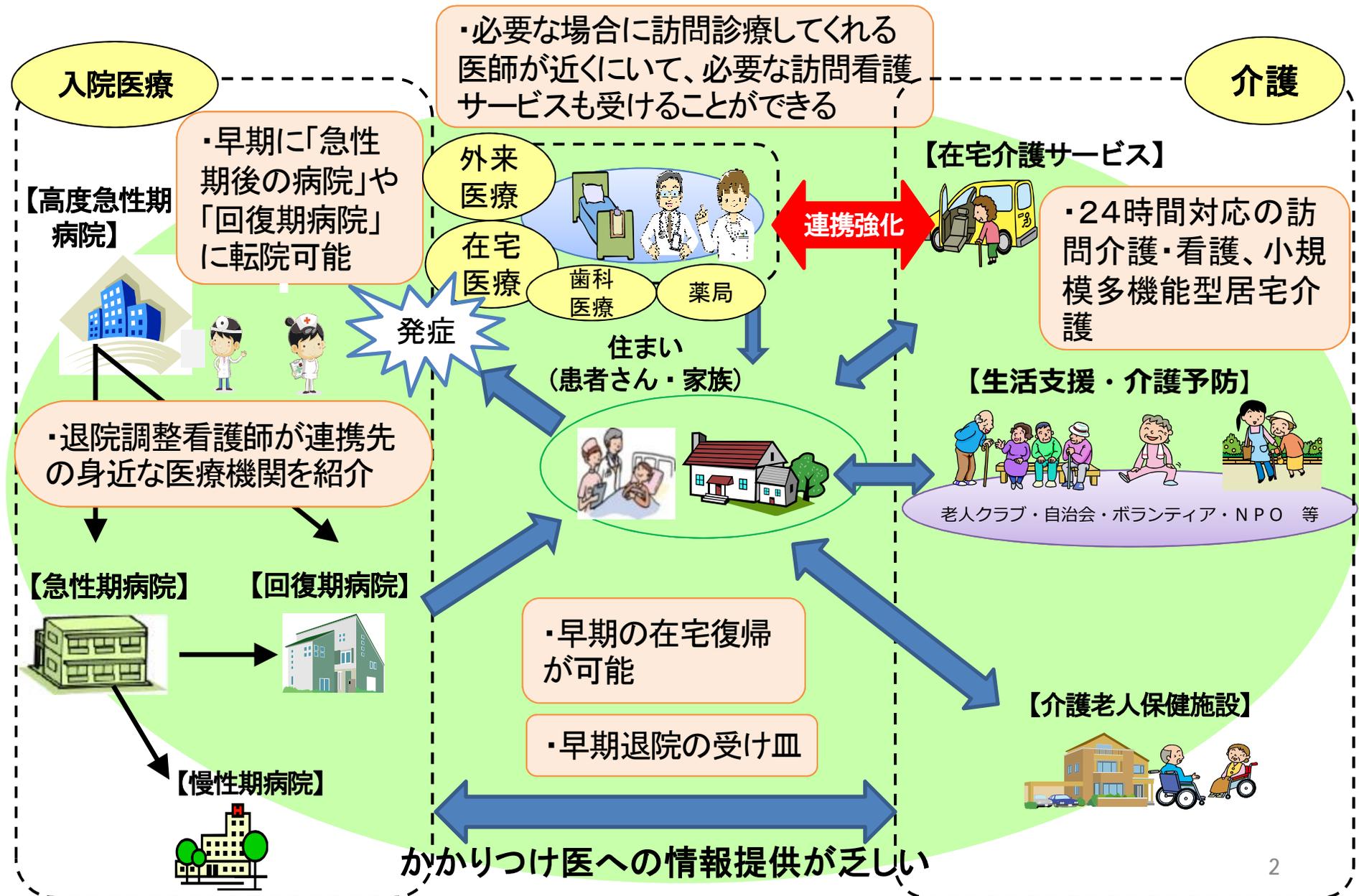


医療現場から見た大阪府の 介護の現状と求められる対策

大阪府医師会
副会長 中尾正俊

あるべき地域包括ケアの医療・介護の提供体制とは



地域包括ケアシステム構築に向けた「サービス提供体制」とは

効果的・効率的なサービス提供のあり方

事業所単位ではなく小学校区単位で人材を確保

目指すべきサービス提供体制構築とは

医療・介護の連携の推進に向け、個別ケースの連絡調整といった「リンケージ」レベルではなく、適切かつ定期的に情報共有を図る「コーディネーション」レベルから多職種が患者・利用者に対して同一の目標達成に向かい連携する「インテグレーション」レベルへ

I. 介護部門から医師会への要望

①地区医師会により在宅医療に対して温度差があり、協力が得られない地区医師会がある。市町村から医師会の取組みについて情報提供がない状況もあり、地域連携が図れない課題を明らかにしてもらいたい。

②地区医師会を理想の形に近づけるためにどのような仕組みが必要か具体的に知りたい。

地区医師会のあるべき姿

地区医師会地域医療連携室

- 在宅医療担当理事(在宅医療推進事業):
在宅医療コーディネータを活用し
把握された地域の医療資源を会員に情報提供
- 介護保険(地域包括ケア)担当理事
(在宅医療連携拠点推進事業):
在宅医療連携拠点として医療と介護の連携を
推進

連携

- 二次医療圏まで拡大した
一般急性期病院
- 精神科病院・認知症疾患
医療センター
- がん診療・難病拠点病院
- 二次・三次救急病院
- 府立母子・市総合
- 療養病床(一般・介護)

連携

- 市町村
- 地域包括支援センター
- ケアマネジャー

介護保険法改正により在宅医療介護連携事業は平成30年より全市町村で実施
27年から3年かけて全57地区医師会は、在宅医療コーディネータを活用し、
医療資源を把握し、医療関連職種と情報共有し、地域包括支援センターとの
さらなる連携を図る

(1) 医師間の連携に関する課題解決は

地区医師会は地域医療連携室を設置し、急性期医療を提供する病院と在宅医療を提供する会員医療機関との医療連携を推進

単に診療情報提供書を介した医療連携のみならずADL評価など生活機能を含めた情報共有化

病院医師とかかりつけ医は退院前カンファレンスによる情報共有を進めていき、同時に看看連携など地域の同職種間での情報共有や交流を推進

(2) 多職種連携に関する課題解決は

医療側は患者の生活への理解が不足している。介護側は医療に関する知識が不足している。その結果、他職種間での情報共有が不足し、それぞれの役割分担が不明確になっている

地区医師会は市町村(地域包括支援センターなど)と共同し、多職種を対象とした在宅医療研修を実施し、自分以外の職種の専門性やその限界を理解し不十分な相互理解の解消に寄与すべき

Ⅱ. 介護部門から医師への要望

- ③地域ケア会議の出席率も悪く、在宅医療や介護に対して関心のない医師が多く、往診・訪問診療が可能な医師も少ないのが現状。
- ④ケアマネから見ると敷居が高い介護に非協力的な医師に対する対応やケアマネに委ねられる病診連携、在宅診療医の拡大をどう進められるのか。
- ⑤かかりつけ医が認知症を理解しておらず、専門医療機関につながっていない。

多職種連携におけるかかりつけ医の役割

ケアマネジャーが開催する**サービス担当者会議**に出席

担当する介護スタッフと**顔の見える関係**を構築
⇒介護スタッフから療養上必要な患者の**生活情報**を
収集し、多職種からの情報が集まる体制を構築し患者
のケアマネジャーが作成するケアプランを把握すべき

地域包括支援センターが開催する**地域ケア会議**に出席

患者個人の問題のみならず**地域の医療的課題**を提言
すべき

かかりつけ医には、患者個人の医療的問題から地域の医療的問題を提言できる能力を有しておるにもかかわらず、その能力が十分発揮されていない

Ⅲ. 「地域連携」を踏まえた医療提供体制

退院調整の現状: 退院後の支援で病院から連絡が来ることが多くなった。「連携というより在宅に戻るから、後はそちらで」というように、主治医やMSWの理解や力量不足で退院後の生活を無視して退院させようとする場合も多い。

人生の最終段階での現状: 在宅看取りは少なく、急変時は緊急搬送され病院での死亡が多いが、今後独居者が増えていくことから在宅療養に困難さを感じており、在宅死を望んでも在宅療養を継続できない。

介護者への支援: ショートステイやレスパイト入院できる病院が近隣にない。

病院と地区医師会の連携強化

退院について医師から十分な説明を受け、特に医療処置が必要な場合は、病棟看護師から適切な指導を受け、患者・家族が医療処置を実施可能又は在宅で医療者に担ってもらえるという確信があって、はじめて退院可能

連携のために必要な条件とは？ ⇒ 退院調整システムの構築

前方支援（病棟と院内地域医療連携室との情報共有）

後方支援（病院と地区医師会地域医療連携室および地域との情報共有）

自宅に退院される医療処置が必要な患者の現状と課題解決

○急性期病院が在宅医療専門医療機関へ安易に患者を紹介している現状

○いかに病院と在宅医療専門医療機関との連携システムが整備されても、病院と地区医師会や地域包括支援センターとの連携と地域の人々との協働関係がなければ在宅医療提供システムは決して有効に機能しない

○地区医師会は「地域医療連携室」を設置し在宅医療コーディネータを配置し、地域医療構想策定に向け病院との連携を強化すべき

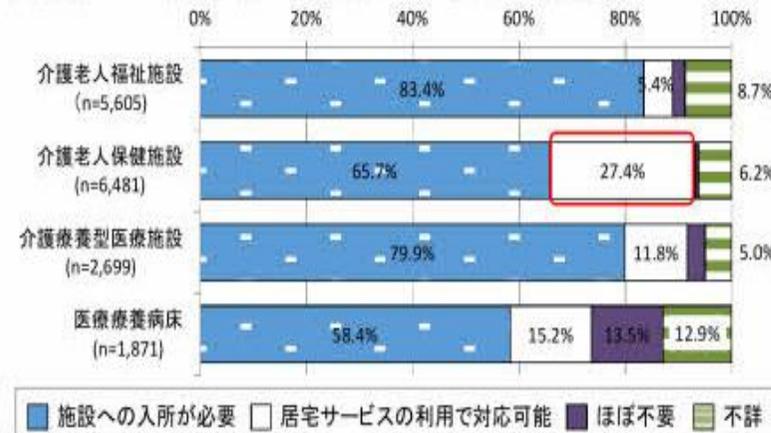
○地域医療連携室（医師会）は地域包括支援センターと連携し情報共有を¹¹

介護施設における必要な医療・介護

図表22 利用者に必要と考えられる医療

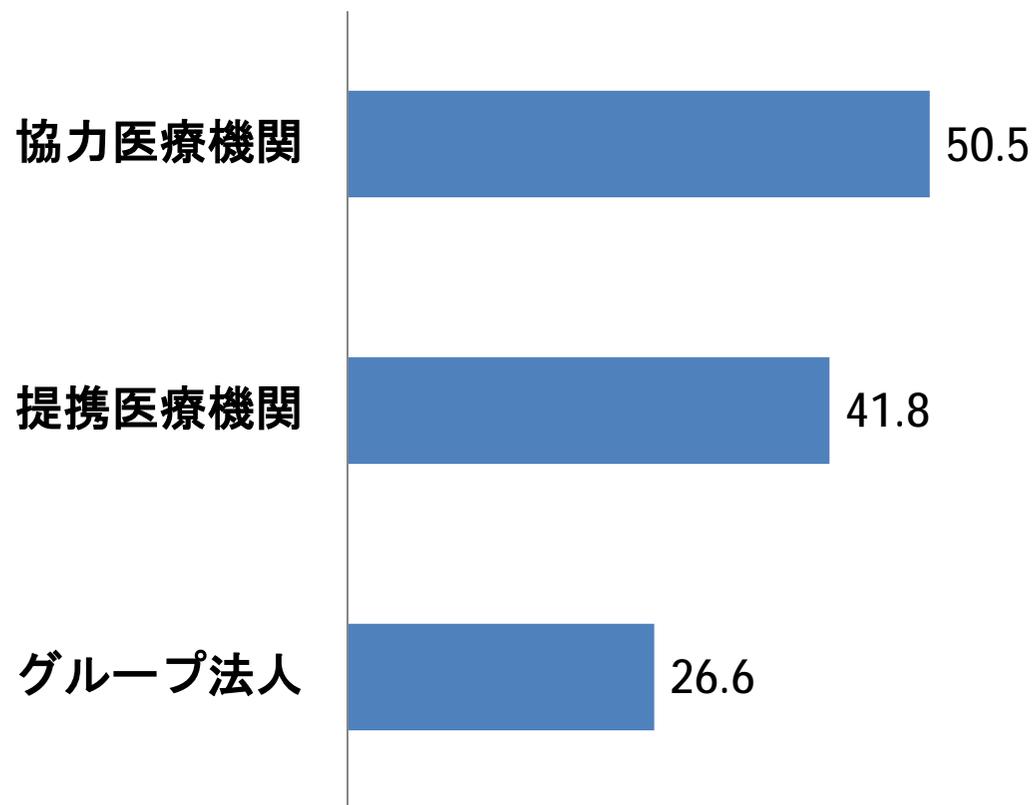
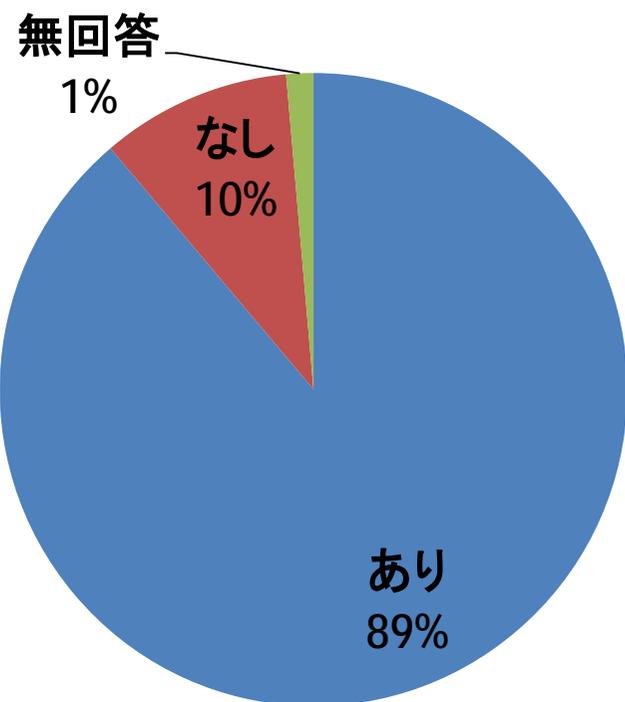


図表23 利用者に必要と考えられる介護



- 介護老人保健施設入所者では、在宅医療22.6%、外来医療32.6%で対応可能 ⇒ 円滑な在宅復帰が可能
- 介護老人保健施設入所者の65.7%が施設介護が必要
- 療養病床再編に向けて、医療の必要性が高い人は医療療養病床へ、介護の必要性が高い人は、在宅、老人保健施設等で対応する方針(平成18年医療保険制度改革)

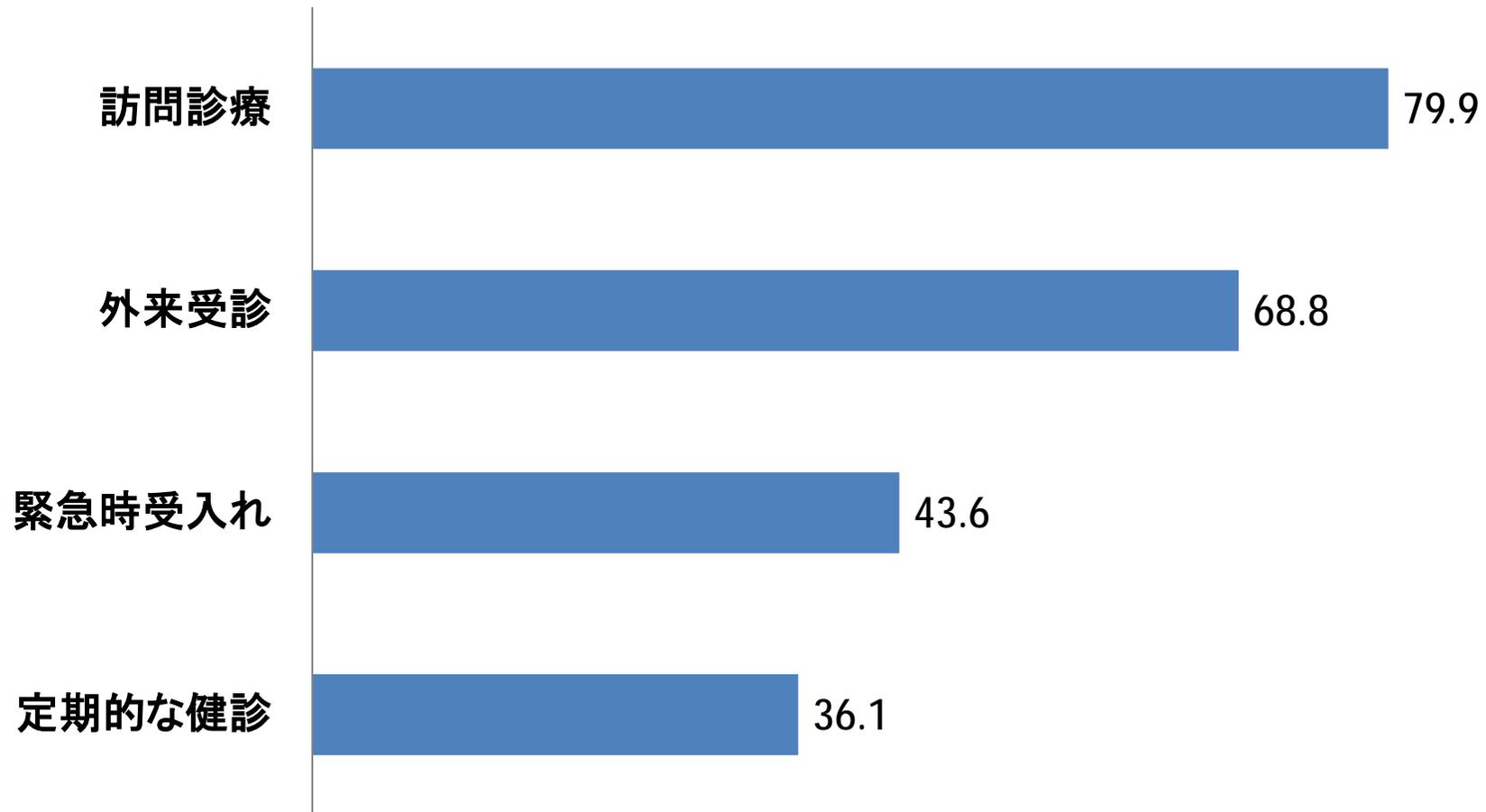
サ高住における医療連携の有無



医療機関との連携を88.8%が実施しており、そのうち26.6%がグループ法人内
⇒**囲い込みの可能性は**

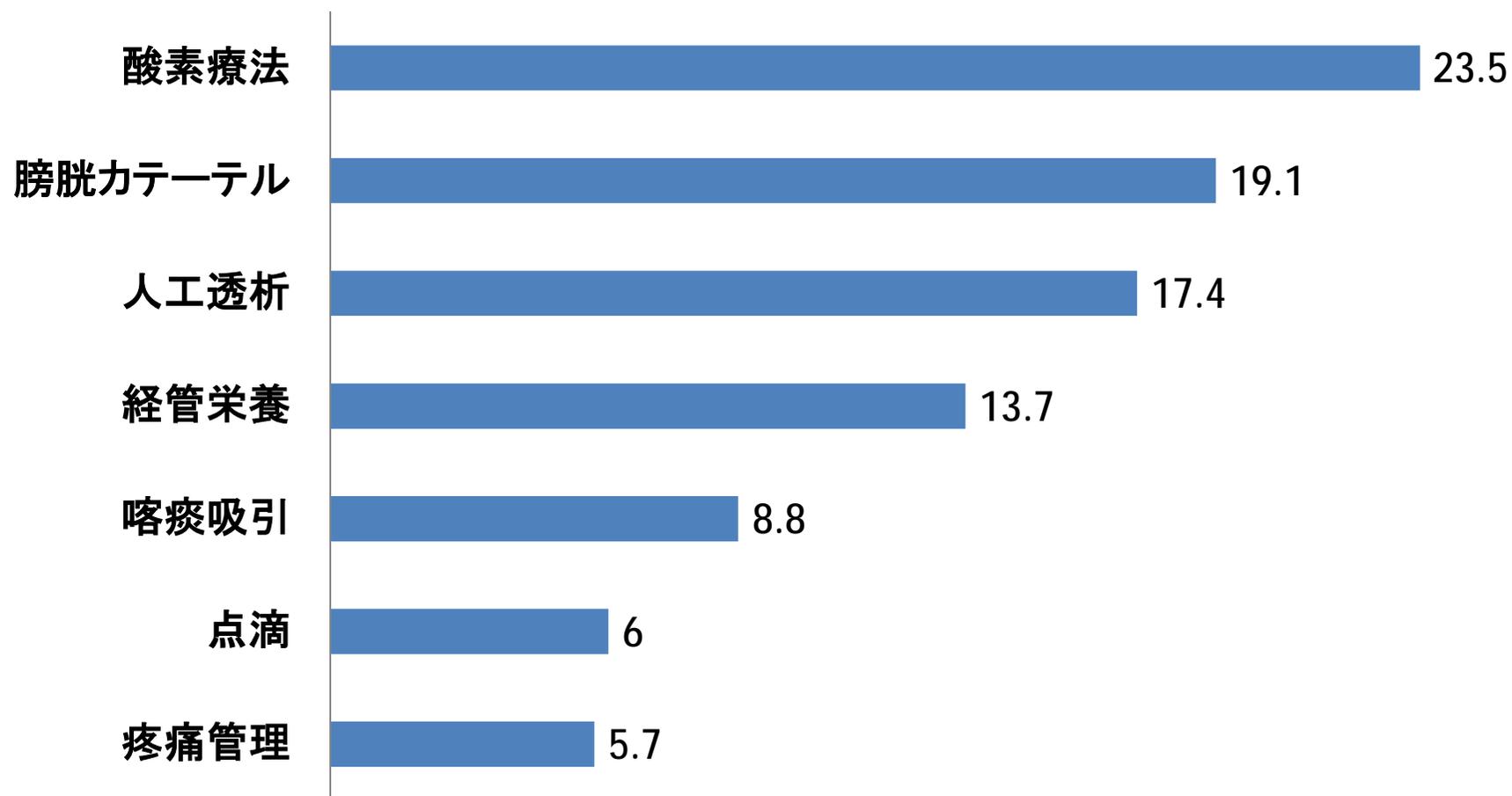
一般財団法人高齢者住宅財団によるアンケート調査(平成24年8月末)

サービス付き高齢者住宅における医療機関との連携内容



サービス付き高齢者住宅の約80%が訪問診療を提供

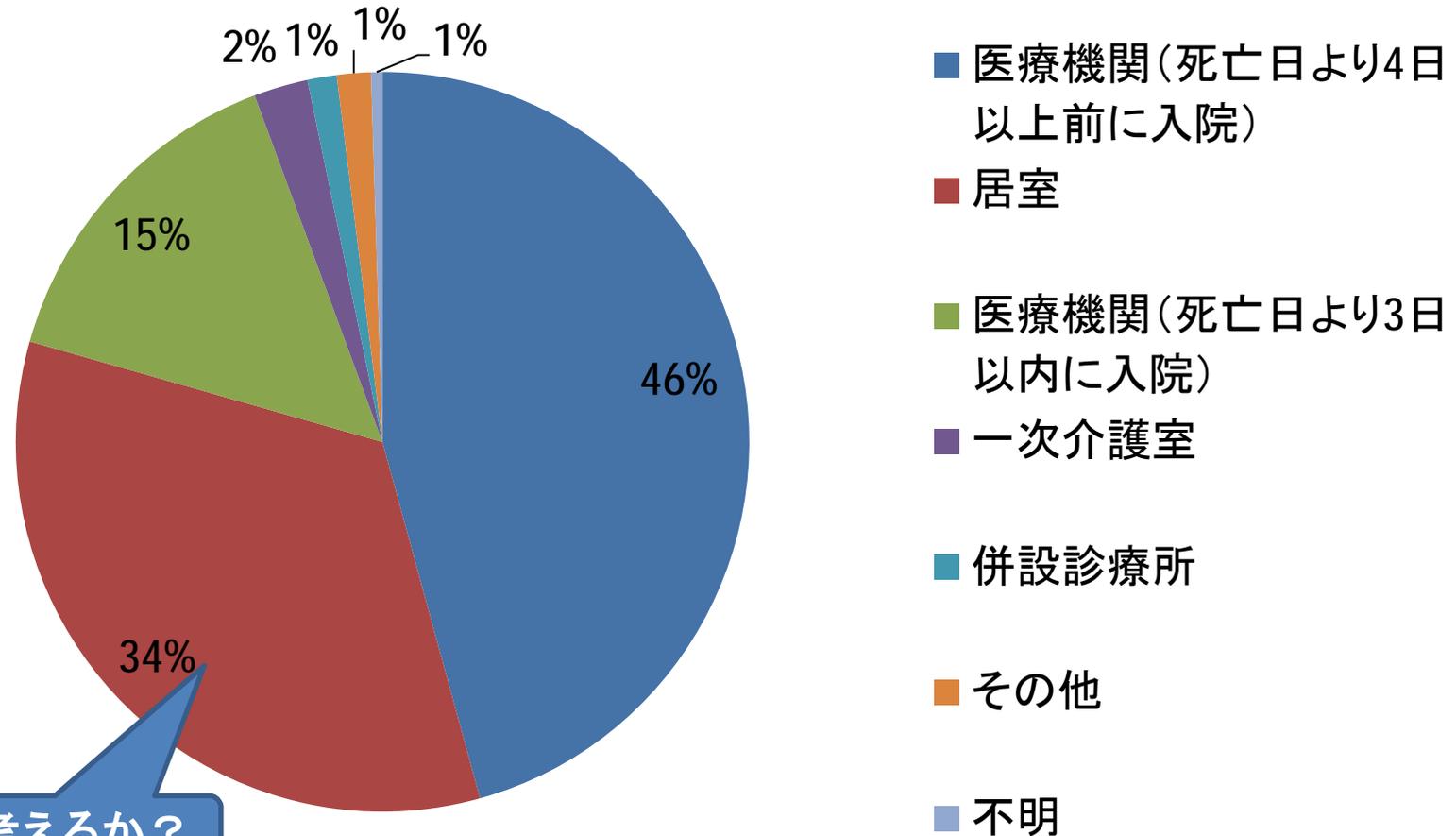
サ高住における医療内容別人数



酸素療法・膀胱カテーテル・人工透析・経管栄養の順が多い

一般財団法人高齢者住宅財団によるアンケート調査(平成24年8月末)

特定施設での看取りの状況 (全国調査)

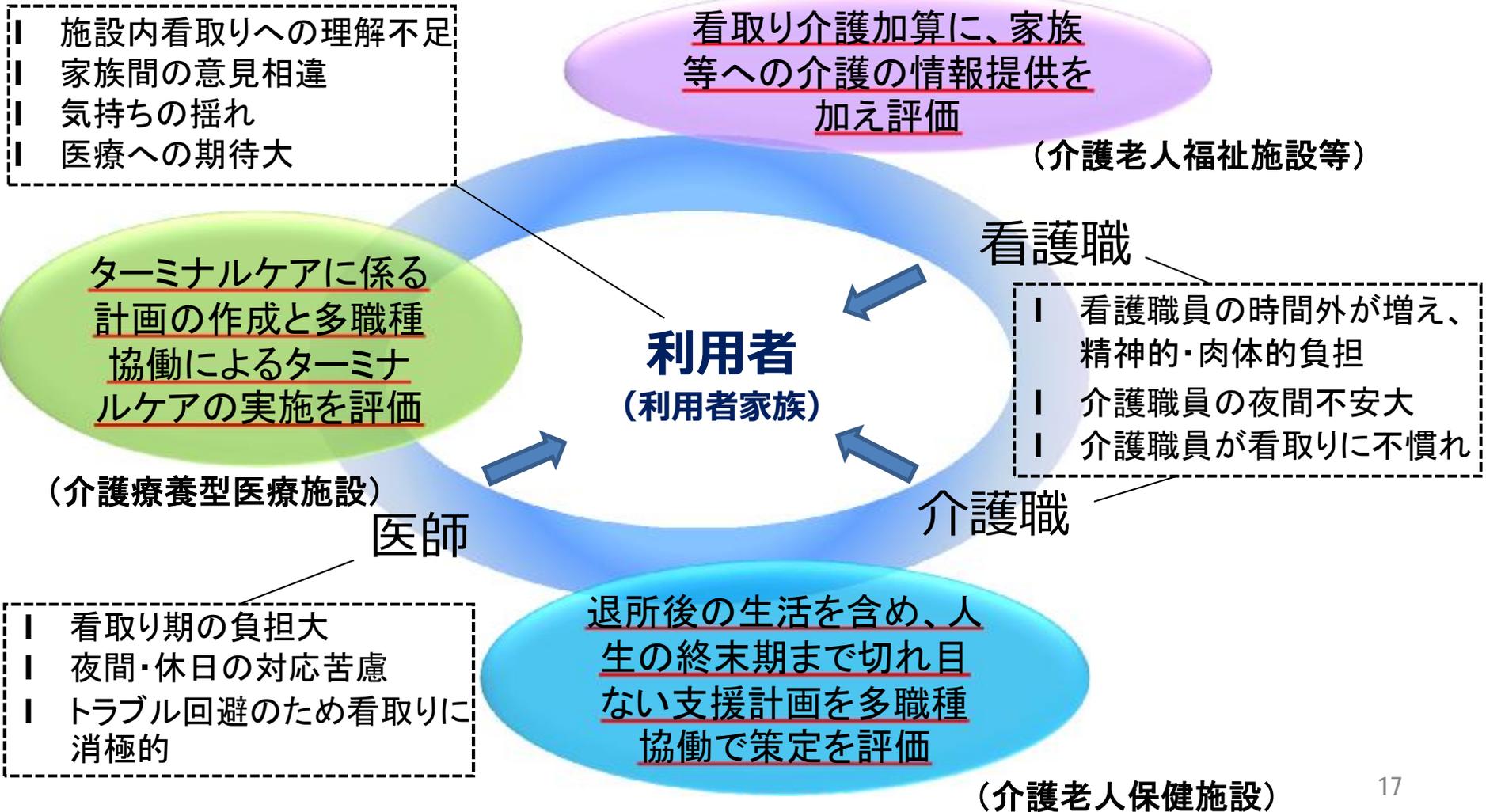


多いと考えるか？

地域社会及び経済における特定施設の役割及び貢献に関する調査研究
(2011年 野村総合研究所)

介護施設における看取り対応の充実・強化

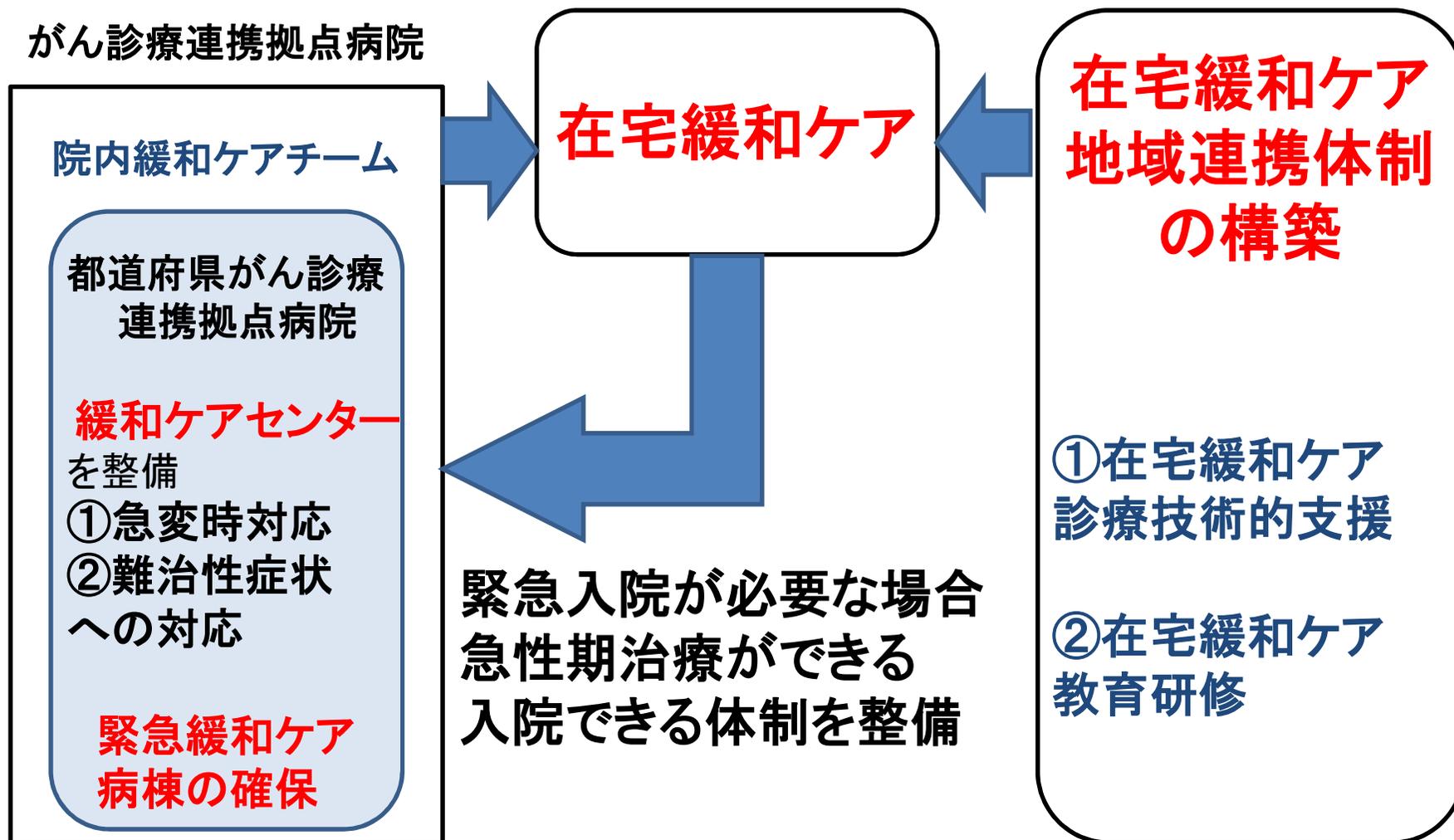
本人・家族とサービス提供者との十分な意思疎通を促進することにより
本人・家族の意向に基づくその人らしさを尊重したターミナルケアの実現



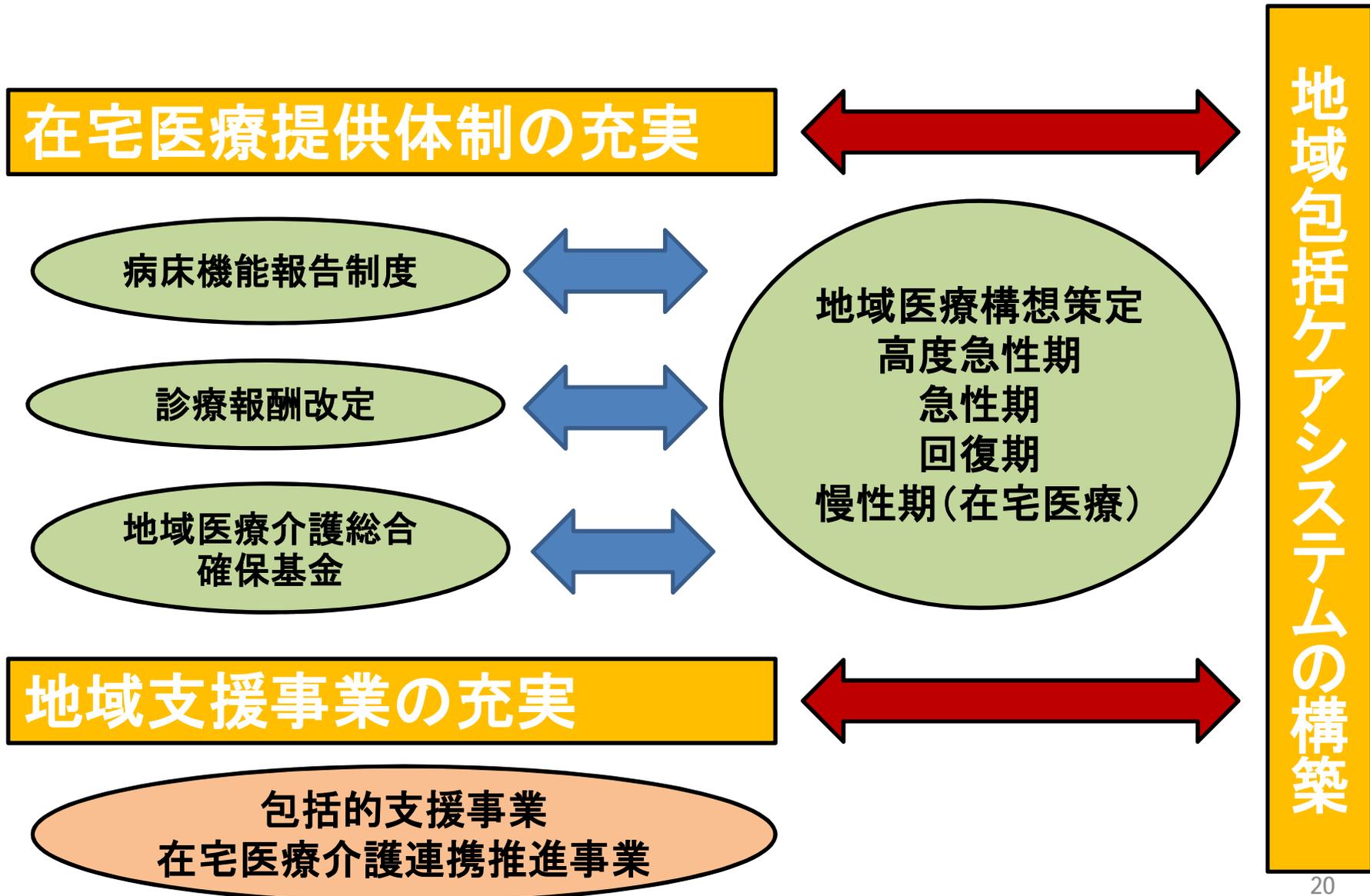
その人らしい看取りとは

- その人が生きてきた人生の終末期をどのように過ごしていただきそして看取るのか
- 単に死亡診断書を作成するだけでは不十分
- 本人・家族の意向を踏まえた終末期の療養と最期の看取りが必要
- かかりつけ医・訪問看護師やケアマネジャー等介護職が協働して緩和ケアを行いながら看取っていくべき

緩和ケアに関する地域連携の現状



地域包括ケア（医療）の構築に向けて



①病床機能分化・連携強化に向けた施設又は設備整備

- 地域包括ケア病床及び緩和ケアへの転換の促進
- 専門病院と一般病院との分化を進め在宅医療、病診連携を促進

<主な事業>

- 地域包括ケア病床・緩和ケア病床への転換
- 分野別の医療提供体制の充実強化
- ICTを活用した連携ネットワーク事業

②居宅等における医療提供体制整備

○在宅医療提供体制の充実支援

＜医科・歯科・薬・精神科領域・訪問看護＞

＜主な事業＞

○在宅医療領域

（在宅医療推進事業）

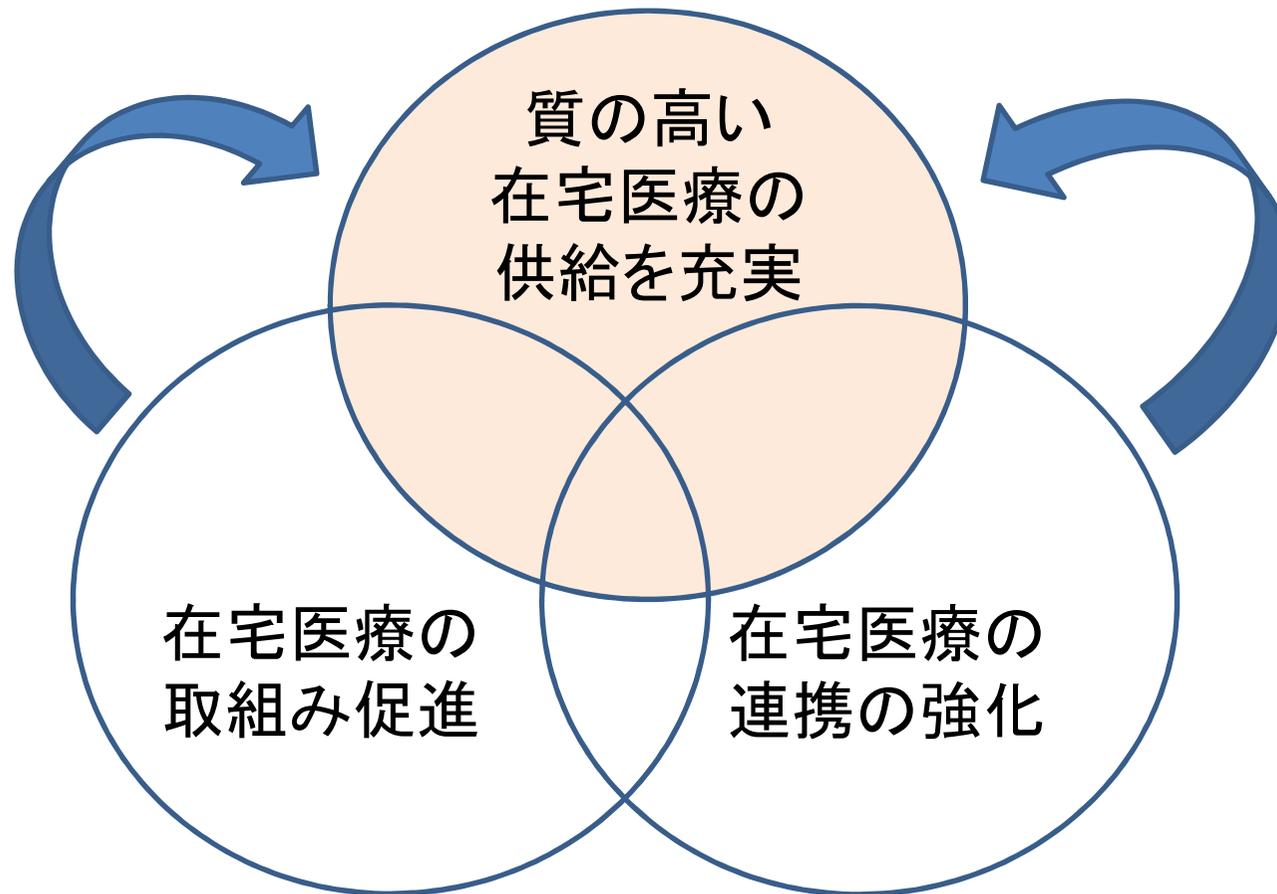
○在宅歯科領域

（在宅歯科ケアステーション整備事業）

○訪問看護領域

（在宅医療訪問看護体制の充実）

在宅医療コーディネータによる在宅医療充実のイメージ



**【目標】かかりつけ医による在宅医療の質と量を増やすことで
患者が安心して在宅療養できる医療体制をつくります！**

- ・在宅医療(訪問診療・在宅看取り)に取組みやすい環境整備
- ・在宅医療で診療所が抱える負担感を軽減

地域包括ケアの実現に向けて

(介護保険制度地域支援事業)

①在宅医療・介護連携の推進

- ・地域の医療・介護関係者による会議の開催
- ・在宅医療・介護関係者の研修

②認知症施策の推進

- ・初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・
早期対応
- ・地域支援推進員による相談対応
- ・認知症カフェの設置や「認とも」の推進

③地域ケア会議の推進

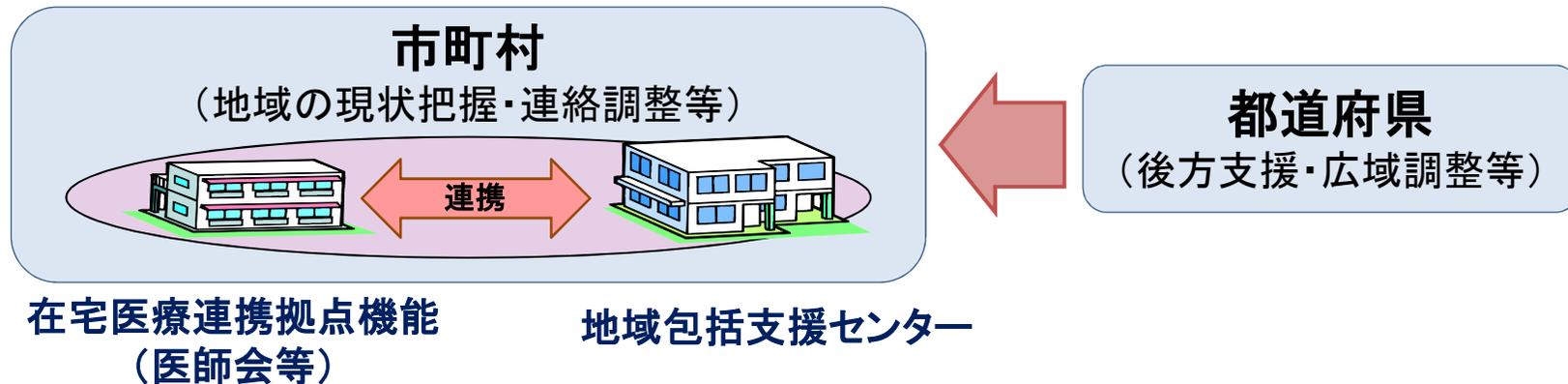
- ・地域包括支援センター等において、多職種協働による
個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、
ケアマネジメント支援、地域の課題を把握

④生活支援サービスの充実・強化

- ・生活支援コーディネーターの配置
- ・協議体の設置

①在宅医療・介護の連携の推進

在宅医療・介護の連携推進について、これまでモデル事業等を実施。一定の成果を踏まえ、介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ取り組む



医療計画の見直しについて(医療法)

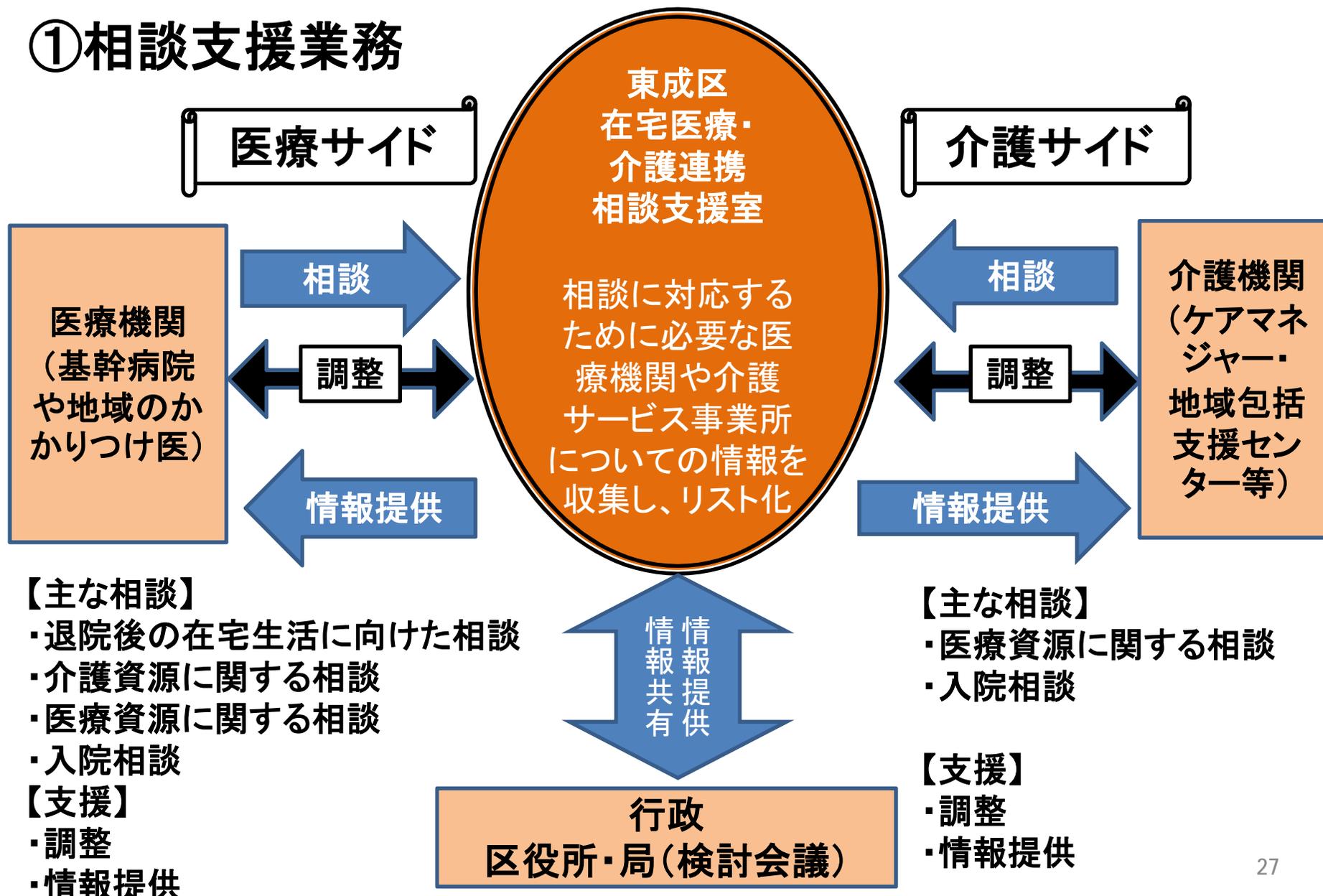
地域医療構想の中で市町村等毎の将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、在宅療養患者の病状の変化に応じた病床の確保のあり方を医療計画に盛り込む

在宅医療介護連携推進事業

- ア.地域の医療・介護の資源の把握（21/43市町村：29/57医師会）
- イ.在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
（24/43市町村：31/57医師会）
- ウ.切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進
（15/43市町村：19/57医師会）
- エ.医療・介護関係者の情報共有の支援
（16/43市町村：24/57医師会）
- オ.在宅医療・介護連携に関する相談支援
（14/43市町村：16/57医師会）
- カ.医療・介護関係者の研修（30/43市町村：36/57地区医師会）
- キ.地域住民の普及啓発（26/43市町村：32/57地区医師会）
- ク.在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携
（20/43市町村：16/57医師会）

在宅医療・介護連携相談支援モデル事業

①相談支援業務



質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(平成28年度診療報酬改定)

- (1) 重症度・居住場所に応じた評価、月1回の訪問診療による管理料の新設
- (2) 在宅医療専門の医療機関に関する評価の新設、十分な看取り実績を有する医療機関の評価 等
- (3) 休日往診への評価の充実、病院・診療所からの訪問看護の評価を充実等

◇ 地域包括ケアシステムの確立において、在宅医療の推進は極めて重要。

◇ 前回改定では、在宅医療の不適切事例に対応した改定が行われたため、地域医療の現場において在宅医療に真摯に取り組んでいる先生方のモチベーションを下げるような対応がなされた。

◇ 今回の改定においては、月1回の訪問診療による管理料を新設し、同一建築物において医学管理を実施している人数に応じた評価の細分化が実施されることとなった。

◇ 今回、在宅医療を専門に行う医療機関を一定要件を設定した上で認めた。超高齢社会を迎え、地域包括ケアシステムをより効果的に機能していかせるためにも、在宅医療を担う**かかりつけ医をバックアップ**するために、在宅医療専門の医療機関の活用も視野に入れていく必要があることから、在宅医療専門医療機関を排除するのではなく、**地域包括ケアシステム推進の中で、積極的に地域医師会と協力して、地域医療を守っていただきたい**という意思表示。

今後の対応の方向性

○要介護者になること自体が何らかの疾病や障害と関連している

○かかりつけ医は外来医療の延長として在宅医療を提供していくとともに、介護保険制度を理解し、積極的に関与することが必要

○地域に密着した医療・介護、その他資源の活用を考える上では、これまでのような急性期の大病院を頂点とし、かかりつけ医を底辺としたピラミッド型の垂直の連携ではなく、医療と介護の水平の連携が重要