

これからの医療計画に 求められる視点

2021年7月9日

山形大学大学院医学系研究科

医療政策学講座教授

(山形県地域医療構想アドバイザー)

村上 正泰

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【令和3年4月1日等施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

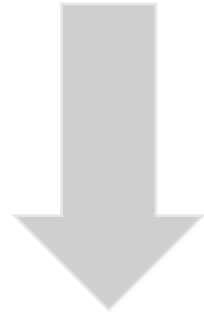
<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

コロナ禍後の「危機」も想定した医療システム

- 新型コロナウイルス感染症のような危機に対応するには、**平時から医療システムには「ゆとり」が必要**
- ただし、日本の病床数は諸外国に比べて突出して多く、「ゆとり」があるように見えるが、さまざまな機能の病床が混在しており、ICUなどの**高機能な病床は相対的に少ない(急性期機能の分散)**
⇒特に経営上・人員配置上の「ゆとり」がないのは高度急性期・急性期病院(今回の新型コロナ禍でも、最大のネックは重症患者の対応体制)
- 感染症の流行や災害対応なども含めて、「**危機への備え**」は不可欠だが、どこまで事前に「ゆとり」を持たせられるかは難しい。むしろ疾患の特性や事態の変化に応じた**臨機応変な対応**が重要

- 感染症であることや疾患の特性はあるものの、新型コロナウイルス感染症への対応で求められる医療機関の役割分担・連携(自宅・宿泊療養を含めた症状に応じた受け入れ体制や、退院基準を満たす患者の転院先の確保など)の構図は、**これまで議論されてきた医療提供体制の姿と相似形**
- 感染症に対応する上でも、一般診療の患者についての役割分担・連携が不可欠(⇒在宅までを含めて玉突き的に連鎖)
- 問題は(感染拡大防止は大前提として)**手持ちの限られたキャパシティの中で、医療資源をどのように振り分け、(感染症の患者だけではなく、一般医療も含めた)医療ニーズに対応するのか**という点
⇒どのように柔軟に役割分担・連携するかは医療提供体制の普遍的課題

1994年 伝染病床:10,343床



約82%減少

2019年 感染症病床:1,888床

感染症病床は大幅に減少したが
それでも病床利用率は3.8%(2019年)

医療分野についての国際比較(2017年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	2.8 ^{※3}	2.5	8.0	6.0	2.2	13.1
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.4 ^{※3}	2.1	6.0	3.1	2.0	7.8
人口千人当たり臨床医師数	2.6	2.8	4.3	3.2	4.1 ^{※3}	2.4 ^{※3}
病床百床当たり臨床医師数	93.5 ^{※3}	110.8	53.1	52.8	176.0 ^{※3}	18.5 ^{※3}
人口千人当たり 臨床看護職員数	11.7 [#]	7.8	12.9	10.5 [#]	10.9 ^{※3}	11.3 ^{※3}
病床百床当たり 臨床看護職員数	419.9 ^{※3#}	308.5	161.6	175.3 [#]	466.1 ^{※3}	86.5 ^{※3}
平均在院日数	6.1 ^{※3}	6.9	8.9	9.9 ^{※3}	5.7	28.2
平均在院日数(急性期)	5.5 ^{※3}	5.9	7.5	5.6 ^{※3}	5.5	16.2
人口一人当たり 外来診察回数	4.0 ^{※2}	5.0 ^{※1}	9.9	6.1 ^{※3}	2.8	12.6 ^{※3}
女性医師割合(%)	36.1	47.6	46.6	44.5	48.0 ^{※3}	21.0 ^{※3}
一人当たり医療費(米ドル)	10,207	3,943	5,848	4,931	5,264	4,630
総医療費の対GDP比(%)	17.1	9.6	11.2	11.3	11.0	10.9
OECD加盟諸国間での順位	1	13	4	3	5	6

どのような機能の病床が多いのか？

平均寿命(男)(歳)	76.1	79.5	78.7	79.6	80.8	81.1
平均寿命(女)(歳)	81.1	83.1	83.4	85.6	84.1	87.3

(出所)「OECD Health Statistics 2019」、「OECD.Stat」より作成。

注1:「※1」は2009年、「※2」は2011年、「※3」は2016年。

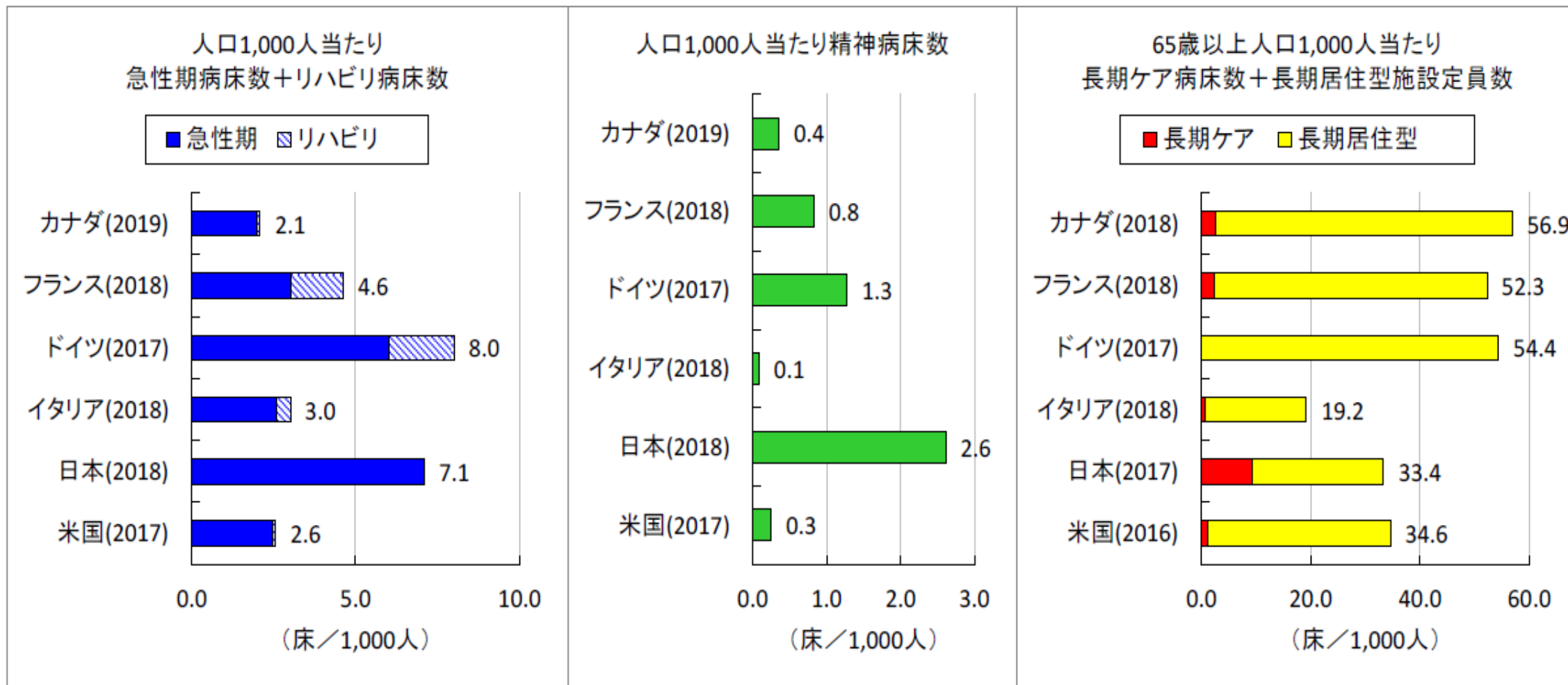
注2:「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3:一人当たり医療費(米ドル)については、購買力平価である。

注4:「病床百床当たり臨床医師数」は、臨床医師数を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

注5:「病床百床当たり臨床看護職員数」は、臨床看護職員数(アメリカ、フランスは研究機関等で勤務する職員を含む)を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

(出所)厚生労働省資料



*"OECD Health Statistics 2020"から作成。日本は長期ケアも含めてすべて病院のみで計算。

ICU等の病床に関する国際比較について

厚生労働省医政局
(令和2年5月6日)

	ICU等合計病床数	人口10万人当たり ICU等病床数	(参考) 死亡者数 (5月3日18時)	(参考) ICU等合計病床数 当たり死亡者数
米国*1	77809*2	34.7*3	66364	0.8529
ドイツ*4	23890	29.2	6812	0.2851
イタリア*4	7550	12.5	28710	3.8026
フランス*4	7540	11.6	24760	3.2838
スペイン*4	4479	9.7	25100	5.6039
英国*4	4114	6.6	28131	6.7884
日本*5	5603*5	4.3*6	(—)	(—)
日本*7	17034*7	13.5	510	0.0299

*1,*2,*3:米国集中治療医学会が作成した資料(U.S. Resource Availability for COVID-19(2020年3月)及び、その根拠となるDavidらの原著論文(Critical Care Bed Growth in the United States(2015年2月))からの引用。なお、当該論文では、分母となる人口を20歳以上としているため、全人口とした場合は、さらに小さく考えられる。

*4:ドイツ、イタリア、フランス、スペイン、英国については、日本集中治療医学会の理事長声明(2020年4月1日)で引用されているRhodesの論文(2012年)から一部を抜粋。なお、当該論文では、ICU病床数として、各国の公式情報等を元に作成したとの記載があるが、それぞれの病床の定義は明確になっていない。ただし論文中に、「新生児集中治療病床(NICU)、小児集中治療病床(PICU)、冠疾患治療病床(CCU)、脳卒中治療病床(SCU)、腎疾患治療病床は除いた」との記載がある。このため、日本の病床数を計算する際には、それぞれの病床数は、含めずに計算を行った。

*5:日本集中治療医学会の理事長声明(2020年4月1日)で引用されているN.Shimeの論文(2016年)から一部を抜粋。

*6:内野,我が国の集中治療室は適正利用されているのか,日集中医誌(2010;17:141-144)から一部を抜粋。

*7:日本については、特定集中治療室管理料(5211床)、救命救急入院料(6411床)、ハイケアユニット入院医療管理料(5412床)の合計数を記載。 2

特定集中治療室管理料算定病床数別病院数(2018年)

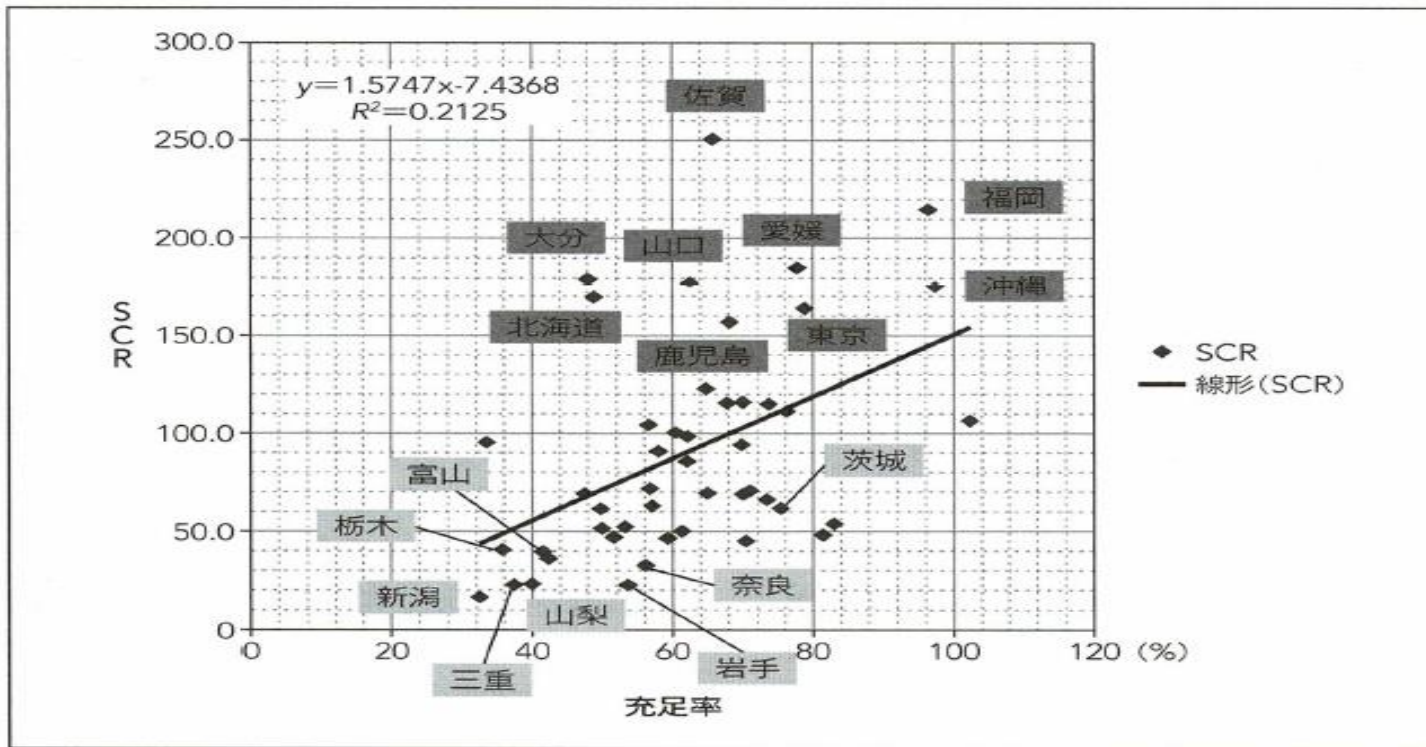
	東京都	東北地方6県
1床～4床	4	2
5床～9床	38	17
10床～14床	14	6
15床～19床	5	3
20床～24床	5	0
25床～29床	1	2
30床～34床	2	0
35床～39床	0	0
40床～44床	1	1
45床～49床	0	0
50床～54床	1	0
	71病院 803床	31病院 331床

東京都で見ても
東北6県で見ても
ICUを有する病院
の半数以上は
ICU病床数は1桁



1病院当たりの
重症患者に対する
キャパシティは
限定的

(出所)平成30年度病床機能報告をもとに作成



■図1 ICUのSCRと充足率*との相関(2013年)
 *充足率をここでは推計値に対する実際の病床数の割合と定義

「図1はDPCデータから個々の分類におけるICU入室日数を求め、それを基に必要ICU数に対する既存ICU病床数の割合を「充足率」として計算し、SCR(標準化レセプト出現比)との関係を見たものである。充足率やSCRには大きな地域差があり、全般的に西日本で充足率が高く、東日本で充足率が低い。ここで問題になるのは各地域の施設当たりのICU数である。諸外国に比較するとわが国のICUは小規模なものが多く、しかも術後観察を目的としたものが約半分という状況になっている。そもそも日本のICUは今回の新型コロナウイルスの急速な感染拡大に対応するためには課題が大きいのである。地域医療構想で検討すべきは、このような機能の在り方である。選択と集中による提供体制の再構築を行うべき時に来ていると考える」

(出所)松田晋哉「新型コロナウイルス感染症と地域医療構想」『病院』2021年6月号(医学書院)

機能別必要病床数に欠けている視点

- 「社会保障・税一体改革」における「改革シナリオ」(2011年)では、医療資源の集中投入や平均在院日数の短縮を織り込んでいたが、「地域医療構想」では現状を前提として機能別必要病床数を示しているだけで、急性期医療の機能強化の視点がない。
- 急性期医療はマンパワーなどの医療資源を多く必要とするため、医療資源を集中投入するには一定の集約化が不可欠。
- 医療提供体制改革は、単に病床数を削減したり、急性期から回復期に機能を転換するだけではなく、**急性期機能の集約化により、急性期医療に医療資源を手厚く投入することとセット**で考えるべき。

2011年の「改革シナリオ」

具体的な改革のイメージ(パターン1) [◇充実 ◆重点化・効率化]

(医療・介護ニーズ)		(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)
医療病床 (10割)	高度急性期 (約2割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
	一般急性期 (約5割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
	亜急性期・回復期リハ等(約3割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
長期療養(慢性期)	◇◆医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
精神病床	◇◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ(訪問支援)等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、アウトリーチ(訪問支援)、早期の軽快(在宅・外来)、介護サービスの利用	
介護施設	特養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下
	老健+介護療養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下 ◇◆現行の介護療養にあっては、医療区分1は介護、2・3は医療
居住系(介護)	◇◆グループホームについては、約37万人分を確保(小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準)	
在宅・外来	医療	◇在宅医療・訪問看護の充実(利用者的大幅増) ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの移行分を除く)が5%程度減少
	介護	◇比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定 ◇小規模多機能については、約40万人分を確保(グループホームと同旨)。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実 ◆介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3%程度減少

※ 薬や医療機器等に係る効率化として伸び率として年率△0.1%程度を織り込み(医療の伸び率ケース①の場合)(◆)
(現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
地域連携推進のためにMSW等の増を仮定(◇)、介護職員の処遇改善(賃金アップ)を仮定(◇)

(参考)改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素(2025年)

	2025年	
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・高度急性期の職員等 2倍程度増(単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性の職員等 6割程度増(単価 約1.5倍)() ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)/グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増
その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増)など	
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・高度急性期 : 平均在院日数 15~16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60日程度(パターン1の場合)
	※ 早期の退院・在宅復帰に伴い患者のQOLも向上	(現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度(高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携・ICTの活用等	・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、△0.1%程度(医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)	
医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)	

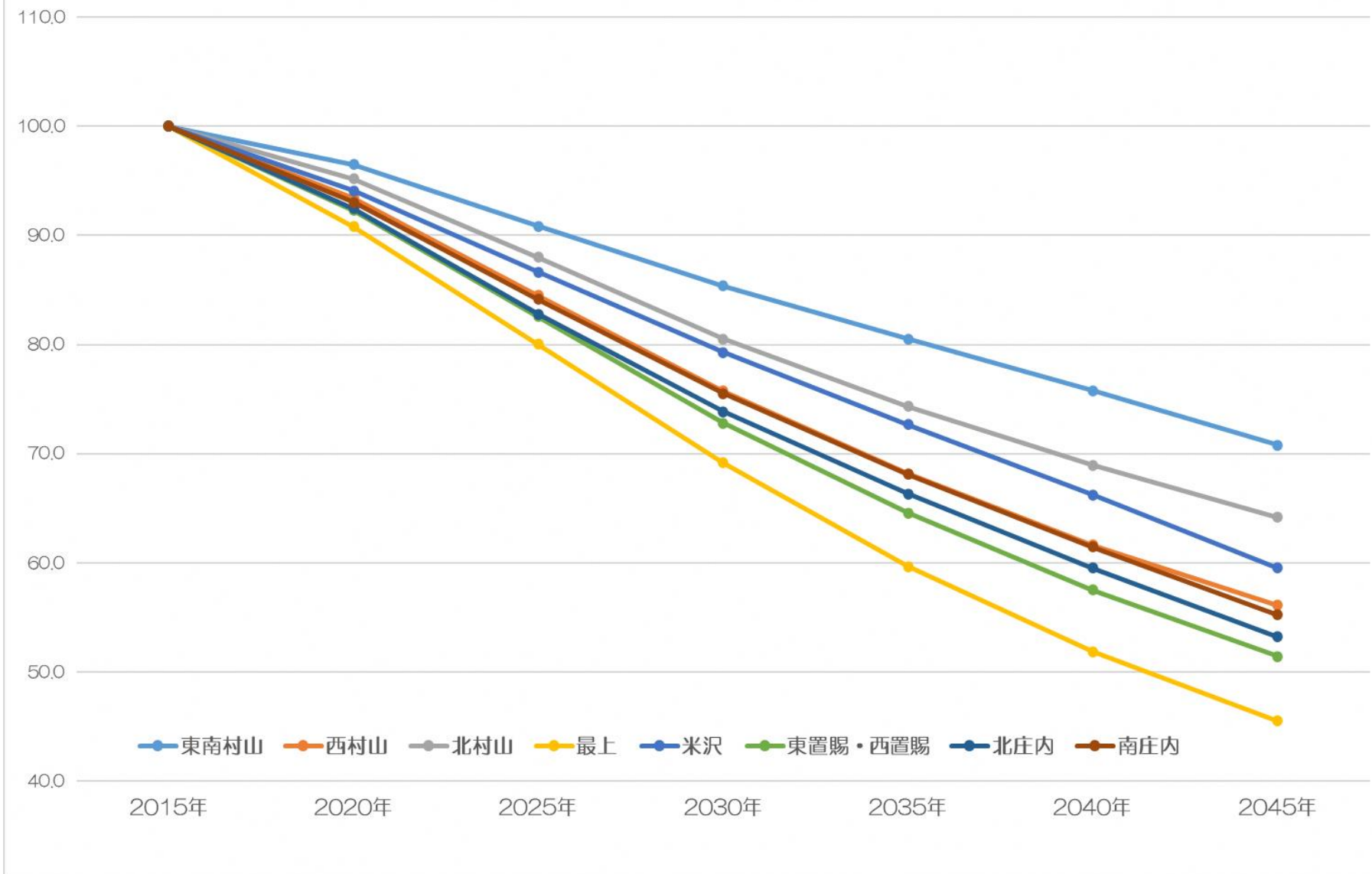
別案(パターン2) [◇充実 ◆重点化・効率化]

・急性期医療(現行一般病床の7割程度)を、さらに、高度急性期(同2割程度)、一般急性期(同3割程度)、軽度急性期(2割程度)の3つに区分し(パターン1よりも一般急性期の対象を絞り込み)、機能分化と強化を図る。
・また、現行一般病床の長期入院を、長期療養ニーズとして、現行の医療療養とあわせて、慢性期として整理。

(医療・介護ニーズ)		パターン2の整理	(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)
		(パターン1の整理)	(パターン1に同じ)
医療病床 (10割)	高度急性期(約2割)		
	一般急性期(約5割)	一般急性期(約3割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
	軽度急性期(約2割)	軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等(約4割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	亜急性期・回復期リハ等(約3割)		
長期療養(慢性期)	長期療養(慢性期)	◇◆現行一般病床の長期入院については、亜急性期・回復期その他と同様 ◇◆現行医療療養にあっては、医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆現行医療療養にあっては、在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
精神病床			
介護施設	特養		
	老健+介護療養		(パターン1に同じ)
居住系(介護)			
在宅・外来	医療		
	介護		

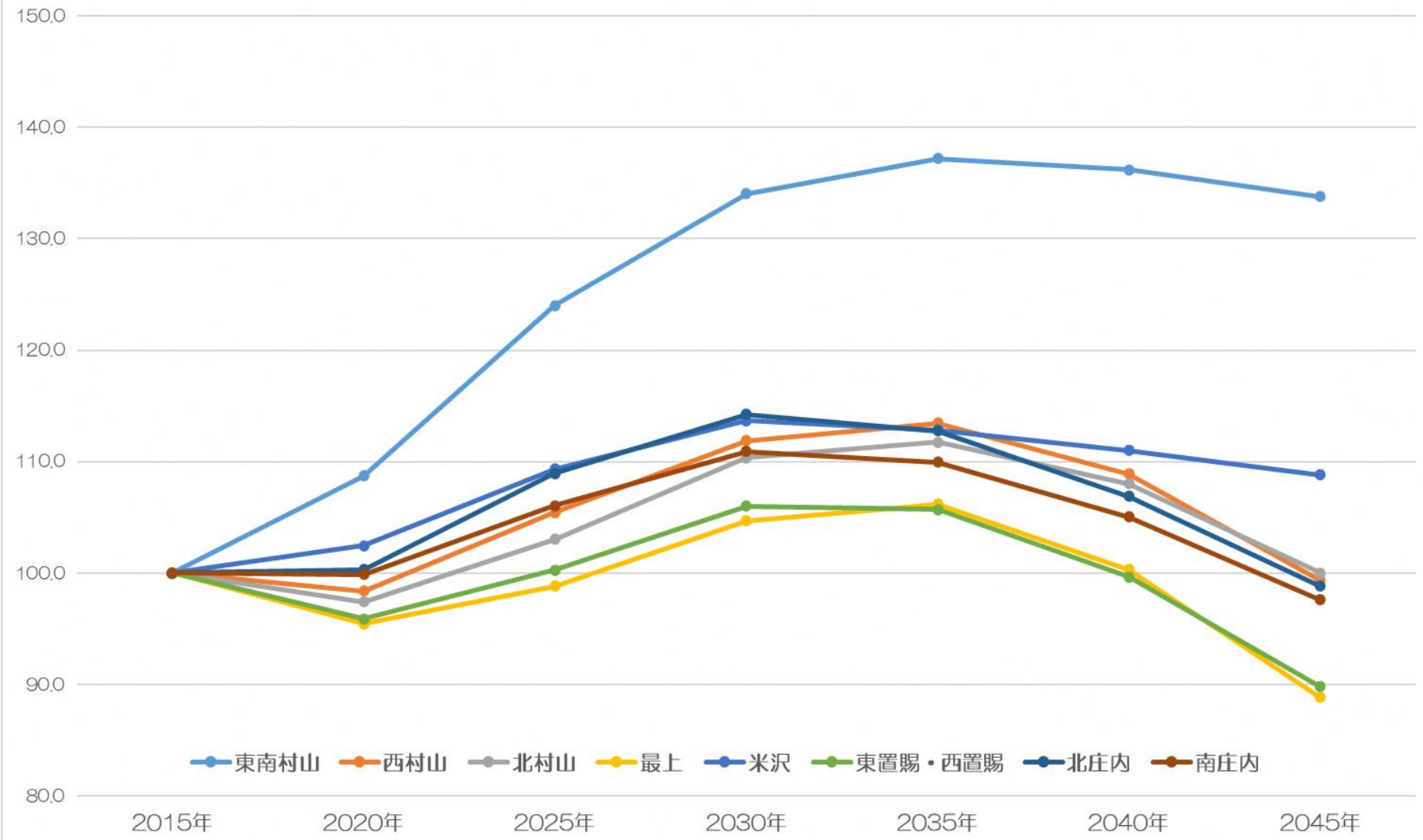
※ パターン1における ※ に同じ。

75歳未満人口の将来推計（2015年=100）



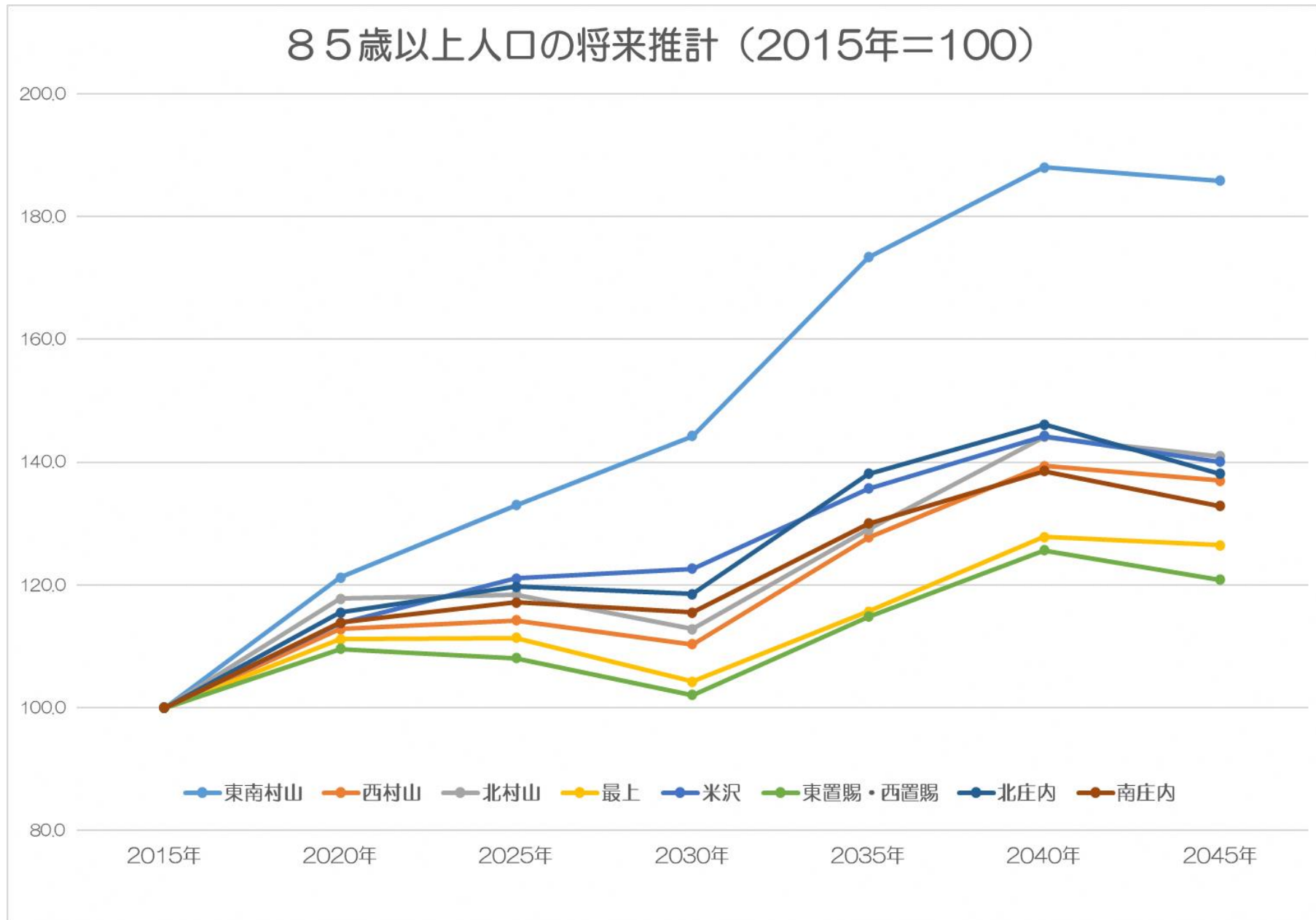
(出所)国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」に基づき作成

75歳以上人口の将来推計（2015年=100）



(出所)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)」に基づき作成

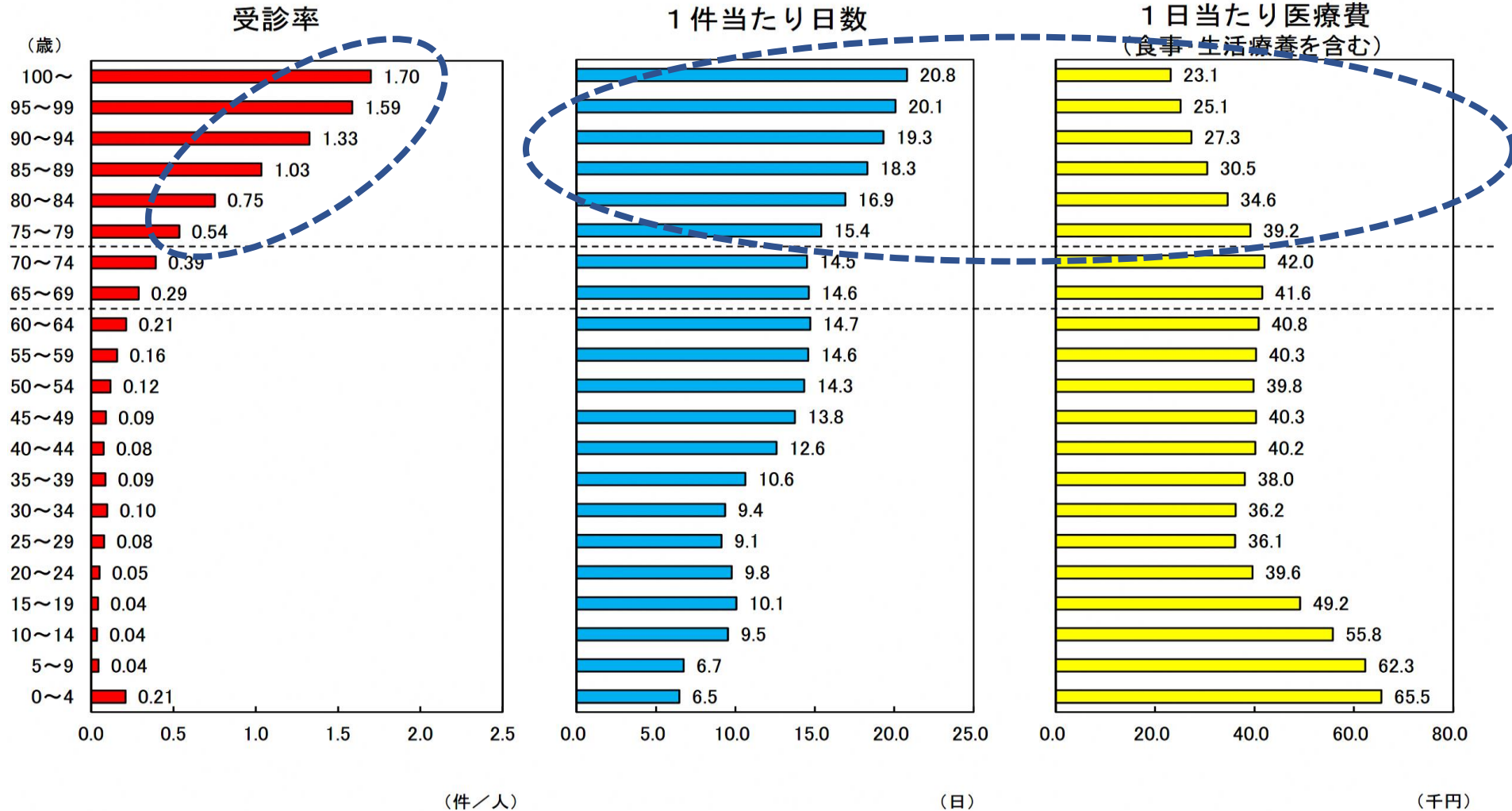
85歳以上人口の将来推計（2015年=100）



(出所) 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)」に基づき作成

年齢階級別 三要素(入院、平成29年度)

入院医療費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解してみると、高齢期に入ると受診率が急増するとともに、1件当たり日数が増加する一方、1日当たり医療費は低下する。

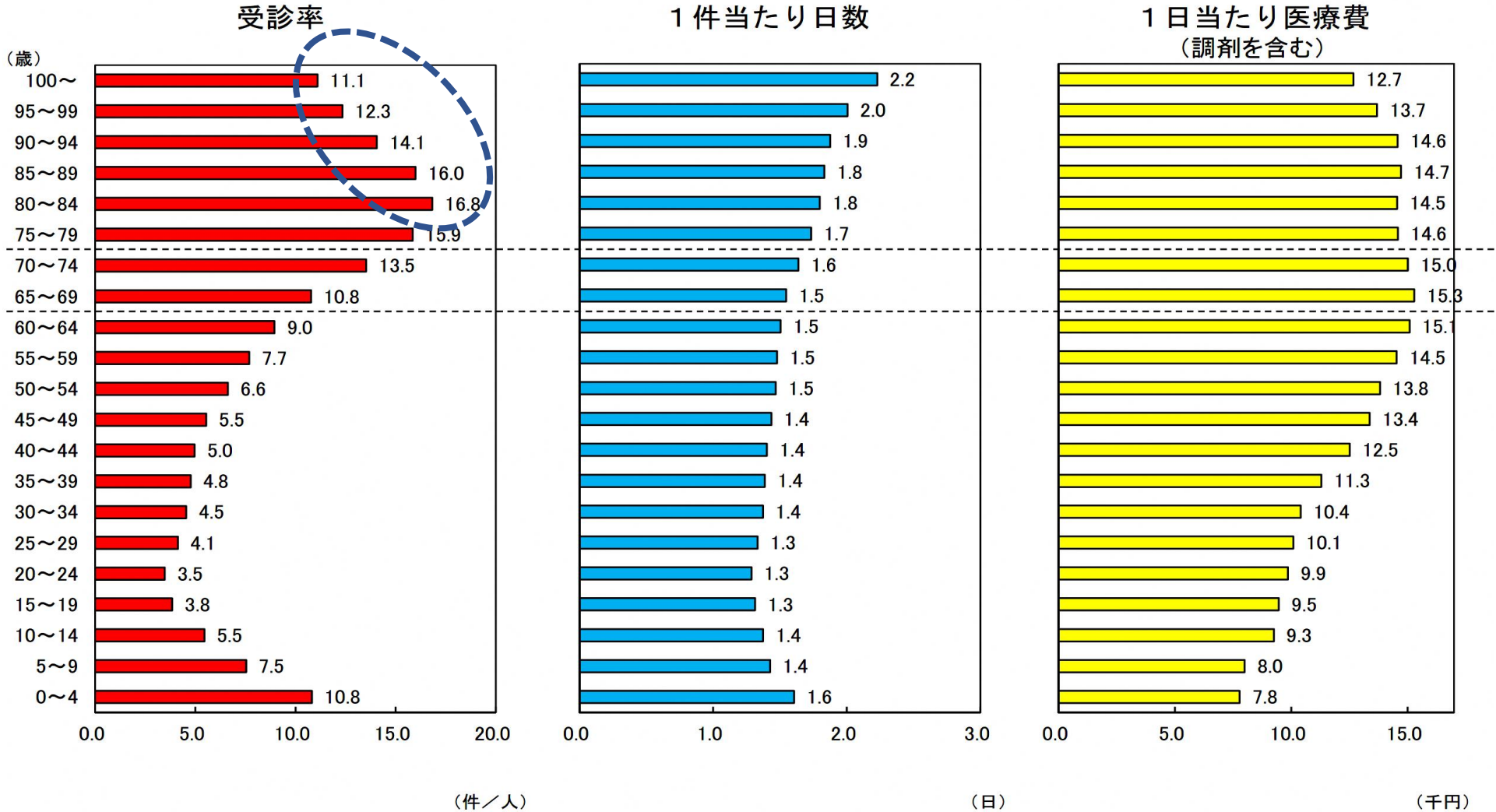


※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

(出所)厚生労働省資料

年齢階級別 三要素(入院外、平成29年度)

入院外医療費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解してみると、年齢が上がるごとに増加していた受診率が、80歳代前半をピークに低下する。



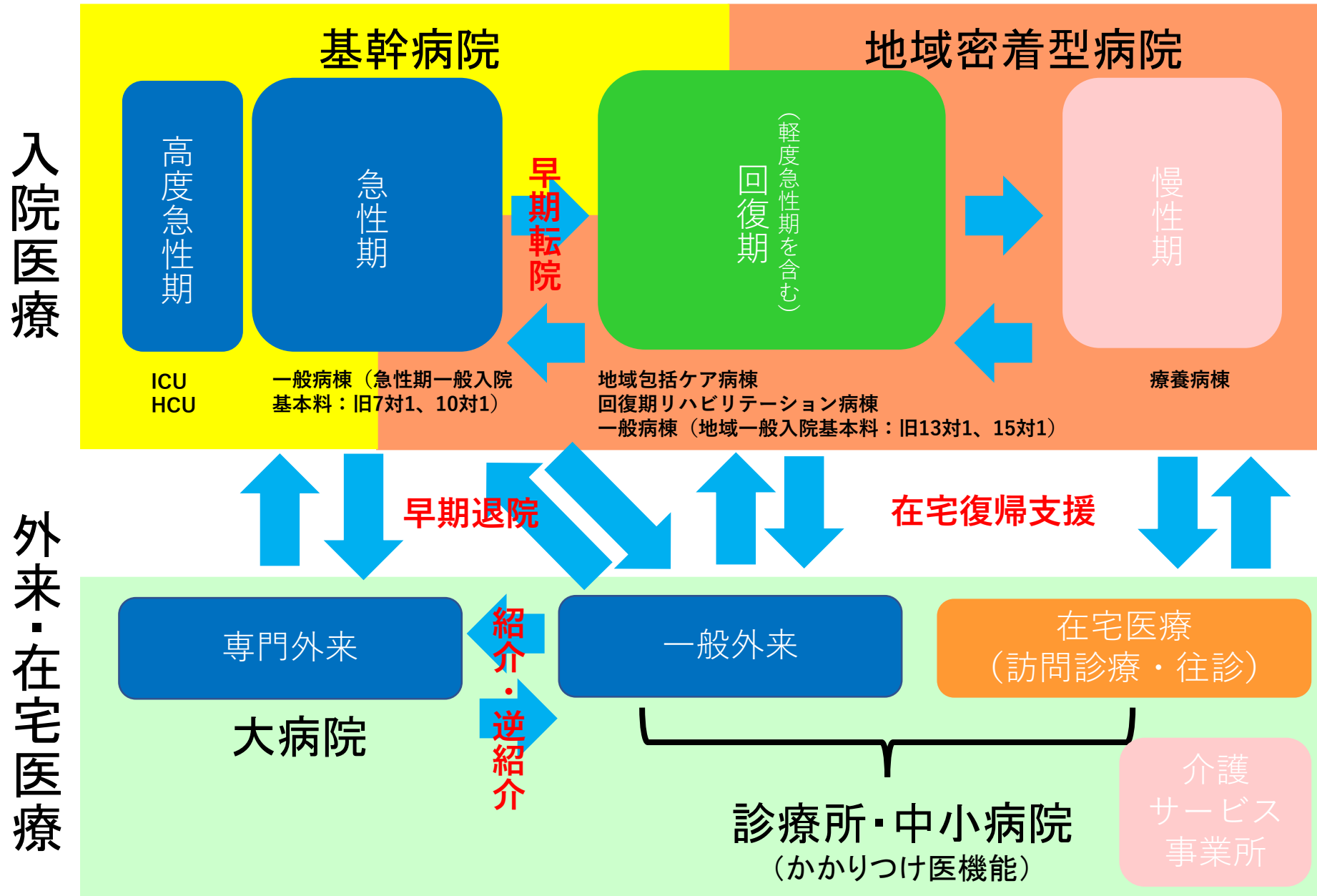
※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

(出所)厚生労働省資料

人口減少と超高齢化の中での課題

- (入院医療よりも先に到来する)「外来患者減少時代」への対応
 - 開業医の高齢化(特に非都市部でより顕著)
 - 在宅医療への取り組み
 - 地域密着型中小病院の役割
- 入院機能の役割分担の在り方
 - 専門的な急性期医療の集約化
 - 慢性疾患を抱えて療養生活を継続する超高齢者の軽度急性増悪(=ニーズが増加)に対応する体制
- 地域包括ケアシステムの整備
 - 独居・高齢夫婦のみ世帯が増加する中で、狭義の「自宅」だけではなく、介護施設や高齢者向け住宅などの「多様な住まい」における医療提供の在り方

医療機関の機能分化の構造



病院の機能分化の基本的な考え方

○ 高度で専門的な診療密度の高い医療【集約型】

- 患者はアクセスの利便性よりも機能を重視して選択
- 機能を発揮するためには一定以上の症例数の確保が必要（医療の高度化）
- 患者数減少の中での医療従事者や設備の分散配置は不可能
- 医療従事者の手薄な配置は過重労働や質の低下につながる
- 高額医療機器などの重複投資は経営の非効率を生む

○ 日常的な医療ニーズに対応するための医療【地域密着型】

- 高齢者医療では治療だけでなく、全体の病態や患者の生活などを総合的に考慮した、生活支援も含めた役割が必要
- 日常的で頻度の高い医療ニーズは、軽度の急性期の患者の対応を含めて比較的近隣の医療機関が中心
- 患者数を踏まえた病床規模の適正化（病床削減、有床診療所化）や機能の（回復期などへの）見直し、他の医療機関との経営統合（→人員配置上の負荷も軽減）の検討も必要

行政の役割として交通アクセスの確保や「住まい」の整備も重要

<需要減>

集約化

一般的ニーズの行き過ぎた集中

専門的で診療密度が高い
技術集積性

高額な医療機器や多くのスタッフが必要



軽症患者が大病院に集中
大病院でしかできない専門治療に
集中できず

軽度な急性期をどこで診療するのか？
⇒線引きは一律でなく地域の実情による

地域医療
における
バランス

急性期機能の行き過ぎた分散



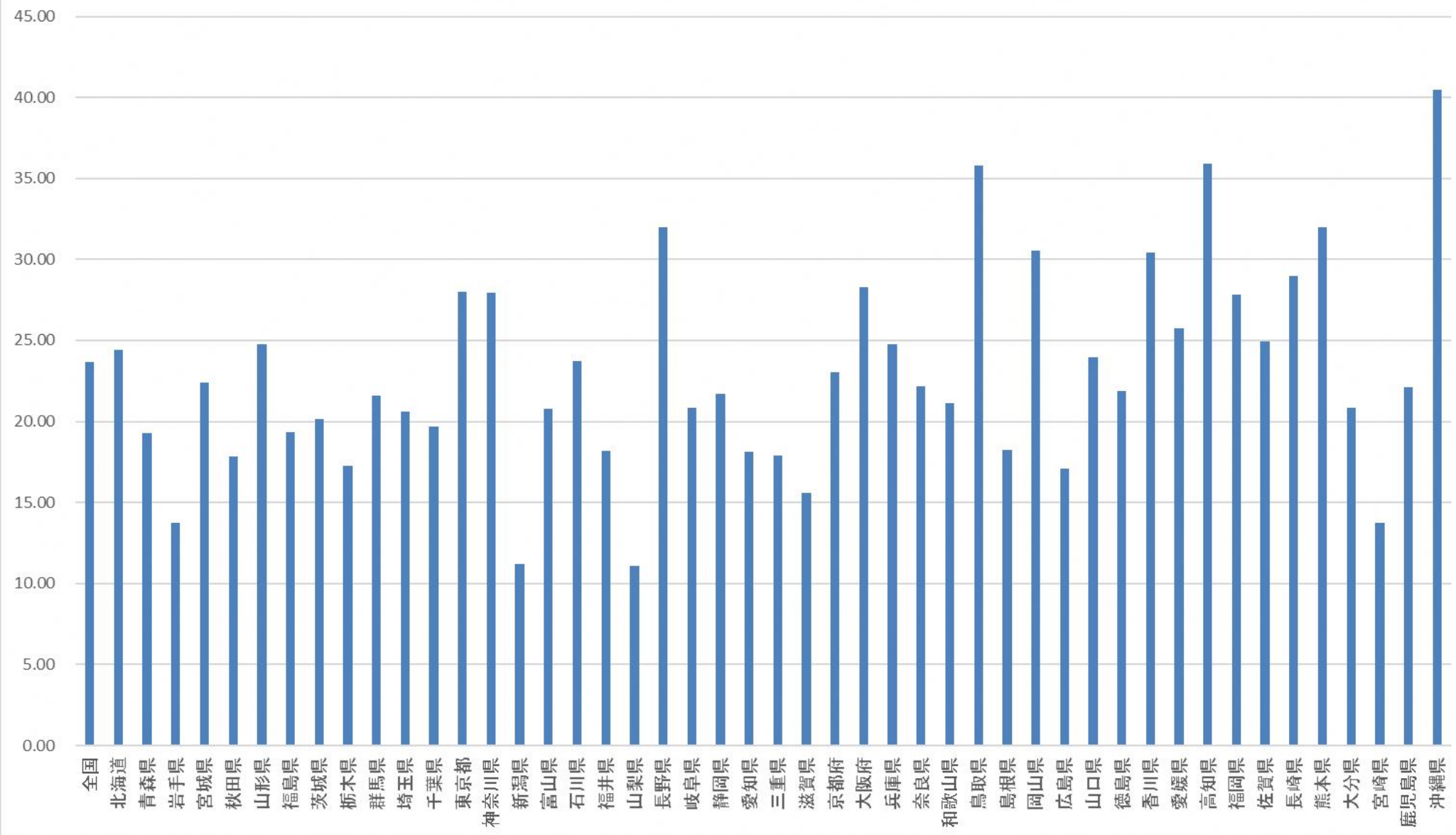
不十分な機能
医療従事者の過重労働

日常的で頻度の高い
Common diseaseの一般的ニーズ

分散

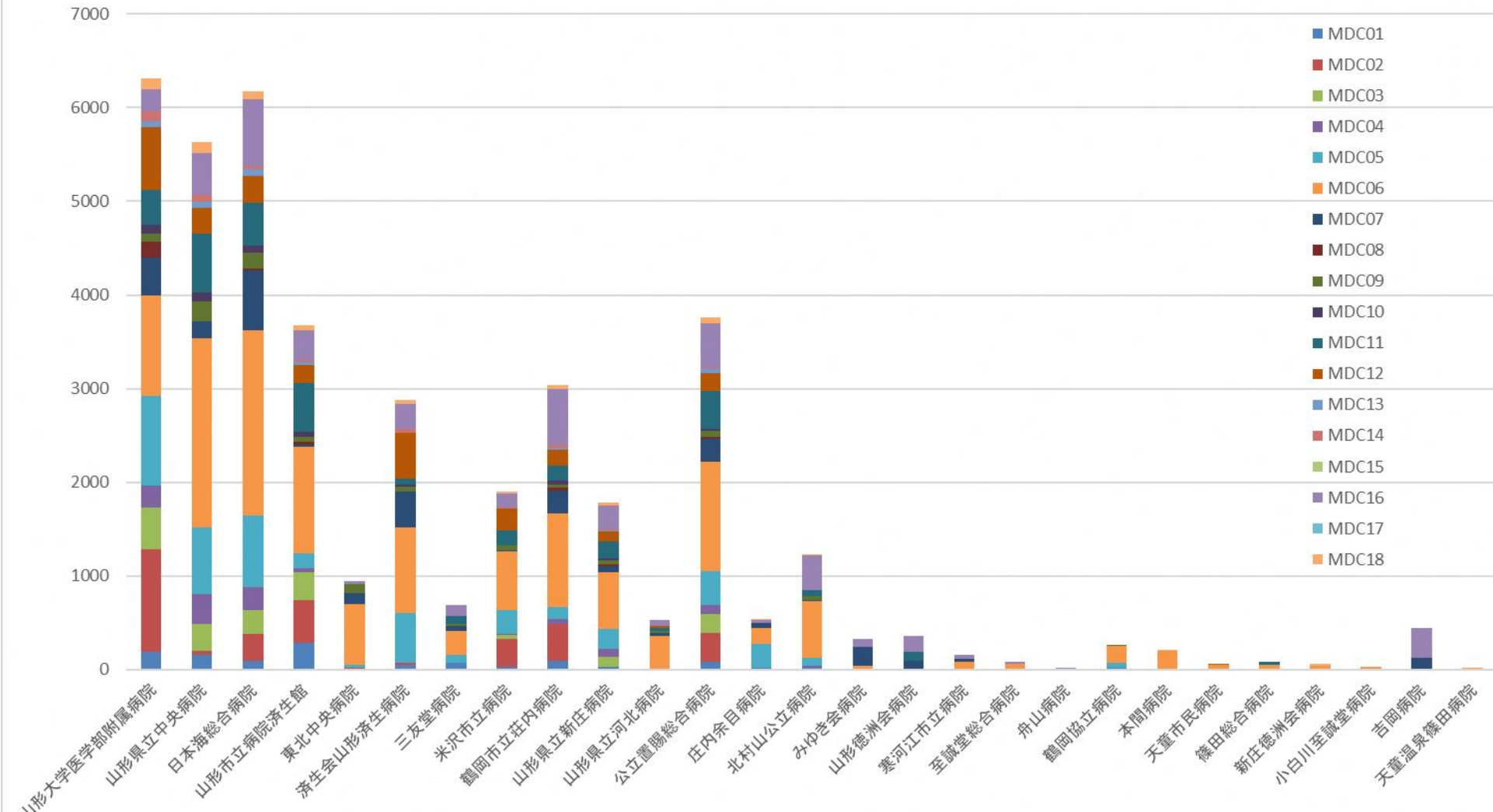
<需要増>

都道府県別特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料・救命救急入院料算定回数
 (2018年度診療分／人口1,000人当たり)



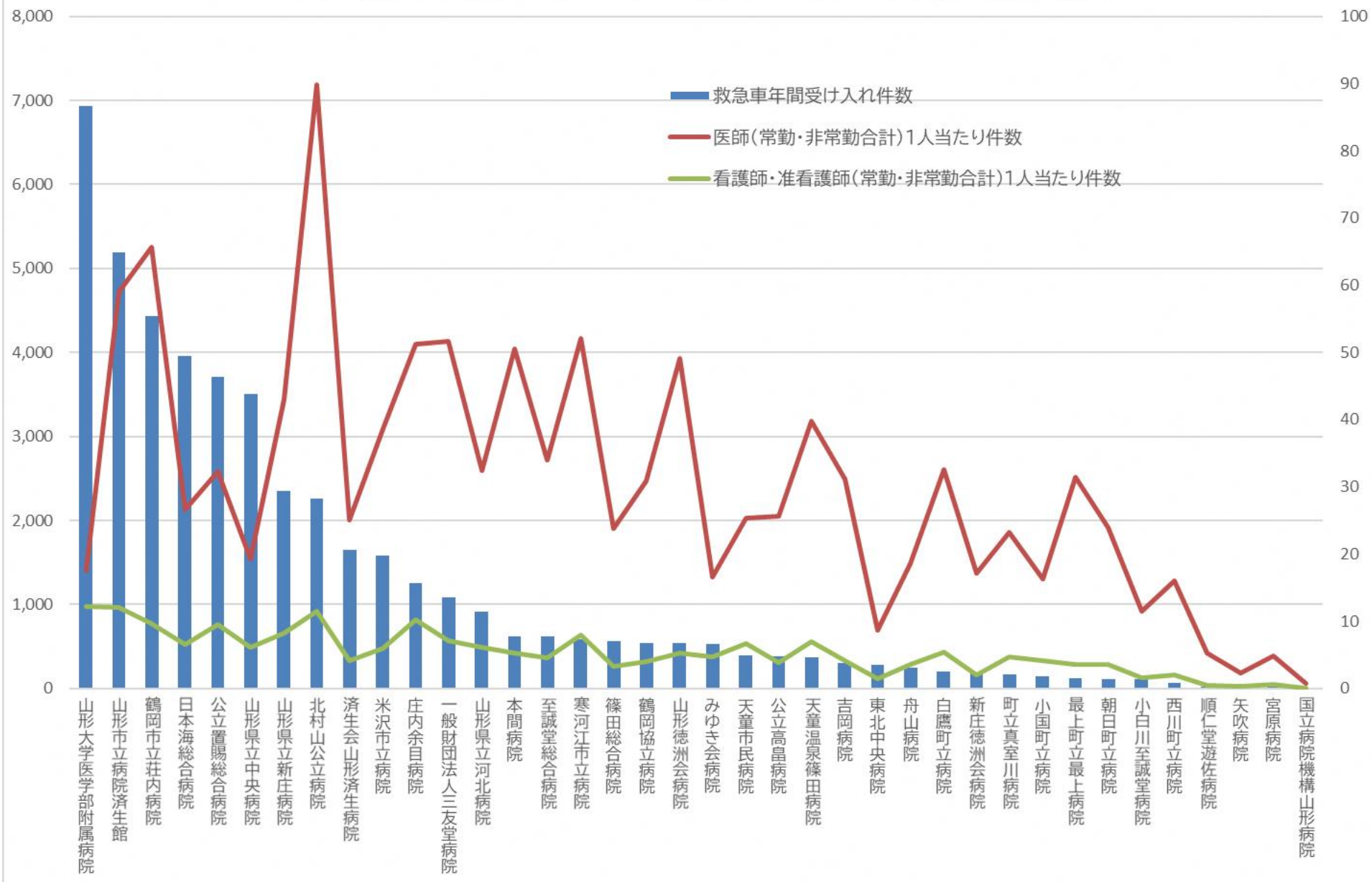
(出所)厚生労働省「第5回NDBオープンデータ」、総務省統計局「人口推計」に基づき作成

厚生労働省DPC調査(令和元年度)県内医療機関別MDC別手術有件数



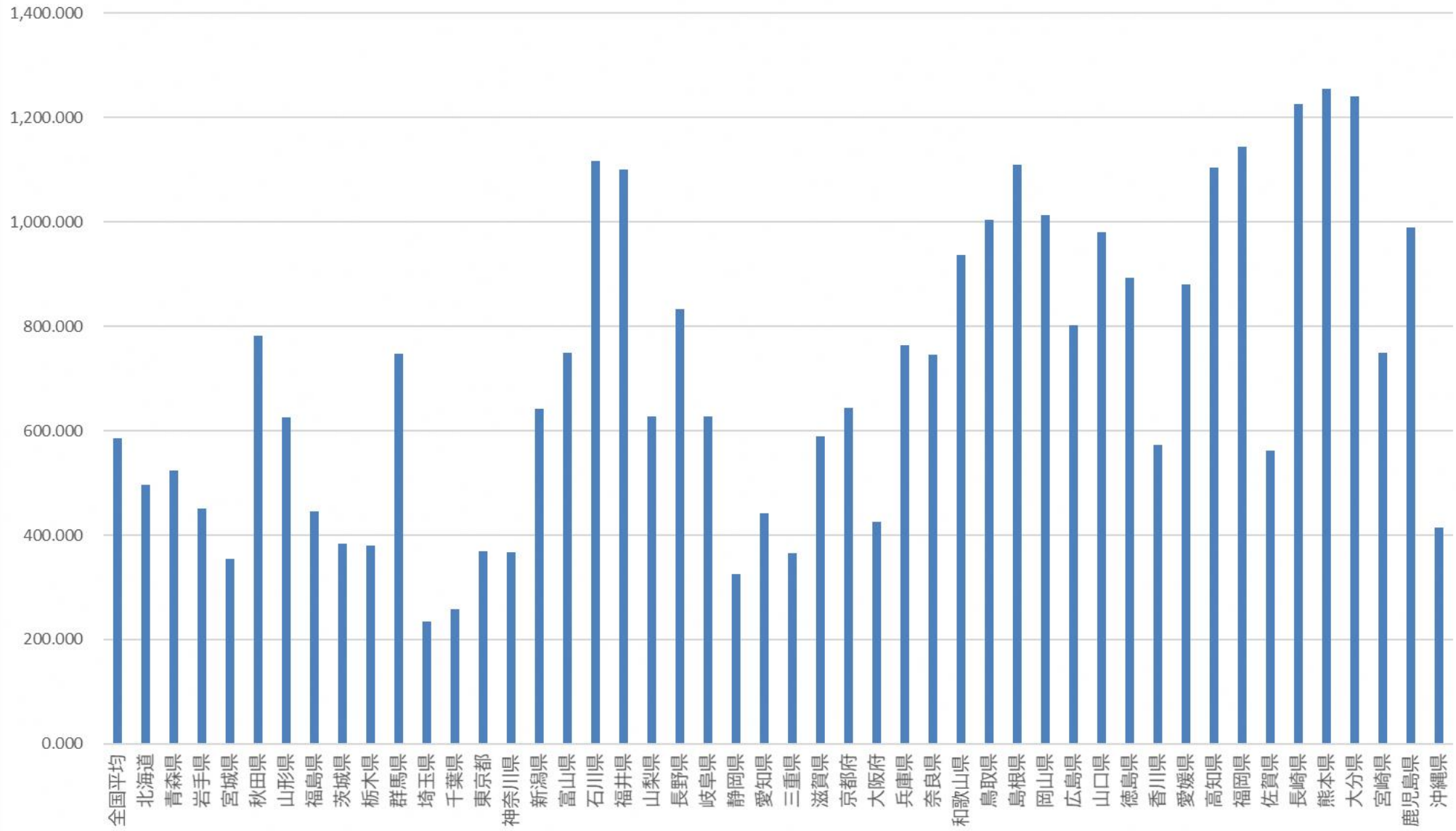
(出所)厚生労働省「令和元年度DPC導入の影響評価に係る調査『退院患者調査』の結果報告について」に基づき作成

県内病院別救急車受け入れ件数(令和元年度病床機能報告)



(出所)厚生労働省「令和元年度病床機能報告の結果報告について」に基づき作成

都道府県別地域包括ケア病棟入院料・入院管理料算定回数
 (2018年度診療分／65歳以上人口1,000人当たり)



(出所)厚生労働省「第5回NDBオープンデータ」、総務省統計局「人口推計」に基づき作成

県内二次医療圏別地域包括ケア病棟入院料・管理料届出病床数 (2021年5月1日現在)

上段:病床数 下段:65歳以上人口 1,000人対比	合計	入院料・管理料1	入院料・管理料2	入院料・管理料3	入院料・管理料4
村山	376	99	277	0	0
	2.20	0.58	1.62	0	0
最上	40	0	40	0	0
	1.53	0	1.53	0	0
置賜	316	238	78	0	0
	4.59	3.46	1.13	0	0
庄内	156	92	45	0	19
	1.65	0.97	0.47	0	0.20

(出所)東北厚生局「施設基準の届出等受理状況(届出項目別)」、山形県みらい企画創造部「令和2年山形県の人口と世帯数－山形県社会的移動人口調査結果報告書－」に基づき作成

県内市町村別在宅医療関連65歳以上人口10万対施設数・定員数等及び自宅・老人ホーム死亡割合

	H31.3.31	H31.3.31	H31.3.31	H31.3.31	H31.3.31	H31.3.31	H31.3.31	H31.3.31	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	R1.10.1	H31.1～R1.12	H31.1～R1.12
	在宅療養 支援病院	うち 機能強化 型(単独)	うち機能 強化型 (連携)	うち従来 型	在宅療養 支援診療 所	うち機能 強化型 (単独)	うち機能 強化型 (連携)	うち従来 型	訪問看護 ステーショ ン	訪問看護 ステーショ ンの看護 職員数 (常勤換 算)	うち24時 間対応の STの看護 職員数 (常勤換 算)	介護療養 型医療施 設病床数	介護老人 保健施設 定員	介護老人 福祉施設 定員	小規模多 機能型居 宅介護事 業所	複合型 サービス (看護小 規模多機 能型居宅 介護)事 業所	自宅死の割合	老人ホーム死 の割合
全国	4.01	0.55	1.03	2.44	40.54	0.55	8.86	31.13	33.07	172.62	159.48	97.22	1,070.33	1,626.23	15.71	1.68	13.6%	8.6%
山形市	0.00	0.00	0.00	0.00	22.51	0.00	0.00	22.51	26.73	175.88	166.03	0.00	603.62	1,758.80	59.10	5.63	10.1%	17.2%
米沢市	8.01	4.01	0.00	4.01	52.07	0.00	12.02	40.05	24.03	124.16	124.16	64.08	1,477.95	1,902.51	40.05	4.01	12.0%	7.4%
鶴岡市	2.32	0.00	0.00	2.32	41.83	0.00	0.00	41.83	18.59	104.58	106.90	13.94	1,041.16	1,868.51	27.89	0.00	15.0%	10.9%
酒田市	2.80	2.80	0.00	0.00	33.60	0.00	0.00	33.60	22.40	109.20	109.20	44.80	1,344.01	1,794.81	42.00	0.00	11.2%	12.2%
新庄市	0.00	0.00	0.00	0.00	26.83	0.00	0.00	26.83	35.77	116.27	116.27	0.00	1,431.00	2,182.27	35.77	0.00	9.3%	9.1%
寒河江市	0.00	0.00	0.00	0.00	7.84	0.00	0.00	7.84	15.68	109.76	109.76	0.00	784.01	2,163.86	15.68	0.00	13.0%	21.6%
上山市	0.00	0.00	0.00	0.00	26.30	0.00	0.00	26.30	17.53	70.14	35.07	0.00	1,402.77	1,402.77	26.30	0.00	8.2%	6.1%
村山市	0.00	0.00	0.00	0.00	55.19	11.04	0.00	44.15	11.04	121.41	121.41	0.00	1,103.75	1,876.38	33.11	0.00	13.6%	15.5%
長井市	10.87	0.00	0.00	10.87	0.00	0.00	0.00	0.00	21.74	43.47	43.47	217.37	1,304.21	2,608.41	32.61	0.00	6.4%	13.1%
天童市	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	22.09	82.85	82.85	0.00	1,148.92	1,933.27	27.62	0.00	8.7%	15.1%
東根市	0.00	0.00	0.00	0.00	30.83	7.71	0.00	23.12	15.42	46.25	46.25	0.00	770.83	3,237.49	30.83	0.00	12.0%	12.0%
尾花沢市	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,596.17	3,016.76	0.00	0.00	11.2%	13.3%
南陽市	9.78	0.00	0.00	9.78	19.57	0.00	0.00	19.57	9.78	78.28	78.28	0.00	2,230.92	1,859.10	29.35	0.00	10.0%	11.4%
山辺町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	21.35	106.77	106.77	0.00	2,135.38	1,708.31	0.00	0.00	9.9%	17.4%
中山町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,365.93	26.29	0.00	12.1%	20.1%
河北町	15.22	0.00	0.00	15.22	15.22	15.22	0.00	0.00	15.22	121.77	121.77	0.00	1,522.07	1,522.07	30.44	0.00	21.3%	12.7%
西川町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,345.94	43.46	0.00	8.9%	24.8%
朝日町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,891.68	0.00	0.00	10.2%	13.1%
大江町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,990.35	6,173.63	0.00	0.00	8.3%	30.8%
大石田町	0.00	0.00	0.00	0.00	37.06	0.00	0.00	37.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,965.16	0.00	0.00	11.4%	24.2%
金山町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,796.82	0.00	0.00	11.2%	6.5%
最上町	0.00	0.00	0.00	0.00	30.60	0.00	0.00	30.60	0.00	0.00	0.00	0.00	1,529.99	2,753.98	61.20	0.00	6.1%	4.8%
舟形町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,840.27	4,065.83	48.40	0.00	4.7%	5.8%
真室川町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,314.55	5,170.70	0.00	0.00	1.8%	1.2%
大蔵村	0.00	0.00	0.00	0.00	83.19	0.00	0.00	83.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,655.57	0.00	0.00	13.8%	38.5%
鮭川村	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,060.09	0.00	0.00	7.7%	25.6%
戸沢村	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,530.01	0.00	0.00	4.3%	1.1%
高畠町	13.29	0.00	0.00	13.29	39.87	0.00	0.00	39.87	13.29	53.16	53.16	0.00	0.00	2,950.17	13.29	0.00	4.3%	2.1%
川西町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18.44	202.88	202.88	0.00	3,688.68	1,844.34	18.44	0.00	10.7%	12.6%
小国町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	33.98	135.92	135.92	0.00	1,698.95	3,397.89	0.00	0.00	7.4%	4.4%
白鷹町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	20.04	60.13	60.13	0.00	2,004.41	2,204.85	0.00	0.00	6.0%	8.6%
飯豊町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	39.03	117.10	117.10	0.00	1,170.96	3,122.56	0.00	0.00	9.1%	9.9%
三川町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,198.15	2,518.89	41.98	0.00	13.4%	13.4%
庄内町	0.00	0.00	0.00	0.00	13.12	0.00	0.00	13.12	13.12	65.58	65.58	0.00	2,098.64	2,098.64	39.35	0.00	8.8%	9.4%
遊佐町	0.00	0.00	0.00	0.00	18.20	0.00	0.00	18.20	18.20	54.60	54.60	0.00	0.00	2,911.74	36.40	0.00	12.0%	7.6%

(出所)厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」に基づき作成

「連携」とは何か？

急性期

一人の患者にとって、**病期の流れに沿って**、
多くのサービス提供者が連携して、それぞれの**段階に応じた**サービスを提供する

多職種



一人の患者に対し、**同じ時期に**、
多くのサービス提供者による
連携が**重層的**に行われる

回復期

多職種

患者のニーズが複合化
施設間の患者の流れも双方向化
⇒「階層構造」ではなく「ネットワーク構造」へ

さまざまなサービス提供者の間での情報共有と
多様なニーズに対する適切なケアマネジメントが不可欠

慢性期

多職種

(在宅では複数の事業主体)

異なる事業主体・職種による多様なサービスを適切に繋ぎ合わせ、患者・利用者の個別的で複合的なニーズに対応