

シンポジウム 「医療・介護連携を進めるために、 市町村は、都道府県は、何をすべきか」

一般社団法人 日本介護支援専門員協会
会長 鷺見 よしみ

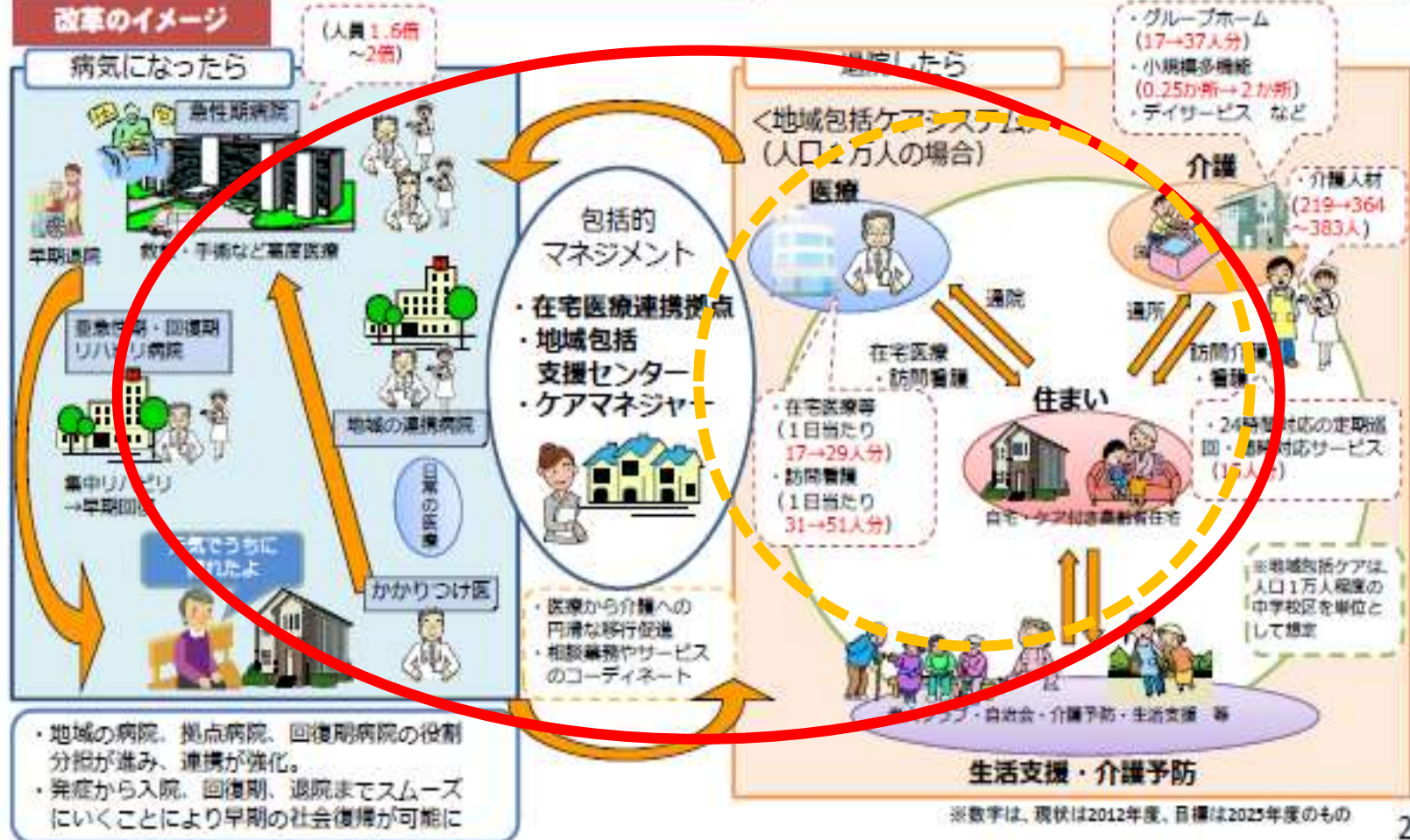
医療・介護サービス保障の強化

第2回社会保障制度改正委員会
(平成24年12月7日)山崎委員提出資料

- 病床機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

急変

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む）、薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所・市町村 等

医療介護総合確保促進法(19の個別法から成る) 2014.6.18成立

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

消費税増税分(H26:904億円、H27:1628億円(医療904億、介護724億)、H28:1628億円の用途)

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化 (地域介護施設整備促進法等関係)

- ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

医療の責任主体は都道府県

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保 (医療法関係)

- ① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定
- ② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

介護の責任主体は市町村

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化 (介護保険法関係)

- ① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業:介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③ 低所得者の保険料軽減を拡充
- ④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き)
- ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④ 介護人材確保対策の検討(介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期)

施行期日

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降 介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

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。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的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・介護サービス資源の把握

- ◆ 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、地域連携バス等の活用により、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介護サービス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、多職種連携の実践を習得
- ◆ 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
例）二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、医療・介護関係者間で情報共有の方法等について協議 等

在宅医療介護連携推進事業の(ア)～(ク)

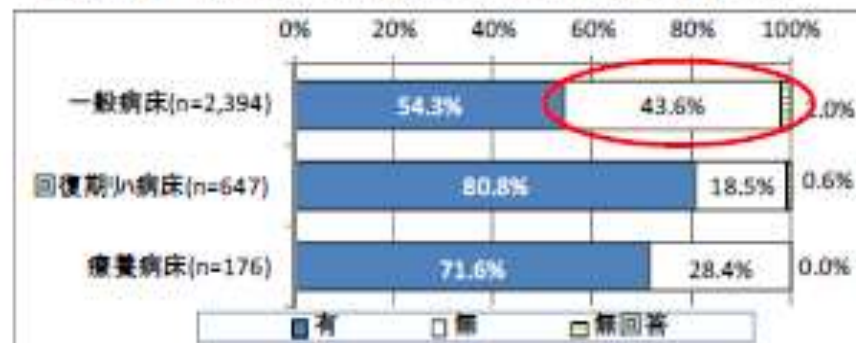
- ・市町村担当者(行政職の人)は相談に来られても専門職になぎ相手がわからないのでその相談事でわからないことをどこに聞けばよいのかがわからない。(例えば、保健師だと地域の病院へつないだり、病院の連携体制を聞く)
- ・患者・家族は、申請に来た段階で在宅での生活がイメージできていないので、在宅医療の内容、費用というよりどんなことができるか、むしろどうなってしまうのか不安が先にくる。
- ・退院時カンファレンスや退院指導において「まずは申請してベッドを借りてください。」といった断片的な事柄を利用者家族は受けとって帰ってくる。

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

	埼玉県 狭山	埼玉県 草加	富山県 石川	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
	東京都 中野区	兵庫県 三木	徳島県 徳島市	大分県 中津	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。

退院調整ルール策定

【目的】

- 地域包括ケアシステムの構築
- 病院職員と介護支援専門員の連携は重要
- 日常的な在宅・介護連携の連携を図る
- 住み慣れた地域で生活継続したいという希望の実現

都道府県医療介護連携調整実証事業 福島県（県中圏域）における退院調整ルールの方定・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

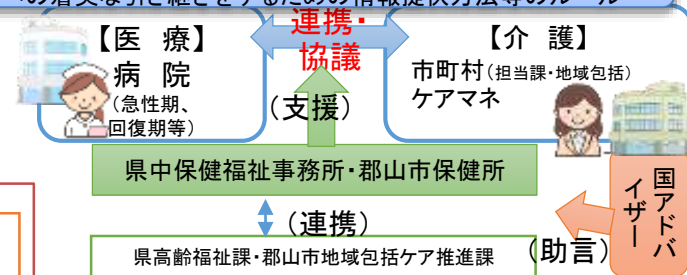
県中医療圏（二次医療圏）での退院調整ルールの方定・運用

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
	12	第1回病院・ケアマネ合同会議（20日）	200名参加
	1	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
	2	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
	3	第2回病院・ケアマネ合同会議（15日）	
28	4	退院調整ルール全体説明会（最終決定）（18日）	
	4	退院調整ルール運用開始	
	10月以降	退院調整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”

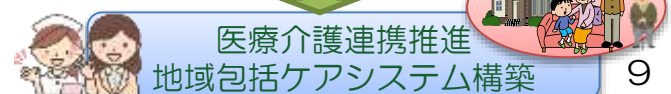
多職種（病院とケアマネと市町村）が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。

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。

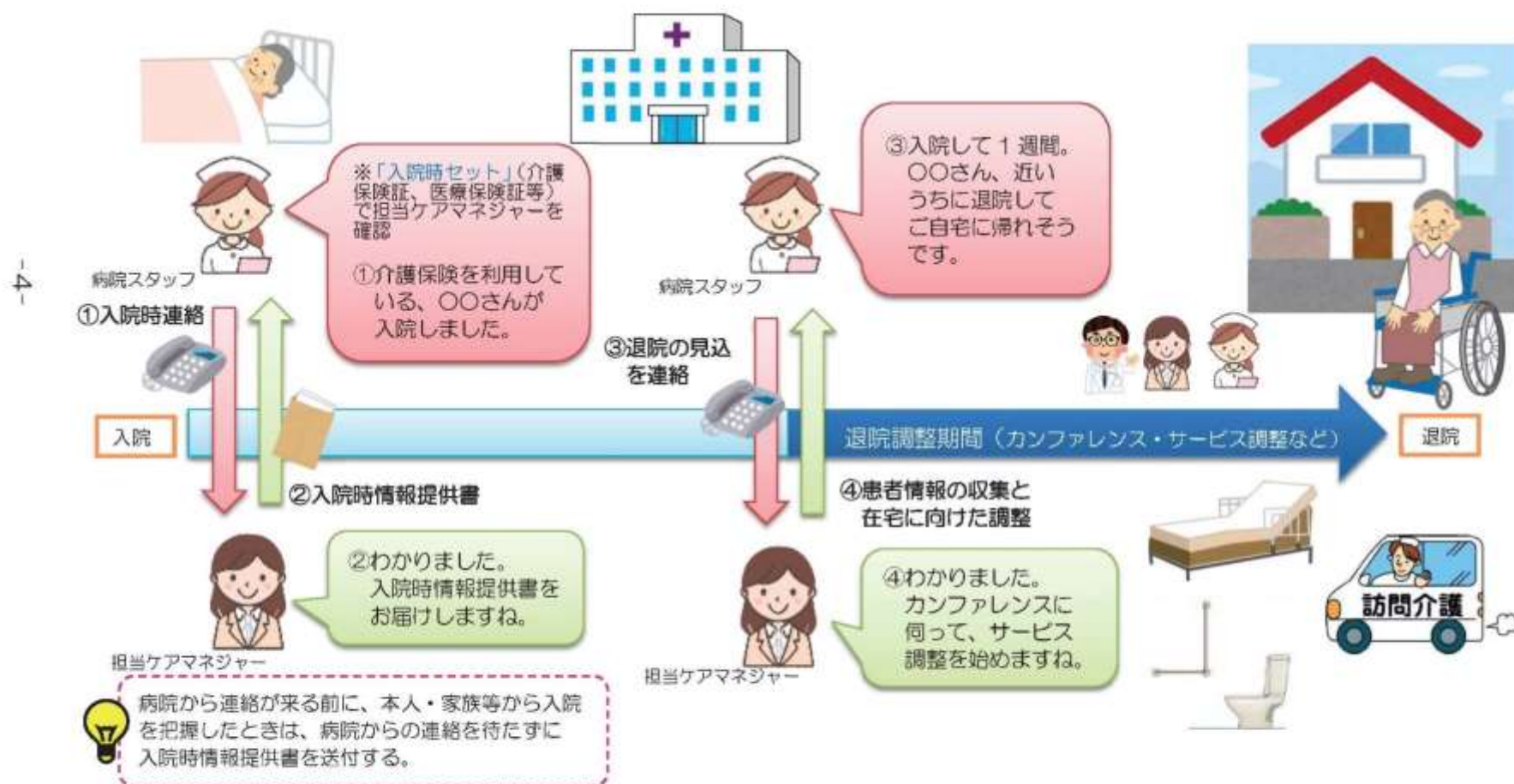
④“診療報酬・介護報酬上のメリットも”

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。

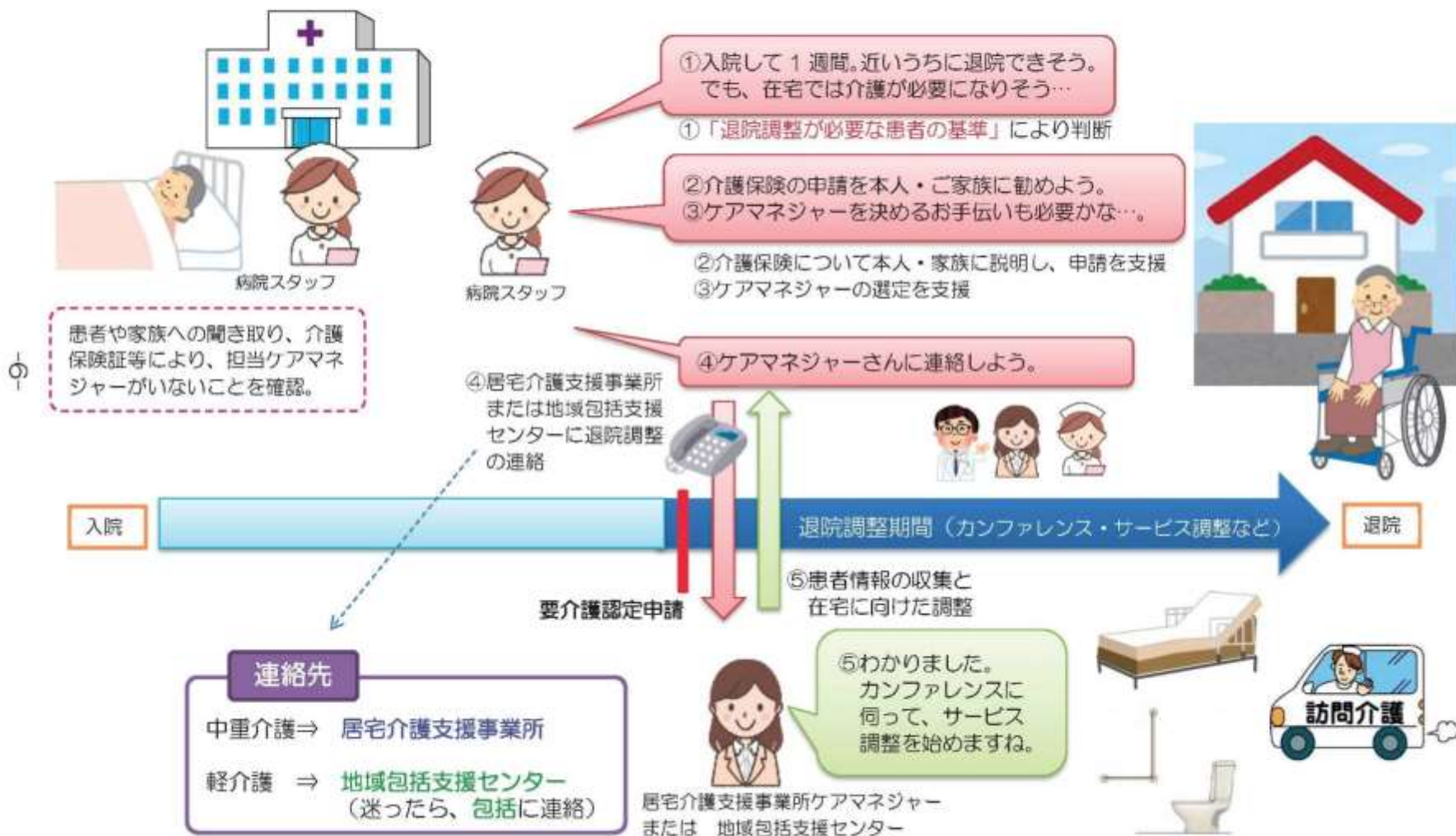


3 県中医療圏退院調整ルールの内容

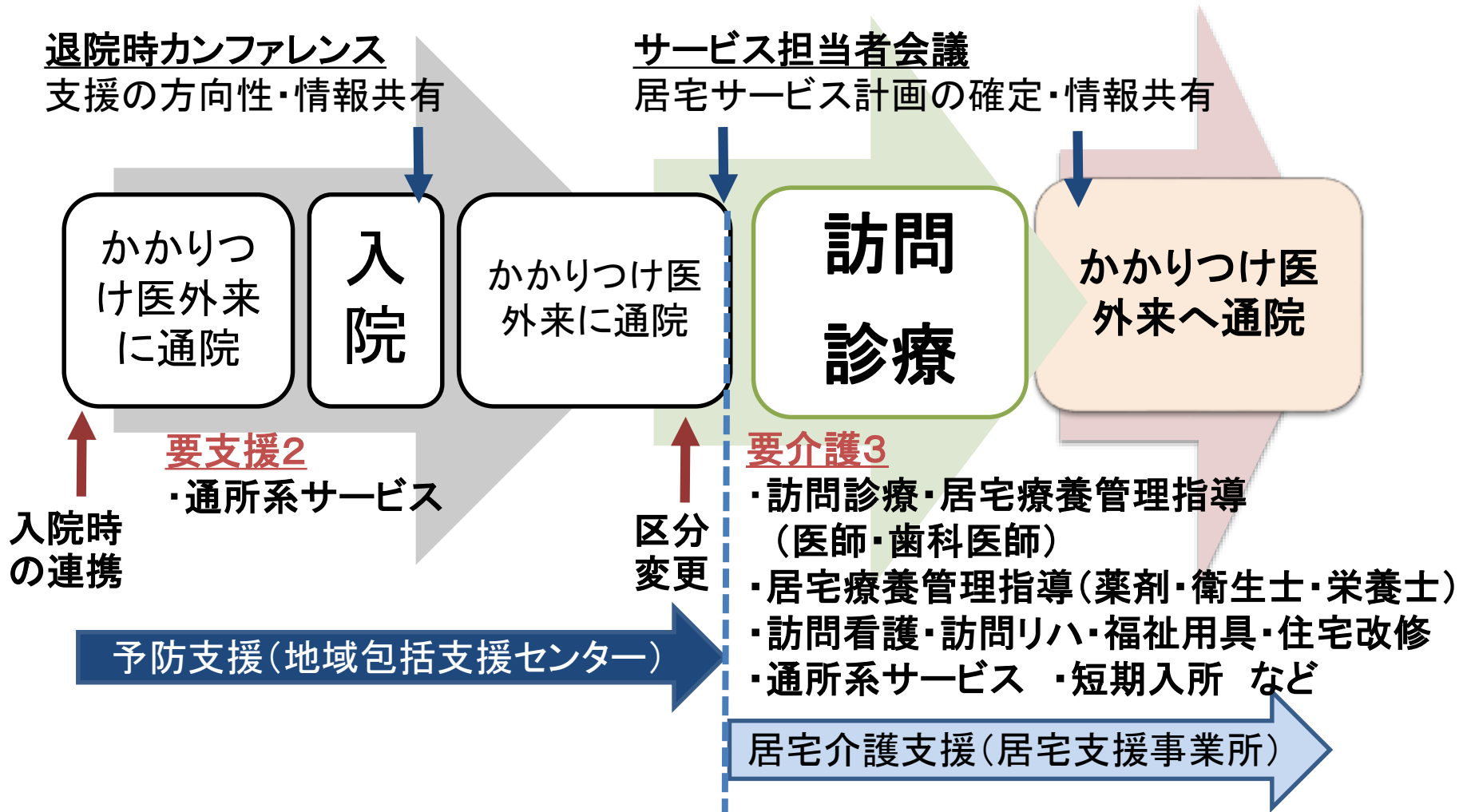
(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）



(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていなかった場合（退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合）



例) 支援の進展



介護度とそのサービス・事業

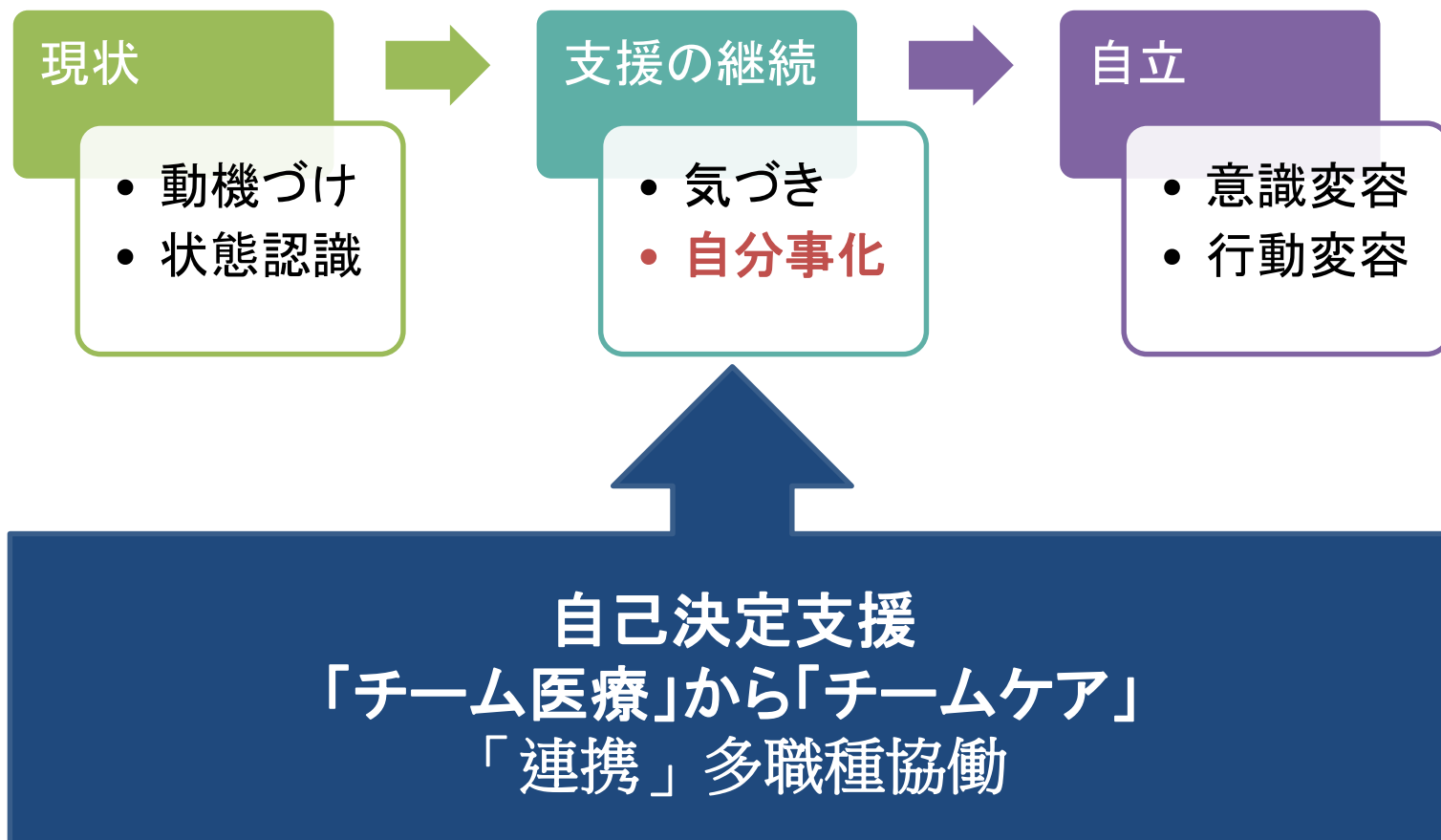
2015年度 (2014改正)	非該当(自立)		要介護認定者		
	一次予防対象者	二次予防対象者	要支援1	要支援2	要介護1～5
サービス＋ 事業	介護予防・日常生活支援事業				介護サービス (給付)
	一般介護 予防事業	介護予防・生活支援サービス事業		訪問介護・通所介護を除く 介護予防サービス (給付)	

＊(介護予防)居宅療養管理指導 医師・歯科医師【支給限度額外】

通院が困難なものに対して計画的かつ継続的な医学管理又は歯科医学管理に基づき介護支援専門員に対するケアプランの作成等に必要な情報提供並びに利用者もしくは家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点介護方法などについて指導又は助言した場合に算定

「情報提供」事項 (a)基本情報(b)利用者の病状(c)介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等(d)利用者の日常生活上の留意点

セルフケアの向上と地域のコミュニティづくり



まとめ

- 都道府県と市町村、市町村と「市民」
- 地域包括支援センター
- 主任介護支援専門員
- 「市民」

認知症 軽度者 中重度者 看取り