

第6節 在宅医療

第1 現状と課題

1 在宅医療の現状

高齢化の進展により、疾病構造が変化し、要介護認定者や認知症患者など通院による受診が困難な慢性期患者が増加しています。

自宅や介護施設等において、何らかの病気を抱えながら生活するようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められており、在宅医療は、受け皿として期待されています。

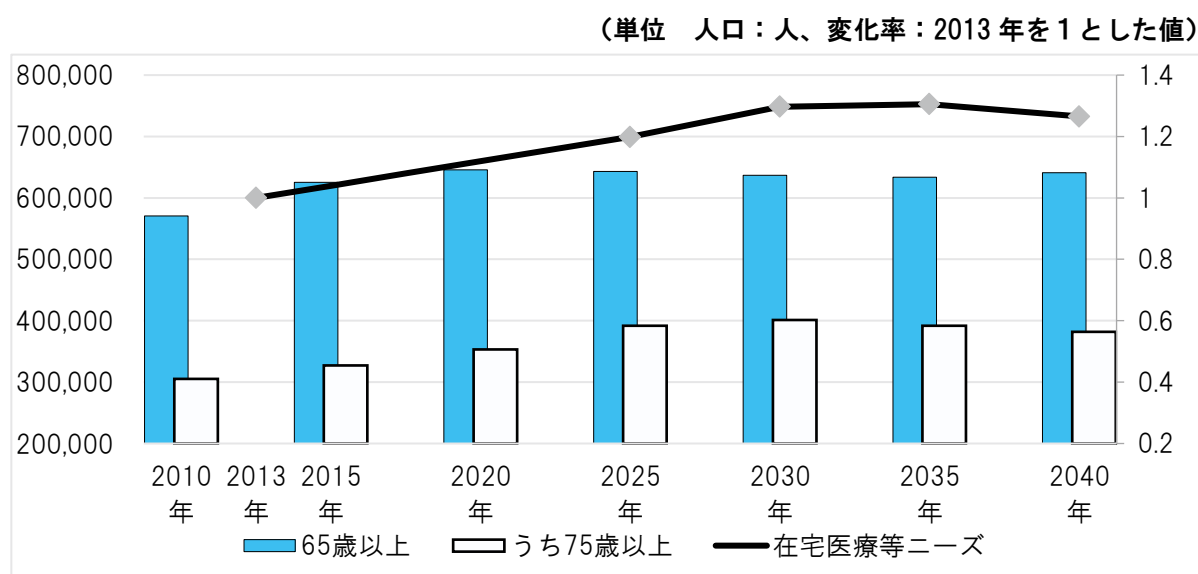
在宅医療は、高齢者になっても、病気や障がいがあっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスが互いに補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケア体制の構築には在宅医療の充実が欠かせません。

(1) 高齢化に伴う在宅医療等(※)のニーズの増加

- 本県の65歳以上の老年人口は、2022年の64万8千人から増加しており、2040年にピークを迎え、68万2千人に上ると見込まれています。
- 75歳以上の人口も、2022年の36万人から増加しており、2030年にピークを迎え41万9千人に、2040年には40万7千人に上ると見込まれています。
- 在宅医療等の医療需要は、2013年を1とした場合、2030年から2035年頃に2013年の約1.3倍になった後、減少局面に入ると見込まれます。

※ 居宅のほか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ものが療養生活を営むことができる場であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

【表1】将来における高齢者の人口の推計及び在宅医療等需要の変化率<長野県>



(人口推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2018年3月推計)」)

(厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」により作成)

（２）介護が必要な患者への在宅医療

- 高齢化の進展により、介護が必要となる要介護認定者は112,982人（2023年7月末）で年々増加傾向にあります。
- 介護保険の利用者のうち、身近な地域でサービスを受けられる地域密着型サービスの利用者が増加しています。また、「居宅サービス」利用者の割合は全体の約6割と高い傾向が続いています。

【表２】介護保険利用者数＜長野県＞

（単位：千人、％）

区 分	2013年4月		2018年4月		2023年4月	
	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合
居宅サービス	69	72.9	69	64.6	72	64.9
地域密着型サービス	7	7.0	18	17.2	20	17.6
施設サービス	19	20.1	19	18.2	19	17.5

（厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報）」）

- 介護を必要とし、居宅（在宅）で療養する高齢者に対しては、医師や訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、訪問介護員（ヘルパー）など医療と介護双方の関係者の間で、緊密な連携が求められます。

（３）人工呼吸器、酸素療法等の在宅医療

- 在宅療養患者の中には、人工呼吸器、酸素療法、中心静脈栄養、気管切開部の処置、胃ろうの処置等の医療を必要とする者が多く、今後の老年人口の増加により、これらの医療ニーズが高まることが予想されています。
- こうした在宅医療に対応することができる医療機関数の医療圏別の状況は次のとおりです。

【表３】人工呼吸器、酸素療法等に対応することができる医療機関数（2023年10月現在）

医 療 圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
人工呼吸器	一 般 診療所	11	6	5	7	12	1	29	3	35	2	111
	病 院	6	3	4	4	5	1	11	2	17	2	55
酸素療法	一 般 診療所	49	44	45	52	50	8	123	19	97	19	506
	病 院	11	10	11	6	9	1	12	2	26	4	92
中心静脈 栄養	一 般 診療所	6	10	9	12	17	1	28	3	15	0	101
	病 院	7	3	4	4	7	1	10	2	13	2	53
気管切開部 の処置	一 般 診療所	6	3	3	6	10	0	30	2	22	2	84
	病 院	4	2	2	4	4	0	7	2	12	2	39

（医療政策課調）

（４）多様な医療ニーズへの対応

- 在宅療養者の医療ニーズの高まりを受け、医師や看護師等の医療従事者が行う医療行為のうち、たんの吸引等の行為（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養）については、一定の研修等を受講した介護職員が、医師の指示の下に実施することが認められています。
- たんの吸引等の行為について、一定の研修を受講した居宅サービス事業所に従事する介護職員等に「認定特定行為業務従事者認定証」を交付しています。

（５）在宅療養に対する県民意識（平成 27 年度長野県在宅医療等提供体制調査）

- 在宅での療養が可能（自身が病気になり、医師が定期的に訪問することで在宅での治療が可能）な場合に、在宅での療養を希望する県民の割合は 41.1% で、希望しない割合の 14.0% を大きく上回っており、多くの県民が在宅での療養を望んでいます。
- 一方、44.9% の県民が、「判断できない」と回答しており、在宅で療養を送ることができることを知らなかったり、仮に知っていたとしてもどのような負担があるのかわからない県民が多く、在宅での治療に関して「治療の負担の大きさ」、「家族への負担の大きさ」といった、経済的な負担や家族の負担についての情報がほしいと回答しています。
- 病気にかかった場合でも、情報をもとに、在宅での療養を選択するか判断することができるよう、病気にかかる前から県民に必要な情報を提供する必要があります。

2 在宅医療の提供体制

（１）退院支援

ア 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援

- 在宅医療は、慢性期及び回復期患者の療養方法（場所）としての機能を期待されており、特に、人工呼吸器を装着した患者や酸素療法が必要な患者などの医療ニーズが高い患者や、介護保険サービスの利用が必要な患者でも、安心して在宅での療養に移行するために、入院初期から退院後の生活を見据えた支援を行う退院支援職員の役割が重要です。
- 2020 年現在、退院支援職員を配置している病院は 70 か所と全病院の約 5 割、一般診療所は 1 か所となっており、65 歳以上人口 10 万人当たりの退院支援職員配置医療機関数及び退院支援職員数は 2014 年に比べ増加していますが、全国平均と比べて依然少ない状況にあります。

【表 4】退院支援職員を配置する医療機関及び退院支援職員数（65 歳以上人口 10 万人あたり）

		2014 年		2020 年	
		か所数・人数	全国順位	か所数・人数	全国順位
退院支援職員 配置医療機関	長野県	10.57 か所	31 位	10.86 か所	31 位
	全 国	12.65 か所	-	12.62 か所	-
退院支援職員数	長野県	27.32 人	30 位	50.31 人	32 位
	全 国	32.86 人	-	53.52 人	-

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

イ 入院と在宅の切れ目のない医療提供のための連携

- 退院後適切な在宅医療を切れ目なく受けられるようにするためには、入院中から退院後を見据えてかかりつけ医や介護支援専門員（ケアマネジャー）、医療ソーシャルワーカーをはじめとする患者の療養を支援する関係者が連携を図ることが重要です。
- 入退院時における、医療機関とかかりつけ医や介護支援専門員をはじめとする患者の療養を支援する関係者との円滑な情報共有を図るため、概ね二次医療圏ごとに「入退院調整ルール」の策定を2015年度から進めてきました。
- 介護サービスが必要な患者の退院時の、入院医療機関と介護支援専門員との連携状況（年齢調整を行い全国を100とした指数）は、全国平均に比べ約4割多く、全国で12番目に高い値となっています。

（２）日常の療養生活の支援

ア 在宅医療を担う関係機関

① 病院及び診療所

- 在宅訪問診療を実施している医療機関は、2020年においては、一般診療所1,564か所のうち450か所（28.8%）、病院126か所のうち63か所（50.0%）で、医療圏別の状況は【表5】とおりです。

【表5】医療保険等により在宅患者訪問診療を実施した医療機関の数（2020年10月現在）及び
年間訪問診療件数（2020年）

医療圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	診療所数	40	30	45	42	47	4	122	14	93	13	450
	病院数	11	9	6	6	6	1	9	2	12	1	63
訪問診療件数		21,691	18,379	24,325	17,665	15,760	595	52,579	2,792	69,151	3,703	226,640

（医療機関数：厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

（訪問診療件数：NDBレセプトデータ）

- 在宅医療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援診療所・病院の役割が重要であり、求められる役割は次のとおりです。
 - ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと。
 - ・ 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。
 - ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと。
 - ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと。
 - ・ 在宅療養患者の家族への支援を行うこと。
 - ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと。
- 在宅療養支援診療所・病院の医療圏別の整備状況や受持ち在宅療養患者数は、【表6】及び【表7】のとおりです。

これらの在宅療養支援診療所・病院のみならず、他の一般診療所や病院においても、在宅医療サービスを実施しています。

【表 6】在宅療養支援診療所・病院数（2023年10月現在）

（上段：施設数、下段：65歳以上人口10万人当たりの施設数）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
在宅療養支援診療所	19	19	36	27	40	2	60	8	47	6	264
	28.7	31.4	56.8	48.1	76.6	19.1	48.5	39.0	28.7	20.3	40.8
在宅療養支援病院	5	5	3	1	5	1	11	1	6	0	38
	7.5	8.3	4.7	1.8	9.6	9.5	8.9	4.9	3.7	-	5.9

（施設数：関東信越厚生局「施設基準の届出状況」、人口：長野県「毎月人口異動調査」）

【表 7】在宅療養支援診療所における受持ち在宅療養患者数（2020年10月現在）（単位：人）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
患者数	870	504	807	683	530	*	1,254	138	2,033	34	6,853

（「*」印は秘匿マーク。原則として、患者数が少数の場合）

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

② 訪問看護ステーション

○ 訪問看護ステーションの医療圏別の状況は【表 8】のとおりです。

【表 8】訪問看護ステーション数（2023年3月現在）

（単位：か所・人）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	25	24	16	13	14	1	48	8	58	7	214
看護職員数	158	141	115	93	81	6	319	48	355	48	1,364

（介護支援課調）

○ 一般診療所や病院で訪問看護サービスを実施している医療機関の医療圏別の状況は【表 9】のとおりです。訪問看護実施件数のうち、医療保険によるものは月間約1,600件、介護保険によるものは月間約15,000件です。

【表 9】訪問看護サービスを実施している医療機関数と月間件数（2020年9月現在）

医療圏			佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	医療保険等によるもの	診療所数	8	5	3	6	10	1	12	2	8	1	56
		件数	157	19	31	62	137	6	103	7	242	1	765
	介護保険によるもの	診療所数	3	3	2	6	2	*	9	2	7	1	35
		件数	95	48	104	112	22	*	266	243	41	13	944
病院	医療保険等によるもの	病院数	3	*	2	1	1	1	3	*	4	*	15
		件数	101	*	8	76	7	82	166	*	418	*	858
	介護保険によるもの	病院数	4	5	3	1	4	1	3	1	10	1	33
		件数	4,012	1,519	1,471	184	1,462	277	579	336	3,454	1,013	14,307

（「*」印は秘匿マーク。原則として、件数等が少数の場合）

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

③ 歯科診療所

- 居宅や介護施設等に歯科専門職（歯科医師、歯科衛生士等）が訪問する歯科訪問診療を実施している歯科医療機関は、2020年において、歯科診療所1,001か所のうち515か所（51.4%）で、以前より大きく増加しています。また、歯科・歯科口腔外科を併設している病院では45か所のうち6か所（13.3%）です。医療圏別の状況は【表10】のとおりです。

【表10】歯科訪問診療を実施している歯科医療機関数と月間件数（2020年9月現在）

医療圏			佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
歯 科 診療所	医療保険等 によるもの	診療所数	49	39	61	54	47	4	102	13	129	17	515
		件 数	375	277	1,261	902	1,401	96	1,334	92	615	12	6,365
	介護保険 によるもの	診療所数	18	14	26	20	17	1	51	7	62	10	226
		件 数	95	100	755	272	226	16	1,602	22	386	0	3,474
歯科・歯科口腔 外科併設病院		病院数	1	1	0	0	0	0	2	0	2	0	6
		件 数	33	18	0	0	0	0	87	0	38	0	176

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

- 在宅歯科口腔医療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援歯科診療所があり、その医療圏別の整備状況は【表11】のとおりです。

【表11】在宅療養支援歯科診療所数（2023年10月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
在宅療養支援 歯科診療所数	26	12	25	24	22	3	36	11	37	1	196
65歳以上人口 10万対診療所数	39.2	19.8	39.4	42.8	42.1	28.6	28.3	53.7	22.6	3.4	30.3

（施設数：関東信越厚生局「施設基準の届出状況」、人口：長野県「毎月人口異動調査」）

- 長野県在宅歯科医療連携室（※）では、在宅療養者の家族や介護関係者等を対象に、電話等で在宅歯科口腔医療や口腔ケア等に関する相談を受け、必要に応じて地域の歯科診療所との橋渡しを行っています。また、歯科診療所に対して、在宅歯科口腔医療用機器の貸出しを行っています。

※県が長野県歯科医師会に運営委託

④ 薬局

- 在宅療養患者の居宅に訪問し、薬剤の管理・服用に関する指導や支援を行う機能を持った、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は、県内の保険薬局1,000か所のうち974か所（97.4%）で、医療圏別の状況は【表12】のとおりです。

【表12】在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数（2023年10月現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	105	105	91	74	65	9	188	27	271	39	974

（関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

- 2023年3月に訪問薬剤管理指導を行った件数は、医療保険と介護保険を合わせ延べ916薬局5,853件と年々増加しており、今後さらに薬剤師の在宅医療に対応する資質の向上や薬局の体制整備を充実させていくことが課題となっています。

【表13】在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数及び月間件数（2023年3月現在）

医療圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療保険	薬局数	41	36	27	38	33	5	72	18	85	17	372
	件数	132	137	108	211	150	32	279	68	512	81	1,710
介護保険	薬局数	64	60	40	45	40	3	95	14	156	27	544
	件数	435	381	297	241	198	5	844	25	1,577	140	4,143
計	薬局数	105	96	67	83	73	8	167	32	241	44	916
	件数	567	518	405	452	348	37	1,123	93	2,089	221	5,853

（長野県薬剤師会調）

- 在宅療養のがん患者のがん性疼（とう）痛などに対して処方される医療用麻薬を調剤できる薬局は979か所あり、医療圏別の状況は【表14】のとおりです。

【表14】麻薬小売業免許取得薬局数（2023年10月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
薬局数	111	107	89	76	66	10	185	27	264	44	979

（薬事管理課調）

- 在宅医療で使用する輸液製剤等を無菌製剤処理できる体制を備えている薬局は8医療圏に70か所ありますが、さらなる整備が必要です。

【表15】無菌製剤処理できる体制を備えている薬局数（2023年10月現在）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
薬局数	12	12	8	3	1	0	5	0	24	5	70

（関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

⑤ 訪問栄養管理・指導

- 在宅療養患者が健康・栄養状態を適切に保つためには、医療機関や介護施設からの退院・退所後の食事・栄養等に関する支援が必要であり、自宅において、食事・栄養摂取に関する指導や支援を行う人材の育成や体制の構築が求められています。

【表16】在宅患者訪問栄養食事指導を実施する医療機関（2023年10月現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	1	2	3	1	1	0	6	0	3	1	18
病院	3	0	0	1	4	0	5	0	7	0	20

（医療政策課調）

(3) 急変時の対応

ア 往診を実施する医療機関

- 往診を実施している医療機関（2020年度）は、一般診療所1,564か所のうち407か所（26.0%）、病院126か所のうち50か所（39.7%）で、医療圏別の状況は【表17】のとおりです。

【表17】医療保険等による往診を実施した医療機関の数（2020年9月現在）及び

年間往診件数（2020年度）

医療圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療機関数	診療所	42	27	38	38	42	7	109	14	79	11	407
	病院	6	5	7	5	6	1	9	2	8	1	50
往診件数		3,820	2,575	4,595	4,040	4,064	212	9,306	1,595	7,762	502	38,471

（医療機関数：厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

（往診件数：NDBレセプトデータ）

イ 24時間体制の確保

① 在宅療養支援診療所・病院

- 在宅療養支援診療所・病院は、単独又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所・病院を中心として、24時間往診が可能な体制を確保し、24時間訪問看護の提供や在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保している診療所や病院です。

（在宅療養支援診療所・病院数については【表6】参照）

② 訪問看護ステーション

- 24時間対応可能な訪問看護ステーションは、2023年3月現在、県内に180か所で、医療圏別の状況は【表18】のとおりです。

【表18】訪問看護ステーション 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書〈緊急時訪問看護加算〉

届出事業所数（2023年3月現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	22	21	14	12	14	1	41	8	42	5	180

（介護支援課調）

③ 在宅療養後方支援病院

- 在宅療養後方支援病院は、在宅療養患者の緊急時における後方病床の確保を目的に、診療報酬上の制度として2014年度に創設され、許可病床200床以上の病院であること、緊急時に当該病院に入院を希望する患者の情報を在宅医療提供医療機関と3か月に1回以上交換していることなどの要件を満たした病院が届出を行うことができ、本県では、4病院が在宅療養後方支援病院の施設基準を満たしています。医療圏別の状況は【表19】のとおりです。

- 入院や病院でしかできない診察等が必要になった場合の受入先として、在宅療養の後方支援体制の整備が必要です。

【表19】在宅療養後方支援病院の数（2023年10月現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
200床（※）以上の病院	5	4	4	2	2	0	8	1	10	2	38
在宅療養後方支援病院	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	6

※ 許可病床数（病院数：医療政策課調、在宅療養後方支援病院数：関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

(4) 在宅（※）での看取り（ターミナルケアを含む）

ア 在宅での死亡者数

- 人生の最期を居住の場（自宅や老人ホーム等）で迎えたいと望む人の割合は、30.2%となっており、医療機関に入院して最期を迎えたい人の割合（12.0%）を大きく上回っています。（令和4年度県民医療意識調査）
- 現状では、自宅や老人ホームで死亡した人の割合は全体の30.1%（8,593人）、病院や診療所で死亡した人の割合は63.4%となっており、自宅や老人ホームでの死亡率は全国で11番目に高い割合となっており、県民の希望と現状は殆ど一致しています。【表20】
- 高齢者の増加により、死亡者数は、2040年にはピークを迎え、2020年に比べ約2割増加することが見込まれており、在宅で看取りを行う体制をより充実させる必要があります。

【表20】在宅と医療機関における死亡者率の推移

（単位：％）

区 分		在 宅 （自宅・老人ホーム）	病 院 診療所	介護医療院	介護老人 保健施設	その他
長野県	2016 年	22.9%	72.2%	-	3.2%	1.8%
	2022 年	30.1%	63.4%	1.2%	3.5%	1.7%
全 国	2016 年	19.9%	75.8%	-	2.3%	2.1%
	2022 年	28.4%	65.8%	1.0%	2.9%	1.8%

（厚生労働省「人口動態統計」）

※死亡場所としての「在宅」は、自宅、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のことをいう。また、「介護医療院」は2017年創設のため2016年数値はない。

イ 在宅看取りを実施している関係機関

- 在宅看取りを実施した病院は30か所、一般診療所は139か所あります。また、介護施設は310施設で看取りを実施しています。医療圏別の状況は【表21】のとおりです。

【表21】在宅看取りを実施している病院・一般診療所（2020年10月現在）及び
介護施設（2023年10月現在）の数

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
病 院	6	3	4	3	4	1	3	2	3	1	30
一 般 診療所	19	15	11	12	16	2	31	4	26	3	139
介護施設	38	28	34	23	29	7	61	11	68	11	310

（病院・一般診療所：厚生労働省「医療施設調査（静態）」、介護施設：介護支援課調）

ウ ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション

- 在宅療養患者が人生の最終段階を穏やかに過ごすためにはターミナルケアが重要です。こうしたターミナルケアに対応する訪問看護ステーションは178か所あり、医療圏別の状況は【表22】のとおりです。夜間・休日を含め24時間体制で対応できる体制の確保が課題です。

【表22】訪問看護ステーション 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書〈ターミナルケア体制〉
届出事業所数（2023年3月現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	22	19	14	12	14	1	41	8	42	5	178

（介護支援課調）

エ 人生の最終段階における患者の意向を尊重した医療

- 自身や家族の死が近い（病気が可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、近い将来の死が避けられない）場合に受たい医療や受たくない医療について、家族と話し合ったことがある県民は44.5%となっています。（令和4年度県民医療意識調査）
- 人生の最終段階において、患者の意向を尊重した医療や介護を提供するためには、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者や家族と医療従事者が、受たい治療や受たくない治療、最期を迎えたい場所といった、治療の選択やケア全体の目標を話し合うことが重要です。
- 在宅療養患者が人生の最終段階において受たい治療や受たくない治療、最期を迎えたい場所などの意向について、家族や医療従事者と考え、話し合う機会が増えるよう、医療・介護関係者や県民に対し普及啓発をしていく必要があります。

ACP：アドバンス・ケア・プランニング（「人生会議」）とリビングウィル

ACP：アドバンス・ケア・プランニング（「人生会議」）とは、将来の変化に備え、受たいあるいは受たくない医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアの多職種のチームが繰り返して話し、患者さんの意思決定を支援することです。患者さんの人生観や価値観に沿ったこれからの医療及びケアへの希望、例えば経鼻胃管や胃ろう造設、人工呼吸器装着、心肺蘇生処置、疼痛や苦痛の緩和、最期を迎える場は在宅か入所施設か病院か、等について具体化することを目標としています。地域包括ケアの植木鉢（図）を支える「本人の選択と本人・家族の心構え」を形にするプロセスと位置づけられます。

ACPを実践するには「一人で決めない、一度で決めない」「患者さんと医療・ケア関係者との十分な対話」「その上での患者さんの意思決定の尊重」「患者さん自身の意思が確認できないときは、家族やあらかじめ定めた代理判断者で患者さんの意思を推定し、多職種の医療・ケアチームとともにそれを尊重しながら患者さんにとっての最善は何かを慎重に判断する」などが大切です。

人生会議で話し合ったことを書面に残したものをリビングウィル（事前指示書）といいます。長野県内の複数の自治体において、多くの住民参加並びに救急医、救命救急士、弁護士、警察、医師会、地域包括ケア協議会等の専門職の協力のもと作成と運用が進んでいます。希望や想いは時間とともに変化したり身体の状態によって変わる可能性がありますので、リビングウィルは何度でも書き直しができます。

人生の最終段階を考えると、人生会議が普通に行われリビングウィルを認（した）める文化が長野県でも醸成されてきています。



第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

希望する人が在宅医療を受けることができ、安心して暮らすことができる

中間成果（中間アウトカム）

- （１）入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる
- （２）在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる
- （３）在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる
- （４）患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている

2 在宅医療の提供体制

目指すべき在宅医療の提供体制は、次のページに示す図のとおりです。

希望する人が、自宅や介護施設等の住み慣れた生活の場で療養生活が送れるよう、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、在宅療養患者の症状が急変した時の対応、患者の意向を尊重した看取りまで、医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等、医療従事者と介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制を目指します。

在宅医療における ICT の活用

質の高い在宅医療を提供するには、医療関係者や介護関係者をはじめとした多職種の連携体制を構築し、関係者間での患者の状態の共有や、患者の意向を尊重しながら関係者同士で意思疎通を図ることが不可欠です。

従来は、対面や電話等のアナログな手段による情報共有が主でしたが、ICT を有効に活用することで、より効率的かつ効果的に実践できるものとして大きく注目されています。

例えば、現在、県内では、飯田下伊那地域において診療情報連携システムとして、「飯田下伊那診療情報連携システム（ism-Link）」が、南信州広域連合により運用されています。患者の同意のもと、複数の医療機関や介護関係事業者等の間で、診療や介護に必要な薬や検査の情報などが多職種間で共有されており、安全で安心な医療や介護の提供に不可欠なツールとして活用されています。

また、国でも「医療DX 令和ビジョン 2030」として、医療・介護全般にわたる情報について共有・交換できる全国医療情報プラットフォームの創設や電子カルテ情報の標準化等の取組を進めています。

このように、ICT を有効に活用することで、在宅医療に関わる多職種の連携を促進し、より質の高い地域包括ケア体制の構築につなげていくことが求められています。

在宅医療の提供体制

患者の意向を尊重した多職種チームによる在宅医療

※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。

退院支援

○入院医療機関と在宅に係る関係機関の円滑な連携による退院支援の実施

【入院医療機関】

・病院 ・有床診療所

【在宅医療の受け皿となる関係機関】

・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション
・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

日常の療養支援

- 多職種協働による患者・家族の生活の視点に立った医療の提供
- 地域における在宅医療に対する姿勢や原則の共有
- 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）の提供
- 介護する家族の支援
- 病状急変時に在宅医療を担う関係機関が24時間サポートを行う体制の確立

【在宅医療に係る機関】

・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション ・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

入院した場合

急変時の対応

- 24時間体制で実施する往診や訪問看護体制の整備
- 在宅療養中の患者の後方ベッドの確保
- 在宅医療に係る機関と入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制の確保

【在宅医療に係る機関】

・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション

【入院医療機関】

・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

在宅看取り

○住み慣れた生活の場における患者の意向を尊重した看取りの実施

【在宅医療に係る機関】

・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション ・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

【入院医療機関】

・病院 ・有床診療所

在宅医療において
積極的な役割を担う医療機関

・在宅療養支援病院・診療所等

医療や介護、障がい福祉の現場での
多職種連携の支援等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

・市町村等（在宅医療・介護連携推進事業）

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等

3 在宅医療における圏域の連携体制

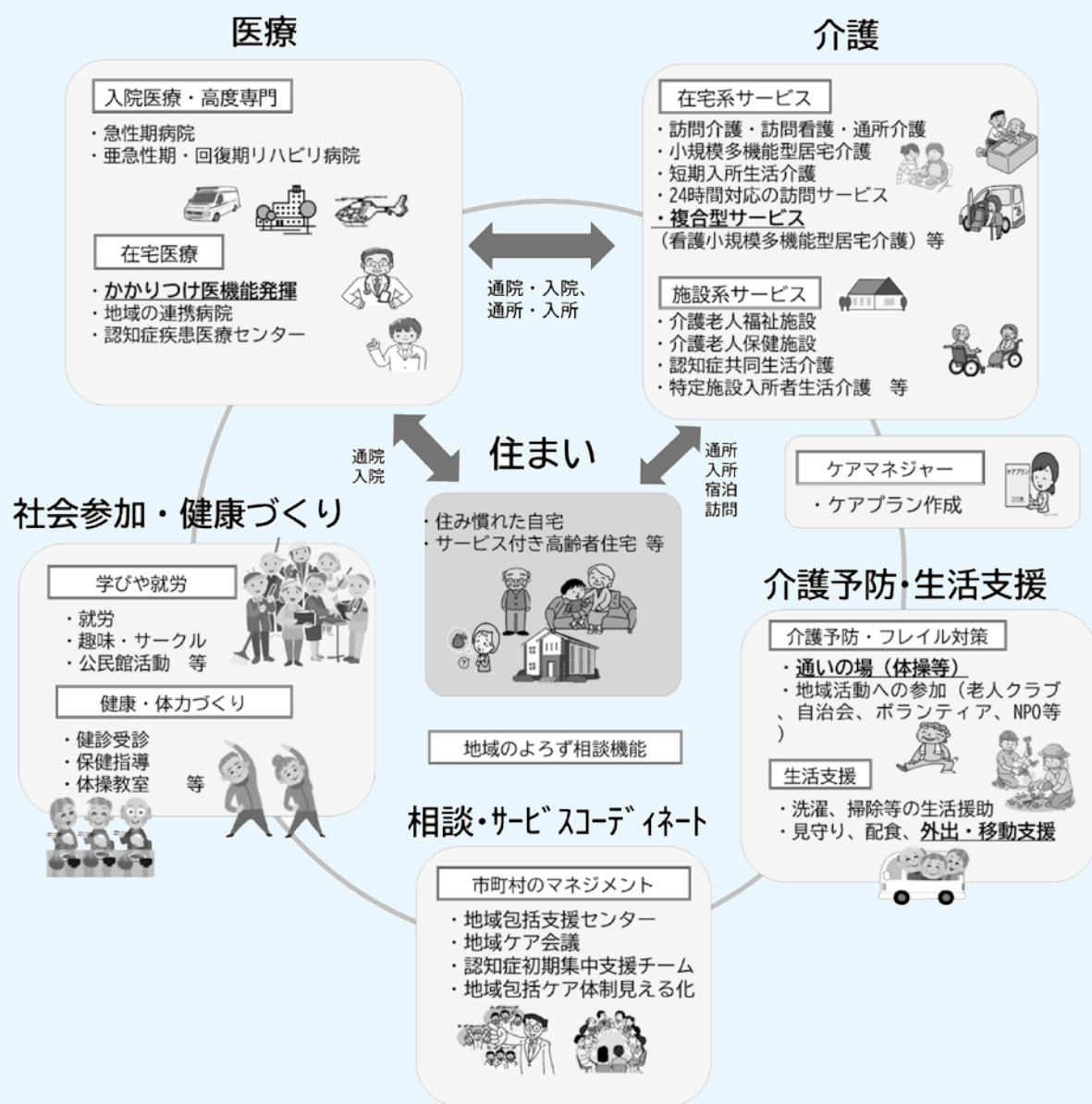
- 医療資源の整備状況や医療と介護との連携のあり方は、地域によって大きく異なります。地域の実情に応じた切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築が図られるよう、原則として市町村を在宅医療の単位とし、隣接する市町村相互に連携することが必要です。
- また、地域の在宅医療については、医療及び介護資源等の実情に応じ、患者が日常生活を営む地域（日常生活圏域（概ね中学校区））を単位として、地域包括支援センター、病院、診療所、郡市医師会等関係団体等を中心に連携体制を構築することが必要です。

地域包括ケア体制

人生 100 年時代を迎える中、元気な高齢者は、地域・社会活動や就業など社会参加を積極的に行い、担い手として活躍していくことが期待されます。

また、要介護状態となっても住み慣れた地域で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「地域包括ケア体制」を市町村において日常生活圏域（中学校区）ごとに構築します。

地域包括ケア体制の構築・深化・推進に向けた具体的な取組は、第 9 期長野県高齢者プラン（計画期間：2024～2026 年度）に記載しています。



第3 施策の展開

1 入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる体制整備

- 退院時における患者情報共有の仕組みづくり、チーム医療を展開するための研修会の開催等、多職種で在宅医療の提供を図るための取組を支援します。
- 退院後、適切な在宅医療を切れ目なく受けられるよう、入院医療機関とかかりつけ医や介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとする患者の療養を支援する関係者との間で円滑に患者の情報が共有される、地域の実情に応じた入退院調整ルールの適切な運用を促進します。
- 地域ごとに、脳卒中や心血管疾患などの患者で急性期・回復期の医療を終えた患者や、がんの緩和ケア等の医療サービスを在宅で受けることを希望する患者が、適切な診療計画の下、円滑に在宅医療へ移行できるよう、地域連携クリティカルパスの利用等を促進します。
- 県民が在宅医療を主体的に選択できるよう、県が開設している「ながの医療情報ネット」などを通じ、在宅医療に関わる医療資源等の情報を提供します。また、市町村、医療・介護関係機関等と連携し、在宅医療における経済的な負担や体力的な負担等、県民が必要としている情報を発信します。

2 在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる体制整備

- 在宅療養患者が住み慣れた生活の場において安心して生活ができるよう、在宅医療に関わる関係機関（病院、一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等）が相互に情報共有と連携を図り、在宅療養患者とその家族をサポートする多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等）による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行います。
- 継続的な日常の療養支援体制を構築するため、在宅医療の提供を行う医療機関や、新たに在宅医療に取り組む医療機関の体制整備を支援します。
- 入院医療機関と、在宅医療にかかわる関係機関の円滑な連携により、切れ目ない継続的な医療体制の確保を図るため、在宅医療において積極的役割を担う医療機関の位置づけを促進します。
- 医療と介護に従事する関係者の移動や情報共有に係る負担を軽減し、在宅医療を効率的に行うことができるよう、ＩＣＴを用いた患者情報の共有や診療体制の整備を支援します。
- 在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による患者、家族及び関係職種間の薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施など、在宅医療における薬の管理体制整備や一元的かつ継続的な情報把握体制の整備に努めるとともに、すべての薬局が在宅患者への薬学的管理・服薬指導などの機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」になるよう取り組みます。

また、在宅療養患者が必要とする無菌製剤を調剤する無菌調剤設備を有する薬局など必要な体制の整備や、在宅での薬剤の使用と連動する医療材料・衛生材料の供給に薬局が積極的に関与する体制の整備を促進します。

- 訪問栄養食事指導を充実させるため、県栄養士会による栄養ケア・ステーション事業の周知及び管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所等の施設の体制整備を促進します。
- 訪問看護ステーションの体制を充実するため、訪問看護師の確保や研修を受講しやすい環境づくり、訪問看護ステーションの運営に関する体制強化への支援等に取り組みます。

- 在宅や介護施設等で療養していても適切な歯科口腔医療が受けられるよう、各地域における歯科訪問診療や訪問歯科衛生指導等を担う歯科医療機関や相談体制の整備を促進するとともに、医療・介護関係者等との連携強化を支援することで、在宅や介護施設等における歯科口腔管理体制の整備を促進します。
- 災害時においても、医療機関間や訪問看護ステーション間の連携に加え、薬局、居宅介護支援事業所等の（在宅医療に関わる関係機関）や、市町村、県との連携が重要になることから、業務継続計画（BCP）の策定を推進する等により、平時からの連携体制の構築を支援します。

3 在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる体制整備

- 施設や在宅で療養する患者の急変時に、患者の意向を尊重した医療が行われるよう、往診や訪問看護を24時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションに従事する人材の育成や体制の整備及び機能強化を促進します。
- 患者情報の共有等により、急変時の対応における医師、訪問看護師、介護事業者、薬局、消防機関等、関係機関の連携体制の構築を進めます。

4 患者の意向が人生の最終段階においても尊重される体制整備

- 人生の最終段階において、住み慣れた生活の場で最期を迎えることを望む患者の意向を尊重できるよう、県民に対し看取りやアドバンス・ケア・プランニング（人生会議）、事前指示書に関する普及啓発を行い、在宅看取りへの理解を促進します。
- 人生の最終段階における医療や在宅療養患者の在宅看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等に従事する人材の育成や体制の整備及び連携体制の構築を促進します。

在宅医療における薬局・薬剤師の役割

在宅医療において、薬剤師には薬物療法の専門家として最適かつ効果的で安全・安心な薬物療法を提供する役割が求められます。

具体的な役割として、①患者さんの状態に応じた調剤や服薬指導・支援（お薬の一包化や輸液の無菌調製、適切な剤型の検討など）、②服薬状況（残薬の管理を含む）や副作用等の確認、③医療用麻薬の管理、④衛生材料やおむつ等の介護用品相談・供給などがあります。

また、在宅医療は様々な職種が連携して取り組むため、医療・福祉関係者との情報共有や、必要知識を習得するための研修等も行っています。

なお、長野県薬剤師会では在宅医療支援薬局を設置し、在宅医療における薬のお悩みに対応しています。



第4 数値目標

1 入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる

区分	指 標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	退院支援員を配置している診療所・病院数	71 か所 (2020)	83 か所 以上 (2026)	在宅医療等の医療需要の伸び率に相当するか所数を目指す	厚生労働省 「医療施設調査」
P	医療機関が入院患者に対し、退院支援・調整を実施した件数	86,933 件 (2021)	86,933 件 以上 (2027)	現状の水準以上を目指す	NDB レセプトデータ
P	退院時共同指導を実施した件数	602 件 (2021)	766 件 以上 (2027)	2016 年～2021 年の最高値以上を目指す	NDB レセプトデータ

2 在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる

区分	指 標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	訪問診療を実施している診療所・病院数	513 か所 (2020)	643 か所 以上 (2026)	在宅医療等の医療需要の伸び率に相当するか所数を目指す	厚生労働省 「医療施設調査」
S	在宅医療における積極的役割を担う医療機関数	146 か所 (2022)	210 か所 以上 (2028)	2018 年～2022 年の年平均増加数に相当する増加を目指す	医療政策課調
S	訪問薬剤管理指導実施薬局数	916 か所	916 か所 以上	現状の水準以上を目指す	長野県薬剤師会調
S	無菌製剤処理を実施できる体制を備えている薬局数	70 か所	72 か所 以上	現状の水準以上かつ全ての圏域での整備を目指す	関東信越厚生局 「施設基準の届出状況」
S	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数	38 か所 (2023)	41 か所 以上	2017 年～2023 年の最高値以上を目指す	医療政策課調
S	訪問看護ステーション看護師数	1,364 人 (2022)	1,364 人 以上 (2028)	現状の水準以上を目指す	介護支援課調
S	歯科診療所のうち在宅療養支援歯科診療所の割合	19.8%	19.8%	現状の水準を維持する	関東信越厚生局 「診療報酬施設基準の届出受理状況」

区分	指 標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	訪問診療を実施した 件数	239,142 件 (2021)	258,895 件 (2027)	在宅医療等の医 療需要の伸び率 に相当する件数 を目指す	厚生労働省 「NDB オープン データ」
P	歯科訪問診療を実施 した件数	67,878 件 (2020)	75,042 件 以上 (2027)	2019 年～2020 年 の最高値以上を 目指す	NDB レセプトデ ータ
P	訪問薬剤管理指導を 受けた患者数	5,853 人	6,321 人 以上	在宅医療等の医 療需要の伸び率 に相当する人数 を目指す	長野県薬剤師会調
P	訪問看護利用者数	250,328 人 (2021)	295,547 人 以上 (2028)	在宅医療等の医 療需要の伸び率 に相当する人数 を目指す	NDB レセプトデ ータ、介護 DB レセプトデー タ、審査支払機 関（国保中央 会・支払基金） 提供訪問看護レ セプトデータ
P	歯科衛生士による 訪問歯科衛生指導の 実施件数	24,179 件 (2020)	26,918 件 以上 (2027)	2019 年～2020 年 の最高値以上を 目指す	NDB レセプトデ ータ

3 在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる

区分	指 標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	在宅療養後方支援 病院数	6 か所	6 か所 以上	2017 年～2023 年 の最高値以上を 目指す	関東信越厚生局 「診療報酬施設 基準の届出受理 状況」
S	在宅療養支援診療所・ 病院数	一般診療所 264 か所 病院 38 か所	一般診療所 274 か所 以上 病院 49 か所 以上	2017 年～2023 年 の年平均増加数 に相当する増加 を目指す	関東信越厚生局 「診療報酬施設 基準の届出受理 状況」
S	24 時間体制を取って いる訪問看護ステー ションの看護師数	1,242 人 (2022)	1,242 人 以上 (2028)	現状の水準以上 を目指す	介護支援課調
P	往診を実施した件数	39,209 件 (2021)	46,498 件 以上 (2027)	在宅医療等の医 療需要の伸び率 に相当する件数 を目指す	厚生労働省 「NDB オープン データ」

4 患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	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	178 か所 (2022)	178 か所 以上 (2028)	現状の水準以上を目指す	介護支援課調
S	在宅看取りを実施している診療所・病院数	169 か所 (2020)	200 か所 以上 (2026)	在宅医療等の医療需要の伸び率に相当するか所数を目指す	厚生労働省 「医療施設調査」
P	在宅での看取り（死亡）の割合	全国 11 位 (30.1%) (2022)	全国トップ クラス (2028)	今後増加することが見込まれる死亡者について、可能な限り在宅での看取りを行えるようにする	厚生労働省 「人口動態統計」
P	人生の最終段階について、家族と話し合ったことがある割合	44.5% (2022)	44.5% 以上 (2028)	現状の水準以上を目指す	医療政策課調

注) 「区分」欄 S (ストラクチャー指標) : 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P (プロセス指標) : 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

第5 ロジックモデル

