

平成26年度愛知県在宅医療従事者  
能力向上研修事業

# 在宅医療推進における 最新の知見



国立長寿医療研究センター  
在宅連携医療部

臨床研究推進センター 臨床研究推進部 臨床研究企画室長  
千田一嘉

## 本日の内容

1. 超高齢社会の日本と2025年問題の処方箋？
2. 高齢者のニーズと在宅医療・介護
3. これまでの在宅医療・介護連携推進事業と今後
4. 地域包括ケアシステムの5 +1の要素と自・互・共・公助
5. 地域ケア会議
6. 医療・介護総合確保推進法
7. 在宅医療・介護推進のための多職種協働
8. 在宅医療・介護推進研修教材
9. 2025年地域包括ケアシステムの構築に向けて

はじめに

超高齢社会: 日本

# 超高齢社会: 日本

- 2000年に公的介護保険の導入
  - 高齢者の自立を支援、介護者の負担軽減
    - 在宅介護、家族介護への援助、財政的持続可能性
- 2007年に高齢者が21.5%の超高齢社会(初) (2013年10月は25.1%)
  - 平均寿命: 女86歳・男79歳 など、いくつかの健康指標が世界一
    - ヨーロッパの高齢社会に比して、第二次世界大戦後に急速に到達
- 2011年に国民皆保険50周年
  - 日本国憲法の保健医療の普遍性を追求
  - 高騰する医療費・高齢化
  - 諸外国に比して高くはない医療費、高い医療の質の確保

## THE LANCET

Subscribe

Search for  in All Fields  [Advanced Search](#)

[Home](#) | [Journals](#) | [Content Collections](#) | [Multimedia](#) | [Conferences](#) | [Information for](#) | [Submit a Paper](#)

### Japan: Universal Health Care at 50 Years

Published August 30, 2011

#### Executive summary

Japan marked the 50th anniversary of universal health care on April 1, 2011. During this relatively short period of time, Japan quickly became a world leader in several health metrics, including longevity. To celebrate and consider Japan's achievements in health, *The Lancet* publishes a Series on universal health care at 50 years in Japan. Six theme papers and eight Comments by Japanese academics with international collaborators document the post-war evolution of health care in Japan—particularly the country's increased participation in global health. In



公益財団法人 日本国際交流センター  
JAPAN CENTER FOR INTERNATIONAL EXCHANGE

!Enl

Search

[ホーム](#) | [JCIIEとは](#) | [事業概要](#) | [出版](#) | [米国法人JCIIE](#)

#### Publications

##### 出版

##### 発行年別一覧

2011	2010	2009
2008	2007	2006
2005	2004	2003
2002	2001	~2000

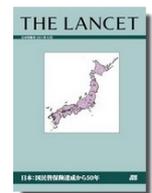
##### 英文書籍一覧

##### ご注文方法

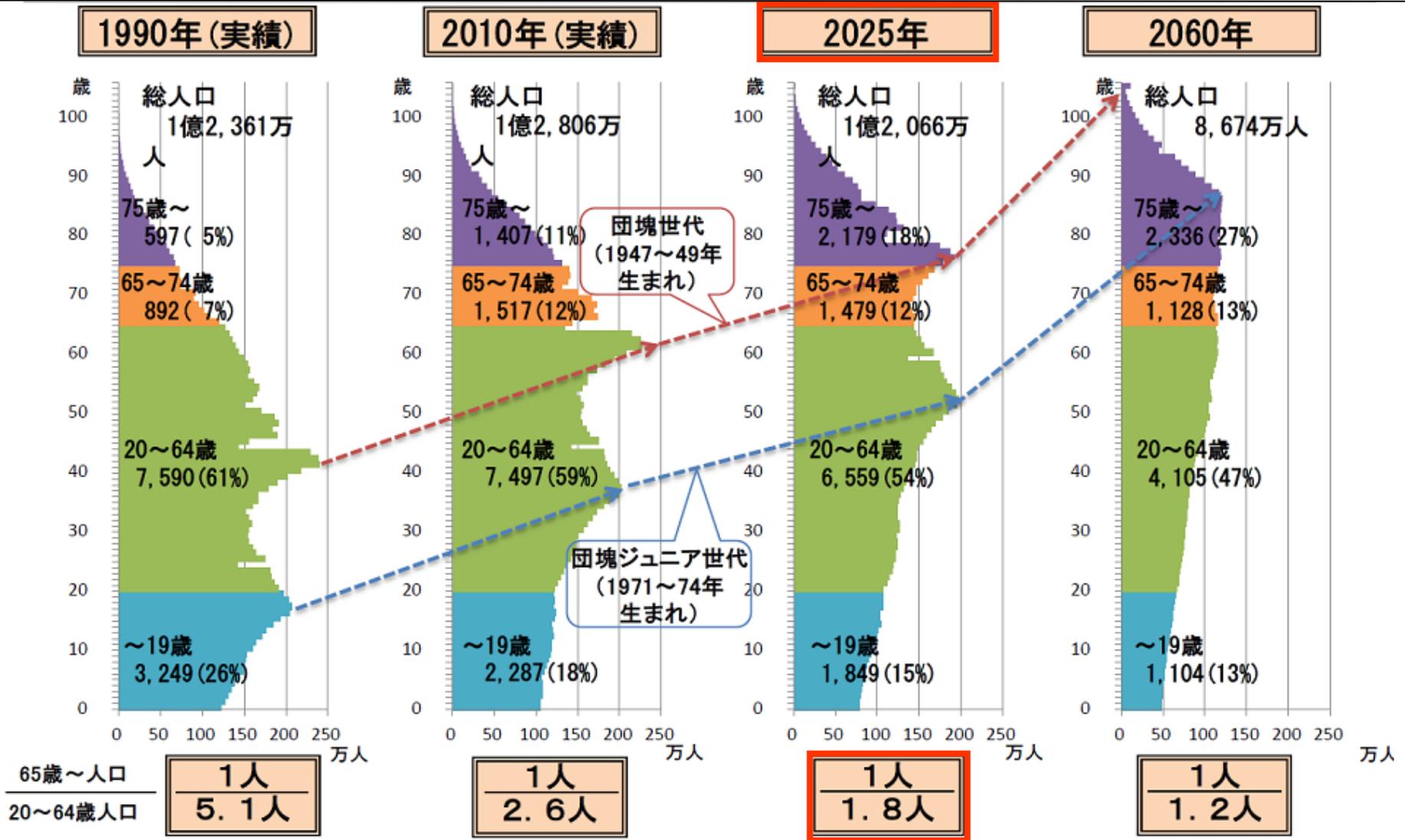
##### ニュースレター

#### 『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から50年」

- 発行  
(公財)日本国際交流センター
- 編・著  
『ランセット』日本特集号プロジェクト 研究チーム(監修:渋谷健司)
- 出版年月・判・頁等  
2011年9月、A4判114頁、頒価:1300円(+税)  
⇒ご注文はこちらから  
⇒ランセット誌 本特集号ページ



# 2025年問題: 人口ピラミッドの変化



総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計

2

# 高齢者のニーズに応じる 在宅医療

在宅医療推進拠点事業  
と  
行政の役割

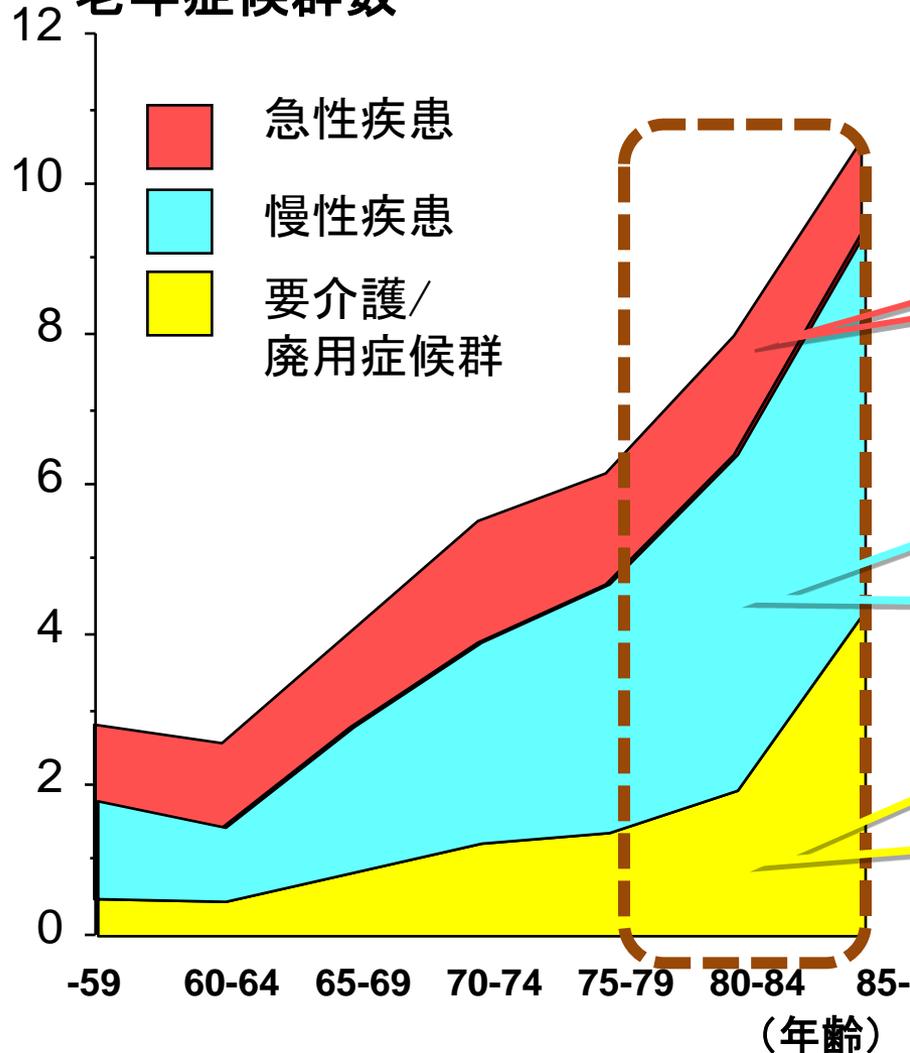
# 高齢者の医療ニーズとは何か

— 疾病構造と老年症候群 —

## 高齢者医療の原則

1. ケア (Caring) > 治癒 (キユア: Curing)
2. 生活機能重視 (疾病重視でない)  
高齢者総合的機能評価: CGA
3. 複数の併存症を同時並行で管理
4. 多職種連携で「治す」から「支える」へ

## 老年症候群数



意識障害 めまい 息切れ 咯血  
吐血・下血 下痢 低体温 転倒 骨折

### 急性疾患症状

認知症 麻痺 骨関節変形  
関節痛 腰痛 喀痰・咳嗽  
浮腫 悪心・嘔吐 便秘  
呼吸困難 体重減少

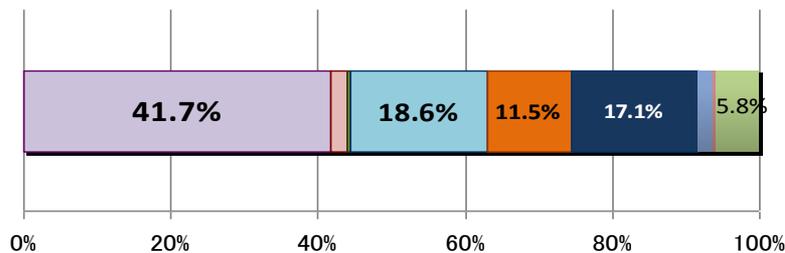
### 慢性疾患症状

ADL低下 骨粗鬆症 椎体骨折  
尿失禁 せん妄 抑うつ 褥そう  
低栄養 嚥下困難

### 廃用症候群

# 在宅医療・介護に対する市民のニーズ・ウオantz

## 療養に関する希望



高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府)

- 自宅で介護してほしい
- 子どもの家で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所
- 介護老人保健施設を利用
- 病院などの医療機関入院
- 民間有料老人ホーム等を利用

## 人生の最終段階の療養場所に関する希望



終末期医療に関する調査(各年)

- 要介護状態でも、自宅や子供・親族の家での介護を希望するが40%以上
- 60%以上の市民が「自宅で療養したい」

- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい

**3**

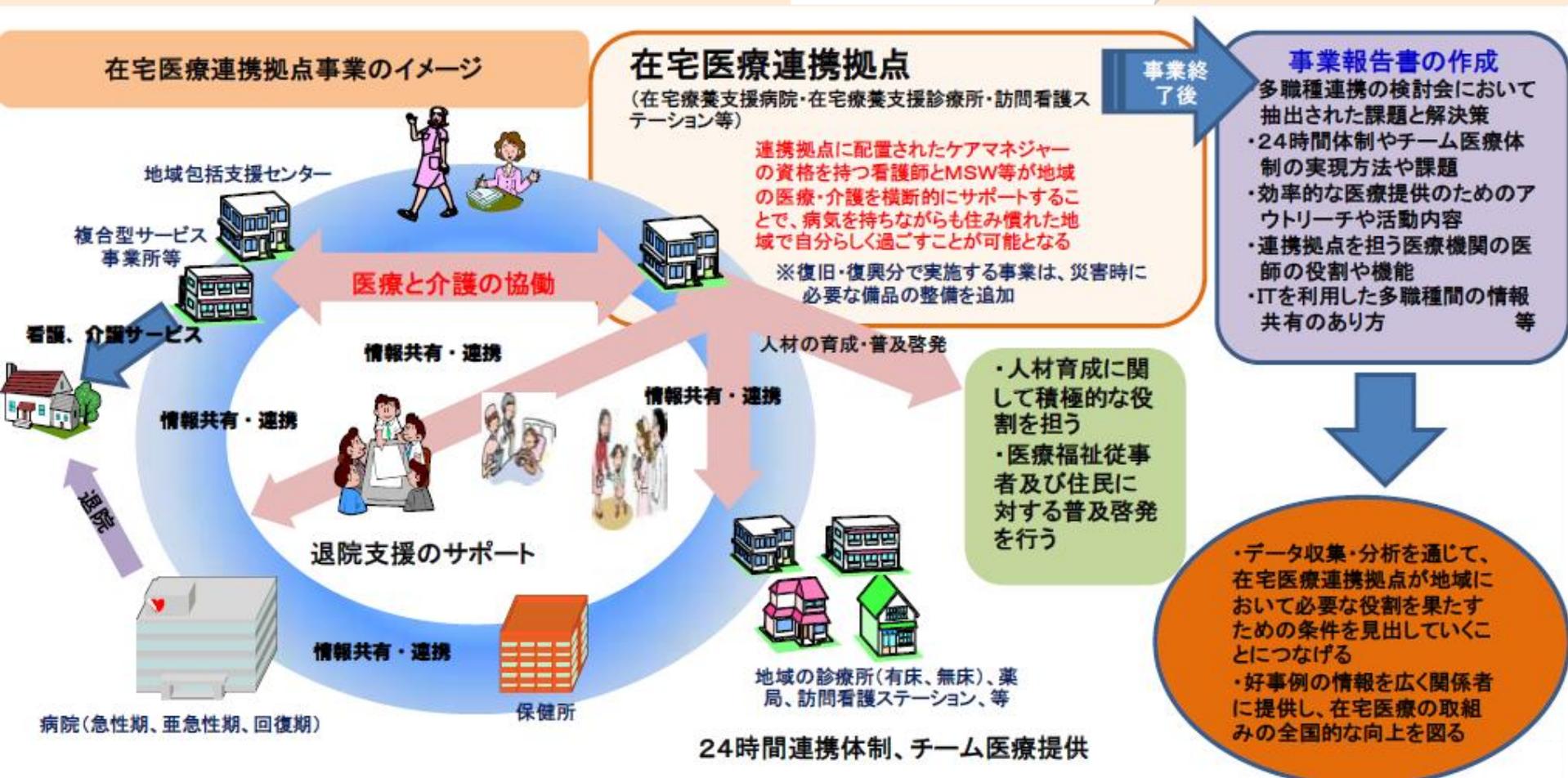
# 在宅医療・介護連携推進事業

# 在宅医療連携拠点事業(平成24年度まで)

- 各地域における関係機関の連携
- 多職種協働の在宅医療支援体制を構築
- 包括的かつ継続的な医療・介護サービスの提供

1. 課題解決策の抽出
2. 負担軽減支援
3. 多職種連携
4. 住民普及・啓発
5. 人材育成

平成23年度 10ヶ所  
平成24年度 105ヶ所



# 在宅医療・介護の連携推進の方向性

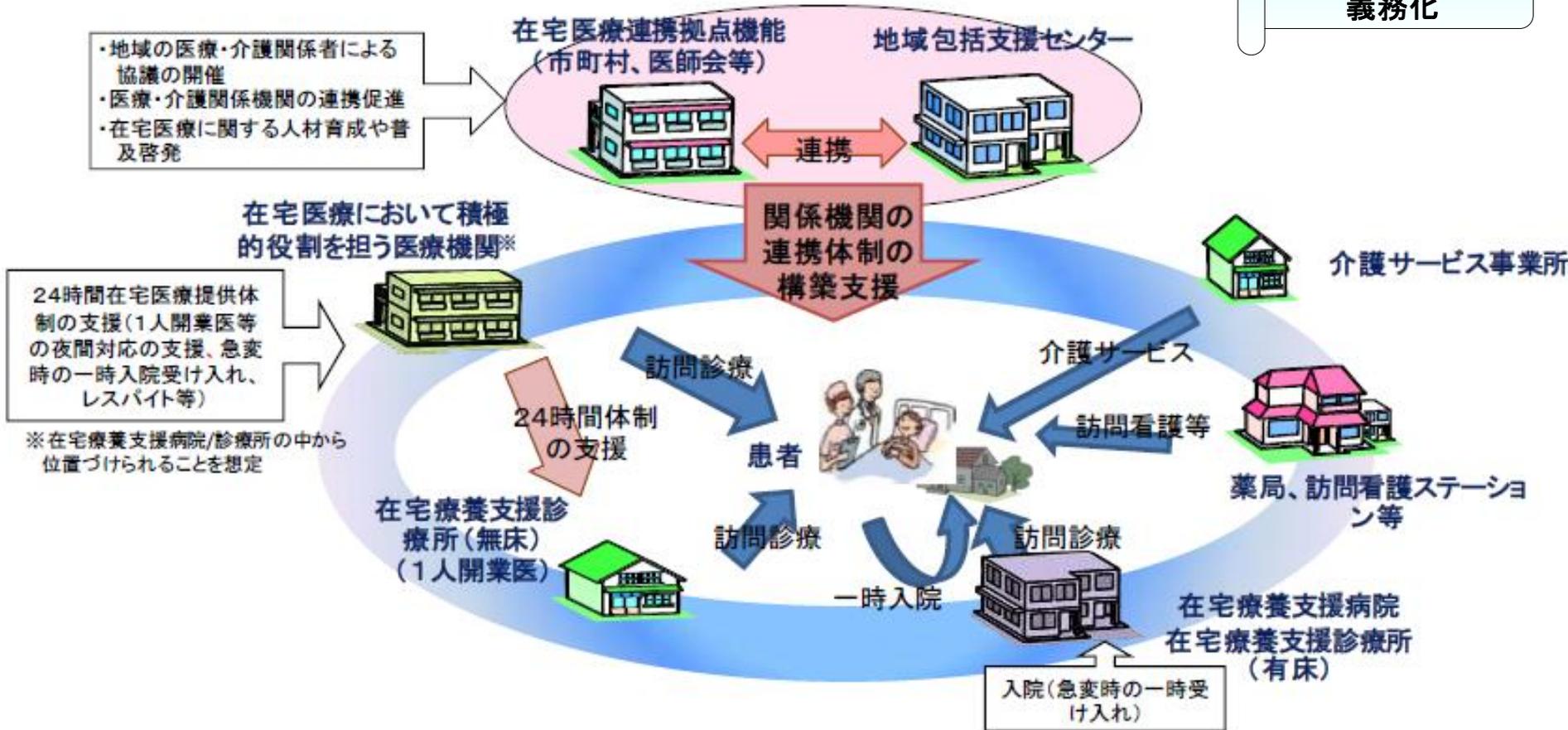
○地域における医療・介護の関係機関の連携

→ 包括的かつ継続的な医療・介護サービスの提供

○市町村が中心+地域医師会と緊密に連携

→ 多職種協働で在宅医療・介護を一体的に提供できる体制構築

2018年  
市町村の  
在宅医療連携拠点  
義務化



# 市町村(行政)の立ち位置

---

1. 市町村(行政)は、医療→介護の連携を推進
  - 医師会をはじめ医療・介護の職能団体
  - 需要者である市民
    - コーディネーター: 調整役
2. 地域の自主性や主体性を活かす
  - 地域包括ケアシステムを構築
    - 多職種協働
    - 介護→医療の連携
      - 在宅医療の推進

4

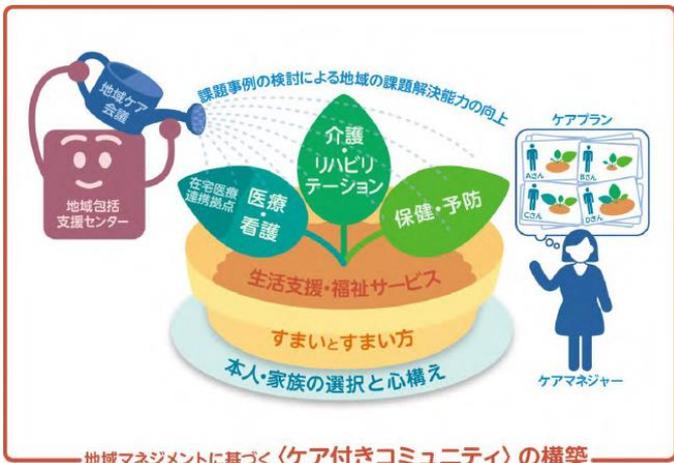
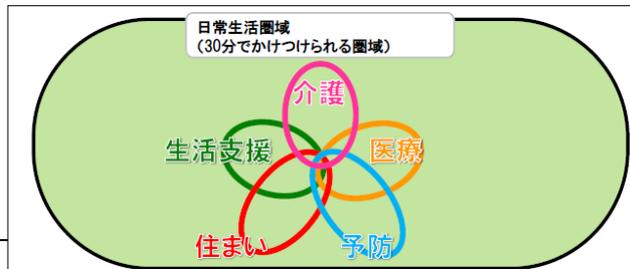
# 地域包括ケアシステム

# 地域包括ケアシステム

- 高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援が目的
- 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な包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す

平成25年3月  
地域包括ケア研究会報告書より

## 地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



### 【医療・介護・予防】

「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が専門職によって提供  
ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供

### 【生活支援・福祉サービス】

心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続  
食事の準備などから、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで  
担い手も多様で、生活困窮者などには、福祉サービス

### 【すまいとすまい方】

生活の基盤として必要な住まいが整備  
本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保  
高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境

### 【本人・家族の選択と心構え】

単身・高齢者のみ世帯が主流に  
在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、心構えを持つ

## 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

## セルフ・エフィカシー：自己効力感



### 【費用負担による区分】

「自助」には「自分のことを自分でする」と、市場サービスの購入も含む  
「互助」は相互に支え合っているという意味で、自発的なもの  
「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担  
「公助」は税による公の負担

### 【時代や地域による違い】

高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加  
「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に  
都市部では、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能  
都市部以外の地域は、「互助」の役割が大  
少子高齢化や財政状況から、「自助」「互助」の果たす役割が大

# Wangerらの慢性疾患ケアモデル

セルフ・エフィカシー：  
自己効力感の強化

コミュニティの役割  
**互助** 社会資源・制度

**医療制度**  
医療機関・施設

セルフ・マネジメント  
を高める方策

セルフ・ケア  
自助

意思決定  
支援

医療情報の  
提供制度

「情報とスキルと自信を持つ  
活性化された患者」

「先を見越した行動  
をとる多職種チーム」

機能・臨床的  
アウトカム  
の向上

Improving outcomes in chronic illness.  
Manag Care Q.1996, 4:12-25

高齢者ケアのモデルとシステム

MODELS AND SYSTEMS OF GERIATRIC CARE

高齢化が進展し、  
慢性疾患患者の急増で患者像が転換  
→従来の臓器別・職種毎の診療・ケア体系は機能不全

Developing a Comprehensive Interdisciplinary Senior  
Healthcare Practice

「包括的・多職種協働の高齢者医療実践体制の構築のために」 米国老年学会誌 52:2128-33, 2004

5

# 地域ケア会議

# 地域ケア会議について

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。

1

具体的には、地域包括支援センター等が主催し、

- 医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。
- 個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。
- 共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

地域包括支援センターでの開催  
(高齢者の個別課題の解決)

- 多職種の協働による個別ケース（困難事例等）の支援を通じた
  - ① 地域支援ネットワークの構築
  - ② 高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
  - ③ 地域課題の把握などを行う。

＜主な構成員＞

自治体職員、包括職員、ケアマネジャー、介護事業者、民生委員、OT、PT、ST、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士その他必要に応じて参加

※直接サービス提供に当たらない専門職種も参加

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成

介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村での開催

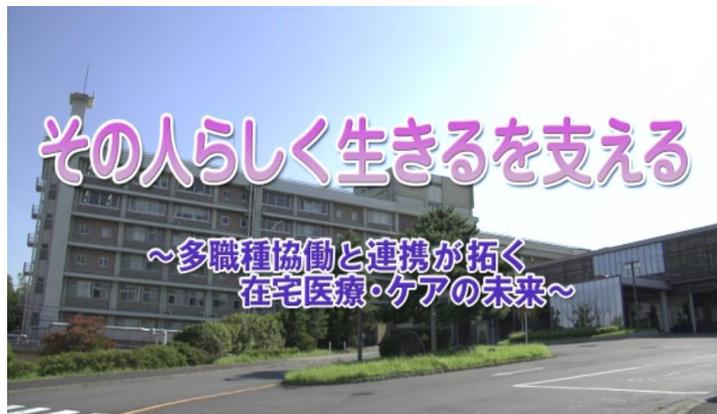
(地域課題を解決するための社会基盤の整備)

地域包括ケアシステム実現

→安心・安全  
HrQOL向上

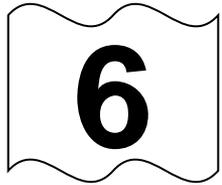
★地域ケア会議  
5つの機能

# 人生の最終段階のケアと地域ケア会議



- 多職種協働・連携によるチーム医療・ケア
- “食”を支えるチーム医療・ケア
- 地域ケア（個別→推進）会議の紹介
- 行政に期待されるコーディネート機能





# 医療・介護総合確保推進法

# 医療・介護総合確保推進法成立

2014年(平成26年)6月19日(木曜日)

©日本経済新聞社 2014 (日刊)

## 日本経済新聞

6月19日

木曜日

発行所 日本経済新聞社  
 東京本社 03(3270)0051  
 〒100-8080東京都千代田区大手町1-2-7  
 大阪本社 06(6643)1111  
 名古屋支社 052(243)3311  
 福岡支社 092(473)3300

# 介護保険、持続へ一歩

## 特養ホーム「軽度」除外

高齢者や人柄に補助が必要な高齢者を支える介護保険制度(3面)の「軽度」が2010年度の創設以来初めて変わる。医療介護総合確保推進法が18日に成立し、15年8月からの介護サービスの自己負担が1割から2割に上がる。団塊の世代の高齢化で介護費が膨らむのを抑えたいだが、制度維持には、さらなる負担増や給付抑制が必要との見方もある。

法が成立 来年8月から  
 自己負担2割に

ポイントで制度改定する

負担2割に引き上げ

1割負担 2割負担に

1割負担 1割1800円、  
 月2割負担に  
 月3割で月に  
 2万円

8000円 → 月3万7200円  
 (特養介護サービス  
 対象の上乗)

ショートステイの利用者で  
 月の補助打ち切り

1割負担 全額自己負担に

4万円 → 月6万円

2万円 → 月4万2000円



軽度の要介護者世帯では「に相当する。高齢者全体の負担が軽減される。年収200万円以上」の約20%で、介護を受け、自宅から車で

# 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

## 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化 (地域介護施設整備促進法等関係)

新基金

①都道府県の事業計画(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

医療・介護総合確保促進法

(旧)地域介護施設整備促進法

## 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保 (医療法関係)

①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告  
都道府県は地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画に

②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

病床機能報告制度

## 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化 (介護保険法関係)

①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行・多様化

②特別養護老人ホームは在宅困難な中重度の要介護者(要介護3)

③低所得者の保険料軽減を拡充

④年金収入280万円以上の利用者の自己負担を2割へ引上げ(月額上限あり)

⑤低所得施設利用者の食費・居住費補填の要件に資産などを追加

2018年  
市町村の  
在宅医療連携拠点  
義務化  
(介護保険財源)  
医師会は  
ゲートキーパー

社会保障・税一体化改革

社会保障制度改革国民会議

～2013.8

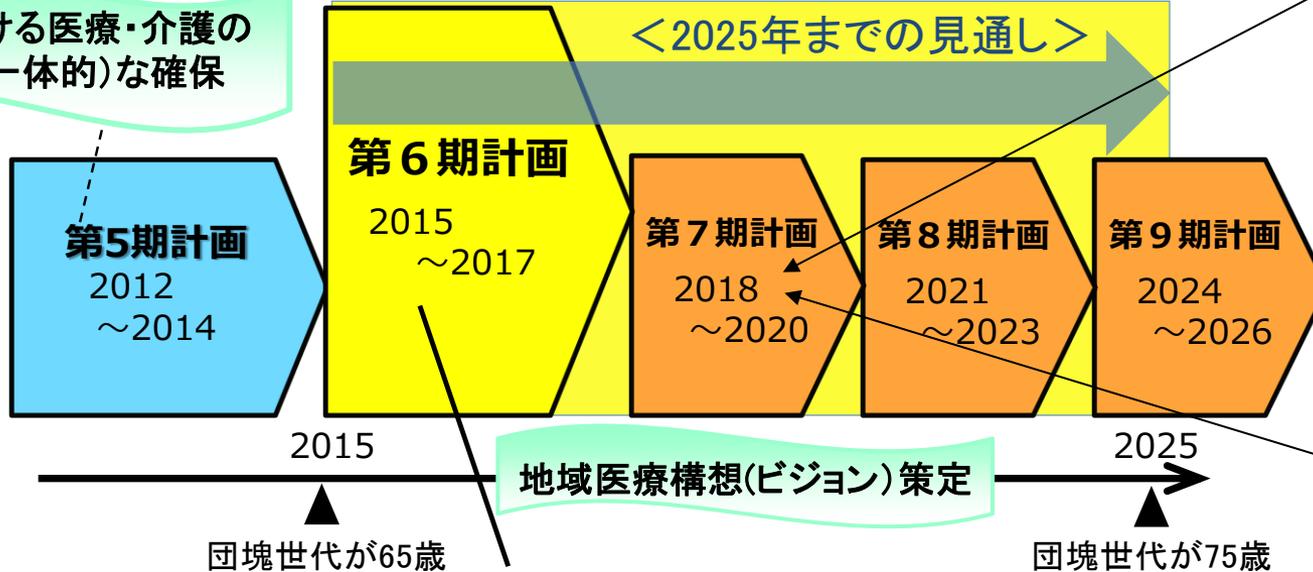
地域における医療・介護(サービス)の総合的(一体的)な確保を図るための改革

2014.1～社会保障制度改革推進本部

# 2025年を見据えた第6期介護保険事業計画の位置づけ

第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

地域における医療・介護の総合的(一体的)な確保



2018年  
市町村の  
在宅医療連携拠点  
義務化

2018年  
医療計画が  
6年の策定サイクルに  
一体的  
強い整合性

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け「地域包括ケア計画」として、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくべきではないか。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を求めることとしてはどうか。
- また、地域包括ケアシステムを構成する各要素に関する取組について、新たに実施する事業も含め、地域の将来を見据えたより具体的な記載を求めることとしてはどうか。

# 医療・介護機能の再編

【2012(H24)年】

【2025(H37)年】

一般病床  
(109万床)

療養病床  
(24万床)

介護療養病床

介護施設  
(98万人分)

居住系サービス  
(33万人分)

在宅サービス  
(320万人分)

## 【取組の方向性】

### ○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

### ○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
  - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
  - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
  - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

医療法等関連法を順次改正

## 【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

高度急性期

一般急性期

亜急性期等

長期療養

介護施設

居住系サービス

在宅サービス

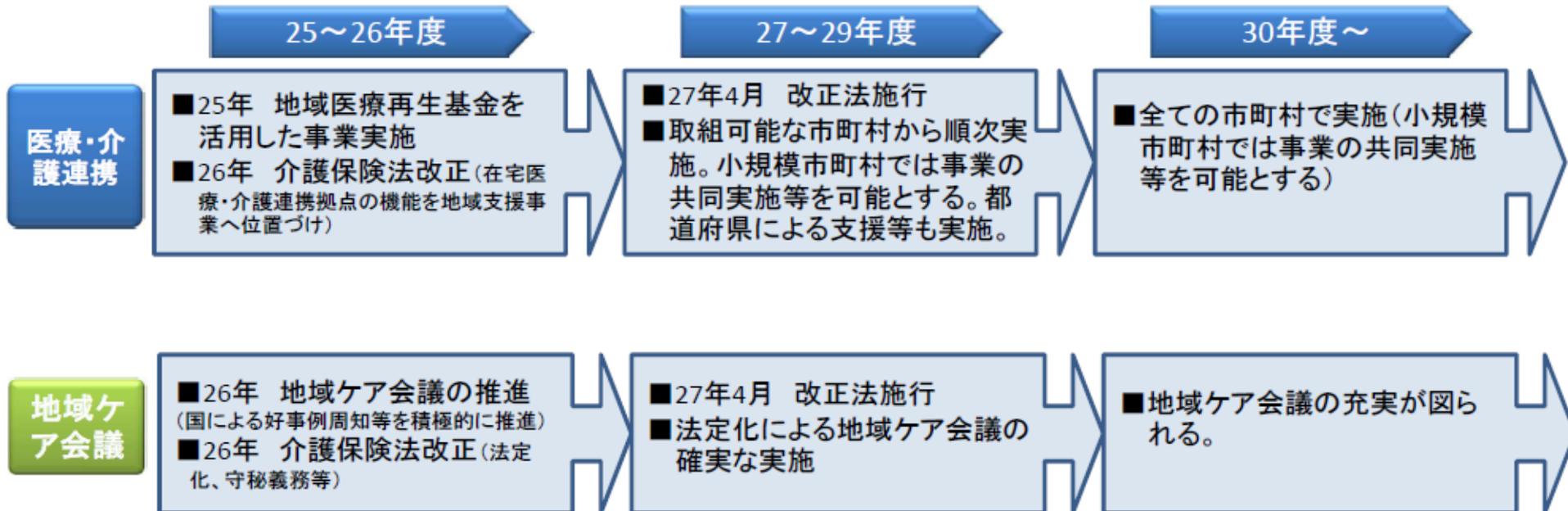
地域に密着した病床での対応

相互の連携深化

「施設」から「地域」へ・「医療」から「介護」へ

- ・ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担
- ・ 医療機関間、医療と介護の間の連携強化  
→より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制の構築

# 医療・介護連携、地域ケア会議の充実のスケジュール



・H27年:地域ケア会議の法制化

・H30年:市町村での医療・介護連携拠点事業の義務化

介護保険法・地域支援事業の充実

# 地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能に

効率的かつ質の高い医療提供体制の構築

地域包括ケアシステムの構築

計画  
基金

■医療及び介護サービスの総合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度

- ・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定（両者を包括する基本的な方針）
- ・消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を法定化（医療・介護とも対象）

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○病床の機能分化・連携

- ・各医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告
- ・都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療ビジョン）を策定
- ・地域医療ビジョンは、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合等には必要な対処措置を講ずる

○有床診療所等の役割の位置づけ

- ・病床機能報告制度及び地域医療ビジョンの導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民（患者）と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。

○在宅医療の推進、介護との連携

サービスの  
充実

■地域包括ケアシステムの構築

○地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進 ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進 ④生活支援サービスの充実・強化
- \*前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進

○全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

○特別養護老人ホームの「新規」入所者を、原則、要介護3以上に重点化 \*要介護1・2でも一定の場合には入所可能

サービス充実の  
基盤制度の整備

■地域での効率的・質の高い医療の確保（上記以外の事項）

○医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ

○医療法人制度に係る見直し

- ・持ち分なし医療法人への移行促進策を創設（移行計画の策定等）
- ・医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。

○臨床研究中核病院（仮称）の位置づけ

■チーム医療の推進

○医師又は歯科医師の指示の下、プロトコール（手順書）に基づき

特定行為を行う看護師に係る研修制度を創設

\*特定行為：看護師の行う診療の補助のうち高い専門知識と技能等が必要となる行為

○診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

■医療・介護従事者の確保

○医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ

○看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設

○医療機関の勤務環境改善

\*指針の策定、都道府県で取組を支援する仕組み

○臨床修練制度の高度な医療技術を有する外国医師への拡充

○歯科技工士国家試験の全国統一化

○介護従事者の確保

\*上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

■持続可能な介護保険制度の構築（費用負担の公平化）

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

\*給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

○一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

○低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加



# 在宅医療推進のための多職種協働

# 在宅医療・介護の推進にあたっての課題

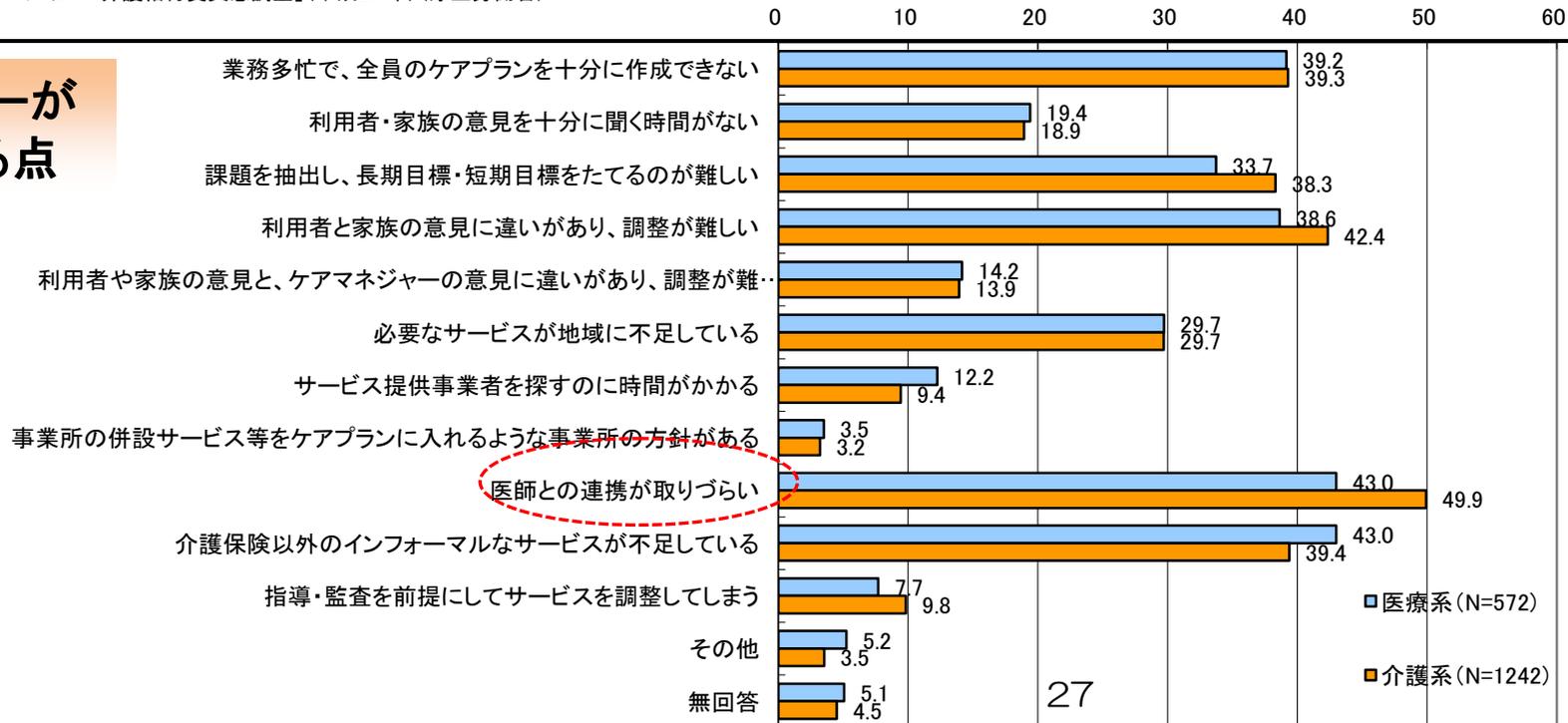
## 訪問診療を実施している医療機関

	箇所	割合(%)
病院	2,407	28.0
診療所	19,950	20.0
訪問看護ステーション	5,815	—

病院、診療所 「医療施設調査(静態)」(平成23年)(厚生労働省)  
 訪問看護ステーション 「介護給付費実態調査」(平成23年)(厚生労働省)

- ・ 訪問診療を提供する医療機関の数も十分とは言えず
- ・ 医療と介護の連携も十分には取れていない

## ケアマネジャーが困難に感じる点



居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

# 多職種協働の 米国老年医学会の立場表明

1. 複雑な併存症をもつ高齢者の多様なニーズに対応
2. 老年症候群の医療の過程と結果を改善
3. 医療システムを改善し、介護者の負担を軽減
4. 多職種協働研修・教育は高齢者ケアに有効

特集

SPECIAL ARTICLE

米国老年医学会誌 54: 849-52, 2006

Interdisciplinary Care for Older Adults with Complex Needs:  
American Geriatrics Society Position Statement

*Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group*

「米国老年医学会による  
複雑な医療ニーズをもつ高齢者のための  
多職種協働ケアに関する立場宣言」

多職種が  
一堂に会して  
研修する際の  
障壁

職種間の亀裂

立場・文化の伝統の差異

EDUCATION AND TRAINING

教育・研修

アメリカでの  
多職種連携教育  
の例

Disciplinary Split: A Threat to Geriatrics Interdisciplinary Team  
Training 「職種間の壁: 高齢者のための多職種チーム医療研修の障害」

米国老年医学会誌  
52: 1000-6, 2004

# 多職種協働・連携によるケア・カンファレンス 訪問診療・同行研修



多職種協働カンファレンスの方法、あり方について、理想的な例 / 問題を残す例  
DVD視聴後、グループ・ディスカッション



指導医の訪問診療に、研修者が同行し、在宅医療の現場で学ぶ姿を映像化視聴覚教材の有用性  
患者さん宅で学ぶ  
クリニック(外来) → 患者さん宅  
アウェー → ホーム

# 退院・退所に係る情報共有のイメージ

医療機関・介護施設



入院

看護師・社会福祉士、薬剤師・OT、PT、ST等



医師



施設職員



居宅

退院

医療専門職との連携等により在宅生活の支援に必要な情報を共有

介護支援専門員

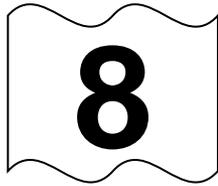
退院・退所に向けた早期からの連携

ケアプランへ反映  
(円滑な在宅生活への移行)

① 地域の介護サービス事業所に関する情報や要介護認定の申請に必要な手続き等の情報を共有  
(退院の場合は、診療報酬の介護支援連携指導料相当)

② 退院時に医療機関・施設の職員と疾病の状態等ケアプラン原案の作成に資するような情報の収集を実施(退院の場合は診療報酬の介護支援連携指導料相当)

③ 診療報酬の退院時共同指導料2の注3の対象となるものを別途行う場合は、①と②のほか、これも合わせて3回まで算定可能



# 在宅医療推進研修教材

- ・市町村ハンドブック

# 在宅医療推進教材集

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部  
National Center for Geriatrics and Gerontology

TEL(代表): 0562-46-2311

Home 人材育成 在宅医療連携拠点 在宅支援 人生の最終段階における支援 研究事業

総長あいさつ お知らせ NEWS RELEASE ダウンロード資料 HANDBOOK 職員募集

ホーム > ダウンロード(現在のページ)

Contents

ダウンロード

- HOME
- 人材育成
  - 平成25年度 ハンドブック
- 在宅医療連携拠点
  - 平成25年度 ハンドブック
- 在宅支援
  - 平成24年度 在宅医療連携拠点事業所 11ブロックでの活動発表資料
- 人生の最終段階におけるケア
  - 地図からの揭示
  - 一覧表からの揭示
- 研究事業
- 在宅連携医療部概要
- 愛知県受託事業

国立長寿医療研究センター

- 病院
- 研究所
- 認知症先進医療開発センター
- 老年学・社会科学研究センター

国立長寿医療研究センター

- 人材育成に関する事業説明(厚労省HPより)
- 多職種連携研修会 (外部リンク:IOG(高齢社会総合研究機構)HPへ)

国立長寿医療研究センター  
在宅連携医療部ホームページより  
ダウンロード可能  
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/download/index.html>

1. 在宅医療・介護連携推進事業研修会テキスト  
H24年度、H25年度
  2. DVD教材(退院前カンファレンス/  
人生の最終段階のケア)
  3. 市町村ハンドブック
- 各地域での伝達研修会などにおいて利用可能

# 市町村ハンドブックの目的

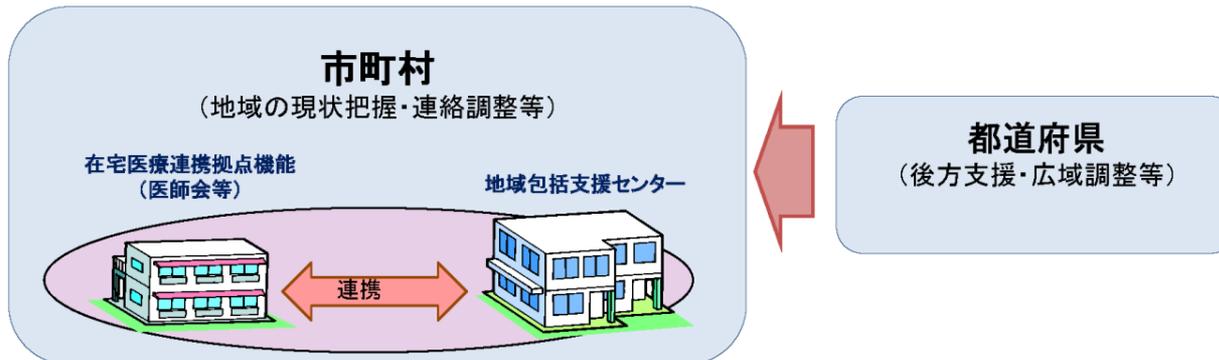
平成24年度の在宅医療連携拠点事業で蓄積された知見やノウハウを提供



## 在宅医療・介護の連携推進について(イメージ)

社会保障審議会  
介護保険部会(第46回)  
平成25年8月28日

資料3



### (参考) 想定される取組の例

- ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
  - ・地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ② 在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
  - ・関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③ 在宅医療・介護連携に関する研修の実施
  - ・グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
  - ・主治医・副主治医制等のコーディネート
- ⑤ 地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援
  - ・介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

等

# 「市町村ハンドブック」

## 市町村の役割について、その意義と手順を解説

---

1. 医療・福祉ニーズの把握と資源の把握・活用
2. 地域ケア会議の運営
3. 人材育成
4. 地域包括支援センターや介護支援専門員(ケアマネジャー)の支援・協働
5. 医療・介護の連携の推進
6. 24時間365日の医療・介護提供体制の支援
7. 郡市医師会との協働
8. 効率的な医療・介護情報共有システムの構築
9. 地域住民への在宅医療普及・啓発

**おわりに**

**2025年地域包括ケアシステム  
の構築に向けて**

# 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス

市町村では、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築

地域の課題の把握と  
社会資源の発掘

地域の関係者による  
対応策の検討

対応策の  
決定・実行

## 日常生活圏域ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の実態を把握

## 地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個別事例の検討を通じ地域のニーズや社会資源を把握

※ 地域包括支援センターでは総合相談も実施。

## 医療・介護情報の「見える化」 (随時)

他市町村との比較検討

量的・質的分析

### 課題

- 高齢者のニーズ
- 住民・地域の課題
- 社会資源の課題
  - ・ 介護
  - ・ 医療
  - ・ 住まい
  - ・ 予防
  - ・ 生活支援
- 支援者の課題
  - ・ 専門職の数、資質
  - ・ 連携、ネットワーク

### 社会資源

- 地域資源の発掘
- 地域リーダー発掘
- 住民互助の発掘

事業化・施策化協議

### 介護保険事業計画の策定等

- 都道府県との連携 (医療・居住等)
- 関連計画との調整
  - ・ 医療計画
  - ・ 居住安定確保計画
  - ・ 市町村の関連計画
- 住民参画
  - ・ 住民会議
  - ・ セミナー
  - ・ パブリックコメント
- 関連施策との調整
  - ・ 障害、児童、難病施策等の調整

### 地域ケア会議 等

- 地域課題の共有
  - ・ 保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実
  - ・ 地域の共通課題や好取組の共有
- 年間事業計画への反映

具体策の検討

### ■ 介護サービス

- ・ 地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のバランスのとれた基盤整備
- ・ 将来の高齢化や利用者数見通しに基づく必要量

### ■ 医療・介護連携

- ・ 地域包括支援センターの体制整備 (在宅医療・介護の連携)
- ・ 医療関係団体等との連携

### ■ 住まい

- ・ サービス付き高齢者向け住宅等の整備
- ・ 住宅施策と連携した居住確保

### ■ 生活支援／介護予防

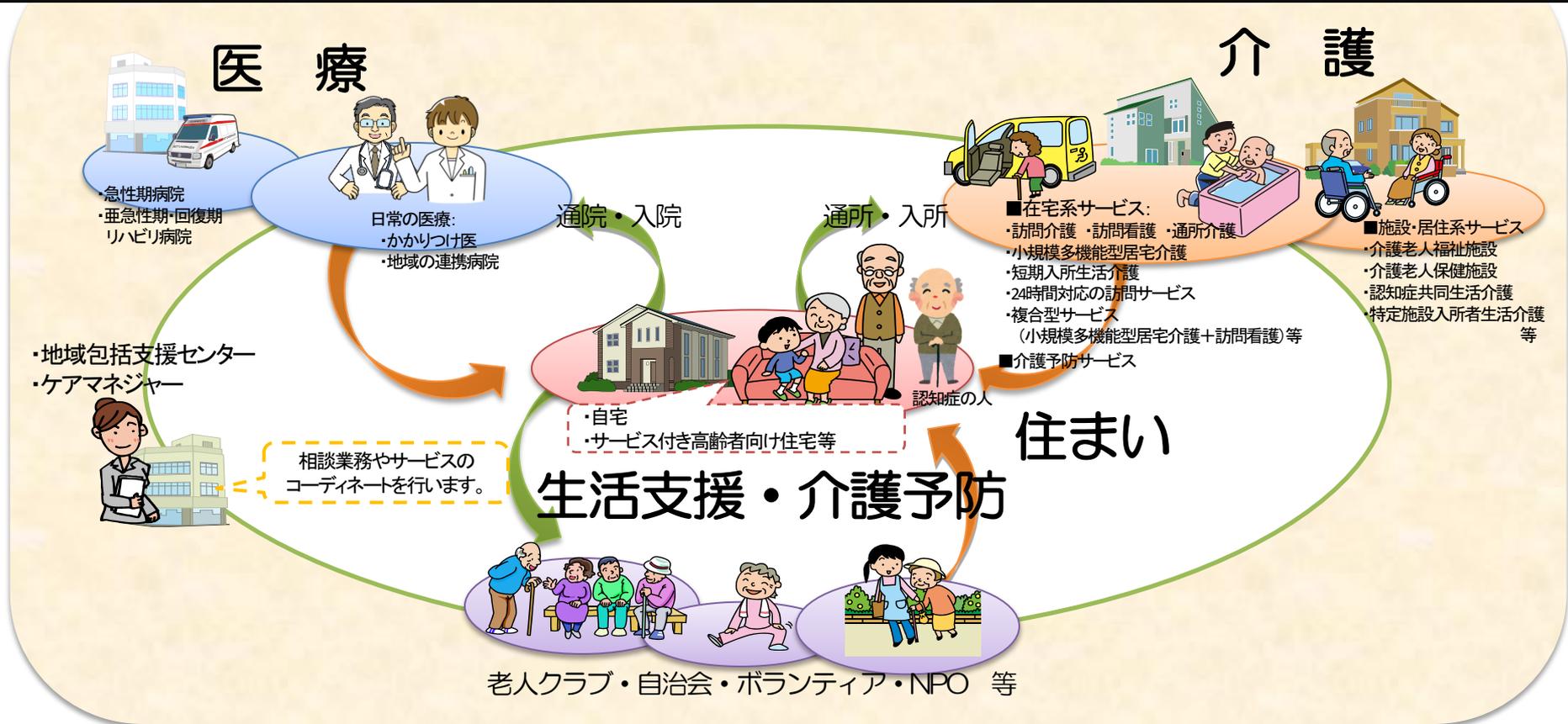
- ・ 自助 (民間活力)、互助 (ボランティア) 等による実施
- ・ 社会参加の促進による介護予防
- ・ 地域の実情に応じた事業実施

### ■ 人材育成

- [都道府県が主体]
- ・ 専門職の資質向上
- ・ 介護職の処遇改善

PDCAサイクル

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿



- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される**
- 要介護状態でも、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
- 認知症は超高齢社会の大きな不安要因 → 地域で生活を支える
- **高齢化の進展状況には大きな地域差**
- **保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げる**

## まとめ

- ・ **高齢者の自立と尊厳のための在宅医療・介護**
- ・ **行政は在宅医療・介護連携の調整役**
- ・ **地域包括ケアシステムの5+1要素**  
医療、介護、予防、生活支援、住まい + 本人・家族
- ・ **地域ケア会議で、課題抽出→解決のPDCAサイクル**
- ・ **医療・介護総合確保推進法で持続可能な社会保障**
- ・ **在宅医療・介護推進のための多職種協働とその研修**