

社会保障審議会 介護保険部会（第56回）	参考資料 1
平成28年3月25日	

# 参考資料

## （在宅医療・介護の連携等の推進）

( I - 2 )

# 在宅医療と在宅医療・介護連携の推進

	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
市町村単位	在宅医療連携拠点事業 (国庫補助事業) (23年度10ヶ所、24年度105ヶ所)		地域医療再生基金 (平成24年度補正予算) による 在宅医療推進事業					
			地域医療介護総合確保基金 平成27年度以降は、小児等在宅医療に関する事業など、地域支援事業に位置付けられる (ア)～(ク)以外の事業					
						在宅医療・介護連携推進事業 在宅医療・介護の連携推進の事業を介護保険法の地域支援事業に 位置づけ、平成30年度までに全国の市町村で実施 (ア) 地域の医療・介護の資源の把握 (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 (カ) 医療・介護関係者の研修 (キ) 地域住民への普及啓発 (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携		
			地域医療再生基金 (平成24年度補正予算) による 在宅医療推進事業					
都道府県単位			地域医療介護総合確保基金 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 2 居宅等における医療の提供に関する事業 3 介護施設等の整備に関する事業※ 4 医療従事者の確保に関する事業 5 介護従事者の確保に関する事業※ ※3, 5については平成27年度以降					
			都道府県医療介護連携調整実証事業 (26年度9県、27年度8県)					

## 【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。
- 平成23年度：10カ所 平成24年度：105カ所

## 事業のまとめ

- 平成23年度の10ヶ所、平成24年度は105ヶ所の地域において、都道府県、市町村、医師会、在宅療養支援診療所（病院）、訪問看護ステーション等が連携拠点となり、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取り組みを実施。
- 各拠点においては、平成23年度の在宅医療連携拠点事業で得られた知見を活かし市町村と地域医師会が連携を図りつつ取り組みが進められた。
- 拠点事業の効果としては、在宅医療提供機関間のネットワークの構築により在宅医療提供機関数が増加するとともに、重症例への対応機能の強化につながり、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したと考えられる。
- また、顔の見える関係性が構築されたことで介護関係者側にとっては医療関係者へのアプローチが容易になり、医療者側の介護への理解も深まった。さらに研修会等で介護関係者の医療分野の知識の充実が図られる等を通じてケアマネジメントの質が向上していると考えられる。
- 地域包括ケアシステムの実現のためには、地域において面的に在宅医療・介護連携を展開していくことが不可欠であるが、その推進体制としては地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となり、医療側から他職種も含めて地域全体に働きかけやすい医師会等の理解と協力を得て取り組むことが重要であることが改めて確認された。またその前提として都道府県レベルでの関係団体等への働きかけや調整など、都道府県が市町村を支援する体制を整えることも重要である。

< 従前 >

介護保険制度

< 改正後 >

【財源構成】

国 25%

都道府県 12.5%

市町村 12.5%

1号保険料 22%

2号保険料 28%

【財源構成】

国 39%

都道府県 19.5%

市町村 19.5%

1号保険料 22%

**介護給付** (要介護1~5)

**介護予防給付** (要支援1~2)  
訪問看護、福祉用具等  
訪問介護、通所介護

**介護予防事業**  
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**  
○ 二次予防事業  
○ 一次予防事業  
介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

**包括的支援事業**  
○ 地域包括支援センターの運営  
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

**任意事業**  
○ 介護給付費適正化事業  
○ 家族介護支援事業  
○ その他の事業

**介護給付** (要介護1~5)

**介護予防給付** (要支援1~2)

**新しい介護予防・日常生活支援総合事業** (要支援1~2、それ以外の者)  
○ 介護予防・生活支援サービス事業  
・訪問型サービス  
・通所型サービス  
・生活支援サービス(配食等)  
・介護予防支援事業(ケアマネジメント)  
○ 一般介護予防事業

**包括的支援事業**  
○ 地域包括支援センターの運営 (左記に加え、地域ケア会議の充実)  
○ **在宅医療・介護連携の推進**  
○ 認知症施策の推進 (認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)  
○ 生活支援サービスの体制整備 (コーディネーターの配置、協議体の設置等)

**任意事業**  
○ 介護給付費適正化事業  
○ 家族介護支援事業  
○ その他の事業

従前と同様

事業に移行

事業に移行

全市町村で実施

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

多様化

地域支援事業

地域支援事業

# (I-3, II-1) 在宅医療・介護連携推進事業 (介護保険の地域支援事業、平成27年度～)

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○事業項目と取組例

### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

### （キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

### （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

### （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### （カ）医療・介護関係者の研修

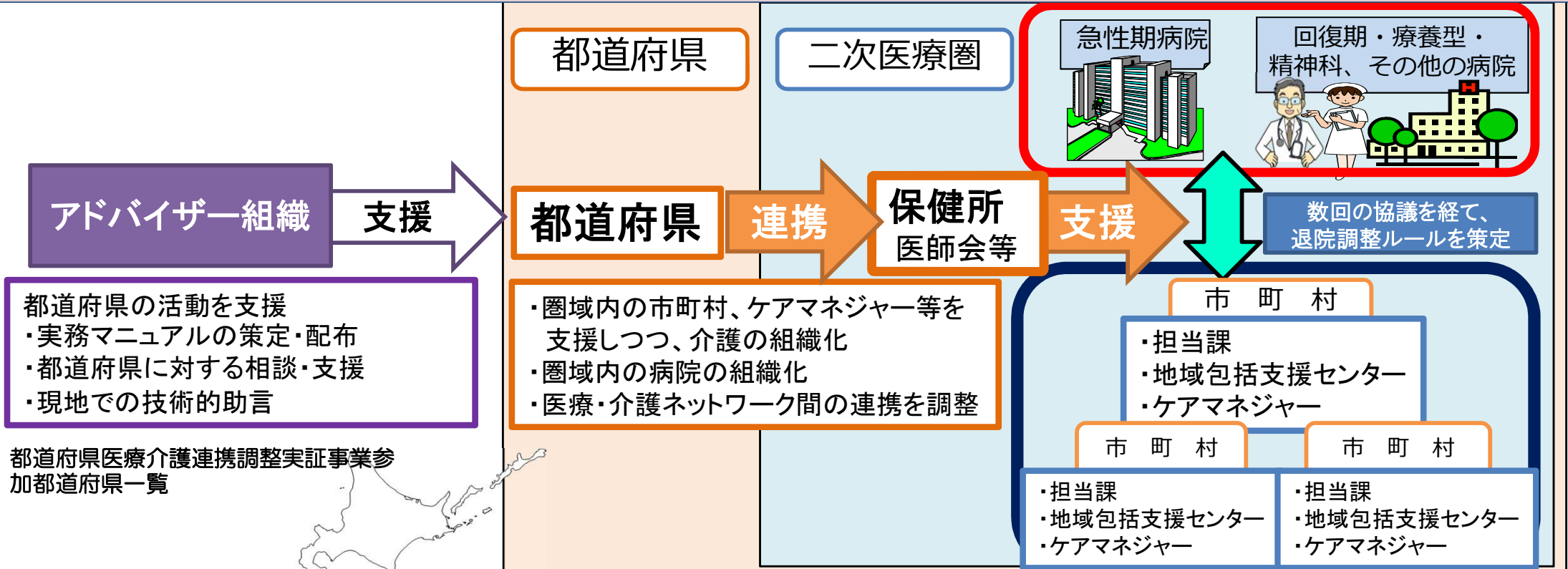
- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討



都道府県の調整のもとで、病院と市町村の介護支援専門員が協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行う。



- アドバイザー組織**
- ・都道府県の活動を支援
  - ・実務マニュアルの策定・配布
  - ・都道府県に対する相談・支援
  - ・現地での技術的助言

都道府県

二次医療圏

都道府県

連携

保健所  
医師会等

支援

数回の協議を経て、  
退院調整ルールを策定

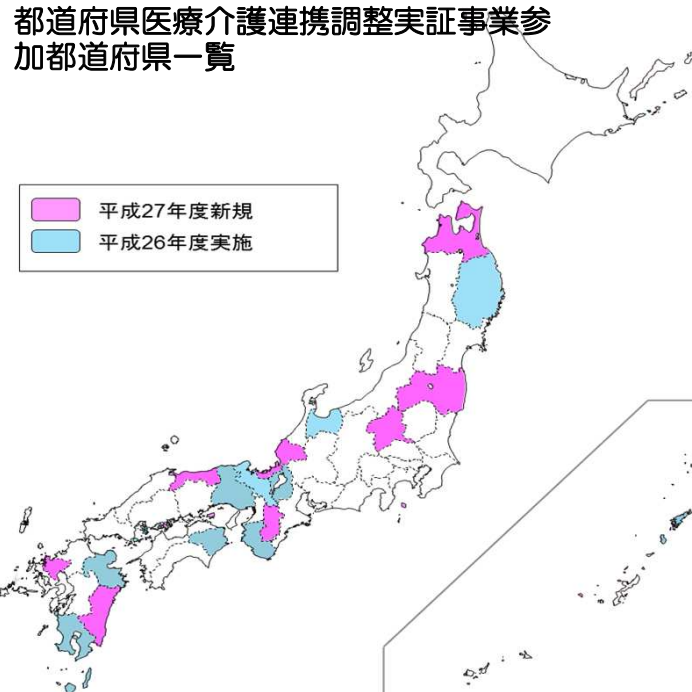
市町村

市町村

市町村

都道府県医療介護連携調整実証事業参加都道府県一覧

- 平成27年度新規
- 平成26年度実施



実施都道府県一覧

北海道・東北ブロック		近畿ブロック	
青森県	岩手県	滋賀県	京都府
福島県		兵庫県	奈良県
		和歌山県	
関東ブロック		中国・四国ブロック	
	群馬県	鳥取県	徳島県
中部ブロック		九州ブロック	
富山県	福井県	佐賀県	大分県
		宮崎県	鹿児島県

福島県（県中圏域）における退院調整ルールの方策・運用

I 現状と課題

要介護状態の患者が、在宅へ向けた退院の準備をする時に、病院から介護支援専門員(ケアマネ)に引き継ぎがなされない、いわゆる『退院調整もれ』により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合がある。

県中圏域の退院調整もれ率(H27年5月): 31%

【原因】病院とケアマネ(=医療と介護)の連携が不十分(相互理解や情報共有の不足)



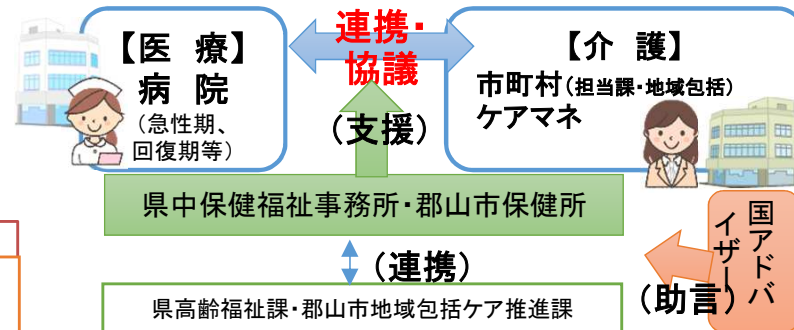
II 事業の概要

県中医療圏(二次医療圏)での退院調整ルの方策・運用

県と郡山市(中核市)が共同で実施。両者の調整のもとで、医療側(病院)と介護側(ケアマネ・市町村)とが協議しながら、地域の実情に応じた『退院調整ルール』を作り、それを実証的に運用していく。

※退院調整ルール: 疾患を問わず、圏域内のどの病院から退院しても、もれなくタイムリーに必要な介護サービスが受けられるよう、病院からケアマネへの着実な引き継ぎをするための情報提供方法等のルール

《連携調整支援事務局》  
県中保健福祉事務所・郡山市保健所



III 具体的な取組・スケジュール

年度	月	会議等	
27	6	退院調整に関する実態調査(アンケート)(15~30日)	
	7	キックオフ会議(病院説明会)(17日)	180名参加
	8	ケアマネ説明会及び第1回退院調整ルール検討会(11日)	280名参加
	9		
	10	ケアマネによる第2回退院調整ルール検討会(22日)	215名参加
	11	ケアマネによる第3回退院調整ルール検討会(13日)	代表者25名
		第1回病院・ケアマネ合同会議(20日)	200名参加
	12	ケアマネによる第4回退院調整ルール検討会(16日)	150名参加
	1	ケアマネによる第5回退院調整ルール検討会(13日)	代表者25名
		第2回病院・ケアマネ合同会議(15日)	
2			
	3	退院調整ルール全体説明会(最終決定)(18日)	
28	4	退院調整ルール運用開始	
	10月以降	退院支援状況確認アンケート調査	
		退院調整ルール点検協議・修正	



H27.7.17 キックオフ会議(病院説明会)

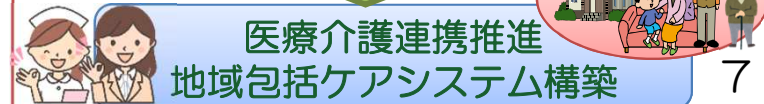


H27.8.11 ケアマネ説明会・第1回検討会

IV 期待される成果

“互いの立場を理解し合い、地域全体の『退院調整ルール』をみんなで作り、活用する”

- ①“安心して在宅へ退院”  
退院調整もれが減少し、患者の在宅生活への円滑な移行が可能になる。
- ②“お互いに仕事がしやすく”  
多職種(病院とケアマネと市町村)が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。
- ③“市町村の取組の支援”  
本事業の成果は、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組に活用できる。
- ④“診療報酬・介護報酬上のメリットも”  
病院も居宅介護支援事業所も、ルールを活用することで、報酬上の評価や加算につながる。



# (Ⅱ-2) 在宅医療・介護連携推進事業の課題、都道府県に希望する支援内容

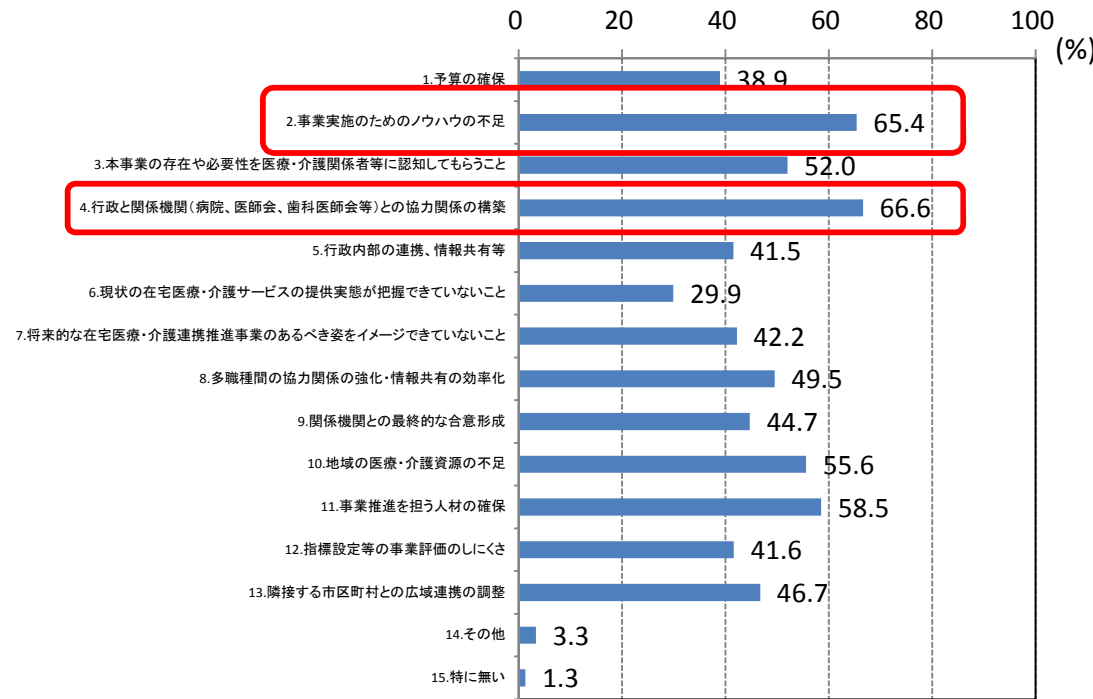
## ○在宅医療・介護連携推進事業を実施する中での課題

関係機関(病院、医師会、歯科医師会等)との連携、事業実施のためのノウハウが不足と回答している市町村が多かった。

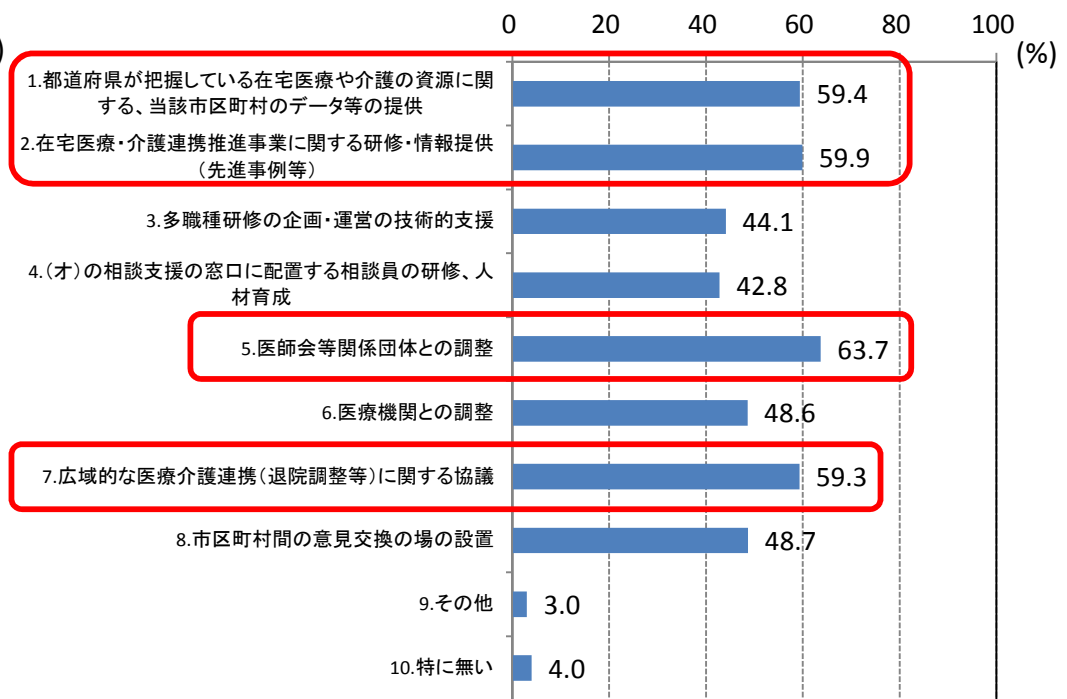
## ○都道府県からの支援を希望する取組

医師会等の関係団体との調整、在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供、都道府県が把握している在宅医療・介護のデータ提供、広域的な医療介護連携(退院調整等)を希望する市町村が多かった。

### 在宅医療・介護連携推進事業を実施する中での課題



### 都道府県からの支援を希望する取組



出典 平成27年度老人保健健康増進等事業

「地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査研究事業」(野村総合研究所)(速報値)



## (Ⅱ-3) 在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査結果について

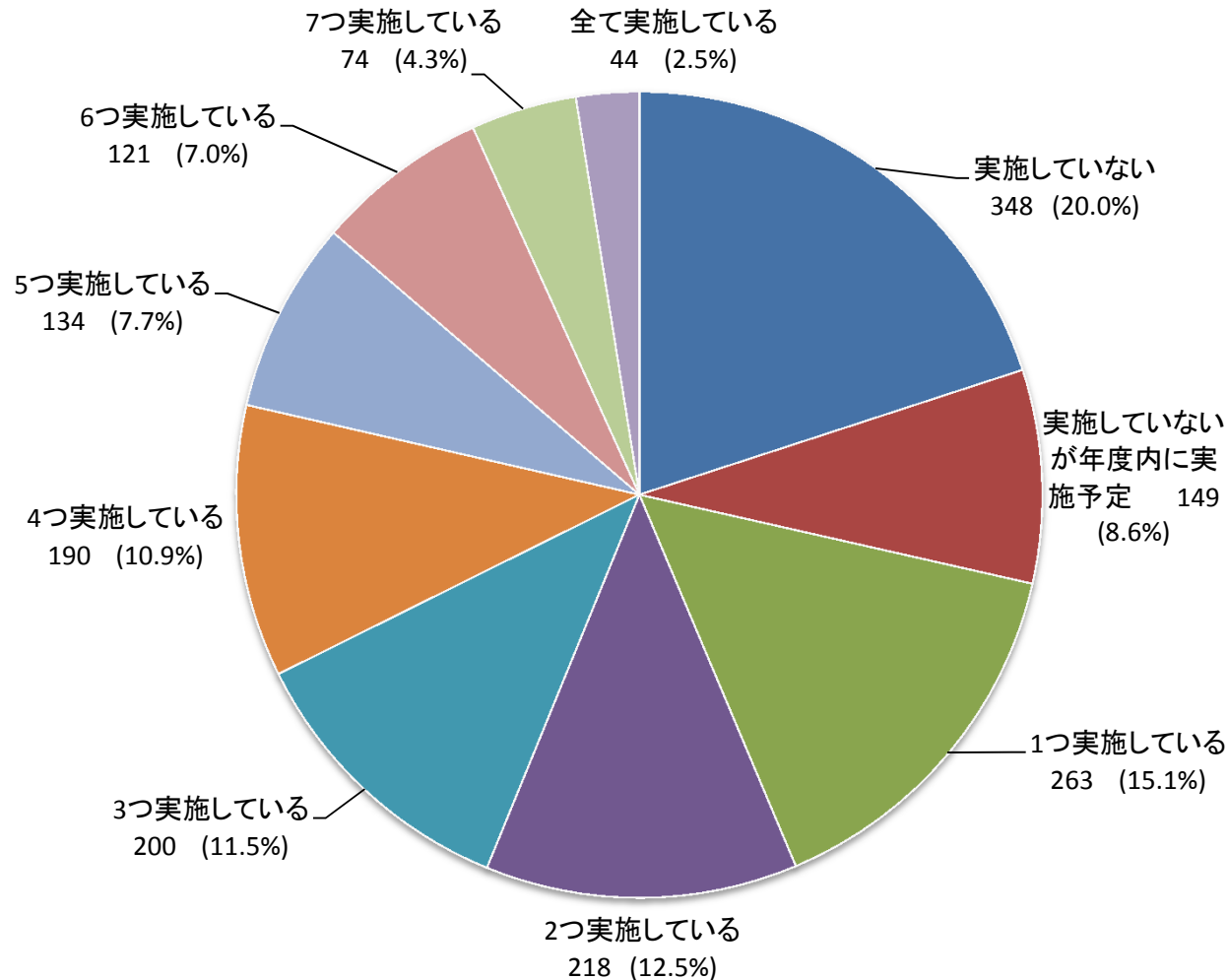
○調査目的 在宅医療・介護連携推進事業については、介護保険の地域支援事業に位置付けられ、実施可能な市町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市町村で実施することとしている。

このため、全国の市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を把握し、事業の円滑な導入及び充実に向けて必要な基礎資料を得ることを目的とした。

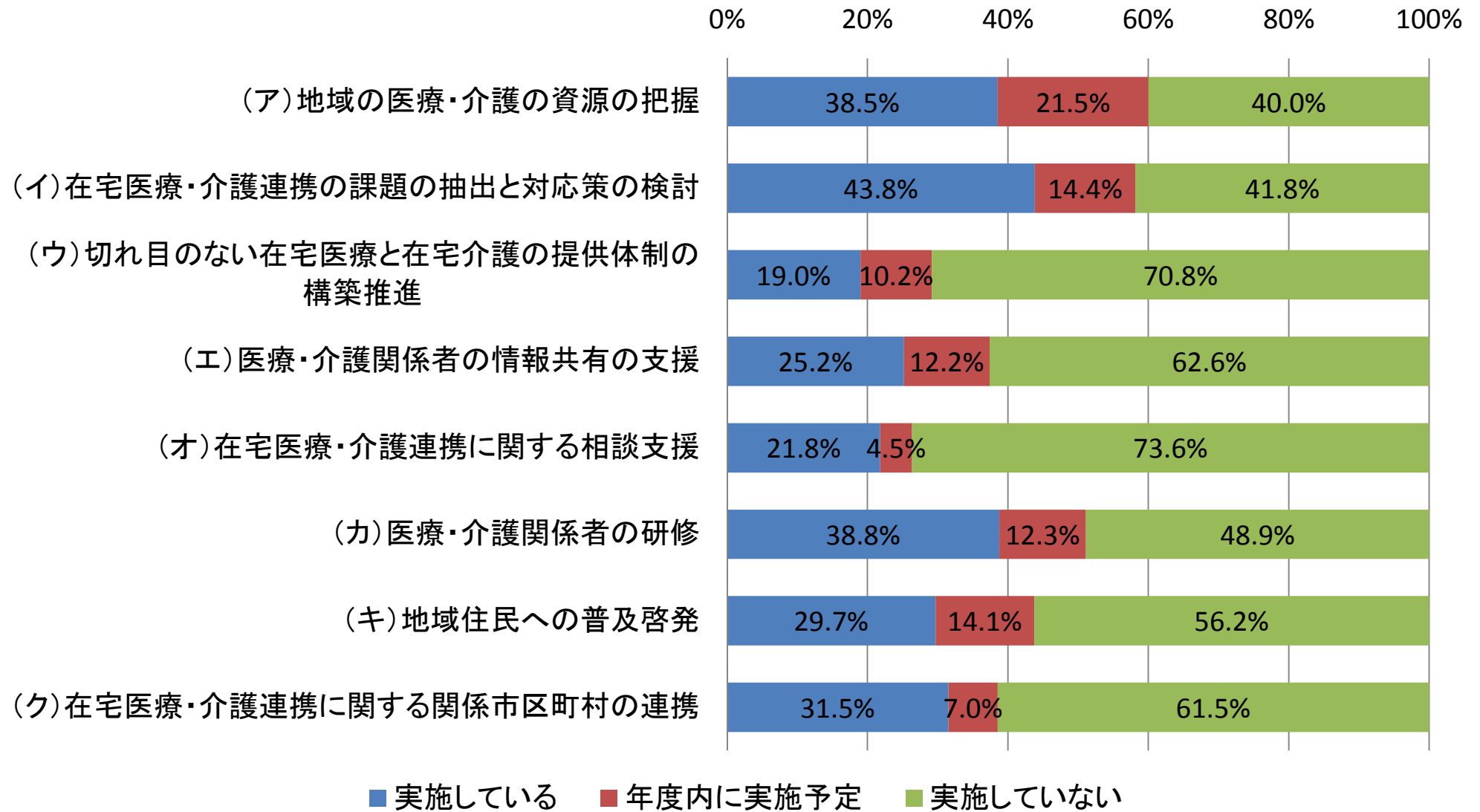
○調査対象 全国1,741市町村

○調査時期 平成27年9月（平成27年8月1日現在の状況）

○市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況 (n=1,741)



# (Ⅱ-3) 市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の各取組 (ア)～(ク) 毎の実施状況

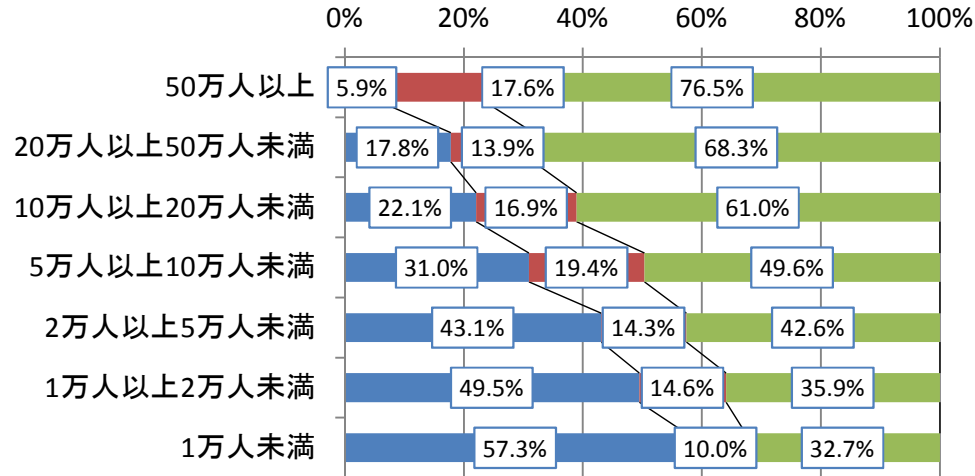


(n=1,741)

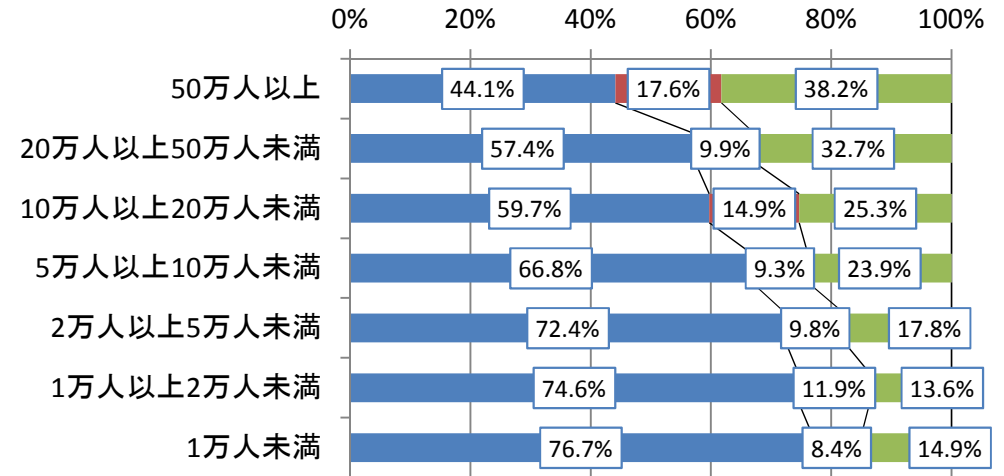
# (Ⅱ-3) 人口規模別の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

※主な取組として、(イ)、(ウ)、(オ)、(カ)を例示

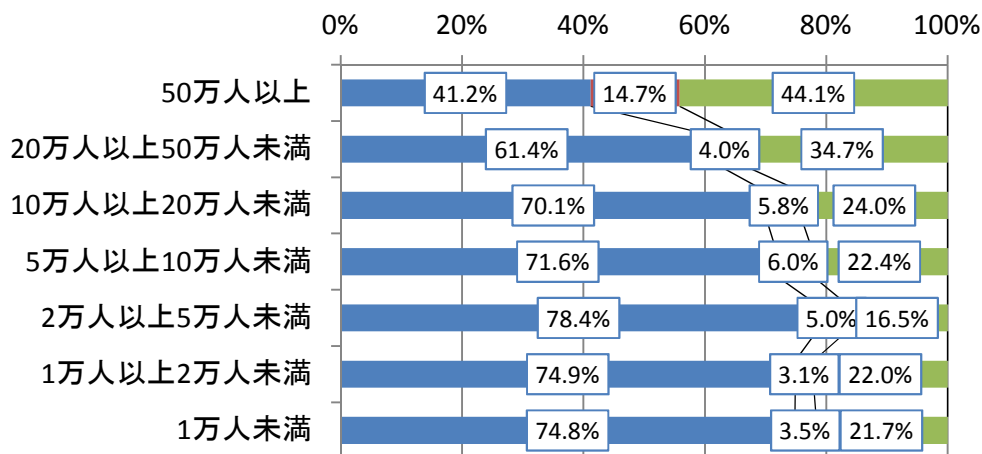
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



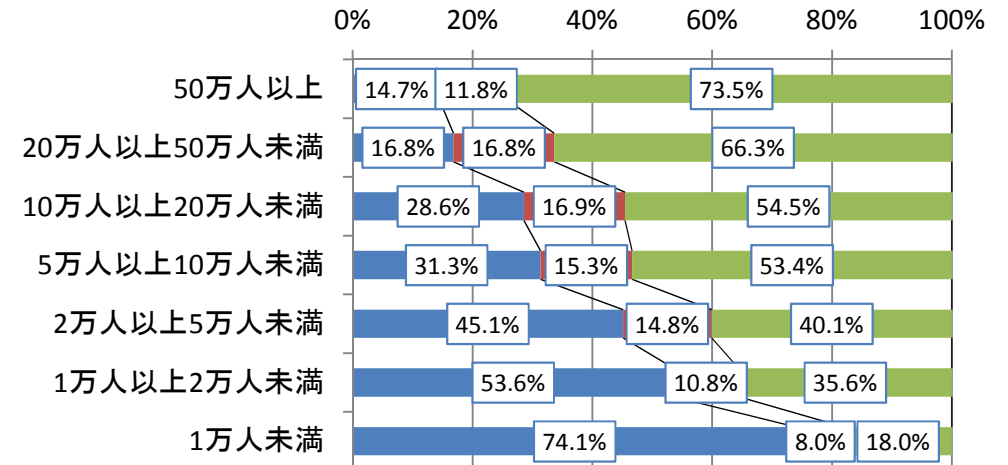
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進



(オ) 在宅医療・在宅介護に関する相談支援



(カ) 医療・介護関係者の研修



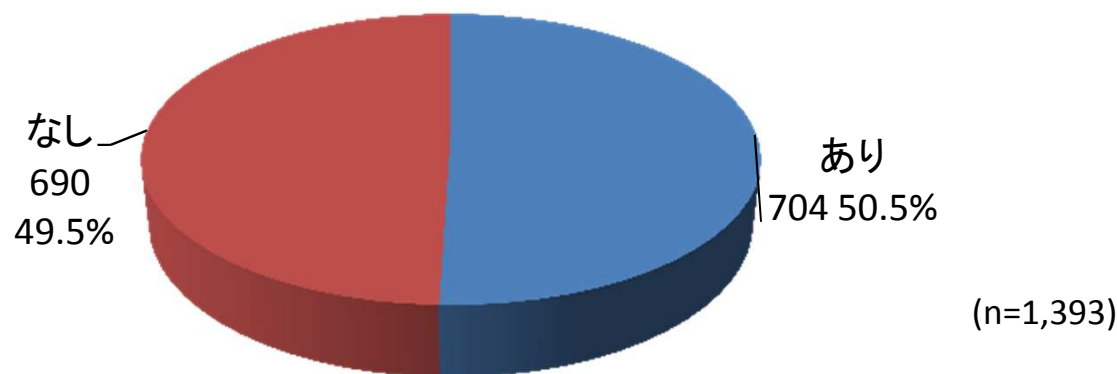
■ 実施していない ■ 実施していないが、年度内に実施する予定である ■ 実施している

市町村の規模によって進捗に違いがある

(n=1,741)

## (Ⅱ-4) 市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の都道府県の支援状況

- 在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)の取組のうち、都道府県(保健所)の支援の有無について ※(ア)～(ク)の取組のうち、1つ以上該当した市町村数



(参考)在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)の取組の平均実施数が多かった上位3県の市町村のうち、都道府県・保健所による市町村支援があったと回答した割合

	平均実施数	都道府県・保健所による支援の割合
福井県	5.6	94.1% (17市町村中16市町村)
滋賀県	5.5	94.7% (19市町村中18市町村)
岡山県	4.8	74.1% (27市町村中20市町村)



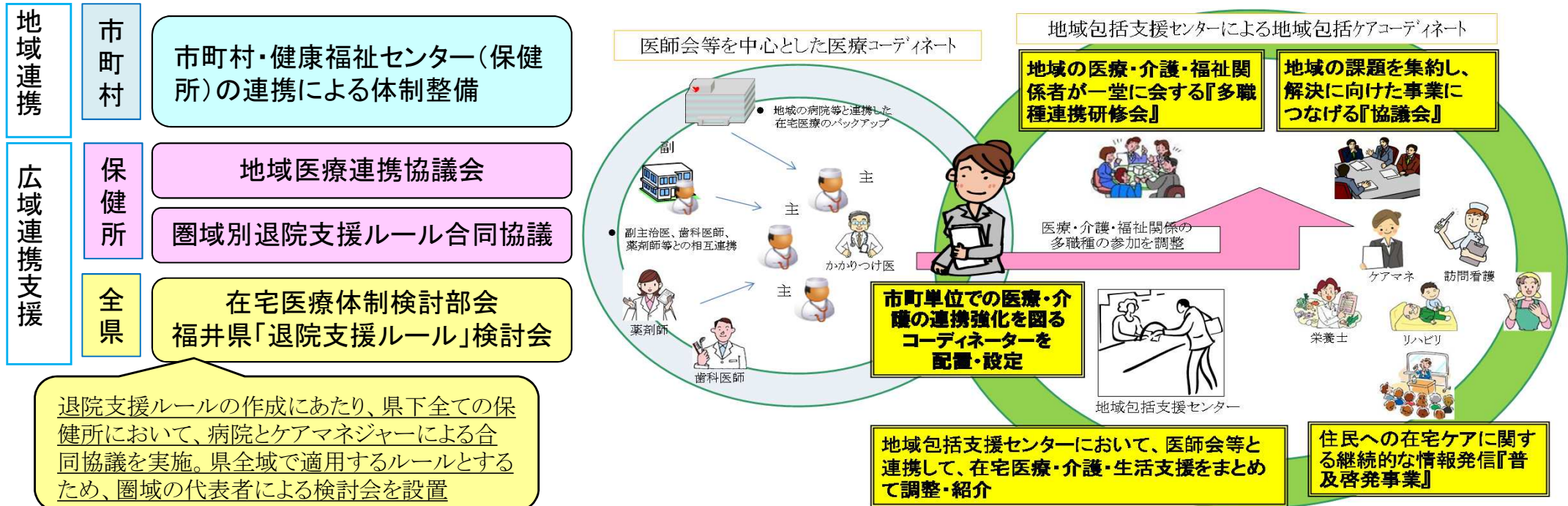
# (Ⅱ-4) 都道府県（保健所）による市町村支援の取組事例

## 福井県の取組事例

- 広域での情報共有や連携をサポートするため、全県単位での検討会を設置するとともに、保健所単位で地域医療連携体制協議会を活用した広域連携の調整支援を実施
- 全ての市町で、在宅医療・介護の連携強化を図るコーディネーター（保健師または看護師）を配置し、医師会等の関係機関と連携して、地域の実情に応じた在宅ケア体制整備を実施。あわせて、コーディネーター対象の研修会を実施し、体制整備の要点を伝達。
- その他の市町村支援として、
  - ①各市町への個別訪問を実施。先行事例の資料提供や診療報酬改定等の国動向を伝達
  - ②地域毎の在宅医療の提供状況等の各種データの提供
  - ③広域連携にかかる取組は県が集中支援



福井県17市町 平均実施数5.6個(47都道府県中最も多い実施数)



退院支援ルールの作成にあたり、県下全ての保健所において、病院とケアマネジャーによる合同協議を実施。県全域で適用するルールとするため、圏域の代表者による検討会を設置

福井県における医療介護連携に係る会議等

福井県における市町単位での在宅ケア体制整備の方向性

滋賀県の取組事例

- 県が目指す在宅医療推進の方向性や保健所、市町、医師会等の関係機関の役割を明示  
⇒市町が事業を推進しやすい環境づくり
- 県が(ア)～(ク)の取組毎に市町村への具体的な支援策 とスケジュールを提示
- 医療介護連携や在宅医療に関する数値目標を設定  
⇒退院調整体制整備病院数、地域連携クリティカルパス実施病院等の連携に関する目標や在宅医療に関する目標を設定
- 保健所が積極的に市町を支援  
⇒地域医師会との調整や地域の退院支援ルールの作成など市町域を超える体制整備や市町担当職員対象の会議を開催



滋賀県19市町 平均実施数5.5個(47都道府県中福井県に次いで多い実施数)

県

- ・県が目指す在宅医療推進の方向性
- ・保健所、市町、医師会等の関係機関の役割明示⇒市町が事業を推進しやすい環境づくり

保健所

- ・地域医師会と市町との連絡調整
- ・今まで保健所が行ってきた在宅医療推進事業と今後市町が行う事業の整理、役割分担
- ・市町に伴走し、事業推進に関する提案や実施
- ・病院バックアップ機能、退院支援ルールなど市町域を超える体制整備
- ・郡市医師会や病院等関係機関に対する市町事業への協力要請
- ・市町担当部課長等を対象とした在宅医療・介護推進のための会議

市町

- ・事業の実施主体
- ・開業医や介護事業者など地域に根差した在宅医療・介護人材との関係性の構築

ア) 地域の医療・介護の資源の把握	オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 在宅医療提供機関〔診療所（医科、歯科）、訪問看護、病院、薬局等〕情報</li> <li>◎ 在宅看取り実施機関に関する情報集約と提供</li> <li>◎ その他、県（保健所）が把握しているデータ及び資料提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 医療・介護関係者の連携を調整・支援する人材の育成を行う</li> <li>◎ 県内の連携調整実践者による情報共有の場を設ける</li> </ul>
イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	カ) 医療・介護関係者の研修
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域の医療機関・介護事業者等の参画が得られやすいよう関係団体への協力依頼</li> <li>◎ 市町間の情報交換の場を設置し、自市町の特徴（課題）の明確化を支援する</li> <li>○ 県内各地の多職種研究会等の情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域リーダー活動の推進を目的に情報交換会を行う</li> <li>◎ 成人病センター及び滋賀医科大学が実施する人材育成研修への参加、出前講座の活用</li> <li>◎ 上記研修受講者を市町の実践者として活躍してもらえるよう連携する</li> <li>◎ 県と医師会共催で開催する在宅医療セミナープログラムの提供と活用の促進を図る</li> </ul>
ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	キ) 地域住民への普及啓発
<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 先行事例や好事例を把握し、そのノウハウを情報提供する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 県（保健所）作成の啓発紙等の情報提供</li> <li>○ 市町と県が役割分担をおこなった上で啓発に取り組む</li> </ul>
エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村間の連携
<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 三次及び二次圏域における既存の情報共有のためのルールの運用状況の評価検討</li> <li>○ 地域連携クリティカルパスの活用</li> <li>○ 多職種・他施設の情報共有を実現する在宅療養支援システム「淡海あさがおネット」の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 二次および三次医療圏内の病院から退院する事例に関して、県、保健所等は積極的に関係機関との調整を行い、情報共有の方法等に関する協議検討を行う</li> </ul>

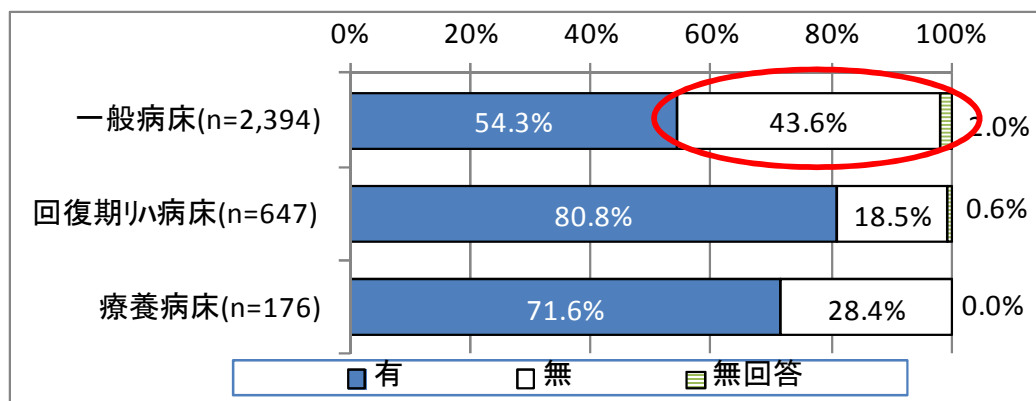
滋賀県（保健所）が実施している支援内容 ◎;H27強化 ○;継続

# (Ⅲ-1,2,3) 入退院時における医療と介護の連携の現状と課題

## 病院への入院時の情報提供率及び退院時の退院調整率の現状

### ○介護報酬改定検証調査(26年度実施分)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究

居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院(一般病床)から退院時に介護支援専門員への引継ぎがなく退院していた割合は43.6%であった。



### ○都道府県医療介護連携調整実証事業(平成26年度)

入院時に情報提供がなかった割合(ケアマネ⇒病院) 33%~74%

退院時に退院調整がなかった割合\*(病院⇒ケアマネ) 15%~41%

※病院から退院した利用者のうち、退院前に病院からケアマネへの引継ぎがなかった割合

	岩手県盛岡	岩手県宮古	富山県砺波	滋賀県大津市	和歌山県新宮
入院時情報提供書提出なし(%)	/	/	33	50	57
退院調整なし(%)	34	19	18	39	30
	京都府中丹東	兵庫県但馬	徳島県徳島保健所	大分県中部	鹿児島県鹿児島
入院時情報提供書提出なし(%)	/	53	74	66	44
退院調整なし(%)	15	20	41	27	31

## 課題

**入院時**

- ・介護支援専門員は、利用者宅への訪問が原則月1回であり、入院したことに気づかない(または遅れて知る)場合、介護支援専門員から病院への適時の情報提供がなされない。
- ・入院時情報連携加算が算定可能な期間(入院から7日以内)を過ぎてしまった場合、病院に情報提供しないことが多い。(病院にとっては7日を過ぎていても有用な情報であるが、介護支援専門員側はそう思っていない)

**退院時**

- ・退院後、あきらかに介護が必要な要介護度の高い患者や、経済面等での退院調整の必要が明確な患者は、病棟から地域連携室等に引き継がれ、地域連携室職員により介護支援専門員との退院調整が行われる。しかし、比較的軽度な患者(要支援~要介護2相当)は、病棟スタッフが介護支援専門員との退院調整の必要性に気づかず、そのまま退院してしまうケースが多いと考えられる。
- ・患者が要介護認定が必要かどうかについて、特に要支援~要介護1・2あたりを判断するのは難しい。



# 市町村における在宅医療・介護連携と 病院の入退院時における医療介護連携の関係について

## ① 病院の入退院時における医療介護連携

### ・複数市町村にまたがる医療介護連携

例えば広域的な医療を担っている病院の入退院時における医療介護連携の場合、複数市町村にまたがる広域的な医療介護連携の取組が求められる。

### ・入退院に関わる病院等職員と介護支援専門員等との連携

退院支援を担う病院等職員(病棟看護師や地域連携室のMSW等)と在宅介護サービスの調整を担う介護支援専門員等との連携が求められる。

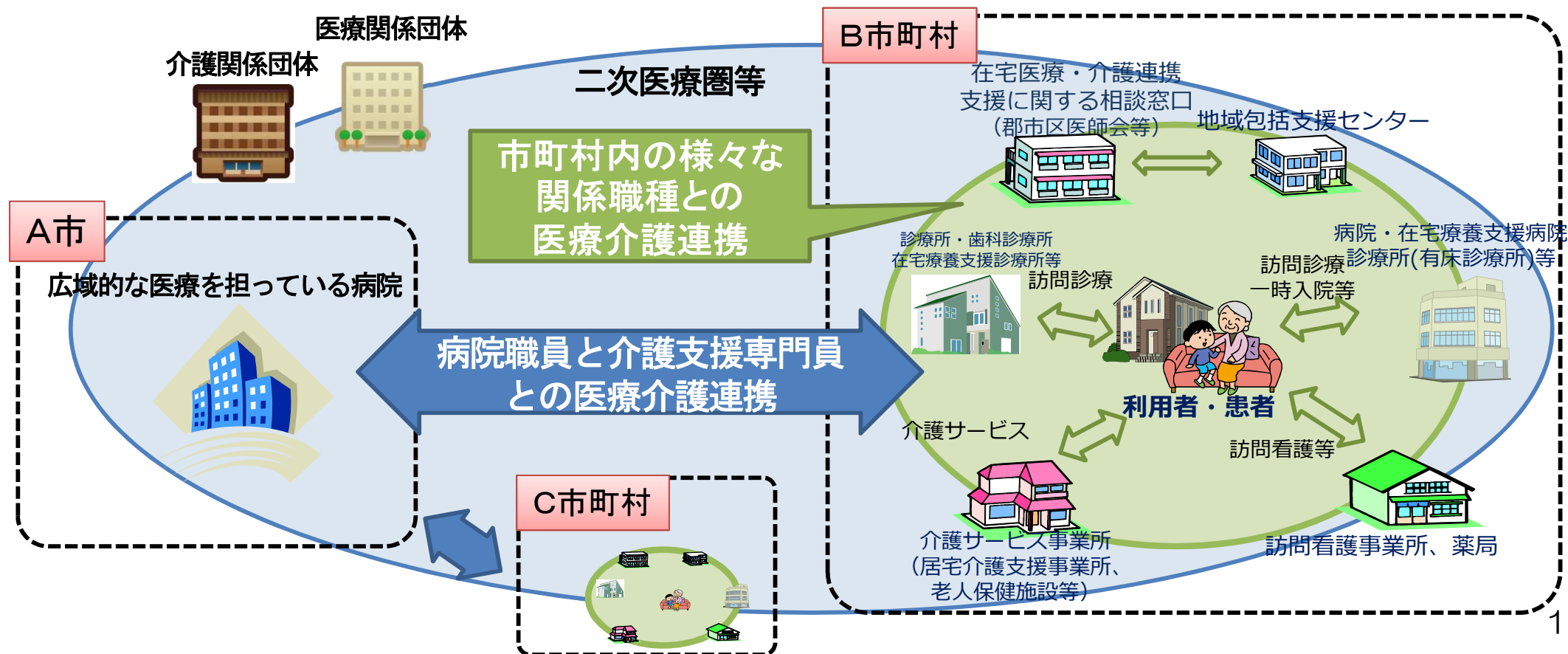
## ② 市町村における在宅医療・介護連携

### ・市町村(保険者)内の在宅医療と介護の連携

在宅療養に直接関わる関係者の連携の促進が目的であり、市町村内の医療介護連携の取組が求められる。

### ・在宅療養に関わる様々な医療介護関係職種との連携

在宅医療を担う医師、歯科医師、看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、在宅介護を担う介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、さらには地域包括支援センター、市町村職員など、様々な関係職種との連携が求められる。





# 医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画  
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護  
総合確保法

総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定

総合確保方針

同時改定  
(予定)

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

病床機能報告

改正医療法

地域医療構想の  
ガイドライン(年度末)

地域医療構想(ビジョン)の策定

医療計画  
基本方針

医療計画  
策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケア  
システムの構築を一体的に推進

病床機能分化・  
連携の影響を  
両計画に反映

介護保険事業  
(支援)計画策定

改正介護保険法

介護保険事業  
計画基本指針

介護保険事業  
(支援)計画策定

介護保険事業  
計画基本指針

・2025年度までの  
将来見通しの策定

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

・介護サービスの拡充／・地域支援事業による在宅医療・介護連携、地域ケア会議、認知症  
施策、生活支援・介護予防等の推進

医療保険制度改革

医療保険制度改革法案の成立  
(平成27年5月27日)

必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

- ・医療保険制度の財政基盤の安定化
- ・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化 等

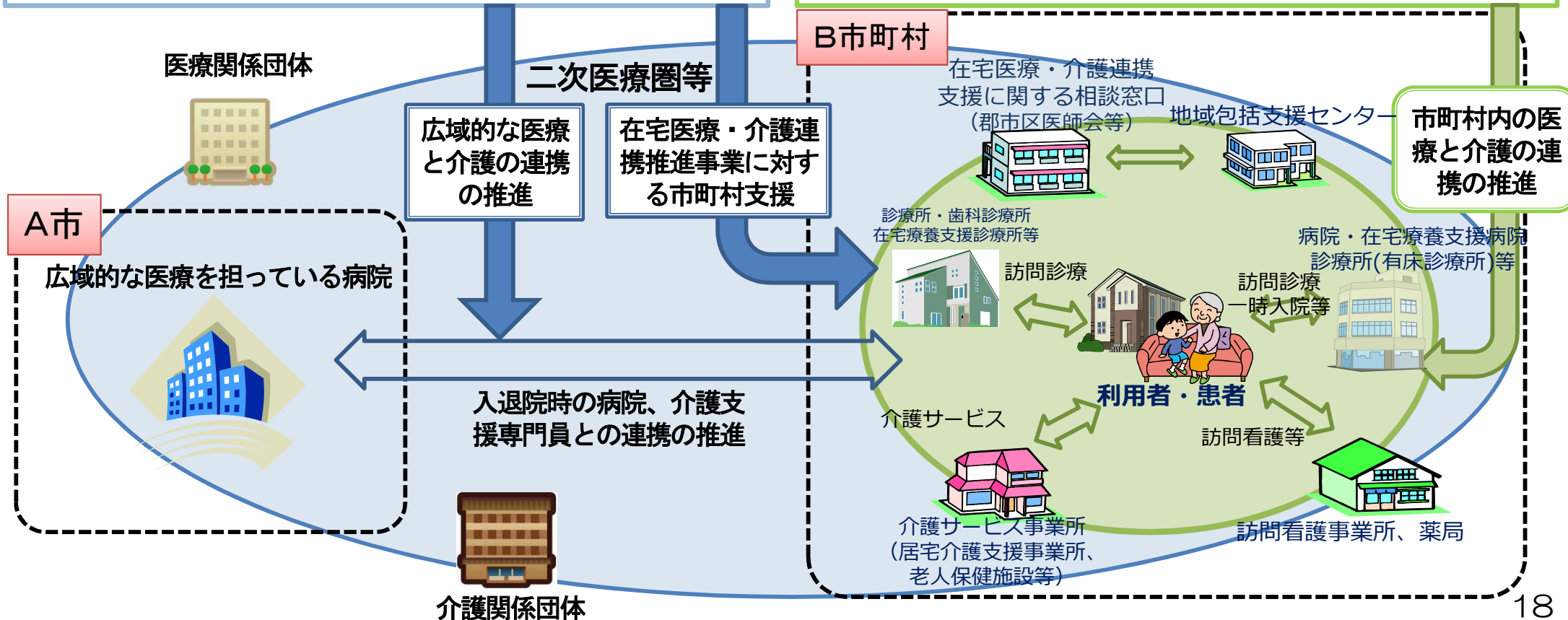
# 在宅医療と介護の連携の推進に係る 都道府県(保健所)と市町村(保険者)が担う役割のイメージ

## 都道府県(保健所)の役割

- ①市町村に対する事業導入・展開に向けた支援
  - ・効果的な事業の導入・展開に向けた技術的な支援
  - ・医療介護関係団体との調整等の支援
- ②広域的な医療と介護の連携の取組の推進
  - ・入退院時の病院職員と介護支援専門員の連携状況等、広域的な医療と介護の連携状況についての実態把握及び評価
  - ・二次医療圏等を単位とした医療介護関係者の協議や人材育成等、広域的な医療と介護の連携を推進する取組を実施

## 市町村(保険者)の役割

- 市町村(保険者)内の在宅医療と介護の連携の推進  
在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)の取組
- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
  - (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
  - (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
  - (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
  - (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
  - (カ) 医療・介護関係者の研修
  - (キ) 地域住民への普及啓発
  - (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携



# 在宅医療・介護連携推進事業を促進するための国の主な支援策

- 在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたっては、
  - ・ 市町村が主体的に、地域の医療・介護関係者の協力を得つつ、在宅医療・介護連携に関する課題の抽出と対応策について検討すること
  - ・ 市町村が事業実施に係る検討段階から、郡市区医師会等の地域における医療・介護の関係団体等と緊密に連携しながら取り組むことが重要である。
- 医療施策に関する取組は、これまで主に都道府県が対応してきたため、事業実施に必要なノウハウの蓄積は、市町村により様々である。そのため、地域の実情に応じた取組を支援するため、国は主に以下の取組により支援。

## 在宅医療・介護連携推進事業の計画作成の支援

### ①在宅医療・介護連携推進支援事業(平成28年度予算(案)事業) ～在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー～

- ・対象 市町村、市町村が想定している委託先(郡市区医師会等)、市町村支援を担う都道府県・保健所
- ・内容 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業における各取組の効果的な展開方法、グループワーク(実施計画の作成演習)



### ②地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究 ～地域における医療・介護の連携に関する実践的なモデルの作成～

- ・対象 医療・介護連携に取り組む市町村職員
- ・内容 地域資源の実情に応じ、これから医療介護連携に関する取組を進めようとしている市町村にも応用可能な一般化した医療介護連携の取組モデルを作成、提示。

## 現状分析のための支援

- ①「見える化」システムへの在宅医療・介護連携に関するデータ掲載
  - ・地域包括ケア「見える化」システム(平成27年7月稼働)に、在宅医療・介護連携に関するデータを掲載し、都道府県及び市区町村が地域の現状分析等に活用できる機能を平成28年6月にリリース予定
- ②「在宅医療・介護連携推進事業」の継続的な進捗管理
  - ・平成28年度においても、「在宅医療・介護連携推進事業」の取組毎に実施状況を調査し、全国の取組状況を周知する。

## 好事例の横展開

- ①地方自治体の意見交換の場の設定
  - ・在宅医療・介護連携推進支援事業等の場を活用しつつ、好事例の横展開を推進する。
- ②地方自治体の取組事例の収集と情報提供
  - ・取組事例を収集し、地方自治体を対象とする会議や市町村セミナー等の研修、ホームページを活用して好事例の横展開を推進する。

●目的 本事業は、市町村における在宅医療・介護連携の推進に地域間格差が生じないように、都道府県と連携しながら技術的支援を行い、在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施及び充実を図る。

## ●事業内容

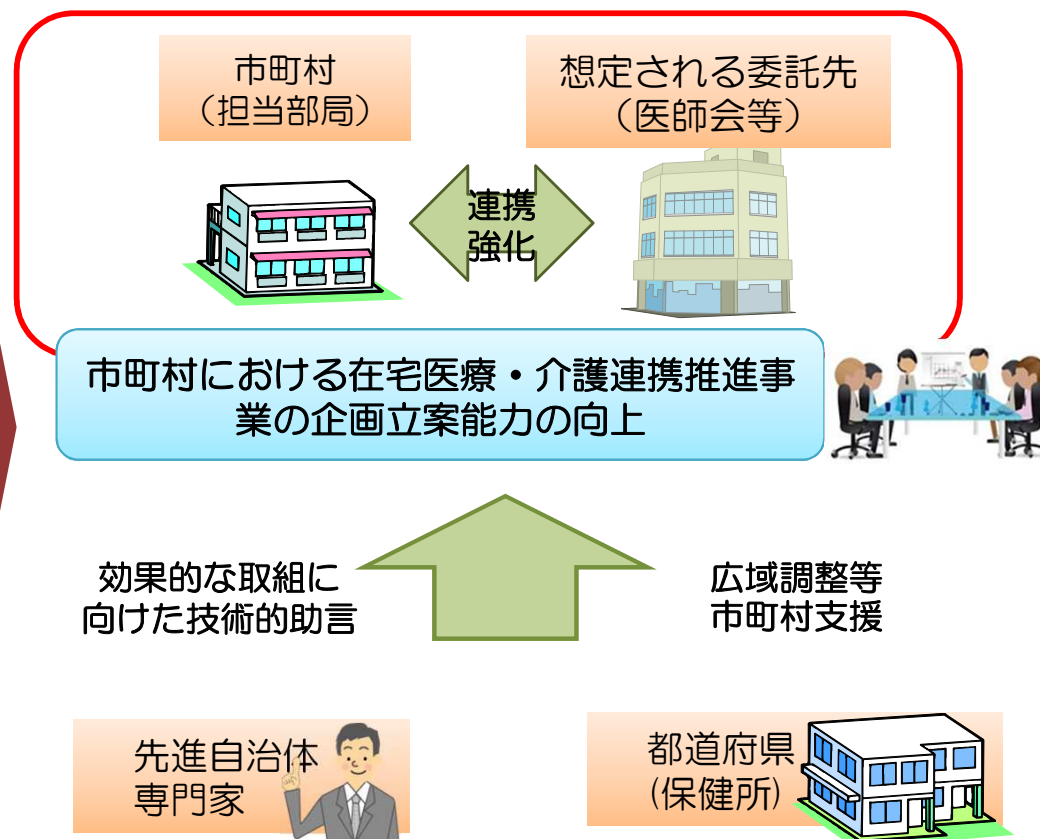
市町村における効果的な在宅医療・介護連携推進事業が実施されるように、市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）、都道府県・保健所等を対象として、事業の企画立案能力の向上を図る「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」の実施や市町村に対する技術的助言などの支援を行う。

### 在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー

- 対象 市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）  
市町村支援を担う都道府県・保健所
- 内容 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業における（ア）～（ク）の各取組の効果的な展開方法グループワーク（実施計画の作成演習）

### 在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業交付金）

- （ア）地域の医療・介護の資源の把握
- （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
- （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
- （カ）医療・介護関係者の研修
- （キ）地域住民への普及啓発
- （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携





# 医療介護連携に関する主な調査研究事業（平成28年度予定）

## ○ 自治体における医療介護連携

事業名	内容
地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための地方自治体職員の育成プログラムに関する調査研究事業	地域支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携推進事業の円滑な導入を図るためには、事業を担当する地方自治体職員の育成が必要であることから、都道府県、市町村、大学等が全国で利用可能な効果的な地方自治体職員研修プログラムの検討、開発を行い、研修プログラムの全国的な普及展開を図りつつ効果検証を行う。
地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況及び先進事例等に関する調査研究事業	全国の地方自治体における在宅医療・介護連携推進事業の実施及び準備状況等について実態調査を実施するとともに、調査結果等から、市町村の先進的な取組事例、複数市町村や都道府県・保健所との共同実施等の効率的な取組事例、さらに都道府県による効果的な市町村支援や広域的な医療介護連携の取組事例等を収集し、他自治体の参考となる取組モデルを検討、提示する。
地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための小規模自治体向け多職種研修プログラムに関する調査研究事業	医療・介護の人材等の地域資源が乏しい小規模市町村における在宅医療・介護連携推進事業の推進を図るため、小規模自治体における効果的な展開方法（複数市町村、医療機関及び関係団体との共同実施等）について事例収集等により実態を把握しつつ、地域の実情に応じた小規模自治体向けの在宅医療・介護連携に資する多職種研修プログラムを作成する。
在宅医療・介護連携による市町村における介護保険サービス提供体制の整備に関する調査研究事業	第7期介護保険事業計画においては、医療・介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加に応じて整備すべきサービス種類・量について保険者が適切に見込めるように支援をする必要がある。このため、本事業では昨年度に引き続き、在宅医療が必要な者や医療機関から退院する者の動向等の把握手法や、それに基づく介護保険サービスの見込量の推計を行う具体的な手法について調査研究を行う。

## ○ 退院支援に関する医療介護連携

事業名	内容
効率的かつ効果的な退院支援を行うための連携の在り方に関する調査分析	医療機関等への調査を通じて、退院支援に関わる部門・人材や退院支援のプロセスの実態把握と課題分析を行うことを通じ、より効果的な評価の在り方について提言を行う。

# 医療介護連携に関する主な調査研究事業（平成28年度予定）

## ○ 訪問看護に関する医療介護連携

事業名	内容
訪問看護実践を通じた病院看護師の在宅療養支援能力向上に関する調査研究事業	在宅医療・介護連携の更なる推進を目指す観点から、病院(10か所以上)の看護師(病棟・外来で20人以上)が、訪問看護ステーションに出向し、訪問看護を実践する中で、早期の退院調整や在宅療養継続を支援する能力を高める等の地域包括ケアシステムの構築を推進する人材の確保、育成、活用策について、地域の実情に応じた提案等を行う。

## ○ ケアマネジャーに関する医療介護連携

事業名	内容
ケアマネジャー等を活用した退院支援のモデル構築に関する調査研究事業	医療介護連携の具体的な方策として、ケアマネジャー等を活用した入退院時におけるモデル的な医療介護サービスの地域ごとの連携パスのあり方を検討するとともに、入院中の患者に対する退院前からの多職種連携による支援や保険外の生活支援サービスの利用を推進するための方策に関する調査研究を行う。

## ○ 認知症に関する医療介護連携

事業名	内容
認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業	身体合併症等で入院治療が必要となった場合でも、生活機能の維持により、退院後に住み慣れた地域での生活を継続できるような、認知症のリハビリテーションの方法論、医療・介護や行政との連携のあり方等につき調査・研究を行う。

## ○ かかりつけ医とリハビリテーションに関する医療介護連携

事業名	内容
地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションの在り方に関する調査研究事業	通常の病院、診療所、介護老人保健施設併設型の訪問リハビリテーション等と単独型の訪問リハビリテーション等におけるリスク管理や緊急体制など医学的管理の在り方及び医師の関与状況の違いをモデルでの実践を通して検討し、在宅医療介護連携におけるかかりつけ医の関与方法や訪問リハビリテーションの在り方を整理する。併せて、訪問リハビリ等とかかりつけ医の効果的連携のためのガイドラインを作成する。

# 入退院時の医療介護連携に係る都道府県の主な取組例

## (平成27年度地域医療介護総合確保基金における実施事業)

都道府県名	事業名	内容
岩手県	地域包括ケアシステム基盤確立事業	介護サービスの提供を必要とする高齢者の入退院の際の病院とケアマネの調整ルールを策定し、医療と介護の切れ目のないサービス提供体制を構築する。
福島県	退院支援マニュアル作成支援事業	入院患者が住み慣れた地域へ戻るためのフローを多職種で検討し、退院支援マニュアルの作成に要する経費を支援する。
栃木県	在宅医療地域連携体制構築事業	入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携による切れ目のない継続的な医療提供体制の構築に向けた委員会等の設置や、人材育成のための研修会、連携ツールの普及等に必要な経費を助成する。
群馬県	地域包括ケア推進事業(在宅医療・介護連携支援事業)	モデル圏域において、退院調整ルールの策定事業を実施するとともに、県内他圏域に普及させるための研修会等を実施。
千葉県	入院患者退院時支援事業	脳卒中患者の退院時支援について、モデル地域において、関係者が地域の実情にあわせた退院時支援ルールを決め、実践・検証を行う。
東京都	区市町村在宅療養推進事業	退院患者への医療・介護連携支援体制の整備地域の実情に応じて、地域の医療・介護資源が連携して早期から退院支援を行う仕組みやルールを検討・策定し、退院患者の在宅療養生活への円滑な移行を実現できる体制を構築する。
富山県	在宅医療に係る医療連携体制の運営支援(厚生センター地域包括ケア推進支援事業費)	二次医療圏単位での在宅医療・介護連携を推進するため、各厚生センター(保健所)が事務局となり、管内市町村、病院、郡市医師会、介護支援専門員協会等の協力を得ながら、入退院に伴う病院とケアマネジャーとの連携に関するルールを策定。
山梨県	退院支援マネジメント養成研修事業	入院から在宅への移行期において適切な退院支援を確保するため、退院支援マネジメントを実践できる人材養成と普及のための研修会を開催する。
徳島県	在宅医療・介護コーディネート事業	地域包括ケアシステムの構築及び在宅医療・介護サービスの充実に向けて、市町村のサポートや退院調整ルールの策定等、市町村圏域を越えた課題の解決等に対して、保健所が中心となり対応する。

## 1 介護保険法

第115条の45の10（在宅医療・介護連携推進事業に係る都道府県の関与の規定）

3 都道府県は、市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する必要な協力をすることができる。

第118条の3の5（都道府県介護保険事業支援計画の記載事項）

3 都道府県介護保険事業支援計画においては、前項に規定する事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。

五 第百十五条の四十五第二項第四号に掲げる事業に関する市町村相互間の連絡調整を行う事業に関する事項

## 2 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針

（平成18年厚生労働省告示第314号より抜粋、介護保険法第116条に基づくもの）

都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項（抄）

### （一）在宅医療・介護連携の推進

在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。

在宅医療・介護連携を推進するために、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための人材育成等の研修会の開催、都道府県医師会との連携及び調整、医療機関と地域の介護関係者及び医療関係者との連携等の広域での調整が必要な事項、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援等、在宅医療・介護連携に関する市町村への具体的な支援策を定めることが重要である。



**3 医療法第30条の4の規定に基づき、医療計画に記載する事項疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について「在宅医療の体制構築に係る指針」**  
(平成24年3月30日 厚生労働省医政局指導課長通知より抜粋)

第2 関係機関とその連携

2 各医療機能と連携

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① 目標

- ・ 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

② 入院医療機関に求められる事項

- ・ 退院支援担当者を配置すること
- ・ 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
- ・ 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
- ・ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること
- ・ 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(医療機関の例)

- ・ 病院・有床診療所

※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組みが行われている。

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるよう調整すること
- ・ 在宅医療や介護の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- ・ 高齢者のみではなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
- ・ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護資源に関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

（関係機関の例）

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター

※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

### 第3 構築の具体的な手順

#### 3 連携の検討

(1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、在宅医療及び介護の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護の関係機関等との情報の共有に努める。

さらに、都道府県は、在宅医療に係る機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等について、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるための研修の実施等により人材育成に努める。

(2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示第374号)の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」(平成19年7月20日健総発第0720001号健康局総務課長通知)を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等の関係団体と連携して医療機関相互の調整を行う等、積極的な役割を果たすこと。