

第4章 地域包括ケアシステムの推進

第1節 在宅医療

1 現状・課題

【現状】

- ・地域包括ケアシステムの構築を目指し、第7次計画期間（平成30年度～令和5年度）までは、在宅医療の充実に向けて、地域の連携体制の促進や各種研修会の開催により、在宅医療の提供体制強化を行ってきました。
- ・しかし、第8次計画期間（令和6年度～11年度）及びそれ以降も、高齢化に伴い在宅医療の需要は増え続けることが見込まれています。

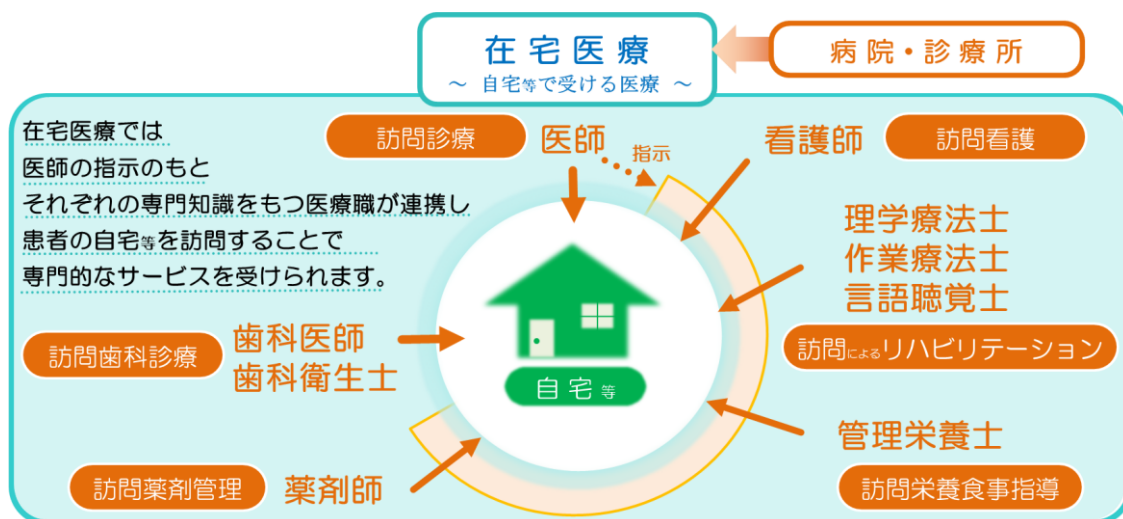
【課題】

- ・医師、看護師等の医療従事者は年々増加しているものの、在宅医療の大幅な需要増と同じ割合で増やしていくことは困難です。
- ・提供体制を増やしていくだけではなく、多職種連携やICTの活用等により、今ある資源を効率的に活用できるかが課題です。



(1) 在宅医療の需要

- 在宅医療は、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、“住み慣れた地域で誰もが尊重され、その人らしい生活が実現できるよう地域で支える”という地域包括ケアシステムの理念を推進するためには、不可欠の構成要素です。



(出典) 厚生労働省ホームページ

※上記イメージ図のように、在宅医療では、様々な関係者による多職種連携が重要です。
当該節で「関係者」と記載のある場合は、このイメージ図における関係者を指します。

- 在宅医療は、患者のライフサイクルや健康状態の変化の中で起こりうる節目となる、以下の「4つの場面」を意識した取組や個別疾患への対応が必要であり、それぞれの現状と課題を整理し、対策を進めていくことが重要です。

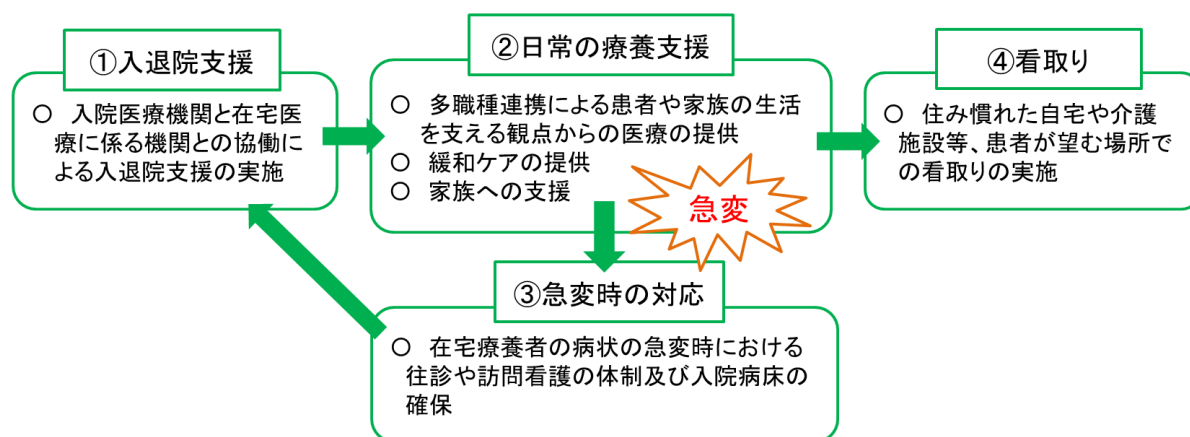
また、今後さらに増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するためには、在宅医療

を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の従事者を確保・養成していくことに加え、在宅医療を支える多職種連携体制の強化が必要です。

【4つの場面】

	場面	現状・課題
1	入退院支援	スムーズな入退院の移行を行う必要があることから、適切な入退院支援の実施促進が課題
2	日常の療養支援	住み慣れた場所での在宅療養を継続していく必要があることから、訪問診療等（薬剤・歯科含む）の促進が課題
3	急変時の対応	容態急変時対応を行う必要があることから、24時間の往診や緊急入院受入の体制を継続的に確保していくことが課題
4	看取り	人生の最終段階において、患者が望む場所での看取りを行う必要があることから、自宅・施設での看取り体制を確保していくことが課題

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



(2) 在宅医療の提供体制の構築に向けた課題

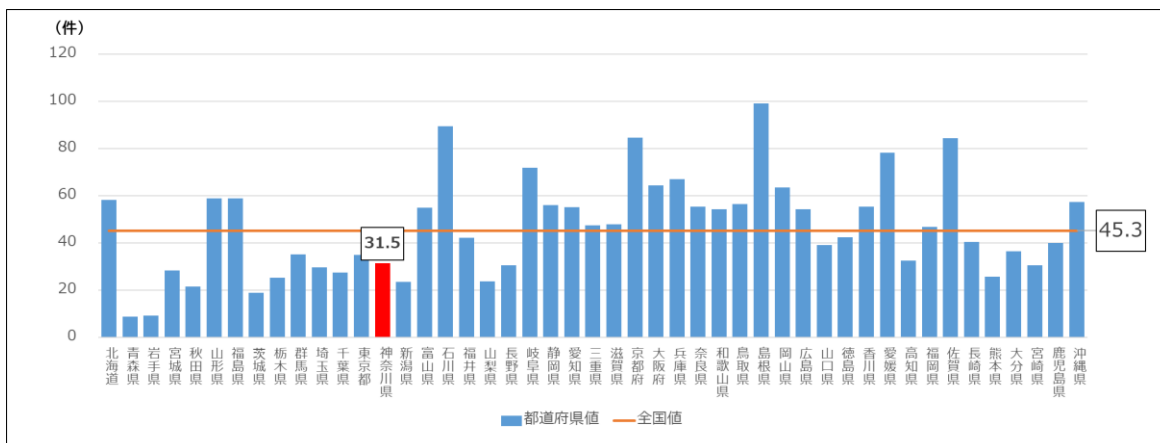
これまで、県及び市町村は、在宅療養後方支援病院及び在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション、薬局、訪問介護事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携体制の構築やそれらを支える人材育成のため、検討体制の整備や研修事業など、地域における取組を支援してきました。

しかし、今後はさらなる在宅医療の需要増が見込まれることから、関係者間の連携による切れ目のない継続的な医療提供体制構築を促進するため、前述の「4つの場面」及び「多職種連携」について、それぞれの課題を整理し、施策の方向性に反映する必要があります。

ア 入退院支援

- 円滑な在宅療養移行に向けた入退院支援の充実に当たっては、退院元の医療機関と在宅医療を担う関係者間を“つなぐ”役割を担っていただく部門の設置や職員の配置等、院内の体制整備が欠かせません。
- しかしながら、本県の退院時共同指導を受けた患者数（レセプト件数）（人口10万対）は、全国値を下回っており、円滑な在宅療養移行に向けた退院支援のさらなる取組が必要です。（図表2-4-1-1）

図表 2-4-1-1 退院時共同指導を受けた患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）

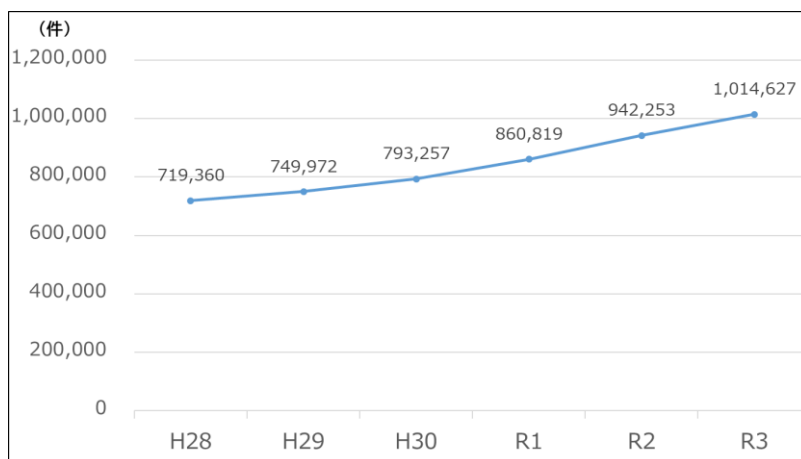


（出典）厚生労働省「NDB」（令和 3 年）

イ 日常の療養支援

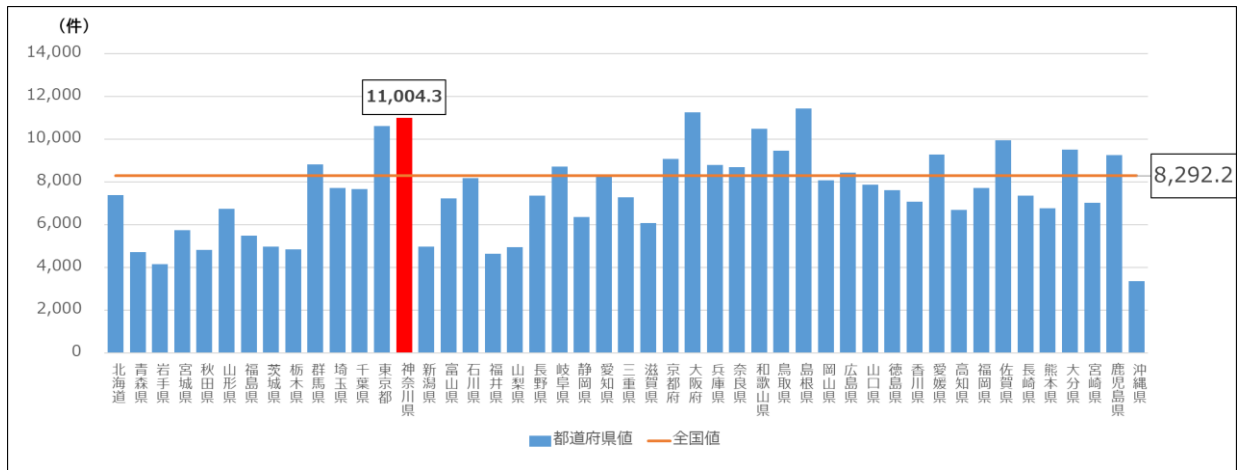
- 日常の療養支援に関する体制を構築するためには、患者の状態や地域の医療資源に応じた、訪問診療・訪問看護等の持続可能な仕組みや、患者やご家族の不安・負担を軽減するための、身近に相談できる体制の整備等が重要です。
- また、薬局では、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理や指導、薬物療法に関する情報共有や多職種との連携等、在宅医療において重要な役割を担っています。
- さらに、歯科診療所が行う口腔ケア及び摂食・嚥下リハビリテーション等の取組、訪問リハビリテーションの取組等も、在宅医療において重要な役割を果たしています。
- 本県では、訪問診療を受けた患者数、訪問歯科診療を受けた患者数、訪問薬剤管理指導を受けている患者数ともに年々増加しており、人口 10 万対で比較するとすべてが全国平均を上回っています。（図表 2-4-1-2 ～ 2-4-1-7）
- しかしながら、今後は、在宅医療需要の一層の増加が見込まれることから、さらに在宅医療の取組を推進していく必要があります。

図表 2-4-1-2 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）の推移



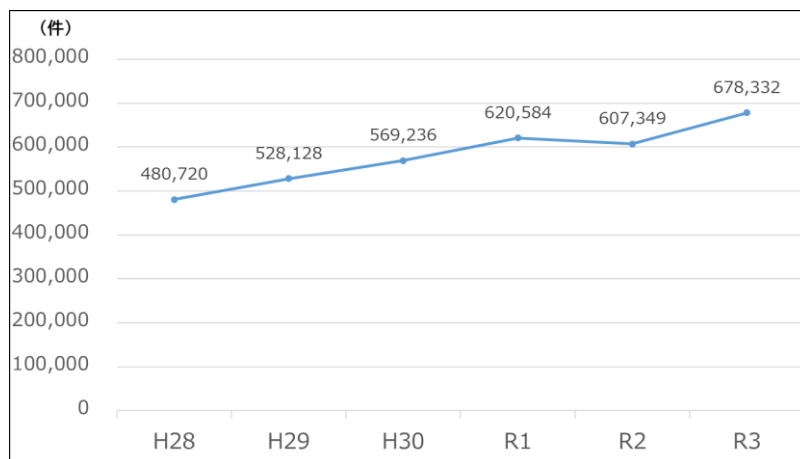
（出典）厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-3 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）



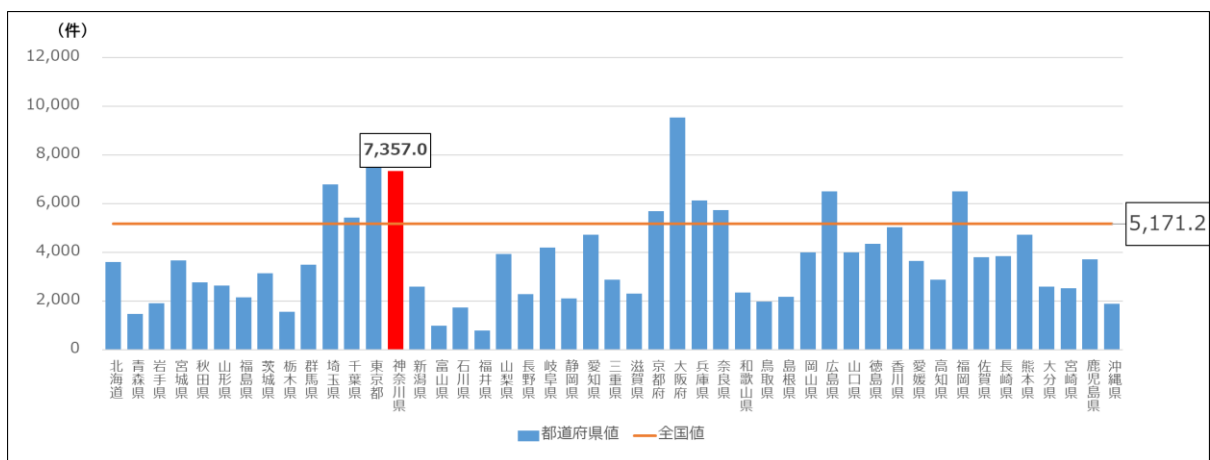
(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

図表 2-4-1-4 訪問歯科診療を受けた患者数（レセプト件数）の推移



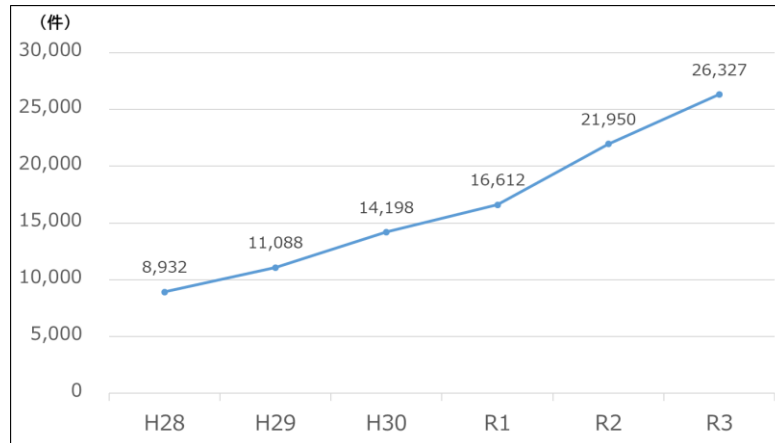
(出典) 厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-5 訪問歯科診療を受けた患者数（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）



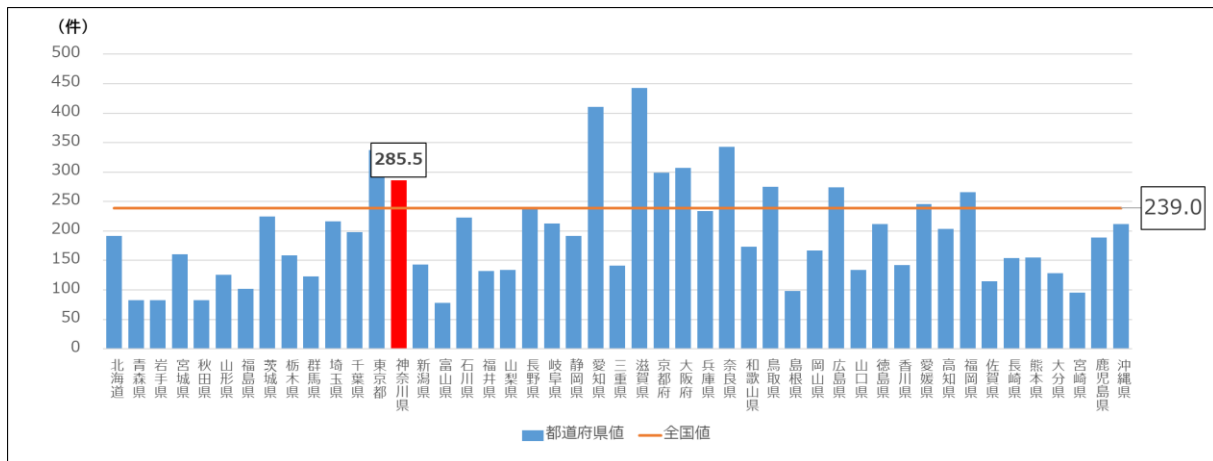
(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

図表 2-4-1-6 訪問薬剤管理指導を受けた患者数の推移（薬局）（レセプト件数）



(出典) 厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-7 訪問薬剤管理指導を受けた患者数（薬局）（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）

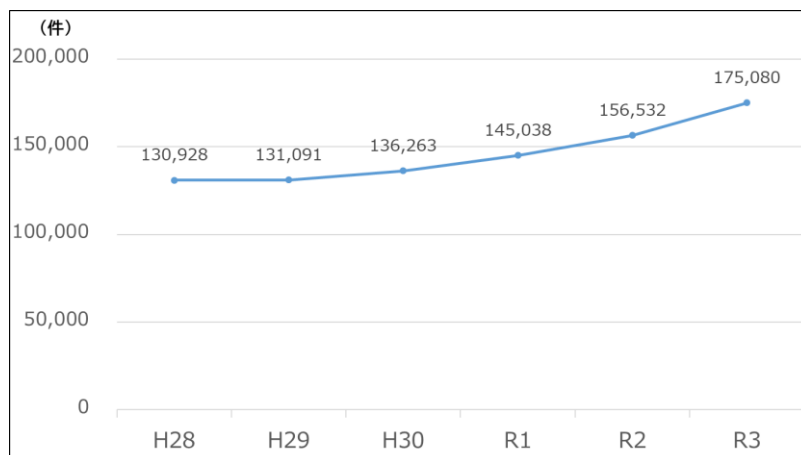


(出典) 厚生労働省「NDB」(令和 3 年)

ウ 急変時の対応

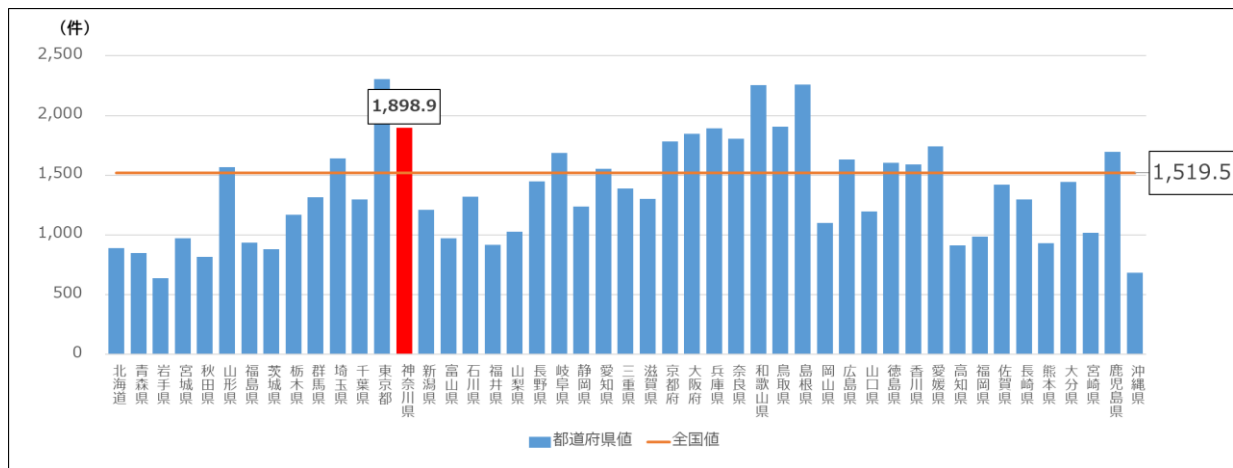
- 急変時の対応可能な体制を構築するためには、後方支援病院との連携を強化し、緊急往診・24 時間往診が可能な体制や、在宅療養患者を円滑に受け入れる体制を整備することが重要です。

図表 2-4-1-8 往診を受けた患者数(レセプト件数)の推移



(出典) 厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-9 往診を受けた患者数(レセプト件数) (人口 10 万対) (R 3)

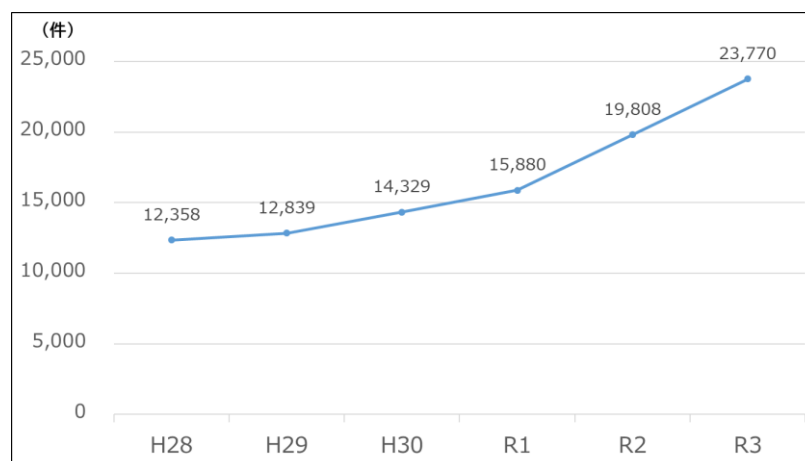


(出典) 厚生労働省「NDB」(令和 3 年)

エ 看取り

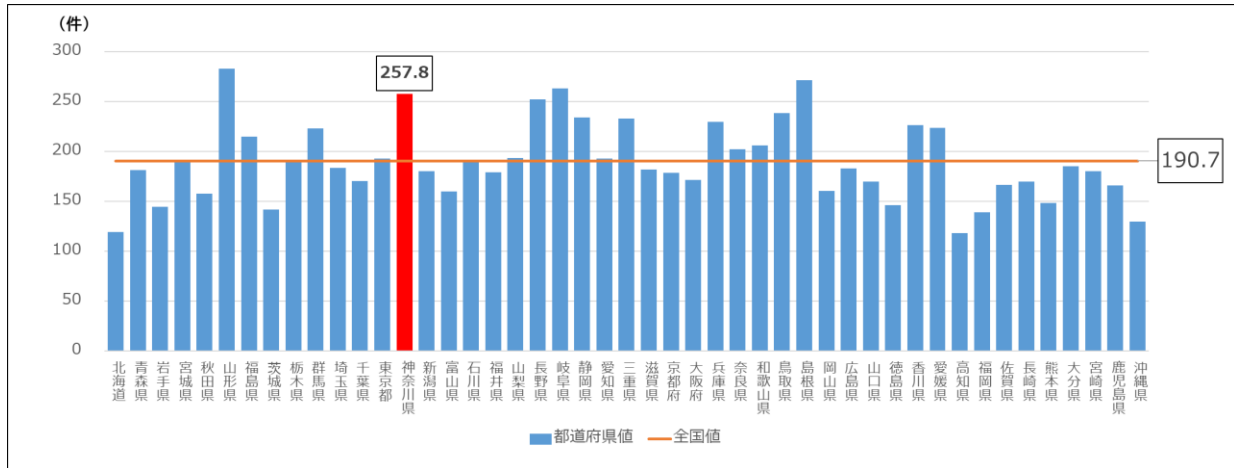
- 患者が望む場所での看取りに関する体制を構築するためには、患者本人の意思に寄り添いながら、医療・介護・救急の円滑な連携が行われることが必要です。そのためには、医療・介護関係者が在宅等での看取りについて十分な認識を持ち、理解を浸透させていくことが重要です。
- また、患者本人が人生の最終段階における医療・ケアについて前もって考え、ご家族や医療・介護関係者等と話し合い、共有する、ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の取組も求められています。

図表 2-4-1-10 看取り数の推移 (死亡診断書のみを含む) (レセプト件数)



(出典) 厚生労働省「NDB」

図表 2-4-1-11 看取り数（死亡診断書のみを含む）（レセプト件数）（人口 10 万対）（R 3）



(出典) 厚生労働省「NDB」(令和3年)

オ 在宅医療に係る人材の確保・育成及び多職種連携

- 在宅医療需要の増加に伴い、患者が医療・介護関係者に求める事項も多様化が見込まれることから、様々な場面に対応できる人材を確保・育成することが求められています。
- 一方、本県のような都市部では人口当たりの医療資源が限られていることから、人材の確保だけでなく、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職等の関係者が、多職種連携により患者を支えることも検討する必要があります。
- なお、今後の在宅医療における多職種連携の推進に向けては、ICTやデジタル技術を活用した取組も進めていく必要があります。

2 施策の方向性

<めざす方向（最終目標）>

誰もが尊重され、その人らしい生活が実現できるよう地域で支える仕組みが構築できている（各地域における在宅医療の自己完結率の向上）

<目標の達成に向けた施策の方向性>

- ◆円滑な在宅移行への支援の充実
 - ・円滑な在宅療養移行に向けての入退院支援に関する体制の構築ができていること
- ◆在宅医療提供体制の充実
 - ・日常の療養支援に関する体制の構築ができていること
- ◆急変時の対応体制の充実
 - ・急変時の対応可能な体制が構築できていること
- ◆患者が望む場所での看取りに関する体制の充実
 - ・患者が望む場所での看取りに関する体制の構築ができていること

(1) 円滑な在宅移行への支援の充実

- 県及び市町村は、退院元の医療機関と地域の在宅医療を担う関係者間の連携構築により、切れ目のない継続的な医療提供体制の確保を推進します。
- 県は、入退院調整の支援を担う人材の確保に向けた医療機関の取組に支援を行い、病院と在宅相互の円滑な移行を推進します。

(2) 在宅医療提供体制の充実

- 県や保健福祉事務所、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会、その他医療・介護関係団体等は、互いに連携し、地域における在宅医療に係る課題の抽出や施策検討を行うための取組を推進します。
- 県や保健福祉事務所、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会、その他医療・介護関係団体等は、医療・介護従事者を対象に、在宅医療及び訪問看護、在宅歯科医療、薬剤師の在宅医療への参画等に関する各種研修を実施し、医療・介護従事者のスキルの向上や多職種連携に寄与します。
- 県は、在宅医療の受け皿拡大に向け、在宅医療の提供に必要な設備整備等に対する支援を行います。
- 県は、在宅歯科医療の受け皿拡大に向け、県歯科医師会が統括する在宅歯科医療連携室と協力して人材の育成を含めた研修の実施、多職種との連携を進め、地域における在宅歯科診療の拡大に向けた取組を推進します。また、在宅療養高齢者が必要な口腔ケア・歯科治療を受ける機会を増やすための取組を推進します。
- 県は、在宅分野における多職種連携の推進に向け、医療機関が行うICT・デジタル技術を活用した取組を支援します。
- 県は、県医療審議会の意見を聞きながら医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所（※1）として、病床設置等について許可を要しない診療所と認めることにより、在宅療養支援診療所をはじめとした地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所の整備を支援します。
- 県は、訪問看護の安定的な提供に向けて、訪問看護ステーションの経営の安定化と看護の質の向上を図るため、看護職員5人以上の訪問看護ステーションの増加を目指すとともに、施設間連携や多職種連携に強く、幅広い領域に対応可能な「かながわ地域看護師」（※2）を地域で育成することについての検討を進めます。
- 県は、県在宅医療推進協議会や県医師会等の意見を聞きながら、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を地域ごとに選定し、県民への情報提供を行います。

(3) 急変時の対応体制の充実

- 県及び保健福祉事務所は、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携し、関係者間の連携構築等の地域の課題を踏まえた取組を推進します。
- 県は、急性期治療後のリハビリテーション機能や在宅急病時の入院受入機能を担う回復期病床等の整備のため、病床機能の転換及び新規整備を支援し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。

(4) 患者が望む場所での看取りに関する体制の充実

- 県及び保健福祉事務所は、市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携し、医療・介護従事者を対象に研修を行い、在宅での看取りや検案に対応できる医療従事者を育成します。
- 県及び保健福祉事務所は、市町村や医師会と連携し、ACPの普及啓発を進めます。
- 県は、医師会等と連携し、医療や介護の専門職等を対象に研修を行い、人生の最終段階における在宅医療・介護の多職種連携についての知識を深めます。

※ 医療的ケア児に関する事項については、「第1章第5節 小児医療」及び「第4章第3節 障がい者対策」に整理していますので、ご参照ください。

=====

■用語解説

※1 医療法施行規則第1条の14第7項第1号の診療所

医療法第7条第3項の規定により、診療所に病床を設けようとするときは、厚生労働省令で定める場合を除き、知事又は保健所設置市の市長の許可が必要。

「厚生労働省令で定める場合」は、医療法施行規則第1条の14第7項に規定されており、病床設置の許可を要さず、療養病床又は一般病床を設けることができる。その対象施設としては、在宅療養支援診療所をはじめとした地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所などが記載されている。

※2 「かながわ地域看護師」

地域医療構想を実現し、地域包括ケアシステムを推進するために、地域の医療・介護資源や医療提供体制を十分に理解し、地域の医療と介護をつなぐ能力を持つ看護師を地域で育成・確保するとともに、看護職員の離職や地域からの流出を防ぐことを目的として、県と県看護師等養成実習病院連絡協議会が「県地域看護師養成事業検討会」において共同で検討している取組。

=====

【コラム】医療と介護の一体的な体制整備

1 総合確保方針等

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本方針（平成26年9月告示）、医療計画作成指針（令和5年4月改正医政局長通知）及び介護保険事業計画基本指針（令和6年1月告示）において、県の「神奈川県保健医療計画（県医療計画）」並びに「かながわ高齢者保健福祉計画（県高齢福祉計画）」及び市町村の介護保険事業計画（市町村計画）を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することが求められています。

2 協議の場

高齢化の影響による医療・介護需要の増は県・市町村でそれぞれ推計していますが、これに加えて、病床の機能分化・連携により生じる追加的な在宅医療・介護保険施設等の需要について、協議の場で調整・協議を行いました。

県医療計画と県高齢福祉計画及び市町村計画の整合性を確保するための協議の場は、二次保健医療圏単位（≡高齢者保健福祉圏域体）で設置されている「地域医療構想調整会議」を活用しました。

(1) 高齢化の影響による医療・介護需要（訪問診療分）（人/日）

	平成25（2013）年
患者数	56,304.96



各計画の終了年度へ比例推計（人/日）

	令和7（2025）年
患者数	95,860.98

※国通知に基づく機械的試算であり、市町村の推計値とは異なります。

(2) 病床の機能分化・連携により生じる追加的な在宅医療・介護保険施設等の需要（人/日）

	令和7（2025）年	
患者数	在宅医療	介護保険施設
	1,150.66	798.80

3 神奈川県の医療・介護需要

県と市町村及び「協議の場」の調整結果に基づき、県医療計画における在宅医療の整備目標と市町村計画における介護保険施設等の整備目標をそれぞれ検討し、県医療計画、県高齢福祉計画及び市町村計画に反映しました。

※ 数値は、2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需要的機械的試算（平成29年8月10日厚生労働省医政局地域医療計画課長、老健局介護保険計画課長、保険局医療介護連携政策課長連名通知）を使用しています。

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1 (令和8年度)
初期	C101	退院調整支援担当者を配置している一般診療所・病院数	厚生労働省,医療施設調査	201 (R3)	現状より増加
	C102	退院時共同指導を実施している診療所数・病院数	厚生労働省,NDB	117 (R3)	現状より増加
	C201	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	1,452 (R3)	現状より増加
	C202	訪問看護ステーション数	神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数	953 (R5)	現状より増加
	C203	訪問薬剤管理指導を行う薬局数	厚生労働省,NDB	877 (R3)	現状より増加
	C204	訪問歯科診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	1,420 (R3)	現状より増加
	C205	在宅療養支援診療所・病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000 (R3)	現状より増加
	C206	在宅療養後方支援病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	24 (R3)	現状より増加
	C207	在宅療養支援歯科診療所数	厚生労働省,診療報酬施設基準	650 (R3)	現状より増加
	C208	情報通信機器を用いた診療を行う診療所・病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	826 (R4.8)	現状より増加
	C301	訪問診療を実施している診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,NDB	1,452 (R3)	現状より増加
	C302	訪問看護ステーション数【再掲】	神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数	953 (R5)	現状より増加
	C303	機能強化型訪問看護ステーション数	厚生労働省関東信越厚生局届出受理指定訪問看護事業所名簿	70 (R5)	現状より増加
	C304	訪問看護従事者数	厚生労働省,介護サービス施設・事業所調査	4,989 (R3)	5,932
	C305	訪問薬剤管理指導を行う薬局数【再掲】	厚生労働省,NDB	877 (R3)	現状より増加
	C306	訪問歯科診療を実施している診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,NDB	1,420 (R3)	現状より増加
	C401	在宅療養支援診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000 (R3)	現状より増加
	C402	在宅療養後方支援病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	24 (R3)	現状より増加
	C403	在宅療養支援歯科診療所数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	650 (R3)	現状より増加
	C501	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	1,882 (R3)	現状より増加
	C502	在宅療養支援診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000 (R3)	現状より増加
	C503	訪問看護ステーション数【再掲】	神奈川県介護保険指定機関等管理システム登録数	953 (R5)	現状より増加
	C504	24時間対応体制を実施している訪問看護ステーション数	厚生労働省,医療施設調査	757 (R3)	現状より増加
	C601	在宅療養支援診療所・病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	1,000 (R3)	現状より増加
	C602	在宅療養後方支援病院数【再掲】	厚生労働省,診療報酬施設基準	24 (R3)	現状より増加

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1 (令和8年度)
	C701	在宅看取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	782 (R3)	現状より増加
中間	B101	退院支援を受けた患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	275,718 (R3)	361,190
	B102	退院時共同指導を受けた患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	2,900 (R3)	3,799
	B201	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	1,014,627 (R3)	1,329,161
	B202	訪問診療を受けた患者数(15歳未満) (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	3,444 (R3)	4,511
	B203	訪問看護利用者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	35,065 (R3)	45,935
	B204	訪問看護利用者数(15歳未満) (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	61 (R3)	79
	B205	訪問薬剤管理指導を受けた患者数 (レセプト件数)(薬局)	厚生労働省,NDB	26,327 (R3)	34,554
	B206	訪問歯科診療を受けている患者数 (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	678,332 (R3)	888,614
	B301	往診を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	175,080 (R3)	229,354
	B401	在宅での看取り件数	e-Stat 人口動態調査(在宅死亡数:自宅)	20,184 (R3)	現状より増加
	B402	施設での看取り件数	e-Stat 人口動態調査(在宅死亡数:老人ホーム)	12,719 (R3)	現状より増加
	B403	看取り数(死亡診断書のみの場合を含む) (レセプト件数)	厚生労働省,NDB	23,770 (R3)	現状より増加
	B404	地域看取り率(県全体) ※2	「令和2年神奈川県衛生統計年報統計表」「令和2年神奈川県警察死体取扱数」	20.82% (R2)	21.94%
	B404	地域看取り率(横浜)	同上	21.33% (R2)	22.45%
	B404	地域看取り率(川崎北部)	同上	21.36% (R2)	22.48%
	B404	地域看取り率(川崎南部)	同上	19.32% (R2)	20.44%
	B404	地域看取り率(相模原)	同上	17.09% (R2)	18.21%
	B404	地域看取り率(横須賀・三浦)	同上	28.49% (R2)	28.49%
	B404	地域看取り率(湘南東部)	同上	19.44% (R2)	20.56%
	B404	地域看取り率(湘南西部)	同上	20.20% (R2)	21.32%
	B404	地域看取り率(県央)	同上	14.90% (R2)	16.02%
	B404	地域看取り率(県西)	同上	21.59% (R2)	22.71%
最終	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(横浜)	厚生労働省受療動向データ	78.6% (R3)	79.9%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(川崎北部)	同上	54.6% (R3)	55.9%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(川崎南部)	同上	56.9% (R3)	58.2%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(相模原)	同上	82.8% (R3)	84.1%

種別	コード	指標名	出典	計画策定時の値 (データの年度)	目標値 ※1 (令和8年度)
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(横須賀・三浦)	同上	66.5% (R3)	67.8%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(湘南東部)	同上	75.8% (R3)	77.1%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(湘南西部)	同上	62.3% (R3)	63.6%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(県央)	同上	69.7% (R3)	71.0%
	A101	各地域における在宅医療の自己完結率(県西)	同上	73.9% (R3)	75.2%

※1 目標値

在宅医療においては介護保険事業(支援)計画との整合性を確保する観点から、国の指針(「在宅医療の体制構築に係る指針」)において、令和8年度末までの3年間で目標値を設定することとされている。

※2 地域看取り率

県内の二次保健医療圏内における人口動態統計の死亡数から死体検案数を差し引いた値を「地域看取り数」と定義し、全体の死亡総数に占める「地域看取り数」の割合を示したもの。