

第9章

医療との連携

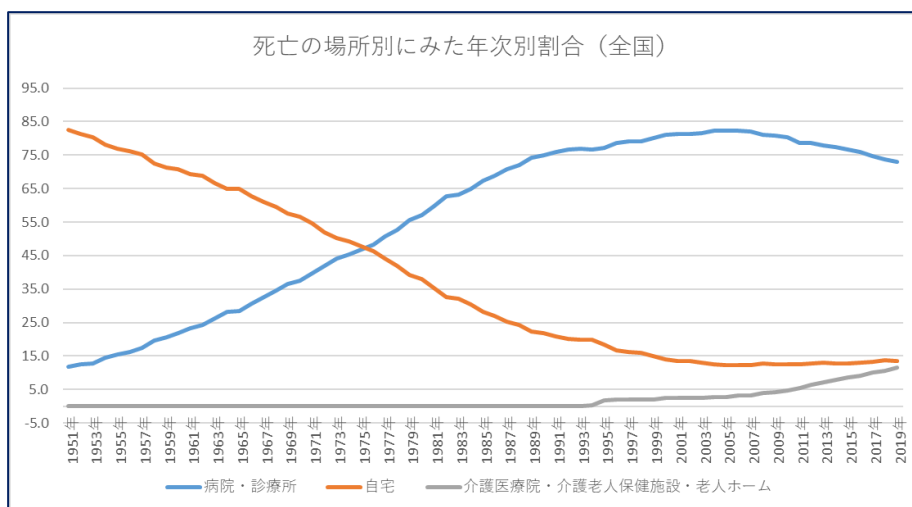
本章の目標（目指すべき姿）

当人の状態に応じて必要な医療と介護のサービスが切れ目なく提供される

1 現状と課題（総括）

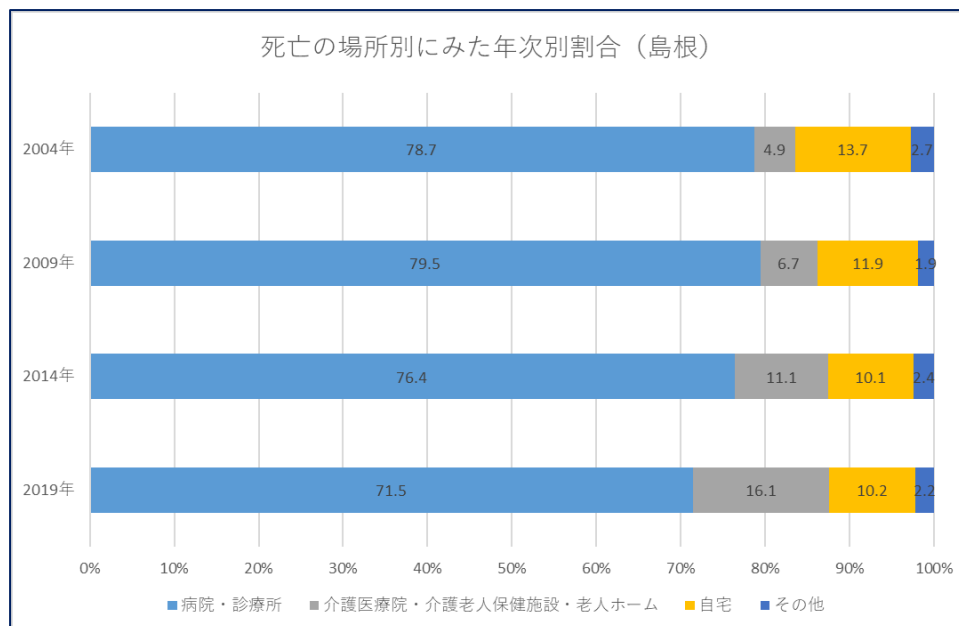
- 高齢化に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」へ転換が求められている。
- 医療、介護、生活支援等の多様なサービスが切れ目なく提供され、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしを継続できるよう、関係機関が連携して対応していく必要がある。
- 人口動態統計によると、全国的に近年、病院での死亡割合が減少傾向にあり、自宅や施設での死亡割合が増えつつある。島根県では、病院と自宅での死亡割合が減る一方で、高齢者施設での死亡割合が増える傾向にある。
- 高齢者のみ世帯や独居世帯が増える中、高齢者施設での「人生の最終段階」におけるケアや看取りが進む一方で、必ずしも本人が望む場所で療養できていない場合がある。
- 在宅サービスの提供体制を確保し、看取りや在宅ケアの啓発を進めるとともに、アドバンス・ケア・プランニングを普及するなど、本人や家族がどこで療養するか、どのような生活を送るか意思決定するための支援を行い、その意思決定を尊重することが必要である。

図表9－1 死亡の場所別に見た年次別割合（全国）



資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 9－2 死亡の場所別に見た年次別割合（島根県）



資料：人口動態調査（厚生労働省）

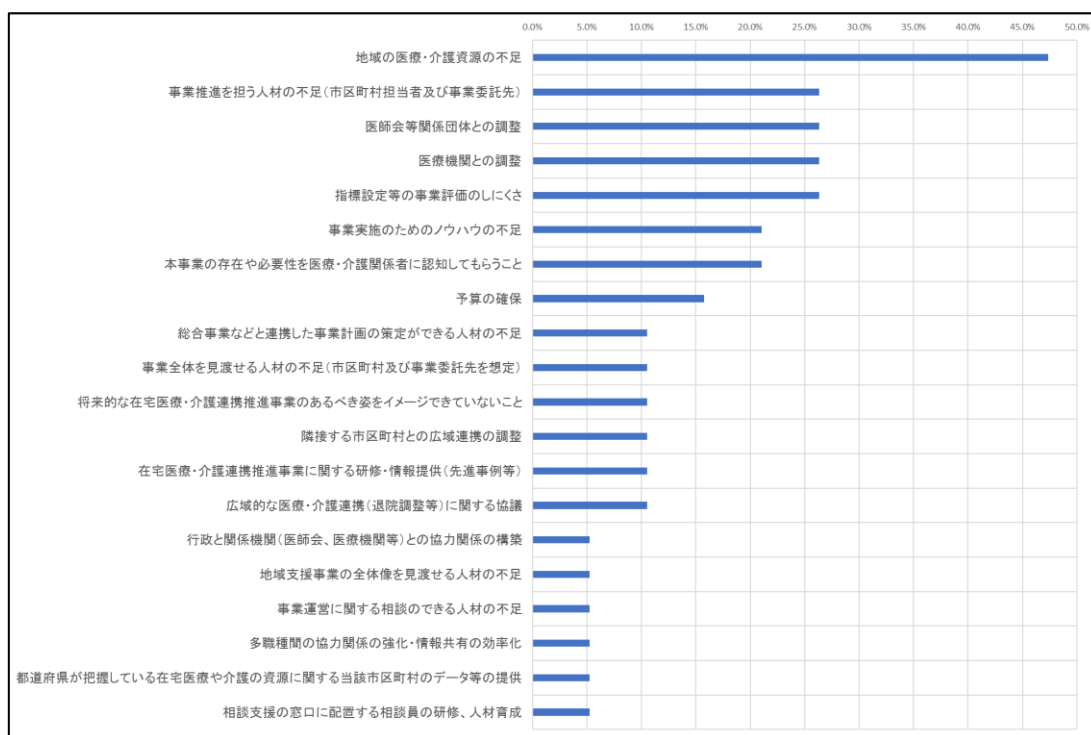
2 地域での医療と介護の連携強化

(1) 在宅医療・介護連携の推進

【現状と課題】

- 市町村が主体となり、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」が各地域で展開されている。
- 地域の実情に応じて、関係機関と連携した取組が必要となるが、「医療・介護資源や事業推進を担う人材の不足」に加え、「医師会等の関係団体や医療機関との調整」、「事業の評価方法」が課題となっている。
- 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。日常の診療のほか、地域課題を検討する地域ケア会議へ参加するなど、地域の高齢者が少しでも長く住み慣れた環境で生活できるよう多職種と連携した取組が進められている。
- 医療・介護提供体制の目指すべき姿を関係者で共有した上で、市町村が戦略的に取り組むことができるよう、ICTによる情報共有やデータの活用を含め、多機関・多職種と連携した取組みを支援していく必要がある。

図表 9-3 市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施する中で県に支援を期待する課題（複数回答）

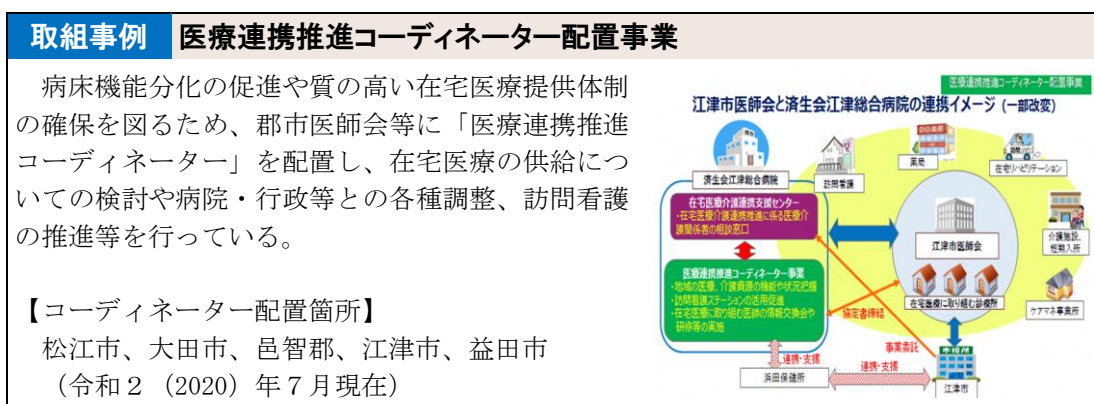


資料：令和元（2019）年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況調査

【方策】

- 地域包括ケア「見える化」システムや医療・介護・保健情報統合分析システム「EMITAS-G」等を活用することで、様々な在宅医療・介護に関するデータを分析し、市町村・保険者の現状把握や課題抽出を支援する。

- 医療・介護資源が限られ、在宅医療・介護連携を担う人材が不足する中、郡市医師会等に在宅医療の供給についての検討や病院・行政等との各種調整を行う人材を配置し、地域の病床機能分化や在宅医療の推進を図る。
- 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、多機関・多職種の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、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人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。
- 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。



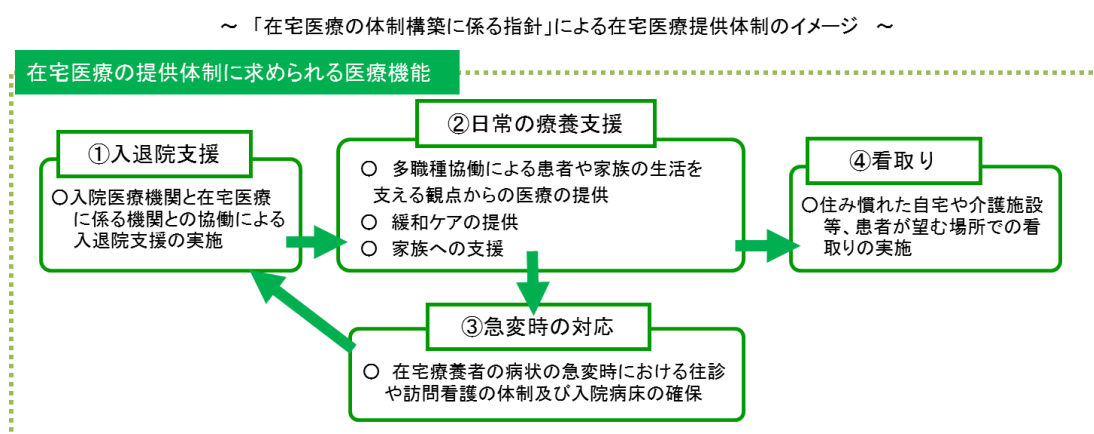
(2) 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制

【現状と課題】

- 住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療や介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく連携していくことが重要である。在宅療養を続けていくためには、病院と地域をつなぐスムーズな「①入退院支援」、多職種協働による「②日常の療養支援」、在宅療養者の「③急変時の対応」、本人・家族が望む場所での「④看取り」という4つの機能を確保することが必要である。
- 入退院情報共有フォローアップ調査によると、入院時、退院時ともに8割前後の高い水準で連絡調整されている。一方で、圏域別や医療機関・事業所別に見ていくと取組みに差があり、情報提供の内容や連絡のタイミングなどの質的な課題が依然として生じている。

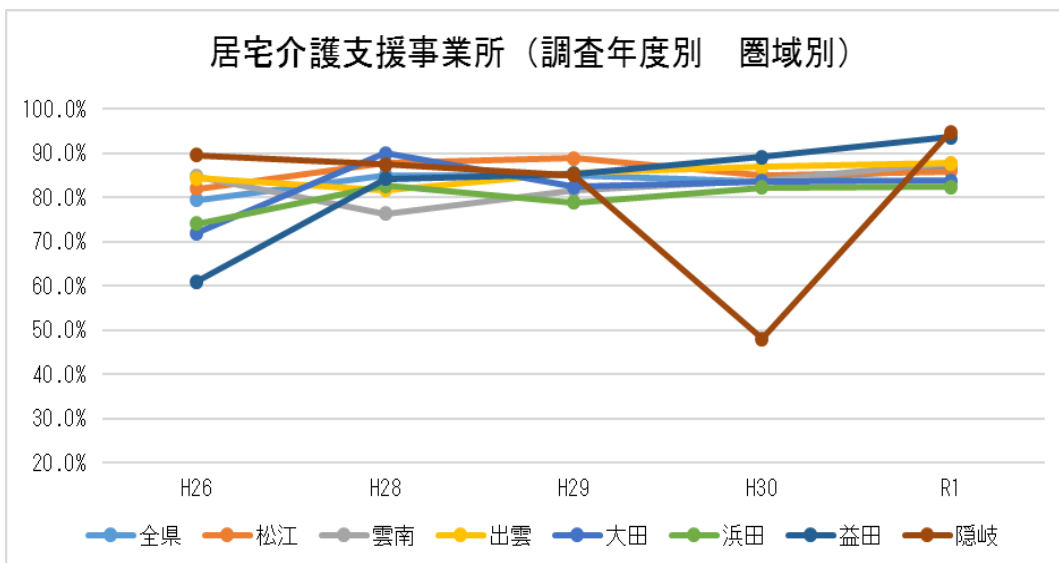
- 県では平成30（2018）年度から「入退院連携検討委員会」を立ち上げ、各圏域における入退院連携の実態把握、入退院調整・情報共有の推進を図っている。また、各圏域における入退院調整ルールを作成と、その検討過程を通じた「顔の見える」関係の構築を促すため、「島根県入退院連携ガイドライン」を作成し、市町村や地域の関係団体の取組みを支援している。
- 退院時の在宅への移行や在宅療養者の急変時など、特に療養する場が変わる場面において、円滑な医療・介護連携を行うためには、関係者間での情報共有が重要である。
- 在宅医療・介護関係者の情報共有を支援するため、しまね医療情報ネットワーク「まめネット」を活用し、患者・利用者情報の共有や、医療・介護サービスの質の向上や効率的な提供を進めている。
- 65歳以上で要介護3以上の中重度の要介護者数は、令和2（2020）年10月現在で16,253人であり、65歳以上認定者数48,166人に占める割合は34%である。今後、医療的ケアが必要となる人や医療依存度の高い人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。

図表9-4 在宅医療の提供体制のイメージ



資料：厚生労働省資料を一部改変

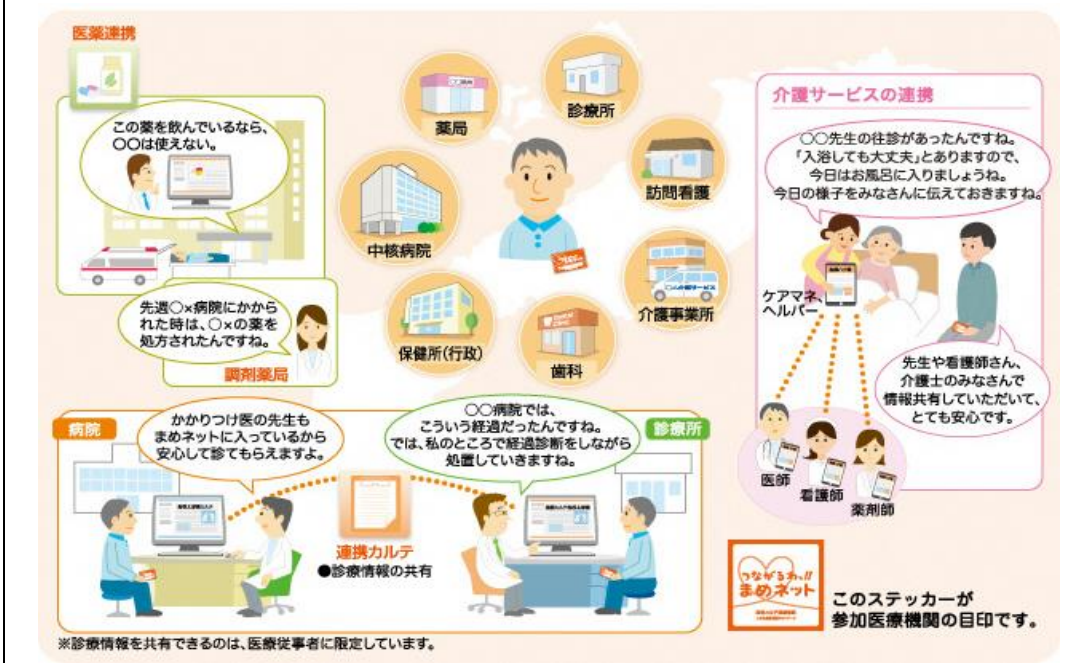
図表 9-5 退院時における病院から居宅介護支援事業所への退院支援連絡の有無



資料：令和元（2019）年島根県入退院情報共有フォローアップ調査

【参考】しまね医療情報ネットワーク「まめネット」

しまね医療情報ネットワーク「まめネット」では、在宅ケアが必要な方の情報を多職種間で共有できる「在宅ケア情報共有サービス」や、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・実績のデータを交換できる「ケアプラン交換サービス」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。



【方策】

- 「島根県入退院連携ガイドライン」を活用し、各圏域における入退院調整ルールの議論を促進することで、スムーズな入退院支援や市町村・関係機関の連携体制構築につなげる。
- 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た

めに、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、関係機関が連携して検討や調整を行う。

- 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、各圏域において保健所や市町村と連絡調整を行う。
- 医療・介護の関係者が高齢者の状態や必要なケア等について円滑に情報共有できるよう、しまね医療情報ネットワーク「まめネット」の普及を図る。

取組事例 松江市入退院連携ガイドライン

松江市では、「島根県入退院連携ガイドライン」を元に、市としてのガイドライン作成に取り組み、介護支援専門員や病院の入退院支援担当者、訪問看護ステーション等による検討を経て、令和元（2019）年11月から運用を開始している。

入退院時における連携プロセスやチェックポイントを明示し、市内の病院機能や各種様式を整理することで、医療・介護従事者による円滑な入退院支援と市民への切れ目のないケアにつなげている。



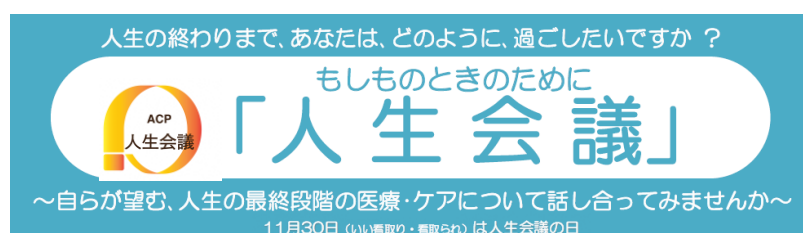
（３）人生の最終段階への対応

【現状と課題】

- 人生の最終段階において、自らが希望する医療やケアを受けるために、本人が前もって家族や関係者とともに考え、繰り返し話し合い共有する取組み（アドバンス・ケア・プランニング）が重要である。
- 平成30（2018）年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が改訂され、アドバンス・ケア・プランニングの重要性が強調されるとともに、ガイドラインの対象となる医療・ケアチームに介護従事者が含まれることが明確化された。
- 在宅療養や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は本人・家族への十分な説明や話し合いが求められる。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。

【参考】アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ケア・プランニング（ACP。愛称「人生会議」）とは、これから受ける医療やケアについて、家族や医療・介護従事者と繰り返し話し合っ共有することで、本人が大切にしていることや望みを文章に残す手順の事であり、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指す。



【方策】

- 高齢者本人や家族等が望む場所での療養や看取りが進むよう、市町村や関係機関が住民啓発を行う際に活用できる啓発資材を作成する。
- 各圏域における医療提供体制や介護サービスについて、情報共有や意見交換が促進されるよう支援する。また、人生の最終段階における適切な医療や介護、本人の意思決定支援を図るため、医療・介護従事者に対する研修会を実施する。

【参考】療養や看取りに関する啓発資材（動画、漫画）

県では、在宅療養を支える医療・介護サービスの内容や多職種による連携、人生の最終段階におけるケア・意思決定支援について、動画や漫画などを作成している。

市町村や関係団体への配布、県ホームページに掲載することで、地域住民や医療・介護関係者への普及啓発に活用している。



取組事例 まつえアドバンス・ケア・プランニング普及・啓発推進協議会

令和元（2019）年度、松江市で医師会、病院、訪問看護ステーション協会松江支部、介護支援専門員協会などによる「まつえアドバンス・ケア・プランニング普及・啓発推進協議会」が立ち上げられた。

人生の最終段階において、本人の意向を尊重するとともに、関係者が切れ目ない医療・ケアを提供できるよう、市民への普及啓発や、医療・介護従事者向け研修会の開催支援に取り組んでいる。

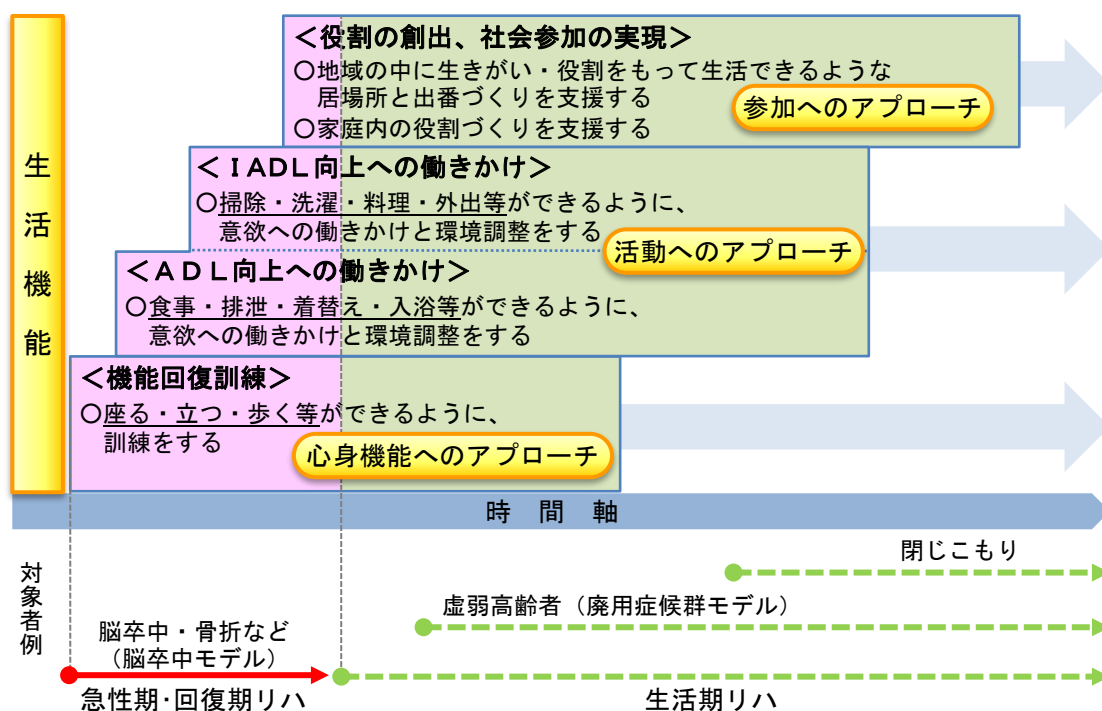


3 リハビリテーションの推進

【現状と課題】

- 「生活機能」の低下した高齢者に対しては、生活期のリハビリテーションとして、単に運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけを目指すのではなく、高齢者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これにより日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることが重要である。
- 介護保険の生活期リハビリテーションの対象となる高齢者は、訪問リハビリテーション事業所や、通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設、介護医療院が提供するリハビリテーションサービスだけでなく、必要に応じ、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士による訪問看護や、通所事業所における機能訓練等の他のサービスを利用しているほか、住民主体の通いの場活動等に参加している場合があることから、リハビリテーションサービスだけでなく、他のサービスや活動との連携も重要となる。
- 通所介護事業所や介護老人福祉施設などにおいても、リハビリテーション専門職が配置されている事業所等もあり、生活期リハビリテーションの推進が図られている。
- 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。
- 「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。
- 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においては、在宅生活を想定したリハビリテーションの提供により、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、口腔ケアや、摂食嚥下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 9-6 生活機能とその構成要素

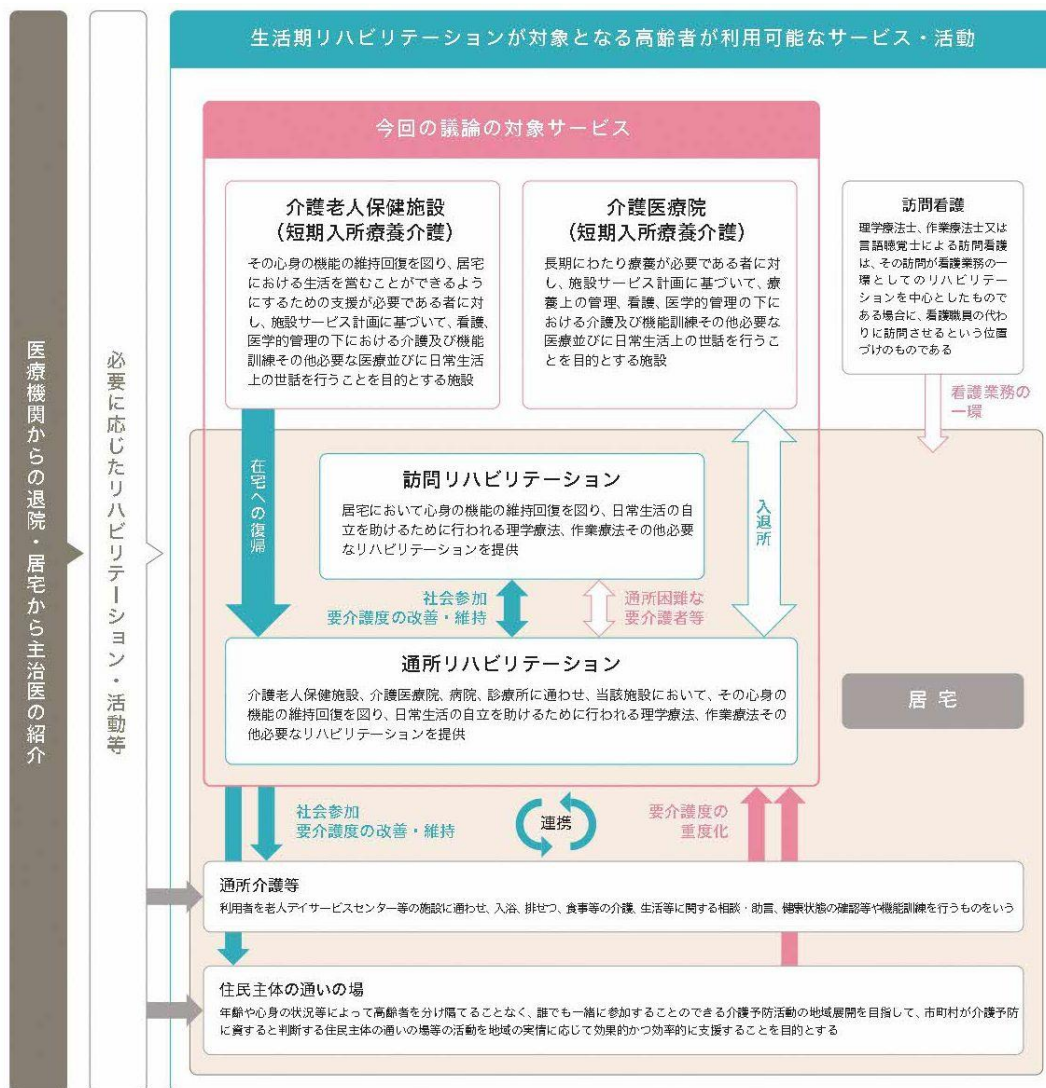


資料：高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書（平成27年3月 厚生労働省）

【方策】

- 高齢者の生活機能が徐々に低下する虚弱な状態に対しては、心身機能に働きかけることにより、家庭や社会への参加を可能とするような生活期リハビリテーションを推進する。
- 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。
- 医療と介護の連携により、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の強化を図る。

図表9-7 高齢者に係るリハビリテーションと関連サービスの連携



資料：介護保険事業（支援）計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き（令和2年8月 厚生労働省）

4 訪問看護の推進

(1) 推進の基本的な考え方

【現状と課題】

- 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、在宅医療体制の強化推進が重要となる。医療と生活の両方の橋渡しとなる訪問看護はその中核となる役割を担っている。
- 在宅における看取りや緩和ケアを望む高齢者、医療依存度の高い高齢者が、できる限り住み慣れた地域で暮らすことができるよう、在宅における医療と介護の連携推進が求められている。
- 入院早期から在宅の生活を見据えた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、ますます重要となる。
- 県では「島根県訪問看護支援検討会」を核に、人材確保、質の向上に向けた取り組みの評価及び具体的施策の検討をすすめている。
- 平成30（2018）年度島根県訪問看護ステーション実態調査の結果から、ステーション間の連携強化、継続的な研修、ICTの整備による業務の効率化、相談支援の窓口設置、他職種との連携推進など、訪問看護の総合的な推進に向け課題が上げられた。

【方策】

- 訪問看護に関する課題集約を行い、年代やキャリアに応じた質の向上や、働き続けられる環境づくりが進むよう、行政内の横の連携及び関係機関・団体等との連携による事業推進を図る。
- 「島根県訪問看護支援検討会」を核とし、地域包括ケアシステムの構築のための訪問看護の総合的な推進に向け、平成30（2018）年度に実施した島根県訪問看護ステーション実態調査の結果も踏まえた、「人材確保・定着」「質の向上・連携体制強化」「運営支援」「普及啓発」について評価・検討をすすめていく。

(2) 人材確保及び定着

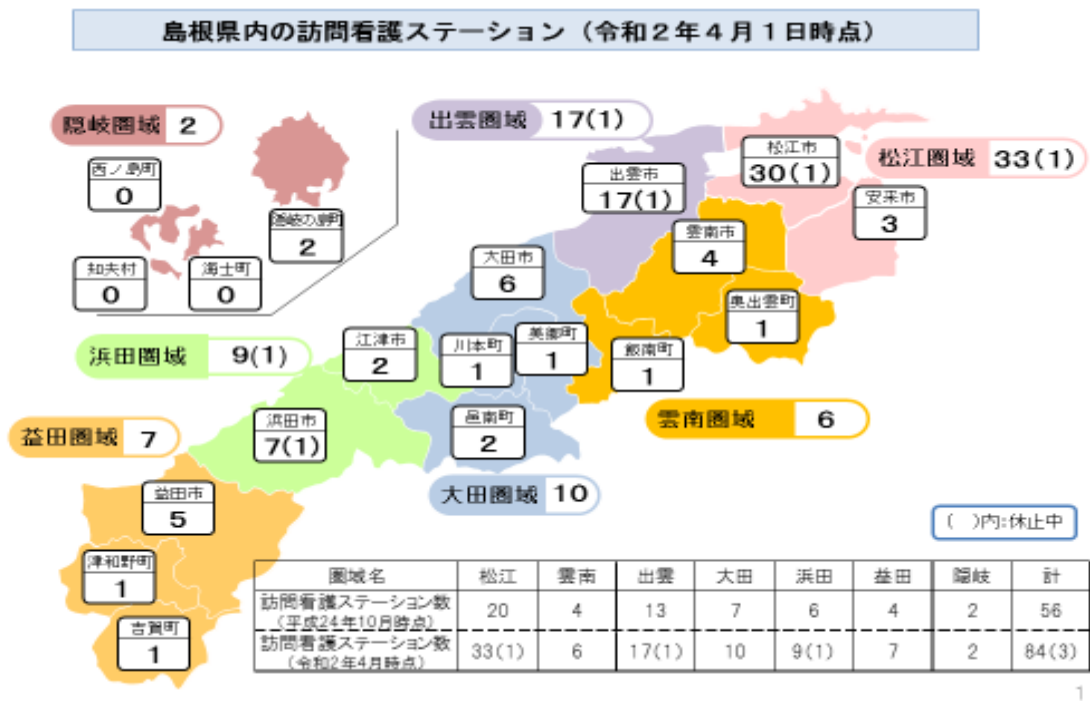
【現状と課題】

- 県内の訪問看護ステーション数は84か所（令和2（2020）年4月末現在（3カ所は休止中））、看護職員数が常勤換算で412.5人（令和元（2019）年10月現在）であり、年々増加してきているものの、県西部及び中山間・離島地域においては未だ不足している状況である。
- 住民や関係者への訪問看護に関する理解を深めるため、引き続き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、研修や人材確保のための啓発事業を実施していくことが必要である。
- 平成30（2018）年度業務従事者届によると、県内の訪問看護師の年齢構成は50歳以上が56.1%を占めており、30歳代15.0%、20歳代が1.7%と、若い世代の就業が少ない現状である。
- 県は、「新卒等訪問看護師育成事業」により、訪問看護ステーションに就職した

新人看護師の支援体制を整えている。

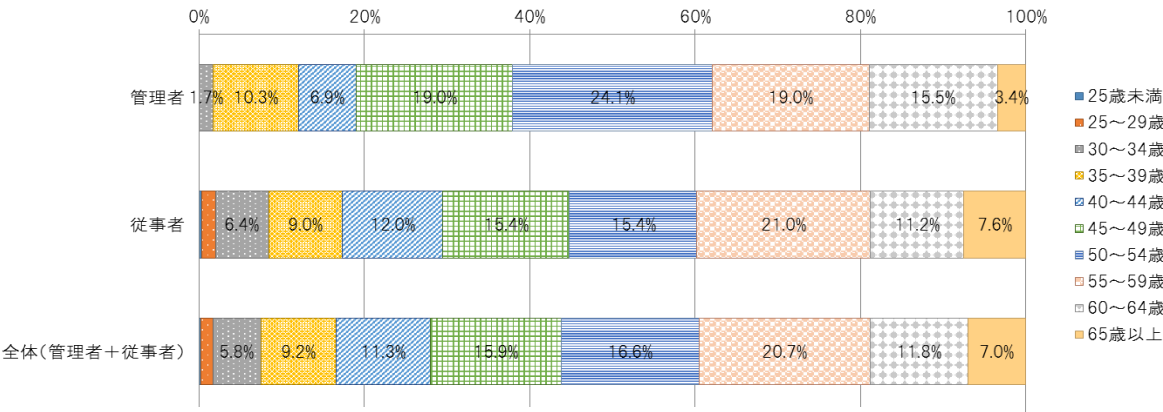
- 県は「訪問看護師確保対策事業」により、潜在看護師の確保・定着に向けた支援を行っている。
- また、緩和ケアや医療依存度の高い利用者への対応も求められており、訪問看護師の人材確保にあわせ、質の向上が重要となっている。
- 県は、「訪問看護ステーション出向研修事業」を、平成30（2018）年度にモデル事業として開始し、令和元年度から本格実施している。訪問看護の一連の業務の実践をとおり、退院支援・在宅療養支援のスキルアップや連携強化、さらには、訪問看護が担える看護人材の確保につながっている。

図表9-8 島根県内の訪問看護ステーション数



資料：島根県高齢者福祉課

図表9-9 年齢区分別 訪問看護ステーション看護職員数



資料：平成30（2018）年度業務従事者届により島根県高齢者福祉課作成

図表9-10 訪問看護ステーション出向研修の支援体制



〔参考〕訪問看護ステーション出向研修事業の成果

- ★出向者（病院看護師）の成果として・・・
 - ・在宅療養が可能な患者像の拡がり・終末期の在宅生活へのイメージの変化
 - ・対象者の個別性や生活の視点を重視した看護の実践
 - ・地域他職種との連携や調整力
 - ・自病院の課題認識
- ★出向元（病院）の成果として・・・
 - ・病院内の看護師への還元（出向研修の成果の共有・普及）
 - ・出向看護師の今後の活躍と活用（退院支援・地域連携部門等への配属の検討等）
 - ・訪問看護ステーションとの連携強化（入退院連携・地域連携・看護業務の見直し等）
 - ・地域の関係者や地域住民からの注目度・信頼度のアップ
- ★出向先（訪問看護ステーション）の成果として・・・
 - ・職員への教育的効果（質の向上）、所内の活性化
 - ・マンパワーの増（訪問看護ステーションの人材確保の一助）
 - ・病院との連携強化
 - ・利用者の安心感、事業所の信頼度の向上
 - ・訪問看護の理解の促進、魅力の発信
 - ・訪問看護を実践できる看護人材の育成、活用

【方策】

- 島根県看護協会や島根県訪問看護ステーション協会等、訪問看護に関連する諸団体の事業を支援するとともに、各団体・機関が一体となった取組みを推進する。
- 「新卒等訪問看護師育成事業」「訪問看護師確保対策事業」「訪問看護ステーション出向研修事業」等の実施状況を評価しながら、人材確保及び育成を推進するとともに、事業の促進を図る。

- 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、各種研修会やイベント等を通じ、訪問看護の魅力発信を継続し行う。

（３）資質の向上

【現状と課題】

- 在宅医療のニーズの多様化に対応できるよう、訪問看護の質の向上を目的とした各種研修を、島根県看護協会に委託し実施している。
- 島根県看護協会や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との合同研修会を実施し、相互の役割の理解や連携強化とさらなる在宅療養支援体制の強化を図っている。

【方策】

- 病院と訪問看護ステーションとの相互研修等の実施により、病院と地域の看護師の連携強化や、看護の質の向上を図る。
- 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との合同研修会を実施し、相互理解と、連携強化を図る。
- 業務の効率化のためのICTの導入等により、質の高い看護サービスの提供につなげる。

（４）運営支援

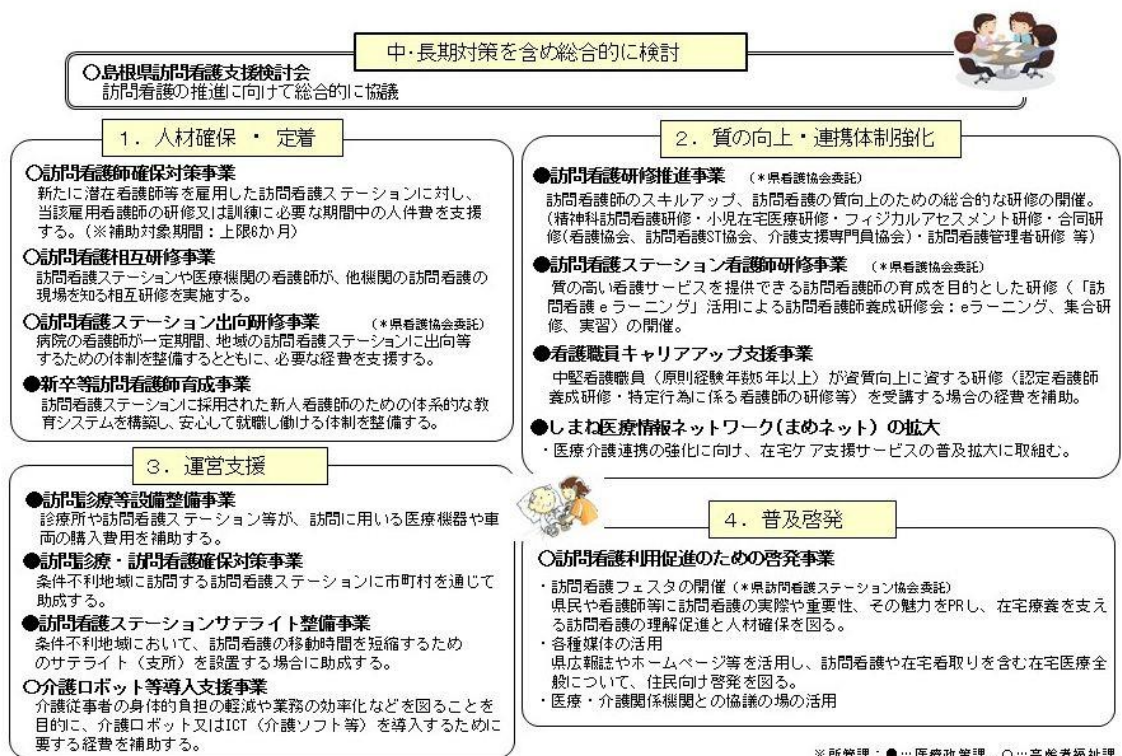
【現状と課題】

- 条件不利地域へ訪問する訪問看護ステーション等に対して、市町村を通じて訪問に係る経費の助成を行っている。
- 職員数が5人未満の小規模事業所が63.5%（令和元（2019）年10月時点 島根県事業所台帳より）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にあること、訪問看護師が不足していること、中山間地においては、対象者宅の移動に時間がかかることなど、安定的なサービス提供には常に課題がある。

【方策】

- 中山間地域・離島の条件不利地域で活動する訪問看護ステーション等に対して、引き続き市町村と連携して支援する。
- 中長期的な視点により「人材確保・定着」「質の向上・連携体制強化」「運営支援」「普及啓発」が総合的に推進できるよう、「島根県訪問看護支援検討会」を核に検討を進めていく。

図表9-11 訪問看護の総合的な支援（令和2年度）



資料：島根県高齢者福祉課

5 指標の設定

- 本章に記載した方策に係る取組みの進捗を管理し、目標の達成状況を評価するための指標を以下のとおり設定する。

【本章における目標（目指すべき姿）】※本章冒頭（136ページ）の再掲

当人の状態に応じて必要な医療と介護のサービスが切れ目なく提供される

【指標】

指標	現状	目標	備考
診療報酬における入退院支援加算1の算定件数	1,488.0件/ 月平均 (H30年度)	2,488.0件/ 月平均 (R5年度)	国保データベース（KDB）により把握 ※H30病床機能報告による1月あたりの退院件数は、10,554件
病院・診療所以外での死亡割合	28.5% (R1年度)	30.0% (R5年度)	人口動態統計（厚生労働省）による
訪問看護師数（常勤換算）	412.5人 (R1年度)	475.0人 (R5年度)	島根県高齢者福祉課の事業所台帳から常勤換算数を算出（各年度10月時点）