



介護保険制度改革関係について ～在宅医療・介護連携の推進を中心に～

平成26年3月20日(木)

第8回 在宅医療推進会議

厚生労働省 老健局老人保健課長 迫井 正深

本日の内容

1. 介護保険制度改正について ～地域支援事業の充実と介護予防給付の見直し～
2. 平成26年度における在宅医療・介護連携を推進する取組の進め方について

1. 介護保険制度改正について
～地域支援事業の充実と介護予防給付の見直し～

介護保険制度改革案について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○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

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

※介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
※介護職員の処遇改善は、27年介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①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移行し、多様化

※段階的に移行（～29年度）
※介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
※見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定（既入所者は除く）

※要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

（保険料見直し）現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
軽減例）年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
軽減対象）65歳以上高齢者の約30%

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
・2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%を対象とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

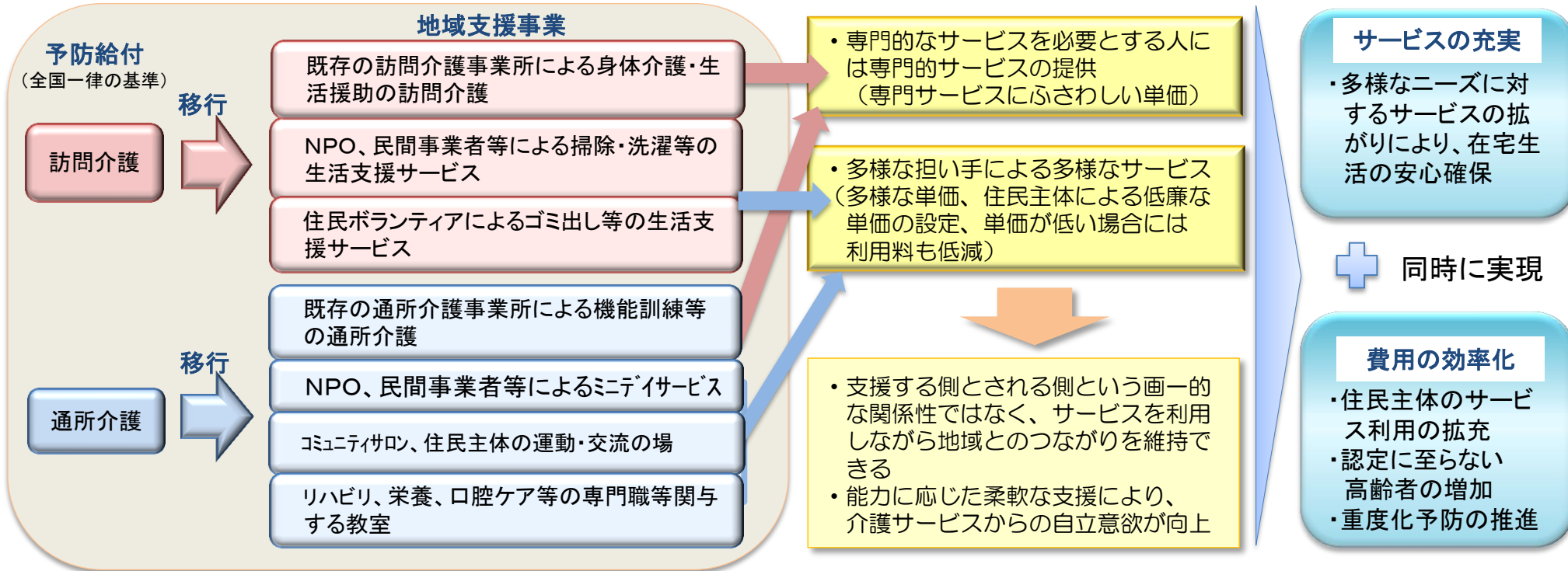
・医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②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

・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案 ※不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

予防給付の見直しと地域支援事業の充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援（高齢者の状態像等に応じたケアマネジメント）。高齢者は支え手側に回ることも。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
- 国は、指針（ガイドライン）を策定し、市町村による事業の円滑な実施を支援。



<地域支援事業の充実>



①生活支援・介護予防の充実

- ・住民主体で参加しやすく、地域に根ざした介護予防活動の推進
- ・元気な時からの切れ目ない介護予防の継続
- ・リハビリテーション専門職等の関与による介護予防の取組
- ・見守り等生活支援の担い手として、生きがいと役割づくりによる互助の推進

②在宅医療・介護連携の推進

③認知症施策の推進

④地域ケア会議の推進

医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実のスケジュール

25～26年度

27～29年度

30年度～

医療・介護連携

- 25年 地域医療再生基金を活用した事業実施
- 26年 介護保険法改正（在宅医療・介護連携拠点の機能を地域支援事業へ位置づけ）

- 27年4月 改正法施行
- 取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。都道府県による支援等も実施。

- 全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）

認知症施策

- 25年 初期集中支援チームのモデル事業の実施等
- 26年 介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）

- 27年4月 改正法施行
- 取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。

- 全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）

地域ケア会議

- 26年 地域ケア会議の推進（国による好事例周知等を積極的に推進）
- 26年 介護保険法改正（法定化、守秘義務等）

- 27年4月 改正法施行
- 法定化による地域ケア会議の確実な実施

- 地域ケア会議の充実が図られる。

生活支援

- 26年 生活支援の基盤整備
- コーディネーターの研修実施
- 26年 介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）

- 27年4月 改正法施行
- コーディネーターの配置等を順次推進、国による好事例の周知等も積極的に実施。

- コーディネーターの配置等が推進され、市町村で生活支援の充実が図られる。

介護予防

- 効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から市町村を支援

- 地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組の充実

- 効果的・効率的な介護予防の取組の充実

(1)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。



(参考) 想定される取組の例

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用 ……地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介 ……関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施 ……グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築 ……主治医・副主治医による相互補完的な訪問診療の提供等の調整、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の推進
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援 ……介護支援専門員等からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

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。

(2) 認知症施策の推進

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づける(「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置など)。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

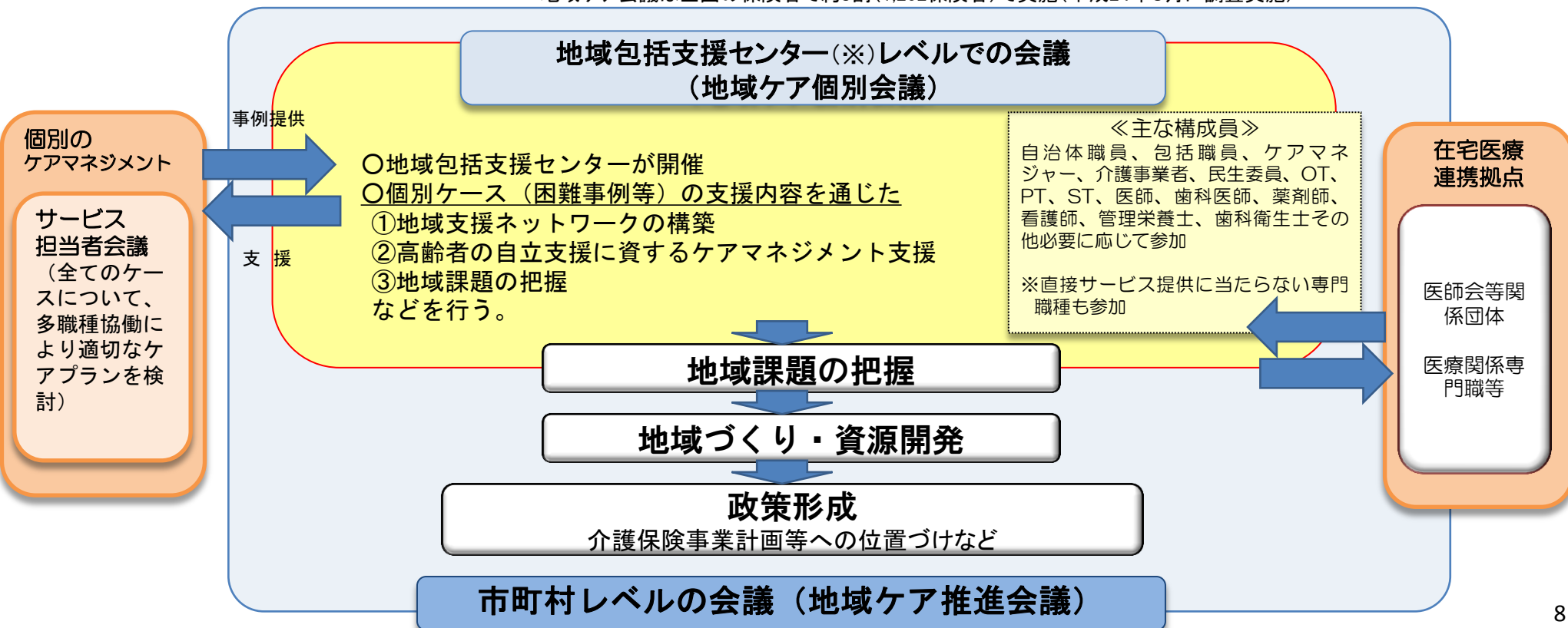
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○ 「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算(案)では、 地域支援事業(任意事業)で 100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年度約250カ所 ・平成26年度予算(案)では 300カ所計上
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人	平成24年度末 累計35,131人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人	平成24年度末 累計2,680人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施	
○ 認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人	・平成25年度約200カ所 ・平成26年度予算(案)では 地域支援事業(任意事業)で 470カ所計上
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人	平成25年9月末 累計447万人

(3)地域ケア会議の充実

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取り組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づけることを検討。

・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)



(4)生活支援の充実

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
⇒ 高齢者を中心とした地域の支え合い(互助)が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)

- ・ボランティアの発掘・養成・組織化

→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーディネーターとも連携)

- ・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

(例)

- ・サロン
- ・住民主体の交流の場
- ・コミュニティカフェ
- ・認知症カフェ
- ・ミニデイサービス
- ・体操教室
- ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

多様な生活支援

(例)

- ・ゴミ出し
- ・洗濯物の取り入れ
- ・食器洗い
- ・配食
- ・見守り
- ・安否確認

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。

研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。

連携・協力

コーディネーター

参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

支援を要する高齢者

(5)介護予防の推進

介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が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を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」・・・ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

これまでの介護予防の問題点

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

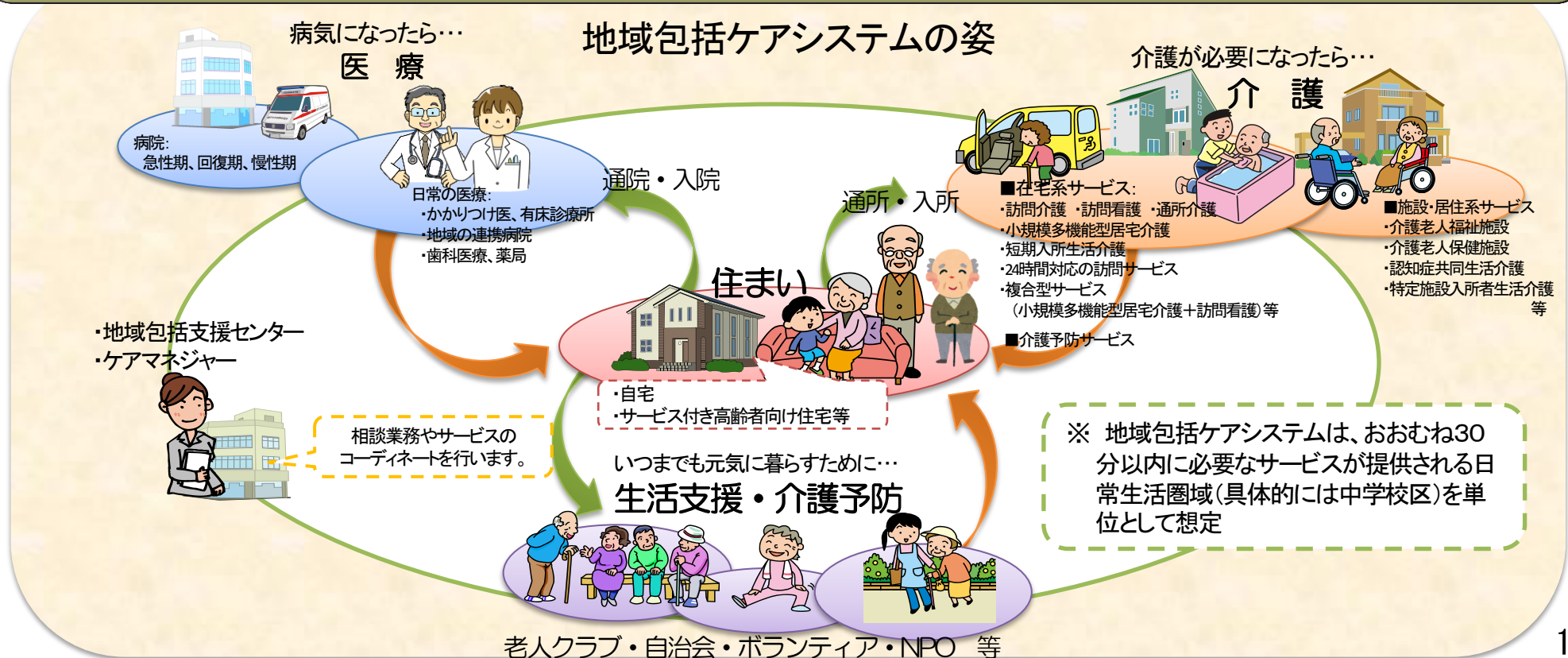
これからの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

2. 平成26年度における在宅医療・介護連携を 推進する取組の進め方について

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。**



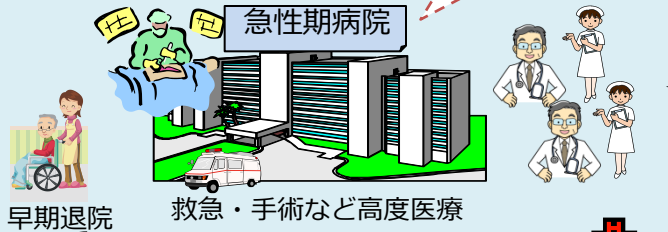
在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 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

病気になったら



(人員 1.6倍 ~ 2倍)

包括的マネジメント

- ・在宅医療連携拠点
- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー



- ・医療から介護への円滑な移行促進
- ・相談業務やサービスのコーディネート

- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

退院したら

<地域包括ケアシステム> (人口1万人の場合)

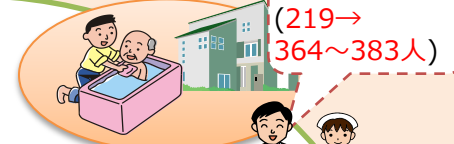
医療



在宅医療
・訪問看護

- ・在宅医療等 (1日当たり 17→29人分)
- ・訪問看護 (1日当たり 31→51人分)

介護



通所
訪問介護
・看護

- ・介護人材 (219→364~383人)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス (15人分)

住まい



※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定

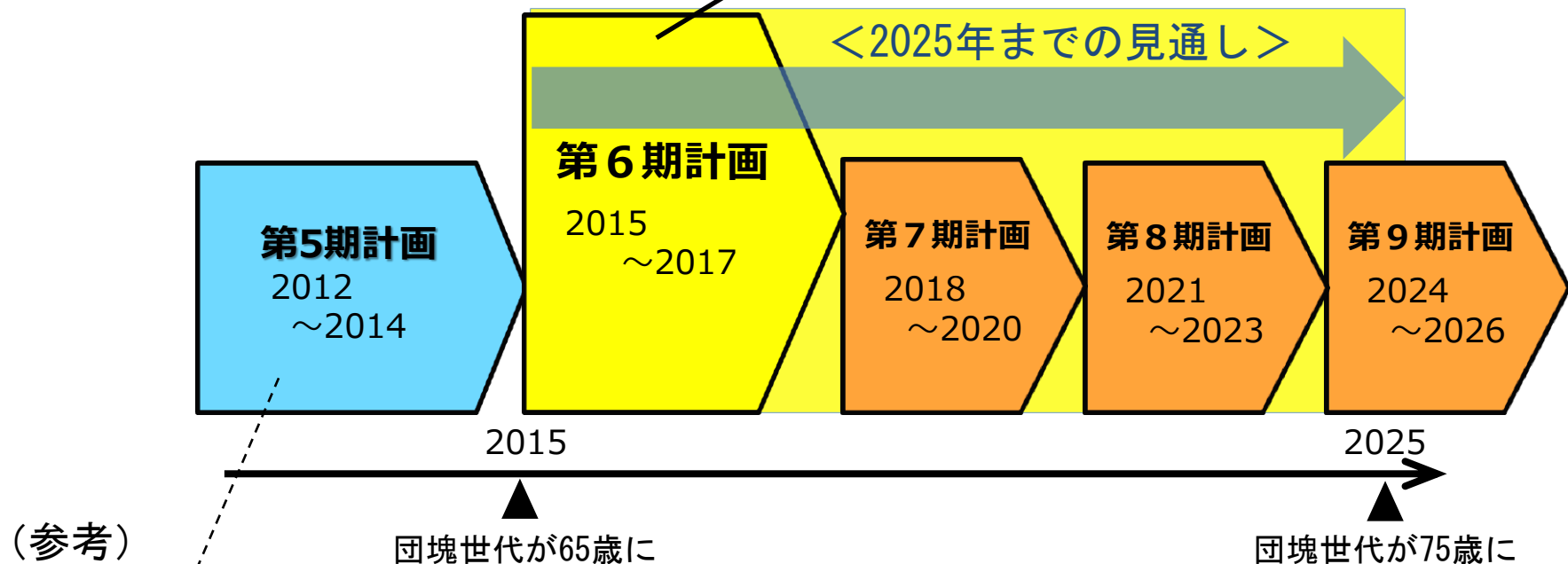


生活支援・介護予防

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

在宅医療・介護連携推進事業について（イメージ）

○事業の概要

医療と介護の両方を必要とする状態に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に、住民に身近な市町村が中心となって、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療・介護連携の推進に取り組む

○事業の主な内容(案)

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援
- ⑥退院支援に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制を構築するための支援
- ⑦在宅医療・介護サービスに関する地域住民への普及啓発

可能な市町村は平成27年4月から取組を開始
すべての市町村で平成30年4月から取組を開始
複数市町村による共同実施も可能

① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査した結果を、関係者間で共有、公表 等



② 多施設連携のための協議会

- ◆ 在宅医療・介護サービス提供施設の関係者が集まる会議を開催し、情報共有のための様式の統一、ケアマネタイム等を検討し、合意形成を図る 等



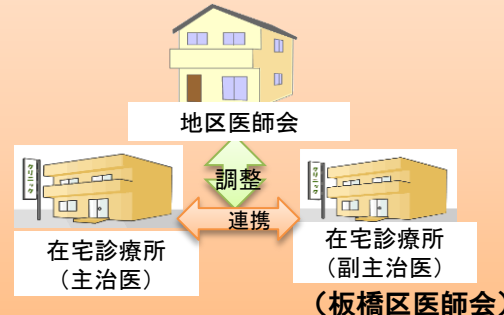
③ 多職種連携のための研修

- ◆ グループワーク等の多職種参加型研修
- ◆ 訪問診療同行研修
- ◆ 介護職種を対象とした医療教育に関する研修 等

④ 24時間365日の提供体制の構築

- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート 等

【主治医・副主治医制】



⑤ 地域包括支援センター・ケアマネ等への支援

- ◆ 地域包括支援センターやケアマネ等からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

⑥ 退院支援ルールの方策

- ◆ 病院・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなどの関係者が集まる会議を開催し、円滑な退院に資する情報共有のための様式・方法の統一等を検討し、合意形成を図る
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成 等

⑦ 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の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 等



在宅医療・介護連携の推進に関する全国都道府県担当者会議及び 都道府県医療介護連携調整支援実証事業(モデル事業)における各種会議の 平成26年度スケジュール

年月	会議名	開催場所	概要
平成26年 4月(第1回)	全国都道府県担当者会議	東京	[目的] 在宅医療・介護連携に関する共通認識の醸成とモデル事業の説明
			[内容] ①国から政策等に関する情報提供 ②先進地からの事例報告(都道府県、保健所、市区町村等) ③在宅医療・介護連携を推進する取り組み(以下、「連携推進策」という。)の準備及び退院支援ルール策定に関する進め方を事業関係者間で共有する
6月	モデル都道府県アドバイザー会議(第1回) ※全国都道府県担当者会議(第1回)と同日開催	モデル 圏域	[目的] モデル二次医療圏域における方針の共有
			[内容] ①連携推進策準備支援における県アドバイザーの役割と具体的業務の確認 ②退院支援ルール策定マニュアルの活用法を共有
夏頃	国アドバイザー実地支援(第1期) 全国都道府県担当者会議(第2回)	東京	[目的] モデル圏域内の病院を組織化する
			[内容] モデル圏域内の病院へ組織化を直接的に働きかけ、関係者へ必要な助言を行う
10～11月	モデル都道府県アドバイザー会議(第2回) ※全国都道府県担当者会議(第2回)と同日開催	モデル 圏域	[目的] 在宅医療・介護連携に係る最新の情報を共有する
			[内容] ①国から政策等に関する情報提供 ②各モデル圏域の連携推進策の準備及び退院支援ルール策定の進捗状況を共有 ③各モデル圏域の連携推進策の準備及び退院支援ルール策定の進捗状況を共有
平成27年 2月(第3回)	全国都道府県担当者会議	東京	[目的] ①モデル圏域における市町村の連携推進策準備状況を確認 ②モデル圏域内市町村の予算要求、戦略策定、準備協議開催への支援方法を確認 ③退院支援ルール策定の進捗状況を共有
			[目的] 第1回病院・ケアマネ協議の実施
平成27年 2月(第3回)	全国都道府県担当者会議	東京	[内容] ①圏域における退院支援状況(アンケート結果)を共有 ②病院・ケアマネの役割及び意見・要望の共有 ③退院支援ルール案の提示と意見募集
			[目的] 平成26年度の成果報告、平成27年度の進め方共有
			[内容] ①国から政策等に関する情報提供 ②モデル事業及び連携推進策準備の進捗状況を報告 ③平成27年度以降の連携調整の進め方検討

高齢者リハビリテーションの機能強化モデル事業

○国は、都道府県による市町村支援の強化を図ることにより、体操などを行う住民運営の通いの場の充実と、二次医療圏単位の医療介護連携を推進する。

地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業

●目的

生活機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよくアプローチするために、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、体操などを行う住民運営の通いの場を充実する。

●事業内容

国（アドバイザー組織）と都道府県が連携し、モデル市町村が住民運営の通いの場を充実していく各段階において、研修及び個別相談等の技術的支援を行う。

＜住民運営の通いの場を充実するための具体的な流れ＞

1. 地域診断、戦略策定
2. モデルとなる住民運営の通いの場の立ち上げ
3. 住民運営の通いの場の育成・拡大
4. リハビリ専門職等の活用

＜コンセプト＞

- ・市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
- ・前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
- ・住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す
- ・後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
- ・体操などは週1回以上の実施を原則



住民運営の通いの場

バックアップ

モデル市町村

バックアップ

モデル都道府県

バックアップ

国（アドバイザー組織）

- ◆ 住民に対する動機付け
- ◆ 住民運営の通いの場の立ち上げ支援

- ◆ 相談・支援（地域診断、戦略策定等）

- ◆ 研修の実施
- ◆ 相談・支援（電話、メール）
- ◆ 現地での技術的助言

都道府県医療介護連携調整実証事業

●目的

急性期・回復期から生活期リハビリテーションへの円滑な移行をするために、二次医療圏単位の医療介護連携を推進する。

●事業内容

国（アドバイザー組織）の支援を受けた都道府県（保健所等）の調整のもと、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現する退院調整ルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積する。

＜退院調整ルール作成・運用するための具体的な流れ＞

1. 病院のネットワーク化
2. 介護（介護支援専門員）のネットワーク化
3. 病院と介護（介護支援専門員）合同の連携協議会の形成
4. 当該圏域統一の退院調整ルール作成・運用
5. 統一退院調整ルールのレビュー

