

2023.10.26 訪問薬剤管理指導マニュアル研修会

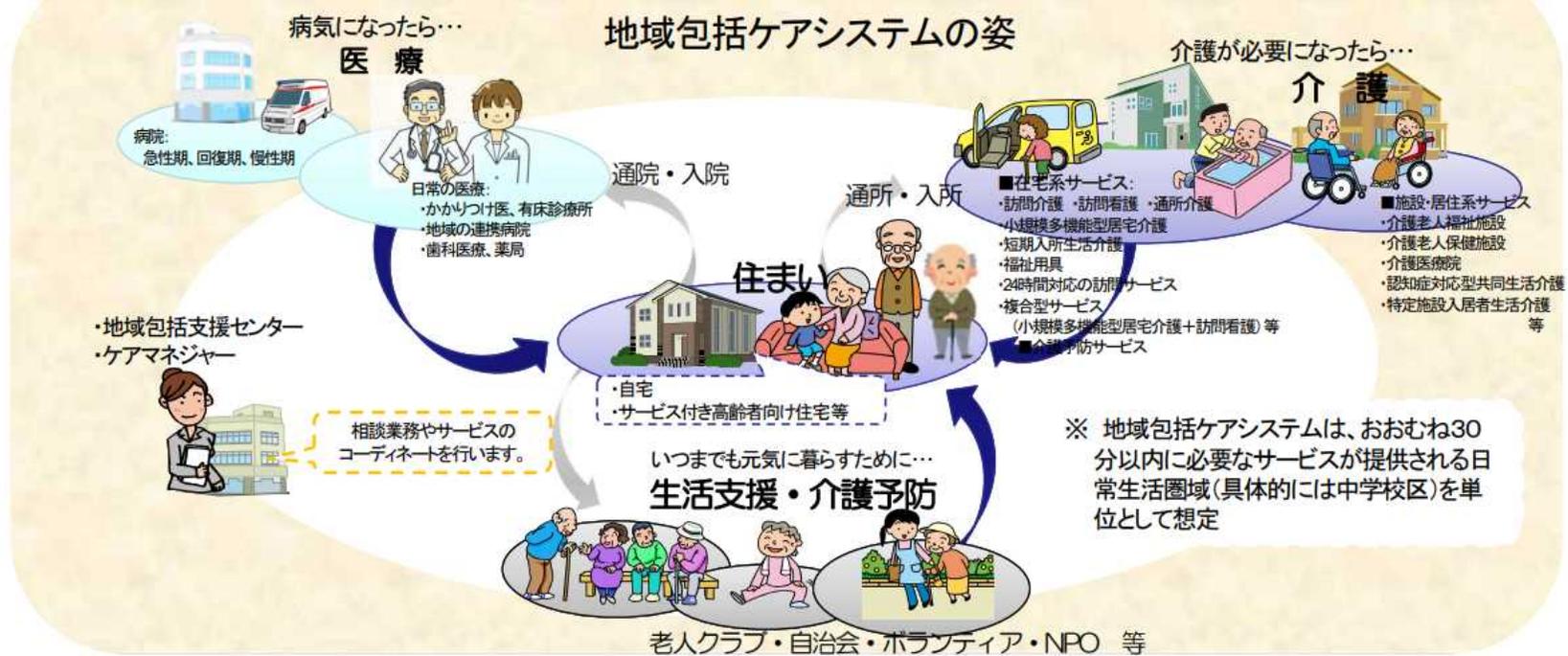
宮崎県における地域包括ケア推進への取組

宮崎県 福祉保健部
長寿介護課 医療・介護連携推進室

- 1. 地域包括ケアシステムとは？**
- 2. 宮崎県の主な取組について**

1. 地域包括ケアシステムとは？

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態と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後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

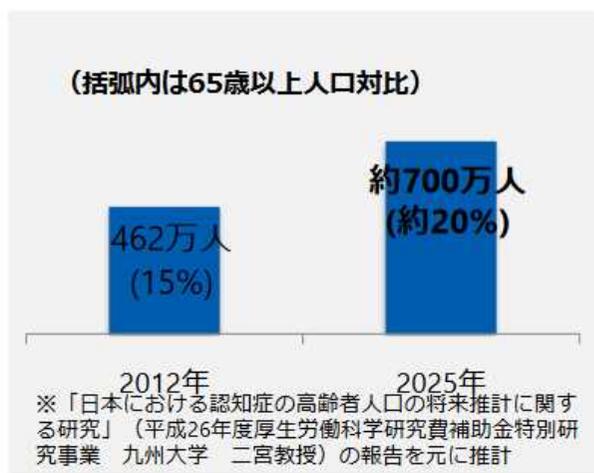


① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3387万人(26.6%)	3619万人(28.9%)	3677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1632万人(12.8%)	1872万人(14.9%)	2180万人(17.8%)	2446万人(25.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

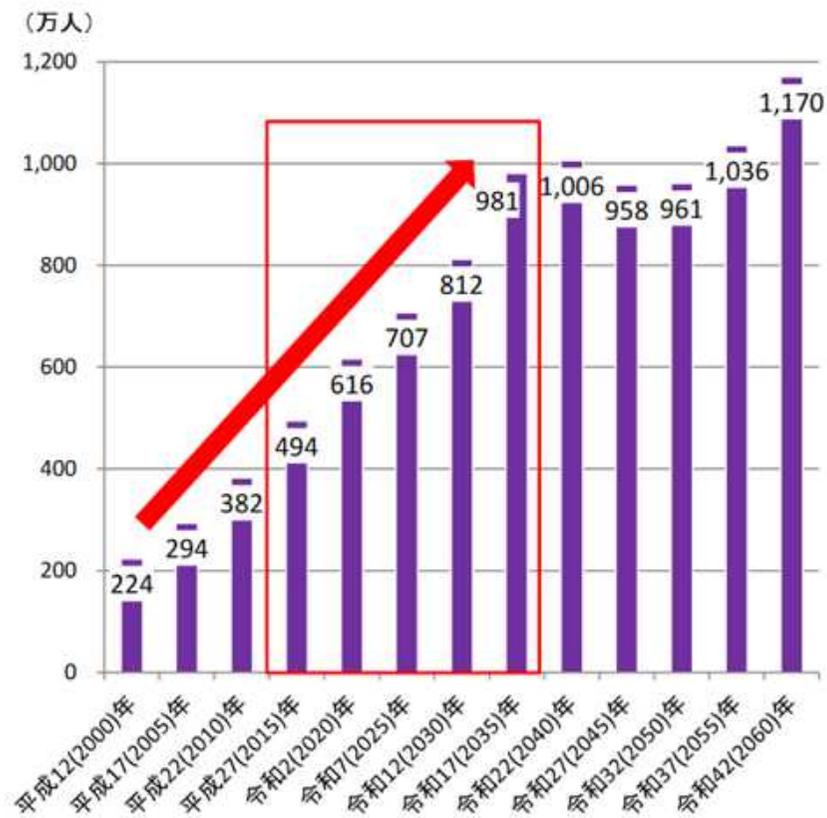
※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	～	東京都(17)	～	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (1.52倍)	146.7万人 <16.2%> (1.48倍)	116.9万人 <15.7%> (1.45倍)	150.7万人 <17.7%> (1.44倍)		194.6万人 <14.1%> (1.33倍)		29.5万人 <19.5%> (1.11倍)	20.9万人 <23.6%> (1.11倍)	21.0万人 <20.6%> (1.10倍)	2180.0万人 <17.8%> (1.34倍)

(出典) 令和5年7月10日 厚生労働省「介護保険制度の見直しに関する参考資料」

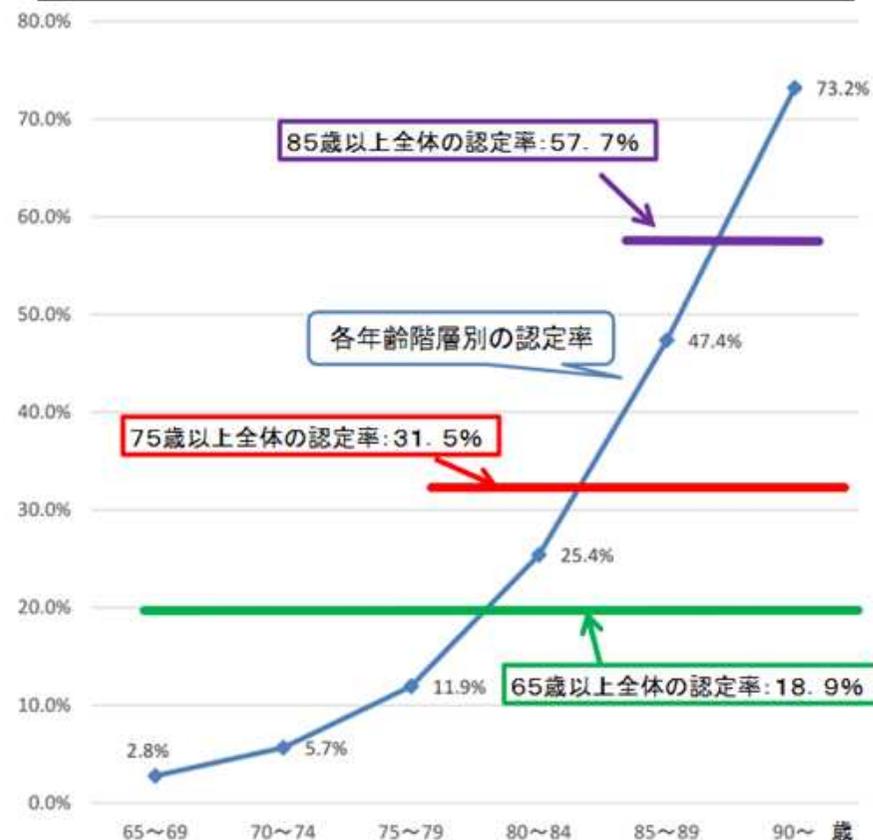
85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間で、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



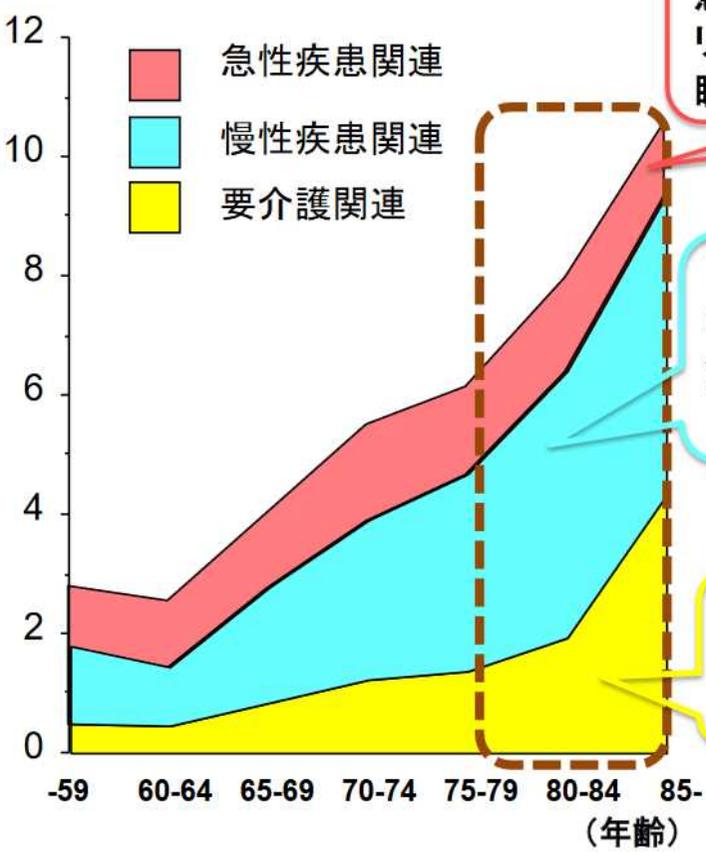
年齢階級別の要介護認定率

○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



(出典) 令和5年7月10日 厚生労働省「介護保険制度の見直しに関する参考資料」

老年症候群数



めまい、息切れ、腹部腫瘤、胸・腹水、頭痛
意識障害、不眠、転倒、骨折、腹痛、黄疸
リンパ節腫脹、下痢、低体温、肥満、
睡眠時呼吸障害、喀血、吐血・下血

急性疾患症状

認知症、脱水、麻痺、骨関節変形、視力低下
発熱、関節痛、腰痛、喀痰・咳嗽、喘鳴
食欲不振、浮腫、やせ、しびれ、言語障害
悪心・嘔吐、便秘、呼吸困難、体重減少

慢性疾患症状

ADL低下、骨粗鬆症、椎体骨折、嚥下困難
尿失禁、頻尿、せん妄、抑うつ、褥そう、難聴
貧血、低栄養、出血傾向、胸痛、不整脈

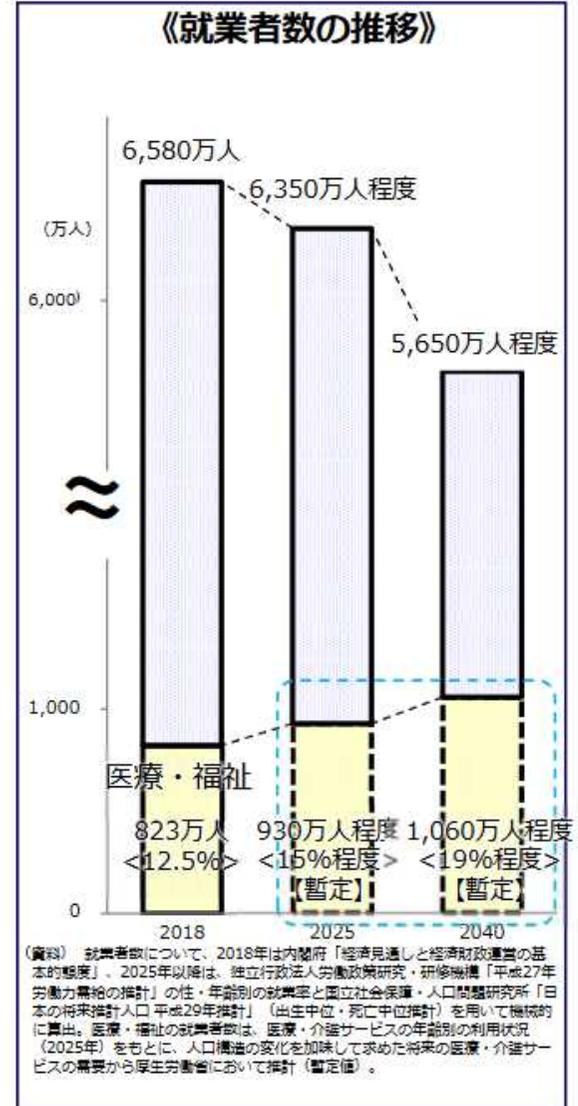
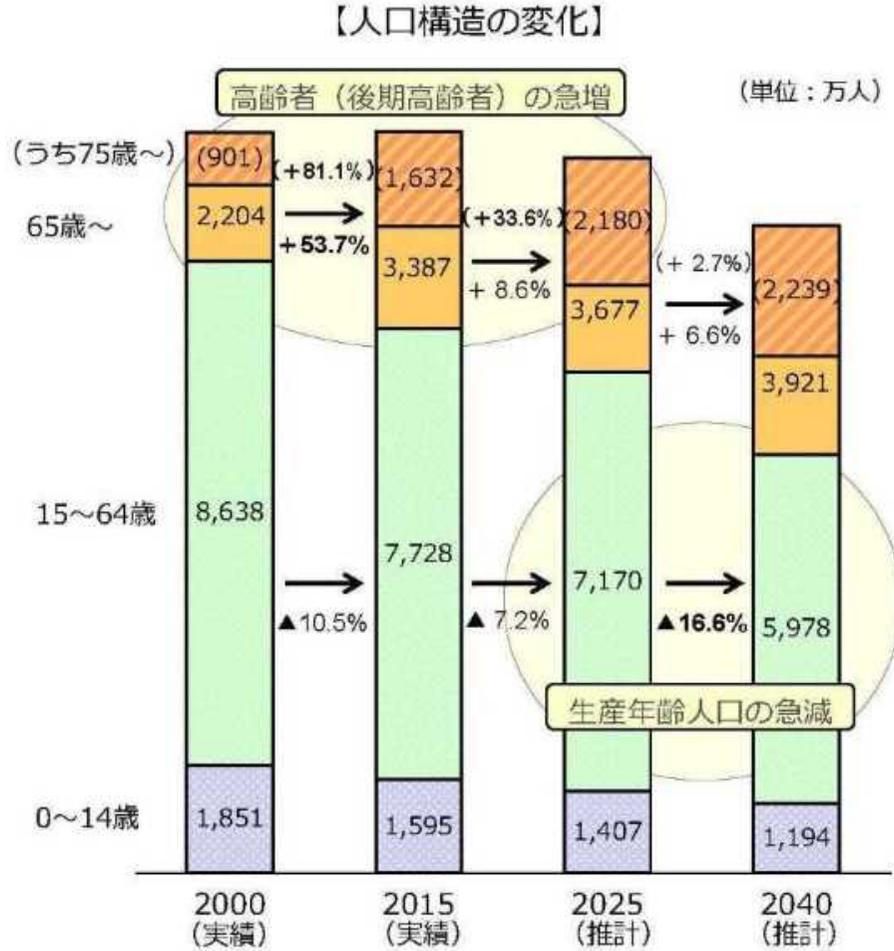
廃用症候群

急性疾患症状
○ 主に急性疾患に付随する症候で、若い人と同じくらいの頻度でおきるが、対処方法は高齢者では若い人と違って工夫が必要な症候群。
応急対応、トリアージ能力（限界を知る）、連携力（人脈、実績など）が求められる。

慢性疾患症状
○ 主に慢性疾患に付随する症候で、65歳の前期高齢者から徐々に増加する症候群。
日常対応、悪化時指示、終末期徴候との見分けが求められる。

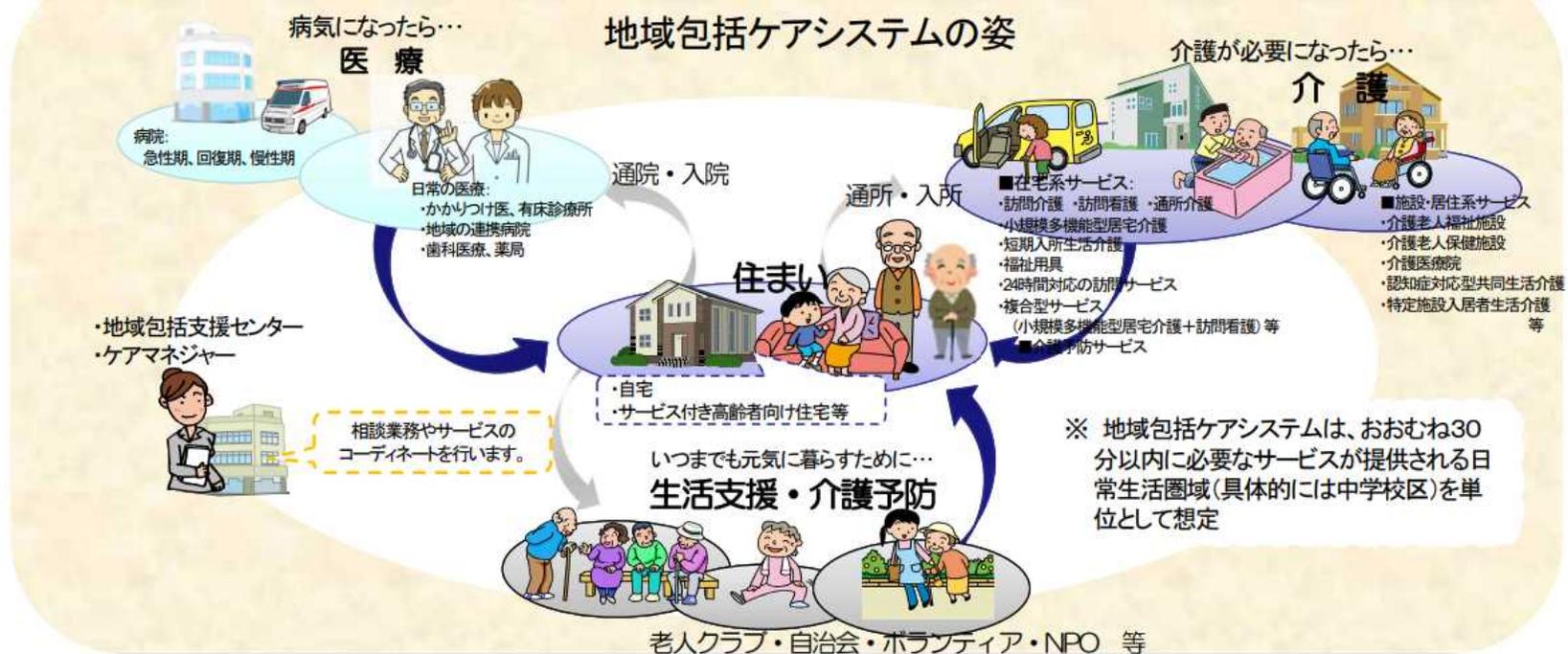
廃用症候群
○ 75歳以上の後期高齢者に急増する症候で、日常生活活動度（ADL）の低下と密接な関連を持ち、介護が重要な一連の症候群。
廃用症候群については、理解と応援依頼（家族、ヘルパー、看護）、リハビリ介入、全身波及を防ぐ技能が求められる。

【出典】鳥羽研二「高齢者のニーズに応える在宅医療」



(出典) 令和5年7月10日 厚生労働省「介護保険制度の見直しに関する参考資料」

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態と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後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



2. 宮崎県の主な取組について

県の施策と主な取組

(R3.3月策定 宮崎県高齢者保健福祉計画より)

第2章 介護予防・地域づくりの取組の推進

第1節 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

第2節 在宅医療と介護の連携

第3節 地域ケア会議の推進

第4節 介護予防・健康づくりの推進

第5節 生活支援の体制整備

第6節 快適に暮らせる住まいとまちづくり



自立支援型ケアマネジメントに積極的に取り組んでいる包括

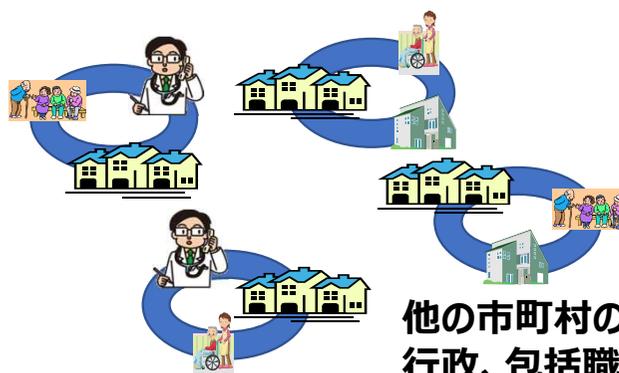
- ・対象者のアセスメントから合意形成までの手法に関すること
- ・自立支援型地域ケア会議に関すること
- ・予防プランの作成に関すること
- ・現地研修 等

①派遣



行政、包括職員

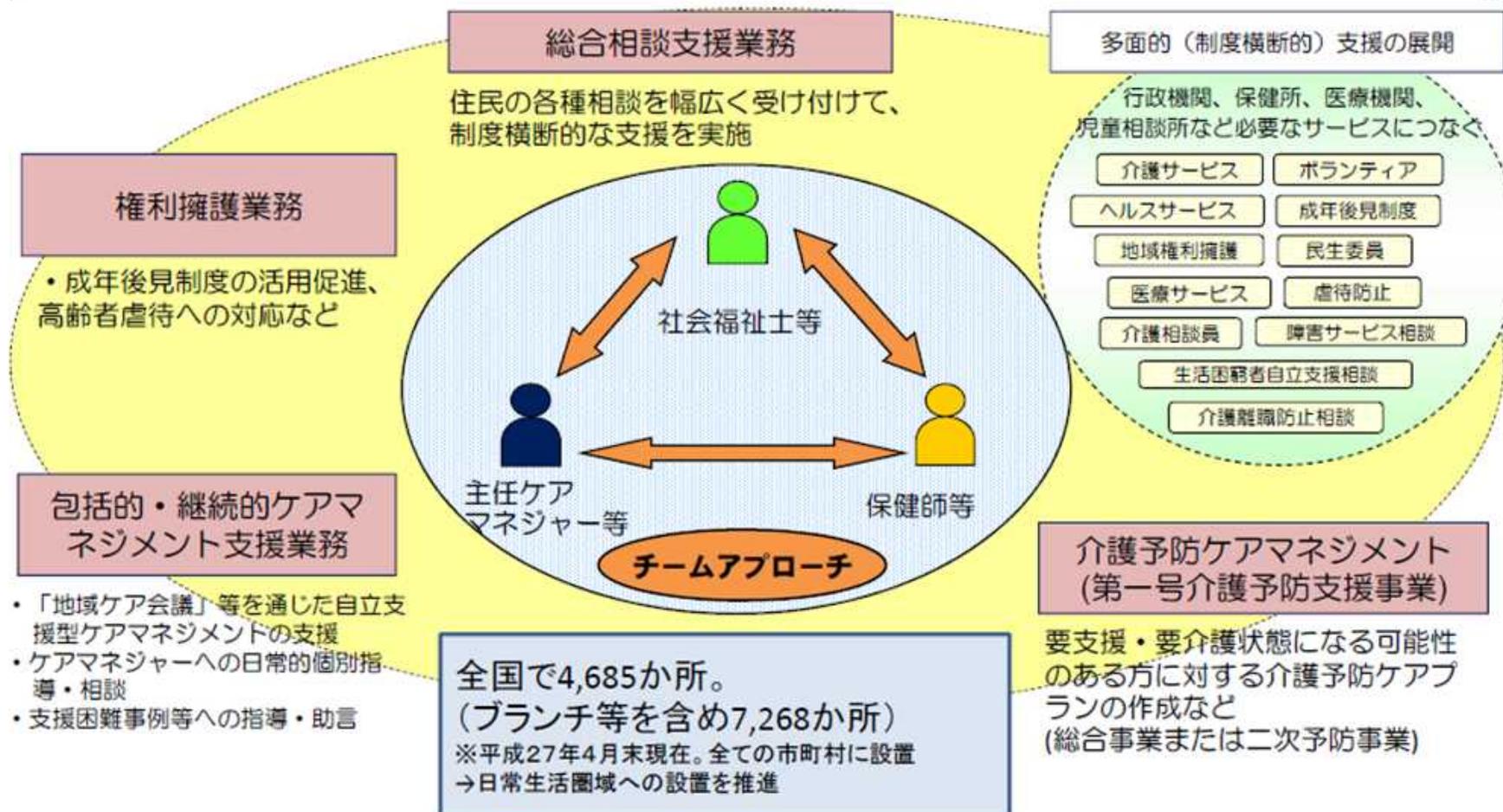
②横展開



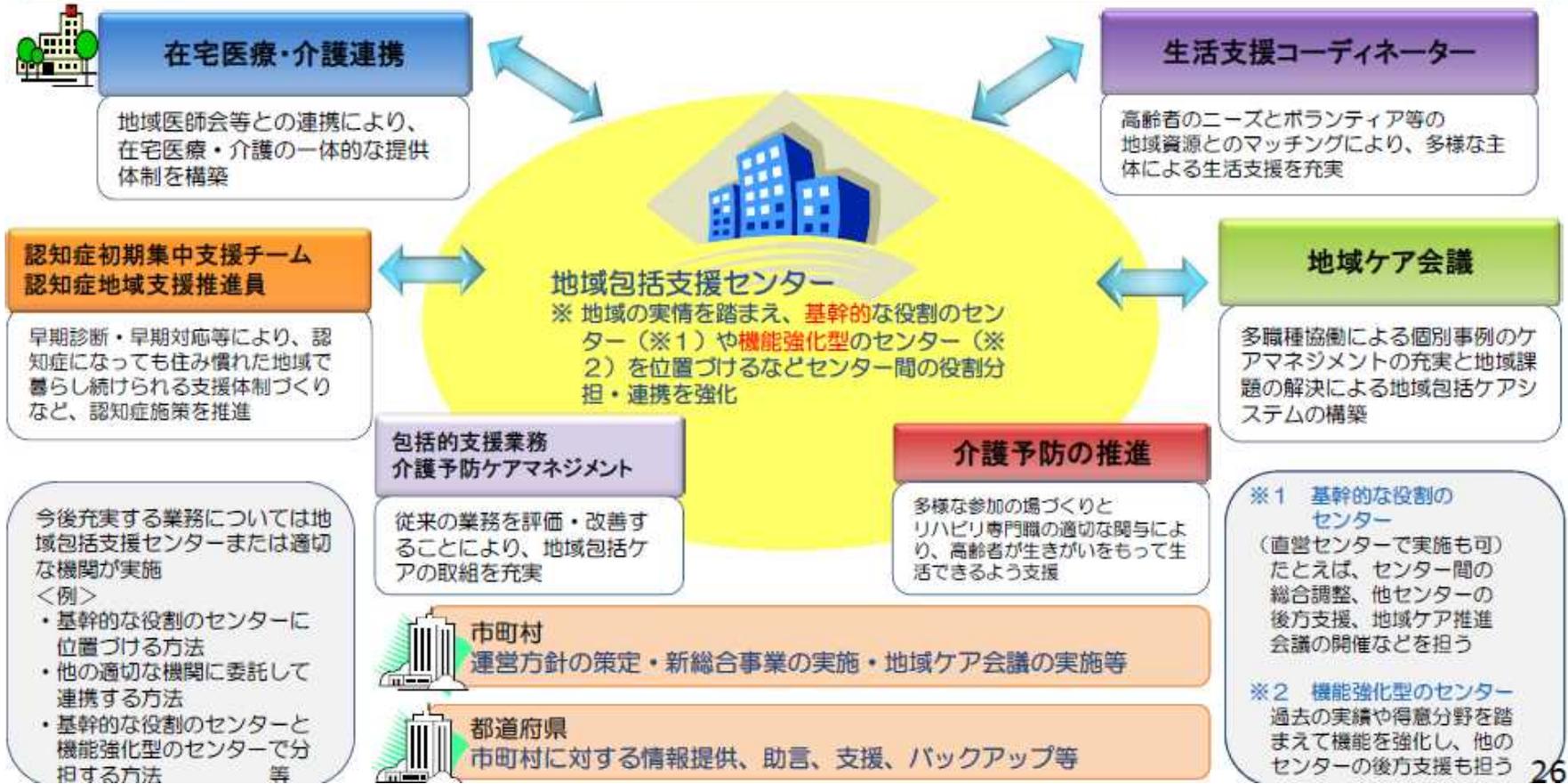
他の市町村の
行政、包括職員

- ・事業所との連携
- ・C型事業の目標設定等

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）



- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



自立支援をどう考えるか

期間的自立支援



- ・廃用モデル
- ・転倒モデル
- ・生活不活発モデル

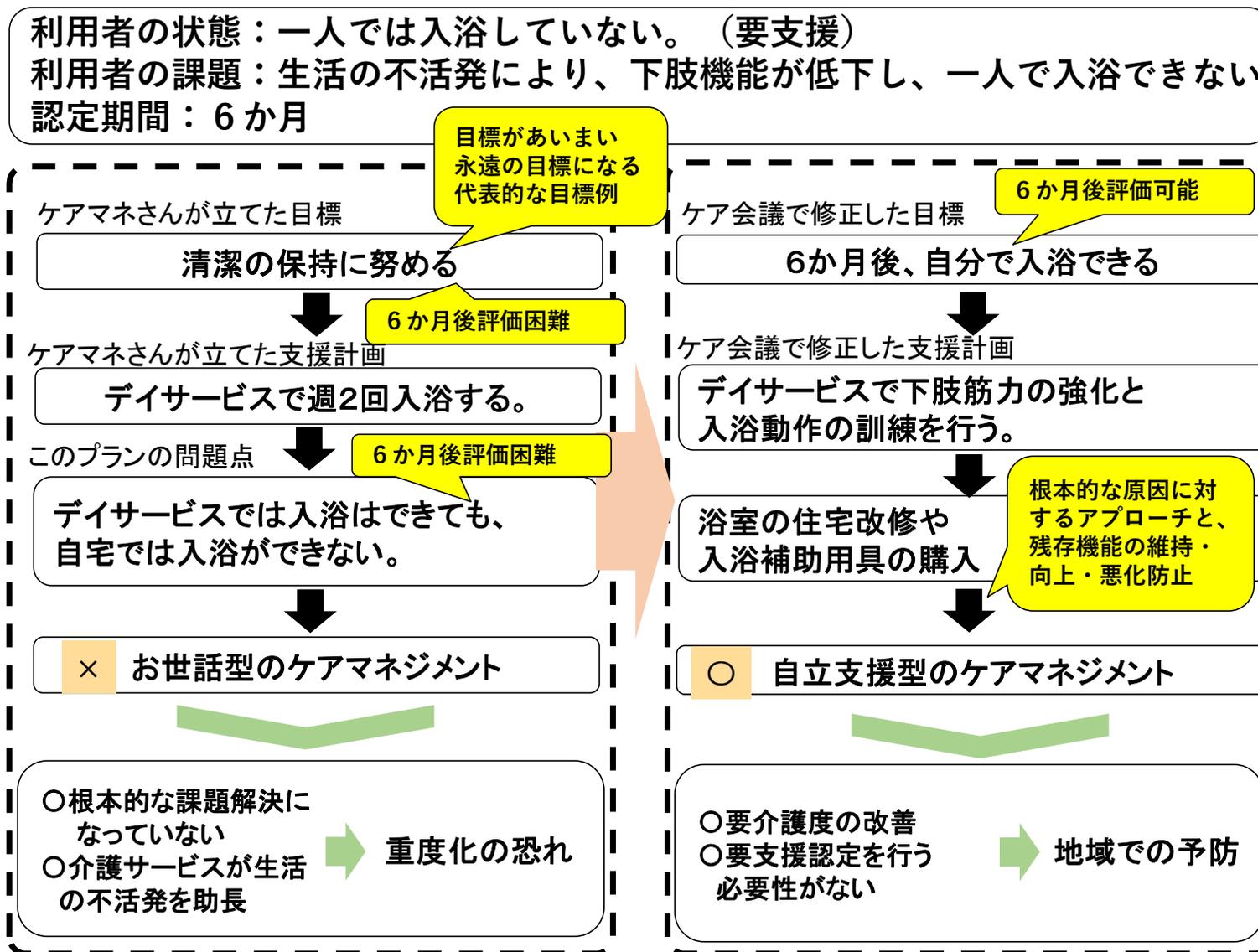
- 主として**介護予防の対象者**
- 廃用症候群（生活不活発）等による生活機能低下
- 身体機能向上から生活機能向上

永続的自立支援



- ・脳卒中モデル
- ・認知症モデル
- ・その他複数疾患モデル

- 主として**介護給付の対象者**
- 脳卒中等による身体の部位等の機能不全による生活機能が低下したケース
- 認知症
- 残存機能（自己資源）の活用



事業実績

○令和2年度

宮崎市内の地域包括支援センター：西都市、都城市、国富町を受け入れ

○令和3年度

宮崎市内の地域包括支援センター：小林市、綾町を受け入れ

日向市内の地域包括支援センター：新富町を受け入れ

※ 延岡市も研修参加予定であったが、新型コロナの影響で中止

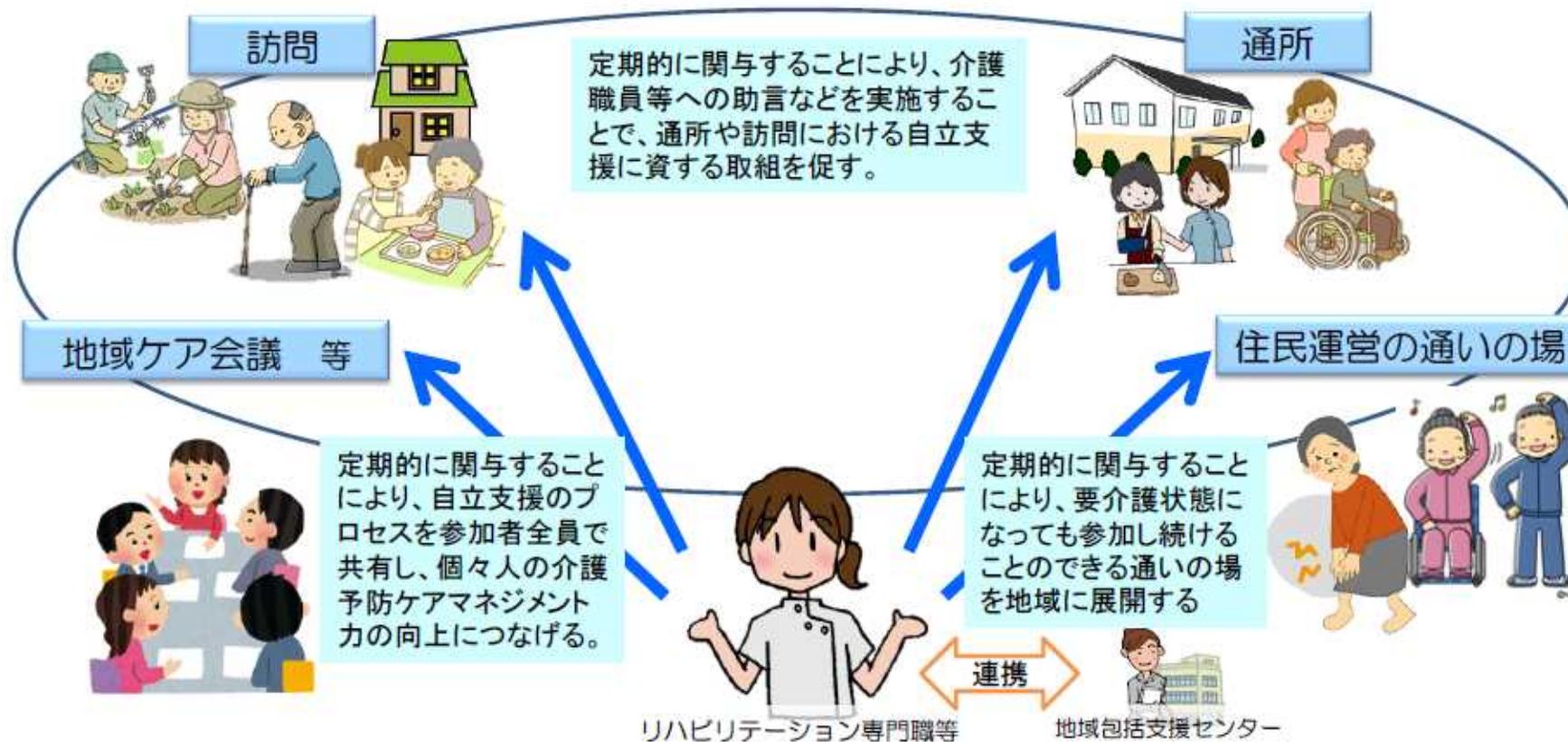
○令和4年度

宮崎市内の地域包括支援センター：高鍋町を受け入れ

都城市内の地域包括支援センター：小林市を受け入れ

日向市内の地域包括支援センター：延岡市と五ヶ瀬町を受け入れ

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

事業実績

○令和2年度

- ◎延岡市 通所Cの立ち上げ支援（1カ所）
- ◎小林市 通所事業所のスキルアップ（2カ所）
- ◎五ヶ瀬町 通所事業所のスキルアップ（3カ所）
- ◎串間市⇒新型コロナウイルス感染症の影響により中止

○令和3年度

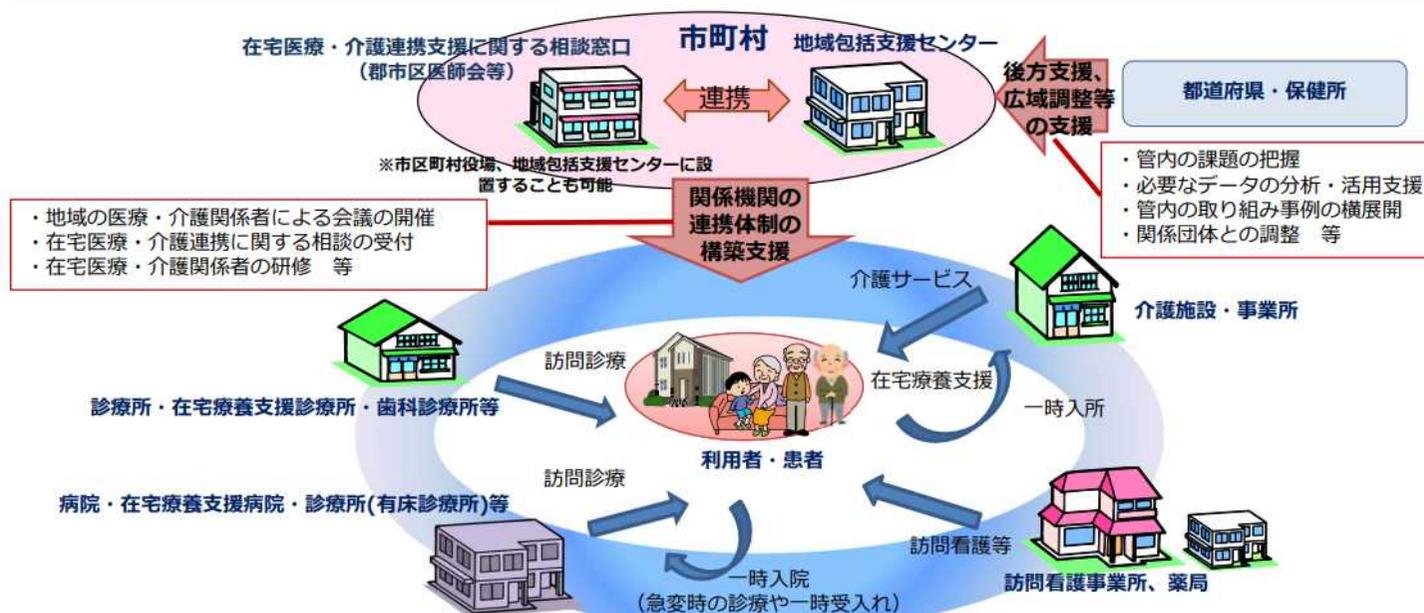
- ◎延岡市 通所Cの立ち上げ支援（1カ所）
- ◎小林市、五ヶ瀬町 通所事業所のスキルアップ（各3カ所）

○令和4年度

- ◎小林市 ◎綾町 ◎美郷町 ◎五ヶ瀬町 通所事業所のスキルアップ

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 - （※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



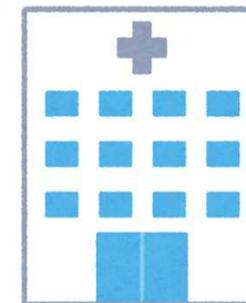
(出典) 令和5年7月10日 厚生労働省「介護保険制度の見直しに関する参考資料」

①入退院時の医療介護連携がない場合

自宅



すぐに介護サービス等を受けられずに、症状が悪化

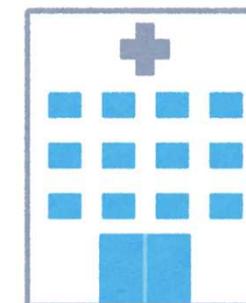


②入退院時の医療介護連携がある場合

自宅



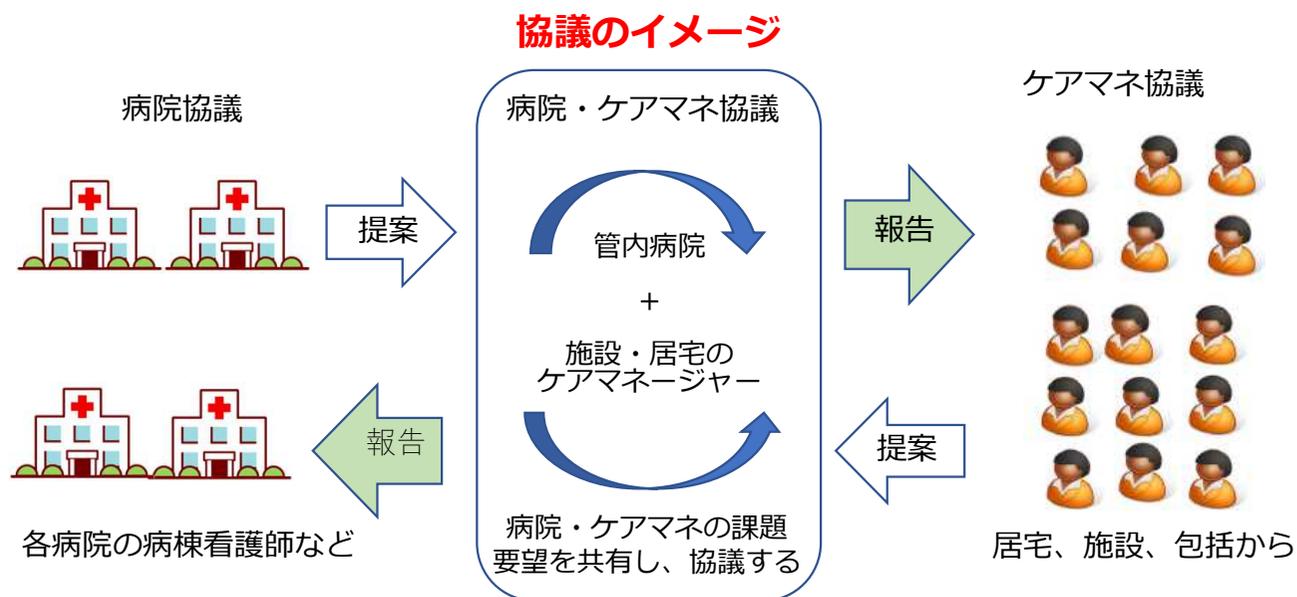
すぐに介護サービスが受けられる

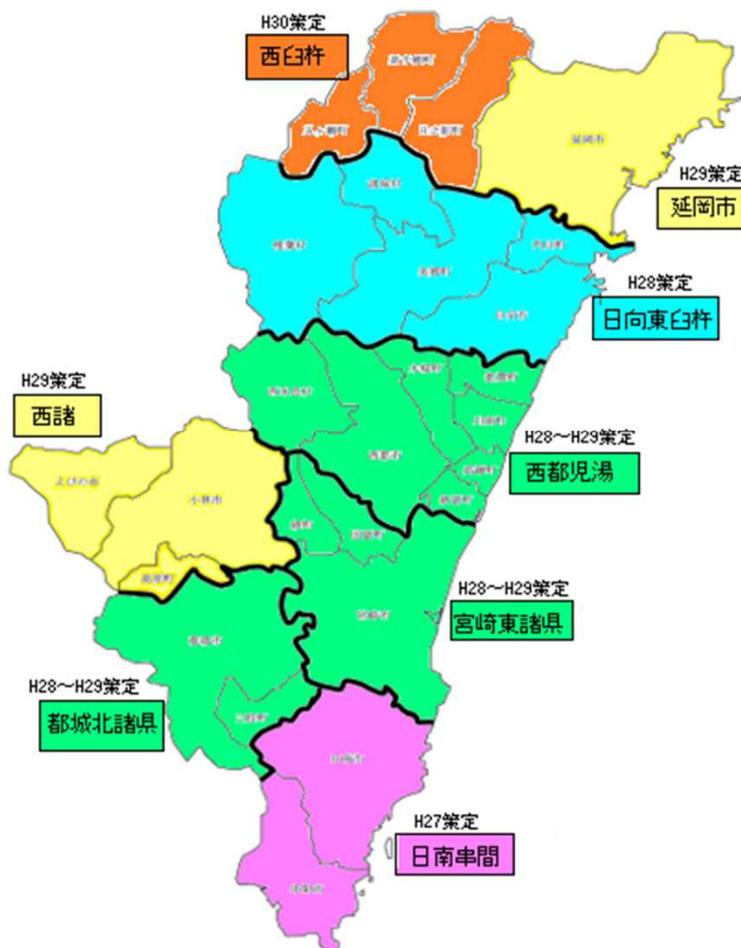


- 医療・介護の困り事
医療機関：ケアマネが突然訪問し、困ることがある
ケアマネ：病院の担当者が分からない



- 担当部署や時間帯を明示した病院窓口一覧を作成するなど、医療及び介護の関係機関間における入退院調整の課題に対する解決策を検討





○日南串間医療圏（27年度策定）

- ・平成27年度策定（協議計11回、延べ626名参加）
- ・日南・串間医療圏におけるコンセンサスブック

○日向入郷医療圏（28年度策定）

- ・平成28年度策定（協議計9回、延べ717名参加）
- ・日向・東臼杵地域入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック

○都城北諸医療圏（平成28～29年度策定）

- ・平成28～29年度策定（協議計6回、延べ530名参加）
- ・都城北諸県医療圏における安心入退院ルールブック

○西都児湯医療圏（平成28～29年度策定）

- ・平成28～29年度策定（協議計10回、延べ522名参加）
- ・西都・児湯地域入退院支援ガイドブック

○宮崎東諸県医療圏（平成28～29年度策定）

- ・平成28～29年度策定（協議計6回、延べ429名参加）
- ・宮崎東諸県地域入退院支援のためのルールブック

○西諸医療圏（平成29年度策定、30年度～運用）

- ・平成29年度策定（協議計8回、延べ743名参加）
- ・にしもちろ入退院調整ルールブック

○延岡市（平成29年度策定、30年度～運用）

- ・平成29年度策定（協議計9回、延べ825名参加）
- ・延岡市円滑な入退院・医療介護のためのガイドブック

○西臼杵3町（平成30年度策定、令和元年度～運用）

- ・平成30年度策定（協議6回、延べ208名参加）
- ・地域共生社会へ向けた西臼杵地域医療・介護・福祉連携のためのルールブック

●事業背景

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるように、住民に身近な地域における医療・介護の関係機関が連携して包括的かつ継続的な医療と介護を提供できるように、医療介護の専門職の質の向上が必要。

●事業内容

県医師会・各郡市医師会において、医師を含む多職種にむけた地域の実情に合わせた研修会・講演会を実施する。

●事業効果

県内全域で医療介護連携の多職種が研修をすることで、医療と介護を必要とする人が住み慣れた地域で安心して暮らすための体制構築を図る。

また、多職種が関わり、ともに学び合うことで、地域における顔の見える関係を構築できる効果も期待できる。

● 令和4年度の取組

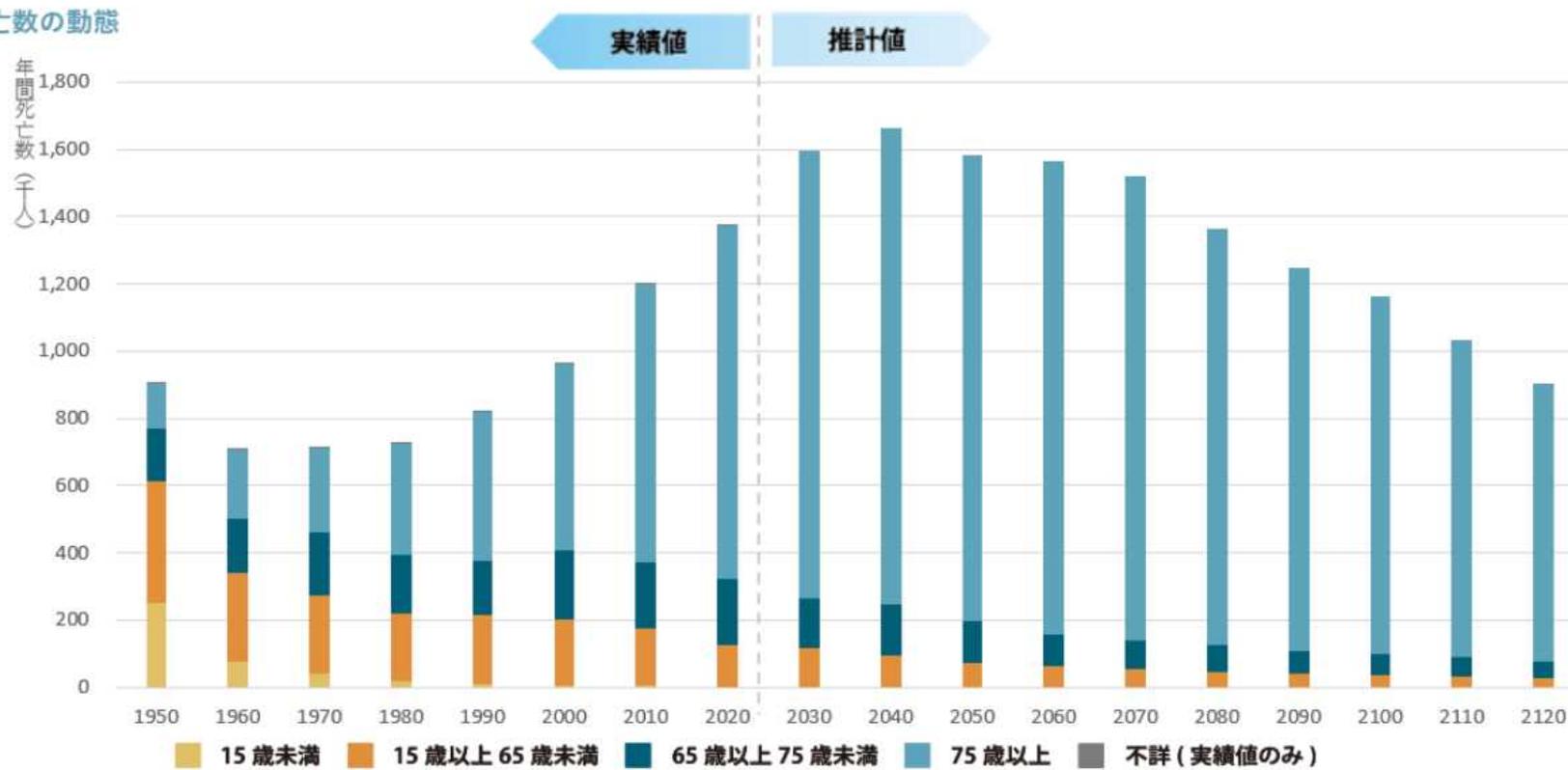
県医師会

- ・ 「吸引」など14の研修プログラムについて、人体シミュレーターを用いた在宅医療研修会を実施。
- ・ 医師会内の在宅医療協議会を中心に、「一般診療（在宅医療を含む）における新型コロナへの対応」をテーマに県内3地区からの報告と県外講師による講演の実施。

各郡市医師会

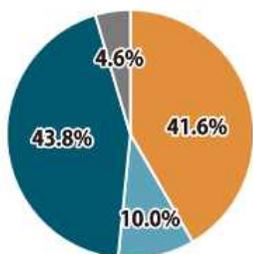
- ・ 在宅医療に携わる多職種を対象に、地域のニーズに応じた研修会、講演会及び意見交換会を実施。地域や職種ごとの課題共有を行った。
- ・ 在宅医療機関と二次救急医療機関との連携強化を図るための連絡協議会等を開催。

死亡数の動態



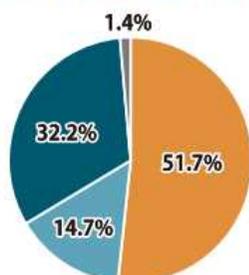
【出典】令和5年7月12日 中医協在宅医療関連資料

(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。



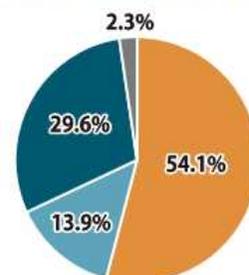
(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

最期をどこで迎えたいですか

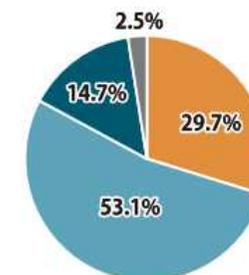


(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

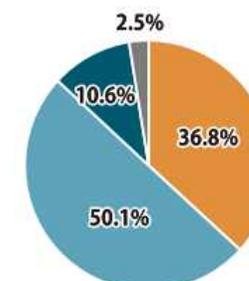
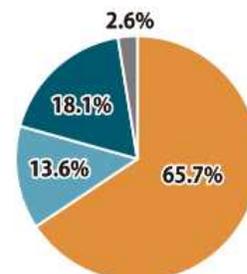
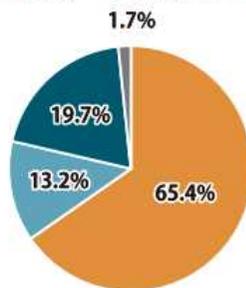
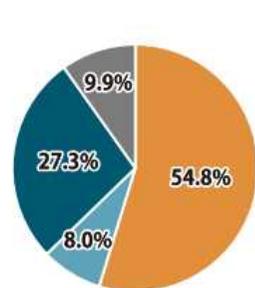
<一般国民 (n=3,000) のみ>



(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。



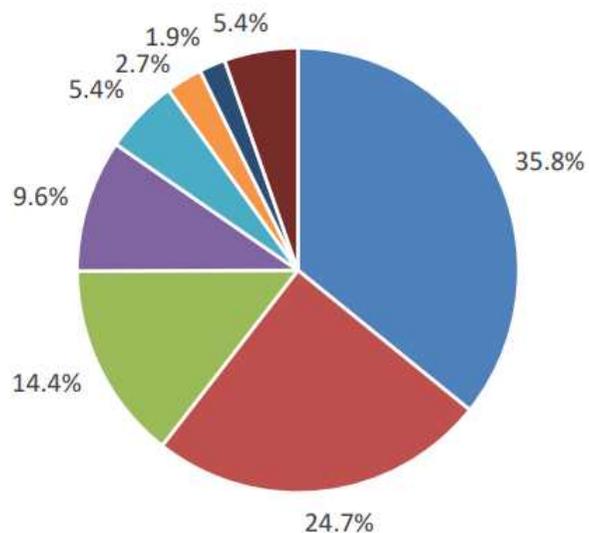
それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



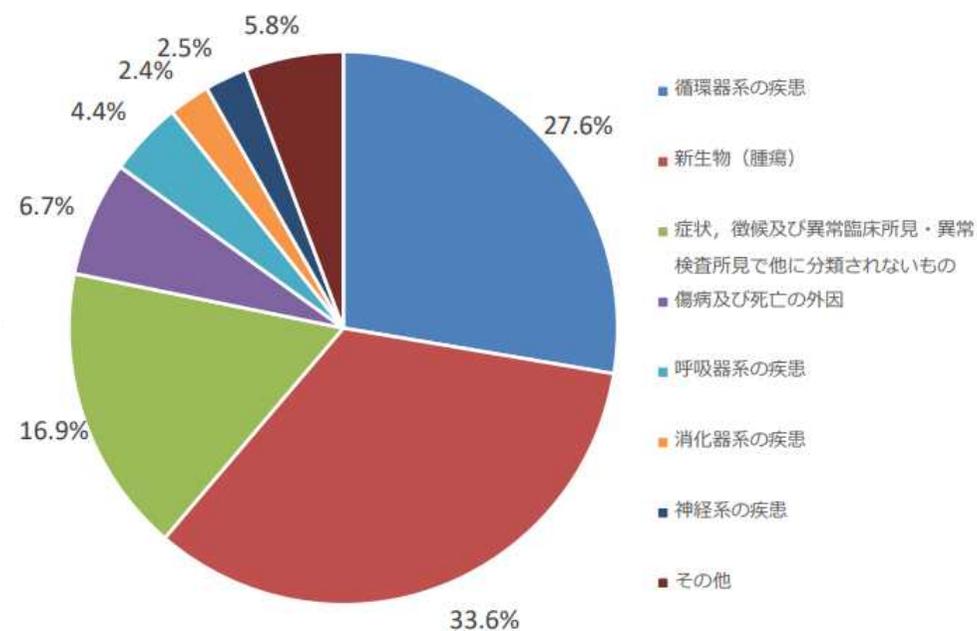
医療機関 介護施設 自宅 無回答

【出典】令和5年7月12日 中医協在宅医療関連資料

自宅における死亡者の死因の割合
(H28)n=169,447

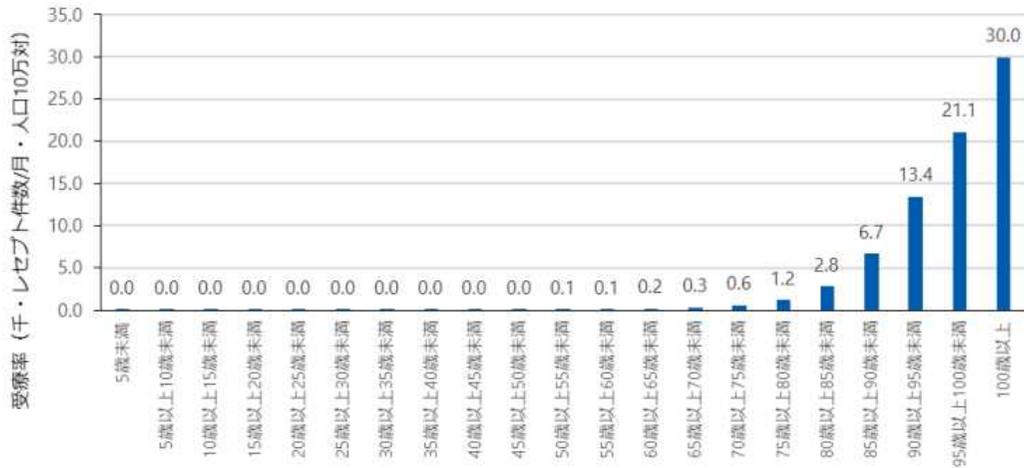


自宅における死亡者の死因の割合
(R3)n=247,896

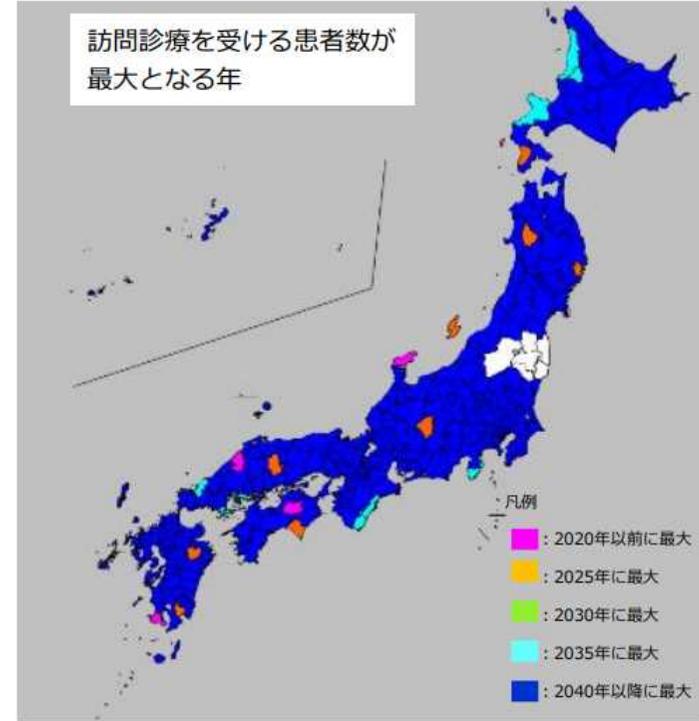
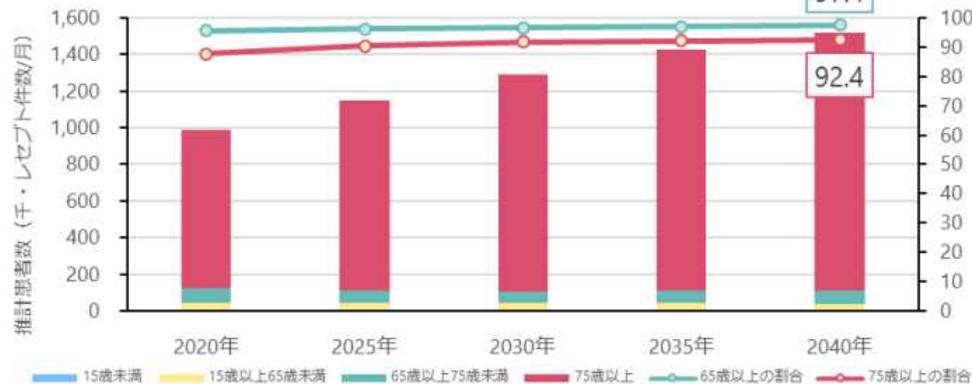


【出典】令和5年7月12日 中医協在宅医療関連資料

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



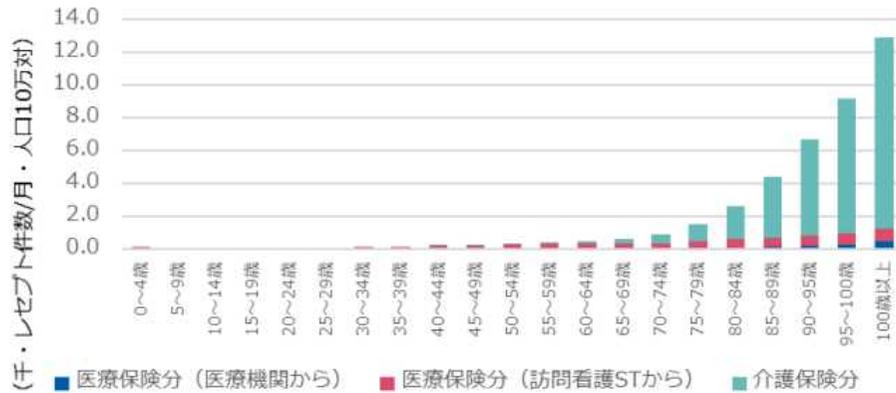
年齢階級別の訪問診療の将来推計



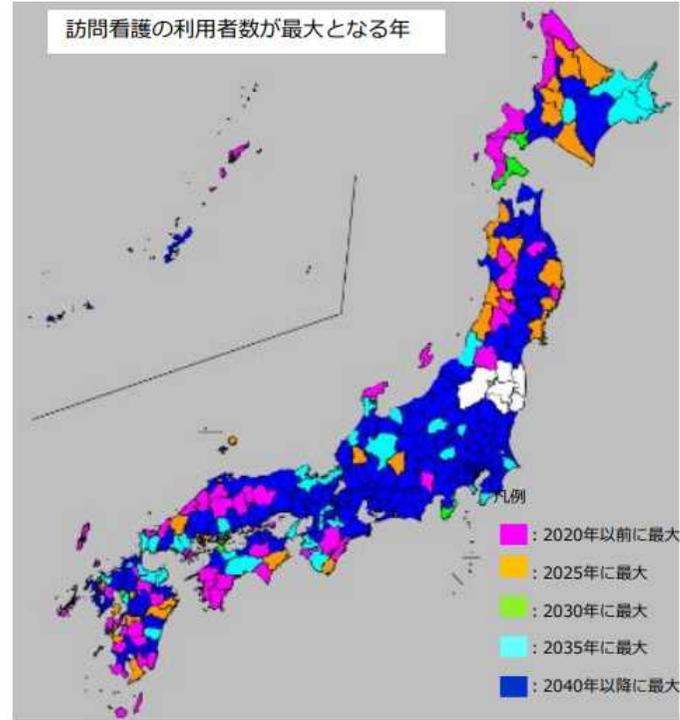
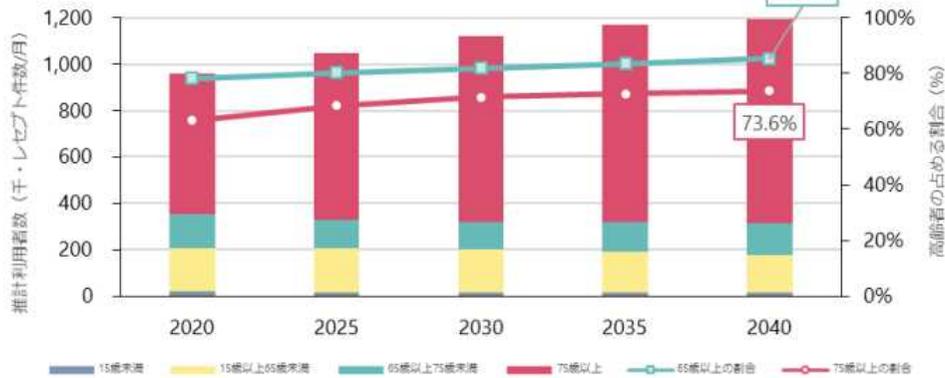
【出典】
 受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。
 推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
 ※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。
 ※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
 ※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

【出典】令和5年7月12日 中医協在宅医療関連資料

年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



【出典】
 利用率：NDB介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。
 推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
 ※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
 ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
 ※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
 ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
 ※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

【出典】令和5年7月12日 中医協在宅医療関連資料

もしものときのために、望む医療やケアについて前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」呼びます

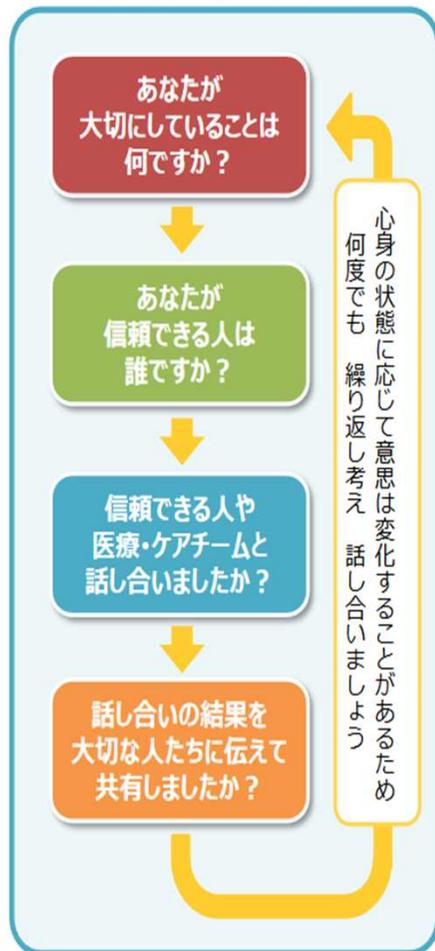
誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



話し合いの進めかた（例）



人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

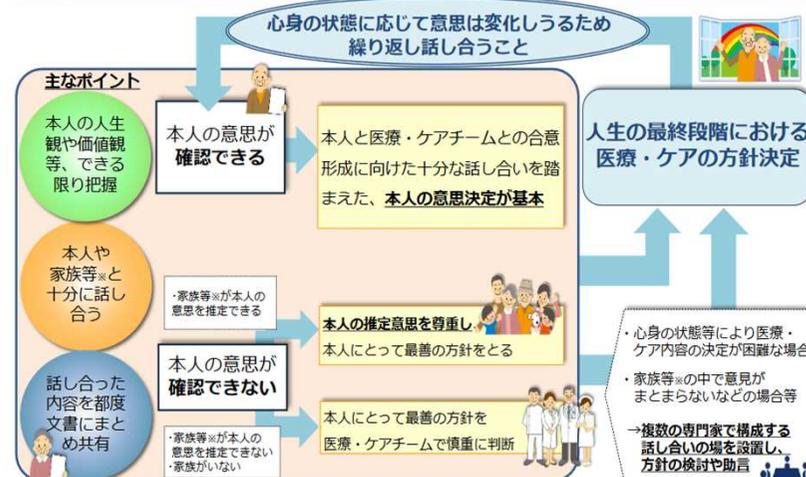
もしものときのために 「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日（いい暮らし・暮らされ）は人生会議の日

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が目下の意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって決めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人（親しい友人等）を含み、複数人存在することも考えられる。

