



滋賀県

平成28年度
都道府県在宅医療・介護連携担当者会議

資料4

平成29年3月6日

在宅医療・介護連携 推進に向けた取り組み

～ 市町・県・保健所の役割 ～

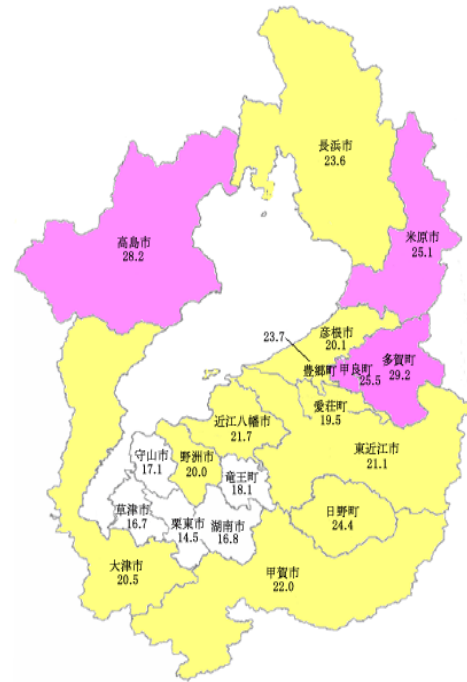
滋賀県健康医療福祉部
医療福祉推進課

二次保健医療圏の概要（高齢化率の推移）

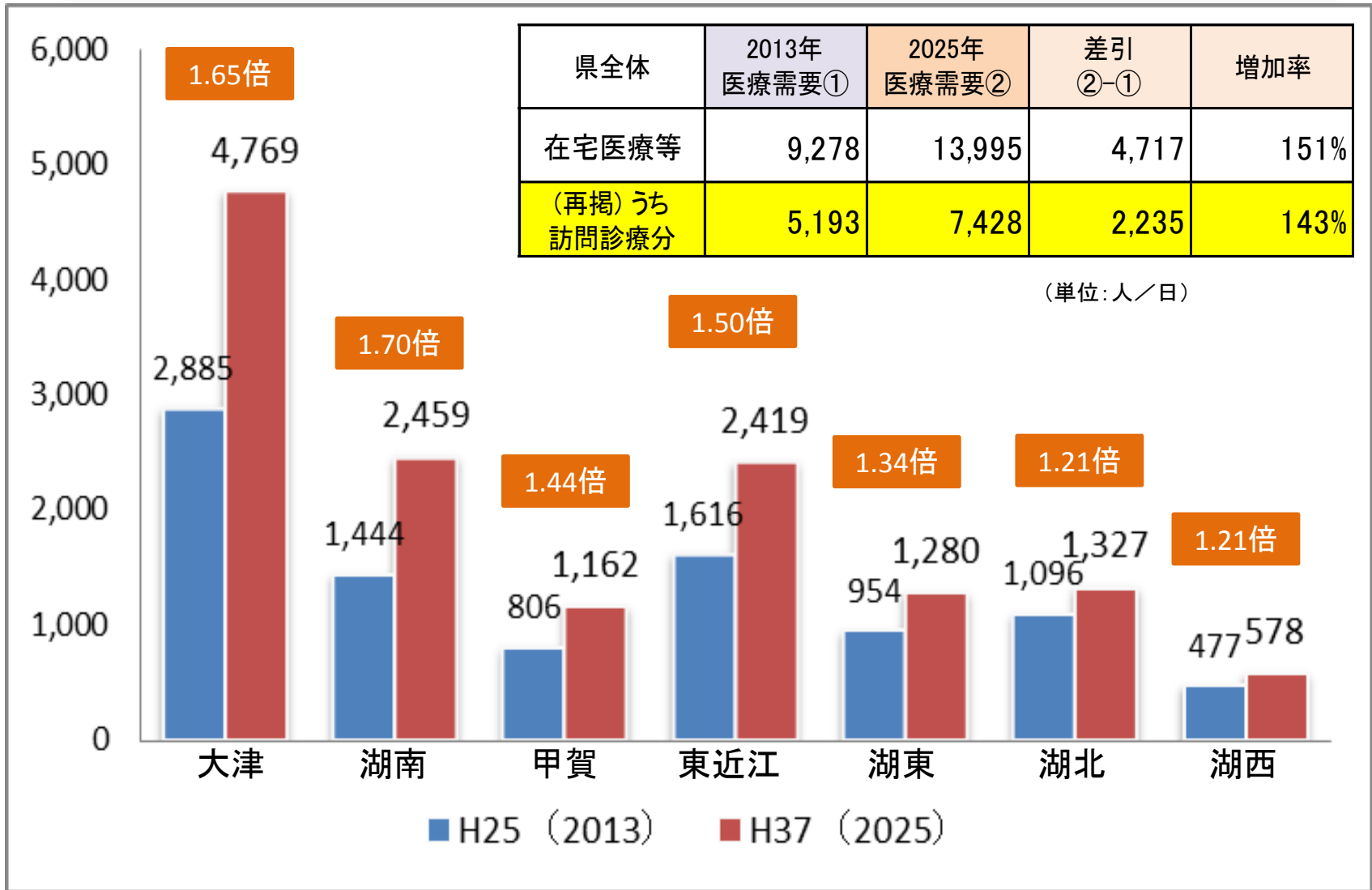
8年後

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	340,951人(84,766人)	25.1%	28.5%
湖南圏域	4市	336,204人(68,459人)	20.6%	22.9%
甲賀圏域	2市	143,964人(35,297人)	24.7%	28.9%
東近江圏域	2市2町	229,071人(58,944人)	25.9%	28.9%
湖東圏域	1市4町	155,837人(37,730人)	24.5%	27.5%
湖北圏域	2市	157,797人(42,833人)	27.5%	29.8%
湖西圏域	1市	49,295人(16,332人)	33.2%	36.4%
全県域	13市6町	1,413,119人(344,361人)	24.6%	27.5%
* 75歳以上人口;157,093人 割合;11.2%				
全国(概算)		12,698万人(3,435万人)	27.1%	

(平成28年(2016年)4月1日現在) 1



在宅医療等 医療需要 – 「地域医療構想策定支援ツール」より



※在宅医療等の推計には以下の患者が含まれている

- 訪問診療を受けている患者
- 老健施設の入所者
- 療養病床入院患者のうち、医療区分1の70%および地域差解消分
- 一般病床入院患者のうち、医療資源投入量(患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値)175点未満の患者

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBによる推計

在宅医療・介護連携；市町 ＊ 保健所 ＊ 県の重層的な役割

◎ゴールは、市町の地域包括ケアに県・保健所の取組が位置づいている事！

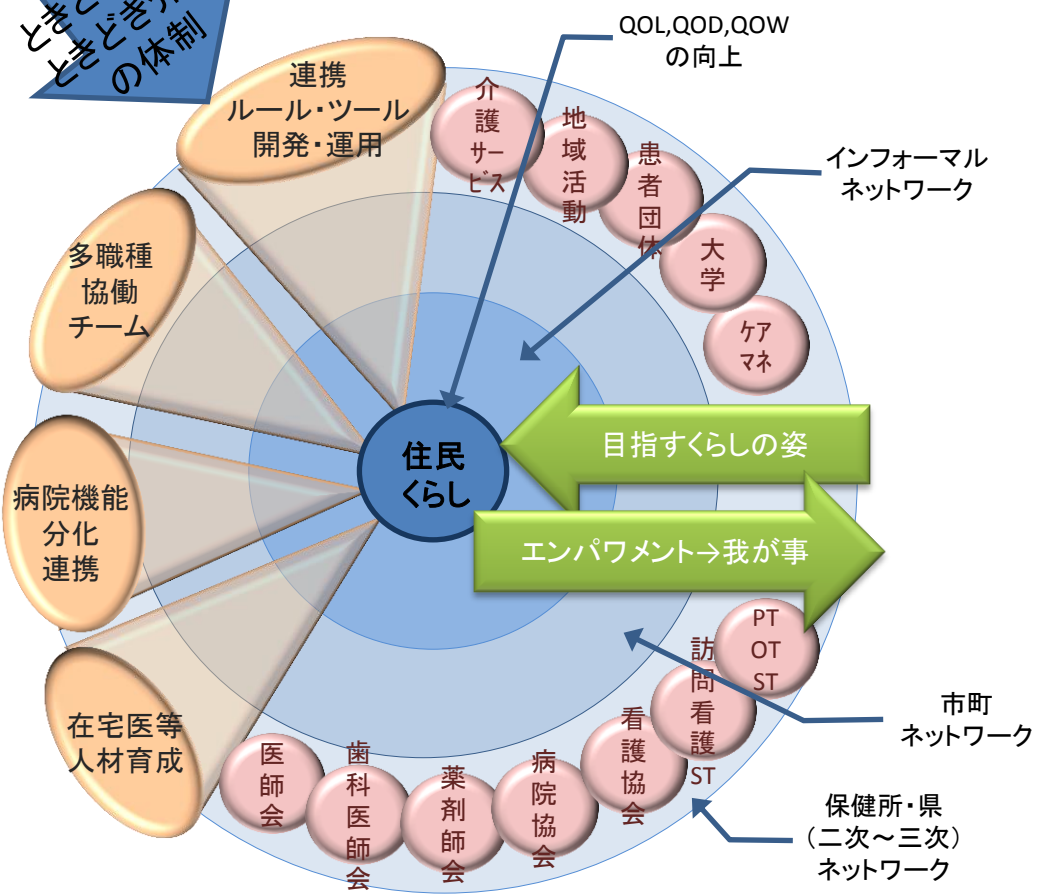
地域資源
総動員

目指す
将来像

- 子ども・高齢者・障害者など『全ての人』
- いつまでも
- 『その人らしく』 家庭・職場・地域で『活躍』し
- 地域・くらし・生きがいを 共に創り 高め合うことができる社会

みんなで
創る

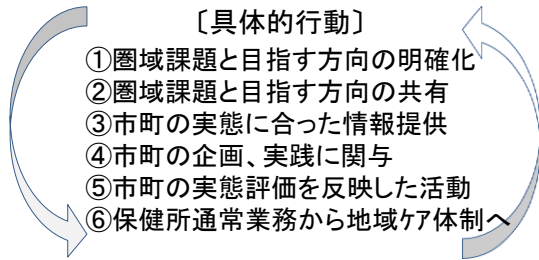
ときどき医療
ときどき介護
ときどきの体制



【責任を持つエリア】
PDCAサイクル

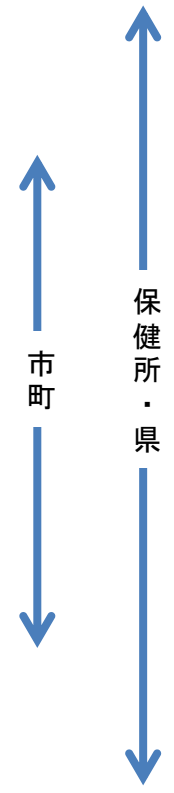
【保健所・県】
＝市町が動きやすい環境をつくる＝
※ 市町を支援・協力するだけではない

- ◆ 団体や機関への動機づけ
- ◆ 人材の育成、確保
- ◆ さまざまなルールづくり
- ◆ 地域コーディネータ力の向上



【市町】
＝地域包括ケアの実践＝

- ◆ 地域実態の把握・分析・評価
- ◆ 目指す地域像の明確化
- ◆ 関係者との目的共有
- ◆ 地域資源(人・団体・機関)コーディネート



* 目的の共有 * 各エリアの「人」「物」の充実 * ネットワークの構築

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 ※『見える化』事業、県民意識調査

- 退院支援機能強化
- 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
- 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利用促進
- 在宅医療体制整備
- 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
- 医療と介護をつなぐ看取り介護推進
- 在宅療養・看取り推進事業

- 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

【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

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"> ◎ 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 ○ 地域連携クリティカルパスの活用促進 ○ 淡海あさがおネットの活用支援 	○	○	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			
		○	○	地域連携クリティカルパス検討会(県、保健所)				
		○	○	医師会を中心に多職種の活用促進支援				
才) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 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 ◎ 連携調整実践者の資質向上のための情報交換、研修開催 	○		地域在宅医療連携拠点機能整備事業(医師会)				
		○		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(県)				
力) 医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町単位の多職種協働のチーム支援体制の促進 ◎ 在宅医療推進に関連した研修会の情報提供 ◎ 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 	○		地域リーダーステップアップ研修会(県)				
		○		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)				
		○		在宅医療セミナーを活用した地域多職種協働の資質向上と継続実施支援				
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)				

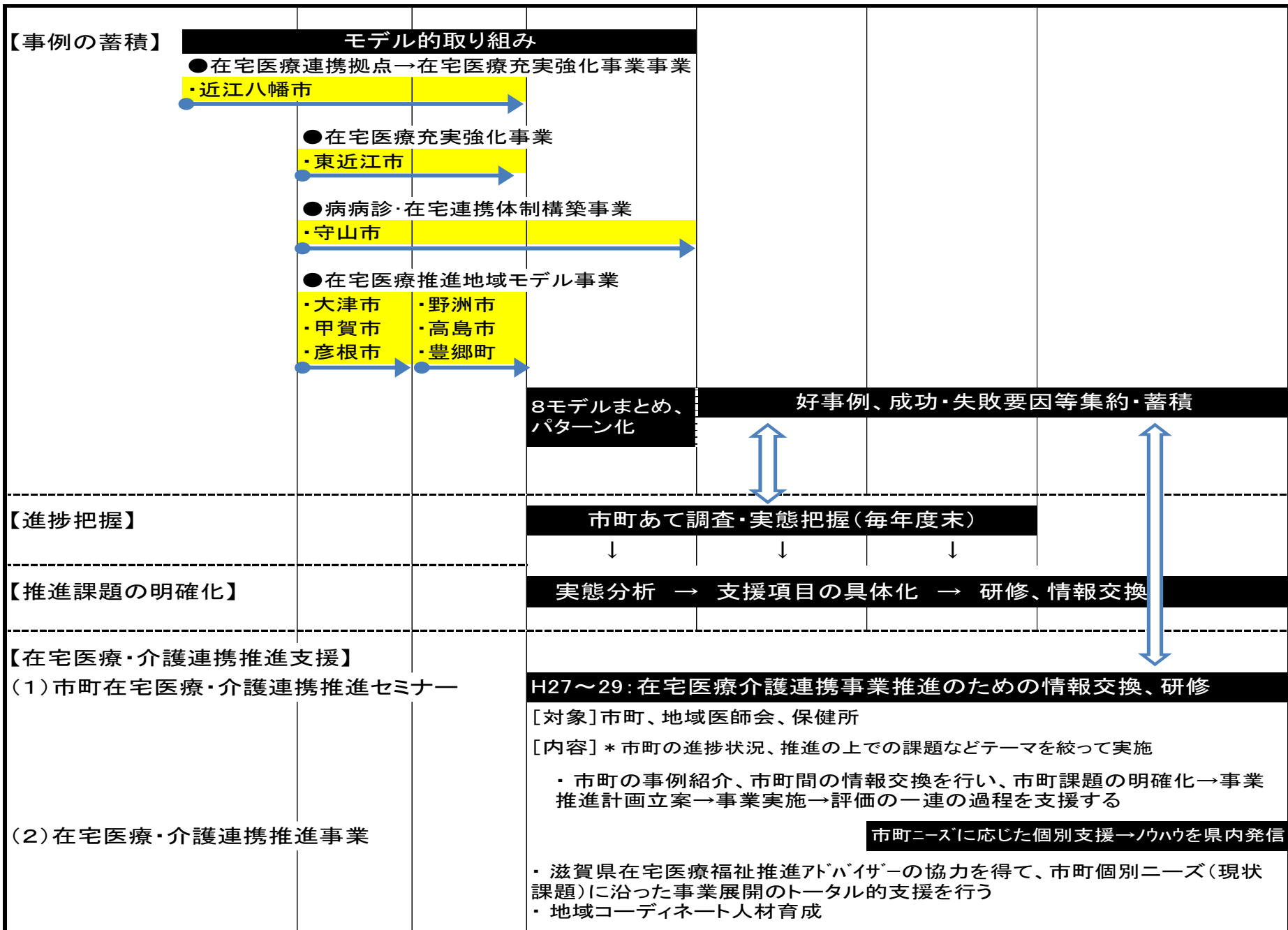
* 次期計画策定の中で再構築する

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"> (ア)資源把握、見える化 (イ)協議検討の場設置 (カ)多職種協働の核となる人材発掘と研修 (ク)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 (エ)医療・介護関係者の情報共有支援 (オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援 (キ)地域住民への普及啓発 			



在宅医療を推進するうえでの「市町の悩み」と「保健所・県の取組」 ～ 市町担当者ヒアリングより～

市町の悩み	保健所・県が担う機能
資源把握 <ul style="list-style-type: none"> 医療関連データ(在宅医療実績や需要見込み)把握が難しい 市町を越えた医療資源情報が得にくい 	<ul style="list-style-type: none"> 保健・医療・福祉統計に関する情報分析と提供 広域対象の調査(医療資源、意識調査、施設看取り実態調査等)
課題抽出等の作業過程 <ul style="list-style-type: none"> 現状→課題整理→分析 作業のノウハウが乏しい 	<ul style="list-style-type: none"> 県内外の取組事例に関するノウハウ等の情報提供 市町の求めに応じた企画から実施後の評価に至る一連の過程に関与
目的の明確化と共有 <ul style="list-style-type: none"> 自治体として在宅医療推進の方向性が定まっていない 在宅医療推進に関する関係団体との十分な協議と合意が出来ていない 	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療計画、地域医療ビジョン等との連動 県協議会、圏域協議会等において関係団体の役割を明確化
会議開催 <ul style="list-style-type: none"> 会議の場をどのように持てばよいのか 会議開催にあたり、どこと、どのように、調整するのか 既存の会議との関連をどう整理するのか 	<ul style="list-style-type: none"> 市町会議の委員選定助言や医師会等への協力依頼
医療関係機関・団体との関係 <ul style="list-style-type: none"> 保健・医療・福祉関係団体や機関との連絡調整方法が難しい 医師会との協力関係をどのように築くのか 	<ul style="list-style-type: none"> 医療関係団体との調整 在宅医療に参画する医療職に対する動機づけを目的とした取組 市町がスムーズに連絡調整できるための各機関との連絡調整
エリアを超えた調整 <ul style="list-style-type: none"> 広域をエリアとする医療関係団体や機関との調整方法 住民の受療域と市町、地域医師会や地域歯科医師会等の管轄、二次医療圏域が異なる場合の連絡調整など取組方策 	<ul style="list-style-type: none"> 市町域を超える連携調整(病院バックアップ機能や退院支援ルールなど) 二次医療圏単位で整備する機関・機能との連携調整(認知症疾患医療センター、がん拠点病院など)
地域ケアに取り組む人材の質の確保 <ul style="list-style-type: none"> 市町職員および地域の保健・医療・福祉の関係多職種の人材の質の担保 事業を行う上での多職種の役割の明確化と、その役割を踏まえた実践者が少ない(小児在宅など) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域コーディネート力向上のための人材育成(市町職員を対象) 実践を通じた広域的な人材育成(事例検討・研修・会議・多職種連携の場など)
医療・介護連携等の地域ケア推進体制 <ul style="list-style-type: none"> 市町庁内の関係部局における一体的な取組をどう進めるか 	<ul style="list-style-type: none"> 県内の市町部課長を対象とした情報交換会等 組織としての階層的なコーディネート力の発揮(所長、次長、係長、担当)

各主体が担う主な役割・機能

県

- 県が目指す在宅医療推進の方向性
- 先行・好事例のノウハウ提供
- 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

- 地域医師会等広域医療関係機関・団体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
- 事業実施にかかる技術(伴走、協力、助言など)支援
- 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

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）
- 具体的な目的・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

市町在宅医療・介護連携推進セミナー

【目的】各市町が日常生活圏域単位の地域包括ケアシステムを構築するため、地域医師会とともに「我がまちの目指す姿」を共有し、在宅医療・介護連携推進事業を効果的に実施できる。

【対象】* 市町在宅医療・介護連携推進事業担当者 * 県医師会および地域医師会担当者
* 保健所担当者

【プログラム】

H27

= 第1回 =

〈先進事例から学ぶ〉

- 在宅医療推進地域モデル事業実施市と地域医師会からの実践報告
- モデル8市町ヒアリング結果

〈GW〉

- “我がまちがやるべきことは”

= 第2回 =

〈GW〉

- “目指す我がまちの姿”
～そのための実態把握と課題抽出～

= 第3回 =

〈情報交換〉

- 今年度取り組んできたこと、成功 * 苦労したこと & 次年度の取り組み

市町のニーズに合わせた丁寧な対応
(県)全体 (保健所)個別

市町ヒアリング

H28

“地区把握、現状を知る”

⇒ “目指す目標、姿を再確認”

⇒ “我がまちの姿の現状を知って、
今後を描く”

= 第1回 =

- 基礎データから量・質的に地域をみる

改めて地域をみってみる = 資源の気づきと把握

= 第2回 =

- “目指す我がまちの姿”を語る

= 第3回 =

- 市町ヒアリング(現状把握と個別支援)

滋賀県

市町在宅医療・介護連携推進セミナー

県から市町へデータ提供

主な提供データ

- 市町別在宅医療関連医療施設、事業所名簿
- 日常生活圏域別、在支診数、訪問看護ST数
- 市町別在宅医療に関する診療報酬算定状況（件数・実人数、男女・年齢別）（国保連データ）
- 市町別訪問に関わる介護報酬算定状況（件数・実人数、男女・年齢別）（国保連データ）
- 市町別死亡場所別死亡数（人口動態統計より独自集計）
- 市町別悪性新生物の死亡場所別死亡数（人口動態統計より独自集計）
- 死因別死亡数
- 市町別地域包括ケアに関するデータ集（日医総研）
- 在宅医療需要推計（地域医療構想）

市町セミナー <集団支援>

内容

- 講義：データ分析について
- 提供データと指標の分類の説明
(指標をストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類)
- 圏域ごとのグループでデータ解釈の演習



市町セミナー <個別支援>

県庁担当者と保健所担当者が一緒に各市町を訪問し、一緒に分析・解釈をフォロー

必要な指標をストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類し継続的に提供
+
県庁と保健所が市町を継続的に支援

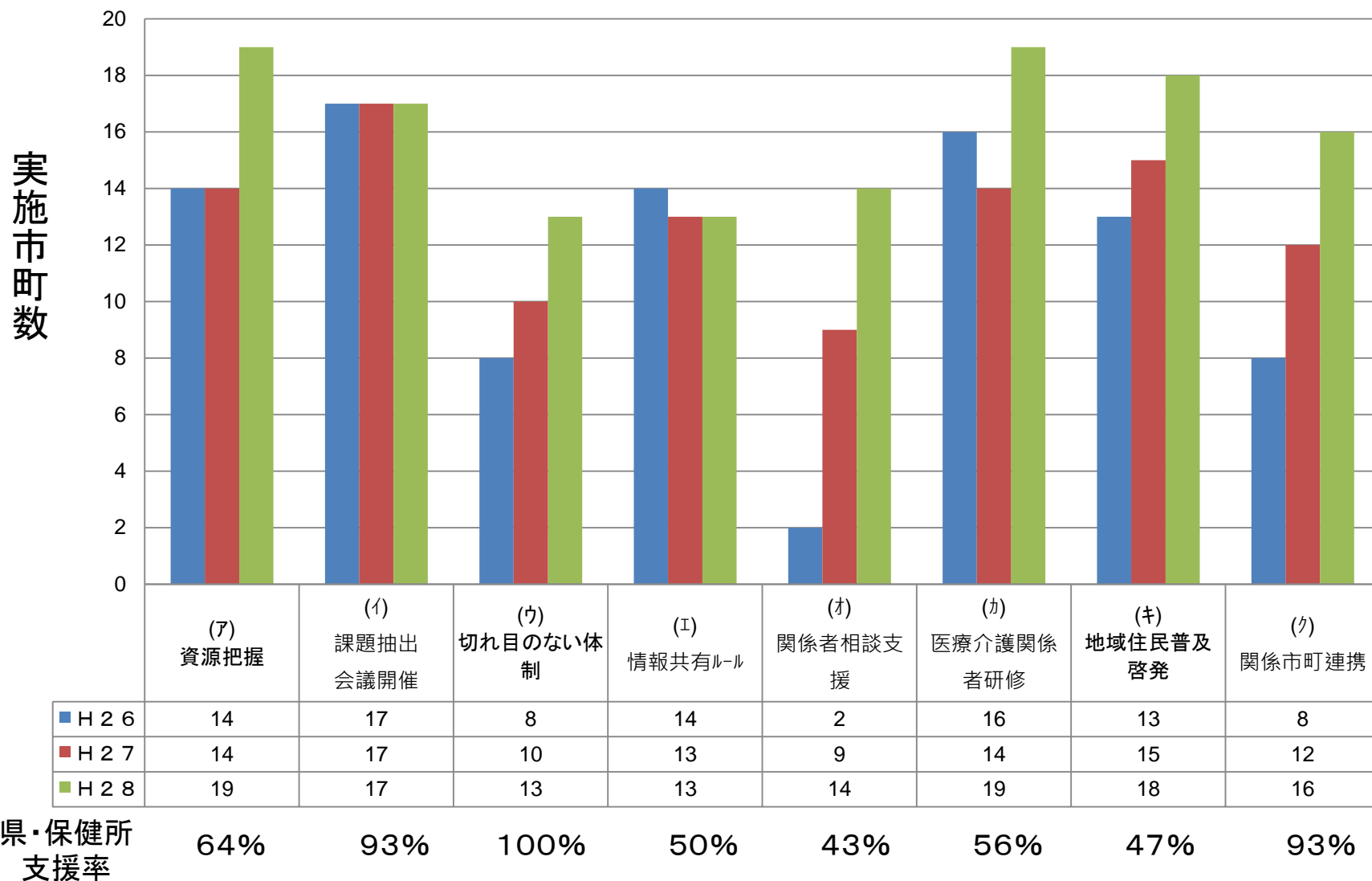
在宅医療・介護連携拠点コーディネーター設置状況

H29.1月現在

圏域	市町名	人数	雇用主体		職種	所属名	備考 (※基金補助あり)	
			市町	医師会				
大津	大津市	1		●	事務職	大津市医師会	(※)、別資料あり	
南部	草津市	(1)		● 兼務 (H30のコーディネーター設置に向けた専門職として配置)	看護師	草津栗東医師会・草津市長寿いきがい課 (草津市長寿いきがい課内)	(※)	
	栗東市	1		●	看護師	草津栗東医師会 (栗東市長寿福祉課内)	(※)	
	守山市	3	●		保健師(2) 主任ケアマネジャー (1)	守山市在宅医療・介護連携サポートセンター (守山市地域包括支援センター内)	*保健師1名(正規職員) *保健師1名・主任ケアマネ1名 (嘱託職員)	
	野洲市	1		●	保健師	守山野洲医師会(野洲市地域包括支援センター内)	(※)	
甲賀	湖南市	1		●	社会福祉士	甲賀湖南医師会 医療と介護の連携コーディネーター事務局 (湖南市地域包括支援センター内)	(※)	
	甲賀市	2	●	●	看護師 事務職	甲賀市在宅医療推進センター(水口医療介護センター)	(※)	
東近江	東近江市		各市町地域包括支援センターが窓口 (広域コーディネーターの設置は無し)					
	近江八幡市							
	日野町							
	竜王町							
湖東	彦根市	1	広域コーディネーター <彦根愛知犬上介護保険事業者協議会へ委託>		介護支援専門員	彦根愛知犬上介護保険事業者協議会 (くすのきセンター<彦根市保健・医療複合施設>内)		
	愛荘町							
	豊郷町							
	甲良町							
	多賀町							
湖北	長浜市	1		●	看護師	湖北医師会(長浜米原地域医療支援センター)	*管理者 1名(医師会兼務) *介護福祉士 1名	
	米原市							
高島	高島市	2		●	保健師	高島市医師会	(※)	

在宅医療・介護連携推進事業取り組み状況

県(保健所)の支援ありの回答率 69.7%



市町ヒアリングの概要

=ねらい=

- * 市町担当者の事業推進上の率直な思いを聞く
- * 県・保健所の取組との整合性
- * 県・保健所に対する期待と役割の明確化

取組の基盤

- 平成28年3月以降の取組状況
 - ・ 進んだ取組、成果、手応え、成功要因
 - ・ 困難とと思っている事、その原因と思われること
- 地域医師会との連携状況
 - ・ 双方向性の現状調査結果の読み取り
- 県主催の在宅医療・介護連携推進セミナーの活用
 - ・ 活用できる項目、出来ない項目、今後必要な内容
 - ・ 資源把握から次のステップへの発展の有無
- 資源把握、課題抽出、会議の設置
- 医療介護連携推進コーディネーターの配置と活動内容
- 事業実施体制
 - ・ 組織、人員配置、担当業務、庁内横つなぎの取組

今後の計画

- 平成30年を見据えた事業計画
- 重点取組
- 県事業の具体的活用の提案

情報提供

- 他市町、関係団体等の県内取組事例の随時紹介
- 国、県の取組の方向性
- 医療介護関係データ
- 各種計画関連情報

県・保健所は、

☆ 医療に関する現状の把握を行い、市町に還元する



医療・介護にかかる現状調査

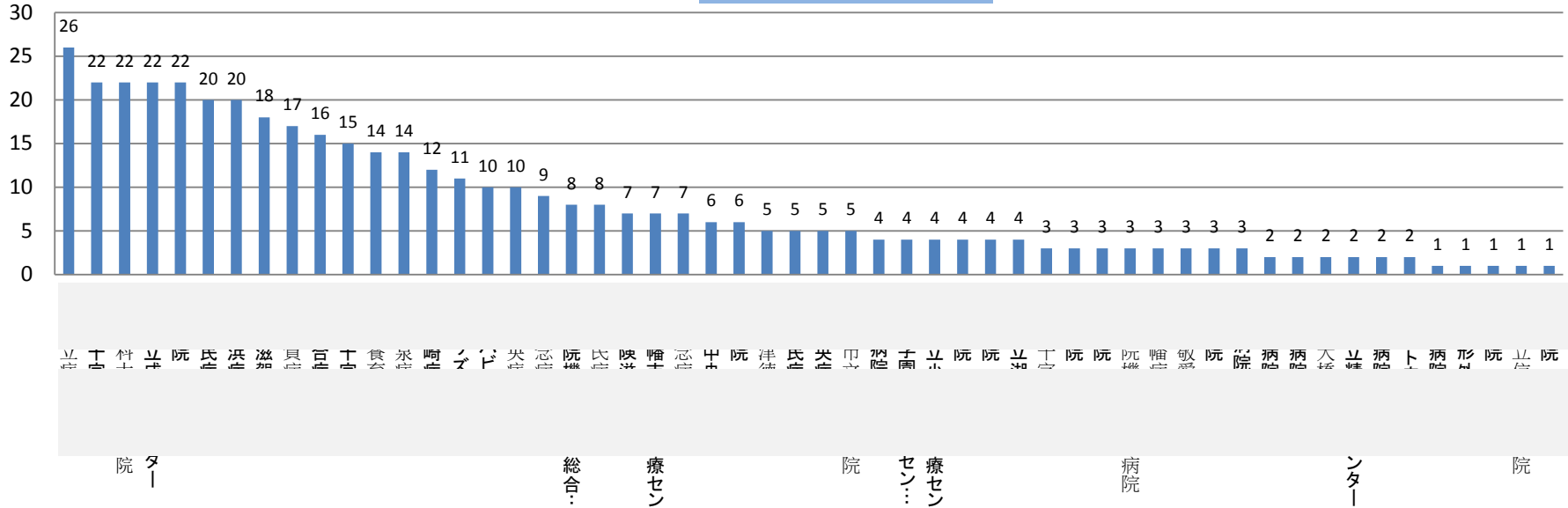
- * 地域医師会と市町の連携
- * 医療（病院地域連携窓口）と在宅医療（医療や介護）の連携
- * 医師会向け在宅医療実施および意向状況

地域医師会と市町の連携現状調査

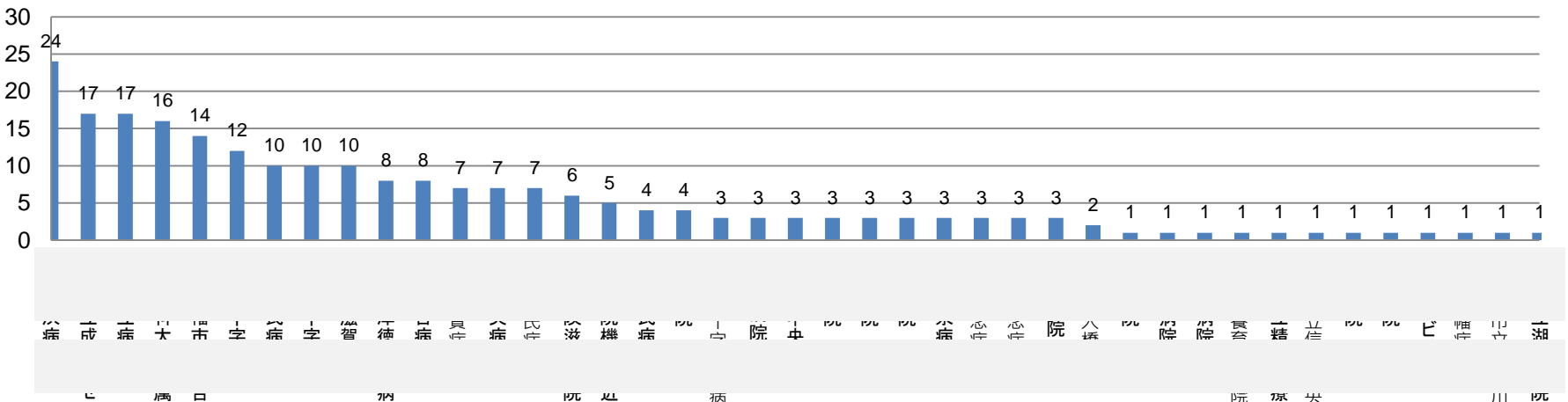
地域 医師会	市町 行政	地域医師会と行政との連携関係		在宅医療介護を推進するための取り組み内容						連絡の窓口					「医師会・行政」の関係および取り組み		医師会⇔行政に期待すること			
				実施		実施者				担当者が明確になっているか		H28.4～現在までの連絡頻度(回数)			「医師会・行政」の関係					
		在宅医療・介護連携の進み		あり	なし	市町	医師会	その他		いる	いない		0	～10	～20	21～			「医師会・行政」の関係	
A医師会 ↓ A市	達成度 (自己評価)	70		ア	地域の資源把握	○	◎	地域包括支援課	行政→医師会	○	定期的会議	○				関係度合 (自己評価)	75	継続 したいこと	・出前講座、各種連携会議	
	プラス 加点要素	・各職種での課題抽出などがほぼ出来てきた。 ・多職種の顔の見える状況が広がった。 ・共同作業が出来るようになってきた。		イ	課題抽出と 対応検討	○	◎	地域包括支援課								判断理由	・まずまずいけると思う。			
	マイナス 減点要素	・現場当事者での問題把握、多職種連携がまだ まだ。 ・職種により意識の差異が大きい。		ウ	体制の 構築推進	○	◎	高島市医師会	【所属】			不定期会議	○				拡げたい 内容	・会議をまとめること。 ・現場の声が聞ける会議の設定。		
	マイナスの 理由	・キーパーソンの不在や、やる気のある人材の発掘 が不十分。 ・目的意識の欠如ないし低下があると思われる。		エ	情報共有 の支援	○	○	地域包括支援課	【名前】							困って いること	・主に日程調整			
	マイナスの 解決他	・キーパーソンの不在や、やる気のある人材の発掘 が不十分。 ・目的意識の欠如ないし低下があると思われる。		オ	連携の 相談支援	○	◎	医師会、コーディネーター	医師会→行政	○		電話連絡他	○			よかった点	・それぞれの場所の振り分けが まずまず出来ている。			
	その他の事業項目			カ	関係者の 研修	○	○	地域包括支援課 医師会、コーディネーター	【所属】			訪問		○		工夫や 成功要因	・コーディネーター、担当者との連携			
	その他の事業項目			キ	地域の 普及啓発	○	○	地域包括支援課 医師会、コーディネーター	【名前】							もつと連携	・更なる連携強化			
	その他の事業項目			ク	市区町村 の連携	○	◎	地域包括支援課												
	その他の事業項目			ケ	連携拠点 の整備	○	○	地域包括支援課 医師会、コーディネーター				21回以上 の回数								
	その他の事業項目							市町 医師会 事業概要												
A市 ↓ A医師会	達成度 (自己評価)	50		ア	地域の資源把握	○	◎	市保健師	行政→医師会	○	定期的会議	○			関係度合 (自己評価)	75	継続 したいこと	・現状していることは医師会と役割分担し ながら継続したいが、事業が多いので できることから整理したい。		
	プラス 加点要素	・日々相談ののつてもらっている。(メールでのやり とりもできている) ・目指すべき姿の共有ができてきている。 ・会議や研修会など共にできている。		イ	課題抽出と 対応検討	○	◎	市保健師、作業療法士								判断理由	・よく話ができている。 ・共通理解できていると思う。			
	マイナス 減点要素	・一人の医師への負担が大きくなっている。 ・医師会の調整に ・職種毎の取り組みの展開や連携体制構築には 至っていない。		ウ	体制の 構築推進	○	◎	医師会(医療連携 ネットワーク)運営協 議会、コーディネーター	【所属】	○		不定期会議	○			拡げたい 内容	・職種毎の連携充実、職種毎に目指す姿 に向け取り組めるようにしたい。			
	マイナスの 理由	・一人の医師への負担が大きくなっている。 ・医師会の調整に ・職種毎の取り組みの展開や連携体制構築には 至っていない。		エ	情報共有 の支援	○	◎	市担当者、コーディネーター	【名前】							困って いること	・お互い時間がなく事前の打合せ など丁寧にできていない。 ・医師に急なお願いをすることも 多く迷惑をかけていると思う。			
	マイナスの 解決他	・話す機会はあるので、タイミングを回りながら協 力頂ける医師を巻き込んで行く。 ・代表の各医師が話し合える機会を設定する。 (現在年2回もっているが内容を検討する)		オ	連携の 相談支援	○	◎	専任職の相談→ コーディネーター、地域 医師(市担当者)	医師会→行政			電話連絡他		○	よかった点	・医師の力がなく多職種は動 かせないと思われて感じた。連 携を通して医師会と行政が近付 いた関係になったと思う。				
	その他の事業項目			カ	関係者の 研修	○	◎	専任職の相談→ コーディネーター、地域 医師(市担当)	【所属】							工夫や 成功要因	・その都度連絡し伝えている。 ・目指すところを共有できるよ うに話し合いを行う。→医師の診療 後時間などに合わせ打合せを行 う。			
	その他の事業項目			キ	地域の 普及啓発	○	◎	専任職の相談→ コーディネーター、地域 医師(市担当)	【名前】			訪問	○			もつと連携	・現状と課題の分析や取り組み の方向性について、もつとディスカ ッションを行いたい。			
	その他の事業項目			ク	市区町村 の連携	○	◎	医師連携ネットワ ーク運営協議会												
	その他の事業項目			ケ	連携拠点 の整備	○	○	コーディネーター				21回以上 の回数	電話1回/w/はしている メールも多い回/day							
	その他の事業項目							市町 医師会 事業概要												
その他の事業項目				摂食、嚥下に関するワーキング	◎		摂食、嚥下に関する医療介護関係者によるネットワーク作り													

医療(病院の地域連携窓口)と在宅医療 (医療や介護)の連携現状調査

よかった連携数



困った連携数



よかった



連携



困った

- 在宅医療内容(処置、服薬)アドバイス 退院前
- 入院時から在宅退院支援を協働実施 情報連携
- 悪化を予測した予防的・早期入院 連携
- 退院後の療養環境に関する情報 連携
- 依頼を断らない。通院困難者への訪問 連携
- 在宅療養環境の課題整理 支援者の姿勢、資質

- 状況判断無く全ての患者に希望 退院前カンファレンス
- 元主治医であっても訪問診療拒否 連携
- ケアマネ中心の一方的な退院調整 連携
- 欲しい情報と提供される情報の乖離 連携
- 病院ルール守らない 連携
- 病院入院＝ゴール誤解 支援者の姿勢、資質



病院地域連携



在宅スタッフ

- 退院後の療養生活を見据えた 退院前カンファレンス
- 試験外泊に病院セラピストのサポート 退院調整
- 解り易い窓口、病状予測、タイムリー 情報連携
- 入院目標の共有、看護師が関わる 病院の体制
- 質問や相談しやすい気持ちの良い 顔の見える関係
- 患者や家族に合わせた 説明や指導
- 緊急、レスパイト、安心カード 在宅療養バックアップ

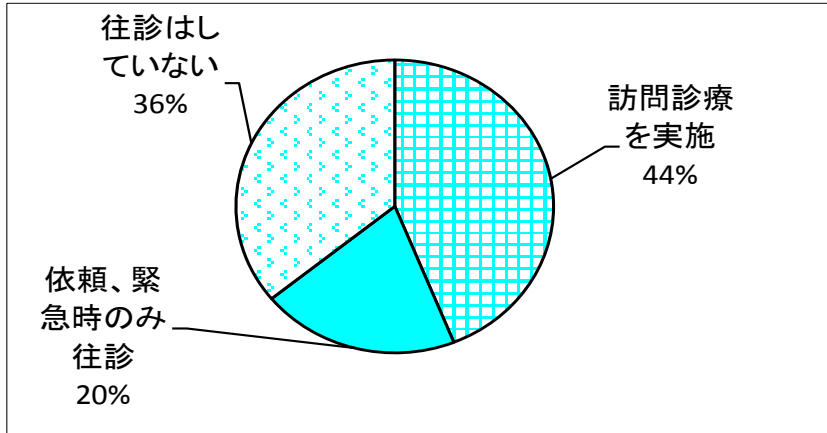
- 専門用語、開催なし、医師不参加 退院前カンファレンス
- 病院のみで方針決定、一方的 退院調整
- 期待に合わない内容、返書なし 情報連携
- 院内スタッフ間の対応不一致 病院の体制
- 時期尚早、一方的な押し付け 説明や指導
- 不安、病状変化時の対応なし 在宅療養バックアップ

H27年度 在宅医療の推進に向けた現状調査(医師会向け)

○発送数 862 ○回答数 558 ○回収率 64.7%

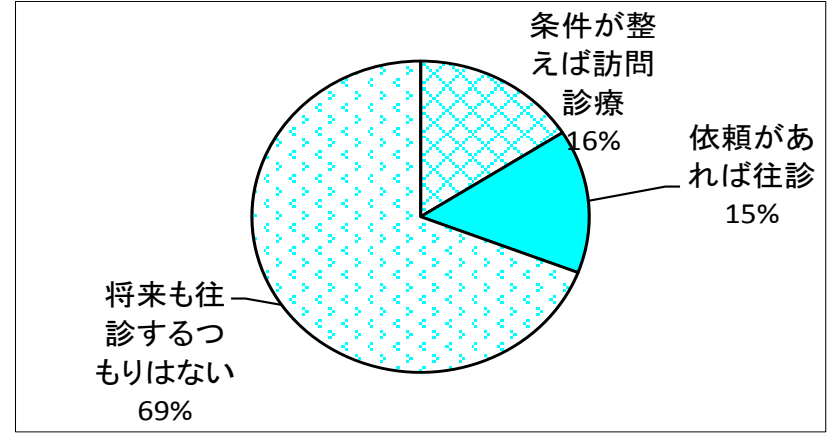
Q1 往診や訪問診療の現状

	全県
訪問診療を実施	250
依頼、緊急時のみ往診	115
往診はしていない	204



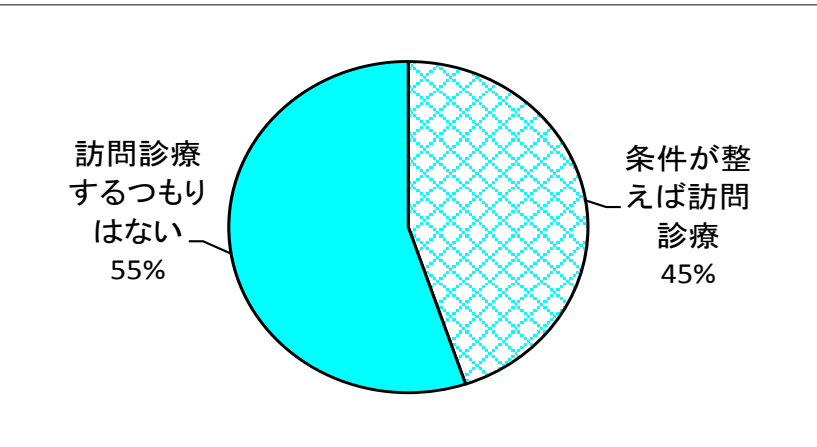
SQ1 往診していない場合

	全県
条件が整えば訪問診療	32
依頼があれば往診	30
将来も往診するつもりはない	139



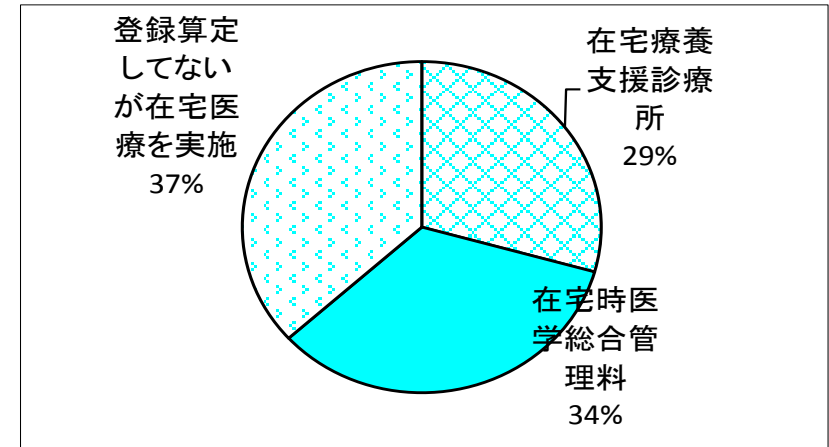
SQ2 依頼、緊急時のみ往診の場合

	全県
条件が整えば訪問診療	52
訪問診療するつもりはない	64



SQ3 訪問診療をしている場合

	全県
在宅療養支援診療所	96
在宅時医学総合管理料	111
登録算定してないが在宅医療を実施	120



県・保健所は、

☆ 人材の育成 ⇒ 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

平成28年度在宅医療セミナー—全員集合！

■ 薬剤師	[12]	■ 歯科医師	[5]	■ 医師	[1]
■ 介護支援専門員	[16]	■ 医療ソーシャルワーカー	[2]	■ 生活相談員	[1]
■ 訪問看護師	[13]	■ 理学療法士	[5]	■ 管理栄養士	[10]
■ 病院看護師	[21]	■ 作業療法士	[4]	■ 社会福祉士	[2]
■ 保健師	[13]	■ 言語聴覚士	[10]	■ 行政職	[11]

25人の医師に126人の多職種がエールを送りました
(^ ^)



H29年までに訪問診療を行う医師の必要推計数:

- ①18人の患者を担当する場合、70人(14人/年)の在宅医の増加が必要
- ②20人の患者を担当する場合、40人(8人/年)の在宅医の増加が必要

着地点：セミナー受講後の実践に繋ぐ ～そのための～

医師会＊市町＊県（保健所）の役割

医師会の役割

- 医師会組織にセミナー受講後に戻れる（助け合い、仲間づくり）場「在宅医療部門（仮称）」を設置
- 在宅医療実施拡大に向けた具体策検討と実施

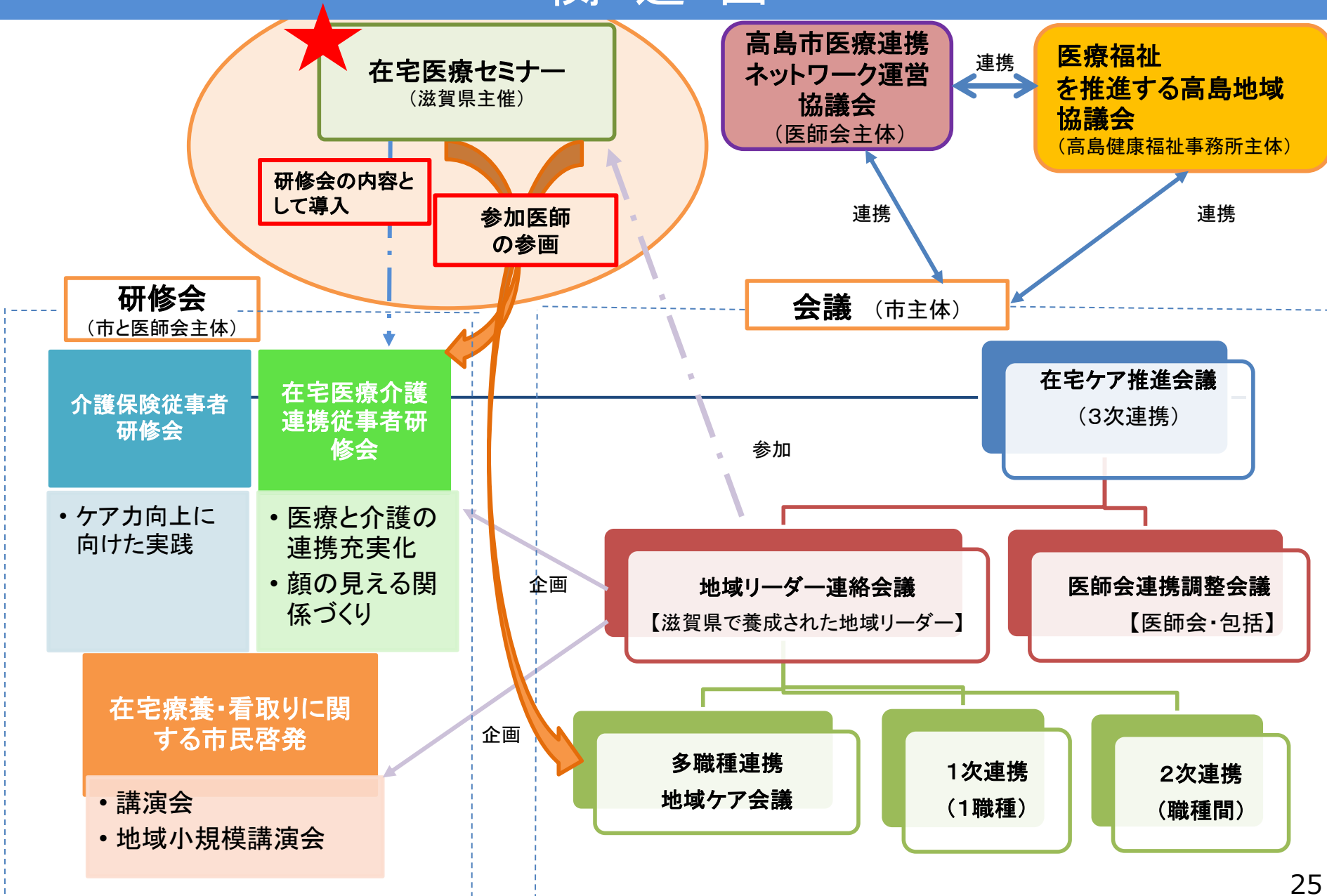
県（保健所）の役割

- 在宅医療に一步を踏み出すための動機づけの機会を設ける
- 新規人材、活動拡大が可能な人材の養成
- 県内の実践事例（医師会、市町、医師、多職種）の積み重ねと公表

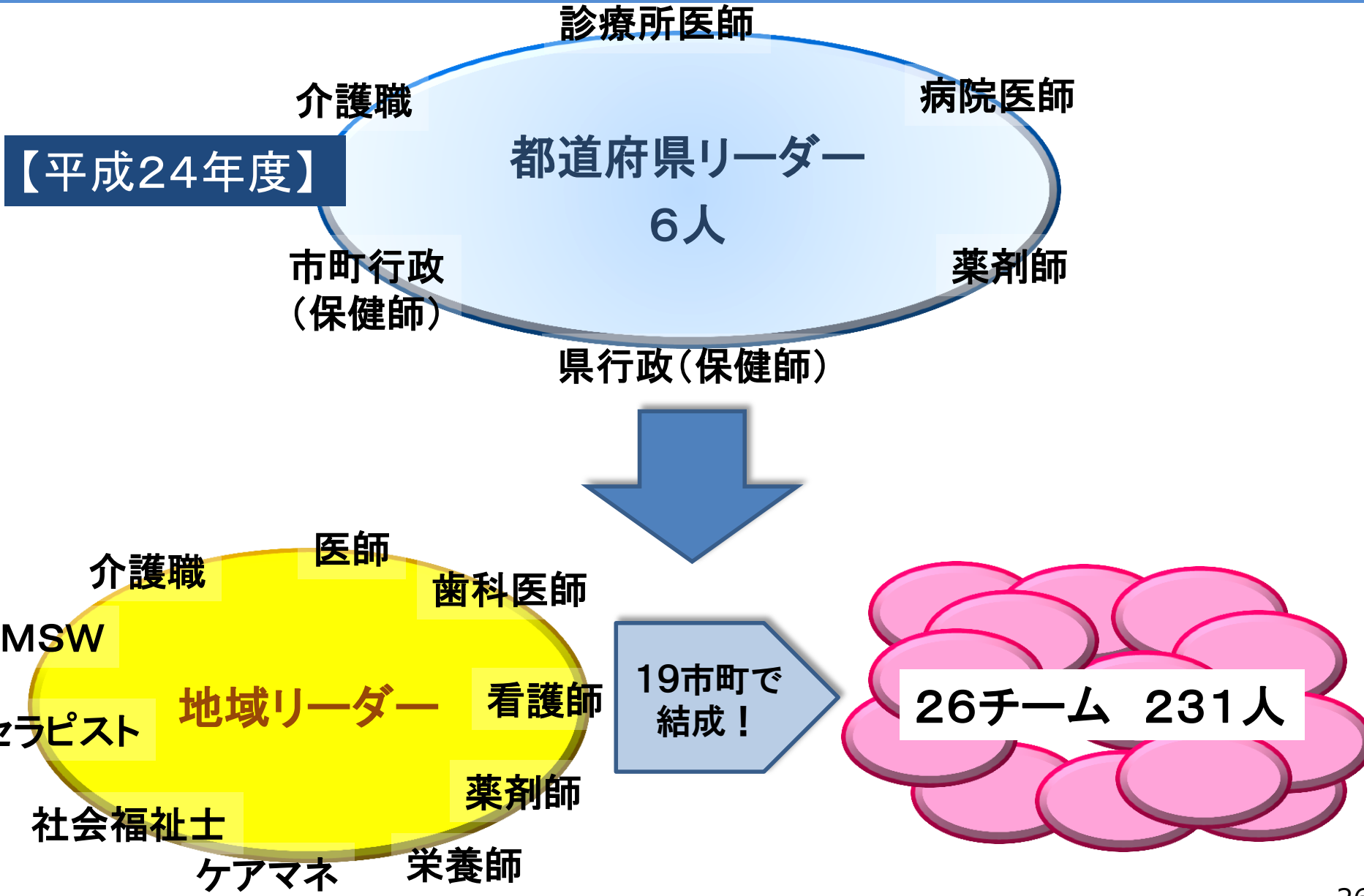
市町の役割

- 地域医師会の協力のもと地域リーダーの仲間に医師を誘導
- 地域の実践活動への道筋をつける、コーディネート機能

在宅医療セミナーと高島市在宅医療・介護連携推進事業 関連図



在宅医療を行う人材育成





職能団体内の理解・活動者の増加

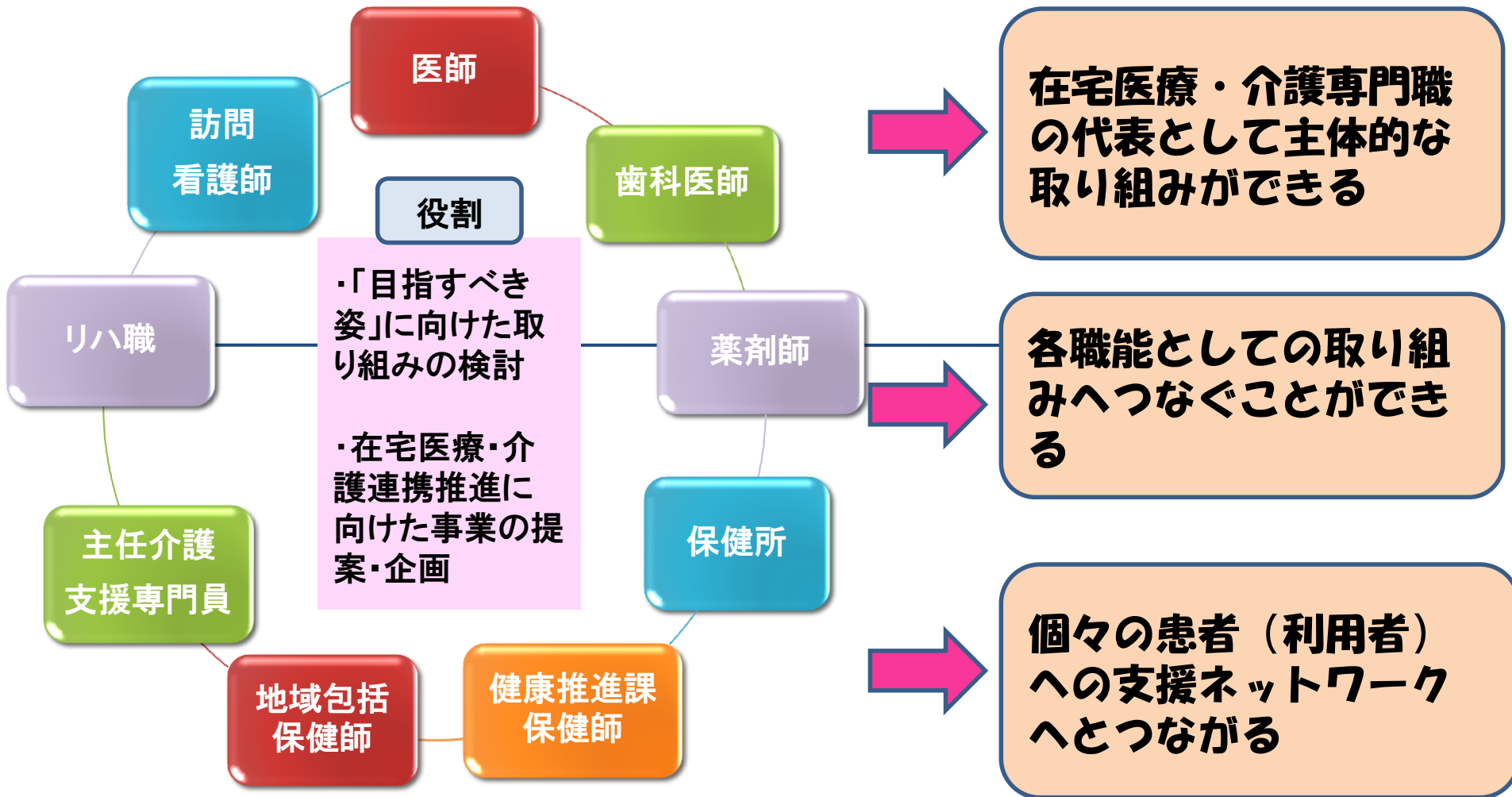
地域リーダーの活動展開

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

高島市の地域リーダーに期待すること



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・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、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
- ◆ 結果を関係者間で共有



(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(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等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、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の講演会の開催等



(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 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の構築を推進

(カ) 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、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

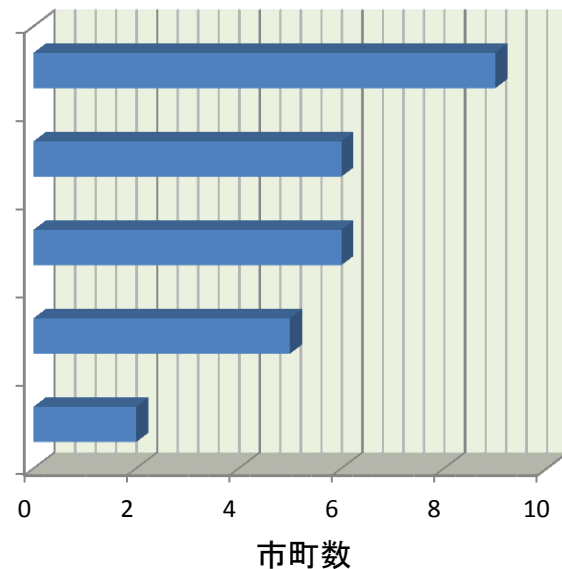
- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

9

事業項目別 市町地域リーダー参画状況

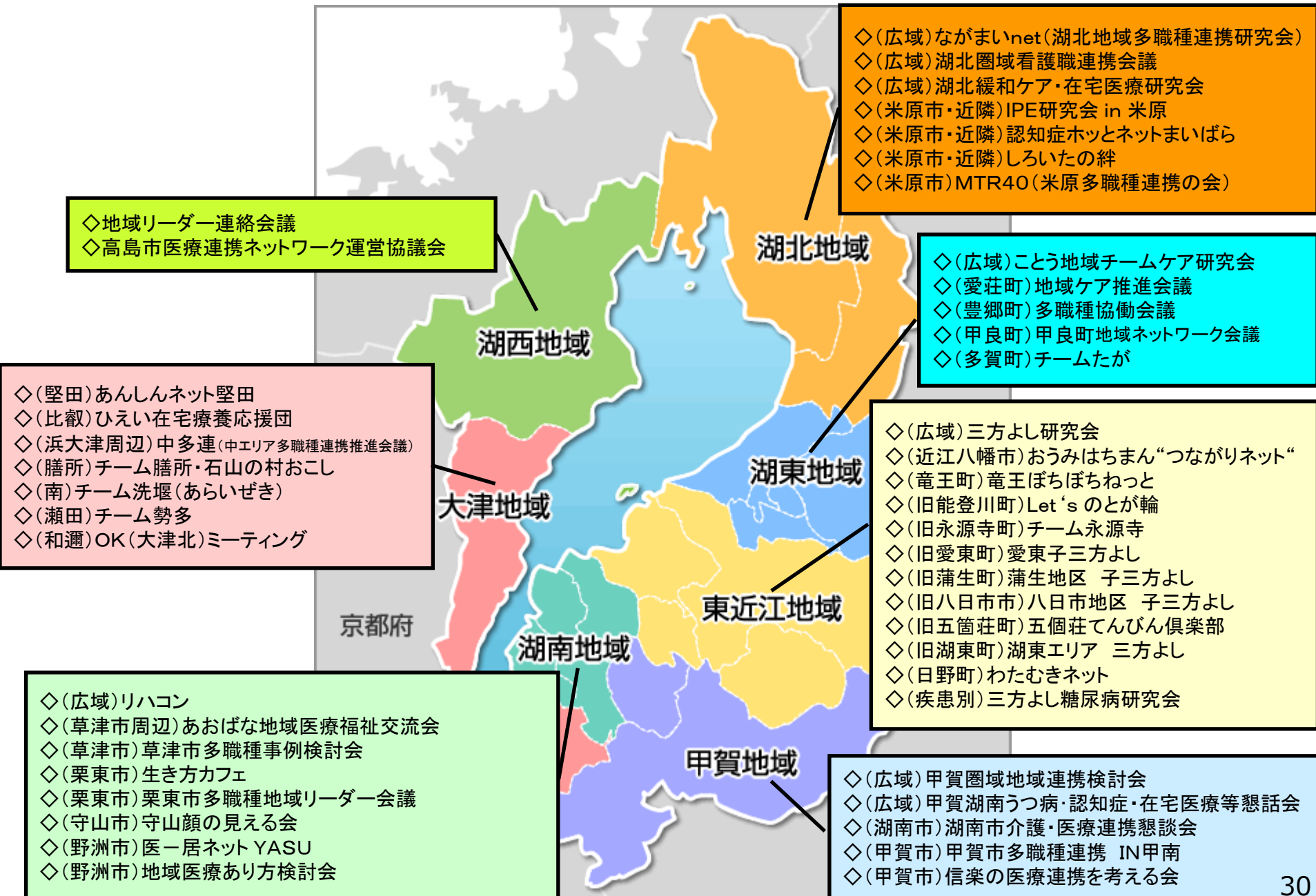
県内19市町中
16市町の地域リーダーが
いずれかの事業に参画

- (オ) 在宅医療・介護関係者の研修
- (イ) 医療・介護連携の課題抽出と対応協議
- (ア) 地域の医療・介護サービス資源把握
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ウ) 関係者の相談対応



県内各地で動き出した多職種が集まり

H28.3.12現在



県・保健所は、

☆ 広域連携のルール検討、作成をおこなう

☆ 作ったルールの評価、バージョンアップを継続的に行う



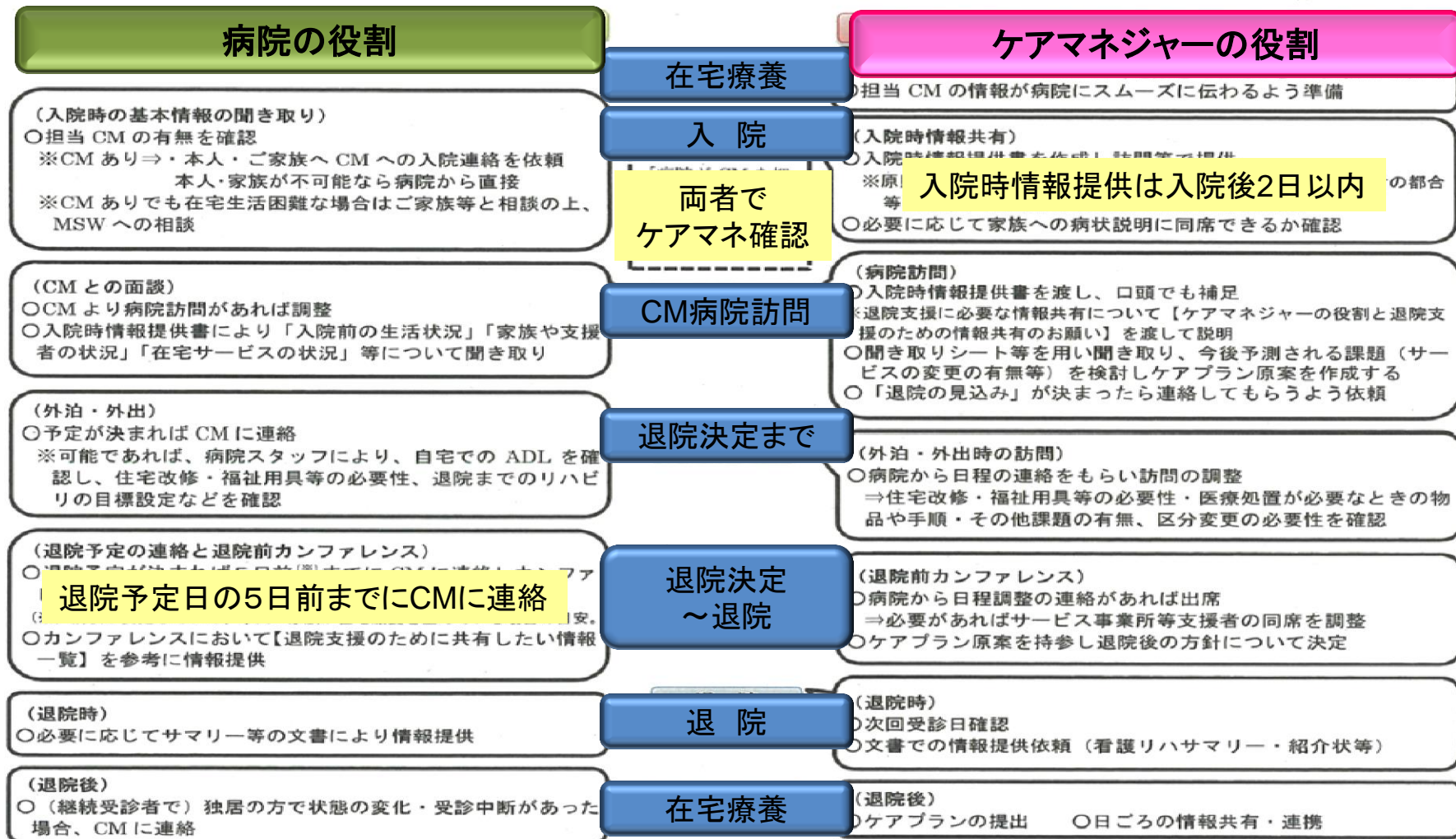
市町域を超える医療介護連携の仕組み

* 退院支援ルール

* 地域連携クリティカルパス など

病院と在宅の切れ目のない連携のために・・・ 動き出した『退院支援ルール』

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合～



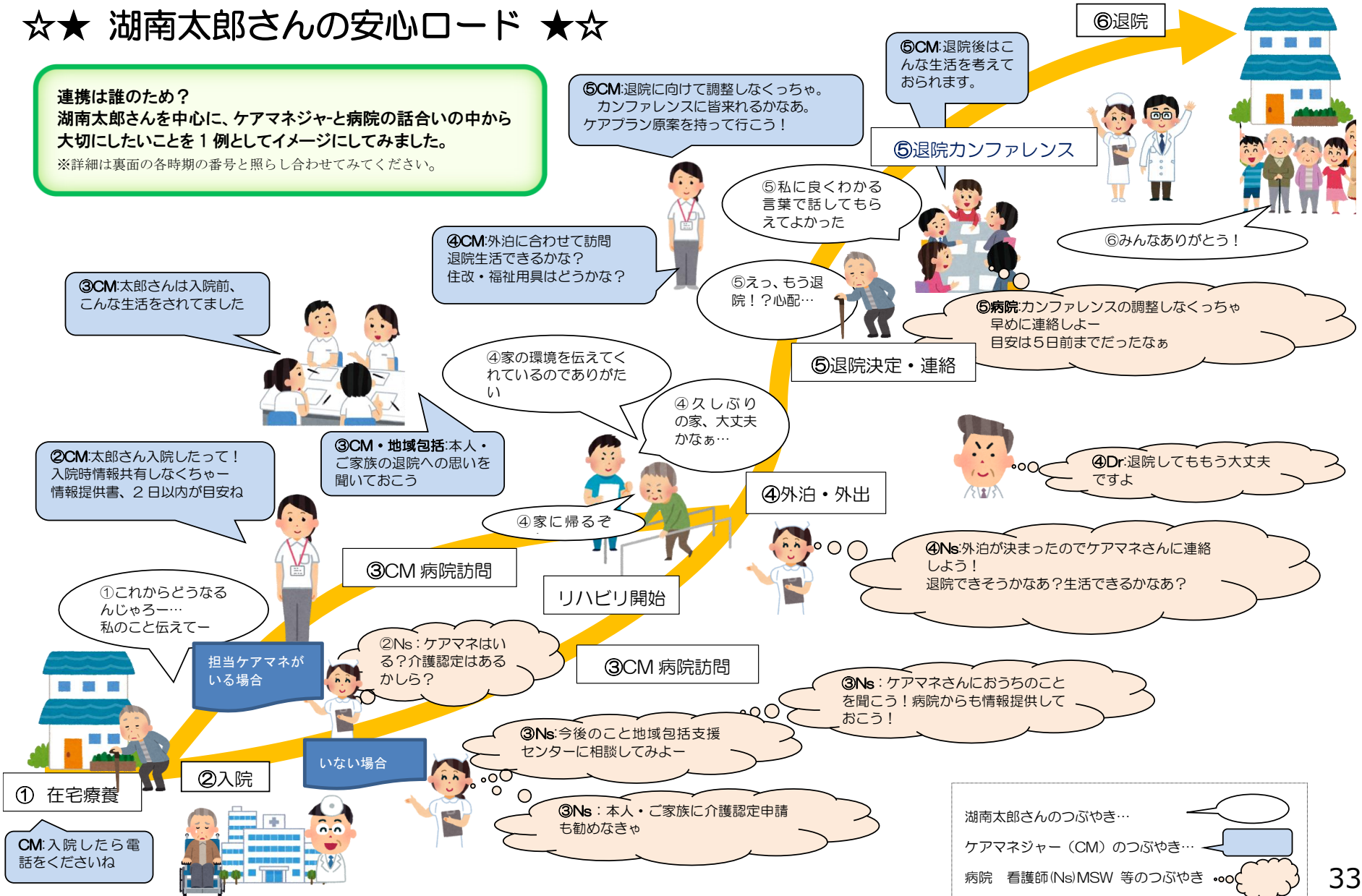
病院と在宅の切れ目のない連携のために・ 全ての圏域で動き出した『退院支援ルール』< 湖南圏域 >

☆☆ 湖南太郎さんの安心ロード ☆☆

連携は誰のため？

湖南太郎さんを中心に、ケアマネジャーと病院の話合いの中から大切にしたいことを1例としてイメージしてみました。

※詳細は裏面の各時期の番号と照らし合わせてみてください。

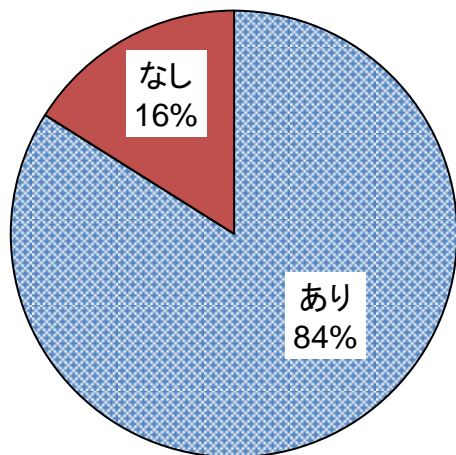


ケアマネに対する『病院－ケアマネ連携調査』

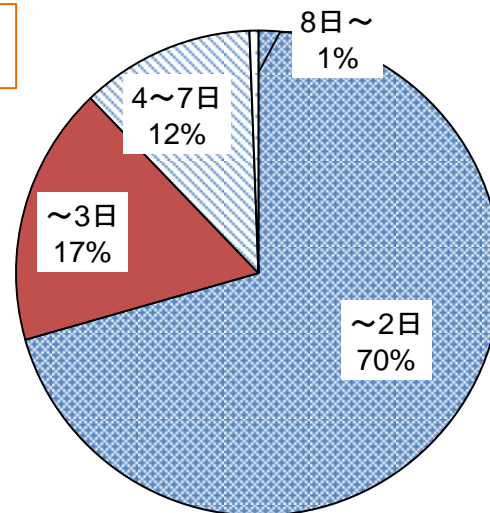
入院時情報提供 あり なし(ケアマネ⇒病院)

入院時情報提供の時期(ケアマネ⇒病院)

H28.6

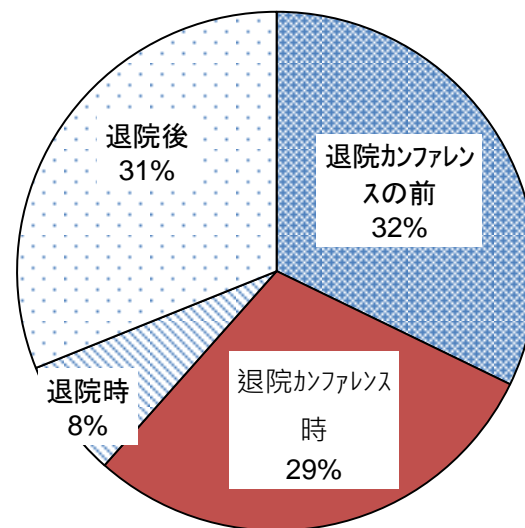
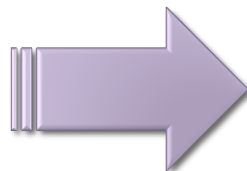
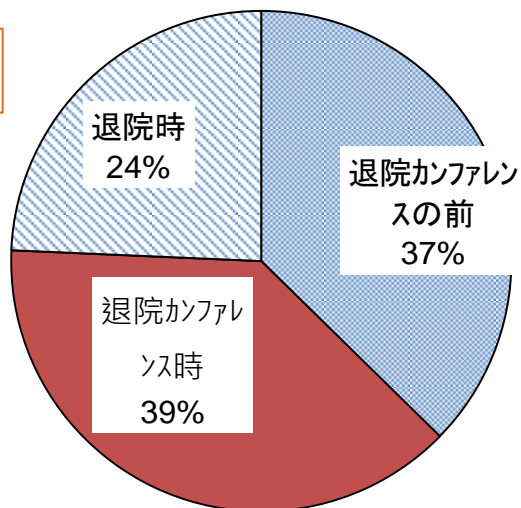


H28.6



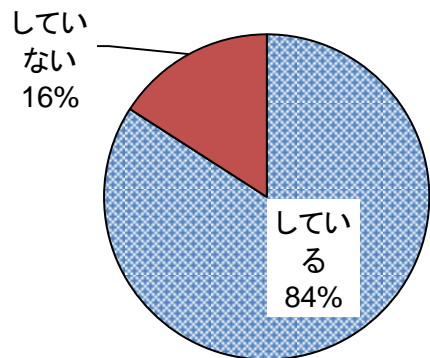
退院時情報収集(ケアマネ⇒病院)の時期

H27.6

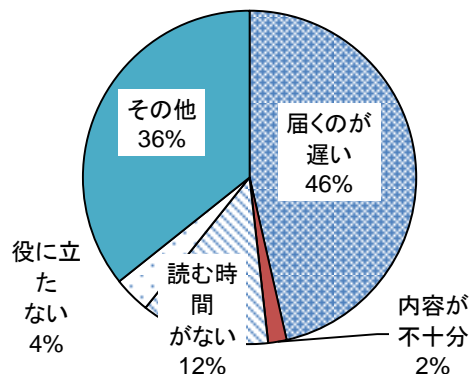


病院(看護部長、病棟師長)に対する『病院-ケアマネ連携調査』

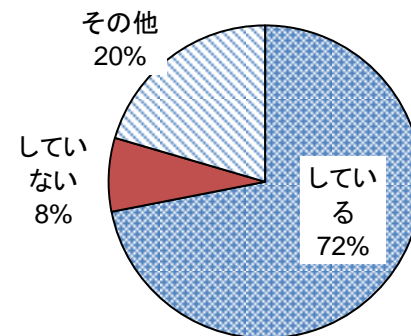
4. 入院時情報提供書の活用



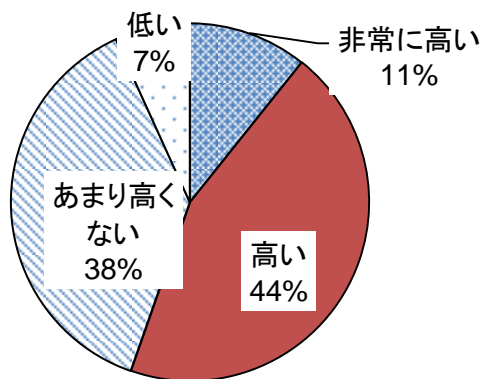
6. 活用されていない理由



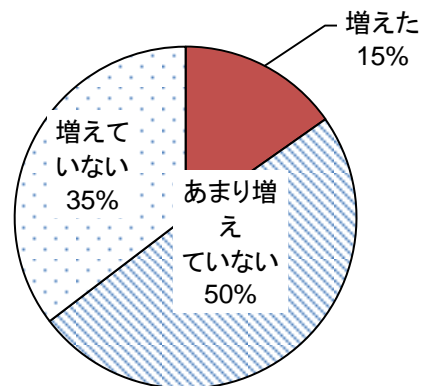
7. 退院後課題の情報共有



13. ケアマネとの連携に対する看護師の意識



15. 手引き作成後連携事例数の変化



【看護部長ヒアリング】

- 病院全体としての周知
- 看護部としての動き
- 入退院の流れについての変化
- 入退院に関する院内の課題
- ケアマネとの関係上の変化
- 現行の退院支援ルール内容の過不足



地域資源、先行・好事例の見える化

- * 在宅療養支援診療所等の
日常生活圏域の設置状況
- * 在宅医療を推進する取組の
「見える化」事業事例集

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)

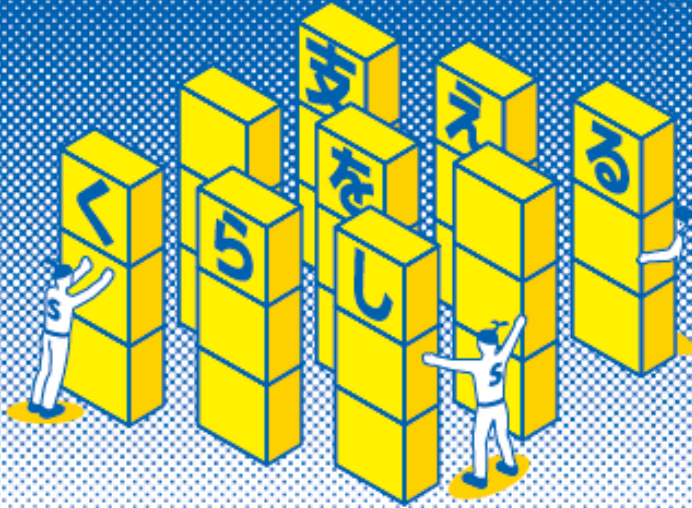
※生活圏域資源評価：2カ所以上「◎」、1カ所「○」、0カ所「×」

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

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						
	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%)



くらしを支える 在宅医療を推進する取組の 『見える化』事業事例集

2017年3月
滋賀県健康医療福祉部

事例の見方



- ① 事業所名
- ② 事業所の所在地、連絡先
* 詳細を聞きたい場合の連絡先
- ③ 調査者が取組の概要を要約
- ④ 取組の背景・取組の概要
* 事業者の生の声を抽出して記載
- ⑤ 調査者が話を聞いた中で選定したキーワード
- ⑥ 取組の概要図
- ⑦ 今後に向けて(生の言葉を記載)
- ⑧ 調査者の感想(ポイントと感じた点、印象)

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！