

滋賀県における 在宅医療推進のための 基本方針

第4版

令和6年3月
滋 賀 県

目 次

はじめに

1 滋賀県における在宅医療等の現状

(1) 在宅医療のニーズの状況	3
(2) 在宅医療の対象者の状況	10
(3) 在宅療養を支援する医療資源等の状況	18
(4) 在宅ネットワークの現状	22
(5) 感染症および自然災害の状況	25
(6) 在宅医療に関わるそれぞれの立場からの意見	28

2 滋賀県における在宅医療の課題

(1) 退院後の生活を見据えた入院前から退院（在宅療養）への切れ目のない継続支援が必要【入退院支援】	48
(2) 望む場所で質の高い日常療養支援を受ける体制の構築が必要【日常療養】	49
(3) 病状の急変に際し、24時間対応体制のもと必要な支援を受けることができる体制の整備が必要【急変時対応】	52
(4) 望む場所で人生の最終段階におけるケアを受け、本人・家族が望む最期を迎えることが可能な地域の実現が必要【看取り】	52
(5) 感染症・災害発生時に備えた、在宅療養を支える体制の構築が必要【感染症・災害発生時】	53
(6) 在宅療養を支援する多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実が必要【拠点機能】	54

3 基本的な方向および目標、施策の内容

(1) 病院から在宅療養への移行に向けて、切れ目のない入退院支援を受けることができる	55
(2) 望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる	57
(3) 病状急変に際し、必要な支援を受けることができる	64
(4) 望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる	65
(5) 感染症や災害発生時にも療養を継続することができる	67
(6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能が充実している	68

4 推進体制と評価

(1) 在宅医療に関わる各機関および団体が果たす役割 78

(2) 推進体制と評価 100

はじめに

県内のどこに住んでいても、高齢になっても、病気になっても、障害があっても、「住み慣れた地域や望む環境で自分らしい暮らしを続けたい」、「人生の最終段階まで安心して暮らし続け、希望に沿った最期を迎えたい」という県民の願いを実現すること。すなわち、本人のQOL（Quality of Life：生活の質）、QOD（Quality of Death：死の質）の向上に向け、県民の暮らしを支える医療福祉サービスが総合的に提供できること、それが滋賀県の目指す医療福祉の姿である。

平成30年（2018年）3月の『滋賀県における在宅医療推進のための基本方針（第3版）』策定から6年が経過するが、この間、新型コロナウイルス感染症が流行する中、これまで培ってきた「顔の見える関係」や「連携ルール」などを活用した多職種協働により、在宅医療への支援が実施され、自宅で最期を迎える人も増加している。

今後、高齢化がより一層進行する中で、滋賀県の高齢化率は、令和6年（2024年）1月1日現在で27.2%であり、高齢者数がピークとなる令和27年（2045年）頃には、高齢者は現在より約8万人多い45万人、高齢化率は35.5%になると推計され、多死社会の到来とともに、医療と介護ニーズを併せ持ち地域で疾病や障害を抱えつつ生活する高齢者がさらに増加していくことが予測されている。

このような中、地域での「生活（暮らし）を分断」することなく、「生活（暮らし）の継続」を支える在宅医療のさらなる充実が求められている。

このためには、日常療養支援、入院早期から生活に戻るための入退院支援、急変時の対応、本人の意向に沿った人生の最終段階を迎えるための支援、感染症や災害発生時など有事に備えた体制の充実を図るとともに、各市町・圏域において、在宅医療・介護連携の推進を行うための拠点である市町と医師会等関係団体が連携しつつ、切れ目のない在宅療養支援体制を構築していくことが求められている。

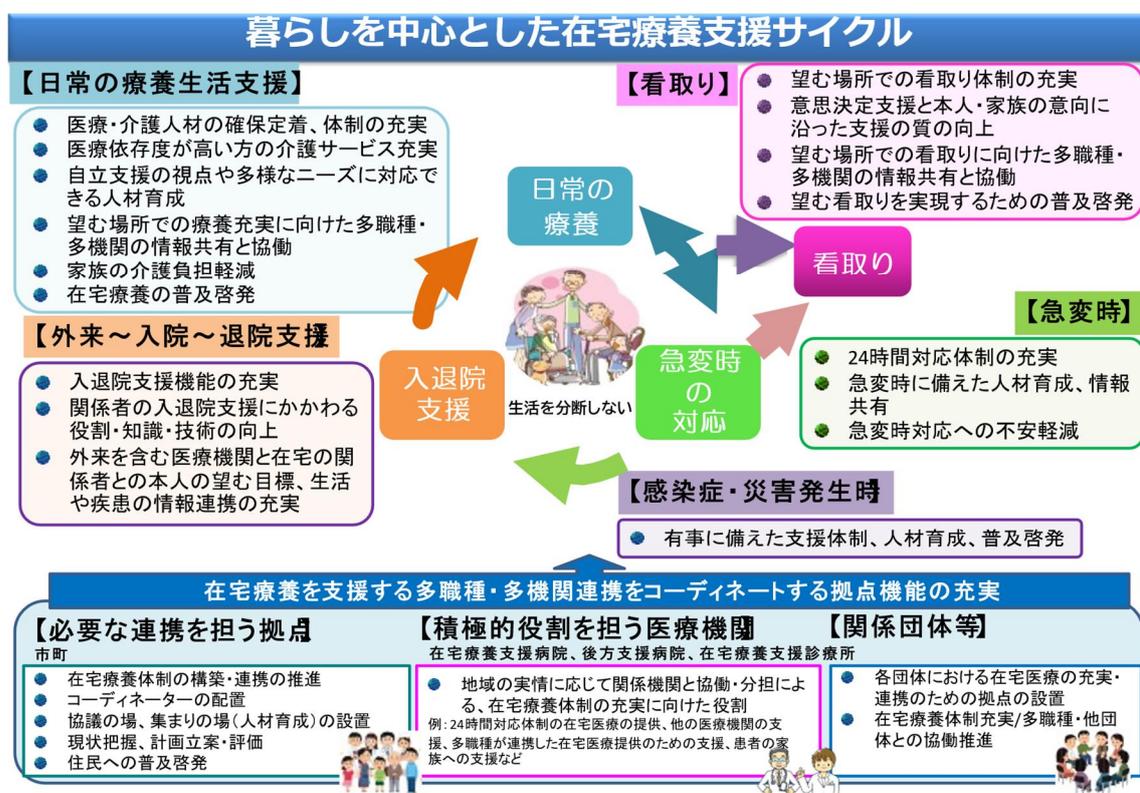
本県では、平成18年度に在宅医療推進の要となる組織として、滋賀県在宅医療等推進協議会を設置、平成20年7月に在宅医療推進のための基本方針（第1版）を策定し、改定を重ねながら、この基本方針に基づき関係機関、団体がそれぞれの役割に応じた取組を進めてきた。

在宅医療は、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムに不可欠の重要な構成要素である。

社会の変化に伴い、在宅医療はますますその重要性を高めており、平成29年度改定の滋賀県保健医療計画において、5疾病5事業とならんで在宅医療が重要な柱と位置づけられている。この基本方針は、保健医療計画の「在宅医療」分野をより詳細に記載するものとして位置付けている。

今回、これまでの取組の成果を踏まえ、在宅医療を取り巻く新たな課題に対応するため、基本方針の改定を行うこととした。新しい基本方針では、在宅療養の支援体制づくりに求められる「入退院支援・日常療養、急変時・看取り」の4つの場面および「感染症・災害発生時」、「多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能」の6つの項目ごとに現状と基本的な方向、目標を記載し、更なる在宅医療の推進に向け、各機関・団体が目標を共有しながら、それぞれの役割分担に応じた取組を進めることとする。

この基本方針において「在宅」とは、高齢化が進み独居や老々介護が増加するなかで安心して療養できる場所として、自宅だけでなく特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む。



1 滋賀県における在宅医療等の現状

(1) 在宅医療のニーズの状況

ア 急速な高齢化の進展 (図1・図2・図3・図4・図5・図6)

滋賀県の人口は、平成27年(2015年)頃をピークに減少局面に入り、今後も減少していくことが見込まれている。一方、65歳以上人口は令和27年(2045年)頃にピークに達しますが、75歳以上人口や85歳以上人口は、引き続き増加傾向にあると予測されている。

特に、介護ニーズが高い85歳以上人口は、令和22年(2040)頃まで急速に増加することが見込まれている。

図1 65歳以上人口の推計

[単位：千人・%]

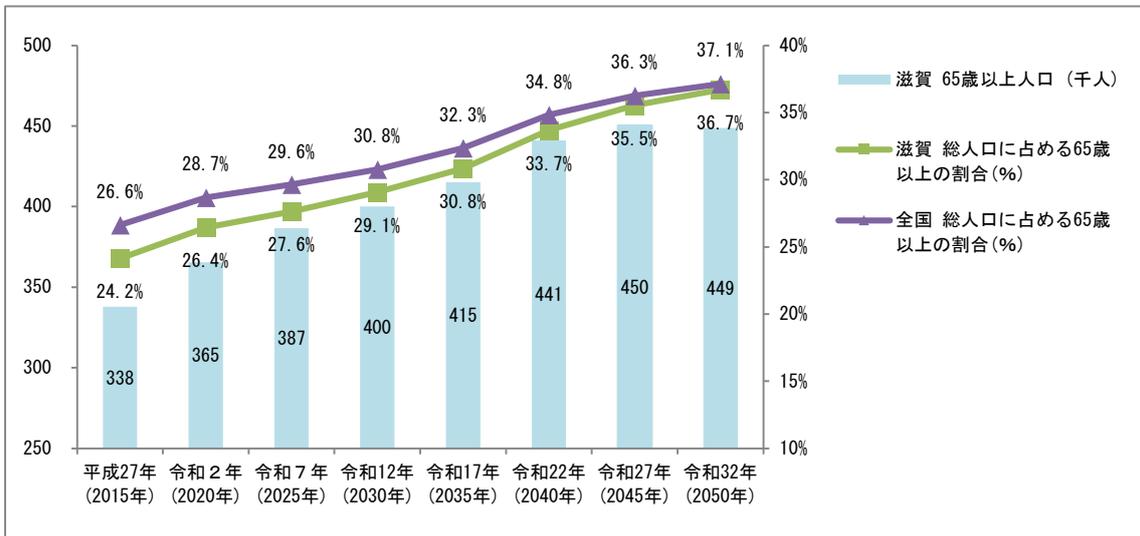


図2 75歳以上人口の推計

[単位：千人・%]

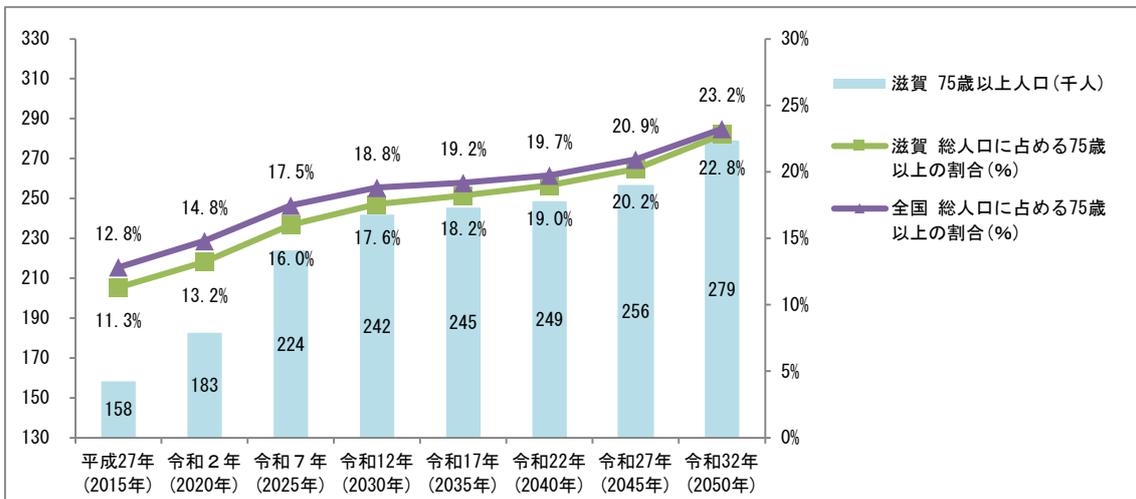
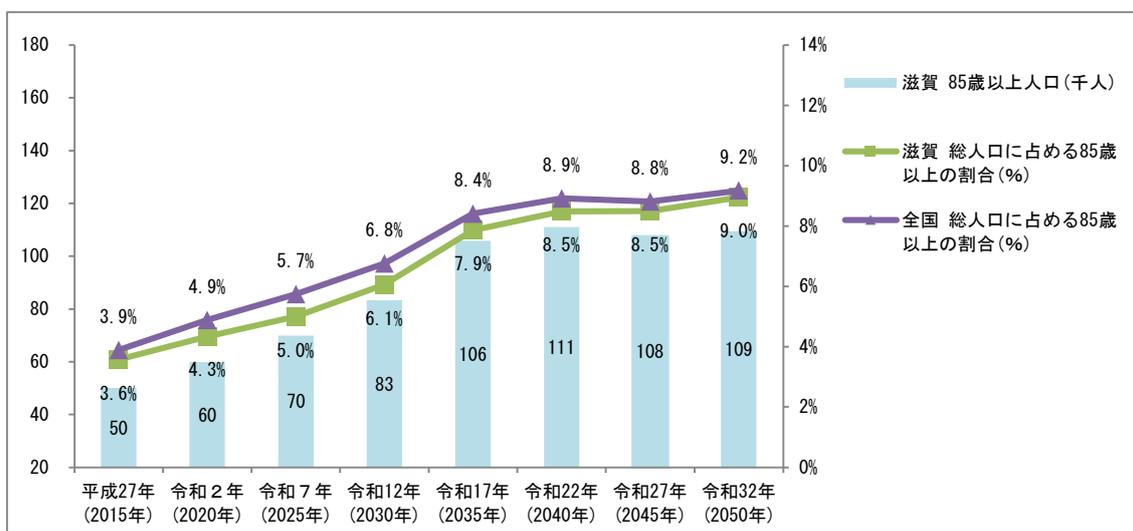


図3 85歳以上人口の推計

[単位：千人・%]



出典：平成27年(2015年)および令和2年(2020年)は国勢調査(総務省)
令和7年(2025年)以降は国立社会保障・人口問題研究所の令和5年(2023年)推計

また、高齢化の進み方は、地域差があり、湖西圏域では65歳以上人口は令和7年(2025年)頃、75歳以上人口は令和12年(2030年)頃がピークとなりその後減少していく。しかし、85歳以上人口は令和22年(2040年)ごろまで増え続けることが見込まれる。

他方、湖南圏域では、各年齢の人口は引き続き増加傾向にあり、令和2年(2020年)と令和32年(2050年)を比較すると、65歳以上人口では約1.5倍に留まるが、75歳以上人口では1.8倍、85歳以上人口では2.2倍に達する見込みである。

図4 令和2年(2020年)を100とした場合の増減推移 (65歳以上人口)

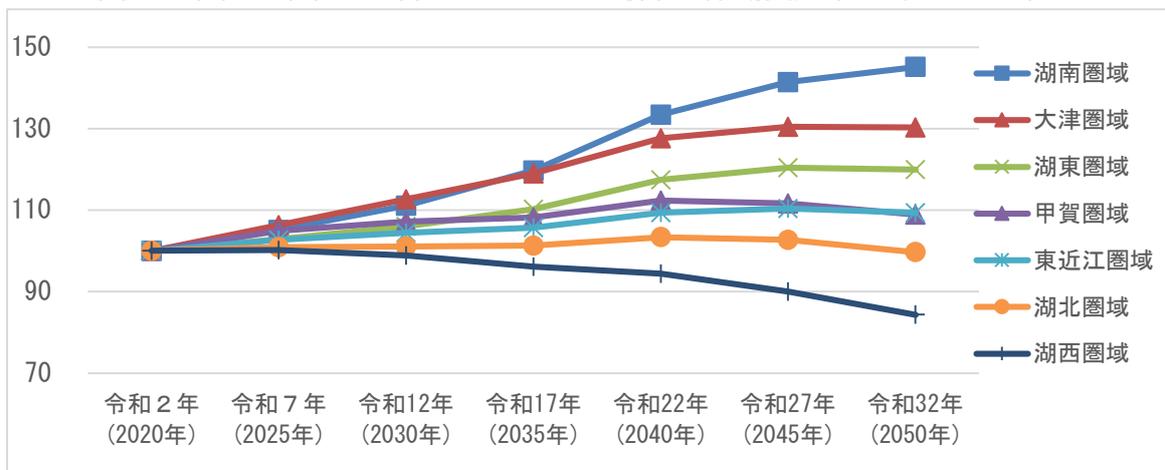


図5 令和2年(2020年)を100とした場合の増減推移 (75歳以上人口)

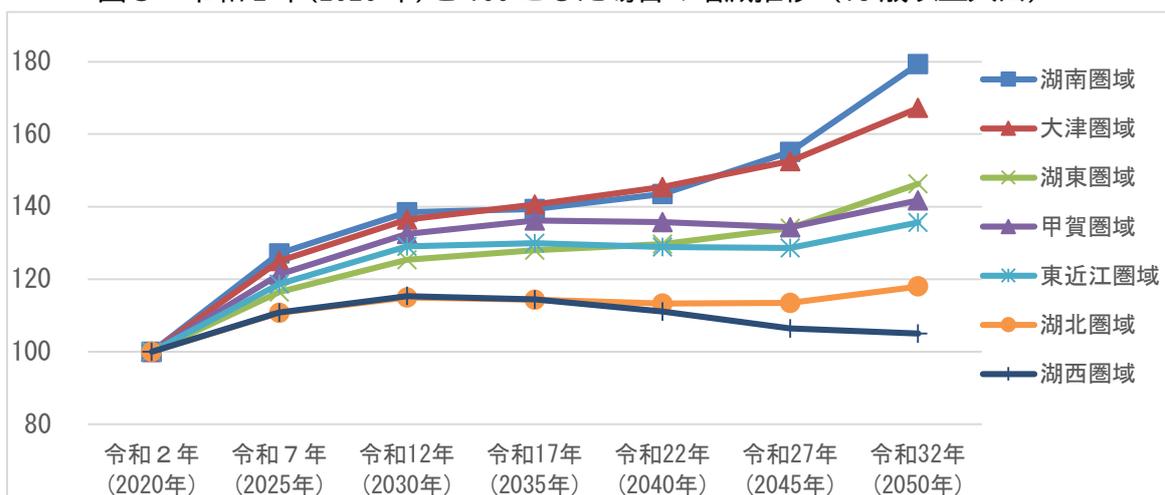
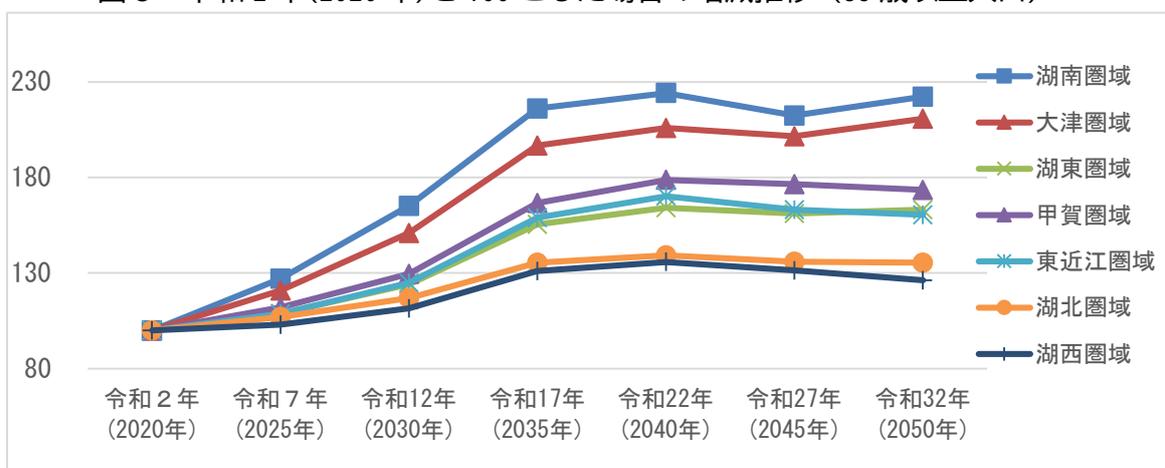


図6 令和2年(2020年)を100とした場合の増減推移 (85歳以上人口)



出典：令和2年(2020年)は国勢調査(総務省)
令和7年(2025年)以降は国立社会保障・人口問題研究所の令和5年(2023年)推計

イ 滋賀県の高齢者世帯の推計（図7・図8・図9）

一般世帯数は令和12年(2030年)頃をピークに減少に転じる中、高齢単身世帯は大幅に増加していくと見込まれている。

また、85歳以上高齢者の単身世帯数は、令和22年(2040年)には平成27年(2015年)の2倍以上に増加、夫婦世帯についても、85歳以上高齢者を世帯主とする夫婦世帯数は3倍程度に増加することが見込まれている。

図7 滋賀県の高齢者世帯の推計（65歳以上人口）

[単位：千世帯・%]

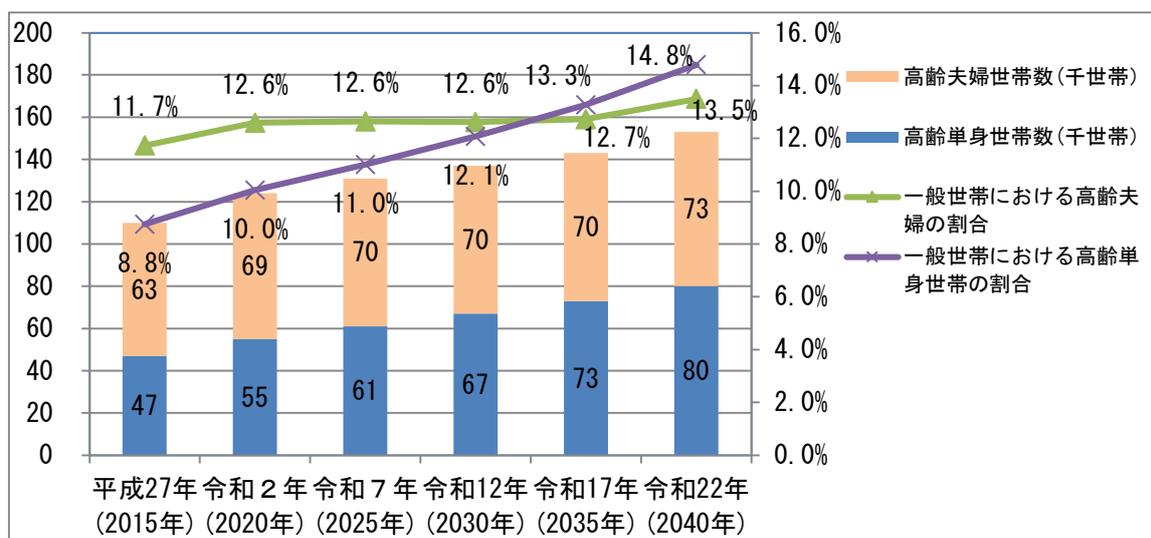


図8 滋賀県の高齢者世帯の推計（75歳以上人口）

[単位：千世帯・%]

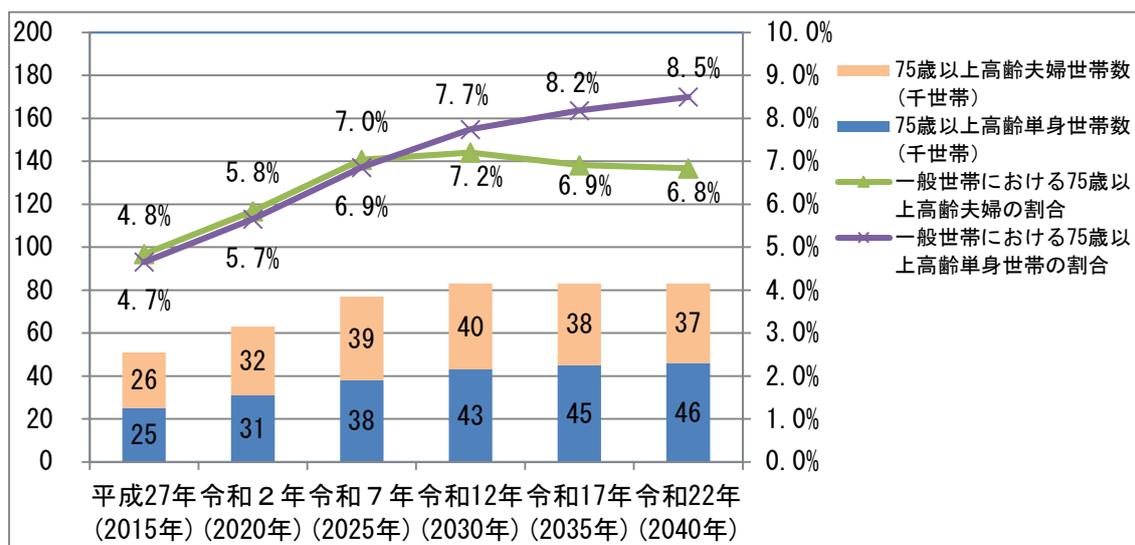
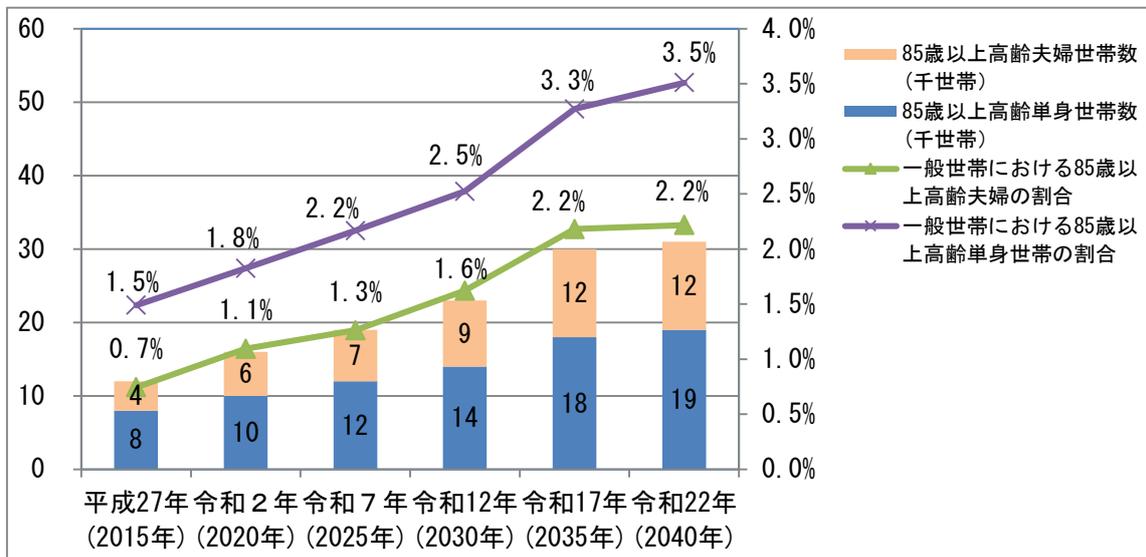


図9 滋賀県の高齢者世帯の推計（85歳以上人口）

[単位：千世帯・％]



出典：国立社会保障・人口問題研究所の平成31年(2019年)推計

注：図7・8・9における高齢夫婦は、それぞれ世帯主が65歳以上、75歳以上、85歳以上

ウ 在宅医療・人生の最終段階における医療に関する県民の意識

滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(令和4年(2022年)8月に実施、以下「県民意識調査」という。)によると、次の結果が得られた。(〔 〕内は平成28年度調査結果を記載)

(高齢期の生活への思い)

- 生活の不安について、おおいに感じる 43.1%〔40.0%〕、多少感じている 45.9%〔43.1%〕、あまり感じていない 8.9%〔12.5%〕であった。
- 不安の内容は、自分の健康 83.4%〔74.2%〕、年金・介護・医療などの社会保障 74.8%〔72.5%〕、税金や社会保険料の負担 56.0%〔52.0%〕が上位を占める。

(介護を受ける場所に関する思い)

- 希望する介護の場所を自宅と答えた人は 26.3%〔29.1%〕、施設 15.8%〔20.3%〕、医療機関 7.5%〔9.8%〕、サービス付き高齢者住宅 19.9%〔11.6%〕であった。
- また、力を入れるべき介護保険サービスは、自宅生活の継続のための訪問看護や訪問介護などの在宅サービス 62.7%〔29.8%〕、特別養護老人ホームなどの介護保険施設の充実 52.4%〔24.5%〕、認知症高齢者グループホームなどの身近で小規模な施設の充実 36.9%〔―〕、サービスを必要としない元気高

齢者を増やす 33.9%〔16.3%〕となっている。

（療養場所に関する可能性）

- 自宅での療養の可能性について、実現が可能 7.9%〔8.2%〕、実現は困難 60.1%〔58.4%〕、わからない 31.3%〔32.2%〕であった。
- 自宅療養が困難と考える理由は、介護家族の負担 77.4%〔74.5%〕、症状悪化時の対応に不安 58.0%〔55.8%〕、症状悪化時に入院できるか不安 38.4%〔37.2%〕、経済的負担 34.0%〔37.5%〕であった。

（今後充実を希望する医療分野）

- がん対策 47.7%〔46.2%〕、認知症対策 33.1%〔38.6%〕、在宅医療 27.2%〔29.4%〕、救急医療 24.3%〔33.9%〕、心筋梗塞等の心血管疾患対策 19.3%〔20.2%〕であった。

（在宅医療について）

- かかりつけ医が「ある」という回答は 77.2% となり、平成 28 年度調査と比較すると、設問内容は異なるが、かかる医院を「決めている」の割合 75.7%と同等の割合となっている。
- 在宅医療の認知度については、在宅医療という方法を知っている 81.3%〔81.4%〕、知らない 15.1%〔16.3%〕であった。
- 在宅医療の各サービスの認知度では、訪問介護 54.3%〔60.3%〕、訪問診療 48.4%〔60.1%〕、訪問看護 43.4%〔47.8%〕が知っていると答えている。一方、訪問リハビリ 30.2%〔27.1%〕、訪問歯科診療 23.8%〔23.4%〕、訪問薬剤指導 15.5%〔12.8%〕、訪問栄養指導 11.8%〔12.9%〕と認知度は低い。

（人生の最終段階の迎え方について）

- 人生の最期を迎えたい場所として、自宅を希望する人が 40.8%〔41.9%〕、病院を希望する人が 23.8%〔22.5%〕であった。
- 人生の最終段階における療養場所の希望は、自宅における療養を中心に必要時、緩和ケア病棟や医療機関に入院することを希望する人が 70.1%〔61.2%〕であった。
- 延命医療を望まない人は 52.3%〔54.6%〕、どちらかという望まないと答えた人は 29.0%〔29.0%〕で、両者を合わせると 81.3%〔83.6%〕であった。
- エンディングノートについては、よく知っているとした人が 18.0%

〔17.5%〕、なんとなく知っている」と答えた人が 43.3%〔41.1%〕であった。ノートの作成については、既書いている 4.4%〔4.2%〕、いずれ書くつもり 44.8%〔42.0%〕、書くつもりはない 9.4%〔13.8%〕、考えていない 40.5%〔38.9%〕であった。

- 人生の最終段階について話し合った経験については、「ある」と答えた人が 36.0%〔49.2%〕、「ない」と答えた人が 62.9%〔49.1%〕であった。人生の最終段階の迎え方について話し合った経験別に、エンディングノートの認知度（「よく知っている」+「なんとなく知っている」）をみると、話し合った経験が「ある」人の認知度は 73.8%、話し合った経験の「ない」人の認知度は 54.4%であった。

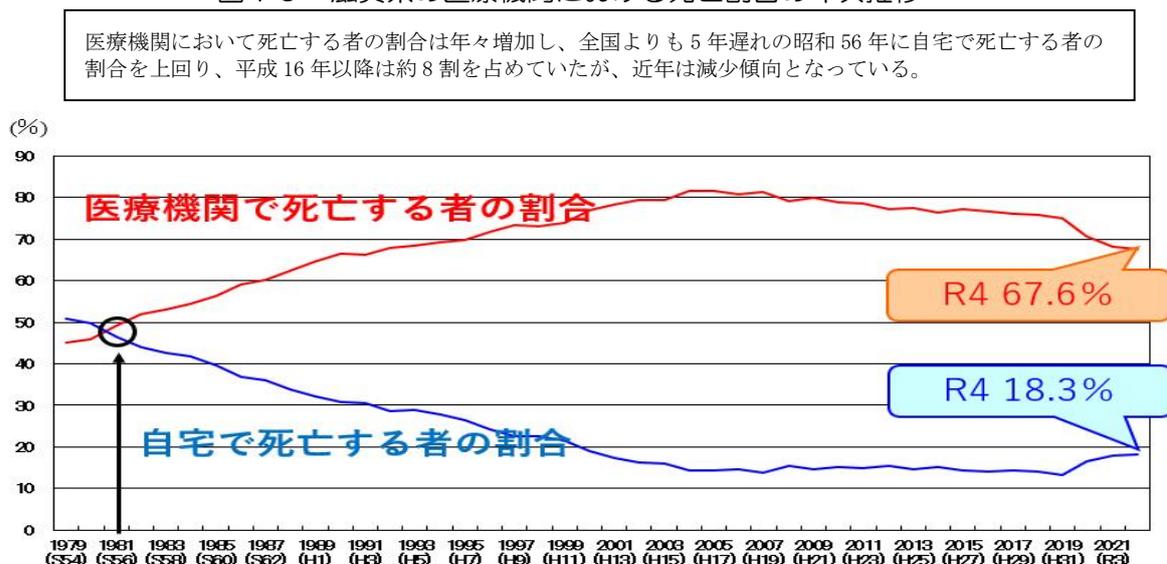
エ 多死社会の到来（図10・表1・図11）

滋賀県の年間死亡数は、令和4年(2022年)の 15,043 人から令和 22 年(2040年)には約 17,600 人に増加するものと推計される。

死亡場所は、図10および表1に示すように、令和4年(2022年)で病院が 10,168 人(67.6%)であり、自宅は 2,749 人(18.3%)、老人ホームは 1,350 人(9.0%)である。

今後増加する死亡者への対応は、病院の病床が増えることは想定できないため、医療機関での看取り数を同程度と考えると、令和 22 年(2040年)には約 1.5 倍の約 7,600 人を自宅や施設など病院以外で看取ることが必要となる可能性がある。

図10 滋賀県の医療機関における死亡割合の年次推移



出典：「人口動態統計」（厚生労働省）

表1 令和4年死亡場所別死亡数および割合

	総数	施設内	施設内					施設外		
			病院	診療所	介護老人 保健施設	介護 医療院	老人 ホーム	自宅	その他	
全国 (%)	100.0	80.8	64.5	1.4	2.9	1.0	11.0	19.2	17.4	1.8
滋賀県 (人数)	15,043	12,037	10,168	24	274	221	1,350	3,006	2,749	257
(%)	100.0	80.1	67.6	0.2	1.8	1.5	9.0	20.0	18.3	1.7

出典:厚生労働省「人口動態統計」

図1-1 死亡数の年次推移 (人)



出典:令和4年は厚生労働省「人口動態調査」による
令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所が発行する人口問題研究(第76巻第1号 2020年)より滋賀県により試算

(2) 在宅医療の対象者の状況

ア 要介護高齢者および要医療高齢者(表2・図1-2)

介護保険の第1号被保険者の要介護・要支援認定者数は、平成28年度(2016年度)約60,000人が令和5年(2023年)には約69,000人となっている。さらに令和22年(2040年)には約93,000人と推計されており、今後17年間で約24,000人の増加が見込まれている。

また、認定率は令和5年(2023年)の18.2%に対し、令和22年(2040年)には、21.7%と3.5ポイント上昇することが推計されており、認定率の高い85歳以上の大幅な増加によって全体の認定率が上昇する見込みである。

認定者のうち85歳以上が占める割合は、令和5年(2023年)の56.9%に対し、令和22年(2040年)には68.0%と11.1ポイント上昇する見込みであることから、認定者の中でも介護ニーズの高い層に年齢構成が変化していくことが見込まれている。

令和2年(2020年)患者調査(厚生労働省)によると、75歳以上では、入院では「脳血管疾患」「悪性新生物(がん)」「心疾患」、外来では「高血圧性疾患」など、慢性疾患による受療率が高い。

また、年齢層が上がるほど、入院・外来の受療率が上がる傾向にある。今後、

75歳以上の高齢者が増加する中で、複数の疾病を抱える方が増加、要介護に移行する率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴も有していることから、医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る高齢者がますます増加していくことが予測されている。

また、平成27年度(2015年度)に策定された滋賀県地域医療構想をもとに、今後の訪問診療の需要を試算すると、令和4年(2022年)に7,251.7人/日が令和11年には8,740.4人/日と約1.21倍に増加すると推計されている。

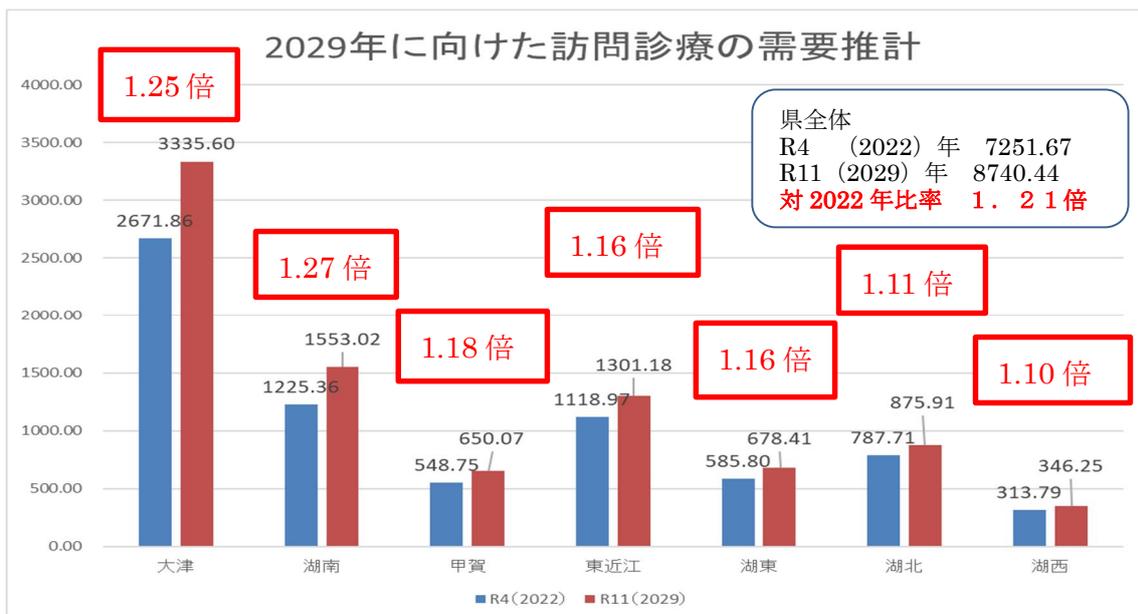
表2 滋賀県における要介護(要支援)認定者数と認定率の推移

[単位：人・%]

	年齢別	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)	令和6年 (2024年)	令和7年 (2025年)	令和8年 (2026年)	令和22年 (2040年)	令和32年 (2050年)
第1号被保険者	65歳以上	374,469	375,987	377,984	380,489	382,735	384,597	426,295	428,305
	75歳以上	189,877	198,781	203,698	213,123	220,507	226,078	236,318	260,434
	85歳以上	64,036	65,619	65,813	65,882	67,904	70,830	102,922	98,258
要介護(支援)認定者	65歳以上	66,568	67,292	68,721	70,064	71,518	73,070	92,500	93,936
	75歳以上	59,593	60,681	62,205	63,817	65,497	67,221	85,748	87,655
	85歳以上	37,967	38,600	39,104	39,137	40,373	43,112	62,870	60,399
認定率	65歳以上	17.8%	17.9%	18.2%	18.4%	18.7%	19.0%	21.7%	21.9%
	75歳以上	31.4%	30.5%	30.5%	29.9%	29.7%	29.7%	36.3%	33.7%
	85歳以上	59.3%	58.8%	59.4%	59.4%	59.5%	60.9%	61.1%	61.5%

出典：滋賀県医療福祉推進課調べ

図12 圏域別訪問診療の需要推計



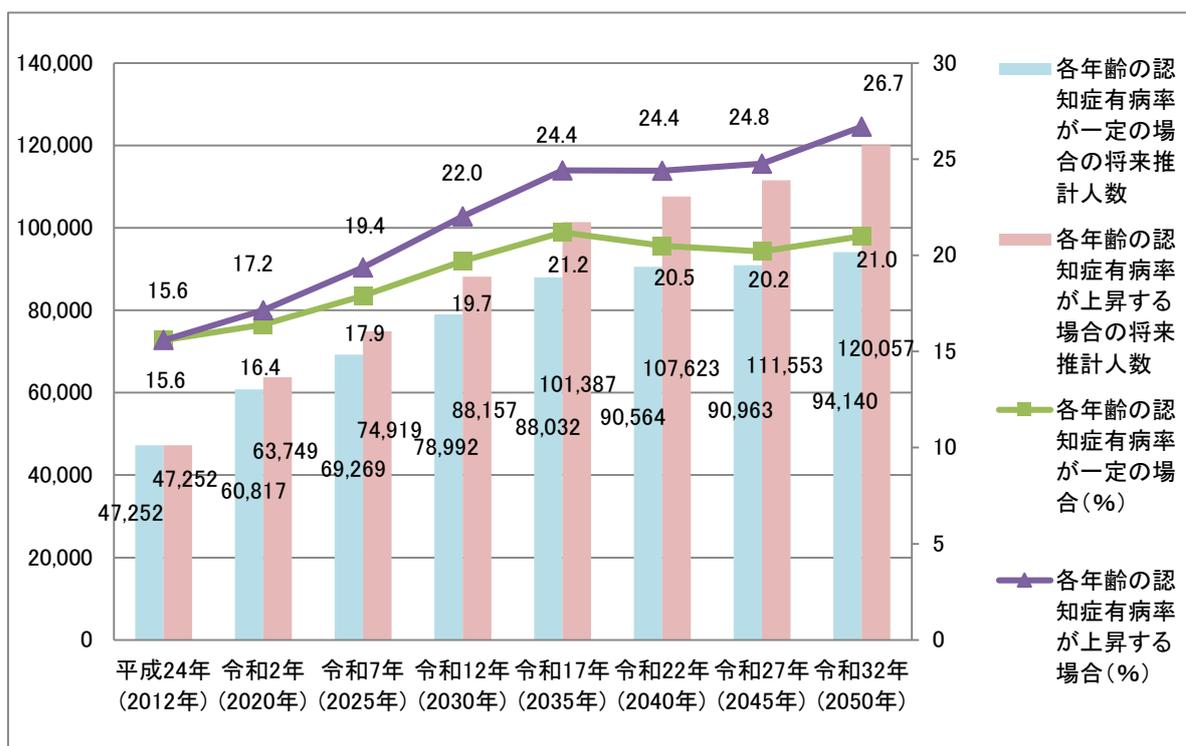
厚生労働省：2029年の介護施設、在宅医療等の追加的需要的機械的試算（患者住所地ベース）に基づき試算

イ 認知症高齢者（図13）

認知症高齢者数は、65歳以上の人口の増加に伴い増加すると予測されており、各年齢の認知症有病率が上昇するとして見込んだ場合は、令和7年（2025年）に約75,000人、令和22年（2040年）には約108,000人と推計され、高齢者の4人に1人は認知症になると見込まれている。

図13 滋賀県における認知症高齢者数と有病率の推計

[単位：人・%]



出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）による性・年齢階級別有病率より算出
 人口推計については、平成24年(2012年)の推計は滋賀県人口推計年報、令和2年(2020年)から令和32年(2050年)までは国立社会保障・人口問題研究所の令和5年(2023年)推計を基に滋賀県で算出
 注：認知症の有病率（認知症が発症する人の割合）は生活習慣病（糖尿病）の有病率の影響を受けるとされており、「各年齢の認知症有病率が上昇する場合」とは、2060年までに糖尿病の有病率が20%増加すると仮定した場合の推計を示す。

ウ 指定難病、小児慢性特定疾患治療研究事業による医療受給者

〔指定難病等〕（表 3、図 1 4）

令和 4 年度(2022 年度)末の指定難病受給者証および特定疾患医療受給者証の所持者数は、12,066 人である。

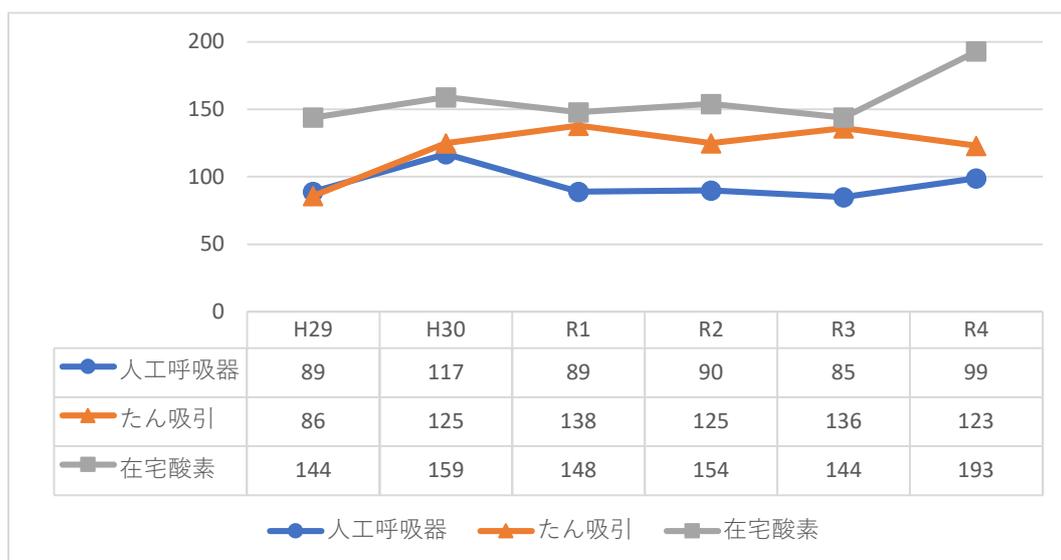
このうち、在宅療養者の医療機器の使用状況は、人工呼吸器装着者は平成 29 年(2017 年)の 89 人から令和 4 年(2022 年)は 99 人、たん吸引は平成 29 年の 86 人から令和 4 年は 123 人、在宅酸素は平成 29 年の 144 人から令和 4 年は 193 人といずれも増加している。

表 3 指定難病疾患別受給者数〔上位 10 疾患を掲載〕

R5.3末現在			
番号	疾患名	人数	割合
6	パーキンソン病	1819	15.2%
97	潰瘍性大腸炎	1681	14.1%
49	全身性エリテマトーデス	667	5.7%
96	クローン病	575	4.8%
306	好酸球性副鼻腔炎	363	2.6%
69	後縦靭帯骨化症	297	2.4%
11	重症筋無力症	272	2.3%
50	皮膚筋炎／多発性筋炎	265	2.3%
90	網膜色素変性症	262	2.2%
18	脊髄小脳変性症	259	2.1%
	10疾患合計	6460	53.6%

出典：滋賀県健康寿命推進課

図 1 4 医療機器を使用している者の医療状況（指定難病）



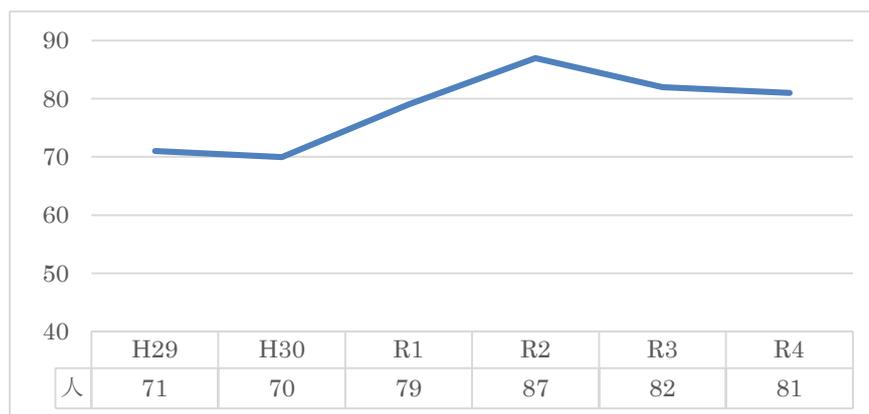
出典：滋賀県健康寿命推進課

〔小児慢性特定疾病〕（図15）

令和4年度(2022年度)末の小児慢性特定疾病医療受給者証の所持者数は1,753人である。

小児慢性特定疾病の受給者のうち、人工呼吸器装着者(24時間人工呼吸器を装着しており離脱の見込みがない者)は増加傾向である。

図15 小児慢性特定疾病受給者における人工呼吸器装着者数



出典：滋賀県健康寿命推進課

工 障害者（表4・図16・図17）

令和4年度(2022年度)末の身体障害者手帳交付者数は52,601人で、平成28年度(2016年度)末の53,679人と比較すると2.0%減少している。

障害の内容では、肢体不自由が51.8%、内部障害が34.2%、聴覚・平衡機能障害7.8%、視覚障害が6.2%の順となっている。

医療や介護サービスの提供が特に必要な重症心身障害児者数は、令和5年(2023年)4月1日現在で1,000人、そのうち在宅652人(65.2%)、施設348人(34.8%)である。

在宅の重症心身障害児者652人のうち、障害者402人(61.7%)、障害児250人(38.3%)である。

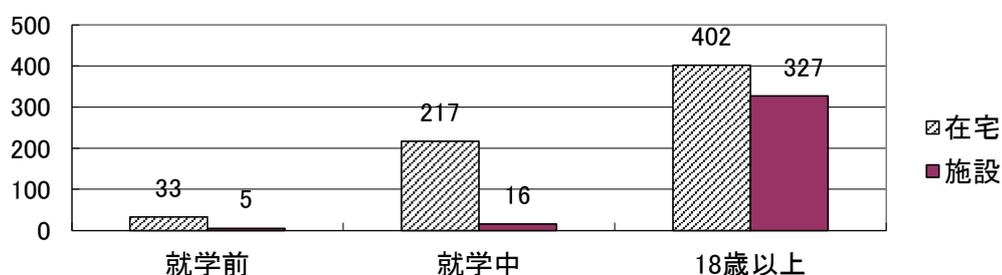
また、近年、医療の進歩等により、NICU(新生児集中治療室)等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児(医療的ケア児)が増加している。

表4 身体障害者手帳交付者数

	平成28年度末		令和4年度末	
	人数	割合	人数	割合
視覚障害	3,162	5.9%	3,285	6.2%
聴覚・平衡機能障害	4,075	7.6%	4,116	7.8%
音声・言語・咀嚼機能障害	628	1.2%	605	1.2%
肢体不自由	29,995	55.9%	27,261	51.8%
内部障害	15,819	29.5%	17,334	34.2%
総数	53,679		52,601	

出典：滋賀県障害福祉課

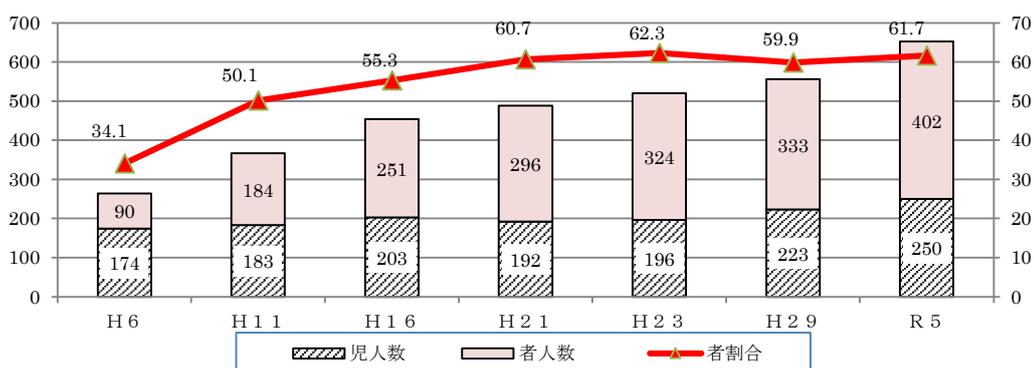
図16 在宅・施設重症心身障害児者数(R5年4月1日現在)



出典：滋賀県障害福祉課

図17 在宅重症心身障害児者数の変化

(H6～H23：年度末、H29～：年度当初)



出典：滋賀県障害福祉課

オ 在宅看取り数（表5・図18・図19・図20）

滋賀県の年間死亡者は、令和4年(2022年)15,043人で、このうち自宅での死亡は2,749人(18.3%)であり、平成28年(2016年)の1,750人(14.0%)より増加している。

特別養護老人ホームでの死亡は令和4年(2022年)1,350人(9.0%)で、平成28年(2016年)の724人(5.8%)より増加している。

在宅ターミナルケアを受けた患者数は、令和4年(2022年)3月～令和5年(2023年)2月の1年間で1,425人となっており、5年前と比べると約2.2倍に増加している。

令和4年(2022年)7月1日～令和5年(2023年)6月30日の1年間に在宅療養支援診療所および在宅療養支援病院の在宅療養患者のうち、自宅等（医療機関以外）での死亡は1,925人（在宅療養支援診療所1,636人、在宅療養支援病院289人）であり、6年前の994人（在宅療養支援診療所914人、在宅療養支援病院80人）と比べると約1.9倍に増加している。

表5 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院における看取りの状況

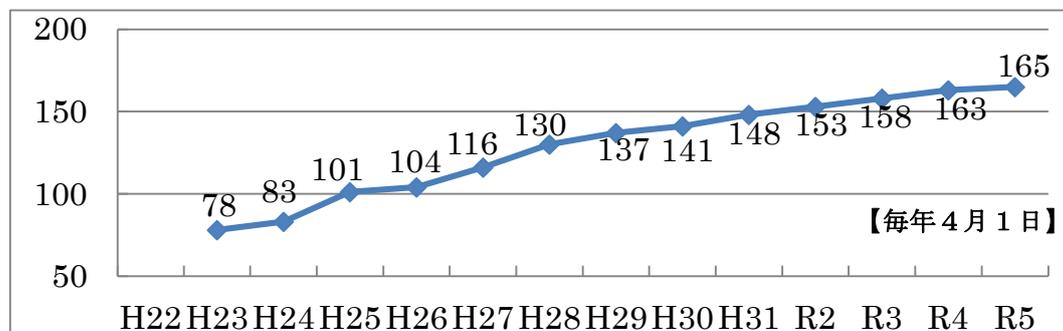
（R4.7.1～R5.6.30間の実績）

		機関数 （※報告のあった 機関数）	在宅療養 患者数	死亡 患者数	自宅死亡数	自宅+ 施設等死亡者数
在宅療養支援診療所		152	9,623	2,369	1,131	1,636
在宅療養支援病院		18	2,580	513	228	289
あ 1 た 機 関	在宅療養 支援診療所	-	63.3	15.6	7.4	10.7
	在宅療養 支援病院	-	143.3	28.5	12.7	16.1

出典：在宅療養支援診療所の近畿厚生局報告資料により作成（毎年7月1日～翌年6月30日の実績）

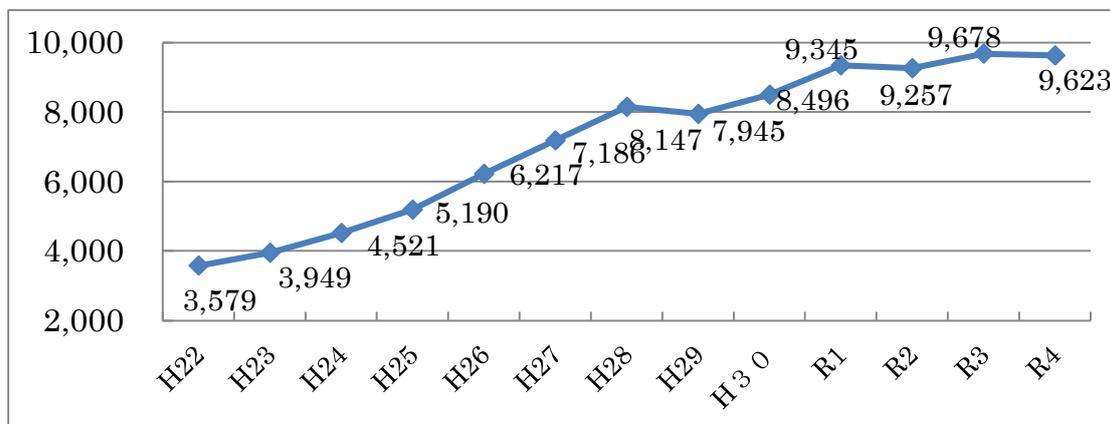
（診療所数）

図18 在宅療養支援診療所数の推移



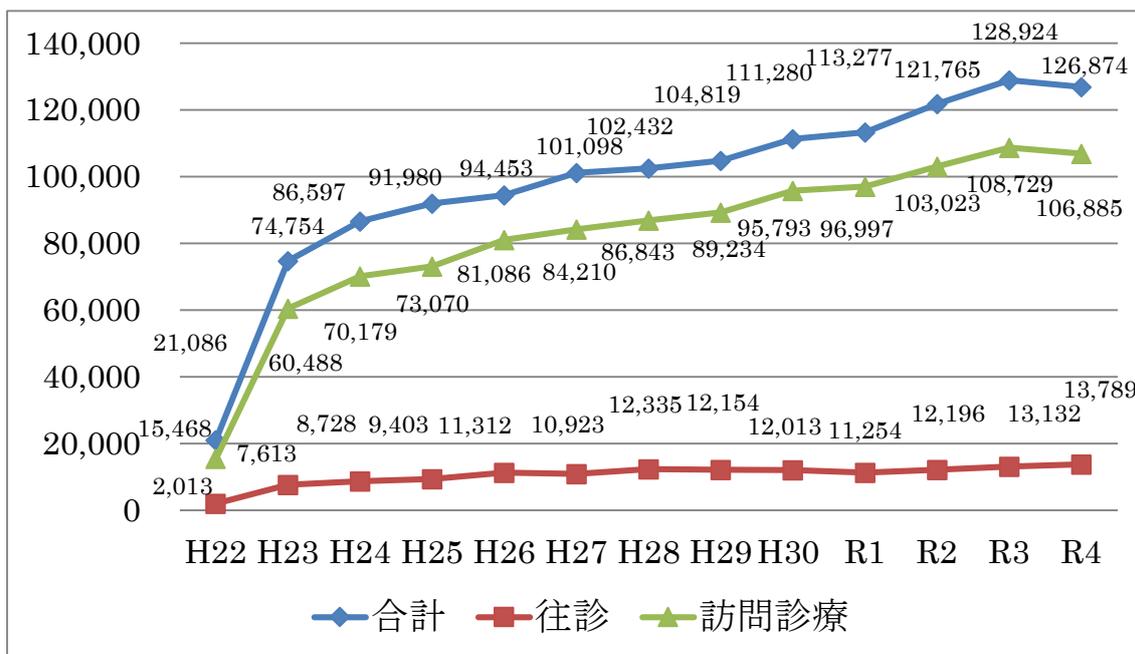
出典：在宅療養支援診療所の近畿厚生局報告資料より作成（毎年4月1日時点）

図19 在宅療養支援診療所が対応する在宅療養患者数の推移



出典：在宅療養支援診療所の近畿厚生局報告資料により作成（毎年7月1日～翌年6月30日の実績）

図20 在宅療養支援診療所が対応する往診・訪問診療延べ回数の推移



出典：在宅療養支援診療所の近畿厚生局報告資料により作成（毎年7月1日～翌年6月30日の実績）

カ 自宅・施設での療養者の状況（表6）

滋賀県国民健康保険団体連合会のレセプトデータによると、令和4年度（2022年度）に在宅医療に関する医療保険および介護保険のレセプトの請求対象となった患者の実人員は次表のとおりとなっており、医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職、管理栄養士のいずれの職種からも訪問を受ける人が増加している。

表6 医療・介護保険の在宅医療関連サービス利用実人数の経年変化

	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	H29-R4 からの増加 (倍)
訪問診療（国保・後期）	8,952	9,327	9,918	10,178	11,113	11,801	12,438	1.3
訪問歯科診療（国保・後期）	6,089	6,316	6,795	7,329	6,834	7,861	8,205	1.3
訪問薬剤（国保・後期・介護）	2,757	3,261	3,773	4,295	5,064	5,781	6,752	2.1
訪問看護（国保・後期・介護）	10,895	11,739	12,665	13,744	14,847	15,936	17,220	1.5
訪問リハビリ（国保・後期・介護）	2,085	3,434	3,905	4,088	4,551	4,842	5,194	1.5
訪問歯科衛生（国保・後期・介護）	3,547	3,803	4,076	4,354	4,389	5,036	5,634	1.5
訪問栄養（国保・後期・介護）	47	50	60	64	98	195	212	4.2

出典：滋賀県国民健康保険団体連合会提供資料により作成

(3) 在宅療養を支援する医療資源等の状況

ア 在宅療養を支援する医療資源（表7）

24 時間体制で往診を行う在宅療養支援診療所は、令和5年(2023 年)10 月現在で 166 か所、在宅療養支援病院は 18 か所、在宅医療を提供する医療機関と連携し24 時間連絡を受ける体制を確保するなど、在宅療養中の急変時対応や家族の介護疲れ時の入院等の在宅療養をバックアップする在宅療養後方支援病院は6か所、月 2 回以上の定期的な訪問診療または往診を行う在宅時医学総合管理料を届け出ている診療所は 268 か所、訪問看護ステーション数は 185 か所など、在宅療養を支える医療資源は着実に増加している。

滋賀県国民健康保険団体連合会のレセプトデータによると、令和4年（2022 年）に、訪問診療を行った病院が29か所、診療所が319か所、往診を行った病院が34か所、診療所が393か所、訪問歯科診療を行った医療機関数は214か所、訪問薬剤指導を行った薬局数は460か所となっている。

また、歯科医師会によると、令和5年10月時点での歯科訪問診療請求医療機関数は146か所となっている。

表7 医療資源の状況

	調査日	合計	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	高島	参考
病院数	R5.10.1	58	15	14	7	11	4	4	3	医療政策課
在宅療養支援病院数	R5.10.1	18	3	5	2	4	1	1	2	近畿厚生局
在宅療養後方支援病院	R5.10.1	6	1	0	0	1	3	0	1	近畿厚生局
訪問診療を行った病院数	R4	29	6	6	4	5	3	2	3	国保連データ
無床診療所数	R5.4.1	1,098	294	296	87	150	110	119	42	医療政策課
有床診療所数	R5.4.1	36	12	10	3	6	2	2	1	医療政策課
在宅療養支援診療所数	R5.10.1	166	60	42	6	26	6	16	10	近畿厚生局
在宅時医学総合管理料	R5.10.1	268	91	67	19	36	14	25	16	近畿厚生局
訪問診療を行った診療所数	R4	319	92	74	26	44	28	39	16	国保連データ
歯科診療所数	R5.4.1	570	145	140	53	87	61	63	21	医療政策課
在宅療養支援歯科診療所数	R5.4.1	51	7	19	3	9	2	6	5	近畿厚生局
訪問歯科診療を行った医療機関数	R4	214	44	57	22	26	20	34	11	国保連データ
訪問歯科衛生を行った機関数	R4	95	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
薬局数	R5.4.1	655	153	162	63	104	74	74	25	薬務課
在宅医療支援薬局数	R4.10	197	51	56	27	30	10	18	5	薬剤師会
訪問薬剤指導を行った薬局数	R4	460	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
訪問看護ステーション数	R5.10.1	185	54	44	14	19	29	18	7	近畿厚生局
24時間対応型訪問看護ステーション数	R5.10.1	168	49	42	13	18	24	16	6	近畿厚生局
機能強化型訪問看護ステーション数	R5.10.1	17	4	4	3	4	2	0	0	医療福祉推進課
訪問リハビリを行った機関数	R4	162	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
訪問栄養を行った機関数	R4	16	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
居宅介護支援事業所数	R5.10.1	457	146	92	38	61	48	58	14	医療福祉推進課
通所介護事業所数	R5.10.1	277	56	57	24	47	39	43	11	医療福祉推進課
地域密着型通所介護事業所数	R5.10.1	298	96	71	24	41	25	30	11	医療福祉推進課
地域密着型認知症通所介護	R5.10.1	77	12	10	11	12	13	16	3	医療福祉推進課
通所リハビリテーションを行った事業所数	R5.10.1	69	15	13	6	16	3	12	4	医療福祉推進課
訪問介護事業所数	R5.10.1	385	131	87	25	48	45	39	10	医療福祉推進課
認知症対応型共同生活介護	R5.10.1	158	45	20	15	28	20	21	9	医療福祉推進課
介護老人福祉施設数	R5.10.1	98	19	17	14	17	12	13	6	医療福祉推進課
短期入所生活介護事業所数	R5.10.1	122	30	25	15	18	12	13	9	医療福祉推進課
介護老人保健施設数	R5.10.1	33	7	6	4	7	2	5	2	医療福祉推進課
短期入所療養介護事業所数	R5.10.1	38	8	7	5	8	3	5	2	医療福祉推進課
小規模多機能型居宅介護	R5.10.1	88	16	19	9	14	12	8	10	医療福祉推進課
看護小規模多機能型居宅介護	R5.10.1	13	4	1	1	1	3	3	0	医療福祉推進課

イ 医療機能調査結果

県が病院、診療所を対象として令和5年(2023年)6月に実施した医療機能調査の結果は次のとおりであった。

〔回収率 病院 100% 58病院、診療所 70.6% 797病院〕

- ・ 往診は、病院が20か所(35.7%)、診療所が316か所(39.9%)、訪問診療は、病院が26か所(47.3%)、診療所が258か所(32.8%)でそれぞれ実施している。
- ・ 看取り対応に関して、病院では、実績ありが20か所(37.0%)、看取り体制整備ありが22か所(40.7%)、診療所では、実績ありが233か所(30.0%)、看取り体制整備ありが293か所(37.8%)となっている。
- ・ 在宅医療推進のための必要条件として、「病院や診療所、薬局、訪問看護ステーションとの連携」、「専門医からのアドバイスが受けられる体制」、「往診可能な医師のグループ対応体制」、「地域医師会単位のネットワーク」があがっている。
- ・ 在宅療養者の後方支援として急変時に入院対応を行えるよう病床確保を常に行っている病院は10か所(17.5%)、病床が空いていれば受け入れる病院は29か所(50.9%)、病床が空いており自院の受診歴があれば受け入れる病院は6か所(10.5%)となっている。
- ・ レスパイト入院のために常に空床確保を行っている病院は8か所(14.0%)、病床が空いていれば受け入れる病院は29か所(50.9%)、病床が空いており自院の受診歴があれば受け入れる病院は5か所(8.8%)である。
- ・ 医療的ケアが必要な子どもに対して、訪問診療が可能である診療所は23カ所であり、成人に比べ小児では在宅診療を担う医療機関が少ない状況である。

ウ 訪問看護ステーション実態調査の結果(表8)

県と滋賀県看護協会(滋賀県訪問看護支援センター)が、令和4年(2022年)9月に実施した訪問看護ステーション実態調査〔令和4年回収率 89% 回答事業所数 129か所〕の結果は以下のとおりであった。

- ・ 訪問看護ステーションの看護職の常勤換算数は令和4年度は836.2人〔平成29年4月調査 607.6人〕と増加している。一方、圏域別にみると、65歳以上人口対の看護職員の常勤換算数は、表8のとおり大津圏域と東近江圏域、湖東圏域は県平均と比べ少なくなっている。
- ・ また、訪問看護ステーションの規模別の割合をみると、5人以下の訪問看護ステーションが31.0%〔平成29年4月調査 34.0%〕、5.01人以上が69.0%〔同 66.0%〕、10人以上が21.7%〔同 15.0%〕と大規模化が進んでいる。
- ・ 約9割の訪問看護ステーションが24時間対応体制を整えている。
- ・ 精神訪問看護による訪問を行うステーションは129か所〔平成29年4月調査 100か所〕、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問を行うステー

ションは72か所〔同 51か所〕、小児(18歳未満)の受け入れが可能なステーションは74か所〔令和元年度71か所〕とそれぞれ増加している。

表8 圏域別65歳以上人口千人対常勤換算数(看護職員)

65歳以上人口 千人対常勤換算数 (看護職)	滋賀県	大津圏域	南部圏域	甲賀圏域	東近江圏域	湖東圏域	湖北圏域	高島圏域
	2.24	1.99	2.87	2.30	1.64	2.11	2.40	2.68

出典：訪問看護ステーション実態調査

エ 施設等における「看取りと介護の現状と課題」の調査結果

県と滋賀県老人福祉施設協議会が令和2年度(2020年度)に実施した、『施設等における「看取りと介護の現状と課題」』の調査〔令和2年度 回収率 62.9% 回答事業所 246か所〕の結果は以下のとおりであった。

- 「施設で看取りを実施しているか」の問いに、「はい」と回答した事業所は、特別養護老人ホームが64事業所 97.0%〔平成28年度調査 56事業所 91.8%〕、地域密着型特別養護老人ホームが16事業所 94.1%〔同 6事業所 54.5%〕、グループホームが60事業所 74.0%〔同 56事業所 77.8%〕、小規模多機能居宅介護支援事業所が19事業所 38.8%〔同 12事業所 41.4%〕、看護小規模多機能事業所が4事業所 100%であった。
- 「看取りをする中での課題」については、「本人の意思の確認が十分にできない」が45.6%で最も多く、ついで、「人の死に直面する職員の精神的な負担が大きい」が44.5%、「症状が急変したときの対応が不安である」が42.9%と続いた。

(4) 在宅ネットワークの現状

ア 圏域・市町の拠点機能（表9）

市町単位での在宅医療・介護連携の推進に向けて、全ての市町で在宅医療・介護連携コーディネーターが配置され、在宅療養を支援する活動が行われている。

表9 在宅医療・介護連携コーディネーターの配置

令和5年10月1日現在

市町名	配置先		機関名
	市町	委託	
大津市		●	・琵琶湖大橋病院（琵琶湖大橋病院訪問看護ステーション） ・ひかり病院（訪問看護ステーションヴィーナス） ・JCOH滋賀病院（独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院付属訪問看護ステーション）
草津市		●	草津市在宅医療介護連携センター （淡海ふれあい病院内）
守山市	●		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）
栗東市		●	栗東市在宅医療介護連携推進センター （済生会滋賀県病院内）
野洲市	●		野洲市地域包括支援センター
甲賀市	●		甲賀市役所長寿福祉課
湖南市	●		湖南市高齢福祉課（地域包括支援センター）
近江八幡市	●		近江八幡市役所 長寿福祉課
東近江市	●		東近江市地域包括支援センター（東近江市役所）
日野町	●		日野町地域包括支援センター
竜王町	●		竜王町地域包括支援センター
彦根市		●	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			
長浜市		●	湖北医師会（長浜米原地域医療支援センター）
米原市			
高島市		●	高島市医師会

イ 退院支援部署の設置

県が全ての病院を対象に令和5年(2023年)5月に行った「医療機関における地域医療連携に関する状況調査」の結果では、退院支援部署を設置している病院は58病院中54病院 93.1%（平成29年調査 57病院中55病院 96.5%）であった。

退院支援部署に配置している職種では、看護師が41病院（平成29年調査36病院）、社会福祉士が38病院（同36病院）、精神保健福祉士が17病院（同

13 病院) であり、退院支援部門における多職種の配置が進んでいる。

ウ 入退院支援ルール の 運用

病院と介護支援専門員を中心とした入退院支援ルールの策定・運用に向け、平成 26 年度(2014 年度)に大津圏域にてモデル実施を行い、平成 28 年度(2016 年度)からは、全ての二次保健医療圏域において病院と介護支援専門員の連携ルールを策定し、入院時から退院に向けたスムーズな連携を図っている。

また、県と健康福祉事務所が介護支援専門員を対象として令和 5 年(2023 年)6 月に行った「病院と介護支援専門員の連携に関する調査」によると、介護支援専門員が 6 月に担当する利用者について、入院時に病院に対して入院時情報提供を行ったのは 93.3% (平成 29 年 6 月調査 83.9%)、病院からの引継ぎによる情報把握は 91.4% (同 89.0%) であった。

なお、介護支援専門員が、入院時に退院支援の依頼を行った人のみを対象とした、病院からの引継ぎによる情報把握は 95.0% であった。

新型コロナウイルスの影響により、病院への訪問が困難となったことにより、情報提供の手段が、説明付き手渡し が 33.4% (令和元年 6 月調査 65.6%)、説明付き F A X 電話が 44.5% (同 16.9%) と F A X での情報提供が増加したものの、円滑に連携できたと回答した介護支援専門員が 81.2% (同 82.7%) を占めた。

一方、直接本人や家族に出会えないこと、急な退院調整を要したことなどにより必要な情報が十分でない中での入退院支援に苦慮する状況があった。

また、入退院支援ルールを運用する中で、介護支援専門員以外の訪問看護師やリハビリテーション専門職、栄養士、薬剤師等との入退院時の連携についても検討が進められている。

令和 3 年(2021 年)病院報告(厚生労働省)では、病院の平均在院日数は、平成 28 年(2016 年)16.3 日から令和 3 年(2021 年)15.4 日と年々短縮している。こうした中、暮らしを分断せず、入院前から退院後の在宅療養環境や本人・家族の状況を見据えた支援を行うためには、外来時から含めた多職種・多機関連携の更なる促進が必要となっている。

エ 地域連携クリティカルパス

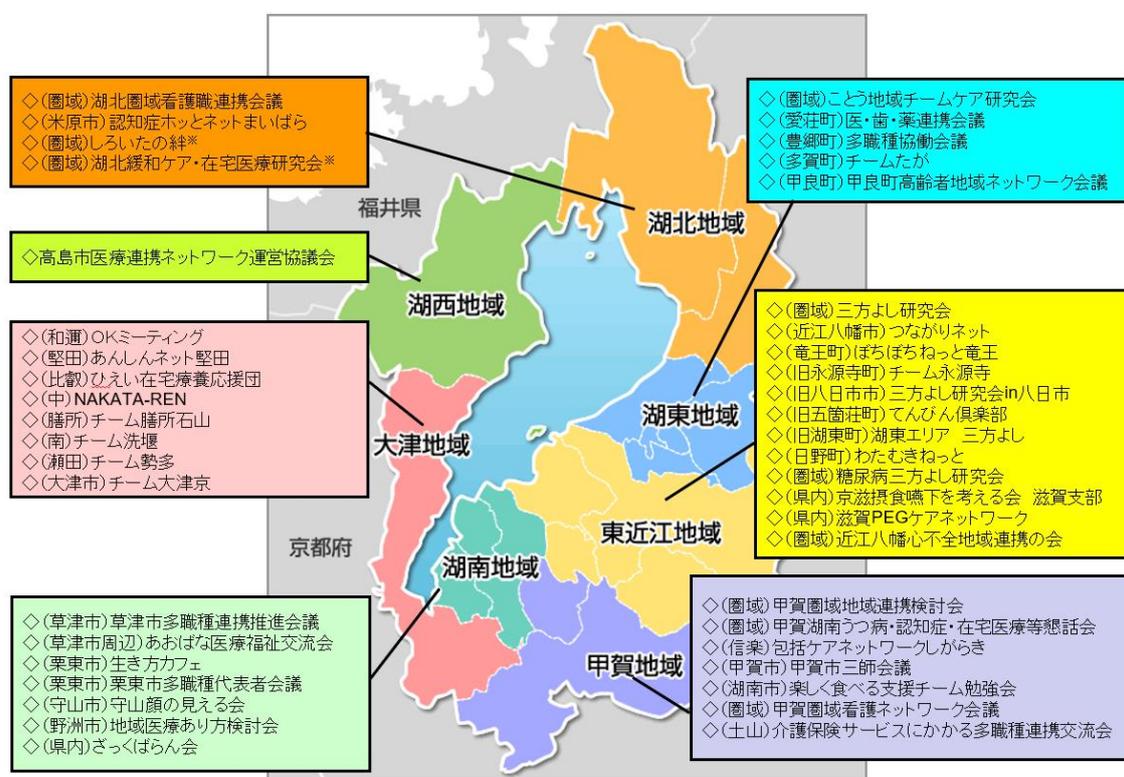
令和 5 年(2023 年)5 月に行った病院調査によると、地域連携クリティカルパスを活用している病院は、県内 58 病院中、「脳卒中」が 27 病院、「がん」が 24 病院、「糖尿病」が 3 病院、「心筋梗塞」が 1 病院、「大腿骨頸部骨折」が 23 病院となっている。

オ 多職種連携研究会等の活動（図21）

令和5年(2023年)7月現在、県内では図21のとおり在宅療養を支える多職種による研修や事例検討等を行う44の研究会や勉強会等の集まりがあり、多職種連携の推進と連携による在宅療養・看取り支援の充実を目的とした活動を行っている。

在宅療養を支える関係機関や職能団体において、組織内での在宅療養に対する理解の促進や、他職種・他機関に対する役割理解と連携を深め、多職種連携の活動を更に充実していく必要がある。

図21 県内各地の多職種の集まり（※休止中）



注：集まりの一例であり、このほかにも県内で様々な職種での集まりやチームが活動されています。

(5) 感染症および自然災害の状況

ア 新型コロナウイルス感染症等の感染症の流行（表10）

令和2年(2020年)1月に、国内で初めて感染者が確認された新型コロナウイルス感染症は、本県においては、同年3月に第1例が報告された。以後、5類感染症に位置付けられた令和5年(2023年)5月までに、延べ376,546人が感染し、死者は679人にのぼった。感染者数に占める60歳以上の者の割合は必ずしも高くはないが、死亡者数に占める60歳以上の者の割合はほぼ100%となっている。

この間、感染によって重症化のおそれがある高齢者向けに令和3年(2021年)4月から優先的にワクチン接種が行われたほか、高齢者施設や介護関連事業所でのクラスターが相次いだことから、令和3年(2021年)8月から令和4年(2022年)12月にかけて、5回にわたる集中検査が行われ、令和4年5月には高齢者等専用宿泊療養施設を全国に先駆けて開設するなど、高齢者等が安心して療養できる体制が強化された。

表10 新型コロナウイルス感染症の各波ごとの感染者数・死亡者数

第1～8波の期間			感染者数			死亡者数	
			期間ごとの合計(人)	うち高齢者数(人/%)	1日あたりの最大値(人)	(人)	うち高齢者数(人/%)
第1波	令和2年	3～6月	101	23 22.8%	12 (4月22日)	1	1 100.0%
		7～10月	451	129 28.6%	31 (8月7日)	8	8 100.0%
第3波	令和3年	11月～3月	2,218	554 25.0%	57 (1月9日)	46	45 97.8%
第4波		4～6月	2,785	622 22.3%	74 (6月8日)	31	31 100.0%
第5波		7～11月	6,877	505 7.3%	235 (8月24日)	18	15 83.3%
第6波		12～6月	82,997	8,963 10.8%	1,389 (2月8日)	117	114 97.4%
第7波	令和4年	7～10月	150,609	20,995 13.9%	3,281 (8月19日)	143	140 97.9%
第8波	令和5年	11～5月	130,508	22,341 17.1%	3,025 (1月5日)	315	309 98.1%

出典：滋賀県健康危機管理課

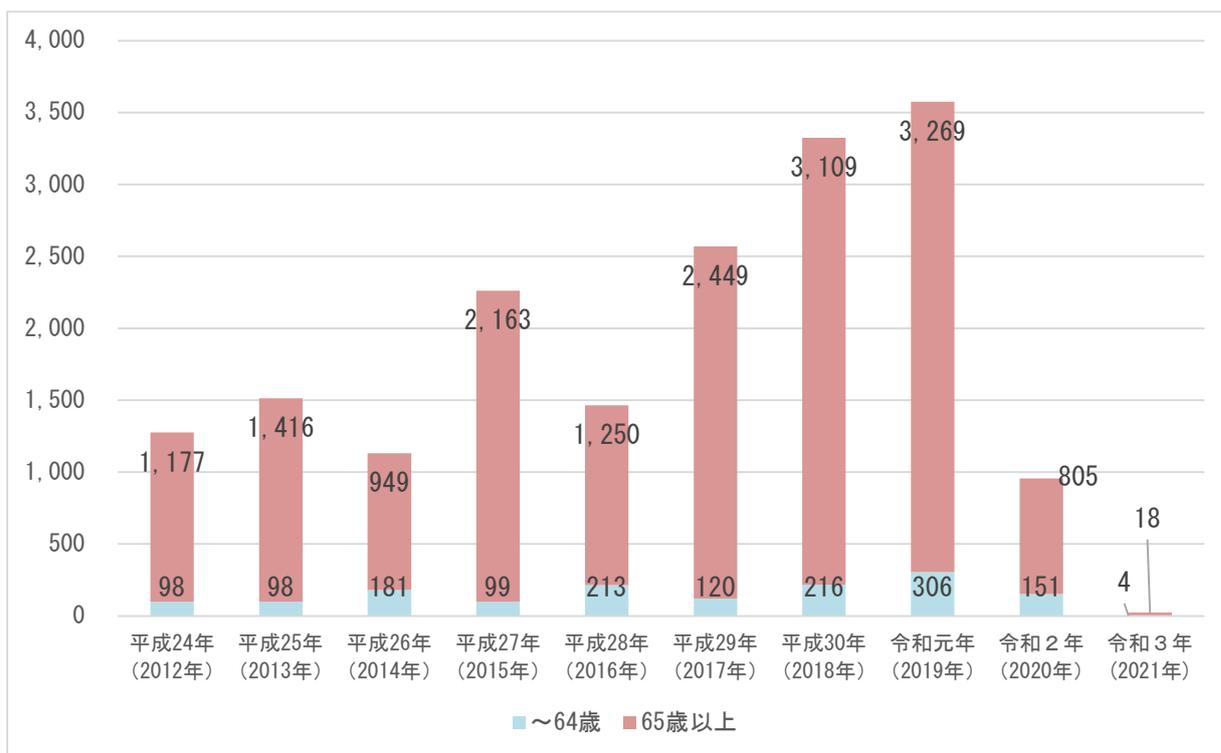
注：「感染者数」は公表日ベースの数値。また、「高齢者」は60歳以上

イ インフルエンザ（図22）

インフルエンザは高齢者を中心とする慢性疾患を有する人が罹患すると肺炎を併発するなど重症化する場合が多く、人口動態調査によると、インフルエンザによる死亡者の9割前後を高齢者が占めている。

新型コロナウイルス感染症の流行が始まる令和2年(2020年)まで、インフルエンザによる死亡数は増加傾向にあったが、新型コロナウイルス感染症の流行が始まって以降、死亡者は急減している。

図22 全国のインフルエンザによる死亡者数の推移



出典：人口動態調査(厚生労働省)

ウ 自然災害（風水害）（全国集計 表 11）

県内の河川はいずれも中小河川で天井川が多いことから、大雨の際は水位が急上昇しやすく、またひとたび堤防が決壊すると、被害が大きくなる可能性がある。

過去に本県の災害の原因となった気象要素としては、台風によるものが最多で、次いで前線、低気圧、季節風の順となっており、死者と全壊家屋を伴うような大災害は、ほとんど台風が原因となっている。一方で、近年は全国的に前線を伴う大雨や線状降水帯など、毎年のように水害・土砂災害が発生している。

風水害をはじめとする自然災害が発生すると、自力での避難が難しく支援が必要な高齢者が被害を受けやすくなることが指摘されている。

表 11 近年の災害における高齢者の死者の割合（高齢者の死者数/全体死者数）

災害名	割合	備考
令和2年7月豪雨	79% (63人/80人)	※65歳以上
(うち熊本県)	85% (55人/65人)	
令和元年台風19号	65% (55人/84人)	※65歳以上
平成30年7月豪雨	70% (131人/199人)	※愛媛県、岡山県、広島県の死者数のうち、60歳以上
(うち市町別死者最大の倉敷市真備町)	80% (45人/51人)	※70歳以上

出典：令和元年台風第19号等を踏まえた高齢者等の避難のあり方について（最終とりまとめ）
（中央防災会議 防災対策実行会議）

エ 自然災害（地震）

県周辺には多くの活断層があり、特に発生確率が高いとされているのは「琵琶湖西岸断層帯」を震源とする地震である。今後30年以内の地震発生確率は、1～3%と言われており、日本の主な活断層の中でも最も発生確率の高いSランクに分類されている。北部と南部が同時に活動した場合、地震の大きさはマグニチュード7.8程度で、最大で震度7の揺れがあると想定されている。人的被害は、死者数約2,100名、負傷者約21,000名、建物被害は全壊約38,000棟、半壊約83,000棟、避難者数は約250,000人と非常に甚大な被害が想定されている。

このほか、本県に大きな被害を及ぼす可能性が高い地震としては、南海トラフ巨大地震が挙げられる。地震発生確率は10年以内に30%、30年以内に70～80%と言われており、基本ケースによる被害想定は、県全域で震度6弱・5強、県域の死者は約10人、負傷者は最大で1,300人、建物全壊2,400棟、半壊22,000棟などとなっている。

(6) 在宅医療に関わるそれぞれの立場からの意見 (在宅医療等推進協議会委員意見)

機関 ・団体	意見
本人 ・ 家族	<p>[県難病連絡協議会]</p> <p>[入退院]</p> <p>① 入院と在宅療養の間には「切れ目」がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医学の進歩により、外来もしくは入院期間が短い中での告知となり、理解や受け止めが十分できず、強い不安や孤立につながっている。 ・ 診断がついたときに、今後の見通しや支援サービスがあることを分かると安心につながる。 ・ 入院期間が短縮していることから更なる医療と福祉の連携が必要。 ・ 他府県に入院・受診される方も多く、滋賀で急に悪くなったらどうしようという不安がある。 ・ 病院で受けていたケアが、在宅では受けられない。また、レスパイトを利用した際の在宅ケアの継続が病院では難しい。 ・ 入院環境と、退院後の療養環境に格差があり、戸惑う。 ・ 住宅改修や福祉用具など退院時に即利用可能な環境整備が難しい。 ・ 医療材料や衛生材料の確保が在宅では困難である。 ・ 身近な病院や薬局では、薬の微調整がしてもらえない。 ・ 専門でないかかりつけ医の場合、薬の調整が難しい。 <p>[日常療養]</p> <p>② 医療の進歩により、治療をしながら人生、生活の質を高め、医師とともに意思決定を行う方向に変わってきている。</p> <p>③ 自らの活動（社会的役割）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患ごとの専門研修会を開催している。 ・ 患者、家族交流会を開催している。 ・ 難病相談支援センターにおいて相談対応を行っている。 ・ ピアサポートによる相談対応を行っている。 ・ 就労を含む相談対応件数は年々増加している。 <p>難病患者就職サポーターの存在は大きく、現在1人の配置から増員が必要。就労は、生きがいを持つことにつながり、重症化の予防にもなっている。労働局や働き・暮らし応援センターが開催する就労セミナーを積極的に活用している。ハローワークに配置されている難病患者就職サポーターの支援が受けられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急用の手帳の発行、甲賀圏域における医師とのコミュニケーション

<p>本人 ・ 家族</p>	<p>ノートの作成・配布・活用を進めている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健所が開催する圏域難病対策協議会に参加し、難病対策の充実に積極的に参画している。 <p>④ 介護保険等を利用するまでが、孤立、不安が多いなどしんどい時期である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族や本人が抱え込んでしまう。 ・ 病院の患者相談室のドアは叩きにくい。 ・ 何をどのように聞けばよいのか分からない。 <p>モヤモヤ、漠然とした不安。相談までの道筋が長く、不明な点が多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病社会支援ガイドを診断がついた時点で医療機関から手渡し可能な仕組みが必要。 <p>⑤ 就労、就学など経済的、教育の面から生活のしづらさを抱えている患者が多い。</p> <p>⑥ 療養生活に不安がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ある日突然、誰にでも起こる。 ・ 治療がなく病状が不安定。 ・ 長期にわたる療養生活が必要となる（医療費など）。 ・ 高齢者が多く、複数の疾患を持つ療養者が増加している。 <p>⑦ 主治医に不安を話すことができていない状況がある。</p> <p>⑧ 介護状況が厳しい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難難介護、老老介護、重度長期化、在宅療養への不安がある。 <p>⑨ 医療的ケアを必要とする人の在宅療養において、主介護者は、夜間吸引や緊張緩和などの対応により慢性的に負担は大きく、「睡眠が十分にとれない」、「腰痛等があり負担が大きい」、「兄弟・姉妹の対応ができない」、「介護者の余暇の時間がとれない」などの声はあるものの、医療的ケアを実施する登録嚔たん吸引等の事業所が十分に活用できない状況があり、主介護者の負担軽減には至っておらず、医療的ケアができる訪問介護事業所の拡大など体制の充実が必要。</p> <p>⑩ 専門医（県外の病院等）と地域の診療所（かかりつけ医）が連携しながら、双方の受診を継続されている方もいる。</p> <p>⑪ 医学の進歩がある中で、県外の病院への受診はまだ多い。一方で、遠くまでの通院が困難になってきた方もいる（感染症の影響、高齢化の影響）</p> <p>⑫ 難病理解の推進が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「難病の患者に対する医療等に関する法律」ができたという点は大きいですが、疾患の理解は、本人も周囲もまだまだ進んでおらず、医師とのコ
------------------------	---

コミュニケーションが難しい。

- ⑬ 制度と制度の谷間に問題がある。
 - ・ 様々な制度はあっても、年齢・病名・身体障害の程度などの基準に該当せず、医療福祉の支援が必要な状態であっても何の支援も受けられない。
- ⑭ 訪問リハビリの有効活用ができない。
 - ・ 病院と在宅療養のリハビリ継続ができていない。
 - ・ 呼吸器リハなど治療目的の医療リハは活用できるが、体力維持を目的とするリハビリが利用できない。
- ⑮ 制度の内容、使い方、情報収集が難しい。
 - ・ 老老介護、重度長期化、在宅療養への不安がある。
 - ・ 障害福祉施策の理解が乏しい。
 - ・ レスパイト入院などの制度施策が十分に活用できていない。
- ⑯ 病診連携、専門医とかかりつけ医の連携が難しく、かかりつけ医を持ちにくい。
- ⑰ 小児から成人への医療継続に課題がある。
- ⑱ 往診してくれる「かかりつけ医」に限られる。高齢や病状により受診できない時に医療が途切れる可能性があり不安。
- ⑲ 在宅療養支援診療所が、中学校区単位であるとよい。
- ⑳ 感染症収束後も、ハイブリットでの講演会等の実施ができるとよい。

〔急変時〕

- ㉑ 難病であることが緊急時対応の受入を困難にしている。
- ㉒ 在宅で不安なく療養するためには、病院のバックアップ機能が欲しい。
 - ・ 甲賀圏域では、甲賀病院において難病患者の事前登録制ができ、安心した医療提供につながっている。

〔看取り〕

- ㉓ 患者会などの活動の中で、最期をどんなふうに迎えるかなど、看取りに関して話題にあがることもある
- ㉔ 見通しや地域の資源の理解がない中で、意思決定を行うのは難しい。
- ㉕ 日頃から、どう生きたいか、自身の望む最期など、話をしていくきっかけがあるといい。
- ㉖ 最期の意向を聞いていないと、残された人の後悔が大きい。

〔感染症・災害発生時〕

- ⑳ 感染症流行時には、ワクチン接種ができない方、免疫抑制によりワクチンを接種していても外出が難しい方もいる。
- ㉑ オンラインでの講演会、交流会になりこれまで参加のなかった方が参加し、オンラインなら外出を控えていても参加しやすい人もいた。
- ㉒ 新型コロナウイルス感染症など感染症流行時の医療・生活状況。
 - ・ 県外受診できない。電話受診や遠隔診療を進められるが、検査も受けられないなど、直接受診できない期間が続くと不安。
 - ・ 診療の延期、通院を我慢され強い不安がある方が多く、近くの医療機関での診療を希望されている。また、発熱の際にも元の病気も診察してほしいという希望も多く出ていた。

〔住民〕

〔入退院〕

- ① 入退院時に、元の病院との情報連携、退院に向けた準備の説明、退院前カンファレンスの実施、福祉用具についての丁寧な説明など、不安なく在宅で暮らすための支援を受けることができている。

〔日常療養〕

- ② かかりつけ医を持っていない人が多い。
- ③ 医師とのコミュニケーションが十分に図れず、疾患理解が難しい。
- ④ 介護保険など制度の理解は進みつつあるが、実際に活用する際にどのように利用したらいいかなど困ることがある。
- ⑤ 転倒予防などの介護予防活動が公民館などを拠点にして活発になりつつある。
- ⑥ 出前講座などを活用し、健康管理、認知症予防等の学習を行っている。
- ⑦ 住民の集まる場・機会が徐々に少なくなってきており、住民同士が顔を合わせて情報共有や研修会（出前講座）を行うなど、学び広める機会が減少し、情報格差が出てきている。

〔急変時〕

- ⑧ 急変時にどう対応したらいいかという理解は進んでおらず、恐怖や不安がある。

	<p>〔看取り〕</p> <p>⑨ 核家族化で、自宅で誰かを看取るという経験がある方が少なくなっている。</p> <p>最期の時をどう迎えるかという不安や、家で看取ることが想像できず、恐怖がある。また、自分自身や家族の人生の最終段階をどう迎えるかということを真正面から考えることを避けてきている状況がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院でも死ねない、在宅でも難しいという状況を知る必要がある。 <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑩ 地域防災を含め普段の生活の中で助け合いができる互助の地域づくりを行っているが、地域による格差がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コロナ感染拡大時において、マスクや消毒液がなく、不安な時期を過ごした。女性会でマスクを作り、配布し、見守りや声掛けを行った。
<p>県 病 院 協 会 ・ 県 医 療 リ ・ ソ シャ ル ワ ー カ ー 協 会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 退院調整部門への看護師やソーシャルワーカー等の配置により、それぞれの特性を活かした役割分担を行い、円滑な退院調整につなげるための体制が構築されてきている。</p> <p>② 退院調整に関わる人員の充実を図り、院内における位置づけを明確にするとともに、退院調整部門の具体的な活動内容について院内・院外関係者に周知が図られている。</p> <p>③ 二次医療圏内で、入退院支援ルール、地域医療構想や地域連携クリティカルパスの運用を通して、病院機能の明確化が図られている。</p> <p>④ 病院医師の在宅医療に関する意識は徐々に深まりつつある一方で、病院完結型ケアの現状も存在する。在宅療養生活に対する理解が充分とは言えない。</p> <p>⑤ 病院スタッフが在宅での生活をイメージできていないこともある。</p> <p>⑥ 病院とかかりつけ医の連携は、かなり良好になっている。</p> <p>⑦ 病病連携における検査データ等の共有や一部の在宅医、訪問看護事業所との情報共有にびわ湖あさがおネットが活用されているが、活用のハードルが高く（活用の手順等）、地域での活用が進んでいない。</p> <p>⑧ 地域や医療機関によってはZOOMなどICTを活用したカンファレンスの実施、動画を活用した情報共有を行っている。</p> <p>⑨ 在宅療養に関わる多職種との関係は、研究会、研修会、検討会などを通じて良好になりつつあり、日常の情報連携がし易くなっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ACPや疾患の理解をとおした多職種連携 ・ 再発予防、早期発見につながる講演会

- ⑩ 病院との連携に壁を感じている介護支援専門員もいると聞いている。
 - ・ 介護支援専門員との意見交換会の実施
- ⑪ 障害福祉サービスを利用される方の場合、入退院調整が介護保険に比べ体系化されていないことより、障害認定やサービス導入の調整に時間がかかるなど、在宅への移行が困難な状況がある。
- ⑫ 在宅医療に関する住民啓発が大切である。
 - ・ 本人や家族の希望に寄り添った支援目標を明確にしたうえで在宅復帰支援、意思決定支援ができるようになってきた。
 - ・ 住民が持つ在宅医療のイメージは明るいとは言えない。
 - ・ フレイル予防や認知症予防、ACPなどの出前講座の実施の中でかかりつけ医を持つことの重要性を伝える。
- ⑬ ソーシャルワーカーの初任期、中堅期の研修を実施し、意思決定支援や入退院にかかるマネジメントの力量向上を図っている。
- ⑭ 介護施設との連携は、まだ十分ではない。

〔日常療養〕

- ⑮ 在宅療養に関わる医師の不足や地域偏在がある。
- ⑯ 往診が可能な診療所が限定されており、病診連携がとりにくい場合もある。
- ⑰ 精神障害のある人に対する精神科身体合併症に対応する医療機関や訪問診療可能な医療機関が少ない。
- ⑱ ICTを活用した多職種との情報共有の実施状況に圏域格差がある。
- ⑲ 在宅医療をバックアップする機能として、在宅療養支援病院の増加やレスパイト目的の受け入れ、訪問診療を行う病院の医師が増加している。
 - ・ 在宅復帰後のケアに取り組んでいる。
 - ・ バックアップ機能を担う病院を調整し、訪問診療を行う医療機関もみられ、病診連携が進んできている。
- ⑳ 小児・障害がある方の、レスパイトの調整が困難

〔急変時〕

- ㉑ 急変時に搬送される病院が限られているが、病院でかかりつけで診ている患者については、患者の状況に応じて、かかりつけ病院で急変時対応がされている。
- ㉒ 本人が意思決定できない状態やキーパーソンが不在の場合などに困る事例がある。

	<p>〔看取り〕</p> <p>⑳ 自宅で最期を迎えることを希望する患者であっても、最終的には病院で亡くなる方は多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療も重要だが、慢性期病棟の機能も重要。 ・ コロナ感染症流行による面会制限の中、急変された場合など、よりよい看取りが叶えられない状況があった。 ・ コロナ感染流行時のQODについて、病院と在宅でのケアの在り方を検討していく必要がある。 <p>㉑ 住民は、在宅での看取りのイメージを持ってない方が多い。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>㉒ 災害時の体制整備に関し、ソーシャルワーカー協会で要領を作成している。</p> <p>㉓ 災害時を想定した訓練は十分にできていない。</p> <p>㉔ 感染症について、地域の医療・福祉関係者に向けた勉強会を実施。</p> <p>㉕ かかりつけ医が感染症に罹患した場合の、代替訪問を実施している病院もある。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>㉖ 圏域において、それぞれの病院機能に応じ、各圏域における多職種連携に参画している。</p>
<p>県医師会・地域医師会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 退院時カンファレンスへの医師の参加率はまだ低い現状。</p> <p>② 退院時カンファレンスがWebで開催され参加しやすくなった。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>③ 1人で開業する医師の負担があり、また自身が高齢になってきたという声がある。</p> <p>④ 複数医師体制で、多くの訪問診療を実施している診療所もある。</p> <p>⑤ 在宅療養支援診療所の届出基準（24時間体制など）が厳しいため、届出をせず、在宅療養支援診療所相当の対応を行っている診療所も多い。</p> <p>⑥ 訪問診療が必要になる前からかかりつけ医としてかわる実態が少し出てきた。</p> <p>⑦ 日常療養を安心して行うために、病院と診療所のダブル主治医を持つことも必要である。</p> <p>開放型病床を活用した診療を行うことで、病院との情報共有、薬の調整</p>

など退院後の療養を見据えた安心した療養に繋がっている。

- ⑧ ICTを用いた関係者との情報共有を推進している。
 - ・ びわ湖あさがおネットの活用推進と充実のための勉強会開催と介護職を含む参加者拡大を図っている。
- ⑨ 在宅医療のニーズは、小児等への対象と量の拡大により専門領域以外の専門性が求められている。
- ⑩ 病院や診療所間の連携は、メールを活用するなど進んできている。
- ⑪ 退院前カンファレンスへの参加、サービス担当者会議の診療所での開催など連携に努めている。
- ⑫ 在宅チーム医療
 - ・ 病院でないとできなかったことが在宅でもできるようになるなど在宅医療が対応できる範囲が拡大している。
 - ・ 多職種連携により、医師の負担は軽くなった。
 - ・ 多職種連携の必要性を理解する若い医師が増えてきた。
 - ・ 多職種との講演会、研究会、グループワークなどを開催し、他職種間の相互理解に努めている。
- ⑬ 日頃からの顔の見える関係づくりがレスパイトのスムーズな調整に活かされている。
- ⑭ 施設でのレスパイト、病院でのレスパイトなど、患者の状態に応じて調整がされている。

〔急変時〕

- ⑮ ネットワーク病院とうまく連携し、急変時対応の調整ができてきた。
- ⑯ 急変の可能性のある方には、24 時間対応の訪問看護との連携を行っている。
- ⑰ 在宅での看取りを望んでおられる場合も、急変時に救急車を呼ばれる場合がある。

〔看取り〕

- ⑱ 介護保険の主治医意見書作成時などに、食事摂取が難しくなった時の対応、延命治療の希望、どこで最期を迎えたいか、何かあったときに誰に代わりに判断をしてほしいかなど、本人の意向を確認しているかかりつけ医もある。
- ⑲ 最期を迎えたい場所について、家族と本人の想いが異なる場合があり、そこを支える多職種連携が必要

	<p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑳ 県と実施する災害訓練に参画している。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>㉑ 地域療養支援センターの機能の設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医師会単位（地域センター）9か所 全県域（中央センター）1か所 ・ 在宅担当理事の配置による関係機関との連携 <p>〔急変時、看取り、感染症・災害発生時〕</p> <p>㉒ 主治医意見書作成、認知機能検査、病状変化等の機会に、もしもの時（災害時、急変時、人生の最終段階）の医療や介護に関する希望、避難場所など患者や家族の意向確認を繰り返し行っている。</p>
<p>県歯科医師会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 各地域の実情に応じて、在宅での歯科介入が必要な方に対して、病院や訪問看護ステーション、介護支援専門員との連携のもと病院から在宅につながる連携が進められている。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>② 訪問歯科診療実施率は増加し、在宅歯科医療ニーズへの対応が充実しつつある。</p> <p>③ 積極的に在宅に行く歯科医師が増加し、歯科の連携先に困るという声は聞かない。</p> <p>④ 口腔機能の観察と対応できる力量を備えた在宅医療に関わる歯科専門職が不足している。</p> <p>⑤ 歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士が「食べるチーム」を結成し、互いに補完し合いながら、住民に向けた在宅歯科指導や住民啓発を始めている。</p> <p>⑥ 病院、在宅医療関係者に誤嚥性肺炎の予防など口腔ケアの重要性が徐々に浸透してきたがコロナの影響もあり、住民啓発は不十分。</p> <p>〔急変時〕</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑦ 看取り期の口腔ケアを行うなど、歯科医師や歯科衛生士が看取り期に寄り添う支援が実践されつつある。</p>

	<p>⑧ 訪問歯科診療を通じて、意図せずに看取りに関わる歯科医師もいる。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑨ 歯科診療所内での感染予防対策が徹底されている。</p> <p>⑩ 感染予防の一環として、日頃からの口腔管理の重要性が認識されてきた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コロナ禍においても、居宅、施設の連携により、訪問歯科診療が着実に増加している。 <p>⑪ J-Dat：日本歯科医師会による日本災害歯科支援チームの活動を継続することで、滋賀県での災害時対応体制の整備を図る。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑫ 地域包括ケアの取組として、「歯科医師等派遣」「在宅歯科医療連携室整備」「口腔機能管理支援センター設置」を行い、病院と開業歯科、老人保健施設と契約を結ぶ仕組みなど介護を含む多様な施設・事業所との繋がりがよくなっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 湖東歯科医師会では訪問歯科にタイムリーに応じられるように、半輪番制で待機している。
<p>県介護支援専門員連絡協議会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 医療と介護の切れ目のない連携を目的に、各圏域単位で病院と介護支援専門員間の連携の仕組み（入退院支援ルール）を作成し、入院時の情報提供と退院前の聞き取りを中心に作成したシートにより情報共有を行うことで、連携がかなり進んできている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ “元の生活に戻る”連携の本来の目的を見失っている場合がある。 ・ 急な退院や情報の不足で調整に苦慮することがある。 <p>② 退院前カンファレンスの効率的開催のために、入退院支援にかかる聞き取りシートを活用した暫定ケアプランの作成とカンファレンス時の活用周知とカンファレンス開催対象基準の見直しが必要。</p> <p>③ 急性期病院のリハビリ職との連携が十分でないことにより、在宅療養への継続に課題がある。</p> <p>④ コロナ禍における連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 説明付き手渡しが低下し、FAXでの情報提供が増加するも、説明付きでの連携が増加した。 ・ 本人が望む療養について、円滑に連携ができたとする回答が増加した。（※令和元年82.7%→令和4年85.6%）

〔日常療養〕

- ⑤ 医療ニーズの把握が弱いところがある。
- ⑥ 高齢者にとってリスクの高い「脳卒中・虚血性心疾患・誤嚥性肺炎」について作成したマニュアルをとおして、医師をはじめ医療職との情報連携と予防的なマネジメントが行えるよう研修で啓発を行っている。
- ⑦ 医療連携、リハ連携などを近年のテーマとして研修を実施している。
- ⑧ 他職種からのニーズを把握する必要がある。
- ⑨ 全県レベルで行ってきた他職種との連携会議を徐々に圏域単位での開催へと移行することにより、実際のケアに即活かせる具体的な議論ができる場となりつつある。

〔急変時〕

- ⑩ 介護支援専門員の本来業務以外の対応（夜間も含む急変時に独居の方などの対応を家族に代わり実施）が増えており、負担が大きく、対応について心配の声が出てきている。

〔看取り〕

- ⑪ 平成30年度に看護協会と共同作成した「看取りテキスト」を活用した研修会を実施してきたことにより、日常の療養支援から看取りまでを見据えた対応を、医療職との連携を図りつつ積極的に実践できる介護支援専門員が増えてきている。
- ⑫ 本人の意思を事前に十分に聞くことができず、家族の思いに添うこともある。
 - ・ つど、本人の意思を聞いていくことが大事だが、ためらいやどう聞いていいかわからない、いつ聞いていいかわからないなどの思いがある。
- ⑬ 看取り支援などを近年のテーマとして研修を実施している。
- ⑭ コロナ禍のなか、在宅での看取りが増加。面会制限による理由があげられるなか、急な退院が増加するなど、短期間での退院調整の困難さ、面会制限による意向確認の困難さがあった。

〔感染症・災害発生時〕

- ⑮ 感染症の流行や災害発生を想定して、継続的支援のための代替サービスの検討、ICTを活用したケアの提供など十分に考えられていない。
- ⑯ 感染症流行時の代替サービスについて、日頃の事業所間の連携を通じて、「お互いさま」の助け合いで支援の継続につなげることができたケー

	<p>スも多い。</p> <p>⑰ ケアマネ協会で各ブロックごとに、災害時マニュアルの作成、個別避難計画、BCPの作成、関係者の協議について取組が行えるよう啓発を行っている。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑱ 介護支援専門員連絡協議会において各圏域ブロックで代表者を配置し、圏域内での在宅医療の推進に参画するとともに研修会を開催している。</p>
<p>県看護協会・ 県訪問看護ステーション連絡協議会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 入院前～退院後も継続的な治療が必要な患者が多く、病院と在宅との外来-入院-退院-外来の一連の流れで切れ目のない連携が一層求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟看護師の在宅療養生活を前提とした看護と退院後の生活を見据えた訪問看護との連携への意識が高まってきている。 ・ 退院前カンファレンスに外来担当看護師が同席する病院も増えてきている。 ・ 外来を切り離すことなく切れ目のない支援ができるよう、病院、在宅の意識が高まってきている。 <p>〔日常療養〕</p> <p>② 暮らしを支える医療提供は、介護との連携が重要であり、医療と介護の併行したサービス提供を心掛けている。</p> <p>③ 病院（外来、病棟、地域連携）、診療所、訪問看護ステーションや施設を含む地域の看護職が連携し、生活を支える看護の実践が充実しつつある。</p> <p>④ 小規模の事業者が増えてきており、安定した事業所運営が厳しい。</p> <p>⑤ 訪問看護ステーション（従事者数）の地域偏在がみられる。</p> <p>⑥ 小児に特化したステーションと連携し、医療的ケア児を支えていく取組を始めている。</p> <p>⑦ 小児や精神疾患などのニーズが増えている。多様化するニーズに対し、ステーションの専門分化が進みつつあるが、まだ十分な対応ではない。</p> <p>⑧ 新卒訪問看護師の系統だった研修の実施と定着を図っている。</p> <p>⑨ 高度な医療機器を装着して退院する患者や糖尿病や心不全など高度な医療処置は必要ないが、日常の管理が必要な療養者が増加している。</p> <p>⑩ 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）や療養通所介護などの開設が徐々に進みつつあるが、医療依存度の高い方を在宅で支えるサービスはまだ十分ではない。</p>

- ⑪ 訪問看護支援センターを設置し、訪問看護師の確保、質の向上、看護管理者の育成、ステーションの安定した運営に向けた支援を行っている。
- ⑫ 施設看護師の確保・定着と看取りを含む療養ニーズの拡大と増加への対応技術力の向上を目的に研修会を開催（集合・出前型）している。

〔急変時〕

- ⑬ 急変時に訪問看護が対応するが、予測指示や状態の変化に合わせた指示変更がされていないことがあり、対応に苦慮することがある。

〔看取り〕

- ⑭ 訪問看護師や病院看護師への看取りの研修の実施
- ⑮ 看取りに対する本人の望みと家族の思いの違いがあり、支援が難しいことがある。
- ⑯ 病院と在宅医との連携が十分に取れていない場合など、看取り期の支援がうまくいかない場合は、従事者の負担も大きい。一方、よい看取りがかなえられた際には、従事者の満足度にもつながる。
- ⑰ 看取り後のグリーフケアを行っている。

〔感染症・災害発生時〕

- ⑱ 災害時対応に向けた取組を進めている。
- ・ 年1回の訓練を実施
 - ・ 災害時対応マニュアル、BCPの作成
 - ・ 災害時連絡網の整備、訪問看護ステーション間の連携・助け合い体制
 - ・ 災害関係の情報共有（被災体験、他府県視察、電源確保等医療機器対応）
 - ・ 在宅療養者の自助をともに考える
 - ・ 事業所職員の安全確認、近隣事業所との共助
- ⑲ 新型コロナウイルス感染症により、急な退院、退院後の急死などがあり、改めて病院との連携の在り方（ICTの活用など）を再考する必要がある。
- ⑳ 災害福祉支援チーム（DWAT）育成のための研修に参加する訪問看護ステーションスタッフもいる。
- ㉑ 災害支援ナース（新興感染症対応・災害支援）育成への訪問看護ステーションスタッフの参画も期待される。

	<p>〔連携拠点〕</p> <p>⑫ 訪問看護支援センター、訪問看護ステーション連絡協議会との連携のもと、人材育成や相談対応、支部ごとの活動や地域におけるネットワークの構築が行われている。</p>
<p>県薬剤師会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① トレーシングレポート（服薬情報提供書）を用いて、病院から地域への情報提供、地域から病院薬剤部へ情報提供を行うなど、病院と地域の薬剤師間の連携が進んできている。</p> <p>② リモートによる退院時カンファレンスの開催により参加しやすくなっている。</p> <p>③ 地域薬剤師会ごとに窓口担当者を選出し、病院の地域連携室、病院薬剤部、地域包括支援センター、訪問看護ステーションにリストを配布し、退院時に在宅療養が必要になったときに、どこの薬局が対応可能か等の相談に応じている。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>④ 在宅訪問している薬局数は増加している。</p> <p>⑤ 輸液、麻薬取り扱いなど在宅医療のニーズは高まっているが、薬剤師の温度差もあり、対応できる薬局が増えない。</p> <p>⑥ ホームページ上での医療材料、衛生材料の供給の仕組みを関係者に向けて周知しているが、十分な活用に至っておらず、薬局が供給拠点としての役割が果たせているとは言えない。</p> <p>⑦ 無菌調製ができる薬局一覧の作成と公表を行っている。</p> <p>⑧ 在宅医療チームにおける薬剤師の役割が看護師や介護支援専門員などの他職種に理解が浸透しておらず、薬剤師の活用に至っていない。</p> <p>⑨ 介護支援専門員との意見交換会などの活動を積極的に行っている。</p> <p>⑩ 健康サポート薬局としての活動（フレイルやサルコペニアなどの健康ミニ講座、個別相談、待ち時間を活用した栄養相談など）を行っている薬局もある。</p> <p>⑪ かかりつけ薬剤師・薬局など、薬剤師・薬局の役割や活動状況が県民に周知できていない。</p> <p>〔急変時〕</p> <p>⑫ ターミナル期の痛みのコントロール（麻薬や鎮静剤）のため、時間外や休日対応を行っている薬局がある。</p> <p>⑬ 地域支援体制加算をとっている薬局は、24 時間対応を自局や地域の薬</p>

	<p>局との連携により実施している。</p> <p>⑭ 24時間対応を実施していない薬局もあり、対応体制の検討が必要。</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑮ 医療用麻薬の使用に関して医療・介護関係者や患者・家族の正しい理解が得られていない。</p> <p>⑯ 滋賀県薬剤師会独自の在宅ホスピス薬剤師育成のための研修や認定登録を行っている。</p> <p>⑰ 医療用麻薬を取り扱う薬局は増えているが、薬局間の譲渡に対する県への申請などの取り扱いに関する規制や、土曜日、日曜日は卸から納品されないなどの現状があり、24時間の供給体制が整っているとは言えない。</p> <p>【日常療養～看取り】</p> <p>⑱ 地域の医療機関や他の薬局との連携のもと、入退院から日常療養、急変や看取りの対応を行い在宅療養の支援を行う地域連携薬局が認定されている。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑲ 医療用品共有システムを構築し、薬局間の在庫状況を把握できるシステムを構築してきている。</p> <p>⑳ 在庫状況の定期的な更新を行うなどリアルな情報共有が課題である。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>㉑ 在宅支援センター（県全体）や在宅相談窓口（地域薬剤師会ごと）が拠点となり、在宅療養に関する他団体、他職種からの相談にに応じている。</p> <p>㉒ 各地域薬剤師会が窓口となり、地域の多職種連携に参画している。</p>
<p>県理学療法士会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 疾患によって医療リハビリの上限日数があり、中には回復途上（過程）で退院となる場合がある。そのため、在宅リハビリとの連携による継続リハビリの提供を必要とする患者が多い。</p> <p>② 入院時のケアマネからの情報連携シートは、在宅での生活を知るうえで非常に参考になるが、その活用について病院やセラピストごとに差がある。</p> <p>③ 退院前カンファレンスなど、ケアマネジャーからの連絡があれば必ず参加するよう心掛けている。</p>

- ④ 病院リハビリから在宅リハビリへの継続を図るため、セラピスト間の連携が十分にできているとは言えない。
- ・ 病院リハビリから在宅リハビリへの情報が十分でない場合がある。
 - ・ 在宅リハビリから病院リハビリへの情報連携は少ない。
- ⑤ グループホームに早期に退院する方も増加する中で、退院後のリハビリ専門職の支援が途切れる現状がある。

〔日常療養〕

- ⑥ 訪問リハビリを行う施設は増えてきているが、在宅でのリハビリ専門職の確保は十分ではない。
- ・ 特に、地域で働く言語聴覚士が少ない現状がある。
- ⑦ 小児に対応できるリハビリ専門職が少ない。ニーズ把握も十分ではないものの、人材が少なく困っている声がでてきている。
- ⑧ セラピストが若く経験が少ないために、様々な疾患に対する知識や技術が不足している場合がある。
- ⑨ 医療と介護の継続的なリハビリ提供ためには、総合事業の短期集中予防サービス（C型訪問・通所サービス）の理解と効果的な活用が必要であるが、実践に至っていない。
- ⑩ 短期集中予防サービス（通所型・訪問型サービスC）の利用者が、終了後も通いの場などの地域の活動の場につながらず、介護保険を継続することも多い。
- ⑪ リハビリを行う時間だけでなく、それ以外の時間をいかに残存能力を使って生活するかが重要である。在宅で関わるスタッフのチームワークが重要である。
- ⑫ リハビリ専門職としての理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の区別、認識が他職種に十分理解されていない場合がある。
- ・ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士連携によるネットワークづくりを圏域単位で進めており、自立支援に向けた市町支援への協力を行っている。
- ⑬ びわ湖あさがおネットを活用した動画などによる情報連携は有効であるが、活用者は少ない。

〔急変時〕

- ⑭ 急変時対応に関する在宅セラピストの対応の現状が把握できていない。

	<p>〔看取り〕</p> <p>⑮ 人生の最終段階では、精神面での関りが多くなる。</p> <p>⑯ 看取り期の支援について学ぶ機会は少ない。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑰ 感染症流行時に、コロナ患者への廃用予防等のリハビリ介入について、支援の開始時期に病院ごとに差がみられたが、感染予防策の情報の共有、感染防御の実践の積み上げにより、早期からのリハビリ介入が実践されてきた。</p> <p>⑱ 災害時（感染症含む）JRATとして、高齢者を中心とした不活発病に対する活動を行っている。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑲ POS連絡協議会を設置し、各圏域単位のブロックに窓口担当を配置し市町の担当者と人材登録名簿を共有するなど行政との連携に努めている。</p> <p>⑳ 圏域ごとに、各市や地域包括支援センターエリアのリーダーの配置やニーズに応じた役割分担・活動を行うなど、地域との連携が進められている。</p>
<p>県 栄 養 士 会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 退院カンファレンスに栄養士がよばれることはあまりない。</p> <p>② 退院時カンファレンスがZOOMで開催されることより参加しやすくなっている。</p> <p>③ 入退院時に病院から地域への栄養情報提供書の実績は少ない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域から希望がない中で、どこに出していいかわからない現状がある。 ・ 誤嚥で再入院を繰り返す方など、情報提供を行うことが重要である。 <p>〔日常療養〕</p> <p>④ 訪問栄養指導の相談、依頼が増加している。</p> <p>⑤ 療養型病院の栄養士による訪問栄養指導が活性化している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自院の退院患者が中心となるが、診療所からの依頼に基づき訪問しているケースも増加している。 <p>⑥ 介護保険優先のため、医療機関が居宅療養管理指導をとっていないことにより、ニーズがあっても訪問ができないことがある。</p> <p>⑦ 栄養ケアステーションを設置し、地域活動栄養士の登録、あらゆるニーズに応じられる体制を作りつつある。</p>

	<p>⑧ 在宅訪問に関する研修会開催等により、健康教育の講師や地域の多職種チームの一員として在宅療養支援に関わる栄養士が増えつつある。</p> <p>⑨ 歯科衛生士、介護支援専門員、リハビリ専門職と合同研修を開催することで訪問栄養指導に関する理解は進みつつあるが、医師をはじめとした他職種に理解が十分得られているとは言えない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医師会に訪問し、訪問栄養指導の内容・対象など説明し、医師や地域包括からの依頼が増えている。 <p>⑩ 病院、施設など栄養士間の連携ができていない場合がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 連携を必要とする患者・家族の状況を共通認識していない。 <p>⑪ 介護予防や施設での栄養管理に関する出前講座を実施している。</p> <p>⑫ 家族が嚥下食を作ることが困難な中、状態に応じた様々な形態（食べやすさ、種類、見た目など）の商品が販売されるようになってきている。</p> <p>〔急変時〕</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑬ 家族や本人から、最期に食べたいもの、食べさせてあげたいものなど、相談を受けることがある。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑭ 日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）リーダーやリーダーによるスタッフ養成研修を実施し、災害支援に関わることができる栄養士を育成している。</p> <p>⑮ 訓練の実施（近隣府県との合同訓練）</p> <p>⑯ ミルクや嚥下食などの備蓄</p> <p>⑰ コロナ禍では、外来や訪問での栄養指導の機会が減少した。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑱ 栄養ケアステーションを設置し、依頼に応じて各圏域で活動可能な栄養士との調整を行い依頼に応じている。</p> <p>⑲ 地域住民が栄養ケアの支援・指導を受ける拠点として、栄養ケアステーションが認知されつつある（栄養士、病院等）</p>
<p>県介護サービス事業</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 病院との壁はまだ高い。入院前から退院支援に向けた連携の重要性の周知と実践が必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護側が、医療側に現状やニーズを十分に伝えることが難しい場合が

<p>者協議 会連合 会</p>	<p>ある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ びわ湖あさがおネットによる切れ目のない支援が必要であるが、介護側に普及できていない。 ・ 病棟看護師が小規模多機能型居宅介護事業など地域密着型介護サービスの理解が不十分。 <p>② 入退院の情報連携において必要な情報を医療職に正確に伝えられるよう、介護職の資質向上を行う。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>③ 介護職、看護職、歯科衛生士、リハビリ職（特に言語聴覚士）、ケアマネジャー等の人材が不足している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 言語聴覚士を各事業所で人材確保することは困難。 <p>④ 公的機関や職能団体が行う求人は、マッチング機能が十分とは言えない。</p> <p>⑤ 介護人材の不足から、資格不問の採用となる場合があることに加え、採用後の経験に応じた人材育成の仕組みが作られつつあるものの十分な活用に至っていない。このことから介護人材の資質向上が図りにくい。</p> <p>また、研修機会があっても、職場を離れることができず、参加が困難な現場が多い。</p> <p>⑥ 介護サービス強化補助を活用し、介護職員育成を行うには、介護職員定着推進事業者登録を行う必要があるが、登録者は増えない。</p> <p>⑦ 医療依存度の高い人、介護力の弱い家族環境などの療養を支えるには、小規模多機能や看護小規模多機能型サービスが必要だが、地域差がある。</p> <p>⑧ 吸引を行うことができる介護人材の育成が進んでおらず、在宅に帰ってもらえないことがある。</p> <p>⑨ 小規模デイサービスなど看護師の配置が必要でない事業では、訪問看護ステーションとの連携により、胃ろうや在宅酸素、バルーン装着の方への対応を行っている事業所もあるが、受入れが難しい事業所もある。</p> <p>気管切開のある利用者は、療養通所介護もしくは看護小規模多機能等受入れ事業所が限られる。送迎時のリスク管理も厳しい。</p> <p>⑩ 訪問リハビリテーションが充実してきたが、多様なリハビリテーションのニーズは十分に対応できていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院から在宅生活への移行にあたって、継続が必要なりハビリテーションが提供されるようになってきた。 ・ 小児や障害のリハビリテーションのニーズに十分に対応できていない。
--------------------------	---

⑪ 薬剤師（薬剤調製、服薬管理、薬剤の一包化など）と他職種との役割分担を明確にした協働の関わりが必要。

- ・ 老老介護者への薬剤管理指導のニーズが高まっている。

⑫ 看護職と介護職の連携がまだまだ十分でない。

〔急変時〕

⑬ 急変時の状況を観察し、必要な情報を医療職に伝えることが難しい現状がある。

〔看取り〕

⑭ 在宅での支援にかかわる介護職、リハビリ専門職などが質の高い最期を見据えた支援に取り組んでいる。

⑮ 老人保健施設内に静養室を確保し、看取りの時期を家族とともに過ごせる環境を整備するなど、施設看取りの対応の拡大を図っている。

⑯ 施設看取りを行った後には、デスクカンファレンスを行い、家族に対する心理的ケアと職員がケアを振り返る機会となっている。

⑰ 施設では、介護職が最期の最期まで施設での生活をどのように支えていくかというところまで見据えて支援を行っており、質の高い看取りが職員の満足度にもつながっている。

⑱ エンゼルケア、グリーフケアの研修を施設の介護職員向けに実施している。

〔感染症・災害発生時〕

⑲ 感染対策も災害対策の一貫として対応策を検討し、令和2年度に介護職の応援・派遣の仕組みができた。今後、さらなる充実が必要。

⑳ 小規模事業所において、PPEの確保等、感染症予防・発生時のマネジメントが難しい現状があった。

〔連携拠点〕

㉑ 圏域ごとに介護サービス事業者協議会を設置し、各地域における多職種連携の会議等への参画や研修会を実施。

2 滋賀県における在宅医療の課題

(1) 退院後の生活を見据えた入院前から退院（在宅療養）への切れ目のない継続支援が必要【入退院支援】

～入院前（外来）－入院中－退院時－退院後（在宅療養）～

- ・ 在宅療養の家族負担や不安は大きく、条件が整わないと自宅療養の継続は難しい。
- ・ 入院期間の短縮により、疾患の理解や受け止めが十分にできず、強い不安や孤独につながっているケースがあるなど、医療と介護の切れ目のない連携が一層求められている。
- ・ 保健医療計画に基づき医療機能の分化を図り、それぞれの機関の役割を明確にし、地域の特性に応じた連携体制の構築を図る必要がある。
- ・ 患者の在宅療養環境、患者や家族の状況（身体状況や介護力等）に応じた入院中のケアや退院時の支援を行う必要があるが、入院医療機関における医療提供が、退院後の生活を見据えたものとなっていない場合もある。
- ・ 病院スタッフが、地域密着型のサービスなど地域の資源について十分な理解がない場合もある。
- ・ BPSD（認知症に伴う行動・心理症状）の症状を有する認知症患者は、身体的疾患に対する入院治療を受けにくい現状があることから、認知症患者が適切な検査や入院治療を受けやすい環境を整備する必要がある。
- ・ 複数の疾患を持つ人や老老介護、生活に困難を抱える独居高齢者など複数・困難な課題を抱える患者が増加している。
- ・ 病院と在宅療養を支援する関係者間で、入退院時に連携を要する患者の基準の検討や共通理解が必要である。
- ・ 介護支援専門員らの情報の活用や病院と在宅のリハビリ専門職の情報連携が十分でない場合があり、在宅での生活を見据えた支援やサービス調整の困難さの要因となっている場合がある。
- ・ 病院と介護職の連携は進みつつあるが、病院との連携に壁を感じている介護職もあり、病院と在宅療養を支援する関係者が、互いの役割を理解したうえで、さらなる連携を図ることが必要である。
- ・ 歯科関係者は、退院に向けたカンファレンス時に、歯科口腔ケアの必要性を伝えるなど、支援の継続性に関するアセスメント力を高める必要がある。
- ・ 病院歯科と歯科診療所とのさらなる連携が必要である。
- ・ 入退院時の栄養情報の提供はまだ少なく、病院栄養士の在宅栄養活動の理解促進と、病院と在宅の栄養士間の連携を図る必要がある。
- ・ 心不全や誤嚥など、再入院予防や早期介入のための病院と在宅療養のさらなる

連携が必要。

- ・ オンラインでの退院カンファレンスの開催により、多職種が参加しやすい環境が整っているが、参加の広がりはまだ十分ではない。
- ・ びわ湖あさがおネットによる医療情報の共有など、ICTを活用した入退院支援が進みつつあるが、その活用はまだ少ない。

(2) 望む場所で質の高い日常療養支援を受ける体制の構築が必要【日常療養】

(訪問診療)

- ・ 在宅療養支援診療所や在宅看取りを行う医師の数は増えている一方で、在宅医の高齢化が進んでおり、今後の増大する地域ニーズに応えるためには、さらなる在宅医の増加が求められる。
- ・ 外来診療しながら在宅医療を実施する医師の負担は大きく、訪問看護師や薬剤師、管理栄養士など多職種によるチームでの在宅医療のさらなる充実が必要である。

(訪問歯科)

- ・ 在宅療養者の歯科、口腔、嚥下にかかるケアの重要性について在宅医療を担う関係者を含む多くの人の認識はまだ十分でなく、さらなる周知が必要。
- ・ 訪問歯科衛生士による訪問の増加により、キュア（治療）とともにケアの充実が進みつつあるが、口腔機能の維持や誤嚥性肺炎の予防などケアのかかわりは重要であることから、さらなる充実が必要。

(訪問看護)

- ・ 患者の暮らしを在宅医療の視点で支える上で看護師が核となるよう、病院や診療所、訪問看護ステーション、介護事業所等、職場を越えた看護職間連携を一層推進する必要がある。
- ・ 訪問看護ステーション数や従事者数は増加しているが、地域偏在がある。
- ・ 老老介護、がん末期、在宅療養にかかる不安への対応が求められる。
- ・ 小児在宅のニーズに応じられる訪問看護ステーションの増加と、小児対応のスキルアップを図る必要がある。
- ・ 多様なニーズに対応できる訪問看護と質の高い訪問看護提供のため機能強化が必要である。
- ・ 訪問看護ステーションの管理者の人材育成が必要である。

(薬局)

- ・ かかりつけ薬剤師として、患者の服薬情報の一元化・継続的な把握や、在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たすべく、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現に取り組むことが必要である。
- ・ 在宅医療を担う薬局は増加しつつあるが、輸液、医療用麻薬を取り扱う薬局な

どさらなる充実が必要。また、自局での対応が難しい場合は、地域の他の薬局に依頼するなど、薬局間のさらなる連携が必要である。

- ・ チーム医療の一員として薬剤師の積極的な活用が求められており、薬剤師が訪問指導できることについて、在宅医療に携わる関係者や県民への周知が必要である。

(リハビリテーション)

- ・ 訪問リハビリテーションの需要は増加しており、切れ目のないリハビリテーションの提供に向けて、医療機関や老人保健施設、訪問看護ステーション等からの訪問リハビリテーション提供体制の確保が必要である。
- ・ リハビリテーション専門職による定期的な機能評価の実施や、在宅療養の支援チーム員が機能低下に早期に気づき、在宅療養継続に向けてリハビリテーション専門職と連携をとるなど、リハビリテーションの視点を活用した機能維持・向上の支援が必要である。
- ・ 在宅におけるリハビリテーションの対応ニーズが増加し、疾患理解と予後予測をしながら、予防的に関われる技術が必要になってきている。これに対応できるよう、質と人員確保の両面からの人材育成が必要である。
- ・ 小児領域や障害者のニーズ、言語聴覚機能に関連した在宅での支援や相談に応じられるリハビリテーション専門職の増加とスキルアップを図る必要がある。
- ・ リハビリテーション提供の質の向上のため、多職種多機関が一緒にリハビリテーション実施後の評価ができる仕組みの構築が求められる。

(栄養)

- ・ 病院の栄養士や栄養ケアステーションの栄養士等による訪問栄養指導が進められてきているが、在宅での栄養ニーズに応えるためのさらなる充実が必要である。

(介護支援専門員)

- ・ 入院高齢者の 7 割に入院前から介護支援専門員が関わっているが、入院早期からの医療ニーズの把握に至っていない場合がある。
- ・ 高齢化に伴う疾病構造や家族形態の変化により、高度なアセスメント能力と他職種との連携が一層求められている。
- ・ QOLの向上を目指した、自立支援のマネジメントのため、リハビリ専門職との連携が必要である。
- ・ がん患者の病状の変化など、疾患の理解や観察のスキルなどを高め、アセスメントを行うとともに、情報連携において必要な情報を医療側と共有できる力量の向上が必要である。

(介護)

- ・ 人材不足などの理由からOJT体制が確保しにくく、介護職のスキルアップが

図りにくい。

- 施設では、医療依存度の高い人が増加していることから、そのニーズに対応できる医師や看護師・介護職の確保、人材育成が必要である。
- 看護小規模多機能型サービスや療養通所介護、喀たん吸引ができる事業所等、医療ニーズが高い人を地域で支える資源の構築や有効な活用など、さらなる在宅医療の充実につなげるための体制が必要である。

(人材育成)

- 医療が進歩・高度化し、在宅酸素療法やIVH(中心静脈栄養)、経管栄養、麻薬管理等の医療処置が在宅でも実施可能になってきており、これらに対応できる人材の確保と質の向上を図る必要がある。
- 個別支援を行うにあたって、在宅療養支援に携わる者には、自立支援の必要性の理解と、実践できる能力が求められる。
- 在宅医療に関わる多職種多機関関係者の知識や技術の向上を目指し、身近な地域において、研修や研究会などの機会を確保する必要がある。

(連携)

- 多職種協働によるチーム支援を行う者は、個別支援目標の共有、支援計画の合意と実践評価等、一連の支援の流れをチームで共有することにより、支援の質の向上を図る必要がある。
- 在宅での生活を支えるためには、総合事業や通いの場などの地域資源の理解と効果的な活用が必要である。
- 在宅での生活を支える支援の質の向上のため、看護職と介護職のさらなる連携が必要である。
- 新型コロナウイルス感染症の影響により、地域での多職種研修会、研究会の機会が減少した地域もあるが、在宅医療の充実のためには、在宅医療に関わる他職種の役割に関する相互理解と、多職種協働によるチーム医療の必要性の理解が求められることから、研修や研究会などの機会を確保する必要がある。
- びわ湖あさがおネットによる医療情報の共有など、ICTを活用した多職種・多機関連携の例も増加しつつあるが、活用している機関は少なく、活用拡大を図るためには、手続き上の事務的負担の軽減や利便性の検討等が必要である。

(啓発)

- 介護保険制度の住民の理解は進みつつあるものの、どのようなサービスがあるか、どのように利用すればいいか、どこに相談すればいいかなど、実際の利用の際に困る場合も多い。
- 望む在宅医療の実現のためには、身近に相談できる専門職がいることが重要であり、かかりつけ医やかかりつけ歯科医院、かかりつけ薬局等を持つことの重要性や在宅療養を支えるサービスについて情報提供を行う必要がある。

- 研修会（出前講座）や住民同士の情報交換の場など、在宅医療について住民が学びを深める機会が減少している地域もある。

(3) 病状の急変に際し、24時間対応体制のもと必要な支援を受けることができる体制の整備が必要【急変時対応】

- 急変時に起こりうることや、その対応に対する情報提供が十分でないことより、住民は急変時対応に対する恐怖や不安がある。
- 医療用麻薬を取り扱う薬局は増加しつつあるが、休日や夜間の医薬品の供給体制の充実が求められており、さらなる体制構築が必要である。
- 多様な地域ニーズに24時間体制で対応できるよう、訪問看護ステーションの安定した運営を図る必要がある。
- 急変時対応が想定される場合の訪問看護の導入について、その必要性を関係職種で共有しておく必要がある。
- 在宅での看取りを希望していても、急変時の方針が検討できておらず、病院への搬送の判断を訪問看護師が行うこととなるなど、訪問看護師の負担は大きい。
- 普段から、急変時を想定した患者支援計画を準備する必要がある。
- 介護側が、緊急時の状況を観察し必要な情報を医療側に伝えることが難しい場合がある。

(4) 望む場所で人生の最終段階におけるケアを受け、本人・家族が望む最期を迎えることが可能な地域の実現が必要【看取り】

- 患者の希望を尊重した看取りや在宅療養の支援の在り方について、多職種チームが共有し、一丸となった支援が求められる。
- 疼痛管理の対応をする訪問診療医や薬局が少ない地域がある。
- 施設での看取り体制が徐々に整ってきている一方、施設での看取り対応への課題について、「本人の意思が確認できていないこと」や「人の死に直面する職員の精神的な負担」、「症状急変時の対応への不安」があげられており、訪問看護や施設において、デスカンファレンスを行うなど、ケアの振り返りや従事者の心理的負担の軽減、家族の心理的ケアの実践がされつつあり、引き続き対応体制の充実に向けた取組が必要。
- 本人の意思を十分に聞くことができず、家族の思いに添った支援となることがある。
- 自宅における人生の最終段階での急変場面での対応方法が家族に伝えられていないことにより、病院搬送になり、本人や家族の自宅で最期を迎えたいという希望に沿えないケースがある。こうした状況をなるべく避けられるよう、日頃から予後予測を立て、対応方法を家族や多職種間で確認しておく必要がある。

- 病院と在宅医との連携が十分に取れていない、多職種で情報が共有できていないなど支援に苦慮することがある。
- コロナ禍において、病院での面会制限に伴う意向確認や支援の難しさがあったことから、日常からの本人の思いの確認や ICT を活用した情報連携が必要。
- 在宅での看取りの経験がある人が少なく、最期の時をどう迎えるか不安や恐怖がある。
- 人生の最終段階における意思決定について、本人の尊厳を尊重した医療とケアを実施するという観点から、最期の時をどう迎えたいか、本人と家族で共有を行い、実現することが重要であり、延命処置の実施の有無、最期を過ごす場所（自宅、施設）などに関して、本人と家族、支援者が対話を繰り返しながらチームで意思決定支援を行うこと（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）が求められている。また、県民一人ひとりが人生の最終段階をどのように生きるかについて考える機会を持つことも重要となる。

(5) 感染症・災害発生時に備えた、在宅療養を支える体制の構築が必要【感染症・災害発生時】

- 新型コロナウイルス流行初期には、在宅療養を継続するための支援体制の構築が難しかったものの、平時からの関係者の顔の見える関係や連携体制の基盤を活かし、在宅療養の継続に向けた支援が進められている。
- 感染症流行や災害発生時に備えた業務継続計画（BCP）がより有効に活用できるものとなるよう、訓練の実施や関係機関による BCP の検討、地域での BCP の検討が必要である。
- 感染症流行や災害発生時に備えた応援体制の構築などが必要。
- 要配慮者の災害時個別避難計画の作成は進んでおらず、作成された場合にも計画に応じた実際の訓練が必要。
- 災害時における在宅で医療機器を使用する患者等への対応体制の構築が必要。
- 感染症流行時の住民の不安は大きく、感染症に対する正しい知識を身に付けることが必要。
- 災害時の医薬品供給体制のツールとして、医療用品共有システムを活用していく必要がある。
- 地域防災を含めて普段の生活の中での助け合いができる地域づくりが広がってきているが、地域によって格差がある。
- 感染症流行や災害発生時に備えた対策については、一つの機関だけで考えることは難しく、行政との連携や協働が重要であるが、まだ検討は十分ではない。

(6) 在宅療養を支援する多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実が必要【拠点機能】

- ・ 市町単位で設置している医療と介護の連携を推進するコーディネーターの位置づけと役割を明確にする必要がある。
- ・ 市町においてPDCAサイクルによる効果的な事業展開につなげていくためには、量的・質的な現状把握から課題の抽出、対応策の検討につなげ、地域医師会をはじめとする医療・介護などの関係団体と緊密な連携の下で対応策を実施、評価、改善していくことが求められている。
- ・ 県は、在宅医療・介護連携の推進に向けた各市町の取組が一層充実するよう、後方的な支援を行っており、とりわけ健康福祉事務所においては、圏域における関係機関・団体との連携など広域的な調整を行うことが求められている。
- ・ 関係機関との目指す姿の共有や取組の推進に苦慮している市町もあり、各市町が医師会をはじめとする各機関や団体と協働して地域包括ケアを推進するためのPDCAが展開されるよう、市町の実情やニーズに合わせた支援の継続が必要。
- ・ 新型コロナウイルス感染症流行の影響により、市町・圏域における多職種・多機関連携の検討の機会や研修会が縮小・中止した期間があり、さらなる活性化や再構築が必要である。
- ・ 災害時の個別避難計画の作成など、各地域における災害対策の構築に向けた検討が必要である。
- ・ 市町が設置する医療介護連携コーディネーター同士の意見交換の機会など、コーディネーターが活動していくための情報交換や、研修の機会の確保が必要。
- ・ 在宅療養支援センター（医師会）、口腔機能管理支援センター、在宅歯科医療連携室（歯科医師会）、在宅支援センター（薬剤師会）、訪問看護支援センター（看護協会）、栄養ケアステーション（栄養士会）や各団体の圏域における連携窓口など、在宅医療の連携拠点が設置されているが、多職種の強みを活かしたよりよい在宅医療が提供されるよう、他職種間の活用や連携の推進が必要である。
- ・ 入退院、日常の療養支援、急変時の対応、看取り支援の充実など、在宅医療提供体制の充実に向けて、医療機関の役割は重要となる。とりわけ、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院は、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関として、訪問看護ステーションとの協働による24時間対応体制の提供や、行政等との協働による在宅医療の充実に向けた取組への参画が期待されている。

3 基本的な方向および目標、施策の内容

(1) 病院から在宅療養の移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる

ア 病院における入退院支援機能の充実

- ・ 病院の退院調整専任部署の設置や専任者の配置を進め、在宅の関係者との窓口共有を行う。
- ・ 入院前から退院後の在宅療養を見据えた支援が行えるよう、病院の退院支援機能の強化に向け、病院看護師に対する研修の実施や訪問看護体験、院内の人材育成に向けた取組などを行う。

イ 病院と地域の関係者の入退院にかかわる役割・知識・技術の向上

- ・ 病院と地域の関係者が、入退院に関わる役割・知識・技術を高め、医療と介護の相互理解のもと、在宅での生活を見据えた支援や切れ目のない入退院支援が行われるよう、入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修や同職種間連携の推進に向けた取組の充実を図る。
- ・ 小児への在宅医療の提供や高度な医療処置等、拡大するニーズに対応するために、入院早期から病院看護師と在宅支援に関わる看護師との連携(看-看連携)を行う。
- ・ 家族の医療処置技術の取得のための支援や本人や家族との信頼関係の構築など、退院後の療養生活を見据えた支援の質がさらに向上するよう、病院と地域の看護師がともに検討を行う。
- ・ 在宅療養者の機能向上、自立に向けたリハビリテーションの提供を行うため、病院からの退院後、早期に在宅環境に応じた機能評価とリハビリ計画を立て、心身だけでなく、生活機能の維持・向上に向けた支援が行えるよう、病院との連携体制の構築と、リハビリテーション専門職の質・量的確保に努める。

ウ 病院と地域の関係者が本人の望みと目標を共有するとともに生活や疾患の情報連携の充実を図る

- ・ 入院により、生活が分断されることがないように、入院前の外来時から、本人、家族や介護支援専門員からの情報を活用し、在宅療養への移行のための支援計画に基づく入院医療を提供し、退院後の体制を整え、地域につなぐことが必要。
- ・ そのために、入退院支援ルールを活用した入退院支援時の連携について、関係者とともに現状の共有・分析・評価を行いながら、病院と介護支援専門員間の情報連携の量と質(本人の望み・目標、生活や疾患の情報など)のさらなる向上を図るなど、生活を分断しない外来・入院治療、退院支援、在宅療養を支援する医療介護連携体制の構築を図る。

- 医療連携の具体的なツールとして、地域の実情に応じて、地域連携クリティカルパスの活用やその分析、関係者間での協議による運用ルールの見直し、各機関の機能強化に向けた検討等を行う。
- 病院の退院前在宅訪問や介護支援専門員による入院患者の訪問などとおして、在宅療養環境に応じた入院から退院までの一貫した指導を行う。
- 医療や生活支援の充実が図られるよう、本人・家族・在宅関係者など支援に必要な多職種が参画した退院前カンファレンスの開催、または各職種のサマリーや情報提供書を活用するなど、本人や家族の退院後の負担に対する対応策や退院後も継続的に必要な医療介護支援について病院と地域との情報連携を行うことにより、多職種の強みを活かした支援の継続や充実を図る。
- 多職種・多機関での情報連携が進むよう入退院連携におけるICTの活用を促進する。
- 入院治療を必要とする患者に対して、外来受診の段階から、外来看護師等が中心となり、入院目的の説明や治療後に望む在宅療養生活の在り方を確認し、その目指す生活に向かって病院関係者と在宅関係者が連携して患者支援が行えるよう、検討の場の設置や情報連携を行う。
- 外来受診時にも病院と地域との連携が必要な場合における院内の連携窓口の共有を行うとともに、外来機能の向上による病院の外来と地域の支援者との連携の充実、リハビリテーション専門職等による在宅復帰後の評価や退院後支援の強化などにより、在宅での療養生活の充実や再入院の予防につながる連携を促進する。

表12-1 目標：病院から在宅療養への移行に向けて、切れ目のない入退院支援を受けることができる

	項目(指標)	現状値	目標値(R8)	目標値(R11)	単位	目標値の考え方
1	入退院支援において円滑に連携できたと評価したケアマネの率	81.2% (R5)	90%	95%	回答の割合	入退院支援を行うほぼすべての患者で円滑に連携
2	入退院支援を受けた患者数	28,853 (R4)	32,552	34,777	年間実人数	R4実績値×訪問診療患者数の推計値の伸び率(R4⇒R11)
3	入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率(入院)	93.3% (R5)	98%	100%	入院した利用者における割合	入退院支援ルールに該当するほぼすべての患者で連携
4	入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率(退院)	95.0% (R5)	98%	100%	退院支援を依頼し、病院からの引継ぎがあった者の割合	ケアマネから病院へ退院支援の依頼を行った方すべての連携
5	退院時共同指導を受けた患者数(病院)	626 (R4)	706	755	年間実人数	R4実績値×訪問診療患者数の推計値の伸び率(R4⇒R11)
6	退院時共同指導を受けた患者数(診療所)	240 (R4)	271	289	年間実人数	R4実績値×訪問診療患者数の推計値の伸び率(R4⇒R11)
7	心不全の再入院率(半年後、1年後)	14.9% (半年後) 17.0% (1年後) (R4)	減少	減少	再入院の割合	入退院支援連携の充実により、再入院の減少を目標
8	退院調整体制が整備されている病院	93.1% (54/58) (R5)	100%	100%	全病院に占める割合	全ての病院に整備
9	退院支援・調整担当者の配置されている病院	93.1% (54/58) (R5)	100%	100%	全病院に占める割合	全ての病院に整備

(2) 望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる

ア 在宅療養を担う病院・診療所(医科・歯科)の充実

- 在宅療養を支援する病院・診療所の整備・充実を図るとともに、チームで在宅医療に取り組む医師の増加に向けたセミナーの開催や、新たに在宅医療を始めようとする医師が訪問診療に同行体験する機会の提供などにより、在宅医療に携わる医師の増加を図る。
- 複数の疾患や合併症を持つ高齢者等に対応できる総合的な診療能力を有し、身体の状態だけでなく心理的・社会的問題も含めて継続的に診察し、必要に応じて専門医に紹介することができる「かかりつけ医」の確保・育成を行う。
- 医師ひとりでの24時間365日診療の負担は大きいことから、医師の複数配置や主治医二人制、グループ診療、病院のバックアップ体制の構築など、地域の特性を活用した「訪問診療ネットワーク」の仕組みづくりや看護師や薬剤師などが連携して、24時間の対応を可能とする体制づくりの促進を行う。
- 開業医と専門医のさらなる連携に向けて、びわ湖あさがおネットの活用を推進

する。

- ・ 継続的な口腔機能の維持・管理が重要であることから、歯科診療所の整備・充実を図るとともに、病院、診療所、歯科診療所が歯科口腔ケアに関する連携を行う。
- ・ 在宅療養を多職種で支えるため、訪問歯科診療などを行う歯科医師の確保・育成を図る。

イ 在宅医療を担う薬局の充実

- ・ 在宅医療を担う薬局の整備・充実や訪問薬剤管理指導を行う薬剤師の確保・育成を図る。

ウ 在宅療養を担う訪問看護ステーションの充実

- ・ 訪問看護提供体制の充実のため、滋賀県看護協会〔滋賀県訪問看護支援センター、ナースセンター〕、看護師等学校養成所等と連携し、新卒訪問看護師を始め看護職の確保・定着、キャリアアップの推進、訪問看護ステーションの機能強化を図る。
- ・ 潜在看護師が再び医療や介護現場で働ける仕組みをつくることにより、療養者に携わる看護職の拡大を図る。

エ 身体機能および生活機能の維持向上のためのサービス提供の充実

- ・ 身体機能および生活機能の維持向上に向けて、在宅療養を多職種のチームで支えるため、訪問栄養指導等を行う管理栄養士、地域リハビリテーションを推進するリハビリテーション専門職、訪問による歯科口腔ケアを実施できる歯科衛生士など、関係機関・団体が一体となって在宅療養を支える人材の確保・育成を図る。
- ・ 潜在栄養士が再び医療や介護現場で働けるよう、潜在栄養士の把握と活動への結び付けを行う。
- ・ 在宅療養を支える介護職、介護支援専門員の確保・育成を図る。

オ 医療依存度が高い方の介護サービスの充実

- ・ 人工呼吸器、経管栄養(胃ろうや中心静脈栄養等)、人工肛門など医療的管理を要する在宅療養者に対応できるよう、訪問看護師の実践力を向上する研修を実施するとともに特定行為を適切に行うことができる看護師を育成する。
- ・ たんの吸引や経管栄養ができる介護職員を育成し、医療依存度が高くても利用できる訪問介護やショートステイ等のサービスを増やす。
- ・ 介護支援専門員や介護職員が必要に応じて医療との連携や情報共有を行えるよう、医療的ケアの知識向上のための研修を行うなど、人材の育成を図る。

- ・ 医療的処置への対応や在宅介護の負担・不安への対応など、多様なニーズに対応できるよう、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、療養通所介護など地域密着型サービスの提供体制の整備や必要な方へのサービス提供を推進する。

カ 自立支援の視点を持ち多様なニーズに対応することができる人材の育成

- ・ 療養者が、自身の能力を活かし、地域社会に積極的に参加する中で、望む QOL を実現できるよう、関係する職種や機関の専門性や役割を理解したうえで、関係者間で療養者の変化を共有し、予後予測などのアセスメントに応じた適切な支援の提供、必要な専門職と連携を行うなど、ケアの資質向上を図る。
- ・ 多職種連携を積極的に推進し、病院と地域が一体となって日常の療養支援を協働して行うことができるよう、多職種間・機関間の相互理解を図る。
- ・ 在宅や施設では、療養者の暮らしの継続性を重要視し、必要な時に、必要な医療や介護を活用する「ときどき医療、ときどき介護」の考えのもとでサービス提供を行う。
- ・ 患者の疾患、重症度に応じた医療・介護サービスを多職種協働により、生活を支える視点から継続的・包括的に提供する。
- ・ 在宅支援に関わる看護職が、機関・種別の枠を超えて連携し、看護ケアの資質向上を図るための連携体制の構築を図る。
- ・ 介護支援専門員は、多様なニーズに対応できるアセスメント能力、自立支援を目的としたケアプランの作成・実施・評価する能力を高める。
- ・ 多職種による在宅医療チームの質の向上を図るため、多職種協働による人材育成の研修や、教育プログラムの開発検討を行うなどの取組を推進する。
- ・ 地域の医療福祉や介護の関係機関が協力して、それぞれの機関・職種の相互理解が深められるよう、人材育成とスキルアップを目的としたOJT機能の一層の充実を図る。
- ・ 専門・認定看護師が地域の在宅医療福祉関係者に対して、看護技術や専門的手知識の普及啓発活動を行うことで地域の人材育成を促進する。
- ・ 滋賀医科大学看護教育センターなど、県内の看護学科を有する大学と連携して、訪問看護師や地域の認定・専門看護師が地域看護レベル向上のための研修や現地指導、随時相談を行う。

キ 望む場所での療養の充実に向けた多職種・多機関の情報共有と協働

- ・ 日常の在宅療養や急変に際した対応などに対し、住民が具体的なイメージを持って安心して療養できるよう、在宅医療チームによる支援を行う。
- ・ 在宅歯科指導の重要性の理解と訪問指導の周知を図る。

- 医療材料の提供システムや、在宅に関わる薬剤師の登録などを関係機関に幅広く活用してもらえるよう周知を図る。
- 在宅に関わる薬剤師の役割の理解と連携の推進を図るため、地域の特性に応じて、他職種や他機関と薬剤師との意見交換の場を持つ。
- 医療依存度の高い利用者へのケアの充実を図るため、在宅療養を支援する看護職間（病院看護師（外来含む）・診療所看護師、訪問看護師、介護施設で働く看護職師、保健師等）の連携を強化するとともに、多職種チームによる支援体制の充実を図る。
- リハビリ専門職は、在宅療養を支援する多職種と一体になって、日常の療養支援が行えるよう、多職種チームへの参画と多職種連携を積極的に行う。
- 栄養士が訪問に至る手続き上の流れを患者や家族、関係者に周知する。
- 多職種・多機関が情報を共有し、協働した支援が実践できるよう、各地域における在宅療養のさらなる充実に向けた検討の場を持つとともに、多職種・多機関連携のための研修会の開催、地域ケア会議の場への多職種の参画を促進するなど他職種理解と連携を推進する。
- 日常の在宅療養現場の困難事例に即座に相談教育対応ができる仕組みの構築と周知、実践の拡大を図る。
- 「自分らしく暮らし続ける」ことや「よく生き抜く」ことを目指せる社会・地域を創るため、県民や関係者が互いに学びあいつながりあう機会として「医療福祉の地域創造会議」の活動を行う。
- 医療福祉関係者が情報共有して緊密にタイムリーに連携できるよう、びわ湖あさがおネット等のICT利活用を推進し、多職種・多機関による支援チームの機能的連携を進める。
- ICT（電子お薬手帳等）の活用を地域の中で推進することにより、重複頻回受診や残薬軽減、医療従事者の負担軽減など医療費削減効果が期待できる。また、調剤履歴が基礎データとして蓄積され、薬局のみならず医師、看護師、介護福祉士などと共有することによりかかりつけ薬剤師・薬局としての機能の充実を図る。
- 介護支援専門員や介護事業者向けに医学的知識の提供や相談対応など、医学的分野のフォロー環境体制としてeラーニングを整備するなど、介護職を含む多職種が有効活用できるICTを活用した人材育成の構築を進める。

ク 家族の負担の軽減

- 急変時や家族の介護疲れの時に利用できるレスパイト対応が可能な病院、老人保健施設、特別養護老人ホームの整備など、在宅医療を後方支援できる体制を構築する。
- レスパイト先の病院主治医と在宅担当の主治医との主治医-副主治医制を推奨

する。

- 在宅医療が一つの選択肢となるよう、住民に在宅医療に関する情報提供を行うとともに、レスパイト入院・入所にかかる選択の支援や相談窓口の周知、当事者間の交流への支援など、家族の負担軽減につながる取組を推進する。
- 訪問看護師が、市町や関係機関と連携し、疾病予防や介護予防、安心できる在宅療養の活用などの普及啓発や地域の健康度アップと疾病の早期発見、早期対応、療養上の身近な相談役を担うことができるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る。
- 療養を行う本人やその家族が、互いの状況や情報を共有するなど、当事者同士のピアサポートが発揮される環境の充実を図る。

ケ 在宅療養の普及啓発

- 地域の在宅医療を行う多職種が、住民に対して在宅医療の現状や多職種チームの活用の仕方、多職種の役割について出前講座等を行うことにより、必要時に住民が地域の多職種に相談を行うことができる関係の構築を促進する。
- 望む QOL や QOD の実現のため、かかりつけの医師、看護師、薬剤師等を持つことの重要性について啓発を行う。
- 自分自身が医療や介護が必要になった時、希望する療養の在り方を考え、また家族等と共にその意思を理解、尊重した対応を行うための心構えが重要であることから、住民自身が在宅医療、在宅看取りについて考えられる機会を持つことの啓発を行う。
- 介護や医療が必要になった時も、必要に応じてサービスを活用しながら、「なじみの人に囲まれた」在宅での生活を継続するため、疾病や介護予防、社会参加や互助活動（見守り）の重要性について啓発を行う。

表12-2

目標：望む場所での日常療養を行ううえで必要な支援を受けることができる

	項目(指標)	現状値	目標値 (R8)	目標値 (R11)	単位	目標値の考え方
10	訪問診療を受けた患者数 (国保連データの医療保険 の年・実人数)	12,438 (R4)	14,033	14,992	年間 実人数	R4実績値×訪問診療患 者数の推計値の伸び率 (R4⇒R11)
11	在宅療養支援病院数 (近畿厚生局データ)	18 (R5.10)	19	20	病院数	65歳以上10万人あた り4.79病院を全国 並みの5.38病院へ
12	訪問診療を行う病院数 (国保連データ)	29 (R4)	33	35	病院数	R8もしくはR11の訪問 診療を受ける患者数の目 標値(病院分)をR4の 1病院あたりの実対応患 者数で割った数
13	在宅療養支援診療所数 (近畿厚生局データ)	166 (R5.10)	168	170	診療所数	日常生活圏域あたり概ね 2か所
14	訪問診療を行う診療所数 (国保連データの医療保 険)	319 (R4)	360	384	診療所数	R8もしくはR11の訪問 診療を受ける患者数を R4の1機関あたりの実 対応患者数で割った数
15	訪問歯科診療を受けた患者 数(国保連データの医療保 険の年・実人数)	8,205 (R4)	9,257	9,889	年間 実人数	R4実績値×訪問診療患 者数の推計値の伸び率 (R4⇒R11)
16	訪問歯科診療所数	146 (R5.10)	153	164	歯科 診療所数	R8もしくはR11の訪問 歯科診療を受ける患者数 の推移をR4の1診療所 あたりの実対応患者数で 割った数
17	訪問薬剤管理指導を受けた 患者数(国保連データの医 療保険の年・実人数+介護 保険の年・実人数)	6,752 (R4)	7,618	8,138	年間 実人数	R4実績値×訪問診療患 者数の推計値の伸び率 (R4⇒R11)
18	在宅で訪問薬剤指導を行う 薬局数(※国保連データの 医療保険および介護保険を 算定する機関数)	70.2% (R4) 460/655	75%	80%	全薬局に 占める 割合	多くの薬局で対応
19	地域連携薬局数 (県届出)	45 (R5.10)	100	100	薬局数	中学校区単位に概ね1か 所
20	訪問看護利用者数 (国保連データの医療保険 の年・実人数+介護保険の 年・実人数)	17,220 (R4)	19,428	20,755	年間 実人数	R4実績値×訪問診療患 者数の推計値の伸び率 (R4⇒R11)
21	訪問看護ステーション数 (近畿厚生局データ)	185 (R5.10)	185	187	ステー ション数	R8・現状値維持 R11の訪問看護を受ける 患者の目標値をR4の1 訪問看護ステーションあ たりの実対応人数で割っ た数
22	訪問看護師等数(常勤換 算) (訪問看護ステーション実 態調査)	836.2 (R4)	943	1,008	人数	R8もしくはR11の訪問 看護を受ける患者数の目 標値をR4の1常勤看護 師あたりの実対応患者数 で割った数
23	機能強化型訪問看護ステー ション数 (近畿厚生局データ)	17 (R5.10)	20	28	ステー ション数	R8… 全ての圏域で、65歳以 上人口10万対県内平均 か所数4.6か所以上 R11… 全ての圏域で、65歳以 上人口10万対7.6か所 (65歳以上人口10万対 7.6か所はR4、10月 時点の県内最高か所数で ある甲賀圏域を基準に設 定)

表12-2 続き

	項目(指標)	現状値	目標値 (R8)	目標値 (R11)	単位	目標値の考え方
24	常勤換算5.1人以上10人未満の訪問看護ステーションの率(※訪問看護ステーション実態調査)	47.3% (R4)	47.3%	47.3%	全ステーションに占める割合	10人以上のステーションが増加後も、中規模ステーションの割合は維持
25	常勤換算10人以上の訪問看護ステーションの率(※訪問看護ステーション実態調査)	21.7% (R4)	25.8%	30.0%	全ステーションに占める割合	R11に3割のステーションが10人以上
26	小児訪問の受入れ可能な訪問看護ステーション数(訪問看護ステーション実態調査)	57.4% (R4)	58.7%	60.0%	全ステーションに占める割合	県平均以上の圏域は維持、以下の圏域は増加
27	看護小規模多機能型居宅介護支援事業所数	13 (R5.10)	16	19	ステーション数	概ね各市町に1か所
28	訪問歯科衛生指導を受けた患者数(国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	5,634 (R4)	6,356	6,791	年間実人数	R4実績値×訪問診療患者数の推計値の伸び率(R4⇒R11)
29	訪問歯科衛生を行う機関数(※国保連データの医療保険および介護保険を算定する医療機関数)	95 (R4)	107	115	機関数	R8もしくはR11の訪問歯科衛生を受ける患者数の目標値をR4の1機関あたりの実対応患者数で割った数
30	訪問リハビリを受けた患者数+訪問看護ステーションから出職訪問(国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	5,194 (R4)	5,860	6,260	年間実人数	R4実績値×訪問診療患者数の推計値の伸び率(R4⇒R11)
31	訪問リハビリを行う機関数(国保連データの医療保険+介護保険を算定する機関数)	162 (R4)	183	195	機関数	R8もしくはR11の訪問リハビリを受ける患者数の目標値をR4の1機関あたりの実対応患者数で割った数
32	訪問栄養指導を受けた患者数(国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	212 (R4)	239	256	年間実人数	R4実績値×訪問診療患者数の推計値の伸び率(R4⇒R11)
33	訪問栄養指導に関わっている管理栄養士数(滋賀県栄養士会に所属する管理栄養士)	21 (R1)	23	25	訪問管理栄養士数	R8・・・R1の10%増 R11・・・R8の10%増
34	訪問栄養を行う医療機関数(※国保連データの医療保険+介護保険を算定する医療機関数)	16 (R4)	18	19	機関数	R8もしくはR11の訪問栄養を受ける患者数の目標値をR4の1機関あたりの実対応患者数で割った数
35	たん吸引・経管栄養登録特定行為事業者数(不特定多数の者対象)	181 (R5)	195	211	機関数	R4の実績値×R1-R4の増加件数/年×10%増

(3) 病状急変に際し、必要な支援を受けることができる

ア 24時間の対応体制の充実

- ・ 訪問診療を行う医師の負担軽減を図るため、訪問診療ネットワークの構築を行う。
- ・ 在宅療養者の急変時対応や、家族の介護疲れの時の入院受入れ等、在宅療養をバックアップする後方支援病院の増加を図るとともに、診療所との連携強化を促進する。
- ・ 24時間往診、訪問看護の提供が可能な体制を確保している在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、休日や夜間に医薬品を供給できる体制など、急変時に24時間対応する体制の構築を図る。

イ 急変時に備えた人材育成や情報共有の充実

- ・ 日頃の療養支援を行う中で、本人や家族の意思を確認し、急変時に備えた情報共有が行われ、意向に応じた対応ができるよう、急変時を想定した医療職と介護職の情報共有にかかる人材育成や訪問診療と病院、訪問看護、関係者間の情報共有と方針の統一・共有、役割の明確化ができるネットワークの構築を促進する。

ウ 急変時対応への不安の軽減

- ・ 急変時の対応に不安を感じる県民が多いことを踏まえ、急変時におけるリスクや対応方法など必要な情報の提供を行う。

表12-3 目標：病状急変に際し必要な支援を受けることができる

	項目(指標)	現状値	目標値(R8)	目標値(R11)	単位	目標値の考え方
36	往診を受けた患者数 (国保連データ 往診料)	11,266 (R4)	11,988	12,422	患者数	R4実績値×(訪問診療の推計値の伸び率×1/2)
37	在宅療養後方支援病院数 (近畿厚生局データ)	6 (R5.10)	7	7	病院数	各圏域に1か所
38	往診を行う病院数 (医療保険 往診料を算定した年・実病院数)	34 (R4)	36	41	病院数	R8もしくはR11の往診を受ける患者数の目標値×(病院分)をR4の1診療所あたりの実対応患者数で割った数
39	往診を行う診療所数 (医療保険 往診料を算定した年・実診療所数)	393 (R4)	418	443	診療所数	R8もしくはR11の往診を受ける患者数の目標値×診療所分)をR4の1診療所あたりの実対応患者数で割った数
40	24時間体制をとっている薬局の割合 (地域支援体制加算を算定薬局数)	39.6% (R5.10)	65%	75%	薬局の割合	R8・R5の全国の平均値R11・R5の全国の平均値から10ポイント上昇 ※令和5年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」
41	24時間体制をとっている訪問看護ステーションの割合 (訪問看護ステーション実態調査)	91.4% (R5.10)	93.0%	95.0%	ステーションの割合	ほぼすべてのステーションで24時間対応を実施

(4) 望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる

ア 望む場所での看取り体制の充実

- ・ 24時間在宅での看取りに対応できるよう、訪問診療医のネットワークの構築や在宅での緩和ケアに対応する医師・薬剤師・訪問看護師等の確保・人材育成や連携を推進する。
- ・ 介護施設での看取りに対応できるよう、老人福祉施設などの介護職員を対象とした研修会やグループワーク等を開催し、看取り介護技術の向上や人の死に直面する職員の精神的不安の軽減を図る。

イ 医療福祉関係者が意思決定支援のもと、本人の意向に沿った支援を行うことができる支援の質の向上

- ・ 人生の最終段階にどのような医療・ケアを受けたいかについて、患者が家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセス（ACP）を実践できるよう、医療福祉関係者の資質向上を図る。
- ・ 病状や生活の変化、身体の変化に対応し、本人や家族の意向に沿った支援を多職種とともに実践できるよう、研修会を開催する。
- ・ 在宅での医療において、緩和ケア期の疼痛管理が必要な人に適切に行われるよう、訪問診療医や訪問看護師、薬剤師等の人材育成を行う。
- ・ 介護施設での看取りについて、必要時、医療機関や訪問看護ステーションなどの、人生の最終段階におけるケアに関する知識や経験の豊富な医療人材・機関が、助言・支援できる体制が構築できるよう、関係者間の調整を行う。
- ・ 介護支援専門員が、人生の最終段階において、医師との連携による予後予測と、心身の変化に応じたサービスをタイムリーに提供するなど、看取り期を含む対応ができるよう、資質の向上を図る。

ウ 関係者が本人、家族の看取りに向けた意向や必要な情報を多職種・多機関で共有し協働できる連携の推進

- ・ 関係者が本人・家族の看取りに向けた意向や必要な情報を多職種・多機関で共有し、協働して支援を行い、住み慣れた地域・在宅での療養・看取りが実現できるよう、各地域において多職種で協議を行いながら地域特性に応じた支援体制づくりを推進する。
- ・ 本人や家族の意向に沿った看取りが実現できるよう、ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を促進する。

エ 本人が望む最期を家族や関係者と共有できるような普及啓発

- 望む最期を家族や関係者と共有できるよう、終末期や緩和ケアにつながる意思決定、人生の最終段階をどのように生き、どのように死を迎えるのかについて考えることができるよう普及啓発を推進する。

表12-4

目標：望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる

	項目(指標)	現状値	目標値(R8)	目標値(R11)	単位	目標値の考え方
42	自宅死亡率 (人口動態調査)	18.3% (R4)	20.4%	24.5%	自宅での 死亡割合	R4県民意識調査の自宅希望 40.8% に対し R8・5割 R11・6割
43	老人ホーム率 (人口動態調査)	9.0% (R4)	11.4%	12.8%	老人ホーム での死亡割 合	現在の全国の平均値+令和 1~3年の伸び(3年/6 年)を足した数
44	在宅看取りが行われた患者数 (国保連データ 医療保険死 亡診断加算および看取り加算 が算定された患者)	1,481 (R4)	1,671	1,785	年間実人数	R4 実績値×訪問診療患者数 の推計値の伸び率(R4⇒ R11)
45	在宅ターミナルケアを受けた 患者数(国保連データの医療 保険の年・実人数)	1,425 (R4)	1,608	1,718	年間実人数	R4 実績値×訪問診療患者数 の推計値の伸び率(R4⇒ R11)
46	在宅ターミナルケアを行う医 療機関数(国保連データ 医 療保険 ターミナルケア加算 を取得した医療機関数 県内 分のみ抽出 病院・診療所)	147 (R4)	166	177	医療機関数	R8もしくはR11のターミ ナルケアを受ける患者数の 目標値をR4の1機関あた りの実対応患者数で割った 数
47	麻薬調剤を行っている薬局の 割合 (国保連データ)	-	65.0%	75.0%	麻薬調剤可能 薬局のうち麻 薬調剤を行っ ている薬局の 割合	R8・R5の全国の平均値 R11・R5の全国の平均値 から10ポイント上昇 ※令和5年度厚生労働省保険局 医療課委託調査「薬局の機能に 係る実態調査」
48	麻薬持続注射の調剤を行って いる薬局数(国保連データ)	-	10.0%	25.0%	麻薬調剤可能 薬局のうち麻 薬持続注射の 調剤を行って いる薬局の割 合	R8に10% R11・R8から15ポイン ト上昇
49	中心静脈栄養の調剤を行って いる薬局数(国保連データ)	-	10.0%	25.0%	無菌製剤処理 加算算定薬局 のうち中心静 脈栄養の調剤 を行っている 薬局の割合	R8に10% R11・R8から15ポイン ト上昇
50	在宅ホスピス薬剤師数	53 (R4)	77	100	薬剤師数	在宅ホスピス薬剤師の増加

(5) 感染症や災害発生時にも療養を継続することができる

ア 感染症や災害発生時に備えた支援体制構築

- ・ 感染症流行や災害発生時に備えた業務継続計画（BCP）が作成され、必要時に有効に活用できるよう、事業所間ネットワークの構築や患者を支えるチームでの訓練の実施、地域単位でのBCPの検討などの取組を促進する。
- ・ 在宅療養者の災害時個別避難計画が作成されるよう行政や多機関協働の取組を促進する。

イ 感染症や災害発生時に対応できる人材の育成

- ・ 感染症流行や災害発生時に望む場所での療養が継続できるよう、訓練の実施や参画、人材の育成などを行う。
- ・ 各職種の専門性を活かすことができる人材の育成などの取組を図る。
- ・ 感染症の流行時に必要なサービスが継続して提供できるよう、医療・介護従事者が感染症に対する正しい知識を理解し感染予防対策が実践できるよう人材育成を行う。

ウ 本人・家族が感染症や災害発生に備えるための普及啓発

- ・ 感染症の理解促進や災害発生時に備えた、在宅療養継続のための見守り体制の構築、避難訓練等の取組が地域で行えるよう情報発信や取組を推進する。
- ・ 医療・介護従事者が、療養者やその家族に正しい知識を伝えることにより、感染予防に自ら取り組み、安心して生活を送れるよう普及啓発を行う。

※ 評価指標については、検討

(6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能が充実している

ア 各圏域・市町において多職種・多機関連携をコーディネートする人材の配置

- ・ 各市町が圏域や市町単位で在宅医療・介護連携コーディネーターを配置し、在宅医療において必要な連携を担う拠点として、医師会をはじめとする在宅医療介護提供団体との連携のもと在宅医療・介護連携の推進に向けた取組を行う。
- ・ 特に、入退院や日常の療養、急変時、看取り期のそれぞれの時期において、多職種協働により包括的かつ継続的に機能するよう在宅医療の提供体制の構築を図るとともに、在宅医療に関係する機関の人材育成や地域住民への普及啓発、感染症および災害発生に備えた体制構築への支援など在宅医療提供体制の充実に向けた取組を行う。

イ 各圏域・市町における在宅医療に関する協議の場の設置

ウ 各圏域・市町における多職種の集まりの場の設置

- ・ 暮らしを中心とした医療・介護連携の推進に向けて、各市町において、目指す姿を描きながら多職種・多機関との協働のもとで計画的に取組を行う。
- ・ 多職種協働による在宅チーム医療を担う関係者が、互いの役割や支援目的を共有し、スキルアップと更なる連携強化が行えるよう、各圏域・市町において顔の見える関係づくりや協議の場の設置・運営、研修会・交流会の開催などを行う。
- ・ 県は、市町が目指す姿に向けた取組が進められるよう、市町に対するヒアリングなどを通じた現状把握を行うとともに、各種情報提供や意見交換を行う場の設定、県・圏域の実情に合わせた研修会の開催、医療福祉推進アドバイザーの派遣などの支援を行う。
- ・ 在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の充実に向けて、健康福祉事務所は、市町を超えた病院と地域・医療と介護の連携に関する広域調整を行うことにより、市町の取組を支援する。

エ 各圏域・市町において現状に合わせた取組の計画立案・評価

- ・ 圏域・市町において、地域の課題を踏まえた対応策を実施できるよう、在宅医療・介護連携に係るデータや住民、関係者の声から地域の現状把握や課題分析を行う。
- ・ 市町が現状把握、課題分析を行い、地域の特性に合わせた体制構築の検討が行えるよう、県は課題分析に必要な在宅医療・介護連携に係るデータの提供や分析に対する支援を行う。
- ・ 市町単位で多職種・多機関連携の推進を担う拠点機能の充実を図るため、在宅医療・介護連携コーディネーターの育成や活動推進を図るためのコーディネーター間

の交流機会の創出に取り組む。

オ 各圏域・市町における在宅療養に関する住民への普及啓発

- ・ 市町において、望む在宅医療の実現に向け、在宅医療に関する住民への普及啓発を行う。
- ・ 県は、在宅医療に関する住民への普及啓発が進むよう、各地域における取組の情報共有等を行う。

カ 各団体における在宅医療の充実・連携のための拠点が設置され、多職種連携・同職種間連携を推進

- ・ 各団体において、在宅医療の充実・連携のための拠点を設置するとともに、それら拠点の活用のもと、各団体間における懇談会や研修会をとおした、人材の育成や連携の推進、行政と協働した在宅医療提供体制の構築などを行う。
- ・ 在宅医療において積極的役割を担う医療機関の基盤整備を行うとともに、これら医療機関と協働した訪問診療ネットワークの構築、地域支援者の人材育成、急変時や看取り支援の充実、災害時に備えた体制構築などの取組を促進する。
- ・ 自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けることを目的とし、本人の暮らしを中心に据えた保健・医療・福祉といった医療福祉サービスが多職種・多機関の連携によって提供されるよう、医師会をはじめとする医療福祉の関係者・関係機関とともに協議や必要な研修の開催などを行いながら、一体となって推進する。

キ 在宅医療推進のための各関係職種・機関の役割

※ ◎については、厚生労働省医療局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について〔在宅医療の体制構築に係る指針 令和5年3月31日〕」に記載されている、在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項に関連する項目

【医師】

- 退院前カンファレンスへの参画や医療情報の共有など、入退院時における病院と地域との連携の推進
- ICTを活用した多職種・多機関連携の推進
- ◎ 在宅医療、総合診療を行う医師増加のための研修および訪問診療ネットワークの構築
- 小児在宅医療や緩和ケアへの対応等、多様なニーズに対応できる人材の育成
- ◎ 在宅療養を支える人材育成の推進
- ◎ 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場、多職種連携の会等の取組推進

- ◎ 専門医、病院医師と診療所医師との医師間連携、多職種・多機関連携の推進
- ◎ 療養に伴う本人の精神的負担や家族の介護負担軽減のための多職種協働による支援
 - かかりつけ医を持つこと、疾病や介護予防、互助活動（見守り）、在宅療養や看取りについての理解を深めるための住民啓発
 - 多職種連携による24時間在宅医療提供体制の確保
- ◎ 在宅医療のバックアップを担う病院、施設との連携
- ◎ 予後や看取り期の対応にかかる家族への説明、理解の状況、看取り期の希望、急変時の対応等、バックアップ病院、訪問看護等との情報共有の推進
 - 本人の意向を尊重した意思決定支援や緩和ケアの提供
- ◎ 感染症や災害発生に備えた対応の検討や機関間ネットワークの構築
- ◎ 災害時個別避難計画の作成の推進
- 在宅療養支援センター機能の充実

特に、在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院は、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として、上記役割を積極的に担うなど、在宅医療支援の充実を進める。

【歯科医師】

- 退院前カンファレンスへの参画等、早期より在宅医療チームに参画するなど、入院時における病院と地域との連携の推進
- 訪問診療を行う歯科診療所の増加、在宅歯科を担う人材の確保
- 口腔機能管理支援センター機能の充実拡大
- 歯科、口腔に関わる人材の育成
- 「歯科医師等派遣事業」の継続と医科-歯科連携の推進
- 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場の推進
- 在宅療養における歯科治療と口腔ケアの提供
- 歯科衛生士、管理栄養士等とともに「口の専門家」としての在宅医療に従事する人や機関への啓発・研修の実施
- 誤嚥性肺炎の予防や口腔ケア、オーラルフレイル対策など、歯科に関する住民啓発
- 感染症や災害発生に備えた人材の育成
- 各地域歯科医師会を拠点とした多職種・多機関連携、人材育成の推進

【薬剤師】

- 各圏域の薬剤師窓口担当者リストの作成や関係者との共有、退院前カンファレンスへの参画による、退院時における病院と地域との連携の推進
- ICTを活用した薬剤情報共有化の推進
- 医療材料、衛生材料、麻薬、輸液を効率的に確保できるシステム活用の推進
- 在宅医療を担う薬剤師の育成、在宅ホスピス薬剤師の育成、在宅療養を支える各職種の人材育成の推進

- 在宅における薬剤管理と指導
- 病院薬剤師と薬局薬剤師との連携、多職種・多機関との連携の推進
- 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場の推進
- 地域ケア会議への参画による多職種理解と連携の推進
- 在宅医療関係機関や住民からの相談に応じる相談窓口機能の活性化
- かかりつけ薬局の周知
- 急変時対応のための24時間薬剤調製体制の構築
- 急変時に備えた関係機関との連携の推進
- 医療・介護の関係者との連携による意思決定支援や緩和ケア充実のための人材育成の推進
- 感染症や災害発生に備えた対応の検討や機関間ネットワークの構築
- 感染症や災害発生に備えた人材の育成
- 在宅支援センター（県単位）や各地域薬剤師会を中核とし多職種・多機関連携の推進

【病院・MSW】

- 入退院支援部門と外来患者を含む地域との連携が必要な方に対する院内の連携窓口の明確化と共有
- ◎ 生活者としての暮らしを支える院内の人材育成と医療と介護の連携の推進
- 入退院支援ルールや地域連携クリティカルパスを活用した連携の推進
- 認知症の人が必要な入院治療を受けられる体制づくり
- ICTを活用した多職種・多機関連携の推進
- 在宅復帰後の評価や退院後支援の推進
- 外来も含む病院窓口の共有と地域と外来の連携の推進
- ◎ 在宅医療、総合診療を行う医師増加のための研修および訪問診療ネットワークの構築
- ◎ 在宅療養を支える医療と介護、機関間の相互理解や各職種の人材育成の推進
- ◎ 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場の推進や多職種連携の会等の取組推進
- ◎ 在宅療養を担う診療所への支援や連携の推進、多職種・多機関連携の推進
- ◎ 本人の療養に伴う精神的負担や家族の介護負担軽減のための多職種協働による支援
- かかりつけ医を持つこと、疾病や介護予防、互助活動（見守り）、在宅療養や看取りについての理解を深めるための住民啓発
- ◎ 在宅療養者の急変時のバックアップ機能の整備
- ◎ 介護者支援のためのレスパイト入院の受入れ
- ◎ 予後や看取り期の対応にかかる家族への説明、理解の状況、看取り期の希望、急変時の対応等、訪問診療や訪問看護等との情報共有の推進
- 本人の意向を尊重した意思決定支援や緩和ケアの提供
- ◎ 災害時や感染症流行に備えた対応の検討や機関間ネットワークの構築
- ◎ 災害時個別避難計画の作成の推進

- ◎ 病院機能に応じた、各圏域における多職種連携への参画と顔の見える関係の構築

【看護師】

- 看-看連携や退院前カンファレンスへの参画等による病院との入院前からのタイムリーな情報共有の推進
- 病院（外来を含む）の看護師の入退院支援にかかる人材の育成と地域との連携の推進
- ICTを活用した多職種・多機関連携の推進
- 訪問看護師の確保・キャリアアップと訪問看護ステーションの機能強化
- 訪問看護の多角化・大規模化の推進
- 障害者や小児への在宅医療の提供など多様なニーズに対応するための人材の育成
- 介護施設の看護師の教育体制の確保と関係機関との連携の推進
- 病院、診療所、介護事業所等多方面で働く看護職間連携の強化、看護力の向上
- 在宅療養を支える人材育成の推進
- 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場の推進
- 地域ケア会議への参画による地域課題の検討と多職種理解と連携の推進
- 療養に伴う本人の精神的負担や家族の介護負担軽減のための多職種協働による支援
- 在宅療養における訪問看護の活用や疾病予防、介護予防、在宅療養、看取りに関する住民への啓発
- 急変時に備えた訪問診療やバックアップ病院、介護職等との情報共有の推進や本人・家族との共有
- 本人の意向を尊重した意思決定支援や緩和ケア、亡くなられた後のグリーフケアの推進
- 感染症や災害発生に備えた対応の検討や機関間ネットワークの構築
- 災害時個別避難計画の作成の推進
- 訪問看護支援センターと訪問看護ステーション連絡協議会との連携による人材育成や多職種・多機関連携推進の強化

【介護支援専門員】

- 入退院時や外来通院時からの病院と地域との連携の推進
- 連携を効果的に行うための入退院支援ルールの有効活用の推進
- ICTを活用した多職種・多機関連携の推進
- 介護支援専門員の育成
- 再入院の予防や緊急時の医療と介護の効果的連携のための、医療的知識の習得等、資質向上
- 地域ケア会議への参画による地域課題の検討と多職種理解と連携の推進
- QOL（自立、自律）の維持向上を目的とした医師・看護師・リハビリ職等との連携
- 栄養摂取や口腔ケアの重要性理解と栄養士、歯科専門職との連携推進

- 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場の推進
- 療養に伴う本人の精神的負担や家族の介護負担軽減のための多職種協働による支援
- 疾病予防、介護予防、在宅療養、看取りに関する住民への啓発
- 急変時における医療職、介護職の連携にかかる人材の育成
- 急変時に備えた訪問診療やバックアップ病院、訪問看護等との情報共有の推進や本人・家族との共有
- 人生の最終段階におけるケアマネジメントの力量強化、意思決定支援の推進
- 感染症や災害発生に備えた対応の検討や機関間ネットワークの構築
- 災害時個別避難計画の作成の推進
- 介護支援専門員連絡協議会を基盤とした連携の推進や人材の育成

【理学療法士・作業療法士・言語聴覚士】

- 多職種による退院前カンファレンスの参加や同職種間連携による切れ目のない入退院時の連携の推進
- ICTを活用した多職種・多機関連携の推進
- 在宅復帰後の評価や退院後支援
- 訪問リハビリ、介護予防、地域包括ケアの推進を担う人材、自立支援型地域ケア体制構築に参画できる人材の確保と育成
- 日常療養から看取り、小児・障害分野のリハビリテーション、意思伝達装置にかかる支援などに対応できるリハビリテーション専門職の人材の育成
- 自立支援型地域ケア会議への参画による地域課題の検討と多職種理解と連携の推進
- 病院・施設と訪問リハビリ事業所との連携強化
- 各団体・機関との協働による在宅療養を支える各職種の人材育成の推進
- 多職種・多機関との連携の推進
- 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場の推進
- 疾病予防、介護予防、生活の中での活動の維持の重要性等に関する住民への啓発
- 急変時における医療職、介護職の連携にかかる人材の育成
- リハビリ3職種（PT・OT・ST）連携による市町総合事業等への参画と協働
- 感染症や災害発生に備えた人材の育成
- POS 連絡協議会の活動を核とし、圏域の特徴に応じた取組や地域との連携の推進

【栄養士】

- 多職種による退院前カンファレンスの参加や同職種間連携による入退院時の連携の推進
- 地域包括ケアシステムや栄養評価表の検討など県内栄養士間の連携促進
- 訪問栄養指導を行う人材の育成
- 患者や家族、他職種からのニーズに早急に対応できる体制づくり
- 各団体・機関との協働による在宅療養を支える人材育成の推進
- 多職種に対する訪問栄養士の役割周知や多職種・多機関連携の推進

- QOLやQODを実現するための栄養アプローチの推進
- 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場の推進
- 疾病予防、介護予防、本人の状態に応じた食形態等に関する住民への啓発
- 看取り期など、最期を迎えるまでのプロセス中での食支援の充実
- 感染症や災害発生に備えた人材の育成
- 栄養ケアステーションを核とし、ニーズに対応できる体制の強化

【介護事業所】

- 入退院時や外来通院時から、本人の在宅生活を踏まえた病院と地域との情報連携の推進
- ICTを活用した多職種・多機関連携の推進
- 介護職員の確保・定着と事業所の質向上
- 各団体・機関との協働による在宅療養を支える人材育成の推進
- 喀たん吸引等の医療的ケアなど多様なニーズに対応できる人材育成の仕組みの検討と実践
- 自立支援、重度化防止の視点に立ったサービスの提供
- 療養に伴う本人の精神的負担や家族の介護負担軽減のための多職種協働による支援
- 疾病予防、介護予防、在宅療養、看取りに関する住民への啓発
- 急変時における医療職、介護職の連携にかかる人材の育成
- 急変時に備えた訪問診療とバックアップ病院、訪問看護等との情報共有の推進や本人・家族との共有
- 意思決定支援や在宅サービスを担う専門職による質の高い看取りに向けた支援の推進
- 施設における多職種協働による看取りや施設看取り後のデスカンファレンスの充実などによる看取り対応の拡充
- 感染症や災害発生に備えた対応の検討や機関間ネットワークの構築
- 日常からの感染症予防の推進など感染症に対する正しい理解と状況に応じた支援の継続
- 災害時個別避難計画の作成の推進
- 圏域ごとの介護サービス事業者協議会を核とした多職種連携への参画と人材の育成

【市町】

- 在宅医療・介護連携コーディネーター配置と多職種連携拠点の充実
- 関係機関との連携による入退院時、日常療養、急変時、看取りなど各場面における在宅医療の提供体制の構築と医療と介護の切れ目のない連携の推進
- 現状に合わせた取組計画・立案・評価の実践
- 暮らしを支える地域づくりを目的とした施策の推進
- 訪問診療ネットワークや同職種間連携など多機関連携の推進
- 各団体・機関との協働による在宅療養を支える人材育成の推進

- 地域ケア会議の活用による地域課題の検討と多職種理解と連携の推進
- 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場、集まりの場の設置
- 多職種連携による自立支援
- 療養に伴う本人の精神的負担や家族の介護負担軽減のための多職種協働による支援の推進
- 介護予防の推進とリハビリ専門職との連携の強化
- 疾病予防、介護予防、在宅療養、看取りに関する住民への啓発
- 急変時に備えた多職種連携の推進や相談対応による在宅療養の不安解消につながる支援の推進
- 暮らしの場における看取りを支援する体制の強化
- エンディングノートの作成と普及啓発
- 感染症や災害発生に備えた対応の検討や機関間ネットワークの推進
- 災害時個別避難計画の作成と地域における見守りや助け合いなどの互助活動の推進
- 県への制度提案・提言

【難病連絡協議会】

- 難病理解のための啓発や研修会の開催
- 各団体・機関との協働による在宅療養を支える人材育成の推進
- 多機関との連携による就労相談支援の強化
- 相談窓口の設置や当事者間の交流による、入院から退院、日常療養、急変時や看取りなど、在宅での生活を支援する情報共有や情報交換
- 圏域難病連絡協議会の参画
- 実態調査や事例収集による現状把握と分析、施策への反映
- かかりつけの医師、看護師、薬剤師等を持つことの普及啓発
- 障害福祉施策の理解促進
- ピアサポーターの養成と難病患者の支援の実践
- 急変時に備えた対応や人生の最終段階の迎え方について、平時からの考えることの普及啓発
- 感染症や災害発生に備えた平時からの準備やその啓発
- 感染症に関する正しい知識の普及啓発

【住民】

- 在宅療養に関する体験者の声の共有
- かかりつけの医師、看護師、薬剤師を持つ
- 自らが健康づくりや介護予防に取り組む
- 日常の療養や急変、看取りの際にも地域で助け合えるように、お互いさまの関係づくりを地域で構築する
- 在宅での療養や急変時、看取りを迎える際の対応についてイメージできるように、学べる機会を作ったり、在宅医療福祉に関する研修会へ参加する
- 在宅医療チームを活用できる関係を持つ

- 人生の最終段階の迎え方を考え、意思表示ができるようエンディングノート等の活用を行う
- 平時から感染症や災害発生の備え（研修・訓練・助け合い）を行う

【健康福祉事務所】

- 関係機関との連携による入退院時、日常療養、急変時、看取りなど各場面における在宅医療の提供体制の構築と連携の推進
- 病院と地域との連携推進のための同職種・多職種間連携の推進
- 圏域の医師会、関係機関・団体との連携の体制づくり
- 地域課題の分析・整理、情報の発信と解決方策の提案
- 地域の事業推進、進行管理と評価
- 市町と関係機関・団体との連携による医療福祉の推進
- 在宅医療推進のための協議の場の確保
- 医療介護従事者の人材育成
- 地域医療介護連携におけるICTの利用促進
- 病診連携による急変時の病院のバックアップ体制の構築
- 急変時や看取りに備えた病診連携や訪問診療ネットワークの構築
- 暮らしの場における看取り体制の構築
- 感染症や災害発生等、健康危機事案に備え、平時から市町・関係団体と連携し、在宅医療福祉の提供や生活支援等の体制整備を構築
- 災害時個別避難計画の作成にかかる市町支援や互助活動の推進

【県庁】

- 関係機関が活用できる情報収集と分析
- 保健医療計画の策定と進捗状況把握、評価
- 在宅医療・介護の推進に向けた事業実施、団体間の調整、人材研修、市町・団体への支援
- ICTを活用した情報連携の基盤づくり支援と利用促進
- 入退院時の医療と介護の連携の推進
- 多様な在宅医療ニーズに対応できる体制の充実や在宅医療を担う人材の確保・育成・支援
- 急変時や看取り支援に対応できる体制の構築や人材育成への支援
- 感染症や災害発生に備えた体制の構築や個別避難計画作成の推進に向けた支援
- 新たなニーズ把握と施策化
- 国への制度創設や見直しの提言

表12-5

目標：多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能が充実している

	項目（指標）	現状値	目標値 (R8)	目標値 (R11)	単位	目標値の考え方
51	医療・介護連携コーディネーター設置市町数	19 (R5)	維持	維持	市町数	全市町を維持
52	在宅医療・介護連携に関し協議の場を設置する市町数	12 (R5)	16	19	市町数	全市町で実施

4 推進体制と評価

(1) 在宅医療に関わる各機関および団体が果たす役割

在宅医療の目標を達成するためには、在宅医療に関わるそれぞれの立場で果たすべき役割を明確にするとともに、県民への情報提供を行う。

機関 ・団体	意見
県医師会 ・ 地域 医師会	<p>(下線については、厚生労働省医療局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について〔在宅医療の体制構築に係る指針令和5年3月31日〕」に記載されている、在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項に関連する項目)</p> <p>〔入退院〕</p> <p>① 地域連携クリティカルパスの一層の推進、ICTとの連動を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の積極的な治療への参画（患者にとって受け身の医療から医療を活用する）を推進 ・ 見通しを持った診療計画と患者への説明 <p>② 病院医師と診療所医師との連携の充実</p> <p>③ 退院時カンファレンスへの参画（WEBを活用した参加など）</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>④ <u>在宅医療、総合診療を行う医師を増加するための研修および啓発を行う。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療セミナーの開催 ・ 小児在宅医療に対応するための勉強会の実施 <p>⑤ <u>診療所の連携（ネットワーク）の構築や複数主治医制等による医師の負担軽減。</u></p> <p>⑥ ICT（びわ湖あさがおネットを含む）を活用した在宅多職種チーム医療を草の根的に拡げていく。</p> <p>⑦ 専門医との医師間連携を図る。</p> <p>⑧ 在宅医療のバックアップ機能を担う病院、施設との連携を強化する。</p> <p>⑨ 住民自身が、かかりつけ医を持つことの重要性を理解し、日常受診している診療所の医師に、「私のかかりつけ医になってほしい」と、自ら行動を起こせるよう、住民に対する啓発を行う。</p> <p>⑩ <u>多職種の垣根を取り払う多職種連携の会への参画と人材育成</u></p>

- ⑪ 各地域における顔の見える関係づくりと協議の場、多職種連携の会議等の取組を進める。

〔急変時〕

- ⑫ 在宅医療のバックアップ機能を担う病院との連携を強化する。
- ・ 病院医師の負担軽減のため不要な急変時の病院搬送等がなるべく少なくなるよう、診療所が担える役割は、しっかり果たしていく。
- ⑬ 24 時間在宅医療提供体制を確保する。
- ・ 多職種チームによる在宅医療体制の確保
 - ・ 24 時間対応の訪問看護との連携
 - ・ 24 時間体制の薬局との連携（医療材料、衛生材料、救急薬品の供給）
 - ・ 当番制による小児や救急対応ができる滋賀県方式の構築
- ⑭ 状態に応じた急変時対応につながるよう、住民への啓発を行う。

〔看取り〕

- ⑮ 日常療養から人生の最終段階に至る患者の医療や介護に関する意向の確認を、日々の診療の中で繰り返し行うなど、本人の意向を尊重した意思決定を支援する。また、自己選択、自己決定できるよう、住民に向けた啓発を行う。
- ・ 介護保険認定・更新時の意思の確認
- ⑯ 予後や看取り期の対応にかかる家族への説明、理解の状況、看取り期の希望、急変時の対応など、かかりつけ医、訪問看護、バックアップ病院等との情報共有や連携を推進。
- ⑰ 適切な時期での訪問看護の導入、24 時間対応の訪問看護ステーションと連携した看取りの実施。
- ⑱ 看取り期における急変時の対応について家族に伝える。

〔感染症・災害発生時〕

- ⑲ 災害訓練に各地域医師会の先生に参加してもらい、感染症・災害発生時における役割についての理解をすすめる。
- ⑳ 個別避難計画策定時の参画。

〔連携拠点〕

- ㉑ 地域療養支援センターの機能を充実する。
- ・ 地域医師会単位（地域センター）9か所

	全県域（中央センター）1 か所
県歯科 医師会	<p>〔入退院〕</p> <p>① 退院前カンファレンスなど入院から在宅医療への繋ぎの機会に歯科関係者も入り、在宅医療チームに加わる。</p> <p>② 退院後に依頼があれば速やかに訪問歯科診療に出向き、口腔からの療養支援に関わる。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>③ 訪問歯科診療を行う歯科診療所の増加を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科診療所 4 軒に 1 軒は訪問診療を行い、うち 2 軒に 1 軒は口腔ケア含めすべての在宅ニーズに対応できる地域体制を目指す。 <p>④ 令和2年度から湖東歯科医師会に設置した「口腔機能管理支援センター」機能（以下⑤～⑨の企画調整、実践の拠点機能を担う）の充実強化と他圏域への拡大を目指す。</p> <p>⑤ 潜在歯科医師、歯科衛生士の掘り起こしを行い、在宅歯科活動に誘導するなど、人材の確保を行う。</p> <p>⑥ 訪問歯科診療をおこなう歯科医師の増加と、負担軽減を目的に、歯科医師間の連携ができる仕組みの構築に取り組む。</p> <p>⑦ 口腔機能管理支援センターが実施する同行訪問などとおして歯科、口腔に関わるスタッフ教育を行うとともに、働く場の確保に努める。</p> <p>⑧ 多職種連携推進事業の継続と地域における医科－歯科、病院歯科－在宅歯科とのシームレスな連携を行う。</p> <p>⑨ キュア（治療）から日常の口腔管理のケアに力をいれる歯科専門職を増やす。</p> <p>⑩ 歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士が「食べるチーム」として、連携を深め、地域の「口の中の専門職」として、在宅医療に従事する人や機関への啓発・研修を行う。</p> <p>⑪ 誤嚥性肺炎の予防や口腔ケア、オーラルフレイル対策など、歯科に関する住民啓発を進める。</p> <p>⑫ “長生きするなら口” “口なら歯科医師会に言えばどこの地域でもしっかり診てもらえる” というのが最終目標</p> <p>〔急変時〕</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑬ 看取り期の口腔ケアや看取り期に寄り添う支援など、看取り期の歯科</p>

	<p>の関わりについて情報収集や情報提供を行うなど、歯科側の理解を進める。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑭ J-Dat：日本災害歯科支援チームの滋賀県での活動を推進していく。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑮ 各地域歯科医師会が拠点となり、地域の実情に応じて、多職種、多機関との連携、人材育成を推進する。</p>
<p>県 薬剤師会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 地域薬剤師会ごとに配置する窓口担当者リストや各薬局の退院時カンファレンスの参加可否等の情報を病院と共有し、退院時における病院と地域とのスムーズな連携を推進する。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>② かかりつけ薬局の周知を図る。</p> <p>③ 退院調整時など病院と地域の薬剤師が連携しやすいように、在宅医療支援薬局リスト（薬局名、連絡先、退院時カンファレンスの参加可否、麻薬小売業免許の有無、無菌製剤の取り扱いの可否、小児在宅対応の可否等）の更なる活用の促進を図る。</p> <p>④ 薬局、在宅医療関係機関や住民からの相談に応じる「在宅支援センター」の周知と機能の充実を図る。</p> <p>⑤ びわ湖あさがおネットなど多職種連携のためのICTを活用した薬剤情報の共有化を推進する。</p> <p>⑥ 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携の推進</p> <p>⑦ 合同研修や意見交換会をとおした多職種との連携を推進する。</p> <p>⑧ 健康サポート薬局として、地域住民の身近な相談役としての機能を強化する。</p> <p>〔急変時〕</p> <p>⑨ 地域薬局間の連携等による24時間対応の体制構築</p> <p>⑩ 在宅ホスピス薬剤師を中心とした地域体制の構築検討</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑪ 在宅緩和ケアを医療・介護の関係者と共に推進できるよう、研修等に取り組む。</p> <p>⑫ 在宅ホスピス薬剤師の多職種や地域住民への周知と活動を強化する。</p>

	<p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑬ 医療材料、衛生材料、麻薬、輸液を効率的に確保できるホームページ上の医療用品供給システムの活用を推進するとともに、在庫把握などの拠点機能を担う薬局を増やし、災害時を含む対応能力の向上を図る。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑭ 在宅療養支援センター（県全体）や各地域薬剤師会を中核とした、多職種・多機関連携の推進。</p>
<p>県 病院協会 ・ 県 医療ソーシャル ワーカー協会</p>	<p>（下線については、厚生労働省医療局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について〔在宅医療の体制構築に係る指針令和5年3月31日〕」に記載されている、在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項に関連する項目）</p> <p>〔入退院〕</p> <p>① 退院調整にかかわる人員の確保、退院調整部門の具体的な活動内容について院内・院外関係者に引き続き周知を図る。</p> <p>② 在宅復帰後の患者の生活・疾患の評価を病院スタッフが現場に出向いて行うことにより、退院支援を一層推進する。</p> <p>③ 入退院支援ルールや地域連携クリティカルパスの活用を図る。</p> <p>④ びわ湖あさがおネットを活用した連携の推進（在宅医、ケアマネ、訪問看護等）。</p> <p>⑤ 地域包括ケア病床、回復期病床を有する病院が在宅医療との連携を一層強化するなど、病院機能に合わせた連携の仕方を考え、ルール化し、関係者が共通認識する必要がある。</p> <p>⑥ 入院が必要な認知症の人に対し、関わりのある医療や介護の関係者との連携のもと、適切な入院治療が受けられる環境づくりに努める。</p> <p>⑦ <u>在宅をイメージした支援の充実のため、関係機関間の同行訪問など、医療と介護、機関間の相互理解を促進する。</u></p> <p>⑧ 患者の理解や家族の理解、看取り期を踏まえた今後の方向性など、タイムリーに地域に情報をつないでいく。</p> <p>⑨ <u>生活者としての患者の入退院支援と暮らしの場での生活を支える地域資源の充実と連携が両輪で行えるよう医療と介護の連携を図る。</u></p> <p>⑩ <u>研究会、研修会、検討会などを活用し、疾患の理解や再発予防につながる講演会を行うなど、関係者の資質向上やさらなる連携を進める。</u></p> <p>⑪ 医療ソーシャルワーカーは、生活者の視点を病院関係者に伝え、地域</p>

資源のアセスメント能力が求められることから、その能力を持つ人材育成を行う。

- ⑫ 介護支援専門員連絡協議会とソーシャルワーカー協会とで意見交換会を実施する中で、さらなる連携を推進する。

〔日常療養〕

- ⑬ 訪問診療医の確保・育成、訪問診療ネットワークの構築

- ⑭ 在宅医療を行う診療所への技術的支援を行う。

(検査の実施や、専門科による専門分野に関する支援)

- ⑮ 介護者支援のためのレスパイト入院の受入れを行う。

- ⑯ 在宅療養をバックアップする病院と診療所との連携の推進

- ⑰ 慢性心不全など、継続的な在宅療養を支援するためのネットワークの構築。

- ⑱ 日常から顔の見える関係を構築していく。

- ⑲ フレイル予防や認知症、ACPなどの出前講座をとおして、かかりつけ医を持つことや在宅医療の啓発を行う。

〔急変時〕

- ⑳ 県内における在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院を数、機能ともに充実させる。

- ㉑ 在宅療養者の急変時の円滑な受け入れ体制を構築する。

- ㉒ 入院時に把握した本人の思い、生活の情報を地域につないでいく。

〔看取り〕

- ㉓ 医療ソーシャルワーカー自身が看取りへの理解を深めるために勉強会等を行う。

- ㉔ 本人や家族が、今後の見通しや利用できるサービスなどを理解して、療養や最期の時の迎え方を選択できるように、説明や連携を行う。

〔感染症・災害発生時〕

- ㉕ 災害時の体制整備に対して作成した要領（ソーシャルワーカー協会で作成）を、感染症対策時の対応体制を踏まえ、実際の活用に向けた見直しが必要

- ㉖ 災害時の体制について、行政や地域との連携のもと検討を行っていく。

- ㉗ 地域の医療・介護従事者に対する感染管理認定看護師による講演会等をとおして、感染症や感染症予防の理解を進める。

	<p>〔連携拠点〕</p> <p>⑳ 病院機能に応じた、各圏域における多職種連携への参画と顔の見える関係の構築。</p> <p>㉑ ソーシャルワーカー協会を拠点とした、他団体との情報共有や意見交換会の実施による連携の推進。</p>
<p>県 看護協会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 入退院や外来と地域との連携の充実を踏まえた看-看連携の促進</p> <p>② 病院（外来看護師含む）を対象とした入退院支援にかかる人材の育成</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>③ 訪問看護師の確保・育成する。</p> <p>④ 訪問看護ステーションの機能を強化する。</p> <p>⑤ 訪問看護師のスキルアップ、教育を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護師の教育体系、研修体制の構築を行い、令和3年度より実践。 ・ 精神疾患患者や医療的ケアを必要とする小児への対応・実践力の強化。 <p>⑥ 訪問看護の多角化・大規模化を推進する。</p> <p>⑦ 重度の方の在宅支援の対応のための看護小規模多機能型居宅介護等の充実</p> <p>⑧ 老人福祉施設協議会と連携し、施設看護師間の情報交換の場を持ち、施設看護の資質向上を継続的に図る。</p> <p>⑨ 病院、診療所、介護事業所等さまざまな部署で働く看護職の一層の連携強化を目指す研修会を圏域単位で実施し、圏域課題の解決に向けた検討を継続して行う。</p> <p>⑩ 看護職の働きやすい職場環境づくりと人材育成を行う看護管理者の力量を高めるための研修を継続する。</p> <p>〔急変時〕</p> <p>⑪ 急変時の対応に備えた入退院時からの同職種関連携※・多職種連携の推進</p> <p>※病棟看護師、外来看護師、診療所、訪問看護ステーション、看護小規模多機能、療養通所介護、施設看護師 等</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑫ 本人の意向を尊重した医療・介護が提供できるよう、演習を含む研修</p>

	<p>を行うなど病院と在宅医療に関わる多職種が継続した意思決定支援に取り組む。</p> <p>⑬ 緩和ケア認定看護師を講師に事例検討を行うなどさらなる看取り支援の充実につながるよう研修の機会を継続して設ける。</p> <p>⑭ 外来看護師や診療所で働く看護師への看取りの研修</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑮ 訪問看護ステーション連絡協議会との協働による年2回の災害訓練（研修）の実施</p> <p>⑯ BCP 策定に向けた研修会の実施</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑰ 訪問看護支援センターと訪問看護ステーション連絡協議会の連携による人材育成や多職種・多機関連携推進の強化</p>
<p>県 訪問看護 ステーション連 絡協議会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 入院前、入院中、退院前、退院後に、病棟のみならず外来との連携も含め、必要に応じた時期に切れ目なくタイムリーな情報共有と支援に関する検討を病院と連携して行う。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>② 訪問看護ステーションの多角化・大規模化を推進する。</p> <p>③ 訪問看護師のスキルアップ、教育を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の訪問看護師の教育体系、研修体制の評価と再構築 ・ 精神疾患患者や医療的ケアを必要とする小児への対応・実践力の強化。 <p>④ 介護事業所、施設の看護師との連携による介護事業における看護力の向上を図る。</p> <p>⑤ 在宅看護を理解する看護師を養成するため、教育機関との連携を行う。</p> <p>⑥ 行政が行う疾病予防や介護予防など健康に関する住民啓発に協力する。</p> <p>⑦ 地域ケア会議への参画をとおして、地域課題と解決に向けた提案を行う。</p> <p>⑧ 看護職の働きやすい職場環境づくりと人材育成を行う看護管理者の力量を高めるための研修の継続や相談への対応。</p>

	<p>〔急変時〕</p> <p>⑨ 急変時の対応に備えた入退院時からの同職種連携※・多職種連携の推進 ※病棟看護師、外来看護師、診療所、訪問看護ステーション、看護小規模多機能、療養通所介護、施設看護師 等</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑩ 在宅療養者の意思決定支援、ターミナルケア、在宅看取りの力量を高めるため、緩和ケア認定看護師を講師に事例検討を行うなど研修の機会を継続して設ける。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症流行期における QOD 実現のための多職種連携の在り方など ICT を含む体制について検討し、実践に向けて取り組む。 <p>⑪ 最期の時の対応について関係者（病院医師、在宅医、訪問看護、家族等）で共有を図れるよう、連携を推進していく</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医、地域連携看護師、訪問看護による看取り期に関するディスカッション（研修）の実施 <p>⑫ 亡くなられた後のグリーフケア</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑬ 感染症流行期における入退院支援のための多職種連携の在り方など ICT を含む体制について検討し、実践に向けて取り組む。</p> <p>⑭ 本人や関係者と緊急時や災害時の対応を含む日常療養支援計画を作成し、合同訓練を行う。</p> <p>⑮ 災害（感染症を含む）対策について、年 2 回の訓練の実施をとおして、県内の訪問看護職全体の意識を高めるとともに、近隣事業所間のネットワークづくりに努める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各訪問看護ステーションが BCP を立てられるよう支援する。 <p>⑯ DMAT（災害派遣医療チーム）への参画の推進</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑰ 訪問看護支援センターと訪問看護ステーション連絡協議会の連携による人材育成や多機関多職種連携推進の強化</p>
<p>県 介護支援 専門員連</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 医療ニーズを適切に把握し、医療と介護の効果的な連携ができるよう、脳卒中・虚血性心疾患・誤嚥性肺炎テキスト等のツール活用と研修を行い、資質の向上を図ることにより、これらの疾患による再入院事例</p>

<p>絡協議会</p>	<p>を減らす。</p> <p>② 連携を効果的・効率的に行うために、ICTの活用を含む各圏域における入退院支援ルールの有効活用を推進する。</p> <p>③ 地域連携クリティカルパスへの参加。</p> <p>④ ケアマネ協会とソーシャルワーカー協会とで意見交換会を実施する中で、さらなる連携を推進する。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>⑤ QOL（自立、自律）の維持、向上を目的に、予後予測や医療ニーズの把握とアセスメントを行うために、医師、看護師、リハビリ職等との連携を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会、薬剤師会との意見交換会の実施 <p>⑥ 栄養摂取の重要性を理解し、栄養改善に向けた管理栄養士との連携と居宅管理指導の活用を推進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士会との合同研修会の実施 <p>⑦ 口腔ケアの重要性を理解し、口腔環境改善に向けた歯科衛生士や言語聴覚士との連携と居宅療養管理指導の活用を推進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科衛生士会との合同研修会の実施 <p>⑧ 多様な医療ニーズに対応できるよう、必要な医療資源に繋げる力量を身につける。</p> <p>⑨ ICTの活用など、情報共有環境の充実を図る。</p> <p>〔急変時〕</p> <p>⑩ 急変時の対応体制の整備に向けて関係者とのさらなる連携の推進</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑪ 人生の最終段階におけるケアマネジメント力を高めるために、看取りマニュアルを用いた研修開催、実践を行う。</p> <p>⑫ 意思決定支援の研修会の開催などをとおして、元気なころから意思決定の支援にかかわっていくなど、本人の想いに寄り添う専門職としての支援を行う。</p> <p>⑬ 本人の意向や関係者の思いが共有されるよう、連携を推進する。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑭ 災害時対応について圏域介護支援専門員連絡協議会単位で具体的に検討し、システムを構築する必要がある。</p>
-------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者ごとの代替サービスの調整にかかるシステムの構築。 ・ 平時からの関係性を強化し、非常時の事業所間連携につなげていく。 <p>⑮ モデル事業を実施しながらBCPを策定。風水害のモデルから、地域での防災の取組に広げていく必要がある。</p> <p>⑯ BCP作成から個別避難計画の策定まで、市町との協働のもと地域で一体的に取組を広げる必要がある。</p> <p>⑰ 災害対応について、行政との連携が必要であり、市町や包括と一緒に検討していく必要がある。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑱ 介護支援専門員連絡協議会を基盤とした連携の推進や人材の育成。</p>
<p>県理学療法士会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 病院から在宅リハビリの切れ目のない連携。</p> <p>② 病院、施設、訪問リハビリ事業所との連携を強化する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院リハ職と在宅リハ職の顔の見える関係づくりを推進 <p>③ びわ湖あさがおネットの活用による情報連携（動画等の共有など）の推進</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>④ 訪問リハビリに関する現状の可視化と情報提供ができるよう、調査分析を行う。</p> <p>⑤ 訪問リハビリを担うセラピストの人材の育成、資質向上。</p> <p>⑥ 生活行為向上リハビリテーション加算の活用や生活の中での活動をマネジメントする重要性を共有することにより、自立支援の推進を進める。</p> <p>⑦ 教育の場の提供、人材の育成。学習機会の情報を提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 理学療法士会が主となって構築される全国版の生涯学習システム・生涯学習プログラムを参考に、滋賀県版を作成する。 ・ 自立支援型の地域ケア体制の構築に参画できる資質を持つセラピストの育成を行う。 <p>⑧ 小児・障害分野のリハビリテーションに関与できる人材の育成。</p> <p>⑨ 短期集中予防サービス（訪問型サービスC）の現状と課題を把握分析。</p> <p>⑩ 介護予防、地域包括ケアの推進を行う人材の認証制度による登録を行うなど、人材の育成と確保を行う。</p> <p>⑪ 7圏域単位で、P（理学療法士）O（作業療法士）S（言語聴覚士）連携により市町が実施する介護予防を含む総合事業に対して、指導協力を行う。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通いの場へのリハビリ専門職の関与など <p>⑫ ICT を活用するなど他職種との連携を強化する。</p> <p>⑬ 訪問リハビリに関する取組や生活の中での活動の維持の重要性を地域住民に情報提供する。</p> <p>⑭ 意思伝達装置へのリハビリテーション専門職のかかわりの推進</p> <p>〔急変時〕</p> <p>⑮ 急変時対応に関する在宅セラピストの現状把握の検討</p> <p>⑯ 急変時の対応をテーマとした実務者研修の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種との連携、急変時の連絡先等の共有（変更時もタイムリーに共有を）、急変時に備えた意思決定支援等について <p>〔看取り〕</p> <p>⑰ 日常療養から看取りに至る本人のニーズに合った支援が行えるよう人材育成に努める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りを見据えた身体機能維持や介助方法への支援、活動支援（本人のやりたいこと） ・ 看取り期を見据えた嚥下支援（ST） <p>⑱ リハビリをとおして本人の意思を確認し、家族や関係者と共有するなど、よりよい看取りに向けた支援を行う。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑲ 災害時に JRAT として活動できる研修を継続的に行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 発災後 72 時間以降のセラピストの役割の周知および教育 ・ 支援と受援両面の研修実施と体制構築、指導できる人材の育成を行う。指導人材については、保健医療圏域ごとのリーダー配置を目指す。 ・ 特に受援については、コアメンバーを中心に受援者教育を行っていく。 <p>⑳ BCP 作成</p> <p>㉑ 感染症流行時の早期のリハ介入および感染対策技術の共有による廃用の予防</p> <p>㉒ 感染症流行時のフレイルに対してセラピストが積極的に地域に介入できるような環境の設定</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>㉓ POS 連絡協議会の活動を核とし、圏域の特徴に応じた取組や地域と</p>
--	---

	<p>の連携をすすめていく。</p>
<p>県 栄養士会</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 退院カンファレンス、担当者会議に参加する。</p> <p>② 病院、在宅が情報共有を行うために、栄養に関する情報提供書を活用することの重要性を伝えていく。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>③ 訪問栄養指導を行う管理栄養士の人材を育成する。</p> <p>④ 滋賀県栄養士会の職域間の連携を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 圏域単位で地域包括ケアシステムについて情報交換し、栄養士の関与の在り方を検討する。 ・ 全県統一の栄養評価表を作成する。 <p>⑤ 他職種へ訪問栄養士の役割について周知する。</p> <p>⑥ 他職種との連携を強化する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防や施設などへの出前講座を積極的に行う。 ・ 多職種との合同研修会の開催。 <p>⑦ 様々な商品が開発される中、本人の状態に応じたアセスメントや情報提供を行う。</p> <p>〔急変時〕</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑧ 調理の工夫など食べたいもの、家族が最期に食べさせてあげたいものを叶える支援など、最期を迎えるまでのプロセスの中での支援を行う。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑨ 災害対応ができる人材を育成し、圏域ごとにリーダーとスタッフを配置するなど、対応可能な体制の構築。</p> <p>⑩ 災害を想定した訓練の実施。</p> <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑪ 栄養ケアステーションを核に、ニーズに早急に対応できる体制の強化を図る。</p>
<p>県 介護サービス事業者協</p>	<p>〔入退院〕</p> <p>① 入退院時の情報連携の充実を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院、家に帰ることを想定した入院計画を病院と在宅の両方で合意し実施。

<p>議会連合 会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院の理由、目的をしっかりと把握共有し、受入れ側が退院後の生活を想定した上での支援に繋ぐ。 ・ 入院前（時）カンファレンスを行い、入院のゴールを一緒に決める。 <p>〔日常療養〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ② 介護の魅力発信により人材の確保 ③ 利用者の目的にあった各種サービス機能の分化と質の向上を図る。 ④ 本人、家族、サービス提供者間の情報を共有する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ びわ湖あさがおネットを活用した情報連携を推進する。 ⑤ 病院入院から自宅退院への中間に位置し、自宅療養に向けた準備として小規模多機能型居宅介護を活用するような仕組みを検討する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活の在り方を想定して、能力（可能性）を見極めて、必要なサービスを検討して自宅に戻る仕組み。 ・ 病院では時間をかけられない分を小規模多機能がカバーする仕組み。 ・ 病棟看護師の小規模多機能型居宅介護など地域密着型介護サービス事業の理解を促す。 ⑥ 少しでも長く、本人が希望する暮らし（普段の暮らしの幸せ）が継続できるよう、自立支援や重度化防止の視点に立ったサービスの提供を行う。 ⑦ 多様なニーズに対応できる介護人材を本人の経験や能力に応じて育成 <ul style="list-style-type: none"> ・ 活用できる仕組みを検討し、実践する。 ・ 喀たん吸引など医療的ケアができる介護職員を育成する。 ・ 多職種との連携により、適切なサービスマネジメントが行える能力を養う。 ・ 医療ニーズを持つ療養者に対する対応能力の向上を目的に、地域の多職種連携ネットワークへの参画や、事業所間連携による講座の開催などにより、地域の介護の質の向上に努める。 ・ 人材育成のための補助事業を活用し、介護職員の定着化と質の向上を図る事業所の増加を目指す。 ・ 各事業所で確保しにくい歯科衛生士、リハビリ職（特に言語聴覚士）を事業所間連携で専門職が巡回する仕組みを検討する。 ・ 小児リハビリや障害者が在宅でリハビリテーションを受けることができるような体制の構築。 ・ 看護職と介護職の密な連携を推進する。 ・ オンライン研修を有効活用するなど、研修参加しやすい工夫を行う。
-------------------	---

	<p>〔急変時〕</p> <p>⑧ 急変時に備えた訪問看護の導入について、必要性を伝えられるよう努めていく</p> <p>⑨ 急変時の状況を医療職に正確に伝えられるよう、介護職の資質向上(医療的判断、客観的な材料を集める能力)を行う。</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑩ 本人の意思の確認や思いの変化への対応、今後起こりうる状態についての話し合いや関係者間での共有など支援の充実に努める。</p> <p>⑪ 在宅サービスを担う専門職による質の高い看取りに向けた支援の推進</p> <p>⑫ 施設における、多職種協働(医師、看護職、介護職、栄養等)による看取りの一層の推進</p> <p>⑬ 老人保健施設内に静養室を確保し、看取りの時期を家族とともに過ごせる環境を整備するなど、施設看取りの対応を充実する。</p> <p>⑭ 施設看取りを行った後は、デスクカンファレンスなど評価の機会を設け、看取り対応の充実に努める。</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑮ 小規模事業所間や近隣事業所間の連携を図ることにより、介護の質の確保と感染症や災害時に協力できる仕組みを検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急連絡網、登録制度、連絡システム等 <p>⑯ 感染症に関する正しい理解と状況に応じた支援の継続・提供感染予防の「3つの具体策」(ア. 職員自らが予防策を身につけ、施設に持ち込まない。 イ. 感染者が発生した際には法人が最低限に留める対応を行う。 ウ. 事業所間の横の連携により、利用者の生活を維持する。)を明確にし、対応を行う。</p> <p>⑰ 災害と感染症対策と併せて、DWAT や、介護職員の応援・派遣の県内の仕組みを充実する。</p> <p>⑱ コロナ禍で家族との接触を避ける環境での施設看取りの在り方を検討する。</p> <p>⑲ B-ICAT(びわこ感染制御支援チーム)による応援派遣体制、療養施設支援の体制構築</p> <p>⑳ BCPの策定と策定をとおした近隣の互助システムの構築</p>
--	--

	<p>〔連携拠点〕</p> <p>⑳ 圏域ごとの介護サービス事業者協議会を核とした多職種連携への参画と人材の育成</p>
市 町	<p>〔入退院〕</p> <p>① 住民が安心して家で暮らせるために、入退院時や外来受診時の病院・在宅医療と介護の切れ目のない連携を推進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後に体力低下や食欲低下が起きないように、専門職（作業療法士、管理栄養士等）による退院後支援チームを作る。 ・ 専門職がかかわったケースをケアマネ連絡会で報告するなど、事例をとおした学びの共有と専門職の活用の推進 ・ 医療機関、介護職種のさらなる連携を目的とした研修会の実施 ・ 高齢者以外の方も含めた入退院支援の充実 ・ 病院のリハビリ専門職やソーシャルワーカーと地域包括支援センターの保健師の懇談や事例検討会の開催等をとおして、退院後の在宅での生活に応じた、入退院支援や病院と地域との連携の充実強化 <p>〔日常療養〕</p> <p>② 地域共生社会の推進（地域を基盤とする包括支援の強化）を図る。</p> <p>③ 関係機関団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会他）との協働による在宅医療を推進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自立に向けた支援の質向上を目指し、介護支援専門員のケアマネジメントにセラピスト、栄養士、看護師、歯科衛生士などの専門職が多方面から関わり、相談・同行訪問などができる支援体制をつくる。 ・ 地域ケア会議の場等を活用し、医療・介護・福祉の多様なニーズ把握・分析・評価と多職種理解と連携を促進し、暮らしを支える地域づくりを目的とした施策化を行う。 ・ 個別地域ケア会議への薬剤師の新たな参画や居宅介護支援事業所連絡会における薬剤師の講演等をとおして、在宅医療介護連携の中での薬剤師との連携を強化 ・ 介護予防の取組をとおした介護予防の推進と病院リハビリ専門職との連携の強化 ・ 訪問看護とヘルパーによる、看護介護連携の検討の場の設置と日常療養から看取り期を踏まえた看護と介護の連携の推進 <p>④ 在宅療養手帳等の活用による、本人を中心とした関係者間の情報共有の推進</p> <p>⑤ 家族の力量や家族の生活など、家族介護者の生活も踏まえた支援の検</p>

討

- ・ 住み慣れた地域で療養が継続できるよう、在宅医療介護連携と生活支援体制整備事業、介護予防と認知症の方への支援等を連動させ、地域で安心して暮らせる地域づくりを住民とともに検討していく。

⑥ かかりつけ医、歯科、薬局を持つことの周知

〔急変時〕

- ⑦ 在宅療養を行う中で、本人・家族ともに急変に対する不安が大きく、地域包括支援センターの専門職による面談や訪問をとおり、在宅療養の不安解消につながる支援を行う。
- ⑧ もしもの時に備えて元気なうちから希望する医療等について考え、記載を行うことができるよう、エンディングノートの作成と普及
- ⑨ 救急情報等を記載した容器（命のバトン）の配布や、かかりつけ医や緊急連絡先が記入できる「げんきカード」の65歳以上への配布など、地域の特性に応じた緊急時への備えの取組を行う。

〔看取り〕

- ⑩ 暮らしの場における看取りを支援する体制強化と、住民に対し在宅医療の適正な活用や、地域資源に関する情報提供を行い、自分自身が生き方、死に方を選択できるための啓発を行う。
- ⑪ データ分析やヒアリングによる看取りに関する現状の把握や多職種での協議の場の設置、事例検討をとおした研修会の開催
- ⑫ 在宅での看取りに対する地域の理解を進める。
- ・ 看取りに関する広報、パネル展示、生涯学習の中でのACPにかかる出前講座（どう生きたいか、どう死にたいか、若い時から話し合えると良い）
 - ・ エンディングノートの作成、出前講座の実施。

〔感染症・災害発生時〕

- ⑬ 避難行動要支援者名簿の作成と関係者との共有
- ⑭ 介護支援専門員や訪問看護師等の日常ケアを行う関係者と本人や家族が、災害時を想定した個別ケアプランを立て、災害時への備えを行うよう進める。
- ・ 個別避難計画の作成と作成をとおした関係づくり
- ⑮ 災害に関する研修会（市民・関係機関向け）の開催
- ⑯ 災害時の避難場所や避難方法、近隣の助け合いなど自治会単位での話

	<p>し合いを一層推進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 自治会における見守りリストや見守りマップの作成の普及をとおした、自治会単位での助け合いの推進 <p>〔連携拠点〕</p> <p>⑰ 在宅医療・介護の連携を推進するコーディネーターの設置と多職種で構成する会議を基盤とした在宅医療の充実や多職種連携の推進など拠点機能の充実を図る。</p> <p>〔その他〕</p> <p>⑱ 県への制度提案・提言を行う。</p>
本人・家族	<p>県難病連絡協議会</p> <p>〔入退院〕</p> <p>① 入院から退院、退院後の受診状況、病気の受け止めや今後のみとおしなど、交流会をとおした情報共有を行う。</p> <p>② 難病連絡協議会と難病相談支援センターの連携により、早期からの相談支援を進める。</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>③ 難病理解のための啓発（制度、自己・関係者向け啓発、偏見、自己否定など）を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医を持つことを一層推進し、県内での暮らしを充実する。 関係機関とオンライン等を活用した研修を行い、難病理解の促進を図る。 <p>④ 医療後援会や交流会の対面と WEB を活用したハイブリッドでの開催。</p> <p>⑤ 専門医の確保と医療連携を促進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> モデル事業や患者登録などの県の取組への協力と患者が専門医とかかりつけ医間の情報連携を行うための「コミュニケーションノート」の活用促進 必要に応じて、専門医と地域の診療所が連携した中で診療を受けるなど、地域でかかりつけ医を持つことの理解を進める。 <p>⑥ 難病患者の住みよいまちづくりモデル事業の全県展開。</p> <p>⑦ 医療を受けやすくするための仕組みづくりを進める。</p> <p>⑧ 実態調査や事例収集による現状把握と分析、施策への反映を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> 市町を対象とした各種施策の実施状況・利用状況・災害対応など

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会員を対象とした合理的配慮等に関する事例収集 <p>⑨ 保健所主催の圏域難病対策協議会に参加する。</p> <p>⑩ 産業保健推進センターとの連携による就労相談支援の強化を図る。</p> <p>⑪ 企業への難病患者の就労に関する理解を深める。</p> <p>⑫ 障害福祉施策の理解促進</p> <p>⑬ 障害者ピアサポーターの養成と難病患者の支援の実践。</p> <p>〔急変時〕</p> <p>⑭ 日頃からかかりつけ医を持つことの重要性を啓発</p> <p>⑮ 急変に備えて、症状などの自身の状態を記録し、周囲に伝える手段を持つことの重要性を啓発</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑯ 意思決定支援に取り組む</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 意思伝達装置の早期からの活用推進を保健所を含む多職種チームとともに行う。 ・ 日頃から最期の意向を話していくことの重要性を伝える。 ・ ピアサポートと併せて意思決定支援を進める。 <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑰ 機関誌等をとおして感染症に関して正しい情報を伝えていく。</p> <p>⑱ 感染症予防を考慮した災害対応を平時から考えておく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別避難計画の作成 ・ 日中独居や夜間の備え ・ 地域ぐるみの避難訓練、避難場所の確認 ・ 活用が可能な福祉避難所の環境整備 ・ 災害時にも医療や介護が継続的に受けられるための準備を関係者とともにいき、災害時に備える。県内で受診が完結できる対策 ・ 感染症予防を考慮した災害対応を平時から考える。 ・ 災害対応にかかる行政との連携 <p>住民</p> <p>〔入退院〕</p> <p>① 入退院支援に関する体験者の声を住民に広めていく</p>
--	---

〔日常療養〕

- ② 自らが健康づくりや介護予防に取り組む。
- ③ かかりつけの医師、看護師、薬剤師等を持つ。
- ④ 必要時、地域の在宅医療チームを活用できる関係を日常から持つておく。
- ⑤ 介護保険制度や在宅医療福祉に関する研修に積極的に参加し、在宅医療に関して理解し、必要な時にスムーズに安心して制度が活用できるようになる。
- ⑥ 日常の療養や急変時、看取り、感染症や災害発生の際にも地域で助け合えるように、“お互いさま”の見守り合う双方向の関係づくりを推進する。

〔急変時〕

- ⑦ 急変時や看取りを迎える際の対応について、イメージできるよう学べる機会を作ったり、研修等に参加する。

〔看取り〕

- ⑧ 自分の意思表示ができるようにエンディングノート等の活用を行う。
- ⑨ 人生の最終段階の迎え方を我がごととして考えられ、家族の死を恐れず、本人の意向に沿った対応ができるよう、学べる機会を作ったり、研修等に積極的に参加する。
 - ・ 不安なく最期を迎えられるよう、かかりつけ医を持つことと併せて、日常療養から最期の時を迎える際の医療や介護の活用の仕方など、日頃から情報収集や行動が起こせるよう話し合いなどの場を作っていく。
- ⑩ 看取りに関する体験者の声をとおした住民に広めていく。
- ⑪ 看取りに際にも、地域の人で助け合えるよう、日頃からのなじみのつきあいの重要性を伝えていく。

〔感染症・災害発生時〕

- ⑫ 自治会単位で各団体が協力して防災訓練を行うことにより、住民自らが災害時に行動がとれるよう継続的に取り組む。自治会単位で、防災訓練の核となる組織が明確になるよう努める。
 - ・ 感染症予防に対する研修を毎年行い、女性会などの地域活動と家族との話し合いの必要性などについて啓発する。

健康福祉事務所	<p>〔入退院〕</p> <p>① 入退院時の医療と介護の連携（地域の実情に応じた入退院支援ルールの普及、発展および地域連携クリティカルパス活用にかかる支援等）</p> <p>② 病院と地域の連携推進のための同職種間連携の推進（看-看連携、リハ-リハ連携）、外来と地域との連携の推進</p> <p>〔日常療養〕</p> <p>③ 地域課題の分析・整理・情報発信および解決法策を提案する。</p> <p>④ 地域の事情に応じた取組を推進し、進行管理・評価を行う。</p> <p>⑤ 圏域市町、関係機関・団体と連携して事業を支援する（在宅歯科保健、医療的ケア児の支援体制など「医療福祉」を推進）。</p> <p>⑥ 医療資源の連携ネットワークづくりや協議の場（プラットフォーム）の提供を行う。</p> <p>⑦ 市町、関係機関（団体）と連携するなど、効率的・効果的に、医療・介護従事者研修（人材育成）を実施する。</p> <p>⑧ 地域医療介護連携におけるICT利用を促進する。</p> <p>⑨ 病診連携推進、訪問診療ネットワークの構築</p> <p>〔急変時〕</p> <p>⑩ 病診連携による急変時の病院のバックアップ体制の充実</p> <p>〔看取り〕</p> <p>⑪ 在宅看取り体制の整備を推進する。 難病患者等の意思決定支援。</p> <p>⑫ 急変時や看取り期に備えた病診連携や訪問診療ネットワークの構築</p> <p>⑬ ACPの普及啓発</p> <p>〔感染症・災害発生時〕</p> <p>⑭ 感染症や災害発生などの健康危機事案に備えて、平常時から市町・関係団体等と連携し、在宅医療福祉の提供や生活支援等の体制整備に努める。</p> <p>⑮ 災害発生時に備え防災と保健福祉の連携を推進する滋賀モデルに基づいて、個別避難計画の作成を支援する中で、難病患者の個別支援計画の立案を市町・関係機関等と連携してすすめていく。</p>
県庁各課	<p>〔入退院〕</p> <p>① 入退院時の医療と介護の連携推進にかかる実態の把握と推進に向けた</p>

支援を行う。

〔日常療養〕

- ② 在宅医療を担う診療所・歯科診療所を増やすために必要な施策を行う。
- ③ 在宅医療に関わる医療、介護人材の確保・育成・支援に取り組む。

〔急変時〕

- ④ 急変時に対応できる体制の構築や人材の育成のための支援を行う。

〔看取り〕

- ⑤ 看取り支援の充実に向けた体制の構築や人材育成のための支援を行う。

〔感染症・災害発生時〕

- ⑥ 感染症の流行や自然災害時を想定した日常生活の継続的支援や、新たなニーズへの対応を可能とする体制構築に向けた取組を行う。
 - ・ 防災と保健・福祉の連携による避難行動要支援者の個別計画作成に取り組む。

〔共通〕

- ⑦ 関係機関が活用できるよう、国・県・市町に関する情報の収集と分析を行う。
- ⑧ 保健医療計画の策定と目標に向けた取組状況の確認および評価を行う。
- ⑨ 在宅医療・介護の推進に向けた事業実施、関係機関や団体との調整、人材の質の向上を目指す研修開催など、市町、各団体への支援を行う。
- ⑩ 医療福祉関係者が情報共有して緊密に連携できるよう、ICTを活用した多職種・多機関で情報連携を行う基盤づくりを支援するとともに、利用促進に向けた広報活動等を行う。

〔その他〕

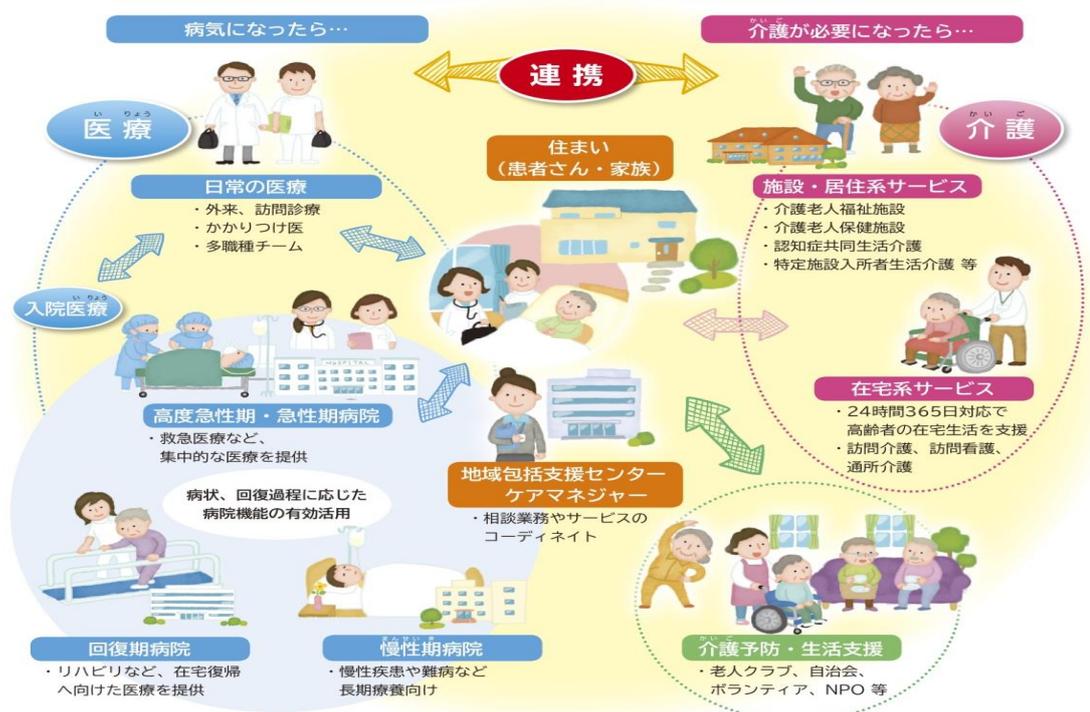
- ⑪ 国に対して制度の創設や見直しに向けた提言を行う。

(2) 推進体制と評価

在宅医療に関わる各地域の医療資源や地理的要素、風土等を勘案し、多職種・多機関連携をコーディネートする連携拠点となる市町や在宅医療に積極的役割を担う医療機関、また医師会をはじめとする在宅医療を担う関係団体が、それぞれの役割を果たしながら、取組を推進することとする。また、関係者によるネットワーク構築や定期的な進捗状況のチェック、評価を行うことや新たな課題についても検討を行い、必要な対応を行っていくことが重要であり、保健所を中心に保健・医療・福祉の現状を踏まえ、圏域における体制構築を推進していくことが必要である。

滋賀県在宅医療等推進協議会は、圏域ごとの取組を受け、県全体としての在宅医療の推進に取り組むとともに、定期的に取り組の進行管理や評価を行っていく。

また、今回、設定できていない、目指す姿（最終アウトカム）に対する指標について引き続き検討を行っていく。



用語解説

あ 行

ICT（Information and Communication Technologies の略）

情報通信技術のことをいう。

アセスメント

事前調査に基づいた評価。

意思決定支援

本人が自らの意思決定を表現できるように、支援者の適切な配慮のもとで情報提供を行うなど具体的な支援をおこなうこと。

一般世帯

全世帯から、施設等の世帯（寮・寄宿舍の学生・生徒、病院・療養所の入院者等）を除いたもの。

医薬分業

医療において、医師・歯科医師が患者を診察し、治療上薬剤を投与する必要があると認めた場合に患者に処方せんを交付し、薬局の薬剤師が処方せんに基づき調剤を行うことにより、医師・歯科医師と薬剤師がそれぞれの専門性を発揮して医療の質的向上を図ろうとする制度。

eラーニング

インターネットやマルチメディアなど電子媒体を利用した教育システム。

医療材料

医療行為の提供に必要な医療機器や器具、医薬品などの総称。具体的には、栄養剤や薬を注入するときに使う注射針や注射の筒部分にあたるシリンジ、痰を吸引する際につかうチューブや、人工呼吸器の体内挿入部分にあてるY字型の滅菌ガーゼ、消毒薬などがある。

医療的ケア児

日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀たん吸引その他の医療行為）を受けることが必要不可欠である児童。

医療福祉

保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するということにとどまらず、地域における生活を支えるという統一的な理念の下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していくことが重要であり、この考え方を表す言葉。

医療福祉推進アドバイザー

医療福祉分野の学識経験者等を滋賀県が独自に選任したもので、専門的見地から市町の在宅医療の充実に向けた取組に対してアドバイスを行う者。

医療福祉の地域創造会議

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、医療福祉の専門職や行政等の関係者が連携・協働できる「顔の見える関係」づくりに向けて、つながり・学びあうためのワーキンググループ会議の開催や県民への普及啓発などを医療・福祉や県民等の関係者が企画し、実践する団体。

胃ろう

口から食事のとれない人や、食べてもむせ込んで肺炎を起こしやすい人に、腹部に穴を切開して胃内に管を通し、直接胃に栄養を入れる栄養投与の方法。

衛生材料

医療・介護など健康に関わる目的で製造・使用される、主に使い捨て（ディスポーザブル）の資器材。代表的なものとして、ガーゼ・脱脂綿、アルコール綿、綿棒・包帯・マスク・手袋・絆創膏、サージカルテープなど。

栄養ケアステーション

滋賀県栄養士会会員である管理栄養士・栄養士が「食」を通して県民の健康づくり・生活習慣病・介護予防等について、赤ちゃんからお年寄りまで専門的な立場で支援を行う活動拠点。

嚥下（えんげ）

口の中の物を飲み下すこと。

エンディングノート

人生の終末期に自身に生じる万一のことに備えて、治療、介護、葬儀などについての希望や、家族への伝言、連絡すべき知人のリストなどを書き留めておくノート。遺言と異なり法的な拘束力はない。

OJT（On the Job Training の略）

教育訓練手法のひとつ。職場の上司や先輩が部下や後輩に対し、具体的な仕事を通じて、仕事に必要な知識・技術・技能・態度等を教育すること。

か行

介護支援専門員（ケアマネジャー）

介護保険制度で、ケアマネジメント（福祉や医療などのサービスとそれを必要とする人のニーズをつなぐ手法）を実施する有資格者のこと。要支援・要介護認定者およびその家族からの相談を受け、介護サービスの給付計画（ケアプラン）を作成し、他の介護サービス事業者との連絡、調整などを行う。ケアマネジャーとも言う。

介護老人福祉施設

特別養護老人ホームとも呼ばれる。要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて入浴・排せつ・食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う施設。

介護老人保健施設

病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療、日常生活上の世話を行う施設。施設では在宅の生活への復帰を目指してサービスが提供される。

かかりつけ医

患者およびその家族の普段の健康管理をしてくれる身近な医師を「かかりつけ医」といい、日常的な診療の他にも健康相談や指導も含めていろいろな問題について気軽に相談できる医師のこと。

かかりつけ薬局

医療機関から発行された処方せんを、患者自らが選択した薬局に持って行き、薬の服用方法や注意事項などの適切な助言を受けられる薬局を「かかりつけ薬局」といい、薬に関することや健康について気軽に相談できる薬局のこと。

看護小規模多機能型居宅介護

「通い」「泊まり」「訪問看護・リハビリ」「訪問介護」「ケアプラン」のサービスを一体化して、一人ひとりに合わせた柔軟な支援ができる看護師を中心とした介護サービス。

緩和ケア

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者やその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題を早期に発見し、的確な対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげること。

キャリアアップ

より高い資格・能力を身につけること。

居宅療養管理指導

医師、歯科医師、薬剤師、栄養士等が要介護者の居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理や指導を行う介護保険上のサービス。

クオリティ・オブ・デス（QOD）

本人の意向を尊重した尊厳のある最期

クオリティ・オブ・ライフ（QOL）

精神的、社会的、経済的、すべてを含めた生活の質

ケアプラン

要介護者等が介護サービスまたは介護予防サービスを適切に利用できるよう、心身の状況、生活環境等を勘案し、サービスの種類・内容・担当者等を定めた計画。

作成は、ケアマネジャーに依頼するのが一般的であるが、本人や家族がつくり市町に届け出ることできる。

経管栄養

食事を口から摂れない患者に対して、鼻や腹部に形成した瘻孔（管状の穴）からチューブを使って栄養補給を行うこと。

虚血性心疾患

冠動脈（心筋に酸素や栄養を供給している血管）の閉塞や狭窄などにより心筋への血流が阻害され、心臓に障害が起こる疾患の総称。狭心症や心筋梗塞がこの分類に含まれる。

健康サポート薬局

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を備え、厚生労働省告示に定める基準を満たしている薬局。

言語聴覚士（ST：Speech-language-hearing Therapist の略）

音声・言語・聴覚等のコミュニケーションにかかる諸機能や摂食・嚥下にかかる機能に問題がある人に対して、必要な検査や助言・指導を行うリハビリテーション専門職。

誤嚥性肺炎

咳反射や嚥下^{えん}反射の神経活動が低下し、細菌が唾液や胃液とともに肺に流れ込んで生じる肺炎。高齢者に多く発症し、再発を繰り返す特徴がある。

さ 行

サービス付き高齢者向け住宅

介護・医療と連携して高齢者を支援するサービスを提供する、バリアフリー構造などを備えた賃貸住宅および有料老人ホーム。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援や多職種が連携した包括的・継続的な在宅医療提供のための支援、患者の家族への支援など、地域の実情に応じて関係機関と協働・分担しながら、在宅医療提供体制の充実に向けた役割を担う病院・診療所のこと

在宅医療に必要な連携を担う拠点

「入退院支援」、「日常療養」、「急変時」、「看取り」、「感染症・災害発生時」等における在宅医療の提供体制の構築に向けて必要な連携を担うための拠点

在宅時医学総合管理料

診療所または200床未満の病院である届出保険医療機関が、在宅療養計画を策定し、月2回以上訪問診療を行った場合に算定できる診療報酬点数。

在宅ホスピス薬剤師認定登録

滋賀県薬剤師会において、平成20年から在宅医療の場で他の医療従事者と協働し、貢献できる薬剤師育成の一環として、県民が安心できる終末期医療を実現することを目的に、「在宅ホスピス薬剤師」（「緩和ケア」・「麻薬や使用時の症状」・「地域連携」等のカリキュラムを修了した薬剤師）を認定と登録を行う。

在宅療養支援歯科診療所

在宅または社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、厚生労働省が定めた施設基準を満たし近畿厚生局に届出を行った歯科診療所。

在宅療養支援診療所（病院）

高齢者等の在宅での療養を支えられるよう、24時間往診・訪問看護の提供が可能な体制や、緊急時の入院受入体制を構築して、近畿厚生局に届出を行った診療所（病院）。

作業療法士（OT：Occupational Therapist の略）

身体または精神に障害のある人、またはそれが予測される人に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持および開発を促す作業活動を用いて、治療、指導および援助を行うリハビリテーション専門職。

酸素療法

酸素欠乏症の治療の目的で、空気中に含まれている酸素濃度より高い濃度の酸素を吸入させる治療法。酸素欠乏とは生体組織が十分な酸素をとることができない状態をいう。

指定難病

難病（発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期の療養が必要なもの）のうち、当該疾病の患者数が国内で一定の人数に達せず、かつ、当該疾病の客観的な診断基準（またはそれに準ずるもの）が確立しているものとして、厚生労働大臣が指定するもの。

小規模多機能型居宅介護

「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話や機能訓練を行うサービス。

ショートステイ（短期入所生活介護）

介護に関わっている家族が病気になった時・冠婚葬祭や旅行で、一時的に介護ができなくなる時など、特別養護老人ホーム等の施設に短期間入所してもらい、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練などを行うサービス。

自立、自律

「自立」は、他へ従属せずに存在していること。

「自律」は、他からの支配や制約などを受けずに自分自身で立てた規範に従って行動すること。

人工肛門

様々な病気や事故などにより、お腹に排泄のために人工的に造設した肛門

人工呼吸器

肺に何らかの異常があったり、神経疾患や筋疾患のある人など、自力での呼吸が難しい人のために換気を行う機械。

セラピスト

一般的には、治療士、療法士をいう。本編の基本方針に記載するリハビリテーションセラピストは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指す。

潜在看護師

子育てや介護などの理由で離職し、働いていない看護師。

た 行

退院支援

安心して退院後の在宅療養ができるように、患者・家族を中心に、病院と在宅医療福祉、介護の関係者が入院前から退院後の生活を見据えた支援を行うこと。

退院前カンファレンス

退院調整が必要な入院患者について、退院後の在宅療養に必要な事柄について、病院と地域の関係者（医師、看護師、ケアマネージャー等）が本人家族と一緒に話し合う。

多職種連携

患者を中心に、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリ職種、栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、介護職員、社会福祉士等がチームになって在宅療養を支援すること。

地域共生社会

地域住民等（地域住民と社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者）が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことができる社会。

地域包括ケア

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制。

地域包括支援センター

高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を継続できるよう、保健師、

社会福祉士、主任介護支援専門員が中心となり、①介護予防に関するマネジメント、②高齢者への総合的な相談支援および権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援といった、地域において多面的な支援を担う機関。設置主体は市町。

地域連携クリティカルパス

病気が発症した際に治療を行う「急性期病院」から集中的なリハビリを行う「回復期病院」を経て、生活機能向上・維持のためのリハビリを行う「慢性期病院・施設」まで、切れ目のない治療が提供でき、早期に自宅に帰れるよう地域全体の関係機関が共同で作成する診療計画表。

チーム医療

医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること。

(看護師の) 特定行為

看護師が必要な知識や技術を身につけられるよう定められた研修を修了していれば、医師や歯科医師の判断を待たずに、あらかじめ医師が作成した手順書に従って実施できる一定の診療の補助。

特別養護老人ホーム

*介護老人福祉施設を参照

な 行

入退院支援ルール

病院治療と在宅療養のスムーズな連携をはかることにより、機能維持向上と患者や家族が安心できる療養環境を早期に整備することを目的に、病院と在宅支援者間の入退院時における連携ルール。

認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）

認知症の状態にある要介護者(5～9人)が、入浴・排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練を受けながら共同生活を営む場所。

認定看護師

日本看護協会が策定した資格認定制度の資格の一つ。特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護が実践できる看護師のことを指す。特定の看護分野とは、在宅ケア、緩和ケアなど19分野。

は 行

ピアサポート

同じ病を体験した仲間が、仲間同士であるからこそできる支援として、同じ体験をしている仲間の相談に乗ったり、生活を助けたりする当事者活動のこと。

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略)

認知症に伴う行動・心理症状のこと。認知症の症状は患者のほぼすべてにみられる中核症状と、中核症状に伴って現れる精神症状・行動障害を示す周辺症状に分類される。BPSDはこの周辺症状とほぼ同一の症状・行動ととらえてよいとされている。中核症状は、脳機能の低下を直接示すもので、物忘れなど記憶障害、時間・場所・人などの見当識障害、判断・理解力の低下、失認・失行などがみられる。BPSDは中核症状の進行に伴って二次的に現れる。

病診連携

地域において、核となる病院と地域内の診療所がおこなう連携のこと。必要に応じ、患者を診療所から専門医や医療設備の充実した病院に紹介し、高度な検査や治療を提供する。

びわ湖あさがおネット

地域医療の連携促進を目的に、情報提供病院が持つ患者の診療履歴や検査・処方データなどを閲覧機関（診療所、薬局、訪問看護ステーションなど）が閲覧、また、相互の情報共有を行うためのシステム。

訪問介護

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問し、食事・排泄・入浴などの介護（身体介護）や、掃除・洗濯・買い物・調理などの生活の支援（生活援助）を行う介護保険事業。通院などを目的とした乗車・移送・降車の介助サービスを提供する事業所もある。

訪問看護

子どもや高齢者、障害のある人など医師が必要と認めた全ての方に、看護師が居宅へ訪問しておこなう看護。

訪問看護ステーション

かかりつけの医師の指示にもとづいて看護師や理学療法士等が訪問し、自宅で高齢者や障害のある人などに看護サービスを提供する事業所。

訪問歯科診療

歯科医院に通院したくてもできない人のために、歯科医師や歯科衛生士が自宅や施設に訪問し、ポータブルの歯科診療機器を用いて、歯科治療や口腔ケアを実施すること。

訪問診療

医師が患者宅に訪問して行う診療。

訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士等が要介護者の居宅を訪問して、理学療法（マッサージ・運動・入浴等の機能回復）、作業療法（手先の訓練、作業補装具の利用等による機能回復）、その他必要なリハビリテーションを行うサービス。

保健医療圏

住民が求める保健サービスや医療の水準ごとに、需要と供給のバランスを図り、適切かつ効率的な保健サービスや医療の提供を行うために設定する圏域のこと。

一次保健医療圏：身近で頻度の高い保健サービスや医療に対応するための圏域で、市町の行政区域

二次保健医療圏：入院治療が必要な一般的な医療受給に対応するための圏域で、保健所の管轄地域

三次保健医療圏：特殊な診断や治療が必要となる高度で専門的な保健サービスや医療の需要に対応するための圏域で、滋賀県全域

ら行

理学療法士（PT：Physical Therapist の略）

けがや病気などで身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して、基本動作能力（座る、立つ、歩くなど）の回復や維持、および障害の悪化の予防を目的に、運動療法や物理療法（温熱、電気等の物理手段を治療目的に利用するもの）などを用いて支援するリハビリテーション専門職。

療養通所介護

医療的ケアが必要な方など、サービス提供にあたり看護師による観察が必要な利用者を対象とする通所サービス。

レスパイト入院

レスパイトとは、本来「一時休止」「休息」という意味で、介護者の休息や介護者がやむをえない事情のため、一時的に在宅で介護等を受けることが困難になった場合に、一時入院すること。

レセプト

患者が受けた診療について、医療機関等が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書のことであり、診療報酬明細書（医科・歯科の場合）または調剤報酬明細書（薬局における調剤の場合）とも呼ばれる。

老老介護

高齢者が高齢者を介護すること。

資 料

- 滋賀県の在宅医療推進のための基本方針
ロジックモデル
- 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査概要版
- 滋賀県在宅医療等推進協議会設置要綱

《ロジックモデル》

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

番号	取組みの方向性(中間アウトカム)
----	------------------

番号	目指す姿(最終アウトカム)
----	---------------

1	退院支援部門の明確化と関係機関との窓口共有
2	退院支援に関わる院内の人材の育成(SW・病棟)
3	入退院に関する多職種・多機関が参画する研修の実施
4	団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ
5	各圏域における入退院支援ルールや地域連携クリティカルパスの推進
6	退院前カンファレンスへの多職種参画の推進
7	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり
8	在宅復帰後の評価や退院後支援
9	外来も含む病院窓口の共有と地域(在宅)と外来の連携の推進

1	指標	病院から在宅療養への移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる
		入退院支援を受けた患者数
		退院時共同指導を受けた患者数(病院・診療所)
		入退院時における病院と介護支援専門員との情報連携率(入院時)
		入退院時における病院と介護支援専門員との情報連携率(退院時)

1	県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる
---	--

10	訪問診療を行う医師増加のためのセミナー・研修会の開催
11	訪問診療ネットワークの構築
12	在宅歯科医療を推進するための人材の育成
13	訪問診療を行う診療所、病院、歯科診療所への機器等の補助
14	在宅医療を担う薬剤師の育成
15	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
16	訪問看護ステーションへの機能強化に向けた機器等の補助
17	関係機関・団体との協力による在宅療養を支える人材の育成
18	医療依存度が高い方を地域で支える介護人材の育成
19	各職種の専門性向上のための研修や関係団体の協働による多職種連携人材育成研修などの取組推進
20	各地域の多職種での顔の見える関係作りと日常の療養について協議の場を持つ
再掲	団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ
21	多機関・多職種連携のための研修会の実施
22	医療と介護の相互理解のための同行訪問や専門知識を有する職員の派遣を活用したOJT機能による人材の育成
23	地域ケア会議の場へ参画による多職種理解と連携の推進
24	県単位で暮らしを支える関係者が互いに学びあいつながり合う地域創造会議ワーキングの開催
再掲	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり
25	レスパイト入院・入所にかかる連携推進
26	住民からの相談窓口の設置や周知
27	当事者間の交流の支援
28	県民が、かかりつけ医師、看護師、薬剤師等を持つことの重要性を理解するための啓発
29	県民(企業を含む)が、疾病や介護予防、互助活動(見守り)、在宅療養や看取りについて理解を深める機会の確保(QOL・QOD)

2	指標	望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる
		訪問診療を受けた患者数
		在宅療養支援病院数
		在宅療養支援診療所数
		訪問診療を行う病院数
		訪問診療を行う診療所数
		訪問歯科診療を受けた患者数
		訪問歯科診療を行う診療所数
		訪問薬剤管理指導を受けた患者数
		訪問看護利用者数
		機能強化型訪問看護ステーション数
		訪問歯科衛生指導を受けた患者数
		訪問リハビリを受けた患者数
		訪問栄養指導を受けた患者数

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

番号	取組みの方向性(中間アウトカム)
----	------------------

番号	目指す姿(最終アウトカム)
----	---------------

30	在宅を支える病院のバックアップ体制の確保
31	24時間薬剤調製体制の構築
再掲	訪問診療ネットワークの構築
再掲	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
32	急変時の医療職と介護職の情報共有に関する人材育成
33	急変時に備えた訪問診療とバックアップ病院および訪問看護の情報共有に関するネットワークの構築
34	患者や家族が病状急変に備えた対応を知る機会の提供

3	指標	病状急変に際し、必要な支援を受けることができる
		在宅療養支援病院数(再掲)
		在宅療養支援診療所数(再掲)
		在宅療養後方支援病院
		24時間体制をとっている薬局の割合
		24時間体制をとっている訪問看護ステーションの割合
		機能強化型訪問看護ステーション数(再掲)

再掲	訪問診療医のネットワークの構築
35	在宅ホスピス薬剤師の育成
再掲	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
36	施設看取り体制の充実
37	意思決定支援や緩和ケアのための研修
38	各地域における多職種での顔の見える関係作りと看取りについて協議の場を持つ
再掲	本人が望む形で在宅医療・看取りが実現できる地域を創造するためのワーキング会議の開催
再掲	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり
39	住民自身が終末期や緩和ケアにつながる、意思決定やエンディングノートについて考える機会の提供

4	指標	望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる
		在宅ターミナルケアを受けた患者数
		在宅看取りが行われた患者数
		在宅療養支援病院数(再掲)
		在宅療養支援診療所数(再掲)
		機能強化型訪問看護ステーション数(再掲)

40	BCPの作成と具体的な活用に向けた検討の推進
41	感染症や災害発生に備えた事業所間ネットワークの構築
42	災害時個別避難計画作成の推進
43	災害訓練の実施や参画の推進
44	職能ごとの災害時に活躍できる人材の育成や感染症流行時に支援の継続を行うための人材の育成
45	自治体等での感染症の理解や災害発生に備え、在宅療養継続のための見守り体制の構築や避難訓練等の取組の推進

5	感染症や災害発生時にも、療養を継続することができる
---	---------------------------

46	初期アウトカムの推進にかかる市町取組の把握と市町間の情報・意見交換の場の設定
47	医療福祉推進アドバイザー派遣による市町取組支援
48	健康福祉事務所を中心に、圏域の医師会、関係機関・団体との連携体制づくり
49	圏域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療介護連携に係るデータ提供や分析に対する支援
50	県単位での多職種での顔の見える関係作りと在宅医療に関する協議の場を持つ
51	在宅医療推進のための医師会へ体制構築支援

6	指標	多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能が充実している
		医療・介護連携コーディネーター設置市町数
		在宅医療・介護連携に関し協議の場を設置する市町数

在宅医療 【入退院】

番号	施策
----	----

1	退院支援部門の明確化と関係機関との窓口共有
2	退院支援に関わる院内の人材の育成(SW・病棟)

3	入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修の実施
4	団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ

5	各圏域における入退院支援ルールや地域連携クリティカルパスの推進
6	退院前カンファレンスへの多職種参画の推進
7	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり
8	在宅復帰後の評価や退院後支援
9	外来も含む病院窓口の共有と地域(在宅)と外来の連携の推進

番号	取組みの方向性(初期アウトカム)
----	------------------

1	病院における入退院支援機能が整っている		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
	指標 (独自)	退院調整体制が整備されている病院数 (※医療福祉推進課 調査)	93.1% 54/58 (R4)	100%
	指標 (国)	退院支援担当者を配置している病院数 (※医療福祉推進課 調査)	93.1% 54/58 (R4)	100%

2	病院と地域の関係者が入退院に関わる役割・知識・技術を高めることができる	
	指標	検討中

3	病院(外来含む)と地域の関係者が本人の望みと目標、生活や疾患の情報を共有できている		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
	指標 (独自)	入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率(入院時)(※病院とケアマネの連携に関する調査)	93.3% (R5)	100%
	指標 (独自)	入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率(退院時)(※病院とケアマネの連携に関する調査)	95.0% (R5)	98%

番号	取組みの方向性(中間アウトカム)
----	------------------

1	県民が、病院から在宅療養への移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
	指標 (独自)	入退院支援において円滑に連携ができたと評価したケアマネの率(※病院とケアマネの連携に関する調査)	81.2% (R5)	95%
	指標 (国)	入退院支援を受けた患者数(※国保連データ 医療保険の入退院支援加算を受けた実人数)	28,853人 (R4)	34,774人
	指標 (国)	退院時共同指導を受けた患者数(病院)(※国保連データ 医療保険の退院時共同指導料が算定された実人数)	626人 (R4)	755人
	指標 (国)	退院時共同指導を受けた患者数(診療所)(※国保連データ 医療保険の退院時共同指導料が算定された実人数)	240人 (R4)	289人
指標 (独自)	心不全の再入院率(半年後/1年後)循環器計画(健康寿命推進課)	14.9% /17.0% (R4)	減少	

番号	目指す姿(最終アウトカム)
----	---------------

1	<p>県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる 【QOLの維持・向上/QODの実現】</p>	
	指標	検討中

在宅医療 【日常療養①】

番号	施策
10	訪問診療を行う医師増加のためのセミナー・研修会の開催
11	訪問診療ネットワークの構築
12	在宅歯科医療を推進するための人材の育成(研修・同行訪問)
13	訪問診療を行う診療所、病院、歯科診療所への機器等の補助

14	在宅医療を担う薬剤師の育成(研修会の開催)
----	-----------------------

15	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
16	訪問看護ステーションへの機能強化に向けた機器等の補助

17	関係機関・団体との協力による在宅療養を支える人材の育成
----	-----------------------------

番号	取組みの方向性 (初期アウトカム)		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
4	在宅医療を担う病院・診療所が整っている			
	指標 (国)	在宅療養支援病院数 (※近畿厚生局データ)	18 (R5.10)	20
	指標 (国)	在宅療養支援診療所数 (※近畿厚生局データ)	166 (R5.10)	170
	指標 (国重)	訪問診療を行う病院数 (※国保連データの医療保険(県内分のみ抽出))	29 (R4)	35
	指標 (国重)	訪問診療を行う診療所数 (※国保連データの医療保険(県内分のみ抽出))	319 (R4)	384
	指標 (国)	訪問診療を行う歯科診療所数	146 (R5.10)	164
5	在宅医療を担う薬局が整っている		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
	指標 (国)	訪問薬剤管理指導を行う薬局の割合 (※国保連データの医療保険+介護保険の薬剤算定機関 県内分のみ抽出)	70.2%	80%
	指標 (独自)	地域連携薬局数(※県届出)	45 (R5.10)	100
6	在宅医療を担う訪問看護ステーションが整っている		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
	指標 (国重)	訪問看護ステーション数 (※近畿厚生局データ)	185 (R5.10)	187
	指標 (国重)	機能強化型訪問看護ステーション数 (※近畿厚生局データ)	17 (R5.10)	28
	指標 (国重)	訪問看護師等数(常勤換算数) (※訪問看護ステーション実態調査)	836.2 (R4)	1,008
	指標 (独自)	常勤換算5人以上の訪問看護ステーションの率 (※訪問看護ステーション実態調査)	47.3% (R4)	47.3%
	指標 (独自)	常勤換算10人以上の訪問看護ステーションの率 (※訪問看護ステーション実態調査)	21.7% (R4)	30%
7	身体機能及び生活機能の維持向上のためのサービス提供が整っている		基準値 (方針策定時)	目標値
	指標 (国)	訪問歯科衛生を行う機関数※国保連データの医療保険+介護保険算定機関数(県内分のみ抽出)	95 (R4)	115
	指標 (国)	訪問リハビリを行う機関数(※国保連データの医療保険+介護保険リハ算定機関数 県内分のみ)	162 (R4)	195
	指標 (独自)	訪問栄養指導に関わっている管理栄養士数 (滋賀県栄養士会に所属する管理栄養士)	21 (R1)	25
	指標 (国)	訪問栄養を行う医療機関数(※国保連データの医療保険+介護保険算定機関数(県内分のみ))	16 (R4)	19

番号	取組みの方向性 (中間アウトカム)		基準値 (方針策定時)	目標値
2	県民が、望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる			
	指標 (国重)	訪問診療を受けた患者数 (※国保連データの医療保険の年・実人数)	12,438人 (R4)	14,992人
	指標 (国)	訪問歯科診療を受けた患者数 (※国保連データの医療保険の年・実人数)	8,205人 (R4)	9,889人
	指標 (国)	訪問薬剤管理指導を受けた患者数 (※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	6,752人 (R4)	8,138人
	指標 (国重)	訪問看護利用者数 (※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	17,220人 (R4)	20,755人
	指標 (国)	訪問歯科衛生指導を受けた患者数 (※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	5,634人 (R4)	6,791人
	指標 (国)	訪問リハビリを受けた患者数+訪問看護ステーションからのリハ訪問 (※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	5,194人 (R4)	6,260人
	指標 (国)	訪問栄養指導を受けた患者数 (※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	212人 (R4)	256人

番号	目指す姿 (最終アウトカム)	
1	<p>県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる</p> <p>【QOLの維持・向上/QoDの実現】</p>	
	指標	検討中

在宅医療 【日常療養②】

番号	施策
18	医療依存度が高い方を地域で支える介護人材の育成

19	各職種の専門性向上のための研修や関係団体の協働による多職種連携人材育成研修などの取組推進
----	--

20	各地域の多職種での顔の見える関係作りと日常の療養について協議の場を持つ (再掲)団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ (CM×SW協 等) (リハ×リハ、看護×看護 等)
21	多職種・多機関連携のための研修会の実施
22	医療と介護の相互理解のための同行訪問や専門知識を有する職員の派遣を活用したOJT機能による人材の育成
23	地域ケア会議の場へ参画による多職種理解と連携の推進
24	県単位で暮らしを支える関係者が互いに学びあいつながり合う医療福祉の地域創造会議ワーキング会議の開催 (再掲)ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり

25	レスパイト入院・入所にかかる連携推進
26	住民からの相談窓口の設置や周知
27	当事者間の交流の支援

28	県民が、かかりつけ医師、看護師、薬剤師を持つことの重要性を理解するための啓発
29	県民(企業を含む)が、疾病や介護予防、互助活動(見守り)、在宅療養や看取りについて理解を深める機会の確保(QOL・QOD)

番号	取組みの方向性 (初期アウトカム)		
		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
8	医療依存度の高い方を地域で支える介護サービスが充実している		
	指標(独自)	たん吸引・経管栄養登録特定行為事業者数(不特定多数の者対象)	181(R5) 211
	指標(独自)	小児の受入れ可能な訪問看護ステーションの割合(※訪問看護ステーション実態調査)	57.4%(R4) 60.0%
	指標(独自)	看護小規模多機能居宅介護支援事業所数	13(R5.10) 19

9	自立支援の視点(本人が希望する暮らしへの視点)を持ち、多様なニーズに対応することができる人材が育成されている
	指標 検討中

10	望む場所での療養の実現に向けて関係者が多機関・多職種と情報を共有し、協働できている
	指標 検討中

11	本人の療養に伴う精神的負担や家族の介護負担の軽減するための支援がある
	指標 検討中

12	住民が、在宅でサービスを活用し療養をできることを知っている
----	-------------------------------

番号	取組みの方向性 (中間アウトカム)		
		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
3	県民が、望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる		
	指標(国重)	訪問診療を受けた患者数(※国保連データの医療保険の年・実人数)	12,438人(R4) 14,992人
	指標(国)	訪問歯科診療を受けた患者数(※国保連データの医療保険の年・実人数)	8,205人(R4) 9,889人
	指標(国)	訪問薬剤管理指導を受けた患者数(※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	6,752人(R4) 8138人
	指標(国)	訪問看護利用者数(※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	17,220人(R4) 20,755人
	指標(国)	訪問歯科衛生指導を受けた患者数(※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	5,634人(R4) 6,791人
	指標(国)	訪問リハビリを受けた患者数+訪問看護ステーションからのリハ訪問(※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	5,194人(R4) 6,260人
	指標(国)	訪問栄養指導を受けた患者数(※国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	212人(R4) 256人

番号	目指す姿 (最終アウトカム)
1	県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる 【QOLの維持・向上/QODの実現】
	指標 検討中

在宅医療 【急変時】

番号	施策
----	----

30	在宅を支える病院のバックアップ体制の確保
31	24時間薬剤調製体制の構築
-	(再掲)訪問診療ネットワークの構築
-	(再掲)訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)

32	急変時の医療職と介護職の情報共有に関する人材育成
33	急変時に備えた訪問診療とバックアップ病院および訪問看護の情報共有に関するネットワークの構築

34	患者や家族が病状急変に備えた対応を知る機会の提供
----	--------------------------

番号	取組みの方向性 (初期アウトカム)		
----	----------------------	--	--

13	24時間の対応体制が整っている		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
	指標 (国)	在宅療養後方支援病院数 (※近畿厚生局データ)	6 (R5.10)	7
	指標 (国重)	往診を行う病院数 (※国保連データ 医療保険 往診料を算定した病院数(県内分のみ抽出))	34 (R4)	41
	指標 (国重)	往診を行う診療所数 (※国保連データ 医療保険 往診料を算定した診療所数(県内分のみ抽出))	393 (R4)	443
	指標 (国重)	24時間体制をとっている薬局の割合 (※国保連データ)	39.6% (R5.10)	75%
	指標 (国)	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数 (※訪問看護ステーション実態調査)	91.4% (R5.10)	95%

14	急変時に備えた情報共有ができています	
	指標	検討中

15	急変時対応への不安が軽減されている	
	指標	検討中

番号	取組みの方向性 (中間アウトカム)		
----	----------------------	--	--

3	県民が、病状急変に際し、必要な支援を受けることができる		基準値 (方針策定時)	R11 目標値
	指標 (国)	往診を受けた患者数 (※国保連データ 往診)	11,266人 (R4)	12422人

番号	目指す姿 (最終アウトカム)
----	-------------------

1	県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、 人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる 【GOIの維持・向上/GOODの実現】	
	指標	検討中

在宅医療 【看取り】

番号	施策
----	----

-	(再掲)訪問診療医のネットワークの構築
35	在宅ホスピス薬剤師の育成
-	(再掲)訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
36	施設看取り体制の充実

37	意思決定支援や緩和ケアのための研修
----	-------------------

38	各地域における多職種での顔の見える関係作りと看取りについて協議の場を持つ
-	(再掲)本人が望む形で在宅医療・看取りが実現できる地域を創造するためのワーキング会議の開催
-	(再掲)ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり

39	住民自身が終末期や緩和ケアにつながる、意思決定やエンディングノートについて考える機会の提供
----	---

番号	取組みの方向性 (初期アウトカム)
----	----------------------

16	望む場所での看取りの体制が整っている	基準値 (方針策定時)	目標値
	指標 (国重)	在宅ターミナルケアを行う医療機関数 (※国保連データ 医療保険 ターミナルケア加算 を取得した医療機関数 県内分のみ抽出)	147 (R4) 177
	指標 (国)	麻薬調剤を行っている薬局の割合	- 75%
	指標 (国)	麻薬持続注射の調剤を行っている薬局の割合	- 25%
	指標 (国)	中心静脈栄養の調剤を行っている薬局の割合	- 25%
	指標 (独自)	在宅ホスピス薬剤師数	53 (R4) 100

17	医療福祉関係者が意思決定支援のもと、本人の意向に沿った支援を行うことができる
指標	検討中

18	関係者が、本人・家族の看取りに向けた意向や必要な情報を多職種・多機関で共有し協働できている
指標	検討中

19	本人が望む最期を家族や関係者と共有できている
指標	検討中

番号	取組みの方向性 (中間アウトカム)
----	----------------------

4	県民が、望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる	基準値 (方針策定時)	目標値
	指標 (国重)	在宅ターミナルケアを受けた患者数 (※国保連データの医療保険の年・実人数)	1,425人 (R4) 1,718人
	指標 (独自)	在宅看取りが行われた患者数 (※国保連データ 医療保険死亡診断加算+ 看取り加算が算定された患者数)	1,481人 (R4) 1785人
	指標 (国)	自宅死亡率 (※人口動態調査)	2,749人 18.3% (R4) 24.5%
	指標 (国)	施設看取り率 老人ホーム (※人口動態調査)	1,350人 9.0% (R4) 12.8%

番号	目指す姿 (最終アウトカム)
----	-------------------

1	県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる 【GOALの維持・向上/GOODの実現】
指標	検討中

在宅医療 【感染症・災害時】【連携拠点】

番号	施策
----	----

40	BCPの作成と具体的な活用に向けた検討の推進
41	感染症・災害発生に備えた事業所間ネットワークの構築
42	災害時個別避難計画作成の推進

43	災害訓練の実施や参画の推進
44	職能ごとの災害時や感染症流行時に支援の継続を行うための人材の育成

45	自治体等での感染症の理解や災害発生に備え、在宅療養継続のための見守り体制の構築や避難訓練等の取組の推進
----	---

46	初期アウトカムの推進にかかる市町取組の把握と市町間の情報・意見交換の場の設定
47	医療福祉推進アドバイザー派遣による市町取組支援
48	健康福祉事務所を中心に、圏域の医師会、関係機関・団体との連携体制づくり
49	圏域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療介護連携に係るデータ提供や分析に対する支援

50	県単位での多職種での顔の見える関係作りと在宅医療に関する協議の場を持つ
51	在宅医療推進のための医師会へ体制構築支援

番号	取組みの方向性 (初期アウトカム)
----	----------------------

20	感染症や災害発生時に備えた支援体制がある
指標	検討中

21	感染症や災害発生時に対応できる人材が育成されている
指標	検討中

22	本人・家族が感染症や災害時に備えられている
指標	検討中

23	各圏域・市町において、多機関・多職種をコーディネートする人材が配置されている	基準値 (方針策定時)	目標値
指標	医療・介護連携コーディネーター設置市町数	19 (R4)	維持
24	各圏域・市町において在宅医療に関する協議の場がある		
指標	協議の場を設置する市町数	12 (R5)	19

25	各圏域・市町において多職種の集まりの場がある
26	各圏域・市町において在宅医療に関する住民への普及啓発ができています
27	各圏域・市町において現状に合わせた取組の計画・立案・評価ができています

28	各団体における在宅医療の充実・連携のための拠点が設置され、多職種連携・同職種間連携が推進されている
指標	検討中

番号	取組みの方向性 (中間アウトカム)
----	----------------------

5	県民が感染症や災害発生時にも、療養を継続することができる
指標	検討中

6	多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能が充実している
指標	- (1~5場面の中間アウトカム指標)

番号	目指す姿 (最終アウトカム)
----	-------------------

1	県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる 【QOLの維持・向上/QoDの実現】
指標	検討中

令和4年度 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査結果

～ 概要版 ～

滋賀県では、「滋賀県基本構想」に「すべての人に居場所と出番があり、最期まで充実した人生を送れる社会の実現」を重点政策の一つとして掲げ、様々な取組を進めています。この度、今後の医療福祉行政推進の参考にさせていただくため、県民の皆さまに医療福祉や在宅看取り等に関する意識や意向についてアンケート調査への協力をお願いしました。ここでは、その結果概要をお示しします。

調査対象：満 18 歳以上の男女 3,000 人
有効回収数：1,556 人（有効回収率 51.9%）
滋賀県 健康医療福祉部 医療福祉推進課

調査期間：令和 4 年 8 月 31 日～9 月 20 日
調査方法：郵送調査・インターネット調査
TEL 077-528-3529 FAX 077-528-4851

*各地域の抽出率の差を調整するため、回収数にウェイトを加重した規正標本数を基数として集計しています。

*Nは集計対象者数を示し、各選択肢の回答比率は「N」を母数として算出したものです。

*百分率(%)は、小数第2位を四捨五入（第1位まで表示）しているため、合計が100.0%に一致しない場合があります。

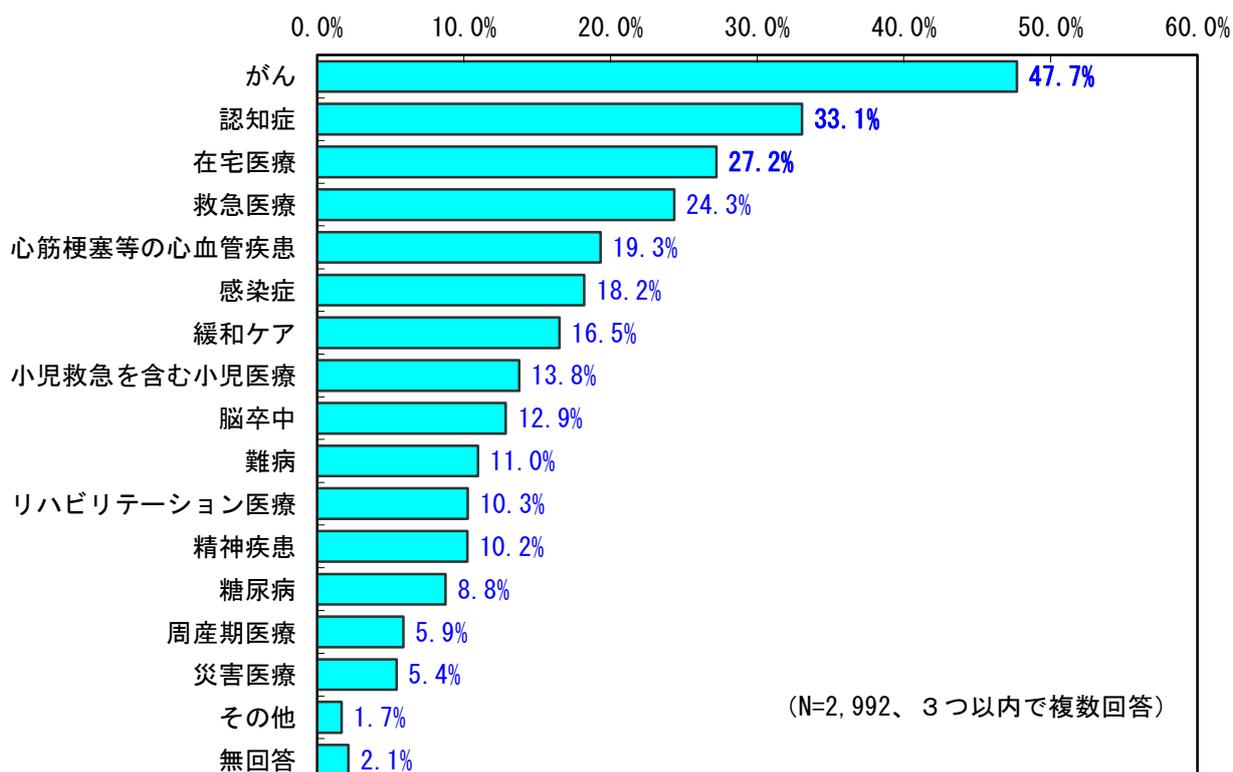
*過去の調査結果と比較している設問では、調査年度ごとに選択肢に差異がある場合があります。また、長文の選択肢は図中では省略して表示しています。回答が極端に少ない項目は百分率の表示を省略しています。

1. 滋賀県の医療について

(1) 今後充実して欲しい医療分野

❖ 充実してほしいのはがん対策、認知症対策、在宅医療等

今後充実して欲しい医療分野は、「がん」が47.7%、「認知症」が33.1%、ついで「在宅医療」が27.2%となっています。

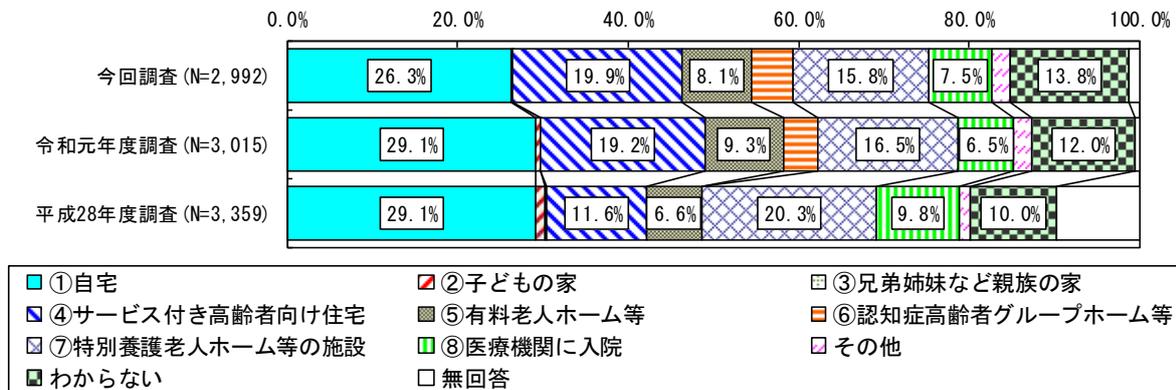


2. 介護に関することについて

(1) 将来介護が必要になった時に介護を受けたい場所

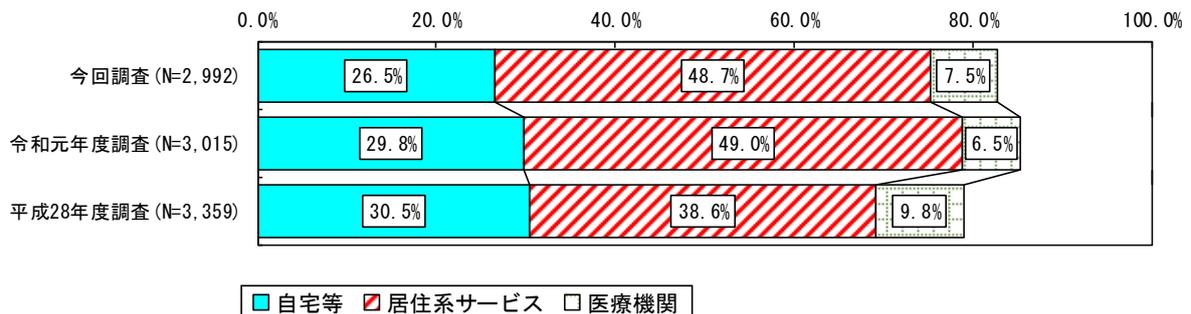
❖ 将来介護を受けたい場所は自宅、サービス付き高齢者住宅、特別養護老人ホーム等

将来介護が必要になった時に介護を受けたい場所は、「自宅」が26.3%、次いで「サービス付き高齢者向け住宅」（19.9%）、「特別養護老人ホーム等の施設」（15.8%）となっています。



上記の選択肢を『自宅等』『居住系サービス』『医療機関』に区分して過去の調査と比較すると、『自宅等』は減少傾向、『居住系サービス』『医療機関』はほぼ変化なしとなっています。

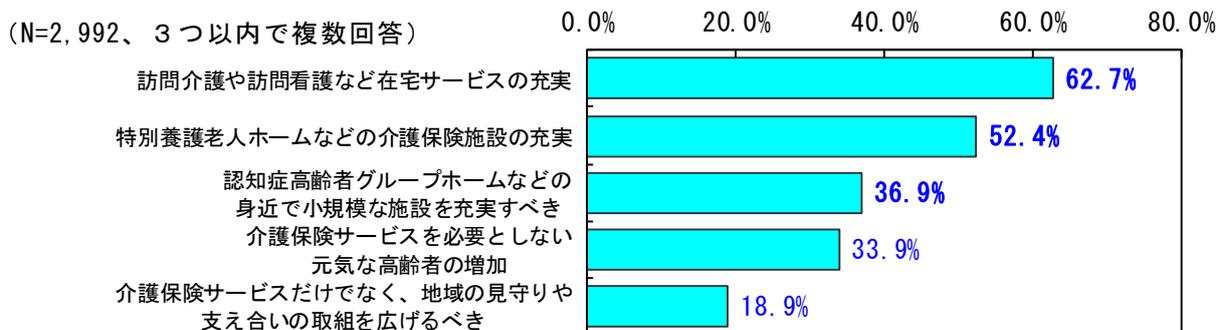
※『自宅等』：選択肢①～③、『居住系サービス』：選択肢④～⑦、『医療機関』：選択肢⑧



(2) 介護保険サービスで力を入れるべきこと

❖ 力を入れるべき介護保険サービスは訪問介護・訪問看護などの在宅サービスや介護保険施設

介護保険サービスで力を入れるべきことは、「訪問介護や訪問看護など在宅サービスの充実」が62.7%、次いで「特別養護老人ホームなどの介護保険施設の充実」（52.4%）、「認知症高齢者グループホームなどの身近で小規模な施設を充実すべき」（36.9%）などとなっています。



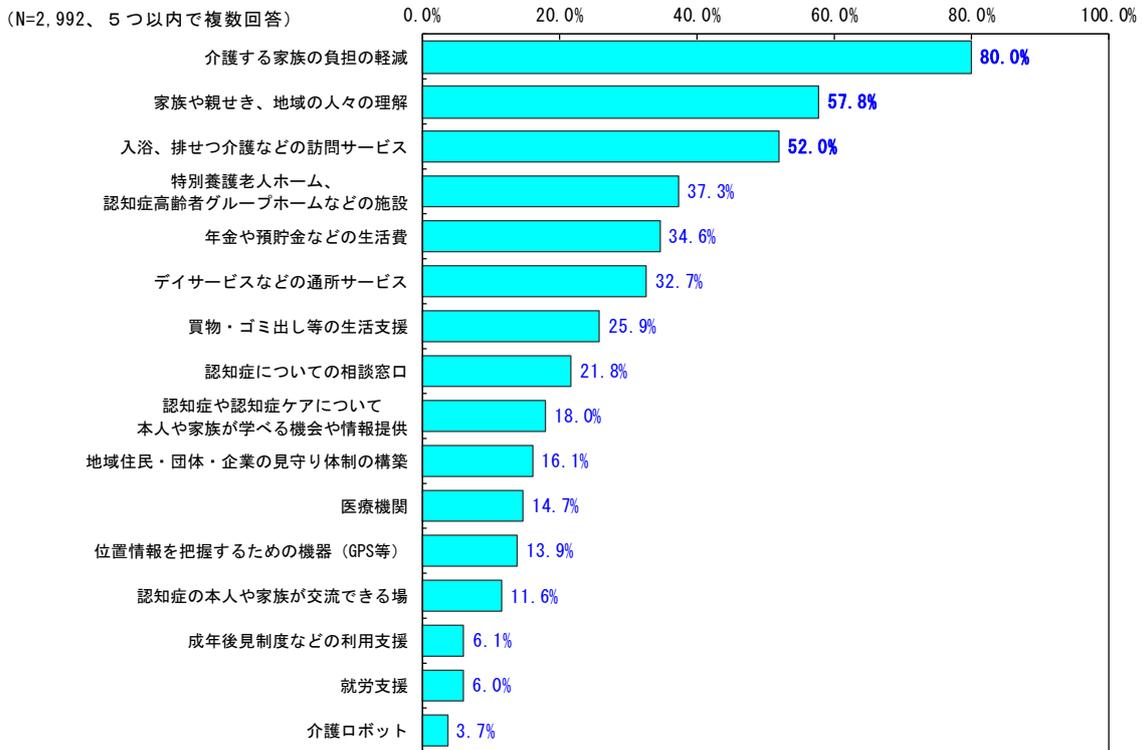
※「その他」（2.5%）、「わからない」（5.9%）、無回答（0.9%）は省略

3. 在宅における認知症ケアについて

(1) 住み慣れた地域で暮らし続けるために必要なこと

❖ **地域で暮らし続けるために必要なのは家族の負担の軽減、家族や親せき、地域の人々の理解**

認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要なことは、「介護する家族の負担の軽減」が80.0%で最も多く、次いで「家族や親せき、地域の人々の理解」（57.8%）、「入浴、排せつ介護などの訪問サービス」（52.0%）などとなっています。

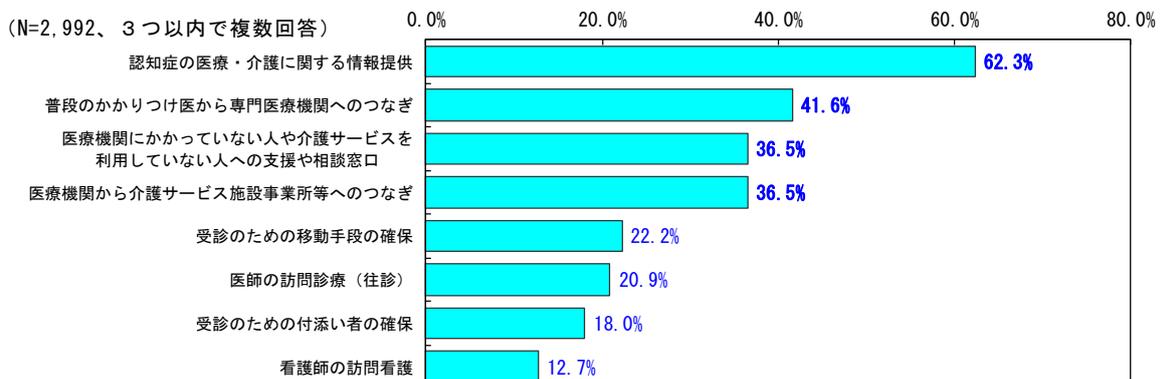


※「その他」（0.4%）、「わからない」（2.3%）、「無回答」（0.6%）は省略

(2) 認知症で医療・介護を利用する場合に必要なこと

❖ **「認知症の医療・介護に関する情報提供」や「医療機関・介護施設へのつなぎ」が必要**

認知症で医療・介護を利用する場合に必要なことは、「認知症の医療・介護に関する情報提供」が62.3%で最も多く、次いで「普段のかかりつけ医から専門医療機関へのつなぎ」（41.6%）、「医療機関にかかっていない人や介護サービスを利用していない人への支援や相談窓口」「医療機関から介護サービス施設事業所等へのつなぎ」（ともに36.5%）となっています。



※「その他」（0.7%）、「わからない」（4.8%）、「無回答」（0.5%）は省略

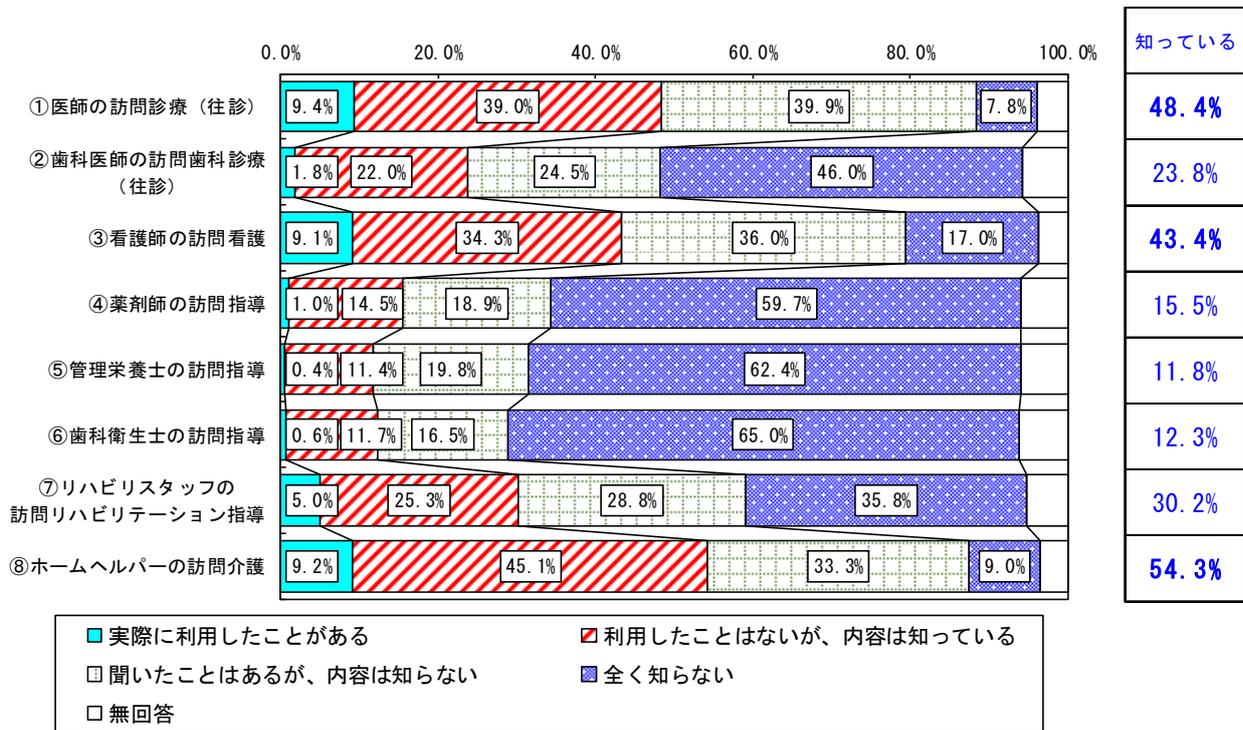
4. 在宅医療・人生の最終段階における医療について

(1) 在宅医療の各サービスの認知度

❖ 訪問診療、訪問看護、訪問介護以外の在宅医療サービスは、内容を知らない人が多数

在宅医療の各サービスについて、「①訪問診療（往診）」、「③訪問看護」、「⑧訪問介護」は比較的よく知られている一方で、「④薬剤師・⑤管理栄養士・⑥歯科衛生士の訪問指導」は認知度が低くなっています。

※『知っている』：選択肢「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」の合計

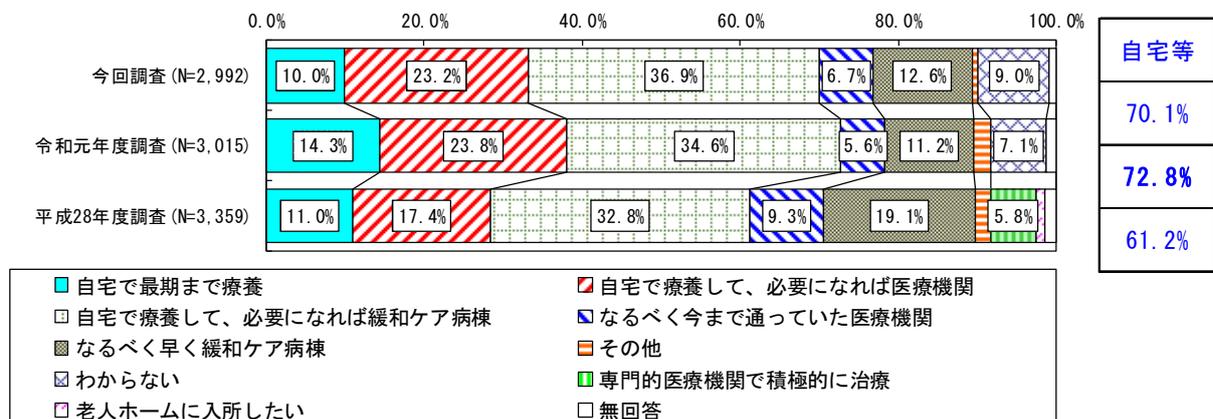


(2) ターミナルケアについての考え方

❖ 死期が迫っているときのターミナルケアでは、自宅療養を望む人が多数

仮に、痛みを伴い、しかも治る見込みがなく6か月以内に死期が迫っている状態だとした場合にどうしたいかについては、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」が36.9%で最も多くなっています。

※『自宅等』：選択肢「自宅で最期まで療養」「自宅で療養して、必要になれば医療機関」「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟」の合計

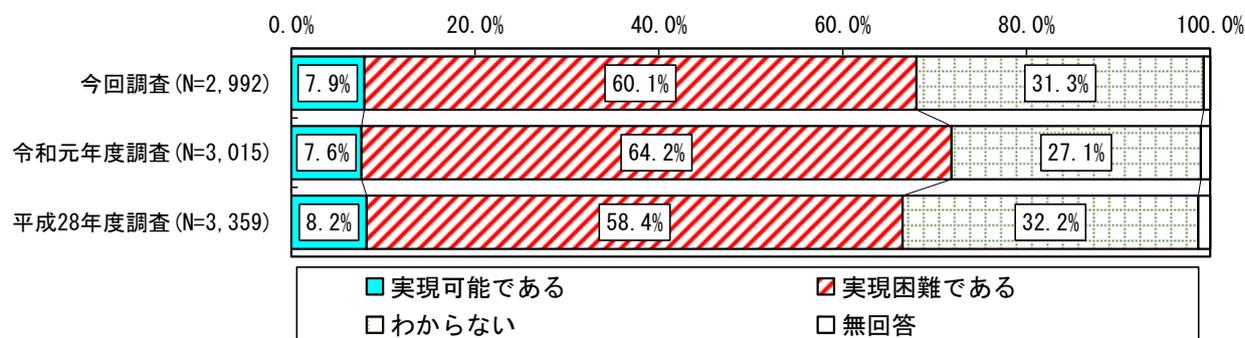


※平成28年度調査では、「わからない」はなく、「専門的医療機関（がん専門医療機関など）で積極的に治療を受けたい」が5.8%、「老人ホームに入所したい」が1.0%であった

(3) 自宅で最期まで療養できるか

※ 自宅で最期まで療養するのは「実現困難」が6割

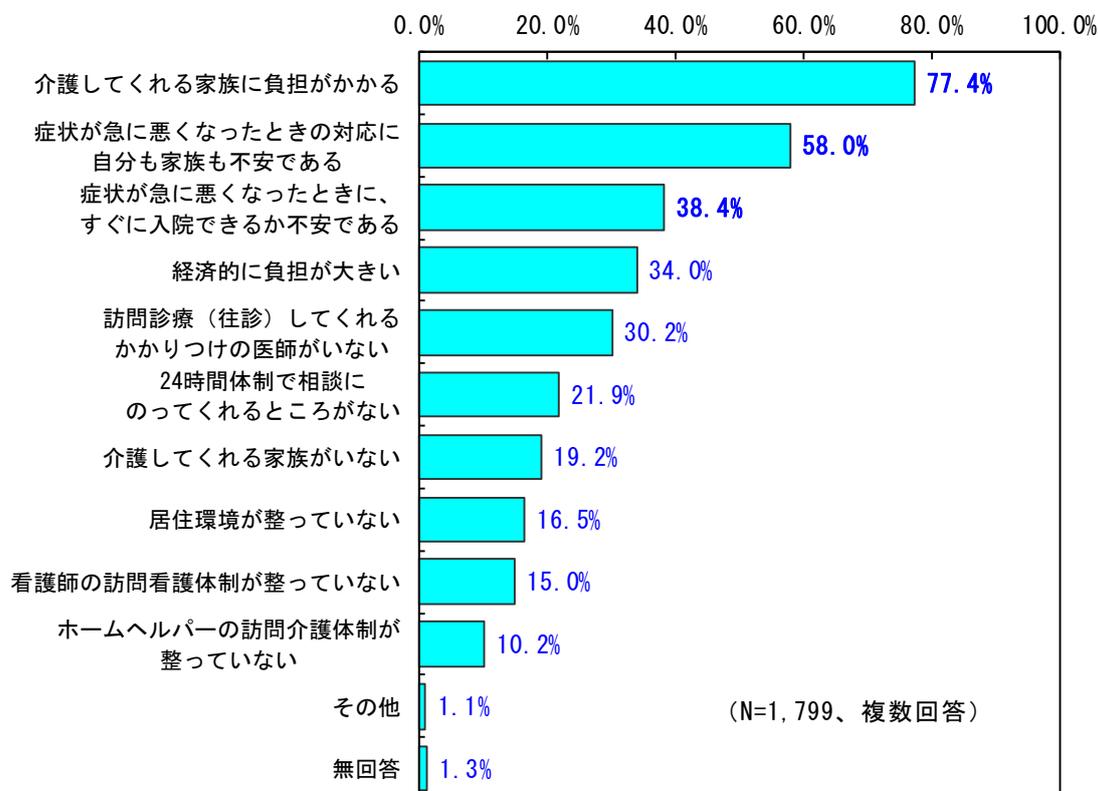
自宅で最期まで療養できるかは、「実現困難である」が60.1%で、「実現可能である」の7.9%を大きく上回っています。



(4) 自宅療養が実現困難な理由

※ 自宅療養が実現困難な理由は、家族の負担、急変時の対応や入院が不安

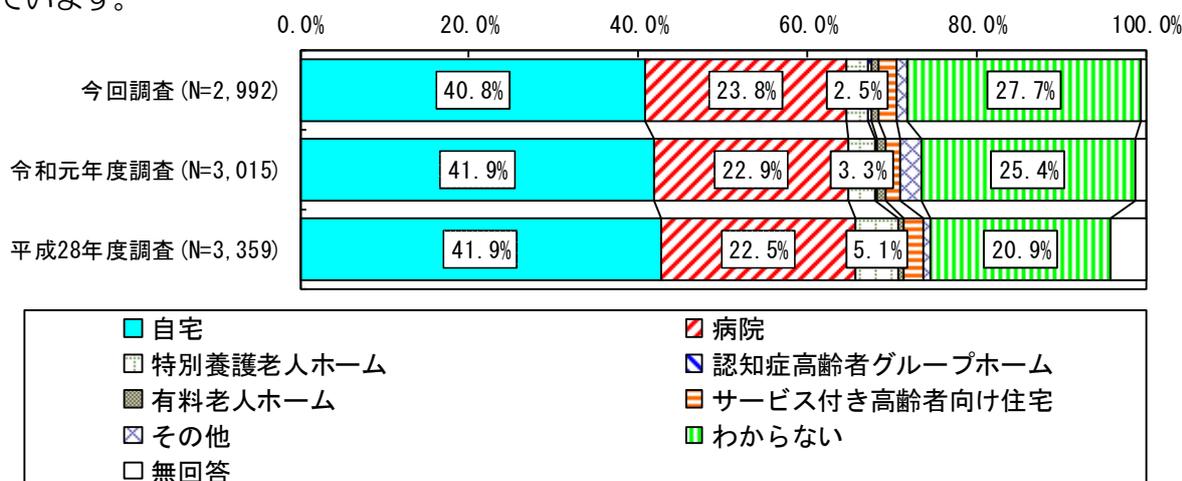
自宅で最期まで療養することが「実現困難である」と回答した人に、その理由をたずねたところ、「介護してくれる家族に負担がかかる」が77.4%で最も多く、次いで「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」(58.0%)、「症状が急に悪くなったときに、すぐに入院できるか不安である」(38.4%)となっています。



(5) 人生の最期を迎えたい場所

※ 人生の最期を迎えたい場所は「自宅」が4割

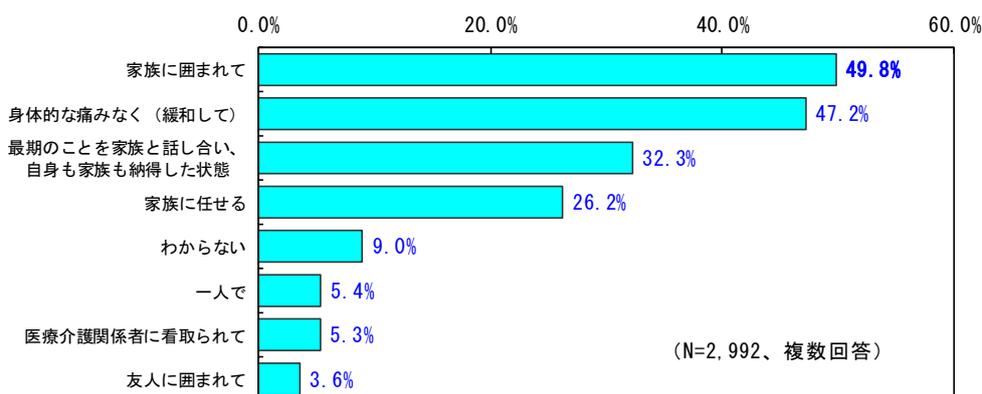
人生の最期を迎えたい場所は、「自宅」が40.8%で最も多く、次いで「病院」が23.8%となっています。



(6) 人生の最期を迎えたい状況

※ 人生の最期を迎えたい状況は「家族に囲まれて」が約5割

人生の最期を迎えたい状況をみると、「家族に囲まれて」が49.8%で最も多くなっています。

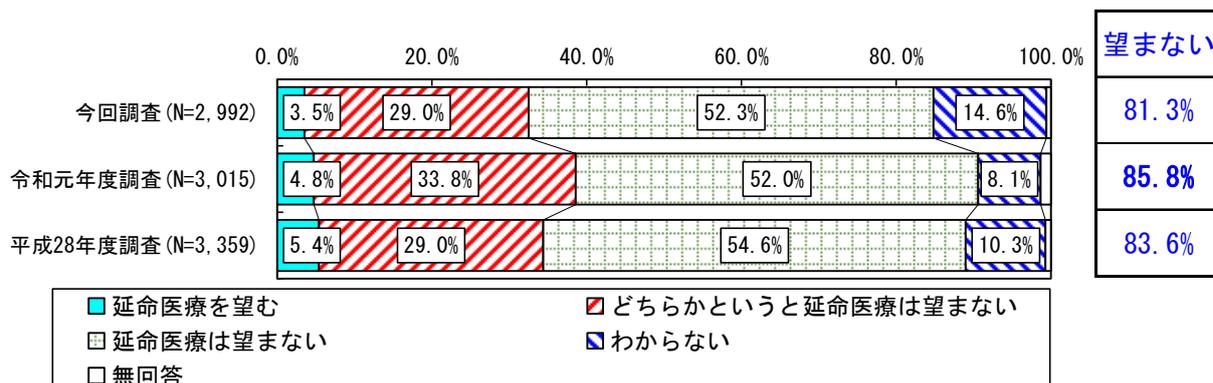


※「その他」(0.7%)、「無回答」(2.0%)は省略

(7) 延命医療の希望

※ 延命医療は『望まない』が約8割

延命医療の希望は、「延命医療は望まない」が52.3%で、「どちらかという延命医療は望まない」(29.0%)と合わせると、約8割が『望まない』と回答しています。

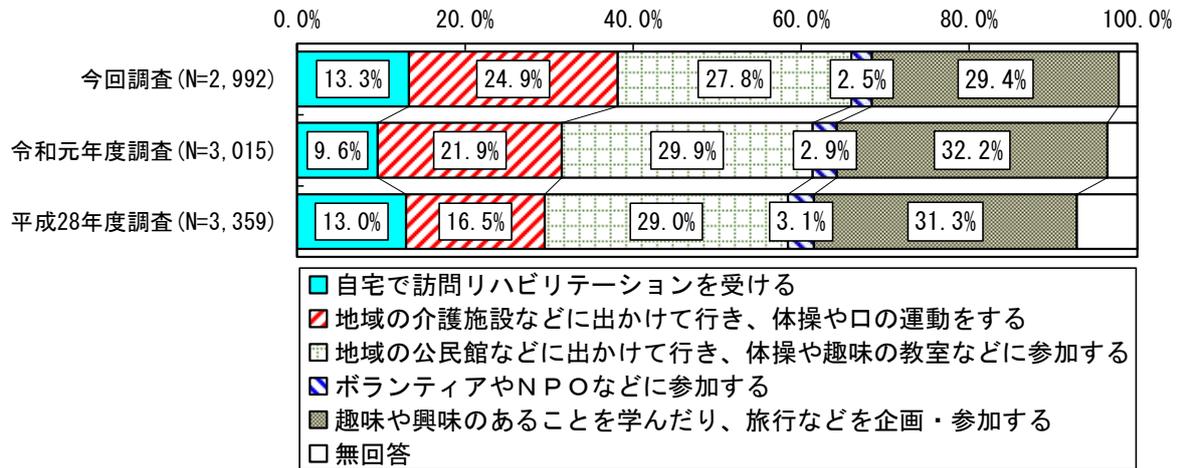


5. 介護予防に関することについて

(1) 望んでいる介護予防のイメージ

◆ 望んでいる介護予防のイメージは、趣味の充実など、自分たちが楽しんでできる活動

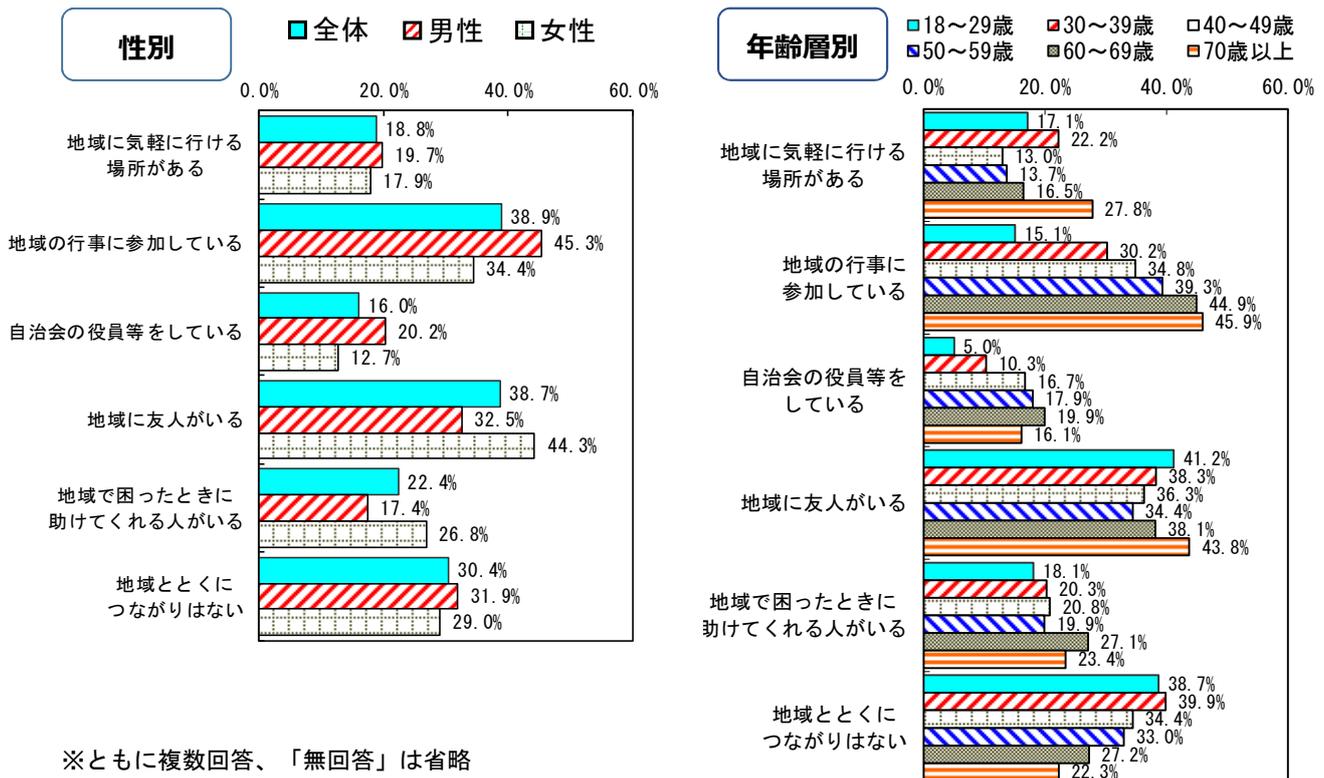
望んでいる介護予防のイメージは、「趣味や興味のあることを学んだり、旅行などを企画・参加する」が29.4%、次いで「地域の公民館などに出かけて行き、体操や趣味の教室などに参加する」(27.8%)、「地域の介護施設などに出かけて行き、体操や口の運動をする」(24.9%)となっています。



(2) 地域とのつながりの状況

◆ 地域とのつながりありは約7割だが、つながりなしも3割 つながりの内容に男女差

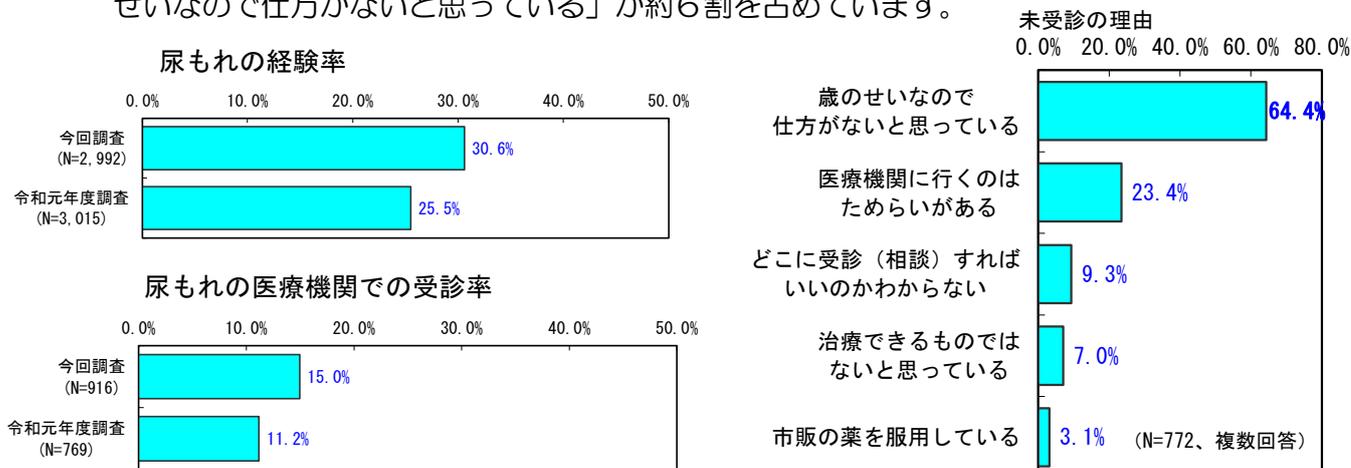
何らかの形で『地域とつながりがある』と回答した人は67.6%である一方で、「地域ととくにつながりはない」も30.4%に達しています。またつながりの内容は性別や年齢によって差がみられます。



(3) 尿もれの状況

※ 尿もれは3割が経験しているが、そのうち受診者は1割程度

尿もれの状況についてその経験があったかをみると、「はい」が30.6%、そのうち、診療所や病院等で「受診している」方は15.0%に留まっています。受診していない理由としては「歳のせいなので仕方がないと思っている」が約6割を占めています。

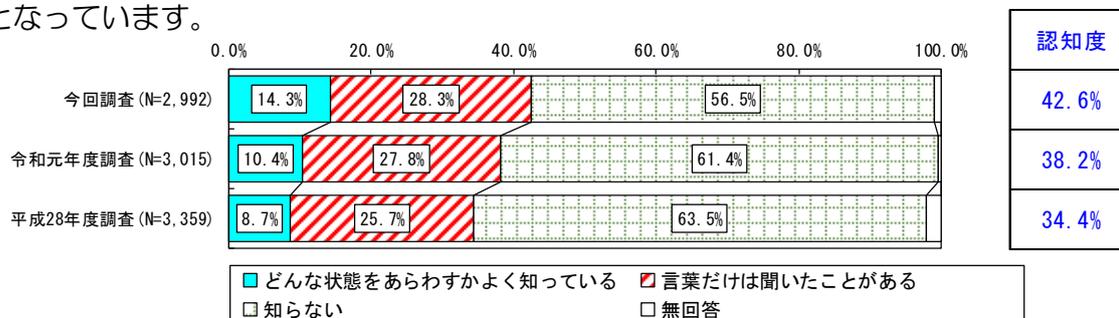


※「その他」(17.1%)、「無回答」(1.8%)は省略

6. 健康づくりについて

※ フレイルの認知度は約4割で増加傾向

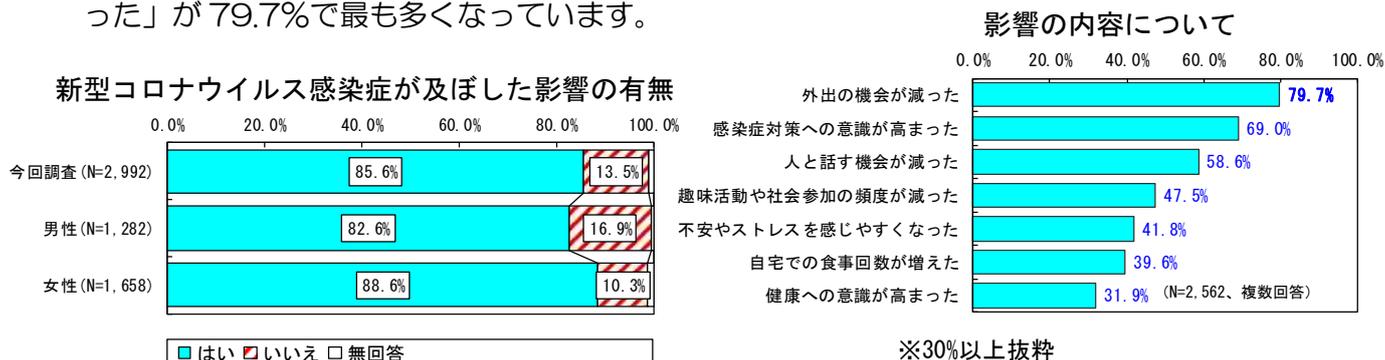
加齢に伴って筋力や心身の活力が低下した状態をあらわす「フレイル」という言葉の認知度は、「どんな状態をあらわすかよく知っている」と「言葉だけは聞いたことがある」を合わせると約4割となっています。



7. 新型コロナウイルス感染症の影響に関することについて

※ 新型コロナウイルス感染症の影響があったのは8割強

新型コロナウイルス感染症の影響があったかをみると、「はい」が85.6%となっています。性別にみると、女性で「はい」がやや多くなっています。影響の内容をみると、「外出の機会が減った」が79.7%で最も多くなっています。



滋賀県在宅医療等推進協議会設置要綱

(設置)

第1条 本県における在宅医療の推進に向け、関係機関および行政機関が協力して検討・協議を行い、具体的な取り組みを推進することを目的として、滋賀県在宅医療等推進協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 協議会は、次の事項について協議・検討を行う。

- (1) 医療ニーズの高い患者の保健医療福祉に係る現状に関すること
- (2) 在宅医療等の推進の基本方針に関すること
- (3) 在宅医療等の推進のためのシステムに関すること
- (4) その他、第1条の目的を達成するために必要と認められること

(組織)

第3条 協議会は、委員25名以内をもって構成する。

2 委員は、次に掲げるもののうちから、健康医療福祉部長が選任する。

- (1) 医療関係者
- (2) 医療等団体関係者
- (3) 学識経験者
- (4) 住民代表
- (5) 行政機関等職員

(会長および副会長)

第4条 協議会に会長および副会長を1名置き、委員の互選により定める。

2 副会長は、会長に事故があるときまたは欠けたときはその職務を代行する。

(会議)

第5条 会議は、必要に応じて健康医療福祉部長が招集し、会長が議長となる。

2 健康医療福祉部長は、必要があると認めたときは、会議に関する関係者を招き、意見を聞くことができる。

(部会)

第6条 協議会に必要に応じて部会をおくことができる。

2 部会は、協議の結果を協議会に報告するものとする。

(事務局)

第7条 協議会の事務を処理するため、滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課に事務局を置く。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、健康医療福祉部長が別に定める。

付則

この要綱は、平成18年6月13日から施行する。

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。