

# 在宅医療・介護連携推進事業について



厚生労働省老健局 老人保健課

**1. 第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携  
推進事業について**

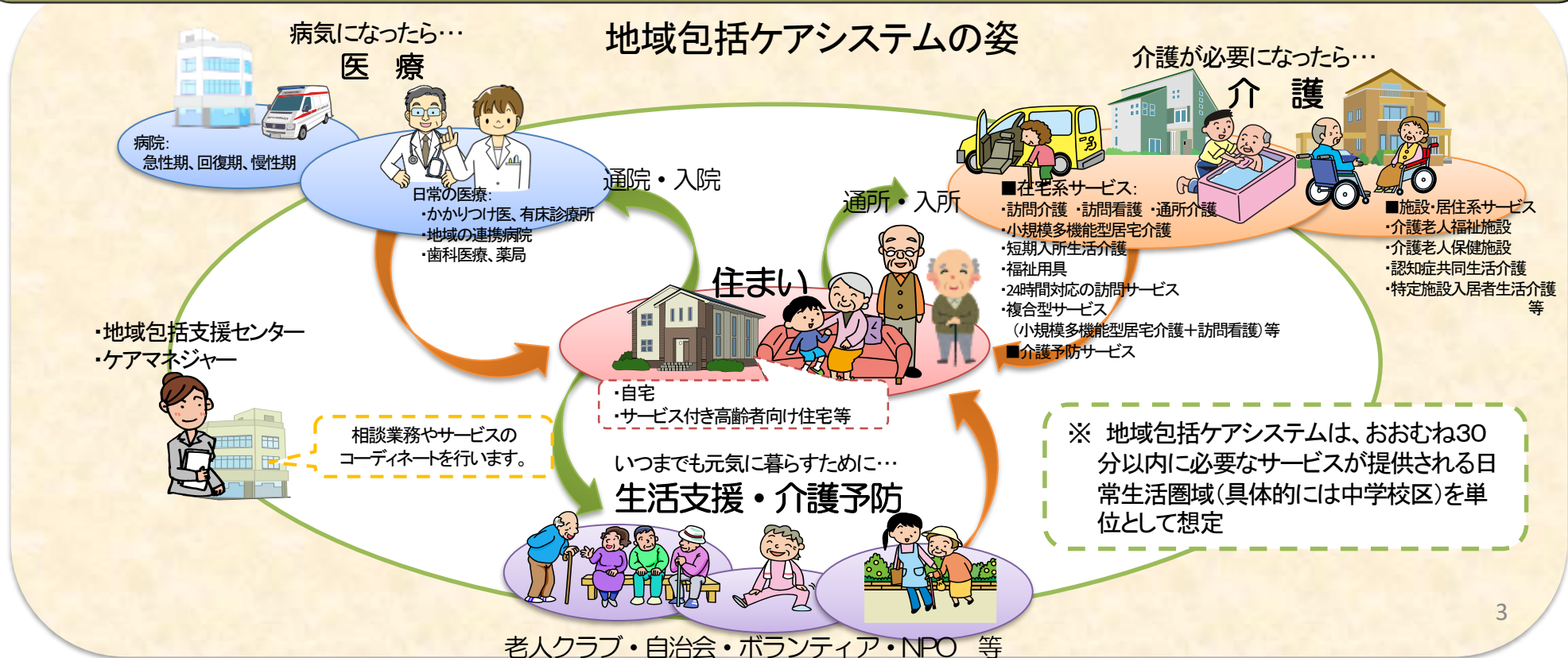
**2. 在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直しについて**

**1. 第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携  
推進事業について**

2. 在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直しについて

# 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。**





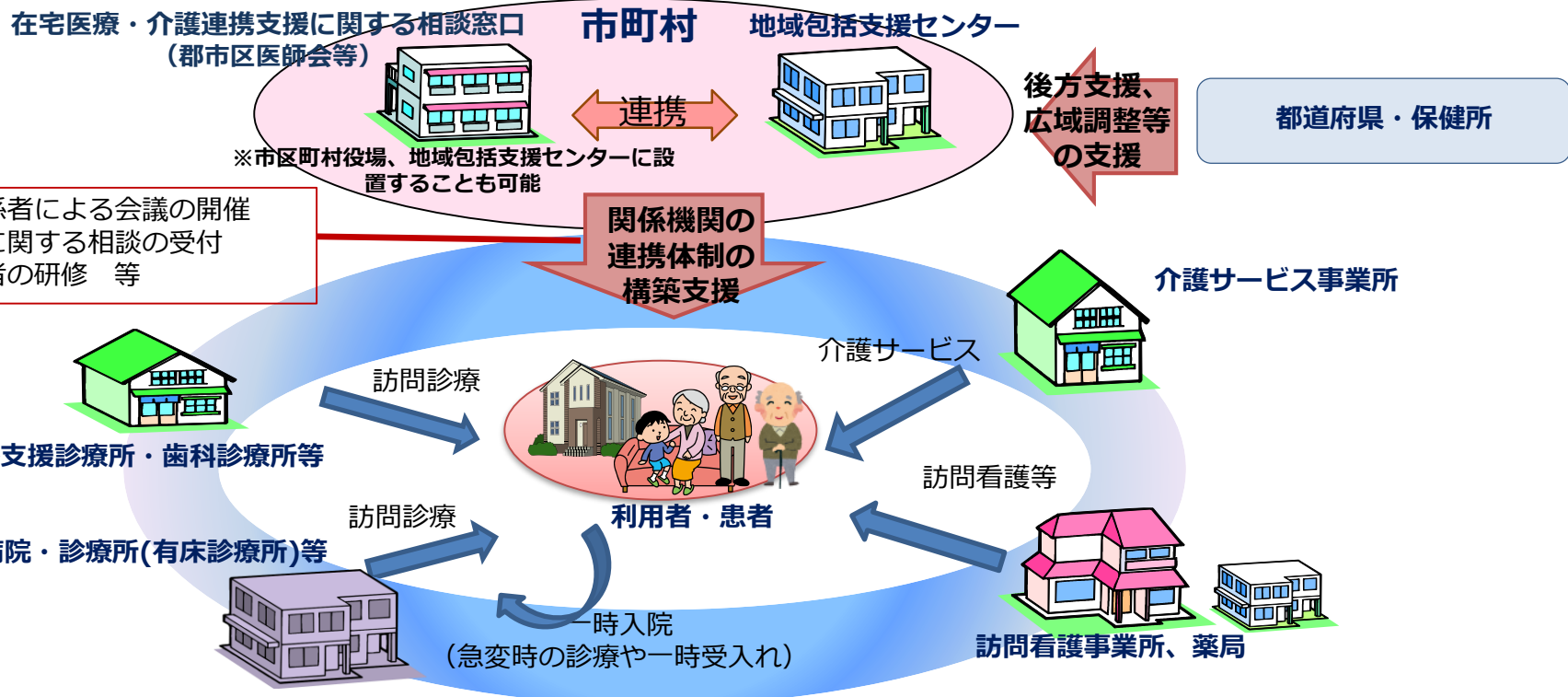
# 在宅医療・介護連携の推進

- 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。

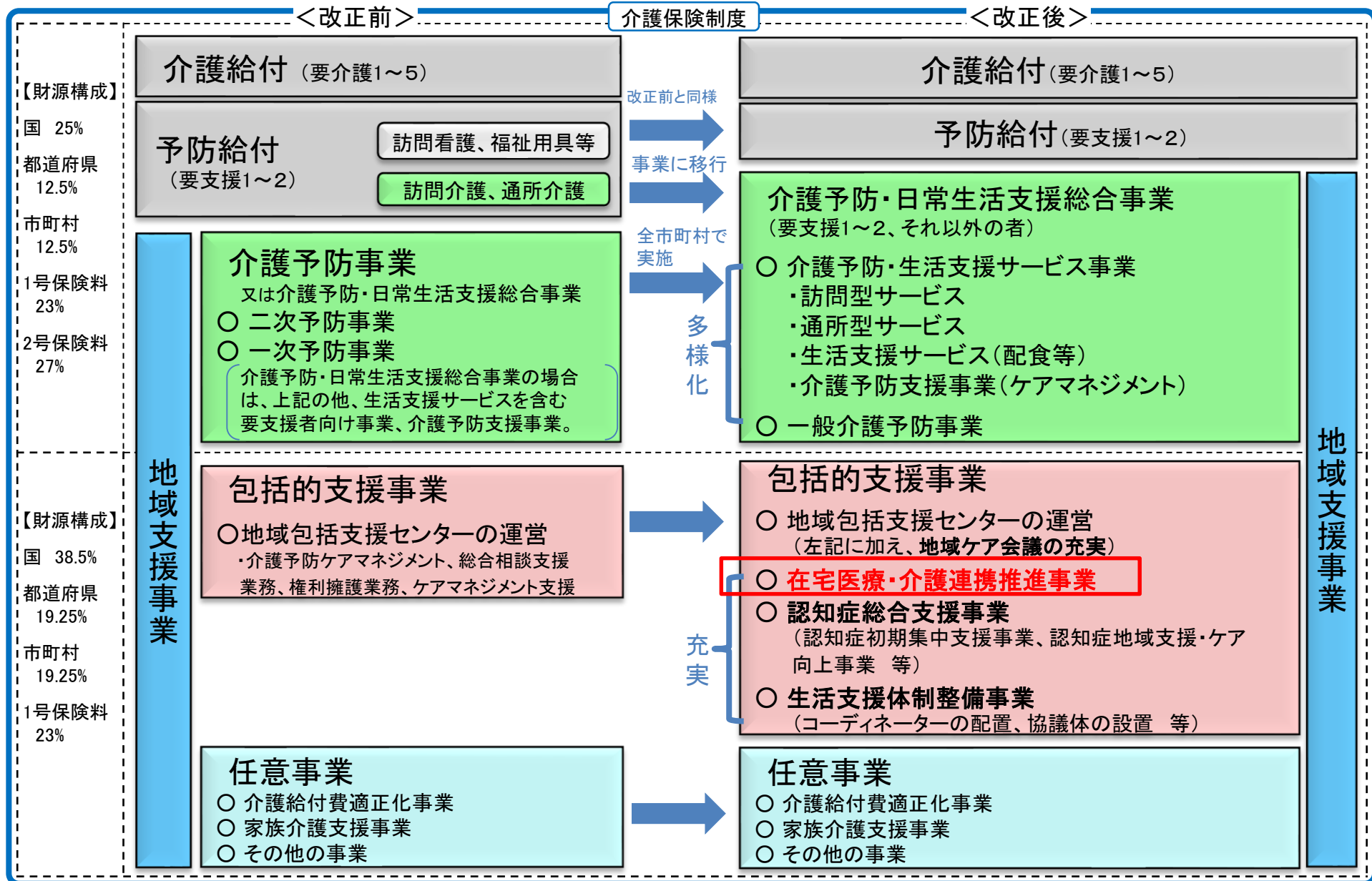
（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・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。



# 新しい地域支援事業の全体像（平成26年改正前後）



## ○介護保険法（平成9年法律第123号）

（地域支援事業）

第百十五条の四十五（略）

2 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三（略）

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

五・六（略）

3～5（略）

（市町村の連絡調整等）

第百十五条の四十五の十 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

2 市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3 都道府県は、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する支援に努めるものとする。

## ○介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

（法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業）

第百四十条の六十二の八 法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、次に掲げる事業とする。

一 地域における在宅医療及び介護に関する情報の収集、整理及び活用を行う事業

二 医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下この条において「医療・介護関係者」という。）により構成される会議の開催等を通じて、地域における在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）に関する課題の把握及びその解決に資する必要な施策を検討する事業

三 医療・介護関係者と共同して、在宅医療及び在宅介護が円滑に提供される仕組みの構築に向けた具体的な方策を企画及び立案し、当該方策を他の医療・介護関係者に周知する事業

四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業

五 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

六 医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業

七 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

八 他の市町村との広域的な連携に資する事業

# 在宅医療・介護連携推進事業に関連した「介護保険制度の見直しに関する意見」抜粋 (社会保障審議会介護保険部会令和元年12月27日公表)

社会保障審議会介護保険部会(第90回)

令和2年2月21日

資料  
1-1

- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての自治体において事業が実施されている中で、市町村において、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、現行の事業体系の見直しが必要である。「認知症施策推進大綱」や看取りに関する取組等の最近の動向も踏まえることが重要である。各市町村においては、単に事業を実施するだけでなく、地域課題や取組内容の見える化を進め、目的をもって事業を進めていくことが重要である。医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること、認知症等への対応を強化すること、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的实施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。地域包括ケアシステムの理念達成に向けて取り組まれるようにすることが重要である。この理念の達成に向けて、都道府県や市町村において、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整、研修会等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援等を更に進めることが必要である。
- 国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体がPDCAサイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることが適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。

# (参考) 在宅医療・介護連携推進事業の課題(n=1,738 最大5項目優先順位回答)

○ 在宅医療・連携推進事業の課題については、「事業実施のためのノウハウの不足」、「指標設定等の事業評価のしにくさ」、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」等の回答が多い。



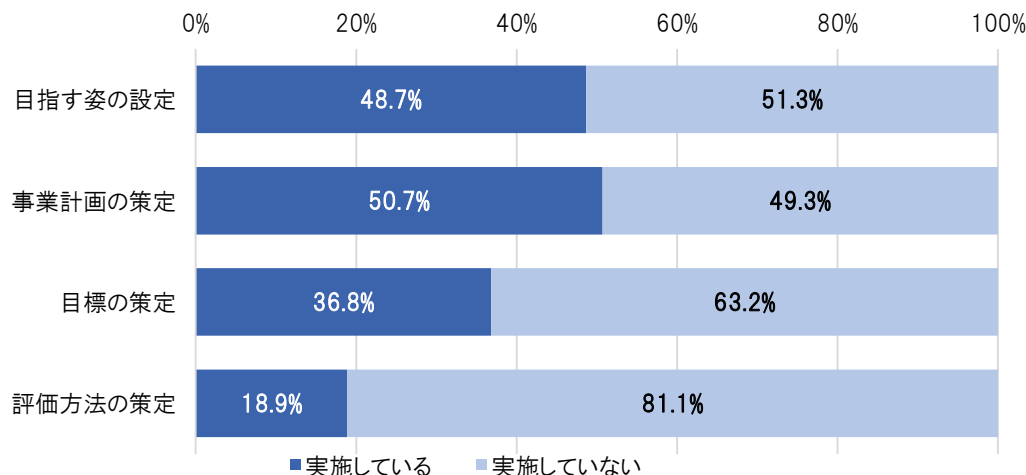
出典 令和元年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査  
(令和元年度在宅医療・介護連携推進支援事業 富士通総研)



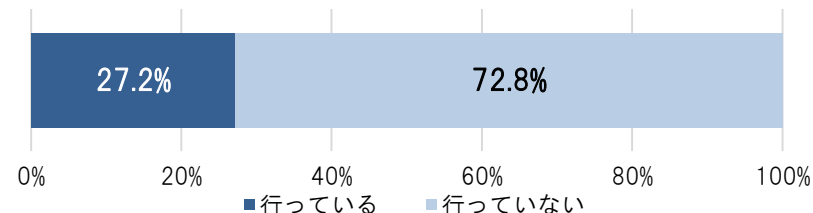
# (参考) PDCAを踏まえた事業展開の現状(n=1,738)

- めざす姿や事業計画を設定している自治体は約5割程度であるものの、評価方法の策定については約2割にとどまっている。
- 事業の取組改善・PDCAサイクルの運用については、約3割の実施にとどまり、運用期間としては、「わからない・設定はない」が約6割を締めている。
- 企画立案時、都道府県が策定する医療計画や地域医療構想との整合性を意識しているかについては、約半数が「あまり意識していない」であった。

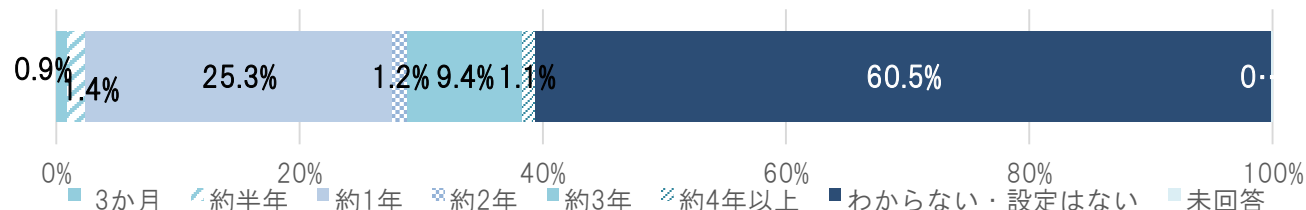
■ 在宅医療・介護連携推進事業の目指す姿等の設定状況



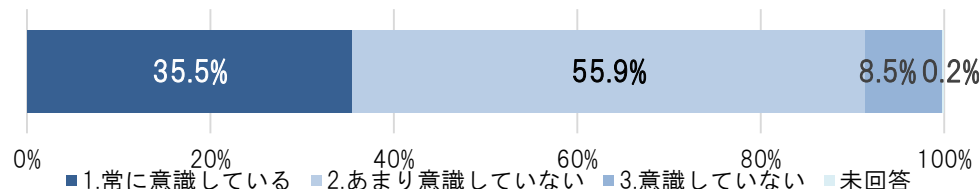
■ 在宅医療・介護連携推進事業の取組改善(PDCAサイクルの運用)



■ 在宅医療・介護連携推進事業の取組改善(PDCAサイクルの運用)

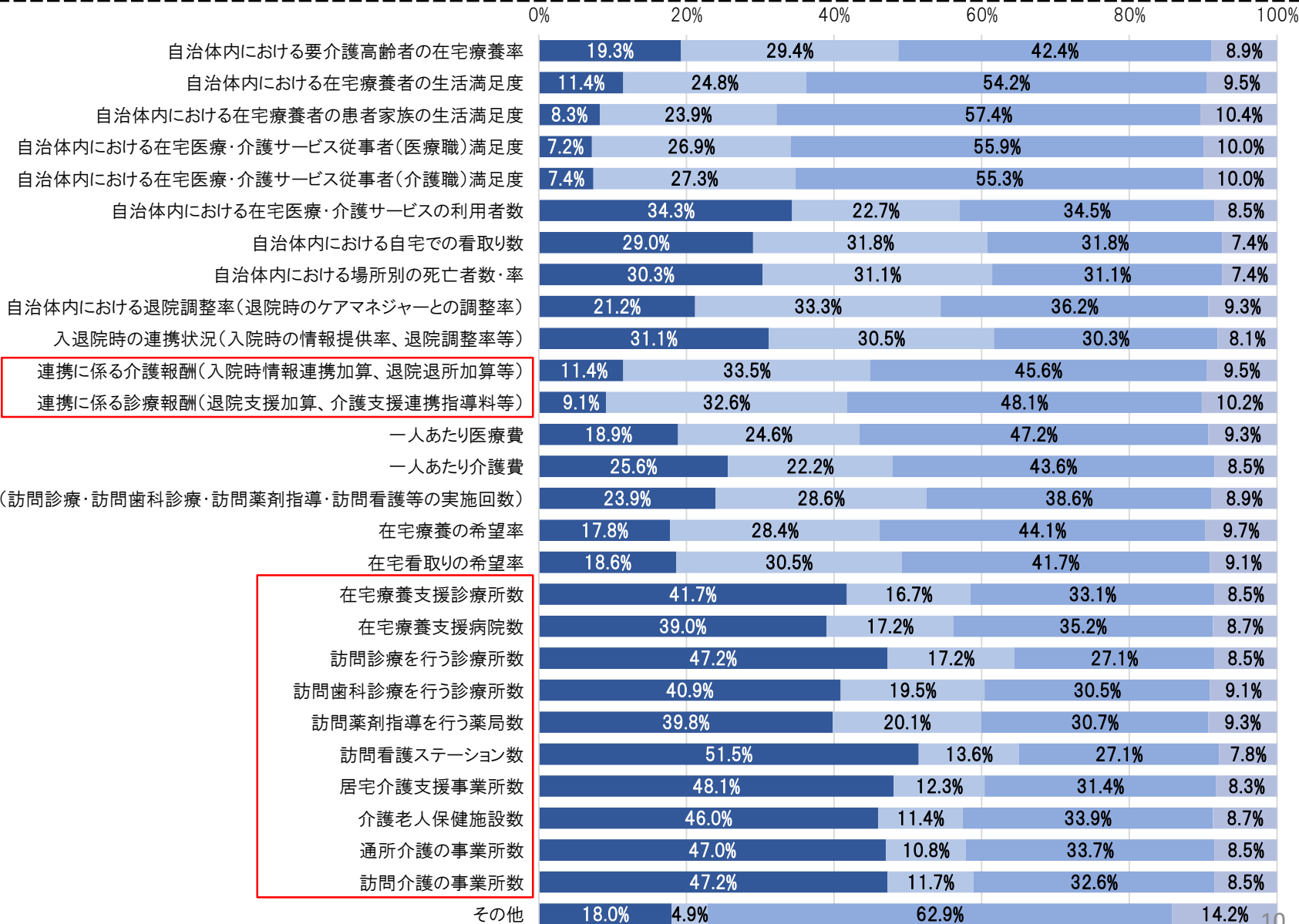


■ 都道府県が策定する医療計画や地域医療構想との整合性



# (参考) モニタリングしている評価指標の現状 (n=1,738)

○ 各種事業所数を評価指標にしている傾向があり、一方、連携に係る介護報酬・診療報酬を評価指標にしているところは少ない。



■ 現在設定している

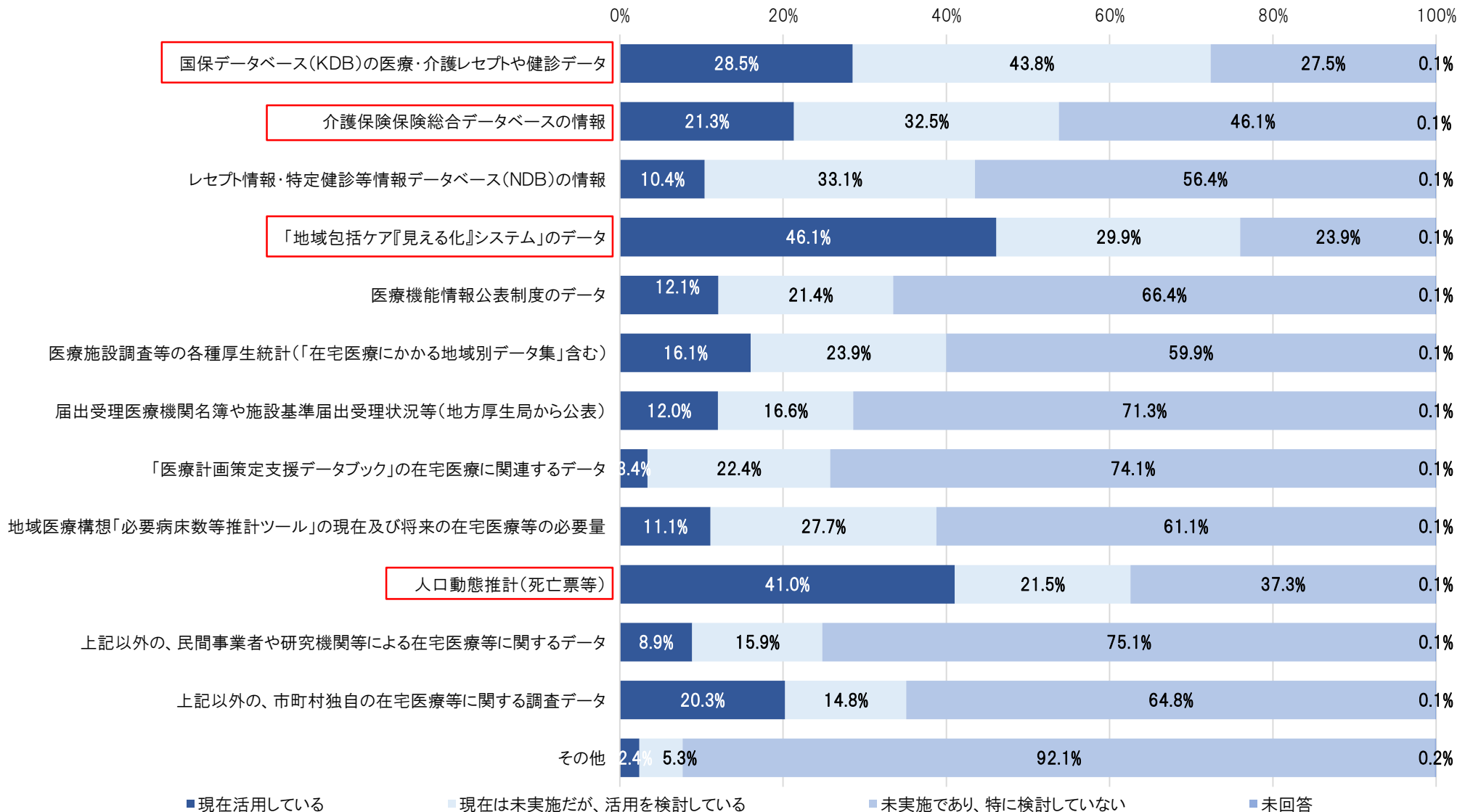
■ 現在は未実施だが、設定することを検討している

■ 未実施であり、特に検討していない

■ 未回答 出典 令和元年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査 (令和元年度在宅医療・介護連携推進支援事業 富士通総研)

## (参考) データ活用状況の現状 (n=1,738)

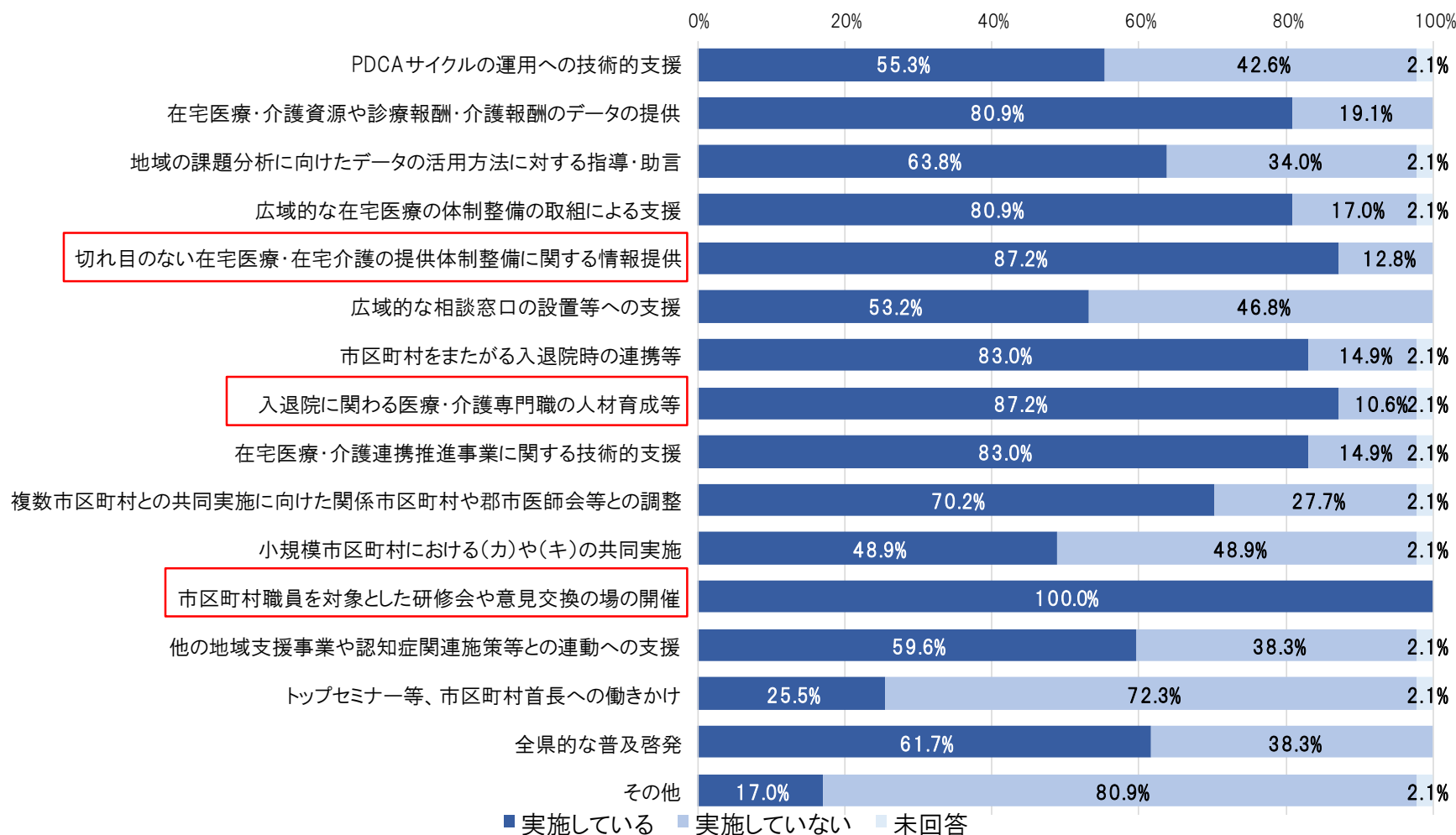
○ データの利活用については、「地域包括ケア『見える化』システム」、「国保データベースの医療・介護レセプトや健診データ」、「人口動態推計(死亡票等)」等の回答が多い。





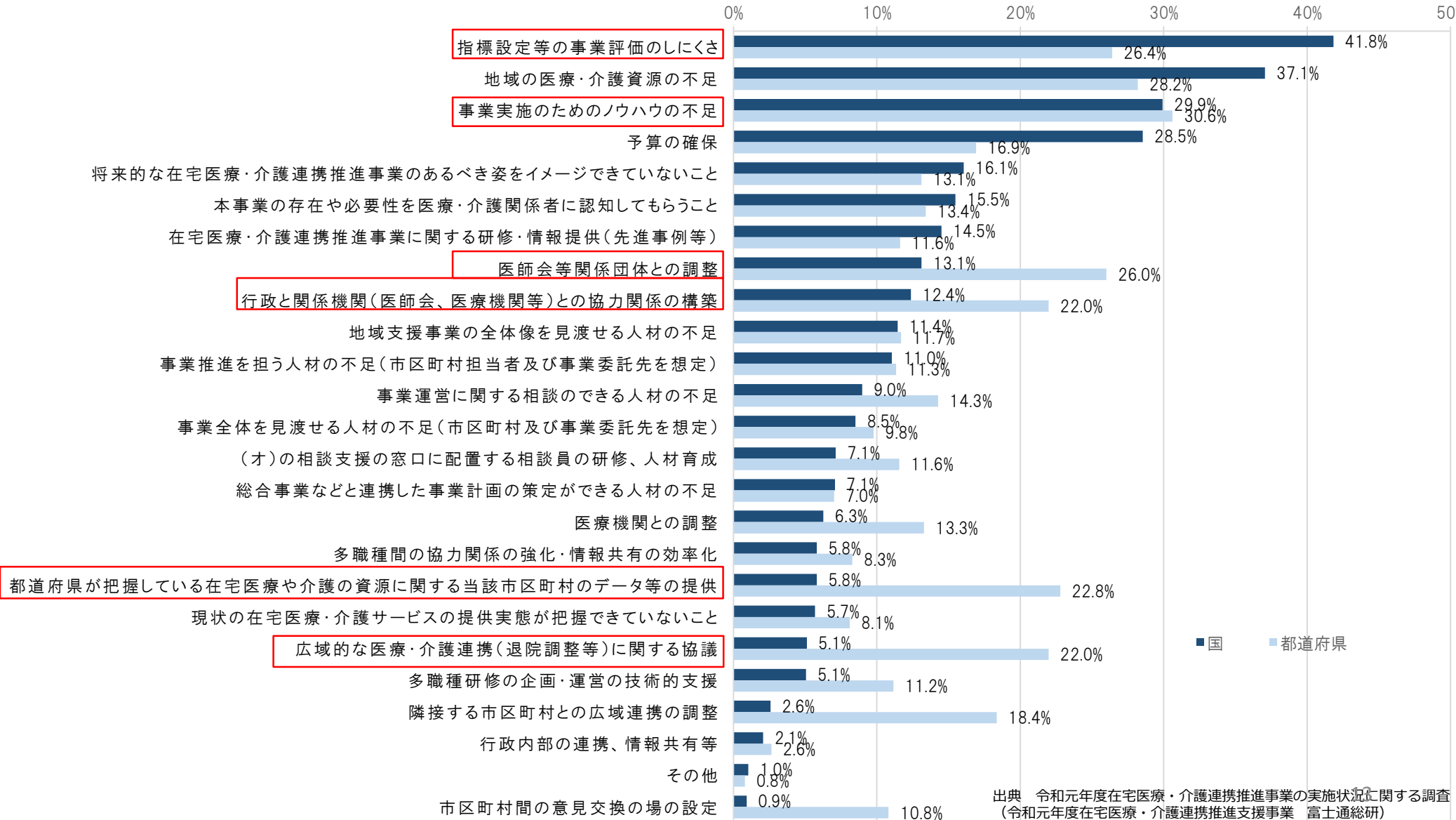
## (参考) 在宅医療・介護連携推進事業において都道府県における市町村支援の内容(n=47)

○ 全ての都道府県で、何らかの在宅医療・介護連携推進事業に関する市町村支援が行われている。支援内容としては、全ての都道府県で「市町村職員を対象とした研修会や意見交換の場の開催」を実施、次に「切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制整備に関する情報提供」「入退院に関わる医療・介護専門職の人材育成等」が多い。



(参考) 在宅医療・介護連携推進事業において支援を期待する課題(n=1,738 最大5項目優先順位回答)

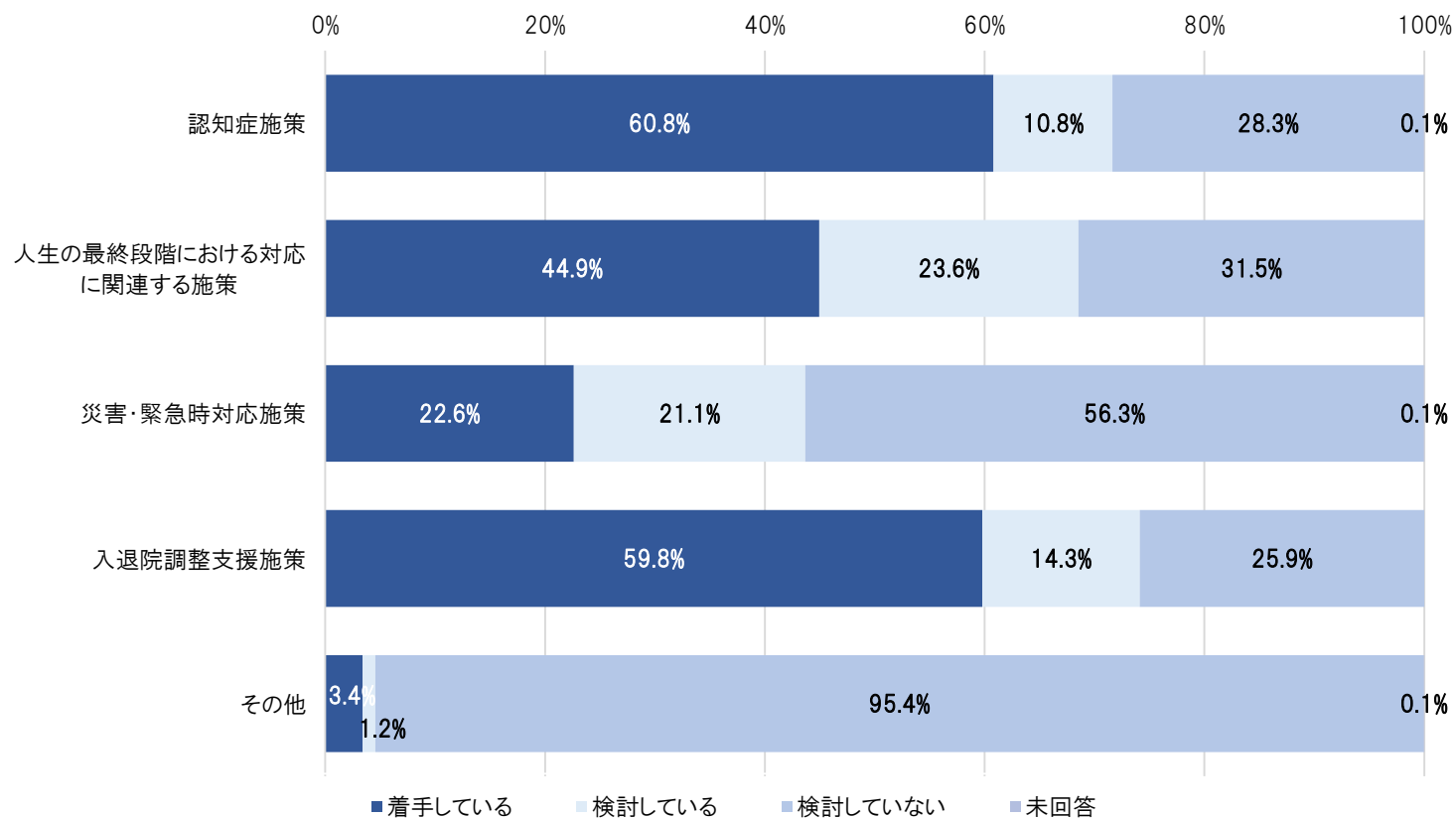
○ 全ての都道府県で、何らかの在宅医療・介護連携推進事業に関する市町村支援が行われているが、「事業実施のためのノウハウの不足」、「都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する当該市区町村のデータ等の提供」、「行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築」「広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議」等、引き続き市町村が都道府県に支援を期待する声がある。



出典 令和元年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査(令和元年度在宅医療・介護連携推進支援事業 富士通総研)

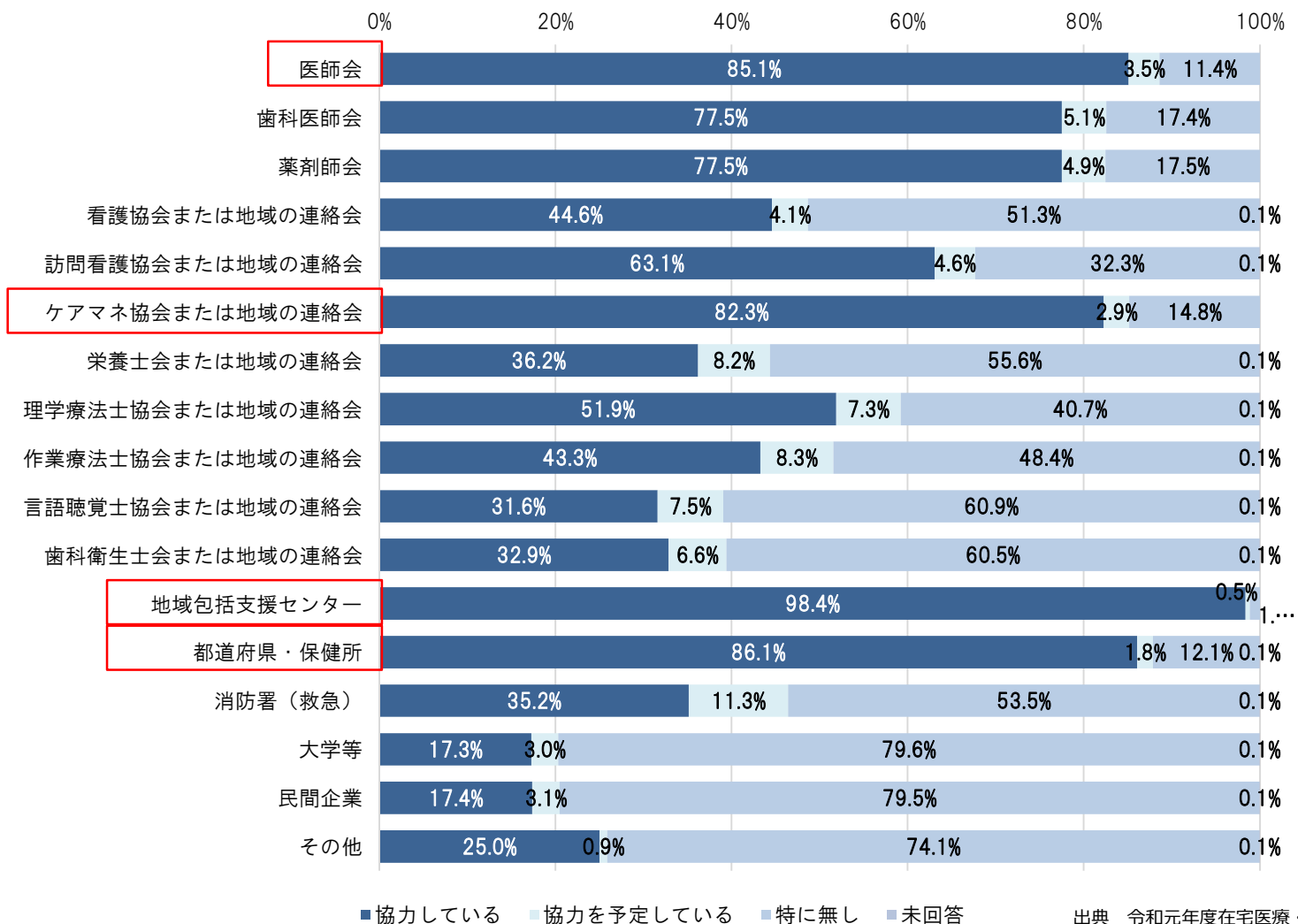
## (参考) 在宅医療・介護連携推進事業と連携した取組(n=1,738)

- 8つの事業項目と合わせて取り組んでいる施策は「認知症施策」が最も高く、次いで「入退院調整支援施策」となっている。
- 「その他」で「着手している」又は「検討している」と回答したものの具体的内容として、「救急医療との連携」「地域リハビリテーションとの連携」「権利擁護」などの意見があった。



# (参考) 在宅医療・介護連携推進事業における関係団体との連携状況(n=1,738)

- 職能団体として最も多いのは、「医師会」、次いで「ケアマネ協会または地域の連絡会」であり、行政関係で多いものは、「地域包括支援センター」が最も多く、次いで「都道府県・保健所」である。
- その他、協力している割合は低いものの、消防署や大学、民間企業との連携もみられた。



# 在宅医療・介護連携推進事業の見直しについて

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料(抜粋)

令和2年7月31日

- 在宅医療・介護連携推進事業については、平成30年度から全ての市町村で実施されており、約6割の市町村では、事業で定められた項目以外が地域の実情に応じて実施されるなど、取組が定着するとともに広がりが出てきている。  
一方で、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる市町村が多くあるとともに、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘もある。
- このような状況を踏まえ、第8期介護保険事業（支援）計画期間から、地域の実情に応じた柔軟な取組を可能としつつ、取組の更なる充実が図れるよう、以下の通り見直しを予定している。

## 在宅医療・介護連携推進事業に関する見直し

- ① 現状規定する8つの事業について、PDCAサイクルに沿った取組を更に実施できるよう、以下の考え方で介護保険法施行規則等を見直す。
  - 現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業を整理し、趣旨を明確化する
  - 地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に
  - 他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化
- ② 手引き等の中で、以下の内容を明確化する。
  - 認知症施策や看取りに関する取組を強化すること
  - 都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
- ③ PDCAサイクルに沿った取組を後押しできるよう、評価項目例をお示しする予定。あわせて、地域包括ケア「見える化」システムを活用し、見える化を推進する。

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料（改）  
 令和2年7月31日

○介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号）（案）（抄） 令和三年四月一日施行

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>（法百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業（<b>第百四十条の六十二の八</b>、<b>法百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、市町村が、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、他の地域支援事業その他の関連施策との連携を図りながら行う次に掲げる事業とする。</b>）</p> <p>一 地域における在宅医療及び介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、施策の企画及び立案、並びに医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下この条において「医療・介護関係者」という。）への周知を行う事業</p> <p>（削る）</p> <p>二 （略）</p> <p>（削る）</p> <p>三 （略）</p> <p>四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業その他の地域の実情に応じて医療・介護関係者を支援する事業</p> <p>（削る）</p>	<p>（法百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業）</p> <p>第百四十条の六十二の八 法百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、次に掲げる事業とする。</p> <p>一 地域における在宅医療及び介護に関する情報の収集、整理及び活用を行う事業</p> <p>二 医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下この条において「医療・介護関係者」という。）により構成される会議の開催等を通じて、地域における在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）に関する課題の把握及びその解決に資する必要な施策を検討する事業</p> <p>三 医療・介護関係者と共同して、在宅医療及び在宅介護が円滑に提供される仕組みの構築に向けた具体的な方策を企画及び立案し、当該方策を他の医療・介護関係者に周知する事業</p> <p>四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業</p> <p>五 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業</p> <p>六 医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業</p> <p>七 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業</p> <p>（新設）</p> <p>八 他の市町村との広域的な連携に資する事業</p>



# 「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料

令和2年7月31日

## ①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

### (ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

### (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・共有し、課題の抽出、対応策を検討

## ②地域の関係者との関係構築・人材育成

### (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

## ③ (ア) (イ) に基づいた取組の実施

### (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

### (工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

### (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 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

### (キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

### (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

事業全体の目的を明確化しつつ、PDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする  
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

## 地域のめざす理想像

### ●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

## ①現状分析・課題抽出・施策立案

### (ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

### (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

### (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

## ②対応策の実施

### (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

### (キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

### (工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

### (カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

### ●地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

## ③対応策の評価・改善

### 都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

※あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語句イメージは、次のスライドを参照。なお、「(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」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築  
(看取りや認知症への対応を強化)

地域のめざすべき姿

Plan  
計画

現状分析・課題抽出・施策立案

- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握
- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

※企画立案時からの医師会等関係機関との協働が重要



Do  
実行

対応策の実施

○ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置※1
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

○ 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

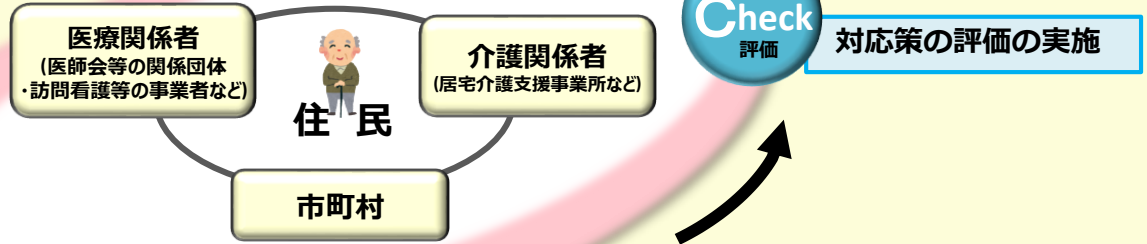
○ 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

○ 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

○上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組



＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

○ 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援

- 分析に必要なデータの分析・活用の支援
- 他市町村の取組事例の横展開
- 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成

○ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携

- 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- 都道府県の医療及び福祉の両部局の連携
- 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援

○ 地域医療構想・医療計画との整合

※1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討



1. 第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携  
推進事業について

2. 在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直しについて

# 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知を行う。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。
- そして、本事業の開始から数年が経過し、現在では、8つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある。一方で、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる等、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかとの指摘もある。
- このような中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」として、令和2年8月に発出。

## 1 改訂のポイント

- PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるような構成に再編
- 目標の設定の必要性や事業マネジメントの考え方、都道府県の役割の明確化
- 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージに沿った、4つの場面を意識した考え方
- 好事例の横展開を図るため、事例の掲載

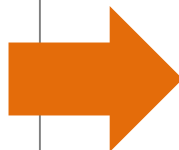


## 2 手引きの構成

- 「第1章 事業概要」「第2章 市町村における事業の進め方」「第3章 都道府県の市町村に対する支援」「第4章 参考」の4部構成
- 第7期介護保険事業計画期間までの8つの事業項目を踏まえた上で、PDCAに沿った取組ができるように事業マネジメントの視点を入れて再編
- 取組の手順と留意事項の混在を少なくするため、記載箇所をわけ、医療と介護が共通する4つの場面の取組を追加

### 【現行】手引きVer. 2

一 在宅医療・介護連携推進事業の基本的な考え方	1
(1) 事業の背景および改訂の趣旨	1
(2) 事業の進め方	4
・進め方のイメージ	
・在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクル	
・在宅医療・介護連携推進事業における評価指標の考え方	
二 在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組について	13
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	15
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	19
(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	21
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	24
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	27
(カ) 医療・介護関係者の研修	29
(キ) 地域住民への普及啓発	34
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	36
三 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項	38
四 都道府県の役割について	40



### 【改訂】手引きVer. 3

第1章 事業概要	
1. はじめに	1
2. 事業趣旨	3
3. 在宅医療・介護連携推進事業の構成	5
第2章 市町村における事業の進め方	
1. 取組を始める前に	9
2. 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル	13
3. 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例	23
4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項	48
第3章 都道府県の市町村に対する支援	
1. 都道府県の役割について	60
2. 市町村に対する支援の進め方	67
第4章 参考	
1. 都道府県・市町村の取組事例について	73
2. 参考資料	73

ポイント

・改訂の経緯  
・本事業と他計画の整理  
・本事業の構成

・庁内の組織づくり  
・PDCAサイクルに沿った取組  
・地域のめざすべき姿の設定  
・4つの場面を意識した考え方と把握データの例

・事業推進のための技術的助言  
・関係市町村等の連携  
・地域医療構想・医療計画との整合

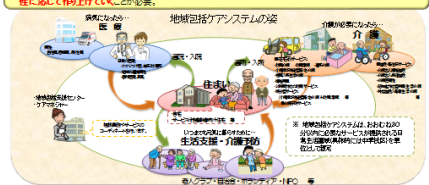
# 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

## 3 「第1章 事業概要」の要旨

### ● はじめに（改訂の経緯） P1

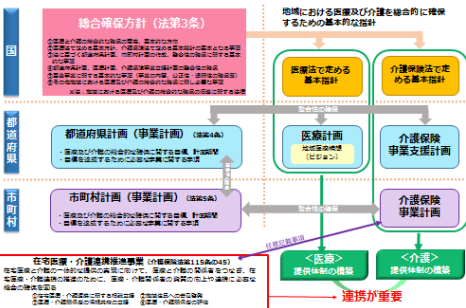
**地域包括ケアシステムの構築について**

- 国は世代が75歳以上となる2025年度までに、豊富な介護提供力を持って暮らした地域で暮らしを人生の最後まで続けることが出来るよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が有機的に連携される体制（地域包括ケアシステム）の構築を促す。
- 今後、認知症患者の増加が見込まれることから、認知症患者の地域での生活を支えるために、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が概して75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加が緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況は大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保健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創り上げていくことが必要。



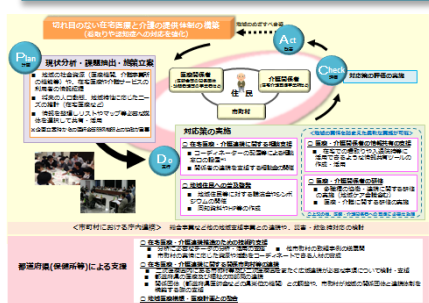
- 現在、8つの事業項目に限らず、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある一方で、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘がある。
- 今般、本事業の見直しが図られ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、本手引きを改訂する。

### ● 事業趣旨 P3



- 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人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的とする。
- 医療提供や介護サービスの提供体制そのものを評価し、整備を進めることを目的とするのではなく、地域における現状の社会資源を正確に理解し、住民のニーズに基づき、地域のめざすべき姿はどのようなものかを考えた上で、医療・介護関係者との協働・連携を円滑に進めることで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進する。

### ● 事業の構成 P5



- 第7期介護保険事業計画期間までの8つの事業を踏まえつつも、次のステップに向け、市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れるよう、また、最近の動向を踏まえ、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるように事業構成の見直しを行う。  
 [現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業整理 / 地域の実情に応じた取組が可能となるよう、] 事業選択を可能に / 他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化

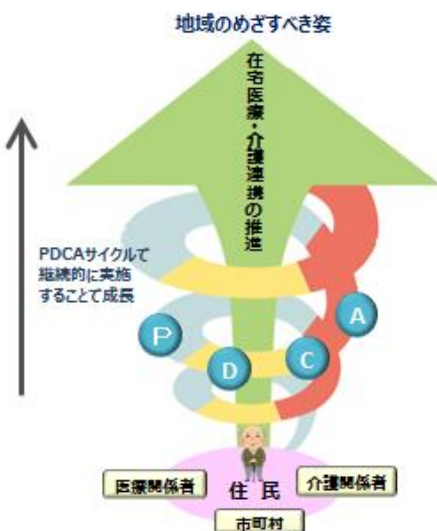
- 都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）を明確にする。

## 4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

### ● 取組を始める前に P9

- 地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制を構築し、維持、充実していくためには、地域のめざすべき姿を考えた上で、連続性をもった継続的な向上を図る、いわゆるPDCAサイクルに沿って事業をマネジメントすることが必要である。
- 普段からの医療・介護関係者及び都道府県との関係性も重要であるとともに、市町村が主体的に検討し、事業を実施するために、事業の継続性、質の確保の観点から、職員のキャリアパスや、継続性を持った人員配置等に配慮することで、介護保険部門のみならず、診療報酬を含めた医療制度の観点とその他の施策にも専門性を持つ人材を養成し、継続的に配置していくこと等が重要である。
- 他の地域支援事業に基づく事業、例えば認知症総合支援事業・生活支援体制整備事業等の他の施策との連携・調整を進め、会議や研修の合同開催などで一体的な運用を図ることで、高齢者には効果的にそして市町村では効率的な事業実施を行う。

### ● 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル P13



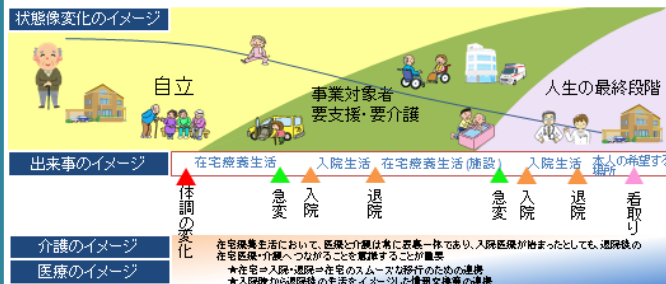
- PDCAサイクルに沿って事業をマネジメントするためには、PDCAサイクルの方法論を体系的に理解し実践することで、地域の実情にあった在宅医療と介護の連携に関するめざすべき姿を具体的に設定し、その理想像に近づけるプロセスを確立することが重要である。
- Planだけに時間をかけず、PDCAサイクルに沿った取組をきめ細かに進めることに加え、長期的視点と短期的視点を持ちながら、いつ、何を実現したいのか、という目的に対し、実現までの過程で目標を設定し、それを達成するための手段を検討する（取組の選択と集中も必要）。
- 地域によって人材を含めた医療と介護の資源は異なるため、PDCAサイクルのいずれの場面においても前提として、『地域の医療機関、介護事業所等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握することが重要であるが、その際には、医療提供や介護サービス整備の提供体制そのものの多寡を評価し、更なる整備を進めることを目的とするのではなく、地域の特性に応じた最適な仕組みを考えていくことが重要』と認識する。



# 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

## 4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

### ● 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23



- ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるような支援が必要である。
- 在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。
- 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。



### ● 事業の実施に当たっての留意事項 P48

- 事業委託、既に実施されている取組事例、PDCAサイクルに沿った取組を実施する上でのポイント など

## 5 「第3章 都道府県の市町村に対する支援」の要旨

### ● 都道府県の役割

P65

市町村が地域のめざすべき姿に向かってPDCAサイクルに沿った取組ができているかなど、市町村の取組状況を確認することが重要である。そして、市町村が本事業を実施する上での課題を認識、課題を整理した上で、課題解決のための対応策と一緒に検討するとともに、必要に応じて広域的な支援体制の基盤をつくることなどが求められる。

「市町村の事業マネジメント力の向上」の視点・支援を踏まえた上で、在宅医療を始め広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析とともに、以下についてさらに進めていく必要がある。

なお、本事業を行うに当たり、都道府県の介護保険部局及び医療部局の双方が連携を密にして市町村支援に取り組むとともに、事業の業務継続や長期的な成果の評価を行うために、総合的に進める人材を長く配置することも重要である。

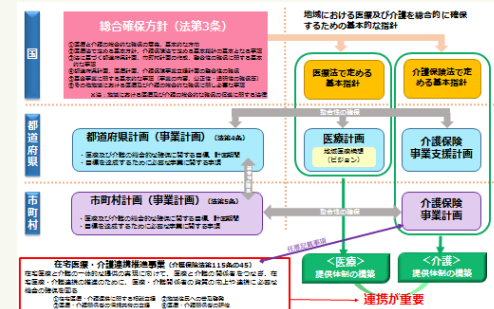
#### 1. 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等について

- 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- 他市町村の取組事例の横展開
- 必要なデータの分析・活用支援
- 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

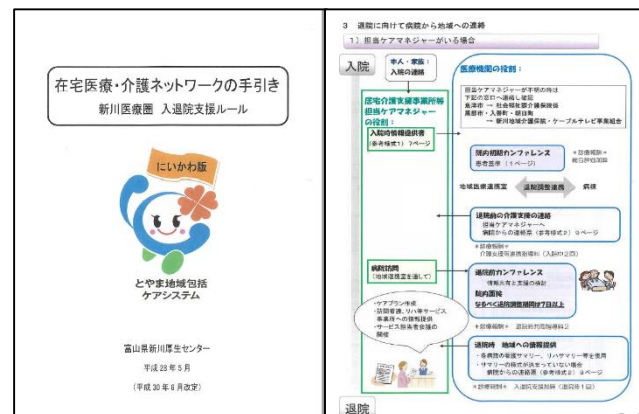
#### 2. 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携について

- 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

#### 3. 地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について



- 会議や打合せ等で、市町村と情報共有の実施



# 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

## 5 「第3章 都道府県の市町村に対する支援」の要旨

### ● 市町村に対する支援の進め方 P67

- 市町村が主体的に本事業を進めることができるよう、都道府県は推進の進捗度合いを確認しながら、市町村の状態・課題に応じた支援を行う。
- 複数の市町村による事業の共同実施、複数の自治体を対象とする郡市区等医師会と市町村との関係等、二次医療圏を対象とした支援方法の検討も必要のため、保健所を含む市町村の重層的な支援体制を構築し、個別課題に対してきめ細かな支援を行う。

#### 1. 各取組に関する市町村支援の取組（例）

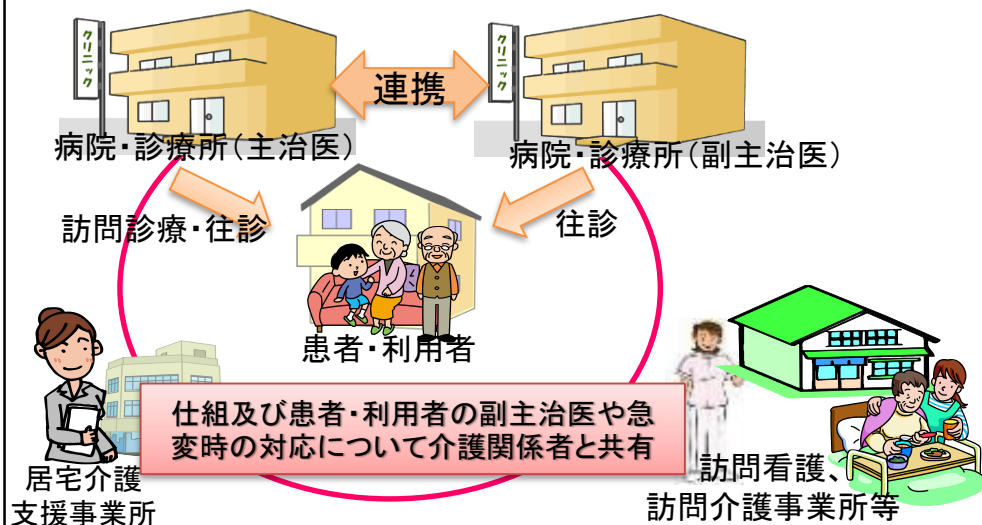
- (1) 在宅医療・介護連携に係るデータの提供及び分析に対する市町村支援
- (2) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進に対する支援
- (3) 在宅医療・介護連携に関する相談窓口に対する支援
- (4) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村連携に対する支援

#### 2. 広域的に実施する市町村支援の取組（例）

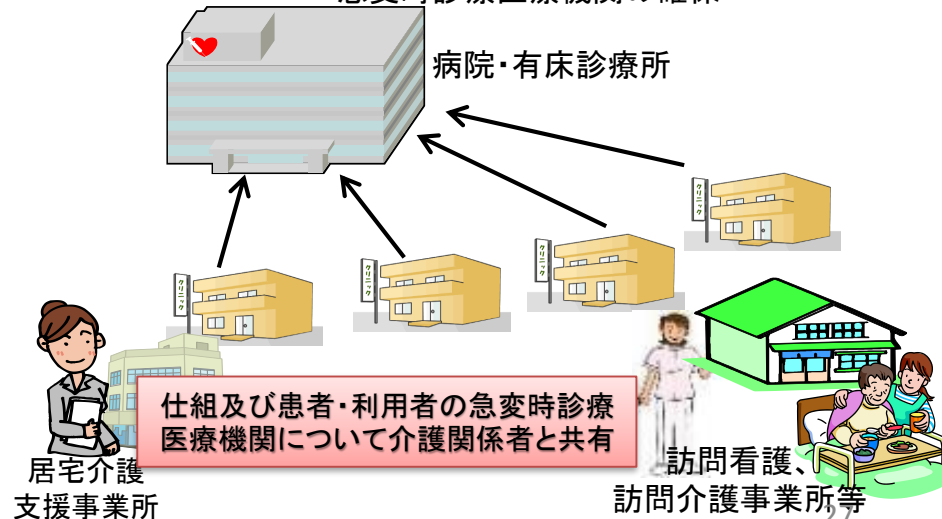
- (1) 在宅医療・介護連携推進事業の充実に向けた支援
- (2) 広域的に実施する医療介護連携の環境整備

#### 広域的な取組例

##### (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





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、必要に応じて市町村等の広報紙、ホームページに掲載。

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、他の取組に係る検討の場としても活用。

## 実施内容・方法

- (1) 在宅医療及び介護サービスの提供状況、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、郡市区等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。

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) 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、相談対応の窓口(問合せ先)やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、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。
- (4) 市町村単独で相談窓口の設置が困難な場合は、都道府県(保健所等)と協議の上、複数の市町村による広域での設置や、窓口のコーディネーターを専従としない等の柔軟な対応が可能である。



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)



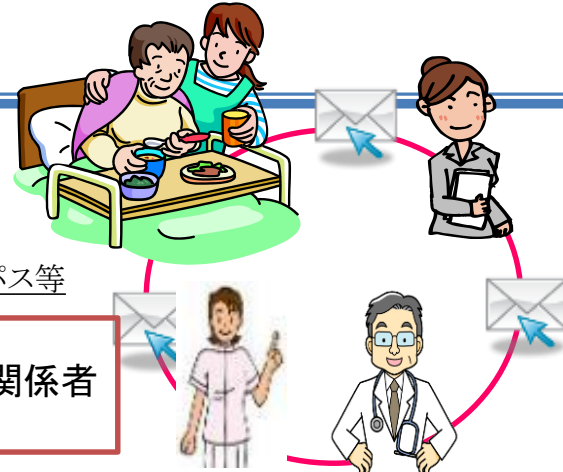
(鶴岡地区医師会)



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、

認知症ケアパス等



## 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の開催や、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。

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、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



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」(熊本市提供資料)<sup>3</sup>  
(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)





## 留意事項

- 地域によって人材を含めた医療と介護の資源は異なるため、PDCAサイクルのいずれの場面においても前提として、『地域の医療機関、介護事業所等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握することが重要であるが、その際には、医療提供や介護サービス整備の提供体制そのものの多寡を評価し、更なる整備を進めることを目的とするものではなく、地域の特性に応じた最適な仕組みを考えていくことが重要』と認識する。
- そのため、収集したデータ等は、単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域住民や医療・介護関係者のニーズを把握した上で、用いることが必要である。また、連携に関する報酬の加算は、連携の実態をそのまま反映しているわけではないことに注意が必要である。
- なお、PDCAサイクルに沿った取組を行うにあたり、施策立案する際に必要なデータと評価の際に必要なデータは異なる場合もあることに留意する。
- 次項に「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 3」の表2から表9までを、4つの場面毎に簡単にまとめているが、この前提として、市町村の基礎情報（人口、高齢者数、高齢化率、要介護者数等）を必ず把握することが重要である。

Plan(計画)

Check(評価)

# 4つの場面を意識した取組における把握データ・評価項目の例 ～PDCAサイクルに沿った取組の前提として把握するデータ(例)～

在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目例(4つの場面)

	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
P D C A サ イ ク ル に 沿 っ た 取 組 の 前 提 と し て 把 握 す る デ ー タ 例 (一 体 制 整 備)	● 居宅介護支援事業所数	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数
	● 介護老人保健施設数	退院支援を実施している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数
	● 指定介護老人福祉施設数	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	● 往診を実施している診療所・病院数	● 在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数
	● 地域密着型介護老人福祉施設数	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	在宅療養後方支援病院数	● 在宅ターミナルケアを受けた患者数
	● 介護療養型医療施設数	退院時訪問指導を実施している診療所・病院数	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数	● 看取り数(死亡診断のみの場合を含む)
	● 介護医療院数	● 退院支援(退院調整)を受けた患者数	在宅療養支援歯科診療所数	● 在宅死亡者数
	● 通所介護の事業所数	● 介護支援連携指導を受けた患者数		
	● 訪問介護の事業所数	● 退院時共同指導を受けた患者数		
	● 通所リハビリテーション事業所数	退院時訪問指導を受けた患者数		
	● 訪問リハビリテーション事業所数			
	在宅療養支援診療所・病院数			
	● 訪問診療を実施している診療所・病院数			
	● 訪問看護事業所数			
	● 看護小規模多機能型居宅介護事業所数			
	● 歯科訪問診療を実施している診療所・病院数			
	在宅療養支援歯科診療所数			
	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数			
	在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数			
	薬局数			
	● 訪問薬剤指導を実施する薬局数			
	認知症疾患医療センター数			
	認知症初期集中支援チーム数			
	● 認知症短期集中リハビリテーション加算			
	● 医療従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数(認知症サポート医等)			
	● 介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数(認知症介護実践リーダー等)			
	認知症地域支援推進員数			
	● 訪問診療の実績回数			
	● 訪問歯科診療の実績回数			
	● 訪問薬剤指導の実績回数			
	● 訪問看護(医療・介護)の実績回数			
通所介護の実績数				
● 訪問介護の実績数				
● 通所リハビリテーションの実績数				
● 訪問リハビリテーションの実績数				
要介護高齢者の在宅療養率				

(在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3]の表2～表9を簡単にまとめたものであり、●印は地域包括ケア「見える化」システムで検索可能(令和2年8月時点))  
(介護サービス施設・事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。また、在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。)



Plan(計画)

Check(評価)

# 4つの場面を意識した取組における把握データ・評価項目の例 ～PDCAサイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目(例)～

在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目例(4つの場面)

	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
P D C A サイ クル に 沿 っ た 取 組 の 計 画 と 評 価 の 段 階 に お い て 活 用 で き る 項 目 例 【 連 携 】	機能強化型訪問看護管理療養費	入退院支援加算	● 往診料(夜間、日祝)／全体	配置医師緊急時対応加算
	緊急訪問看護加算	● 介護支援連携指導料	機能強化型訪問看護管理療養費	看取り介護加算
	● 居宅療養管理指導料	● 退院時共同指導料	緊急訪問看護加算	ターミナルケア加算
	特定事業所加算	退院前訪問指導料	配置医師緊急時対応加算	ターミナルケアマネジメント加算
	看護体制強化加算	診療情報提供料	緊急時訪問介護加算	
	緊急時訪問看護加算	● 入院時情報連携加算	看護体制強化加算	
	医療連携強化加算	● 退院・退所加算	緊急時訪問看護加算	
	医療連携体制加算	退院・退所時連携加算	緊急時等居宅カンファレンス加算	
	看護・介護職員連携強化加算	入院時情報提供率		
	● リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ以上)	退院調整率		
	かかりつけ医が認知症疾患医療センターを紹介した割合			
	認知症疾患医療センター受診後の情報提供の割合			
	初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合			

(「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」の表2～表9を簡単にまとめたものであり、●印は地域包括ケア「見える化」システムで検索可能(令和2年8月時点))  
(介護サービス施設・事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。また、在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。)

# 参 考

# 基本指針の構成について

社会保障審議会  
介護保険部会(第91回)

資料2-1  
(一部改変)

令和2年7月27日

見直しの方針案

- 介護保険事業運営に当たっての留意事項
- 計画において具体的に記載又は作業を要する内容

市町村	都道府県	見直しの方針案
(一)被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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への取組及び目標設定	(一)市町村が行う、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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への取組への支援に関する取組及び目標設定	○要介護(支援)者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載【市(P45)・県(P80)】 ●地域リハビリテーション体制の重要性を記載【市(P44)・県(P80)】 ●具体的な取組の例示として、「就労的活動」について記載【市(P43)】 ●総合事業に係る都道府県による継続的な市町村支援について記載【県(P80)】 ●就労的活動支援コーディネーターを追記【市(P44)】 ●要介護高齢者も総合事業を利用することが可能であることに留意【市(P44)】
(二)介護給付の適正化への取組及び目標設定	(二)市町村が行う、介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定	●第8期からの調整交付金の算定に当たって介護給付の適正化事業の取組状況を勘案することを記載【市(P45)・県(P80)】 ●2040年に向けた老人福祉圏域内の施設整備の調整の重要性を記載【県(P81)】
	4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整	
	5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保	
<b>三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項</b>	<b>三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項</b>	
1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項	1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項	
(一)在宅医療・介護連携の推進	(一)在宅医療・介護連携の推進	○在宅医療・介護連携の推進について、市町村による看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく観点からの取組等の重要性や都道府県による関係団体との連携体制構築のための支援の重要性について記載【市(P46)・県(P82)】
( )高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	( )高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	■高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施についての項を新設 ○高齢者に対する保健事業と介護予防の一体的な実施に関する具体的な取り組み(支援)方針を記載【市(P47)・県(P83)】
(二)認知症施策の推進 ↓新項目として別に記載	(二)認知症施策の推進 ↓新項目として別に記載	
(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進	(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進	●具体的な取組の例示として、「就労的活動」等について記載【市(P48)・県(P83)】 ○交通担当部門との連携について記載【市(P49)】

# 在宅医療・介護連携推進事業に関連する箇所のみ抜粋

社会保障審議会 介護保険部会(第91回)	資料2-2 (一部抜粋)
令和2年7月27日	

## 基本指針(案)について(新旧案)

<p><b>第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項</b>..... 4</p> <p>一 地域包括ケアシステムの基本的理念..... 4</p> <p>1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進..... 6</p> <p>2 介護給付等対象サービスの充実・強化..... 8</p> <p>3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備..... 8</p> <p>4 日常生活を支援する体制の整備..... 10</p> <p>5 高齢者の住まいの安定的な確保..... 10</p> <p>二 二千二十五年及び二千四十年を見据えた目標..... 12</p> <p>三 医療計画との整合性の確保..... 12</p> <p>四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進..... 14</p> <p>五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業..... 14</p> <p>六 介護に取り組む家族等への支援の充実..... 17</p> <p>七 認知症施策の推進..... 17</p> <p>八 高齢者虐待の防止等..... 19</p> <p>九 介護サービス情報の公表..... 19</p> <p>十 効果的・効率的な介護給付の推進..... 21</p> <p>十一 都道府県による市町村支援並びに都道府県、市町村間及び市町村相互間の連携..... 21</p> <p>十二 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進..... 24</p> <p>十三 保険者機能強化推進交付金等の活用..... 24</p> <p>十四 災害・感染症対策に係る体制整備..... 26</p> <p><b>第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項</b>..... 26</p> <p>一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項..... 26</p> <p>1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等..... 26</p> <p>2 要介護者等地域の実態の把握..... 27</p> <p>3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備..... 29</p> <p>4 二千二十五年及び二千四十年の推計並びに第八期の目標..... 32</p> <p>5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表..... 33</p> <p>6 日常生活圏域の設定..... 33</p> <p>7 他の計画との関係..... 34</p> <p>8 その他..... 38</p> <p>二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項..... 39</p> <p>1 日常生活圏域..... 39</p> <p>2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み..... 39</p> <p>3 各年度における地域支援事業の量の見込み..... 42</p> <p>4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組及び目標設定..... 43</p> <p><b>三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項</b>..... 46</p> <p>1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項..... 46</p> <p>2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策..... 51</p> <p>3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策..... 53</p> <p>4 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項..... 55</p>	<p>5 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項... 57</p> <p>6 認知症施策の推進..... 60</p> <p>7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数..... 62</p> <p>8 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項..... 62</p> <p>9 市町村独自事業に関する事項..... 62</p> <p>10 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項..... 64</p> <p>11 災害に対する備えの検討..... 64</p> <p>12 感染症に対する備えの検討..... 64</p> <p><b>第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項</b>..... 64</p> <p>一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項..... 64</p> <p>1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等..... 64</p> <p>2 要介護者等の実態の把握..... 66</p> <p>3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備..... 66</p> <p>4 市町村への支援..... 68</p> <p>5 二千二十五年及び二千四十年の推計並びに第八期の目標..... 69</p> <p>6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表..... 71</p> <p>7 老人福祉圏域の設定..... 71</p> <p>8 他の計画との関係..... 72</p> <p>9 その他..... 76</p> <p>二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項..... 77</p> <p>1 老人福祉圏域..... 77</p> <p>2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み..... 77</p> <p>3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、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及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定..... 79</p> <p>4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整..... 81</p> <p>5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保..... 81</p> <p><b>三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項</b>..... 81</p> <p>1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項..... 81</p> <p>2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項..... 86</p> <p>3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項..... 86</p> <p>4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項..... 90</p> <p>5 認知症施策の推進..... 90</p> <p>6 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数..... 93</p> <p>7 介護サービス情報の公表に関する事項..... 93</p> <p>8 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項..... 95</p> <p>9 災害に対する備えの検討..... 95</p> <p>10 感染症に対する備えの検討..... 95</p> <p><b>第四 指針の見直し</b>..... 96</p>
---	--



改正(案)

現行(旧)

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、国又は都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要である。

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応力強化、感染症や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療及び介護の提供に携わる者その他の関係者の連携(以下「在宅医療・介護連携」という。)を推進するための体制の整備を図ることが重要である。

そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士若しくは作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士又は歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が、主体となって、医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である。その際には、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にするとともに、取組を総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、国又は都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要である。

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市町村は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、地域における在宅医療及び在宅介護の提供に携わる者その他の関係者の連携(以下「在宅医療・介護連携」という。)を推進するための体制の整備を図ることが重要である。

そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士若しくは作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士又は歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が主体となって、医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携の推進を図ることが重要である。

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項

(一) 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携の推進により、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みを構築し、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、医療計画に基づく医療機能の分化と併行して、市町村が主体となって、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要である。市町村は、地域の医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、各地域においてあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を共有した上で、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な実施時期や評価指標等を定め、PDCA

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項

(一) 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携の推進により、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、医療計画に基づく医療機能の分化と併行して、市町村が主体となって、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要である。市町村は、地域の医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、以下の事業内容に関し具体的な実施時期等を定めることが重要である。



改正(案)

サイクルに沿って取組を推進していくことが重要である。また、推進に当たっては、看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく観点からの取組を進めていくことが重要である。さらに、感染症や災害時においても継続的なサービス提供を維持するため、地域における医療・介護の連携が一層求められる中、在宅医療・介護連携推進事業を活用し、関係者の連携体制や対応を検討していくことが望ましい。

なお、市町村は、地域住民に対して、医療及び介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及びわかりやすく丁寧な説明を行っていくことや関連施策との連携を図っていくことが重要である。

現行(旧)

なお、市町村は、地域住民に対して、医療及び介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及びわかりやすく丁寧な説明を行っていくことが重要である。

イ 地域における在宅医療及び介護に関する情報の収集、整理及び活用を行う事業

ロ 医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者(以下「医療・介護関係者」という。)により構成される会議の開催等を通じて、在宅医療・介護連携に関する課題の把握及びその解決に資する必要な施策を検討する事業

ハ 医療・介護関係者と共同して、在宅医療及び在宅介護が円滑に提供される仕組みの構築に向けた具体的な方策を企画及び立案し、当該方策を他の医療・介護関係者に周知する事業

ニ 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業

ホ 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

ヘ 医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携のために必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業

ト 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

チ 他の市町村との広域的な連携に資する事業

改正(案)	現行(旧)
<p>第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項</p> <p>三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項</p> <p>1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項</p> <p>(一) 在宅医療・介護連携の推進</p> <p>在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。</p> <p><u>在宅医療・介護連携を推進し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備を支援するため、医療部局とも連携しながら、在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための情報発信、好事例の横展開及び人材育成等の研修会の開催、市町村で事業を総合的に進める人材の育成、都道府県医師会等の医療・介護関係団体その他の関係機関との連携及び調整や市町村が地域の関係団体と連携体制を構築するための支援、入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携及び調整、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援、保健所の活用を含めた市町村への広域連携が必要な事項に関する支援や、各市町村へのデータの活用・分析を含めた具体的な支援策を定めることが重要である。</u></p>	<p>第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項</p> <p>三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項</p> <p>1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項</p> <p>(一) 在宅医療・介護連携の推進</p> <p>在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。</p> <p><u>在宅医療・介護連携を推進するために、在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための人材育成等の研修会の開催、医療・介護関係団体との連携及び調整、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備への支援、入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携及び調整、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援等、在宅医療・介護連携に関する都道府県医師会等との連携や保健所の活用を含めた市町村への具体的な支援策を定めることが重要である。</u></p>

## 在宅医療・介護連携推進事業

### 【事例①】 熊本県玉名市・玉東町・和水町・南関町・長洲町

### — 限られた人材で在宅医療・介護の体制整備 —

医療・介護従事者の高齢化と人材不足の中、限られた資源を有効活用した、「誰もが気負わず関われる在宅医療」の実現を目指す取組

#### < たまな在宅ネットワーク >

■ 医師会に、専任のコーディネーターを配置し、以下の取組等を実施。

##### ① 医師不在時補完システム

主治医だけでなく他の医師も連携し、在宅生活を支える仕組みを構築。主治医不在時に対応が必要になった場合は、出来る範囲で対応可能な医師が対応。これにより、医師の在宅医療に参加するハードルを低下。

→ ネットワーク加入の医療機関が 6 から 36 に増加。

##### ② 在宅医療資源紹介・仲介システム

在宅医療を希望する患者がいる場合に、在宅医療を支えるチームをつくるシステムを構築。地域の医師、訪問看護、介護支援専門員、ヘルパー、薬剤師等の手上げを受け、患者へ紹介しつながりを支援。

##### ③ 多職種が情報共有・学びあえる場の設定

定例カンファレンスを開催し、「多職種を知る、一緒に向き合える、想いを共にする、共に成長する在宅医療ネットワーク」を強化

#### たまな在宅ネットワーク構成図



有志の集まり

機会均等  
事情に応じて手をあげれる





# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例②】滋賀県大津市 一入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境整備一

役割分担したエリア別在宅医療連携拠点による相談支援や連携の強化と、入退院支援ルール  
の運用による入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境の整備

### <在宅医療連携拠点機能>

#### 1つの拠点：全体総括

- ・保健所、医師会、歯科医師会、薬剤師会  
拠点事業の方針決定、情報収集発信

#### 3つの拠点：医療介護関係者への相談支援の中核

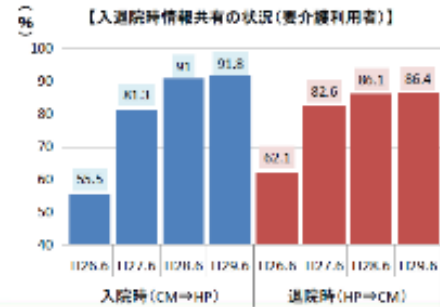
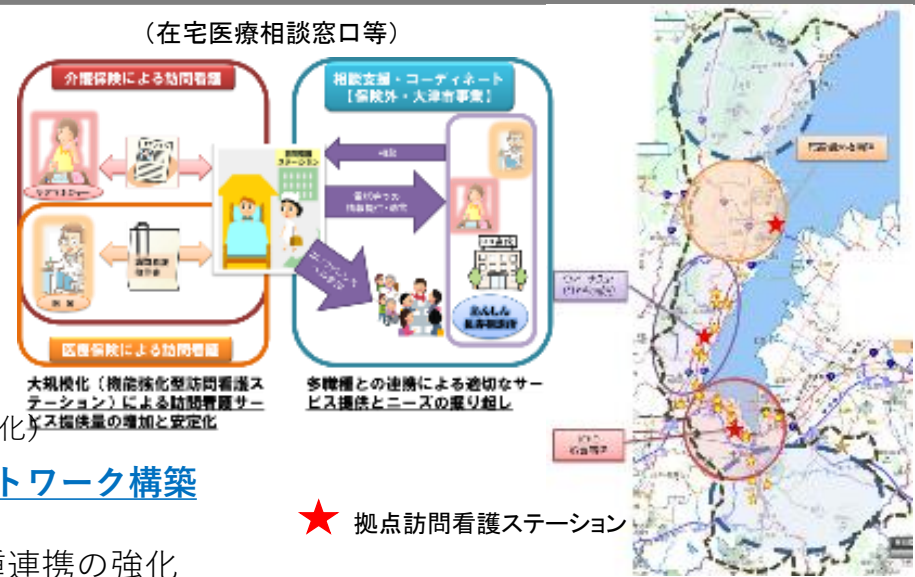
- ・医療機関に併設した訪問看護ステーションに  
相談・支援機能を付加（委託事業）  
⇒医療介護関係者からの相談対応  
医療と介護の連携と訪問看護の体制の強化  
（地域の訪問看護ステーション支援や24時間対応の強化）

#### 7つの拠点：市民相談・啓発の中核、多職種ネットワーク構築

- ・あんしん長寿相談所、すこやか相談所  
⇒市民からの相談対応・小地域における多職種連携の強化

### <入退院支援連携>

- ・入退院支援ルール及び『大津保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き』運用（R1改訂）
- ・入退院支援に関する情報交換会（2回/年）
- ・入退院支援に関する連携状況調査（1回/年）
- ・病院関係者・退院調整担当看護師会議






# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例③】岩手県北上市 —在宅チームケアで在宅看とり—

行政と医療機関が両輪となって、在宅医療と介護の連携拠点を整備。切れ目のない医療と介護の供給体制の構築し、在宅療養と看取りを強力に支援

### ＜在宅チームケアによる在宅看取りの取組＞

- 平成28年に、医療介護連携拠点として、医療機関に北上市在宅医療介護連携支援センターを設置。
- 患者の意向を尊重した意思決定支援研修会の実施（北上医師会共催・医療ケアチーム対象）
- 北上市独自の「わたしのきぼうノート（ライフプランニング/エンディングノート）」発行

- 「住み慣れた北上で看取りを考える市民の集い」の開催（北上医師会共催）



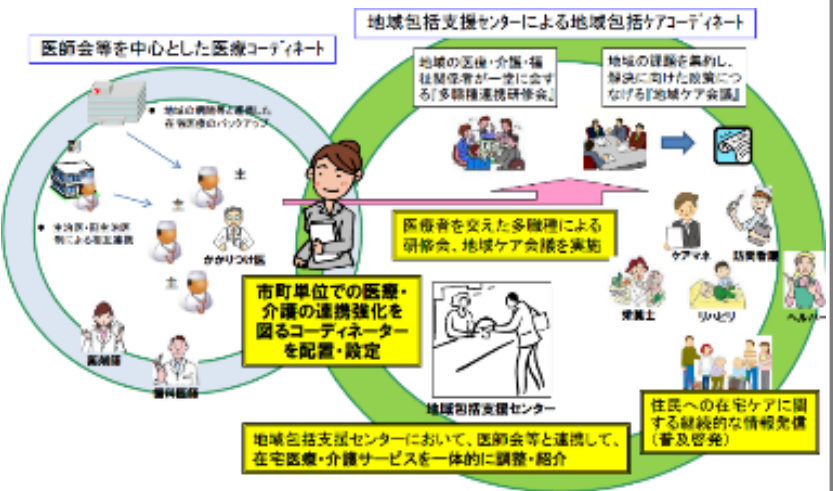
# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例④】福井県 一県下全ての市町における在宅ケア体制整備の展開

在宅ケア体制整備を目指したモデル事業（平成22年）の成果を生かし、県下全ての市町で**地域の実情に応じた在宅ケア体制づくり**（24時間対応の在宅医療体制等）を拡大

### ＜市町と地区医師会を中心とした体制整備＞

- 平成22年から、他の地方都市のモデルとなるような在宅ケア体制整備を目指した研究事業を推進。
- 平成25年度から、全市町に、医療・介護の連携強化を図るコーディネーター（保健師または看護師）を育成・配置し、市町単位での体制づくりを推進。
- 平成26年度から、市町が在宅医療・介護連携推進事業の実施主体となり、地区の医師会等と協力して実施。県下に、研究事業で実施した在宅ケア体制モデルが展開できるよう、市町の取組を支援。



- 全县に展開するにあたってのポイントは、以下の3つ。
- ・ワンストップでの医療・介護サービスの提供（医療・介護の総合相談窓口の設置）
  - ・多職種・機関とのスムーズな連携を図るためのICTによる患者情報の共有化
  - ・地域の医療機関の連携による24時間対応の在宅医療

## 在宅医療・介護連携推進事業

### 【事例⑤】静岡県川根本町 ―地域の弱みを強みに変えた他施策との連携―

社会資源が少ない町で、昔ながらの「自助共助」を生かし、住民と力を合わせて「協働」の実現を目指す。**地域包括ケアシステムと多職種連携チーム連携による協同事業体制の構築**

～町立訪問看護ステーション立ち上げから認知症施策まで～

#### < 地域の実情に合わせた他（多）事業・多職種の連携 >

##### ①在宅医療・介護連携の基盤の整備

- ・退院後に自宅に戻れない等の課題があり、町立で訪問看護ステーションを立ち上げ、在宅医療・介護連携体制の基盤を整備。

##### ②認知症施策など他事業との効果的な連携

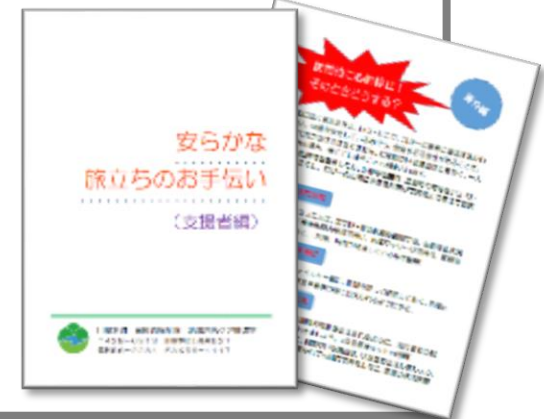
- ・介護予防教室では「認知症予防」と「在宅医療」を一緒に情報発信。
- ・ほとんどの会議の出席者は重複しているため、一度に効率的に開催。これにより全ての事業の共有・連携の意識が強化。
- ・県歯科医師会・県社会福祉士会で「認知症・虐待等チェックシート」を作成。歯科医院で認知症を疑う場合は、主治医へ速やかに連絡が可能。

##### ③災害時などを含めた消防署や他部署との連携

- ・酸素ボンベや人工呼吸器のみではなく、電力が必要な医療・介護機器の利用者（介護用ベッド等）について把握し、防災担当部署と情報共有。
- ・終末期について、医師不在時の救急搬送の有無を消防署と事前協議。

##### ④在宅での看取りの意識の醸成と支援体制の整備

- ・アンケート「あなたはどこで人生の終わりを迎えたいですか？」を実施。希望の少なかった限界集落の人が、往診・訪問看護等の説明により在宅看取りへの意識が醸成。
- ・「安らかな旅立ちのお手伝い（支援者編）」を作成し、「あわてず」「迅速な対応」出来るように、マニュアル化。
- ・介護保険認定調査時に人生の最終段階の意志決定について確認し、その書類をケアプランと共に関係する医療・介護従事者と共有。



# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例⑥】 島根県 —病院と地域をつなぐ切れ目のない連携を目指して—

入退院時における病院等と居宅介護支援事業所・地域包括支援センター間の情報共有ルールを定める際のガイドラインを作成。異なる市町村での入退院や二次医療圏をまたぐ入退院でも、医療や介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく、円滑に連携するための情報共有を支援

### <二次医療圏域等での情報共有の支援に関する取組>

#### ① 島根県入退院連携ガイドライン

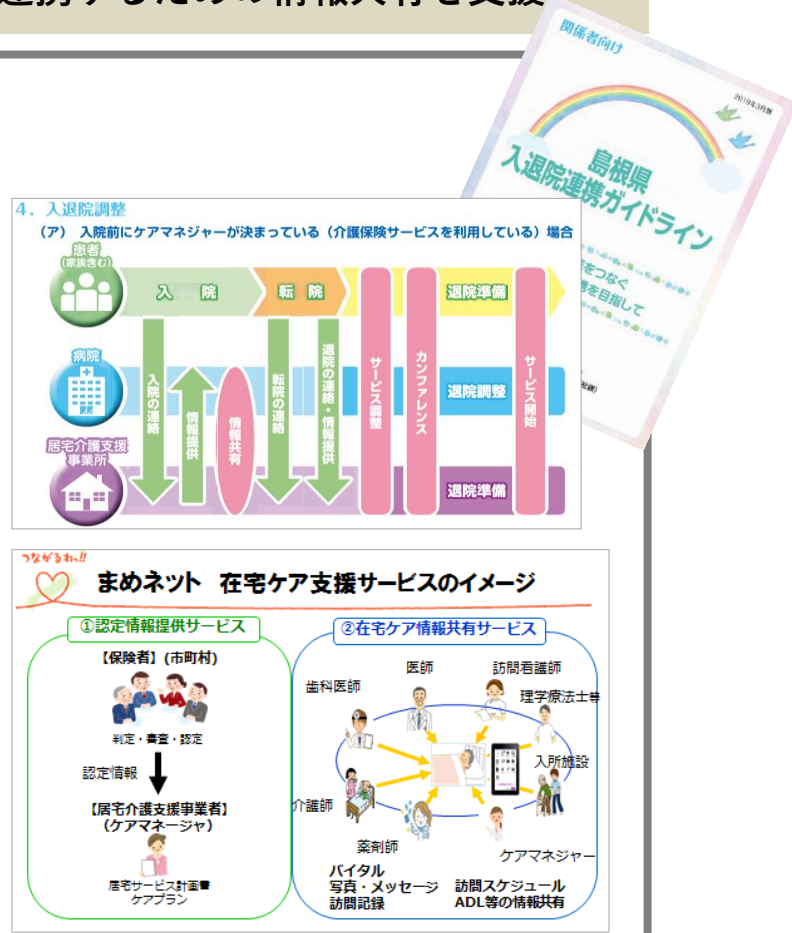
- 平成26年度から入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関する調査等を実施。医療・介護の関係機関の情報共有の有無や、その質・タイミングの課題が判明。
- 平成30年度に、県、保健所、医療介護関係者による「島根県入退院連携検討委員会」を設置。各圏域における入退院連携の実態把握・課題抽出を行い、入退院時に関係者が円滑に情報共有できるようにガイドラインを作成。
- 各圏域におけるルールの作成と、その検討過程を通じた顔の見える関係の構築を促すツールとしても活用

#### ② しまね医療情報ネットワーク「まめネット」

- 「連携カルテサービス※1」や「在宅ケア情報共有サービス※2」など、関係機関の情報共有を支援するツールが稼働
- 例えば、在宅ケアチームの訪問看護師等の医療職が「連携カルテサービス」を活用して入院中の情報を得たり、病院が在宅ケアチームに入った上で「在宅ケア情報共有サービス」を活用し、在宅復帰後の情報の共有が可能

※1:患者の同意を得た医療機関が診療情報をまとめて閲覧できるサービス

※2:在宅療養者の情報を多職種で共有できるサービス



## 在宅医療・介護連携推進事業

### 【事例⑦】山形県 — 住み慣れた地域で過ごす「高齢者の日常の療養生活」を守るために —

都道府県から県看護協会へ働きかけ、各町村、地元医療関係者等を巻き込んだ、「訪問看護空白地域」の解消の実現を目指す取組。住み慣れた地域で過ごす「高齢者の日常の療養生活」を守るため、**県と関係機関・団体等との広域的な連携・調整** ～サテライト事業所の開設に向けて～

#### <二次医療圏内にある市町村等における広域連携>

##### ①訪問看護空白地域

■ 県の最上医療圏の北部の一部地域（金山町、真室川町、鮭川村）では、訪問看護ステーションが存在せず、サービスを受けることが困難な地域が存在。各町村では訪問看護ステーションの必要性を感じつつも、単独での開設は困難。

■ 平成28年に、県から県看護協会へ、訪問看護ステーションの設置について検討を依頼。

■ 最上医療圏の北部地域は、「訪問エリアの広さ」「冬の豪雪」「看護師確保の困難」等の課題が多く、各町村の協力、財源確保等の具体的な検討を踏まえたサービスの安定性・継続性の担保が必要。

##### ②サテライト事業所の開設

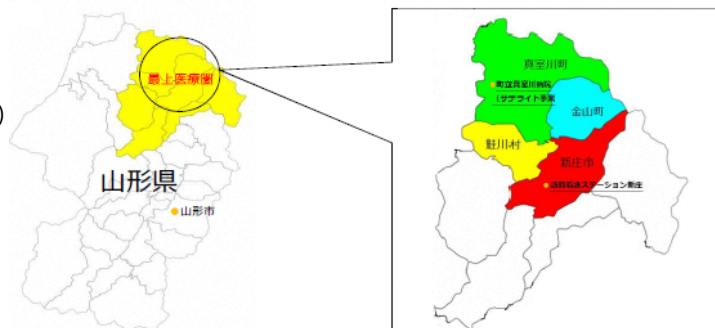
■ 県、県看護協会、各町村、地元医療関係者等による協議を重ね、

- ・ 町立真室川病院内にサテライトを設置（看護師は町立病院から出向）
- ・ 約5年間は赤字を各町村で補填
- ・ 県による補助事業の活用

により運営体制を構築。

■ 町立病院内に設置したことで、主治医や看護師とスムーズな連携が実現。各町村の地域包括支援センターとの「報告」「連絡」「相談」も円滑に行われ、医師の紹介やケアマネジャーからの依頼も増加、がん患者の在宅看取りが実現する等の成果につながる。

■ 病院看護師がサテライトに出向することで、病院看護師の在宅療養のイメージが明確化し、病院における入退院支援等にも好影響を及ぼす。





# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例⑧】兵庫県尼崎市 —最期まで本人の意思が尊重され、自分らしく過ごすために—

要支援（介護）状態になっても介護サービス等を利用して在宅療養する高齢者が多い地域における、地域包括ケアシステムの推進に向けた、『在宅医療・介護連携の仕組みづくり』と『医療・介護関係者との関係づくり』の取組

平成27年度、医療や介護の関係団体等で構成した「尼崎市医療・介護連携協議会」を設置。医療・介護連携に係る様々な課題について、「人づくり」「ものづくり」「市民の意識づくり」の3つの視点で対応策を検討。その対策を実行する機関として、平成30年、尼崎市医療・介護連携支援センター（呼称：あまつなぎ）を開設（尼崎市医師会への委託）。

### ①人づくり ～医療・介護連携を実践する人材の育成～

■ 多職種を対象に、多職種が共に学び、顔の見える関係を構築しながら情報交換する「あまつなぎ研修会」「あまつなぎ事例発表会」の開催、そして、医師会との共催により在宅医療に取り組む医師を増やすと共に、多職種の在宅医療に関する理解を深める「あまがさき在宅医療介護塾」の3種類の勉強会を開催。

### ②ものづくり ～医療・介護連携を効率的に行うための仕組みづくり～

■ 平成30年に、在宅医療にかかわる医師の負担軽減を目指して医師会が「あまつなぎ在宅システム」を導入。

■ 「在宅医紹介システム※1」と「看取り代診医紹介システム※2」の2種類の仕組みで構成。

※1:在宅医療を行っていないかかりつけ医が、その患者に在宅医療を提供する必要がある場合に適切な在宅医を探したり、在宅医が、その患者に自分では対応できない専門性の高い診療を提供する必要がある場合に専門医に往診や訪問診療を依頼するシステム

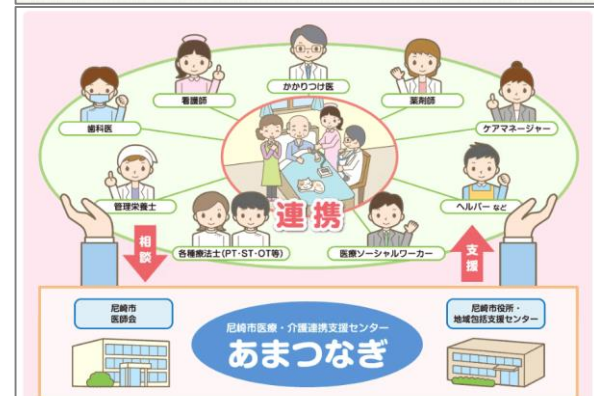
※2:在宅主治医が予定している不在時に、その間の看取りのための代診医を紹介するシステム

### ③市民の意識づくり ～「生き方・逝き方」「介護予防・重度化防止」の意識づくり～

■ 安心した在宅療養の啓発のために、多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を含む多職種連携）協働による「尼崎市在宅療養ハンドブック」を作成。

■ 病院・診療所や介護事業所などで在宅療養の説明に活用。専門職による出前講座等を通じた啓発の実施。

■ 医療と介護の連携もふまえた多職種連携による「介護予防・重度化防止」の市民啓発も実施（他の地域支援事業等との連携と効果的な啓発の実施）





# 在宅医療・介護連携推進事業

## 【事例⑨】福岡県北九州市 — 職種を超えた取組をパッケージに! —

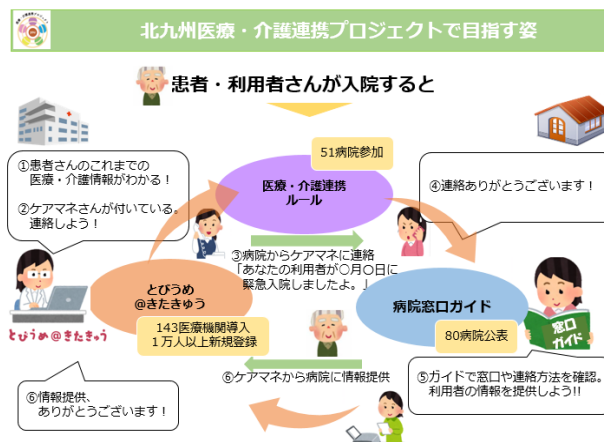
行政だけではなく、医療・介護関係者で医療・介護連携業務を見直すことで、**職種を超えた地域全体の連携業務が最適・効率的となる取組をパッケージにし、他の自治体でも導入しやすいプロジェクトの体制を構築**

### <北九州医療・介護連携プロジェクト（とびうめ@きたきゅう ほか）の取組>

平成30年に、医療・介護関係者と行政が対等な立場で医療・介護連携の地域共通ルールやツールを考え、作り、実行し、効果検証・改善するためのプラットフォームとして、市内医療・介護関係団体13団体で構成する北九州医療・介護連携プロジェクト会議を発足。

この会議において、本市の医療・介護連携の現状分析を詳細に行い、各医療機関や介護事業所で取り組むべきプロジェクトを策定。

特に、プロジェクトの起点となる「とびうめ@きたきゅう」は、**市の保有する医療・介護・健診のレセプト情報を市全体の医療現場で本格的に活用する全国初の取組**。「市内すべての医療・介護関係者が市民への説明・登録窓口となる」「共有される市民の情報も毎月自動更新される」という持続性の高い事業で、**スタート以来10か月で1万人を超える市民が新規に登録している**。



#### ①「とびうめ@きたきゅう」の導入 ※143医療機関導入、1万人以上新規登録

■ 医療・介護・健診レセプト情報（K D B データ）の一部を医療機関等に提供し、医療・介護連携事業や救急医療に活用する情報ネットワークの構築。（令和元年から八幡東区・八幡西区においてモデル実施を開始し、令和2年6月より市内全体で本格運用）。

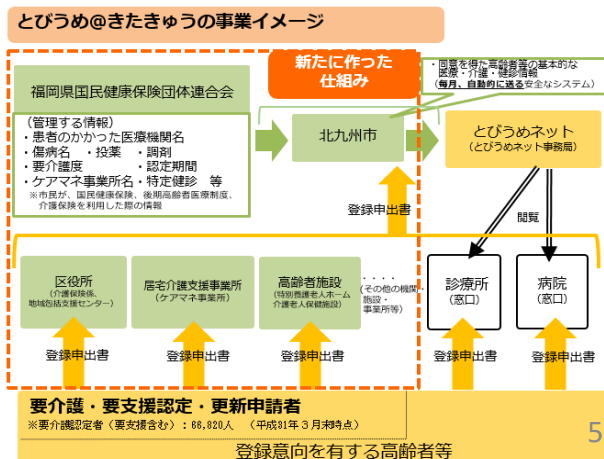
#### ②医療・介護連携ルールの作成 ※51病院参加

■ とびうめ@きたきゅうとともに、入院・転院の情報をスムーズに医療・介護関係者で共有する連絡ルールを作成

#### ③病院窓口ガイドの作成 ※80病院公表

■ 入院後に、医療・介護関係者が病院と連携する際の窓口や連携方法などを病院毎にまとめ、市のHPで公表。また、検索しやすく工夫。

◆①から③をパッケージとして、令和2年6月から全市展開を開始。



## 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

### 1. 見直しの必要性

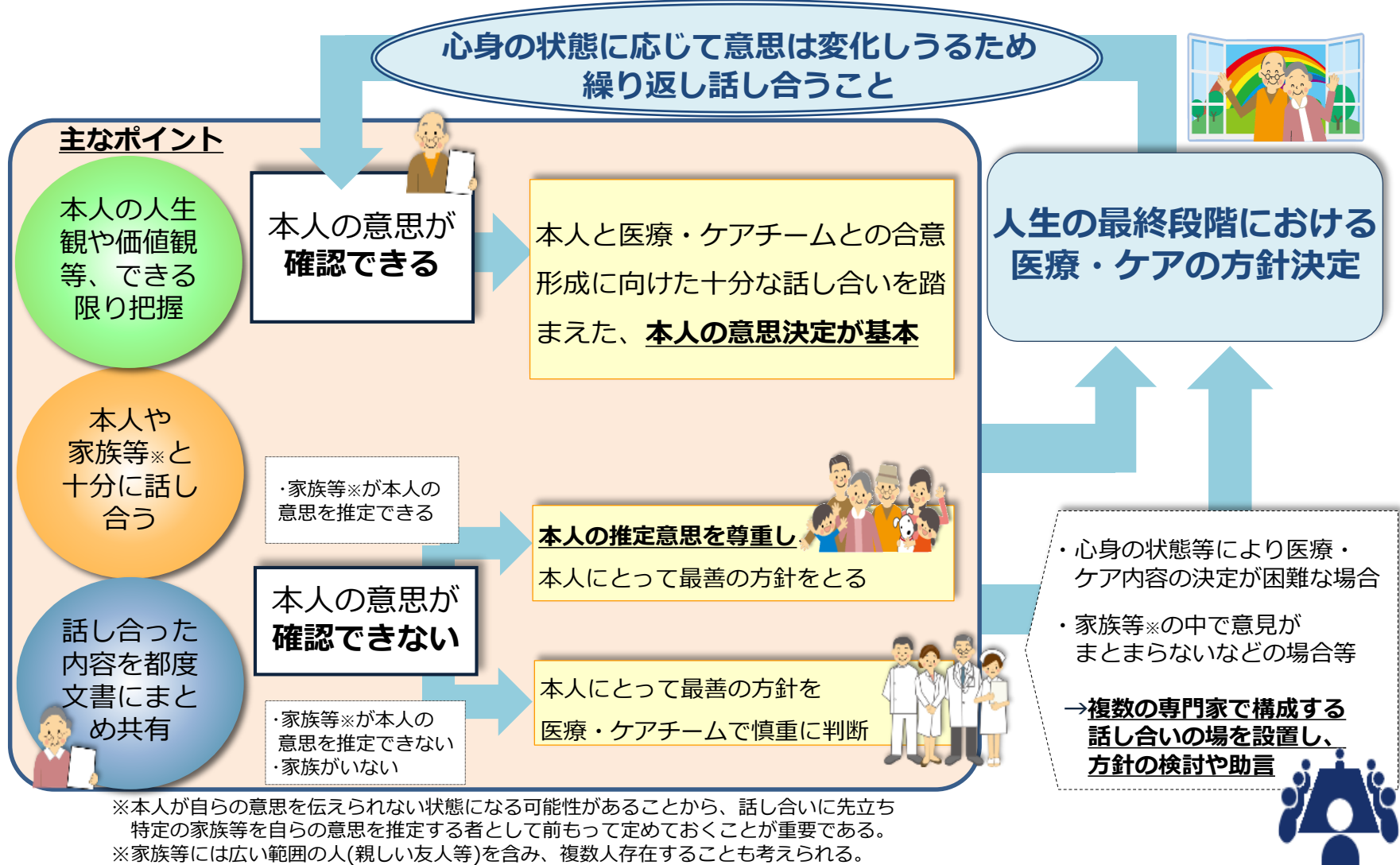
- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
- ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
  - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること
- を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

### 2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
  - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
  - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

# 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



# 認知症施策推進大綱(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定) (概要)

## 【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら

**「共生」と「予防」※1を車の両輪として施策を推進**

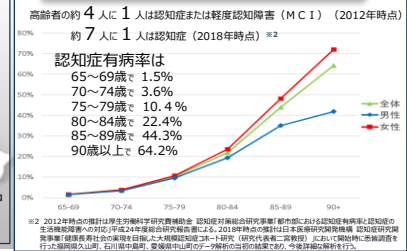
※1「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味

## 世界の認知症戦略 世界各国において、政府による認知症戦略策定が進展

<b>英国</b> ○国家認知症戦略 ・2009年に国家認知症を5年計画として発表。 ・2015年に2020年までの新たな戦略を発表。	<b>米国</b> ○国家アルツハイマー計画法に基づく計画 ・2011年に国家アルツハイマー計画法が署名され、 ・2012年に国家に基づき計画を発表。
<b>フランス</b> ○神経変性疾患に関する国家計画 ・2001年に認知症国家戦略を策定。2014年からは神経変性疾患全般に関する新たな戦略として策定。	<b>オーストラリア</b> ○認知症に関する国家構想 ・2005年に認知症に関する国家構想を策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中

上記のほか、韓国、インドネシアなどアジア各国でも国家戦略の策定などの取組が進められている。

## 我が国の認知症有病率等について



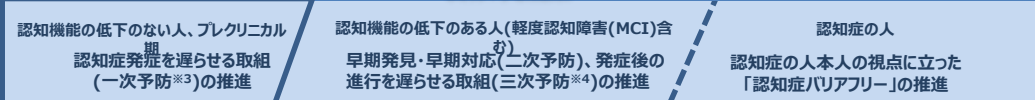
## コンセプト

○認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることも多く、多くの人のため身近なものとなっている。

○生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。

○運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

## 具体的な施策



**① 普及啓発・本人発信支援**  
 ・認知症に関する理解促進  
 ・認知症サポーター養成の推進  
 ・相談先の周知  
 ・子供への認知症の理解促進  
 ・認知症の本人からの発信支援  
 ・認知症の本人がまとめた「認知症とともに生きる希望宣言」の展開

**② 予防**  
 ・認知症予防に資する可能性のある活動の推進  
 ・民間の商品やサービスの評価・認証の仕組みの検討  
 ・予防に関するエビデンスの収集の推進

**③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援**  
 ・早期発見・早期対応、医療体制の整備  
 ・医療従事者等の認知症対応力向上の促進  
 ・介護サービス基盤整備・介護人材確保  
 ・介護従事者の認知症対応力向上の促進  
 ・医療・介護の手法の普及・開発

**④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援**  
 ・バリアフリーのまちづくりの推進  
 ・移動手段の確保の推進  
 ・交通安全の確保の推進  
 ・住宅の確保の推進  
 ・地域支援体制の強化  
 ・地域の見守り体制の構築支援・見守り・探索に関する連携  
 ・地方自治体等の取組支援  
 ・ステップアップ講座を受講した認知症サポーターが認知症の人やその家族への支援を行う仕組み(「チームオレンジ」)の構築  
 ・認知症に関する取組を実施している企業等の認証制度や表彰  
 ・商品・サービス開発の推進  
 ・金融商品開発の推進  
 ・成年後見制度の利用促進  
 ・消費者被害防止施策の推進  
 ・虐待防止施策の推進  
 ・認知症に関する様々な民間保険の推進  
 ・違法行為を行った高齢者等への福祉的支援  
 ・若年性認知症支援コーディネーターの体制検討  
 ・若年性認知症支援コーディネーターのネットワーク構築支援  
 ・若年性認知症コールセンターの運営  
 ・就労支援事業所の実態把握等  
 ・若年性認知症の実態把握  
 ・社会参加活動や社会貢献の促進  
 ・介護サービス事業所利用者の社会参加の促進

**⑤ 研究開発・産業促進・国際展開**  
 ・認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発など、様々な病態やステージを対象に研究開発を推進  
 ・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス・機器等の検証、評価指標の確立  
 ・既存のコホートの役割を明確にしたうえで、認知症発症前の人や認知症の人等が研究や治療に容易に参加できる仕組みを構築  
 ・研究開発の成果の産業化とともに、「アジア健康構想」の枠組みも活用し介護サービス等の国際展開を促進

## 認知症の人や家族の視点を重視

上記1～5の施策は、認知症の人やその家族の意見を踏まえ、立案及び推進する。

## 目指すべき社会

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会

## 主なKPI/目標

**① 普及啓発・本人発信支援**

- 企業・職域型の認知症サポーター養成数400万人  
認知症サポーター養成数1200万人(2020年度)
- 世界アルツハイマーデー及び月間における普及・啓発イベント等の開催
- 広報紙やホームページ等により、認知症に関する相談窓口の周知を行っている市町村100%
- 認知症の相談窓口について、関係者の認知症2割増、住民の認知症1割増加
- 認知症本人大使(希望宣言大使(仮称))の創設
- 全都道府県においてキャラバン・メイト大使(仮称)の設置
- 全都道府県においてピアサポーターによる本人支援を実施

**② 予防**

- 介護予防に資する通いの場への参加率が8%程度に高める
- 認知症予防に関する事例集・取組の実践に向けたガイドラインの作成
- 認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の仕組みの作成
- 介護保険総合データベースやCHASEによりデータを収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示

**③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援**

- 認知症初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつなげた者の割合65%
- 市町村における「認知症ケアパス」作成率100%
- BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知
- BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証

**④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援 社会参加支援**

- 全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み(チームオレンジなど)を整備
- 認知症バリアフリー宣言、認証制度応募件数、認証件数  
(認知症バリアフリー宣言、認証制度の仕組みの検討結果を踏まえて検討)
- 本人の意見を踏まえた商品・サービスの登録件数(本人の意見を踏まえて開発された商品・サービスの登録制度に関する検討結果を踏まえて設定)
- 「全県金融機関」の個人預金高に占める後見制度支援預金又は後見制度支援信託を納入済とする金融機関の個人預金高の割合 50%以上(2021年度末)
- ネットバンク等の店舗窓口において現金を取り扱っていない金融機関及び事業・職域用信託に係る個人預金残高は除く
- 成年後見制度の利用促進について(2021年度末)  
 ・中核機関(権利保護センター等)を含む、以下同じに、登録した市区町村数 全174市区町村  
 ・中核機関においてバリアフリー対応の認知症サポーター養成講座や研修会を開催している市区町村数 全174市区町村  
 ・中核機関において後見人候補者を推薦する取組を行っている市区町村数 800市区町村  
 ・中核機関において後見人支援の取組(専門職の選上げ等)による相談や手続支援を実施)を行っている市区町村数 200市区町村  
 ・協議会等の協議体を設置した市区町村数 全174市区町村  
 ・市町村計画を策定した市区町村数 全174市区町村  
 ・研修等を受講した中核機関職員や区役所職員等の数 3500人  
 ・後見人等向けの意思決定支援研修が実施される都道府県の数 全47都道府県  
 ・人口5万人以上の全ての市町村において、消費者安全確保地域協議会の設置

**⑤ 研究開発・産業促進・国際展開**

- 認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC取得3件以上)
- 認知症低下抑制のための技術・サービス・機器等の評価指標の確立
- 日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始
- 薬剤治験に即対応できるコホートを構築

期間：2025年まで

赤字：新規・拡充施策

※3 認知症の発症遅延や発症リスク低減 ※4 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応



各都道府県 介護保険主管部（局） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について（周知依頼）

厚生労働行政の推進につきましては、日頃から御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

このたび、消防庁救急企画室より、「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について（令和元年11月8日付け消防庁救急企画室長通知）が発出されました。

地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携を進めるに当たり、消防機関との連携及び ACP に係る取組を進めることも重要な要素と考えます。そのため、ACP に係る取組を含め、在宅医療・介護連携推進事業に関するものなど医療と介護の連携を引き続き進めていただくとともに、こうした連携に関する内容について消防機関に対しても積極的に情報共有を行い、会議等を開催する場合は情報提供し必要に応じ参加を依頼するなど配慮をお願いいたします。また、消防機関よりメディカルコントロール協議会等への協力依頼がありましたら、参加に努めていただくようお願いいたします。

各都道府県の介護保険主管部（局）におかれましては、内容を御理解いただき、管内市町村へ周知方よろしくお願い申し上げます。

記

<通知\*より抜粋>

## 2 今後、消防機関に求められること

### (1) 地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画について

消防機関においても、地域における地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場に、在宅医療や介護等の関係者ととも適切に参画し、救急隊の基本的な役割に関する情報提供や、救急と医療・介護双方の実情等に関する情報共有、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案への対応等についての意見交換などを、積極的に行っていくよう努められたい。

### (2) 救急隊の対応の検討等について

救急隊の対応を検討する際は、上記に加え、メディカルコントロール協議会等において、在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況、在宅医療や高齢者施設での対応の状況等も勘案しながら十分に議論するよう努められたい。

また、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案に対応した具体的な件数を集計するとともに、メディカルコントロール協議会において事後検証の対象とすることを検討されたい。

## 5 今後の方向性

どのような対応をするにせよ、救急要請があった場合、望まない心肺蘇生を実施される可能性は否定できず、また、家族等や医療従事者など関係者が警察の調査等を受け、当惑してしまうこともあり得る。必要な救急要請を躊躇してはならないのは当然であるが、人生の最終段階を迎える準備を適切に進めることで、関係者が慌てたり、関係者間での情報共有が不足することなどによる、避けることのできる救急要請を減らすこともまた重要である。地域包括ケアシステムの構築が進む中、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医療等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACP に取り組んでいくことが重要である。

### 【担当】

厚生労働省老健局老人保健課 田上、畦地  
電話：03-5253-1111(内線 3946、3947)  
FAX：03-3595-4010

## 傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討部会 報告書(概要)

### 1 背景

○近年、救急隊が心肺停止の傷病者の心肺蘇生を望んでいないと言われる事案の対応について、多くの消防本部で課題として認識されている。

### 2 実態調査

全国 728 の消防本部を対象に、  
○ 傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望まないと言われる事案の有無。  
○ 事案があった本部のうち対応の取り決めの有無。  
○ 対応方針の内容(心肺蘇生の実施 または 医師の指示等による中止)等について、調査を実施。

事案があった(又はあったと思われる)＝616本部(約85%)

対応方針の策定	定めている (45.6%)	定めていない (54.4%)
対応方針の内容	一定条件下で中止又は実施しない (30.1%)	心肺蘇生を実施し搬送 (60.5%) その他

### 3 検討する上での基本的な認識

○ 救急隊は救命を役割とし、事前に傷病者の意思が共有されていないなど、時間的、情報的制約がある中では、速やかな心肺蘇生の実施が基本。  
○ 一方で、ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の考え方が広まりつつあり、今後、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は尊重されていく方向。

### 4 検討・考察内容

#### (1) 心肺蘇生の対応について

○ 大阪府消防局では、傷病者の生命保護を最優先とし、心肺蘇生を継続して搬送。  
○ 広島市消防局や埼玉西部消防局では、かかりつけ医等と連絡し、心肺蘇生中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止。

※ かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療ケアに携わっていれば、傷病者の状態や病状を評価し、医学的な観点と併せて、心肺蘇生中止の判断が可能と考える

#### (2) 救急隊の対応について

○ 傷病者が心肺停止となった経緯や、心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲・内容、かかりつけ医との連絡の有無など、救急現場の状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要。  
○ 心肺蘇生を中止している消防本部では、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけでなく、必要に応じてオンラインMC医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っていることに留意すべき。

#### (3) 救急搬送について

○ 心肺蘇生中止の理由、救急隊の長時間待機が課題(医師の到着までに時間がかかる)。  
○ 心肺蘇生を実施しない、死亡確認等のためだけの搬送は、本来的には、在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで、解消すべき課題。

#### (4) 活動の事後検証等について

○ 救急現場の状況や、救急隊の対応は多様であり、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべき。

### 5 今後の対応

○ 傷病者本人が心肺蘇生を望まない意思を示していたにもかかわらず、救急要請される事案について、集計している消防本部が一部にとどまるなど、実態が十分に明らかになったとは言いがたい。  
→ 各地域での検証を通じた、事案の集積による知見の蓄積が必要  
→ 国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見極める必要

→ 将来的には、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべき



## 地域包括ケア「見える化」システムの主な機能について

# 1. ポータル画面

「見える化」システムのログインURL: <http://mieruka.mhlw.go.jp/>



○ポータル画面では、自分の所属する自治体について、介護保険事業を概観するための基本指標を閲覧可能である。

1 : 選択した都道府県(※)または保険者の指標データを表示。全ての都道府県、保険者から選択が可能。  
※都道府県単位の指標データを表示させる場合は保険者の欄で「-----」を選択。

2 : 人口の推移、認定者数・認定率の推移、介護費用額の推移、保険料額の推移の4つのグラフを表示。

3 : 各指標について降順で並べた際の順番(※)を表示。  
※全保険者、同一都道府県内保険者内での順番となる。

拡大されたグラフ画像が表示される。この画面から画像や解説文のダウンロードも可能。



# 2-1. 現状分析（概要）

現状分析 - Microsoft Edge  
https://edumerukanet.mhlw.go.jp/meruka/S030100\_init

地域包括ケア「見える化」システム TOP 現状分析 取組事例 実行管理

指標を選ぶ 地域資源を見る 地域を選ぶ

大きなウィンドウで指標を探す

大分類 認定

中分類 認定率

小分類

認定率

認定率※第2号被保険者を含む

調整済み認定率

調整済み重度認定率・軽度認定率の分布

調整済み重度認定率

調整済み軽度認定率

指標の説明を一括でダウンロードする

調整前後で並べる 割合/実数を並べる グラフを追加する お気に入り

地域で見る

B4-a. 認定率 (要介護度別)

認定率 (要介護度別)

要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

認定率 (%)

25 20 15 10 5 0

18.1 18.7 20.2

全国 東京都 豊島区

JS chart by amCharts

(時点) 平成29年(2017年)  
(出典) 厚生労働省

地域間の比較をするグラフから、同一保険者の時系列推移を確認するグラフに切り替えが可能。

○現状分析画面では、従来政策評価支援システム等の機能が有していた、介護保険事業関連のデータ等を分かりやすくグラフ化し、地域間比較や時系列比較が可能な状態で情報提供する。

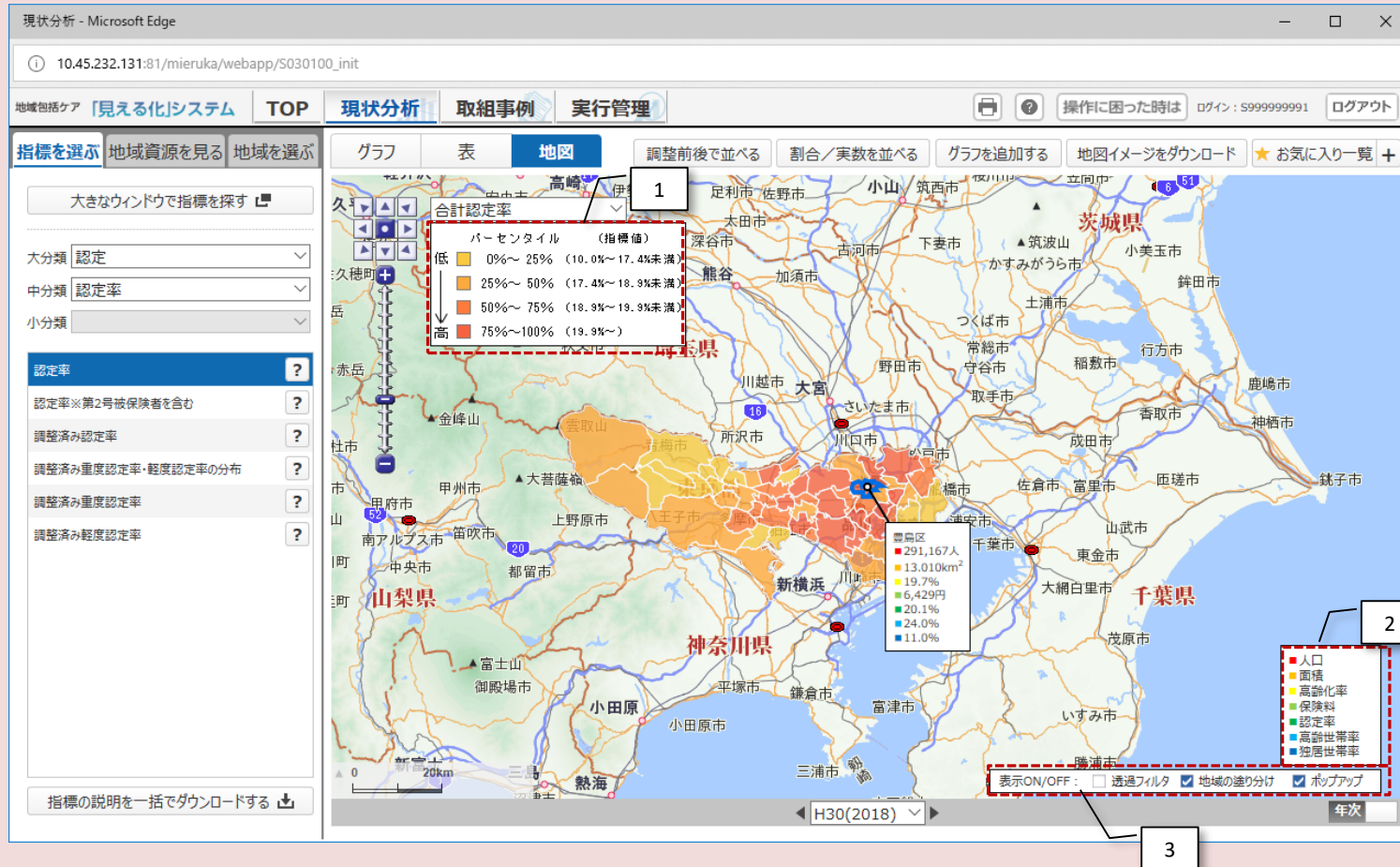
1 :本エリアで指標を選択すると、グラフが中央に表示される。

2 :本メニューボタンから、グラフのカラー／白黒表示を切り替えや、グラフ画像のダウンロードが可能。

3 :指標はグラフ・表・地図の3つの表示方法より選択可能。

4 :比較したい地域を、地名による検索や、条件から選択可能。

## 2-2. 現状分析（地図表示）

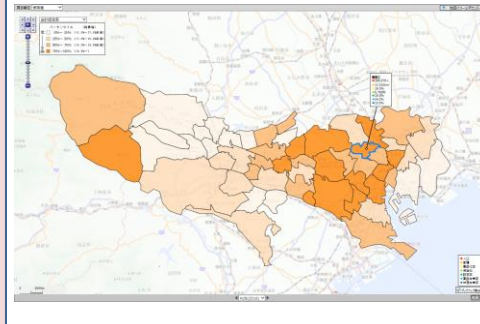


○画面を地図に切り替えることにより、選択した指標の値による地図の塗り分けが可能。また、選択済み地域の基本情報もポップアップ内に記載。

1 : 地図上では指標値の高低により、表示されている地域がオレンジ色の濃淡で4段階に色分けされる。凡例には、各段階の指標値の該当範囲を表示。

2 : 人口、面積、認定率等全7項目の基本情報について表示。マウスの操作で任意の場所に動かせる。

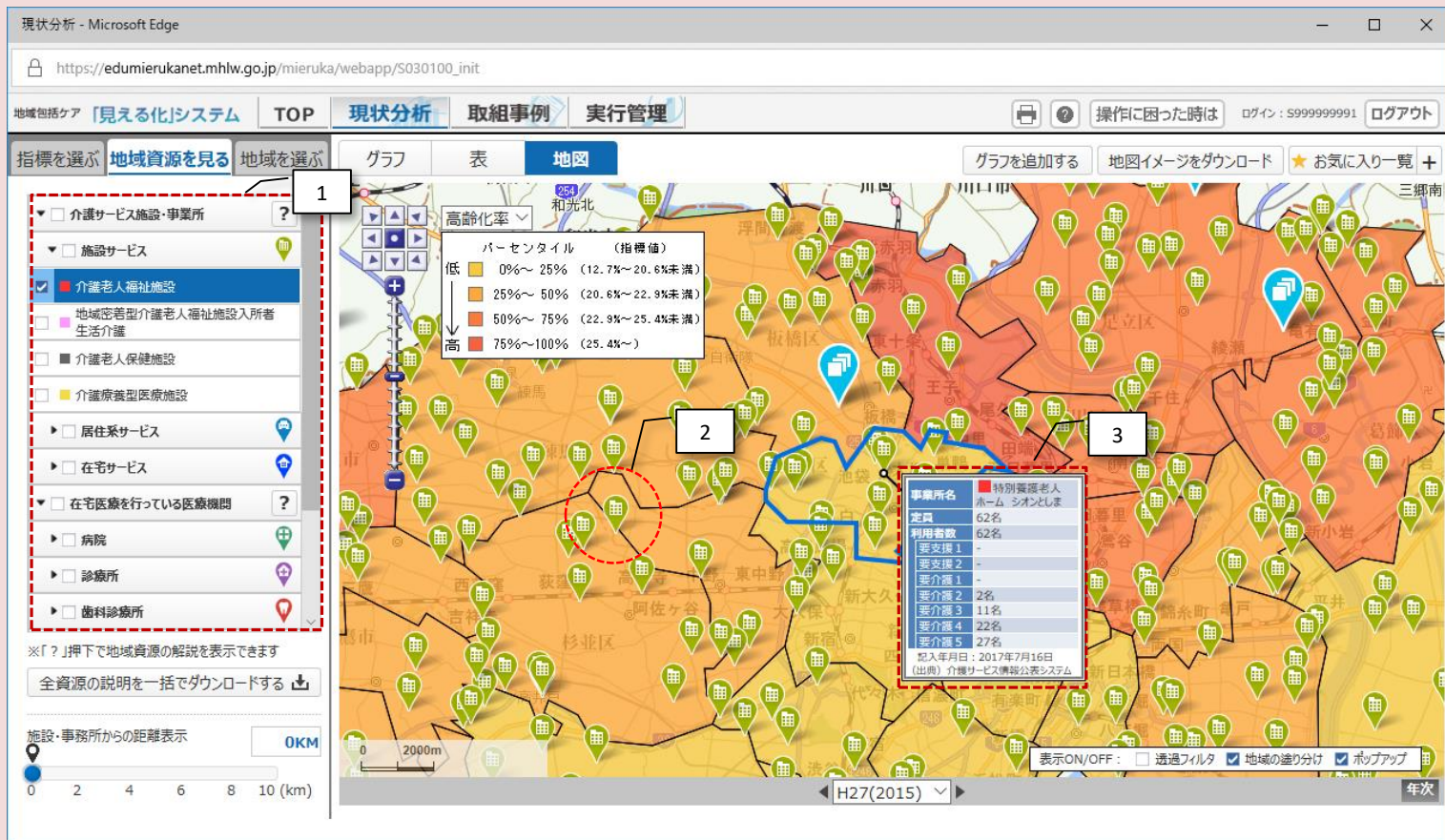
3 : 道路情報や地名部分を薄くした白地図仕様の地図に切り替えが可能。



出所) 地域包括ケア「見える化」システム



## 2-3. 現状分析（地域資源分析）



○地図上に介護サービス施設・事業所がアイコンで表示される。背景のオレンジ色でリスク情報（高齢化率等）を表示したうえで、地域資源を重ねあわせて閲覧することが可能。

1 : 「地域資源分析」のタブから表示したい介護保険サービスを選択可能。

2 : アイコンにより位置情報を表示。

3 : アイコンをクリックすると当該施設・事業所の定員や利用者数(要介護度別)等、最新情報を表示。

※自治体ユーザの場合は、在宅医療を行う医療機関や、病床機能別の医療機関の表示も可能。

出所) 地域包括ケア「見える化」システム



# 3-1. 取組事例（概要）



○取組事例画面では、地域包括ケア構築に向けた先進的な取組事例を検索・閲覧可能である。事例は各種調査研究で収集されたものを提供。現在253件の事例を掲載中。

1 : 検索対象の文にキーワード(介護予防等)が含まれる事例が検索可能。検索結果は新着順またはダウンロード回数順に表示される。

2 : 取組事例の中に出てくるキーワード(タグ)を青字で記載クリックすると、そのキーワードを含む取組事例の検索結果が表示される。

3 : 各事例をクリックすると、取組事例のサマリが表示される。


出所) 地域包括ケア「見える化」システム

## 3-2. 取組事例（具体例）

● 具体的には下記のような取組事例ファイル(PDFファイル)が掲載されており、ダウンロードして閲覧することが可能である。

平成26年10月21日(火)  
保健師中央会議

保健師中央会議資料  
「地域包括ケアシステムの構築に向けて」  
～都道府県及び市町村に求められる役割  
鹿児島からの報告～



鹿児島県保健福祉部介護福祉課  
地域包括ケア推進係長 宮園 君子

### 鹿児島県

○人口 1,680千人 (65歳以上 27.8%)  
○面積 9,189km<sup>2</sup>

本土最南端に位置。東土が南北600kmと長く、温帯から亜熱帯をまたぐ。世界自然遺産に登録されている屋久島や日本ジオパークに認定された霧島の火山群など、多彩で豊かな自然と個性ある歴史・文化など、観光資源に富む。



鹿児島県のシンボルと言えば「桜島」に「西郷さん」

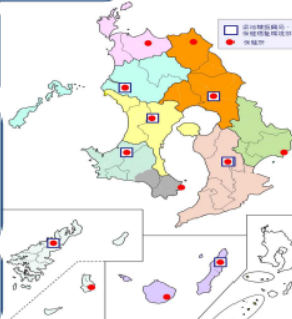
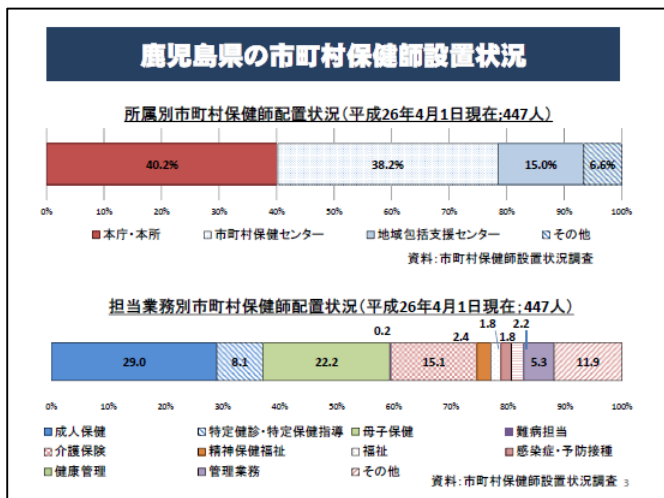
温泉源泉数 2,824 (全国2位)  
公衆浴場の549が天然温泉!

世界遺産 屋久島をはじめとする多彩な島々  
鹿児島面積 2,485km<sup>2</sup> (全国1位)

「歳時」 「黒豚」 「さつまあげ」  
本物の素材を活かした多彩な食文化

### 鹿児島県の県保健師配置状況(平成26年4月1日現在)

本庁	① 保健医療福祉課 3人 ③ 健康増進課 4人 ⑤ 子ども福祉課 2人	② 介護福祉課 5人 ④ 障害福祉課 2人 ⑥ 職員の健康管理 3人	課長級 2人 技術補佐 5人 技術主幹 4人 係長 1人
局・支庁	13保健所 計 88人 課長級 1人 技術主幹 11人 補佐 4人 係長 6人		
その他	① 精神保健センター 4人 ② こども総合療育センター 3人 ③ 中央児童相談所 2人 ④ 難病相談・支援センター 4人 ⑤ 県立始良病院 4人 課長級 2人 係長 3人 技術主幹 3人 計 17人		
派遣	① 後期高齢者医療広域連合 1人 ② 県民総合保健センター 1人 計 2人		

### 本県の高齢者を取り巻く現状と課題

- 高齢化の現状(H25.10.1現在鹿児島県年齢別推計人口結果)
  - 総人口 1,680千人
  - 高齢者人口 65歳以上 467千人(27.8%)  
75歳以上 264千人(15.7%)
  - 高齢者世帯の状況 高齢単身世帯数 102,443世帯(平成22年国勢調査) 全国1位(14.1%)  
高齢者夫婦世帯数 95,610世帯(平成22年国勢調査) 全国3位(13.1%)
- 要介護認定等の状況(H25.10 介護福祉課調べ)
  - 要介護等認定者数 95,657人 → H12年度の1.7倍
  - 要介護認定率 20.8%
- 認知症高齢者(H25.10.1現在介護福祉課調べ)
  - 高齢者(65歳以上)に占める認知症高齢者ランクⅡ(見守り必要)以上 58千人(12.7%) → 要介護認定者の約6割
  - ※ 国推計(H24.8公表) H22:280万人(9.5%) → H24:305万人(10.4%)
- 高齢者実態調査の結果(平成22年10月)
  - 要介護状態になった主な原因疾患 脳卒中(28.4%)、認知症(17.5%)、関節疾患(15.3%)
  - 在宅での介護者等の状況
    - 年齢 40歳未満 2.5%、40~64歳 57.1%、65歳以上 40.4%
    - 性別 男性 32.7%、女性 67.3%
  - 在宅介護者の今後の介護に対する意向 → 在宅で介護したい(76.3%)

#### 課題

- 地域全体で高齢者を支える仕組みづくり
- 見守り・支え合い活動の推進
- 介護予防・重症化防止の充実・強化
- 高齢者のニーズに応じた医療・介護サービスの提供

## 4. 情報共有ページ

- 「情報共有ページ」には介護保険事業(支援)計画に関連する事務連絡や情報提供資料、データ等が掲載されており、ダウンロードして利用することが可能。  
※掲載情報は今後も随時拡充予定

地域包括ケア「見える化」システム **TOP** 現状分析 取組事例 将来推計 実行管理

お知らせ 利用者情報変更 ▼ データ登録・出力 ▼ **情報共有**

地域包括ケア「見える化」システム **TOP** 現状分析 取組事例 将来推計 実行管理

### 情報共有

#### 1.在宅医療・薬局リスト

医療機関リストは、地域包括ケア「見える化」システムの「地域資源分析」の地図上に表示される医療機関の一覧です。各項のタイトルに記載された属性の医療機関と、その詳細情報がExcelファイル形式で取得できます。

▼ 1-1.在宅医療関連 (2)	A-001
<a href="#">1-1-1.在宅医療を行っている医療機関リスト (病院・診療所・歯科診療所)</a>	A-001-01 <a href="#">ダウンロード</a> ↓
<a href="#">1-1-2.在宅訪問対応薬局リスト</a>	A-001-02 <a href="#">ダウンロード</a> ↓

#### 2.第8期介護保険事業(支援)計画関連

第8期介護保険事業(支援)計画に関連する事務連絡や情報提供資料を掲載しています。

▼ 2-1.事務連絡 (1)	B-001
<a href="#">2-1-1.事務連絡[8次リリース] (令和2年7月31日)</a>	B-001-01 <a href="#">ダウンロード</a> ↓
▼ 2-2.情報提供資料 (4)	B-002
<a href="#">2-2-1.令和2年度全国介護保険担当課長会議資料 (令和2年7月31日)</a>	B-002-01 <a href="#">ダウンロード</a> ↓
<a href="#">2-2-2.第8期必要入所(利用)定員、入居定員総数調査票 (都道府県シート)</a>	B-002-02 <a href="#">ダウンロード</a> ↓
<a href="#">2-2-3.第8期必要入所(利用)定員、入居定員総数調査票 (保険者シート)</a>	B-002-03 <a href="#">ダウンロード</a> ↓

情報名をクリックすると、ここに情報に関する説明が表示されます。

# 地域包括ケア「見える化」システムで提供する指標

- 地域包括ケア「見える化」システムは、現状分析及び実行管理支援のために以下の指標を提供している。
- これらの指標の多くは従来厚生労働省が提供してきた「介護政策評価支援システム」における給付分析のための指標を引き継いで設定されている。

目的	区分	指標(抜粋)	ソース
現状分析	人口と世帯の状況	総人口、高齢化率、高齢独居世帯数(割合) 等	国勢調査 等
	被保険者及び認定者数	第1号被保険者数、要介護認定者数(率)、性・年齢調整済み認定率 等	介護保険事業状況報告
	介護保険料	第1号保険料月額、必要保険料月額 等	介護保険総合DB
	介護保険サービスの利用状況	介護サービス受給者数(率)、第1号被保険者1人あたり給付月額、性・年齢調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額、受給者1人あたり給付月額、受給者1人あたり利用日数・回数 等	等
	医療	後期高齢者1人あたり医療費、受療率 等	後期高齢者医療事業状況報告、患者調査
	その他	リスク高齢者の割合、地域づくりへの参加意向のある高齢者の割合、週1回以上の通いの場の参加率、介護人材の受給推計 等	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 等
	地域資源の状況	介護サービス施設・事業所、在宅医療を行う医療機関の位置情報 等	介護サービス情報公表 医療機能情報提供制度 病床機能報告制度
実行管理	被保険者及び認定者数	第1号被保険者数、要介護認定者数(率) 等	介護保険事業状況報告
	介護サービス見込み量	介護サービス利用者数、利用者1人1月当たり利用日数・回数	
	給付見込み・保険料	総給付費、保険料基準額 等	



## 1. 都道府県・市町村の取組事例

### ◆ 地域包括ケア「見える化」システム

[URL:http://mieruka.mhlw.go.jp/](http://mieruka.mhlw.go.jp/)

### ◆ 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革【医療と介護の連携に関する報告書等】

[URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html)

### ◆ 近年の調査研究事業など（[URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html)）

- ・「在宅医療・介護連携推進事業に係る効果的な事業の推進方法と評価に関する調査研究事業報告書」（平成29年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金 公立大学法人埼玉県立大学）
- ・「地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業-実態調査編-」（平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金 株式会社野村総合研究所）
- ・「在宅医療・介護連携推進事業における都道府県による市区町村支援に関する調査研究事業」（令和元年度老人保健事業推進費等補助金 株式会社富士通総研）
- ・「在宅における看取りの推進に関する調査研究事業報告書（人生の最終段階における意思決定支援事例集）」（令和元年度老人保健事業推進費等補助金 株式会社日本能率協会総合研究所）
- ・平成30年度在宅医療・介護連携推進支援事業（株式会社日本能率協会総合研究所）  
事例発表会（<https://www.jmar-form.jp/hcpr.html>）（意見交換会<https://www.jmar-form.jp/homecare.html#sub03>）

## 2. データ把握に関すること

### ◆ 地域包括ケア「見える化」システム

[URL:http://mieruka.mhlw.go.jp/](http://mieruka.mhlw.go.jp/)

### ◆ 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革【在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目一覧（参考例）】

[URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html)

### ◆ 厚生労働省ホームページ 在宅医療の推進について【在宅医療にかかる地域別データ集】

[URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html)

## 3. 最近の動向に関すること

### ◆ 厚生労働省ホームページ 認知症施策推進大綱について

[URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html)

### ◆ 厚生労働省ホームページ 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

[URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html)

### ◆ 厚生労働省ホームページ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

[URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)

### ◆ 厚生労働省ホームページ 医療計画【医療計画関連通知】

[URL:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/iryuu\\_keikaku/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html)