

第4章第4節

医療との連携

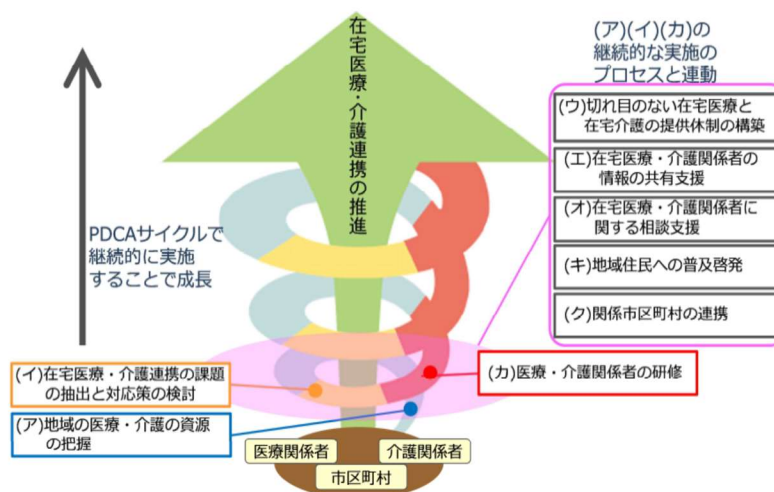
1 地域での医療と介護の連携強化

【現状と課題】

(1) 在宅医療・介護連携の推進

- 疾病構造の変化や高齢化により誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中、地域で「治し、支える医療」への転換が求められており、医療、介護、生活支援等の各種の多様なサービス提供により住み慣れた地域で尊厳ある暮らしが継続できるよう関係機関が連携して対応していく必要がある。
- 在宅医療を支えるかかりつけ医は重要な役割を担っている。日常行う診療のほか地域課題を検討する地域ケア会議等へ参加するなど、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう多職種多機関と連携した取組みが進められている。
- 退院後の生活の場となる「家庭」については、高齢者の単独・夫婦のみ世帯が増加し、患者を家族の力だけでは支えきれないケースも多くなってきており、地域の実情に応じて、必要な時に必要なサービスが提供される体制を整備することが必要である。
- 現在、市町村が主体となり、地域の医師会等関係機関と連携しながら、介護保険法の地域支援事業に位置付けられた「在宅医療・介護連携推進事業」を推進している。
- 各地域における医療・介護提供体制のあるべき姿の全体像を関係者で共有した上で、各取組を一体的に行うことが重要であり、市町村が戦略的に取り組んでいくことができるよう実情に応じた支援を実施していく必要がある。

図表 4-4-1 在宅医療・介護連携推進事業の進め方イメージ

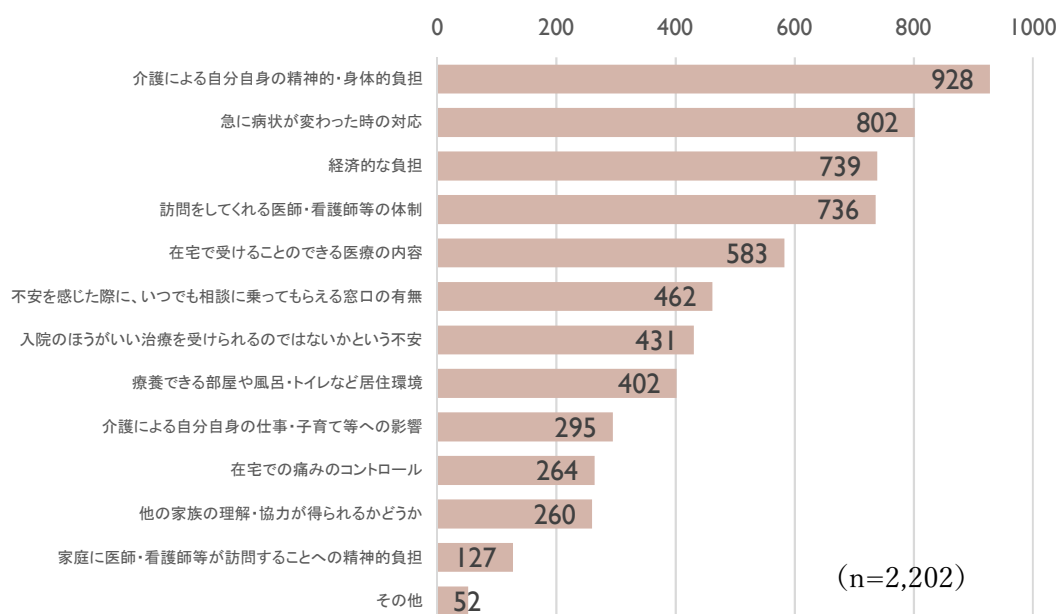


資料：厚生労働省
老健局老人保健課
「在宅医療・介護
連携推進事業の手
引き ver. 2」

(2) 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制

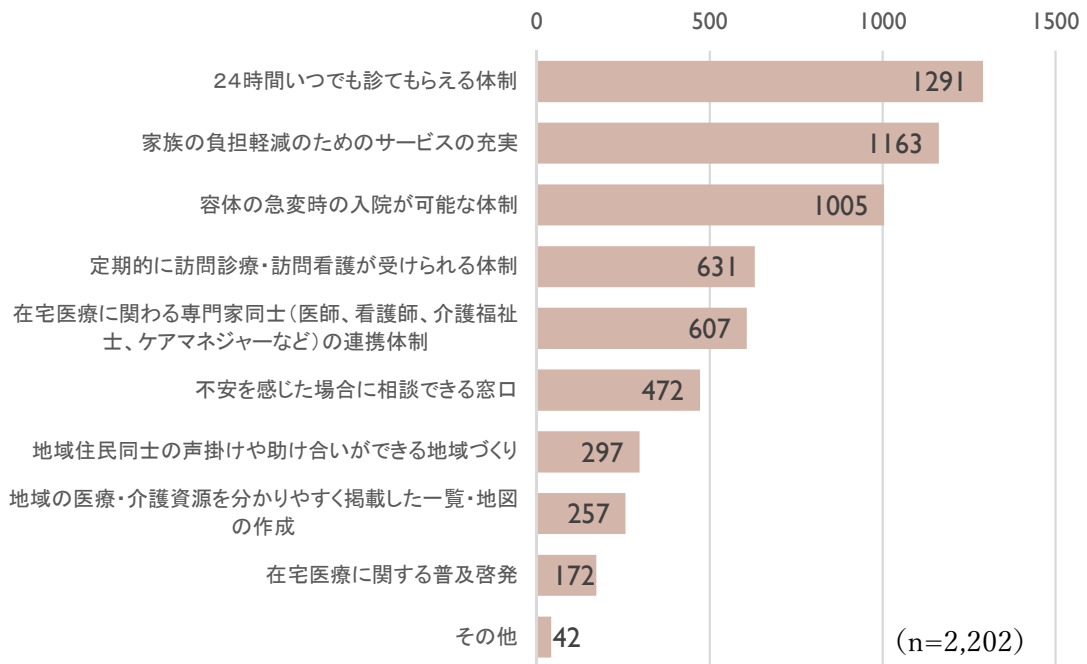
- 退院時の在宅への移行や、在宅療養者の急変時において、円滑な医療介護連携を行うためには、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション及び居宅介護支援事業所等関係者間での情報共有が重要である。
- しまね医療情報ネットワーク（まめネット）等ICTの活用による患者・利用者情報の共有・連携により医療・介護サービスの質の向上や効率的な提供が必要である。
- 要介護3以上の中重度の要介護者数は、平成28（2016）年10月末現在で約16,624人と1号被保険者47,561人の約35%を占めている。
- 島根県地域医療構想（平成28（2016）年10月策定）において、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、療養病床の再編や在宅医療の充実の方向性が示されたことを踏まえると、今後、医療的ケアが必要となる方や中重度の要介護者の在宅での療養生活を支援する訪問看護や訪問リハビリテーション、短期入所療養介護等の医療系サービスの需要が増えていくことが見込まれる。
- 平成28（2016）年度に行った在宅医療・介護に関する住民意識調査では、「家族が在宅医療を受ける場合、特に心配に思うこと」として、「看護してくれる家族の精神的・身体的負担」「急に病状が変わった時の対応」をあげる回答が多い。
- また、「在宅医療を推進する上で必要と思うもの」については、「24時間いつでも診てもらえる体制」「家族の負担軽減のためのサービスの充実」が多い。
- この結果を踏まえ、在宅医療・介護を進めていくには、症状の急変時の対応や緩和ケア等に関する医療・介護に関する情報提供や介護保険サービスの調整等により、介護をする家族の不安や負担軽減を図ることが必要である。

図表4-4-2 住民意識調査結果（家族が在宅医療を受けることとなった場合、あなたが特に心配に思うこと・複数回答）



資料：平成28（2016）年島根県在宅医療・介護連携に関する住民意識調査

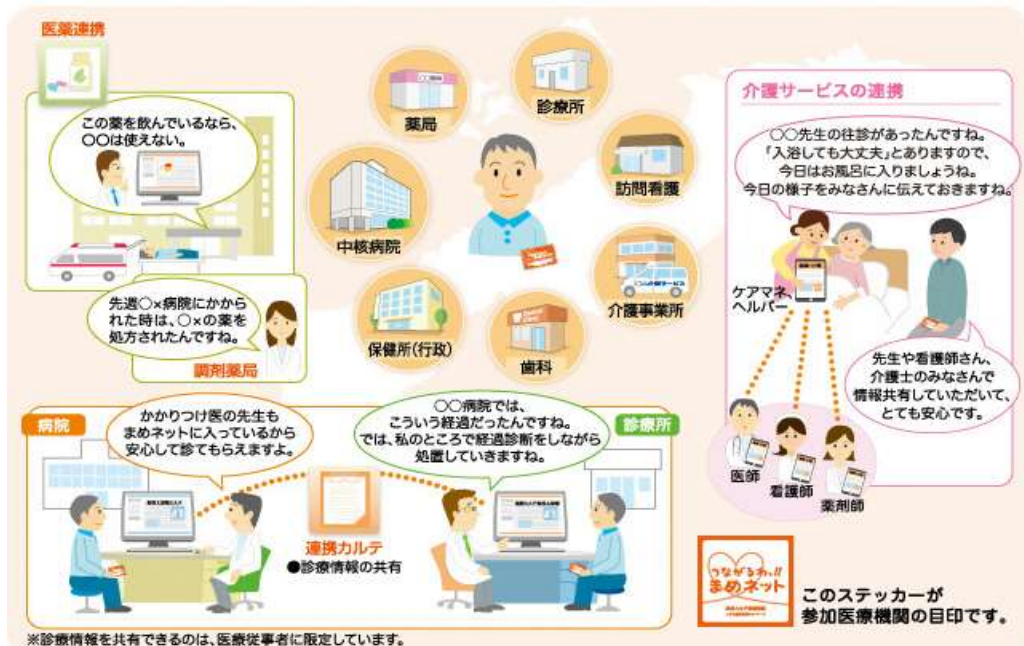
図表4-4-3 住民意識調査結果（在宅医療を推進していく上で特に必要と思うもの・複数回答）



資料：平成28（2016）年島根県在宅医療・介護連携に関する住民意識調査

〔参考〕しまね医療情報ネットワーク（まめネット）

平成25（2013）年1月から運用を開始しているしまね医療情報ネットワーク（愛称：まめネット）では、在宅ケア情報共有サービス（在宅ケアが必要な方の情報を多職種間で共有）、ケアプラン交換サービス（居宅介護支援事業者と介護サービス事業者間で、サービス計画とサービス実績のデータを交換）などが稼働し、医療機関や介護事業所など、高齢者のケアに関わる機関同士の情報共有を支援するツールとして活用されている。



(3) 人生の最終段階への対応

- 人口動態調査によれば、島根県における死亡者の死亡の場所別の割合は、高齢者施設が増加傾向にある一方、自宅は減少傾向にある。
- しまねwebモニター調査（平成26（2014）年度）の「人生の最期はどこで迎えたか」との質問に対し「わからない・考えたことがない」との回答が40%あり、次いで37%が「自宅」と回答。「介護施設」との回答は3%である。
- 在宅医療・介護連携に関する住民意識調査（平成28（2016）年）では「長期の療養が必要となった場合、在宅療養ができる体制を作るべきであると思うか」との質問に対し、「思う」という回答が半数を超えているが「わからない」という回答も多くある。また、同調査で「講演会等で取り上げてもらいたいテーマ」の質問に対し、「終末期医療・看取り」との回答が多く寄せられている。
- これらの調査結果から、本人や家族に終末期の医療や在宅ケアに関する情報が十分に浸透している状況ではないと推測されることから、住民への啓発、情報提供を進めていくことが重要である。
- また、医療・介護関係者における終末期のケアに関する理解促進や、研修等を通じた事業所・施設における対応力の向上も必要である。

図表4-4-4 死亡の場所別死亡数

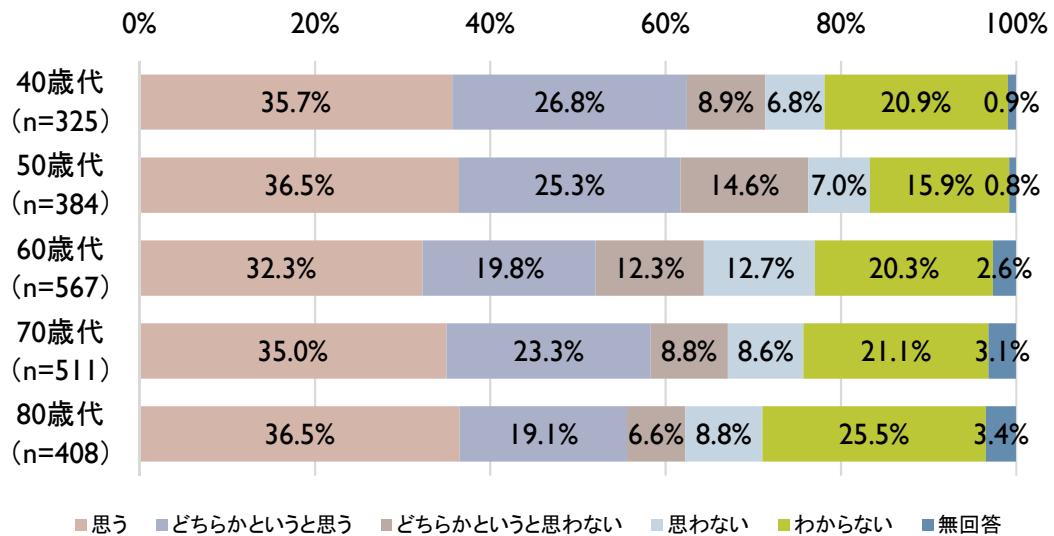
| 年 | 島根県 | | | | | | | | | | 全国 | | | |
|----|--------|--------|-------|-------|-----|--------|-------|------|-----|--------|-------|------|-----|--|
| | 死亡数(人) | | | | | 割合(%) | | | | | 割合(%) | | | |
| | 総数 | 病院・診療所 | 高齢者施設 | 自宅 | その他 | 病院・診療所 | 高齢者施設 | 自宅 | その他 | 病院・診療所 | 高齢者施設 | 自宅 | その他 | |
| H7 | 7,687 | 5,491 | 248 | 1,712 | 236 | 71.4 | 3.2 | 22.3 | 3.1 | 77.0 | 1.8 | 18.3 | 2.9 | |
| 12 | 7,700 | 5,985 | 271 | 1,232 | 212 | 77.7 | 3.5 | 16.0 | 2.8 | 81.0 | 2.4 | 13.9 | 2.8 | |
| 17 | 8,557 | 6,828 | 414 | 1,095 | 220 | 79.8 | 4.8 | 12.8 | 2.6 | 82.4 | 2.8 | 12.2 | 2.5 | |
| 22 | 9,109 | 7,121 | 768 | 1,042 | 178 | 78.2 | 8.4 | 11.4 | 2.0 | 80.3 | 4.8 | 12.6 | 2.3 | |
| 25 | 9,572 | 7,288 | 1,071 | 1,030 | 183 | 76.1 | 11.2 | 10.8 | 1.9 | 77.8 | 7.2 | 12.9 | 2.2 | |
| 26 | 9,369 | 7,158 | 1,045 | 945 | 221 | 76.4 | 11.2 | 10.1 | 2.4 | 77.3 | 7.8 | 12.8 | 2.2 | |
| 27 | 9,604 | 7,127 | 1,216 | 1,032 | 229 | 74.2 | 12.7 | 10.7 | 2.4 | 76.6 | 8.6 | 12.7 | 2.1 | |
| 28 | 9,562 | 7,110 | 1,335 | 908 | 209 | 74.4 | 14.0 | 9.5 | 2.2 | 75.8 | 9.2 | 13.0 | 2.1 | |

資料：人口動態調査（厚生労働省）

【注】死亡数は全年齢（年齢別の都道府県集計値の公表がないため）

高齢者施設は、介護老人保健施設と老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）の合計

図表4-4-5 住民意識調査結果（老衰、がん、脳卒中の後遺症等で長期の療養が必要になった場合、自宅で療養を継続できる体制を体制を社会全体で作るべきと思いますか）



資料：平成28（2016）年島根県在宅医療・介護連携に関する住民意識調査

【方策】

（1）在宅医療・介護連携の推進

- 医療・介護レセプトに基づくデータ分析により、市町村の在宅医療・介護の現状把握を支援する。
- 県が把握している在宅医療や介護資源に関するデータについて、市町村・保険者ごとに課題抽出できるような情報提供する。
- 高齢者や家族等が在宅等の希望する場所での療養生活を可能とするため、これを支える訪問看護師や介護職員等の人材確保や養成を進めるとともに、限られたサービスが効果的に提供されるよう、多職種協働によるケアの提供について研修や意見交換を行う。
- 介護支援専門員が在宅療養に関する十分な説明と適切なマネジメントを行い高齢者や家族等の不安軽減を図ることができるよう、必要に応じて市町村や地域包括支援センターと連携して地域の医療体制や介護保険サービス事業所等の情報を集約し、各圏域において情報共有や意見交換を行う。
- 医療的ケアの必要な方や中重度の要介護高齢者の在宅生活を24時間支える訪問看護等の医療系サービスや、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの充実を図るため、保険者や事業者に対して先駆的な取り組み等の情報提供や意見交換を行うなどして、サービス導入の促進を図る。

（2）切れ目のない在宅医療・介護の提供体制

- 高齢者本人の意思を尊重し、家族等の精神的、身体的な介護負担の軽減を図る観点から、退院支援から日常の療養支援、急変時の対応や在宅における緩和ケアから看取りまで、切れ目のない在宅医療・介護にかかる様々な支援を、包括的かつ

継続的に提供できる体制が構築できるよう、各圏域において、保健所や市町村、関係機関とで連携して検討や調整を行う。

- 入院時や退院退所時における情報共有が円滑に行われ適切なケアが提供されるよう、各市町村で開催される地域ケア会議等で把握された医療・介護連携における課題について、各圏域の地域保健医療対策会議医療介護連携部会等の機会を通じて関係者間で共有するとともに課題解決に向けた協議を行う。
- 医師会等の関係団体と広域的な協力関係を構築し在宅医療・介護の連携を推進することができるよう、各圏域において、連絡調整を行う。
- 医療・介護の関係者が高齢者の状態等について円滑に情報共有ができるよう、しまね医療情報ネットワーク（まめネット）の普及を図る。

（3）人生の最終段階への対応

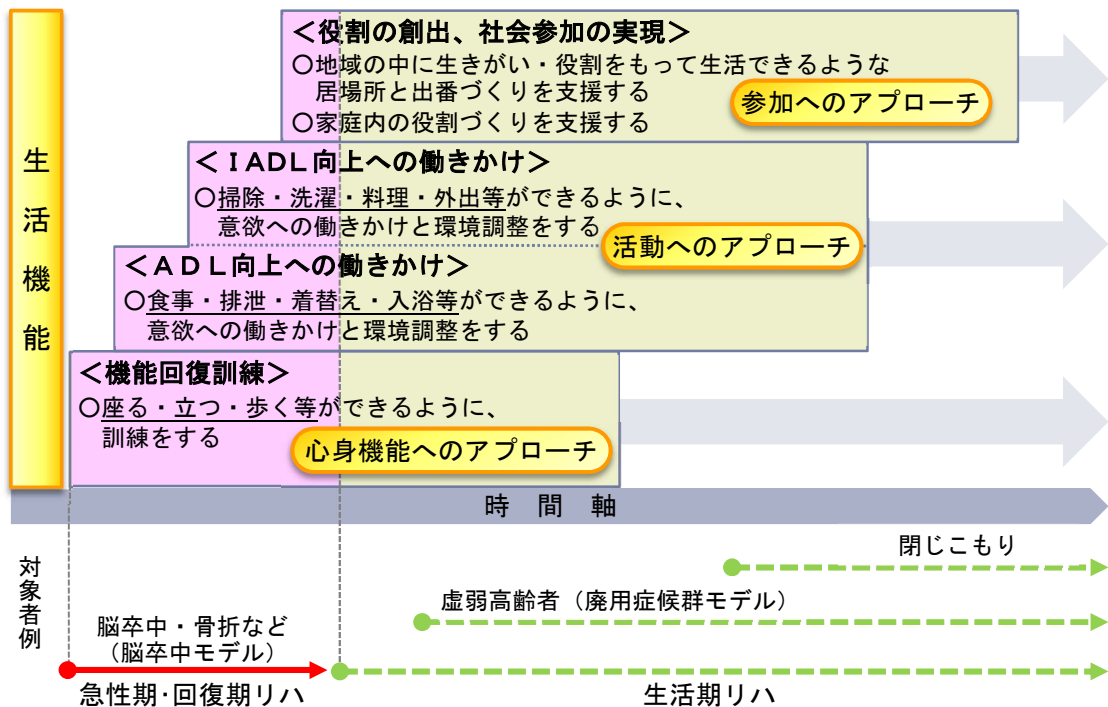
- 高齢者本人や家族等が望む場所での看取りが進むよう、市町村が行う看取りに関する住民啓発や在宅医療・介護連携に関する相談支援の取組みに対して、各圏域の看取りを行う医療提供体制や介護サービスについての情報共有や意見交換等により支援する。
- 看取りへの対応を進めるためには、医療機関や介護事業者には本人・家族への十分な説明や話し合いが求められ、また、医療・介護の関係者が心身の状態の変化を適時適切に情報共有するなど一層の連携強化が必要となることから、集団指導や実地指導、研修等の機会を通じて、医療・介護関係者に対して終末期のケアに関する理解を促進する。

2 リハビリテーションの推進

【現状と課題】

- 高齢者に対するリハビリテーションは、「心身機能」への働きかけだけでなく、食事や排泄などの日常生活動作（ADL）及び料理や外出などの手段的日常生活動作（IADL）の向上といった「活動」や、役割の創出や社会参加の実現といった「参加」についてもバランスよく働きかけていく必要がある。
- 「脳卒中」や「骨折」等の急激な変化を伴う病気については、急性期から回復期、生活機能を維持または向上させる維持期・生活期の各病期に応じて、医療と介護が連携をして、自立を目指した適切なリハビリテーションが切れ目なく提供できる体制づくりが必要である。
- 高齢者の生活機能が徐々に低下していく虚弱な状態については、早期の段階から、食事や排泄等の基本的な日常生活動作や、掃除・洗濯や外出等のさらに活動への意欲を高める行為、家庭内や地域での社会参加の実現など、心のケアや精神的支援を含めた生活活動全般への働きかけが必要となる。
- 在宅での療養生活が容易でない場合等については、在宅復帰・在宅支援の機能を有する地域の介護老人保健施設が中核となって在宅生活を想定したリハビリテーションを提供し、安心して在宅での療養生活を送ることができるよう支援することが期待される。
- 誤嚥性肺炎の予防や悪化防止を図る観点から、多職種連携により、摂食・嚥下や排泄などの生活機能の維持改善に効果的なリハビリテーションを一体的に提供する必要がある。

図表 4-4-6 生活機能とその構成要素



【方策】

- 高齢者の方の多様な生活状況や価値観、状態像を踏まえ、自立支援を目指したり
リハビリテーションを提供するためには、医療系サービスだけでなく訪問介護や通
所介護等も含めて、サービス提供にあたる事業所がリハビリテーションにかかる
目標を共有し、連携してサービス提供にあたる必要があるため、介護保険事業者
に対する実地指導や集団指導、研修の機会を通じて、連携体制を構築・強化して
いくよう促す。
- リハビリテーション専門職と介護サービスに従事する関係職員の多職種が連携
して、高齢者の意欲や意志を尊重したケアマネジメントを行うことができるよう、
個別の地域ケア会議等の充実を図る。

3 訪問看護の推進

【現状と課題】

(1) 訪問看護の推進

- 医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれるため、可能な限り住み慣れた地域で生活することができるよう在宅における医療と介護の推進が重要である。
- 在宅医療の推進においては、かかりつけ医と連携した訪問看護の充実が不可欠である。
- 入院早期からの退院支援が必要であり、病院と地域の看護職や介護職との連携がますます重要となっている。
- 住民や関係者への訪問看護に関する啓発が必要であるため、引き続き、島根県訪問看護ステーション協会や島根県看護協会等と連携し、研修や人材確保のための啓発事業等を実施していくことが必要である。
- 県では、「島根県訪問看護支援検討会」を開催し、訪問看護サービスの確保のための施策検討を行っている。

(2) 人材確保及び定着

- 県内の訪問看護ステーション数は71か所、看護職員数（常勤換算）327.6人であり、年々増加しているものの、県西部及び中山間・離島地域において少ない現状である。
- 年齢構成は、50歳代以上が55%（241人）を占めており、30歳代14.7%（64人）、20歳代0.2%（10人）と若い年代の就業が少ない状況である。
- 看取りや重症度の高い利用者への対応も求められており、訪問看護師の人材確保及び質の向上が重要となっていることから、潜在看護師の就業促進の支援等を行っている。

(3) 資質の向上

- 在宅医療のニーズの多様化に対応できるよう、訪問看護の資質向上を目的とした各種研修を、島根県看護協会に委託して実施している。また、病院と訪問看護ステーションの相互研修を実施しているが、さらに在宅療養支援の充実が必要である。

(4) 運営体制

- 職員数5人未満の小規模事業所が約67%を占めており人員体制や経営面で安定的な運営が困難な状況であること、訪問看護師が不足していること、条件不利地域においては対象患者の居宅間の移動に時間がかかることなどから、今後は、大規模化等による機能強化の検討等により、安定的なサービス提供体制整備が必要である。

図表4-4-7 訪問看護ステーション数・看護職員数

(単位：か所、人)

| | | 松江 圏域 | 雲南 圏域 | 出雲 圏域 | 大田 圏域 | 浜田 圏域 | 益田 圏域 | 隠岐 圏域 | 計 |
|-----------------|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------|
| 事業所数 | H27年 | 26 | 5 | 15 | 7 | 6 | 5 | 2 | 66 |
| | H29年 | 29 | 5 | 15 | 9 | 6 | 5 | 2 | 71 |
| 看護職員数 (常勤換算) | H27年 | 108.4 | 19.3 | 68.0 | 30.3 | 38.7 | 18.6 | 5.6 | 288.9 |
| | H29年 | 127.4 | 22.2 | 72.4 | 35.1 | 46.3 | 18.7 | 5.5 | 327.6 |

資料：島根県高齢者福祉課（H27年4月、H29年10月現在）（休止中除く）

【方策】

(1) 訪問看護の推進

- かかりつけ医等や介護支援専門員などへ訪問看護の理解促進のための啓発や、広報等により住民向け啓発を行い、訪問看護の推進を図る。
- 「島根県訪問看護支援検討会」を開催し、訪問看護の充実に向けて検討を行う。

(2) 人材確保及び定着

- 島根県看護協会や島根県訪問看護ステーション協会等と連携し、各種研修会や訪問看護の魅力の発信などを行う。
- 関係機関と連携し、病院と地域の看護職の相互理解や、人材確保のための取組みを進める。
- 訪問看護に関心を持つ比較的若い年代の看護師を対象とする訪問看護師育成システムの構築について、関係機関との検討を進め、訪問看護師確保を進める。
- 病院から訪問看護ステーションへの出向研修の仕組みを検討し、病院の退院支援や在宅療養支援の充実を図ることにより、訪問看護を担える看護師の養成を進める。

(3) 資質の向上

- 管理者向け研修、精神科訪問看護研修、フィジカルアセスメント研修、病院と訪問看護ステーションとの相互研修等の各種研修を実施し、訪問看護の資質向上を図る。
- 島根県看護協会、島根県訪問看護ステーション協会、島根県介護支援専門員協会合同研修会等を実施し、連携を推進する。

(4) 運営体制

- 離島・中山間地域の条件不利地域で活動する訪問看護ステーション等を市町村と連携して支援する。