

医療と介護の連携強化、自立支援・重度化防止の取組の推進

1. 在宅医療・介護連携推進事業について

～切れ目のない在宅医療・介護の実現に向けて～



自宅で最期を迎えたい！でも、できないな…

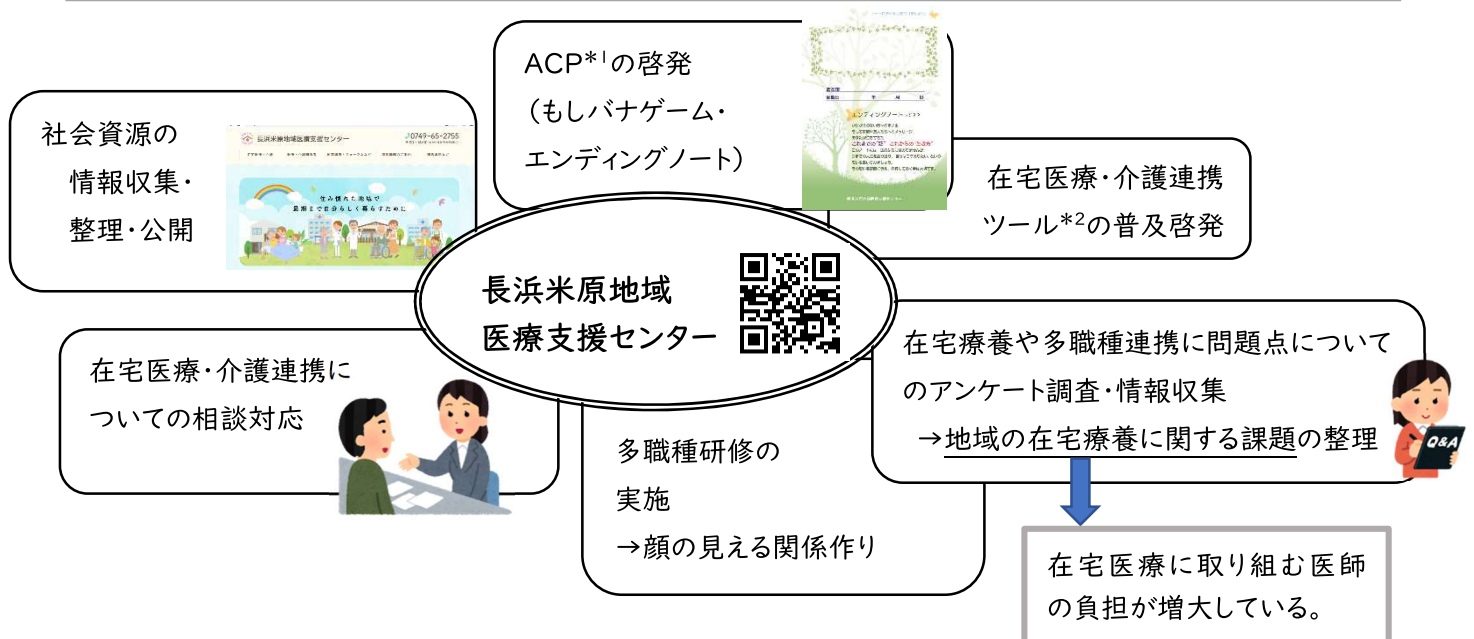
「家で最期を迎えたい 48.2%」 ⇔ 「自宅で最期まで療養できる 10.2%」

出典：令和2年度高齢者実態調査

○医療と介護の両方のニーズを有する高齢者が重度の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期まで続けることができるよう、在宅療養での課題の整理や多職種の連携推進を行っています。

○医療と介護に共通する主な場面「日常の療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」を意識して、課題を整理し事業を行っています。

○課題や評価指標を整理し PDCA サイクルで評価をしながら、啓発などの事業を実施しています。



*1 ACP：アドバンス・ケア・プランニングの略称でもしものときのために、あなたが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、共有する取組のこと。厚生労働省は「人生会議」の愛称で普及啓発を行っている。

*2 在宅医療・介護連携ツール：医療や介護の専門職が情報を共有できるツール。滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会が運営する「びわ湖あさがおネット」は県内の医療機関や薬局、介護サービス事業所などが利用しており、利用者間で安全に情報の共有ができることから、「びわ湖あさがおネット」の普及啓発を行っている。

2. 自立支援・重度化防止の取組

○介護が必要な状態となり介護認定を受ける人が増え続ける中、心身の状態を保ちながら、最後まで生きがいや役割をもち、自己決定できる自分らしい生活ができるような支援が必要です。

○在宅で生活を続けていくために、本人の意向を確認し、さまざまな社会資源やサービスの調整をしながら支援をする介護支援専門員を中心にして、市の目指す自立支援ができるよう、各種取組を行っています。

自立支援会議

作業療法士、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、訪問看護師、主任介護支援専門員、生活支援コーディネーターなどの専門職が、介護支援専門員の作成したケアプランをもとに高齢者一人一人にあった自立支援にむけて、アドバイスを行う
→6か月後に評価する

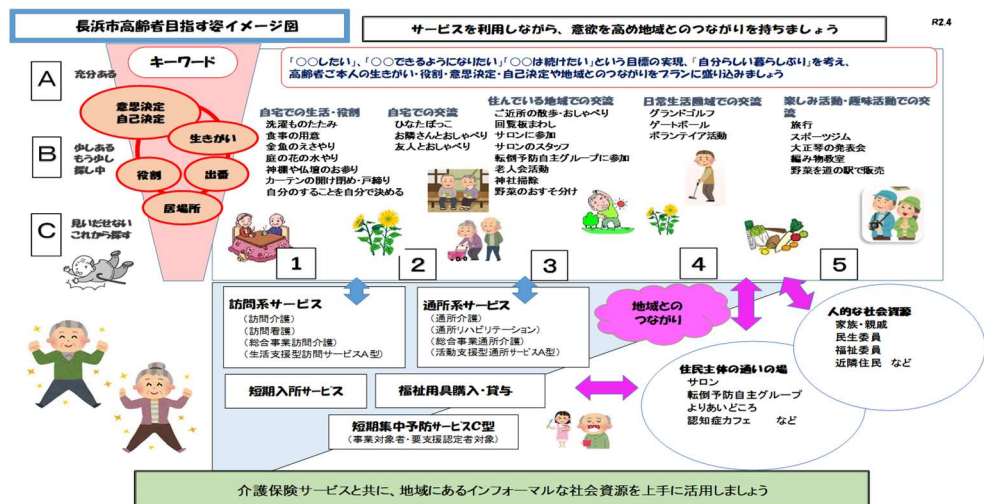


○令和2年10月から、対象者を要支援から要介護の方に拡大して実施しています。

○自立支援の目標を意欲と活動範囲を組み合わせて数値化して、評価をしています。

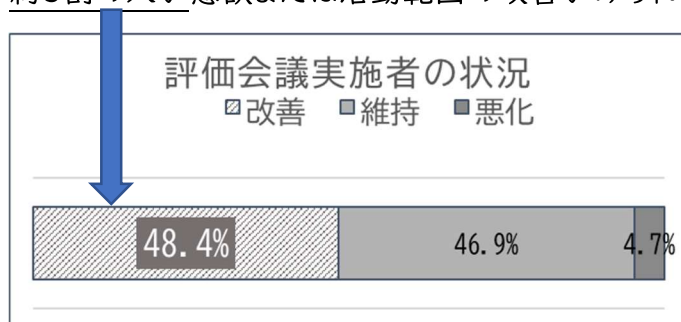
例) 転倒して家の中で過ごすことが多く、気持ちも落ち込んでいる。→2C

6か月後に目指す姿を設定して同様に数値化して、達成できたか評価を行う。



○6か月後の評価では、上記の数値化した基準で

約5割の人が意欲または活動範囲の改善がみられています。(令和3年度)



出典:自立支援会議評価資料(長寿推進課集計)