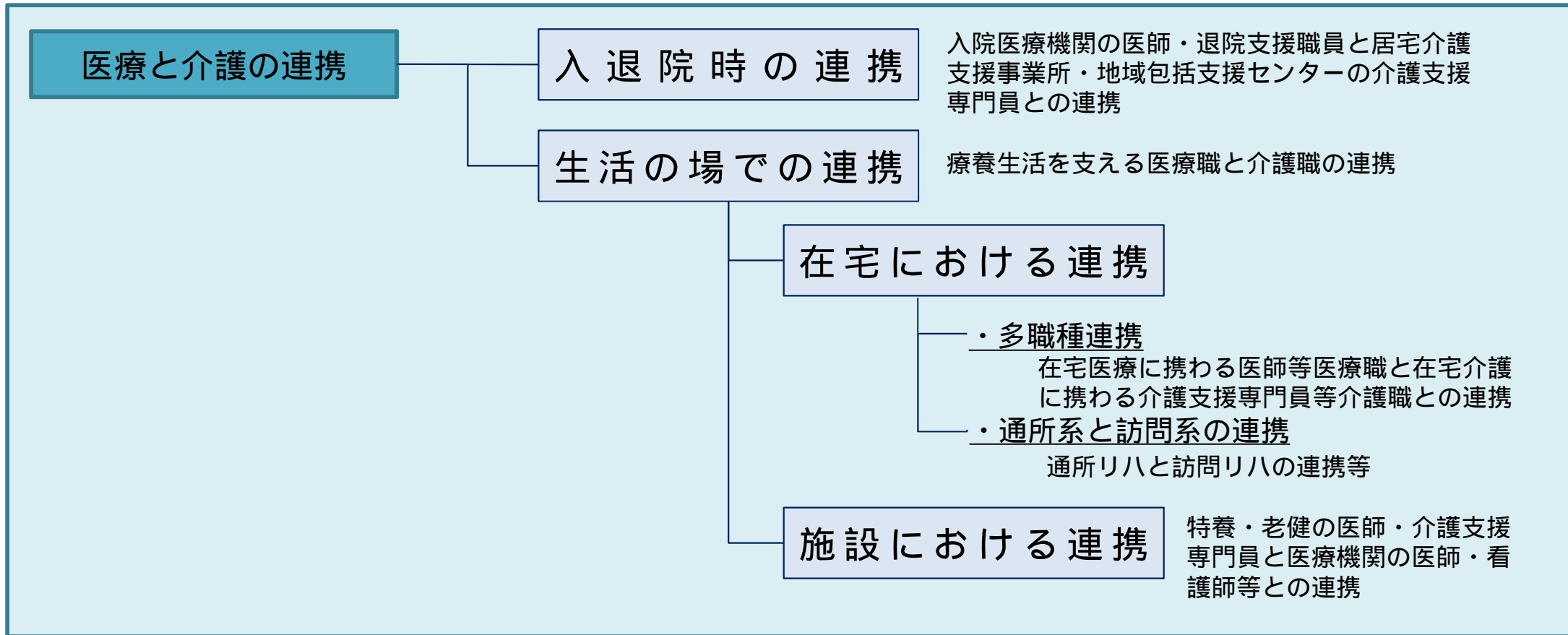


|                         |        |
|-------------------------|--------|
| 社会保障審議会<br>介護保険部会（第68回） | 参考資料 1 |
| 平成28年11月16日             |        |

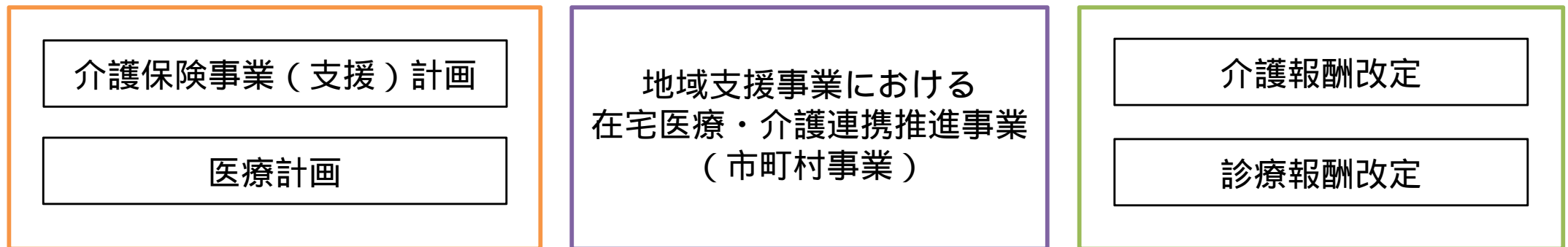
# 参考資料

# 医療サービスと介護サービスの連携

## 主な医療と介護の連携の場面



## 主な施策



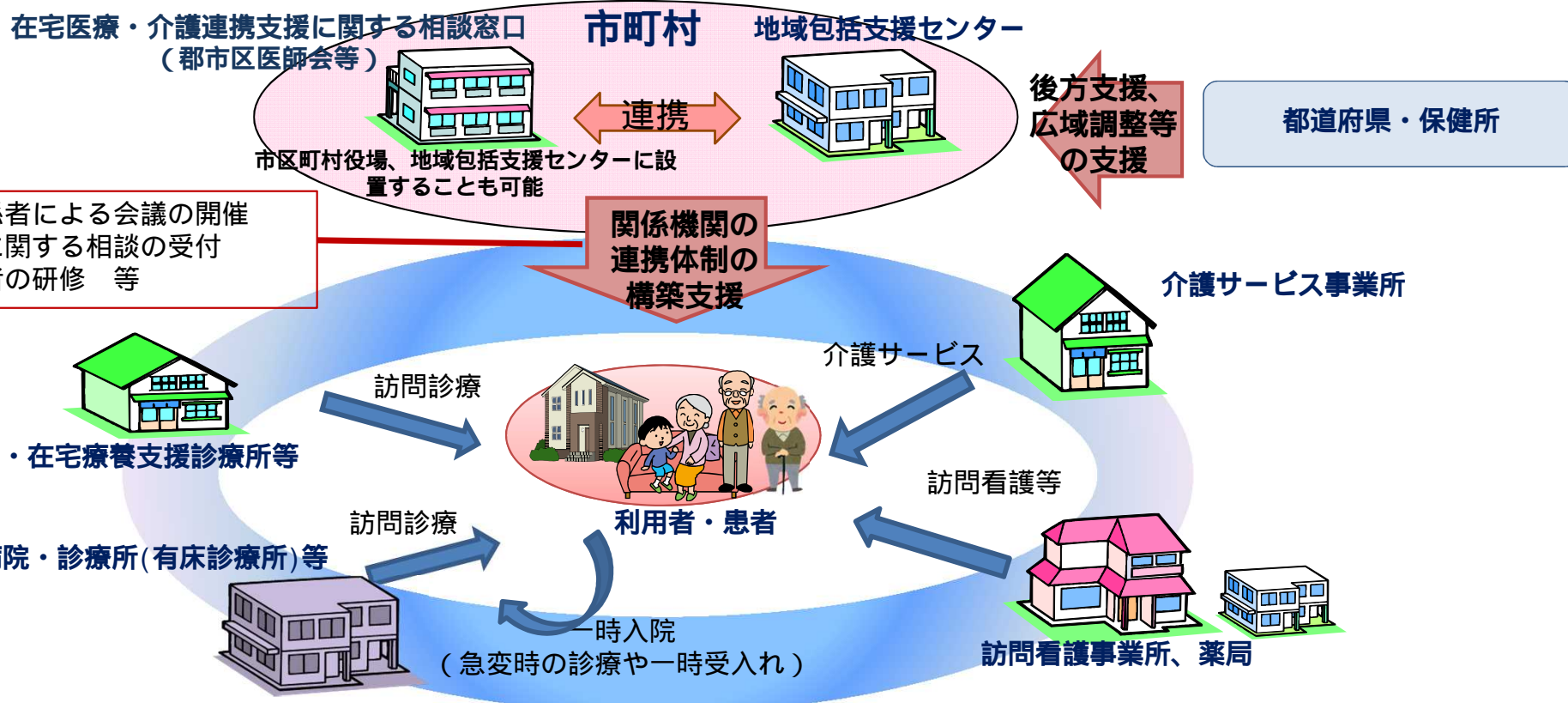
# 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（ ）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（ ）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



# 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

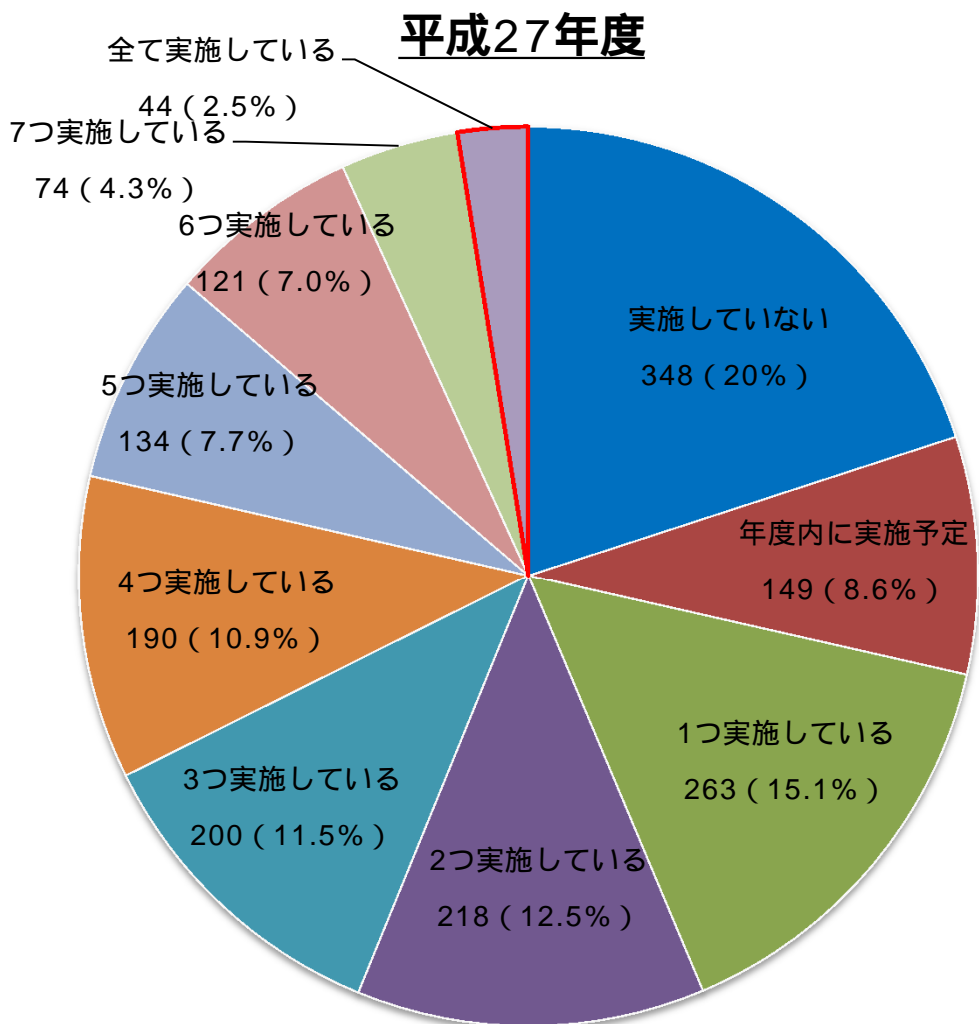
- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

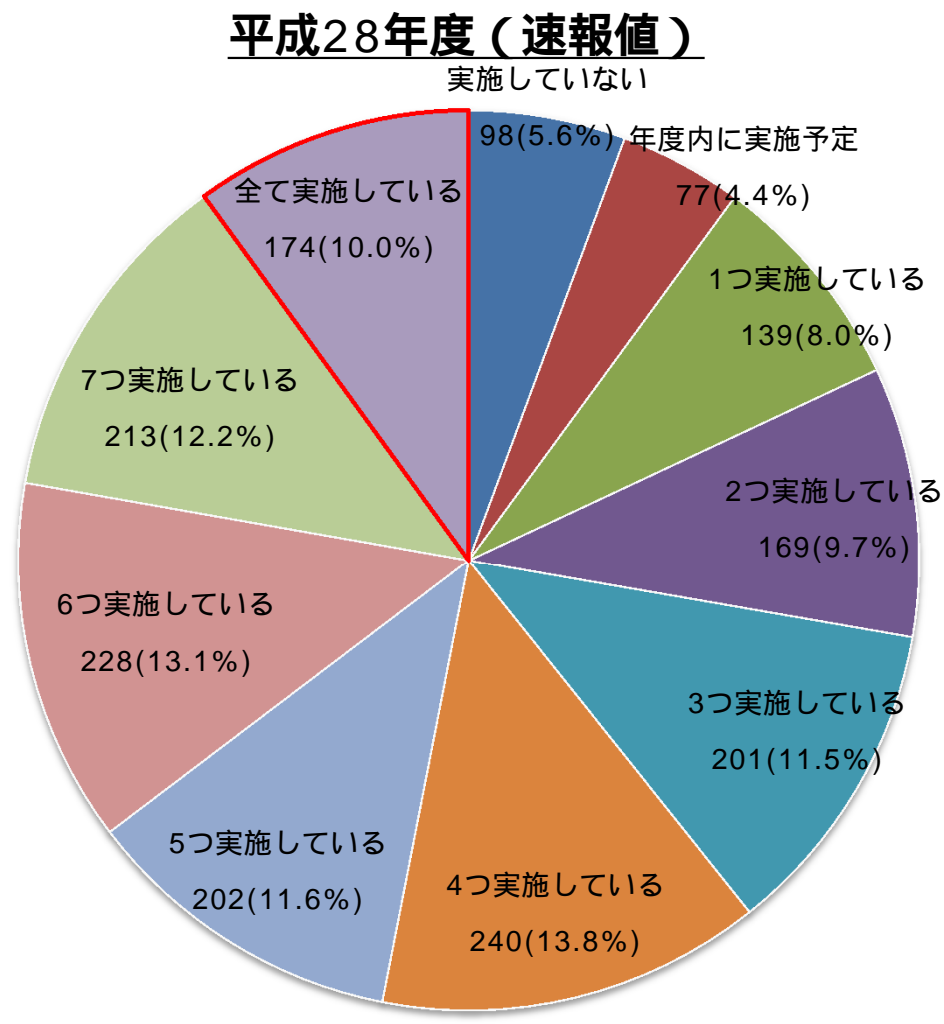
同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

# 市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況の比較(n=1,741)

平成30年4月までに市町村が実施することとなっている8つの事業項目全てを実施している市町村は44市町村(2.5%)から174市町村(10.0%)に増加、まだ事業を実施していない市町村は348市町村(20.0%)から98市町村(5.6%)に減少している。

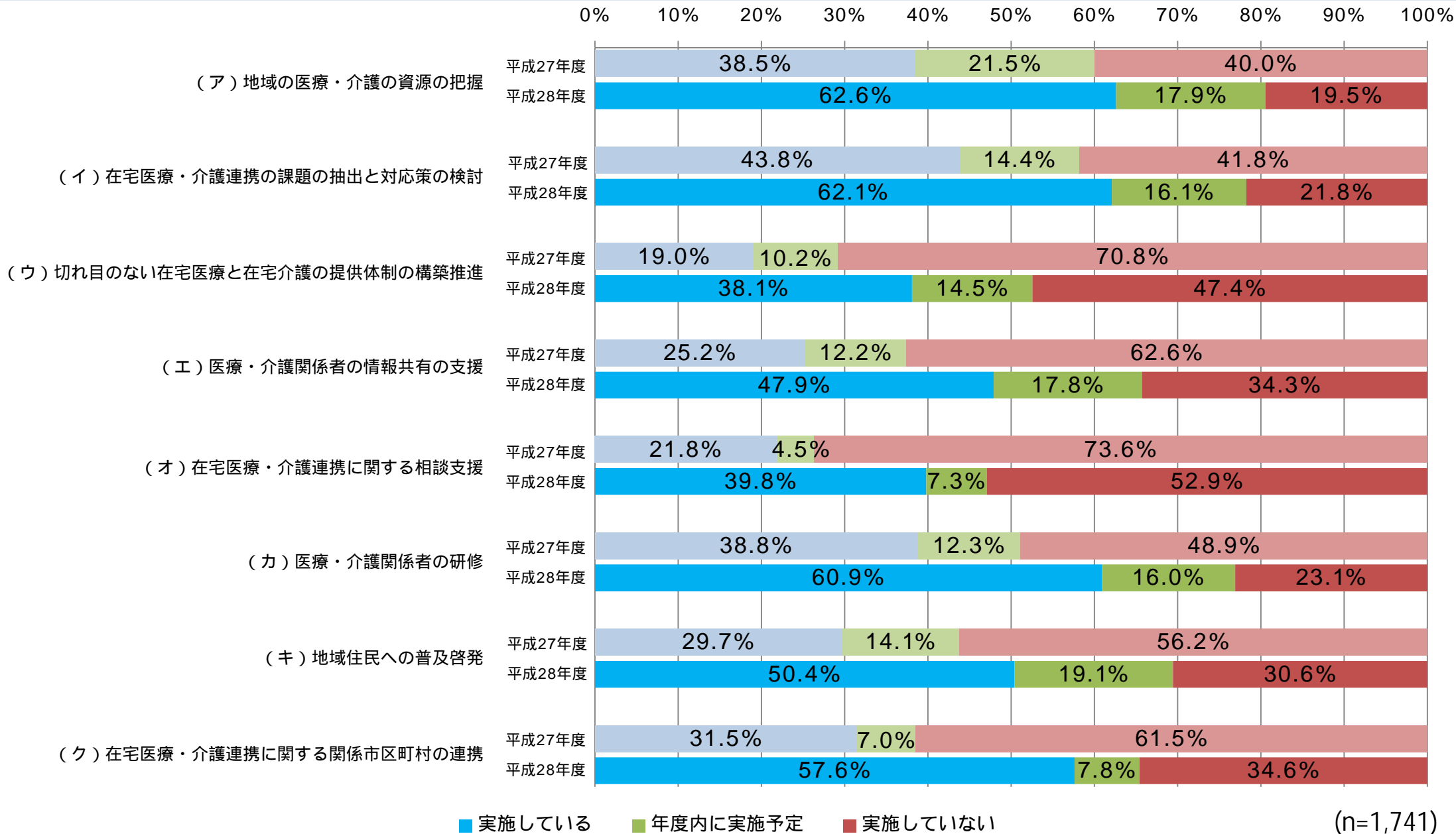


出典 平成27年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査(確定値)



出典 平成28年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査(速報値)

# 市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



# 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書

地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書  
(平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)より抜粋

## 地域マネジメント

- 「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」
- 地域マネジメントを行う上で最も重要な点は、「どのような地域社会を作りたいか」という理念と、その進捗を評価する具体的な「目標と指標の設定」。

## 医療・介護連携と多職種連携の促進

- 現状では多くの自治体において、「顔のみえる関係」を築いた後の具体的な活動内容を、十分にイメージできないという声も少なくない。厚生労働省から発出された「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」に示された事業内容の「(ア)～(ク)」にこだわり、本来の目的がみえないまま、取組の一部分だけを切り取り実施している自治体も少なくない。
- 医師会との協働による仕組みづくり
- 在宅医療・介護連携推進事業においては、郡市医師会への事業委託が可能であり、医師会が有する地域のネットワークやこれまでのノウハウの活用による事業の推進が重要。
- 仕組みができれば、日々の連携を進める
- 医療介護連携は、地域ケア会議など日々の実践の積み上げによって、その地域の経験が蓄積され、それぞれの関係者の動きが円滑になり、よりよいケアにつながる。
- 仕組みを定期的に評価・検討する場を設け、実践を蓄積し、評価し、多職種間で共有するシステムが重要。

## 都道府県の役割

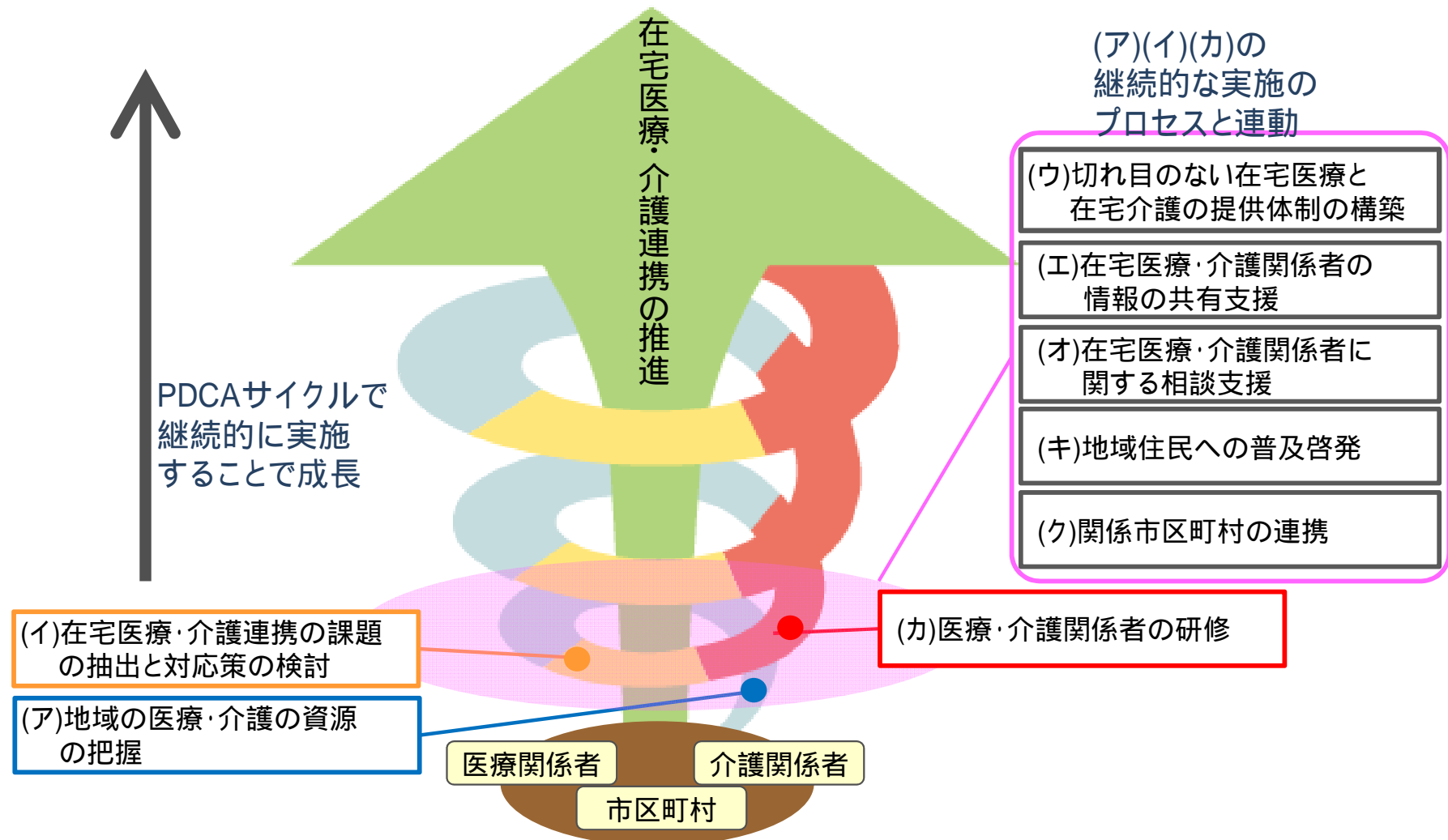
### ■ 医療介護連携・多職種連携における都道府県への期待

- 小規模自治体における医療介護連携は、複数の市町村の連携による体制づくりを基本としつつ、都道府県や保健所のバックアップが不可欠。
- 二次医療圏を対象とする地域マネジメントを通じた、地域医療ビジョンと連動した在宅療養支援体制構築、先進的な取組の情報共有、市町村分析等からの地域包括ケアシステム構築に向けた改善策の提案など考えられる。

# 在宅医療・介護連携推進事業の進め方のイメージ

出典：富士通総研「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多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変  
(平成27年度老人保健健康増進等事業)

地域の実情という多様性の存在を前提としつつ、各地域における医療・介護提供体制のあるべき姿（目標）や進め方の全体像を関係者で共有した上で、各取組を一体的に行うことが非常に重要。  
複数の主体が参加して体制を構築・強化していく過程は、常に参加者の認識の共有と合意、新たな知識の獲得や深化、意識変容、連携強化が行われ、その一連をもって体制構築・強化が行われるという正のスパイラルである。それを短期間に成し遂げるためには、漫然と取組を行うのではなく、戦略的に取り組んでいくことが必要。

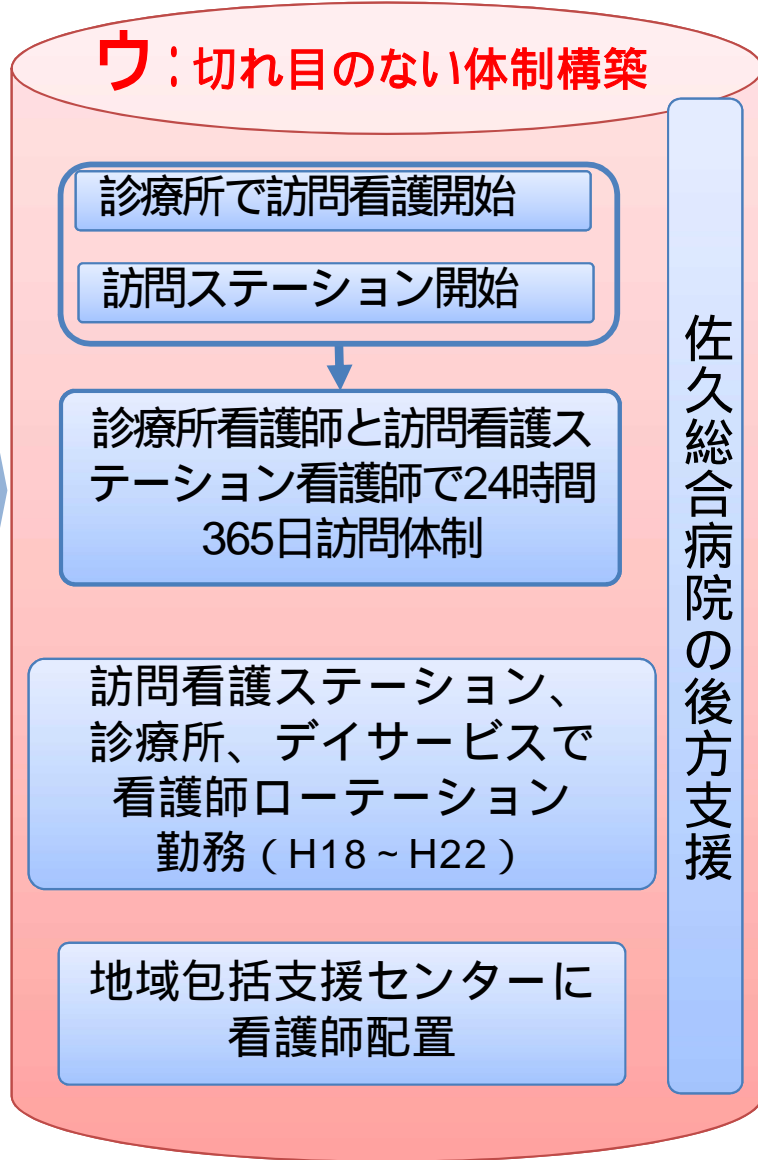
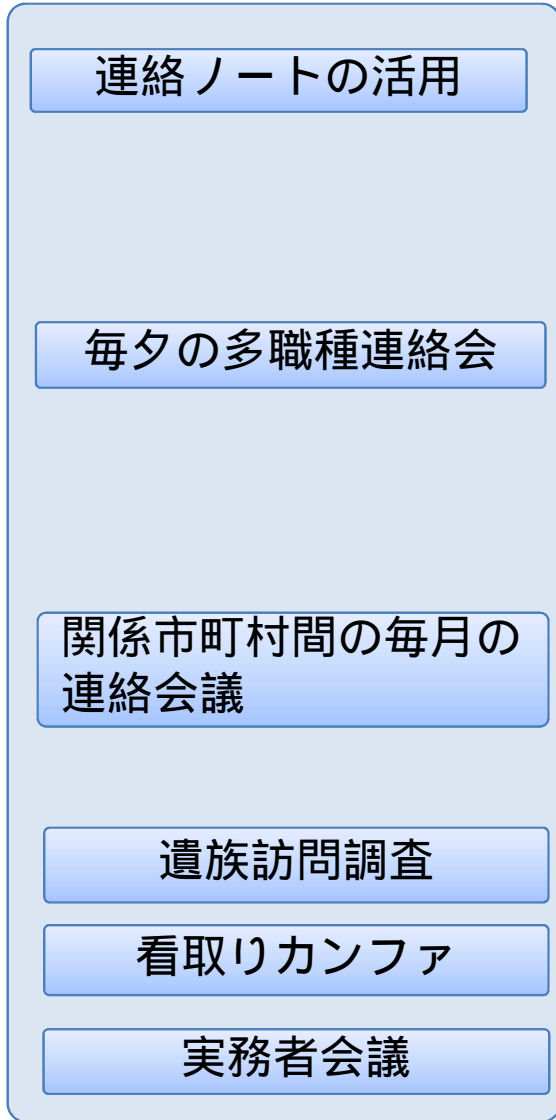




# 診療所と訪問看護ステーションの連携による24時間365日の切れ目のない 在宅医療と在宅介護の連携体制整備の事例（長野県川上村）

長野県川上村では、限られた医療資源の有効活用を目指し、かかりつけ医の指示のもと、診療所看護師と訪問看護ステーション看護師の連携により24時間365日の訪問体制を構築している。

H10  
H11  
H12  
H18  
H21  
H23  
H24  
H25  
H28



15年の取組みにより住民に在宅医療が浸透



**< 実践効果分析 >**

**訪問看護統計**

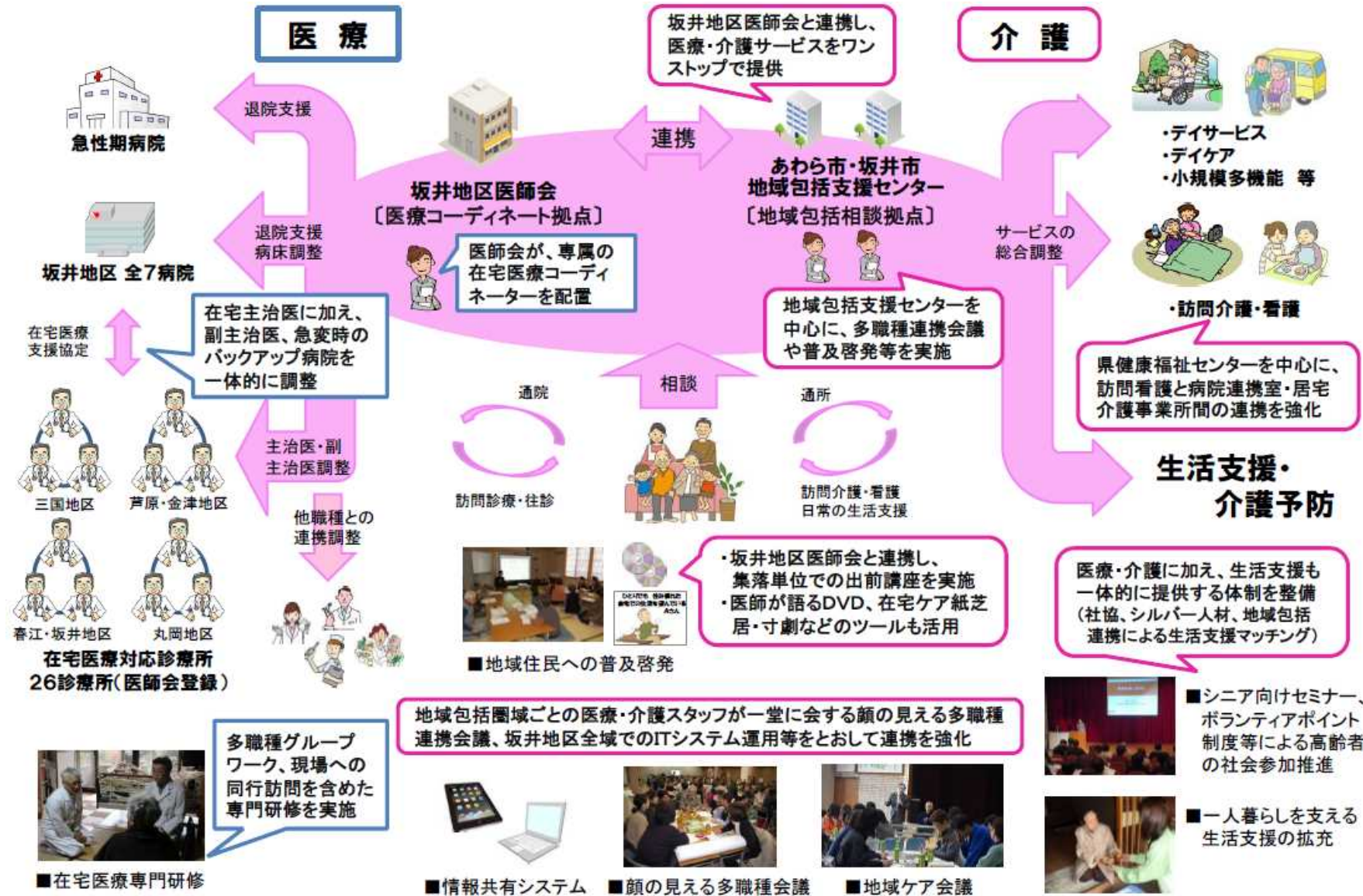
- 訪問看護利用実人数
- 訪問回数
- 自宅死亡率
- 時間外緊急訪問回数

**介護費・医療費**

- 施設・在宅別介護費
- 医療費総額の推移
- 訪問看護に関する医療費総額

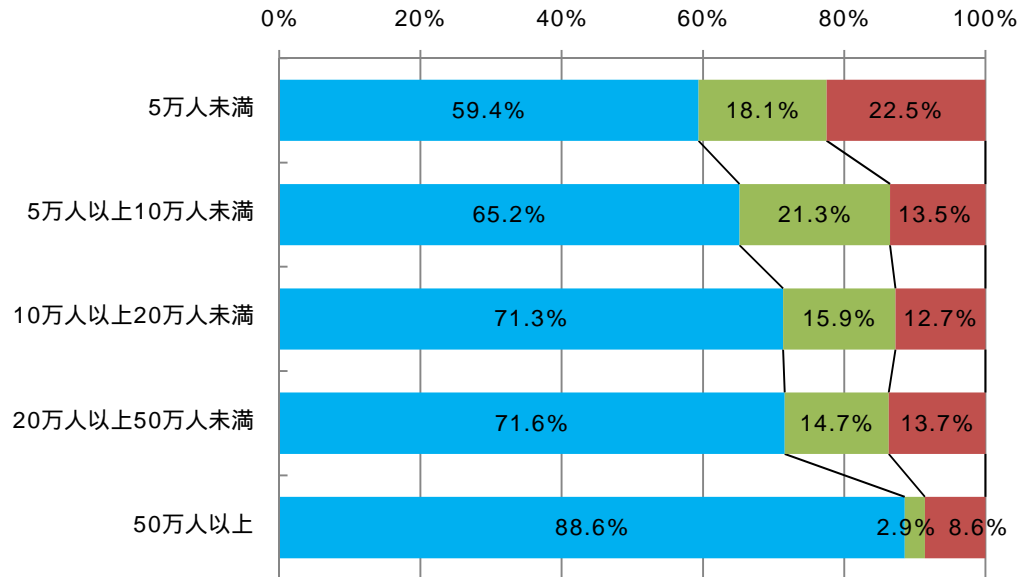
# 広域で在宅医療介護連携に関する相談窓口（医療コーディネーター拠点）を設置している事例 （福井県坂井地区医師会・あわら市・坂井市）

福井県坂井地区（あわら市、坂井市）では、坂井地区医師会に委託事業として医療コーディネーター拠点を設置し、医療介護連携の調整を担う専属のコーディネーターを配置している。医師会は主に医療体制の整備に係る取組を担当、市は主に多職種連携会議や普及啓発などの事業を担当し、医師会と行政の協働による取組となっている。

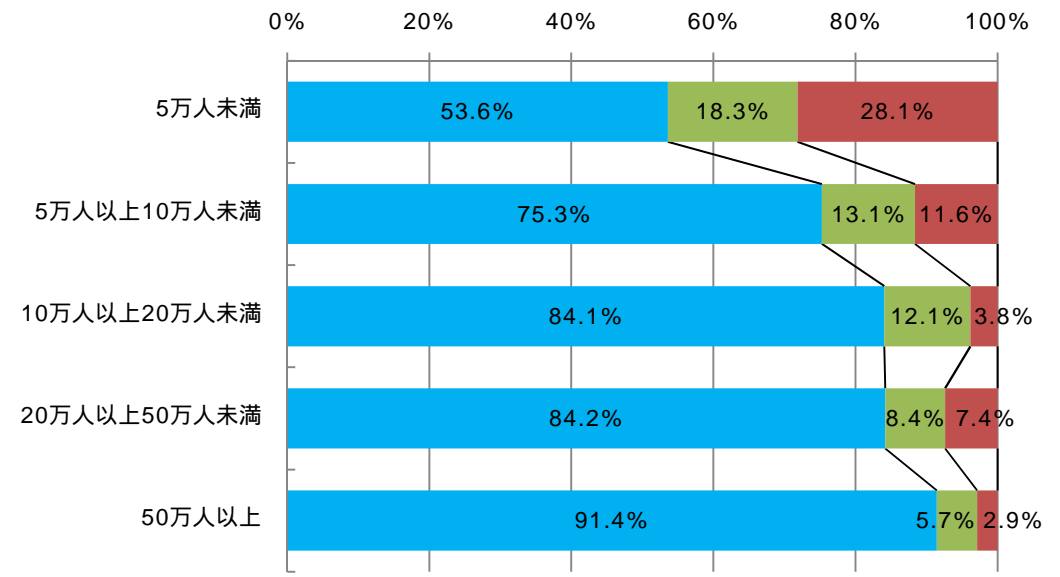


# 人口規模別の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

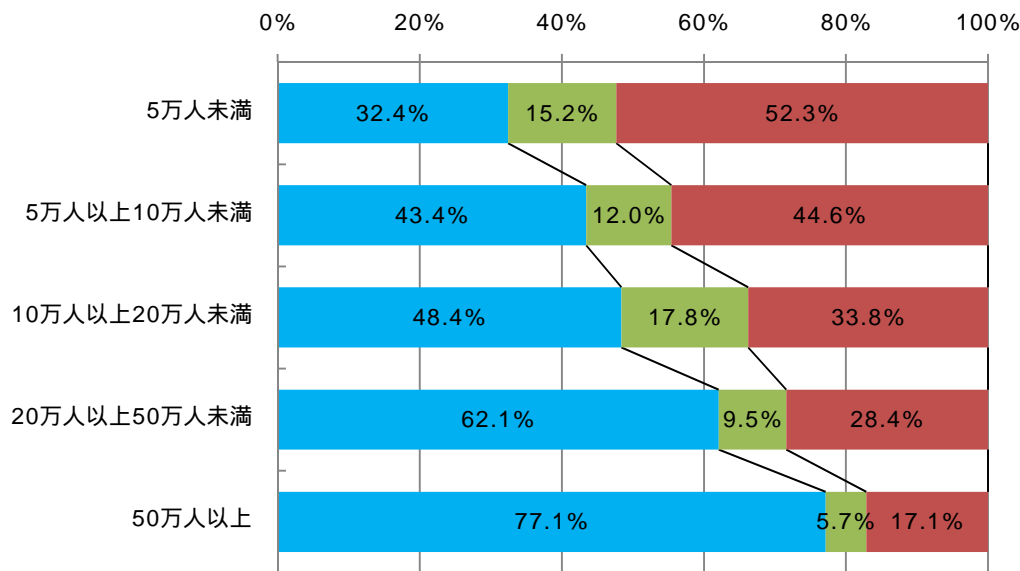
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握



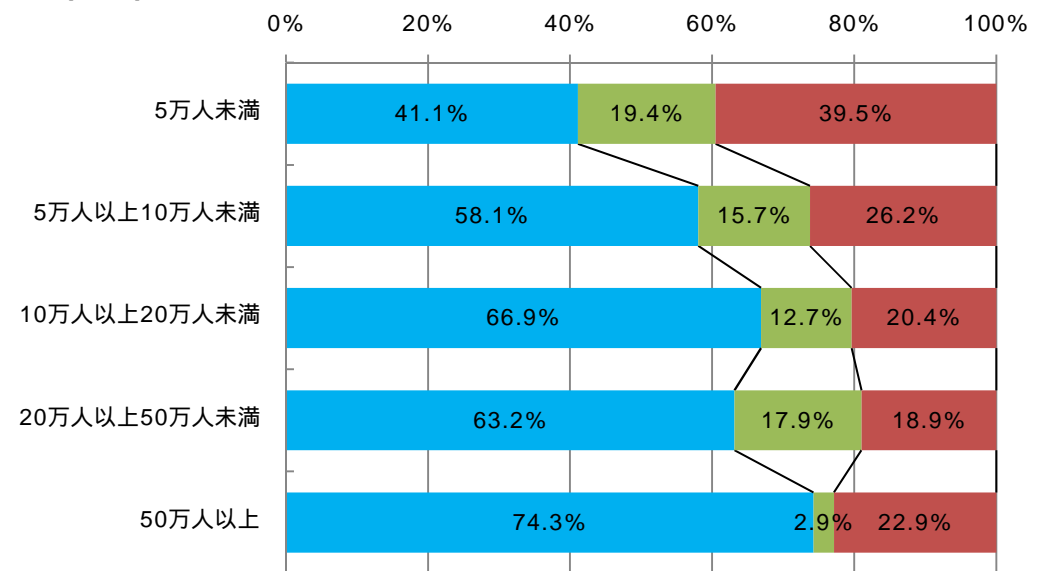
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



(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

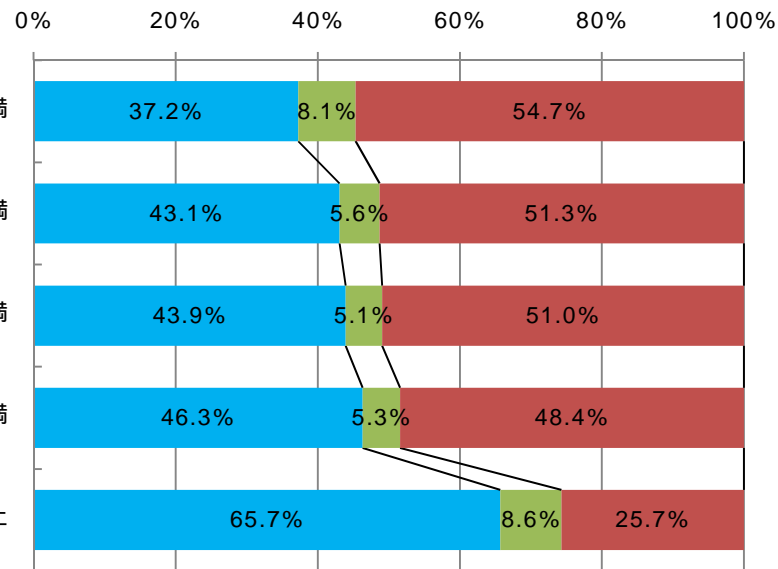


■ 実施している ■ 年度内に実施予定 ■ 実施していない

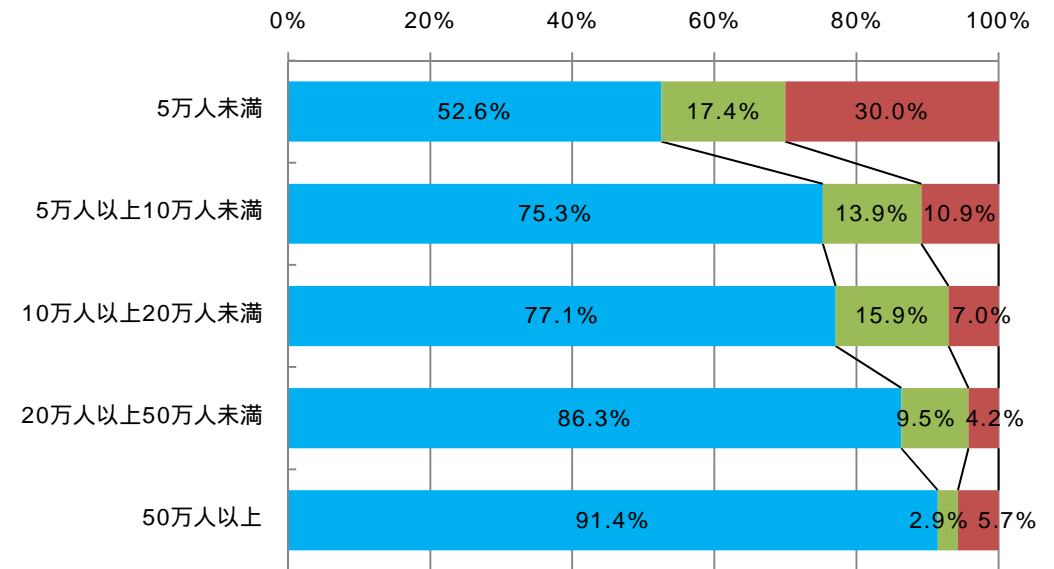
(n=1,741)

# 人口規模別の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

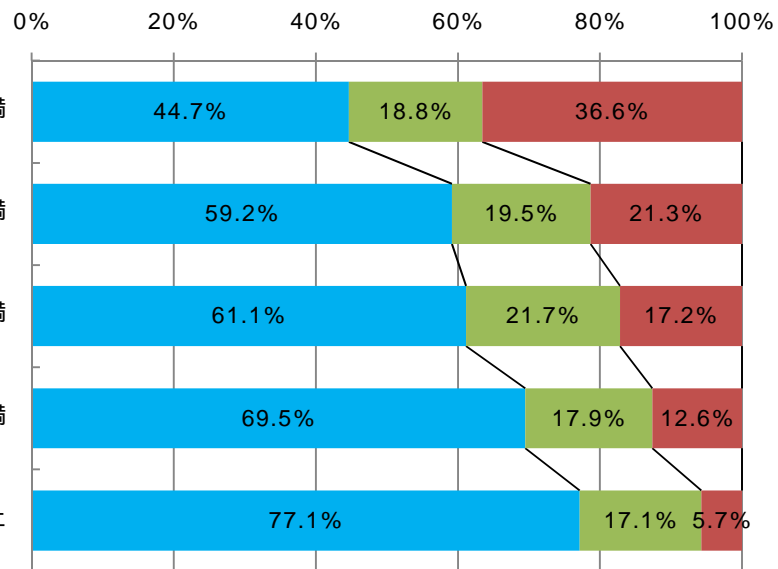
(オ) 在宅医療・在宅介護に関する相談支援



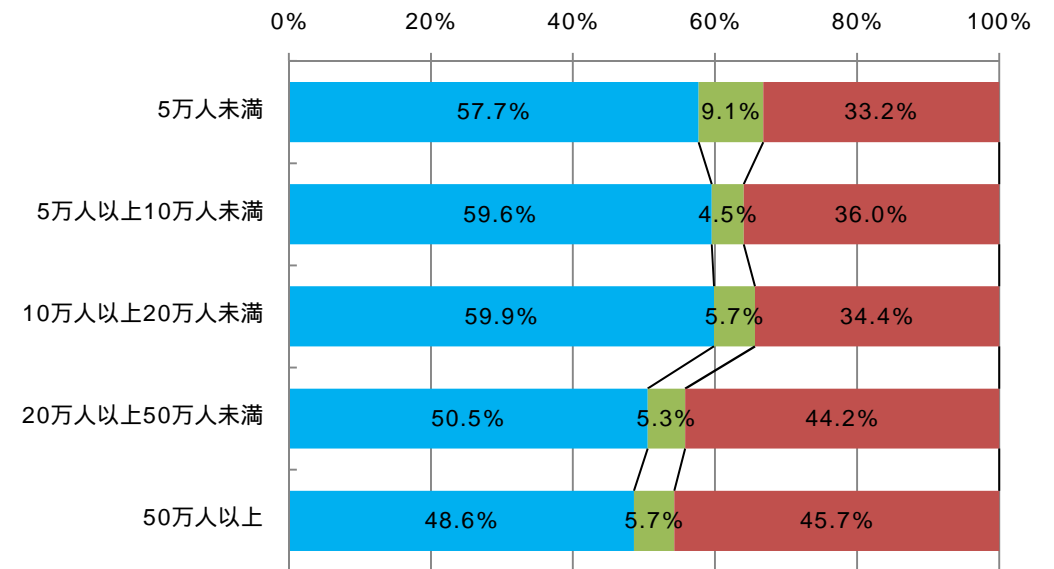
(カ) 医療・介護関係者の研修



(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



■ 実施している ■ 年度内に実施予定 ■ 実施していない

(n=1,741)

# 事業を実施していない主な理由や課題 (ア)から(エ)

比較的小規模の市町村の回答が多かったものを「 」としている

## (ア) 地域の医療・介護の資源の把握

介護資源は把握できているが、在宅医療への対応状況等の医療資源の把握が難しい。  
市町村外の医療機関への受診が多く、広域的な医療資源の把握が必要だが、近隣市町村と調整できていないため。  
医療・介護の資源が数えるほどしかないため、改めて実施しなくても把握できている。

## (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

現状と課題について整理、分析するノウハウが乏しい。  
在宅医療・介護連携を主とした会議を設置していない。既存の会議（例：地域ケア会議）の活用を検討しているが、位置付けの整理が難しい。  
市町村外の医療機関等を利用する住民が多く、医師会や近隣市町村と実施したいが足並みが揃わない。  
市町村内に郡市区医師会の事務局がなく、郡市区医師会とのつながりも乏しいため、連携しにくい。  
医師会や在宅療養に関わる医師への働きかけ方がわからず、連絡・調整がとれていない。

## (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

体制整備に医師会の協力は不可欠と考えるが、具体的にどのように取り組めばいいかわからない。  
資源が少ないことや、近隣市町村の医療機関等の利用も多く、町内だけで切れ目のない体制を作るのは困難。近隣市町の医療・介護機関の協力が不可欠であるが、近隣市町村との調整までは至っていない。  
(ア)(イ)に着手し、これらの取組を踏まえた形で取り組むべき項目と考えているため。

## (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

医療・介護の資源が数える程しかないため、改めて情報共有ツールを作成しなくても個別に対応できる。  
患者の流出入があるため二次医療圏等広域的な運用をすると効果的と考えているが、近隣市町村との調整をどのようにしていったらいいかわからない、また、調整が難航している。  
医師会の管内市町村が複数市町村あり、各市町村の方針が定まらない。

# 事業を実施していない主な理由や課題 (オ)から(ク)

比較的小規模の市町村の回答が多かったものを「 」としている

## (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

相談・調整業務を担う有資格者(人材)の継続確保が課題となり実施できていない。  
医師会等の協力が必要と考えるが、地元医師会や医療機関の理解が得られていない。  
自治体規模が小さいため、複数自治体で実施を検討しているが、郡市区医師会との調整を含め検討が難航している。

## (カ) 医療・介護関係者の研修

人的な余裕やノウハウがなく、どのように実施したらいいかわからない。  
(ア)による実態把握と(イ)による関係者との課題の整理ができておらず、研修の実施に至っていない。

## (キ) 地域住民への普及啓発

住民へ普及啓発できる程、連携や在宅医療に関する事項が十分に組み合わせていない、サービスが整っていない。  
自治体として在宅医療等を推進する方向性がさだまっていない。関係団体と十分、協議されていない。

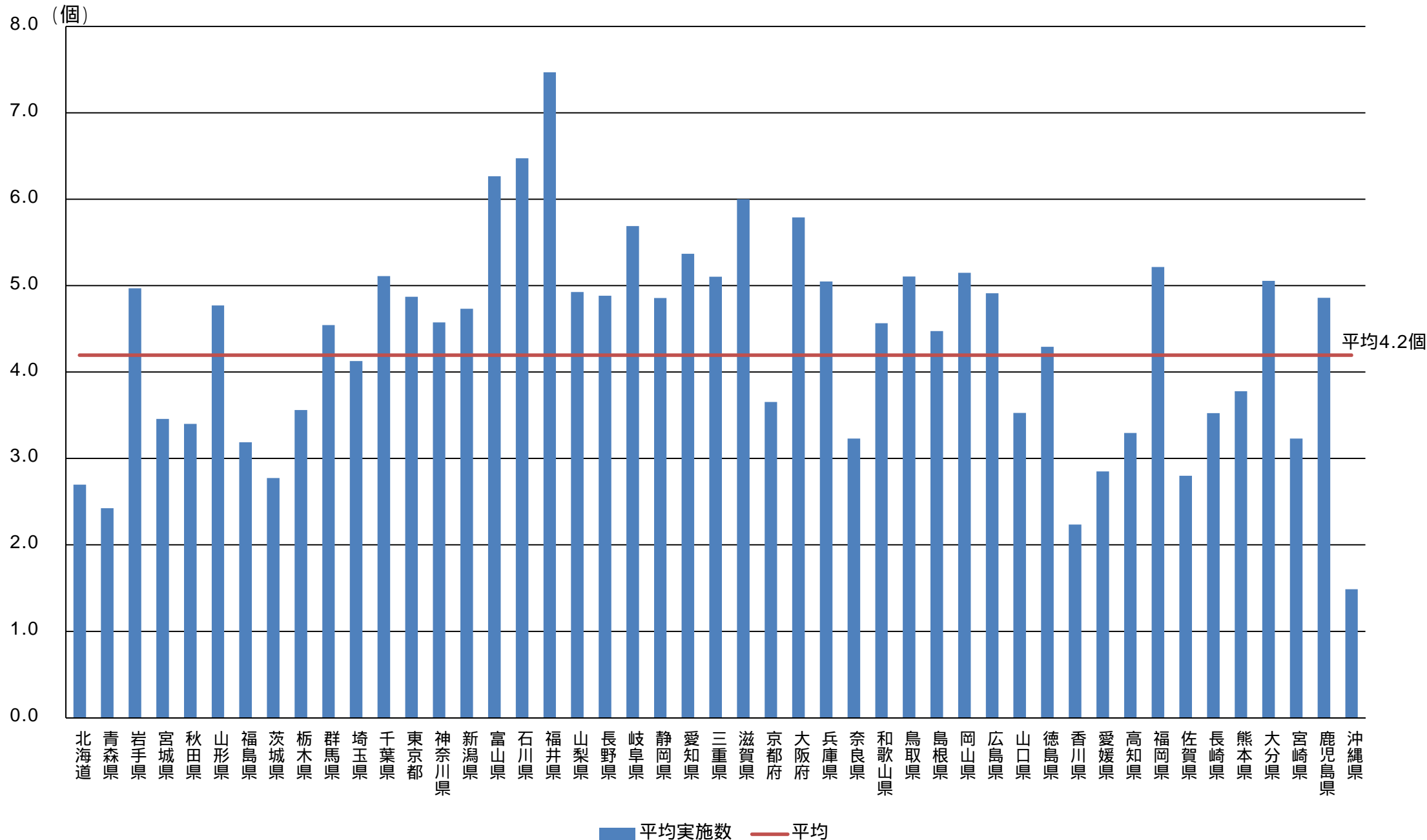
## (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

他市町村が広域連携についてどのような点を課題としているのか、広域連携を必要としているのかわからない。また、広域連携の進め方がわからない。  
県や保健所に医師会や基幹病院を交えた連携の推進を図っていただきたいが支援が得られていない。  
近隣市町村が二次医療圏も郡市区医師会の管内自治体とも異なるため連携のきっかけを掴めない。  
高次医療機関が全て市内にあり、市内の連携は必要だが、近隣市町村との連携の必要性はない。

## その他、全体に関わる自由記載

29年4月までの移行を求められている介護予防・日常生活支援総合事業を優先せざるを得ず後回しになっている。  
職員が足りず手が回らない。

# 在宅医療・介護連携推進事業の都道府県別平均実施数（8事業項目の実施数）



出典 平成28年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査（速報値）

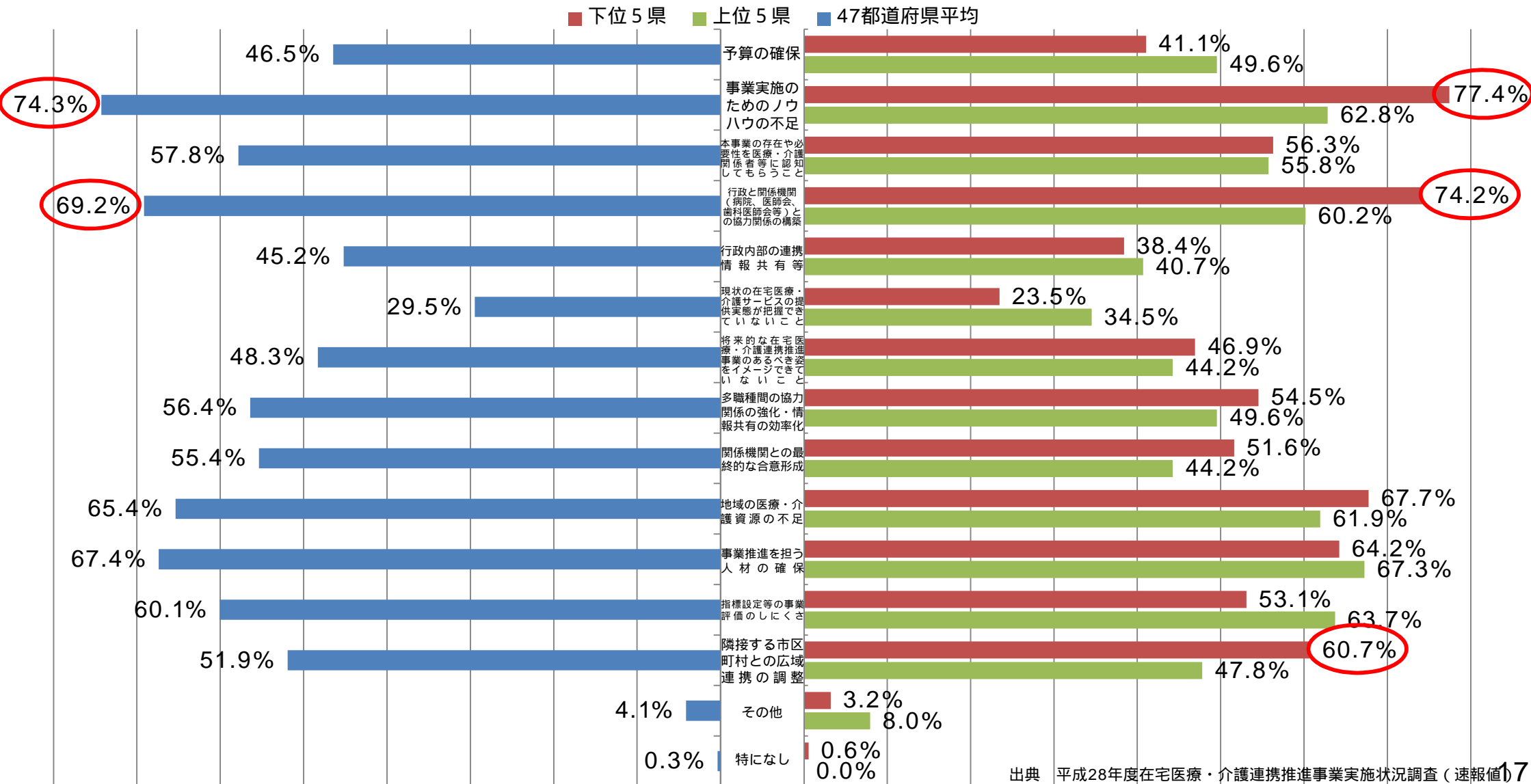
# 在宅医療・介護連携推進事業の実施する中での課題

## 在宅医療・介護連携推進事業を実施する中での課題

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

## 平均取組数が多い都道府県内の市町村と少ない都道府県内の市町村における課題認識の比較

取組数が少ない都道府県（下位5県）内の市町村においては、取組が多い都道府県（上位5県）内の市町村に比べて、事業実施のノウハウの不足、関係機関との協力関係の構築、近隣市町村との広域連携の調整を課題として回答している割合が多かった。

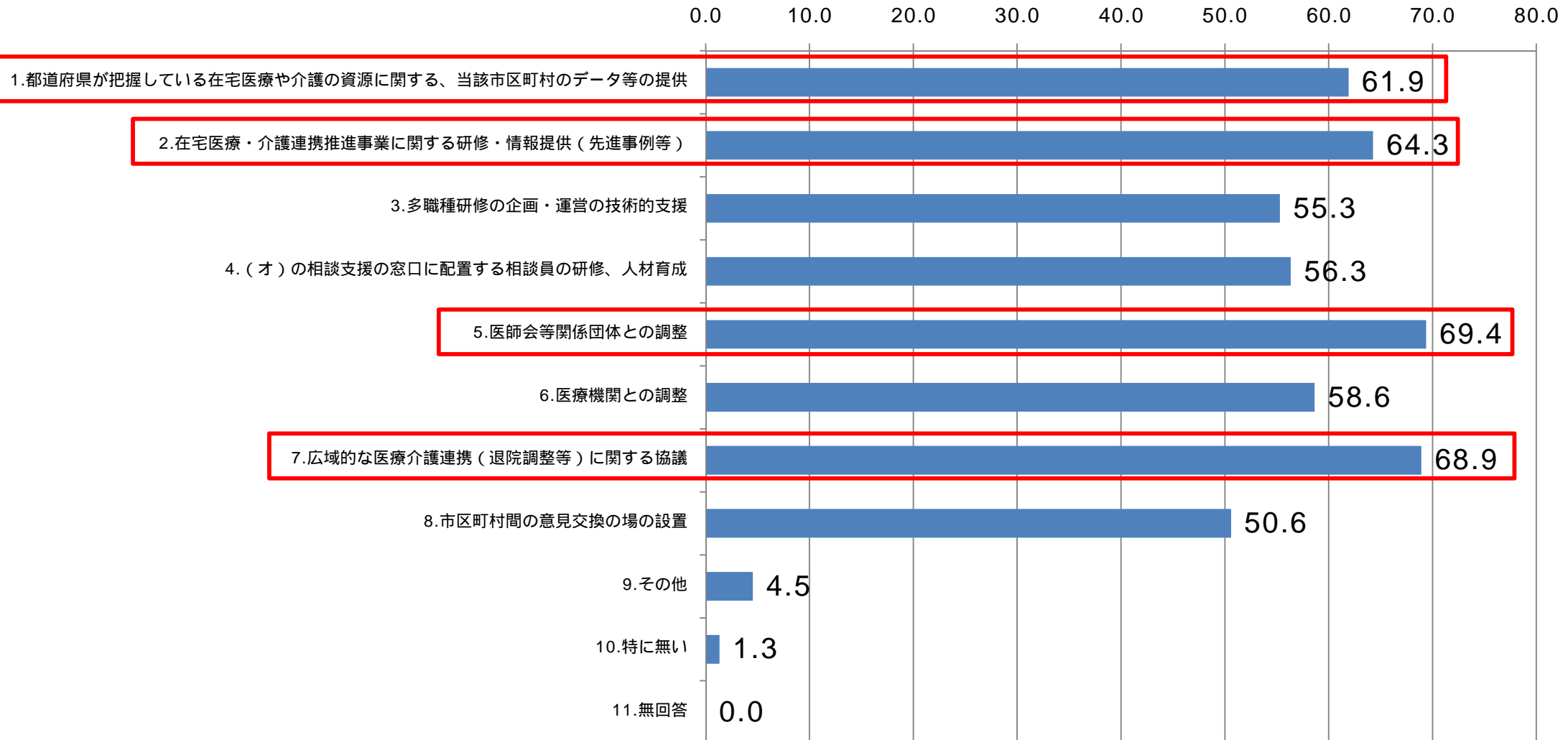




# 在宅医療・介護連携推進事業の都道府県からの支援を希望する取組

## 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。



## 滋賀県の施策

### 1. 県全体の目指すべき姿を明示し、目標実現のための医療介護連携に関わる施策を展開している。

#### 県の目指す姿

「医療依存度が高くても、本人が望む場所で生活したいという希望や、在宅で最期を迎えたいという選択肢を実現するために、医療福祉サービスが総合的に受けられる地域を住民とともに目指す」

#### 在宅療養を支援する拠点、医療資源の整備、ネットワークの構築

地域在宅医療拠点整備事業（H27年度から事業開始。全ての郡市区医師会に拠点を設置）

- ・地域連携コーディネーターの育成
- ・医師会を中心とした在宅医のチーム体制推進の働きかけ 等

在宅療養支援センター、訪問看護支援センターの設置

- ・在宅医療を担う医師、看護師等の人材の育成

#### 入院から在宅への円滑な移行の促進

入退院に関わる医療介護関係者の育成や連携ツール等による取り組み

- ・退院調整に関わる専門職への研修、地域連携クリティカルパスの作成、退院調整ルール作成 等

#### 本人が望む場所での療養、看取りが可能な体制の整備

住み慣れた地域での療養、看取りに関する県民への普及啓発の実施 等

### 2. 市町村支援は、県や保健所が担う役割や今後の工程を明示した上で、きめ細かな支援を実施している。

#### 県・保健所が共同して各市町にヒアリングを実施。市町単独では対応が困難な取組を重点支援

県が有する医療介護連携に関するデータの提供・分析、二次・三次医療圏の医療介護連携の取組、医療関係団体への協力依頼や調整等の支援を行っている。

# 滋賀県によるデータ提供・分析による市町村支援の例

## 「滋賀県市町在宅医療・介護連携推進セミナー」

滋賀県では、医療介護連携に関するデータを提供、分析方法に関する研修を実施するとともに、県庁と保健所が各市町村を個別訪問し、分析・解釈の支援を継続的に実施している。

### 県から市町へデータ提供

#### 主な提供データ

- 市町別在宅医療関連医療施設、事業所名簿
- 日常生活圏域別、在支診数、訪問看護ST数
- 市町別在宅医療に関する診療報酬算定状況（件数・実人数、男女・年齢別）（国保連データ）
- 市町別訪問に関わる介護報酬算定状況（件数・実人数、男女・年齢別）（国保連データ）
- 市町別死亡場所別死亡数（人口動態統計より独自集計）
- 市町別悪性新生物の死亡場所別死亡数（人口動態統計より独自集計）
- 死因別死亡数
- 市町別地域包括ケアに関するデータ集（日医総研）
- 在宅医療需要推計（地域医療構想）

### 市町セミナー < 集団支援 >

#### 内容

- 講義：データ分析について
- 提供データと指標の分類の説明  
(指標をストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類)
- 圏域ごとのグループでデータ解釈の演習



### 市町セミナー < 個別支援 >

県庁担当者と保健所担当者が一緒に各市町村を訪問し、一緒に分析・解釈をフォロー

必要な指標をストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類し継続的に提供

+

県庁と保健所が市町村を継続的に支援

# 在宅医療・介護連携推進事業に対する都道府県による市町村支援 ~ 滋賀県の事例 ~

## 「ア～クの事業項目毎の支援行程表」

| 在宅医療・介護連携事業内容              |  | 2015                             |     | 2016      |        | 2017        |  | 2018                                       |  |  |  |
|----------------------------|--|----------------------------------|-----|-----------|--------|-------------|--|--|--|--|--|
|                            |  | (H27)                            |     | (H28)     |        | (H29)       |  | (H30)                                      |  |  |  |
|                            |  | 第6期介護保険事業計画・レイカディア滋賀プラン          |     |           |        |             |  |  |  |  |  |
|                            |  | 滋賀県保健医療計画・在宅医療推進のための基本方針(H25～29) |     |           |        |             |  |  |  |  |  |
| 地域医療ビジョン(2015～2025年)       |  |                                  |     |           |        |             |  |  |  |  |  |
| 項目                         | 取組内容 [ 強化 継続 ]   | 県                                | 保健所 |           |        |             |  |  |  |  |  |
| ア) 地域の医療・介護の資源把握           | 在宅医療資源の情報提供<br>・ 診療所(医科、歯科)、訪問看護、死亡統計等<br>・ その他保健所が把握しているデータ<br>介護資源の情報提供<br>市町資源マップ作成支援 |                                  |     | 必要資源項目把握  |        |             |  |  |  |  |  |
|                            |  |                                  |     |           |        | 医療・介護資源情報提供 |  |  |  |  |  |
|                            |  |                                  |     |           |        |             |  | マップ作成に関する相談支援(市町の情報把握、提供、協議検討への参画)         |  |  |  |
| イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の... | 県、圏域の医療関係団体・機関への協力依頼等調整<br>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<br>在宅医療に関するニーズ把握             |                                  |     |           |        | 団体依頼、調整     |  |  |  |  |  |
|                            |  |                                  |     |           |        |             |  | 市町在宅医療・介護連携推進センター、在宅医療政策検討会(県)市町情報交換会(保健所) |  |  |  |
|                            |  |                                  |     | 在宅医療現状調査  | 県民意識調査 |             |  | 計画策定に反映                                    |  |  |  |
| ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 | 県内取り組み事例の把握とそのノウハウの情報提供<br>・ 24時間対応可能な地域の多職種チーム支援事例等<br>医師会を中心とした在宅医のチーム体制推進への働きかけ       |                                  |     | モデル市ヒアリング |        |             |  |  |  |  |  |
|                            |  |                                  |     |           |        |             |  | 市町在宅医療・介護連携推進センター、在宅医療在宅医療政策検討会(県)         |  |  |  |
|                            |  |                                  |     |           |        |             |  | 地域連携コーディネーター機能と併せて検討するよう推奨・調整              |  |  |  |

\* 次期計画策定の中で再構築する

# 在宅医療・介護連携推進事業に対する都道府県による市町村支援 ～滋賀県の事例～

## 「ア～クの事業項目毎の支援行程表」

| 在宅医療・介護連携事業内容        |  | 2015   | 2016              | 2017  | 2018  |  |
|----------------------|--|--|-------------------|-------|-------|--|
|                      |  | (H27)  | (H28)             | (H29) | (H30) |  |
|                      |  | 第6期介護保険事業計画・レイカディア滋賀プラン  |                   |       |       |  |
|                      |  | 滋賀県保健医療計画・在宅医療推進のための基本方針(H25～29)                                     |                   |       |       |  |
|                      |  | 地域医療ビジョン(2015～2025年)   |                   |       |       |  |
| 工) 医療・介護関係者の情報共有の支援  | 三次及び二次医療圏域における既存の情報共有のための退院支援ルール評価・検討<br>地域連携クリティカルパスの活用促進<br>淡海あさがおネットの活用支援 | 退院支援ルール評価検討事   | 退院支援ルール運用、評価、実態調査 |       |       |  |
|                      |  | 地域連携クリティカルパス検討会(県、保健所)   |                   |       |       |  |
|                      |  | 医師会を中心に多職種の活用促進支援  |                   |       |       |  |
| 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調整・支援する地域連携コーディネーター人材の育成<br>連携調整実践者の資質向上のための情報交換、研修開催            | 地域在宅医療連携拠点機能整備事業(医師会)  |                   |       |       |  |
|                      |  | 市町在宅医療・介護連携推進セミナー、在宅医療政策検討会(県)                                       |                   |       |       |  |
| カ) 医療・介護関係者の研修       | 市町単位の多職種協働のチーム支援体制の促進<br>在宅医療推進に関連した研修会の情報提供<br>在宅医療セミナープログラム活用、セミナー参加医師の参画  | 地域リーダーステップアップ研修会(県)  |                   |       |       |  |
|                      |  | 地域医療をチームで担う人材育成研修(成人病センター) 多職種連携共通人材育成研修(滋賀医大)                       |                   |       |       |  |
|                      |  | 在宅医療セミナーを活用した地域多職種協働の資質向上と継続実施支援                                     |                   |       |       |  |
| キ) 普及啓発              | 市町、県の役割分担の上で効果的な実施   | 市町、関係団体(地域創造会議、医療福祉を推進する圏域協議会)等と調整しつつ実施                              |                   |       |       |  |
| ク) 他市町との広域連携         | 市町を越える医療介護連携に関する体制整備   | 切れ目のない医療介護連携推進の仕組みに関する協議検討の場の設置<br>* 地域連携クリティカルパス推進事業、退院支援評価検討事業にて推進 |                   |       |       |  |
| その他                  | 県としての推進の方向性の提示(合意)と関係機関との役割分担  | 滋賀県在宅医療等推進協議会(県) 医療福祉を推進する圏域協議会(保健所)                                 |                   |       |       |  |

\* 次期計画策定の中で再構築する

## 福井県の施策

### 1. 坂井モデルの成果を活用し、県が県医師会と連携しつつ、全県的な医療介護連携の体制整備を図っている。

#### 各市町毎の医療介護連携に関するデータや事業の進捗状況の整理・提供

各地域ごとの基礎データ、関係団体の状況、在宅医療等の提供状況、整備の方向性などをまとめ、県保健所とも情報共有して継続的にフォロー。

#### 地域における在宅医療提供体制強化事業

平成28年度から、郡市区医師会に対する主治医副主治医制や急変時受入病床等在宅医療提供体制の強化を図る取り組みへの補助、市町が開催する切れ目のない在宅医療介護連携体制構築のための調整会議への支援を実施。

#### 病院・介護事業所間の連携強化

三次、二次医療圏域単位で、入退院時における情報共有ルールの整備をサポート。

#### 地域の在宅医療を支える人材の育成

平成27年度から、県医師会・県歯科医師会に、在宅医療の支援拠点を設け、「地区単位での新規実践者向け研修」と「地区医師会による病診連携・診診連携」を支援。

### 2. 市町村支援は、平成26年度から重点的に実施し、在宅医療・介護連携推進事業の円滑な導入に繋げた。

#### 医療介護連携を担当するコーディネーターを全市町に配置(26~27年度)

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(28年度からは各市町が地域支援事業で実施)

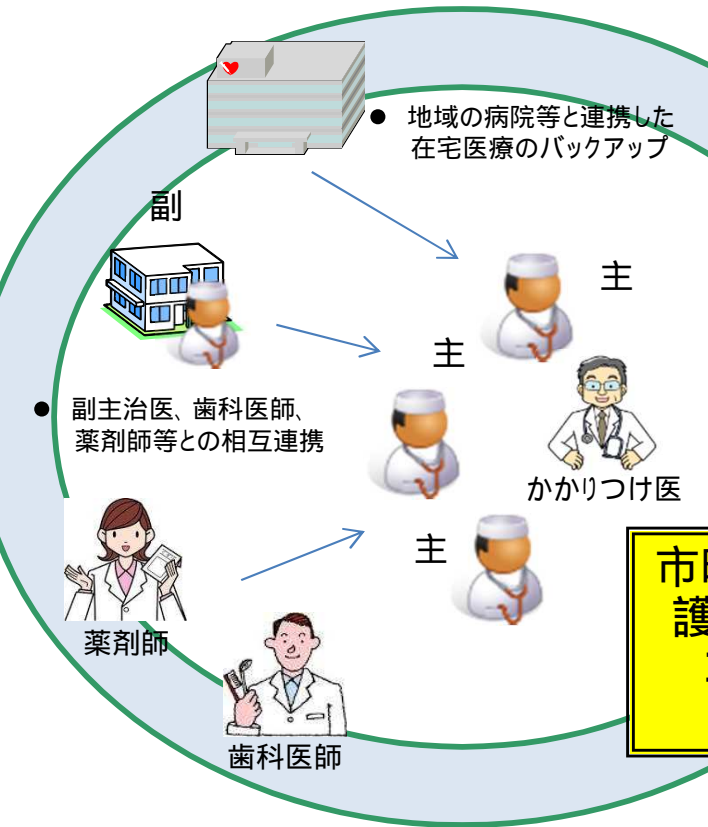
#### 全県的な在宅ケア体制整備に向けた協議組織を設置(26年度~)

地域単位での在宅ケア体制整備の拠点となる県下全ての市町村と地区医師会を中心に、24時間安心して在宅ケアを受けられる体制を構築するため、県内外の先行モデルや地域ごとの取組状況を共有するための連絡会を開催

平成26年度 県下全ての市町における在宅ケア体制整備の展開 ~ 福井県の事例 ~  
 ~ 市町担当課決定および柱となる事業へのトライを支援 ~

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  
 (平成26~27年度 県補助事業(上限250万円))

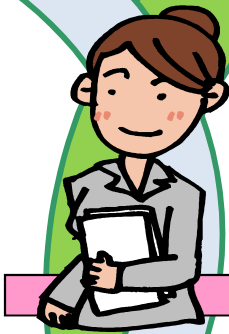
医師会等を中心とした医療コーディネート



地域包括支援センターによる地域包括ケアコーディネート

地域の医療・介護・福祉関係者が一堂に会する『多職種連携研修会』

地域の課題を集約し、解決に向けた事業につなげる『協議会』

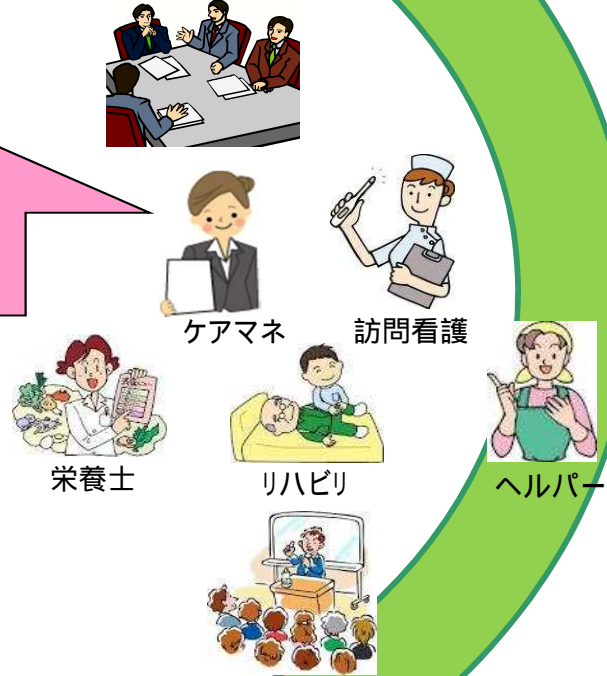


医療・介護・福祉関係の多職種の参加を調整

市町単位での医療・介護の連携強化を図るコーディネーターを配置・設定



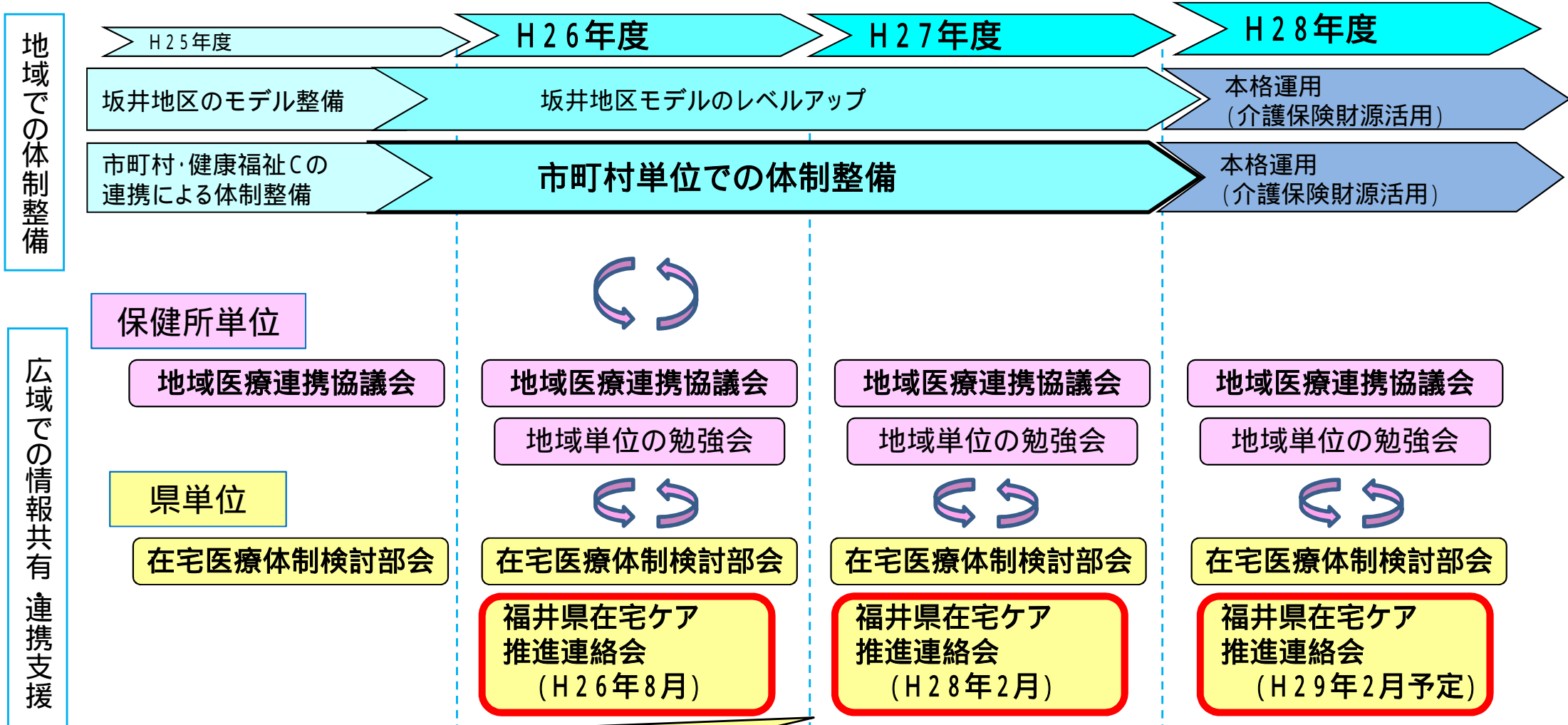
地域包括支援センター



地域包括支援センターにおいて、医師会等と連携して、在宅医療・介護・生活支援をまとめて調整・紹介

住民への在宅ケアに関する継続的な情報発信『普及啓発事業』

広域での情報共有やサービス提供上の連携をサポートするため、全県単位での連絡会を新たに設けるとともに、保健所単位では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進めている。



地域単位での在宅ケア体制整備の拠点となる県下全ての市町と地区医師会を中心に、24時間安心して在宅ケアを受けられる体制を構築するため、県内外の先行モデルや地域ごとの取組状況を共有するための連絡会を開催



# 第6期 介護保険事業（支援）計画 基本指針の構成

## 前文

### 第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

#### 一 地域包括ケアシステムの基本的理念

- 1 介護給付等対象サービスの充実・強化
- 2 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
- 3 介護予防の推進
- 4 日常生活を支援する体制の整備
- 5 高齢者の住まいの安定的な確保

#### 二 認知症施策の推進

#### 三 二千二十五年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向けた目標

#### 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくり

#### 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上

#### 六 介護サービス情報の公表

#### 七 介護給付の適正化

#### 八 市町村相互間の連携及び市町村と都道府県との間の連携

### 第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

#### 一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化
- 2 平成三十七年度の推計及び第六期の目標
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 要介護者等地域の実態の把握
- 5 日常生活圏域の設定
- 6 他の計画との関係
- 7 その他

#### 二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み

#### 三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

##### 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項

- (一)在宅医療・介護連携の推進
- (二)認知症施策の推進
- (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
- (四)高齢者の居住安定に係る施策との連携

- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 5 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 6 市町村独自事業に関する事項
- 7 介護給付の適正化に関する事項
- 8 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

### 第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

#### 一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化
- 2 平成三十七年度の推計及び第六期の目標
- 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
- 4 要介護者等の実態把握
- 5 老人福祉圏域の設定
- 6 他の計画との関係
- 7 その他

#### 二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 老人福祉圏域を単位とする広域的調整
- 4 市町村介護保険事業計画との整合性の確保

#### 三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

##### 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項

- (一)在宅医療・介護連携の推進
- (二)認知症施策の推進
- (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
- (四)介護予防の推進
- (五)高齢者の居住安定に係る施策との連携

- 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
- 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上に資する事業に関する事項
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
- 5 介護サービス情報の公表に関する事項
- 6 介護給付の適正化に関する事項
- 7 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

## 第四 指針の見直し

## 別表

「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」における  
都道府県介護保険事業支援計画の記載（在宅医療・介護連携関連部分）  
（平成27年3月厚生労働省告示第70号より抜粋、介護保険法第116条に基づくもの）

（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. 施策について

効果的な施策を講じるためには、在宅医療にかかる圏域の設定と、課題の把握を徹底するよう求める必要がある。その際、課題の把握にあたっては、圏域内の市区町村と連携して取り組むことが重要である。

また、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう留意する必要がある。

在宅医療の提供者以外への施策については、例えば、自らの療養方針の選択に資するよう地域住民に対する普及啓発の実施、積極的な退院支援に資するよう入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像についての研修の実施などが挙げられる。

さらに、医療・介護連携の観点からは、入院医療機関と居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施なども重要であり、こうした多様な職種・事業者が参入することを想定した施策の検討が必要である。

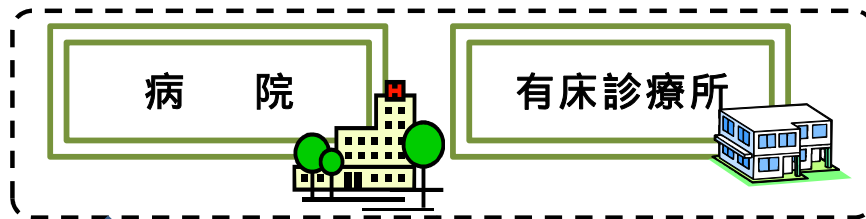
同じく、医療と介護の連携を推進する観点からは、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市区町村との連携が重要である。連携にあたっては、地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の活用により、介護や福祉を担う市区町村への支援を行っていく視点が必要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業にかかる8つの取組の中でも、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「(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」や「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」などが特に対応が必要な取組と考えられる。これらの取組については、在宅医療にかかる圏域毎の課題に鑑みて、医療計画に記載して確実に達成するよう支援するなど、重点的な対応の視点が必要である。

# 医療と介護の連携

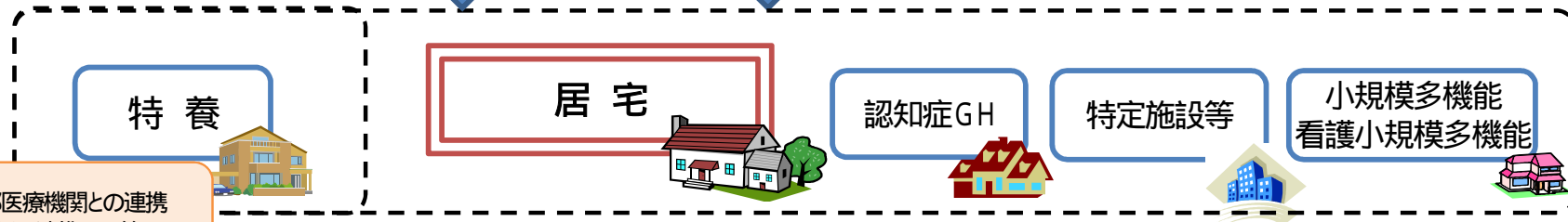
入退院における医療介護連携

在宅における医療介護連携



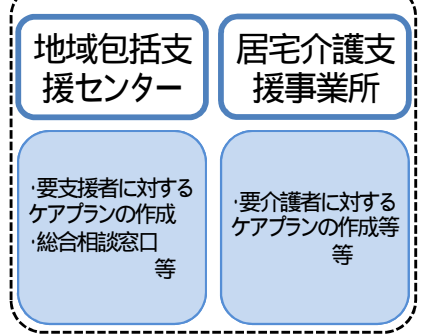
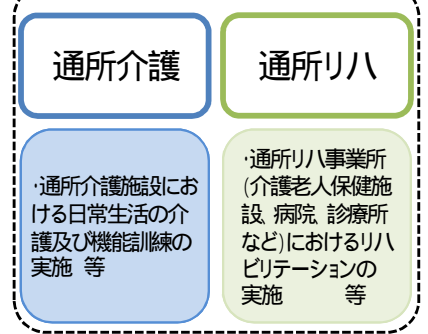
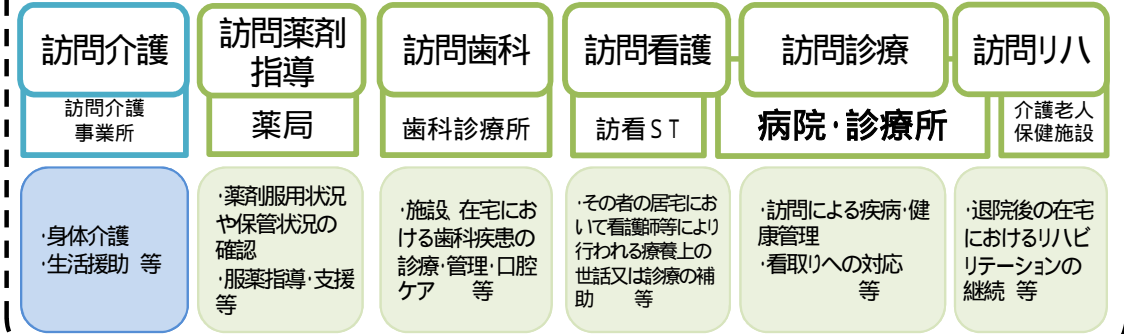
・老健配置医師と入院医療機関医師との連携  
・リハビリや看取りの場面における連携 等

・入院医療機関職員(医師、看護師、社会福祉士)と介護支援専門員との連携  
・認知症グループホーム配置看護師と入院医療機関職員との連携 等



・特養嘱託医と外部医療機関との連携  
・看取りの場面における連携 等

・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハ職等の医療職と介護支援専門員等の介護職との連携  
・在宅医療と在宅介護の一体的なサービス提供 等

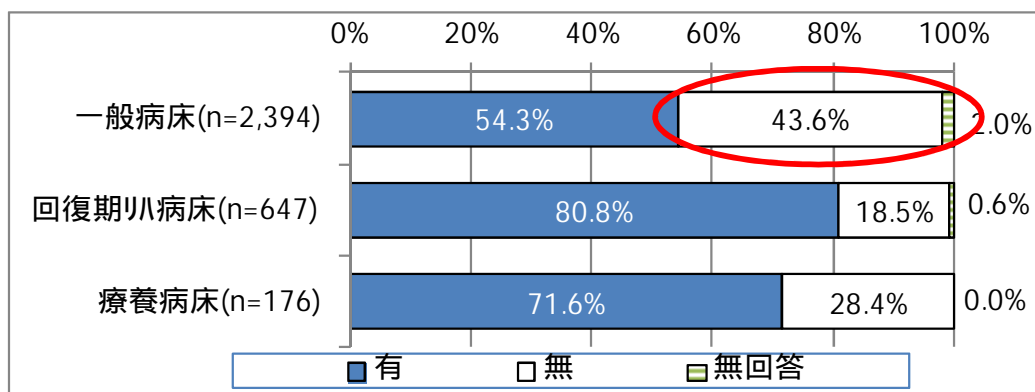


# 入退院時における医療と介護の連携の現状と課題

## 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

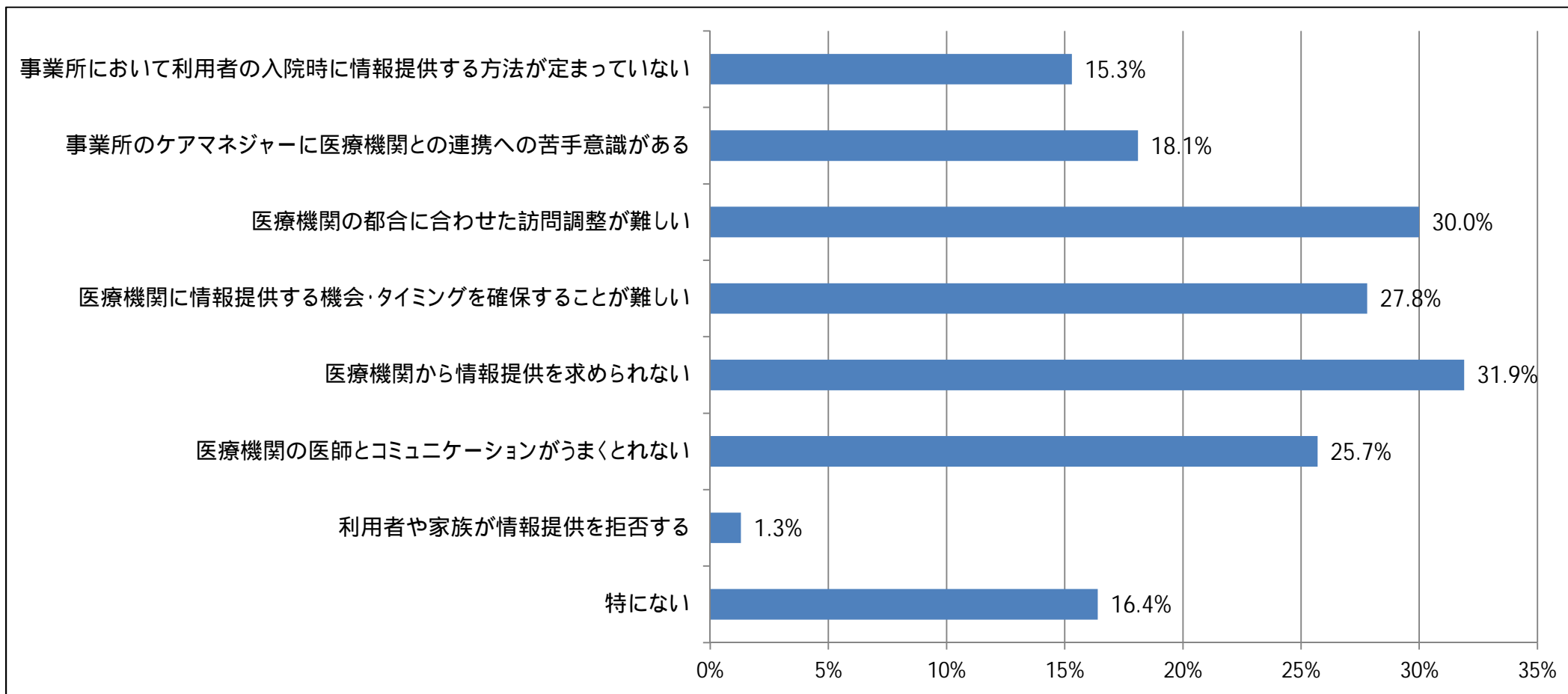
- 入院時**
- ・介護支援専門員は、利用者宅への訪問が原則月1回であり、入院したことに気づかない(または遅れて知る)場合、介護支援専門員から病院への適時の情報提供がなされない。
  - ・入院時情報連携加算が算定可能な期間(入院から7日以内)を過ぎてしまった場合、病院に情報提供しないことが多い。(病院にとっては7日を過ぎていても有用な情報であるが、介護支援専門員側はそう思っていない)
- 退院時**
- ・退院後、あきらかに介護が必要と思われる患者や、経済面等での退院調整の必要が明確な患者は、病棟から地域連携室等へ引き継がれ、地域連携室職員により介護支援専門員との退院調整が行われる。しかし、そのような状況にない患者は、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。

# 入院時の情報提供における課題について

医療機関との連携の状況について、居宅介護支援事業所における入院時の情報提供における課題は、「医療機関から情報提供を求められない」が31.9%、「医療機関の都合に合わせた訪問調整が難しい」が30%、「医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい」が27.8%となっている。

入院時の情報提供における課題(居宅介護支援事業所向け調査)(複数回答)

N=1,616



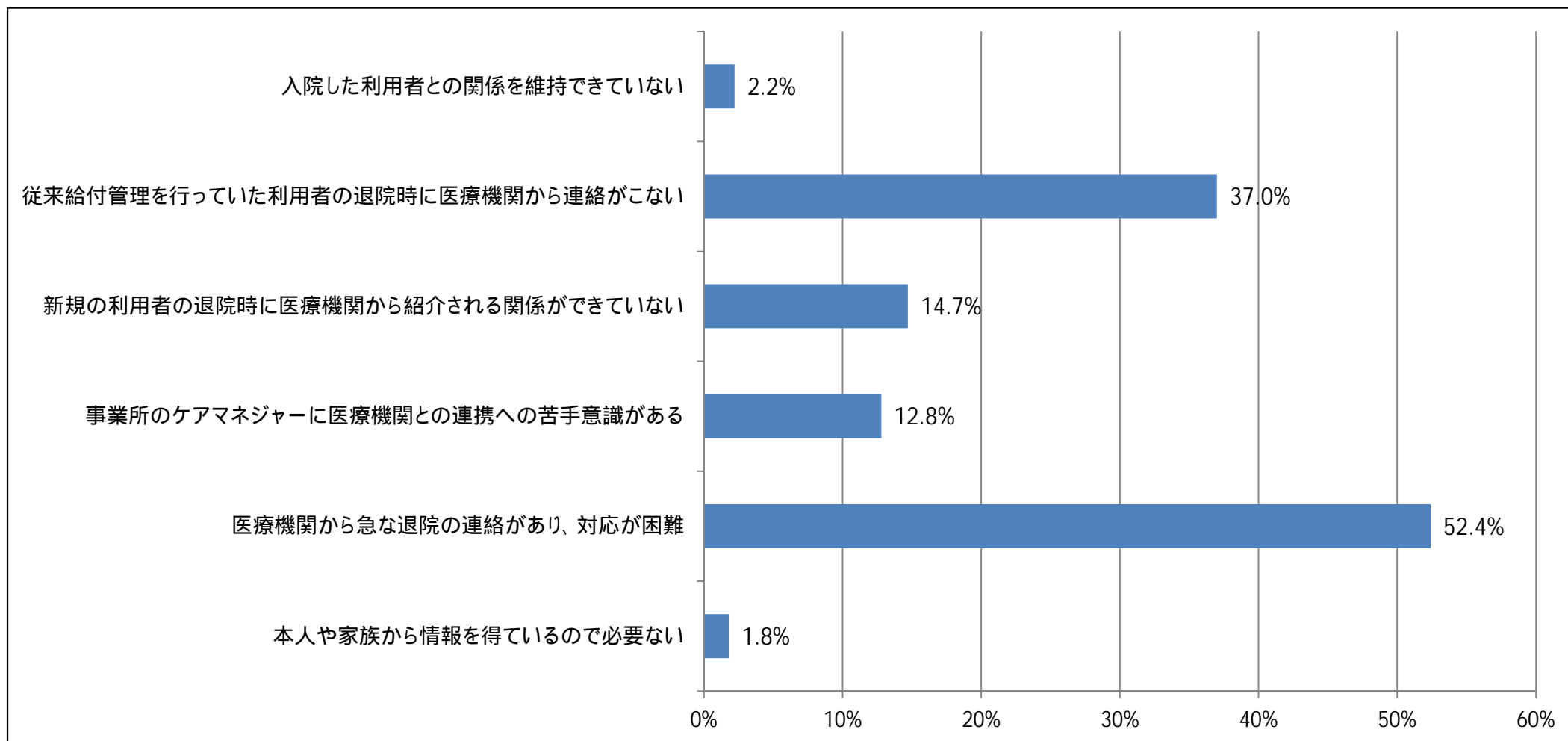
【出典】厚生労働省「平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」

# 退院時に医療機関より利用者情報を得ることにおける課題について

居宅介護支援事業所において、退院時に医療機関より利用者情報を得ることにおける課題は、「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が52.4%、「従来給付管理を行っていた利用者の退院時に医療機関から連絡がこない」が37%となっている。

退院時に医療機関より利用者情報を得ることにおける課題(居宅介護支援事業所向け調査)(複数回答)

N=1,616



【出典】厚生労働省「平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」

# 入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

## 福井県における退院支援ルール策定の取組

### 取組開始時の現状と課題

- 入院時、介護支援専門員から医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。
- 退院時、医療機関から介護支援専門員への連絡は約2割で情報提供がなく、その2割以上が退院直前だった。

ケアマネジャーから病院への情報提供（入院時）  
病院からケアマネジャーへの情報提供（退院時）



- 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていなかった。

### 医療・介護関係者の意見調整

県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認。

全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。

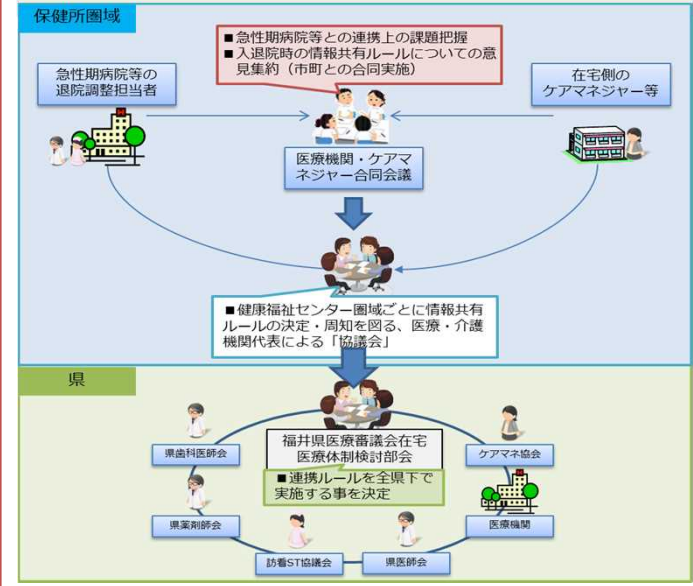
県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。

医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ。

市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

### 福井県退院支援ルールの策定

退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県統一のルールを策定した。（平成28年4月運用開始）



### 県の役割

- 事業の企画・予算の確保
- 市町への参加要請（介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等）
- 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。
- 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善

連携

### 県医師会の協力

- 事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言
- 郡市区医師会に対する連絡調整や協力要請
- 病院、有床診療所、介護支援専門員協会等の関係機関に対する協力要請

### 取組の成果

- 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる
 

|                         |     |     |
|-------------------------|-----|-----|
| 入院時情報提供がなかった割合          | 約5割 | 約2割 |
| うち要支援者                  | 約7割 | 約4割 |
| 退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合 | 約2割 | 約1割 |
- 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる
- ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる



# 福井県において運用されている退院支援ルール

|              | 病院  | 介護支援専門員（ケアマネ）  |
|--------------|---|--|
| 入院           | <p><b>ケアマネの有無、介護保険サービスの確認</b><br/>           患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、ケアマネの有無や介護保険サービスの確認<br/>           担当ケアマネがいる場合は、速やかに入院を連絡<br/>           要介護認定を受けているかがわからない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。<br/> <b>要介護認定を受けていない場合、退院調整の必要性を判断し、家族等の介護保険申請を支援</b><br/>           「介護保険申請の目安」に基づき、退院調整や要介護認定の申請の要不要を判断 担当ケアマネが決まり次第連携</p> | <p><b>日頃の工夫</b><br/>           利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネの名刺を挟んでおく、入院が決まったらケアマネに伝えるよう本人・家族に説明しておく等<br/> <b>入院時情報提供書の提出</b><br/>           病院や家族等からの連絡により、利用者（要介護・要支援とも）の入院を把握した場合は速やかに、入院期間の見込みや患者の状態等について、「入院時情報提供シート」（県参考様式）等を提出し、入院時から連携して情報共有に努める。</p> |
| 退院の見込        | <p><b>サービス調整に必要な日数を考慮して、ケアマネへ退院見込日を連絡</b><br/>           患者が「在宅退院ができそうと判断する目安」により退院できると判断した場合、介護支援専門員が退院準備に必要な期間（ケアプラン作成、事業所との調整等）を考慮して、退院支援開始の連絡をする</p>  | <p><b>ケアプラン作成準備</b><br/>           病院から退院の時期、必要となりそうな支援を確認し、サービス調整の上、ケアプランの素案を作成</p>   |
|              | <p><b>共通様式に基づきケアプラン作成に必要な情報収集</b><br/>           介護支援専門員がケアプラン作成等に必要な情報を、カンファレンス等の面談日までに院内関係者から収集<br/>           「退院支援情報共有シート」を活用する</p>   |  |
|              | <p><b>退院前カンファレンスの実施</b><br/>           退院支援に必要な情報を共有する。<br/>           「退院支援情報共有シート」を活用する<br/>           追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者と介護支援専門員で調整し、病院が決定する</p>  |  |
| 退院時・退院後の情報共有 | <p>看護・介護の引継書（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等）を介護支援専門員に提供</p>  | <p>原則、ケアプランの写しを病院に提供する</p>   |

# 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、郡市区医師会、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介護支援専門員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。                        |

# これまでの社会保障審議会（介護保険部会）における 医療と介護の連携に関する論点

## 地域支援事業 ケアマネジメントのあり方、地域包括支援センターの業務

適切なケアマネジメントを推進するため、居宅介護支援事業所における管理者の役割の強化、特定事業所集中減算の見直しも含めた公正中立なケアマネジメントの確保、入退院時における医療・介護連携の強化等の観点から、居宅介護支援事業所の運営基準等の見直しを介護報酬改定の際にあわせて検討することとしてはどうか。

在宅医療と介護の連携を進める上で、地域包括支援センターの業務として、例えば、介護支援専門員が決まっていない患者に対する介護支援専門員の選定の支援や、予防給付等の利用が見込まれる患者に対する退院に向けたサービスの調整等を位置づけてはどうか。

## リハビリテーション機能の強化

地域において、通所リハビリテーションと通所介護のそれぞれの特徴を踏まえ、利用者の状態に応じて適切なサービスを提供していくためには、各サービスがどのように役割分担と機能強化（例えば、リハビリテーション、機能訓練、認知症ケアなどの明確化や専門職の人員配置等）をしていくべきか。

平成27年度介護報酬改定において、リハビリテーションマネジメント加算 が導入され、通所リハビリテーションでは多職種連携や、ケアプラン・居宅サービス計画との連動、職種間、介護事業所間での情報共有が促進された。さらに職種間や介護事業所間の連携を促進するためにはどのような対応が必要か。

リハビリテーションについては、以下の観点からの見直しを介護報酬改定にあわせて検討することとしてはどうか。

- 通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化、特に通所リハビリテーションについて、リハビリテーション専門職の配置促進や短時間のサービス提供の充実
- 通所・訪問リハビリテーションを含めた、退院後の早期のリハビリテーションの介入の促進
- 職種間や介護事業所間の連携の強化

# これまでの社会保障審議会（介護保険部会）における 医療と介護の連携に関する論点

## 中重度者の在宅生活を支えるサービス機能の強化

小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスの利用者数や事業所数を増やすなどの充実を図っていくためには、どのような方策が考えられるか。例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の普及に向けて利用者・介護支援専門員への周知や行政の積極的な関与などを求める意見があることについて、どのように考えるか。

小規模多機能型居宅介護等の複合的な機能を担っているサービスについて、中重度者の在宅生活を支える観点から機能強化を図っていくためには、どのような方策が考えられるか。

介護サービスとともに生活を支えるために必要となる配食などの保険外サービスが一体となって提供されるためには、どのような方策が考えられるか。

小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスについて、

- ・サービス提供量を増やす観点
- ・機能強化・効率化を図る観点

から人員要件や利用定員等の見直しを介護報酬改定にあわせて検討することとしてはどうか。

# これまでの社会保障審議会（介護保険部会）における 医療と介護の連携に関する論点

## 安心して暮らすための環境の整備 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)について

特別養護老人ホームについては、平成27年4月より、原則、新規入所者は要介護3以上の方となり、入所者の重度化が進展していく中で、今後、特別養護老人ホームにはどのような役割が期待されるか。

平成27年4月より、原則、新規入所者は要介護3以上の方となり、入所者の重度化が進展していく中で、施設内での医療ニーズや看取りにより対応できるような仕組みについて、介護報酬改定にあわせて検討することとしてはどうか。

## 認知症施策の推進 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

地域における認知症に関する医療・介護等の連携をさらに推進していくため、その時の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築していく観点を介護保険事業(支援)計画等に盛り込む等、各地域で計画的に取り組む必要があるのではないかと。特に医療との連携の観点から、都道府県による市町村に対する適切な支援が必要ではないか。

認知症初期集中支援チームについて、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等につなげるための介入を行うという機能を果たしつつ、さらに、必ずしも初期でない認知症の人への支援やいわゆる困難事例への対応等も必要とされていることから、より効果的にチームを機能させる必要があるのではないかと。

# 総合事業・包括的支援事業(社会保障充実分)の実施状況について

平成28年7月1日調査

|  | 介護予防・日常生活支援総合事業 |         | 生活支援体制整備事業 |         | 在宅医療・介護連携推進事業 |         | 認知症総合支援事業     |         |                |         |
|--|-----------------|---------|------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|----------------|---------|
|  |                 |         |            |         |               |         | 認知症初期集中支援推進事業 |         | 認知症地域支援・ケア向上事業 |         |
|  | 保険者数            | 実施率(累積) | 保険者数       | 実施率(累積) | 保険者数          | 実施率(累積) | 保険者           | 実施率(累積) | 保険者            | 実施率(累積) |
| 平成27年度中                                  | 288             | 18.2%   | 682        | 43.2%   | 873           | 55.3%   | 285           | 18.0%   | 740            | 46.9%   |
| 平成28年度中                                  | 338             | 39.6%   | 442        | 71.2%   | 326           | 75.9%   | 412           | 44.1%   | 337            | 68.2%   |
| うち<br>平成28年4月                            | 228             | 32.7%   | 287        | 61.4%   | 246           | 70.9%   | 143           | 27.1%   | 207            | 60.0%   |
| 平成29年4月<br>(総合事業)<br>平成29年度中<br>(総合事業以外) | 953             | 100.0%  | 232        | 85.9%   | 160           | 86.1%   | 432           | 71.5%   | 203            | 81.1%   |
| 平成30年4月                                  | -               | -       | 137        | 94.6%   | 150           | 95.6%   | 320           | 91.8%   | 193            | 93.3%   |
| 実施時期未定                                   | 0               | -       | 86         | 5.4%    | 70            | 4.4%    | 130           | 8.2%    | 106            | 6.7%    |
| 合計                                       | 1,579           |         | 1,579      |         | 1,579         |         | 1,579         |         | 1,579          |         |

保険者に対し、予定を含む各事業の実施(移行)状況を月別で報告を求めたものである。

平成28年4月までの総合事業の実施保険者数は、平成28年1月1日調査である505保険者から516保険者となった。

第65回介護保険部会(9/30)の「参考資料2」のP8に誤りがありましたので、上表のとおり訂正いたします。  
(「生活支援体制整備事業」と「在宅医療・介護連携推進事業」の欄の数字が入れ違っていたことの修正)