

## 第5章 地域包括ケアシステムと在宅医療の充実

### 1 地域包括ケアシステムと在宅医療

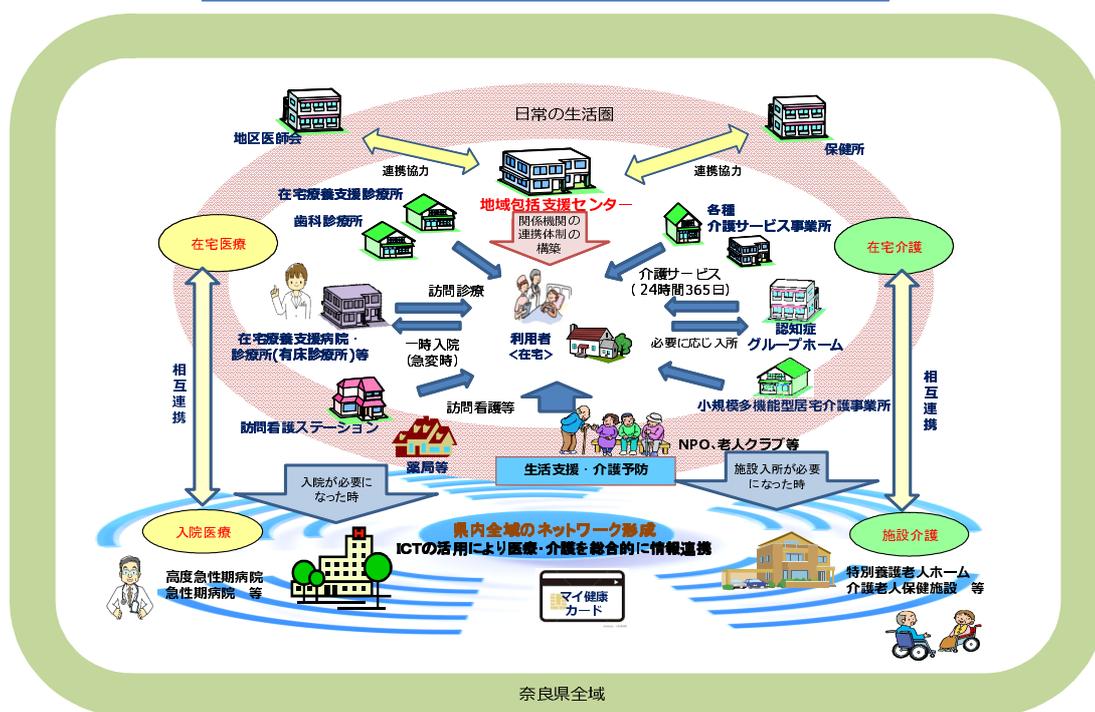
平均寿命の延伸とともに、誰もが老いて虚弱な期間を迎えるのが普通となった現在、高齢者の残された機能を積極的に生かしながら、生活全体の質を高めていくというケアが求められています。そのためには、生活を支えるという視点で、医療と介護が限りなく連続化し提供されるとともに生活を支える様々な支援が一体的に提供されることが必要となってきます。

地域包括ケアシステムは、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目途として、高齢者がたとえ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・介護だけでなく予防・住まい・生活支援が一体的に提供されるケアシステムづくりを目指すものです。

高齢期においては、疾病が完治することではなく、糖尿病や認知症等の慢性疾患や脳血管疾患等の後遺症などによる複数の疾病を抱えながら、生活をしていくことになることから、地域包括ケアシステムの構築には在宅での医療が不可欠なものとなります。

今後の病床機能の分化と連携により、在宅復帰が進むと、2025年には、在宅医療の需要は大幅に増加することが見込まれ、これまで以上に医療依存度の高い患者や人生の最終段階における医療を必要とする患者を在宅で診る必要が出てくると予測されます。こういったことに対応するためには、訪問診療を中心にした24時間365日対応できる在宅医療・介護の受け皿づくりが必要であり、在宅医療から介護につながるケア体制を構築することは、地域包括ケアシステムを構築していくうえでの最重要課題となります。

地域包括ケアシステムの構築イメージ



奈良県全域

II 地域包括ケアシステムを支える在宅医療について

～ 慢性期機能と在宅医療の医療提供体制の確保 ～

1. 現在の医療需要と今後の医療需要予測について

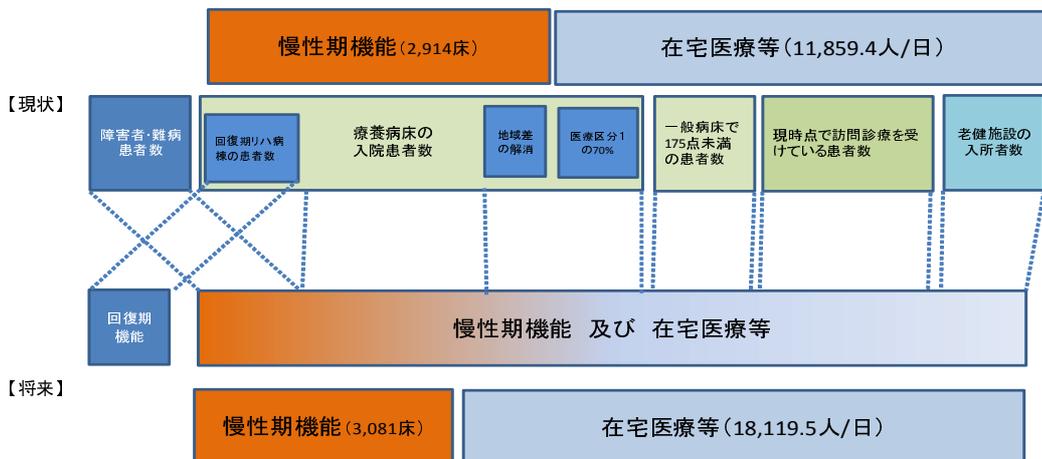
2013年度の医療提供体制が継続すると仮定した場合の2025年度における居宅等における医療の必要量は、県全体では、11,859.4人/日から18,119.5人/日と約53%増加する推計となっています。また、慢性期機能の病床数は若干の増加となります。

構想区域別に見ると、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は増加する見込みです。また、「現時点で訪問診療を受けている患者数」についてみても、2013年との比較では、2025年に奈良構想区域、西和構想区域及び中和構想区域において50%以上の増加、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、在宅医療等の人口当たりの供給量が、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)

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



※「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算定し、次に掲げる数の合計数になります。

- ・訪問診療の患者数
- ・介護老人保健施設の入所者数
- ・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)

2 現在の医療提供の状況について

奈良構想区域では、在宅医療に関する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は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

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。

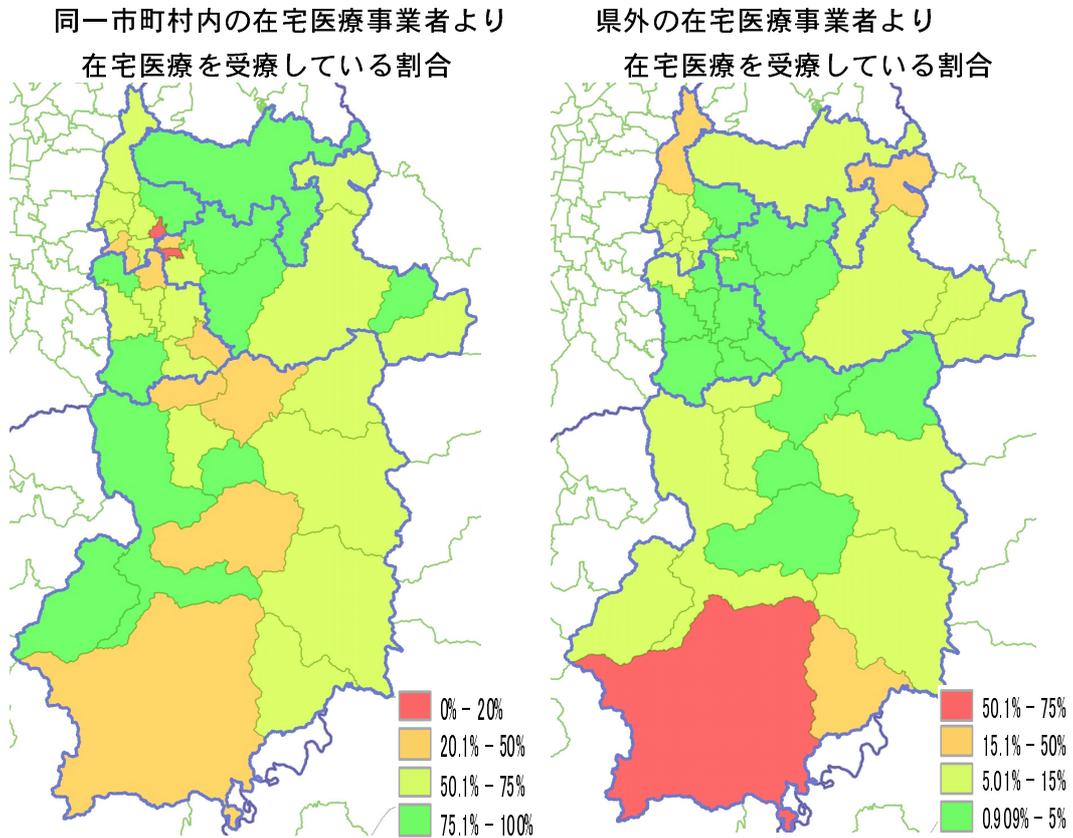
在宅医療受療者の年齢層別レセプト件数及び在宅医療費

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

当該町村の区域外の医療機関から在宅医療の提供を受けている患者が50%以上となっている町村が一部あります。また、他府県と隣接している一部の市町村では、県外の医療機関から在宅医療の提供を受け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

ア 年齢階層別の状況

高齢者では、高血圧性疾患の患者の割合が最も高く、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) レセプト件数	全体	0-39歳	40-64歳	65-74歳	75-84歳	85歳以上
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%
皮膚及び皮下組織の疾患	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 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)

イ 構想区域別の状況

在宅医療を受療している患者の疾患構成を構想区域別で見ると、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) レセプト件数	全体 166,393	奈良 56,263	東和 23,420	西和 43,184	中和 34,121	南和 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%
<small>症状、徴候及び異常臨床見、異常検査所見で他に分類されないもの</small>	症状、徴候及び異常臨床見 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)

### 3 在宅医療提供体制の構築について

県内の医療機関において、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期といった病床機能の分化と連携を進めていくためには、まず、在宅等においても医療を提供できる患者については介護施設を含めた在宅等において医療を提供できる体制が整っていることが必要となることから、在宅医療等の整備に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、あるいは人生の最終段階における医療など、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。

本県における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、今後は地域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。

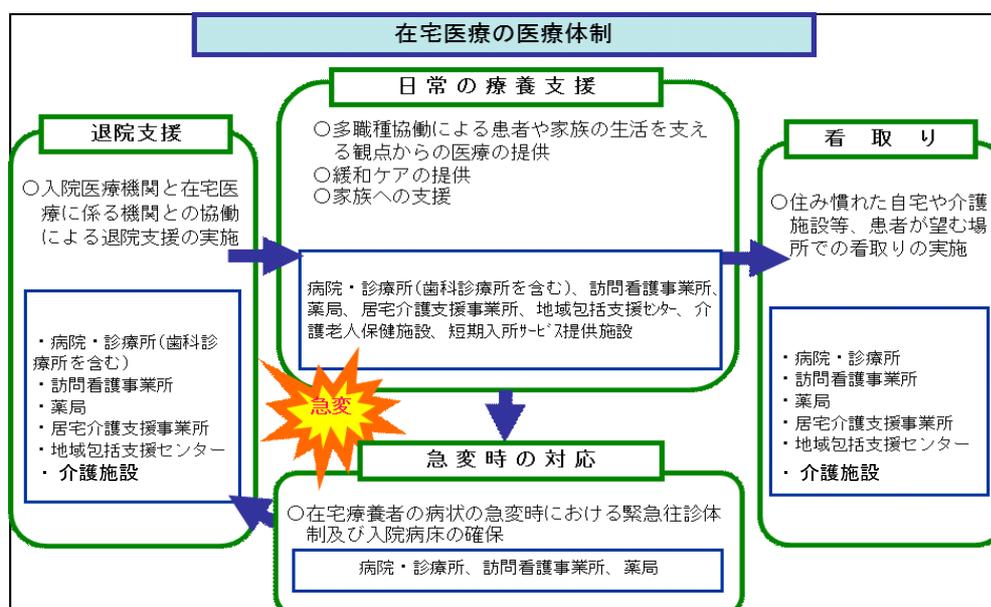
これらの取組を進めるためには、医療提供体制や住民の年齢、世帯構成などが地域により異なること、また、在宅での介護の充実も必要となることから、市町村や地区医師会が中心となって、地域において包括的かつ継続的な体制づくりを行う必要があります。

#### 4 連携体制の推進について

在宅医療において必要となる主な機能は、次の4つが挙げられ、それぞれの機能を果たす医療機関が連携して在宅医療に当たる体制を構築する必要があります。

- ①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）
- ②日常の療養支援が可能な体制の構築（日常の療養支援）
- ③急変時の対応が可能な体制の構築（急変時の対応）
- ④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】



##### ① 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。

##### ② 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。

③ 急変時の対応

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・有床診療所等の入院医療機関では、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。

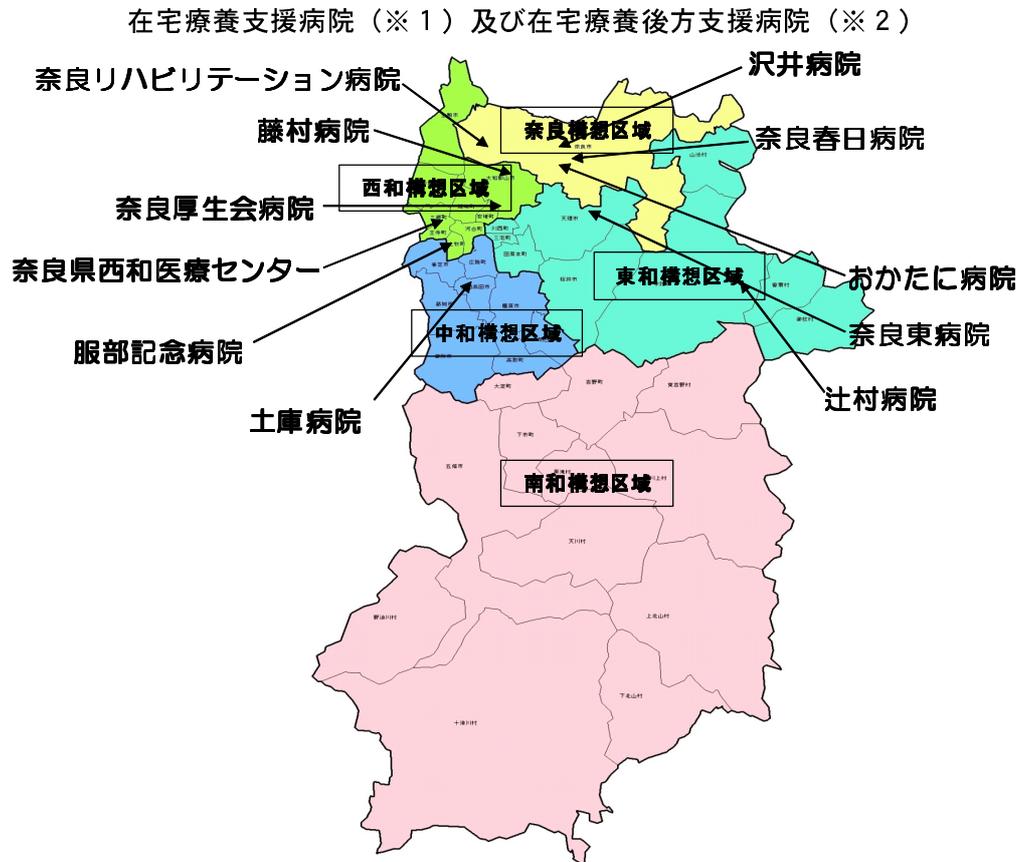
在宅医療関係機関には、病状急変時における連絡先の明示や求めに応じ24時間対応可能な体制の確保、24時間対応が難しい場合でも関係機関との連携により、24時間対応が可能な体制の確保が求められます。

④ 看取り

在宅医療関係機関には、人生の最終段階の医療を必要と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、介護施設等での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、人生の最終段階の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。

また、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す。

【主要な機能を担う医療機関】



平成28年2月現在

（※1）在宅療養支援病院

看取りまでを含めたトータルなケアが受けられるよう、在宅医療の中心的な役割を担う病院として、診療報酬上で位置付けられています。在宅患者への24時間の対応体制、関係職種との連携体制などの施設基準が定められています。

（※2）在宅療養後方支援病院

在宅療養患者の後方受入を担う病院として位置付けられた病院です。在宅医療を提供する医療機関と連携し、連携医療機関の求めに応じて24時間入院希望患者（あらかじめ当該病院に届け出た患者）の診療が可能な体制及び緊急入院できる病床を常に確保することなどの施設基準が定められています。

在宅療養支援病院

病院名	構想区域	所在地
おかたに病院	奈良	奈良市南京終町1-25-1
沢井病院	奈良	奈良市船橋町8
奈良リハビリテーション病院	奈良	奈良市石木町800番地
辻村病院	東和	宇陀市菟田野松井7番地の1
服部記念病院	西和	北葛城郡上牧町大字上牧4244
藤村病院	西和	大和郡山市北郡山町104番地3
土庫病院	中和	大和高田市日之出町12番3号

(平成28年2月現在)

在宅療養後方支援病院

病院名	構想区域	所在地
奈良春日病院	奈良	奈良市鹿野園町1212-1
奈良東病院	東和	天理市中之庄町470番地
奈良県西和医療センター	西和	生駒郡三郷町三室1丁目14-16
奈良厚生会病院	西和	大和郡山市椎木町769-3

(平成28年2月現在)

地域包括ケア病棟設置病院

病院名	構想区域	所在地
大倭病院	奈良	奈良市大倭町5番5号
西の京病院	奈良	奈良市六条町102-1
済生会奈良病院	奈良	奈良市八条4丁目643番地
おかたに病院	奈良	奈良市南京終町1-25-1
奈良小南病院	奈良	奈良市八条五丁目437-8
西奈良中央病院	奈良	奈良市鶴舞西町1-15
済生会中和病院	東和	桜井市阿部323
国保中央病院	東和	磯城郡田原本町大字宮古404-1
宇陀市立病院	東和	宇陀市榛原萩原815番地
田北病院	西和	大和郡山市城南町2番13号
服部記念病院	西和	北葛城郡上牧町大字上牧4244
大和高田市立病院	中和	大和高田市磯野北町1番1号
土庫病院	中和	大和高田市日之出町12番3号
平成記念病院	中和	橿原市四条町827
大和橿原病院	中和	橿原市石川町81番地
平尾病院	中和	橿原市兵部町6-28
済生会御所病院	中和	御所市三室20
秋津鴻池病院	中和	御所市池之内1064
吉野病院(H28.4～)	南和	吉野郡吉野町大字丹治130-1

(平成28年2月現在)

■地域包括ケア病棟設置病院

急性期治療後の患者や、在宅患者の受け入れ、患者の在宅復帰支援などの機能の病床を有する病院です。

5 在宅医療提供体制構築に向けた方向性について

在宅医療の提供体制を構築するに当たっては、次の8つの項目を課題として取り組んでいきます。

- ①地域特性に応じた在宅医療提供体制の構築
- ②在宅医療に関わる医師の確保
- ③複数医師によるチーム在宅医療の推進
- ④在宅療養を支える看護職員の確保
- ⑤訪問看護の提供体制の整備
- ⑥病院看護師と訪問看護師の連携
- ⑦ICTを活用した医療と介護情報の共有と研究
- 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

① 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当たって、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。

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。

このような取組を可能にするためには、市町村及び地区医師会が中心となって、病院、訪問看護、介護事業者、そして地域住民の代表も加えて、関係者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組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、各々の取組を実行するだけでなく、評価、そして改善につなげられる地域一丸となったマネジメントが求められます。

② 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、地域の医師の状況によっては、病院に在宅医療支援部を設置し、地域の在宅医療を行う医師を支援することも必要となります。

さらには、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。

③ 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。

このような医師の負担を軽減する方策として、複数医師が連携したチーム在宅医療が考えられます。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、ICTを用いた医療介護情報の効率的な共有などの取組が考えられます。

さらには、医師だけでなく、訪問看護師や介護事業者と総合的に連携できる窓口の設置なども考えられます。

④ 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、潜在看護師の活用や、病院看護師、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となります。

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、潜在看護師の掘り起こしや把握・活用策に取り組むとともに、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。

⑤ 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割が奈良保健医療圏、西和保健医療圏、中和保健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的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。

⑥ 病院看護師と訪問看護師の連携

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。

## ⑦ 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げられ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の保護といった問題が残されます。

ICTネットワークを導入する場合、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、保存及び記録様式の統一、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挙げられます。

以上のような点に留意しながら、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、病床機能の分化・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。

### Ⅲ 地域包括ケアシステムをどう充実させるのか

#### 1. 地域包括ケア推進に向けた本県の取組

地域包括ケアシステムは地域の実情に応じて構築していく必要があります。一般の介護保険制度の改正により、地域包括ケア推進のために不可欠な、医療介護連携、生活支援サービスの提供、認知症への対応などが介護保険制度の中の地域支援事業に位置付けられ、市町村が主体となって地域包括ケアシステムを構築していくこととされたところです。

本県では地域包括ケアを推進するため、平成26年度から地域包括ケア推進室を設置し、保健所とともに市町村を個別に支援するとともに、県が市町村と協働して地域包括ケアシステムの整った健康長寿まちづくりプロジェクトに取り組みながら、地域包括ケアシステムのモデルパターンを示していきます。

#### 2. 地域包括ケアシステムの構築・充実に向けて

地域包括ケアシステムの充実を図っていくには、在宅医療の充実だけでなく、介護の充実も重要であり、また、医療と介護の連携など様々な取組が必要となります。

##### ① 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。

そこで、在宅医療を行う圏域内で、医師、訪問看護師、介護士、ケアマネジャー等の多職種連携を充実させるため、圏域ごとに在宅医療介護連携の拠点を地区医師会や市町村が協力して設置し、医療・介護関係者からの相談支援や在宅医療介の新規利用者の受け入れ調整等を行うことが求められます。

##### ② 在宅生活を支える介護基盤整備

24時間365日の在宅生活を支えるには、在宅医療の充実と併せて在宅における介護も充実する必要があります。

特に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護などの訪問・通い・泊まりなどの機能と介護・看護の機能をあわせ持つ複合型の地域密着型サービスの充実を図ることにより、よりフレキシブルに在宅医療との連携を進めることができることから、このようなサービス基盤整備を今後進めていく必要があります。

##### ③ 多職種連携の仕組みづくり

高齢者の在宅生活を支えるには、医師、看護師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士をはじめとする医療系の専門職や、ケアマネジャー、ヘルパーなどの介護系の専門職、栄養士など様々な職種の連携による支援の仕組みづくりが

不可欠になります。

そのためには、行政が主導して、地区医師会などの地域の関係団体と協力し、多職種によるグループワークなどを通じて、多職種が連携して在宅生活を支援する仕組みづくりを進めていく必要があります。

④ 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、自宅以外の住居、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。

⑤ 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に、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利用することなど、様々なニーズに対応できるよう推進していきます。

⑥ 生活支援サービスの充実

高齢になるとIADL(※)が徐々に低下し、日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援が必要となります。また、今後高齢者単身・夫婦世帯の一層の増加により、多様な困りごとへの支援が必要となることから、多様な主体の参画による生活支援サービスを充実していく必要があります。特に高齢者自身が生活支援サービスの担い手になることで高齢者の社会参加・生きがいづくりにつながり、介護予防にもつながることが期待されます。

(※) IADL

電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬の管理、金銭の管理など、日常生活動作(ADL: activity of daily living)ではとらえられない高次の生活機能の水準を測定するもの

IV 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

地域包括ケアシステムを構築し、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推進します。

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えるよう次のような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（P 114 参照）
- ・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次のような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（人生の最終段階における医療の提供）

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や、人材確保のために必要な支援を行い、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の活用をしながら、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等の確保・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を支援します。

併せて、複数の疾患を抱えていることが多い高齢者に幅広い診療範囲で対応したり、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。

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。

エ 在宅での介護を支える人材の確保

介護人材を確保するため、「奈良県福祉・介護人材確保協議会」を核として「教育・養成から職業紹介、就労まで」一貫した取組を進めます。

新たな人材の確保や介護職員の定着に繋げるため事業所認証制度の導入に取り組みむとともに、認知症や医療を必要とする高齢者にも適切に対応できる質の高い介護サービスが提供されるよう介護人材の資質向上にも取り組みます。

③ 在宅歯科医療による口腔機能の維持・向上

在宅医療を受ける方の口腔機能を維持・向上を図ることにより、質の高い生活を送り続けられるように在宅歯科医療を推進します。

また、在宅歯科において医科や介護等の他分野との連携を図り、在宅歯科医療の推進及び他分野との連携体制の構築を図ります。

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行うため、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訪問薬剤師による適切な服薬支援を推進します。

⑤ 緩和ケアの提供体制の充実

全てのがん患者とその家族が、居住する地域にかかわらず、必要なときに質の担保された切れ目のない緩和ケアを受ける体制構築を図ります。

また、退院後も緩和ケアを受けることが出来るよう、がん診療連携拠点病院等で緩和ケア外来の機能の向上を図るとともに、在宅緩和ケアの提供ができる診療所などとの連携強化を推進します。

⑥ 認知症高齢者への対応の充実

今後、高齢化の進展により、認知症高齢者の急増が見込まれることから、認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域や自宅で暮らし続けられるよう、認知症高齢者への対応の充実に取り組みます。

認知症への理解を深めるための普及啓発の推進や、認知症の容態に応じた適時・

適切な医療・介護の提供体制を構築します。

⑦ 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。

⑧ 障害児・者への医療提供体制

障害児・者に、必要な医療を提供するとともに、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・介護の提供体制を確保します。

また、在宅の重症心身障害のある人の支援のため、医療機関、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所等がネットワークを構築することにより、在宅支援体制の充実を図ります。

⑨ 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・啓発を行います。

東和保健医療圏域における入退院調整ルール

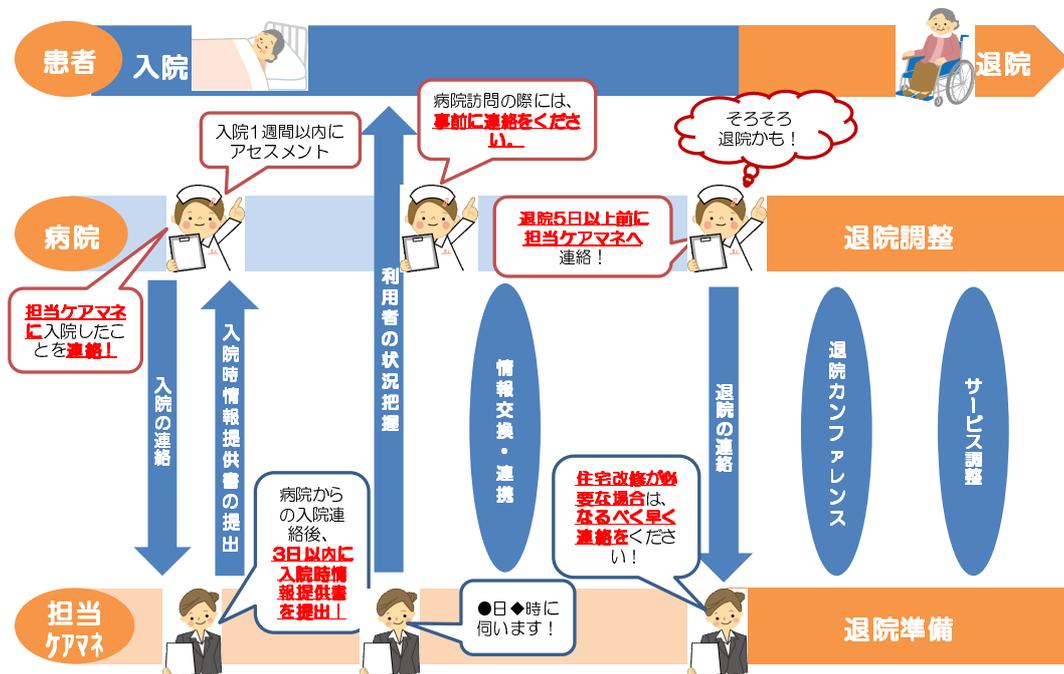
東和保健医療圏域では、奈良県中和保健所が中心となって、医療と介護が連携を図ることで病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が、安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的に病院とケアマネジャーが協議を重ね、入退院調整ルールを策定しました。

このルールは、要介護状態の患者さんが自宅へ退院する際に、病院からケアマネジャーに確実につなぐための情報共有ルールとなっており、病院と地域で患者さんの心をつなぐための連携の一環として活用されています。

【対象】

東和保健医療圏（桜井市、宇陀市、川西町、三宅町、田原本町、曾爾村、御杖村（天理市、山添村を除く）の病院（6か所）、市町村高齢福祉担当課（7市町村）、地域包括支援センター（10か所）、居宅介護支援事業所（61か所）、小規模多機能型居宅介護事業所（9か所）

■入院前にケアマネジャーが決まっている場合



詳しい内容は、以下のホームページをご覧ください。

<http://www.pref.nara.jp/item/151267.htm>