

＜島根県委託事業＞

～令和５年度島根県在宅医療介護連携推進事業～

在宅医療及び在宅医療介護連携にかかる 提言等のとりまとめ（報告書）

令和６年３月

島根県医師会（在宅医療介護連携推進事業運営委員会）

島根県在宅医療介護連携推進事業研究会

は じ め に

島根県は東西に長く、高齢化や家族構成の変化、人口減少に伴う労働人口の減少、さらには交通や買い物などの生活の利便性が困難な状況など、地域の実情は多様です。

また、医療介護人材の不足や新型コロナウイルス感染症への対応、物価高騰による厳しい経営状況等を背景に、医療介護サービスの現状維持をすることが困難な状況も見受けられております。

こうした中、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（令和 7 年）に向け、島根県から委託を受けた島根県医師会が中心となり、令和 4 年 12 月に、14 の関係団体による「島根県在宅医療介護連携推進事業研究会」を発足しました。

この研究会では、第 8 次島根県保健医療計画策定に向けた在宅医療及び在宅医療介護連携にかかるとりまとめを行い、令和 5 年 8 月 8 日付けで島根県に提言書として提出したところです。

令和 6 年度からは、県や市町村においては、新たに策定された保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画に基づく取組が推進されます。

本研究会としましては、全県的な課題を共有しつつ、地域の実情が様々であることを踏まえ、自治体が抱えている課題や利用者の皆さまからのご意見等について双方向で情報共有し、議論を深めていくことが重要であると考えております。

この報告書は、医療や介護に関係する関係団体が、10 年後、20 年後の島根県を見据えながら検討を重ね、島根県に提言させていただいた内容を記載しております。今後の具体的な取組みの契機や議論に繋がるよう、ご活用いただければ幸甚に存じます。

令和 6 年 3 月

島根県医師会会長

森本 紀彦

島根県在宅医療介護連携推進事業研究会座長

湯原 紀二

も く じ

1. 島根県在宅医療介護連携推進事業研究会の発足と経緯	1
(1) 概要	
①島根県在宅医療介護連携推進事業研究会開催要領	
②令和5年度島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会	
③令和5年度島根県在宅医療介護連携推進事業研究会	
(2) 令和5年度研究会の取組みの方向性	
2. 在宅医療及び在宅医療介護連携にかかる提言	5
(1) 各団体からの共通事項	
①デジタル技術による医療介護現場の変容	
②在宅における看取りとアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取組み	
③限られた人材を活かし安定的経営をめざす地域ごとの活路	
④療養環境の選択肢としての住み替えや集住を意識した地域づくり	
⑤地域の声を施策に反映できる仕組み	
(2) 各団体からの個別の意見	
○島根県医師会（島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会）	
○島根県歯科医師会	
○島根県薬剤師会	
○島根県看護協会	
○島根県訪問看護ステーション協会	
○島根県老人保健施設協会	
○島根県老人福祉施設協議会	
○島根県慢性期医療協会	
○島根県介護支援専門員協会	
○島根県理学療法士会	
○島根県作業療法士会	
○島根県言語聴覚士会	
○島根県歯科衛生士会	
○島根県栄養士会	
3. 参考資料	16

1. 島根県在宅医療介護連携推進事業研究会の発足と経緯

(1) 概要

令和2年度から島根県から事業を受託し、現在、「島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会」及び令和4年度に医療介護関係団体と協力して開催した「島根県在宅医療介護連携推進事業研究会」を推進母体として、取り組みを行っております。

①島根県在宅医療介護連携推進事業研究会開催要領

1. 目的

高齢化や疾病構造の変化等により、在宅医療のニーズが増加している中、限られた医療・介護資源で効率的にサービスを提供するため、関係機関の連携を一層強化することが求められている。

本研究会は、医療介護に係る関係団体等が協力して、多職種連携、人材育成、普及啓発等に取り組み、県内の在宅医療提供体制の推進を図ることを目的として開催する。

2. 研究会の内容

- (1) 在宅医療推進に向けた現状と課題について
- (2) 在宅医療介護連携にかかる人材育成について
- (3) 在宅医療介護連携にかかる情報発信について

3. 構成団体及び座長の選出

- (1) 研究会の構成団体は、別に定める。
- (2) 研究会は、構成団体からの推薦により構成員を選出して会議を開催することとし、構成員の互選により座長を選出する。
- (3) 座長は、会議を招集する。
- (4) 座長は、必要に応じて、構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

4. 運営

- (1) 会議の議事は、特に非公開とする旨の申し合わせを行った場合を除き公開とする。
- (2) 会議の運営に関し、必要な事項は、座長が定めることとする。
- (3) 会議の庶務等は島根県医師会において行い、島根県と協議の上、連携して運営する。
- (4) その他必要な事項については、別に定める。

②令和5年度島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会

(敬称略)

役 名	氏 名	役 職 名
会 長	森本 紀彦	島根県医師会長
委 員 長	湯原 紀二	島根県医師会副会長
副委員長	櫻井 照久	島根県医師会参与
委 員	須谷 生男	島根県医師会常任理事
〃	松本 祐二	島根県医師会常任理事
〃	松嶋 永治	島根県医師会理事
〃	狩野 稔久	益田地域医療センター医師会病院名誉院長
〃	加藤 節司	社会医療法人仁寿会加藤病院理事長
〃	都 仁哉	浜田市医師会理事
〃	杉浦 弘明	出雲医師会理事
〃	白石 吉彦	島根大学医学部附属病院総合診療医センター長
〃	山田 顕士	来待診療所院長
アドバイザー	名越 究	島根大学医学部環境保健医学講座教授

③令和5年度島根県在宅医療介護連携推進事業研究会

(敬称略)

団体名	役職	氏 名
島根県医師会	会 長	森本 紀彦
〃	副会長	湯原 紀二
〃	参 与	櫻井 照久
島根県歯科医師会	副会長	井上 幸夫
島根県薬剤師会	副会長	石部 厚夫
島根県看護協会	会 長	池田 康枝
島根県訪問看護ステーション協会	副会長	高橋 京子
島根県老人保健施設協会	副会長	中山 博識
島根県老人福祉施設協議会	副会長	名越 英貴
島根県慢性期医療協会	会 長	加藤 節司
島根県介護支援専門員協会	理事長	石飛 智朗
島根県理学療法士会	副会長	嘉田 将典
島根県作業療法士会	会 長	小林 央
山陰言語聴覚士協会 島根県言語聴覚士会	副会長	西本 祥久
島根県歯科衛生士会	会 長	吉田 ちかみ
島根県栄養士会	会 長	名和田 清子

(2) 令和5年度研究会の取組みの方向性

在宅医療及び在宅医療介護連携の課題は、個々人の生活背景だけでなく、地域の歴史や文化に根付いた住民意識、地域経済や自治体を取り巻く動向などの多岐にわたる背景があることから、段階的に取組むこととし、今年度の方向性について、下記のとおり整理して取り組むこととしました。

○事業の主旨

2025年の超高齢者社会（国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上）に対応していくため、在宅医療にかかる地域課題について県医師会が中心となって県内全体の医療介護連携の取組を盛り上げ、現状において改善することが困難な課題等について協力して取り組む。

○在宅医療介護連携の定義

地域における在宅医療及び在宅介護の提供にかかる連携とする。

（在宅医療介護には、介護施設（特別養護老人ホームや介護老人保健施設等）の入所者や、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等の利用者を含む。）

○対象

医療と介護の両方が必要な高齢者を主な対象者として、安心した療養生活から看取りまでを対象とし、高齢者の生活支援の観点から認知症対策・介護予防・生活支援を包含するものとする。

なお、広義には医療的ケアが必要な乳幼児や難病患者、身体及び精神障がい者等を含むが、今後の段階的な事業展開において検討をする。

○段階的な事業展開

令和2年度を事業初年度とし検討を始めたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、委託業務を予定通りに実施することが困難な状況であった。

令和4年12月に医療介護関係団体と学びの機会を共有し意見交換を行う「研究会」を発足し、段階的に展開していくこととする。

○県医師会としての視点

医療側から介護関係者との連携について発信することにより、さらなる連携の強化を図る。

あわせて、在宅医療介護における「かかりつけ医の役割」について、国の施策や他県の状況などの動きなどの情報共有や意見交換を行い、理解を深める。

県内の市街地や中山間地域、離島などの地域背景や課題等の実情を踏まえ、各郡市医師会の活動紹介や支援に取り組むものとする。

○島根大学との連携

県と島根大学の協力により地域資源のデータや将来の人口推計、医療介護の需

要と供給の把握などに資する基本データの集積と分析を行い、継続して医療介護連携の検討を行うことができるよう体制を整える。

あわせて、将来の在宅医療を担う人材育成のための契機に繋ぐ。

令和2年度からの取組み資料については、以下の島根県医師会ホームページ及び島根県 YouTube「しまねっこチャンネル」に掲載しております。

○島根県医師会ホームページ URL

https://www.shimane.med.or.jp/to_people/news_public/zaitakukaigorenkei

○島根県 YouTube「しまねっこチャンネル」 URL

【令和4年度研修会】 <https://www.youtube.com/watch?v=hP9L9rcdx5g>

<https://www.youtube.com/watch?v=qxaQ6kTPvRI&t=2s>

【令和5年度第1回研修会】 <https://www.youtube.com/watch?v=NLpp8GKltsw>

【令和5年度第2回研修会】 <https://www.youtube.com/watch?v=D3u9-nEm5yo>

2. 在宅医療及び在宅医療介護連携にかかる提言

令和5年8月8日に、「第8次島根県保健医療計画の策定に向けた在宅医療及び在宅医療介護連携にかかる提言書」として、下記のとおり、島根県健康福祉部へ提出しました。提言内容は、「各団体からの共通事項」と「各団体からの個別の意見」で構成しております。

(1) 各団体からの共通事項

①デジタル技術による医療介護現場の変容（デジタルトランスフォーメーション（DX））

ICTの活用による情報共有を、医療介護が一体となって拡充していく。

自宅での日々の状態把握やデータ収集、オンライン診療を推進させることにより、地域の安心感と従事者の負担軽減に繋げていくため、市町村単位で医療介護の関係者が地域ごとの取組方法について具体的に意見交換を行っていく。

デジタル技術の普及にあたっては、より多くの住民がどの場所においても、デジタル機器やそれに関するサービスを円滑に利用できるような環境整備（アクセシビリティの推進）が必要である。

②在宅における看取りとアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取組み

県民が「自分の老後や生命をどう考えるのか」というACPの考え方について、子どものころから知る機会を増やし、地域全体の文化として「県民の力の底上げ」に繋がるよう働きかけていく。

齢を重ねれば転倒もするし認知症にもなるという自然な形での老いや死が受け止められるような住民理解が必要ではないか。

③限られた人材を活かし安定的経営をめざす地域ごとの活路

小規模な事業所等における職員の業務負担の改善や離職防止をしていくため、事業所間の協力体制や共同業務の工夫、経営統合などについて意見交換を進め、地域ごとに活路を見いだせるよう、自治体を含め、具体的に検討していく。

④療養環境の選択肢としての住み替えや集住を意識した地域づくり

限られた人材で、夜間、緊急時対応を24時間365日継続して医療介護を提供していくためには、医療介護を提供するエリアがコンパクトに集中していくことへの理解が必要である。

安心した療養環境の一つとして、良質な集合住宅や集合した地域づくりについても、住民や自治体や関係機関で検討を始めていく必要があるのではないか。

⑤地域の声を施策に反映できる仕組みが必要

関係団体から出された現場の声を自治体の施策に反映させることができるよう、本研究会を継続する。

(2) 各団体からの個別の意見

○島根県医師会（県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会取りまとめ）

（提言の主旨）

島根県医師会は、人口減少や高齢化、かかりつけ医が不足する中で、医療・介護等関係者がお互い連携協力や工夫をすることにより、個々人の希望に寄り添った医療・介護サービスの提供ができるよう、関係機関と連携して在宅医療介護連携に取り組む。

あわせて、人生の最終段階についての自らの意思を明らかにできる体制づくりが進むよう、多職種の関係者と情報共有を行い、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取組を協働して推進する。

（現状における課題と提言）

①在宅医療の需要にかかる将来的見通し

島根県は県内全域で高齢化や人口減少が進む中、それぞれの地域において在宅医療における課題が表出している。

とりわけ高齢者の人口減少に伴い在宅医療の需要も減少している地域では、施設や人員の配置を需要に対してどのように対応していくか中長期的な見通しが見えない。
⇒現時点で、交通インフラが充実し、一定程度の人口や住まいが集中している、介護を担う同居の家族がいるなどの要件が維持できている地域と、維持することが困難な地域があることから、将来の在宅医療の定義や需要について見直しを行い、自治体ごとに小規模な生活圏域単位での議論を積み重ねた中長期的な将来像についての検討が必要ではないか。

②在宅医療をいかに維持していくかという課題提起

地域にどのようなサービスがどれだけ必要なのか、住居が点在する非採算地域への医療介護サービスの提供をどうしていくのか、やむを得ず隣県での介護サービスを利用している実態についての把握など、自治体は現状を掌握する必要がある。

また、医療介護関係者は、お互いの業態について理解を深め補完しあうことが必要となる。

⇒医療機関や訪問看護事業所等が比較的充実している地域では、施設・事業所ごとに個別の対応を積み重ねていくことで、多職種での連携方法や内容の議論を充実させていく。

一方、不足する地域等では、公営住宅を活用した集住や住民による見守り体制など関係機関と連携して、自治体ごとに今後必要となる提供体制を見極め行政、住民と一体になった検討が必要であろう。

⇒また、在宅訪問診療料の算定状況を見ると、その訪問先の約半数が自宅以外の居住場所であることから、住まいの機能を有する介護施設や居住系サービス利用者等の現状と課題についても、在宅医療の課題として検討してはどうか。

③24 時間 365 日の急変時にも対応できる医療提供体制

複数の診療所による協働体制が構築できる地域では、医師の負担が軽減されるとともに、在宅医療に対する住民の安心感が生まれ、在宅での看取りにつながっている。
⇒提供体制を構築するためには、好事例等の情報共有により、地域の医療機関間の協働体制に向けた意識の醸成に繋がるような仕掛けが必要であろう。
あわせて、体制づくりのための診療所間の非常勤医師契約等の雇用体制構築やカルテ情報の共有などの具体的なノウハウについて、随時、情報共有する機会が必要である。

④経営条件の厳しい地域等への訪問にかかる支援等

訪問距離が遠く点在する地域や、地域での人材確保が見込めない等の経営条件が厳しい地域では、サービスの現状維持は困難である。
⇒個々の努力では医療介護サービスの存続が見込めない場合については、需要と供給体制についての必要性や優先度を考慮したうえで、最終的に公的な介入を検討すべきではないか。

⑤医療介護人材をどうするか

人生の最期まで安心して住める地域かどうかは、老若男女の共通の課題であるとともに、その地域でやりがいをもって取り組む意欲の動機づけが必要。
一方、労働力人口の減少に伴い、現状の医療介護人材を継続して確保することは困難となることが予想される。
⇒島根大学医学部附属病院総合診療医センターの総合診療医育成プログラムの視点を参考に、若者が魅力を感じられるようなしくみづくりを関係者で情報共有し、連携できるところから意欲の動機づけに取り組んではどうか。
⇒限られた人材でより効果的に医療介護を提供するため、マルチタスクな働き方を検討し実践してみてもどうか。
訪問看護ステーションと協力して在宅医療に取り組めるよう、病院や診療所の看護師による訪問看護の普及や、病院の認定看護師の同行訪問などの拡充が必要ではないか。
また、多職種や他機関による医療介護業務の相互補完など、従来の枠組みを超えた取組についても前向きに検討してはどうか。その上で、必要となる報酬や制度の見直しについて島根から国へ提言していく取組も必要ではないか。

⑥デジタル技術による医療介護現場の変容（デジタルトランスフォーメーション（DX））に向けた取り組み

情報技術（IT）の活用は迅速で正確な情報共有などに大いに期待できる手法であるが、携帯電話さえ繋がらないなどの通信網が整っていない地域がある。
こうした地域では、高齢者の日常生活や在宅療養を困難にさせるばかりでなく、災害時の危機管理を含めた対応が望まれる。

⇒通信網の整備は喫緊の課題

通信網の整備は、個別の団体や関係機関の努力を超えているため、自治体として地域全般の体制整備に向けた計画的な対応が必要であろう。

⇒医療カルテと介護記録との情報共有ができることで業務の負担軽減が期待できるが、ツールが乱立し互換性がないことなどから、浸透しにくい。

国においては標準カルテや業務負担軽減に向けたシステムの導入等が検討され準備されつつあるが、期を逃さず、診療所が小規模な訪問系サービスと連携して在宅医療の情報共有が進むよう、ツールの統一や医療介護が共有できる機器購入等の一体的な財政支援が必要ではないか。

⇒デジタル技術による医療介護現場の変容を実現していくためには、医療介護関係者だけでなく、オンライン診療を含めた住民の理解と意識付けが必要であり、実際の活用促進に向けて、各自治体による普及啓発の取り組みが必要ではないか。

⑦在宅における看取りとアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取り組み

療養時期における疼痛の緩和や延命措置については、本人の意思決定を原則とし、その生活環境を考慮しつつ、個々人へ寄り添って対応することを原則とする。

⇒在宅での看取りについては、①がんによる在宅緩和ケアの対応と、②感染症等の急性期対応や③フレイル・脳卒中・認知症などゆっくりと機能が低下していく長期療養への対応に分け、別に議論を行うことにより、体制づくりをしていく必要があるのではないかな。

コロナ禍を経験し在宅での療養や看取りへの需要もあるが、在宅での介護を頼る人がいない場合や長期療養が介護者の負担になると考えられる場合などは、自宅への復帰ではなく、特別養護老人ホームへの入所希望や長期利用が可能な高齢者住宅等を選択するといった需要が増える状況にある。

⇒終活支援ノートなどの活用により、本人が希望する医療やケアの内容や療養環境などについて、本人による意思決定を最大限に尊重することができるような取り組みが進められている自治体がある。

こうした取り組みを広く県民に周知を行うため、自治体とともに積極的活用についてPR方法を検討し、さらに浸透させていく必要があるのではないかな。

⑧介護保険施設やサービス付き高齢者住宅、グループホーム、有料老人ホームにおける看取り

介護保険3施設の中では医療的ケアを優先とする老人保健施設や介護医療院に準じて、終の棲家の生活の場である特別養護老人ホームにおいても、新型コロナウイルス感染症の影響を受け直接的な医療の提供が求められるなど、3施設の役割も変化しつつある。

⇒介護保険施設の医療と介護の報酬にかかる給付調整による規定や、配置医師や協力医療機関の役割など、制度上の課題について検討する必要があるのではないかな。

また、サービス付き高齢者住宅、グループホーム、有料老人ホームにおける看取りについては、介護保険３施設のような職員体制が十分とはいえないが、利用者本人や家族の希望に寄り添えるよう、医療機関等との連携や協力体制の強化をする必要がある。

⇒今まで以上にサービス付き高齢者住宅等での医療提供や看取りを求められていくことについては、現状における課題を整理して、制度や報酬の見直しが必要なことについては、具体的に国へ要望していくべきではないか。

⑨在宅高齢者を支えるための連携体制

安心して最期まで生き抜くことを支えるためには、生活のしやすさを実感して過ごせる期間を延ばし、１人では生活が困難な要介護状態が重度となっても、住み慣れた地域で希望する療養生活を送ることができることにある。

そのため、医師会としては、住民が健康を維持しいつまでも元気で自立した生活を送れるよう、フレイル予防や重症化予防を行うための口腔ケアやリハビリテーション、栄養指導などを一体的に取り組むため、関係機関や多職種の団体との情報共有や相互理解を深める必要がある。

⇒令和４年度に設立した島根県在宅医療介護連携推進事業研究会の中で、今後、継続して情報共有や相互理解を深めていく必要があるのではないかと。

○島根県歯科医師会

①今後、超高齢者や認知症を抱えて在宅で暮らす方が増加することが予測される中で、口から食べることを支えるには、多職種の方々にも口腔に関心を持っていただく必要がある。そのため、医師・歯科医師による歯科口腔機能の評価について、歯科衛生士や言語聴覚士、口腔機能に合わせた食環境への支援を担う栄養士等と情報共有しながら、口腔機能の維持・向上や食に関わるすべての職種と連携していかなければならない。

②歯科医師が不足する地域では訪問診療に出かけることが困難となるため、在宅の様子が診療所で確認できるよう、まめネットをはじめとした ICT 等の通信ツールの活用が進むような環境整備について、関係者で検討をしていく必要がある。

③人口減少が進む中山間地においては、歯科医師の高齢化や閉院等を背景に無歯科医地域が増えていることから、より在宅歯科訪問診療が困難になると予測される。限られた歯科医師で必要な在宅訪問歯科診療の提供が継続できるような体制づくりや制度の見直しなどについて、自治体や関係者と意見交換を進めていく。

○島根県薬剤師会

- ①島根県薬剤師会ホームページの薬局検索システムをより充実させ、その活用について利用者や関係者に周知し、在宅医療に対応可能な薬局へのアクセスを容易にすることで、在宅療養における確実な医薬品供給や適正使用のための指導やサポート、多職種連携による在宅医療介護への様々なニーズに応えられるようにしていく。
- ②薬局に対する様々な在宅医療介護のニーズに対し、機能の地域間格差をより少なくし、より多くのニーズに応えていくために、県の全圏域での事例検討、情報交換や人材育成等を行い、各地域での対応策を検討・実施できるようにしていく。
- ③限られた人材で地域における薬局の役割を担っていくため、各地域内での情報交換・共有を行い、地域の薬局で協力してニーズに応えられるような連携体制を整えていく。また、入退院時の多職種連携等において、まめネットなどの情報共有ツールを活用するなど効率的なサービスの提供方法について検討をしていく。
- ④医療資源の少ないエリアの在宅医療介護連携に対する応需体制を充実させるための検討を、継続的に行っていく必要がある。

○島根県看護協会

- ①島根県からの委託事業を受けて令和5年度に設立した島根県訪問看護支援センターを拠点として、訪問看護師の資質向上や人材確保、勤務環境の改善などを推進していく。
- ②特定行為研修を修了した看護師が在宅医療の現場で活躍できるようにするため、自治体と関係機関との意見交換などを行いながら、就労している医療機関や介護施設の理解を深め在宅医療介護の体制づくりを進めていく。

○島根県訪問看護ステーション協会

- ①看護師確保が極めて困難な地域であっても訪問看護サービスを受けることができるよう、病院による訪問看護の拡充や病院勤務の特定看護師が地域で活躍できるような体制づくりなど、各地域において意見交換を重ね実現していく。
- ②限られた人材でより効果的に訪問看護を提供できるよう、在宅医療介護を提供する各機関が一体的に情報共有のための ICT の活用を具体的に拡充していく。
- ③県民が「自分の老後や生命をどう考えるのか」という ACP の考え方について知る機会を増やし、要介護状態になる前から行政や関係者による働きかけを行い、地域文化として「県民の力の底上げ」に繋がるよう働きかけていく。

- ④夜間、緊急時対応が必要となる場合の安心した療養環境の一つとして、良質な集合住宅や集合地域づくりについても、住民や自治体や関係機関で検討を始めていく。
- ⑤小規模な訪問看護事業所等における業務負担を改善し、訪問看護師の離職防止をしていくため、事業所間の協力体制や共同業務の工夫、経営統合などについて意見交換を進め、具体的に検討していく。
- ⑥暴風雪や交通事情の悪化時に行う訪問看護は通常業務に加えて職員の負担が大きいことから、ICT の活用などにより移動ルート安全性を担保するなど、自治体や関係機関との情報共有と対応方法等について日頃から共通認識をしておく必要がある。
- ⑦県西部や中山間地域では、医療資源の減少や経済状況の厳しい独居高齢者の増加、看護職員の高齢化、新たな訪問看護人材確保が困難であることなどを背景に、24 時間 365 日の訪問看護の体制を維持することは難しい。既に、高齢者の県外流出や県外の訪問看護サービスを利用せざるを得ない地域の状況は、個々の事業所の課題としてではなく地域の課題として、自治体や関係者に理解を求め検討を進めて行けるよう提言していく。
- ⑧それぞれの地域における訪問看護の役割を担っていくためには、訪問看護職員の処遇改善や働きやすい労働環境の整備について、自治体や関係機関へ理解を求め、協力体制を作っていけるよう働きかけていく。

○島根県老人保健施設協会

介護医療院や地域包括ケア病棟の創設に合わせて老人保健施設が在宅復帰加算の対象外とされるなど制度が見直されたことや、脆弱な交通インフラ、訪問・通所系の在宅サービスの縮減、在宅復帰を目指しても家で看る人がいないなどの家庭での療養環境が変化してきたこと等により、病院と在宅とを繋ぐ「中間施設」として機能してきた老人保健施設は、在宅での看取りや医療的ケアへの需要に対応していく役割を担う必要がでてきた。

老人保健施設は、医師が常駐し、看護師、介護士、セラピスト、栄養士、相談員など多職種が協働して在宅支援を行うツールであることについて、地域住民の理解が深まるよう、地域包括ケア病床のある病院関係者、介護支援専門員や地域包括支援センター等の関係機関への働きかけをし、その機能を発揮する必要がある。

老人保健施設の在宅支援機能は、「リハビリ」と「看取り」である。
「リハビリ」では、通所リハビリ、訪問リハビリ、ショートステイ、ミドルステイ、3 か月リハビリと 3 か月在宅の往復利用などが代表的な利用法である。

「看取り」では、「ターミナルケア加算」という加算項目があり、「看取り」は法的・公的にも老健の重要な役割と位置づけられている。入所や通所利用者が、機能・能力が著しく低下し在宅介護が困難となった場合、老人保健施設に入所していただくことで「看取り」への対応を行っている。

○島根県老人福祉施設協議会

①遠方等の理由により訪問診療の提供が困難な地域等では、ICT等の通信ツールを活用して高齢者の自宅での日々の状態把握やデータ収集、オンライン診療などを推進させることにより、地域の安心感と従事者の負担軽減に繋ぐ必要がある。

そのため、市町村単位で医療介護の関係者が、それぞれの役割を共有し相互理解が進むよう、地域ごとの取組方法について具体的に意見交換を行っていく。

②特別養護老人ホームにおける医療的ケア、急変時や看取りなどへの対応については、利用者の安心と施設介護職の負担軽減などの観点から、地域の協力医療機関や老人保健施設、自治体等が相互の役割や連携を強化できるよう意見交換をして対応する。

○島根県慢性期医療協会

①「ときどき入院ほぼ在宅」の考え方を関係者で共有して、在宅療養を支えていく。

そのため救急搬送や急変時の入院によって、かかりつけ医との連携が途切れることがないよう、地域の実情に即した対応についての意見交換が必要である。

②ACPは、社会の中において推進する必要があることから、学校保健、産業保健（雇入れ時の衛生教育など）、介護保険利用前後からの様々な機会を通じて、社会全体の共通認識となるよう普及させていく。

③デジタル技術を活用して、情報共有等を効率的に進めていく。

さらに、オンライン診療の取り組みが推進するよう、それぞれの地域において具体的な実施方法を検討し、住民理解を進めていく。

④限られた医療介護人材ができるだけ長く就労していけるよう、デジタル機器の活用や腰痛予防などに積極的に取組み、心身の業務負担軽減のための対応を強化していく。

⑤在宅医療介護の基本的な視点として「口から食べて自立した排泄ができること」を念頭に、摂食嚥下機能の支援と適切な栄養マネジメントを組み合わせた支援について推進させていく。

○島根県介護支援専門員協会

- ①介護支援専門員協会として介護支援専門員の実態把握を行い、人材不足への効果的な取り組みを行う。また、法定研修と介護支援専門員協会が行う研修を充実させ、利用者一人ひとりの望む生活、また医療介護の連携がより良いものになることを目的に、介護支援専門員のケアマネジメントスキルの向上を目指す。
- ②ICTを活用することで、限られた時間と人材で効率的、効果的な介護医療連携を行っていく。個人や各事業所での取り組みは必要だが、地域の中での協力やルール作りも必要であり、そのための意見交換を行っていく。
- ③限られた医療介護人材で効果的なサービス提供が行えるよう、地域づくりや住まい方について、地域住民や自治体と一体となって意見交換を進めていく必要があるのではないか。
- ④地域によって医療介護を取り巻く状況は異なるが、人口の少ない地域では一つの法人でサービスのすべてを担っているところもあり、そのような法人が人材確保をはじめとした安定した経営を行えるよう、それぞれの事例を持ち寄り、医療介護事業者間での意見交換をより進める必要があるのではないか。

○島根県理学療法士会

- ①急性期・回復期・生活期におけるリハビリテーションを充実させる。医療介護資源の少ない地域への訪問リハビリテーションサービス提供が維持できるように地域の自治体や関係機関との協力体制が必要である。島根県内4校のリハビリテーション専門職養成校で育成された人材の更なる活用に向けて教育機関との連携を進める。
- ②地域において日常生活の困りごとが出た段階で即時的に対応をしていくことで重度化予防に繋がるように介護予防や自立支援型ケアを浸透させていく。人口減少による働き手不足に対応するための、高齢者および障がい者の就労支援ならびに疾患療養中の患者の両立支援に向けた人材を育成し、当該支援を充実させる。
- ③リハビリテーション専門職はじめ多くの職能団体が有機的・発展的に連携して地域課題に取り組むことができるよう設立した「しまねリハビリテーションネットワーク」を推進母体として、多職種連携（顔の見える関係づくり）の強化、医療介護連携についての情報共有や意見交換を進める。

○島根県作業療法士会

- ①2022 年度に取り組んだ外来リハビリテーション機能に関する調査結果を踏まえ、外来機能の見える化とその情報共有を充実させるとともに、医療介護連携を強化することが必要である。
- ②介護予防目的とした地域リハビリテーション活動支援にリハビリテーション関係職が出向くことができるよう、自治体や医療機関、関係機関の更なる理解と協力体制が必要である。
- ③島根県介護人材資質向上事業補助金事業等を活用した研修会を企画し、医療介護連携に資する人材育成を進める。作業療法士は活動や参加に資する職域にあたり、ACPのみならず高齢者や障がいのある方がどう生き、どう暮らしたいか、を支援する取組を進めたい。

○島根県言語聴覚士会

- ①県内どの地域でも、言語聴覚士による「摂食嚥下や失語、構音、音声、聴覚などのコミュニケーションの障がいへの支援」を受けることができるよう関係機関と協働するとともに、住民の課題を中心に関係者がチームで支援を行う「問題志向型システム」を推進していく。
- ②在宅療養における摂食嚥下、胃ろうの造設などについて、本人の希望に寄り添うことができるよう、関係者全体で早い段階からの ACP の取り組みをマネジメントしていくための研修の機会を増やし、具体的な意見交換が進むよう働きかけていく。

○島根県歯科衛生士会

- ①在宅における口腔健康管理へのニーズに対応できるよう、島根県在宅歯科医療推進事業などを活用して、誤嚥性肺炎の発症予防や QOL の維持・向上に資する人材育成を進めていく。
- ②口腔健康管理を通して、最後まで口からたべることが支援できるよう多職種と連携し資質の向上に務めいく。
- ③オーラルフレイル予防の推進のために自治体や関係機関と連携し、地域での予防活動を拡充する。

○島根県栄養士会

- ①島根県栄養士会ホームページを活用し、健康寿命の延伸および在宅療養において栄養状態の維持・改善・低栄養予防が重要であること、管理栄養士・栄養士の栄養ケアステーションにおける活動について広報・周知を図る。
- ②多職種との連携を強化し、在宅訪問栄養指導を推進する。
- ③最後までおいしく口から摂取することを目的に、口腔ケアや生活支援に関係する多職種と連携して、個々の多様な生活背景を踏まえながら効果的な介入時期など検討をしていく。
- ④早期からの栄養介入を目的に、かかりつけ医や居宅介護支援専門員との連携や理解を深め、介護保険の居宅療養管理指導等の活用を拡充していく。
- ⑤管理栄養士・栄養士が各地域の在宅医療介護の一員として活躍できるよう、人材育成を進めていく。

3. 参考資料

島根県委託事業として令和2年度から在宅医療介護連携推進事業に取り組み、島根県医師会が中心となって、議論を重ねて参りました。

現場において「連携」をしていくためには、まず「情報の共有」から始まります。共有した情報により、各々が今どうしているか、さらに今後どうしていくか、同じ方向性を確認しながら、関係者が恒常的につながる取組みがされていることが必要です。

その連携をより円滑に進めていくためには、医療や介護にかかる制度をよく理解し、論点整理やデータ分析をしながら、現場の声をよく聞き、信頼関係を作りながら人を動かす「調整機能」が重要となります。

まさに、人口減少や高齢化などの背景を踏まえ、それぞれの地域において地に足の着いた取組みが具体的に進むよう、行政、医療介護関係者が協力して調整機能を発揮することが急務であると考えます。

本研究会では、医療介護連携にかかる現状と課題について全県的な論点整理とデータ分析を行い、今後の取組みの一助となるよう検討を行いましたので、以下のとおり、ご報告します。

○「関係者が危機感をもち、知恵を出し合って模索していく」

出典：令和4年度島根県在宅医療介護連携推進事業活動紹介～しまねの在宅医療介護の課題と取組への模索～（小冊子より抜粋、一部加筆）

小冊子については、島根県医師会ホームページ URL を参照

https://www.shimane.med.or.jp/to_people/news_public/zaitakukaigorenkei

国の施策においては「治す医療」から、「治し、支える医療」の強化が求められ、地域医療構想に基づき地域で整備する基準病床数が示されるなど、さらなる在宅医療介護の拡充が期待されています。

島根県においては人口減少や医療介護人材の不足などを背景に、これまでも行政や医療介護関係団体等において様々な取組みがなされてきましたが、劇的な改善につながる特効薬がない中、現状を受け止めざるを得ない状況です。また、地域の介護サービス等の社会資源によって在宅医療のあり様も異なることから、「医療を支える介護」「介護を支える医療」の双方の視点にたった仕組みづくりの必要性を感じているところです。

今後、10年、20年にわたって、県内どの地域においても在宅医療が成り立つのか、在宅医療への需要はどのようなものであるか、どこまで目指すのかなど、在宅医療介護現場の最前線を担う立場から意見交換を重ねてきました。

その中で、在宅医療介護の理想と現実を踏まえ、在宅療養を希望する方の期待に応えられるような安心して住めるまちづくりを目指して、関係者が危機感をもち、知恵を出し合って模索していく必要があるとあらためて認識したところです。

○「在宅医療介護の需要はどうか～人口と死亡場所の統計資料から～」

出典：令和3・4年度島根県在宅医療介護連携推進事業報告書から（一部加筆）

（データ根拠：①厚生労働省「NDB」（医療計画作成支援データブック）及び総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」②在宅医療にかかる地域別データ集（医政局地域医療計画課在宅医療推進室）<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>）

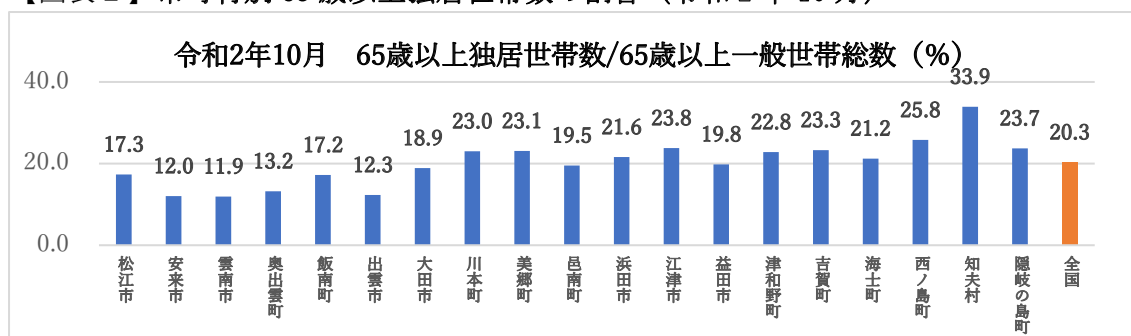
1. 地域の65歳以上人口減少と65歳以上の独居世帯数

平成30年(2018年)以降は、一部の自治体を除き、多くの市町村において65歳以上人口が減少へ転じている現状や、介護する家族のいない等の独居高齢者が増える中で、今後の在宅医療介護の需要の見込みをどのように考えるか、自治体の総合計画や介護保険計画を踏まえた議論が必要である（図表1・2）。

【図表1】市町村別の65歳以上人口

65歳以上人口 (人) / 年月時点	2014.1.1 H26.1.1	2018.1.1 H30.1.1	2021.1.1 R3.1.1	2018-2021 増減 H30-R3 増減(人)
松江市	54,004	58,321	59,541	1,220
安来市	13,294	13,913	13,863	-50
雲南市	14,176	14,674	14,599	-75
奥出雲町	5,278	5,362	5,337	-25
飯南町	2,169	2,199	2,131	-68
出雲市	47,168	50,929	52,066	1,137
大田市	13,341	13,665	13,540	-125
川本町	1,547	1,505	1,429	-76
美郷町	2,268	2,193	2,127	-66
邑南町	4,768	4,733	4,617	-116
浜田市	19,049	19,683	19,412	-271
江津市	8,760	9,072	8,980	-92
益田市	16,265	17,268	17,285	17
津和野町	3,550	3,555	3,450	-105
吉賀町	2,682	2,698	2,682	-16
海士町	917	923	917	-6
西ノ島町	1,264	1,287	1,296	9
知夫村	281	286	291	5
隠岐の島町	5,393	5,664	5,619	-45
島根県	216,174	227,930	229,182	1,252

【図表2】市町村別65歳以上独居世帯数の割合（令和2年10月）



2. 死亡場所

死亡届時の場所の取扱いとして、サービス付高齢者住宅であるか有料老人ホームであるかどうかの認識が明確でないといった現場の状況や、純粋な自宅での死亡数を把握することが困難な状況があるため、自宅と老人ホームを合わせた死亡状況の動向をみることにする(図表3・4)。また、介護保険施設や老人ホームには、県外サービス利用者が含まれていることにも留意が必要である。

【図表3】島根県の死亡場所別の動向

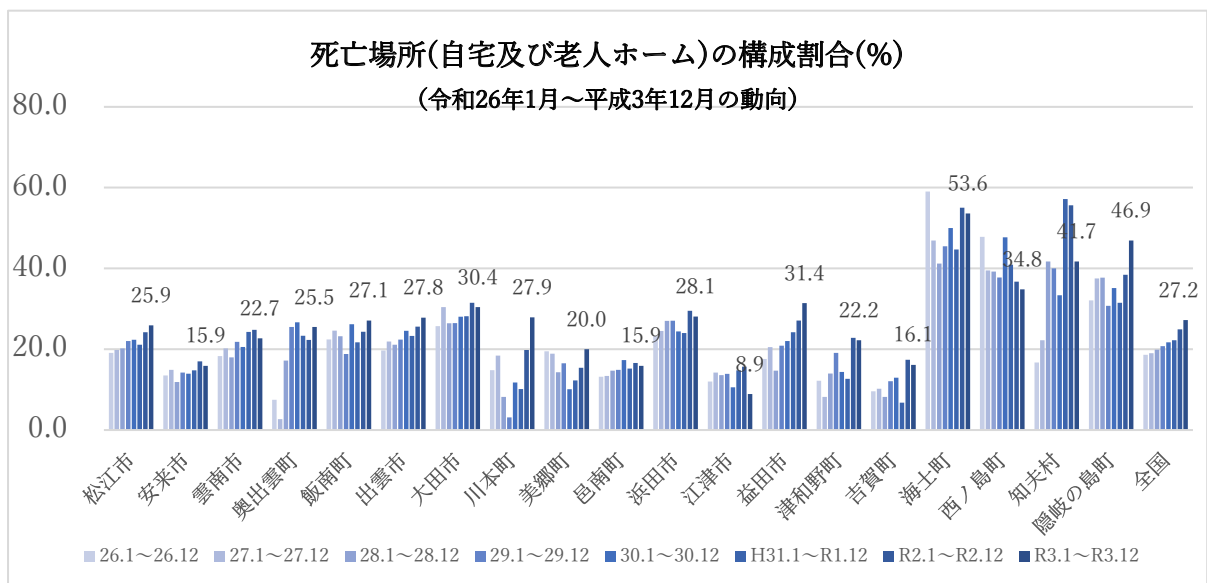
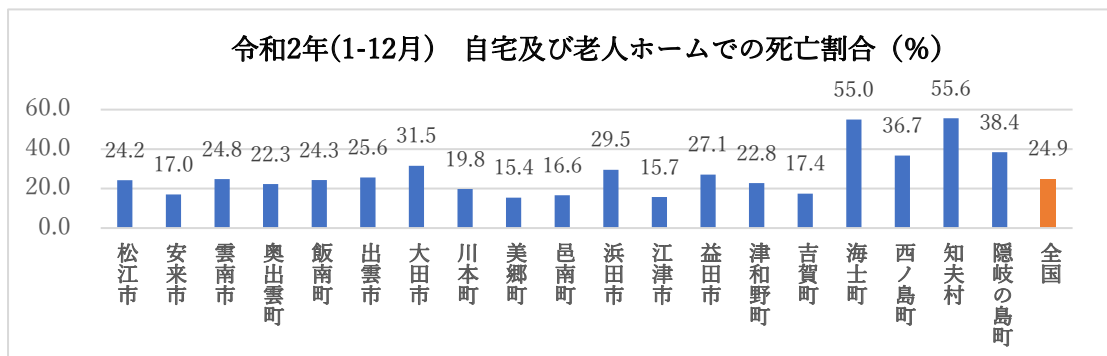
島根県（人）			施設内						施設外		
年 次		島根県総数	施設内計	病院	診療所	介護医療院・介護老人保健施設	再掲）介護医療院	老人ホーム	施設外計	自宅	その他
平成29年	2017年	9,694	8,478	6,960	58	348	-	1,112	1,216	1,009	207
平成30年	2018年	9,724	8,419	6,900	36	348	38	1,135	1,305	1,043	262
令和元年	2019年	9,710	8,509	6,897	46	410	106	1,156	1,201	988	213
令和２年	2020年	9,585	8,271	6,480	54	461	187	1,276	1,314	1,116	198

*分類の定義(死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル(令和3年度版)厚生労働省)

○老人ホーム(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)

○自宅(自宅、グループホーム、サービス付き高齢者住宅(賃貸住宅をいい、有料老人ホームは除く。))

【図表4】市町村別の死亡場所(自宅及び老人ホーム等)の構成割合



3. 病床機能報告からみる退棟先

(データ根拠：病床機能報告(島根県医療政策課公表資料を一部加工))

令和2年4月1日から令和3年3月31日までの期間に、医療機関からの退棟した46,767人の転機をみると、約6割は家庭に、約3割は医療機関で継続療養、死亡退院は約3%であった(図表5)。

また、介護老人保健施設や特別養護老人ホーム等の介護保険施設への入所は841人(1.8%)であるが、高度急性期や急性期病床からのサービス付き高齢者住宅などの有料老人ホームの入所者数は、介護保険施設利用者数を上回っている(図表5)。

これは、退院が決まってからの期間が短く、要介護認定申請を待たずに有料老人ホーム等の入所につながっていることなどが考えられ、医療機関における退院調整に際しては、かかりつけ医や介護支援専門員、関係者との効果的な情報共有が望まれる。

【図表5】令和3年度病床機能報告からみた退棟先(R2.4.1～R3.3.31)

退棟患者の転機/病床区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	全体(人)	構成割合(%)
転院・転棟	7,894	6,887	456	101	15,338	32.8
家庭へ退院	5,001	20,547	2,174	599	28,321	60.6
死亡退院等	268	584	112	503	1,467	3.1
介護保険施設に入所	42	361	373	65	841	1.8
社会福祉施設・有料老人ホーム等へ入所	62	423	272	41	798	1.7
その他	0	1	1	0	2	0.0
全体(人)	13,267	28,803	3,388	1,309	46,767	100.0
構成割合(%)	28.4	61.6	7.2	2.8	100.0	

令和2～3年度の病床機能報告については、新型コロナウイルス感染症の影響があるものと考えるが、図表5の慢性期病床からの退棟者をみると、平成30年度報告と比べて、家庭への退院が増え、介護保険施設の利用入所者数が減少している(図表6)。

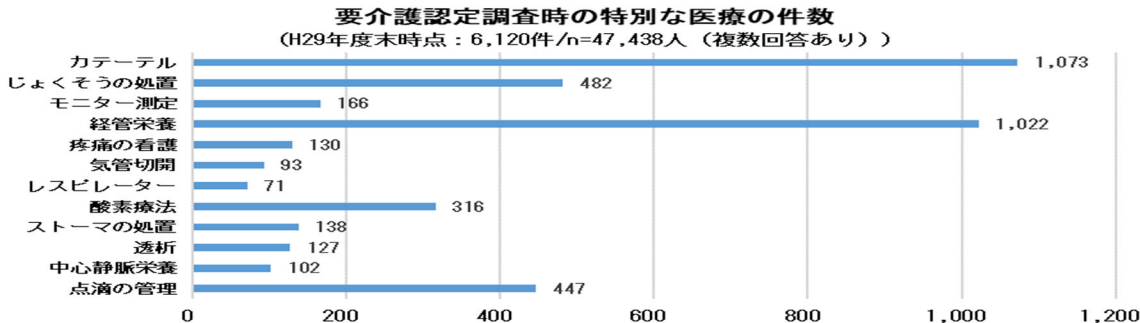
【図表6】病床機能報告からみた慢性期病床からの退棟先(平成30年度-令和3年度報告)

慢性期病棟からの退院先/報告年度	平成30年度報告	令和2年度報告	令和3年度報告
退棟患者総数(人)	1,160	733	1,309
院内の他の病棟へ転棟	79	25	23
他の病院、診療所へ転院	76	71	78
死亡退院等	438	454	503
家庭へ退院	386	97	599
介護老人保健施設に入所	87	23	38
介護老人福祉施設に入所	49	28	27
介護医療院に入所	0	0	0
社会福祉施設・有料老人ホーム等へ入所	43	35	41
その他	2	0	0

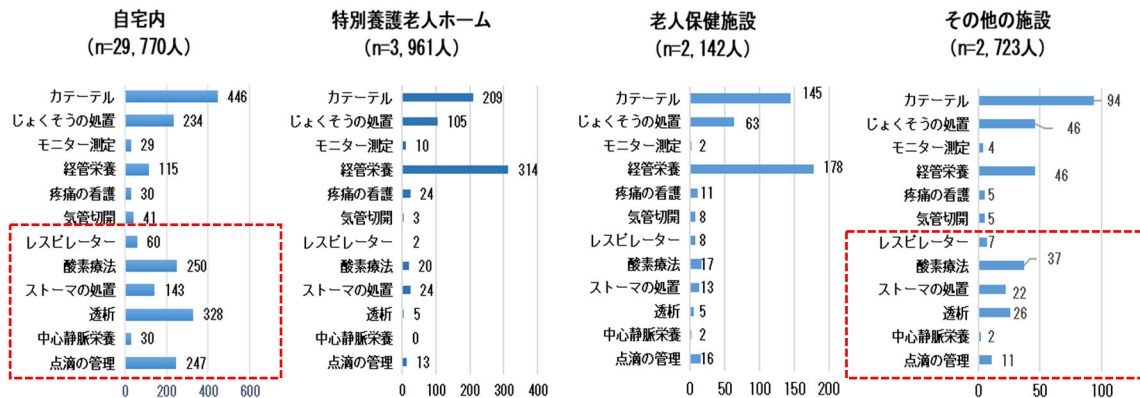
参考資料：要介護認定調査の集計結果からみた医療的ケア

(出典：島根県高齢者福祉課：「しまねの介護保険」)

○平成 29 年度の要介護認定者の年度末時点 (n=47,438 人) のデータから、要介護認定調査時に「特別な医療」の各項目にチェックがあった件数 (n=6,120 件) の内わけ



再掲) 調査場所別の主な「特別な医療」の件数
(その他の施設には、介護保険の指定を受けない住宅等を含む)



4. 訪問診療の実施状況

(データ根拠：島根県医療政策課エミタス G ほか、島根大学の協力を得て集計)

訪問診療の実施状況を在宅患者訪問診療料 1 の算定状況からみると、年間約 6,000 人前後が訪問診療を受けており、年々増加傾向で、75 歳以上が 94%を占めていた (図表 7)。

【図表 7】在宅患者訪問診療料 1 の算定状況 (ひと月当たりの件数 (年間算定件数/12 か月))

年次	2018	2019	2020	2021	2021 年 構成割合
～64 歳	76	62	63	61	1.0%
65～74 歳	271	298	319	329	5.3%
75 歳～	5,560	5,617	5,689	5,858	93.7%
(A) 合計	5,908	5,977	6,071	6,249	100%

参考：延べ実人数は、当該年度内に 1 月以上の算定があった場合は複数回計上されている (人件)

年次	2018	2019	2020	2021
延べ実人数 (人件)	8,879	8,917	9,195	9,416

2018年4月から2020年3月までに診療報酬の在宅患者訪問診療料1を算定している人の約9割は、要介護認定を受け何らかの介護保険サービスを利用していた（図表8）。

【図表8】訪問診療利用者の介護保険サービスの利用状況（2018年4月～2020年3月）

定義：在宅患者訪問診療料1を算定している患者

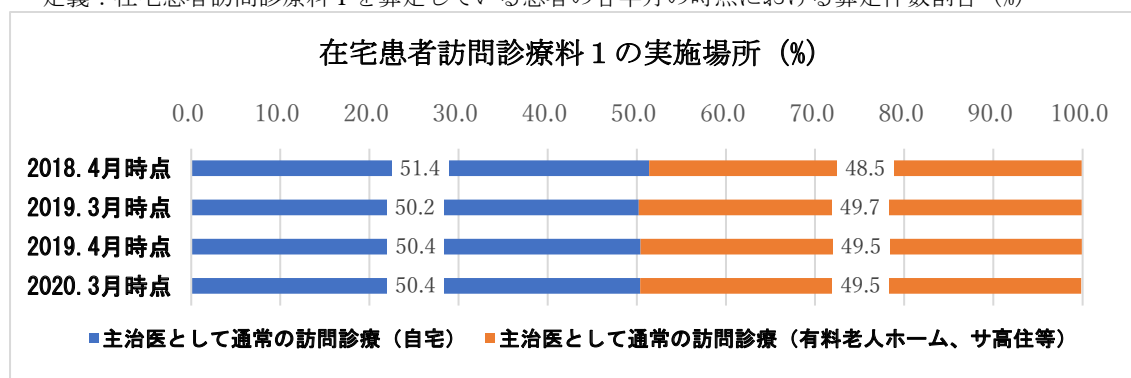
データ数：診療報酬（データ総数 n=153,074 件） 介護報酬（データ総数 n=476,970 件）

診療報酬 / 介護報酬	同一期間の介護報酬の算定 (実人数)		構成割合 (%)	
	算定あり	算定なし	算定あり	算定なし
在宅訪問診療料1の算定者（実人数）				
2018.4月～2019.3月（9,098人）	8,429	669	92.6	7.4
2019.4月～2020.3月（9,139人）	8,351	788	91.4	8.6

2018年4月から2020年3月までの各時点における在宅患者訪問診療料1の区分別の算定状況をみると、在宅医療が提供されている場所は、自宅と有料老人ホーム等は半数ずつであった（図表9）。

【図表9】訪問診療の実施場所（2018年4月～2020年3月）

定義：在宅患者訪問診療料1を算定している患者の各年月の時点における算定件数割合（%）



「主治医として通常の訪問診療（自宅）」の件数は微減し、「主治医として通常の訪問診療（有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等）」の同一建物への訪問診療が増えている（図表10）。なお、同一月の複数算定については、施設等への居住場所の移動が想定される。

【図表10】診療報酬算定コード別の訪問先（2018年4月～2020年3月）

定義：在宅患者訪問診療料1を算定している患者の各年時点の診療コード別の算定件数

（ただし、同一月に複数の算定がされているため、人件として計上）

診療コード /年月時点	在宅患者訪問診療料1の区分別の各時点 における算定状況（人件）	2018.4月 時点	2019.3月 時点	2019.4月 時点	2020.3月 時点	2018.4- 2020.3増減
114001110	主治医として通常の訪問診療（自宅）	3,245	3,203	3,027	3,224	-21
114030310	主治医として通常の訪問診療（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等）	3,063	3,168	3,148	3,164	104
参考）在宅訪問診療料1の各時点での算定実人数（人）		5,973	6,054	6,070	6,083	

また、県外での算定件数は年間 180 人件であるが、自宅は約 2 割、有料老人ホーム等の同一建物が約 8 割を占めていた（図表 11）。

【図表 11】2020 年 3 月時点の在宅患者訪問診療料 1 の県内・県外区分

診療コード /年月時点	在宅患者訪問診療料 1 の区分別の各時点 における算定状況（人件）	2020.3 月 時点	再掲） ①県内	再掲） ②県外	①の構成 割合	②の構成 割合
114001110	主治医として通常の訪問診療（自宅）	3,224	3,191	33	50.4	17.8
114030310	主治医として通常の訪問診療（有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等）	3,167	3,017	150	49.5	81.1

地域の人口減少や介護人材の確保が難しい状況が続き、介護サービス事業所が少ないことや、医療的ケア（喀痰吸引、経鼻栄養）のある患者様の療養先が見つからず、県外へ転出していくことを受け入れざるを得ない現場の実情が聞かれる。

5. 県外の介護保険サービスの利用状況

（データ根拠：令和 4 年 8 月分の県内外のサービス利用状況（島根県高齢者福祉課 国保連合会 介護給付適正化システム「事業所別適正化システム」）

令和 4 年 8 月分の費用額 72 億円のうち、県外サービス利用の費用額は約 2.22 億円と、全体の約 3 %を占める（図表 12）。

【図表 12】介護保険費用額の利用内訳（令和 4 年 8 月分）

（単位：千円）

	合計	(内訳)		
		在宅サービス	特定施設入居者 生活介護 (地域密着型除く)	介護保険施設 (地域密着型除く)
合計	7,267,011	2,048,213	329,652	2,840,127
県内	7,044,881	1,990,268	300,913	2,716,237
県外	222,130	57,945	28,739	123,891
県内の割合(%)	96.9%	97.2%	91.3%	95.6%
県外の割合(%)	3.1%	2.8%	8.7%	4.4%

※在宅サービス：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅介護支援
介護保険施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院

令和 4 年 8 月分の介護報酬の県外サービス利用から年間の費用額を算出する場合は、下記の表の金額を 12 倍して算出する（図表 13）。

【図表 13】保険者別の県外サービス利用の費用額（令和 4 年 8 月分：（単位：千円））

令和4年8月分	松江市	安来市	雲南広域	出雲市	大田市	邑智総合	浜田広域	益田市	津和野町	吉賀町	隠岐広域	全県
県外分費用額 (単位：千円)	27,503	14,425	5,609	8,816	8,978	22,177	50,931	41,806	21,969	12,408	7,507	222,130

*千円以下は四捨五入

○「病院、診療所における在宅医療の現状から」

出典：令和3・4年度島根県在宅医療介護連携推進事業報告書から抜粋、一部加筆
令和3年度の在宅医療介護連携推進事業にかかるアンケート調査結果から

1. 調査対象

- (1) 郡市医師会へのアンケート調査 (12 郡市医師会)
(2) 在宅医療の給付実績のある病院・診療所及び在宅療養支援病院 (計 285 か所)
(2020 年度に在宅患者訪問診療料 1 (イ・ロ) 及び在宅訪問診療料 2 (イ・ロ) の給付実績のあった病院及び診療所及び地域療養支援病院を対象)

2. 実施方法

回収方法：郵送によるアンケート調査
回答率：郡市医師会 100%、病院 100% (29 か所)、診療所 88.7% (227 か所)
調査期間：令和3年11月24日～12月10日
*在宅医療の提供の定義：診療報酬の規定に準拠することとし、「自宅、特別養護老人ホーム (配置医師)、グループホーム、サービス付き高齢者専用住宅等の住まいにおいて実施する医療提供分」とし、「介護老人保健施設・介護医療院への入所中、医療機関への入院中の者」を除いた。

1. 訪問診療を実施している医療機関

在宅における訪問診療の実績をみると、病院では 61.7% (29 医療機関)・診療所では 44.8% (256 医療機関) が実施しており、ともに全国と比べて、訪問診療の実施率が高いことが窺える (図表 14)。

【図表 14】訪問診療の実施状況 (病院、診療所別)

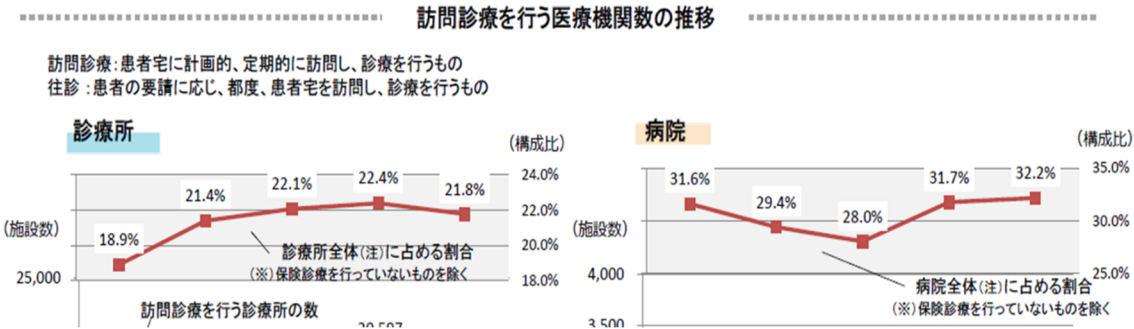
区分	医療法届出医療機関数(R3.7現在)	①保健所、企業等診療所、特養の医務室等を除いた医療機関(R3.7現在 概数)	②アンケート調査対象数	③回答数	④回答率 (③/②*100)	⑤参考 (③/①*100)	⑥参考 (②/①*100)
病院	47	47	29	29	100.0	61.7	61.7
診療所	722	571	256	227	88.7	39.8	44.8
小計	769	618	285	256	89.8	41.4	46.1

参考資料：第1回在宅医療及び医療介護連携に関するWG (厚生労働省資料)

在宅医療の提供体制 ～②日常の療養支援～

○ 訪問診療に対応する医療機関の数は、診療所では全体の約20%、病院では全体の約30%に至る。

第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
令和3年10月13日資料



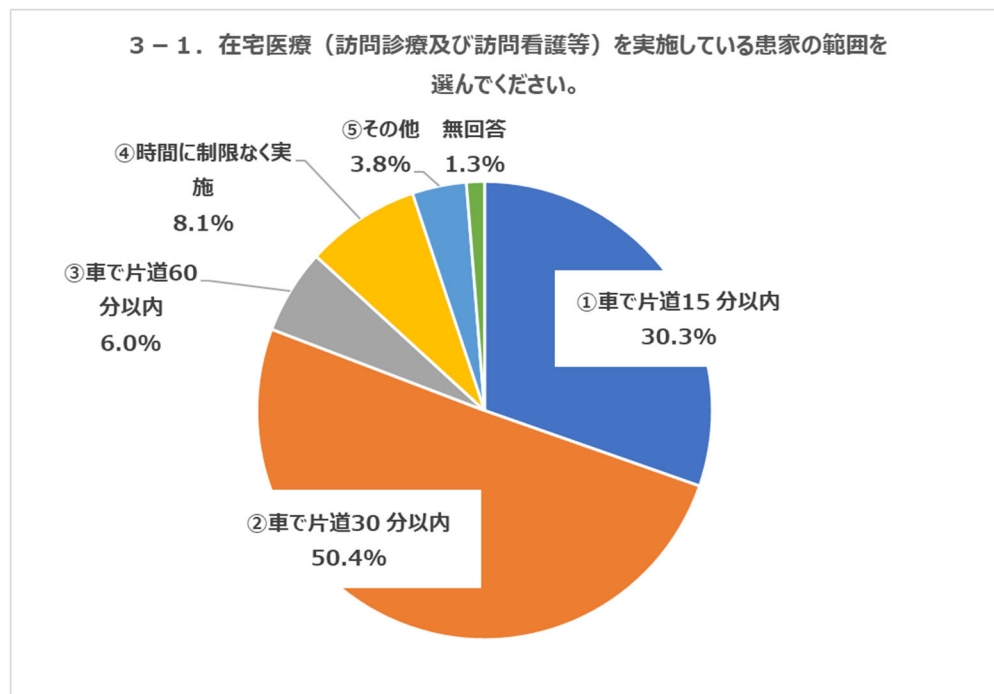
* 割合には保険診療を行っていないものは除外

2. 訪問診療している範囲（診療所（227 か所）からの回答）

患家の範囲を車で片道 30 分以内までの範囲と回答した診療所が最も多く、全体の 51%（118 診療所）、次いで、15 分以内とした回答は 30%（71 診療所）あった（図表 15）。なお、複数回答があったものは、「原則はあるが、町内に限り対応している」「半径 16 キロ以内」「受診歴がある人」「圏域内に転出した人」「地域住民ならば誰でも」といったものなどが少数見受けられた。

医療介護人材の不足が顕著な地域においては、今後の在宅医療介護の需要と提供体制を見据えながら、住民理解や自治体による医療介護事業所への不採算部分への対応などについての議論が必要ではないか。

【図表 15】訪問診療及び訪問看護等を実施している患家の範囲



3. 訪問診療や看取りの実施状況

診療所が実施した在宅医療（訪問診療及び訪問看護等）の年間利用実人数は 8,847 人、年間の看取り対応者数は 1,261 人であった（図表 16）。

【図表 16】在宅医療の年間利用者数と看取り

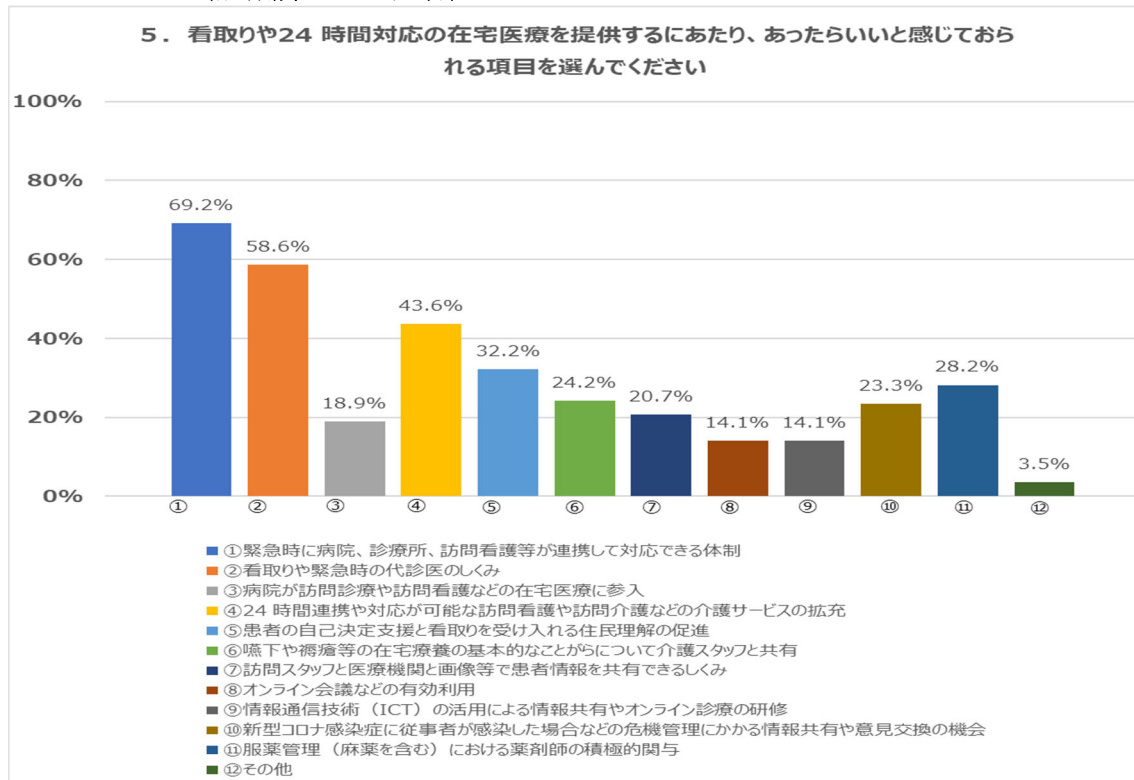
アンケート回答診療所(n=207か所)	回答人数	アンケート回答診療所(n=212か所)	回答人数
在宅医療の年間利用実人数（人）	8,847	看取り対応をした年間実人数（人）	1,261
1診療所あたりの年間患者数（人）	42.7	1診療所あたりの年間看取り人数	5.9

4. 「設問5 看取りや24時間対応の在宅医療を提供するにあたり、あったらいいと感じていること（診療所（227か所）からの回答）」

①緊急時に病院、診療所、訪問看護等が連携して対応できる体制が69.2%、次いで、②看取りや緊急時の代診医のしくみが58.6%、④24時間連携や対応が可能な訪問看護や訪問介護などの介護サービスの拡充が43.6%、⑤患者の自己決定支援と看取りを受け入れる住民理解の促進32.2%と続く（図表17）。

また、⑪服薬管理（麻薬を含む）における薬剤師の積極的関与が28.2%と、薬剤師による地域への参加が期待されている。

【図表17】看取りや24時間対応の在宅医療を提供するにあたり、あったらいいと感じていること（診療所からの回答）



5. 在宅医療介護の現場におけるデジタルトランスフォーメーション（DX）

医師や看護師のみならず多職種にわたる医療介護人材の不足に加え、新型コロナウイルス感染症の蔓延を契機に、Web会議や医療介護にかかる情報共有ツールの活用が進められている。

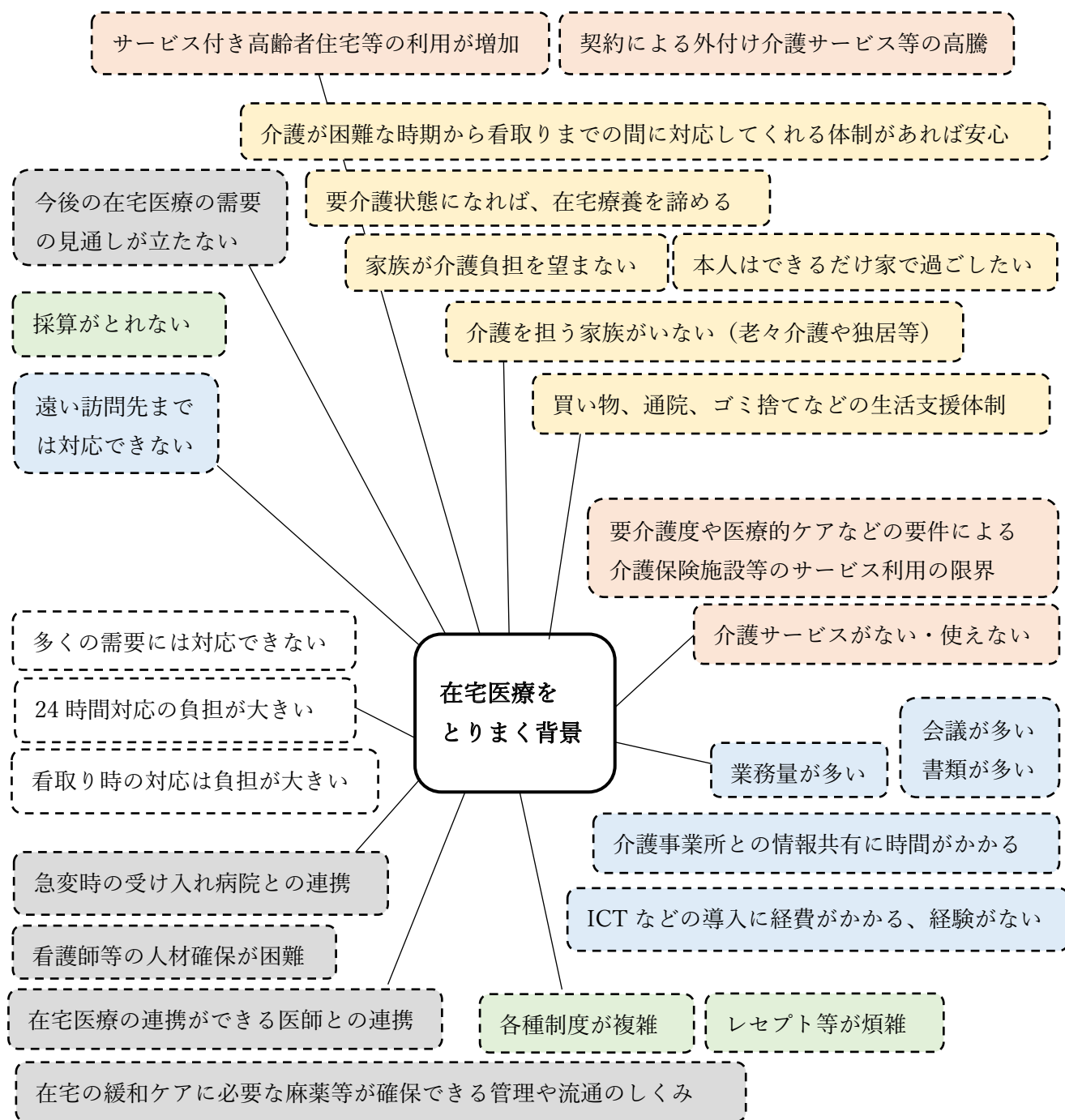
国においては、全国医療情報プラットフォームや電子カルテの標準化、診療報酬改定への対応など、「医療DX令和ビジョン2030」が打ち出され、今後さらに、医療介護現場における効率化が進められていくものと考えられる。

一方、現場においては、通信環境が十分整っていない地域があることやプライバシーの保護などの安全性への配慮、新たな設備投資やツールを活用できる人材の不足、経済的負担などから、全体的な取組みとまではなっておらず、個々の努力だけでは解決できない課題も多い。

また、デジタル技術に習熟していない高齢者等にも使いやすい環境づくりが必要となってくることから、官民一体となった対応策が求められる。

○在宅医療介護の提供現場からの声

人口減少に歯止めがかからないという状況と、地域の医療介護の日頃の状況について、関係者で共有していく必要がある。



凡例： 業務上の課題 医療保険等の運用上の課題 住民の背景や意識
介護保険等の運用上の課題 地域社会のしくみとしての課題

○在宅医療介護連携推進事業にかかるアンケート調査の実施のための視点
(令和2～3年度島根県医師会の事業準備委員会で協議)

1. 訪問看護との連携

- ①在宅医療や看取りは、訪問看護や看護小規模多機能事業所と協働で対応していく
- ②病院や診療所の看護人材が、地域の訪問看護として活躍できる方法の検討

2. 住民理解と地域の協力体制

- ①看取りは日常のことであるという考え方を地域全体で共有していく
- ②住民が在宅療養に関する知識や技術を習得するなどして、地域の介護力向上へ
- ③地域の介護サービスや生活を支えるしくみについて、行政と住民で検討し施策に反映させる

3. まちづくり施策と一体となった在宅医療施策

- ①協力体制のとれる診療所と24時間体制の病院とが小単位で連携し、地域全体へ波及していく
- ②地域医療を担う医師や看護師が「地域の魅力源である」という評価や発信をする
- ③虚弱となった場合の住まいや集住のあり方を「市町の総合計画」へ反映させる
- ④情報通信技術（ICT）の活用ができる市町を挙げた通信ネットの体制づくり
(通信技術を活用した画像の取り込みや診断など業務負担軽減に向けた研修など)

調査結果の詳細については、島根県医師会ホームページ URL をご覧ください。

https://www.shimane.med.or.jp/to_people/news_public/zaitakukaigorenkei

○第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 厚生労働省
(令和4年(2022年)年3月9日) 資料より一部抜粋

～第8次医療計画策定に向けた在宅医療について(主な意見、論点)から抜粋～

- ・在宅医療の現場では介護系サービスも行われており、高齢者向け住宅も含まれるため、これらを踏まえた議論が必要。
- ・5疾病5事業は県が中心、在宅医療は市区町村中心のため、都道府県及び都道府県医師会等が連携して市区町村を支援することが非常に重要。

*厚生労働省ホームページ 資料掲載アドレス

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24354.html

○日本医師会「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」(2022年4月20日)より
～かかりつけ医の務めより一部抜粋～

- ・いつでも安心していただけるよう、かかりつけ医を中心に地域の医師がチーム一丸となって患者さんを支えます。外来へのアクセスが困難な患者さんのために、在宅医療やオンライン診療など、患者さんのそばに寄り添える方法を選択します。

～地域社会におけるかかりつけ医機能より一部抜粋～

- ・24時間365日、安心して相談、受診していただけるよう地域の医師同士で連携する体制をとるとともに、在宅当番医や休日夜間急患センターの業務を分担します。

*日本医師会 資料掲載アドレス

https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20220427_kakarip.pdf

(お問い合わせ先)

一般社団法人 島根県医師会

〒690-8535

島根県松江市袖師町 1 番 31 号

T E L : 0852-21-3454

F A X : 0852-26-5509

E-mail : office@ns.shimane.med.or.jp

事業担当：在宅医療介護連携推進専門員 渡邊利恵

T E L : 080-8231-5663

E-mail : zaitaku@ns.shimane.med.or.jp

