

## 1.1 在宅医療の推進

### 1. 在宅医療について

#### (1) 在宅医療とは

- 高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。
- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、医療や介護、生活支援等のサービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素である。
- また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。

#### (2) 在宅医療を支える機能

在宅医療を支えるための機能として「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「在宅での看取り」の4つがある。

##### 【退院支援】

- 近年、医療機関から退院した後も、何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となっている。
- 具体的には、病院における退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等の取組、多職種による退院前カンファレンス等の支援が行われている。

##### 【日常の療養支援】

- 居宅や高齢者向け施設・集合住宅等で医療を受けながら生活する者は、訪問診療や訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理等の支援を受けている。
- 在宅医療を支える職種は医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーのほか、介護サービスの調整をする介護支援専門員や介護サービスを提供する介護職などがある。

表 各職種が提供する医療とその役割

提供する医療	職種	役割
訪問診療	医師	通院が困難な方の自宅に医師が訪問し、診療を行う
訪問歯科診療	歯科医師	通院が困難な方の自宅に歯科医師・歯科衛生士が訪問し、歯の治療や入れ歯の調整等を通じて食事を嚙んで飲み込めるよう支援を行う
訪問薬剤管理指導	薬剤師	通院が困難な方の自宅に薬剤師が訪問し、薬の飲み方や飲み合わせ等の確認・管理・説明等を行う
訪問看護	看護師	看護師等が自宅に訪問し、安心感のある生活を営めるよう処置や療養中の世話等を行う
訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	通院が困難な方の自宅に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問し、心身機能の維持・回復や、日常生活の自立と社会参加を目的とした訓練や家屋の適切な改造の指導等を行う
訪問栄養食事指導	管理栄養士	管理栄養士が自宅に訪問し、病状や食事の状況、栄養状態や生活の習慣に適した食事等の栄養管理の指導を行う
在宅支援	医療ソーシャルワーカー	社会福祉の立場から患者やその家族の方々が抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、在宅復帰へ向けた支援を行う
	介護支援専門員	要介護者や要支援者の人の相談や心身の状況に応じるとともに、介護サービスを受けられるようにケアプランの作成を行う

### 【急変時の対応】

○自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族等の負担への懸念が挙げられる。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。

○24 時間いつでも往診や訪問看護等の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要である。

### 【在宅での看取り】

○患者や家族等のQOL（クオリティ・オブ・ライフ）の維持向上を図りつつ、療養生活を支えるとともに、患者や家族等が希望した場合には自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護の体制の構築が必要である。

### (3) 医療機関に求められる役割

#### 【退院支援】

(入院医療機関)

- 退院支援担当者を配置すること
- 入院初期から退院後の生活を見据えた関連職種による退院支援を開始すること
- 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(在宅医療に係る医療機関)

- 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
- 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること

#### 【日常の療養支援】

(在宅医療に係る医療機関)

- 関係機関の相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること

#### 【急変時の対応】

(在宅医療に係る医療機関)

- 病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族等に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること
- 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、薬局、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること
- 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院病床を確保するとともに、搬送については、地域の消防関係者と連携を図ること

(入院医療機関)

- 入院医療を提供している病院・有床診療所において、在宅医療に係る医療機関

(特に無床診療所) が担当する患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

**【看取り】**

(在宅医療に係る医療機関)

- 人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
- 患者や家族等に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと
- 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

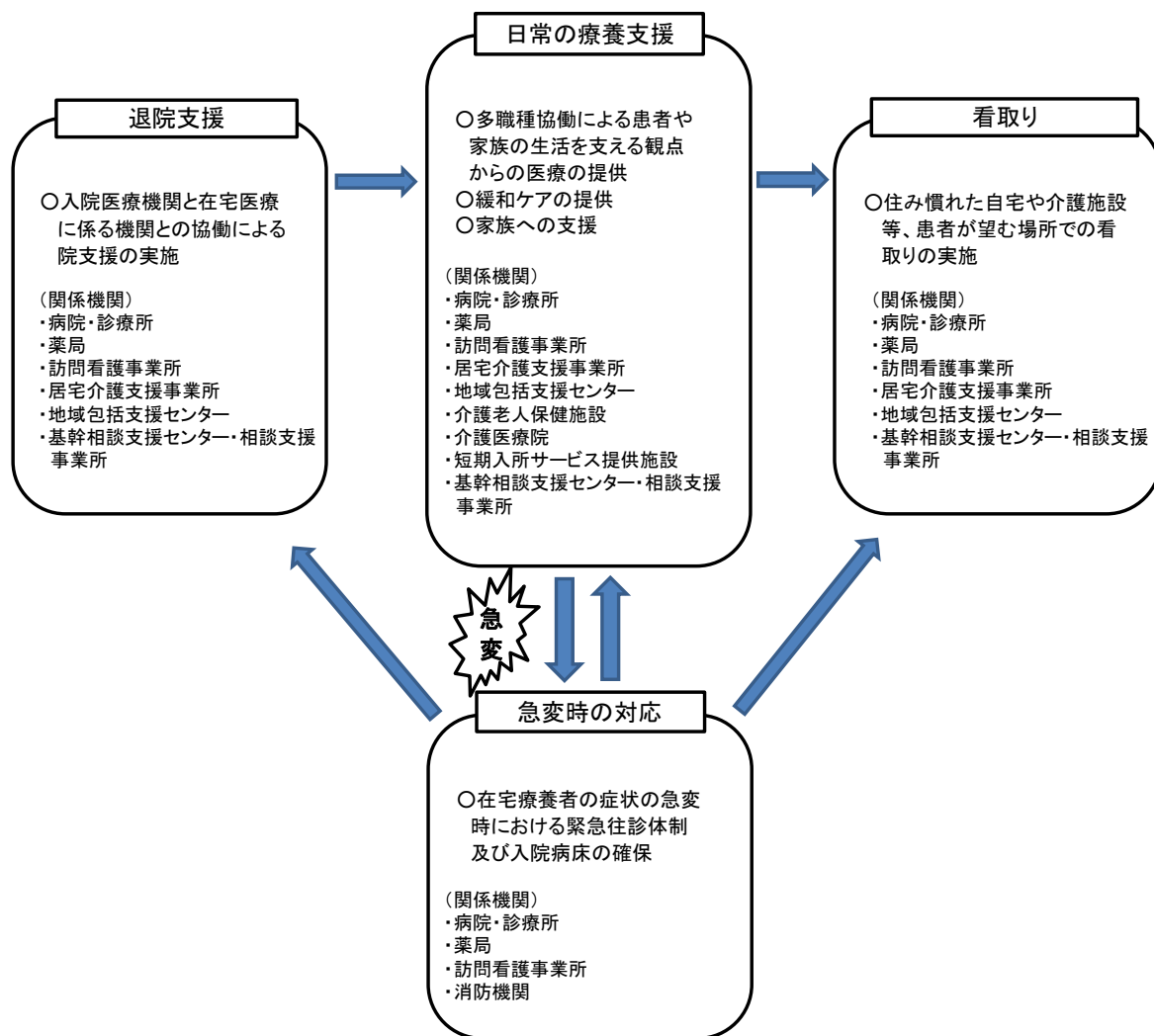
(入院医療機関)

- 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

**【認知症患者への対応】**

- 地域のかかりつけ医及び認知症疾患医療センター等において、医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること

## 在宅医療の医療提供体制



## 2. 在宅医療の現状と課題について

- 高齢者人口の増加に伴い、訪問診療を受ける患者数は今後も増加することが見込まれており、地域の実情に応じた多職種による日常の療養支援が可能な体制の構築とともに、24時間対応可能な連携体制や急変時の入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要である。
- 本人が望む医療やケアを提供するため、どのような医療やケアを望むかをあらかじめ考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有する「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」の取組みの推進が必要である。
- 認知症患者の増加が見込まれており、認知症になってもできる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、引き続き、早期の診断や周辺症状への対応を含む治療が受けられる体制の構築など、認知症疾患医療センターを中心とした、かかりつけ医等による地域で認知症患者を支えるための取組みを推進する必要がある。

### （1）在宅医療の動向

- 高齢者人口は今後も増加し、2025年には高齢者の5人に3人が後期高齢者になると見込まれている。
- 訪問診療の実施場所は居宅が23.9%、認知症グループホームが23.1%、有料老人ホームが28.7%となっており、高齢者向け施設・住宅で暮らしながら訪問診療を受けている患者が増えている。

表 訪問診療の実施場所の割合

居宅	特養	認知症 高齢者 グループ ホーム	有料老人 ホーム	軽費老人 ホーム	養護老人 ホーム	サービス 付き 高齢者向 け住宅	その他
23.9%	5.9%	23.1%	28.7%	4.3%	0.9%	10.1%	3.0%

出典：「石川県医療機能基礎調査」（地域医療推進室）

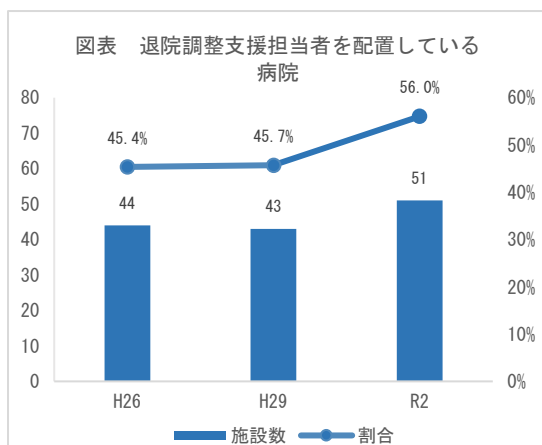
### （2）在宅医療の提供体制

#### 【退院支援】

- 退院支援担当者を配置している病院は、平成26年の44施設から令和2年には51施設に増加している。
- 在宅へ円滑に移行できるよう、入院医療機関と在宅医療や生活支援を担う機関の多職種で退院前カンファレンス等を実施し、情報共有を行うことが重要であ

## 第6章 医療提供体制の整備

る。また、退院後に外来医療を受ける場合は、病棟の退院支援看護師と外来看護師の連携により、退院後の支援の充実につなげる。



出典：「医療施設調査」（厚生労働省）

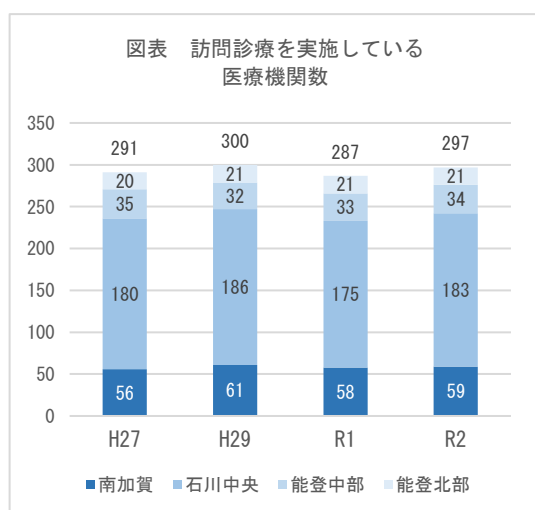
### 【日常の療養支援】

（訪問診療）

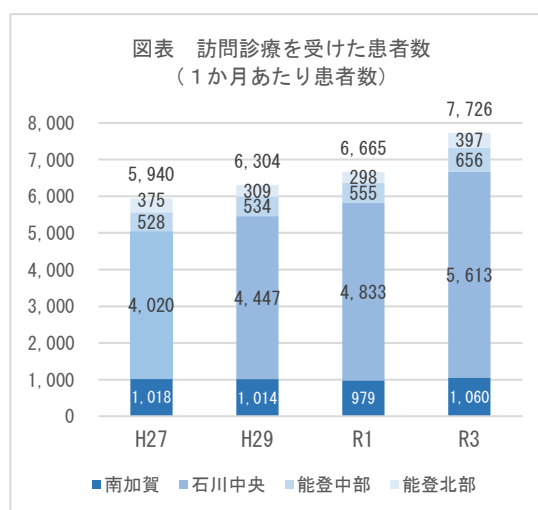
○訪問診療を実施している医療機関は、令和2年に297施設となっている。

○24時間対応が可能な体制の確保や地域の介護・福祉サービス事業所との連携等の要件を満たし、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出を行っている医療機関は、令和5年時点で174施設（病院26施設、診療所148施設）となっている。

○訪問診療を受けた患者数（1か月あたり）は平成27年度の5,940人から、令和3年の7,726人に増加している。なお、高齢化の進展に伴う慢性疾患を抱える高齢者の増加等により、訪問診療を受ける患者数は令和11年には約10,500人に増加することが見込まれている。



出典：「KDB（国保データベース）」



出典：「NDB（ナショナルデータベース）」（厚生労働省）

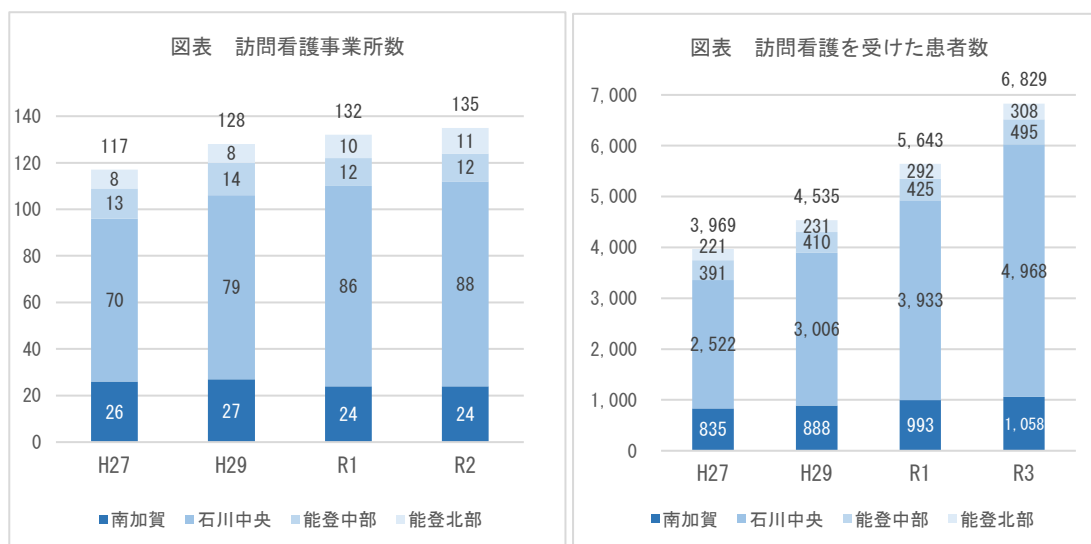
(訪問看護)

○訪問看護事業所数は平成27年の117施設から令和2年の135施設に増加している。

○訪問看護を受けた患者数（1か月あたり）は平成27年の3,969人から令和3年の6,829人（一部市町除く）と増加している。

○今後、高齢者の増加により、複数疾患や医療ニーズが高い在宅患者が増加することから、退院に向けた医療機関との連携や、退院後の在宅医療や外来医療における主治医をはじめとした多職種との連携が重要である。

○また、在宅患者に対して適切な時に適切な治療ができるよう、医師等の判断を待たずに、手順書等により一定の診療の補助（いわゆる「特定行為」）を行う看護師を養成し、確保する必要がある。



出典：「介護 DB（介護データベース）」（厚生労働省）

(訪問歯科診療)

○訪問歯科診療を行うための施設基準の届出を行っている歯科診療所（歯科訪問診療料の注13に規定する基準を満たす歯科診療所）は令和5年時点で338施設となっている。

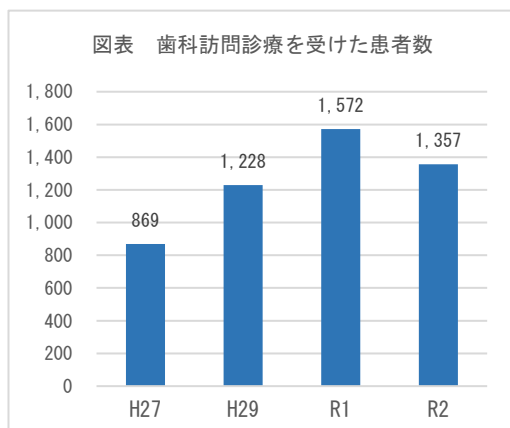
○また、医科医療機関や地域包括支援センター等との連携を図り、在宅や介護施設等における療養を歯科医療面から支援できる体制の確保等の要件を満たし、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている歯科診療所は40施設となっている。



## 第6章 医療提供体制の整備

○1か月あたりの訪問歯科診療を受けた患者数は平成27年の869人から令和2年の1,357人に増加している。

○加齢や全身疾患、内服薬の副作用などにより、唾液の分泌量が低下すると、むし歯や歯周病のリスクが増加し、食事や会話に支障をきたすなど口腔機能が低下しやすくなる。また、口腔ケアを行って口腔内を清潔に保ち、口腔機能を維持することが誤嚥性肺炎の予防に有効であることから、口腔健康管理の重要性が高まっている。



出典：「KDB（国保データベース）」

### （訪問薬剤管理指導）

○訪問薬剤管理指導の届出を行っている薬局は令和5年時点で558施設である。

○高齢者は、若年層に比べて、複数の疾患を抱えるケースが多く、複数の病院や診療所にかかっていることも多いため、誤服薬や重複投薬、薬の飲み合わせや飲み忘れなどに注意が必要である。また年齢が上がるとともに、腎機能や肝機能の低下に伴う有害事象の発生リスクも高くなる傾向にある。薬剤師の関与により、これらの予防や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、服用後のフォローアップや薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携や、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。

### （訪問リハビリテーション）

○リハビリテーションとは、身体機能を回復するためのリハビリテーションだけでなく、誰もが住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで主体的に続けるための取組みである。近年、地域包括ケアが推進され、高齢者や障害児・者、難病患者等に、医療機関におけるリハビリテーションから、居宅等の生活期におけるリハビリテーションを切れ目なく提供できる支援体制を構築することが求められており、医療機関のリハビリテーション専門職が市町の実施する地域支援事業に参加するなど、地域活動への参画が進められている。

- 訪問リハビリテーションを実施する事業所に従事するリハビリテーション職の数は少なく、また地域偏在があるため、各地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを提供・推進する体制が必要である。

(訪問栄養食事指導)

- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるため、退院時において病院の管理栄養士が在宅の支援者への情報提供や、栄養ケアステーションを活用し、栄養ケアステーションが紹介した管理栄養士と診療所等の医師の連携による在宅で生活する患者の栄養食事指導など、管理栄養士と関係機関の連携が必要である。

**【急変時の対応】**

- 往診を行っている医療機関数は令和2年時点で538施設となっている。
- 在宅医療を提供している医療機関と連携し、あらかじめ緊急時の入院希望を届け出ていた患者の急変時などに、24時間体制で受け入れる在宅療養後方支援病院の届出をしている病院は11施設（令和5年）、24時間体制をとっている訪問看護ステーション数は111施設（令和3年）となっている。
- 令和3年に往診を受けた患者数は14,950人である。
- 今後、高齢者の増加により救急搬送の増加が見込まれており、高度な医療を提供する三次救急医療機関への搬送の集中を防ぐ必要がある。在宅医療に必要な連携を担う拠点や市町、地域の関係団体で連携のルールを話し合うことや、あらかじめどのような医療やケアを望むかを考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有する取組みである「人生会議」（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）を進める必要がある。
- また、単身の高齢者の増加により、身寄りのない方が救急搬送されるケースが増加しており、入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に課題が生じている。そのようなケースを防ぐために、住民や医療関係者への「人生会議」や成年後見制度の周知及び理解促進が重要である。

**【看取り】**

- 令和3年の死亡者については、病院での死亡者が最も多く66.9%を占めている。近年は自宅や老人ホーム、介護医療院・介護老人保健施設での死亡者が増加しており、令和3年はそれぞれ14.2%、10.4%、5.8%を占めている。
- 患者が人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて話し合うこと

(人生会議)を促すとともに、希望する場所で最期を迎えることができるよう、住み慣れた自宅や介護施設等における看取りの体制を充実していく必要がある。

表 死亡場所別死亡数と割合の推移

	総数	施設内					施設外		
		計	病院	診療所	介護医療院・介護老人保健施設	老人ホーム	計	自宅	その他
H23	11,962	10,553 (88.2%)	9,598 (80.2%)	163 (1.4%)	258 (2.2%)	534 (4.5%)	1,409 (11.8%)	1,123 (9.4%)	286 (2.4%)
H28	12,422	11,049 (88.9%)	9,454 (76.1%)	137 (1.1%)	492 (4.0%)	966 (7.8%)	1,373 (11.1%)	1,163 (9.4%)	210 (1.7%)
R3	13,214	11,119 (84.1%)	8,836 (66.9%)	139 (1.1%)	767 (5.8%)	1,377 (10.4%)	2,095 (15.9%)	1,882 (14.2%)	213 (1.6%)

出典：「人口動態調査」（厚生労働省）

### (3) 在宅医療と介護の連携

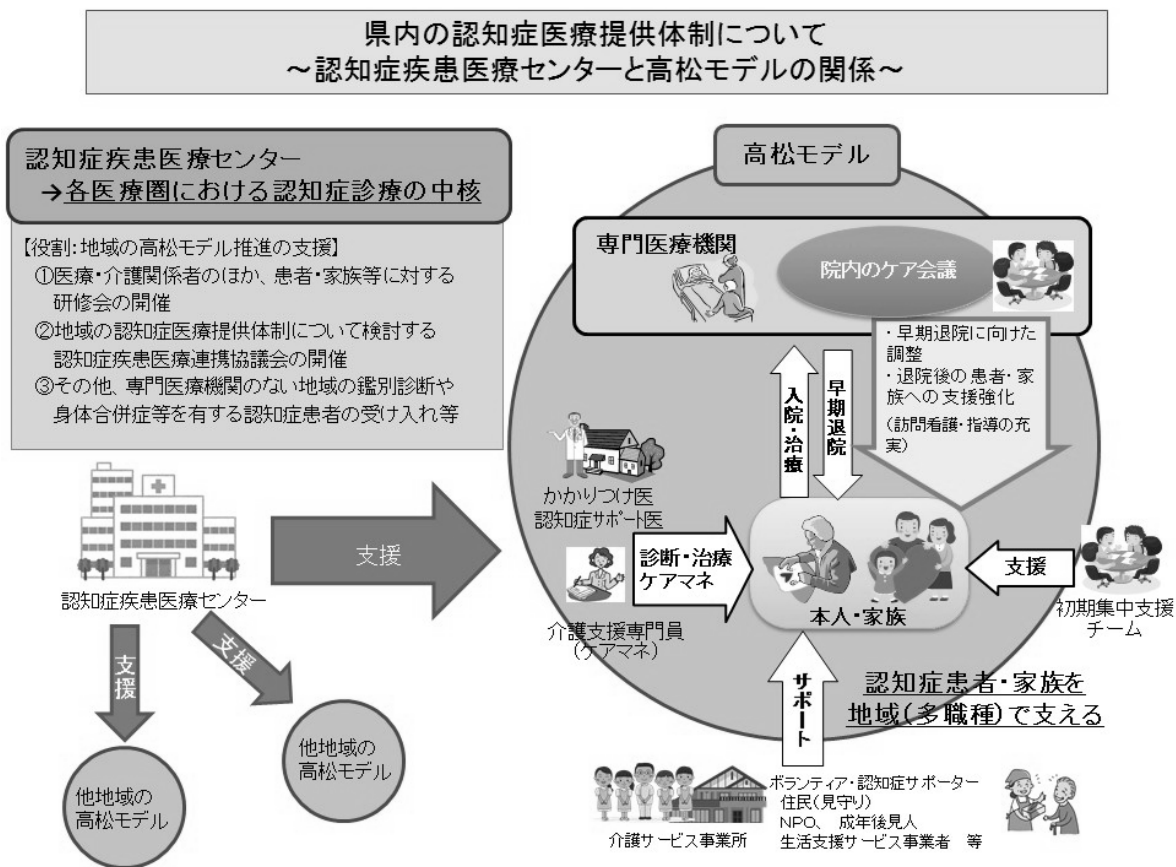
- 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、市町が中心となって、医療や介護、生活支援等のサービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が進められている。
- 地域包括ケアシステムの核となる在宅医療と介護の連携については、県医師会と連携し、医療・介護の関係団体による「在宅医療推進協議会」において、「いしかわ在宅医療・介護連携ルール」の作成などの在宅医療・介護連携のための取組の検討等に取り組んでいる。
- また、地域ごとに在宅医療推進の中核となる在宅医療連携グループの整備を進め、現在、県内で17グループが医師や看護師、薬剤師、リハビリ職、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、地域包括支援センター、介護職などの医療・介護関係者による事例検討会を通じたチームづくりや医療と介護の連携方法の検討等に取り組んでいる。
- 市町においては平成27年度から介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業を実施しており、在宅医療と介護の切れ目のない提供体制を構築するため、郡市医師会等関係団体と連携しながら、PDCAサイクルに沿った取組（地域の現状分析・課題抽出・政策立案、対応策の実施、対応策の評価・改善）を継続的に実施している。

- さらに、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療に必要な連携を担う拠点を位置づけており、これらの拠点が中心となり、市町が実施する在宅医療・介護連携推進事業と連携しながら、在宅医療圏（市町）ごとに医療・介護の連携体制の構築を進めていくこととしている。構築にあたっては、地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を開催し、在宅医療の提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を行う必要がある。

#### （４）認知症患者の動向と対応

- 認知症になってもできる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、引き続き、早期の診断や周辺症状への対応を含む治療が受けられる体制を構築する必要がある。
- 認知症疾患医療センターは、地域における認知症医療の中核となる病院として、認知症専門医療を提供し、診断後支援を実施するほか、認知症医療の地域連携拠点となっている。南加賀医療圏では加賀こころの病院、石川中央医療圏では県立こころの病院、能登中部・北部医療圏では公立能登総合病院を認知症疾患医療センターとして指定している。早期診断・早期対応のための体制として、かかりつけ医の認知症対応力向上研修の実施、かかりつけ医への助言や支援を行う認知症サポート医の養成を進めている。
- また、入院患者が早期退院できるよう、地域の医療・介護の連携体制を構築するため、県立こころの病院（旧：県立高松病院）が地域の在宅医療や介護関係者と実施してきた認知症高齢者の在宅療養をサポートする医療・介護連携モデル（高松モデル）の県内への普及に取り組んできたところである。
- 引き続き、認知症疾患医療センターを中心とした、地域で認知症患者を支えるための取組みを推進する必要がある。

図 認知症疾患医療センターと高松モデルの関係



### 3. 在宅医療の医療機能の明確化及び圏域の設定

#### ① 在宅医療体制

機能	退院支援	日常の療養支援
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院医療機関と在宅医療に係る医療機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の疾患、重症度に応じた医療が多職種協働により、可能な限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること</li> </ul>
求められる事項	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●退院支援担当者を配置すること</li> <li>●退院支援担当者は、可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けさせること</li> <li>●入院初期から退院後の生活を基据えた関連職種による退院支援を開始すること</li> <li>●退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること</li> <li>●退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること</li> </ul> <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること</li> <li>●在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること</li> <li>●高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること</li> <li>●病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと</li> </ul>	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●関係機関の相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること</li> <li>●医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること</li> <li>●地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること</li> <li>●がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること</li> <li>●災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること</li> <li>●医薬品や医療機器等の提供を円滑に行うための体制を整備すること</li> <li>●身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、関係職種間で連携体制を構築すること</li> <li>●日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること</li> <li>●在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある</li> </ul>
	<p>【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと</li> <li>●在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること</li> <li>●臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること</li> <li>●災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと</li> <li>●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること</li> <li>●入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと</li> </ul>	
	<p>【在宅医療に必要な連携を担う拠点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること</li> <li>●地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと</li> <li>●質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること</li> <li>●在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと</li> <li>●在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること</li> </ul>	
関係機関の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院・診療所</li> <li>●薬局</li> <li>●訪問看護事業所</li> <li>●栄養ケアステーション</li> <li>●居宅介護支援事業所</li> <li>●地域包括支援センター</li> <li>●基幹相談支援センター・相談支援事業所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院・診療所</li> <li>●薬局</li> <li>●訪問看護事業所</li> <li>●栄養ケアステーション</li> <li>●居宅介護支援事業所</li> <li>●地域包括支援センター</li> <li>●介護老人保健施設</li> <li>●介護医療院</li> <li>●短期入所サービス提供施設</li> <li>●看護小規模多機能型居宅介護事業所</li> <li>●基幹相談支援センター・相談支援事業所</li> </ul>

第6章 医療提供体制の整備

機能	急変時の対応	看取り
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●住み慣れた自宅や介護施設等患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること</li> </ul>
求められる事項	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族等に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること</li> <li>●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、薬局、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること</li> <li>●在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院病床を確保するとともに、搬送については、地域の消防関係者と連携を図ること</li> <li>●患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、消防関係者も含め連携体制の構築を進めることが望ましい</li> </ul> <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅療養支援病院、有床診療所（在宅療養支援診療所を含む。）、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、在宅医療に係る機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際の受入れを行うこと</li> <li>●特に、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院においては、地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携することで、円滑な診療体制の確保に努めること</li> </ul>	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること</li> <li>●本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること</li> <li>●麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること</li> <li>●患者や家族等に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと</li> <li>●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること</li> </ul> <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること</li> </ul>
関係機関の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院・診療所</li> <li>●薬局</li> <li>●訪問看護事業所</li> <li>●消防機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院・診療所</li> <li>●薬局</li> <li>●訪問看護事業所</li> <li>●居宅介護支援事業所</li> <li>●地域包括支援センター</li> <li>●基幹相談支援センター・相談支援事業所</li> </ul>

## ②在宅医療における圏域の設定

- 在宅医療の医療機能については、基本的に市町内の医療機関同士が相互に連携を図りながら担っており、原則として、市町を在宅医療の圏域とする。

## 4. 在宅医療の施策の方向

## 【目的（目指す方向）】

- 訪問診療を受けた患者数（月平均）の増加
- 在宅看取り数の増加

## 【目標】

- 退院支援担当者を配置している診療所・病院数の増加
- 訪問診療を実施している診療所・病院数の増加
- 在宅療養支援歯科診療所の増加
- 訪問看護事業所の増加
- 往診を実施している診療所・病院数の増加
- 在宅療養後方支援病院数の増加
- 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数の増加
- 在宅看取りを実施している診療所・病院数の増加
- ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数の増加
- 認知症ケア加算を算定している医療機関数の増加
- かかりつけ医における認知症医療を受けた患者数の増加

## (1) 在宅医療体制の強化

## 【退院支援】

- 退院後ケアの円滑な提供に向けて、入退院時における連携ルール等により医療・介護の入退院時の連携強化を図り、入院医療から在宅医療への円滑な移行を促進する。

## 【日常の療養支援】

- 医師会等関係団体が実施する在宅医療の提供体制強化や充実に向けた取組の支援に努める。
- 在宅医療に携わる多職種によるチームの連携を円滑に行うため、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の利用を推進する。
- 医師不足地域等においてオンライン診療の活用を検討する。
- がんや脳卒中、心血管疾患、糖尿病については、関係機関との診療情報や治療計画の共有（地域連携クリティカルパスを含む。）や医療・介護関係者を対象



## 第6章 医療提供体制の整備

とした研修会の開催などにより、専門的治療を行う医療機関と在宅療養を担う機関の連携体制の構築を図る。

- 小児在宅患者への対応は、保健・医療・障害福祉・保育・教育等の関係分野の支援を行う機関の連携を強化し、小児在宅医療の連携のあり方を検討する。
- 保健・医療・福祉の関係機関との連携を図り、生活期リハビリテーションの提供・推進体制を含む、地域リハビリテーション支援体制の取組について検討する。

### 【急変時の対応】

- 患者の急変時の受入れなど在宅医療の後方支援や、在宅復帰に向けた回復期の入院医療等を担う地域包括ケア病床の整備を促進する。
- 居宅や介護施設等における患者の急変時の対応や医療機関の支援体制について、在宅医療において必要な連携を担う拠点や市町、地域の関係団体が連携し検討する。
- 在宅患者の急変時の連携ルールの推進や地域における課題の抽出、対応策の検討等に対する支援を行う。

### 【看取り】

- 患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うこと（人生会議）を促すため、患者や家族を支援する医療従事者等に対する研修会の開催支援や啓発媒体の作成などの取組を検討する。

### 【その他】

- 県は、地域医療構想調整会議や在宅医療推進協議会などを通じて、各市町の在宅医療・介護の連携体制の構築状況を把握するとともに、その質の向上・確保を図るため、関係団体とともに市町の支援策を検討する。
- 市町や郡市医師会、在宅医療連携グループなどの関係団体の活動内容を報告する成果発表会を開催し、関係団体の活動内容を情報共有するとともに、好事例を他地域へ広げるよう努める。
- 災害や感染症まん延時にも在宅医療が提供できるよう、平時から在宅医療の関係機関の連携を進めるとともに、在宅医療に必要な連携を担う拠点等における業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

## (2) 在宅医療を支える人材の育成

- 医師会等関係団体や医療従事者のグループ（研究会等）が行う研修等により、地域における在宅医療推進の中核となる人材の養成を目指し、在宅医療に従事する医療従事者の養成と資質の向上に努める。
- 訪問看護ステーション等に勤務する看護師が、特定行為研修等を受講しやすい環境整備や、地域の医療機関等に勤務する医師・看護師等に特定行為等についての理解を深めてもらうなど、研修会修了者が活躍できる体制を構築する。
- 要介護者の口腔ケアや口腔機能向上に関する研修会を開催し、関係者の資質向上を図る。
- 薬局に勤務する薬剤師が、実際に使用する機器の操作方法など現場で求められている技能等を習得するため、実践的な研修会を実施し、さらなる在宅医療対応能力の向上に努める。
- 介護施設等に勤務する看護職員等を対象とした研修会を行うなど、介護施設等におけるケアの充実に努める。
- 特別養護老人ホーム等の施設及び居宅において必要なケアを安全に提供するため、介護職員を対象とした喀痰吸引等の実施のための研修を行うなど、適切に喀痰吸引等を行うことができる介護職員等を養成する。
- 医療的ケア児が地域において必要な支援を円滑に受けられる体制の構築を推進するため、小児在宅医療に関わる多職種を対象とした研修会の開催等を支援する。
- 生活期リハビリテーションの充実のため、福祉用具等を用いた自立支援に関する研修や多職種を対象とした研修会等を通して、リハビリテーション職の資質向上及び多職種との連携を図る。
- 生活困窮や虐待の問題、身寄りのない方等の社会的な課題を持つ方に対する支援について多職種で考える研修会を実施し、関係者の資質向上を図る。

## (3) 在宅医療と介護の連携の推進

- 市町が医療関係団体と連携して実施する、在宅医療・介護連携推進事業等を通じ、地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制の構築を図るとともに、県は医療に係る専門的・技術的な対応や複数市町にまたがる広域的な連携が必要な取組等、在宅医療・介護連携の推進に向けた支援を行う。

- 地域医療構想調整会議等で各地域の在宅医療の提供状況等について情報提供を行うとともに、医療・介護間での課題の共有や、連携強化に向けた取り組みを推進する。

#### (4) 住民への在宅医療に関する普及啓発

- 市町が地域の関係団体と連携して行う普及啓発の取組と合わせて、県でも県民公開講座等を開催し、入院から在宅医療への移行プロセスや在宅医療で利用できるサービス、看取り、認知症等に関する住民向けの普及啓発に努める。

#### (5) 認知症医療提供体制の充実

- 認知症に関する詳細な診断や治療といった専門的医療の提供や診断後支援の実施、医療・保健・介護機関等での連携体制の充実のため、認知症疾患医療センターの運営の支援を行う。

- かかりつけ医の認知症対応力向上研修の実施や認知症サポート医養成研修の受講促進、認知症サポート医に対するフォローアップ研修などにより、かかりつけ医による認知症の早期発見・早期対応と継続医療体制の強化を図る。

- 認知症サポート医に対して市町の認知症初期集中支援チームへの協力を求めるとともに、チーム構成員が参加する研修の受講を支援するなど、認知症初期集中支援チームの対応力強化を図る。

- 入院患者の認知症の悪化を予防するため、認知症サポート医の育成や認知症認定看護師の養成、医療従事者への認知症対応力向上研修を通じ、認知症患者に対応できる人材の育成や、院内の認知症ケアチームの設置などを行う病院の増加を図る。

- 地域ごとの事例検討会を通じ、各地域で認知症に関わる多職種連携体制を構築するとともに、地域の多職種連携の中核となる人材を養成することにより、高松モデルの普及を促進する。

## 施策・指標マップ

番号	A 個別施策	番号	B 目標	番号	C 目的			
1	【退院支援】 ・連携ルール等による医療・介護の入退院時の連携強化	1	【入退院支援を行うことができる】	現状	1	【高齢になっても住み慣れた地域で生活できる】	現状	
			指標	退院支援担当者を配置している診療所・病院数			55 (R2)	指標
2	【日常の療養支援】 ・市町や関係団体の活動の共有及び支援 ・在宅医療を支える人材の養成と資質の向上 ・在宅医療の普及啓発	2	【患者のニーズに合ったサービスを提供できる】	現状				
			指標	訪問診療を実施している診療所・病院数				297施設 (R2)
			指標	在宅療養支援歯科診療所数				40施設 (R5.10)
			指標	訪問看護事業所数	135施設 (R3)			
3	【急変時の対応】 ・病床機能の分化・連携による受入体制の強化 ・急変時における連携ルールの運用	3	【急変時の対応ができる】	現状				
			指標	往診を実施している診療所・病院数				358施設 (R2)
			指標	在宅療養後方支援病院数				11施設 (R5.10)
			指標	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数	111施設 (R3)			
4	【看取り】 ・人生会議の普及啓発	4	【看取りを行うことができる】	現状				
			指標	在宅看取りを実施している診療所・病院数				104施設 (R3)
			指標	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	105施設 (R3)			
5	【認知症患者への対応】 ・認知症疾患医療センターを中心とした医療体制の強化 ・認知症患者に対する多職種連携強化	5	【認知症患者への適切な医療や支援を行うことができる】	現状				
			指標	認知症ケア加算を算定している医療機関数				19施設 (R2)
			指標	かかりつけ医における認知症医療を受けた患者数	1,277人 (R2)			

### 数値目標

分類	指 標		現状値	目標値	
	名 称	出典・説明		R8年度 (中間年)	R11年度 (最終年)
B	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	厚生労働省 「医療施設調査」	55施設 (R2)	増加	増加
B	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省集計 KDBデータ	297施設 (R2)	増加	増加
B	在宅療養支援歯科診療所	東海北陸厚生局 「診療報酬施設基準」	40施設 (R5.10)	増加	増加
B	訪問看護事業所数	厚生労働省 「介護DB」	135施設 (R3)	増加	増加
B	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省集計 KDBデータ	358施設 (R2)	増加	増加
B	在宅療養後方支援病院数	東海北陸厚生局 「診療報酬施設基準」	11施設 (R5.10)	増加	増加
B	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数	厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」	111施設 (R3)	増加	増加
B	在宅看取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省 「NDB」	104施設 (※) (R3)	増加	増加
B	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」	105施設 (R3)	増加	増加
B	認知症ケア加算を算定している医療機関数	厚生労働省 「精神保健福祉資料」	19施設 (R2)	増加	増加
B	かかりつけ医における認知症医療を受けた患者数	厚生労働省 「精神保健福祉資料」	1,277人 (R2)	増加	増加
C	訪問診療を受けた患者数(月平均)	厚生労働省 「NDB」	7,726人 (R3月平均)	増加	増加
C	在宅看取り数	厚生労働省 「NDB」	2,219人 (R3)	増加	増加

※数値非公開(該当する医療施設数1箇所以上、3箇所未満)の市町を除く合計