



滋賀県

# 在宅医療・介護連携 推進に向けた取り組み

～ 都道府県による市町村支援について ～

滋賀県健康医療福祉部  
医療福祉推進課

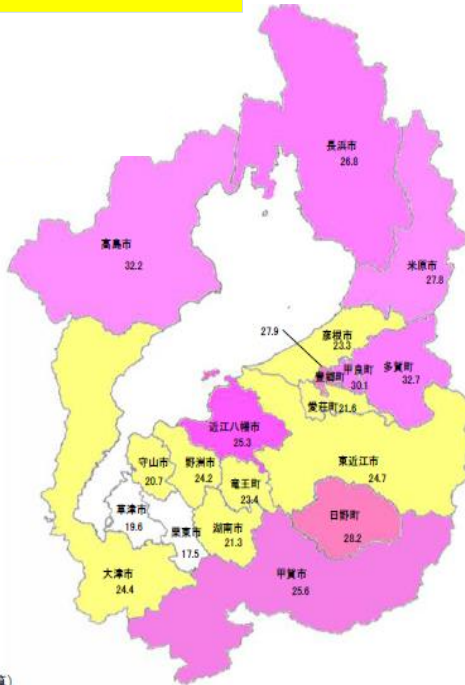
# 二次保健医療圏の概要（高齢化率の推移）

10年後

2025年  
高齢化率  
推計

25%以上; 9市町

20~25%; 8市町

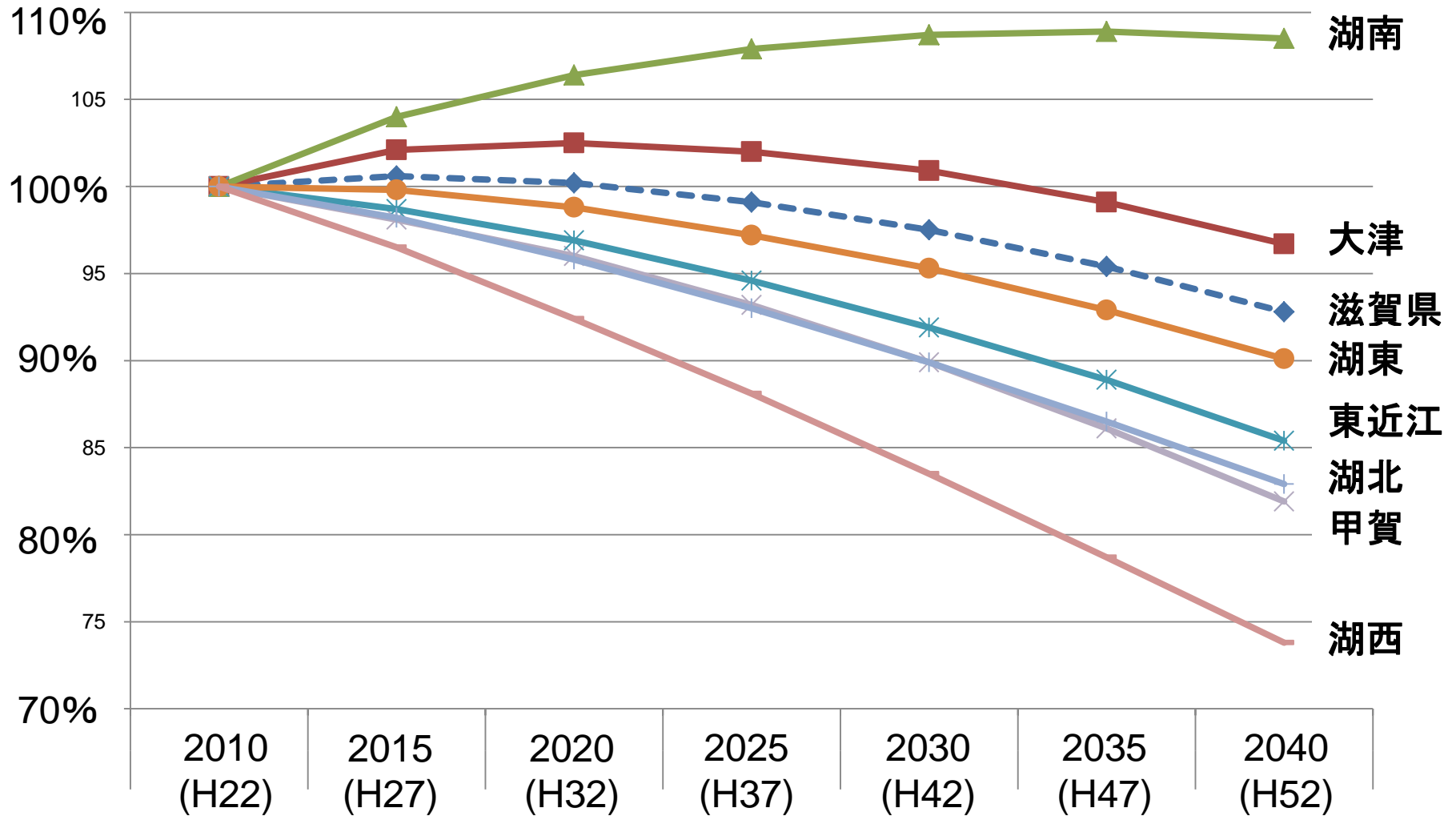


区分	構成市町数	総人口(65歳以上)	高齢化率	2025年 高齢化率 推計
大津圏域	1市	341,321人(82,671人)	24.4%	28.5%
湖南圏域	4市	334,632人(66,624人)	20.1%	22.9%
甲賀圏域	2市	144,609人(34,425人)	24.0%	28.9%
東近江圏域	2市2町	230,226人(57,632人)	25.2%	28.9%
湖東圏域	1市4町	155,834人(37,028人)	24.1%	27.5%
湖北圏域	2市	158,700人(42,327人)	27.0%	29.8%
湖西圏域	1市	49,946人(16,078人)	32.2%	36.4%
全県域	13市6町	1,415,268人(336,785人)	24.0%	27.5%
全国(概算)		12,695万人(3,366万人)	26.5%	

\* 75才以上人口: 158,110人 割合: 11.3%

# 圏域別総人口の将来推計

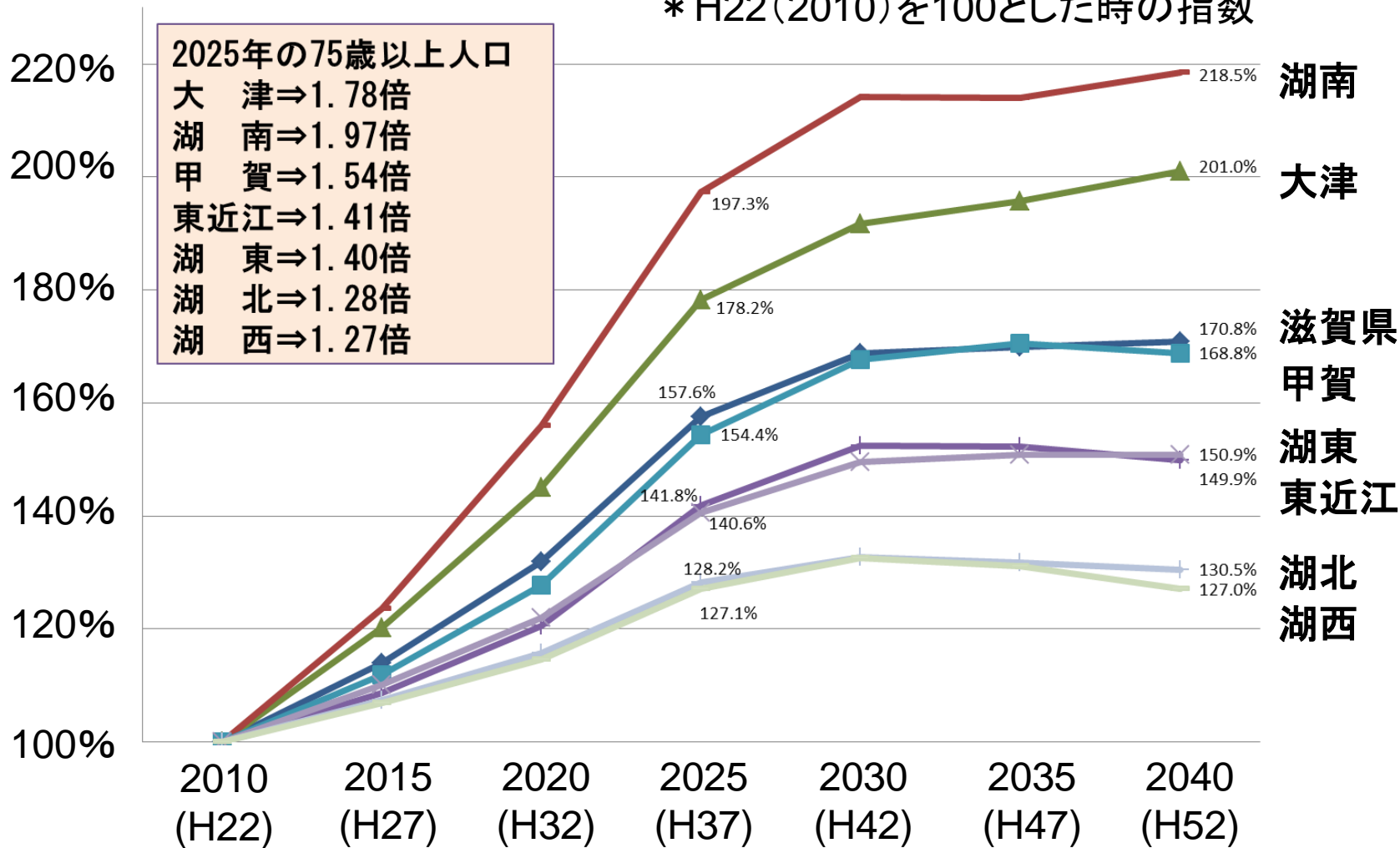
\* H22(2010)を100とした時の指数



# 75歳以上人口の将来推計

## 75歳以上人口は増え続ける(2030年まで)

\* H22(2010)を100とした時の指数



# 市町における在宅医療・介護連携推進事業の現状 (H26年10月ヒアリング)

## ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握 ; マップ作成済み15市町

- 大津市 ・ H25作成。市民、関係者向けに改善予定  
・ H27拠点機能の検討と併せて、情報集約や発信方法を検討
- 草津市 ・ 市民向け資源マップ、ケアマネ向け病院連携窓口一覧を作成
- 守山市 ・ 高齢福祉課が一覧作成。今後マップ化の予定
- 野洲市 ・ 関係者向け「地域医療介護マップ」作成
- 栗東市 ・ 既存の資源一覧の見直し予定
- 湖南市 ・ 社会資源マップ3年毎に見直し。独居、高齢世帯に配布
- 甲賀市 ・ 関係者向け在宅医療社会資源マップ作成。今後市民版を作成
- 近江八幡市 ・ H24作成。評価更新予定。ケアマネタイム活用状況把握と更新予定  
ケアマネタイム活用状況把握と更新予定
- 彦根市 ・ ホームページに掲載。事業者協議会に委託し、2ヶ月毎にデータ更新
- 多賀町 ・ サービスガイドブックに町内医療機関情報を掲載
- 長浜市 ・ 認知症あんしんマップ作成。医師会、歯科医師会作成  
ケアマネ協が相談可能薬局リストを保有。⇒湖北圏域でまとめ必要
- 高島市 ・ 資源把握調査実施。MAP、リーフレット作成
- 竜王町、甲良町、米原市 : 作成あり、随時見直す。
- 東近江市、日野町、豊郷町 : 今後作成予定。
- 愛荘町 ・ 認知症ケアパスと併せて作成予定

## イ) 在宅医療・介護連携に関する関係者の参画する会議の開催 : 開催16市町

- \* 開催なしと答えた3市町も協議の場はあるが、協議内容等の再考が必要と考えている
- \* 会議目的に応じ、階層的に協議の場の整理 [あり: 8市町、なし: 5市町]

## ウ) 24時間365日対応可能な在宅医療提供体制の構築

- 大津市 ・ 市医師会と協力しながら、医療介護関係者との会議開催(参加)  
・ 旧志賀町エリアでは、開業医のグループ制と大津赤十字志賀病院のバックアップ体制
- 草津市 ・ H27~医師会、訪問看護ステーションと協議予定
- 守山市 ・ 医師会と主治医副主治医制を評価検討
- 野洲市 ・ 24時間訪問看護・介護検討会にて事例を通じた検討
- 湖南市 ・ 小規模多機能を中学校区単位で整備予定
- 甲賀市 ・ 在宅医療推進検討会、訪問看護専門部会で24時間訪問看護体制の推進
- 近江八幡市 ・ 医療連携推進会議において検討
- 竜王町 ・ 在宅福祉医療ネットワーク会議、高齢者保健福祉計画策定委員会で検討
- 彦根市 ・ チームドクター検討会
- 彦根市、甲良町、豊郷町、愛荘町、多賀町  
・ 6期計画、二次医療圏等を考慮に推進に向けた検討  
・ 地域医療支援センターと協議検討を進める
- 長浜市 ・ 新設の地域包括医療福祉センターにて24時間訪問診療、看護体制の検討と実施
- 米原市

## エ) 在宅医療・介護の情報共有に関する支援

- 大津市 ・ 退院支援ルール策定、地域連携クリティカルパス推進会議開催  
・ 淡海あさがおネット活用拡大に向けた対応
- 草津市 ・ 在宅療養手帳普及推進、医療とケアマネ連携連絡票運用見直し
- 守山市 ・ 淡海あさがおネットの導入予定
- 野洲市 ・ 在宅ケア部会で検討。在宅療養手帳の評価と拡大検討。野洲病院患者登録事業と連携
- 栗東市 ・ 在宅療養手帳の普及推進検討
- 近江八幡市 ・ 医療連携ツール開発普及WGにて「認知症連携パス」作成。「つながりネット」にて普及

- 竜王町 ・ 在宅福祉医療ネットワーク会議にて検討
- 長浜市 ・ 湖北医療と介護の連携手引書の活用。手引書改訂のための関係者会議
- 米原市 ・ 圏域地域包括、ケアマネ協議会、地域医療支援センター、保健所で協議  
手引書、ツールの運用と改訂
- 高島市 ・ 多職種連携地域ケア会議、地域リーダー連絡会で検討。淡海あさがおネット活用  
\* 二次医療圏単位で推進に向けた検討、実施 [9市町]

## オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援(連携のための拠点、コーディネーター)

- 守山市 ・ 地域包括支援センター課内室として相談支援の窓口を設置。保健師、事務職、MSW配置
- 近江八幡市 ・ 基幹地域包括支援センターが機能を担う
- 彦根市、甲良町、豊郷町、愛荘町、多賀町  
・ 彦根市保健医療複合施設くすのきセンターが拠点。彦愛犬介護保険事業者協議会に委託
- 長浜市 ・ 既存の長浜・米原地域医療支援センター(医師会に設置)機能との検討・調整
- 米原市 ・ 市内に2カ所の拠点を整備する方向で検討中
- 高島市 ・ 医師会主体で開催する「高島市医療連携ネットワーク運営協議会」で検討  
\* 地域医師会と協議中または予定 [6市町]

## カ) 在宅医療・介護連携に関する研修会の実施

- 大津市 ・ 7カ所のエリアリーダー研修を開催  
地域包括が事務局となり、エリアリーダーが企画した多職種連携研修を開催
- 草津市 ・ 在宅療養研修会を医師会に委託して開催  
・ 地域リーダーを核に多職種協働・連携の実際を学ぶ場の設置に向け検討  
・ ケアマネジメント力向上を目的とした研修の開催
- 守山市 ・ 守山顔の見える会を定期開催
- 栗東市 ・ 高齢者虐待等をテーマに開催
- 湖南市 ・ 内部包括検討会、医療介護福祉懇談会、ほほえみネット研修会の開催
- 甲賀市 ・ 地域医療連携研修会、日常生活圏域別事例検討(研修)開催
- 近江八幡市 ・ 認知症対応能力向上研修、病院職員向け研修、つながりネット等
- 東近江市 ・ 地域リーダーが参画した勉強会の開催
- 竜王町 ・ 在宅福祉医療ネットワーク研修
- 彦根市、甲良町、豊郷町、愛荘町、多賀町  
・ 広域、各地域各々で地域リーダーと協働で企画、実施
- 長浜市 ・ サービス事業所協議会、職種別に研修会を企画。地域リーダーが企画する研修の開催  
・ 認知症専門職研修にて多職種で事例検討等の研修開催
- 米原市 ・ 多職種連携研修会の開催
- 高島市 ・ 在宅医療従事者研修、懇談会開催  
・ 在宅医療と看取り、認知症の基礎知識、医療介護連携をテーマに研修開催
- \* 関係機関が開催する研修内容、二次医療圏域等の対象範囲を調整しつつ企画開催予定 [2市町]

## キ) 住民への在宅医療・介護普及啓発

- [実施] 全ての市町 [対象] 小学生から幅広い年齢層
- [方法] 地域リーダー、医師会、介護保険事業者協議会等と連携して開催/講演、出前講座
- [啓発紙] 在宅医療・看取り・エンディングノートなど作成

## ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町間の連携

- \* 二次医療圏(保健所)単位で協議検討

医療依存度が高くても、本人が望む場所で生活したいという希望や、在宅で最期を迎えたいという選択肢を実現するために、医療福祉サービスが総合的に受けられる地域を住民とともに目指す。

エ

入院から在宅への円滑な移行の促進

ウ

在宅療養を支援する医療資源の整備・充実とネットワークの推進

キ

本人が望む場所での療養・看取りが可能な体制の整備

カ

在宅医療を担う人材の養成とスキルアップの仕組みの構築

オ

在宅療養を支援する拠点の整備

地域における医療と介護の一体的推進

- 退院調整関係者の養成
- 地域連携クリティカルパスの推進
- 退院調整ルール評価・検討

- 在宅療養支援センター設置
- 基幹型訪問看護ステーション設置モデル
- 訪問看護支援センター設置・運営
- 医療情報連携ネットワーク整備
- 在宅医療体制機器整備
- 在宅療養支援病院等確保対策

- 住みなれた地域での療養・看取り推進
- 住みなれた地域での療養・看取り普及啓発
- 医療と介護をつなぐ看取り介護推進
- 滋賀の在宅療養を推進する県民参加促進

- 市町在宅医療連携拠点推進セミナー、地域リーダーステップアップ
- 新人訪問看護師の育成・確保
- 訪問看護ステーション実習環境整備
- 訪問看護支援センター設置・運営(再掲)
- 在宅医療人材確保・育成  
(在宅医療セミナー、家庭医養成プログラム、多職種交流事業)

- 在宅療養支援センター設置・運営(再掲)
- 東近江医療圏医療と介護連携強化
- 病病診・在宅連携体制構築事業
- 地域在宅医療拠点機能整備事業

\* (一)事業はH27年度新規事業

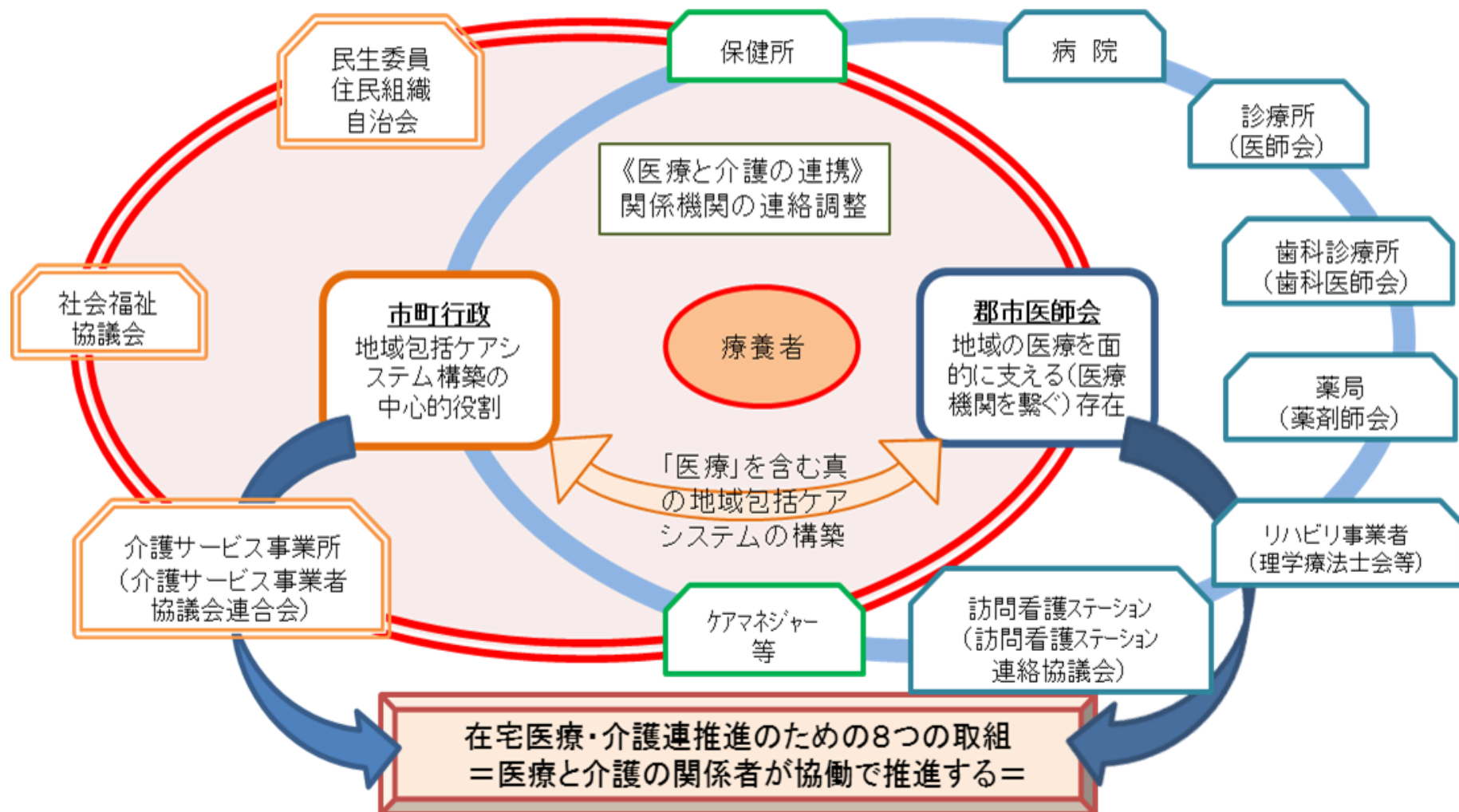
【推進体制】 在宅医療等推進協議会/医療福祉・在宅看取りの地域創造会議/医療福祉を推進する地域協議会  
 【指針】 滋賀県保健医療計画、滋賀県における在宅医療推進のための基本方針

ア

イ

## 在宅医療・介護連携の推進

医療・介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが可能となるよう、住民に身近な市町が中心となって、地域医師会との連携のもとで在宅医療・介護連携の推進に取り組む



# 県（保健所）の役割

◎：H27強化 ○：継続

<p><b>ア) 地域の医療・介護の資源の把握</b></p>	<p><b>オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 在宅医療提供機関〔診療所（医科、歯科）、訪問看護、病院、薬局等〕情報</li> <li>◎ 在宅看取り実施機関に関する情報集約と提供</li> <li>◎ その他、県（保健所）が把握しているデータ及び資料提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 医療・介護関係者の連携を調整・支援する人材の育成を行う</li> <li>◎ 県内の連携調整実践者による情報共有の場を設ける</li> </ul>
<p><b>イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</b></p>	<p><b>カ) 医療・介護関係者の研修</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域の医療機関・介護事業者等の参画が得られやすいよう関係団体への協力依頼</li> <li>◎ 市町間の情報交換の場を設置し、自市町の特徴（課題）の明確化を支援する</li> <li>○ 県内各地の多職種研究会等の情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域リーダー活動の推進を目的に情報交換会を行う</li> <li>◎ 成人病センター及び滋賀医科大学が実施する人材育成研修への参加、出前講座の活用</li> <li>◎ 上記研修受講者を市町の実践者として活躍してもらえるよう連携する</li> <li>◎ 県と医師会共催で開催する在宅医療セミナープログラムの提供と活用の促進を図る</li> </ul>
<p><b>ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</b></p>	<p><b>キ) 地域住民への普及啓発</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 先行事例や好事例を把握し、そのノウハウを情報提供する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 県（保健所）作成の啓発紙等の情報提供</li> <li>○ 市町と県が役割分担をおこなった上で啓発に取り組む</li> </ul>
<p><b>エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援</b></p>	<p><b>ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村間の連携</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 三次及び二次圏域における既存の情報共有のためのルールの運用状況の評価検討</li> <li>○ 地域連携クリティカルパスの活用</li> <li>○ 多職種・他施設の情報共有を実現する在宅療養支援システム「淡海あさがおネット」の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 二次および三次医療圏内の病院から退院する事例に関して、県、保健所等は積極的に関係機関との調整を行い、情報共有の方法等に関する協議検討を行う</li> </ul>



# 市町における在宅医療・介護連携推進のための個別事業ごとの支援工程表(ア～ウ)

在宅医療・介護連携事業内容				2015	2016	2017	2018	
				(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	
				第6期介護保険事業計画・レイカディア滋賀プラン				
				滋賀県保健医療計画・在宅医療推進のための基本方針(H25～29)				
				地域医療ビジョン(2015～2025年)				
項目	取組内容 [◎強化 ○継続]	県	保健所					
ア) 地域の医療・介護の資源把握	◎ 在宅医療資源の情報提供 ・ 診療所(医科、歯科)、訪問看護、死亡統計等 ・ その他保健所が把握しているデータ ◎ 介護資源の情報提供 ◎ 市町資源マップ作成支援	○	○	必要資源項目把握				
					医療・介護資源情報提供			
			○			マップ作成に関する相談支援(市町の情報把握、提供、協議検討への参画)		
イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の	○ 県、圏域の医療関係団体・機関への協力依頼等調整 ◎ 市町間の情報交換の場を設置し、自市町の特徴(課題)の明確化を支援 ◎ 在宅医療に関するニーズ把握	○	○		団体依頼、調整			
		○	○		市町在宅医療・介護連携推進センター、在宅医療政策検討会(県)市町情報交換会(保健所)			
		○		在宅医療現状調査	県民意識調査	計画策定に反映		
ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	◎ 県内取り組み事例の把握とそのノウハウの情報提供 ・ 24時間対応可能な地域の多職種チーム支援事例等 ◎ 医師会を中心とした在宅医のチーム体制推進への働きかけ	○	○	モデル市ヒアリング				
		○			市町在宅医療・介護連携推進センター、在宅医療在宅医療政策検討会(県)			
		○	○		地域連携コーディネーター機能と併せて検討するよう推奨・調整			

\* 次期計画策定の中で再構築する

# 市町における在宅医療・介護連携推進のための 個別事業ごとの支援工程表(エ〜ク)

在宅医療・介護連携事業内容				2015	2016	2017	2018	
				(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	
				第6期介護保険事業計画・レイカディア滋賀プラン				
				滋賀県保健医療計画・在宅医療推進のための基本方針(H25~29)				
				地域医療ビジョン(2015~2025年)				
工) 医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 三次及び二次医療圏域における既存の情報共有のための退院支援ルール評価・検討</li> <li>○ 地域連携クリティカルパスの活用促進</li> <li>○ 淡海あさがおネットの活用支援</li> </ul>	○	○	退院支援ルール評価検討事	退院支援ルール運用、評価、実態調査			
オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 医療・介護関係者の連携を調整・支援する地域連携コーディネーター人材の育成</li> <li>◎ 連携調整実践者の資質向上のための情報交換、研修開催</li> </ul>	○	○	地域在宅医療連携拠点機能整備事業(医師会)				
カ) 医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町単位の多職種協働のチーム支援体制の促進</li> <li>◎ 在宅医療推進に関連した研修会の情報提供</li> <li>◎ 在宅医療セミナープログラム活用、セミナー参加医師の参画</li> </ul>	○	○	地域医療をチームで担う人材育成研修(成人病センター)	多職種連携共通人材育成研修(滋賀医大)			
キ) 普及啓発	○ 市町、県の役割分担の上で効果的な実施	○	○	市町、関係団体(地域創造会議、医療福祉を推進する圏域協議会)等と調整しつつ実施				
ク) 他市町との広域連携	○ 市町を越える医療介護連携に関する体制整備		○	切れ目のない医療介護連携推進の仕組みに関する協議検討の場の設置 *地域連携クリティカルパス推進事業、退院支援評価検討事業にて推進				
その他	○ 県としての推進の方向性の提示(合意)と関係機関との役割分担	○	○	滋賀県在宅医療等推進協議会(県) 医療福祉を推進する圏域協議会(保健所)				

\*次期計画策定の中で再構築する

# 各事業の面展開に向けたトータル的支援工程表

## ～市町の進捗に合わせた支援を行う～

※市町が在宅医療・介護連携を推進する際に要となる「コーディネーター機能を担う人材育成」と県が収集した県内事例を活用し8事業をより効果的に展開するための「情報交換、研修」を車の両輪として支援することにより、各市町の面展開を推進する。

【項目】	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30～
【市町8事業中の実施達成目標】				3/8以上	5/8以上	8/8	
				 <p>* (ア)～(ク)の8事業を計画的に順次実施し、H29年度中にすべてに取り組む</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(ア)資源把握、見える化</li> <li>(イ)協議検討の場設置</li> <li>(カ)多職種協働の核となる人材発掘と研修</li> <li>(ク)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</li> <li>(エ)医療・介護関係者の情報共有支援</li> <li>(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援</li> <li>(キ)地域住民への普及啓発</li> </ul>			

【項目】	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30～
【事例の蓄積】	<b>モデル的取り組み</b> ●在宅医療連携拠点→在宅医療充実強化事業 ・近江八幡市						
		●在宅医療充実強化事業 ・東近江市					
			●病病診・在宅連携体制構築事業 ・守山市				
		●在宅医療推進地域モデル事業 ・大津市 ・甲賀市 ・彦根市	・野洲市 ・高島市 ・豊郷町				
			8モデルまとめ、パターン化		<b>好事例、成功・失敗要因等集約・蓄積</b>		
【進捗把握】				<b>市町あて調査・実態把握(毎年度末)</b>			
【推進課題の明確化】				<b>実態分析 → 支援項目の具体化 → 研修、情報交換</b>			
<b>【コーディネーター人材の育成】</b> * 地域在宅医療連携拠点整備事業			<b>コーディネーター養成</b> ステップⅠ      ステップⅡ [対象]市町、医師会、地域連携コーディネーター、保健所 [内容] ステップⅠ：医療と介護をつなぐコーディネーターとは？を明確にする ステップⅡ：求めるコーディネーター機能を発揮できる人材の育成				
<b>【在宅医療介護連携意見交換】</b> * 市町在宅医療・介護連携推進セミナー * 在宅医療政策検討会			<b>在宅医療介護連携事業推進のための情報交換、研修</b> [対象]市町、地域医師会、地域連携コーディネーター、保健所 [内容] * 市町の進捗状況、推進の上での課題などテーマを絞って実施 ・モデル事業取り組み市町の事例紹介、市町間の情報交換を行い、事業推進計画の立案を支援する ・全国の先進事例に関わるアドバイザーの協力を得て、事業展開の進捗等トータルの支援を行う				

# モデル8事例の事業推進Keyword

## ～8市町担当者ヒアリングから①～

### 在宅医療担当窓口の 明確化＝組織化

- 市が医療に関わる意味！
- 市役所内の合意形成、横の連携

### モデル事業に取り組む ための要件と姿勢

- グランドデザインを描く
- 目指す方向の明確化
- 首長の決意表明

### 関係機関への 協力依頼・調整

- 調整相手がメリットを感じる
- 情報共有を丁寧！
- 相談先には結果報告...双方向

### 推進のための協議検討 できる「人」の確保と 「場」の設置

- 実質的に動ける「人」、協議の「場」の確保がカギ

### 戦略

- 既に養成した人材（地域リーダー）を中心に活動の拡大・充実をはかり、市全体の取り組みへ
- 行政は黒子に徹する

### 成功要因

- 市民病院の医師の兼務
- 医療職（医師）が動けば他は動く
- 体験型共同作業

### 苦労と 乗り越え体験

- 他職種間の言葉が心と体を動かす原動力に！

### 成果＊手応え

- 事業展開の多彩なパターンの誕生
- 内部組織の充実
- 行政への期待の高まり
- チーム力の実感

### KeyPerson

- KeyPersonを見極めることができるまでの地区把握が担当者に求められる
- 医師会長、熱心な医師、三師会、部長

### 今後

- やっていることの評価
- 見える化
- 数値化

# 各主体が担う主な役割・機能

## ～8市町担当者ヒアリングから②～

### 県

- 県が目指す在宅医療推進の方向性
- 保健所、市町、医師会等の関係機関の役割明示⇒市町が事業を推進しやすい環境づくり

### 保健所

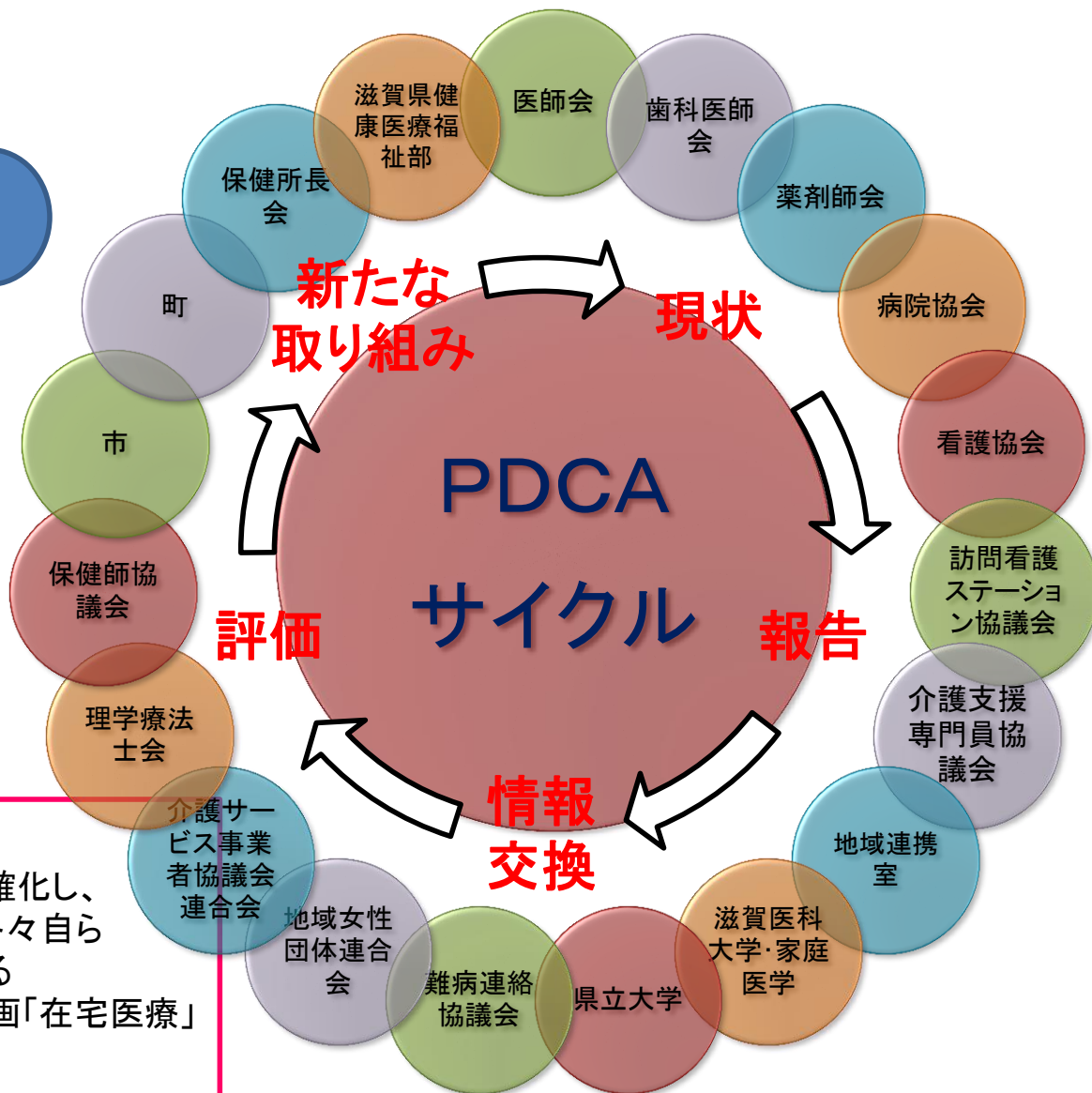
- 地域医師会と市町との連絡調整
- 今まで保健所が行ってきた在宅医療推進事業と今後市町が行う事業の整理、役割分担
- 市町に伴走し、事業推進に関する提案や実施
- 病院バックアップ機能、退院支援ルールなど市町域を超える体制整備
- 郡市医師会や病院等関係機関に対する市町事業への協力要請
- 市町担当部課長等を対象とした在宅医療・介護推進のための会議

### 市町

- 事業の実施主体
- 開業医や介護事業者など地域に根差した在宅医療・介護人材との関係性の構築

# 在宅医療等推進協議会

19団体  
24名



- ◆ 平成18年に設置
- ◆ 各団体の役割を明確化し、数値目標めざして各々自ら取り組みを推進する
- ◆ 滋賀県保健医療計画「在宅医療」分野を詳細に記載

位置づけ・特徴

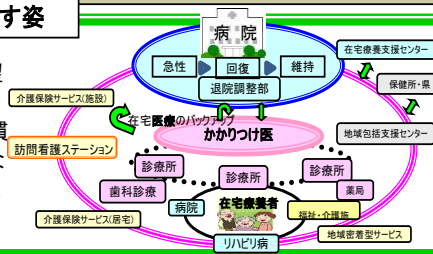
- ※ 平成18年に設置した各種機関・団体で構成する在宅医療等推進協議会が策定
- ※ 関係機関、団体の役割を明確にし、数値目標を目指して各々自らが取組を推進
- ※ 滋賀県保健医療計画「在宅医療」分野をより詳細に記載

県民の願い

- ◆ 今後充実してほしい医療分野
    - ・「がん対策」、「救急医療」、「認知症対策」、「在宅医療」、「小児医療」
  - ◆ 人生の最期を迎えたい場所
    - ・人生の最期を迎えたい場所として48%が自宅を希望
    - ・家族の負担や症状悪化時の不安を主な理由に56%が最期まで在宅療養は困難
- \*「H24滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」による

目指す姿

県内のどこに住んでいても、本人や家族の希望に応じて最適な医療福祉サービスを総合的に受けられる体制を構築することによって、住み慣れた家庭や地域で療養生活を送りたい、身近な人に囲まれて在宅で最期を迎えたいという県民の願いを実現する。



現状

(1)在宅医療のニーズ

- ・超高齢社会の到来
- ・県民意識調査(H24調査)
- 48%が自宅で療養し、終末期を迎えたいと思うが、介護負担や急変時の不安から多くが困難と回答。
- 78%が高齢期の生活に不安を持っている
- ・多死社会の到来

(2)在宅医療の対象者の状況

- ・要介護高齢者、要医療高齢者の増加
- ・認知症高齢者の増加
- ・医療機器を使用する在宅難病・障害者は、施設利用者より多い
- ・在宅看取り数(H23年14.9%)

(3)在宅ネットワークの状況

- ・退院調整部署を設置している病院(H24年5月)96.6%
- ・ケアマネジャーが参加する退院調整カンファレンスの実施(H23年7月)70.4%
- ・地域連携型リハビリパスの活用病院は徐々に増加

(4)それぞれの立場からの意見

- [本人・家族]自らが社会的役割を果たすよう活動を行っている制度の間、疾患の理解、病診連携上の課題
- [医療関係者]病診連携、医療と介護の連携上の課題、人材不足
- [介護関係者]医療を必要とする人の在宅療養支援上の課題

課題

- (1)入院から在宅への切れ目のない継続支援が十分に提供されていない
- (2)在宅療養を支援する医療資源の整備とネットワークが十分でない
- (3)在宅医療を担う人材の養成とスキルアップの仕組みができていない
- (4)本人が望む場所での療養、終末期ケア、(5)在宅療養を支援する拠点がなく、看取りが可能な地域になっていない

基本的な方向・目標・施策内

- (1)入院から在宅療養への円滑な移行の促進
- (2)在宅療養を支援する医療資源の整備・充実とネットワークの促進
- (3)在宅医療を担う人材養成とスキルアップの仕組みを構築する
- (4)本人が望む場所での看取りが可能な体制を整備する
- (5)緊急時の対応を整備する
- (6)在宅療養を支援する拠点を整備する
- (7)地域包括ケアシステムを推進する

【(1)～(7)の内容】

- (1) \* 病院における退院調整機能の充実 \* 地域連携クリティカルパスの推進
- (2) \* 在宅医療を担う診療所を増やす \* 訪問看護師の増加と訪問看護ステーションの充実強化 \* 在宅医療を担う薬局を増やす \* 訪問リハビリテーションを増やす
- \* 在宅医療ニーズに応じたマネジメント能力を持つ介護支援専門員を増やす
  - (3) \* 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材を養成する \* 地域の関係機関が協力したOJT機能の実践 \* 訪問看護師養成プログラム作成と現認教育の実施 \* 認定看護師の活用 \* 在宅医療セミナー
  - \* 県民主体、地域全体が主体的に在宅療養(看取りを含む)ができるための意識啓発を行う \* 24時間のチームケア体制を構築する \* 特別養護老人ホームやグループホーム等での看取り体制を推進する
  - \* 複数の医師や訪問看護師の連携による24時間対応体制構築 \* レスパイト体制の構築 \* 病院退院時の患者登録
  - \* 医療と介護のコーディネーター、情報管理、関係者間の意見交換等の場の確保
  - \* 「在宅医療支援」を包括的に提供するケア体制を構築する

H29年の数値目標

【入院から在宅への円滑な移行を促進】

[退院調整体制整備]	57病院(H24.5) ⇒ 59病院
[退院調整看護師の配置]	39病院(H24.5) ⇒ 59病院
[退院調整カンファレンス参加診療所]	⇒ 307診療所
[地域連携クリティカルパス実施病院]	63病院(H24.5) ⇒ 118病院

【医療資源・充実とネットワークの促進】

[在宅療養支援診療所数]	96診療所(H24.7) ⇒ 150診療所
[訪問診療を受けた患者数]	3,805人/月(H22) ⇒ 5,100人/月
[在宅療養支援病院数]	4病院(H24.1) ⇒ 8病院
[在宅療養支援歯科診療所数]	4診療所(H24.7) ⇒ 9診療所
[訪問歯科診療所数]	89診療所(H24.4) ⇒ 130診療所
[常勤訪問看護師数]	405人(H24.9) ⇒ (H27)490人
[24時間定期訪問看護ステーション数]	1か所(H24.7) ⇒ 7か所

【医療資源・充実とネットワークの促進】

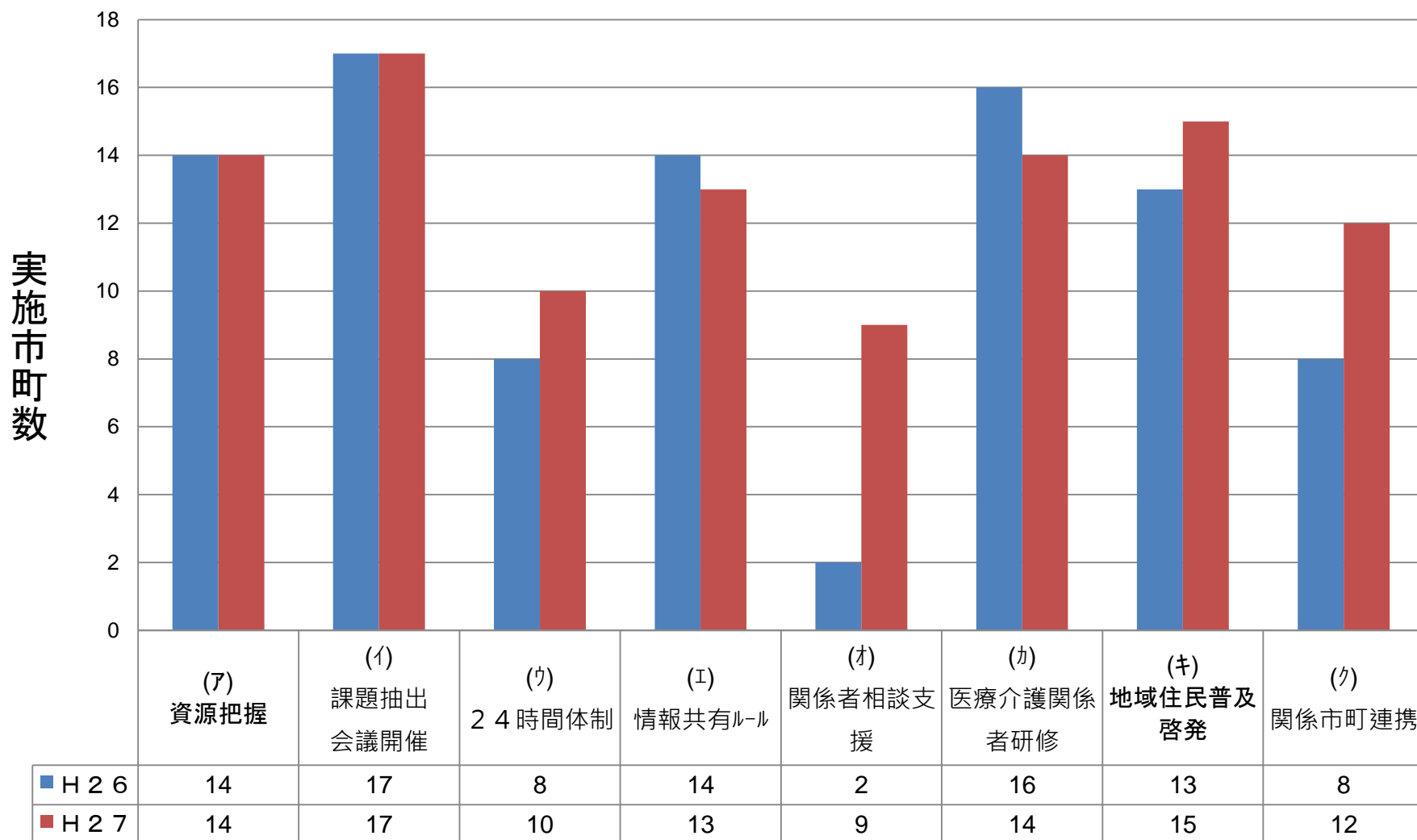
[麻薬管理可能薬局]	330薬局(H24.3) ⇒ 382薬局
[クリーンベンチ設置薬局数]	9か所(H24.3) ⇒ 13か所
[時間外対応薬局数]	253薬局(H24.8) ⇒ 332薬局
[痰吸引・経管栄養登録特定行為事業者数]	78事業所(H24.11) ⇒ 230事業所
【本人の望む場所での看取りが可能な体制】	
[在宅(自宅・老人ホーム)死亡率]	18.3%(H23) ⇒ 25.0%
[がんで在宅(自宅・老人ホーム)死亡率]	8.7%(H23) ⇒ 10.0%

推進体制

在宅医療に関わる団体・機関が、それぞれの役割に応じて、目指す在宅医療福祉の実現のために取り組む



# 在宅医療・介護連携推進事業取り組み状況



# 注意していること・心掛けていること



- 目指す姿＝目的を見失わない！  
こなす事業＝帳面消しにならない！  
急がない！ じっくり話し合える仲間（同志）をつくる  
行く末は、市町の大事なシンクタンクに
- 根拠ある（実態把握）方向性の明確化と合意形成  
（共有）
- 具体的な目標を設定する  
継続性、モチベーションの維持と向上につながる
- ロードマップの作成と進捗管理の共有

県は、

- ☆ “何でだろ～??”と考えられる「材料」&「場」の提供  
… そこから「情報」&「妄想」が広がる
- ☆ きっかけをどう作るか！！



## 地域の医療・介護資源の把握

- \* 在宅医療関連機関数の現状と10年後
- \* 県民意識調査の結果
- \* 医療介護需要増減予測
- \* 病院のバックアップ機能
- \* 生活圏域別在支診、訪看ステーション

# 在宅医療資源の現状

滋賀県の在宅医療資源の整備状況は、  
**すべて全国平均を下回っている**

NO	施設名〈単位〉	全国	滋賀県	差引
1	在宅療養支援病院〈か所〉	0.41	0.29	-0.12
2	在宅療養支援診療所〈か所〉	10.1	5.6	-4.5
3	在宅療養支援歯科診療所〈%〉	7.2	0.7	-6.5
4	在宅患者訪問指導薬局〈%〉	78.6	74.1	-4.5
5	訪問看護事業所〈か所〉	7.0	6.3	-0.7

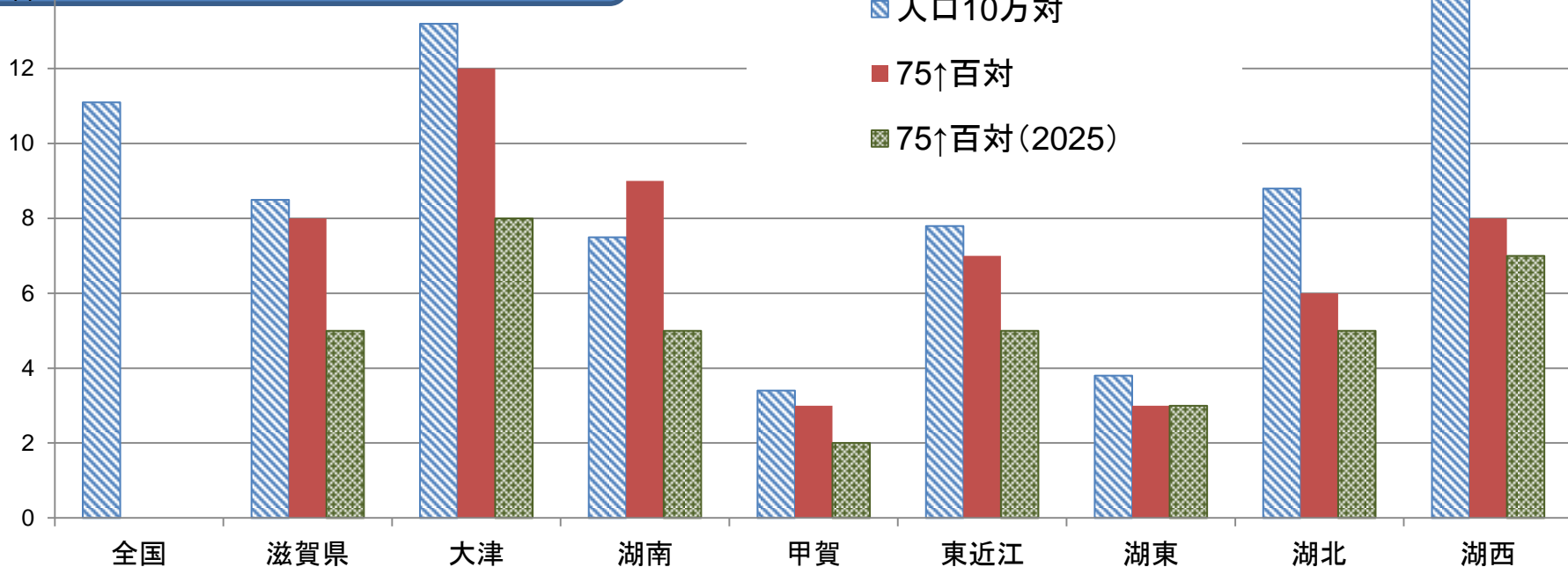
注：1,2,5の「か所数」は、すべて人口10万人当たり(2011)

3は在宅療養支援歯科診療所届出割合(2012)

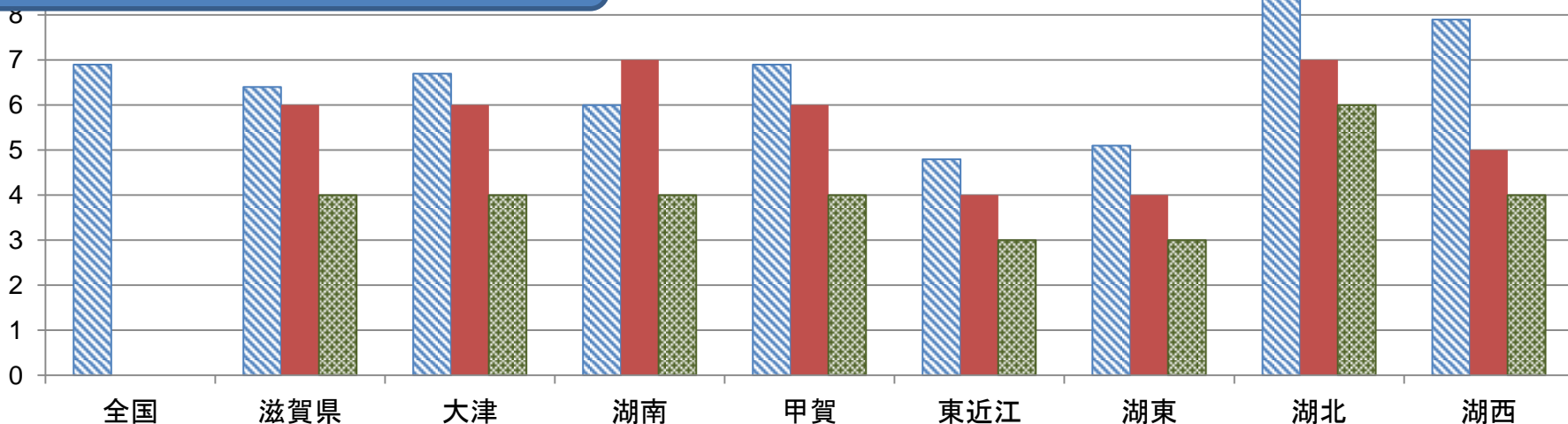
4は在宅患者訪問薬剤管理指導料届出割合(2011)

# 在宅療養支援診療所数

14

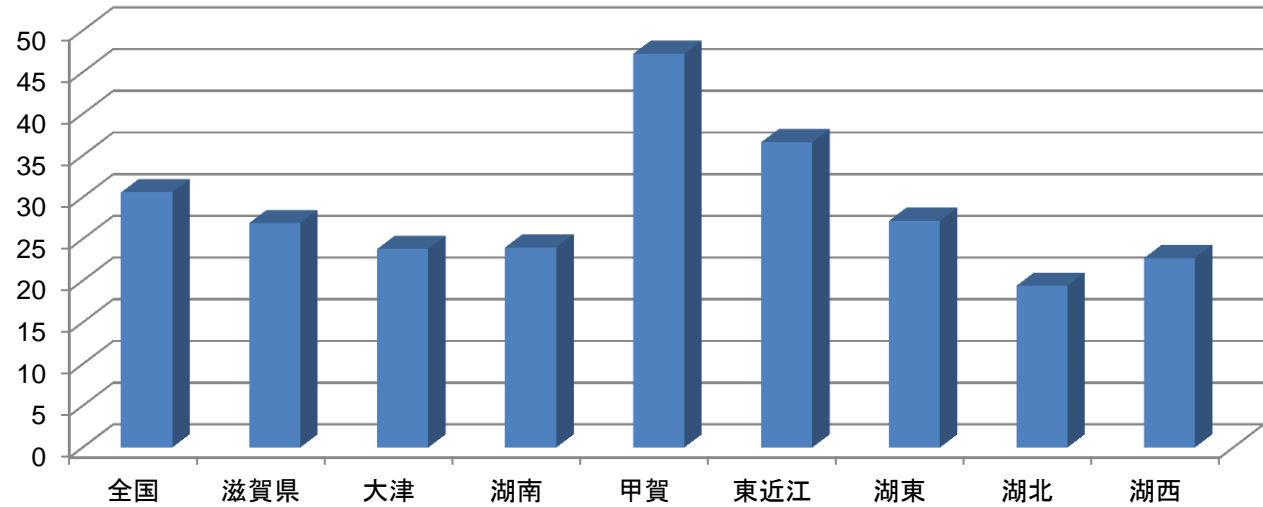


# 訪問看護ステーション数

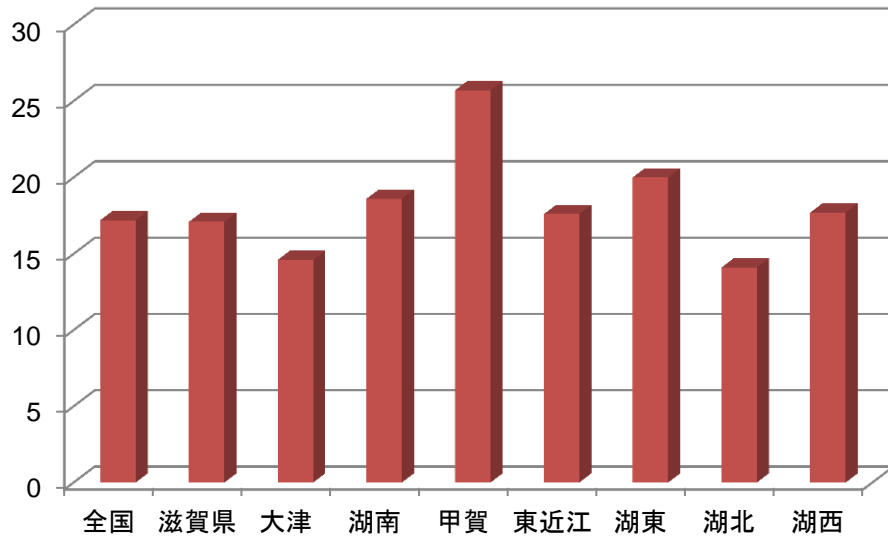


# 平均在院日数の状況

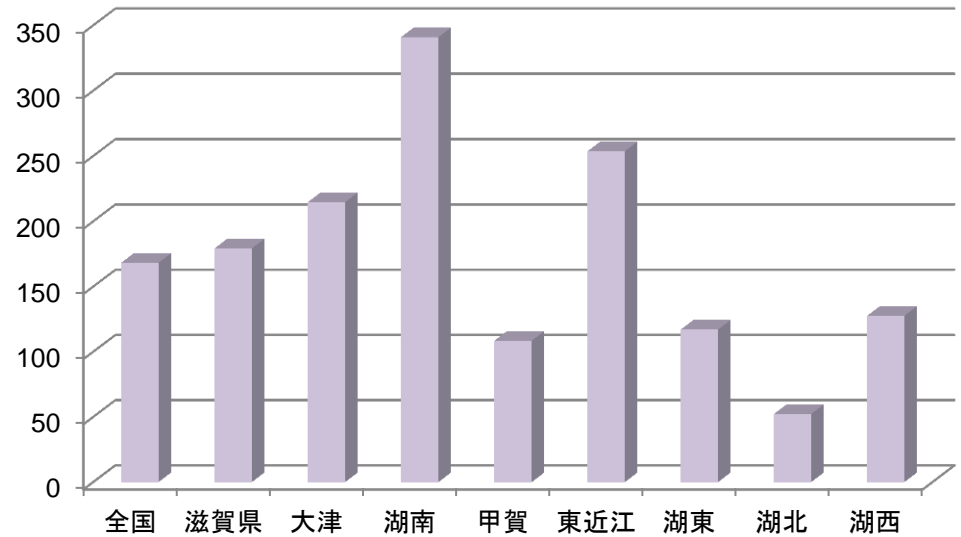
## 【平均在院日数】



## 【一般病床】

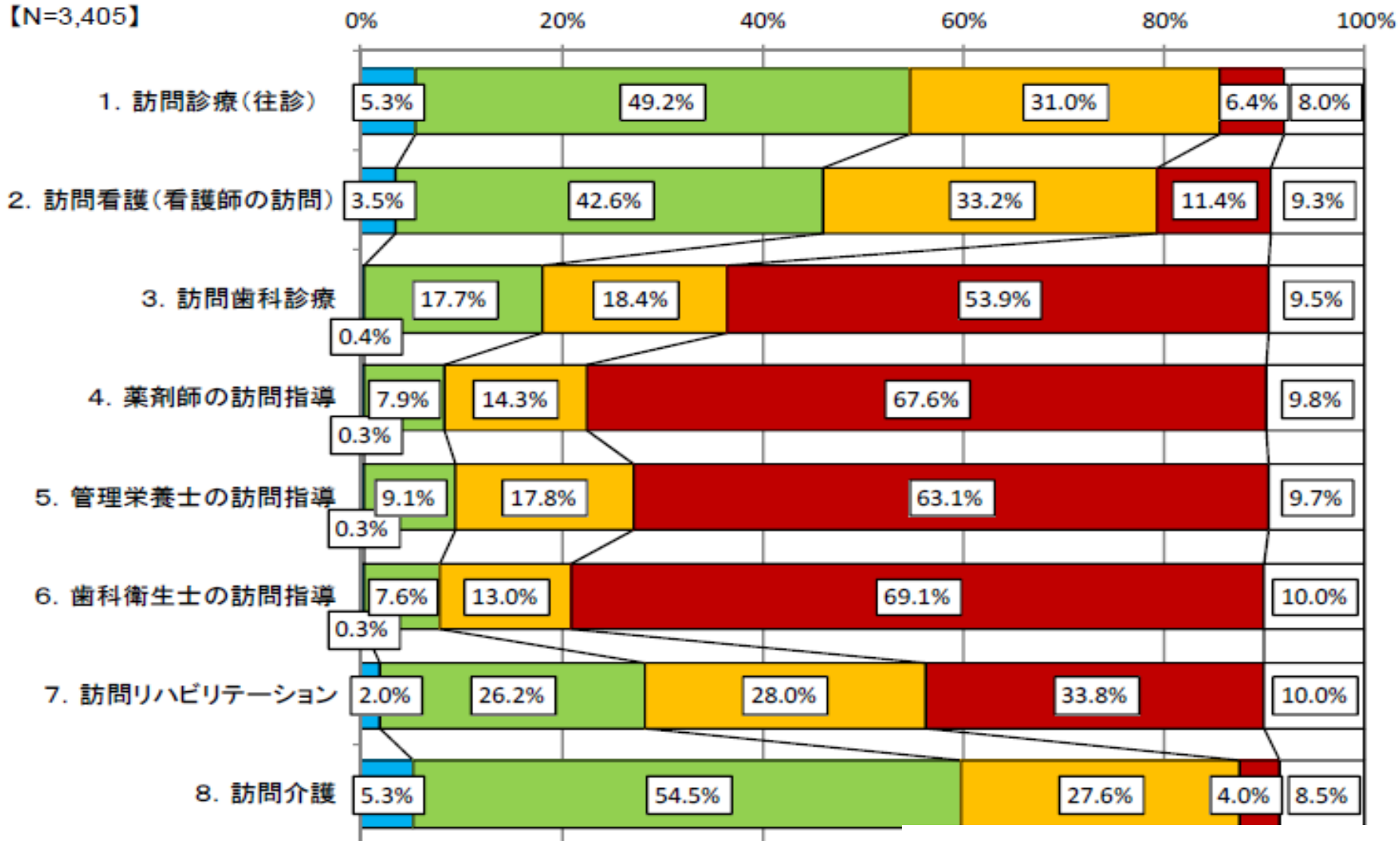


## 【療養病床】



# 在宅医療サービスの認知度

【N=3,405】



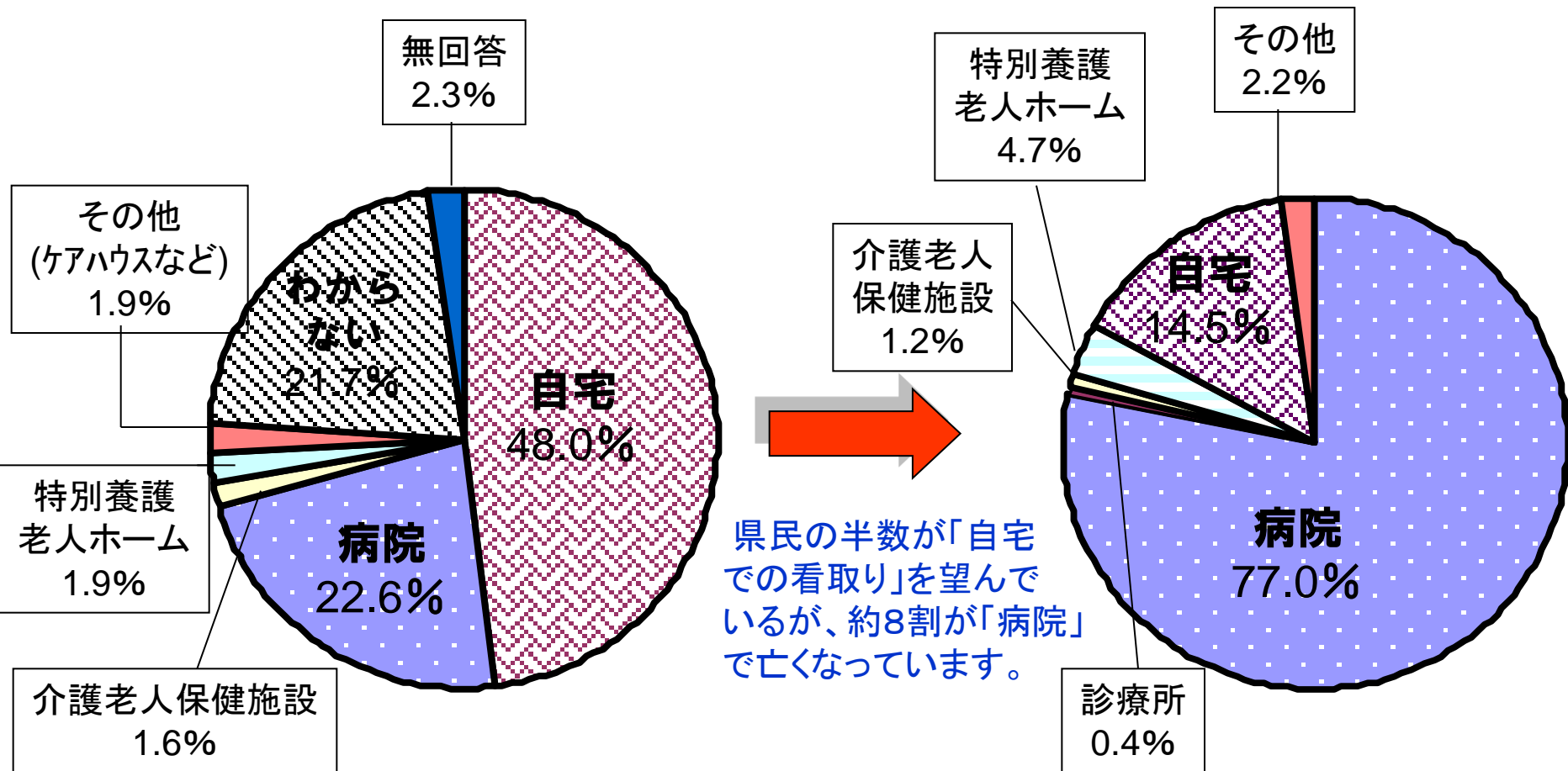
滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(平成24年度)

■ 実際に利用したことがある
 ■ 利用したことはないが、内容は知っている
 ■ 聞いたことはあるが、内容は知らない
 ■ 全く知らない
 □ 無回答

# 滋賀県民の看取り 理想と現実のギャップ

## どこで最期を迎えたいか？

## 実際に最期を迎える場所



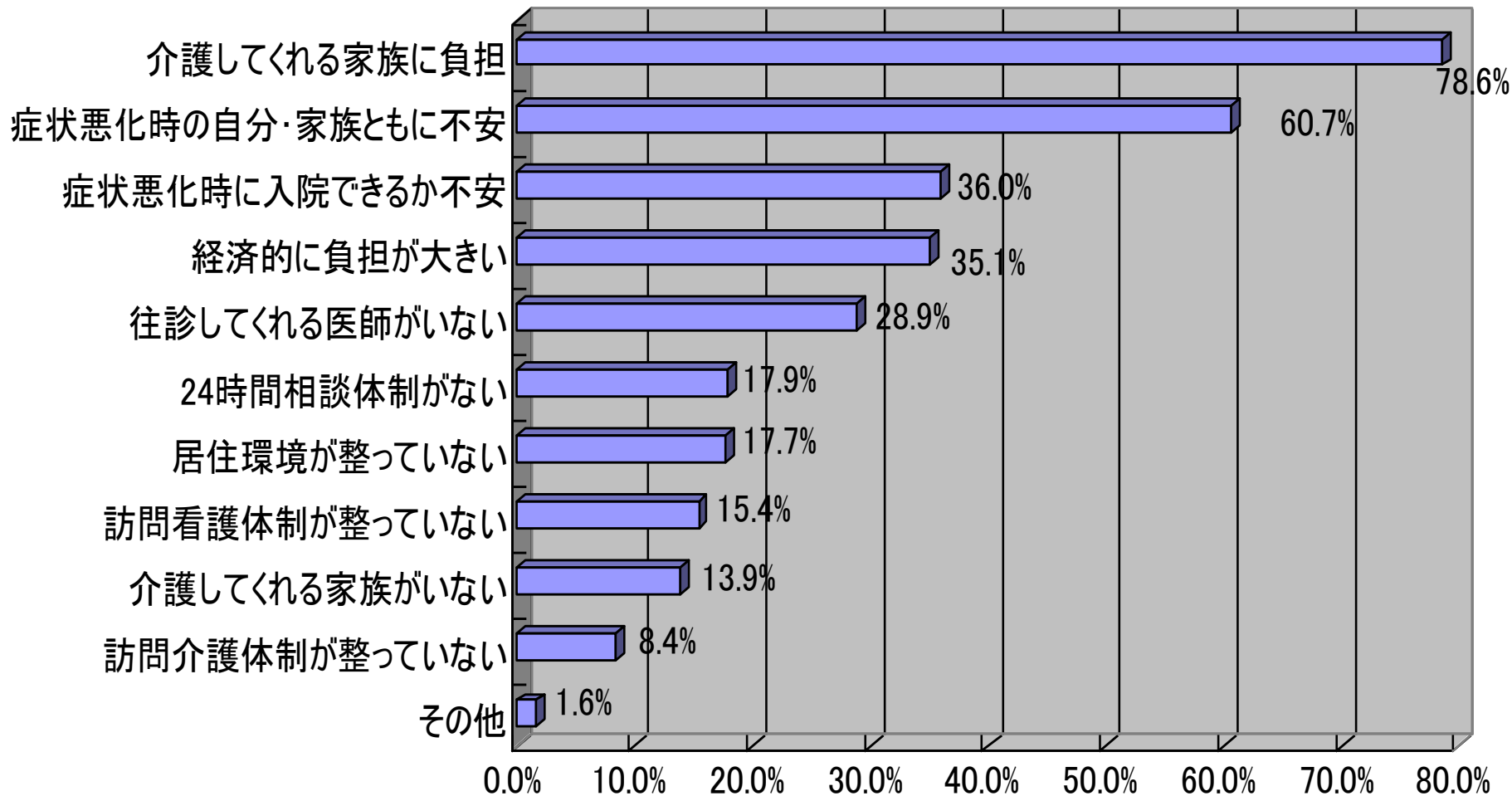
(左グラフ) 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(平成24年度)

(右グラフ) 平成25年滋賀県死亡数(場所別)厚生労働省人口動態統計を元に作成 23



# 自宅で最期まで療養困難と思う理由は？

滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(平成24年度より)

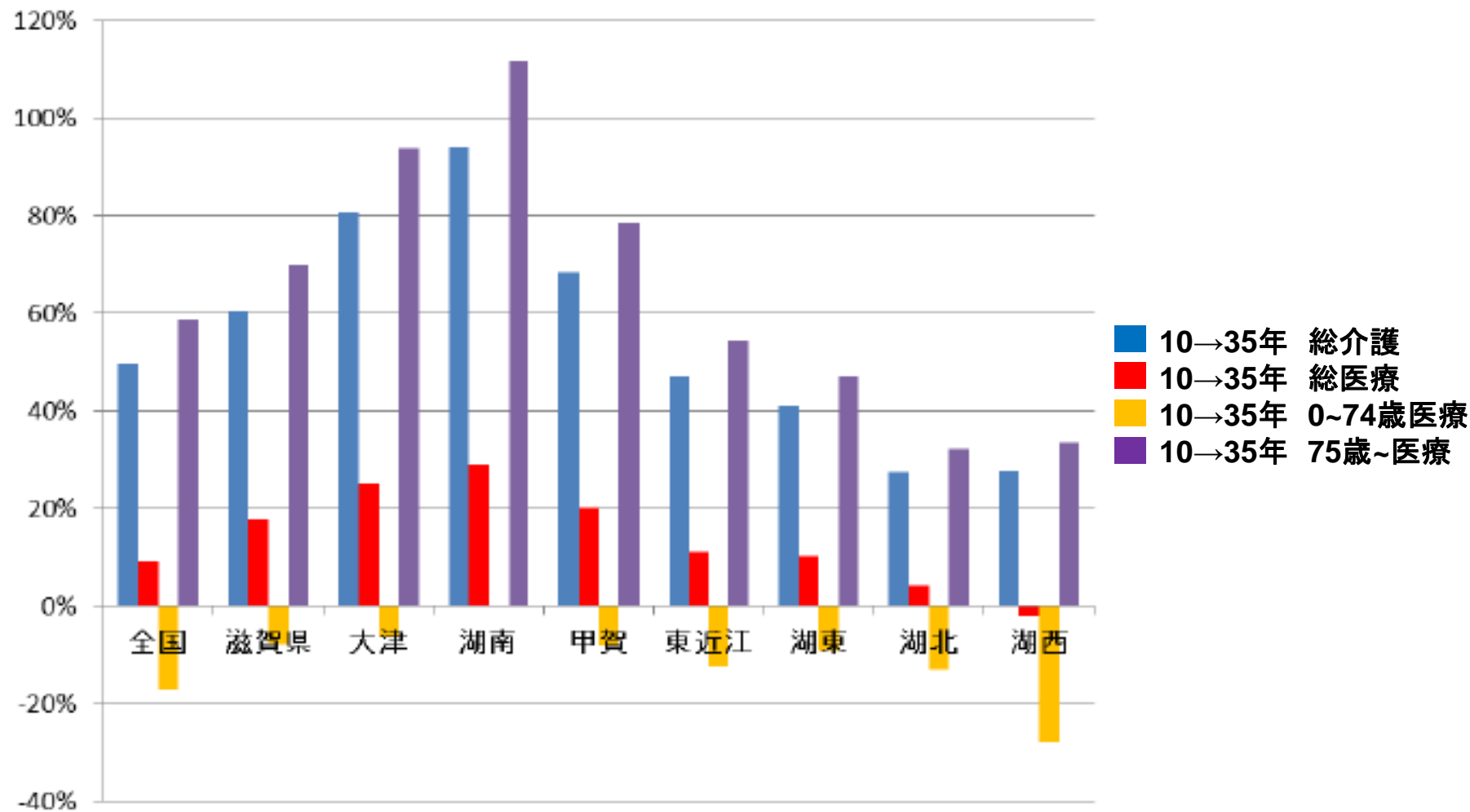


# 医療・介護保険の在宅医療関連サービス利用実人数

	大津		湖南		甲賀		東近江	
	H25	H26	H25	H26	H25	H26	H25	H26
訪問診療	3,736	3,994	1,910	2,031	450	457	1,494	1,787
訪問歯科	1,587	2,391	976	1,130	319	354	461	933
訪問薬剤	614	755	275	342	47	83	194	205
訪問栄養	5	13	0	1	0	0	4	0
訪問歯科衛生	812	1,210	370	451	186	195	206	488
訪問看護	2,348	2,500	3,467	3,771	1,462	1,561	1,618	1,821
訪問リハ	451	453	195	201	272	295	403	373

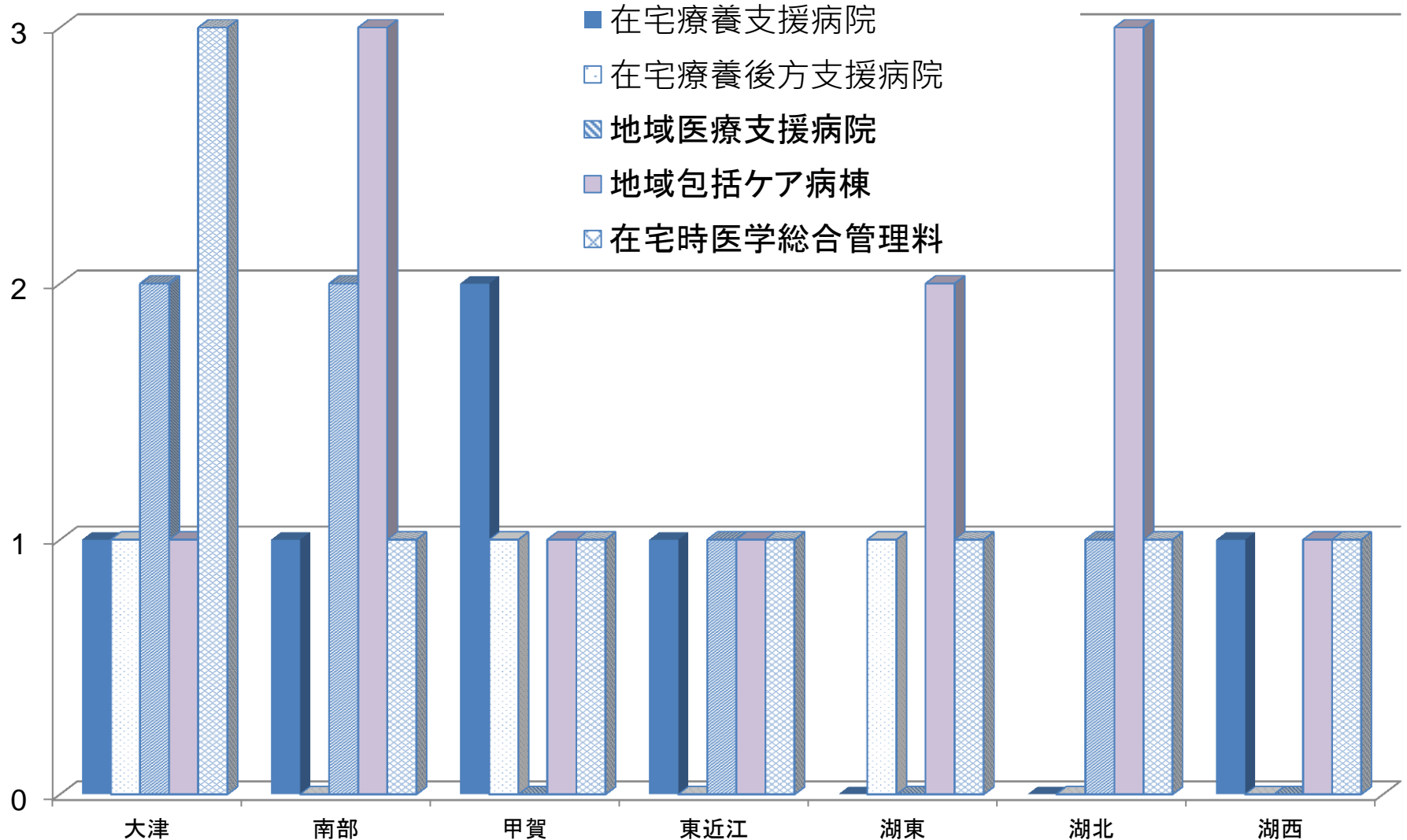
	湖東		湖北		湖西		全県	
	H25	H26	H25	H26	H25	H26	H25	H26
訪問診療	817	875	1,575	1,838	662	626	10,841	11,608
訪問歯科	168	363	200	302	75	104	3,786	5,577
訪問薬剤	71	125	129	161	9	21	1,339	1,692
訪問栄養	6	4	1	2	0	0	16	20
訪問歯科衛生	50	155	39	59	16	18	1,679	2,576
訪問看護	1,465	1,584	1,992	2,182	745	761	13,097	14,180
訪問リハ	243	236	83	109	163	161	1,810	1,823

# 2010年(H22)→35年(H47) 医療介護需要 増減予測



高橋泰、(株)ウェルネス、「二次医療圏データベース集計集」2012  
厚生労働省「医療計画の見直しに関する都道府県別説明会資料」H24.3

# 病院の在宅バックアップ機能①



# 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション[サテライト除く]生活圏域別の数(H27.9.1現在)

日常生活圏域人口：第6期介護保険事業計画

中学校名(区)	日常生活圏域	在支診数	訪看ST数	人口構成				1在支診あたり人口			1訪看STあたり人口		
				人口	65~	75~	高齢化率	人口	65~	75~	人口	65~	75~
長浜市													
西南	①	2	5	27,090	6,886	3,710	25.4	13,545	3,443	1,855	5,418	1,377	742
北東	②	3	0	34,476	7,609	3,562	22.1	11,492	2,536	1,187	—	—	—
浅井	③	1	1	13,319	3,234	1,638	24.3	13,319	3,234	1,638	13,319	3,234	1,638
びわ	④	1	2	7,063	2,099	1,046	29.7	7,063	2,099	1,046	—	—	—
虎姫	⑤	1	0	5,175	1,510	789	29.2	5,175	1,510	789	—	—	—
湖北	⑥	0	1	8,816	2,383	1,221	27	—	—	—	8,816	2,383	1,221
高月	⑦	1	1	9,954	2,731	1,344	27.4	9,954	2,731	1,344	9,954	2,731	1,344
木之本	⑧	1	1	7,436	2,513	1,384	33.8	7,436	2,513	1,384	7,436	2,513	1,384
杉野	⑨	0	0	3,367	1,281	739	38	—	—	—	—	—	—
鏡岡	⑩	0	0	4,203	1,390	748	33.1	—	—	—	—	—	—
西浅井	⑩	0	0	4,203	1,390	748	33.1	—	—	—	—	—	—
【計】		10	11	120,899	31,636	16,181	26.2	8,498	2,258	1,155	8,989	2,448	1,266

## 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション[サテライト除く]生活圏域別の数(H27.9.1現在)

※生活圏域資源評価：2カ所以上「◎」、1カ所「○」、0カ所「×」

評価基準	在支診			
	◎	◎	○	×
○	◎	○	×	
×	○	×	×	

中学校名(区)	日常生活圏域	在支診数	訪看ST数	生活圏域資源評価			中学校名(区)	日常生活圏域	在支診数	訪看ST数	生活圏域資源評価		
				在支診	訪看ST	総合					在支診	訪看ST	総合
大津市							甲賀市						
堅田	①	3	2	◎	◎	◎	水口	①	0	2	×	◎	×
仰木	②	0	1	×	○	×	城山	②	1	1	○	○	○
葛川							土山	③	0	0	×	×	×
伊香立	③	5	3	◎	◎	◎	甲賀	④	2	1	◎	○	◎
真野							甲南	⑤	1	0	○	×	×
日吉	④	5	3	◎	◎	◎	信楽	⑥	0	0	×	×	×
唐崎							【計】	4	4				
皇子山	⑤	1	3	○	◎	○	野洲市						
皇子山	⑥	5	3	◎	◎	◎	中主	①	2	2	◎	◎	◎
							野洲	②	1	1	○	○	○
							野洲北	③	0	1	×	○	×

評価

日常生活圏域83:「◎」27(32.5%) 「○」23(27.7%) 「×」33(39.8%)

県は、

- ☆ 人材の養成 ⇒ 市町が実践活動に結び付ける
- ☆ 在宅医療人材養成のノウハウの提供

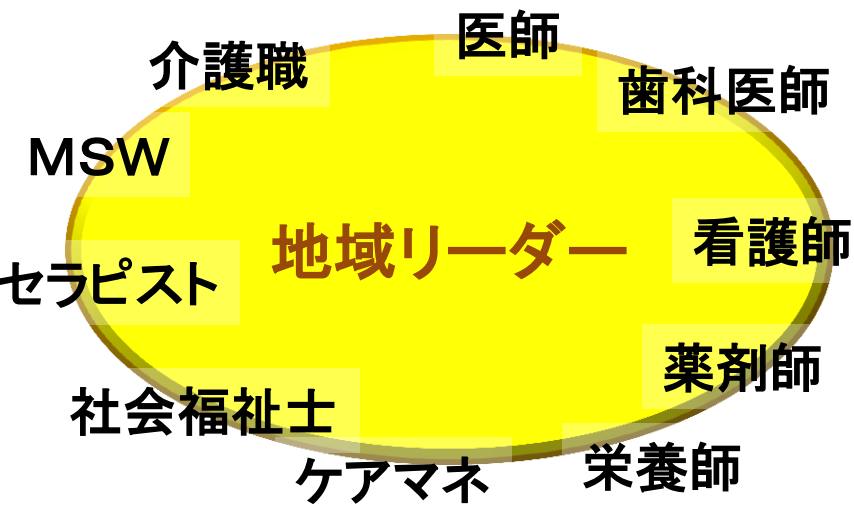
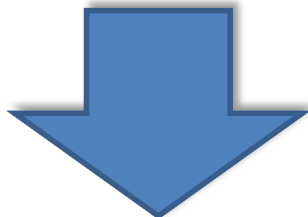
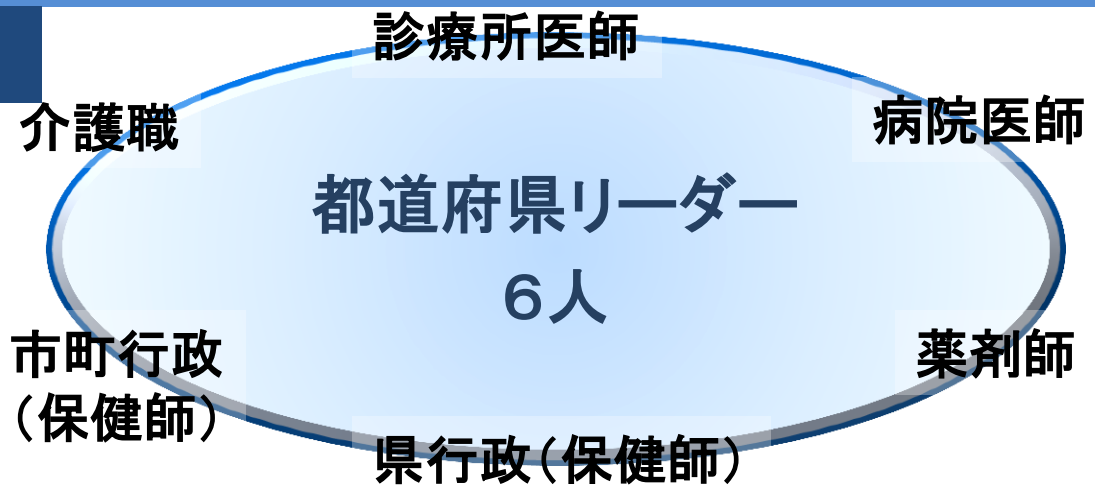


## 医療・介護関係者の研修

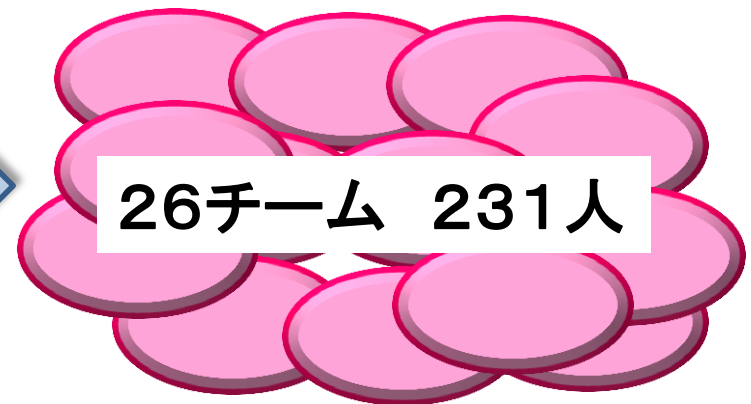
- \* 都道府県リーダー
- \* 地域リーダー
- \* 地域リーダーステップアップ
- \* 在宅医療セミナー
- \* 県内各地の多職種研究会

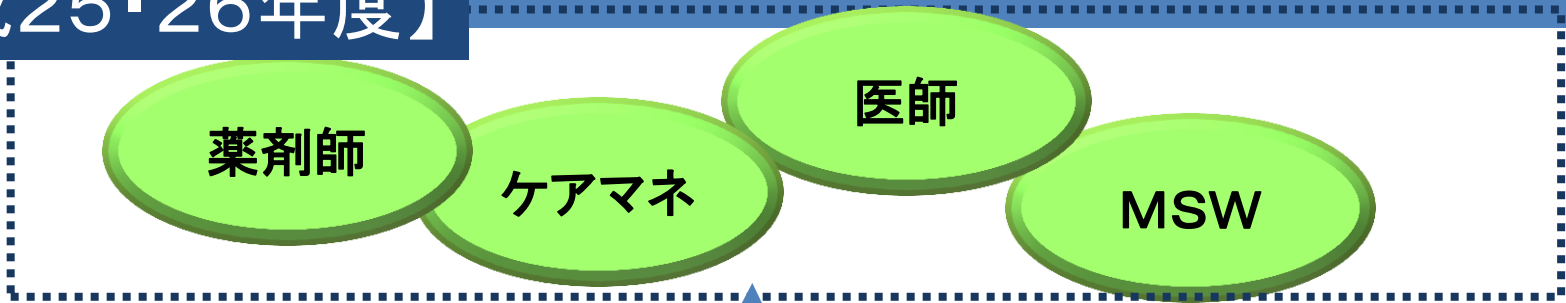
# 在宅医療を行う人材育成

【平成24年度】



19市町で  
結成!





職能団体内の理解・活動者の増加

地域リーダーの活動展開

患者毎に多職種チーム支援の増加⇒ 在宅療養の質向上と療養者の増加



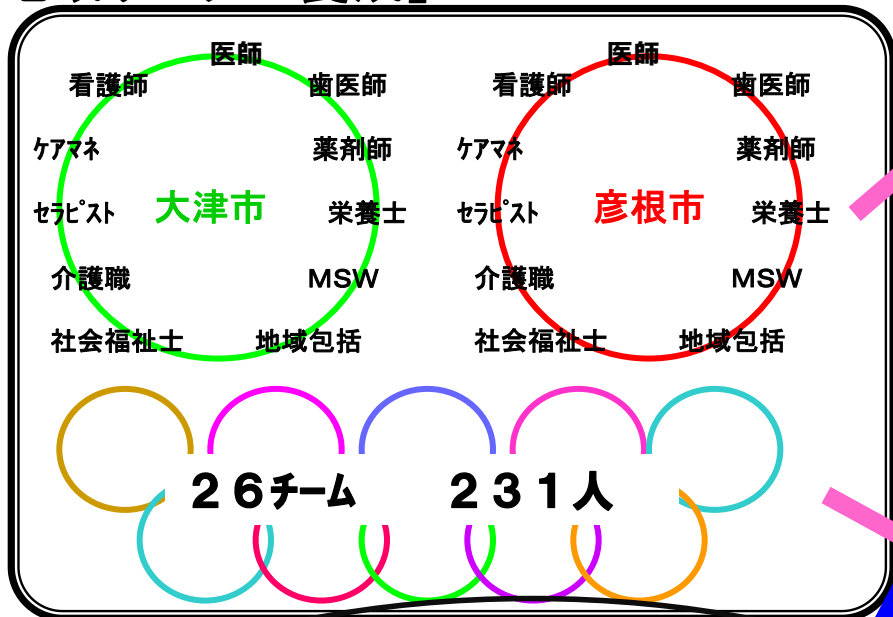
『地域リーダーステップアップ交流会』で活動のバージョンアップ  
内容;市町地域リーダーの実践報告、市町間交流



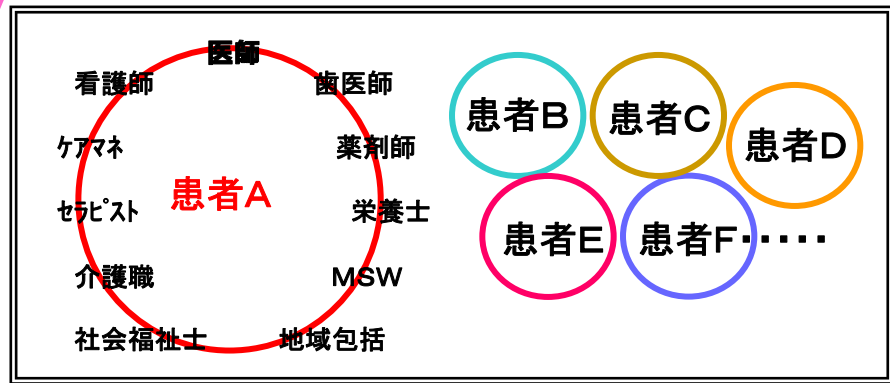
# 多職種協働の在宅医療推進

## 人材の養成一つなぐ一動く(当事者・地域・関係者)

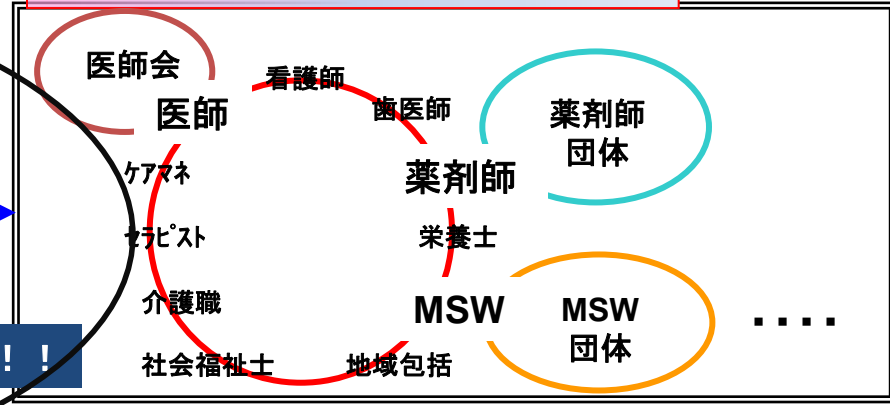
### 【地域リーダー養成】



チーム支援の増加



職能団体内の理解・活動者増加



### 【在宅医療セミナー】




地域医師会と市町が《多職種が協議できる場の設置》

# 在宅医療・介護連携推進事業(介護保険の地域支援事業)

**(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握**

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査した結果を、関係者間で共有、住民にも公表 等




(熊本市)

**(エ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援**

- ◆ 地域連携パス(在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の情報を含む)等の活用により、在宅医療・介護の情報の共有支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも対応 等

**(キ) 地域住民への普及啓発**

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについても普及啓発等



(鶴岡地区医師会)

**(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議**

- ◆ 地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議 等

**(オ) 在宅医療・介護関係者の研修**

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて、多職種連携の実際を学ぶ
- ◆ 介護職種を対象とした医療関連のテーマの研修会を開催 等

**(ク) 二次医療圏内・関係市区町村の連携**

- ◆ 二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護等の関係者間で情報共有の方法等について協議 等

15

**(ウ) 在宅医療・介護連携支援センター(仮称)の運営等**

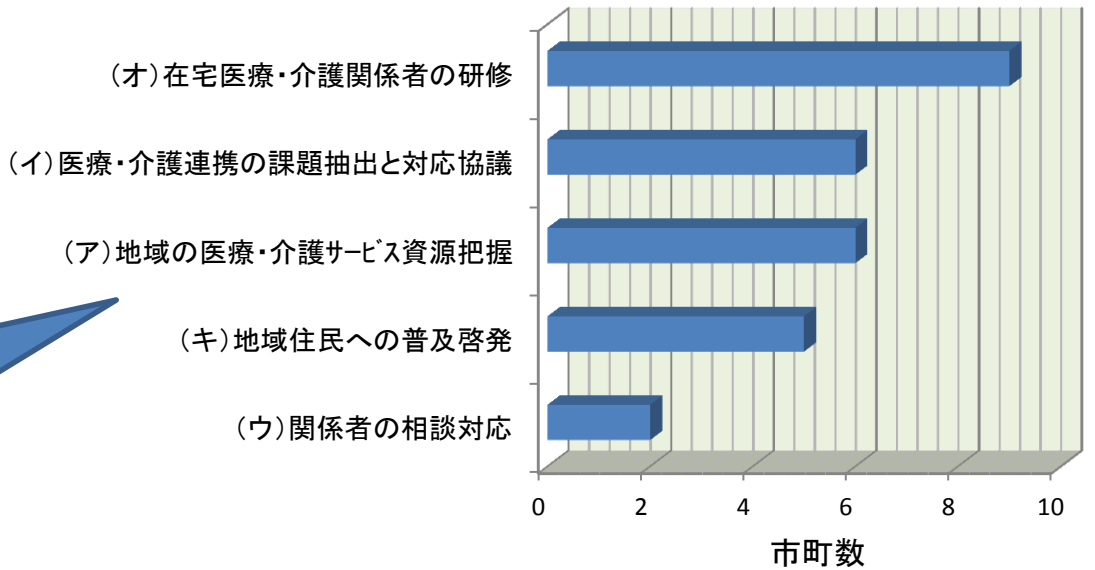
- ◆ 在宅医療・介護連携の支援窓口の設置・運営により、在宅医療と介護サービスの担当者(看護師、社会福祉士等)の連携を支援するコーディネーターを配置して、連携の取組の支援とともに、ケアマネジャー等から相談受付 等

**(カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築**

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を整備 等

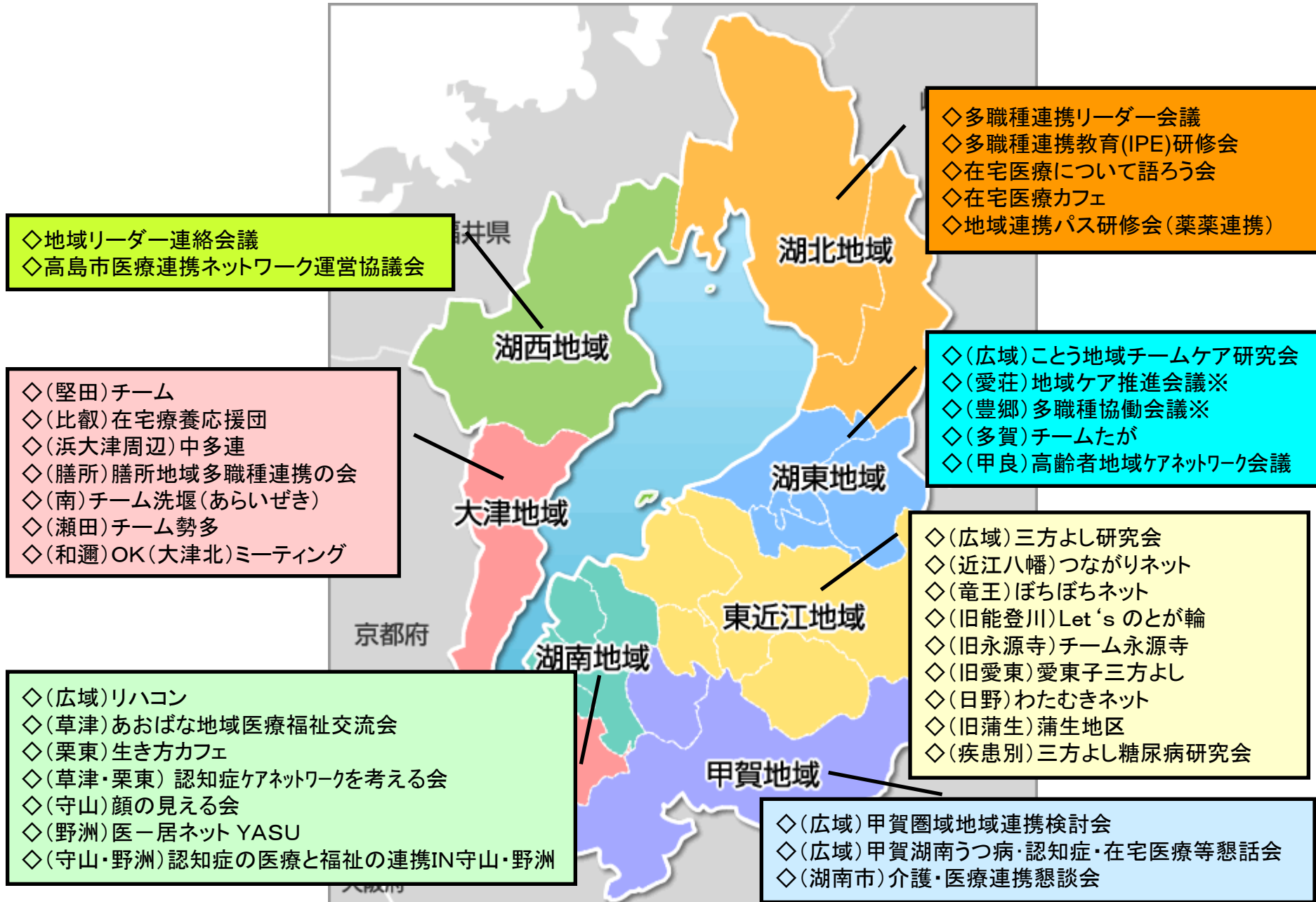
## 事業項目別 市町地域リーダー参画状況

県内19市町中  
16市町の地域リーダーが  
いずれかの事業に参画



# 県内各地で動き出した多職種が集まり

H27.4.30現在



保健所・県は、

- ☆ 病院、診療所等の関係団体との調整
- ☆ 市町圏域を越える連携体制の構築

市町は、

- ☆ そのルールが住民の療養生活にどのような変化をもたらしているか？を現状把握する。



## 在宅医療・介護連携に関する 関係市区町村の連携

- \* 地域連携クリティカルパス
- \* 退院支援ルール評価検討

H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度以降
-------	-------	-------	-------	---------

○ 退院支援ルール評価検討事業				
大津市	・都道府県医療介護連携調整実証事業(国モデル)	・試行実施 (6月)調査⇒(8月)会議⇒(12月)調査⇒(2月)会議	・本格実施 6カ月毎の現状調査、病院とケアマネ会議	・ルールの評価、見直し
6圏域	・退院支援ルール評価検討 ・退院支援ルールの策定 (8月)ケアマネ調査⇒分析結果に基づく圏域検討会議	・試行実施 (6月)調査⇒(8月)会議⇒(12月)調査⇒(2月)会議	・本格実施 6カ月毎の現状調査、病院とケアマネ会議	・[各保健所] ・病院、ケアマネ情報交換、ルール評価検討 [県] ・保健所情報交換 ・ルール評価検討(実態調査の実施・分析)
全県	・保健所担当者会議の開催			

【地域連携クリティカルパス推進事業】

推進項目	H24	H25	H26	H27	H28	H29 (目標年)	H30以降
1 運用実績 (H24～26)							
脳卒中	35	38	37				<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年運用状況調査</li> <li>・目標に向けた推進</li> </ul>
がん	25	26	25				
糖尿病	7	7	7				
急性心筋梗塞	4	4	4				
取組病院総数	71	75	73			118 ↑ 4疾患×59病院×50%	
2 目標に向けた取り組み				・実績のない病院の現状分析 ・数値目標の評価・見直し	・取り組み推進	・目標評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>〈推進のための協議の場の設置〉</li> <li>○在宅医療等推進協議会</li> <li>○保健所担当者会議</li> </ul>
3 脳卒中パスの推進 * 県統一パスの運用	・県統一パスに向けた検討・統一パス作成		・東近江圏域地域クリティカルパス推進補助		・各圏域地域連携クリティカルパス推進事業(検討会議・研修)		
	・県統一パス運用に向けた圏域検討		・試行的運用		・県内病院と保健所推進検討会		
	・県統一パス運用(湖北除く)						
	・全圏域で統一パス運用						

## 【医療との連携に関するケアマネ向けアンケート集計結果(暫定版)1】

【調査対象】 介護支援専門員がH27年6月1日～30日に担当した利用者

【調査方法】 二次医療圏単位で、保健所が中心に実施(配布、回収、まとめ)

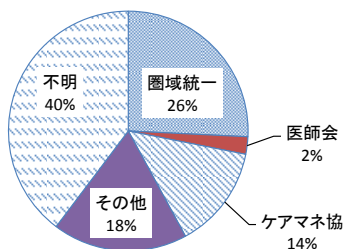
- ◆ 問3～8 大津圏域データなし ◆ 問9 湖北圏域データなし

回答ケアマネ数	介護度	1. 担当利用者数		2. 退院した利用者数		3. 退院した利用者のうちケアマネから病院に退院前に情報収集を行った数					4. 情報収集時の使用様式					5. 情報収集した時期			6. 情報収集の相手					7. 退院前カンファレンスに参加したケース数		8. 退院前カンファレンス時にケアプラン提示ケース数	
		ケース数	割合	ケース数	割合	圏域統一	医師会	ケアマネ協	その他	不明	退院カンファレンスの前	退院カンファレンス時	退院時	地域連携職員	担当医	病棟看護師	リハビリスタッフ	その他	ケース数	割合	ケース数	割合					
922	要介護	21,028	26,948	635	731	423	77.9	109	10	59	77	168	149	153	97	269	91	219	123	25	237	258	153	8	161		
	要支援	5,920		96																	21		8				
	不明	0		0																	0		0				

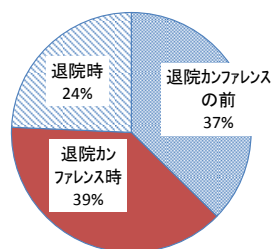


担当利用者			退院した利用者		退院前の情報収集		退院前カンファレンス			
介護度	ケアマネ1人あたり利用者数	ケアマネ数	人数	割合	実施したケース数	割合	参加ケース数	割合	ケアプラン提示ケース数	割合
要介護	21,028	22.8	635	3.0%	423	57.9%	237	37.3%	153	64.6%
要支援	5,920	6.5	96	1.7%			21	21.9%	8	38.1%
合計	26,948	29.3	731	2.7%			258	35.3%	161	62.4%

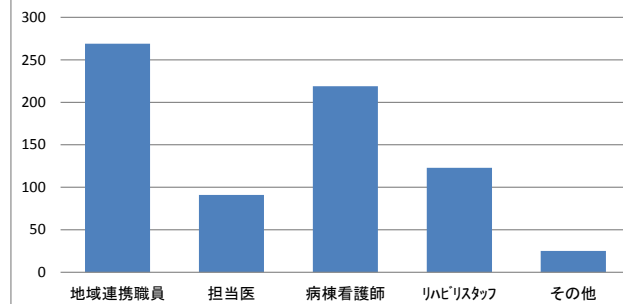
4. 情報収集使用様式



5. 情報収集時期



6. 情報収集の相手



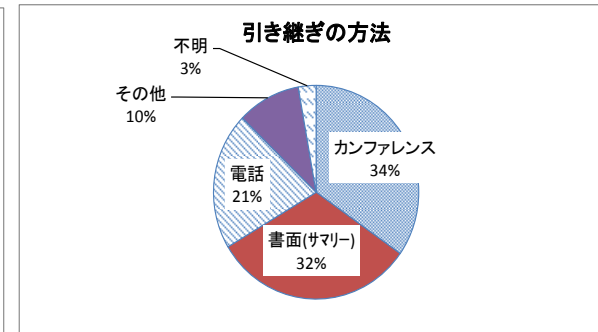
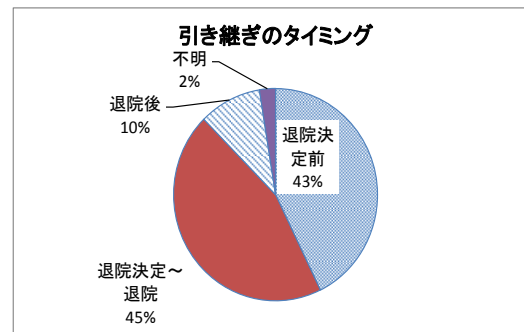
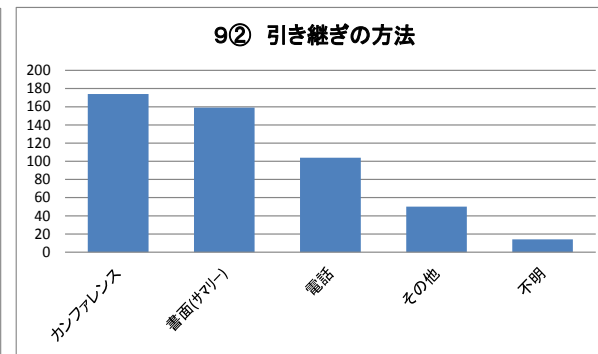
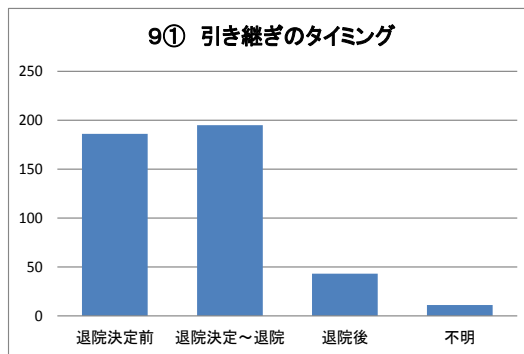
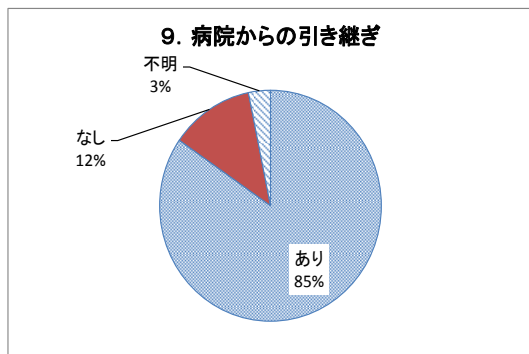
## 【医療との連携に関するケアマネ向けアンケート集計結果(暫定版)2】

【調査対象】 介護支援専門員がH27年6月1日～30日に担当した利用者

【調査方法】 二次医療圏単位で、保健所が中心に実施(配布、回収、まとめ)

◆ 問3～8 大津圏域データなし ◆ 問9 湖北圏域データなし

介護度	退院時の介護度	9. 退院ケースの病院からの引き継ぎ			9.① 引き継ぎのタイミング				9.② 引き継ぎ方法(複数回答)				
		あり	なし	不明	退院決定前	退院決定～退院	退院後	不明	カンファレンス	書面(サマリ)	電話	その他	不明
合計	493	423	61	16	186	195	43	11	174	159	104	50	14
要介護	426	374	46	6	168	172	36	5	163	140	85	42	4
要支援	55	41	14	7	16	17	7	2	8	15	13	7	7
不明	12	8	1	3	2	6	0	4	3	4	6	1	3



# 在宅医療福祉の推進 \* Key Word

目指す在宅医療福祉の姿

多職種

多機関

チーム医療

\* 医療依存  
\* 多・慢性疾患  
\* 独居、高齢世帯

「安心」へ

地域包括  
ケア

点から面へ

「不安」から

暮らしの中の課題 \* ニーズ

地域で  
まわす

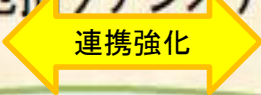
協同

8つの事業を繋いで実践する！





# 地域包括ケアシステムの姿



病気になったら…  
**医療**



病院:  
急性期、回復期、慢性期



日常の医療:

通院・入院

介護が必要になったら…  
**介護**



在宅系サービス:

- ・訪問介護・訪問看護・通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・短期入所生活介護
- ・福祉用具
- ・24時間対応の訪問サービス
- ・複合型サービス (小規模多機能型)
- ・介護予防サービス

施設・居住系サービス

◆ 病状、回復過程に応じた病院機能の有効活用

- ◆ 外来、訪問診療
- ◆ かかりつけ医療機関
- ◆ 多職種連携による早期対応

◆ 地域の在宅療養の支援

・地域包括支援センター  
・ケアマネジャー



相談業務やサービスの  
コーディネーターを行います。



住まい

- ◆ 安心して暮らせる多様な住まい

- ◆ 24時間365日対応で高齢者の在宅生活を支援

いつまでも元気に暮らすために…  
**生活支援・介護予防**



老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等

※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定

- ◆ 見守り、配色、買物支援 等
- ◆ 社会参加の豊富なメニュー

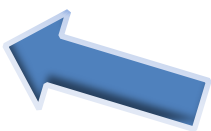
公助



共助



互助



自助