

2-2 在宅医療・介護連携の推進

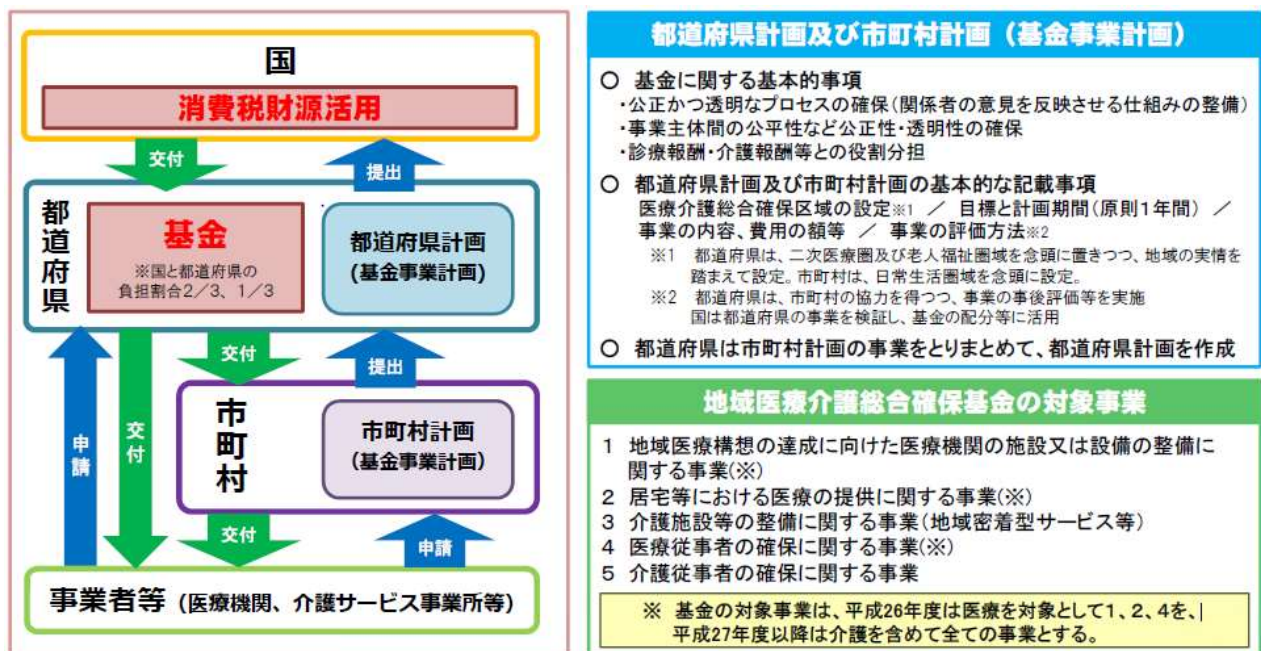
(1) 医療・介護提供体制の構築

団塊の世代が後期高齢者となる平成37（2025）年の超高齢社会の到来により、慢性疾患や複数の疾病を抱える高齢者の増加が見込まれる中、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを総合的に確保し、患者の早期の社会復帰を進めるとともに、高齢者が重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で安心して日常生活を継続できる社会を実現する必要があります。

特に、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保や勤務環境の改善といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題となっています。

平成26年に改正された医療介護総合確保促進法により創設した地域医療介護総合確保基金を活用し、医師会や医療機関、介護関係機関・団体及び市町等と連携・協働しながら、地域における医療・介護サービスの提供体制の総合的・計画的な整備等を推進しています。（図4-13）

図4-13 地域医療介護総合確保基金の概要



① 医療機関の施設又は設備の整備（病床の機能分化・連携）

医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議によって、病床の機能の分化及び連携に向けた医療機関の施設又は設備の整備等を支援します。

② 居宅等における医療の提供（在宅医療・介護サービスの充実）

居宅等における医療の提供を推進するため、退院後の生活を支える在宅医療を充実させるとともに、地域包括ケアシステムの構築のため、医療・介護サービス提供体制を一体的に整備します。

また、地域における介護との連携を含む医療連携体制の構築や、そのための情報基盤の整備等を推進します。このほか、在宅医療の提供体制の充実のため、在宅医療に取り組む人材の確保及び育成を推進する観点から、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション関係職種等に対する研修等を実施します。

さらに、利用者にとってわかりやすく総合的な支援が行われる体制を確保するため、医療従事者、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員等に対する医療及び介護の連携を図るための研修等を実施します。

(ただし、在宅医療と介護の連携のための事業については、2-2(3)在宅医療・介護連携推進事業(地域支援事業)対象事業以外のものに限る。)

【第7次愛媛県地域保健医療計画(案)】に基づく在宅医療提供体制等の構築(一部抜粋)

平成30年1月末時点の案

①退院支援

【目的】

- ・在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上します。

【課題・求められる機能】

- ・入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、退院患者が円滑に日常生活へ復帰できるよう切れ目のない継続的な医療体制を確保することが重要であり、計画的な退院支援や担当者間の情報共有や調整を十分行う必要があります。

【対策】

- ・全ての圏域の一般診療所及び病院に退院調整支援担当者の配置が促進されるよう、医療機関に対する啓発、支援を実施します。
- ・退院患者が円滑に日常生活へ復帰できるよう、入院医療機関と在宅医療に係る機関が連携した、継続的な医療体制の構築を促進します。

○退院支援担当者を配置している診療所・病院数

(単位：箇所)

	宇摩	新居浜 ・西条	今治	松山	八幡浜 ・大洲	宇和島
退院調整支援担当者を配置している一般診療所数	0	1	1	18	1	5
人口10万人当たり	0	0.4	0.6	2.8	0.7	4.1
退院調整支援担当者を配置している病院数	1	11	7	21	8	4
人口10万人当たり	1.1	4.7	4.0	3.2	5.2	3.3

(厚生労働省「医療施設調査」(平成27年度))

②日常の療養支援

【目的】

- ・在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上します。

【課題・求められる機能】

- ・患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケアを含む。)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供される必要があります。

【対策】

- ・増大する慢性期の医療ニーズや地域の状況を考慮して、在宅医療を担う医療機関の整備を促進するとともに、患者のニーズとそのニーズに対応できる医療機関とのマッチングに努めます。
- ・質の高い在宅医療を提供するため、医師、看護師、介護職、薬剤師等の多職種を対象とした研修を実施し、在宅医療を担う人材の育成に努めます。
- ・在宅医療に係る機関が連携し、在宅療養者のニーズに対応した医療・介護サービスの包括的な提供を行う、多職種からなる在宅チーム医療の体制の構築を促進します。

③急変時の対応

〔目的〕

- ・在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上します。

〔課題・求められる機能〕

- ・在宅療養患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う診療所・病院、訪問看護事業所及び入院機能を有する診療所・病院との円滑な連携による診療体制を確保することが求められています。

〔対策〕

- ・かかりつけ医の負担を抑える、医師のチーム化、グループ化の体制整備に努め、往診や24時間往診が可能な体制の整備を促進します。
- ・訪問看護に従事する看護師等の確保を推進するとともに、24時間対応可能な訪問看護事業所の充実を図ります。
- ・緊急時に、入院機能を有する在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所などの医療機関が、在宅療養患者を円滑に受け入れることのできる体制の整備に努めます。

○往診を実施している診療所・病院数や24時間体制を取っている訪問看護ステーションの状況

	宇摩	新居浜 ・西条	今治	松山	八幡浜 ・大洲	宇和島
往診を実施している診療所・病院数	30	67	59	274	93	67
人口10万人当たり	33.0	28.4	34.0	42.0	61.0	55.5
24時間往診を実施している診療所・病院数	8	26	25	112	41	22
人口10万人当たり	8.8	11.0	14.4	17.2	26.9	18.2
24時間対応体制加算の届出をしている訪問看護ステーション数	8	13	7	68	8	19
人口10万人当たり	8.8	5.5	4.0	10.4	5.2	15.7

(平成27年度NDBデータ、えひめ医療情報ネット(平成29年10月)、四国厚生支局HP「訪問看護事業所の届出受理状況」(平成29年9月))

④看取り

〔目的〕

- ・在宅医療に円滑に移行することができ、患者やその家族のQOLが維持向上します。

〔課題・求められる機能〕

- ・人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所で看取りを行うことができる体制を構築する必要があります。

〔対策〕

- ・看取り(ターミナルケア)を実施する医療機関や、訪問看護ステーション、介護施設等の充実を図ります。
- ・在宅での看取りを望む患者、家族に対し、自宅や住み慣れた地域での看取りが可能な医療機関及び介護施設について、わかりやすい形で情報を提供します。

③ 介護サービス提供体制等の整備

病床の機能の分化及び連携に伴って増加する退院患者に対応しつつ、高齢単身世帯、夫婦のみ世帯、認知症高齢者等が、可能な限り住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことを可能とするため、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備に努めます。

④ 医療従事者等の確保

良質かつ適切な医療を提供する体制を構築するため、地域医療支援センター（医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援するための拠点）等を活用した医師等の偏在の解消、医療勤務環境改善支援センター（医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点）等を活用した医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進、看護職員の確保等に取り組みます。

⑤ 介護従事者の確保（「4-2 介護人材の確保・資質の向上」に掲載のため省略）

○達成目標

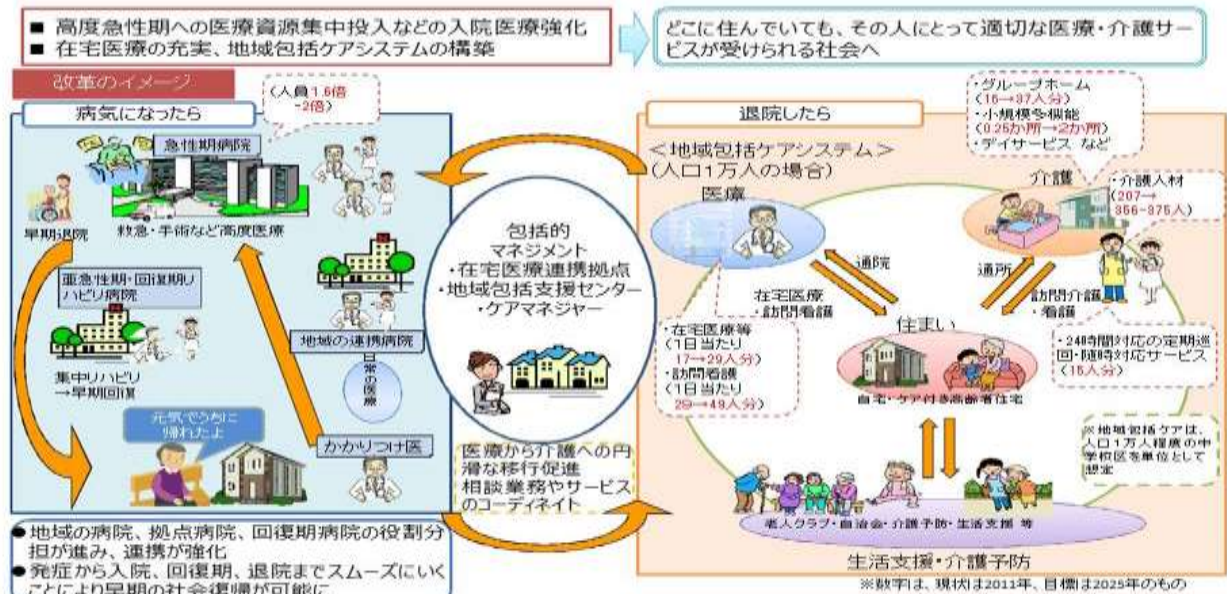
指 標	現 状	目 標（平成32(2020)年度）
訪問診療を実施している診療所・病院数	宇摩:14、新居浜・西条:49、 今治:33、松山:183、 八幡浜・大洲:61、宇和島:41 （平成27(2015)年度）	宇摩:15、新居浜・西条:現状維持、 今治:現状維持、松山:191、 八幡浜・大洲:現状以上、宇和島:42
24時間対応体制加算の届出をしている訪問看護ステーション数	宇摩:8、新居浜・西条:13、 今治:7、松山:68、 八幡浜・大洲:8、宇和島:19 （平成29年9月）	宇摩:現状以上、新居浜・西条:現状維持、 今治:現状維持、松山:現状以上、 八幡浜・大洲:現状以上、宇和島:現状以上
退院支援を実施している診療所・病院数 （人口10万人当たり）	宇摩:3.3、新居浜・西条:4.7、 今治:3.5、松山:5.1、 八幡浜・大洲:5.2、宇和島:5.0 （平成27(2015)年度）	各圏域5以上

(2) 医療と介護の連携強化

高齢化の進展に伴い、要介護度の重度化や医療ニーズが高まる中において、高齢者が、住み慣れた自宅や地域で安心して暮らしていくためには、発症から入院、回復期、退院、さらには在宅や施設等での看護・介護など、症状や状態に応じた適切な医療・介護サービスが日常生活圏内において提供される連携体制の構築が重要です。

このため、国の動向等も踏まえながら、それぞれの地域の実情に即した医療と介護の連携強化に努めることとします。(図4-14)

図4-14 医療と介護の連携強化のイメージ



① 関係者間での連携

- 平成24年4月の「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正により、必要な知識・技術に関する研修を受けた介護職員等は、医師や看護師等の連携の下に、安全性が確保される範囲内で喀痰(かたん)吸引及び経管栄養等の医療的ケアを行うことができるようになりました。
- 介護の現場において必要な医療的ケアについては、医師や看護師等の医療関係者との連携の下で適切に実施できる体制づくりを行い、介護従事者が質の高い総合的なケアを提供できるよう努めます。

② 制度面での連携

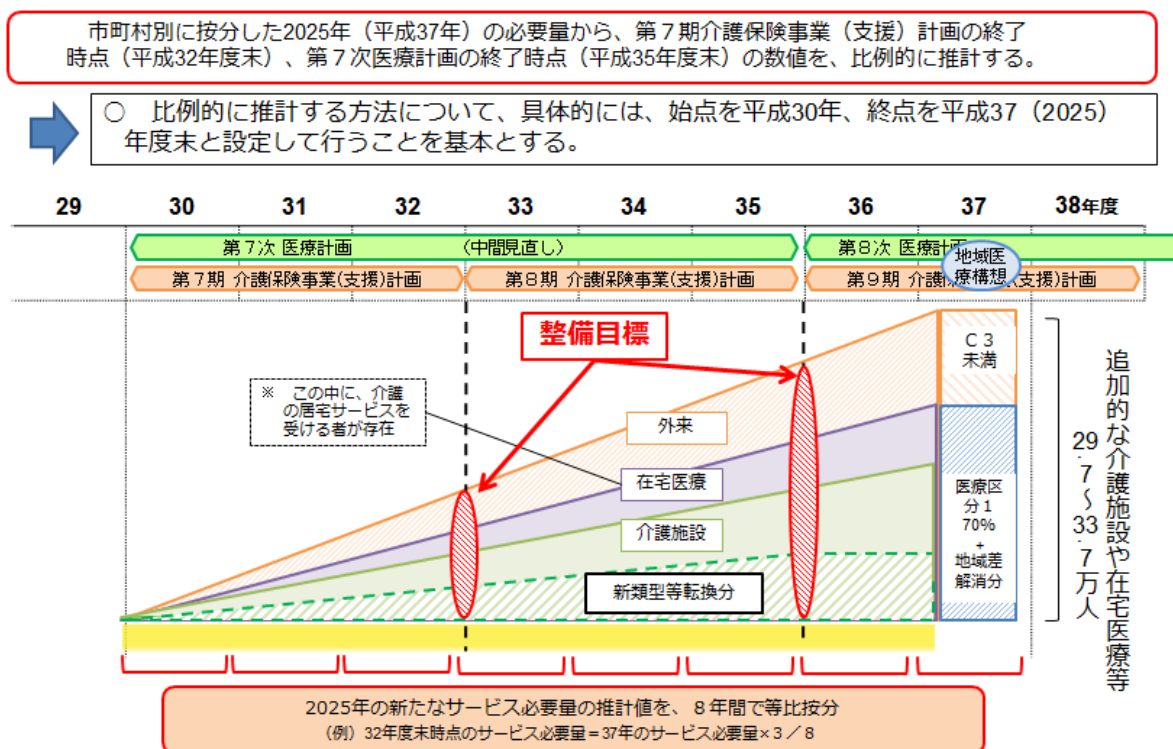
- 医療との連携による在宅介護の充実等を図るため、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を引き続き推進します。
- 病床機能の分化・連携、在宅医療の充実及び地域包括ケアシステムの構築等を通じた、重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワークの構築に努めます。
- 医療から介護への円滑な移行促進、相談業務やサービスのコーディネートをするための関係機関等による包括的マネジメントの機能強化を図ります。
- 市町が主体となり実施している「在宅医療・介護連携推進事業」については、市町の枠を超えて実施が必要な広域的な取り組みも多く、引き続き支援します。 など

③ 医療計画との整合性の確保

病床の機能の分化・連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築と在宅医療・介護の充実等による地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画との整合性を確保することが重要です。このため、高齢者保健福祉圏域（二次医療圏）ごとに県と市町の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を開催し、より緊密な連携が図られるよう体制整備を図ります。

協議の場では、県の地域医療構想を踏まえ、平成37（2025）年の病床の機能分化・連携に伴い生じる在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性を確保することが重要であることから、県介護保険事業支援計画と市町村介護保険事業計画において掲げる介護のサービスの見込量と、医療計画において掲げる在宅医療の整備目標が整合的なものとなるよう、必要な事項についての協議を行うとともに、両計画の目標及び見込量の達成状況を適宜共有します。（図4-15）

図4-15 介護・医療計画の新たなサービス必要量の推計方法



④ 医療費適正化に向けた取組

本県の医療費は、都道府県別国民医療費の平成27年度数値によると、5,202億円で、1人あたり医療費は375,600円となっており、全国平均（333,300円）を上回っています。また、特定健康診査受診率は全国平均を下回っているほか、生活習慣病に分類される主な疾病である高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病について、受療率は全て全国平均を上回るなど、医療費を取り巻く様々な課題があります。

こうした状況の中、県では、6年を1期とする「第3期愛媛県医療費適正化計画」（計画期間：平成30～35（2023）年度）を策定し、県民の健康の保持と医療の効率的な提供の推進等に関する目標を設定し、本計画や医療計画、健康増進計画、国民健康保険運営方針等の県計画とともに医療費適正化に向けた取組を進めています。

(3) 在宅医療・介護連携推進事業への支援

医療と介護サービスを必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療・介護サービスを一体的に提供し、医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進するため、平成30年4月から全ての市町で取り組むこととされている在宅医療・介護連携推進事業が、各市町において、評価改善しながら、市町の実情に応じ効果的に推進できるよう支援します。(図4-16)

図4-16 在宅医療・介護連携推進事業の概要



○達成目標

指 標	現 状	目 標		
	平成 29 (2017) 年度	平成 30 (2018) 年度	平成 31 (2019) 年度	平成 32 (2020) 年度
在宅医療・介護連携推進事業への支援実施市町数	1 市町	2 市町	3 市町	5 市町

(4) リハビリテーションの推進

高齢化や社会環境の変化に伴い、心疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患や骨折等の後遺症のほか、廃用症候群をもつ高齢者に対するリハビリテーションの需要が増大し、医学的・教育的・社会的リハビリテーションの推進が重要になっています。

また、急性期から回復期のリハビリテーションは医療保険が、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応することが基本となります。

このため、包括的にリハビリテーションを提供するに当たっては、医療機関だけでは困難であり、保健（地域保健）・福祉（介護保険）部門と連携し、切れ目なく効果的に行われることが重要です。

（図 4-17）

- リハビリテーションは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の医療連携体制においても重要な役割を担っており、予防から急性期、在宅療養のそれぞれの過程において適切に提供されるよう、連携体制の構築に努めます。
- 多段階のリハビリテーションが個々の患者の状態に応じて適切に行われ、急性期から回復期の医療保険によるリハビリテーションから、慢性期の介護保険によるリハビリテーションへの移行等が円滑に行われるよう、患者に対するリハビリテーション実施計画の十分な説明、医療機関と居宅介護支援事業者との連携、サービス提供施設・事業者等に係る情報の提供等を推進します。
- 高齢者に対しては、地域におけるリハビリテーションに関する専門的な知見を有する者を活用し、機能回復訓練等へのアプローチだけでなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことのできる生活環境の調整及び地域づくり等により、高齢者を取り巻く環境へのアプローチを推進します。
- がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病について、リハビリテーションの提供施設の位置付けを明確にし、医療連携体制の構築を推進します。
- 心大血管疾患リハビリテーション機能や回復期リハビリテーション病棟など、本県において不足している機能や施設の整備を推進します。
- 対象者の心身の状況に応じたリハビリテーションを充実し提供できるよう、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・義肢装具士等の専門的マンパワーの確保や連携体制の整備を推進します。
- 訪問や通所介護事業所、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進するために、広域的な派遣調整や必要な研修を実施し、地域における介護予防の取組を推進します。

図4-17 高齢者のリハビリテーションの流れ

