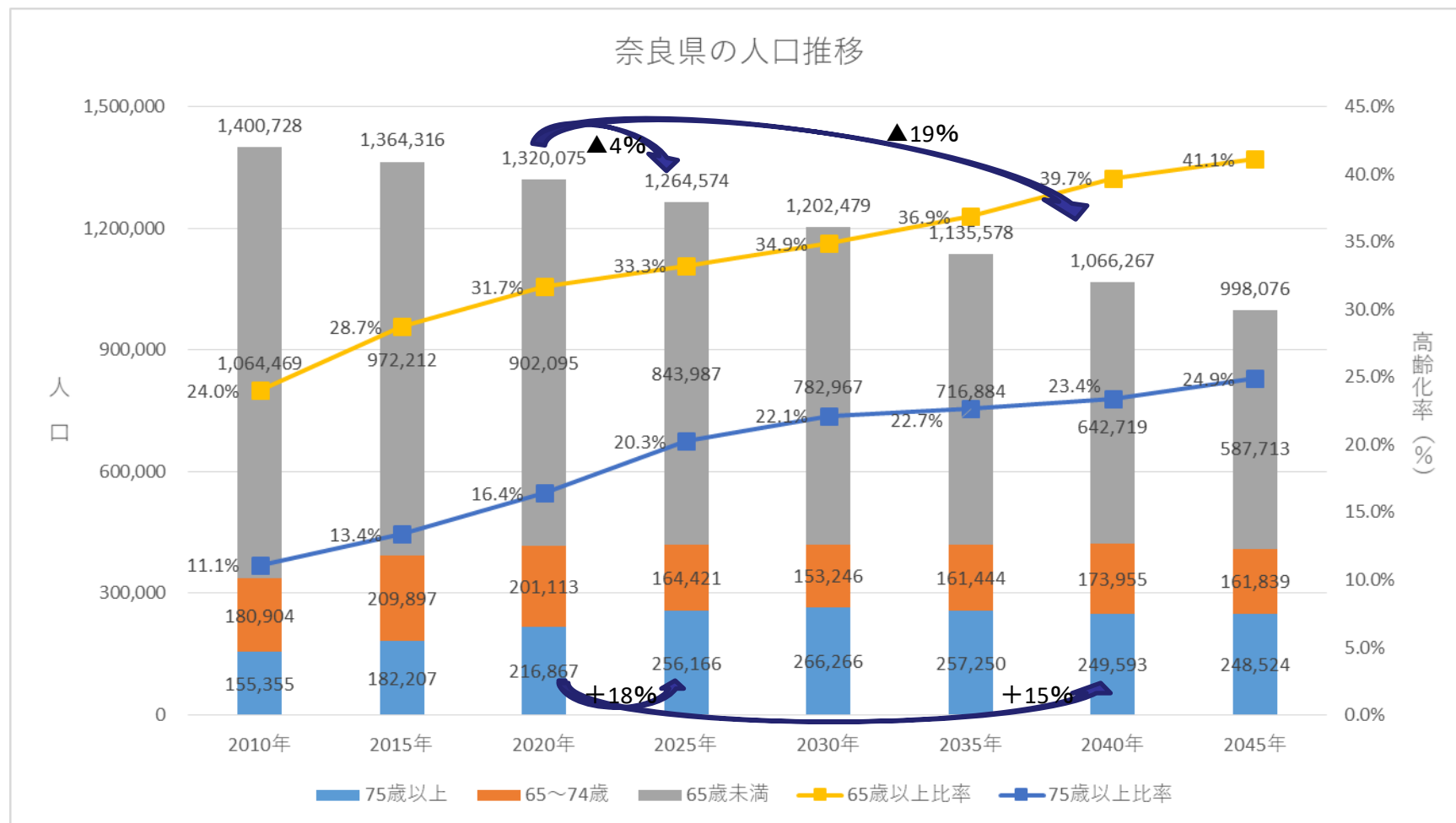


今後増加が見込まれる領域に関する 意見交換

奈良県の高齢者人口(見通し)

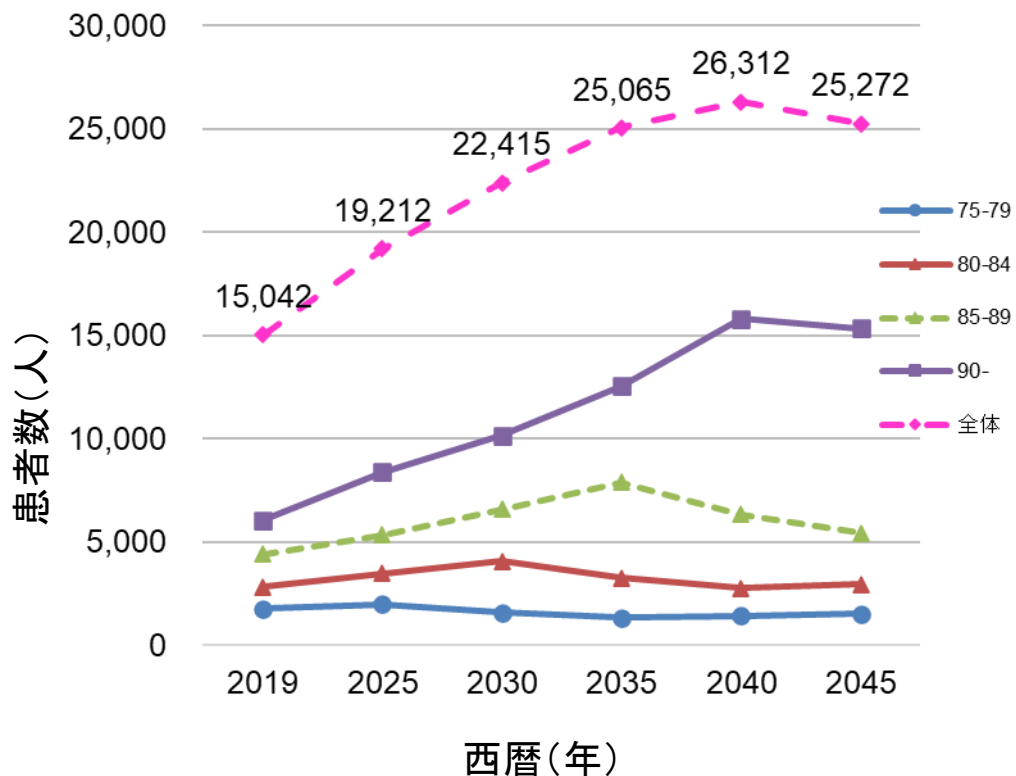
2020年と比較して、
 2025年は、75歳以上人口3.9万人増(+18%)、総人口5.5万人減(▲4%)
 2040年は、75歳以上人口3.2万人増(+15%)、総人口25.3万人減(▲19%)



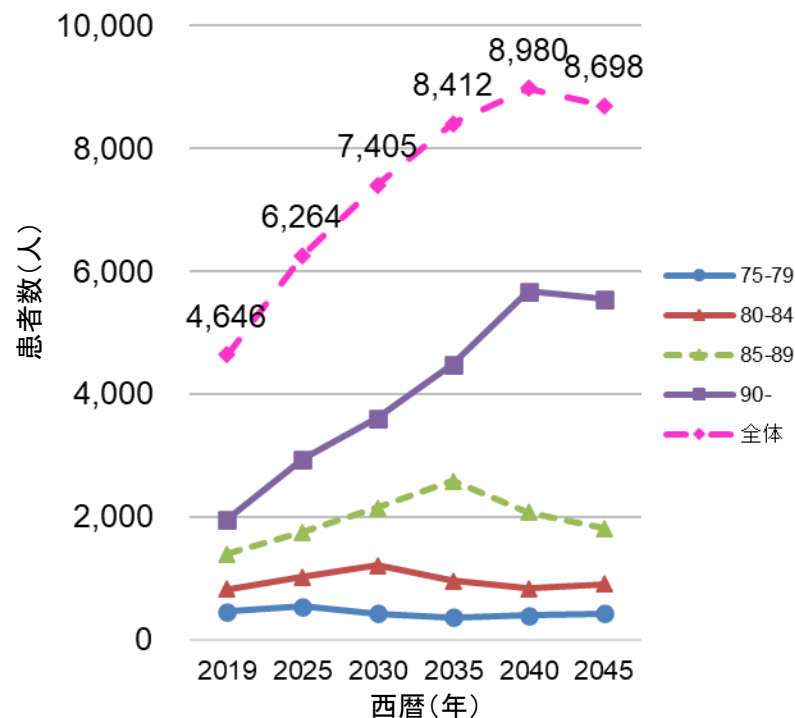
出典: 国立社会保障・人口問題研究所 「日本の地域別将来推計人口(平成30年3月)」

在宅患者数 将来推計(75歳以上)

県全体



奈良医療圏



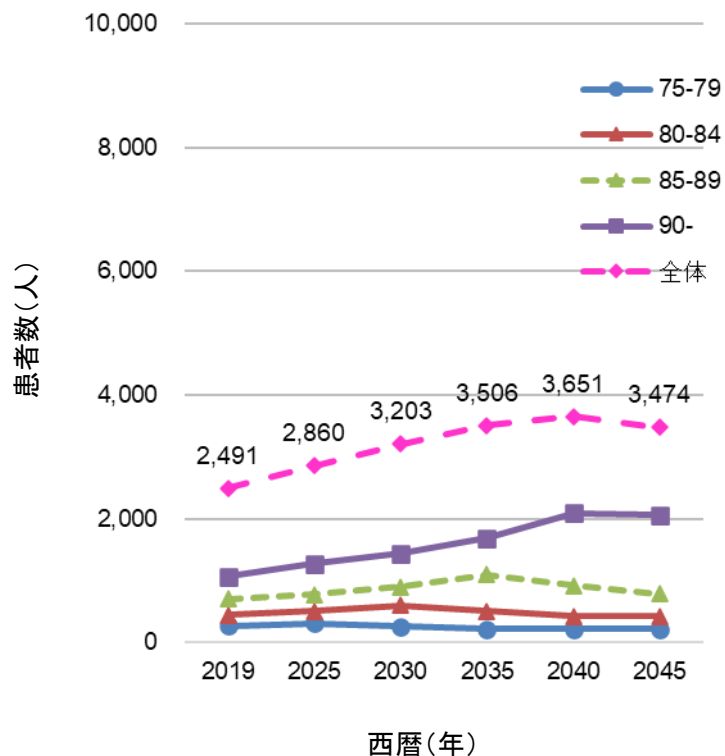
分析方法

1. 2019年度に「在宅患者訪問診療料」や「往診料」等の診療行為(コード)が算定された者を在宅患者と定義し、性・年齢階級別に在宅患者数を抽出
2. 住民基本台帳の人口データを用いて、在宅医療の受療割合(性・年齢階級別、市町村別在宅患者数/性・年齢階級別、市町村別人口)を算出
3. 国立社会保障・人口問題研究所による地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計, 出生中位・死亡中位仮定)と受療割合を掛け合わせることで2025~2045年の在宅患者数を推計

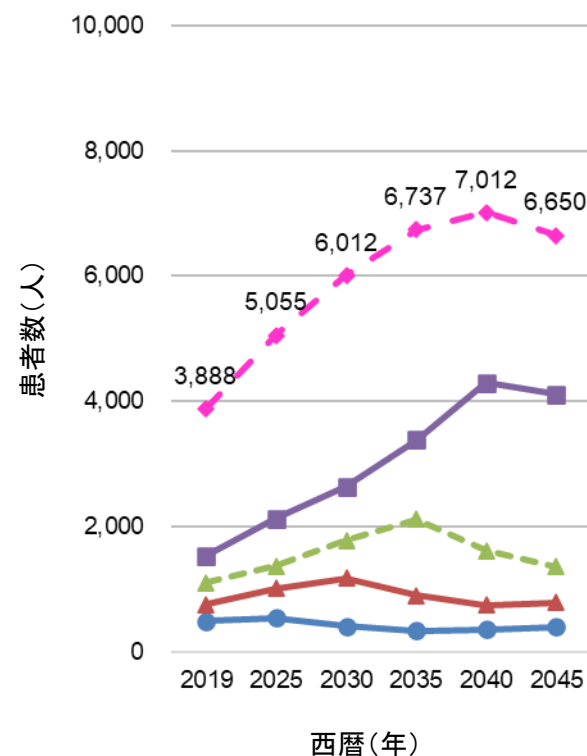
出典: 中西 康裕(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部), 西岡 祐一, 次橋 幸男, 柿沼 倫弘, 野田 龍也, 今村 知明, 赤羽 学.
大規模レセプトデータを用いた在宅医療需要の将来推計手法の将来推計手法の確立. 第81回 日本公衆衛生学会総会. 2022.10.7(甲府市)

在宅患者数 将来推計(75歳以上)

東和医療圏



西和医療圏



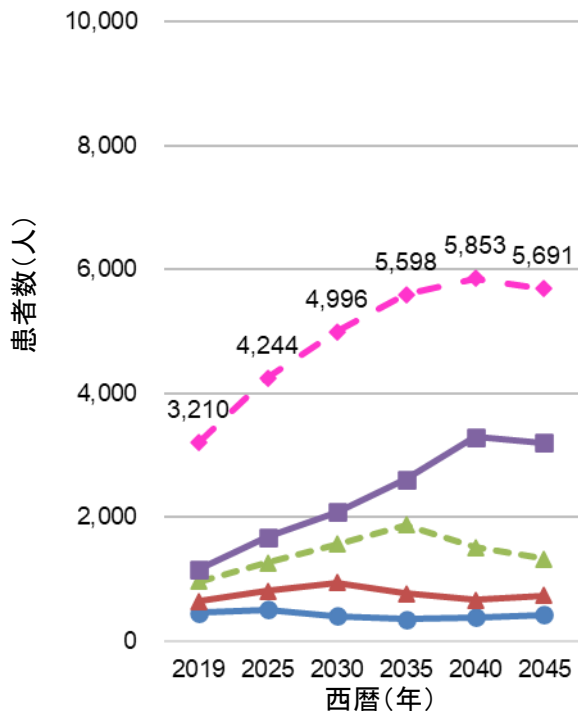
分析方法

1. 2019年度に「在宅患者訪問診療料」や「往診料」等の診療行為(コード)が算定された者を在宅患者と定義し、性・年齢階級別に在宅患者数を抽出
2. 住民基本台帳の人口データを用いて、在宅医療の受療割合(性・年齢階級別、市町村別在宅患者数/性・年齢階級別、市町村別人口)を算出
3. 国立社会保障・人口問題研究所による地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計, 出生中位・死亡中位仮定)と受療割合を掛け合わせることで2025~2045年の在宅患者数を推計

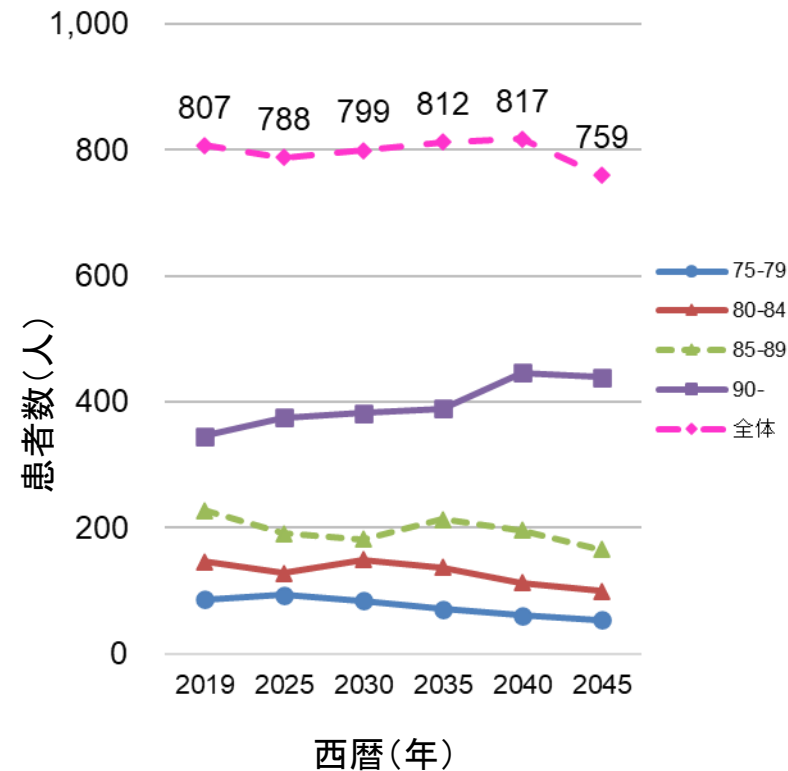
出典: 中西 康裕(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部), 西岡 祐一, 次橋 幸男, 柿沼 倫弘, 野田 龍也, 今村 知明, 赤羽 学.
大規模レセプトデータを用いた在宅医療需要の将来推計手法の将来推計手法の確立. 第81回 日本公衆衛生学会総会. 2022.10.7(甲府市)

在宅患者数 将来推計(75歳以上)

中和医療圏



南和医療圏



分析方法

1. 2019年度に「在宅患者訪問診療料」や「往診料」等の診療行為(コード)が算定された者を在宅患者と定義し、性・年齢階級別に在宅患者数を抽出
2. 住民基本台帳の人口データを用いて、在宅医療の受療割合(性・年齢階級別、市町村別在宅患者数/性・年齢階級別、市町村別人口)を算出
3. 国立社会保障・人口問題研究所による地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計, 出生中位・死亡中位仮定)と受療割合を掛け合わせることで2025~2045年の在宅患者数を推計

出典: 中西 康裕(国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部), 西岡 祐一, 次橋 幸男, 柿沼 倫弘, 野田 龍也, 今村 知明, 赤羽 学.
大規模レセプトデータを用いた在宅医療需要の将来推計手法の将来推計手法の確立. 第81回 日本公衆衛生学会総会. 2022.10.7(甲府市)

今後増加が見込まれる、
(在宅医等が介入している*)高齢患者の
増悪時の受入対応について

*介護施設等の入居者も含む

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

中医協 総 - 4
R5. 6. 14改

テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかりと受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないかと。

(3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

これまでの中医協総会等における高齢者の急性期医療に係る主な意見

<中医協総会（令和5年7月5日 入院について（その1））>

（総論・急性期/高度急性期入院医療）

- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 全ての団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて、病床の機能分化・連携を進める観点から地域医療構想が推進されてきており、高齢化が進む中で、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合は増加傾向にあり、急性期医療が高度かつ集中的な医療を必要とする患者への対応に重点化されるよう、機能分化による効率的な医療をさらに評価すべき。
- 急性期一般入院料においても65歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やADLの低い患者がそれなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましい。
- 高齢者等の救急搬送を効率的に受け止めるためには、医療機関同士、医療機関と高齢者施設等の連携とともに、救急隊のトリアージによる適切な搬送先の選択が重要。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

II. 検討結果の概要

1. 一般病棟入院基本料について

(3) その他

- 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

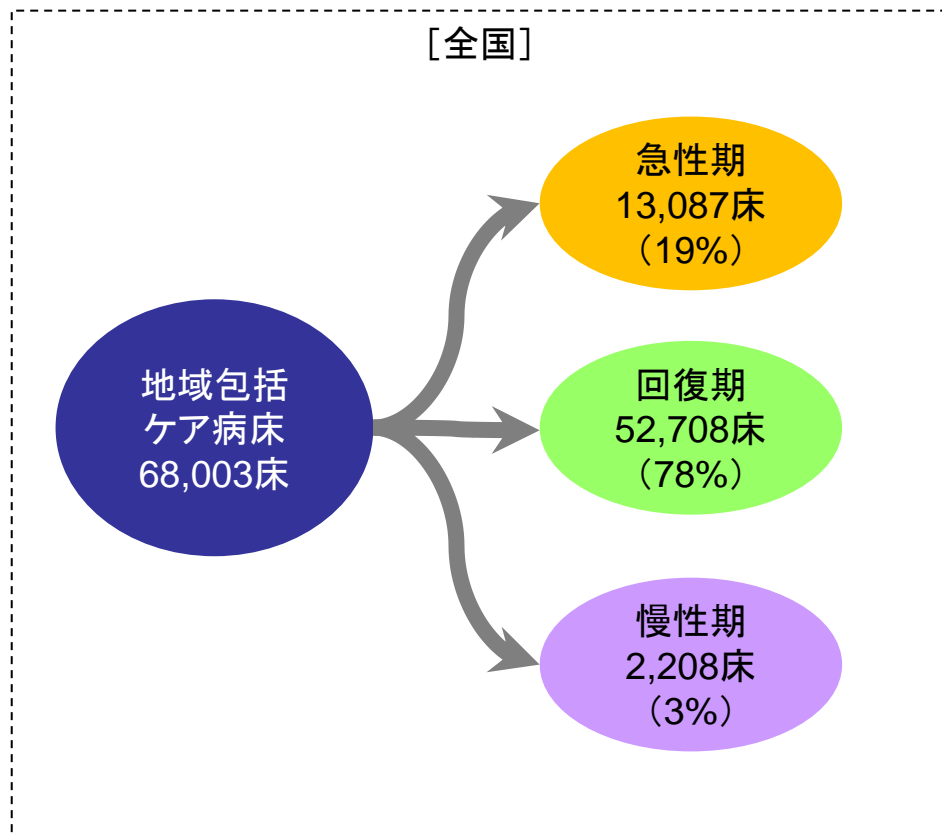
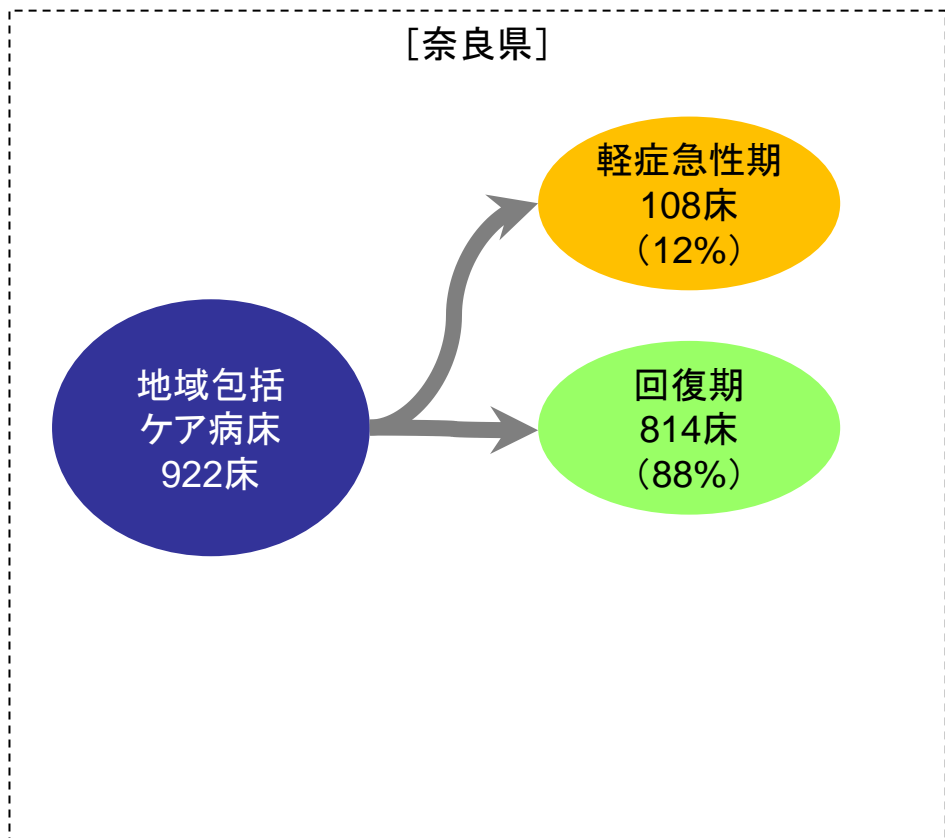


[施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

奈良県の状況(地域包括ケア病床の機能)

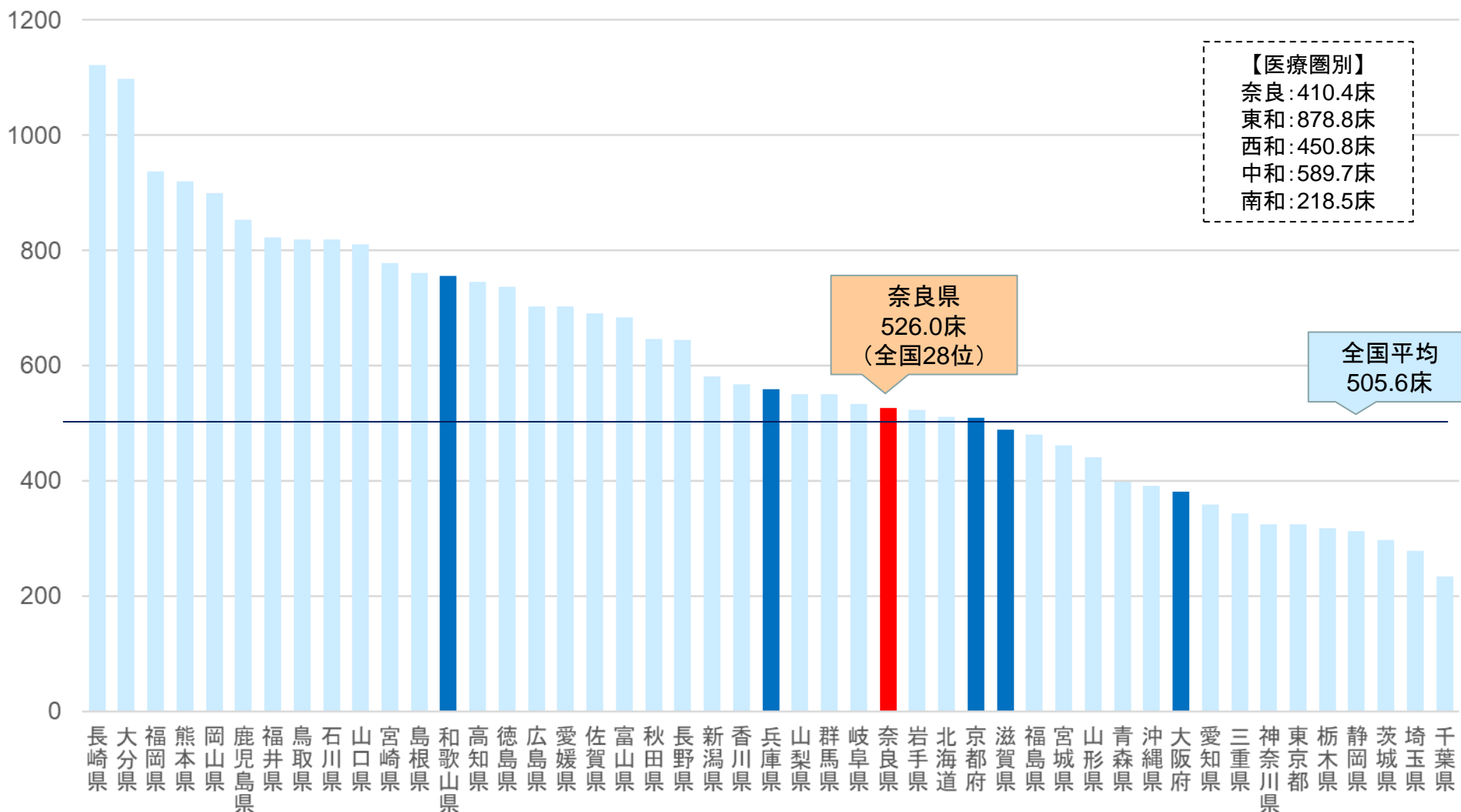
- 地域包括ケア病棟(管理料は含まず)922床のうち、軽症急性期で報告している病床が108床(3病棟)、回復期で報告している病床が814床(19病棟)。
- 全国に比べて「回復期」の割合が高い。



奈良県の地域包括ケア病床の状況①

➤ 奈良県の地域包括ケア病床数(75歳以上人口対)は、全国平均よりも少し多い。

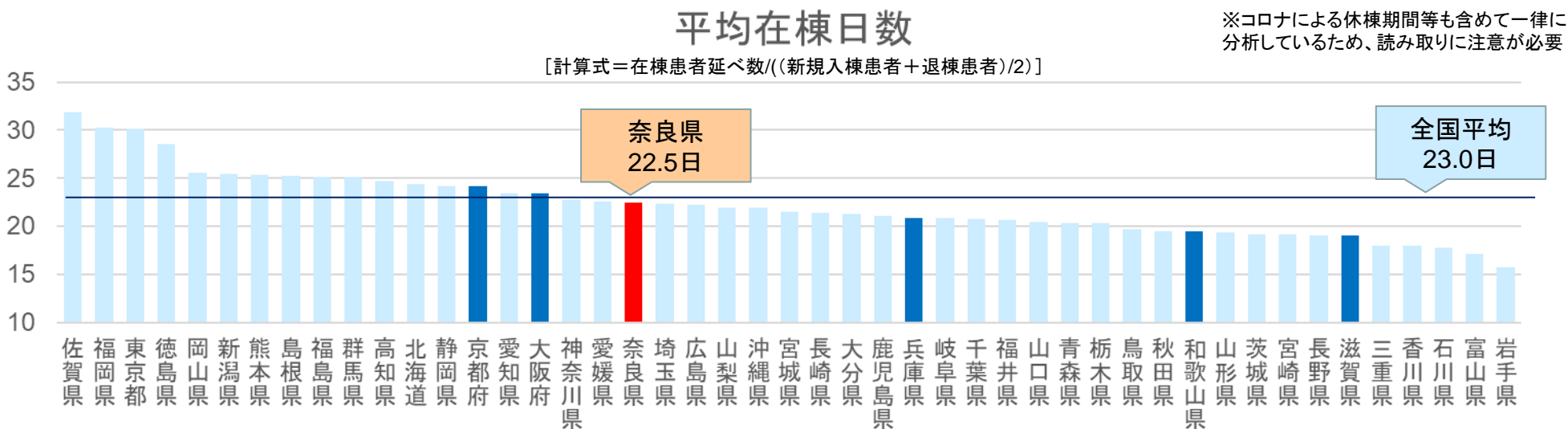
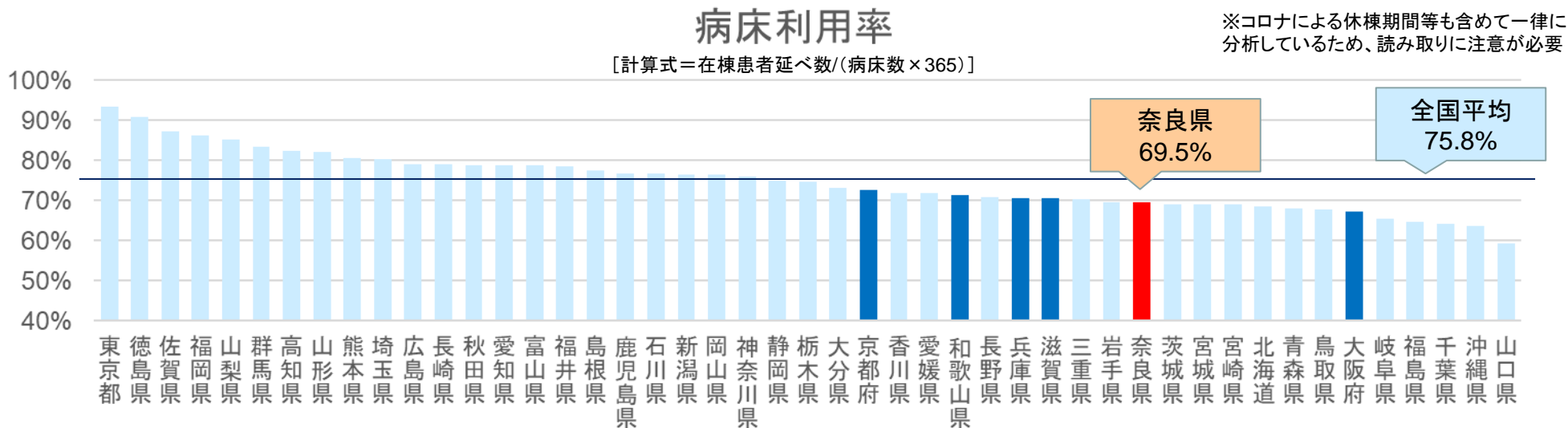
地ケア病床数(75歳以上人口対)



出典、R4年度病床機能報告(R4.7時点)(届出病床数で集計、地域包括ケア入院医療管理料も含む)、R2国勢調査

奈良県の地域包括ケア病床の状況②

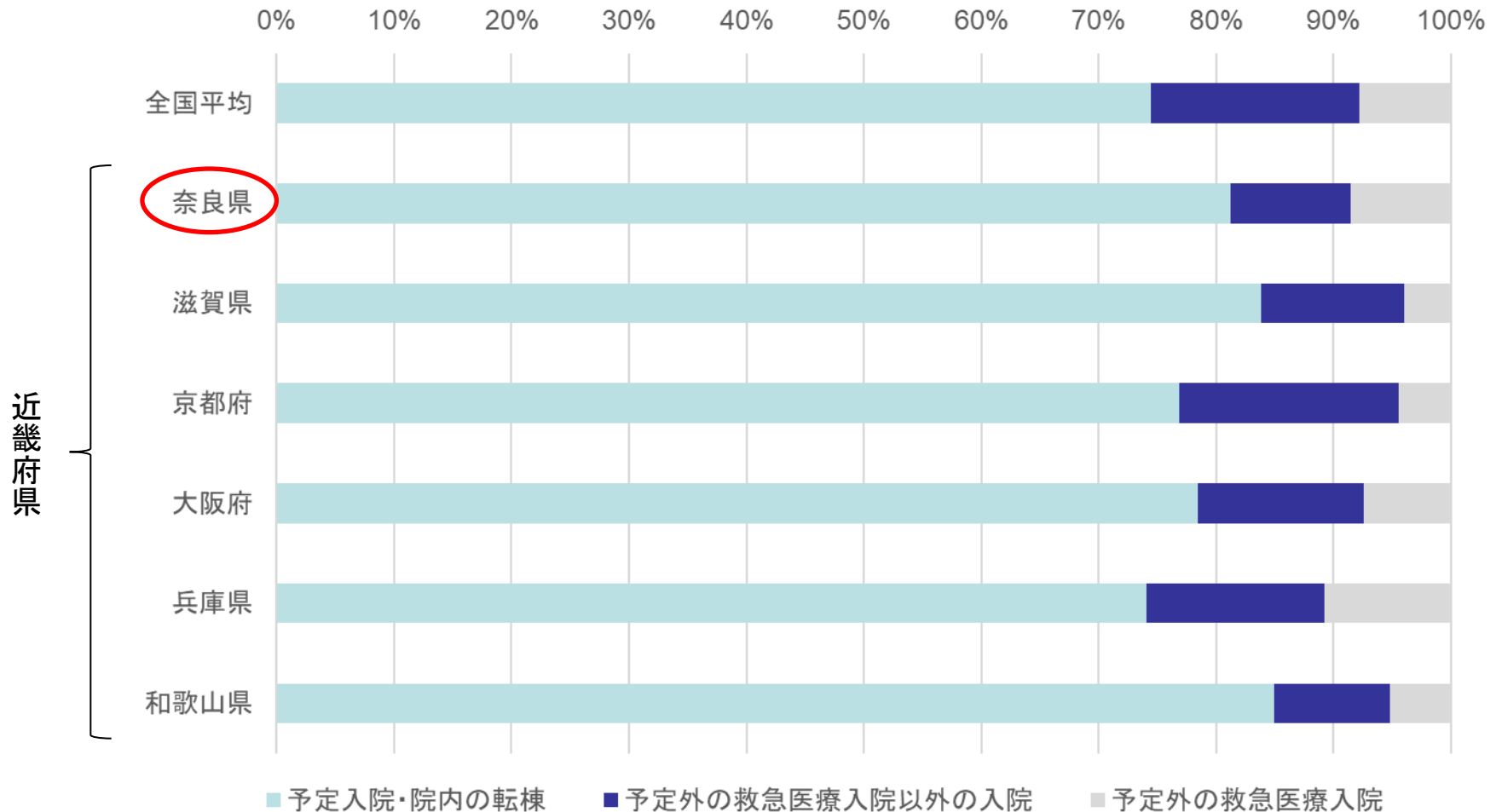
➤ 奈良県の地ケア病床の病床利用率は全国平均よりも低く、平均在棟日数は全国平均と同程度。



奈良県の地域包括ケア病床の状況③

- 奈良県の地ケア病床の新規入棟患者の状況(割合)は、全国平均と比べて「予定外の救急医療入院以外の入院」が少ない。

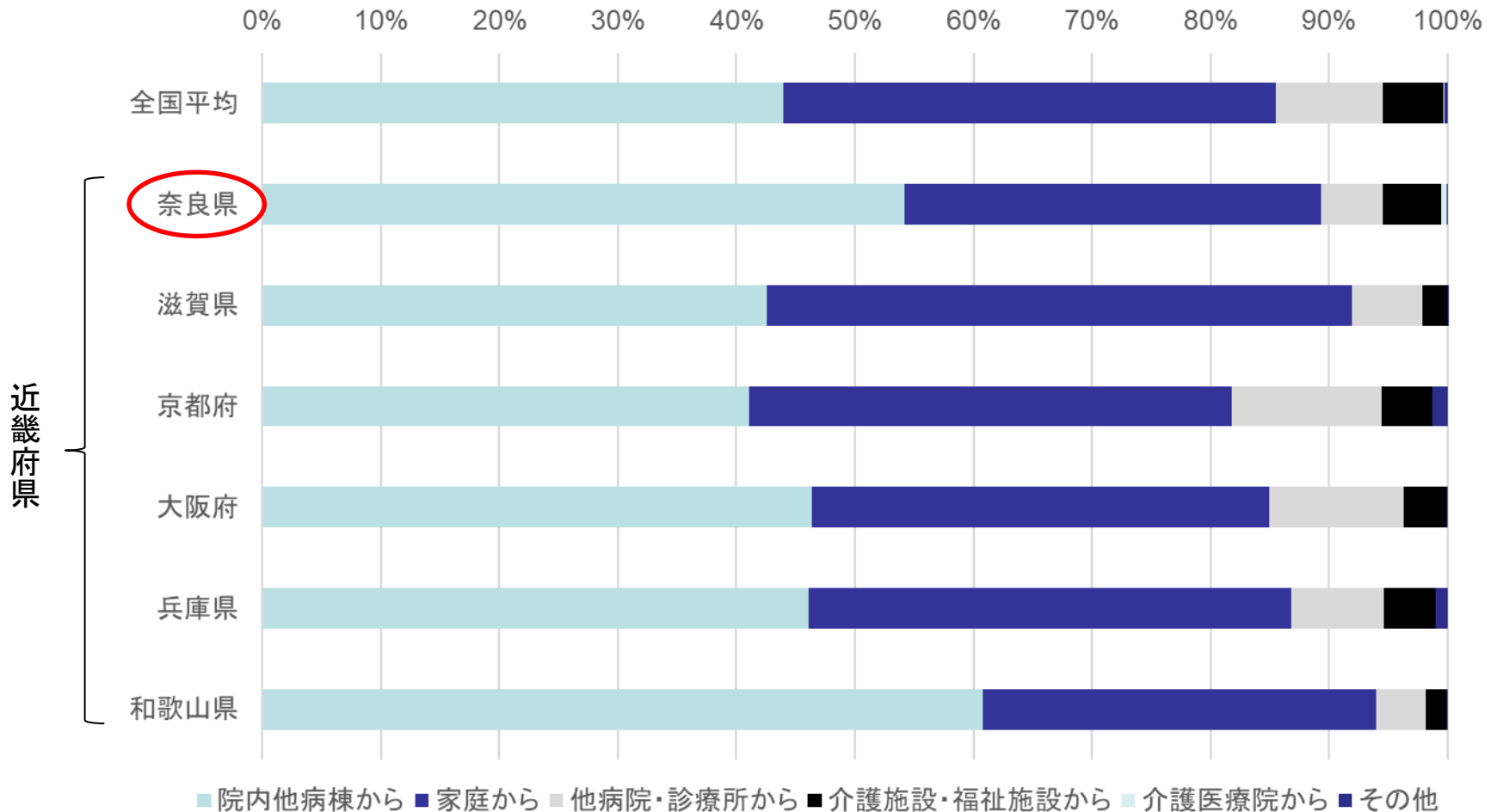
新規入棟患者の状況(割合)



奈良県の地域包括ケア病床の状況④

- 奈良県の地ケア病床の新規入棟患者の入棟前の場所(割合)は、全国平均と比べて「家庭から」と「他病院・診療所から」が少ない。

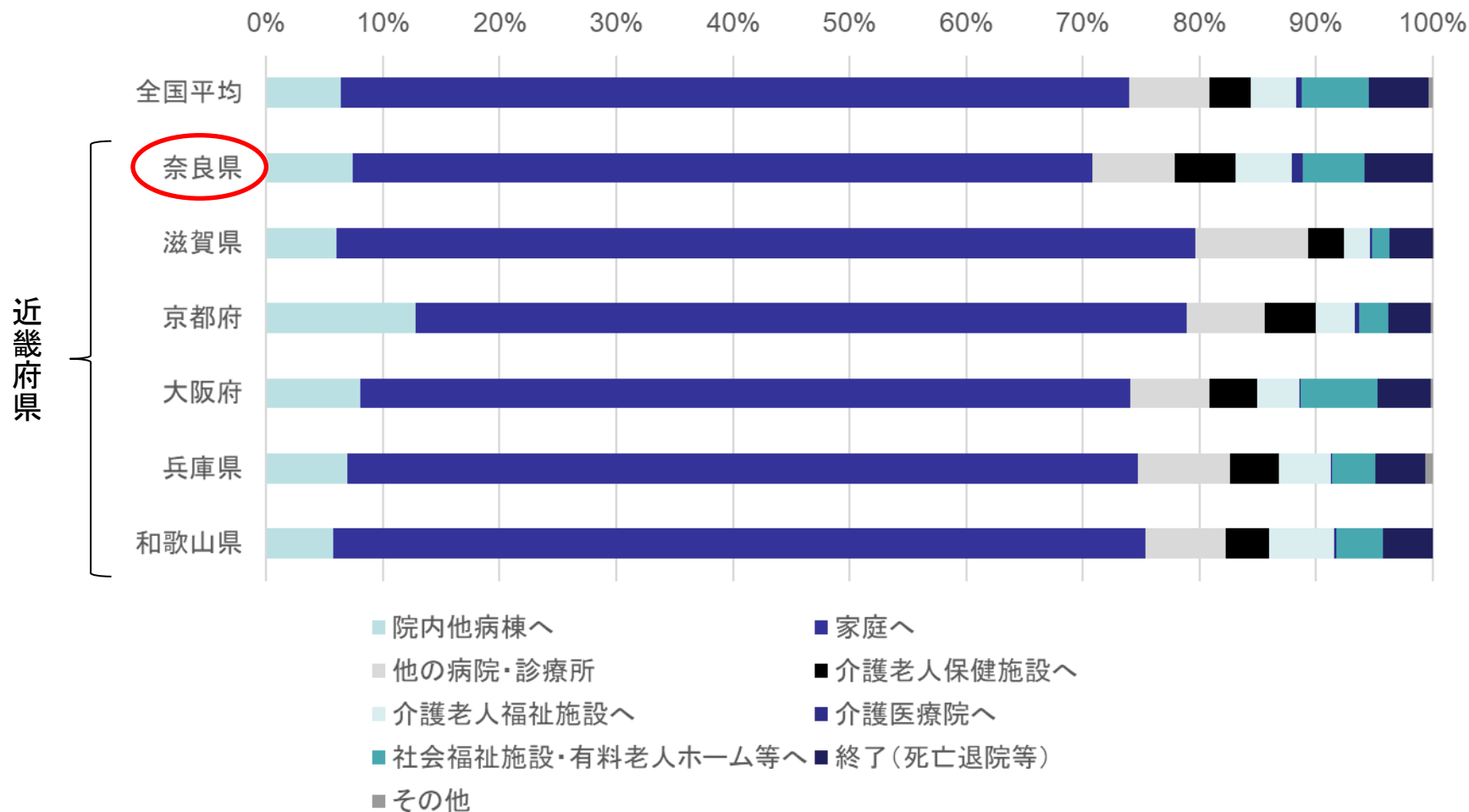
新規入棟患者の入院前の場所(割合)



奈良県の地域包括ケア病床の状況⑤

- 奈良県の地ケア病棟の退棟後の場所(割合)は、全国平均に比べて「家庭へ」が少なく、「介護老人保健施設へ」「介護老人福祉施設へ」が多い。

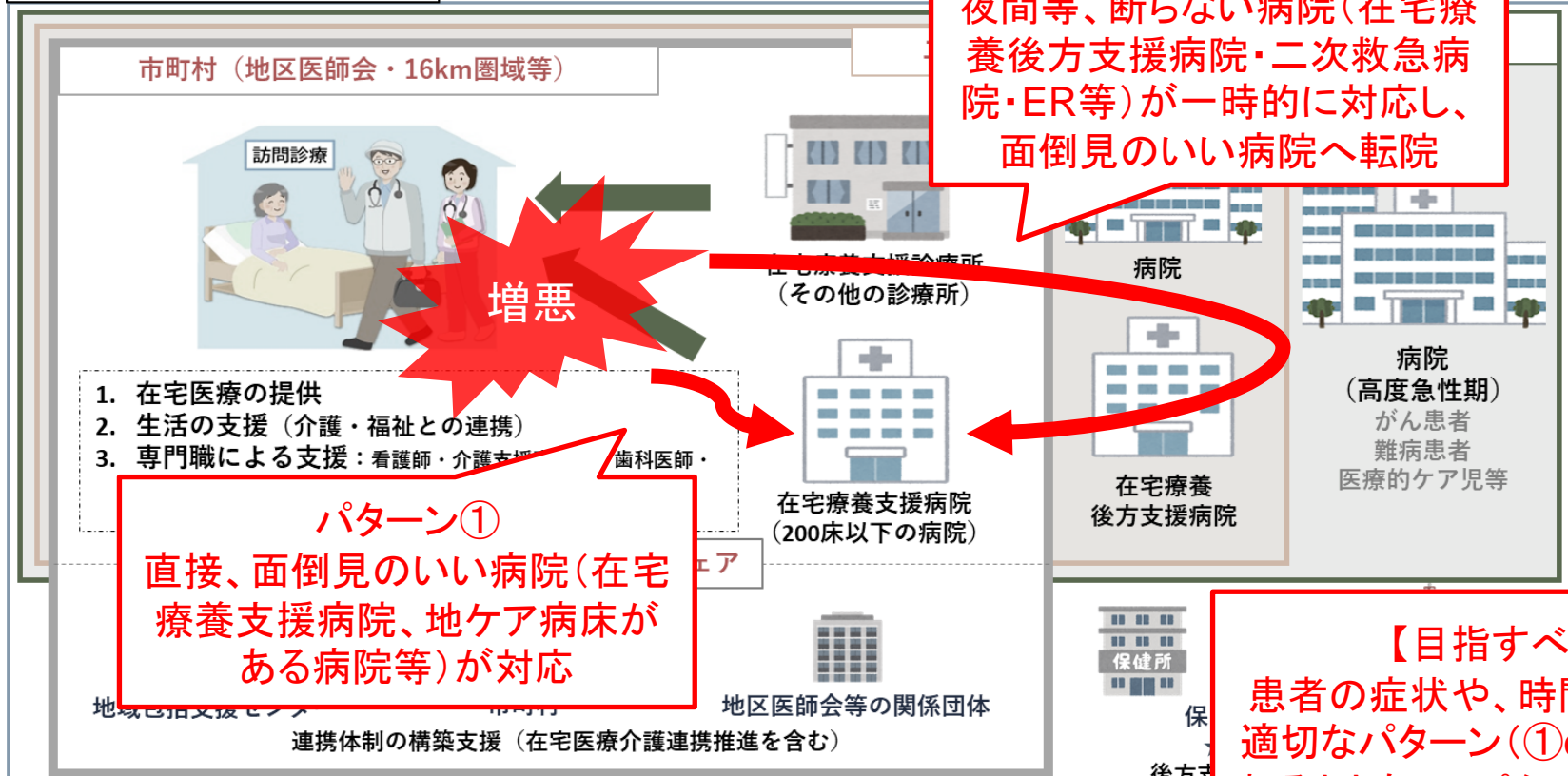
退棟患者の退棟後の場所(割合)



在宅医療の体制構築



在宅医療の体制構築



パターン②
 夜間等、断らない病院(在宅療養後方支援病院・二次救急病院・ER等)が一時的に対応し、面倒見のいい病院へ転院

※図はあくまでイメージですので、「在宅療養支援病院」がすべての患者を受け入れることを想定しているわけではありません。

パターン①
 直接、面倒見のいい病院(在宅療養支援病院、地ケア病床がある病院等)が対応

【目指すべき姿】
 患者の症状や、時間帯によって、適切なパターン(①or②)で受け入れるとともに、パターン②の場合には、スムーズに面倒見のいい病院への転院が行われる

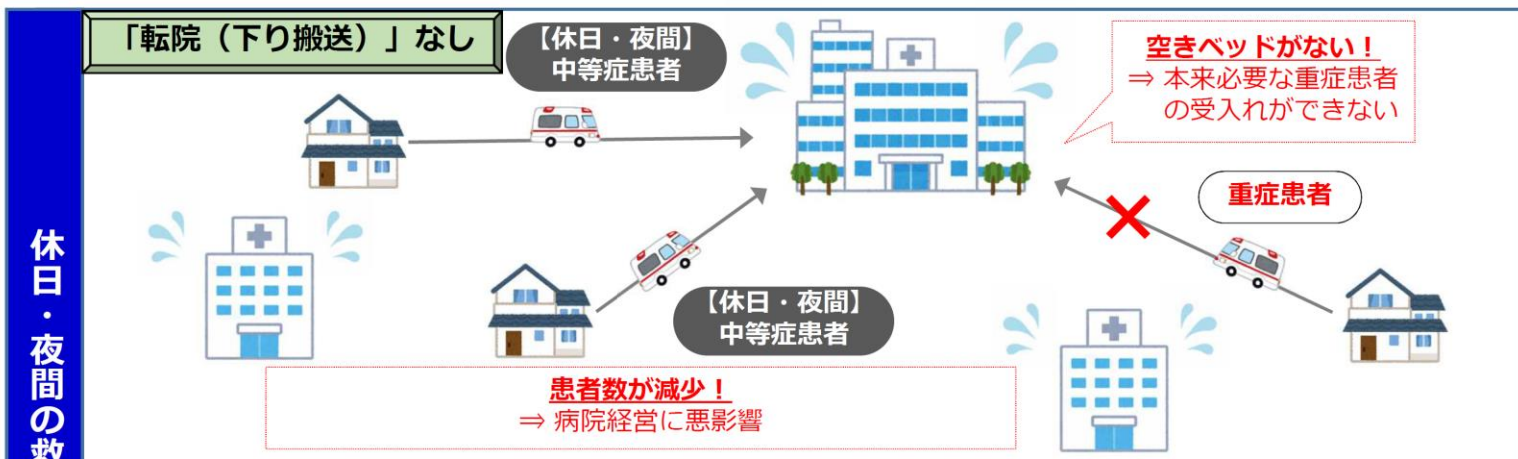
- ① 日常の療養支援 →
- ② 看取り → 対策：緩和医療の充実、説明内容の共有 (ACP) →
- ★ 災害への対応 → 対策：★ 地域BCPの策定 →
- ③ 急変時の対応 → 対策：急変時の入院 (救急対応) ・ 入退院調整ルール →
- ④ 退院支援 → 対策：入退院ルールの共有 ・ 急変時の入院 (救急対応) →

(参考)「断らない病院」から「面倒見のいい病院」への転院の必要性

厚生労働省令和3年度第1回医療政策研修会(令和3年8月13日)資料「地域医療構想に関する新潟県での取組状況と課題」から抜粋

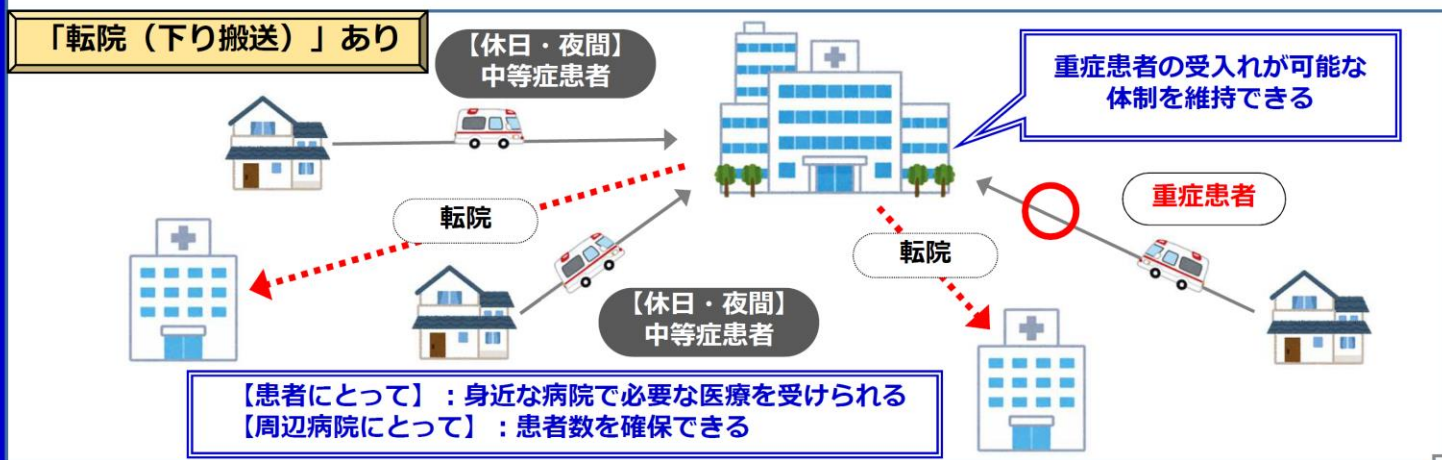
転院(下り搬送)の必要性

補



休日・夜間の救急医療体制の役割分担

転院(下り搬送)の促進



意見交換での主なご意見(高齢患者の増悪時の受入対応について)

かかりつけ医からのご意見

- 時間外に二次輪番の病院に連絡した際、ときどき専門外を理由に断られ、仕方なく「断らない病院」で受けていただくことがある。
- 専門の境界となる疾患の領域で、受けていただくのが難しい場合がある。医師の専門分化が進むことによって、患者が受けられなくなってしまうのは問題。
- 時間帯によって、施設からの入院先がなかなか決まらないことがある。とくに午前7時頃。

「面倒見のいい病院」機能を担う病院からのご意見

- 同法人の各診療所の在宅患者の後方ベッドとして受け入れを行っている。病床が埋まっている時のベッドの確保が課題であり、他の病院の空き状況も共有されれば良いと思う。
- 当直時間帯は、医師の専門性が高くなりすぎて受けられないことがあるのが実態。
- e-MATCHで専門性が見えるようになっているので、正確に把握して搬送していただければよいのではないかと思います。
- 各病院、かかりつけ患者を受け入れるのは問題がないと思う。しかし、かかりつけでない人はどのような病気を抱えた人なのか分からないので躊躇してしまう。患者の情報が分かるような仕組みができればと思う。
- 受入を増やすのは難しいところであるが、宿直を取っていないところに頑張ってもらえることが一つの解決策とならないか。
- 時間外に「面倒見のいい病院」で受け入れるのは難しくなるので、翌日朝に転院を受けてもらう体制を確立するしかないのではないかと思います。
- 受け入れた後に、重症化した方を転送するのに苦労することがある。受け入れた後の連携も重要と思う。

「断らない病院」機能を担う病院からのご意見

- 救急の受け入れは増えており、高齢者の軽症も多く受けている。
- 転院促進に取り組んでいるが、なかなかすぐに回らないのも現状であり、転院の「良いパターン」を作っていかなければならないと感じている。
- DXを進め、情報共有することが大事だと思う。
- e-MATCHが更新されていないことや、外科の輪番に、幅広く受け入れができる先生が入っていないことがあるのではないかと。
- 在宅療養後方支援病院として、登録患者さんは100%受けている状況であるが、この登録患者を増やすにはいろんな障壁がある。また、登録されていない人の流れが課題と感じている。

本日はご議論いただきたい内容

本日も議論いただきたい内容

1

質の向上に向けた課題や取組

～今後、増加が見込まれる(在宅医等が介入している)高齢患者の増悪時の受入対応について～

- 病院意見交換会での意見を踏まえ、地域の医療・介護関係者からみた病院に期待する役割等は何か。
- 病院と地域の医療・介護関係者の役割分担や連携で解決できることは何か。
- その他、各病院の具体的対応方針についてのご意見。