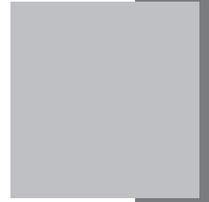


シンポジウム2017



研究開発センターシンポジウム2017

テーマ 在宅における医療と介護の連携を円滑に展開するために
日程 2018年1月26日（金曜日）13時30分～16時50分
場所 埼玉県立大学 講堂（埼玉県越谷市三野宮820）
参加費 無料

開催趣旨

2018年度より全市町村で開始される「在宅医療・介護連携推進事業」では、それぞれの市町村の実情に合わせた医療と介護に関わる多職種間の協働を推進することが求められている。そのためには、医師会と市町村が協力するとともに、医療職と介護関係職が相互に理解し合い、連携・協働上の課題を明確にしながら取り組みを進めることが重要となる。

本シンポジウムは、第1部に、国、県、大学の3名の方から、市町村への支援や取り組みについて講演してもらう。第2部では、市町村での具体的展開として越谷市の取り組みを解説していただいた後、第1部参加者ととともに、どのような取り組みをすれば、在宅医療と介護の円滑な連携を進めることができるかをテーマとし、行政と専門職が一緒になって考える。



第2部パネルディスカッションの様子

プログラム

司会：鈴木 玲子（埼玉県立大学研究開発センター長）

■開会あいさつ

江利川 毅（公立大学法人埼玉県立大学理事長）

■第1部

「在宅医療・介護連携推進事業」を市町村支援から考える

座長：萱場 一則（公立大学法人埼玉県立大学学長）

講演1 「2018年から始まる在宅医療・介護連携推進事業の展望」

黒田 秀郎（厚生労働省 保険局医療介護連携政策課長）

講演2 「埼玉県の在宅における医療・介護連携の取り組みと課題」

唐橋 竜一（埼玉県保健医療部医療整備課長）

講演3 「在宅医療・介護における多職種連携研修プログラム（三郷モデル）の開発」

寫末 憲子（埼玉県立大学保健医療福祉学部准教授）

■第2部

「在宅医療・介護連携推進事業」を円滑に運営するための取り組み

座長：川越 雅弘（埼玉県立大学大学院教授）

越谷市における在宅医療・介護連携の取り組みと課題

行政の立場より 関 泰輔（越谷市福祉部地域包括ケア推進課副課長）

医師の立場より 大越 恭二（越谷市医師会副会長）

コーディネーターの立場より 野上 めぐみ（越谷市医師会在宅医療連携拠点コーディネーター）

■パネルディスカッション

座長：川越 雅弘（埼玉県立大学大学院教授）

唐橋 竜一（埼玉県保健医療部医療整備課長）

柴山 志穂美（埼玉県立大学保健医療福祉学部准教授）

関 泰輔（越谷市福祉部地域包括ケア推進課副課長）

大越 恭二（越谷市医師会副会長）

野上 めぐみ（越谷市医師会在宅医療連携拠点コーディネーター）

■閉会あいさつ

朝日 雅也（埼玉県立大学副学長）

※本シンポジウムは、平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として実施するものです。

開会あいさつ

埼玉県立大学 理事長

江利川 毅

皆さん、こんにちは。埼玉県立大学理事長の江利川です。

埼玉県立大学の研究開発センターが主催するシンポジウム「在宅における医療と介護の連携を円滑に展開するために」に、多くの方々のご参加をいただきまして、誠にありがとうございます。

このシンポジウムは2部構成であります。第1部では、最初に、厚生労働省の地域包括ケア関係についての責任者、保険局医療・介護連携政策課の黒田秀郎課長からご講演をいただきます。次に、国の方針を受けて、埼玉県としてどのように取り組んでいくのか、埼玉県の保健医療部医療整備課の唐橋課長からお話を伺います。さらには、この埼玉県立大学で地域包括ケア関係の研究プロジェクトを4件推進しておりますが、その中の一つにつきまして寫末准教授から研究の成果を発表させていただきます。

少し話がそれますが、主催者である埼玉県立大学の研究開発センターについて説明させていただきます。埼玉県立大学は4年制の大学として1999年に開学して、10年後の2009年に大学院修士課程が設置され、その6年後の2015年に大学院博士後期課程が設置されました。大学院博士後期課程は研究者あるいは教育者を育てる課程でありまして、博士後期課程ができたことによって、本学は研究と教育の両輪が実質的にそろうことになりました。その研究機能を強化するために、新たに研究開発センターを設置し、地域貢献にかかわる研究を進めることといたしました。この研究機能を強化するために、新たに2人の教授をお招きしました。本日は、その1人である川越教授に、第二部のパネルディスカッションの座長をやっていただくことになっています。

この研究開発センターにおける研究は、本学は埼玉県立でありますので、地域貢献型の研究を進めることといたしました。また、本学は保健医療福祉の大学でありますので、保健医療福祉分野での地域貢献型の研究となると、現下の最大課題ともいえる地域包括ケア関係を取り上げるのが適切だろうと考え、その関連の4つの研究プロジェクトを進めています。今年度、来年度と研究成果がまとまっておりますが、

私ども大学関係者といたしましては、埼玉県行政、あるいは、県下の市町村行政に活用していただきたいと思っております。

本日のシンポジウムは「在宅における医療と介護の連携を円滑に展開するために」というテーマであります。医療のほうの診療報酬は2年に一度改定があり、介護のほうの介護報酬は3年に一度改定があります。したがって、6年ごとに両方の改定が重なりますが、その時には医療と介護の連携を考えながら政策的な改定が行われます。本年はまさにその年でありますので、厚生労働省の医療・介護連携政策課長、名前の通り医療と介護の連携政策を担当している黒田課長に講演していただくことにいたしました。

黒田課長は、午前中は診療報酬改定の会議に出ています。夕方には介護保険関係の会議に出られる予定になっています。大変お忙しい中を縫って、このシンポジウムにご協力をいただいておりますことに、心から御礼申し上げます。また、唐橋課長も公務ご多忙の中、多くの市町村の方々が集まる、多くの関係職種の方が集まる、関心のある県民の方が来られるということで、時間を縫って参加していただきました。厚く御礼申し上げます。

後半の第2部では、具体的に越谷市での取り組みについて、行政の立場、医師の立場、コーディネーターの立場から、それぞれご経験を踏まえたお話を承ることになっています。お忙しい中でパネリストをお引き受けいただきましたこと、心より御礼申し上げます。お話を伺いました後、パネルディスカッションを行います。会場からもご質問をいただき、議論を深めていただきたいと思います。積極的なご参加をよろしくお願いいたします。

このシンポジウムにご参加いただきました皆様には、聞いてよかった、意味があったというような成果を持ち帰っていただきたいと思っております。

ご講演をされる皆様、パネリストの皆様、会場の皆様に重ねて御礼を申し上げまして、簡単ではありますが、私からのご挨拶といたします。

第1部

講演1 「地域包括ケアシステムと在宅医療・介護連携推進事業の展開」

厚生労働省 保険局医療介護連携政策課長

黒田 秀郎氏

皆さま、こんにちは。ただいま、ご紹介にあずかりました、厚生労働省の医療介護連携政策課長でございます。今日のテーマ、在宅医療・介護連携の推進、それから医療と介護、包括ケアシステムの関係について、お時間を頂いて、国の制度的な対応を含めて、概況を皆さまと共有したいというふうに思います。

お話に入ります前に、平成30年度は、医療にとっても介護にとっても、それから包括ケアの推進にとっても、非常に節目になる年でございます。まもなく開かれる市町村議会では、介護保険の事業計画等々の審議が予定されているでしょうし、保険料の設定という非常に大切な議案もこれからかかってくる、そういうタイミングだと思います。また、都道府県の話に話を移しますと、再来年度から国民健康保険の財政単位が、都道府県単位になっていくという話もあります。医療計画の見直しもある。市町村を支える介護保険事業支援計画が控えている。そんな格好になります。

また、国では、介護報酬、それから診療報酬の議論も行われているということで、いろいろな意味で、30年度というものは節目になります。言ってみれば、今は節目の年に向けた仕上げの時期ということだろうというふうに思います。こういうタイミングで、この埼玉県立大学が、関係者の方々の橋渡しとしてこういう会を催しになるということは、大変タイムリーで時宜を得たものだと思いますし、その中でお時間頂いたことをこの場をお借りしてお礼申し上げます。

時間を40分ほど頂いておりますので、埼玉県内の地域の状況を踏まえた展開は唐橋課長に譲るといたしまして、私からは国レベルでどんな動きになっているか、包括ケアが注目されているのはどういったバックグラウンドなのかという話を中心に申し上げますというふうに思いますので、よろしく申し上げます。

まず、冒頭に包括ケアのお話から入りたいと思います。皆さま、お手元にも資料があろうかと思いま

すので、そちらをご参照いただきながら。なぜ包括ケアなのかということから入ります。介護保険制度がスタートしてから15年あまりがたちまして、そのころから日本はやがて超高齢社会になるということが言われていたわけですが、それがいよいよ現実のものになりつつあるということでございます。今、ご覧いただいている、このシート。縦のグラフが人口の推移です。人口は皆さまご案内のとおりですが、わが国は人口が減少するという局面に立ち至っております。今、お子さんが生まれてくるのが年間130万人弱、それに対してお亡くなりになる方の人数を丈比べをして、それがマイナスになるので人口が減っていくと。そういうフェーズになっているということでございます。

それで、一方で、少子化が進む中で、高齢化も進んでいきますということになっていまして、65歳以上で、高齢化率というものを捉えるという、今までやっていた伝統的なやり方でいきますと、高齢化率は2割を超えていると。その割合が増えていきますということが、このグラフには書かれています。この辺の部分ですが、医療や介護にとっては65歳以上の人口の割合よりも、特に医療・介護ニーズが増えていく75歳以上の人口がどうなっていくのかというほうが圧倒的に重要だということでございます。

75歳を超えますと、介護保険の利用率も65歳から74歳までの数パーセントから一気に2割以上に跳ね上がりますし、医療が必要な度合いも上がっていくということがございます。このグラフではこのラインで引いておりますけれども、75歳以上の人口がこれから駆け足で上がっていくという姿がグラフからもご覧いただけるんじゃないかと思っております。なので、この急激に増えていく75歳以上の人口、一方で少子化は進み、それを支え手になっていく世代の数が減っていくという中で、この方々をどうやって地域で支えていくのかという点が出発点ということになります。

全国的な姿は先ほど、棒グラフでご覧いただきましたが、この問題と並行していくものがこちらのグ

ラフです。見方を変えたものということになります。こちらは、要介護率が上がっていく75歳以上の人口を縦の棒グラフにしたものです。今、2017年、27、この辺にいますけれども、これから2025年にかけて、この75歳以上人口が急増していくということになります。これは、特に高齢者に特化をして創設されています、介護保険制度にとっては、いよいよサービスを提供する、重点になる年齢層の方々が急速に増えていくということになりますので、財政的に言うと、給付費がこれからかなりのピッチで増えていくということを意味しますし、それから、サービスの面で見ると、この方々を支える人材の確保。それから、手を挙げてくださるサービス、事業者の方々の確保ということと並行してやっていかなきゃいけないと。これが急に伸びていきますという話がこちらです。

こちらが保険料に対する、負担に対するインプリケーションなわけですが、介護保険はご案内のように40歳以上で支えられている仕組みです。で、先ほど75歳以上の人口をご覧いただきましたが、あの人口に比べると、40歳以上人口の変化というのはややマイルドになるというところがこの図からは言えるわけですが、それでも、少しタイムラグはありますが、40歳以上人口もやがて減少に転じていくと。そのお話しとサービスを受ける方々の数が急増するということが、確実に起こってくるということになりますので、介護保険の制度というふうに考えますと、これから給付費の急増とそれから負担の面でもよく考えなきゃいけないと、そういうタイミングに差し掛かりますということです。

また、こちらのシートはよくご覧になるものだと思いますが、日本全国で見たときに、上の数字はこの辺りなんです。この全国平均。足元に比べると75歳以上人口が大体3割ぐらい増えますということですが、この話をより複雑にしているのが、高齢化の進行のスピードが地域によってかなり違うということとございます。特にこれまで、その地域の魅力、経済力を含めた魅力によって、全国の他の地域から人口を集めて、若い方々がたくさんいる若い地域、首都圏はそうだったわけですが、首都圏もこれから急速に高齢化のフェーズに向かうということになります。逆にこれまで、若い世代が流出をしていた地域では、これから先の高齢化の進行はややマイルドだということ。時にかなり高齢化しているということです。ですので、そういった地域による違いがございます。

この埼玉県は全国の中でも、この上がり幅が顕著に高いというところでございます。足元と比べると

全国平均で3割ですが、75歳以上人口の増加は今後5割増しということになりますので、この急速なスピードで増えていく75歳以上人口の乗り越え方をどうするのかというお話については、埼玉県が一番、ある意味難しい局面だということもできますし、その埼玉県の自治体が、あるいは地域がどんなふうにしてこの問題にんていこうとしているのかというお話は、全国の他の地域からも非常に注目をされているということだろうというふうに思います。

これは、認知症の方が増えます、独居の方が増えます。世帯構造の関係です。こういったことが背景になって、包括ケアの話が出てきているということとでございます。

もう一つ、少し違った面からご覧いただきますと、この急速な高齢化の進行ということと、セットで進んでいるのが、いわゆる疾病構造の変化でございます。元々、病院というのは急性期の患者さん、例えば、急に心臓発作が起こったとか、急な病気で担ぎ込まれた方々を治して地域に戻していくというのが、元々の原点の機能だったわけですが、高齢化が進行することに伴って、疾病構造が急性期の方々中心から、言ってみれば、生活習慣病中心へと中心が移ってくるということになります。これは、その中でも死因のところを取っていますけれども、生活習慣病が死因の中でも上がってきているということが、このグラフからもお分かりいただけるんじゃないかと。

この生活習慣病と高齢化の進行ということとを合わせて考えますと、包括ケアの話とつながるわけですが、長くなっていく寿命、その中で、生活習慣病と一緒に、生活習慣病のことをケアしながら、医療と介護のニーズを持ちながら暮らしていくという方々が増えていくということが、この疾病構造の変化から伺われるところでございます。そういったことから、医療は医療で介護は介護ということではなくて、医療と介護を合わせて必要とする方々に入院も、外来も、在宅の介護も、施設介護も、どんなふうに答えていくのかという話になってくるということがあって、こういったことも包括ケアという話が出てきた原点になっているということです。

こちらは平均寿命と健康寿命の話です。生活習慣病中心になってきているというお話。一方で、平均寿命は、わが国は男性、女性とも世界の最高水準にあります。最近、こういった平均寿命の伸びということがかなり進んできていて、これは、日本の保健医療制度の達成している大きな成果だというふうに言われているわけですが、この話の到達点の延長線上に、最近、世間でも言われていますが、人生100年ということに手が届くというようなところま

で、実際は来ているということがございます。

ただ、この平均寿命の伸びが、健康な寿命の伸びと合わせて進展していくのであれば、平均寿命の伸びというのは非常に喜ばしいことだということになりますし、その差がなかなか埋まらないということだと、普段普通に暮らしてる皆さまにとっては、平均寿命の伸びって、それが自分にとって幸せなことなんだろうかということに確信が持てない、心配になるかと思えます。そういった意味では、疾病構造のことも考えながら、同時に平均寿命を健康寿命の伸びで押し上げていくということ、両者の差を少なくしていくという努力が、包括ケアの話と合わせて必要だろうということがこの話からも伺えるところなんです。そういった意味でも、健康寿命を伸ばしていくという、予防・健康づくりの重要性ということが、こういったことから伺えるということでございます。

次にお亡くなりになる場所のお話に移ります。こうして、これから人口減少になっていくということ、生まれる方よりも亡くなる方が多くなっていくので、人口が減少していくわけですが、そうしますと、死亡者の数がこれから顕著に伸びていくということになります。この死亡者の増加を、じゃあ、どこでお亡くなりになるのかという話と重ね合わせてご覧いただきますと、前の東京オリンピックのころ、この辺です。この辺りは圧倒的に自宅で亡くなる方が多かったわけですが、その後、医療サービスの基盤が整ってきたこと等々もありまして、この傾向が逆転をしていて、今は病院でお亡くなりになる方が多数を占めていると。介護制度が整ってきたおかげで、介護施設でお亡くなりになる方がだんだん出てきた感じで、少し、反転をしていますが、この傾向というのは変わらないということでございます。

ただ、こういったことも考え合わせますと、どこでお亡くなりになるのかということについて、ご本人の希望に合わせていくということも重要だろうということでございますが、じゃあ、どこでお亡くなりになりたいのかというふうに伺いますと、やはり自宅、住み慣れた地域でとお答えになる方が多いということでございます。これはもう少し注意深く見る必要があって、実際に医療や介護が必要になったときに、この数字のままですか、この希望を支えるだけのものが今、地域にありますかという問いと、この問題をセットで考えなければなりません、いずれにしても、こういった希望がかなえられるようにという話には当然なりますので、こういったことも考えるということになるかと思えます。

以上、申し上げたようなことを考え合わせますと、

生活習慣病が中心の疾病構造になり、長寿化が進み、一方で健康寿命の延伸によってその長寿化はより高められていかなければいけないということ。それから、高齢化の進行が非常に急速だということ。特に都心部、特に埼玉県は非常に急速に進んでいるということがございます。医療ニーズも介護ニーズも高まっていくわけですが、ただ、その6割増えていく高齢者のペースに合わせて、5割、6割病院や介護施設をどんどん造るということも、それほど簡単なことではありません。そう考えますと、今地域にいらっしゃる方々が、やがて高齢者になられるわけですから、その方々がまずは、今地域にいらっしゃる医療関係者の方々、介護関係者の方々が、できるだけ手を携えて、まずは地域で支えるということが求められている。それは、恐らく、ご本人の希望にもかなっていくのだろうということがございまして、そういった発想からこの包括ケアの話が出てきているということでございます。

いろいろな捉え方がある概念ではありますが、今いらっしゃる方々が地域にいらっしゃる専門職の方々と地域のつながりの中でできるだけ支えていこうというのが、恐らく発想の原点で、その中には実際にケアが必要になった方々をどうするという話だけではなくて、健康で長生きという、その予防という概念が当然含まれた中で、このお話は考えになっているというのが、入口であるというふうに考えます。以上が包括ケアが提起された理由ということになります。

残りの時間を使いまして、最近の医療制度、それから介護制度の動き、それから、在宅医療・介護連携事業の関係の動きについて概略を申し上げたいと思います。医療制度の中では、皆さま、地域医療構想という言葉をお聞きになった方が多いと思いますが、地域医療構想が昨年度中に各都道府県で策定をされ、今、医療計画の策定の最終段階ということになります。この地域医療構想も包括ケアの話と関わりがありますので、アウトラインのご説明をしたいと思います。

これは何かと言いますと、これから高齢化が進んでいく中で、2025年、後期高齢者の方々が急ピッチで増えていく一つの目安になる年ですが、その年の入院医療に関する医療需要がどれぐらいですかということを示す需要の見通しということがこの地域医療構想のエッセンスです。その中には、病床機能を機能分化連携していくということも入っていますし、慢性期の部分は一部機能重点化するという要素が入っていますが、基本は2025年の入院医療に関する医療需要が人口構造の変化に伴ってどうな

っていくのかということを示すものでございます。

これは従いまして、医療費を削るためのものではなくて、あくまでも、入院医療の将来の需要の見通し書かされているもの。この需要の見通しに向けて、今ある需要と供給をどう考えていくのかということが必要になってくるということでございます。今、見ていただくと、これちょっと細かい資料で分かりづらいですが、グラフのつくりは、左側が今の病床で、右側が2025年の入院医療の需要で、下が在宅医療が必要な方々で、これから新しく出てくる機能分化連携のいわゆる在宅医療等というものです。全体見ていただくと左側と比べて右側のほうが低い、つまり、今の病床よりも入院医療の需要のほうが低い県のほうが多いですが、こちらの埼玉県は逆でして、そういった一部重点化を含むことをやったとしても、入院医療の需要が増えます。というのが埼玉県のデータ。

さらに、在宅医療のニーズも介護のニーズも併せ持つ方々がプラスで出てくるということございまして、これは先ほどご覧いただいた、75歳以上の高齢者の方々がこれから5割、6割増えていくということの裏側、逆の、別の角度から見た数字ということになっております。そうしますと、入院医療のニーズも増えるということなので、一定の制度ということが議題になってまいりますし、同時に在宅医療等というところにあります、在宅でお過ごしになる方で一定の医療ニーズもある方々の支え方をどうしていくかという話がこれから課題になっていって、その話は医療計画の話でもありますし、介護保険事業計画の中にもそれが一部反映された形で作られているということがございます。

これは、詳細は省略いたします。地域医療構想の数字のつくり方ということになりますが、慢性期の方々の中で従来は医療機関のベッドでお受けしていた方々が、これからは介護保険施設や在宅医療等々で支えられる方々も出てきます。これも今お作りいただいている介護保険事業計画等にも反映されています。ということが、中身でございます。

そういう話がある中で、在宅医療のニーズもある方々がこれから地域により多く出てくるということがあって、それをどうやって受けていくのかという話になるということでございます。今、議論している診療報酬改定の中でも、在宅で支えるという発想、それから医療と介護の連携を進めていくという発想、それから予防・健康づくり、重症化予防にもきちんと取り組んでいこうという方向感が、報酬改定の中でも出されています。

一番上のところの基本認識のところにありますよ

うに、人生100年という話もあり。包括ケアも作っていかなくちゃいけないという話があって、あと、働き方改革等々もあって、持続可能性を確保していくという話が今ございます。今日のテーマと特に関係しますが、この1番のグループでして、包括ケアを考える上では、やはり、医療の観点からしますと、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能というものが重視されていくということになりますし、急性期の医療機関も含めて、介護との連携をいろいろな段階で進めていくということ。それから、重症化予防のためにももちろん保険者がやる仕事もありますが、医療機関もその中でも重要な役割を果たしていただいて、というようなメッセージが今回の報酬改定の中ではテーマになっているということでございます。

これは報酬改定の具体的な内容です。詳細は割愛いたしますが、この中でも在宅医療の普及に向けて、あるいは、介護との連携に向けてというような話がかかり出ているということをご紹介申し上げたいというふうに思います。

続きまして、次は介護の動きについてご説明を申し上げます。今、各市町村でお作りいただいている第7期の計画が30年度からスタートいたしますが、介護保険制度がスタートしてから18年経過することになります。その間、3年ごとの計画に合わせる形で法律の作りも少しずつ変わってきて、現在に至っているわけですが、その中で後から出てまいります、今日のテーマでもあります在宅医療・介護連携ということに考えますと、この中でいくつか節目になる改正がございました。

一つが、平成17年改正というものでして、この中で、地域包括支援センターの制度化がなされた。それから、予防給付というのが位置付け直されて、新しい位置付けになったという点がございまして、そこが一つの方向感を出しているのかなというふうに思います。その後、重度化予防ですとか、自立支援の徹底、保険者機能の強化等々というテーマが挙げられて現在に至っているというのが、介護保険制度の歩みですが、当初の言ってみれば、保険制度が始まったときにサービスの基盤が十分でないと言われていた時期から現在は、むしろ医療と介護の連携、それから重度化防止、自立支援、保険者機能強化、その中で包括支援センターの役割ということが非常に重視されて現在に至っているということでございます。

こちらは、法改正の中でも直近の改正でございまして、昨年成立した介護保険法改正の概要でございます。これは法律の中身、タイトルにも包括ケアシ

システムの強化のためにということが挙げられていて、包括ケアのための法改正だということでございます。一つの柱が上にございますように、自立支援・重度化防止ということに重きを置いて、保険者機能を強化をしていこうということが一つの柱だったということでございます。そういった意味では、都道府県に対する交付金・市町村に対する交付金の新設、それから介護予防、重症化予防に向けた保険者機能の強化ということが大きなテーマとして、上にございます。

また、先ほども少しご覧いただきましたが、慢性期の方々で医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ方々を念頭に置いた、新しい介護保険施設であります、介護医療院というものの新設も、この法改正の中で織り込まれました。その他、共生社会の実現に向けた、障害サービスとの相乗りと言いますか、合わせて展開をするための共生型サービスの位置付けといったものも出されて、こういったものを実現しながら財政的な安定性も追求をするという形で法改正がなされたということでございます。こういった法改正も踏まえた形で、今、各市町村で計画の最終段階の作業をお願いしているということでございます。

今日、テーマにしまして、包括センターの関係と、それから在宅医療介護連携推進事業のお話を中心に少しご説明を申し上げたいというふうに思います。包括センターについては平成17年の法改正で導入されたものでございます。できてから、制度化されてから12年あまり経過しました。このセンターができる前は、補助金でやっておりました。在宅介護支援センターという事業がありましたが、いかんせん、公費だけでやっているということで、なかなか、広がり難しいという話がありましたし、それから、やはり、保険料使ってやらないといけないんじゃないかという発想が一つはございました。

あとは、このお話を、このセンターを制度化する上で留意されたこと、私、当時担当しておりましたので、少し申し上げますと、このセンターは在宅介護のセンターというわけではないということです。タイトルに介護という言葉は入っておりません。それから、高齢者地域包括支援センターとも書いてないということです。裸のままの地域包括支援センターだということが発想の原点です。

なぜかと言いますと、やはり、介護保険制度ができて、その周辺のサービスとの連携が十分じゃないんじゃないかという話がありました。老人福祉法、老人保健法があった時代の、高齢者の福祉と保健との連携というものが、介護保険ができて、介護保険がドミナントになっていった結果として、その連

携が重要じゃないかという話があったことが一つ。

それから、あとは高齢者に限らず、障害者のサービス、子どものサービス、それから成年後見等々、関連サービスとの連携がないと、結果的には高齢者の方々が安心して住めない、暮らせないという話が一方ではございました。ですので、タイトルも高齢者地域包括支援センターあるいは在宅介護地域包括センターではなくて、地域包括支援センターになり、それから、職員の中には社会福祉士さんにもぜひ入ってほしいということで、そういう位置付けもなされ、この右側にも関連をする高齢者のみにターゲットを置いたもの以外も含めたものとの連携というものが入って制度化されたという経緯がございます。

その話が、その後の高齢者の急増ですとか、特に家庭のご事情からなかなか大変な事情にある方々のサポート等々、業務がここに集中しているという話も当然ございますし、課題もいろいろあるわけですが、それでも、なお、やはりこのセンターがこれからの包括ケア、これからの地域を考える上で欠かせない存在だということ。それから、在宅医療・介護連携ということで考えた場合には、医療側が恐ろしくかかりつけの医療機関のかかりつけ、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の方々と思いますが、その方々とタイアップをする介護側のハブだということ。包括センターとケアマネジャーさんの存在によって、包括ケアというものが、少しずつ皆さんのイメージも湧くようになってきたということがあることかと思っておりますので、それを中心にここからいただくということになります。

最近新しい役割が付加されまして、それこそ、認知症初期集中支援チームのサポートですとか、介護予防の関係、それから生活支援コーディネーターの事業等々もあって、この包括支援センターへの期待、役割というのはより手厚くなっていく方向になっています。このセンターがかせない地域の安心の支え手になっているということは、疑いのないところだというふうに思います。

それで、在宅医療・介護連携の前に、このセンターが果たす地域の中の役割の原点が、この地域ケア会議であると思います。この会議は、もちろん、個別のサービス調整会議とは別として、地域の課題を抽出して、関係者に共有をして、併せて困難ケース等々のサポートもしていくという事業ですが、この事業が、この会議が言ってみれば、関係者の横のつながりの一番の根底、根っこにあるというふうに思います。それで、今後の事業の展開を考える上でも、この地域ケア会議がどの程度、深さで開かれているのかということが、その地域の力を見る上で、一つ

のバロメーターになるということになるかと思いません。

こんなデータもございます。地域ケア会議の開催状況です。これも詳細は、ご説明は時間の都合がありますので控えますが、ご覧いただきたいのは、開催の頻度等々を見ても、かなり地域によってばらつきがあるということ。でこぼこあるということになります。埼玉県はここにありますが、全国の中でも高いところにあるということがあって、こういったこともこれからの地域を支える上での一つのバロメーターになるというふうに思います。こういった事業の中で課題が得られて、それが次の計画にもつながっていくということになるわけです。

こちらは、もうご案内のことだと思いますので割愛をいたしますが、ケア会議というものの開かれ方ということです。それで、このケア会議を開く上で、参加者、どういう方々が入っているかという話が後で出てきます。在宅医療・介護連携事業の課題とも重なるわけですが、ここが医師、病院や診療所の関係者の方々、この参画が得られるかどうかという点がここで課題になっていて、これが後で出てきます事業でも課題になっていますということが言えるわけでございます。

併せて、地域支援事業の再建という話もあって、こういうものの中でこれまでは給付で提供していたものも事業になっていくと。これは実現にあたっては市町村の皆さまに大変なご負担をおかけしているわけですが、一方で、これからの地域のサービスの裾野を広げていくという意味では意義のあることなのではないかというふうに考えています。こんなお話もその地域の力というものを引き出していく上では重要になっていくのかなというふうに思います。この辺りはご覧いただければと思います。

最後にこの関係で、あと2枚ほど資料をご覧いただきたいと思います。このスライドは今回の法改正で新しく導入をされます、都道府県と市町村にあて、新たに交付されるようになる交付金の制度です。自立支援重度化防止の取り組み、それから、多職種連携、ケアマネジメントの推進といったことについて、取り組みを応用するための新設の交付金でございます。

その次は、介護報酬の関係です。先ほどずっと、包括センターの関係ですとか、介護保険制度の話をしてまいりましたが、診療報酬でも包括ケアの実現に向けた取り組みが非常に重要だということになっていまして、そういった取り組みを応援していこうということになっていいますが、介護報酬の改定の中でもこの点は非常に重要なテーマだということで、

この点が挙げられています。特に医療と介護の役割分担と連携とありますが、ここの中に、先ほど診療報酬側でも入退院するときの連携ですとか、医療機関側から介護側への情報提供といったテーマが重要視されていますが、それを言うてみれば、介護側からも同じベクトルで受け止めたり連携をしていったりということが、報酬改定の中でも重要なテーマとして位置付けられています。

併せて、先ほどご紹介をした医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ方々を対象にした新しいサービス、新しい施設であります介護医療院の新設ということも、今回の報酬改定の中では出てくるということになってまいります。この赤のところ、そういった点が書かれているということでございます。

以上、これまでご覧いただきましたように、全体的な流れの中で医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の方々、75歳以上の高齢者の方々の増加、それを今、地域にいらっしゃる医療、介護の関係の方々のお力で連携を密にしながら支えていくという包括ケアの発想で、そこに向けて診療報酬も介護報酬も、それから介護保険制度の事業もこちらの方向に向けて展開をされているということがざっとではありますが、ご覧いただけたのかなというふうに思います。

残りの時間を使いまして、在宅医療、介護連携推進事業、後で、唐橋課長のお話があるかと思しますので、エッセンスのみご紹介をしたいと思います。これはもう、事業は大体皆さまご案内のことだと思いますけれども、改めて申しますと地域の中で医療と介護の連携が進むように地域の課題を抽出したり、それから、連携のベースになるような窓口を作っていたり、業者側と連携して、取り組んでいただけるような基盤を作っていくというための事業でございます。

この話は、この事業が介護保険制度に位置付けられたこと自体は非常に大きな意味がありまして、介護側の介護関係者の方々にとっての意義も当然あると思いますし、あとは、医療関係の方々を、介護との接点のほうに向けていただく大きなきっかけになっているということかなと思います。もちろん、地域によって濃淡があることは承知しておりますが、少なくとも、地元の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会をはじめ、医療関係の先生方のお話の中でも包括ケアの関係、それから介護との連携のお話が語られないときはあまりないというぐらい、そういった方向感は少なくとも共有されているのではないかなというふうに思います。

こちらは、それを形にしたものでして、事業のメ

ニューは皆さんもご案内のとおり、(ア) から (ク) までであるということでございます。特にこの中で重要なのは、この上にありますが、まずは地域課題を共有する、抽出をして、共有をして、資源を把握するというところが、言ってみればスタート地点ということになります。ここは、特に医療の分野ですと、なかなか市町村の手に余るんじゃないかというようなご心配の声もありますが、まずはここから始めるということが非常に大切だろうというふうに思います。その上で、この右側にありますような、共同の相談機関、それから関係団体が心合わせをしていくような場の設定、それから地域住民の方々に対する普及啓発という流れになっていくというふうに思います。

それで、一つ一つの事業の紹介は控えますが、少し飛びまして、この事業、平成30年度から実施していただくということに向けて、計画的に進めていただいているわけですが、最後に、この事業を進めるにあたっての課題、それから、関係者に対する期待をご紹介をして、一応、私の話は区切りたいと思います。

このシートは年度で (ア) から (ク) までの事業がどんなふうに進めていただいているのかということを示した資料です。関係者の方々の大変なご尽力によって、年を追うごとにどんどん事業も実施率が上がっているということです。これはひとえに市町村の皆さまや関係者の方々のご尽力のたまものなので、本当にありがたいというふうに思っています。

一方で、事業ごとにばらつきがあるという面があるのと、それから、特に市町村の規模によってそのばらつきがある事業が幾つか見られるというところも特徴でございます。特にこの下のほうです。この辺りです。切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築。それから、この情報共有の、この辺りです。この辺りの事業が、言ってみれば、医療関係者と介護関係者と一つ認識共有みたいところがベースになると、関係づくりみたいところもテーマになるということで、この辺りについて、かなりご苦労されているということが多いということがこの辺からも伺われる。

この (オ) の事業もそうです。この部分をサポートしてほしいという声もかなりございまして、その話が今ご覧いただいているような、こちらです。なので、期待がありつつ、課題があると。こういったテーマについては特に都道府県からの支援を求める声を市町村の関係の方々から多くいただいているということでございます。

一方で、都道府県側からもさまざま、きめ細かな

サポートを頂いているということかなと思っております。都道府県単位で見たときも取り組みのばらつきもだんだん少なくなってきたしておりますし、あとは、支援を保健所なり都道府県から受けてますかという問いに対して、何らかの支援がありますというふうにお答えいただいているケースも増加をしてくているということがございます。特にこちらにございますように、かなり細かく実情を把握していただいた上でサポートいただいている県も増えてきています。特に、埼玉県庁さんは私どももこの分野以外にもさまざまご縁がございますが、市町村との距離は大変近くて、それで、コミュニケーションも非常に密な自治体だというふうに私のほうは思っておりますし、そういった取り組みをこれまでも進めていただいているというふうに思いますので、一緒になって進めていきたいというふうに思います。

最後にこのシートだけご覧いただいております。この事業が30年度に向けてさまざまなご尽力をいただいておりますが、前のシートでご覧いただいたような、診療報酬による取り組み、介護報酬による取り組み、それから包括センター等々の取り組み、これらをみんなで心合わせをして、個々の顔が見える関係のレベルでの連携を進めていくプラットフォームになる事業です。こういうものがあって、その上に診療報酬や介護報酬それから介護保険等制度化されているさまざまな事業がこの連携の上に乗っかって、関係がより密になっているというそういう事業です。これからの高齢化の進行を考える上では、この事業の根っこの部分を作っていただくことが非常に重要ですし、これがないとほんとにそれぞれの事業者の方々がそれぞれに努力するというだけでは、この高齢化の波を乗り切るとは非常に難しいというふうに思います。ですので、そういったことをこみこみで、計画を作っていただいているというふうに思います。

まずは、作っていただくことが大事なんですけど、同時にこれは作っておしまいということにはなかなかないだろうと思います。作っていただいた後にそれがどんなふうに進捗しているのか、それから、どんな課題が新しく見えてきたのか、これが順調なら順調だということ、また共有していただいて、その次のステップにつなげていくというステップが非常に重要です。同時にこのプロセスの中にできるだけ多くの関係者の方々のお声が入っているということが大事だろうと思います。

これは、この事業の状況は言ってみれば、その地域の地域力そのものと言ってもいいくらいの非常に大切な取り組みだというふうに思いますし、介護保

険事業計画の肝でもあります。同時にその町のこれからの町づくりの肝になるというようなものでもあると思います。住民の安心につながる大切な事業とも言えます。大変なご尽力をいただき、ここまで進めていただいていることに心からお礼を申し上げますし、これがまずは計画が形になった上で30年度からより確かなものとして、皆さんのお力をいただき進めていただけるようお願いを申し上げます。簡単ではございますが、私からの説明を終わりたいと思います。



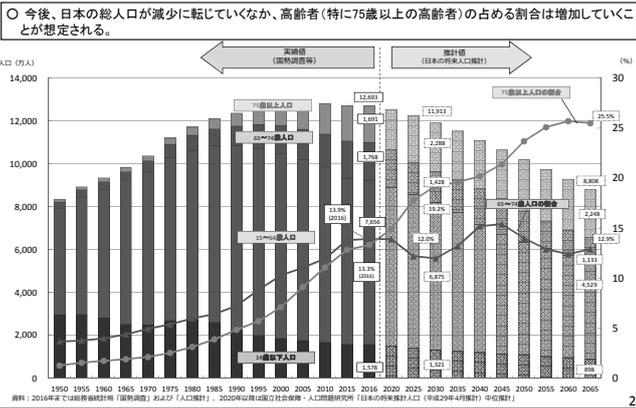
地域包括ケアシステムと 在宅医療・介護連携推進事業の展開

平成30年 1月26日
厚生労働省

地域包括ケアシステムとは

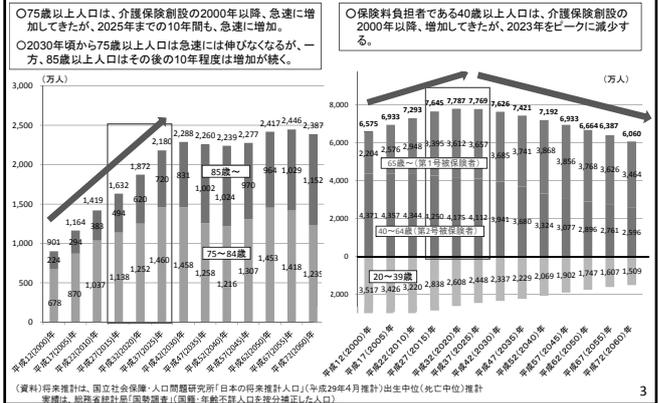
1

今後の年齢階級別人口の推計



2

⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移 ⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

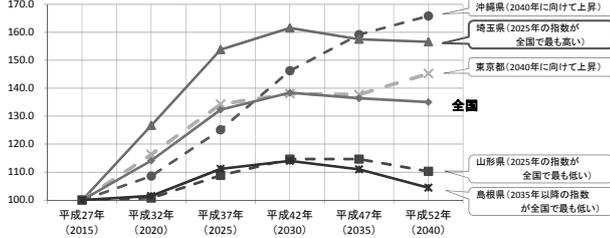


3

⑦ 2015年から2025年までの各地域の高齢化

○ 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
※ 2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが94道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※ 沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇
○ 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計（平成27年の人口を100としたときの指数）



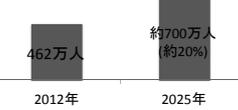
4

75歳以上人口 地域によって異なる高齢化のスピード

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	一	鹿児島県	鳥取県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <8.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.3%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <16.6%>	25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.0%>	18.1万人 <20.6%>	1419.4万人 <11.1%>	
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)	20.9万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)	

認知症高齢者の将来推計

（推定値は65歳以上人口対比）

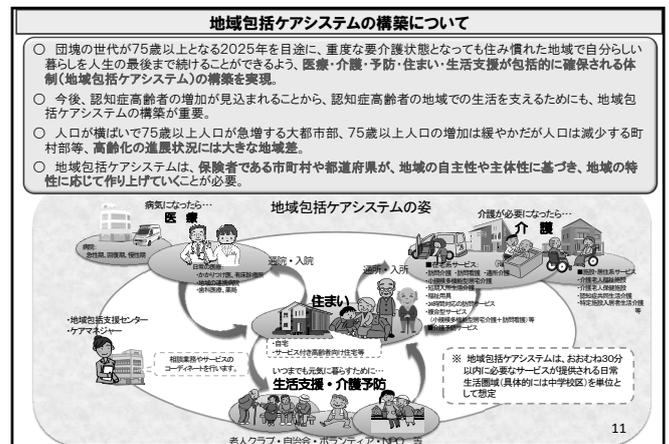
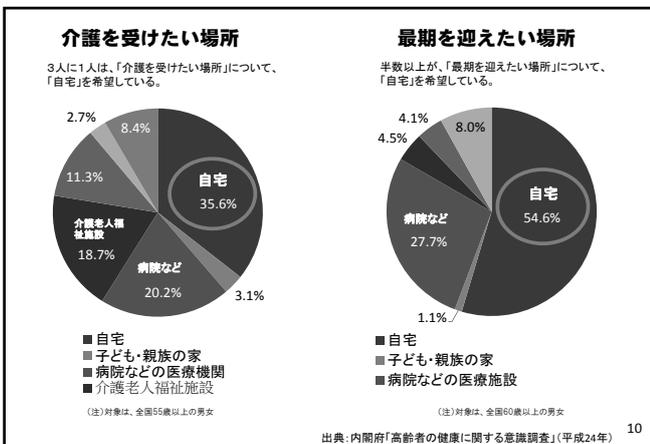
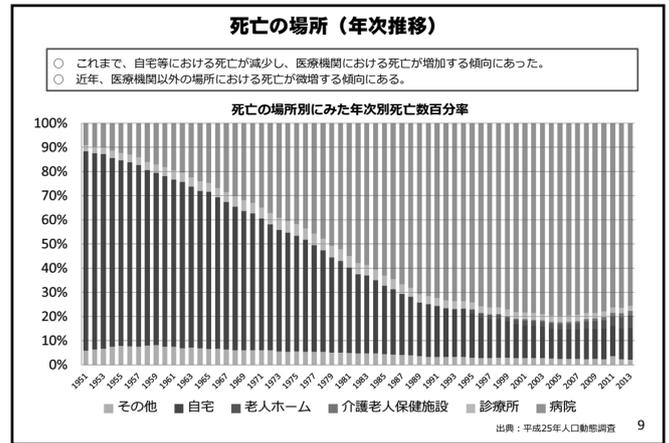
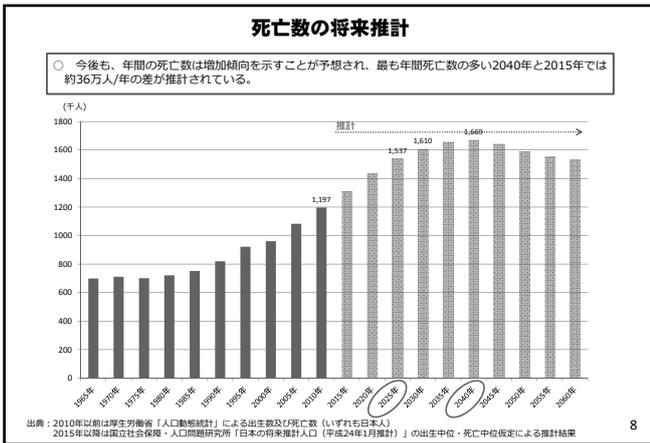
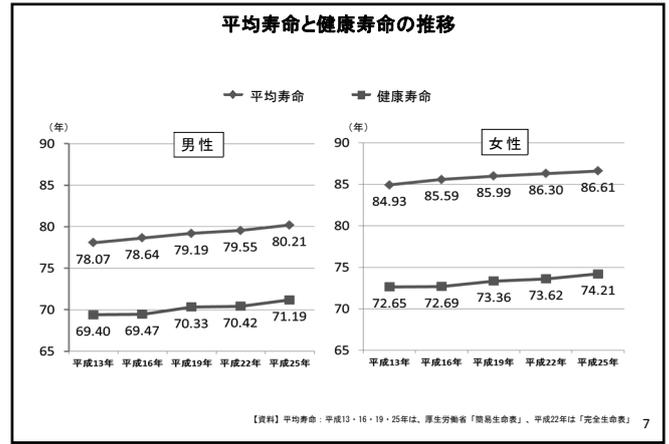
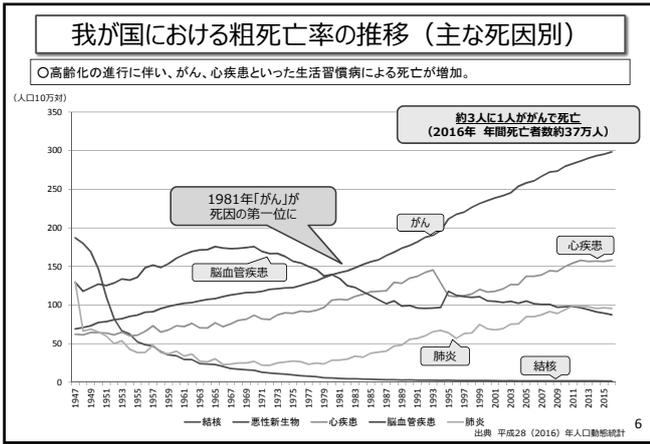


※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）による速報値

独居・夫婦のみ世帯の増加



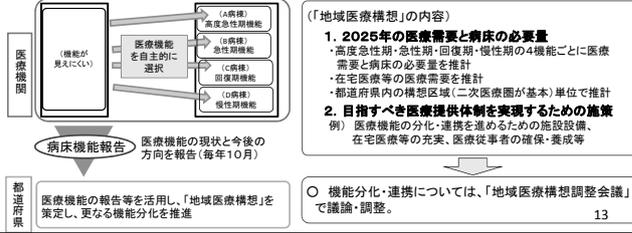
5



医療制度の動向

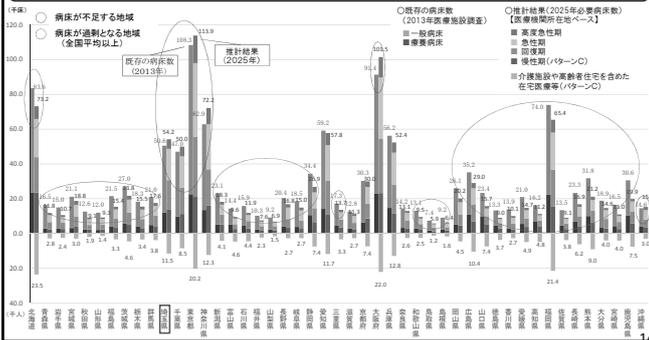
地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。

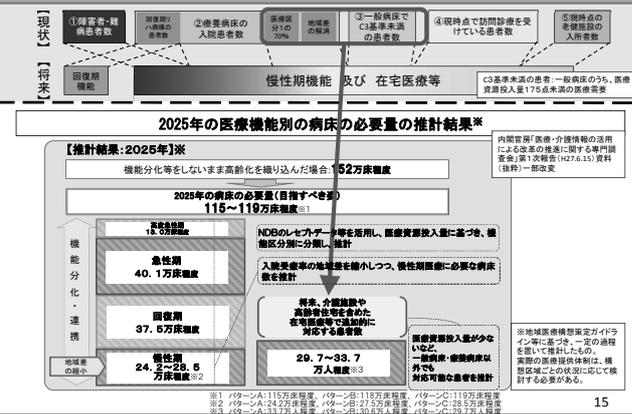


2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、**現在の備わりの状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域・過剰となる地域**がある。
- 概ね、**大都市圏では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い**。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市圏を中心に多くなっている。

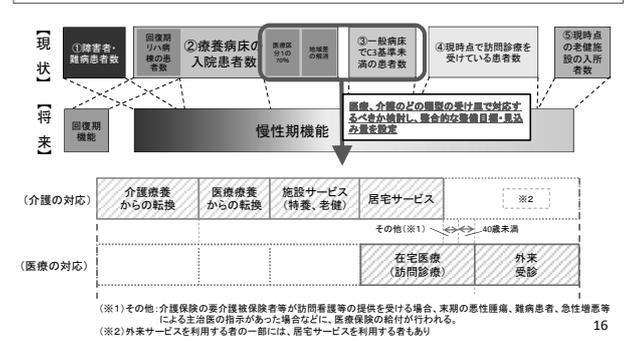


在宅医療等の新たなサービス必要量の位置づけについて



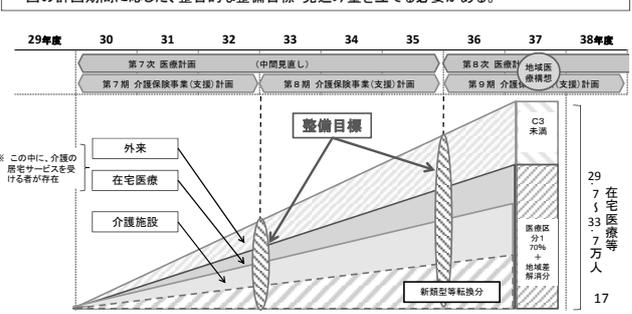
介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

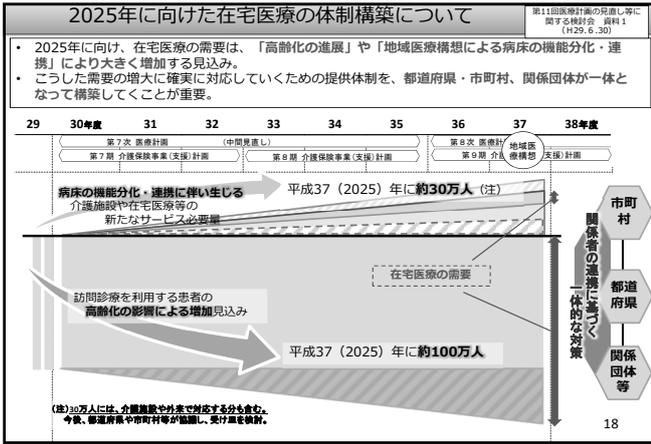
都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における整合的な整備目標・見込み量を設定する。



次期医療計画と介護保険事業計画の整備量等の関係について

- ・ 在宅医療等の新たなサービス必要量は、2025年に向けて、約30万人程度となると推計。
- ・ これらの受け皿としては、療養病床の転換等による在宅医療、介護施設の整備の他、一般病床から在宅医療等に対応するものについては、外来医療等に対応することが考えられる。
- ・ 対応にあたっては、それぞれの提供体制の整備主体が協議し、医療計画及び介護保険事業計画の計画期間に応じた、整合的な整備目標・見込み量を立てる必要がある。





平成30年度診療報酬改定の基本方針(概要)

改定に当たっての基本認識

- ▶ 人生100年代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでも適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築)
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

- 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、適正な医療の提供
 - 【具体的方向性の例】
 - 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
 - かかりつけ医の機能の明確化
 - かかりつけ歯科医の機能の明確化
 - かかりつけ薬剤師・薬局の機能の明確化
 - 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の推進
 - 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 国民の希望に応じた取組の推進
- 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現、資源の適正な配分
 - 【具体的方向性の例】
 - 緩和ケアを含む質の高いがん医療の推進
 - 認知症に対する高水準医療の推進
 - 地域移行・地域生活支援の充実を含む精神医療の推進
 - 難病患者に対する適切な医療の推進
 - 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 口腔医療の高度化・予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - イノベーションを含む先端医療技術の導入・評価
 - ICIT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・活用等の推進
 - アウトカムに注目した評価の推進
- 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進
 - 【具体的方向性の例】
 - チーム医療等の推進等(業務の共同化、移管等)の取組環境の整備
 - 業務の効率化、合理化
 - ICT等の有意味な活用による業務の負担軽減(再掲)
 - 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化(再掲)
 - 外来医療の機能分化(再掲)
- 効率化・適正化を基とした制度の安定性・持続可能性の向上
 - 【具体的方向性の例】
 - 薬価制度の抜本的改革の推進
 - 薬品の適正使用の推進
 - 費用対効果の向上
 - 地域包括ケアシステム構築の推進(再掲)
 - 医療品、医療機器、検査等の適正な評価
 - 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の推進(再掲)
 - 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)

19

平成30年度診療報酬改定の具体的な検討内容

- 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医療を受けられるよう、平成30年度診療報酬改定により、質が高く効率的な提供体制の整備を推進

<h4>入院医療</h4> <p><入院医療の評価体系の再編・統合></p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機能や患者の状態に応じた評価 柔軟な人員配属 7対1病床から10対1病床等への弾力的な移行の推進 <p>10対1 7対1 一般病棟 一般病棟 急性期病棟</p> <p>患者の重症度等 職員配置等 回復期・療養期等 併設に併置し</p>	<h4>外来・在宅医療</h4> <p><紹介状なし大病院受診時定額負担></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援病院：500床以上 → 400床以上 <p><在宅医療の普及・推進></p> <ul style="list-style-type: none"> 複数医師が連携したチームによる訪問診療の拡大 <p><遠隔診療の推進></p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン診療料(仮称)の創設 <p><透析医療機能の報酬></p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の集中度等に応じた適正化
<h4>歯科医療</h4> <p><歯科医療連携></p> <ul style="list-style-type: none"> 周術期の口腔機能管理の対象患者 ：がん、心疾患等 → 脳血管疾患の追加 <p><かかりつけ歯科医の取組></p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防の継続的管理や関係機関との連携の評価 <p><院内感染の防止></p> <ul style="list-style-type: none"> 器具や機材の滅菌等を基準とした初・再診療の見直し 	<h4>調剤</h4> <p><門前・敷地内薬局の報酬></p> <ul style="list-style-type: none"> 処方箋集計中等等に応じた更なる適正化 <p><かかりつけ薬剤師の取組・後発医薬品の使用促進></p> <ul style="list-style-type: none"> 多剤・重複投薬の防止や、残薬の削減の推進 数値シェア80%目標達成に向けた医療機関・薬局の取組の評価

20

介護保険制度の動向

21

介護保険制度の改正の経緯

第1期 (平成12年度～)	平成12年4月 介護保険法施行
第2期 (平成15年度～)	平成17年改正(平成18年4月等施行) ○介護支援の重視(要支援者への給付を介護予防給付に、介護予防ケアマネジメントは地域包括センターが実施、介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施) ○施設給付の重視(介護・居住費を給付の対象外、所得の低い方への補給給付(平成17年10月)) ○地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など
第3期 (平成18年度～)	平成20年改正(平成21年5月施行) ○介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備、休止・廃止の事前届出制、休止・廃止時のサービス確保の義務化 など
第4期 (平成21年度～)	平成23年改正(平成24年4月等施行) ○地域包括ケアの構築(24時間対応の定額巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設、介護予防・日常生活支援総合事業の創設、介護従事者の就業機会の確保(公表日)) ○介護職員によるたんの吸引等、有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護 ○介護保険事業計画と介護サービス、住まいに関する計画との調和、地域密着型サービスの公募・選考による指定を可能に、各都道府県の財政安定化基金の取組開始 など
第5期 (平成24年度～)	平成26年改正(平成27年4月等施行) ○地域包括ケアシステムの構築に向けた「地域支援事業の充実(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等)」 ○全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む「地域支援事業」に整理し、多様化 ○低所得の第1号被保険者の医療給付の削減割合を拡大 ○一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ(平成27年8月) など
第6期 (平成27年度～)	平成29年改正(平成30年4月等施行) ○全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重症化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ○「日常的な医学管理」、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた「介護療養施設」の創設 ○介護保険と障害福祉制度に新たな「共生型サービス」を位置づけ ○特に所得の高い利用者の負担割合の見直し(2割→3割)、介護納付金への「最優遇制度」の導入 など
第7期 (平成30年度～)	

22

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

5月26日成立、6月2日公布

高齢者の自立支援と要介護状態の重症化防止、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とする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 1 自立支援・重症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・重症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等を分析の上、介護保険事業(支援)計画を策定、計画に介護予防・重症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)
 - 地域包括ケア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(小規模多機能等普及させるとともに指定拒否の拒否(拒否)の導入)
 - 認知症施策の推進(認知症ケアプランの基本的な考え方の普及・普及等の関係機関の協力的な連携)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」「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
 - ※ 現行の介護療養病棟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
 - 高齢者と障害者等が同一事業所でサービスを受けやすくなるため、介護保険と障害福祉制度に新たな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監事の強化(事業停止命令の創設、預託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 介護納付金の繰上納付の導入(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3割額額に比例した負担」とする。
 - (※ 平成30年4月1日施行。I、IIは平成29年6月の介護納付金から適用。IIは平成30年6月1日施行。)

23

第7期介護保険事業（支援）計画に関する基本指針の策定について

基本指針とは

- 介護保険法において、厚生労働大臣は、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（以下「基本指針」という。）を定めることとされている。
- 都道府県及び市町村は、基本指針に即して、3年を一週とする都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を定めることとされており、基本指針は計画作成上のガイドラインの役割を果たしている。

<スケジュール>

- 6月21日 介護保険部会において基本指針案を議論
- 7月上旬 自治体に対して基本指針の全文を提示
- 各都道府県、市町村において介護保険事業（支援）計画を策定
- 平成30年度～ 第7期介護保険事業（支援）計画スタート

第7期基本指針のポイント

- 高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の推進
- 「我が事・丸ごと」、地域共生社会の推進
- 平成30年度から同時スタートとなる医療計画等との整合性の確保
- 介護を行う家族への支援や虐待防止対策の推進
- 「介護離職ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるようなサービス基盤の整備

24

地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の4第1項）

総合相談支援業務
住民の各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を実施

権利擁護業務
・成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応など

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
・「地域ケア会議」等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援
・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
・支援困難事例等への指導・助言

多面的（制度横断的）支援の展開
行政機関、保健所、医療機関、児童相談所など必要なサービスにつながる
介護サービス（ボランティア）
ヘルスサービス（成年後見制度）
地域福祉推進 民生委員
医療サービス 虐待防止
介護相談員 障害サービス相談
生活困窮者自立支援相談
介護離職防止相談

チームアプローチ
主任ケアマネジャー等 保健師等

介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）
要支援・要介護状態になる可能性のある方に対する介護予防ケアプランの作成など

全国で4,905か所。
(ランチ等を含め7,132か所)
※平成28年4月末現在。全ての市町村に設置
→日常生活圏域への設置を推進

25

地域包括支援センターの機能強化

○ 高齢化の進展、相談件数の増加に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
○ 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
○ 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効果的かつ効果的な運営を目指す。
○ 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
○ 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。

在宅医療・介護連携
地域医師会等との連携により、在宅医療・介護の一体的な提供体制を構築

生活支援コーディネーター
高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより、多様な主体による生活支援を充実

認知症初期療養型支援チーム
認知症地域支援推進員
早期診断・早期対応等により、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制づくりなど、認知症施策を推進

地域包括支援センター
※ 地域の実情を踏まえ、高齢化促進型のセンター（第1）や機能強化型のセンター（第2）を位置づけるなどセンター間の役割分担・連携を強化

包摂的支援業務
介護予防ケアマネジメント
従来の業務を評価・改善することにより、地域包括ケアの取組を充実

介護予防の推進
多様な参加の場づくりやリハビリ専門職の確保の現況により、高齢者が生きがいを持って生活できるような支援

地域ケア会議
多職種協働による個別事例のケアマネジメントの充実と地域課題の解決による地域包括ケアシステムの構築
第1 基幹的な役割のセンター（直営センターで実施可能）
たとえ、センター間の総合調整、地域ケアの推進方法、地域ケア推進会議の開催などを行う
第2 機能強化型のセンター
運営の実績や得意分野を最大に発揮し、他のセンターの支援も担う

市町村
運営方針の策定・新統合事業の実施・地域ケア会議の実施等

都道府県
市町村に対する情報提供、助言、支援、バックアップ等

26

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。
※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定（法第115条の48）

- 市町村が地域ケア会議を行うよう定めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や事務負担に係る規定 など

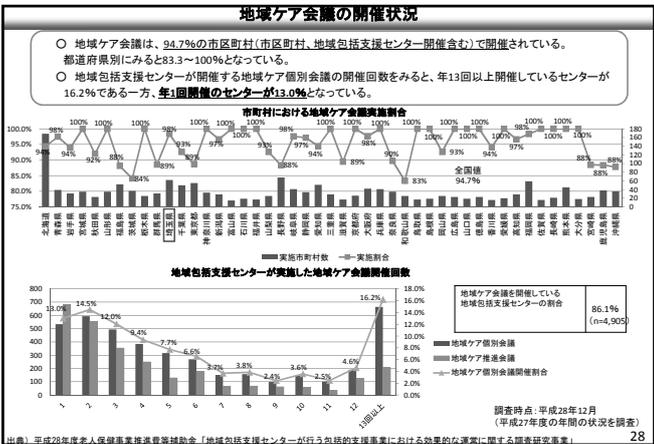
地域包括支援センターレベルでの会議（地域ケア個別会議）
① 地域包括支援センターが開催
② 個別ケース（困難事例等）の支援内容を通じた
③ 地域課題の把握
④ 高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
※ 地域課題の把握から、直接サービス提供に当たらない
※ 行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

地域課題の把握
地域づくり・資源開発

政策形成
介護保険事業計画への位置づけなど

市町村レベルの会議（地域ケア推進会議）

27



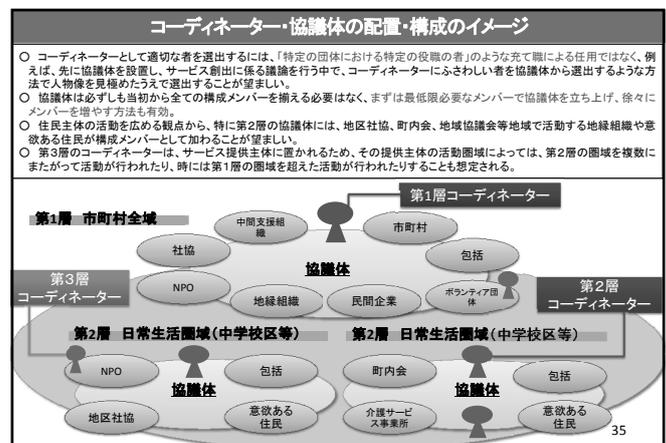
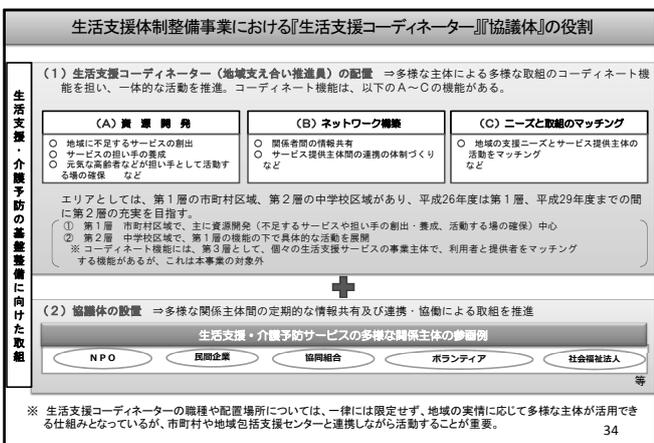
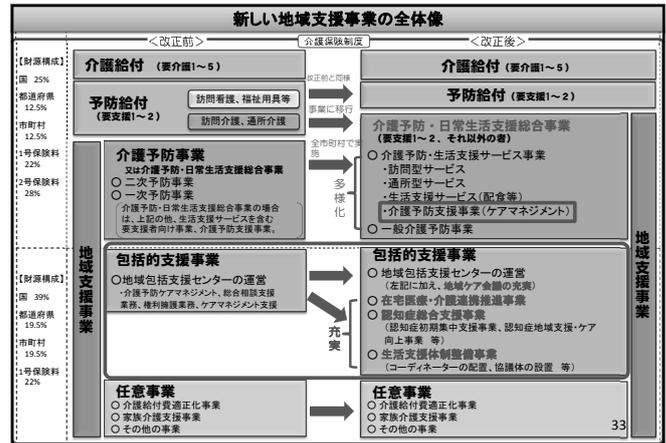
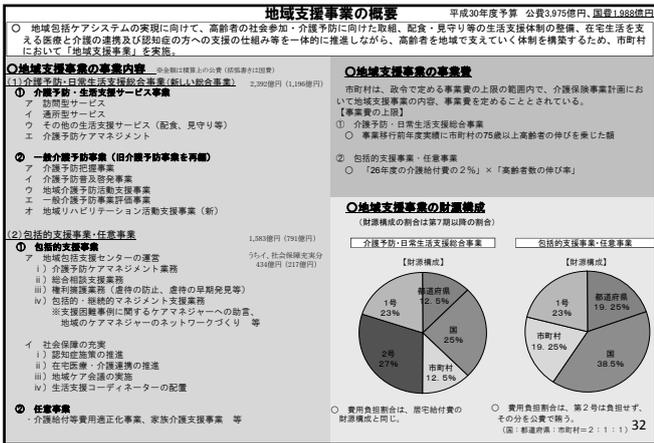
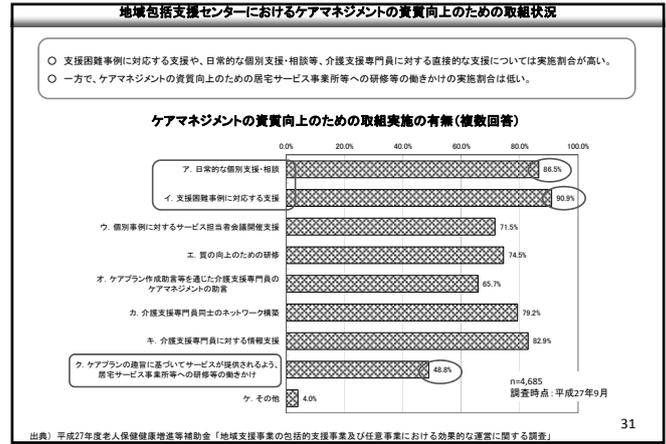
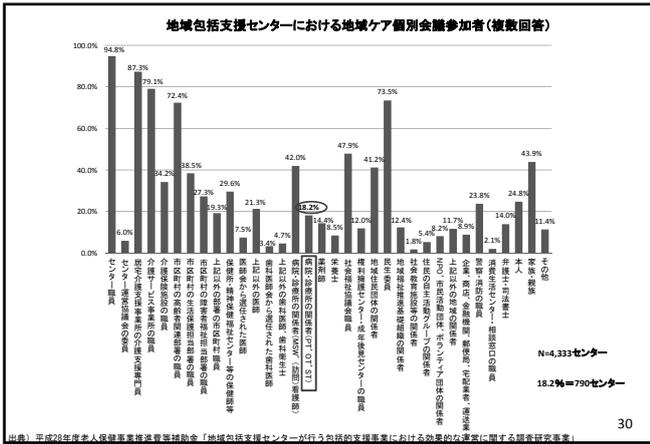
地域ケア会議における多職種協働による多角的アセスメント視点(具体的な助言の例)

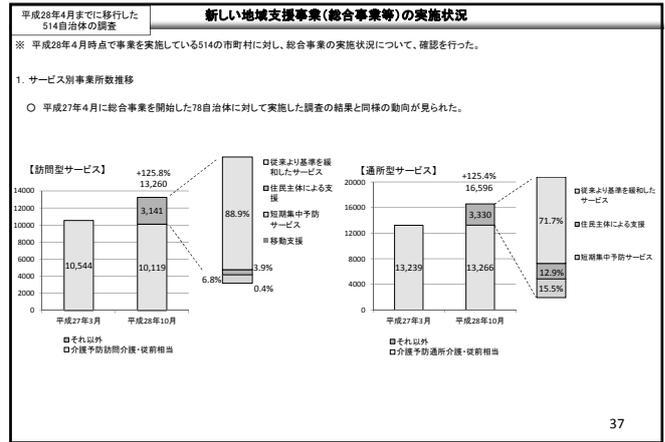
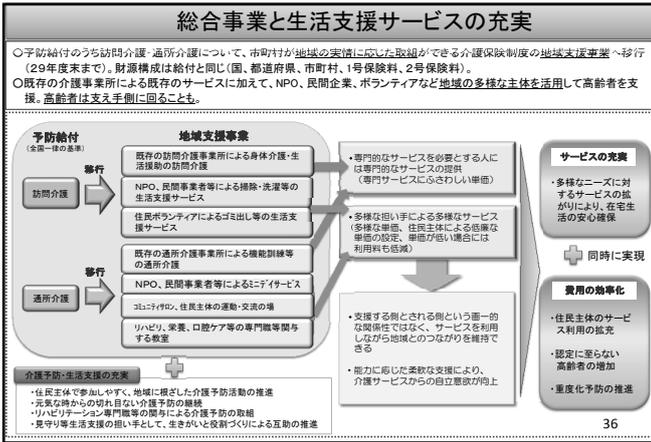
多職種協働による多角的アセスメントにおける具体的な助言の例

- 【医師】
疾患に着目した生活軌の留意事項の助言等
- 【歯科医師・歯科衛生士】
検査・嚥下機能等の助言や義歯・口腔内衛生状況の助言
- 【薬剤師】
健康状態と薬剤の見極めと適切な使用のための助言等
- 【理学療法士】
筋力、持久力等の身体機能や基本的動作能力の見極めや支援・訓練方法の助言等
- 【作業療法士】
入浴行為のADLや調理等のADLを活動や環境等の能力や支援・訓練方法の助言等
- 【看護師・保健師】
健康状態や食事・排泄等の生活上の状況の見極めや指導等の助言
- 【管理栄養士】
健康や栄養状態の見極めと支援方法の助言等
- 【社会福祉士】
地域社会資源関係や制度利用上の課題の見極めと助言等
- 【言語聴覚士】
言語や嚥下・排泄機能等の身体機能やコミュニケーションの能力の見極めや支援・訓練方法の助言等

1 入れ居の調子が悪い
2 意欲が低下し、栄養摂取量が減る
3 筋力が減り活動量が低下する
4 閉じこもりがちな生活になる
5 歩行など生活機能全般が低下
生活不活発の悪循環

29





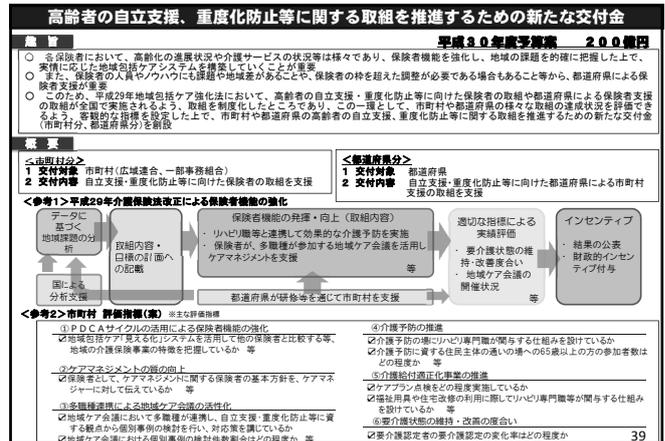
総合事業・包括的支援事業（社会保障充実に）の実施状況について

平成28年7月1日時点

年度	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			
	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)	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)
平成27年度中	288	18.2%	682	43.2%	873	55.3%	285	18.0%	740	48.9%
平成28年度中	336	38.5%	442	71.2%	326	75.9%	412	44.1%	337	68.2%
うち 平成28年4月	226	32.8%	287	61.4%	246	70.9%	143	27.1%	207	60.0%
平成29年4月(総合事業)	955	100.0%	232	85.9%	160	88.1%	432	71.5%	203	81.1%
平成29年度中(総合事業以外)	-	-	137	94.0%	150	95.0%	320	91.8%	193	93.3%
実施時期未定	0	-	86	5.4%	70	4.4%	130	8.2%	106	8.7%
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）状況を別で報告を求めたものである。
※ 平成28年4月までに総合事業を実施する保険者数は、前調査時（平成28年1月1日時点）では505保険者であったが、今回の調査によつて14保険者となった。

38

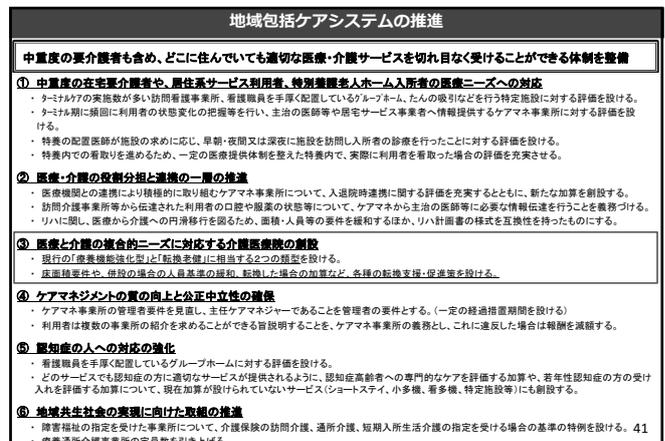


平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

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、「地域包括ケアシステムの構築」、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの提供」、「多様な人材の確保と生産性の向上」、「介護サービスの適正化・重点化を通じて制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

I 地域包括ケアシステムの推進	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提供
■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでも適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けながら生活できる体制を構築 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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居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な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 ○ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進 	■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 外注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 ○ 障害の発生予防のための管理や排洩に介護を要する利用者への支援に関する評価の新設 ○ 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	IV 介護サービスの適正化・重点化を図ることで、制度の安定性・持続可能性の確保
■ 人材の有効活用・適格化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各職種の役割等を踏まえた効率化を推進 <ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助の担い手の拡大 ○ 介護ロボットの活用促進 ○ 定期巡回型サービスのオペレーター等の専任要件の緩和 ○ 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 	■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることで、制度の安定性・持続可能性を確保 <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉用具貸与の価格の上限設定等 ○ 集居型住宅利用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算定方法の見直し等 ○ サービス提供内容や含まれ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

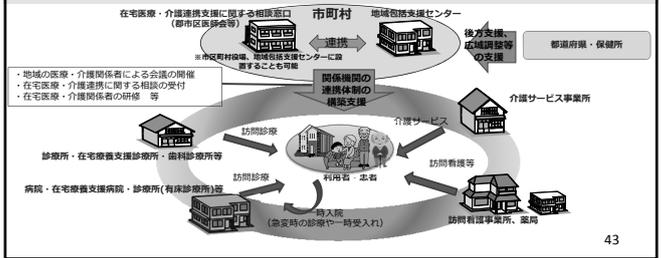
40



在宅医療・介護連携推進事業

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、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 - （※）在宅医療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・一時的な入院の受け入れの実施）
 - ・訪問看護事業所・薬局（医療機関と連携し、薬事管理や点滴・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・排泄、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

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局所長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～27年度）により一定の成果、それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 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、都市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ウ）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、都市区医師会等（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。
- 都道府県は、市区町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と都市区医師会等関係団体等との協働の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を支援して実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ

①地域の医療・介護連携の実現促進、課題の抽出、課題に応じた施策立案

- 地域の医療機関、介護事業者との連絡調整
- 情報共有ツールやマップ等必要な体制を整えて共有・活用

②在宅医療・介護連携の現状の抽出と課題の抽出

- 現状の在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出
- 地域の実情に合わせた課題抽出の検討や共有

③地域の関係者との関係構築・人材育成

- 関係者による「在宅医療・介護連携推進」ワークショップ等を通じて、多職種連携の実現を支援
- 関係者に対する人材育成の研修会の開催等
- 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進を支援する場を創出

④(イ)に基づいた取組の実施

(ア)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

- 地域の実情に合わせた在宅医療・介護サービスの提供体制の構築
- 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

(イ)関係機関の連携体制の構築支援

- 関係機関による会議の開催
- 在宅医療・介護連携に関する相談窓口の受付
- 在宅医療・介護関係者の研修等

(ロ)地域創成支援センターの活用

- 地域創成支援センターの活用
- 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

(ハ)在宅医療・介護連携に関する関係者育成

- 関係者によるワークショップ等を通じて、多職種連携の実現を支援
- 関係者に対する人材育成の研修会の開催等
- 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進を支援する場を創出

(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）に提供される内容を検討する。

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・介護サービス事業者を対象に調査を実施。
- 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が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、45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(ウ)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・副主治医導入の検討、医療・介護のネットワーク作り、職の見える関係作り、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、対応策を作成。
- (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策等について検討。

留意事項

- (1) 会議の構成員は、都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、切れ目のない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、切れ目のない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から、取組の検討・実施に当たっては都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) 切れ目のない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・副主治医の導入

（取組例）在宅医療中の患者・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。
※情報共有ツールの活用等を目指すには、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。

48

(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、ケア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。

49

(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) 研修の目的、内容等を含む実施計画を作成し、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し、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）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や、在宅医療をける利用者・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

50

(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、町内会等の会へ出向いての小規模な講演会等も効果的である。

51

(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。

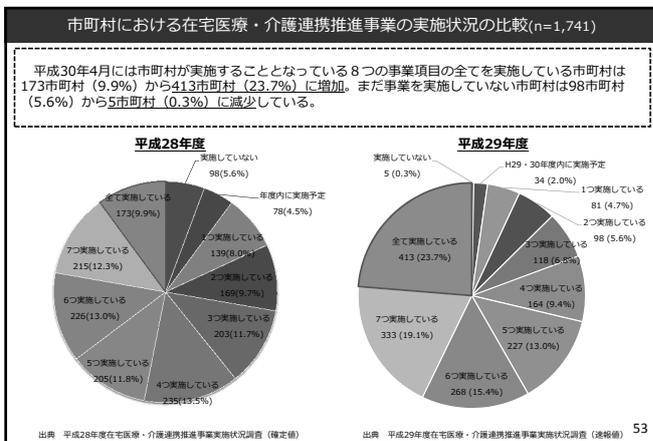
実施内容・方法

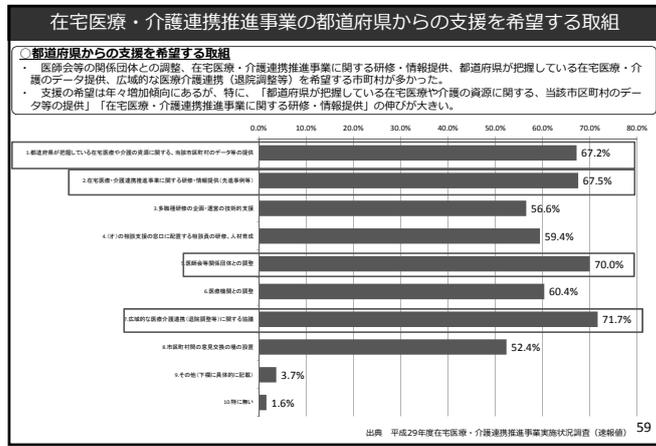
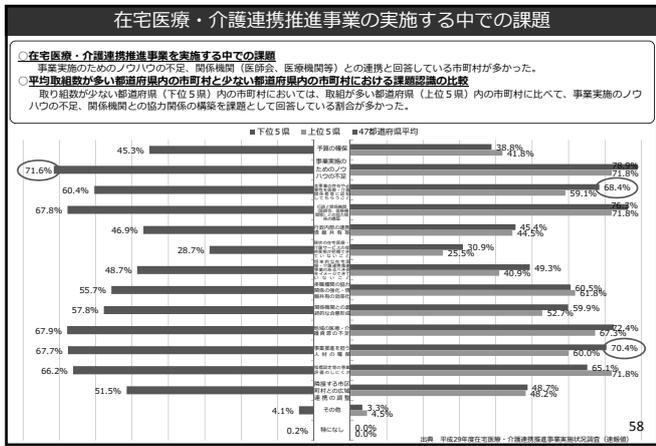
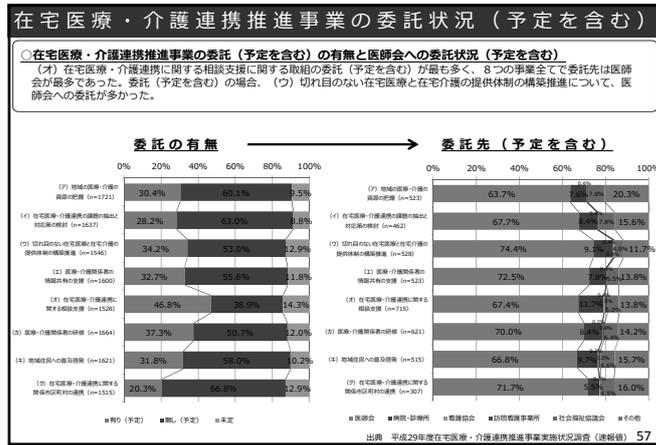
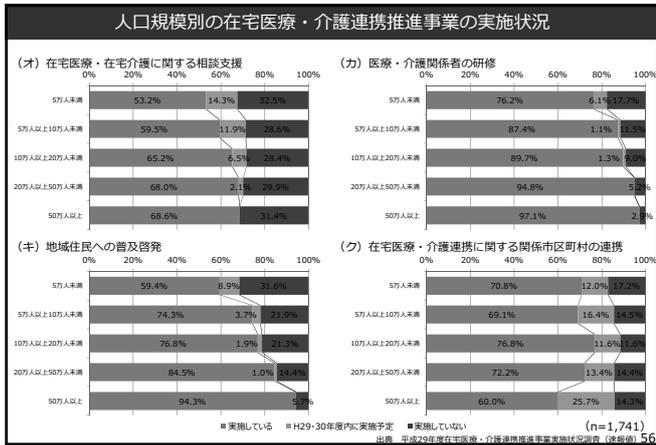
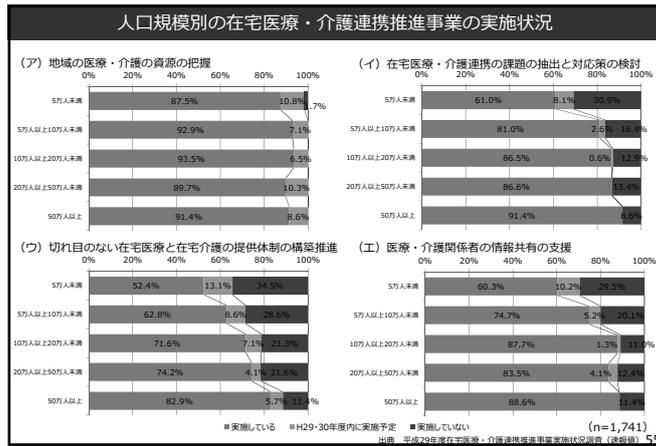
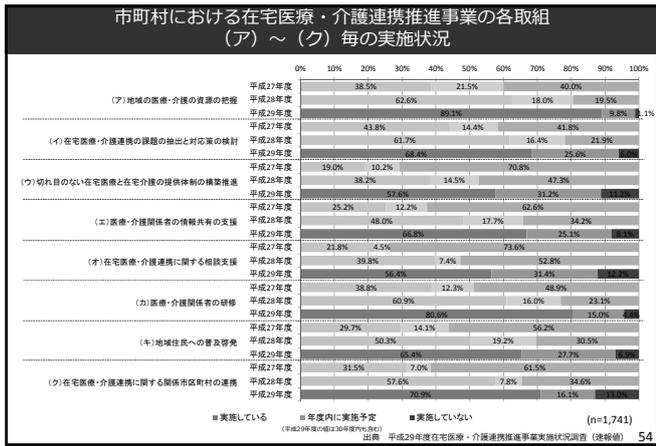
- (1) 隣接する市区町村の関係部局、病院関係者、医師会及び介護支援専門員協会等の医療・介護の関係団体、都道府県関係部局、保健所等が参加する会議を開催し、広域連携が必要となる事項について、検討する。
- (2) 検討事項に応じて、当該検討事項に係る関係者の参画する会議の開催を検討する。
- (3) 例えば、情報共有の方法について検討する場合は、都道府県や保健所の担当者の支援のもと、各市区町村の担当者や、医療・介護関係者が集まり、情報共有に関する具体的な方法や様式の統一等について検討する。
- (4) 統一された情報共有の方法や様式等を、連携する市区町村の地域の医療・介護関係者に周知する。

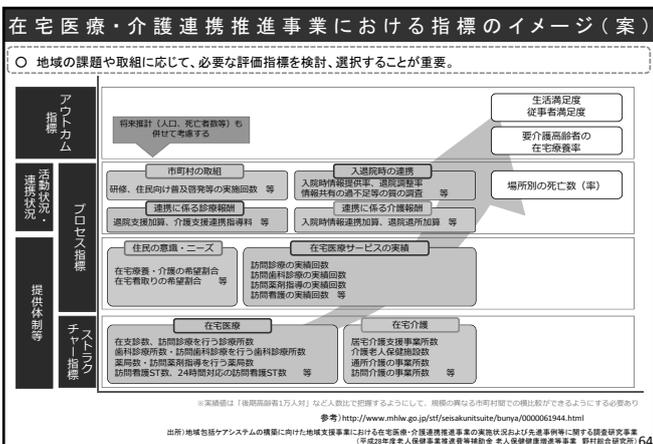
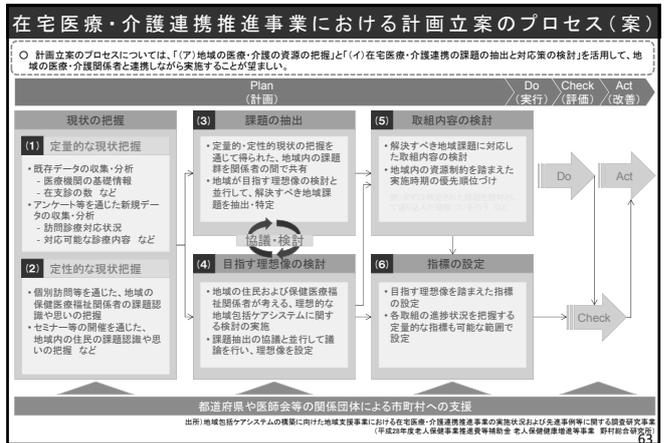
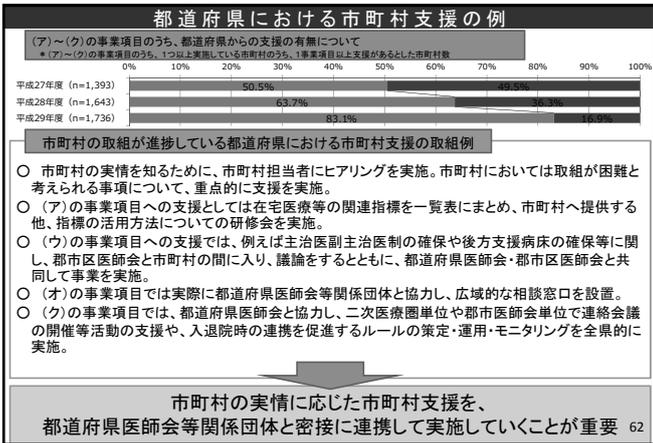
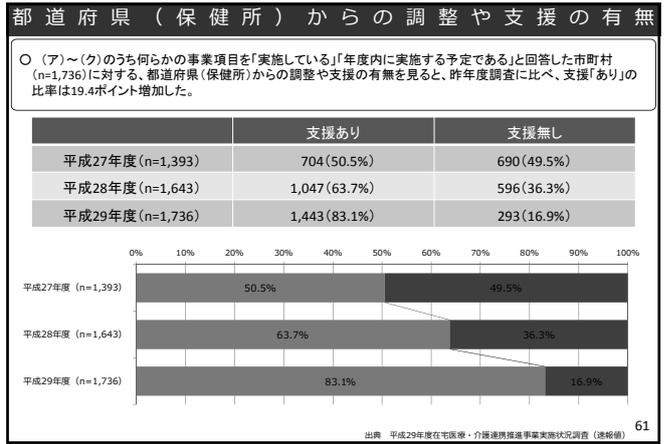
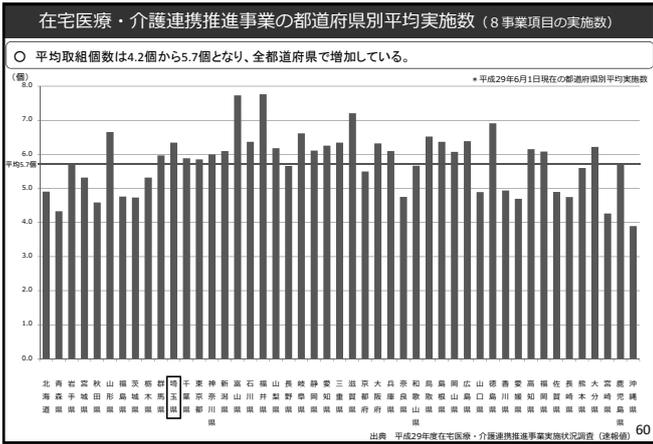
留意事項

- 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。

52







数値化できない情報の重要性

- ・ 地域には数値化されていない情報が数多くある
 - 既存の統計やアンケート等から把握できることは全体のごく一部
 - 地域の従事者が肌で感じていることを市町村担当者も感じる（徐々に感じられるようになる）必要がある
 - 有効な手法：地域ケア会議など実事例が議論される場に赴き体感を得る／ときには従事者と1対1で話す
- ・ 数値化できる情報とできない情報がある
 - 数値化しようと思えばできるが多くなる場合数値化されていない情報：患者のQOL (Quality of Life)、従事者のQWL (Quality of Working Life) など
 - そもそも数値化できない情報もある

出所)平成28年度在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー 東京大学在宅医療学拠点 資料 65

第1部

講演2「埼玉県の在宅における医療・介護連携の取り組みと課題」

埼玉県保健医療部医療整備課長

唐橋 竜一氏

改めまして、こんにちは。ご紹介いただきました埼玉県医療整備課の唐橋でございます。今日はまず、こうしたお話をするお時間をいただきまして、江利川理事長はじめ、県立大学の皆さまに感謝を申し上げます。今、厚生労働省の黒田課長から全国的、総合的なお話をいただきました。私からは埼玉県で具体的に在宅医療・介護連携について、どういった取組が行われているかについて、お話をさせていただきたいと思っております。若干、かぶるお話もございしますが、そこはご容赦いただきたいと思います。

初めに、今日お越しの方は埼玉県の方が大変多いかと思っておりますので、今さらながらというところではあります。埼玉県が今、どういった状況かということでございます。人口が729万人で全国5位と大きな県です。平均年齢が45.4歳、これは全国で6番目に若い。要介護認定率を見ますと14.4%、これは全国で最も低い。概して若くて健康な県です。日本では今、総人口は減少傾向に入っていますが、埼玉県はまだ伸びております。人口の伸びが沖縄県、東京都に次いで3番目に多い。また、経済の面で見ても、ちょっとお話が変わりますが、ここ10年の県内総生産の増加額は愛知県に次いで2番目。また、企業の本社の転入と転出の差で、転入が超過している数は全国1位と非常に元気な県でございます。

今後はどうかと言いますと75歳以上の人口ですが、先ほどの黒田課長の話にも出てきましたが、2010年の59万人が、2025年には121万人と2倍。これは全国で最も速いスピードでございます。また、世帯構成で見ると65歳以上の単身、または、夫婦とも65歳以上という世帯が、2010年の49万世帯が、2025年には69万世帯と20万世帯増加いたします。日本は世界でも最も高齢化の速い国と言われておりますが、埼玉県はその日本の中でも最も速い。まさに、人類がこれまで経験したことがない異次元の高齢化の局面を迎えているということでございます。

この高齢化の対応といたしまして、医療、介護から日常の買い物などの生活支援まで、地域全体で高

齢者などを支える仕組みとして、地域包括ケアシステムの構築が今、求められています。県も市町村も専門職を多く抱えているわけではありませんので、まず、専門団体と連携して市町村を支援する。これは県の役割だと考えております。

それには3つ視点がございます。1つは人材育成などの基礎づくり。2つ目に医師会と連携して、在宅医療と介護の連携を推進する。3つ目に今、4つの市町で地域包括ケアのモデル事業をやっております。これを全県に広めていくといった、3つの視点で県は取組を進めております。

在宅医療がボリューム的にどれぐらいかというお話ですが、黒田課長のお話にもありました地域医療構想を埼玉県でも昨年度、策定いたしました。地域医療構想は、地域ごとに2025年の医療需要や必要な病床数を推計するものですが、この中で訪問診療を必要とする在宅医療のニーズを2013年の2万6,626人から、2025年には4万5,731人、1.7倍と推計しております。これも全国と比べても非常に高いです。特に、この越谷市を含みます東部医療圏は1.9倍と、県の中でも最も高い伸び率になっております。絶対数を見ましても、さいたま医療圏、川口市などの南部医療圏に次いで、3番目に多い。東部地域はこういった地域でございます。国民の意識調査ですと、約6割が高齢になっても自宅で療養し、最期を迎えたいといったニーズが明らかになっておりますので、こうしたニーズに対応していく必要があるということでございます。

先ほどの図にも出てきましたが、介護保険法では本年4月までに市町村が介護保険の地域支援事業として、「(ア)地域の医療・介護の資源の把握」から「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」までの8つの事業を実施することが介護保険法で定められております。特にこの中で、「(ウ)にございます「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)にございます「在宅医療・介護連携に関する相談支援」については、医療現場との密接な連携が不可欠です。切れ目のないとか、

連携という意味ですが、私なりに解釈しますと、医療と介護は別の制度です。診療報酬、介護報酬それぞれ別の体系の制度ですが、受ける方にとっては、医療と介護、日常生活の中で不可分、連続したものです。これが別々のサービスですと非常に使い勝手が悪いので、制度上は別ですが、あたかも一つのサービスのように受け手が感じられる。それが、切れ目のないとか、連携といった意味だと理解しております。

このように、医療・介護連携というのは市町村の事務と法律上は定められていますが、埼玉県庁も積極的に関わっております。これはなぜかと言いますと、医療・介護の連携には、郡市の医師会の協力が不可欠です。ただ、多くの市町村では、福祉については、これまで介護保険の保険者として仕事をたくさんしてきましたけれども、医療を担当するセクションがないため、市町村の方から郡市医師会にアプローチするのが非常に難しいといった声が県に寄せられておりました。そこで、医師会と接点を多く持つ県が調整しまして、医師会の側から市町村にアプローチをしてもらうために、医師会と県の共同プロジェクトとして、平成27年からですが、地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業を開始いたしました。

この事業は3つのステップによって、県全体で推進しています。県医師会と県庁が共同して、県全域で医療介護連携の基礎を構築するという手法。これができるのは、実は全国の中で埼玉県だけです。埼玉県、市町村の皆さんも含め、非常に進んでいるということが言えるかと思っています。3つのステップの1つが、平成27年度から28年度にかけて30の郡市医師会ごとに在宅医療・介護の連携の拠点を設置いたしました。これがステップ1です。ステップ2としまして、ICTを活用して、医療・介護に関わる多職種の連携のネットワークシステムを構築しました。ステップ3としまして、これをまさに今、進めておりますが、在宅医療連携拠点の運営を市町村に移行する。今年の4月から全市町村で運営を移行することを今、進めております。

ステップ1、2、3、それぞれご説明いたしますと、まずステップ1として、県内に郡市医師会が30あり、そこに在宅医療連携拠点を設置いたしました。この中に、ケアマネジャーの資格を持つ看護師などの専門職、医療や福祉、介護にも精通したコーディネーターが配置されています。今日、これからの2部で登壇されます、越谷市の野上さんもコーディネーターの御一人でございます。こういったことをやっているかということ、在宅医療を希望する患者

さんを往診医や訪問看護師につなぐといったことや、患者、家族、あるいは地域包括支援センターなどから医療に関する相談に対応する。これによって医療・介護はあたかも一つのサービスのように一体的に提供するというをやっております。

具体的にどんなご相談があるかと言いますと、例えば、ケアマネジャーさんから「患者さんが病院から退院するが往診や訪問診療ができる医師を紹介してほしい」といった相談がコーディネーターにされた場合、コーディネーターはまず、病院の地域連携室からその患者さんに関する情報を収集しまして、訪問看護の指示書の作成をお願いいたします。次に、市内の往診医、この拠点には往診医の登録システムというのがあるのですが、登録されている複数の往診医に打診をしまして、そのうちの1人から「私が引き受けましょう」と了解をもらいます。そして、ケアマネジャーさんや訪問看護ステーションと一緒に往診医を訪問した後、在宅医療サービスを開始する。相談に対して、コーディネーターさんは例えばですけど、このように対応してございます。

次にステップ2でございます。ICTを活用して無料で利用できる多職種連携のネットワークシステムを構築いたしました。経緯を申し上げますと、平成27年、3年前ですけれども、郡市医師会から「多職種が電話やファクスで個別に1対1で連絡を取り合うのではなく、一緒にコミュニケーションを取れるようなツールを開発してほしい」との要望が埼玉県医師会に寄せられました。県医師会では全国でそういったシステムを提供している大手6社のシステムを調査いたしまして、平成28年度に、郡市医師会の意見も聞きまして、1つのシステムの採用を決定し、埼玉県に合うようにカスタマイズ、開発いたしました。平成29年度からそれぞれの郡市医師会で順次、運用ルールを定めまして、このネットワークシステムの活用を開始しているといったところでございます。

現在、どのぐらい利用されているかということ、平成29年12月末現在で、ユーザー数、これは専門職が中心になりますけど、3,715人。また、このネットワークシステムは患者さん1人に対して、周りの専門職がチームを作ると、こういったコミュニケーションツールですので、患者さんを中心としたグループがいくつあるかと言うと、2,711グループでございます。まだまだ、これからと考えておりますが、専門職はもちろんのことですが、市町村の行政職の方も、ぜひ、活用していただきたいと考えております。

こういった多職種が、訪問記録や画像などを一緒

に共有することによって、医療・介護の質の向上につなげております。また、医師はたびたび患者さん宅を訪問するというのは、なかなか難しいので、訪問看護師さんやヘルパーさんが記録した患者さんの状況を居ながらにして把握しまして、必要なときに訪問診療を行うといったことで、負担の軽減につながっております。

どんな相談がされているかと言いますと、例えば、先ほどの話ですけれども、往診医を紹介してほしいといった、地域包括支援センターと拠点のコーディネーターさんとの間のやりとり。あるいは、訪問看護師さんが訪問したときに、褥瘡が悪化しているということを医師に報告をいたしまして、「では、すぐに診察をしましょう」といった訪問看護師と医師とのやりとり。具体的にはこのような使われ方をしております。

ステップの3です。今年4月からの市町村への移行を今、進めております。昨年の5月から県が調整をいたしまして、郡市医師会と市町村の協議を開始いたしました。ここでは、在宅医療連携拠点で行う業務内容、これを今のとおりにするのか変更するのか、広げるのかといった協議とか、人員配置をどうするか、あるいはお金、委託費ですが、お金の相談などを12月までに35回にわたって、協議を行いました。

主な意見としましては、例えば、市町村側から「医師会には在宅医療・介護連携の相談業務だけではなくて、例えば、関係職種の研修や市民への普及啓発にも医師会として協力してほしい」といった要望が出たり、あるいは、医師会側からは「平成30年度はまだ現行体制で対応できるが、市民に認知されてくると、だんだん利用が盛んになる。そうすると人員体制の見直しや増員、窓口のサテライト化やいくつか窓口を設ける必要がある」といったようなお話も出ました。今年4月の移行に向け、順調に協議が進みまして、現在、すでに春日部市は移行済みですが、これを含めまして、県内の30全ての郡市医師会、63全ての市町村が移行に合意済みということになっております。

最後になりますが、今後の取組について、もう少しお話をさせていただきたいと思っております。これは黒田さんのお話にも出てきましたが、現在、第7次の地域保健医療計画というものを策定しております。医療計画では、医療の体制整備、これは在宅医療だけではなくて、救急とか周産期の医療など含めまして、総合的な医療の計画を5年ごとに定めてきたのですが、今年度が6次の医療計画の最終年度になっていきます。

2018年、今年の4月から、今度は6年間になるのですが、これはなぜかという、これまで5年でやってきたものが6年間。これは介護の計画が、よりスパンが短くて3年ごとの計画になっておりまして、介護の計画とサイクルを合わせるために医療計画は6年間。この6年の中間点、3年目に中間見直しを行うということで医療と介護の計画のスパンを合わせるために6年間の計画としております。昨年10月に県民コメントや市町村、医師会、看護協会などの団体への意見照会を行い、案を固め、これから2月に入りますと県議会が行われますが、ここで提案をして、県議会の議決をもって成立するといった予定でございます。

計画の中で在宅医療関連の話で2つ申し上げますと、一つが在宅医療の推進ということで、市町村への拠点の移行後、埼玉県としてどんなことをやっていくかというのが、主に3つ書いてありますが、一つが拠点の市町村移行後の県の役割として人材育成などの教育的な支援をしましょう。コーディネーターさんは、30の拠点にそれぞれ配置されておりますので、コーディネーターの皆さんの集合研修を行うということで、県全体のレベルアップを図っていく仕事。また、もう一つが在宅医療を支える体制確保ということで、やはり医療機関とか訪問看護ステーションの数が必要ですので、この数を確保していきましょう。また、3つ目に書いてありますが、在宅療養に向けての病院の話なのですが、病院でリハビリテーションを行うような機能、あるいは、在宅療養を行っている方の容態が急変したとき、肺炎とかで入院する必要がありますので、そうしたときに受け入れてもらえるような病院を整備しましょう。回復期病床の確保と書いてありますが、在宅医療に関係がある病院のベッドを確保していきましょう。この取組を進めてまいります。

もう一つが人生の最終段階における医療とありますが、看取りのお話です。患者さんの意思が尊重されるような環境整備が必要と考えておりまして、そのために2点。一つが、患者さんが意思をきっちり表明できて、それを家族や周りの関係職種が理解して、尊重できることの普及啓発を進めましょう。もう一つが、看取りは非常に専門的な分野ですので、それを担う専門職の養成確保を進めていきたいと思います。

最初の普及啓発につきましては、ここにアドレスが書いてありますが、昨年11月24日に県医師会、日本医師会、埼玉県の共催でシンポジウムを行いました。ここでのやりとりがこちらのアドレスで見られますので、ご覧になっていない方がいらっしゃい

ましたら、ぜひご覧をいただければと思います。

県としましては、地域的な偏りがないように、県内どこに住んでいても医療・介護のサービスを一体的に受けられるように、引き続き、関係団体と協力しまして、市町村の皆さまを支援していこうと考えております。よろしく申し上げます。ご清聴ありがとうございました。

埼玉県立大学研究開発センターシンポジウム2017



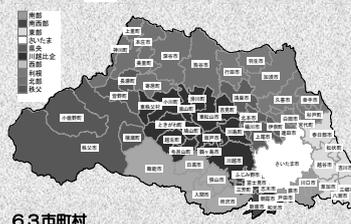
埼玉県の在宅における医療・介護連携の取り組みと課題について



埼玉県保健医療部医療整備課長 唐橋 竜一

埼玉県の現状

～若くて健康な埼玉県民～



- 人口 729万人 (全国6位/H28:10.1人口推計)
- 平均年齢 45.4歳 (全国6位/H27:45.4歳)
- 65歳以上人口 186万人 (全国4位/H28:10.1人口推計)
- 75歳以上人口 82万人 (全国9位/H28:10.1人口推計)
- 高齢化率 25.5% (全国4位/H28:10.1人口推計)
- 要介護認定率 14.4% (全国47位/H29:3率)

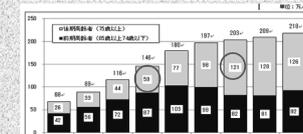
63市町村
10圏域・二次保健医療圏
30都市医師会

埼玉県の今後

～異次元の高齢化～

◆75歳以上高齢者人口の増加数
15年間(2010:59万人→2025:121万人)で約2倍

◆単身・夫婦のみ高齢者世帯
15年間(2010:49万→2025:69万)で約20万世帯増加



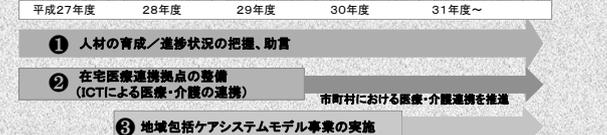

◆75歳以上高齢者人口の増加割合
増加率(2倍)は全国1位 (増加率上位都道府県)

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都
2010年	59.5万人	56.37万人	79.47万人	84.33万人	66.07万人	124.75万人
<2倍>	<18.8%>	<18.1%>	<18.2%>	<18.5%>	<15.9%>	<15.0%>
2025年	117.7万人	108.27万人	148.57万人	152.7万人	116.67万人	197.77万人
<2倍>	120.0%	119.3%	118.1%	118.0%	117.9%	114.0%

地域包括ケアシステム構築に向けた取組

埼玉県の対応 医師会、理学療法士会などの関係団体と連携し、地域包括ケアシステムの構築主体である市町村を支援

- 人材の育成など地域包括ケアシステム構築の基礎づくりを推進
- 医師会と連携し「在宅医療と介護の連携」の推進
- 4つの市町村で「地域包括ケアシステムモデル事業」の実施



- 人材の育成/進捗状況の把握、助言
- 在宅医療連携拠点の整備 (ICTによる医療・介護の連携) 市町村における医療・介護連携を推進
- 地域包括ケアシステムモデル事業の実施

取組手法を全市町村に提示

将来の在宅医療ニーズ

～埼玉県地域医療構想 2025年の訪問診療ニーズ推計～

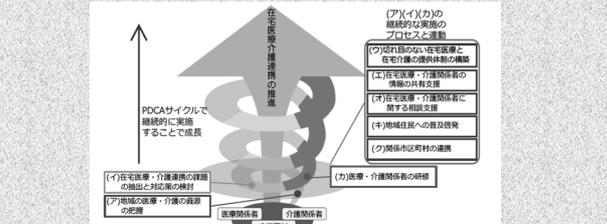
医療圏の区域	医療圏内の都市医師会	医療圏内の市町村	2013年	2025年	増加率
南部保健医療圏	川口市医師会	川口市	4,408人	7,518人	1.7倍
南西部保健医療圏	蕨市医師会 東入間医師会 春日部医師会	蕨市・戸田市 朝霞市・志木市・和光市・新倉市 富士見市・ふじみ野市・三光町 春日部市	2,136	3,935人	1.8倍
東部保健医療圏	越谷市医師会 葛飾区医師会 三郷市医師会	越谷市 葛飾区・八潮市 三郷市	3,476人	6,628人	1.9倍
さいたま保健医療圏	大宮医師会 さいたま市医師会	さいたま市	7,752人	13,425人	1.7倍
県央保健医療圏	上尾市医師会 北足立医師会 川越市医師会	上尾市 湖東市・稲川市・北本市・伊奈町 川越市	1,220人	2,183人	1.8倍
川越北企保健医療圏	比企医師会	東松山市・滑川町・嵐山町・小川町・川島町・吉見町・七ヶ岡町・栗林町・鳩山町	2,469人	4,105人	1.7倍
西部保健医療圏	坂戸市医師会 入間地区医師会 (飛び地) 入間地区医師会	坂戸市・狭山市 毛田町・越生町 入間市	1,833人	3,244人	1.8倍
利根保健医療圏	行田市医師会 北埼玉医師会	行田市 久喜市・蓮田市・白岡市・菅野町	967人	1,492人	1.5倍
北部保健医療圏	深谷市医師会	深谷市・寄居町	2,000人	2,802人	1.4倍
秩父保健医療圏	秩父市医師会	秩父市・横瀬町・皆野町・長瀬町・小貫野町	365人	399人	1.1倍
合計			26,626人	45,731人	1.7倍

在宅医療・介護連携の推進

～平成30年4月までに介護保険の地域支援事業として市町村が実施～

在宅医療の充実のためには、在宅医療・介護連携の推進が不可欠
⇒国は市町村に対し、平成30年度中に下記(ア)～(ク)の全ての実施を求めている

【厚生労働省作成資料から抜粋】



特に「(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」及び「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」については、医療現場との密接な連携が不可欠

在宅医療・介護連携の推進

～なぜ、県が市町村の仕事に関わっているのか??～

- 在宅医療と介護の連携は、介護保険を所管する市町村の仕事とされているが、介護のみで医療が入らなければ、医療と介護の連携にならない
 - ⇒ 医師のネットワークを持つ地域の都市医師会の協力が不可欠
- 多くの市町村には医療を担当するセクションがないため、市町村から都市医師会にアプローチすることが難しいという声がある（意識の垣根が高い）
 - ⇒ 都市医師会から市町村にアプローチしないと在宅医療と介護の連携が進まない
- 医療担当部局を持つ県が医師会と調整し、医師会の方から市町村にアプローチしていただくことが必要

医師会と県の共同プロジェクトとして
「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」を実施

7

在宅医療・介護連携を推進していく手順

～3ステップにより県全域で推進～

STEP1 在宅医療提供体制充実支援事業【H27:15都市医師会 H28:30都市医師会】

① 在宅医療連携拠点

- ケアマネジャー資格を持つ看護師など医療・福祉にも精通した専門職を配置

累計7,490件の相談

② 診療医連携制度

- 拠点に協力する医師を登録 ⇒ 登録情報をもとに紹介

989人の医師が登録

③ 在宅医療支援ベッド

- 肺炎や脱水など、必要な時にスムーズに入院できるベッドを常時1床確保

各地域で複数病院が輪番を組む ⇒ 154病院が協力

※実績は29年12月末現在

○ 年2～3回程度全ての拠点を集めてノウハウを共有する研修を実施 ⇒ 全体のレベルアップを図る

STEP2 ICTで連携の輪を広げていく【H28 各地で運用ルールなどを検討 ⇒ H29 順次導入】

- 医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどの多職種が連絡を取り合えるよう、拠点に「ICTによる医療・介護連携ネットワーク」を導入
- 県医師会が無料で使えるICTシステムをより使いやすいカスタマイズし全ての都市医師会が無料で利用（29年3月21日運用開始）⇒ 28年度から各拠点でそれぞれの地域の運用ルールについて多職種で議論を開始 ⇒ 準備ができた地域から順次導入し、29年度中に全県で本格導入

STEP3 市町村に移行【H29:市町村に積極的な働きかけ⇒H30年4月に移行】

- 在宅医療連携拠点の運営について介護保険の地域支援事業として、平成30年4月に一斉に市町村に移行

8

STEP1 在宅医療連携拠点の概要

～県内どこに住んでいても必要な医療・介護サービスを受けられます～

- 県内に30ある都市医師会が拠点を設置
- ケアマネジャー資格を持つ看護師など医療・福祉にも精通した専門職を配置

【主な役割】

- 在宅医療を希望する患者を関係職種につなぐ
- 本人・家族、地域包括支援センターやケアマネなどからの医療相談に対応

累計7,490件の相談を受け（H29年12月末まで）

うち4割が介護職からの相談

ケアマネジャーとの連携事例

【ケアマネジャーの対応】

- ケアマネジャーは、介護サービスを受ける方のケアプランを作成
- ケアプランを作成する際、介護だけでなく医療のことも相談される

【拠点コーディネーターの対応】

- 医療的知見や実務経験に基づき必要なケアを助言
- 複雑な病状の患者には担当医から情報収集し、個別に対応

在宅医療と介護の一体的ケアの実現

9

STEP2 ICTにより連携を更に広げていく（平成28年度～）

～多職種がいつでも患者の情報を共有できます～

全ての都市医師会が無料で利用できる在宅医療・介護連携ネットワークシステムを構築

訪問できる医師を教えてください

市町村・地域包括支援センター

ケアマネジャー

入浴サービスはOKです

病院

在宅医療連携拠点

導入のメリット

A医師が対応できます

訪問看護師

痛止めが効いていないみたいです

ヘルパー

地方の変更を検討します

すぐに診察します

褥瘡が悪化しました

- 医療・介護の多職種が訪問時の様子を書き込んだり、画像を添付することで、チーム全員が最新の患者の状況を把握でき、一体的で質の高い治療やケアを提供できる
- 医師はスマホが書き込んだ内容を空いた時間に確認するだけで患者の状態を確認・予測できるため、計画的に訪問診療できる

10

STEP3 在宅医療連携拠点の移行（平成30年度～）

～市町村が地域の実情に応じて拠点を運営します～

- 県内に30ある都市医師会ごとに設置した「在宅医療連携拠点」について、平成30年4月に県の補助事業から市町村事業に一斉に移行する方針
- 介護保険の地域支援事業として市町村が実施する（ア）～（ク）の8つのメニューの全てについて、都市医師会と市町村が緊密に連携していく必要がある

平成29年5月から都市医師会・市町村・県の3者で話し合う場を設定

3者協議 延べ35回実施（平成29年12月末）

平成30年4月からの移行について、29都市医師会・62市町村が合意（春日部市医師会については既に春日部市に移行済み）

11

今後の取組

～第7次地域保健医療計画（案）～

1 在宅医療の推進

- 高齢化の進展のほか、病床機能の分化・連携の推進に伴い慢性期の入院患者の一部が在宅医療等に移行することにより、その需要が大幅に増加することが見込まれている

【県の取組】

- ・在宅医療連携拠点のコーディネーター研修などの広域的な支援
- ・在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局の確保
- ・急性期病床から地域包括ケア病床等回復期病床への転換促進

2 人生の最終段階における医療

- 人生の最終段階における療養の場所や希望する医療について患者本人の意思が尊重される環境を整備し、地域の医療、介護関係者が連携して患者の意思に沿った医療とケアを提供できる体制の構築が必要

【県の取組】

- ・患者本人の意思決定を支援するための情報提供や普及・啓発

※ 平成29年11月24日 県医師会との共催で医療シンポジウム「超高齢社会の医療を考える～人生の最終段階の医療を含めて～」を開催

県医師会ホームページ <http://www.saitama.med.or.jp/event/honkai/171124sengen.pdf>

- ・在宅での看取りを望む患者や家族を支える医療、介護従事者の育成

12

第1部

講演3 「在宅医療・介護における多職種連携研修プログラム (三郷モデル) の開発」

埼玉県立大学保健医療福祉学部准教授

寫末 憲子氏

埼玉県立大学の寫末です。「在宅医療・介護における多職種連携研修プログラムの開発、専門職の意識改革のための三郷モデル」について、プロジェクトリーダー、伊藤教授の代理として発表させていただきます。先ほどお2人のご講演にございましたように、在宅医療・介護システムが機能するための条件として考えるとき、在宅医療・介護システムは地域包括ケアシステムのサブシステムとして位置付けられます。システムを有効に機能させるためには、さまざまな構成要素の相互理解や関係を考える必要がございます。

「本プロジェクトの背景」としましては、講演2でございましたように、県では「在宅医療・介護連携」の取り組みを開発されているところでございます。私もプロジェクトとしましては、柏市モデルの他、他市の先行研究などから在宅医療・介護を進める上でよく指摘される課題を4つに分けました。また、市町村の取り組み例として専門職の姿勢、連携の不足、住民の意識に着目し、特に多職種連携に向けた研修について、本プロジェクトで支援することいたしました。

「本プロジェクトを実施した理由」は3つございます。在宅医療・介護システムを円滑に機能させる必要性があるというところです。それぞれの役割を十分に発揮できるよう専門職がやっていくこと、それがすなわち利用者本位のサービスを提供できるようになります。また、多職種連携に関する専門職の意識改革の必要性です。専門職の意識改革が、在宅医療・介護システム整備の基盤となるからです。意識改革が進めば、多職種連携上の課題の解決に向け、関係者による取り組みが自律的・継続的に進んでいくことが期待されます。

3番目として市町村を支援する必要性です。市町村は介護保険の保険者であり、多職種連携の推進を含め、在宅医療・介護システムの整備を行う責任を負っていらっしゃいます。また、その覚悟が求めら

れることでしょう。しかし、お話にあったように実際には、なかなかそれが難しいということがございます。

大きな2番目として「研修プログラムの開発の進め方」についてご説明させていただきます。ここでは、インタビュー結果の整理も含めてお話させていただきます。医師会との連携が必要ということで、県医師会にご推薦を受けて、三郷市で進めさせていただくことになりました。三郷市の多職種連携上の課題の抽出と研修について、まず、考えていきました。研修の効果を上げるためには、地域の多職種連携上の課題について、参加者が明確な問題意識を持って研修に参加することが必要になります。

8専門職からヒアリングを開始し、課題を抽出し、参加者に提示していきました。三郷市在宅医療・介護多職種連携研修会の開催につきましては、三郷市が主催、本学は共催として、三郷市在宅医療・介護連携推進協議会と協力して開催してきました。なお、今後は研修プログラムを公表していくことで、すべての今までの取り組みをマニュアル化し他の市町村でも活用できるように進めていきたいと思っています。

「ヒアリングにおける他機関・他職種への言及」になります。ここからは、「多」と「他」は一応区別がつかなくなりますので、「ホカ」の場合は、「他」というふうに使わせていただきたいと思います。まず、黒枠についてですが、これは実際にインタビューをさせていただいた職種になります。また、ブルーの枠は医療職、黄色は福祉職になります。行政は緑で表現しています。

「互いに言及」という水色の双方向の矢印をご覧ください。医師とケアマネジャーに対して多いことが分かります。医師とケアマネジャーにはすべての職種から言及がございました。このように多職種連携の相互理解を進めるためには、このような可視化が必要となっております。

では、「自職種・多職種に対する見方」として、どのように整理したのかをご説明させていただきます。例として、医師とホームヘルパーを挙げさせていただいております。まず、「多職種連携に対する見方」、「他の専門職からの指摘」というふうに大きく2つに分けました。また、目的を考え、相互理解を進め、理解を促進するという観点から、「多職種連携に対する見方」では、「自らに対する見方」と、「他職種に対する見方」に分けております。これらを整理する上で重要なことは、事実に基づき客観的に表現にすることです。多職種から理解され、受け入れられるよう工夫してきました。データを示す際、これらの目的を共有することで受け入れられるのです。他の専門職からの指摘につきましては、たくさんあったとしても、目的にかなったものを選定させていただいております。

例示のホームヘルパーです。目的には、心理的距離を縮めるというものがございます。また、介護は感情労働であることが指摘されてますように、不安や対応せざるを得ないなどのキーワードに着目していただければと思います。

次に「三郷市の多職種連携上の課題」です。これらは、研修の方法にも深く関係するところになります。課題を10に整理しました。インタビューの結果から、各課題に対し概要が分かるものとして内容を示し、さらに研修の例示を実際には示しています。この10の課題のうち、3、4、5、6が、次の「研修会の目的」と関係してきています。それらを踏まえ、研修プログラムを構成し、さらに事例も作成していきました。「専門職間の心理的な距離」3から6「多職種連携による在宅医療・介護への関心」というところになります。重要なことはこれらの課題に取り組む研修プログラムを作っていくことが、他の1・2、7から10の課題解決に資するということが重要になります。また、研修の参加者のモチベーションを上げ、図っていくためにも、多職種連携を進める上での強みや成功事例についてもご紹介しております。

ここからは、研修の実際について少しご紹介させていただきます。同様の研修プログラムが多い中で独自性として、意識改革に集中していくこと、またそのために本学で培ってきた多職種連携の講義や講座のノウハウを活用していくことを掲げています。研修においても、地域において、多職種連携上の課題を自律的・継続的に進めていくための基盤づくりを行うことを協力することで、グループワークの事例検討が一般の事例検討にならないよう説明するのも、このような流れは必須です。

「研修会の概要」になります。実践を活用し、その結果を用いて、多職種連携を経験していただくことを目的に、2回に分けております。また、その期間は1.5カ月分取ってございます。参加者のモチベーションを上げること、また、三郷市が責任ある立場であるといったことから、市長さん、会長さんの挨拶を受けるようにしています。また、先ほど、ご紹介してきた課題などの取り組みを提示していきます。また、多職種連携で培ってきたコミュニケーションスキルの紹介や、目的にかなった、事例を用いたグループワークを進めます。事例は在宅医療・介護連携の協会のご協力を得て、どの事例でも目的を達成できるよう3事例作成しました。また、事例によりグループのメンバーを考え、グループ分けにも活用しました。次回の研修につなげられるよう、行動計画を作成し、それを、リフレクションでも活用しております。リフレクションも本学の多職種連携における特徴でございます。2日目の研修ではこれらの行動計画を踏まえてグループワークを進めております。

「研修会の参加者」はスライドのとおりです。また、この研修会では、多職種の考え方を構造化するために付箋を活用しております。「研修の効果」として最初に5つ挙げました。これらの効果については、現在、検証中でございますが、おおよそ、これらの効果が認められる方向で今、考えております。

「まとめ」です。在宅医療・介護システムの整備は市町村の責任であると考えられます。これにともない、市町村のリーダーシップに加え、専門職も多職種連携に関する意識の向上が必要ということで本プロジェクトを進めてきました。しかしながら、大変難しいことがたくさんございますので、他の研究機関や本学などのうちからも一緒に活用していただきながら、この専門職の意識改革を実行していきたいと思っております。今後の報告書等には、PPTも含めて本学のホームページでアップする予定ですので、ぜひ、ご活用いただければ幸いです。ご清聴ありがとうございました。

(2016～2017年度研究開発センタープロジェクト)

在宅医療・介護における 多職種連携研修プログラムの開発

－専門職の意識改革のための三郷モデル－

2018年1月26日

埼玉県立大学 伊藤善典
発表者 鳶末憲子

1

「在宅医療・介護システム」が機能するための条件

(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)

第二条 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、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。

「システム」

= 相互に影響を及ぼしあう様々な要素から構成される仕組み・体系

在宅医療・介護システムは、地域包括ケアシステムのサブシステム



システムを有効に機能させるためには、
様々な構成要素の相互関係を考える必要

2

本プロジェクト(研修プログラムの開発)の背景

【埼玉県の状況】

今後、都市部(南・東部)で、後期高齢者数が急増
⇒ 介護施設の大幅な不足が見込まれる。

在宅医療・介護システムの整備は、喫緊の課題

【在宅医療・介護を進める上で、よく指摘される課題】

1. 専門職の姿勢 2. 連携の不足 3. 住民の意識 4. 制度のあり方

【市町村の取組みの例】

- ① 地域住民に対する啓発
- ② 在宅医療・介護のシステム・ルールづくり
- ③ 多職種間の情報共有の仕組みの整備
- ④ 多職種連携に向けた研修

研修プログラムの開発

本プロジェクトによる支援

3

本プロジェクトを実施した理由

1. 在宅医療・介護システムを円滑に機能させる必要性

- 在宅医療・介護サービスは、様々な機関や専門職が相互に影響を与え合うシステムの中で提供。
 - 専門職は、円滑に機能するシステムの中でこそ、それぞれの役割を十分発揮でき、利用者本位のサービスを提供できる。

2. 多職種連携に関する専門職の意識改革の必要性

- 専門職の意識改革は、在宅医療・介護システム整備の基盤となるもの。
 - 意識改革が進めば、多職種連携上の課題の解決に向け、関係者による取組みが自律的・継続的に進んでいくことが期待。

3. 市町村を支援する必要性

- 市町村は、介護保険の保険者であり、多職種連携の推進を含め、在宅医療・介護システムの整備を行う責任を負う。
 - しかし、実際には、市町村が独力で対応することは難しい。

4

研修プログラム開発の進め方

1. モデル市町村の決定 ⇒ 三郷市

2. 三郷市の多職種連携上の課題の抽出と提示

- 研修の効果をあげるためには、地域の多職種連携上の課題について、参加者が明確な問題意識を持って研修に参加することが必要。
 - ⇒ 8専門職(41人)からのヒアリングにより、課題を抽出し、参加者に提示

3. 三郷市在宅医療・介護多職種連携研修会の開催

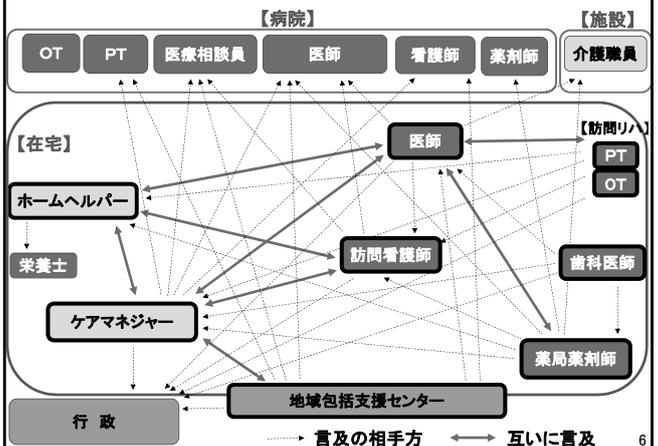
- 三郷市が主催、本学は共催
 - ※ 三郷市在宅医療・介護連携推進協議会と協力

4. 研修プログラムの公表

- 多職種連携上の課題の抽出などを含む研修プログラムをマニュアル化し、他の市町村でも活用できるようにする。

5

ヒアリング(8職種)における他機関・他職種への言及



6

自職種・多職種に対する見方 — (例1) 医師	
多職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
(自らに対する見方) ○ 診察中は他の専門職への対応が難しく、「怖い」と思われている。	① 在宅医療・介護に関心を持つ医師が少ない。 ② 介護サービス提供のために必要な指示や意見書をなかなか出してもらえない。 ③ 主治医と連絡がとりにくい。
(他職種に対する見方) ① 医療情報の提供ルールを明確にする必要。 ② 同じ職種でも、スキルや対応に個人差が大きい。 ③ サービス調整はどの職種が行うのか明確化するともに、調整能力を向上させて欲しい。 ④ 患者の家族や生活に関する情報が欲しい。 ⑤ 他の専門職と緊密な関係を作りたいが、機会がない。	

自職種・多職種に対する見方 — (例2) ホームヘルパー	
多職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
(自らに対する見方) ① 薬や医療の知識に乏しいため、医療職の適切な指示が必要。特に、服薬支援は難しく、不安。 ② 利用者に最も身近であるため、他の専門職が対応できなくても、何らかの対応をせざるを得ない。	① 利用者の身体の状態について不安感を持つ。 ② 医療職に話ができない。 ③ 医師が患者を診る際、生活面の情報が必要だが、話をする機会が少ない。 ④ 服薬管理は、薬剤師に任せてもらえば、不安も軽減されるはず。
(他職種に対する見方) ① 夜間休日の連絡困難(医療職、ケアマネジャー)。 ② 外来で、医師から、利用者の受診同伴を拒否されることがあり、情報共有に支障。 ③ 訪問看護師については、視点の違い、役割分担の不明確さ、連絡のとりにくさなどが課題。	

三郷市における多職種連携上の課題(1)	
課題	内容
1. 情報共有、連絡の仕組み	多職種に連絡し、患者・利用者に関する情報を共有するための手段・仕組みやルールが整備されておらず、必要な情報が得られない。
2. ケアの方針決定に当たり多職種・多機関と連携する機会	他職種・他機関と連携を図りつつ、ケアの方針を決定するための仕組みが整備されていない。
3. 専門職間の心理的な距離	各専門職が緊密な関係を構築する必要があると感じているが、心理的な壁がある。
4. 専門職の役割・機能に対する相互理解	各専門職が相互の役割・機能を十分理解していない。
5. 各専門職の在宅医療・介護と多職種連携に必要な知識・技術と能力	専門職間で効果的に連携するためには、それぞれ知識・技術及び能力の向上が必要である。

三郷市における多職種連携上の課題(2)	
課題	内容
6. 多職種連携による在宅医療・介護への関心	専門職によっては、在宅医療・介護に対する関心が低く、多職種連携の必要性を感じていない場合もある。
7. 病院専門職との連携	病院の専門職は早期退院を優先し、患者の在宅での生活や在宅医療・介護関係者との連携に十分配慮しない傾向が見られる。
8. 状態悪化時等の連携	患者の状態悪化時において連携がとれておらず、対応が困難になることがある。
9. 地域の課題を解決する場	地域で様々な課題が生じているにもかかわらず問題を提起し、認識を共有し、解決に向けた検討を行う場がない。
10. 行政の対応のあり方	行政による情報提供が十分でなく、地域包括ケアシステムの整備・運営方針も明確でない。

研修会の目的

三郷市において在宅医療・介護に従事する専門職の多職種連携に対する意識を改革。

(内容) ・専門職の意識改革の一点に集中
 ・専門職連携(IPW)教育・研修のノウハウを活用

↓

研修後においても、地域における多職種連携上の課題への取組みが自律的・継続的に行われるための基盤づくりを行う。

研修会の概要			
	日時	次第	内容
第1回	2017年 10月21日(土) 13:30 ~18:00	開会	三郷市長、多職種連携推進協議会会長の挨拶
		行政説明	三郷市の在宅医療・介護連携推進の取組
		レクチャー	・三郷市の多職種連携上の課題の提示 ・コミュニケーションスキルの紹介
		演習	事例を用いたグループワーク
		行動計画	行動計画の作成
第2回	2017年 12月9日(土) 14:00 ~17:15	リフレクション	多職種連携におけるリフレクション(内省、省察)
		レクチャー	第1回研修会の振り返り
		演習	行動計画の実践結果を踏まえたグループワーク
		リフレクション	多職種連携におけるリフレクション
		閉会	三郷市福祉部長、大学挨拶

※ 研修会終了後、参加者による懇親会を開催

研修会の参加者

計 76人

医師	8	言語聴覚士	1
歯科医師	6	ホームヘルパー	9
薬剤師	7	介護支援専門員(ケアマネジャー)	11
訪問看護師	7	病院の医療相談員(MSW)	6
理学療法士	5	地域包括支援センター職員	9
作業療法士	4	柔道整復師、介護施設職員	3

13

研修会の様子(グループワーク)



14

研修の効果

- ① 多職種連携の必要性を理解。
- ② 自職種の強み、他職種の役割・機能を理解し、課題解決のため、それを活かすことのメリットを認識。
- ③ 専門職間の心理的な距離を縮め、率直に話すことの重要性を理解。
- ④ 研修を契機として、同じ地域の専門職が顔見知りとなり、気軽に連絡を取れる関係を構築。
- ⑤ 多職種連携に関する様々な課題について、自律的・継続的に取り組んでいく意識が醸成。

15

まとめ

在宅医療・介護システムの整備は、市町村の責任



市町村のリーダーシップに加え、
専門職の多職種連携に関する意識の向上が必要

- しかし、市町村には、体制やノウハウがない。
- 地域の専門職も、どのように取り組んでいいのかわからない。
- 地域の実情を考慮せず、国の指示どおりに事業をやっても、一過性で終わる。



(外部の力も借りつつ) 多職種連携上の課題を明らかにし、
研修を通じて、専門職の意識を改革
⇒ 自律的・継続的な取組みにつながる基盤を整備

16