

在宅医療・介護連携推進事業の 概要と防府市の現状

令和6年9月26日(木)

在宅医療・介護連携推進事業

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人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿を共有しつつ、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とする。**

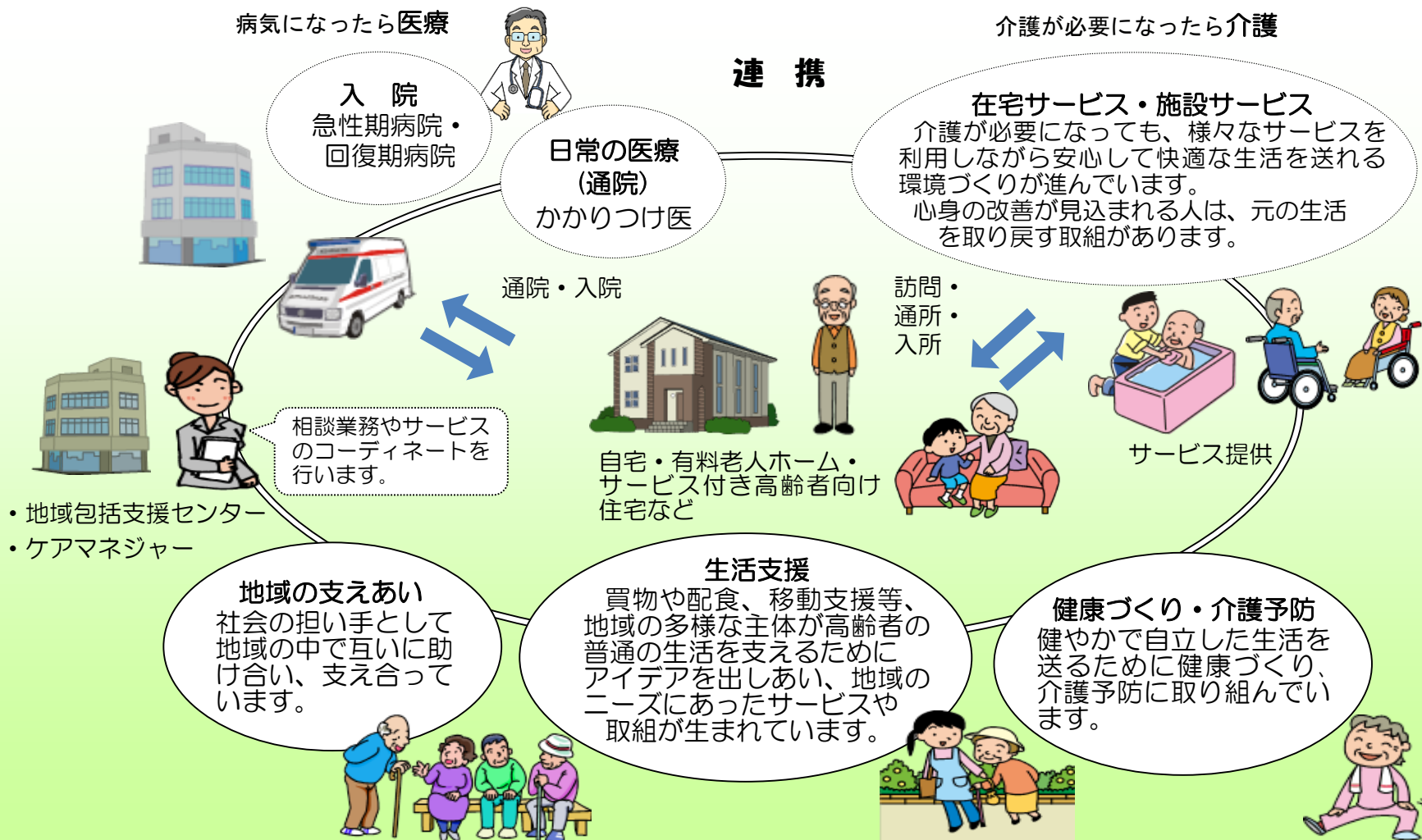
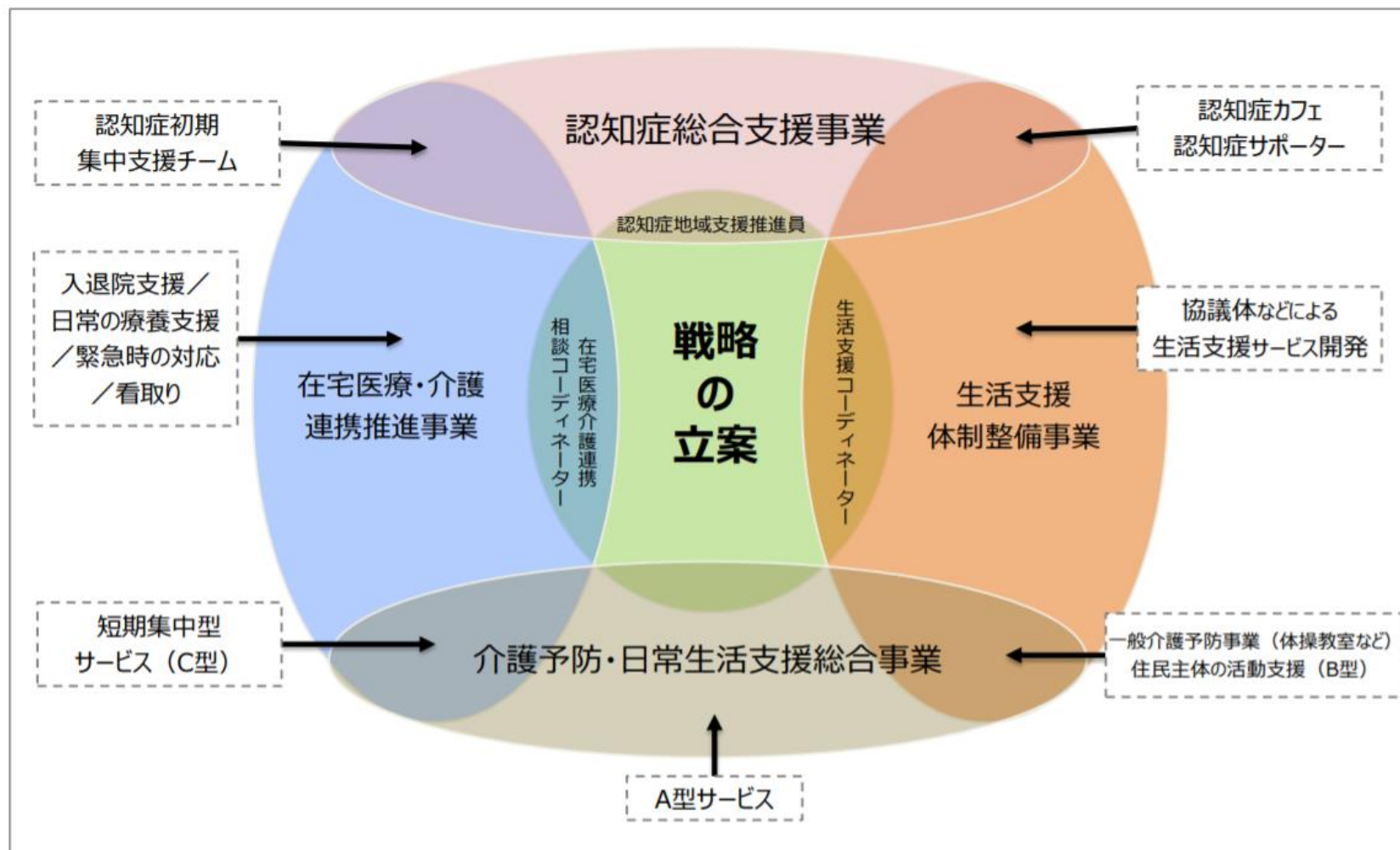


図 6 地域支援事業の4つの事業の連動性



出典) 地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業

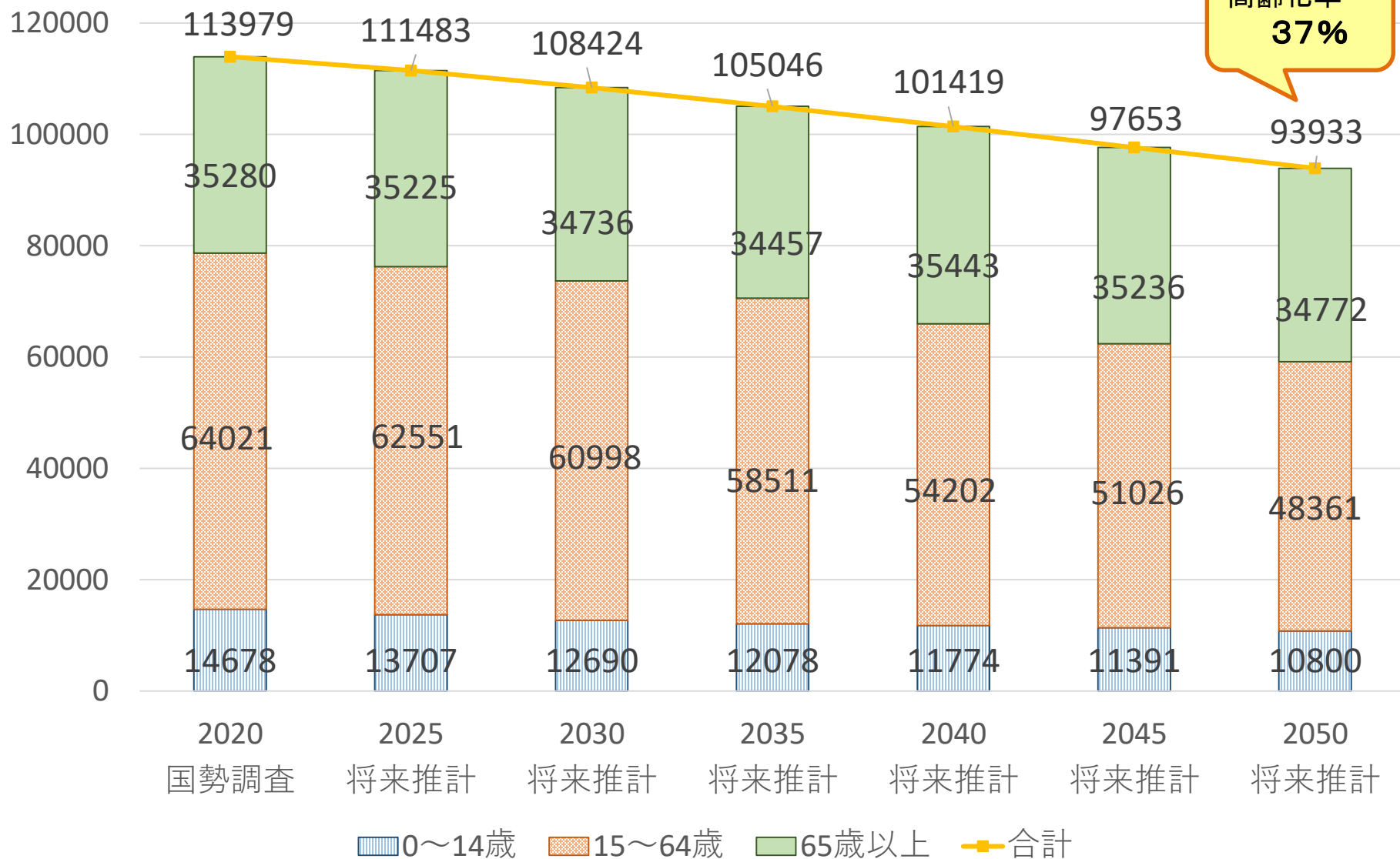
(平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング)

防府市の将来推計人口

(人)

高齢化率
31%

高齢化率
37%



防府市 高齢者の将来推計人口

(人)

40000

30000

20000

10000

0

35280

18339

16941

2020

国勢調査

35225

21313

13912

2025

将来推計

34736

22222

12514

2030

将来推計

34457

21643

12814

2035

将来推計

35443

20754

14689

2040

将来推計

35236

20380

14856

2045

将来推計

34772

21631

13141

2050

将来推計



65～74歳



75歳以上

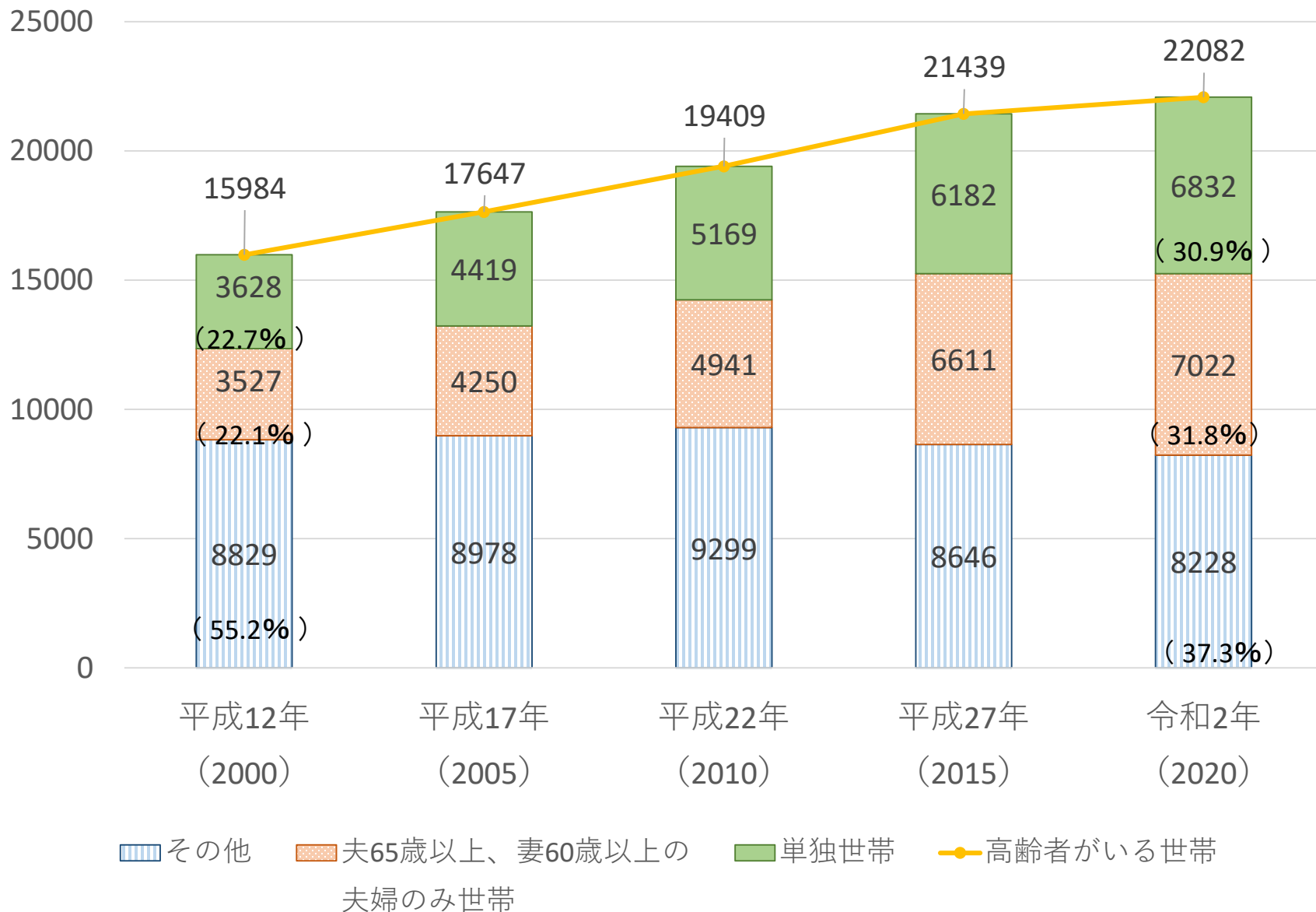


合計

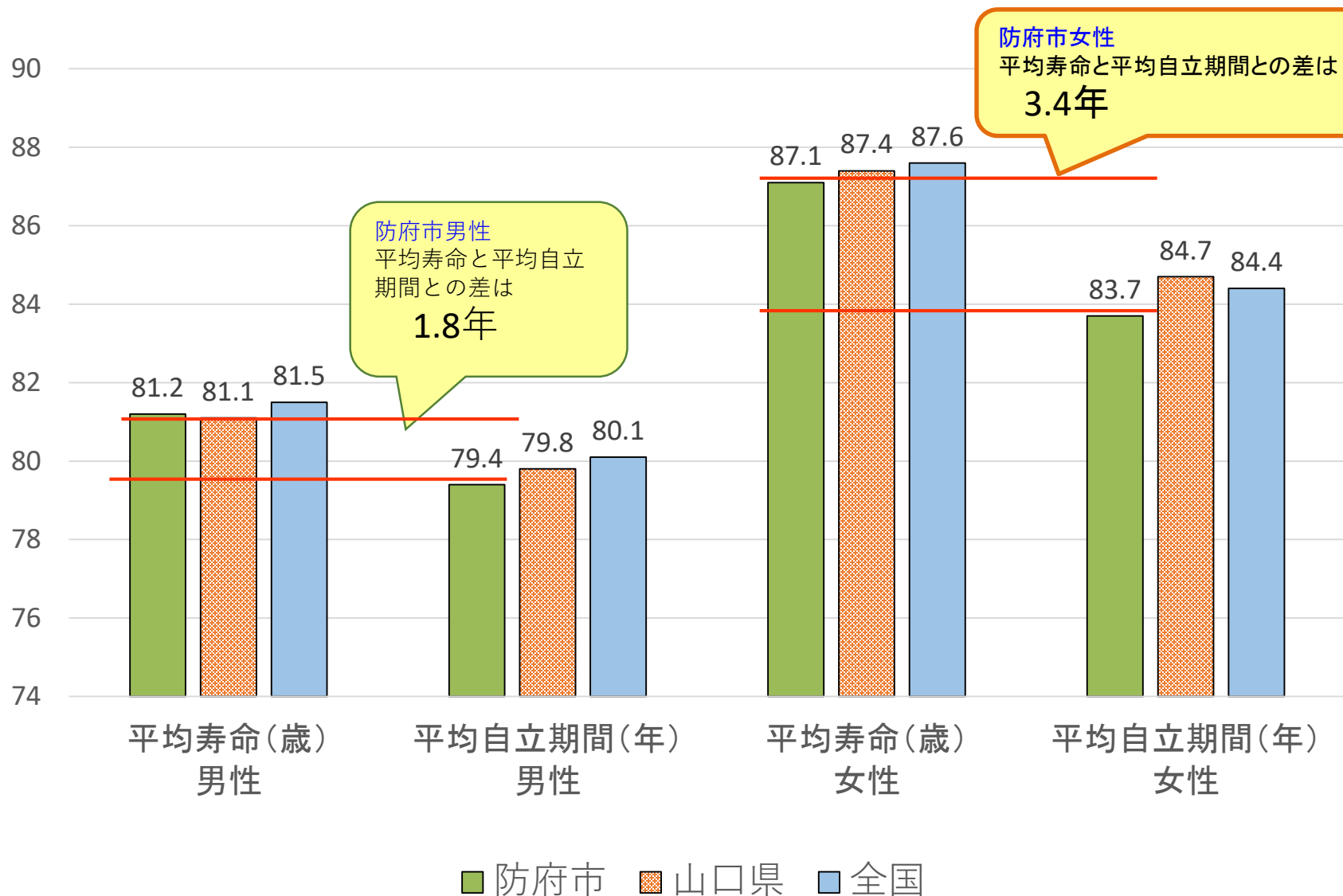
出典：国立社会保障・人口問題研究所

(世帯)

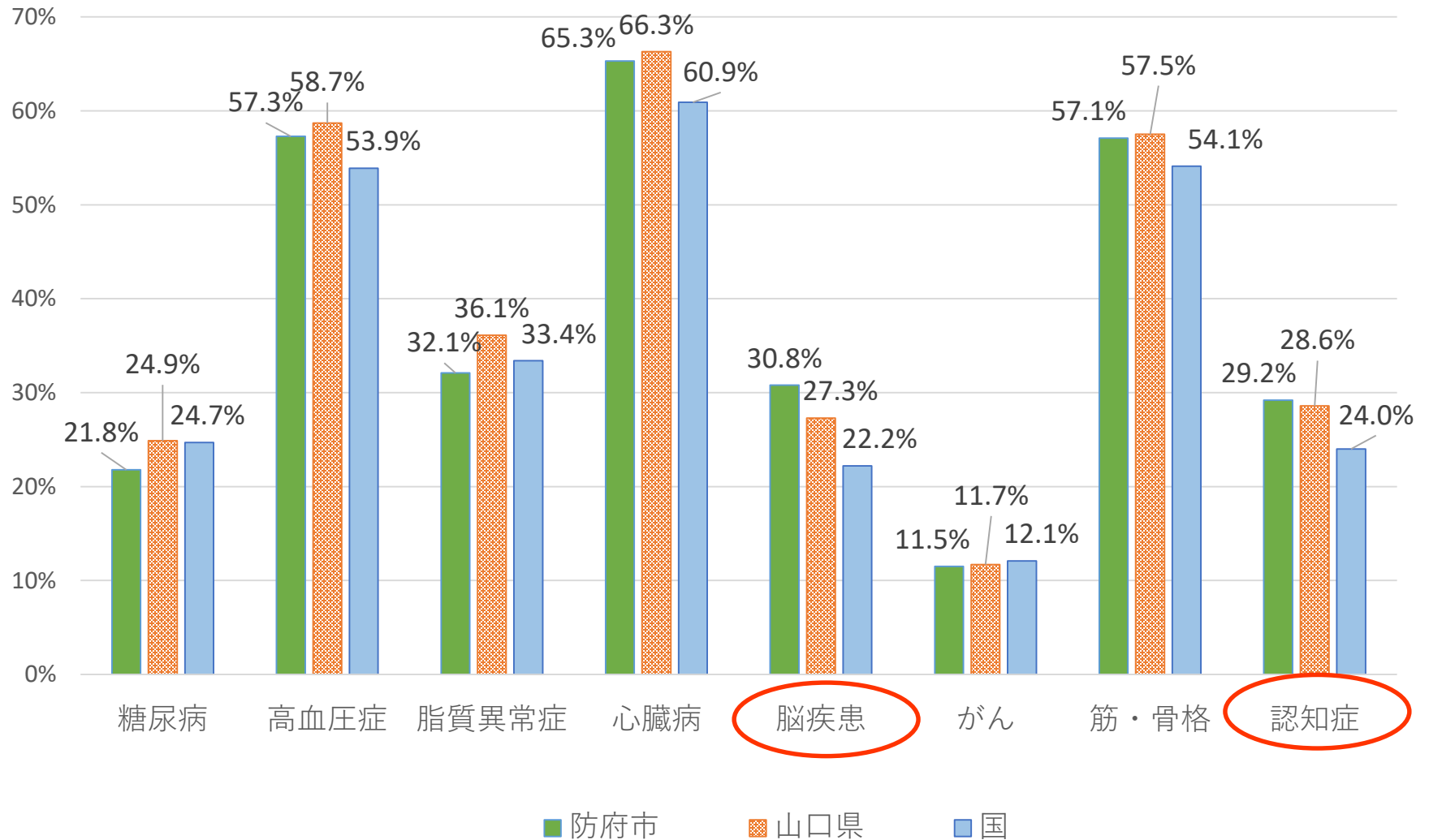
高齢者がいる世帯状況 年次推移



平均寿命と平均自立期間（市・県・全国）

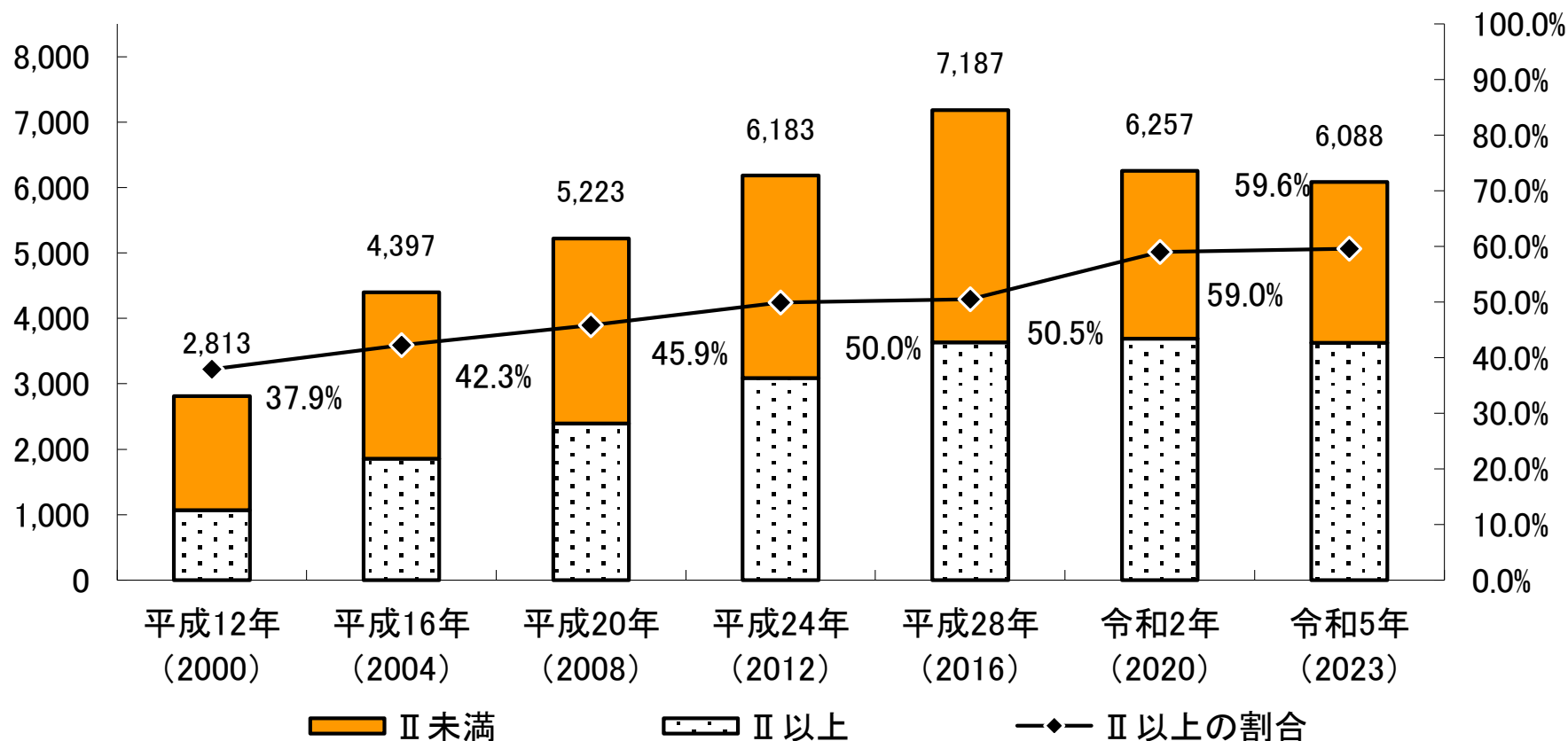


要介護認定者の有病状況（R5）



認知症自立度Ⅱ以上(要介護等認定者中)の状況

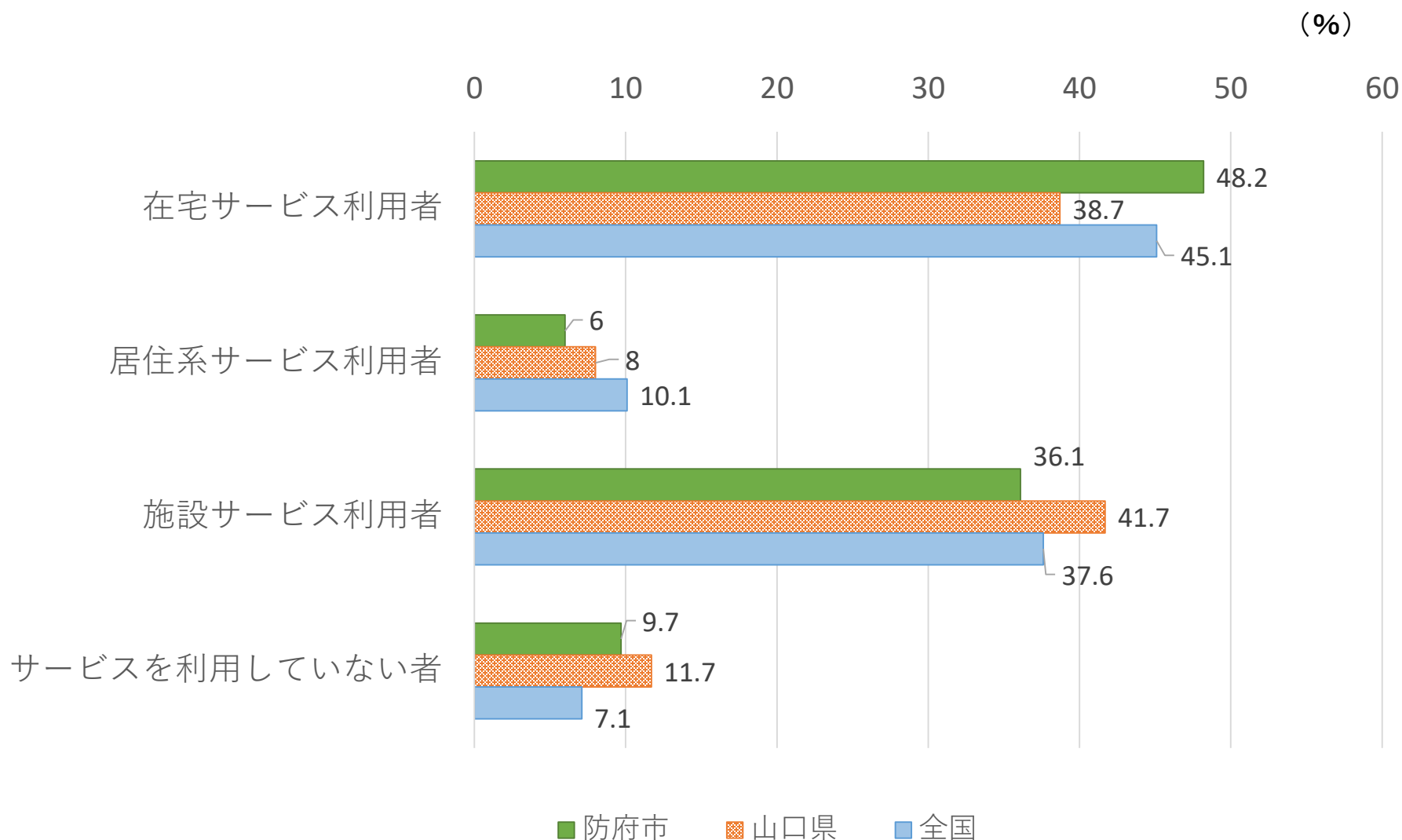
(人)



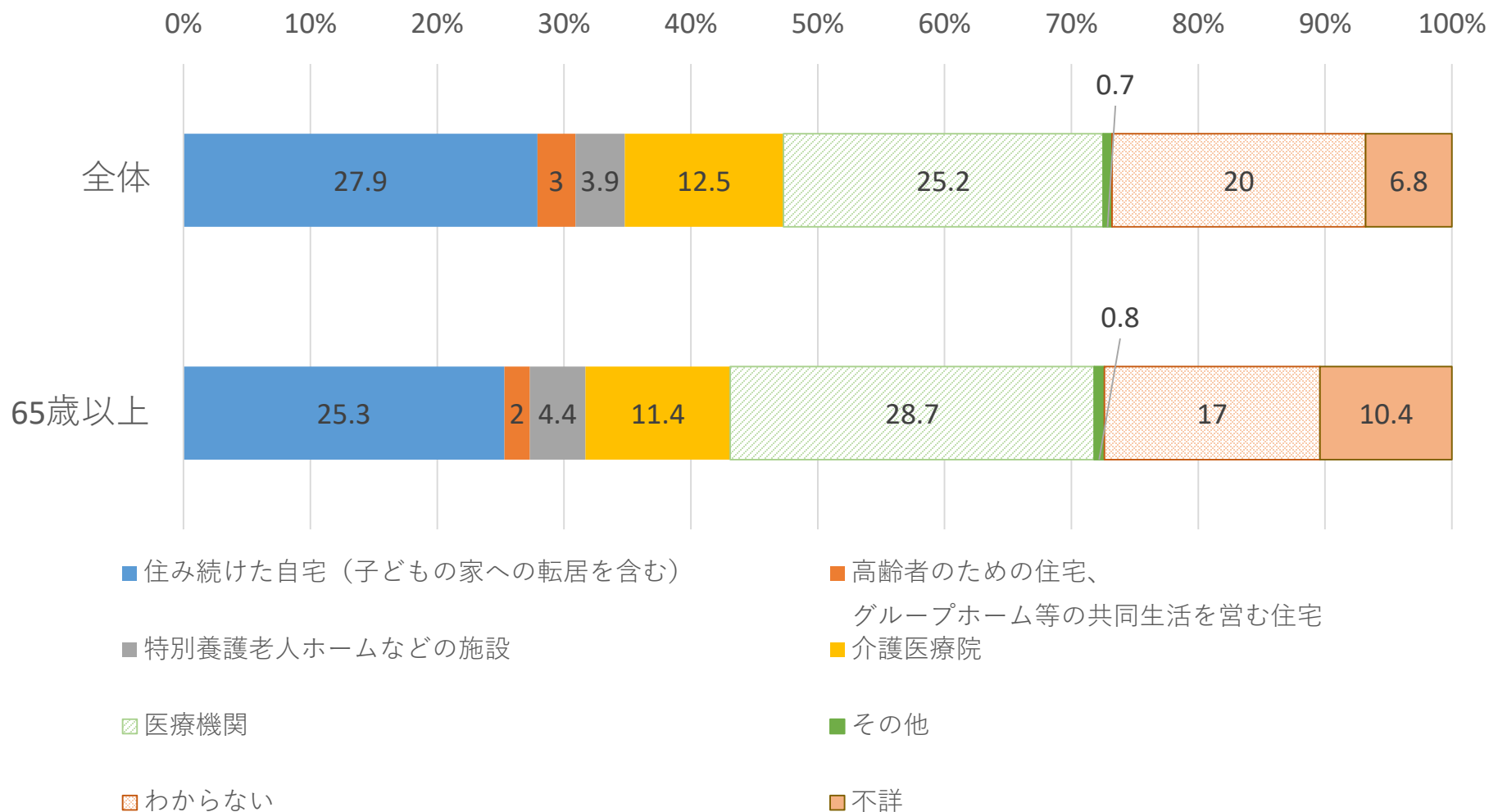
※各年10月末日現在。

※認知症自立度Ⅱ 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態。

要介護3以上の者のうちサービス別利用者割合

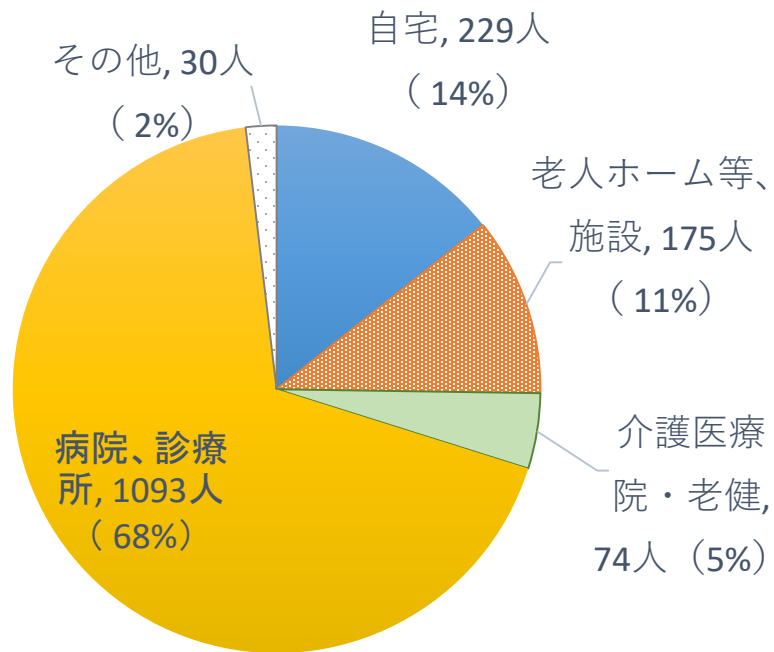


年をとって生活したい場所（人生の最期をむかえる時）

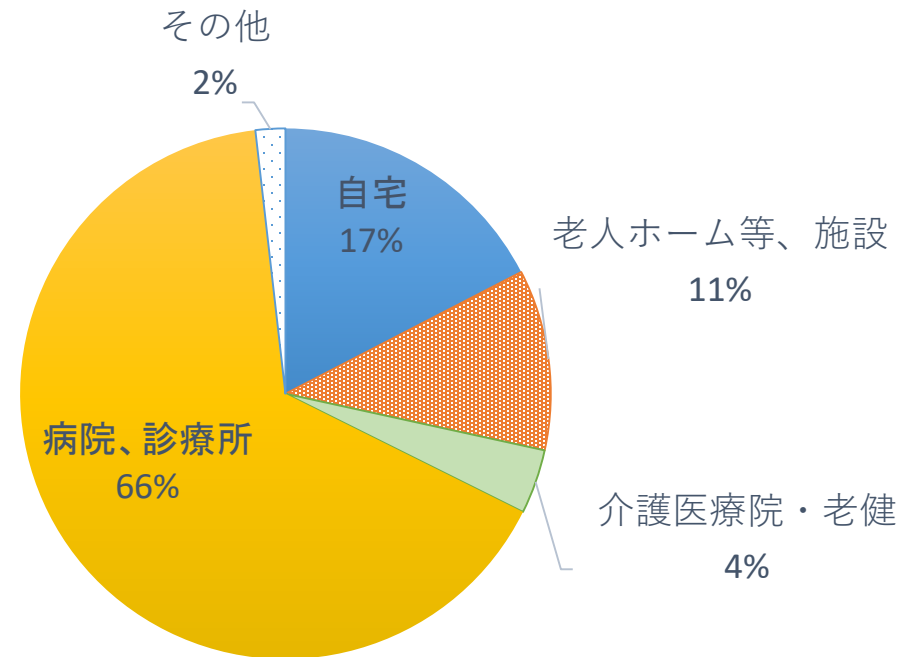


死亡場所（R4）

防府市



全国



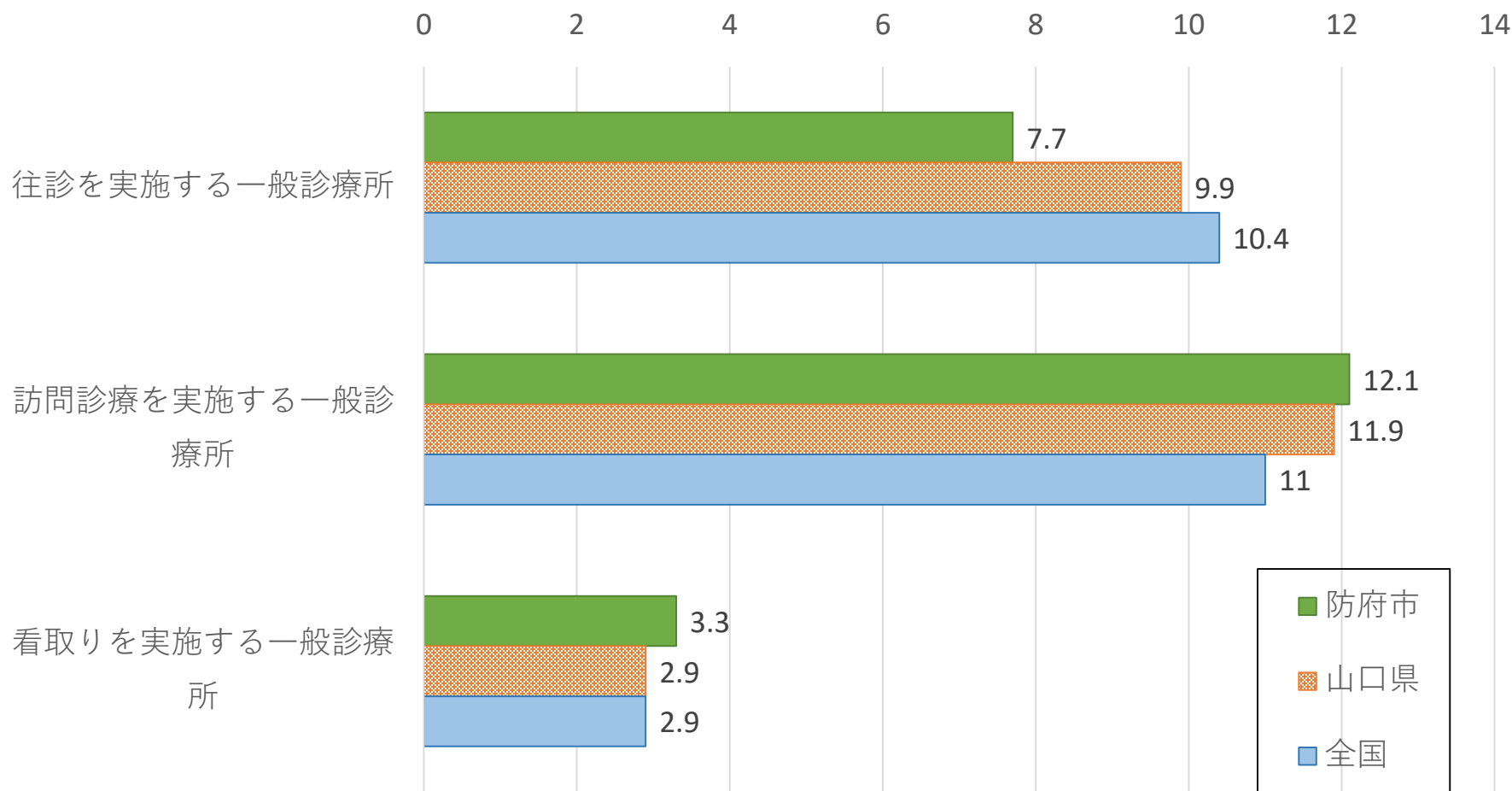
地域医療資源 ①

(人口10万人あたり施設数)



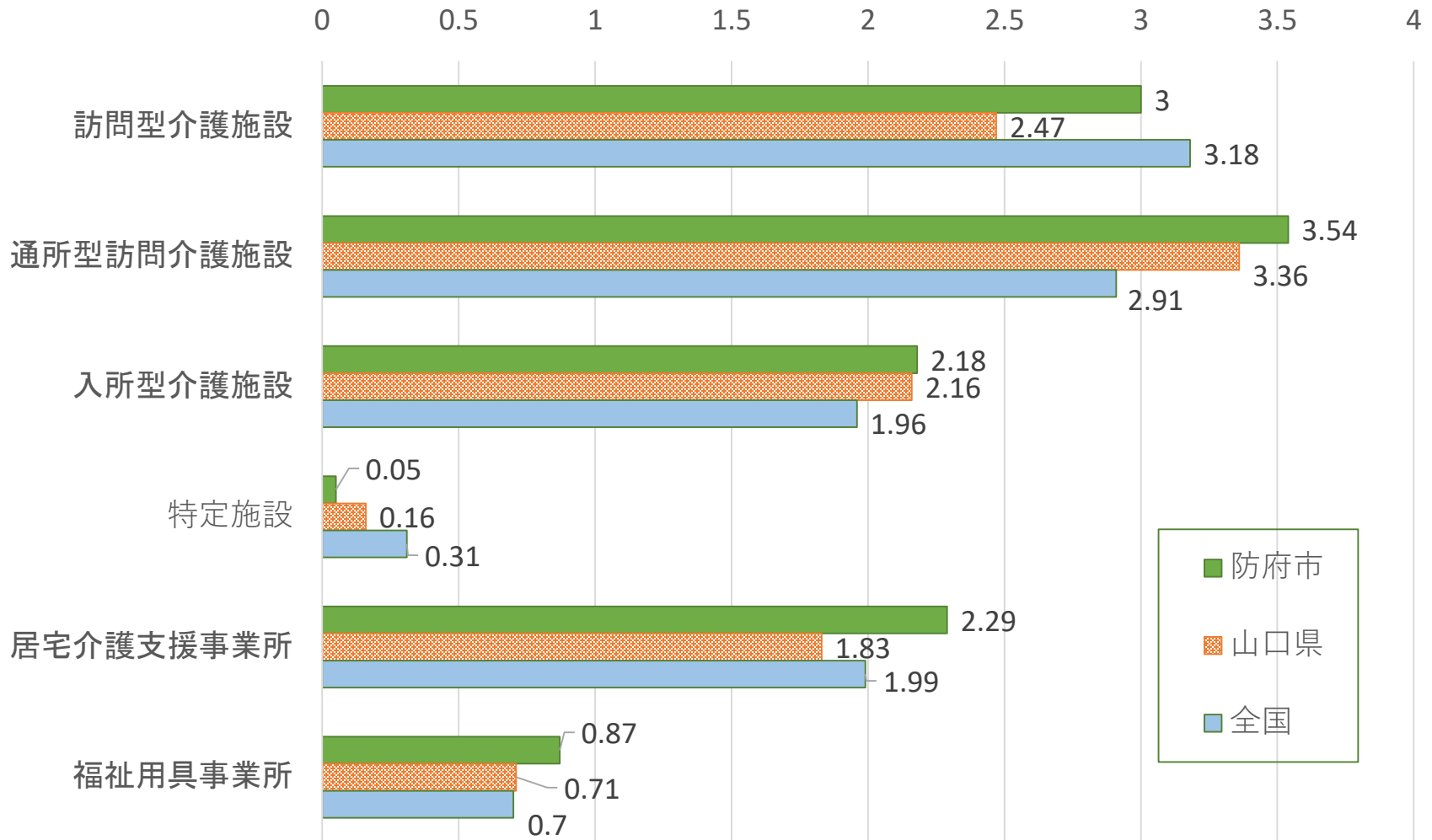
地域医療資源 ②

(75歳以上人口1万人あたり診療所数)



地域介護資源

(75歳以上千人あたり施設数)



防府市の特徴

- 1 生産年齢人口は減り続けるが、高齢者人口は横ばい
- 2 高齢者世帯のうち、単独世帯と夫婦のみ世帯が増加
- 3 国・県よりも、要介護3以上の期間が長い
- 4 国・県よりも、要介護認定者中、脳疾患、認知症の人が多い
- 5 要介護3以上の人で、在宅サービス利用の割合が、国・県より多い
- 6 看取りの場所の7割弱が、病院・診療所
- 7 地域資源は、国・県と比較して、医療施設は少ないが、福祉資源は多い

地域包括ケアシステムの実現に向けた在宅医療・介護連携推進事業の在り方

めざすべき姿の共有

Plan
計画

現状分析・課題抽出・施策立案

(ア)地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関・介護保険事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択し共有・活用

(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計

(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進
 - ・地域包括ケア委員会の設置(医師会)
 - ・在宅医療推進委員会の設置(薬剤師会)
 - ・在宅医療・介護連携推進協議会の設置(市)
 - ・防府市リハビリテーション専門職協議会の設置
 - ・地域支援部の設置(介護支援専門員協会)
 - ・病病連携会議

(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
→ 都道府県主体の役割へ変更

Act
改善

Check
評価

対応策の評価の実施

Do
実行

対応策の実施

(オ)在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催
 - ・医療介護関係者のための相談窓口(市)
 - ・在宅医紹介窓口(医師会)

(キ)地域住民への普及啓発

- 地域住民に対する講演会やシンポジウムの開催
 - ・在宅医療に関する市民対象研修会(市・医師会共催)
- 周知資料やHP等の作成
 - ・地区別、診療科別医療機関リスト掲載(医師会HP)
 - ・訪問可能な歯科医院、バリアフリー情報等掲載(歯科医師会HP)
 - ・在宅薬局リスト等掲載(県薬剤師会HP)
 - ・在宅医療の手引き作成、配布

(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時に活用できる情報共有ツールの作成・活用
 - ・おまもりノートや入退院時情報提供シートの作成、市HP掲載
 - ・医療連携パス(大腿骨・脳卒中・がん)(県立総合医療センター)
 - ・おくすり手帳の活用

(カ)医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修・多職種連携研修会

高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ

状態像変化のイメージ



出来事のイメージ



介護のイメージ

医療のイメージ

在宅療養生活において、医療と介護は常に表裏一体であり、入院医療が始まったとしても、退院後の在宅医療・介護へつながることを意識することが重要

- ★在宅⇒入院・退院⇒在宅のスムーズな移行のための連携
- ★入院時から退院後の生活をイメージした情報交換等の連携

目指すゴール

医療・介護の両方が必要な状態になっても
心身の状況に応じた切れ目のない支援を受けることができる。





4つの場面ごと めざすべき姿



「日頃の療養支援」

【めざすべき姿】

医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療・介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようにする。

「入退院支援」

【めざすべき姿】

入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

「急変時の対応」

【めざすべき姿】

医療・介護・消防(救急)が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思が尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

「看取り」

【めざすべき姿】

地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りが行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。



在宅医療と介護連携イメージ (在宅医療の4場面別に見た連携の推進)



「日頃の療養支援」

- ・多職種協働による患者や家族の生活を支える観点から在宅医療・介護の提供
- ・緩和ケアの提供
- ・家族への支援
- ・認知症ケアパスを活用した支援

「入退院支援」

- ・入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働・情報共有による入退院支援
- ・一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

「急変時の対応」

- ・在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認
- ・患者の急変時における救急との情報共有

「看取り」

- ・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- ・人生の最終段階における意思決定支援

