

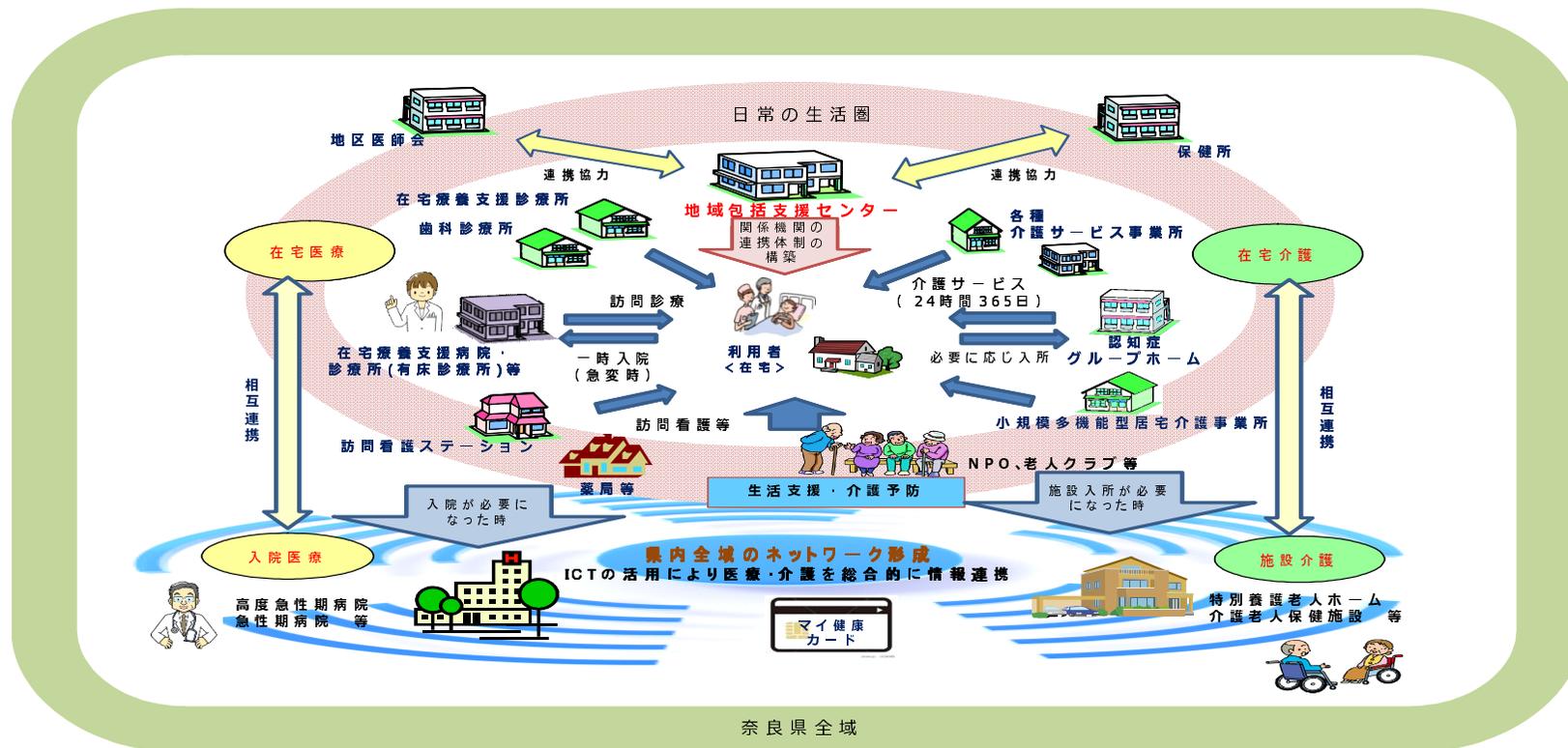
地域包括ケアシステム構築に向けて

奈良県健康福祉部・医療政策部

2017.1

第5章 地域包括ケアシステムと在宅医療の充実 【地域包括ケアシステムをどう充実させるのか】

地域包括ケアシステムの構築イメージ



・高齢期においては、病気が完治することではなく、糖尿病や認知症など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。

・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、医療依存度の高い患者や終末期の患者を在宅で診る必要が出てくると予測。

・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、地域包括ケアシステムを構築していく上での最重要課題となります。

第5章 地域包括ケアシステムと在宅医療の充実

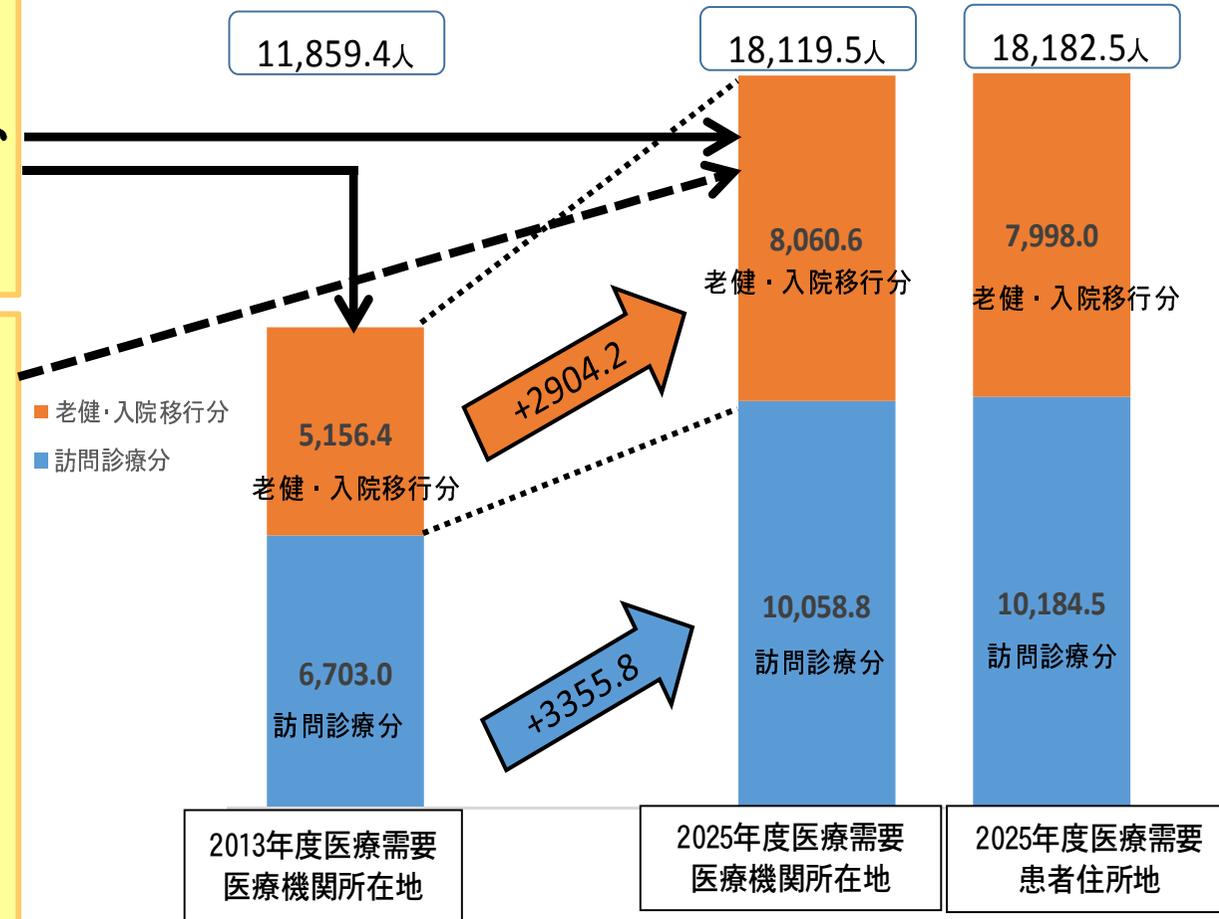
【2013年度と2025年の在宅医療等の需要について】

老健施設の入所者数に加え、療養病床の入院患者のうち、医療区分Ⅰの70%、一般病床で175点未満の患者数等についても、在宅医療等で算出している。

慢性期に関する入院受療率について、次により地域差解消の目標を設定し、入院から在宅医療等へ移行

- ・全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を用いて算出
- ・南和構想区域は、入院受療率の地域差解消の目標年次を2030年とし、比例的に逆算した入院受療率で算出

奈良県の在宅医療等の医療需要（人／日）

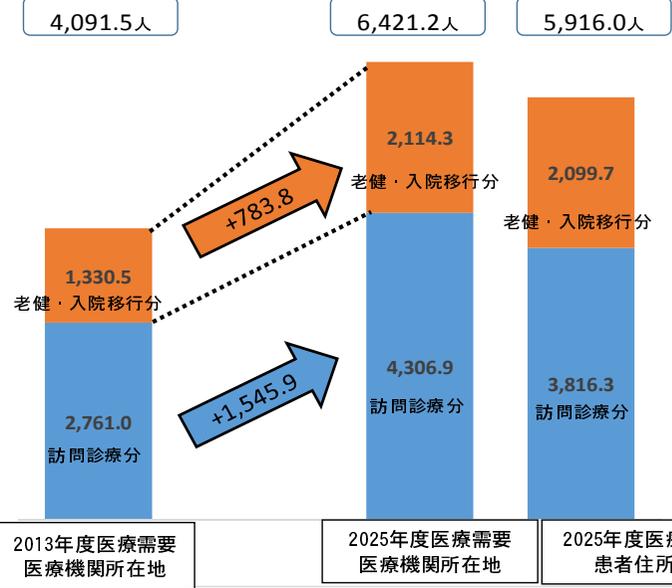


■特徴

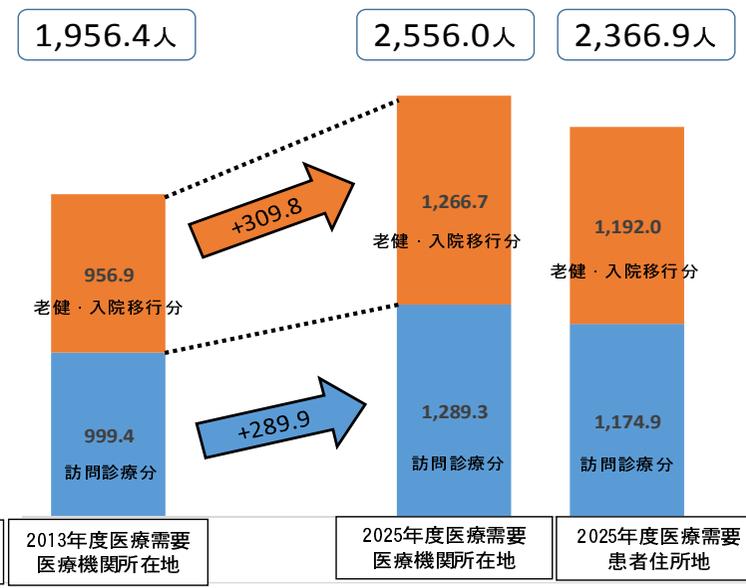
- ・在宅医療等で対応する医療需要は約53%増加(約6,300人/日)と大きく増加する。

構想区域ごと在宅医療等の医療需要

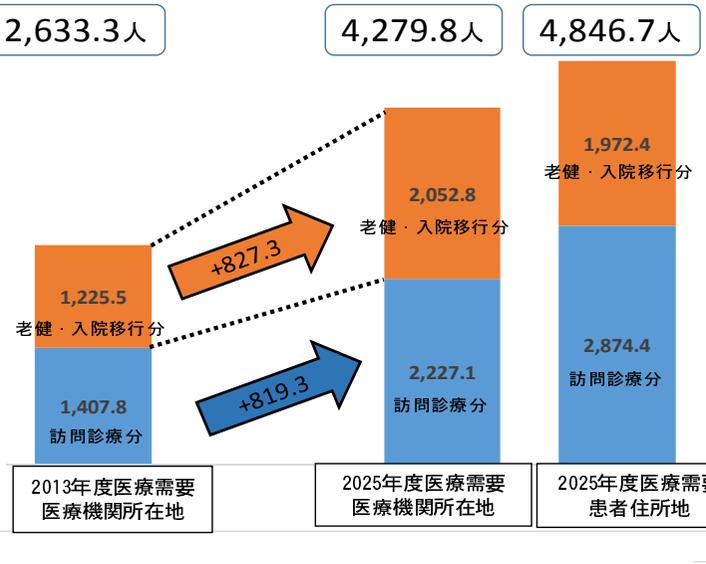
奈良構想区域の在宅医療等の医療需要（人／日）



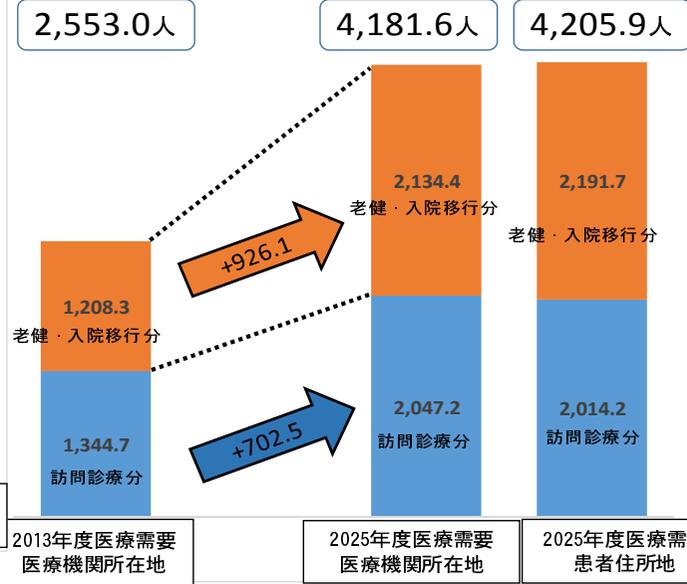
東和構想区域の在宅医療等の医療需要（人／日）



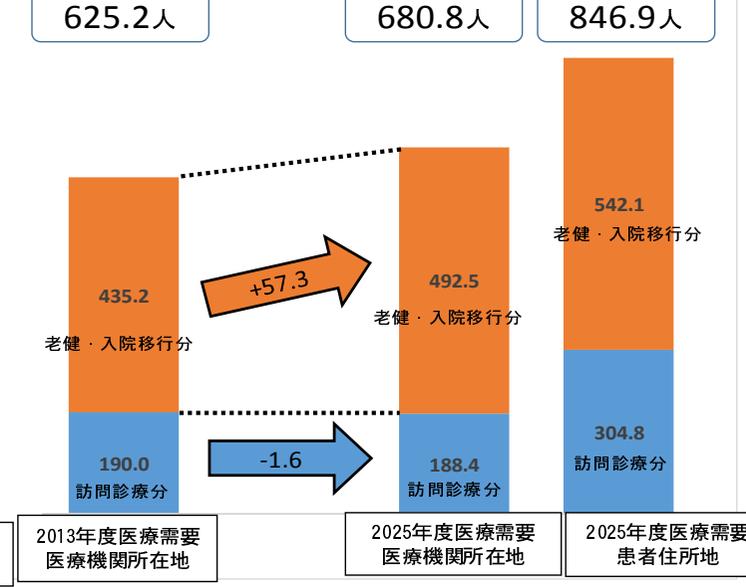
西和構想区域の在宅医療等の医療需要（人／日）



中和構想区域の在宅医療等の医療需要（人／日）



南和構想区域の在宅医療等の医療需要（人／日）



第5章 地域包括ケアシステムと在宅医療の充実 【在宅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

- ・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、横断的かつ継続的な取組

○在宅医療に関わる医師の確保

- ・地域の診療所等の在宅医療への参画や病院の在宅医療支援

○複数医師によるチーム在宅医療の推進

- ・24時間体制を維持していくことが大きな障壁
- ・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
- ・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 等の取組

○在宅療養を支える看護職員の確保

- ・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
- ・認定看護師の資格取得

第5章 地域包括ケアシステムと在宅医療の充実 【在宅医療提供体制構築に向けた方向性について】

○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、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て、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

○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、在宅療養移行支援の強化を図ることが必要

○ICTを活用した医療と介護情報の共有と研究

・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

○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

第5章 地域包括ケアシステムと在宅医療の充実 【地域包括ケアシステムの構築・充実に向けて】

○在宅医療・介護連携の拠点整備

- ・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

○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における介護も充実する必要
- ・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

○多職種連携の仕組みづくり

- ・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、様々な職種の連携による支援の仕組みづくりを進めていく必要

第5章 地域包括ケアシステムと在宅医療の充実 【地域包括ケアシステムの構築・充実に向けて】

○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

・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る

○空き家や廃校の在宅施設整備への転用について

○生活支援サービスの充実

- ・高齢になると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
- ・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
- ・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る

〈参考〉 在宅医療・介護連携の推進（介護保険の動き） 【地域包括ケアシステムの構築・充実に向けて】

- 75歳以上の高齢者は、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率や認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多い
- 在宅医療・介護連携については、従来から問われ続けた重要課題の一つであるが、医療と介護については、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていないことなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があった
- こうしたことから、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（H26年2月から第186回通常国会にて審議、6月18日可決、6月25日公布・一部施行）により 介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置付け、全国的に取り組む
- 具体的には、市町村が地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力して、地域の医療・介護関係者が参画する会議の開催、在宅医療・介護連携に関する相談の受付、在宅医療・介護関係者の研修等の取組を実施することとなる

新しい地域支援事業の全体像

<見直し前>

介護保険制度

<見直し後 (H27年4月～※経過措置有) >

【財源構成】

- 国 25%
- 都道府県 12.5%
- 市町村 12.5%
- 1号保険料 22%
- 2号保険料 28%

【財源構成】

- 国 39%
- 都道府県 19.5%
- 市町村 19.5%
- 1号保険料 22%

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

- 訪問看護、福祉用具等
- 訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**

- 二次予防事業
- 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
- ・ 介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1～2、それ以外の者)

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・ 訪問型サービス
 - ・ 通所型サービス
 - ・ 生活支援サービス(配食等)
 - ・ 介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

H29年4月までに全市町村で開始

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営 (左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
- **在宅医療・介護連携の推進**
- **認知症施策の推進** (認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
- **生活支援サービスの体制整備** (コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

地域支援事業

地域支援事業

在宅医療・介護連携推進事業（1）

- 在宅医療・介護連携の推進事業については、介護保険法の地域支援事業（包括的支援事業）に位置付けられ、各市町村は、遅くとも平成30年4月から、以下の（ア）～（ク）の8つの事項に取り組む

➤（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所等の住所、連絡先、機能等の情報収集
- 地域の医療・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用
- 医療・介護関係者に提供する情報と地域住民に提供する情報は異なる場合がある（地域住民にとって必要な情報に限定）
- 医療・介護関係者に関する相談支援の窓口等は、実際の担当者や連絡方法等の把握が有効

➤（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策の検討を行う
- 抽出された課題の対応策について、事前に市区町村が検討する
- 医療・介護関係者の参画する会議を開催し、市区町村が検討した対応事案について検討
- 課題を抽出する際は、重要度及び優先順位も考慮
- 課題、対応策についての検討の結果、それぞれの事項について更なる検討が必要な場合は、ワーキンググループ等の設置
- ワーキンググループは、（ア）～（ク）の他の項目の検討の場として活用される

在宅医療・介護連携推進事業 (2)

▶ (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 在宅医療と在宅介護が切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を行う
- (ア) で得られた情報や (イ) で検討した事項を踏まえ、必要となる提供体制の構築に向けた検討を行い、地域の実情に応じた取組を行う
- 取組例 (1) 主治医副主治医制の導入による体制の構築
- 取組例 (2) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療機関の確保

※ (イ) の会議での検討事項や内容を踏まえ、地区医師会の協力を得ながら進める
賛同する医療機関の対応可能な曜日・時間帯・疾患等を考慮した副主治医の決定方法や対応順の決定方法及び介護関係者への周知・共有方法等について検討

▶ (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有ツールの作成
- 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握
- 既に情報共有ツールが作成されているが、十分に活用されていない場合は、共有する情報の内容や活用方法について、医療・介護関係者双方の理解が得られるよう十分に意見を聴取し改善
- 作成した情報共有ツールの成果物だけを関係者に周知するのではなく、情報共有ツールの検討段階においても関係者間で作成の過程を共有することで、利活用を促すことが期待
- 医療・介護関係者で共有する情報について共通認識を図る

※患者・利用者とその家族への病状の説明内容と受け止め方 等

※既存ツールの活用・改善や新たな情報共有ツール作成の必要性等について、(イ) の会議の下、ワーキンググループを設置する等して検討

在宅医療・介護連携推進事業 (3)

▶ (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営
- 医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応等
- 地域包括支援センターとの連携
- 看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、介護支援専門員資格を持つなど介護に関する知識も有し、実務経験を有する人材を配置することが望ましい
- 実施方法として、郡市区医師会や地域包括支援センターへの委託も考えられる

※運営については、**(イ)の会議を活用**し、運営方針を策定しそれに基づき相談を受け付ける
※相談対応により情報提供する可能性のある医療・介護機関等の情報は、**(ア)の結果**を参考に

▶ (カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種が連携するためのグループワーク等の研修
- 医療・介護関係者に対する研修
- 多職種でグループワーク等の研修を行う主旨
 - 専門性の異なる多職種が共通の課題や困難な状況を理解し、かつ解決のプロセスを共有しながら同じ方向に向かっていく**手法を体得する**
 - それぞれが抱える現状の課題を**単に共有するための情報交換会とは異なる**

※地域の医療・介護関係者による情報交換等が実施されておらず、直ちに研修を開催することが困難な場合は、多職種研修に発展させることを目標に、研修計画を設定したうえで情報交換の場を設けることから始めてもよい

※**(イ)で抽出**した地域課題の優先度を踏まえたテーマや事例等に対し、グループで意見交換を行う等、参加者が取組やすい内容や構成となるよう配慮

在宅医療・介護連携推進事業（4）

▶（キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民が在宅医療や介護について理解する
- 在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにする
- 地域住民が終末期ケアの在り方や在宅での看取りについて理解する
- 老人クラブ、町内会等の会合へ出向いての小規模な講演会等も効果的
- 行政関係者だけでなく、医療・介護関係者も一緒に参加し、質疑応答等に応じると効果的

▶（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 複数の関係市区町村が協力して、共通の情報共有の方法等、広域連携が必要な事項について地域の実情に応じて検討する
- 市区町村が、当該市区町村の境界を越えて取組を実施するためには、都道府県、都道府県医師会との協力が不可欠
- 特に医療機関の協力が必要となる検討事項である場合の協力依頼は、都道府県や医療との接点が多い保健所の協力を得ることが有効
- 連携市区町村を検討する際には、同じ二次医療圏内の市区町村による連携を検討することが望ましい
- 二次医療圏が一つの市で構成される場合は、（イ）の取組をもって（ク）に取り組んでいくとみなす。
- 複数の市区町村における、退院時の医療機関と介護支援専門員との情報共有の方法について、「医療介護連携実証事業」を実施している場合は、その成果を活用し検討することが望ましい

「医療介護連携調整実証事業」への取組

保健所の支援により、県下全域での退院調整ルール策定を目指す(H27～)

退院調整が必要な患者の基準・退院調整ルールを策定 → 円滑な在宅生活への移行を支援

このルールは、半年毎に退院調整状況調査で現状を評価し、ルール運用の見直しを行います。

ルールづくりによる効果

取組状況

- ・ H27：東和医療圏（旧桜井保健所管内）
- ・ H28：橿原地区（橿原市、高取町、明日香村）
- ・ H29：西和7町を想定
- ・ H30～南和地域等、残る他地域で取組を実施

- ・ 病院スタッフとケアマネジャーが同じテーブルで協議することにより、退院した患者が在宅療養で実際どうということに困っているのか、事例を通じて課題を共有し、対策について検討できた。
- ・ 病院とケアマネジャー双方が必要と考える退院調整が必要な患者の基準について共通認識することができた。
- ・ 入退院時に、病院、ケアマネジャーがタイムリーに情報交換し、患者を切れ目なくつなぐ実践的な工夫について検討できた。
- ・ 病院、地域双方の連絡窓口を明確にすることができた。

協議の方法

二次医療圏

病院と介護の役割の相互理解が進む

病院・ケアマネジャー協議

病院代表

ケアマネジャー代表



報告

提案

圏域内市町村のケアマネジャーによる協議



ケアマネジャー協議の参加者は100名を超えることがあるので、グループワーク形式を取る。

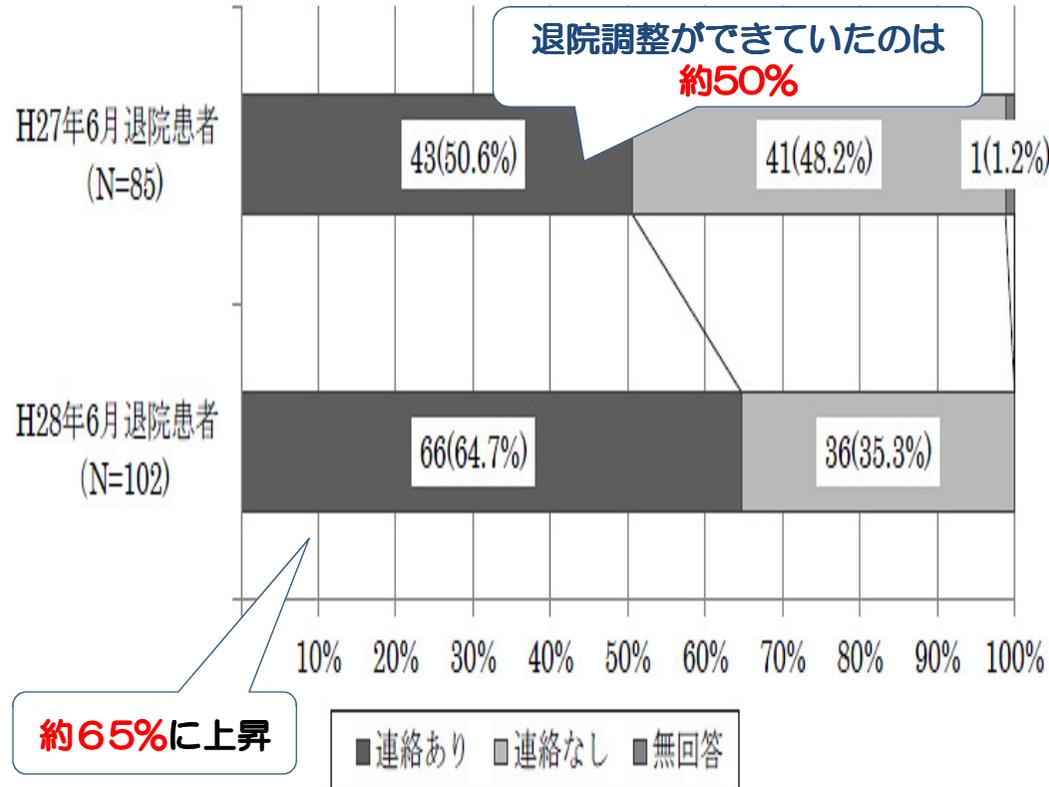
* 医師会の先生方には助言者として参加頂くように依頼。

東和圏域における退院調整の状況

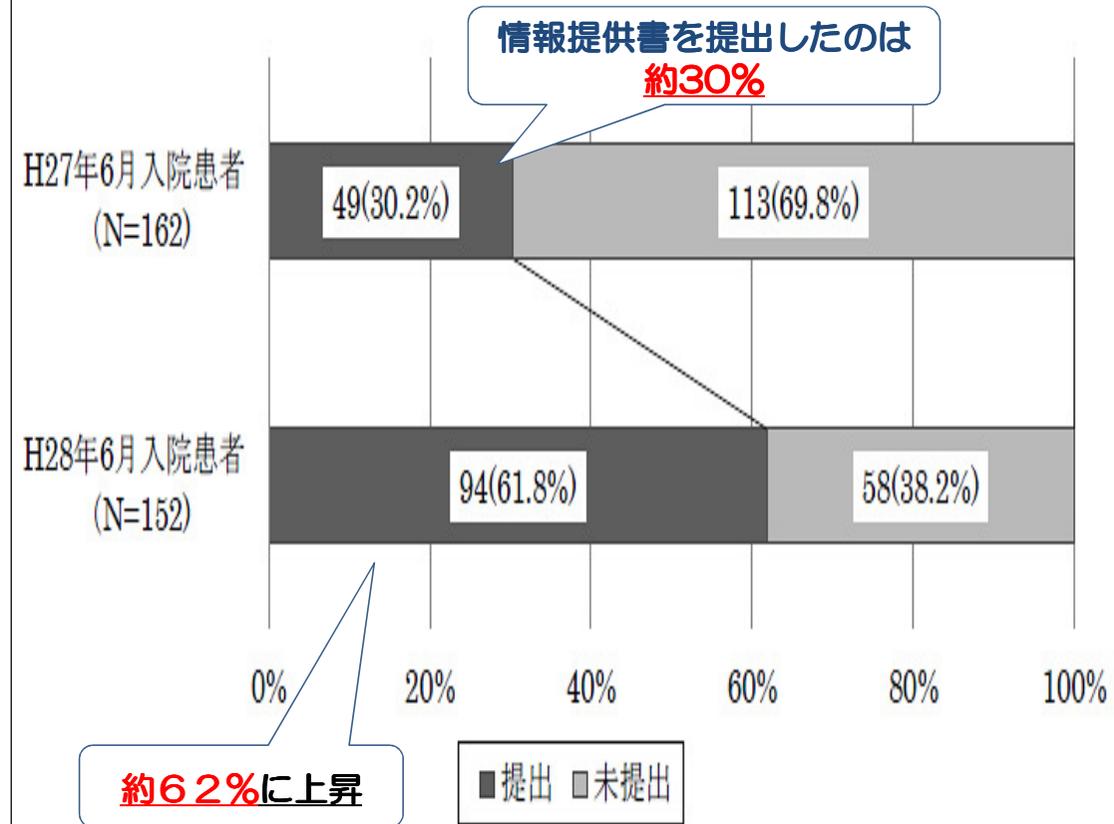
■退院調整の連絡状況

■ケアマネジャーから入院時情報提供書を送った割合

退院調整の連絡状況 (7市町村のうち6病院から退院したケース)

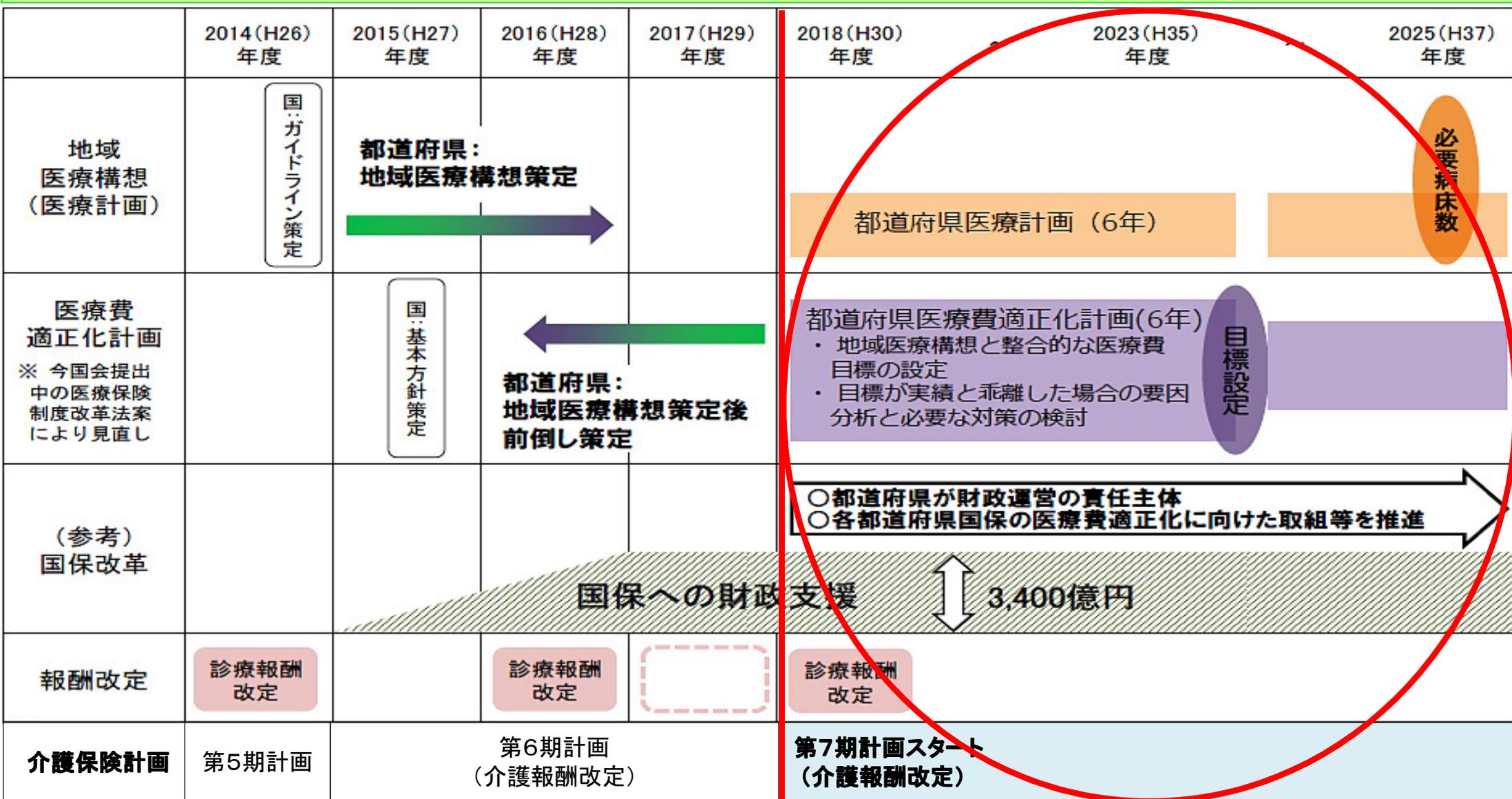


ケアマネジャーから病院へ入院時情報提供書を送った割合



医療提供体制改革、医療費適正化計画策定等のスケジュール

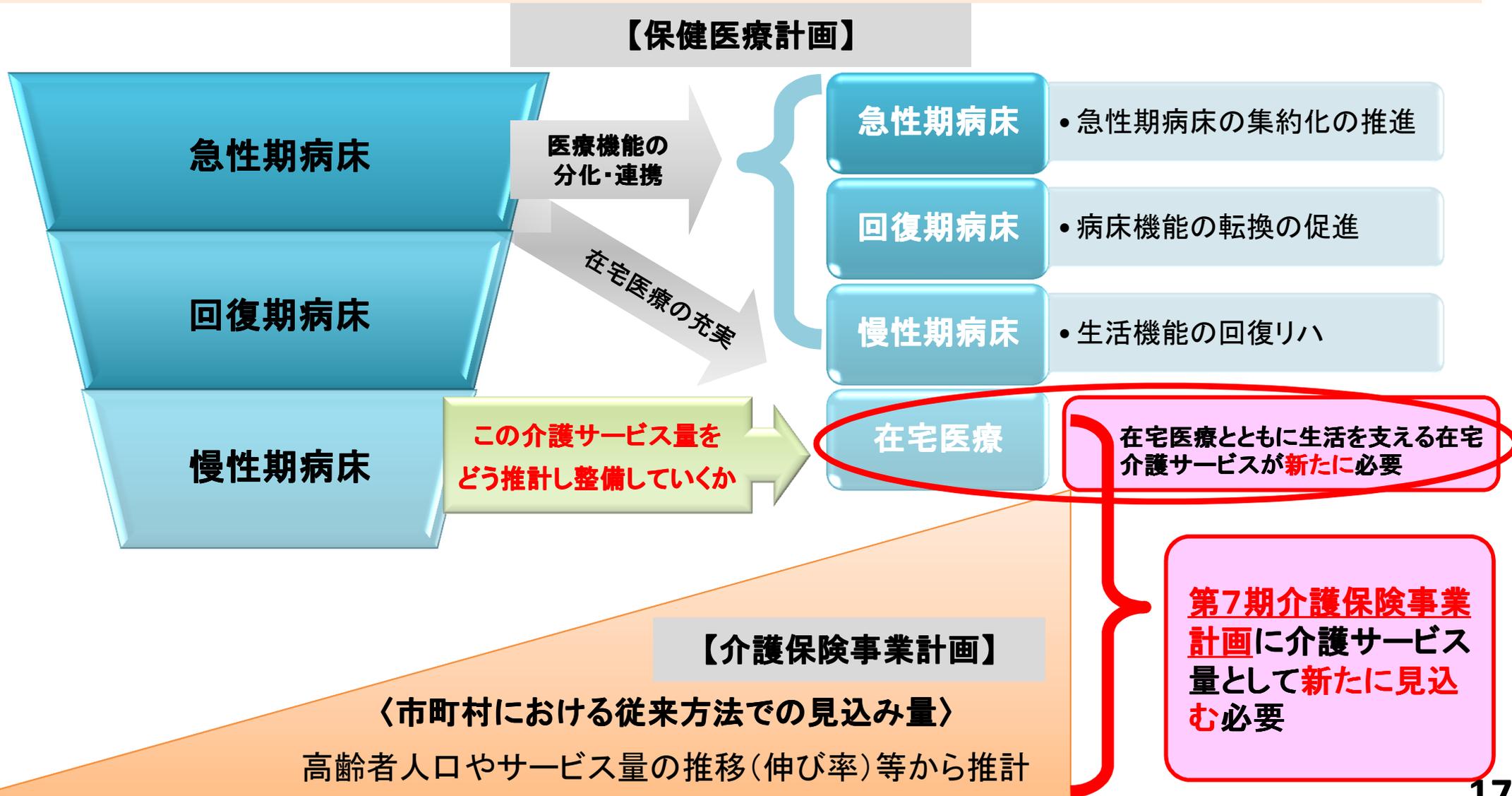
○ 将来のあるべき病床機能を達成するために、都道府県において、データに基づいて将来必要となる病床数に係る地域医療構想を策定するとともに、地域医療構想と統合的な医療費目標等を盛り込んだ医療費適正化計画を前倒して策定することとされている。



○ 医療計画と第7期介護保険事業計画の整合性の確保

【課題】

各市町村ごとに在宅療養患者の増加量を推計し、在宅医療とともに高齢者を支えるために必要な介護サービス量を適切に見込み第7期介護保険計画に盛り込むことが必須



それぞれの役割

【県】

- ・市町村行政に対する在宅医療の「旗振り役」 ← 市町村の地域支援事業への取組を推進
- ・市町村への支援や広域的な調整 ← 保健所による調整、基金の活用等財政的な支援等

【市町村】

- ・これまでとは異なる制度改正への対応 → 「統一的制度の遵守」、「計画・運営」だけでなく「開発・創造」へ
- ・地区医師会との連携により、医療・介護連携の「推進役」を → 介護部門への働きかけ
- ・住民に対する普及・意識啓発 → 医師会との協働でより効果的に

【医師会】

◆ 県医師会

- ・地区医師会に対する在宅医療推進に関する働きかけや支援 → 医療側への「旗振り役」
- ・在宅医療の推進に資する取組に関する情報提供やノウハウ、アイデア提供等(調査・分析等を含む)

◆ 地区医師会

- ・地域における在宅医療の「推進役」 → 人材の養成・確保や在宅医療提供体制の構築等
- ・在宅医療に対する医師の漠然とした負担感・不安感の解消 → 地区医師会による組織的な取組・働きかけ
- ・市町村の取組をノウハウや人的な面で支援 → 地域医療への働きかけ