

12 在宅医療

目指す姿

- ▶ 県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる〔クオリティ・オブ・ライフ*（QOL）の維持・向上/クオリティ・オブ・デス*（QOD）の実現〕

取組の方向性

- （１）病院から在宅療養への移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる
- （２）望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる
- （３）病状急変に際し、必要な支援を受けることができる
- （４）望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる
- （５）感染症や災害発生時にも、療養を継続することができる
- （６）多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能が充実している

現状と課題

（１）入退院支援にかかる支援の状況

ア 退院調整部署の設置

- 令和５年（２０２３年）５月に実施した「医療機関における地域医療連携に関する状況調査」によると、県内５８病院中５４病院（９３．１％）が退院調整部署を設置しています。
- 退院支援部署に配置している職種では、看護師を配置している病院が４１病院、社会福祉士が３８病院、精神保健福祉士が１７病院となり、退院支援部門における多職種の配置が進んでいます。

イ 病院と在宅療養を支える多職種との連携（入退院支援ルールの運用）状況

- 平成２８年度（２０１６年度）から、全ての二次保健医療圏域において病院と介護支援専門員の連携ルール（入退院支援ルール）を策定し、入院時から退院に向けたスムーズな連携を図っています。
- 令和５年（２０２３年）６月に実施した「病院と介護支援専門員の連携に関する調査」では、入院時に介護支援専門員から病院へ情報提供を行った率は９３．３％、退院時に病院から介護支援専門員*への引継ぎを行った率は９５．０％と医療・介護の情報連携の取組は進んでいます。
- 入退院支援ルールを運用する中で、介護支援専門員以外の訪問看護師やリハビリテーション専門職、管理栄養士、薬剤師等との入退院時の連携についても検討が進められています。
- 令和３年（２０２１年）病院報告（厚生労働省）では、本県における病院の一般病床の平均在院日数は、平成２７年（２０１５年）１６．４日から、令和３年（２０２１年）１５．４日と年々短縮しています。そのような中、暮らしを分断せず、入院前から退院後の在宅療養環境や本人・家族の状況を見据えた支援を行うためには、多職種・多機関連携の更なる促進が必要となっています。

(2) 望む場所での日常療養支援の推進

ア 在宅医療ニーズの状況

- 令和4年度（2022年度）に実施した「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」によると、将来介護が必要になったときに介護を受けたい場所は、「自宅で介護してほしい」が26.3%と最も多く、また、介護保険サービスで力を入れるべきことは「自宅での生活を継続できるよう、訪問介護や訪問看護など在宅サービスを充実すべき」が62.7%と最も多くなっています。
- また、同調査で、在宅医療の認知度について、「在宅医療を知っている」と回答した人は81.3%を占めています。在宅医療の各サービスの認知度では、訪問介護54.3%、訪問診療48.4%、訪問看護43.4%となっています。一方、訪問リハビリ30.2%、訪問歯科診療23.8%、訪問薬剤指導15.5%、訪問栄養指導11.8%と認知度は低くなっています。

イ 在宅医療の対象者の状況

- 介護保険の第1号被保険者の要介護・要支援認定者数は、令和5年（2023年）の約69,000人に対し、令和22年（2040年）には約93,000人と推計されており、約24,000人の増加が見込まれます。
- また、平成27年度（2015年度）に策定した滋賀県地域医療構想をもとに、今後の訪問診療の需要を試算すると、令和4年（2022年）の7,251.7人/日から、令和11年（2029年）には8,740.4人/日と1.21倍に増加すると推計されています。
- 令和2年（2020年）患者調査（厚生労働省）によると、65歳以上の人では、入院では「脳血管疾患」「悪性新生物（がん）」「心疾患」、外来では「高血圧性疾患」などと、慢性疾患による受療率が高くなっています。
- また、年齢層が上がるほど、入院・外来ともに受療率が上がる傾向にあり、今後、75歳以上の人が増加する中で、この年代は、複数の疾病を抱えている、要介護に移行する率が高い、認知症の発症率が高い等の特徴も有していることから、医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち、在宅で疾病や障害を抱えつつ自宅や地域で生活を送る高齢者が今後も増加していくことが予測されます。
- さらに難病患者、小児慢性特定疾病児童や在宅の重症心身障害児者の増加とともに、在宅で人工呼吸器等の医療機器を利用し、在宅療養支援を必要とする人も年々増加しています。
- 滋賀県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）のレセプトデータによると、令和4年度（2022年度）に在宅医療に関する医療保険および介護保険のレセプトの請求対象となった患者の実人員は次表のとおりとなっており、医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職、管理栄養士のいずれの職種からも訪問を受ける人が増加しています。

表3-3-12-1 在宅医療に係る患者の実人員

(単位：人)

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
訪問診療（国保・後期）	9,327	9,918	10,178	11,113	11,801	12,438
訪問歯科診療（国保・後期）	6,316	6,765	7,329	6,834	7,861	8,205
訪問薬剤（国保・後期・介護）	3,261	3,773	4,295	5,064	5,781	6,752
訪問看護（国保・後期・介護）	11,739	12,665	13,744	14,847	15,936	17,220
訪問リハビリ（国保・後期・介護）	3,434	3,905	4,088	4,551	4,842	5,194
訪問歯科衛生指導（国保・後期・介護）	3,803	4,076	4,354	4,389	5,036	5,634
訪問栄養食事指導（国保・後期・介護）	50	60	64	98	195	212

※：「国保」は国民健康保険分、「後期」は後期高齢者医療分、「介護」は介護保険分を示す

ウ 在宅療養を支える医療資源の状況

- 在宅療養を支える医療資源の状況は下表のとおりです。

24時間体制で往診を行う在宅療養支援診療所*は、令和5年（2023年）10月現在で166か所、在宅療養支援病院は18か所、訪問歯科診療を行う歯科診療所は146か所、訪問看護ステーション数は185か所と在宅療養を支える医療資源は着実に増加していますが、今後増大する在宅医療ニーズに対応するためには、更なる充実が必要となります。

表3-3-12-2 在宅療養を支える医療資源の状況

	調査日	合計	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	高島	参考
病院数	R5.10.1	58	15	14	7	11	4	4	3	医療政策課
在宅療養支援病院数	R5.10.1	18	3	5	2	4	1	1	2	近畿厚生局
在宅療養後方支援病院	R5.10.1	6	1	0	0	1	3	0	1	近畿厚生局
訪問診療を行った病院数	R4	29	6	6	4	5	3	2	3	国保連データ
無床診療所数	R5.4.1	1,098	294	296	87	150	110	119	42	医療政策課
有床診療所数	R5.4.1	36	12	10	3	6	2	2	1	医療政策課
在宅療養支援診療所数	R5.10.1	166	60	42	6	26	6	16	10	近畿厚生局
在宅時医学総合管理料	R5.10.1	268	91	67	19	36	14	25	16	近畿厚生局
訪問診療を行った診療所数	R4	319	92	74	26	44	28	39	16	国保連データ
歯科診療所数	R5.4.1	570	145	140	53	87	61	63	21	医療政策課
在宅療養支援歯科診療所数	R5.4.1	51	7	19	3	9	2	6	5	近畿厚生局
訪問歯科診療を行った医療機関数	R4	214	44	57	22	26	20	34	11	国保連データ
訪問歯科衛生を行った機関数	R4	95	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
薬局数	R5.4.1	655	153	162	63	104	74	74	25	薬務課
在宅医療支援薬局数	R4.10	197	51	56	27	30	10	18	5	薬剤師会
訪問薬剤指導を行った薬局数	R4	460	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
訪問看護ステーション数	R5.10.1	185	54	44	14	19	29	18	7	近畿厚生局
24時間対応型訪問看護ステーション数	R5.10.1	168	49	42	13	18	24	16	6	近畿厚生局
機能強化型訪問看護ステーション数	R5.10.1	17	4	4	3	4	2	0	0	医療福祉推進課
訪問リハビリを行った機関数	R4	162	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
訪問栄養を行った機関数	R4	16	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
居宅介護支援事業所数	R5.10.1	457	146	92	38	61	48	58	14	医療福祉推進課
通所介護事業所数	R5.10.1	277	56	57	24	47	39	43	11	医療福祉推進課
地域密着型通所介護事業所数	R5.10.1	298	96	71	24	41	25	30	11	医療福祉推進課
地域密着型認知症通所介護	R5.10.1	77	12	10	11	12	13	16	3	医療福祉推進課
通所リハビリテーションを行った事業所数	R5.10.1	69	15	13	6	16	3	12	4	医療福祉推進課
訪問介護事業所数	R5.10.1	385	131	87	25	48	45	39	10	医療福祉推進課
認知症対応型共同生活介護	R5.10.1	158	45	20	15	28	20	21	9	医療福祉推進課
介護老人福祉施設数	R5.10.1	98	19	17	14	17	12	13	6	医療福祉推進課
短期入所生活介護事業所数	R5.10.1	122	30	25	15	18	12	13	9	医療福祉推進課
介護老人保健施設数	R5.10.1	33	7	6	4	7	2	5	2	医療福祉推進課
短期入所療養介護事業所数	R5.10.1	38	8	7	5	8	3	5	2	医療福祉推進課
小規模多機能型居宅介護	R5.10.1	88	16	19	9	14	12	8	10	医療福祉推進課
看護小規模多機能型居宅介護	R5.10.1	13	4	1	1	1	3	3	0	医療福祉推進課

- 国保連合会のデータでは、令和4年（2022年）には病院では29か所、診療所では319か所が訪問診療を行っています。
- 令和5年（2023年）6月に実施した「滋賀県医療機能調査」の結果によると、診療所において在宅医療を担うために必要な条件整備として「必要とする」と回答が多かったのは、「病院や診療所・薬局・訪問看護ステーションとの連携」、「地域医師会単位の「専門医からのアドバイスが受けられる体制」、「往診可能な医師のグループ対応体制」などとなっています。
- また、同調査において、在宅療養患者の後方支援として、レスパイト入院のために病床を常に確保しているのは8病院（14.0%）、病床が空いていれば受け入れるのは29病院（50.9%）となっています。

エ 在宅療養を支える多職種連携の推進

- 多様化しかつ増大する在宅医療ニーズに対応するためには、在宅療養を支える関係機関や職能団体において、在宅療養に対する理解の促進や他職種・他機関に対する役割の理解と連携を深め、多職種連携の活動をさらに充実していく必要があります。

（2）急変時の対応や本人が望む場所での看取りの推進

- 在宅療養をバックアップする在宅療養後方支援病院*は、令和5年（2023年）10月現在6か所となっています。そのほか、令和5年（2023年）6月に実施した滋賀県医療機能調査の結果によると、在宅療養患者の後方支援として、急変時対応の入院のために病床を常に確保している10病院（17.5%）、病床が空いていれば受け入れるのは29病院（50.9%）となっています。
- 国保連合会のデータによると、令和4年（2022年）の実績で、病院では34か所、診療所では393か所が往診を行っています。今後、24時間体制をとっている訪問看護ステーションや薬局との連携により、急変時の対応体制のさらなる充実が必要となっています。
- 令和4年度（2022年度）の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査では、自宅で最期まで療養できるかという設問では、「実現困難」が60.1%と最も多く、その理由として「介護してくれる家族に負担がかかる」が77.4%、次いで「症状が急に悪くなった時の対応に自分も家族も不安である」が58.0%となっており、家族に対する介護負担の軽減や、症状悪化時でも安心できる支援体制の整備が必要です。
- 在宅ターミナルケアを受けた患者数は、令和4年（2022年）3月～令和5年（2023年）2月の1年間で1,425人となっており、5年前と比べると約2.2倍に増加しています。
- 令和4年度（2022年度）の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査では、人生の最期を迎えたい場所は「自宅」が40.8%で最も多くなっています。一方、人口動態統計によると令和4年（2022年）の場所別死亡状況では、「自宅」は18.3%となり、本人が希望する在宅看取りが実現できる医療福祉サービス提供体制の充実が必要となっています。
- 同じく人口動態統計によると、「老人ホーム」での死亡率は9.0%となり、年々増加しています。一方、滋賀県老人福祉施設協議会が令和3年（2021年）3月に行った調査では、施設で看取りをする中での課題として、「本人の意思の確認が十分できない（45.6%）」「人の死に直面する職員の精神的な負担が大きい（44.5%）」「症状が急変した時の対応が不安である（42.9%）」といった割合が高くなっており、増加する介護施設での看取りに対応できる体制の整備が必要となっています。

- 人生の最終段階における意思決定については、本人の尊厳を尊重した医療とケアを実施するという観点から、延命処置の実施の有無、最期を過ごす場所（自宅、施設等）などに関して、本人と支援者が対話を繰り返しながらチームで意思決定支援を行うこと（ACP: アドバンス・ケア・プランニング）が求められています。また、県民一人ひとりが人生の最終段階をどのように生きるかについて考える機会を持つことも重要です。

（3）感染症や災害発生時の対応体制の状況

- 新型コロナウイルス流行初期には、在宅療養を継続するための支援体制の構築が難しかったものの、その後は、平時からの関係者の顔の見える関係や連携体制の基盤を活かし、在宅療養の継続に向けた支援が進められています。
- 感染症流行や災害発生時に備えた業務継続計画（BCP）が、より有効に活用できるものとなるよう、訓練の実施や機関連携によるBCPの検討、地域でのBCPの検討が求められています。
- 人工呼吸器等、医療機器を利用する人をはじめ、在宅療養者の災害時個別避難計画の作成を進めるなど、行政や多機関協働により、災害発生に備えた支援計画の検討を行うことが必要となっています。

（4）多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能

- 市町単位での在宅医療・介護連携の推進に向けて、全ての市町で在宅医療・介護連携コーディネーターが配置され、在宅療養を支援する活動が行われています。
- 市町においてPDCAサイクルによる効果的な事業展開につなげていくためには、量的・質的な現状把握から課題の抽出、対応策の検討につなげ、地域医師会をはじめとする医療・介護などの関係団体と緊密な連携の下で対応策を実施、評価、改善していくことが求められています。
- 県は、在宅医療・介護連携の推進に向けた各市町の取組が一層充実するよう、後方的な支援を行っています。とりわけ、健康福祉事務所においては、圏域における関係機関・団体との連携など広域的な調整を行うことが求められています。
- 県内では多職種で研修や事例検討等を行う約50の研究会や勉強会等の集まりがあり（令和5年（2023年）7月末現在）、多職種連携による在宅療養・看取り支援の充実を目的とした活動が行われています。
- 入退院、日常の療養支援、急変時の対応、看取り支援の充実に向けて、医療機関の役割は重要です。とりわけ、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院は、在宅医療において積極的役割を担う医療機関*として、訪問看護ステーションとの協働による24時間対応体制の提供や行政等との協働による在宅医療の充実に向けた取組への参画が期待されています。

表 3-3-12-3 在宅医療・介護連携コーディネーターの配置

令和5年10月1日現在

市町名	配置先		機関名
	市町	委託	
大津市		●	・琵琶湖大橋病院（琵琶湖大橋病院訪問看護ステーション） ・ひかり病院（訪問看護ステーションヴィーナス） ・JCOH滋賀病院（独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院付属訪問看護ステーション）
草津市		●	草津市在宅医療介護連携センター （淡海ふれあい病院内）
守山市	●		守山市在宅医療介護連携サポートセンター （守山市地域包括支援センター内）
栗東市		●	栗東市在宅医療介護連携推進センター （済生会滋賀県病院内）
野洲市	●		野洲市地域包括支援センター
甲賀市	●		甲賀市役所長寿福祉課
湖南市	●		湖南市高齢福祉課（地域包括支援センター）
近江八幡市	●		近江八幡市役所 長寿福祉課
東近江市	●		東近江市地域包括支援センター（東近江市役所）
日野町	●		日野町地域包括支援センター
竜王町	●		竜王町地域包括支援センター
彦根市		●	彦根愛知犬上介護保険事業者協議会 （くすのきセンター＜彦根市保健・医療複合施設＞内）
愛荘町			
豊郷町			
甲良町			
多賀町			
長浜市		●	湖北医師会（長浜米原地域医療支援センター）
米原市			
高島市		●	高島市医師会

具体的な施策

(1) 病院から在宅療養への移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる

- 病院における退院支援部門の専任部署および専任者の配置を推進するとともに、在宅療養を支える関係者と窓口の共有を行います。
- 病院の退院支援機能の強化に向けた研修など、院内の人材育成に向けた取組を支援します。
- 病院と在宅療養を支援する関係者が、入退院に関わる役割・知識・技術を高め、医療と介護の相互理解のもと、在宅での生活を見据えた切れ目のない支援が行われるよう、入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修や同職種間連携の推進に向けた取組を支援します。
- 病院と在宅療養とをつなぐ入退院支援ルールの効果的な運用、地域連携フリティカルパスの活用、退院前カンファレンスの開催、サマリーや情報提供書・ICTの活用など、病院と地域の関係者が本人の望み・目標、生活や疾患の情報などの共有を行い、多職種の強みを活かした支援の継続が行われるような取組を推進します。

- 外来受診時に病院と地域との連携が必要な場合、院内の連携窓口の共有を行うなど、病院の外来と地域の支援者との連携の充実を図ります。また、リハビリテーション専門職等による在宅復帰後の評価や退院後支援の強化などをとおして、在宅での療養生活の充実や再入院の予防につながる連携の取組を支援します。

(2) 望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる

- 新たに在宅医療を始めようとする医師が訪問診療に同行体験する機会の提供や在宅チーム医療に取り組む医師の増加に向けたセミナーの開催により、在宅医療に携わる医師の増加を図ります。
- 複数の疾患や合併症を持つ高齢者等に対応できる総合的な診療能力を有し、身体の状態だけでなく心理的・社会的問題も含めて継続的に診察し、必要に応じて専門医に紹介することができるかかりつけ医の確保・育成に対する支援を行います。
- 訪問看護提供体制の充実に向けて、新卒訪問看護師をはじめ看護職の確保・定着、キャリアアップの推進、訪問看護ステーションの機能強化を図ります。
- 関係機関・団体と協力しながら、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション専門職、介護職員など、在宅療養を支える人材の確保・育成を図ります。
- 人工呼吸器、経管栄養（胃ろうや中心静脈栄養など）、人工肛門など医療的管理を要する在宅療養者に対応できる訪問看護師の実践力向上のための研修や、特定行為を適切に行うことができる看護師育成への支援、また、喀たん吸引や経管栄養が実施できる介護職員の養成を行います。
- 介護支援専門員や介護職員が、必要に応じて医療との連携や情報共有が行えるよう、医療的ケアの知識向上のための研修を行うなど、人材の育成を図ります。
- 自立支援の視点を持ち、多様なニーズに対応する人材の育成を行うため、多職種協働による人材育成の研修や、教育プログラムの開発検討を支援します。
- 多職種・多機関が情報を共有し、協働して支援が実践できるよう、各地域において在宅療養のさらなる充実に向けた検討の場を持つとともに、多職種・多機関連携のための研修会の開催、地域ケア会議の場への多職種の参画を促進するなど、多職種理解と連携の推進を支援します。
- 「自分らしく暮らし続ける」ことや「よく生き抜く」ことを目指せる社会・地域を創るため、県民や関係者が互いに学びつながり合う「医療福祉の地域創造会議*」の活動を支援します。
- 医療福祉関係者が情報共有して緊密に連携できるよう、ICTを活用した多職種・多機関で情報連携を行う基盤づくりを支援します。
- レスパイト入院・入所にかかる選択の支援、相談窓口の周知、当事者間の交流への支援など、家族の負担軽減につながる体制の充実や周知を行います。
- かかりつけの医師、看護師、薬剤師等を持つことの重要性、在宅療養や在宅での看取り、地域における互助活動（見守り）について県民に対する情報発信により普及・啓発を行います。

(3) 病状急変に際し、必要な支援を受けることができる

- 訪問診療を行う医師の負担軽減を図るため、訪問診療ネットワークの構築を支援します。
- また、在宅での生活をバックアップする在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、24時間往診・訪問看護の提供が可能な体制を確保している在宅療養支援診療所、24時間対応の訪問看護ステーション、休日や夜間に薬品を供給できる体制など、急変時に対応できる体制の構築を図ります。
- 日頃の療養支援を行う中で本人や家族の意思を確認し、急変時に備えた情報共有を行い、意向に応じた対応ができるよう、医療職と介護職の人材育成や訪問診療と病院・訪問看護等のネットワークのさらなる構築を促進します。
- 急変時の対応に不安を感じる県民が多いことを踏まえ、急変時におけるリスクや対応方法など、必要な情報提供の推進を図ります。

(4) 望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる

- 24時間在宅での看取りに対応できるよう、訪問診療医のネットワークの構築や在宅での緩和ケアに対応する医師・薬剤師・訪問看護師等の確保・人材育成や連携の推進を行います。
- 介護施設での看取りに対応できるよう、老人福祉施設などの介護職員を対象とした研修会やグループワーク等を開催し、看取り介護技術の向上や人の死に直面する職員の精神的不安の軽減を図ります。
- 人生の最終段階にどのような医療・ケアを受けたいかについて、患者が家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセス（ACP）を実践できるよう、医療福祉関係者の資質向上を図ります。
- 住み慣れた地域での療養・看取りが実現できるよう、各地域において多職種で協議を行いながら、地域特性に応じた支援体制づくりを推進します。
- 望む最期を家族や関係者と共有できるよう、終末期や緩和ケアにつながる意思決定、人生の最終段階をどのように生き、どのように死を迎えるのかについて考えることができるよう、普及啓発を推進します。

(5) 感染症や災害発生時にも、療養を継続することができる

- 感染症や災害発生時に備えたBCPが作成され、必要時に有効に活用できるよう、事業所間ネットワークの構築や患者を支えるチームでの訓練の実施、地域単位でのBCPの検討などの取組を推進します。
- 在宅療養者の災害時個別避難計画の作成が行政や多機関協働によりすすめられるよう支援します。
- 感染症流行や災害時に望む場所での療養が継続できるよう、訓練の実施や参画、人材の育成などの取組を支援します。
- 県民が感染症への理解促進や災害発生時に備えた在宅療養継続のための見守り体制の構築、避難訓練等の取組が行えるよう支援します。

(6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能が充実している

- 各市町が圏域や市町単位で在宅医療・介護連携コーディネーターを配置し、在宅医療に

において必要な連携を担う拠点として、医師会をはじめとする在宅医療介護提供団体との連携のもと在宅医療・介護連携の推進に向けた取組が行われるよう支援を行います。

- 多職種協働による在宅チーム医療を担う関係者が、互いの役割や支援目的を共有し、スキルアップと更なる連携強化が行えるよう、各圏域・市町における顔の見える関係づくりや協議の場の設置・運営への支援や、研修会・交流会の開催などにより連携した活動の促進を図ります。
- 市町が目指す姿を描きながら計画的に取組が進められるよう、市町に対するヒアリングなどを通じた現状把握を行うとともに、各種情報提供や意見交換を行う場の設定や研修会の開催、医療福祉推進アドバイザー*の派遣などの支援を行います。
- 市町が地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施できるよう、地域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療・介護連携に係るデータの提供や分析に対する支援を行います。
- 在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の充実に向けて、健康福祉事務所は、市町を超えた病院と地域・医療と介護の連携に関する広域調整等を行うことにより、市町の取組を支援します。
- 市町単位で多職種・多機関連携の推進を担う拠点機能の充実に図るため、在宅医療・介護連携コーディネーターの育成や活動推進を図るためのコーディネーター間の交流機会の創造に取り組みます。
- 在宅医療に関する住民への普及啓発が進むよう、各地域における取組の情報共有を行うなど、望む在宅医療を実現するための普及啓発の充実に向けた支援を行います。
- 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関の基盤整備を行うとともに、これら医療機関と協働した訪問診療ネットワークの構築、地域支援者の人材育成、急変時や看取り支援の充実、災害時に備えた体制構築などの取組を推進します。
- 自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けることを目的とし、本人の暮らしを中心に据えた保健・医療・福祉といった医療福祉サービスが多職種・多機関の連携によって提供されるよう、医療福祉の関係者・関係機関とともに協議や必要な研修の開催などを行いながら、一体となって推進します。

《数値目標》

目標項目		現状値 (R5)	目標値 (R11)
取組の方向性 (中間アウトカム)			
入退院支援を受けた患者数		28,853人 (R4)	34,777人
退院時共同指導を受けた患者数 (病院・診療所)		866人 (R4)	1,044人
入退院時における病院と介護支援専門員との情報連携率	入院時	93.3%	100%
	退院時	95.0%	100%
訪問診療を受けた患者数		12,438人 (R4)	14,992人
在宅療養支援病院数		18病院	20病院
在宅療養支援診療所数		166診療	170診療所

目標項目		現状値 (R5)	目標値 (R11)
訪問診療を実施する 診療所・病院数	病院	29 (R4)	35病院
	診療所	319 (R4)	384診療所
訪問歯科診療を受けた患者数		8,205人 (R4)	9,889人
訪問歯科診療を行う診療所数		146診療所	164診療所
取組の方向性 (中間アウトカム)			
訪問薬剤管理指導を受けた患者数		6,752人 (R4)	8,138人
訪問看護利用者数		17,220人 (R4)	20,755人
機能強化型訪問看護ステーション数		17か所	28か所
訪問歯科衛生指導を受けた患者数		5,634人 (R4)	6,791人
訪問リハビリを受けた患者数		5,194人 (R4)	6,260人
訪問栄養指導を受けた患者数		212人 (R4)	256人
在宅療養後方支援病院数		6病院	7病院
24時間体制をとっている薬局の割合		39.6%	75%
24時間体制をとっている訪問看護ステーションの割合		91.4%	95%
在宅ターミナルを受けた患者数		1,425人 (R4)	1,718人
在宅看取りが行われた患者数		1,481人 (R4)	1,785人
医療・介護連携コーディネーター配置市町数		19市町	維持
在宅医療・介護連携に関し協議の場を設置する市町数		12市町	19市町

《ロジックモデル》

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

番号	取組みの方向性(中間アウトカム)
----	------------------

番号	目指す姿(最終アウトカム)
----	---------------

1	退院支援部門の明確化と関係機関との窓口共有
2	退院支援に関わる院内の人材の育成(SW・病棟)
3	入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修の実施
4	団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ
5	各圏域における入退院支援ルールや地域連携クリティカルパスの推進
6	退院前カンファレンスへの多職種参画の推進
7	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり
8	在宅復帰後の評価や退院後支援
9	外来も含む病院窓口の共有と地域(在宅)と外来の連携の推進

1	病院から在宅療養への移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる
指標	入退院支援を受けた患者数 退院時共同指導を受けた患者数(病院・診療所) 入退院時における病院と介護支援専門員との情報連携率(入院時) 入退院時における病院と介護支援専門員との情報連携率(退院時)

1	県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる
---	--

10	訪問診療を行う医師増加のためのセミナー・研修会の開催
11	訪問診療ネットワークの構築
12	在宅歯科医療を推進するための人材の育成
13	訪問診療を行う診療所、病院、歯科診療所への機器等の補助
14	在宅医療を担う薬剤師の育成
15	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
16	訪問看護ステーションへの機能強化に向けた機器等の補助
17	関係機関・団体との協力による在宅療養を支える人材の育成
18	医療依存度が高い方を地域で支える介護人材の育成
19	各職種の専門性向上のための研修や関係団体の協働による多職種連携人材育成研修などの取組推進
20	各地域の多職種での顔の見える関係作りと日常の療養について協議の場を持つ
再掲	団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ
21	多機関・多職種連携のための研修会の実施
22	医療と介護の相互理解のための同行訪問や専門知識を有する職員の派遣を活用したOJT機能による人材の育成
23	地域ケア会議の場へ参画による多職種理解と連携の推進
24	県単位で暮らしを支える関係者が互いに学びあいつながり合う地域創造会議ワーキングの開催
再掲	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり
25	レスパイト入院・入所にかかる連携推進
26	住民からの相談窓口の設置や周知
27	当事者間の交流の支援
28	県民が、かかりつけ医師、看護師、薬剤師等を持つことの重要性を理解するための啓発
29	県民(企業を含む)が、疾病や介護予防、互助活動(見守り)、在宅療養や看取りについて理解を深める機会の確保(QOL・QOD)

2	望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる
指標	訪問診療を受けた患者数 在宅療養支援病院数 在宅療養支援診療所数 訪問診療を行う病院数 訪問診療を行う診療所数 訪問歯科診療を受けた患者数 訪問歯科診療を行う診療所数 訪問薬剤管理指導を受けた患者数 訪問看護利用者数 機能強化型訪問看護ステーション数 訪問歯科衛生指導を受けた患者数 訪問リハビリを受けた患者数 訪問栄養指導を受けた患者数

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

30	在宅を支える病院のバックアップ体制の確保
31	24時間薬剤調製体制の構築
再掲	訪問診療ネットワークの構築
再掲	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
32	急変時の医療職と介護職の情報共有に関する人材育成
33	急変時に備えた訪問診療とバックアップ病院および訪問看護の情報共有に関するネットワークの構築
34	患者や家族が病状急変に備えた対応を知る機会の提供

番号	取組みの方向性(中間アウトカム)
----	------------------

3	病状急変に際し、必要な支援を受けることができる	
	指標	在宅療養支援病院数(再掲)
		在宅療養支援診療所数(再掲)
		在宅療養後方支援病院
		24時間体制をとっている薬局の割合
		24時間体制をとっている訪問看護ステーションの割合
		機能強化型訪問看護ステーション数(再掲)

番号	目指す姿(最終アウトカム)
----	---------------

再掲	訪問診療医のネットワークの構築
35	在宅ホスピス薬剤師の育成
再掲	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
36	施設看取り体制の充実
37	意思決定支援や緩和ケアのための研修
38	各地域における多職種での顔の見える関係作りと看取りについて協議の場を持つ
再掲	本人が望む形で在宅医療・看取りが実現できる地域を創造するためのワーキング会議の開催
再掲	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり
39	住民自身が終末期や緩和ケアにつながる、意思決定やエンディングノートについて考える機会の提供

4	指標	望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる
		在宅ターミナルケアを受けた患者数
		在宅看取りが行われた患者数
		在宅療養支援病院数(再掲)
		在宅療養支援診療所数(再掲)
		機能強化型訪問看護ステーション数(再掲)

40	BCPの作成と具体的な活用に向けた検討の推進
41	感染症や災害発生に備えた事業所間ネットワークの構築
42	災害時個別避難計画作成の推進
43	災害訓練の実施や参画の推進
44	職能ごとの災害時に活躍できる人材の育成や感染症流行時に支援の継続を行うための人材の育成
45	自治体等での感染症の理解や災害発生に備え、在宅療養継続のための見守り体制の構築や避難訓練等の取組の推進

5	感染症や災害発生時にも、療養を継続することができる
---	---------------------------

46	初期アウトカムの推進にかかる市町取組の把握と市町間の情報・意見交換の場の設定
47	医療福祉推進アドバイザー派遣による市町取組支援
48	健康福祉事務所を中心に、圏域の医師会、関係機関・団体との連携体制づくり
49	圏域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療介護連携に係るデータ提供や分析に対する支援
50	県単位での多職種での顔の見える関係作りと在宅医療に関する協議の場を持つ
51	在宅医療推進のための医師会へ体制構築支援

6	指標	多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能が充実している
		医療・介護連携コーディネーター設置市町数
		在宅医療・介護連携に関し協議の場を設置する市町数