

<p>1 事業実施期間</p>	<p>令和8年4月 ～ 令和9年3月</p>
<p>2 事業実施計画</p>	<p>① 在宅医療介護連携推進拠点の整備  在宅医療の推進・介護との連携に取り組む拠点の整備として、常勤職員4名（室長・専門職2・企画職）を雇用し事業を実施する。  ※R7年度より医師会職員のみでの運営  ・東部医師会在宅医療介護連携推進室の設置（H27.4～）、  東部地区在宅医療介護連携推進協議会（H27.2～）の運営</p> <p>② 医療・介護関係者による協議会・WGの開催  ・東部地区在宅医療介護連携推進協議会（委員34名、開催3回予定）  ・3WG（総合企画、研修支援、住民啓発）  部会等（絆研修ブラッシュアップ、在宅療養支援、  身寄りない高齢者支援等） 延べ43回開催予定  ※課題に応じWG、チーム、部会の再構築を新年度以降検討</p> <p>③ 東部在宅医療・介護連携研究会（事例検討会）開催（4回）</p> <p>④ 多職種研修会“絆”（ブラッシュアップ）研修の開催（3回シリーズ）  ・第11回：①退院支援、②生活支援、③終末期支援</p> <p>⑤ 病院、事業所、職能団体など関係者へのACP研修  ・ACPノート（ステップ③）実践研修会（1回予定）  ・ACPステップ①啓発研修（各事業所、専門職向け）の実施</p> <p>⑥ 多職種の関係性づくり  ・多職種連携強化のワールドカフェ研修、とみやすベースの開催</p> <p>⑦ 在宅医療・介護連携に関する（関係者からの）相談支援</p> <p>⑧ 地域住民への啓発活動（30回予定）  ・地域共生、健康寿命、在宅療養、ACPについてACPノートを活用し啓発  ・ACP住民啓発（セミナー形式）の開催</p> <p>⑨ デジタルの活用・情報共有  ・医療・介護資源マップの運用継続（クラウドサーバー維持、データ保守）  ・ホームページ、SNS、YouTube活用による広報、情報発信の強化  （統計指標等の公表を開始）</p> <p>⑩ 他機関・他分野との共催、連携  ・ファシリテーター養成（フォローアップ）研修（市保健所共催）  ・認知症・地域共生・孤独孤立対策・健康づくり分野、他関係機関との連携</p>

3 基本方針	<ul style="list-style-type: none"><li>•2040年を見据えた社会問題に対応した取り組みの強化・推進 (WG、チーム、部会の再構築)</li><li>•PDCAを意識した事業の実施(4場面)</li><li>•多くの多職種関係者が集う取り組みの実施</li><li>•ACP普及啓発の強化(住民及び医療・介護分野への普及推進)</li><li>•地域共生社会を視野に入れた他施策・関係機関との連携推進</li></ul>
--------	--

## ●在宅医療介護連携推進事業、2040年に向けた今後の課題

2025年（令和7年）3月に事業の手引きが改正され（Ver.4）その中で、2040年（令和22年）にかけて人口・世帯構成が変化（団塊の世代が90歳以上、団塊ジュニアが65歳以上、独居世帯の増加など）することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加する、特に、在宅患者数の増加が見込まれる中、在宅医療の推進及び在宅医療・介護の連携を推進していくことの重要性が高まっており、地域の実情を踏まえた在宅医療と介護の連携の推進を実施されたいと記述された。

鳥取市の人口推計（社人研）では、75歳以上人口は2035年がピーク、また75歳以上の減少（死亡）数を推計すると2040～2050年にピークを迎える（2025年の124%程度）。

高齢者の増加は、認知症を有する者の増、最終段階の医療・介護を必要とする者の増、そして看取り（死亡）の増を意味する。また生産年齢人口の大幅な減少（2040年で2025年の82%）により、現在の病床数、入所定員を維持することすら難しくなってくることが予測される。これは在宅患者数の増を意味し、在宅医療・介護、在宅看取りが必然的に増加する。

早急に地域の医療・介護体制、連携推進の諸課題を見出し、対策を講じる必要がある。

今後の課題、背景として、

1. 厚労省手引き（Ver.4）発出以前の2024（令和6年）年度より2040年問題として、生産年齢人口の減少と多死社会の到来を問題視しており、協議会の議題にもして課題共有している。
2. 2024（令和6年）年度より、在宅療養の4場面という③急変時の対応について、急変時情報整理部会を立ち上げて検討を開始したが、事業種別や職種で大きく違う課題の抽出にも苦労している段階である。
3. ④看取りの場面においては、在宅看取り・施設看取りを妨げる要因（人的資源・教育体制・家族支援・地域文化等）を構造的に整理し、対策検討を進めることが急務となっている。
4. ①入退院支援の場面では、低資産、身寄りのない、認知機能低下等の医療・介護以外の生活課題が医療現場を大きく苦しめている。生活支援施策や認知症施策など行政施策とも連携していくことが増えつつある。
5. 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の推進に向け、情報共有の課題抽出・解決へ導く協議の場を設置し、検討を進める必要がある（ICT導入による効率的かつ省力的な仕組みの検討を含む）。
6. 退院支援、生活支援（在宅療養中）、終末期（看取り）支援の3場面での初学者向けの多職種研修については、10年経過したこともあり、基本的知識以外にもチーム内コミュニケーション、意思決定支援（ACP）の内容について拡充するよう再検討中（R7年度～）である。

7. 多職種研修は、2040年に向けた社会情勢（認知症の増加・独居高齢者の増加・家族介護の減少など）や地域課題に対応したテーマ設定が求められている。
8. 多くの課題整理の過程で、最終的にACPが未実施であることが根本要因として浮かび上がる。また、ACPの情報の事業者間でのつながりに課題もある。現在ACP（人生会議）の普及は高齢者中心だが、その家族世代への周知が十分でない。親世代の支援ではなく、「自分事としてのACP」の普及が急務である。
9. 在宅での暮らしには、医療・介護だけでなく、生活支援、地域共生社会の充実が重要である。地域課題にも対応すべく、行政や福祉職（人権・社協等）、住民やボランティア等も巻き込むような集いの場、学びの場の検討にも参画していく必要がある。（認知症施策、生活支援体制整備事業、地域福祉計画との連動）