

項目名**② 地域包括ケアの推進について****■ 現状（概要）**

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、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。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の構築を担う市村等を支援する。

■ 取組状況**1 鹿児島保健医療圏入退院支援ルール推進事業**

- (1) 在宅医療介護連携推進に係る連絡会の開催
- (2) 「入退院支援ルール」研修会の開催
- (3) 運用状況確認調査の実施（居宅介護支援事業所等及び参加医療機関）
- (4) 病院連絡会議の開催
- (5) 介護支援専門員代表者会議の開催
- (6) 医療・介護合同検討会議の開催

2 在宅医療・介護連携推進事業に関する市村支援

- (1) 日置市在宅医療・介護連携推進事業
 - ・中核会議・作業部会への参加
 - ・他職種連携研修会への支援
- (2) いちき串木野市在宅医療・介護連携推進事業
 - ・連絡協議会への参加

■ 成果・課題**1 入院の引継ぎ及び退院の調整漏れの状況（介護支援専門員調査結果から）**

調査時期	入院引継ぎ	退院調整漏れ（ ）は参加病院
平成 26 年度（運用前6月）	57.2%	31.5%（24.2%）
平成 27 年度（6月）	89.8%	18.7%（15.9%）
平成 28 年度（6月）	88.1%	15.9%（13.1%）
平成 29 年度（6月）	91.1%	7.3%（5.3%）
平成 30 年度（5月）	90.0%	※ 18.6%（14.1%）
令和 元 年度（6月）	90.4%	10.0%（9.4%） ※※
令和 2 年度（8月）	96.8%	7.3%（7.2%） ※※
令和 3 年度（5月）	96.4%	3.7%（3.5%） ※※
令和 4 年度（6月）	89.1%	8.2%（7.5%） ※※
令和 5 年度（6月）	90.9%	5.7%（5.7%） ※※

※ 参加医療機関以外の医療機関から退院する患者の調整漏れも含まれる。

※※ 令和元年度以降は、介護支援専門員から病院担当者への退院支援連絡も含めて算出

- 2 医療や介護の関係者が必要とする情報の共有が難しい。また、ルールの目的が正確に周知されていない。
- 3 関係する多職種が地域の課題に沿った取組を継続的に実施できるよう支援することが必要である。

■ 今後の方向性

1 鹿児島保健医療圏域入退院支援ルール推進事業

- (1) 入退院支援ルールの周知・拡充
- (2) 効果的な運用のための取組

2 在宅医療・介護連携推進事業に係る取組支援

- (1) 市村の関係する会議等への出席及び企画・実施等への支援
- (2) 市村が課題としている在宅医療の4場面（日常の療養支援，入退院支援，看取り等）に即した支援の推進

■ 依頼事項等

医療や介護の関係団体，行政機関におかれては，医療・介護の連携にかかる更なる取組の推進に取り組んでいただきますようお願いいたします。

地域包括ケアシステムとは？

- 高齢者が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・生活支援の各分野が互いに連携しながら支援する体制**のことをいいます。
- 今後、増加が見込まれる**認知症高齢者の**地域生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築は重要です。
- 団塊の世代が全て75歳以上になる2025年を目途に、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**ことが必要です。

病気になるたら…

医療



- 病院
- 日常の医療

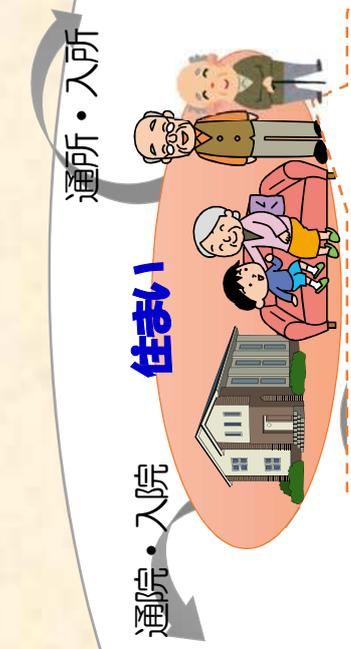
訪問診療

- 地域包括支援センター
- ケアマネジャー



相談業務やサービスのコーディネートを行います。

地域包括ケアシステムの姿



通所・入所

住まい

通院・入院

- 自宅やサービス付き高齢者向け住宅等

いつまでも元気に暮らすために…

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等

介護が必要になったら…

介護



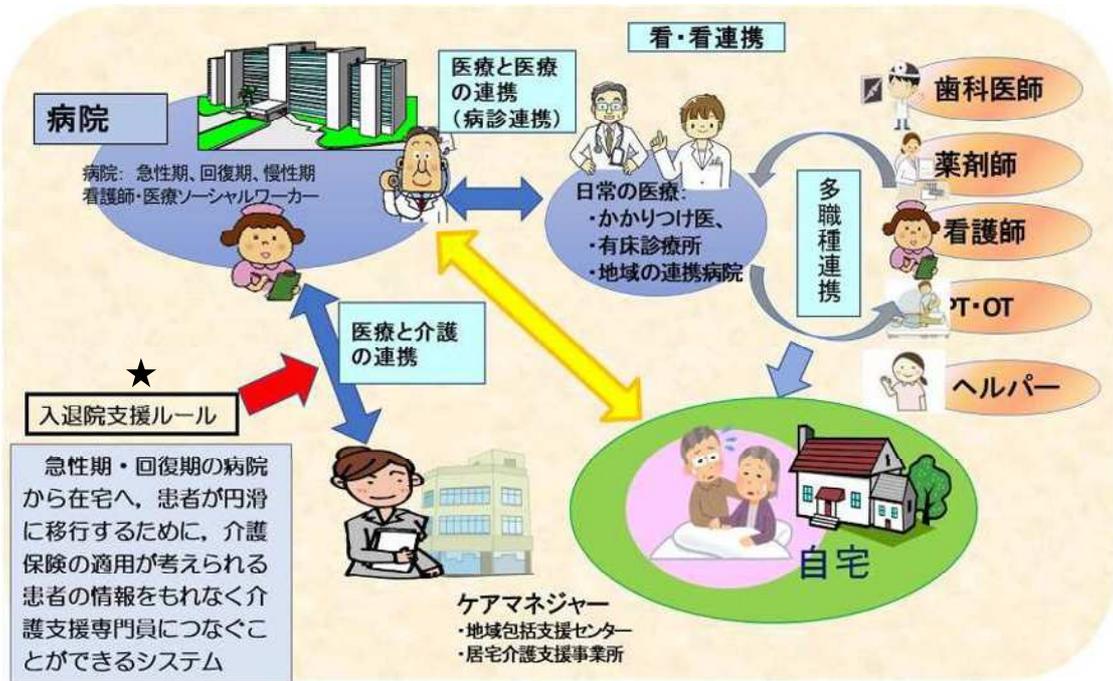
- 介護予防サービス
- 在宅サービス
- 施設・居宅計サービス

訪問介護・看護

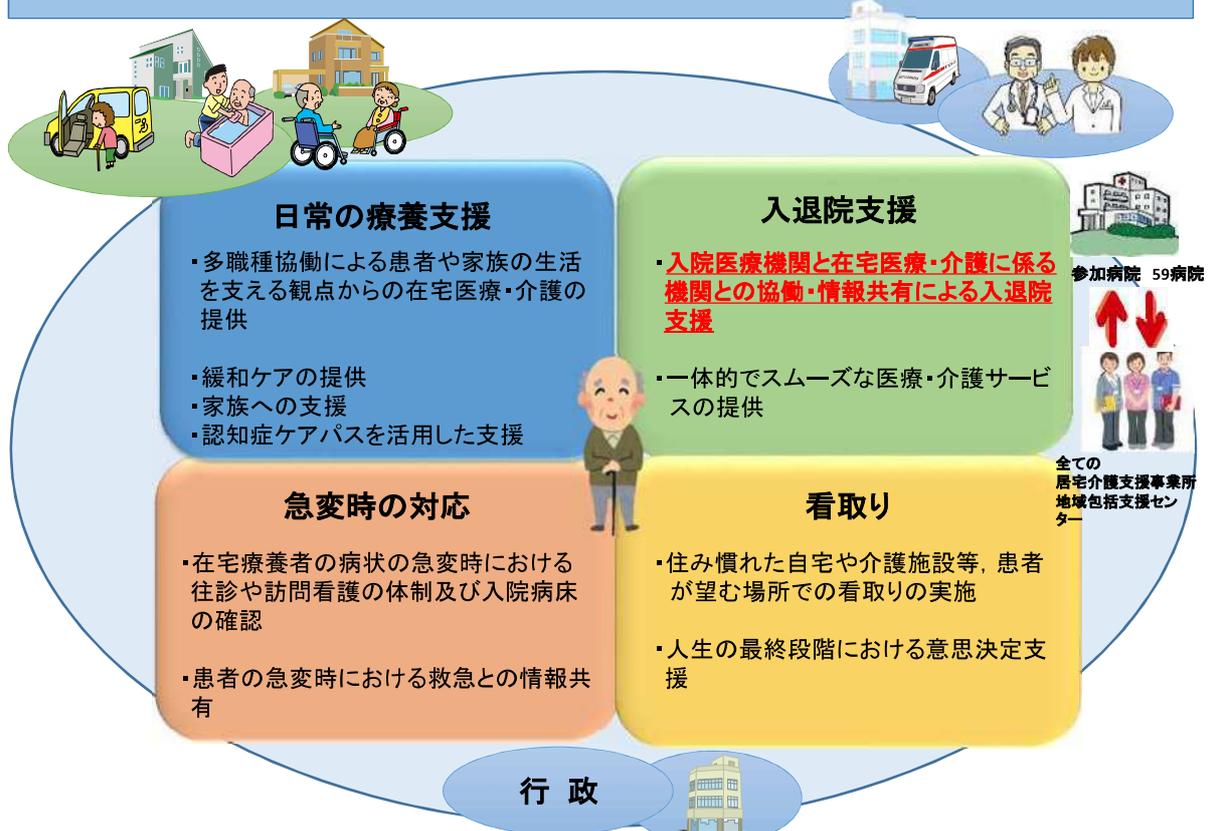
※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要サービスが提供される日常生活圏域(中学校区)を単位として想定

病院から在宅につなぐための「入退院支援ルール」があります。

目的：急性期・回復期の病院から在宅へ患者が円滑に移行するために、介護保険の適用が考えられる退院患者の情報をもれなくケアマネジャーにつなぐことができるシステムです。



在宅医療と介護連携のイメージ(在宅医療の4場面別にみた連携の推進)



出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 一部改変