

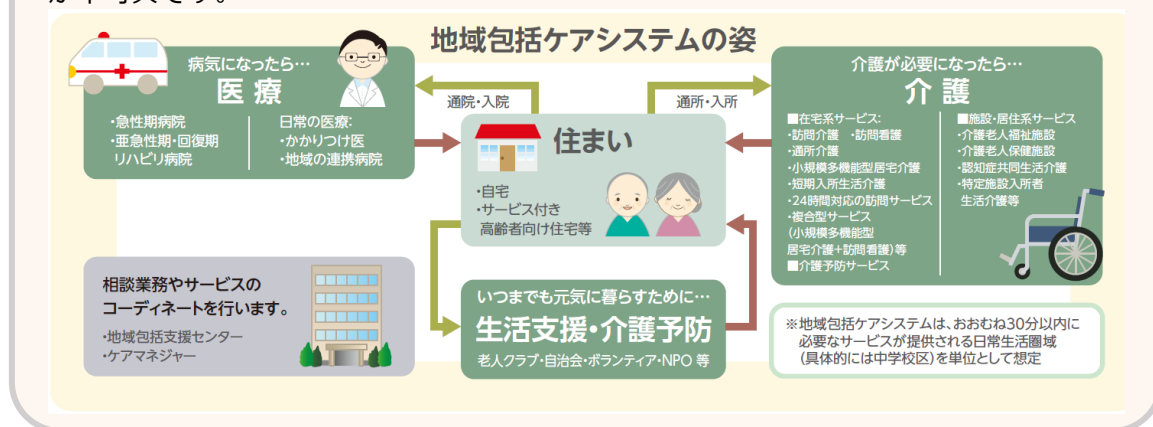
## 第11節 在宅医療

### 1. 在宅医療について

- 多くの県民は、病気になっても、住み慣れた自宅や地域で自分らしい療養生活を送ることを望んでいます。高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、何らかの病気を抱えながら生活することが多くなる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」の充実が求められています。
- 「在宅医療」は、住み慣れた自宅や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、地域包括ケアシステムに不可欠な構成要素です。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、看取りも含む医療提供体制の基盤のひとつとして期待されています。

#### ■ 地域包括ケアシステム

- ・地域包括ケアシステムとは、地域において「住まい」を中心に医療・介護・予防・生活支援が切れ目なく一体的に提供される体制をいいます。高齢化に伴い増加する慢性的な疾患を抱えた患者、認知症の患者等に対応するため、市町や県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。
- ・また、その体制づくりにあたっては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師及び介護関係者等、患者に関わる多職種が、迅速に情報を共有し、切れ目のない支援を行うことが不可欠です。



### 2. 本県の現状と課題

#### (1) 在宅医療を取り巻く環境

- 高齢化の進展により、要介護(要支援)認定者や認知症患者が大幅に増加しており、今後さらに自宅や施設など、地域において疾病や障害を抱えながら生活を送る方が増えることが予想される中、入院医療だけでなく、在宅医療を充実させることで、地域で安心して療養できる体制の整備を進めていく必要があります。
- 平成27年の国民生活基礎調査によると、要介護状態に至る主な原因疾患は、脳血管疾患が約21%、認知症が約15%、関節疾患が約11%、老衰が約14%となっています。また、本県の認知

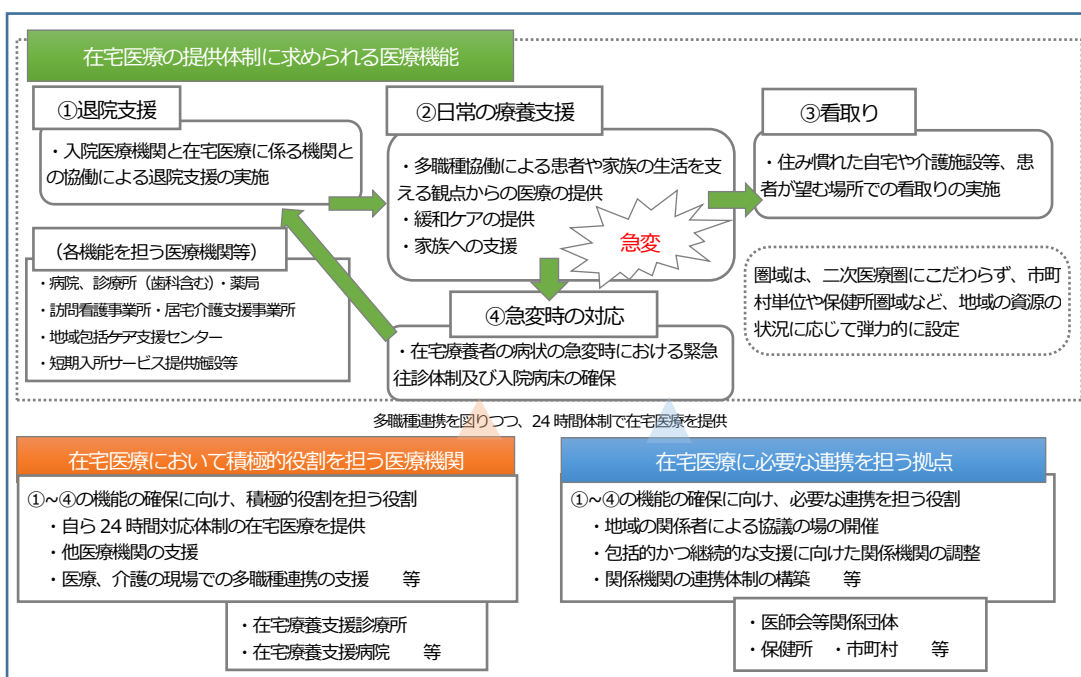
症高齢者は、平成27年の6万4千人から、平成37年には8万4千人に増加すると推計されています。

- また、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。精神疾患を抱える患者を地域で支えていく取組を含め、こうした在宅医療ニーズの多様化への対応も必要になっています。

## (2) 在宅医療の提供体制

- 在宅医療は、「退院支援・調整」、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」、「在宅での看取り」の4つの機能に分け、提供体制の整備を図っています。

【図】在宅医療の提供体制に求められる医療機能



※出典：厚生労働省資料より

### ア) 退院支援

- 人工呼吸器を装着した患者など、退院後も引き続き何らかの医療処置が必要な患者について、退院後の医療の継続性、退院に伴う心理的、社会的な課題への対応のため、入院後早期から退院後の療養生活を見据えた支援が重要となります。
- 適切な退院支援を行うことにより、自宅で療養できる患者の増加や、早期退院、患者や家族の家庭での生活の質の向上等が期待できます。医療機関における退院支援担当者の配置や退院後の医療、介護サービスを担当する関係者を含めた多職種による退院前カンファレンス等の実施が重要になります。

- 退院支援担当者を配置している病院の数は、平成26年には61箇所となっており、これは精神科病院を除くすべての病院の48%にあたり、全国平均並みとなっています。医療機関において退院支援を行う退院支援担当者のさらなる確保が必要です。
- 近年は、多職種が参加する退院前カンファレンスも増加していますが、市町に対する調査結果によると、一部において関係者の参加が十分でない地域も見られます。全ての関係者が参加しやすい環境づくりを進めるとともに、入退院情報共有シート等の効率的な情報共有の仕組みづくりが必要です。
- 退院後、口腔の状態が悪くなり、食事が十分にとれず、状態が悪化して再入院となるケースが増加しています。退院後も適切な口腔ケアが受けられるよう、入院時からの口腔ケアと退院時の医科と歯科の情報共有が必要です。

#### イ) 日常の療養生活の支援

- 日常の在宅における療養生活を支えるためには、主治医や、その指示に基づき日常の医療処置を行い、家族も含めた療養生活の相談を受ける訪問看護事業所の看護師をはじめ、口腔機能の維持・向上を行う歯科医師や歯科衛生士、服薬指導を行う薬剤師、栄養指導を行う管理栄養士やリハビリ指導を行うリハビリ専門職及びケアマネージャー等の介護専門職など、多職種が相互に連携しながら患者や家族をサポートすることが重要です。
- 病院、診療所を対象とした国の調査では、在宅医療を実施するうえで、特に大変なこととして、74%が24時間対応の困難さを挙げており、これは、在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されていることが主な要因と考えられるため、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が必要とされています。
- 訪問看護事業所数は、平成24年の80箇所から平成29年においては101箇所と増加していますが、地域偏在があるほか、小規模の事業所が多いため、経営基盤が不安定になる場合があります。
- 訪問診療を行う医師や訪問看護を行う看護師の高齢化が進んでおり、医師や看護師の負担軽減や人材確保が課題となっています。

【表】市町別の在宅医療資源の状況

市町	訪問看護事業所数（※1）			訪問診療を行っている医療機関数（※2）	在宅療養支援診療所数（※3）	在宅療養支援病院数（※3）
	実数	看護師数	1箇所あたり看護師数			
長崎市	44	207.40	4.71	184	141	8
佐世保市	11	54.60	4.96	65	42	2
島原市	4	22.40	5.60	12	9	1
諫早市	10	39.50	3.95	47	44	2
大村市	5	24.20	4.84	27	26	1
平戸市	3	7.80	2.60	10	2	1
松浦市	3	9.60	3.20	5	1	0
対馬市	2	5.30	2.65	5	0	0
壱岐市	2	14.20	7.10	10	5	1
五島市	4	18.70	4.68	12	2	1
西海市	1	2.80	2.80	9	2	0
雲仙市	3	12.50	4.17	15	9	0
南島原市	3	12.80	4.27	9	6	2
長与町	2	13.10	6.55	13	10	1
時津町	0	0	0	12	8	1
東彼杵町	1	4.00	4.00	3	1	0
川棚町	1	3.50	3.50	4	0	0
波佐見町	1	3.20	3.20	6	6	0
小値賀町	0	0	0	0	0	0
佐々町	0	0	0	4	2	0
新上五島町	1	4.70	4.70	4	0	0
県全体	101	460.30	4.56	456	316	21

※出典：（1）介護サービス施設・事業所調査（H29.4.1） （2）国のNDB（平成27年度） （3）厚生局調H28.3.31

### ■ 訪問看護師の育成、確保を図るための取組

・県は、県看護協会や長崎大学病院とともに、訪問看護師の育成、確保を図るため、訪問看護の段階に応じた研修や専門技術研修、県内で共通して活用できるサマリー様式の整備による情報共有の仕組みづくり、複数の事業所による協力的体制の構築に向けた取組等を行っています。

- 在宅における口腔ケアが、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が広く指摘されており、医療機関やケアマネージャー等日常療養を支援する多職種の連携をさらに推進していくことが必要です。また、訪問歯科診療を行う歯科医師の確保も必要です。

### ■ 在宅歯科医療を推進するための取組

・県は、県歯科医師会が設置する地域歯科医療連携室において、病院や施設に入院、入所している高齢者等に対し、歯科衛生士を派遣し、口腔機能の状態をチェックするとともに、関係者に対して口腔ケアに必要な指導及び助言を行っています。また、かかりつけ歯科医、施設協力歯科医と連携して、継続した口腔機能管理を行うことで、誤嚥性肺炎等の疾病予防を図る取組を進めています。

- 患者の自宅等を訪問し、薬の保管や、服薬に関する理解不足、飲み忘れなど、薬剤の管理指導を行う薬局は、51箇所あります（平成27年）。医療保険による在宅患者訪問薬剤管理指導と、介護保険による居宅療養管理指導により行われています。
- 「かかりつけ薬剤師」として、患者の服薬情報を一元的且つ継続的に把握することや、それに基づく薬学的管理・指導を行うことが求められていますが、地域の薬局では、薬剤師が一人の所が多く、在宅への訪問を行うことが困難であることが指摘されており、訪問薬剤管理指導を行う薬剤師の確保が必要です。

【表】市町別の施設等の状況

市町	介護保険施設（※1）			在宅療養支援歯科診療所数（※2）	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数（※2）
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設		
長崎市	32	17	9	55	33
佐世保市	20	11	12	20	5
島原市	5	2	2	9	0
諫早市	8	5	9	10	3
大村市	3	2	2	9	3
平戸市	4	3	1	1	0
松浦市	3	1	4	1	0
対馬市	6	2	0	1	4
壱岐市	3	2	1	2	0
五島市	7	3	0	3	0
西海市	4	2	0	1	0
雲仙市	2	3	3	3	0
南島原市	6	4	2	6	0
長与町	2	1	0	7	3
時津町	1	3	1	2	0
東彼杵町	1	1	1	1	0
川棚町	1	0	0	3	0
波佐見町	1	0	1	2	0
小値賀町	1	0	0	0	0
佐々町	2	1	0	2	0
新上五島町	5	2	0	0	0
県全体	117	65	48	138	51

※出典：(1) 県の長寿社会課調べ H29.4.1 現在 (2) 国 NDB（平成27年度）

### ■ 長崎在宅 Dr. ネット

・県内で在宅医療に取り組んでいる代表的な団体として、「認定NPO法人長崎在宅 Dr. ネット」があります。同法人は、平成15年3月に、病院と診療所、診療所同士の連携を推進することを目的として発足し、長崎市及び周辺の開業医が中心となって、地域医療の連携に取り組んでいます。具体的には、自宅療養を希望する入院患者に対し、主治医・副主治医の複数の担当医師を紹介し、24時間対応の在宅医療を実現しており、これからの在宅医療の一つのあり方を示しています。

## ウ) 急変時の対応

- 自宅での療養が困難な理由の一つに、急変時の対応に関する不安や家族への負担が挙げられています。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時間対応が可能な連携体制や、病院や有床診療所における緊急時の入院受入れといった後方支援体制の構築が必要です。
- 本県において、往診を実施している診療所・病院数は、679 箇所です。人口 10 万対 48.0 箇所です。全国的に見ると多い方ですが、地域差があります。また、24 時間体制をとっている訪問看護事業所の従事者数は、人口 10 万対 33.3 人で全国並みですが、各市町間では 0 人から 186.2 人と、地域差がみられます（平成 27 年）
- 急性期機能が長崎市、佐世保市などの都市部に集中しており、地域によっては、救急搬送に 1 時間程度必要となっています。
- 高度急性期病院の救急搬送受け入れにおいて、がん末期など人生最終段階における医療の割合がかなり高くなっています。入院の長期化に対応するため、施設等での看取りを充実するなど、在宅医療体制の整備を進め、機能を分担する必要があります。
- ショートステイは主に施設で行なわれていますが、医療的ケアへの対応が難しく、空床があっても受入れできないケースがみられます。また、一時的な利用であることから、生活支援が中心となっており、退所（退院）後の自宅等での生活を見据えたリハビリテーションや口腔ケア等の提供が必要です。
- 日頃から在宅医療を行う診療所等と患者の情報を共有し、緊急時の円滑な入院受入れを行なう在宅療養後方支援病院は、県内に 6 箇所あります。200 床以上の病院が指定されることとなっており、訪問診療を行なう医師の負担を軽減し、在宅医療の連携拠点のひとつとしての役割を果たすため、二次医療圏で後方支援病院の充実が必要です。

## エ) 看取り

- 在宅医療においては、患者や家族の療養生活の質の維持向上を図るとともに、患者本人や介護を行う家族に対し、事前に十分な情報提供を行い、人生の最終段階で出現する症状について、理解を求めながら、患者や家族が希望した場合には、最期を「看取る」ことができる医療・介護体制の構築が求められています。
- 本県の死亡場所別の割合を見ると、自宅での死亡割合は、平成 7 年は 13.9%でしたが、平成 19 年に 8.6%までいったん減少した後、平成 27 年には 9.4%と、やや増加に転じています。介護保険施設や有料老人ホーム等の施設を含めた医療機関以外での死亡割合（在宅死の割合）は、平成 23 年の 15.6%から、平成 27 年には 18.4%と増加しています（人口動態調査）。
- 在宅医療関係者に対する、看取りに関する知識や人生の最終段階における医療に関する研修、看取りの事例を多職種で共有する機会の設定、施設等における看取りへの支援等が必要です。

### (3) 在宅医療・介護の連携

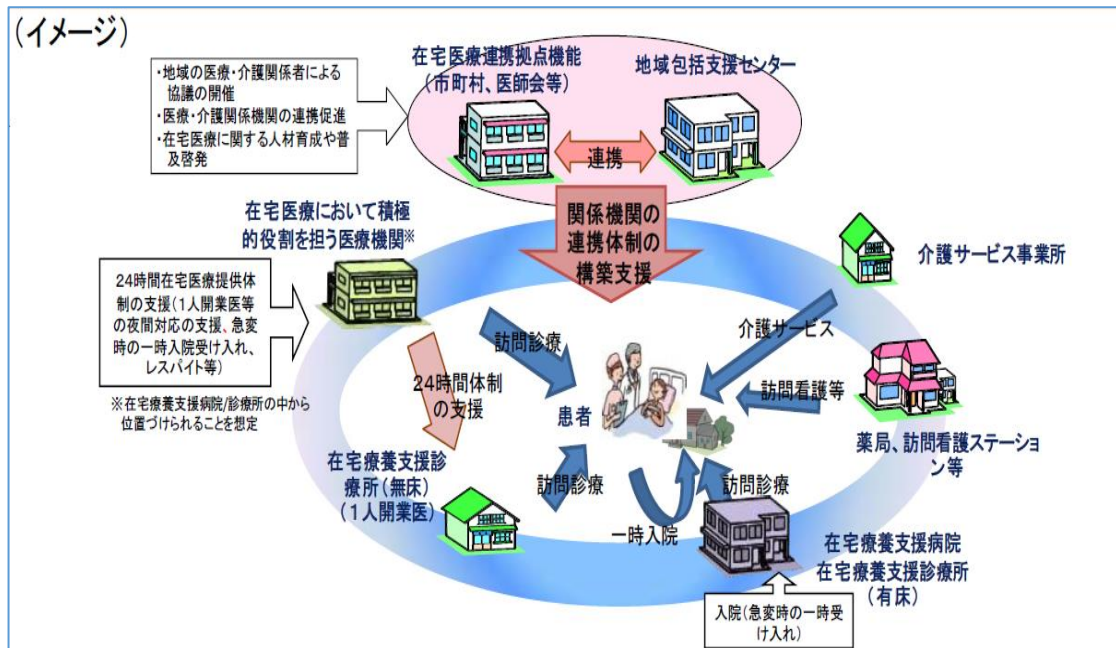
- 地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴う、在宅医療等の追加的需要や高齢化の進展により増大する医療ニーズと介護ニーズ両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、地域における医療・介護の関係機関及び市町等が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。
- 地域で医療・介護に携わる多職種が機能的に連携するためには、医療、介護、福祉の区分や県と市町の二段構造を取り払い、医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・栄養士会・理学療法士会等の関係団体、医療機関、訪問看護事業所、地域包括支援センター、在宅医療の連携拠点、介護サービス施設等も含めた地域全体の「在宅療養力」の結集が最も重要です。
- 平成 27 年度の介護保険制度の改正に伴い、介護保険事業の一つとして、市町による「地域支援事業（介護予防・日常生活支援、認知症施策推進、生活支援体制整備等）」の取組が始まっており、その中で、身近な地域において切れ目のない在宅医療と介護を提供するため、医療と介護の連携体制の構築を図る「在宅医療・介護連携推進事業」を実施しています。
- 市町においては、地域住民の在宅医療等に関する相談に対応するための相談窓口や、在宅医療・介護連携に関する検討を行う、地域の医療・介護の関係者で組織する協議体として在宅医療連携協議会等の設置が必要ですが、設置できていない市町があり、今後、既存の相談窓口や協議体の活用を含め、整備していく必要があります。
- 高齢者等の医療情報を共有する手段として、あじさいネット<sup>※</sup>が医療機関や薬局を中心に運用されていますが、在宅での医療や介護を担う居宅介護支援事業所、訪問看護事業所等での活用が十分でないため、ネットワークの輪を拡大していくことが必要です。  
 ※あじさいネットについては、第5章第2節「医療分野の情報化」をご覧ください。
- 在宅医療を切れ目なく提供する体制を構築するためには、地域の実情に応じて、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等の関係団体、保健所、市町等のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として整備することが必要ですが、現状では、医師会の協力により設置している大村市や島原市など一部の地域にとどまっています。
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点においては、次の目標、役割が求められます。

#### (1) 目標

- ・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こと

#### (2) 役割

- ・地域の医療及び介護、障害福祉関係者による協議の場を定期的を開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策等を検討すること
- ・地域の医療及び介護資源の現状等を把握し、地域包括支援センター等と連携し、退院時から看取りまでの医療や介護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調整すること
- ・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



※出典：厚生労働省

### ■ 長崎市・佐世保市の取組

- 長崎市では、「長崎版地域包括ケアシステム」の構築に向け、在宅医療・介護連携の拠点として「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」を設置しています。
  - ・医療機関、介護事業所、地域包括支援センターからの相談受付や情報の提供
  - ・多職種によるグループワークや情報交換などの「連携の場」づくり
  - ・市民からの医療・介護に関する総合相談窓口
  - ・市民、患者とその家族が集う「まちなかサロン」の開催
  - ・医療、介護職を対象とした研修会の開催、健康づくり、在宅医療講座などの開催
- 佐世保市では、「急変時の緊急対応」と「退院時の連携」を円滑に行うためのルールや、情報共有のための様式を作成しました。また、ホームページ「佐世保市在宅医療介護連携ウェブサイト（かっちえて）」にて、在宅医療・介護に関する情報を提供しています。また、地域包括支援センターを中心に多職種研修会を開催し、地域の医療・介護従事者の「顔が見える関係」構築のための取組を進めています。

### (4) 小児の在宅医療

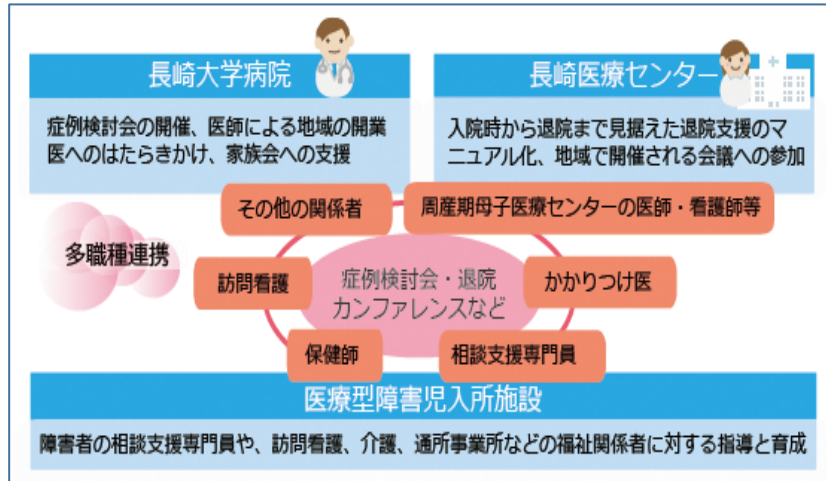
- 重症心身障害児を含め、在宅において人工呼吸器や胃ろうなどの何らかの医療的ケアが必要な小児は、国の推計では全国に約1.7万人いるとされています。また、県が行った訪問看護事業所への調査によれば、訪問看護事業所によるサービスを受けている医療的ケアが必要な小児は、県内に約70名おり、日頃子どもたちを支える家族の視点にたつて、24時間切れ目なく支援する体制の構築が急がれています。
- 国では、退院後、引き続き医療的ケアが必要となる小児等が、在宅で安心して療養できる体制の整備を目指し、医療と保健、障害福祉、教育等が連携した施策を推進しています。本県では、周産期



母子医療センターと医療型障害児入所施設<sup>※</sup>が連携し、医療、生活の両面から支える多職種の「仲間」づくりを行っています。

※周産期母子医療センターは、ハイリスク妊婦や未熟児等に対して高度な医療を提供する病院で、県内に4箇所あります。また、医療型障害児入所施設は、医療的ケアが必要な身体障害や知的障害がある小児等が入所する施設です。

【図】県の医療的ケアが必要な小児等に対する支援事業のスキーム



### (5) 精神疾患・認知症への対応

- 精神障害者が地域で安心して自分らしい暮らしを送ることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、教育などの必要な支援（地域定着支援）を行う体制づくりが進められています。
- 自宅等における精神障害者に対しては、精神科病床を有する病院等による訪問看護が行われていますが、国の統計によると、本県の利用者数は平成25年において833人であり、人口10万対で見ると全国平均を上回っています（精神保健福祉資料）。
- 高齢化の進展により認知症の患者が増加しており、2025年には、現在の約1.3倍である8万4千人程度になると推計されています。認知症になっても、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・予防・生活支援等の一体的な提供が可能な地域支援体制の構築が急がれます。
- 県では、各二次医療圏に、認知症の症状の特定（鑑別診断）をはじめ、適切な医療の提供や家族への相談・支援を行うために、認知症医療の中核となる専門医療機関として、「認知症疾患医療センター」の指定を進めています。
- 「認知症疾患医療センター」は、地域の医療機関や地域包括支援センター等との連携を図るため、地域連携協議会や事例検討会を開催するなど、地域の認知症医療体制の中で連携拠点としての役割を果たしています。今後、かかりつけ医や認知症サポート医をはじめ、地域で認知症患者のケアに携わる幅広い多職種との連携体制の構築が必要です。

※認知症医療については、「第2章第5節-2 精神科医療（認知症医療）」をご覧ください。

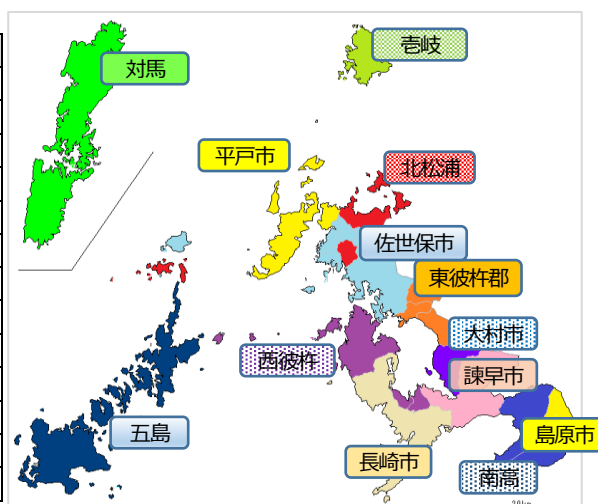
### 3. 施策の方向性

#### (1) 在宅医療圏域の設定

- 在宅療養に関する医療・介護サービス等の資源を明確にしたうえで、住民の在宅療養に対するニーズの把握や在宅医療に関する知識の普及、在宅医療に関わる医療機関等の体制整備等の事業を推進する地域単位として、第6次計画と同様に、郡市医師会単位を基本に「在宅医療圏域」を設定します。

【表】在宅医療圏

在宅医療圏	構成市町
長崎市	長崎市
佐世保市	佐世保市
諫早市	諫早市
大村市	大村市
島原市	島原市
平戸市	平戸市
五島	五島市、新上五島町
東彼杵郡	東彼杵町、川棚町、波佐見町
西彼杵	西海市、長与町、時津町
南高	雲仙市、南島原市
北松浦	松浦市、佐々町、小値賀町
壱岐	壱岐市
対馬	対馬市



#### (2) 4つの機能ごとの体制の整備

##### ア) 退院支援

- 高齢者等が、病院から在宅に移行する際、医療機関と地域包括支援センター、ケアマネージャー等の地域関係者との切れ目のない情報共有を図るため、既に先行して導入されている共有シートを参考にしながら、県共通の「入退院情報共有シート」等の作成を検討するなど、各圏域における退院支援の仕組みづくりを推進します。
- 入退院や施設等への入所、在宅医療への移行の流れにおいて、患者の歯科診療や情報が分断されることのないよう医科と歯科の連携推進に努めます。
- 在宅医療の関係機関は、入院患者の円滑な退院支援を図るため、次のような機能の整備に努めます。

- 入院医療機関に求められること
  - ・退院支援担当者を配置し、多職種による退院前カンファレンスを実施できる仕組みづくりを行うこと
  - ・退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
  - ・入院初期から退院後の生活を見据え、リハビリテーション病床の確保をはじめ、入院早期からのリハビリテーションの実施を図るなど、退院支援を実施すること
  - ・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
  - ・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、退院前カンファレンスや情報共有シート等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること（多職種や離島等の遠隔地との情報共有については、あじさいネット等を利用したテレビ会議システムの活用などを検討）

- 関係機関に求められること
  - ・在宅療養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
  - ・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、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
  - ・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

### イ) 日常の療養生活の支援

- 在宅での医療の提供にあたっては、訪問看護師の役割が重要であり、医師の手順書により、一定の診療の補助が可能な「特定行為の研修を受けた看護師」の育成や、訪問看護師の知識や経験に応じた研修や専門技術研修等の実施、さらには、訪問看護事業所や訪問看護師を総合的に支援する訪問看護サポートセンターの設置など、訪問看護師として活躍できる環境の整備を進めます。
- 在宅における継続的な療養と訪問看護事業所の効率的な運営を図るため、複数の訪問看護事業所が一人の患者に対応する仕組みづくりを推進し、また、訪問看護の機能強化及び事業所の安定的な運営につながるよう、機能強化型訪問看護事業所を増やすことに努めます。
- 自宅での生活の質を維持する口腔、栄養及びリハビリテーション等の継続的な提供を図るため、地域ケア会議やサービス担当者会議を通じたリハ職等の専門職と地域包括支援センターの連携など、介護予防・自立支援及び重度化防止のための体制整備に向けた市町の取組を支援します。
- 住み慣れた地域での疾患・重症度に応じた療養生活に資するよう、あじさいネットの活用等、ICTの導入により多職種間の情報共有を図ります。
- かかりつけ歯科医師等、地域の歯科医師が、市町の地域包括支援センター等の関係者を通して、在宅において口腔ケアが必要な要介護者、小児及び障害者等に関する情報を共有することで、早期に歯科診療につながる仕組みづくりを進めます。
- 薬局におけるかかりつけ薬剤師の確保や調剤情報の共有システムの整備など、薬剤師が積極的に在宅医療に関わることができる仕組みづくりを進めます。
- 在宅療養の継続を図るため、ショートステイ、訪問介護を一体となって提供する「小規模多機能型居宅介護」や、それに加えて訪問看護が一体となった「看護小規模多機能型居宅介護」の整備に対して支援を行います。
- 在宅医療の関係機関は、在宅における日常の療養生活の支援を図るため、次のような機能の整備に努めます。

- ・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
- ・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
- ・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と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

- ・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
- ・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
- ・身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

### ウ) 急変時の対応

- 家族の負担を軽減するため、24 時間対応可能な訪問看護事業所の確保を図るほか、急変時に速やかに情報共有ができるシートの作成、安定的なケアの提供が行える体制の構築を行います。
- 高齢者等の急性期医療機関への搬送増加や、地域包括ケア病棟の充実等を踏まえ、在宅での急変時に対応する医療機関の機能分化を推進するとともに、適切に搬送されるよう、関係機関との情報共有に努めます。
- 在宅支援診療所・病院の拡大を図るとともに、地域におけるかかりつけ医、訪問看護事業所、施設等に対する後方支援病院によるバックアップ体制の構築を図ります。
- 在宅医療の関係機関は、在宅で療養する患者の急変時に対応するため、次のような機能の整備に努めます。

- 入院医療機関に求められること
  - ・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）が担当する患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
  - ・重症等に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
- 関係機関に求められること
  - ・病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養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
  - ・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へ相談する等連携を図ること

### エ) 看取り

- 在宅における看取りに際し、利用者が穏やかな気持ちで残された日々を少しでもよりよく家族と過ごせるよう、かかりつけ医、訪問看護師、介護職等の在宅医療・介護関係者が連携し、日常的な療養上の世話や痛み等の症状管理、利用者や家族の精神的なケア等、急変時や日常療養生活をサポートする体制づくりを図ります。
- 人生の最終段階における医療は、患者本人や家族の死生観、そして医療関係者の意識に依る部分も多いため、医療関係者の看取りに関する知識の修得、看取りの事例を多職種で共有する機会の設定、人生の最終段階における医療やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する研修や啓発に取り組みます。

※アドバンス・ケア・プランニング：将来の意思決定能力の低下に備えて、患者やその家族とケア全体の目標

や具体的な治療・療養について話し合う過程（プロセス）

- 看取りを実施できる介護施設を増やすため、施設看護師の確保や研修等を行うなど、施設で看取りができる人材の育成、確保を図ります。
- 在宅での看取りや、人生の最終段階や本人の死後、家族が様々な判断や手続きを進める際に必要な情報を書き残すためのノート（エンディングノート）に対する啓発を進めます。
- 在宅医療の関係機関は、在宅での看取りを支援するため、次のような機能の整備に努めます。

<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院医療機関に求められること</li> <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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●関係機関に求められること</li> <li>・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</li> <li>・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、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>

#### オ) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- 在宅医療における「退院支援」、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」、「看取り」の4つの機能の提供体制の構築に向けて、医療機関自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉現場での多職種連携の支援を行なう病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として位置付けるための検討を行います。特に、離島等医療資源が限られている地域においては、地域の中核的な病院がその役割を担うことが期待されています。
- 基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けることが想定されており、次の目標、役割が求められます。

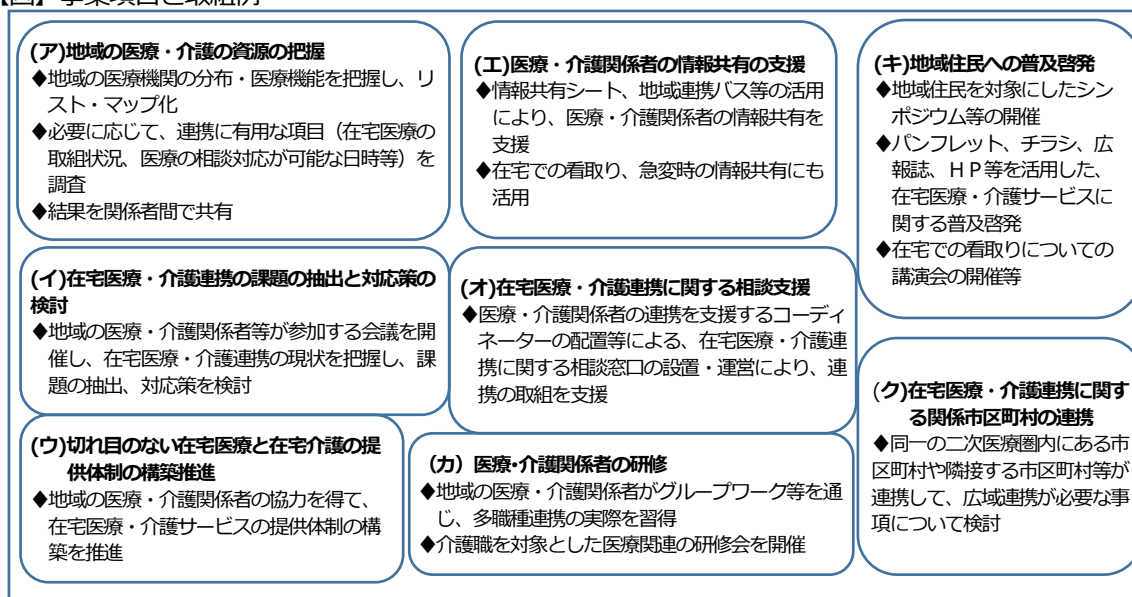
<p>(1) 目標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療の提供及び他の医療機関の支援を行うこと</li> <li>・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと</li> <li>・在宅医療に関する人材育成を行うこと</li> <li>・災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと</li> <li>・患者家族への支援を行うこと</li> <li>・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと</li> </ul> <p>(2) 役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <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に確保できるよう、関係機関に働きかけること</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基本的知識、技術に関する研修の実施や情報の共有を行うこと</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> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- ・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け入れを行うこと
- ・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うこと

### (3) 在宅医療・介護連携

- 在宅医療・介護連携に関する相談窓口や在宅医療連携協議会等の設置、在宅医療に必要な連携を担う拠点等の検討など、介護保険制度における地域支援事業として在宅医療・介護連携推進事業に取り組む市町に対して、地域医療介護総合確保基金等を活用しながら積極的に支援します。

【図】事業項目と取組例



- 在宅医療において、あじさいネット等のICTを活用して、秘匿性を考慮しながら、在宅医療・介護関係者等多職種の間で必要な情報共有及び拡大を推進していきます。

### (4) 小児・精神障害者等の多様なニーズに対応する体制の構築

- 退院後も引き続き医療的ケアが必要となる小児等を受入れることができる在宅医療資源について、医療的ケアのレベルごとの把握に努めます。また、多職種が参加する症例検討会や、地域における退院時カンファレンスへの技術的支援を行います。
- 重症心身障害児についての専門性が高い医療型障害児入所施設との連携により、相談支援専門員や訪問看護師など、地域で支援のリーダーとなるべき人材の育成を図ります。
- 精神障害者の地域移行、地域定着を進めるため、精神障害者に対応できる訪問看護師の育成を図るほか、福祉・介護関係機関との円滑な情報共有による利用促進等、訪問看護の充実を図ります。
- 増加する認知症患者に対応するため、認知症サポーターなどをはじめ、ボランティアが認知症予防、認知症ケアに関わる仕組みづくりを進めます。また、認知症の診療に習熟し、かかりつけ医等に対し

て助言等の支援を行い、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成するとともに、医療関係者に対する認知症対応力向上研修を開催することなどにより、認知症の早期診断・早期対応のための体制整備を図ります。

※認知症医療については、「第2章第5節-2 精神科医療（認知症医療）」をご覧ください。

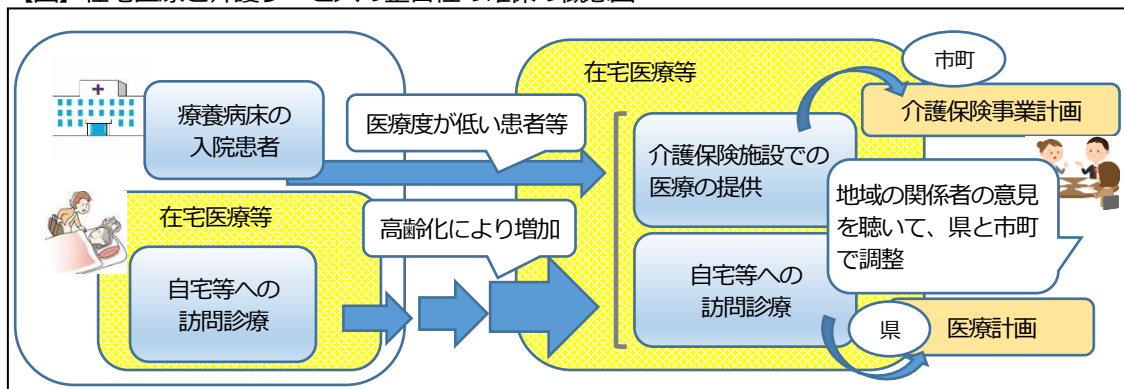
### （5）在宅医療に係る人材育成・確保

- 訪問看護師として、若い時から経験を積めるよう体系的な研修プログラムを検討し、人材の育成、確保を図ります。
- 訪問診療を行う医師及び訪問看護師等との連携体制の構築を図り、個々の在宅医療関係者の負担軽減とバックアップ体制の確保を検討します。
- 退院支援担当者、訪問歯科診療医師や訪問薬剤管理を行う薬剤師の確保に向けた対策を検討します。

### （6）地域医療構想の理念の実現と介護保険事業計画との整合性の確保

- 本計画に先駆けて、平成28年11月に策定された地域医療構想においては、入院患者等のデータを分析したうえ、将来大幅に増加する慢性期の患者について、一定の患者を在宅医療等で対応する方向性が示されています。
- 具体的には、現状は療養病床に入院している患者であっても、患者の実情に応じ、自宅等への訪問診療や、医療を提供する施設などを整備することによって、患者の在宅医療等への移行を進めていこうとするものです。

【図】在宅医療と介護サービスの整合性の確保の概念図



- 介護保険施設の整備にあたっては、市町が策定する介護保険事業計画において整備目標の記載が必要であるほか、在宅医療の患者が増加することで、訪問看護やその他の介護保険サービスの将来の見込み量の推計にも影響を与えます。また、療養病床については、引き続き介護保険施設への転換も見込まれており、転換により在宅医療へ移行する患者数の把握も必要です。
- 地域では、診療所の医師の高齢化等、訪問診療を行う医師の確保が困難な状況にあります。このため、単に患者の増加分に対して傾斜的に増加させることは現実的に不可能であり、地域の実情を踏まえた目標を設定することが必要です。

※詳細については、「第4章第4節 構想実現のための考え方」をご覧ください。

## 4. 成果と指標

## (1) 成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	(目標) 2020年
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	退院支援を受けた患者数(レセプト件数)	19,665 (2015年)	21,504
	退院支援の仕組みが構築されている在宅医療圏数	1 (2017年)	13
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	訪問診療を実施している診療所・病院数	456 (2015年)	498
	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	77,693 (2015年)	84,915
	訪問看護利用者数(1ヶ月の利用者)	4,400 (2015年)	4,809
	訪問歯科診療を実施している歯科診療所数	278 (2014年)	303
	訪問薬剤指導を実施している薬局数	51 (2015年)	57
在宅療養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、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	24時間体制をとっている訪問看護事業所従事者数	470 (2015年)	512
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	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している病院・診療所数	157 (2015年)	172
	在宅ターミナルケアを受けた患者数(レセプト件数)	690 (2015年)	756

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2020年
住み慣れた地域で人生の最終段階を迎える方が増えること	在宅死亡割合(%)	18.4% (2015年)	20.4%
	看取り数(死亡診断書のみを含むレセプト件数)	1,421 (2015年)	1,540

## (2) 指標の説明

- 指標の出典は、特に記載がない限り、国のナショナルデータベース(NDB)です。



- 目標値は、特に記載がない限り、地域医療構想において推計した将来の在宅医療の医療需要と整合性をとったうえで、二次医療圏ごとに実現可能な値を設定しています。

指標	説明
退院支援を受けた患者数(レセプト件数)	診療所や病院の退院支援担当者等の支援により、円滑な退院支援を受ける「退院調整加算」件数(レセプト件数) プロセス指標として、増加を図ります。
退院支援の仕組みが構築されている在宅医療圏数	効率的な情報共有を図るため、全在宅医療圏域で退院支援の仕組みが構築されることを目指します。 ※出典：県の長寿社会課調べ
訪問診療を実施している診療所・病院数	在宅医療の充実を図るため不可欠な訪問診療を提供する診療所等の増加を図ります。
訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	「在宅患者訪問診療料」の算定件数(レセプト件数) プロセス指標として、増加を図ります。
訪問看護利用者数(1ヶ月の利用者)	訪問看護利用者(医療保険利用者と介護保険利用者の合計) プロセス指標として、増加を図ります。 ※出典：介護サービス施設・事業所調査(H27.9)
訪問歯科診療を実施している歯科診療所数	在宅療養支援歯科診療所として届出をした歯科診療所であり、在宅における口腔管理の増加を図ります。 ※出典：医療施設静態調査
訪問薬剤指導を実施している薬局数	「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を算定した薬局数であり、薬剤師による訪問薬剤管理の増加を図ります。
24時間体制をとっている訪問看護事業所従事者数	在宅での患者急変時に対応するため、24時間対応可能な訪問看護師事業所の従事者の増加を図ります。 ※出典：介護サービス施設・事業所調査
在宅看取り(ターミナルケア)を実施している病院・診療所数	「在宅ターミナルケア加算」等を算定した病院、診療所数であり、自宅や施設において看取りを行うことが出来る体制の整備を図ります。
在宅ターミナルケアを受けた患者数(レセプト件数)	「在宅ターミナルケア加算」等の算定件数(レセプト件数) 看取りにおけるプロセス指標として増加を目指します。
在宅死亡割合	住み慣れた地域で人生の最終段階を迎える方が増えることを目指します。 ※出典：国の人口動態統計における、全死亡者のうち、自宅、老人ホーム、介護老人保健施設で死亡した者の割合
看取り数(死亡診断書のみの場合を含む)	「看取り加算」等の算定件数(レセプト件数)であり、住み慣れた地域で人生の最終段階を迎える方が増えることを目指します。

**介護保険等関係用語の説明**

○**在宅療養支援診療所**

24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、往診等の体制が構築されている診療所であり、厚生労働省にその旨の届出を行ったもの。常時3名以上の常勤医師が確保されている場合、強化型として届出が可能。

○**介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）**

自宅での介護が困難な寝たきりの方等に対して、入所により、入浴や食事をはじめとする日常生活の介護や機能訓練、健康管理、療養上の世話などのサービスを提供する施設。

○**介護老人保健施設**

病院と自宅の中間的な役割を持ち、在宅復帰をめざすための医療的ケアやリハビリテーションを提供する施設。

○**介護療養型医療施設（療養病床の一種）**

慢性的な症状のための療養を行うため、医療機関の療養病床のうち、介護保険が適用される施設。

○**訪問介護**

介護福祉士や訪問介護員が介護を要する利用者の居宅等を訪問し、入浴、排泄、食事等日常生活を送るうえで必要となるサービスを提供。

○**訪問看護**

訪問看護事業所から、看護師や保健師、理学療法士、作業療法士などが、介護を要する利用者の居宅等を訪問し、療養にかかわる世話や、医師の指示のもと、必要な診療の補助を行う。

○**通所リハビリテーション**

医療機関や介護老人保健施設などで、食事や入浴などの日常生活の自立を目的とする機能回復の訓練などを日帰りで提供。

(介護保険以外の主な施設)

○**養護老人ホーム**

環境上及び経済的理由により居宅において養護を受ける事が困難な人を対象とし、自立した生活及び社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練、その他の援助を提供する施設。

○**軽費老人ホーム**

介護は不要だが身体機能の低下や、独立して生活するには不安があり、家族による援助を受けるのが困難な人を対象とした低額料金の施設。所得制限あり。

○**有料老人ホーム**

終身介護に対応する施設から健康な方を対象としたものまであり、入浴や排泄、食事といった介護サービスや洗濯、掃除等の日常生活サービスのいずれかを提供する施設。

○**サービス付き高齢者向け住宅**

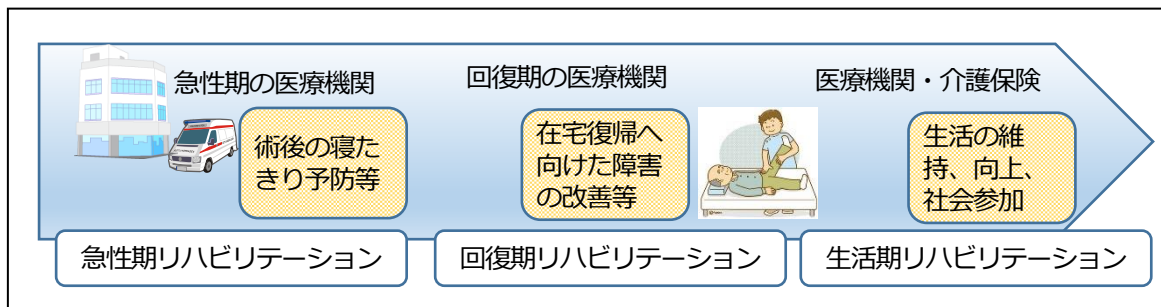
バリアフリー構造の賃貸住宅で、職員が常駐し、介護や医療と連携した状況把握サービスや生活相談サービス等を提供。

## 第1節 リハビリテーション医療

### 1. リハビリテーション医療について

- 「リハビリテーション (Rehabilitation)」は、re (再び、戻す) と habilis (適した、ふさわしい) という言葉から成り立っています。つまり単なる機能回復ではなく、「自分らしく生きること」や「社会生活を取り戻すこと」が重要で、そのために行われるすべての活動がリハビリテーションです。
- リハビリテーション医療は、脳血管疾患、運動器疾患、呼吸器疾患、心臓疾患など疾患別に行われています。疾患によって身体の不具合の内容は異なり、人によっても変わってくるためです。例えば、脳卒中により言葉をうまく発することができなくなった人と、骨折で歩けなかったり、動作が不自由になったりした人では、同じリハビリにはなりません。また同じ疾患でも、患者ごとに重症度や、年齢なども異なるので、一人ひとりに合ったリハビリが必要になります。
- 特に発症・術後早期から寝たきりを防ぐために急性期病院で開始する「急性期リハビリテーション」と、急性期治療の終了後、障害が残存し在宅復帰が困難な場合に、障害の改善および生活の再建を集中的に図り、安心・安全な生活に繋げていく「回復期リハビリテーション」が重要です。この時期に集中的にリハビリを行うことが、在宅復帰後の生活をいかに不自由なく過ごせるかの鍵を握っています。
- 回復期後は、生活を維持・向上させ、社会活動や参加に繋げていく「生活期リハビリテーション」となります。具体的には、自宅等に戻って、通所・訪問リハビリテーション等の介護保険サービスや外来でのリハビリに移行します。
- このように、急性期・回復期・生活期リハビリテーションが適時・適切かつ継続的に実施されることが、在宅生活の質を左右し、寝たきりを防ぐためにも極めて重要です。

【図】リハビリテーション医療の流れ



- リハビリテーションは、医師、歯科医師、看護師、介護福祉士、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、栄養士、歯科衛生士、社会福祉士など、多くの専門職（専門の資格をもったスタッフ）によるチームによって提供されます。患者が抱える問題を、身体面での課題はもちろんのこと、社会活動・社会参加など、生活環境やコミュニティーなどの環境についても把握、評価したうえで関与することが求められます。

【表】リハビリテーションの種類

種類	内容
心大血管疾患リハビリテーション	急性心筋梗塞などの心大血管疾患やその手術後、慢性心不全などの患者に対して、専門のスタッフが、運動、食事療法、服薬指導等を行います。
脳血管疾患リハビリテーション	脳梗塞、脳出血などの脳血管疾患や神経疾患、パーキンソン病など慢性の神経筋疾患などの患者に対して、筋力トレーニング、言語訓練、摂食嚥下訓練などを行います。また、病気によって安静にすることで、筋肉の衰え、関節の動きが悪くなった（廃用性症候群）患者に対するリハビリテーションも含まれます。
運動器リハビリテーション	急性発症した四肢、体幹の骨折、慢性の運動器疾患などの患者に対して、筋力トレーニングや日常生活動作の訓練などを行います。
呼吸器リハビリテーション	肺炎などの急性発症した呼吸器疾患や、気管支喘息など慢性の呼吸器疾患などの患者に対して、呼吸介助と呼吸補助筋のマッサージ、呼吸困難時の対処法の訓練などを行います。
廃用性症候群リハビリテーション	病気の治療時、安静臥床にすることで、筋肉の衰え、関節の動きや心肺・消化器機能および口腔機能が悪くなった（廃用性症候群）患者に対するリハビリテーションです。

## 2. 本県の現状と課題

### (1) 患者及び専門職の状況

- 国のナショナルデータベース（NDB）によると、平成27年度の脳血管疾患等リハビリテーションの診療報酬レセプト算定件数は次の表のとおりです。

【表】脳血管疾患等リハビリテーション料の算定件数（単位：件）

職種	長崎	佐世保県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬
算定件数	11,699	6,855	4,619	2,403	366	243	269	314
10万人あたり	2,168.5	2,063.6	1,691.4	1,674.9	923.9	1,020.1	944.1	951.5

※脳血管疾患等リハビリテーション料(1)から(3)（廃用症候群以外）の算定件数

- リハビリテーション医療は、医師、歯科医師、看護師をはじめ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など多職種が関係し、様々な治療法や訓練などを組み合わせて行われています。

【表】医療圏別の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の状況（常勤換算 単位：人）

職種	長崎	佐世保県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	県計
理学療法士	714	265	212.4	161	9	7	18	15.7	1,402.1
作業療法士	413.8	171.4	163.6	95.3	5	3	5	8	865.1
言語聴覚士	118.9	53	58.4	33.5	-	-	2	2	267.8

※出典：厚生労働省「病院報告」（平成28年10月1日）

※常勤換算：その職務に従事した1週間の勤務時間を当該医療施設の通常の1週間の勤務時間で除した数

### (2) ステージ別の現状と課題

#### ア) 急性期

- がんや脳卒中、大腿骨頸部骨折、肺炎、心筋梗塞などの高齢者に多い救急疾患等は、急性期治療開始（又は手術直後）に、並行して早期にリハビリテーションを行うことが、退院後の機能回復に重要で

あることが分かってきています。患者本人、医療関係者の急性期におけるリハビリテーションの重要性の理解のほか、急性期において在宅に至るまでの適切な診療計画の作成と、関係多職種による共有が必要です。

- 急性期リハビリテーションには疾病のリスク管理が必要なため、主治医や看護師とリハビリスタッフ等とのチーム医療がより重要です。
- リハビリテーション計画の作成には、リハビリテーション科専門医の役割が重要になりますが、他の専門医と比較しても少ないうえ、地域偏在がみられます。

【表】医療圏別のリハビリテーション専門医の数（平成28年12月31日現在）（単位：人）

職種	長崎	佐世保県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬
専門医数	14	4	2	1	-	-	1	-

※出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（医療施設従事医師数 複数回答可）

### イ) 回復期

- 回復期リハビリテーションは、急性期病院の後を受け、寝たきりを予防し、生活を再建して、早期に在宅に戻ることを目的として提供されます。入院医療機関における急性期リハビリテーションと介護保険が中心となる生活期リハビリテーションを円滑につなぐ機能も果たしています。
- 中でも回復期リハビリテーション病棟では、特に高齢者の寝たきりになりやすい疾患を主たる適応疾患として、発症から2か月以内に引き受け、集中的（一日最大3時間、365日提供する場合もあります）にリハビリサービスを提供します。
- 離島では回復期リハビリテーション病棟が全くない圏域もあり、地域偏在が課題となっています。

【表】回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関（単位：施設）

長崎	佐世保県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	県計
12	1	6	5	-	-	-	-	24

※出典：九州厚生局ホームページ（平成29年10月現在）

- 平成26年度の診療報酬改定において「地域包括ケア病棟入院料」が新設されました。地域包括ケア病棟入院料を算定する医療機関は年々増加しており、主に急性期後の患者や、在宅からの緊急時の患者の受入りの機能を担い、専門職による幅広いリハビリテーションを提供することで、円滑な自宅等への復帰を支援します。
- 「地域医療構想」では、診療報酬データ等を用いて入院患者の状態を分析しましたが、その結果によると、医療機関からの病床機能報告と比較して、入院患者の実態としては、在宅へ帰るための医療や、リハビリ等を必要とする患者が多いと推計されており、地域格差の解消を含め、回復期機能のさらなる充実が課題となっています。

【表】地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定している医療機関（単位：施設）

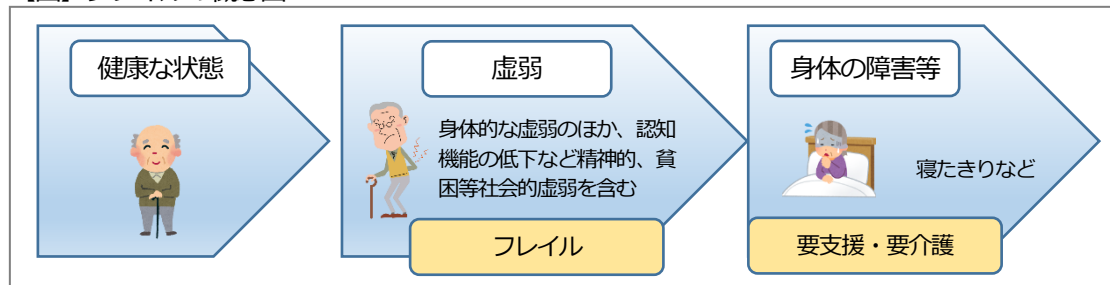
長崎	佐世保県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬	県計
22	8	7	7	1	1	2	1	49

※出典：九州厚生局ホームページ（平成30年1月現在）

ウ) 生活期

- 生活期のリハビリテーションは、どのタイミングで介入するかが非常に重要なポイントであり、在宅医療や介護に関わる関係者が、どのようにマネジメントをして、必要なリハビリをどのくらい提供できるかが重要になります。
- 高齢化による高齢者独身世帯の増加や過疎化等による地域とのつながりの希薄化により、社会との関わりが減っている高齢者が増えています。病気や怪我などが原因で活動量が低下すると、日常生活においては社会活動が減り、入院中であれば「廃用性症候群」という、筋力の衰えや、心身の機能が低下する障害が生じます。
- 日本老年学会は、要介護状態に至る前で、筋力の衰え等身体的な虚弱だけでなく、認知機能やうつなどの心理的な問題、貧困などの社会的な問題を含む概念を「フレイル」として定義し、早期発見と適切な介入の啓発の重要性を指摘しています。

【図】フレイルの概念図



- 生活期リハビリテーションを提供する事業所等では、身体機能の維持・向上にとどまらず、日常生活の活動性を高め、生きがいづくりや社会参加を見据えたリハビリテーションを実施していくことが求められています。
- 県では、県民誰もが身近な地域でリハビリテーションを受けられるよう、専門職等で構成される県リハビリテーション支援センターを県内に1ヶ所、リハビリテーション科を標榜する病院が事務局となる地域リハビリテーション広域支援センターを県内に計9ヶ所設置しています。
- センターでは、市町および施設職員、ボランティア等のリハビリテーション従事者に対する研修会の開催や市町・施設での指導等の直接支援を行うことにより、従事者のリハビリテーションに関する知識や技術を向上させる等、地域におけるリハビリテーション支援体制の構築を進めています。

(3) 多様なニーズへの対応

- 運動障害、知的障害、発達障害などの障害のある子どもを対象とした小児リハビリテーションは、本県では、県内の拠点的な施設である県立こども医療福祉センターを中心に、地域の医療機関や療育機関で行なわれています。
- 最近では、小児リハビリテーションが身近な地域で受けられるよう、各地域での療育機関の整備が進められていますが、療育機関ごとの体制に差があるため、県内全体ではまだ十分とはいえません。
- 小児リハビリテーションを含め、どの地域にいても生涯を通じて、発達段階に応じた療育を受けられ

るよう、医療のみならず保健・教育・福祉が連携して、県内の療育体制の充実を図ることが必要です。

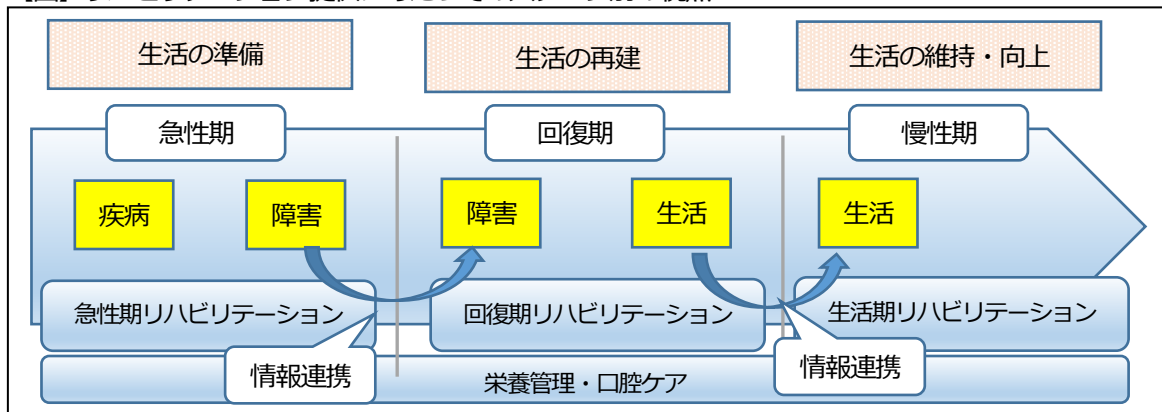
- 認知症に対しては、認知症短期集中リハビリテーション等、中核症状及びBPSD（認知症の行動・心理症状）の改善を目的にリハビリテーションが行われています。
- 認知症は進行性の疾患であり、リハビリテーションの方法が確立しているとは言い難い実情がありますが、その人の状態にあわせて運動療法や学習療法などを行うことで、日常生活の改善が認められ、さらには周辺症状の改善に繋がるなどの一定の効果が見られるという研究結果もでています。

### 3. 施策の方向性

#### (1) 各ステージの機能強化と連携の推進

- 県は、医療機関における回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟などの整備に対し支援する等、回復期機能の充実を図ります。
- リハビリテーションを提供する関係者は、身体機能を改善することを目的とした機能回復訓練だけでなく、活動的な状態をバランス良く維持するための社会参加等の重要性について、県民への啓発等を行います。
- 入院医療機関は、疾患別の急性期治療を終えた患者が、自宅等に帰った後の「生活」を見据えて、栄養の摂取や指導、社会との関わり等を含めて、自宅等における生活が継続的に維持できるよう、ステージ別の役割を意識しながらリハビリテーションを提供します。

【図】リハビリテーション提供にあたってのステージ別の視点



- 県は、長崎大学病院およびリハビリに関する基幹病院等と連携し、リハビリテーション専門医等、地域で必要な人材を確保する仕組みについて検討を進めます。
- 県は、医療情報ネットワーク「あじさいネット」を活用し、がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の疾患ごとに、地域連携パスを電子化し、急性期から在宅まで診療計画の効率的な情報共有を図るため、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による情報共有を進めます。
- 県及びリハビリテーションを提供する関係者は、全ての診療科において適切なリハビリテーションが早期から行われるよう、医療従事者への啓発を行います。また、各段階のリハビリテーションが、個々の患者の状態に応じて適切に行われるよう、ICT（あじさいネット）の活用など、それぞれのリ

リハビリテーションを担当する医療機関、介護施設等相互の連携を促進します。

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリ専門職とその他の関係職種間において、情報やリハビリテーションに関する知識の共有化を進め、リハビリ専門職が少ない地域においても効率的・効果的にリハビリテーションが提供できるような体制の整備を図ります。
- 高齢化に伴い誤嚥性肺炎等が増加しており、自宅等での口腔ケアの重要性が高まっています。リハビリテーション関係医療機関における歯科衛生士の配置や、歯科医療機関との連携による専門的口腔ケア・口腔機能の向上を進めます。
- 地域において、リハビリテーション専門職等を活用した介護予防等の自立支援に資する取組を推進し、たとえ要介護状態となっても、生きがいや役割を持って生活できる地域の実現を目指すため、市町事業（介護予防事業や地域ケア会議<sup>※</sup>）等へ参画するリハビリテーション専門職の拡大を図るとともに、日常生活圏域単位における、ケアマネジャー等の介護関係者や住民へのリハビリテーションの普及啓発、かかりつけ医を含む医療機関、介護施設等との連携強化を支援します。  
※地域ケア会議：多職種による個別事例の検討を通じ、高齢者の自立に資するケアマネジメント支援を行うとともに、個別事例の検討を積み重ねることで、地域課題を把握し、新たな資源開発などにつなげていくものです。
- 長崎県リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション広域支援センターにおいては、引き続き関係者を対象として研修会（災害リハビリテーション支援を含め）等を実施し、継続的に地域のリハビリテーション人材育成を図ります。

## （2）多様なニーズへの対応の充実

- 県立こども医療福祉センターにおいて、小児整形、小児発達、小児神経及び小児心療の拠点病院として、長崎大学病院と連携し専門医の養成を図ります。また、障害児の通所支援サービスを行う事業所等に対する技術支援を行うことで障害児が地域で安心して生活できる医療・療育体制の整備を図ります。
- 高次脳機能障害支援センターにおいて、高次脳機能障害の正しい理解の推進を図るために、従事者及び関係者を対象にした研修会等を開催するとともに、高次脳機能障害者通所訓練事業の成果をふまえて開発した、家庭及び障害福祉サービス事業所が利用できる標準的なプログラムの普及を進めるとともに、就労支援を充実させていきます。
- 認知症の人に対するリハビリテーションについては、持っている認知機能等の能力を最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）やIADL（掃除、趣味活動、社会参加等）など日常の生活を自立し、継続できるよう推進していきます。

※ADL：Activities of Daily Livingの略で、「日常生活動作」と訳されます。

※IADL：Instrumental Activities of Daily Livingの略で、日常生活動作の範囲でとらえられない、より高度な生活動作であり、「手段的日常生活動作」と訳されます。



## 4. 成果と指標

## (1) 成果と指標

施策の成果	ストラクチャー・プロセス指標	直近の実績	(目標) 2023年
急性期から生活期におけるリハビリテーションの提供体制が整備されること	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する医療機関数	24 箇所 (2017年)	30 箇所

最終的な成果	アウトカム指標	直近の実績	(目標) 2023年
地域において安心してリハビリテーション医療を受けられること	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 (県全体人口10万人あたり)	1,894.2 件 (2015年)	2,000 件以上

## (2) 指標の説明

指標	説明
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する医療機関数	佐世保県北医療圏や離島の医療圏での増加を目指します。 ※出典：九州厚生局ホームページ
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 (県全体人口10万人あたり)	・リハビリテーション専門職を中心として、多職種の連携を推進することで、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定件数の増加を図ります。 ・直近の実績で、県内で最も件数が多い、長崎医療圏の数値を目標とします。 ※出典：国のナショナルデータベース (NDB)