

「医療と介護の連携」の 論点等について

平成24年6月29日

厚生労働省

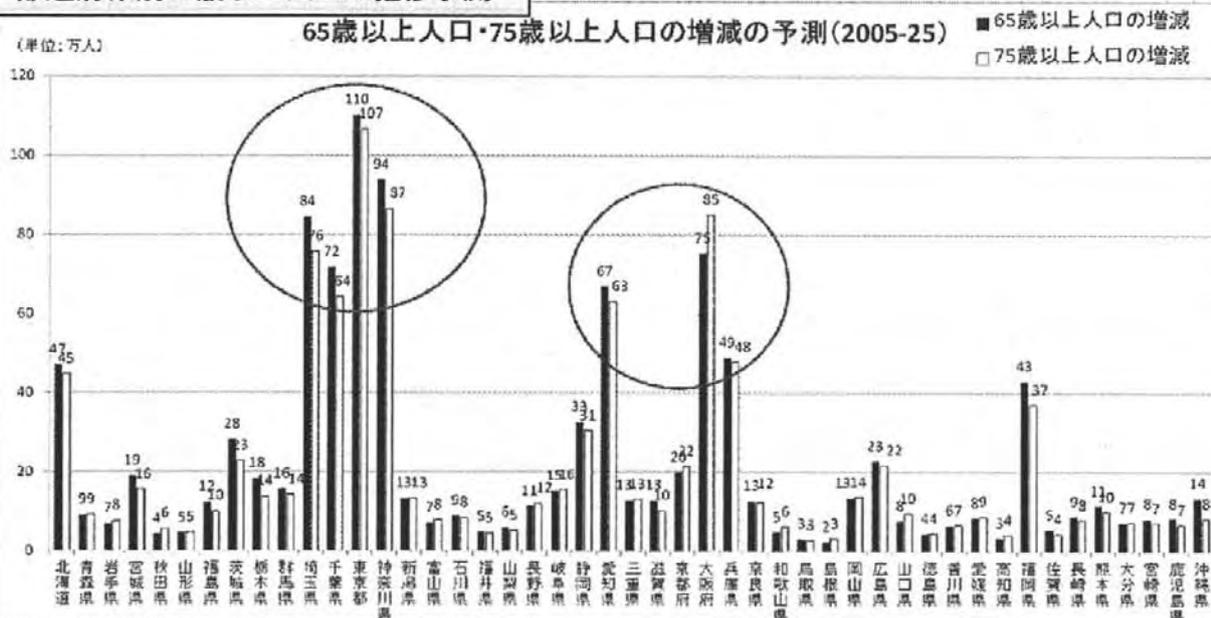
省内事業仕分け室作成

医療・介護のニーズ

○ 高齢化が進み、医療・介護のニーズが高まっていく中、その受け皿としての在宅医療・介護の体制整備を加速し、看取りも含めた在宅医療をさらに推進していくべきではないか。

■ 都道府県によって高齢者人口に差が生じており、特に都市圏では長期にわたり高齢者が増加していく。

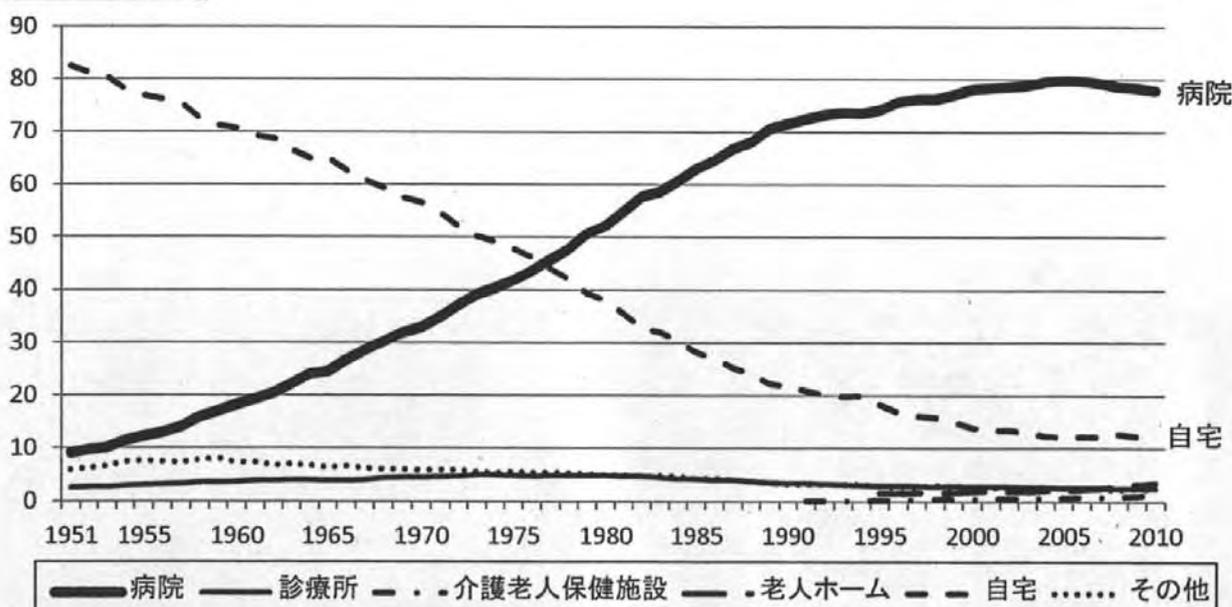
○ 都道府県別65歳以上人口の推移予測



資料出典:国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」より作成

■ 看取りの場所については、病院77.9%、診療所2.4%と、約8割が医療機関となっている。

○ 死亡場所の推移



2. 在宅医療提供体制を整備するための施策

■ 医療計画

- 都道府県が医療計画を市町村単位の医療・介護資源の実情に応じて策定するだけでなく、介護保険事業の実施主体である市町村が、在宅医療についても当事者意識を持って関わっていくための仕組みが必要ではないか。

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、**介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ**、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

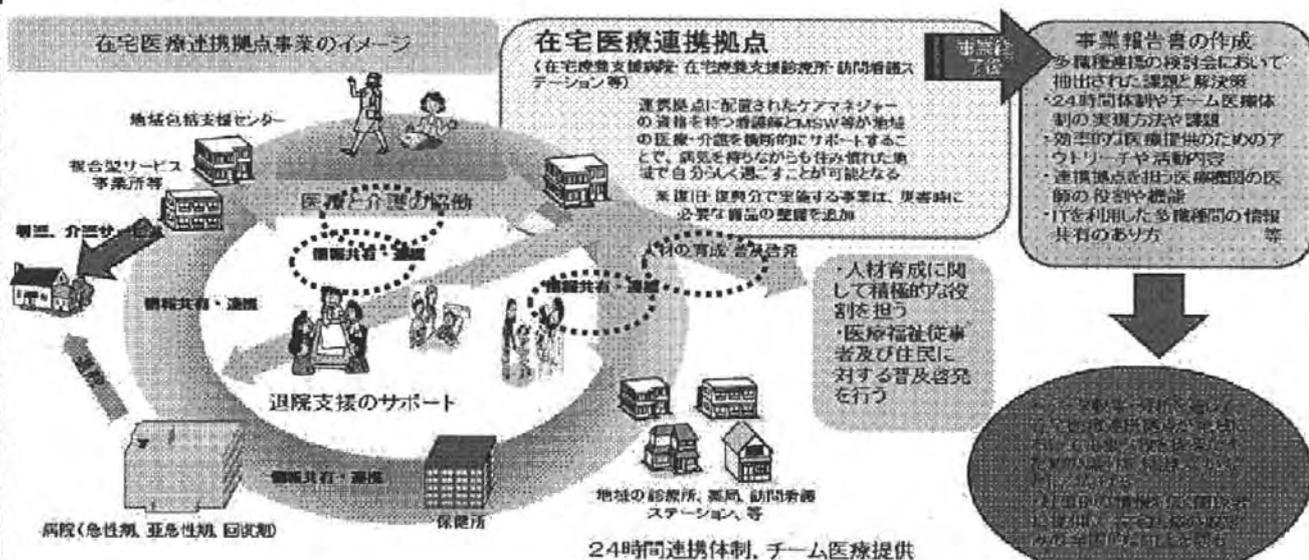
○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、**市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**

■ 在宅医療連携拠点事業(モデル事業)

- 実施主体が手上げ式のモデル事業のままでは、105事業所から全国規模に拡大することが困難であり、責任主体を明確にした上で制度化するべきではないか。
- 多数の機関との調整を円滑に行うために、中立的な立場でステイクホルダー間の調整が可能な市町村の関与が必要ではないか。

実施主体:自治体、医療機関、薬局、訪問看護ステーション等105事業所で実施
事業内容: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**

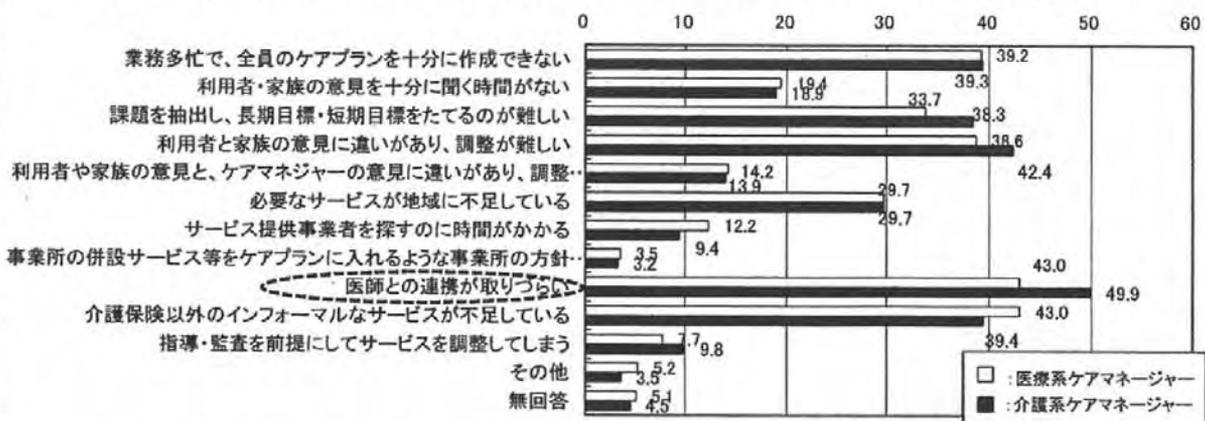


論点2. 地域で、医療・介護のサービスを受けながら生活する人たちが、在宅生活を継続するために必要となる個別の利用者の視点に立った訪問診療、訪問看護等が提供されるために、どのように取り組むべきか。

1. 医療と介護の連携の実態

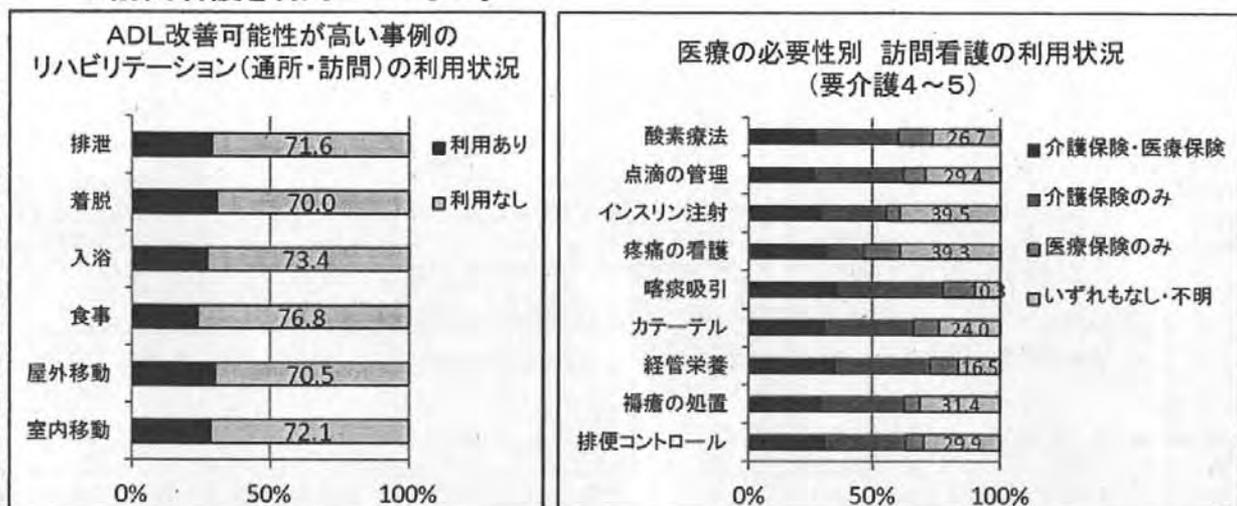
- ケアプランに医療的視点が反映されていない現状を改善し、リハビリの適切な活用等により利用者の自立支援に資するために、地域ケア会議など公的な主体がその作成に関与すべきではないか。
- 関係職種が協働できる場の設定が必要であり、たとえば市町村をその機関として位置付けるべきではないか

○ケアマネジャーが困難に感じる点の上位に、医療との連携があげられている。



資料出典:株式会社三菱総合研究所「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

○ADL改善可能性の高い事例の7割はリハビリの利用がなく、医療の必要な事例の3割は訪問看護を利用していない。



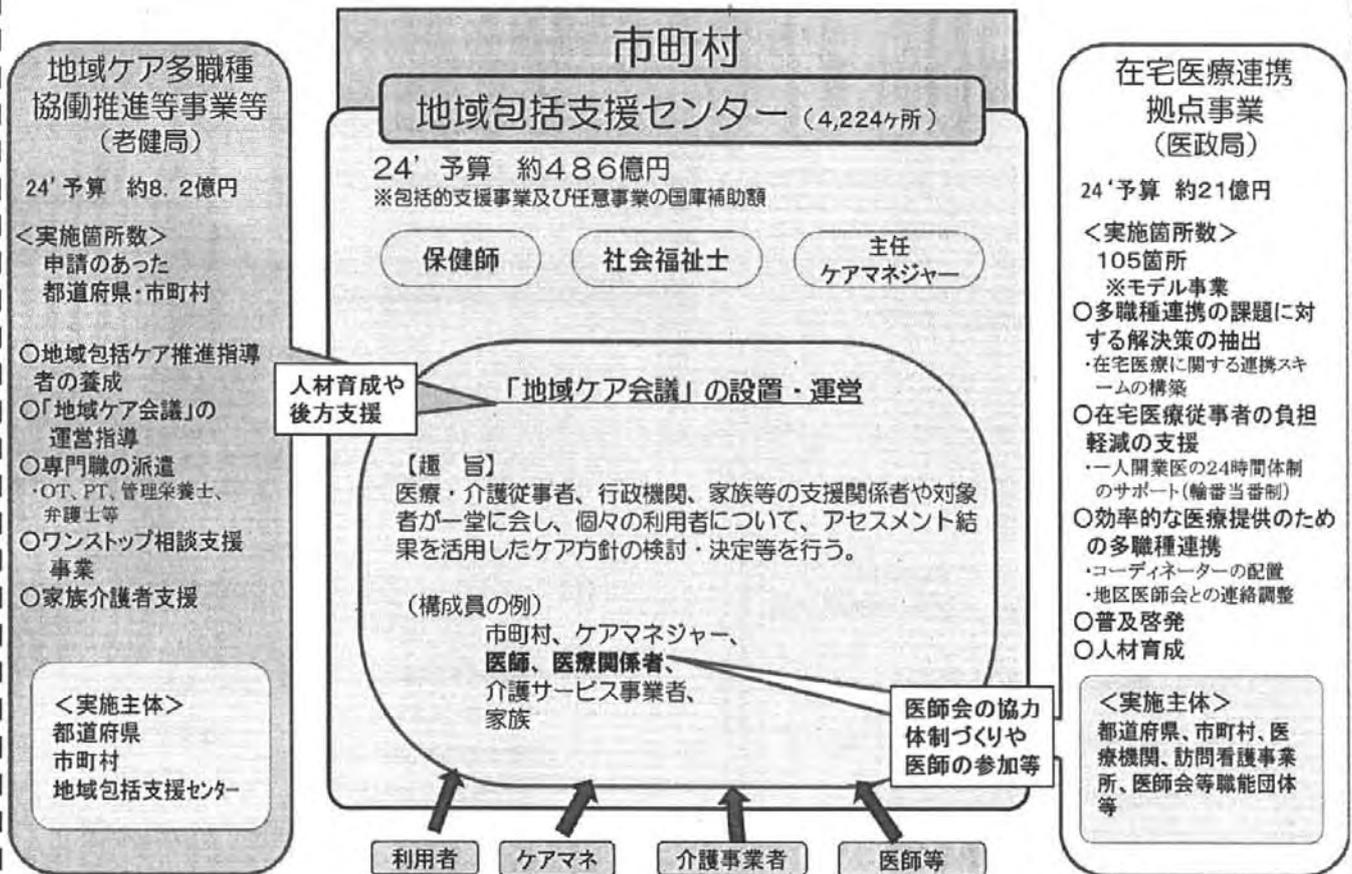
資料出典:株式会社日本総研「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究」平成23年度老人保健健康増進等事業

2. 医療と介護の連携に関する取組み

○ 医療の取組と介護の取組について、それぞれの実施主体が連携しながら事業を進めていく必要があるが、医療側からの協力を促進するために、たとえば市町村が両事業の中心となる主体として位置付け、より積極的な関与を求めるべきではないか。

○ 在宅医療連携拠点事業では、市町村の設置する地域包括支援センターへの協力が行われているが、拠点の数は限られており、また、必ずしも、地域包括支援センターを設置する市町村から、在宅医療連携拠点事業へ積極的に働きかける仕組みにはなっていない。

地域包括ケア体制について (平成24年度予算関係)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携については、地域の実情により柔軟に行うこととする。

前回委員より指摘のあった 事項について

【医療・介護の連携】

(目次)

- | | |
|---------------------|--------|
| ① 療養場所に関する希望について |2 |
| ② 家族介護を支援する制度等について |5 |
| ③ 介護休業制度の実態、問題点について |6 |
| ④ 予防に関する事業等について |7 |
| ⑤ 緩和ケア等の療養期間について |9 |
| ⑥ 在宅医療の見込みについて |9 |

(医政局 老健局 雇用均等・児童家庭局)

①療養場所に関する希望について

がんで痛みがあるときに、過ごしたい場所

■対象・方法

1)山形県鶴岡地域(鶴岡市・三川町)、2)千葉県柏地域(柏市・我孫子市・流山市)、3)静岡県浜松地域(浜松市)、4)長崎県長崎地域(長崎市)において、層化二階無作為抽出法により抽出された40歳以上79歳以下の住民:各地域2000人、合計8000人を対象とする郵送調査

- 調査対象となった地域は、都市構造、緩和ケア・在宅医療の整備状態も大きく異なるが、市民の希望する療養場所は大きな違いが見られなかった。 ※ 鶴岡地域には緩和ケア病棟・ホスピスが存在しないことに注意
- 療養場所として自宅を希望する者では、自宅以外を希望する者と比較して、年齢が若く、「苦痛を十分にやわらげられることはできない」、「急な変化があったときや夜間に、対応できない」、「家族への負担が大きい」、「お金がかかる」との心配の頻度が有意に少なかった。

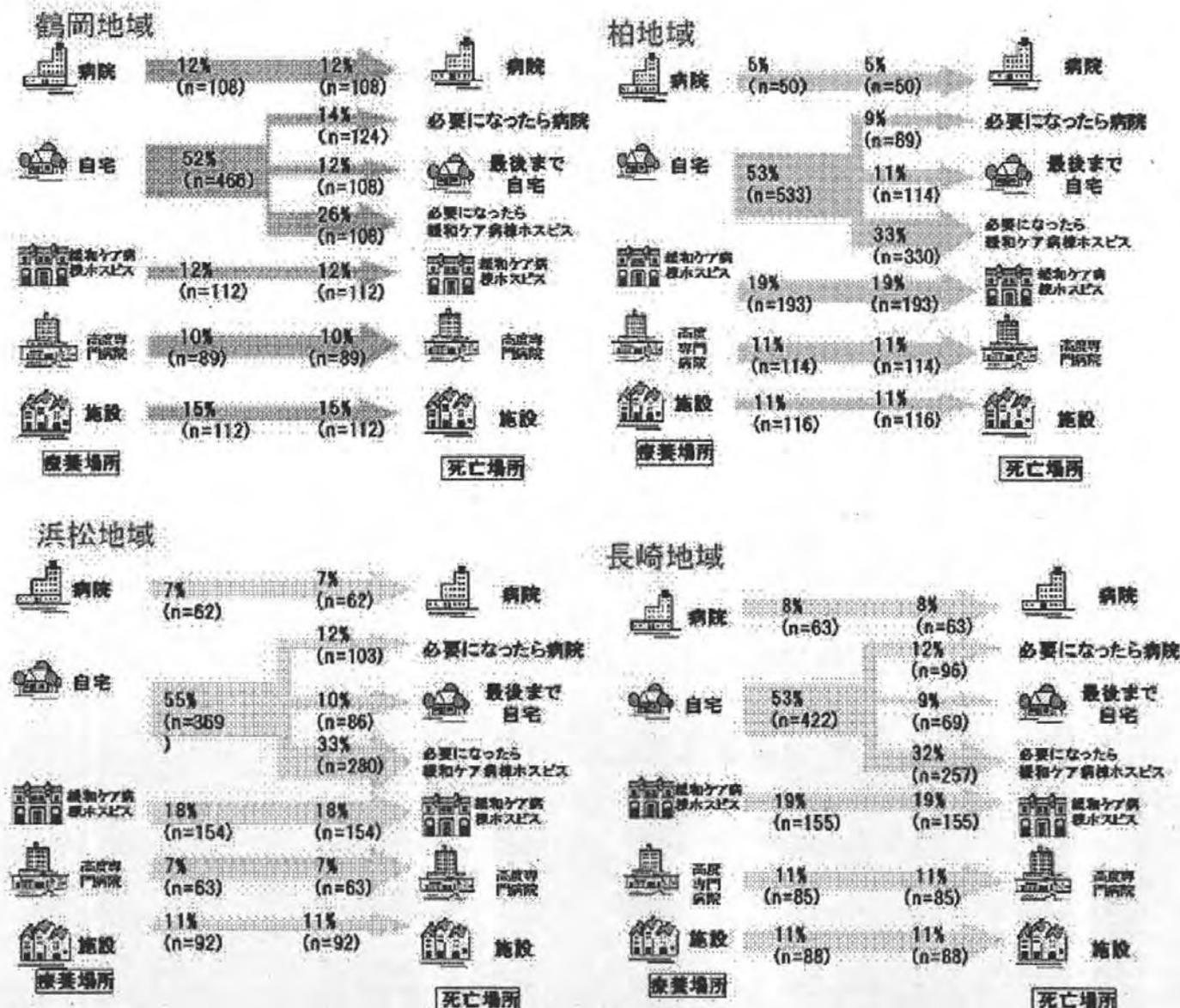


図1: 終末期で痛みがあるときに、過ごしたい場所

痛みはないが、介護が必要なときに過ごしたい場所

■対象・方法

1)山形県鶴岡地域(鶴岡市・三川町)、2)千葉県柏地域(柏市・我孫子市・流山市)、3)静岡県浜松地域(浜松市)、4)長崎県長崎地域(長崎市)において、層化二階無作為抽出法により抽出された40歳以上79歳以下の住民:各地域2000人、合計8000人を対象とする郵送調査

- 調査対象となった地域は、都市構造、緩和ケア・在宅医療の整備状態も大きく異なるが、市民の希望する療養場所は大きな違いは見られなかった。※ 鶴岡地域には緩和ケア病棟・ホスピスが存在しないことに注意
- 療養場所として自宅を希望する者では、自宅以外を希望する者と比較して、男性が多く、「急な変化があったときや夜間に、対応できない」、「家族への負担が大きい」との心配の頻度が有意に少なかった。

鶴岡地域



柏地域



浜松地域



長崎地域



図2: 痛みなどの苦痛はないが、介護が必要なときに過ごしたい場所

退院直後の在宅医療・介護の例(がん)

○ 状態が不安定な退院直後は、疼痛コントロールや医療的ケアの指導等により、頻回な訪問を要するが、経過とともに徐々に落ち着いてくると、訪問頻度も少なくなる。

70歳 男性 1人暮らし 進行大腸がん 腸閉塞 中心静脈栄養
医療用麻薬使用:退院直前にデュロテップパッチ(がん性疼痛のためのパッチ剤)に変更

| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 提供する在宅医療・訪問看護等の内容 |
|-----|------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 W | 訪問診療 | ● | | ● | | ● | | | ○全身状態のアセスメント ○疼痛モニタリング ○療養環境の整備 ○ケアマネジャーとケア方針の相談 ○医療的ケアの手技指導(IVH管理、デュロテップパッチの交換方法、レスキュードーズ(臨時追加投与薬)の使い方指導) |
| | 訪問看護 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | 訪問介護 | | | ● | | ● | | | |
| 2 W | 訪問診療 | ● | | ● | | ● | | | ○全身状態のアセスメント ○疼痛モニタリング ○療養環境の整備 ○ケアマネジャーとケア方針の相談 ○ケアチームの編成・服薬管理→訪問薬剤師へ紹介 ○医療的ケアの手技指導(IVH管理、デュロテップパッチの交換方法、レスキュードーズの使い方指導) |
| | 訪問看護 | ● | | ● | | ● | | ● | |
| | 訪問介護 | | ● | | ● | | ● | | |
| 3 W | 訪問診療 | ● | | ● | | ● | | | ○全身状態のアセスメント ○疼痛モニタリング ○療養環境の整備 ○医療的ケアの手技指導(IVH管理、デュロテップパッチの交換方法、レスキュードーズの使い方指導) セルフケア可能でご本人の自信も出てきたことから、週2回の訪問に減らす。 |
| | 訪問看護 | ● | | ● | | ● | | | |
| | 訪問介護 | | ● | | ● | | ● | ● | |
| 4 W | 訪問診療 | ● | | | ● | | | | |
| | 訪問看護 | ● | | ● | | ● | | | |
| | 訪問介護 | | ● | | ● | | ● | ● | |

退院直後の在宅医療・介護の例(非がん)

○ 状態が不安定な退院直後は、医療的ケアの指導等により、頻回な訪問を要するが、経過とともに徐々に落ち着いてくると、訪問頻度も少なくなる。

75歳 男性 脳梗塞後右半身マヒ 糖尿病(内服薬からインシュリン注射に変更) II度の褥瘡
妻72歳と2人暮らし(妻はリウマチで、手首変形)

| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 提供する在宅医療・訪問看護等の内容 |
|-----|------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 W | 訪問診療 | ● | | ● | | ● | | | ○全身状態のアセスメント ○医療的ケアの手技指導(インシュリン注射) ○血糖値モニタリング ○療養環境の整備 ○褥瘡処置 ○食事指導 ○ケアマネジャーとケア方針の相談 |
| | 訪問看護 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | 訪問介護 | | ● | | ● | | ● | | |
| 2 W | 訪問診療 | ● | | ● | | ● | | | ○全身状態のアセスメント ○血糖値モニタリング(新たな食生活と薬物量の兼ね合い) ○医療的ケアの手技指導(インシュリン注射) ○褥瘡処置 ○ケアチームの編成 ・服薬管理→訪問薬剤師へ紹介 ・リハビリ→訪問リハへ紹介 ・口腔ケア・誤嚥性肺炎の予防→訪問歯科医・歯科衛生士へ紹介 ・食事の準備→ヘルパーと宅配との組み合わせ、カロリーや栄養バランスについて説明 ・入浴→訪問入浴の看護師へ褥瘡の処置について説明 |
| | 訪問看護 | | ● | | ● | | ● | ● | |
| | 訪問介護 | ● | | ● | | ● | | ● | |
| 3 W | 訪問診療 | ● | | ● | | ● | | | ○全身状態のアセスメント ○褥瘡処置 ○血糖値モニタリング(新たな食生活と薬物量の兼ね合い) ○妻の介護負担の評価(症状との兼ね合い・継続可能かどうか) ○編成されたケアチームメンバーとの方針・情報共有、主治医への報告 |
| | 訪問看護 | | ● | | ● | | ● | | |
| | 訪問介護 | ● | | ● | | ● | | ● | |
| 4 W | 訪問診療 | ● | | | ● | | | | ○全身状態のアセスメント ○褥瘡処置 ○血糖値モニタリング ○インシュリン等の手技もマスターし、褥瘡も快方に向かい、ケアチームが編成されたため、週3回の訪問に減らす。 |
| | 訪問看護 | | ● | | ● | | ● | | |
| | 訪問介護 | ● | | ● | | ● | | ● | |

②家族介護を支援する制度等について

現行の家族介護者支援制度

■啓発・普及、情報提供

- ・介護知識・技術習得等の家族介護教室
- ・認知症高齢者の見守り体制の構築
- ・家族介護者のヘルスチェック、交流会等

■相談・支援

- ・地域包括支援センターにおける総合相談

■レスパイトケア

- ・デイサービス、ショートステイ

※平成24年4月の介護報酬改定により、デイサービスにおける長時間のサービス提供をより評価、ショートステイにおける緊急利用者の受け入れ加算を創設

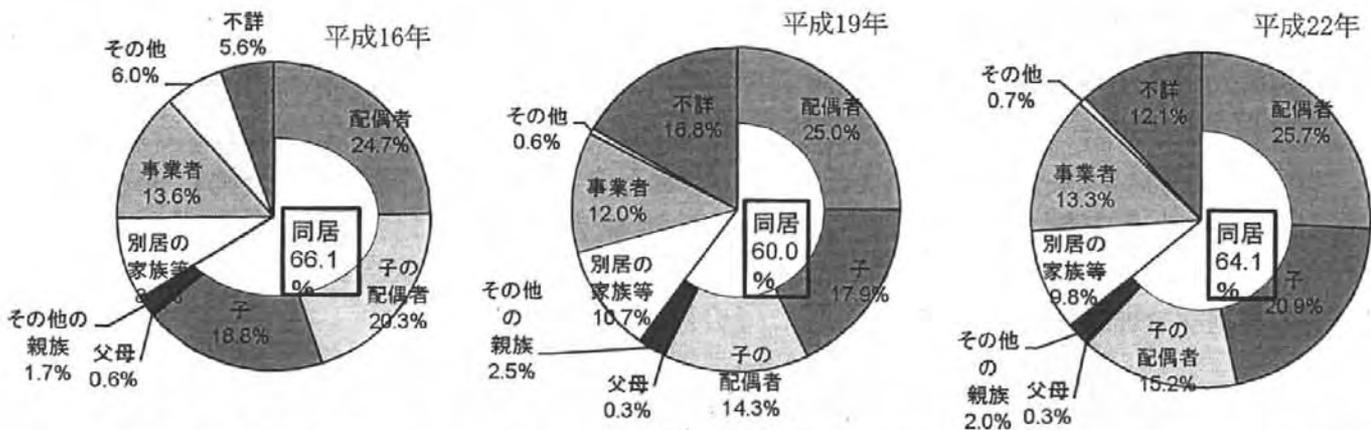
■仕事と介護の両立支援

- ・介護休業制度、介護休暇制度、介護のための勤務時間の短縮等の措置

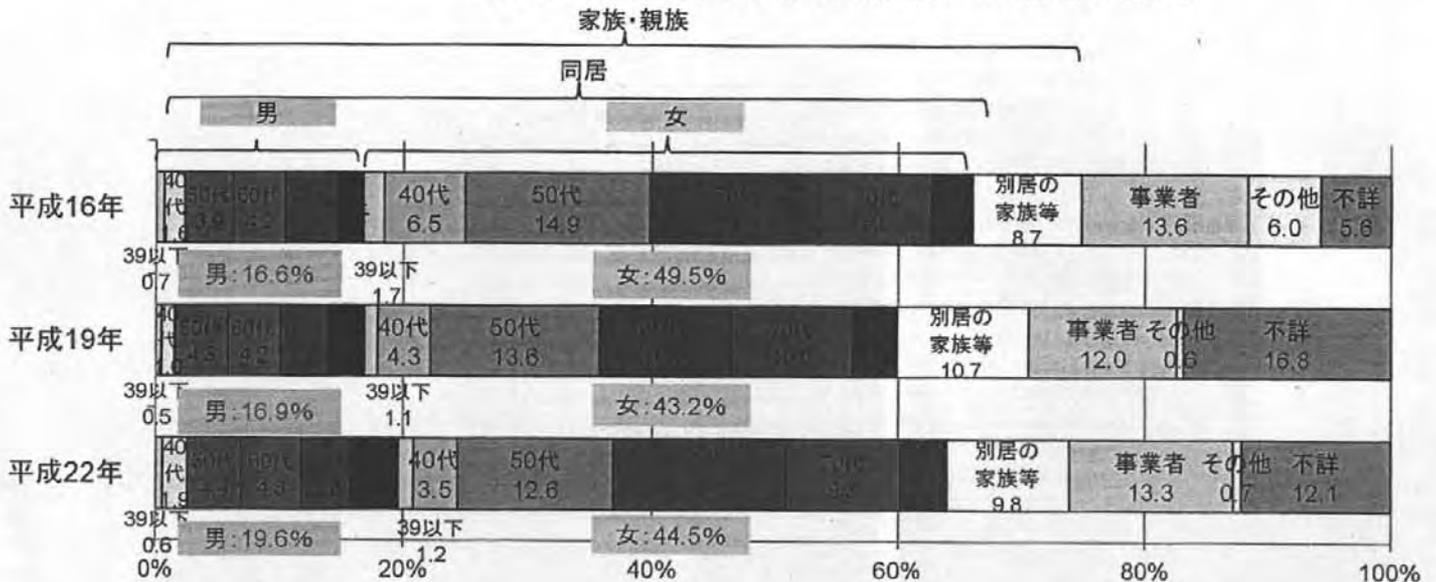
主な介護者の状況

(厚生労働省「国民生活基礎調査」より作成)

●要介護者等からみた主な介護者の続柄 → 主な介護者は同居の親族が中心



●同居介護者の状況 → 同居介護者は男性より女性が多いが、男性の割合が増加している。同居介護者は、男女ともに50歳以上の割合が高い。



③介護休業制度の実態、問題点について

- 育児・介護休業法に基づく仕事と介護の両立のための主な制度の概要は、次のとおり。
- このうち、介護休業制度は、家族介護を行う労働者が就業を継続するため、少なくとも介護に関する長期的な方針(介護保険制度の利用等)を決めるまでの間、休業できるようにすることを目的としている。

【介護休業制度】

労働者は、事業主に申し出ることにより、対象家族1人につき、要介護状態にいたるごとに1回、通算して93日まで介護休業を取得することができる。

【介護のための勤務時間の短縮等の措置】

事業主は、要介護状態にある対象家族を介護する労働者について、就業しつつ対象家族の介護を行うことを容易にする措置として、対象家族1人につき、介護休業をした日数と合わせて少なくとも93日間利用可能な勤務時間の短縮等の措置(※)を講じなければならない。

※ ①短時間勤務の制度②フレックスタイム制③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ④労働者が利用する介護サービスの費用の助成その他これに準ずる制度のいずれかの措置

【介護休暇制度】

要介護状態にある対象家族の介護その他の世話(※)を行う労働者は、事業主に申し出ることにより、要介護状態にある対象家族が1人の場合は年5日、2人以上の場合は年10日を限度として、介護休暇を取得することができる。

※ その他の世話とは、通院等の付添い、介護サービスの提供を受けるために必要な手続きの代行等

※ 平成22年度の法改正により、新たに規定された制度

- 育児・介護休業法の取得率は低いですが、仕事と介護の両立の促進のために必要な勤務先による支援については、出社・退社時刻を自分の都合で変えられる仕組みや、残業をなくす/減らす仕組みを求める労働者の割合が大きい。

【介護休業制度の規定整備状況】

| | 事業所規模 | |
|--------|-------|-------|
| | 5人以上 | 30人以上 |
| 平成17年度 | 55.6% | 81.4% |
| 平成20年度 | 61.7% | 85.5% |

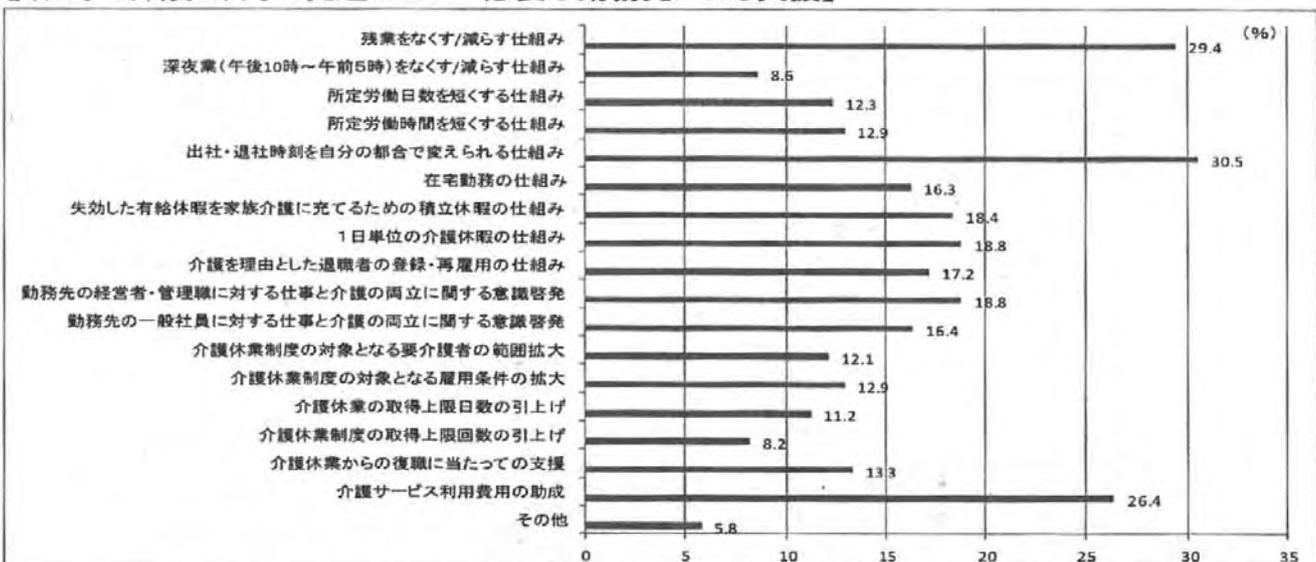
【介護休業取得率】

| | 男女計 | 男性 | 女性 |
|--------|-------|-------|-------|
| 平成17年度 | 0.04% | 0.02% | 0.08% |
| 平成20年度 | 0.06% | 0.03% | 0.11% |

※常用労働者に占める割合

出典：雇用均等基本調査(厚生労働省)

【(仕事と介護の)両立促進のために必要な勤務先による支援】



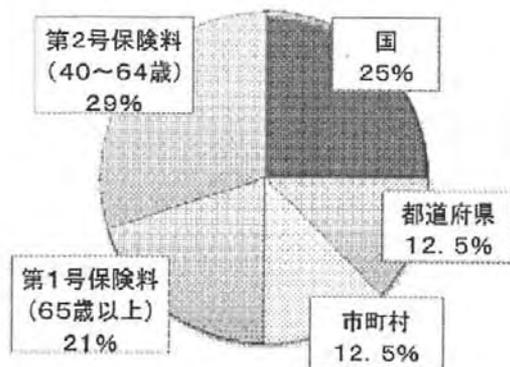
出典：「平成21年度仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査」みずほ情報総研株式会社

④ 予防に関する事業等について

介護予防事業の概要

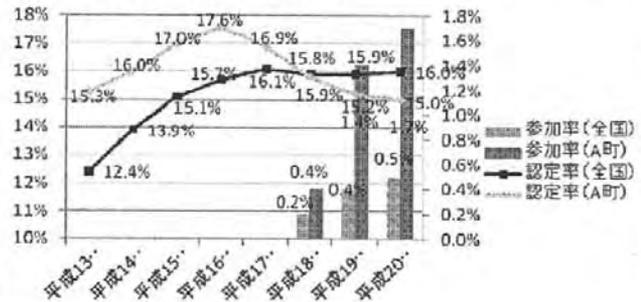
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 事業内容
 - ・ 通所型介護予防事業(運動器の機能向上プログラム、栄養改善・口腔機能向上プログラムの実施)
 - ・ 訪問型介護予防事業(閉じこもり、うつ、認知機能低下など通所が困難な高齢者宅への訪問指導を実施)
- 事業効果
 - 一部自治体において要介護認定率の低下などの効果
- 財源 平成24年度 国費:155億円 総事業費:620億円
(国1/4、都道府県1/8、市町村1/8、保険料(1号 21/100、2号 29/100))

● 財源の拠出割合



例：兵庫県稲美町

平成12年度から一次予防事業、平成17年度から二次予防事業を町独自で行っている。二次予防事業を自治会に委託し、地域住民が気軽に参加できる事業となって参加率が上がる等により、要介護認定率が減少している。
(人口:32,156人、高齢者率:20.5%)



○ 市町村における介護予防事業の実施例(保健事業との連携例)

愛知県名古屋市例 総人口:2,243,491人、高齢者人口:482,008人、高齢化率:21.48%

平成18年介護予防事業創設時より、介護事業の担当部署(高齢福祉部認知症対策・地域ケア推進室)、地域包括支援センター(委託型)、健康づくりの担当部署(健康部健康増進課及び保健所)が連携して、介護予防事業や二次予防事業対象者把握事業を実施。

認知症対策・地域ケア推進室の役割:

介護予防事業の計画、二次予防事業対象者把握事業や二次予防事業についての事業所への委託事務、基本チェックリストの結果に関するデータ管理及び地域包括支援センター・保健所へのデータ提供

地域包括支援センターの役割(委託型)(1~2カ所/区、1カ所あたり6~10人):

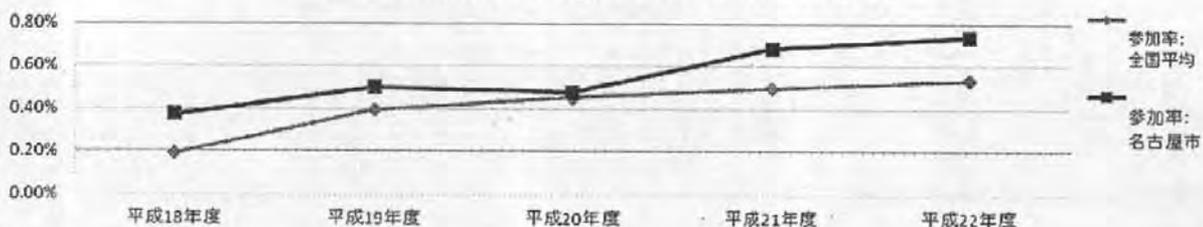
二次予防事業への参加勧奨、総合相談業務を通じた二次予防事業対象者把握

保健所の役割(1カ所/区):

一次予防事業・二次予防事業の具体的な計画立案及び実施、一次予防事業・二次予防事業への参加勧奨

- 具体的な介護予防事業の計画は、各区の地域包括支援センターと保健所が協議しながら実施している。
- 保健所に専門職(保健師、栄養士、歯科衛生士等)が揃っていることで事業を実施し、フォローしている。
- 保健所が健康づくりの一環として介護予防事業を行うことにより、参加者を集めやすい。

二次予防事業参加率(対高齢者人口比)



21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)について

※「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)の推進について」平成12年3月31日付通知(健医発第612号)
「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について」平成15年4月30日付通知(健発第043002号)

趣旨

健康寿命の延伸等を実現するために、2010年度を目途とした具体的な目標等を提示すること等により、健康に関連する全ての関係機関・団体等を始めとして、国民が一体となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に促進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促そうとするもの。

基本方針

- 一次予防の重視
- 健康づくり支援のための環境整備
- 目標等の設定と評価
- 多様な関係者による連携のとれた効果的な運動の推進

運動の期間

- 2000年度から2012年度
- 2010年度から最終評価を行い、その評価を2013年度以降の運動の推進に反映させる。

目標について

9分野79項目からなる具体的な目標を設定

- ①栄養・食生活
- ②身体活動・運動
- ③休養・こころの健康づくり
- ④たばこ
- ⑤アルコール
- ⑥歯の健康
- ⑦糖尿病
- ⑧循環器病
- ⑨がん

<具体例>

- 20~60歳代男性の肥満者→15%以下
- 20歳代女性のやせの者23.3%15%以下
- 野菜の1日当たり平均摂取量→350g以上
- 多量に飲酒する人の割合(男性)→3.2%以下
- 朝食を欠食する人の減少(20歳代男性)→15%以下
- 日常生活における歩数(男性)→9,200歩以上
- 分煙を実施している割合公共の場→100%

特定健康診査・特定保健指導の概要

基本的な考え方

- 内臓脂肪型肥満(メタボリックシンドローム)に着目した健診及び保健指導を医療保険者に行わせることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

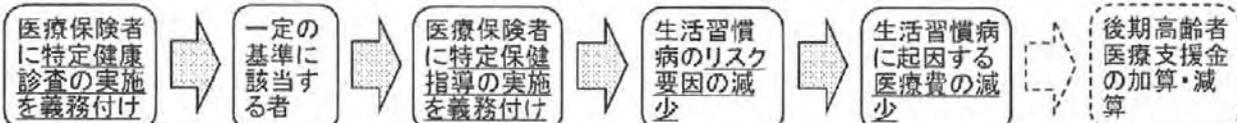
主な内容

- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して特定健診を実施。
- 健診の結果、一定の基準に当てはまる者に対して特定保健指導を実施。
【一定の基準】：腹囲が基準以上(男性85cm、女性90cm)でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者(リスクの程度によって指導内容が変化(喫煙者は指導レベル上昇))
- 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。
 - ・特定健康診査の実施率(24年度の目標値:70%)
 - ・特定保健指導の実施率(24年度の目標値:45%)
 - ・H20と比べたH24時点でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率(24年度の目標値:10%)

(参考)特定健診・保健指導の実績

| | 20年度 | 21年度 | 22年度※ |
|-----------|-------|-------|-------|
| 特定健診の実施率 | 89.9% | 41.3% | 43.3% |
| 特定保健指導終了率 | 7.7% | 12.3% | 13.7% |

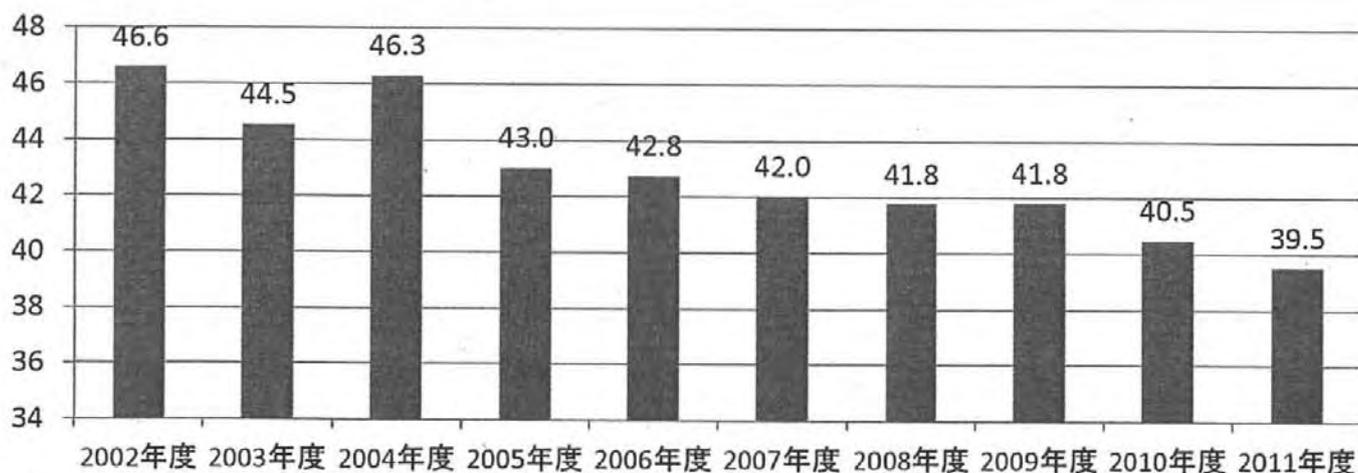
※ 22年度は速報値。



⑤緩和ケア等の療養期間について

緩和ケア病棟入院料届出受理施設 平均在院日数の推移(年度別)

(日)



資料出所: 日本ホスピス緩和ケア協会調べ

⑥在宅医療の見込みについて

医療・介護サービスの需要と供給(1日当たり利用者数等)の見込み

| パターン1 | 平成23年度 (2011) | 平成27(2015)年度 | | 平成37(2025)年度 | |
|--------------|------------------|---|------------|---|------------|
| | | 現状投影シナリオ | 改革シナリオ | 現状投影シナリオ | 改革シナリオ |
| 高度急性期 | 80万人/日 | 86万人/日 <small>高度急性期 17万人/日 一般急性期 45万人/日 亜急性期等 24万人/日</small> | 16万人/日 | 97万人/日 <small>高度急性期 18万人/日 一般急性期 48万人/日 亜急性期等 29万人/日</small> | 16万人/日 |
| 一般急性期 | | | 39万人/日 | | 33万人/日 |
| 亜急性期・回復期等 | | | 27万人/日 | | 31万人/日 |
| (急性期小計) | (80万人/日) | (86万人/日) | (82万人/日) | (97万人/日) | (79万人/日) |
| 長期療養(慢性期) | 21万人/日 | 24万人/日 | 21万人/日 | 31万人/日 | 25万人/日 |
| 精神病床 | 31万人/日 | 32万人/日 | 29万人/日 | 34万人/日 | 24万人/日 |
| (入院小計) | (133万人/日) | (143万人/日) | (133万人/日) | (162万人/日) | (129万人/日) |
| 介護施設 | 92万人/日 | 115万人/日 | 106万人/日 | 161万人/日 | 131万人/日 |
| 特養 | 48万人/日 | 61万人/日 | 57万人/日 | 86万人/日 | 72万人/日 |
| 老健(老健+介護療養) | 44万人/日 | 54万人/日 | 49万人/日 | 75万人/日 | 59万人/日 |
| (入院・介護施設小計) | (225万人/日) | (257万人/日) | (238万人/日) | (323万人/日) | (260万人/日) |
| 居住系 | 31万人/日 | 38万人/日 | 38万人/日 | 52万人/日 | 61万人/日 |
| 特定施設 | 15万人/日 | 18万人/日 | 18万人/日 | 25万人/日 | 24万人/日 |
| グループホーム | 16万人/日 | 20万人/日 | 20万人/日 | 27万人/日 | 37万人/日 |
| 在宅介護 | 304万人/日 | 342万人/日 | 352万人/日 | 434万人/日 | 449万人/日 |
| うち小規模多機能 | 5万人/日 | 6万人/日 | 10万人/日 | 8万人/日 | 40万人/日 |
| うち定期巡回・随時対応 | - | - | 1万人/日 | - | 15万人/日 |
| (居住系・在宅介護小計) | (335万人/日) | (380万人/日) | (391万人/日) | (486万人/日) | (510万人/日) |
| うちGH・小規模多機能 | (21万人/日) | (26万人/日) | (30万人/日) | (35万人/日) | (77万人/日) |
| 外来・在宅医療 | 794万人/日 | 812万人/日 | 807万人/日 | 828万人/日 | 809万人/日 |
| うち在宅医療等 | 17万人/日 | 19万人/日 | 23万人/日 | 20万人/日 | 29万人/日 |
| 上記利用者(重複あり) | (1353万人/日) | (1449万人/日) | (1436万人/日) | (1637万人/日) | (1580万人/日) |
| (参考)総人口 | 1億2729万人 | 1億2623万人 | | 1億2157万人 | |

資料出所: 社会保障に係る給付費等の将来推計(平成23年6月2日、社会保障改革に関する集中検討会議(第10回)参考資料)

テーマ：医療と介護の連携

提言（取りまとめ）原案

【総論】

要介護状態や持病を抱えながらも、最期まで住み慣れた地域・在宅等で、自分らしく、満足度の高い生活を過ごすことは多くの国民の願いである。こうした社会を実現するためには、適切な医療と介護サービスが提供され、QOLの高い在宅生活を実現する体制が前提となる。今後、団塊の世代が高齢化していく中、自宅が病室となり、道路が病院の廊下と同じようになるよう、地域における医療と介護の連携の仕組みの道筋を早急に付けることが求められる。

【地域における取組み】

これまでの「医療機関完結型医療」から「地域完結型医療・介護」の流れを作ることが必要である。

地域において、在宅医療と介護をシームレスに連携させる仕組みを面的に整備するためには、基礎自治体である市町村が、医療側と介護側の双方を調整することが必要であり、在宅医療において、市町村の積極的な関与の仕組みが必要である。具体的には、地域の医療・介護資源の把握及びその情報提供、さらに、健康寿命の延伸の観点から、健康増進・介護予防にも取り組むことが必要である。また、多職種チームが連携を進める手段として情報共有の基盤整備を行うことも考えられる。一方、都道府県は、市町村をまたがる関係者の調整等市町村に対する支援を適切に担う必要がある。

病院と同様に地域で安心して生活できる環境を構築するためには、ナース・コールのように24時間対応できる体制が必要であり、その意味でも、新設された定期巡回・随時対応型訪問介護・看護サービスが今後全国的に普及していくようにすべきである。その際、サービスの質を担保する仕組みも同時に検討する必要がある。

【質の高い人材の育成】

臓器別専門医だけでなく、総合的な診療能力を持つ医師の育成に重点的に取り組む必要がある。在宅医療を担うためには、患者や家族の希望に寄り添い、医師の意識が、患者の生活を支えるといった方向に向かうことが必要である。

介護職においても、医療に関する基礎的な知識など、専門性の向上が必要

である。

【家族に対する支援】

在宅生活を継続可能にするためには、家族による支援が必要な場合も多いが、現在の介護休業制度は、介護の長期的な方針を決めるためのもので、上限日数や取得要件が厳しく、取得率が低い。介護のために離職しなくても済むよう、柔軟な働き方を可能とするため、介護休業制度を含む両立支援制度を一層普及するとともに、介護や離職の実態等を把握し、結果に基づき、必要な対応を検討することも必要である。

また、家族介護の位置づけ、評価、支援の在り方などについて、国民的な議論を開始する時期に来ていると考える。

【厚労省の組織体制】

国において、医療と介護の連携を推進するためには、厚労省において連携推進室のようなプロジェクト・チームを設置することも検討すべきである。