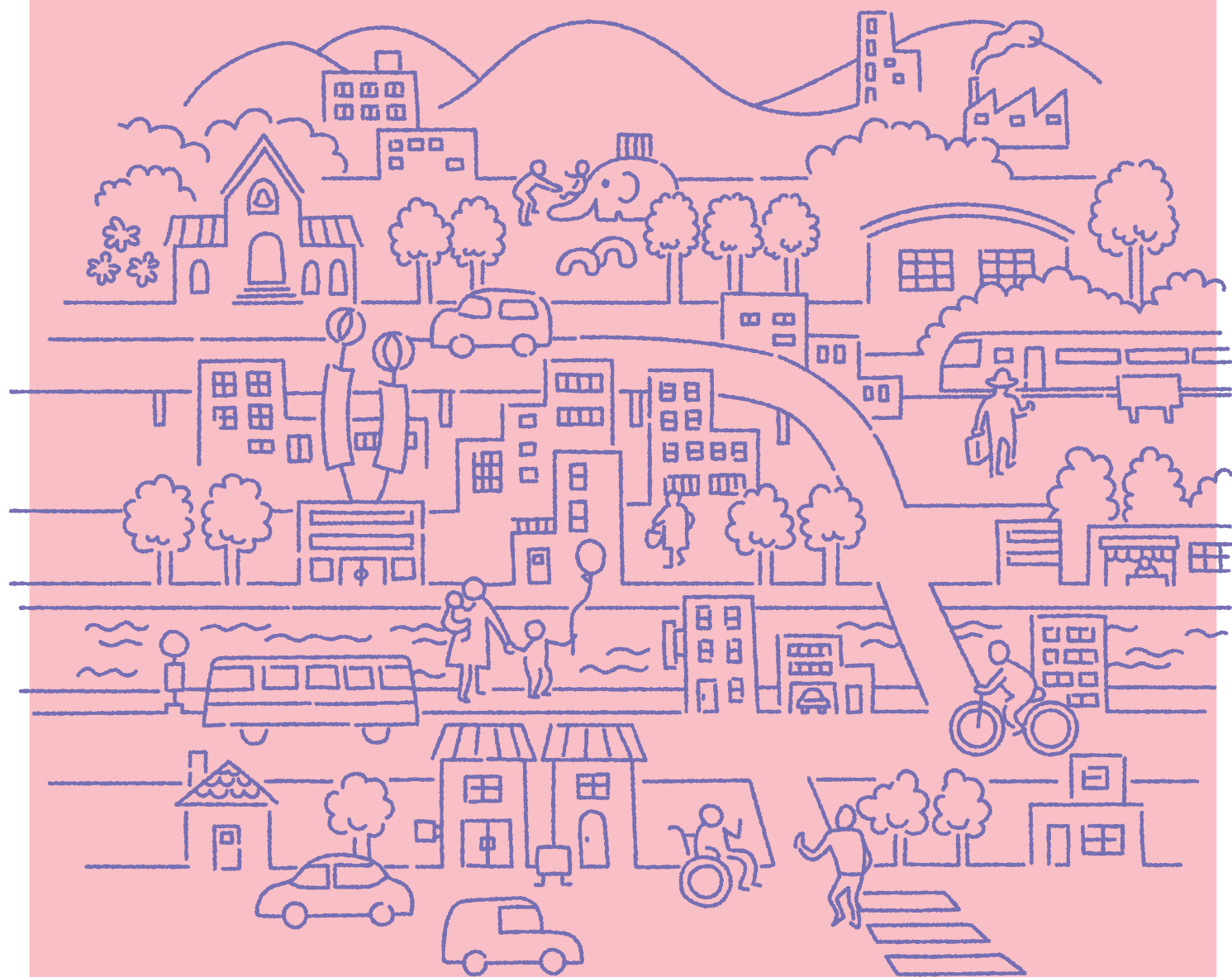


大牟田市 在宅医療・介護連携 ビジョン



2024～2029

大牟田市在宅医療・介護連携推進協議会

目次

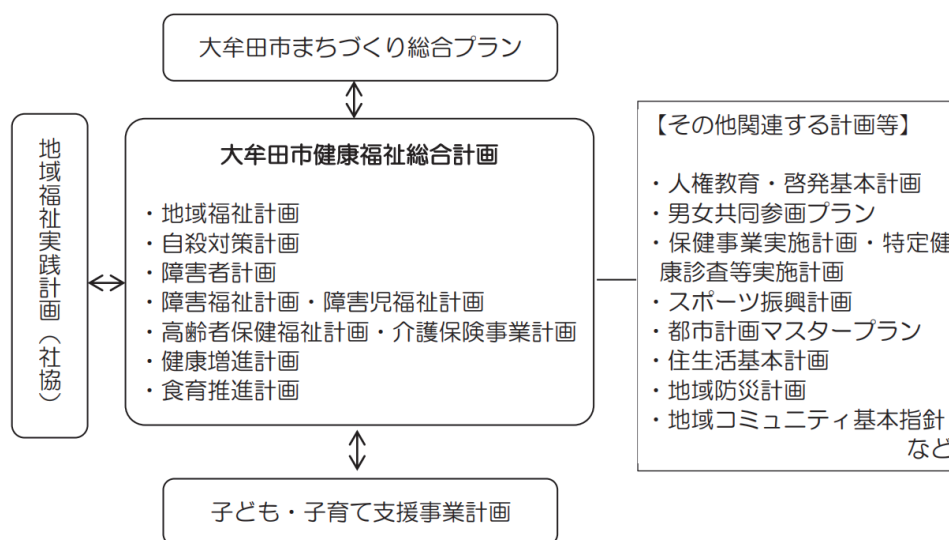
1. はじめに:大牟田市の在宅医療・介護連携について.....	1
(1)大牟田市の健康福祉への取組.....	1
(2)大牟田市の在宅医療・介護連携の取組.....	1
(3)ビジョン改訂の経緯.....	4
①平成28年(2016年)ビジョン・アクションのこれまでの取組.....	4
②国施策の変遷.....	6
2. 大牟田市在宅医療・介護連携ビジョン(令和6年度～令和11年度).....	7
(1)在宅医療・介護連携とは.....	7
(2)在宅療養者視点のケアの意識:在宅医療・介護連携が必要な生活の場面.....	7
(3)大牟田市での4つの場面に応じたあるべき姿.....	9
場面①:日常の療養支援.....	9
場面②:入退院支援.....	11
場面③:急変時の対応.....	13
場面④:看取り.....	14
(4)4場面のあるべき姿達成のための医療・介護の役割と取組.....	15
役割・取組の例示.....	16
場面①:日常の療養支援.....	16
場面②:入退院支援.....	17
場面③:急変時の対応.....	17
場面④:看取り.....	18
(5)取組の推進や振り返りの体制・工程.....	19
①取組の推進体制.....	19
②取組の振り返り.....	20
3. 参考資料.....	21
(1)平成28年度ビジョンの概要.....	21
(2)大牟田市の在宅医療・介護連携の現状を知るための統計資料.....	23
①在宅医療の患者数、地域医療・介護資源の把握.....	23
②家族介護力の低下(独居高齢者の増加).....	25
③大きくなる支え手世代への負担(地域).....	26
④大きくなる支え手世代への負担(専門職).....	27
(3)ビジョン更新委員会.....	28

1. はじめに：大牟田市の在宅医療・介護連携について

(1) 大牟田市の健康福祉への取組

本市では、これまで健康福祉分野の施策推進を目的に、地域福祉計画、自殺対策計画、障害者計画、障害福祉計画・障害児福祉計画、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、健康増進計画、食育推進計画と、対象別に事業計画を策定していました。令和3年2月、健康福祉分野の取組を一体的に推進するため市の総合計画である「大牟田市まちづくり総合プラン」を上位計画として、健康福祉分野の各種計画を「大牟田市健康福祉総合計画」として統合しました。計画を一つに統合することで、「人が真ん中のまちづくり」を総合的な取組として一体的に推進することを目指しています。

図表 1 大牟田市健康福祉総合計画 計画の位置づけ



(資料)大牟田市健康福祉総合計画

(2) 大牟田市の在宅医療・介護連携の取組

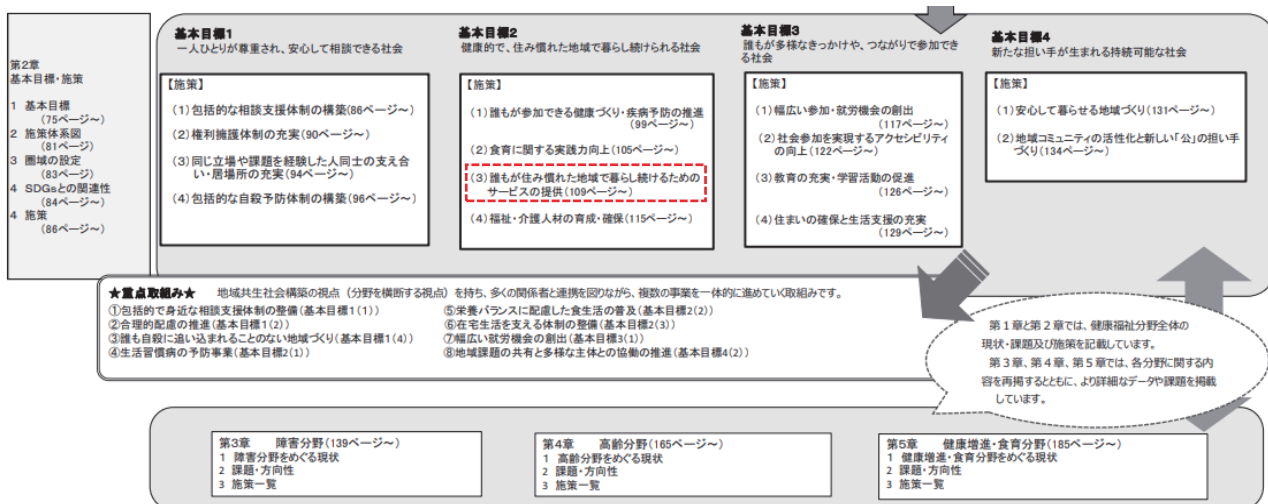
本市は、同規模の自治体と比べ15～64歳までの人口減少のスピードが早いという特徴があり、高齢化率は2040年まで上昇することが予測されています。住まい方をみても、一人暮らしの高齢者が徐々に増えており、将来にわたって増加が見込まれます。よって、これからは家族介護だけでなく、専門職・地域での介護の取組の重要性も高まることが予想されています。

そこで、「大牟田市健康福祉総合計画」の【基本目標2】では、「健康的で、住み慣れた地域で暮らし続けられる社会」の実現のため、「(3)誰もが住み慣れた地域で暮らし続けるた

めのサービスの提供」として、誰もが持てる力を生かせるまちづくりと、地域の多様な担い手による支援づくりに取り組むことが記載されています。

どのような状態になっても、望んだ場所での生活を続けることができるように、在宅医療と介護・障害福祉サービスの連携強化等を進めることで、在宅生活を支える体制づくり・仕組みづくりが必要となっています。

図表 2 計画の構成(基本目標・施策のうち、在宅医療・介護連携に関連する項目)



※赤点線囲みは、在宅医療・介護連携に関連する項目

(資料)大牟田市健康福祉総合計画

図表 3 誰もが住み慣れた地域で暮らし続けるためのサービスの提供 重点取組

名称	在宅生活を支える体制の整備	主管課	福祉課				
		主な関係部局	市民協働部 都市整備部 保健福祉部				
概要	どのような状態になっても、望んだ場所での生活を続けることができるように、在宅医療と介護・障害福祉サービスの連携強化等を進めることで、在宅生活を支える体制づくりに努めます。 ・医療と介護の連携促進 ・生活支援体制の充実（生活支援体制整備事業） ・居宅サービスの現状把握と課題への対応 ・在宅で看取りができる体制の充実						
成果指標	指標の考え方（単位）	目標値（％）					
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	介護が必要になった場合も自宅で生活したいと思う人の割合 （アンケートで、将来、介護が必要になった場合、もしくは今後も介護を必要とする場合「住み慣れた自宅で生活したい」と回答した高齢者の割合：令和2年58.1％）	-	-	68	-	-	68

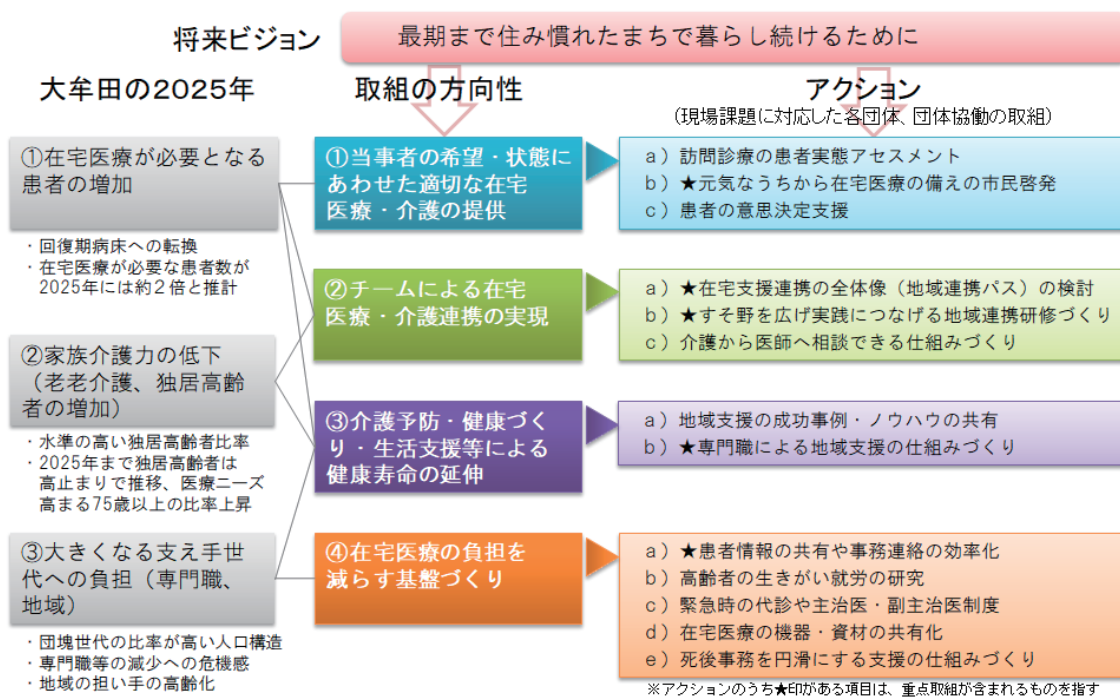
(資料)大牟田市健康福祉総合計画

本市では以前から、市内の在宅医療・介護連携に関連する各団体が協力して、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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暮らしを最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築の実現を目指し様々な取組を行ってきました。

特に、本市と各団体では、市の地域医療等の未来に向け、行政の取組として、また、各団体の取組や、団体が協働して取組む内容をまとめ、「大牟田市地域医療・介護連携ビジョン」(平成28年度)を策定し、これまで、ビジョンに沿って様々な取組(アクション:現場課題に対応した各団体、団体共同の取組)を行ってきました。

図表 4 平成 28(2016)ー令和5(2023)年度大牟田市地域医療・介護連携ビジョン

【H28(2016)年度ビジョン・アクション】



(資料)大牟田市地域医療・介護連携ビジョン(平成28年度)

(3) ビジョン改訂の経緯

①平成28年(2016年)ビジョン・アクションのこれまでの取組

本市における在宅医療・介護連携については、これまでの取組により、一定の成果が出てきています。専門職団体が協働して検討し取り組んだ主な内容の例は以下の通りです。また、各団体でも、専門職向け・市民向けの研修会や講座などを開催していますが、テーマごとの参加数(取組の広がり)は、図表5の通りとなっています。

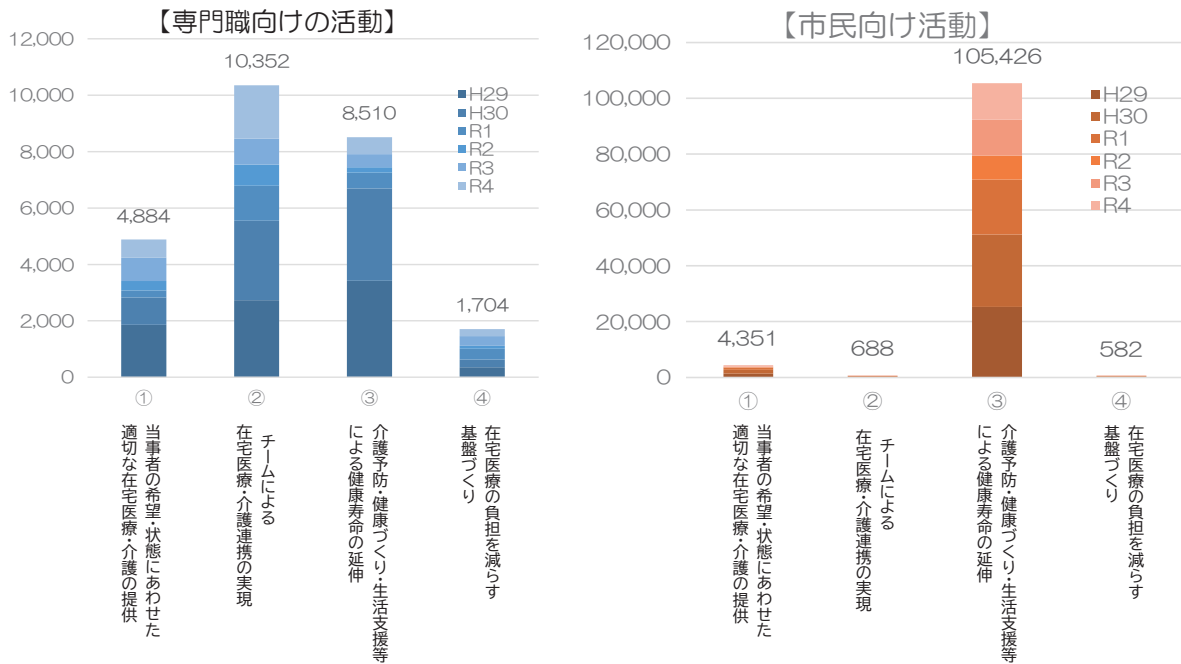
- 取組の方向性① 当事者の希望・状態にあわせた適切な在宅医療・介護の提供
 - ・ 訪問診療の実態について統計データの分析を実施、現状を共有
 - ・ 介護サービスや高齢者福祉事業等を掲載した「高齢者の暮らしを応援します」内に在宅医療紹介ページを作成(図表6)
 - ・ 専門職が集まる会議(ワーキング)を開催し、課題と課題解決のための団体の取組について共有、対応すべき課題を整理
 - ・ 様々な場面での意思決定を導くパンフレット等のツール(手帳・動画)を作成し、展開方法を検討

- 取組の方向性② チームによる在宅医療・介護連携の実現
 - ・ 認知症ケアパスの作成・普及
 - ・ 団体研修・イベントの情報共有の検討

- 取組の方向性③ 介護予防・健康づくり・生活支援等による健康寿命の延伸
 - ・ フレイル予防の取組の推進

- 取組の方向性④ 在宅医療の負担を減らす基盤づくり
 - ・ 一部地域で多職種での連携システムの試行
 - ・ ICT 活用

図表 5 研修会・講座などへの参加人数(H29-R4 までの6年間の延べ人数)



(資料)大牟田市在宅医療・介護連携推進協議会資料より作成

図表 6 パンフレット「高齢者の暮らしを応援します」在宅医療紹介ページの作成

その他の高齢者支援⑤ 在宅医療

急速に高齢化が進み、家族や地域のあり方、医療や福祉の制度が大きく変わりつつあります。いま大牟田市では「地域包括ケアシステム」を構築しています。多くの人が望んでいる「最期まで住み慣れたまちで、いきいきと自分らしく暮らすこと」のできるまちをつくるため、行政と地域住民・団体、医療や福祉の専門職が協働して、仕組みづくりや環境整備を進めています。

地域包括ケアシステムの中で、大きな役割を果たすのが「在宅医療」です。病気であっても、自宅で暮らしたいという方の思いを実現するため、様々な専門職が連携してサポートできる体制をつくっています。あなたの暮らしを考慮のために、一度、在宅医療という選択肢を考えてみませんか？

◆在宅医療とは

在宅医療とは、自宅などの住み慣れた場所に医師や看護師などが訪問して、診療や治療、療養生活の支援を行うものです。通院するのが難しくなったときや、重い病気にかかったけれども家で生活を続けたいときなどに受けることができます。

在宅医療というと、看取りのための医療というイメージが強いかもしれませんが、そうとは限りません。手術のあとの経過観察として在宅医療を受け、回復すれば在宅医療を卒業する方もいます。また、今は通院ができていても、今後病状や心身の状態の変化により通院が困難になることも考えられます。そんなときの備えとして早くから準備をしておく、スムーズに自宅で暮らせることができます。

在宅医療のいちばん良いところは、住み慣れた場所で自分なりの生活ができることです。自宅療養であれば生活を自分で決められることができ、親族や友人たちと好きな時間に顔を合わせることが、会話を楽しむこともできます。

◆在宅医療を受けながら暮らす

在宅医療は、以下のように様々な状況で受けることができます。

- ①「退院が決まったけど、まだ一人じゃ生活できない」
- ②「急に体調が悪くなるが増えた・・・でも自宅で暮らしたい」
- ③「最期は、自分の家の自分のベッドで迎えたい」

状態が改善するまでの間、在宅医療を受けることができます。手術のあとの経過観察や慢性的な病気では、多くの場合で在宅医療を受けることができます。また、介護保険サービスと併用することで、日常生活面でのサポートも可能です。退院後の生活で不安なことや、ご家族に迷惑をかけるのではないかと心配されている方は、病院の相談員（医療ソーシャルワーカー）に相談すると良いでしょう。

◆自分で意思決定できなくなったときの準備

自分自身に臨むことを自分で決める力は、病状や障がいにより低下することがあります。どのような状態になっても、あなたの意思を可能な限り尊重してもらうために、自分がどこでどんな医療やケアをしてほしいのか、あるいははてはしくないのであれば、周囲の信頼する人たちに伝えることは大切なことです。また、あなたの意思決定能力が低下し、自分で自分のことを決められなくなった時、あなたの代わりとして誰に自分のことを決めてほしいか、ということも、あらかじめ周囲の信頼できる人たちと相談しておく、最期の瞬間まで自分らしく生きるための備えになります。

◆在宅医療を支える専門職

- ①医師

ご自宅を訪問して、治療や診察、経過観察を行います。また、ご自宅に医療機器を持参して、病院とかわりなく治療や検査をすることもできます。病状をみながらご本人にあった療養生活ができるように、治療方針をたてていきます。在宅医療のチームリーダーの役割もあり、他の専門職と連携します。
- ②看護師

ご自宅を訪問して、医師の指示のもとに療養生活の世話や、診療の補助、リハビリテーションなどを行います。ご本人やご家族が不安な時は、すぐに連絡できて、親身に相談にのったり、うまく生活するための方法をアドバイスすることができます。
- ③歯科医師・歯科衛生士

通院できない方のご自宅を訪問する「訪問歯科診療」を行います。壊れた入れ歯の修理や調整、むし歯や歯周病の治療を行うほか、認知症予防のために、口腔内のケアやリハビリテーションを行います。「話す」「話す」といった機能の維持や回復をすることで、患者さんの生活の質が大きく向上します。
- ④薬剤師

医師の処方せんによる指示により、薬剤師がご自宅を訪問します。薬を持参したり、飲み忘れを減らすための工夫や薬の整理整頓、その人の生活にあわせた薬への変更の提案を行うことで、薬に関する不安や疑問を解消します。

(資料)大牟田市パンフレット「高齢者の暮らしを応援します」

②国施策の変遷

一方で、平成28(2016)年度のビジョン作成時から、地域・社会状況にも変化が起こっており、その変化に対応した取組について、検討する必要が出てきています。

最期まで住み慣れた地域で暮らし続けることの体制構築について、国の動向としてはまず、医療と介護の連携の実態を定量・定性的に把握すること、その上で、必要な取組を考え実施し、その取組に対し評価を行い、改善を行うことが求められてきています。

また、看取りや認知症への対応を強化するようになっています。

本市においても、現状を把握し、取組の評価を行い、今後に向けた取組を見直す形で、ビジョンを改訂しました。

2. 大牟田市在宅医療・介護連携ビジョン（令和6年度～令和11年度）

（1）在宅医療・介護連携とは

地域で切れ目ない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、国では、市町村に対して、地域の実情に合わせた形で、医療・介護関係者と連携して以下の事業を推進するよう示しています。事業実施については、地域の在宅医療と介護の連携の理想の姿を常に意識することと、在宅療養者の日常生活(生活の質の向上)を意識することが必要です。

【連携事業】

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 地域住民への普及啓発
- 医療・介護関係者の情報共有の支援
- 医療・介護関係者の研修

（2）在宅療養者視点のケアの意識：在宅医療・介護連携が必要な生活の場面

国では、在宅医療・介護の提供は、在宅療養者の生活の場面で行われるため、高齢者のライフサイクル(状態像)の変化と出来事を意識する必要性を示しています。

高齢期になると、加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活で医療や介護が必要になることや入院することも出てきます。退院後も在宅医療や介護が必要となることや、在宅療養中に急変することも考えられます。

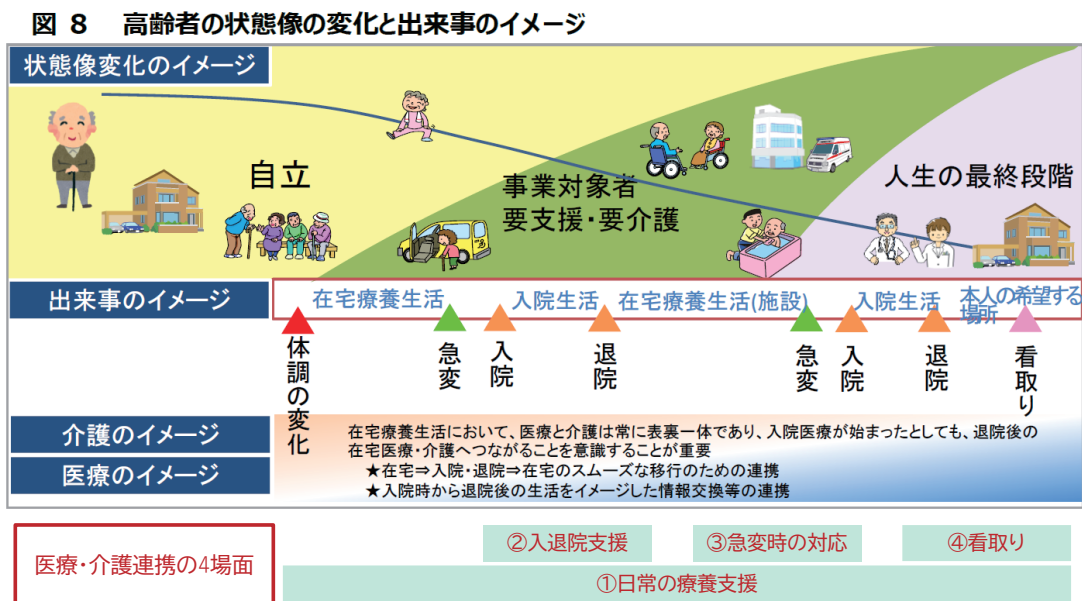
高齢者のライフサイクルに合った、医療と介護の連携が求められる場面については、具体的に4つの場面が想定されています。これらの4場面は双方が重なり合っていることも少なくありません。

切れ目のない在宅医療と介護の連携体制の構築に向け、本市でも、4つの場면을意識し、地域の実情に応じて取組を進める必要があります。

【在宅医療・介護連携が必要な4場面】

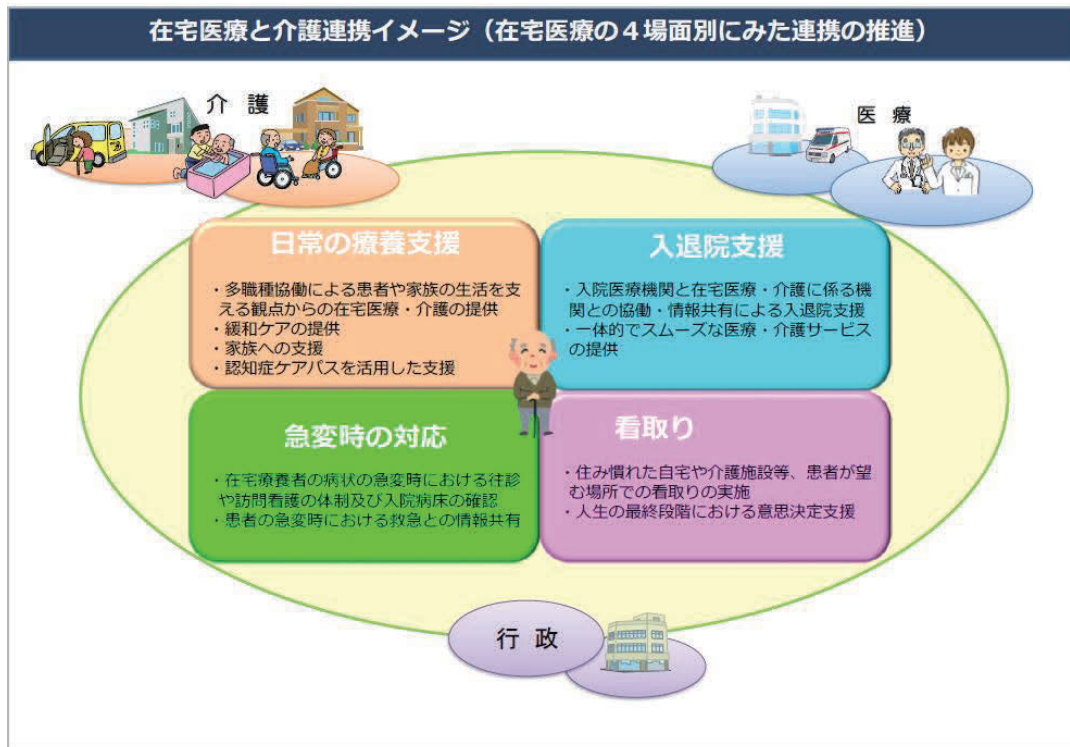
- ① 日常の療養支援
- ② 入退院支援
- ③ 急変時の対応
- ④ 看取り

図表 7 高齢者の状態像の変化と出来事、医療・介護連携の4場面のイメージ



(資料)厚生労働省老健局老人保健課(令和2年9月)「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3」(23ページ)追記

図表 8 国の示す在宅医療と介護連携イメージ



(資料)厚生労働省老健局老人保健課(令和2年9月)「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3」(24ページ)

(3) 大牟田市での4つの場面に応じたあるべき姿

前述の国が示した4つの場面について、本市の実情や今後必要となる取組などをまとめました。これらは、医療・介護・福祉分野の専門職に対して実施したヒアリング調査の結果をもとに整理しています。

場面①: 日常の療養支援

「日常の療養支援」とは、必要な医療や介護を受けながら、自宅などの住み慣れた場所で暮らしていくことをいいます。

医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた場所で在宅療養を継続するためには、在宅療養者の日常生活を訪問介護、訪問看護、訪問診療等で支えることと、24時間発生する医療・介護ニーズへの対応や、医療機関へ受診・搬送できる体制が整っていること等が求められます。また、在宅医療が必要になる前の段階から、健康管理や予防、地域での交流・活動の大切さを市民自ら理解して、実践できることも重要です。

【取組の背景】

市民における在宅医療の利用状況は、昨今の新型コロナウイルス感染症の影響を大きく受けてきました。コロナ禍で入院ができない、入院すると家族が面会できない等の理由から、自宅等で在宅医療を受ける人が増えていました。一方で、在宅医療がどのようなものか、どのような時に在宅医療を活用できるのかといった、自宅等での日常療養が市民に十分認識されていないのが現状です。また「在宅医療を選択するかどうか」だけでなく、元気なうちから自分のやりたいことを実現したり、日々の暮らしを楽しんだりしながら、健康でいられる期間をできるだけ延ばしていく考え方が大切です。

在宅での日常の療養支援では、医療・介護・福祉の専門職の技術や経験に加えて、専門職同士が気軽に相談しあえる関係を持ち、必要な情報を速やかに共有できるネットワークが大切です。本市ではこれまで、医療・介護・福祉の専門職が在宅医療を学び、顔の見える関係になるための研修会を継続的に実施してきました。その結果、在宅医療に連携して取り組む経験を積んだ専門職が増えてきています。

一方で、本市でも人口減少の影響から、医療・介護・福祉の担い手が不足しており、サービス提供を継続し、きめ細やかな対応をするうえでの課題となっています。また、施設等での医療・介護ニーズへの対応力を高めることも重要です。そのため、市民向けに介護予防や健康づくり、生活支援等健康寿命の延伸に関する研修会や講座等を実施し、平成29年～令和4年までの6年間で延べ105,426人が受講しました。また、市民の健康寿命の延伸に向けて、フレイル予防に関する取組も進めてきました。

【必要な取組】

本市でよりよい日常の療養を実現するために、市民に向けて、市民一人一人が、医療や介護が必要になる前から介護予防等に取り組み、元気に過ごせる期間を延ばすことに自ら取り組めるように、健康への意識・行動や将来を考えることを促すための情報提供・啓発に取り組んでいきます。また、医療や介護が必要な状態になったときには、自宅等で医療を受ける「在宅医療」という選択肢があることを発信していきます。

専門職側では、在宅医療について学び・つながりを持ち、スムーズな情報共有ができることや、医療側での地域資源への理解、介護側での医療的ケアへの対応力向上等について、引き続き研修会や事例検討会等を実施するなど、環境づくりに取り組みます。また、住み慣れた地域で暮らし続けることを支援するためには、医療・介護・予防の社会資源や、インフォーマルな地域資源(介護予防・生活支援・社会参加など)の情報を把握し、個別支援を通じて活用・紹介できるように取り組みます。

担い手不足の課題に対しては、各事業所が人材確保や業務効率化に取り組めるような対応を検討していきます。

【あるべき姿】

(市 民) 健康でいられる期間を長く、本人や家族が「よかった」と思える

(専門職) 様々な専門職が、職種の違いなど関係なく語り合える、垣根のない関係

場面②:入退院支援

「入退院支援」とは、住み慣れた場所で日常生活を過ごしていた、医療と介護の両方を必要とする高齢者が入院・退院する際の支援に関することをいいますが、入院の理由によって、大きく2種類に分けられます。1つは、脳梗塞や骨折などの突然の疾患によって、心身の状態が急激に悪化するものです。もう1つは、大きな病気などはないものの時間の経過とともに緩やかに心身の状態が悪化していくものです。いずれの場合でも、医療機関と介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、スムーズな入退院支援を行うことができます。

入院時には、ケアマネジャーから医療機関へ、患者・利用者の在宅療養状況を共有することで、退院を見据えた入院計画を作ることができます。退院時も、医療機関とケアマネジャー、訪問看護・訪問介護担当者、リハビリテーションの専門職等と一緒に、自宅等での療養のノウハウを共有することで、スムーズな在宅療養の再開につながります。

また、市民にとって入院や退院は、人生の大きな節目です。自分はどこで・誰と暮らしたいのか、どんな医療や介護を受けたいのかといったことについて、普段よりも現実味を持って考えられる機会です。

【取組の背景】

入退院支援では、入院機能を持つ医療機関と在宅支援の担い手との連携が大切です。必要な連携として、相互の情報共有や支援の方向性の確認、バトンタッチのタイミングなどがあげられます。また、退院時には医療機関において、在宅医療やリハビリテーション、介護サービスの選択肢を提案したり、在宅支援の医療機関や訪問看護、ケアマネジャー、介護事業所等とつないだりする役割が期待されています。必要に応じて様々な関係者が関わることとなりますので、状態の変化にあわせてチームで情報共有を行うことも重要です。

これら入退院支援は、患者・利用者本人が、どこで・誰と暮らしたいのか、どんな医療や介護を受けたいのかといった意思に基づいて提供されます。そのため、市民には元気なうちから「もし自分が入院したら何を望むか」ということを考え、家族や友人、支援者などに伝えておくことが望ましいとされており、医療や介護の専門職は患者・利用者の意思を確認し、それを支えるために支援することが求められています。

本市では、これまで研修会や入退院支援の実践によって、連携体制が構築されてきました。一方で、これまで作成されてきた連携パス(分野・所属を越えてチームで支援するためのルール・手引き)が十分活用されていなかったり、退院直後の生活が混乱しやすい期間での連携のあり方が不十分といった、入退院支援をよりよいものにするための課題もあげられています。

【必要な取組】

本市でよりよい入退院支援を実現するため、まず市民が入退院の際に今後の望む生活や生き方を考えられるように、専門職が本人の意思を確認したり、在宅医療も含めた選択肢を提示できるように取り組んでいきます。

入退院時の病院・在宅関係者の連携については、その基盤となる情報共有や関係づくり、取組の事例共有等に継続して取り組みます。在宅医療の関係者のみならず、入院先の医療機関のスタッフも含めて在宅医療を知る・考える機会をつくります。また幅広い分野の専門職がチームとなって在宅生活を支えるために、本人の入院前の生活状況や希望、生活課題、医療介護両面からの見通し等を踏まえ、情報共有や目標設定ができるよう、必要な連携体制やルールの改善を進めます。

【あるべき姿】

- (市民) 医療・介護ケアが必要な場面で、本人が日常生活の過ごし方を選択できる
- (専門職) 必要なケアに応じた体制が構築されている

場面③:急変時の対応

在宅で療養生活を送る中では容体が急変することも考えられます。そのため、前もって、急変時に医療・介護・消防(救急)が円滑に連携する体制づくりが必要になります。状態が不安定な患者・利用者については、訪問・通所・短期入所療養を組み合わせることで、在宅療養の継続が可能となる場合もあります。

また、急変時においても、本人の意思を尊重した上で適切な対応を行う必要があります。そのため、急変時の対応ルールを作成したり、本人の意思を確認し、関係者間で共有しておく必要があります。

【取組の背景】

本市は、他市町村と比較すると、高齢者のみの世帯や高齢者の独居世帯の割合が多いことから、急変時に本人の意思が確認できず、支援者が対応に苦慮する場面が多くなると考えられます。そのため、元気なうちから、市民一人一人が急変時のことを考えることが大切です。救急搬送されたときに、自身がどのような生活を望んでいるか、何を望まないかなどを予め考えて、それを関係者が分かることで、支援者もスムーズな連携がとりやすくなります。このような理由から、医療や介護に関する市民への情報提供や、将来への備えとして、自分らしく生きることを考えるきっかけづくりの場を設けるなど、市民がどのような最期を迎えたいか考える機会を提供してきました。

在宅医療における急変時の支援では、入退院支援で取り組んできた専門職の連携体制や関係づくりが基盤となります。それによって24時間の在宅療養支援が継続できることが望ましいあり方ではあるものの、一方で人材確保や人材育成が課題となっています。

【必要な取組】

本市での急変時の対応をスムーズにするため、市民自らが望む暮らし・望む医療等について考え、人に伝えておくことが大切です。意思表示がしやすい環境づくりに取り組みます。

専門職側では、緊急時に備えた連絡体制を整えるために、日頃から医師やケアマネジャーなど、支援者間での情報共有をおこないます。これらを通して、本人や家族が安心して過ごせる環境を整えます。また人材確保・人材育成に対応して、業務効率化や業務負担軽減のため、業務移管を行うなどの検討も求められます。

【あるべき姿】

- (市民) 医療・介護ケアが必要であっても、日常生活の過ごし方を選べる
- (専門職) 退院直後の生活が混乱しやすい時期の切れ目のない連携・支援、在宅での日常生活を支える提案ができる

場面④:看取り

人生の最期をどのように迎えたいかは人それぞれです。自分がどのような最期を迎えたいか、望む医療や介護のあり方をイメージして、家族や医療・介護関係者と共有すること、それを実現できるような医療・介護関係者の支援体制づくりが必要になります。

そのためには、まず、本人・家族の在宅での看取りに関する認識・理解が必要であり、その上で、本人・家族の意思を専門職へ共有する必要があります。

実際の看取り時には、その意思をもとに医療・介護・救急(消防)の円滑な連携を行います。

【取組の背景】

人生の最終段階をどこでどのように迎えたいか、家族や支援者等に意思を伝えることが大切ですが、最期について考えたくない、人に伝えるのは迷惑がかかると思いとどまっている人も多いのが現状です。また、本市は独居高齢者世帯が増加しており、家族が身近にいない、もしくは頼れる親族がいない高齢者は今後も増加することが予測されます。

そのため、医療や介護に関する市民への情報提供や、将来への備えとして最期まで自分らしく生きることを考えるきっかけづくりの場を設ける等して、どのような最期を迎えたいかを考える機会を提供してきました。

専門職については、最期まで望む暮らしをサポートするためには、本人・家族の心身のケアや自宅や施設など周辺の環境を整える必要があり、より多くの専門職との密な連携が必要になります。市民の様々なニーズに対応できるよう、患者や利用者が自分らしく最期を迎えられるように、専門職は研修会や実践を重ねてきました。

【必要な取組】

本市でよりよい看取りの環境を整備するため、今後も、市民への啓発をおこない、一人一人の市民が、自分がどのような最期を迎えたいか、望む医療や介護の在り方のイメージを言語化できるようサポートしていきます。

専門職側では、在宅での看取りに対する知識や経験のある人を増やしていくことや、医療・介護・福祉、それぞれの分野の制度や考え方について互いに理解を深めていけるように取り組んでいきます。

また、本人の状態に合った環境を整えるために医師やケアマネジャー等、医療や介護の連携はもとより、さらに多くの専門職がチームとなり協働できるよう、連携も強化します。

【あるべき姿】

(市民) 自分の最期の過ごし方を選べる

(専門職) 市民が自分の最期に本人や家族が「よかった」と思える選択に寄り添う

(4) 4場面のあるべき姿達成のための医療・介護の役割と取組

本市の場合、在宅医療・介護を望む市民に対して医療と介護の連携により、適切なサービスが提供できているか、状況を把握し、専門職間で共有することは、地域の高齢化と支え手世代の減少が進みつつある中でも、在宅医療・介護の需要に対応できる体制維持を検討するために重要です。

国でも、地域の目指すべき姿のために、現状把握・課題整理・目標設定・課題解決に向けた取組の実施・評価・改善といった、連続性を持った取組、いわゆる「PDCA サイクル」(Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善))を繰り返すことが必要だとしています。

図表 9 PDCA サイクルのイメージ

Plan(計画)	<ul style="list-style-type: none"> ● 現状を把握したうえで、現状の分析、課題の抽出を行う ● 目標の設定、対応策の検討、効果確認の指標設定などを実施
Do(実行)	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画に沿った、具体的な取組の検討・実施（取組体制の検討）
Check(評価)	<ul style="list-style-type: none"> ● 評価時期・項目(案)を設定 ● 評価時期に、アンケートやヒアリング、その他指標等で効果の確認を実施
Act(改善)	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域のめざすべき姿の理想に近づけるために、業務内容を見直し ● 次の目標を設定し、更なる対応策を検討

(参考)厚生労働省老健局老人保健課(令和2年9月)「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3」(13ページを修正)

特に、医療・介護の連携が必要になると考えられる「4つの場面」(①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り)について、より具体的な内容を専門職間で情報共有することで、地域の課題が把握でき、取組の方向性について検討しやすくなると考えます。

情報共有の方法としては、定期的に専門職へのアンケートやヒアリング、会議などを行います。この取組を通じて、専門職間で、本市の課題の抽出や解決策が検討できる仕組みを作っていきます。

4つの場面のあるべき姿達成に向け、医療・介護それぞれの役割・期待されることとアクションの例について、専門職関係者の意見をまとめると、次のようになります。

役割・取組の例示

場面①: 日常の療養支援

医療の役割

- ・ 健康管理のアドバイス、薬の管理
- ・ 病気等が起因する生活の困りごと等を確認し、医療・介護サービスによる解決方法を考える
- ・ 住み慣れた場所で過ごすための「在宅医療」「訪問看護」の紹介
- ・ 施設等からの訪問看護相談への対応

介護の役割

- ・ 介護予防・フレイル予防の啓発活動
- ・ 地域の交流場所の把握、地域の中で生きがいや役割をもって生活ができる居場所と出番づくり
- ・ 日常の療養状態の把握、暮らしを支える支援者の情報
- ・ 希望に合わせた外出支援
- ・ 介護士の医療的ケアの技術向上

<取組>

- 在宅医療に関する市民向けの情報発信
- 単独世帯高齢者の増加への対応に関するもの
- 専門職の事例検討会、研修会
- 人手不足・業務効率化への対応
- 住み慣れた地域で暮らし続けることを支えるための社会資源・地域資源の共有
- 施設等での医療的ケアへの対応力向上に向けた取組
- 本人の意思決定支援に関する啓発

場面②:入退院支援

医療の役割

- ・ 病棟専門職と在宅専門職との連携、情報提供
- ・ 治療方針に対する意思決定の共有(介護従事者から患者の日常生活の様子の共有、患者や家族の治療・退院後の療養に対する意思の確認)
- ・ 退院時カンファレンスの実施

介護の役割

- ・ 自宅での生活情報(環境や支援者)の把握
- ・ 状況の変化に合わせたサービスやリハビリテーション目標の設定。特に退院直後の具体的な暮らしとリスク管理の想定、対応の検討
- ・ 退院時カンファレンスの実施

<取組>

- 入退院時の病院・在宅関係者の連携体制の構築・ルールの検討
- 感染症発生時の病院・在宅関係者の連携体制の構築・ルールの検討
- 既存の連携パスの検証
- 本人の意思決定支援

場面③:急変時の対応

医療の役割

- ・ 24時間対応(早朝・夜間・深夜)
- ・ 介護サービスの介入に対して区分変更や主治医意見書の作成
- ・ 薬剤手配・管理指導
- ・ 在宅医療継続可否の判断
- ・ 患者や家族の治療等に対する意思の確認

介護の役割

- ・ 緊急時の連絡体制の確認
- ・ 起こりうる状態変化の把握
- ・ サービス事業所等、支援者との情報共有
- ・ 本人・家族に安心感のある対応
- ・ 本人や家族の意思確認

<取組>

- 業務効率化や業務移管
- 特定行為を行える看護師・介護士を増やす取組
- 本人の意思決定支援

場面④:看取り

医療の役割

- ・ 住み慣れた自宅や介護施設等、本人が望む場所での看取り等、意思の確認
- ・ 緩和医療。疼痛緩和、鎮静、点滴等の管理(麻薬管理)
- ・ 家族への支援の充実
- ・ 訪問看護、訪問リハビリとの連携

介護の役割

- ・ 本人や家族の意思確認(どこでどのように死を迎えるか)。また思いの変化などの確認。本人・家族の不安の解消
- ・ 本人の状態にあった環境を整える。QOL 高く望む暮らしの実現に向けた多職種協働(福祉用具選定等も含む)
- ・ 状態に応じて家族に対する介助方法の提案・指導

<取組>

- 施設等での看取りを支える支援
- 多職種連携の成功事例などの共有
- 本人の意思決定支援

(5) 取組の推進や振り返りの体制・工程

①取組の推進体制

■大牟田市在宅医療・介護連携推進協議会

- ・ 医療・介護に関わる関係機関・団体等の委員により構成
- ・ 原則年1回開催して、企画実行委員会の報告をもとに協議する

【役割】

- ・ ビジョンの進捗管理を行い、次年度の取組(企画)を決定する
- ・ 在宅医療・介護連携のあるべき姿の実現に向けて必要な課題設定や取組の方向性を検討・共有する
- ・ 取組の推進に向けた関係機関・団体の役割分担・協力体制を構築する

取組・協議内容の報告



方向性の共有、取組企画の承認



■企画実行委員会

- ・ 協議会への参加機関・団体からの委員や、在宅医療・介護連携のあるべき姿の実現に寄与する関係者により構成
- ・ 年2～3回程度を基本として、ビジョン推進に必要な回数を開催する

【役割】

- ・ 大牟田市の在宅医療・介護に関わる現状・課題や、各関係機関・団体の取組に関する情報を共有する
- ・ あるべき姿の実現に向けて必要な取組の実施企画や、取組の改善策を検討する

取組の成果・課題の報告



取組企画の共有、改善策の共有



■取組の推進

- ・ 市や関係機関・団体の既存事業や連携、部会形式による事業の企画・推進などによって、取組を推進していく

【取組の推進例】

研修・イベント等での展開	多職種連携研修会や市民啓発イベント等の機会に取り入れて取組を推進する
市・団体等の関連事業との連携	関連事業の機会を活用して展開する
部会等の形式による展開	関係する専門職等で部会を構成して企画検討や取組を推進する

②取組の振り返り

本ビジョンは、令和6(2024)年度から令和11(2029)年度の6年間を実施期間とします。ビジョンの実施期間にあるべき姿に近づいているのかを確認するため、協議会・企画実行委員会を通じたPDCAサイクルを実施していきます。

また、Check(評価)の工程では、①市民・専門職の意識調査、②関係者ヒアリング、③在宅医療等の統計整理、④活動成果・課題の整理の4つの手法によって把握します。

図表 10 Check(評価)の工程

手法	R6	R7	R8	R9	R10	R11
①市民・専門職の意識調査						
②関係者ヒアリング						
③在宅医療等の統計整理						
④活動成果・課題の整理						

図表 11 各評価手法の概要

項目	考え方・内容等
①市民・専門職の意識調査	<ul style="list-style-type: none"> 4つの場面に応じたあるべき姿に関連して、市民・専門職双方の意識を把握する調査を実施します。 ※例：意思決定支援の意識調査、活動(人生会議等)の評価 調査方法は、既存のアンケート調査の機会を活用したり、団体協働で実施する等、効果的な方法を検討します。 ベースライン把握のため、1~2年度目に実施します。最終年度に成果確認のため同一項目を実施します。
②関係者ヒアリング	<ul style="list-style-type: none"> 医療介護の専門職に対して、在宅医療・介護連携に関連する現状認識や課題についてのヒアリングを実施します。 各年度の定例的な質問に加えて、取組企画に関連して、対象を柔軟に変更する項目も設けながら実施します。 毎年度実施して、企画実行委員会で報告します。
③在宅医療等の統計整理	<ul style="list-style-type: none"> 福岡県の在宅医療に関するアンケート調査等をはじめ、継続的に在宅医療・介護連携の状況が把握できる統計データを整理します。 毎年度実施して、企画実行委員会で報告します。
④活動成果・課題の整理	<ul style="list-style-type: none"> ビジョンの中間年および最終年に取組の成果・課題を取りまとめます。

3. 参考資料

(1) 平成 28 年度ビジョンの概要

2025 年の本市の状況に対応し、地域包括ケアを実現していくために、各団体では次のような基本的な役割を認識し、取組を進めました。(図表 12)

4つの方向性を専門職間で共有し、協働または団体ごとに取り組みました。(図表 13)

図表 12 各団体の基本的役割

団体名	基本的役割
大牟田医師会	在宅医療に関わる医師を増やすための基盤づくり、在宅医療・介護連携の先導
大牟田歯科医師会	在宅における歯科診療・口腔ケアの推進、他職種や市民への口腔ケアの啓発・支援
大牟田薬剤師会	在宅における服薬管理の推進、他職種や市民への薬剤に対する啓発・支援
大牟田市介護サービス事業者協議会	自立支援、医療・介護関係者と連携した質の高い介護サービスの提供
大牟田市介護支援専門員連絡協議会	在宅・介護関係者のコーディネートと適切なケアマネジメントの推進、権利擁護の推進
大牟田・高田地域訪問看護ステーション連絡協議会	在宅療養支援の推進、在宅医療に関する他職種へのアドバイス、コーディネートの推進
福岡県理学療法士会	在宅や地域住民への介護予防・健康増進の推進
福岡県作業療法協会	在宅や地域住民への介護予防、地域支援の推進
福岡県医療ソーシャルワーカー協会	患者家族の希望する生活の実現に向けた意思決定支援と社会サービスとの調整・開発
帝京大学福岡医療技術学部	医療・介護関係者等への研修、地域住民への在宅療養の普及啓発
大牟田市	ビジョン実現に向けた総合的な進捗管理、市計画による施策の展開

図表 13 テーマとアクション、主な取組内容

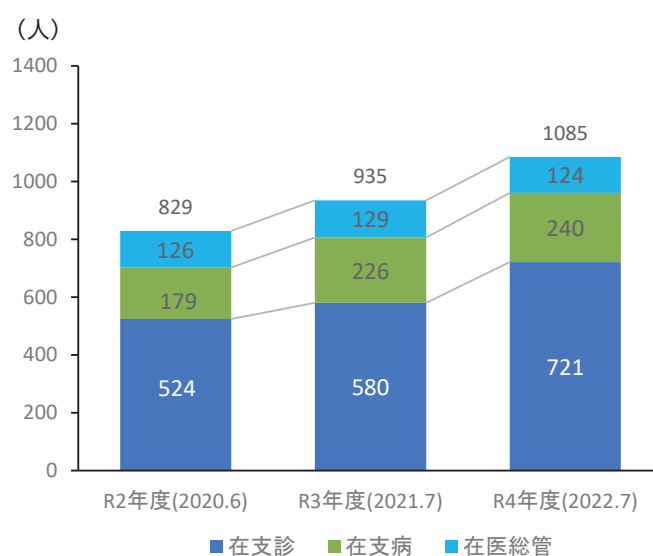
テーマ	アクション	主な取組内容
①当事者の希望・状態にあわせた適切な在宅医療・介護の提供		
a)訪問診療の患者実態アセスメント	①訪問診療を受けている患者データの分析・検証	訪問診療の実態について統計データの分析を実施、現状を共有
	②患者実態に応じた医療介護資源の見通しの検討	リハビリテーション等に関するアセスメントや資源情報の共有
b)元気なうちから在宅医療の備えの市民啓発	①市民が在宅医療を選べるための共通啓発ツールの開発	「高齢者の暮らしを応援します」内に在宅医療啓発ページを作成
	②人目に付きやすい場所での在宅の資源・相談窓口のPR	各団体において、多数の市民啓発活動の実施（健康展・介護フェスタ等の規模の大きい啓発、公民館単位での啓発 等）
	③専門職が出向く継続的なセミナー・プログラムの企画・実施	ワーキングにて課題と課題解決のための団体の取組について共有、対応すべき課題を整理
	④社会的なつながりを拒む人へのアウトリーチ	展開方法を検討し、ツール(手帳・動画)を作成
c)患者の意思決定支援	①様々な場面での意思決定を導くパンフレット等のツール作成	各団体において、専門職向け意思決定支援スキル 向上の研修等の実施
	②意思決定支援のためのガイダンス・研修の開発	
②チームによる在宅医療・介護連携の実現		
a)在宅支援連携の全体像(地域連携パス)の検討	①実践事例に基づいた在宅支援の地域連携パスの開発	認知症ケアパスの作成・普及
	②連携をコーディネートできる実践力研修の企画・実施	団体での在宅医療の初期的導入や多職種連携に関する研修の実施
b)すそ野を広げ実践につなげる地域連携研修づくり	①参加者のすそ野をひろげる研修プログラムの試行・普及	基礎的な介護やケアカフェ、多職種連携の研修会や交流会、勉強会等の実施
	②実践に引き込む研修プログラムの試行・普及	多職種連携研修会等各種研修会の実施
	③地域連携を促進するための研修の体系化	団体研修・イベントの情報共有の検討
c)介護から医師へ相談できる仕組みづくり	①介護から医師へ相談できる環境づくり	介護保険主治医研修会や認知症サポートチーム等による相談できる仕組みづくり
③介護予防・健康づくり・生活支援等による健康寿命の延伸		
a)地域支援の成功事例・ノウハウの共有	①地域支援事例の報告会・勉強会の開催	地域ケア会議への参加による情報共有実践発表会、事例発表会、研修会実施
b)専門職による地域支援の仕組みづくり	①市全体での地域支援の仕組みづくり ②地域支援のインセンティブの検討	フレイル予防の取組の推進
④在宅医療の負担を減らす基盤づくり		
a)患者情報の共有や事務連絡の効率化	①福岡県医師会「とびうめネット」の活用	一部地域で多職種でのとびうめネット等の試験運用の開始。歯科医師会での福岡うぐいすネットの周知・活用
	②多職種の事務連絡などでのITツール活用の検討	
b)高齢者の生きがい就労の研究	①元気高齢者への新しい働き方の動機付け ②テーマを絞った元気高齢者の新しい働き方の実践研究	中高年インターン事業や、認知症当事者の就労支援の研究・情報共有、リハ面での自立生活支援研修、シルバー人材センター活用促進
c)緊急時の代診や主治医・副主治医制度	①医師会での制度検討	各団体での制度検討
d)在宅医療の機器・資材の共有化	①医師会での制度検討	
e)死後事務を円滑にする支援の仕組みづくり	①死後事務を円滑にする支援の仕組みづくり	本人確認作業等の協力、研修会等の実施

(2) 大牟田市の在宅医療・介護連携の現状を知るための統計資料

①在宅医療の患者数、地域医療・介護資源の把握

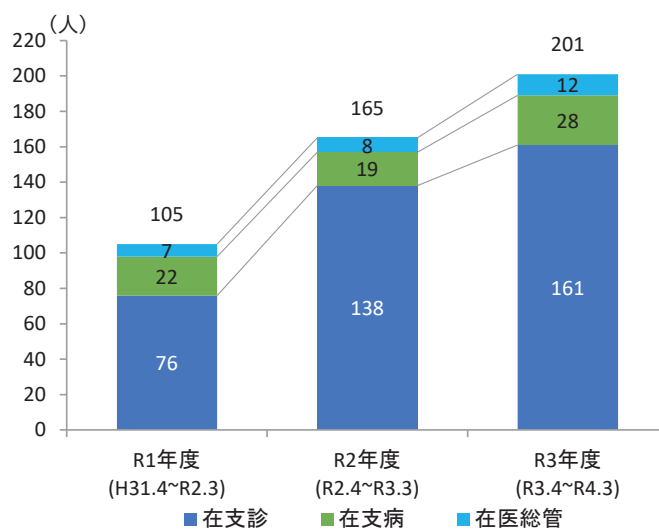
- 訪問診療の対象患者数は年々増加し、令和4(2022)年7月の1ヶ月の患者は、1,085名となっています。
- 在宅看取りの数も年々増加し、直近の令和3(2021)年度の1年間では、201名となっています。

図表 14 訪問診療対象患者数(令和2(2020)~4(2022)年度)



資料)福岡県「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査」(令和2~4年度)

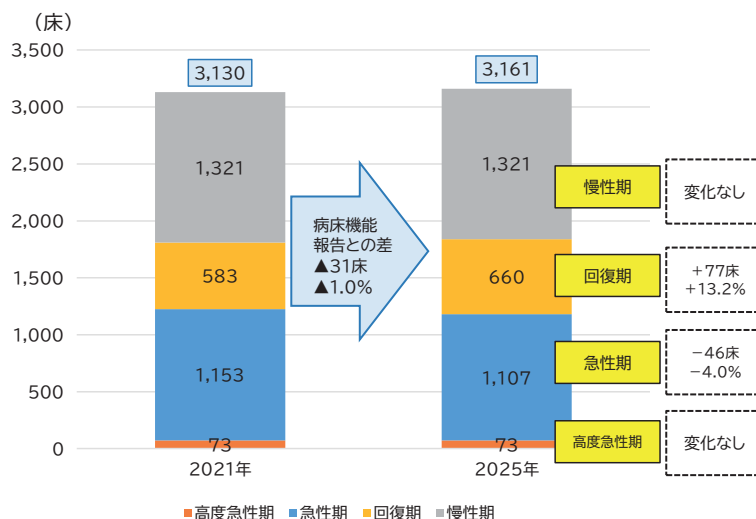
図表 15 機関別 在宅看取り数(令和1(2019)~3(2021)年度)



資料)福岡県「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査」(令和2~4年度)

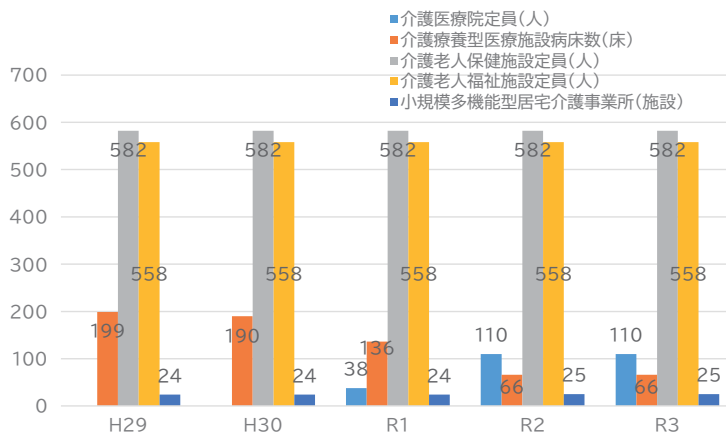
- 本市における令和3(2021)年の許可病床数はおよそ 3,130床でした。
- 令和3(2021)年7月時点で想定される、令和7(2025)年7月の許可病床数は 3,161 床であり、現状とほぼ変わりません。ただし、今後は急性期病床が減り、回復期病床への転換が想定されます。
- 介護施設定員数は、直近5年をみると介護療養型医療施設病床数(床)は減少傾向にあります。一方で、介護医療院は、大牟田では令和元(2019)年に初めての施設が創設され、その後、増加傾向にあります。(令和5(2023)年現在は、4施設 170 定員)
- 他の介護老人保健施設、介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護事業所については一定です。

図表 16 医療機関における医療機能ごとの許可病床の状況



資料)福岡県「病床機能報告制度(令和3年度報告)」各医療機関における医療機能ごとの許可病床の状況
 注)2021(令和3~年11月30日までに報告があった医療機関からの回答のみを集計。2021年は同年7月1日時点の機能、2025年は同年7月1日時点の予定

図表 17 介護施設定員数の変化



資料)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成28年~令和3年)※各10月1日調査
 福岡県「介護医療院一覧表」(各年4月1日現在)

②家族介護力の低下(独居高齢者の増加)

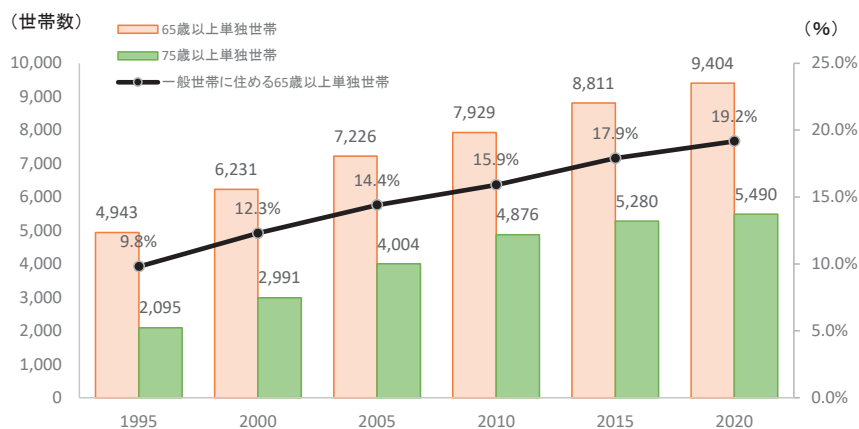
- H27(2015)年における本市の一般世帯に占める65歳以上の単独世帯の比率は17.9%と、福岡県内の市(H28(2016)年当時28市)のなかで3番目に高く、令和2(2020)年には19.2%まで上昇しています。順位は3番目に高いままです。
- 本市の65歳以上の単独世帯数は年々増えています。令和7(2025)年まで高止まりで推移する見込みです。

図表 18 一般世帯数に占める65歳以上単独世帯の割合（福岡県内の市との比較）

令和2年 (2020)	一般世帯数	うち65歳以上 単独世帯数	一般世帯数に 占める65歳以上 単独世帯の 割合
市部合計	2,078,143	252,009	12.1%
1 嘉麻市	14,936	3,401	22.8%
2 田川市	20,502	4,179	20.4%
3 大牟田市	49,068	9,404	19.2%
4 中間市	17,331	3,049	17.6%
5 宮若市	10,491	1,821	17.4%
6 豊前市	9,857	1,689	17.1%
7 直方市	23,601	3,982	16.9%
8 飯塚市	55,562	9,129	16.4%
9 北九州市	435,364	65,358	15.0%
10 みやま市	13,017	1,825	14.0%

資料)平成27年国勢調査人口等基本集計(総務省統計局)、令和2年国勢調査 人口等基本集計

図表 19 高齢者単独世帯とその一般世帯に占める割合の推移(大牟田市)

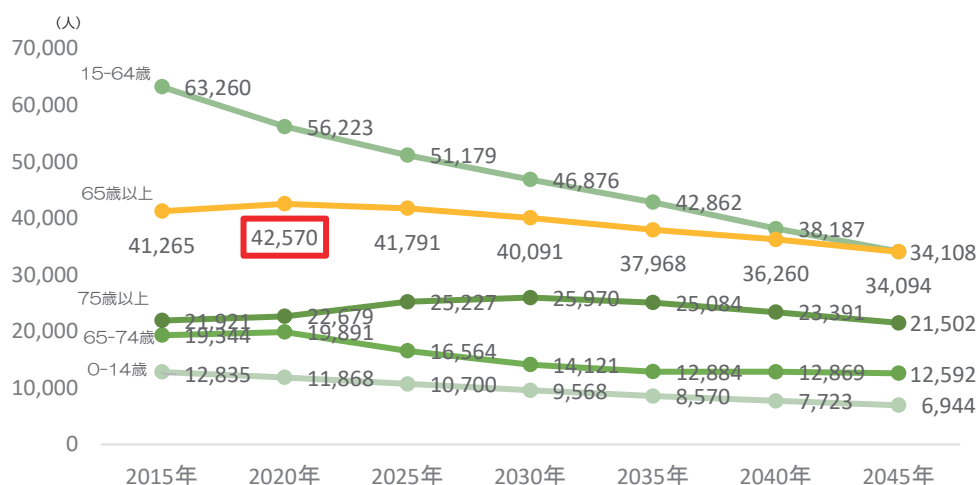


資料)平成27年国勢調査人口等基本集計(総務省統計局)、令和2年国勢調査 人口等基本集計

③大きくなる支え手世代への負担(地域)

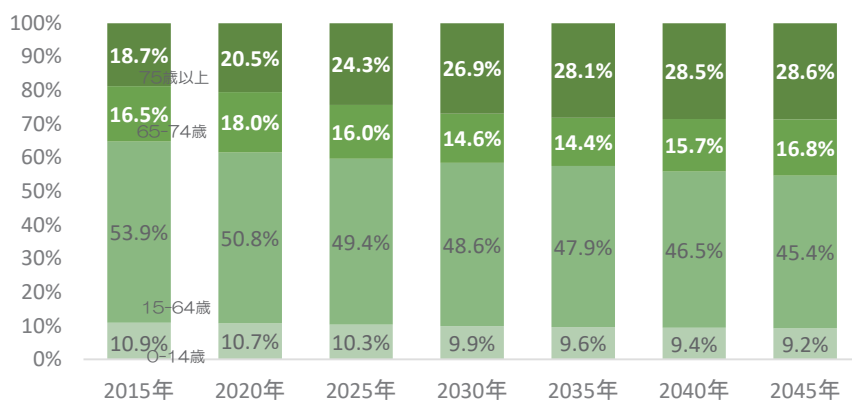
- 本市の将来人口では、令和2(2020)年をピークに65歳以上は減少します。
- 支え手となる15～64歳以上人口の減少も著しいため、高齢化率は令和27(2045)年まで一貫して上昇すると予測されます。
- 地域住民は共助の支え手として期待されていますが、地域活動の担い手も年々高齢化が進んでおり、世代交代や新たな担い手の確保が課題となります。

図表 20 大牟田市の将来の年齢4区分の推計人口



資料)「男女・年齢(5歳)階級別データ--『日本の地域別将来推計人口』(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)
 (https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/Municipalities.asp)の大牟田市分を加工して作成
 ※2015年は国勢調査による実績値

図表 21 大牟田市の将来の年齢4区分の推計人口比率

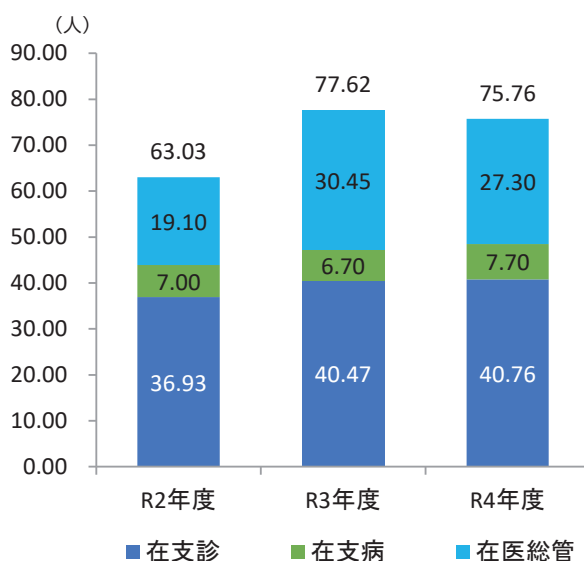


資料)「男女・年齢(5歳)階級別データ--『日本の地域別将来推計人口』(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)
 (https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/Municipalities.asp)の大牟田市分を加工して作成
 ※2015年は国勢調査による実績値

④大きくなる支え手世代への負担(専門職)

- 訪問診療に取り組む医師の数(常勤換算数)の直近3年は75名程度で推移しています。
- 訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算数)の直近3年は80~90名程度で推移しています。うち、24時間対応の看護職員数は全体の9割程度です。
- 本市では将来的に若年層の縮小が予測されていますが、これは専門職も同様であり、若年層の縮小、専門職の高齢化も進むと予測されます。

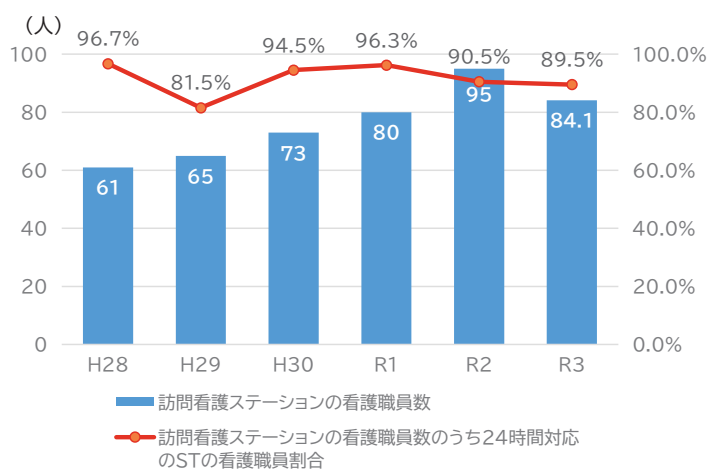
図表 22 訪問診療に取り組む医師の数(令和2~4年)



資料)福岡県「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査」(令和2~4年度)

※非常勤の医師数について、常勤換算値(常勤医師の勤務時間に対する比率で換算した数値)で計上

図表 23 訪問看護ステーションの看護職員数(平成28年~令和3年)



資料)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成28年~令和3年)※各10月1日調査

(3) ビジョン更新委員会

○ 大牟田市在宅医療・介護連携推進協議会 委員（敬称略）

氏名	所属等	役職等
杉 健三	大牟田医師会	会長
松田 宏一	大牟田歯科医師会	会長
森田 宏樹	大牟田薬剤師会	会長
井田 謙	大牟田市介護サービス事業者協議会	会長
橋口 哲也	大牟田市介護支援専門員連絡協議会	会長
田中 千香	大牟田・高田地域訪問看護ステーション連絡協議会	会長
伊藤 憲一	福岡県理学療法士会	筑後支部 社会職能担当部長
轟木 健市	福岡県作業療法協会	筑後地区担当理事
森山 浩司	帝京大学 福岡キャンパス	看護学科 教授
北嶋 晴彦	福岡県医療ソーシャルワーカー協会	副会長

○ 大牟田市在宅医療・介護連携推進協議会 企画実行委員会 委員（敬称略）

氏名	所属等	役職等
富安 信夫	大牟田医師会	理事
梁木 理史	大牟田医師会	
永井 純一	大牟田歯科医師会	副会長
河口 亮太	大牟田薬剤師会	理事
中島 知巳	大牟田市介護サービス事業者協議会	小規模多機能型 居宅介護事業所 連絡会代表
井形 諭司	大牟田市介護支援専門員連絡協議会	事務局長
津留 大悟	大牟田・高田地域訪問看護ステーション連絡協議会	副会長
堀川 聰司	福岡県理学療法士会	
松永 ゆり子	福岡県作業療法協会	筑後地区地域包括 ケアシステム推進員
北嶋 晴彦	福岡県医療ソーシャルワーカー協会	副会長

大牟田市在宅医療・介護連携ビジョン 2024～2029

2024年 3月

大牟田市在宅医療・介護連携推進協議会

(事務局)大牟田市 保健福祉部 福祉課

〒836-8666 福岡県大牟田市有明町2丁目3番地
