

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

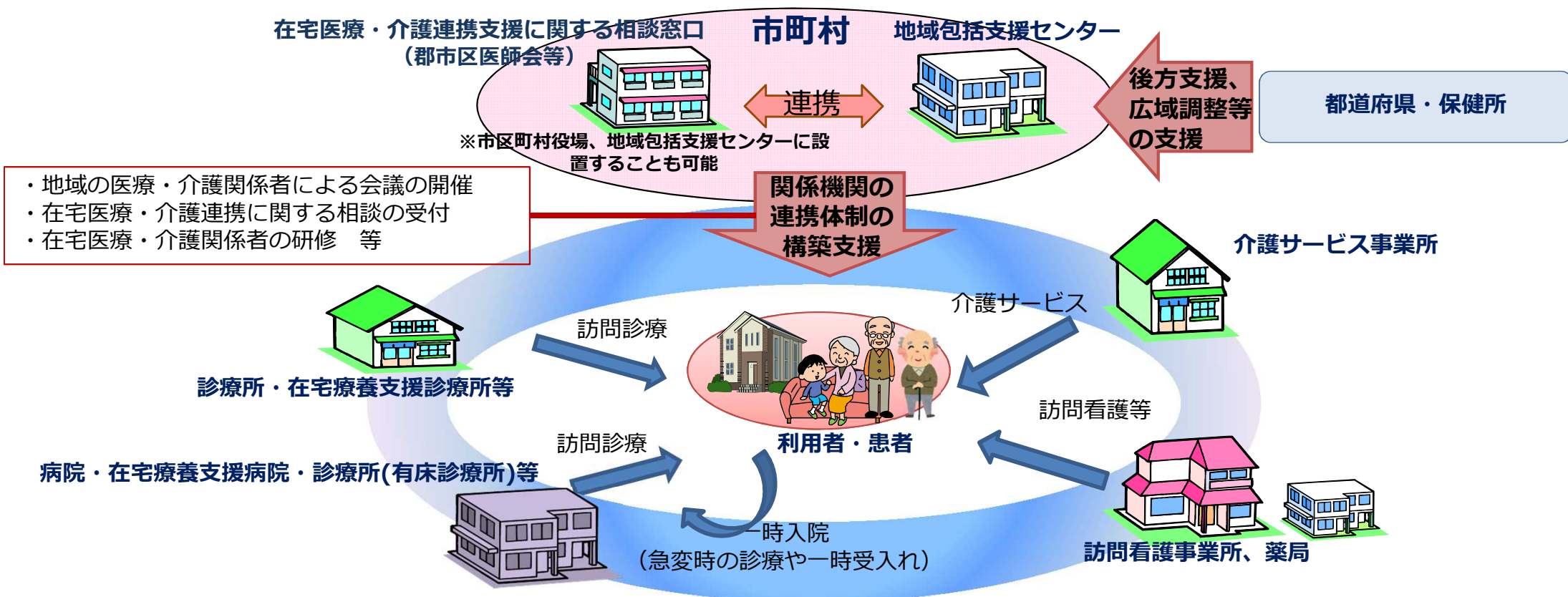
在宅医療・介護連携の推進

○ 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）

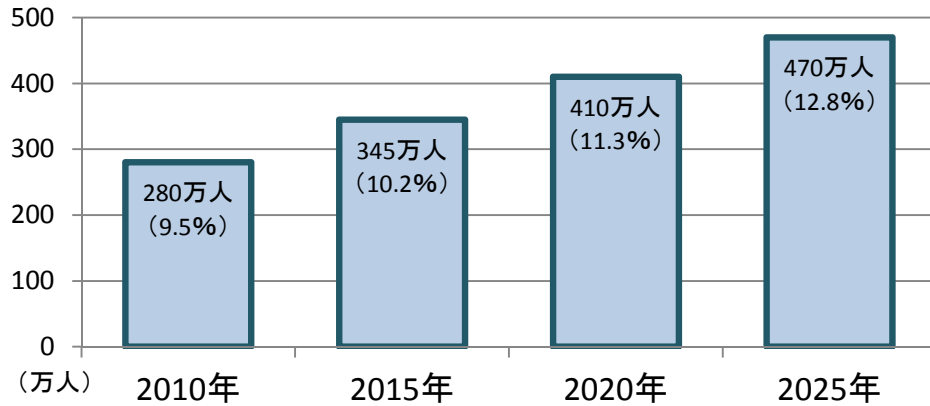
○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護の推進に当たっての課題

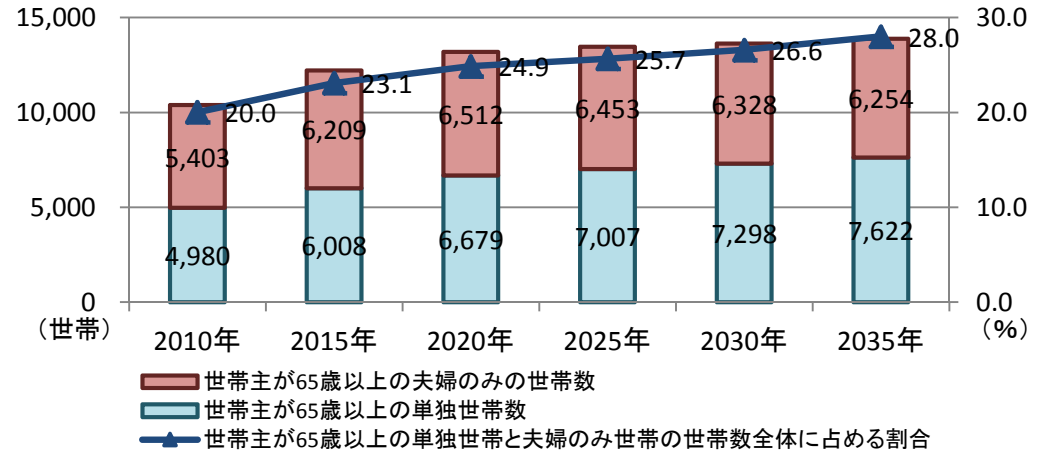
- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



出典:「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について(厚生労働省)

(図2)世帯数



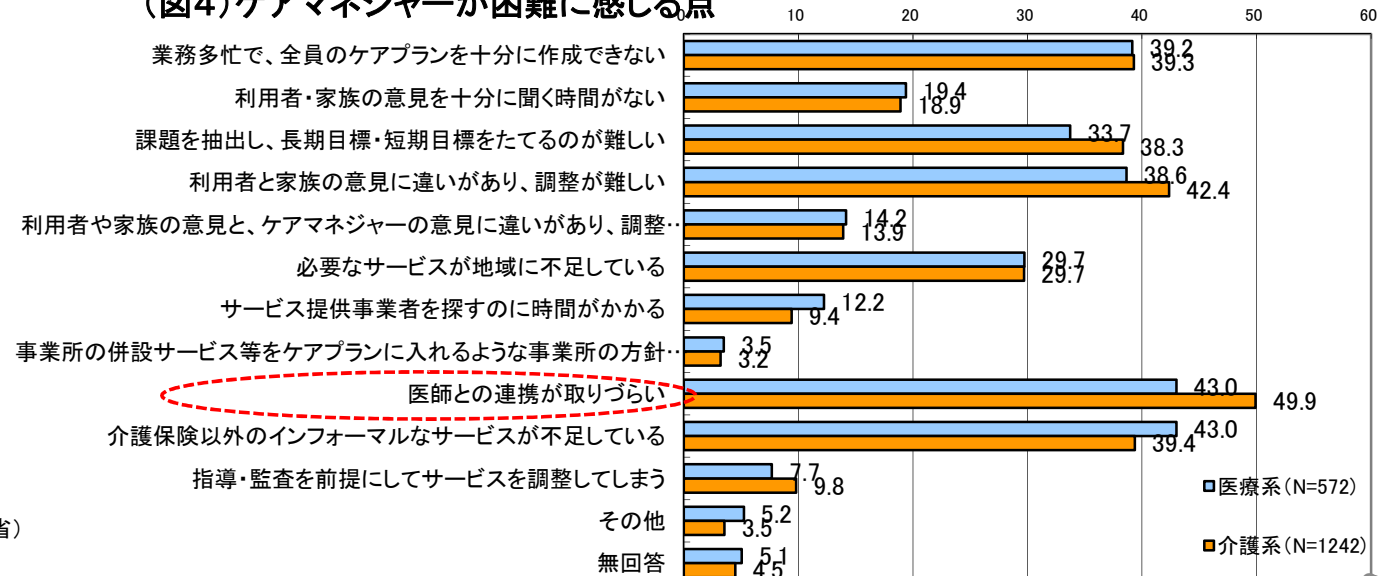
出典:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(社会保障・人口問題研究所)

(図3)訪問診療を実施している医療機関

箇所	箇所数	対全数の割合(%)
病院	2,692	31.7
診療所	20,597	20.5
訪問看護ステーション	7,092	—

出典:病院、診療所「医療施設(静態・動態)調査」(平成26年)(厚生労働省)
訪問看護ステーション「介護給付費実態調査」(平成26年)(厚生労働省)

(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点



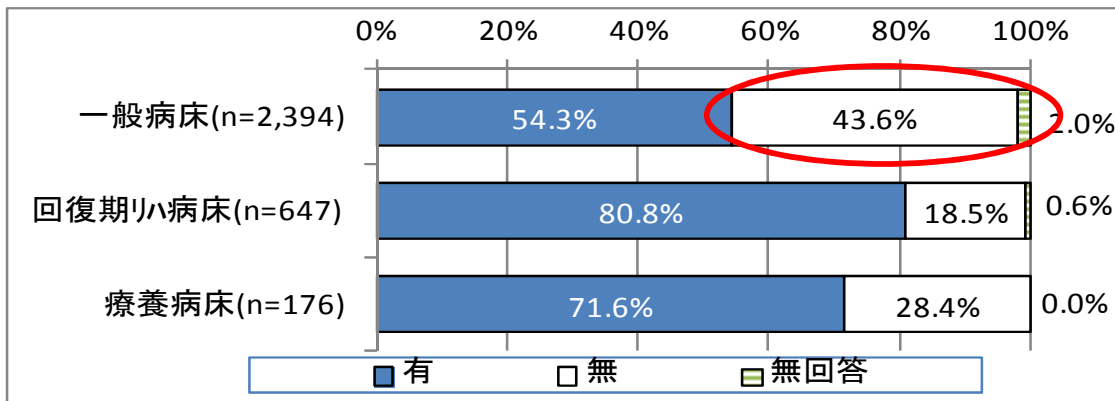
出典:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

入退院時における医療と介護の連携の現状と課題 (参考 平成26~27年度事業)

病院への入院時の情報提供率及び退院時の退院調整率の現状

○ 介護報酬改定検証調査(26年度実施分)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究

居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院(一般病床)から退院時に介護支援専門員への引継ぎがなく退院していた割合は43.6%であった。



○ 都道府県医療介護連携調整実証事業(平成26年度)

入院時に情報提供がなかった割合(ケアマネ⇒病院) 33%~74%

退院時に退院調整がなかった割合*(病院⇒ケアマネ) 15%~41%

※病院から退院した利用者のうち、退院前に病院からケアマネへの引継ぎがなかった割合

	岩手県盛岡	岩手県宮古	富山県砺波	滋賀県大津市	和歌山県新宮
入院時情報提供書提出なし(%)	/	/	33	50	57
退院調整なし(%)	34	19	18	39	30
	京都府中丹東	兵庫県但馬	徳島県徳島保健所	大分県中部	鹿児島県鹿児島
入院時情報提供書提出なし(%)	/	53	74	66	44
退院調整なし(%)	15	20	41	27	31

課題

入院時 ・介護支援専門員は、利用者宅への訪問が原則月1回であり、入院したことに気づかない(または遅れて知る)場合、介護支援専門員から病院への適時の情報提供がなされない。

・入院時情報連携加算が算定可能な期間(入院から7日以内)を過ぎてしまった場合、病院に情報提供しないことが多い。(病院にとっては7日を過ぎていても有用な情報であるが、介護支援専門員側はそう思っていない)

退院時 ・退院後、あきらかに介護が必要な要介護度の高い患者や、経済面等での退院調整の必要が明確な患者は、病棟から地域連携室等に引き継がれ、地域連携室職員により介護支援専門員との退院調整が行われる。しかし、比較的軽度な患者(要支援~要介護2相当)は、病棟スタッフが介護支援専門員との退院調整の必要性に気づかず、そのまま退院してしまうケースが多いと考えられる。

・患者が要介護認定が必要かどうかについて、特に要支援~要介護1・2あたりを判断するのは難しい。

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、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 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

在宅医療・介護連携推進事業の背景

- 医療と介護については、それぞれを支える保険制度が異なることや、多職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていないことなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題がある。
- 在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援については、これまで、厚生労働省在宅医療連携拠点事業委託費を活用した在宅医療連携拠点事業(平成23・24年度)、地域医療再生臨時特例交付金を活用した在宅医療連携推進事業(平成25年度～)において実施されてきたところであるが、これらの成果を踏まえ、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置づけ、全国的に取り組むこととなった。
- 具体的には、市区町村が地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力して、(ア)から(ク)の取組を実施することとする。

【在宅医療・介護連携推進事業の手引き 平成27年3月31日(老老発0331第5号)】

老老発0331第5号
平成27年3月31日

別紙

都道府県
各 指定都市 介護保険主幹部(局)長 殿
中核市

厚生労働省老健局老人保健課長
(公印省略)

介護保険の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の手引きについて

在宅医療・介護連携推進事業の手引きの内容については、これまで、各種会議などにおいてお示ししてきたところであるが、今般、別紙のとおり「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」をとりまとめたところであるので、御了知の上、管内各市町村に周知を図るとともに、実施の参考にされたい。

なお、本事業を実施するにあたっては、事業実施に係る検討段階から、都市区医師会等の地域における医療・介護の関係団体等と協議するなど、本事業の円滑な実施に向けた、地域における医療・介護関係者との連携が重要であることを申し添える。

在宅医療・介護連携推進事業の手引き

Ver. 1

厚生労働省
老健局老人保健課
平成27年3月

目次

- 一 在宅医療・介護連携推進事業の背景及び手引きの基本的考え方
- 二 在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組について
-【目的】【ポイント】【実施内容・実施方法】【留意事項】-
(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
- 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
- 四 都道府県の役割について

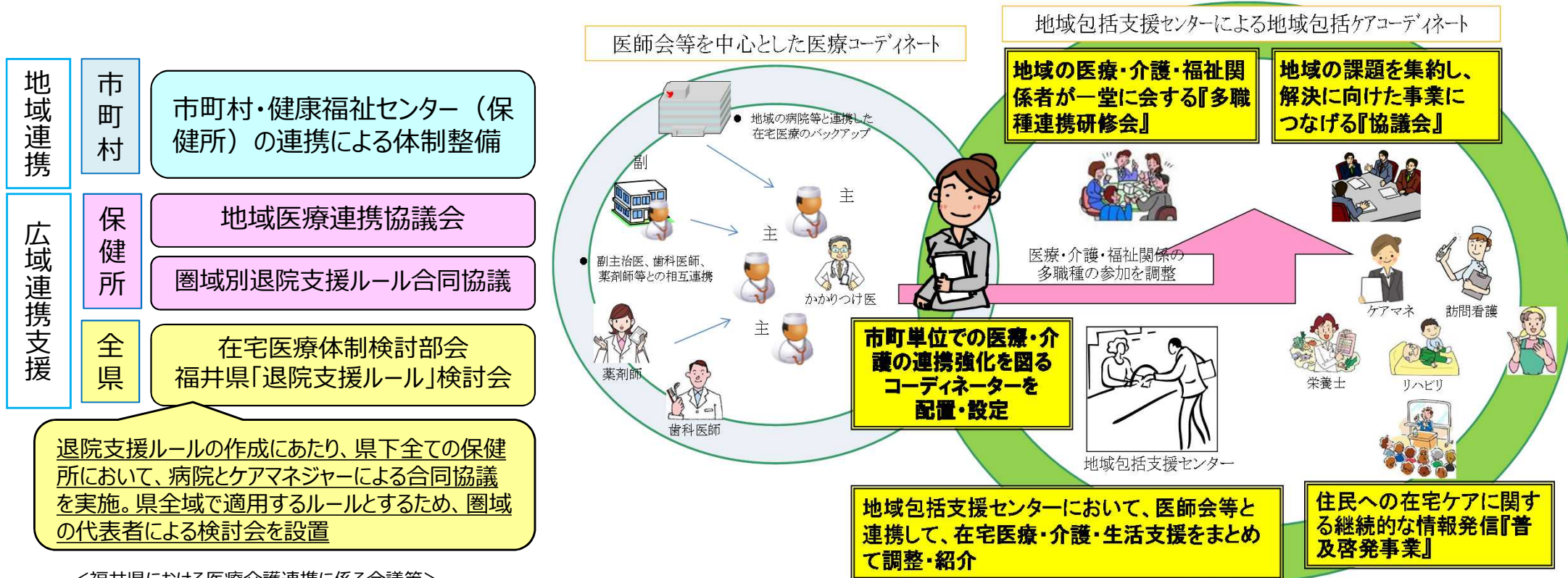
★平成27年度以降取組を開始し、平成30年4月には全国の市区町村で取り組む

★市区町村が在宅医療・介護連携推進事業を円滑に実施できるように、手引きを作成

★本手引きは、市区町村における取組の参考

福井県での取り組み

- 広域での情報共有や連携をサポートするため、全県単位での検討会を設置するとともに、保健所単位で地域医療連携体制協議会を活用した広域連携の調整支援を実施
- 全ての市町で、**在宅医療・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）を配置し、医師会等の関係機関と連携して、地域の実情に応じた在宅ケア体制整備を実施。**あわせて、コーディネーター対象の研修会を実施し、体制整備の要点を伝達。
- その他の市町村支援として、
 - ①各市町への個別訪問を実施。先行事例の資料提供や診療報酬改定等の国動向を伝達
 - ②地域毎の在宅医療の提供状況等の各種データの提供
 - ③広域連携にかかる取組は県が集中支援



千葉県柏市での取り組み

【千葉県柏市】



【面積】114.90km²
 【人口】409,447人
 【世帯】171,965世帯
 (平成27年4月1日現在)

【高齢化率】23.4%
 【介護保険認定率】13.9%
 (平成26年10月1日現在)

【在宅医療・介護多職種連携協議会 構成メンバー】

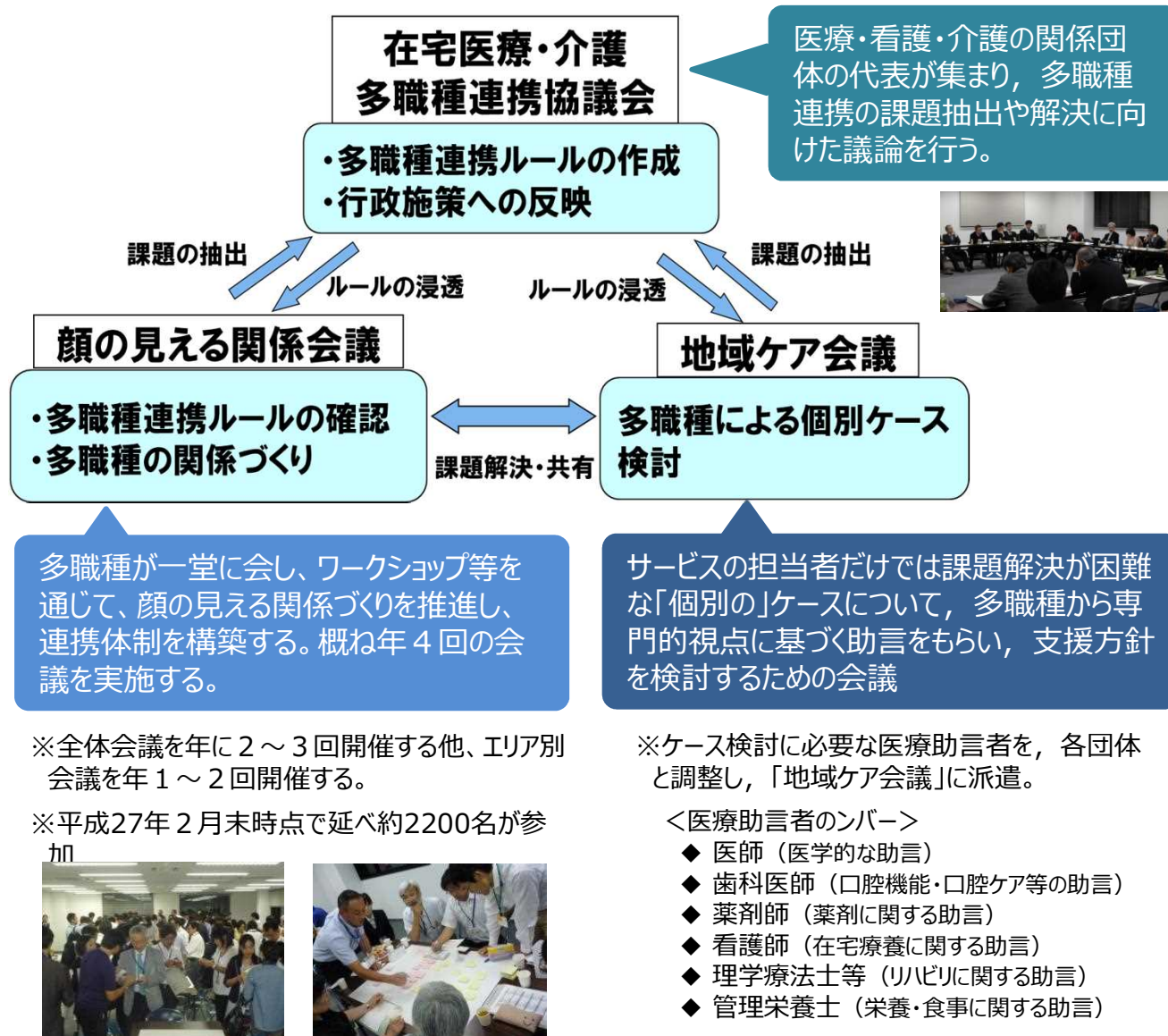
- ・柏市医師会
(会長【座長】・副会長・在宅プライマリケア担当理事, 介護保険担当理事)
- ・柏歯科医師会 (会長・担当理事)
- ・柏市薬剤師会 (会長・担当理事)
- ・病院関係者 (2病院の院長とMSW)
- ・柏市訪問看護連絡会 (会長・副会長)
- ・柏市介護支援専門員協議会 (会長・副会長)
- ・地域包括支援センター (センター長)
- ・東葛北部在宅栄養士会 (会長・副会長)
- ・柏市在宅リハビリテーション連絡会 (会長・副会長)
- ・介護サービス事業者協議会
- ・ふるさと協議会
- ・千葉大学
- ・東京大学
- ・都市再生機構
- ・柏市福祉政策課 (事務局)



⇒ 平成22年度より計28回の議論を経て「在宅医療・介護多職種連携 柏モデルガイドブック」を策定。

実施内容

【柏市の在宅医療・介護多職種連携の会議体制】



I 現状と課題

要介護状態の患者が、在宅へ向けた退院の準備をする時に、病院から介護支援専門員（ケアマネ）に引き継ぎがなされない、いわゆる『退院調整もれ』により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合がある。

県中圏域の退院調整もれ率（H27年5月）： **31%**

【原因】
病院とケアマネ（＝医療と介護）の連携が不十分
（相互理解や情報共有の不足）



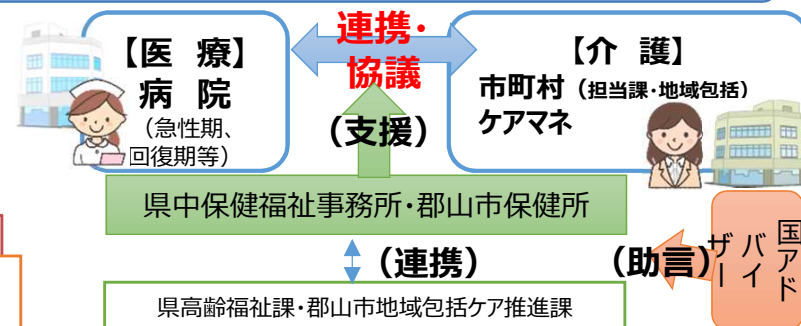
II 事業の概要

県中医療圏（二次医療圏）での退院調整ルールの方針・運用

県と郡山市（中核市）が共同で実施。両者の調整のもとで、医療側（病院）と介護側（ケアマネ・市町村）とが協議しながら、地域の実情に応じた『退院調整ルール』を作り、それを実証的に運用していく。

※退院調整ルール： 疾患を問わず、圏域内のどの病院から退院しても、もれなくタイムリーに必要な介護サービスが受けられるよう、病院からケアマネへの着実な引き継ぎをするための情報提供方法等のルール

《連携調整支援事務局》
県中保健福祉事務所・郡山市保健所



III 具体的な取組・スケジュール

年度	月	会議等	
27	6	退院調整に関する実態調査（アンケート）（15～30日）	
	7	キックオフ会議（病院説明会）（17日）	180名参加
	8	ケアマネ説明会及び第1回退院調整ルール検討会（11日）	280名参加
	9		
	10	ケアマネによる第2回退院調整ルール検討会（22日）	215名参加
	11	ケアマネによる第3回退院調整ルール検討会（13日）	代表者25名
		第1回病院・ケアマネ合同会議（20日）	200名参加
	12	ケアマネによる第4回退院調整ルール検討会（16日）	150名参加
	1	ケアマネによる第5回退院調整ルール検討会（13日）	代表者25名
		第2回病院・ケアマネ合同会議（15日）	
2			
	3	退院調整ルール全体説明会（最終決定）（18日）	
28	4	退院調整ルール運用開始	
	10月以降	退院支援状況確認アンケート調査	
		退院調整ルール点検協議・修正	



H27.7.17 キックオフ会議
（病院説明会）

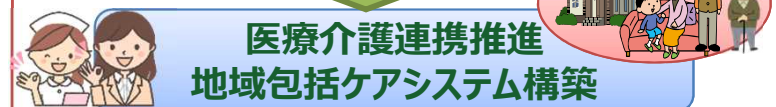


H27.8.11
ケアマネ説明会・
第1回検討会

IV 期待される成果

“互いの立場を理解し合い、地域全体の『退院調整ルール』をみんなで作り、活用する”

- ①“安心して在宅へ退院”
退院調整もれが減少し、患者の在宅生活への円滑な移行が可能になる。
- ②“お互いに仕事がしやすく”
多職種（病院とケアマネと市町村）が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。
- ③“市町村の取組の支援”
本事業の成果は、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組に活用できる。
- ④“診療報酬・介護報酬上のメリットも”
病院も居宅介護支援事業所も、ルールを活用することで、報酬上の評価や加算につながる。



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】 441.32Km²
 【人口】 36,096人
 【高齢化率】 35.8%
 （H27.6月末現在）

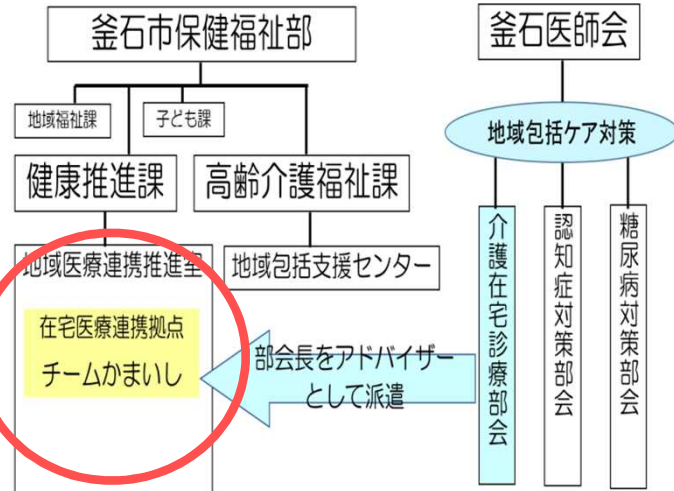


平成24年7月1日 **釜石医師会との連携**により、厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機に「**在宅医療連携拠点チームかまいし**」を設置

- 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



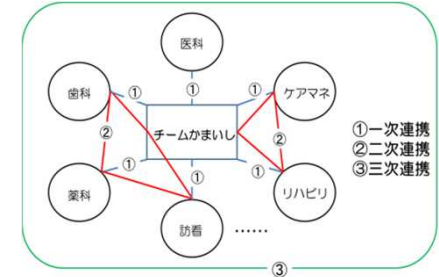
【チーム釜石関連組織図】



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



神奈川県横須賀市での取り組み

これまでの主な取り組み

「目指す方向」

住み慣れた我が家で療養したいという方が、**在宅での療養、さらには看取りという選択ができるよう**に地域医療の体制づくりを進める。

→ 平成23年度から在宅療養の体制づくりに着手

【平成23年度】

- 在宅療養連携会議の発足
 - 医療関係者、福祉関係者、行政職員で構成。顔が見える関係の構築や、課題の抽出と解決策の検討。
- 在宅療養シンポジウムの開催（市民対象）

【平成24年度】

- 多職種合同研修会の開催
 - グループワークを中心に在宅療養に係る多職種の顔が見える関係づくりを促進。
- まちづくり出前トークの開始
 - 市職員が町内会等に出向き、人生の最終段階における医療などについてトーク、市民が在宅療養について考えるきっかけづくり**をする。
- 開業医向け在宅医療セミナー
／ケアマネジャー・ヘルパー対象研修の開催

【平成25年度】

- 在宅療養ブロック会議・ブロック連携拠点の設置
- 医師会に在宅療養センター連携拠点を設置
- 在宅療養ガイドブック**の作成（※配布は平成26年度）
 - 市民が在宅療養や在宅看取りについて考えるきっかけ**となることを目的。
- 動機付け多職種連携研修／病院職員向け在宅医療セミナーを開始
- 退院前カンファレンスシートの作成／在宅医同行研修を開始



【平成26年度】

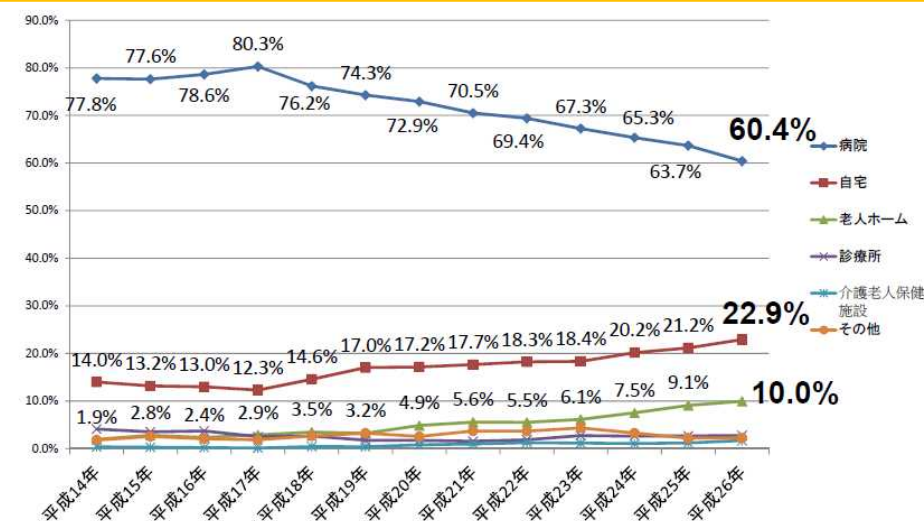
- 市民啓発の強化
 - 市民便利帳に在宅医療に対応する医療機関を掲載
 - 広報よこすか（平成26年9月号）に**在宅療養・在宅看取りの特集記事**を掲載
- 在宅療養連携推進「よこすかエチケット集」の作成
 - 多職種が気持ちよく連携できるようお互いに気を付けるべきこと等を記載。



【平成28年度】

- 連携のためのルールづくり
 - 退院調整ルール、サービス担当者会議のルールづくり
- 市民向け啓発のためのさらなる取り組み
 - 「在宅療養ガイドブック第2弾」の作成
 - 「横須賀版リビングウィル」の検討

横須賀市の死亡場所構成比の推移



※横須賀市作成資料を改編して作成

在宅医療・介護連携推進支援事業（平成28年度新規）

- 目的 本事業は、市町村における在宅医療・介護連携の推進に地域間格差が生じないように、都道府県と連携しながら技術的支援を行い、在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施及び充実を図る。

●事業内容

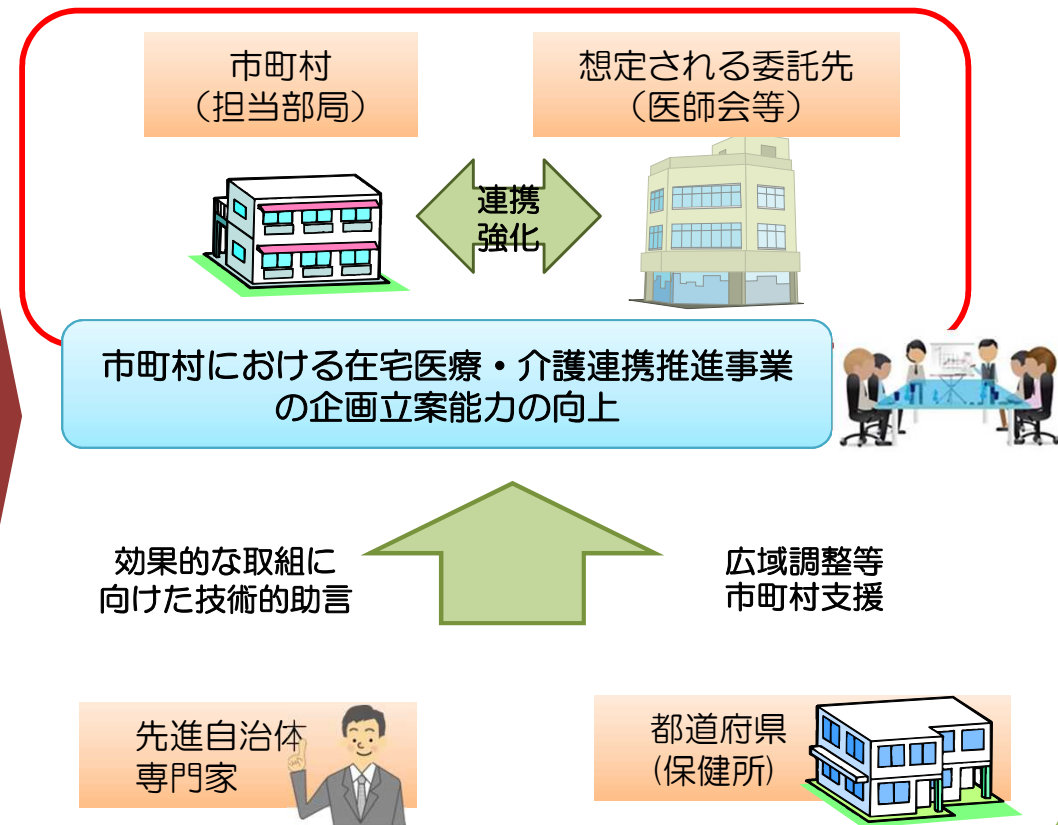
市町村における効果的な在宅医療・介護連携推進事業が実施されるように、市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）、都道府県・保健所等を対象として、事業の企画立案能力の向上を図る「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」の実施や市町村に対する技術的助言などの支援を行う。

在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー

- ・対象 市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）
市町村支援を担う都道府県・保健所
- ・内容 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携推進事業における（ア）～（ク）の各取組の効果的な展開方法
グループワーク（実施計画の作成演習）

在宅医療・介護連携推進事業（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



在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた都道府県の取組

－ 都道府県に期待される役割について －

- 都道府県は、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。
- 都道府県の市区町村に対する支援項目及び取組例(在宅医療・介護連携推進事業の手引きより)

(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

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 |

(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。

(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

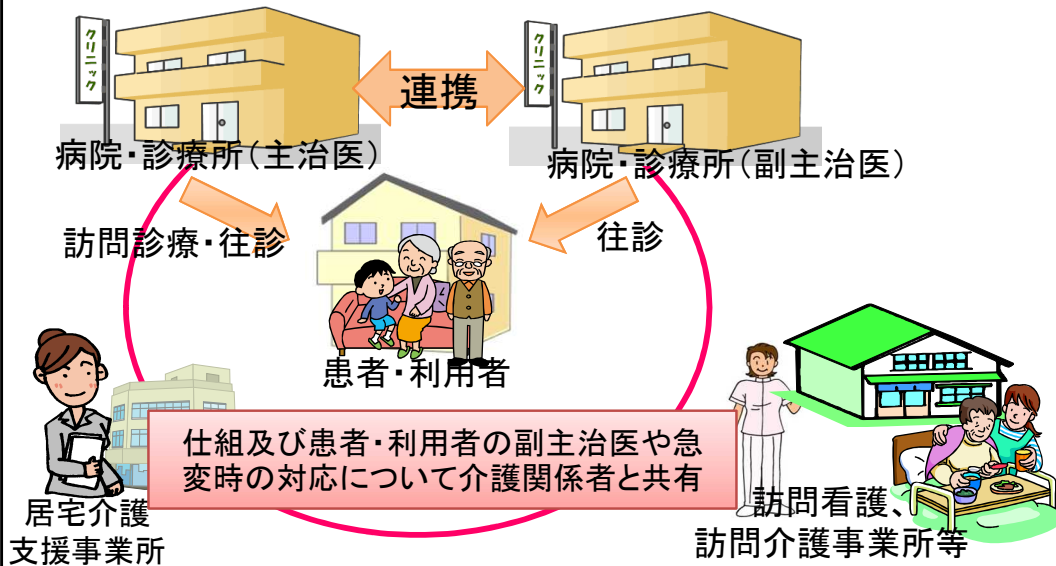
- (1) 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

留意事項

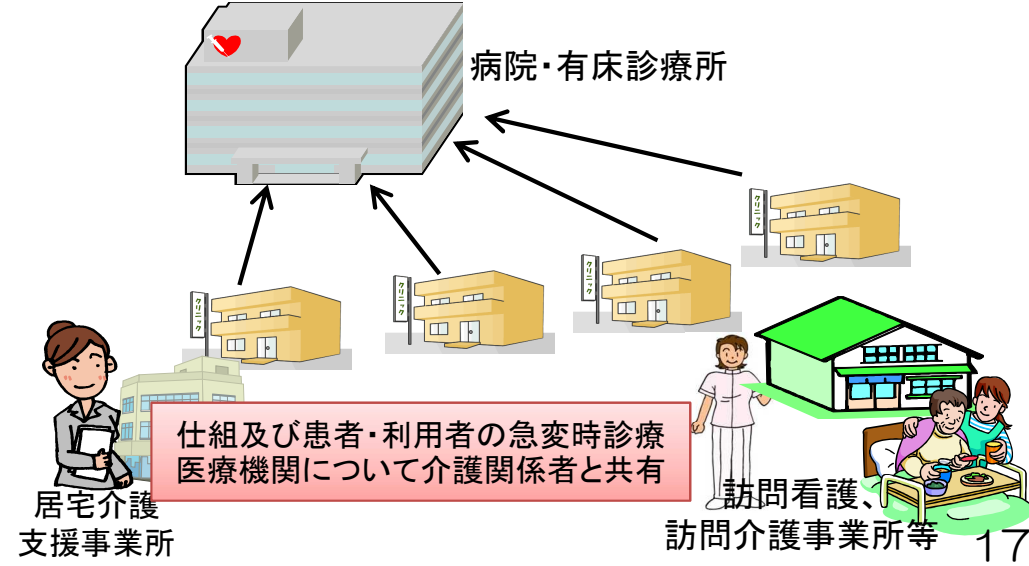
- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

取組例

(取組例) 主治医・副主治医制の導入



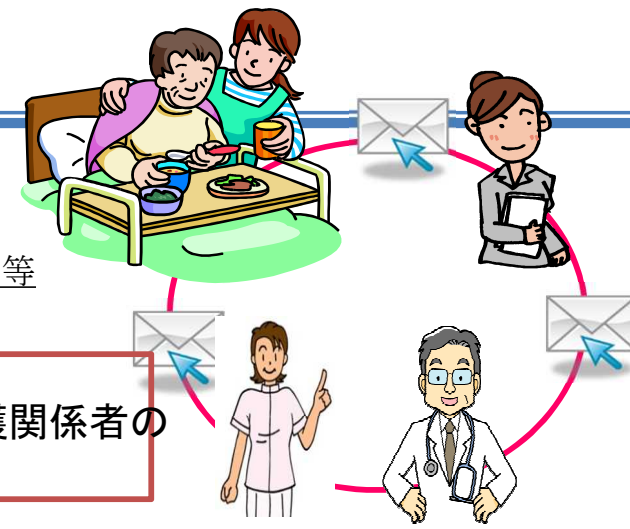
(取組例) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保



(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。

(才) 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。

(力) 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」



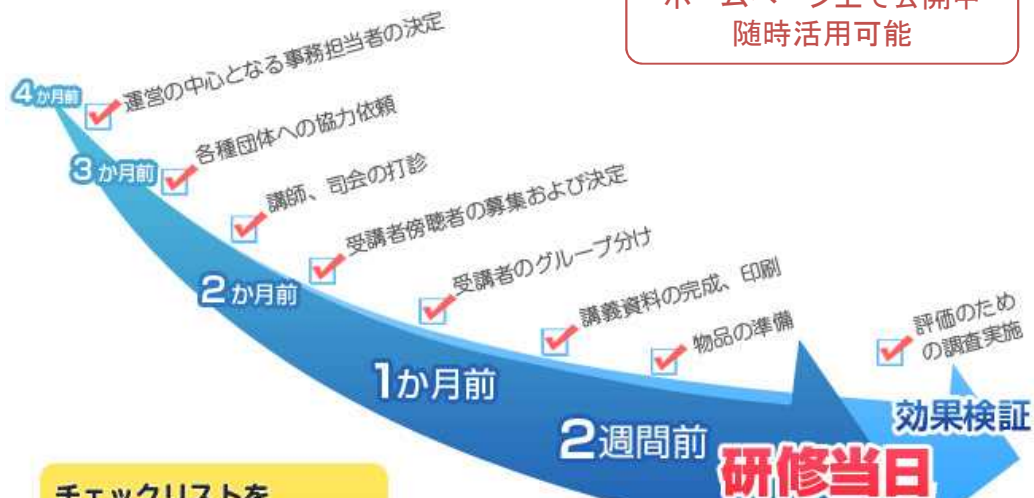
出典：「地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、
実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究事業」(熊本市提供資料)
(平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

○研修会開催支援ツール(1) 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

運営ガイドの内容



チェックリストを一つずつ進めていくことで研修会の企画・運営ができるようになっていきます



ホームページ上で公開中
随時活用可能

○研修会開催支援ツール(2) ホームページ

- － 講師となる方が活用できる資料(講義スライド、読み原稿、動画など)を収載
 - － 事務局使用様式(依頼状など)も一式収載
 - － テーマ別の120分構成のコンテンツ(講義+グループワーク)を整備
- 地域のニーズに応じて研修内容の**カスタマイズが可能**

<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/>

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

Q&A お知らせ お問い合わせ

トップページ 概要 資料 予定・実績 領域別セッション **主催者・講師向け**



上記URLにアクセスし、「主催者・講師向け」ページにてパスワード発行依頼
→ あらゆる資料を使用可能(講義スライド、講師読み原稿、動画など)
※スライドは出典明記の上基本的に自由にお使いいただけます。追加・変更時はその旨明記ください。

○研修会開催支援ツール(3) 効果検証支援

- － 東京大学高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点では、評価アンケートを受講前／直後／1年後／2年後と実施(地域間比較が可能)
- － 意識変化のほか、医師に対しては診療報酬の算定状況の変化を調査し、行動変容を追跡

検証を希望される場合は左記問合せ先まで

【研修会開催に関する問合せ先】

東京大学 高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点(在宅医療研修担当)

Mail homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp Tel 04-7136-6681 Fax 04-7136-6677

〒277-8589 千葉県柏市柏の葉5-1-5第2総合研究棟

※問合せは原則メールにてお願いいたします。一度に多数のお問合せをいただいた場合、即日返信が難しい場合がございます。

(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)

(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。

【ご参考】

- ▼ 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していきたい。

URL: http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_1.pdf

「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)

- ▼ 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していきたい。

URL: http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_2.pdf

「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)

- ▼ 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/0000084338.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」

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