

第3章 ビジョンⅢ

～望んだ方が在宅医療と介護を受けながら在宅で暮らせる～

第1節 在宅医療・介護連携の推進

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関係機関が連携して在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、在宅医療・介護連携推進事業を実施している。令和5（2023）年度の医療法改正によって創設された「かかりつけ医機能報告制度」等を踏まえた協議の結果を考慮しつつ、「在宅療養を望んだ方が在宅療養を受けることができる地域に」というビジョンを掲げ、PDCAサイクルに沿った取組ができるよう、事業展開をしていく。

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組

介護保険制度においては、平成27（2015）年から在宅医療・介護連携推進事業として地域支援事業に8つの事業項目が位置づけられ、平成28（2016）年、平成29（2017）年の2年間にわたって、那須郡市医師会が主体となって、在宅医療連携拠点整備促進事業が実施された。本市では、その成果を引継ぎ、平成30（2018）年度から本事業を実施している。

在宅医療についてのニーズ調査の結果、「病気やけがで長期の療養が必要になり、通院が困難になった場合、自宅で療養したい」との回答が53.5%、「そう思わない」は43.0%であった。在宅療養を希望しない理由としては、「家族に負担がかかるから」が75.8%と最も高く、次いで「急に病状が悪化した時の対応が不安だから」が58.5%となっている。この調査結果から、住み慣れた地域で安心して在宅医療を受けるためには、日常の療養支援から家族に負担をかけずに自宅で療養できる体制づくりや急変時の対応等について、多職種協働で連携し事業体制を強化していくことが大切であることがわかる。高齢者の容態に合わせた医療・介護が提供され、本人・家族の選択に基づき在宅療養が可能となるよう以下の取組を推進することとする。

（1）現状分析・課題抽出・施策立案

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、現状の分析、課題の抽出、施策の立案を行う。

○地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業者の機能等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握整理し、定期的に情報を把握し最新の情報に更新する。また、介護給付の動向、要介護認定者の推移、認知症高齢者の日常生活自立度等、認知症に関する数値も注視していく。

医療・介護関係者が感じている課題、連携の実態、市民の在宅療養や介護に対する思いを把握し、医療・介護関係者の連携を支援する施策の立案等に活用する。

また、地域の医療・介護の資源の情報は、医療・介護関係者にとっては事業を行う上で、市民にとっては地域で生活をしていく上での基本情報である。定期的に見直しながら、情報を整理していく。

○在宅医療・介護連携の課題の抽出

把握した情報をもとに医療・介護関係者と市における強みや弱みを整理し、課題の抽出を行う。医療・介護関係者の多職種が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の課題と対応策について検討する。

(2) 在宅医療・介護連携の対応策の実施

○在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置し、在宅医療・介護の連携を支援するコーディネーターを配置して、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの相談を受け付ける。コーディネーターは市が実施する会議に出席し、在宅医療・介護連携の観点から助言や情報提供を行うなど、在宅医療・介護連携を推進する取組に積極的に関与する。

○地域住民への普及啓発

看取りや認知症に関する取組等の最近の動向を踏まえた内容で、在宅医療や介護に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。効果的・効率的な実施方法を検討し、医療・介護関係者と一緒に実施することや隣接する市町との広域連携、また、県と連携しながら実施する。

○医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、広域連携で行うなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。また、情報共有ツールに関して、定期的な周知を行う。

○医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種での様々な研修を行う。

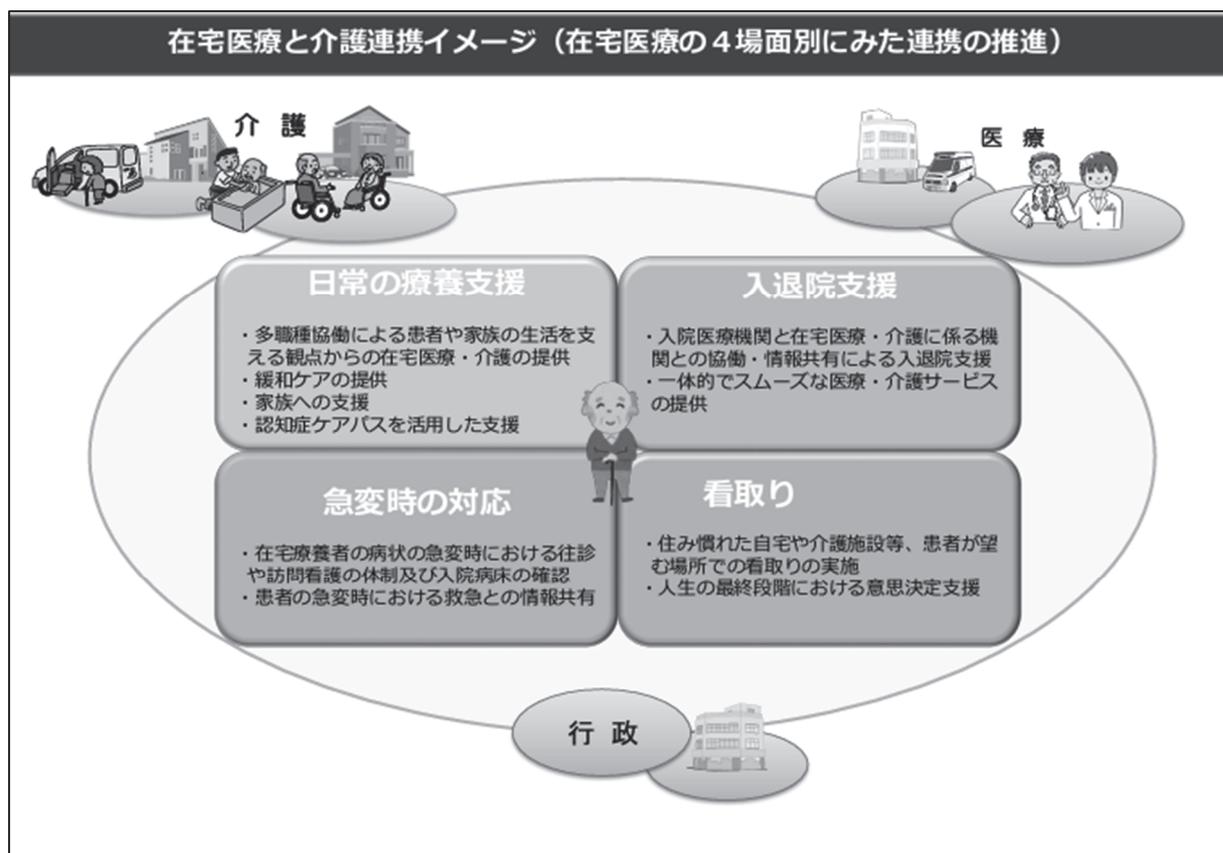
(3) 対応策の評価及び改善の実施

実施した対応策については、地域の実情に応じて設定した指標等を用いて評価を行う。その評価結果を踏まえ、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等について再度検討し、取組の選択と集中を繰り返しながら、更なる改善を行う。

○4つの場面を意識した取組

在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）を意識して取り組む必要がある。この4

つの場面ごとの地域の目指すべき姿を設定し、PDC Aサイクルに沿った継続的な事業の実施が重要である。



出典：令和2年9月 「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」より

2. 市での具体的な取組

(1) 大田原市地域包括ケアを考える会（おおたわらの会）

平成27（2015）年11月に医療・介護の代表者が集まり、「大田原市地域包括ケアを考える会」が発足し、通称「おおたわらの会」として多職種連携を推進するために開催している。

地域課題を抽出し、ワーキンググループを立ち上げてテーマごとに活動している。

令和5（2023）年度は、人生の最終段階の医療・ケアについて考えるACPを普及啓発する「人生会議グループ」、住民へ在宅医療・介護の普及啓発をする「住民啓発グループ」、多職種の相互理解と連携体制を構築する目的で開催する「医療・介護顔の見える関係会議」のグループディスカッション事例を検討する「事例検討グループ」の3つのワーキンググループで活動しており、多職種協働により在宅医療・介護の一体的な提供を目指している。

（構成員）

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、歯科衛生士、ケアマネジャー、基幹病院地域連携室職員、リハビリ専門職、おおたわらリハネット、介護事業所、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、在宅療養コーディネーター、高齢者幸福課職員、他関係職種

(2) 大田原市医療・介護顔の見える関係会議

「おおたわらの会」のワーキンググループで企画し、医療・介護サービス提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、多職種間の相互理解と連携体制を構築するための場として開催している。

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、リハビリ専門職、おおたわらリハネット、居宅サービス・施設サービス事業所等、多職種が参加して事例検討を含むグループディスカッションを行っている。

(3) 大田原市地域医療福祉連絡会

ア 大田原市地域医療福祉連絡会

二次・三次救急指定病院であり、入院加療で多くの高齢者が利用している那須赤十字病院との連携がスムーズに行うことができるようにするため、連絡会を定期的実施している。

イ 大田原市地域医療福祉連絡会研修会

大田原市地域医療福祉連絡会で抽出された課題等から、在宅医療・介護連携の推進のために医療的ケアの基礎知識、救急対応の方法、高齢者の病気の特徴等の研修会を実施している。

【在宅医療・介護連携に関する関係市町等の連携】

平成30（2018）年度から、那須在宅医療圏（大田原市・那須塩原市・那須町）で那須地区在宅医療・介護連携支援センター運営協議会を設置し、平成30（2018）年6月には、地域の医療・

介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談窓口として、「那須地区在宅医療・介護連携支援センター」を開所し、相談対応のほか、那須地区在宅医療圏で取り組むべき課題について取り組んできた。

今後も那須郡市医師会などの医療関係者や介護サービス施設・事業所等と協働しながら、県と緊密に連携し事業を推進していく。

【評価指標】在宅医療・介護連携推進事業

| | | 基準年度 (令和4年度) | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
|------------------------------|-------|-----------------|--------|--------|--------|
| おおたわらの会 開催回数 | | 1回 | 3回 | 4回 | 5回 |
| 医療・介護顔の 見える関係会議 | 開催回数 | 1回 | 3回 | 3回 | 3回 |
| | 参加延人数 | 78人 | 300人 | 300人 | 300人 |
| 入退院時情報連携加算の 算定回数(人口10万人対) | | 166.7回 | 170回 | 175回 | 180回 |
| 退院退所加算の算定回数 (人口10万人対) | | 567回 | 580回 | 590回 | 600回 |
| 在宅医療・介護連携に関する 相談件数 | | 1,099件 | 1,200件 | 1,250件 | 1,300件 |

3. 感染症や災害時対応の強化

在宅医療・介護連携の推進のためには感染症や災害発生時においても継続的に必要なサービスが提供されるように、地域における医療・介護の連携がより一層求められている。このような状況において、在宅医療・介護連携推進事業を活用し、関係者の連携体制及び対応について検討を行う。