

4 医療と介護の連携の現状

高齢になると、継続的な医療とともに、日常生活を支える介護の両方が同時に必要となるケースが増加する。

現在、医療は医療機関、介護は介護事業所により、それぞれの制度のもとで提供されているが、医療・介護サービスの提供者が連携し、患者(利用者)に最適なサービスを一体的に提供することが必要である。また、介護度が重度になるほど、介護保険サービスの中でも訪問看護等医療系サービスの必要性が高まるなど、医療と介護の両サービスを適切に組み合わせたケアマネジメントが要求されてくる。

そこで、医療と介護の連携に係る現状及び課題、今後の対応策について検討する。

(1) 医療・介護従事者の状況（各職種間の理解の必要性）

- 在宅生活の開始や継続において、入院医療機関の担当医や地域のかかりつけ医といった医療従事者と在宅介護サービス提供者などの介護従事者との連携は、サービス利用者の生活を支えるために欠かせない要素である。
- しかしながら、医療従事者と福祉系資格保有者が多くを占める介護従事者とは、医療や福祉に関する専門知識・情報の保有量に多寡があること、また、それぞれの職種ごとに、教育を受けてきた環境や業務の指示系統等いわゆる「文化」が異なっていること、相互に理解する必要性の意識が低いことなどが連携を阻む要因となっている。
- 同一職種の中でも、保有資格によって基礎知識等に差異があり、例えば、介護サービス計画の作成等を担う介護支援専門員（ケアマネジャー）が保有している国家資格には、医師・歯科医師・看護師等の医療系資格や、社会福祉士・介護福祉士等の福祉系資格等、全部で 21 種があり、医療系資格保有者と福祉系資格保有者とは、医療機関との距離感等に差異が生じているものと考えられる。
- 本県の介護支援専門員実務研修受講試験の合格者は、平成 10 年に実施された第 1 回試験から、直近の第 15 回試験（平成 24 年）までで 27,979 人であるが、職種別（保有資格別）合格者数を見てみると、最も多い資格は、「介護福祉士」の 9,436 人（33.7%）、次いで、「看護師」の 6,813 人（24.4%）となっている。
- 次に、この 2 つの資格を持った合格者の数の変遷を時系列で見ると、介護福祉士は全体として増加傾向であるのに対し、看護師は減少傾向にある。その変遷は、図表 1 のとおりである。

図表1 介護支援専門員実務研修受講試験 職種別合格者数の変遷
(奇数回のみ、看護師・介護福祉士のみ抜粋)

単位：人

	第1回 (H10)	第3回 (H12)	第5回 (H14)	第7回 (H16)	第9回 (H18)	第11回 (H20)	第13回 (H22)	第15回 (H24)
看護師	1,401	760	448	510	226	127	120	138
介護 福祉士	212	337	402	621	734	876	915	817

資料出所：愛知県健康福祉部高齢福祉課「介護支援専門員実務研修受講試験 職種別合格者数」

- 今後、自宅で療養する高齢者が増加するに伴い、医療機関の医師と地域のケアマネジャーとの連携がよりいっそう重要となる中で、近年増加傾向にある福祉系ケアマネジャーの医療知識の充実は、喫緊の課題の一つと考えられる。
- また、在宅での療養生活を円滑に進めるためには、疾病の治療に直結する医療行為の提供にとどまらず、リハビリテーション、服薬管理、口腔ケア、栄養管理、衛生管理等、療養生活の維持や利用者のQOLの向上のために必要なサービスをコーディネートしていくことが不可欠となる。そのため、ケアプランの作成や見直しにあたっては、こうしたサービスを提供する多職種とケアマネジャーの連携も重要となる。
- 地域によっては訪問看護師等の助言を受けながら医療連携を図る努力をしているケースもあるが少数である。
- 今後、在宅療養のニーズがますます高まり、提供されるサービスが複雑化することが予想されるため、各職種間の理解を深め、連携の必要性の意識を高め、多職種全体が壁を越えて専門性を発揮できる関係づくりが課題となっている。

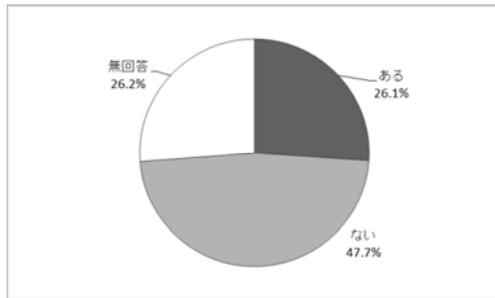
(2) 医療機関等に対する調査の結果

ア 診療所等

県が在宅療養支援病院及び診療所（歯科診療所を除く）に対して実施した調査の結果は以下のとおり。

(診療所等と他の病院・診療所の医師との連携)

- 他の病院・診療所の医師との連携について、困難と感じていることが「ある」と答えたところは、26.1%、「ない」と答えたところは、47.7%であった。



- 困難と感じていることの具体的な内容は、「時間がないこと」が最も多く、次いで、「在宅に対する理解がないこと」、「情報の共有が困難なこと」等が挙げられた。

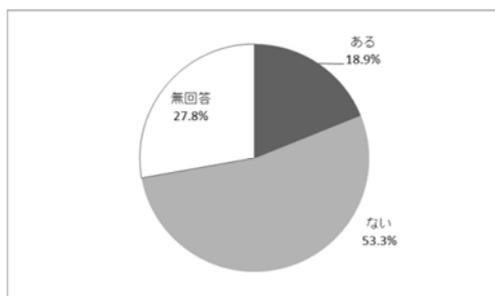
主な意見	件数
時間がないこと	63
緊急時の対応が円滑にいかないこと	45
治療方針・考え方が違うこと	41
情報の共有が困難なこと	40
普段から交流がないため	40
患者の取り合いになるため	18
在宅に対する理解がないこと	13
責任の所在が不明確なこと	8
資源(病床・スタッフ)が不足していること	6

- 一方、困難と感じていることが「ない」と答えたところが、うまく連携するために工夫していることの具体的な内容は、「日ごろから会議等に出席しコミュニケーションをとるようにしている」が最も多く、次いで、「正確・詳細な情報提供に努めている」、「病診連携室等を活用している」等が挙げられた。

主な意見	件数
日ごろから会議等に出席しコミュニケーションをとるようにしている	51
正確・詳細な情報提供に努めている	32
病診連携室等を活用している	14
定期的なカンファレンスを実施している	8
ケアマネ等に間に入ってもらう	8

(診療所等と訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等との連携)

- 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等との連携について、困難と感じていることが「ある」と答えたところは、18.9%、「ない」と答えたところは、53.3%であった。



- 困難と感じていることの具体的な内容は、「情報の共有ができていないこと」が最も多く、次いで「時間がとれないこと」、「事業所やスタッフの質に差があること」、「コミュニケーションが取れないこと（連絡、面識がないこと）」等が挙げられた。

主な意見	件数
情報の共有ができていない(情報が入ってこない)こと	46
時間がとれないこと	44
事業所やスタッフの質に差があること	35
コミュニケーションが取れない(連絡、面識がない)こと	34
ケアマネ等の医療知識が不足していること	24
夜間・休日に対応できる事業所が少ないこと	15
各職種で考え方が違い統一できないこと	9

- うまく連携するために工夫していることの具体的な内容は、「TEL・FAX・メールを活用している」が最も多く、次いで「積極的にコミュニケーションをとっている」、「相手を尊重している」等が挙げられた。

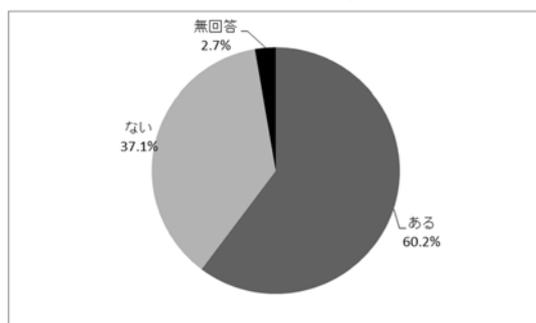
主な意見	件数
TEL・FAX・メールを活用している	43
積極的にコミュニケーションをとっている	27
相手を尊重している	12
正確・詳細な情報提供等に努めている	9
同一法人等の事業所を利用している	7
患者宅や事業所に直接出向いて会っている	5
その他(定期的な会議等の開催、連絡網の構築、連絡の時間帯の設定、情報の共有ツールの活用等)	31

イ 居宅介護支援事業所

県が居宅介護支援事業所に対して実施した調査の結果は以下のとおり。

(居宅介護支援事業所と主治医意見書を作成する医師との連携)

- 主治医意見書を作成する医師との連携について、困難なことが「ある」と答えたところは60.2%、「ない」と答えたところは37.1%であった。



- 困難と感じていることの具体的な内容は、「主治医が多忙であること」が最も多く、次いで「患者の在宅での生活状況や自立度の把握が難しいこと」、「主治医

意見書の作成に協力が得られない（作成の遅延、意見が少ない等）こと」が挙げられた。

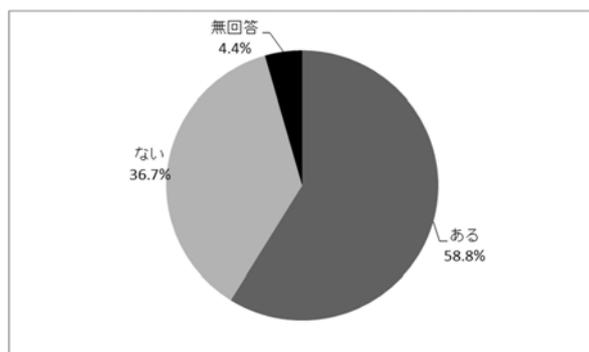
主な意見	件数
主治医が多忙であること	112
患者の在宅での生活状況や自立度の把握が難しいこと	80
主治医意見書の作成に協力が得られない(作成の遅延、意見が少ない等)こと	67
主治医の介護保険やケアマネの業務に対する理解・協力が不十分	30
大病院の医師との連携が困難なこと	29
個人情報の問題で、主治医意見書や診療情報の開示をしてもらえないこと	18
主治医が他の医療機関・診療科での診療状況の把握が難しいこと	17
主治医と円滑なコミュニケーションが取れないこと	11

- うまく連携するために工夫していることの内容は、「診察に同行したり、往診に立ち会う等、顔の見える関係を作っておいて、必要な時に相談している」が最も多く、次いで「照会の仕方を工夫し、回答してもらいやすい方法で照会をしている」、「医師に意見書を書いてもらう前に、ケアマネや家族から利用者の状況の報告や、依頼をしておく」等が挙げられた。

主な意見	件数
診察に同行したり、往診に立ち会う等、顔の見える関係を作っておいて、必要な時に相談している	89
照会の仕方を工夫し、回答してもらいやすい方法で照会をしている	36
医師に意見書等を書いてもらう前に、ケアマネや家族から利用者の状況の報告や、依頼をしておく	33
ケアマネや家族から、医師に対して随時情報提供・相談をしている	32
自治体・医師会・居宅部会等が作成しているFAX送信表等の連携ツールを活用している	16
MSWや看護主任等に相談・情報提供をしたり、医師につないでもらっている	14
利用者本人や家族に診察時に相談してもらっている	10
診療時間を避けて連絡を取る等、連絡を取る時間を配慮している	5
希望する連絡方法を直接医師等に確認する	4
医師と介護従事者の連携交流会へ参加している	3

（居宅介護支援事業所と地域の病院・診療所の医師との連携）

- 地域の病院・診療所の医師との連携について、困難なことが「ある」と答えたところは58.8%、「ない」と答えたところは36.7%であった。



- 困難と感じていることの具体的な内容は、「医師が多忙であること」が最も多く、次いで「大病院との医師との連携が困難なこと」、「医師から助言や回答等の協力が得られにくいこと」等が挙げられた。

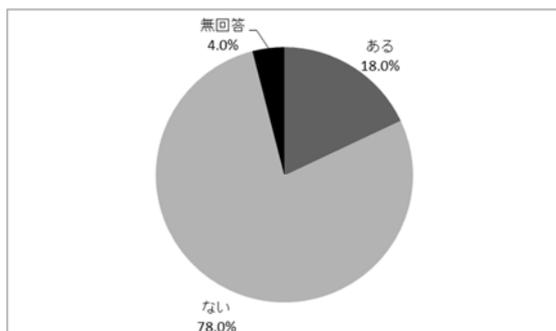
主な意見	件数
医師が多忙であること	103
大病院の医師との連携が困難なこと	37
医師から助言や回答等の協力が得られにくいこと	34
医師や医療機関の担当者の介護保険やケアマネの業務に対する理解・協力が得られにくいこと	29
医師による患者の生活状況についての実態把握が難しいこと	18
医療機関側から介護側への連携の働きかけが少ないこと	15
医師が介護サービスを一方的に方針決定するケースがあること	13
訪問診療・往診を引き受けてくれる医師が少ない(特に緊急時)こと	12
サービス担当者会議に参加してもらうことが困難なこと	11
患者の診療情報を得ることができないこと	10
コミュニケーションを取りやすい雰囲気でないこと	9
専門外の診療科目や認知症等の状況の把握が難しいこと	8
医師と家族との間の調整が困難なこと	7
退院時や紹介時など、次の病院・診療所・在宅医への連携が難しいこと	7

- うまく連携するために工夫していることの具体的な内容は、「診察に同行したり、往診に立ち会う等、顔の見える関係を作っている」が最も多く、次いで「随時FAX、電話等で情報提供・相談をしている」、「病院の看護師やMSW等を通じて医師との連携を図っている」等が挙げられた。

主な意見	件数
診察に同行したり、往診に立ち会う等、顔の見える関係を作っている	52
随時FAX、電話等で情報提供・相談をしている	35
病院の看護師やMSW等を通じて医師との連携を図っている	32
主治医連絡表等の連携ツールを活用している	14
できるだけ回答してもらいやすい方法で照会をしている	11
診療時間を避けて連絡を取る等、連絡を取る時間を配慮している	10
医師の都合が良い時を見計らって直接情報提供・相談している	10
医師やその他職種が集まる情報交換の場に参加している	6
医師の立場を配慮した連携方法を探っている	5
訪問看護サービスを取り入れ、医療機関との連携の協力をしてもらっている	4

(居宅介護支援事業所と訪問看護ステーションとの連携)

- 訪問看護ステーションとの連携について、困難なことが「ある」と答えたところは18.0%、「ない」と答えたところは78.0%であった。



- 困難と感じていることの内容は、「指導的な態度や言動が多く、対等な立場での相談が行いにくいこと」が最も多く、次いで「事業者が多忙等により、利用者が希望する時間帯が合わないこと」等が挙げられた。

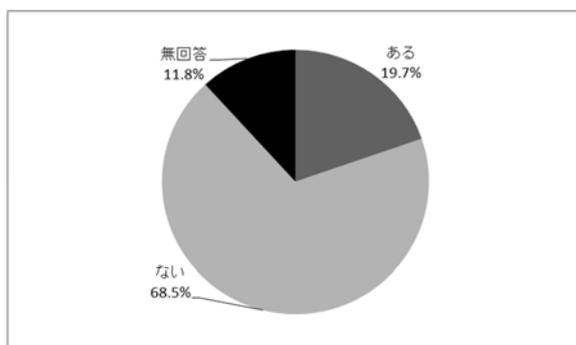
主な意見	件数
指導的な態度や言動が多く、対等な立場での相談が行いにくいこと	24
事業者が多忙等により、利用者が希望する時間帯が合わないこと	18
医師とのやりとりが多く、ケアマネジャーに対しての報告は少ないこと	10
休祝日、夜間、時間外に対応してくれる事業所が少ないこと	10
担当者が多忙等により連絡が取りにくいこと	9
医療の専門用語や処置の方法などの理解が困難なこと	6
緊急時に連絡が取れない、間に合わないこと	6
訪問看護事業所の数が少ないこと	6
医療系でない事業所(ヘルパーステーション等)と連携が図られていないこと	6
医療保険の訪問看護サービスの内容等が把握できないこと	5

- うまく連携するために工夫していることの内容は、「情報交換、連絡を密に行うようにしている」が最も多く、次いで「契約時や訪問看護師の訪問時に立ち会って状態把握をしている」、「わからないことは聞く、相談している」等が挙げられた。

主な意見	件数
情報交換、連絡を密に行うようにしている	220
契約時や訪問看護師の訪問時に立ち会って状態把握をしている	52
わからないことは聞く、相談している	12
連携の取りやすい事業所を選んでいる	8
サービス担当者会議に参加してもらっている	4
訪問看護師に他のサービスの状況を報告している	4
顔見知りになっておくこと	4
訪問看護師が必要とする情報を速やかに伝える	3
24時間連絡体制・緊急連絡体制を取っておくこと	3
携帯電話の番号を交換している	3
訪問看護師が必要とする情報を速やかに伝える	3
24時間連絡体制・緊急連絡体制を取っておくこと	3

(居宅介護支援事業所と他の機関との連携)

- 他の機関との連携について、困難なことが「ある」と答えたところは19.7%、「ない」と答えたところは68.5%であった。



- 困難と感じていることの具体的な内容を機関別にまとめると下の表のとおりであった。

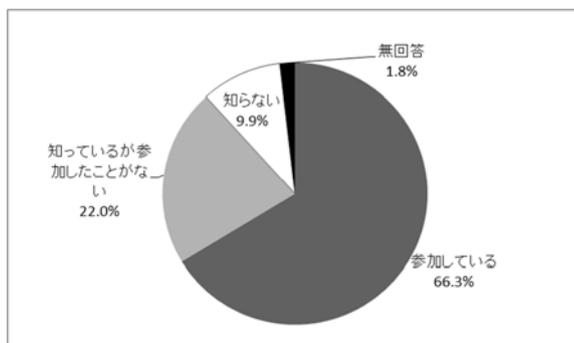
主な機関	主な意見
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・相談しても適切な助言がもらえないこと ・担当者によって対応が違うこと ・困難事例について十分に情報提供がなされないこと 等
行政	<ul style="list-style-type: none"> ・相談しても適切な助言がもらえないこと ・担当者によって対応が違うこと ・担当が数年で代わってしまうこと 等
訪問介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口になる人(サービス担当責任者)と担当者(ヘルパー)が異なるため、情報が共有できていないことがあること ・困難なことは何でもケアマネジャーに解決を求められること 等
通所リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口と現場の担当が異なるため、情報共有ができていない ・PTは医療系であるため、介護のことに熟知しておらず、リハビリ内容が異なる 等

- うまく連携するために工夫していることの具体的な内容を機関別にまとめると次の表のとおりであった。

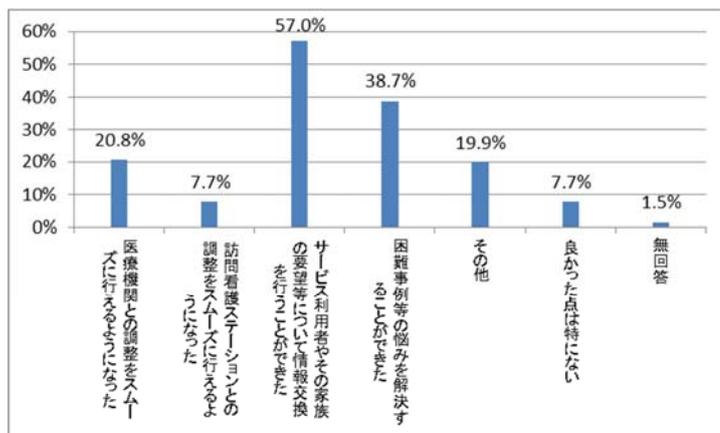
主な機関	主な意見
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・こまめに報告や相談をしている ・定期的に訪問したり、研修会に参加するなど、顔の見える関係づくりに努めている ・困難事例の相談は早めに行っている 等
行政	<ul style="list-style-type: none"> ・こまめに電話をしている ・窓口を訪問している 等
訪問介護ステーション 通所介護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・こまめに連絡を取っている ・月1回の訪問の際に情報交換している ・地域包括支援センターが開催する勉強会に参加し、顔見知りになっている 等
訪問リハビリステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供時に同席して情報交換をしている ・毎月計画書をもったり、利用者の細かい情報についても提供してもらっている ・利用者の精神面や家族のことなどの情報を共有している 等

(居宅介護支援事業所の地域ケア会議への参加状況)

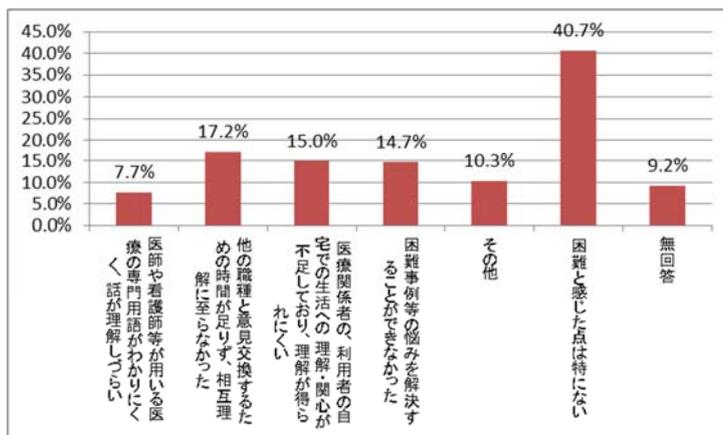
- 地域包括支援センター等が開催する地域ケア会議への参加状況については、「参加している」が66.3%、「知っているが参加したことがない」が22.0%、「知らない」が9.9%であった。



- 地域ケア会議に参加して良かったことについて尋ねたところ、「サービス利用者やその家族の要望等について情報交換を行うことができた」が最も多く、次いで「困難事例等の悩みを解決することができた」であった。



- 良かったことの「その他」の意見としては、「勉強になった」、「他の機関・職種と横のつながり・交流ができた」、「地域の資源・課題などの情報を得ることができた」などであった。
- 地域ケア会議に参加していて、困難と感じた点について尋ねたところ、「困難と感じた点は特にない」が最も多く、次いで「他の職種と意見交換するための時間が足りず、相互理解に至らなかった」であった。



(医療系居宅サービス利用者の傷病等)

- 医療系居宅サービスを利用している利用者の傷病は、「認知症」が最も多く、次いで「脳血管疾患の後遺症」、「糖尿病」の順であった。(重複可)

脳血管疾患(脳卒中)(後遺症除く)	1785
脳血管疾患(脳卒中)の後遺症	7835
心疾患(心臓病)	2852
悪性新生物(がん)	1665
呼吸器疾患	1389
関節疾患	2821
難病(パーキンソン症候群を除く)	1059
パーキンソン症候群	1194
精神疾患(認知症を除く)	1051
認知症	8049
後天性免疫不全症候群(AIDS)	88
糖尿病	2961
視覚・聴覚障害	960
骨折・転倒(大腿頸部骨折を除く)	2223
大腿頸部骨折	1653
脊髄損傷	397
高齢による衰弱	1714
重症心身障害	157
その他	1669
傷病名が不明	134

(医療と介護の連携の課題等)

- 以上の結果から、医療機関同士の連携や介護機関同士の連携、あるいは医療側から介護側に対する連携よりも、介護側から医療側に対して連携を働き掛ける際に困難と感じる割合が高いことがうかがわれる。
- また、連携を進めるうえで、地域ケア会議の開催が有効であると考えられる。
- 利用者の傷病の状況からは、認知症への対応が重要になってくることがうかがえる。

5 課 題

(1) 住民への啓発

- 県政世論調査では、「自宅で介護を受けたい」と希望する方の割合が最も高かったが、一方で現実には「介護保険施設で介護を受けることになる」と思う方の割合が最も高かった。また、その理由として「介護する家族の負担が大きいため」と答えた方の割合が最も高かった。

これは、医療・介護が必要となった場合、自宅でも療養可能であるということがこれまで十分に示されてこなかったという現状があると考えられる。

- 医療・介護が必要となっても、少しの手助けがあれば地域で暮らし続けることのできる方は多く、また、一人暮らしやねたきりの高齢者であっても適切なサービスを利用しながら、自宅で療養生活を送るという選択肢があるということを啓発していく必要がある。
- 在宅で最期まで過ごしたいという本人の希望を尊重できるよう、家族への啓発も重要である。
- 住民に今後の高齢化の状況や地域の問題点等についてよく知ってもらい、地域包括ケアシステムの中で住民が役割を担うようにしていくことが極めて重要である。
- さらに、医師への啓発（在宅での医療の提供や看取りの実施は、24時間対応体制の訪問看護と連携すれば決してハードルの高いものではないこと）も必要と考えられる。

(2) 在宅医療の充実

- 在宅医療提供体制の充実に当たっては、在宅医療実施機関の確保が重要である。県において、在宅チーム医療を担う人材の育成や在宅医療連携拠点事業を引き続き進めるとともに、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションを充実する方策について、従事者の確保を含め検討を進めていく必要がある。
- 緊急時に連絡できる体制の確保や緊急時に入院できる体制の確保などが課題となっている。例えば、行政あるいは地区の関係団体の協力のもと、特に人材の確保が困難な夜間・休日等の診療体制確保に向け、バックアップする病院を含めて、複数の診療所などが相互に支援する体制を強化するなど、実施機関のみに過度な負担がかかることを可能な限り回避する方法を地域において検討することが重要である。
- 在宅医療に取り組む意思はあるが、責任に対する負担から実施に至っていない多くの小規模な医療機関の参画が増えることで、在宅医療に取り組む機関の増加が期待される。
- また、良質な在宅生活を確保するには、QOLの向上を目指したりハビリテー

ションの充実が必要である。

(3) 人材の育成

- 連携にあたっては、関係する各職種がお互いに理解し合うために、それぞれ知識を深めることが必要である。
- 特に、利用者ごとに適切な在宅医療・介護サービスをコーディネートする役割を持つケアマネジャーは、保有資格が医療系であるか福祉系であるかにかかわらず、医療・介護の双方の専門知識や医療依存度の高いケースにおけるケアマネジメントの技術などを備えることが必要であり、その育成は急務となっている。
- そのための対応策としては、大学や医師会等の協力のもと、ケアマネジャーを対象とした医療知識向上のための研修会や、医師や看護師との事例相談会の開催等、より実践的な医療知識の強化を図る場を開催することが有効であると考えられる。
- ケアマネジャーのみならず、その他の職種に対しても、必要な知識を習得できる場の提供が必要である。そのためには、関係団体が中心となり、各職種ごとに研修会等を実施し、同職種内での連携強化や先進事例に関する情報交換が行われるとともに、様々な職種が集った実務的な勉強会が開催されることも必要である。
- また、お互いに知識の向上を図るとともに、福祉系職員が医療系職員に、医療系職員が福祉系職員に相談できる体制をつくることも重要である。
- 保健師は福祉と医療をつなぐことができ、行政についても理解できる立場にあるため、その活用が有効である。
- 医療機関や介護関係者のみならず、市町村や地域包括支援センター職員が必要な知識を備え、地域の各専門職種間の連携を支援できる人材となることが必要である。

(4) 各職種・各機関の関係の強化

- 各職種・各機関が連携するためには、お互いに顔の見える関係をつくり、相互に理解を深める場が必要である。こうした場が、各地域ごとにあることが望ましく、関係団体の協力のもと、多職種連携強化のための会議やワークショップなどが開催されることが重要である。
- 地域によっては、「多職種連携研修会」、「訪問看護管理者研修会」、「介護職員研修会」、「褥瘡事例研修会」といった、事例検討等を通じて多職種が課題の共有や情報の交換を行う取組も実施されており、各地域でこうした取組が進められることが必要である。その際には、いわゆる座学ではなく、体験型の研修が望ましく、ファシリテーター役が重要となる。
- 市町村又は地域包括支援センターで開催される地域ケア会議は、ケアマネ

ジャーの資質向上や、医療との連携、支援困難事例への対応などに有効であることから、一定のレベルの会議が、全ての市町村で開催されることも必要である。

- 多職種連携の会議を開催するにあたっては、必要に応じて、NPO法人等のインフォーマルサービスや、老人クラブ等の地域組織とも連携を図ることが重要である。
- さらに、行政と医師会がそれぞれの役割を踏まえながら連携を強化することが必要である。

(5) 情報の共有

- 各種サービスの担い手が一体的にサービスを提供できるようにするためには、利用者に関する情報を共有し、利用者の病態に対する迅速な対応や、サービスの質の向上を図ることが可能となる方法が必要と考えられる。
- また、地域において多職種によって具体的な「事例」を検討することにより、適切な支援の方法などの認識を同じくすることができ、連携が進むと考えられる。
- 連携にあたっては、地域の資源の情報（どこに何が存在しているか、利用可能かなど）を共有することも必要となってくる。
- 各種サービスの提供者が情報を共有し、連携を進めるためにはその中心となる機関が必要である。
- 中心的機関は、地域の実情に応じて、各種サービスを円滑に提供するためのコーディネート機能を有することのできる機関を選定し、その機関にさまざまな情報が集約するような仕組みを作ることが必要であると考えられる。これには、さまざまな形態が考えられるため、今後、先進事例の検討等により、より良い情報共有等のあり方を模索していく必要がある。

第3章 今後の方向

- 今後は、医療と介護の連携の中心を担う者・機関のあり方など対応策を引き続き検討するとともに、以下の課題について整理し、本県の地域包括ケアシステムのあり方について、平成25年度中に提言をまとめる。

- **予 防**

高齢者ができるだけ医療・介護が必要な状態にならないよう、健康寿命を延ばすという観点から、元気なうちから積極的に健康づくりに取り組むことが重要である。さらに、介護予防は軽度者のみならず重度者にも有効であるとの視点から、すべての高齢者に対して提供されることが必要である。

- **生活支援**

生活支援サービスは、見守り、緊急通報、食事、移動支援、社会参加の機会提供、電球交換、ごみ捨て、草むしりなど高齢者の日常生活における困難を解決するための幅の広いサービスである。少しの手助けがあれば地域で暮らし続けることのできる高齢者も数多く存在することから、これらのサービスの充実と、それぞれのサービスを繋いでいくことが重要である。

- **住まい**

地域の中で個人が尊厳ある生活を送るためには、必要な住まいが確保されていることが前提となる。このため、高齢化の進展や要介護高齢者の増加を踏まえた住宅の量の確保・提供が必要である。その際には質の確保も重要となってくる。また、施設においては、在宅復帰支援の機能の強化や個室・ユニット化の促進とともに、地域に開かれた存在であることが求められる。

- **認知症対策等**

前述の、医療機関等に対するアンケート調査の結果では、在宅医療の対象者および医療系の居宅サービスの対象者は認知症の高齢者が最も数が多く、今後さらに増加が見込まれることから、認知症対策が重要な課題となってくる。また、県政世論調査の結果から、レスパイトや相談体制の充実など家族介護者の負担軽減・支援も必要である。

○ 今回の提言において一定の結論を得るのは難しいと考えられるが、以下の点も今後の大きな検討課題である。

- ・ 一つは、現在、約8割の住民が医療機関で最期を迎えているが、高齢者が急増していく中、どこで看取りを行っていくか、である。この問題については、住民を始め、医療関係者、福祉関係者等で幅広く議論し、方向性を打ち出していく必要がある。
- ・ 二つには、難病患者、重症心身障害児者、精神障害者等の在宅ケアである。今回、高齢者を対象に地域包括ケアシステムの構築を目指しているが、高齢者以外の方についても、このシステムの中で、良質な在宅生活ができるようにしていくべきである。

○ すべての高齢者が地域で安心して暮らしていくことができるよう、提言を踏まえて、各地域で地域包括ケアシステムが構築されることが望まれる。

このため、県において、全市町村への普及が図られるよう、以下のとおり積極的に支援していくことが必要である。

<地域包括ケア推進の全体のスケジュール>

24年度	25年度	26年度	27・28年度	29年度	30～32年度	37年度
団塊世代 65歳に到達				70歳に到達		⇒ 団塊の世代が75歳に到達
懇談会設置	→	モデル事業の実施		評価	県内全市町村へ普及	
調査・研究を行い課題整理	課題への対応を検討し愛知モデル構築に向け提言					
第5期高齢者健康福祉計画			第6期		第7期	
第7次	第8次地域保健医療計画				第9次	