

第3章 大津市の保健医療の目指す姿

『2025年に向けた医療提供体制の構築』

- 1 地域医療体制と地域包括ケアシステムの深化
- 2 2025年に向けた医療提供体制の構築
(地域医療構想の具現化)
- 3 患者中心の安全で質の高い医療を提供する
体制の確保
- 4 地域包括ケアシステムの深化に向けた医療と
介護等との連携

第3章 大津市の保健医療の目指す姿『2025年に向けた医療提供体制の構築』

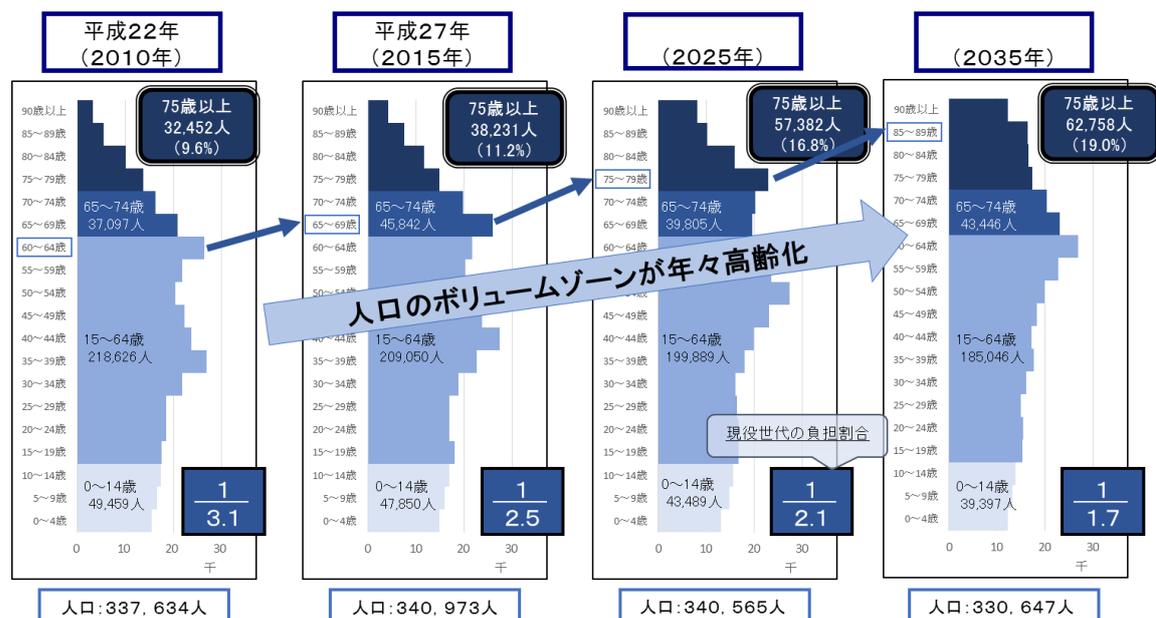
1 地域医療体制と地域包括ケアシステムの深化

(1) 地域医療体制

ア 本市の人口推移と将来推計

本市の人口推移については、平成24年(2012年)に34万人を超え、平成30年(2018年)4月では 342,088人です。人口の将来推計は、2025年、2035年と中長期で減少局面を迎えるとともに、そのボリュームゾーンは、高くなってきます。

【図 3-1-1】本市の人口推移と将来推計



出典 平成22年(2010年)、平成27年(2015年): 国勢調査

2025年、2035年: 日本の地域別将来推計人口 (平成30年(2018年)国立社会保障・人口問題研究所推計)

イ 7つの保健福祉ブロックの人口構成と地域包括ケアシステムの深化

本市の高齢化率は25.8%で、我が国の高齢化率約28%より若干下回っています。また、75歳以上人口も本市は12.3%と我が国の約14%より下回っています。

しかし、本市を7つの保健福祉ブロックの人口構成で見ると、東部はブロック人口が最も多く高齢化率も約20%と相対的に低いですが、東部以外は高齢化率が約25%から32%で、75歳以上人口についても11%から15%と、各ブロックの人口及びその構成に差異はあるものの、国全体の人口推移と違^たうことなく、高齢化は進展しています(表 3-1-2)。

このような中、地域包括ケアシステムを深化させるに当たって、本プランでは市民が求める病院の機能(病床機能に対する需要と供給の状況把握)や在宅療養(ときどき入院、ほぼ在宅)、医療介護連携の推進などに関して考察し、その方向性を示します。

【表 3-1-2】 保健福祉ブロックごとの人口構成

(平成30年(2018年)4月1日現在)
(上段:人数(人) 下段:割合(%))



NO	ブロック	人口	0～14歳	65歳以上	(再)75歳～	学区数
	市全体	342,088	47,511 13.9	88,412 25.8	41,950 12.3	36
①	志賀	22,117	2,460 11.1	7,184 32.5	3,402 15.4	4
②	北部	49,332	6,500 13.2	12,418 25.2	5,485 11.1	7
③	中北部	47,058	6,642 14.1	12,663 26.9	6,125 13.0	5
④	中部	50,801	6,432 12.7	14,354 28.3	7,224 14.2	6
⑤	中南部	61,284	8,426 13.7	15,742 25.7	7,901 12.9	4
⑥	南部	35,481	4,262 12.0	10,760 30.3	4,862 13.7	4
⑦	東部	76,015	12,789 16.8	15,291 20.1	6,951 9.1	6

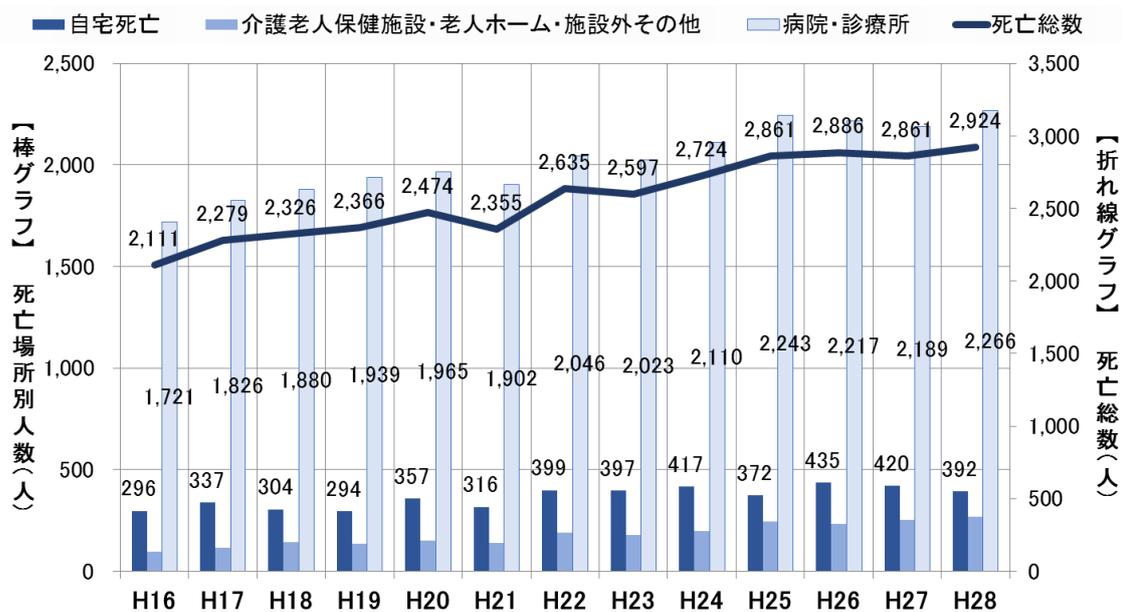
作成 大津市保健所

ウ 人生の最期を迎える場所

高齢化の進展とともに、本市の死亡者総数も増加しており、平成24年(2012年)で2,724人、平成28年(2016年)で2,924人となっており、増加傾向です。

また、最期を迎える場所は、約8割が病院又は診療所ですが、今後の高齢化の進展と死亡者数の増加を踏まえると、現在のように「病院で最期を迎える」ということには限界があります(図 3-1-3)。

【図 3-1-3】 大津市における人生の最期を迎える場所の推移



出典 滋賀県死亡統計(平成28年(2016年)版)

エ 在宅医療提供体制の現状

① ブロック別の診療所設置状況や在宅療養支援診療所などの状況

平成30年(2018年)10月1日現在でのブロック別診療所設置状況や在宅療養支援診療所、その他訪問診療実施診療所の状況は、図 3-1-4 に示すとおりです。

これから考察される傾向は、次のとおりです。

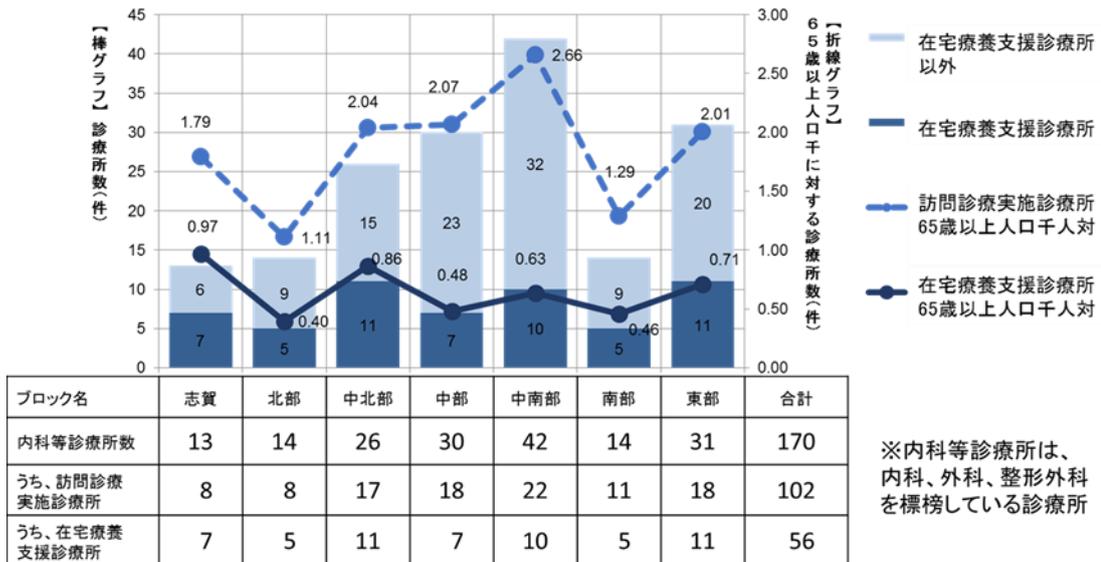
【ブロック別の診療所の傾向など】

- 中南部、東部、中部、中北部は、相対的に診療所が多い。
- 東部での開業は増加傾向にある。
- 志賀、北部、南部は、相対的に診療所が少ない。

【ブロック別の在宅療養支援診療所の傾向など】

- 中北部は、相対的に他の地域より在宅療養支援診療所の割合が高い。
- 中部、中南部は、相対的に診療所は多いが、在宅療養支援診療所の割合は相対的に少なく、かつ、65歳以上人口千人対の割合も少ない。

【図 3-1-4】 ブロック別診療所設置状況及び在宅療養支援診療所、その他訪問診療実施診療所の状況(平成30年(2018年)10月1日現在)



作成 大津市保健所

② ブロック別の訪問看護ステーション設置などの状況

平成30年(2018年)8月1日現在でのブロック別訪問看護ステーション設置状況や訪問看護ステーション従事者の状況は、図3-1-5及び図3-1-6に示すとおりです。

これらから考察される傾向は、次のとおりです。

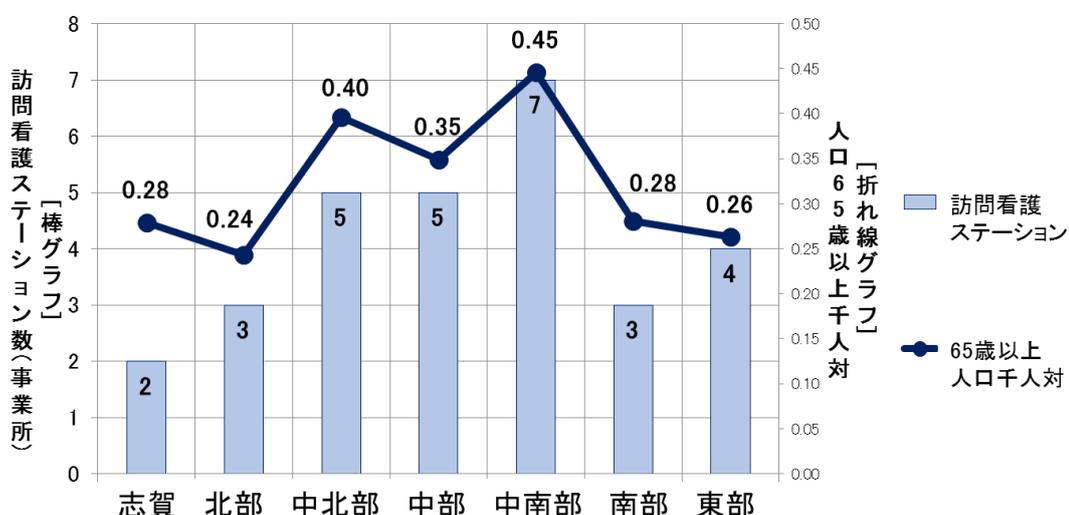
【ブロック別の訪問看護ステーションの傾向など】

- 中南部、中北部、中部は、相対的に事業所数が多い。
- 東部は、相対的にブロック別人口(表3-1-2参照)に対する事業所数が少ない。

【ブロック別訪問看護ステーションの従事者の傾向など】

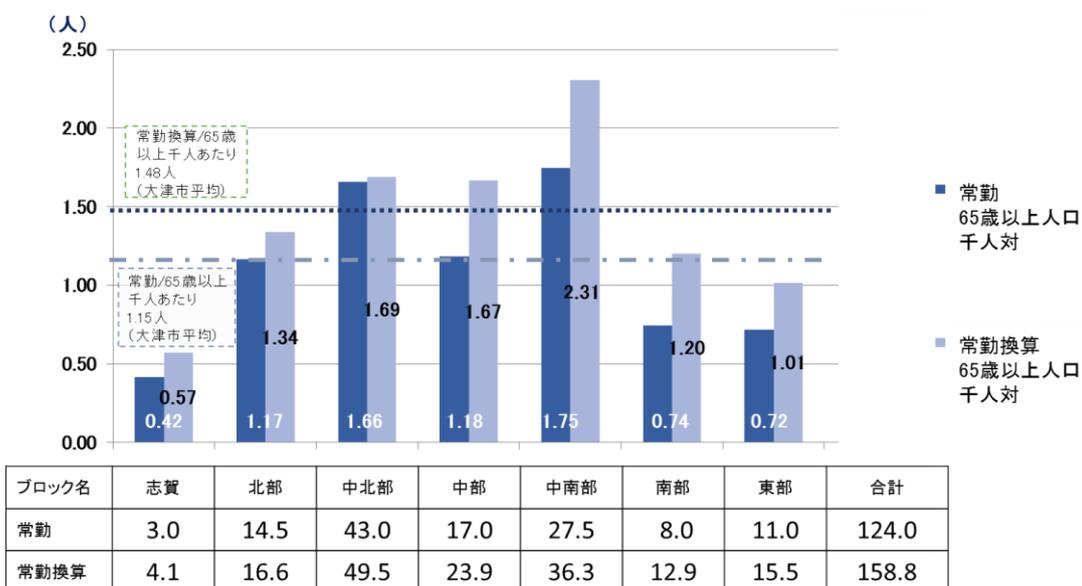
- 中北部、中南部は、相対的に常勤及び常勤換算従事者数が多い。
- 志賀、南部、東部は相対的に常勤従事者数が少ない。

【図3-1-5】 ブロック別訪問看護ステーション設置状況(平成30年(2018年)8月1日現在)



作成 大津市保健所

【図3-1-6】 ブロック別訪問看護ステーション従事者の状況(平成30年(2018年)8月1日現在)



作成 大津市保健所

オ 地域包括ケアシステムの深化に向けた課題抽出

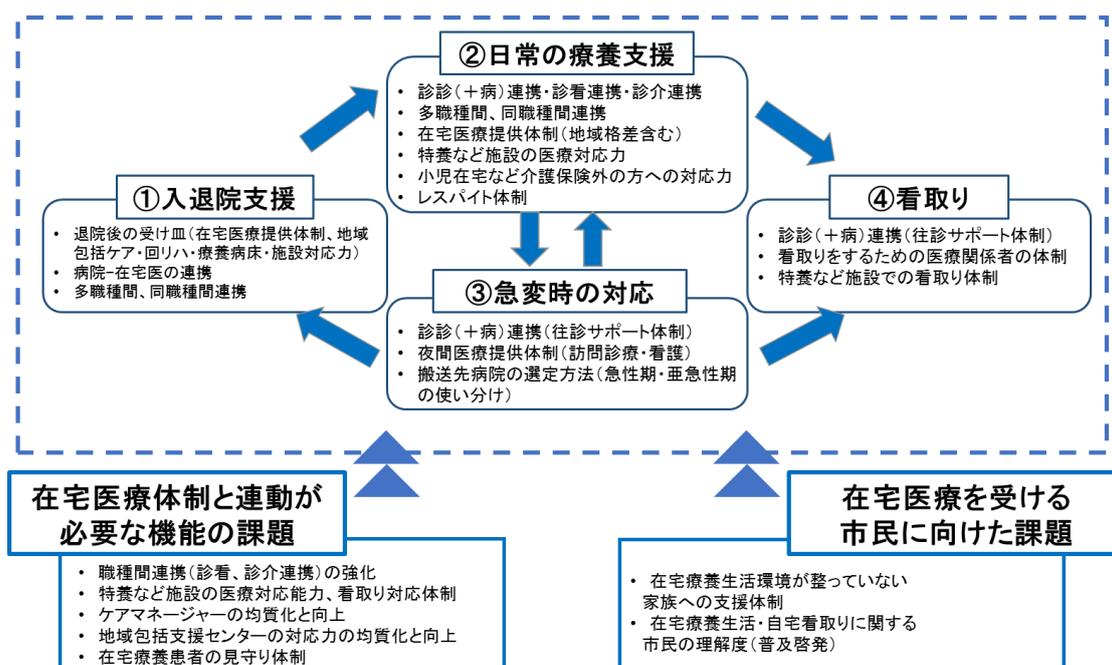
地域包括ケアシステムの深化に向けて課題を抽出するために、在宅医療提供体制に関する現場の課題について、医療機関などに聴き取り調査を実施しました(調査の概要は、表 3-1-7)。

調査した結果、在宅医療提供体制と連動が必要な機能の課題としては、診診連携や職種間連携(診看、診介連携)、特養などの施設における医療対応能力、看取り対応体制などがあり、在宅医療を受ける市民に向けた課題としては、在宅療養生活や病院以外での看取りに関する理解の向上などがあることがわかりました(図 3-1-8)。

【表 3-1-7】在宅医療提供体制に係る現場の課題に関する調査の概要

No.	項目	内容
1	調査対象	① 在宅支援診療所 ② 大津市医師会 ③ 訪問看護ステーション ④ 在宅支援病院 ⑤ 病院(急性期+地域包括ケア) ⑥ 病院(急性期) ⑦ 退院支援担当者
2	調査時期	平成30年8月下旬から9月上旬
3	調査の趣旨	在宅医療提供体制に関する現場の課題について ① 全般事項 ② 退院支援 ③ 日常療養支援 ④ 急変時対応 ⑤ 看取り対応

【図 3-1-8】在宅医療提供体制に求められる課題(聴き取り調査結果より)



作成 大津市保健所

(2) 滋賀県地域医療構想の概要と医療需要等の将来推計

ア 地域医療構想と医療機能の現状

地域医療構想策定の趣旨などについては第2章に記載していますが、地域医療構想における構想区域ごとの各医療機能の必要見込量の把握や医療機能の分化と連携の推進については、平成26年度(2014年度)から実施している病床機能報告制度に基づき、病棟単位で都道府県へ報告しているデータをもとに、構想区域ごとで協議されています。また、病床機能報告は、次のとおり実施されています。

① 病床機能報告制度について

病床機能報告は、医療法第30条の13の規定により、医療機関が有する病床(一般病床及び療養病床)において担っている医療機能の現状と今後の方向について、4つの機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の定義に基づき、病棟単位で選択し、都道府県に報告する制度です(表 3-1-9)。

② 医療機能の選択における基本的な考え方

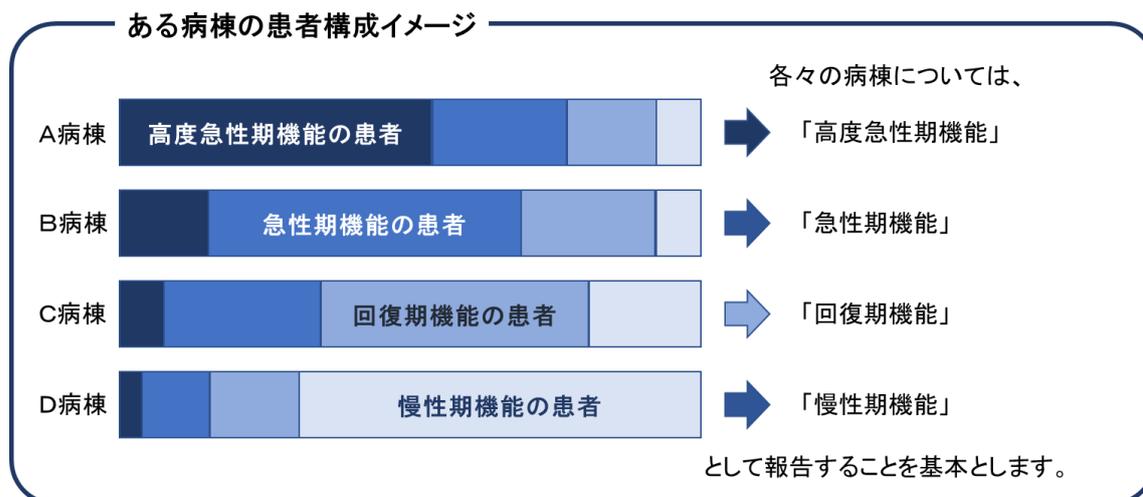
病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされていますが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、図 3-1-10 のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とされています。

【表 3-1-9】 4つの医療機能の区分

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※ 高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

出典 平成29年度病床機能報告マニュアル(平成29年(2017年)9月厚生労働省)

【図 3-1-10】 4つの医療機能の区分



出典 平成29年度病床機能報告マニュアル(平成29年(2017年)9月厚生労働省)

イ 滋賀県地域医療構想における医療需要等の将来推計

(2025年における必要病床数)

病床数の推計は、現在の患者流入出の状況が続くと仮定した供給数(医療機関所在地ベース)に基づき推計しています。また、各構想区域における2025年の病床推計は、推定供給数を病床稼働率で除して求めることとされています。なお、病床稼働率は、医療法施行規則で定められており、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%となっています。

これに基づき滋賀県が推計した結果、2025年に必要と推定される大津区域における病床数は、高度急性期で470床、急性期で1,161床、回復期で961床、慢性期で645床、合計3,237床となっています(図 3-1-11、表 3-1-12)。

【図 3-1-11】 必要病床数の推計方法

$$\left(\begin{array}{c} \text{2025年の} \\ \text{医療需要} \end{array} \right) \div \left(\begin{array}{c} \text{病床稼働率} \\ \text{高度急性期75\%} \\ \text{急性期78\%} \\ \text{回復期90\%} \\ \text{慢性期92\%} \end{array} \right) = \left(\begin{array}{c} \text{2025年の} \\ \text{医療機能別} \\ \text{必要病床数} \end{array} \right)$$

出典 滋賀県保健医療計画(平成30年(2018年)3月改定)

【表 3-1-12】 医療機能別・病床数の推計（単位：人／日）

構想	医療機能			2025年医療供給	
区域	区分	2025年医療需要(患者住所地ベースの医療需要) ①	医療需要増減[流入(+)及び流出(△)を反映] ②	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の供給数 ③ (①+②)	病床の必要量(病床稼働率で割り戻した病床数) ④
大津	高度急性期	283	69	352	470
	急性期	810	95	905	1,161
	回復期	819	46	865	961
	慢性期	676	△83	593	645
	合計	2,588	127	2,715	3,237

出典 滋賀県保健医療計画(平成30年(2018年)3月改定)、滋賀県地域医療構想のデータを加工

ウ 病床機能報告制度と現状の課題

平成29年度(2017年度)までの医療機関からの報告は、医療機能の選択を表3-1-9に示す考え方で医療機関が決められているため、その内容について、

- ① 回復期機能に該当する病棟は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解をはじめ、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること。
- ② 実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること。

により、詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという課題がありました。

このことから、国は都道府県に対し都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入するよう通知しました。

これを受け滋賀県は、先行事例を踏まえ、地域医療構想調整会議の活性化の観点から、平成30年度(2018年度)の大津圏域における地域医療構想調整会議において、国が参考例として示した方法をもとに各病院から報告されている平成29年度(2017年度)における病床機能を病棟ごとに4機能のうち最も多い機能に再分類した資料を提示し、大津圏域における必要病床数の確保について議論しました。

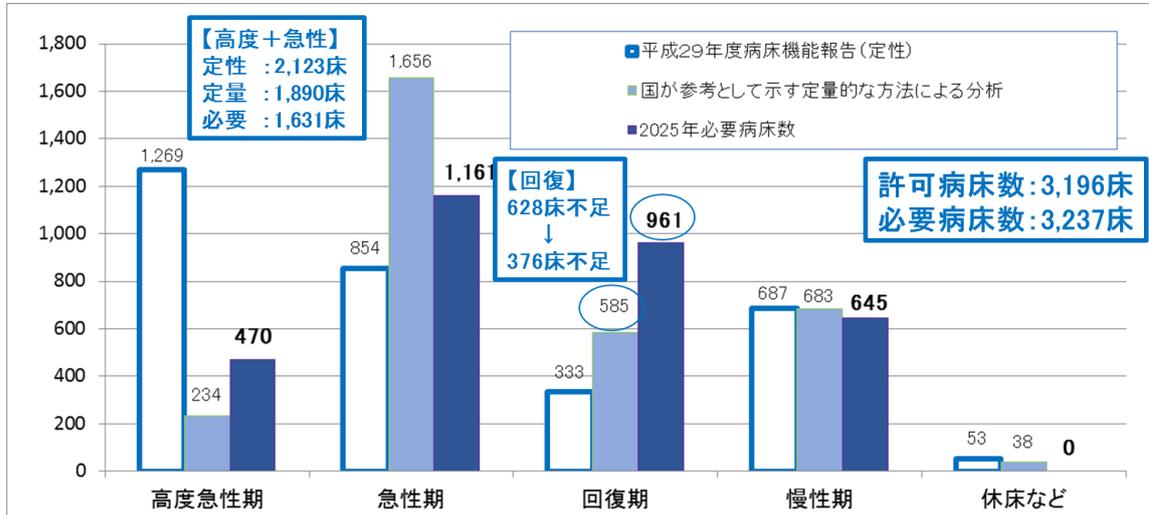
図 3-1-13 は、滋賀県が平成29年度病床機能報告の情報を国が示す定量的な分析方法で病棟ごとに利用状況を再分類したものです。この結果、

- 定量的に見た場合、高度急性期、急性期の合計は定性的に見たその合計より少

ない。

○ 定性的、定量的に見ても、回復期病床は不足している。
ということがわかりました。

【図 3-1-13】平成29年度病床機能報告の分析結果と必要病床数の比較(病棟単位)



出典 平成30年度(2018年度)第1回大津圏域地域医療構想調整会議(滋賀県主催)のデータを修正しグラフ化

エ 大津圏域における滋賀県と本市の対応

滋賀県は、病床機能を病棟ごとに再分類を行いました。が、実際の病棟には様々な病期の患者が入院しているため、本市では病床単位での病床機能を把握することで、より一層、機能分化に関する議論が深まるよう分析することとしました。

このように、本市は滋賀県と協力し、現状の病床機能を定量的に把握し、2025年の必要病床数を多角的に比較し、今後の適正な病床機能への分化を進めてまいります。

(3) 2025年に向けた医療提供体制と地域包括ケアシステム

2025年には団塊の世代全てが75歳以上になるほか、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上になるなど、高齢化は今後更に進展することが見込まれています。こうした中、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら十分な介護サービスを確保することに加え、医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことが重要です。

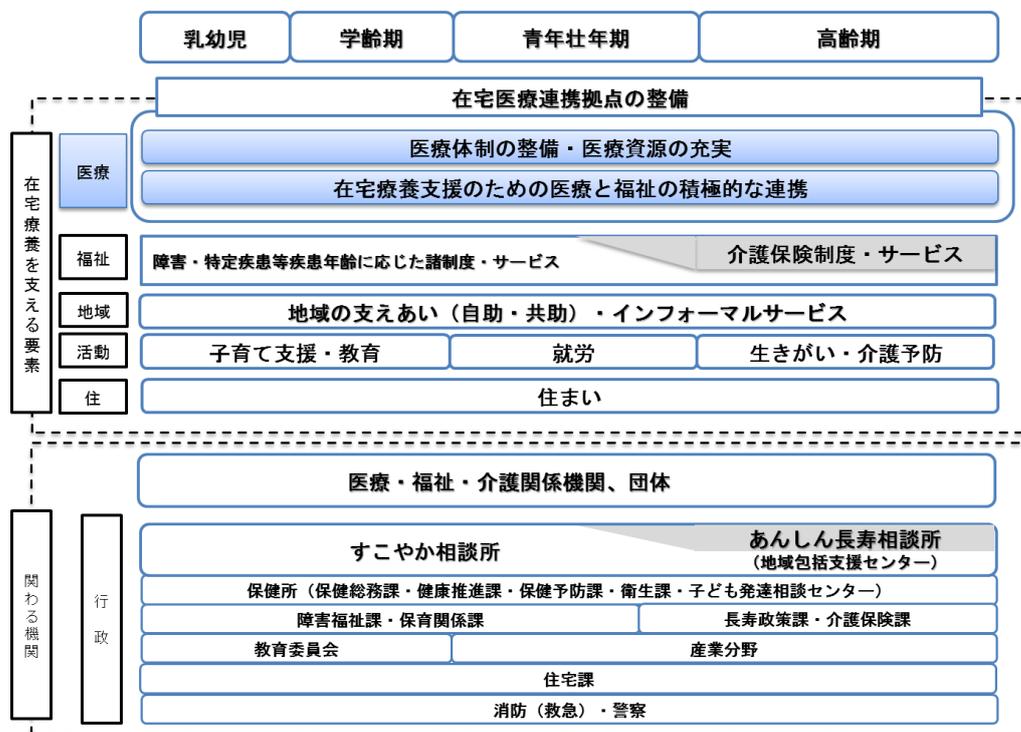
平成30年(2018年)3月に策定した「おおつゴールドプラン2018」においては、基本理念として「地域の中で支えあい、安心していきいきと、最期まで住み続けられるまち おおつ」を掲げ、これまで確立してきた地域包括ケアシステムを継承しつつ、7つのブロック別活動目標を加えたきめ細やかな取組を進めています。

今後、高齢化が進むことで、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者が増えるとともに介護を必要とする人も増えていきます。疾病構造の変化により、求められる医療も「治す医療」から「治し支える医療」へ、病院完結型から地域完結型の医療へと変わってきています。本市の医療提供体制もこのような流れを受けて柔軟に変化していく必要があります。

また、地域包括ケアシステムは、各年代や疾病などに対してそれぞれの課題に応じた体制整備が必要となってきます。

その中で、医療に求められる役割を見極めつつ、行政内部の部局横断的な連携や、地域の関係機関、団体との連携を推進していきます(図 3-1-14)。

【図 3-1-14】 大津市における地域包括ケアシステムを支える体制



作成 大津市保健所

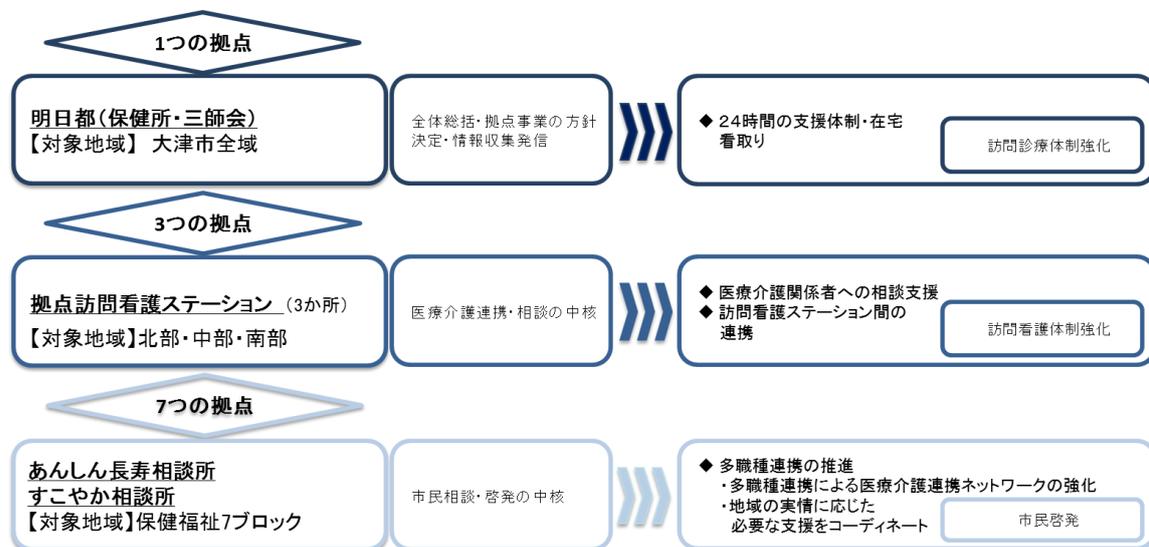
ア 大津市の在宅医療連携拠点整備と充実強化

本市は、地理的条件やこれまでの保健医療に関する取組や協働により、次のとおり拠点整備を進めています(図 3-1-15)。

近年の医療福祉を取り巻く環境の変化を背景に、多様化・高度化する市民ニーズに応えるため、保健所には圏域の地域診断に基づく企画調整機能と技術的助言などの広域的・専門的な役割が一層求められています。

このような中、保健所がコーディネーターの役割を果たしながら、関係機関のネットワークづくりを促進します。また、2025年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向け、関係機関・団体と地域の課題や取組の方向性等を共有するとともに、連携・協働しながら、切れ目のない円滑な医療福祉サービスの提供体制の確保に努めます。

【図 3-1-15】大津市の在宅医療連携拠点



作成 大津市保健所

① 1つの拠点(保健所・三師会)

【役割】

近年の医療福祉を取り巻く環境の変化を背景に、多様化・高度化する地域住民のニーズに応えるため、保健所には二次保健医療圏域での地域診断に基づく企画調整機能と技術的助言などの広域的・専門的な役割が一層求められています。

これに対応するため、保健所、大津市医師会及び大津市歯科医師会、大津市薬剤師会が同一施設に集結することで、より一層連携を深め、現在や今後の課題の解決を図っています。

今後は、市内15病院や、医療介護関係団体等の連携の中核となり、在宅医療(特に日常の療養支援、急変時対応、看取り)、医療・介護連携の強化を推進していく拠点となります。

【課題】

本市において、訪問診療の需要は平成28年(2016年)から2025年にかけて約

1. 5倍になると推計されており(表 3-1-16)、その対応力の強化が必要です(表 3-1-17)。

平成29年度(2017年度)に実施した診療所医師に対する在宅医療アンケートの結果等を踏まえると、主な課題は次のとおりです。

- 24時間対応による医師の負担感
- 訪問看護など多職種とのネットワーク構築
- 終末期等における医療の在り方についての、本人、家族への相談支援

【表 3-1-16】 訪問診療の需要推計

	平成28年度 (2016年度)	平成30年度 (2018年度)	2024年度	2025年度
訪問診療需要推計(人/月)	2,046	2,239	2,888	2,996
対平成28年度 (2016年度)	—	1.1倍	1.4倍	1.5倍

出典 「2025年に向けた訪問診療の需要推計について(厚生労働省:2025年の介護施設、在宅医療等の追加的需要の機械的試算(患者住所地ベース)に基づく)」より算出

【表 3-1-17】 訪問診療の対応必要数(診療所、病院)

	平成28年度(2016年度)実績			2025年度推計		
	実施施設数	1施設 当たり 担当人数	対応数	必要施設数	1施設 当たり 担当人数	対応数
診療所	92施設	10人/月	974人	134施設 (+42)	21人/月	3,014人
病院	6施設	9人/月		8施設 (+2)	25人/月	

出典 平成28年度(2016年度)実績:国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険の請求データ(国保連提供)
2025年度推計:「2025年に向けた訪問診療の需要推計について(厚生労働省:2025年の介護施設、在宅医療等の追加的需要の機械的試算(患者住所地ベース)に基づく)」より算出

【今後の取組】

○ 訪問診療体制の強化

個人で開業している診療所では、訪問診療するに当たり看取り等で24時間対応を求められると、自院のみで対応することが困難な場合が考えられます。これを解消する方法として、医師間ネットワークの構築(病診連携、診診連携)が考えられます。

現在、本市内の一部地域では、在宅医同士のネットワークの構築や病院を核とした協力体制の検討などが進められています。今後、先進都市の事例や市内での取組状況を踏まえ、在宅医療に関わる医師の負担軽減と本市のどこに住んでいても24時間在宅医療が受けることができる体制を目指し、整備していきます。

○ 訪問歯科診療*（衛生指導）の充実

日常の口腔ケアや嚥下機能^{えんげ}の維持向上に向けた支援等の充実を図ります。

○ 在宅薬剤指導の充実

外来から在宅療養までを通じて服薬管理及び看取りに向けた薬剤管理に対する支援等の充実を図ります。

○ 関係機関、団体をつなぐ協議の場の設定

在宅医療連携拠点運営会議など、課題に応じた協議の場を設定し、円滑な連携の推進を図ります。

○ 患者情報を共有するための医療情報連携ネットワークと活用の推進

「地域連携クリティカルパス」及び「大津市医師会 ケアマネタイム」並びにICT（情報通信技術）を駆使した「びわ湖あさがおネット」を有効活用します。また、関係者間でその事例を共有することで、効果的なネットワークの構築を推進していきます。

② 3つの拠点（拠点訪問看護ステーション）

【役割】

訪問看護は、ライフステージを区切ることなく、また、医療保険や介護保険といった様々な制度の中でも共通の在宅医療サービスであり、どのような制度においても、医療と福祉をつなぐ役割を担っています。

また、地域のほかの訪問看護ステーションや他職種のサポートなどの協働体制を構築する役割も担っています。

このため、本市では、市域を3つのブロックに設定し、各ブロックで拠点となる訪問看護ステーション（以下「拠点訪問看護ステーション」という。）を整備しています。

【課題】

近年の国の医療政策において、病院の機能は分化・連携が推進されています。この方向性の下では、病院で働く看護職には、退院後を見据えたケアが求められ、在宅で働く看護職には、退院後を引き受け、中・長期的な視点で利用者を捉え、急変時や看取りに対応できる能力が求められます。

これを受け、訪問看護に対しては、今まで以上に「医療、福祉の連携のキーパーソンとしての役割」や、「急変時や看取りに対応できる24時間対応の強化」が求められています。

本市では、近年、訪問看護ステーションの事業所数は増加していますが、多くは小規模な事業所です。今後増えていく訪問看護へのニーズに対し、質と量の更なる充実はもとより、事業所間連携が必要です。

【表 3-1-18】 訪問看護の強化

年度	平成28年度 (2016年度)実績	2024年度	2025年度
利用者数	1, 520	2, 145	2, 226
訪問回数	8, 400	11, 856	12, 300
常勤換算 看護師数	125	176	183 (+58)

※ 訪問診療の需要推計を適用し平成28年度(2016年度)実績に対する伸びを基に算出

単位は、利用者数は人／月、訪問回数は回／月、常勤換算看護師数は人

出典 平成28年度(2016年度)は「H29.9 訪問看護ステーション実態調査結果」(滋賀県看護協会実施)

【表 3-1-19】 拠点訪問看護ステーションにおける医療・介護関係者からの相談支援

	平成29年度 (2017年度)	2020年度
拠点訪問看護ステーションでの相談支援(件数)	—	720

出典 おおつゴールドプラン2018

【表 3-1-20】 機能強化型訪問看護ステーション*の充実

	平成29年度 (2017年度)	2020年度
機能強化型訪問看護ステーション数	—	3

出典 おおつゴールドプラン2018

【今後の取組】

a 拠点訪問看護ステーションの活動の充実

- 主に専門職、関係機関からの相談対応
 - ・ 在宅療養支援における医療的ケア等在宅医療に関する相談(施設含む)に対して、電話等での助言を行うとともに、カンファレンスへの参加や関係者との同行訪問等を行います。
- 担当エリアの医療・介護連携の推進
 - ・ 診療所に対して訪問看護ステーションの利用を進めていきます。

- ・ 介護事業所における医療的ケアや看取りに関する体制整備などの取組に対して支援します。

○ 訪問看護ステーション間の連携体制強化

- ・ 訪問看護ステーションの活動における課題を共有し、近隣訪問看護ステーションとの連携体制を構築します。
- ・ 医療・介護関係者から在宅での医療的ケアや看取りへの対応について相談依頼があったケースについて、状況に応じて近隣訪問看護ステーションと連携して支援します。

b 訪問看護体制の強化（機能強化型訪問看護ステーションの整備）

在宅医療において、地域の中核となる在宅療養支援病院又は在宅療養後方支援病院*併設の訪問看護ステーションが、「ときどき入院、ほぼ在宅」を実現できるように病院と一体的になって地域の医療・介護関係者のバックアップを行えるよう体制強化を図ります。将来的には今よりもより柔軟に重度及び看取りが必要な在宅療養者等に対応できる「機能強化型訪問看護ステーション」の機能も併せ持つことを目指すとともに、人材育成等においては滋賀県や滋賀県看護協会、大津市訪問看護ステーション連絡協議会等と連携し、取組を進めていきます。

③ 7つの拠点（あんしん長寿相談所、すこやか相談所）

【役割】

本市では、保健福祉施策推進の基本となる「保健福祉ブロック」を7か所と設定し、各ブロックにすこやか相談所と地域包括支援センター（あんしん長寿相談所）を設置しています。

また、地域の住民、世帯及び地域全体の健康課題を把握し、世帯や地域の健康課題に横断的・包括的に関わり、地域の実情に応じた必要な支援をコーディネートするなど、担当する地区に責任をもった保健活動を推進するように各ブロックに保健師を配置しています。

あんしん長寿相談所とすこやか相談所が、日々の相談支援や医療・介護関係者など地域の様々な支援者との連携を通して、医療・介護関係者とのネットワーク構築、市民への在宅療養の啓発を行います。

【課題】

『第2章 6 保健医療に関する市民意識の現状』の図 2-6-5 で示した結果から、長期療養をする場所として自宅又は施設を選択した高齢者（65歳以上）は約6割います。このため、長期療養が必要になったときに安心して在宅療養を選択し、「ときどき入院、ほぼ在宅」で療養し、穏やかな最期を自宅や施設で迎えることができるようにしていく必要があります。

【今後の取組】

a 医療的ケアや看取りの必要な人を受け入れられる支援ネットワークの構築

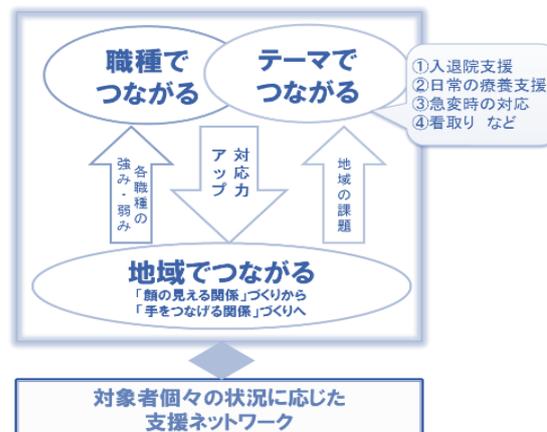
「おおつ在宅療養応援講座」などを通じて市内7ブロックで地域の課題を共有し、ネットワークの構築やスキルアップに資する学習会の開催、医療・介護関係者間の情報共有を行います。(図 3-1-21)

b かかりつけ医等を持つことの推進

健康なときから本人の状態や望んでいることを理解し、大きな疾病を患ったときや重症化したときに安心して相談できるかかりつけ医等を持つことは非常に有効です。

このため、広報誌、インターネット等媒体を活用した情報発信のほか、「おおつ在宅療養応援講座」などを通じて、市民と医療・介護関係者が共に在宅療養について考え理解を深める機会を提供していきます。

【図 3-1-21】 多職種連携の視点



作成 大津市保健所

イ 介護施設における医療的ケアや看取りへの対応力の強化

今後、在宅療養における医療ニーズや看取りのニーズが高まる中で、自宅のみならず生活の場となる介護施設においても、その対応力の向上が必要となります。

介護施設は、一人一人の日々のQOL(生活の質)を高めるための支援に加え、その延長として穏やかな最期を迎える支援体制が必要です。しかし、看護職員の配置や医療との連携など、介護施設における医療体制やスタッフの知識・スキルの向上などの課題を抱えています。

本市としては、次の取組で介護施設における対応力の強化を支援します。

- a 拠点訪問看護ステーション等を活用した、介護の現場での対応等の相談や支援
- b 訪問看護ステーションと介護施設の連携のあり方の検討
- c 医療と介護施設の連携のあり方についての検討

ウ 入退院時における医療・介護の円滑な連携(入退院支援ルール)の運用促進

入退院時の支援を効果的に行うため、入退院支援ルールとして「大津保健医療圏域における入退院支援の手引き」を作成し、運用しています。今後も引き続き関係者の情報交換を行うとともに入退院支援ルールの運用促進を図り、入退院時における情報が共有され、入院から在宅療養への円滑な移行を目指します。

【表 3-1-22】 入退院支援ルールの運用促進

	平成29年度 (2017年度)	2020年度
入院時情報共有(ケアマネジャー⇒病院)	91.8%	100%
退院時情報共有(病院⇒ケアマネジャー)	87.7%	100%

出典 おおつゴールドプラン2018

エ 公的病院等の機能分化と充実

大津圏域での公立・公的病院等は、中核的医療機関であるため、次のことが求められています。

- 病病連携、病診連携の中心的存在であること。
- 圏域全体の医療ニーズやバランスを考慮した役割を果たすこと。

これらの役割を果たすには、効果的で効率的な医療機能の充実が必要であるとともに地域の医療機能の分化・連携を進める必要があります。

また、市民の生活の場を中心として病院の在り方を考えたとき、医療機関間の連携・協働はもちろんのこと、介護関係者との連携・協働も重要です。これらのスムーズな連携には、相互の理解を更に深めなければなりません。

このため、大津圏域において公立・公的病院等は、病病連携、病診連携の中心的存在となって、大津圏域地域医療構想調整会議などで積極的に協議・調整し、求められている医療機能に対して柔軟に対応するとともに、地域における医療機関や介護関係者が合同で勉強会の開催や意見交換会などを実施し、今まで以上の関係構築に努めなければなりません。

2 2025年に向けた医療提供体制(地域医療構想の具現化)

(1) 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築

病院の病床は、限りある重要な社会資源です。このため、医療機関はニーズに応じて医療機能を提供するとともに、利用者はそれぞれの医療機能の特徴を知って利用に努める必要があります。

滋賀県は平成29年度病床機能報告を病棟単位で定量的に分析していますが、図3-1-10の4つの医療機能の区分に示すとおり、最も多くの割合の患者がいる機能を報告しているため、異なる機能の病床が病棟ごとに全て1つの機能の病床として換算されることとなります。

このことから、本市では、病院の利用の現状をより詳細に把握するため、可能な限り病床の利用状況を確認し、分析を行いました(図3-2-1)。

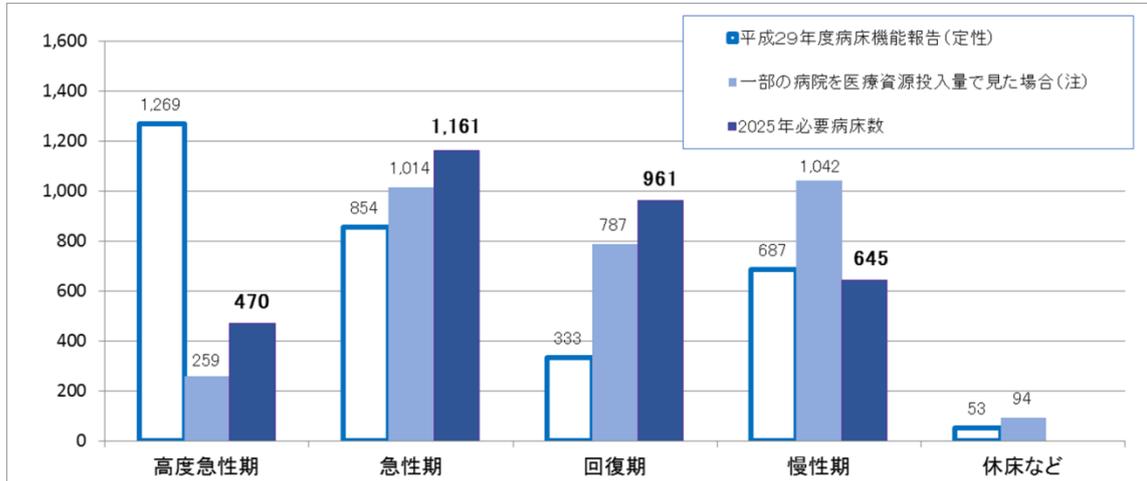
この結果、滋賀県が分析したことでわかった、

- 定量的に見た場合、高度急性期、急性期の合計は定性的より少ない。
 - 定性的、定量的に見ても、回復期病床は不足している。
- ということに加えて、
- 急性期機能で報告されている病棟でも回復期や慢性期の患者が混在している(ただし、2025年必要病床数のうち慢性期機能は、現在の慢性期病床の患者の一部が在宅医療に移行することを見込んでいるため、現時点の慢性期機能の病床数が2025年必要病床数に比べ大幅に超過して見えることに留意が必要。)
 - 医療の利用状況(医療需要)と病院が提供する医療機能(医療供給)で不均衡な状態になっている。

ということがわかりました。

今後の超高齢社会に備え、大津圏域地域医療構想調整会議で協議・調整を行いながら、適正な病床機能の確保が必要です。こうしたことから、将来の医療需要に備えた医療機能の分化と連携を推進しなければなりません。

【図 3-2-1】 平成29年度病床機能報告と病床の利用状況、必要病床数の比較



(注)病床の利用状況の見方は次のとおり

○ 公立・公的病院等のうち3病院について、平成30年(2018年)2月及び6月の病床の利用状況を医療資源投入量を基に4つの医療機能に区分

○ 上記以外の病院については、平成29年度病床機能報告に基づき区分

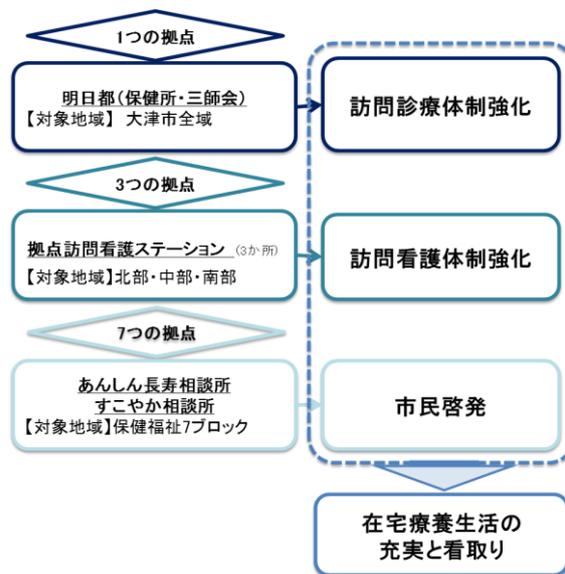
作成 大津市保健所

(2) 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実

本プランでは、市民のあるべき姿として「市民がいつまでもいきいきと暮らすことができる」を目指しており、医療体制では病院だけでなく、在宅医療の充実が必須の課題です。

これに向けた取組として、「1つの拠点」である保健所及び三師会で訪問診療体制の強化を、「3つの拠点」である拠点訪問看護ステーションでは訪問看護体制の強化を、「7つの拠点」であるあんしん長寿相談所、すこやか相談所では市民啓発を担い、それぞれの役割を果たすことで地域包括ケアシステムが推進し、在宅療養生活の充実と看取りの実現を目指します。

【図 3-2-2】在宅医療の充実



作成 大津市保健所

3 患者中心の安全で質の高い医療を提供する体制の確保

地域医療構想の最大のポイントは、少子高齢社会にふさわしい医療の形を目指して、病床機能の分化と連携を推進し、地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築することにあります。

病気を治療していく過程は、急性期、回復期、慢性期など、病気の進行の症状によって区分されていますが、これまでの病院は、急性期治療の高度化に力点を置く病院もあれば、回復期を中心に、患者の社会復帰に力を注ぐ病院もあるなど、それぞれに得意な機能を選択し、病床機能を整備してきた経緯があります。地域医療構想では、これらの病床機能を、地域全体で、将来の医療需要に合わせ、それぞれの病期に合った病床のバランスに、緩やかに変化させていかなければなりません。

これからの超高齢社会では、求められる医療の内容が変わってくるのが予想されます。これまでの病院の医療は、臓器単体の疾患を「治す医療」が中心でした。しかし、高齢者は複数の慢性疾患を持ち、年齢とともに完治しにくいこともあり、臓器の治療だけでは対応できません。このため、「治す医療」から、患者の全身を総合的に診て、療養生活を支えていく「治し支える医療」への転換が必要になってきています。また、患者の最善を考えた質の高い、適切な医療を継続していくことが重要です。このために、病院が相互に地域での役割を理解し、分担していくことを推進し、限りある医療資源を有効活用しなければなりません。

このような中、「市民とともにある健康・医療拠点」である市立大津市民病院については、地域の中核病院として、患者実態に応じた適正な医療資源を投入し、「治し支える医

療」としての役割を先駆的に担う必要があります。

また、限りある医療資源の有効活用を図る上で重要となるのは、退院した患者の在宅療養を支える体制づくりです。例えば、複数の慢性疾患や障害を抱えた高齢患者が、病院での治療を終えた後、自宅や施設に戻って生活していくには、在宅医療や介護サービスが必要です。具体的には、医師、歯科医師、薬剤師や看護師、理学療法士などが患者の住まいを訪問して医療サービスを提供したり、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）やホームヘルパーが生活をサポートする必要があります。これにより、入院で短期間で集中的に安全・安心な医療を提供するとともに、在宅で予防、治療から看取りまでその人らしい生活を支援する「ときどき入院、ほぼ在宅」が実現するものと考えられます。

在宅療養の充実、地域包括ケアシステムの深化には、在宅療養支援病院の活用が重要になるとともに、病院より多様な生活状況に応じて判断、対応する場面が多い在宅で活動できる看護職や在宅看取りなどの対応可能な在宅医が数多く必要です。

このために、平成28年度（2016年度）から平成30年度（2018年度）までに本市が重点的に取り組んできた訪問看護体制の強化を引き続き行うとともに、訪問診療体制の強化に関しても合わせて取り組みます。

4 地域包括ケアシステムの深化に向けた医療と介護等との連携

地域包括ケアシステムを深化させるには、本人及び家族、医療関係者、介護・福祉関係者の情報交換と相互理解が必要です。

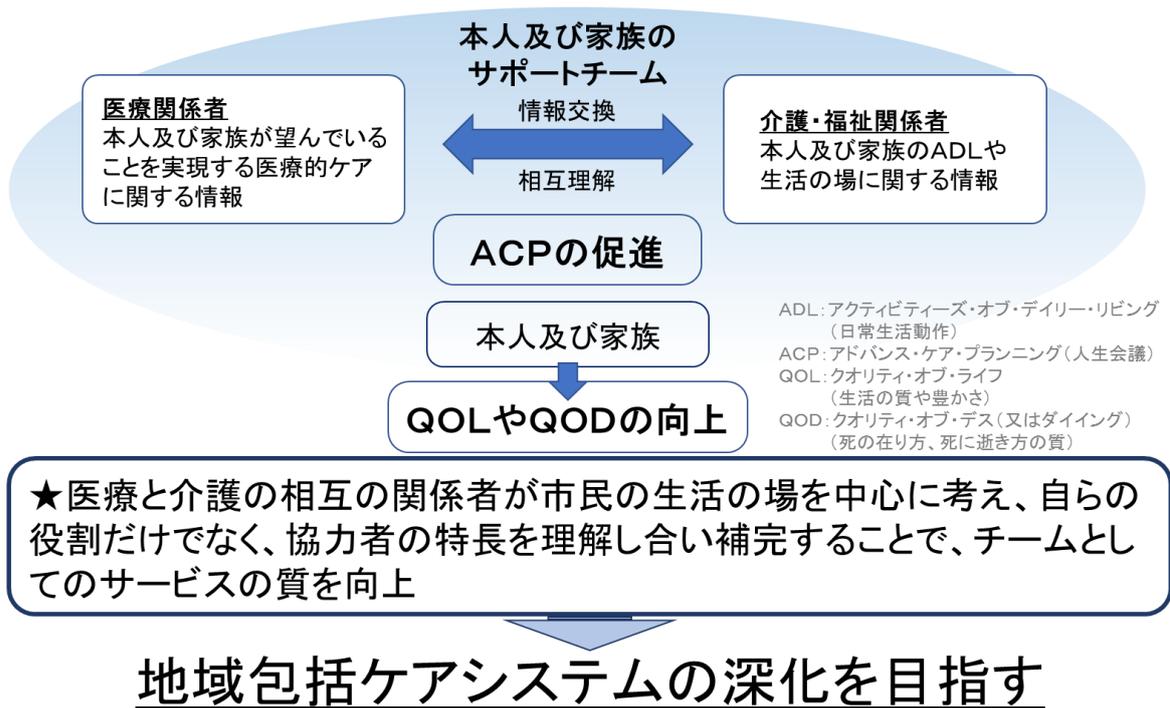
そのためには、

- 本人は、家族や身近な人に人生の最期に向けたことなどについて意思表示すること。
- 医療関係者は、本人及び家族が望んでいることを実現する医療的ケアに関する情報を提供すること。
- 介護・福祉関係者は、本人及び家族のADL（日常生活動作）や生活の場に関する情報を提供すること。

が重要です。

これによりアドバンス・ケア・プランニング*（人生会議）が促進され、医療と介護の相互の関係者が市民の生活の場を中心に考え、自らの役割だけでなく、協力者の特長を理解し合い補完することで、チームとしてのサービスの質が向上し、QOL（生活の質や豊かさ）、QOD*（死の在り方、死に逝き方の質）が高まることを期待します。

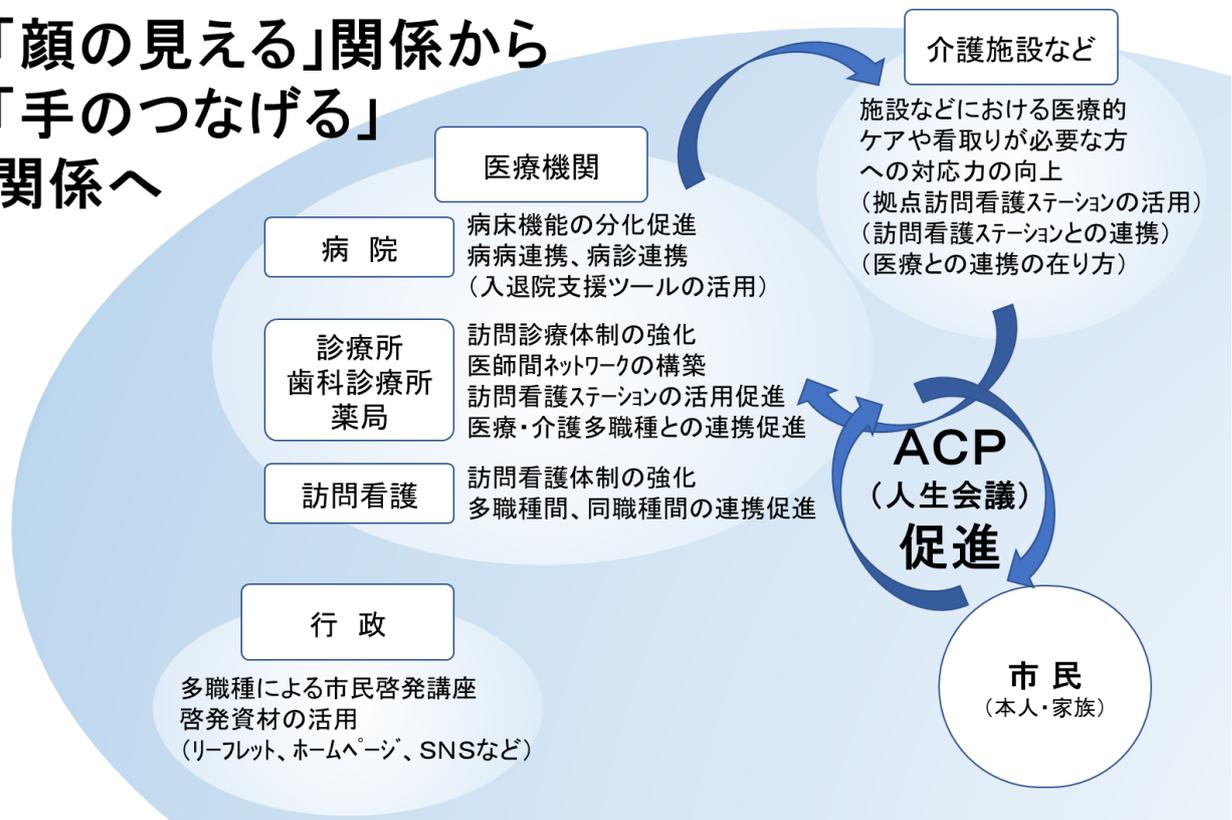
【図 3-4-1】地域包括ケアシステムの深化に向けて



作成 大津市保健所

【図 3-4-2】「顔の見える」関係から「手のつなげる」関係へ

「顔の見える」関係から 「手のつなげる」 関係へ



作成 大津市保健所