

## 医療と介護の連携

平成26年12月5日（金）

医療と介護の連携推進検討グループ

中小企業課	古川 拓也	（リーダー）
保健体育課	和田 真成	（サブリーダー）
しまね暮らし推進課	田中 壮一	
環境政策課	永岡 久典	
森林整備課	岸 大介	
雲南保健所	得能 佑太	

## 目次

1. 背景 .....	1
2. 本県の自宅での医療・介護の現状と 2025 年の姿.....	1
3. 対策の方向性 .....	2
4. 提案 .....	3
政策提案 1 医療介護の連携推進.....	3
政策提案 2 自宅療養圏の拡大 .....	5
政策提案 3 住み替えの推進.....	7
5. 検討の経過.....	9
6. おわりに .....	10
別添資料 1 「島根県における地域別に見た 75 歳以上人口の推移」 .....	11
別添資料 2 「島根県死亡場所推計」 .....	12
別添資料 3 「web モニター調査『在宅医療について』」 .....	13
別添資料 4 「介護系サービスの提供範囲マップ」 .....	14
別添資料 5 「医療系サービスの提供範囲マップ」 .....	15
参考資料 1 「75 歳以上人口推移の推計方法」 .....	16
参考資料 2 「島根県版死亡場所推計作成の考え方」 .....	17
参考資料 3 「医療と介護の連携実態調査アンケート結果まとめ」 .....	18

## 1. 背景

### (1) 国の動向

- ・ 全国的に、2025年には団塊の世代が75歳以上になり、医療費の増大が予想される
- ・ これに向け、国では病床数を増やさず、在宅医療・介護<sup>(注)</sup>を推進する方針

(注) 自宅及び居住系介護施設等（サービス付き高齢者住宅、特別養護老人ホーム等）における医療・介護サービスの提供をいう

### (2) 島根県の状況

- ・ 本県においても、2010年と比較し2025年までに75歳以上の人口が2万人増加する見込み  
(別添資料1「島根県における地域別に見た75歳以上人口の推移」参照)
- ・ 病床数が増えないとすれば、医療機関以外で死亡する高齢者数が増加  
(別添資料2「島根県死亡場所推計」参照)

### (3) 県民ニーズ

- ・ 在宅医療を利用したいという意見が6割以上
- ・ 中でも、人生の最期は、自宅で迎えたいという意見が多い  
(別添資料3「webモニター調査『在宅医療について』」参照)  
→自宅での医療・介護の推進を中心に考える

## 2. 本県の自宅での医療・介護の現状と2025年の姿

### (1) 医療・介護サービスの需要面

- ・ 医療・介護サービスのニーズが大きい75歳以上の高齢者人口の推移について、海側と山側・離島とで違いがある
  - ・ 海側では、高齢者数が増加（84,466人→106,696人）
  - ・ 山側・離島では、高齢者数が減少（34,269人→32,959人）  
(別添資料1参照)

### (2) 医療・介護サービスの供給面

- ・ 自宅での療養に必要な医療・介護サービスの提供事業所が海側に集中して分布している  
(別添資料4「介護系サービスの提供範囲マップ」及び別添資料5「医療系サービスの提供範囲マップ」参照)

\*海側では、概ね医療・介護サービスが提供可能であり、2025年においてもサービスが提供可能な範囲は大きく変化しない。

\*山側・離島では、介護サービスに関しては何らかのサービス提供が可能である。一方、医療については、サービスが提供できない地域が存在する。

(山側・離島で自宅での医療サービスの提供地域外の65歳以上人口  
(注)：18,797人→21,550人)

(注) 別添資料5記載の空白地域に居住する人数

- ・ 今後、大都市部で急激に需要が増加することから、医師・看護師・介護人材の増加は期待できない

### 3. 対策の方向性

以上より、2025年においても海側では概ね自宅での医療・介護サービスが提供可能であるが、今後更に需要が伸びることが予測される。一方山側・離島では、高齢者数が減少するものの、自宅での医療・介護サービスを受けられない人の数は増加すると予測される。

主要国道や高速道路網の整備状況、公共交通機関の充実程度についても海側と山側・離島で異なることから、対策の方向性をそれぞれ以下のとおりとする。

#### (1) 海側

- ・ 限られた資源のなかで増加するニーズに対応するため、効率的にサービスを提供することが必要  
→医療と介護の連携を推進【政策提案1】

#### (2) 山側・離島

- ・ 医療サービスの提供範囲外の地域があるため、提供範囲を広げることが必要  
→自宅療養圏(注)の拡大【政策提案2】  
(注) 自宅で暮らしながら医療・介護のサービスを受けられる地域
- ・ サービス提供範囲の拡大では対応できない地域について、サービス提供範囲内へ高齢者の住み替えが必要  
→住み替えの推進【政策提案3】

## 4. 提案

### 政策提案 1

#### 【医療・介護の連携推進】

##### (1) 現状・課題

- ① 医療・介護従事者間で“顔の見える関係”が十分に作られておらず、相互に相談しづらい状況がある。
- ② ワンストップ窓口であるはずの地域包括支援センターの存在が十分に認知されておらず、医療・介護従事者が業務で悩んだ際などに、どこへ相談したらいいのかが分からない。また、地域包括支援センターの業務量が膨大であり、マンパワーが足りていない、との声が聞かれる。
- ③ 医療・介護関係の情報を一括入手することが可能なホームページ等が存在しない。
- ④ 従事者によって、医療・介護の連携に対する意識、モチベーションに差がある。

##### (2) 対策

###### ① ケア party×party

###### 《具体的な内容》

- ・ 医療・介護連携のために、医療従事者、介護従事者、ケアマネジャー等が集まり、交流を行う多彩な場（カフェ、交流会、スポーツ大会等）を創出する取組に対し、経費に一定の補助
- ・ 医療・介護連携のためのワンストップ情報サイト（後述）への事例提供を条件とする

###### 《予算》

6,000 千円程度

（交流経費補助：300 千円×21 団体＝6,300 千円）

###### ② 地域包括支援センターの機能強化と周知

###### 《具体的な内容》

- ・ 地域包括支援センターにワンストップ窓口の専属職員を配置し、窓口機能を強化
- ・ 地域包括支援センター職員の能力向上のため、研修への費用を助成
- ・ 地域包括支援センター及び、地域の医療介護関係者の顔写真付職員録を作成
- ・ 地域包括支援センター職員にクローズアップしたPR冊子を作成し、存在をPR

《予算》

75,000 千円程度

専属職員人件費補助	: 3,000 千円/人×19 市町村=57,000 千円
研修費用助成	: 100 千円/人×3 人×19 市町村=5,700 千円
PR 冊子作成費	: 300 千円×19 市町村=5,700 千円
職員録作成費	: 300 千円×19 市町村=5,700 千円

### ③ 医療介護連携のためのワンストップ情報サイトの立ち上げ

《具体的な内容》

- ・ 連携好事例の紹介
- ・ 共通様式データベース
- ・ 研修会情報
- ・ 何でも相談掲示板
- ・ 包括支援センター職員紹介

(利用者向けワンストップ情報サイト(後述)と同じサイト上に作成。  
ただし、ログイン制により制限をかける。)

《予算》

2,000 千円程度(サイト開設費用)

### ④ ケアデミー賞の創設

《具体的な内容》

- ・ 年に一度地域の医療介護連携に最も貢献した人、事業所を表彰
- ・ 実際にそれぞれに連携をしている相手方からの推薦により、候補者を選出(例えば、医師の推薦をケアマネジャーが行う)
- ・ 個人部門・事業所部門それぞれで表彰を行う。対象は下記を想定。
  - 個人部門…医師、看護師、ケアマネ、包括支援センター職員等
  - 事業所部門…病院、診療所、訪問看護ステーション、介護事業所等
- ・ 1年間、情報サイトにて、ケアデミー賞受賞者として掲載
- ・ 事務は県が担当し、知事が表彰を行う

《予算》

2,000 千円程度

宣伝広告費・トロフィー作成	: 500 千円
ロゴデザイン	: 200 千円
賞金(各部門受賞者 100 千円/部門×10+大賞 300 千円)	: 1,300 千円

## 政策提案 2

### 【自宅療養圏の拡大】

#### (1) 現状・課題

- ① 医師が外来患者の対応に追われ訪問診療に手が回らない等の理由により、訪問診療を行う診療所が少ない。
- ② 距離的・時間的に負担が大きい地域に出向くインセンティブが限られているため、遠距離へのサービス提供が推進されない。
- ③ 訪問看護ステーションをニーズが少ない地域に設置する場合、建設費の回収に時間が掛かるため、設置が進まない。
- ④ 利用者にとって分かりやすい情報提供がされていないため、住民の中には自宅療養に関する知識が十分でない方も多い。

#### (2) 対策

##### ① チーム医療の推進

###### 《具体的な内容》

- ・ サービスが届かない地域を減らすため、医師会がコーディネートを  
行い、「病院－診療所」、「診療所－診療所」のチーム化を推進
- ・ 中山間地域の病院或いは診療所を1つ以上含むこととする
- ・ 医師がチームで訪問診療を開始し、中山間地域の訪問診療件数が一定以上(注)の場合、経費の一部を補填(医師会・チーム双方)  
(注) 各地域の実態に応じて定める

###### 《予算》

25,000 千円程度

連携に向けた経費補助：500 千円×10 チーム＝5,000 千円  
(旅費、会議費等)

医療チーム補助：2,000 千円×10 チーム＝20,000 千円  
(チーム医療開始時)

##### ② 訪問看護、訪問介護の中山間地域への移動費補助

###### 《具体的な内容》

- ・ 中山間地域において、移動時間が30分以上の訪問サービスを提供した場合、所定の報酬に加えて500円を支給
- ・ 介護保険適用分は、市町村が事業者を支給する場合、県が1/2を補助。医療保険適用分は、全額を県が補助。

介護保険適用分	県 250円	市町村 250円
---------	--------	----------

医療保険適用分	県 500円
---------	--------

《予算》

60,000 千円程度

介護保険適用分

・ 168,000 件×250 円=42,000 千円

医療保険適用分

・ 40,000 件×500 円=20,000 千円

### ③ 訪問看護ステーションサテライト整備費補助

《具体的な内容》

- ・ 中山間地域におけるサテライト事業所の設置補助
- ・ 次の経費の1/2を補助（補助上限4,000千円）
  - (1) 工事費又は工事請負費、工事雑費
  - (2) 既存建物の買収費・修繕費（新築するより効率的な場合）

《予算》

28,000 千円程度

（整備補助費：4,000 千円×7 圏域）

### ④ 利用者のためのワンストップ情報サイトの立ち上げ

《具体的な内容》

- ・ 自宅でも一定程度の医療・介護が受けられることを紹介する動画の掲載
- ・ 動画による各種制度、施設の紹介
- ・ 動画による事例紹介（例えば、入院から自宅療養へという一連の流れにおいて、どこに相談し、どのようなサービスが受けられるのかを示す）
- ・ 包括支援センター職員紹介  
（事業者向けワンストップ情報サイトと同じサイト上に作成）

《予算》

2,000 千円程度（サイト開設費用）



## 政策提案 3

### 【住み替えの推進】

#### (1) 現状・課題

- ① 75歳以上の独居高齢者や夫婦世帯が増加する中で、一定の需要が見込める海側では居住系施設(注)の整備が期待されるものの、中山間地域では十分な戸数が確保されておらず、病院からの退院後、行き場がなく県外への流出も始まっている。また、戸数に加え、家賃等の負担を理由に住み替えが進まない、との声も聞かれる。

(注) 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等の高齢者向け住まい

- ② 中山間地域の高齢者ほど自宅・墓・田畑等から離れて居住系施設へ住み替えることの抵抗感が大きい。

#### (2) 対策

##### ① 高齢者向け支援住宅の設置促進

《具体的な内容》

- ・ 病院退院後や冬期の間等に入居が可能な、医療・介護サービスが整ったすまいの整備を推進
- ・ 低所得者の入居も可能な安い家賃とするため建設費に補助
- ・ 市町村が下記条件を満たす住宅建設・改修を行う場合、その建設費、改修費の3/4を上限に支援
  - (ア) 中山間地域の住民を対象にしていること
  - (イ) 近隣に医療機関、訪問型医療・介護サービスを提供する医療機関、介護事業所があること
  - (ウ) 整備する住宅戸数のうち家賃を軽減した低所得者向けの住宅戸数を一定以上設けること
  - (エ) 市町村と住宅建設事業者との間で、入居者サポート(食事・見守り等)に関する取り決めがなされていること
  - (オ) 医療、介護の必要度を理由とした入居条件、退去条件を付していないこと

《予算》

36,000 千円程度

{ 4,800 千円×3/4(県補助)×10 戸 }

## ②-1 自宅等見守りサービス推進事業

《具体的な内容》

- ・ 移住した住民が安心して暮らせるよう、希望により自宅管理、墓守等のサービスを提供
- ・ 実施主体は、高齢者の安心感・信頼感等を考慮し、市町村とする
- ・ サービス利用にかかる費用は、個人の私的財産管理費用であるため、利用者負担とする
- ・ 市町村は利用者からの要望をうけ、窓口となりサービス提供会社を紹介する

《予算》

1,000 千円程度  
〔 広告費 〕

## ②-2 移住後の空き家貸出サポート事業

《具体的な内容》

- ・ 移住した高齢者またはその家族が、移住後空き家となる持ち家の貸出を希望する場合、市町村が窓口となりサポートする
- ・ 移住した高齢者にとっては、家賃収入を得ることに加え、建物や田畑等の維持管理にも繋がる

《予算》

1,000 千円程度  
〔 広告費 〕

## 5. 検討の経過

### (1) ミーティング

18回

### (2) 視察

- ①吉賀町役場
- ②津和野共存病院
- ③益田地域医療センター
- ④益田市医師会病院
- ⑤浜田医療センター
- ⑥弥栄診療所
- ⑦あすかクリニック
- ⑧サービス付き高齢者向け住宅「和かち逢う家」
- ⑨大田市役所 医療政策課
- ⑩出雲高齢者あんしん支援センター
- ⑪すぎうら医院
- ⑫訪問看護ステーション やすらぎ
- ⑬雲南市地域包括支援センター（雲南市役所）
- ⑭飯南町社会福祉協議会
- ⑮木次居宅介護支援事業所

### (3) アンケート

- ①医療と介護の連携実態調査アンケート（松江、雲南、益田にて実施）

## 6. おわりに

この度、およそ半年にわたり、「医療と介護の連携」という今後の県政を考える上で非常に重要なテーマについて、担当部署の職員の方々とともに検討を行った。

検討にあたっては、医療・介護分野の複雑な制度や多くの似かよった専門用語を理解するのに、大変苦勞した。今後、医療・介護施策を推進する上では、利用者である県民の方々によりわかりやすく制度等を伝えていく必要があると考える。実際にその難解さを体感した身として、これについては、特に付け加えておきたい。

各視察先においては、医療や介護の現場の状況や抱えておられる課題など、忙しい業務の合間をぬって基本的な質問からご対応いただき、検討を進める上で大変参考になった。

また、医療・介護関係者へのアンケートからは、日常の業務を通して感じておられる具体的なご意見を得ることができ、検討を掘り下げることができた

視察やアンケートで明らかになった現状等を踏まえ、我々は同じ島根県内であっても、地域によって、高齢者の人口推移や医療・介護施設の充実状況等が異なっていることに着目し、それぞれの地域の実情に応じた対策が必要と考え、最終的に本報告に掲げる政策提案となった。

政策の効果検証等、十分な検討が及ばなかった部分はあるが、今後の本県の医療・介護施策を検討する上での参考となれば、幸いである。また、我々個人としても、今回の政策提案で得た経験を今後の業務に生かしていきたい。

最後に、本提案の検討にあたり、視察先でご対応いただいた方々、及び多くの関係者の方に多大なるご協力をいただいたことに感謝申し上げ、本報告の結びとする。

# 島根県における地域別に見た75歳以上人口の推移

別添資料1

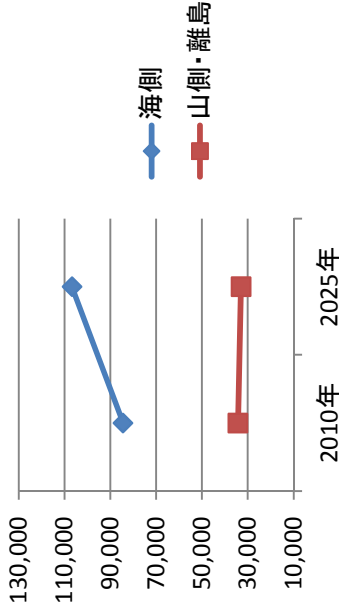
(1) 市町村別75歳以上人口推移

市町村名	【単位:人】		増減
	2010年	2025年	
海・山			
松江市	26,875	36,526	9,651
旧浜田市	6,720	8,719	1,999
旧三隅町	1,507	1,561	54
出雲市	24,989	31,240	6,251
旧益田市	7,638	9,687	2,049
大田市	8,032	8,195	163
旧安来市	4,481	5,922	1,441
旧江津市	4,224	4,846	622
旧金城町	992	991	-1
旧旭町	877	768	-109
旧弥栄町	475	349	-126
旧美都町	565	524	-41
旧匹見町	503	395	-108
旧広瀬町	1,768	1,724	-44
旧伯太町	915	1,020	105
旧桜江町	803	657	-146
雲南市	8,490	8,601	111
奥出雲町	3,316	3,148	-168
飯南町	1,408	1,230	-178
川本町	1,046	899	-147
美郷町	1,471	1,303	-168
邑南町	3,192	2,707	-485
津和野町	2,114	2,089	-25
吉賀町	1,718	1,587	-131
海士町	563	565	2
西ノ島町	751	773	22
知夫村	162	197	35
隠岐の島町	3,140	3,434	294
合計	118,735	139,655	20,920

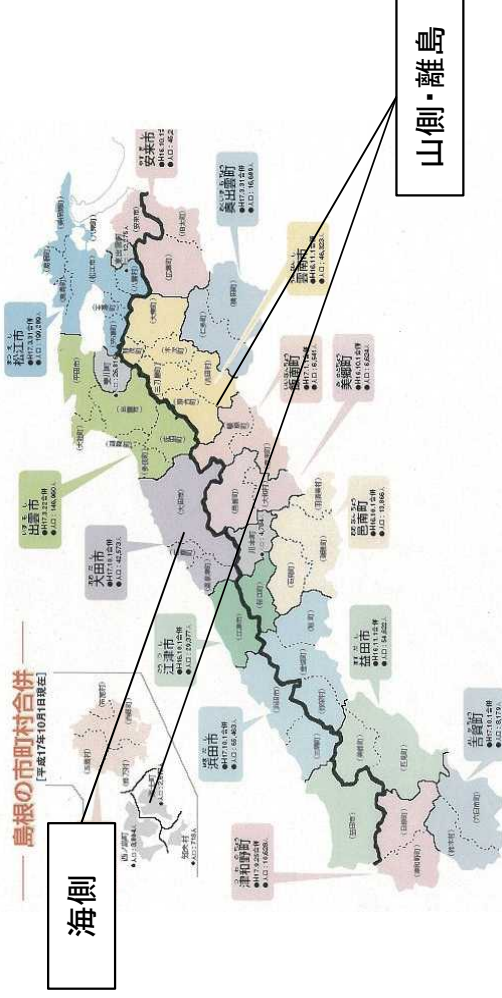
(2) 地域別人口推移

	2010年	2025年
海側	84,466	106,696
山側・離島	34,269	32,959
合計	118,735	139,655

(3) 地域別人口推移グラフ



(注) 海側、山側・離島の考え方



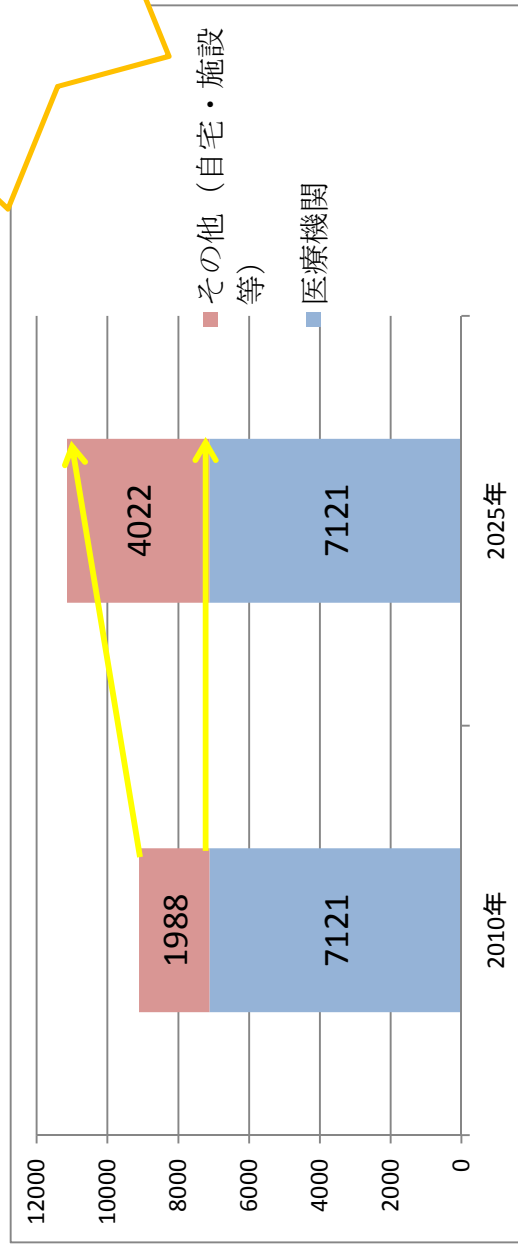
※人口の推計方法については、別添「2010年から2025年の75歳以上人口推移の推計方法」参照

# 島根県死亡場所推計

## 別添資料2

	2010年		2025年	
	人数	割合	人数	割合
医療機関	7,121人	78.2%	7,121人	64.0%
その他（自宅・施設）	1,988人	21.8%	4,022人	36.0%
合計	9,109人		11,143人	

医療機関以外で亡くなる方が2倍に！



- ・「市町村・年齢（各歳）別人口」(H25、島根統計情報データベース内)
- ・「死亡の場所別にみた都道府県別死者数」(H22、政府統計の総合窓口e-Stat内)
- ・「人口動態統計」(H23、厚生労働省大臣官房統計情報部)より推計

# webモニター調査「在宅医療について」集計結果(抜粋)

## 別添資料3

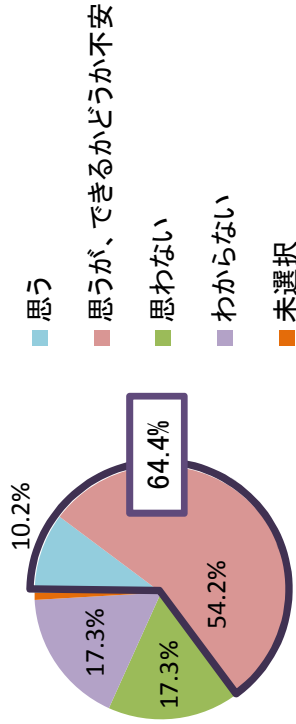
1. 集計期間…平成26年8月1日(金)～8月11日(月)
2. 対象者数…362名
3. 回答数…225名
4. 回答率…62.2%

(回答者の年代分布)

20代以下	2.7%
30代	14.2%
40代	20.9%
50代	25.3%
60代	20%
70代以上	16.9%

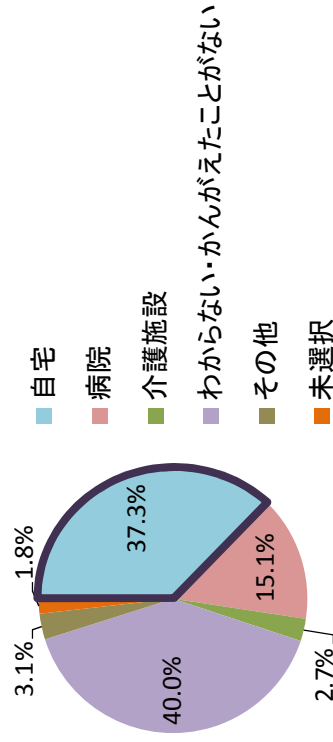
問: あなたは、万が一寝たきりになったときに、在宅医療を利用して居宅等で過ごしたいと思いますか?

思う	10.2%
思うが、できるかどうか不安	54.2%
思わない	17.3%
わからない	17.3%
未選択	0.9%



- ・ どの年代でも、「思うが、できるかどうか不安」という回答割合が最も高い
- ・ 70代以上では、「思う」・「思うが、できるかどうか不安」とする割合が合わせて75%をこえる

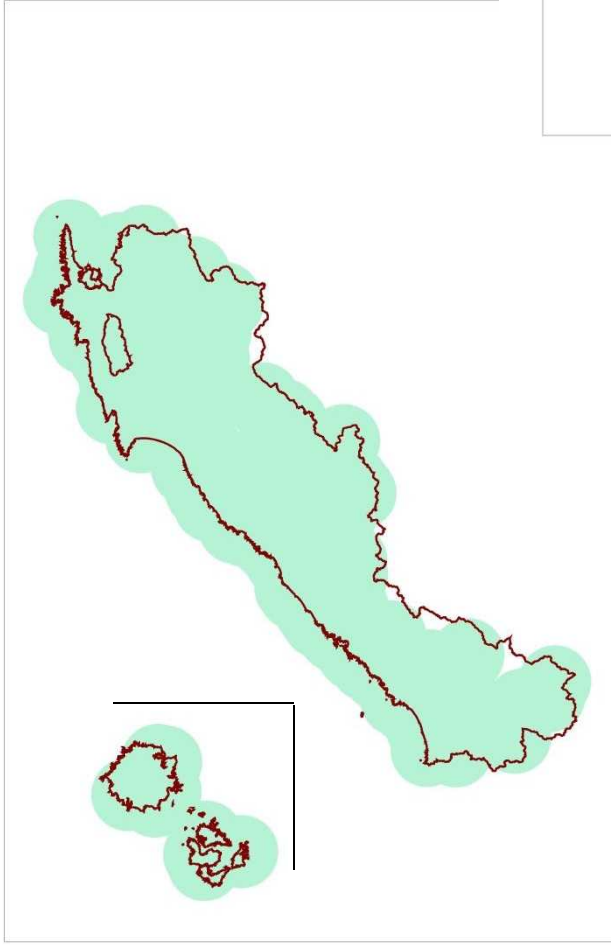
問: 人生の最期は、どこで迎えたいと思いますか?	
自宅	37.3%
病院	15.1%
介護施設	2.7%
わからない・かんがえたことがない	40.0%
その他	3.1%
未選択	1.8%



- ・ 回答者の年代が高くなるほど、「自宅」とする回答割合が増え、「わからない・かんがえたことがない」とする割合が減る傾向にある
- 【自宅とする回答割合】  
20代: 16.6%      70代以上: 50%
- 【わからない・かんがえたことがないとする回答割合】  
20代: 83.3%      70代以上: 10.5%

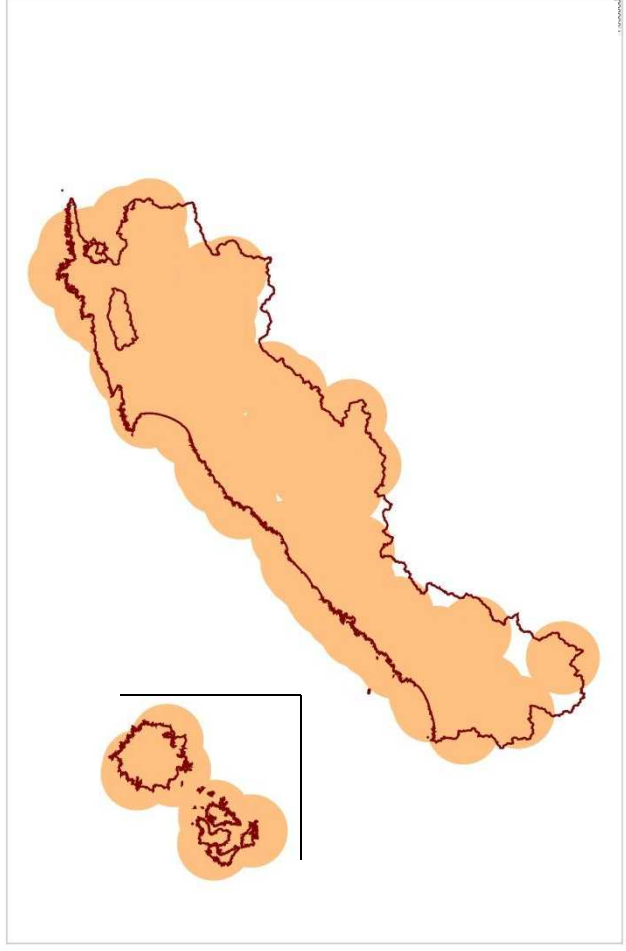
# 介護系サービスの提供範囲マップ

## 別添資料4



青:通所系サービス  
(通所リハビリ・通所介護)から10km

黄:訪問系サービス  
(訪問リハビリ・訪問介護)から10km

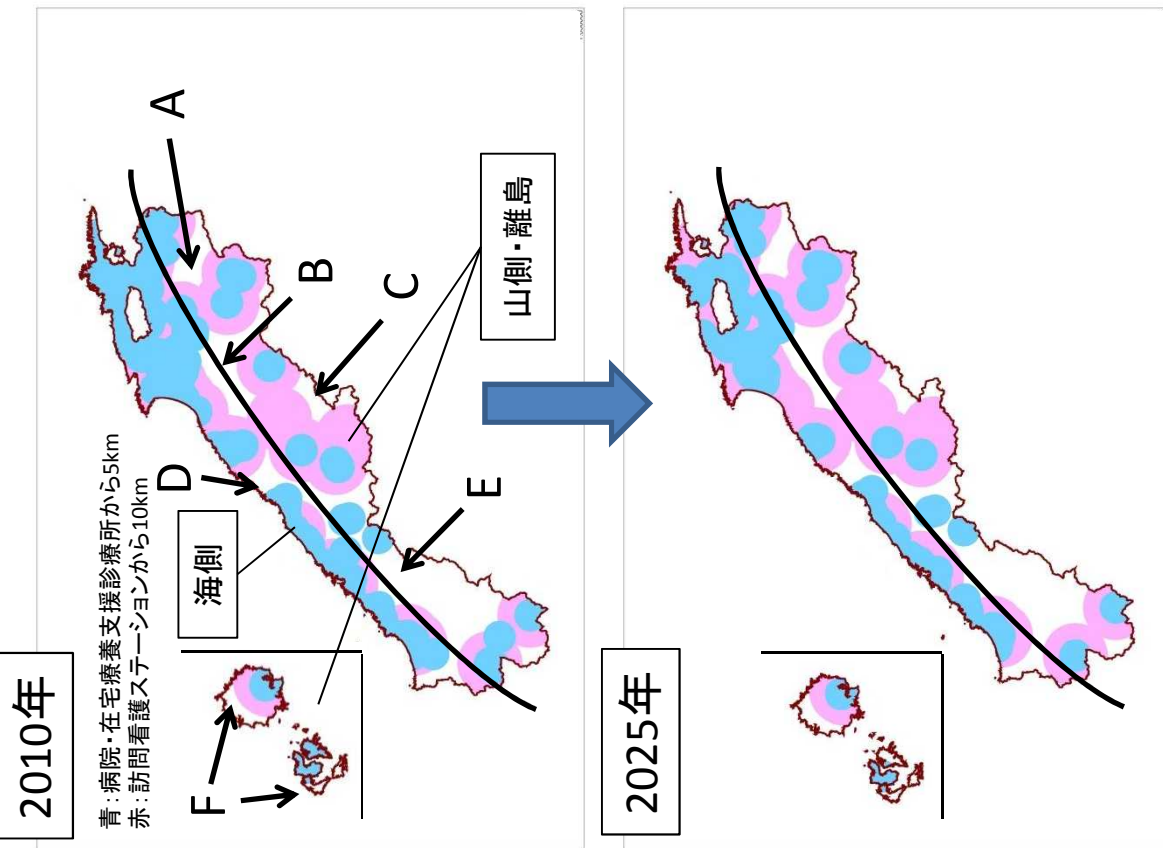




# 医療系サービスの提供範囲マップ

## 別添資料5

自宅が病院及び在宅療養支援診療所から5km以上、訪問看護ステーションから10km以上離れており、自宅での訪問診療、訪問看護を受けることが難しいと想定される地域に居住する人を「自宅での医療を受けない人」とした。



空白地域別人口推移(65歳以上)

空白地域	2010年	2025年	増減
A	2,389	2,964	575
B	6,139	7,409	1,270
C	2,243	2,348	105
D	3,635	3,993	358
E	9,714	11,044	1,330
F	2,456	2,894	438
その他	665	2,447	1,782
合計	27,241	33,099	5,858

※人口については、大字ごとに集計し、一部でも円外となっている大字については、空白大字としてカウントした。ただし、円の中心となる機関が所在する大字については、円内にある(空白大字でない)ものとしてカウントした。

※2025年の人口については、病院、訪問看護ステーションおよび65歳未満の医師が勤務する在宅療養支援診療所が存続するものと仮定し、算出した。(医師年齢データは医師会提供資料にもとづく)

区域別空白域人口推移(65歳以上)

区域	2010年	2025年	増減
海側	8,444	11,549	3,105
山側・離島	18,797	21,550	2,753
合計	27,241	33,099	5,858

(人)

## 参考資料1 「75歳以上人口推移の推計方法」

### 【2010年の75歳以上人口分布図】

1. H22年国勢調査の小地域集計の年代別人口表のデータを使用。
2. 字毎の75歳以上の人口をの小計を旧町村単位で合計。

### 【2025年の65歳以上予想人口分布図】

1. 元の人口データは2010年のものと同様。
2. 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課「人口動態統計」より、H23年の年代別の死亡率は下表のとおり。

(単位: %)

60--64	0.69
65--69	1.07
70--74	1.63
75--79	2.88
80--84	5.30
85--89	9.45
90--94	16.89
95--99	27.72
100歳以上	45.97

3. 下記の計算式により、15年後の人口を推計。

$X$  = 2010年の各年代の人口、 $\alpha$  = 死亡率とすると、2011年以降の人口は、

$$\begin{aligned} \text{2011年の人口} &= X - \alpha X = (1 - \alpha)X \\ \text{2012年の人口} &= (1 - \alpha)X - \alpha(1 - \alpha)X = (1 - \alpha)^2 X \\ &\vdots \\ &\vdots \\ &\vdots \\ \text{2025年の人口} &= (1 - \alpha)^{14} X \quad (14 \text{は乗数}) \end{aligned}$$

ただし、実際は、年をとるにつれ、死亡率が変動。上記の表より、死亡率は5歳刻みで算出されていることから、5年で1つ上の年代の死亡率になると仮定し、下記のとおり式により推計。

(2025年に75歳以上になる2010年段階で60歳を超えている年代の人口のみ推計)

$$(1 - \alpha)^4 X * (1 - \beta)^5 X * (1 - \gamma)^5 X$$

※  $\alpha$  = 2010年時の死亡率、 $\beta$  =  $\alpha$  から一つ上の年代の死亡率、 $\gamma$  =  $\beta$  から一つ上の年代の死亡率

4. 足し合わせる考え方は2010年と同様。

## 参考資料2 「島根県版死亡場所推計作成の考え方」

### 1 基となる人口値

島根統計情報データベース内

第8表 市町村・年齢（各歳）別人口（H25）より各年齢ごとに打ち込み

### 2 2015年以降の考え方

・新生児数は青少年家庭課HP掲載の島根県出生数から、H20～H24の平均の数値を使用

【参考】

H20	5685		
H21	5601		
H22	5756	→	平均 5641.8
H23	5582		より、5641人を固定値として使用
H24	5585		

・死亡率の元データは厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課「人口動態統計」より、H23年の年代別の死亡率を使用。

（上記死亡率は下記のとおり）

年齢	死亡率
0歳	0.00235
1歳	0.0004
2歳	0.0003
3歳	0.0002
4歳	0.0002
5-9歳	0.0001

年齢	死亡率
10-14歳	0.0001
15-19歳	0.0003
20-24歳	0.00045
25-29歳	0.00055
30-34歳	0.00065
35-39歳	0.00018

年齢	死亡率
40-44歳	0.0012
45-49歳	0.0019
50-54歳	0.00295
55-59歳	0.0046
60-64歳	0.00685
65-69歳	0.01065

年齢	死亡率
70-74歳	0.01625
75-79歳	0.02875
80-84歳	0.05295
85-89歳	0.09445
90-94歳	0.1689
95-99歳	0.27715
100歳以上	0.4597

・2014年のA歳の人数を $\alpha$ とし、 $\alpha \times$ 年代別死亡率により、死亡人数（ $=\beta$ ）を算出  
2015年のA+1歳の欄には、 $\alpha - \beta$ の人数が入る

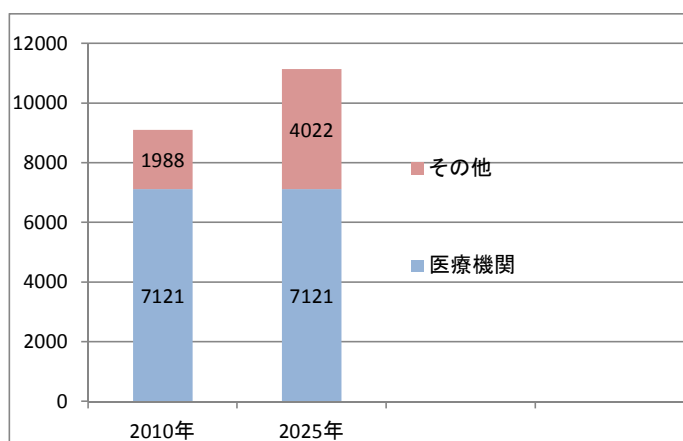
・以下、同作業を2025年まで

### 3 死亡場所別人数の数値

・「死亡の場所別にみた都道府県別死亡者数」（H22、政府統計の総合窓口e-Stat内）を使用

### 4 数値、グラフは下記のとおり

	2010年	2025年
医療機関	7121	7121
その他	1988	4022



## 参考資料3「医療と介護の連携実態調査アンケート結果まとめ」

実施圏域	松江、雲南、益田
回答者数	195名
	医療関係者: 55名
	介護関係者: 140名

### ■現在医療と介護の連携は取れているか

全体			
はい	いいえ	無回答	総計
51	96	14	161

医療関係者			
はい	いいえ	無回答	総計
11	38	6	55

介護関係者			
はい	いいえ	無回答	総計
40	58	8	106

### ■連携が取れている理由(複数回答) 「はい」と回答した方

	①勉強会・研修会への参加、開催	②ケース会議、関係者会議の実施	③連携のためのルールがある	④連携のためのツールがある	⑤相談しやすい体制づくりをしている	
医療関係者	6	5	0	3	7	21
介護関係者	16	14	19	21	16	86
全体	22	19	19	24	23	107

### ※具体的な内容

- ・地域での情報共有のためのシートを作成している(リハビリ関係職員)
- ・自治体内の保健、医療、介護、福祉の事業所が集まる会議を開催している(リハビリ関係職員)
- ・こちらから相談した場合もほぼ対応していただいている(社会福祉士)
- ・【月1回】医療機関や社協、介護事業所との会議【月2回】病院、保健、包括と合同カンファ【年1回】懇親会(ケアマネ)
- ・町内で連携ノートを活用(ケアマネ)
- ・記録を一つのファイルに貼り付けているため連携が取れている(訪問系介護職員)
- ・事業所の利用者、訪看、訪問リハとも連絡、相談してケアをしている(訪問系介護職員)
- ・医師から連絡ノートの記載があること(施設系介護職員)
- ・退院時カンファへの参加。ケアマネを中心とした担当者会議への参加(介護職員)
- ・共通ノートの使用により、多職種の方と連絡を取り合っている、直接電話でもお話している(介護職員)
- ・主治医との密なやりとり(事業管理者)
- ・共通の様式がある、相談窓口の設置(ケアマネ)
- ・市内共通様式作成。マニュアル作成(ケアマネ)
- ・医師とケアマネの連絡票が出来たことで医師との連絡は取りやすくなった(ケアマネ)
- ・入院時の初期カンファレンスを実施されるようになった。(ケアマネ)
- ・病院のサポートセンターの存在(ケアマネ)
- ・適時医療機関を訪ねている(ケアマネ)
- ・連携をとるために、双方の時間の調整が難しい(ケアマネ)
- ・合同研修会、懇親会、共有の情報提供書、連絡票(ケアマネ)
- ・情報提供者の存在(ケアマネ)
- ・入院時情報提供の実施。相談窓口との情報やりとりがしやすくなっている(ケアマネ)

- ・ケアマネ協会で共通様式を作り活用している。医師との合同研修や医療相談員との連絡のための研修をしている。(ケアマネ)
- ・積極的にケアマネから医療機関へ連絡をするよう心がける(ケアマネ)
- ・研修会、勉強会、ルール作りのような活動に参加していきたい(ケアマネ)
- ・記録ノートで連携できている(ケアマネ)
- ・BESTではない(保健師)
- ・福祉医療のネットワーク(保健師)
- ・生活療養ノートの作成、情報提供(リハビリ関係)
- ・病院の医療相談員とは繋がっているので連携できているが、開業医との連携は難しいと感じている(ケアマネ)

■連携のために必要と感じる事(複数回答) 「いいえ」と回答した方

	①勉強会・研修会への参加、開催	②ケース会議、関係者会議の実施	③連携のためのルール作り	④連携のためのツールの活用	⑤相談しやすい体制づくり	
医療関係者	15	18	22	8	27	90
介護関係者	19	21	31	15	40	126
全体	34	39	53	23	67	216

※実施できない理由

- ・呼びかけがない。皆さんあまりにも忙しいので、マンパワーが乏しい(医師)
- ・官民の立場の違いがある(医師)
- ・施設ごとに考え方の偏りがある(統一化は難しい)(病院看護師)
- ・会う機会がない(施設看護師)
- ・カンファが定期ではなく、利用者、患者が入院したとき、介護保険の更新申請のときくらい。問題が起きたときにタイムリーにできてい
- ・誰に相談して良いかわからない(看護師)
- ・現状ではルールがないため、どのあたりまで介入して良いかわからない、互いの職域もあるため(薬剤師)
- ・余裕がない(薬剤師)
- ・同系列ではない事業所・職域は参加に好意的ではない(薬剤師)
- ・歯科にはあまり呼びかけがないのでは?(歯科医師)
- ・呼びかけがない、各職種の方々が多忙(歯科医師)
- ・勉強会、研修会の開催が少ない(リハビリ関係職員)
- ・現状の課題についての合同勉強会と顔の見える会が必要ではないかと思う(ケアマネ)
- ・誰に相談して良いかわからない(ケアマネ)
- ・相談しにくい(ケアマネ)(事業管理者)
- ・顔を合わす機会がない(施設系介護職員)
- ・介護現場から他職種の方との相談や意見交換がしにくい(介護職員)
- ・他施設(例:通所介護事業所、リハビリの事業所が違う利用者に対して等)のスタッフとの連携をとるシステムや繋がりが弱い(介護職)
- ・お互いの顔が見えにくいところがある(事業管理者)
- ・医療と介護の立場の統一化(目線を同じにする)(事業管理者)

- ・各事業所の人員不足(介護系事務)
- ・ルール作りをしたいが、どこに呼びかけ、誰と相談していいか分からない(介護系事務)
- ・医師、介護職と一緒に研修を受けたり、話し合う機会がない
- ・医師と話が出来る時間帯やタイミングの取り方が難しい。窓口が医師、病院によって違う。(ケアマネ)
- ・入院された方の情報が病院からまったくない(ケアマネ)
- ・医師との連携、連絡がとりにくい(ケアマネ)
- ・相談しにくい、報告がない(ケアマネ)
- ・医療保険で入る訪問看護との連携が取りにくい、報告書のモニタリングが来ないため(ケアマネ)
- ・少しずつ、この10年間で大きな変化を感じている(病院看護師)
- ・これから訪問看護の勉強をしていきたい(病院看護師)
- ・システムが不十分(病院看護師)
- ・呼びかけがないため、ツールや流れを理解できていない人が多い。どこまで介入して良いのか分からない人もいる(病院看護師)
- ・日々忙しくて、システム作りに手が回らない。どこが中心となってやるか分からない(訪問看護師)
- ・きっかけがない、時間がない(訪問看護師)
- ・リハ介護を依頼してほしい人に直接お願いしてないから(薬剤師)
- ・在宅訪問の依頼がない(薬剤師)
- ・在宅医療に関する知識不足を痛感している。在宅でできること、行われていることの理解が深まれば連携も深まると思う(薬剤師)
- ・病院の医療従事者が在宅医療のことをリアルに考えていない(リハビリ関係)
- ・誰に聞けば良いか分からない(リハビリ関係)
- ・各サービスの情報を知らない(リハビリ関係)
- ・一方通行の関係があり、意見が出しにくい(ケアマネ)
- ・職種によっては、介護関係者、在宅支援者との連携に対して、必要ないという対応の場合がある(ケアマネ)
- ・事業所との連携は取れているが、Drとのコミュニケーションは難しい
- ・個別の交渉をするが、Drによって対応が違いすぎる。口頭OK、文書希望にしてほしい。時間がない等、コミュニケーションがとりづら  
現状がある。(ケアマネ)
- ・医師のカンファレンス参加(ケアマネ)
- ・呼びかけがない、誰に相談していいか分からない、相談しにくい現状がある(介護職員)
- ・相談しても返答なく保留される。医療面の様子が分からない(生活相談員)

■自宅へ出向いての医療または介護サービスの提供をしていますか

全体

している	していない	無回答	総計
86	48	27	161

医療関係者

している	していない	無回答	総計
25	25	5	55

介護関係者

している	していない	無回答	総計
44	40	22	106

■対象者の居住地が遠いという理由でのサービス提供の難しさがありますか 「している」と回答した方

全体

ある	ない	総計
44	41	85

医療関係者

ある	ない	総計
13	11	24

介護関係者

ある	ない	総計
31	30	61

※サービス範囲を広げるために必要なこと

- 1・車、ガソリン代(医師)
- 2・医師、看護師、介護職員の人員増加(看護師)
- 3・医療資源の確保(保健師)
- 4・交通費を含めた料金設定をしてはどうか(現在は実費)(薬剤師)
- 5・訪問距離に応じた金銭援助、事業所間での連携、近い事業所がフォローすべき(リハビリ関係職員)
- 6・内容によっては地域での支え合い(社会福祉士)
- 7・距離や移動時間に見合った報酬、道路整備(ケアマネ)
- 8・利用者の経済面を考えると負担は求められない。保険者としてどうしていくかの考えが大事(ケアマネ)
- 9・サービス事業所の拡大(ケアマネ)
- 10・特別地域加算等あるが、訪問事業所では割引して同単価にしないと利用者のサービスを居宅事業所から中止されることがある(介護職員)
- 11・移動時間に対する加算や交通費の援助(介護職員)
- 12・中山間地域を考慮した移動時間の金銭援助、遠距離の訪問した場合は加算がある等(事業管理者)
- 13・訪問距離と冬期(雪)を考慮した金銭援助(事業管理者)
- 14・訪問距離に応じた手厚い金銭援助(ケアマネ)
- 15・サテライト事業所(大きな事業所なら)(ケアマネ)
- 16・交通費の支給(ケアマネ)
- 17・遠方へ訪問すると可能な訪問件数が減ってしまう(訪問看護師)
- 18・その地域で何人かの利用者がいると、1日でまとめて訪問できる。金銭面の支援ほしい。(訪問看護師)
- 19・訪問距離に応じた金銭援助(歯科医師)
- 20・気合いだ!!



■現在サービスを提供しているところでもっとも遠い所

ある		
職種	距離	時間
医師	16km	24分
病院看護師		20分
2 看護師	15km	20分
3 保健師	25km	25分
薬剤師	7km	10分
歯科医師	20km	30分
歯科医師		20分
歯科衛生士		15分
6 社会福祉士	15km	20分
7 ケアマネ	20km	30分
ケアマネ	25km	30分
8 ケアマネ	30km	30分
ケアマネ	8km	20分
9 ケアマネ		40分
10 介護職員(訪問)		30分
11 介護職員	20km	40分
12 事業管理者	20km	20分
13 事業管理者	15km	30分
ケアマネ	8km	15分
ケアマネ	18km	20分
ケアマネ	12km	20分
ケアマネ	7km	15分
14 ケアマネ		25分
15 ケアマネ	20km	35分
ケアマネ	13km	20分
ケアマネ	20km	25分
ケアマネ	15km	20分
17 医師	10km	20分
看護師(訪問)		60分
18 看護師(訪問)	40-50km	60分
19 歯科医師	7km	30分
ケアマネ		25分

ない		
職種	距離	時間
医師	6km	20分
1 医師	20km	30分
看護師(病院)		30分
看護師(訪問)	30km	40分
4 薬剤師		20分
歯科医師	10km	15分
5 リハビリ関係	30km	30分
ケアマネ		30分
ケアマネ		30分
ケアマネ	10km	15分
介護職員(訪問)	13km	20分
事業管理者		15分
ケアマネ	5km	10分
ケアマネ	20km	25分
ケアマネ	12km	25分
ケアマネ	15km	30分
ケアマネ	5km	20分
ケアマネ	5~7km	10~15分
16 ケアマネ	25~30km	60分
ケアマネ	35km	25分
ケアマネ	25km	
ケアマネ	20km	
ケアマネ	10km	10分
ケアマネ	15km	30分
ケアマネ	20km	30分
ケアマネ	20km	30分
ケアマネ		40分
ケアマネ	15km	
看護師(訪問)	20km	25分
20 薬剤師	15km	20分
歯科医師		25分
リハビリ関係	20km	30分
ケアマネ	5km	20分
ケアマネ	5~7km	10~15分