

### (3) 在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の整備

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が続けられるようにするためには、在宅において、適切に医療と介護が受けられるような基盤の整備が必要です。また、多職種が連携して高齢者を支える体制の充実が求められています。

#### ①在宅医療と介護、生活支援サービスの一体的な提供体制の構築

##### 【現状と課題】

- ・ 県民が住み慣れた地域で自分らしく暮らせることを支えるうえで、在宅医療の充実が重要な課題です。在宅医療<sup>①</sup>の基盤の充実に向けては、医療と介護の関係機関や多職種の連携によるサービス基盤の充実が必要です。また、生活支援サービスの充実により、在宅での生活を支えることも在宅医療の推進にとって重要となります。
- ・ 訪問診療<sup>②</sup>や往診<sup>③</sup>等の在宅医療と居宅介護サービスの併用や、施設サービスにおける医療面の対応等、介護サービスの提供の充実も求められています。
- ・ 在宅医療には、①退院支援、②日常生活の療養支援、③急変時の対応、④看取りの4つの機能が求められます。その機能強化を図るためにも、医療と介護の連携が重要となっています。

##### 【目指すべき方向】

- ・ 県民が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、医療や介護等の専門職等の連携の強化を進め、在宅医療や介護、生活支援サービスの一体的な提供体制の充実を推進していきます。

##### 【個別施策】

###### ○在宅医療・介護の提供体制の充実

- ・ 在宅医療を必要とときに適切に提供するため、医療機関の連携体制の構築や医療機関の訪問診療の取組の促進、患者の急変時に24時間対応できる体制の構築、専門職の人材育成等を推進するための拠点を各地域に整備します。
- ・ 高齢者が住み慣れた地域で、自宅又は地域で生活を継続できるようにするため、訪問による介護や看護等の必要なサービスを提供する地域密着型サービスを推進します。

<sup>①</sup> 本計画における在宅医療とは、「居宅、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護医療院、有料老人ホーム、その他療養生活を営むことができる場所において提供される医療（医療機関以外での医療）」と、広く定義しています。

<sup>②</sup> 訪問診療とは、在宅での療養を行っていて、疾病、傷病のために通院による療養が困難な方に対して定期的に訪問して診療を行うことです。

<sup>③</sup> 往診とは、患者の求めに応じて患家に赴き診療を行うことです。

### ○在宅医療・介護連携の推進

- ・在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を整備するため、市町村が中心となり郡市医師会・歯科医師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、薬局等と連携し、地域課題や住民のニーズの把握を通じた在宅医療と介護サービスの充実や医療・介護の専門職の多職種連携のための人材育成等を進めます。また、「くまもとメディカルネットワーク<sup>④</sup>」の活用を推進します。

### ○退院支援の充実

- ・退院後も患者が自宅等で療養生活を続けるために切れ目のないサービスが提供ができるよう、入院初期から入院医療機関と在宅医療に関わる医療や介護の関係機関と情報共有を図るとともに、退院支援担当者の配置や育成を推進します。また、多職種による退院前カンファレンスの普及、在宅での生活を見据えたサービス調整機能等の仕組みを強化します。さらに、入院時から、多職種連携により退院支援に取り組む優良な取組事例を共有し、普及拡大を図ります。

### ○県民が望む場所での看取りが可能な体制づくり

- ・自宅や施設等、県民が望む多様な住まいでの看取りを可能とするため、医師や、看護師、介護職員等を対象とする研修会や「看取りケア手引書」の普及を通じ、人材育成に取り組みます。
- ・人生の最終段階において受けたい医療や介護サービスを県民が選択するために必要となる情報を、市町村や関係機関において提供する等、希望に応じた看取りが行えるよう県民への周知に取り組みます。

### ○介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援サービスの充実【再掲】

- ・市町村や地域包括支援センターを対象とした研修会等を通じて、多様な生活支援サービスの充実に向けた取組を促進するとともに、民間団体等に対するサービスの立ち上げ支援を行う等、多様な主体の参画を促進します。また、地域の多様な主体との連携体制の構築等に向けた市町村支援の充実を図ります。

---

<sup>④</sup> くまもとメディカルネットワークとは、利用施設（病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設等）をネットワークで結び、参加者（患者）の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療・介護サービスに活かすシステムのことです。

## ②訪問診療・訪問看護等の在宅医療基盤の整備

### 【現状と課題】

- ・ 2025 年に向け、高齢化の進展や病床の機能分化・連携により、在宅医療の需要は増加する見込みです。
- ・ 訪問看護ステーションは増加傾向にあり、平成 25 年度には 18 地域あったサービス提供困難地域は、平成 27 年度に解消され、県内全ての地域で訪問看護サービスが提供されるようになりました。
- ・ 引き続きサービス提供基盤の充実を進めていますが、特に小規模な訪問看護ステーションの経営は厳しい状況にあることから、経営支援の強化が必要です。

### 【目指すべき方向】

- ・ 県民が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、サービスの基盤の充実を進めていきます。

### 【個別施策】

#### ○日常の療養支援の充実

- ・ 日常の訪問診療の提供体制を整備するため、複数の医療機関による連携体制の整備を推進します。
- ・ 自宅や介護サービス施設・事業所等で緩和ケアを行う体制を充実させるため、研修会等を通じて、緩和ケアに関わる在宅医療従事者の育成に取り組みます。
- ・ 訪問による歯科診療、薬剤管理指導<sup>⑤</sup>、栄養指導等を推進するため、関係機関の連携強化や、器材等の整備支援、人材育成等に取り組みます。

#### ○訪問看護提供体制の強化・充実

- ・ 医療及び介護関係者並びに県民への訪問看護に関する普及啓発を行い、訪問看護の利用を促進します。
- ・ また、訪問看護ステーションに対しては、経営面や看護技術に関する助言、人材の育成、訪問看護ステーション間での連携の促進、さらには中山間地域等の小規模な訪問看護ステーションの人材確保支援等に取り組みます。

#### ○急変時対応の充実

- ・ 在宅医療を受けている患者の急変時に対応するため、近隣の医療機関、訪問看護ステーション等の連携により、24 時間対応が可能な体制整備を進めます。また、各地域において在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院<sup>⑥</sup>を

<sup>⑤</sup> 薬剤管理指導とは、薬剤師が薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤の服薬状況・保管状況及び残薬の有無の確認などを行うことです。

<sup>⑥</sup> 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所とは、地域において在宅医療を支える 24 時間の窓口として、他の医療機関等と連携を図りつつ、24 時間往診、訪問看護等を提供する体制を確保している医療機関です。

はじめ往診を行う医療機関の増加や急変時に対応する病床の確保に向けた取組を推進します。

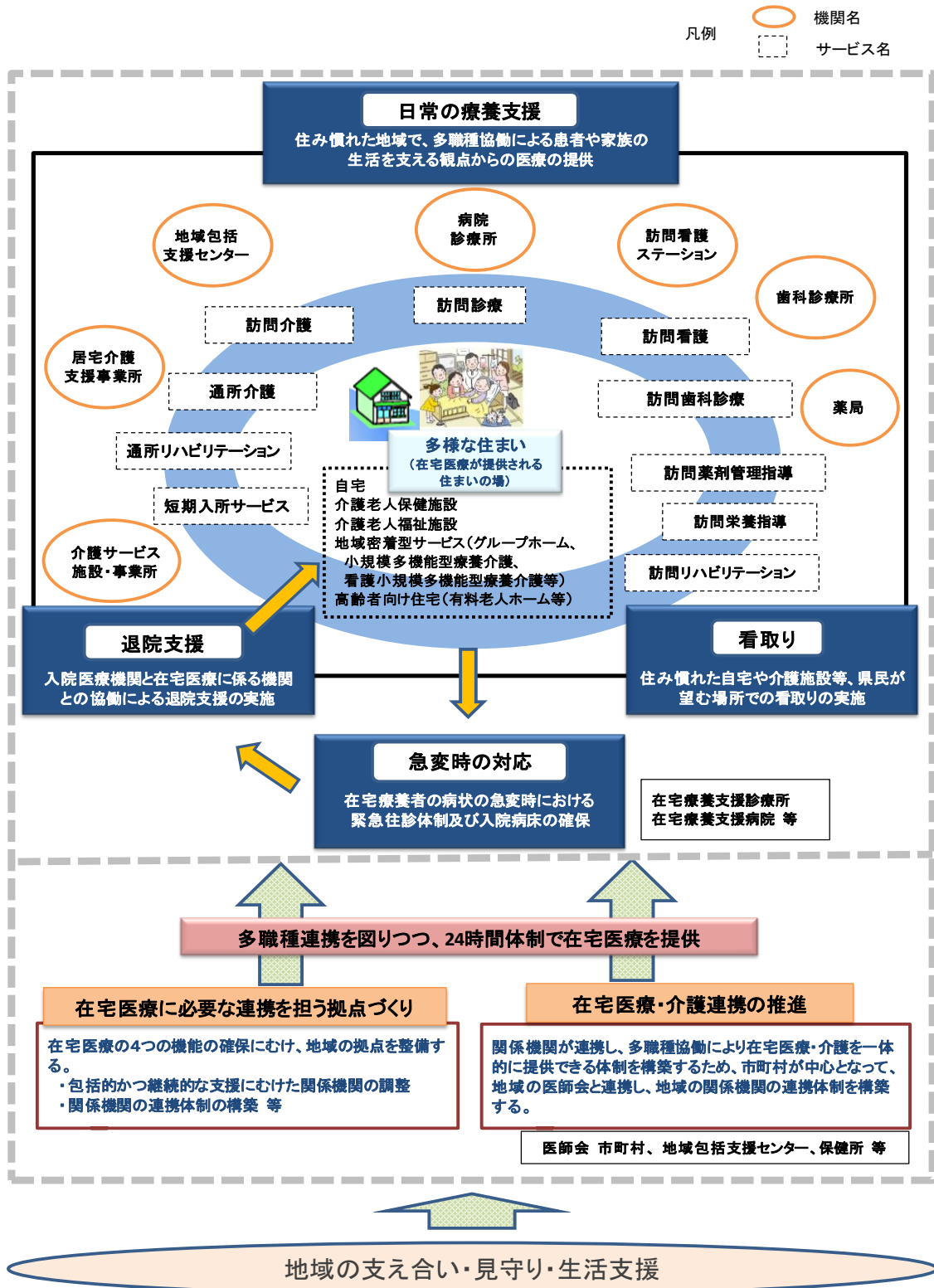
○在宅医療に係る県民への普及啓発

- ・ 県民の在宅医療の利用を促進するため、市町村や関係機関と連携し、住民に対する訪問診療や訪問看護サービスの内容に関する情報提供を行います。また、医療機関の専門職が、退院時等に患者や家族に在宅医療に関して適切に情報を提供できるよう、研修会の開催や周知用のパンフレットの作成・配付等を行います。さらに、在宅医療を行う医療機関を登録し、登録医療機関が「在宅医療ステッカー」を掲示することで県民への周知を図ります。



【在宅医療を実施する登録医療機関等のPR】  
在宅医療を実施している医療機関がどこにあるか、医療機関ではどのような在宅サービスを提供するのか等の情報を県民に対して発信し、また、在宅医療啓発ステッカーを医療機関に掲示することにより、在宅医療に取り組む医療機関の周知を図ります。

【参考：在宅医療・介護の連携体制図】



### ③地域包括支援センター等の自立支援ケアマネジメント機能等の強化

#### 【再掲】

#### 【現状と課題】

- ・地域包括支援センターは、高齢者等からの総合相談や権利擁護をはじめ、介護予防ケアマネジメント、医療と介護の連携、生活支援等、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関であり、今後さらにその人的基盤の充実・強化が必要です。

#### 【目指すべき方向】

- ・研修等によるケアマネジメント力の向上や専門職派遣体制の充実を通じ、地域包括支援センターの体制強化を推進します。
- ・自立支援のためのケアマネジメントを推進するため様々な職種（地域包括支援センター、介護支援専門員、リハビリテーション専門職、看護職員、在宅歯科従事者等）に対して、自立支援志向の意識の醸成や自立支援のスキルアップ、多職種連携体制の構築等を支援します。

#### 【個別施策】

##### ○地域包括支援センターの機能強化【再掲】

- ・地域包括支援センターの機能強化等に向けた研修会の開催等を通じたケアマネジメント力の向上を図ります。
- ・地域包括支援センターが行う介護予防活動や地域ケア会議等への専門職人材の派遣体制を強化します。

##### ○地域ケア会議の充実・機能強化【再掲】

- ・司会者（ファシリテーター）養成や地域ケア会議構成員等（市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、サービス事業所及び専門職（助言者）等）からなるチームのアセスメント能力向上等に向けた研修等を開催します。
- ・また、熊本県地域リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション広域支援センター、リハビリテーション専門職団体と連携して専門職人材の育成に取り組むとともに、地域ケア会議アドバイザーとしての専門職人材の派遣体制を構築します。

##### ○自立支援のためのケアマネジメントへの支援【再掲】

- ・地域包括支援センター職員等を対象とした介護予防ケアマネジメント研修や地域ケア会議における司会者（ファシリテーター）養成研修等を開催します。また、県内のリハビリテーション専門職団体と連携し、研修等を通じ自立支援を推進できる専門職人材の育成を図ります。

#### ○多職種に対する高齢者の自立支援に向けた人材育成【再掲】

- ・介護支援専門員や介護事業所の看護職員、在宅歯科従事者（歯科医師及び歯科衛生士）、作業療法士等の多職種に対して、自立支援の重要性、各々のスキルや多職種連携等に関する研修等を実施します。

### ④ ICTを活用したネットワークづくり

#### 【現状と課題】

- ・高齢社会の進展により、今後急増することが見込まれる医療や介護の需要に対応するため、限られた資源をより効率的に活用し、県民一人一人に質の高い医療や介護サービスを提供することが求められています。その取組の一つとして、ICT（情報通信技術）を活用し、県内の医療機関をはじめ、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス施設・事業所等、関係機関をネットワークで結ぶ「くまもとメディカルネットワーク」を平成27年12月から運用しています。
- ・「くまもとメディカルネットワーク」により、関係機関が患者や利用者の情報を共有することで、複数の医療機関での診療や検査の重複解消や、治療の経過を踏まえた分かりやすい病状等の説明を受けることができる等のメリットがあります。また、このメリットを最大化させるためには、医療・介護関係機関の加入や県民の参加促進を図っていく必要があります。

#### 【目指すべき方向】

- ・「くまもとメディカルネットワーク」を将来にわたって自律・持続可能なシステムとして構築・運用することで、県民の病気等の状態に応じた質の高い医療や介護サービスを提供できるようにします。

#### 【個別施策】

##### ○「くまもとメディカルネットワーク」の推進

- ・医療・介護関係機関に「くまもとメディカルネットワーク」への加入を促すため、熊本県医師会をはじめ、熊本大学医学部附属病院や県、関係団体が連携し、加入の働きかけや啓発を行います。
- ・県民に「くまもとメディカルネットワーク」への参加を促し、参加者数を増加させるため、関係団体や市町村等と連携した広報・啓発を行います。