

ロジックモデル

	現状と課題	番号 A 個別施策
退院支援	<p>在宅医療は、慢性期や回復期の入院患者の受け皿としての機能を期待しており、円滑な在宅療養に移行するためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要。</p> <p>①退院調整支援担当者を配置している病院数は全国平均を上回っているが、まだ配置されていない病院もある。 ⇒退院調整支援担当者を配置している病院の更なる確保が必要となっている。</p> <p>②在宅での療養へ移行する際に希望することとして「退院後の治療のことや生活・費用などの相談」を望んでいる人が多くなっている。 ⇒相談窓口の周知やかかりつけ医との連携など退院支援の充実が課題となっている。</p>	<p>1</p> <p>(1)入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進 (2)退院調整ルール of 進行管理 (3)在宅療養への円滑な移行支援</p>
日常の療養支援	<p>高齢者人口割合が上昇し、在宅療養を希望する人が増えていく中で、日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の一層の推進が必要。</p> <p>①R2年度の調査より、在宅療養支援診療所届出数は人口10万人当たり12.8か所(全国平均11.5か所)、また、R3年度の調査より、訪問看護事業所数は人口10万人当たり11.8か所(全国平均11.0か所)で、在宅療養支援診療所数や訪問看護事業所数は全国を上回っているが、地域毎の実施件数に差が生じている。 ⇒更なる在宅医療の実施体制の充実及び地域差の解消が課題となっている。</p> <p>②歯科訪問診療料を算定している医療機関数は288か所(R2)、令和5年3月31日時点での地域連携薬局届出件数は47件(中核市設置薬局を含む)、訪問リハビリテーション事業所数は70か所(R3)、栄養ケア・ステーション数は7か所(R5)となっている。 ⇒訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導の充実・利用促進に向けた取組が必要となっている。</p>	<p>2</p> <p>(1)在宅医療の充実 (2)訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導の充実</p>
急変時の対応	<p>「自宅療養が実現困難な理由」について「症状が急に悪くなったときに対応に自分も家族も不安である」が35.5%、「往診してくれるかかりつけの医師がいない」が35.1%となっていることなどから、急変時の対応についての体制整備が必要。</p> <p>①往診実施医療機関数は人口10万人当たり19.1か所(全国平均16.5か所)、往診を実施した件数は人口10万人当たり179.8件(全国平均169.4件)となっている。 ⇒往診の提供体制の充実が課題となっている。</p> <p>②24時間対応を行う医療機関等は55病院・223診療所で、24時間対応体制加算の届け出を行う訪問看護ステーションは204か所となっている。また、夜間・休日において在宅医療患者へ対応している薬局は392か所となっている。 ⇒急変時に24時間対応する医療機関等は限られていることから、24時間対応可能な連携体制や病状急変時の円滑な受入れ体制の構築が必要となっている。</p>	<p>3</p> <p>(1)在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な診療及び連携体制の確保</p>
看取り	<p>「もし治る見込みのない病気にかかり、死期が近くなった場合」について「主に苦しみや痛みを緩和する医療を受けたい」人が61.8%、「もし治る見込みのない病気になった場合、最期を迎えたい場所」について「自宅」が45.4%となっている一方で、「ご自身の死期に近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、周りの人等と話し合ったこと」が「ない」という人は67.2%となっている。専門職向けの研修や県民向け普及啓発など、患者(本人)の意思決定を支援する取組が必要。</p> <p>在宅(自宅及び老人ホーム)での死亡率は27.6%(全国平均27.2%)となっている。 ⇒在宅で亡くなる方の増加や在宅療養への期待の高まりから、在宅医療に係る関係機関が介護施設等による看取りを必要に応じて積極的に支援することが課題となっている。</p>	<p>4</p> <p>(1)看取りに対応できる医療機関の充実及び関係者相互の連携体制の構築 (2)人生の最終段階における患者(本人)の意思決定支援の促進</p>
医療と介護の連携	<p>市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりが求められている。 ⇒治療や療養を必要とする人が、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受けられるよう、医療・介護等の関係機関が各々の専門性を生かした連携体制を構築することが求められている。</p> <p>災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市町村や県との連携が重要になる。 ⇒関係機関や市町村、県で平時から連携を進めるとともに、業務継続計画(BCP)の策定を推進する必要がある。</p>	<p>5</p> <p>(1)在宅医療推進部会の設置・運営 (2)市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援 (3)災害時における医療・介護連携の取組支援 (4)多様な県民ニーズに応じた支援体制づくり</p>

番号 **B 目標**

1	住み慣れた場所に安心して戻り、暮らし続けるための退院支援の充実	
	目標値	退院支援を実施(退院支援加算を算定)している病院・診療所数 退院調整ルールに係る退院調整漏れ率

2	日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の充実	
	目標値	訪問診療を実施している病院・診療所数
		訪問診療を実施している病院・診療所1箇所当たりの患者数
		在宅療養支援診療所数
		訪問歯科診療(居宅又は施設)を実施している診療所数
		訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数
訪問看護事業所数 地域連携薬局数		

3	在宅での看取りに向けた急変時の対応についての体制整備の確保	
	目標値	往診を実施している病院・診療所数 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数

4	在宅での看取りの充実に向けた体制整備の確保	
	目標値	在宅看取りを実施(ターミナルケア加算等を算定)している病院・診療所数

5	医療・介護の連携に向けた体制整備の確保	
	目標値	1～4と同様

番号 **C 最終目標**

1	在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることが出来る。	
	目標値	退院支援(退院調整)を受けた患者数 訪問診療を受けた患者数

2	患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る。	
	目標値	在宅で亡くなる方の割合(老人ホーム及び自宅)