

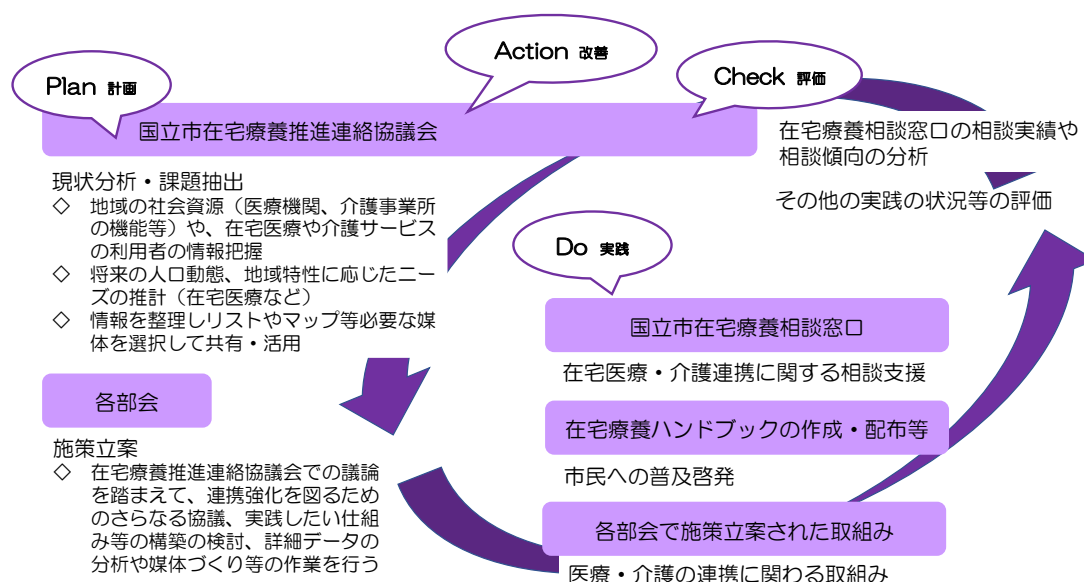
Ⅲ. 医療・介護が必要になっても住み続けられる基盤の整備

(1) 現状と課題

1. 在宅医療・介護連携の体制

- 医療と介護の両方を必要とする状態になっても、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、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築することが求められています。
- 国立市では、平成 27(2015)年度施行の改正介護保険法に基づく「在宅医療・介護連携推進事業」に先駆けて、在宅療養関係の事業に取り組んできました。平成 20(2008)年に「在宅療養推進連絡協議会」を設置し、医療・保健・福祉の関係者が情報交換・意見交換を行いながら、在宅療養環境の整備を進めています。また、平成 23(2011)年には「在宅療養相談窓口」を設置し、病院との連携による入退院支援などを実施しています。医療・介護の関係者だけでなく、在宅療養をする本人や家族からの相談にも対応していることが特徴です(図表 1)。

図表 1 国立市在宅医療・介護連携推進事業の展開



- また、国立市では、平成 30(2018)年度に、地域包括ケアの推進に向け、地域医療の質的な確保と需要の増加へ対応し、市民それぞれが望む医療を受けられる環境を整えるために「国立市地域医療計画」を策定しました。この中で、国立市が目指す地域医療計画の姿として、「日常療養場面における支援」「急変時における支援」「退院時における支援」「看取り期における支援」の4つの場面を設定しました。

国立市の設定した4つの場面の考え方は、その後、令和2(2020)年に厚生労働省が発出した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」においても示され、全国に普及しています。

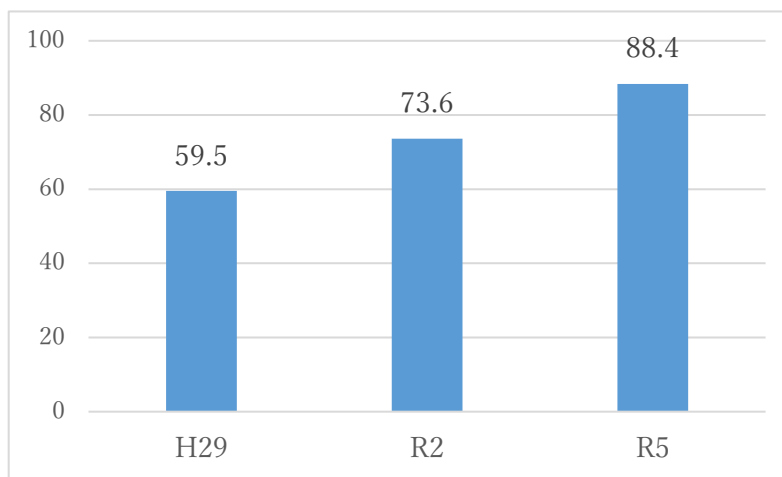
国立市の在宅医療・介護連携推進事業においても、引き続き地域医療計画における4つの場面のめざす姿を共有しながら、施策を検討しています(図表 2)。

図表 2 国立市地域医療計画と国立市在宅医療・介護連携推進事業のめざす姿

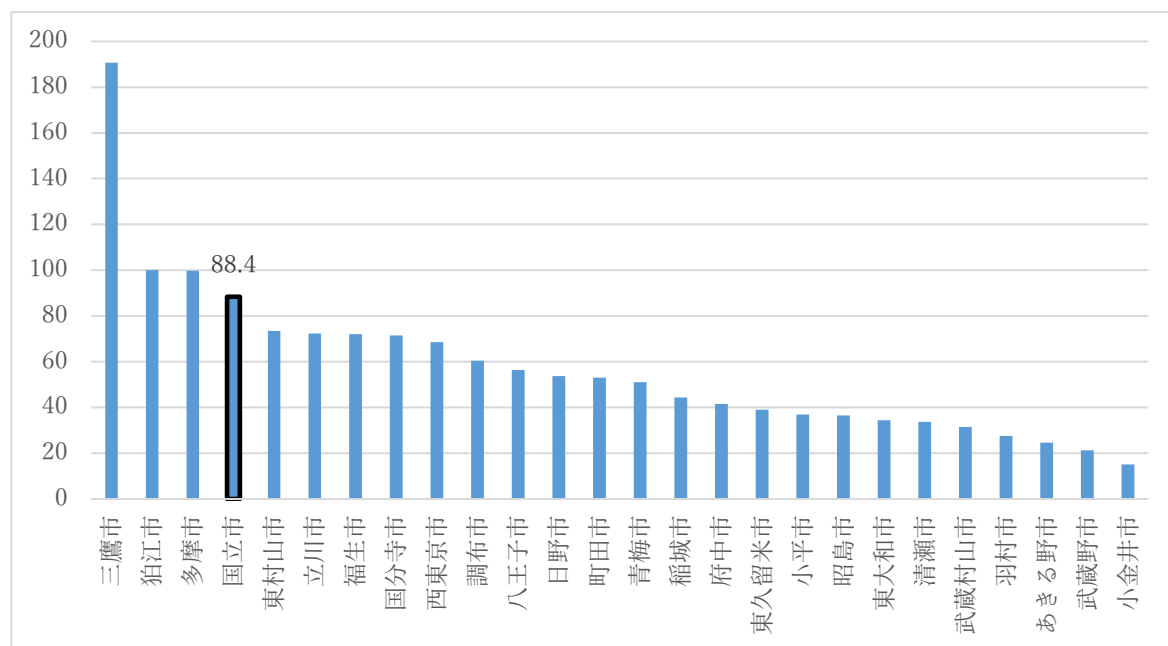
医療・介護が必要になっても住み続けられるまちづくり ～誰もが生まれてから最期までその人らしい生き方や暮らしを、国立市で実現できる～	
日常療養場面における支援のめざす姿 市民がかかりつけ医を持ち、外来診療・在宅療養等を適切に受け、生活を継続できる	急変時における支援のめざす姿 急変時に迅速な救急要請が行われる 状態変化時に適切な治療を受けることができる
退院時における支援のめざす姿 本人の望む場所に戻り、支援を受けながら不安なく生活を再開する	看取り期における支援のめざす姿 本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らす

- このうち看取り期における支援は、特に医療と介護の連携が求められます。国立市での診療所における看取りの実施件数をみると、この間一貫して増加していることが見て取れます。また、他市と比較しても高い割合で診療所における看取りが実施できている状況があります(図表 3、図表 4)。これは、長年にわたる在宅療養推進の取組の成果として評価できます。一方で、2040 年に向けて介護と医療の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者が一貫して増加することが見込まれており、ご本人が在宅での看取りを希望したときに、それが無理なく実現できるように、引き続き多職種連携のさらなる深化と体制の充実が求められています。

図表 3 国立市での診療所における看取りの実施件数(高齢者人口 10 万人対比)



図表 4 診療所における看取り実施件数(高齢者人口 10 万人対比)



2. 「4つの場面」における現状と課題

● 場面1: 日常療養における支援

- 医療が必要になっても地域で安心して暮らし続けるためには、日頃から身近なかかりつけ医を持つことが重要です。かかりつけ医を持つことで、健康状態の継続的な把握や、在宅医療が必要になった際の円滑な連携・紹介が可能となります。市では、在宅療養ハンドブックや各種啓発媒体を通じてかかりつけ医を持つことの重要性を周知してきましたが、国立市地域医療計画中間評価においても地域のかかりつけ医がいないケースが課題として確認されており、高齢者人口の増加を踏まえ、引き続き普及啓発の強化が求められます。
- また、多職種間の情報共有の改善や、転倒・骨折・誤嚥性肺炎・低栄養などの予防への取組も、日常療養を支える上での継続的な課題です。

● 場面2: 急変時における支援

- 在宅療養中の急変時に適切な対応を行うためにも、平時からかかりつけ医を中心とした医療・介護連携体制を整えておくことが重要です。かかりつけ医がいないケースでは、急変時に対応できる医療機関や訪問診療医への連携が困難となります。
- また、急変時における本人の意思を尊重した対応を実現するためには、平時からの ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の取組が不可欠です。本人・家族・医療介護チームが将来の医療・ケアについて繰り返し話し合い共有するプロセスを、日常的な在宅療養支援の中に位置づけることが求められます。
- さらに、新たな感染症が発生した場合に必要なとされる在宅医療の機能についても、平時から精査・整備しておくことが重要です。

- 場面3:退院時における支援

- 病院から在宅へのスムーズな移行を実現するためには、退院前から地域の医療・介護関係者が情報を共有し、退院後の生活を見据えた支援体制を整えることが重要です。在宅療養相談窓口での退院支援件数は減少傾向にありますが、この理由は、特に短期入院の場合において、病院からの事前の情報提供のないまま、直前に退院が通知されることが増えており、在宅療養相談窓口の介入する暇がないことによります。病院での退院前カンファレンスの実施状況の把握や、地域側からの積極的なアプローチが課題となっています。
- また、退院時における支援においても、本人・家族の意思決定支援が重要です。家族と意見相違がある場合の意思決定支援や、本人が満足のいく選択を行えるための支援体制の整備が求められています。中小病院やリハビリ転院先など、様々な退院元との連携強化や基本情報の共有化の促進も引き続き課題です。

- 場面4:看取り期における支援

- 在宅での看取りを支えるためには、医師・訪問看護師・介護事業者等が一体となった在宅看取りチームの充実が求められます。どのケースでも対応できるよう、職種・事業所間の力量差によらない体制づくりが課題となっています。また、がん治療の場合には診断時からの緩和ケアの開始など、早い段階からの対応が重要です。
- ACP(アドバンス・ケア・プランニング)は、在宅医療・介護連携の実践の中から生まれた概念であり、本人・家族・医療介護チームが将来の医療・ケアについて繰り返し話し合い共有するプロセスです。看取り期における支援と一体的に推進することが重要であり、早い段階からのACPへの取組が在宅看取りの実現につながります。さらに、看取り後の家族へのグリーフケアについても、その状況把握とニーズ確認・体制整備が課題として認識されています。なお、意思決定支援の基盤的な考え方については基本目標Vに示します。

3. 災害・感染症発生時における在宅療養支援体制の整備

- 新型コロナウイルス感染症への対応において、国立市では令和 3(2021)年の感染者急増時に、これまで築いてきた在宅医療・介護連携を基盤として、「新型コロナウイルス感染症自宅療養支援室」を立ち上げ、訪問診療・訪問看護の調整や介護事業者との情報共有を行いました。この経験は、平時からの在宅医療・介護連携ネットワークが、災害・感染症発生時においても地域の支援体制の基盤となることを示しています。
- また、人工呼吸器装着者については、東京都の様式に則った災害時個別支援計画を、本人の支援に関わる専門職等が連携し、本人や家族とともに作成する体制が整っています。
- 今後も、在宅療養推進連絡協議会・介護保険事業者連絡会・高齢者見守りネットワーク事業等の連携を通じ、災害・感染症対策を検討するネットワークの充実を図ります。

(2)取組と指標

取組の方向性

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けられるよう、医療・介護・保健が連携した在宅療養の支援体制を整備するとともに、かかりつけ医の普及啓発・ACPの推進・ICTを活用した情報連携・災害感染症対応ネットワークの充実に一体的に取り組めます。また、2040年を見据えた85歳以上の医療・介護複合ニーズへの対応を中長期的な視点で進めます。

1. 在宅医療・介護連携の充実

- 在宅療養推進連絡協議会を中心に、現状・課題の分析と新たな施策の立案を継続します。また、部会の開催等を通じて、医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師・ケアマネジャー・介護事業者等が顔の見える関係を構築し、多職種が連携しあって、日常療養・急変時・退院時・看取りの4場面における切れ目のない支援体制を維持・強化します。

【主な既存事業】

- ◇ 在宅療養推進連絡協議会(全体)
- ◇ 介護保険事業所連絡会の運営支援

【今後の取組み】

- ◇ 介護保険事業者連絡会の運営支援の継続
- ◇ 2040年を見据えた医療・介護複合ニーズへの対応体制の検討

2. 日常療養場面および急変時における支援の充実

- 在宅療養相談窓口において、本人・家族・医療介護関係者からの相談に対応するとともに、在宅療養ハンドブックを活用した情報提供・普及啓発を継続します。
- 地域の高齢者が身近なかかりつけ医を持てるよう、在宅療養ハンドブックや各種啓発媒体を通じた周知啓発を継続します。かかりつけ医を持つことで、健康状態の継続的な把握や、在宅医療が必要になった際の円滑な連携・紹介が可能となるとともに、急変時にも対応できる医療・介護連携体制の基盤となります。かかりつけ医と介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携を強化し、在宅医療が必要になった際に円滑に在宅医へつなげる体制を整備します。
- 急変時における本人の意思を尊重した対応を実現するため、平時からのACPの普及啓発を推進します。

【主な既存事業】

- ◇ 在宅療養相談窓口
- ◇ 在宅療養ハンドブックの活用

【今後の取組み】

- ◇ かかりつけ医普及に向けた市民向け啓発の強化
- ◇ ACPに関する市民向け普及啓発の推進(取組Ⅴ掲載項目の再掲)

3. 退院時における支援の充実

- 入院時から退院後の生活を見据えた情報共有・連携ルールの整備を進め、病院から在宅へのスムーズな移行を支援します。退院前カンファレンスの実施に向けた普及啓発を地域側から積極的に行うとともに、実施状況の調査を通じて現状把握と改善を図ります。
- 退院時においても、本人・家族の意思を尊重した支援が行えるよう、意思決定支援の取組を推進します。また、中小病院やリハビリ転院先などさまざまな退院元との連携強化や、基本情報の共有化を促進します。

【主な既存事業】

- ◇ 在宅療養推進連絡協議会(再掲)
- ◇ 在宅療養相談窓口(再掲)

【今後の取組み】

- ◇ 退院支援・入退院の連携ルールの整備・強化
- ◇ 退院前カンファレンスの実施に向けた普及啓発(地域側からのアプローチ)および実施状況調査

4. 看取り期における支援と ACP・グリーフケアの充実

- 在宅療養の4場面、とりわけ看取り期において、本人の意思を尊重した医療・ケアが実現できるよう、ACP の普及啓発を在宅医療・介護連携の取組と一体的に推進します。
- 地域ケア会議の一環として実施している元気アップ会議において、「りんりカフェ」として臨床倫理の4分割法を活用した本人意思決定支援の実践的な検討を行い、個別ケースにおける本人の意思をより丁寧に引き出す取組を推進します。
- 医療・介護のあらゆる場面での本人の意思の尊重と、チームによる意思決定支援を推進します。なお、意思決定支援の基盤的な考え方と幅広い実践については、基本目標Ⅴにおいて包括的に位置づけます。

【主な既存事業】

- ◇ ACP の普及啓発
- ◇ 元気アップ会議(りんりカフェ)(地域ケア会議における本人意思決定支援の実践的取組)

【今後の取組み】

- ◇ ACP・看取りに関する市民向け普及啓発の推進
- ◇ 医療・介護関係者向け意思決定支援研修の充実
- ◇ 在宅看取りチームの充実(どのケースでも対応できる、職種・事業所間の力量差によらない体制づくり)

5. 災害・感染症発生時における在宅療養支援体制の整備

- 在宅療養推進連絡協議会・介護保険事業者連絡会・高齢者見守りネットワーク事業等の連携を通じて、災害・感染症時のネットワークの充実を図ります。

- 認知症高齢者・独居高齢者など、災害・感染症発生時に特に支援が必要な方への対応体制を、関係機関と連携して整備します。

【主な既存事業】

- ◇ 在宅療養推進連絡協議会(災害・感染症検討部会)
- ◇ 介護保険事業所連絡会の運営支援(再掲)

【今後の取組み】

- ◇ 在宅療養推進連絡協議会(災害・感染症検討部会)を通じたネットワークの充実
- ◇ 認知症・独居高齢者等の要配慮者への対応体制の強化
- ◇ 介護保険事業者連絡会の運営支援の継続(再掲)
- ◇ 介護保険事業者連絡会における地域図上訓練の実施

◇この項目の成果や進捗を図る指標

指標名	実績値	目標値
要介護認定者のうち在宅で過ごす人の割合	87.0% (R7(2025)年度)	88.1% (維持・向上)
診療所による看取りの実施件数(高齢者人口 10 万人対比)	88.4 件 (R5(2023)年)	117.3 件 (向上)