

構想が目指す地域ケア体制

目標

医療や介護を必要とする状態となっても、住み慣れた自宅や地域で療養したい、介護を受けたいと希望する高齢者の意向が最大限尊重できる体制の構築

高齢者の生活を支える医療、介護、住まい等の総合的な体制整備

地域ケア体制のイメージ

介護サービス

施設サービス

在宅サービス

※予防の重視、認知症ケアへの対応

多彩な見守りサービス

- ・安否確認
- ・緊急時の対応
- ・生活相談
- ・配食サービス など

- ・住まい
- ・住宅改修
- ・高齢者向け住まい
- ・住み替え など

※多様なサービスの提供
※住宅政策との連携

地域ケア体制

必要なサービスの確保と質の向上
各サービスとの連携の確保

在宅医療

- ・往診(在宅療養支援診療所など)
- ・訪問看護
- ・訪問リハ など

※在宅医療を担う医療機関や訪問看護の体制整備
※医療機関と介護支援事業者との連携強化

地域ケア体制整備構想の基本的構成

I. 地域ケア体制の在り方及び療養病床の再編成に関する基本方針

II. 地域ケア体制整備構想策定に当たっての関係計画との調和

- 医療計画：居宅等の医療の確保、基準病床数の算定
- 医療費適正化計画：療養病床の病床数に関する数値目標
- 介護保険事業支援計画：第3期（H18～20）、第4期（H21～23）計画との整合性

III. 地域ケア体制の将来像

- H47年に向けた介護サービス、見守りサービス等の需要等の10年ごとの将来見通しを試算 ← 長期ワークシート

- 試算を踏まえて課題および対応方を整理

- 30年後の高齢者の生活を支える提供体制等の望ましい将来像 → 都道府県住生活基本計画に反映
- 将来像の実現に向けて必要な施策
- 関係機関の役割

IV. 平成23年度までの各年度の介護サービス等の必要量の見込み及びその確保方策

- H23年度までの各年度の介護サービス等の必要量を見込み ← 短期ワークシート

- ・施設・居宅系サービス
- ・在宅サービス

第3期計画でのサービス見込み量

+

直近の給付実績

+

療養病床転換推進計画による見込み

- ・見守りサービス 見守りに配慮した住まい
→ 都道府県住生活基本計画との整合性

- H23年度までの介護サービス等の必要量を確保するための方策

V. 療養病床の転換の推進

- 療養病床を巡る現状と課題
- 療養病床転換推進計画
 - ・H19～23年度までの療養病床の転換過程を示す
 - ・次の2点を前提
 - ①医療費適正化計画に定めるH24年度末の療養病床数の目標達成
 - ②介護療養病床についてはH23年度末までに転換を円滑に終了
- 療養病床の転換への支援措置
 - ・都道府県の役割
 - ・相談体制の構築
 - ・都道府県の支援措置

訪問看護ステーション数及び従事者数の年次推移

○訪問看護事業所数 → 事業所数は漸増傾向が続き、うち8割は24時間体制。

平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
4,730 (70.8%)	4,825 (73.5%)	4,991 (75.2%)	5,091 (77.1%)	5,224 (77.7%)	5,309 (78.6%)	5,480 ※速報値

※ ()内は、緊急時訪問看護加算の届け出事業所の割合

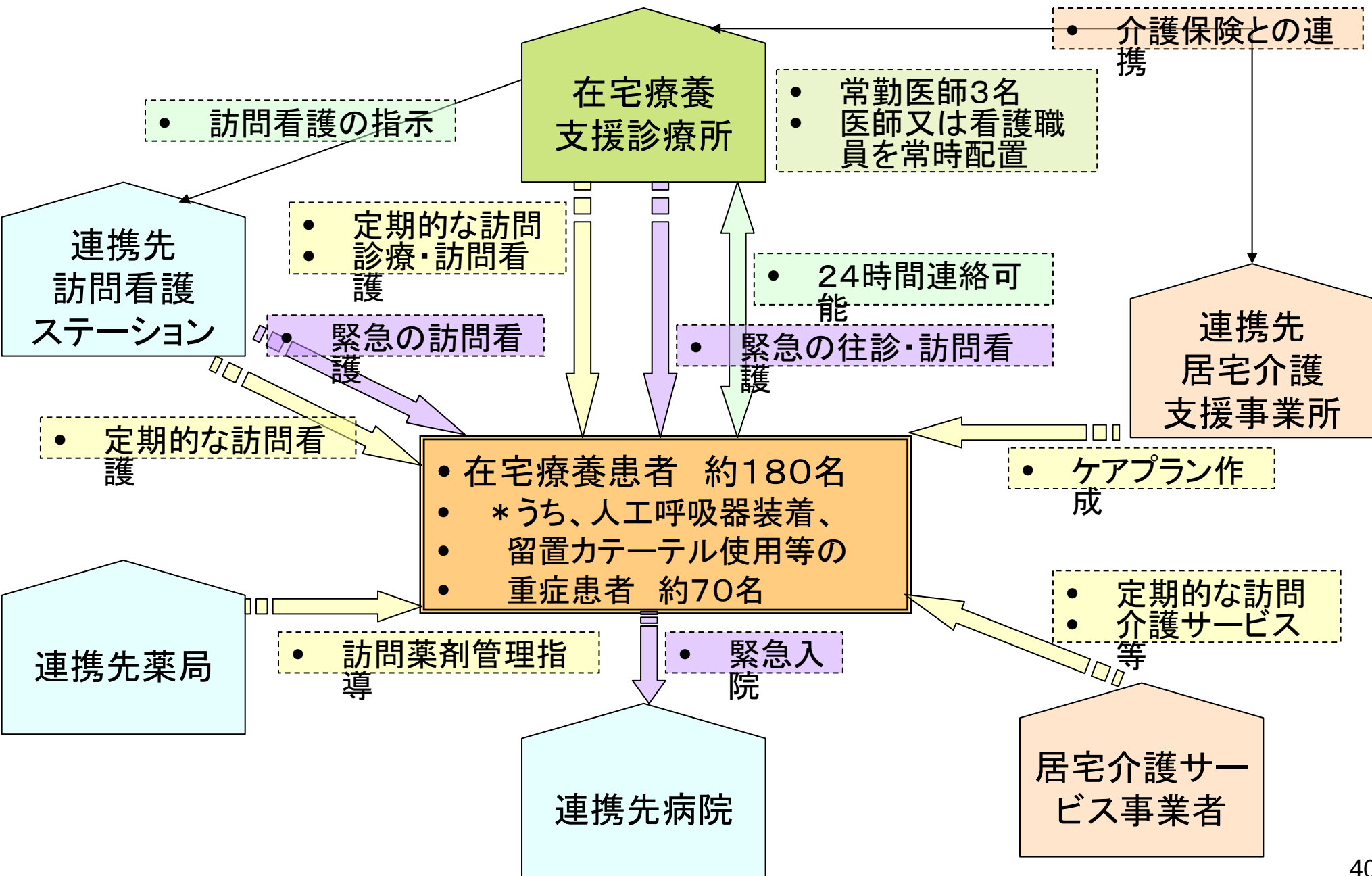
※ 緊急時訪問看護加算…訪問看護ステーションが利用者又はその家族に対して24時間連絡体制にあり、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急訪問を必要に応じて行うことを評価するもの。

○訪問看護従事者数 → 職員一人当たりの延べ利用者数は若干増加する傾向。

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
1事業所当たり 常勤換算従事者数	4.5	4.6	4.8	4.9	5.0
1事業所当たり常勤換 算看護職員数	4.0	4.2	4.2	4.2	4.2
9月中の常勤換算看護 職員1人当たり延利用 者数	57.4	61.6	67.6	67.8	69.1
(訪問看護利用者数)	22.1万人	24.5万人	26.3万人	27.5万人	28.0万人

• 「在宅療養支援診療所」のイメージ

• (仙台市内で看取りまで含めた在宅医療を行っている診療所の例)



- (参考)「在宅療養支援診療所」の要件]
- 地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要がある。
- ○ 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員(「連絡担当者」)をあらかじめ指定するとともに、連絡担当者及び連絡担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供し、診療録にその写しを添付すること。
- ○ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供し診療録に添付すること。
- ○ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供し、診療録にその写しを添付すること。
- ○ 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方社会保険事務局長に届け出ていること。
- ○ 他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーション(「連携保険医療機関等」)において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書(電子媒体を含む。)により随時提供し、当該提供した診療情報の写しを当該患者の診療録に添付すること。
- ○ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ○ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- ○ 年に1回、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること。