



平成30年7月12日(木)
在宅医療・介護連携推進事業の
取組に係る市町村セミナー

在宅医療・介護連携の推進について

厚生労働省 老健局 総務課 課長補佐

石井 義恭

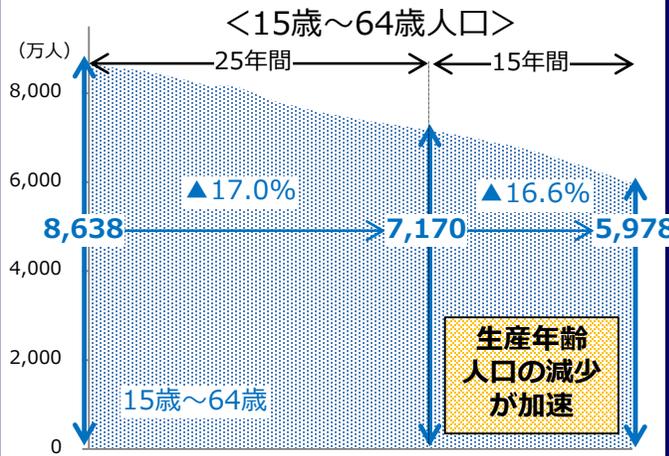
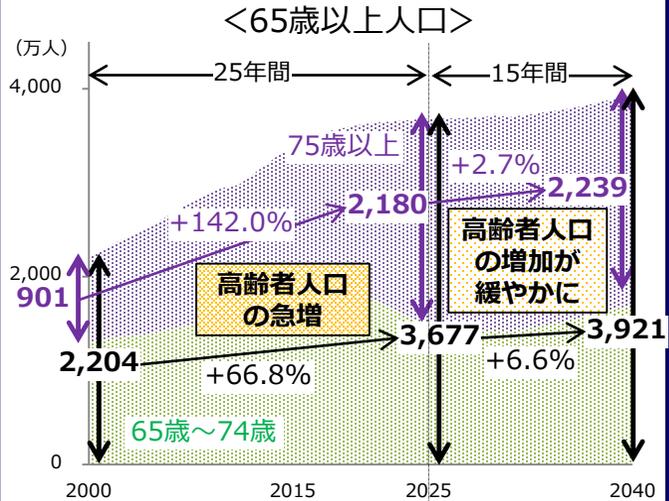
2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

平成30年4月12日経済財政諮問会議
厚生労働大臣提出資料(抄)

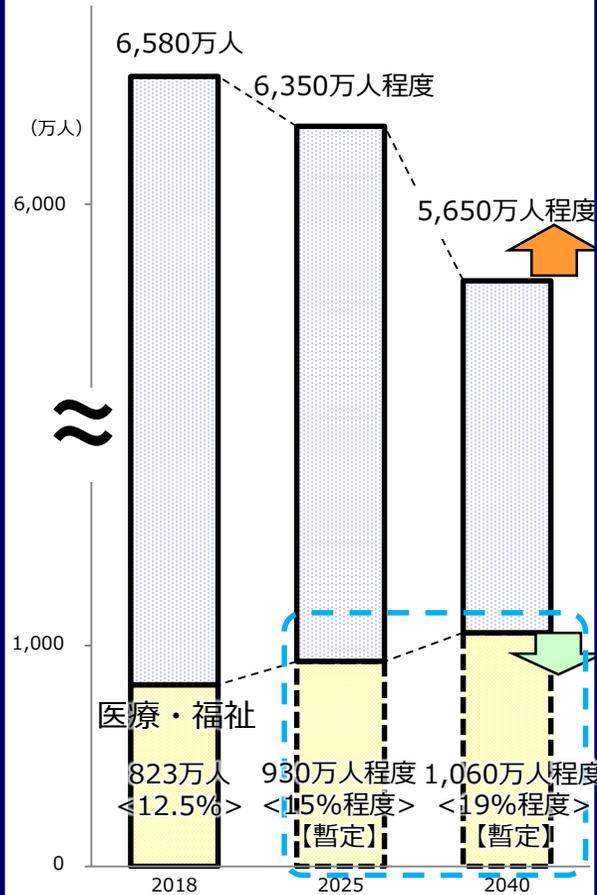
人口構造の推移を見ると、2025年以降、
「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

2025年以降の現役世代の人口の急減という
新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上
⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

- ⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性^{*}の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出)
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

(資料) 総務省「国勢調査」「人口推計」(2015年まで)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)(2016年以降)

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づく

マンパワーのシミュレーション ー概要ー

(厚生労働省 平成30年5月21日)

平成30年5月21日経済財政諮問会議
厚生労働大臣提出資料(抄)

- 基本となる将来見通しに加え、今後の議論に資するため、①医療・介護需要が一定程度低下した場合、②医療・介護等における生産性が向上した場合を仮定して、将来の就業者数に関するシミュレーションを実施。

【シミュレーション（1）】

- 医療・介護需要が一定程度低下した場合

※ これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲81万人 [▲1.4%]

【シミュレーション（2）】

- 医療・介護等における生産性が向上した場合

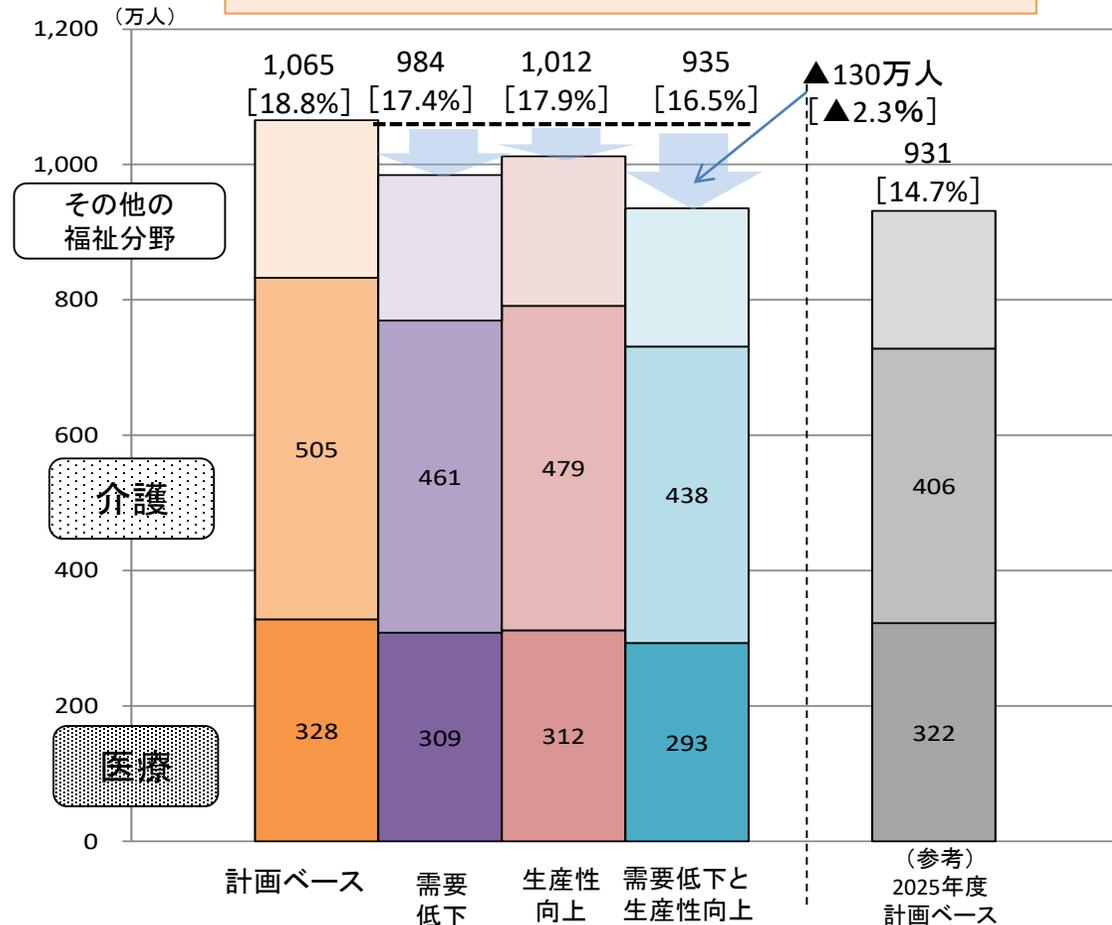
※ ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲53万人 [▲0.9%]

※. (1)と(2)が同時に生じる場合、2040年度の変化は▲130万人[▲2.3%]

医療福祉分野における就業者数(2040年度)



【就業者数全体5,654万人】(注) []内は就業者数全体に対する割合。

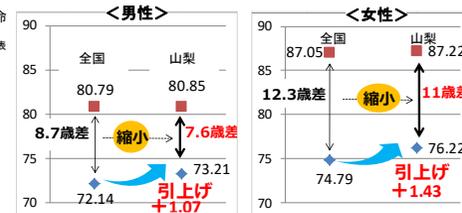
(注) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

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
厚生労働大臣提出資料（抄）

平均寿命と健康寿命の差
(山梨県と全国の比較)

(出典)
平均寿命：平成27年簡易生命表、平成27年都道府県別生命表
健康寿命：平成28年簡易生命表、平成28年人口動態統計、平成28年国民生活基礎調査、平成28年推計人口



○ **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。

(日本健康会議等)

※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
成育 健やか親子施策	<ul style="list-style-type: none"> 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、総合的な支援 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 成育に関わる関係機関の連携体制の構築 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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) 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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

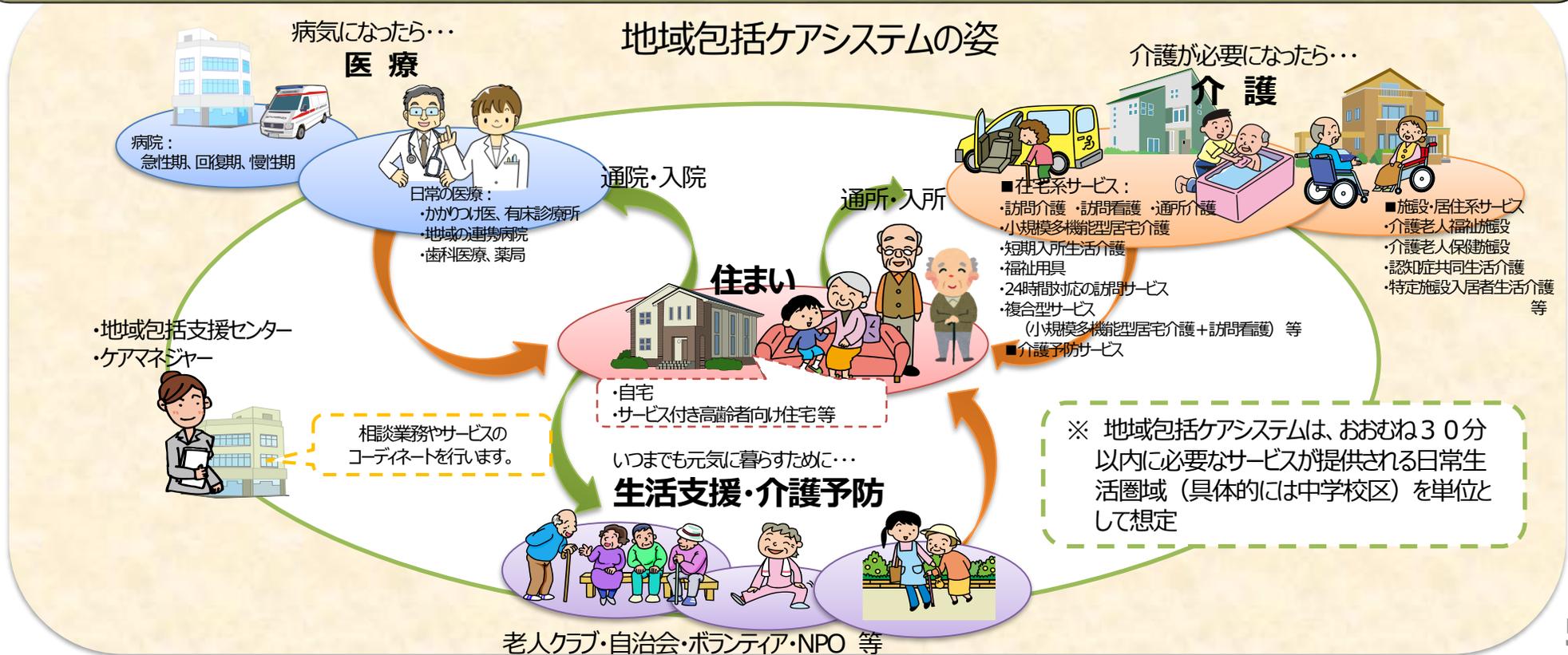
データヘルス

研究開発

社会全体での取組み

地域包括ケアシステムの構築について

- 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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。**
- 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。
- 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。**
- 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。**



地域包括ケアについて

- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。



「地域包括ケアシステム」に係る規定

介護保険法 第5条第3項（地域包括ケアの理念規定）

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

第2条（定義）

この法律において、「**地域包括ケアシステム**」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

新しい地域支援事業の全体像

<改正前>

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%

地域支援事業

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

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

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

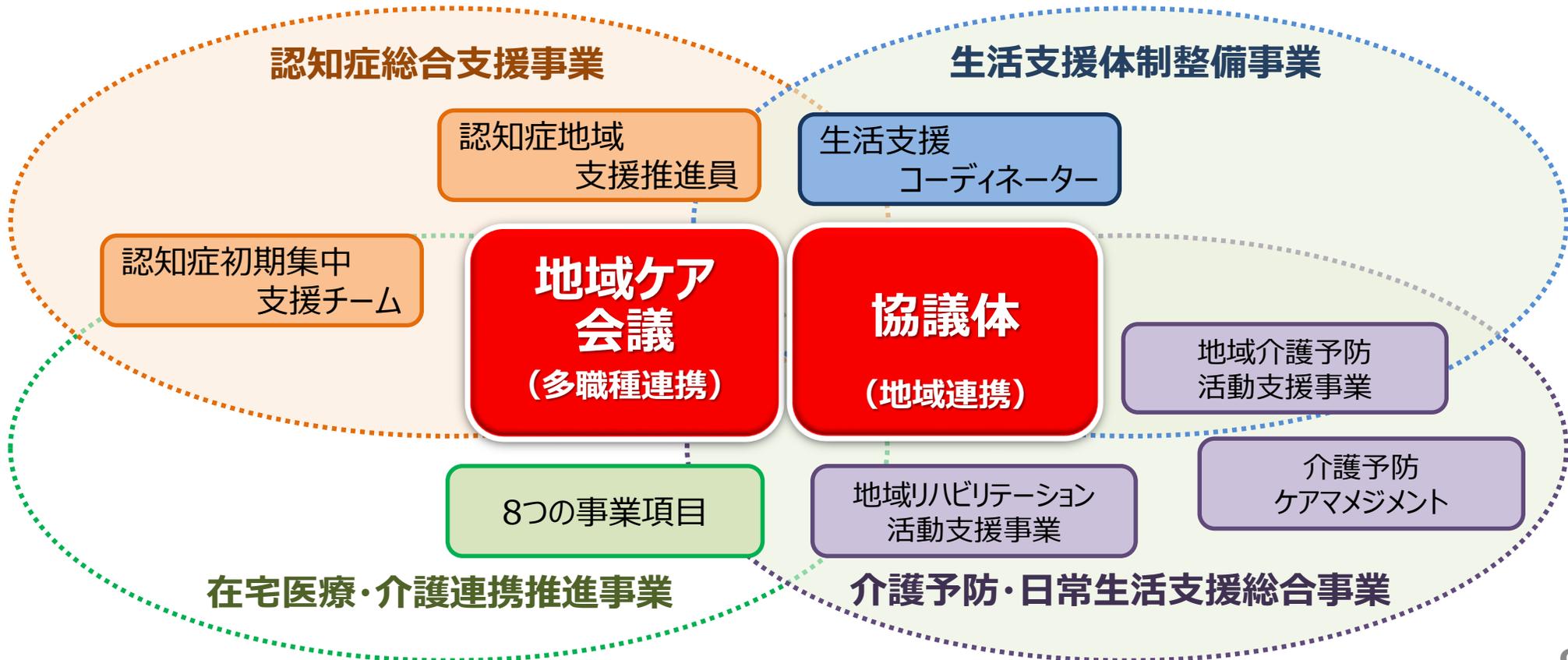
包括的支援事業
○ 地域包括支援センターの運営 (左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
○ **在宅医療・介護連携推進事業**
○ **認知症総合支援事業** (認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)
○ **生活支援体制整備事業** (コーディネーターの配置、協議体の設置 等)

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

地域支援事業

地域支援事業の連動を意識する（イメージ）

- 高齢者施策における地域包括ケアシステムの構築の目的は、“”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。
- 各事業はあくまでも地域を支援するための手段（ツール）であり、それぞれの事業実施が目的（ゴール）ではないことに留意する必要がある。
- 住民を含む関係者と考え方や方向性を共有し、多職種や多機関が連携して地域全体を支えることが必要であり、各事業の関連性を活かすためにも“場”としての地域ケア会議や協議体を活用することが重要。



平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が**状態に応じた適切なサービス**を受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、**質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進**。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、**どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備**

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 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

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、**安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現**

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- **人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等**を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 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

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、**制度の安定性・持続可能性**を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(1) 保険者等による地域分析と対応

【データに基づく課題分析と対応】

- ・ 各保険者が地域の実態を把握・課題を分析
- ・ 介護保険事業計画に、目標・取組内容等を記載
- ・ リハ職との連携等による自立支援・介護予防施策の推進

【適切な指標による実績評価】

- ・ 要介護状態の維持・改善度合い、地域ケア会議の開催状況等の適切な指標に従い、実績を評価

【インセンティブ】

- ・ 評価結果の公表、財政的インセンティブの付与の検討

【国や都道府県による支援】

- ・ 各都道府県・市町村の地域分析に資するデータの提供(国)
- ・ 研修や医療職派遣に関する調整等(都道府県)

2. 医療・介護の連携の推進等

- ・ 医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案に至る方法を国が具体化し、市町村にその実施を求める
- ・ 介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業に対する医療部局との連携を含め、より実効的な市町村支援を盛り込むなど、都道府県の介護部局及び医療部局の双方が市町村支援に取り組むこととする

(2) 地域支援事業・介護予防・認知症施策の推進

- ・ ケアマネジメント支援について、地域の住民や事業所を含めた『地域全体をターゲットとする支援』へ拡大
- ・ 地域包括支援センターの機能強化(土日祝日の開所、地域ケア会議の内容の具体化・明確化、市町村による評価の義務付け等)
- ・ 介護予防に関するポイント付与が出来ることの明確化
- ・ 認知症の容態に応じたサービスを受けられる仕組みの構築
- ・ 認知症の人の視点に立った施策の推進

(3) 適切なケアマネジメントの推進等

- ・ ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組の推進
- ・ 居宅介護支援事業所の運営基準等の見直し検討(管理者の役割、公正中立の確保等)(報酬改定時に検討)

3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等

(1) 地域共生社会の実現の推進

- ・ 共生型サービスを位置付け
- ・ 相談支援専門員とケアマネジャーの連携の推進

(2) 介護人材の確保（生産性向上・業務効率化等）

- ・ ロボット・ICTに係る介護報酬や人員・設備基準の見直し等
- ・ 提出書類等の見直しや簡素化

(3) サービス供給への保険者の関与

- ・ 市町村協議制の対象拡大(ショートステイ)、地域密着型通所介護の指定拒否の仕組の導入、居宅サービス指定への市町村関与の強化

(4) 安心して暮らすための環境の整備

- ・ 有料老人ホームについて、前払金の保全措置の対象拡大等の入居者保護のための施策の強化等

介護保険制度の持続可能性の確保

1. 利用者負担のあり方

- ・ 能力に応じた負担への見直しについては、概ね一致
- ・ 様々な意見があったが、現役並所得者3割負担、高額介護サービス費の一般区分の引き上げに賛同ないしは容認する意見が多かった

※一般区分:介護37,200円、医療44,400円

- ・ ケアマネジメントのあり方と利用者負担の導入について引き続き検討

2. 給付のあり方

(1) 軽度者への支援のあり方

- ・ 各種給付の総合事業への移行については、介護予防訪問介護等の移行の状況等の把握・検証を行った上で、検討
- ・ 生活援助を中心にサービス提供を行う場合の人員基準の見直し等について検討(介護報酬改定時に検討)

(2) 福祉用具・住宅改修

【福祉用具】

- ・ 全ての福祉用具貸与の全国平均貸与価格を公表
- ・ 福祉用具専門相談員に、貸与しようとする商品の全国平均貸与価格等を説明することや、機能や価格帯の異なる複数商品を提示することを義務づけ
- ・ 適切な貸与価格を確保するため、上限を設定

【住宅改修】

- ・ 住宅改修の見積書類の様式(改修内容、材料費、施工費等の内訳が明確に把握できるもの)を、国が示す
- ・ 住宅改修に関する知見を備えた者が適切に関与している事例等、保険者の取組の好事例を広げる

3. 費用負担

(1) 総報酬割

- ・ 現役世代にとって受益を伴わない負担であるなどとして、強く反対する意見も相当数あったが、能力に応じた負担とすることが適当であるなどとして、多くの委員からの賛同を得た

(2) 調整交付金

- ・ 年齢区分について、65～74歳、75～84歳、85歳以上の3区分に細分化する。その際、激変緩和も併せて講じる

その他の課題

(1) 保険者の業務簡素化（要介護認定）

- ・ 更新認定有効期間の上限を36か月に延長することを可能とする
- ・ 状態安定者について二次判定の手続きを簡素化

(2) 被保険者範囲

- ・ 介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討を行う

(3) 介護保険適用外施設の住所地特例の見直し

- ・ 一部の介護保険適用除外施設について、当該施設から退所して、介護保険施設等に入所した場合の保険者の定め方を見直す。

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



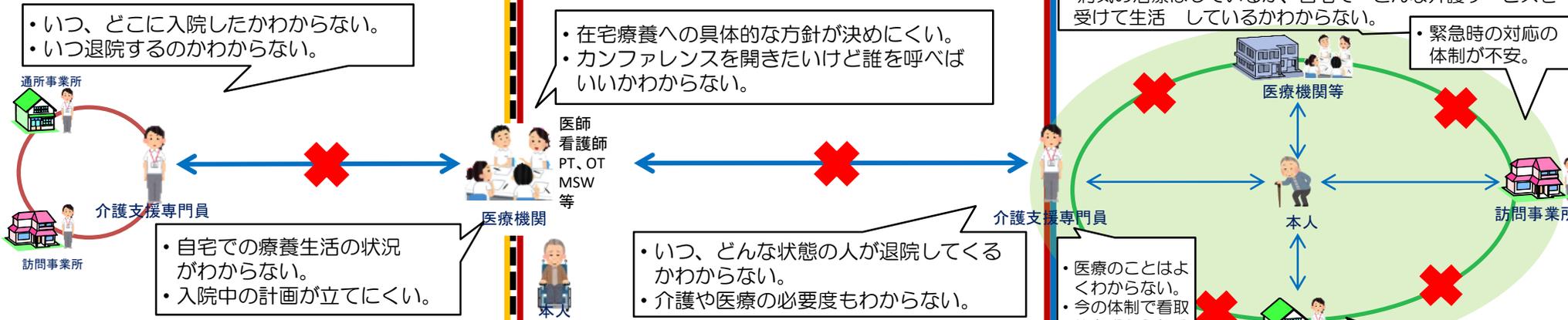
在宅等

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)

入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



入院

入院時情報連携加算(Ⅰ)

(200単位 ※提供方法は不問)

医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから3日以内に情報提供した場合

入院時情報連携加算(Ⅱ)

(100単位 ※提供方法は不問)

医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから7日以内に情報提供した場合

入退院支援加算 1

3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

入退院支援加算 2

7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンス実施した場合

診療情報提供料(Ⅰ)

患者の同意を得て
退院の日の前後2週間の
期間に診療情報の提供を行った場合

退院時共同指導料 2

- 患者の退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合(400点)
- 入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、(略)、居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合(2,000点加算)

退院

退院・退所加算

(カンファ参加有：600単位～900単位)
(カンファ参加無：450単位～600単位)

退院・退所の際に医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合



ケアマネ



認知症GH

退院・退所時連携加算 (246単位/日)

退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合

初期加算の見直し

30日を超える病院又は診療所への入院の後の再入居も算定可能

退院・退所時連携加算 (30単位/日)

病院等を退院した者を受け入れる場合の医療提供施設との連携等を評価



特定施設



特養・老健・介護医療院

初期加算(30日間)

入所生活に慣れるための支援に係る費用

再入所時栄養連携加算 (400単位/回)

施設と病院の管理栄養士が連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合

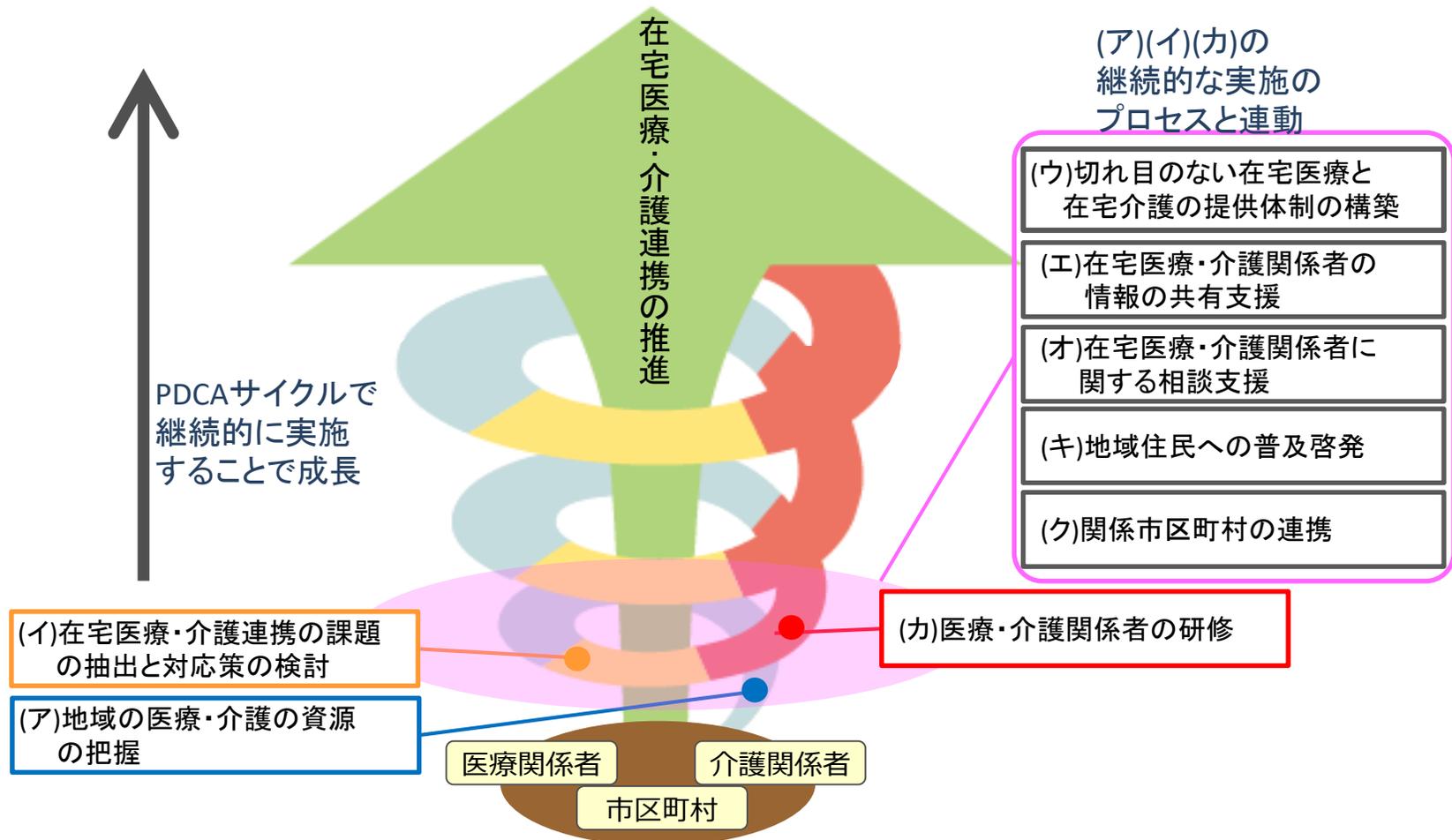


※各種居宅サービス等利用

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」報告書を一部改変
(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。



(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。

ポイント

1. 地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能等の情報収集

- ・医療機関等に関する事項については、医療機能情報提供制度（医療情報ネット、薬局機能情報提供制度）等の、既に公表されている事項を活用し、既存の公表情報等で把握できない事項については、必要に応じて調査を行う。

2. 地域の医療・介護資源のリスト又はマップの作成と活用

- ・把握した情報は、情報を活用する対象者の類型ごと（市区町村等の行政機関及び地域の医療・介護関係者等向け、地域住民向け等）に提供する内容を検討する。



実施内容・方法

1. 地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能等の情報収集

- (1) 地域の医療・介護の資源に関し、把握すべき事項・把握方法を検討。
- (2) 既存の公表情報から把握すべき事項を抽出。
- (3) 公表情報以外の事項が必要な場合、追加調査を実施することを検討。
- (4) 追加調査を実施する場合は、調査事項・調査方法・活用方法等について、地域の医療・介護関係者と検討した上で、協力を得つつ医療機関・介護サービス事業所を対象に調査を実施。
- (5) 調査結果等をもとに、地域の医療・介護の資源の現状を取りまとめる。

2. 地域の医療・介護資源のリスト又はマップの作成と活用

(1) 医療・介護関係者に対する情報提供

把握した情報が在宅医療・介護連携の推進に資する情報かどうか精査したうえで、地域の医療・介護関係者向けのリスト、マップ、冊子等を作成し、地域の医療・介護関係者に提供。

(2) 地域住民に対する情報提供

把握した情報が住民にとって必要な情報かどうか、更に住民に対する提供が医療・介護関係者の連携の支障とならないか精査した上で、住民向けのリスト、マップ、冊子等を作成し、住民に配布するとともに、必要に応じて市区町村等の広報紙、ホームページに掲載。

(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・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。



ポイント

- (1) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催事務について委託することは差し支えないが、議題等、会議の開催前後に検討が必要となる事項については、市区町村が主体的に取り組む。
- (2) 課題及び対応策についての検討の結果、それぞれの事項について更なる検討が必要とされた場合は、ワーキンググループ等を設置。
- (3) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議のワーキンググループ等は、(ア)から(ク)の他の事業項目の実施に係る検討の場として活用。

実施内容・方法

- (1) 在宅医療及び介護サービスの提供状況((ア)の結果)、在宅医療・介護連携の取組の現状を踏まえ、市区町村が在宅医療・介護連携の課題(※)を抽出。
(※) 情報共有のルール策定、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築、主治医・副主治医制導入の検討、医療・介護のネットワーク作り、顔の見える関係作り、住民啓発等
- (2) 抽出された課題や、その対応策等について、市区町村が検討し、対応案を作成。
- (3) 医療・介護関係者の参画する会議を開催し、市区町村が検討した対応案等について検討。

留意事項

- (1) 会議の構成員は、郡市医師会等の医療関係者等、介護サービス事業者の関係団体等、地域包括支援センターに加え、地域の実情に応じて、訪問看護事業所、訪問歯科診療を行う歯科医療機関、在宅への訪問を行う薬局等の参加を求めることが望ましい。
- (2) 本事業の主旨を満たす議論を行う場合には、地域ケア会議の場で本事業の会議を代替しても差し支えない。

(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

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。



実施内容・方法

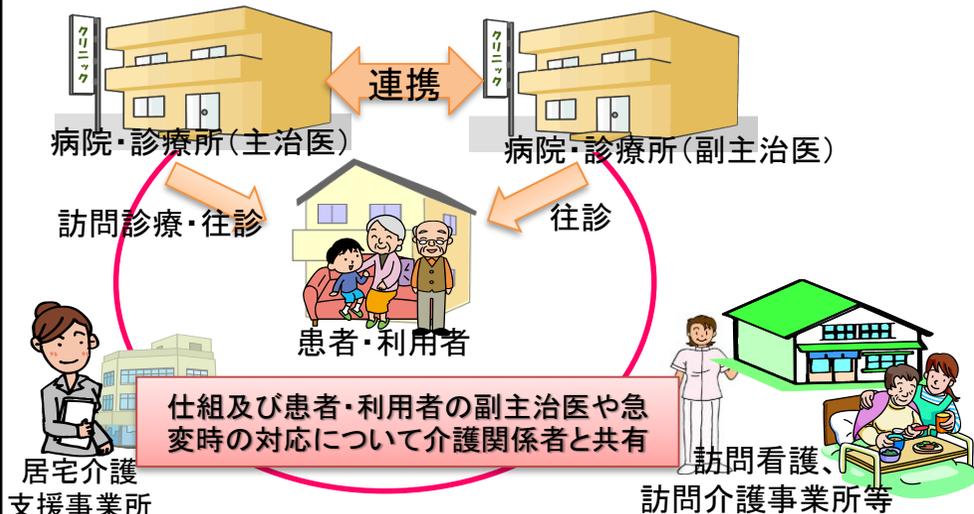
- (1) 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

留意事項

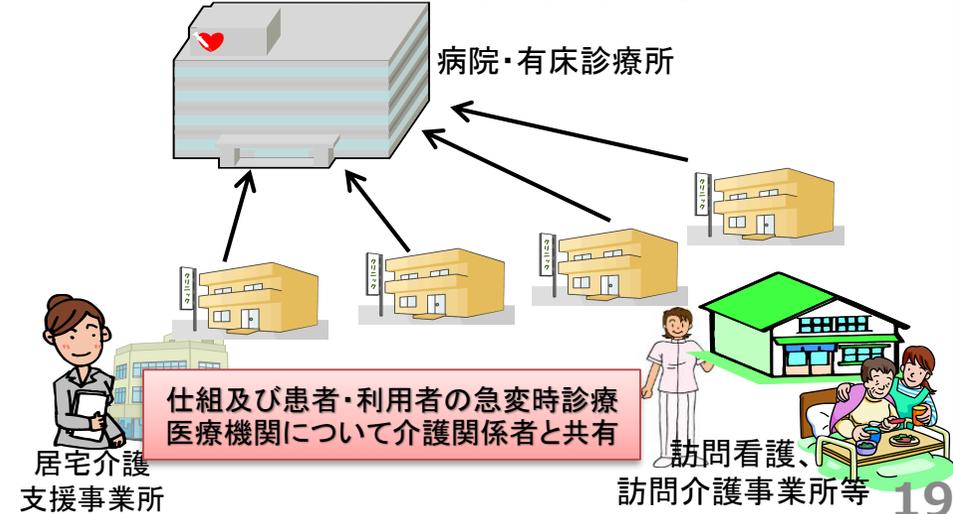
- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

取組例

(取組例) 主治医・副主治医制の導入



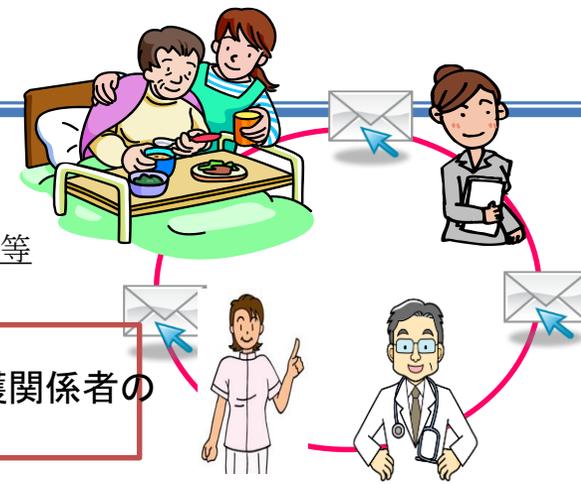
(取組例) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保



(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。

※情報共有ツール:情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等



ポイント

- 既存の情報共有ツールの改善や、情報共有ツールを新たに作成する場合は、医療・介護関係者の双方が利用しやすい様式等になるよう考慮する。

実施内容・方法

1. 情報共有ツールの作成

- (1) 地域における既存の情報共有ツールとその活用状況を把握し、その改善等や新たな情報共有ツール作成の必要性について、関係する医療機関や介護サービス事業者の代表、情報共有の有識者等からなるWGを設置して検討(※地域の実情に応じて、既存の情報共有ツールの改善でも可)。
- (2) 作成又は改善を行う場合、WGにおいて、情報共有の方法(連絡帳、連絡シート、地域連携クリティカルパス、ファックス、電子メール等)や内容等を検討し、情報共有ツールの様式、使用方法、活用・手順等を定めた手引き(利用者の個人情報の取り扱いを含む)等を策定。
※ 実際に情報共有ツールを使用する地域の医療・介護関係者等の意見を十分に踏まえること。

2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

- (1) 地域の医療・介護関係者を対象に、使用方法の説明等、情報共有ツールの導入を支援するための研修会を開催や、情報共有ツールの使用方法や情報共有の手順等を定めた手引き等を配布。
- (2) アンケート調査、ヒアリング等によって、情報共有ツールの活用状況とその効果、うまく活用できた事例やできなかった事例等について把握し、改善すべき点がないかなどについて検討。
- (3) 必要に応じて、情報共有ツールの内容や手引き等を改定し、関係者に対し、十分周知。

留意事項

- 職員の交代時期を考慮し、例えば、定期的に医療機関等や介護事業所で実際に従事する職員に対して手引きを周知するよう配慮する。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、利用者・患者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護事業者相互の紹介を行う。



実施内容・方法

- (1) 地域の在宅医療と介護の連携を支援する人材を配置。
- (2) (イ)の会議の活用等により運営方針を策定する。
- (3) 郡市区医師会、地域包括支援センター等の協力を得て、地域の医療・介護関係者に対して、窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知。
- (4) 地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療と介護の連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等を実施。

留意事項

- (1) 介護関係者からの相談は、地域包括支援センターとの連携により対応する。地域住民からの相談等は、原則として引き続き地域包括支援センターが受け付けることとするが、実情に応じて、直接地域住民に対応することも差し支えない。
- (2) 必ずしも、新たな建物の設置を求めるものではなく、相談窓口の事務所は、既存の会議室や事務室等の空きスペース等を活用することで差し支えない。ただし、相談窓口の名称を設定し、関係者等に周知すること。
- (3) 看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、ケマネジャー資格を持つ者など介護に関する知識も有する人材を配置することが望ましい。

(カ) 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、他職種でのグループワーク等の研修を行う。
また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。



実施内容・方法

1. 多職種連携についてのグループワーク

- (1) 研修の目標、内容等を含む実施計画案を作成し、医療・介護関係者等の理解と協力を得る。
- (2) 医療・介護関係者等を対象にグループワーク等の多職種研修を開催する。

＜研修例＞ 医療機関・介護事業所等の地域における役割・特徴等の共有、(イ)で抽出した地域課題の優先度を踏まえたテーマや事例等に対し、グループで意見交換等を行う 等

2. 医療・介護関係者に対する研修

- (1) 既存の研修の内容・回数等を確認し、新たな研修の必要性について検討。
- (2) 新たに研修する場合は、研修内容、目標等を含む実施計画を作成と、既存の研修との位置づけを整理。
- (3) 参加者に対するアンケートやヒアリング等を実施し、研修の評価・改善につなげる。

＜医療関係者に対する研修の例＞

介護保険で提供されるサービスの種類と内容、
ケアマネジャーの業務、
地域包括ケアシステム構築を推進するための取組
(地域ケア会議等)等に関する研修

＜介護関係者に対する研修の例＞

医療機関の現状等、予防医学や栄養管理の考え方、
在宅医療をうける利用者・患者に必要な医療処置や療養上の
注意点等に関する研修

多職種連携研修会の開催

区ごとに「顔の見える関係」を構築することによる連携強化を図る



・在宅ケア活動発表会（かたり隊）

地域包括ケアシステムの実現に向けた
地域の取り組みを共有

「まちづくりいつするの 今でしょ！
チーム平成で進める地域協働ケア」

「夫婦二人が自宅で生活を送れるように、
多職種連携で支援した。」

「地域が一体となった連携活動を！
～地域住民と共に行う地域作り～」

「熊本在宅ドクターネットにおける
『事前指定書』作成の取組み」

「多職種プレゼンリレー」



出典：「地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究事業」(熊本市提供資料)
(平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

(キ) 地域住民への普及啓発

在宅医療や介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

実施内容・方法

- (1) 普及啓発に係る既存の講演会等の内容・頻度等を確認し、新たな普及啓発の必要性について検討。
- (2) 必要な場合、地域住民向けの普及啓発の内容、目標等を含む実施計画案を作成。
- (3) 在宅医療や介護サービスで受けられるサービス内容や利用方法等について、計画に基づき、講演会等を開催。
- (4) 在宅医療、介護サービスで受けられるサービス内容や、利用方法等について地域住民向けのパンフレット、等を作成し、配布するとともに、市区町村等のホームページ等で公表。
- (5) 作成したパンフレット等は医療機関等にも配布する。なお、必要に応じて、医療機関等での講演を行うことも考慮する。

留意事項

- 老人クラブ、町内会等の会合へ出向いての小規模な講演会等も効果的である。

【まちづくり
出前トーク】



(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協議する。



実施内容・方法

- (1) 隣接する市区町村の関係部局、病院関係者、医師会及び介護支援専門員協会等の医療・介護の関係団体、都道府県関係部局、保健所等が参加する会議を開催し、広域連携が必要となる事項について、検討する。
- (2) 検討事項に応じて、当該検討事項に係る関係者の参画する会議の開催を検討する。
- (3) 例えば、情報共有の方法について検討する場合は、都道府県や保健所の担当者の支援のもと、各市区町村の担当者や、医療・介護関係者が集まり、情報共有に関する具体的な方法や様式の統一等について検討する。
- (4) 統一された情報共有の方法や様式等を、連携する市区町村の地域の医療・介護関係者に周知する。

留意事項

市区町村が、当該市区町村の境界を越えて取組を実施するためには、都道府県、都道府県医師会等との協力が不可欠である。特に病院への協力依頼等は、都道府県が支援することが望ましい。また、都道府県等の協力においては、特に医療との接点が多い保健所の協力を得ることも考慮する。

在宅医療・介護連携推進支援事業（H29年度）

- 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・**県医師会やケアマネジャー協会**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」の実施及び事業の進捗段階に合わせた「研修支援パッケージ」の作成により、市町村支援の**一層の充実強化**を図る。

1.在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー

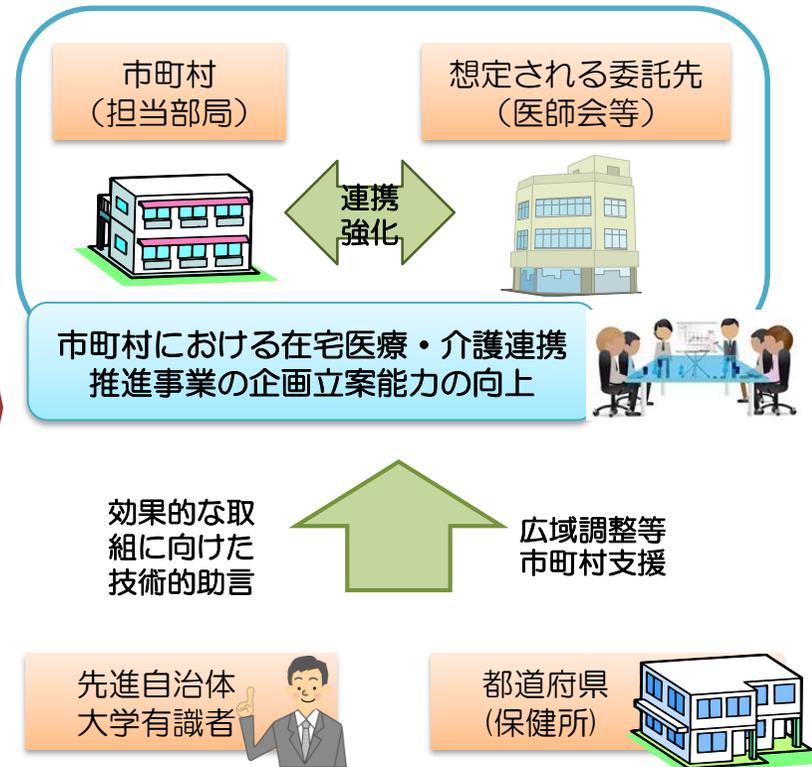
- 対象 市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）
市町村支援を担う都道府県・保健所・**県医師会・ケアマネジャー協会**
- 内容 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業における（ア）～（ク）の各取組の効果的な展開方法
グループワーク（実施計画の作成演習） **【赤枠 H29拡充分】**
 - ・実施箇所数の増 全国8カ所（地方厚生（支）局単位で開催）
 - ・研修内容の充実 課題分析・事業評価、入退院連携等の応用的な内容を追加

2.在宅医療・介護連携推進事業研修支援パッケージの作成

在宅医療・介護連携推進事業を担当する市町村職員の自主研修や、都道府県及び大学有識者等が研修・講演等により市町村支援を実施する際に在宅医療・介護連携推進事業の進捗段階に合わせて使用できる研修支援パッケージを作成し、インターネット上で配布する等により市町村への支援を強化する。

[研修支援パッケージの内容]

- テーマ毎や事業の進捗段階に応じた内容（動画、スライド及びテキストで構成）
- ・在宅医療・介護連携推進事業の8つの取組毎の展開例や課題分析・事業評価
- ・先進自治体や複数自治体による共同実施例等の実践報告
- ・国の医療介護連携に係る関連施策の行政説明及び資料 等



●目的

本事業は、市町村が地域の実情にあわせて在宅医療・介護連携に関する取組を推進・充実を図るために、都道府県に対して市町村支援に関する技術的支援を行う。

●事業内容

都道府県・保健所、都道府県医師会等関係団体・関係機関を対象として、在宅医療・介護連携推進事業の「（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」における課題分析に対する支援と、「（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」における広域的に複数市町村にまたぐ支援に焦点を当て研修を実施する。更に、フォローアップ研修を実施し、研修内容の活用等について継続的に支援する。

1. 在宅医療・介護連携 データ分析研修

在宅医療・介護連携に関係するデータ分析手法、活用方法を研修し、都道府県、保健所や市町村単位の地域分析に基づいた市町村支援を実施できる都道府県職員等を育成する。

- ・対象 都道府県・保健所（政令市含む）職員、地方厚生（支）局、データ分析を担える大学職員等
- ・内容
 - ・医療・介護レセプト等のデータの収集・分析方法の習得
 - ・データ分析による地域分析および施策立案方法の習得

2. 都道府県入退院時連携促進実証事業

広域的な医療介護連携の取組である入退院時の退院調整ルール作成等についてモデル都道府県を募り、都道府県医師会と連携しながら実践することで、複数市町村による連携の取組を展開する。

- ・対象 都道府県・保健所職員、都道府県医師会等関係団体・医療機関、市町村 等
- ・内容
 - ・国からアドバイザーを派遣、都道府県が都道府県医師会、市町村等と連携しながら、退院支援ルールを作成
 - ・モデル県の協力を得て、モデル県及び周辺県の担当職員が参加しそのノウハウを習得
 - ・研修プログラム、実践マニュアルの作成

3. 在宅医療・介護連携推進事業フォローアップ研修

在宅医療・介護連携推進事業について都道府県・市町村の取組についてフォローアップを実施し、当該事業の推進・充実を図るとともに、事業の課題の洗い出しを行う。

- ・対象 都道府県・保健所（政令市含む）担当職員、地方厚生（支）局
- ・場所 全国8カ所程度で開催（厚生（支）局単位を想定）
- ・内容
 - ・29年度の取組のフォローアップ（進捗状況、課題の確認、疑問解消）を実施
 - ・在宅医療・介護連携推進事業の課題の洗い出し

