

第4章 地域包括ケアシステムをどう充実させるのか

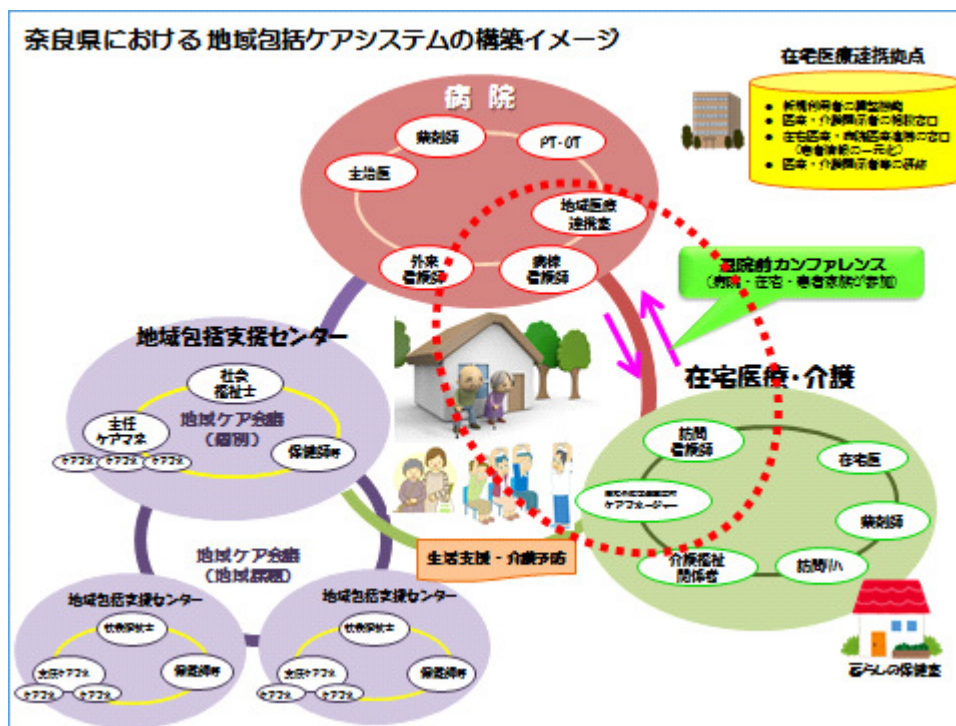
1 健康長寿まちづくりの展開

地域包括ケアシステムとは、高齢者がたとえ介護が必要になっても、可能な限り、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、医療、介護、介護予防、住まい、及び日常生活の支援が包括的に確保される仕組みです。

地域包括支援センターや在宅医療連携拠点を中心に、地区医師会や保健所の協力のもと、様々な関係機関と連携体制を構築することにより、高齢者の在宅生活に必要な医療サービス、介護サービス、生活支援サービス等の多様な実施主体による提供を実現します。

また、病院への入退院や施設の入退所時における在宅医療と入院医療、在宅介護と施設介護の連携や、ICTを活用した医療と介護の情報連携を推進します。

地域包括ケアシステムの構築



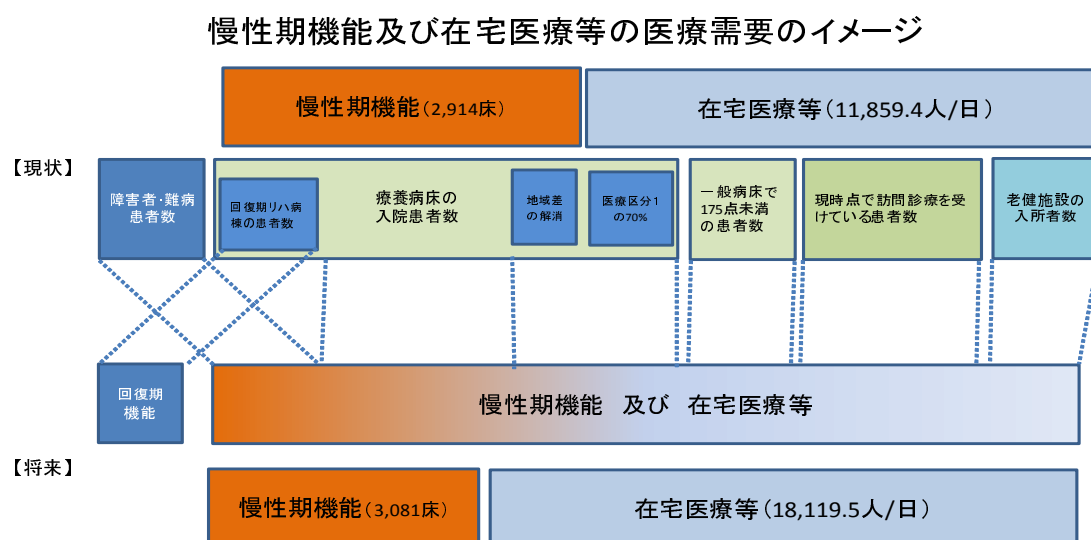
- ・ 県内での地域性を重視し、地域包括ケアシステムの整った健康長寿のまちづくりをいくつかのモデルパターンを示しながら整備します。
- ・ 奈良市、橿原市、天理市、西和地域など「まち型展開」、大和高田市、宇陀市などの「基幹病院隣接型展開」、南和地域での「中山間地域広域型展開」など地域の実情に沿った多様なモデルをつくりながら全県で浸透展開します。

II 地域包括ケアシステムを支える在宅医療について

1. 慢性期機能と在宅医療の医療提供体制の確保

1-1 現在の医療需要と今後の医療需要予測について

2013年度の医療提供体制が継続すると仮定した場合の2025年度における居宅等における医療の必要量は、11,859.4人/日から18,119.5人/日と約53%増加する推計となっています。また、慢性期機能の病床数は若干の増加となります。



※「2025年度の居宅等における医療の必要量」は法令に基づき、必要病床数の推計方法と同様の方法を用いて設定し、次に掲げる数の合計数になります。

- ・療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する数
- ・療養病床の入院受療率の地域差解消分に相当する数
- ・一般病床において、医療資源投入量が175点未満となる患者の数
(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者等を除く)
- ・訪問診療の患者数 ・介護老人保健施設の入所者数

すべての構想区域において、医療機関所在地ベースの在宅医療等の需要が増加し、在宅医療等のうち訪問診療分については、奈良・西和・中和構想区域において50%以上の増加が見込まれており、東和構想区域では約30%の増加、南和構想区域ではほぼ横ばいとなっています。

奈良構想区域では、在宅医療等の人口あたりの供給量が、他の構想区域と比較して大きく上回っている状況となっています。

(データ集P34 必要病床数推計ツールより)

1-2 現在の医療提供の状況について

奈良構想区域では、レセプト出現数が全体的に全国と比較して上回っており、中和構想区域と南和構想区域で少ない状況となっており、構想区域間で差が生じている状況となっています。

(データ集P26 年齢調整標準化レセプト出現比を用いた都道府県間比較より)

①年齢層別の状況

被用者保険のデータは含まれていないが、市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度レセプトデータによると、県内の在宅医療受療者の年齢層別レセプト件数及び在宅医療費では、75歳以上が、全体の85%以上を占めており、提供対象は後期高齢者が中心となっていると考えられます。

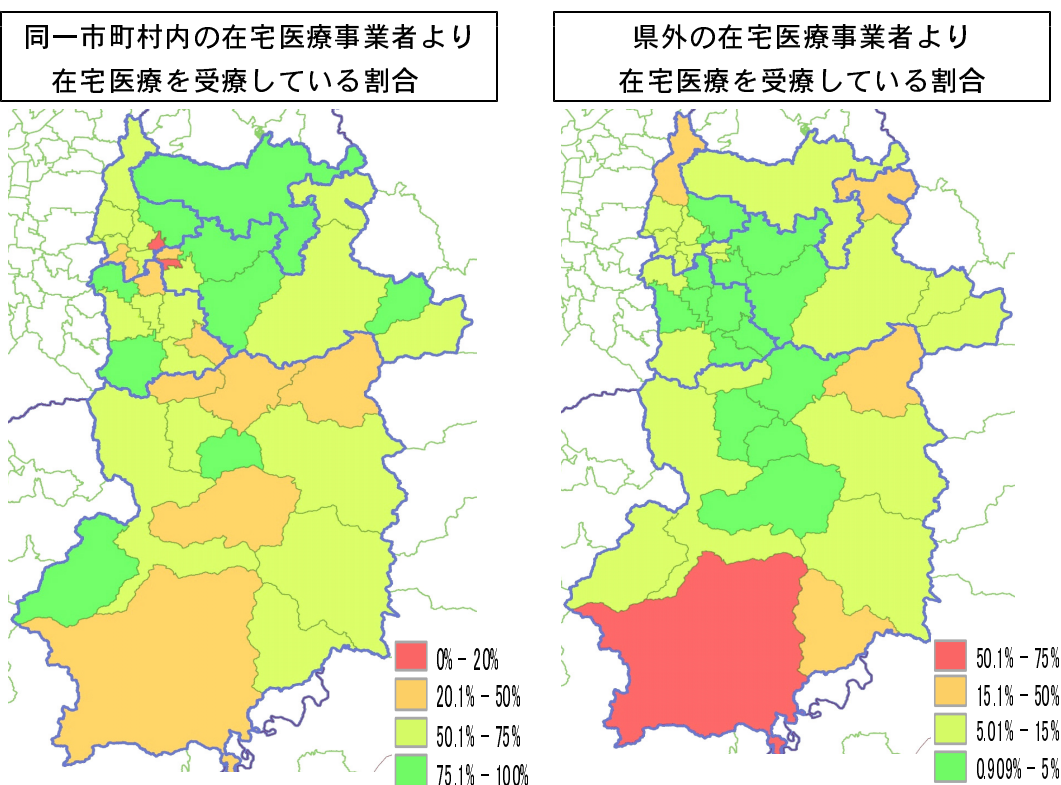
在宅医療受療者の入院患者の年齢層別件数

年齢層	レセプト		在宅医療費	
	件数	構成割合	額	構成割合
0-39歳	1,409	1%	99,504,480	1%
40-64歳	5,845	4%	391,020,074	5%
65-74歳	11,339	7%	725,282,344	9%
75-84歳	49,487	30%	2,355,125,778	31%
85歳以上	98,313	59%	4,124,332,550	54%
全体	166,393	100%	7,695,265,226	100%

(H25, 26市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度レセプトデータ合計値より)

②市町村別の状況

奈良構想区域を除く一部の町村において、50%以上同一町村外の在宅医療事業者から在宅医療の提供を受けています。また、他府県と隣接している一部の市町村では、県外の在宅医療事業者より在宅医療を受療している割合が高くなっています。



(H25, 26市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度レセプトデータ合計値より)

③疾患別の状況

高齢者では、循環器系・アルツハイマー病・筋骨格系の患者の割合が高く、消化器系や内分泌、栄養及び代謝疾患は全年齢で平均的に発生している状況となっています。

在宅医療を受療している患者の年齢層別疾患構成（121分類上位20位）

社会保険表章用疾病分類項目	疾病分類(121分類)	全体	0-39歳	40-64歳	65-74歳	75-84歳	85歳以上
	レセプト件数	166,393	1,409	5,845	11,339	49,487	98,313
循環器系の疾患	高血圧性疾患 0901	43%	0%	16%	26%	41%	48%
消化器系の疾患	その他の消化器系の疾 1112	24%	16%	21%	22%	24%	24%
循環器系の疾患	その他の心疾患 0903	17%	2%	6%	7%	14%	21%
内分泌、栄養及び代謝疾患	その他の内分泌、栄養 0403	17%	14%	13%	17%	18%	17%
循環器系の疾患	脳梗塞 0906	15%	0%	7%	12%	16%	16%
精神及び行動の障害	その他の精神及び行動 0507	15%	1%	3%	9%	16%	15%
神経系の疾患	アルツハイマー病 0602	14%	0%	1%	8%	16%	15%
消化器系の疾患	胃炎及び十二指腸炎 1105	14%	3%	12%	12%	14%	14%
神経系の疾患	その他の神経系の疾患 0606	13%	13%	15%	17%	14%	12%
内分泌、栄養及び代謝疾患	糖尿病 0402	13%	1%	11%	16%	15%	11%
皮膚及び皮下組織の疾患	皮膚炎及び湿疹 1202	11%	12%	13%	12%	12%	11%
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	症状、徴候及び異常臨床 1800	11%	10%	10%	11%	12%	11%
皮膚及び皮下組織の疾患	その他の皮膚及び皮下 1203	11%	5%	9%	11%	10%	12%
循環器系の疾患	虚血性心疾患 0902	10%	0%	2%	4%	8%	12%
筋骨格系及び結合組織の疾患	腰痛症及び坐骨神経痛 1306	7%	1%	5%	6%	7%	8%
筋骨格系及び結合組織の疾患	骨の密度及び構造の障 1309	7%	0%	2%	4%	6%	8%
感染症及び寄生虫症	真菌症 0107	7%	6%	8%	8%	7%	7%
精神及び行動の障害	血管性及び詳細不明の 0501	7%	0%	1%	3%	5%	8%
腎尿路生殖器系の疾患	その他の腎尿路系の疾 1404	6%	2%	6%	6%	6%	6%
呼吸器系の疾患	慢性閉塞性肺疾患 1009	6%	4%	5%	6%	5%	6%

構成割合=当該疾病分類の病名記載があったレセプト件数/総件数
各レセプトに含まれるすべての主傷病を集計対象としている

(H25, 26市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度レセプトデータ合計値より)

構想区域別に在宅医療を受療している患者の疾患構成で大きな差はない状況となっています。

在宅医療を受療している患者の構想区域別疾患構成（121分類上位20位）

社会保険表章用疾病分類項目	疾病分類(121分類)	全体	奈良	東和	西和	中和	南和
	レセプト件数	166,393	56,263	23,420	43,184	34,121	9,405
循環器系の疾患	高血圧性疾患 0901	43%	44%	38%	43%	46%	45%
消化器系の疾患	その他の消化器系の疾 1112	24%	19%	23%	22%	31%	33%
循環器系の疾患	その他の心疾患 0903	17%	16%	16%	17%	19%	21%
内分泌、栄養及び代謝疾患	その他の内分泌、栄養 0403	17%	14%	14%	18%	22%	25%
循環器系の疾患	脳梗塞 0906	15%	13%	14%	15%	17%	20%
精神及び行動の障害	その他の精神及び行動 0507	15%	15%	13%	14%	15%	14%
神経系の疾患	アルツハイマー病 0602	14%	15%	12%	14%	14%	14%
消化器系の疾患	胃炎及び十二指腸炎 1105	14%	12%	13%	13%	18%	15%
神経系の疾患	その他の神経系の疾患 0606	13%	10%	11%	12%	18%	20%
内分泌、栄養及び代謝疾患	糖尿病 0402	13%	12%	11%	12%	14%	16%
皮膚及び皮下組織の疾患	皮膚炎及び湿疹 1202	11%	9%	12%	11%	16%	13%
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	症状、徴候及び異常臨床 1800	11%	10%	10%	10%	15%	14%
皮膚及び皮下組織の疾患	その他の皮膚及び皮下 1203	11%	9%	12%	10%	16%	14%
循環器系の疾患	虚血性心疾患 0902	10%	10%	7%	10%	12%	12%
筋骨格系及び結合組織の疾患	腰痛症及び坐骨神経痛 1306	7%	6%	6%	7%	10%	10%
筋骨格系及び結合組織の疾患	骨の密度及び構造の障 1309	7%	7%	5%	7%	8%	8%
感染症及び寄生虫症	真菌症 0107	7%	5%	8%	7%	10%	10%
精神及び行動の障害	血管性及び詳細不明の 0501	7%	8%	6%	6%	6%	5%
腎尿路生殖器系の疾患	その他の腎尿路系の疾 1404	6%	5%	5%	6%	7%	10%
呼吸器系の疾患	慢性閉塞性肺疾患 1009	6%	4%	6%	5%	8%	8%

構成割合=当該疾病分類の病名記載があったレセプト件数/総件数
各レセプトに含まれるすべての主傷病を集計対象としている

(H25, 26市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度レセプトデータ合計値より)

1-3 医療提供体制の検討について

【在宅医療提供体制の構築】

法令に基づく2025年の必要病床数は、比較的軽度な患者向けの慢性期病床について、介護施設を含めた在宅医療へ一定程度移行することなどを前提として算定することとされているため、在宅医療等の整備を先行して取り組まなければなりません。

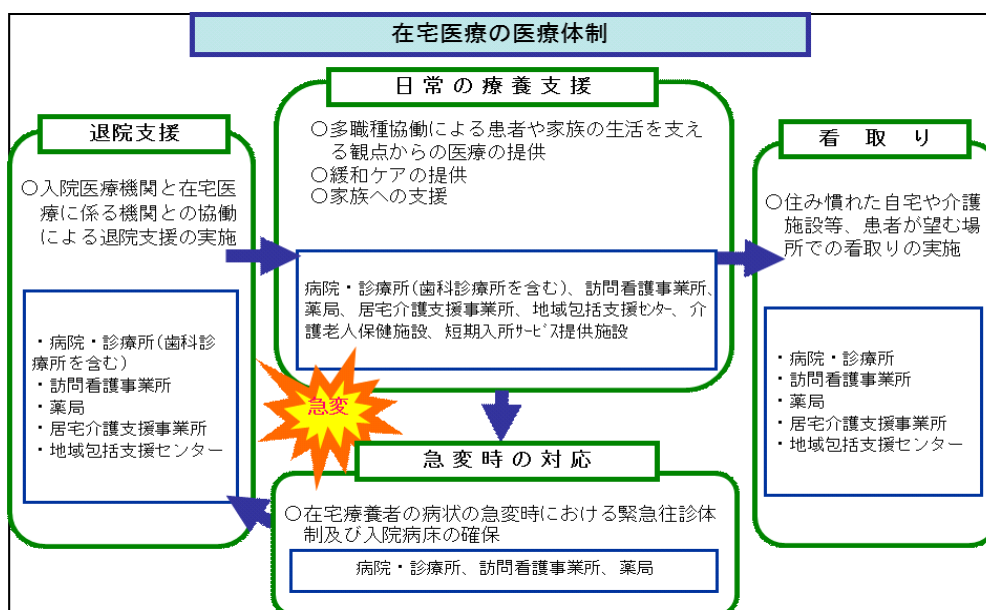
さらに、今後も高齢者が増加し、慢性疾患、あるいは終末期の医療など、医療ニーズの増加が見込まれる中、在宅医療の推進は重要な課題となっています。

在宅医療については、平成25年度の医療計画に位置づけされたものの、これまでは個々の医療機関の取り組みが主体であり、連携の必要性は認識されつつも体制整備は十分でない状況です。このような状況をふまえて、今後は各市町村における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指し、切れ目のない在宅医療提供体制を構築していく必要があります。

1-4 医療連携体制の推進及び主要な機能を担う医療機関について

- 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制の構築（退院支援）
- 日常の療養支援が可能な体制の構築（日常の療養支援）
- 急変時の対応が可能な体制の構築（急変時の対応）
- 患者が望む場所での看取りが可能な体制の構築（看取り）

【在宅医療連携体制の構築イメージ】



○退院支援

入院医療機関には、退院調整担当者の配置、退院調整ルールの策定、早期の退院支援の取り組み、在宅医療・介護関係機関との調整及び十分な情報共有等が求められます。

在宅医療関係機関には、患者のニーズに応じた医療・介護の包括的な提供への調整、医療・介護関係者との十分な情報共有、幅広い年齢層への在宅医療提供体制の確保等が求められます。

○日常の療養支援

在宅医療関係機関には、患者のニーズに応じた医療・介護の包括的な提供体制の確保、地域包括支援センターとの連携、がん・認知症等それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の体制整備、医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制整備、リハビリの提供体制の確保、難病・摂食嚥下障害における在宅ケアの口腔ケア確保等が求められます。

○急変時の対応

「入院医療機関」には、在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院・地域包括ケア病棟を有する病院・有床診療所等において連携医療機関が担当する在宅療養患者の病状急変時の必要に応じた一時受入対応、重症で対応できない場合の他の適切な医療機関との連携体制の構築等が求められます。

「在宅医療関係機関」には、病状急変時における連絡先の明示や求めに応じ24時間対応可能な体制の確保、24時間対応が難しい場合でも関係機関との連携により、24時間対応が可能な体制の確保が求められます。

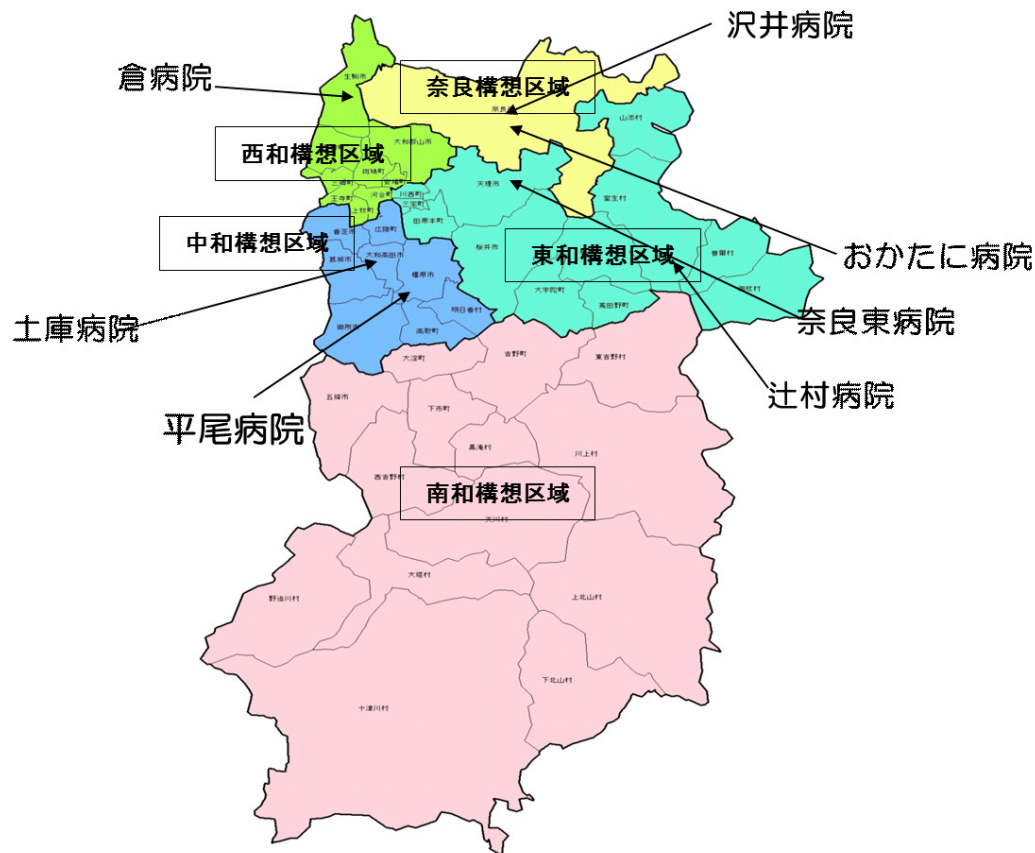
○看取り

「入院医療機関」には、看取り対応ができない機関からの患者の受入等が求められません。

「在宅医療関係機関」には、終末期の症状に対する患者や家族の不安の解消、患者が望む場所での看取りを行う体制構築、看取りに関する適切な情報提供、介護施設等による看取りの支援等が求められます。また、医療介護従事者と患者や家族との継続的な関わりを通じて、人生の終末期における医療のあり方について、あらかじめ本人の意思を確認し、関係者間で共有しておくことも重要となります。これによって、住まいの場から病院へと入院した場合であっても、患者の意向に沿った医療を様々な施設において提供することが可能になると考えられます。

【主要な機能を担う医療機関について】

在宅療養支援病院及び在宅療養後方支援病院



H26病床機能報告より

在宅療養支援病院

病院名	構想区域	所在地	電話番号
おかたに病院	奈良	奈良市南京終町1-25-1	☎0742-63-7700(代)
沢井病院	奈良	奈良市船橋町8	☎0742-23-3086(代)
辻村病院	東和	宇陀市菟田野松井7番地の1	☎0745-84-2133(代)
倉病院	西和	生駒市本町1の7	☎0743-73-4888(代)
平尾病院	中和	橿原市兵部町6-28	☎0744-24-4700(代)
土庫病院	中和	大和高田市日之出町12番3号	☎0745-53-5471(代)

H26病床機能報告より

在宅療養後方支援病院

病院名	構想区域	所在地	電話番号
奈良東病院	東和	天理市中之庄町470番地	☎0743-65-1771(代)

H26病床機能報告より

地域包括ケア病棟設置病院

病院名	構想区域	所在地	電話番号
大倭病院	奈良	奈良市大倭町5番5号	☎0742-48-1515(代)
西の京病院	奈良	奈良市六条町102-1	☎0742-35-1121(代)
済生会奈良病院	奈良	奈良市八条4丁目643番地	☎0742-36-1881(代)
おかたに病院	奈良	奈良市南京終町1-25-1	☎0742-63-7700(代)
奈良小南病院	奈良	奈良市八条五丁目437-8	☎0742-30-6668(代)
西奈良中央病院	奈良	奈良市鶴舞西町1-15	☎0742-43-3333(代)
済生会中和病院	東和	桜井市阿部323	☎0744-43-5001(代)
国保中央病院	東和	磯城郡田原本町大字宮古404-1	☎0744-32-8800(代)
宇陀市立病院	東和	宇陀市榛原萩原815番地	☎0745-82-0381(代)
田北病院	西和	大和郡山市城南町2番13号	☎0743-54-0112(代)
服部記念病院	西和	北葛城郡上牧町大字上牧4244	☎0745-77-1333(代)
大和高田市立病院	中和	大和高田市磯野北町1番1号	☎0745-53-2901(代)
土庫病院	中和	大和高田市日之出町12番3号	☎0745-53-5471(代)
平成記念病院	中和	橿原市四条町827	☎0744-29-3300(代)
大和橿原病院	中和	橿原市石川町81番地	☎0744-27-1071(代)
平尾病院	中和	橿原市兵部町6-28	☎0744-24-4700(代)
済生会御所病院	中和	御所市三室20	☎0745-62-3585(代)
秋津鴻池病院	中和	御所市池之内1064	☎0745-63-0601(代)
町立大淀病院	南和	吉野郡大淀町下淵353-1	☎0747-52-8801(代)

平成27年4月現在

1-5 医療需要に対する医療提供体制構築に向けた方向性について

- 地域特性に応じた在宅医療提供体制の構築
- 24時間対応の訪問診療、看護、介護に対応できる住まいの確保
- 在宅医療・介護連携の拠点整備
- 複数医師によるチーム在宅医療の推進
- 在宅医療に関わる医師の確保
- 在宅療養を支える看護職員の確保
- 訪問看護の提供体制の整備
- 病院看護師と訪問看護師との連携
- ICTを活用した医療と介護情報の共有と研究
- 空き家や廃校の在宅施設整備への転用について
- 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための新たな医療・介護サービスの提供体制への取組

○地域特性に応じた在宅医療提供体制の構築

今後の在宅医療提供体制を構築するにあたって、各地域の医療介護資源や住民の年齢及び世帯構造の変化を踏まえた上で、実現可能性が高い目標を設定して、その方向性を決定していく必要があります。

そこで、現在の在宅医療、訪問看護、訪問介護を含めた介護サービスの受け入れ能力が不足、あるいは限界に達している状態では、在宅医療需要の増加に対応することは難しい状況であり、具体的な対策として、個々の在宅医療サービスを効率的に連携、統合していく質的な機能強化や、不足している在宅医療機能を増やしたり、在宅医療に関わる医師、看護師の数を増やすといった量的な強化策が考えられます。

このような取り組みを可能にするためには、市町村、地区医師会、病院、訪問看護、介護事業者、そして地域住民の代表による議論を通じて、各地域の状況に応じた目標を設定、共有して、横断的かつ継続的な取り組みを企画していく必要があります。さらには、PDCAサイクルを意識し、各々の取り組みを実行するだけでなく、評価、そして改善につながる地域一丸となったマネジメントが求められます。

○24時間対応の訪問診療、看護、介護に対応できる住まいの確保

地域住民が要介護状態となって自立した生活が困難となった場合でも、住まいにおいて介護に加えて、訪問診療、訪問看護とが一体的、継続的に提供されることで、住み慣れた地域においてその人らしい暮らしを継続することができます。この住まいには、自宅以外へ住居、施設への住みかえも含まれます。

特に留意すべき点としては、要介護高齢者の状態は変化しやすいことから、住まいの場において休日や夜間であっても医療と介護とが連携して対応ができるサポート体制が求められます。そのためには、要介護高齢者の住みかえに対応できる住まいの現状と今後の必要数を把握しておくほか、これらの住まいにおいて医療と介護とが連携できる体制を確保しておく必要があります。

また、住民自身が自らの住まいと暮らし方をイメージできるように、地域住民を対象とした教育、啓発活動が求められます。

○在宅医療・介護連携の拠点整備

地域住民が、病気を抱えても住み慣れた自宅等で安心して医療・介護を受けることができるようにするためには、医療・介護にまたがる様々な支援を提供する必要があります。在宅医療を行う圏域内で在宅医、訪問看護・介護、ケアマネージャー等の多職種連携を充実させるため、圏域毎に在宅医療介護連携の拠点を地区医師会や市町村と協力して設置し、医療・介護関係者からの相談支援や新規利用者の受け入れ調整、医療・介護関係者の研修、地域住民への普及啓発等が求められます。

○複数医師によるチーム在宅医療の推進

在宅医療を提供している医師にとって、多忙な日常業務に加えて24時間体制を維持していくことが大きな障壁となっています。また、在宅医療が開始される契機は、自院外

来からの移行、病院からの紹介、患者の家族や知人からの紹介など多様であり、このような在宅医療導入ルートの不透明性も、在宅医の負担感を高めている可能性があります。さらに、独居者や低所得者など療養者の生活支援が必要な場合は、介護だけではなく福祉担当者との密な連携が求められます。

このような問題を解決する方策として、複数医師が連携したチーム在宅医療が有用です。このチームが訪問看護及び介護サービス、福祉サービスを所掌する県・市町村の担当部局との連携を強めることによって、継続的、地域包括的な在宅医療を提供することが可能になります。

このようなチーム在宅医療を実現させるためには、大前提として各メンバーが目指すべき方向性を共有し、その実現を目指した取り組みを企画、実践していく中で、メンバー内の信頼関係を構築していく必要があります。具体例としては、地区医師会と市町村とが協力して在宅医療の依頼・相談窓口を設置する、病院や診療所の複数医師が連携した主治医・副主治医制の運用、訪問看護や介護事業者などとの多職種の連携、ICTを用いた医療介護情報の効率的な共有などの取り組みが考えられます。

○在宅医療に関わる医師の確保

各地域において在宅医療に携わる医師が増加するためには、地域の診療所等の在宅医療への参画が求められます。人材育成の観点では、在宅医療を提供している経験豊富な医師から指導を受けられる地域的な教育支援体制が必要となります。また、将来的には、2017年度から育成が本格化される総合診療専門医が、在宅医療を含む地域包括ケアシステムで重要な役割を果たしていくことが期待されます。

○在宅療養を支える看護職員の確保

在宅医療を推進するためには、自宅での療養生活を支える訪問看護師の役割が重要であり、その確保・育成が喫緊の課題です。看護職員の多くは、病院や診療所を就業先として選択する傾向にあり、訪問看護を担う人材の拡大を図るためには、病院看護師、潜在看護師、新卒者等、多様な人材の訪問看護分野への参入を促進することが必要です。

また、在宅医療に対する需要の増加や利用者のニーズの多様化・高度化に対応するためには、保健師助産師看護師法の改正により新たに開始された特定行為（医師の判断を待たずに手順書により行う一定の診療の補助）を行うことができる看護師の養成や、認定看護師の資格取得に対する支援等により、看護職員の資質向上を図り、チーム医療のキーパーソンとして、高度な判断力を持つ専門性の高い看護師を育成することが必要です。

○訪問看護の提供体制の整備

訪問看護ステーションは小規模な事業所が多く、また、県内の事業所は地域的に偏在しており、約8割が「奈良」「西和」「中和」医療圏に集中しています。訪問看護の安定的・効率的な供給体制を整備するためには、各地域の中核となる事業所を基幹型訪問看護ステーションとして位置づけ、訪問看護ステーション間の連携・調整機能、人材育成を行う教育機能、地域住民や医療・介護関係者からの相談等の役割を果たすことができるよう支援することが必要です。

○病院看護師と訪問看護師との連携

円滑な在宅復帰のためには、病院看護師が、患者の生活や地域の視点を持ち、患者・家族がどこでどのような療養生活を送りたいのかといった患者・家族の意思決定を支援し、在宅療養移行支援の強化を図ることが必要です。また、住み慣れた自宅や地域での療養生活を支えるためには、病院看護師と訪問看護師が、相互研修や交流を通じて連携体制を構築し、それぞれの看護の現状・課題や専門性を理解し、病院から在宅へと看護をつなぐことが重要です。

○ICTを活用した医療と介護情報の共有と研究

各地域におけるチーム在宅医療や、医療と介護の連携をより円滑に進めていくためには、ICTネットワークを活用した取り組みが有効と考えられます。さらに、将来的には、ICTを活用して蓄積されたデータを分析、評価していくことで、在宅医療の質向上につながる可能性があります。

しかしながら、依然として紙媒体の診療録を使用している病院、診療所も多いことから、ICTネットワークへの入力作業自体が、医師の事務負担を増加させるという矛盾があります。また、すでに電子カルテやICTネットワークを導入している医療機関についても使用しているシステムの互換性や個人情報保護といった問題が残されます。

したがって、ICTネットワークを導入する場合、このような問題点を一つ一つ解決しつつ、その目的と運用方法とを関係者間において十分に議論し、共有しておく必要があります。特に留意すべき点としては、入力や登録といった医師の事務負担軽減、保存および記録様式の統一、すでに使用されている電子カルテを含めた記録様式との互換性、個人情報保護への配慮、運用ルールの策定、継続的なマネジメントが求められます。

ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備を推進するとともに、業種、地域をまたぐ情報連携の共通ツールとなる「マイ健康カード」の導入を検討し、適切な医療・介護サービスの提供を実現するためのネットワークの構築を推進していきます。

○空き家や廃校の在宅施設整備への転用について

在宅医療に関する施設整備は、サービス付き高齢者向け住宅や空き家等を活用して利用者が可能な限り自立した生活を送ることができるよう、介護する家族と長期間同居できるようにすることや、家族が介護に対応できない際の短期間の宿泊施設としての利用など、さまざまなニーズに対応できるよう推進していきます。

○慢性期の医療・介護ニーズに対応するための新たな医療・介護サービスの提供体制への取組

将来の医療需要に応じた医療提供体制を構築するためには、病床の機能分化連携と在宅医療の充実だけでは困難であり、病院・有床診療所への入院の必要はないが、一定程度の医療を必要とする者に係る慢性期の医療と介護需要へ対応するため、現在、国で検討されている新たな施設類型の整備に取り組む必要があります。

第5章 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の展開

Ⅰ 医療、療養、リハビリ、回復、在宅までの一貫した医療提供体制をどう構築するのか

1. 施策の基本的な考え方

高齢化が進む中、持続可能社会保障制度のもとで県民が安心して受けることのできる医療提供体制を構築していくことが必要です。

そのため、効率的かつ効果的な医療提供体制を構築することにより、高齢者の需要に対応する医療提供体制に変革していくことが求められています。そのためには、現在の病床機能について、患者の状態に即した適切な医療を受けるためには、回復期機能の充実など機能の分化・連携を進めることが必要であり、そのための体制構築を推進します。

さらに、県民がいつまでも住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる生活を続けるためにも、在宅における医療提供を充実することで「地域包括支援システム」の構築に寄与します。

また、これらの医療を提供するためには、少子高齢化による社会においても医療従事者を確保していきます。

これらの施策を医療供給側において展開していくだけではなく、広く県民・患者の行動が伴って初めて有効に機能することから、県民・患者においても構想の理念を広く認識して頂く必要があり、積極的な周知に努めていきます。

また、構想の実現に向けていくためにも、構想の達成に向けて施策の実施状況や需要動向を継続的に把握していくことも必要です。

2. 病床の機能の分化及び連携体制の推進

地域医療構想の実現のため、必要とされる医療機関の施設・設備の整備を実施することにより、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築し、病床の機能分化及び連携を進めます。

①病床機能の転換の促進

必要病床数が不足する回復期病床への転換を行う際に必要な施設・設備整備に対して助成し、病床の機能分化・連携を推進します。

②急性期病床の集約化の促進

必要病床数が過剰と推計され、効率的な体制を整備する必要がある急性期病床を集約化するため、医療機関を再編する場合に必要な施設・設備整備に対して助成し、医療提供体制の効率化を推進します。

③主要な疾患や特定の事業のため医療機能の強化

4疾病3事業などの医療提供体制を維持・構築するため、医療機関の強化・拠点化のための施設・設備整備に対して助成するとともに、地域連携パスの整備・活用など主要な疾患等における医療機能の分化・連携を推進します。

④ICTを活用した情報連携

病院間又は病院と診療所間における効率的な連携を推進するため、ICTを活

用した情報連携体制を整備します。また、県民が自らの医療情報を活用するための環境整備を推進します。

⑤医療の質評価・向上の支援

病床機能に応じた臨床指標（QI）を用いた医療の質を評価・機能の向上を推進します。

⑥在宅医療を支える連携体制整備の支援

在宅医療を支える在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟等の後方病床の確保と急性増悪等の際の対応を可能とする安心して在宅医療を受けることができる体制整備を推進します。

⑦地域医療構想・地域包括ケアシステムの実現にむけた地域医療連携推進法人制度の活用

病床機能の連携・分化を推進し、在宅医療の充実、介護施設等との連携を強化するため、地域医療連携推進法人制度の活用を推進します。

⑧慢性期の医療・介護ニーズに対応するための新たな医療・介護サービスの提供体制への取組

将来の医療需要に応じた医療提供体制を構築するためには、病床の機能分化連携と在宅医療の充実だけでは困難であり、病院・有床診療所への入院の必要はないが、一定程度の医療を必要とする者に係る慢性期の医療と介護需要へ対応するため、現在、国で検討されている新たな施設類型の整備に取り組む必要があります。

3. 医療従事者の確保・養成

少子高齢化により不足が懸念される医療従事者を確保するとともに、地域的な偏在や診療科の偏在対策を行うほか、医療従事者の定着促進を図ります。

①医師の確保

ア県内勤務医師の確保と定着促進

県内で勤務する医師を増加させるために、臨床研修医の確保対策を進め、働きやすい職場環境の整備支援等により県内医療機関への定着促進を図ります。

イ医師の偏在の解消

緊急医師確保修学資金等の貸与を受けた医師の育成支援や医療機関への適正な配置を通して、地域又は診療科の医師の偏在の解消を目指します。

ウ在宅医療に従事する医師の確保

在宅医療に取り組む医師を増加させるために、人材育成及び在宅医療を提供する医師にかかる負担軽減の支援を図ります。併せて、在宅医療を含む地域包括ケアシステムにおける重要な役割が期待される総合診療医の養成支援に努めます。

②看護職員の確保

ア 看護職員の養成、定着促進、離職防止及び復職支援の取組

県内で就業する看護職員を増加させるため、看護基礎教育の充実や看護師等養成機関卒業生の県内就業の促進により新規就業者の確保を図ります。また、看護職員の勤務環境の改善等により離職を防止し県内での定着を促進するとともに、潜在的な看護職員の復職を支援します。

イ 看護職員の資質向上

医療の高度化・専門化や県民ニーズの多様化に対応するため、看護職員に対する研修・教育を推進し、看護職員の資質向上を図るとともに、特定行為を行うことができる看護師をはじめ、高度な判断力を持つ専門性の高い看護師を育成します。

ウ 在宅療養を支える看護職員の確保（再掲）

在宅医療を十分に機能させるためには、訪問看護に携わる看護職員の確保が必要であることから、訪問看護師の養成・確保のための研修・教育の充実を図るとともに、特定行為を行うことができる看護師の養成や認定看護師の資格取得に対する支援等により、訪問看護師の資質向上を図ります。

③様々な医療従事者の確保・養成

回復期機能を充実するために必要なリハビリ機能の確保のため理学療法士・作業療法士の確保・養成、退院後の療養生活の相談窓口である医療ソーシャルワーカーの育成など今後の医療提供体制を構築するため不可欠な医療従事者について、必要とされる人材の確保・養成に努めるとともに、研修を通じ必要な能力の向上を図ります。

II 在宅医療をどう確保するのか

1. 地域包括ケアシステムを支える在宅医療の充実

地域包括ケアシステムの構築し、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう在宅医療を充実する必要があります。そのため、在宅医療を支える体制の構築や人材の育成等を推進します。

①在宅医療の体制構築

患者の状態に応じ、退院後の生活を支える在宅医療を提供できる体制を、地域の実情に応じて構築するよう市町村・医療関係者を支援します。

ア 退院支援機能の充実

医療機関からの在宅医療・介護への移行を切れ目なく行う体制整備を促進します。

- ・退院に至るまでの調整ルールの普及
- ・多職種連携ネットワークの構築と一元的な窓口設置

イ 日常の療養生活の支援及び急変時の対応

24時間365日対応が可能となるよう在宅医療体制の整備を促進します。

- ・複数医師で構成する在宅医療チームの推進
- ・医療従事者の負担を軽減するため、ICTを活用した情報共有システムの導入を含めた在宅医療の現場を支える取組への支援

ウ 看取り（終末期の医療提供）

看取りに対応できる医療従事者を養成するための研修の実施するとともに、患者・家族に対し在宅で受けることができる医療・介護と看取りに関する適切な情報を提供します。

エ 施設整備

在宅医療に関する施設整備は、サービス付き高齢者向け住宅や空き家等を活用し、さまざまなニーズに対応できるよう推進していきます。

②在宅医療を支える医療従事者の確保・養成

ア 在宅医療に従事する医師の確保

在宅医療に取り組む医師を増加させるために、人材育成及び在宅医療を提供する医師にかかる負担軽減の支援を図ります。併せて、在宅医療を含む地域包括ケアシステムにおける重要な役割が期待される総合診療医の養成支援に努めます。一方、在宅医療を継続的に供給するためには、在宅医療を提供する医師にかかる負担軽減のための支援を行います。

イ 在宅療養を支える看護職員の確保

在宅医療を十分に機能させるためには、訪問看護に携わる看護職員の確保が必要であることから、訪問看護師の養成・確保のための研修・教育の充実を図るとともに、特定行為を行うことができる看護師の養成や認定看護師の資格取得に対する支援等により、訪問看護師の資質向上を図ります。

ウ 在宅での生活を支える多職種職員との連携の確保

医療・介護の連携を円滑に進める人材の養成に努めるとともに、在宅医療を担う人材の育成のための研修を実施します。

③在宅歯科医療による口腔機能の維持・向上

在宅歯科医療の充実による、在宅医療を受ける方の口腔機能を維持・向上を図り、質の高い生活を送ることを継続することを推進します。

④在宅患者に対する効率的で安全安心な薬剤提供

在宅における衛生材料・医療材料の円滑な供給や、緩和ケアへの対応等を実施するため、地域における医薬品などの供給体制を整備するとともに、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するため適切な服薬支援を推進します。

⑤精神科医療との連携

精神科医療における良質な医療を提供するために、精神障害者の地域移行を進める中で必要とされる在宅における医療・福祉の提供を確保します。

精神疾患の早期発見・早期治療を進めるため、精神科医療機関と地域保健医療等の関係機関との連携を推進します。

認知症の方が住み慣れた地域での生活を継続することを可能とする医療・介護の提供体制を構築します。

⑥障害児・者への医療提供体制

障害児・者への必要な医療を提供するとともに、住み慣れた地域で生活を可能とする医療・介護の提供体制を確保します。

⑦在宅医療の普及・啓発

県民の在宅医療に対する理解を深めるため普及・啓発を実施します。

III 予防と健康増進をどう進めるのか

1. 県民・患者への医療に向き合う知識の普及

①県民が適切な医療を受けるため、医療機関における機能分化・連携体制の構築を目指していることを広く県民に周知することにより、重複・頻回受診、大規模病院への過度の集中など不必要・不合理な受診行動を抑制していきます。

②人生の最終段階における（終末期）医療に関する患者及び家族への啓発を行うことにより、患者が希望する場合に、安心して看取りが行うことができるよう県民の理解を促します。

③これからの医療を担う若者に対し、どのような教育を行うべきかの課題について検討します。

④ボランティア意識が高まる中、ボランティアを活用した看取りや医療通訳などの活用について今後の課題として検討します。

2. 予防医療・健康増進への取組

なら健康長寿基本計画では、平成34年度までの県民健康寿命日本一の達成を目指し、「要介護とならないための予防と機能回復の取組の推進」と「若くして亡くならないための適時・適切な医療の提供」を基本的な方向としています。

①運動、食生活、禁煙等の普及など健康的な生活習慣の普及

②高血圧、糖尿病等の早期発見による要介護原因となる疾病の減少

- ③介護予防や機能回復の取組による要介護とならない地域の対応
- ④がん、心臓病、精神疾患等の早期発見による早世原因となる疾病の減少
- ⑤がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の早世・疾病の重症化を防止する医療体制の充実

IV 医療従事者の働き方をどう改革するのか

優秀な医療従事者の確保・育成を行っていくためには、職員が働きがいを感じ、いきいきと働き続けられる職場づくりが重要であり、職員の満足度の向上は、医療レベルを含めた患者へのサービス向上にもつながります。そのため、職員が能力を発揮できる、ワークライフバランスの充実に努めます。

また、看護師の効果的な活用の観点から、夜勤専属看護師の養成に取り組んでいきます。

奈良県総合医療センターで実施を検討する内容

- ・職員が病院の理念を共有し、働きがいをもって働き続けられる職場づくりの推進
- ・「働きがいのある仕事」と「充実した生活」の調和をはかる、ワークライフバランスの推進
- ・出産や育児、介護、キャリアアップなどのライフステージの変化によっても離職することなく働き続けられる職場環境の整備の推進
- ・短時間勤務の制度化など多様な勤務形態の導入の推進
- ・多様な働き方を職員同士で認め合い、支え合う職場風土づくりの推進
- ・職員の継続的なキャリア形成による、医療サービスの質の向上
- ・アメニティの充実など、職員にとって働きやすい勤務環境を整備し、最良な医療が提供できるような体制整備の推進

第6章 今後の進め方等

I 地域医療構想の推進体制の構築

県内の構想区域ごとに、地域医療構想調整会議を設置し、地域医療構想の実現に向け、地域の医療関係者による自主的な取り組みを推進します。

また、レセプトデータなどを用いた医療需要の動向を調査・分析することにより、着実に地域医療構想の実現に向けた状況の把握に努めます。

なお、地域医療構想実現に向けた取り組みについては、いわゆる“PDCAサイクル”（計画（Plan）－実行（Do）－評価（Check）－改善（Action））の実施を通じて、計画の進捗状況や評価・検証を行い、結果は、県のホームページ等において公表します。

II 医療安全の向上に向けた取組

県内の医療の安全性及び質の向上を図るため、第三者組織により、県内の医療事故に関する情報を収集・分析し対策を検討していきます。

III 地域医療構想の見直し

本県では平成29年度において、平成30年度を始期とする次期保健医療計画を策定予定であり、その際は、次期介護保険事業支援計画の策定と同時期になることから、両計画や医療費適正化計画との整合性を図っていく必要があり、国の動向を踏まえ、地域医療構想の見直しの必要性についても検討します。