

11 在宅医療

【在宅医療とは】

在宅医療は、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）、管理栄養士・栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、介護支援専門員などの多職種が連携し、住み慣れた自宅や介護施設、サービス付き高齢者住宅等、患者が望む生活の場において、看取りまでを含む医療を提供するものです。

また、在宅医療は、高齢者のみならず、病気や障害を持つ小児・若年層や難病患者、あるいは通院が困難な患者等、あらゆる年代の人たちを対象とします。

近年、疾病構造の変化や高齢化、QOL（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まり、さらには、医療技術の進歩による在宅で実施が可能な医療の拡充などにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。

このため、病気や障害を持つ人たちが安心して住み慣れた場所で自分らしい生活を送るため、医療・介護・福祉が連携し、地域の実情に応じた包括的かつ継続的なサービスの提供が求められています。

なお、取組にあたっては、「県地域医療構想」や「いばらき高齢者プラン21」等の関連諸計画等との整合性を図りながら進めることとします。

【現 状】

- 我が国の平成27（2015）年における65歳以上の高齢者人口は、3,373万人ですが^(注1)、2042年には3,878万人となりピークを迎え、同年の75歳以上の人口割合は、13%から21%に増加し、死亡総数は約129万人から約166万人に増加する見込みです^(注2)。
- 本県においても、総人口は平成17（2005）年の国勢調査において減少に転じているうえに、高齢者人口は年々増加し続け、平成17（2005）年に約27万人であった後期高齢者人口（75歳以上）は2035年には53万人に倍増する見込みとなっています^(注1)。
- 平成29（2017）年度の県政世論調査では、「在宅医療の希望と実現の可能性」として、「希望するが、実現は難しい」が56.4%と最も高く、「希望しない」が23.8%という結果でした。また、「希望するが、実現は難しい」、あるいは「希望しない」と回答した方にその理由を聞いたところ、「家族に負担をかけるため」が85.7%と最も高く、次いで「経済的な負担が大きいため」が49.5%、「急に症状が変わったときの対応が不安なため」が29.2%、「介護してくれる人がいないため」が24.9%となっています（別表1参照）。
- このように、県政世論調査の結果から、多くの県民は、自宅での介護や在宅医療を希望しているものの、実現が難しいと考えており、その理由として、家族への負担、経済的な負担、急変時の対応への不安、介護者の不在などが挙げられていることから、今後、これらの課題に対する積極的な取り組みが求められています。
- 本県の在宅医療に関する現状把握のための指標は、訪問診療を実施している診療所・病院数、訪問看護事業所数、在宅療養支援歯科診療所数などをはじめ、ほとんどが全国平均を下回っている状況であり、特に、在宅医療の成果指標である在宅死亡者数については全国でも下位に位置しています。（在宅医療に係る指標については別表2を参照）

(注1) 厚生労働省「人口動態調査統計（確定数）」（平成27年）

(注2) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（1月推計）」（平成24年）

- 疾病構造の変化や高齢化の進展，医療技術の進歩，QOL向上を重視した医療への期待の高まり等により，在宅医療のニーズは増加し，多様化しています。
- 多くの県民が，自宅等住み慣れた環境での療養を望む中，「治す医療」だけでなく「治し，支える医療」が重要になっています。
- 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，看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとなるものです。そのため，各関係機関が相互に連携することで，在宅医療を望む人に対し，円滑に医療を提供できる体制を構築することが必要です。

【課題】

(1) 在宅医療の4つの局面に対応した切れ目のない体制づくり

在宅医療を推進するためには，「退院支援」，「日常の療養生活支援」，「急変時の対応」，「看取り」の4つの局面において，医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要です。

【退院支援】

- 在宅医療に円滑に移行するためには退院前カンファレンスの充実が不可欠であり，特に医療・介護度の高い事例では，関係多職種が参集し，共通認識を持つ必要があります。
- 特に医療依存度が高い場合，医療機関は介護支援専門員だけでなく訪問看護と十分に連携することが重要であり，退院前には，訪問看護を交えたカンファレンスを開いて，退院後に向けた支援の在り方を検討することが求められます。
- 近年，人工呼吸器やその他何らかの医療処置を必要とする人が，在宅医療を選択する事例が増えてきたことから，医療の継続性を確保するとともに，退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防とその円滑な対応に向け，入院初期段階から，退院後の生活を見据えた退院支援を行っていくことが重要となります。

【日常の療養生活の支援】

- 医師・看護師不足の地域などでは，開業医の高齢化もみられるなど，医療資源に地域差があることから，地域の実情に合わせた対応が求められています。
- 病院，診療所を対象とした調査によると，在宅医療を実施する上で，74%が24時間対応の困難さを挙げており^(注1)，切れ目のない医療と介護の連携体制の構築が求められています。
- 訪問看護・訪問によるリハビリテーションにおいては，規模の大きな看護ステーションほど，難病や末期の悪性腫瘍等の利用者が多く，また緊急の訪問が多い実態があります。
- 訪問看護ステーションは，看取りや重症度の高い利用者に対し，安定的な訪問看護サービスを提供するため，関係機関との連携や，人員等の規模の拡大等を図ることが求められています。特に少人数の訪問看護ステーションでは，他の訪問看護ス

(注1) 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果（平成29年）」

ーションとの連携を進めることが必要です。

- 訪問歯科診療においては、患者の歯科治療の必要性について、多職種の間で気づきがあり、その受け皿（訪問歯科診療）があっても、その両者がスムーズにつながっていないことから、医療機関等との連携を更に推進するとともに、在宅療養者の生活上の情報を最もよく知る介護支援専門員との連携を推進する必要があります。また、経口摂取支援には多職種連携が必要であり、その中でも歯科医師や歯科衛生士などは重要な役割を担うことが求められています。
- 訪問薬剤管理指導においては、在宅訪問実施薬局数は、年々増加しているものの、薬局全体の約3割程度となっており、更なる増加が求められています。
- 訪問栄養指導においては、病院、診療所を対象とした調査では、管理栄養士・栄養士配置率が13%と少なく、そのうち在宅患者訪問栄養食事指導を実施している医療機関は非常に少ないことから、患者への適切な栄養・食生活を支援する体制の構築が求められています。

【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への負担への懸念が挙げられます。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す。
- そのため、24時間いつでも往診や訪問看護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求められています。
- 患者・家族に対し、日頃から急変が起こり得ることを説明し、その時の対応について関係者間で話し合うことなど、県民の意識啓発を進めていくことが必要です。

【在宅での看取り】

- 医療機関での死亡率が高いことから、患者や家族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体制の構築が求められています。
- そのため、24時間365日対応の訪問看護を増やし、それをもとにして在宅医を増やしていくことが重要です。
- 県民に対する啓発により、在宅での看取りなどを受け入れることに対する心理的抵抗を和らげることも必要です。

(2) 人材の確保と育成

- 在宅医療では、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士・栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士などの医療福祉従事者がお互いの専門性を活かしながらチームとして患者・家族をサポートしていく体制の構築が求められています。
- また、少ない人材を有効に活用する工夫が必要です。
- 地域包括ケアは、在宅医療を進めていくための重要な要であるため、医療や介護のみならず地域住民を巻き込んだシステムを構築していくことが必要です。

(3) 広報・啓発

- 在宅医療の推進にあたっては、地域住民や医療従事者に対し、地域の在宅医療に関する理解を深め、関係者の合意形成や、在宅での看護や看取りに対する不安の解消を図ることが重要です。
- 患者がどのような医療を望むのか、自ら考え、意思表示をする等、県民が在宅医療に主体的に参加するための啓発の機会の充実が求められています。
- 県民に対する公開講座などの普及啓発活動は各地で行われていますが、参加者の多くは健康に関する意識が高い元気な高齢者であることや、医療・介護資源の状況など地域の状況が異なることから、地域特性に応じた県民の意識啓発を図ることが求められています。

【対策】

(1) 在宅医療の4つの局面に対応した切れ目のない体制づくり

ア 4つの局面における、課題に対応する施策の方向性

4つの局面	課題に対応する施策の方向性
退院支援	<ul style="list-style-type: none"> • 退院前カンファレンスの充実 • 情報共有システムづくり • 入院前の段階からの退院後の生活を見据えた支援体制の構築
日常の療養生活の支援	<ul style="list-style-type: none"> • 医療資源不足の地域への人材確保 • 地域における在宅医療・介護の提供体制の構築 • 在宅医療への参入促進 • 在宅医療に取り組む診療所等の連携体制（主治医・副主治医制など）の構築 • 在宅医療に取り組む診療所等の後方支援を担う地域の中核病院との連携体制の構築 • 訪問看護ステーション間の連携体制の構築 • 訪問歯科診療を行う歯科診療所と医療機関等の連携の推進 • 在宅医療に必要な機器等の整備促進 • 地域リハビリテーション体制の積極的活用 • 訪問によるリハビリテーション機能の拡充 • レスパイトケア体制の充実等、介護者支援策の推進 • 疾病の重症化予防や低栄養の予防・改善のための管理栄養士・栄養士の活用促進 • 訪問歯科診療を必要な患者に適切な医療に提供するための多職種連携による、普段から顔の見える関係の構築 • 県民や医療・介護の関係機関からの歯科相談や訪問歯科診療を提供する歯科診療所を紹介する在宅歯科医療連携室の利活用促進 • 診療所と訪問看護の連携 • 訪問看護業務・訪問薬剤管理業務の多職種への理解促進 • 地域における栄養・食生活の支援体制の構築 • 在宅医療に取り組む診療所等と栄養ケアステーション^(注1)間の連携体制の構築
急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> • 急変に円滑に対応するための診療所等の連携体制の構築 • 急変時の対応に関する県民への啓発の取組
在宅での看取り	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅看取り医の確保 • 訪問看護の充実 • 看取り時の変化とその対応に関する県民への啓発の取組 • 介護との連携強化 • 家族のレスパイトケア • 家族の精神的支え

(注1) 栄養ケアを地域住民の日常生活の場で実施提供する仕組みとそのための拠点のこと

イ 遠隔医療技術を活用した在宅医療支援

- 今後、需要の増加が見込まれる在宅療養者への支援の充実を図るため、遠隔医療技術を活用し、生活の中で孤立しがちな高齢者でも診療や見守りなどの生活支援を受けられるよう、その活用を推進していきます。

ウ 在宅医療に求められる医療機能を担う医療機関等の情報提供

- 在宅医療が切れ目なく円滑に提供される体制の構築に向け、4つの局面における医療・サービスの提供体制に求められる医療機能及び各医療機能を担う関係機関等の例を別表3により示すこととし、地域の医療資源等の実情を考慮した上で、各医療機能を担う関係機関等の名称を本計画の別冊に記載することにより、患者や県民に分かりやすい情報提供に努めます。

エ 在宅医療に係る圏域の設定

- 在宅医療に係る圏域は、市町村単位を基礎として設定し、連携体制の構築を図ります。
- ただし、在宅医療に係る医療資源の整備状況や関係者の連携の在り方は地域によって異なっており、特に資源の不足する地域においては、より広域での連携が必要となることから、地域の実情に応じ弾力的に設定することとします。

オ 在宅医療に関わる他の疾病の医療体制や事業・サービス等との連携

- 在宅医療は多様な疾病・病態を対象とし、小児医療・救急医療等の政策医療にも密接に関係していることから、各疾病・事業に対応した体制づくりを図ります。(本項以外の各論において、在宅医療に関して記載した項目については別表4を参照)
- また、患者のQOLの向上を図るため、緩和ケアや歯科口腔ケア、栄養管理、薬剤管理指導、リハビリテーション、介護者への負担を軽減できる家族のレスパイトケアの確保など、医療・福祉・保健の多岐にわたるサービスの充実と連携を図り、在宅医療に係る包括的かつ継続的な支援体制の構築に努めます。
- 連携体制の構築にあたっては、地域包括ケアシステムや地域リハビリテーションなど、在宅医療に関わる関連制度との役割分担や連携を促進し、効果的かつ効率的なサービスの提供を図ります。

(2) 人材の確保と育成

- 限られた人材を有効に活用するための多職種の効果的・効率的な連携体制の構築を図り各職種の専門性を超えた幅広い役割を担う人材の育成に努めます。
- 専門職種間の相互理解の促進、地域ケア会議の充実を図ります。
- 在宅医療従事者に必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるため、医師、歯科医師、在宅訪問薬剤師、訪問看護師、訪問リハビリ、訪問介護に従事する各専門職等に対する研修の充実を図ります。
- 超高齢社会の進展により、今後ますます需要が見込まれる在宅医療の現場や地域の中小病院・中核病院など地域医療の第一線において、かかりつけ医として総合的な診療能

力を有する医師の養成に、医師会等の協力を得ながら取り組みます。

(3) 広報・啓発

- 医療法第6条の3に基づく医療機能情報提供制度等により、県民のニーズに応じた在宅医療に係る医療機能を有する病院，診療所，歯科診療所，薬局の情報を県民や医療従事者に対して分かりやすく公表します。
- 急変時の対応（救急車），在宅看取りに対する意識の啓発に努めます。
- 多職種が口腔について理解するため，ガイドブック等を用いた知識の普及を図ります。
- 経口摂取支援のために歯科医師や歯科衛生士などの果たす役割について，関係団体等への普及を促進します。
- 適切な口腔管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど，口腔と全身との関係について，広く普及啓発を図ります。

【いばらき医療機関情報ネット（茨城県医療機能情報・薬局機能情報提供システム）】

県内で在宅医療に対応可能な医療機関を機能別（61項目）に検索することができます。また，県内の薬局に関し，在宅訪問など対応可能な機能（35項目）を掲載しています。

<https://www.ibaraki-medinfo.jp/>

【保健医療福祉施設等一覧】

県内に所在する地域包括支援センター等の老人福祉施設，介護老人保健施設，訪問看護ステーションなどの保健・医療・福祉に関する施設を掲載しています。

リンク先：茨城県ホームページ › 茨城で暮らす › 保健・医療 › 保健医療政策

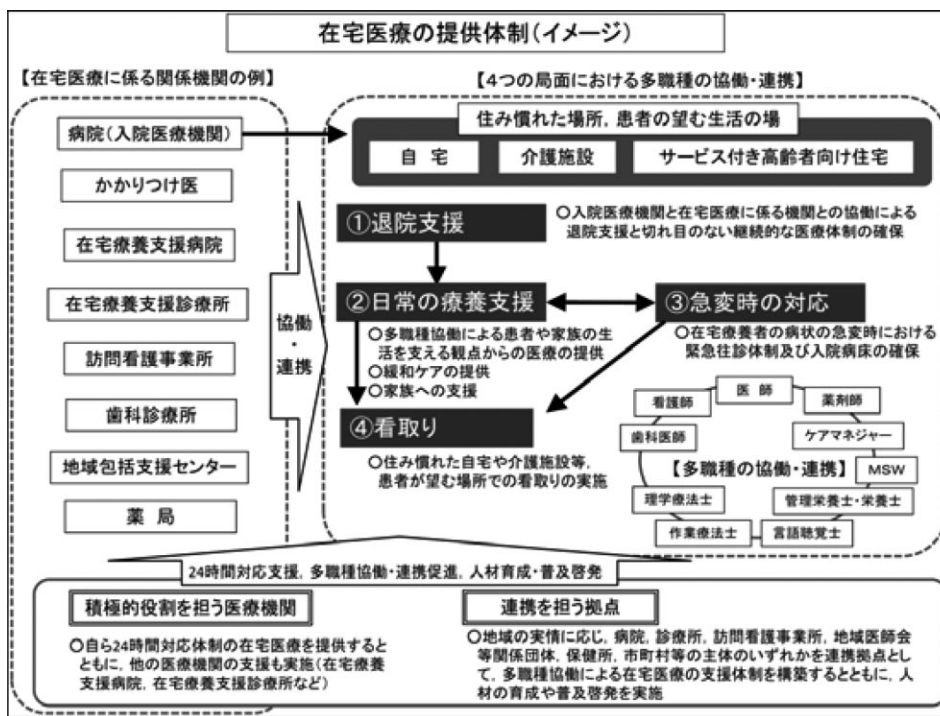
(4) P D C A（plan（計画）—do（実行）—check（評価）—action（改善））サイクルの推進

- 在宅医療の提供体制の実効性を高めるため，各地域において，行政，関係団体・機関，県民等を含む評価体制を整備し，課題の抽出や対応策の検討，関係機関との調整等に努めます。
- また，県においては，各医療圏及び県全体での評価や，課題の解決に向けた協議等を実施する体制を整備し，関係団体・機関への働きかけや調整・支援を図ります。

(5) 関係者の役割

- 在宅医療を推進していくためには，各地域において医療と介護を切れ目なく連携させる仕組みを整備することが重要であり，そのためには，基礎自治体である市町村が，県や医師会等の関係機関・団体と緊密に連携し，医療と介護の連携促進や調整を図っていくことが必要であるとともに，保健・医療・福祉の各分野における関係機関・団体等は，それぞれの役割を認識し，互いの職務・職能に対する理解を深めながら相互に連携を図りつつ，主体的に取り組を進めることが重要です。

- また、県は、各医療圏及び県全体での課題を把握するとともに、広域的な課題解決に向け、保健所等を通じた支援や関係団体・機関の調整や働きかけ、連携拠点等の整備に向けた支援、モデルとなる連携体制の検討や普及を促進します。



【目 標】

目 標 項 目	現状(人口10万人あたり※)	目標(人口10万人あたり※) (2020年度)
退院支援を実施している診療所・病院数	2.0箇所	2.7箇所
訪問診療を実施している診療所・病院数	360箇所	414箇所
訪問看護事業所数	5.2箇所	7.9箇所
在宅療養支援歯科診療所数	2.6箇所	4.8箇所
在宅訪問実施薬局数	12.4箇所	16.6箇所
在宅療養後方支援病院の届出機関数	0.10箇所	0.25箇所
看取り数(死亡診断のみの場合を含む)	77.5人	99.4人

※ 訪問診療を実施している診療所・病院数は、実数

数値目標については、今後、各地域において在宅医療を推進する、あるいは在宅医療のあり方を検討していく上で、PDCAサイクルの推進を図ります。

【別表1：県政世論調査における在宅医療に関する県民の意識】

●平成24（2012）、29（2017）年度県政世論調査：在宅医療の希望と実現の可能性

問1：あなたは、脳卒中やがんなどで長期の療養が必要になった場合、在宅医療を希望しますか。また、その実現は可能だと思いますか。次の中から1つだけ選んでください。		
	平成24年度	平成29年度
希望するが、実現は難しい	54.9%	56.4%
希望しない	22.2%	23.8%
希望するし、実現可能である	8.5%	7.5%
現在、在宅医療を受けている	0.4%	0.2%
わからない・無回答	14.1%	12.2%
問2：（問1で「希望するが、実現は難しい」か「希望しない」と回答した方のみ）在宅医療の実現が難しい、または希望しない理由はなんですか。次の中から3つまで選んでください。		
	平成24年度	平成29年度
家族に負担をかけるため	86.9%	85.7%
経済的な負担が大きい	41.8%	49.5%
急に症状が変わったときの対応が不安なため	29.7%	29.2%
介護してくれる人がいないため	24.3%	24.9%
療養できる部屋やトイレなど住環境が整っていないため	23.4%	21.6%
訪問看護や介護の体制が不十分であるため	13.8%	14.0%
往診などしてくれる医者がないため	13.9%	12.8%
医師や看護師の訪問が精神的な負担になるため	4.5%	5.2%
その他	1.4%	1.4%

【別表2：在宅医療体制構築に係る現状把握のための指標】

No	区分	指標名	茨城県		全国（平均）	
			実数 (順位)	人口10万人 当たり(順位)	実数	人口10万人 当たり
1	退院支援	退院支援担当者を配置している医療機関数	79	2.65 (34位)	89	3.26
2		退院支援担当者を配置している病院数	73	2.45 (36位)	77	2.80
3		退院支援担当者を配置している診療所数	6	0.20 (32位)	12	0.46
4		退院支援を実施している診療所・病院数	60	2.0 (33位)	72	2.7
5	日常の療養支援	訪問診療を実施している診療所・病院数	360	12.1 (45位)	591	21.7
6		訪問看護事業所数	155	5.2 (44位)	215	7.9
7		歯科訪問診療を実施している診療所数	117	3.9 (45位)	201	7.4
8		訪問診療を受けた患者数	103,167	3,460 (44位)	155,871	5,713
9		訪問看護利用者数（提供回数）	62 (19位)	-	94	-
10	急変時の対応	在宅療養支援歯科診療所数	78	2.6 (39位)	131	4.8
11		往診を実施している診療所・病院数	561	18.8 (44位)	861	31.5
12		在宅療養後方支援病院の届出機関数	3	0.10 (40位)	7	0.25
13		24時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数	654.4	21.9 (43位)	896.9	32.9
14	看取り	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している医療機関数	85	2.85 (38位)	102	3.73
15		在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院数	5	0.17 (46位)	10	0.37
16		在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所数	80	2.68 (35位)	92	3.36
17		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	106	3.6 (44位)	140	5.1
18		在宅ターミナルケアを受けた患者数	1,301	43.6 (33位)	1,583	58.1
19		看取り数（死亡診断のみの場合を含む）	2,311	77.5 (42位)	2,712	99.4
20		在宅死亡者数	5,450	百分率17.6% (42位)	5,846	

【別表3：在宅医療の4つの局面における関係機関と求められる機能】

局面	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
目標	<ul style="list-style-type: none"> 入院医療機関と、在宅医療に係る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 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる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 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の病状急変時に対応できるように、在宅医療を担う病院・診療所、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 	<ul style="list-style-type: none"> 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
関係機関の例	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所 訪問看護事業所 薬局 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 基幹相談支援センター・相談支援事業所 	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所 訪問看護事業所 薬局 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 介護老人保健施設 短期入所サービス提供施設 基幹相談支援センター・相談支援事業所 	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所 訪問看護事業所 薬局 	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所 訪問看護事業所 薬局 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 基幹相談支援センター・相談支援事業所
	在宅医療において積極的役割を担う医療機関、在宅医療に必要な連携を担う拠点			
求められる機能	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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に調整すること 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、訪問看護、訪問薬剤管理指導、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 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 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、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、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 <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと 重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、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や、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 <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
	<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"> 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 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 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 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適切に紹介すること 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 			
	<p>【在宅医療に必要な連携を担う拠点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療及び介護、障害福祉関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における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 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するように、関係機関との調整を行うこと 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 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること 			

※病院・診療所には歯科を標榜するものを含む

【別表 4：本項以外の各論において、在宅医療に関して記載した項目】

章-節	項 目	関連する内容や本計画における対策	
1 - 1	地域医療連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関の機能分担と連携を進めるため、地域の医療機関等の協議の場を設置するとともに、地域連携クリティカルパスの普及を図る。 	
1 - 2	医療体制の確立	がん	<ul style="list-style-type: none"> がん患者の希望に応じて可能な限り在宅で療養生活を送ることができるよう、外来通院による放射線治療や外来での化学療法が受けられる診療体制の整備を進めている。 がん患者の希望に応じて可能な限り在宅で療養生活を行うことができるよう、がん診療連携拠点病院の医療スタッフが、治療を継続するがん患者の退院支援・調整などを円滑に行うため、相談支援センター及び地域医療連携等の担当者を通じて、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局及び歯科診療所などの具体的な活動内容を把握し、患者・家族の多様なニーズに対応できる体制の整備に努める。 また、県は、筑波大学などの教育機関、医師会、看護協会、がん診療連携拠点病院等が協力し、在宅医療に携わる医療従事者に対する研修会等を開催し、在宅療養を推進するために必要な人材育成を図る。
		脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病や合併症（誤嚥性肺炎）の予防、在宅療養支援などの観点から、内科と歯科など、多職種の連携が求められている。 限りある医療資源を効果的に提供するために、「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」、「回復期の施設」、「かかりつけ医」などの各医療機関が連携し、切れ目なく継続的に治療が行われる体制づくりを推進する。
		心筋梗塞等の心血管疾患	<ul style="list-style-type: none"> 心筋梗塞等の心血管疾患発症後、合併症や再発予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目指して、患者の状態に応じ、治療当日から運動療法や食事療法などの心血管疾患リハビリテーションを行うことが重要。 限りある医療資源を効果的に提供するために、「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」、「回復期の施設」、「かかりつけ医」などの各医療機関が連携し、切れ目なく継続的に治療が行われる体制づくりを推進する。
		精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患患者の治療中断等による再入院を防止し、地域生活を継続するため、精神保健福祉センター、保健所、市町村、精神科医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、薬局等が連携し、困難事例への対応等を検討する機会を設けます。また、訪問支援（アウトリーチ）の活動を促進します。
		救急医療	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に取り組む診療所等が医師不在の場合等でも、患者の急変に円滑に対応できる体制を整備するため、複数の診療所等による連携（グループ）の構築を支援する。 患者や家族が希望した場合に、自宅で最期を迎えることを可能とする医療及び介護体制の構築を図っていく。 併せて、看取りなどを受け入れることに対する心理的抵抗を和らげることが重要であることから、看取り時の対応に関する市民への普及啓発活動を推進していく。
小児医療	<ul style="list-style-type: none"> 「茨城型地域包括ケアシステム」の理念のもと、行政・医療・教育・福祉など関係者による連携体制を構築するとともに、施策の実現に向けた具体的な工程表を作成し、医療的ケアの必要な小児が、安心して暮らせる支援体制づくりを推進する。 新生児集中治療室（NICU）等に長期入院している小児が在宅や重症心身障害児施設に円滑に移行することを促進する体制整備に努める。 退院後の医療的ケアを継続的に支援する役割を担う訪問看護ステーションや訪問看護師の確保、内科及び小児科をはじめとする在宅訪問医師、相談支援専門員などの人材育成を進める。 小児の療養・養育などの在宅医療に係る支援体制を構築するため、地域の実情を踏まえて、介護者への負担を軽減できるレスパイトや短期入所施設、通所施設のより一層の確保を図る。 		

章-節	項 目	関連する内容や本計画における対策
1-4	県立病院の役割	<ul style="list-style-type: none">• 地域医療支援病院として、地域の医療機関との連携を進めるとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション及び地域包括ケアシステムの後方支援に積極的に関わり、在宅医療の充実に貢献する。• 小児在宅医療を支えるため、地域の医療機関との密接な連携による県内小児医療ネットワークを構築するとともに、在宅医療に関わる福祉関係機関との連携や訪問看護ステーションへの技術支援を強化する。
1-7	薬局機能の充実	<ul style="list-style-type: none">• 県薬剤師会等と連携し、多職種連携の会議や技術研修会の開催などにより薬剤師の資質向上を図り、薬局が在宅医療に参画するための体制整備を支援する。

第8節 地域リハビリテーションの充実

【現状】

リハビリテーションは、単に機能障害の改善や維持だけでなく、高齢者や障害者等が長年住み慣れた地域で、住民とのふれあい等を通じていきいきとした生活を送る「ノーマライゼーション」の達成を目標にしています。

リハビリテーションの推進のためには、予防から始まり、急性期、回復期、維持期で、疾病や障害の各段階に対応できるリハビリ専門職の不足や、現場経験が不足している若手のリハビリ専門職の増加が指摘されています。

さらに近年、地震や洪水などの自然災害が全国的に多発し、被害も激甚化する中、災害時におけるリハビリテーションの必要性が高まっているところです。

【課題】

ノーマライゼーションを達成していくためには、保健・医療・福祉・教育の各分野との連携方策を検討し、地域の実情にあった地域リハビリテーション体制を構築することが必要です。

また、幅広いステージに対応できるリハビリ専門職の養成、若手のリハビリ専門職の資質向上と指導者のマネジメント能力向上を図る必要があります。

さらに、避難所での生活不活発病防止など、災害時におけるリハビリテーション支援体制構築が必要になっています。

【対策】

(1) 地域リハビリテーション支援体制の充実

「県支援センター」である県立医療大学付属病院を核として、二次保健医療圏ごとに指定する「広域支援センター」（各圏域1か所程度）及び「地域リハ・ステーション」（各圏域3か所程度）により、地域におけるリハビリテーション実施機関に対する支援を行うとともに、保健・医療・福祉・教育等の連携を強化し、地域リハビリテーション支援体制の充実を図ります。

また、理学療法士や作業療法士等のリハビリ専門職員に対して、急性期から終末期まで一貫したリハビリテーションの研修を行う「研修推進支援センター」を指定し、研修体制の充実を図ります。

さらに、退院後も身近な地域で適切なリハビリテーションが受けられるよう、リハビリサービスを提供している訪問看護ステーションを「訪問リハビリテーション・ステーション」に、また、介護老人保健施設を「訪問リハ・老健ステーション」として指定し、訪問によるリハビリテーションサービスの充実を図ります。

また、広域支援センター等が中心となり、職能団体や市町村とも連携しながら、地域リハビリテーション支援体制を活用した災害リハビリテーション支援体制構築に向けた協議を行ってまいります。

なお、近年課題となっている高次脳機能障害への支援については、支援拠点機関を中心としてネットワークの強化を図り、充実したリハビリ環境の整備を推進します。

(2) リハビリテーション専門職の新たな研修体制の構築

リハビリ専門職においては、医師や看護師の様に、養成校を卒業した後の体系的な臨床での研修体制が確立されていないため、有識者による協議等により、幅広いリハビリに対応できる人材の養成に資する新たな研修体制の構築に取り組みます。

(3) 地域リハビリテーション活動支援事業（地域支援事業）に対する支援

地域における訪問・通所型サービスや住民運営の通いの場、多職種協働の会議等にリハビリ専門職が積極的に関与できるよう支援してまいります。

■地域リハビリテーション・ネットワーク図

