

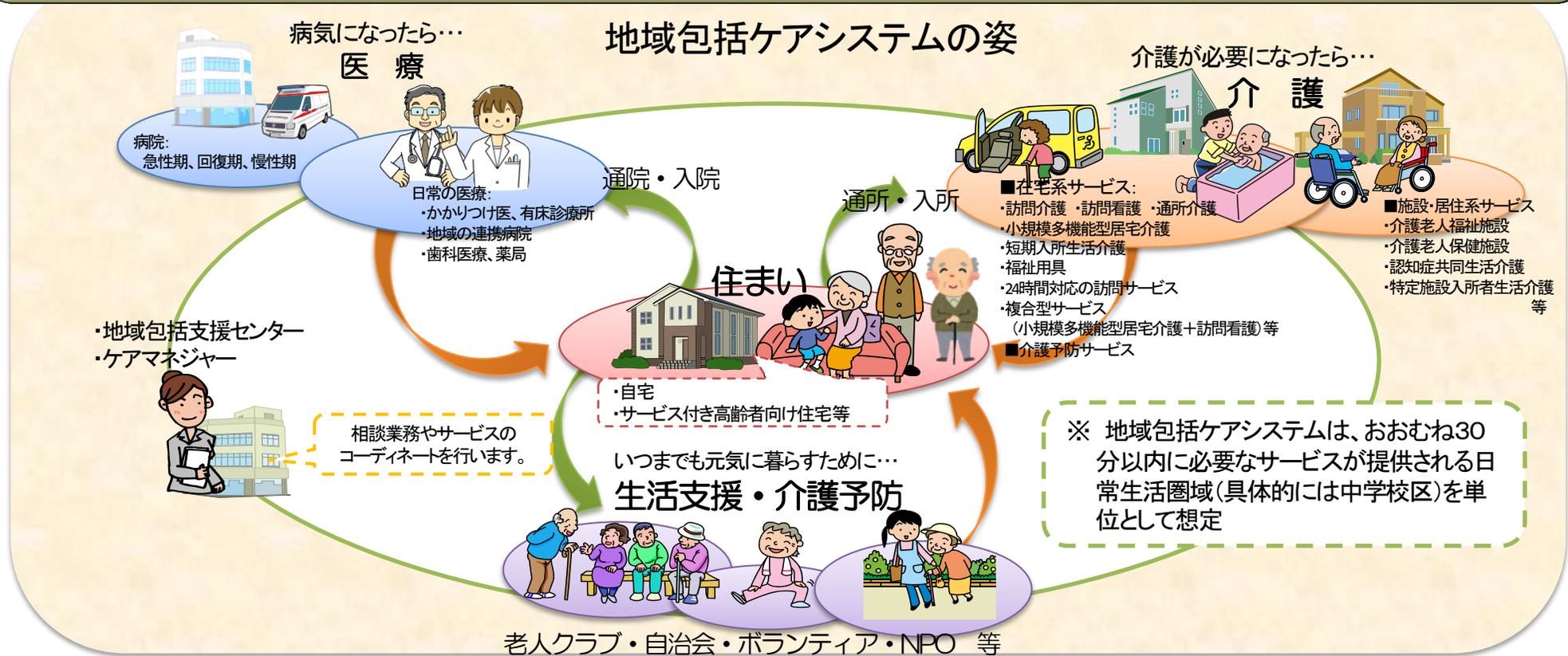
第7回九州厚生局 地域包括ケア市町村セミナー	資料
平成29年2月2日	

# 在宅医療・介護連携推進事業の概要について

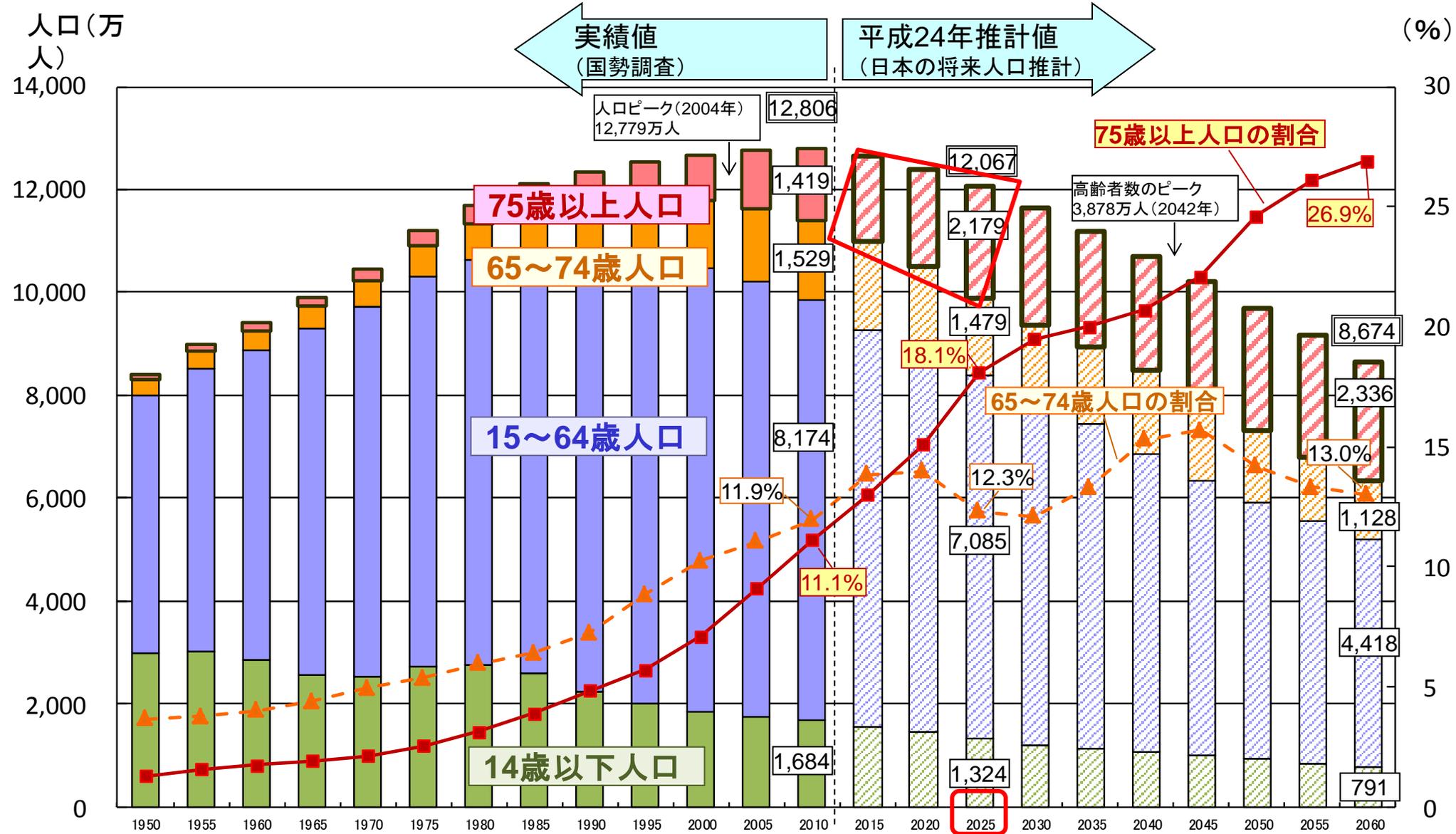
厚生労働省老健局老人保健課

# 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・生活支援が包括的に確保される体制(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。**



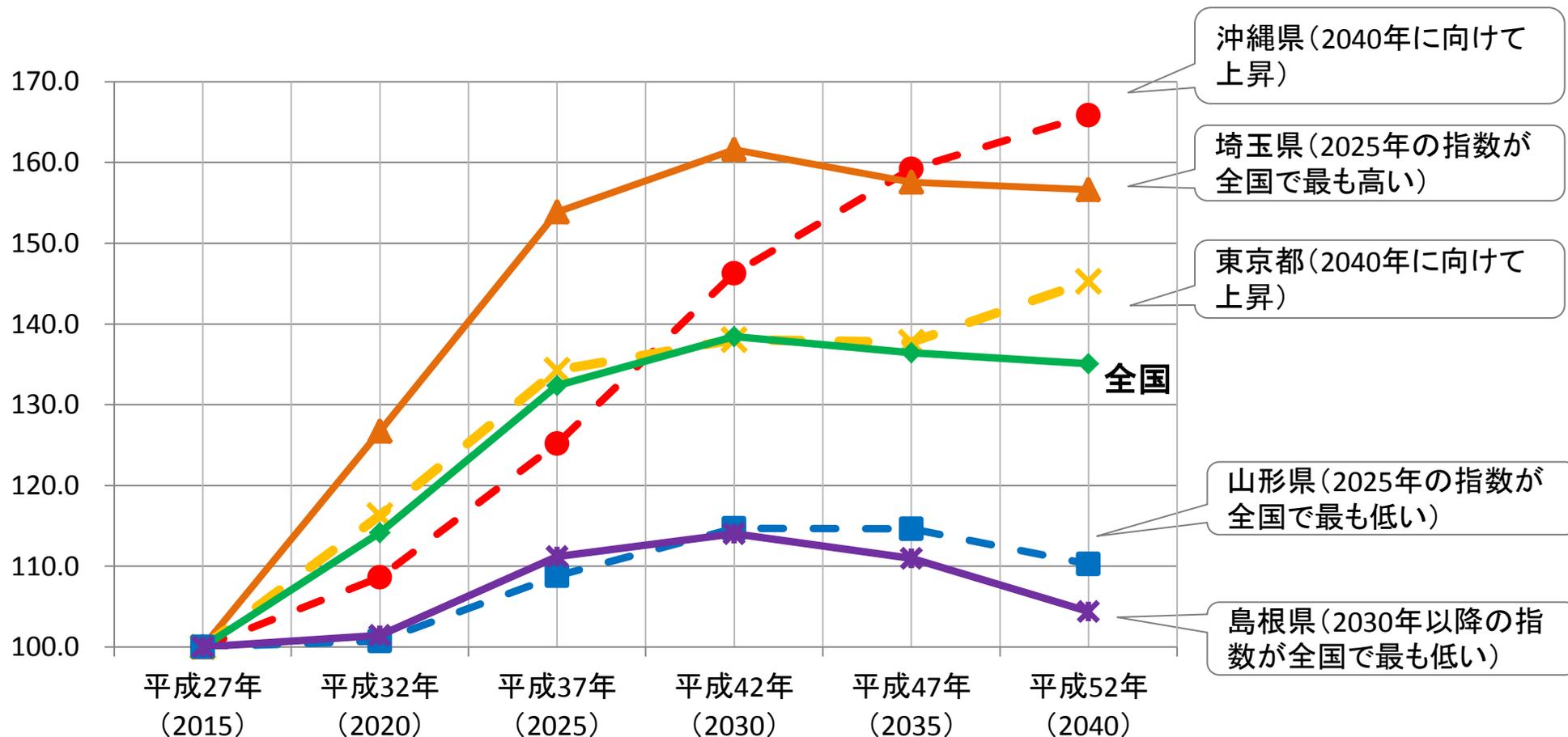
# 75歳以上の高齢者数の急速な増加



(資料)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計  
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」(国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口)による。

# 高齢化の進展度合いは各地域で異なる

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)

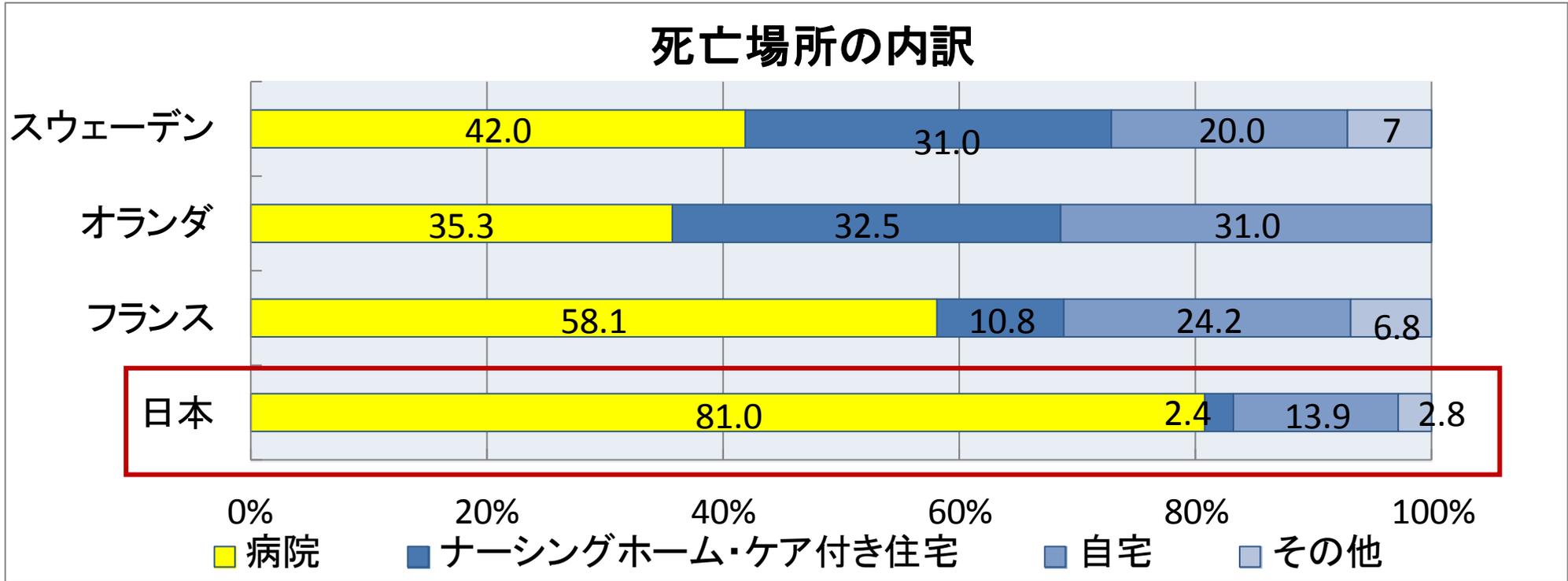


2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県





# 死亡の場所(各国比較)



出典:医療経済研究機構  
「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

(注)「ナーシングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Dögen angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

# 新しい地域支援事業の全体像

<改正前>

介護保険制度

<改正後>

【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

**介護給付** (要介護1~5)

**介護予防給付** (要支援1~2)

**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

**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・介護連携推進事業**  
○**認知症総合支援事業**  
(認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)  
○**生活支援体制整備事業**  
(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

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

地域支援事業

地域支援事業

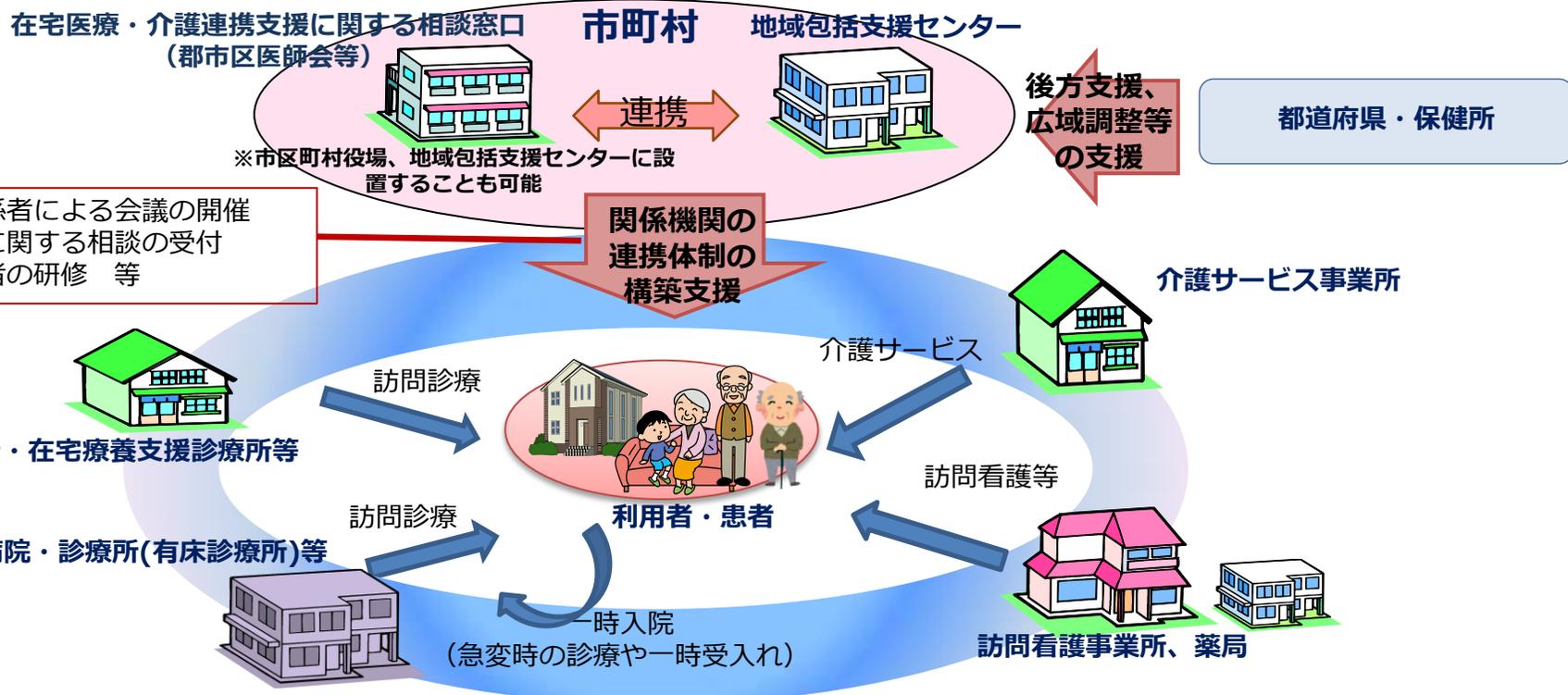
# 在宅医療・介護連携の推進

○ 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、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養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・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・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、排せつ、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（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策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～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 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、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（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・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○事業項目と取組例

### （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



### （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

### （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



### （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

### （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。

### （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て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### （カ）医療・介護関係者の研修

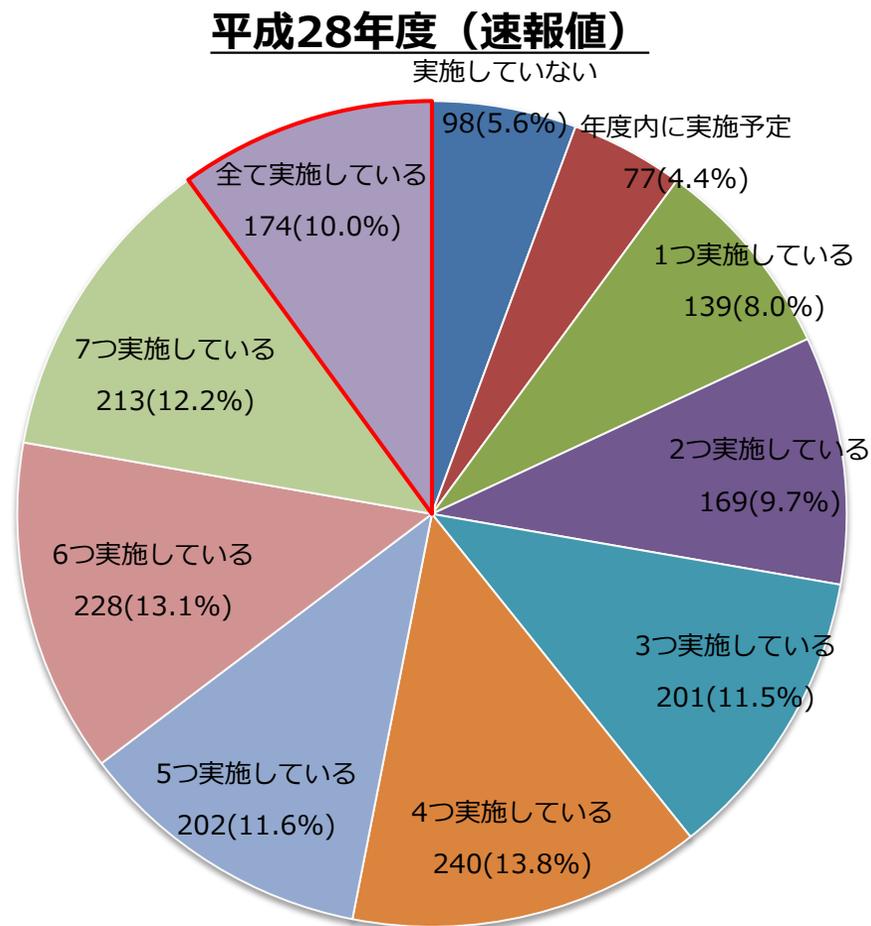
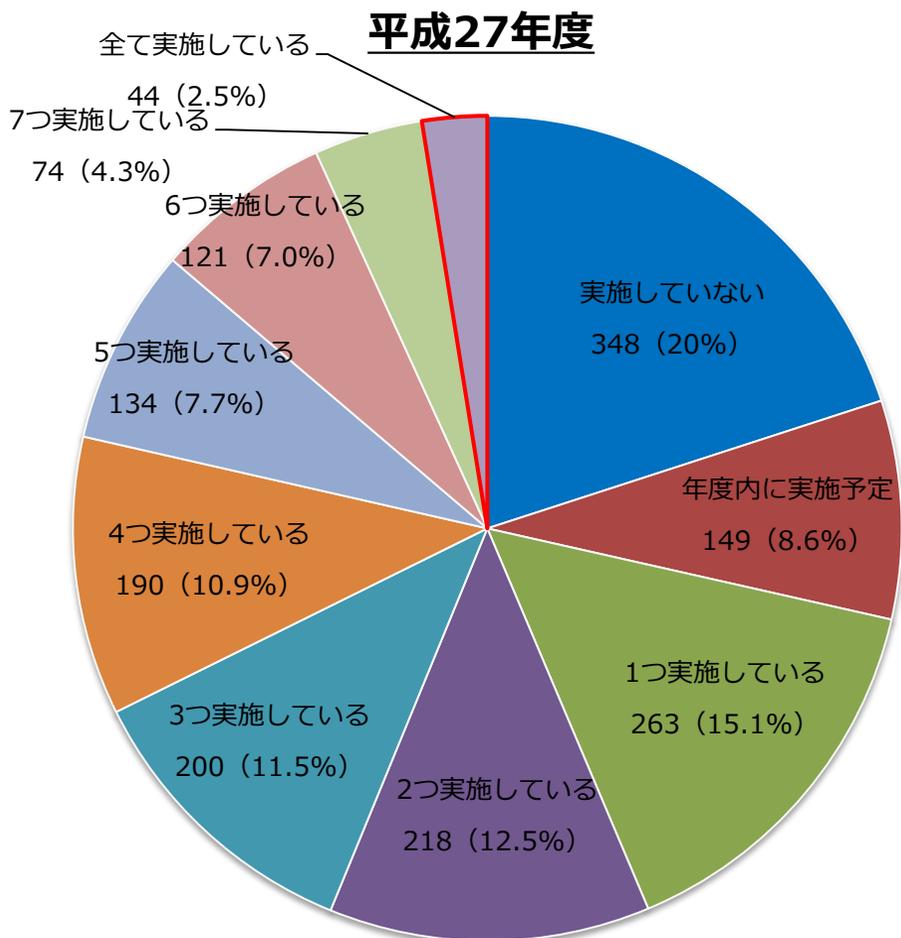
- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

### （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

# 市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況の比較(n=1,741)

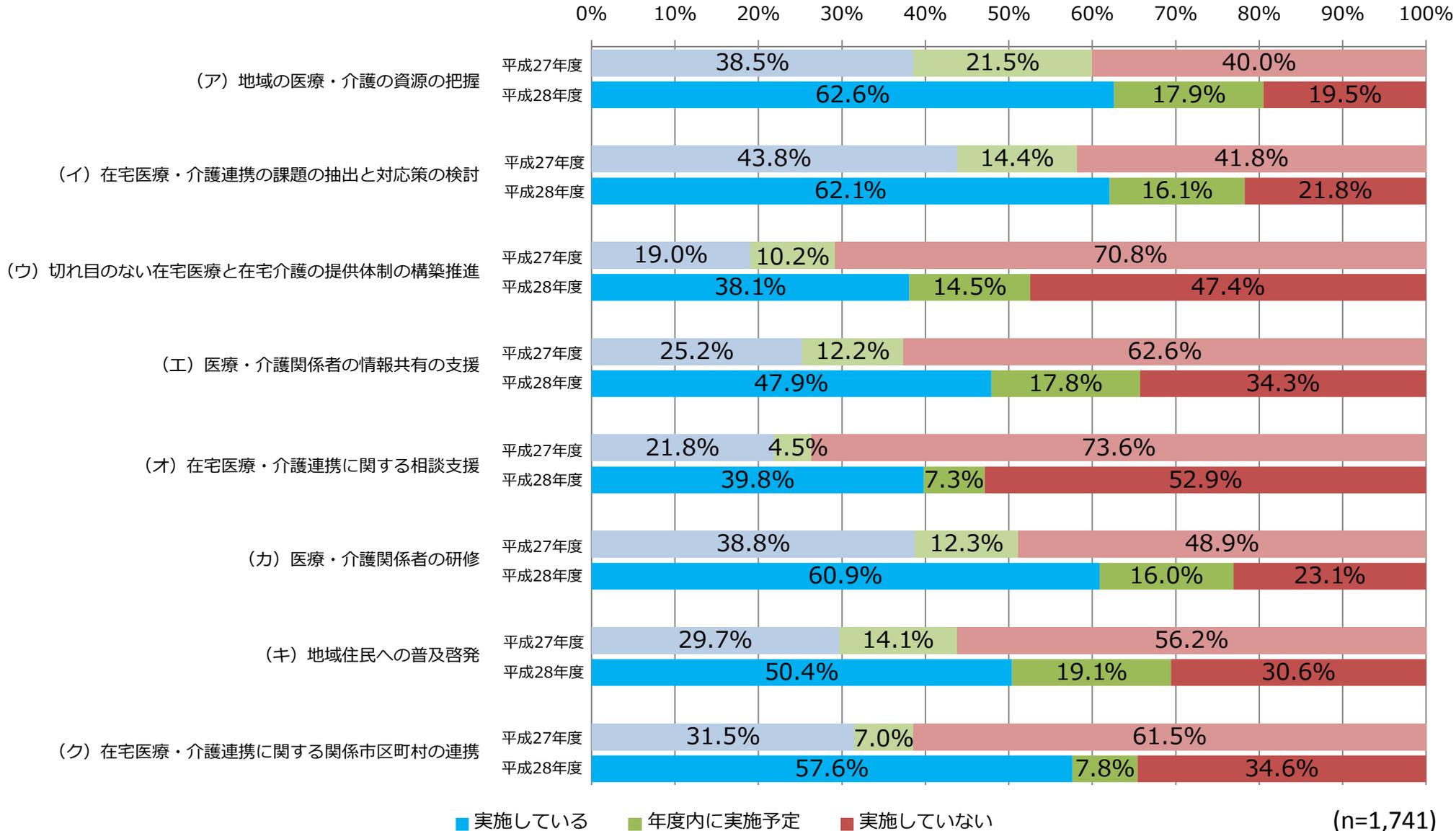
平成30年4月までに市町村が実施することとなっている8つの事業項目全てを実施している市町村は44市町村（2.5%）から174市町村（10.0%）に増加、まだ事業を実施していない市町村は348市町村（20.0%）から98市町村（5.6%）に減少している。



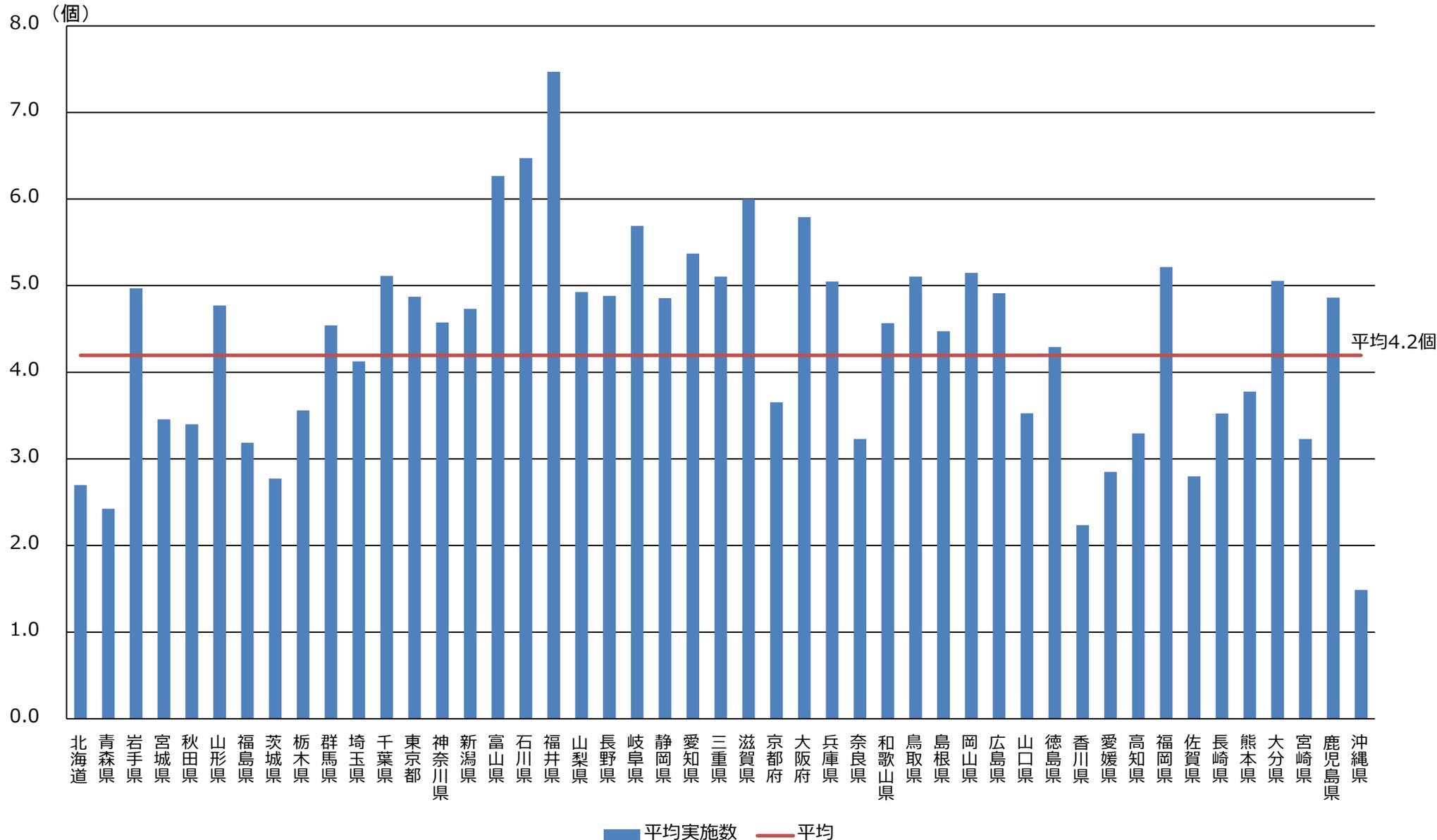
出典 平成27年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査（確定値）

出典 平成28年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査（速報値）

# 市町村における在宅医療・介護連携推進事業の各取組 (ア)～(ク) 毎の実施状況

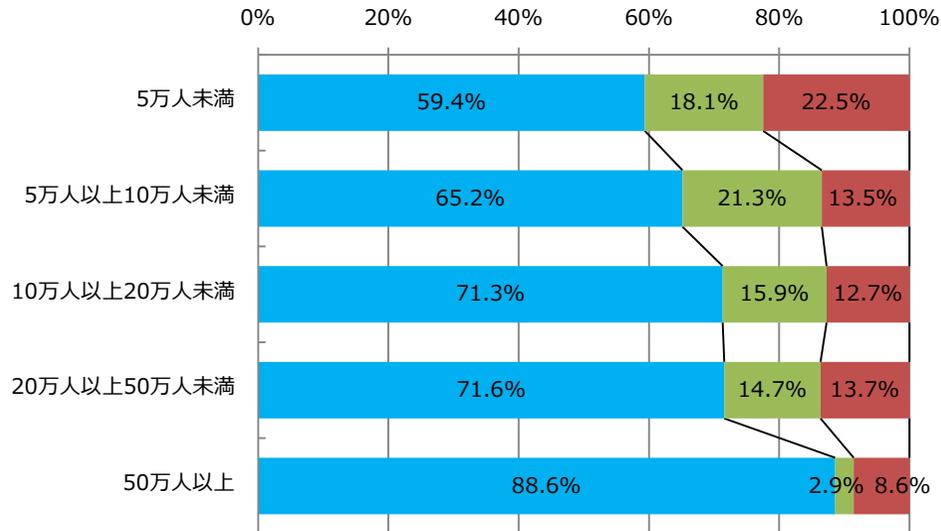


# 在宅医療・介護連携推進事業の都道府県別平均実施数（8事業項目の実施数）



# 人口規模別の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

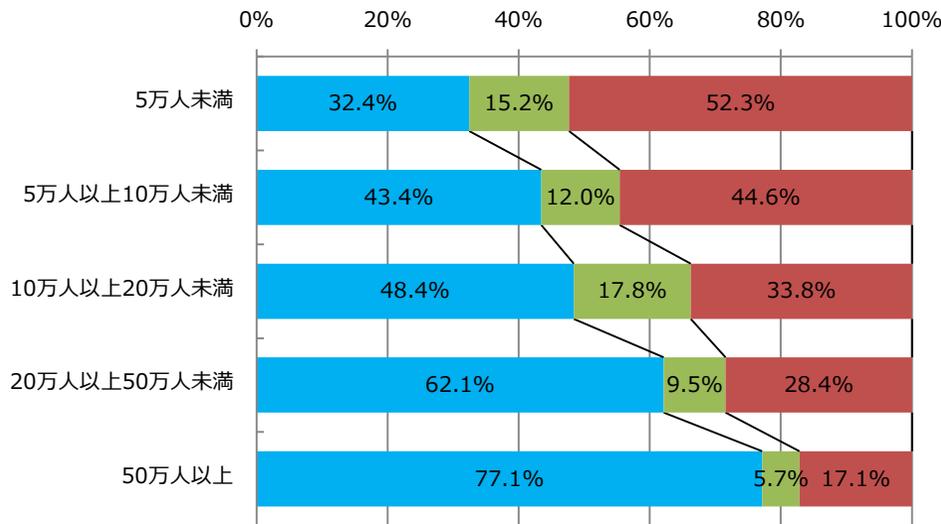
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握



(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



(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



(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

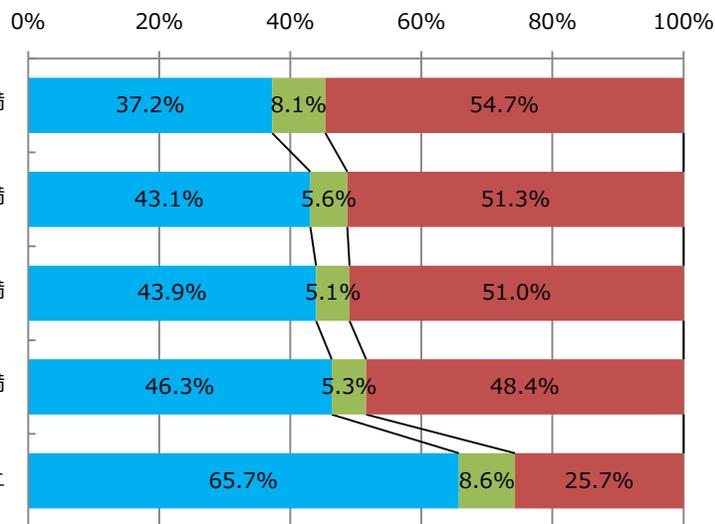


■ 実施している ■ 年度内に実施予定 ■ 実施していない

(n=1,741)

# 人口規模別の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

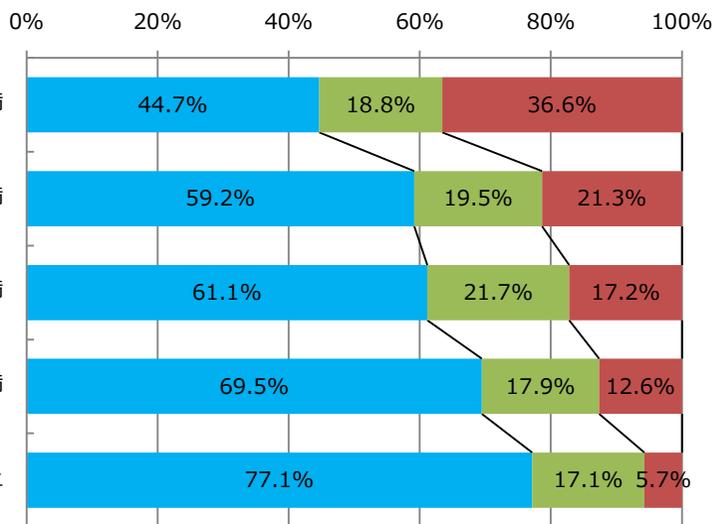
(オ) 在宅医療・在宅介護に関する相談支援



(カ) 医療・介護関係者の研修



(キ) 地域住民への普及啓発



(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携



■ 実施している ■ 年度内に実施予定 ■ 実施していない

(n=1,741)

# 事業を実施していない主な理由や課題 (ア) から (工)

※比較的小規模の市町村の回答が多かったものを「◎」としている

## (ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 介護資源は把握できているが、在宅医療への対応状況等の医療資源の把握が難しい。
- ◎ 市町村外の医療機関への受診が多く、広域的な医療資源の把握が必要だが、近隣市町村と調整できていないため。
- ◎ 医療・介護の資源が数えるほどしかないため、改めて実施しなくても把握できている。

## (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 現状と課題について整理、分析するノウハウが乏しい。
- ◎ 在宅医療・介護連携を主とした会議を設置していない。既存の会議（例：地域ケア会議）の活用を検討しているが、位置付けの整理が難しい。
- ◎ 市町村外の医療機関等を利用する住民が多く、医師会や近隣市町村と実施したいが足並みが揃わない。
- ◎ 市町村内に郡市区医師会の事務局がなく、郡市区医師会とのつながりも乏しいため、連携しにくい。
- 医師会や在宅療養に関わる医師への働きかけ方がわからず、連絡・調整がとれていない。

## (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

- 体制整備に医師会の協力は不可欠と考えるが、具体的にどのように取り組めばいいかわからない。
- ◎ 資源が少ないことや、近隣市町村の医療機関等の利用も多く、町内だけで切れ目のない体制を作るのは困難。近隣市町の医療・介護機関の協力が不可欠であるが、近隣市町村との調整までは至っていない。
- (ア) (イ) に着手し、これらの取組を踏まえた形で取り組むべき項目と考えているため。

## (工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◎ 医療・介護の資源が数える程しかないため、改めて情報共有ツールを作成しなくても個別に対応できる。
- ◎ 患者の流出入があるため二次医療圏等広域的な運用をすると効果的と考えているが、近隣市町村との調整をどのようにしていったらいいかわからない、また、調整が難航している。
- ◎ 医師会の管内市町村が複数市町村あり、各市町村の方針が定まらない。

# 事業を実施していない主な理由や課題 (オ) から (ク)

※比較的小規模の市町村の回答が多かったものを「◎」としている

## (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- 相談・調整業務を担う有資格者（人材）の継続確保が課題となり実施できていない。
- 医師会等の協力が必要と考えるが、地元医師会や医療機関の理解が得られていない。
- ◎ 自治体規模が小さいため、複数自治体で実施を検討しているが、郡市区医師会との調整を含め検討が難航している。

## (カ) 医療・介護関係者の研修

- ◎ 人的な余裕やノウハウがなく、どのように実施したらいいかわからない。
- (ア)による実態把握と(イ)による関係者との課題の整理ができておらず、研修の実施に至っていない。

## (キ) 地域住民への普及啓発

- ◎ 住民へ普及啓発できる程、連携や在宅医療に関する事項が十分に取り組めていない、サービスが整っていない。
- 自治体として在宅医療等を推進する方向性がさだまっていない。関係団体と十分、協議されていない。

## (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 他市町村が広域連携についてどのような点を課題としているのか、広域連携を必要としているのかわからない。また、広域連携の進め方がわからない。
- ◎ 県や保健所に医師会や基幹病院を交えた連携の推進を図っていただきたいが支援が得られていない。
- ◎ 近隣市町村が二次医療圏も郡市区医師会の管内自治体とも異なるため連携のきっかけを掴めない。
- 高次医療機関が全て市内にあり、市内の連携は必要だが、近隣市町村との連携の必要性はない。

## その他、全体に関わる自由記載

- 29年4月までの移行を求められている介護予防・日常生活支援総合事業を優先せざるを得ず後回しになっている。
- 職員が足りず手が回らない。

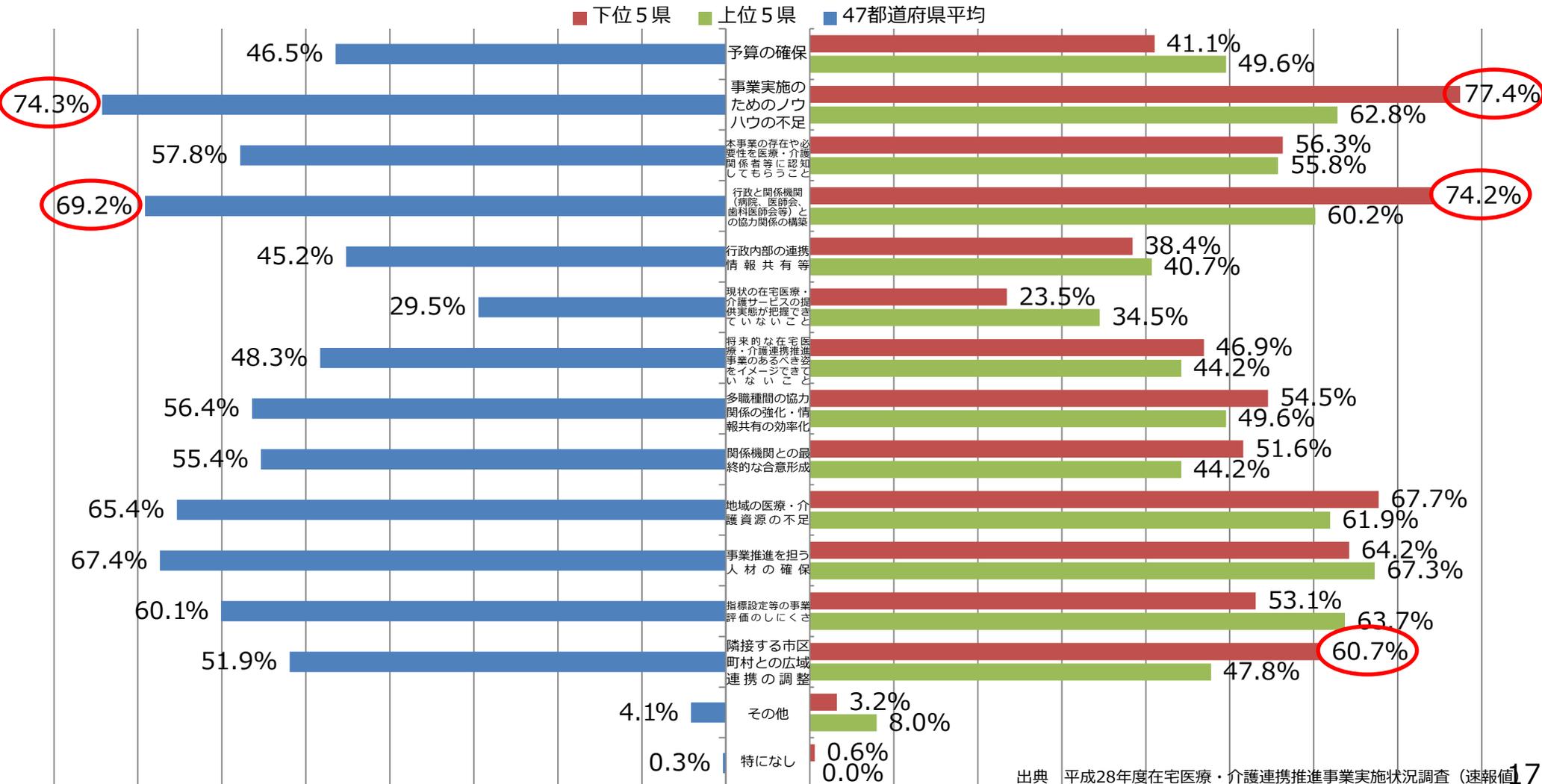
# 在宅医療・介護連携推進事業の実施する中での課題

## ○在宅医療・介護連携推進事業を実施する中での課題

事業実施のためのノウハウ、関係機関（病院、医師会、歯科医師会等）との連携と回答している市町村が多かった。

## ○平均取組数が多い都道府県内の市町村と少ない都道府県内の市町村における課題認識の比較

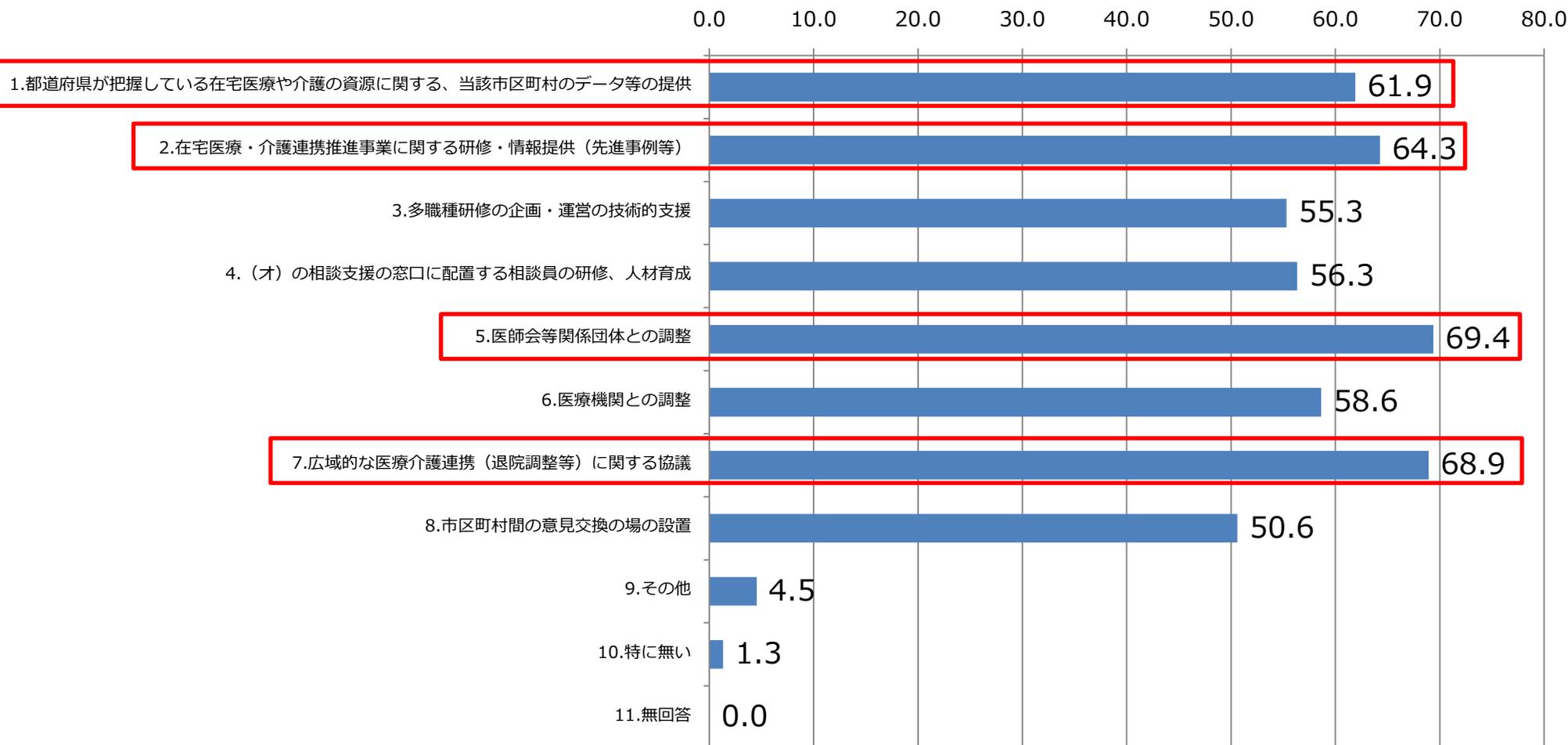
取組数が少ない都道府県（下位5県）内の市町村においては、取組が多い都道府県（上位5県）内の市町村に比べて、事業実施のノウハウの不足、関係機関との協力関係の構築、近隣市町村との広域連携の調整を課題として回答している割合が多かった。



# 在宅医療・介護連携推進事業の都道府県からの支援を希望する取組

## ○都道府県からの支援を希望する取組

医師会等の関係団体との調整、在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供、都道府県が把握している在宅医療・介護のデータ提供、広域的な医療介護連携（退院調整等）を希望する市町村が多かった。



# 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書

地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書  
(平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業) より抜粋

## 地域マネジメント

- **「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返すこと、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」**
- 地域マネジメントを行う上で最も重要な点は、「どのような地域社会を作りたいか」という理念と、その進捗を評価する具体的な「**目標と指標の設定**」。

## 医療・介護連携と多職種連携の促進

- 現状では多くの自治体において、「顔の見える関係」を築いた後の具体的な活動内容を、十分にイメージできないという声も少なくない。厚生労働省から発出された「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」に示された事業内容の「(ア)～(ク)」にこだわり、本来の目的がみえないまま、取組の一部分だけを切り取り実施している自治体も少なくない。

### ■ 医師会との協働による仕組みづくり

- 在宅医療・介護連携推進事業においては、郡市医師会への事業委託が可能であり、医師会が有する地域のネットワークやこれまでのノウハウの活用による事業の推進が重要。

### ■ 仕組みができれば、日々の連携を進める

- 医療介護連携は、地域ケア会議など日々の実践の積み上げによって、その地域の経験が蓄積され、それぞれの関係者の動きが円滑になり、よりよいケアにつながる。
- **仕組みを定期的に評価・検討する場を設け、実践を蓄積し、評価し、多職種間で共有するシステムが重要。**

## 都道府県の役割

### ■ 医療介護連携・多職種連携における都道府県への期待

- 小規模自治体における医療介護連携は、複数の市町村の連携による体制づくりを基本としつつ、都道府県や保健所のバックアップが不可欠。
- 二次医療圏を対象とする地域マネジメントを通じた、地域医療ビジョンと連動した在宅療養支援体制構築、先進的な取組の情報共有、市町村分析等からの地域包括ケアシステム構築に向けた改善策の提案など考えられる。

# 地域包括ケアシステムと地域マネジメント



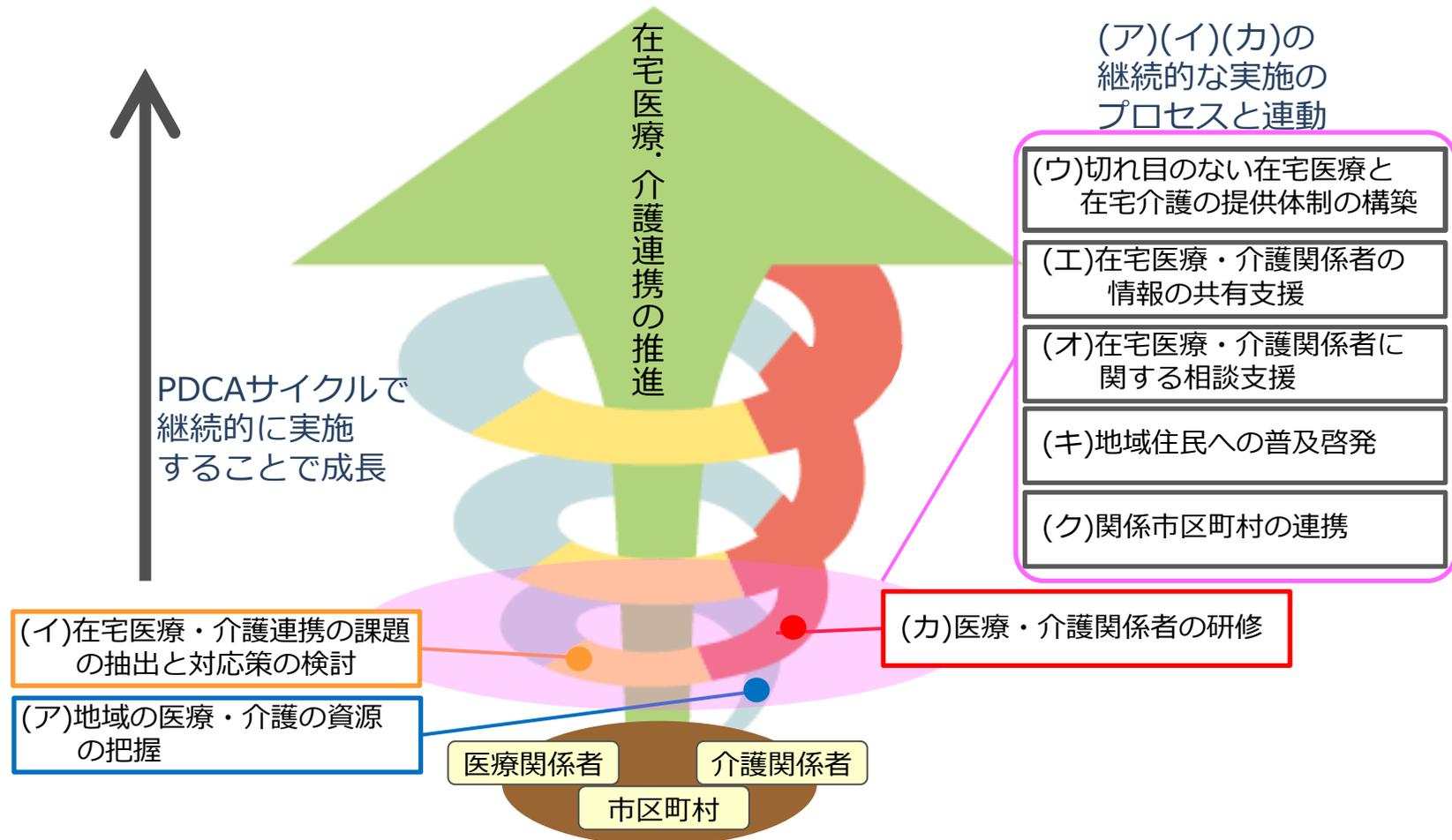
## <地域マネジメント>

- 地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に受けた活動を継続的に改善する取組み
- 「どのような地域社会を作りたいのか」という理念と、その進捗を評価できる具体的な「目標と指標の設定」が重要  
→数量的に評価しうる具体的な目標の設定と共有

# 在宅医療・介護連携推進事業の進め方のイメージ

出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変  
(平成27年度老人保健健康増進等事業)

- 地域の実情という多様性の存在を前提としつつ、各地域における医療・介護提供体制のあるべき姿（目標）や進め方の全体像を関係者で共有した上で、各取組を一体的に行うことが非常に需要。
- 複数の主体が参加して体制を構築・強化していく過程は、常に参加者の認識の共有と合意、新たな知識の獲得や深化、意識変容、連携強化が行われ、その一連をもって体制構築・強化が行われるという正のスパイラルである。それを短期間に成し遂げるためには、漫然と取組を行うのではなく、戦略的に取り組んでいくことが必要。



# 事業項目（ア）～（ク）とマネジメントサイクル

「何のための」（＝目的・目標）を  
具体化して取り組むことが重要

（ア）地域資源の把握

（ウ）切れ目のない体制構築<sup>注</sup>

（エ）情報共有の支援

（オ）相談支援

（カ）研修

（キ）地域住民への普及啓発

（ク）関係市区町村の連携

評価

情報収集

実行

分析

（イ）課題抽出と対応策の検討

計画

すべての実施事項が評価指標（特にア  
ウトカム）と論理的につながっている  
ことを確認しながら進める

注（ウ）だけは実施事項というより「目標」に近い。「誰・どこ・何の」切れ目をなくしたいのか明確にしてから取り組むよう注意。

# (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）に提供する内容を検討する。



## 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・介護サービス事業所を対象に調査を実施。
- (5) 調査結果等をもとに、地域の医療・介護の資源の現状を取りまとめる。

### 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の情報提供

把握した情報が在宅医療・介護連携の推進に資する情報か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、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(ク)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・副主治医制導入の検討、医療・介護のネットワーク作り、顔の見える関係作り、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、対応案を作成。
- (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案等について検討。

## 留意事項

- (1) 会議の構成員は、郡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。

# 柏市：現状の把握・分析

## 【主な収集データ】

### <ストラクチャー>

- ・ 病院数
- ・ 市内病床数
- ・ 在宅療養支援診療所数
- ・ リハビリ事業所数
- ・ 在宅療養支援歯科診療所数
- ・ 在宅患者訪問診療料・在宅患者訪問歯科診療料・訪問看護・訪問リハビリを算定している診療所・事業所等の数
- ・ 人口10万人対医師数
- ・ 一次～三次救急医療体制
- ・ 有料老人ホーム定員
- ・ サ高住戸数
- ・ 想定病床数
- ・ 診療所数
- ・ 訪問看護ST数

### <プロセス>

- ・ 病床利用率
- ・ 平均在院日数
- ・ 在宅患者訪問診療料の算定人数
- ・ 人口10万人対1日平均患者数
- ・ 訪問診療医および訪問看護STの夜間・休日対応の実績
- ・ 病院退院後の行き先と在宅医療につながった実績の状況
- ・ 入院病床から在宅へ以降する患者数推計

### <アウトカム>

- ・ 自宅看取り数
- ・ 市内と市外の診療所の看取り件数
- ・ 死亡場所別死亡数の推移

### <人口等>

- ・ 人口推計
- ・ 高齢化率
- ・ 要介護認定率

### <その他>

- ・ 入院医療の医療圏内完結率
- ・ 最期を迎える場所の意向
- ・ 特養待機者数

## 【現状分析】

- 高齢化率は23.1%で全国平均より低い水準。
- 後期高齢者人口は約3万人だが、社人研の推計では2030年には約7万人になる。この伸び率は2.17倍で、全国（1.61倍）や千葉県（2.02倍）よりも大きく、急激に高齢化が進むことが予想される。
- 高齢者人口の急激な増加により、医療の必要な高齢者も増加が予想され、現在の病床数ではカバーできず、病院から高齢者の患者が溢れる可能性が示唆される。
- 一方在宅医療に取り組む医師・診療所の数は少ない（在宅療養支援診療所数は14ヶ所）。訪問看護ステーションも少なく、小規模なところが多い。

## 課題

- 24時間365日対応への負担感や、専門領域外への診療への不安感から、在宅診療を行う医師が少ない。
- 医療職・介護職それぞれがサービスを提供しているため、連携に乏しい。
- 患者・家族は、入院以外に「在宅医療」という選択肢があることを知らない場合が多い。

# 柏市：目標設定と対応策の検討

## 課題（再掲）

- 24時間365日対応への負担感や、専門領域外への診療への不安感から、在宅診療を行う医師が少ない。
- 医療職・介護職それぞれがサービスを提供しているため、連携に乏しい。
- 患者・家族は、入院以外に「在宅医療」という選択肢があることを知らない場合が多い。

## 目標

- 在宅医療が必要な患者を一部の医師により「点」で支えるのではなく、市域全体をカバーすることによって「面」への広がりを持たせる
- 医療職・介護職等の「多職種が連携」することにより、安心して質の高いチームケアを提供できる体制を構築
- 市民に「在宅医療の必要性・重要性」を理解してもらう

## 目標達成のための取組み：対応策

1. 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築
  - ① かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ（主治医・副主治医制）
  - ② 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保
2. 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進
  - ① 在宅医療多職種連携研修の実施
  - ② 訪問看護の充実強化
  - ③ 医療職と介護職との連携強化
3. 情報共有（多職種連携ICT）システムの構築
4. 市民への啓発、相談・支援
5. 上記を実現する中核拠点（柏地域医療連携センター）の設置・運営

# 千葉県柏市での取り組み

## 在宅医療

## 主な取り組みと成果

### 1 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

- ① かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ（主治医・副主治医制）
- ② 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

### 2 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進

- ① 在宅医療多職種連携研修の実施
- ② 訪問看護の充実強化
- ③ 医療職と介護職との連携強化

### 3 情報共有（多職種連携ICT）システムの構築

### 4 市民への啓発，相談・支援

### 5 上記を実現する中核拠点（柏地域医療連携センター）の設置・運営

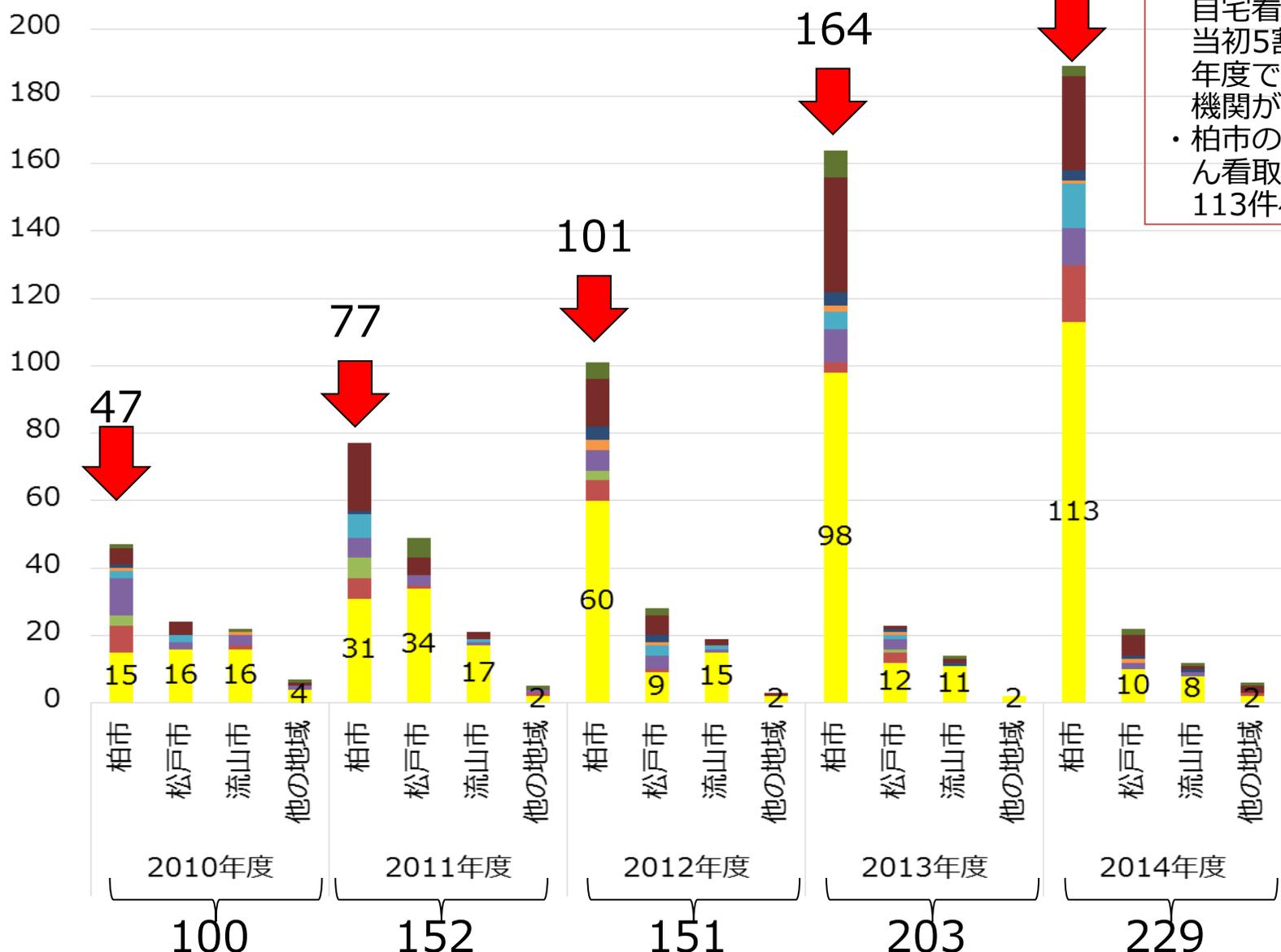


#### 【主な成果】

- 在宅医療多職種連携研修（H23.5～ 通算7回） 355人（医師54人）
- 顔の見える関係会議（H24.6～ 通算16回） 3,131人（H27年度）
- 在宅療養支援診療所 14箇所（H22年4月） → 32箇所（H28年4月）
- 訪問看護ステーション 11箇所（H23年12月） → 25箇所（H27年12月）
- 柏市の在宅診療所による年間自宅看取り 47件（H22年度） → 189件（H26年度）
- 多職種連携・情報共有システムID発行（H28年3月末） 808人（263事業所・診療所）

# 5. 在宅医療・介護連携の成果、今後の取組等(2)

## 自宅看取り件数の推移 (医療機関の立地別、死因内訳あり)



- ・自宅看取りによる死亡者数は5年間で2.3倍に増加。
- ・うち、柏市の医療機関による自宅看取り件数も年々増加。当初5割弱だったが、2014年度では、8割強を市内医療機関が対応している。
- ・柏市の医療機関による自宅がん看取りは、5年で15件から113件へと伸びた

- その他の死因
- 老衰 (認知症を含む)
- 腎疾患
- 肝疾患
- その他の呼吸器疾患
- 肺炎
- 脳血管疾患
- 心疾患
- 悪性新生物

(株) メディヴァによる人口動態統計・死亡小票分析調査より

# チームかまいし（岩手県釜石市での取り組み）

## 【岩手県釜石市】

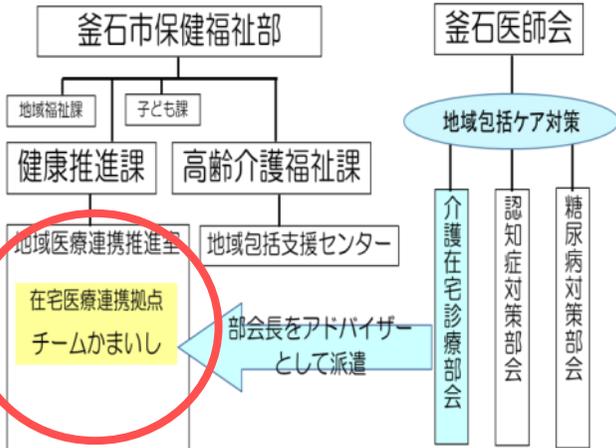
【面積】 441.32Km<sup>2</sup>  
 【人口】 36,594人  
 【高齢化率】 36.5%  
 (H28.4月末現在)



平成24年7月1日 **釜石医師会との連携**により、厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機に「**在宅医療連携拠点チームかまいし**」を設置

- 医師会派遣のアドバイザー配置
- 連携コーディネーター配置

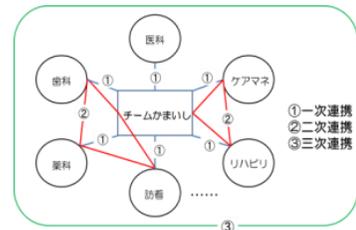
## 【チーム釜石関連組織図】



## 実施内容

### 【連携コーディネート手法】

職種内の課題（例：総意の形成、知識不足）、職種間の課題（例：職種理解、相談ルート）、地域全体の課題（例：役割分担、ICT、啓発活動）と課題ごとに異なる場を設定して取り組みを推進。



→ 課題に解決の『場』と『手法』を提供

### ◆ **一次連携**（連携拠点と一職種による連携）

- 課題の抽出と解決策の検討・実践
- 職種内の気づきと課題の共有の促進  
⇒ 連携拠点が職種内の課題解決のための取組を支援

### ◆ **二次連携**（連携拠点が仲介する複数職種の連携）

- 一次連携のニーズをマッチングすることで連携構築を支援  
(例) 医科歯科同行訪問研修、多職種合同研修会 等  
⇒ 反省会での課題の抽出と解決策の検討・更なる実践へ

同行訪問（歯科）

同行訪問（薬科）



『在宅臨床協働』が実現

➢ 多職種間の相互理解は臨床の現場でより促進。各職種の引き出された専門性が体感でき（一目瞭然であり）、役割分担のイメージが鮮明になる。

### ◆ **三次連携**（地域全体のコンセンサス形成の場）

- 職種間で解決困難な地域全体の課題を抽出・検討  
⇒ 釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会  
釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会



# 一次連携

## チームかまいしと一職種による**詳細な課題の抽出**



歯科連携（一次）（10）



薬科連携（一次）（10）



ケアマネ連携（一次）



「釜石リハ士会」の設立を支援

リハ連携（一次）

# 一次連携で抽出された課題リスト

ケアマネ

病院

第1回ケアマネ連携に関する打ち合わせ会議 (1次連携)

第1回連携室連携(看護)に関する打ち合わせ会議 (1次連携)

2014/8/8

退院調整以外の業務(医療)

No	職種	発言者	備考
1	ケアマネ	新宮	院内
2	医師	寺田	ケアマネ
3	医師	寺田	ケアマネ
4	ケアマネ	岩崎	院内
5	ケアマネ	岩崎	ケアマネ
6	ケアマネ	岩崎	ケアマネ
7	医師	寺田	ケアマネ
8	医師	寺田	ケアマネ
9	医師	寺田	ケアマネ
10	医師	寺田	ケアマネ
11	医師	寺田	ケアマネ
12	ケアマネ	澤田	ケアマネ
13	医師	寺田	ケアマネ
14	ケアマネ	澤田	ケアマネ
15	ケアマネ	澤田	ケアマネ
16	医師	寺田	慢性期病院
17	医師	寺田	慢性期病院
18	医師	寺田	診療所
19	医師	寺田	診療所、歯科
20	ケアマネ	松田	薬科
21	ケアマネ	松田	ケアマネ
22	医師	毛田	院内

一次連携のいいところは他の職種  
の目を気にせずに思い切り言  
いたいことが言えること

ていると思う。

MSW 連携の最大課題はケアマネ。向こうもそう思っていると思う。  
MSW 病棟看護士の教育をどうするか

# チームかまいし 多彩な現場レベルの連携企画



同行訪問



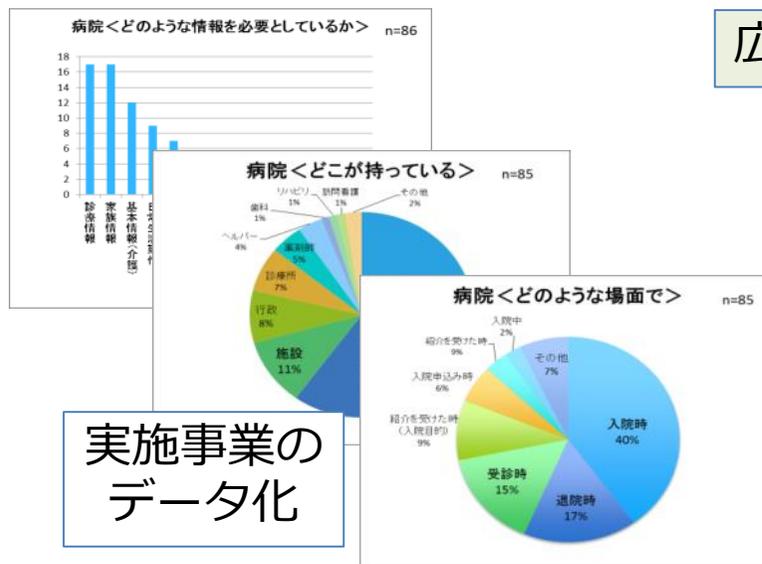
出前講座



同行訪問



セミナー



「かまいし・おつち医療情報ネットワーク」運用開始  
5月1日【オープンセミナー】多岐保健会ホール

多岐保健会の病院と診療所をつなぐ「かまいし・おつち医療情報ネットワーク」が5月1日、本誌発刊しました。多岐大医師会との協働による診療所と独立系診療所とのネットワークづくり、患者の必要な医療の受診と検査結果を共有でき、専門家の指導を受けられるほか、在宅医療での検査や診療の手助けができるなど、医療従事者と患者の双方にメリットを生みます。

運用開始を記念したセミナーには、多岐医師会、多岐保健所、独立系病院、多岐の、大医師が出席。会場には多岐市民の皆さんも多く参加し盛況でした。関心の高さがうかがえました。ネットワークは本年運用に開始し、医師会、介護施設などにも拡大する予定で、より効果が期待できるネットワークの構築が期待されます。

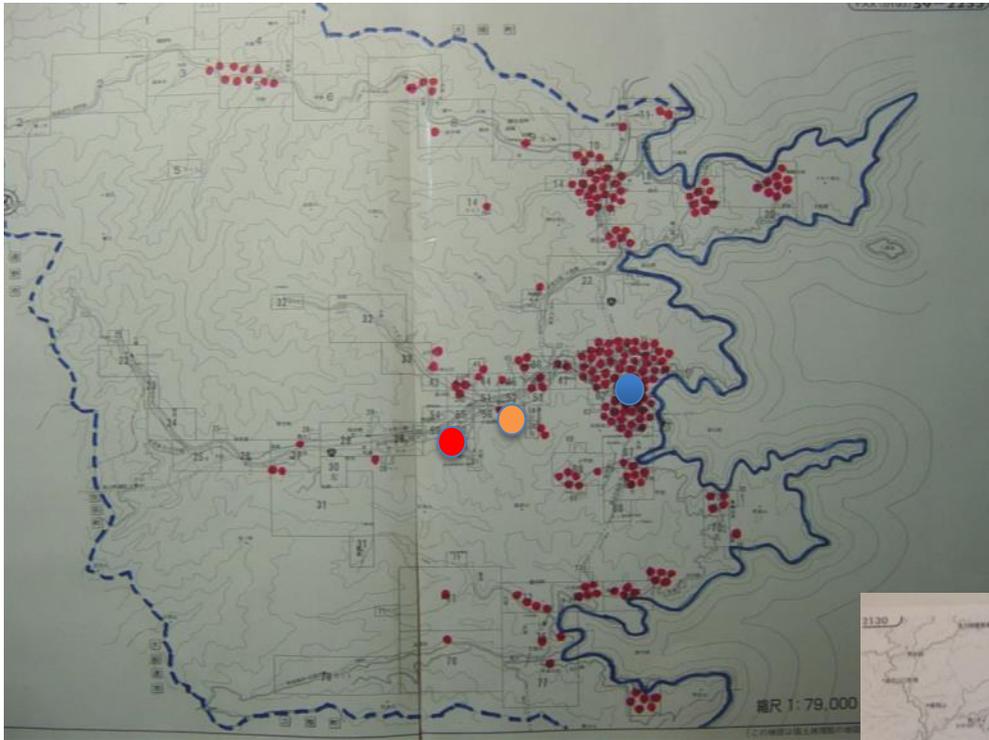


成果③

在宅医療が市内全域に

Phase II  
平成23年2月

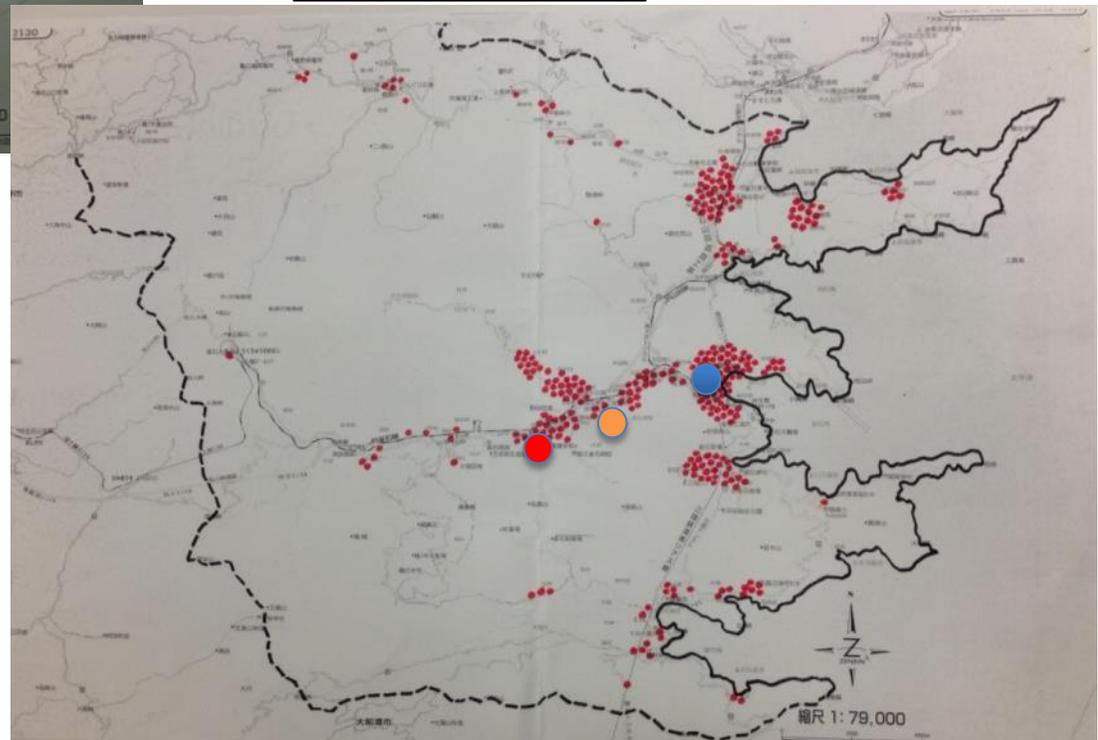
患者数：306名



Phase I  
平成17年

患者数：202名

- 釜石市民病院
- 釜石のぞみ病院
- せいてつ記念病院
- 県立釜石病院



# プラン作成強化セミナーの事前課題（記載要領）

参考資料1

【 ●●県××市 】		1. 在宅医療	2. 入院医療	3. 在宅介護	4. 庁内	5. 多職種間の連携	6. 利用者
現状	①量的充足 ニーズに対する資源・提供サービスの量	○診療所数 ○在宅療養支援診療所数 ○在宅療養支援病院数 ○訪問看護事業所数（内24時間対応事業所数） ○在宅療養支援歯科診療所数 ○在宅訪問を行う薬局数 ○在宅医療地域完結率 ○資源の量的充足（人口規模、高齢者人口、認知症患者数の将来推計等と比してどうか） ○在宅医療の資源の分布	○病院数（一般病床、療養病床、精神病床） ○有床在支診数 ○二次医療圏病院数（三次救急、大学病院等） ○入院完結率 ○平均在院（入院）日数 ○退院支援加算算定医療機関数 ○病院、有床診療所の設置・機能の状況 ○近隣自治体の病院、有床診療所の設置・機能の状況 ○市内の入院完結率の状況と影響要因 ○救急医療の状況（搬送先等）	○居宅介護支援事業所数 ○地域包括支援センター数（直営/委託別） ○介護保険サービスに係る給付費とその将来推計 ○要介護認定者数の将来推計 ○人材の量的充足	○在宅医療・介護連携推進事業に係る予算 ○担当課の人員配置	○医療介護の関係団体会議、多職種合同研修会、地域ケア会議等の開催 ○医療及び介護における関係団体の状況 ○入院時の介護支援専門員からの情報提供率（介護支援専門員→医療機関への情報提供率） ○退院調整率（医療機関→介護支援専門員への情報提供率）	○人口の将来推計 ○在宅医療の利用状況 ○在宅で最期をむかえたい住民の割合 ○在宅で看取りを希望している家族の割合 ○在宅看取り率
	②質的充足 提供されているサービスの質等の確保	在宅医療に係る人的・物的な質の向上に関わる事項について記載 ○地元医師会による在宅医療従事者向け研修：●回/年 ○在宅医療に対する関係団体等の意欲・困難感 ○在宅医療関係者の意欲・困難感、在宅医療・介護連携に関する理解度 ○相談窓口の設置状況 ○後方支援病床の整備状況 ○病診連携体制 ○地理的要因	入院時や退院時に係る病診連携、医療・介護連携に関わる事項について記載 ○地元医師会による診療所との連携に関する研修：●回/年 ○病院、有床診療所の退院支援窓口（地域連携室等）の設置状況 ○病診連携体制 ○病診連携、病院医療と介護の連携に係る関係者意欲・困難感及び理解度 ○後方支援病床の整備状況	在宅介護に係る人的・物的な質の向上に関わる事項について記載 ○居宅介護事業所間の連絡会議の開催 ○介護従事者向け研修会の開催 ○介護支援専門員の活動の実態 ○困難ケースへの対応体制 ○介護職の意欲・困難感 ○介護職員間の連携状況 ○地理的要因	在宅医療・介護連携推進事業に係る担当課職員等の質の向上に関わる事項について記載 ○都道府県等が開催する各種研修への参加状況 ○自治体の計画等、在宅医療・介護に関する考え方の理解度 ○庁内での取組体制の整備状況、担当部署間の連携のしやすさ	多職種が一堂に会する場の設定や連携に関わるルール策定等の取組について記載 ○顔の見える関係の構築状況と構築に影響している要因 ○在宅医療・介護連携の状況と影響している要因 ○入院時における情報共有ルール策定 ○団体ごとの取組状況 ○二次医療圏における在宅医療と介護の連携状況及び多職種間の連携状況 ○自自治体と関係団体との連携状況	住民向けの世論調査・意識調査、講演会の開催等について記載 ○世論調査から得た一般的な国民の意識 ○住民意識や実態に対する調査から得た住民の意向 ○普及啓発の取組状況（在宅看取りに関する住民向け講演会等）
1. ～6. の「①量的充足」「②質的充足」から、「現状から把握できる強みと弱み」をそれぞれ記載する。							
できる現状強みから把握	強み	視 点 ○在宅医療に対する意欲 ○地理的環境 ○相談窓口 等	視 点 ○在宅医療への意欲や理解 (市立病院の・▲病院・近隣の病院) 等	視 点 ○資源数の多さ・多様さ ○困難ケースへの対応 ○介護職の意識の高さ 等	視 点 ○積極的な基本構想 ○庁内の推進・協力体制の確保 等	視 点 ○顔の見える関係構築への意欲・実態 ○職能団体ごと等の積極的な取組 ○医療・介護従事者等と市との連携 ○病診連携の充実 ○地域ケア会議等の充実 等	視 点 ○在宅看取りの希望の増加 等
	弱み	視 点 ○資源の少なさ ○在宅医療に対する診療所の不安 ○広報支援病床が未確保 等	視 点 ○救急医療を行う病院の理解不足 ○回復期機能を有する病院が少なさ ○後方支援病床の未整備 等	視 点 ○人材不足 等	視 点 ○庁内の推進体制の未整備 ○予算確保の困難さ 等	視 点 ○多職種連携の基盤の不十分さ ○他市との連携の困難さ ○各職能団体等の所属外機関への対応 等	視 点 ○在宅医療利用者の少なさ ○普及啓発の不十分さ 等

【××市の強みと弱みの総括】

強み	1. ～6. の「現状から把握できる強みと弱み」から、自市町村の総括的な「強み」「弱み」を記載する。
弱み	

以下を参考・改編し作成

- ・平成25年度 RISTEX研究開発プログラム「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」研究開発プロジェクト「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」（医療法人アスムス（理事長 太田秀樹））
- ・富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書（平成27年度老人保健健康増進等事業）

# (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) 研修の目標、内容等を含む実施計画案を作成し、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と、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)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、  
在宅医療をうける利用者・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



#### ・在宅ケア活動発表会（かたり隊）

地域包括ケアシステムの実現に向けた地域の取り組みを共有

「まちづくりいつするの 今でしょ！  
チーム平成で進める地域協働ケア」

「夫婦二人が自宅で生活を送れるように、  
多職種連携で支援した。」

「地域が一体となった連携活動を！  
～地域住民と共に行う地域作り～」

「熊本在宅ドクターネットにおける  
『事前指定書』作成の取り組み」

「多職種プレゼンリレー」

# 多職種研修の実施による在宅医療・介護連携の推進

1 多職種研修におけるグループワーク等を通して、

- ①ネットワークづくり ——— 地域における医療・介護関係者と知り合う(顔の見える関係性の構築)
- ②新たな知識の獲得(レベルの向上) ——— 他の職種の役割・能力・現状や、地域の実態・困り事等を知る
- ③他職種からのフィードバック (モチベーションの向上) ——— 事例検討等を通して、それぞれの職種に求められる内容に気づく (他の職種からのフィードバックは、特に、医療系職種にとっては貴重な機会)

2 多職種によるグループワークの企画・運営の経験により、

在宅サービスの実践スキルの向上、在宅医療の取組に必要なコミュニケーションスキルの向上、チームビルディングによる地域での在宅医療の人材が育成される。



## <事例検討等グループワーク等の実施>

地域の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・MSWや、ケアマネジャー等の介護関係者とのグループワークを通して、「地域には頼りになる多職種がいる」ことを知る。

在宅医療に  
取り組んでみようかな

この前一緒に研修した〇〇先生や看護師の△△さんに相談してみよう

あのケアマネさんに相談してみよう



## <在宅医療と介護の連携の推進>

### <医療・介護関係者及び関係団体における、在宅医療・介護連携に取り組む機運の醸成>

多職種研修を実施するのに必要な、調整や運営を通して、行政、医療・介護関係者、関係団体の関係性が構築され、連携に対するモチベーションが高まる



### <多職種研修で実施されるグループワークの例>

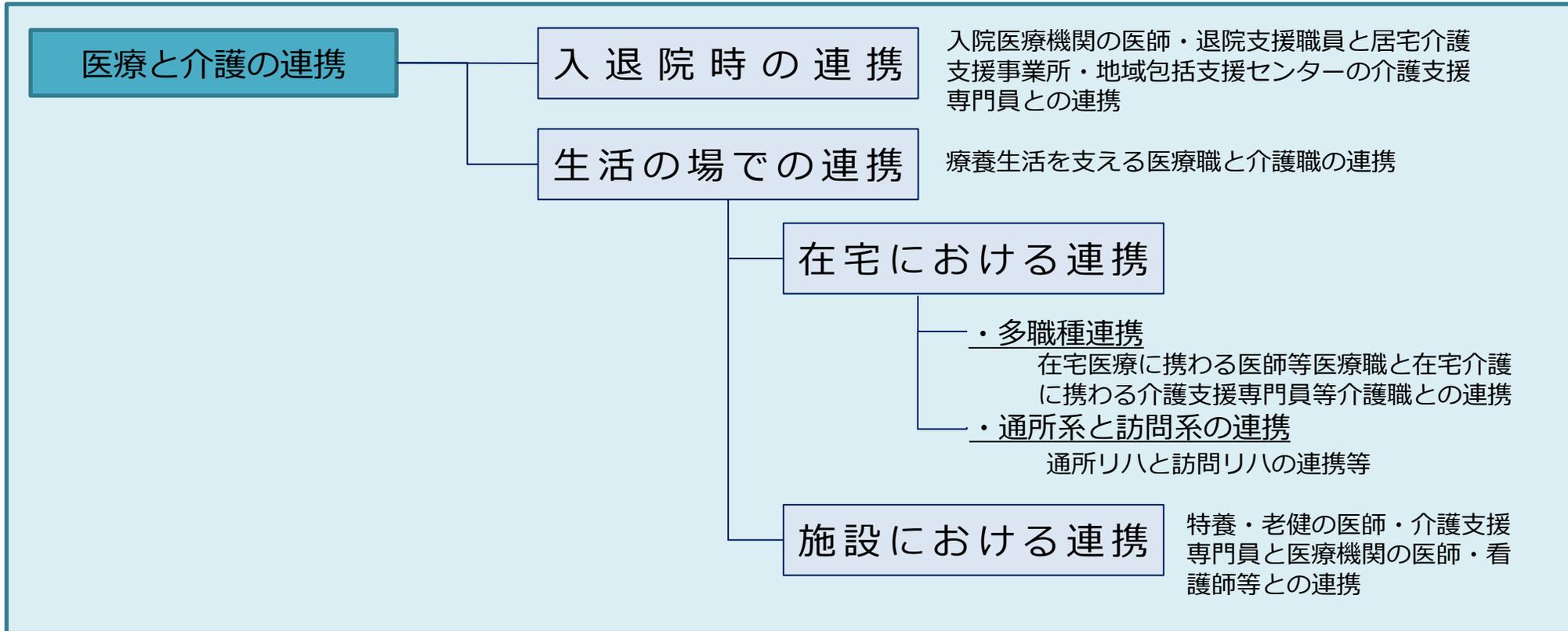
- ・事例検討 Aさんには、どんなケアが必要？  
それぞれの職種は何をする？
- ・医療・介護資源マップの作成
- ・在宅療養を推進する上での課題と解決策 等

### ○研修運営ガイド

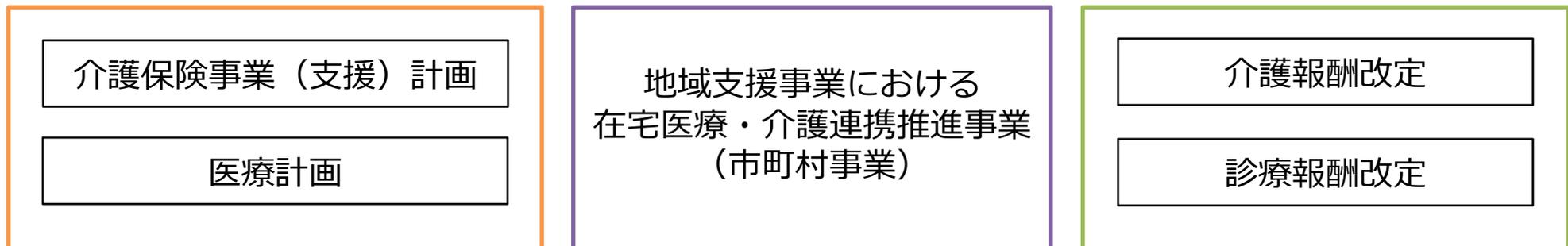
- 国立長寿医療研究センター／東京大学高齢社会総合研究機構／日本医師会／厚生労働省による共同名義
- 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- 開催日程に応じていくつかのパターンを例示

# 医療サービスと介護サービスの連携

## 主な医療と介護の連携の場面



## 主な施策



# 主な評価指標の例

前提として人口等（現在までの推移+将来推計）もおさえておく（※高齢者対象の在宅医療の需要を反映）

- 後期高齢者数
- 要介護認定者数
- 認知症高齢者数

	移行期 (退院 など)	在宅療養期		看取り期
		定時	臨時	
ストラクチャー(S)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 地域包括ケア病棟の病床数</li> <li>• 介護老人保健施設の定員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 訪問診療を行う診療所数</li> <li>• 在宅療養支援診療所数</li> <li>• 訪問看護ステーション数・従事者数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 往診を行う診療所数</li> <li>• 在宅療養支援診療所数</li> <li>• 24時間対応の訪問看護ステーション数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 往診を行う診療所数</li> <li>• 在宅療養支援診療所数</li> <li>• 24時間対応の訪問看護ステーション数</li> <li>• 看護小規模多機能型居宅介護施設数</li> <li>• 看取りを行う高齢者住宅・グループホーム等</li> </ul>
プロセス(P)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 平均在院日数</li> <li>• 退院時共同指導料の算定人数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在宅患者訪問診療料算定人数・回数</li> <li>• 訪問看護（介護・医療）算定人数・回数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 往診料算定人数・回数</li> <li>• 訪問看護の緊急時・夜間早朝・深夜加算の算定人数・回数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 訪問診療の在宅ターミナルケア・看取り・死亡診断加算の算定人数・回数</li> <li>• 訪問看護のターミナルケア加算の算定人数・回数</li> <li>• 自宅での死亡割合※</li> </ul>
アウトカム(O)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 患者のQOL・しあわせ</li> <li>• 家族の介護負担</li> <li>• 従事者のQV/L・働きがい</li> <li>• 1人あたり医療費・介護給付費</li> <li>• 自宅での死亡割合※</li> </ul>	さらに... <ul style="list-style-type: none"> <li>• リハビリ：訪問看護I5+訪問リハビリテーション</li> <li>• 薬剤：居宅療養管理指導（薬剤師）</li> <li>• 歯科：歯科訪問診療料</li> <li>• 口腔ケア：居宅療養管理指導（歯科衛生士）</li> <li>• 栄養：居宅療養管理指導（管理栄養士）</li> </ul>		

※自宅での死亡割合は、プロセス項目として捉える見方とアウトカム項目として捉える見方がある。

# 事例発表地域における現状把握の状況

		神奈川県 横須賀市	千葉県 柏市	岩手県 釜石市	富山県 上市町	東京都 北区
人口等	人口（推計）・高齢化率	●	●	●	●	●
	高齢者世帯数					●
	要介護度別要介護認定者数	●	●			
S	在宅医療を行う診療所数（在支診以外も含む）	●	●	●	●	●
	訪問サービスを行う施設数（診療所以外）	●	●	●	●	●
	病院数・病床数	●	●	●	●	●
	救急医療体制	●	●	●	●	●
	人口10万人対医師数	●	●	●		●
T	訪問診療・往診件数・実人数		●	●	●	
	訪問看護件数・実人数		●	●		
	訪問診療・訪問看護の夜間休日対応の実績		●			
O	死亡場所別死亡数・自宅看取り	●	●	●	●	●
	-	先進地と言われるところでもアウトカムまではあまり収集できていない（該当するデータソースがない）				
他	住民が希望する最期の療養場所	●	●			●
	入院医療の医療圏内完結率		●	●		
	高齢者施設の待機者数		●		●	

※指標とされた主なもの

さらに

# 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の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：「○医師と△医師はあまり関係がよくない」など

## 論 点

- 1 在宅医療・介護連携推進事業については、市町村における取組の実施数のみに着目するのではなく、実際の医療介護連携が必要とされる様々な場面において、連携が推進されているかについて評価を行うという視点が不可欠である。このため、地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案に至る方法について、国が具体化し、市町村にその実施を求めることとしてはどうか。
- 2 市町村では取組が困難な医療介護に関するデータの収集分析、在宅医療に係る体制整備、広域的な入退院時の連携等、都道府県が実施すべき市町村支援の取組について国が明確化し、地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の活用により、市町村支援の充実を図ることとしてはどうか。
- 3 在宅医療・介護連携推進事業の推進に向けて、これまでも有効と考えられる取組の横展開を図ってきたところであるが、さらに地域の実情に応じた取組を収集し、市町村や市町村支援を担う都道府県に示していくこととしてはどうか。
- 4 平成30年度に都道府県が策定する介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業に対する医療部局との連携を含め、より実効的な市町村支援の内容を盛り込むなど、都道府県の介護部局及び医療部局の双方が市町村支援に取り組むこととしてはどうか。（医療計画における在宅医療・介護連携推進事業に対する市町村支援については、医療計画の見直し等に関する検討会において、現在、議論されているところ。）
- 5 これまでの介護保険部会において、リハビリテーション等ニーズに応じたサービスの提供については介護報酬改定の際に検討することが適当との意見があった。同様に、入退院時における入院医療機関と在宅介護の連携等、医療と介護の連携の更なる充実に向けて、平成30年の介護報酬及び診療報酬の同時改定にあわせて検討することとしてはどうか。

## 地域包括ケアシステムの深化・推進

### 1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

#### (1) 保険者等による地域分析と対応

##### 【データに基づく課題分析と対応】

- ・ 各保険者が地域の実態を把握・課題を分析
- ・ 介護保険事業計画に、目標・取組内容等を記載
- ・ リハ職との連携等による自立支援・介護予防施策の推進

##### 【適切な指標による実績評価】

- ・ 要介護状態の維持・改善度合い、地域ケア会議の開催状況等の適切な指標に従い、実績を評価

##### 【インセンティブ】

- ・ 評価結果の公表、財政的インセンティブの付与の検討

##### 【国や都道府県による支援】

- ・ 各都道府県・市町村の地域分析に資するデータの提供(国)
- ・ 研修や医療職派遣に関する調整等(都道府県)

#### (2) 地域支援事業・介護予防・認知症施策の推進

- ・ ケアマネジメント支援について、地域の住民や事業所を含めた『地域全体をターゲットとする支援』へ拡大
- ・ 地域包括支援センターの機能強化(土日祝日の開所、地域ケア会議の内容の具体化・明確化、市町村による評価の義務付け等)
- ・ 介護予防に関するポイント付与が出来ることの明確化
- ・ 認知症の容態に応じたサービスを受けられる仕組みの構築
- ・ 認知症の人の視点に立った施策の推進

#### (3) 適切なケアマネジメントの推進等

- ・ ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組の推進
- ・ 居宅介護支援事業所の運営基準等の見直し検討(管理者の役割、公正中立の確保等)(報酬改定時に検討)

### 2. 医療・介護の連携の推進等

- ・ 医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案に至る方法を国が具体化し、市町村にその実施を求める
- ・ 介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業に対する医療部局との連携を含め、より実効的な市町村支援を盛り込むなど、都道府県の介護部局及び医療部局の双方が市町村支援に取り組むこととする

### 3. 地域包括ケアシステムの深化・推進のための基盤整備等

#### (1) 地域共生社会の実現の推進

- ・ 共生型サービスを位置付け
- ・ 相談支援専門員とケアマネジャーの連携の推進

#### (2) 介護人材の確保（生産性向上・業務効率化等）

- ・ ロボット・ICTに係る介護報酬や人員・設備基準の見直し等
- ・ 提出書類等の見直しや簡素化

#### (3) サービス供給への保険者の関与

- ・ 市町村協議制の対象拡大(ショートステイ)、地域密着型通所介護の指定拒否の仕組の導入、居宅サービス指定への市町村関与の強化

#### (4) 安心して暮らすための環境の整備

- ・ 有料老人ホームについて、前払金の保全措置の対象拡大等の入居者保護のための施策の強化等

# 在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

## 国の取組み

- ①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援
  - ・在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供
- ②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援
  - ・在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）
- ③好事例の横展開
  - ・取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

## 都道府県（保健所）の取組み

- ①小規模市町村等に対する効果的な事業の導入・展開に向けた支援
  - ・都道府県内外の先行事例のノウハウ提供等、事業実施に係る技術支援
  - ・都道府県が把握している地域の在宅医療・介護に関連する資料やデータの整理・提供
  - ・在宅医療・介護連携推進事業に従事する人材の育成及び情報共有の場の設置
- ②複数市町村にまたがる連携の取組等、広域的な在宅医療・介護連携の推進に向けた支援
  - ・広域的な医療・介護関係者に対する研修
  - ・広域的な普及啓発
  - ・「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村間の連携」に対する支援

## 市町村の取組み

### 在宅医療・介護連携推進事業の着実な導入・実施

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| (ア) 地域の医療・介護の資源の把握            | (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援      |
| (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討    | (カ) 医療・介護関係者の研修            |
| (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 | (キ) 地域住民への普及啓発             |
| (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援          | (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 |

# 在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた都道府県の役割

## －在宅医療・介護連携推進事業の手引きより－

- 都道府県（保健所）は、市区町村が本事業に対して積極的に取り組むことができるよう、各市区町村の取組について、事前の準備状況も含めて進捗状況等を把握し、その状況を共有するとともに、各市区町村の実情に応じて、以下のような支援を積極的に検討することが重要である。

### ● 都道府県（保健所）の市区町村に対する支援項目及び取組例

#### (1) 先行事例のノウハウ提供等、事業実施に係る技術支援

- ・ 都道府県内外の先行事例や好事例の把握、情報提供
- ・ 事業実施に係る市町村への技術的な助言や協力

#### (2) 都道府県が把握している地域の在宅医療・介護に関連する資料やデータの整理・提供

- ・ 医療機能情報提供制度で把握する医療資源の情報提供
- ・ 都道府県（保健所）が把握する医療統計等の整理・提供

#### (3) 在宅医療・介護連携推進事業に従事する人材の育成及び情報共有の場の設置

- ・ 在宅医療・介護連携に関する相談支援を担う人材育成
- ・ 市区町村や委託事業者等の担当職員を対象とする情報共有の場の設置や効果的な事業立案のための人材育成

#### (4) 広域的な医療・介護関係者に対する研修

- ・ 広域的に実施する方が効果的、効率的な医療・介護関係者の連携に資する研修
- ・ 小規模市町村における医療・介護関係者に対する研修（都道府県・保健所と市町村との役割分担を協議の上）

#### (5) 広域的な普及啓発

- ・ 広域的・全県的な普及啓発の実施（在宅療養や在宅看取りに係るパンフレットの作成等）

#### (6) 「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村間の連携」に対する支援

- ・ 関係市区町村間の連携、調整
- ・ 医療機関・医療関係団体等への協力依頼等の調整

### ● 地域医療介護総合確保基金を活用した在宅医療・介護連携に関する事業

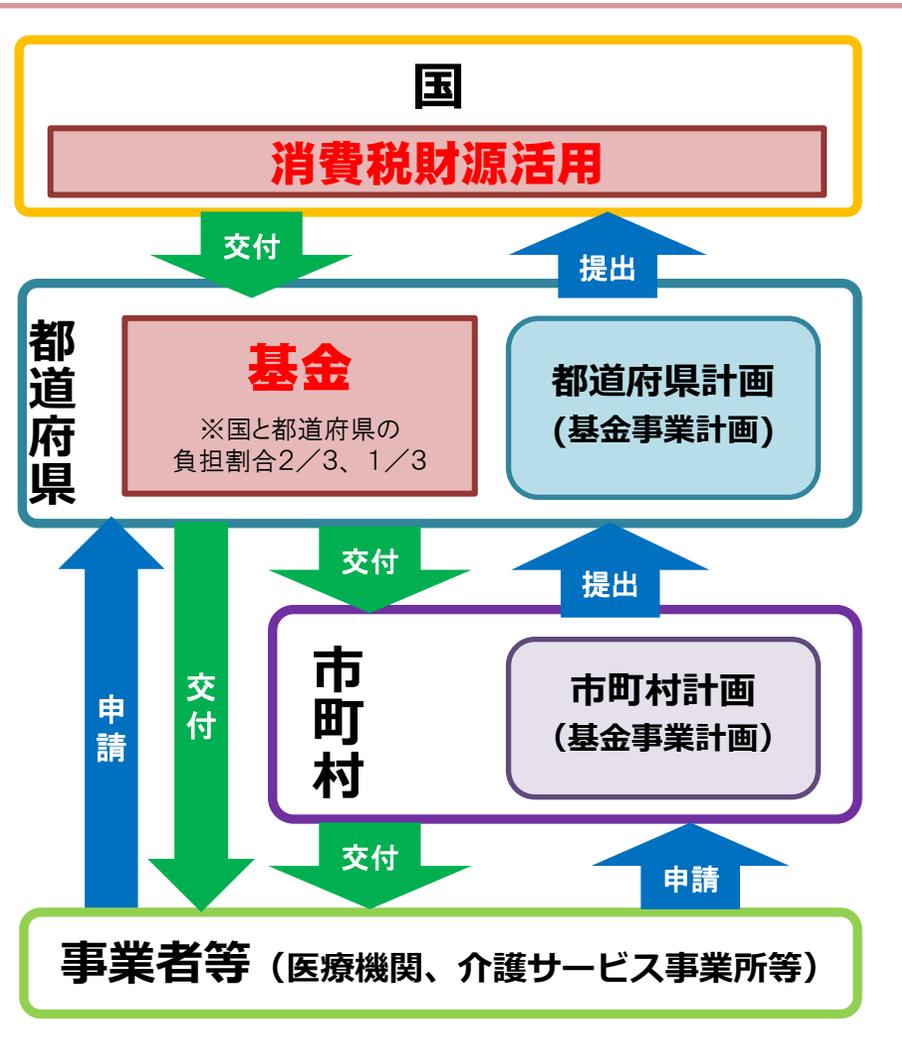
- ・ 在宅医療・介護連携のための事業で、地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）以外の事業については、地域医療介護総合確保基金を活用することが可能。
- ・ 市区町村との役割分担を明確にした上で、都道府県が広域的又は補完的に在宅医療と介護の連携に関する事業を行う場合は、地域医療介護総合確保基金を活用して差し支えない。
- ・ 医療と介護の双方にまたがる人材確保に関する事業については、当該事業の目的を整理した上で、医療又は介護のいずれかに計上するものとする。

#### 【事業例】 ・在宅医療・介護連携のための相談員（コーディネーター）の育成

- ・ ICTによる医療介護情報共有
- ・ 複数市区町村にまたがる退院調整ルールの作成等、広域的・補完的な在宅医療と介護の連携に関する事業 等

# 地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



## 都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
  - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
  - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
  - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
  - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
  - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
  - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

## 在宅医療の充実

### ■ 在宅医療の提供体制の充実

#### □ 訪問診療・往診

- ・医師の在宅医療導入研修
- ・24時間体制等のための医師のグループ化

#### □ 訪問歯科医療

- ・在宅歯科医療連携室の設置支援
- ・在宅歯科医療技術研修

#### □ 医療機関間の連携体制構築、情報共有等

#### □ 訪問看護

- ・強化型訪問看護STやST空白地域への設置支援
- ・新任訪問看護師の研修充実、研修機関の集約化

#### □ 薬局・訪問薬剤管理指導

- ・衛生材料等の供給拠点の設置支援
- ・訪問薬剤管理指導導入研修

### ■ 在宅医療推進協議会の設置・運営

在宅医療の推進について県内の在宅医療関係者等で協議を行う。

### ■ 個別の疾患、領域等に注目した質の向上

医療関係者に対する専門的な研修や専門的に取り組む医療機関を支援

- |                  |           |
|------------------|-----------|
| □ 看取り            | □ 認知症     |
| □ 末期がん           | □ 精神疾患    |
| □ 疾患に関わらない緩和ケア   | □ 褥瘡      |
| □ 小児等在宅医療        | □ 口腔・栄養ケア |
| □ 難病在宅医療         | □ リハビリ    |
| □ 在宅療養にかかる意思決定支援 | □ 等       |

### ■ 在宅医療に関する普及啓発

一般住民に対する在宅医療に関する理解を深めるための講演会の実施等

## 在宅医療・介護連携の推進

### 在宅医療・介護連携に関する事業

※在宅医療・介護連携のための事業で、右記以外の事業については、地域医療介護総合確保基金を活用することが可能

- ・在宅医療・介護連携のための相談員(コーディネーター)の育成
- ・ICTによる医療介護情報共有 等

※市区町村との役割分担を明確にした上で、都道府県が広域的又は補完的に在宅医療と介護の連携に関する事業を行う場合は、地域医療介護総合確保基金を活用して差し支えない。

### 介護保険の地域支援事業(在宅医療・介護連携推進事業)での取組 (地域支援事業交付金)

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (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
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

第7回九州厚生局 地域包括ケア市町村セミナー	参考資料
平成29年2月2日	

# 参考資料

## ▼ 医療と介護の一体的な改革（厚生労働省HP）

URL : <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

- ▼ 各地域での在宅医療・介護連携の推進に係る（ア）から（ク）についての先進的な取組事例、実施体制や予算、取組のポイント等については、下記の調査研究事業を参考にさせていただきたい。

## 「地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究事業」（平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）

URL : [http://www.nri.com/jp/opinion/r\\_report/pdf/201502\\_report\\_1.pdf](http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_1.pdf)

- ▼ 都道府県（保健所も含む）による市区町村支援の取組事例については、実施体制や予算、取組のポイント、都道府県・保健所・市区町村の関係等について、下記の調査研究事業を参考にさせていただきたい。

## 「医療・介護分野における都道府県が行う市町村支援の好事例の収集に関する調査研究事業」

（平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）

URL : [http://www.nri.com/jp/opinion/r\\_report/pdf/201502\\_report\\_2.pdf](http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_2.pdf)

## ▼ 平成26年度「高齢者リハビリテーションの機能強化モデル事業 都道府県医療介護連携調整実証事業報告書」（平成27年3月 三菱総合研究所）

URL : <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000119380.pdf>

## ▼ 平成27年度「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携プログラムによる調査研究事業 報告書」（平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 富士通総研）

URL : <http://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2015chiikihoukatsucare.html>

## ▼ 「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムに関する調査研究事業 報告書」（平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 全国国民健康保険診療施設協議会）

URL : [http://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch\\_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=278](http://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=278)

# 在宅医療・介護連携推進支援事業 在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー 開催報告サイトのご案内

<開催報告サイト>

<http://www.jmar.co.jp/> と入力していただくか、**検索サイトで「JMAR」と入力し、**

**(株)日本能率協会総合研究所のホームページへ**

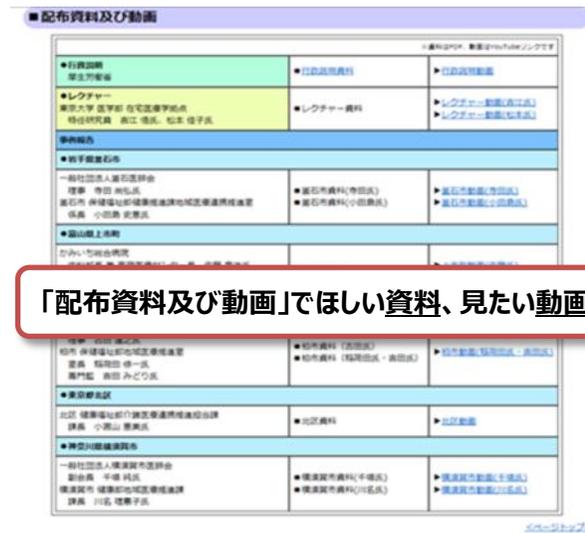
ホームページの「トピックス&ニュース」または「お知らせ」に記載されている

**厚生労働省主催 在宅医療・介護連携推進支援事業  
「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」の資料及び動画を  
を掲載しました！** をクリックし、開催報告サイトへ

(開催報告サイト)



「配布資料及び動画」をクリック



## <掲載資料及び動画一覧>

<b>●行政説明</b> 厚生労働省	■行政説明資料	▶行政説明動画
<b>●レクチャー</b> 東京大学 医学部 在宅医療学拠点 特任研究員 吉江 悟氏、松本 佳子氏	■レクチャー資料	▶レクチャー動画（吉江氏） ▶レクチャー動画（松本氏）
<b>事例報告</b>		
<b>●岩手県釜石市</b>		
一般社団法人釜石医師会 理事 寺田 尚弘氏 釜石市 保健福祉部健康推進課地域医療連携推進室 係長 小田島 史恵氏	■釜石市資料（寺田氏） ■釜石市資料（小田島氏）	▶釜石市動画（寺田氏） ▶釜石市動画（小田島氏）
<b>●富山県上市町</b>		
かみいち総合病院 内科部長兼家庭医療センター長 佐藤 幸浩氏 家庭医療センター看護部看護師長代理 大野知代子氏 地域医療連携室 萩原 美紀子氏	■上市町資料	▶上市町動画（佐藤氏） ▶上市町動画（大野氏・萩原氏）
<b>●千葉県柏市</b>		
柏市 医師会 理事 古田 達之氏 柏市 保健福祉部地域医療推進 室長 稻荷田 修一氏 専門監 吉田 みどり氏	■柏市資料（稻荷田氏・吉田氏）	▶柏市動画（古田氏・稻荷田氏）
<b>●東京都北区</b>		
北区 健康福祉部介護医療連携推進担当課長 小宮山 恵美氏	■北区資料	▶北区動画
<b>●神奈川県横須賀市</b>		
一般社団法人横須賀市医師会 副会長 千場 純氏 横須賀市 健康部地域医療推進課長 川名 理恵子氏	■横須賀市資料（千場氏） ■横須賀市資料（川名氏）	▶横須賀市動画（千場氏） ▶横須賀市動画（川名氏）

# (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、切れ目なく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

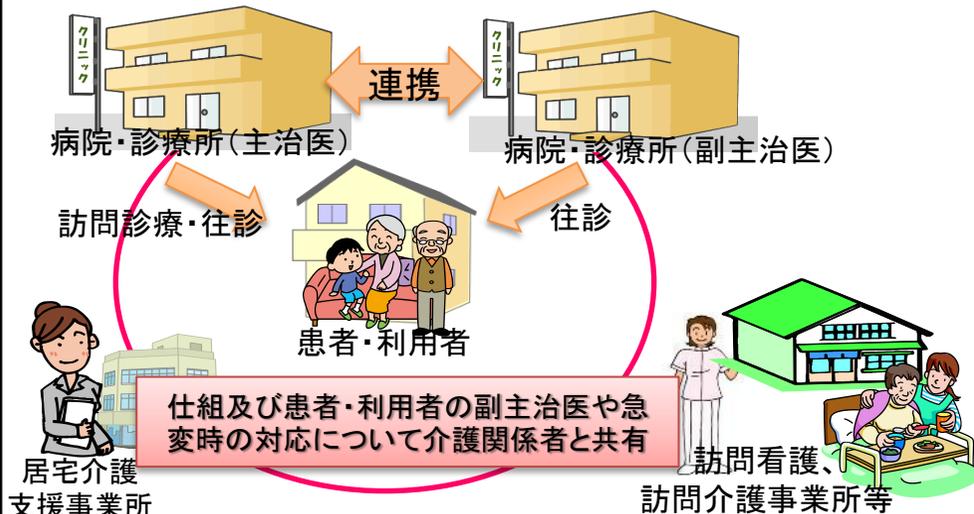
- (1) 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

## 留意事項

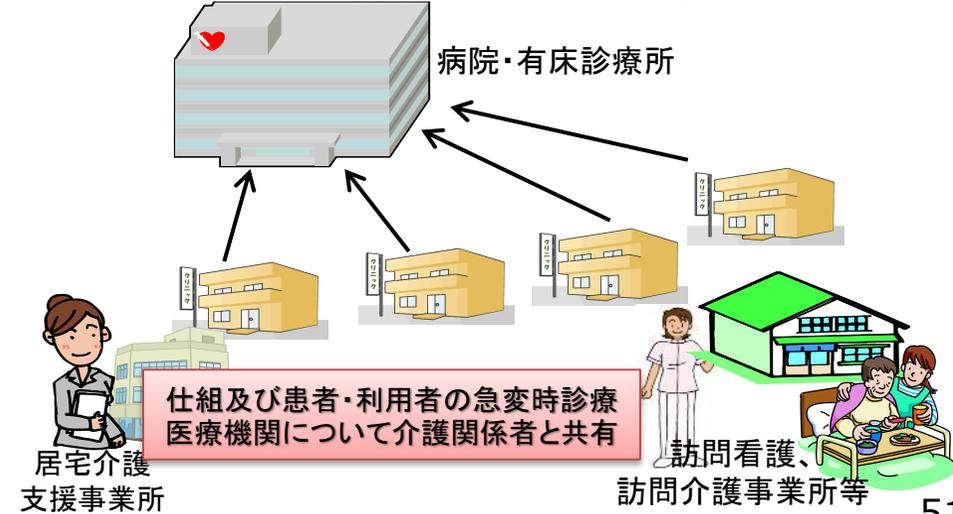
- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

## 取組例

(取組例) 主治医・副主治医制の導入



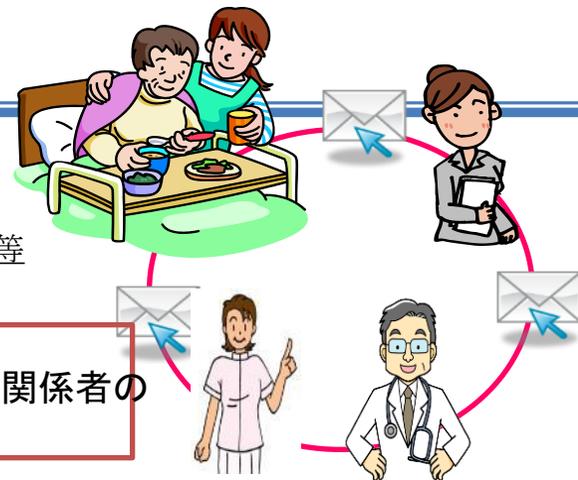
(取組例) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保



# (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:情報共有を目的として使用される、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

- 職員の交代時期を考慮し、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。

# (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。

# (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案を作成。
- (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、町内会等の会合へ出向いての小規模な講演会等も効果的である。

【まちづくり  
出前トーク】



(横須賀市提供資料)



(鶴岡地区医師会)

出典:「地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究事業」(横須賀市提供資料)(平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

## (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。