

第10回千葉県脳卒中等連携の会

『地域包括ケアシステムの深化 にかかわるの医療介護連携』

～OODからQODへ～

日本慢性期医療協会 副会長

福井県医師会 副会長

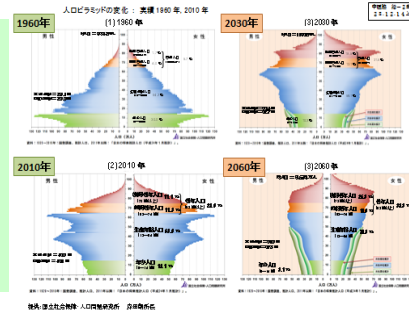
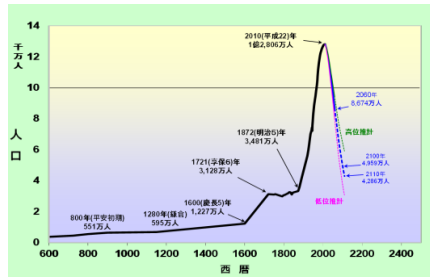
医療法人池慶会 池端病院 理事長

池端幸彦

平成30年度診療報酬改定の背景

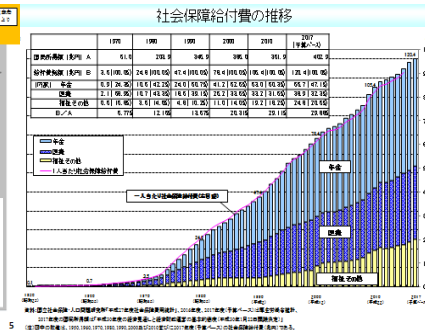
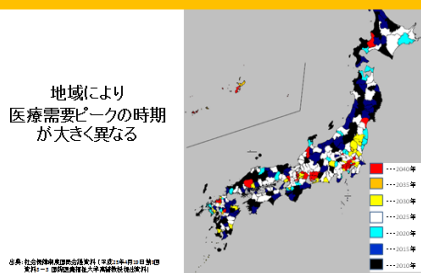
急激な社会環境の変化

■歴史上も特異な人口激変 ■マクロの急速な少子高齢化



■地域差を伴う高齢化の進展 ■伸び続ける社会保障費

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク



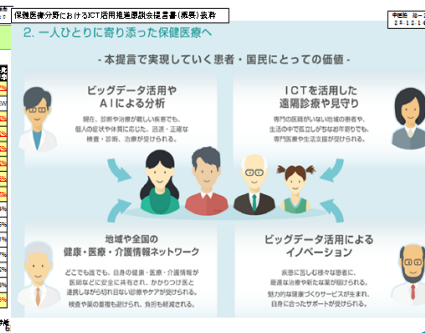
技術革新と持続可能性の調和

■高額技術の台頭

■ICT、ビッグデータへの期待、

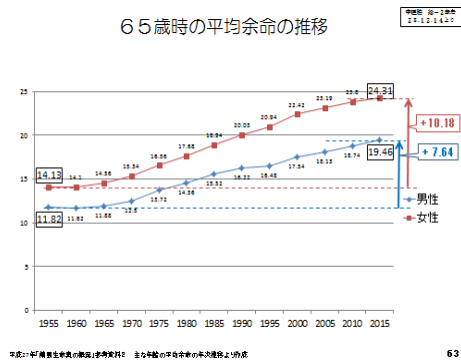
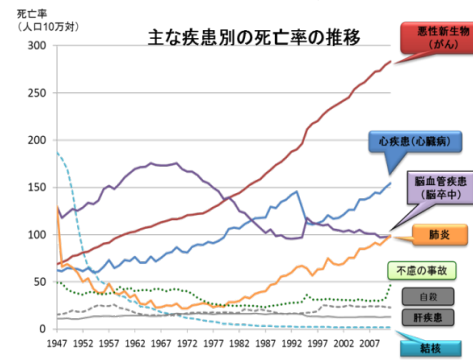
世界売上上位15品目(2001年・2014年)

品目名	2001年	2014年
1. プリンター	1,000億円	1,000億円
2. 複写機	800億円	800億円
3. 事務用PC	700億円	700億円
4. 事務用プリンター	600億円	600億円
5. 事務用複写機	500億円	500億円
6. 事務用複写機	400億円	400億円
7. 事務用複写機	300億円	300億円
8. 事務用複写機	200億円	200億円
9. 事務用複写機	100億円	100億円
10. 事務用複写機	100億円	100億円
11. 事務用複写機	100億円	100億円
12. 事務用複写機	100億円	100億円
13. 事務用複写機	100億円	100億円
14. 事務用複写機	100億円	100億円
15. 事務用複写機	100億円	100億円

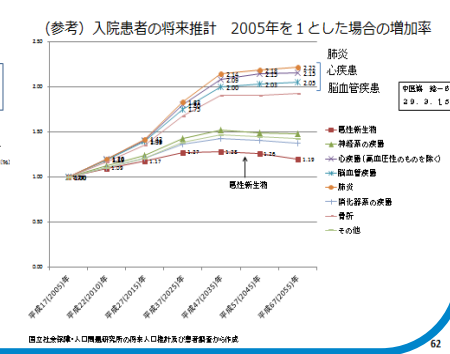
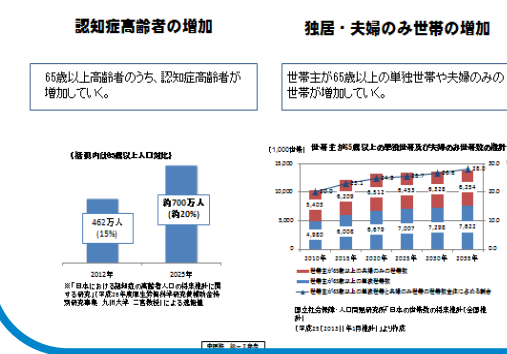


ケアニーズの変化

■感染症から生活習慣病へ ■高齢者自身の変化



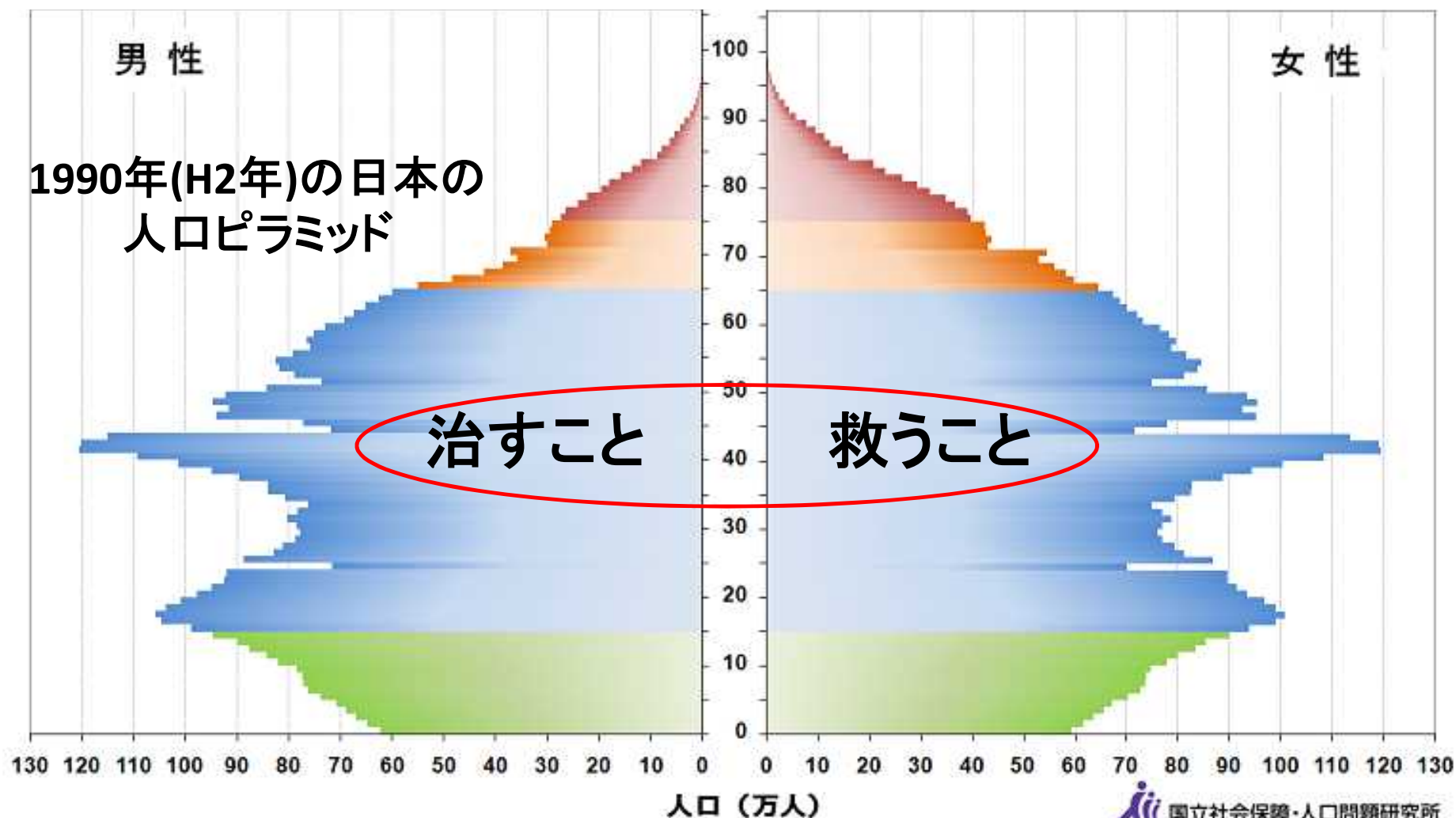
■住まい方の変化・認知症の増加 ■将来的な医療需要の変化



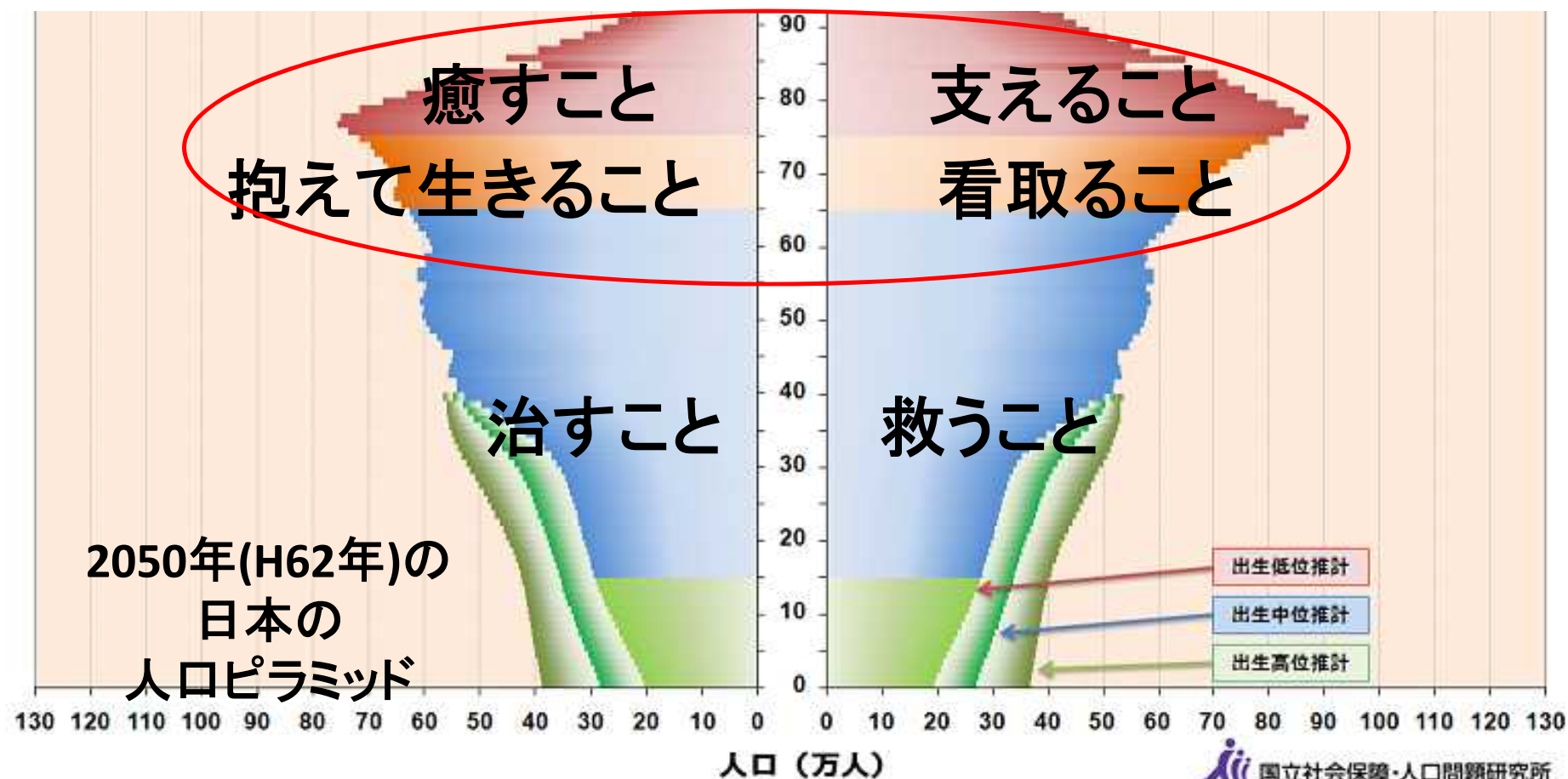
求められる対応

団塊の世代が75歳以上となる**2025年とそれ以降**の**社会・経済の変化**や**技術革新への対応**に向けて、平成30年度診療報酬改定により、質が高く効率的な**医療提供体制の整備**とともに、**新しいニーズにも対応できる質の高い医療の実現**を目指す。

多くの病気が治せた時代



多くの病気を治せなくなる時代

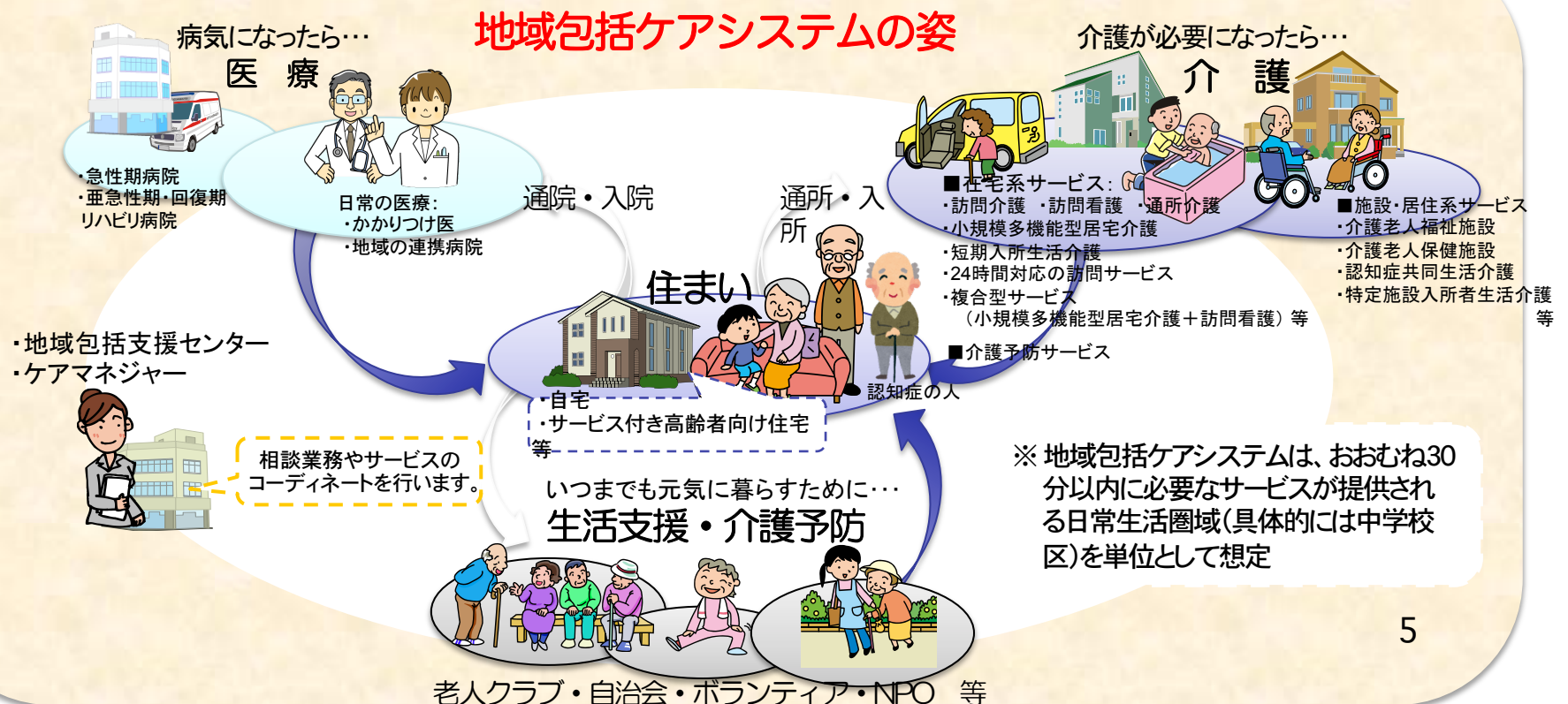


資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基**づき、**地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



地域包括ケアシステム

QOD

本人・家族の覚悟

介護・リハビリ
医療・看護
保健・予防
福祉・生活支援

ケアマネ
ジャー・地域包
括支援センター

ニーズと需要に応じた住まいと住まい方

住まいの定義は？

- ・ 自宅、有料老人ホーム
- ・ サ高住、GH等
- ・ 特養、他

第4期地域包括ケア研究会報告より

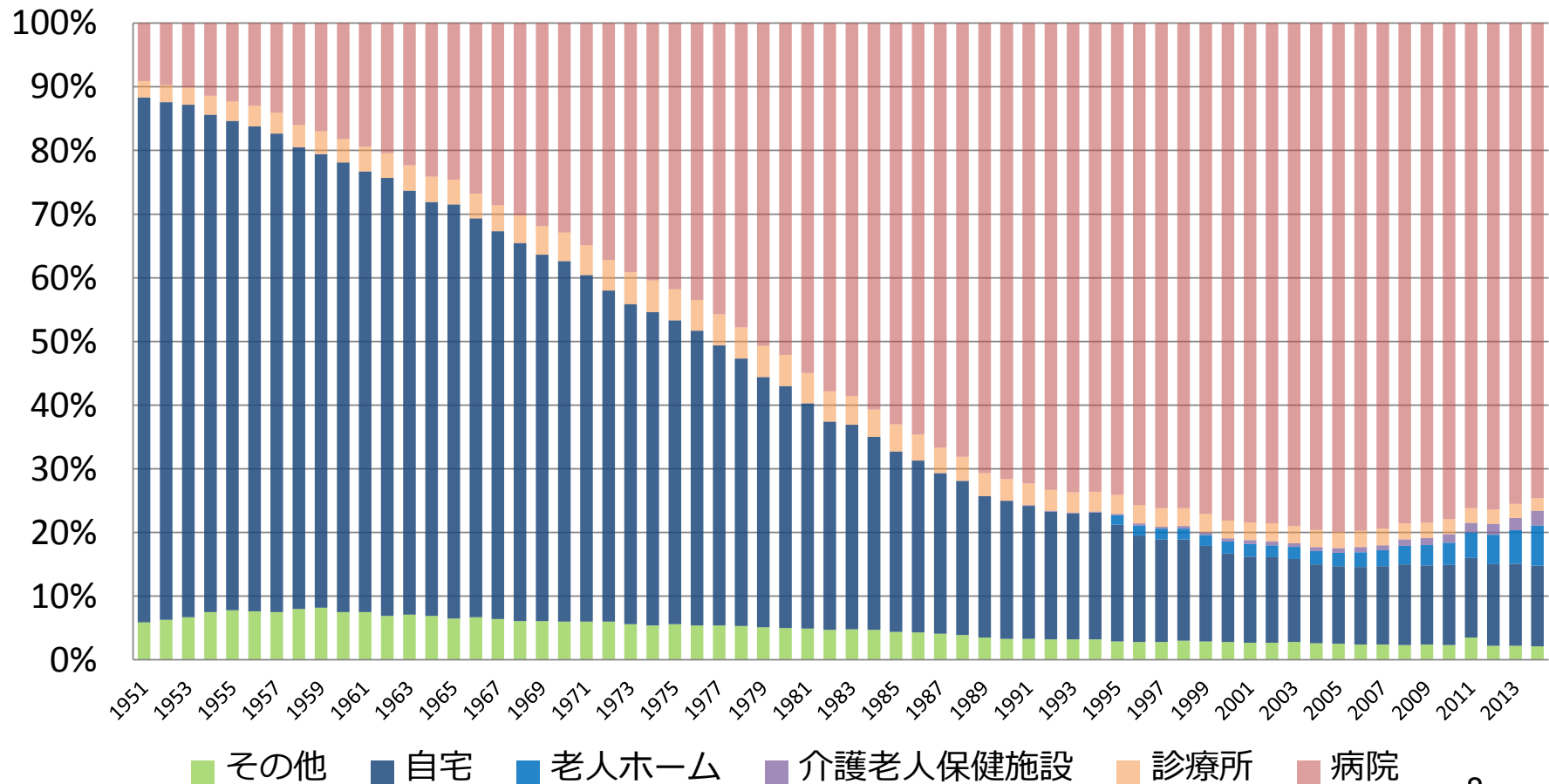


—— 地域マネジメントに基づく〈ケア付きコミュニティ〉の構築 ——

死亡の場所（年次推移）

- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



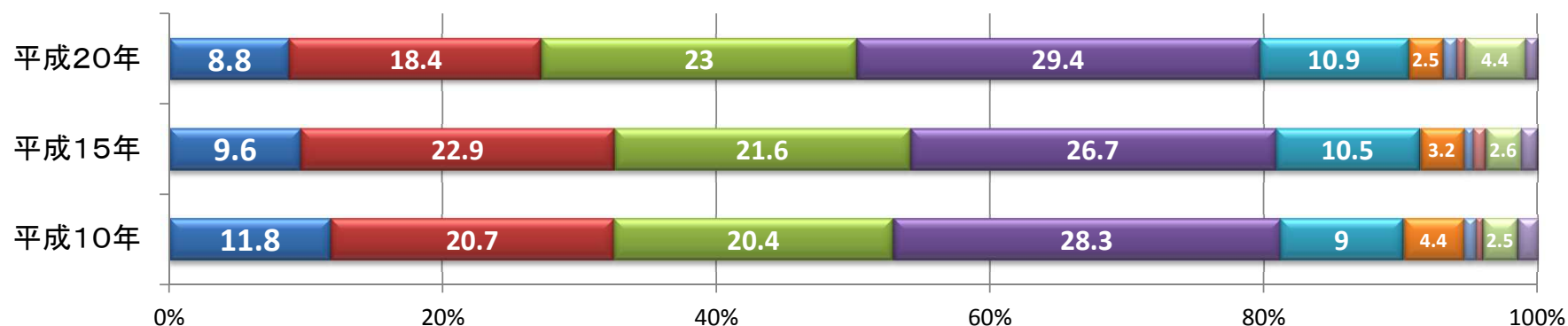
出典：平成27年人口動態調査

国民の意識① 終末期の療養場所について

意見交換 資料－２ 参考 1
2 9 . 3 . 2 2 改

- 終末期の療養場所について、「自宅で最期まで療養したい」との回答は約 1 割で、「自宅で療養して必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」を加えた何らかの形で自宅での療養の希望は約 6 割。
- 一方で、医療機関等との組み合わせも含めて、希望は様々である。

■終末期の療養場所に関する希望



- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 老人ホームに入所したい
- 分からない
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療が受けたい
- その他
- 無回答

在宅ケアの基本条件

1. 不安なときはいつでも相談できて、必要なとき必要なだけの医療を提供できる医師がいてくれること
2. いつでも、必要なとき、必要な期間、入院できるベッドがあること

今後の死に場所は？

在宅限界を高める
努力を！！

ときどき入院、
ほぼ在宅

「人生の最終段階における医療」 の決定プロセスに関するガイドライン」 をご存知ですか？

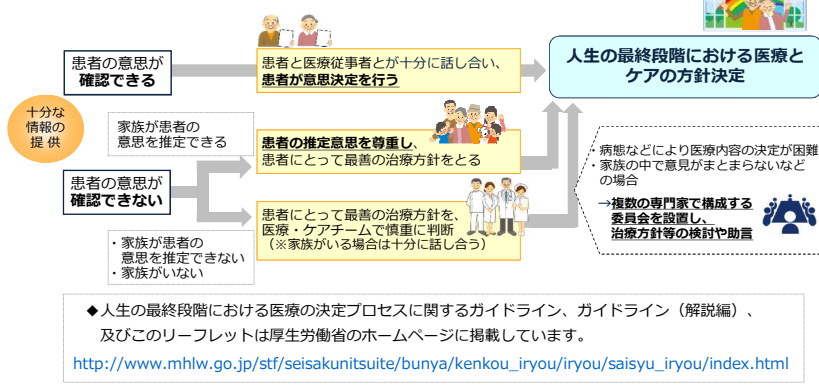
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」とは？

人生の最終段階を迎えた患者や家族と、医師をはじめとする医療従事者が、患者にとって最善の医療とケアを作り上げるためのプロセスを示すガイドラインです。

▶人生の最終段階における医療とケアのあり方

- ① 医師など医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 「人生の最終段階における医療」における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止などは、多専門職種医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り痛みやその他の不快な症状を十分に緩和し、患者や家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療とケアを行うことが必要である。

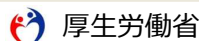
▶人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス



「人生の最終段階における医療」の表記について

厚生労働省では、従来「終末期医療」と表記していたものについて、広報などで可能なものから、「人生の最終段階における医療」と表記します。これは、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方によるものです。

「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」
に変わります



厚生労働省

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

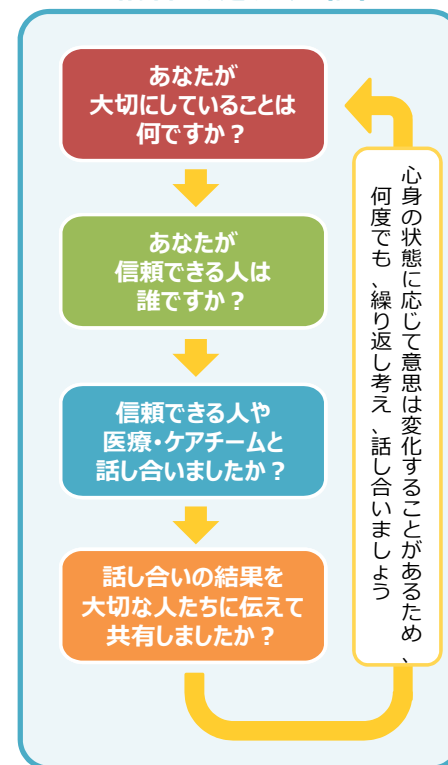
誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。



話し合いの進めかた（例）



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を
「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。
あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（第2版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人、家族等※が意思決定に関与することとなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを踏まえて進めること。

人生会議

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと

主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

STEP1

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、本人の意思決定が基本

STEP2

本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針をとる

STEP3

本人にとって最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断

STEP4

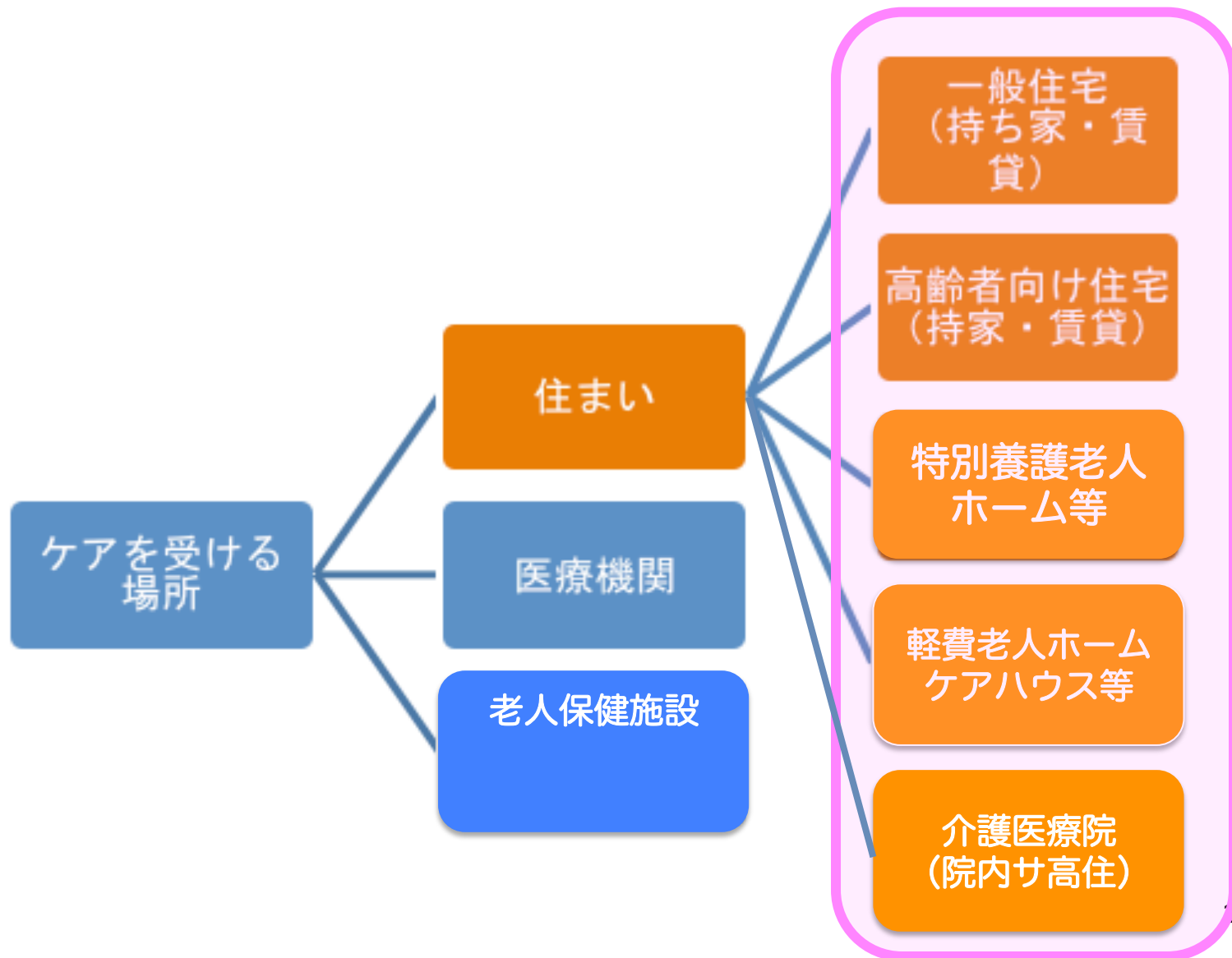
人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
 - ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

STEP5

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

「“支援・サービス”を受ける場所」と「住まい」



健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤大臣提出資料(一部改変)

○ **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。

○ 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

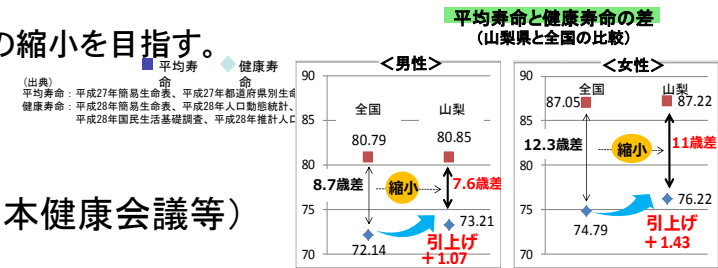
①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

②地域間の格差の解消

・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年の延伸**。



① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
次世代の健やかな生活習慣形成等 健やか親子施策	- すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的支援 - リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立 - 保育に関わる関係機関の連携体制の構築	- 成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	- 個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり - インセンティブ改革、健康経営の推進 - 健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議等)	- 個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 - 所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	- 介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用 - 実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等 地域交流の促進	- 身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所

基盤整備

見える化

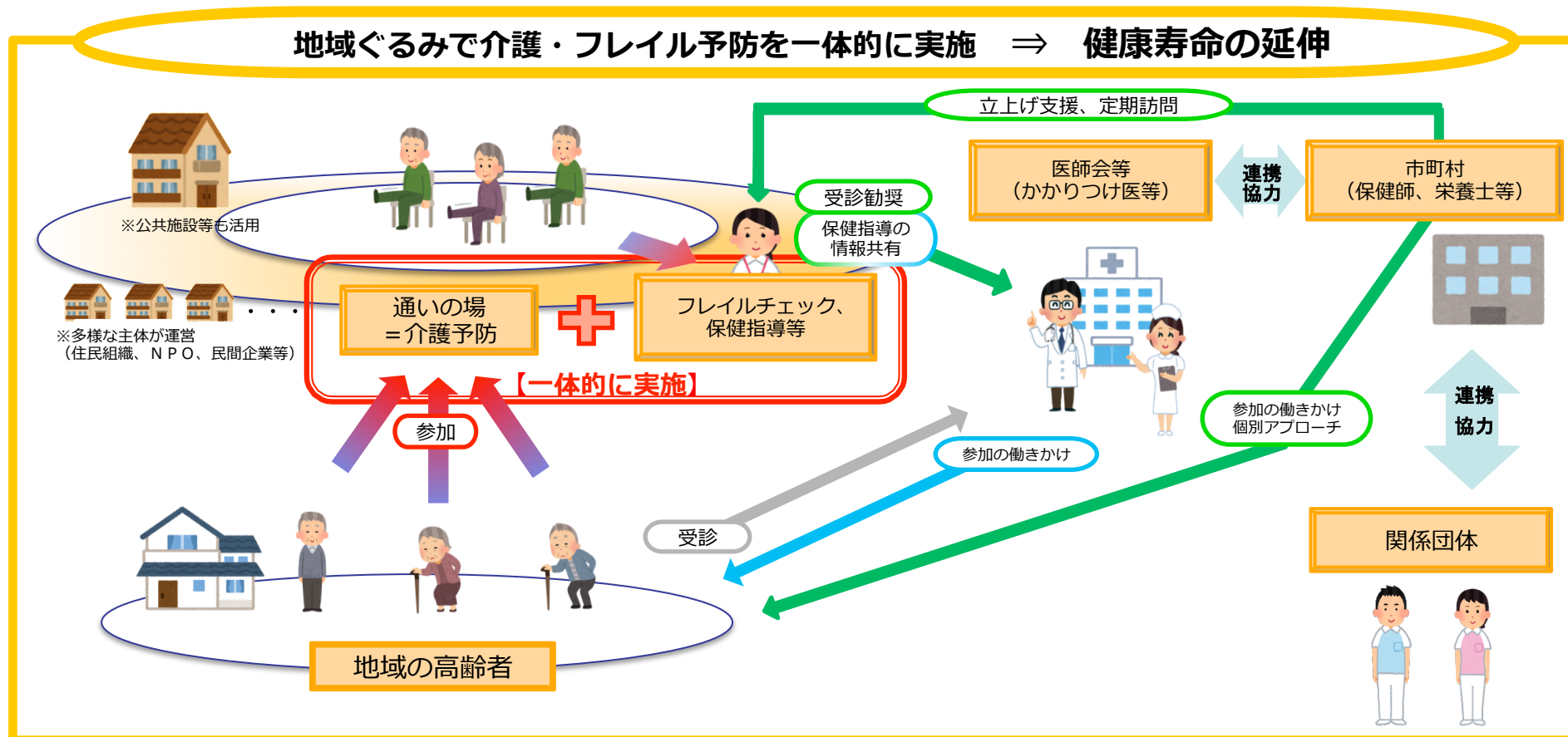
データヘルス

研究開発

社会全体での取組み

予防・健康づくりの推進(医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施)②

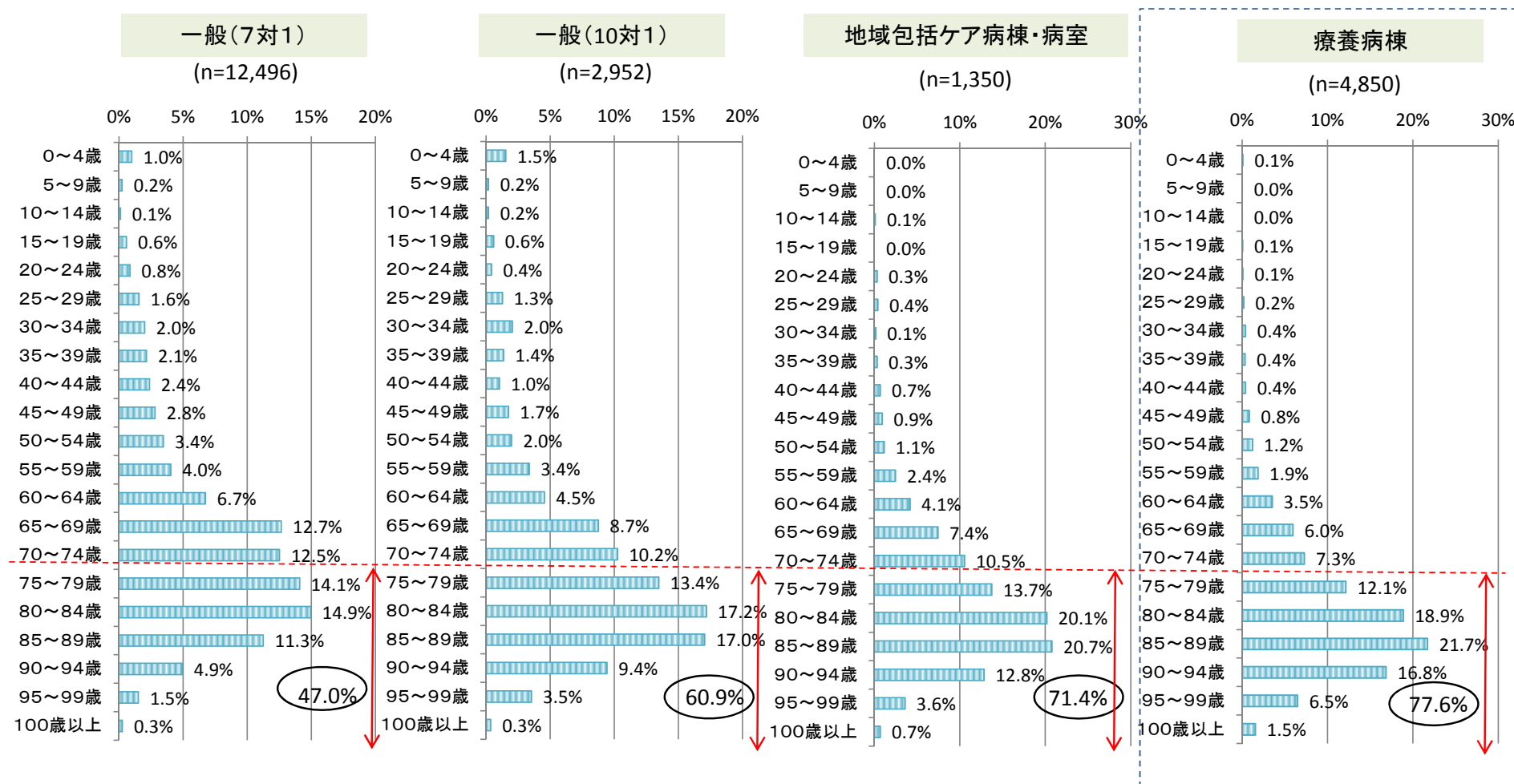
- 高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。



入院患者の年齢階級別分布

診調組 入-1
29.6.7

○ 療養病棟入院患者の年齢分布をみると、75歳以上の占める割合は全体の77.6%であり、他の区分より多い。

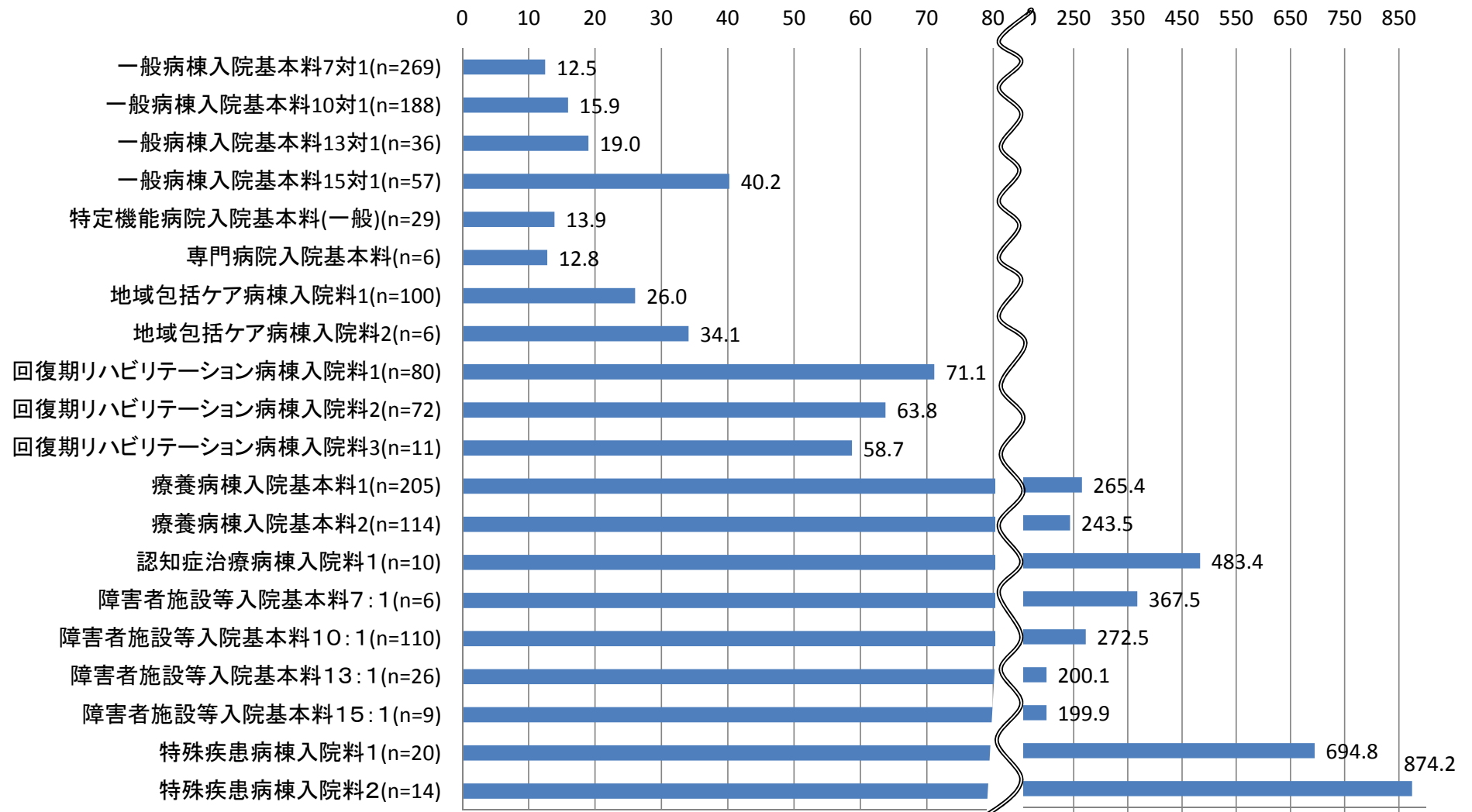


出典:平成28年度入院医療等の調査(患者票)

入院料ごとの平均在院日数

＜入院料ごとの平均在院日数＞

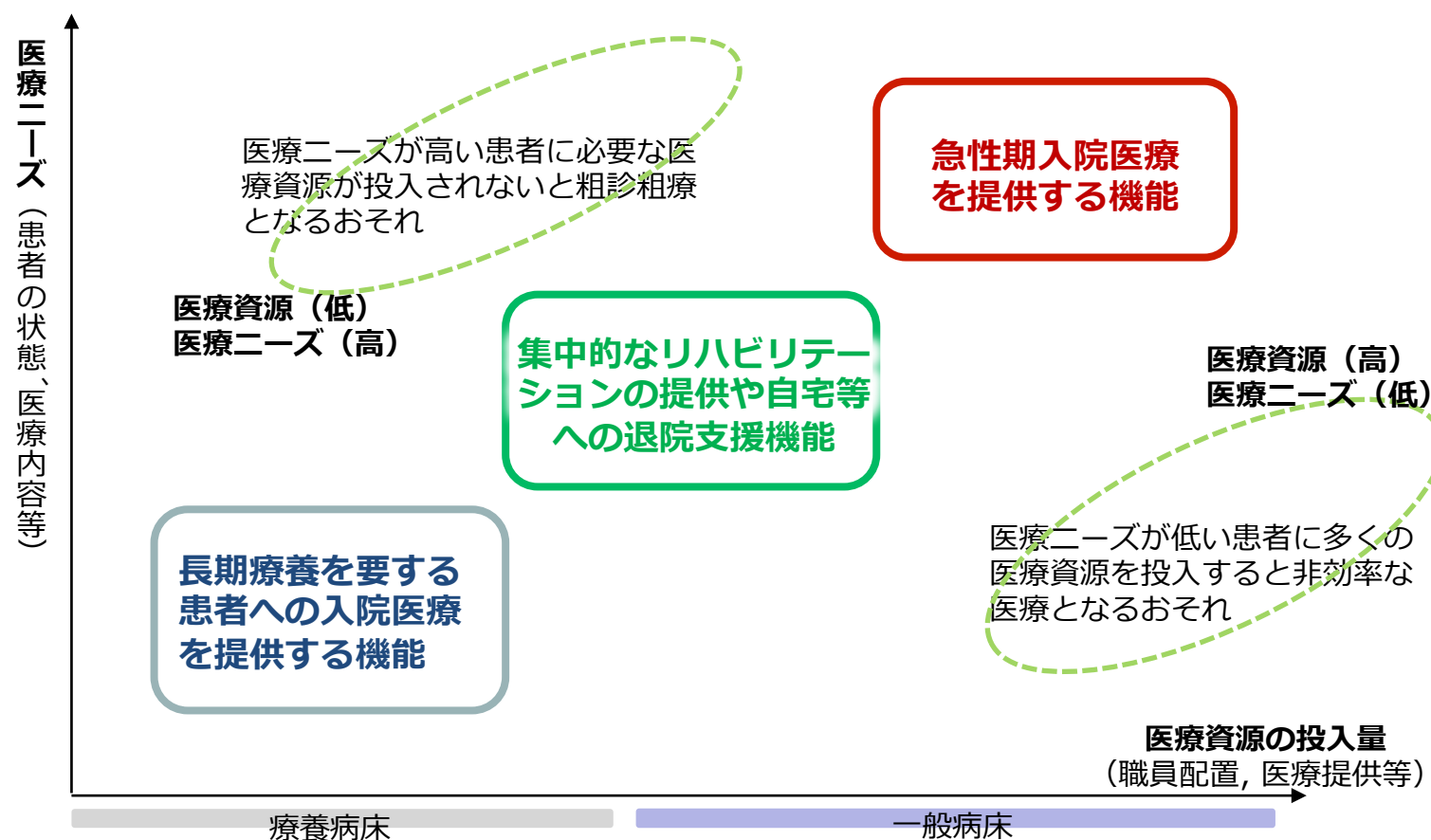
(日)



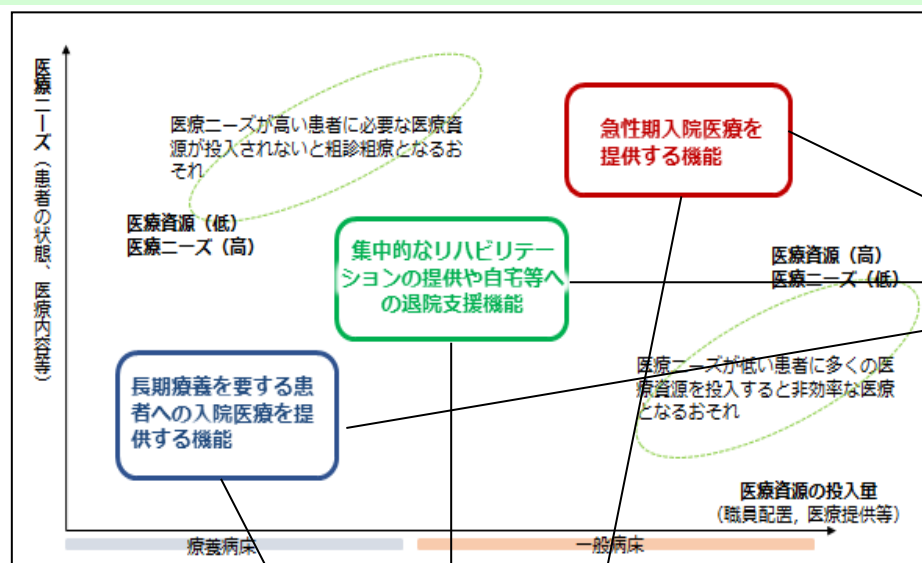
①

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

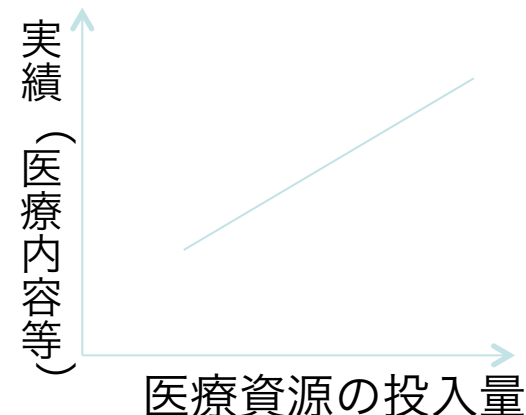
- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系の考え方（イメージ）

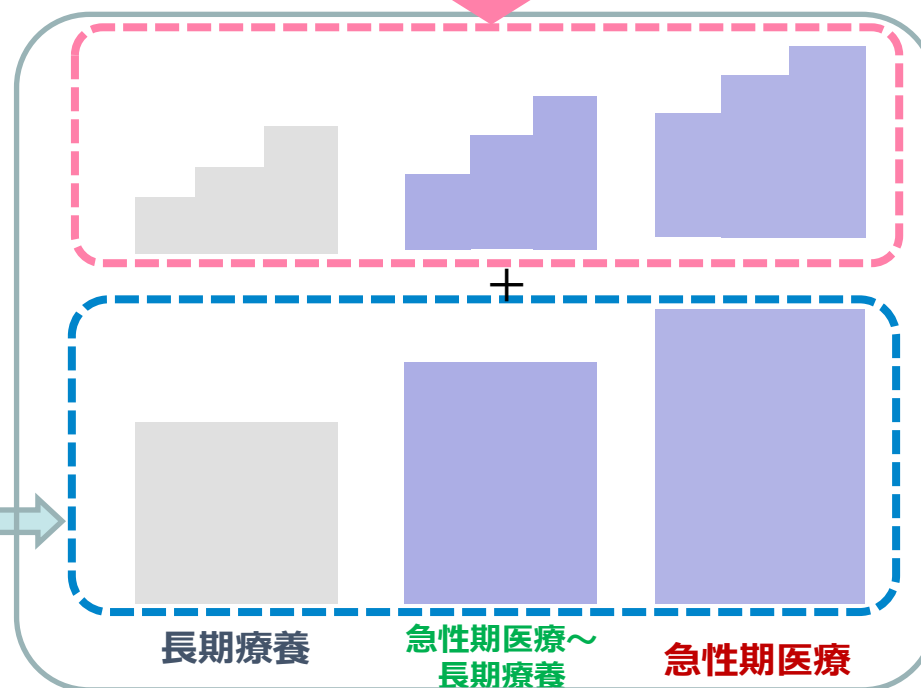


診療実績に応じた段階的な評価



基本部分の評価

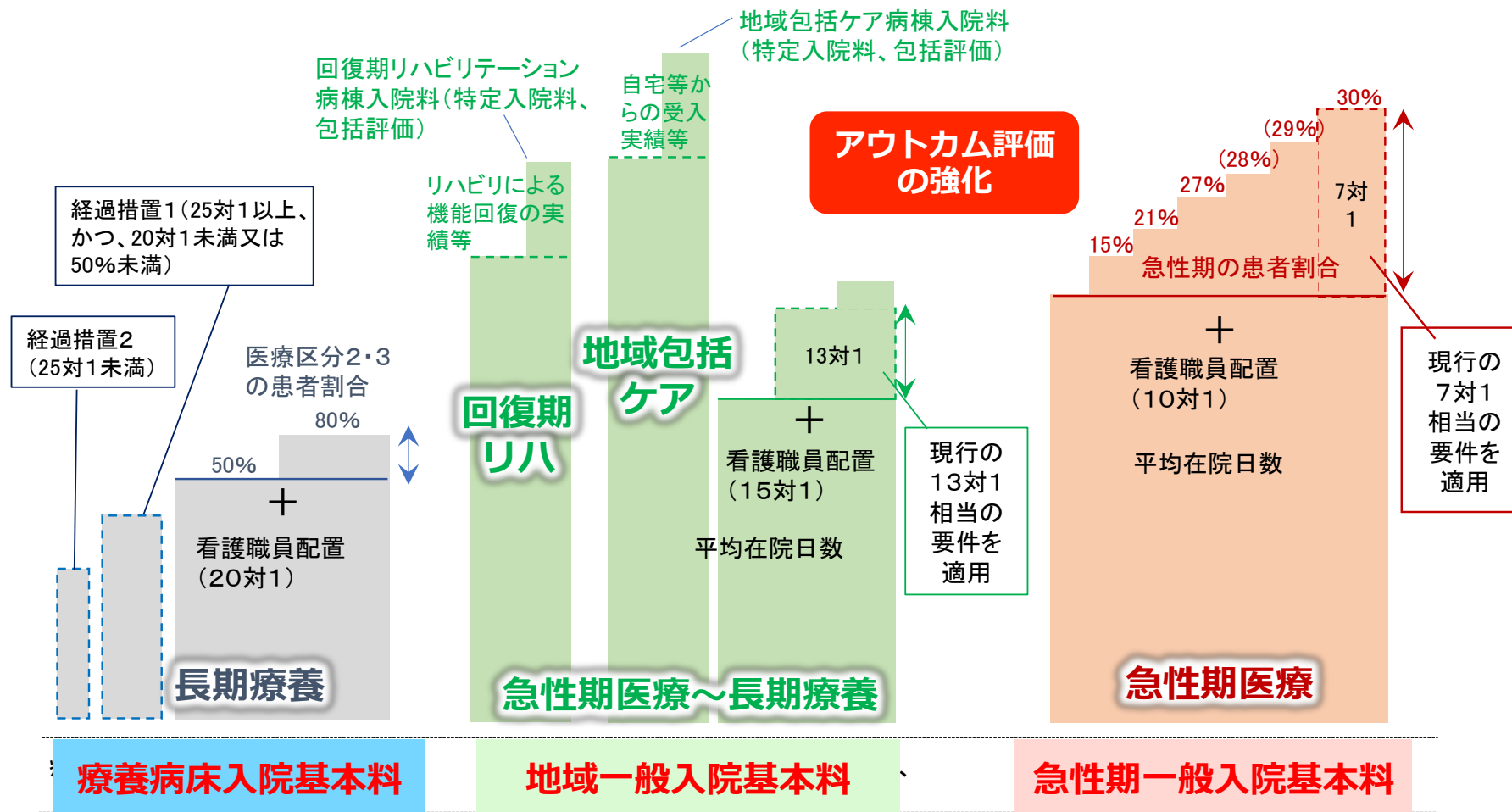
それぞれの機能において
必須となる、基本的な入院医療の提供に必要な看護職員配置等の医療資源の投入量を反映



診療報酬の評価体系（イメージ）

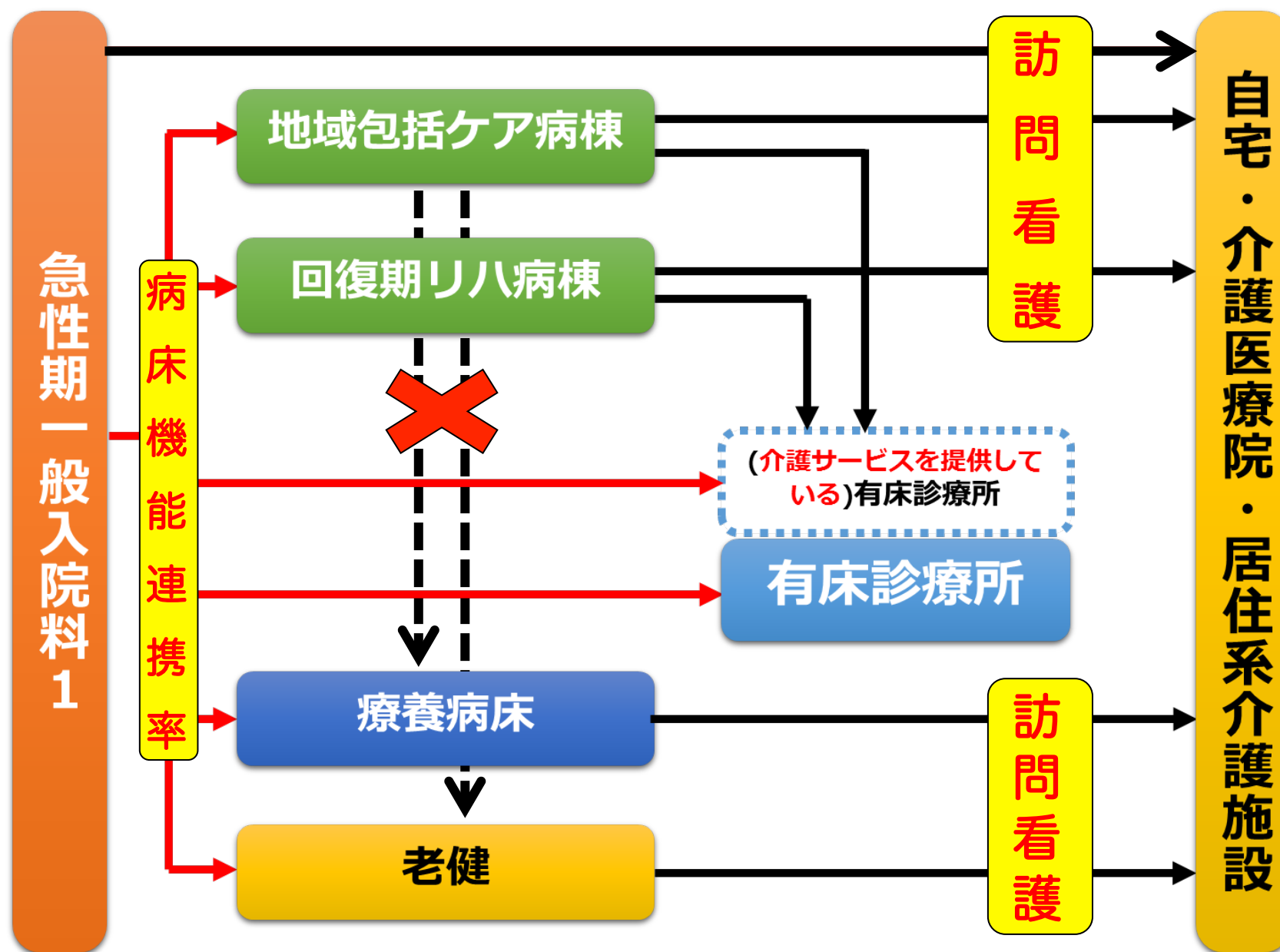
新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。

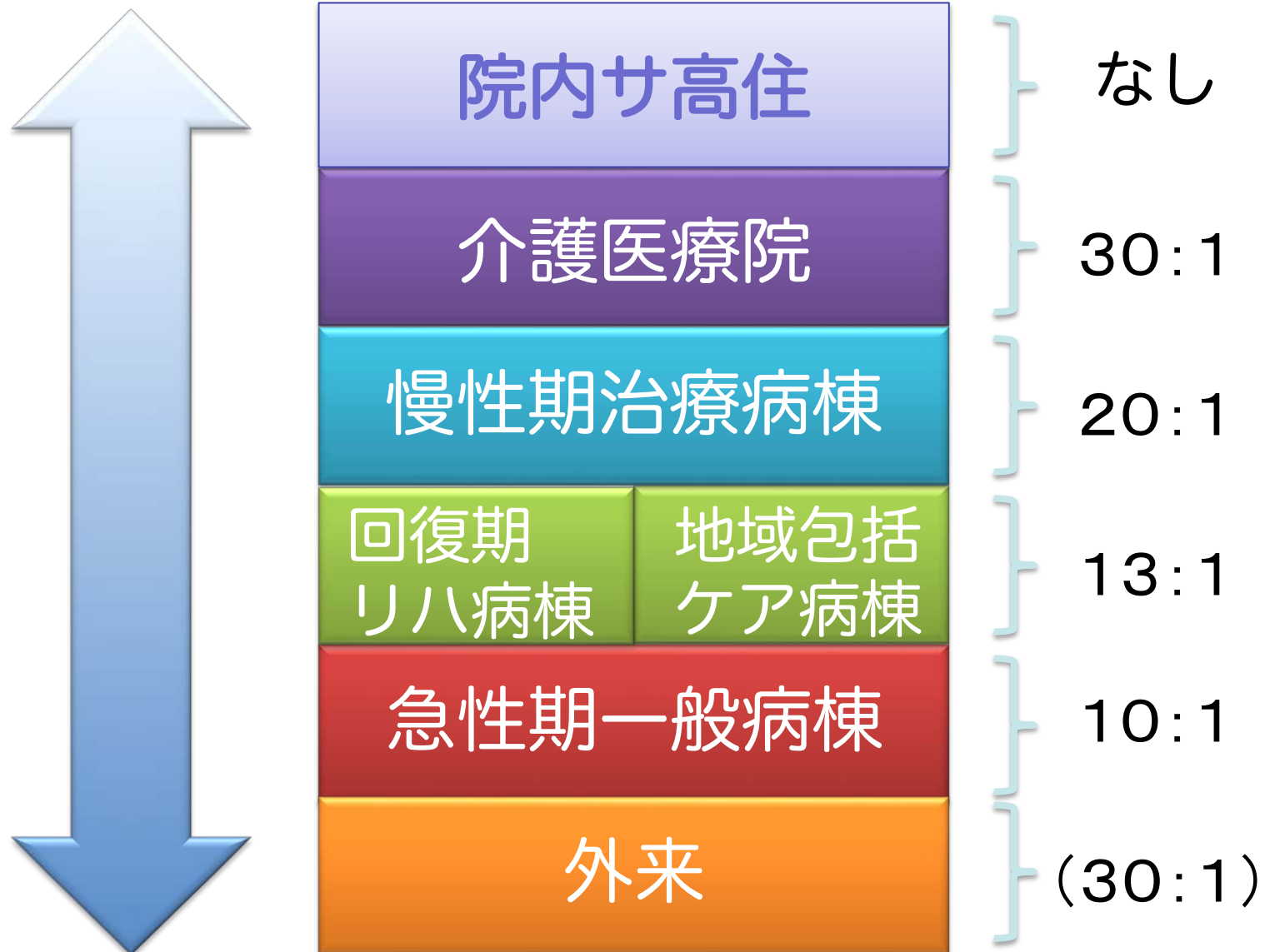


※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

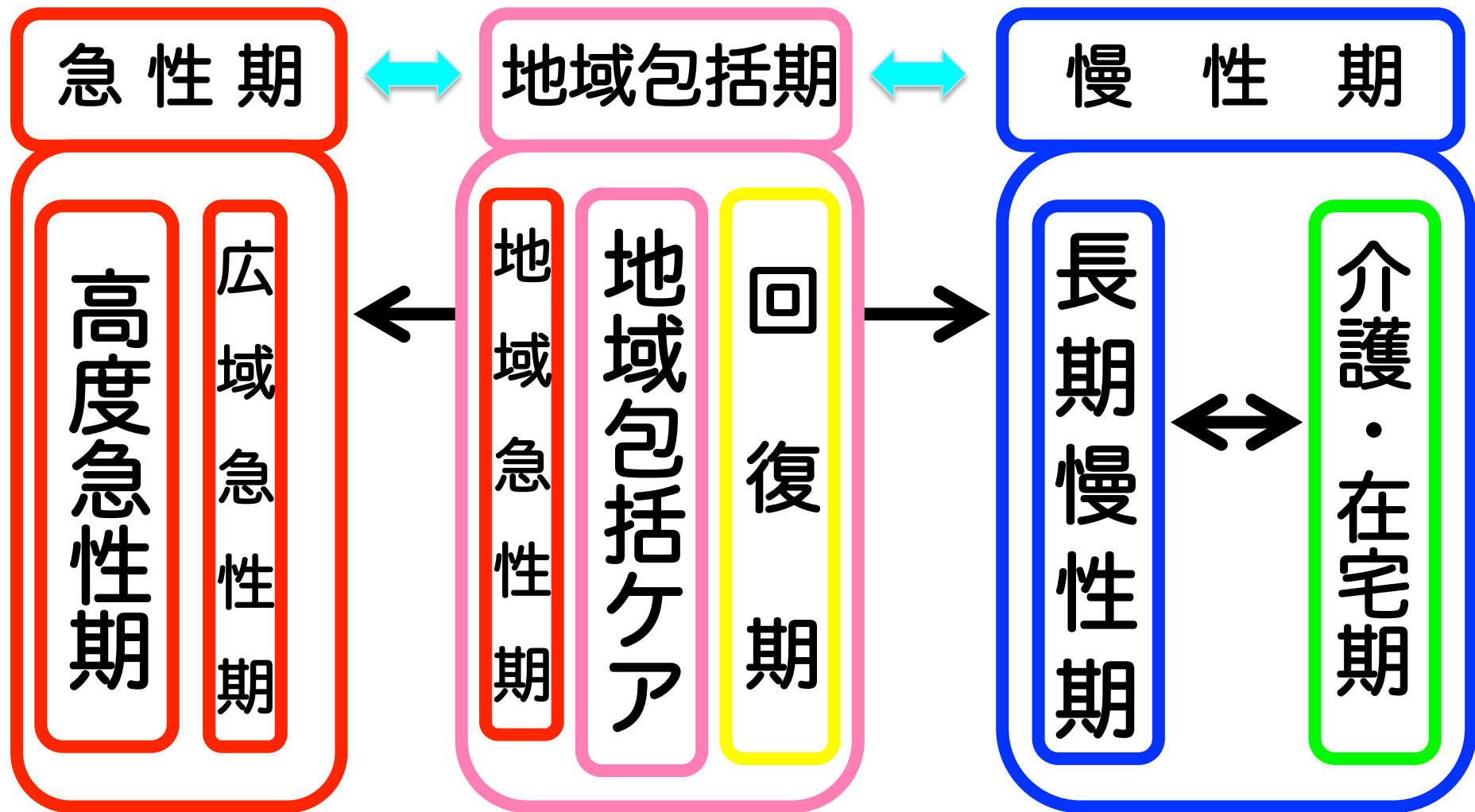
在宅復帰率等要件の見直し



垂直連携



これからの医療の流れ (水平連携)



2018年度介護報酬改定に係る基本的な考え方

【介護保険を取り巻く主な課題】

- 世界でも類をみない少子高齢化
 - 団塊の世代のすべてが75歳以上となる2025年を見据えた対応
 - 自治体毎に差がある高齢化
 - 高齢化等に伴い増加する要支援・要介護認定者、認知症者
- 増大する社会保障費・介護費用への対応
- 介護事業者の経営への配慮
- 平成29年の制度改正への対応（自立支援・重度化防止、医療・介護連携、地域共生社会の実現 等）
- 医療・介護連携の推進（地域医療計画・介護保険事業（支援）計画の同時策定、診療報酬・介護報酬の同時改定）
- その他の指摘事項
 - 経済・財政再生計画 改革工程表（経済財政諮問会議）
 - ニッポン一億総活躍プラン（H28.6.2：閣議決定）
 - 未来投資戦略2017（H29.6.9：閣議決定）



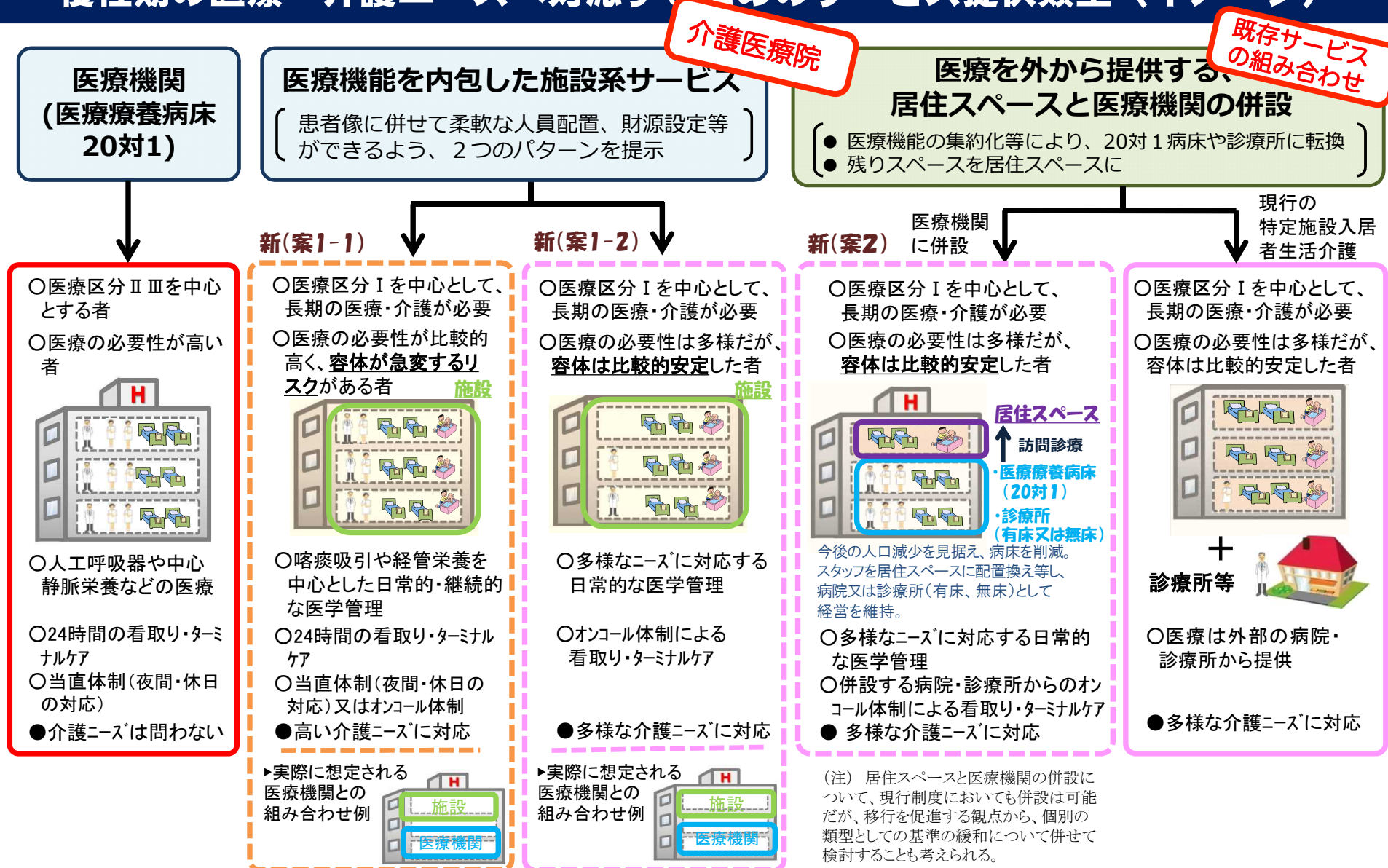
地域包括ケアシステムの推進

自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

多様な人材の確保と生産性の向上

介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

介護医療院の開設状況（2018.9.30現在）

■ 開設総数：63施設（4,583床）

I 型	35施設
II 型	26施設
混合型	2施設

■ 転換元内訳

介護療養病床（病院）	32施設	（2,549床）
介護療養型老人保健施設	20施設	（1,382床）
医療療養病床（I 又はII）	12施設	（383床）
医療療養病床（経過措置型）	5施設	（235床）
有床診療所	2施設	（10床）

入退院から在宅療養にいたる在宅医療・介護の連携

入院前後



退院前

退院

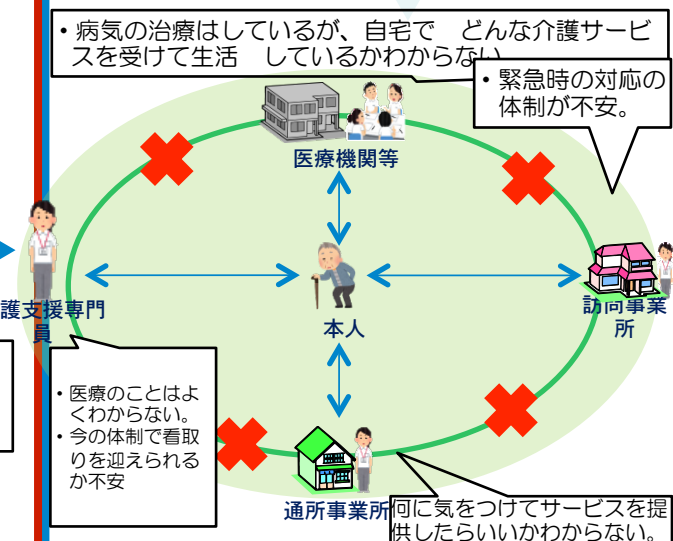
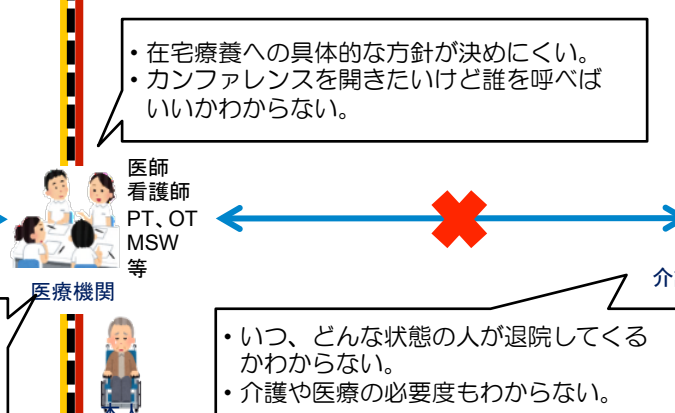
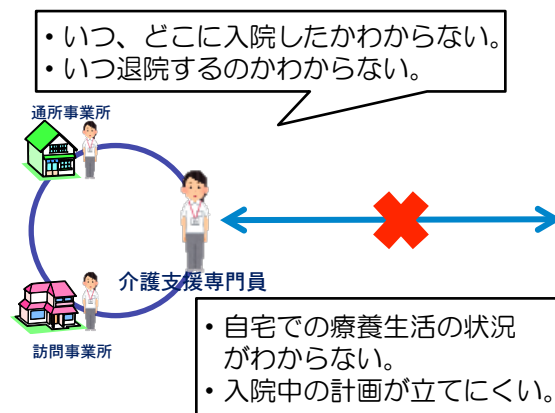
在宅等

課題

- 介護支援専門員から入院先の医療機関へ情報提供がなく、治療や退院支援に支障をきたすケースがある。

- 退院前に病院から介護支援専門員に連絡がなく、介護サービスの提供がなかったことにより状態が悪化するケースがある。

- 在宅療養に関係する多職種の連携が不十分な場合、医療と介護が一体的に提供できず、終末期を含めた在宅療養に対応できないケースがある。



今回改定の主な項目

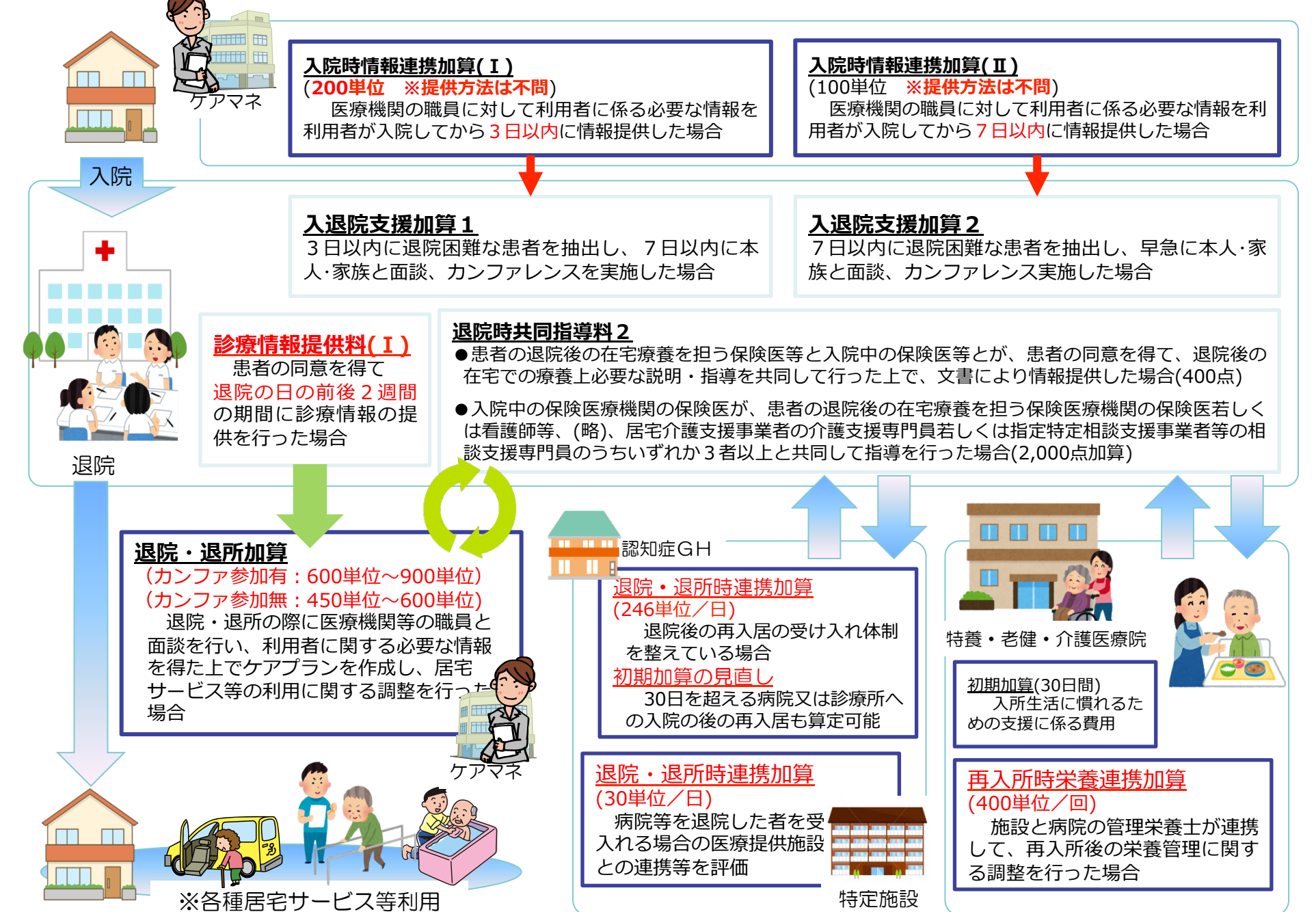
- 入院時情報連携の強化(ケアマネ)

- 退院時情報連携の強化(ケアマネ)
- 入居者の入退院支援(特定施設、認知症GH)
- 入院先医療機関との栄養管理に関する連携(特養、老健、介護医療院)

- 【在宅での医療・介護連携】
- 平時からの医療機関との連携(ケアマネ)
- ケア計画策定の際のリハ職種との連携強化(訪問介護、通所介護 等)
- 医療と介護リハとの連携強化(訪リハ、通リハ)
- ターミナル期の主治医師との連携強化(ケアマネ)

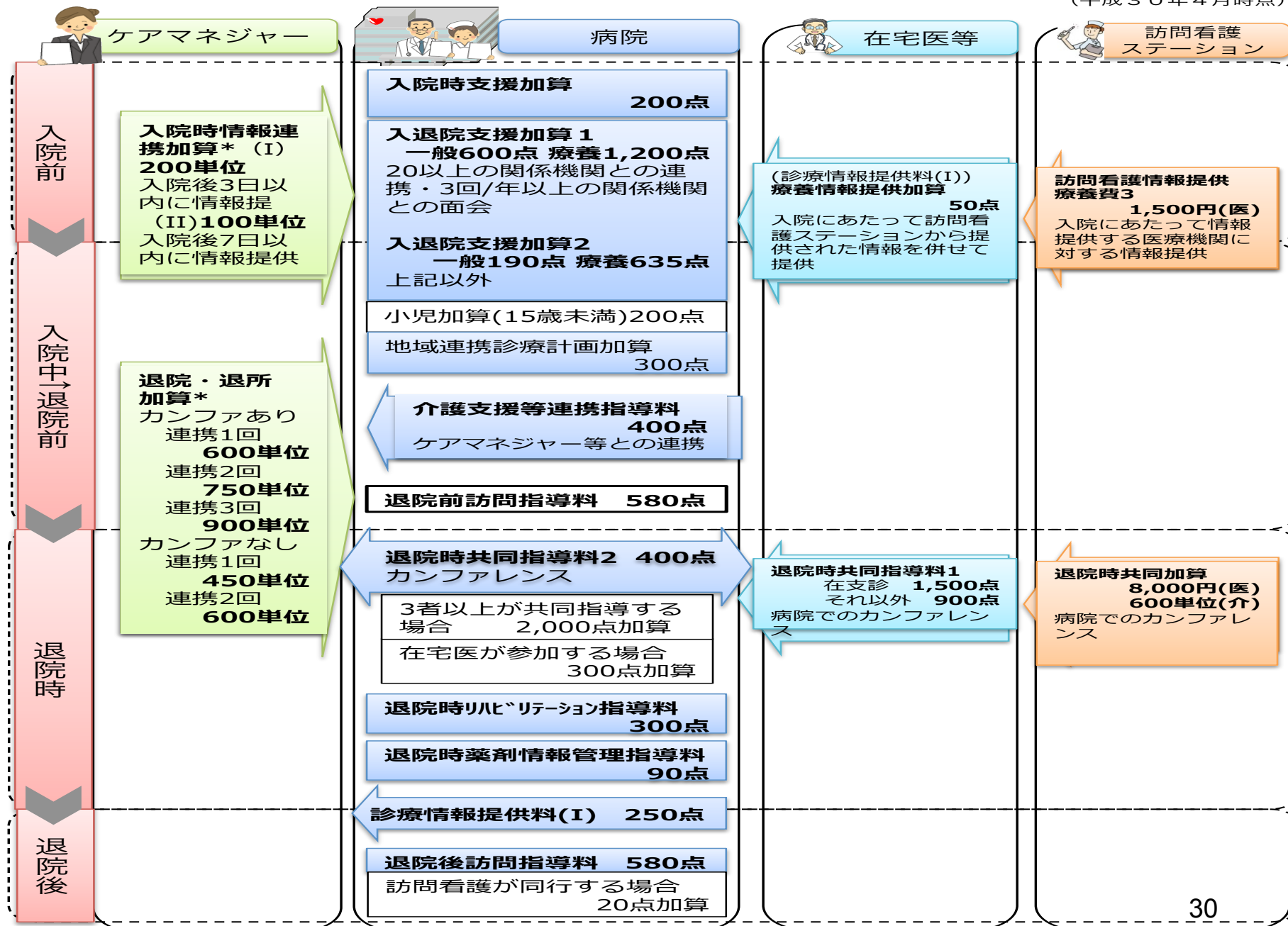
- 【施設での医療・介護連携】
- 医療体制・看取り体制の強化(特養)
- かかりつけ医との連携(老健)
- 口腔衛生に係る連携の見直し(特定、GH、特養等) 等

入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



＜入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬＞

(平成30年4月時点)



*介護予防支援、小多機、看護多機においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

福井県入退院支援ルール

高齢者(特に介護が必要な方)が入退院する際に、病院とケアマネ間でスムーズに引継ぎをするための情報共有ルール (県全域で適用するルールは全国初)

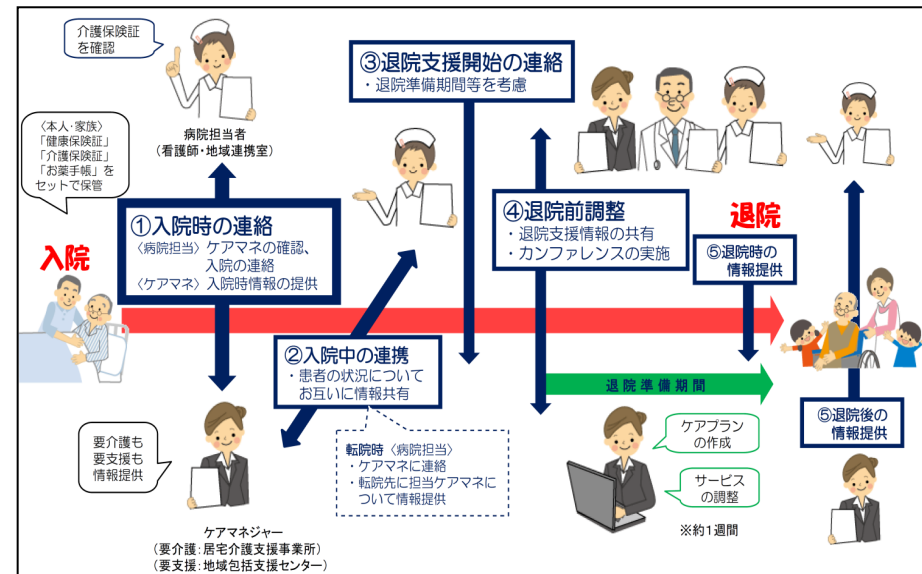
○構成

- (1)退院支援フロー (情報共有の基本的な流れ)
- (2)窓口一覧等 (病院・有床診療所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町介護保険担当部署)
- (3)入院時情報提供シート、退院支援情報共有シート

○取組み

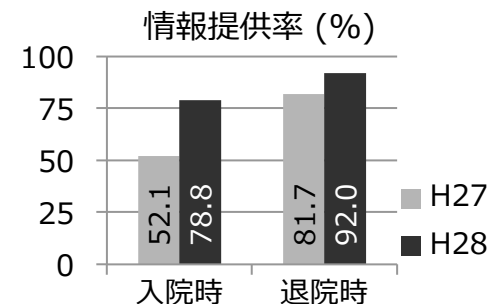
- ・27年7月
居宅介護支援事業所に対する医療と介護の連携状況に関するアンケートの実施
(27年6月に退院した患者736人分のケースを分析)
- ・27年9～28年3月
各保健所圏域ごとに、病院の地域連携室、居宅介護支援事業所、県・保健所・市町担当者による合同協議を各圏域2回実施。
その後、各圏域の代表者による全県会議および医療審議会在宅部会により、ルール策定
- ・28年4月～ ルール運用
- ・28年7月～ アンケートの実施・集計
- ・28年度中 各圏域ごとの合同協議、圏域代表者全県会議を開催しルール改定予定

○退院支援フロー

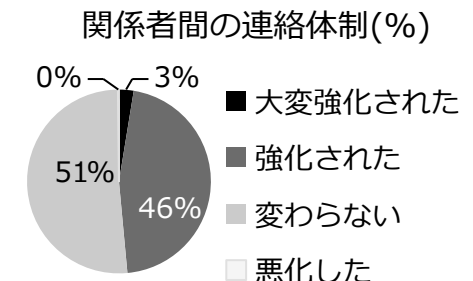


【参考】ルール運用開始後のアンケート結果 (速報値)

入院時・退院時の情報提供率がともにルール運用開始後に上昇



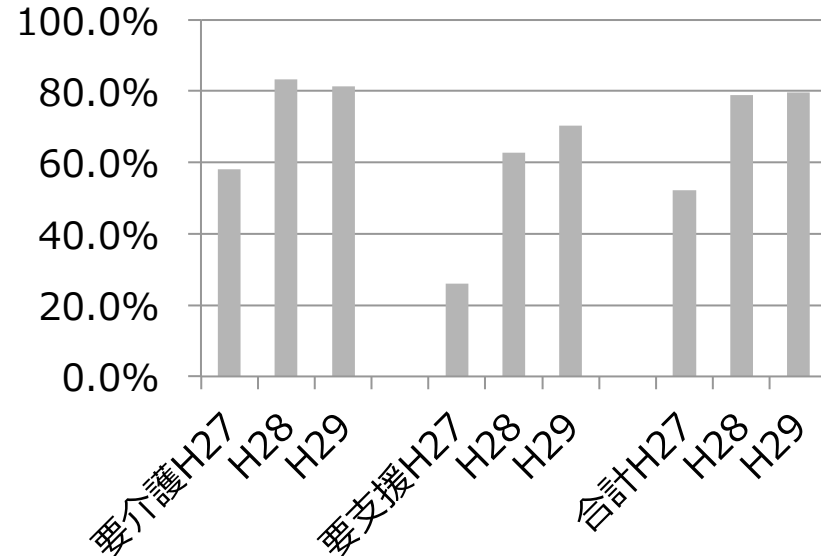
約半数のルール使用者が関係者間の連絡体制が強化されたと回答



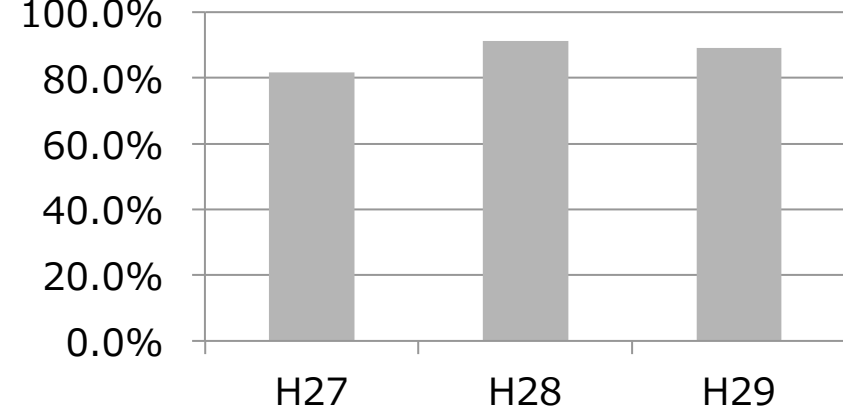
医療と介護の連携に関するアンケート 集計結果より①

- ・退院支援ルール運用前後（H27～28）で入院時情報提供率・退院時情報提供率がともに上昇し、その後（H29）**高止まり**している。
- ・電話のみによる退院時情報提供が減少し、**文書による情報提供**が増加している。
- ・**2日以上前**に退院時情報提供を行った割合は**減少**している。

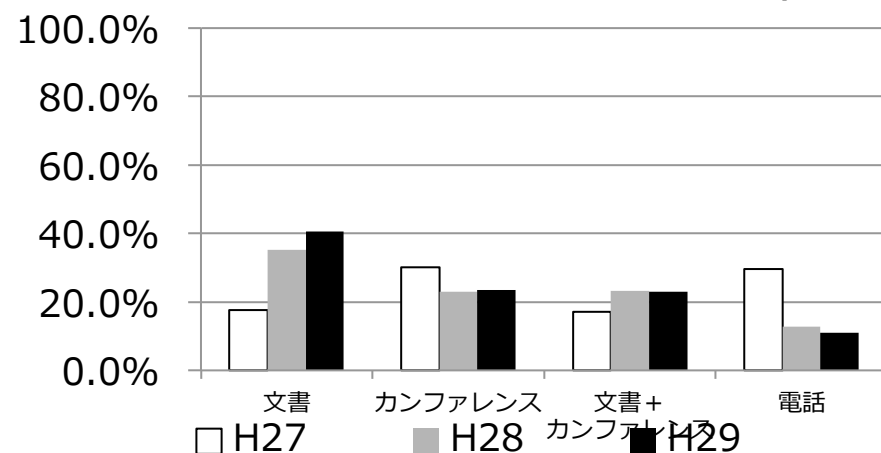
○入院時情報提供率（ケアマネ調査）



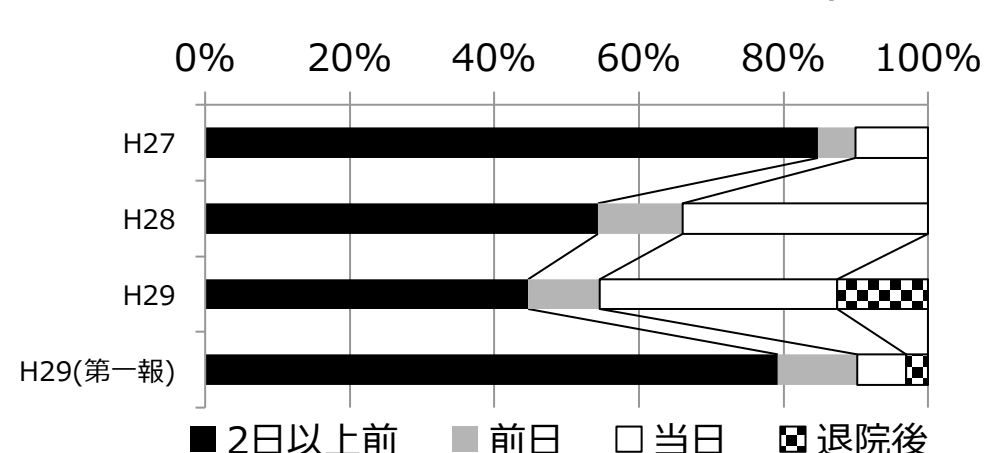
○退院時情報提供率（ケアマネ調査）



○退院時情報提供の方法（ケアマネ調査）



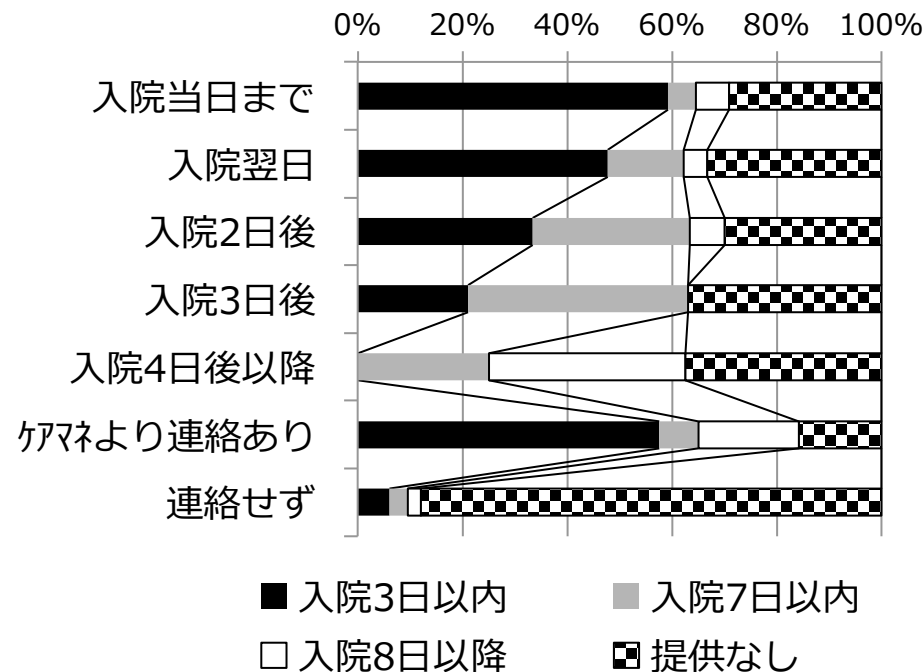
○退院時情報提供の時期（ケアマネ調査）



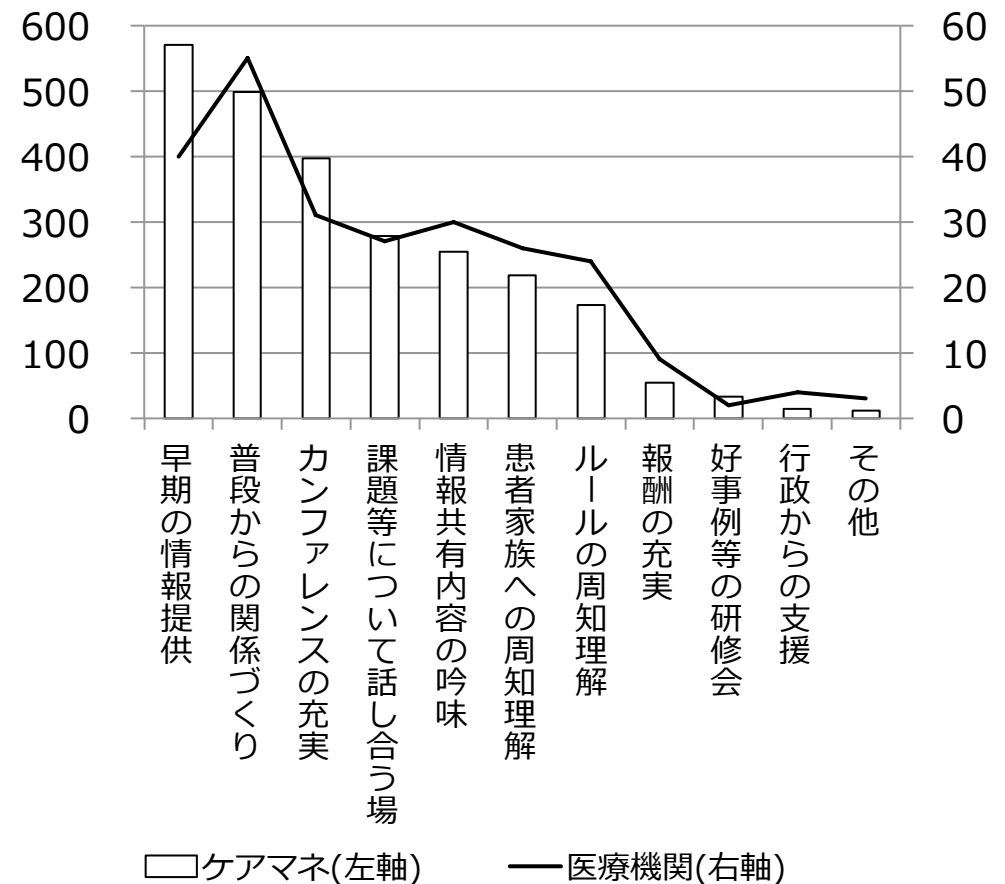
医療と介護の連携に関するアンケート 集計結果より②

- ・病院からケアマネに入院したことを連絡するタイミングの遅れに伴い、ケアマネからの情報提供時期が遅れる傾向。また、病院からの連絡が無いと、ケアマネからの情報提供率が2割を切る。
- ・入退院時の情報共有において重要なこととしては、**情報提供のタイミングの速さ**と、**普段からの関係づくり**が挙げられた。（ケアマネと医療機関の間で、大きな違いは見られなかった）

○病院が担当ケアマネに患者が入院したことを連絡してからケアマネが入院時情報提供をするまでの時間（医療機関調査）



○入退院時の情報共有がより良くなるために重要だと思うこと（3つまで回答）



**「医療・介護・福祉の連携」の
極意とは！？**

**本当に連携は
必要か？**

Science' et charite 「科学と慈愛」

(1897 PICASSO)



連携の基本的事項

組織とは？

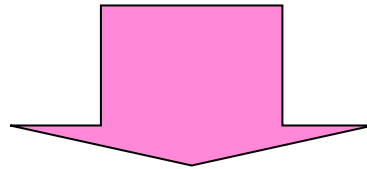
2人以上の意識的に調整された人間の様々な活動，様々な力のシステム

組織の3要素

- 1) 共通の目的
- 2) 協働意欲
- 3) コミュニケーション

連携の極意とは？（１）

『夫婦の如し』と悟りけり！！



『お互いを，見つめ合い，信じ合い，時には許し合い・・・』

連携の極意とは？（２）

- 1) 相手を良く知る（利用者本人，サービス提供者同士）
 - ・とにかく会って話をする
 - ・名前で呼び合う関係
- 2) 100点を狙わない
人間という生き物の科学に，パーフェクトは似合わない
- 3) お互いにどこまで許し合い，我慢できるか
共通の物差しとしてのキーワード→『利用者の視点・意志』
- 4) いたわり，ねぎらいの言葉
 - ・ 「ご苦労様です」「ありがとうございました」
 - ・ いきなり，「何々をして下さい！」 では，駄目

「医療・介護・福祉の連携」の 極意とは！？

地域包括ケアの 5つの医療連携の鍵

システム医療としての在宅医療

1) 第1の医療 —— 外来医療 —— 1対1の医療

2) 第2の医療 —— 入院医療 —— チーム医療

3) 第3の医療 —— 在宅医療 —— システム医療

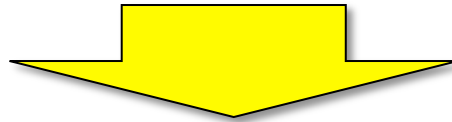
これからの医療介護連携の第Ⅰの鍵は、
「D・C」又は「ド・ケ」

➤ドクター

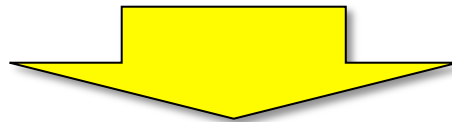
➤ケアマネジャー

連携の極意とは？

如何に自分を知ってもらい、相手を知るか？



フットワークの軽さが鍵！
決め手は、医師とケアマネ！



間をとりもつのが、
MSW、看護師、連携室職員等！！

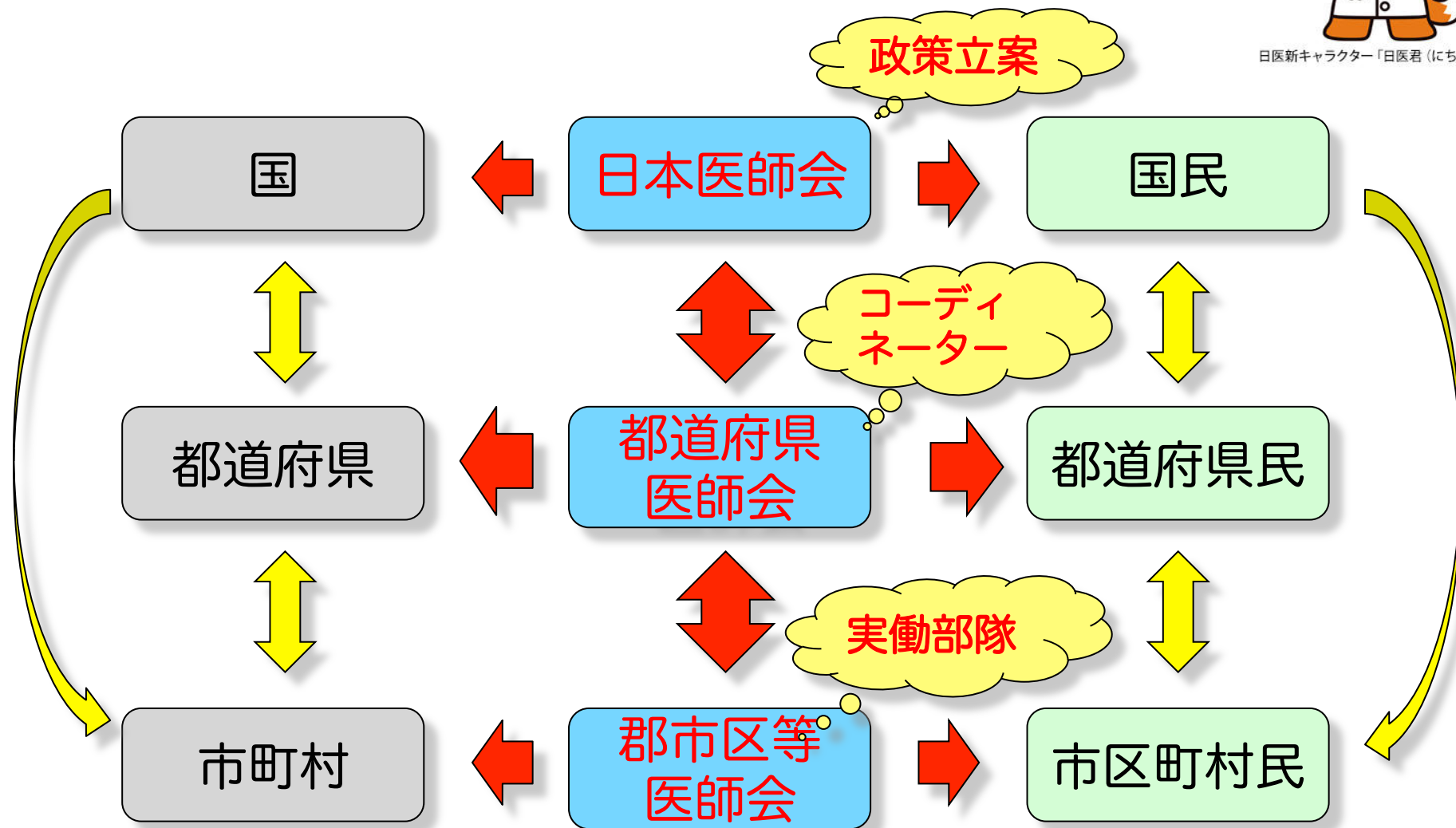
今後の医療介護連携の 第2の鍵は？

- **(地域) 医師会**
- **地域包括支援センター**

各医師会の役割



日医新キャラクター「日医君（にちいくん）」



今後の地域介護連携の第3の鍵は、 医療間多職種連携

- 医師・看護師・保健師
- 歯科医師・歯科衛生士
- 薬剤師
- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
- 管理栄養士・栄養士
- 臨床心理士・精神保健福祉士
- その他

今後の医療介護連携の 第4の鍵

- 病診連携（双方向）
- 病病連携（双方向）

退院時カンファレンス参加時の 心得 10 ヶ条

1. **入院時**から門を叩け
2. 会議出席は、義務ではなく**権利**
3. 出来るだけ、**平易**な言葉で
4. 押さえておきたい「**食**べること」と「**動**くこと」
5. 退院直後の**訪問看護・訪問リハ**は有効
6. **走りながら**考える
7. 「**ホウ・レン・ソウ**」の時間と手段を確認
8. 在宅医療は、**入院医療の出前ではない！？**
9. 在宅は「**希望**」の光（「**おうちパワー**」を信じよう！）
10. 「**いつでも入院ベッド**」を担保に、**共同診療**

今後の医療介護連携の 第5の鍵

専門職の地域展開

めざすべきこれからの 地域包括ケアために（１）

テーラーメイド医療

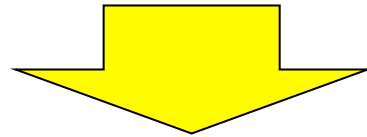


多職種協働・
チームアプローチ

テーラーメイド介護

めざすべきこれからの 地域包括ケアために（２）

医療と介護は、**車の前輪**

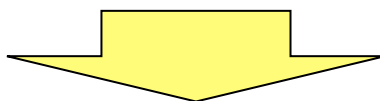


**医療なき介護は無く、
介護なき医療も無し！！**

これからの 医療・介護連携とは（３）

生活を支える
視点

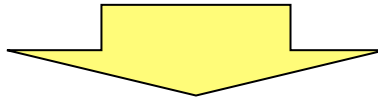
- 治療的医療 vs. 生活的医療（癒しの医療）
- 生活支援の中に、医療的マインドを吹き込む



医療と介護の融合

究極の医療・介護連携とは！？

リンケージ
(連携)



インテグレーション
(統合)

目指すべきこれからの 地域包括ケアのための心得 10 ヶ条

1. 地域包括ケアシステムと地域医療構想を理解する
2. 生活の質・尊厳ある人生に視点を置く
3. 多職種連携・チームアプローチを大切に
4. 地域との連携がとれる
5. デマンドとニーズの違いを理解
6. 食と栄養、リハビリテーション、認知症の理解
7. ターミナルケアの理解と実践
8. テーラーメイド医療・介護を目指せ
9. 常にWin-Winの関係を意識せよ（相手の立場を考える）
10. 「連携」から「統合」へ

在宅医療・介護連携促進の秘訣

➤ 連携三部作のすすめ

(県と県医師会、県医師会と郡市区医師会、郡市区医師会と市区町村)

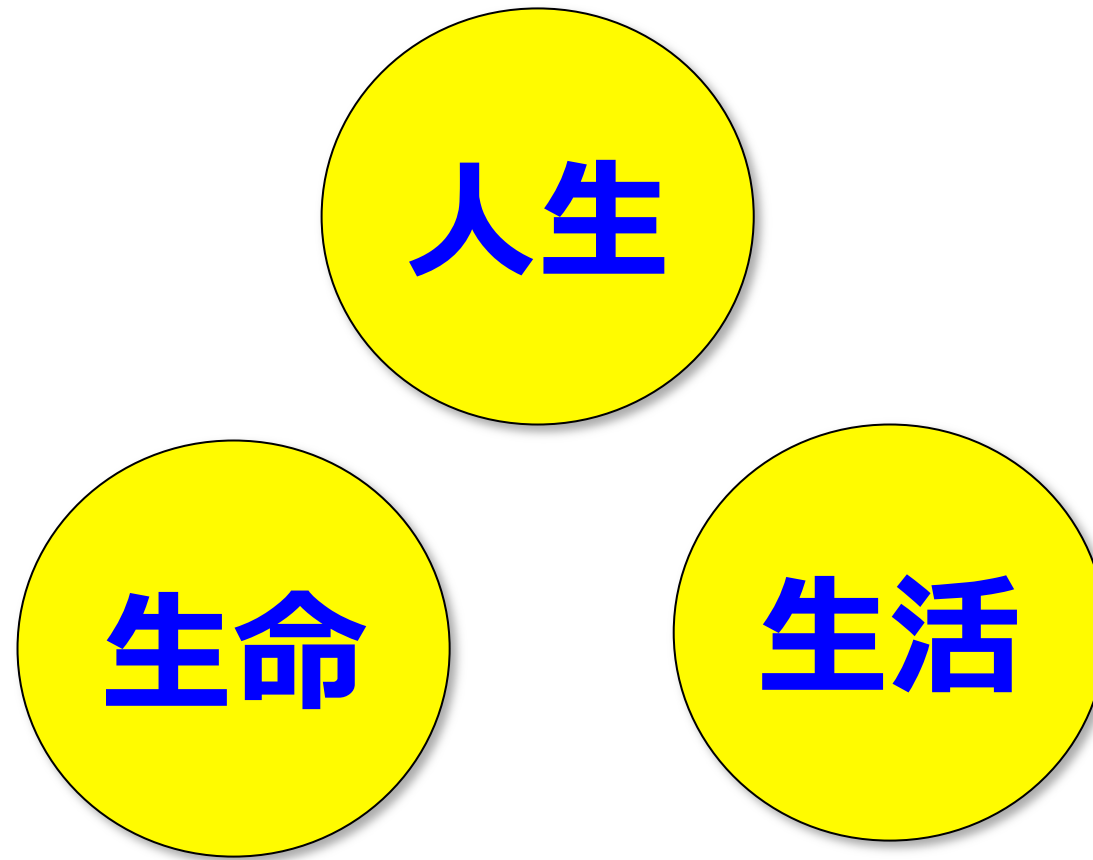
➤ 情報の一元化

➤ 先進的取組事例の利用

➤ 地域特性を活かす

➤ 認知症は絶好のチャンス (成功体験の共有)

Quality of lifeとは？



2011年2月 科学誌『Science』総説



*Happy People Live
Longer*



本人の選択と
本人・家族の心構え
QOD

長生きな人は、幸せ！？