

在宅医療・介護連携推進事業の取組について

令和 5 年

老健局 老人保健課

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進の関連計画等について
3. 好事例について

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進の関連計画等について
3. 好事例について

医療と介護の複合ニーズが一層高まる

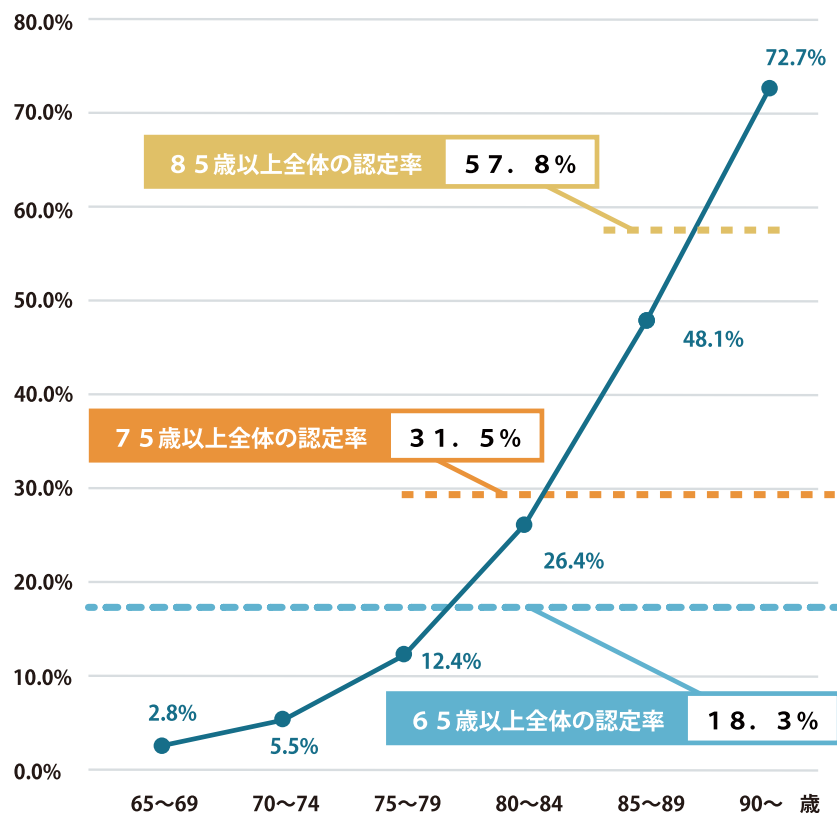
社会保障審議会
介護給付費分科会（第222回）

令和5年8月30日

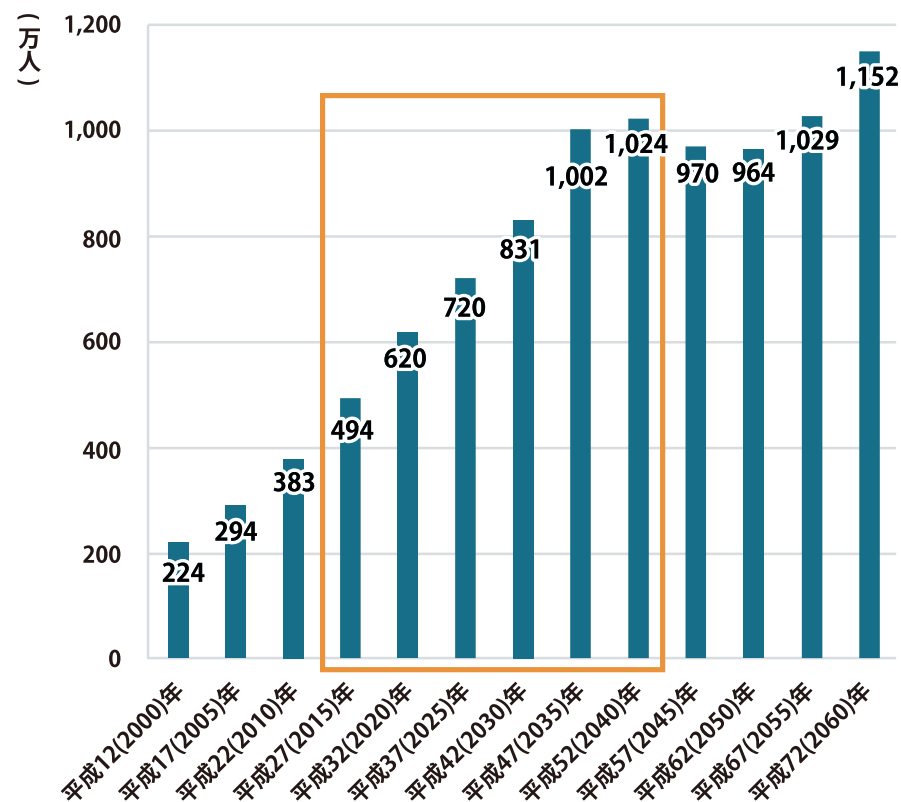
資料2

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

死亡の場所の推移

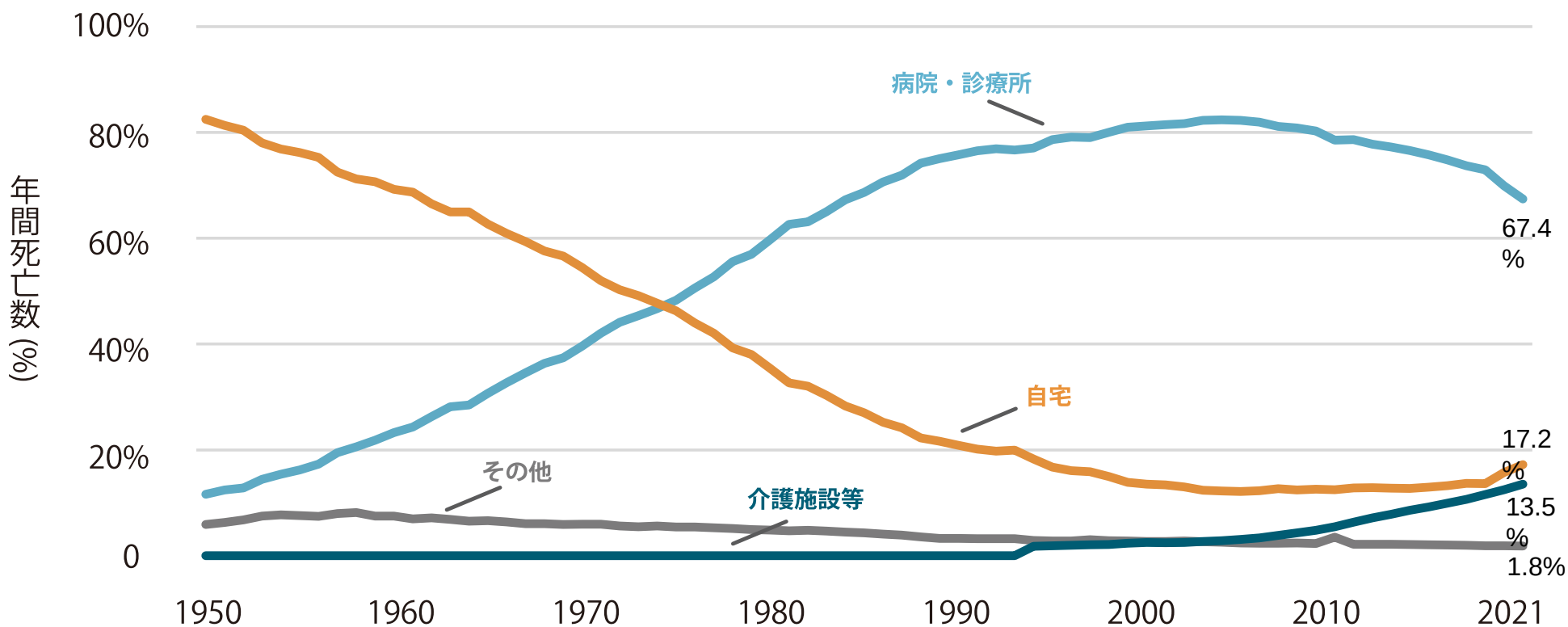
社会保障審議会
介護給付費分科会（第222回）

令和5年8月30日

資料2

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

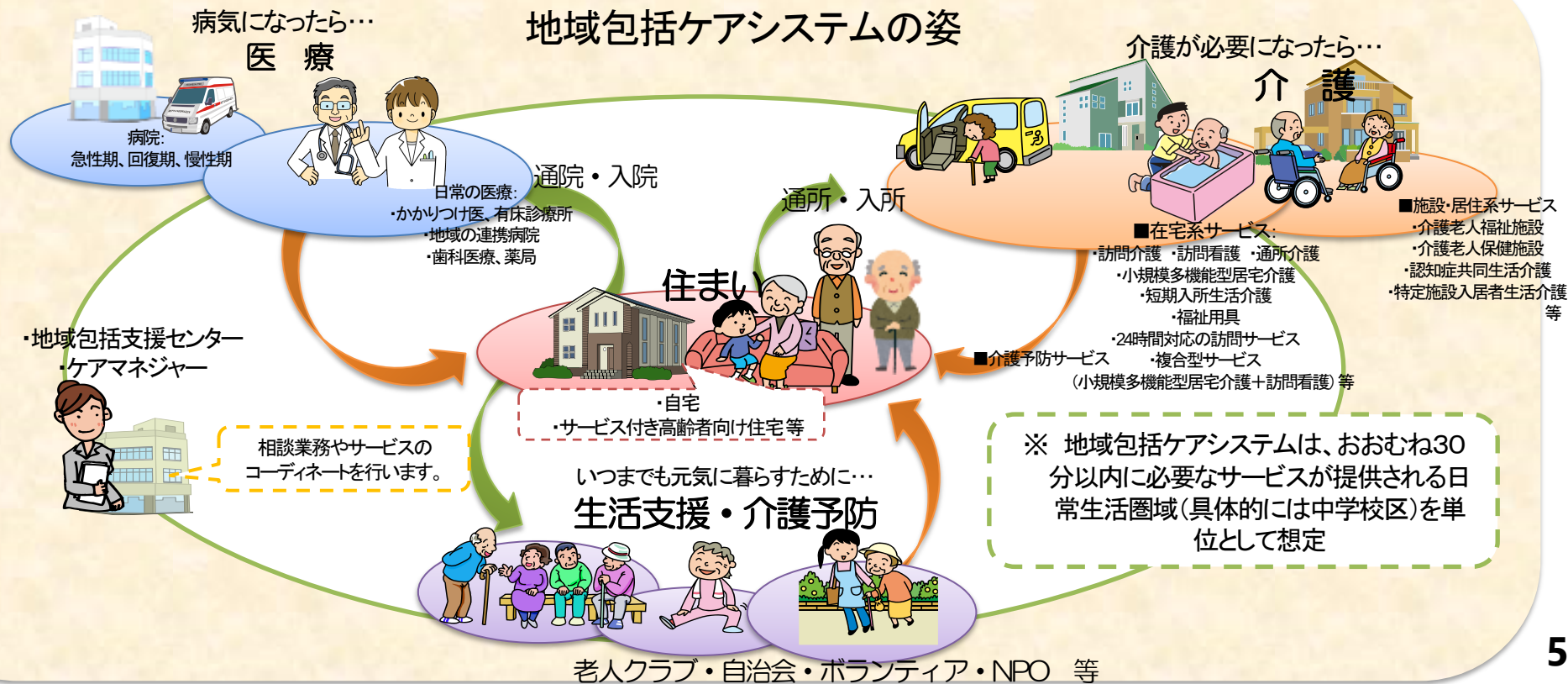
死亡の場所の推移



厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

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。**



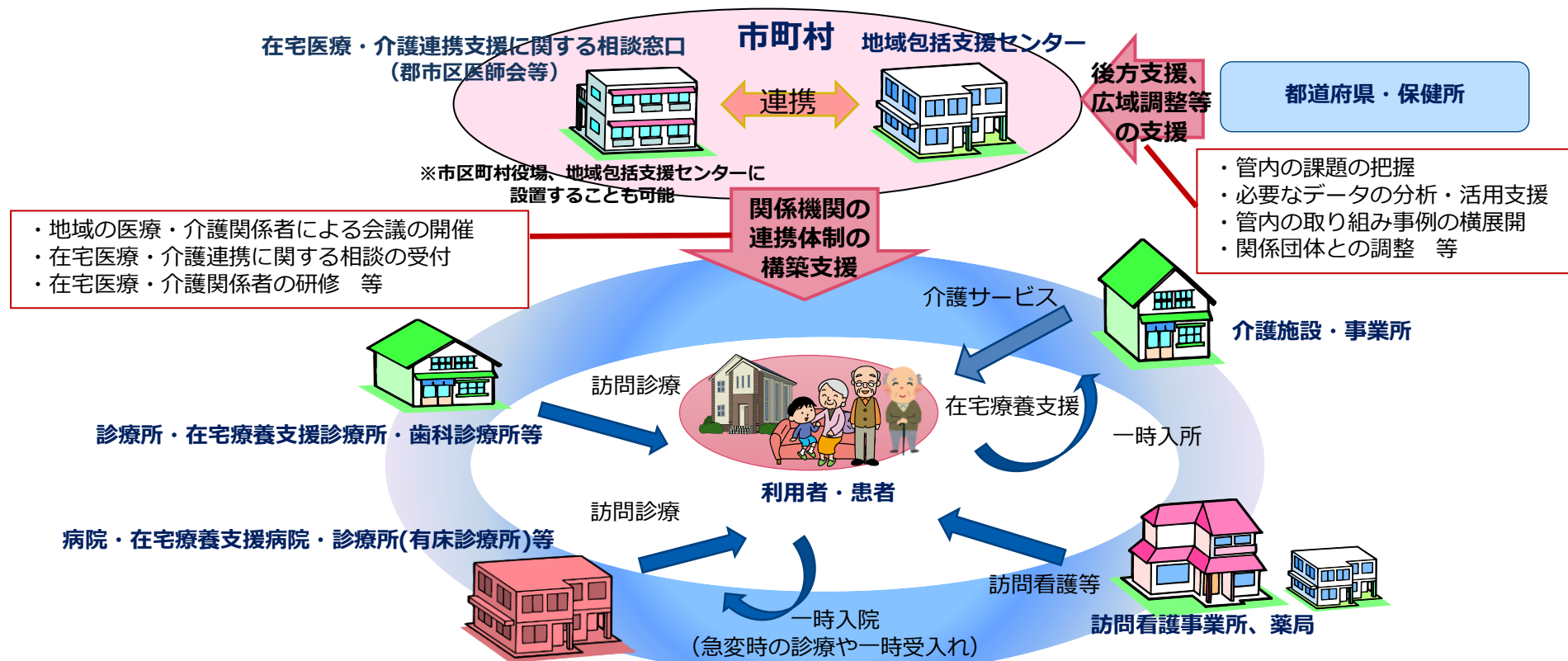
在宅医療・介護連携の推進

- 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）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- 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。



医療・介護連携に関する介護報酬等(イメージ)

社会保障審議会
介護給付費分科会(第222回)

資料2

令和5年8月30日

- 医療機関(入院)、高齢者施設等(入所系サービス)、自宅等の相互の連携に関する介護報酬等のイメージ。
(は利用者・情報の流れ、各加算等の枠色は当該加算等の対象となる事業所等を指す。)

- 退院・退所加算(居宅介護支援事業所):450単位~900単位/回
退所の際に医療機関等の職員と面談を行い、ケアプランを作成
○退院時共同指導加算(訪問看護):600単位/回
入所中に主治医等と連携して在宅生活に必要な指導を行った場合

- 退所時情報提供加算(老健・介護医療院):500単位/回
退所後の主治医等に対し診療状況を示す文書を提供
○かかりつけ医連携薬剤調整加算(老健):100単位~440単位/回
入所中の処方内容について主治医へ情報提供。減薬の実施。



自宅等

- 初期加算(特養・老健・介護医療院・認知症GH):30単位/日
入所生活に慣れるための支援に係る費用
○総合医学管理加算(短期入所療養介護(老健)):275単位/日
治療管理を目的として、利用者を緊急的に受け入れた場合



高齢者施設等

- 退院・退所加算(居宅介護支援事業所):450単位~900単位/回
退院の際に医療機関等の職員と面談を行い、ケアプランを作成
○退院時共同指導加算(訪問看護):600単位/回
入院中に主治医等と連携して在宅生活に必要な指導を行った場合

- 初期加算(特養・老健・介護医療院・認知症GH):30単位/日
入所生活に慣れるための支援に係る費用
○退院・退所時連携加算(特定施設):30単位/日
病院等を退院した者を受け入れる場合の連携等を評価



医療機関

- 診療情報の提供
・運営基準(老健・介護医療院)
・(診療報酬)診療情報提供料(特養・特定・認知症GH):
配置医や主治医が診療情報を提供した場合

- 入院時情報連携加算(居宅介護支援事業所):100~200単位/回
入院時に利用者に係る必要な情報を医療機関に提供した場合
○通院時情報連携加算(居宅介護支援事業所):50単位/月
利用者の通院時に医師の診察にケアマネジャーが同席した場合

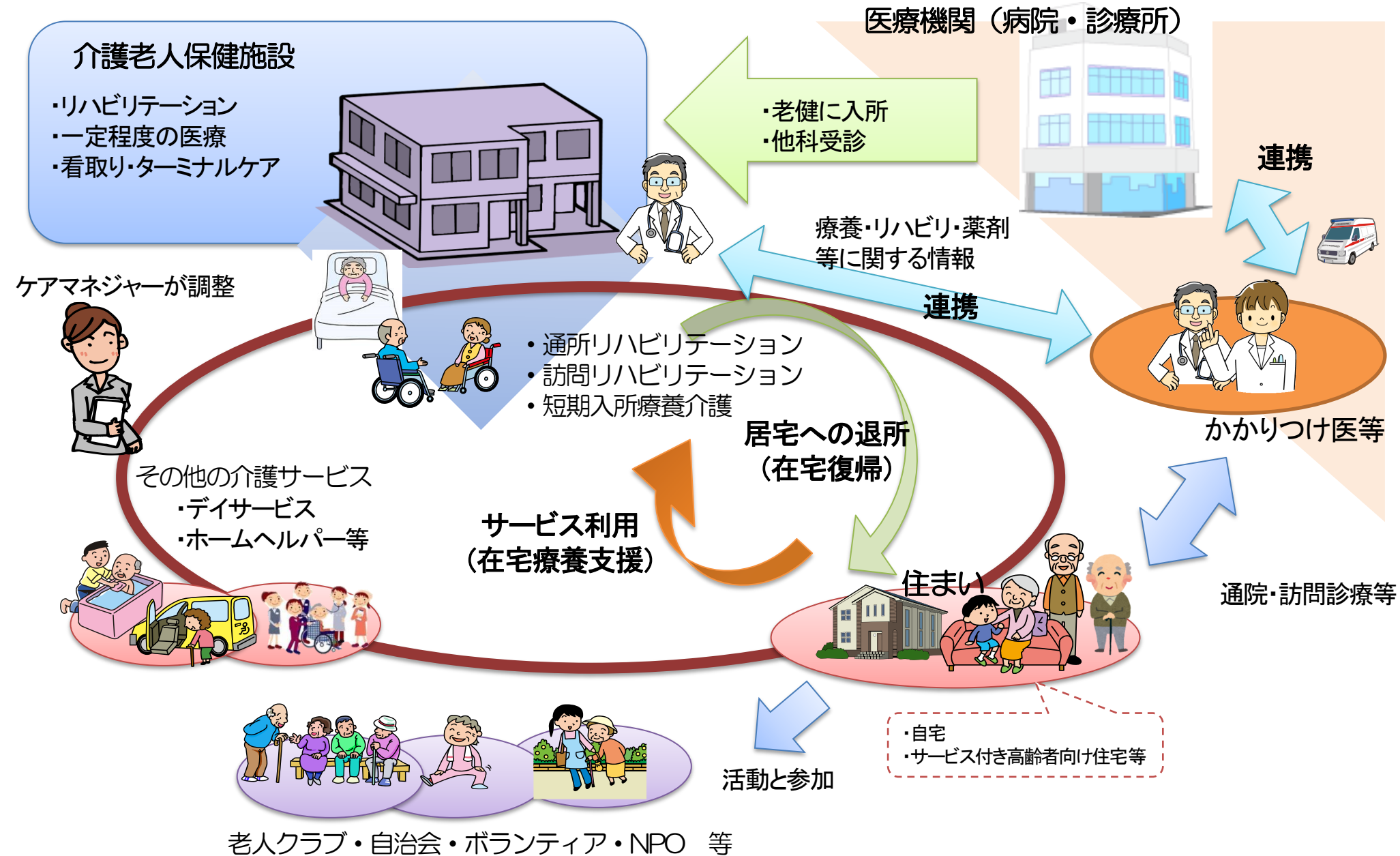
< 平時の連携 >

- 居宅療養管理指導(医療機関):259~514単位/回(医師の場合)
医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士による療養上の管理および指導

- 協力医療機関の定め(高齢者施設):運営基準
○医療機関連携加算(特定施設):80単位/月
利用者の健康状況を協力医療機関又は主治医に月1回以上情報提供
○医療連携体制加算(認知症GH):39~59単位/日
医療機関との連携等により看護体制を確保

※ここでの高齢者施設等は、介護保険における入所系サービス(介護保険施設・特定施設・認知症GH)を指す

地域包括ケアシステムにおける介護老人保健施設のイメージ

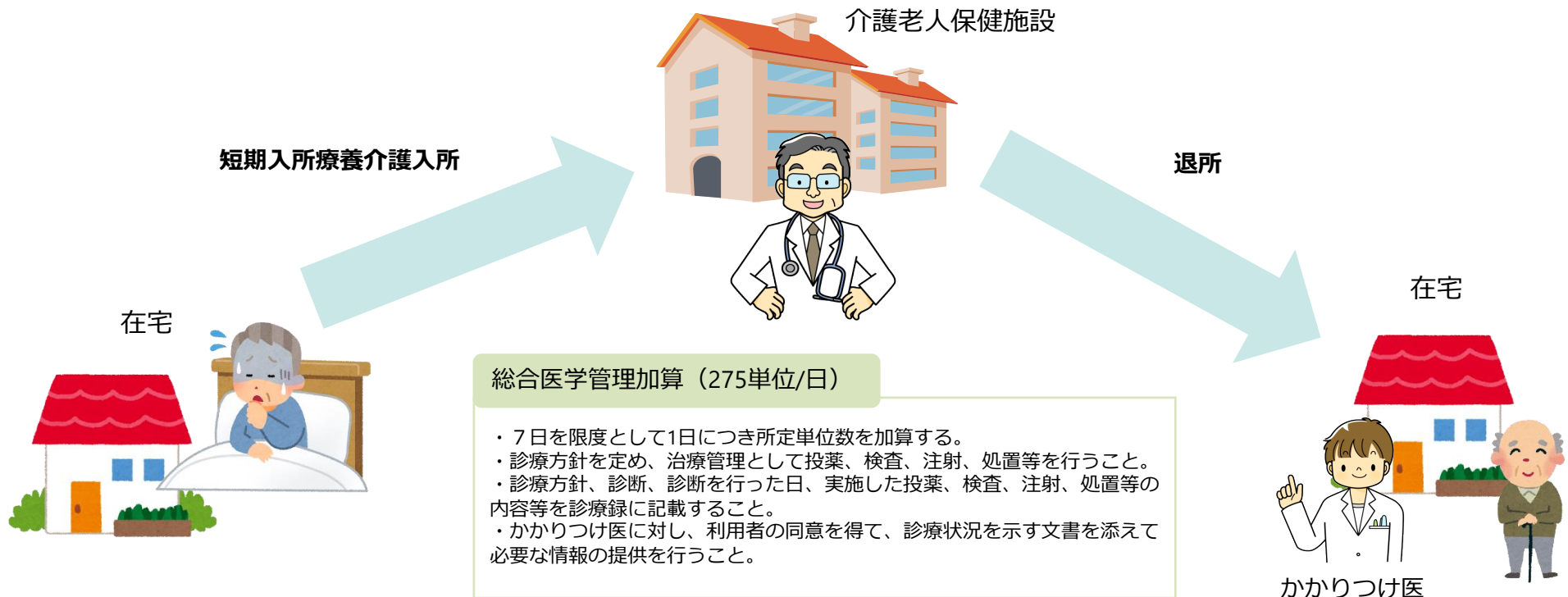


介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

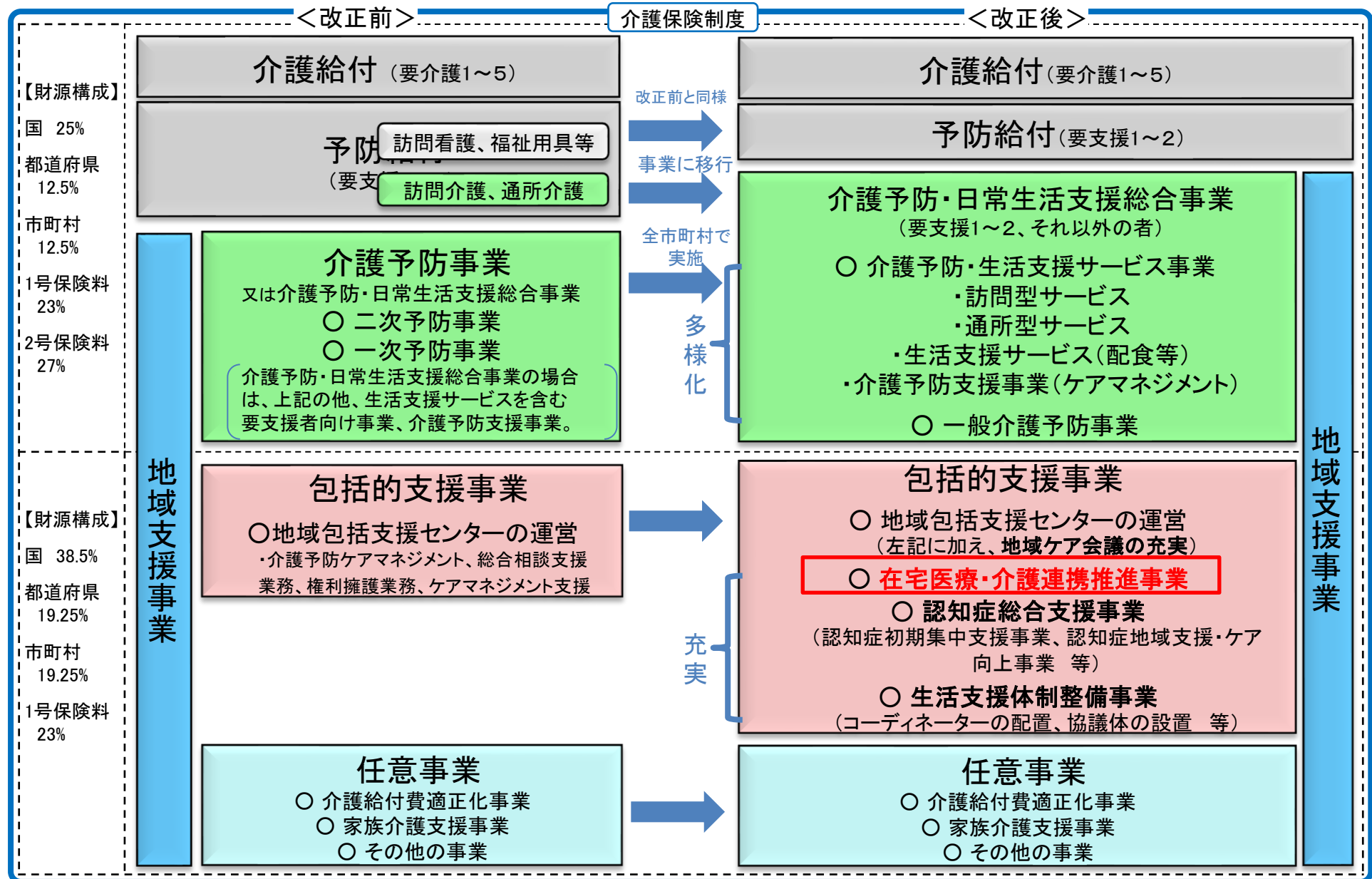
介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。



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、市町村が、同号に規定する連携を推進するに当たり、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築を目的として行う次に掲げる事業であって、地域支援事業(同号に規定する事業を除く。)その他の在宅医療及び介護に関する施策との連携を図るものとする。

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、在宅医療・介護連携に関する施策の企画及び立案(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。))と共同して行うものとする。)、並びに医療・介護関係者に対して周知を行う事業

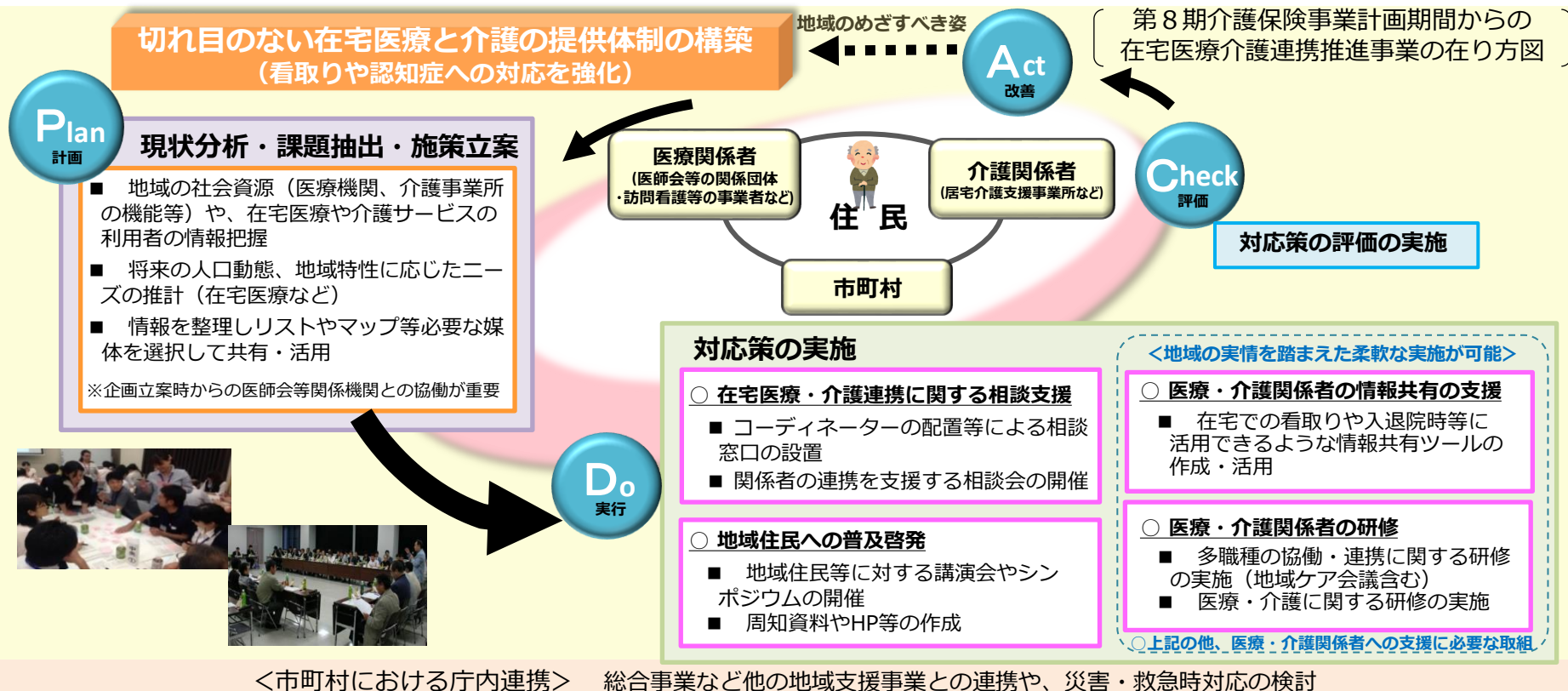
二 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

三 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

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及び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

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、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目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



- 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9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



在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



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

都道府県の取組み

①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等

- ・ 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

- ・ 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

市町村の取組み

在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組

①現状分析・課題抽出・施策立案

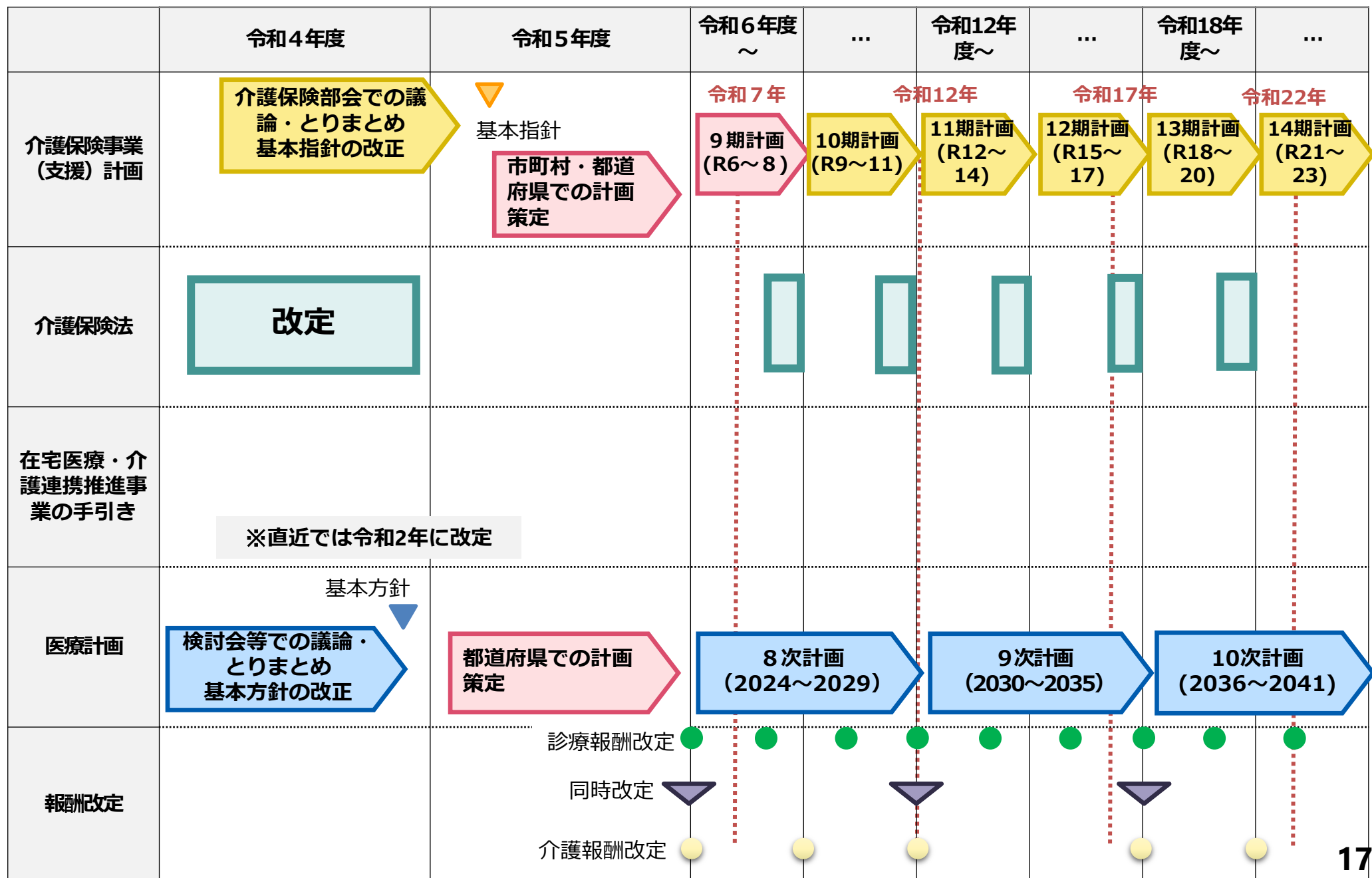
- ・ 地域の医療・介護の資源の把握
- ・ 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ・ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

②対応策の実施

- ・ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ・ 地域住民への普及啓発
- 加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進の関連計画等について
3. 好事例について

在宅医療・介護連携推進の関連計画等のスケジュール



介護保険事業（支援）計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。

国の基本指針（法第116条、8期指針：令和3年1月厚生労働省告示第29号）

- 介護保険法第116条第1項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める
※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画（法第117条）

- 区域（日常生活圏域）の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

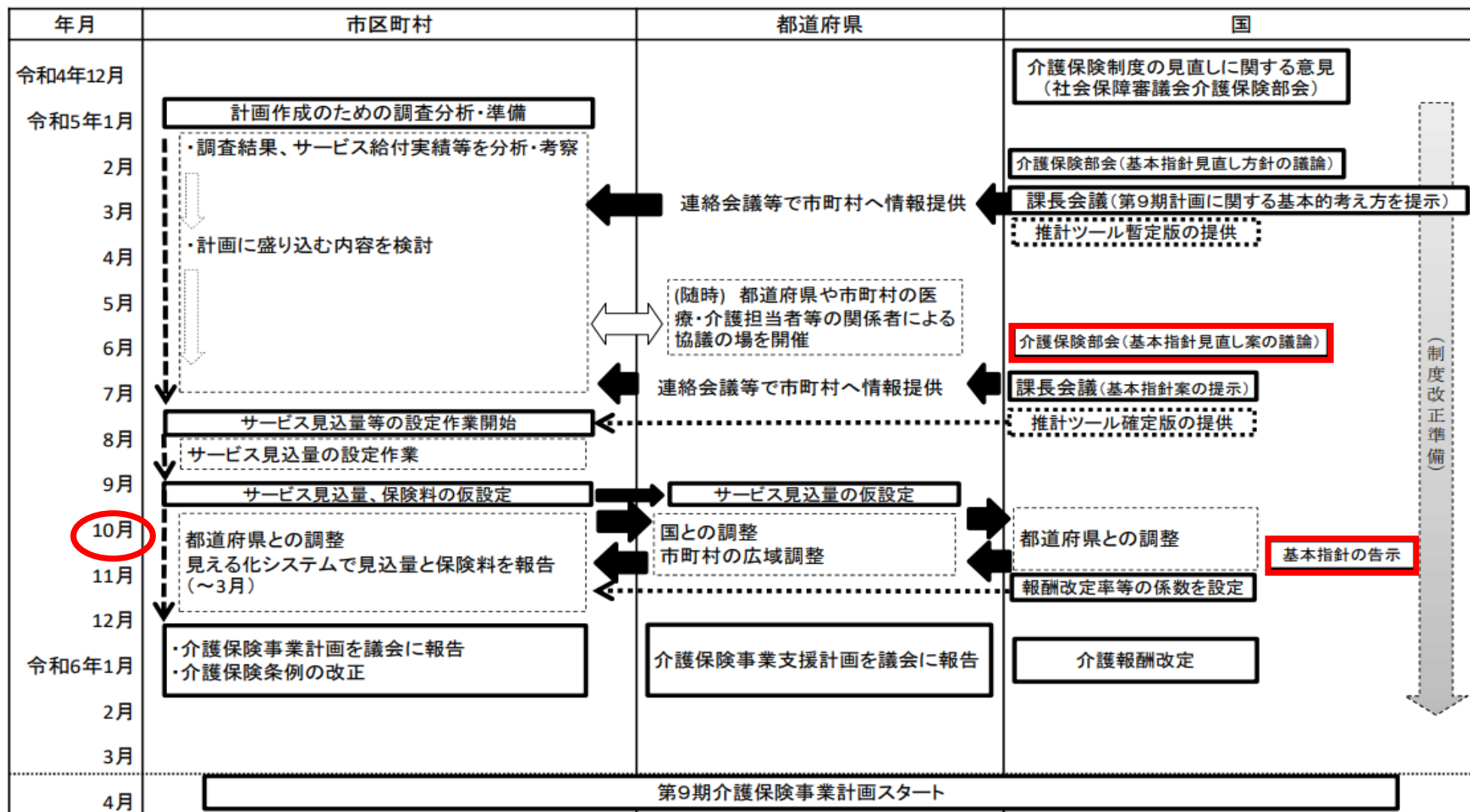
都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

- 区域（老人福祉圏域）の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

第9期介護保険事業計画の作成に向けたスケジュール(R5.7.10時点)



第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針（案）について

社会保障審議会 介護保険部会（第107回）	資料1-2
令和5年7月10日	

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

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、感染症発生時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、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和五年法律第三十一号。以下「令和五年の法改正」という。）によって創設された医療法（昭和二十三年法律第二百五号）におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しながら、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。また、市町村でPDCAサイクルに沿った事業展開を行えるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等が重要である。

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

(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、令和五年の法改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しつつ、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、感染症発生時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。

在宅医療・介護連携推進事業と他計画の関係性の整理

総合確保方針（法第3条）

- ①医療と介護の総合的な確保の意義、基本的な方向
- ②医療法で定める基本方針、介護保険法で定める基本指針の基本となる事項
- ③法に基づく都道府県計画、市町村計画の作成、整合性の確保に関する基本的な事項
- ④都道府県計画、医療計画、介護保険事業支援計画の整合性の確保
- ⑤基金事業に関する基本的な事項（事業の内容、公正性・透明性の確保等）
- ⑥その他地域における医療及び介護の総合的な確保に関し必要な事項

※法：地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な指針

医療法で定める
基本指針

介護保険法で定める
基本指針

整合性の確保

都道府県計画（事業計画）（法第4条）

- ・医療及び介護の総合的な確保に関する目標、計画期間
- ・目標を達成するために必要な事業に関する事項

医療計画

地域医療構想
（ビジョン）

介護保険
事業支援計画

整合性の確保

市町村計画（事業計画）（法第5条）

- ・医療及び介護の総合的な確保に関する目標、計画期間
- ・目標を達成するために必要な事業に関する事項

整合性の確保

介護保険
事業計画

任意記載事項

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険法第115条の45）

在宅医療と介護の一体的な提供の実現に向けて、医療と介護の関係者をつなぎ、在宅医療・介護連携の推進のために、医療・介護関係者の資質の向上や連携に必要な機会の確保を図る

- ①在宅医療・介護連携に関する相談支援
- ②地域住民への普及啓発
- ③医療・介護関係者の情報共有の支援
- ④医療・介護関係者の研修

<医療>
提供体制の構築

<介護>
提供体制の構築

連携が重要

国

都道府県

市町村

＜在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋＞

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

（5）在宅医療において積極的役割を担う医療機関

自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関**として**医療計画に位置付けること**。

また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、**在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される**。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする**。

（6）在宅医療に必要な連携を担う拠点

地域の実情に応じ、**病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること**。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が**在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携**を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

（3）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、**従来の二次医療圏にこだわらず**、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、**市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する**。なお、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること**。



【交付金に係る通知等】

- ・ 保険者機能強化推進交付金及び介護保険者努力支援交付金に係る指標（インセンティブ交付金評価指標）
- ・ 地域支援事業交付金交付要綱、地域支援事業実施要綱
- ・ 地域医療介護総合確保基金に関する各通知 等

【科研費】

医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適性な評価指標等の提案のための研究
（令和5～6年度厚労科研 研究代表者：国立保健医療科学院）

【令和5年度老健事業】

- ・ 「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業（株式会社 富士通総研）
- ・ 認知症患者の口腔管理体制に関する調査研究事業（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター）
- ・ 医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方に係る調査研究事業（株式会社 NTTデータ経営研究所）
- ・ かかりつけ医と多職種連携に関する調査研究事業（一般社団法人未来研究所臥龍、公益社団法人全日本病院協会）等

【令和4年度老健事業 成果物】厚生労働省HP公開中

- ・ 「PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業」報告書（公立大学法人 埼玉県立大学）
- ・ 「効果的な計画を策定するための考え方マニュアルー在宅医療・介護連携の推進に向けてー」（公立大学法人 埼玉県立大学）
- ・ 「自宅や介護保険施設等における要介護高齢者の急変時対応の負担軽減及び円滑化するための調査研究事業」報告書等（株式会社 三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進の関連計画等について
3. 好事例について



事例① 稲城市の取組



令和4年度「在宅医療・介護を連携するための多職種連携研修会」開催報告

- 本年度、市立病院の協力により、稲城市の高齢者に多い心不全に関する専門職向けおよび市民向けの講座を開催していることから、多職種連携研修でも心不全をテーマに設定。
- 4つの場面ごとの目標の設定、退院時や急変時の課題の抽出を目的に、グループワークを実施するとともに議論したことを採取。
- 新型コロナウイルス感染拡大に配慮し、オンラインで開催。

「心不全の高齢者を多職種で支える」

日時 令和4年2月19日(日)13~16時

会場 Cisco Webex Meetings (オンライン開催)

- A) 心不全高齢者の退院時に、地域につなげたい支援
 - ・ 市立病院 特定看護師 山村若菜
- B) 演習①退院後の生活に必要な情報や連携を考える
- C) 演習②急変時の対応に必要な情報や連携を考える
 - ・ 症例提供 市立病院 医師 柚須悟
- D) 4つの場面ごとの連携の目的を考える
 - ・ 事務局(高齢福祉課)



グループワークで採取したシートに基づき構成した「場面ごとの目的」(案)

入退院	疾病の自己管理や家族の介護力の向上を支援するとともに、必要なサービスを導入することで、安定・安心した自宅での療養生活を実現し、再発や再入院を防止する。
日常療養	訪問頻度が高い介護職等が把握する本人等の要望や小さな変化を医師等とも共有して悪化を早期に発見し、必要なサービスを調整することで再発を予防し、本人や家族が望む生活を維持・拡大するとともに、急変に備える。
急変時	介護職等でも急変を察知して迅速に搬送・対応できるよう事前に想定した連絡・連携体制に沿い医療機関につなぎ、本人や家族の希望に沿った療養生活を実現することで、在宅生活の可能性を高めるとともに望まない治療を提供しない。
看取り	本人の死生観を尊重し、苦痛を軽減して本人や家族が不安なく最期の時間を過ごしていただくことで、悔いのない看取りを実現し、家族のグリーフケアにも貢献する。

【参加者】

市内医療・介護職 47名
 医師7名・医療相談員2名・
 ケアマネ7名・管理栄養士2名・
 歯科医師4名・介護職員6名・
 包括職員4名・
 看護師7名(うち病院2名訪問5名)・
 薬剤師4名・リハビリ職3名・
 柔道整復師2名

多職種連携研修会やケアマネアンケートから抽出した課題等

○ 令和4年2月19日(日)に開催した多職種連携研修では、4つの場面ごとの目標の設定、退院時や急変時の課題の抽出を目的に、グループワークを実施するとともに議論したことを採取した。

グループワークで採取したシートに基づき構成した「場面ごとの目的」(案)

入退院	疾病の自己管理や家族の介護力の向上を支援するとともに、必要なサービスを導入することで、安定・安心した自宅での療養生活を実現し、再発や再入院を防止する。
日常療養	訪問頻度が高い介護職等が把握する本人等の要望や小さな変化を医師等とも共有して悪化を早期に発見し、必要なサービスを調整することで再発を予防し、本人や家族が望む生活を維持・拡大するとともに、急変に備える。
急変時	介護職等でも急変を察知して迅速に搬送・対応できるよう事前に想定した連絡・連携体制に沿い医療機関につなぎ、本人や家族の希望に沿った療養生活を実現することで、在宅生活の可能性を高めるとともに望まない治療を提供しない。
看取り	本人の死生観を尊重し、苦痛を軽減して本人や家族が不安なく最期の時間を過ごしていただくことで、悔いのない看取りを実現し、家族のグリーフケアにも貢献する。

【参加者】
 市内医療・介護職 47名
 医師7名・医療相談員2名・
 ケアマネ7名・管理栄養士2名・
 歯科医師4名・介護職員6名・
 包括職員4名・
 看護師7名(うち病院2名訪問5名)・
 薬剤師4名・リハビリ職3名・
 柔道整復師2名

退院時の課題

◆ 退院前カンファレンスに関する課題

- ① 退院までの期間が短いと適切に実施できない。
- ② 命を守る医療職と日々の日常を支える介護職との視点は異なるため本人の意向を基に調整する必要があるが、本人の意向が不明確な場合はまとまらない。
- ③ 本人はもとより、家族の意向と介護力を把握することが必要だが、難しい。
- ④ 在宅「チーム」を形成する必要があるが、難しい。

◆ 退院後の変化や調整での課題

- ① 退院し、在宅生活を送ると本人や家族の意欲が増す(変化する)こともある。
- ② 退院後に起こる想定外の現実への対応が難しい。

急変時を見据えた日常療養の課題

□ 日常療養の時から必要なこと

- ① 個々の「急変」症状の確認・確定(医療関係者が中心)
- ② ①を関係者間で共有(特に医療的なことを介護関係者や家族で理解する)
- ③ ①が見られた場合の本人の意向の確認(急変時ACP、延命・心肺蘇生の希望)
- ④ ③に沿った急変時対応ルールの策定(救急車・バックベッドを活用するかいなか、連絡網等、症状共有ノート等)
- ⑤ ④の実践、運用と適宜修正

◆ 課題

- ① 情報共有の課題→介護側に分かる用語・説明、手段
- ② 本人の意向確認の課題→面接・説明スキル
- ③ 急変時ルールの策定の課題→ルールのポイントの例示→ルール作成研修

資料提供：稲城市高齢福祉課

顔が見える訪問診療医ガイドの作成と配布

- 外来通院できていた患者が通院できなくなった場合に、かかりつけ医やケアマネジャーが円滑に訪問診療を提供する在宅医を紹介できるよう、在宅医を紹介するパンフレットを作成した。
- 診療所の概要や特徴、医師の顔写真や専門、医師になった経緯やモットーを掲載。
- 作成したパンフレットは市民、市内の医療機関、ケアマネジャー等に配布し、在宅医療が必要になってきた高齢者に円滑に提案しやすい環境作りに役立てている。

掲載機関数
→11機関
市内4、市外7

掲載医師数
→17人

配布先

- 市内の診療所・歯科医・薬局・病院
- 市外の病院
- 市内の地域包括支援センター・ケアマネ事業所
- その他、高齢者が集う場等

PR

有床診療所（19床）のため、入院・外来診療もできます。24時間365日対応しております。外科・皮膚科・循環器内分・泌尿器など、専門医や女性医師も在籍しています。法人内に訪問看護ステーションやグループホーム、居宅介護支援事業所等があるので、トータルサポートができます。不安の無いような生活が送れるように、クリニックで完結できるようにサポートします。



関根 秀明 医師（院長）

経歴：杏林大学医学部卒業
専門医：日本内科学会認定総合内科専門医、
日本呼吸器学会認定専門医、日本感染症学会認定専門医

～医師・訪問診療を目指したキッカケ～

やりがいのある仕事をしたいと思い、親戚にも医師がいたので目指しました。緩和病棟に勤務していた頃、最期は自宅ですごしたいという患者様が多く、有床で外来診療のできるクリニックを開院しました。

～診療時に心がけている事、やりがい～

患者様やご家族のご要望に応えられるオーダーメイド医療を第一に心がけています。感謝していただいた時は、訪問診療医になって良かったと思います。

～ストレス発散方法～

お酒やカラオケが好きです。お休みの日は、家でのんびりTVを見たり、美味しいものを食べたりしてます。

～先生からの一言～

〈専門職の皆様へ〉医療は連携が無いと出来ないと思っています。気軽に連絡してください！
〈市民の皆様へ〉困ったことがあったら、いつでもご相談下さい。

作成を通じた関係作り

- 市医師会に配置する在宅医療コーディネーターと市との協働での取材
- 市内外の訪問診療所へ伺い、医師を目指した経緯等を取材することでの関係作り
- 診療所の事務担当者や看護師等とも適宜、意見交換することでの関係作り
- ガイドの校正を通じた、対応できる診療行為や検査等の詳細な現状の把握

配布を通じた関係作り

- 配布は、在宅医療コーディネーターができるだけ手渡しし、顔の見える関係作りの機会としている。
- 市内の外来診療所→通院が難しくなった患者の相談等へ
 - 市内の調剤薬局→薬を取りに来るのが難しい患者の対応の相談等へ
 - 市外の急性期病院等→退院後の在宅療養体制の相談等へ



事例② 埼玉県の実例



在宅医療・介護連携の整備

～埼玉県医師会と埼玉県の共同プロジェクトの実施～

○ 在宅医療と介護の連携は、介護保険を所管する市町村が実施することとされたが、多くの市町村は在宅医療を担当するセクションがないため市町村から郡市医師会にアプローチすることが難しいとの声があった。

⇒ 医師会と調整し、医師会側から市町村にアプローチする仕組みづくりが必要。

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

在宅医療・介護連携の整備（推進手順）

～ 3ステップにより県全域で推進 ～

STEP1 在宅医療提供体制の充実 【H27:15郡市医師会 ⇒ H28:29郡市医師会 ⇒ H29:30郡市医師会】

① 在宅医療連携拠点

- 県内30ある郡市医師会ごとに拠点を設置し、ケアマネジャー資格を持つ看護師など医療や福祉に精通した専門職を配置

30郡市医師会 33か所

② 往診医登録制度

- 拠点到協力していただける医師を登録 ⇒ 登録情報をもとに紹介

③ 在宅療養支援ベッド

- 必要な時にスムーズに入院できるベッドを郡市医師会ごとに常時1床確保（※令和2年度まで実施）
※埼玉県医師会と埼玉県の共同プロジェクトとして「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」を実施

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

- 医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどの多職種が連絡を取り合えるよう、「ICTによる医療・介護連携ネットワーク」を導入
- 全ての郡市医師会が利用
 - ⇒ 平成28年から各拠点において、それぞれの地域の運用ルールについて多職種で議論を開始
 - ⇒ 準備ができた地域から順次導入し、全県で本格導入

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

- 在宅医療連携拠点の運営について介護保険の地域支援事業として、平成30年4月に市町村からの委託事業に移行

在宅医療・介護連携の整備（在宅医療連携拠点の概要）

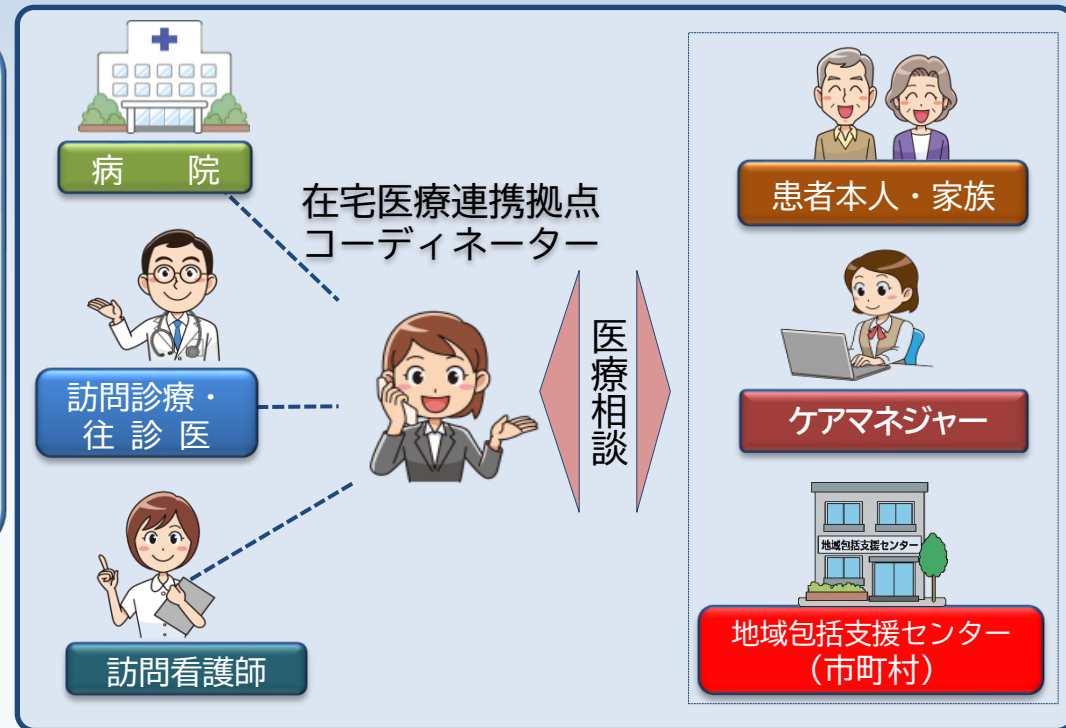
～県内どこに住んでいても必要な医療・介護サービスを受けられます～

- 県内に30ある郡市医師会ごとに拠点を33か所設置

- ケアマネジャー資格を持つ看護師など医療・福祉にも精通した専門職を配置

【主な役割】

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



ケアマネジャーとの連携事例

【ケアマネジャーの対応】

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

相談

【拠点コーディネーターの対応】

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

在宅医療と介護の
一体的ケアの実現

在宅医療・介護連携の整備（ICTによる医療・介護連携）

～ 多職種がいつでも患者の情報を共有 ～

全ての郡市医師会が利用できる在宅医療・介護連携ネットワークシステムを構築



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

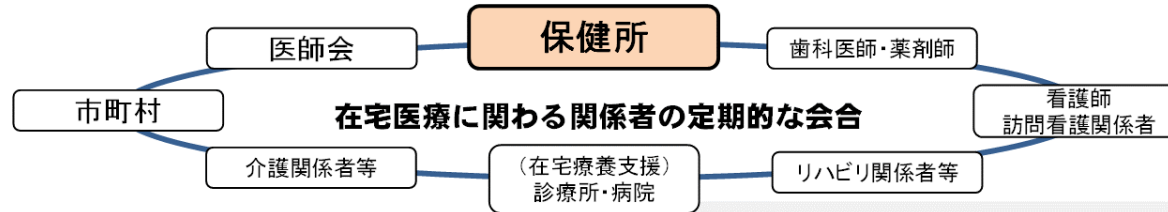


事例③ 北海道在宅医療推進支援センターの取組

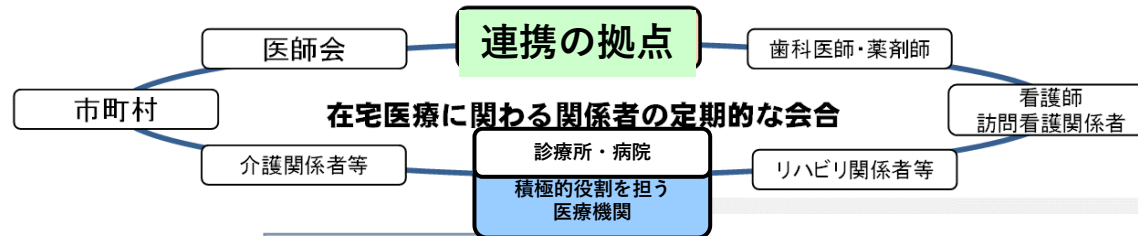


北海道の在宅医療における連携体制について

二次医療圏単位での連携に向けた会合

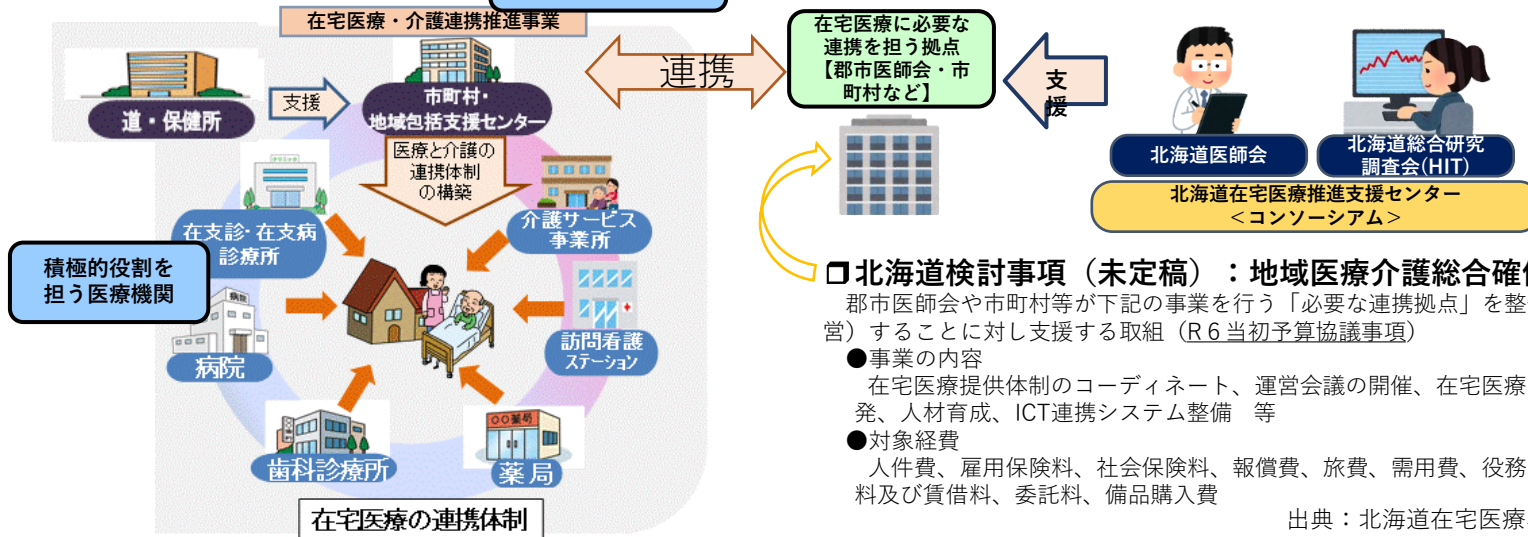


在宅医療圏単位での連携に向けた会合



- ①関係者の定期的な会合による連携体制づくりの検討、支援
- ②関係機関等の情報提供（地域課題の共有、取組の横展開）
- ③住民等への啓発
- ④多職種の人材育成
- ⑤支援拠点・連携拠点づくり

- ①関係者の定期的な会合におけるコーディネート、連携体制づくりの検討、推進、連携体制の構築
- ②多職種連携に向けた情報連携ネットワークの整備
- ③多職種の人材育成



□北海道検討事項（未定稿）：地域医療介護総合確保基金

郡市医師会や市町村等が下記の事業を行う「必要な連携拠点」を整備（運営）することに対し支援する取組（R6当初予算協議事項）

- 事業の内容
在宅医療提供体制のコーディネート、運営会議の開催、在宅医療の普及啓発、人材育成、ICT連携システム整備 等
- 対象経費
人件費、雇用保険料、社会保険料、報償費、旅費、需用費、役務費、使用料及び賃借料、委託料、備品購入費

出典：北海道在宅医療小委員会資料より

北海道在宅医療推進支援センターの取り組み

北海道在宅医療推進支援センター

事業のご案内

実施
主体

北海道医師会・一般社団法人北海道総合研究調査会（HIT）
によるコンソーシアム（北海道からの委託）

北海道在宅医療推進支援センター事業では、
北海道内における在宅医療の推進を目的とした
各種取組を実施します



地域における在宅医療の推進について、
ご相談・お問い合わせください



医療アドバイザーを 派遣します



保健所、多職種連携協議会、市町村等の求めに応じて地域に「医療アドバイザー」を派遣し、在宅医療の推進に向けた専門的な助言・アドバイス・フォローアップを行います。

医療アドバイザー

北海道医師会、北海道家庭医療学センターなどの専門的知見を有する医師

在宅医療の推進に向けた 各種研修会等を実施します



在宅医療推進に係る医師等向け研修	在宅医療をスタートしたいと考える医師を対象とした研修
在宅医療に係る同行研修	在宅医療に従事しようとする医師が、実際の在宅医療の現場を体験
人生会議（ACP）普及に向けた医療従事者向け研修	医療従事者を対象とした研修会
地域住民に対する人生会議（ACP）の普及・啓発	地域住民の在宅医療への理解、人生会議の普及・啓発を目的とした各種イベントを実施
多職種連携協議会構成員を対象とした研修	多職種連携協議会構成員を対象に、在宅医療に関する取組活性化を目的とした研修会を開催

基礎的な情報を整理し、 公表します



- 北海道内、全国における在宅医療の先進的な取組について調査、事例として整理します。
- 国保データベースなど既存のデータを整理・分析し、地域ごとの課題を洗い出します。
- 医療機関へのアンケート調査や保健所等へのヒアリングを通じて、在宅医療に係る具体的な取組や課題を整理します。

コーディネーターによる 地域ごとの課題分析から、 各種研修を企画します

- コーディネーター（医療法人財団 老蘇会 静明館診療所 医療ソーシャルワーカー 田上 幸輔 氏）を配置、医療アドバイザーとともに地域に赴き、助言・アドバイス・フォローアップ等を行います。
- 先進的な取組の把握、医療機関や保健所等へのヒアリング、アンケート調査や各種研修の企画・実施などにより、地域の課題を把握します。



北海道在宅医療推進支援センターの
事業に関する | お問い合わせ |

事務局

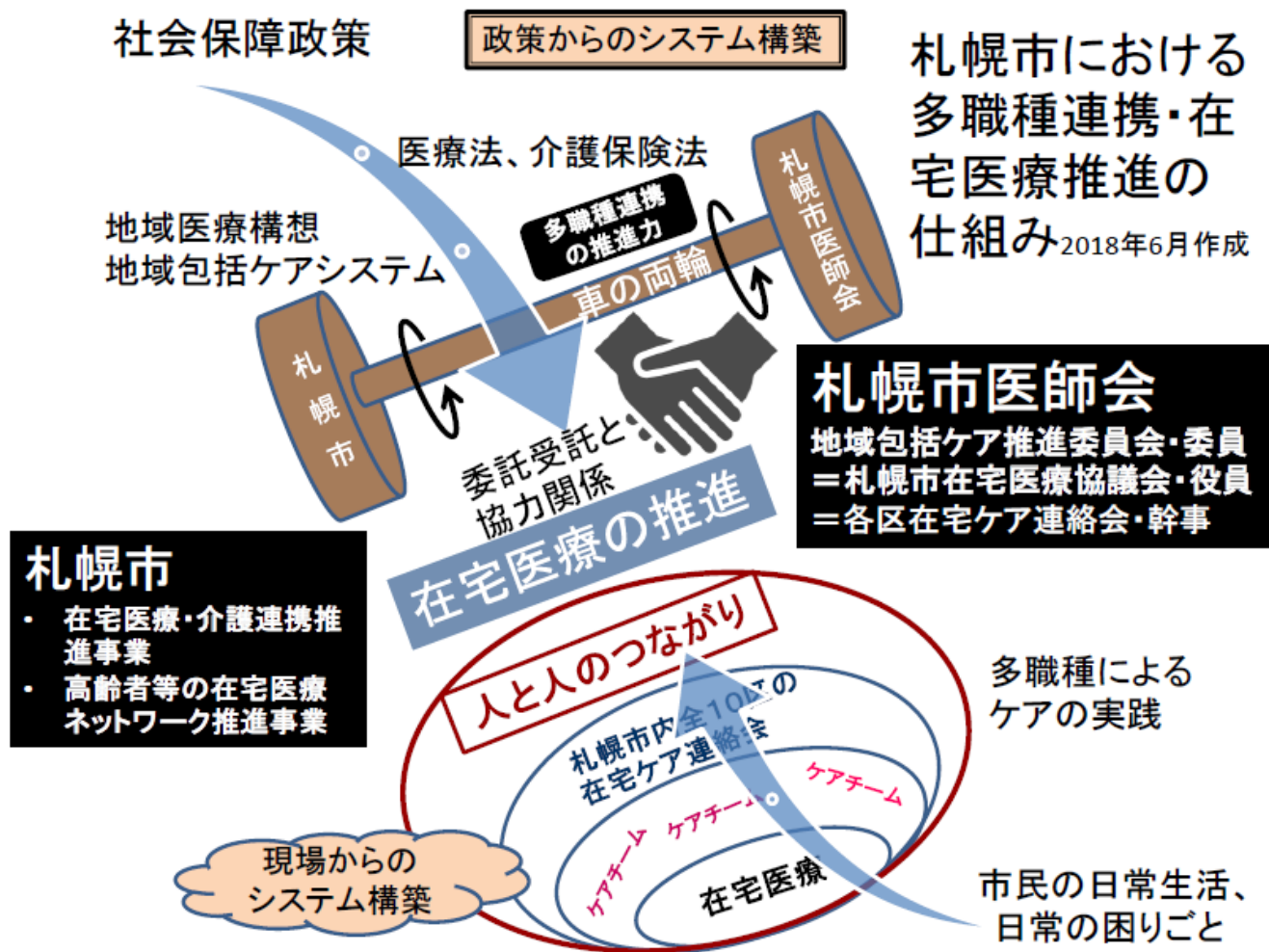
一般社団法人北海道総合研究調査会（HIT）内 〒060-0004 札幌市中央区北4条西6丁目 毎日札幌会館3階
TEL:011-222-3669 メール: zaitaku@hit-north.or.jp 担当: 西口、寺下

23

ケア連の発足

- ・ 在宅ケア連絡会は札幌市西区で平成9年、在宅療養推進の連絡調整を保健・医療・福祉の関係者が実際的な検討を含めて行ない、包括的なケアマネジメントができることを方針として、顔の見える連携、ネットワークの構築をめざして発足。
- ・ 在宅ケア連絡会はその後2年半で札幌市全区で発足。各連絡会は事例検討や研修などを多機関、多職種、一般市民も含めて開催している。

札幌市における多職種連携・在宅医療推進の仕組み



出典：静明館診療所 坂本医師、大友医師作成資料より

在宅ケア連絡会について②

2022年度中央区ケア連の取り組み

日時	題名	参加人数
令和4年4月18日	在宅ケアにおけるBCPのキホン	102
令和4年5月25日	今年こそ作ろう！BCP～マインド編～	68
令和4年6月14日	在宅ケアにおけるカスタマーハラスメントの対応	154
令和4年7月14日	グループワーク：在宅ケアにおけるカスタマーハラスメントの対応	38
令和4年8月30日	今年こそ作ろう！BCP～行動指針編～	55
令和4年9月10日	日本ACP研究会年次大会 北海道在宅ケア連絡会発足について	150
令和4年10月18日	LIFE(科学的介護情報システム)のこれまでとこれから	90
令和4年11月21日	グループワーク：LIFE(科学的介護情報システム)のこれまでとこれから	32
令和4年12月21日	外来支援と医療介護連携	112
令和5年1月31日	第29回連絡会の連絡会新年交流会	95
令和5年2月28日	今年こそ作ろう！BCP～情報共有編～	47
令和5年3月28日	グループワーク：外来支援と医療介護連携	61



事例④ 一般社団法人
大阪市東淀川区医師会の取組



大阪市東淀川区医師会のご紹介



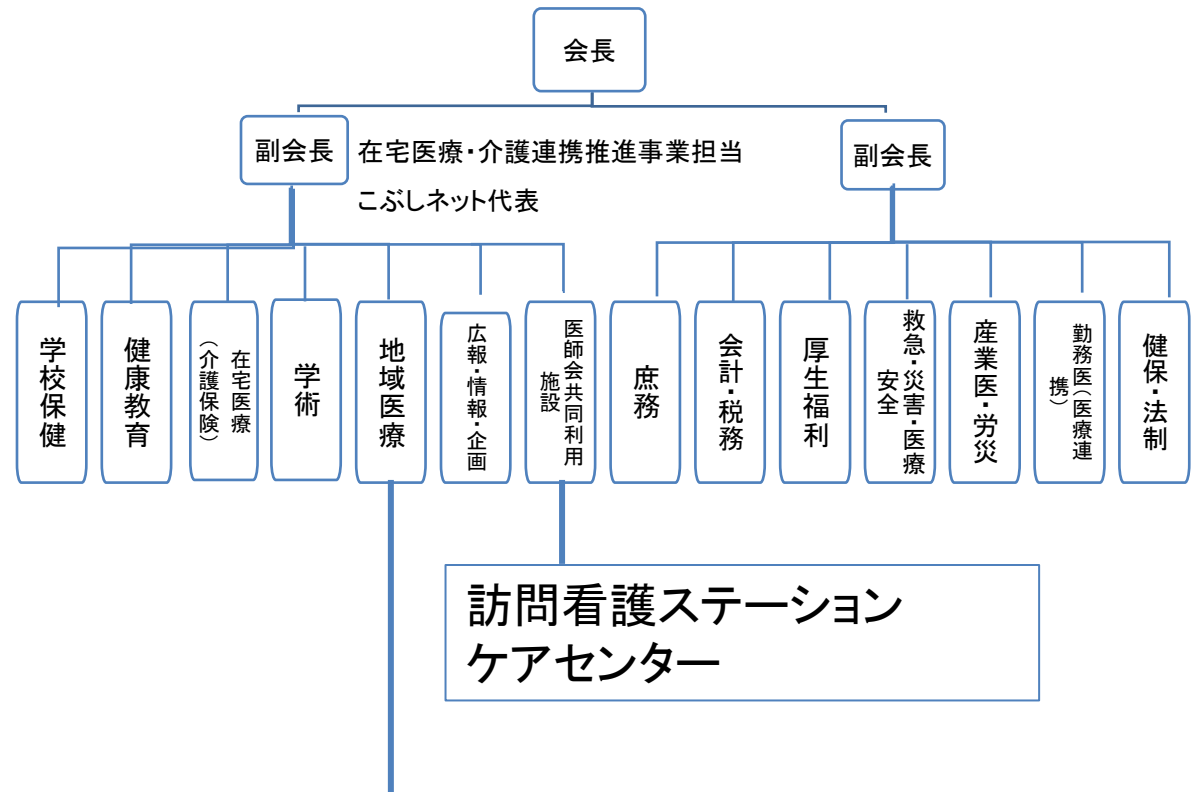
1975年設立

会長、副会長2名、理事19名

事務局職員4名

A会員／124名(平均年齢63.5歳)

B会員／196名



在宅医療・介護連携相談支援室

平成28年8月開設

人員:常勤1名・非常勤1名

職種:看護師

1. 在宅医療関連事業について

2008

・淀川キリスト教病院と東淀川区医師会の在宅医療に関する意見交換

2010

・医師会員に対する在宅医療に関するアンケート調査
・東淀川区の在宅医療連携を考える会の発足

2011

・淀川キリスト教病院との在宅医療連携に関する取り決め
・在宅医募集のメーリングリスト 在宅医療サポートチーム 医療材料の小分け販売

2012

・淀川キリスト教病院が厚労省在宅医療連携拠点事業を受託
・東淀川区医師会が大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業を受託(1年目)

2013

・大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業(2年目)
・こぶしネットの発足

2014

・大阪府在宅医療連携拠点支援事業
・大阪府在宅医療推進事業(1年目)

2015

・大阪府在宅医療推進事業(2年目)

2016

・大阪府在宅医療推進事業(3年目)
・大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業(1年目)

2017

・大阪府在宅医療推進事業(4年目、最終年度)
・大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業(2年目) ・大阪府在宅医療移行支援事業(1年目)

2018

・大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業(3年目)
・大阪府在宅医療移行支援事業(2年目)

2023

・大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業(7年目)
・大阪府在宅医療移行支援事業(6年目)

2. 認知症関連事業について

2008

- ・認知症高齢者支援ネットワーク連絡会議(地域包括支援センター)
- ・認知症診療ネットワーク検討部会(東淀川区医師会)

2009

- ・認知症地域ケア多職種共同研修事業

2011

- ・認知症高齢者地域ケア推進強化事業

2012～

- ・認知症等高齢者支援地域連携事業

2013

- ・「かかりつけ医認知症相談マップ」の発刊

2014～

- ・認知症初期集中支援事業

2017

- ・認知症強化型地域包括支援センターモデル事業(地域包括支援センター)

2018

- ・「かかりつけ医認知症相談マップ」改訂版の発刊

3. こぶしネット（2013年発足）について

構成団体

- ・東淀川区医師会
- ・区内病院
- ・東淀川区歯科医師会
- ・東淀川区薬剤師会
- ・訪問看護ステーション連絡会
- ・理学療法士会

- ・地域包括支援センター
- ・居宅介護支援事業者
- ・介護施設
- ・障がい者団体協議会
- ・民生委員児童委員協議会
- ・訪問介護事業所
- ・通所介護事業所

- ・区役所（保健福祉センター・地域課）

顧問 東淀川区長
東淀川区医師会長



こぶしネットの目的

- 地域での医療・介護・福祉の連携のあり方を考える
- 各職種における技量の向上、人材育成をめざす
- 地域における社会資源の発掘・活用に取り組む
- 地域住民に対して、在宅医療・介護に関する啓発を行う
- 在宅医療連携における課題を検討し、高齢者や障がい者が住み慣れた地域で暮らすことができるようなまちづくりを区に提言する

毎月第4木曜日

- ・実行委員会14時～15時（メンバー80名）
- ・コアメンバー会議15時～16時（メンバー22名）



ワーキンググループの活動内容

企画・学術

- 「在宅医療における多職種連携」に関するアンケート調査
- 「東淀川区の在宅医療連携を考える会」（年4回）の企画

連携ツール

認知症患者のための情報共有ツールと啓発にかかるパンフレット作成
「誤嚥性肺炎の予防」パンフレット作成
ICTの活用を検討（Medical Care Station）

地域住民への普及啓発

- 区民向けの啓発講演会（地域学習会、市民公開講座）
- 在宅医療に関するパンフレット作成 『あなたの家にかえろう～ご存知ですか？在宅医療～』

ACP

- 住民へのACP普及活動

社会資源

- 各施設・事業所の情報を集約
- こぶしネットのHP作成と情報検索システム構築

災害対策

- 大災害時における多職種連携の活動について検討
- 応急処置や予防処置など地域への啓発、区役所と協働し避難訓練の実施

感染症対策

- 新型コロナウイルス感染症等の感染予防対策の普及・啓発

【参考】

○ 令和5年度 在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議

～在宅医療・介護連携推進の更なる可能性を目指して～

URL: <https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2023homecareseminar1a.html>

※本資料に紹介させて頂きました各好事例の詳細は下記の資料として上記のURLに掲載しておりますのでご参照ください。

(令和5年度末まで、令和6年度以降は厚生労働省のHPで公開予定)

- ① PDCAサイクルを意識した稲城市の在宅医療・介護連携推進事業の実際
(稲城市高齢福祉課 飯野雄治)
- ② 多職種による在宅医療・介護連携の更なる推進(埼玉県)
(埼玉県保健医療部医療整備課在宅医療推進担当 主幹 吉川 和義)
- ③ 北海道における在宅医療コーディネーターの取り組み
(北海道在宅医療推進支援センター コーディネーター医療法人財団 老蘇会 静明館診療所 地域連携課 課長医療ソーシャルワーカー 田上 幸輔)
- ④ 医師会から発信する在宅医療・介護連携
(大阪市東淀川区医師会 副会長 岡部登志男)

ひと、くらし、みらいのために

