

二次医療圏域の取り組み

地域包括ケア推進スタッフ

松江保健所	安達 幹
雲南保健所	細木淳之介
出雲保健所	吾郷 寿子
県央保健所	川上 佳子
浜田保健所	石川 公浩
益田保健所	岩永千登勢
隠岐保健所	川畑 裕子

1 松江圏域（松江市・安来市）

I. 松江圏域に関する検討状況

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービスが包括的に確保され、一体的に提供される地域包括ケアシステムを関係する機関が連携して構築していく必要があります。すでに地域包括ケアシステムの構築は2025年から2040年を見据えた議論へとシフトしています。今年度はトップセミナーとして、各市町村における人口推計や医療介護資源の供給量などのバランスをみながら、地域の実情に応じた仕組みづくりを考えていきます。



松田 晋哉 氏



令和5年度在宅医療供給量調査 結果のまとめ

令和5年11月
高齢医療福祉地区医療対策課

R5年度	主な検討実績	松江市	安来市
	意見交換会（HC）		8/7
	トップセミナー（県）	8/8	
	意見交換会（在医介）	8/17	
	Web会議（HC）	10/3	
	医療介護部会（HC）	10/17	
	意見交換会（在医介）	10/30	
	在医介担当会議（県）	11/17	
	意見交換（リハネット）		1/9
	意見交換会（在医介）	1/18	
	Web研修会（HC）	1/29	
	ケア会議（県）	2/2	
	病病会議（在医介）	2/8	

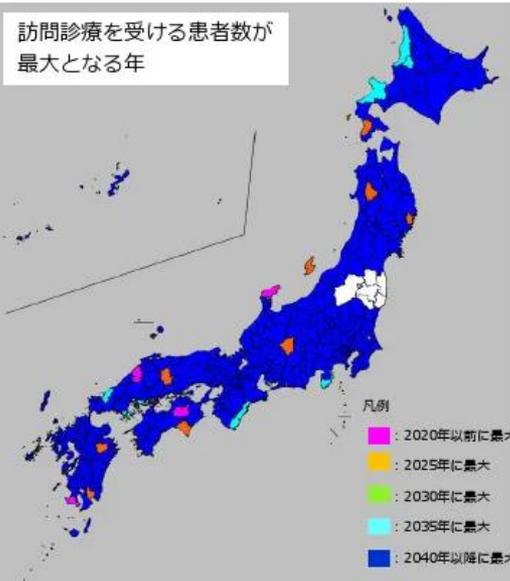
慢性期とは？

慢性期 = 入院（主に療養病床） + 介護施設 + 在宅

地域医療計画及び介護保険計画では、各地域の医療資源、介護資源、地理的条件の制約を考えながら3要素のベストミックスを考えられることが求められる

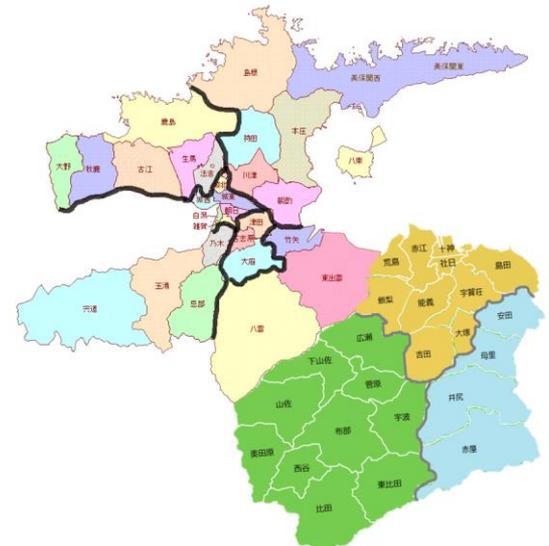
在宅医療の時代がやってくる！

訪問診療を受ける患者数が最大となる年



- ・ 介護施設の新規開設は望めない
- ・ 住宅施策、サ高住などの複合施設の増 等

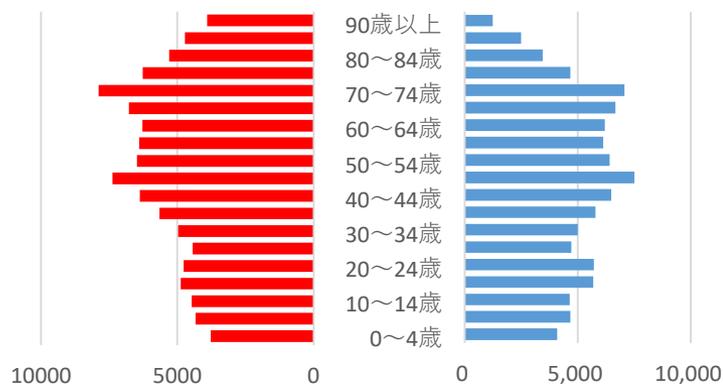
【出典】
 受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。
 推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
 ※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（I）及び（II）のレセプトを集計。
 ※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
 ※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。



Ⅱ.最新の圏域人口構造を分析、関係者への情報提供

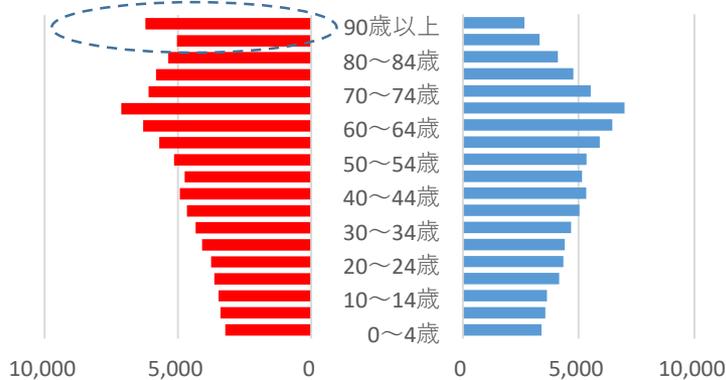
人口動向はよほどのことが無い限り確実な未来、今後何が問題になりうるのかを考える

【松江市】 2020統計 203,616人
(85歳以上 12,347人【うち女性8,625人】)
【女】 【男】

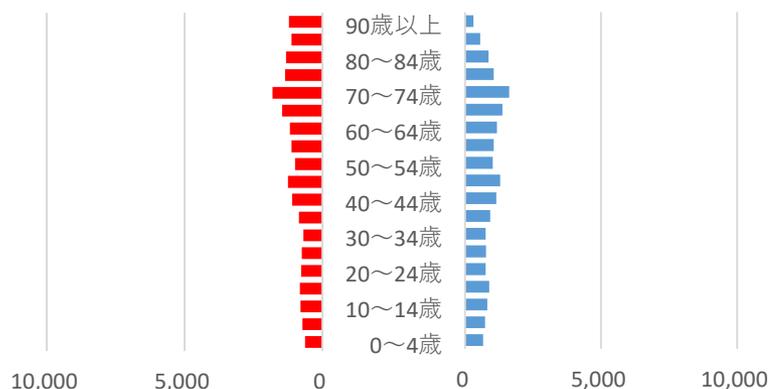


2040推計 181,933人
(85歳以上17,222人【うち女性11,258人】)
【女】 【男】

松江市は90歳以上の女性は増が見込まれ、85歳~89歳の女性も増が見込まれる

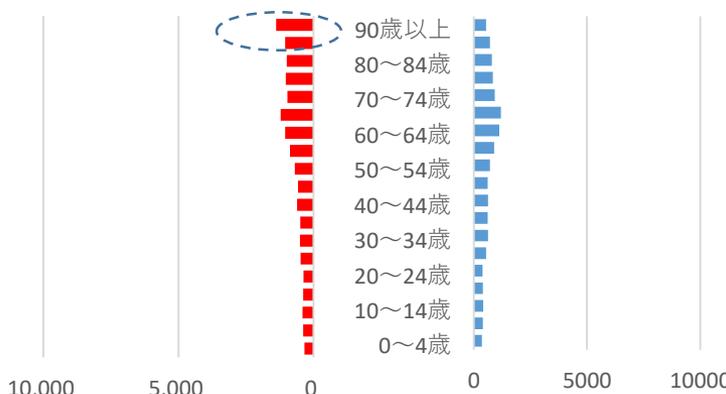


【安来市】 2020統計 37,062人
(85歳以上 2,964人【うち女性2,096人】)
【女】 【男】



2040推計 26,592人
(85歳以上3,710人【うち女性2,439人】)
【女】 【男】

安来市は90歳以上の女性の増が見込まれるが、85歳~89歳の女性は横ばいが見込まれる



Ⅲ.意見交換、人口構造や複数の疾病予測から見たこと

3-01 脳血管疾患

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	0.900	松江市	0.904	0.909
安来市	0.772	安来市	0.771	0.801

3-05 認知症

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	0.945	松江市	0.949	0.962
安来市	0.896	安来市	0.895	0.888

3-08 尿路感染症

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	1.020	松江市	1.010	0.996
安来市	0.920	安来市	0.941	0.989

3-10 骨折

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	0.991	松江市	0.989	0.988
安来市	0.984	安来市	0.979	0.982

3-11 膝関節症

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	0.958	松江市	0.953	0.952
安来市	1.105	安来市	1.107	1.105

3-12 悪性腫瘍

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	1.027	松江市	1.026	1.022
安来市	0.911	安来市	0.977	1.105

3-14 糖尿病

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	0.953	松江市	0.989	0.988
安来市	0.905	安来市	0.979	0.982

3-02 虚血性心疾患

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	1.106	松江市	1.161	1.157
安来市	0.968	安来市	0.969	0.976

3-06 骨粗しょう症

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	0.892	松江市	0.899	0.891
安来市	1.110	安来市	1.114	1.118

3-04 歯肉炎歯周疾患

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	1.127	松江市	1.131	1.138
安来市	0.995	安来市	0.985	0.981

3-07 肺炎

SCR推移	2015	SCR推計	2025	2040
松江市	0.975	松江市	0.962	0.958
安来市	0.888	安来市	0.877	0.881

見えたこと

- ・2040年、松江と安来では、85歳以上の女性が増
- ・85歳以上の2人に1人は、介護サービスが必要、同時に、複数の疾病管理も必要なことから、医療介護連携、特にケアマネとの連携やアセスメントが重要
- ・特に生活習慣病が、疾病の発症や進行に関与、両市とも介護予防や健康づくりに積極的に取り組んでいる

(参考) 松江市第8期介護保険事業計画から抜粋

○65～74歳で初めて介護認定を受ける人の状況 2019年申請分
1) 主治医意見書の第1疾病病名 2) 認定の結果

	疾病名	割合	要介護1以下	要介護2以上
1	脳血管疾患	13.4%	48.8%	51.2%
2	がん	12.5%	55.0%	45.0%
3	骨折及び関節症	8.4%	66.7%	33.3%
4	認知症	6.6%	81.0%	19.0%
5	心疾患	3.8%	75.0%	25.0%

○介護・介助が必要になった主な原因(前期・後期比較)から推計

	前期高齢者	割合	後期高齢者	割合
1	脳卒中	23.7%	1 骨折・転倒	24.0%
2	骨折・転倒	17.5%	2 高齢による衰弱	23.3%
3	糖尿病	8.4%	3 糖尿病	10.5%

松江HCでは年齢構造を含め、両市へ様々なデータを提供

IV. 今後の取組み（情報発信等）

健康づくり（壮年期から高齢期）

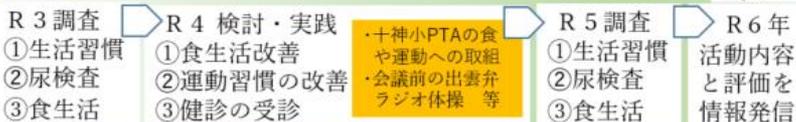
健康づくり

しまね健康寿命延伸プロジェクト

県民の健康で過ごせる期間（健康寿命）を伸ばすことを目指して令和2年度から県民運動を推進、松江圏域では安来市十神地区をモデル地区とし、健康実態調査を参考に、健康づくりに取り組んでいます。



- 重点項目**
1. 運動の促進 ⇒ 歩数アップ、運動習慣の確立
 2. 食生活改善 ⇒ 減塩・野菜摂取の増加



県は、県民の皆さんと一緒に今より1つ多く健康づくりに取り組むプラスワン活動をすすめています。詳しくは県HP⇒

フレイル予防（虚弱状態の予防）



フレイルは、「元気な高齢者」と「要介護高齢者」の中間に位置し、加齢に伴い、徐々に能力が低下し、虚弱な状態になります。早期発見し、適切な対応をとれば、健康な状態に戻ることがあります。

- ①身体的問題（筋力低下、動作が緩慢になり転倒しやすくなる 等）
- ②精神・心理的問題（認知機能障害やうつ 等）
- ③社会的問題（独居や経済的困窮 等）

松江市と安来市のフレイル予防の事例

介護予防で元気に過ごし、いつも笑顔

まつえ リハビリテーション 専門職派遣事業 やすぎ こけないからだ体操



地域の皆さんが集まったときに、市がリハビリ専門職を派遣し、地域活動を応援。元気に過ごすための体操やアドバイスを受けることができます。

週1回、童謡にあわせ、歌いながら笑顔で介護予防の体操。体操以外にも栄養やお口のケアに関するアドバイスを受けることができます。

保健所の情報発信の事例

2 雲南圏域（雲南市・奥出雲町・飯南町）

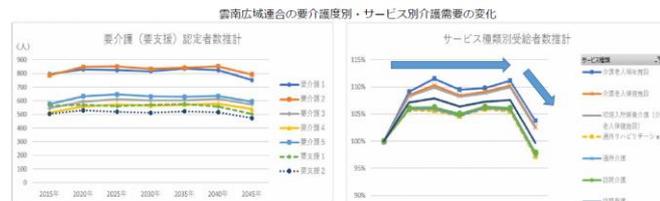
I. 検討状況

○松田データから

- ・雲南市、奥出雲町、飯南町すべての市町において人口減が続いており、2040年に向けて90歳以上の女性の人口が最も多くなる
- ・少ない現役世代で**効率的に医療・介護サービスを提供できる体制づくりが必要**
- ・生活習慣病に関する疾病（高血圧、糖尿病等）が多いため、主に**働き盛り世代へ周知する効果的な予防事業が必要**



雲南圏域の要介護度別・サービス別介護需要の変化



・要介護（要支援）認定者数の推移は、ほぼ横ばいで推移している。

・介護サービスの利用者数の推移についても多少の増減はあるが40年までほぼ横ばいで推移し、その後、急

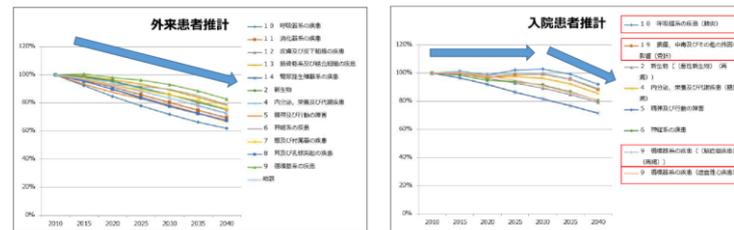
圏域全体の推計のため、人口の多い雲南市の影響を大きく受けている。松田データは現状と比較し、議論あり。

○所内協議

- ・松田データの雲南圏域に関するまとめ資料を作成
- ・各市町と保健所でデータの共有 & 意見交換の場を設ける



傷病構造の変化 雲南市



外来・入院ともに減少傾向

骨折、肺炎、脳血管障害、その他心疾患（=心不全）の入院受療率が2030年前後まで維持
⇒こうした傷病は要介護高齢者から多く発生するため、傷病の介護現場での予防、連携を基盤とした高齢者救急の体制づくりが必要。



○意見交換会

月日	共有者
1/10	雲南市・広域連合（保険者）
1/12	奥出雲町・奥出雲病院
1/15	飯南町

雲南市

○連携

・地域医療連携法人を軸とした
病診連携

→診療所医師をバックアップで
できるような体制づくりが必要。

○介護

・人材不足・職員の高齢化
→**様々な対策を取っているが
難しい。市の介護施設に魅力を感じてもらえるのか？施設を統合する時代が来る？**

・在宅で生活している人が減っている。

・通所、デイサービスの利用減。
→高齢者のニーズの変化か？

○各疾病・予防

・**重症化予防対策や減塩対策を引き続き行う。**

○集住や住み替え

・理想的な暮らしができると思うが、課題も多く、難しい。
・今の高齢者は自分の家から離れない。30～40代に向けて呼びかけてみては？

広域連合 (保険者)

奥出雲町

○人口

・推計より予想以上に人口減少進んでいる
・**高齢（利用）者、労働者が自市町外へ流出（特に松江、出雲へ）**

・働き盛り世代が減少し、保険料等負担する人が減っていく

○介護

・施設等の人材不足

○疾病

・**生活習慣病の原因疾患が多い**ため、予防事業の重要性を認識
・働き盛り世代へ向けた予防の呼びかけ大切
・歯科診療所医師の高齢化・後継者不足。
・元気な時から口腔ケア大切

飯南町

○連携

・一緒に働くことで作れる関係性を意識して**小さなところから仲間づくり。モデルケースとなるよう、頑張っていきたい。**

・まずは町と病院とで持続的に協働し、少しずつ事業を展開していければ。

→例：包括支援Cと病院とで毎月スタッフ会を開催

○各疾病・予防

・フレイル度チェックを実施。

・**病院PTと連携したフレイル予防事業を展開していく。**

→**スタッフも限られているので、今後どのように展開していくか課題。**

○生活支援

・高齢者の移動手段について、関係課と協議

○集住や住み替え

・現在の高齢者には現実的な話ではない
・次の若い世代の話になるのでは？

○連携

・**飯南病院を中心とした医療介護連携は取れている。**
・**急性期医療で出雲・松江・三次等との連携強化が今後必要。**

・**ICTを活用した情報連携難しい。**

○各疾病・予防

・特定健診や事業所訪問等を通じて**働き世代へ生活習慣病に関する呼びかけ**

・通いの場の担い手不足。継続することの難しさ

○生活支援

・移動支援について、高齢者をはじめとする利用者の多様なニーズを叶えることができるよう検討中。

○集住や住み替え

・**現在、既存施設の今後の利活用等を含めた町づくりの議論が住民を交えて行われている。**

→**住民の様々な思いがあり、難しい。**

○その他

・住民へ医療介護関係等様々なデータを積極的にフィードバックしていくことが大切。

Ⅲ.意見交換をしてみても

保健所

本データを見て何が
できるのかを考える
きっかけになるもの。
データの推計値から
良い方向にずれている
こともある。
医療・介護・福祉の
部署だけではどうにも
ならぬことがあるため、
最終的には市・町として
どうしていくのかを県も
一緒になって考えていく。



各市町

情報共有できてよかった。
引き続きこのような場を
設けてほしい。

データを参考にしながら
住民啓発をしていき、
予防事業を進める。

医療介護連携など、やら
なければならないことは
変わらないと思った。

すぐにできること、できない
ことあるので引き続き関係機
関と連携しながらやってい
きたい。

Ⅳ.意見交換を踏まえた今後の取組の方向性

- ・在宅医療・介護連携、関係者間の顔の見える関係づくりを推進するため、引き続きデータを活用した関係者との議論の場を設ける。
- ・フレイル予防について、今後も圏域として力を入れて実施していく。

I. 検討状況

◆ 出雲保健所 地域包括ケア推進にむけた連絡会（月1回開催）で報告書を分析（11月、12月）

【参加者】

所長、総務保健部長、環境衛生部長、心の健康支援課、医事難病支援課、健康増進課、衛生指導課、地域包括ケア推進ST

【分析方法】

- ①報告書のデータを見る上での留意点を共有
- ②医療・介護・保健データ統合分析システム（EMITAS-G）を活用し、介護度別疾患（2021年10月診療分）を確認
- ③EMITAS-Gを活用し、患者の受療動向（2021年度の医療機関側；流入状況、保険者側；流出状況）を確認
- ④意見交換

◆ 報告書に関する出雲市と保健所の連絡会（R5.12.28）

【参加者】

出雲市：医療介護連携課、健康増進課、高齢者福祉課（書面共有）

保健所：所長、心の健康支援課、医事難病支援課、地域包括ケア推進ST

【内容】

- ①報告書に基づく出雲保健所の検討結果について
- ②意見交換



Ⅱ.報告書を踏まえた出雲保健所での分析結果

1. 人口構造の変化による疾病構造の推移と入院医療について

○2030年頃までは入院需要が増加する。

○推計上、呼吸器系の疾患（肺炎）、循環器系疾患（脳血管疾患）、損傷、中毒及びその他の外因の影響（骨折）、内分泌・栄養代謝性疾患が増加する。

○雲南・大田圏域からの流入入院患者があり、他圏域からの入院需要を加味する必要がある。

2. 将来の介護需要について

○介護需要は2040年までは急増する。

○推計上、施設サービス需要が増加。介護保険施設を整備しないのであれば、自宅かサービス付き高齢者住宅で介護を受けることになる。

○出雲市では、サービス付き高齢者住宅の入居者数が多い。今後、入居者の介護度が高くなり、在宅医療・介護サービスの需要が高まると推測。

○サービス付き高齢者市住宅の増加も予測され、隣接圏域からの入居者も含め、入居者に対する在宅医療・介護サービスの需要が高まると予測。

⇒要介護状態の予防・重症化防止のための健康づくりと介護予防の取組強化と在宅ケアの充実（在宅医療、介護、日常生活支援）が必要。

3. 医療・介護サービス提供量（医療圏別SCR）

- 出雲圏域は、療養病床が全国に比して多い状況。
- 疾病構造の変化に応じて、急性期・回復期・慢性期病院及び在宅医療の役割と機能を継続して検討していく必要がある。

4. 医療・介護需要、疾病構造の推移（市町村別SCR） 2015～2010年

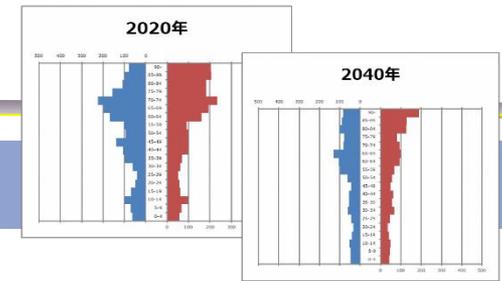
- 【医療】外来医療、入院医療に大きな変化はなく、歯科受診者、訪問診療は増加傾向。
 - 【介護】訪問介護は減少傾向。訪問看護、訪問リハビリテーションは増加傾向。特に訪問リハビリテーションは、他市町村よりも多い。
介護医療院については、他圏域の介護医療院に入所している状況。
 - 【疾病】脳血管疾患、虚血性心疾患は減少傾向。慢性腎不全は増加傾向。
- ⇒出雲市における高齢者の健康づくり・介護予防の指標を検討するためには、要介護、要支援となった原因疾患や高齢者の有病率等の他データも含めた分析が必要。

Ⅲ.出雲圏域における課題

1. 出雲市における在宅医療介護需要を検討するにあたり、高齢者の生活の場の動向（設置状況、入居者の状況等）を踏まえて検討することが重要である。
2. 在宅医療サービスが減少する市周辺部（平田、佐田、湖陵、多岐）の提供体制の維持、検討が課題である。
3. 要支援にならないための高齢者の健康づくり、介護度の重症化予防が重要である。

Ⅳ.出雲市との意見交換を踏まえた今後の取組の方向性

1. 市周辺部の医療提供体制について、ICTを活用した診療体制も含めて、地域の医療関係者との意見交換の場を持つことについて検討する。
2. 高齢者の健康づくりについては、現在取り組んでいる脳卒中、糖尿病、腎疾患対策の取り組みを推進するとともに、介護予防を推進するため、圏域内の高齢者状況を踏まえた加齢に伴う疾患への対策や効果的な予防方策について検討する。



I. 検討状況

○松田教授による大田圏域の分析結果

- 人口構造の変化による慢性期医療及び介護需要 3つのタイプ

① 2040年まで慢性期医療及び介護需要の増加するタイプ → 松江市・出雲市

② 2040年くらいまで慢性期の医療及び介護需要が維持され、その後需要が急減するタイプ

→ 雲南市・浜田市・吉賀町・隠岐の島町・ **（大田市）**

③ すでに慢性期の医療及び介護需要も減少傾向にあるタイプ

→ **邑智郡**

- 地域の医療介護提供体制を踏まえた今後の対応方針 3つのパターン

① 病院と診療所及び介護施設との連携を強化することで在宅ケアの提供量を増やすことが期待できる地域 → 出雲市

② 既存の介護施設と医療機関の連携が重要になる地域

→ **大田市・隠岐の島町・（邑智郡）**

③ 既存の療養病床を活用しながら慢性期需要にこたえることが期待される地域 → 浜田市

～松田教授から大田圏域へのメッセージ～

医療介護需要はピークアウトしているが、
少ない労働人口で高齢者を支える必要がある。



○所内検討

- R5大田圏域地域医療構想調整会議（医療・介護連携部会）での報告と一致

65歳以上人口を含め、総人口は今後ますます減少。

15～64歳人口の減少により高齢化率は大きく上昇

入院・外来の医療需要は2015年以前にピークに達し、すでに減少局面

病床数は地域医療構想の方向性に沿って減少しているが、慢性期病床が相対的に不足 など…

これまでと取り組みの方向性は同じ

- 疾病データ等は市町と実態を確認する必要がある
- 施設の開廃（例えば介護医療院）は将来推計に反映されていない
（分析の限界）

データの取り扱いに確認と注意が必要



Ⅱ.松田データ 及び 大田圏域の課題と今後の方向性の共有状況

月日	共有者	会議名等（会議主催者）
11/17	全県 市町、広域の課長及び担当者	市町村等在宅医療介護連携担当者会（県地域包括ケア推進室）
12/4	大田市医療政策課	協議に併せ、松田データ説明（地域包括ケア推進スタッフ）
12/5	邑智郡地域包括、事務組合	邑智郡介護保険及び地域包括支援センター担当者会（邑智郡総合事務組合）
12/8	県地域振興担当課	西部県民センター石東地域振興課との意見交換会（地域包括ケア推進スタッフ）
12/11	大田市介護保険課	松田データ説明（地域包括ケア推進スタッフ）
12/21	大田圏域医療、介護、包括	大田圏域入退院連携検討委員会（県央保健所）
1/25	邑南町医療・介護関係者	邑南町多職種連携会議（邑南町医療福祉政策課）
1/26	大田市、川本町、美郷町、大田市立病院、加藤病院の首長ほか	1市2町2病院トップ会議 （大田市医療政策課）
2/2	全県 市町、広域の課長	市町村等医療施策および介護保険事業担当課長会議（県地域包括ケア推進室）

参加機関のトップが一堂に会したところで、松田教授から直接分析の説明

Ⅲ.松田データを受けての所感等



- 大田市は人工透析患者が多い（分析データと合致する）
- 邑智郡は施設、訪問看護に空きが出始めている
- 中山間地に点在して居住しており、受診、訪問（診療、看護、介護）が大変（移動支援、ICTの活用）

Ⅳ.今後の方向性

① 医療・介護連携の更なる推進

- 「大田圏域地域医療構想調整会議 医療介護連携部会」で課題解決へ具体的な取り組み、および取り組みの進捗管理を行う

② 在宅医療のあり方検討

- 大田市、川本町、美郷町、大田市立病院、加藤病院による1市2町2病院意見交換会
- 邑南町地域医療構想

③ 介護予防・健康づくり事業の強化

- 各市町の地域包括ケアシステム構築の中で検討



I. 検討状況

浜田圏域への産業医科大学 松田教授コメント

①現状のサービス提供体制を如何に維持するか

- ・療養病床等を活用し、慢性期需要へ対応（療養病床、有床診療所入院、介護施設の利用量多い）
- ・施設入所の需要は2040年頃まで高い状態が継続
- ・サービスを効率的、柔軟に行っていくために**情報共有が重要**

②在宅サービスを増やす施策も必要

- ・訪問診療や往診、訪問介護や訪問看護など、在宅サービスの需要は多いと推計
- ・医療介護の複合的なサービス提供体制を目指すことが合理的

③住民の健康づくり意識の向上

- ・要介護高齢者は複数の疾患を持つことが多く、**介護現場での予防、連携が重要**
- ・要介護にならないための住民自身の健康づくり意識が必要
- ・介護保険財政の状況や健康づくり事業の評価を住民へ周知

浜田圏域における今後の取組の方向性（保健所案）

①医療と介護の連携推進

- ・在宅医療・介護の連携場面（「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」）ごとの課題整理、対応検討
- ・多機関・多職種連携による切れ目のないサービス提供体制の構築
- ・ICTの活用や情報提供様式の標準化の検討

②在宅医療のあり方検討

- ・病院・診療所の機能分担の確認、連携拡大
- ・訪問診療、往診への対応
- ・訪問看護、訪問介護との連携
- ・移送サービスによる通院支援

③介護予防の取組強化

- ・介護予防と健康づくりの一体的推進
- ・医療専門職等と連携した介護予防の取組の推進
- ・健康づくりについて住民への啓発

- ・既存の会議の場で情報共有・意見交換
- ・関係機関と個別に意見交換の場を設定

Ⅱ.関係機関等への情報提供

(1) R5第1回浜田圏域在宅医療・介護連携ワーキング会議

【開催日】 令和5年12月11日(月)

【出席者】 浜田医療センター、済生会江津総合病院、訪問看護ステーション協会浜田支部、浜田地域介護支援専門員協会、江津市ケアマネージャー部会、浜田市健康医療対策課、江津市地域包括支援センター、浜田保健所

【内 容】 議題：入退院支援について
(R5入退院時の情報共有に関する調査結果)
日常の療養支援について
(難病患者支援・緩和ケア)

情報提供：産業医科大学 松田教授報告書の概要（浜田圏域へのコメント共有）
浜田圏域における今後の取組の方向性（案）の提示



第2回ワーキング会議で検討

(2) 浜田市在宅医療意見交換会～ここからはじめる在宅医療～

【開催日】 令和5年12月19日(火)

【出席者】 浜田市医師会 医師 12名・看護師 3名・事務 1名
訪問看護ステーション 管理者 8名、介護支援専門員協会 理事 6名
行政（浜田市、浜田保健所）7名 計37名

【内 容】 講演：「医療へのアクセス（つながり）を確保する」

講師 社会医療法人仁寿会 加藤病院 病院長 大畑修三氏

情報提供：浜田圏域の在宅医療の状況について

- ①病院・診療所、訪問看護ステーションの状況、死亡場所の状況
- ②松田教授報告書（医療介護需要・コメント）
- ③R5在宅医療供給量調査結果
- ④まめネット

グループでの意見交換
(抜粋意見)

- ・訪問診療するなかで、連携できる医師、事業所が限られる。
- ・2040年、自分が誰に診てもらえるのかわからない。誰もいないのでは。
- ・地域を大きなチームとして加藤病院のような形でできるといい。
- ・ITを活用した連携ツールを行政がある程度の強制力をもって推進してほしい。
- ・在宅医療、看護、介護について、勉強会・意見交換会の場を増やしてほしい。

Ⅲ.関係機関等との意見交換

(1) 関係機関との個別意見交換

浜田市、江津市、浜田地区広域行政組合と個別に意見交換

- ・ 2月までで実施予定
- ・ 松田教授報告書に関する各市・組合での受けとめ、庁内での議論の状況、第1回ワーキング会議で提示した今後の取組の方向性（案）等について意見交換

(2) 会議の場での意見交換

① R5第2回浜田圏域在宅医療・介護連携ワーキング会議

2月22日（木）開催予定

- ・ 各機関・団体の取組状況、課題の整理
- ・ 上記をふまえて、圏域での今後の取組の方向性について検討

② R5第3回浜田圏域在宅医療・介護連携部会

3月26日（火）開催予定

- ・ 松田教授報告書の概要説明、内容を共有
- ・ ワーキング会議での検討内容を報告、意見交換



I. 検討状況

【産業医科大学 松田教授が示されたこと】

- 益田市は男女とも85歳以上の人口増が続く・鹿足郡はすでに人口減
- 慢性期の高齢者に対してケアを行いやすい医療・介護の提供体制の構築が必要
- 高齢者救急の対策として、心不全、肺炎、尿路感染症、脳梗塞等は、症状悪化及び発症の予兆の変化に高齢者自身・家族・介護職が注意する啓発・教育が必要

【益田地域保健医療対策会議で柱の整理】

- ①圏域内医療・介護連携の充実
- ②在宅医療のあり方検討
- ③慢性疾患の症状悪化・発症の予兆についての教育・連携
- ④介護予防の視点で生活支援の充実

【関連する会議で共有・検討】 ③・④を深める

- 例 各市町の医療介護連携会議（益田市コア会議・津和野町ラータールの会・吉賀町IK会議）
管内統括保健師連絡会
各市町の保健師等が集まる業務検討会
益田保健所内業務検討会（所長・部長・地域包括S・健康増進課・医事・難病支援課）



Ⅱ. 益田圏域内病院・診療所医師ヒアリングの意見

【圏域で取り組むといいこと】

- ★医療：圏域内完結を意識した病診連携の検討（役割分担・連携パス・教育媒体）
- ★保健：生活習慣病予防・基礎疾患管理・慢性疾患とのつきあい方を併せたACPの啓発

病院・診療所	T病院	I病院	N病院	開業医（循環器）
患者の印象	脳卒中と心臓病同数くらい対応。 死亡診断書の記載で変動（老衰と書くか心不全と書くか）	死亡診断書の記載によって数に変動。	退院時に心不全手帳を渡す。 心不全リハをしても地域に返せない。	高齢の心不全は施設入所。 心不全が多い印象。 90歳以上の死亡診断書は老衰と記載。
生活の気づき	血圧手帳で健康管理している人が多い。	心不全は高齢化と食事が影響。	独居でケアが行き届かない。環境調整が難しい。	風邪等で急に増悪する。 心臓リハ・多職種で包括的に必要。
取り組むといいこと	連携パス。日赤、かかりつけ医の連携で使えるもの（体重の管理目標値等）	基礎疾患の予防対策。連携パス。 日赤に救急搬送された後の出口の受け皿体制づくり。	高血圧・脂質異常のコントロール。 心不全手帳等共通ツールの活用。 循環器標榜の開業医との連携（越智先生、中島先生、黒田先生）	1次予防。 圏域統一した管理ツールがあるとよい。 連携パスで医療情報が分かりやすく行き来できるとよい。

Ⅲ. 所内協議 (231212 1回目)

益田圏域全体で循環器疾患管理プロジェクト（仮称）を進めていこう！

（目的）循環器疾患（心不全）の再入院を防ぐ→心不全の人も安心して住めるまちづくり

〈イメージ：圏域で対策が進むように保健所で取り組むこと〉

3次予防

- ◇日赤から退院できる受け皿づくり（医事・包括）
- ◇在宅療養・施設内療養の目線合わせ（医事・包括）

2次予防

- ◇圏域統一した心不全連携パスの検討（医事）
- ◇圏域統一した患者管理ツールの検討（医事・増進）
- ◇心不全の症状と対応について啓発（医事・増進）
- ◇心不全悪化を防ぐ生活指導の充実（食・薬・リハ・心理）（包括・増進・医事）

0次・1次予防

- ◇生活習慣病予防・ACP（増進）
- ◇生活習慣病の適正管理（増進）
- ◇生活支援体制の充実（移動・食支援・環境調整）（包括・増進）

IV.今後のスケジュール

〈R5〉

プラットフォーム
づくり

- ◇医師同士の意見交換
→所長が調整
- ◇看護職同士の意見交換
→訪看ステーション協会益田支部
→看護協会益田支部
→病院看護部長・師長と情報交換
- ◇市町の保健活動の連携
→統括保健師連絡会
→各市町業務検討会
- ◇市町の医療介護連携
→市町会議（コア会議・ラーテル
の会・IK会議）

〈R6〜〉

多職種研修会

- ◇講演
「心不全治療を正しく知ろう」

「地域連携の進め方」
- ◇グループワーク
「心不全管理を地域全体で
考えよう」

既存事業で
具体策の検討

- ◇健康増進課
循環器対策
・疾患管理の進め方
・患者管理ツールの検討
健康長寿しまね
・心不全、生活習慣病管理の啓発
・各市町保健活動の連携
- ◇医事・難病支援課
益田地域保健医療対策会議
・心不全連携パスの検討
・疾患管理に関する意見交換
各職能会議の参加
・看護師・管理栄養士等
- ◇地域包括ケア推進スタッフ
圏域課題解決に向けた取組
・各市町医療介護連携会議の参加
・多職種研修会の企画・実施

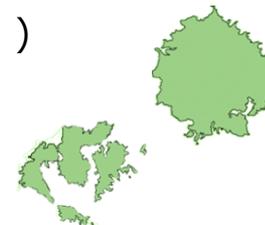
圏域全体でパス・
ツールを動かす

I. 隠岐圏域の状況

 **コンパクトさを活かした連携の強さ**（顔の見える関係は当たり前！）

 **資源に制限あり**

⇒島に無いものを得るために、**住み慣れた土地を離れる**ことも…



	全島不可	島により不可	隠岐で在宅生活を続けるには？
医療	<input type="checkbox"/> 三次救急 <input type="checkbox"/> 慢性期病床	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術（内容による） <input type="checkbox"/> 血液透析	一次医療圏で完結できる範囲での疾病管理
介護	<input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設	独居で生活できる身体・認知機能を維持

★医療人材・介護人材の不足による、サービス提供体制の維持は常に課題

＜R4年度 隠岐圏域保健医療対策会議在宅医療部会で挙がっている課題＞

- ・ 高齢者の受診・服薬管理
- ・ 医療・福祉人材不足
- ・ 慢性期療養先の不足（島後）
- ・ 病診連携の推進

Ⅱ.報告書を受けて圏域内での検討状況

報告書から見える隠岐圏域の特徴

◇慢性期医療及び介護需要

2035年頃まで 維持 (その後急減)	西ノ島町・知夫村・隠岐の島町
すでに 減少 傾向	海士町

◇今後の対応方針

既存の 介護施設と 医療機関の連携 が重要	4町村すべて
----------------------------------------	--------

所内検討

<メンバー>

所長・総務保健部長・
総務医事課長・地域健康推進課長・
地域包括ケア推進スタッフ

1. 報告書内容の確認
2. 今後大事になってくること
 - ①在宅医療介護連携の推進
 - ②在宅医療のあり方検討
 - ③介護予防・健康づくり事業の連携と強化
 - ④生活支援の充実
3. 関係機関との協議の持ち方

町村および
広域連合と
意見交換



[意見交換時の確認内容]

- ①報告書から見える圏域の特徴
- ②現状とデータの差異の有無
- ③課題だと感じていること／あると良い取組み等

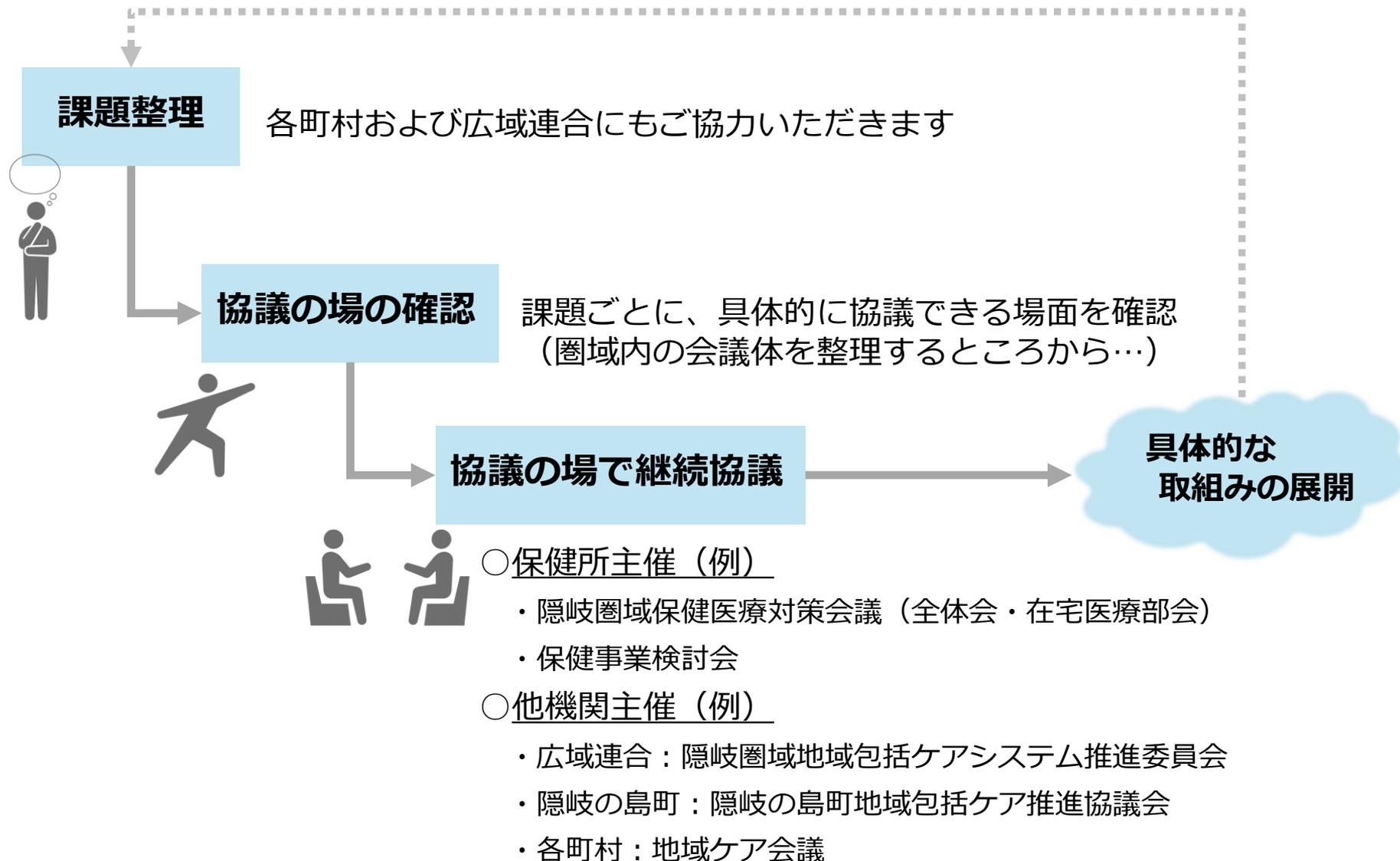
月日	相手方
12/7	海士町
12/7	西ノ島町
12/13	隠岐の島町
12/15	知夫村
12/21	隠岐広域連合

Ⅲ.意見交換の結果

在宅医療・介護連携	<ul style="list-style-type: none">○外来、往診、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ等、在宅療養者に対する医療はでき得るだけ対応している。○本土医療機関への入院も多い。退院後を想定した医療提供をしてもらうことでスムーズな在宅移行ができています。■入院を繰り返すとADL低下していく。入院しないための取組みとして、外来と地域支援者の連携強化による疾患管理・重症化予防が必要。
サービス提供体制	<ul style="list-style-type: none">■医療・介護専門職の人材不足○法人合併等の取組みにより、持続可能なサービス提供ができるよう工夫。■島内資源に限りがあるため、一定の度合いを超えると島外施設への移行を考える必要あり。
健康づくり	<ul style="list-style-type: none">○コロナ第5類移行後、地域の健康づくり活動のための場（体操教室や通いの場）の再開。■住民が主体的に動く仕掛けづくり（生活支援についても同様の課題あり）■身体機能と認知機能の維持・向上が必要（介護予防）。効果的な取り組みのためリハ職の介入がはじまっている。
生活支援	<ul style="list-style-type: none">○地域ケア会議等で地区の課題は検討。 （住民への意向調査や、日々の活動等から住民の思いや困りごとなどを把握）○自助・互助の力が強い地区もある。70代もまだ働いている人が多い。■生活支援の支え手が不足。

○：成果・頑張っている事
■：課題

IV. 今後の取組み



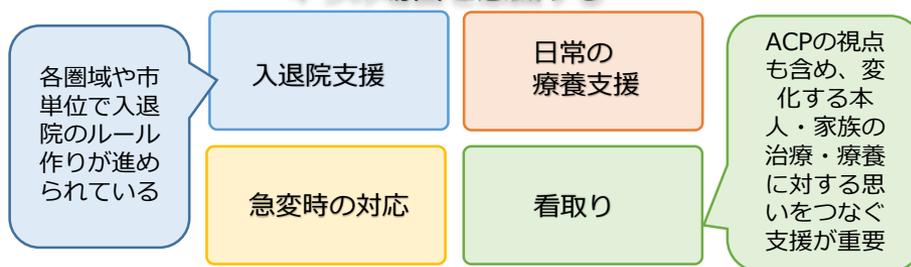
1. 医療・介護提供体制の維持

離島・中山間地	<ul style="list-style-type: none"> ○医療・介護資源の減少 <ul style="list-style-type: none"> ・県東部や県外に高齢者流出 ・医療・介護サービス利用者が減少している圏域あり ・医療・介護人材の不足
県東部	<ul style="list-style-type: none"> ○地域偏在の問題（特に市街地周辺部） <ul style="list-style-type: none"> ・開業医の高齢化・後継者不足により、医師の空白地帯が生じる可能性が高い ・介護保険施設や居宅事業所の偏在があり、サービス利用が困難な高齢者が存在

- ・圏域や市町村単位で、**地域の実情に合わせた**効率的な医療・介護の機能分担や連携の議論を推進し、具体的な対応策を検討

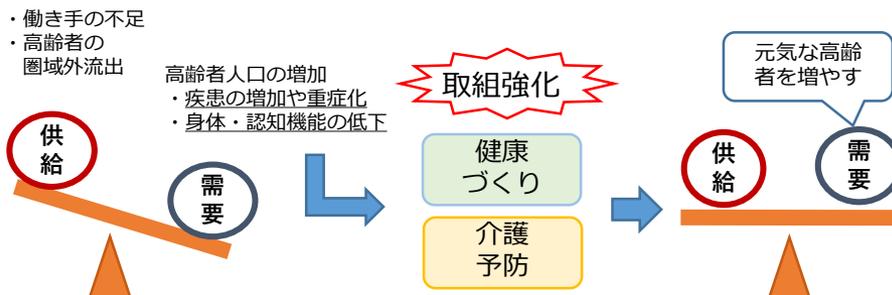
2. 在宅医療・介護連携

4つの場面を意識する



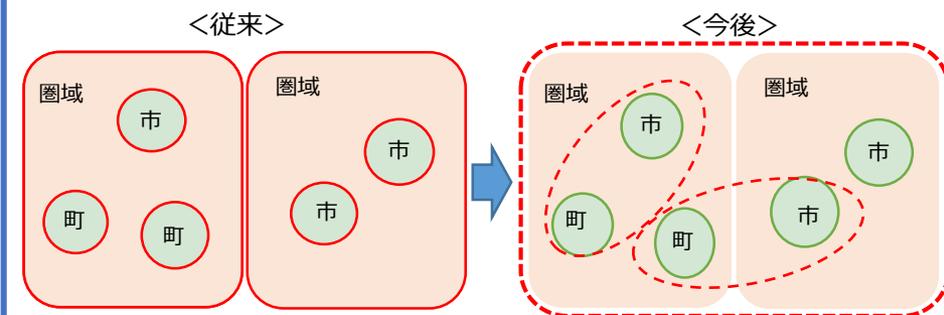
- ・「入退院時の連携に関する実態調査」を活かしながら、共通様式の検討や、ICTを活用した共有方法等を具体的に検討
- ・VR看取り研修などの企画を通じて、ACPの理解や看取り対応の機運を高める

3. 高齢者の健康づくり、介護予防事業



- ・介護予防事業における県と市町村の連動が図れるよう、各種データ分析等も行いながら、課題や取組の方向性を共有することが必要
- ・医療介護担当部署と健康づくり部署との連携強化

4. 継続的な議論の場



- ・既存の会議体の活用は継続
- ・圏域内で完結できない課題等については、隣接する圏域間の連絡会や、トップレベルでの議論の場等、**広域的に課題を共有する機会や場をつくる**ことが有効

市町村では、継続した「議論の場」を設けるようお願いします

- 一次医療提供体制の検討をしましょう
- 介護予防、生活習慣病の予防、疾病の重症化予防に
一体的に取り組みましょう
- 中長期的な視点を持って、将来のことを関係者で考えていきましょう
- そのためにも、関係機関や団体、庁内の継続した議論の場は大切
関係者と話し合う場を持ちましょう

参考資料

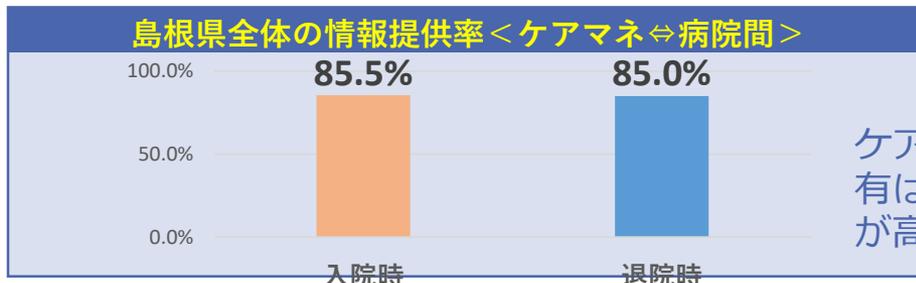
在宅医療介護連携における4つの場面の取り組み ～「入退院時の連携」「看取りへの対応」～

市町村地域支援事業における「在宅医療介護連携推進事業」に関連する2つの県事業をご紹介します。次年度も市町村のみなさまのご協力を得ながら進めていきたいと考えています。

「入退院時の連携」・・・県央保健所 川上 佳子
「看取りへの対応」・・・益田保健所 岩永千登勢

I.入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関する調査

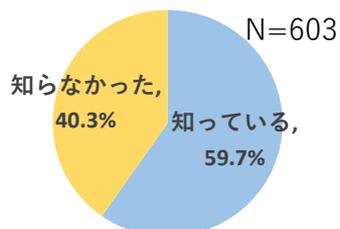
①入退院時の情報提供割合



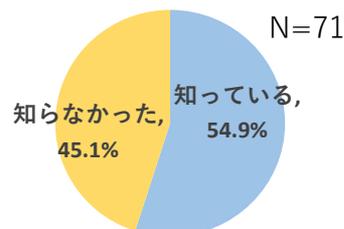
ケアマネと病院間での情報共有は、双方ともに情報提供率が高く、病院の満足度も高い。

②二次医療圏域等マニュアル【認知度】

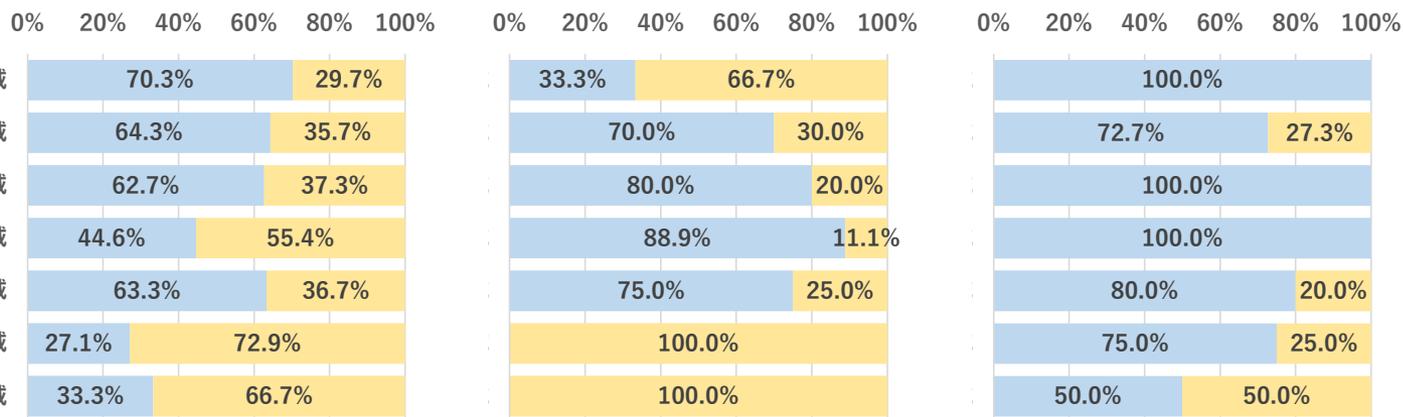
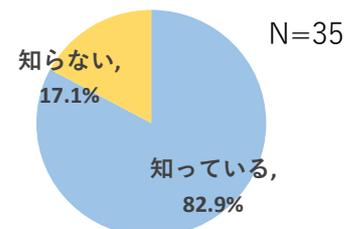
ケアマネ



訪看



病院



ガイドラインやマニュアルの認知度は、特に病院で高い。

Ⅱ.R5.12.21 R5年度大田圏域入退院連携検討委員会を開催しました

「入退院の場面」を切り口に、医療と介護の切れ目のない多職種連携で関係者の支援を行うことを目的に2年ぶりに実施。

報告

- ・ 松田先生の報告の共有
“大田圏域では医療・介護連携が重要”のメッセージ
- ・ 入退院連携フォローアップ調査の報告



協議事項

- ・ 「大田圏域入退院連携ガイド」の改定について
- ・ 「共通様式」の検討について
- ・ 研修、普及啓発について

Ⅲ.協議の結果

大田圏域ガイドは島根県のガイドラインよりも先に作成されたものだった。

- 大田圏域入退院連携ガイドの改定について

○島根県入退院連携ガイドラインに沿って、内容の改定
○古いデータ（H30.2月時点）の更新

年度末を目途に改定作業中

- 共通様式の検討について

H30年度には「それぞれの様式で行きましょう。」
だったのが・・・

○大田地域介護支援専門員協会で「様式検討中」の発言あり
○邑南町は、医療介護双方向の様式を検討中

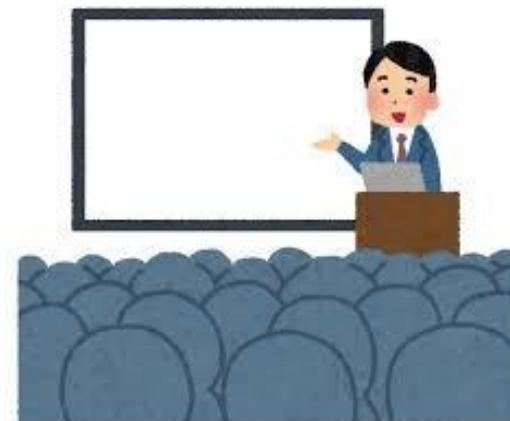
共通様式を、圏域で統一できると良い

共通様式の必要性が認識され、既に進んでいる最中だった。

• 研修、普及啓発について

○検討委員会で研修を企画するだけでなく、関係団体が
行う研修の共催、広報などサポートする役割も良い

- ・大田市立病院の地域連携研修
- ・石東病院の認知症疾患医療センターとしての研修



○研修のとりまとめ：県のホームページは分かりづらい場所に掲示されている

○コラボレーション：主任ケアマネは年4回、法定外研修を受講する必要あり

○開催時期、時間：月末月初はケアマネ多忙。終業後の1時間程度ならOK。

多くのご意見をいただきました

IV. 今後の取組

引き続き、入退院連携のフォローアップの場として
大田圏域入退院連携検討委員会を継続していきます。

VR高齢者住まい看取り研修会

「人生の最期は住み慣れた家で看取られたい」という思いとは裏腹に、生涯未婚率の上昇による単独世帯の増加によって、自宅で最期を迎える方は全国平均で2割に満たないのが現状。

島根県においては

病院・診療所	67.4%	
介護医療院・老健・老人ホーム	20.1%	
自宅	12.5%	(2021年ベース)

【研修コンテンツ】

- 株式会社シルバーウッドは映像（特にVR）を使った研修企画を多数展開。厚労省事業の採択も多く、満足度が高いプログラム。

【ターゲット】

- 医療介護資源が乏しく小規模自治体が多い県西部を重点的に展開。
- 介護看護従事者へのACP普及を多角的に狙う。

4つのVR動画を視聴しながら、「ACP」や「看取り」について学びます。



益田会場（グラントワ）での様子

研修案内

高齢者住まい看取り研修会



看取りを行うにあたり最も尊重されるべきは「本人の意思」

高齢者住まいにおける看取りとは、本人の希望を確認し、家族や専門職はその意思を徹底的に支えることに目的があります。

この研修では、VRを活用したケースメソッド方式を軸に展開します。90歳の高齢者の視点で救急医療を体験したり、介護職の視点に立ち、実際に起きた特定の事例を疑似体験して、あらゆる事態に適した対策を話し「自分だったらどうするか」と体験者自身が考える研修です。

※ 開催日時、場所などの詳細は裏面をご確認ください

参加費
無料

研修会の参加申込はこちらから



※しませ電子申請サービス
URL : https://apply.e-tumo.jp/pref-shimane-w/offer/offer_list_detail?tempSeq=14885

お申込期限：令和5年9月4日(月)

【主催】 島根県益田保健所 TEL：0856-31-9540 【共催】 益田市、津和野町、古賀町 島根県高齢者福祉課



参加者アンケートより 次年度に向けて

良かった点

【VRについて】

- ・VR体験は臨場感があり、没入できた。いろいろと考えさせられた。
- ・VRで利用者体験ができ、見方が変わり、とても勉強になった。利用者さん本人の意思を大事に代弁できるように頑張りたいと思った。

【グループワークについて】

- ・医療職・介護職・家族、みんなで話すことが大切なことだとグループでも確認できた。
- ・講義を入れながらGWもできてとても充実していた。



要望・今後の改善点

【研修内容について】

- ・地域の中の課題がたくさんあり看取りも環境調整が必要と思う。病院との連携、医師の問題、介護の問題など。
- ・医師との目線合わせをどうしていったらよいか、治療の流れと合わせてどう共有していけばよいかも学びたい。

【研修対象者について】

- ・“死を語ったりすることはタブー”。このフレーズが“みんなで語ろう、どう生き抜くか”に変わっていくよう、今後も努力していきたい。医療職や介護職など専門職だけでなく、一般住民にも普及していくとよい。

【意識や学び】

- ・看取りのカンファレンスが明るい雰囲気で行われてよかった。
- ・救急搬送の様子など客観的に見ることで考えさせられた。
- ・「死に向き合う覚悟」がVR体験で重要だと思った。

～研修後まとめ～

■研修結果

参加者 **417**名

満足度 **97.7**%

STEP 1



VR動画を活用した
オンライン研修会

STEP 2

研修実施後の評価を行う。特にアンケート自由意見から「専門職の声」を拾い上げることが大切

市町村担当者や保健所地域
包括推進スタッフとの共有

STEP 3

【二次医療圏／市町村単位】
介護職員等の「ACP」への理解促進にむけた次なる取組みへ

(取組例)

- ・アンケートでさらなる実態把握
- ・研修会でスキルアップ

【市町村との共催】

- ・ 事前に意向調査を行い、希望する市町村との共催事業とした。
- ・ 市町村には、研修周知の協力や研修後のフォローアップを期待。
(理由)
- ・ 現場の専門職と密接に関わる市町村との協力が不可欠であるため。
- ・ 市町村と一緒に、幅広くACPの普及を進められるため。

一定の手ごたえを感じていますので、次年度も継続したいと考えています。