

在宅医療・介護連携推進事業の概要と防府市の現状

■ 在宅医療・介護連携推進事業の概要

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協働・連携を推進することを目的とする。

在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取組について

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



(工) 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

(力) 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

■ 防府市が目指すゴール

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 防府市が目指すべき姿

「日頃の療養支援」

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」

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」

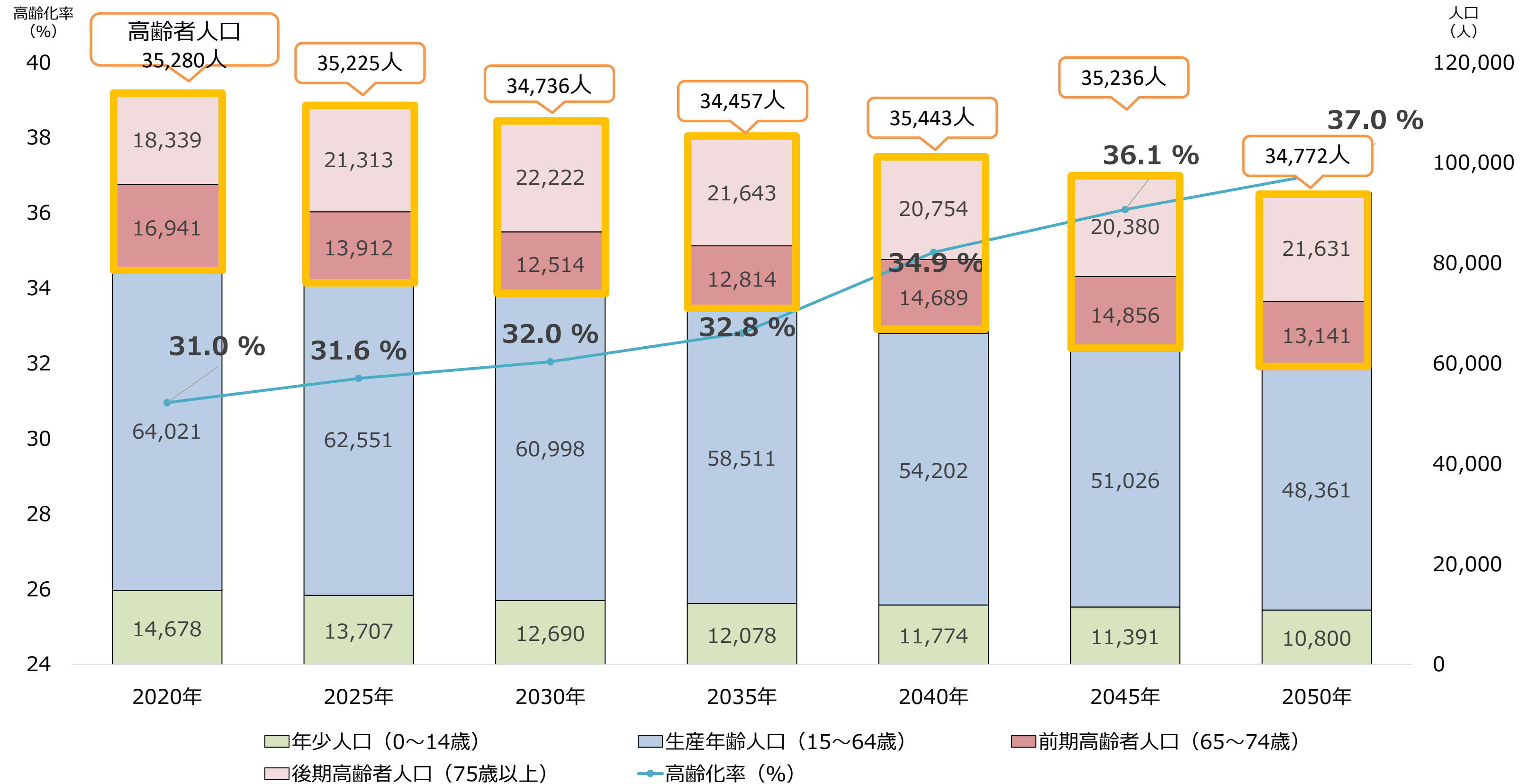
医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思が尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

「看取り」

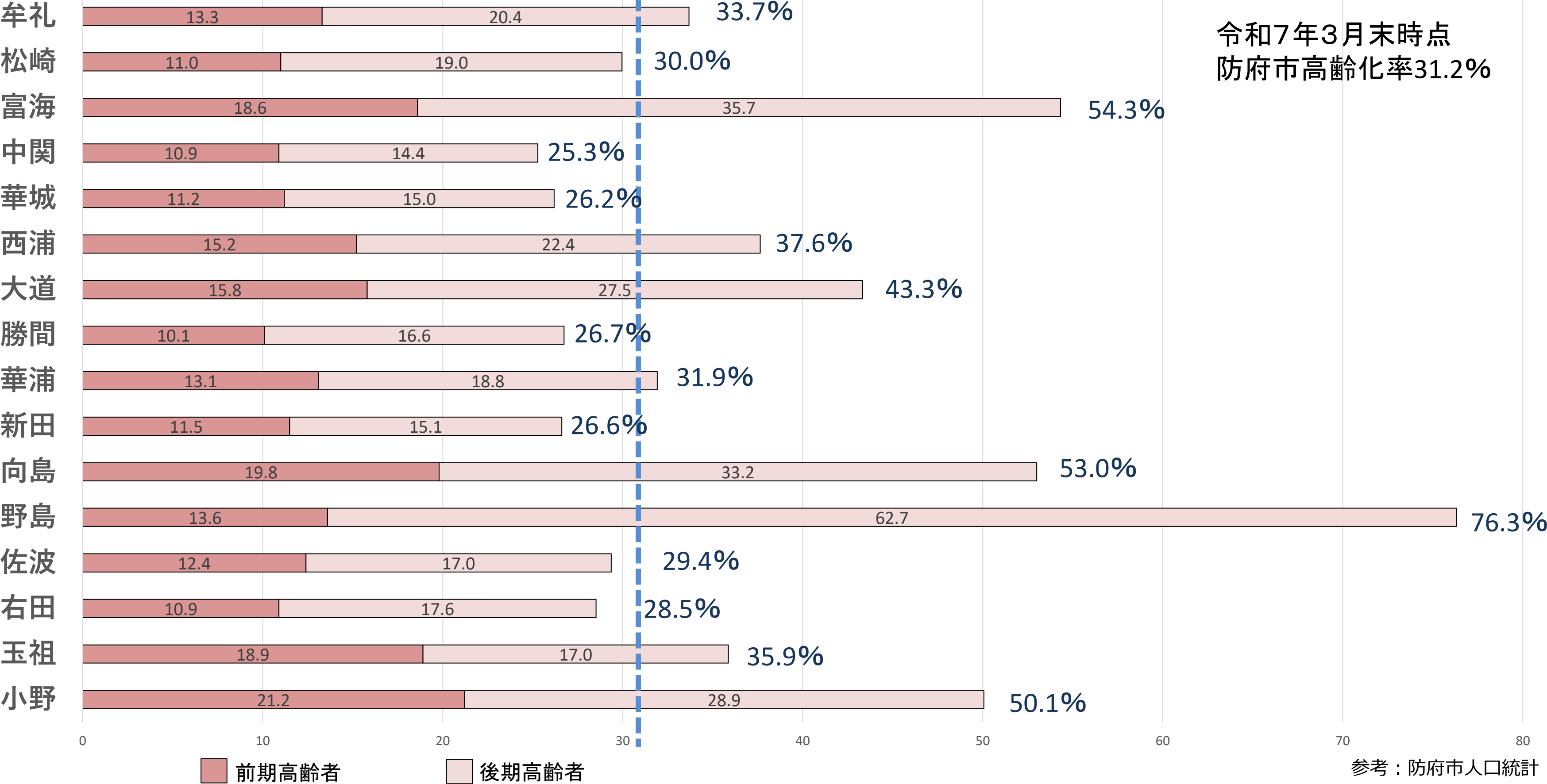
地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りが行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。



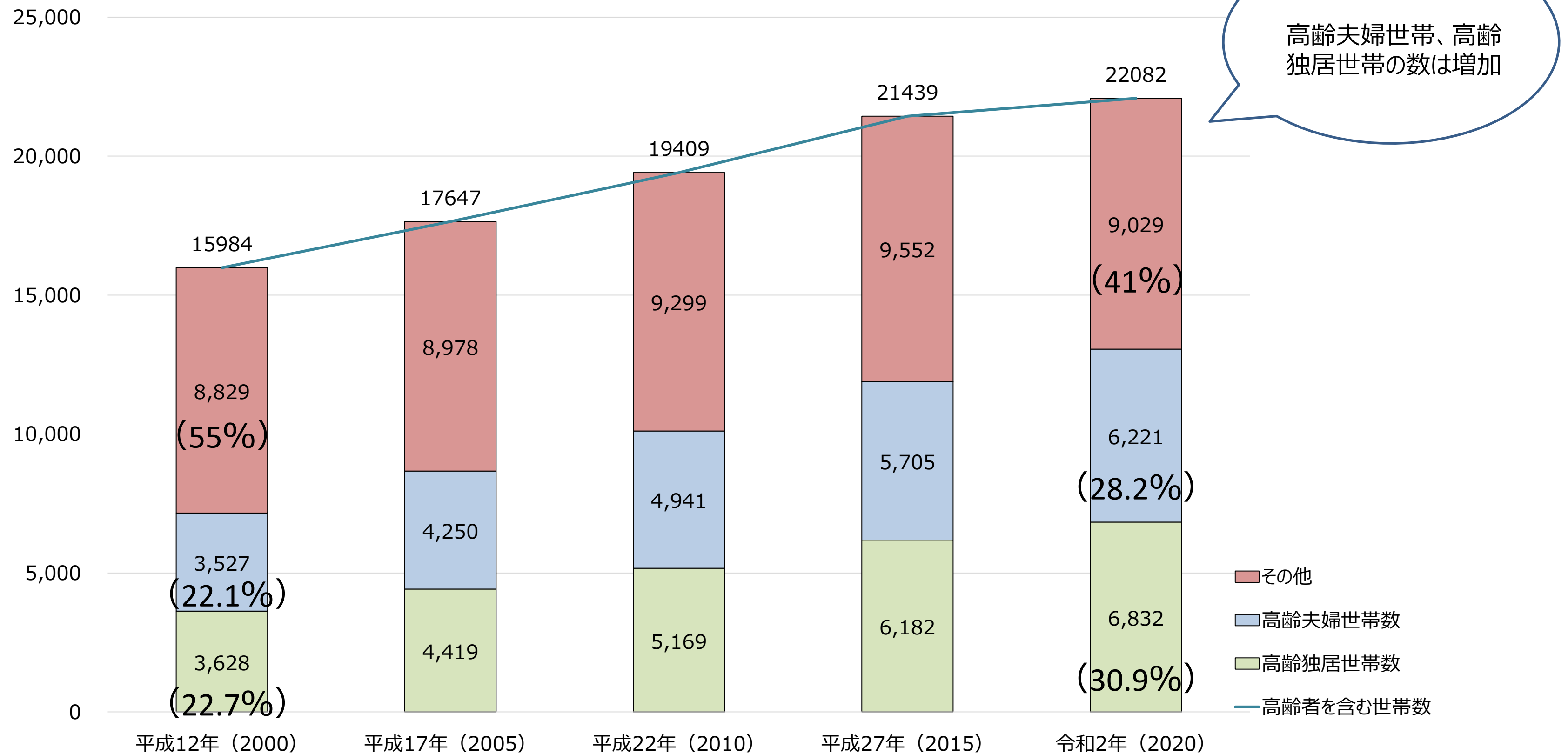
防府市の年齢別人口と将来推計人口（人）と高齢化率（%）



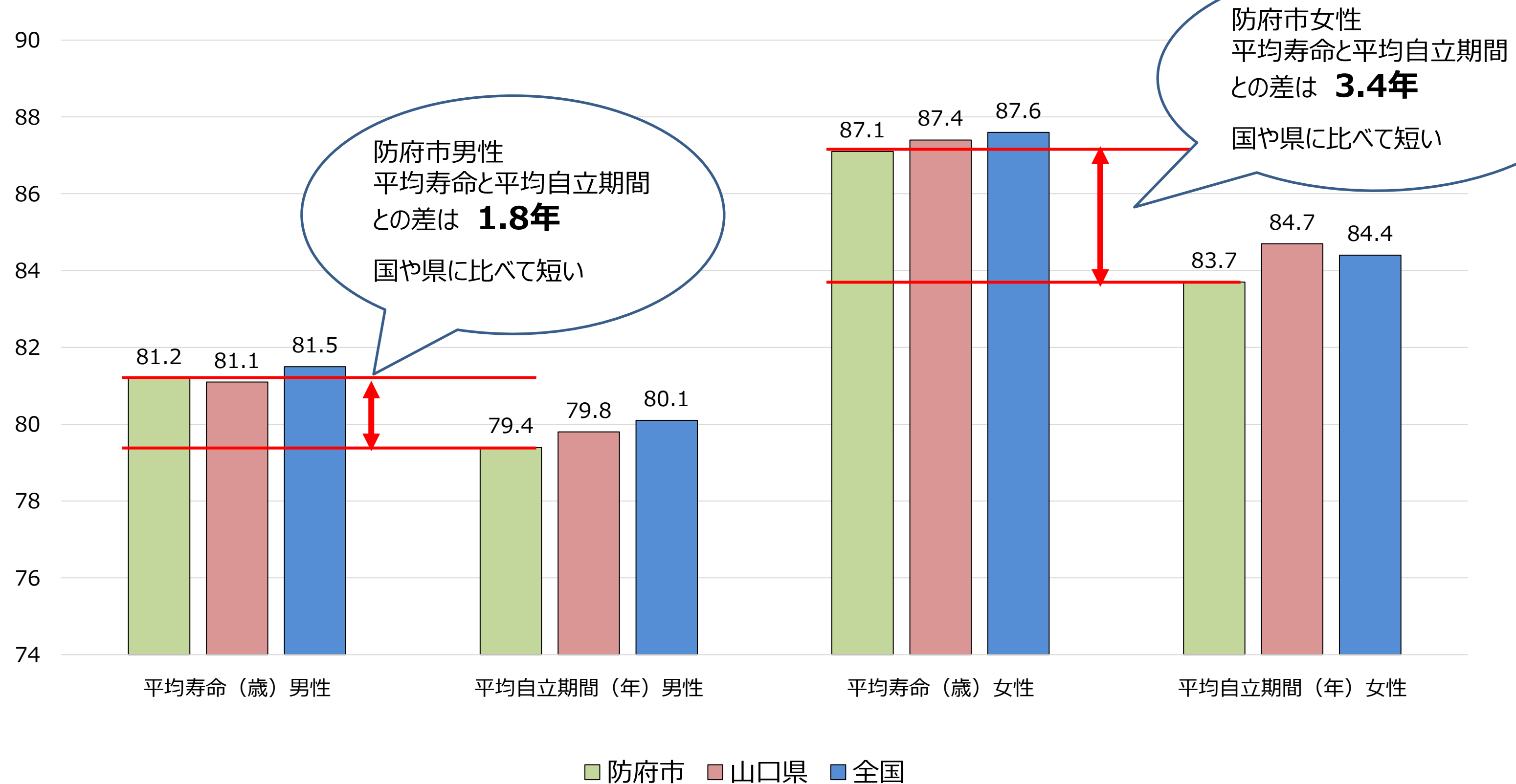
地区別高齢化率（%）



防府市の高齢者世帯状況 年次推移（世帯）



平均寿命と平均自立期間（市・県・全国）



平均寿命：0歳における平均余命

平均自立期間：日常生活に介護を要しない、自立している期間（要介護2以上になるまでの期間）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における健康状態不明者把握事業

「健康状態不明者」とは・・・ 過去2年医療・健診とも未受診であり、要介護認定もない健康状態が把握できない者

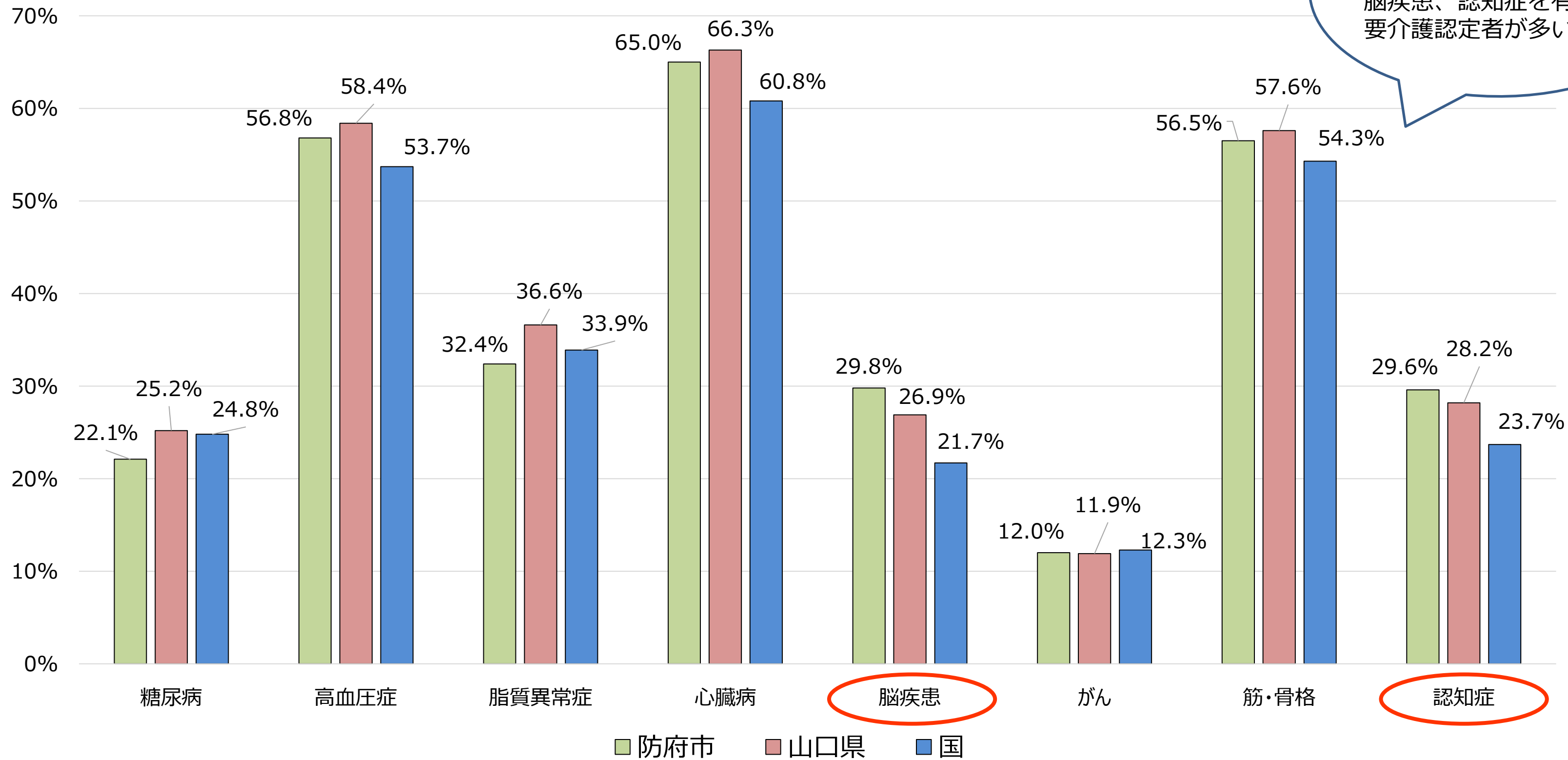
事業目的：
健康状態を把握し、必要な医療・介護サービス等につなげることで、生活習慣病の重症化や要介護状態となること及び要介護状態の悪化を予防する。
方法：
77歳以上の健康状態不明者にフレイルチェック等質問票の送付、結果通知、家庭訪問・電話による健康状態の把握。
医療機関・地域包括支援センターと連携して支援する。

| | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 |
|----------------|-------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 事業実施圏域 | 牟礼・華城・華浦・佐波 | 市内全域 | 市内全域 | 市内全域 |
| 対象者数 | 100人(1.3%) | 213人(1.1%) ※継続対象者54人 | 193人(0.9%) ※継続対象者115人 | 166人(0.8%) ※継続対象者101人 |
| 平均年齢 | 81.42歳 | 81.69歳 | 82.74歳 | 81.55歳 |
| 質問票返答者のフレイル該当率 | 16.1% | 35.3% | 27.7% | 事業実施中 |

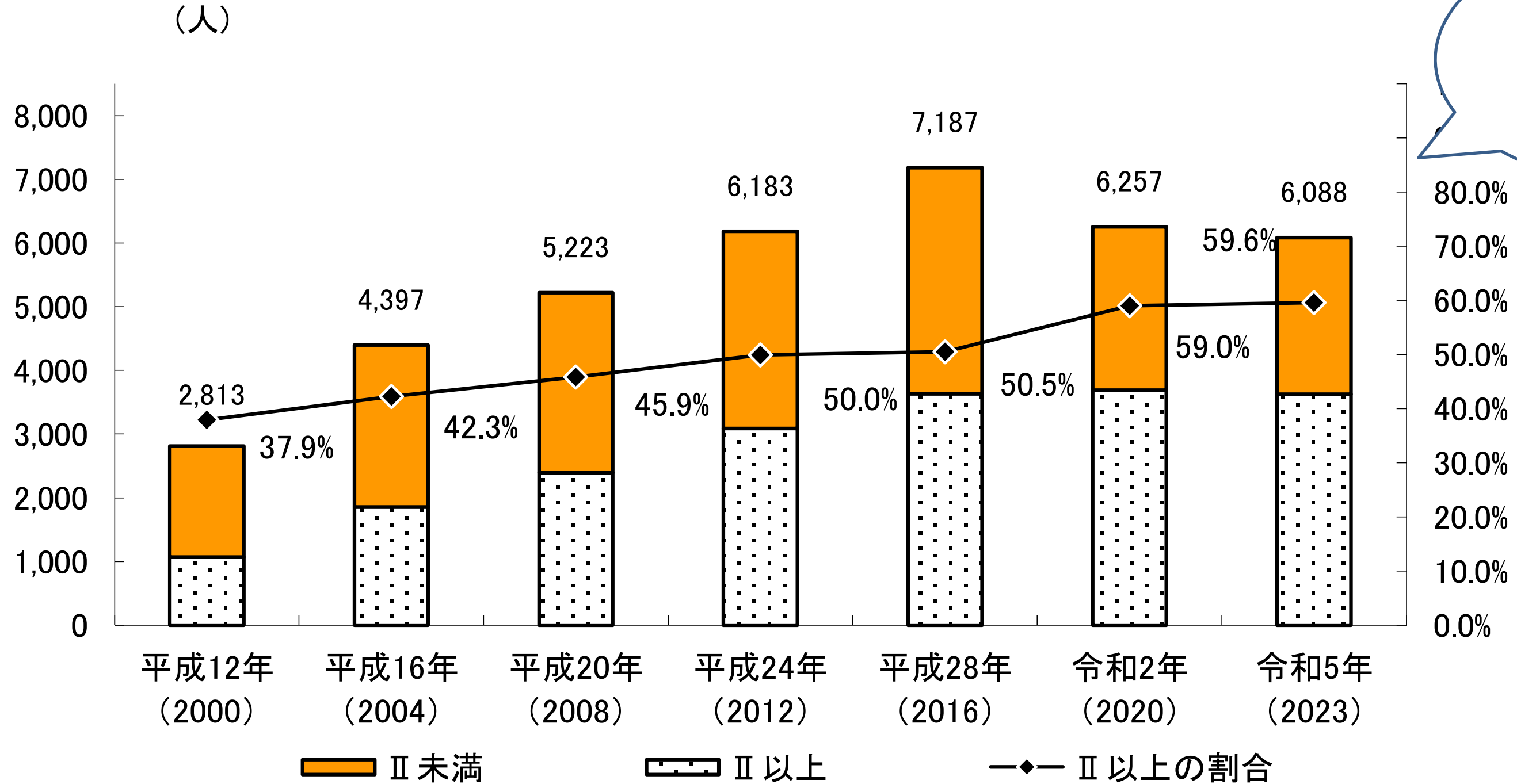
- 事業結果：
- ①家庭訪問で血圧測定した対象者のうち、72%が高血圧。
⇒保健指導を実施し、医療機関受診勧奨。必要時受診調整も実施。
 - ②医療情報の無いまま、突如体調の急変、要介護状態、死亡になる危険あり。
⇒対象者の健康状態を継続して確認し、対象者の予後を把握する。

要介護認定者の有病状況（R 6）

防府市は国・県と比較して
脳疾患、認知症を有する
要介護認定者が多い。



認知症自立度Ⅱ以上(要介護等認定者中)の状況

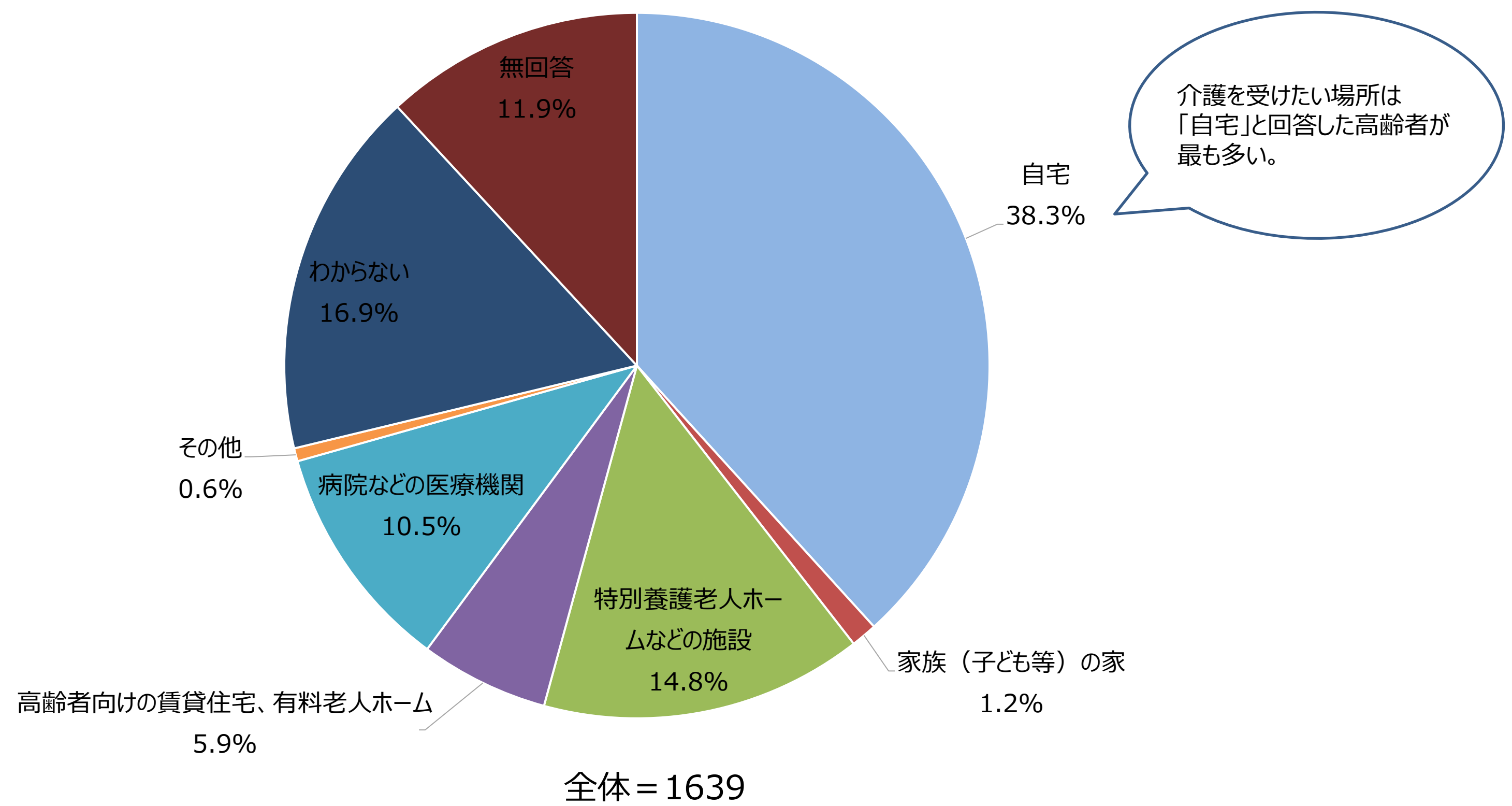


認知症自立度Ⅱ以上の人が平成12年から令和5年にかけて増えている。

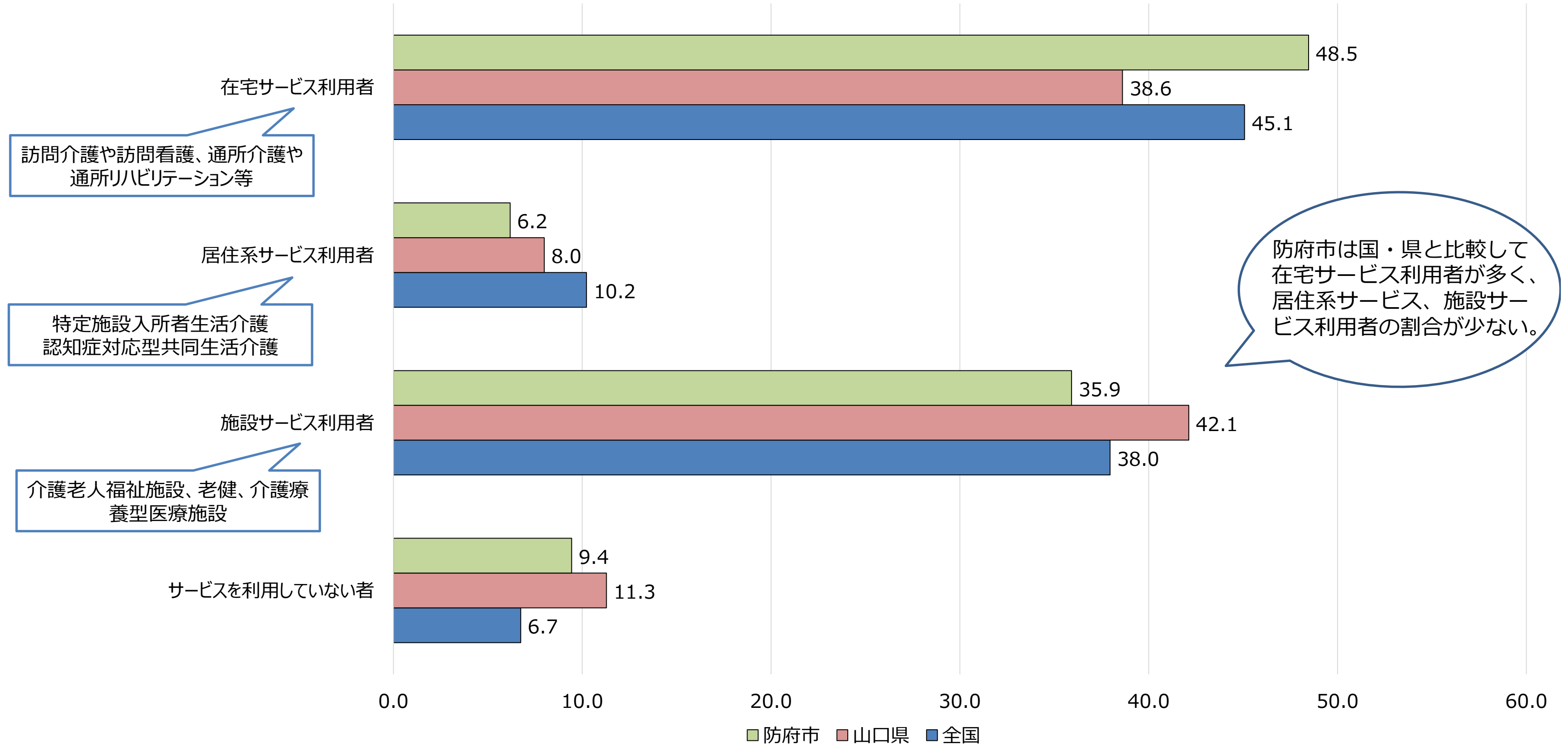
※各年10月末日現在。

※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。

もし、あなたが介護が必要になった場合、どこで介護を受けたいですか（％）

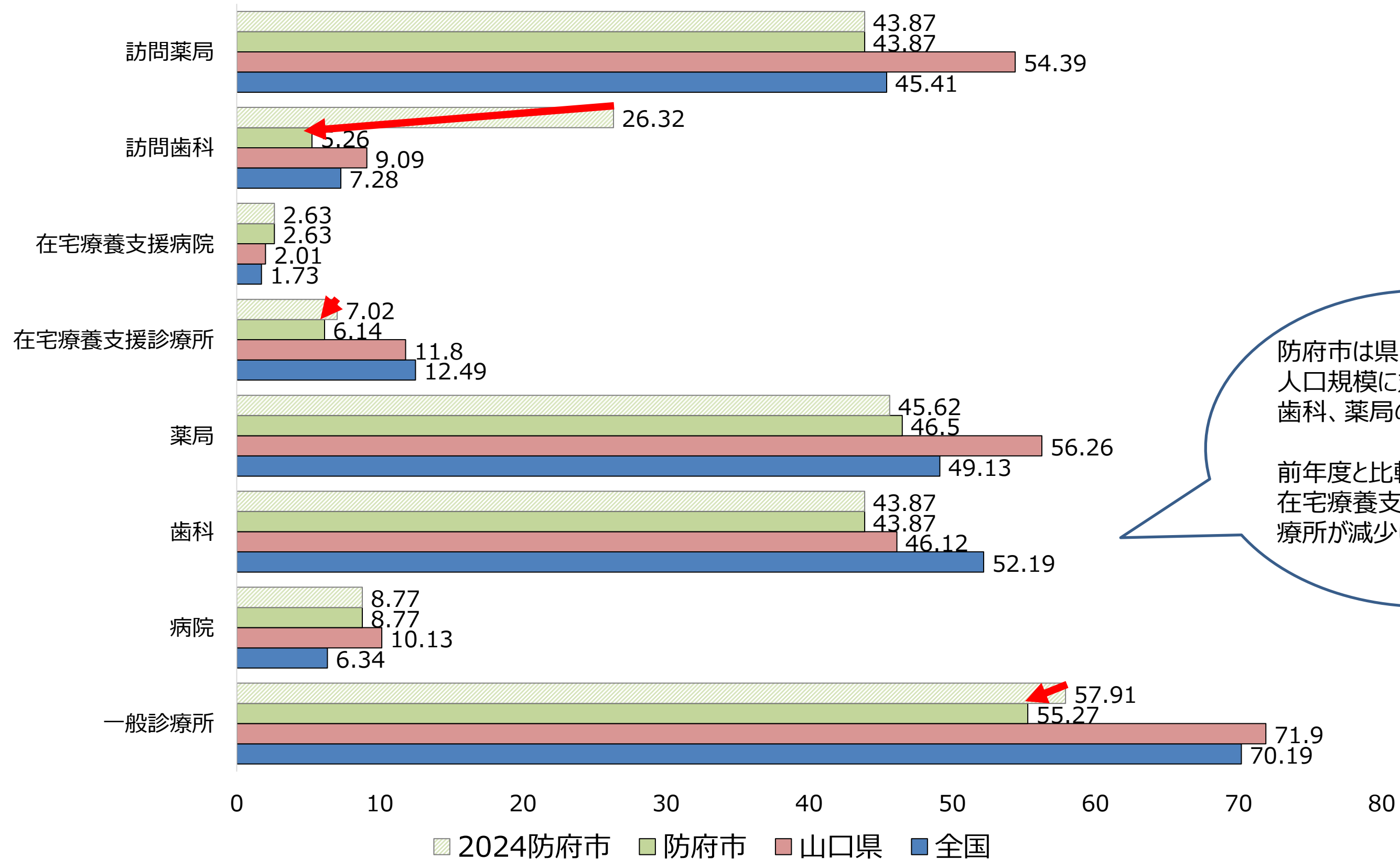


要介護 3 以上の者のうちサービス別利用者割合 (%)



地域医療資源①

(人口10万人当たり施設数)

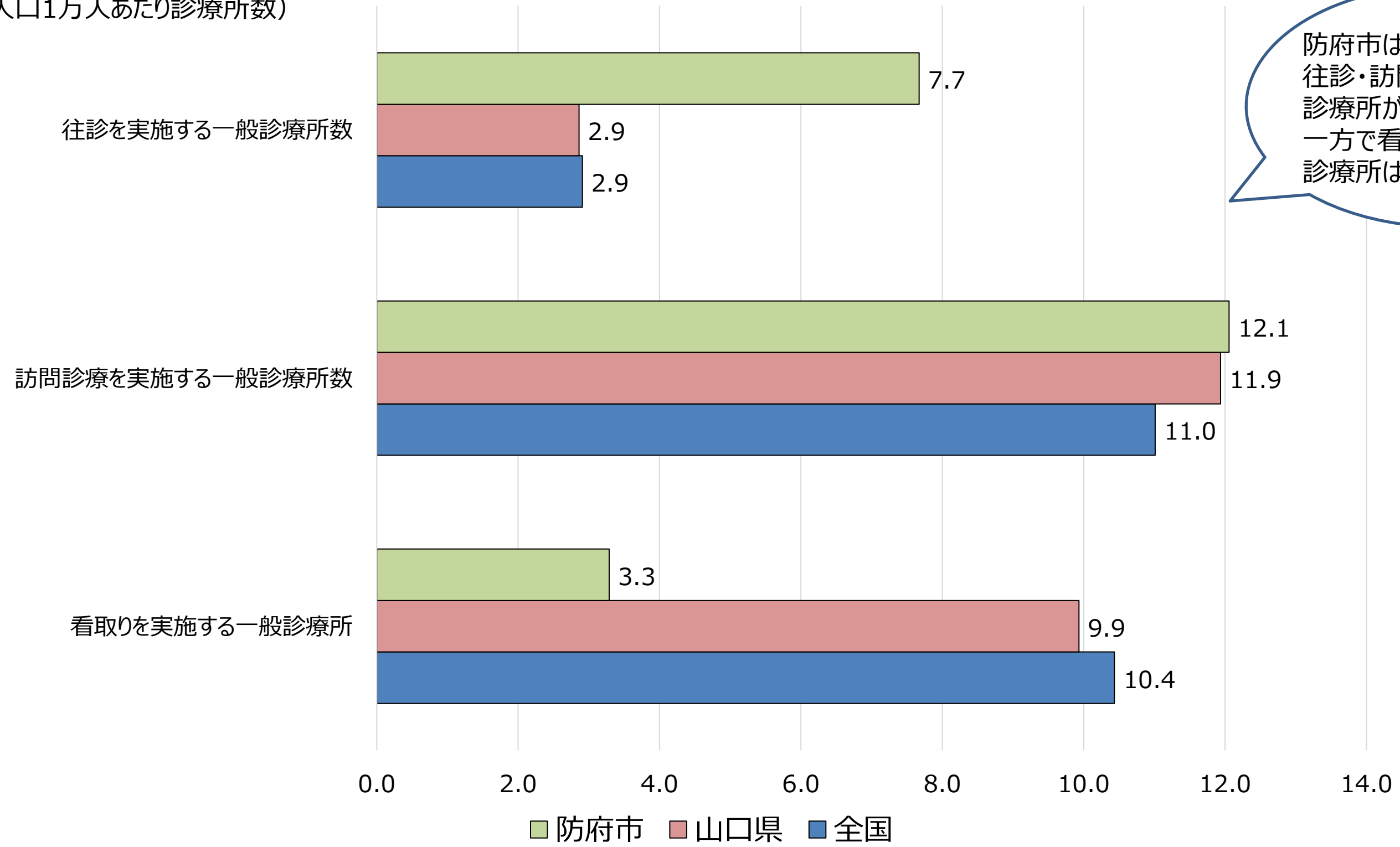


防府市は県・国と比較して、人口規模に対する医療機関、歯科、薬局の数がやや少ない。

前年度と比較すると、訪問歯科、在宅療養支援診療所、一般診療所が減少している。

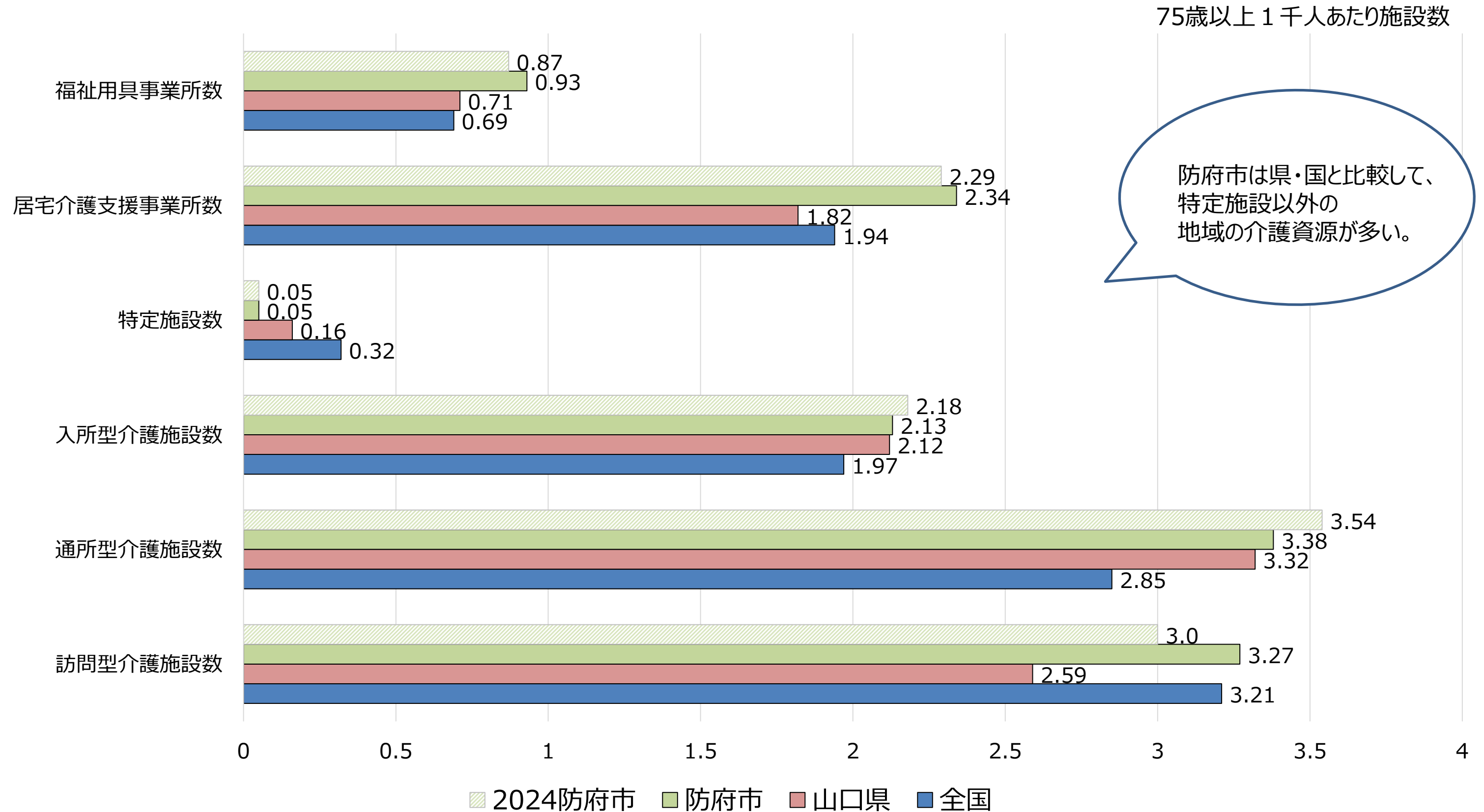
地域医療資源②

(75歳以上人口1万人あたり診療所数)

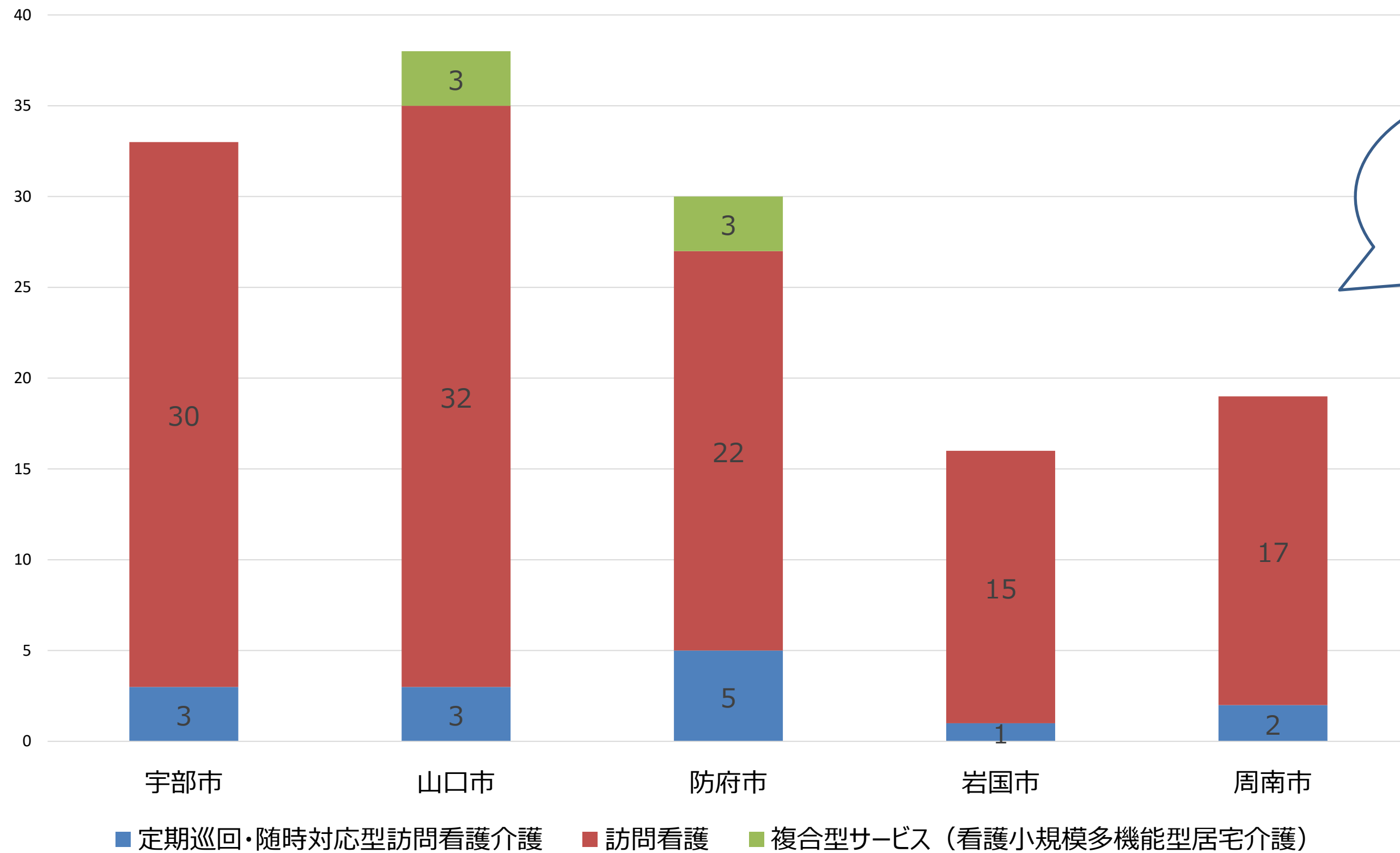


防府市は県・国と比較して、
往診・訪問診療を実施する
診療所が多い。
一方で看取りを実施する
診療所は少ない。

地域介護資源



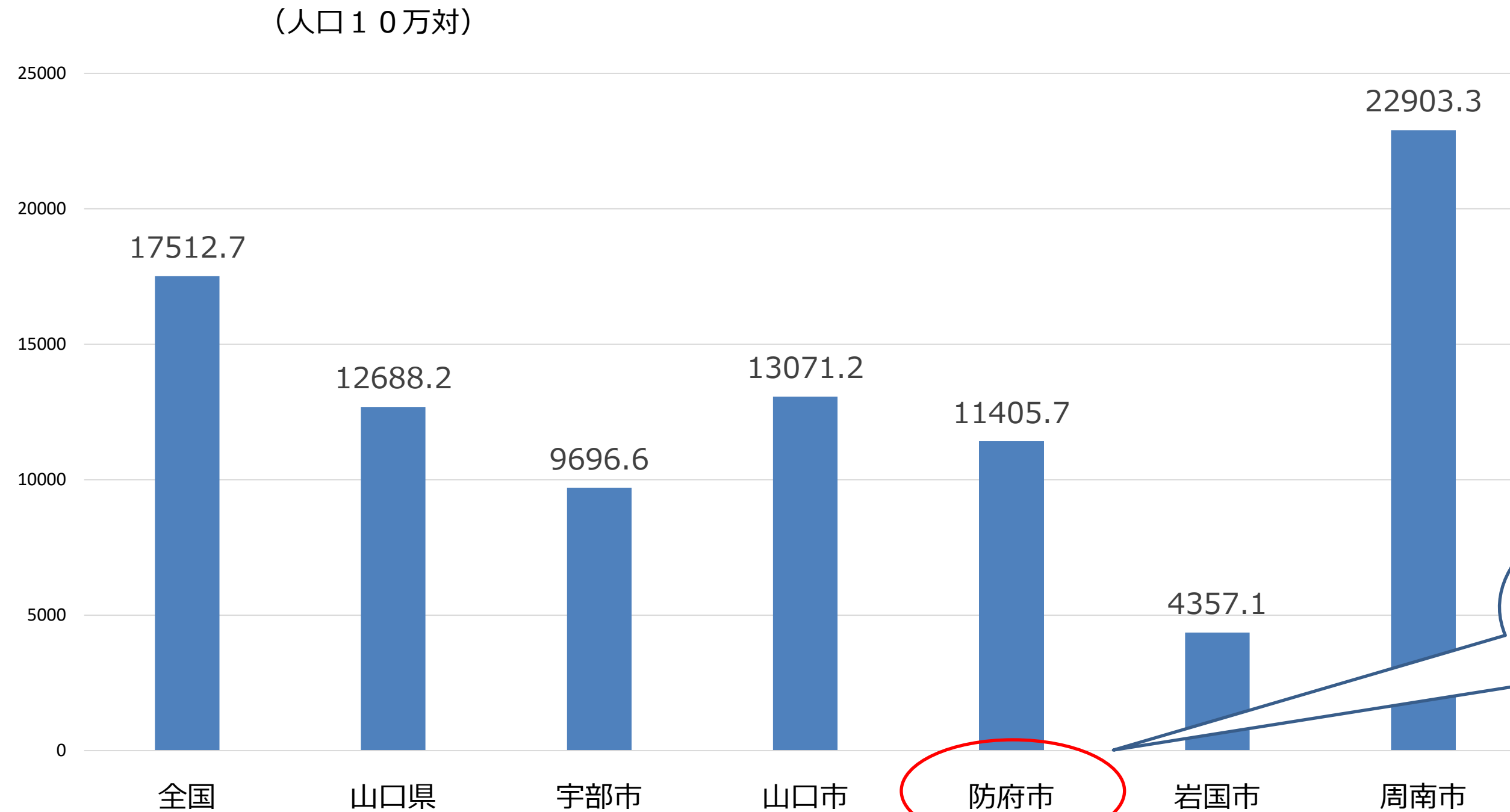
防府市、近隣市の訪問看護事業所数



防府市の訪問看護事業所数は、宇部市、山口市と同程度となっている。

訪問診療を受けた患者数（算定回数）

通院が困難な患者の自宅などに医師が計画的に訪問して診療を行った人数。
地域における在宅療養患者への幅広い医療サービスの供給量を把握することで、医療サービスの提供実績を把握する。
診療所・病院数と関係が深く、あわせてみていく必要がある。



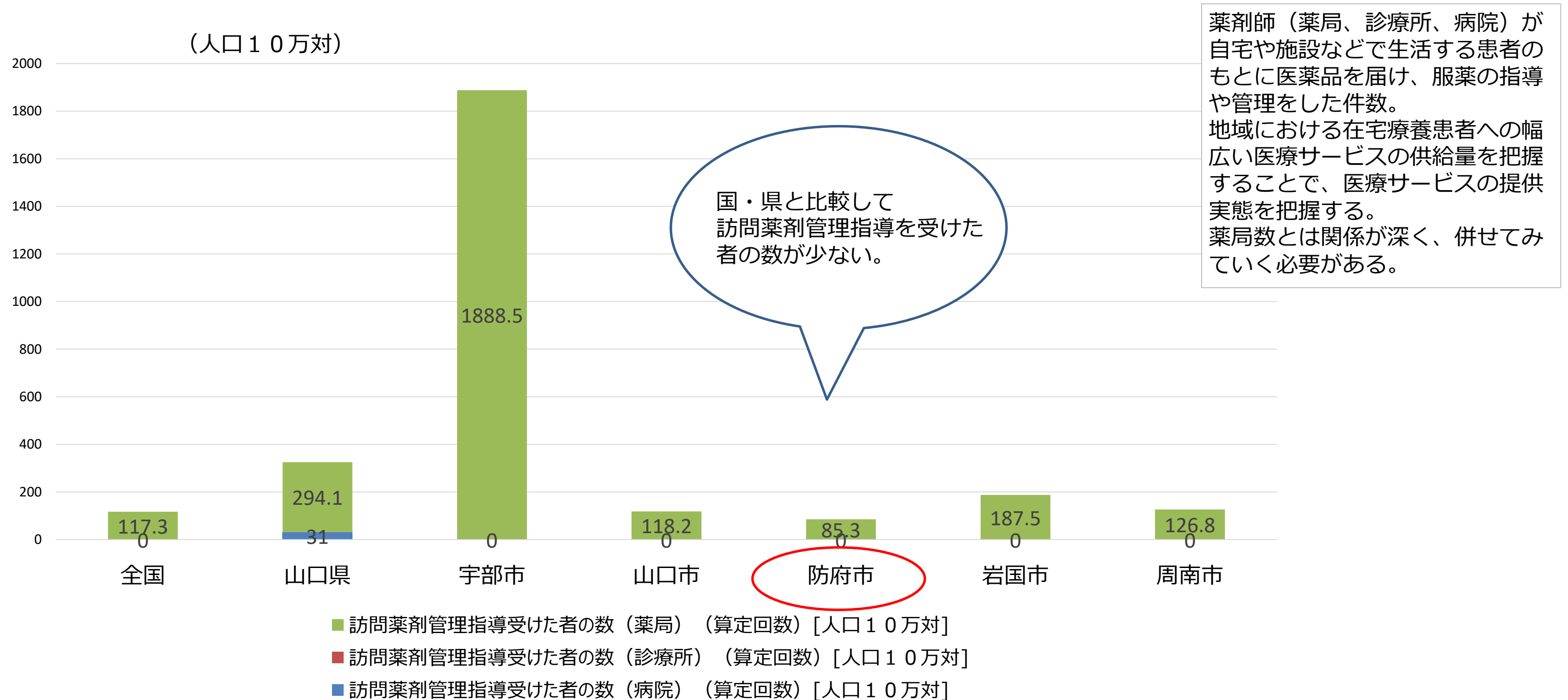
国や県と比較して
訪問診療を受けた患者数が
少ない。

訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）

通院が困難な患者の自宅などに
歯科医師が計画的に訪問して診
療を行った件数。
歯科の数と関係が深く、併せて
みていく必要がある。

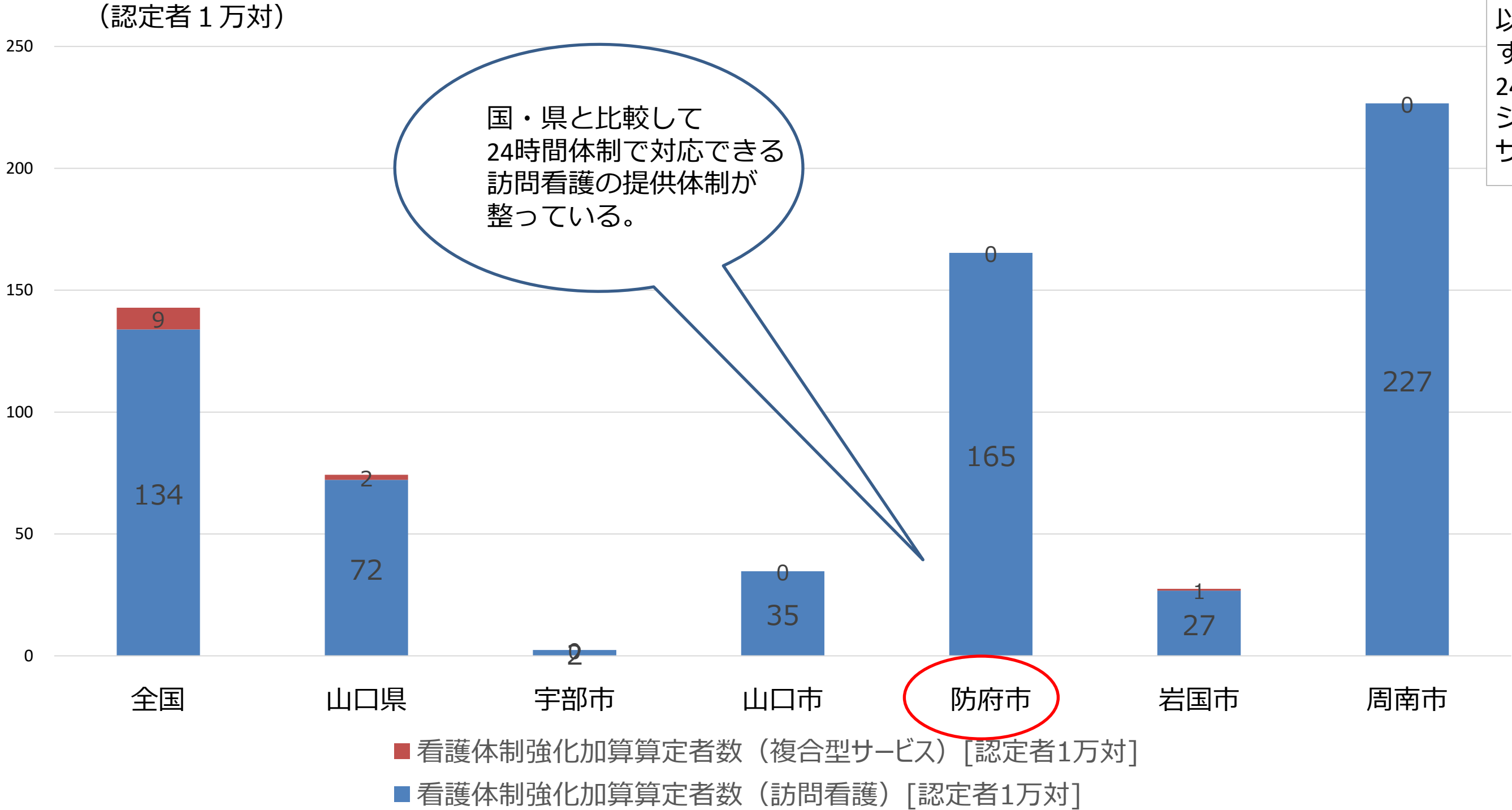


訪問薬剤管理指導を受けた者の数（病院、診療所、薬局） （算定回数）

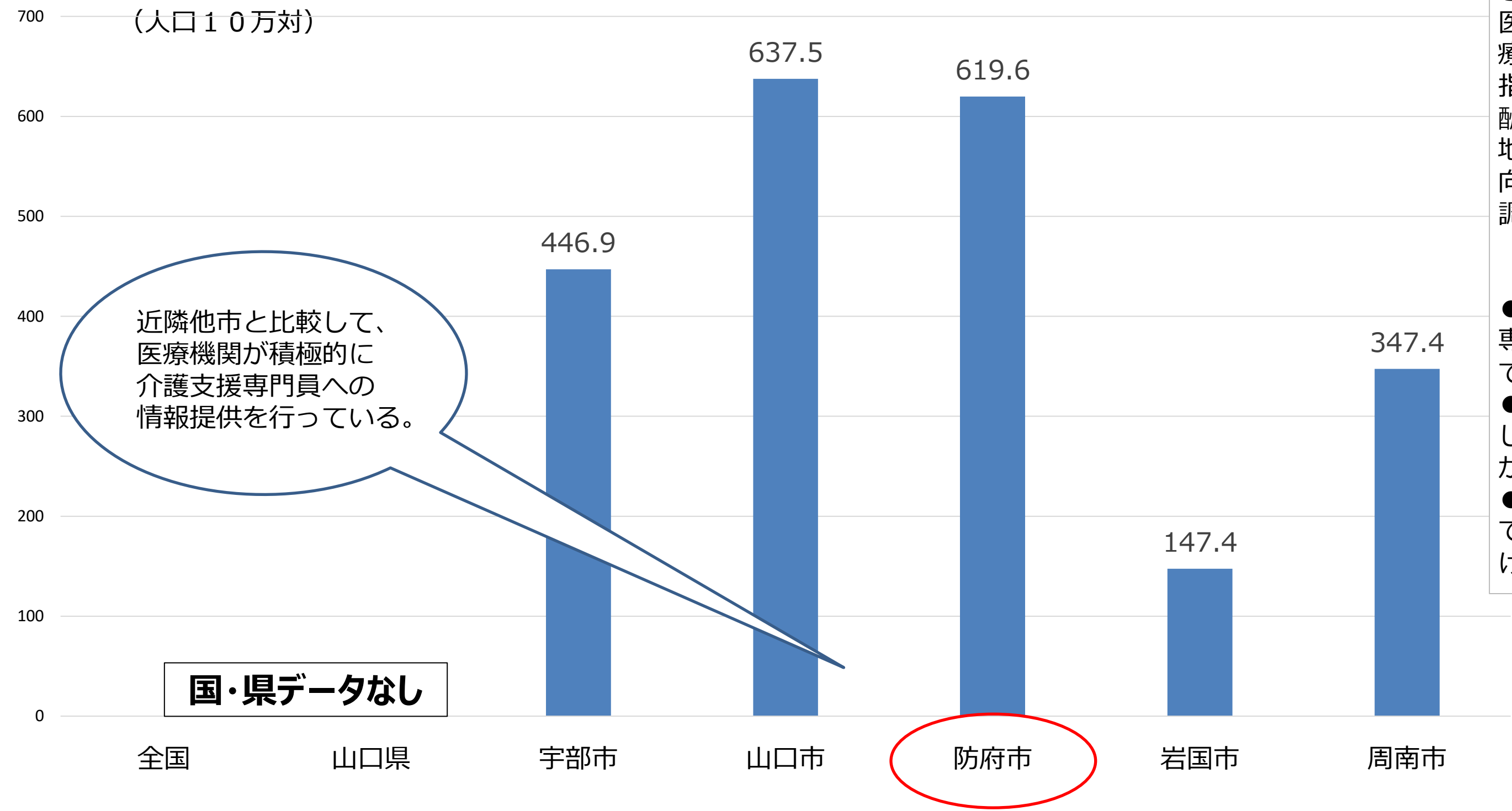


看護体制強化加算算定者数

在宅における中等度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算の一定割合以上の実績がある事業所を評価する加算。
24時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。



介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）



入院中の患者が在宅へ退院することを踏まえて、入院医療機関と退院後の在宅療養を支援する医療機関が共同して、退院後の療養生活について必要な説明や指導を行うことに対する診療報酬。

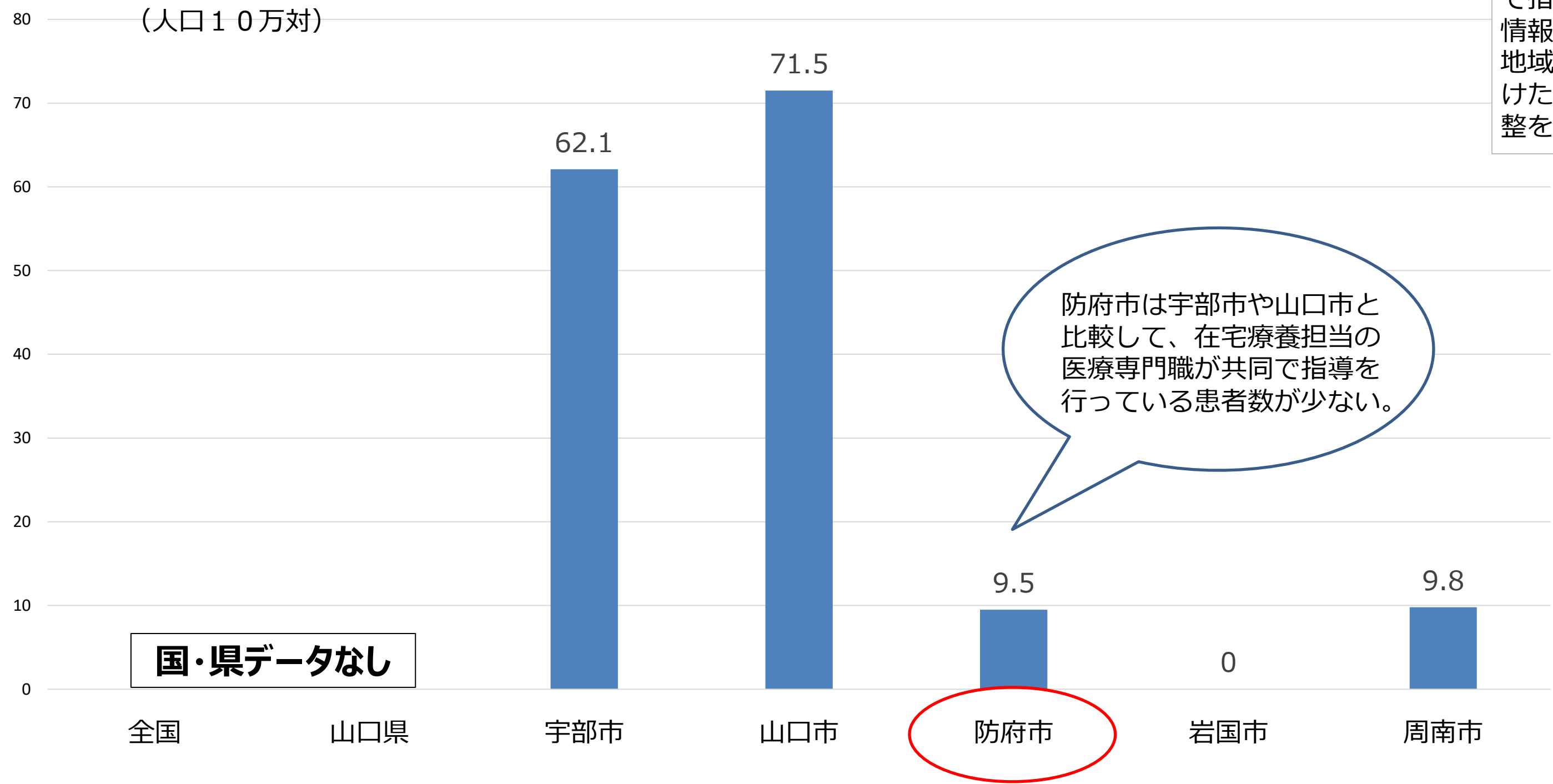
地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況及び退院調整を行った実績を把握する。

【算定件数が多いことの意味】

- 医療機関が積極的に介護支援専門員へ情報提供・指導を行っている。
- 地域包括ケアシステムが機能しており、医療と介護の橋渡しが進んでいる。
- 患者や家族が退院後に安心して在宅療養や介護サービスを受けられる体制が整っている。

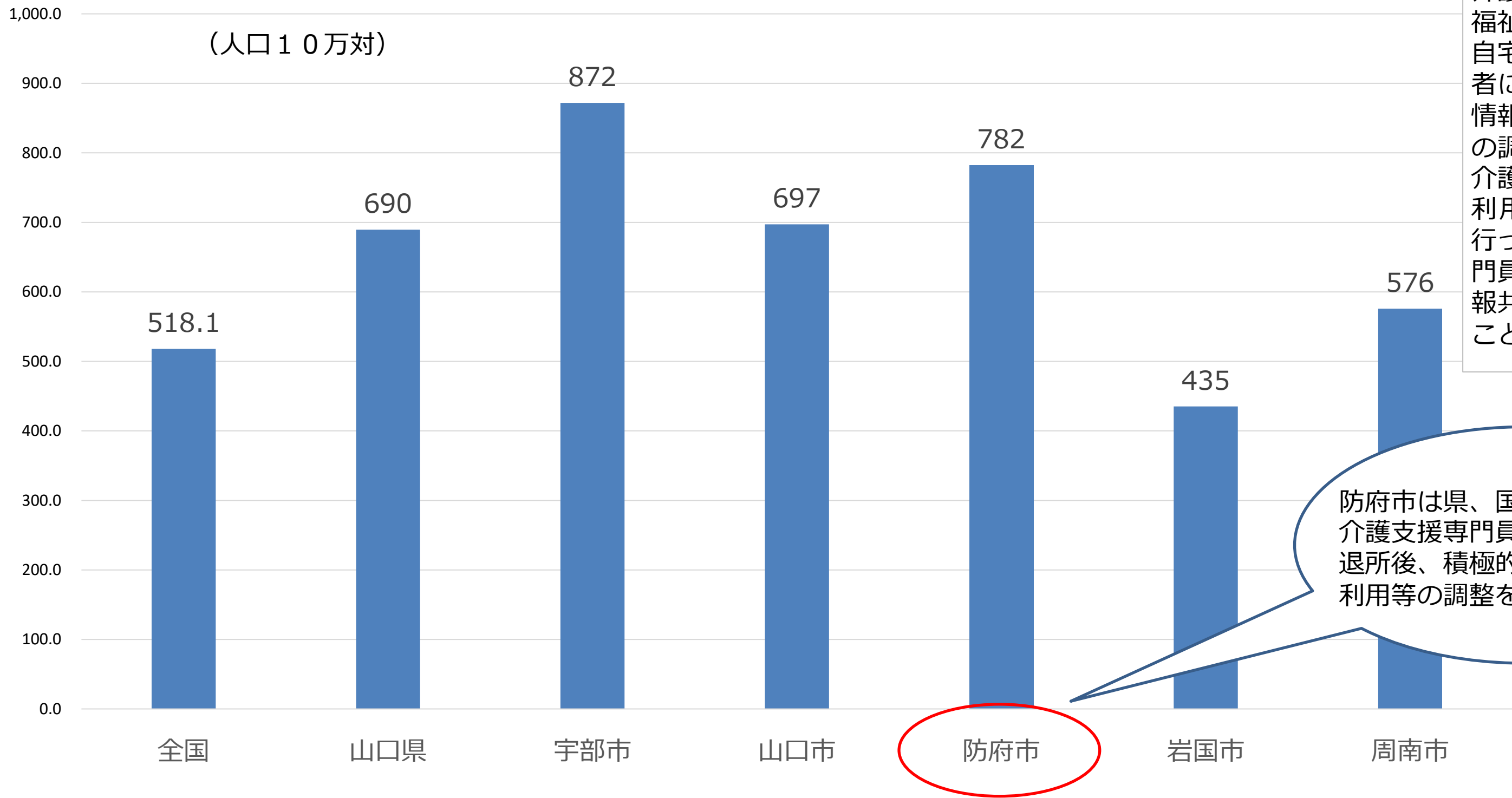
退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）

退院後の患者が安心して在宅療養担当の医療専門職（医師、看護師、薬剤師、理学療法士など）が共同で指導を行い、その内容を文書で情報提供した場合に算定。地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整を行った実績を把握する。



退院退所加算の算定回数

医療機関等（病院、診療所、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、地域密着介護老人福祉施設）から退院・退所し、自宅に戻り在宅生活を送る利用者について、入院中や入所中の情報提供を受け、介護サービスの調整等を実施する加算。介護支援専門員が居宅サービス利用等の利用に関する調整を行った実績となる。介護支援専門員から病院等への利用者の情報共有等の連携の量を把握することができる。



防府市は県、国と比較して、介護支援専門員が利用者の退院退所後、積極的に居宅サービス利用等の調整を行っている。

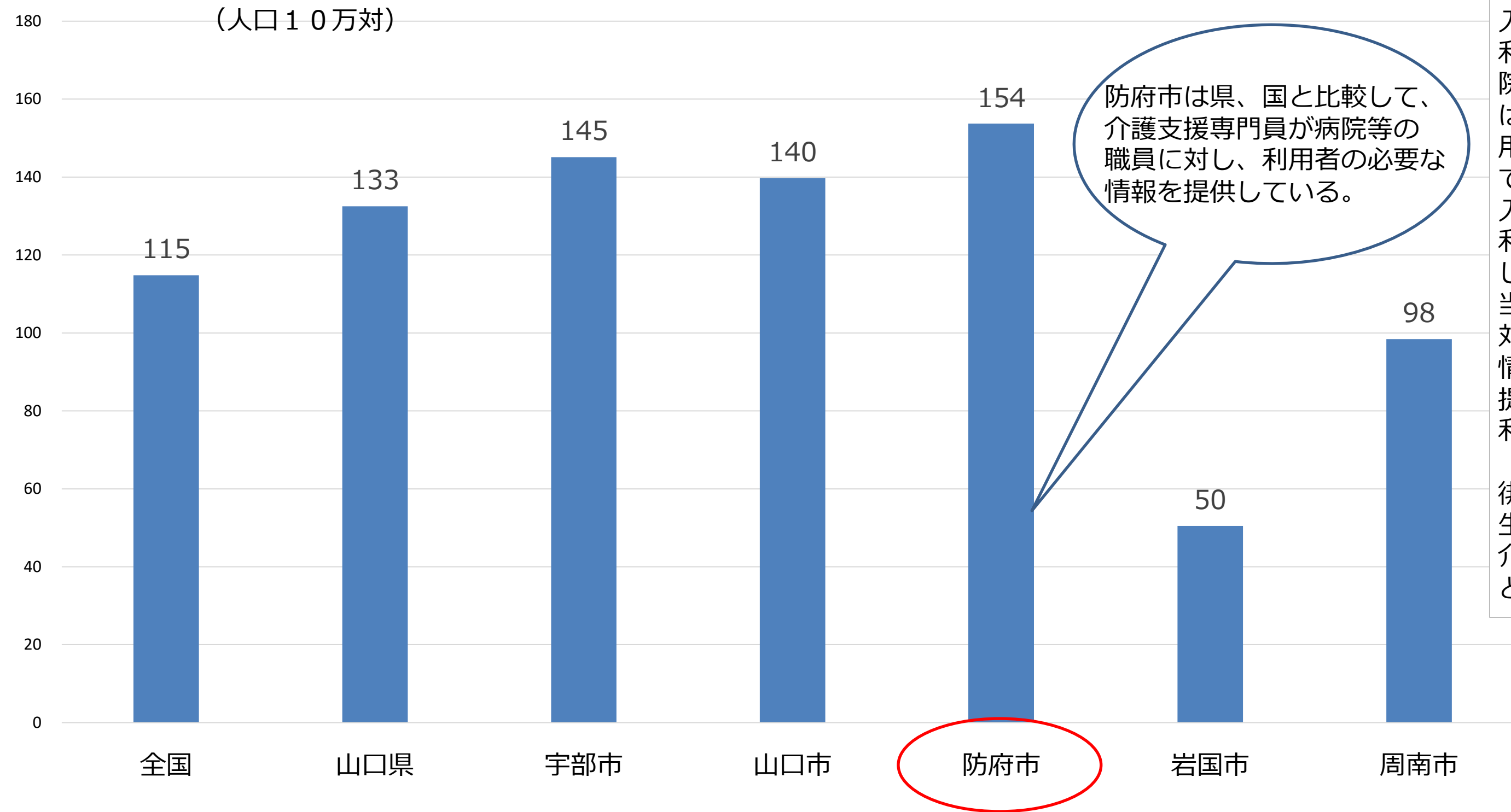
入院時情報連携加算の算定回数

介護支援専門員から病院等への利用者の情報共有等の連携の量を把握することができる。

入院時情報連携加算（Ⅰ）
利用者が病院または診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該地用者に係る必要な情報を提供していること。

入院時情報連携加算（Ⅱ）
利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日、または翌々日に当該病院または診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

提供する情報
利用者の入院日、心身の状況（疾患・病歴、認知症の有無、徘徊等の行動の有無など）、生活環境（家族構成、介護者の介護方法、家族介護者の状況など）、サービスの利用状況など。

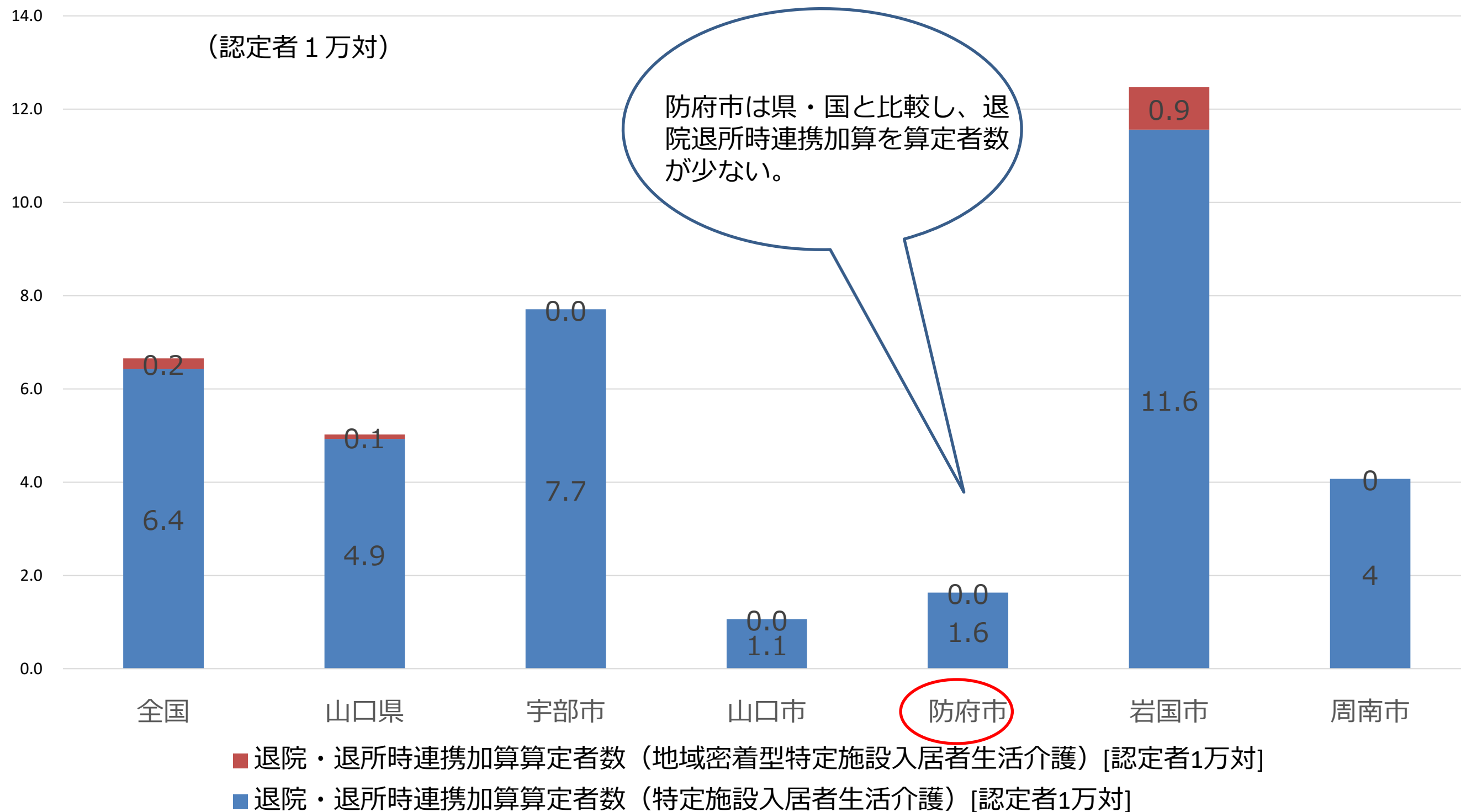


退院・退所時連携加算の算定者数

病院や介護施設から退院・退所して特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム）に入居する利用者に対し、医療機関と介護施設間で円滑な生活意向を目的とした情報連携を行った場合に算定できる介護報酬の加算。
入院中の医療的ケアやリハビリが退院後も途切れず継続されるようにするためのしくみ。
医療機関と介護施設の双方に負担がかかるため、体制整備が必要である。

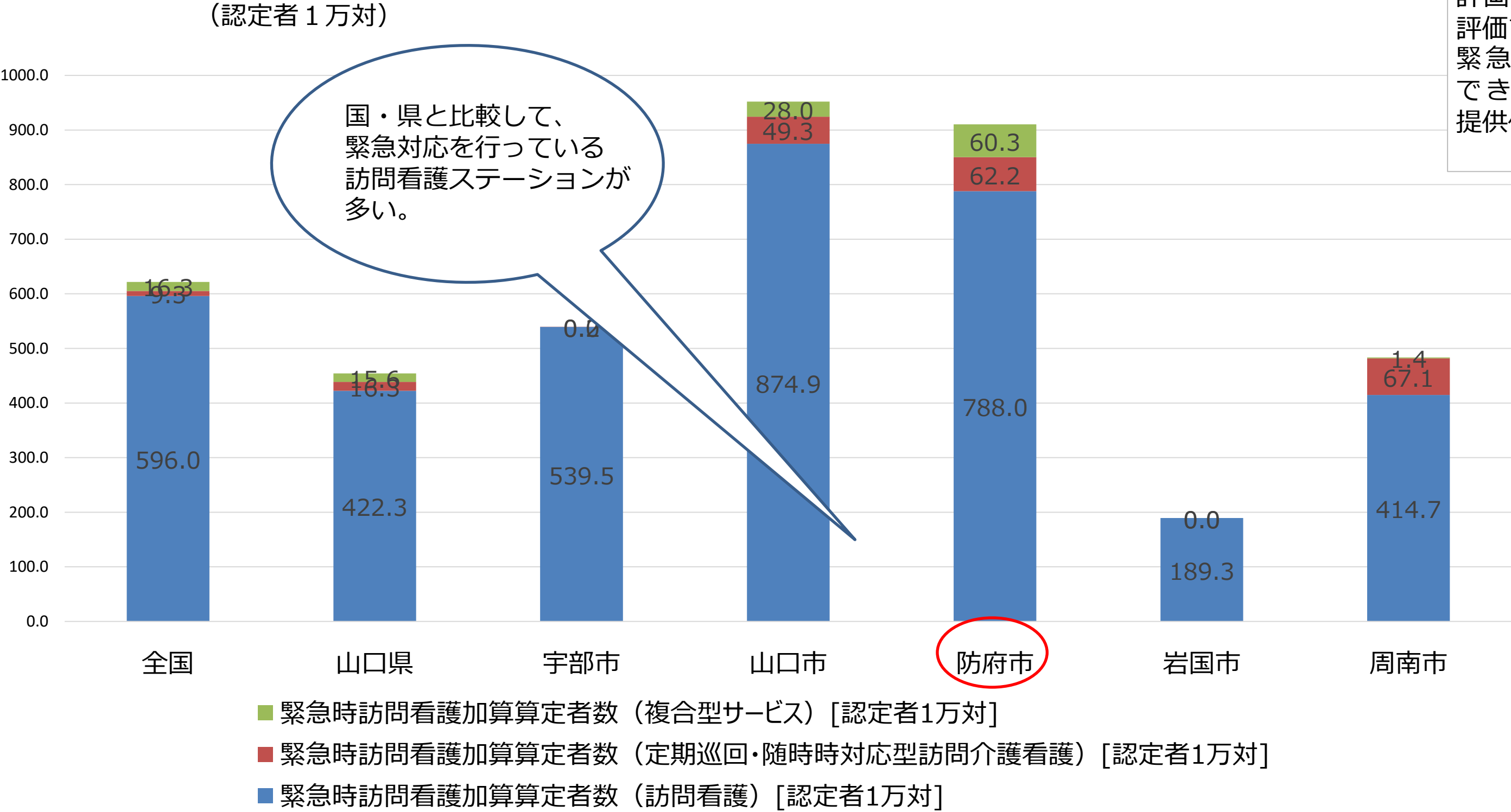
【算定要件】

- ・ 医療移管や介護施設からの情報提供を受けること。
- ・ 入居後30日以内に算定可能。

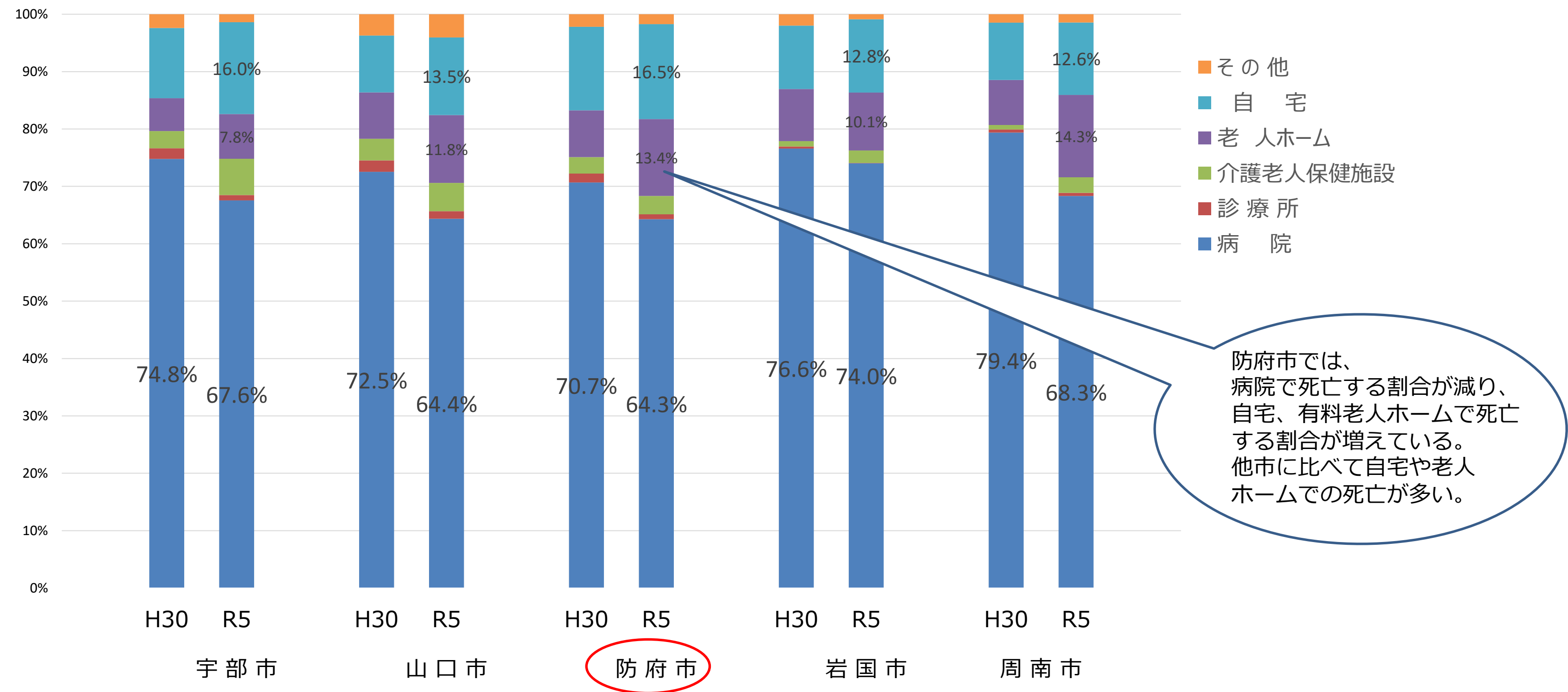


緊急時訪問看護加算算定者数

訪問看護ステーションが24時間365日、利用者や家族からの緊急連絡に対応し、必要に応じて計画外の緊急訪問を行う体制を評価する介護保険の加算。緊急対応を行った場合に算定できるため、介護サービスの提供体制を把握する。

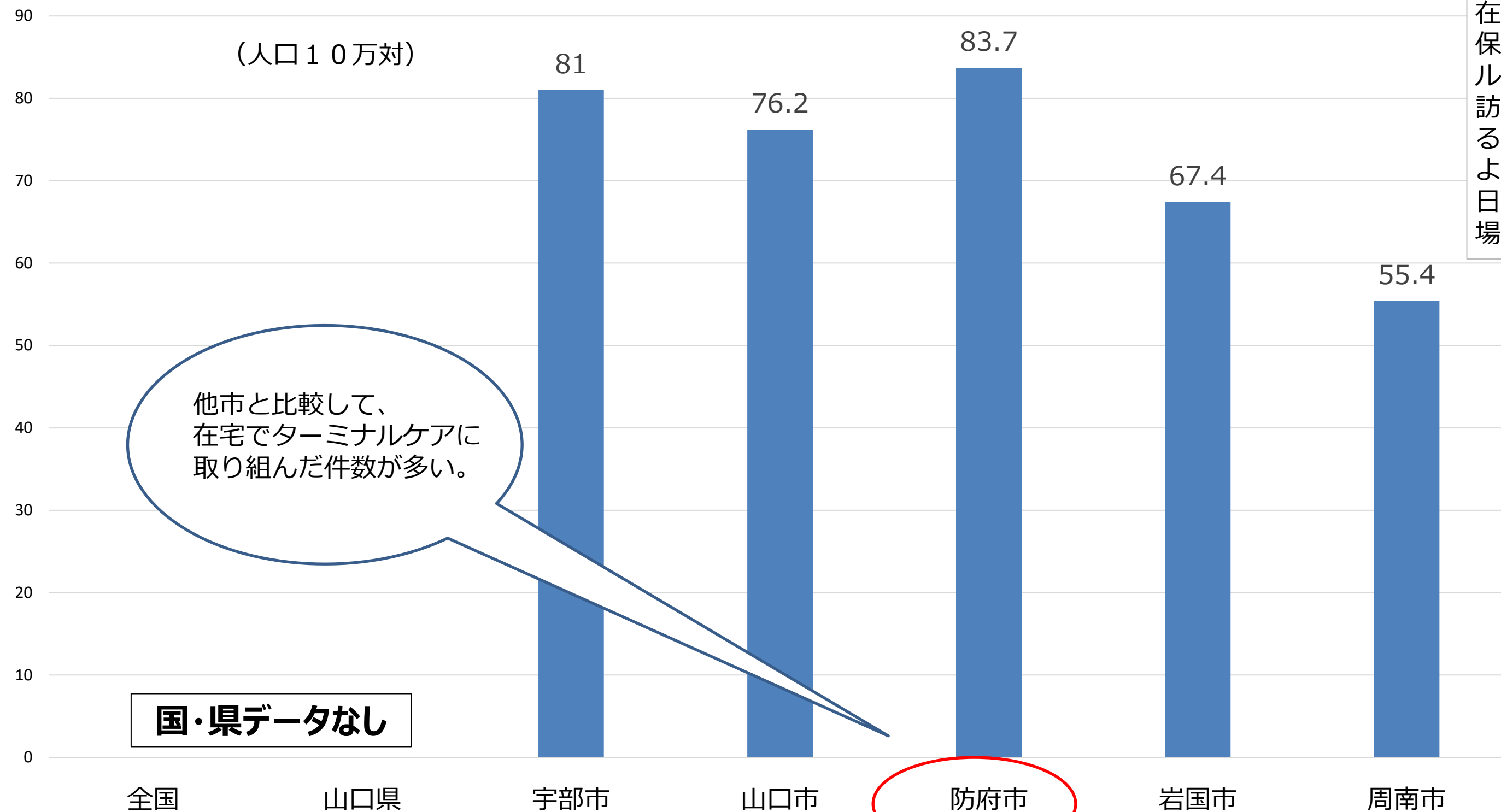


防府市、近隣市の死亡の場所



看取り

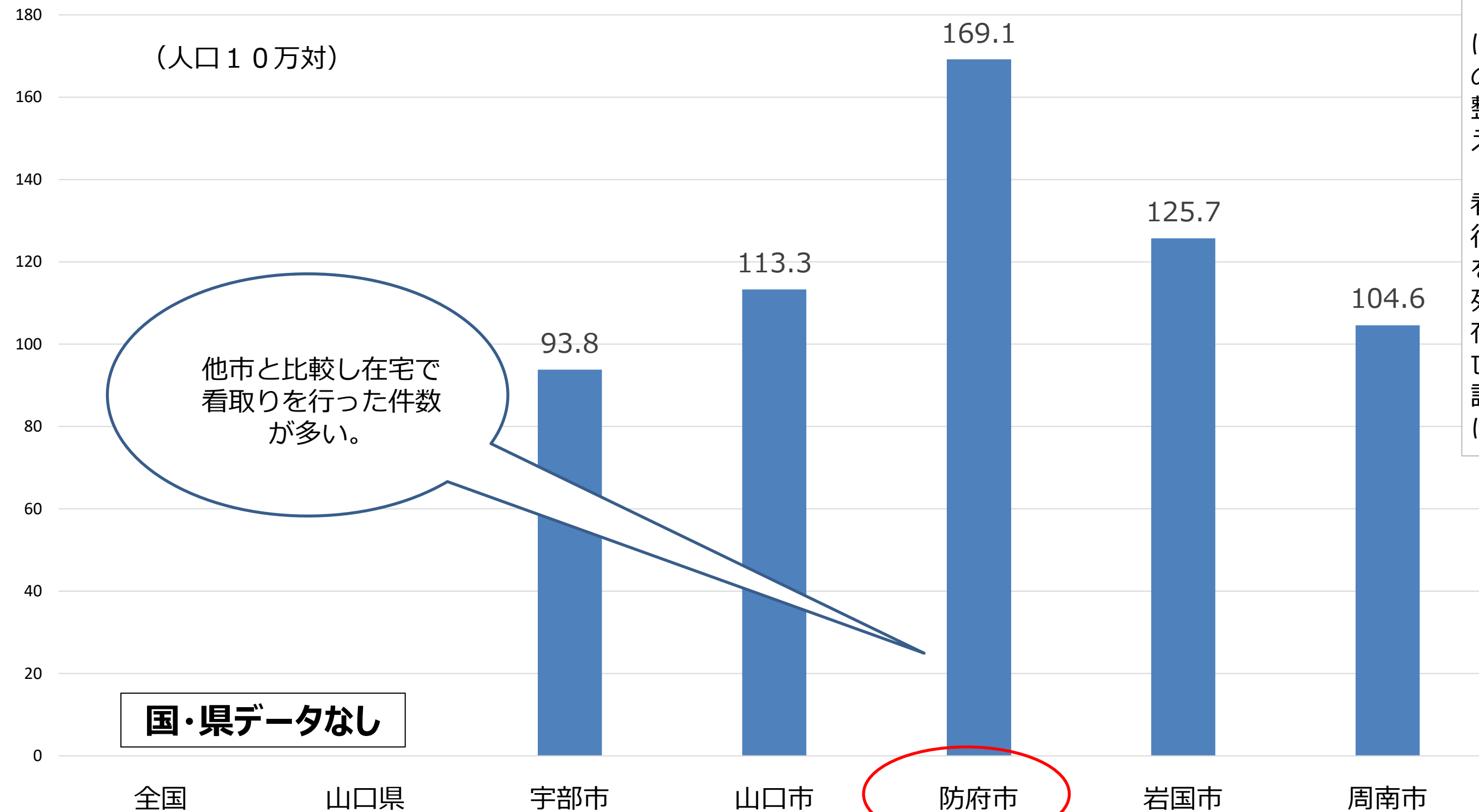
在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）



在宅療養者の看取りに取り組んでいる実績を把握する。
在宅ターミナルケア加算...介護保険の利用者に対し、ターミナルケアを行う体制が整っている訪問看護事業所がケアを実施することで評価される。死亡日および死亡日前の14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合に算定可能。

看取り

看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）



在宅療養者の看取りに取り組んでいる実績を把握する。看取り数（死亡診断書のみの場合を含む）は、看取り加算及び死亡診断加算の数を指す。医療・介護の連携が整っている地域ほど算定回数が増える。

看取り加算
往診または訪問診療を行った患者を在宅で看取った場合に算定。

死亡診断加算
在宅医療において、患者が自宅で亡くなった日に医師が往診・訪問診療を行い、死亡診断をした場合に算定。

防府市の特徴

- ・ 平均寿命、平均自立期間は男女とも、国や県と比較してやや低い。
- ・ 要介護認定者のうち、脳疾患、認知症を有する人の割合が国や県と比較して高い。
- ・ 自宅で介護を受けたいと思っている高齢者が多く、国や県と比較して在宅サービスの利用者が多い。
- ・ 医療機関、歯科、薬局の数は人口規模に対して少ないうえ、訪問歯科や診療所が減少。
- ・ 国や県と比較して、往診・訪問診療実施診療所は多いが看取りをする診療所は少ない。
- ・ 国や県と比較して、訪問歯科診療実施施設が少なく、訪問歯科診療算定回数も少ない。
- ・ 医療機関は積極的に介護支援専門員への情報提供を行っており、介護支援専門員も病院等の職員に対して利用者の必要な情報を提供している。
- ・ 病院や介護施設から退院退所に際し、介護支援専門員が積極的に居宅サービス利用等の調整を行っている一方、有料・サ高住へ入居する際の情報共有・連携は少ない。
- ・ 国や県と比較して、緊急対応を行っている訪問看護ステーションが多い。
- ・ 他市と比較し在宅でターミナルケアに取り組んだ件数や看取りの件数が多い。
- ・ 自宅、有料老人ホームでの死亡割合が増えており、他市と比較しても割合が高い。

4つの場面ごと 指標の設定の一例

市町村ごとに目指すべき姿が異なること、設定した指標によっては市町村が独自調査する必要があることから、防府市の現状と課題を整理した上で今後指標を設定していく必要がある

「日頃の療養支援」

- ・訪問診療・訪問看護の実績回数
- ・住民の在宅療養に関する意識
- ・医療と情報・意識の共有 等

「入退院支援」

- ・入院時情報連携加算
- ・退院退所加算取得率 等

「急変時の対応」

- ・往診件数
- ・救急搬送件数
- ・在宅医師・訪問看護が対応した急変事例数
- ・住民の急変時の対応先の選択 等

「看取り」

- ・死亡場所（自宅死・老人ホーム死・介護老人保健施設死）の割合
- ・在宅ターミナルケアを受けた患者数など
- ・自宅・施設での死亡診断書作成件数
- ・療養場所の分布