



在宅医療・介護連携推進事業

令和4年度 地域づくり加速化事業（全国研修）

埼玉県立大学大学院／研究開発センター
川越 雅弘

CONTENTS



目次

- 1 在宅医療・介護連携推進事業の概要・意義
- 2 実施に向けて持つべき視点
- 3 目指すべき効果・成果
- 4 具体的に行うことの例
- 5 振り返り・まとめ

在宅医療・介護連携が
求められる背景、事業目的、
展開方法のポイントを
押さえる

85歳以上人口の急増に伴うニーズの変化

- 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加。
- 85歳以上の入院患者の増加。
- 病気の発症／再発リスクが高い高齢者の増加。
- 年間死亡者数が2040年頃まで増加。
- 生活支援を必要とする高齢者が増加。

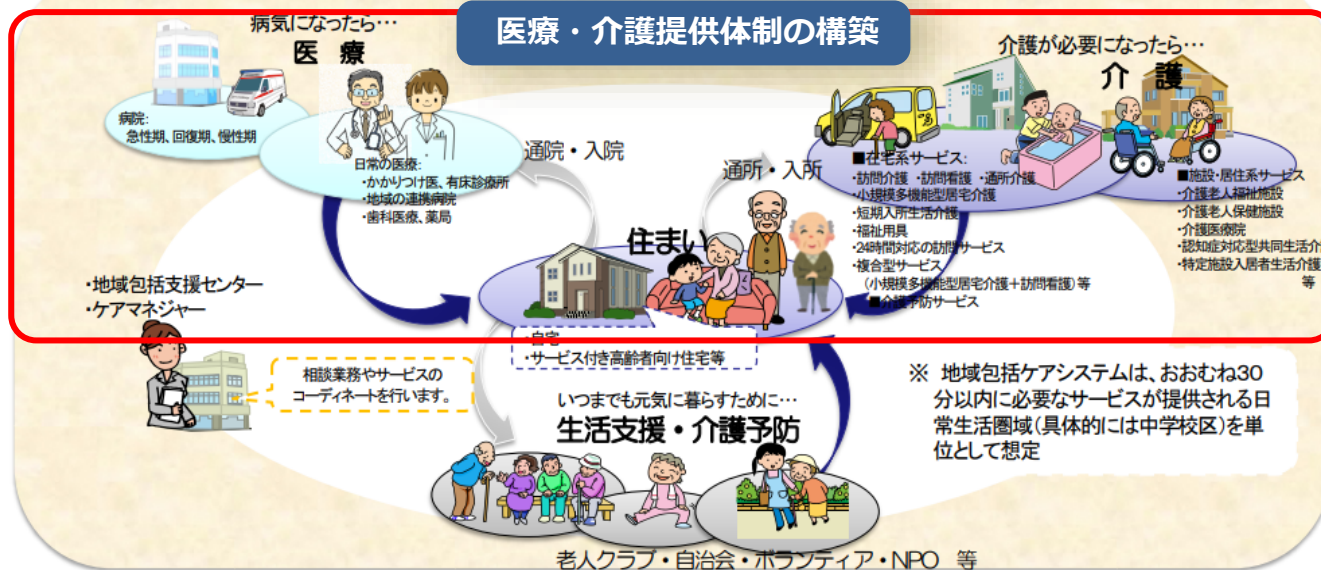
認知症や重度な要介護状態になっても、
住み慣れた地域で自分らしい暮らしを
人生の最後まで続けることができるようにする。

これを実現するための事業が
「在宅医療・介護連携推進事業」である。

地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業の位置づけと目的

「重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようにする」ことが、**在宅医療・介護連携推進事業の目的**である。

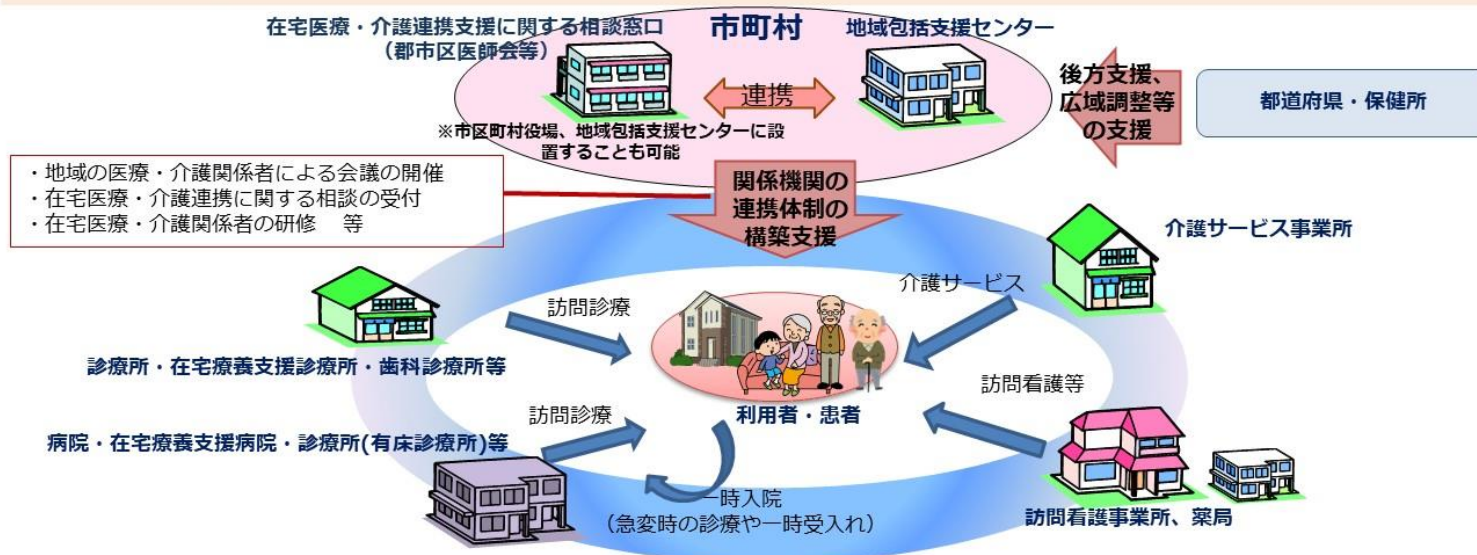
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



関係機関との協働による在宅医療・介護連携の推進

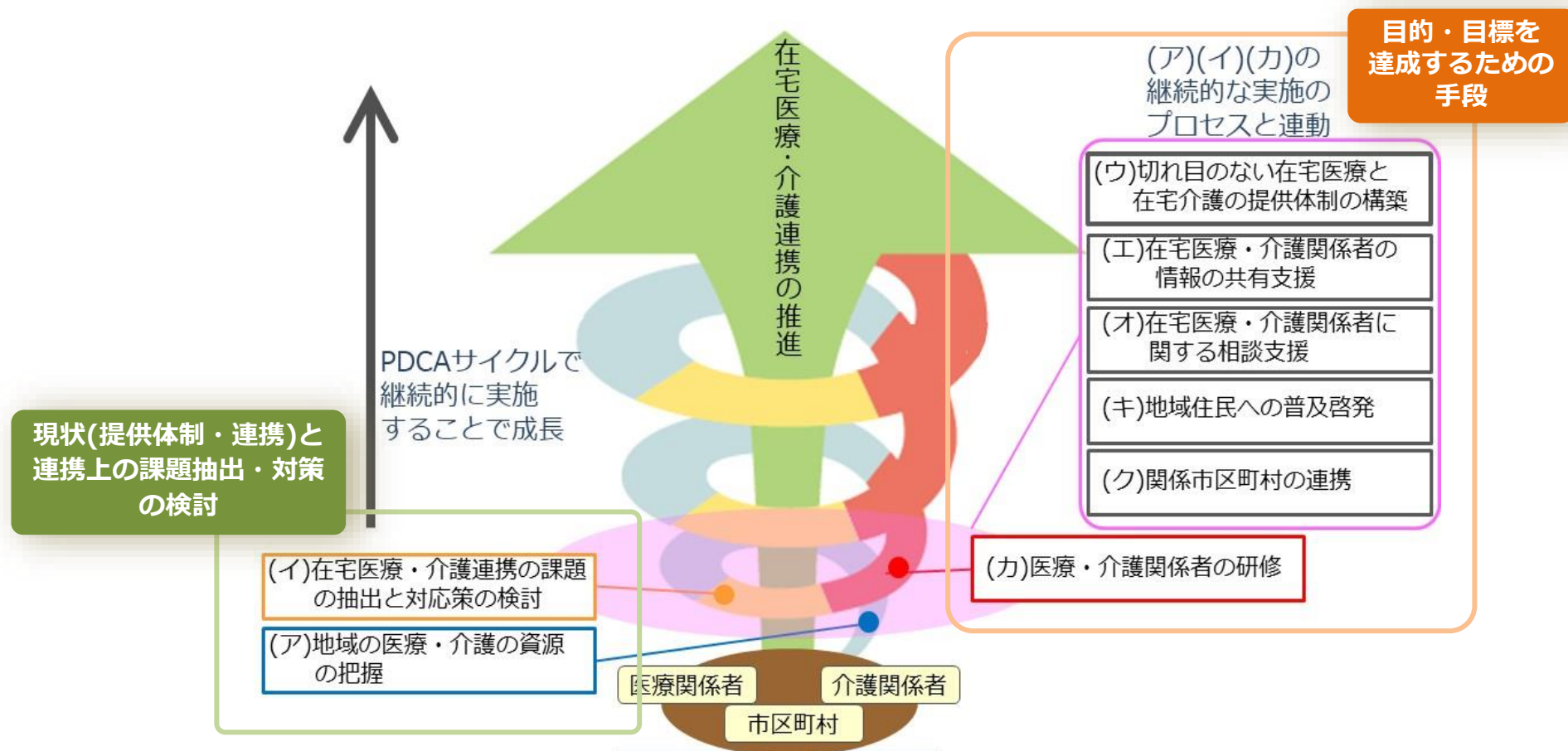
事業目的を達成するためには、**医療・介護関係機関／委託先の在宅医療コーディネーターと市区町村が連携・協働しながら、**包括的かつ継続的な在宅医療・介護提供体制の構築を図っていく必要がある。

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 （※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



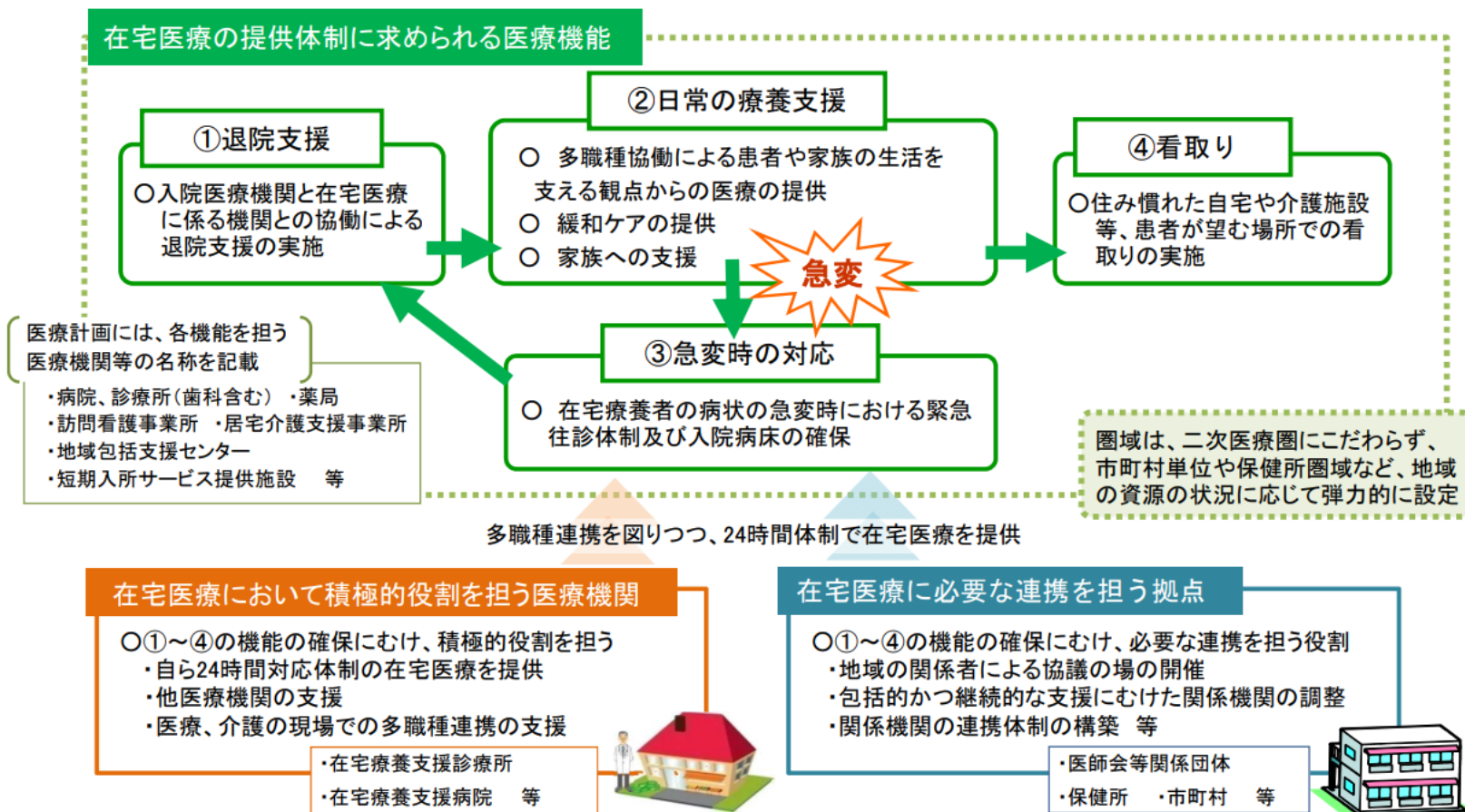
8つの事業項目の進め方のイメージ

- 在宅医療・介護連携推進事業は8つの事業項目から構成されている。
- 市区町村は、**各項目の目的は何かを意識しながら**、体制構築と連携強化を図っていく必要がある。



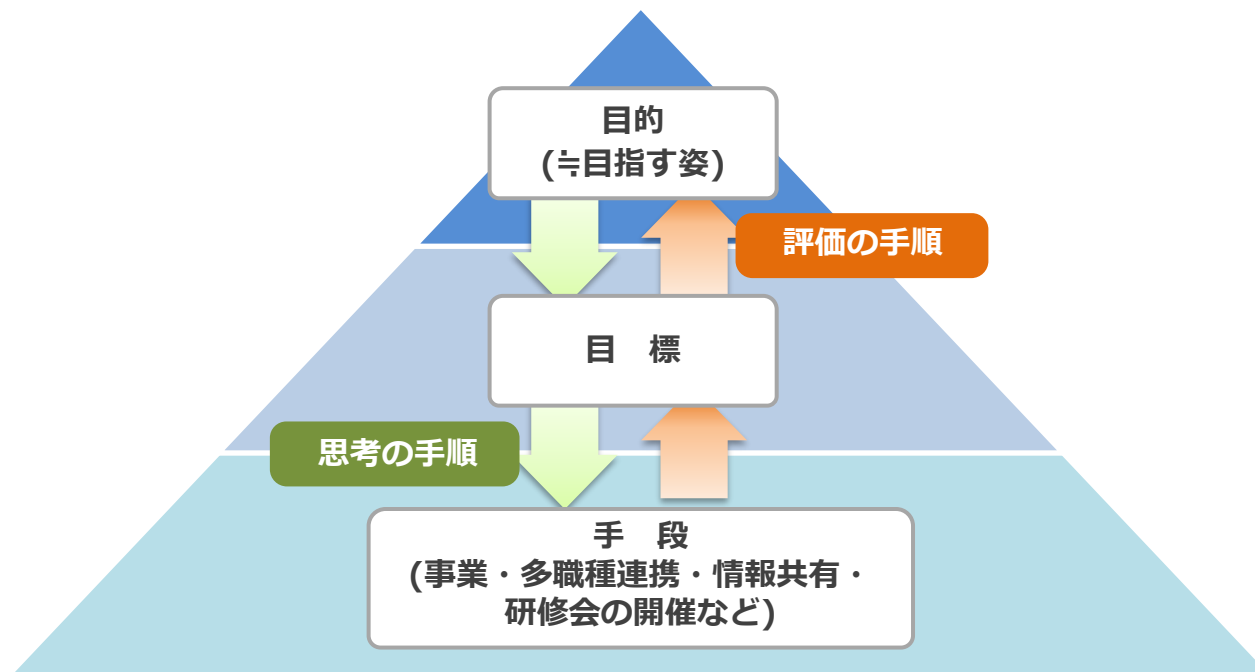
視点1：連携の目的・連携する人・方法が異なる4場面に分けて検討を行う

日常療養・入退院時・急変時・看取りにおける連携では、連携の目的、連携する人、連携方法が異なる。従って、少なくとも、これら4つの場面別に、①提供体制、②連携のあり方を考えていく必要がある。



視点2：事業展開においては、常に「目的は何か」を意識しながら、手段を考える

- 目的とは成し遂げようと目指す事柄のこと、目標とは目的を達成するための目印のことである。目的では、「何のために・なぜ(Why)行うのか」に視点が置かれる。
- 他方、手段とは目的や目標を達成するための方法のことで、「どのように(How)行うのか」に視点が置かれる。各種事業、多職種連携、情報共有、研修会の開催などは全て「手段」である。当然、目的によって手段の内容や方法は変わることになる。
- 事業を展開する際は、「事業目的は何かを意識しながら、どのような手段を講じるかを考える」必要がある。



視点3：マネジメントの構造とその手順を理解する

- 課題とは「**目指す姿**」と「**現状**」のギャップのことである。事業は、様々な対策を講じることにより、現状を**目指す姿**に近づけるために行うものである。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものがPDCAサイクルで、①課題設定(Step1~3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4~6)、③評価(Step7)から構成される。

【図】マネジメントの構造とは

【Step1】目指す姿の設定
(目標・ゴール)

【Step7】効果確認・対策によって、現状が**目指す姿**にどの程度近づいたかを確認するために、何らかの指標を置いて確認する

【Step4】要因分析・効果的な対策を実行するために、現状を引き起こしている**要因**の分析を行う

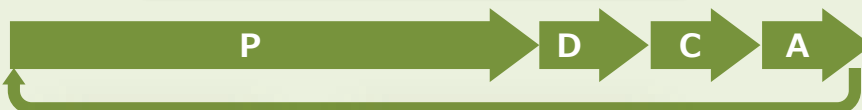
対策 (= 取組) の実施

【Step3】課題の選定・両者のギャップから課題を抽出した上で、取り組むべき課題を絞り込み、課題を具体化する

【Step5・6】対策立案・実行・現状を**目指す姿**に近づけるために、関係者で対策を検討・選択し、実行する

【Step2】現状把握

【図】PDCAサイクルとは



課題設定

効果的な対策の検討・実施

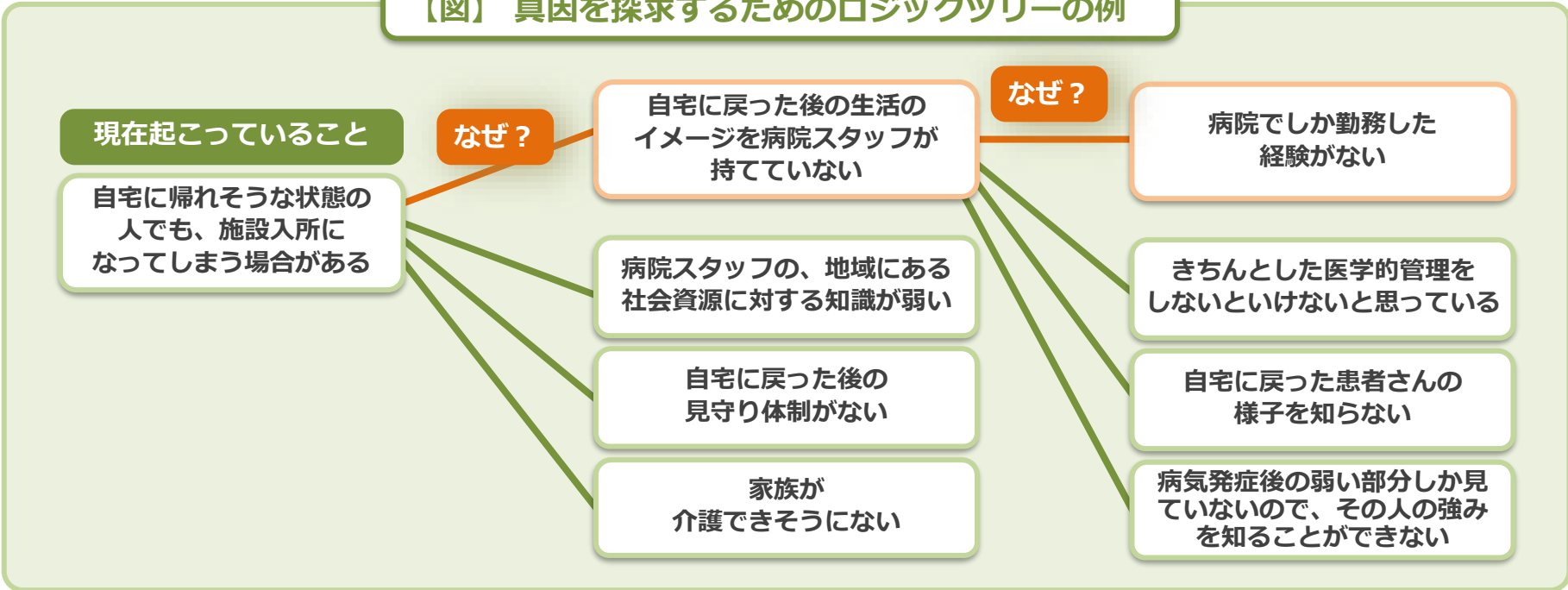


データに基づいて現状を把握

視点4：「真の原因」に対して対策をうつ

- 対策は、現状を目指す姿に近づけるために行うもの。ただし、複数考えられる対策のなかから、効果的な対策をうつためには、**課題を生じさせた原因に対してアプローチを行う**必要がある。そのために行われるのが要因分析である。
- 原因を把握するためのツールとして、ロジックツリーなどがある。これらツールを使って、**根本的な原因は何かを医療・介護専門職と一緒に推察**し、対策を検討していくことが重要である。

【図】 真因を探求するためのロジックツリーの例



4 場面別にみた対策の効果・成果の例（日常の療養支援、入退院支援の場合）

場 面	目指したこと	原因と対策	期待される効果・成果
日常の療養支援	<p>今までと同じように在宅生活を送ることができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅生活を困難化させる要因として、①病気の再発、②フレイル(身体的・精神的・社会的)の進行が考えられた。 そこで、①医療職とケアマネ間、医療職とケア職間の連携強化、②通いの場の拡充、③社会参加の促進などの対策に取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 要介護度別にみた重度化割合が減少する 再発する要介護者が減少する 閉じこもり高齢者が減少する 通いの場が増える、通いの場への参加高齢者の割合が増える 新規認定者数の伸びを抑制できるなど
入退院支援	<p>退院後も再発することなくスムーズに在宅生活をスタートさせることができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> 退院後のケアプランが適切に作成されることによって、①退院後の再発の発生、②必要なサービスの導入が図られると考えた。 そこで、病院とケアマネ間の連携強化（①退院支援ルール作成、②退院前ケアカンファレンスへのケアマネの参加促進、③病院とケアマネ間の情報共有の促進など）の対策に取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 再入院する要介護者が減少する 必要なサービスのケアプランへの導入率が上がる 退院前ケアカンファレンスへのケアマネの参加率が上がる 入院医療費の伸びが抑えられるなど

<p>目指す姿</p>	<p>本人の望む場所に戻り、支援を受けながら、不安なく生活を再開することができる。</p>
<p>目指す姿の達成に必要なこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 本人や家族の希望が把握されていること ② <u>関係者間での、現状・退院後の生活のイメージが共有されていること</u> ③ 病院とケアマネ間の連携強化により、円滑な退院と生活再開ができること ④ 退院後に必要なサービスや支援が提供できる体制が整っていること
<p>現 状</p>	<p>病院と在宅関係者間の、退院後の生活イメージの共有できていないために、本来は自宅に退院可能な人が、自宅退院が選択されず、施設入所などにつながっているケースがある</p>
<p>具体化された課題</p>	<p>病院関係者による退院先の選択が適切でない場合がある。</p>
<p>課題が生じている背景や原因</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の看護師は、病院からキャリアがスタートする人がほとんどで、病院でしか勤務したことがない人も多い。そのため、在宅での生活イメージをそもそも持ちにくい。 ・ 入院前の生活に関する情報はなかなか把握できない。また、病気を発症した状態から関わるため、入院患者のできない部分に目が行きがちである（強みを見にっていない。理解していない）。 ・ 退院後の地域資源に対する知識も理解も不足しているため、入院患者の状態像から自宅退院が可能かどうかを判断する機会が多い。この判断は、地域資源を知っている訪問看護師や介護支援専門員の判断とは異なる場合もある。
<p>具体化された課題</p>	<p>病院の退院支援関係者の「退院後の生活イメージが弱い」こと→ここを強化する</p>
<p>具体策</p>	<p>対策①：病院の看護師に、訪問看護業務に一定期間従事してもらう 対策②：訪問看護や看多機の取組みについて学ぶ勉強会を開催する（看看連携を促す）</p>

各地の取り組み例

【事例】医療・介護・消防との切れ目のない連携～日南安心キット～〈鳥取県日南町〉

日南町は、高齢化率（50.9%：R2.3時点）が高く、医療・介護資源も少ない地域のため、医療圏内にある病院を受診しながら、在宅療養を選択する高齢者が多い地域である。また、80歳以上の独居や高齢者夫婦も多く、介護力の弱い在宅療養者を支援するための医療と介護の連携は不可欠。

切れ目のない在宅医療と介護を提供するため、町立病院医師等・介護事業所職員・地域包括支援センター職員等の多職種で「在宅支援会議」を開催（週1回）、この中で、「平成22年時点で要支援1.2、要介護1.2の在宅療養者が、なぜ町での生活を維持できず、他市のサービス付き高齢者住宅等に転居を余儀なくされたか」を検証し、5つの生活課題としてまとめた。そして、令和元年度、再検証を行い、6つの生活課題を抽出し、新たな支援を開始した。

課題への対応策の1つとして、「支え愛ネットワーク」活動（地域防災、地域福祉、介護予防等）を推進。全戸配布アンケートを実施し、災害時の支援希望を回答した場合には、地域役員や地域包括支援センター等職員が訪問し、身体・生活状況を確認、有事の際の支援に役立っている。なお、「在宅支援会議」の中で、風水害の警戒時に、医療・介護サービスを受けることができない事態が想定される要援護者の対応や、その者の受入先の事前調整等を行い、医療・介護の継続的な提供を検討している。

- 在宅支援会議・地域包括ケア会議等から
みえてきた高齢者の6つの生活（地域）課題への支援
1. 薬がきちんと飲めない、自分自身や家族で健康管理が出来ない事への支援
 2. 食生活（材料を買う、3食作る、食事回数や量などが不規則になりがち、偏食）が困る事への支援
 3. 認知症を理解して安心して暮らせる地域づくりへの支援
 4. 自分の終末期をどう迎えたいか伝えておく事、本人の意思を尊重する家族、地域である事への支援
 5. 日南町で暮らしているために、どんな住まいが必要かをみんなで考えていく事ができる支援
 6. 離れて暮らす家族への支援



また、救急時に備えた消防との連携として、高齢者の自宅には、「日南安心キット」の設置を実施、具体的には、

- ・救急情報シート（医療・介護の情報を記載）を記入
- ・救急情報シートと薬剤情報提供書を筒に入れて冷蔵庫に保存
- ・冷蔵庫のドアにシールを貼付

高齢者が体調の急変時、救急搬送において救急隊が活用し、消防（救急）・医療・介護の連携の仕組みを実施している。

【事例】地域の弱みを強みに変えた他施策との連携〈静岡県川根本町〉

自然災害により地域が孤立、停電により電動ベッドのギャッチアップが作動せず、身体に負担のかかる姿勢のまま長時間にわたり体位変換が困難、また、酸素吸入等の医療機器も維持困難になる恐れを経験。社会資源が少ない町で、昔ながらの「自助共助」を生かし、住民と力を合わせて「協働」の実現を目指す。

まさに、地域包括ケアシステムと多職種連携チームによる共同事業体制の構築を実施。

①在宅医療・介護連携の基盤の整備

・退院後に自宅に戻れない等の課題があり、町立で訪問看護ステーションを立ち上げ、在宅医療・介護連携体制の基盤を整備。

②認知症施策など他事業との効果的な連携

- ・介護予防教室では「認知症予防」と「在宅医療」を一緒に情報発信。
- ・ほとんどの会議の出席者は重複しているため、一度に効率的に開催。これにより全ての事業の共有・連携の意識が強化。
- ・県歯科医師会・県社会福祉士会で「認知症・虐待等チェックシート」を作成。歯科医院で認知症を疑う場合は、主治医へ速やかに連絡が可能。

③災害時などを含めた消防署や他部署との連携

- ・在宅酸素や人工呼吸器のみではなく、電力が必要な医療・介護機器の利用者（介護用ベッド等）について把握し、防災担当部署と情報共有。
- ・終末期について、医師不在時の救急搬送の有無を消防署と事前協議。

④在宅での看取りの意識の醸成と支援体制の整備

- ・アンケート「あなたはどこで人生の終わりを迎えたいですか？」を実施。在宅療養希望の少なかった限界集落に多職種連携チームが足を運び、往診・訪問看護等の説明により在宅看取りへの意識が醸成。
- ・「安らかな旅立ちのお手伝い（支援者編）」を作成し、「あわてず」「迅速な対応」出来るように、マニュアル化。
- ・介護保険認定時にケアマネジャーが人生の最終段階の意志決定について確認し、その書類をケアプランと共に関係する医療・介護従事者と共有。



振り返り・まとめ

- 1 在宅医療・介護連携推進事業の目的は、重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようにすること。
- 2 同事業では、4つの場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時対応、④看取り）別に、提供体制と連携のあり方を考える。
- 3 事業は、現状を目指す姿に近づけるために行うもの。従って、4つの場面ごとに「目指す姿」を置いて、現状とのギャップから課題を抽出し対策を検討する。
- 4 事業は目的を達成するための手段。事業展開においては、常に「目的は何か」を意識しながら、現状把握と対策の検討を行う。
- 5 対策は、現在出来ていないこと（例：病院とケアマネの連携が弱い）ではなく、そうした現状を引き起こしている真の原因にアプローチする。

- 厚生労働省老健局老人保健課：在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3
(令和2年9月)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>

