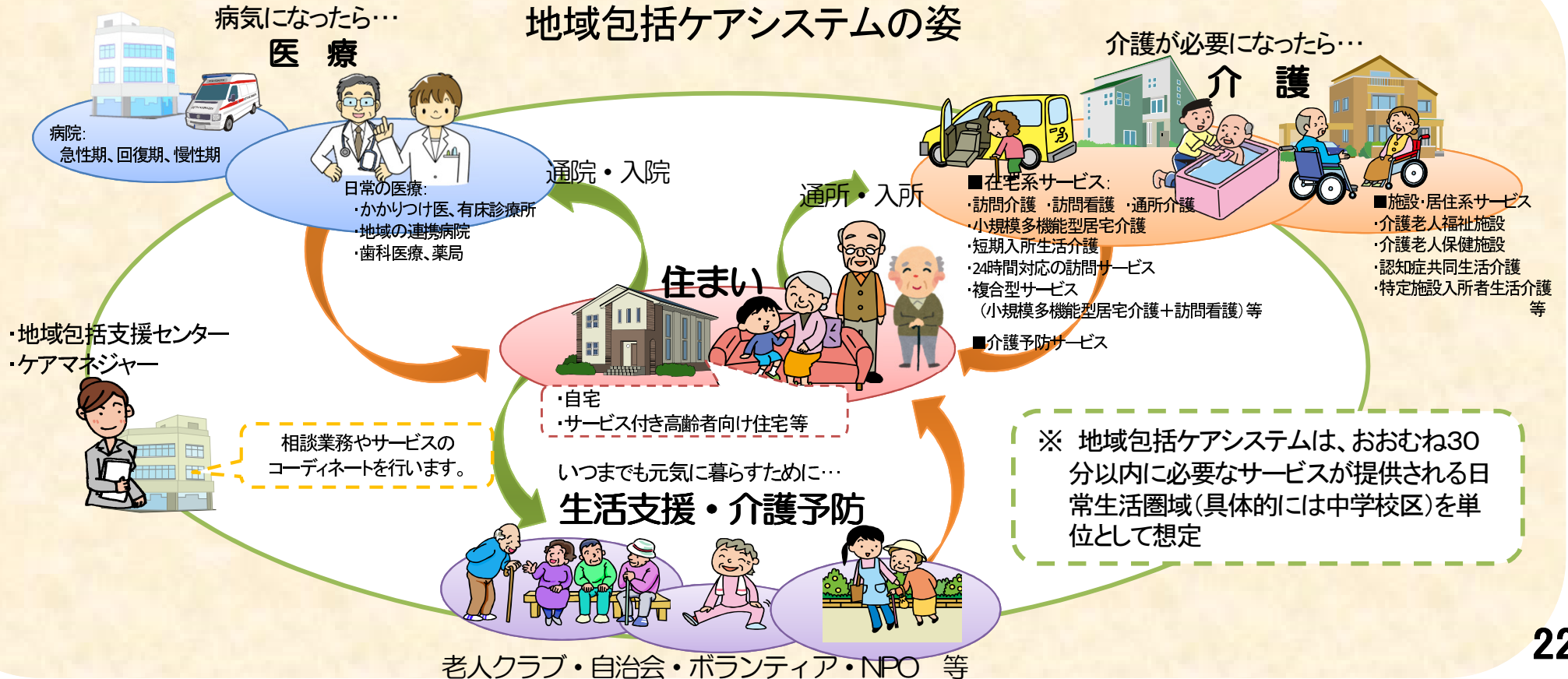


地域包括ケアシステムとは

- 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。
- 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。県は、市町村の取組を支援。**

地域包括ケアシステムの姿





*** 地域=病院として考えた場合**

- ・わがや⇒病室 ・医師⇒地域診療所の医師 ・調剤薬局⇒薬局(薬剤師)
- ・訪問看護ST ⇒看護ステーション ・ヘルパー事務所⇒介護スタッフ

在宅医療・介護連携の推進

- 医療・介護を必要とする高齢者の在宅生活を支えることは、単一のサービス職種や一人の専門職だけでは、到底完結できない
- 在宅医療も医師だけでは成立せず、看護師やリハ職はもちろん、介護によって生活基盤が支えられていてこそ機能する
- 在宅医療・介護連携の必要性は、これまでも問われ続けた重要な課題であるが、それぞれの保険制度が異なることもあり、情報共有等連携が十分に進んでいるとは言えない現状
- 介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置付け、市町村が在宅医療・介護連携に取り組むこととなった

新しい地域支援事業の全体像

<見直し前>

介護保険制度

<見直し後 (H27年4月～※経過措置有) >

【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

現行と同様

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)

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

H29年4月までに全市町村で開始

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

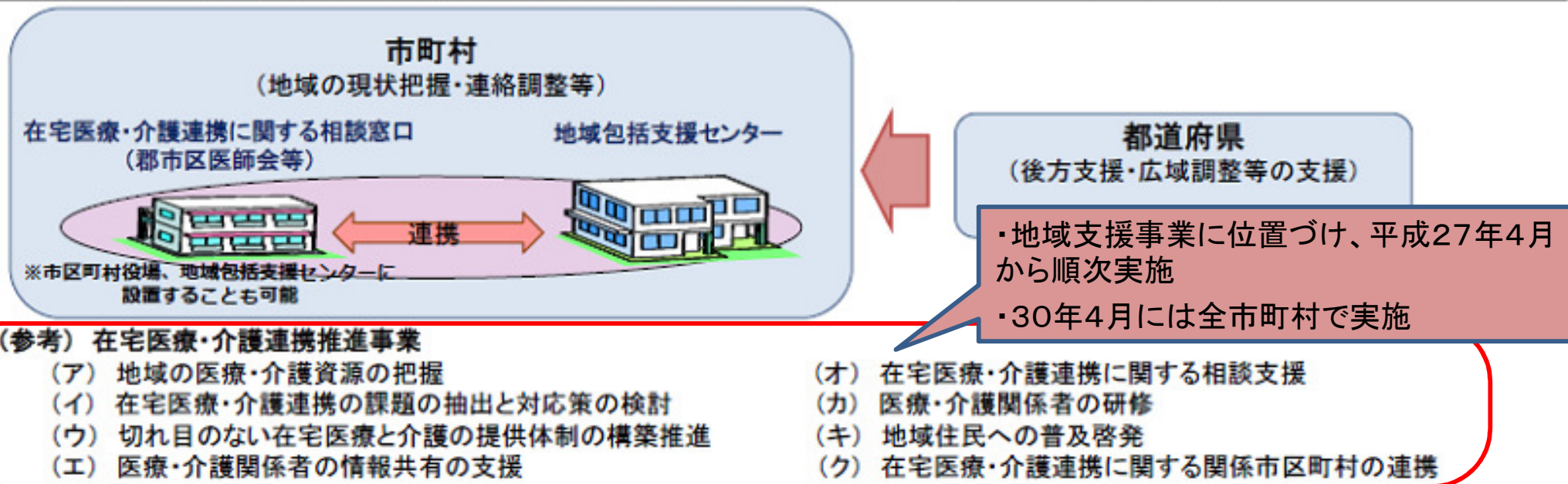
地域支援事業

地域支援事業

H30年4月までに全市町村で開始

在宅医療・介護の連携の推進

- 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでもモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 具体的には、**介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。**



医療計画の見直しについて(医療法)

- 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針に即して、国が定める医療計画の基本方針と介護保険事業支援計画の基本指針を統合的なものとして策定。
- 医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分については、中間年(3年)で必要な見直しを行う。
- 地域医療ビジョンの中で市町村等ごとの将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、在宅療養患者の病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込む。

在宅医療・介護連携推進事業(1)

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
 - ・ **地域の医療機関、介護事業所等の住所、連絡先、機能等を情報収集し、リストまたはマップを作成し、活用してありますか？**
- (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、対応策の検討をしていますか？**
- (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
 - ・ **主治医・副主治医の導入による体制の構築など、在宅医療と在宅介護が切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を行っていますか？**

在宅医療・介護連携推進事業(2)

- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - **情報共有ツールを作成したり、導入に向けての支援や活用状況を把握していますか？**

- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - **在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置し、運営していますか？**

- (カ) 医療・介護関係者の研修
 - **医療・介護などの多職種が連携するためのグループワーク等の研修を実施していますか？**

在宅医療・介護連携推進事業(3)

- (キ) 地域住民への普及啓発
 - ・ **地域住民が在宅医療や介護について理解するような講演会などを実施していますか？**

- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
 - ・ **複数の関係市区町村が協力して、共通の情報共有の方法等、広域連携が必要な事項について地域の実情に応じて検討していますか？**

在宅医療・介護連携の推進に向けた県の取組

- ▶ 県（地域包括ケア推進室、地域医療連携課）と県保健所が連携し、西和7町、宇陀市（東和圏域）、南和圏域で在宅医療・包括ケア推進プロジェクトに取り組み、広域的な視点から医療・介護連携を推進
- ▶ 医療（病院）と介護（ケアマネジャー）の連携に向けた具体的な仕組みとして、退院調整ルールづくりに取り組む

医療介護連携に向けた市町村の取組例

【宇陀市医療介護あんしんセンター】

＜あんしんセンターの今後の取組＞

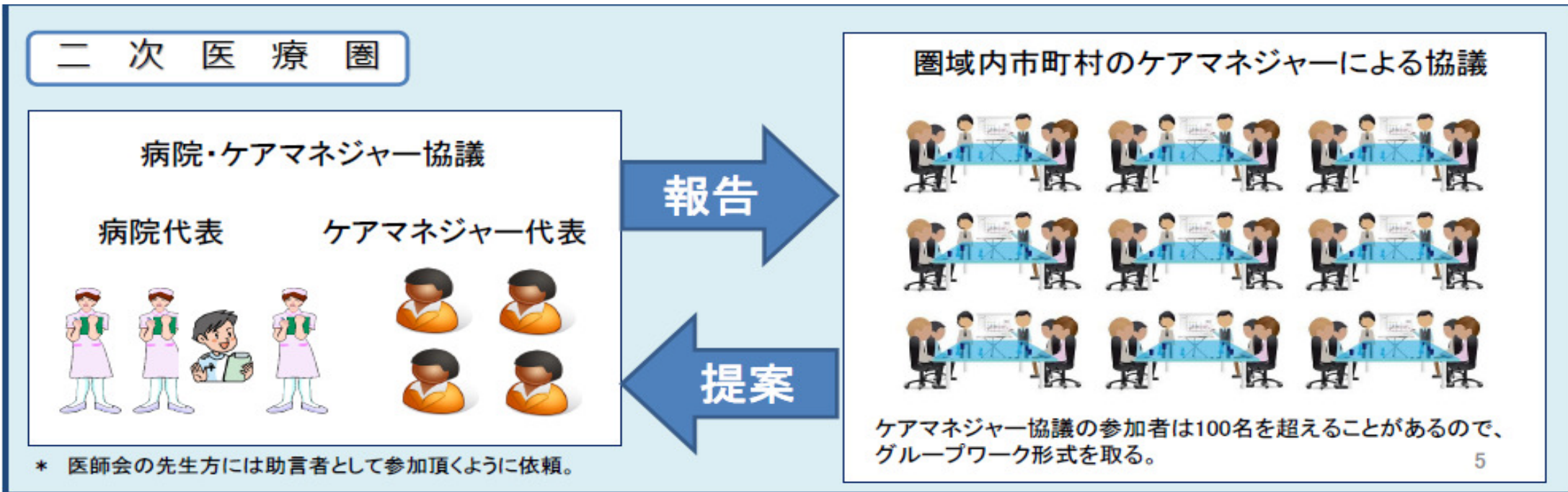
～ 宇陀市地域包括ケアシステム全体構想より～



全体構想の柱	新規事業予定
(1) 介護が必要になっても在宅生活ができるまち ～医療・介護の専門職が連携して支える～	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療連携会議による病診連携、医療・介護連携の推進 ・ICTの導入・推進への参画
(2) 認知症になっても安心してくらするまち	徘徊あんしん登録制度の開始
(3) 高齢者がいきいきと健康づくりと交流ができるまち	いきいき百歳体操 自主的に実施する地域を支援
(4) 市民参画・協働で生活を支え合えるまち	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスボランティア養成講座 ・市民と共同で高齢者の暮らしを支える仕組みづくりを推進(地域ケア会議で検討)

病院とケアマネジャーの情報交換と協議

■ 協議の方法



病院・ケアマネジャー協議の内容は

- ◆ 互いにほしい情報
(相手の負担にならない範囲で)
- ◆ 退院調整が必要な患者の基準
- ◆ 退院調整での運用ルールを
ケアマネジャーと一緒に確認

※ 話し合いを重ね、確実に実践できるものを作成

病院と介護の役割の相互理解が進む。

