



近江八幡市地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療推進の取り組み

○医療と介護の切れ目のない支援を図るため、認知症患者の包括的ケア体制の構築、看護・介護人材の確保・育成、24時間支援体制の構築、市民に向けた啓発を多職種連携のもと実施。

○H24在宅医療連携拠点事業(厚生労働省)のモデル事業を契機として、市が主体となって取り組みを実施。H25以降は、行政と医療・介護関係者の役割分担のもと事業を継続的に展開。

①認知症患者の包括的ケア体制の構築

- ・医療連携ツール開発普及WG
- ・認知症連携パス運用・検証
- ・スクリーニング実施と早期認知症患者支援
- ・認知症初期集中支援チーム検証 等

②看護・介護人材の確保・育成

- ・人材育成WG
- ・職場説明会の開催等人材確保の場の創出
- ・就業支援と離職防止のための人材の配置
- ・看護、介護の魅力発信による潜在的人材の発掘等

多職種連携による総合的、
網羅的な取り組みの実施

③24時間支援体制の構築

- ・事例検討WG
- ・退院調整ツールの見直し・検証
- ・事例検討による成功例積み上げと個別支援への反映
- ・医療、介護関係者への研修
- ・在宅療養・看取りの手引書作成 等

④普及啓発

- ・死生観醸成、在宅サービス周知
- ・看護、介護の魅力発信
- ・市民フェスタの開催

<啓発ツール>

広報紙、ケーブルテレビ、パンフレット、図書館等

行政のリーダーシップによる事業の確実な実施、継続性の担保
行政と関係機関との役割分担による多職種連携の取り組みを展開





地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例（様式）

①市区町村名	近江八幡市
②人口（※１）	８１，９６７人（ ）
③高齢化率（※１） （６５歳以上、７５歳以上それぞれについて記載）	６５歳以上 ２３．０％（ ） ７５歳以上 １１．１％
④取組の概要	高齢者が望む在宅生活の実現に向けて、医療と介護の切れ目のない支援を図るため、多職種連携により、認知症連携パスの作成、認知症早期発見・早期システムの構築、看護・介護人材の確保・育成、２４時間支援体制構築に向けた事例検討による成功事例の積み上げ、市民に向けた啓発事業を行う。
⑤取組の特徴	医療と介護の連携を行政が主導し多職種連携により取り組んでいる。 上記に記載のとおり、特定のテーマに特化するのではなく、本市の在宅医療推進に向けた体制整備のため総合的・網羅的な内容で実施している。
⑥開始年度	Ｈ２４
⑦取組のこれまでの経緯	Ｈ２４は厚生労働省の在宅医療連携拠点事業の選定を受け実施 認知症連携パスの一部確定、運用。多職種による早期認知症患者の支援 看護・介護人材の確保・育成に関する取り組みの体系的整理 ２４時間支援体制構築に向けた取り組みの体系的整理 市民に向けた啓発の実施
⑧主な利用者と人数	
⑨取組の実施主体及び関連する団体・組織	実施主体：近江八幡市 関連団体・組織：医師会、歯科医師会、薬剤師会、拠点病院、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、民生委員等
⑩市区町村の関与（支援等）（※２）	
⑪国・都道府県の関与（支援等）（※３）	Ｈ２４：在宅医療連携拠点事業（厚生労働省）、１４，７６３千円
⑫取組の課題	行政と関係機関との役割分担を図りつつ、関係機関の主体的な活動を引き出していくこと。 地域包括支援センター（直営）の事業見直しなど市の在宅医療推進の体制整備。
⑬今後の取組予定	認知症連携パスの作成・運用（Ｈ２４継続）、認知症スクリーニングの実施、認知症初期集中支援チームの検証、医療・介護関係者の認知症対応能力向上研修等 人材確保のための就業相談会開催、就業相談員やジョブコーチの設置による就業支援および離職予防、看護・介護の魅力発信による潜在的人材の発掘等 退院支援ツールの見直し・検証、事例検討による成功例の積み上げと個別支援への反映、在宅療養・看取りの手引書作成等 死生観醸成と在宅サービスの理解促進に向けた啓発の実施、市民フェスタ開催等
⑭その他	



⑮担当部署及び連絡先	近江八幡市福祉子ども部福祉総合相談課 TEL0748-31-3737、FAX0748-31-3738
------------	---

- ※1 一部地域に限定した実施の場合は、当該地域の人口・高齢化率を（ ）内に記載してください。
- ※2 市町村から財政的支援が行われている場合には予算額等を含めて記載ください。
- ※3 国や都道府県から財政的支援を受けている場合は、補助金や交付金等の名称、額等を含めて記載ください。





平成 25 年度近江八幡市在宅医療推進事業 企画書

1 基本方針

病気や高齢になっても住み慣れた我が家や地域で安心して暮らすことができるよう、医療と介護の切れ目のない支援や多職種の連携強化のための体制整備を行う。

H25 年度は、H24 年度に厚生労働省のモデル事業として実施した在宅医療連携拠点事業により取り組み課題として抽出された事業の具体的展開を図る。

2 事業内容

(1) 市民啓発

これまで、市では死生観醸成に向けた市民への啓発機会がなかったこと、また市民の在宅サービスに対する理解不足が在宅生活や看取りへの負担感につながっていることから、H24 年度では、広報紙とケーブルテレビを活用した市民啓発を実施した。

H25 年度も引き続き、市民の死生観の醸成と在宅サービスへの正しい理解を目的に、各種啓発を行うが、H24 年度の在宅医療連携拠点事業の取り組みにより、多職種の顔の見える関係づくりができつつあり、さらなる連携強化と、在宅医療推進に関する多職種の意識向上をめざして、関係機関の積極的な関わりのもとで啓発事業を展開する。

【広報紙等での啓発】

広報紙やケーブルテレビ、各種啓発資料を活用し、市民の死生観醸成や在宅サービスへの正しい理解を促進するための啓発を行う。また、(4)にも記載のとおり、看護、介護の人材発掘のための啓発も併せて行う。

【市民フェスタの開催】

死生観の醸成と在宅サービスの周知を図るとともに、関係機関の在宅医療推進に関する意識の向上をめざして、市民フェスタを開催する。フェスタでは、在宅介護・在宅看取りを考えるシンポジウムや三師会等による在宅サービスのPR、認知症相談会、看護・介護職の就業相談会などを実施する。これにより、市民の死生観醸成や在宅サービスの適正な周知、認知症の早期発見、看護・介護人材の確保等を行い、市民が望む在宅生活の充実を図る。

- ・死生観醸成、在宅サービスの周知等（広報紙 7 月～12 月）
- ・看護、介護の魅力発信（広報紙 5 月～3 月、ケーブルテレビ 11 月）
- ・市民フェスタの開催（12 月頃、実行委員会 5 回程度）
- ・死生観醸成に向けた啓発資料作成 A4・8 ページ、フルカラー、5000 部

(2) 24 時間支援体制の構築（在宅療養・看取り支援）

H24 年度の取り組みから、退院時の不安の有無が後の療養生活の安定性に大きく影響すること、市民が自らの治療や看取りの希望を十分に意思表示できていないこと、本人の希望を家族や支援者間で意思統一できていないこと等が明らかとなった。また、具体的な事例を通じて、多職種の顔の見える関係づくりと役割分担の明確化、適切なマネジメントの必要性が明らかとなった。そのため、退院支援の見直しや病院関係者





の意識改革、市民に向けた手引書の作成、事例検討会の開催を行う。

【多職種による退院支援】

退院患者の不安解消のため急性期病院の退院支援のためのツール（不安解消のためのチェックリスト）の見直し、新様式による症例検討を行い、ツールの検証を行う。

【事例検討の実施】

市民が望む在宅療養・在宅看取りを 24 時間体制で支援するため、具体的な事例検討から抽出された課題への対応を行う。これにより在宅療養や看取りの成功例を積み上げ、全体の支援体制の構築につなげる。

【勉強会の開催】

在宅生活への正しい理解を促進しスムーズな退院支援が行えるよう、病棟看護師に対する研修会を実施する。また、患者の状態の変化に応じた適切なマネジメントを図るためケアマネジャーに対する研修会を実施する。

【手引書の作成】

市民が安心して療養生活や看取りを考えることができるよう、在宅で利用できるサービスや療養から看取りまでの手順などを示す啓発資料を作成する。

・事例検討ワーキング 10回

退院支援ツールの見直し・検証

事例検討による課題解決と成功例の積み上げ

・病棟看護師への研修会 3回、市立総合医療センター対象

・ケアマネジャーへの研修会 3回、ケアマネ協議会において実施

・手引書の作成 A4・8 ページ、フルカラー、2000 部

(3) 認知症連携パスの開発・運用と早期発見・早期支援システム構築

意思の明確化が困難な認知症高齢者の増加に伴い、医療と介護の切れ目のない連携による支援が急務の課題であるとともに、認知症を早期に発見し適切な治療・支援を行うことで安定した生活を維持することが求められる。そのため、認知症連携パスの開発・運用と早期発見・早期支援システムの構築を図る。

【連携パスの開発・運用】

H24 年度からの継続事業として、認知症患者の切れ目のない連携を図るための情報共有ツール（連携パス）の開発・運用を行う。H25 年度は、前年度から実施している「早期発見から診断」のステージにおけるツールの検証を深め確定を行うとともに、「在宅療養から看取り」のステージにおけるツールの試行・検証を行う。

【早期発見・早期支援システム構築】

H24 年度に確定した市内 3 拠点病院（急性期、療養型、精神科）の役割分担に基づき、認知症患者に対する適切な支援や地域関係者との円滑な連携支援を行う。

また、認知症のスクリーニング機会を学区や町域において設け、早期発見に努めるとともに、診断マニュアル作成や症例検討会の実施により、医療・介護関係者の認知症対応能力向上を図る。さらに、早期認知症患者の支援を多職種による「認知症初期集中支援チーム」で行い、当該チームの機能検証を行う。

・医療連携ツール開発普及ワーキング 6回





- ・認知症連携パスの開発・運用（H24 継続、「療養～看取り」）
- ・認知症スクリーニング（特定健診の活用、地域での相談会開催） 6 回
- ・早期認知症患者の支援 60 ケース
- ・認知症初期集中支援チーム検証会議 10 回
- ・かかりつけ医研修会（診断マニュアル作成） 5 回

（４）看護、介護人材の発掘・確保

H24 年度の取り組みから、高齢者の在宅療養、看取りを支える看護・介護人材の不足は喫緊の課題であり、その原因として、求人をしても応募そのものがないこと、3 年未満の離職率が非常に高いこと、在宅の看護や介護の仕事のイメージが人材不足の一因となっていること等が明らかとなった。そのため、潜在的な人材を発掘・確保し、定着に結びつけるための支援を行う。

【人材の発掘】

リーフレットや広報紙、ケーブルテレビ等様々な広報媒体により看護や介護の魅力を発信し仕事のイメージ向上を図り、未就業の有資格者や新規にめざす者、小・中・高・大学生など幅広く潜在的な人材を発掘する。

訪問看護師の確保については、市立総合医療センターなどの病院を退職する看護師に向けた説明会を行い、訪問看護師への転職を促す。

【人材の定着支援】

就業希望者と事業所との適正なマッチングを支援するため、就業相談員を設置し、個々の適正に応じた職場の紹介、現場の説明等の支援を行う。また、本市独自の就業相談会を開催し、本市への確実な就業に結びつける。

また、早期離職の防止を図るため、経験の浅い職員の技術面・精神面の支援を行うジョブコーチを配置し人材の定着を図る。

【人材の育成】

在宅生活を支える介護職員の医療的知識の向上を図り、医療と介護関係者との連携強化を促進するため、医療に関する付加講座を介護職員初任者研修において実施する。

- ・人材育成ワーキング 4 回
- ・看護、介護の魅力発信
リーフレット（H24 作成）：乳幼児健診に来る親、母子家庭の親、中・高校生などに配布
広報紙、ケーブルテレビ等を用いた幅広い啓発
- ・退職前看護師向け研修会の開催 1 回、市立総合医療センター対象
- ・就業相談員の設置 1 名、12 日／年
- ・ジョブコーチの設置 1 名、12 日／年
- ・就業相談会の開催 1 回（8 月開催予定）
- ・介護職員初任者研修への付加講座 3 回

3 実施体制

（１）近江八幡地域医療福祉支援体制整備検討委員会

- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、拠点病院、介護サービス事業者、近江八幡市、





日野町、竜王町、保健所等で構成。

- ・ 既存の当委員会を活用し、本市の取り組み状況の報告や必要に応じた意見聴取を行う。

(2) ワーキンググループ (WG)

検討課題に応じて次の3つのワーキングを設置する。なお、ワーキングには、地域リーダーを中心に関係する多職種が参加するものとする。

①事例検討ワーキンググループ (12回開催)

- ・ H24年度の24時間支援WGを引き継ぐ形で設置し、より具体的なケース検討と課題解決を目的とする。具体的な事例から課題を抽出し、課題解決に向けた関係機関への働きかけを行い、ケースを通じた在宅療養・在宅看取りの成功例の積み上げを行う。また、退院調整時に利用しているツールの見直しを行い、新様式を用いた症例検討を行い評価する。
- ・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、リハビリ職、行政職員など12名で構成する。

②医療連携ツール開発普及ワーキンググループ (6回開催)

- ・ H24年度に引き続き、認知症連携パスの開発・運用と認知症早期発見・早期支援システムの構築に関する検討・評価を行う。
- ・ H24年度と同様の委員とし、拠点病院(医師、看護師、PT、MSW)、医師会、歯科医師会、薬剤師会、精神科MSW、訪問看護師、訪問介護士、ケアマネジャーなど18名で構成する。

③人材育成ワーキンググループ (4回開催)

- ・ 人材の発掘、確保、定着に関するH25年度事業の取り組み評価を行う。
- ・ H24年度のWG委員から、介護職および看護職を中心にそれらの教育経験者を含めた8名で構成する。

(3) 事業アドバイザー

- ・ 3日/月(年間36日)
- ・ 医療と福祉、介護との連携や、在宅サービスに対する課題等、在宅医療を推進するための課題や方策について見識のある人材をアドバイザーとして配置し、本事業全体の企画、事業の実施、評価に関する助言をもらう。

(4) 庁内体制

専門職の配置のある地域包括支援センターを中心に、各WGの運営、課題の抽出、方策の検討を行う。また、福祉政策担当が、取り組み方策を政策に結びつけるための様々な調整、事務処理等を行い市全体の支援体制構築につなげる。

また、介護保険担当、障がい福祉担当、保健センターなどは、第5期総合介護計画や総合介護市民協議会の方針に基づき、必要に応じてワーキングへの参加や当該業務担当との協議を行い、本市の在宅医療推進に向けた体制整備に努める。





近江八幡市在宅医療推進に関する事業 全体概要

H25 基本方針

- ・ 市民（主に高齢者）の望む在宅生活の実現に向けて医療と介護の切れ目のない支援や多職種の連携強化などの体制整備を行う。
- ・ H24 在宅医療連携拠点事業（厚生労働省モデル事業）により明確となった取り組み課題の具体的事業展開と着実な実施。



①市民啓発：市民の死生観醸成、在宅サービスの理解促進、看護、介護の魅力発信

- ・ 死生観醸成・在宅サービス周知（広報紙 7 月～12 月、12 月特集、パンフレット作成（A4/8 ページ・5,000 部）、図書館の活用等）
- ・ 看護、介護の魅力発信（広報紙・5 月～3 月およびケーブルテレビ・11 月の活用、H24 作成リーフレット活用）
- ・ 市民フェスタの開催（12 月上旬、医療・介護関係者、行政、市民の協働により実施）

②24 時間支援体制の構築（事例検討 WG）

- ・ 多職種による退院支援（不安解消のための退院調整ツールの見直しと検証）
- ・ 事例検討の実施（症例検討による課題解決と成功例の積み上げ、個別支援への反映）
- ・ 医療、介護関係者への研修（病棟看護師研修会（3 回、市立総合医療センター）、ケアマネジャー研修会（3 回、ケア協議会））
- ・ 手引書作成（在宅療養・看取りに関する本人・家族向けパンフレット作成（A4/8 ページ・2,000 部））

③認知症連携パス開発、早期発見・早期支援システム構築（医療連携ツール開発普及 WG）

- ・ 認知症連携パスの開発・運用（「早期発見～診断」のツール検証・運用、「療養～看取り」のツールの試行・検証）
- ・ 早期発見・早期支援システム構築（認知症スクリーニング・6 回、早期認知症患者の支援・60 ケース、認知症初期集中支援チーム検証・10 回、かかりつけ医研修・5 回）

④看護・介護人材の発掘・確保、育成（人材育成 WG）

- ・ 就業相談会（本市独自の就業相談会の開催、1 回・8 月）
 - ・ 就業相談員・ジョブコーチの設置（適正なマッチング支援および就職後の支援のための人材の配置、各 1 名・12 回/年）
 - ・ 人材発掘・育成のための研修（退職前看護師向け研修会（訪問看護師への転職促進、1 回・市立総合医療センター）、介護職員初任者研修への付加講座（3 回））
- ※看護・介護人材の魅力発信は①に掲載



H24事業からH25事業への確実な展開と今後の継続的な事業展開イメージ

H24事業

- 1) 市民啓発
死生観醸成、在宅サービスの周知、看護・介護の魅力発信のため、各種広報媒体を用いた啓発の実施
- 2) 24時間支援体制の構築
24時間支援の現状把握と課題の抽出および取り組み方策の検討、退院時の不安ニーズ調査
- 3) 認知症連携パス開発・運用、早期発見・早期支援システム構築
パス「早期発見～診断」ツール検討・試行、一部ツールの確定
早期認知症ケース支援、市内3病院の役割の明確化等
- 4) 人材の発掘、育成
人材不足の現状把握と課題の抽出および取り組み方策の検討、人材育成に関する実態調査

H25事業

- 1) および3)
H24の取り組みの継続
およびさらなる発展を
めざした事業展開
- 2) および4)
H24に体系的に整理した
取り組み方策に基づく
事業の確実な実施

H26～

H25の事業評価に基づく
取り組みの継続的实施

医療、介護関係者の主体性
を引き出すような事業展開

<継続性、実現性>

- ・地域リーダーやWGメンバーをコアに多職種との連携による事業の実施、他の関係者への拡大・浸透
- ・行政のリーダーシップによる事業の確実な実施、継続性の担保

<モデル性、実現性>

- ・取り組みの範囲を市民啓発、24時間支援体制構築、認知症患者の連携ツール開発と早期発見・支援システム構築、人材の発掘・育成支援の4テーマとし、総合的・網羅的な事業展開を実施

<適格性>

- ・多職種との協働で実施することにより、より効果的な事業展開が図れるとともに、多職種の主体性につながり事業の発展・継続が可能

事業の確実な推進

第5期近江八幡市総合介護計画

近江八幡市高齢者福祉計画
近江八幡市介護保険事業計画

☒ 平成24年3月

滋賀県 近江八幡市

第8章 地域包括ケアシステム構築へ向けての課題

団塊の世代が75歳となる平成37年（2025年）にそなえて、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいに係るサービスが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みが求められます。

1 医療との連携

地域包括ケアシステムを実現するためには、入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービスを継続的に提供できることが必要です。

市内における老人保健施設の整備を図り、医療ケアを必要とする高齢者への在宅サービスやリハビリテーション機能の充実を図ります。

将来的には、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせた複合型サービスや、24時間対応で訪問介護と訪問看護が連携しながら短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基盤整備を検討していく必要があります。

また、滋賀県では、地域連携クリティカルパスの活用による医療連携の確立と在宅医療、在宅ホスピスの推進などを図る『東近江医療圏 地域医療再生計画』を策定しており、この動きと連携していく必要があります。

2 生活支援

高齢者の生活支援については、第7章第5節で示したとおりですが、合わせて、地域組織や民間事業者、NPO、ボランティアなど関係者・関係団体の協働連携によって地域の福祉力を高めていくことが欠かせません。このため、公助だけの取り組みだけでは、すべての支援が難しいことから、地域の実情に応じて地域の取り組みとボランティア活動等により、総合的・一体的にサービス向上の取り組みを推進する必要があります。

また、要支援者・介護予防事業対象者向けに介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる介護予防・日常生活支援総合事業について、その動向を視野に入れたケアマネジメントの実施と体制整備を検討していく必要があります。