

在宅医療・介護連携事業

沖縄県高齢者福祉介護課

新しい地域支援事業の全体像

<現行>

介護保険制度

<見直し後>

【財源構成】

国 25%

都道府県
12.5%

市町村
12.5%

1号保険料
21%

2号保険料
29%

【財源構成】

国 39.5%

都道府県
19.75%

市町村
19.75%

1号保険料
21%

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

地域支援事業

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。

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

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

地域支援事業

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

充実

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

任意事業

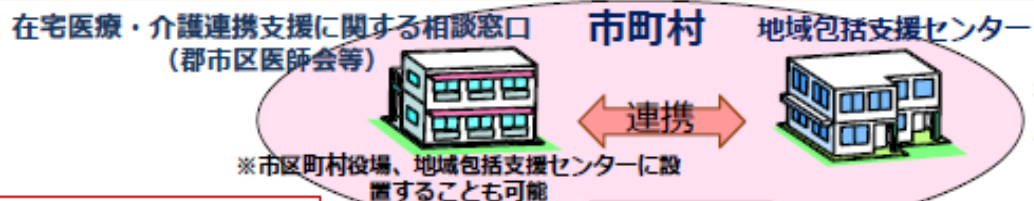
○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

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、地域では、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・介護が提供できるような取組が必要。

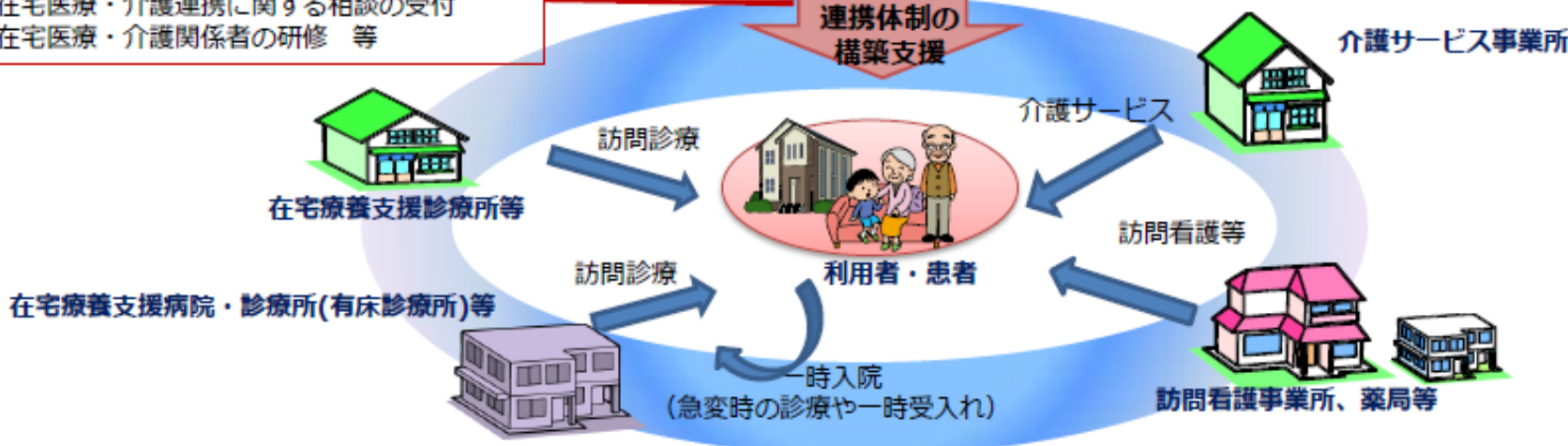
このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。

時々入院、
ほぼ在宅(または施設)



- ・地域の医療・介護関係者による会議の開催
- ・在宅医療・介護連携に関する相談の受付
- ・在宅医療・介護関係者の研修 等

関係機関の
連携体制の
構築支援



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～)

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、平成30年4月までに、全ての市町村で本事業を実施することとされている。

(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

(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

(ウ)切れ目のない在宅医療と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

(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

(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

(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

(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

(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

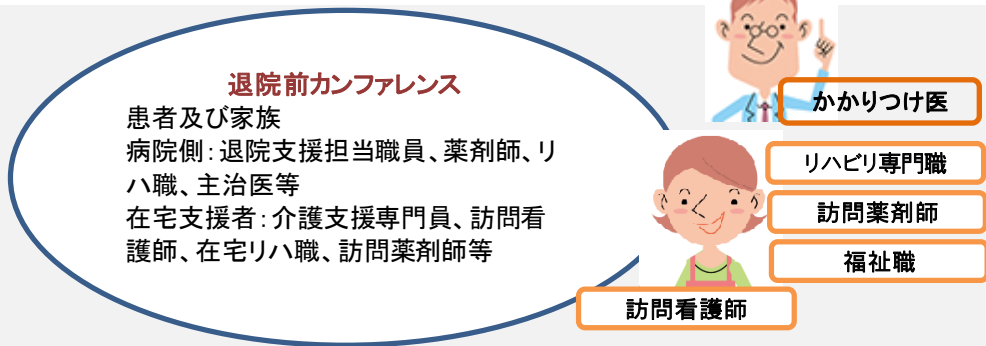
入退院支援連携支援について

今後、圏域内で医療機関、在宅(市町村、ケアマネ)間で話し合いが必要となる。

検討すべき事項

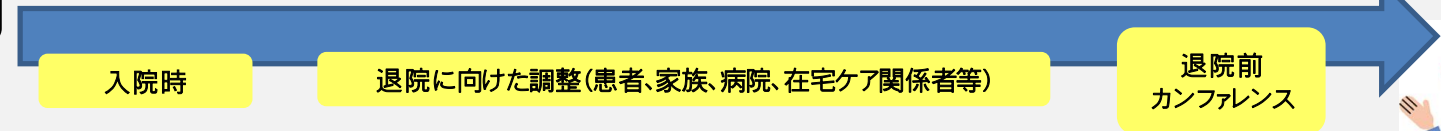
- 退院調整が必要な患者
- 共有する情報の内容
- 入院したことを早期に連絡する方法
- 地域への退院支援のための連絡のタイミング
- 情報共有の媒体の種類
- その他必要事項

入院前から患者さんが安心して医療を受けられるよう、一人ひとりの状況を身体的、精神的、社会的背景をしっかりと把握し入院中から退院、退院後も含めた一貫した支援を提供する。



入院時情報提供書

在宅に向けた準備 (医療機関)	在宅担当者と退院支援開始面談の日程の調整	退院時サマリーの提供
--------------------	----------------------	------------



在宅に向けた準備 (介護支援専門員)	ケアプランの修正 サービス事業所との調整
-----------------------	-------------------------

介護支援専門員

介護支援専門員

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サービスが受けられるよう、病院からケアマネ等への着実な引継ぎをするための情報提供方法等のルール

入退院支援連携の手順について

入院

※本人・家族がCMへ連絡

※支援対象者：65歳以上、40～64歳（介護保険申請者）、在宅（自宅・有料老人ホーム等）へ退院する方

入院前にCMがいる場合

入院前にCMがない場合

CMに入院連絡
退院支援職員に
入院連絡

【退院支援職員】
※入院3日以内に退院支援の必要性をスクリーニング

【退院支援職員】
※入院7日以内に共同カンファレンス
※病状の安定、退院の見込みが出たら、速やかに。

【退院支援職員】
CMに退院調整開始の連絡

【退院支援職員】
地域包括支援センター・市町村に退院調整開始の
連絡

【地域包括支援センター・市町村】
CMの決定

【退院支援職員・CM】
かかりつけ医との情報共有
※退院7日以上前を目安に退院前カンファレンスの開催