

重点施策Ⅲ(在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進)について

1 取組方針

今後の高齢化の進展と75歳以上高齢者の増加を見据えて、中重度の介護が必要な状態になっても、できる限り人生の最期まで住み慣れた地域で暮らしたいという高齢者のニーズに対応していくため、介護サービス基盤の整備とともに在宅医療の充実を図り、医療や介護サービスをより円滑に提供することができるよう、在宅医療・介護連携の推進を図る。

2 取組の全体像

平成28年度に実施した市民意識調査では、58.8%の市民が「人生の最期を自宅で迎えたい」と答えている一方で、自宅での死亡率は14.8%（厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」）にとどまっている。在宅期においては、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り、といった医療機能の充実が必要となり、また、患者の生活の場において、適切な医療・介護を提供していくためには、多様な機関・職種が相互に連携することが重要となる。特に、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしく人生の終末期を過ごすことができる環境整備を行う必要がある。

また、平成28年3月に策定された広島県地域医療構想では、高齢者人口の増加に伴うニーズの増加に加え、病床の機能分化・連携の推進により在宅医療等へ移行する患者数が、本市においては約4,000人程度と見込まれるなど、2025年に向けて、在宅医療等の医療ニーズが急増することが確実であることから、更なる量的拡充に向けた取組が必要となっている。

こうした取組を進めるに当たっては、本市における在宅医療の実態や課題を踏まえつつ、急性期や回復期などの入院医療から在宅への切れ目のないスムーズな移行と、在宅における日常の療養支援はもとより、急変時の対応や看取りにも対応できる医療・介護関係者の連携体制を構築していくことが重要である。

具体的には、

- ① 在宅医療に取り組む機関・人材の確保と育成
- ② 在宅医療を支える病診連携、診診連携、多職種連携、後方支援体制の確保
- ③ 認知症医療・介護連携の強化
- ④ 在宅医療・介護に関する市民啓発

といった取組を総合的に進めていくことが必要になる。

3 目標設定

多くの市民が、自宅等住み慣れた環境で人生の最期を迎えることを望んでいるように、医療・介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることは、QOL（生活の質）の向上に資するものである。

また、高齢化の進展により、医療機関や介護保険施設等の受入にも限界が生じることが予測される中で、高齢者や家族のQOL（生活の質）の維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、高齢者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることができる医療・介護体制の構築が求められている。

このため、次の項目を「重点施策における目標」として掲げるとともに、新たに数値目標を設定したい。（データはP9-10参照）

【重点施策における目標】

項目	数値目標例	設定の考え方
自宅等※の在宅で死亡した人の割合 ※自宅、老人ホーム、介護老人保健施設	自宅等の在宅で死亡した人の割合の対前年比増	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者が望む場所での療養、看取りを叶えるため、在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進により、自宅等の在宅で人生の最期を迎える人の割合を高めていくことが重要である。 ○ 特に、約6割の市民が、住み慣れた自宅（居宅）で人生の最期を迎えることを望んでいるが、実際に自宅で死亡した人（14.8%）の割合との乖離が非常に大きくなっている。 ○ このため、「自宅等の在宅で死亡した人の割合」を目標として設定し、各施策を推進していくこととする。 <p>※ 厚生労働省人口動態調査（平成28年）の広島市における実績値：23.8%</p> <p style="text-align: center;">〔内訳：自宅14.8%、老人ホーム7.6%、 介護老人保健施設1.4%〕</p>

※ 「自宅」とは、自宅のほか、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む。
 「老人ホーム」とは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

4 各取組の展開

各取組毎に、取組の方向性及び数値目標を設定して取り組む項目を、以下のとおり定め、取組を展開していきたい。

(1) 在宅医療に取り組む機関・人材の確保と育成

- 医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の職種ごとや多職種合同の同行研修等により、在宅医療の担い手の拡大を図るとともに、疾病や診療内容に応じた対応力の向上を図ることにより、在宅医療を提供する医療機関、歯科医療機関、訪問看護事業所等の在宅医療提供体制の充実を図る。
- 終末期ケアや在宅看取りの対応を視野に入れ、医療・介護関係者へのACP（アドバンス・ケア・プランニング）※の普及と、自宅や特別養護老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅における在宅看取りの対応力の向上を図る。
- 医療ニーズの高い要介護者等が安心して在宅生活を送れるよう、介護と看護が密接に連携してサービス提供を行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護の介護サービス事業所の整備を促進するなど、在宅医療・介護サービス提供基盤の充実を図る。

【ACP（アドバンス・ケア・プランニング）】

人生の最終段階の医療に関する意思決定支援の方法として、本人や家族、医療従事者らが治療内容や療養場所などを繰り返し話し合っ決めて決めるもの

【数値目標を設定して取り組む項目】

項目例	設定理由	数値目標例 (設定の考え方)	現状の取組例
医療系も含めた多様な介護サービスが提供できる事業所の数(定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の事業所数) (再掲)	○ 高齢者が要介護状態等となっても、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう支援するためには、高齢者の容態や希望に応じ、24時間、365日の体制で、医療系も含めた多様な介護サービスを複合的かつきめ細やかに提供する体制を整える必要があるため。	【定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所】 H30 H31 H32 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">今後検討</div> 【小規模多機能型居宅介護事業所】 H30 H31 H32 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">今後検討</div> 【看護小規模多機能型居宅介護事業所】 H30 H31 H32 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">今後検討</div> (各年度における各サービス量の見込みに基づき事業所数を設定する。)	○地域密着型サービス事業所整備等補助
在宅看取りに対応可能な訪問看護事業所数	○ 看取りを視野に入れた在宅医療を支えるには、看取りに対応できる訪問看護事業所を増やしていく必要があるため。	H30 108 事業所 H31 114 事業所 H32 120 事業所 (平成 25 年度実績 (78 事業所) から平成 28 年度実績 (96 事業所) までの増加数 (18 事業所) を基に、平成 29 年度以降、毎年度 6 事業所ずつ増加するよう設定する。) ※平成 29 年度実績値 94 事業所	○在宅医療・介護連携推進事業

※ 今後、広島市域における在宅医療ニーズの総量を推計した上で、訪問診療、往診など在宅医療の供給量に関する目標の設定について検討する。

(2) 在宅医療を支える病診連携、診診連携、多職種連携、後方支援体制の確保

- 在宅移行を視野に入れた地域連携パス（急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの治療計画）の活用等により、病院と診療所、診療所と診療所等、医療機関相互の連携強化を図る。
- 入院から在宅医療・介護への移行を円滑にするため、退院前カンファレンス（検討会）やケアプランに係るサービス担当者会議を始め、入院中の担当医師や看護師、医療ソーシャルワーカー、在宅医療を担う医師、訪問看護師、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー（介護支援専門員）等の多職種が協働した、切れ目のない医療・介護体制を確保する。

- 在宅療養患者の緊急時等の入院受け入れ機関の調整や、在宅医療に関する相談など、主に医療機関からの相談に対応する「在宅医療相談支援窓口」を各区に設置・運営するとともに、緊急時等において入院病床を提供する後方支援医療機関のネットワーク化や、在宅医療を担うかかりつけ医や専門医等の相互連携・協力体制の構築など、在宅医療支援体制の整備・充実を図る。
- また、終末期において、訪問診療等を利用していたものの、救急搬送され、病院で亡くなるケースも一定程度見られることから、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践のほか、看取りに向けた多職種連携の充実を図っていく。
- 在宅期においては、医療・介護など多様な職種・主体により生活を支えていくことから、市レベル、区レベル、日常生活圏域レベルで医療関係者、介護関係者等の連携・協働が必要となる。そこで、市及び各区に、医療関係者と介護関係者等で構成する在宅医療・介護連携推進委員会を設置し、市レベル・区レベルそれぞれの在宅医療の充実と在宅医療・介護連携を推進するための具体的方策等について協議し、関係者が協働して取組を推進する。
- 各日常生活圏域においては、区健康長寿課と地域包括支援センターが中心となって、区医師会と連携し、医師や歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー（介護支援専門員）、リハビリテーション専門職等の多職種による情報交換会等を定期的で開催し、多職種、同職種同士の顔の見える関係づくりや、ケアの質の向上を図る。
- 医療関係者、介護関係者等の多職種が情報共有し、在宅療養患者のニーズに応じて医療・介護サービスを一体的に提供することができるよう、ICT等を活用した効果的・効率的な連携ツールの整備について検討する。

【数値目標を設定して取り組む項目】

項目例	設定理由	数値目標例 (設定の考え方)	現状の取組例
日常生活圏域における多職種連携のための情報交換会等の開催回数	○ 医療と介護のサービスが一体的に提供されるためには、日常生活圏域ごとに医師や歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー（介護支援専門員）、リハビリテーション専門職等の多職種が定期的集まり、情報交換や対応事例の協議等を行うことを通じて、顔の見える関係づくりや信頼し合える関係づくり、ケアの質の向上に取り組む必要があるため。	H30 73回 H31 77回 H32 82回 (平成32年度には市内41か所の地域包括支援センターが年2回ずつ開催することを目指し、平成29年度以降、毎年度4回ずつ（平成32年度は5回）増加させる。)	○在宅医療・介護連携推進事業

(3) 認知症医療・介護連携の強化（重点施策Ⅳの再掲）

- 認知症の専門医療相談や鑑別診断、行動心理症状（BPSD）や身体合併症に対する急性期治療等を行う認知症疾患医療センターを運営するとともに、認知症サポート医や認知症かかりつけ医（「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了者）のフォローアップ研修を行うことなどにより、地域の認知症医療体制の充実を図る。

- 認知症疾患医療センターや認知症地域支援推進員が中心となって、認知症サポート医や医師会等の関係団体と連携し、認知症の早期発見、早期対応や症状の進行段階に応じた医療・介護サービス等が切れ目なく適切に提供できる体制の整備・充実に向けた取組を推進する。
- 認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」を各区に設置し、認知症サポート医や認知症地域支援推進員などと連携して安定した医療・介護サービスにつなげるなど、自立生活のサポートを行う。
- 認知症の容態の変化に応じて、切れ目なく良質な医療・介護等のサービスが提供されるよう、標準的な流れを示した「認知症ケアパス」を整備し、その充実と普及を図る。
- 歯科医師、薬剤師、看護師及び病院勤務の医療従事者を対象に、認知症の人とその家族を支えるために必要な知識や、医療と介護の連携の重要性等に関する研修を実施し、医療関係者の認知症対応力の向上を図る。
- 認知症介護従事者を対象とした基礎研修や実践研修のほか、認知症対応型サービス事業管理者研修等の認知症介護に関する研修を実施し、介護従事者等の認知症対応力の向上を図る。

【数値目標を設定して取り組む項目】

項目例	設定理由	数値目標例 (設定の考え方)	現状の取組例
認知症かかりつけ医フォローアップ研修の受講率 (再掲)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市民に身近なかかりつけ医は、患者の日常的な健康管理を通じて、認知症の疑いに早期に気づき、必要に応じて適切な医療機関につなぐなど、認知症の対応力を高めることが求められる。 このため、フォローアップ研修の受講により、認知症に関する新たな知見や行政施策に関する情報を習得した認知症かかりつけ医を増やしていくことが重要であるため。 	H30 H31 H32 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">今後検討</div> (直近数年間の受講者の状況を精査した上で目標数値を設定する。)	○認知症かかりつけ医フォローアップ研修
認知症サポート医フォローアップ研修の受講率 (再掲)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症サポート医は、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担うほか、認知症初期集中支援推進事業においてもチーム員として参画するなど、地域の認知症医療の要となることが求められる。 このため、フォローアップ研修の受講により、認知症の診断・治療・ケア等に関する新たな知見や行政施策に関する情報等を習得するとともに、研修の機会を通じて、認知症サポート医等の連携を深めた認知症サポート医を増やしていくことが重要であるため。 	H30 H31 H32 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">今後検討</div> (直近数年間の受講者の状況を精査した上で目標数値を設定する。)	○認知症サポート医フォローアップ研修

<p>認知症初期集中支援チームの支援により、安定的な医療・介護サービスにつながった者の割合 (再掲)</p>	<p>○ 認知症初期集中支援チームは、認知症の人と家族に対する初期段階の支援を包括的かつ集中的に行い、安定的な医療・介護サービスにつなげることで、自立生活をサポートするものであることから、その支援の質を高めることが必要であるため。</p>	<p>H30 H31 H32</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">今後検討</div> <p>(本市では平成 29 年 7 月から 2 区に支援チームを設置したところであり、現時点では支援の結果が出ていないため、今後の状況を踏まえて目標数値を設定する。)</p>	<p>○認知症初期集中支援推進事業(2区でモデル実施)</p>
--	---	---	---------------------------------

(4) 在宅医療・介護に関する市民啓発

- 在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択し、適切な在宅療養を継続できるよう、在宅医療や介護、終末期ケアのあり方や在宅での看取り、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）等に関する講演会の開催、パンフレット等の作成・配布を行い、在宅医療・介護の理解促進を図る。
- 家族介護教室等により介護者の負担軽減とともに、在宅医療を含む在宅ケアの向上を図る。また、在宅における介護の限界点を高めることができるよう、介護の経験が豊富な特別養護老人ホームの職員が、重度の要介護高齢者等を在宅で介護する家族等に対して、介護に関する相談に応じたり、介護の方法等の助言を行う取組を支援する。

5 本市における在宅医療・介護連携の推進に関する現行の施策体系に基づく取組

取組名等	取組内容等
「在宅医療・介護連携推進委員会」など在宅医療・介護連携に関する取組	市及び各区に、医療関係者と介護関係者等で構成される「在宅医療・介護連携推進委員会」を設置するとともに、在宅医療の充実や在宅医療・介護連携の推進方策等について幅広く意見交換や情報交換を行いながら、医療関係者と介護関係者の顔の見える関係づくりや在宅医療支援体制の整備促進、市民の在宅ケアに関する理解促進など、関係者の協働した取組を推進しています。
地域包括支援センターによる在宅医療・介護連携の推進	地域包括支援センターが市及び各区の在宅医療・介護連携推進委員会に参画するとともに、日常生活圏域において、医療関係者と介護関係者の情報交換会・事例検討会等を開催することなどにより、在宅医療・介護連携を推進しています。
在宅医療・介護サービス提供基盤の整備促進	在宅医療・介護連携推進委員会における情報交換・意見交換や研修会の開催などにより、在宅療養支援診療所や訪問歯科診療所、訪問看護事業所等の在宅医療提供機関、及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護等の介護サービス提供事業所の整備促進とサービスの質の向上に取り組んでいます。
認知症疾患医療センターの運営（再掲）	認知症の専門医療相談や鑑別診断、行動心理症状や身体合併症に係る急性期治療を行うとともに、かかりつけ医や介護従事者の研修等を行う認知症疾患医療センターを2か所で運営しています。
認知症地域連携パスの普及促進	認知症疾患医療センター等が発行する認知症地域連携パス「ひろしまオレンジパスポート」を活用した医療・介護連携を推進しています。
認知症地域支援推進事業の実施（再掲）	認知症地域支援推進員を各区1か所の地域包括支援センターに配置し、認知症疾患医療センター等の専門医療機関や医師会等と連携し、認知症に関する医療・介護連携の推進や地域包括支援センター職員・介護支援専門員等に対する技術的支援、若年性認知症の人や家族に対する相談支援等を実施しています。
認知症サポート医等の医療従事者に対する研修の実施（再掲）	認知症サポート医やかかりつけ医認知症対応力向上研修修了者等に対するフォローアップ研修を実施するとともに、歯科医師や薬剤師、看護職員、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を実施しています。
介護従事者等に対する認知症介護に関する研修の実施（再掲）	認知症介護従事者を対象とした基礎研修や実践研修、認知症対応型サービス事業管理者研修等の認知症介護に関する研修を実施し、介護従事者等の認知症対応力の向上を図っています。
若年性認知症に関する介護従事者研修の実施（再掲）	介護従事者を対象として、若年性認知症に関する研修会を開催しています。
「認知症初期集中支援チーム」の設置・運営（再掲）	認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症の人等を訪問し、初期の支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」を、2区にモデル的に設置し、運営しています。

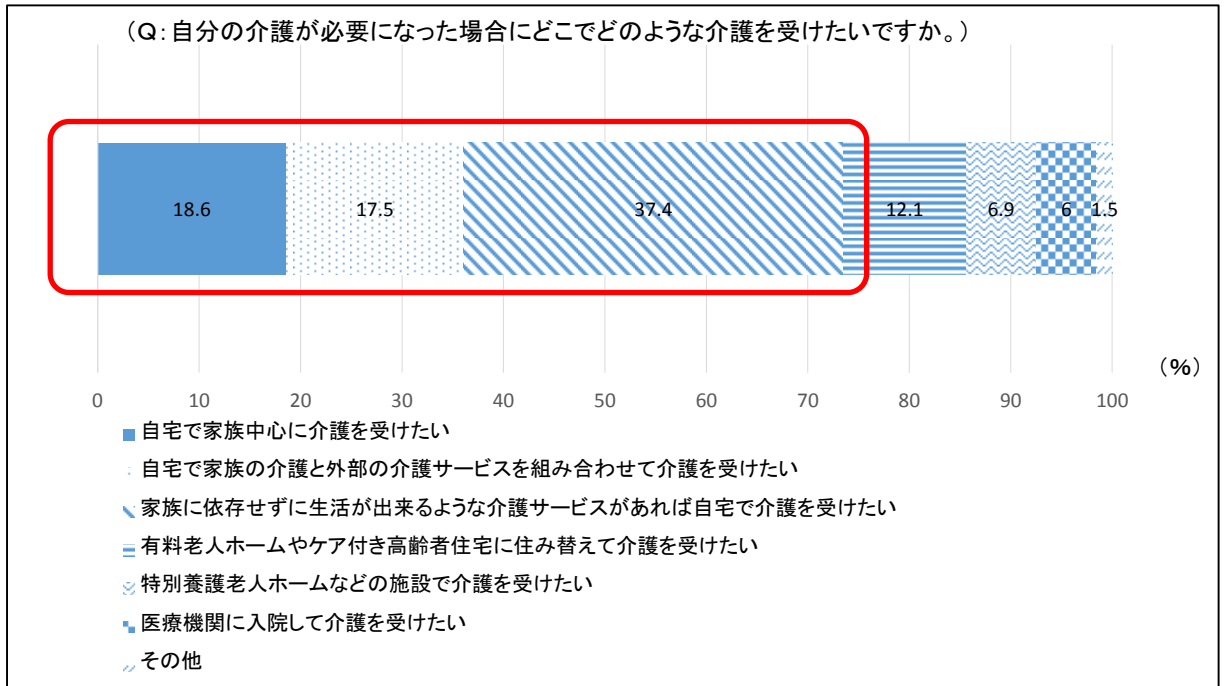
重点施策Ⅲに関する データ

1 介護を受けたい場所と介護の受け方（全国規模のアンケート結果から） 【図1】

○ 一般的には、自宅で介護を受けたい方が多いが、介護の受け方は、家族介護に限らず外部の介護サービスも求められている。

介護を受けたい場所と介護の受け方

【図1】



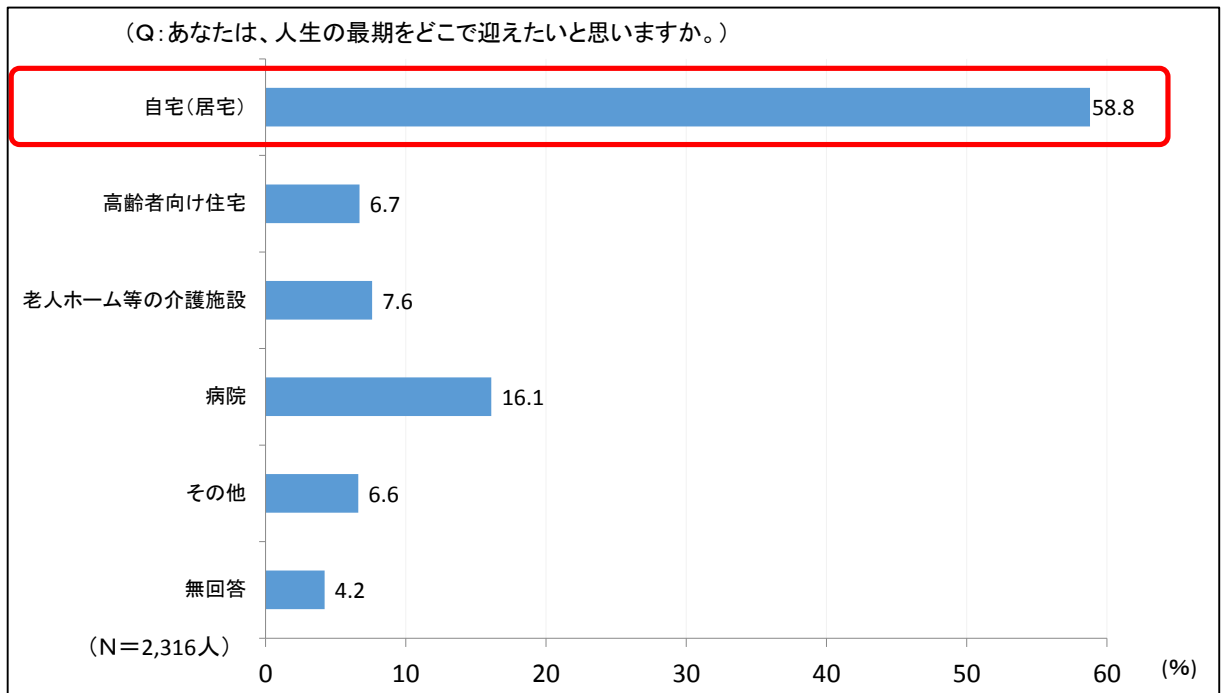
出典：平成 29 年度第 2 回高齢福祉専門分科会提出資料

2 人生の最期を迎えたい場所 【図2】

○ 本市では、人生の最期を自宅（居宅）で迎えたいと思っている高齢者が過半数を占めている。

人生の最期を迎えたい場所

【図2】



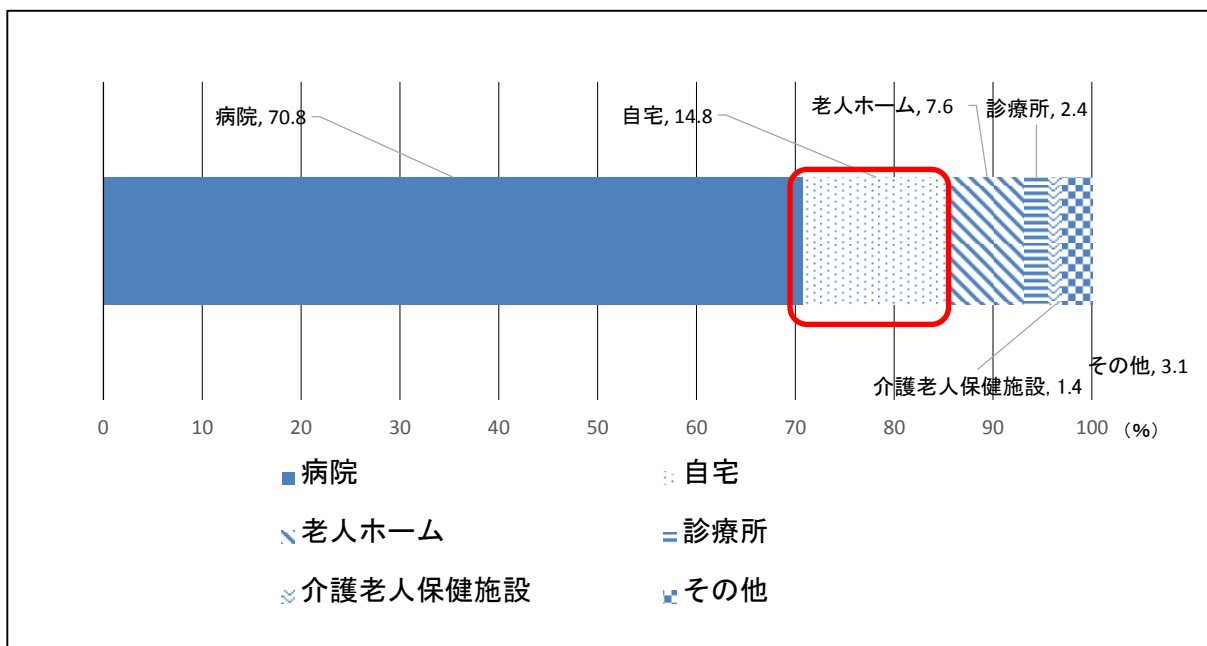
出典：平成 29 年度第 2 回高齢福祉専門分科会提出資料

3 死亡の場所について 【図3】

- 本市において、死亡の場所別にみると、病院を含む施設での死亡が8割を超えている一方、自宅での死亡は2割に満たない。

死亡の場所について

【図3】



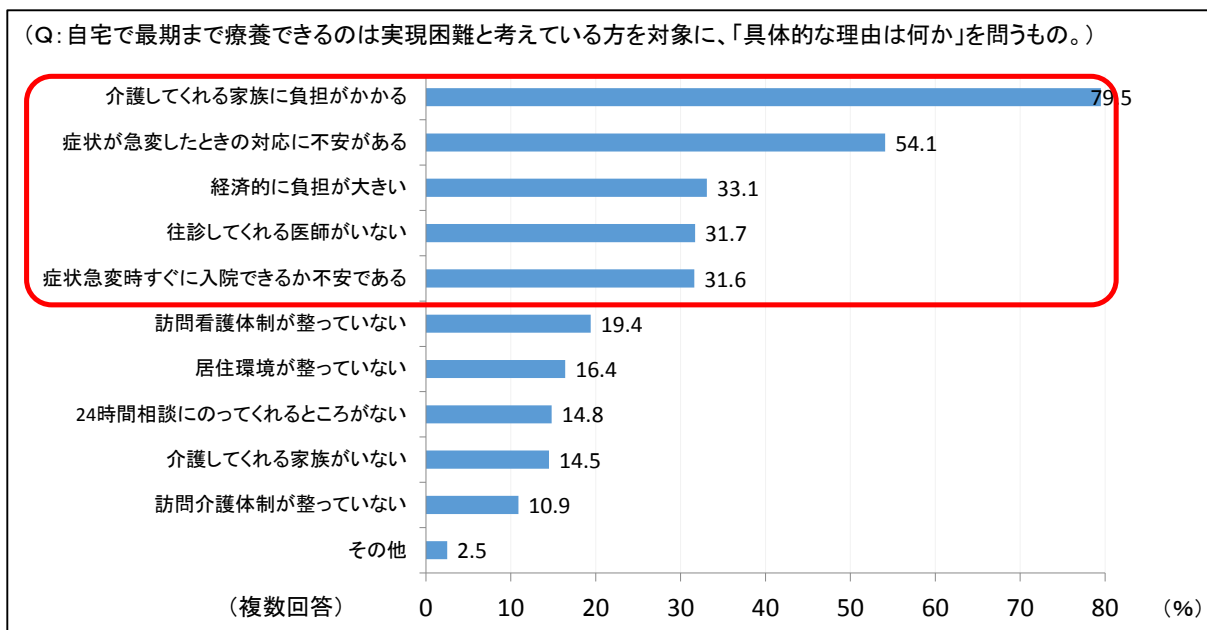
出典：厚生労働省「人口動態調査」（平成28年）より作成

4 人生の最終段階について（全国規模のアンケート結果から） 【図4】

- 一般的には、自宅で最期まで療養することが困難な理由として、家族に介護の負担がかかることや、症状の急変への対応、また、往診してくれる医師がいないなどの意見が挙げられている。また、訪問看護体制が整っていないなど、在宅医療サービスの不足を挙げる声も散見される。

人生の最終段階について

【図4】



出典：平成29年度第2回高齢福祉専門分科会提出資料