

平成24年度  
高齢者健康づくり事業推進フォーラム

資 料

滋賀県後期高齢者医療広域連合

## 目 次

実施要領	1
進行表	2
市町の高齢者健康づくり事業概要の紹介	3
平成24年度高齢者健康づくり事業の取組について（滋賀県後期高齢者医療広域連合）	4
在宅医療・在宅看取り普及・推進モデル事業について（守山市）	16
糖尿病性腎症重症化予防事業、東近江市版お薬手帳普及啓発促進事業について（東近江市）	23
一次医療再生構築事業について（愛荘町）	32

# 平成24年度高齢者健康づくり事業推進フォーラム実施要領

## 1. 目的

滋賀県後期高齢者医療広域連合では、医療保険財政の安定運営とともに、高齢者の方々が、健康で生き生きと過ごしていただくこと（健康寿命の延伸）を目指して、京都大学医学部の指導・支援をいただき構成市町・関係機関と共同で、高齢者の健康づくりに取り組んで参りました。

さて、平成24年度に当広域連合が取り組んだ健康づくり事業の内容と成果について、市町の後期高齢者医療担当職員や保健師、地域包括支援センターの職員等、関係者の皆様にご報告することにより、市町における高齢者の健康づくり施策の参考としていただき、また、当広域連合とのよりよい協力関係を築いていくことを目的に、本フォーラムを開催します。

## 2. 主催

滋賀県後期高齢者医療広域連合

## 3. 後援

滋賀県

## 4. 日時

平成25年3月15日（金） 14時00分～16時30分

## 5. 場所

滋賀県厚生会館2階 滋賀県社会福祉事業団会議室

## 6. 内容

次ページ参照

## 7. 対象者

市町後期高齢者医療担当職員、保健師、市町地域包括支援センター職員、  
県関係機関職員等

# 平成24年度高齢者健康づくり事業推進フォーラム進行表

日時：平成25年3月15日（金）

14時00分～16時30分

場所：滋賀県厚生会館2階

滋賀県社会福祉事業団会議室

13:30 受付開始

14:00 開会（あいさつ）

14:05 平成24年度高齢者健康づくり事業の取組について

- ・ 肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業
- ・ 腎疾患の予防対策支援事業（米原市の取組）

京都大学医学部公衆衛生学教室 准教授 里村 一成 氏

14:45 先駆的健康づくり事業事例発表①

在宅医療・在宅看取りの普及・推進モデル事業（守山市）

15:15 ——— 休 憩 ———

15:20 先駆的健康づくり事業事例発表②

糖尿病性腎症重症化予防事業

東近江市版お薬手帳普及啓発促進事業（東近江市）

15:50 先駆的健康づくり事業事例発表③

一次医療体制再構築事業（愛荘町）

16:20 フォーラムのまとめ

京都大学医学部公衆衛生学教室 准教授 里村 一成 氏

16:30 閉会

## 市町の高齢者健康づくり事業概要の紹介

### 【腎疾患予防対策支援事業（米原市）】（里村准教授が講演の中で取組を紹介）

米原市では、慢性腎臓病の発症・進行予防を目的に、健診結果から腎機能低下や腎障がいが見られた方に保健指導を実施する。また、医療機関（市内開業医と市立長浜病院腎臓内科）との連携体制を構築してきた。平成23年度に当広域連合のモデル事業補助。今年度は補助事業ではないが、引き続き、京都大学と当広域連合が事業に協力。

### 【在宅医療・在宅看取りの普及・推進モデル事業】

守山市 事務監 兼 健康福祉部 理事 西川 宜宏

在宅医療を担う医師を増やし、医師の往診・訪問診療、訪問看護および適切な介護サービス等を導入することにより、在宅療養を希望する患者および家族が安心して在宅療養を続けることができる体制を構築するため、モデル事業を実施する。

モデル事業では、モデル対象者6人程度を選定し、主治医・副主治医の設定、訪問看護を必須とする介護サービス等の利用費の助成、チームで対象者・家族の支援を行う。

### 【糖尿病性腎症重症化予防事業】

東近江市 健康推進課 副参事 夏原 善治

東近江市の健康課題である「高血圧」と「高LDLコレステロール」という糖尿病の危険因子に対応し、高額な医療費となる人工透析への重症化予防事業を実施する。レセプトから対象者を抽出し、医療機関と連携し保健指導を実施する。

### 【東近江市版お薬手帳普及啓発促進事業】

東近江市 健康推進課 副参事 夏原 善治

かかりつけ医を推進する上で同時に推進すべき「かかりつけ薬局」を推進する布石として、「お薬手帳」の普及啓発が必要となります。この「お薬手帳」を普及啓発していくための方法や内容などを検討するための委員会を設置し、先進地の取組を参考にしながら、利用していただける「東近江市版お薬手帳」として作成し、医療費の適正化を目指して事業を実施する。

### 【一次医療体制再構築事業】

愛荘町 健康推進課 主査 鈴木 弘美

町の特性として、流入による働き盛りの年齢層や、若年層の増加はあるものの、以前から在住している高齢者、特に介護が必要になる時期である後期高齢者は着実に増加している。また、町内の開業医の高齢化や町外在住により、一次医療も疲弊する中で公共交通機関も不便な町の在宅医療を支えていかななくてはならない。このような状況の中、高齢者が豊かに満足して最期を迎えられる地域ケア・在宅医療の再構築を行う。

滋賀県後期高齢者医療広域連合による  
平成24年度  
高齢者健康づくり事業の取り組み

---

京都大学  
里村一成

肺炎球菌ワクチン接種  
補助事業

---

## 経過

- ◆ 2年間のモデル事業(市町、市町+病院)後、県下全域の事業へ
- ◆ 県下全域の事業として2年目
- ◆ 後期高齢者の8.0%

24年度接種率	接種率(%)		接種率(%)
大津市	3.14	高島市	2.12
彦根市	2.57	東近江市	2.55
長浜市	2.39	米原市	2.4
近江八幡市	2.87	日野町	4.29
草津市	2.26	竜王町	13.03
守山市	2.63	愛荘町	1.76
栗東市	2.3	豊郷町	3.29
甲賀市	3.96	甲良町	1.92
野洲市	3.11	多賀町	1.83
湖南市	2.63	総計	2.88

## 事業継続でみえてきたもの

1. 副反応等の問題は起こっていない
2. 肺炎に関する関心が薄れてきている。接種者の減少。  
(全国の死因としては3位になっている)
3. 基本的に5年間有効の予防接種であるが、5年以内の接種が出てきている。  
(2回目以降の接種も補助の対象としている例はほとんどない)

## 肺炎球菌ワクチンによる医療費削減について

レセプトによる医療費削減について試算した。

ただし、レセプトを使用するため以下の様な前提条件が生じる

- 1) 肺炎の病名には肺炎球菌以外が原因の肺炎、  
たとえばマイコプラズマ肺炎等が入っている
- 2) 保険点数改正が2年ごとに行われる  
(平成20年、22年、24年)
- 3) 1ヶ月に2回の罹患や2ヶ月続いた肺炎は  
それぞれ1回、2回と計算される。
- 4) 入院時の取り扱い  
(肺炎で入院したか？入院してから肺炎か？)

## 試算 1

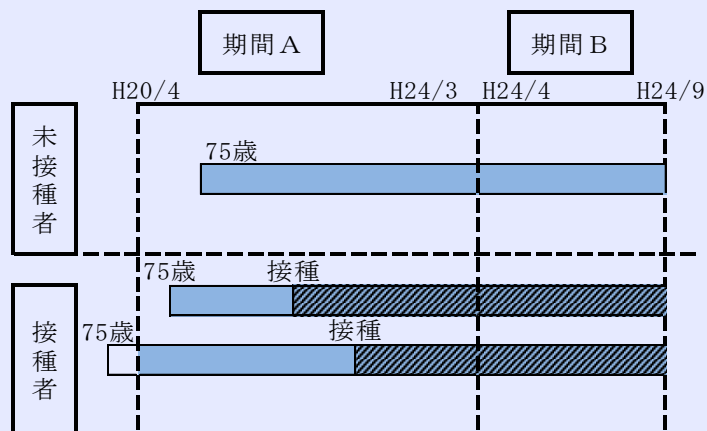
従来よく行われてきた方法

- ①接種者の肺炎罹患率
  - ②未接種者の肺炎罹患率
- を出し、標準的な肺炎治療費  
(外来で30,000円程度)でその差を計算する。



## 罹患率(受診率)算出

肺炎の病名がある月数／被保険者資格期間(月数)



	未接種者		接種者	
	期間A	期間B	期間A	期間B
罹患率 (1ヶ月あたり)	0.227	0.331	0.403	0.549

接種者が接種しないと1.46倍(0.331/0.227)の罹患になると考えられるので期間Bでは $0.403 \times 1.46 = 0.588$ となるはずであるが、実際は**0.549**。

一月あたり  $0.588 - 0.549 = 0.039$ 減少している。

5年間同じことが続くとすると

$$0.039 \times 12 \times 5 \times 30,000 = 70,200$$

つまり一人あたり5年で70200円は医療費が安くなっている可能性がある。(1年間 14,040円)

## 試算 2

- ◆ 実際にレセプトで肺炎時にかかった費用を見ると

	(単位:円/枚)					
	未接種者			接種者		
	(a) 期間A	(b) 期間B	(c) 伸び率 b/a	(d) 期間A	(e) 期間B	(f) 伸び率 e/d
全体	50,581	59,694	1.18	62,992	64,148	1.02

- ◆ この間の一般的な医療費の伸び率は1.05であったので、未接種者の医療費は伸びが大きく接種者はかなり小さくなっている

	接種者がワクチン接種 を行っているとき (実際のデータ)	接種者がワクチン接種を 行わないと仮定したとき
(A)接種者の肺炎の受 診率 (単位:枚/人・年)	0.549	$0.403 \times 1.46 = 0.588$
(B)肺炎外来治療にか かるレセプト1枚当たり の医療費 (単位:円/枚)	64,100	$62,992 \times 1.18 = 74,300$
(A)×(B) (単位:円/人・年)	35,200	43,700
(有効数字:3桁)		

接種者1人当たり  $43,700 - 35,200 = 8,500$ 円  
5年間で 42,500円 削減

## 入院肺炎死亡の比較

	(単位 人)		
	未接種者	接種者	合計
対象者数	131,547	13,321	144,868
平成24年4月から平成24年9月までに死亡した者	3,657	306	3,963
内、死亡月に肺炎を罹患	1,090	86	1,176
死亡者に占める肺炎罹患者の割合	29.8%	28.1%	29.7%

## 肺炎球菌ワクチン接種補助事業

- ◆ 少なく見積もっても肺炎球菌ワクチン代以上に医療費は削減されている。
- ◆ もし後期高齢者全員(約150,000人)が接種すると

外来で年間 12億円～24億円程度の医療費削減となると考えても良いのではなかろうか。さらに入院を考えるとこれ以上の効果があるものと考えられる。

# 米原市における CKD(慢性腎臓病) 対策事業

---

## CKD(慢性腎臓病)

CKDとは、腎障害を示す所見や腎機能低下が慢性的に続く状態である。この状態になると心臓病や脳卒中などの心血管疾患にもなりやすいことが明らかになっており、いかにCKDを治療し、心血管疾患を予防するかが大きな問題となっている。

CKD の定義は以下の通りである。

- ①尿異常, 画像診断, 血液, 病理で腎障害の存在が明らか.  
特に蛋白尿の存在が重要.
- ②糸球体濾過量(GFR) < 60 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>
- ①, ②のいずれか, または両方が3 カ月以上持続する.

# eGFR(推定糸球体ろ過量)

日本人

男性  $eGFR=194 \times (\text{年齢})^{-0.287} \times (\text{Scr})^{-1.094}$

女性  $eGFR=0.739 \times 194 \times (\text{年齢})^{-0.287} \times (\text{Scr})^{-1.094}$

eGFRの単位 mL/min/1.73m<sup>2</sup>

Scr(血清クレアチニン)は酵素法で測定 単位: mg/dL

原疾患		尿たんぱく区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満		30~299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿たんぱく定量 (g/日) 尿たんぱく/Cr比 (g/gCr)	正常		正常	軽度たんぱく尿	高度たんぱく尿
		0.15未満		0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分 /1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	>90	緑	黄	赤
	G2	正常または軽度低下	60~89	緑	黄	赤
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	黄	赤	赤
	G3b	中等度~高度低下	30~44	黄	赤	赤
	G4	高度低下	15~29	赤	赤	赤
	G5	末期腎不全 (ESRD)	<15	赤	赤	赤

重症度のステージはGFR区分と尿たんぱく区分をあわせて評価する。

重症度は原疾患・GFR区分・尿たんぱく区分をあわせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑のステージを基準に、黄・オレンジ・赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

表 17 腎臓専門医への紹介基準

原疾患	蛋白尿区分			A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30 未満	30~299	300 以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)			正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15 未満	0.15~0.49	0.50 以上
GFR 区分 (mL/分/1.73 m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90		*1	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89		*1	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	50~59	40 歳未満は紹介	紹介
				40~49	40~69 歳も紹介	
	G3b	中等度~高度低下	30~44	30~39	70 歳以上も紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29		紹介	紹介
G5	末期腎不全	<15		紹介	紹介	紹介

3 カ月以内に 30% 以上の腎機能の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介すること

\*1 : 血尿と蛋白尿の同時陽性の場合には紹介

(KDIGO CKD guideline 2012 を日本人用に改変)

## 米原市の取り組み

- ◆ 人工透析患者の原疾患と寿命について調査
- ◆ 人工透析患者への聞き取り調査
- ◆ 健診によるCKD抽出
- ◆ 市内開業医、長浜市民病院腎臓内科と連携

尿検査・eGFR実施者 2396				A1	A2		A3
				(-) or(±)	(+)	再掲 尿潜血+以上	(2+)以上
治療無し 1309	G1			1296	12	2	1
		(%)		99.0	0.9	16.7	0.1
	G2	90~	167	166	1	0	0
		(%)	12.8	12.7	0.1	0.0	0.0
	G3a	60~90未満	963	953	9	2	1
		(%)	73.6	72.9	0.7	22.2	0.1
	G3b	45~60未満	171	170	1	0	0
		(%)	13.1	13.0	0.1	0.0	0.0
	G4	30~45未満	7	7	0	0	0
		(%)	0.5	0.5	0.0	0.0	0.0
G5	15~30未満	0	0	0	0	0	
	(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
治療中 1087	G4	~15未満	1	0	1	0	0
		(%)	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0
	G3b		1	0	0	0	1
		(%)	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
	G3a	15~30未満	3	3	0	0	0
		(%)	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0
	G2	30~45未満	29	24	3	0	2
		(%)	2.7	2.2	0.3	0.0	0.2
	G1	45~60未満	193	186	5	0	2
		(%)	17.8	17.1	0.5	0.0	0.2
G1	60~90未満	729	712	12	3	5	
	(%)	67.1	65.5	1.1	25.0	0.5	
G1	90~	132	130	2	0	0	
	(%)	12.1	12.0	0.2	0.0	0.0	
				1055	22	3	10
				97.1	2.0	13.6	0.9
				A1	A2	A3	

	緑	黄	橙	赤
治療無し 1309	1119	180	9	1
治療中 1087	842	200	34	11

	緑	黄	橙	赤
治療無し 尿検査 + 以上	0	10 (2)	2	1
治療中 尿検査 + 以上	0	14 (3)	10	5

腎専門医に紹介が必要な橙、赤グループを見ると尿検査だけだと55人中18人すなわち32.7%しか見つからない。治療無しに限ると30%しか見つからない。

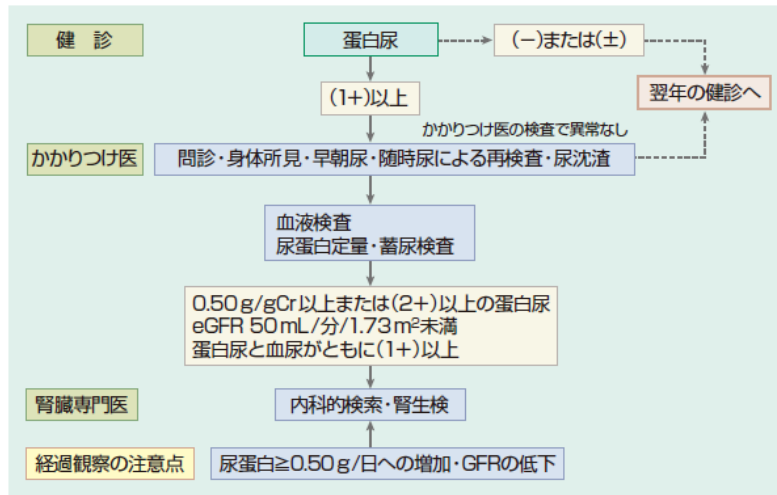
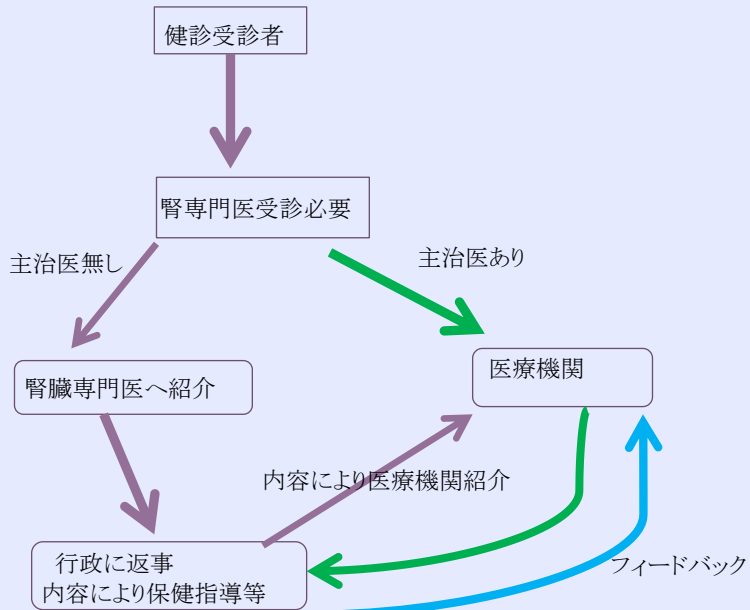


図 16 蛋白尿および血尿+蛋白尿の評価法





米 穂 づ 第 号  
平成 年 月 日

市立長浜病院長 様

米 原 市 長 草 尾 通 雄  
(法 形 省 籍)

紹介状

平塚は、米市の保健衛生行政に類しまして、多大なる御協力をおたさきありがとうございます。  
さて、平成 年 月 日の検査診断の結果、次の方について医療機関受診が必要と判定  
されましたので、御紹介申し上げます。  
つきましては、今後の御指導・御加療よろしくお願いたします。  
なお、お手紙ですが、診療の結果を御紙「連絡票」に御記入いただき、米原市健康づくり課ま  
で、送付いただきますようお願いいたします。

氏 名	生年月日	昭和 年 月 日
住 所	米原市 番地	電話番号

診 察 票	受診年月日	平成 年 月 日
	尿蛋白	尿糖量
	e G F R	C r

別添付書類  
1. 健診診察受診結果通知書  
2. 健康診断結果一覧  
3. 腎臓の機能 (e G F R)  
4. 腎臓病診療症  
5. 連絡票

米原市立総合福祉部  
健康づくり課 (伊賀北、大橋)  
電 話 0749-55-8105  
F A X 0749-55-2400

平成 年 月 日

**連絡票**

氏名	生年月日
住所	米原市

受診日	平成 年 月 日
受診結果	治療方針にその内容・項目等
1. 異常なし	
2. 要観察	(次回 か月後再受診)
3. 要治療	
4. その他	

治療内容	実施機関
1. 栄養指導 糖質制限食(DKD)、高血圧、脂質異常症、腎臓病改善、運動・薬物・食事・睡眠 その他( )	*当院で実施
①エネルギー _____ kcal ②塩分 _____ g ③その他 具体的指示 _____	*米原市へ依頼
2. 運動指導 【 運動指示または制限:あり( ) ・ なし( ) 】	
3. その他 ( )	病院・米原市

医師コメント欄

主治医への「親書」欄

医療機関名: \_\_\_\_\_  
医師名: \_\_\_\_\_

担当係員: \_\_\_\_\_

## 評価のために

- ◆ 人工透析開始年齢。
- ◆ 人工透析になるヒトの数。

# 守山市 在宅医療・在宅看取り 普及・推進モデル事業について

守山市事務監  
西川 宜宏

1

## 在宅医療・在宅看取り普及・推進モデル事業の内容（1）

### 目的

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据え、高齢者が住み慣れた地域で生活を続け、平穏な死を迎えることができる体制を構築することが必要。
- そのため、
  - ・ 在宅医療を担う医師を増やし
  - ・ 医師の往診・訪問診療、訪問看護及び適切な介護サービス等の導入により、患者・家族が安心して在宅療養を続けられる体制を構築することを旨とする。

### 取組経過

H24年4月～7月	守山市在宅ケア推進検討会在宅医療部会で事業内容を検討
8月～	モデル事業開始（6か月間）
11月29日	在宅医療部会で評価会議（1回目）
H25年1月～2月	モデル事業関係者（医師・看護師等の専門職、患者・家族）にアンケート調査を実施
2月21日	在宅医療部会で評価会議（2回目）

2

## 在宅医療・在宅看取り普及・推進モデル事業の内容（2）

### 主な内容

【対象者】 在宅療養を希望する患者5名程度  
末期がん・脳血管疾患・難病等で県立成人病センター又は守山市民病院で入院中の患者の中から対象者を選定

【実施期間】 平成24年8月から6か月間

【内容】

#### （1）主治医・副主治医制の導入

- 主治医をサポートする「副主治医」を設定し、診療所の医師同士が連携して在宅医療を担う。副主治医には市から月額5,000円の報償金を支給。

#### （2）訪問看護サービス費用等の助成

- 在宅療養に必要な訪問看護サービス等を積極的に導入することとし、そのための患者負担の費用の一部（月額上限1万円）を助成

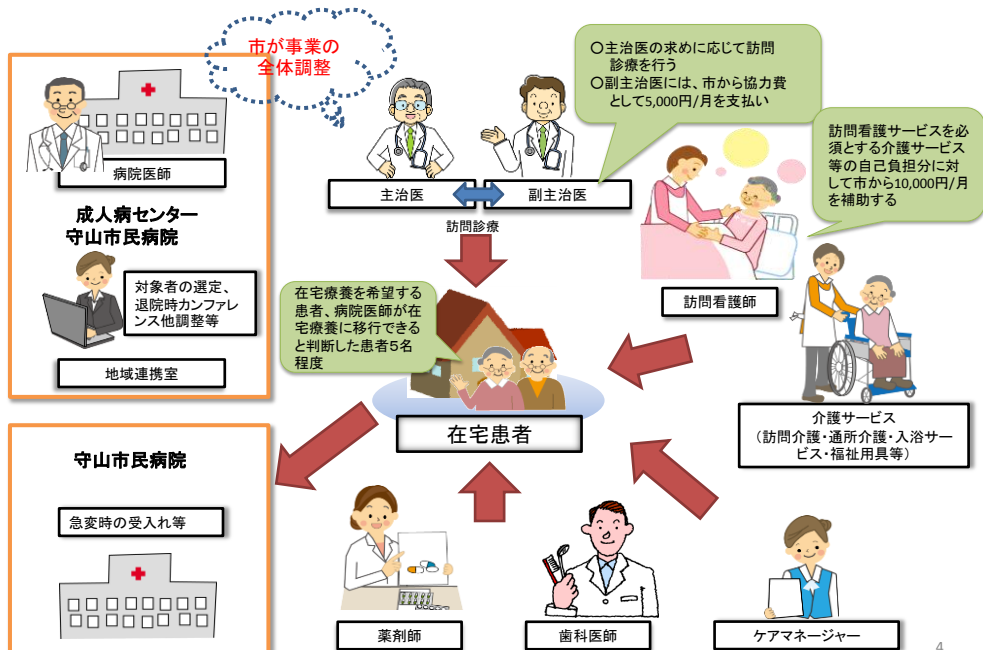
#### （3）チーム体制でのサポート

- 主治医・副主治医・介護支援専門員・訪問看護師・歯科医師・薬剤師等のスタッフが、情報を共有し、ひとつの「チーム」で在宅療養をサポート

#### （4）守山市民病院の受け入れ

- 在宅療養中に容態が急変した場合等には、守山市民病院が受け入れる体制を整備<sup>3</sup>。

### モデル事業のイメージ図



## 主治医・副主治医制について

### 目的

- 医師1人で24時間365日体制で在宅医療を提供するのは困難。  
→ 在宅医療を担う医師が増えていかない原因のひとつ。
- 診療所の医師が連携することで、医師の負担を軽減し、在宅医療を担う医師を増やすことを目指す。

### 具体的な業務・選定方法等

- 日常的な往診・訪問診療は、主治医が担当。副主治医は、
  - ・ 主治医に連絡がつかない時
  - ・ あらかじめ、主治医から対応を依頼された時等に往診等を担当する。
- 主治医については、患者・家族、病院の地域連携室等と相談して、決定。  
副主治医については、患者・家族、主治医等と相談して、決定。
- 守山市職員（保健師）が、主治医・副主治医にモデル事業の内容を説明し、了承を得た上で、参画していただく。
- 副主治医へ支払う月額5千円は、主治医からの依頼により「待機」状態が発生することも踏まえ、モデル事業参加への報償金という性格。  
(実際に、副主治医が往診すれば、当該往診の診療報酬を請求することは可能)

5

## 訪問看護費用の助成について

- 訪問看護を積極的に導入することで、在宅療養が可能になることを患者・家族に理解してもらい、利用促進を図るために実施。
- 介護保険又は医療保険で訪問看護を利用する際の自己負担額に対して、月額上限1万円を助成。
- 訪問看護の自己負担額が月額1万円に満たない場合は、他の介護保険サービスの自己負担額等に助成額を充当していただくことも可。

### チーム体制でのサポート

- モデル事業では、病院担当医師・地域医療連携室・在宅主治医・副主治医・ケアマネ・訪問看護師・歯科医師・薬剤師・ヘルパー・行政が参加する、退院時カンファレンスを実施。
- 各専門職には、退院時カンファレンスに参加することを了承した上で、モデル事業に参加していただいている。
- 退院時カンファレンスの日程調整は、地域医療連携室が担当。
- また、事業開始から3か月と6か月経過後にも、カンファレンスを実施。日程調整等は市保健師が担当。

### 守山市民病院の受入れ

- 容態急変時の対応への不安が、医師と患者・家族の双方にあるため、モデル事業の患者については、守山市民病院が受け入れる体制を整備。
- 病状等にもよるが、成人病センターに入院していた患者であっても、希望があれば、守山市民病院で可能な限り、受け入れる。

6

## モデル事業対象事例 概要（１）

### 事例 1

- 70歳 男性
- 狭心症・心不全・大動脈弁狭窄症
- 要介護5
- 食事が入らず、点滴も難しくなったことから、看取りの場所を在宅か病院かの選択をせまられ、在宅を選択した。
- 入院中は嚥下困難で点滴のみだったが、退院後経口での食事を希望し、主治医の見守りで経口摂取できた。訪問入浴も実施。
- 介護者は娘一人のみ。仕事も休んで、つきっきりで介護していた。
- 主治医が遠方に帰郷していた際、副主治医の看取りにより、退院後5日で在宅で死亡。
- 娘より。「看取りできてよかったが、点滴を抜かなかつたらもっと長生きできたのかな、とも思う。たくさんの方が来てくれたので、最期を看取ることができた」

### 事例 2

- 87歳 男性
- 胃がん ・ 介護保険新規申請
- 本人の強い在宅希望を叶えたい、という一人娘が介護。
- 娘はもともと不安が高く、少しの変化でスタッフに質問をしていた。
- 年末に突然本人がせん妄を起こし、介護者が対応できず、急遽調整をして入院。当初、正月開けに退院予定だったが、介護者が体調を崩したため、入院期間延長。
- 結局、入院したまま、病院で死亡。
- 娘より。「最期まで家で看取れなかったことを、後悔しているが、少しでも家に帰ってきて、思い出を作ることができたのは、よかった。徐々に悪くなっていたら、最期まで看取ることができたかもしれない。」

7

## モデル事業対象事例 概要（２）

### 事例 3

- 89歳 女性
- 甲状腺機能低下症・大動脈瘤
- 要介護2
- 本人は独居で、別居の娘が介護。もともとは施設希望だったが、医師の往診を希望していたこともあり、モデル事業の対象となった。
- 訪問看護師・薬剤師・ヘルパー等の担当者がはっきりなしにくることが、介護者の娘にとって負担であり、患者本人の体調が安定したこともあり、11月末でモデル事業を辞退
- その後も在宅で生活。往診やヘルパーなどは継続して利用を続けている。在宅歯科診療も受けている。
- 娘からは、多くの関係者が関わることを負担に感じつつも、「大勢の方々を見ていただいているのは、大きな安心でした」との声も聞かれた。

### 事例 4

- 79歳 女性
- 心筋梗塞・認知症
- 介護保険新規申請
- 認知症の妻を夫が介護。訪問してくれる医者希望。
- かかりつけ医が往診できなかったため、主治医になってくれる医師が見つからず、調整に時間がかかった。
- 入院中は自由に動けなかったが、退院後は歩行も自由になり、一度徘徊もした。
- デイサービスは、本人の拒否があり参加できず。夫は献身的に介護をしている。
- 歯科医師は、モデル事業を機会に訪問での口腔ケアを実施してくれるようになった。
- 薬局は、他機関からの情報を得ることで、薬からだけでなく直接主治医から病状を聞いたことがよかった、と感想をいただいた。

## モデル事業対象事例 概要（3）

### 事例5

- ・ 80歳 女性
- ・ 胃がん 肺がん（疑い）
- ・ 要介護4
- ・ 別居していた母親を、娘が在宅で介護をすることになり、退院。
- ・ 薬の受け渡しについて、家族と主治医や薬局との間でトラブルや思い違いなどがあり、混乱があった。
- ・ 在宅療養中、本人が体調不良を崩したため、主治医に相談したところ、守山市民病院に入院となった。その後は体調回復しないまま、病院で死亡。
- ・ 娘より。「困ったときに相談できる人がいなかった」

### 事例6

- ・ 77歳 男性
- ・ 脳梗塞後遺症
- ・ 要介護5
- ・ 脳梗塞により失語。入院中は、夜間でもベッドから下りようとしていたので、関係者は、介護について不安を持っていたが、家族の強い希望で退院に向かった。
- ・ 退院カンファレンスから約1カ月間、回復期病棟に入院し、リハビリも行った。
- ・ 息子が介護職員であり、妻と2人で介護にあたる。
- ・ 本人は、外出系サービスを嫌がっている。気分のムラが激しい。
- ・ 現在でも本人とのコミュニケーションがとりにくく、介護者はそれを不安に思っている。

9

## モデル事業の評価 主治医・副主治医制について

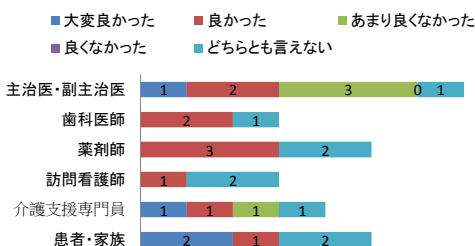
### 【アンケート結果から】

- 主治医・副主治医からは、「1人で24時間365日は限界があるため、大変良かった」「在宅医療の推進には良いきっかけ」との意見があった。一方、「現在のところ必要性が実感できない」「在宅支援診療所では、副主治医の意義がない」との意見も半数あった。
- 介護支援専門員からは、「副主治医に看取ってもらえて、大変良かった」「緊急時の対応に安心感があった」との意見があった。一方、「主治医・副主治医の関係が不明で、連絡手順がよく分からなかった」との意見もあった。
- 患者・家族からは、「主治医で対応できない処置を副主治医がしてくれ、大変良かった」「安心感があった」との意見があった。

### 【評価】

- 医師の負担を軽減し、在宅医療を推進する方策の1つと考えられるが、今回のモデル事業では、
  - ・ 医療依存度がそれほど高くないケースが多かったこと
  - ・ 6か月という事業期間は短く、副主治医の出番がないこと
 等から、制度の有効性・課題等を十分に検証できたとは言えない。
- 一方、介護支援専門員や患者・家族、訪問看護師等から、主治医・副主治医との連絡方法がよく分からなかったという意見もあり、主治医・副主治医の役割分担、患者・家族への説明、連絡方法等に工夫が必要と考えられる。

### 主治医・副主治医制について



### 【その他の意見】

- ・ 2人制により安心と感じた（訪問看護師）
- ・ 副主治医と関わる機会がなく、どこまで連絡して良いのか迷った。主治医にいつでも連絡をとることができたので、副主治医の必要性を感じられなかった（訪問看護師）
- ・ あまり往診されてない医師に参加してほしい（病院地域連携室）
- ・ 制度としては良いと思うが、家族が混乱していたことが気になる（病院連携室）
- ・ 副主治医の役割が不明瞭（歯科医師）

10

## モデル事業の評価 訪問看護サービスの費用助成について

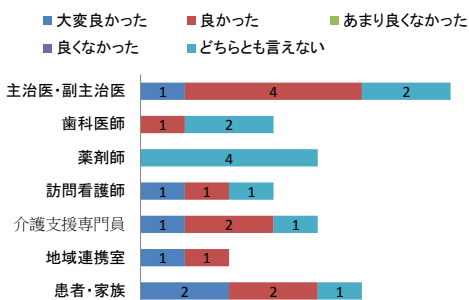
### 【アンケート結果から】

- 訪問看護師からは、「訪問看護は高額なサービスと思われ、利用につながらないケースがあるため、大変良かった」「利用者の負担が軽減され、費用を気にすることなくサービスを使って良かった」との意見があった。
- 介護支援専門員からは、「経済的に苦しい家庭なので助かった」との意見があったほか、地域連携室からは、「サービスが手厚く入ることで、安心して退院できる」との意見があった。
- 患者・家族からは、概ね、大変良かった・良かったとの意見があった。

### 【評価】

- 訪問看護サービスが導入されることで、「安心して退院できる」「退院後の不安定期に有効」との意見があり、訪問看護サービスがあることで在宅療養に移行できることが分かったほか、費用助成がサービスの利用促進に一定程度、つながったと言える。
- その一方で、今回の費用助成が今後も続けられるかどうか疑問という声もあり、費用助成が無くなった場合にも、訪問看護サービスを導入し続けてもらえるかどうか、検証が必要。

### 訪問看護サービス費用助成について



### 【その他の意見】

- ・どこまでが必要かは判断が難しいが、退院後の患者には、手間のかかる状態の方が多いので、費用助成は望ましい(主治医)
- ・助成限度額内でサービスを組むことができたが、費用助成が良かったかどうかの評価基準が良く分からない。費用を安く利用できることを良とするなら、良かった。(介護支援専門員)
- ・家族にとっては、モデル事業を受ける要因のひとつとなったと思う。(病院地域連携室)
- ・非常にありがたい。とても助かりました。(患者・家族)

11

## モデル事業の評価 チーム体制での支援について

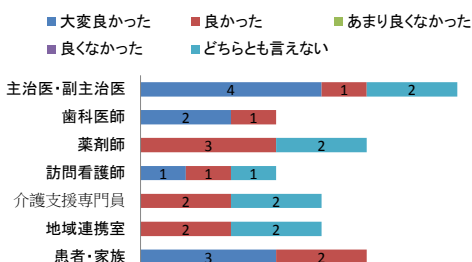
### 【アンケート結果から】

- チーム体制での支援については、概ね、全ての職種から、「多職種連携ができて良かった」「顔の見える関係づくりができて良かった」「支援計画が立てやすかった」「色々な職種の意見を聞くことができ、情報の共有化ができた」といった肯定的な意見が多かった。
- 一方で、病院地域連携室からは、「チーム体制は良いが、あまりに多くの人が集まることで、家族の中には動揺していた方、萎縮していた方もいらっしゃったのではないかと」「多職種が関わることは良かったが、連絡調整がやや困難だった」という意見もあった。
- また、患者・家族からは、「チーム体制での支援があって、安心感があった」「チーム体制での支援は在宅療養に必要不可欠」との肯定的な意見が多かった。

### 【評価】

- 全ての職種から、多職種連携を評価する意見があり、チーム体制をとることの必要性・重要性を関係者が実感できたと考えている。
- 一方で、今回のモデル事業のように、あらゆる関係者が退院時カンファレンスに参加することについては、連絡調整の煩雑さ等の問題があり、適切な「多職種連携」の方法を考えることが必要。

### チーム体制での支援について



### 【その他の意見】

- ・ 普段の診療では見落としてしまうようなことについて、報告があるので非常に有益だった(主治医)
- ・ 副主治医は連携にほとんど参加できてなく、月に1回くらいは連絡が欲しかった(副主治医)
- ・ 異業種の人たちとの交流ができ、互いに知識を深めていきっかけができたと感じる(歯科医師)
- ・ 患者の病状や在宅サービス体制など共通理解ができた(介護支援専門員)
- ・ 事前説明が十分でなく、ご家族が混乱された(介護支援専門員)

## 今後の方向性について

- 今年度のモデル事業を踏まえ、来年度は、以下の事業を実施していく。

### **(1) モデル事業の6か月間継続**

- ・ 主治医・副主治医制や在宅看取りが可能な患者の状態像等を検証するため、さらに6か月間、モデル事業を継続する。
- ・ 現在、在宅療養中の2例を含め、10例程度を対象に実施する。

### **(2) 訪問看護サービス費用の助成**

- ・ 訪問看護サービスの利用促進を図るため、訪問看護サービスの費用助成を独立事業として実施。
- ・ 新規利用の場合で、退院後3か月間に限り、月額1万円を上限に助成。
- ・ 必ず退院時カンファレンスを行うことも条件とする。

### **(3) 多職種「顔の見える関係づくり」**

- ・ 多職種連携をさらに進めるため、多職種による定期的（2か月に1回程度）な勉強会を開催する。

### **(4) 在宅医療に関する勉強会**

- ・ 今年度のモデル事業を通じて、在宅医療に関する診療報酬等について、知識がない専門職がいることが分かった。
- ・ 在宅医療に係る制度、法令や必要な手続き等を勉強するため、専門職向けの学習会を実施する。



\* 平成24年度高齢者健康づくり基盤整備事業  
「糖尿病性腎症重症化予防事業」  
&  
「東近江市版  
お薬手帳普及啓発促進事業」

平成25年3月15日(金)

東近江市

東近江市の位置



## \* 東近江市の概要と市町村合併

●人口 116,922人 (平成25年1月1日現在)

●後期被保険者数 13,311人 (平成25年1月1日現在)

### ●平成17年2月11日

八日市市・永源寺町・五個荘町  
・愛東町・湖東町の1市4町

### ●平成18年1月1日

東近江市・能登川町・蒲生町の  
1市2町で、「新・東近江市」が誕生

## \* 滋賀県東近江市の組織図

### 市民環境部保険年金課

後期高齢者医療給付全般  
保険料賦課徴収事務

### 健康福祉こども部

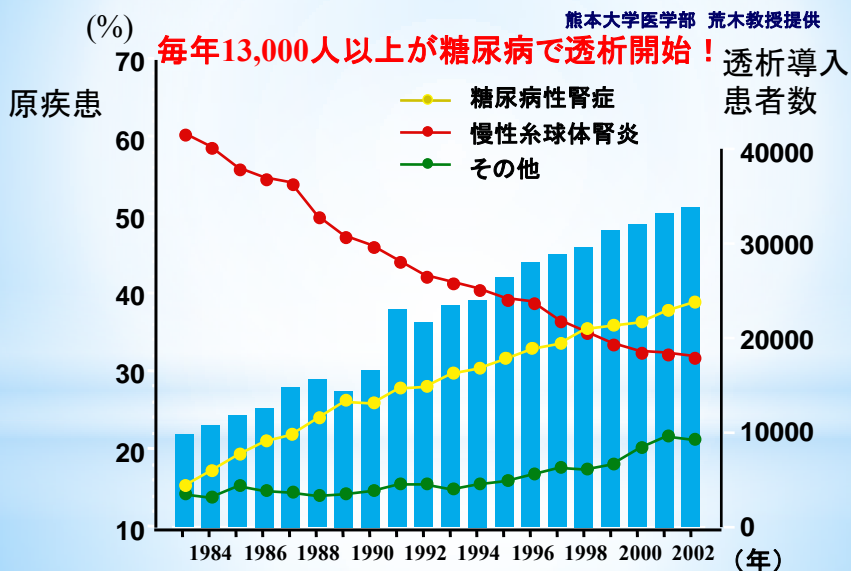
#### 健康推進課

高齢者健康診査、がん検診、保健事業

### いきいき支援課 長寿福祉課

介護保険関係全般

# \* 新規透析導入患者の原疾患 (日本透析医学会)



## \* 糖尿病重症化⇒飛躍的に増大する医療費

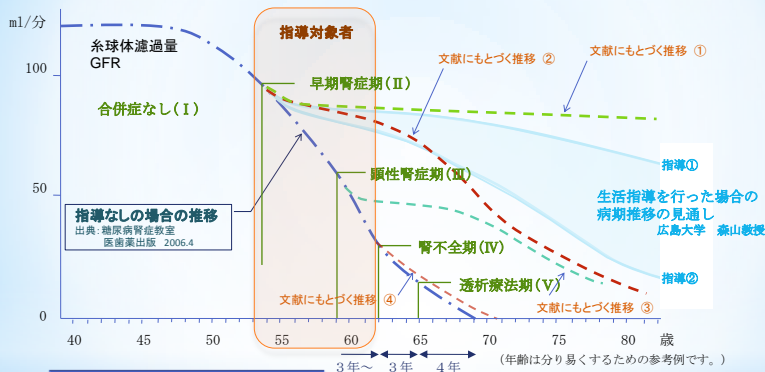
【被保険者数10万人の場合】



(人数は、A市の実績を元に被保険者数を10万人に換算)

糖尿病患者が増え続けている今、糖尿病の重症化を防ぎ、医療費の適正化を図ることが必要です。

\* 糖尿病早期腎症の指導効果の試算（病期年数の変化）



生活指導による各病期年数の変化

	早期腎症	顕性腎症	腎不全	透析	合計
指導なし	5年間	3年間	3年間	4年間	15年間
指導あり①	2年間	0年間	0年間	0年間	2年間
指導あり②	1年間	9年間	5年間	0年間	2年間

(参考文献) ①糖尿病腎症 -基礎と臨床の最前線- 5巻 中外医学社 2007.10  
 ②Makino H et al: Diabetes Care 30: 1577-1578, 2007  
 ③糖尿病腎症 -基礎と臨床の最前線- 5巻 中外医学社 2007.10  
 ④ORIENT Study 第53回日本腎臓学会 2010.6

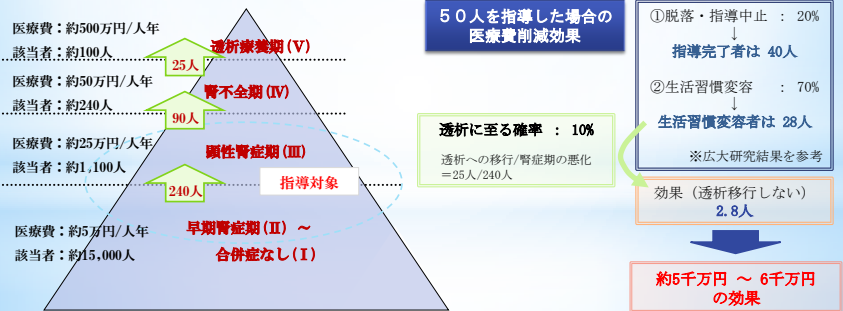
\* 糖尿病早期腎症の指導効果の試算（医療費の削減効果）

生活指導による1人当り医療費の変化

	早期腎症	顕性腎症	腎不全	透析	合計	効果額
指導なし	250千円	750千円	1,500千円	20,000千円	22,500千円	-
指導あり①	1,400千円	0千円	0千円	0千円	1,400千円	21,100千円
指導あり②	700千円	2,250千円	2,500千円	0千円	5,450千円	17,050千円

ステージ別医療費

ステージ	医療費/人年
透析療法期	5,000千円
腎不全期	500千円
顕性腎症期	250千円
～早期腎症期	50千円



# 「糖尿病性腎症重症化予防事業」

## 取組目的

東近江市の健康課題である「高血圧」と「高LDLコレステロール」という糖尿病の危険因子に対応し、高額な医療費となる人工透析への重症化を予防することを目的として実施。

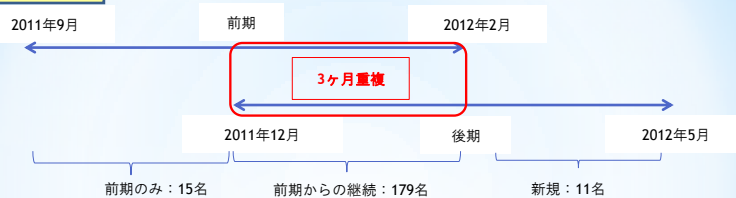
## 取組内容ほか

レセプトデータ分析を委託し、糖尿病性腎症Ⅱ期・Ⅲ期の方を抽出し、個別訪問などを実施する。

対象は、後期高齢者に該当される前のレセプトデータが活用できる国保加入者から、後期新規対象者から77歳前後とする。

また、対象者に個別訪問で事業を実施するため、スキルアップを目的とした実務者研修会を開催。

## 実施内容 ①



種別	人数	
後期の対象者	190	
新規発生	11	6%
前期からの継続	179	94%
ステージに変化なし	172	96%
ステージに変化有り	7	4%
ステージ上に変化	5	
ステージ下に変化	2	
後期に、いなくなった人	15	

### 後期で新たに対象者となった方

新規発生	人数
5	0
4	0
3	1
2合併症有り	1
2合併症なし	9

### 後期で対象者ではなくなった方

いなくなった人	人数
5	0
4	2
3	1
2合併症有り	1
2合併症なし	11

### 前期からの対象者でステージに変更のない方

ステージに変更なし	人数
5	1
4	3
3	11
2合併症有り	28
2合併症なし	129

## 実施内容 ②

図：全期間のイメージ

2011年9月

2012年5月

全期間(9ヶ月)

ステージ別、特定疾病別人数

単位：人

	指導対象者		がん・精神疾患 難病・認知症 入院	全体
ステージ5	0		1	1
ステージ4	3		1	4
ステージ3	11		3	14
ステージ2(合併症有り)	12		19	31
ステージ2(合併症なし)	糖尿病歴	15年以上	3	61
		10年以上15年未満	9	
		10年未満	63	
合計	指導対象者：35		85	186

## 実施内容まとめ

- 国保のレセプトデータ 2011年9月～2012年2月診療分と後期高齢のレセプトデータ2011年12月～2012年5月診療分を調査した結果、国保の対象者は179名、後期の対象者は190名で、後期の新規は11名でした。  
(実施内容①)
- 国保から後期に移行した中で、ステージが変化していた方は7名で、ステージが上に変化が5名、下に変化が2名でした。(実施内容①)
- 後期の190名の内、4名が死亡。残りの186名を分類した結果、Ⅲ期11名、Ⅱ期(合併症あり)12名、Ⅱ期(合併症なし)で、糖尿病歴15年以上3名、10年以上15年未満9名の計35名が個別訪問対象者として抽出。  
(実施内容②)
- 抽出後、介護保険担当課で、認定状況などを確認後、31名を最終対象者として抽出。  
⇒今後、訪問案内を送付後、個別訪問を実施予定。

# 東近江市版「お薬手帳」普及啓発促進事業

- 東近江市版「お薬手帳」普及啓発促進検討委員会の設置  
医師会・歯科医師会・薬剤師会など12名で組織。
- 内部検討委員会を関係各課担当者(6名)で、下部組織として設置

検討委員会設置後、「東近江市版お薬手帳」作成に向け運営

- 検討委員会の開催
  - 第1回 平成25年2月7日 作成方法（大きさ・内容ほか）  
普及啓発の方法、関係機関等の調整
  - 3月7日 静岡県薬剤師会・静岡市医師会への先進地視察  
災害型お薬手帳ほか
  - 第2回 平成25年3月21日開催予定 ⇒ 試作品作成

検討された内容に基づきお薬手帳を作成後、配布。

- 東近江市版「お薬手帳」⇒ 平成25年7月完成

## 「お薬手帳」実用例

ファースト薬局（竜王町）から



# 「お薬手帳」 実用例



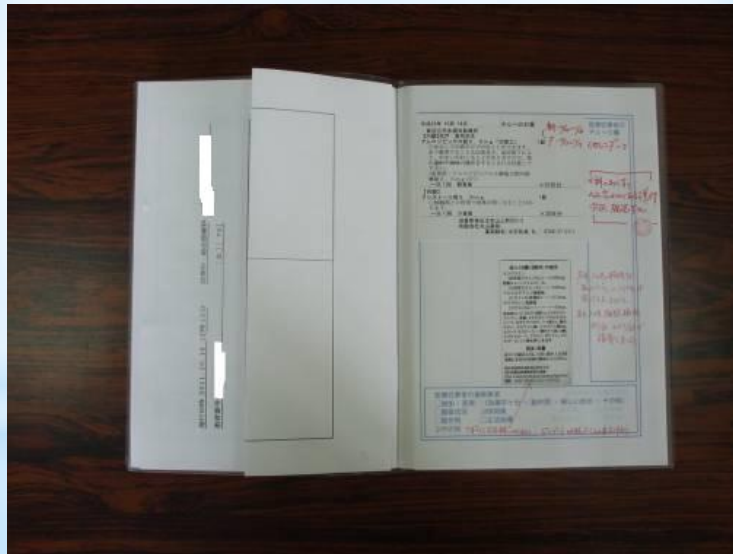
# 「お薬手帳」 実用例

丸山薬局（東近江市）から





# 「お薬手帳」実用例



# 愛荘町 一次医療再生構築事業

愛荘町健康推進課

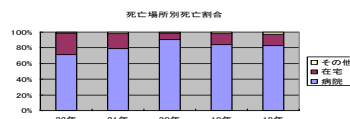
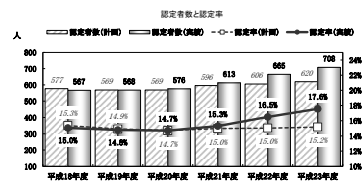
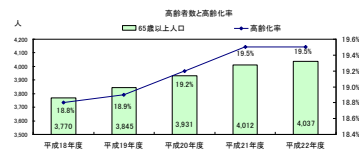
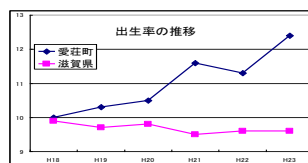
保健師 鈴木 弘美



## 愛荘町へようこそ

人口: 21,090人(24.10.1)  
 世帯数: 7195世帯(24.10.1)  
 出生数: 242人(平成24年)  
 高齢化率: 19.70%(24.10.1)

- \* 要介護認定者は増加
- \* 病院での死亡者は8割
- \* 愛知郡休日急病当番医を受診する半数は15歳までの小児

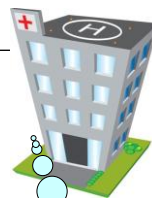


## 愛荘町をとりまく

### 医療の現状

(二次医療)

病院の小児科・精神科  
閉鎖／縮小



病院での  
看取りが  
大多数を占め  
る  
(おおよそ8割)

多忙

増加

- 高齢化／要介護認定
- 出生数

コンビ  
ニ受診

町内には9つの診療所が  
開院しているが・・・



(一次医療)

- ・医師の高齢化
  - ・普段は町外在住
  - ・予防ワクチンの個別接種化など業務量の増加
  - ・市町合併により・・・
- 愛知県休日急病診療在宅当番医制 存続の危機



在宅医療／介護  
資源不足

在宅療養支援診療所  
訪問看護ステーション  
ケアマネジャー・・・

## いまの状態が 続いてしまうと・・・

開業医の疲弊・・・

「かかりつけ医」が近くに居なくなる

休日・夜間に具合が悪くなっても...診てもらえない

豊郷病院の小児科が縮小された分...町内診療所は  
小児科患者で混雑している

病院を退院してきても家族だけで看病することは...  
不安／負担。  
バスも少ない、どうやって医療機関に連れて行こ  
う？

先生は外来診療が忙しそうで  
...訪問診療はお願いできるかな？



愛知県休日急病在宅当番医制ってなくなっちゃうの？

小児科がなくなったら...安心して子育てもできないじゃない？

歳をとったら移動手段の問題もあるし...  
充実した医療が受けられなくなるの？

解決にむけて・・・

## 当面の **3つの確保(課題)**

---

1) 休日急病診療体制の確保

2) 小児科医療の確保

3) 在宅医療および  
介護サービスの確保



## 課題に対して・・・具体的な事業内容

---

**1) 実態調査**

- ・住民受診行動アンケート調査(7月7日～7月20日実施)  
16歳以上の住民 2000人対象(850通回収・42.5%)
- ・子育て中の保護者からの聞き取りの実施(12月21日・12月25日)  
子育て支援センター事業に参加された保護者31名
- ・旧愛知郡内医療機関の意向調査(7月23日～8月7日)

**2) 愛荘町の地域医療を考える検討会の開催**

6月22日 ・ 7月31日 ・ 9月28日 ・ 11月30日 ・ 2月15日

**3) 保健衛生会議(町内診療機関の会議)での検討**

7月2日 ・ 9月10日 ・ 1月15日

**4) 湖東健康福祉事務所や近隣市町および医師会との調整協議**

湖東健康福祉事務所 ・ 彦根医師会 ・ 彦根市・豊郷町・甲良町・多賀町  
東近江市 ・ 東近江医師会と協議

**5) 検討会やアンケートでの意見を報告書にまとめる**

2～3月

# 3つの課題に対する 検討内容と取組み

- ① 休日急病診療体制の確保
- ② 小児科医療の確保
- ③ 在宅医療および介護サービスの確保

## 休日急病診療体制の確保①

### 休日急病診療を考えるアンケート

「休日急病診療を考えるアンケート」結果について(最終報告)

(1)調査方法

	内 容
アンケート対象者	16歳以上の愛荘町民(無作為抽出)
配布数	2000通 <内訳> * 10歳代:109人    20歳代:348人    30歳代:392人 40歳代:318人    50歳代:279人    60歳代:317人 70歳代:237人 * 男性:1002人    女性:998人
配布・回収方法	「愛荘町まちづくりアンケート」と同封し実施 該当者に直接郵送・郵便にて回収
回収数・回収率	940通(うち性別・年齢記入あり 928通)    47.0%(46.4%)
調査期間	平成24年7月7日～7月20日



## 休日急病診療体制の確保②

### 休日急病診療を考えるアンケート…結果(総括)

アンケート回収率…男性より女性、若年層より高齢者の方からの回収率が高い傾向⇒医療への関心と比例している

かかりつけ医は?…おおよそ6割の方は診療所がかかりつけ医(そのうち町内診療所…約8割 町外診療所…約2割)

休日の受診経験は?…おおよそ半数の人は休日急病診療の受診経験あり

休日に受診した医療機関は?…愛知郡休日当番医(25%) 彦根休日急病診療所(24%)

休日受診の医療機関までの移動手段は?…自動車の利用が8割以上

休日の急な病気で困ったことは?…①どここの医療機関があいているかわからない  
②症状にあった医療機関がわからない

休日に受診するための移動時間の許容は?…10分以内(28%) 30分以内(64%)  
移動時間のかからない近くでの受診が求められている



・医療に対する意識関心

病院と診療所の役割分担・かかりつけ医の重要性

## 休日急病診療体制の確保③

### 「愛知郡休日急病在宅当番医制」

どこの医療機関があいているのか…症状にあった医療機関がわからない人が多い  
「休日の診療は10分以内の近くで受診したい」というニーズに対して…在宅当番医の利用率は意外と少ない現状

…といったアンケート結果を受けて

《課題》 地域住民に対する十分な周知

- ・どんな症状のときにどこを受診すればよいか?
- ・または受診する必要があるのか?
- ・今日はどの医療機関が当番医か?

在宅当番医制度の利用率を上げることで二次医療に対する負担を軽減できる

地域医療を  
疲弊させないためにも…

合わせて…休日急病診療体制に対する  
“コンビニ受診化を防ぐ”施策も  
同時に考える必要がある!!

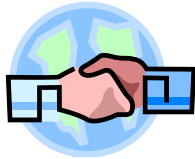


## 休日急病診療体制の確保④

### 「愛知郡休日急病在宅当番医制」



診療する医師



受診する地域住民

近くて・・・  
顔が見える中で・・・  
安心して休日の急病に対し受診できる  
愛荘町にとってベストな形

## 小児科医療の確保

### いわゆる・・・コンビニ受診の問題

若いお母さんが  
ひとりで悩まないために・・・



Facebook  
Mixi  
インターネットを活用した  
お母さん同士のコミュニティの確立

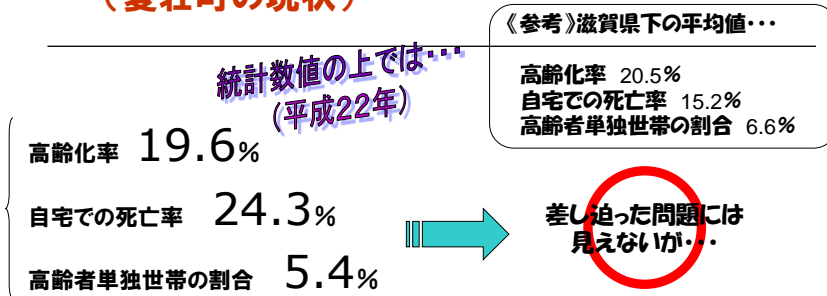


地域の医療崩壊  
大変なことがおこっているんだ  
という認識を共有すること



解決のためには  
住民運動的な要素が不可欠

## 在宅医療および介護サービスの確保① (愛荘町の現状)



ただし・・・高齢化は緩やかに  
そして着実にすすんでいる！！

愛荘町内での・・・地域偏在(旧秦荘町での高齢化)の問題  
このままの状況(医療体制)で 2025年をむかえることの・・・不安

## 在宅医療および介護サービスの確保② (問題点/課題)

### 1) 医療介護事業者の資源の問題

町内の医療介護事業者は充足していない・・・また疲弊している

### 2) 在宅患者をとりまく事業者の連携がシステム化できていない

ケアマネジャーの力量にたよっている

### 3) 地域包括ケアの実践のためには・・・

地域ぐるみでの“見守り”が大切

### 4) 本人の在宅での看取り希望と家族の負担

在宅で最期をむかえたい希望は多いものの  
・・・家族の負担は大きい

### 5) 元気なうちから“死生観”について考えておく





## 在宅医療および介護サービスの確保③ (相談・お願いできる環境づくり)

在宅の看取りにあたり…  
本人と家族はどうしたいのか?(迷い/悩み)



現実的に自宅で家族が  
対応できるのか…?不安

- (相談相手)
- ・かかりつけ医
  - ・看護師
  - ・ケアマネジャー 等

医療/介護業種を超えた  
チーム編成

## 在宅医療および介護サービスの確保④ (目指すところは…)

地域のふれあい…  
ご近所同士の見守り…  
地域全体での勉強会…

医療 - 介護 - 福祉 - 地域

**連携**

民生委員  
福祉推進委員

患者や家族を  
不安にさせない

自治会

在宅患者  
要介護認定者

介護サービス事業者  
(訪問看護ステーション等)

後方支援  
病院

在宅療養支援  
診療所

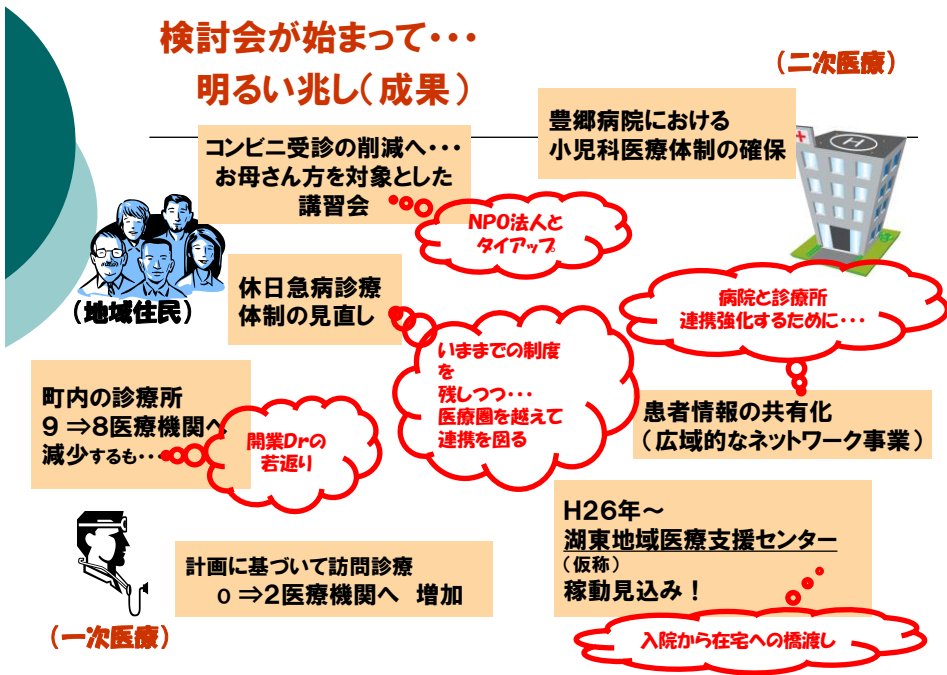
調剤薬局

ケアマネジャー

(仮) 湖東地域医療支援センター

情報のデータ化…  
データの共有化…

## 検討会が始まって… 明るい兆し(成果)



## 次年度にむけて…

休日急病診療・小児科医療については一定の目処はついたが…

### 重点課題！

### 在宅医療・介護サービスの確保に関して

他業種多職種の連携

それぞれの立場で  
何ができるか

住民への啓発

ご清聴ありがとうございました

