レポートが完成したのちに再診を行うことも多い。また、外来腫瘍化学療法診療料に関しては同日の初診・再診が併算定できないこととなっている等、報告された数値が実際の診療のボリュームと乖離している可能性がある。本研究では上記のような診療行為の提供の実際についても NDB データを用い

て分析を行った（研究2）。

地域における重点外来の提供方法に関しての検討の深化を目的として、重点外来の将来の需要推計も行った（研究3）。

B. 研究方法

対象：

研究1：令和4年度外来機能報告データ

研究2、3：令和4年度NDBデータ

方法：

令和4年度外来機能報告データと令和4年度病床機能報告及び、厚生労働省HPから取得した2022年6月時点の地域医療支援病院、特定機能病院のリスト、2024年1月時点の紹介受診重点医療機関のリストを突合し、外来機能報告データにおいて各医療機関の一般病床数、地域医療支援病院、特定機能病院、紹介受診重点医療機関の公表の有無の情報を追加した。

病床規模に関しては、0：無床診療所、1：有床診療所、2：一般病床100床未満、3：一般病床100床以上200床未満、4：一般病床200床以上400床未満、5：一般病床400床以上、9：一般病床なしの7区分に分類した。

個人情報保護の観点から秘匿されている患者数1～9人となる各項目については、統計処理上一様に5人として扱うとともに、秘匿された初診及び再診における重点外来の割合に関しては除外して解析を行った。

これらの処理を行ったデータセットを元に、重点医療機関のダミー変数(0もしくは1)を目的変数としてその他の変数から重点医療機関を予測するモデルを機械学習の主要なモデルであるLightGBMをベースに作成した。

解析はPythonを用いて実行した（研究1）。

令和4年度NDBデータを用いて、CT、MRI、PETの三種の画像検査に関して、それぞれの検査の実施日と直前の初診・再診からの日数及び直後の再診までの日数を集計した（研究2）。

令和4年度NDBデータを用いて、重点外来お

よび「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」（以下、入院前後外来）、「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」（以下、高額機器外来）、「特定の領域に特化した機能を有する外来」（以下、特化外来）の3種類の性年齢階級別算定日数を集計した。令和5年1月1日時点での住民基本台帳による性年齢階級別人口から性年齢階級別の重点外来受療率を計算し、国立社会保障・人口問題研究所の令和5年度版将来人口推計を用いて重点外来の将来推計を行った（研究3）。

C. 研究結果

研究1

外来機能報告のうち無作為に選択された75%の医療機関の報告内容からモデルを作成した。

モデル作成に使用しなかった残りの25%の医療機関にモデルを適用したところ、感度85.7%、特異度97.9%であった。ROC曲線は図1のようになり、AUROCは0.986であった。

重要度の高い変数は、初診における特化外来の割合、再診における入院前後外来の割合、初診における入院前後外来の割合、初診におけるCT撮影の割合、紹介率、診療情報提供料Iの算定割合等であった（図2）。

研究2

CT、MRI、PET検査に関して、検査同日に初診・再診を算定しているものはそれぞれ、85%、83%、63%であった。

検査の直前の初診・再診からの日数を集計したところ、三種の検査それぞれの95%以上が直前の初診・再診の26日以内に実施されていることが分かった。それに対して、検査の直後の再診までの日数を集計したところ、三種の検査それぞれの95%以上が14日以内に直後の再診が算定されてい

た。

検査とその直前の初診・再診からの日数及び、直後の再診までの日数と検査全体に占める累積割合の関係をグラフにしたところ、三種の検査全てにおいて検査の直後の再診までの日数の方が直前の初診・再診からの日数よりも一貫して短いことが分かった（図 3）。

研究 3

NDB データと住民基本台帳人口から算出された、初診、再診別の重点外来及びその 3 類型ごとの性年齢階級別受療率を図 4 に示す。

受療率と国立社会保障・人口問題研究所の推計人口から、2025-2070 年の 5 年ごとの重点外来の将来推計は図 5 のようになった。

D. 考察

研究 1 の結果から、重点医療機関として公表されている医療機関の大半を、重点外来の各種類型の実施割合や紹介率などを基にしたモデルから推測できることが分かった。

ただし、感度は 85.7%であり、14%程度はこのモデルからは予測できない重点医療機関が存在する。このことは、大多数の重点医療機関は比較的似た重点外来の提供パターンを示している中で、周囲の医療機関が少ない中で基幹的な医療機関が基本的な医療から高度医療まで幅広く提供しているなど、地域における特殊な事情等により、大多数の重点医療機関とは異なる重点外来の提供パターンを示すものや、各地域の医療機関の配置や医療提供状況等を踏まえ、当該地域での協議の結果、重点医療機関となっているものが存在することなどが推測される。

研究 2 の結果から、CT、MRI、PET の各検査に関して 15-30%程度は初診・再診とは異なる日に実施

されていることが分かった。検査日と外来までの間隔を解析したところ、検査の直前の初診・再診からの日数よりも、直後の再診までの日数の方が一貫して短いことが分かった。

また、3 種類の検査ともに直後の約 7 日周辺に不連続的に外来日が増える傾向が示された。これは、再診の 1 週間前に検査を行うことが比較的多いことを示している。

これらのことから、外来日に患者と相談して別日に検査を行う、というよりも事前に実施した検査の結果を確認しながら再診の外来で治療方針を決定していることが推測される。つまり初診・再診と異なる日に実施された検査は、直後の再診と関連しているものが多いと考えられるだろう。今後、検査と初診・再診の実施状況との関係について検討する際には、本研究の結果について留意する必要がある。

研究 3 の結果からは、重点外来の受療率に関して入院・入院外の受療率と同様に 80 歳代で最大となっていたが、男性の 10 歳代にもピークがあること、女性は 20 歳代から比較的高い受療率を維持していることが分かった。男性の 10 歳代のピークは高額機器外来が主となっており、スポーツなどによる外傷の精査目的の画像検査が多いことが考えられる。女性に関しては 20 歳代から生殖器疾患などで比較的若年者であっても MRI を撮影する影響があると考えられる。ただし、これらは推測の域を出ず、その要因を精査するためにはより粒度の細かいデータが必要である。

将来推計に関しては、重点外来は基本的に将来的に減少傾向となることが分かった。今後も我が国では高齢化が進行するが、割合としての高齢者は増えるものの、その総数としては減少に転じることがこの需要の減少の要因と考えられる。ただし、初診の入院前後外来や再診の各種重点外来、

特に特化外来に関しては当面は横ばいの傾向が予測される。これらの類型は比較的、年齢による受療率の違いが小さいことが影響していると考えられる。このように、全体としては減少傾向が予測されるものの、その類型により若干の傾向の差異があることに留意して、今後の政策を検討することが必要であると考えられる。

E. 結論

本研究を通して、外来機能報告の報告内容から重点医療機関を比較的高精度に予測する機械学習モデルを作成できた。大多数の重点医療機関が類似した重点外来の提供パターンを示しているものと考えられるが、一定程度そのパターンが異なる重点医療機関が存在することも注目に値する。

検査と外来日の関係については、CT、MRI、PETの各種検査に関して一定割合が、外来日以外に実施されていることが分かった。また異なる日程で検査されているものに関しては、その検査の直後の再診に関連しているものが多いことを示唆する結果が示された。今後、検査と初診・再診の実施状況との関係について検討する際には、本研究の結果について留意する必要がある。

重点外来の将来推計に関しては、基本的に2070年にかけて減少傾向となる推計となった。ただし、重点外来の類型によっては現在から長期間にわたって現在の規模を維持することが予測される

ものがあるなど、細かな差異があることに留意が必要である。このような将来の見通しを踏まえて、重点外来を含む外来医療の提供に関する政策を検討することが、より効率的で質の高い医療提供体制の構築につながるものと考えられる。

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

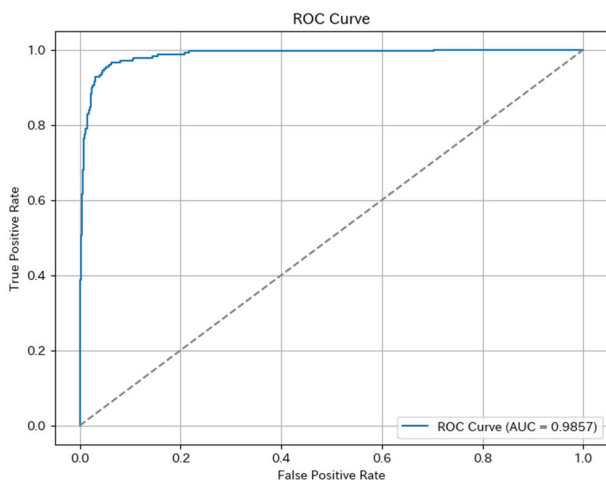


図 1 機械学習モデルによる重点医療機関の予測に関する ROC 曲線

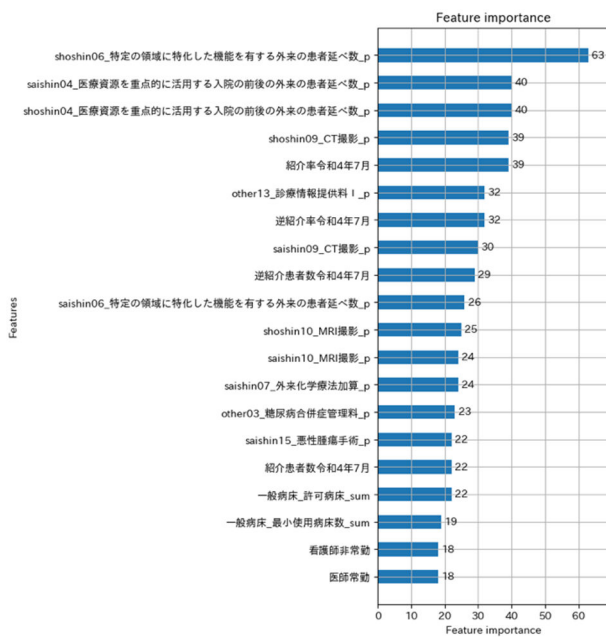


図 2 機械学習モデルにおける変数の重要度

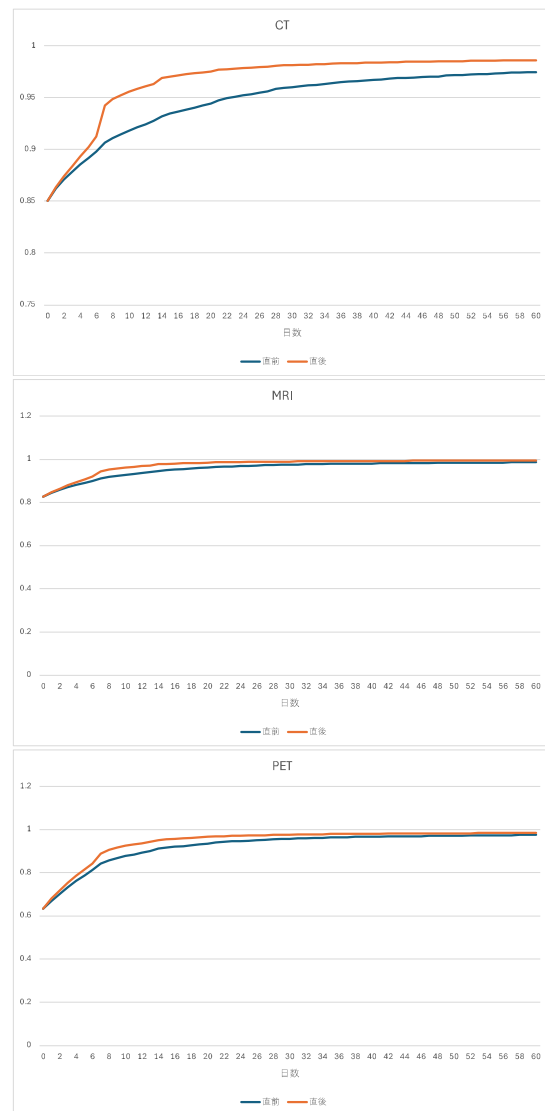


図 3 検査と初再診との間の日数

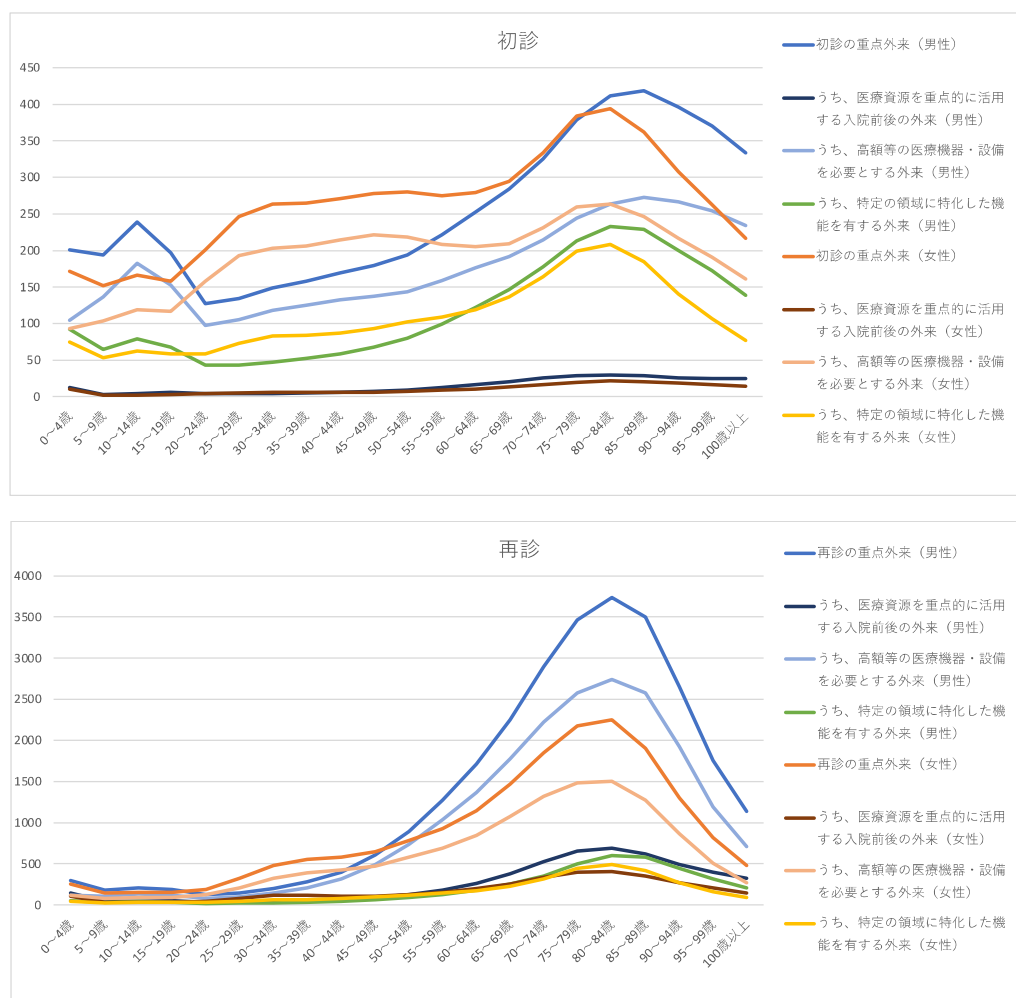


図 4 性年齢階級別重点外来受療率 (単位：千人あたり算定回数)

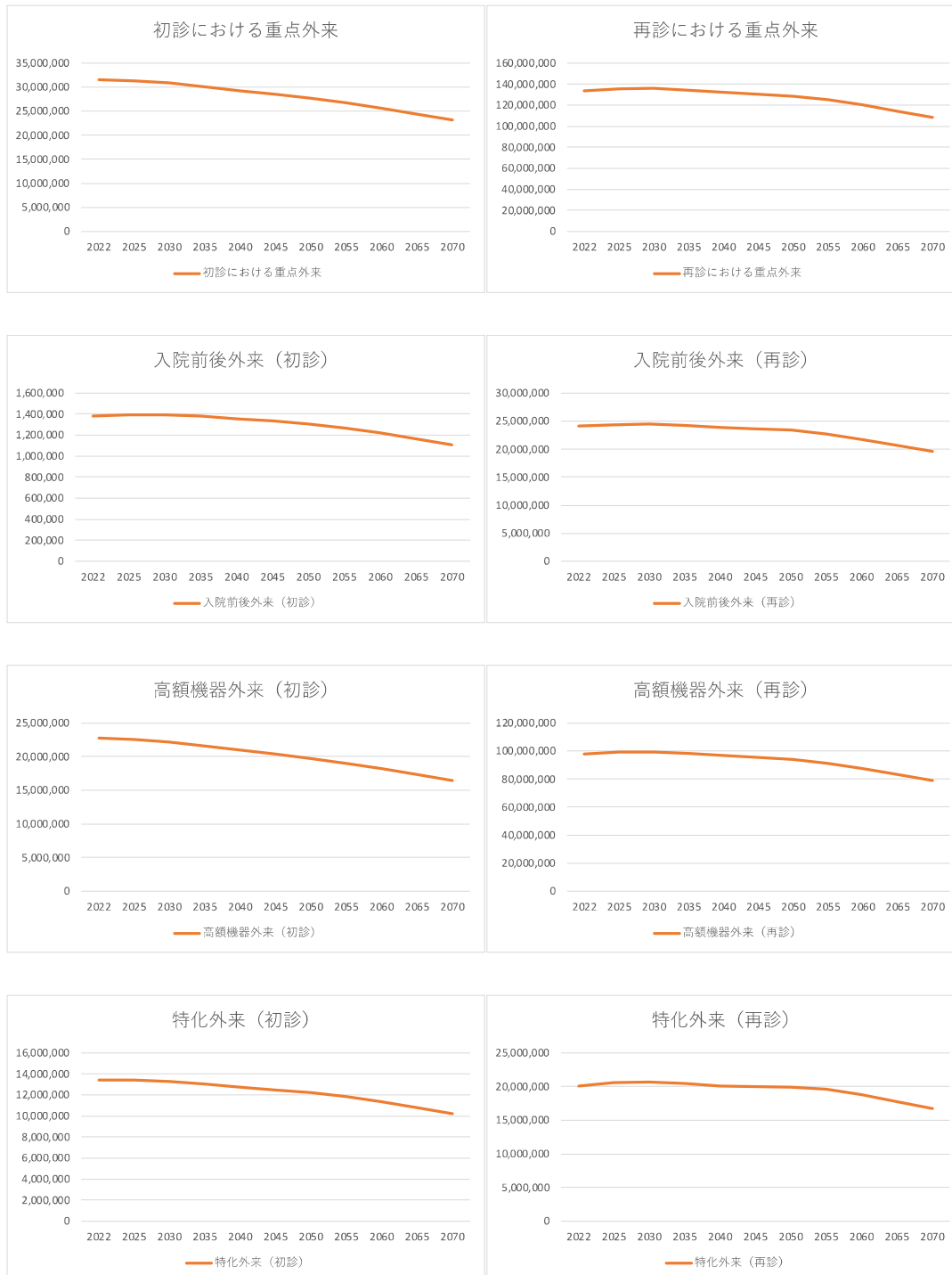


図 5 重点外来の将来推計（単位：千人あたり算定回数）

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6年度)

入院外医療の提供体制について

研究協力者	町田 宗仁	国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部
研究分担者	野田 龍也	奈良県立医科大学医学部公衆衛生学
研究代表者	今村 知明	奈良県立医科大学医学部公衆衛生学

研究要旨

今年度は、過去2か年度でヒアリングにて得た、「入院された高齢者の患者さんが、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」が、ヒアリング対象外の施設にも適応し得るものかどうか、日本在宅療養支援病院連絡協議会員施設を対象に、アンケート調査を実施した。

回答率は25.2%(43/170)であった。円滑に在宅移行するために効果があるか否かについて、①毎週の病棟回診時には、患者の食事、トイレ、入浴の自立度を確認する、②回診時に地域連携室スタッフも同行する、③入院直後の院内多職種カンファレンスで、各職種が提供できるサービス内容を共有する、④摂食・嚥下機能の維持のために、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士が関わることにについては、4分の3以上の施設が、「効果があると思う」と回答した。8割強の施設が、入院後7日間以内に、患者や家族に退院先の意向について、尋ねていた。また、在宅医療に素養を持つ医師を自院で養成する場合、在宅医療・往診の経験がある医師に同行する往診が、研修の機会として望ましいとの回答があった。

入院された高齢患者が、早期退院して、在宅医療に円滑移行できるためには、定期的な患者の生活機能、自立状況を的確に把握し、それに応じて各職種が持ちうる能力を発揮して提供可能なサービスを実施し、協働することが重要であることは、言うまでもない。また、多職種協働の音頭を取る医師が、在宅医療への素養を養う機会を提供されることも必要である。

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、退院患者さん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年度の本分担任では、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、療養病棟の患者さん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。

「入院された高齢者の患者さんが、早期退院して、在宅医療に円滑移行できるための取組み」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』が同病院にいたことが望ましいか。」について、総合診療を担う医師、患者さん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。

今年度は、過去2か年度でヒアリングにて得た各種取組みが、ヒアリング対象外の施設にも適応し得るものかどうか、アンケート調査を実施した。

B. 研究方法

2024年10月26日から11月11日にかけて、日本在宅療養支援病院連絡協議会事務局のご協力を得て、協議会加入の170会員施設を対象にしたWebアンケート調査を行った。同協議会は、診療報酬の施設基準の上、「在宅療養支援病院」として届け出ている病院が会員資格を有する組織であり、在宅療養支援病院の機能を充実させ、地域医療に貢献することにより、医療のセーフティネットの発展に資することを目的としている。

質問事項は、別紙のとおりであり、過去2か年度の現場でのヒアリングで聴取した、入院医療か

らの円滑な在宅移行に向けて効果があると思われる取組みについて、質問として取り上げた。

（倫理面への配慮）

個人情報には取り扱わなかった。

C. 研究結果

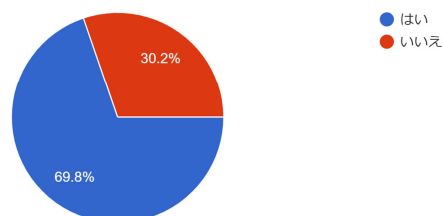
回答は20都道府県に所在する43施設よりあり、回答率は25.2%（43/170）であった。以下、質問事項ごとに、回答状況を示す。

問1 回答施設の所在都道府県

岩手1 宮城1 茨城6 東京6 神奈川1
千葉1 山梨1 長野1 富山2 愛知2 岐阜2 大阪2 京都1 奈良1 兵庫2 岡山4 山口1 福岡6 佐賀1 大分1

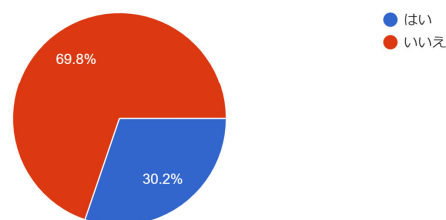
問2-1 貴院は、地域包括ケア病棟を有していますか。

問2 貴院の施設情報 問2-1 地域包括ケア病棟を有していますか。
43件の回答



問2-2 貴院は回復期リハビリテーション病棟を有していますか。

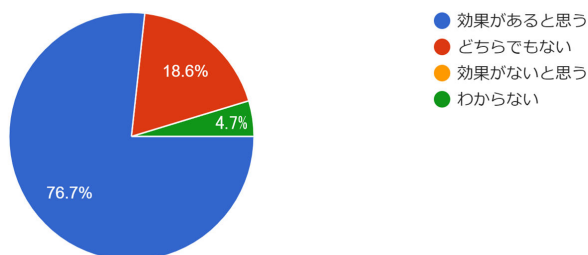
問2-2 回復期リハビリテーション病棟を有していますか。
43件の回答



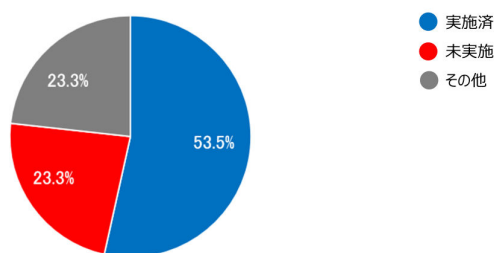
以下問3の各項目は、入院中の高齢患者さんが、在宅医療（居宅ないし福祉施設）へ、円滑に移行できるための各取り組みについての見解をお尋ねする質問であった。

問3-① 毎週の病棟回診の際には、

（1）患者の食事、トイレ、入浴の自立状況をその都度確認をする



貴院での実施状況について

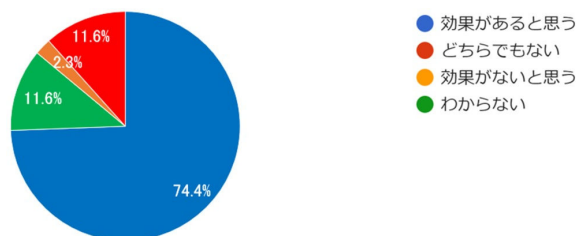


その他

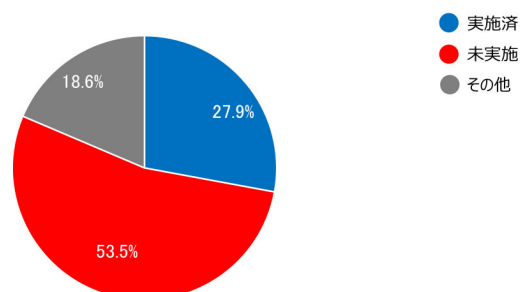
- ・ その都度はできない場合がある
- ・ 週に3~4回回診をしている、生活は看護、介護士から必要時報告を受けている
- ・ 各担当医師や患者の状態によって、確認方法は異なっております
- ・ 診療科により実施・未実施が異なる
- ・ 医師による回診だけでは不十分で、看護師等多職種の関りが必要
- ・ 看護師、リハビリの協力にて日々行っている
- ・ 重心施設のため在宅への該当例があまりない
- ・ コロナで中止し再開できていません。再開を予定しています
- ・ 必要時のみ確認をしており、その都度はしていない
- ・ 回診ではなく、リハビリスタッフ等による評

価を実施

問3-① 毎週の病棟回診の際には、 （2）地域連携室スタッフも同行する



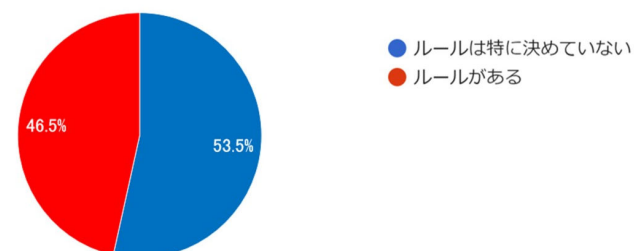
貴院での実施状況について



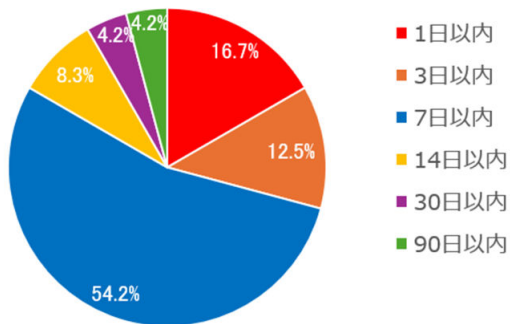
その他

- ・ 必要に応じて社会福祉士が同行している
- ・ 多職種による、カンファレンスにより、上記を代替
- ・ 地域連訪室しているも訪室しているが回診と同時ではない
- ・ 特定の診療科には同行
- ・ 地域連携のスタッフの職種やどのような目的で行うかで全く違ってくるのではない
- ・ 毎週というより担当者が個々に行っている
- ・ 退院前などのタイミングでは実施している

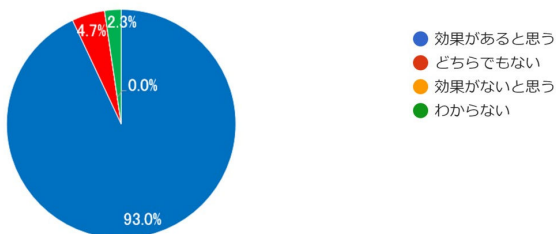
問3-② 患者が入院してから、概ね何日目くらいまでには、患者や家族に退院先の意向を尋ねるルールはありますか。



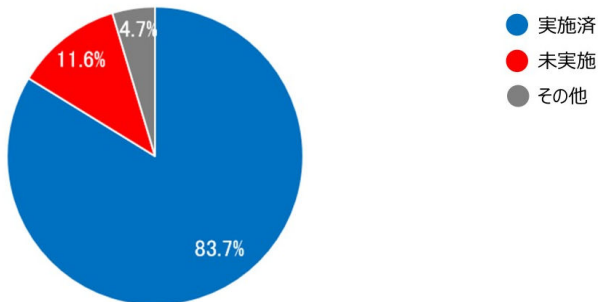
ルールがある施設は、何日でしょうか。（半角数字でお答えください）



問3-③ 入院直後の院内多職種が参加するカンファレンスで、各職種が提供できるサービス内容を、共有する機会を持っている。



貴院での実施状況



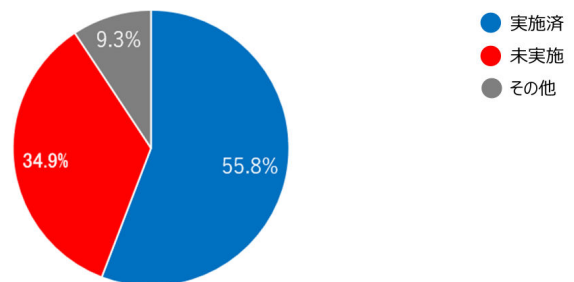
その他

- ・提案スタイルではなく、確認にとどまっている
- ・毎週多職種カンファを開催している

問3-④ 摂食・嚥下機能の維持のために、
(1) 歯科医師、歯科衛生士が関わる。



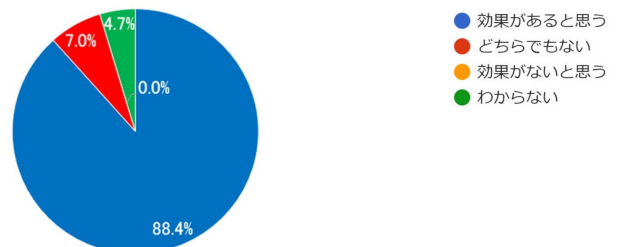
貴院での実施状況



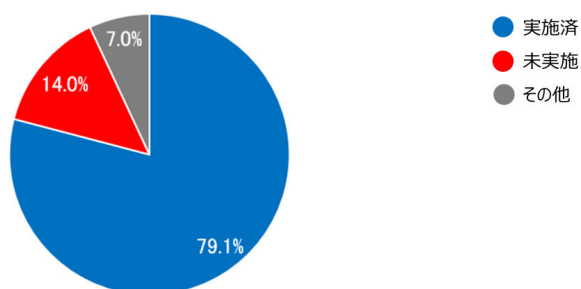
その他

- ・必要時のみ
- ・一部病棟毎の歯科医療ケアニーズの把握を始めている
- ・病棟では歯科受診を行なっている。全患者は行なっていない
- ・歯科受診が必要な場合は、受診をしています

問3-④ 摂食・嚥下機能の維持のために、
(2) 管理栄養士が関わる



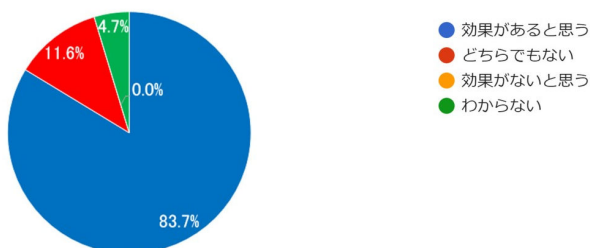
貴院での実施状況



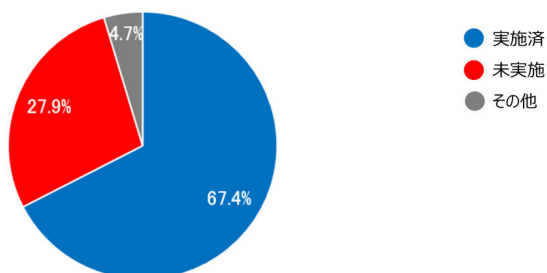
その他

- ・ ST や看護師情報にて食事形態を提供している
嗜好調査は全患者行なっている
- ・ 入院前の状態にもよるため、必ずしも栄養士の介入で円滑な移行につながるとは限らない
- ・ 必要時に管理栄養士が関わっています

問3-④ 摂食・嚥下機能の維持のために、 (3) 理学療法士や作業療法士が関わる



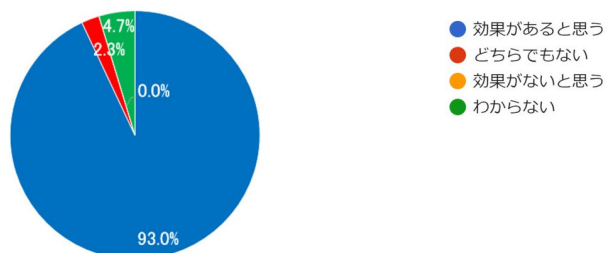
貴院での実施状況



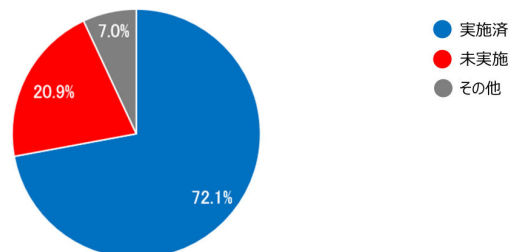
その他

- ・ ST の介入が望ましいのではないかと
- ・ 必要時に理学療法士や作業療法士が関わっています

問3-④ 摂食・嚥下機能の維持のために、 (4) 言語聴覚士が関わる



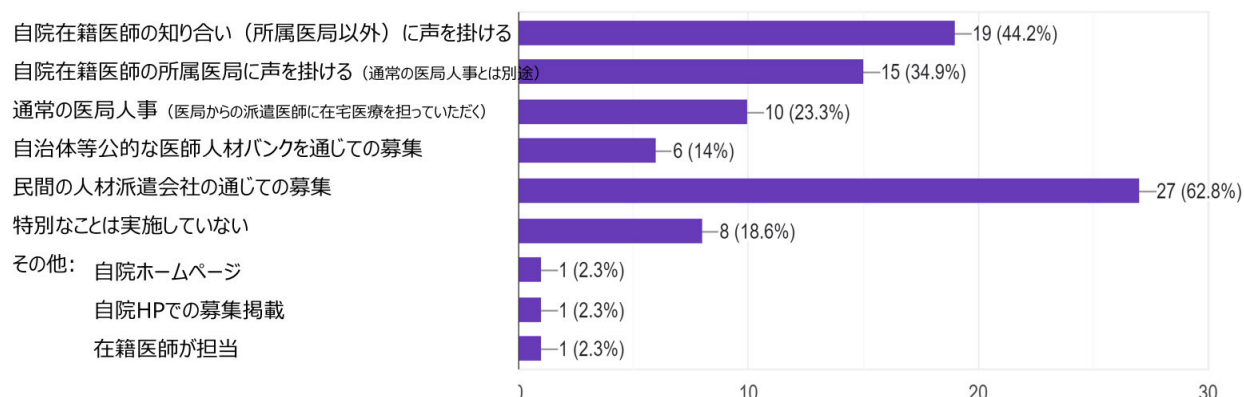
貴院での実施状況



その他

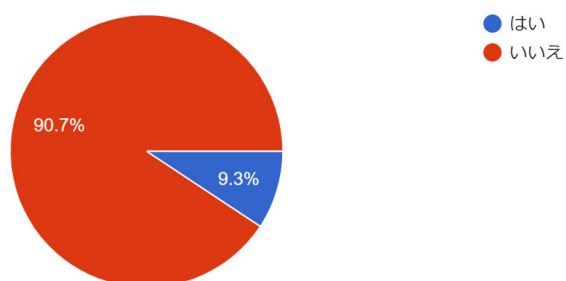
- ・ 必要時に言語聴覚士が関わっています
- ・ 院内不在
- ・ 言語聴覚士が当院にいない

問4 貴院はこれまで、在宅医療を担当する医師のリクルート活動を、どのように行ってきたでしょうか。（複数選択可）

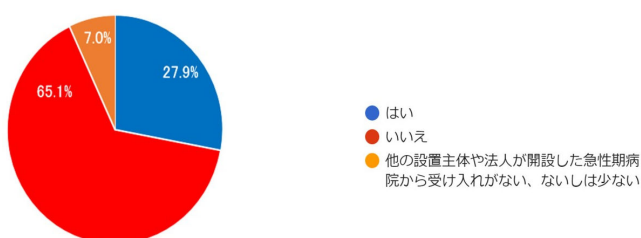


問5-① 貴院と連携する急性期病院についてお尋ねします。

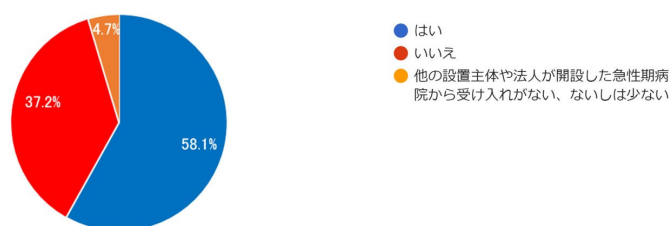
急性期病棟に入院の高齢者を早期退院に導く取組として、1) 疾病の治療に専念する専門医と、2) 退院後の生活を視野に治療・療養計画を立てる総合診療的医師の2人主治医制を取る病院があります。あなたの病院に患者を紹介する病院で、このようなところはありましたか？



問5-② 高齢患者が退院先を探しているという情報が、貴院への入院依頼の前に、地域で何らかの形で共有されることはありますか。

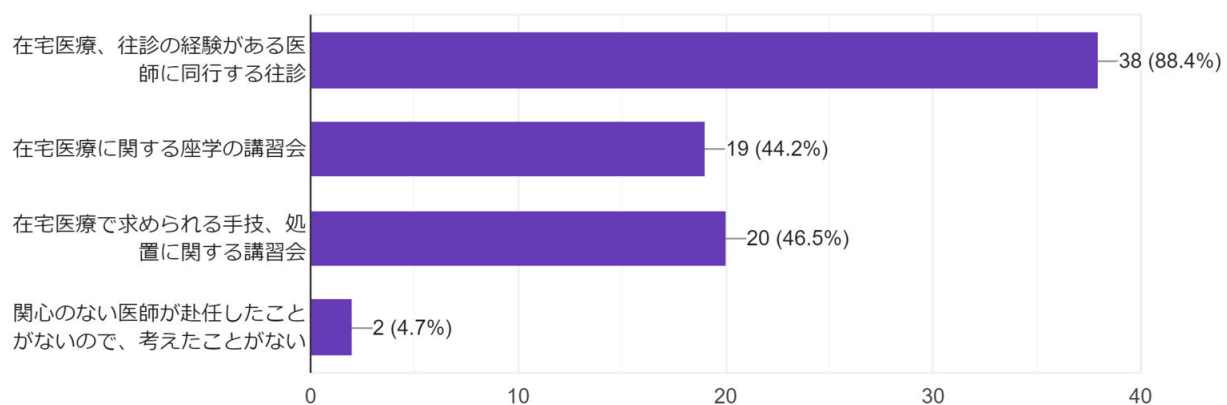


問5-③ 急性期病院の退院調整スタッフが貴院の見学に来たことはありますか。

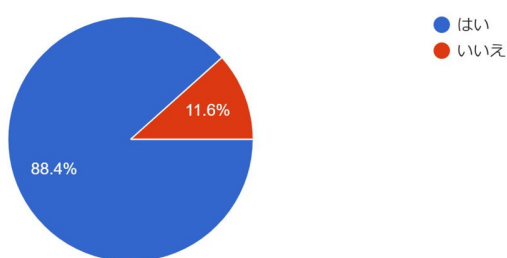


問6 在宅医療に素養を持つ医師を新たに貴院で養成する場合、どのような研修や機会があると望ましいでしょうか。

- (ア)在宅医療、往診の経験がある医師に同行する往診
- (イ)在宅医療に関する座学の講習会
- (ウ)在宅医療で求められる手技、処置に関する講習会
- (エ)関心のない医師が赴任したことがないので、考えたことがない
- (オ)その他（自由記載）



問 7 介護保険制度上の協力医療機関として、貴院は介護施設や福祉施設と契約を結んでいますか？



D. 考察

昨年度、現場で聴取した、入院から在宅への円滑な移行に効果があると考えられる取り組みについては、全般的に好意的な回答が多く、また、実際に取り組んでいる施設も多く見られたと言える。

1. 施設の傾向

今回の調査対象は、在宅復帰、在宅移行に向けて患者さんの準備を支援する、病院地域包括ケア病棟を有する施設が約7割であり、在宅復帰支援計画を基に、自らの病院で在宅復帰支援に取り組む姿勢を、物理的に明確に表している施設が主体であることが言える。

2. 入院医療から在宅医療へ円滑移行のための効果的な取り組み

入院中の高齢患者が、在宅医療（居宅ないし福祉施設）に円滑に移行できるための取り組み

について、当分担当が過去2か年度で聞き取った内容は、今回の調査対象の医療機関においても、最も少なくとも半数の医療機関が賛同し得るものが多かったと考えられた。

毎週の病棟回診時に食事、トイレ、入浴の状況を確認することは、約4分の3（76.7%）の病院が効果的と回答、約半数の病院が実施していた。なお、実施していない病院でも、随時、看護師、介護福祉士からの報告を受ける、回診ではなくリハビリテーションスタッフによる評価など、常に状況把握をする取り組みがなされているとの自由記載回答があった。

毎週の病棟回診の際は、地域連携室が同行することが、約4分の3の病院では効果的と回答、実施している医療機関は約3割（27.9%）であった。病棟回診時に同行していなくとも、多職種によるカンファレンスで代替している、回診とは別に地域連携室が訪問している、退院前のタイミングで実施しているなど、様々であった。回診の定義（スタッフは医師のみだけではなく、看護師などと共に）をアンケートで明示しなかったため、実施率が低くなったことが考えられる。

入院後に、在宅や施設など、退院先の療養場所に関する意向を患者家族に尋ねることについて、半数程度が、概ね何日目までに尋ねるということをルール化しており、7日以内が8割強（83.4%）（うち、7日が54.2%）だった。入院して少し落ち着き、患者の生活機能にかかる評価が行われた

あたりで、実施されていたものと考えられた。

入院直後の院内多職種が参加するカンファレンスで、各職種が提供できるサービス内容を共有する機会を有する病院は、8割強（83.7%）であり、共有しなくとも、確認し合い、毎週多職種カンファレンスを行うことで、各職種が提供し得るサービスを共有していることが窺えた。

3. 摂食・嚥下機能の維持を目的とした取り組み

歯科医師や歯科衛生士が治療に関わっている施設は、約半数程度（55.8%）であった。それ以外の施設でも、歯科医師、歯科衛生士が必要に応じて関わる、一部病棟のみケアニーズを把握する、歯科受診を病棟でも実施しているなど、歯科医療分野との連携を図る取り組みが見られた。歯科医師、歯科衛生士が関わることにについて 93.0%の施設が、効果があると思うと回答していた。

管理栄養士は約 8 割の施設で関与していた。なお、入院前の状態にもよるため、必ずしも介入が必要ないとの意見も見られ、言語聴覚士や看護師の記録に基づいて維持を目指すケアをしている施設もあった。管理栄養士が関わることの効果は、88.4%の施設で効果があると思うと回答していた。

理学療法士、作業療法士は、7 割弱（67.4%）、言語聴覚士は約 7 割（72.1%）の施設で、それぞれ関わっていた。言語聴覚士については、院内に不在との回答もあった。こちらの専門職種が関わることにについては、それぞれ 8 割以上の施設で、効果があると思うと回答していた。

4. 在宅医療を担当する医師のリクルート活動

昨年度、当研究班で実施したインタビューでは、医師の人的繋がりで行っているケースが多かった印象があったが、本アンケート結果では、民間の人材派遣会社を通じての募集が、活用したリクルート方法としては最多であった。ただし、採用に結び付いた活動か否かを質問していない点に、留意する必要がある。続いて、自院在籍医師の知り合いや所属医局への声掛けと続い

た。求人を出す側にとってコストが掛からないと思われる、自治体等公的な医師人材バンクが活用されていないのは、残念である。

5. 院内での二人主治医制について

アンケート協力病院に患者を紹介した急性期病院に関し、疾病の治療専門医と、総合診療的見地の医師の院内 2 人主治医制を取る病院の存在、9%の病院が有していた。

なお、急性期病院においては、「地域のかかりつけ医」と「病院専門医」の「二人主治医制」の取り組みを推奨する動きもあることから、地域に開業医がいる地域であれば、退院後の療養生活を視野に入れた入院治療に関する助言を、病院専門医は地域のかかりつけ医から得られていることも、地域によりあるのかもしれない。

（参考）日本プライマリ・ケア連合学会 Web サイトより

【シリーズ二人主治医制①】二人主治医制～入門編～

<https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=746>

6. 高齢患者が退院先を探している情報について

回答のあった医療機関のうち 3 割弱（27.9%）が、地域で退院患者情報が共有されているとのことだった。地域内での取り決めがあるところは、そのネットワークが活用されているものと考えられる。

急性期病院の退院調整スタッフによる、見学を受け入れた病院は 6 割弱（58.1%）であった。急性期病院側が、患者に応じた転院先を探す取り組みを進めていることが窺える。また、実際に見学を受けることで、急性期病院側との転退院に係る調整が、スムーズに行われることも期待できよう。

7. 在宅医療に素養を持つ医師の養成

往診への同行の機会があると望ましいという回答を、9 割近く（88.4%）の医療機関が選

択した。また、座学や手技、処置に関する研修についても、半数弱が望ましいと捉えていた。実際に往診する医師と診療を行うことで、OJTが期待できよう。また、座学と手技、処置の実習であれば、例えば産業医の研修会のようなものが、在宅医療版であってもよいのかもしれない。

E. 結論

入院された高齢患者が、早期退院して、在宅医療に円滑移行できるためには、定期的な入院患者の生活機能、自立状況を的確に把握し、それに応じて各職種が持ちうる能力を最大限發揮して提供可能なサービスを実施し、協働することが重要であることは、今年度のアンケート結果からも窺えると言えよう。また、多職種協働の音頭を取る医師が、在宅医療への素養を養う機会を提供されることも必要である。

謝辞 本分担研究の実施に際して、アンケートにご協力いただいた、日本在宅療養支援病院連絡協議会の鈴木邦彦会長、協議会事務局の小野健悦様、猿田秀子様、そして、協議会加盟医療機関の皆様に、この場を借りて御礼申し上げます。

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

アンケートご協力をお願い

令和 6 年 10 月

日本在宅療養支援病院連絡協議会
会員施設の皆様

厚生労働科学研究

「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」班

研究代表者：今村知明
(奈良県立医科大学公衆衛生学教授)

拝啓

時下ますますご清栄のことと、お慶び申し上げます。

この度、日本在宅療養支援病院連絡協議会長の鈴木邦彦先生のご協力を賜りつつ、
厚生労働科学研究「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」班
として、在宅療養支援に熱心に取り組んでおられる貴施設に、「入院医療から在宅医療（居宅生活、福祉施
設）に円滑に移行できる要素」
に関する Web アンケートのご協力をお願いいたしたく、ご連絡を差し上げた次第です。

本研究班は、入院医療から在宅医療に移行するための様々な要素について、データベースや実地調査
に基づき、実施しているものであり、貴院の取り組み状況やお考えなどをお聞かせいただけますと、大変あり
がたく存じます。

ご不明な点がございましたら、下記照会先までメールにてお問合せいただけますと幸いです。ご多用のと
ころ恐れ入りますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

照会先

研究協力者 町田 宗仁

(国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部)

「入院医療から在宅医療（居宅生活、福祉施設）に円滑に移行できる要素」
に関するアンケート

はじめに、基礎的な情報をお尋ねいたします。

問1.

医療機関名（ ）

所在都道府県（ ）

（医療機関名は、重複回答の有無を確認する目的のみに用い、公表はしません。）

問2.

貴院は、

地域包括ケア病棟を有していますか。 はい いいえ

回復期リハビリテーション病棟を有していますか。 はい いいえ

問3. 入院中の高齢患者が、在宅医療（居宅ないし福祉施設）に円滑に移行できるための下記の取り組みについて、お尋ねします。

① 毎週の病棟回診の際には、

（1） 患者の食事、トイレ、入浴の自立状況をその都度確認をする

円滑に移行できるように

a. 効果があると思う b. どちらでもない c. 効果がないと思う d. わからない

貴院で 1. 実施済 2. 未実施 3. その他（ ）

（2） 地域連携室スタッフも同行する

円滑に移行できるように

a. 効果があると思う b. どちらでもない c. 効果がないと思う d. わからない

貴院で 1. 実施済 2. 未実施 3. その他（ ）

② 患者が入院してから、概ね何日目くらいまでには、患者や家族に退院先の意向を尋ねるルールはありますか。ルールがある施設は、何日でしょうか。（半角数字でお答えください）

（ ）日

ルールは特に決めていない

③ 入院直後の院内多職種が参加するカンファレンスで、各職種が提供できるサービス内容を、共有する機会を持っている。

円滑に移行できるように

a. 効果があると思う b. どちらでもない c. 効果がないと思う d. わからない

貴院で 1. 実施済 2. 未実施 3. その他（ ）

- ④ 摂食・嚥下機能の維持のために、
- (1) 歯科医師、歯科衛生士が関わる
円滑に移行できるように
a. 効果があると思う b. どちらでもない c. 効果がないと思う d. わからない
貴院で 1. 実施済 2. 未実施 3. その他()
- (2) 管理栄養士が関わる
円滑に移行できるように
a. 効果があると思う b. どちらでもない c. 効果がないと思う d. わからない
貴院で 1. 実施済 2. 未実施 3. その他()
- (3) 理学療法士や作業療法士が関わる
円滑に移行できるように
a. 効果があると思う b. どちらでもない c. 効果がないと思う d. わからない
貴院で 1. 実施済 2. 未実施 3. その他()
- (4) 言語聴覚士が関わる
円滑に移行できるように
a. 効果があると思う b. どちらでもない c. 効果がないと思う d. わからない
貴院で 1. 実施済 2. 未実施 3. その他()

問4. 貴院はこれまで、在宅医療を担当する医師のリクルート活動を、どのように行ってきたでしょうか。

(複数選択可)

- (ア) 自院在籍医師の知り合い(所属医局以外)に声を掛ける
(イ) 自院在籍医師の所属医局に声を掛ける(通常の医局人事とは別途)
(ウ) 通常の医局人事(医局からの派遣医師に在宅医療を担っていただく)
(エ) 自治体等公的な医師人材バンクを通じての募集
(オ) 民間の人材派遣会社の通じての募集
(カ) 特別なことは実施していない
(キ) その他()

問5. 貴院と連携する急性期病院についてお尋ねします。

- ① 急性期病棟に入院の高齢者を早期退院に導く取組として、1) 疾病の治療に専念する専門医と、2) 退院後の生活を視野に治療・療養計画を立てる総合診療的医師の 2 人主治医制を取る病院があります。
あなたの病院に患者を紹介する病院で、このようなところはありましたか？
はい
いいえ
- ② 高齢患者が退院先を探しているという情報が、貴院への入院依頼の前に、地域で何らかの形で共有さ

れることはありますか。

はい(その方法:)

いいえ

他の設置主体や法人が開設した急性期病院から受け入れがない、ないしは少ない

③ 急性期病院の退院調整スタッフが貴院の見学に来たことはありますか。

はい

いいえ

他の設置主体や法人が開設した急性期病院から受け入れがない、ないしは少ない

問6. 在宅医療に素養を持つ医師を新たに貴院で養成する場合、どのような研修や機会があると望ましいでしょうか。

(ア) 在宅医療、往診の経験がある医師に同行する往診

(イ) 在宅医療に関する座学の講習会

(ウ) 在宅医療で求められる手技、処置に関する講習会

(エ) 関心のない医師が赴任したことがないので、考えたことがない

(オ) その他(自由記載)

問7. 介護保険制度上の協力医療機関として、貴院は介護施設や福祉施設と契約を結んでいますか？

はい

いいえ

以上

5 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
今村知明、西岡祐一 ほか.	第8章 保健・医療・福祉の制度 01 社会保障の概念、02 医療制度、03 福祉制度.	監修：山本玲子 編著：熊谷優子.	新編 衛生・公衆衛生学.	アイ・ケイコーポレーション	東京	2024	178-198.

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
Yuichi Nishioka, Emiri Morita, Saki Takeshita, Sakura Tamamoto, Tomoya Myojin, Tatsuya Noda, Tomoaki Imamura.	Exact-Matching Algorithms Using Administrative Health Claims Database Equivalence Factors for Real-World Data Analysis Based on the Target Trial Emulation Framework.	Health Services and Outcomes Research Methodology.	Dec; 24 DOI: 10.1007/s10742-024-00322-9		2024