

5 分野ごとの課題と方策

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進めていくには、分野ごとでも以下のような課題があり、それを解決するための方策としては、関係機関が以下のような取組を実施することが有効と考えられる。

(1) 医療

| 課 題 | 方 策 |
|---|--|
| 在宅医療に取り組む医師等の数を増やすため、在宅医療従事者の負担を軽減する必要がある。 | 地区医師会が、在宅療養支援診療所を活用しながら、医師のグループ化（主治医・副主治医制）や夜間・休日の連絡先（在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等）を確保する。 |
| 地区医師会に加入していない在宅医療提供医師とも連携体制を構築する必要がある。 | 市町村が、地区医師会と協調して、地区医師会に加入していない在宅医療提供医師の把握、これらの医師への情報提供・参加要請等を行い、地区医師会との連携を図る。 |
| 急性期から回復期、在宅へと移行するときに、病院側、在宅側の各職種でカンファレンスを行うことが必要であるが、かかりつけ医の参加が難しい。 | 地区医師会が、病院（有床診療所）と協議して、退院に向けた医療・介護連携シートの様式を定めるなどカンファレンスの効率化を図り、かかりつけ医の参加を促す。 |
| 在宅高齢者の病状増悪時に受け入れが可能なように、後方支援病床を確保する必要がある。 | 市町村及び地区医師会が、病院（有床診療所）と協議し、後方支援病床の確保を始めとしたバックアップ体制を構築する。 |
| かかりつけ医を持つ高齢者を増やすことが重要。 | 地域包括支援センター及び市町村は、地区医師会と連絡を取り合い、かかりつけ医の紹介を行う。また、かかりつけ医の必要性について住民に啓発を行う。 |

(2) 医療と介護の連携

| 課 題 | 方 策 |
|---|---|
| <p>関係職種の間で、お互いの顔が見える関係をつくとともに、関係者間で患者情報を共有することが重要。</p> | <p>地区医師会、市町村等が主導して、関係職種で研修会（事例検討会等）を開催する。</p> <p>地区医師会、市町村（地域包括支援センター）が主導して、患者情報の共有のために、ICTの導入を検討する。（前述「2」参照）</p> |
| <p>患者情報の共有に関する本人の同意の取り方や、事業者間における個人情報保護のあり方についてルール化する必要がある。</p> | <p>地区医師会、市町村等が、本人の同意を得るための統一した説明資料を作成する。また、個人情報保護のためのマニュアルも同時に整備する。</p> |
| <p>同一法人（グループ）が、医療・介護等を一体的に提供する場合には、利用者の囲い込みとならないよう注意する。</p> | <p>市町村、地区医師会が、法人と地域の関係機関との連携の場を確保する。</p> |

(3) 介護・予防・生活支援

| 課 題 | 方 策 |
|---|--|
| <p>福祉系のケアマネジャーが多い中、在宅高齢者がその有する能力に応じた日常生活を送ることができるよう、医療面も含め適切なケアプランを作成することが重要。</p> | <p>県が、ケアマネジャーの医療的知識の向上のための研修を実施する。</p> |
| <p>健康づくりや介護予防の取組に参加する高齢者を増やす必要がある。</p> | <p>市町村が、高齢者が介護予防等に参加しない理由を分析し、民間事業者を活用するなど魅力的なメニューを整える等の対応を図る。また、市町村（地域包括支援センター）は、あいち介護予防支援センターが養成した「あいち介護予防リーダー」を活用する。</p> <p>市町村が、自治会や地域の住民による介護予防教室の自主グループ化を図り、介護予防活動の機会の増加を図る。</p> |
| <p>セーフティネットの網にかかっていないが、支援や介護が必要な状態にある人を把握することが重要。</p> | <p>市町村が、民生委員等の協力を得て、健康診査未受診者の健康状況等を把握し、必要なサービス等につなげる。</p> |

| | |
|--|---|
| <p>高齢者がいきいきと暮らすことができるよう、やりがいの持てる場所づくりをすることが重要。</p> | <p>市町村が、NPOやシルバー人材センター等と協働して、高齢者自身の経験や技能を地域の社会資源として活用した取組を実施する。</p> |
| | <p>市町村が、健康づくり推進員、食生活改善推進員、認知症サポーターなどの養成講座に参加した高齢者を地域でボランティアとして活動できるよう支援する。</p> |
| <p>生活支援サービスを担うNPO・ボランティア等を育成・確保する必要がある。</p> | <p>市町村が、中間支援NPOに依頼し、NPOの立ち上げや経営に関する講座を開催する。</p> |
| | <p>市町村（NPO支援センター、地域包括支援センター）が、生活支援サービスを行うNPO等のネットワーク化を促進するための会議等を開催し、サービス提供にあたり必要なノウハウ等の提供を行う。</p> |
| <p>平常時から、高齢者の異変に気づき、必要な対応につなげる仕組みが必要である。</p> | <p>市町村が、地元の商店・コンビニエンスストア・郵便局・銀行等の民間事業者と協定を締結し、異変を感じた時にすぐに関係機関に情報提供される仕組みを整える。</p> |
| <p>介護うつや虐待につながらないよう、家族介護者の負担軽減を図ることが重要。</p> | <p>市町村が、家族介護者の会や社会福祉協議会等と協力して介護者教室や交流会等を開催する。</p> <p>地区医師会と市町村が、病院（有床診療所）と協議してレスパイト入院が可能な病床を確保する。また、市町村が、要介護者のショートステイの受け入れ可能な施設を確保する。</p> |

(4) 住まい

| 課 題 | 方 策 |
|---------------------------------|--|
| <p>低所得の要介護者向けの住宅を確保する必要がある。</p> | <p>県・市町村が、公営住宅の建て替えや改修の際、要介護者向け機能の付加を検討する。</p> |

(5) 認知症対策

| 課 題 | 方 策 |
|--|--|
| <p>認知症の高齢者が、身近な医療機関（診療所、一般病院（*））で医療を受けられるようにする必要がある。</p> | <p>オレンジプラン（認知症施策推進5か年計画）に沿って、県医師会、市町村と地区医師会、認知症疾患医療センターの支援により、かかりつけ医が認知症の早期発見や日常的な診療を行い、また身体疾患で入院が必要なときは一般病院が円滑に受け入れられる体制を確保する。</p> |
| <p>認知症ケアパスの作成や認知症初期集中支援チームの設置に当たり、ノウハウが不足している。</p> | <p>市町村（地域包括支援センター）が、国の調査研究の結果を参考にするとともに、地区医師会、認知症疾患医療センター、国立長寿医療研究センター等の助言を得る。</p> |
| <p>認知症の高齢者の徘徊への対応は、市町村単位では限界があるため、広域での対応が必要である。</p> | <p>県・市町村が、市町村の徘徊・見守りネットワークの拡大を図る。</p> |
| <p>介護うつや虐待につながらないよう、家族介護者の負担軽減を図ることが重要。</p> | <p>市町村が、家族介護者の会や社会福祉協議会等と協力して介護者教室や交流会、認知症カフェ等を開催する。また、地区医師会と市町村は、病院（有床診療所）と協議してレスパイト入院が可能な病床を確保する。さらに、医療従事者の認知症対応力を向上させ、家族に適切なアドバイスができるようにする。</p> |

* 一般病院…精神科病院でない病院を指す。