

広島市における在宅医療及び 在宅医療・介護連携の推進方策

平成30年2月策定

令和6年3月改定

広島市在宅医療・介護連携推進委員会

（「在宅医療及び在宅医療・介護連携の推進方策の検討」専門委員会）

目 次

I 推進方策について	P 1
1 方策策定の趣旨	P 1
2 方策の位置付け	P 1
3 基本理念（目指すべき姿）	P 1
4 方策の期間	P 2
II 広島市における医療・介護等の現状	P 3
1 高齢者人口の推移	P 3
2 介護ニーズの動向	P 4
(1) 要支援・要介護認定者数・認定率の推移	P 4
(2) 年齢階層別要支援・要介護認定率	P 4
(3) 認知症高齢者数の推移	P 5
3 在宅医療ニーズの動向	P 6
(1) 高齢者に係る訪問診療及び往診の受診実人数の推移	P 6
(2) 死亡者数の推移	P 6
(3) 市民の意識	P 8
4 在宅医療の供給体制（ストラクチャー）	P 9
(1) 在宅医療に関する供給体制の現状	P 9
(2) 在宅医療の実施状況	P 9
III 施策の取組方針及び取組内容	P 10
【取組の柱1】在宅医療に取り組む機関・人材の確保と育成	P 10
(1) 在宅医療を支える人材の量的拡充	P 10
(2) 疾病や診療内容に応じた対応力向上	P 10
【取組の柱2】在宅医療を支える病診連携、診診連携、多職種連携、後方支援体制の確保	P 12
(1) 多職種、関係機関の連携強化	P 12
(2) スムーズな在宅療養への移行のための体制の構築	P 13
(3) 体調急変時（入院時）等における連携	P 13
(4) 地域の医療・介護資源情報の整理	P 13
(5) 広島市北部在宅医療・介護連携支援センターの運営	P 13
【取組の柱3】認知症医療・介護連携の強化	P 14
(1) 早期診断・早期対応体制の構築	P 14
(2) 多職種協働による状態に応じた適切な医療・介護サービスの提供	P 14
(3) 若年性認知症施策の強化	P 15
【取組の柱4】在宅医療・介護に関する市民啓発	P 16
(1) 市民向け普及啓発	P 16
(2) ACPの普及啓発	P 16
(3) 摂食嚥下・口腔ケアの普及啓発	P 16
(4) 在宅療養のサポートに関わる人材の育成	P 16
IV 本方策の指標と評価方法	P 17
1 指標	P 17
2 評価	P 18
V 資料編（実態調査結果から把握した現状・課題）	P 19

I 推進方策について

1 方策策定の趣旨

- 市民の誰もが住み慣れた地域で、市民・地域団体・事業者・NPO・ボランティア団体・行政といったあらゆる主体の協働の下、誰もが地域社会の一員として、「支える側」と「支えられる側」に二分されることなく、お互い様の心で主体的に支え合いながら、いきいきと安心して暮らせる持続可能な「地域共生社会」の実現を目指す必要がある。
- そのために、高齢者全体の増加、とりわけ年齢階層の高い高齢者層の増加など更なる高齢化の進展を見据えた地域包括ケアシステムの充実・強化を図る必要がある。
- こうした中、多くの市民が、在宅において介護を受けながら人生の最期を迎えることを望んでいる一方で、必ずしも実現していない実態がある。今後、高齢者人口、特に75歳以上の人口が急増することから、看取りを含めた在宅医療の充実、在宅医療・介護連携の推進を図っていくことが極めて重要となっている。
- 推進に当たっては、現状の把握が必要不可欠となる。このため、広島市では、医療・介護関係者の協力を得て、3年ごとに「在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する実態調査」を実施し、在宅医療に対する認識、提供状況、連携等に関する現状の把握や課題の抽出を行う。
- 当該調査及び広島市在宅医療・介護連携推進委員会における意見等も踏まえ、広島市として目指すべき在宅医療、在宅医療・介護連携の推進に関するビジョンとして、本方策を策定するものである。

2 方策の位置付け

- 広島市においては、老人福祉計画・介護保険事業計画として、「第9期広島市高齢者施策推進プラン（令和6年度（2024年度）～令和8年度（2026年度））」を策定しており、同プランにおいても、「在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進」を重点施策として掲げている。
 - 本方策は、広島市の実情を踏まえつつ、各種課題の解決と計画的な取組を具体的に進めていくため、「第9期広島市高齢者施策推進プラン」の在宅医療及び在宅医療・介護連携の推進に関するアクションプランとして位置付けている。
 - なお、保健医療に関する計画は、都道府県（広島県）が策定するものとされており、県において、令和5年度に「第8次広島県保健医療計画」を策定している。
 - 計画の中で、在宅医療の提供体制の構築に当たって圏域を設定しているが、県計画においては、国の指針を踏まえ、市町の区域ごとに設定している。この意味においても、本方策は、県計画も踏まえ、広島市としての取組を具体化していくものとしている。
- ※ 医療計画は計画期間が6年間（在宅医療その他必要な事項は3年間）とされている。

3 基本理念（目指すべき姿）

- 更なる高齢化の進展と疾病構造の変化により、複数の慢性疾患を抱える患者、そして、介護を受けながら日常生活を営む患者が増える中、地域包括ケアシステムの充実・強化に向けて、「治し、支える医療」、地域完結型の医療の提供体制の構築が求められている。
- このため、広島市としては、本方策の下で、在宅医療及び在宅医療・介護連携を推進することで、
 - ① 退院支援から看取りまで、多職種による切れ目のない医療・介護サービスが受けられる仕組みを構築すること
 - ② 医療・介護を受ける側である高齢者、提供する側である従事者が、ともに高い満足度・充足感が得られるような仕組みを構築すること

- ③ その結果、高齢者が自分らしい人生を送ることができ、望む場所での療養、看取りが叶うことを目指していく。
- なお、現在、高齢者の支援に関しては、福祉的ニーズや、いわゆるダブルケア、8050問題など複合的な課題を抱えているケースも多く見られる。そうした状況において、地域包括ケアについては、地域共生社会の実現に向けて、障害者、子ども等の分野へと、その概念・考え方を拡げていく方向となっており、今後、こうした視点も持ちながら、取組を進めていく必要がある。

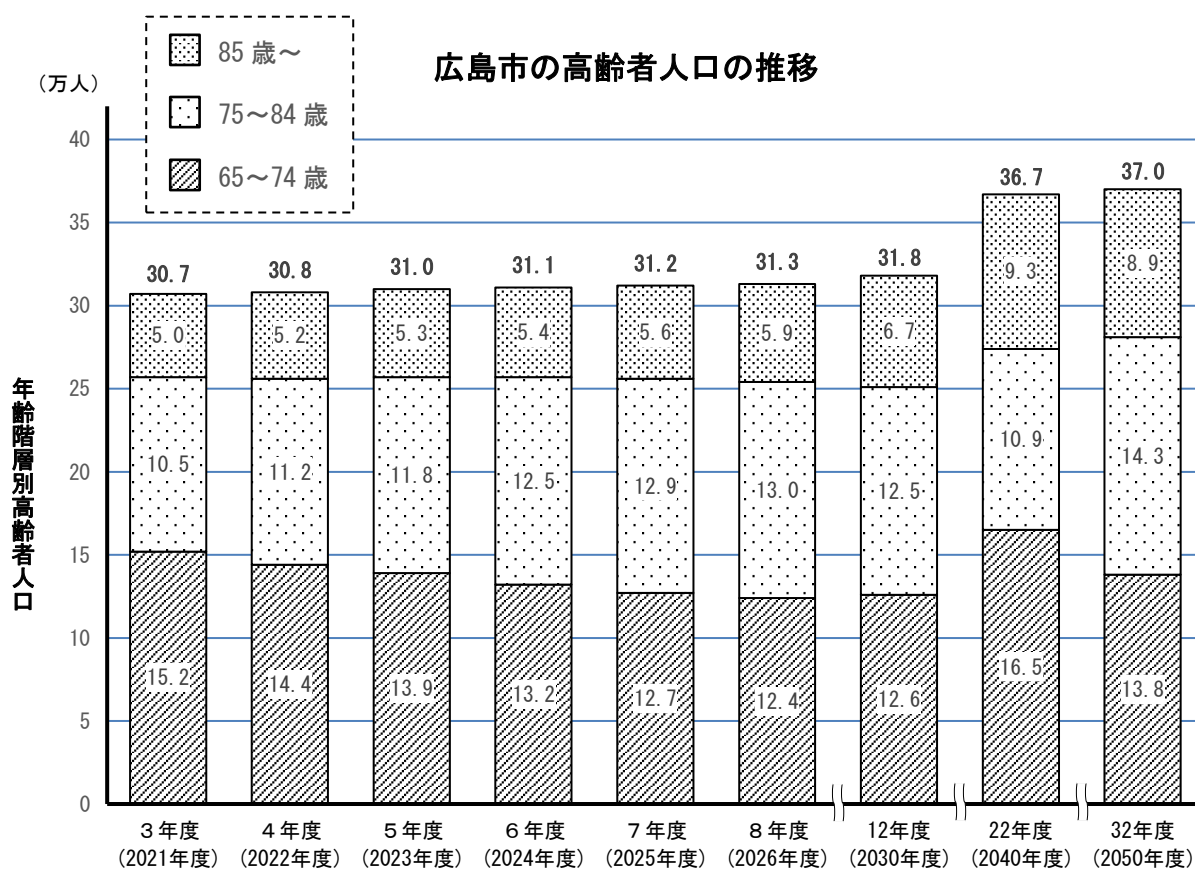
4 方策の期間

- 本方策の位置付けも踏まえ、2024年度から2026年度までの3年間を1タームとして、実態調査や分析等を実施した上で、進捗状況の把握及び評価を行いながら、必要な見直しを加えていく。

Ⅱ 広島市における医療・介護等の現状

1 高齢者人口の推移

- 広島市の65歳以上の高齢者人口は、令和5年度(2023年度)で31万人となっており、令和8年度(2026年度)には31万3,000人になる見込みである。
- また、団塊の世代の高齢化に伴い、令和32年度(2050年度)には85歳以上の人口が8万9,000人、団塊ジュニア世代の高齢化に伴い、令和22年度(2040年度)には65歳から74歳までの人口が16万5,000人、令和32年度(2050年度)には75歳から84歳までの人口が14万3,000人とそれぞれ過去最大規模となる見込みである。



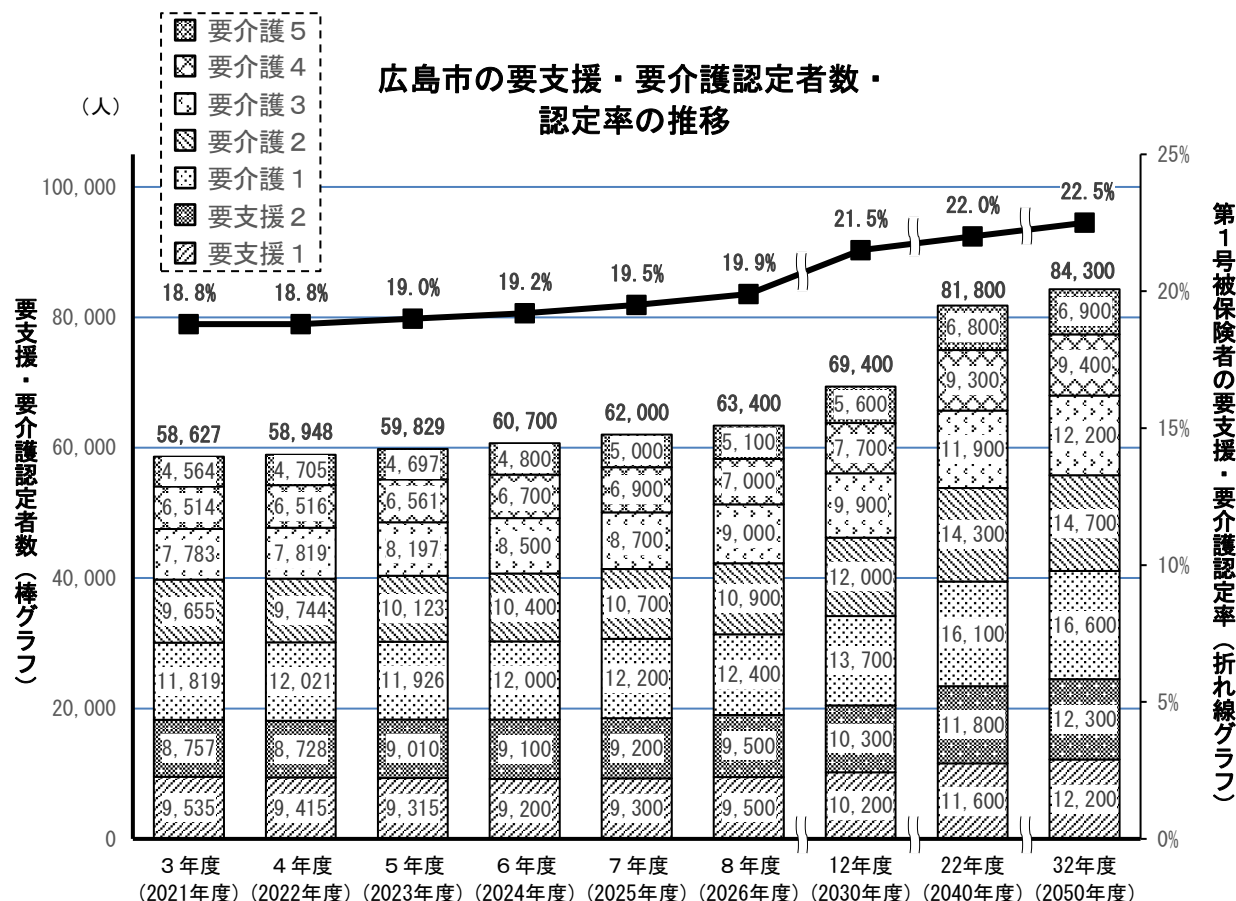
※ 各年度9月末現在。令和3年度～令和5年度は実績値。令和6年度以降は推計値。

出典：広島市作成

2 介護ニーズの動向

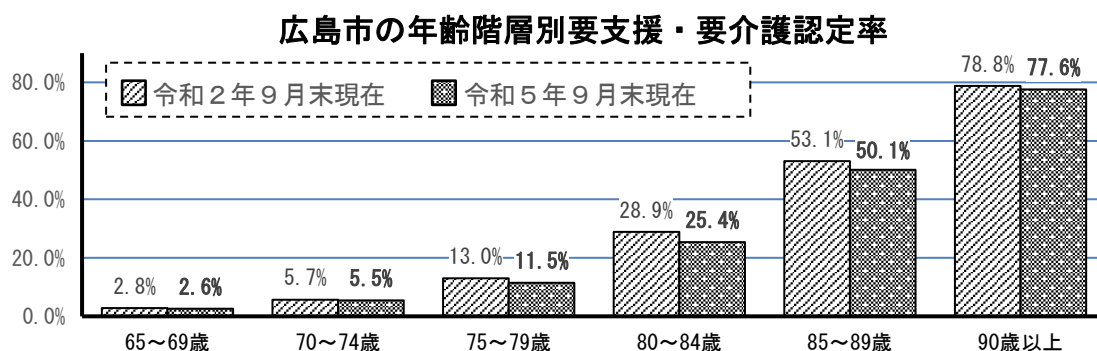
(1) 要支援・要介護認定者数・認定率の推移

- 広島市の要支援・要介護認定者数は、要介護等の認定率が高くなる傾向にある年齢階層の高い高齢者の増加に伴い、令和8年度(2026年度)には6万3,400人となり、認定率(高齢者人口に占める要支援・要介護認定を受けている65歳以上の第1号被保険者数の割合)は19.9%になる見込みである。
- また、令和22年度(2040年度)には、認定者数が8万1,800人、認定率が22.0%に、令和32年度(2050年度)には、認定者数が8万4,300人、認定率が22.5%になる見込みである。



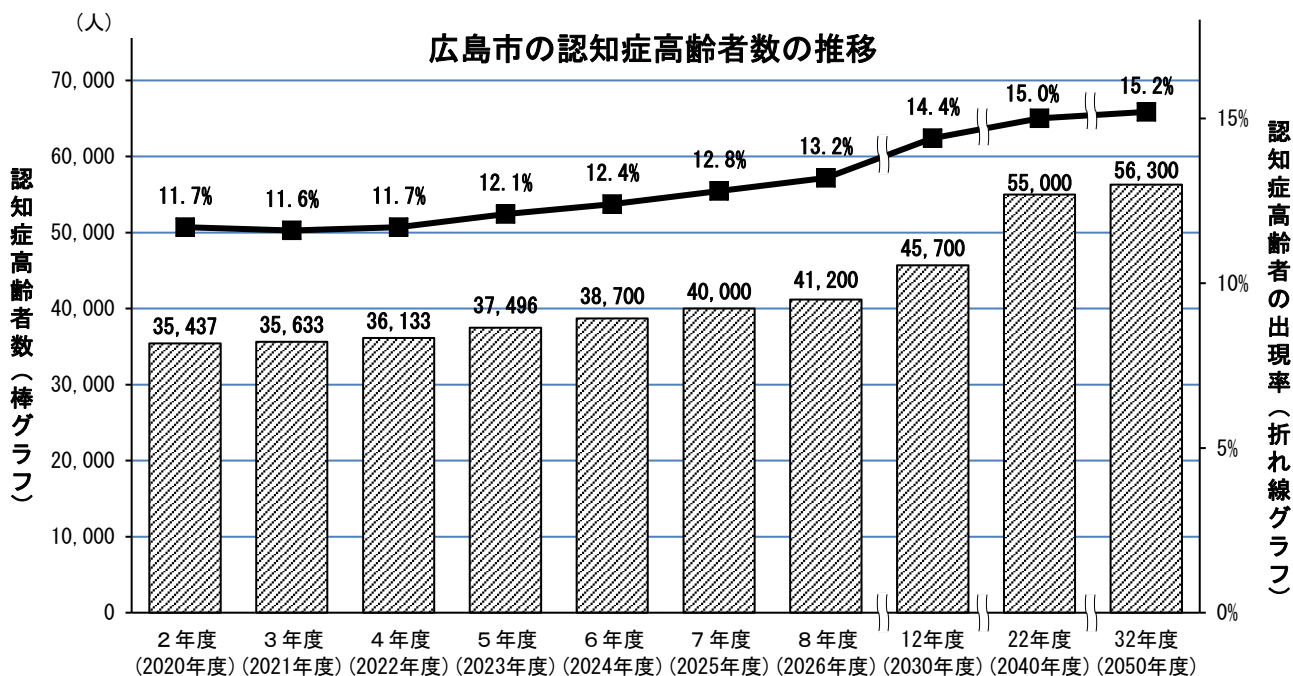
(2) 年齢階層別要支援・要介護認定率

- 広島市の認定率を年齢階層別に見ると、年齢階層が上がるほど上昇し、とりわけ85歳以上では5割以上が認定を受けている状況にある。
- 一方で、令和5年9月末現在では、令和2年9月末と比較すると、いずれの年齢階層においても認定率が低下している。

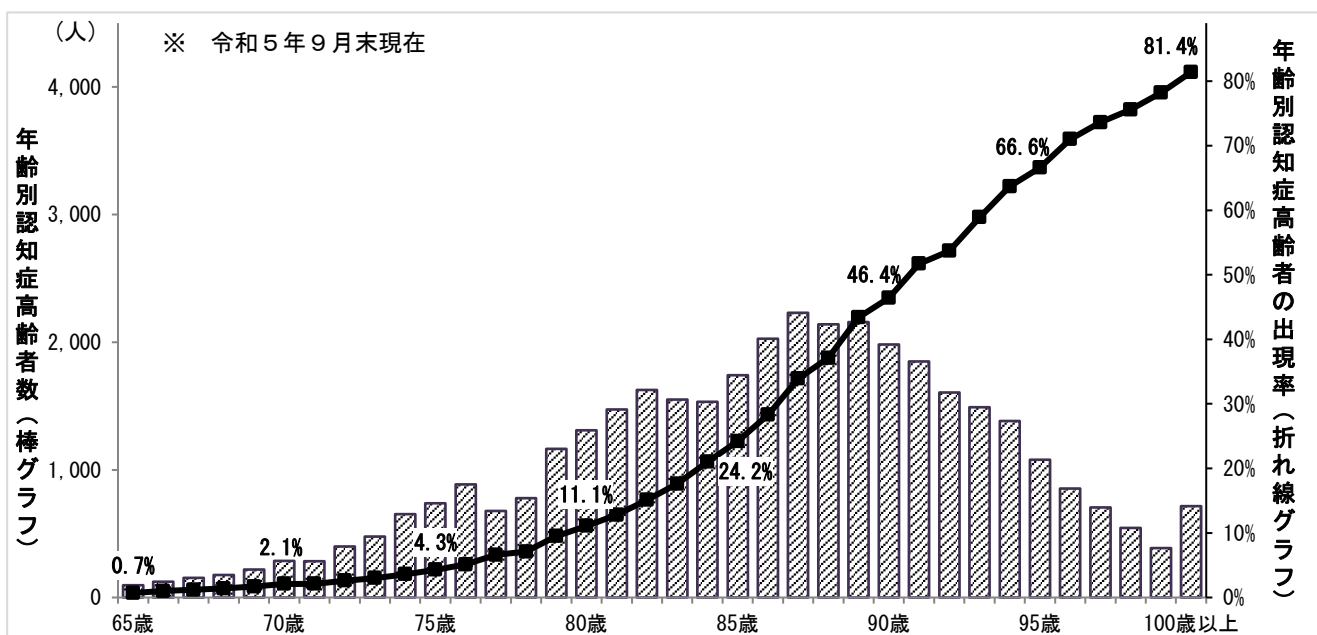


(3) 認知症高齢者数の推移

- 広島市の認知症高齢者数は、要支援・要介護認定者数の増加に伴い、令和8年度(2026年度)には4万1,200人になる見込みで、出現率（高齢者人口に占める認知症高齢者数の割合）は13.2%になる見込みである。
- また、令和22年度(2040年度)には認知症高齢者数が5万5,000人、出現率が15.0%に、令和32年度（2050年度）には認知症高齢者数が5万6,300人、出現率が15.2%になる見込みである。



※ 要介護等認定者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上のもの。
各年度9月末現在。令和2年度～令和5年度は実績値。令和6年度以降は推計値。

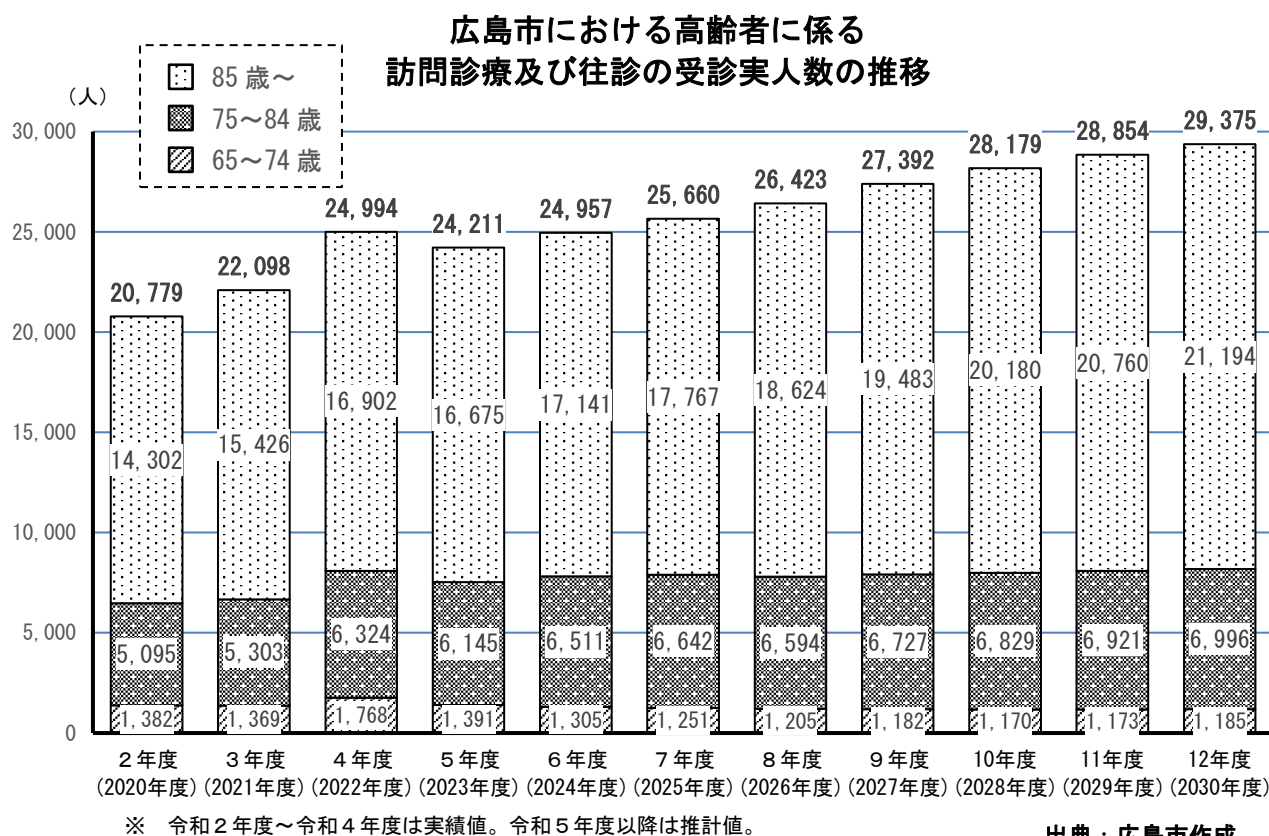


出典：広島市作成

3 在宅医療ニーズの動向

(1) 高齢者に係る訪問診療及び往診の受診実人数の推移

- 令和2年度(2020年度)における訪問診療及び往診の65歳以上の高齢者の受診実人数を見ると、85歳以上の高齢者が多くの割合を占め、6割以上となっている。
- 年齢階級別の状況を基に受診実人員を単純推計すると、今後、高齢者人口、中でも75歳以上人口の大幅な増加に伴い、令和12年度(2030年度)には、令和2年度(2020年度)の1.4倍となる2万9,375人となり、訪問診療及び往診のニーズは増加し続ける見込みである。



(2) 死亡者数の推移

① 広島市における死亡者数及び死因別死亡者数

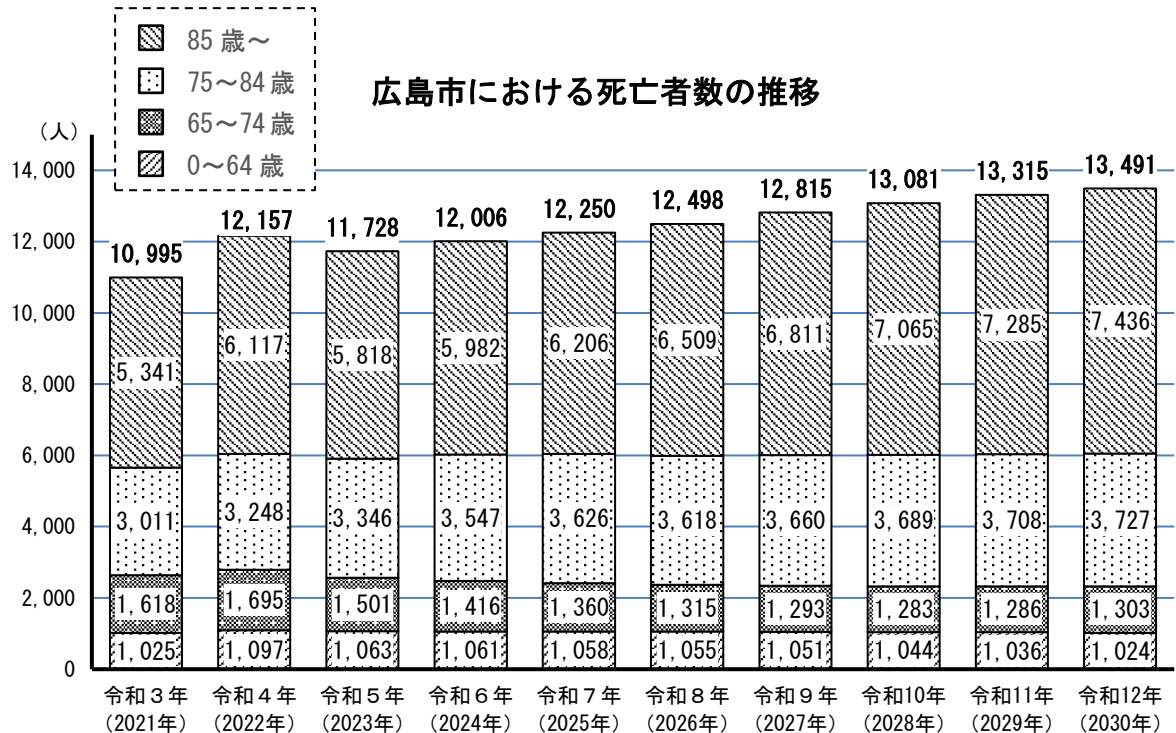
- 令和4年(2022年)の広島市における死亡者数は、1万2,158人となっており、人口10万人対の死亡率は1,021となっている(全国：1,286、広島県：1,290)。
- 広島市における上位5位までの死因別死亡者数と死亡率は、以下のとおりであり、上位5位までの死因による死亡者数が全体に占める割合は6割以上となっている。

順位	疾 病 名	死亡者数	死亡率 (10万人対)	死亡者数全体に 占める割合
1	悪性新生物	3,015人	253.1	24.8%
2	心疾患	2,037人	171.0	16.8%
3	老衰	1,238人	103.9	10.2%
4	脳血管疾患	824人	69.2	6.8%
5	肺炎	544人	45.7	4.5%
小 計		7,658人	643.0	63.0%
全 体		12,158人	1020.8	100.0%

出典：厚生労働省「人口動態調査」から作成

② 死亡者数の推移

- 広島市における令和4年(2022年)の死亡者数を見ると、75歳以上の高齢者が多くの割合を占め7割以上となっている。
- 年齢階級別の状況を基に死亡者数を単純推計すると、今後、高齢者人口の大幅な増加に伴い、令和12年(2030年)の65歳以上の死亡者数は、令和4年(2022年)の1.1倍となる1万2,466人となる見込みである。



※ 令和3年・令和4年は実績値（年齢不詳を除く）。令和5年以降は推計値。

出典：広島市作成

③ 死亡場所別の死亡者数及び死亡割合

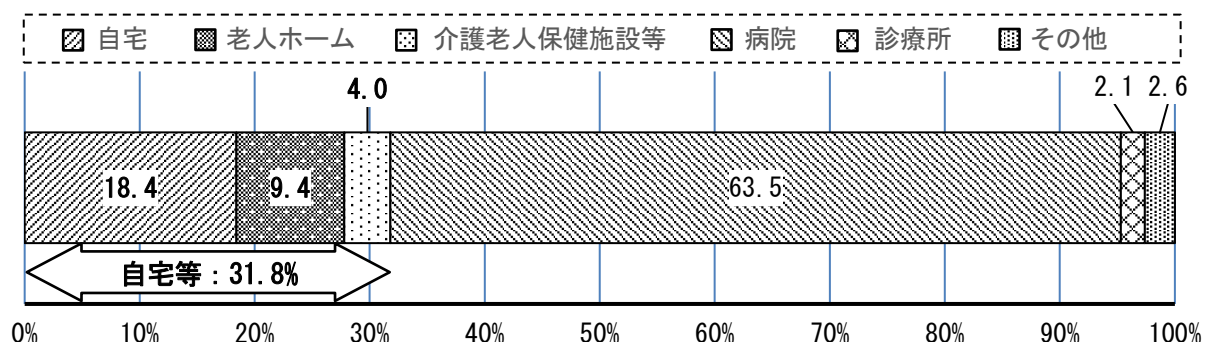
- 広島市における令和4年(2022年)の死亡場所別の死亡者数とその割合は、以下のとおりであり、自宅での死亡率は18.4%、老人ホーム等の施設を含めた自宅等における死亡率は31.8%となっている。

広島市における死亡場所別の死亡者数（令和4年(2022年)）

区分	自宅	老人ホーム	介護老人保健施設等	病院	診療所	その他
死亡者数	2,235人	1,145人	487人	7,724人	254人	313人

出典：厚生労働省「人口動態調査」から作成

広島市における死亡場所別の死亡割合（令和4年(2022年)）



出典：厚生労働省「人口動態調査」から作成

④ 死亡者数の推移と死亡場所

- ②のとおり、今後、広島市における死亡者数は増加する見込みである。
- 死亡者数及び死亡場所別の死亡割合を基に死亡場所別の死亡者数を単純推計すると、令和12年(2030年)の病院の死亡者数は、令和4年(2022年)から約1.1割の増加が見込まれるが、医療機関における看取りには、病床の限界があることから、自宅等における看取りを増やしていく必要があると考えられる。

広島市における死亡場所別の死亡者数（令和12年(2030年)の推計）

区 分	自宅等（自宅、老人ホーム、 介護老人保健施設等）	病院	診療所	その他
死亡者数	4,047人 (180人)	8,769人 (1,045人)	270人 (16人)	405人 (92人)

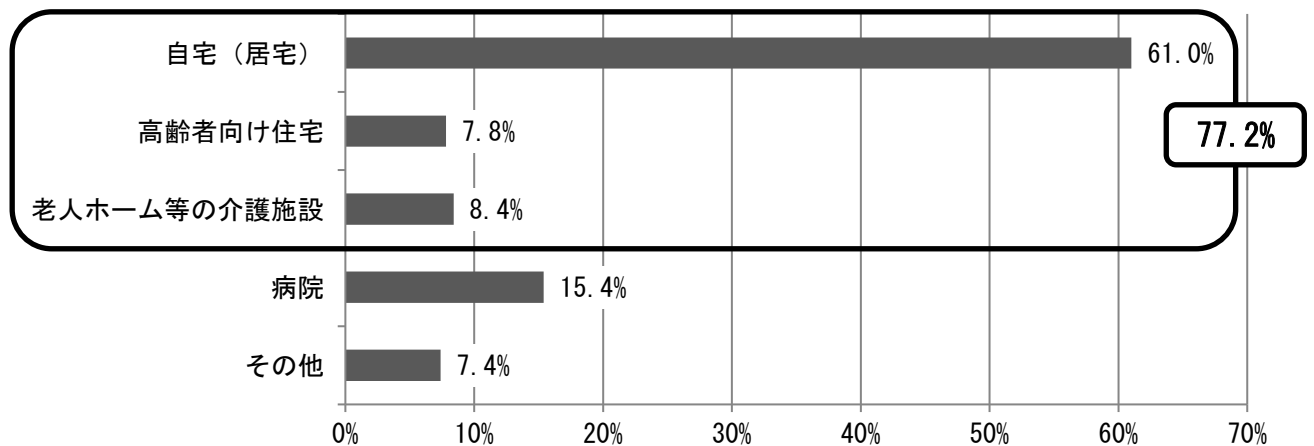
※ カッコ書きは、令和4年(2022年)からの増加数

出典：広島市作成

(3) 市民の意識

- 多くの市民が、人生の最期を自宅（居宅）等で迎えたいと思っている市民が7割以上（77.2%）を占めている。
- 一方、現在、広島市において、自宅等の在宅で最期を迎える人の割合は31.8%（自宅では18.4%）となっており、希望・ニーズと現実のギャップが生じている。

広島市民への人生の最期をどこで迎えたいと思うかという問いに対する回答



出典：「広島市市民意識調査」（令和5年3月）から広島市作成

4 在宅医療の供給体制（ストラクチャー）

(1) 在宅医療に関する供給体制の現状

- 診療所数：1,052か所^{※1}
 - ・ 医師数（診療所の従事者）：1,416人^{※3}
 - ・ 在宅療養支援診療所数：248か所^{※2}
 - ・ 有床診療所数：72か所^{※1} 病床数：1,033床（一般：922床、療養：111床）^{※1}
- 病院数：82か所^{※1}
 - ・ 医師数（病院の従事者）：2,345人^{※3}
 - ・ 在宅療養支援病院数：23か所^{※2}
 - ・ 地域包括ケア病棟を有する病院数：33か所^{※2}
 - ・ 病床数：13,345床（一般：8,459床、療養：2,313床、精神：2,514床、感染症：18床、結核：41床）^{※1}
- 歯科診療所数：671か所^{※1}
 - ・ 歯科医師数（診療所の従事者）：1,046人^{※3}
 - ・ 在宅療養支援歯科診療所数：101か所^{※2}
- 薬局数：648か所^{※1}
 - ・ 薬剤師数（薬局の従事者）：2,200人^{※3}
 - ・ 訪問薬剤指導実施の薬局数（在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出有）：601か所^{※2}
- 訪問看護事業所数：207か所^{※4}
 - ・ 看護師数：総数834人（常勤566人、非常勤268人）^{※5}
 - ・ 准看護師数：総数90人（常勤59人、非常勤31人）^{※5}

【出典】

- ※1 中国四国厚生局管内の保険医療機関・保険薬局の指定状況（令和6年1月1日）
- ※2 中国四国厚生局管内の施設基準の届出受理状況（令和6年1月1日）
- ※3 医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2年12月31日）
- ※4 広島市介護保険サービス事業者一覧（令和6年1月1日）
- ※5 広島県健康福祉局医療介護基盤課作成（令和2年12月31日）

(2) 在宅医療の実施状況

- 実態調査によると、診療所のうち、現在、訪問診療を行っており、今後はより拡大する意向があるのは11.1%、一方、今後縮小する意向があるのは4.4%となっている。
- また、現在は行っていないが、今後、行う予定としている診療所は、5.9%となっている。
- この結果、訪問診療の実施拡大につながる診療所は、約2割の増加が見込まれるが、今後更なる高齢化の進展に伴う在宅医療の需要増に対応するためには、引き続き提供体制の拡充が必要と考えられる。

【診療所における訪問診療の実施状況と今後の予定】

（単位：％）

実施状況		今後の予定	
訪問診療を行っている	47.6	今後はより拡大して行う予定	11.1
		今後もこれまでと同様に行う予定	31.0
		今後は縮小して行う予定	4.4
		今後は廃止する予定	1.1
訪問診療を行っていない	52.4	今は行っていないが今後行う予定	5.9
		今後も行わない予定	46.5

出典：「在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する実態調査」（令和5年度）

【取組の柱 1】在宅医療に取り組む機関・人材の確保と育成

《取組方針》

慢性疾患や認知症等により、医療と介護の双方を必要とする75歳以上の高齢者の増加に伴い、在宅医療のニーズの増加が見込まれることから、これに対応するための提供体制の確保（量的拡充）及び対応力向上（質的拡充）に取り組むことで、在宅医療の提供基盤の更なる充実化を図る。

《取組内容》

(1) 在宅医療を支える人材の量的拡充

① 同行研修等による在宅医療に携わる人材の育成

在宅医療の担い手の拡大と疾病や診療内容に応じた対応力向上を図るため、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の職種ごとや多職種合同の同行研修等に加え、開業を目指す医師や若い世代の医師を中心に在宅医療に取り組む意欲のある者を対象とする在宅医療制度等の研修を行うことで、各機関の在宅医療提供体制の充実に取り組む。

② 在宅医療実施機関の相互連携・協力体制の構築に向けた検討

休日・夜間対応、看取り期における対応、医療機材等の共同管理など、在宅医療の提供体制の整備・充実に向けて、在宅医療を担うかかりつけ医や専門医、病院、在宅療養支援診療所、24時間対応の訪問看護ステーション等による、グループ化を含めた相互連携・協力体制の構築に向けた検証・検討を行う。

③ 訪問看護師の確保・育成に向けた支援

在宅での療養生活から看取りまで対応可能な訪問看護ステーションの充実や訪問看護師の確保・育成を図るため、大学など教育機関等と連携し、訪問看護ステーションの新採職員の研修体制及び潜在看護師の復職に向けた再教育体制を構築するとともに、看取り対応力強化に向けた実践的な研修を含めた人材育成など、訪問看護師の確保・育成に向けた支援策の充実を図る。

(2) 疾病や診療内容に応じた対応力向上

① 在宅における医学管理の更なる質向上

在宅医療の推進に当たっては、様々な在宅医療ニーズに応えるための医療技術の進化が必要になるため、以下の取組を行う。

- 悪性新生物、心疾患、脳卒中（脳血管疾患）、骨折（筋骨格系疾患）等について、診療所医師、病院医療従事者、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職、管理栄養士、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、介護事業所職員等の多職種を対象とした、各疾患の特性を踏まえた研修会等を実施することにより、在宅における対応力向上を図る。
- 脳卒中については、合併症や再発・再入院を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施が重要であるため、「広島脳卒中地域連携の会」等とも連携し、「ひろしま脳卒中地域連携パス」の活用を推進するとともに、維持期のリハビリや栄養管理等の対応力向上を図る。
- 心疾患（心不全）については、合併症や再発・再入院を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施が重要であることから、心不全センターや地域心臓いきいきセンター等とも連携し、「心筋梗塞・心不全手帳」といった地域連携パスの活用等、リハビリや栄養管理等の対応力向上を図る。

- また、これらの疾患については、「脳卒中及び心筋梗塞等再発予防事業」（広島市国民健康保険・後期高齢医療の保健事業。主治医の指示書に基づき、専門の看護師等による6か月間の保健指導を実施）とも連携し、切れ目のない再発予防策を推進する。

② 摂食嚥下・口腔ケア対応力向上

医療・介護専門職等が連携して作成した市民向けパンフレットなどを活用し、医療機関等の現場において、食べる・飲み込む（摂食嚥下）機能の障害に係る予防や早期発見・早期対応の普及啓発を図るとともに、在宅療養している高齢者の「口から食べることができること」を支えてＱＯＬ（生活の質）を高めるため、摂食嚥下・口腔ケアの対応力向上に向けて多職種連携に取り組む。

③ 服薬管理の更なる質向上

広島市薬剤師会と連携し、嚥下困難患者や認知症患者への服薬管理、副作用等のモニタリング、在宅緩和ケアにおける麻薬の管理等、ステージ・状態像に応じた在宅医療における対応力向上に向けた取組を推進する。

また、重複多剤服薬者について、広島市、医師会、薬剤師会等が連携して、レセプトから対象者を抽出した上で、保健師による保健指導のほか、併用禁忌・回避医薬品情報を含めた本人への通知等を行うことで、改善を図る取組を推進する。

④ 訪問看護師の確保・育成に向けた支援（再掲）

取組の柱1－(1)－③に掲載

⑤ ケアマネジメント等の更なる質向上

居宅介護支援事業所のケアマネジャーや地域包括支援センター職員が、在宅移行に当たって医療を視野に入れた適切なケアマネジメントが行えるよう、関係団体と連携しながら必要な医療知識の習得等を目的とした研修を実施し、ケアマネジメントの更なる質向上を図る。

また、退院支援、在宅移行を担う病院地域連携部門の医療ソーシャルワーカーについても、スムーズな移行支援と在宅医療・介護従事者との連携が図れるよう、関係団体と連携して、医療対応力向上に取り組む。

⑥ 在宅緩和ケア、在宅看取りの更なる質向上

今後の在宅での緩和ケアや看取りの需要の増加に対応するため、診療所医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、介護職員等を対象とした研修の実施等によって、がん・非がんの在宅緩和ケア、在宅看取り対応力向上を図る。

加えて、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム等の施設、居住系サービスや有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等においても、看取りに向けた事例集の作成及び勉強会の開催によって、在宅看取り対応力向上を図る。

⑦ ＡＣＰの推進

高齢者本人がどのように過ごしたいかといった思いや希望が、医療やケアに適切に反映できるよう、広島県地域保健対策協議会とも連携しながら、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）の実践に向けた医療・介護関係者の研修等を実施する。

また、市民・専門職に対するＡＣＰの普及啓発活動を進めるため、市民及び専門職向けの研修会・講習会等の講師を担うことができる人材の育成に取り組む。

【取組の柱2】在宅医療を支える病診連携、診診連携、多職種連携、後方支援体制の確保

＜取組方針＞

医療と介護の双方が必要な状態になっても、できる限り人生の最期まで在宅で暮らしたいという高齢者のニーズに対応していくためには、多職種の連携強化は不可欠であることから、医療・介護関係者が相互の専門性や役割等を知り、情報を共有するとともに、課題の解決に向けて協働していくことができるよう、病診連携、診診連携、多職種連携、後方支援体制の確保を推進する。

＜取組内容＞

(1) 多職種、関係機関の連携強化

① 市、区、日常生活圏域レベルでの在宅医療・介護連携の推進

市及び各区の在宅医療・介護連携推進委員会において、在宅医療の充実と在宅医療・介護連携を推進するための具体的方策等について協議し、関係者が協働して取組を推進する。

各日常生活圏域においては、区地域包括ケア推進センターと地域包括支援センターが中心となって、区医師会等と連携し、医師や歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、リハビリテーション専門職等の多職種による情報交換会等を定期的に開催し、多職種、同職種同士の顔の見える関係づくりやケアの質向上を図る。

② 病院等とも連携した在宅医療・介護連携の推進

病院に勤務する医師及び看護師の在宅移行への理解や意識を高めるとともに、在宅における医療・介護に携わる専門職との意識のギャップを解消していくため、病院に勤務する医師等の在宅医療・介護連携推進事業への参画等を通じて協力体制を構築する。

③ 多職種協働等の推進

多職種協働を推進するため、以下のことについて取り組む。

また、同職種内でもつながりの強化を図ることで、職種全体としての対応力向上を図る。

- 切れ目のない医療・介護の確保に向けて、例えば、医師と歯科医師、歯科医師と言語聴覚士、薬剤師とケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーとケアマネジャー・地域包括支援センター職員など、多層な職種間の勉強会・研修会の開催を推進する。
- 在宅移行が困難なケースには、複合的な課題を抱える場合もあるため、医療・介護関係者による連携のほか、区役所の地区担当保健師との連携体制の構築も進めていく。
- 終末期において訪問診療等を利用していたものの、救急搬送され病院で亡くなるケースも一定程度見られることから、ACPの実践のほか、看取りに向けた多職種連携の充実を図っていく。また、施設や地域密着型サービスにおける看取りに向けては、外部の医療機関・スタッフとの連携が必要であることから、こうした連携関係の構築も進めていく。

④ 摂食嚥下・口腔ケア対応力向上（再掲）

取組の柱1－(2)－②に掲載

⑤ ICT等の活用

医療・介護関係者等の多職種が情報共有し、在宅療養患者のニーズに応じて医療・介護サービスを一体的に提供することができるよう、ICT等を活用した効果的・効率的な連携ツールの整備について検討する。

⑥ 災害発生時や感染症流行時等の連携体制の整備

災害や感染症の流行により、多職種による会議等が対面で実施できない状況となっても、オンラインによる会議等を実施することで十分な連携体制を整備する。

また、各地域において有事の際に地域の医療やケアをどう継続するかについて検討する。

(2) スムーズな在宅療養への移行のための体制の構築

① 退院前カンファレンス、サービス担当者会議等の推進

医療機関を退院し、在宅へと移行していく流れを円滑なものにするためには、入院中の情報、在宅療養の方針・留意点、ケアマネジメント、急変時の対応等について共有することが重要であることから、退院前カンファレンスやサービス担当者会議の開催及び参加を推進し、切れ目のない体制づくりを進める。

また、同行研修に病棟看護師をはじめとする病院スタッフの参加を促進し、在宅医療・介護の現場への理解・イメージを深めることで、よりスムーズな在宅移行体制の構築を推進する。

② 在宅移行（退院支援）ツール、地域連携パスの策定・活用

在宅移行及び医療機関相互の連携の円滑化を図るため、以下のことについて取り組む。

- 在宅移行の円滑化に当たっては、退院調整を担う看護師、医療ソーシャルワーカー、病棟看護師等の病院スタッフと在宅期を支えるケアマネジャー、地域包括支援センター等の連携強化と適切な退院支援が欠かせないことから、退院支援と在宅移行に関する流れを整理し共有化する。
- 医療・介護関係者等の多職種が、入退院期における情報を共有し、在宅療養患者のニーズに応じて医療・介護サービスを一体的に提供できるよう、効果的・効率的な連携ツールの導入等によって多職種連携の円滑化に取り組む。
- 「ひろしま脳卒中地域連携パス」等の疾病に関する地域連携パスの活用等によって、病院と診療所、診療所と診療所等、医療機関相互の連携と対応力の強化を図る。

(3) 体調急変時（入院時）等における連携

① 在宅医療相談支援窓口事業の推進

在宅療養患者の緊急時等の入院受入機関の調整、在宅医療に関する相談など、主に医療機関からの相談に対応する「在宅医療相談支援窓口」を各区に設置・運営するとともに、有床診療所も含め、緊急時等において入院病床を提供する後方支援医療機関のネットワーク化を推進する。

② 在宅医療実施機関の相互連携・協力体制の構築に向けた検討（再掲）

取組の柱 1－(1)－②に掲載

(4) 地域の医療・介護資源情報の整理

在宅医療・介護連携推進事業を開始した当初から、各区地域保健対策協議会において、地域の医療機関、介護事業所等の住所・連絡先、機能等に関する情報収集及び整理を進めてきているが、現状では、収集対象、公開方法、更新頻度等が全市で統一できていないため、各区地域保健対策協議会と協議しながら、収集する情報の項目や更新頻度のルール化などに取り組む。

(5) 広島市北部在宅医療・介護連携支援センターの運営

北部医療センター安佐市民病院と安佐医師会病院とが相互に連携し高度急性期から在宅まで切れ目のない地域完結型医療を提供していく中で、北部地域における在宅医療・介護連携に係る基幹的な役割を担う「広島市北部在宅医療・介護連携支援センター」を運営し、在宅療養への移行支援や在宅療養を支える多機関・多職種連携のネットワーク化等に取り組む。

【取組の柱3】認知症医療・介護連携の強化

《取組方針》

令和5年6月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」等を踏まえ、認知症の人が自分らしく住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域づくりを目指し、早期発見・早期診断・早期対応を始め症状・容態に応じた適切な医療・介護サービスを提供するとともに、認知症の人と家族等を支える取組や認知症の人に関する正しい理解を深めるための普及啓発活動など、認知症の人と家族等にやさしい地域づくりに向けて施策を総合的かつ体系的に推進する。

《取組内容》

(1) 早期診断・早期対応体制の構築

① 認知症初期集中支援チーム等による支援活動

「認知症初期集中支援チーム」において、認知症が疑われる人や認知症の人及び家族等を訪問し、初期の支援を包括的・集中的に行うとともに、認知症サポート医や認知症地域支援推進員などと連携して、安定した医療・介護サービスにつなげるなど自立生活のサポートを行う。

② 認知症の早期把握に向けた検討

認知症に至る前の軽度認知障害（MCI）や認知症初期の段階で早期に把握することで、適切な予防策・治療につなげて認知機能の改善や進行を遅らせることが期待できるため、本人や家族等が早めに気づきを得られるよう、早期発見に資する取組を推進する。

(2) 多職種協働による状態に応じた適切な医療・介護サービスの提供

① 認知症医療提供体制の構築

認知症医療提供体制の構築に向けて、以下のことについて取り組む。

- 「認知症疾患医療センター」において、認知症の専門医療相談や鑑別診断、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症に対する急性期治療等を行うとともに、認知症サポート医や認知症かかりつけ医（「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了者）のフォローアップ研修などを行うことで、他の疾患と認知症を併発する高齢者が更に増加することを見据え、地域の認知症医療体制の充実を図る。
- 認知症の診断を受けた本人等ができるだけ早く支援やサービス、当事者同士の支え合い・交流の場などにつながるよう、医療関係者等と認知症地域支援推進員や地域包括支援センターなど相談支援機関との更なる連携強化を図る。

② 認知症ケアパスの普及啓発

認知症の容態の変化に応じて、切れ目なく良質な医療・介護等のサービスが提供されるよう、認知症に関する基礎的な情報とともに、進行状況に合わせた具体的な相談先や利用できるサービス等を示した「認知症ケアパス（認知症あんしんガイドブック）」の積極的な活用を促進する。

③ 医療従事者向けの認知症対応力向上研修

歯科医師、薬剤師、看護職員、病院勤務の医療従事者等を対象に、認知症の人と家族等を支えるために必要な知識、医療と介護の連携の重要性などに関する研修を実施し、医療関係者の認知症対応力向上を図る。

また、認知症介護従事者を対象とする基礎研修や実践研修のほか、認知症対応型サービス事業管理者研修などの認知症介護に関する研修を実施し、介護従事者等の認知症対応力向上を図る。

④ 認知症ケアマネジメントの質向上

認知症に関しては、医療・介護サービスの提供はもとより、本人の意思表示の困難性や福祉的課題を抱えるケースも多いことから、ケアマネジャーや地域包括支援センターが担う認知症の人へのケアマネジメントについて、専門職からの客観的・専門的な助言を得る研修会や事例検討会などを通じて、ケアマネジメントの質の更なる向上を図る。

⑤ 認知症ケアの質向上

認知症の人のQOL（生活の質）の維持・向上に向けて、ADL（食事や排せつなどの日常生活動作）、IADL（買い物や掃除・金銭管理などの手段的日常生活動作）など生活機能の維持に向けたケアや心理面でのケア等の認知症ケアに関する質向上を図るための方策を検討する。

(3) 若年性認知症施策の強化

① 若年性認知症に関する支援体制の充実

認知症に関する相談・支援を専門に行う認知症地域支援推進員を中心として、若年性認知症の人や家族等が抱える生活上の不安・支障に関する相談に対応するとともに、当事者・家族等の集いの場の支援をはじめとする地域での支援体制づくりや認知症に関する医療・介護連携の体制づくりに取り組むなど、多様な課題に対する支援の充実を図る。

② 若年性認知症に関する医療・介護の充実

若年性認知症に関する医療・介護の現状を把握するとともに、医療・介護サービスの更なる質向上に向けた方策を検討する。

【取組の柱4】在宅医療・介護に関する市民啓発

《取組方針》

在宅医療・介護や終末期に利用できるサービスや支援体制などについて、市民が関心を持ち、正しく理解するとともに、とりわけ患者やその家族が医療・介護サービスを適切に選択し、在宅医療を継続することができるよう、在宅医療・介護に関する普及啓発活動に取り組むことで、できる限り人生の最期まで在宅で暮らしたいという市民ニーズを叶える土壌づくりを進める。

《取組内容》

(1) 市民向け普及啓発

在宅等を中心に医療・介護サービスを受けながら、最期まで住み慣れた地域で安心して過ごすことが可能であること（「おおむね在宅、ときどき入院」）について、在宅医療や介護等に関する講演会・教室の開催やパンフレットの配布など、様々な機会を捉えて積極的に広報活動に取り組むことで、市民の在宅医療・介護の理解促進を図る。

(2) ACPの普及啓発

ACPの実践につなげるためには、専門職のみならず、市民への働きかけも重要であることから、市民を対象とした講演会の実施やリーフレットの配布等によって、継続的に普及啓発活動に取り組む。

また、これらの普及啓発活動を効果的に実施できるよう、広島県地域保健対策協議会と連携しながら、市民向けの講演会等を実施する講師など、ACPの普及促進を担うことができる人材を育成する。

(3) 摂食嚥下・口腔ケアの普及啓発

摂食嚥下障害の予防や早期発見のためには、市民自らが摂食嚥下・口腔ケアに継続して取り組むことが重要であることから、市民を対象とした講演会の実施やパンフレットの配布等によって、継続的に普及啓発活動に取り組む。

(4) 在宅療養のサポートに関わる人材の育成

専門職による医療・介護サービスの提供に加えて、広く在宅療養生活を支えることができるよう、各種ニーズに応じた支援を提供するボランティアや地域団体等の多様な主体の確保・育成に向けて取り組む。

また、認知症の人と家族等を支える取組として、地域において認知症の人への理解者・支援者となる「認知症サポーター」の養成を推進するとともに、ボランティア等の活動に取り組む認知症サポーターを増やすための「ステップアップ講座」を実施し、ステップアップ講座の受講者等を、認知症の人等の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる取組を推進する。

IV 本方策の指標と評価方法

1 指標

- 本方策の進捗状況を把握し、評価を行うため、次のとおり指標を設定する。

項目	目標及び指標の考え方																											
① 在宅医療の量的拡充	【訪問診療・往診のレセプト件数】 (広島県統計データ) (単位：件) <table><tr><td>令和2年度</td><td>現状値 (令和4年度)</td><td>目 標</td></tr><tr><td>122,441</td><td>131,817</td><td>対前年度比増</td></tr></table> 【設定の考え方】 高齢者が住み慣れた地域において安心して暮らすことができるよう、医療・介護サービスを適切に提供するためには、在宅医療の量的な拡充を図っていくことが重要であることから、「在宅医療の量的拡充」を目標項目とする。	令和2年度	現状値 (令和4年度)	目 標	122,441	131,817	対前年度比増																					
令和2年度	現状値 (令和4年度)	目 標																										
122,441	131,817	対前年度比増																										
② 在宅医療に携わる従事者の満足度	【「在宅医療に従事する者の満足度は大きい」と思う割合】 (在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する実態調査) (単位：%) <table><tr><td>区 分</td><td>令和2年度</td><td>令和5年度</td><td>目 標</td></tr><tr><td>診 療 所</td><td>53.7</td><td>65.1</td><td rowspan="8">前回調査比増</td></tr><tr><td>病 院</td><td>36.4</td><td>50.0</td></tr><tr><td>歯科診療</td><td>50.0</td><td>63.8</td></tr><tr><td>薬 局</td><td>57.8</td><td>64.9</td></tr><tr><td>訪問看護</td><td rowspan="4">—</td><td>74.2</td></tr><tr><td>居宅介護</td><td>62.0</td></tr><tr><td>地域包括</td><td>61.0</td></tr><tr><td>加重平均</td><td>53.7</td><td>65.2</td></tr></table> 【設定の考え方】 質の高い医療・介護提供体制を維持していくためには、介護を受ける側である高齢者、提供する側である従事者が、ともに高い満足度・充足感が得られるような仕組みを構築する必要があるため、「② 在宅医療に携わる従事者の満足度」及び「③ 在宅医療を受ける高齢者の満足度」を目標項目とする。	区 分	令和2年度	令和5年度	目 標	診 療 所	53.7	65.1	前回調査比増	病 院	36.4	50.0	歯科診療	50.0	63.8	薬 局	57.8	64.9	訪問看護	—	74.2	居宅介護	62.0	地域包括	61.0	加重平均	53.7	65.2
区 分	令和2年度	令和5年度	目 標																									
診 療 所	53.7	65.1	前回調査比増																									
病 院	36.4	50.0																										
歯科診療	50.0	63.8																										
薬 局	57.8	64.9																										
訪問看護	—	74.2																										
居宅介護		62.0																										
地域包括		61.0																										
加重平均		53.7		65.2																								

項目	目標及び指標の考え方						
③ 在宅医療を受ける高齢者の満足度	【在宅医療を受ける高齢者の在宅医療に対する満足度】 (広島市在宅介護実態調査) (単位：％) <table><tr><td>令和２年度</td><td>現状値 (令和４年度)</td><td>目 標</td></tr><tr><td>91.8</td><td>85.8</td><td>前回調査比増</td></tr></table> 【設定の考え方】 ②のとおり	令和２年度	現状値 (令和４年度)	目 標	91.8	85.8	前回調査比増
令和２年度	現状値 (令和４年度)	目 標					
91.8	85.8	前回調査比増					
④ 自宅等の在宅で最期まで暮らした人の増加	【死亡場所別人数割合】 (厚生労働省人口動態調査) (単位：％) <table><tr><td>令和２年度</td><td>現状値 (令和４年度)</td><td>目 標</td></tr><tr><td>26.9</td><td>31.8</td><td>前回調査比増</td></tr></table> ※ 数値は、自宅等（自宅、老人ホーム、介護老人保健施設等）の在宅で最期を迎えた人の割合 【設定の考え方】 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を推進する上で、多くの市民が望んでいる住み慣れた自宅等で人生の最期を迎えたいというニーズに対応していく視点が重要であることから、「自宅等の在宅で最期まで暮らした人の増加」を目標項目とする。	令和２年度	現状値 (令和４年度)	目 標	26.9	31.8	前回調査比増
令和２年度	現状値 (令和４年度)	目 標					
26.9	31.8	前回調査比増					

２ 評価

- ３年間を１タームとして、実態調査や分析等の実施にあわせ、指標に関する評価を行うこととする。また、毎年度、進捗状況について把握するとともに、市在宅医療・介護連携推進委員会に報告する。

V 資料編（実態調査結果から把握した現状・課題）

1 在宅医療に取り組む機関・人材の確保と育成

- ◎ 在宅医療に関するニーズの増加が見込まれる中で、これに対応するための提供体制の確保が必要となっている。こうした中、実態調査を見ると、在宅医療を推進する上での課題として「在宅担当医の確保」と回答した割合が高いほか、在宅医療の推進に当たって必要な要素として、「連携を含めた訪問看護師の確保」を挙げる診療所、病院も多い。また、「在宅医療に関心がある」や「在宅医療への取組を増やしたい」と回答した割合が前回調査時よりも全体的に高い一方で、診療所、歯科診療所の約5割が在宅医療を実施していない。
- ◎ 高齢者は複数の疾患を抱えているケースが多く、日常の療養支援から看取りまでが求められるものの、主傷病によって、調査対象者の回答の割合の差が著しく大きいものがあるなど、対応力の向上が必要となっている。
- ◎ ACPの実践や認知度に関しては、前回調査時よりも割合は高くなっている一方で、診療所では、ACPを必要とされる患者のうち、「実践していない」と回答した割合が約6割となっているほか、歯科診療所、薬局では、ACPについて「知っている」と回答した割合が3割程度となっており、依然として認知度が低い状況となっている。

実態調査結果

※1 以下の表において、調査対象者の標記を以下のとおり略して表記している。

・診療所 ⇒ 診療 ・病院地域連携部門 ⇒ 地域 ・歯科診療所 ⇒ 歯科

・訪問看護ステーション ⇒ 看護 ・居宅介護支援事業所 ⇒ 居宅 ・地域包括支援センター ⇒ 包括

※2 表中で特に注目すべき結果については、下線としている。

※3 表中の下段カッコ書きは、前回調査時の数値との差引である。

(1) 在宅医療の負担

① 在宅医療を推進する上での課題（支障）

（上位5課題等、上段：項目、下段：割合（%））

診療	病院	地域	歯科
<u>在宅担当医の確保</u> 51.3	<u>在宅担当医の確保</u> 62.5	<u>在宅担当医の確保</u> 62.5	書類作成等の事務負担 58.0
<u>移動時間が多くかかる</u> 45.8	<u>訪問看護職員が不足</u> 58.3	<u>訪問看護職員が不足</u> 58.3	<u>移動時間が多くかかる</u> 56.2
<u>容態急変時の受入態勢</u> 41.3	<u>介護体制が不十分</u> 54.2	<u>介護体制が不十分</u> 58.3	医療材料・機材の適切な確保が困難 45.2
書類作成等の事務負担 36.2	スタッフの専門知識・技術不足 41.7	<u>容態急変時の受入態勢</u> 54.2	<u>在宅担当医の確保</u> 43.8
<u>訪問看護職員が不足</u> 28.4	看取り、緩和ケアへの対応 41.7	<u>移動時間が多くかかる</u> 45.8	スタッフの専門知識・技術不足 39.3
—	—	患者・家族の理解が不十分 45.8	—

薬局	看護	居宅	包括
夜間対応・24 時間対応 73.9	<u>家族が望んでないと 困難</u> 69.6	<u>家族が望んでないと 困難</u> 71.1	<u>家族が望んでないと 困難</u> 75.6
スタッフの人員確保 69.1	<u>介護体制が不十分</u> 64.3	<u>介護体制が不十分</u> 59.6	患者・家族の理解が 不十分 65.9
<u>移動時間が多くかかる</u> 60.3	<u>訪問看護職員が不足</u> 57.1	患者・家族の理解が 不十分 53.6	<u>介護体制が不十分</u> 63.4
書類作成等の事務負担 45.8	<u>容態急変時の受入態勢</u> 46.4	<u>容態急変時の受入態勢</u> 50.6	<u>在宅担当医の確保</u> 51.2
<u>容態急変時の受入態勢</u> 37.6	書類作成等の事務負担 42.9	<u>在宅担当医の確保</u> 41.6	<u>容態急変時の受入態勢</u> 51.2

■全体的に、「在宅担当医の確保」、「介護体制が不十分」、「訪問看護職員が不足」、「容態急変時の受入態勢」と回答した割合が高い。

■診療所、歯科診療所、薬局は、「移動時間が多くかかる」と回答した割合が高い。

■訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターは、「家族が望んでないと困難」と回答した割合が一番高い。

② 在宅医療の推進や病診連携、診診連携の実施等に当たって必要な要素

(「とても必要」、「必要」の割合の高い上位5要素、上段：項目、下段：割合(%))

診療	病院	地域	歯科
<u>後方支援医療機関の 確保</u> 97.8	ケアカンファレンス等の時間の 確保 100.0	病棟スタッフの意識 改革 100.0	<u>経験豊かな医師との 相談・信頼関係</u> 95.5
入院患者への在宅医 療の情報提供 94.8	<u>後方支援医療機関の 確保</u> 100.0	退院前カンファレン スへの在宅医の参画 100.0	かかりつけ医の相互 連携・協力体制の構 築 93.6
<u>連携を含めた訪問看 護師の確保</u> 94.4	<u>連携を含めた訪問看 護師の確保</u> 100.0	ケアカンファレンス等の時間の 確保 100.0	入院患者への歯科訪 問診療の情報提供 93.2
在宅医の医療技術の 向上 93.3	<u>多職種連携の充実</u> 100.0	<u>後方支援医療機関の 確保</u> 100.0	<u>多職種連携の充実</u> 91.8
地域の医療・介護資 源の把握 93.0	かかりつけ医の相互 連携・協力体制の構築 95.9	<u>連携を含めた訪問看 護師の確保</u> 100.0	地域の医療・介護資 源の把握 91.7
—	在宅医の医療技術の 向上 95.9	<u>多職種連携の充実</u> 100.0	—
—	ICT のタイムリーな情 報共有 95.9	—	—

薬局	看護	居宅	包括
経験豊かな医師との 相談・信頼関係 97.6	多職種連携の充実 100.0	連携を含めた訪問看護 師の確保 100.0	ケアカンファレンス等の時間の 確保 100.0
患者への情報の徹底 96.4	経験豊かな医師との 相談・信頼関係 99.2	多職種連携の充実 98.8	入院患者への在宅医 療の情報提供 100.0
薬剤師と医師との協 力・連携体制の構築 96.1	退院前カンファレン スへの在宅医の参画 99.1	後方支援医療機関の 確保 98.7	かかりつけ医の相互 連携・協力体制の構築 100.0
患者への服薬管理に 関する周知 95.8	入院患者への在宅医 療の情報提供 99.1	入院患者への在宅医 療の情報提供 98.2	後方支援医療機関の 確保 100.0
診療報酬体制の充実 95.5	後方支援医療機関の 確保 99.1	経験豊かな医師との 相談・信頼関係 98.2	経験豊かな医師との 相談・信頼関係 100.0
—	在宅医の医療技術の 向上 99.1	—	連携を含めた訪問看護 師の確保 100.0
—	連携を含めた訪問看護 師の確保 99.1	—	多職種連携の充実 100.0
—	—	—	ICT のタイムリーな情 報共有 100.0
—	—	—	地域の医療・介護資 源の把握 100.0
—	—	—	研修・勉強会など医 療知識を学ぶ機会 100.0

■調査対象者によって差はあるが、「急変時等に対応可能な後方支援医療機関の確保」、「経験豊かな医師との相談・信頼関係の構築」、「連携を含めた訪問看護師の確保」、「多職種連携の充実」と回答した割合が高い。

③ 病床利用率 (%)

区 分	診療
約 3 割未満	47.4 (15.6)
約 3 割～ 7 割未満	21.1 (2.9)
約 7 割以上	31.6 (△13.9)

■「約 3 割未満」と回答した割合が最も高く、5 割弱となっている。

④ 病床の活用・稼働に関する課題（％）

区 分	診療
看護職員の確保（人件費を含む）	68.4 (△4.3)
医師の負担、確保（後継者を含む）	52.6 (2.6)
施設・設備の老朽化	42.1 (1.2)
医師の人件費	21.1 (7.5)
その他	26.3 (12.7)
患者層の変容（入院の必要性の低下）	26.3 (17.2)

■「看護職員の確保（人件費を含む）」と回答した割合が最も高く、約7割となっており、次いで、「医師の負担、確保（後継者を含む）」が5割、「施設・設備の老朽化」が約4割である。

(2) 在宅医療に関する認識

① 関心：「そう思う」、「少しそう思う」の割合（％）の合計

区 分	診療	病院	地域	歯科	薬局
在宅医療に関心がある	64.2 (6.5)	87.5 (16.4)	100.0 (26.3)	71.2 (4.6)	81.2 (△2.1)
在宅医療への取組を増やしたい	42.5 (4.3)	83.3 (22.8)	87.5 (13.8)	58.9 (7.3)	66.1 (△0.7)

■「在宅医療に関心がある」と思う割合に比べて、「在宅医療への取組を増やしたい」と思う割合が低い。特に、診療所の乖離が大きい。

■前回に比べ、薬局以外は「在宅医療に関心がある」と思う割合と「在宅医療への取組を増やしたい」と思う割合が高い。特に、病院や病院地域連携部門で高くなっている。

② 認知(1)：「そう思う」、「少しそう思う」の割合（％）の合計

区 分	診療	病院	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
理解している病院医師は増えている	73.4 (11.6)	87.5 (32.2)	75.0 (11.8)	78.5 (9.9)	64.0 (5.1)	68.7 (2.4)	77.7 (2.5)	68.3 (△4.9)
理解している診療所医師は増えている	—	—	91.7 (23.3)	79.9 (10.7)	72.5 (4.1)	79.5 (8.8)	83.7 (1.3)	70.8 (△4.8)
理解している病院看護師は増えている	74.2 (9.6)	95.9 (35.4)	83.3 (22.8)	74.4 (9.3)	63.6 (6.6)	65.2 (8.7)	78.3 (6.2)	68.3 (△4.9)
理解しているケアマネジャーは増えている	88.6 (12.0)	100.0 (26.3)	—	81.8 (9.4)	82.4 (3.4)	85.7 (6.4)	92.2 (4.8)	87.8 (△7.3)

■在宅医療（又は歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導）について、「理解している病院医師・診療所医師・病院看護師・ケアマネジャーは増えている」と思う割合は、前回に比べ、地域包括支援センター以外は高くなっている。

③ 認知(2)：「そう思う」、「少しそう思う」の割合（％）の合計

区 分	診療	病院	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
従事する医師等の満足度は大きい	53.5 (10.6)	66.7 (27.2)	66.6 (11.3)	53.4 (12.6)	60.0 (7.5)	74.2 (20.9)	62.0 (0.7)	61.0 (4.9)
受ける患者の満足度は大きい	79.0 (6.0)	87.5 (16.4)	83.3 (9.6)	80.9 (8.5)	80.3 (3.9)	92.9 (8.1)	89.2 (8.6)	85.3 (9.7)
受ける家族の満足度は大きい	77.5 (6.7)	83.3 (20.1)	91.7 (18.0)	84.0 (13.3)	81.8 (1.2)	92.9 (9.2)	86.1 (6.8)	85.3 (12.1)

■「在宅医療（又は歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導）を受ける患者」や「家族」の「満足度は大きい」と思う割合に比べ、「従事する医師（又は歯科医師、薬剤師）の満足度は大きい」と思う割合は、若干低い傾向にある。

④ 認知(3)：「そう思う」、「少しそう思う」の割合（％）の合計

区 分	診療	病院	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
望む患者は増えている	81.9 (17.0)	87.5 (24.3)	91.7 (31.2)	93.6 (15.3)	76.3 (10.0)	89.3 (10.0)	73.5 (15.4)	78.1 (14.7)
今後、在宅医療は推進すべき	86.7 (13.4)	100.0 (13.2)	100.0 (36.8)	93.2 (8.2)	89.4 (8.2)	94.7 (5.6)	89.7 (10.0)	95.1 (2.4)

■「在宅医療を望む患者は増えている」と思う割合は高い。

■「今後、在宅医療は推進すべき」と思う割合は高く、特に病院地域連携部門が、前回に比べ、高くなっている。

(3) 在宅医療等の実施状況

在宅医療（訪問診療）等の実施状況（％）

区 分	診療	病院	歯科	薬局
在宅医療（訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導）を行っている	47.6 (1.9)	25.0 (Δ3.9)	53.0 (Δ3.9)	62.1 (2.4)
在宅医療（往診）を行っている	53.1 (5.2)	29.2 (5.5)	—	—

■訪問診療等について「行っている」と回答した割合は、歯科診療所と薬局は5割以上である一方、病院は約3割で前回に比べ、減少している。

■往診についても、診療所と病院の割合は、訪問診療と同程度であり、前回に比べ、高くなっている。

(4) 在宅医療の技術

在宅医療を行っている患者の主傷病（％）

「対応できている（通常業務として取組）」、「現在対応していない（実績はない）が対応可能（取り組んでいるがルーチン化してない）」、「取組はあるがかなり困難を伴う」の割合（％）の合計

区 分	診療	病院	薬局	看護	居宅	包括
脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等）	66.8 (Δ4.0)	50.0 (Δ16.7)	91.8 (10.5)	92.9 (0.5)	95.2 (7.4)	97.5 (12.1)
慢性心不全	71.4 (1.9)	62.5 (Δ4.2)	95.6 (15.6)	92.9 (0.5)	95.2 (10.5)	97.6 (14.7)

区 分	診療	病院	薬局	看護	居宅	包括
悪性新生物	68.2 (1.3)	50.0 (△16.7)	84.9 (12.0)	91.1 (△1.3)	95.8 (11.6)	100.0 (7.3)
糖尿病	73.3 (3.8)	62.5 (△15.3)	96.1 (13.9)	98.2 (5.8)	95.8 (5.7)	97.6 (9.8)
認知症	71.4 (△4.6)	75.0 (△13.9)	92.7 (6.0)	98.3 (4.8)	98.8 (6.5)	99.9 (9.7)
整形外科疾患（変形性関節症、骨折、 脊髄損傷等）	54.6 (0.7)	62.5 (6.9)	94.6 (12.4)	93.8 (2.5)	95.8 (8.0)	97.6 (7.4)
神経系疾患（パーキンソン氏病、筋ジ ストロフィー等）	58.4 (△2.6)	50.0 (5.6)	90.2 (8.9)	95.5 (4.2)	95.2 (9.6)	92.8 (2.6)
慢性呼吸器系疾患	70.1 (1.2)	62.5 (△4.2)	93.6 (13.6)	93.8 (0.3)	94.6 (11.3)	95.1 (7.3)
精神系疾患	38.3 (△3.3)	25.0 (△19.4)	84.8 (10.6)	75.0 (2.2)	93.4 (14.6)	95.2 (5.0)

【居宅と包括の対応可の内訳】（％）

区 分	居宅			包括		
	通常業務	ルーチン化していない	困難を伴う	通常業務	ルーチン化していない	困難を伴う
脳血管疾患	42.8 (1.4)	49.4 (5.7)	3.0 (0.3)	39.0 (0.0)	58.5 (14.6)	0.0 (△2.4)
慢性心不全	39.8 (1.1)	53.0 (11.6)	2.4 (△2.1)	29.3 (△4.8)	68.3 (22.0)	0.0 (△2.4)
悪性新生物	39.2 (1.4)	48.8 (10.5)	7.8 (△0.3)	34.1 (△2.5)	53.7 (9.8)	12.2 (0.0)
糖尿病	41.6 (1.5)	49.4 (5.7)	4.8 (△1.5)	31.7 (△7.3)	65.9 (22.0)	0.0 (△4.9)
認知症	50.0 (2.3)	44.0 (5.7)	4.8 (△1.5)	46.3 (△2.5)	51.2 (14.6)	2.4 (△2.5)
整形外科疾患	44.0 (0.8)	47.6 (8.0)	4.2 (△0.8)	41.5 (△7.3)	53.7 (14.7)	2.4 (0.0)
神経系疾患	38.0 (1.1)	50.0 (10.4)	7.2 (△1.8)	29.3 (2.5)	53.7 (2.5)	9.8 (△2.4)
慢性呼吸器系疾患	38.0 (1.5)	51.8 (13.1)	4.8 (△3.3)	29.3 (0.0)	58.5 (4.8)	7.3 (2.4)
精神科疾患	31.3 (2.0)	43.4 (10.5)	18.7 (2.0)	29.3 (△2.4)	48.8 (9.8)	17.1 (△2.4)

■調査対象者間で一定の差が生じており、診療所と病院に比べて、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターは、「対応可能」と回答した割合が高い。

■診療所、病院を除き、前回に比べ、「対応可能」と回答した割合が全体的に高くなっている。

■居宅介護支援事業所、地域包括支援センターについて、「対応可能」と回答した場合でも、「ルーチン化していない」と回答した割合が高い。ただし、居宅介護支援事業所は、前回に比べ、「通常業務として取り組んでいる」と回答した割合が高くなっている。

(5) ACP

① ACPの対応等 (%)

区 分	診療	病院	看護
実践している、求めがあれば実践している	42.0 (5.0)	66.7 (△4.4)	78.6 (3.6)
知っているが実践する予定はない	32.8 (3.8)	25.0 (6.6)	8.0 (△7.2)
知らない	25.1 (2.0)	8.3 (3.0)	13.4 (5.8)

■訪問看護ステーションの約8割、病院の約7割が「実践している、求めがあれば実践している」と回答している。一方、診療所では、前回に比べ、高くなっているものの、約4割となっている。

② ACPを必要とされる患者のうち、実践している程度 (%)

区 分	診療	病院	看護
実践している（ほとんど、半数程度）	21.4 (9.1)	33.3 (12.2)	34.8 (△5.4)
実践している（極まれに）	14.0 (△3.3)	33.3 (△0.9)	38.4 (9.1)
実践していない	64.6 (10.8)	33.3 (△0.9)	26.8 (△1.5)

■病院では、「実践している（ほとんど、半数程度）」と回答した割合が約3割で、前回に比べ、高くなっている。一方、診療所では、「実践していない」と回答した割合が6割以上ある。

③ ACPの認知度 (%)

区 分	歯科	薬局	居宅	包括
知っている	32.4 (8.4)	35.8 (4.5)	96.4 (5.9)	100.0 (0.0)
聞いたことはあるが内容は分からない	26.0 (△1.0)	32.4 (2.4)	3.6 (△3.6)	0.0 (0.0)
知らない	41.6 (△4.1)	31.8 (△4.3)	0.0 (△1.8)	0.0 (0.0)

■いずれの調査対象者も前回に比べ、認知度は向上しているが、歯科診療所、薬局では、「知っている」と回答した割合が3割程度と低い。

④ ACPの実践が増えるために有効な取組：「有効」、「やや有効」の割合 (%) の合計

区 分	診療	病院	地域	看護
市民への啓発（研修会、講演会等）	86.4 (21.8)	95.8 (6.3)	91.6 (15.3)	91.1 (△2.4)
かかりつけ医から患者等に啓発	88.6 (25.6)	100.0 (7.9)	100.0 (23.7)	97.3 (2.7)
ガイドをすぐ手に取れる環境	83.4 (22.4)	91.7 (△0.4)	95.8 (19.5)	93.8 (1.4)
専門職向けの研修会	86.4 (27.1)	95.8 (3.7)	95.8 (19.5)	96.5 (4.1)

■全体的に、全ての取組が「有効」、「やや有効」と回答しており、診療所や病院地域連携部門では、前回に比べ、「有効」「やや有効」と回答した割合がかなり高くなっている。

(6) 看取り

在宅看取り（人）

区 分		診療	病院	薬局	看護	居宅	包括
在宅で看取られた患者数	患者数	1172 <u>(626)</u>	32 <u>(17)</u>	420 <u>(118)</u>	670 <u>(187)</u>	484 <u>(95)</u>	72 <u>(65)</u>
	平均値	7.6 (1.0)	4.0 (0.2)	2.1 (△5.6)	6.0 (△1.7)	2.9 (△0.6)	1.8 (0.6)
うち、がん患者数	患者数	569 (354)	3 (△8)	239 (120)	497 (325)	274 (87)	63 (58)
	平均値	3.7 (△1.2)	0.4 (△3.3)	1.2 (△2.1)	4.4 (1.9)	1.7 (△0.6)	1.5 (0.2)
終末期に救急搬送されて病院で亡くなった患者数		259 (123)	3 (△4)	145 (57)	97 (19)	213 (46)	49 (32)

■前回に比べ、「在宅で看取られた患者数」は、全体的に増加しているが、「終末期に救急搬送されて病院で亡くなった患者数」も病院を除き、増加している。

2 在宅医療を支える病診連携、診診連携、多職種連携、後方支援体制の確保

- ◎ 在宅医療・介護の実践において、多職種との情報共有の必要性を感じている割合は全体的に高い。また、在宅医療等の実施や在宅移行に当たり連携が重要と思う職種として、居宅介護支援事業所を除く全ての調査対象機関において、「ケアマネジャー」が1位又は2位となっている。
- ◎ 一方で、介護・福祉サービスについて同一法人以外で気軽に相談できる人が「いない」と回答した割合が全体的に増加していること、「病院」との連携強化に困難性を感じる機関が多いこと、入退院時における患者情報の共有のために実施する退院前カンファレンスやサービス担当者会議において参加頻度が低調な職種があることなどの課題も見受けられるため、引き続き、連携体制の充実に取り組んでいく必要がある。
- ◎ 緊急時の受入先について前回調査時に比べて、「おおむね確保できているが、時々苦勞している」と回答した割合が高くなっており、また、在宅医療相談支援窓口について「利用したことがある」と回答した割合が低い状況となっていることから、緊急時の対応に係る体制強化に取り組む必要がある。

実態調査結果

(1) 多職種連携に関する認識

① 多職種との情報共有の必要性 (%)

区 分	診療	病院	歯科	薬局	看護	居宅	包括
(とても、よく) 感じる	<u>94.2</u> (30.7)	<u>100.0</u> (15.8)	<u>95.7</u> (15.9)	<u>99.5</u> (17.0)	<u>100.0</u> (1.1)	<u>100.0</u> (0.9)	<u>100.0</u> (2.4)
(あまり、全く) 感じない	5.8 (△6.7)	0.0 (△2.6)	4.3 (△5.1)	0.5 (△4.8)	0.0 (0.0)	0.0 (△0.5)	0.0 (0.0)

■全体的に、必要性を「(とても、よく) 感じる」と回答した割合が高い。

② 在宅医療等の実施や在宅移行に当たり連携が重要と思う職種

(上位5職種、上段：項目、下段：割合(%))

診療	病院	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
<u>ケアマネジャー</u> 84.4	看護師 100.0	<u>ケアマネジャー</u> 95.8	<u>医師(診療所)</u> 91.4	<u>ケアマネジャー</u> 96.6	<u>医師(診療所)</u> 97.3	<u>医師(診療所)</u> 92.2	<u>医師(診療所)</u> 100.0
医師(病院) 73.4	<u>ケアマネジャー</u> 100.0	<u>医師(診療所)</u> 91.7	<u>ケアマネジャー</u> 89.7	<u>医師(診療所)</u> 95.1	<u>ケアマネジャー</u> 93.8	看護師 91.6	<u>ケアマネジャー</u> 100.0
看護師 72.1	<u>医師(診療所)</u> 87.5	看護師 91.7	看護師 70.7	看護師 88.3	医師(病院) 92.0	医師(病院) 82.5	医療SW 97.6
<u>医師(診療所)</u> 61.7	理学療法士 87.5	理学療法士 79.2	医師(病院) 67.2	介護職員 73.7	薬剤師 84.8	薬剤師 80.1	医師(病院) 92.7
医療SW 51.9	作業療法士 87.5	医師(病院) 75.0	介護職員 64.7	医師(病院) 72.2	看護師 83.9	理学療法士 77.1	看護師 92.7
—	—	医療SW 75.0	—	—	—	—	理学療法士 92.7

■上位に入る職種は、どの調査対象者も概ね同じ傾向である。ただし、前回調査時は上位を占める割合が最も高い職種が、「ケアマネジャー」だったのに対し、今回は、「医師(診療所)」が最も高く、次いで、「ケアマネジャー」、「看護師」、「医師(病院)」となっている。

③ 在宅医療等の実施や在宅移行に当たり連携が重要と思う事業所・施設

診療	病院	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
訪問看護 87.0	訪問看護 100.0	訪問看護 95.8	医科診療所 79.3	医科診療所 86.3	病院 97.3	訪問看護 98.2	医科診療所 100.0
病院 85.1	居宅介護 87.5	地域包括 91.7	地域包括 75.9	訪問看護 83.9	居宅介護 92.9	医科診療所 92.8	居宅介護 100.0
地域包括 69.5	訪問介護 87.5	居宅介護 87.5	病院 70.7	居宅介護 80.0	医科診療所 90.2	病院 92.2	病院 97.6
居宅介護 61.0	医科診療所 75.0	医科診療所 79.2	居宅介護 69.0	病院 76.1	地域包括 90.2	訪問介護 86.1	訪問看護 95.1
医科診療所 55.2	地域包括 75.0	通所介護・リハ 75.0	訪問看護 67.2	地域包括 75.6	薬局 86.6	薬局 83.1	訪問介護 92.7

■上位に入る事業所等は、どの調査対象者も概ね同じ傾向である。上位を占める割合の高い事業所等は、「訪問看護ステーション」が最も高く、次いで、「医科診療所」、「居宅介護支援事業所」、「病院」である。

④ 在宅医療（診療技術、診療報酬等）、介護サービス、福祉サービスなど、同一法人以外で気軽に相談できる人が「いない」の割合（％）

区 分		診療	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
相談の相手方	医師（診療所）	46.8 (3.9)	37.5 (5.9)	55.2 (5.6)	45.9 (5.8)	32.1 (23.4)	38.0 (15.9)	17.1 (7.3)
	医師（病院）	55.8 (5.9)	45.8 (△1.6)	69.8 (4.7)	82.0 (10.4)	63.4 (15.6)	69.3 (13.4)	53.7 (26.9)
	歯科医師	71.4 (11.5)	66.7 (11.4)	20.7 (△7.7)	85.9 (13.0)	75.9 (30.2)	44.0 (13.8)	22.0 (19.6)
	薬剤師	53.2 (5.6)	58.3 (3.0)	79.3 (13.6)	34.6 (1.4)	34.8 (19.6)	36.1 (9.5)	17.1 (9.8)
	看護師	51.9 (1.5)	16.7 (3.5)	72.4 (5.2)	51.2 (2.1)	15.2 (2.2)	13.3 (5.2)	12.2 (9.8)
	理学療法士	79.9 (10.3)	50.0 (△2.6)	88.8 (6.1)	91.2 (12.4)	54.5 (8.8)	18.1 (4.6)	14.6 (4.8)
	作業療法士	83.1 (7.9)	50.0 (△5.3)	91.4 (7.8)	93.7 (12.0)	55.4 (6.5)	32.5 (4.6)	22.0 (12.2)
	言語聴覚士	88.3 (11.7)	66.7 (3.5)	88.8 (5.5)	96.6 (11.2)	78.6 (15.6)	50.6 (△0.3)	39.0 (7.3)
	管理栄養士・栄養士	86.4 (10.6)	75.0 (6.6)	80.2 (△1.3)	85.9 (6.9)	81.3 (19.3)	65.1 (2.9)	36.6 (22.0)
	医療ソーシャルワーカー	73.4 (5.2)	20.8 (△2.9)	87.9 (4.6)	88.8 (8.2)	48.2 (9.1)	32.5 (8.2)	22.0 (17.1)

区 分		診療	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
相談の相手方	ケアマネジャー	41.6 (△8.8)	12.5 (4.6)	50.9 (△8.6)	33.7 (△12.2)	11.6 (5.1)	7.8 (1.5)	2.4 (2.4)
	介護職員	64.9 (0.3)	50.0 (2.6)	56.0 (△12.6)	60.5 (△4.5)	39.3 (6.7)	19.3 (3.1)	9.8 (4.9)
	行政保健師	83.1 (7.6)	66.7 (16.7)	94.8 (9.8)	91.2 (7.6)	78.6 (15.6)	77.7 (17.8)	4.9 (2.5)

■前回に比べ、同一法人以外で相談できる人が「いない」と回答した割合は、全体的に高くなっている。特に、診療所、歯科診療所、薬局は、同一法人以外で相談できる人が「いない」と回答した割合が高い。

■「医師（診療所）」、「看護師」、「ケアマネジャー」に相談できる人が「いない」と回答した割合は、全体的に低い。一方、「言語聴覚士」、「管理栄養士・栄養士」、「行政保健師」に相談できる人が「いない」と回答した割合は、全体的に高い。

⑤ 連携をさらに強化する場合、困難を感じる事業所・施設

（上位5事業所・施設、上段：項目、下段：「とても感じる」、「感じる」の割合(%)の合計）

診療	病院	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
病院 51.3	歯科診療所 50.0	歯科診療所 45.9	病院 64.6	病院 80.0	病院 67.0	病院 75.9	病院 70.7
医科診療所 42.2	医科診療所 37.5	病院 33.3	訪問看護 56.9	歯科診療所 67.3	医科診療所 52.7	医科診療所 59.1	医科診療所 56.1
施設(※1) 39.6	薬局 37.5	医科診療所 29.2	通所介護・リハ 56.1	医科診療所 57.1	歯科診療所 50.9	歯科診療所 38.5	歯科診療所 53.7
歯科診療所 35.0	病院 25.0	薬局 25.0	医科診療所 55.2	通所介護・リハ 54.2	施設(※1) 36.6	薬局 21.7	施設(※1) 29.3
短期入所(※2) 35.0	施設(※1) 25.0	訪問介護 25.0	訪問介護 54.3	短期入所(※2) 51.8	短期入所(※2) 33.1	施設(※1) 16.3	薬局 24.4
通所介護・リハ 31.8	—	—	—	—	—	—	—

※1：施設（特養・老健等）※2：短期入所生活介護（ショートステイ）※3：地域密着型サービス事業所

■上位に入る事業所等は、どの調査対象者も概ね同じ傾向である。上位を占める割合の高い事業所等は、「病院」が最も高く、次いで、「医科診療所」、「歯科診療所」である。

⑥ ケアプラン作成等で連携したい機関・職種

(上位5機関・職種、上段：項目、下段：割合(%))

区 分	居宅	包括
連携したい機関・職種	病院・診療所の担当医・専門医 90.4	病院・診療所の担当医・専門医 92.7
	リハビリ専門職 86.1	リハビリ専門職 90.2
	訪問看護師 80.7	訪問看護師 80.5
	訪問介護員 70.5	訪問介護員 78.0
	医療連携室の担当者 63.3	通所介護の職員 73.2
	通所介護の職員 63.3	—

■上位に入る機関等は、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとともに、同じ傾向であり、「病院・診療所の担当医・専門医」、「リハビリ専門職」、「訪問看護師」となっている。

(2) 広島市在宅医療・介護連携推進事業への参加状況

広島市在宅医療・介護連携推進事業への参加状況 (%)

区 分	診療	病院	歯科	薬局	看護	居宅
区レベルの事例検討会等に参加した	32.1 (4.8)	58.3 (△12.8)	28.8 (1.8)	24.2 (△0.7)	61.6 (△3.6)	65.7 (0.4)
地域包括支援センター等の事例検討会等に参加した	34.7 (4.3)	54.2 (△6.3)	39.3 (7.9)	47.3 (7.8)	72.3 (△8.1)	88.0 (6.0)
医師会開催の研修会に参加した	44.6 (4.2)	58.3 (△7.5)	39.7 (8.6)	26.4 (3.3)	55.4 (△5.5)	61.4 (4.6)
どのようなことをしているか知らない	36.5 (5.9)	4.2 (△3.7)	37.0 (△7.9)	38.2 (2.1)	12.5 (6.0)	3.6 (0.0)

■調査対象者によって、参加状況は大きく異なっている。

■診療所、歯科診療所、薬局は、「どのようなことをしているか知らない」と回答した割合が3割を超えており、「(事例検討会や研修会に)参加した」と回答した割合が低い。

(3) 在宅移行に関する認識

認知：「そう思う」、「少しそう思う」の割合 (%) の合計

区 分	診療	病院	地域	看護	居宅	包括
病院医師の在宅移行の意識は高まっている	62.8 (9.9)	58.4 (8.4)	66.6 (16.6)	67.8 (8.0)	68.7 (8.8)	68.3 (0.0)
診療所医師の在宅移行の意識は高まっている	—	—	95.8 (30.0)	75.9 (4.2)	72.9 (5.8)	73.1 (7.2)
病院看護師の在宅移行の意識は高まっている	67.9 (14.4)	66.6 (14.0)	70.8 (7.6)	66.1 (8.5)	63.9 (3.1)	63.4 (△4.9)

■「病院医師・診療所医師・病院看護師の在宅移行の意識は高まっている」と思う割合が、前回に比べ、高くなっている。

(4) 退院支援

① 退院前カンファレンス(1)：訪問診療先の患者の退院前カンファレンスの参加頻度（％）

区 分	診療	歯科	薬局	看護	居宅	包括
ほとんど参加している	13.0 (8.0)	0.0 (0.0)	3.4 (1.8)	67.9 (△6.0)	71.1 (△4.1)	68.3 (△7.3)
時々参加している	30.5 (15.5)	10.3 (1.2)	19.5 (6.2)	30.4 (5.4)	25.3 (3.2)	31.7 (7.3)
全く参加していない	34.4 (2.1)	35.3 (△5.2)	25.9 (1.0)	0.0 (0.0)	0.6 (0.6)	0.0 (0.0)
いつ行われているか知らない(連絡がない)	22.1 (2.0)	54.3 (20.3)	51.2 (8.0)	1.8 (1.8)	3.0 (1.2)	0.0 (0.0)

■訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの9割以上が、「ほとんど参加している」、「時々参加している」と回答している。

■歯科診療所の約9割、薬局の約8割が、「全く参加していない」、「いつ行われているか知らない(連絡がない)」と回答している。

② 退院前カンファレンス(2)：退院調整が必要と思われるケースの退院前カンファレンス（％）

区 分	地域
必ず実施している	25.0 (6.6)
ほぼ実施している	62.5 (9.9)
あまり出来ていない、出来ていない	12.5 (△0.7)

③ 退院前カンファレンス(3)：かかりつけ医又は在宅医の参加要請（％）

区 分	地域
いつも要請している	8.3 (5.7)
必要に応じて要請している	54.2 (△3.7)
ほとんど要請していない、全く要請していない	37.5 (11.2)

■退院前カンファレンスについて、病院地域連携部門が「必ず実施している」、「ほぼ実施している」と回答した割合は、約9割となっているが、かかりつけ医又は在宅医への参加要請について、「いつも要請している」、「必要に応じて要請している」と回答した割合は、約6割となっている。

④ 退院前カンファレンス(4)：退院前カンファレンスに参加する上での問題点・課題（％）

区 分	居宅	包括
退院前カンファレンスが行われていない	47.0 (3.8)	43.9 (△12.2)
退院前カンファレンスに呼ばれない	22.3 (1.6)	36.6 (△2.4)
医療機関の都合に合わせた訪問調整が難しい	52.4 (5.6)	58.5 (14.6)
コミュニケーションがうまくいかず、必要な情報が正しく提供されていない 場合がある	15.1 (2.0)	19.5 (4.9)

■居宅介護支援事業所と地域包括支援センターのいずれも「退院前カンファレンスが行われていない」、「医療機関の都合に合わせた訪問調整が難しい」と回答した割合は、4割以上となっている。

⑤ 退院前カンファレンス(5)：退院時に医療機関から利用者情報を得ることの課題（％）

区 分	居宅	包括
従来給付管理を行っていた利用者の退院時に医療機関からの連絡が来ない	31.9 (2.2)	43.9 (△2.4)
居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの職員に医療機関との連携に苦 手意識がある	12.7 (0.1)	14.6 (△9.8)
医療機関からの急な退院の連絡があり、対応が困難	56.0 (0.1)	85.4 (2.5)
医療者の在宅生活や介護に対する知識・理解不足	42.8 (9.5)	51.2 (4.9)
医療機関ごと・利用者ごとに担当窓口が異なり、連携窓口が分かりにくい	40.4 (10.7)	46.3 (9.7)
医療の専門用語や略語が使用されているため、理解が難しい	20.5 (△2.0)	19.5 (△9.8)

■居宅介護支援事業所と地域包括支援センターのいずれも「医療機関からの急な退院の連絡があり、対応が困難」と回答した割合が最も高い。

■地域包括支援センターでは、「医療者の在宅生活や介護に対する知識・理解不足」と回答した割合は、約5割となっている。

(5) サービス担当者会議

① 訪問診療先の患者のサービス担当者会議の参加頻度（％）

区 分	診療	病院	歯科	薬局	看護
ほとんど参加している	6.5 (2.3)	0.0 (△13.2)	0.0 (△0.6)	21.5 <u>(11.7)</u>	<u>85.7</u> (△4.5)
時々参加している	36.4 (16.1)	<u>75.0</u> (22.4)	19.8 (4.8)	41.5 <u>(17.4)</u>	<u>13.4</u> (4.7)
全く参加していない	<u>37.0</u> (9.1)	25.0 (9.2)	<u>34.5</u> (△5.1)	9.8 (△10.4)	0.0 (0.0)
いつ行われているか知らない(連絡がない)	<u>20.1</u> (0.9)	0.0 (△5.3)	<u>45.7</u> (15.8)	27.3 (△2.4)	0.9 (0.9)

※病院については、病院の医師が在宅移行患者のサービス担当者会議に参加する頻度

- 歯科診療所の約8割、診療所の約6割が、「全く参加していない」、「いつ行われているか知らない(連絡がない)」と回答している。
- 薬局は、前回に比べ、「ほとんど参加している」、「時々参加している」と回答した割合が高い。
- 訪問看護ステーションは、ほぼ全てが「ほとんど参加している」、「時々参加している」と回答している。

② サービス担当者会議へのかかりつけ医の参加要請（％）

区 分	居宅	包括
いつも要請している	3.6 (2.2)	0.0 (0.0)
必要に応じて要請している	38.0 (△13.4)	36.6 (△2.4)
ほとんど要請していない、全く要請していない	<u>56.6</u> (11.1)	<u>63.4</u> (2.4)

- 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの約6割が、「ほとんど要請していない、全く要請していない」と回答している。

③ サービス担当者会議の参加をかかりつけ医に要請していない理由（％）

区 分	居宅	包括
時間の調整が困難なため	<u>70.2</u> (2.9)	<u>53.8</u> (△6.2)
要請しにくいため(敷居が高く感じる)	<u>54.3</u> (3.8)	<u>50.0</u> <u>(14.0)</u>
要請しても断られる(断られた)と感じるから	36.2 (7.5)	46.2 (△1.8)
要請する必要が無いから	12.8 (△0.1)	38.5 (10.5)

- 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターともに、「時間の調整が困難なため」、「要請しにくいため(敷居が高く感じる)」と回答した割合が高い。特に、地域包括支援センターでは、「要請しにくいため(敷居が高く感じる)」と回答した割合が、前回に比べ、高くなっている。

(6) 緊急時の対応

緊急時の対応 (%)

区 分	診療	病院	薬局	看護
午前(7時～12時)が多い	28.6 (11.6)	25.0 (1.3)	19.0 (8.9)	32.1 (8.2)
午後(12時～18時)が多い	37.7 (18.5)	37.5 (13.8)	42.4 (12.2)	30.4 (6.5)
夜間(18時～24時)が多い	46.1 (22.1)	37.5 (0.7)	22.0 (6.4)	75.9 (△3.4)
深夜・早朝(0時～7時)が多い	23.4 (15.3)	25.0 (3.9)	0.5 (△0.3)	28.6 (△0.7)
緊急の対応を求められることはない	19.5 (△20.9)	37.5 (8.6)	37.6 (△6.4)	8.0 (0.4)

■病院と薬局の約4割が「緊急の対応を求められることはない」と回答している。

■診療所と訪問看護ステーションは、「夜間(18時～24時)が多い」と回答した割合が最も高い。

(7) 緊急時の受入先の確保

① 入院に関する対応(1): 訪問診療や往診で対応中の患者が緊急入院となった場合の受入先 (%)

区 分	診療
医療機関や医師との連携があり、入院先を確保できている	49.4 (17.1)
医師会等のネットワークがあり、入院先を確保できている	7.8 (3.1)
在宅医療相談支援窓口を利用して、入院先を確保できている	7.1 —
おおむね確保できているが、時々苦勞している	41.6 (36.9)
(しばしば、その都度) 苦勞している	18.8 (△2.1)

■前回に比べ、「おおむね確保できているが、時々苦勞している」と回答した割合が高い。

② 入院に関する対応(2): 入院患者について、かかりつけ医又は在宅医等との連携状況 (%)

区 分	病院
入院早期に連携している、概ね連携している	75.0 (14.5)
時々連携している	25.0 (1.3)
特に連携していない	0.0 (△5.3)
連携していないが、今後連携していきたい	0.0 (0.0)

■「入院早期に連携している、概ね連携している」、「時々連携している」と回答した割合が、10割である。

③ 入院に関する対応(3)：訪問診療先の患者が入院する時の入院先の地域連携室との連携（％）

区 分	診療	歯科	薬局	看護	居宅	包括
ほとんど連携している	52.6 (21.4)	13.8 (7.1)	4.9 (2.0)	69.6 (4.4)	83.7 (△3.2)	73.2 (△4.8)
時々連携している	18.8 (4.0)	21.6 (2.0)	23.9 (12.2)	26.8 (△4.7)	15.7 (4.4)	24.4 (2.4)
連携していない	17.5 (△0.9)	36.2 (△0.8)	25.9 (△8.1)	0.9 (0.9)	0.0 (△0.9)	0.0 (0.0)
連携していないが今後連携したい	11.0 (1.0)	28.4 (5.5)	45.4 (8.8)	2.7 (0.5)	0.6 (0.6)	2.4 (2.4)

■訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの9割以上、診療所の7割が「（ほとんど又は時々）連携している」と回答している。

■薬局の約7割、歯科診療所の約6割が「連携していない」、「連携していないが今後連携したい」と回答している。

④ 在宅医療相談支援窓口（％）

区 分	診療	病院	歯科	薬局	看護	居宅	包括
利用したことがある	13.7 (3.4)	12.5 (△0.7)	2.3 (0.5)	1.5 (0.2)	18.8 (5.8)	15.1 (△1.1)	56.1 (2.4)
知っているが利用したことはない	36.5 (0.8)	50.0 (△5.3)	30.6 (△4.0)	32.4 (△3.7)	42.0 (△10.2)	39.2 (△14.0)	29.3 (△14.6)
どのようなことをしているか知らない	48.0 (5.4)	29.2 (10.8)	67.1 (7.6)	65.8 (7.2)	38.4 (6.9)	45.8 (16.1)	12.2 (9.8)

■病院、訪問看護ステーション、地域包括支援センターを除いて、「どのようなことをしているか知らない」と回答した割合が4割～7割となっている。

(8) 緊急時の受入体制

① 在宅療養患者が、緊急入院が必要となった場合の受入（％）

区 分	病院
自院を受診したことのある患者を受け入れる	87.5 (16.4)
連携している医師からの紹介の場合は受け入れる	87.5 (16.4)
空床があれば受け入れる	62.5 (7.2)
後方支援医療機関としての役割があり、要請があれば受け入れている	37.5 (8.6)

■前回に比べ、全体的に、「受け入れる」と回答した割合が高い。

② 在宅療養患者が、レスパイト入院が必要となった場合の受入（％）

区 分	病院
自院を受診したことがある患者を受け入れる	87.5 <u>(32.2)</u>
連携している医師からの紹介の場合は受け入れる	87.5 <u>(27.0)</u>
空床があれば受け入れる	75.0 <u>(32.9)</u>
後方支援医療機関としての役割があり、要請があれば受け入れている	25.0 (9.2)
受け入れていない	12.5 (△8.6)

■前回に比べ、全体的に、「受け入れる」と回答した割合が高い。

③ 病床の主な利用方法（％）

区 分	診療
急変時や重症時の受入先として利用	26.3 (△28.2)
術後の療養先としての利用	21.1 (△24.4)
レスパイトケアとしての利用	26.3 (△5.5)
リハビリテーションの提供	15.8 (△16.0)
緩和ケア、看取りなどに利用	15.8 (△16.0)
その他	26.3 (8.1)
現在入院医療を行っていない	26.3 <u>(21.8)</u>

■前回に比べ、「現在入院医療を行っていない」と回答した割合が高くなっている。

④ 在宅医療患者の緊急入院の受入れ（％）

区 分	診療
自院を受診したことがある患者を受け入れる	36.8 (△22.3)
空床があれば受け入れる	26.3 (△23.7)
連携している医師からの紹介の場合は受け入れる	36.8 (0.4)
受け入れていない	57.9 <u>(26.1)</u>
後方支援医療機関としての役割があり、要請があれば受け入れている	21.1 (2.9)

■在宅医療患者の緊急入院を「受け入れていない」と回答した割合が5割以上となっており、前回に比べ、高くなっている。

3 認知症医療・介護連携の強化

- ◎ 認知症への対応については、診療所の約5割、病院の約6割、歯科診療所の約7割、薬局の約9割、それ以外の各機関では9割以上が対応可能としており、これらの対応可能な機関に、どのようにしてつないでいくかが重要となる。
- ◎ 若年性認知症の診療・対応やBPSD（行動・心理症状）への対応について「対応可能」と回答した割合が、高齢者の認知症と比較して低調であるため、若年性認知症に対する医療・介護の充実など支援体制の強化に向けた取組が必要である。
- ◎ 認知症の医療・介護の実施に当たっては、早期発見・早期対応を軸として、認知症の状態に応じた切れ目のない良質な医療・介護サービスを提供することが重要であるが、調査結果では、「他機関への連携や紹介が困難である」、「早期対応が困難である」、「医療・介護関係者間で共通認識が乏しい」、「状態に応じた適切な医療・介護サービスが困難である」ことを課題とする回答が、全ての調査対象機関において2割以上あったため、連携体制の強化に向けた取組が必要である。

実態調査結果

(1) 軽度認知障害（MCI）への対応

① 軽度認知障害（MCI）と判断した場合の対応（%）

区 分	診療	病院
自院で経過をみる	41.3 (2.0)	54.2 (△3.7)
認知症サポート医、認知症かかりつけ医で経過をみてもらう	25.1 (4.5)	45.8 (9.0)
自院で治療を開始する	21.8 (1.5)	29.2 (2.9)
他のものわすれ外来や認知症疾患医療センターなどに紹介する	38.7 (10.3)	58.3 (32.0)
認知症予防教室など、予防活動を紹介している	5.2 (1.0)	20.8 (18.2)

■診療所は、「自院で経過をみる」と回答した割合が最も高い。

■病院は、「他のものわすれ外来や認知症疾患医療センターなどに紹介する」と回答した割合が最も高く、前回に比べ、かなり高くなっている。

② 軽度認知障害（MCI）と判断した場合の対応（%）

区 分	歯科	看護
認知症疾患医療センターを紹介している	5.9 (3.8)	11.6 (0.7)
ものわすれ外来を紹介している	5.0 (1.2)	34.8 (1.1)
精神科を紹介している	2.3 (0.8)	17.9 (8.1)
神経内科を紹介している	4.1 (0.0)	12.5 (△1.6)
脳神経外科を紹介している	2.3 (0.2)	7.1 (△1.6)

区 分	歯科	看護
認知症サポート医、認知症かかりつけ医のいる医療機関を紹介している	6.8 (3.6)	18.8 (5.8)
かかりつけ医・主治医に相談している	32.9 (2.7)	88.4 (3.6)
認知症予防教室など、予防活動を紹介している	3.7 (0.2)	20.5 (5.3)
認知症に関して、特に紹介や対応をしていない	23.3 (△8.7)	2.7 (△1.6)
判断がつかない	32.4 (4.2)	4.5 (3.4)

■ 歯科診療所は、「かかりつけ医・主治医に相談している」、「判断がつかない」と回答した割合が約3割である。

■ 訪問看護ステーションは、「かかりつけ医・主治医に相談している」と回答した割合が約9割である。

(2) 認知症への対応

① 認知症への対応：「行っている」、「対応できる」の割合（％）の合計

区 分	診療	病院	歯科	薬局	看護	居宅	包括
認知症の診察を行っているか	50.2 (2.6)	54.2 (△19.5)	—	—	—	—	—
認知症患者への診療(対応)ができるか	54.2 (5.5)	58.3 (△12.8)	70.8 (10.7)	89.1 (△0.6)	93.8 (△1.9)	98.7 (0.5)	97.5 (2.4)
若年性認知症患者への診療(対応)ができるか	27.3 (△1.4)	37.5 (△12.5)	64.4 (13.4)	—	47.3 (12.5)	73.5 (4.1)	75.7 (△14.5)

■ 「認知症患者への診療(対応)ができる」と回答した割合は、歯科診療所の約7割、病院の約6割、診療所の約5割となっており、これら以外では、約9割が「できる」と回答している。

■ 「若年性認知症患者への診療(対応)ができる」と回答した割合は、認知症患者に比べ、低い割合となっている。

【認知症への対応の内訳】（％）

区 分		居宅	包括
認知症	通常業務として取り組み、更に向上を目指している	58.4 (3.4)	51.2 (4.9)
	取り組んでいるがルーチン化していない	32.5 (△1.3)	26.8 (△14.7)
	取り組みはあるが、困難を伴う	5.4 (△2.3)	17.1 (9.8)
	現在は取り組んでいないが対応可能	2.4 (0.6)	2.4 (2.4)
	対応は困難である（断っている）	1.2 (0.3)	2.4 (0.0)

区 分		居宅	包括
若年性認知症	通常業務として取り組み、更に向上を目指している	21.1 (5.8)	9.8 (△2.4)
	取り組んでいるがルーチン化していない	22.9 (0.4)	14.6 (0.0)
	取り組みはあるが、困難を伴う	7.2 (0.0)	22.0 (2.5)
	現在は取り組んでいないが対応可能	22.3 (△2.0)	29.3 (7.3)
	対応は困難である（断っている）	1.8 (0.4)	0.0 (△4.9)

② 認知症患者のBPSDの対応可否（％）

区 分		診療	病院	歯科	看護
外来対応	対応可	40.2 (2.6)	50.0 (△2.6)	60.3 (11.3)	86.6 (4.0)
	対応不可	59.8 (10.5)	50.0 (13.2)	39.7 (△1.9)	
入院対応	対応可	8.9 (4.7)	50.0 (△13.2)	13.7 (2.8)	86.3 (9.8)
	対応不可	91.1 (12.0)	50.0 (23.7)	86.3 (9.8)	
訪問対応	対応可	22.9 (△0.5)	20.8 (10.3)	37.0 (4.2)	13.4 (△2.9)
	対応不可	77.1 (15.5)	79.2 (5.5)	63.0 (7.0)	

※訪問看護ステーションの割合は、「対応可」、「対応不可」のみ

- 外来対応では、歯科診療所の約6割、病院の5割が、それぞれ「対応可」と回答している。
- 入院対応では、診療所と歯科診療所の約9割、病院の5割が、それぞれ「対応不可」と回答しており、前回に比べ、全体的に「対応不可」と回答した割合が高くなっている。
- 訪問対応では、病院の約2割が、「対応可」と回答しており、前回に比べ、高くなっている。
- 訪問看護ステーションの約9割が、「対応可」と回答しており、前回に比べ、高くなっている。

③ 若年性認知症患者のBPSDの対応可否（％）

区 分		診療	病院	歯科	看護
外来対応	対応可	25.8 (0.5)	37.5 (△4.6)	57.1 (11.1)	71.4 (7.3)
	対応不可	74.2 (9.9)	62.5 (17.8)	42.9 (△3.4)	
入院対応	対応可	7.4 (4.3)	29.2 (△20.8)	12.3 (1.2)	87.7 (10.0)
	対応不可	92.6 (9.6)	70.8 (34.0)	87.7 (10.0)	
訪問対応	対応可	15.5 (△1.2)	4.2 (△1.1)	34.2 (4.9)	28.6 (△5.1)
	対応不可	84.5 (13.5)	95.8 (19.5)	65.8 (4.5)	

※訪問看護ステーションの割合は、「対応可」、「対応不可」のみ

- 外来対応では、歯科診療所の約6割、病院の約4割が、それぞれ「対応可」と回答している。
- 入院対応では、診療所と歯科診療所の約9割、病院の約7割が、それぞれ「対応不可」と回答しており、前回に比べ、全体的に「対応不可」と回答した割合が高くなっている。
- 訪問対応では、ほぼ全ての病院、診療所の約8割、歯科診療所の約7割が、それぞれ「対応不可」と回答しており、前回に比べ、全体的に「対応不可」と回答した割合が高くなっている。
- 訪問看護ステーションの約7割が、「対応可」と回答しており、前回に比べ、高くなっている。

(3) 認知症患者の紹介及び連携先

① 認知症患者の紹介先・連携先（％）

区 分	診療	病院	歯科	薬局	看護
認知症疾患医療センター	29.5 (△0.6)	37.5 (0.7)	5.5 (2.9)	7.0 (4.1)	21.4 (△0.3)
ものわすれ外来	29.2 (4.7)	33.3 (9.6)	5.5 (1.7)	11.2 (1.9)	33.9 (△3.1)
精神科	39.5 (2.2)	54.2 (4.2)	4.1 (2.6)	10.0 (5.2)	41.1 (6.3)
神経内科	33.9 (7.4)	45.8 (19.5)	5.5 (0.8)	10.9 (3.7)	24.1 (△0.9)
脳神経外科	18.1 (2.2)	8.3 (△7.5)	2.7 (0.6)	12.7 (1.8)	17.0 (△3.7)
認知症サポート医（認知症かかりつけ医）	10.7 (5.4)	41.7 (23.3)	8.7 (4.9)	10.3 (6.6)	32.1 (6.0)
かかりつけ医・主治医	—	—	37.9 (5.1)	57.0 (1.0)	92.0 (4.0)
特に紹介や対応をしていない	25.8 (9.6)	25.0 (14.5)	50.7 (1.7)	28.2 (△0.4)	2.7 (0.5)

■紹介先等として、診療所、病院は、「精神科」と回答した割合が最も高く、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションは、「かかりつけ医・主治医」と回答した割合が最も高い。

■なお、歯科診療所は、「特に紹介や対応をしていない」と回答した割合が約5割で最も高い。

② 認知症医療・介護で連携してきた事業所・施設（％）

区 分	看護		居宅		包括	
	ある	なし	ある	なし	ある	なし
認知症疾患医療センター	17.9 (△4.9)	82.1 (13.6)	63.9 (4.0)	36.1 (2.8)	95.1 (△2.5)	4.9 (2.5)
認知症初期集中支援チーム	22.3 (7.1)	77.7 (0.5)	48.8 (17.7)	51.2 (△8.3)	100.0 (19.5)	0.0 (△19.5)
病院（認知症疾患医療センター以外）	75.0 (9.8)	25.0 (2.2)	83.1 (2.0)	16.9 (7.0)	92.7 (△2.5)	7.3 (2.4)
（認知症サポート医、認知症かかりつけ医のいる）医科診療所	50.9 (6.4)	49.1 (4.5)	77.7 (6.0)	22.3 (0.7)	97.6 (7.4)	2.4 (△2.5)
医科診療所（上記以外）	56.3 (△4.5)	43.8 (13.4)	66.3 (△4.0)	33.7 (13.9)	92.7 (9.7)	7.3 (△7.3)
歯科診療所	17.9 (△3.9)	82.1 (13.6)	45.8 (△10.1)	54.2 (21.3)	39.0 (△29.3)	61.0 (34.2)

区 分	看護		居宅		包括	
	ある	なし	ある	なし	ある	なし
訪問看護ステーション	40.2 (4.4)	59.8 (3.3)	96.4 (5.0)	3.6 (△0.9)	97.6 (△2.4)	2.4 (2.4)
薬局	61.6 (4.0)	38.4 (3.6)	77.7 (2.1)	22.3 (4.3)	92.7 (△7.3)	7.3 (7.3)
地域包括支援センター	81.3 (4.1)	18.8 (2.5)	95.2 (2.8)	4.8 (1.2)	92.7 (26.9)	7.3 (△14.7)
認知症地域支援推進員	22.3 (3.9)	77.7 (4.9)	54.2 (1.5)	45.8 (6.6)	95.1 (△4.9)	4.9 (4.9)
居宅介護支援事業所	92.0 (6.2)	8.0 (0.4)	72.3 (20.5)	27.7 (△10.1)	100.0 (0.0)	0.0 (0.0)
地域密着型サービス事業所	32.1 (3.9)	67.9 (3.8)	88.6 (11.1)	11.4 (△3.9)	95.1 (2.4)	4.9 (△2.4)
施設（特養、老健等）	29.5 (△6.4)	70.5 (12.9)	78.9 (△0.4)	21.1 (8.0)	95.1 (4.9)	4.9 (△2.4)
訪問介護	73.2 (5.8)	26.8 (2.9)	94.6 (1.3)	5.4 (2.2)	97.6 (△2.4)	2.4 (2.4)
通所介護・通所リハビリ	59.8 (△12.0)	40.2 (20.6)	94.6 (0.9)	5.4 (2.7)	97.6 (△2.4)	2.4 (2.4)
短期入所生活介護（ショートステイ）	49.1 (1.3)	50.9 (7.4)	91.6 (2.0)	8.4 (3.4)	92.7 (△4.9)	7.3 (4.9)

■訪問看護ステーションは、「居宅介護支援事業所」と「連携あり」と回答した割合が約9割である。一方、「認知症疾患医療センター」、「認知症初期集中支援チーム」、「歯科診療所」、「認知症地域支援推進員」と「連携なし」と回答した割合が約8割である。

■居宅介護支援事業所は、「訪問看護ステーション」、「地域包括支援センター」、「訪問介護」、「通所介護・通所リハビリ」、「短期入所生活介護（ショートステイ）」と「連携あり」と回答した割合が9割以上である。一方、「認知症初期集中支援チーム」、「歯科診療所」と「連携なし」と回答した割合が約5割ある。

■地域包括支援センターは、「認知症初期集中支援チーム」、「居宅介護支援事業所」と「連携あり」と回答した割合が10割である。一方、「歯科診療所」と「連携なし」と回答した割合が約6割である。

(4) 今後の連携先

認知症医療・介護を実施するに当たり、連携が重要だと思う事業所・施設

(上位5事業所・施設、上段：項目、下段：割合(%))

診療	病院	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
地域包括 42.8	地域包括 58.3	居宅介護 58.3	地域包括 49.3	地域包括 50.9	居宅介護 52.7	医科診療所(※1) 42.2	初期集中 支援チーム 56.1
疾患医療 センター 41.7	疾患医療 センター 41.7	医科診療 所(※1) 45.8	医科診療 所(※1) 46.1	医科診療 所(※1) 43.0	医科診療 所(※1) 50.0	疾患医療 センター 37.3	居宅介護 43.9
医科診療 所(※1) 33.6	医科診療 所(※1) 37.5	地域包括 45.8	疾患医療 センター 33.3	訪問看護 41.8	地域包括 44.6	訪問看護 37.3	疾患医療 センター 41.5
訪問看護 32.5	居宅介護 37.5	疾患医療 センター 37.5	病院(※2) 21.5	病院(※2) 25.5	病院(※2) 29.5	病院(※2) 35.5	病院(※2) 36.6
病院(※2) 26.6	初期集中 支援チーム 25.0	訪問看護 37.5	医科診療 所(※3) 19.6	居宅介護 22.1	疾患医療 センター 25.0	初期集中 支援チーム 21.7	医科診療 所(※1) 34.1

※1：(認知症サポート医、認知症かかりつけ医のいる)医科診療所、※2：病院(認知症疾患医療センターを除く)、※3：(※1ではない)医科診療所

■調査対象者によって重要と思う事業所・施設は異なるが、「(認知症サポート医、認知症かかりつけ医のいる)医科診療所」、「地域包括支援センター」と回答した割合が高い傾向にある。

(5) 介護保険サービスが必要と思われるケースへの対応

介護保険サービス等に繋ぐ場合の対応 (%)

区 分	診療	病院	歯科	薬局	看護
連携している施設・機関を活用している	35.1 (10.3)	45.8 (1.1)	16.4 (1.7)	22.4 (3.6)	44.6 (2.2)
居宅介護支援事業所についての情報を提供している	25.1 (6.2)	70.8 (26.1)	11.9 (2.2)	16.7 (2.1)	81.3 (11.7)
地域包括支援センターを紹介している	50.9 (9.7)	79.2 (16.0)	30.1 (2.8)	46.4 (11.1)	73.2 (9.1)
市・区役所の高齢者相談窓口を紹介している	15.9 (△2.5)	37.5 (8.6)	6.4 (1.7)	12.1 (△2.2)	16.1 (0.9)
併設している施設・機関を活用している	4.4 (△0.6)	29.2 (16.0)	0.9 (△0.6)	5.8 (2.4)	23.2 (8.0)
特に紹介や情報提供はしていない	23.6 (11.9)	12.5 (9.9)	49.3 (0.3)	32.4 (△1.3)	2.7 (1.6)

■診療所、病院、薬局は、「地域包括支援センターを紹介している」と回答した割合が最も高い。

■訪問看護ステーションは、「居宅介護支援事業所についての情報を提供している」と回答した割合が最も高い。

■歯科診療所は、「特に紹介や情報提供はしていない」と回答した割合が最も高い。

(6) 認知症に関する医療・介護連携の課題

認知症に関する医療・介護連携の課題（％）

区 分	診療	病院	地域	歯科	薬局	看護	居宅	包括
他機関への連携や紹介が困難である	26.2 (6.7)	20.8 (△2.9)	33.3 (△14.1)	42.0 (9.4)	43.9 (9.4)	37.5 (11.4)	25.3 (3.2)	34.1 (9.7)
早期対応が困難である	<u>38.4</u> (8.6)	<u>58.3</u> (24.1)	<u>66.7</u> (24.6)	<u>45.2</u> (11.8)	<u>49.1</u> (6.7)	<u>55.4</u> (7.6)	<u>33.7</u> (3.5)	<u>48.8</u> (4.9)
医療・介護関係者間で共通認識が乏しい	21.8 (6.8)	37.5 (8.6)	41.7 (15.4)	28.3 (5.4)	25.2 (8.0)	34.8 (0.0)	35.5 (4.9)	26.8 (△12.2)
状態に応じた適切な医療・介護サービスが困難である	<u>39.1</u> (14.3)	<u>50.0</u> (13.2)	<u>58.3</u> (8.3)	<u>43.4</u> (12.0)	<u>37.3</u> (8.1)	<u>46.4</u> (7.3)	<u>56.0</u> (9.2)	<u>51.2</u> (△12.2)

■全体的に、「状態に応じた適切な医療・介護サービスが困難である」、「早期対応が困難である」と回答した割合が高い。

4 在宅医療・介護に関する市民啓発

- ◎ 在宅医療を推進する上での課題・支障として、医療・介護サービスを提供する側における課題のほか、家族の介護力等の介護体制が不十分であることなど、サービスを受ける側の課題が上位に挙げられていることから、市民への啓発の取組は不可欠である。
- ◎ ACPの実践が増えるために有効な取組として、「市民への啓発（研修会、講習会等）」、「かかりつけ医から患者等に啓発」、「ガイドをすぐ手に取れる環境」といった市民に対する働きかけが「有効」とする回答が、全ての調査対象機関において8割以上となっていることから、継続して市民への普及活動に取り組む必要がある。

実態調査結果

(1) 在宅医療を推進する上での課題

在宅医療を推進する上での課題（支障）【再掲】

（上位5課題等、上段：項目、下段：割合(%)）

診療	病院	地域	歯科
在宅担当医の確保 51.3	在宅担当医の確保 62.5	在宅担当医の確保 62.5	書類作成等の事務負担 58.0
移動時間が多くかかる 45.8	訪問看護職員が不足 58.3	訪問看護職員が不足 58.3	移動時間が多くかかる 56.2
容態急変時の受入態勢 41.3	介護体制が不十分 54.2	介護体制が不十分 58.3	医療材料・機材の適切な確保が困難 45.2
書類作成等の事務負担 36.2	スタッフの専門知識・技術不足 41.7	容態急変時の受入態勢 54.2	在宅担当医の確保 43.8
訪問看護職員が不足 28.4	看取り、緩和ケアへの対応 41.7	移動時間が多くかかる 45.8	スタッフの専門知識・技術不足 39.3
—	—	患者・家族の理解が不十分 45.8	—

薬局	看護	居宅	包括
夜間対応・24時間対応 73.9	家族が望んでないと困難 69.6	家族が望んでないと困難 71.1	家族が望んでないと困難 75.6
スタッフの人員確保 69.1	介護体制が不十分 64.3	介護体制が不十分 59.6	患者・家族の理解が不十分 65.9
移動時間が多くかかる 60.3	訪問看護職員が不足 57.1	患者・家族の理解が不十分 53.6	介護体制が不十分 63.4
書類作成等の事務負担 45.8	容態急変時の受入態勢 46.4	容態急変時の受入態勢 50.6	在宅担当医の確保 51.2
容態急変時の受入態勢 37.6	書類作成等の事務負担 42.9	在宅担当医の確保 41.6	容態急変時の受入態勢 51.2

※時間の確保や夜間休日の対応も含む。

- 全体的に、「在宅担当医の確保」、「介護体制が不十分」、「訪問看護職員が不足」、「容態急変時の受入態勢」と回答した割合が高い。
- 診療所、歯科診療所、薬局は、「移動時間が多くかかる」と回答した割合が高い。
- 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターは、「家族が望んでいないと困難」と回答した割合が一番高い。

(2) 退院時の在宅移行と維持がスムーズにいかないケースの要因

退院時の在宅移行と維持がスムーズに行かないケースについて、影響していると思う要因（「そう思う」、「少しそう思う」の割合の高い上位5要因、上段：項目、下段：割合(%)）

居宅	包括
<u>単身世帯・高齢世帯など、在宅での介護力が十分に確保できない</u> 97.0	<u>生活困窮など、経済的な問題がある</u> 97.6
<u>本人は在宅を望んでいるが、家族が望んでいない</u> 94.0	<u>単身世帯・高齢世帯等、在宅の介護力が十分に確保できない</u> 95.2
<u>生活困窮など、経済的な問題がある</u> 93.4	<u>本人は在宅を望んでいるが、家族が望んでいない</u> 92.7
本人・家族が精神疾患になっており、在宅での介護は難しい 91.0	家族が認知症になっており、在宅での介護が困難である 92.6
家族が認知症になっており、在宅での介護が困難である 88.6	本人が認知症により在宅生活が困難である 90.3

- 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターともに、「在宅での介護力が十分に確保できない」、「経済的な問題がある」、「本人は在宅を望んでいるが、家族が望んでいない」と回答した割合が高い。

(3) ACPの実践が増えるために有効と思われる取組

ACPの実践が増えるために有効な取組：有効、やや有効と思う回答(%) 【再掲】

区 分	診療	病院	地域	看護
市民への啓発（研修会、講演会等）	86.4 (21.8)	95.8 (6.3)	91.6 (15.3)	91.1 (△2.4)
かかりつけ医から患者等に啓発	88.6 (25.6)	100.0 (7.9)	100.0 (23.7)	97.3 (2.7)
ガイドをすぐ手に取れる環境	83.4 (22.4)	91.7 (△0.4)	95.8 (19.5)	93.8 (1.4)
専門職向けの研修会	86.4 (27.1)	95.8 (3.7)	95.8 (19.5)	96.5 (4.1)

- 全体的に、全ての取組が「有効」、「やや有効」と回答しており、診療所や病院地域連携部門では、前回に比べ、「有効」「やや有効」と回答した割合がかなり高くなっている。