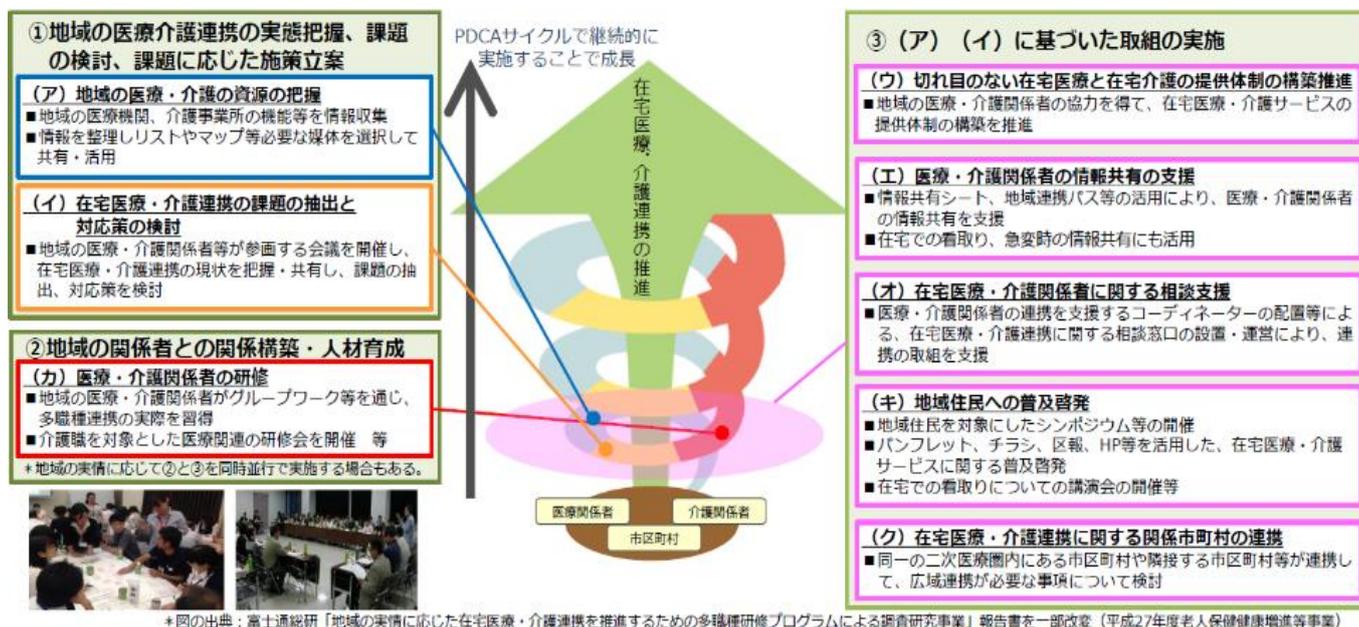


## 施策の柱4 在宅医療・介護連携の推進

平成27年度施行の改正介護保険法により、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に地域包括ケアシステムを構築するための事業の1つとして「在宅医療・介護連携推進事業」が地域支援事業の包括的支援事業に位置づけられ、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られるよう、在宅医療・介護を一体的に提供するために、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となりました。これにより、平成30年4月には、すべての市区町村において、様々な施策をPDCAサイクルで継続的に実施することで、次の図に示す(ア)から(ク)の8つの事業項目に取り組むことが義務付けられました。



(図4-2) 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目と進め方のイメージ

平成30年3月1日現在の市内の病院及び診療所の数は、病院が6か所、一般診療所が71か所の合計77か所となっており、在宅医療を支える在宅医療支援診療所は5か所となっています（関東信越厚生局 平成30年3月保健医療機関の指定一覧より）。「都市データパック2017年版（東洋経済新報社）」によると、人口1万人あたりの病院及び診療所数は、全国813市区のうち720番目、医師数は615番目と医療資源が非常に少ない状況にあります。

県は2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計した地域医療構想を策定しました。ひたちなか市が含まれる「常陸太田・ひたちなか医療圏」では、平成25年10月と比べ599床の病床数削減が見込まれています。

一方で、高齢化の進展により死亡者数が増加しており、平成28年の1,329人（厚生労働省平成28年人口動態死亡小票より）から、2025年には1,921人（内閣府平成29年版高齢社会白書『出生数及び死亡数の将来推計』を基に推計）と1.45倍になると予測されます。

また、平成 24 年度に内閣府が行った「高齢者の健康に関する意識調査」では、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」が 54.6%で最も高くなっていますが、平成 23 年の死亡者のうち自宅で最期を迎えた方の割合は 12.9%(平成 25 年人口動態調査)となっており、希望に反し、自宅での看取りは難しくなっています。

## 1 在宅医療・介護連携推進協議会（☆）

市では、平成 28 年度に医療と介護の関係者が一堂に会する「多職種協働のための意見交換会」や、医師や訪問看護師との意見交換を行い、現状を把握するとともに、医療・介護連携を推進するための課題を抽出しました。そして、医師会、歯科医師会、薬剤師会の 3 師会の代表や市内の医療・介護事業所の代表などを構成員とした「在宅医療・介護連携準備会」を設置し、現状や課題を共有、整理してきました。平成 29 年度には「在宅医療・介護連携推進準備会」を「在宅医療・介護連携推進協議会」に発展させ、次に示すように事業の課題を 3 つに整理するとともに、事業の目標と目的を定めました。

### (1) 事業の課題

#### ①マンパワーの確保（特に訪問診療を行う医師）

市では、医師、特に訪問診療を行う医師が不足しています。高齢者人口の増加及び病床数削減により、医療と介護が必要な状態でも自宅などで生活する高齢者が増えていくと予測されることから、訪問診療を行う医師の確保が必要になります。

また、医師の負担を軽減するため、医師の確保と併せて看護職や介護職などを確保する必要があります。

#### ②多職種連携強化

「多職種協働のための意見交換会」では、「他の職種が何を支援できるのか分からない」、「患者の支援にあたり、事業所間での情報が共有できず困っている」などの意見が挙がり、多職種間でのお互いの役割などについての理解不足や情報共有不足などの課題が抽出されました。

今後、高齢者人口が増加し、生産年齢人口が減少していく状況においては、多職種が連携し、効率的に支援していくことが求められるため、多職種連携を強化する必要があります。

#### ③在宅医療・介護への理解促進

医師との意見交換の中では、在宅での看取りを望む高齢者が事前に意思表示をしていないことにより、病院に搬送され、望まない治療をされるケースもあるとの意見が挙がり、終末期の容態変化の周知や、事前の意思表示の必要性などの課題が抽出されました。

高齢化に伴う「多死社会」において、在宅での看取りを選択肢の 1 つとして普及させていくためにも、終末期における事前の意思表示の必要性や在宅医療・介護への理解を促進する必要があります。

## (2) 事業の目的と目標

目的：「2025 年を目途に、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心安全で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられ、ひたちなか市は本当に住みやすいまちだと思えるように、在宅医療と介護を一体的に提供する体制を構築する」

目標：「高齢者が在宅医療や在宅看取りなどの選択もできる」

## 2 在宅医療・介護連携推進ワーキング部会（☆）

平成 29 年度は、「在宅医療・介護連携推進協議会」の下部組織「在宅医療・介護連携推進ワーキング部会」として「在宅医療・介護連携推進センター設置部会」、「情報共有推進部会」、「研修・普及啓発部会」の 3 つの部会を設置し、課題解決に向け、具体的な施策を立案し、できるところから順次実施しています。

### (1) 医療・介護関係者向け研修

#### 【現状】

医療・介護関係者への研修については、平成 27 年度から実施し、在宅医療と介護の連携に関する現状やその必要性などについて研修会を 3 回実施したほか、顔の見える関係を構築し、連携を強化するための多職種による意見交換会を 5 回開催しました。

(表 4-146)

## 市が開催した医療・介護関係者向け研修会

		参加人数	テーマ
平成 27 年度	研修会	87 人	なぜ、在宅医療と介護が連携する必要があるのか
平成 28 年度	第 1 回意見交換会	159 人	在宅医療と介護の連携を推進する上での課題について
	第 2 回意見交換会	146 人	医療と介護を必要とする高齢者を支えるために私たちができること
	第 3 回意見交換会	142 人	多職種で連携するための具体的進め方について
	研修会	98 人	在宅医療の現状について
平成 29 年度	第 4 回意見交換会	146 人	多職種で連携するための具体的進め方について想定：がん患者、在宅での療養・看取り希望
	研修会・第 5 回意見交換会	113 人	研修会：おもしろおかしく旅立つ～人生の最期に「よかった」といえる生き方～ 意見交換会：患者が望む終末期をどう支えていけばよいか～（Key word 連携）～

**【今後の方針】**

地域の医療・介護関係者による同行訪問研修や、多職種連携が必要な事例の検討による研修など、在宅医療と介護の連携の推進に向けて研修を実施していきます。

**(2) 情報共有支援****【現状】**

個別のケースの支援にあたり、お薬手帳や ICT ツールを用いた情報共有について検討を進め、お薬手帳と併せて活用できる紙ツール「ささえ愛シート」を作成するとともに、ICT ツール「電子@連絡帳」を利用するための準備を進めています。

また、事業所などの情報を共有するために、各機関が公開しているホームページのリンク集を作成し、市ホームページで公開しています。

ホームページアドレス：

<https://www.city.hitachinaka.lg.jp/soshiki/7/3/zaitaku/11906.html>

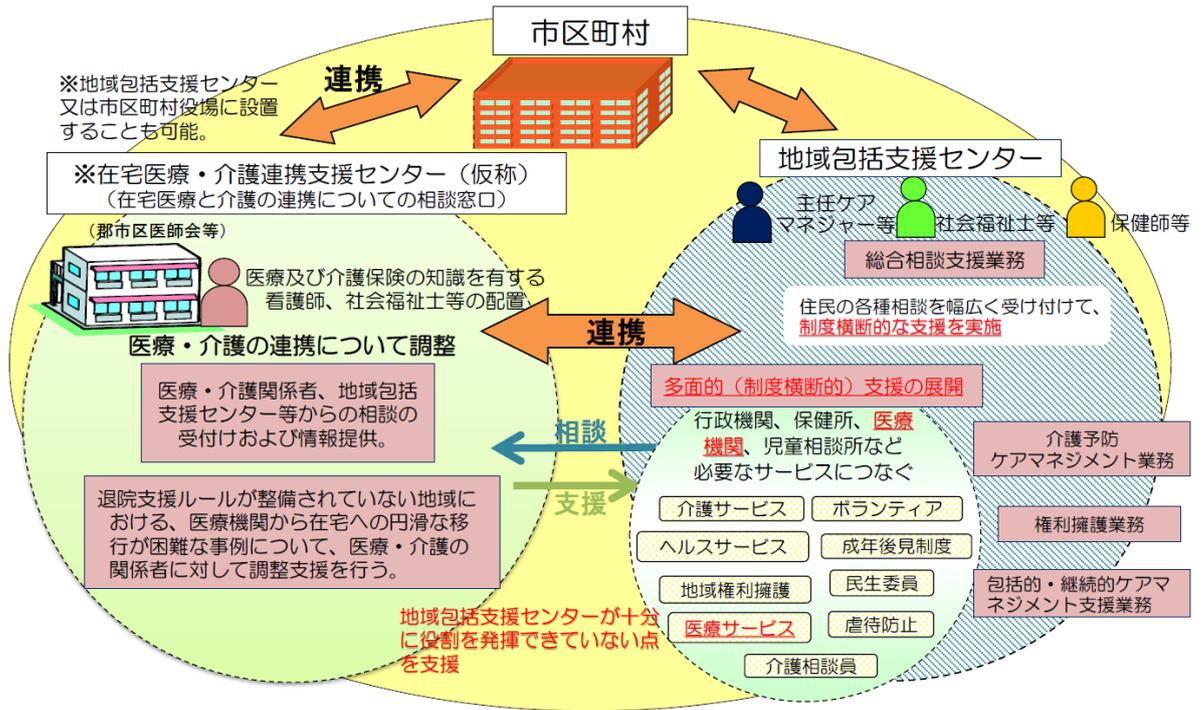
**【今後の方針】**

ICT ツール「電子@連絡帳」などを活用した情報共有の支援や、国が 2020 年度から本格稼働させる大規模な健康・医療・介護の分野を有機的に連結した ICT インフラの活用に向けた検討を行っていきます。

### (3) 在宅医療・介護に係る相談窓口

#### 【現状】

地域の医療・介護関係者から在宅医療・介護連携に関する相談等を受け、情報提供や連携調整等の支援を行う相談窓口「在宅医療・介護連携推進センター(以下、「連携推進センター」という。)」を設置するため、「連携推進センター」の機能や運営方針などについて検討するとともに、医師会と協議を重ね、設置に向けた準備を進めてきました。



(図 4-3) 在宅医療・介護連携推進センターのイメージ

#### 【今後の方針】

市と医師会が協力しながら円滑に「連携推進センター」を運営し、医療や介護関係者等からの相談に応じるとともに、将来的には「連携推進センター」が切れ目のない在宅医療・介護連携を推進する拠点となるよう目指します。

## (4) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築

### 【現状】

高齢者の入退院に際し、病院の入退院調整担当者と介護支援専門員（ケアマネジャー）とが連携し、入院した時点から退院後の在宅療養にいたるまでの支援が切れ目なく行われるよう「ひたちなか市入退院情報共有ルール」を作成しました。

### ひたちなか市入退院情報共有ルール

**医療と介護が連携することで、在宅から入院へ、入院から在宅へ、切れ目のない支援を提供し、入院時から退院後の在宅療養までのスムーズな移行を目指します。**

「ひたちなか市入退院情報共有ルール」（以下「ルール」という。）は、高齢者の入退院において、病院の**入退院調整担当者**（以下「入退院調整担当者」という。）とおとしより相談センター（市内の地域包括支援センターの通称名）や居宅介護支援事業所等の**介護支援専門員**（以下「ケアマネジャー」という。）が情報共有を確実に進めていくための基本的な連携の流れや役割を示したものです。

また、このルールを活用しやすいよう、要点等をまとめた「**ひたちなか市入退院支援パス（P6）**」（以下「支援パス」という。）も掲載しています。

在宅療養を地域全体で支えるため、ルールの普及・活用にご協力ください。

入院調整担当者 ← 支援パス → ケアマネジャー

高齢福祉課のホームページに掲載中！

ひたちなか市入退院情報共有ルール検索

関係者の皆さま、是非ご利用ください

ひたちなか市在宅医療・介護連携推進協議会  
【在宅医療・介護連携推進センター設置部会】  
事務局 高齢福祉課 在宅医療・介護連携推進室  
TEL 029-273-0111（内線7235）  
平成30年3月 現在

(図 4-4) ひたちなか市入退院情報共有ルール

### 【今後の方針】

平成 30 年度施行の改正介護保険法では、本事業について、県による市町村への支援が努力義務として位置づけられました。市には、医師、特に在宅医療に取り組む医師が少ないことから、県や医師会との連携を図りながら、マンパワーの確保に努めるとともに、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進していきます。

## (5) 市民への普及啓発

### 【現状】

市民に向けて在宅医療や介護について普及を図るため、市報への特集記事の掲載や市民向けリーフレットの配布、地域に出向いての出前講座等を実施しています。



(図 4-5) 市民向けリーフレット

### 【今後の方針】

在宅医療や介護の理解を広めるため、引き続き市報や出前講座などを活用して普及啓発に取り組むとともに、今後の「多死社会」にむけ、希望する最期を迎えるための事前の意思表示の重要性などについて周知していきます。