

第1回認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議	資料 3
平成25年9月26日	

認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議 資料

厚生労働省医政局指導課
医師確保等地域医療対策室
在宅医療推進室

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために医療法に基づき策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画に精神疾患等を追加

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

医療計画における認知症に関する作成(国の指針)

【精神疾患に関する医療計画【認知症のポイント】】(「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」平成24年10月9日厚生労働省医政局指導課長、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長、老健局高齢者支援課長通知)

○目指すべき方向 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能

○認知症の医療体制に求められる医療機能

(目標)

- ・ 認知症の人が、早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療等を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるために、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されること
- ・ 認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度(特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。)を確保すること
- ・ 認知症の行動・心理症状で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人(認知症治療病棟に入院した患者)のうち、50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2ヶ月(現在は6ヶ月)とできるよう体制を整備すること

在宅医療連携拠点事業（平成24年度まで）

【背景】

- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 特に都市部において急速な高齢化が進展しており、死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

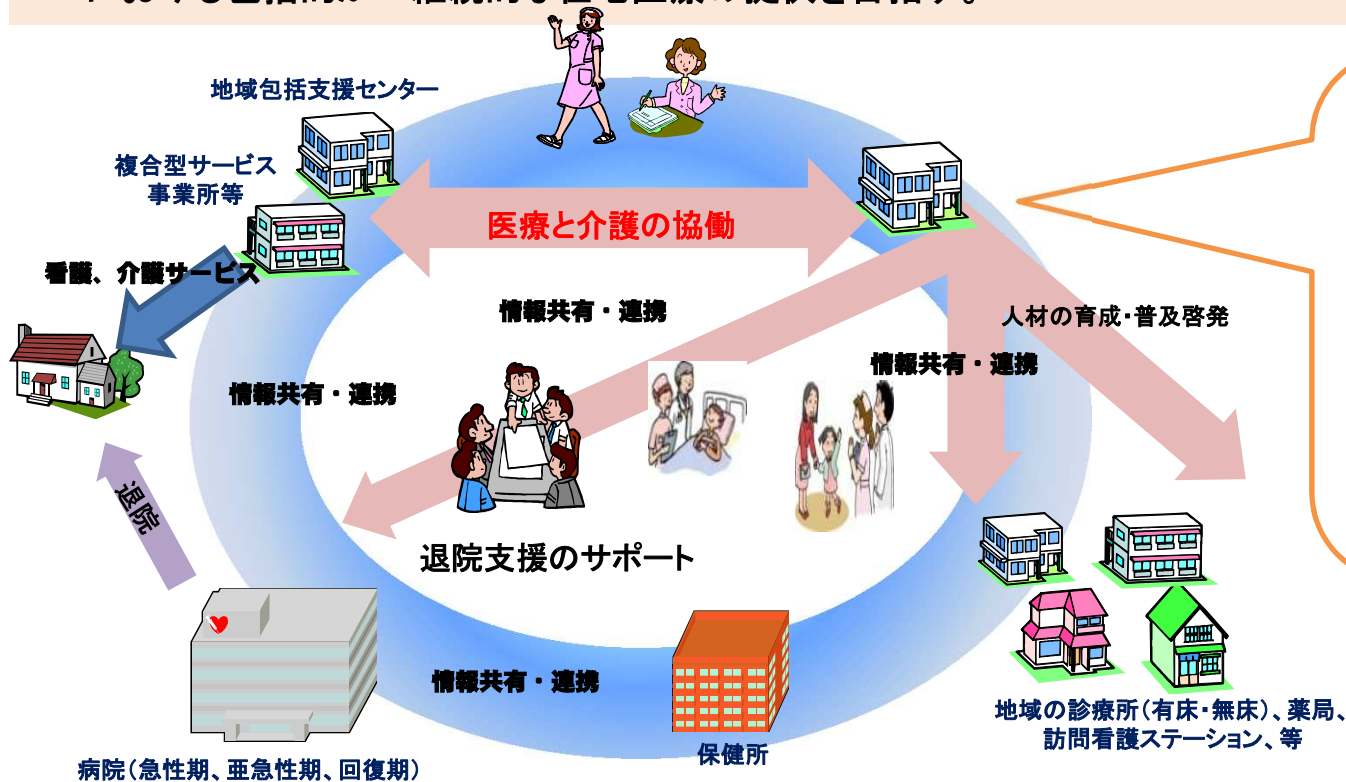
平成23年度 10カ所
平成24年度 105カ所

【在宅医療・介護における課題】

- 在宅医療を推進するには、関係する機関が連携し、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要。しかし、これまで、医療側から働きかけての連携の取り組みが十分に行われてきたとはいえない。

【事業の概要】

- 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



在宅医療連携拠点

(療養支援診療所、病院、訪問看護ステーション、自治体、医師会等)

連携拠点に配置されたケアマネジャーの資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが地域の医療・介護を横断的にサポートすることで、病気をもちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごすことが可能となる。

【具体的な活動】

- ・地域の医療・介護関係者による協議の開催
- ・医療・介護関係機関の連携促進
- ・在宅医療に関する人材育成や普及啓発

24時間連携体制、チーム医療提供

H24年度在宅医療連携拠点事業 認知症対策関連事業【事例】

岡山県新見医師会 在宅医療連携拠点 まんさく

背景

新見市が65歳以上の一般高齢者の調査を実施(市内7圏域)
6圏域で認知症のリスクがもっとも高かった。
(認知症リスク40.9%)

市内に精神科病院はなく、隣接する高梁市の精神科病院のサテライト診療所のみ。

多職種連携会議

【講義】認知症の現状について(サテライト診療所の精神科医)
【グループワーク】KJ法を活用

研修

認知症フォローアップセミナー

地域住民への普及・啓発

「ともに生きる認知症ケア」

【主催】新見市

【後援】在宅医療連携拠点まんさく、岡山県介護支援専門員協会新見支部



(まんさくHPより)

今後の展開

今後の在宅医療連携拠点の活動は、新見市がイニシアチブを持ち、医師会が積極的に協力していく予定。

株式会社フジケア訪問看護 ステーション(福岡県北九州市)

背景

地域の課題として「医療との連携不足、特に認知症の増加とともに入院時に医療機関が苦慮することが多い」「各職種間が円滑な情報共有ができていない」等

→「認知症」に焦点をあてた連携体制の構築

事業の推進体制

認知症ケアに関わる医療・介護の多職種の専門職、患者家族による委員会の設置

地域の医療・福祉資源の把握及び活用

「認知症資源マップ」作成

①認知症が少し心配になったとき②介護保険開始時③入退院時の各段階において、求められる資源、サービスを整理

効率的な情報共有のための取り組み

認知症連携パスとその支援ツール「私の(心の言葉)ノート」を開発

高齢者とその家族、医療職、介護職等が記載



今後の展開

地域連携パスとその支援ツールである「私の(心の言葉)ノート」は「オレンジプラン」につながる取り組みであり、運用と改良を進めていく予定。

介護と連携した在宅医療の体制整備

24年度補正予算 地域医療再生交付金の拡充 500億円の内数

- 平成25年度からの医療計画には、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を盛り込むこととし、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」などを含めた連携体制を位置づけ。
医療計画に基づく体制の構築に必要な事業費等に対応するため、平成24年度補正予算において、地域医療再生基金を積み増し。
- 国においては、平成23年度及び24年度に実施した「在宅医療連携拠点事業」で得られた成果を随時、情報提供する予定。
各都道府県におかれては、これらの知見を参考に、在宅医療・介護提供体制の確保のため、市町村や地域医師会等の関係者と連携した取組を実施して頂きたい。

【在宅医療推進事業の例】

- ・地域全体の在宅医療を推進するに当たり、特に重点的に対応が必要な地域での取組の実施。
- ・事業実施に当たっては市町村が主体となって、地域医師会等と連携しながら在宅医療の提供体制構築に向けた取組を支援。
- ・具体的には、以下のような取り組みを通して、地域の在宅医療・介護関係者の顔の見える関係の構築と、医療側から介護への連携を働きかける体制作りに取り組むことが考えられる。
 - ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - ② 会議の開催(会議への医療関係者の参加の仲介を含む。)
 - ③ 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
 - ⑤ 地域包括支援センター・ケアマネを対象にした支援の実施
 - ⑥ 効率的な情報共有のための取組(地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)
 - ⑦ 地域住民への普及・啓発