

1. 現状と課題

(1) はじめに

急速に進む少子高齢化や医療技術の進歩という社会的な情勢変容等により、慢性的な疾患を抱えながら、自宅等で長期にわたる療養や介護サービスを必要とする高齢者は引き続き増加しており、令和 22 (2040) 年に見込まれる在宅医療等^{※79}の 75 歳以上患者数^{※80}は、奈良県全体で 26,312 人と、令和元 (2019) 年と比較して約 1.7 倍の増加となることが見込まれています。また、高齢者の生活・介護等に関する県民調査によると令和 4 (2022) 年時点で、奈良県では、要介護認定者の 57.4%、一般的な高齢者の 45.4%が自宅で最期を迎えたいと望んでいます^{※81}。

そのため、在宅患者数がピークを迎える令和 22 (2040) 年に向けて、たとえ介護が必要になっても可能な限り住み慣れた地域で本人や家族の選択により自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制（地域包括ケアシステム）の構築が必要であり、その要となる在宅医療の提供体制の構築が求められています。

持続可能で効率的な在宅医療の提供体制を整えていくためには、高齢者単身世帯の増加等の家族形態の変化等も踏まえ、医療従事者や行政等が十分に連携をしながら、これまでの病院中心の「治す医療」の視点から、地域に根ざして生活の質を保ちながらその人らしい人生を送るための「治し支える医療」への視点の転換が求められています。

※79 在宅医療等…居宅、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者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療のこと。（地域医療構想ガイドラインより引用）

※80 中西 康裕（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）、西岡 祐一、次橋 幸男、柿沼 倫弘、野田 龍也、今村 知明、赤羽 学. 大規模レセプトデータを用いた在宅医療需要の将来推計手法の将来推計手法の確立. 第 81 回 日本公衆衛生学会総会. 2022.10.7（甲府市）

※81 奈良県介護保険課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（令和 5 年 3 月）

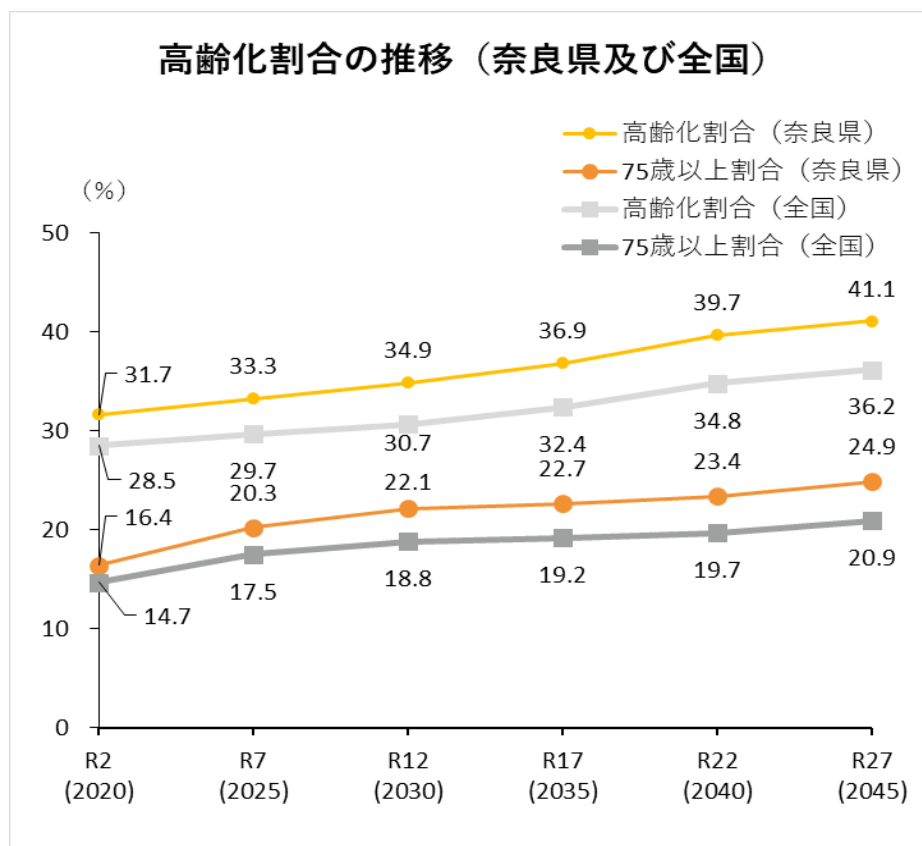
(2) 県内高齢者等の現況

1) 高齢者人口の推移及び推計^{※82}

奈良県の人口に占める高齢者（65 歳以上）の割合は、令和 2（2020）年の 31.7%から、令和 22（2040）年には 39.7%まで急速に高齢化が進むと予想されており、全国平均を上回る状況が続くと見込まれています。

また、75 歳以上の高齢者の割合についても、令和 2（2020）年時点では本県 16.4%に対し、全国平均 14.7%と全国平均を上回っており、今後もその傾向は続くと見込まれています（図 1）。

図 1 県内高齢化率の推移及び推計



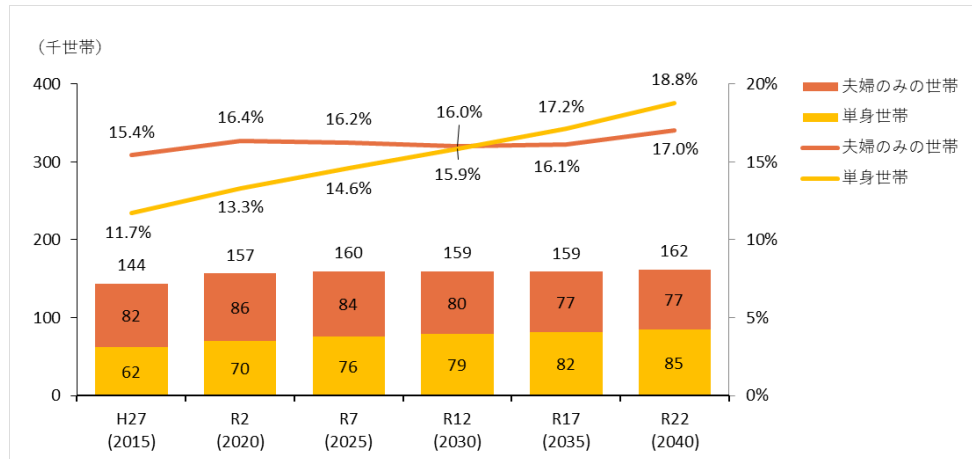
出典：国立社会保障・人口問題研究所（奈良県人口）「日本の地域別将来推計人口」（平成 30（2018）年推計）、（全国人口）「日本の将来推計人口（令和 5 年推計）（出生中位（死亡中位）推計）」

^{※82} 国立社会保障・人口問題研究所（奈良県人口）「日本の地域別将来推計人口」（平成 30（2018）年推計）、（全国人口）「日本の将来推計人口（令和 5 年推計）（出生中位（死亡中位）推計）」

2) 高齢者世帯の推移及び推計^{※83}

高齢者単身世帯は、今後、一貫して増加し（令和 2（2020）年：約 7 万世帯→令和 22（2040）年：約 8 万 5 千世帯）、総世帯数に占める割合も上昇していくと見込まれています（令和 2（2020）年：13.3%→令和 22（2040）年：18.8%）（図 2）。

図 2 奈良県の高齢者世帯数の推移及び将来推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（2019 年推計）

3) 要介護認定者数の推移及び推計^{※84}

高齢者の増加とともに、要介護・要支援認定者^{※85}も増加しており、令和 2（2020）年度の認定者数は約 8 万人で、平成 22（2010）年度の約 5 万 6 千人から約 1.4 倍に増加し、今後も増加傾向が続くと見込まれます。

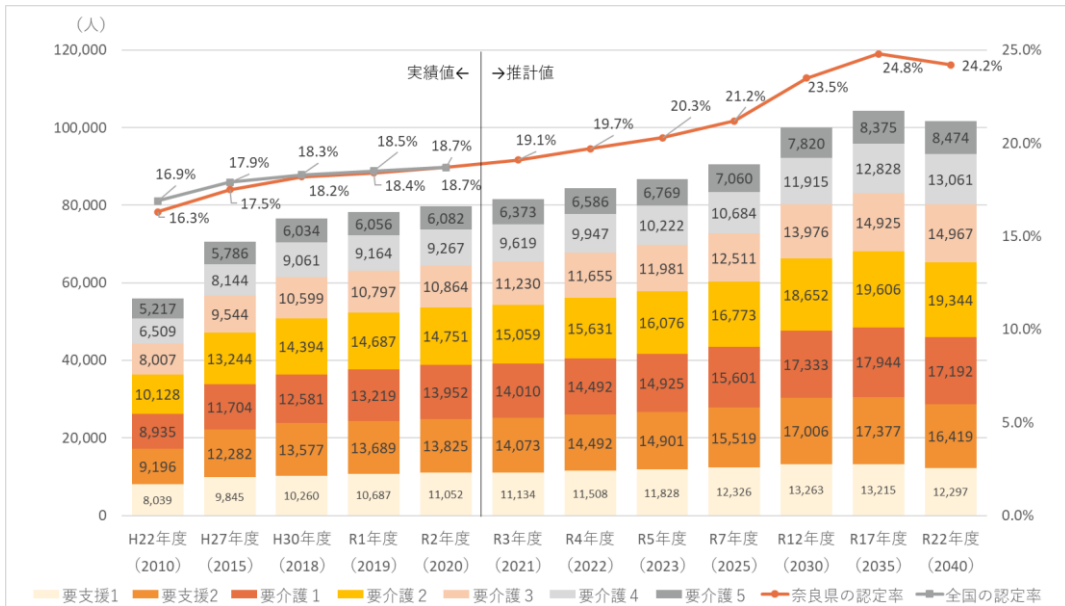
高齢者人口に対する要介護・要支援認定者の割合は、平成 22（2010）年度以降、上昇傾向が続いています（図 3）。

^{※83} 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（2019 年推計）

^{※84} 奈良県「奈良県高齢者福祉計画及び第 8 期奈良県介護保険事業支援計画（令和 3～令和 5 年度）」（令和 3 年 3 月）
平成 22 年度から平成 30 年度は介護保険事業状況報告（年報）、平成元年度は介護保険事業状況報告（3 月月報暫定値）、令和 2 年度は介護保険事業報告（12 月月報暫定値）、令和 3 年度から令和 22 年度は各市町村において推計した数値の積み上げ。認定率は、第 1 号被保険者の要介護・要支援認定者数を第 1 号被保険者数で除したものです。

^{※85} 要介護状態とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、ある程度長期に渡り継続して常時介護を要すると認められる状態をいい、程度に応じ要介護度が 1 から 5 までに区分されます。また、要支援状態とは、状態の軽減もしくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上又は精神上の障害があるためにある程度長期に渡り継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいい、程度に応じて 2 つに区分されます。介護サービスを受けようとする被保険者は、要介護者又は要支援者に該当すること及びその該当する要介護状態区分について市町村から認定を受けます。

図3 要介護度別認定者数及び要介護認定率の推移



出典：奈良県「奈良県高齢者福祉計画及び第8期奈良県介護保険事業支援計画（令和3～令和5年度）」（令和3年3月）

4) 自宅における介護

奈良県調査^{※86}によると、自身に介護が必要になった場合の対処方法を聞いたところ、一般高齢者では「自宅で、家族の介護と介護保険サービス等を組みあわせて介護を受けたい」が32.1%、次に「家族に頼らずに介護保険サービス等を利用して、自宅で介護を受けたい」が18.9%となっており、「自宅で、家族中心に介護を受けたい」の6.3%を加えた57.3%が自宅での介護を希望しています。介護する側も「自宅で居宅サービスをできるだけ使って介護したい」という割合が40.6%と最も高く、次いで、「介護保険施設^{※87}へ入所・入院させたい」が19.8%となっており、保健医療圏別でも、「自宅で居宅サービスをできるだけ使って介護したい」という割合は、すべての圏域で最も高くなっています。

令和2（2020）年度に実施した奈良県在宅医療実態調査（介護支援専門員へのアンケート調査）では、施設入所者や入院中の方で在宅復帰の希望が叶わない理由（在宅医療の阻害要因）として「介護者がいない（介護者に健康上の不安があるなど介護力が見込めない場合も含む）」が60.9%と最も高く、次いで「家族の事情により家族が在宅に戻ることを希望しない」が54.5%であり、介護や家族に関することが多い回答となっています。

※86 奈良県介護保険課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（令和5年3月）

※87 介護保険施設…介護保険サービスで利用できる公的な施設のこと。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3形態を指します。

また、令和4（2022）年に実施している訪問看護ステーション向け在宅医療アンケート調査では、訪問診療が必要だと考えるが受けていない理由として、その他を除いて「患者が希望しない」が50.4%と最も高く、次いで「家族が希望しない」が18.2%となっており、患者、家族が希望しないケースが多い結果となっています。

自宅で介護を受けたい、受けさせたいという県民のニーズに応えることや、在宅医療が必要な在宅療養者に必要な医療を届けるためには、市町村単位をベースとした地域における包括的な在宅医療・介護を提供するサービス基盤や生活支援の充実や、在宅医療を選択肢の一つとして選ぶことができるよう、在宅医療・介護に対する知識や情報の啓発活動等が求められています。

なお、近年、がん末期の患者や神経難病の患者、また、疾病や障害を抱えながらも自宅や住み慣れた地域で生活する小児や若年層の在宅療養者も増加しています。疾病構造の変化や高齢化、QOL^{※88}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、また多様化しています。

※88 QOL…クオリティー・オブ・ライフ（Quality Of Life）。「生活の質」「人生の質」「生命の質」などと訳されます。一般的には、従来の生活の量を求めるのではなく、生活の満足感・安定感・幸福感を規定している諸要因の質を求めること。諸要因の一方に生活者自身の意識構造、もう一方に生活の場の諸環境があるとされます。社会福祉及び介護従事者の「生活の場」での援助も、生活を整えることで暮らしの質をよりよいものにするというQOLの視点を持つことが重要です。

(3) 在宅医療の提供体制

1) 退院支援

近年、在宅医療のニーズが増加し、病院から在宅への流れが進む中で、複数の慢性疾患を抱えた患者やがん末期の患者等、退院後も医療管理や医療処置を継続しながら、生活の場に戻る方が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院中から退院後の生活を見据えた退院支援^{※89} 及び退院調整^{※90} の重要性が高まっています。

入退院支援担当者を配置している病院^{※91} 数は 43 施設となっており、前回計画策定時の 38 施設よりも増加しています。人口 10 万人あたり^{※92} も 2.8 施設から 3.3 施設へと改善しており、徐々に体制として広がりつつあります。なお、多くの病院には地域医療連携室や医療相談室があり、退院支援及び退院調整などの相談にも応じています（図 4、図 5）。

2) 日常の療養支援

① 訪問診療・往診

厚生労働省近畿厚生局「奈良県内の施設基準の届出受理状況」によると、24 時間往診が可能な在宅療養支援病院^{※93} は 22 施設、在宅療養支援診療所^{※94} は 180 施設あります（令和 5（2023）年 6 月 1 日現在。具体的な医療機関は別表 2、3 参照）。人口 10 万人あたりの施設数は、全国値以上の医療圏もありますが、医療圏ごとで地域差がみられる状況です。

※89 退院支援…患者が自身の病気・障害を理解した上で、退院後も必要な医療や看護を継続しながらどこで療養するか、どのような生活を送りたいかの自己決定の過程を支援することを指します。

※90 退院調整…退院支援によって導き出された患者の自己決定を実現するため、患者・家族の意向を踏まえて、社会保障制度や社会資源に実際につなぐための調整をすることを指します。

※91 施設数は、診療報酬における「入退院支援加算」の施設基準の届出施設のみです。（令和 5 年 6 月 1 日現在。具体的な医療機関は別表 1 参照）。入退院支援加算は「退院支援加算 1～3」に区分が分かれており、それぞれに施設基準が異なりますが、主に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されており、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が 1 名以上配置されていること（加算 1、2）、入退院支援及び 5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び 5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること（加算 3）等が条件となっています。

※92 施設数を「奈良県の推計人口調査（年報）（令和 4 年 10 月時点）」の奈良県人口で除し、10 万を乗じて算出。

※93 在宅療養支援病院…24 時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準（200 床未満、又は当該病院を中心とした半径 4 km 以内に在宅療養支援診療所が存在しない等）を満たす病院のこと。

※94 在宅療養支援診療所…24 時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準を満たす診療所のこと。

図4 人口10万人あたりの在宅療養支援病院数

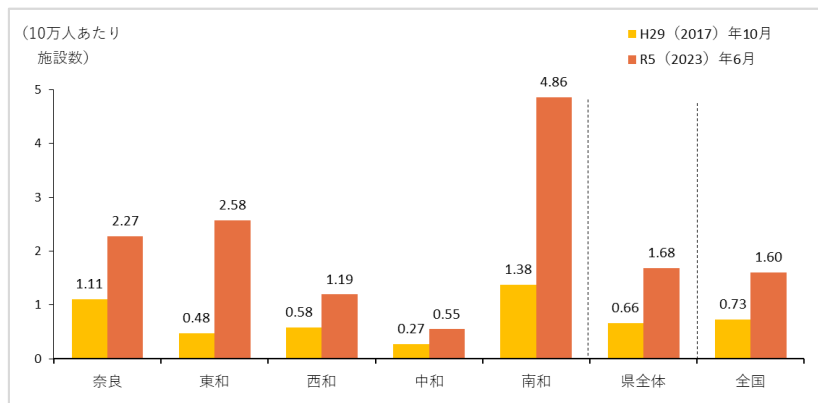
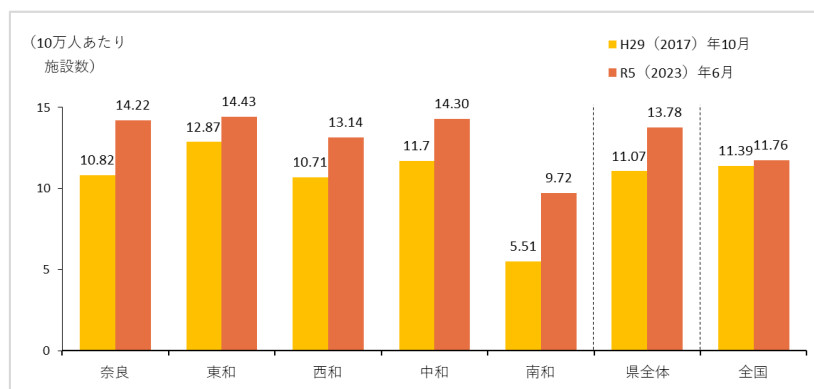


図5 人口10万人あたりの在宅療養支援診療所数



出典：厚生労働省各厚生局「届出受理医療機関名簿（令和5年6月1日現在）」、
奈良県「奈良県の推計人口調査（年報）（令和4年10月時点）」
総務省統計局「人口推計（令和4年10月1日現在）」

なお、一定の実績や医療提供体制が求められる、機能強化型の在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所を中心として在宅医療が提供されていますが、その他にも、多くの病院・診療所が往診^{※95}や在宅患者訪問診療^{※96}等を実施しています（表1）。

しかしながら、在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な提供母体で成り立っていることもあり、奈良県医師会会員を対象とした調査においては、現在在宅医療を実施している医師で、今後も在宅医療を行っていく中での問題点や改善が必要な事項として「在宅医療で求められる時間と自分の生活のための時間の調整がうまくできるかどうか（24時間対応も含めて）」が最も選択され、回答数の

※95 往診…患者（介護老人保健施設等を含む）の求めに応じて患者に赴いて診療すること。

※96 在宅患者訪問診療…通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うこと。

うち 6 割を超える結果となっているという事実もあります^{※97}。このような背景もあって、奈良県においても在宅医療を提供している施設数は減少傾向にあります。

表 1 県内における在宅医療を提供している病院・診療所数及び総数に占める割合の推移

施設区分	調査年	医療保険等による施設数												
		総数	往診		在宅患者訪問診療		在宅患者訪問看護・指導		在宅患者訪問リハビリテーション指導管理		訪問看護ステーションへの指示書の交付		在宅看取り	
病院	H26	77	13	17%	15	19%	5	6%	3	4%	29	38%	7	9%
	H29	79	14	18%	18	23%	8	10%	5	6%	27	34%	7	9%
	R2	75	17	23%	24	32%	7	9%	5	7%	37	49%	8	11%
診療所	H26	1,187	355	30%	290	24%	46	4%	44	4%	218	18%	66	6%
	H29	1,204	292	24%	269	22%	39	3%	33	3%	233	19%	71	6%
	R2	1,214	247	20%	258	21%	35	3%	38	3%	210	17%	64	5%

施設区分	調査年	介護保険等による施設数 (介護予防サービスを含む)						
		総数	居宅療養管理指導		訪問看護		訪問リハビリテーション	
病院	H26	19	7	37%	7	37%	14	74%
	H29	22	6	27%	3	14%	14	64%
	R2	30	10	33%	6	20%	17	57%
診療所	H26	148	103	70%	22	15%	22	15%
	H29	145	106	73%	28	19%	21	14%
	R2	129	87	67%	26	20%	27	21%

出典：厚生労働省「平成 26～令和 2 年医療施設（静態・動態）調査」

※97 奈良県医師会「在宅医療に関するアンケート調査報告書」（平成 30 年）

訪問診療を利用する患者数をレセプト件数ベースで見ると年々増加しており、訪問診療料の算定件数で見ても同様に増加傾向を示しています。また、往診については毎年約3万件程度と一定数の提供がなされています（表2）。

表2 訪問診療患者数及び訪問診療・往診算定件数

指標名	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R1年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)
訪問診療患者数（レセプト件数）	84,135	89,399	95,216	103,589	110,371
訪問診療算定件数	180,039	186,468	194,873	208,504	219,451
往復算定件数	30,121	29,974	29,554	30,327	31,458

出典：奈良県地域医療連携課調べ
「市町村国民健康保険及び後期高齢者制度レセプトデータ特別集計」

このことから、在宅医療を提供する施設数が減少する中でも、個々の施設における患者の対応数は増えてきていることが推測されます。

今後更に進む患者の増加等を踏まえると、地域によっては在宅医療の需要の増加に対応しきれない可能性があるため、訪問診療等に取り組むことができる施設の増加や、すでに訪問診療に取り組んでいる施設における機能の強化や連携が必要です。

② 訪問看護等

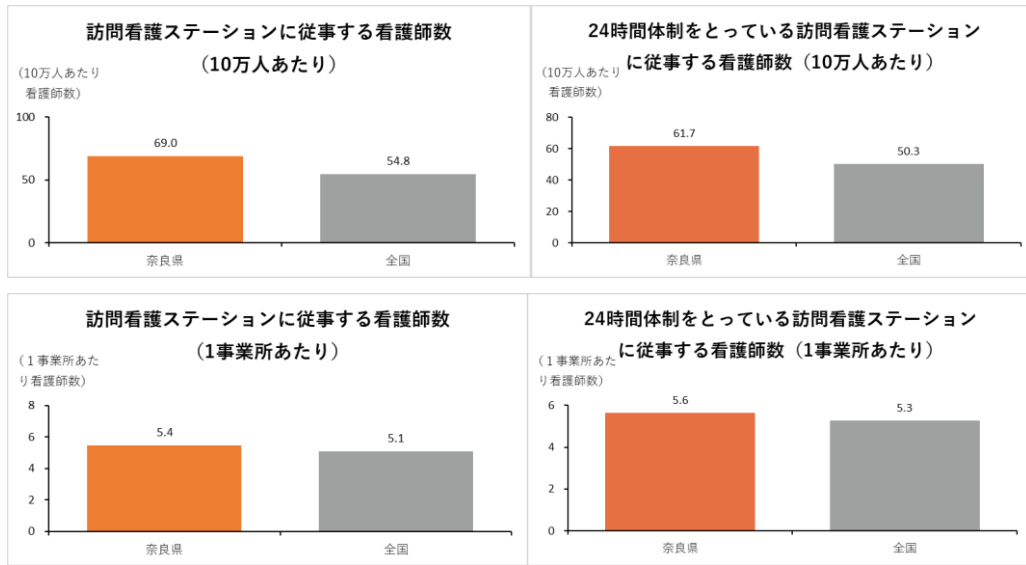
医師の指示に基づき、通院が困難な状況にある病気や障害を持った患者が住み慣れた地域や家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、看護師等が患者の自宅等を訪問し、療養生活の支援、心身機能の維持回復、又は必要な診療の補助を行う訪問看護事業所は205施設あります（令和5（2023）年6月1日現在。具体的な施設は別表4参照。医療みなし^{※98}を含まない）。

訪問看護ステーションに従事する看護師は、人口10万人あたり69.0人、1事業所あたり約5.4人、また、24時間体制をとっている訪問看護ステーションに従事する看護師数は61.7人、1事業所あたり約5.6人と、いずれも全国値と比べて多くなっています（図6）^{※99}。

^{※98} 医療みなし…健康保険法により、保険医療機関等の指定を受けた病院、診療所、歯科医院、薬局は、申請をしなくとも訪問看護サービス提供事業者の指定を受けたものとみなされます。

^{※99} 厚生労働省「令和3年介護サービス施設・事業所調査」の看護師数（常勤兼任、非常勤については常勤換算数で常勤専任に合算）を参照しています。

図 6 訪問看護ステーションに従事する看護師数



出典：厚生労働省「令和 3 年介護サービス施設・事業所調査」、奈良県「奈良県の推計人口調査（年報）」（令和 3 年 10 月 1 日時点）、総務省統計局「人口推計（当該年の 10 月 1 日現在）」

また、訪問看護の利用者数^{※100}は、県全体で 79,776 人となっています（表 3）。今後も慢性的な疾患を抱えながら、長期にわたる療養や介護サービスを必要とする高齢者の増加等によって、訪問看護の利用者数は増加すると推測されます。

今後、在宅療養のニーズが多様化するなかで、より安定的な提供体制を整備するため、退院に向けた医療機関との共同指導、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護事業所間や関係機関との連携強化、訪問看護事業所の事業者規模の大規模化による機能強化や、情報通信機器の活用等による業務効率化等を検討していくことが必要です。

表 3 訪問看護利用者数

指標名	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体
訪問看護利用者数（人）	27,186	12,700	21,160	14,026	4,705	79,776

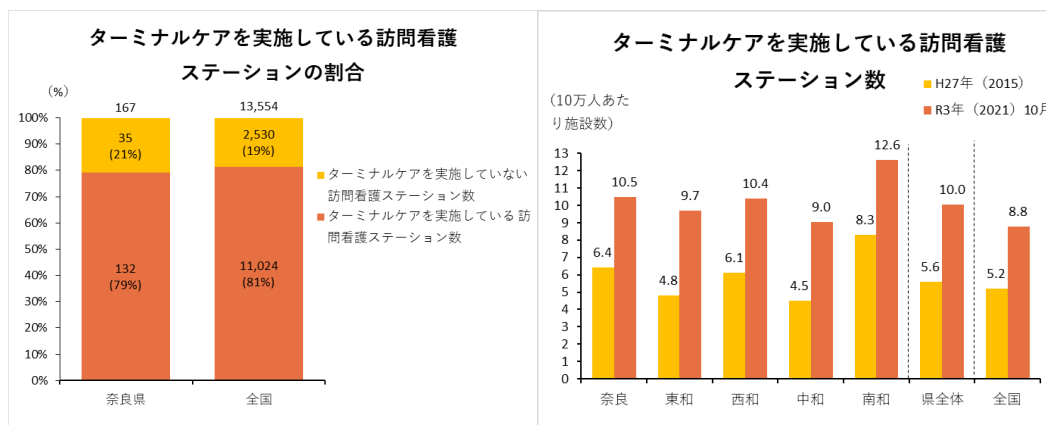
出典：令和 2 年度 KDB データ（1 か月あたり患者数（月平均）に 12 を乗じて算出）

奈良県でターミナルケア^{※101}を実施している訪問看護ステーションは 132 施設あり、全訪問看護ステーション数の 79%です。全国値の 81%を若干下回る数値ですが、人口 10 万人あたりでは 10.0 施設で、全国値を上回っています（図 7）。

※100 令和 2 年度 KDB データ（1 か月あたり患者数（月平均）に 12 を乗じて算出）

※101 ターミナルケア…がんの末期など死に近い患者への医療をいいます。

図7 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

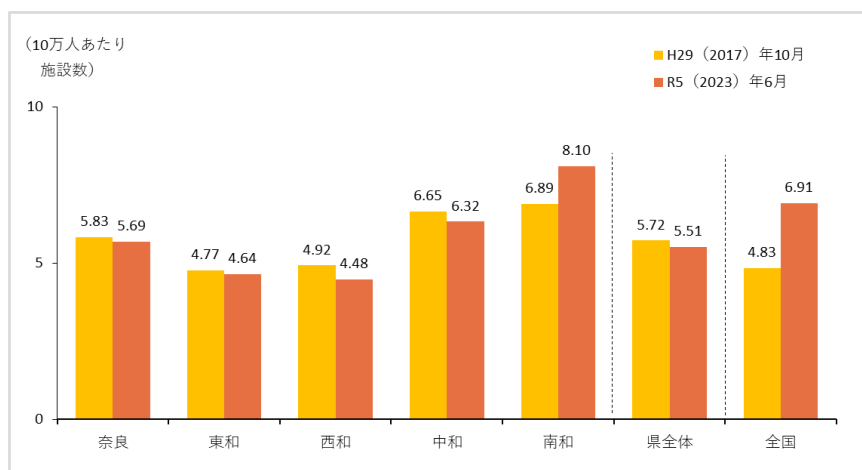


出典：厚生労働省「令和3年介護サービス施設・事業所調査」
奈良県「奈良県の推計人口調査（年報）」（令和3年10月1日時点）
総務省統計局「人口推計（当該年の10月1日現在）」

③ 訪問歯科診療

在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所^{※102}数は72施設あり、人口10万人あたり5.51施設です（令和5（2023）年6月1日現在。具体的な医療機関は別表5参照）（図8）。施設数が減少している医療圏が多く、県全体の10万人あたり施設数は全国値を下回っています。

図8 10万人あたりの在宅療養支援歯科診療所数



出典：厚生労働省各厚生局「届出受理医療機関名簿（令和5年6月1日現在）」
奈良県「奈良県の推計人口調査（年報）」（令和4年10月時点）
総務省統計局「人口推計（令和4年10月1日現在）」

※102 在宅療養支援歯科診療所…高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上、歯科衛生士が1名以上配置されており、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保している歯科診療所のことをいいます。

なお、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所においても訪問診療等を実施しており、在宅医療を提供している歯科診療所の割合は平成 26 (2014) 年から令和 2 (2020) 年にかけて増加しています (表 4)。

表 4 県内における在宅医療を提供している歯科診療所数の推移及び
総数に占める割合の推移

範囲	総数	在宅医療サービスを実施している		歯科訪問診療(居宅)		歯科訪問診療(施設)		訪問歯科衛生指導	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
H26	697	129	19%	90	13%	81	12%	41	6%
H29	690	137	20%	91	13%	95	14%	50	7%
R2	679	202	30%	93	14%	114	17%	43	6%

範囲	歯科医師による				歯科衛生士等による			
	居宅療養管理指導		介護予防居宅療養管理指導		居宅療養管理指導		介護予防居宅療養管理指導	
H26	43	6%	11	2%	28	4%	9	1%
H29	49	7%	14	2%	37	5%	11	2%
R2	61	9%	20	3%	53	8%	14	2%

出典：厚生労働省「平成 26～令和 2 年医療施設（静態・動態）調査」

在宅療養者は、主疾患ばかりでなく様々な合併症をもっていることが多いため、感染防止には特に注意が必要です。その中でも、嚥下障害^{※103}による誤嚥は、誤嚥性肺炎^{※104}を誘発するため、日ごろから「口腔ケア」が求められています。例えば、脳卒中の患者には、後遺症等により、食べ物などが気管に入ることの防止や食べ物をしっかりと噛む機能の維持向上を図ることが重要です。このような口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の予防等のためには、歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携を更に推進することによって、在宅療養者の歯科受療率を向上させていくことが必要です。

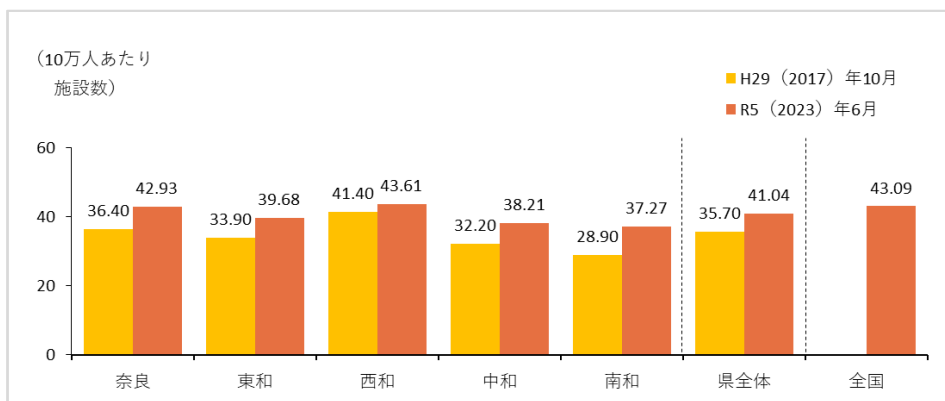
※103 嚥下障害…水分や食べ物を口の中に取り込んで、咽頭から食道・胃へと送り込む、飲み込みの機能が悪くなった状態をいいます。

※104 誤嚥性肺炎…高齢や脳卒中などの病気のために、飲み込みの機能や咳をする機能が弱くなり、食物、液体が気管に入りやすくなったり、入っても咳ができず、うまく取りのぞけなかったりするために起こる肺炎です。

④ 訪問薬剤管理指導

訪問薬剤指導（在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局）を実施する薬局数は536施設で、人口10万人あたり41.0施設です（令和5（2023）年6月1日現在。具体的な医療機関は別表6参照）（図9）。いずれの医療圏においても10万人あたりの施設数は増加していますが、全国値と比較すると、県全体としては全国値を下回っている状況です。

図9 10万人あたりの訪問薬剤管理指導を実施する薬局数



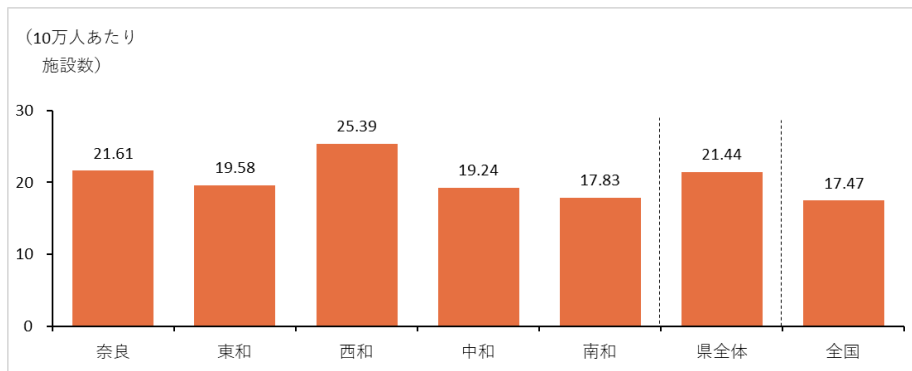
出典：厚生労働省各厚生局「届出受理医療機関名簿（令和5年6月1日現在）」
奈良県「奈良県の推計人口調査（年報）（令和4年10月時点）」
総務省統計局「人口推計（令和4年10月1日現在）」

訪問薬剤管理指導とは、保険薬局が在宅療養者に対し、在宅診療を行っている医療者ととともにチームを組み、在宅での医薬品に関する管理を行うことをいいます。

また、地域支援体制加算届出薬局^{※105}は280施設で、人口10万人あたり21.4施設です。全国値と比較すると、各医療圏・県全体いずれも全国値を上回っている状況です（図10）。

※105 在宅患者への指導実績や服薬情報提供料等が主な要件となっています。

図 10 10万人あたりの地域支援加算薬局数



出典：厚生労働省各厚生局「届出受理医療機関名簿（令和5年6月1日現在）」
奈良県「奈良県の推計人口調査（年報）（令和4年10月時点）」
総務省統計局「人口推計（令和4年10月1日現在）」

保険薬局には、医薬品、医療・衛生材料等の提供の拠点として実際に患者のもとに向いて薬を届けるだけでなく、薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした他職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められます。

⑤ 訪問リハビリテーション

医師の指示に基づき、通院が困難な状況にある病気や障害を持った患者が住み慣れた地域や家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、理学療法士や作業療法士等が、患者の自宅等を訪問して、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法^{※106}、作業療法^{※107}、その他必要なリハビリテーションを行うサービスとして訪問リハビリテーションがあります。

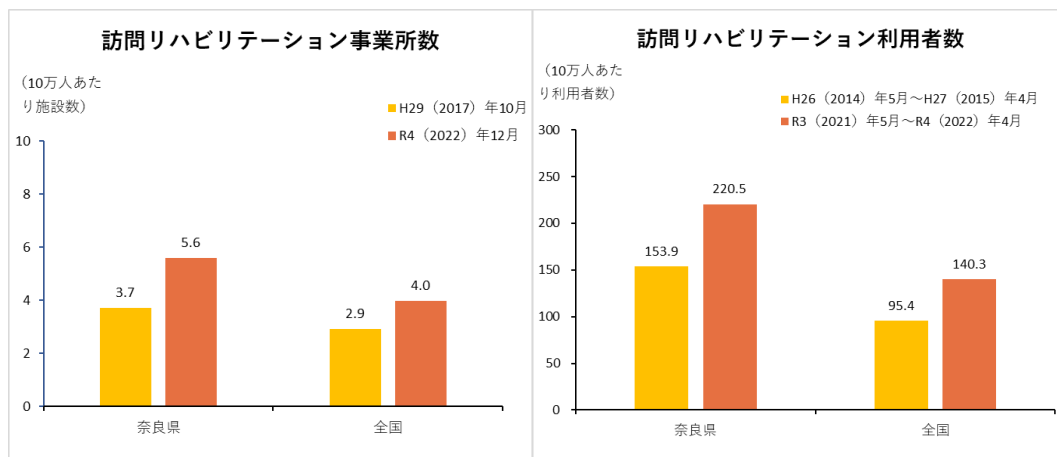
訪問リハビリテーション事業所数は73施設あり、人口10万人あたり5.6施設あります（令和4（2022）年12月末現在。具体的な事業所は別表7参照）。

訪問リハビリテーション利用者数は人口10万人あたり220.5人です。10万人あたり施設数・利用者数ともに増加しており、全国値を上回っている状況です。（図11）。

※106 理学療法…マッサージ、運動、入浴、電気治療等の理学的治療技術を施すことをいいます。

※107 作業療法…身体又は精神に障害のある者に対し、様々な作業活動を用いて治療や機能訓練、援助を行い、積極的な生活を送る能力を獲得させることをいいます。

図 11 10万人あたりの訪問リハビリテーション事業所数・利用者数



出典：厚生労働省「介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ」
(2022年12月末時点の数値)、「介護給付費等実態統計」
奈良県「奈良県の推計人口調査(年報)」(当該年の10月1日)
総務省統計局「人口推計(当該年の10月1日現在)」

⑥ 訪問栄養食事指導

住み慣れた地域で人生の最期まで自分らしく暮らすために、適切な食・栄養支援は欠かせない要素となっており、通院等が困難な在宅療養中の患者に対して栄養指導や食事管理を行う在宅訪問栄養食事指導の利用回数(算定回数)^{※108}は、県全体で98件となっています。

今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、栄養ケア・ステーション等の活用も含めた体制の構築が求められます。

3) 急変時の対応

自宅での介護を検討する際に重視することとして、「病状等が急変した時に、すぐに一時的に入院・入所できる病院・施設があるかどうか」や「夜間・緊急時でも対応してくれる医師がいるかどうか」等が挙げられており^{※109}、こうした不安の軽減が、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、在宅療養者の急変時に後方受入を担う病院として、在宅療養後方支援病院^{※110}が位置付

※108 令和3年NDBデータ介護保険の認定を受けている在宅患者については、介護保険における「居宅療養管理指導(薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士)」が優先されます。

※109 奈良県介護保険課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」(令和5年3月)

※110 在宅療養後方支援病院・・・在宅医療を提供する医療機関と連携し、連携医療機関の求めに応じて24時間入院希望患者(あらかじめ当該病院に届け出た患者)の診療が可能な体制及び緊急入院ができる病床を常に確保するなどの施設基準を満たした病院です。

けられており、県内で4施設あります^{*111}。(令和5(2023)年6月1日現在。具体的な医療機関は別表8参照)

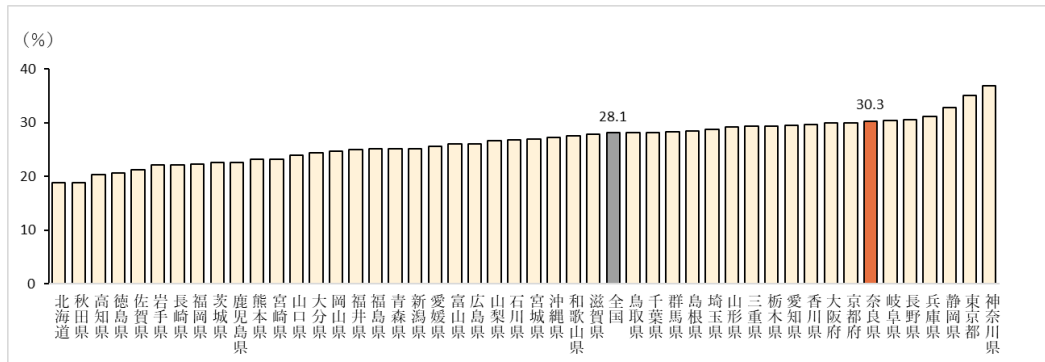
また、地域の医療・介護事業所との連携強化や在宅患者の増悪時の受け入れなど「面倒見のいい病院」機能を有した地域の病院についても、地域全体で患者を支える地域包括ケアシステムの中心的な病院として重要な役割を担っています。

医療機関と訪問看護ステーションに対して必要な支援としては、「緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保」等が考えられます。

4) 在宅での看取り

全国的な比較が可能な数値の1つとして、在宅(自宅、老人ホーム及び介護医療院)における死亡率(令和3(2021)年)があり、奈良県では30.3%、全国第7位の高水準を維持しています(図12)。

図12 都道府県の在宅死亡率(令和3年)



出所：厚生労働省「令和3年人口動態調査」における自宅、老人ホーム及び介護医療院での死亡率を足した数字

しかし、在宅における死亡率の計算に用いられる数値は、不審死等で亡くなられた方の人数も含まれてしまうことから、全員が希望した在宅医療の提供を受けられたかどうかを示す数値とは言い切れない点に注意が必要です。そのため、各地域において、誰もが望む形で最期を迎えることができる体制をそれぞれが考えていくことが大切です。

奈良県調査^{*112}によると、どこで最期を迎えたいかについて、一般的な高齢者、要介護認定者ともに、「自宅」との回答割合が最も高くなっています。しかしながら、結果として病院で亡くなった方の割合が64.4%^{*113}と最も高く、希望と現実にはギャップがあります。

^{*111} 厚生労働省近畿厚生局「奈良県内の施設基準の届出受理状況」(令和5年6月1日現在)

^{*112} 奈良県介護保険課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」(令和5年3月)

^{*113} 厚生労働省「令和3年人口動態調査」

また、高齢化の進展に伴い、例えば、老人ホーム^{※114}での死亡率が平成 10 (1998) 年の 2.0%から令和 3 (2021) 年の 10.0%に増加する^{※115}など、介護施設等で最期を迎える人も増えてきていることから、介護関係者においても看取りに関する知識や考え方を理解し、自宅だけでなく介護施設等を含めた看取りができる体制が求められます。

※114 老人ホーム…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をいいます。

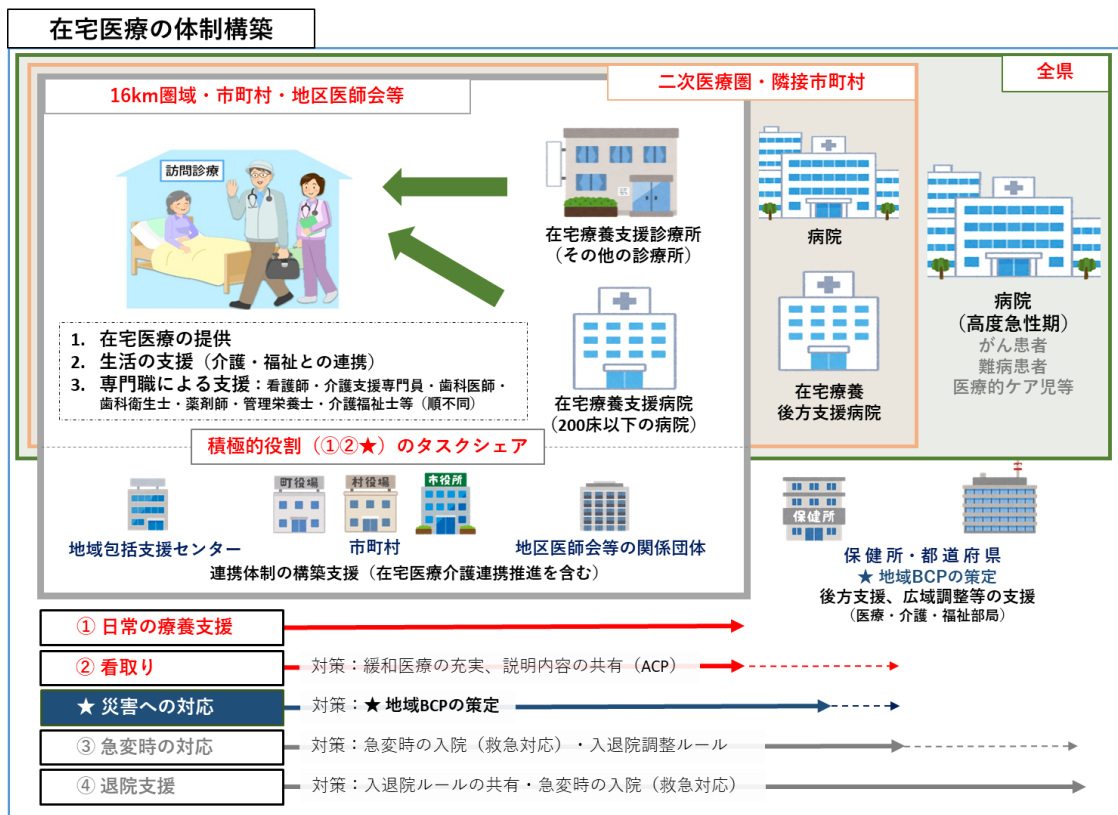
※115 厚生労働省「令和 3 年人口動態調査」

2. 取り組むべき施策

(1) 圏域の設定

在宅医療は、地域包括ケアシステムの構成要素の1つとして、住み慣れた地域を軸に取り組まれることを踏まえ、在宅医療の圏域としては、原則、一次保健医療圏を単位として体制の構築を目指します。ただし、人口構成、医療・介護資源等の整備状況及び多職種との連携状況等が地域によっても異なるため、地域の実情や在宅医療における4つの場面（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）に合わせて柔軟に隣接する圏域相互で連携等を図ることも必要です（図13）。

図13 在宅医療の提供圏域



(2) 目指すべき方向性と関係機関に求められる事項

1) 円滑な在宅療養に向けての入退院支援・退院調整が可能な体制【退院支援】

在宅療養における医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のためにも、入院早期から退院後の生活を見据えた入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による入退院支援・退院調整体制の確保を目指します。

① 入院医療機関に求められる事項

- ・退院支援担当者を配置すること

- ・退院支援担当者に対し、可能な限り在宅医療に係る機関で研修や実習が受けられることができるよう配慮すること
- ・入院早期から退院後の生活を見据えた関連職種による退院支援を開始すること
- ・退院調整の際には、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に図ること
- ・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、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(関係機関の例)

- ・病院・有床診療所
- ・介護老人保健施設（患者の在宅移行に係る取組部分）

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・在宅療養者のニーズに応じて、医療及び介護・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
- ・在宅医療及び介護・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
- ・高齢者だけでなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、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
- ・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

(関係機関の例)

- ・病院・診療所（歯科を含む。）
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所^{※116}
- ・市町村・地域包括支援センター^{※117}
- ・基幹相談支援センター及び相談支援事業所^{※118}

※116 居宅介護支援事業所…要介護（支援）認定申請手続の代行やケアプランを作成・管理する機関。介護支援専門員が必ず配置されることになっており、サービス利用に関する相談や苦情対応なども行います。

※117 地域包括支援センター…介護保険法の改正により創設された、市町村等が設置する機関で、①介護予防マネジメント、②総合相談・支援、③権利擁護業務、④包括的・継続的マネジメントを担い、地域の保健医療の向上、福祉の増進を包括的に支援する中核機関のことをいいます。（令和5年4月1日現在、70機関。一覧は別表9参照）

※118 基幹相談支援センター・相談支援事業所…障害者自立支援法等に基づき、地域における身体障害者、知的障害者、精神障害者の相談支援に関する中核的な役割を担う機関として位置付けられたものであり、市町村又は当該業務の実施の委託を受けた一般相談支援事業者その他の省令で定める者が設置することができるものをいいます。

2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

在宅療養者が可能な限り住み慣れた地域で暮らしていけるよう、介護職種等を含めた多職種協働によって、患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケア含む。）及び介護・障害福祉サービス等が継続的かつ包括的に提供される体制の構築を目指します。

① 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 関係機関の相互の連携により、在宅療養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、市町村及び地域包括支援センターが地域ケア会議において在宅療養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及び介護・障害福祉サービス、家族等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（緩和ケア体制の整備）、認知症（身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者像に応じた在宅医療の体制を整備すること（それぞれの取組策については各章で記載しています。）
- ・ 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
- ・ 医薬品や医療機器等の提供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口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、関係職種間で連携体制を構築すること
- ・ 日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
- ・ 在宅療養者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される体制を整備すること

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所（歯科を含む。）
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 市町村・地域包括支援センター
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護医療院
- ・ 短期入所サービス提供施設
- ・ 基幹相談支援センター及び相談支援事業所
- ・ 栄養ケア・ステーション

3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

患者や家族が自宅等での療養生活を希望しながらも選択できない理由として、急変時の対応における本人や家族の不安感や負担感が考えられるため、関係機関等と協働して、往診や訪問看護による 24 時間対応ができるような連携方法の検討や、受け入れ先となる入院医療機関との円滑な後方支援体制の構築を目指します。

① 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・在宅医療を実施している医療機関にあっては、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等に提示し、また求めがあった際に自院及び関係機関等と協力して 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、薬局、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て入院病床を確保するとともに、搬送については、地域の消防関係者と連携を図ること
- ・これらの事項について、在宅医療に係る機関を中心として、各関係機関等が相互に連携・協力をしながら、在宅療養者の急変時における 24 時間対応が可能な体制の構築を進めること

(関係機関の例)

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・消防機関

② 入院医療機関に求められる事項

- ・在宅療養支援病院、有床診療所（在宅療養支援診療所を含む。）、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟設置病院、二次救急医療機関等において、在宅医療に係る機関（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の受け入れを行うこと
- ・特に、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院においては、地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行うなど、連携することで、円滑な診療体制の確保に努めること

(関係機関の例)

- ・病院・有床診療所

4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

住み慣れた自宅や介護施設等、本人が望む限りは望む場所での最期を選択できるように、適切な情報提供や啓発活動を行いながら、関係機関等と協働の上で地域状況に合わせた医療・介護提供体制の構築を目指します。

① 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制や患者の意思を尊重した意思決定を支援する体制の構築
- ・本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること
- ・医療用麻薬をはじめとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること
- ・患者や家族等に対して、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
- ・介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

(関係機関の例)

- ・病院・診療所（歯科を含む。）
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所
- ・市町村・地域包括支援センター
- ・基幹相談支援センター及び相談支援事業所

② 入院医療機関に求められる事項

- ・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

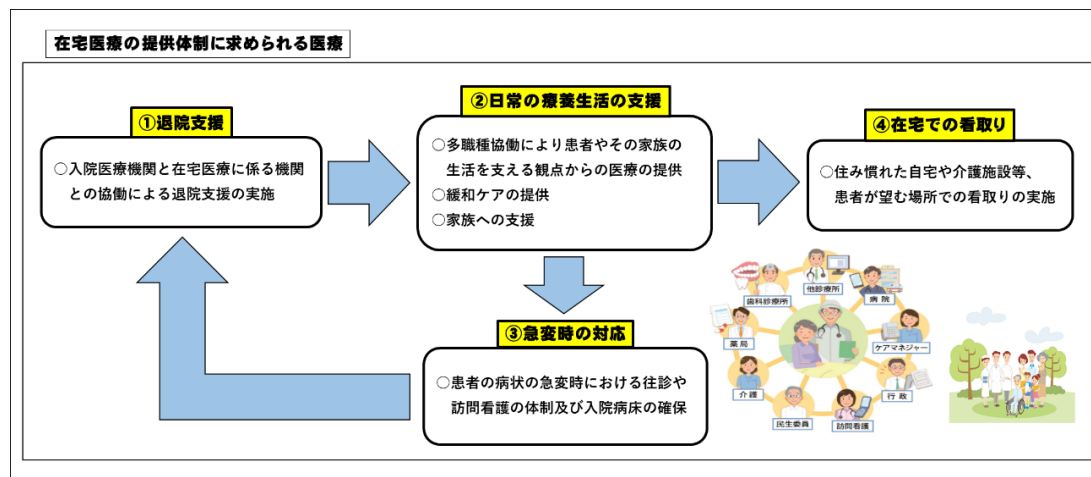
(関係機関の例)

- ・病院・有床診療所

(3) 関係機関間における相互連携体制の構築

前述の目指すべき方向性を実現していくためには、地域ごとの医療・介護、障害福祉サービスの状況等を踏まえた上で、(1) 在宅医療における積極的な役割と機能、(2) 在宅医療に必要な連携機能を、それぞれの関係機関が、多職種による相互連携体制を構築しながら総合的に取組を進めていくことが必要不可欠となります(図14)。

図14 在宅医療提供体制



このことから、それぞれの関係機関が地域においてより良い連携体制を構築するため、協議の場を活用した情報共有等の支援を行いながら、各関係機関と協働して在宅医療提供体制の構築を目指します。

1) 在宅医療における積極的役割と機能

在宅需要の増加に伴い、すでに積極的に在宅医療を提供している関係機関の負担増加が懸念されることから、関係機関間におけるタスクシェア及び地域連携により、以下の取組を推進することが必要です。

- ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が対応しきれない夜間や医師不在時、在宅療養者の病状の急変時等における診療の支援
- ・在宅で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確保できるよう、関係機関への働きかけ
- ・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
- ・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。）の策定
- ・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の適切な紹介
- ・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

2) 在宅医療に必要な連携機能

地域における市町村の在宅医療・介護連携の推進とともに、より広域な地域における課題に対しては、保健所が市町村の在宅医療・介護連携推進事業との連携を図り、また、積極的にその取組の支援を行うことが必要です。

「日常の療養支援」、「看取り」においては、地域での取組が中心となることから、市町村と地域の在宅医療機関（地区医師会等）とが協力し、在宅医療・介護連携推進事業とともに取組の強化に努めることが重要です。

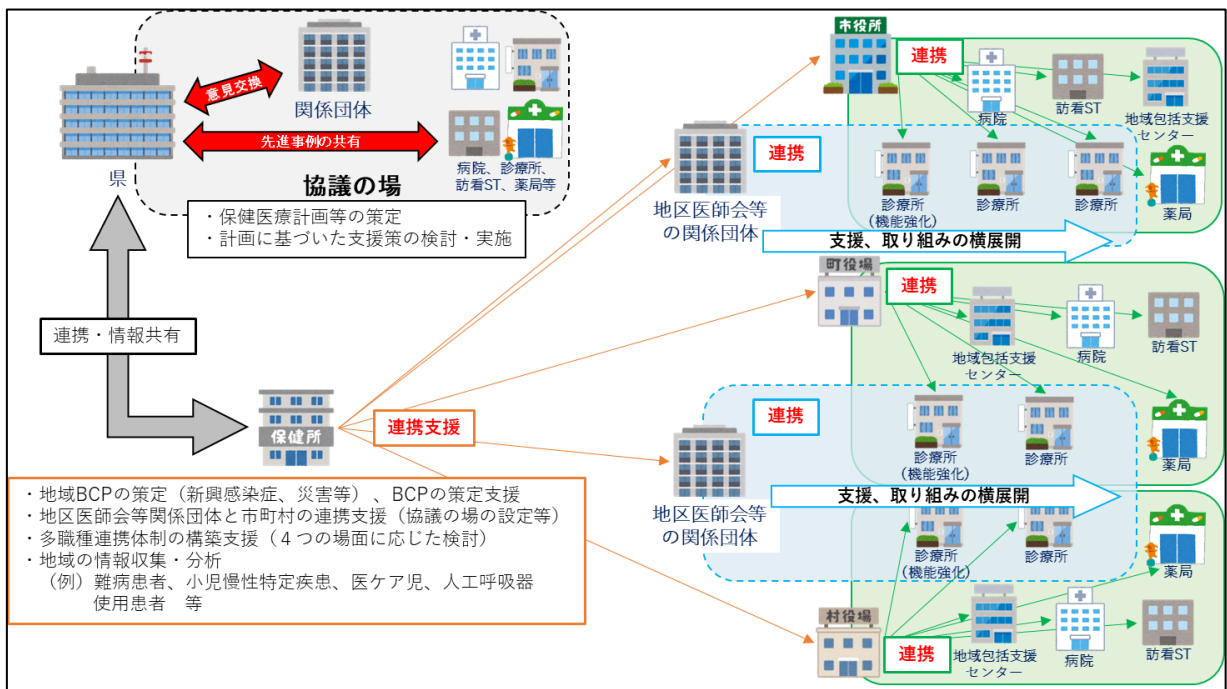
また、「急変時の対応」、「退院支援」においては、病院と関係機関との連携が重要となることから、奈良県地域医療構想における「断らない病院」や「面倒見のいい病院」との連携強化が求められます。

連携の拠点となる市町村や医師会等関係職能団体等においては、以下の取組を推進することが求められます（図 15）。

- ・地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的で開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等の実施

- ・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、退院時から在宅生活の継続や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、関係機関との調整の実施
- ・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急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進
- ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発の実施
- ・災害時において関係機関間での連携した対応が重要となることから、平時から在宅医療に必要な連携を担う拠点を中心として、国の研修会等を活用し地域BCP^{※119}の策定を推進

図15 連携のイメージ



※119 BCPとは災害などのリスク発生時に、業務が中断しないために、仮に中断した場合でも代替手段を使って、早期に重要業務を再開させるための計画。また、地域BCPとは地域全体の医療・ケア提供の継続と早期復旧を可能とする計画。各機関のスタッフ・患者・利用者のみならず、多くの住民の「いのち」と「健康」と「暮らし」を守ることを目的とし、保健医療福祉の多職種多機関が共に作成するもの。

(4) 施策

1) 在宅医療の啓発

- ・患者・家族や関係機関に対して、在宅療養を選択肢の1つに加えることができるよう、在宅医療のもつ意義やそれを支える各職種の役割等の啓発に関係団体と協力しながら取り組みます。
- ・特に、医療従事者に対しては、在宅療養者を支えるために多職種間での連携体制を構築していく中で、他の専門職種から求められている各専門職としての役割等に関する相互理解がより促進されるような啓発の取り組み方について関係機関と協力しながら検討していきます。

2) 在宅医療提供体制の確立促進

① 地域特性に応じた在宅医療提供体制の構築

- ・地域特性に応じた在宅医療提供体制を構築していくためには、地域内の現状を把握したうえで市町村が主体となって、地区医師会等関係機関と連携していく必要があります。
- ・県は、地域ごとのデータ分析等の情報を積極的に提供する等、在宅医療提供体制の構築に対する支援に取り組むほか、複数市町村にまたがるような課題に対しては、圏域内の保健所を中心として広域的な視点から調整支援を行います。

② 24時間対応ができるチームによる在宅医療提供体制の推進

- ・医師の24時間対応の困難さや、新たに在宅医療に取り組むにあたっての不安感が地域における在宅医療提供体制の構築を阻害する要因の一つとなっていることから、複数診療所や病院を含めた複数医師による連携体制の構築や在宅医療に関する同行研修の実施等、チームによる在宅医療という観点から検討を進め、消防機関とも連携を図りながら、地域の実情に合わせて、可能な限り24時間対応ができる在宅医療提供体制の推進に取り組みます。

③ スムーズな在宅移行に向けた入退院調整ルールの普及促進

- ・平成27(2015)年度の東和保健医療圏域での取組を皮切りとして、介護が必要な方が病院から地域へ安心してシームレスな在宅移行ができるようにするため、病院看護師や地域連携室とケアマネジャー間での情報共有ルールとして「入退院調整ルール」を策定しています。
- ・現在、このルールは各圏域にある保健所からの積極的な支援もあり、令和3(2021)年度より県内の全域において運用・活用が行われています。
- ・今後は、市町村が「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの場面を意識した在宅医療・介護連携の取り組みを推進するため、有識者アドバイザーの助言を得ながら、市町村における在宅医療・介護連携推進に関する協議の場の立ち上げ及び効果的な運用に向けた支援を行っていきます。

④ デジタル技術の活用

- ・現在、国では全国医療情報プラットフォーム^{※120}の構築が進められており、今後、関係機関における電子カルテ等の医療情報の共有により、医療・介護の連携促進が期待されます。
- ・県においても、平成 28（2016）年に宇陀市を中心とした地域をモデル事業として採択のうえで、医療・介護情報を共有する I C T ネットワークシステムを導入し、結果の分析等を踏まえながら取組事例の情報共有を進めてきました。
- ・今後、より一層進展するデジタル化に関係機関が対応できるよう、引き続き先進事例の情報共有やデジタルリテラシーの向上等に取り組むとともに、国の動向を注視しながら、デジタル技術の活用について慎重に検討や研究を進めていきます。

⑤ 在宅医療を担う人材（医師・訪問看護師）の養成

I. 医師の確保

- ・在宅医療に携わる医師を更に増やしていくため、実情が分からないことから訪問診療等に取り組むことを躊躇している医師に対して、在宅医療に取り組むための動機づけとなるような方策や在宅医療を提供している経験豊富な医師から指導を受けられるような研修制度について、県医師会を中心とした関係団体と協力しながら進めていきます。

II. 訪問看護師の確保

- ・在宅医療の推進のためには、自宅での療養生活を支える訪問看護師の役割が非常に重要となってきており、その確保・育成・定着が課題となります。
- ・これまでの訪問看護師確保・育成の取組により県内の訪問看護師数は増加していますが、訪問看護師の離職率は、病院看護職員の離職率を上回っています。離職者の大半を占める在職年数の浅い訪問看護師が技術に不安を感じることなく看護ができるよう座学と実習を組み合わせた研修を実施していきます。そのほか、安全に安心して働ける職場環境を整備するため、多くの訪問看護ステーションが直面している利用者からの暴力・ハラスメントの対策について取組を進めていきます。
- ・また、全国に比較しても訪問看護ステーションの 1 事業所あたりの従事者が少なく、地域的な偏在もみられることから、より安定的な提供体制を整備するため、大規模化やステーション間の連携手法等を含め総合的に検討をすすめていきます。
- ・特に、医療従事者に対しては、在宅療養者を支えるために多職種間での連携体制を構築していく中で、他の専門職種から求められている各専門職とし

※120 オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームをいう。（厚生労働省）

での役割等に関する相互理解がより促進されるような啓発の取り組み方について関係機関と協力しながら検討していきます。

III. 在宅歯科医療の推進

- ・在宅歯科医療における医科や介護等の他分野との連携を図るための窓口として在宅歯科医療連携室を奈良県歯科医師会に設置しており、引き続き在宅療養者や家族等のニーズに応え、地域における在宅歯科医療の推進及び他分野との連携体制の構築に努めます。
- ・自宅や施設等での在宅歯科医療、在宅口腔ケアのニーズが増えているため在宅歯科医療、在宅口腔ケアを担当できる質の高い歯科衛生士の養成に努めます。
- ・保健福祉関係者や在宅療養者の家族が、歯と口のチェックリスト等を活用し、療養者の歯と口腔の健康状態を把握することによって、必要な訪問歯科診療につなぐことができるよう、歯と口のチェックリスト等を活用できる体制の構築を図ります。

IV. 保険薬局における薬薬連携等の取組の推進

- ・患者へ最適かつ効率的で安全・安心な薬物療法を提供するための情報共有を図るため、病院薬剤師と薬局薬剤師との連携体制の構築に取り組みます。
- ・地域包括ケアシステムの一員として、医療材料・衛生材料の提供や要指導医薬品等を含め、地域において必要な医薬品の供給拠点になるだけでなく、医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在として、患者が医薬品を使用する際の疑問や不安をいつでも相談できるよう、夜間・休日を含めて、調剤や電話相談等の必要な体制を確保することを目指します。
- ・高齢者の半数以上が自宅で最期を迎えたいと希望し、認知症患者や医療依存度の高い患者において、在宅でも入院時と同等の薬学的管理・指導がますます必要となっていることから、そのニーズに応えるためにも在宅患者に対応可能な体制を整備することを目指します。
- ・特に、自宅での薬物療法や中心静脈栄養・疼痛管理のための麻薬タイトレーション、副作用の有無、相互作用や重複投与の確認等、患者に安全で安心な薬物療法を提供するために、医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等といった関係機関との連携の強化に努めます。

⑥ 多職種での連携強化による質の高い在宅医療提供体制の確保

- ・身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、各圏域における研修会等を推進し関係職種間での連携体制の構築を図ります。
- ・日常の療養支援において栄養ケア・ステーション等と連携し患者の状態に応じた栄養管理を行うことや、退院時においては在宅と病院間での食支援に関する情報が共有できる栄養情報管理伝達ツールの活用を推進します。

(数値目標)

在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」の場面ごとに目標を設定するとともに、多職種による取組を確保するため、主要な職種の目標を設定し、各数値の向上を目指します。

なお、令和 8 (2026) 年度の医療計画の中間見直しの時期において、その時点での在宅医療の状況を踏まえて、現時点で集計が困難な訪問看護や訪問リハビリテーション、栄養管理指導等の指標を追加することを含め、全体的な見直しを行う予定です。

(1) 数値目標の詳細

場面	指標	現状値	目標	出典等
1. 退院支援	人口 10 万人あたりの 入退院支援加算の算定件数	182 件 R2 (2020)	増加	KDB
2. 日常の療養支援	人口 10 万人あたりの 在宅患者訪問診療料算定件数	16,588 件 R3 (2021)	増加	KDB
	人口 10 万人あたりの 訪問歯科診療料算定件数	863 件 R2 (2020)	増加	KDB
	人口 10 万人あたりの 訪問看護提供件数 ^{*121}	2,822 件 R2 (2020)	増加	KDB
	人口 10 万人あたりの 訪問薬剤管理提供件数 ^{*122}	2,051 件 R2 (2020)	増加	KDB
3. 急変時の対応	在宅療養支援診療所数の割合	17% R5 (2023)	増加	届出受理医療 機関名簿
	在宅療養支援病院数の割合	29% R5 (2023)	増加	届出受理医療 機関名簿
	24 時間体制を取っている 訪問看護ステーションの割合	86.2% R3 (2021)	増加	介護サービス 施設・事業所 調査
	24 時間対応可能な薬局数	286 施設 R3 (2021)	増加	NDB

^{*121} 在宅患者訪問看護・指導料（月平均）算定件数、同一建物居住者訪問看護・指導料（月平均）算定件数、【介護保険】訪問看護費 [介護給付]（月平均）算定件数及び【介護保険】訪問看護費 [予防給付]（月平均）算定件数の合計を元に算出しています。

^{*122} 在宅患者訪問薬剤管理指導料（月平均）算定件数、【介護保険】居宅療養管理指導 [介護給付]（月平均）算定件数及び【介護保険】居宅療養管理指導 [予防給付]（月平均）算定件数の合計を元に算出しています。

主要な疾病・事業ごとの保健医療体制
在宅医療

場面	指標	現状値	目標	出典等
4. 看取り	在宅ターミナルケア加算 ^{※123} の算定件数/割合	1,806 件/15% R3 (2021)	増加	KDB
	看取り加算 ^{※124} の算定件数/割合	1,806 件/15% R3 (2021)	増加	KDB ^{※125}
【参考】	死亡診断加算の算定件数	897 件 R3 (2021)	—	KDB
	在宅における死亡率	在宅（自宅＋老人ホーム＋介護医療院） 30.3% 自宅 18.5%	—	人口動態調査

※123 在宅ターミナルケア加算…在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の訪問診療等を実施した場合に加算できます。割合は算定件数を厚生労働省「令和3年人口動態統計」より取得した75歳以上の死亡者数で除して算出しています。

※124 看取り加算…往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合、在宅患者訪問診療料（在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の診療報酬）に加算できます。死亡診断加算との重複加算はできません。割合は算定件数を厚生労働省「令和3年人口動態統計」より取得した75歳以上の死亡者数で除して算出しています。

※125 KDB…国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成しているものです。