

### 第3章 在宅医療の推進

「千葉県保健医療計画 第2編 第1章 第3節 在宅医療の推進（222ページから232ページ）」については、以下のとおりとします。

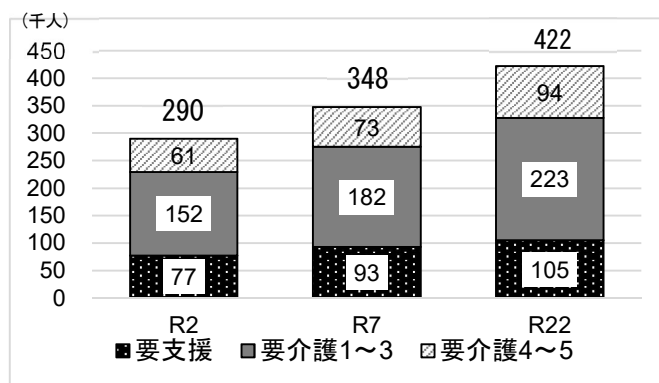
#### (7) 施策の現状・課題

##### a 在宅医療の対象者の状況

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、今後、本県の総人口は緩やかな減少を続け、令和7年には611万8千人に減少する一方、65歳以上の人口は179万1千人に達すると見込まれています。特に、75歳以上の人口の増加は顕著で、全ての「団塊の世代」が75歳以上となる令和7年には平成27年の約1.5倍の107万2千人になることが見込まれています。

また、本県における要介護等認定者数は、令和2年度の29万人から令和22年度には42万2千人に急増すると見込まれており、このうち、要介護4及び5のいわゆる重度者は、令和2年度の6万1千人から令和22年度には9万4千人を超える見込みとなっています。

図表 2-1-3-1 要介護等認定者数の推計

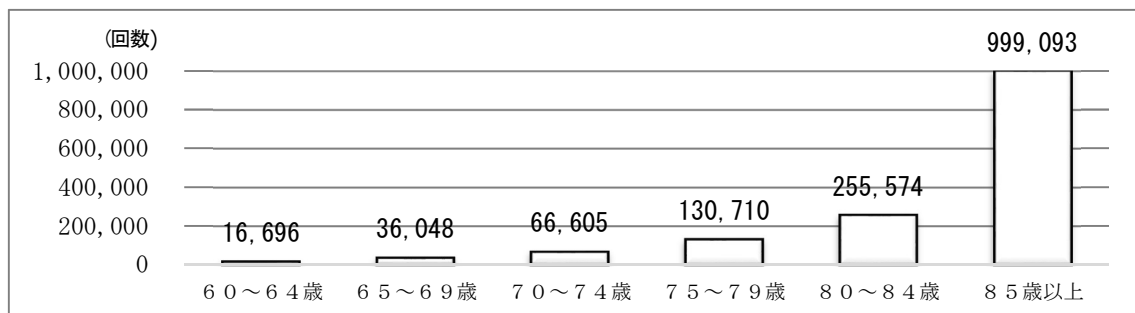


資料：千葉県高齢者保健福祉計画

訪問診療\*の需要を年齢別にみると、高齢になるにつれて急増しています。

また、在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、年々増加しており、特に、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、たん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。

図表 2-1-3-2 全国の年齢別訪問診療回数

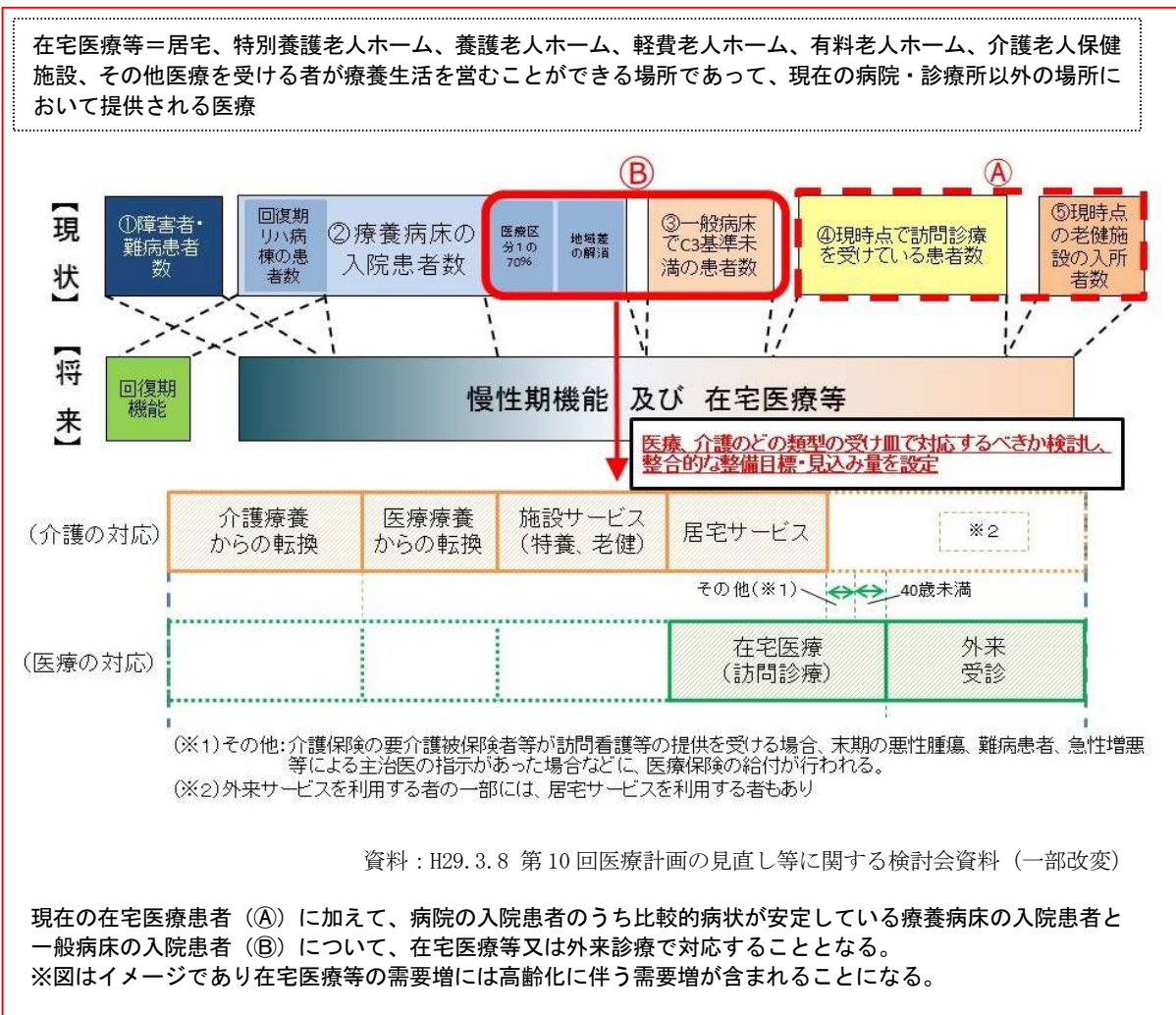


資料：令和元年 社会医療診療行為別統計（厚生労働省・令和元年6月審査分）

疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への期待の高まりなどにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。

また、地域医療構想においては、現状の療養病床の患者の一部を、将来的には在宅医療や介護老人保健施設\*、特別養護老人ホーム等が担っていくこととされています。病床機能の分化・連携が進んだ先に、在宅医療等の利用見込者数は令和7年に1日当たり7万8千人になると見込まれており、そのうち訪問診療のニーズは、平成25年度の1.8倍以上になると推計されています。

図表 2-1-3-3 地域医療構想策定における在宅医療等の新たなサービス必要量のイメージ



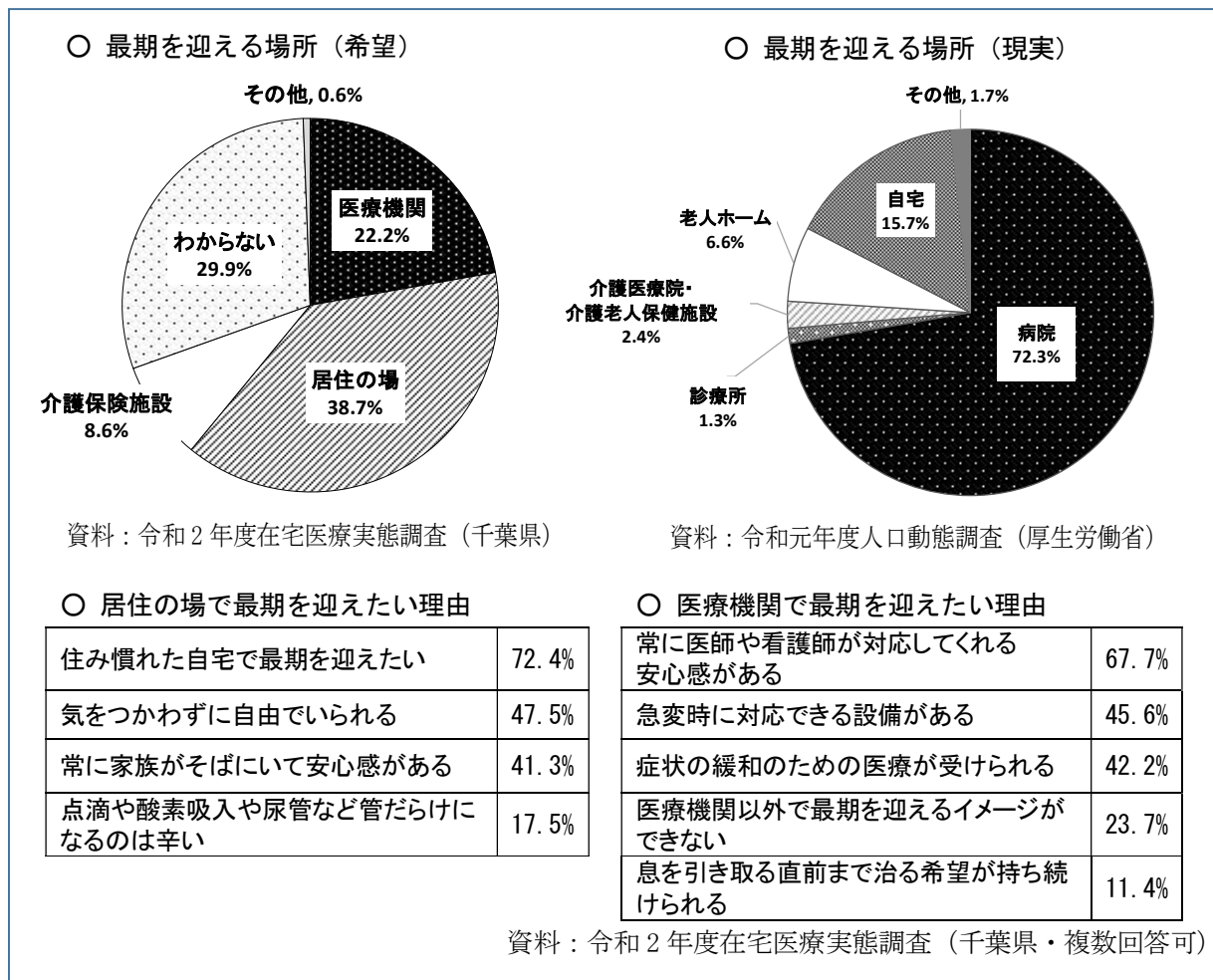
## b 県民の希望と意識

県が実施した「令和2年度在宅医療実態調査」によれば、病気で長期にわたる治療（療養）が必要になった場合に、「入院医療」を希望すると回答した方は、44.3%、「在宅医療」を希望すると回答した方は32.4%、「わからない」と回答した方は23.3%でした。

自分が最期を迎えたい場所として、「医療機関」が22.2%、「居住の場（自宅やサービス付き高齢者向け住宅など）」が38.7%、「介護保険施設（特別養護老人ホームなど）」が8.6%、「わからない」が29.9%でした。一方で、72.3%の県民が病院で最期を迎えている現実があります。

医療機関で最期を迎えたい理由としては「常に医師や看護師が対応してくれる安心感があるため」「医療機関以外で最期を迎えるイメージができないため」が相当程度あり、在宅での医療・介護の条件が整うならば、居住の場での療養を希望する県民が多数いるものと推測されます。

図表 2-1-3-4 最期を迎える場所に関する県民の意識と実態



### c 退院支援

入院中の患者が、安心、納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要であり、診療報酬においても、介護支援専門員\*（ケアマネジャー\*）との連携など退院支援を積極的に行う医療機関の取組が評価されています。

令和元年度病床機能報告\*によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している病院は、報告のあった245病院中168病院でした。

また、施設間の連携を推進した上で、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施している有床診療所・病院は144箇所（令和元年）であり、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援を進めるためには、病院と受入れ側の医療・介護事業者間において、多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有ができる体制の構築が求められています。

### d 日常の療養支援

#### （訪問診療等の医療資源）

県内で訪問診療を行う病院は93箇所（平成29年）、実施件数（1か月間）は6,523件で、平成23年の3,733件に比べて増加しています。

また、訪問診療を行う診療所は476箇所（平成29年）、実施件数（1か月間）は45,882件と、平成23年の21,633件から増加しています。これらの内訳は、在宅療養支援診療所\*262箇所、41,873件、在宅療養支援診療所以外の診療所214箇所、4,009件となっています。

図表 2-1-3-5 訪問診療実施医療機関数・件数

	平成23年	平成26年	平成29年
訪問診療実施診療所数	449	491	476
訪問診療実施病院数	99	101	93
訪問診療実施件数 (1か月間)	合計：25,366 (内訳) 一般診療所：21,633 病院：3,733	合計：42,892 (内訳) 一般診療所：37,652 病院：5,240	合計：52,405 (内訳) 一般診療所：45,882 病院：6,523

資料：医療施設調査（厚生労働省）

訪問歯科診療\*の実施状況について、居宅への訪問の場合は、実施診療所は348箇所（平成29年）、実施件数（1か月間）は5,893件であり、施設への訪問の場合は、実施診療所は303箇所（平成29年）、実施件数（1か月間）は22,076件でした。平成23年の居宅341箇所・3,402件、施設227箇所・8,459件から増加しています。

また、訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数は172箇所(平成29年)であり、平成23年の127箇所から増加しています。

図表 2-1-3-6 歯科診療所訪問診療実施機関数・件数

	平成23年	平成26年	平成29年
訪問診療実施診療所(居宅)	341	342	348
訪問診療実施診療所(施設)	227	286	303
訪問診療実施件数(居宅)	3,402	5,171	5,893
訪問診療実施件数(施設)	8,459	16,800	22,076

資料：医療施設調査(厚生労働省)

図表 2-1-3-7 訪問口腔衛生指導実施機関数

	平成23年	平成26年	平成29年
訪問口腔衛生指導実施機関数	127	162	172

資料：医療施設調査(厚生労働省)

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局\*数は、2,031箇所(令和3年4月)でした。平成24年9月の1,348箇所から増加しています。

図表 2-1-3-8 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局

	平成24年	平成29年	令和3年
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,348箇所	1,749箇所	2,031箇所

資料：関東信越厚生局届出

訪問看護ステーション\*数は388箇所(令和元年10月)、利用者数は27,781人(令和元年9月)であり、平成24年10月の219箇所、平成24年9月の11,828人から増加しています。県内の訪問看護ステーションは、看護職員数(常勤換算)5人未満の小規模なステーションが全体の半数を占めています。こうした施設も訪問看護サービス提供のため、重要な役割を果たしていますが、規模を拡大するなどの機能強化を図ることで、より安定的な訪問看護サービスの提供体制を整備することが求められています。在宅医療を支える訪問看護は、病院や診療所からも実施されています。退院後も継続的に医療を受けながら日常生活を営むことができるよう、病院や診療所からの訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携が重要です。

図表 2-1-3-9 訪問看護ステーション数・利用者数

	平成24年	平成28年	令和元年
訪問看護ステーション数	219箇所	308箇所	388箇所
訪問看護ステーション利用者数	11,828人	18,370人	27,781人

資料：介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)

図表 2-1-3-10 訪問看護ステーションの規模

看護職員数(人)	2.5~3 未満	3~5 未満	5~7.5 未満	7.5~10 未満	10~15 未満	15~20 未満	20 以上
割合	12.2%	41.4%	33.5%	8.7%	2.3%	0.8%	1.1%

資料：令和2年度在宅医療実態調査（千葉県）

訪問リハビリテーションの介護給付費請求事業所数は、平成25年4月審査分の108箇所から令和2年4月審査分は145箇所増加しています。リハビリテーションは、患者の症状に応じて必要な時期に提供されることが重要であり、医療的ケアを要する人へのリハビリテーションや摂食嚥下障害\*のリハビリテーションなども含め、通院、通所が困難になった場合に居宅で実施する訪問リハビリテーションの重要性が増すと考えられます。

図表 2-1-3-11 訪問リハビリテーション請求事業所数

4月審査分	平成25年	平成29年	令和2年
訪問リハビリテーション請求事業所数	108箇所	133箇所	145箇所

資料：介護給付費等実態調査（厚生労働省）

平成24年9月と令和3年4月時点を比較すると、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所は、302箇所から384箇所、在宅療養支援病院\*は23箇所から46箇所、在宅療養支援歯科診療所\*は113箇所から299箇所、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は1,348箇所から2,031箇所、機能強化型訪問看護ステーション\*は平成27年の14箇所から29箇所へと増加しています。

図表 2-1-3-12 在宅療養支援診療所・病院等の数

	平成24年	平成29年	令和3年
在宅療養支援診療所	302箇所	343箇所	384箇所
在宅療養支援病院	23箇所	33箇所	46箇所
在宅療養支援歯科診療所	113箇所	329箇所	299箇所 ※R2.4 施設基準変更
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,348箇所	1,749箇所	2,031箇所
機能強化型訪問看護ステーション ※平成26年創設	14箇所 (平成27年)	16箇所	29箇所

資料：関東信越厚生局届出

県内の在宅医療資源は、おおむね増加しているものの、全国平均と比較すると、人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数・病院数は6.6箇所（平成31年3月時点：全国平均12.5）、在宅療養支援歯科診療所数は4.8箇所（令和3年5月時点：全国平均6.7）、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は31.6箇所（令和2年11月時点：全国平均41.4）、訪問看護ステーション数は6.2箇所（令和元年10月時点：全国平均9.2）と相対的に少なく、また、在宅療養支援診療所が1箇所もない市町村があるなど資源の偏りも見られます。

人工呼吸や気管切開などの医療的ケアが必要となる医療的ケア児\*等の訪問診療などに対応できる医療機関が少ないことも課題です。また、人工呼吸器等を使用している医療依存度の高い在宅療養者に対しては、災害を想定した備えを含めた支援が必要です。

これらのことから、在宅療養を希望する患者を日常的に支える医療体制の整備や、在宅医療を担う職種の増加、質の向上が重要です。

図表 2-1-3-13 医療的ケア児への対応可能施設数

	調査対象	対応可能機関数
在宅療養支援診療所	326	39
在宅療養支援病院	29	0
訪問看護事業所	242	81

資料：平成 26 年度小児等在宅医療連携拠点事業における調査（千葉県）

#### （在宅医療・介護の多職種連携）

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。外来での診療を通じて患者の生活を支援し、通院が困難になっても適切に往診\*・訪問診療につなぐことが重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護など、在宅医療を担う多職種の協働を推進することが必要です。

その際には、高齢者の孤立化を防ぐ観点からも、在宅生活を支える介護・福祉分野の職種との連携も重要です。

#### ● 急変時の対応

在宅医療よりも入院医療を希望する理由として、家族の負担への懸念や急変時の対応に関する患者の不安が挙げられています。（令和 2 年度在宅医療実態調査・千葉県）

在宅療養患者の急変時等に往診を実施している医療機関数は 620 箇所（平成 29 年）、実施件数（1 か月間）は 7,739 件で、平成 23 年の 5,649 件に比べて増加しています。また、在宅療養後方支援病院\*として届出されている病院は 15 箇所（令和 3 年 4 月）、24 時間対応可能な訪問看護ステーションは 370 箇所（令和元年 10 月時点）となっています。

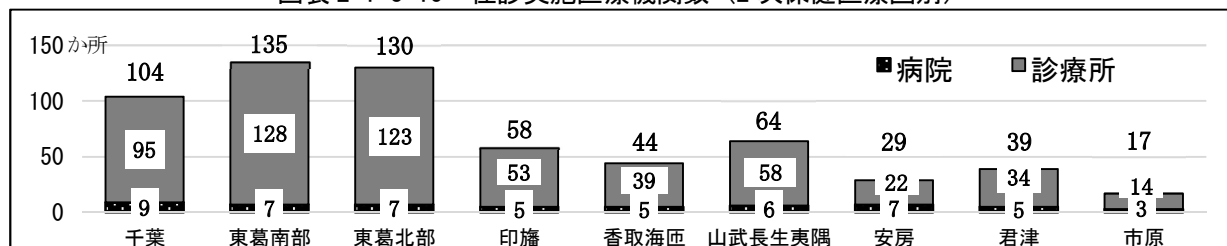
複数の医師や訪問看護師の連携などにより、24 時間対応の連携体制の構築や入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要です。

図表 2-1-3-14 往診実施医療機関数・件数

	平成 23 年	平成 26 年	平成 29 年
往診実施診療所数	610	614	566
往診実施病院数	49	52	54
往診実施件数 (1 か月間)	合計： 5,649 (内訳) 一般診療所： 4,707 病院： 942	合計： 6,256 (内訳) 一般診療所： 5,623 病院： 633	合計： 7,739 (内訳) 一般診療所： 7,108 病院： 631

資料：医療施設調査（厚生労働省）

図表 2-1-3-15 往診実施医療機関数（2次保健医療圏別）



資料：平成 29 年医療施設調査（厚生労働省）

## f 在宅での看取りなど

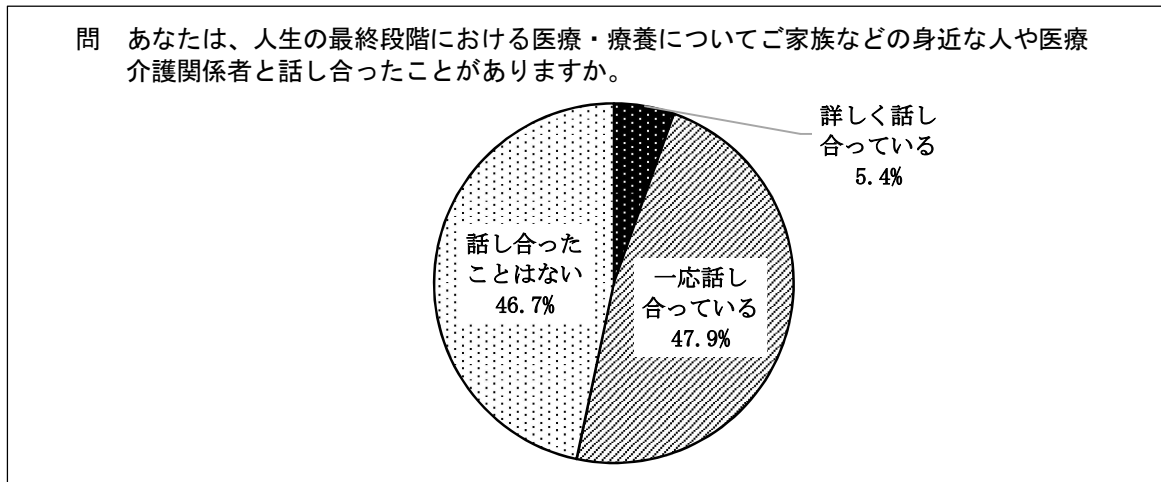
本県の在宅死亡率は、22.3%（令和元年度）で、全国平均の22.2%と同程度です。一方、医療機関で亡くなる方は7割を超えています。実際には、病状等に応じて療養場所の選択肢が限られてしまう場合もあり、一概には比較できませんが、県民の希望する長期療養の場所や最期を迎える場所と現状には、かい離がみられます。なお、上記の在宅死亡率算定の基礎となる「在宅死」には、いわゆる「孤立死」といった、誰にも看取られることなく亡くなった後に発見される死も含まれることに注意が必要です。

また、令和2年度に千葉県が行った「在宅医療実態調査」では、人生の最終段階における医療・療養について、「話し合ったことはない」と回答した方が46.7%でした。

このことから、在宅看取りのための医療提供体制の整備と併せて、県民ひとりひとりが、在宅医療の理解を深めるとともに、自身の医療について考え、家族や医療従事者等と話し合い、県民自身が望む場所で看取りができる環境づくりも重要な課題です。



図表 2-1-3-16 人生の最終段階における医療・療養についての話し合い状況



資料：令和2年度在宅医療実態調査（千葉県）

### g 市町村等との連携

今後は、在宅医療を担う医療機関の拡充を促進するとともに、地域包括ケアの推進の観点も踏まえ、在宅での療養生活に欠かせない介護・福祉サービスを担う市町村や介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携を強化しながら、地域の医療・介護資源や連携の状況などを踏まえて、在宅医療の提供体制の整備を進めていく必要があります。

## (イ) 施策の具体的展開

### a 退院支援

#### （医療・介護の多職種連携の促進）

- 患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進します。
- 多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT\*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。
- 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

### b 日常の療養支援

#### （在宅療養支援体制の確保）

- 訪問診療や往診を行い、在宅医療を支える診療所や病院の確保に取り組みます。
- 訪問診療の普及のためには訪問看護の充実が不可欠であることから、訪問看護ステーションの確保に取り組みます。また、24時間体制や安定的なサービス提供体制を確保するため、訪問看護ステーションの大規模化等を促進します。

- 病院や診療所が実施する訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携を推進します。
- 患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるようにするために、かかりつけ医\*を中心とした在宅医療提供体制の整備を関係機関と連携を図りながら促進します。
- 「千葉県地域医療総合支援センター」において、県医師会が行う在宅医療に関する県民への普及啓発などについて支援します。
- 人工呼吸器等を使用している医療依存度の高い在宅療養者に対し、市町村を始めとする関係機関と協力しながら、災害を想定した備え等について支援します。
- 訪問歯科診療に必要な設備を整備するとともに、「在宅歯科医療連携室」において、在宅歯科診療に関する県民への情報提供や相談などについて県歯科医師会と協働して取り組みます。
- 在宅医療における薬剤師・薬局の役割や機能を確立するために、県薬剤師会が行う市町村など関係機関との多職種連携強化について支援します。

**(在宅医療を担う医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師等の増加、質の向上)**

- 在宅医療を担う人材の増加に取り組みます。
- 訪問看護師の人材確保と定着促進のため、訪問看護師の育成や相談、普及啓発等の事業を県看護協会と協働して取り組みます。
- 在宅医療機関等が、がん患者や医療的ケア児等にも対応できるよう、医師、看護師等医療関係者の一層のスキルアップに取り組みます。
- 在宅歯科診療を担う医療従事者の研修に取り組みます。
- 在宅医療を担う薬剤師を確保するため、県薬剤師会が行う薬剤師による在宅患者への訪問薬剤管理指導の現地研修を支援します。

**(市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援)**

- 医療と介護の広域的な連携を図るための場を地域の実情に応じて提供するほか、市町村職員等を対象とし、医療と介護の連携に関する相談に関する研修等を実施するなど、在宅医療・介護連携に取り組む市町村を支援します。

**c. 急変時の対応**

**(在宅医療に対する医師等の負担の軽減)**

- 在宅医療の推進に当たり、医師が最も負担に感じる 24 時間体制の確保や急性増悪時等への対応などの在宅医療を担う医師の負担の軽減に向けた支援に取り組みます。

## d 看取り

(患者が望む場所で看取りができる環境づくり)

- 県民に、人生の最終段階における生き方や本人が望む場所での看取りについて考えてもらえるよう、日常の療養支援体制の整備促進に取り組むとともに、医療・介護の関係機関と連携を図りながら啓発活動を行います。

図表 2-1-3-17 在宅医療の提供体制のイメージ

