

第3回保健医療計画策定ワーキンググループ会議における主な議論について

○在宅医療

分野	主 な 議 論
在宅医療	<p>1 第3回ワーキンググループ会議（8月9日開催）における意見</p> <p>（1）在宅医療の提供体制図について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援や多職種の連携について一人一人に対する連携はうまくとれているが、全体を統括して地域をどのようにしていくのかというのを誰が進めるのか図示できないかとの意見が出された。 <p>⇒ 資料 10-2 12 ページ 在宅医療の提供体制図は、患者の動きを示しており図示は困難であるため、13 ページ 3 在宅医療における圏域の連携体制 1 つ目及び 2 つ目の○に地域の在宅医療の連携体制について記載。</p> <p>（2）数値目標について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「日常の療養支援が可能な体制」の「在宅患者への服薬指導・支援を行える薬局の割合」について、既にほぼ 100%になっていることから、その中でどれだけの薬局が実際に行っているかという指標に変えられないか。指標をストラクチャー（施設数）からプロセス（行為・過程）へ移行していくべきではないかとの意見が出され、検討することとした。 <p>⇒ 資料 10-2 16 ページ 第 4 数値目標 2 日常の療養支援が可能な体制の 4 番目の項目「在宅患者への服薬指導・支援を行える薬局の割合」を「訪問薬剤管理指導実施薬局数」に変更</p> <p>2 在宅医療都道府県リーダー会議（10月12日開催）における意見</p> <p>（3）在宅医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療に携わる従事者の人材育成について、日常の療養支援における項目にしか記載がないが、退院支援や急変時対応、看取りでの人材育成も記載できないかとの意見が出された。 <p>⇒ 資料 10-2 14~15 ページ 第 3 施策の展開 1 円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制づくり 1 つ目の○、3 急変時の対応が可能な体制 1 つ目の○及び 4 人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制づくり 2 つ目の○において、従事する人材の育成や研修会の開催について記載</p>

(4) 在宅医療の地域の単位について

- ・ 在宅医療を行う地域の単位は、市町村だけでなく、面積や人口が多い市においては地域の実情に応じて日常生活圏域（中学校区）単位で行う方がよい場合もあるとの意見が出された。

⇒ 資料 10-2 13 ページ 第 2 目指すべき方向性と医療連携体制
3 在宅医療における圏域の連携体制に記載を追加

(5) 残薬管理と薬剤情報の共有について

- ・ 患者の残薬管理や薬剤情報の共有が重要であるとの意見が出された。

⇒ 資料 10-2 14 ページ 3 施策の展開 2 日常の療養支援が可能な体制の整備 3 つ目の○において薬剤情報の共有及び服薬状況の確認について記載済。

(6) コラムについて

⇒ 資料 10-2 7 ページ、13 ページ、15 ページ
「在宅医療推進に向けた長野県薬剤師会の取組」、「地域包括ケア体制」、「人生の最終段階における患者の意思を尊重した看取りに向けて」の内容を記載。

在宅医療

第 1 現状と課題

1 在宅医療の現状

高齢化の進展により、疾病構造が変化し、要介護認定者や認知症患者など通院による受診が困難な慢性期患者が増加しています。

在宅において、何らかの病気を抱えながら生活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おり、在宅医療は、受け皿として期待されています。

在宅医療は、高齢者になっても、病気にかかったり障がいがあっても、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、福祉サービスが互いに補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケア体制の構築には在宅医療の充実が欠かせません。

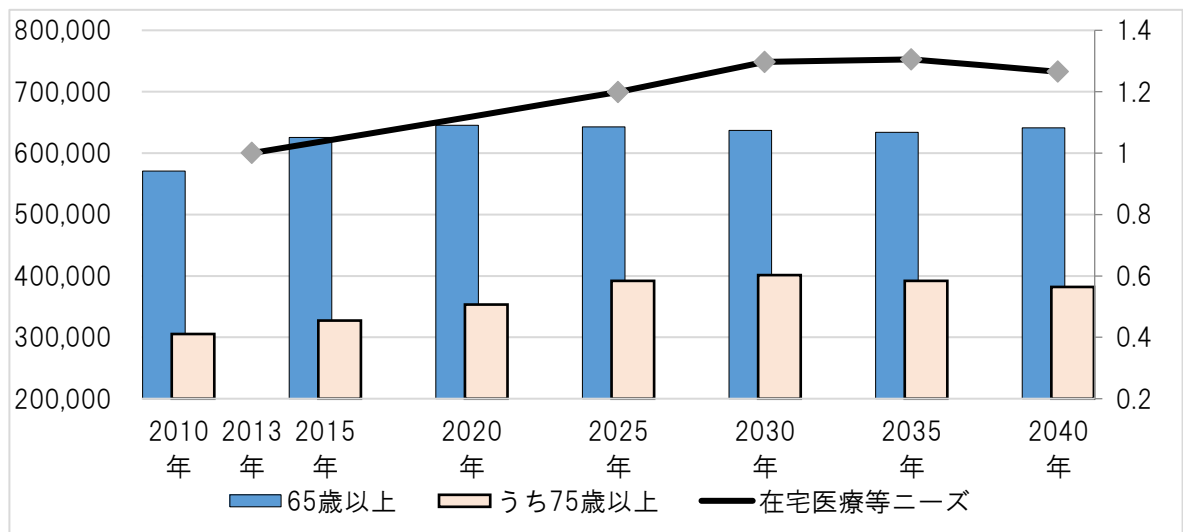
(1) 高齢化に伴う在宅医療等(※)のニーズの増加

- 本県の 65 歳以上の老年人口は、平成 27 年（2015 年）の 62 万 5 千人から増加しており、平成 32 年（2020 年）にはピークを迎え、64 万 5 千人に上ると見込まれています。
- 75 歳以上の人口は、平成 27 年（2015 年）の 32 万 7 千人から平成 32 年（2020 年）には 35 万 3 千人に増加し、平成 42 年（2030 年）にピークを迎える見込まれています。
- 在宅医療等の医療需要は、平成 25 年（2013 年）を 1 とした場合、平成 42 年（2030 年）から平成 47 年（2035 年）頃に平成 25 年（2013 年）の約 1.3 倍になった後、減少局面に入ると見込まれます。

※ 居宅のほか特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受けるものが療養生活を営むことができる場であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

【表 1】将来における高齢者の人口の推計及び在宅医療等需要の変化率<長野県>

(単位 人口：人、変化率：2013 年を 1 とした値)



(人口推計：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 25 年 3 月推計）」)

(「地域医療構想策定支援ツール」により作成)

(2) 介護が必要な患者への在宅医療

- 高齢化の進展により、介護が必要となる要介護認定者は約 84,000 人（平成 29 年 2 月）で年々増加傾向にあります。
- 特に、介護保険の利用による「居宅サービス」の利用者が増加しており、その割合は全体の約 7 割程度と高い傾向が続いています。また、近年は、身近な地域でサービスを受けられる地域密着型サービスの増加の割合が高くなっています。

【表 2】介護保険利用者数＜長野県＞

（単位：千人、％）

区 分	平成19年4月		平成24年4月		平成29年4月	
	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合
居宅サービス	54	71.9%	66	73.0%	71	65.1%
地域密着型サービス	4	5.0%	6	6.8%	18	16.5%
施設サービス	17	23.1%	18	20.2%	20	18.4%

（厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報）」）

- 介護を必要とし、居宅（在宅）で療養する高齢者に対しては、医師や訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、訪問介護員（ヘルパー）など医療と介護双方の関係者の間で、緊密な連携が求められます。

(3) 人工呼吸器、酸素療法等の在宅医療

- 在宅療養患者の中には、人工呼吸器、酸素療法、中心静脈栄養、気管切開部の処置、胃ろうの処置等の医療を必要とする者が多く、今後の老年人口の増加により、これらの医療ニーズが高まることが予想されています。
- こうした在宅医療に対応することができる在宅医療機関数の医療圏別の状況は次のとおりです。

【表 3】人工呼吸器、酸素療法等に対応することができる在宅医療機関数（平成29年5月現在）

医 療 圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
人工呼吸器	一般診療所	5	7	8	4	4	0	22	1	22	2	75
	病院	9	5	3	3	6	1	10	1	14	2	54
酸素療法	一般診療所	37	37	33	48	48	6	120	13	83	14	439
	病院	12	9	7	6	9	1	14	2	20	2	82
中心静脈栄養	一般診療所	9	9	10	11	16	2	39	4	20	1	121
	病院	8	7	6	6	7	1	13	2	16	2	68
気管切開部の処置	一般診療所	15	8	8	16	18	0	49	13	41	6	174
	病院	9	7	5	5	5	1	10	4	13	3	62

（医療推進課調べ「ながの医療情報ネット」）

(4) 多様な医療ニーズへの対応

- 在宅療養者の医療ニーズの高まりを受け、医師や看護師等の医療従事者が行う医療行為のうち、たんの吸引等の行為（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養）については、一定の研修等を受講した介護職員が、医師の指示の下に実施することが認められています。
- たんの吸引等の行為について、一定の研修を受講した居宅サービス事業所に従事する介護職員等に「認定特定行為業務従事者認定証」を交付しています。

(5) 在宅療養に対する県民意識（平成27年度長野県在宅医療等提供体制調査）

- 在宅での療養が可能（自身が病気になり、医師が定期的に訪問することで在宅での治療が可能）な場合に、在宅での療養を希望する県民の割合は41.1%で、希望しない割合の14.0%を大きく上回っており、多くの県民が在宅での療養を望んでいます。
- 一方、44.9%の県民が、「判断できない」と回答しており、在宅で療養を送ることができることを知らなかったり、仮に知っていたとしてもどのような負担があるのかわからない県民が多く、在宅での治療に関して「治療の負担の大きさ」、「家族への負担の大きさ」といった、経済的な負担や家族の負担についての情報がほしいと回答しています。
- 病気にかかった場合でも、情報をもとに、在宅での療養を選択するか判断することができるよう、病気にかかる前から県民に必要な情報を提供する必要があります。

2 在宅医療の提供体制

(1) 退院支援

ア 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援

- 在宅医療は、慢性期及び回復期患者の療養方法（場所）としての機能を期待されており、特に、人工呼吸器を装着した患者や酸素療法が必要な患者などの医療ニーズが高い患者や、介護保険サービスの利用が必要な患者でも、安心して在宅での療養に移行するために、入院初期から退院後の生活を見据えた支援を行う退院支援職員の役割が重要です。
- 本県における退院支援職員による退院支援・調整実施件数（年齢調整を行い全国を100とした指数）は、全国平均より約2割多く、全国で13番目に高い値となっています。
- 一方、平成26年（2014年）現在、退院支援職員を配置している病院は61か所と全病院の約5割、一般診療所は4か所となっており、65歳以上人口10万人あたりの退院支援職員配置医療機関数及び退院支援職員数は平成20年（2008年）に比べ増加していますが、全国平均と比べて依然少ない状況にあります。

【表4】退院支援職員を配置する医療機関及び退院支援職員数（65歳以上人口10万人あたり）

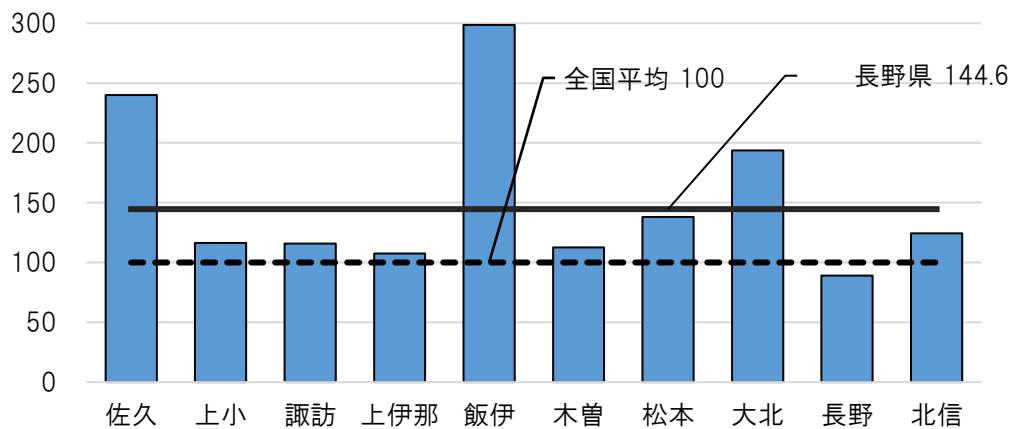
		H20		H26	
			全国順位		全国順位
退院支援職員を配置する医療機関	長野県	9.57か所	28位	10.57か所	31位
	全国	10.54か所	-	12.65か所	-
退院支援職員数	長野県	14.62人	34位	27.32人	30位
	全国	18.01人	-	32.86人	-

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

イ 入院と在宅の切れ目のない医療提供のための連携

- 退院後適切な在宅医療を切れ目なく受けられるようにするためには、入院中から退院後を見据えて医療ソーシャルワーカーや介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとする患者の療養を支援する関係者が連携を図ることが重要です。
- 入退院時における医療機関と介護支援専門員をはじめとする患者の療養を支援する関係者との円滑な情報共有を図るため、概ね二次医療圏ごとに「退院調整ルール」の策定を平成27年度（2015年度）から進めてきました。
- 介護サービスが必要な患者の退院時の、入院医療機関と介護支援専門員との連携状況（年齢調整を行い全国を100とした指数）は、全国平均に比べ約4割多く、全国で7番目に高い値となっています。

【表5】退院時の入院医療機関と介護支援専門員の連携状況（平成26年）



（平成26年NDBデータ）

（2）日常の療養生活の支援

ア 在宅医療を担う関係機関

① 病院及び診療所

- 在宅訪問診療を実施している医療機関は、平成26年（2014年）においては、一般診療所1,561か所のうち436か所（27.9%）、病院131か所のうち61か所（46.5%）で、医療圏別の状況は【表6】とおりです。

【表6】医療保険等により在宅患者訪問診療を実施した病院及び一般診療所の数及び件数（平成26年9月）

	医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	診療所数	38	31	47	45	45	7	108	14	86	15	436
	件数	1,381	933	1,076	1,244	983	120	3,043	210	2,107	157	11,254
病院	病院数	10	7	6	2	6	1	10	2	16	0	61
	件数	448	372	315	37	134	40	342	264	1,341	0	3,293

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

○ 在宅医療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援診療所・病院の役割が重要であり、求められる役割は次のとおりです。

- ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと。
- ・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと。
- ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと。
- ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと。
- ・ 在宅療養患者の家族への支援を行うこと。
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと。

○ 在宅療養支援診療所・病院の医療圏別の整備状況や受持在宅療養患者数は、【表7】及び【表8】のとおりです。

これらの在宅療養支援診療所・病院のみならず、他の一般診療所や病院においても、在宅医療サービスを実施しています。

【表7】在宅療養支援診療所・病院数（平成29年1月現在）

（上段：施設数、下段：65歳以上人口10万人当たりの施設数）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
在宅療養支援診療所	19	18	33	20	30	3	57	8	43	5	236
	29.9	30.2	53.0	36.0	56.8	26.9	47.2	38.8	26.4	17.1	37.0
在宅療養支援病院	2	2	1	3	4	0	6	0	4	0	22
	3.1	3.4	1.6	5.4	7.6	-	5.0	-	2.5	-	3.4

（施設数：関東信越厚生局「施設基準の届出状況」、人口数：長野県毎月人口異動調査）

【表8】在宅療養支援診療所における受持在宅療養患者数（平成26年10月1日現在）（単位：人）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
患者数	966	333	746	618	565	2	829	77	389	60	4,585

（「厚生労働省『医療施設（静態）』」）

② 訪問看護ステーション

○ 訪問看護ステーションの医療圏別状況は【表9】のとおりです。

【表9】訪問看護ステーション数（平成29年3月31日現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	23	21	11	9	12	1	37	7	33	7	161
職員数	139	123	80	66	69	6	233	44	181	42	983

（介護支援課調べ）

○ 病院や一般診療所で介護保険による訪問看護（介護予防サービスを含む）を実施している医療機関の医療圏別の状況は【表10】のとおりです。

【表10】介護保険による訪問看護（介護予防サービスを含む）を実施する病院・一般診療所数

（平成26年10月1日現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	3	5	7	7	3	-	13	-	7	1	46
病院	5	1	1	1	4	1	5	1	11	1	31

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

- 訪問看護利用件数のうち、医療保険による利用件数は年間約24,000件（平成26年医療保険による訪問看護提供料算定件数）、介護保険による訪問看護利用件数が年間約116,000件です。（平成27年度厚生労働省「介護給付費等実態調査」）

③ 歯科診療所

- 在宅歯科口腔医療を実施している歯科医療機関は、平成26年（2014年）においては、歯科診療所1,020か所のうち316か所（31.0%）、歯科・歯科口腔外科併設病院38か所のうち7か所（18.4%）で、医療圏別の状況は【表11】のとおりです。

【表11】在宅歯科口腔医療サービスを実施している歯科診療所及び病院の数と件数（平成26年9月）

医療圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
歯科診療所	診療所数	28	22	41	38	36	5	58	9	69	10	316
	件数	267	336	391	507	589	156	662	66	519	23	3,516
病院	病院数	1	1	-	-	-	-	3	-	2	-	7
	件数	22	28	-	-	-	-	51	-	76	-	177

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

- 在宅歯科口腔医療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援歯科診療所があり、その医療圏別の整備状況は【表12】のとおりです。

【表12】在宅療養支援歯科診療所数（平成29年3月現在）

（上段：診療所数、下段：65歳以上人口10万人当たりの診療所数）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
歯科診療所	22	15	27	42	34	1	52	10	52	0	255
	34.6	25.2	43.3	75.6	64.4	9.0	43.1	48.4	31.9	0	39.9

（関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

- 長野県在宅歯科医療連携室では、在宅療養者の家族や介護関係者等を対象に、電話等で在宅歯科口腔医療や口腔ケア等に関する相談を受け、必要に応じて地域の歯科診療所との橋渡しを行っています。また、歯科診療所に対して、在宅歯科口腔医療用機器の貸出しを行っています。

【表13】長野県在宅歯科医療連携室における相談件数及び機器貸出件数（平成26年度）（単位：件）

相談件数	68
機器貸出件数	59

（保健・疾病対策課調べ）

④ 薬局

- 在宅療養患者の居宅に訪問し、薬剤の管理・服用に関する指導や支援を行う機能を持った、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は、県内の保険薬局895か所のうち862か所（96.3%）で、医療圏別の状況は【表15】のとおりです。

【表15】在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数（平成29年3月31日現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	101	88	71	62	61	7	172	23	204	73	862

（長野県薬剤師会調べ）

- 平成29年（2017年）4月に訪問薬剤管理指導を行った件数は、医療保険と介護保険を合わせ延べ438薬局1,439件と年々増加しており、今後さらに薬剤師の在宅医療に対応する資質の向上や薬局の体制整備を充実させていくことが課題となっています。

【表16】在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数及び件数（平成29年4月）

医療圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
医療保険	薬局数	13	14	6	13	15	0	34	4	33	7	139
	件数	20	15	7	17	31	0	57	7	48	12	214
介護保険	薬局数	36	45	19	19	22	3	50	12	79	14	299
	件数	136	127	66	52	132	7	167	21	483	34	1,225
計	薬局数	49	59	25	32	37	3	84	16	112	21	438
	件数	156	142	73	69	163	7	224	28	531	46	1439

（長野県薬剤師会調べ）

- 在宅医療で使用される輸液製剤等を調剤するために必要な無菌調剤室のある薬局は、平成29年（2017年）3月末現在、7医療圏で9か所（佐久・上小各2か所、諏訪・上伊那・飯伊・松本・長野各1か所）整備されています。（長野県薬剤師会調べ）

在宅医療推進に向けた長野県薬剤師会の取組

在宅医療における薬剤師のニーズは増加してきているものの、患者・他職種には薬剤師の在宅医療における役割があまり知られておらず、加えて、薬剤師自身も在宅訪問業務に踏み込めない現実があることから、長野県薬剤師会では、薬剤師の在宅対応に必要な知識習得のための研修や他職種とのワールドカフェ形式研修などを積み重ね、薬剤師の在宅医療参画への土台作りに力を注いでいます。

また、他職種と連携して、薬学的管理を必要とする在宅患者宅を一度訪問する「薬剤師のおためし訪問」事業や、「残薬バッグ」を利用した在宅患者の飲み残し・飲み忘れ防止等のための服薬管理事業を展開し、在宅医療において服薬に問題を抱えている患者の支援を進めるとともに、在宅患者のQOL向上を目指しています。



⑤ 訪問栄養管理・指導

- 在宅療養患者が健康・栄養状態を適切に保つためには、医療機関や介護施設からの退院・退所後の食事・栄養等に関する支援が必要であり、自宅において、食事・栄養摂取に関する指導や支援を行う人材の育成や体制の構築が求められています。

【表17】在宅患者訪問栄養食事指導を実施する医療機関（平成29年5月現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	1	1	1	1	0	1	7	0	7	0	19
病院	2	0	1	2	4	1	5	0	7	0	22

（医療推進課調べ「ながの医療情報ネット」）

（3）急変時の対応

ア 往診を実施する医療機関

- 往診を実施している医療機関（平成26年度（2014年度））は、一般診療所1,561か所のうち477か所（30.5%）、病院131か所のうち55か所（41.9%）で、医療圏別の状況は【表18】のとおりです。

【表18】医療保険等による往診を実施した病院及び一般診療所数（平成26年9月）

	医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	診療所数	37	41	40	44	55	9	119	19	91	22	477
	件数	228	203	414	335	405	135	771	96	691	73	3,351
病院	病院数	8	6	6	3	7	1	13	1	8	2	55
	件数	26	12	34	8	21	4	230	9	34	12	390

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

イ 24時間体制の確保

① 在宅療養支援診療所・病院

- 在宅療養支援診療所・病院は、単独又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所・病院を中心として、24時間往診が可能な体制を確保し、24時間訪問看護の提供や在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保している診療所や病院です。

（在宅療養支援診療所・病院数については【表7】参照）

② 訪問看護ステーション

- 24時間対応可能な訪問看護ステーションは、平成29年（2017年）2月1日現在、県内に156か所で、医療圏別の状況は【表19】のとおりです。

【表19】訪問看護ステーション 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（緊急時訪問看護加算）届出事業所数（平成29年2月1日現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	22	20	11	9	12	2	37	7	30	6	156

（介護支援課調べ）

③ 在宅療養後方支援病院

- 在宅療養後方支援病院は、在宅療養患者の緊急時における後方病床の確保を目的に、診療報酬上の制度として平成26年度（2014年度）に創設され、許可病床200床以上の病院であること、緊急時に当該病院に入院を希望する患者の情報を在宅医療提供医療機関と3か月に1回以上交換していることなどの要件を満たした病院が届出を行うことができ、本県では、5病院が在宅療養後方支援病院の施設基準を満たしています。
- 入院や病院でしかできない診察等が必要になった場合の受入先として、在宅療養の後方支援体制の整備が必要です。

【表20】在宅療養後方支援病院の数（平成29年4月1日現在）（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
200床（※）以上の病院	5	6	4	2	2	1	11	2	10	2	35
在宅療養後方支援病院	1	1	-	-	-	-	1	-	2	-	5

※ 許可病床数（病院数：医療推進課調べ、在宅療養後方支援病院数：関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

（4）在宅（※）での看取り（ターミナルケアを含む）

ア 在宅での死亡者数

- 人生の最期を住み慣れた自宅や老人ホームで迎えたいと望む人の割合は、43.6%となっており、病院で最期を迎えたい人の割合（18.9%）を大きく上回っています。（平成27年度長野県在宅医療等提供体制調査）
- 現状では、自宅や老人ホームで死亡した人の割合は全体の22.9%（5,741人）、病院や診療所で死亡した人の割合は72.2%となっており、自宅や老人ホームでの死亡率は全国で5番目に高い割合となっていますが、県民の希望と現状には大きな乖離があります。
- 高齢者の増加により、死亡者数は、平成37年（2025年）には、平成27年（2015年）に比べ約2割増加することが見込まれており、在宅で看取りを行う体制をより充実させる必要があります。

【表21】在宅と医療機関における死亡者率の推移（単位：%）

区分		在宅 （自宅・老人ホーム）	病院 診療所	介護老人 保健施設	その他
長野県	平成22年	20.2%	75.1%	2.5%	2.2%
	平成28年	22.9%	72.2%	3.2%	1.8%
全国	平成22年	16.1%	80.3%	1.3%	2.3%
	平成28年	19.9%	75.8%	2.3%	2.1%

（厚生労働省「人口動態統計」）

※死亡場所としての「在宅」は、自宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームのことをいう。

イ 在宅看取りを実施している関係機関

- 在宅看取りを実施した病院は34か所、一般診療所は122か所あります。
また、介護施設は306施設で看取りを実施しています。医療圏別の状況は【表22】のとおりです。

【表22】在宅看取りを実施している病院・一般診療所（平成26年9月現在）及び

介護施設（平成29年3月現在）の数

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
病院	6	5	4	2	3	-	7	1	5	1	34
一般診療所	16	12	4	16	12	2	28	4	20	8	122
介護施設	31	40	36	14	22	2	94	7	64	8	306

（病院・一般診療所：厚生労働省「医療施設調査（静態）」、介護施設：介護支援課調べ）

ウ ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション

- 在宅療養患者が人生の最終段階を穏やかに過ごすためにはターミナルケアが重要です。こうしたターミナルケアに対応する訪問看護ステーションは155か所あり、医療圏別の状況は次のとおりです。夜間・休日を含め24時間体制で対応できる体制の確保が課題です。

【表23】ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数（平成29年2月1日現在）（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	22	20	11	9	12	2	37	7	29	6	155

（介護支援課調べ）

エ 人生の最終段階における患者の意向を尊重した医療

- 自身や家族の死が近い（病気が可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、近い将来の死が避けられない）場合に受たい医療や受たくない医療について、家族と話し合ったことがある県民は38.3%となっています。（平成28年度県民医療意識調査）
- 人生の最終段階において、患者の意向を尊重した医療や介護を提供するためには、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者や家族と医療従事者が、受たい治療や受たくない治療、最期を迎えたい場所といった、治療の選択やケア全体の目標を話し合うことが重要です。
- 在宅療養患者が人生の最終段階において患者が受たい治療や受たくない治療、最期を迎えたい場所などの意向について、家族や医療従事者と考え、話し合う機会が増えるよう、医療・介護関係者や県民に対し普及啓発をしていくことが必要です。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等が、多職種の専門性を尊重したチーム医療を展開し、必要な医療・介護・生活支援等の各サービスが切れ目なく提供されることにより、「治し、支える医療」を推進し、患者が可能な限り住み慣れた生活の場において、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指します。

（1）円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制

入院医療機関と在宅療養を支援する関係機関との間で情報共有などの連携を図り、両者の協働による退院支援の実施及び切れ目のない継続的な医療体制の確保を目指します。

（2）日常の療養支援が可能な体制

在宅療養支援診療所など在宅医療を担う医療機関等の体制整備や人材育成、在宅医療に関わる多職種がチームとして在宅療養患者及びその家族を継続的かつ包括的に支援する体制の確保を目指します。

（3）急変時の対応が可能な体制

安心して在宅療養が送れるよう、患者の病状急変時に、在宅医療を担う関係機関が24時間サポートを行う体制を整備するとともに、在宅療養支援病院や有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関など入院機能を有する医療機関が患者を円滑に受け入れることができる体制の確保を目指します。

（4）人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制

住み慣れた生活の場など、患者が望む場所で看取りを行うことができるよう、患者や家族に対して看取りに関する適切な情報提供を行うとともに、ターミナルケアを含む看取りを24時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションの充実等、体制の確保を目指します。

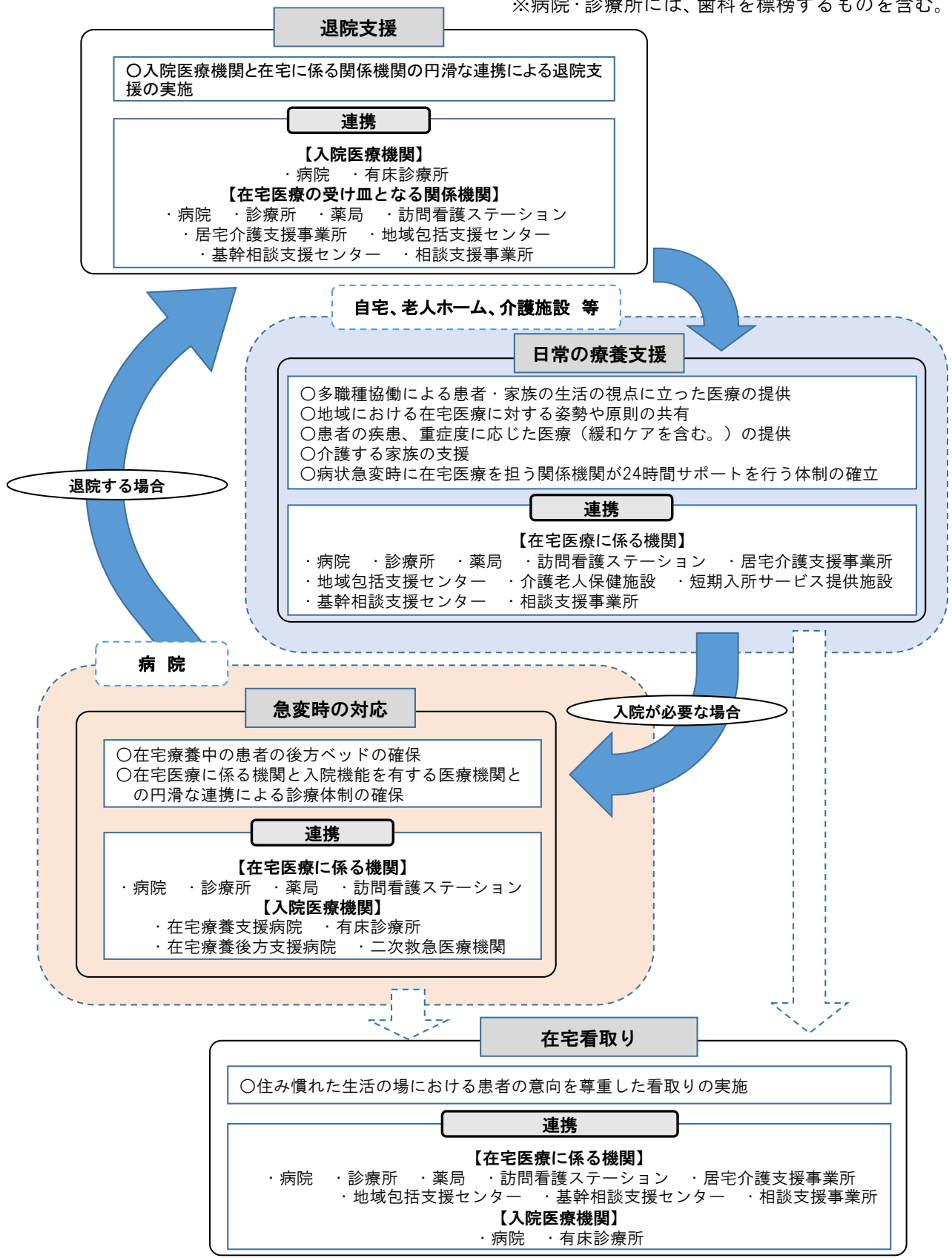
2 在宅医療の提供体制

目指すべき在宅医療の提供体制は、次のページに示す図のとおりです。

可能な限り、住み慣れた生活の場で療養生活が送れるよう、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、在宅療養患者の症状が急変した時の対応、患者の意向を尊重した看取りまで、医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等、医療従事者と介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制を目指します。

在宅医療の提供体制

※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。



3 在宅医療における圏域の連携体制

- 医療資源の整備状況や医療と介護との連携のあり方は、地域によって大きく異なります。地域の実情に応じた切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築が図られるよう、原則として市町村を在宅医療の単位とし、隣接する市町村相互に連携することが必要です。
- また、地域の在宅医療については、医療及び介護資源等の実情に応じ、患者が日常生活を営む地域（日常生活圏域（概ね中学校区））を単位として、地域包括支援センター、病院、診療所、都市医師会等関係団体等を中心に連携体制を構築することが必要です。

地域包括ケア体制

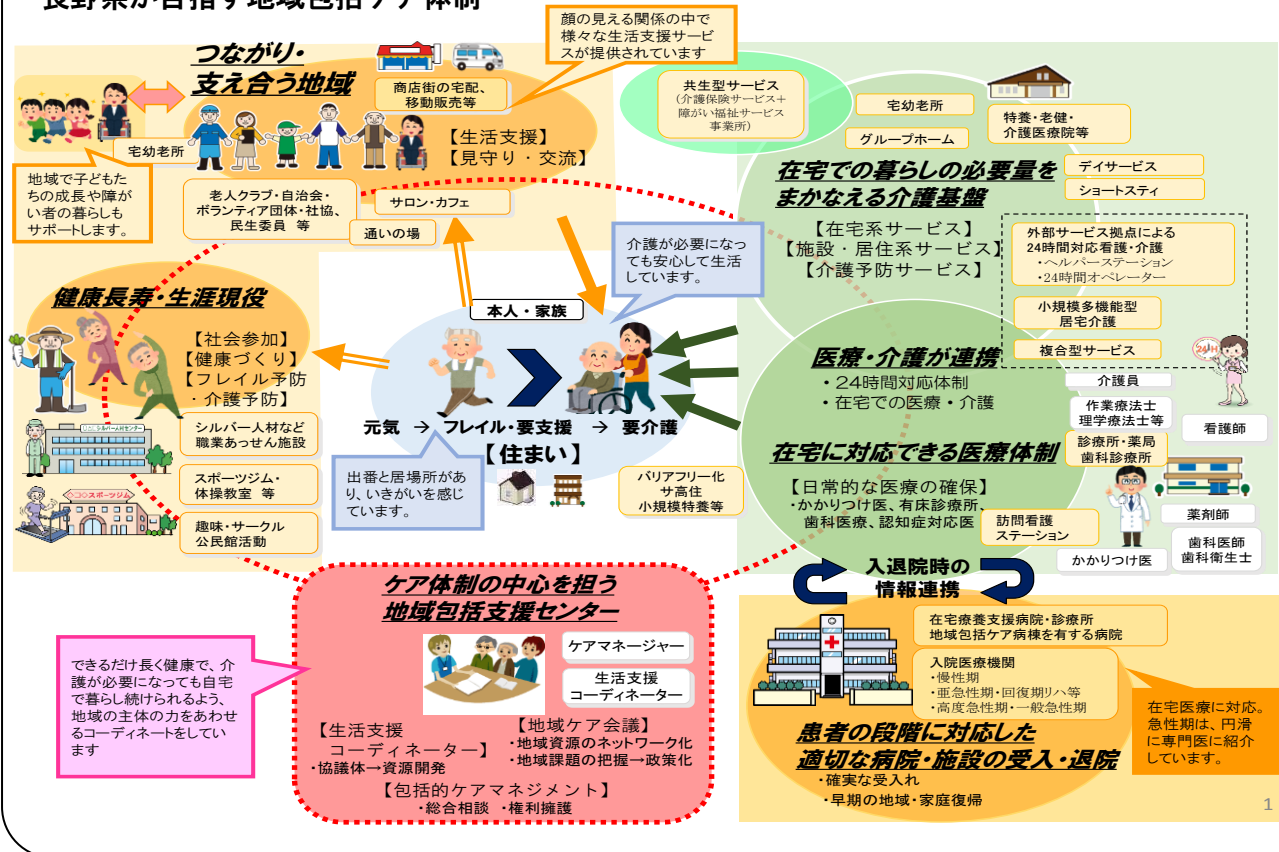
団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）には、高齢者のニーズの多様化と更なる増大、単身世帯の増加、認知症高齢者の増加が想定され、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないと見込まれています。

本県は、男女ともに平均寿命が全国1位であり、高齢者の就業率が高いなど、健康長寿県ではあるものの、平成37年（2025年）には、75歳以上の割合が人口の2割を超え、介護需要がピークに入っていくことが予想されています。

こうした社会を見据え、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、医療・介護・生活支援等の各サービスが切れ目なく提供される地域包括ケア体制を県内すべての日常生活圏域において構築していくことが求められています。

地域包括ケア体制構築に向けた具体的な取組については、第7期長野県高齢者プラン（計画期間：平成30～32年度）に記載しています。

長野県が目指す地域包括ケア体制



第3 施策の展開

1 円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制づくり

- 退院時における患者情報共有の仕組みづくり、チーム医療を展開するための研修会の開催等、多職種で在宅医療の提供を図るための取組を支援します。
- 退院後適切な在宅医療を切れ目なく受けられるよう、入院医療機関と介護支援専門員（ケアマネジャー）との間で円滑に患者の情報が共有される地域の実情に応じた退院調整ルール of 適切な運用を促進します。
- 地域ごとに、脳卒中や心血管疾患などの患者で急性期・回復期の医療を終えた患者や、がんの緩和ケア等の医療サービスを在宅で受けることを希望する患者が、適切な診療計画の下、円滑に在宅医療へ移行できるよう、地域連携クリティカルパスの利用を促進します。
- 市町村、医療・介護関係機関等と連携し、在宅医療における経済的な負担や体力的な負担等、県民が必要としている情報を発信します。
- 県民が在宅医療を主体的に選択できるよう、県がホームページに開設している「ながの医療情報ネット」などを通じ、在宅医療に関わる医療資源等の情報を提供します。

2 日常の療養支援が可能な体制の整備

- 在宅療養患者が住み慣れた生活の場において安心して生活ができるよう、在宅医療に関わる関係機関（病院、一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等）が相互に情報共有と連携を図り、在宅療養患者とその家族をサポートする多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等）による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行います。
- 医療と介護に従事する関係者の移動や情報共有に係る負担を軽減し、在宅医療を効率的に行うことができるよう、ICTを用いた患者情報の共有や診療体制の整備を支援します。
- 在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による患者、家族及び関係職種間の薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施など、在宅医療における薬の管理体制の整備の促進に努めるとともに、すべての薬局が在宅患者への薬学的管理・服薬指導などの機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」になるよう取り組みます。
- 在宅療養患者が必要とする無菌製剤を調剤する無菌調剤設備を有する薬局など必要な体制の整備や、在宅での薬剤の使用と連動する医療材料・衛生材料の供給に薬局が積極的に関与する体制の整備を促進します。
- 訪問看護ステーションの体制を充実するため、訪問看護師の確保、研修を受講しやすい環境づくり、訪問看護事業所の運営に関する体制強化への支援等に取り組みます。

- 身近な地域で適切な在宅歯科医療が受けられるよう、各地域における在宅を担う歯科診療所や相談体制の整備を促進します。
- 在宅歯科医療や摂食嚥下機能、専門的口腔ケア等について、多職種で取り組むことができるよう、医療・介護関係者等との連携強化を図ります。

3 急変時の対応が可能な体制の構築

- 施設や在宅で療養する患者の急変時に患者の意向を尊重した医療が行われるよう、往診や訪問看護を24時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションに従事する人材の育成や体制の整備を促進するとともに、患者情報の共有等により、医師や訪問看護師、介護施設事業者、救急搬送を実施する消防機関等との連携体制の構築を図ります。

4 人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制づくり

- 人生の最終段階において、住み慣れた生活の場で最期を迎えることを望む患者の意向を尊重できるよう、県民に対し看取りや事前指示書に関する普及啓発を行い、在宅看取りへの理解を促進します。
- 人生の最終段階における医療や高齢者の在宅看取りに実施する医療機関や訪問看護ステーション等に従事する人材の育成や体制の整備及び連携体制の構築を図ります。

人生の最終段階における患者の意思を尊重した看取りに向けて

病気にかかり、可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、人生の最期が間近に迫る状態になった時、多くの方が住み慣れた自宅で最期を迎えることを望みます。

長野県の調査では、県民の約4割が自宅で人生の最期を迎えたいと答えており、病院や診療所など入院医療機関と答えた人の割合を大きく上回っています。

しかしながら、患者本人が自宅で最期を迎えることを望んでいても、実際に人生の最期が近づいてきたときに、家族が「苦しそうにしているのを見てられない」「このままでは死んでしまう」という恐怖や不安に耐えることができず、救急車を呼んでしまい、自宅で最期を迎えるという本人の希望が叶わないケースもあります。

患者の希望を尊重し、本人らしい最期を迎えることができるよう、多くの医療機関や訪問看護ステーションで、身体的苦痛や精神的苦痛を取り除くターミナルケアや自宅での看取りを実施しています。

患者の希望を尊重し、住み慣れた自宅で穏やかに最期を迎えることができるよう、患者が家族や医師、訪問看護師などの医療関係者と人生の最期を迎えたい場所や家族が不安になった場合の連絡先等について話し合い、信頼関係を築くことが大切です。

第4 数値目標

1 円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H32)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	退院支援職員を配置し、退院支援を実施している診療所・病院数 (65歳以上人口10万人あたり)	10.57 か所 (H26)	10.57 か所以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
P	医療機関が入院患者に対し、退院支援・調整を実施した件数 (65歳以上人口10万人あたり)	3,687 件	3,687 件以上	現状の水準以上を目指す。	NDB レセプトデータ

2 日常の療養支援が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H32)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	訪問診療を実施している医療機関数 (65歳以上人口10万人あたり)	80.82 か所 (H26)	80.82 か所以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	訪問看護ステーション職員数	983 人	1,104 人	H24 から H28 までの事業所数の平均増加率 (6.8%/年) により H32 までに増加する事業所に対応する職員数 (増加する事業所数あたり 2.5 人) に相当する程度の増加を目指す。	介護支援課調べ
S	在宅療養支援歯科診療所数 (65歳以上人口10万人あたり)	39.94 か所	39.94 か所以上	現状の水準以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
P	訪問薬剤管理指導実施薬局数 (65歳以上人口10万人あたり)	68.60 件	68.60 件以上	現状の水準以上を目指す。	長野県薬剤師会調査
S	無菌調剤室を設置した薬局のある医療圏数	7 医療圏 (H28)	8 医療圏以上	現状の水準以上を目指す。	長野県薬剤師会調査

3 急変時の対応が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H32)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	往診を実施している医療機関数 (65歳以上人口10万人あたり)	86.51 か所 (H26)	86.51 か所 以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省 「医療施設調査」
S	在宅療養支援診療所・病院数 (65歳以上人口10万人あたり)	一般診療所 36.96 か所 病院 3.45 か所	一般診療所 36.96 か所以上 病院 3.45 か所以上	現状の水準以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	24時間体制を取っている訪問看護ステーションの職員数(※)	957人	1,074人	24時間体制で訪問看護を行っている現在の職員数の割合(97.36%)を目指す。	介護支援課調べ

4 人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H32)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	在宅で看取られる人の数 (65歳以上人口10万人あたり)	903.4人	903.4人 以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省 「医療施設調査」
O	在宅での看取り(死亡)の割合 (自宅及び老人ホームでの死亡)	全国5位 (22.4%) (H27)	全国トップ クラスを維持	今後増加することが見込まれる死亡者について、可能な限り在宅での看取りを行えるようにする。	厚生労働省 「人口動態統計」

注) 「区分」欄 S(ストラクチャー指標): 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P(プロセス指標): 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O(アウトカム指標): 医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

※ 「3施策の方向性」及び「4数値目標」については、12月21日に開催される長野県高齢者プラン策定懇話会における議論を踏まえ、変更となる場合があります。

在宅医療における圏域の設定及び二次医療圏相互の連携体制(案)

第7次

区分		在宅医療
東 信 圏 域	佐久	原則として市町村を単位とし、 実情に応じて隣接する市町村が相互に連携
	上小	
南 信 圏 域	諏訪	
	上伊那	
	飯伊	
中 信 圏 域	木曾	
	松本	
	大北	
北 信 圏 域	長野	
	北信	

5 在宅医療に関する機能別医療機関

機能	在宅医療を担う病院・診療所		診療所	病院
	二次医療圏	郡市名		
佐久	在宅医療を担う病院・診療所 ・歯科診療所 在宅療養支援歯科診療所 在宅訪問薬剤管理指導を行う薬局 無菌調剤室のある薬局	小諸市	柳橋脳神経外科	
		佐久市		くろさわ病院
		南佐久郡		○町立千曲病院(佐久穂町)、○厚生連佐久総合病院小海分院(小海町)
		北佐久郡		○上田病院
上小	在宅医療を担う病院・診療所 ・一般診療所	上田市	○上田腎臓クリニック、○上田生協診療所、岸医院、さなだクリニック	○東御市民病院
		東御市	東御記念セントラルクリニック、○称津診療所	
諏訪	在宅医療を担う病院・診療所 ・一般診療所 ・歯科診療所 在宅療養支援歯科診療所 在宅訪問薬剤管理指導を行う薬局 無菌調剤室のある薬局	岡谷市	川岸医院、山崎医院	
		諏訪市		
		茅野市		
		諏訪郡		○諏訪共立病院(下諏訪町)
上伊那	在宅医療を担う病院・診療所 ・一般診療所 ・歯科診療所 在宅療養支援歯科診療所 在宅訪問薬剤管理指導を行う薬局 無菌調剤室のある薬局	伊那市		○仁愛病院
		駒ヶ根市	リニック	前澤病院
		上伊那郡		○上伊那生協病院(箕輪町)
飯伊	在宅医療を担う病院・診療所 ・一般診療所 在宅療養支援歯科診療所 在宅訪問薬剤管理指導を行う薬局 無菌調剤室のある薬局	飯田市		○藤山会記念病院、○健和会病院
		下伊那郡		○下伊那赤十字病院(松川町)、○厚生連下伊那厚生病院(高森町)
		木曾郡		
松本	在宅医療を担う病院・診療所 ・一般診療所 在宅療養支援歯科診療所 在宅訪問薬剤管理指導を行う薬局 無菌調剤室のある薬局	塩尻市	緑ヶ丘青木医院	○相澤東病院、○藤森病院 ○松本協立病院、○丸の内病院
		安曇野市		
		東筑摩郡		○塩尻協立病院

今後、医療機能調査を行い、医療機関名を更新

5 在宅医療に関する機能別医療機関

機能	在宅医療を担う病院・診療所 在宅診療所 在宅療養支援歯科診療所 在宅訪問薬剤管理指導を行う薬局 無菌調剤室のある薬局	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 在宅療養支援診療所・病院のうち、在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関（※1）
大北	大田市	有床診療所 伊東医院、○柿下クリニック、野村クリニック、松林医院、○横瀬内科医院 太田医院（池田町）、はーぶの里診療所（池田町）、厚生連北アルプス医療センター白馬診療所（白馬村）
	北安曇郡	
長野	長野市	安茂里越内科クリニック、安藤クリニック、磯村クリニック、稲里生協クリニック、今井医院、○唐町在 診クリニック、○岡田内科、表参道内科クリニック、○かくだ内科クリニック、神楽橋医院、片桐内科クリ ニック、金木内科クリニック、○コスモス在宅クリニック、更木医院、小島内科、○小谷医院、清水内科ク リニック、○大門東クリニック、○武田医院、竹中内科医院、中島医院、平野内科小児科医院、藤井クリ ニック、○まじまクリニック、三浦医院、○南長池診療所、○宮次医院、みやじま内科クリニック
	須坂市	○轟病院
	千曲市	
	埴科郡	
	上高井郡	
上水内郡		
北信	中野市	○新生病院（小布施町）
	飯山市	
	下高井郡	

今後、医療機能調査を行い、医療機関名を更新

（※1）在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関
次のうち5項目以上を実施している場合に、計画に記載

- ① 医療機関（特に一人の医師が開業している場合に、計画に記載）
- ② 在宅での療養に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な医師や看護師が十分確保できよう、関係機関に働きかけている。
- ③ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行っている。
- ④ 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入れている。
- ⑤ 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っている。
- ⑥ 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の負担軽減につながるサービスを提供している。
- ⑦ 入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受け入れを行っている。
- ⑧ 地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行っている。