

平成26年4月24日（木）

資料1

平成26年度第1回

都道府県 在宅医療・介護連携推進 担当者・アドバイザー会議

在宅医療・介護連携の推進について

厚生労働省 老健局老人保健課

課長補佐 鶴田真也

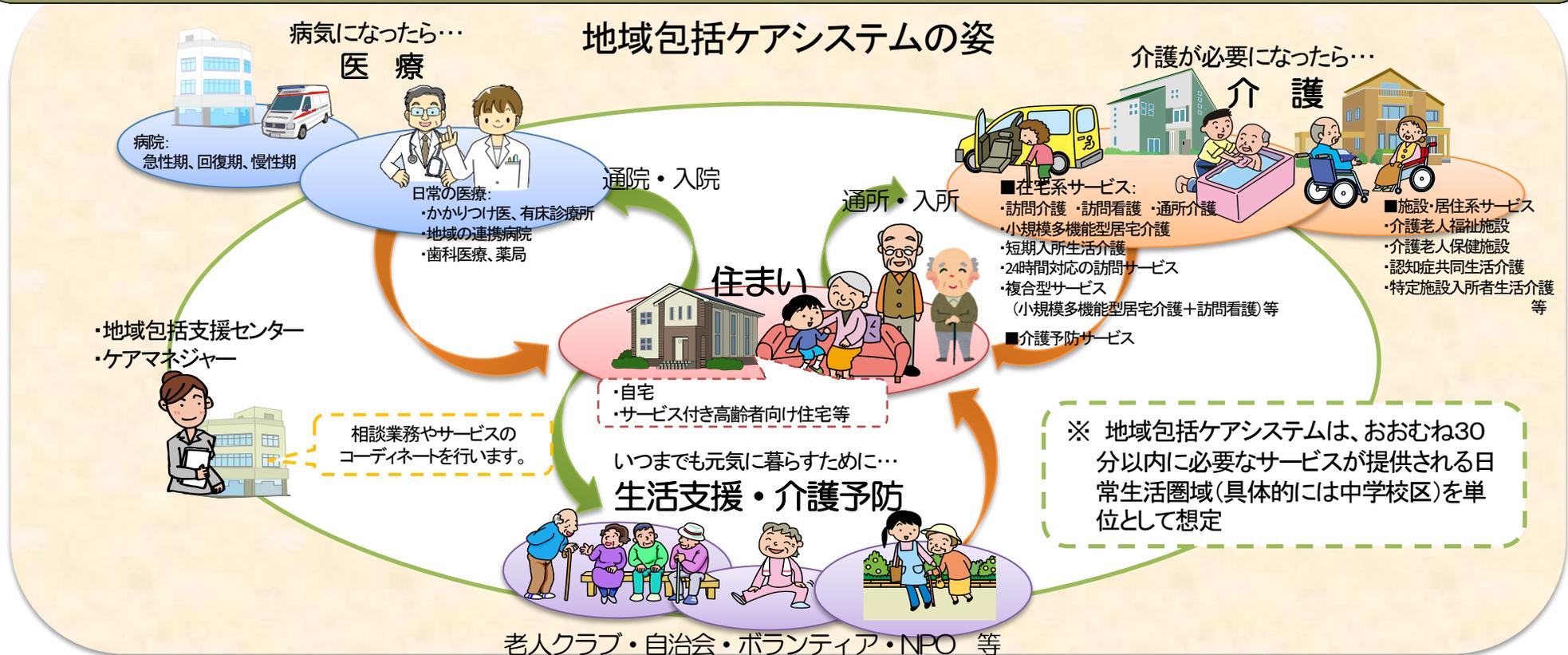
本日の内容

1. 介護保険制度改正案について ～在宅医療・介護連携の推進について～
2. 平成26年度における在宅医療・介護連携を推進する取組の進め方について
3. 在宅医療・介護連携を推進する際に活用できるツールの紹介

1. 介護保険制度改正案について
～在宅医療・介護連携の推進について～

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・生活支援が一体的に提供される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

- 在宅医療・介護連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面で求められる。医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が多い現状にあるが、今後、在宅医療・介護連携を進めるためには、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員、介護関係職種といった多職種の連携が重要となるため、地域包括支援センターにおける医療面の対応強化への支援や、医療に関する専門的な知見を有する在宅医療に関する拠点機能の構築及びその拠点を中心とした連携の強化が必要となる。
- これまでの医療提供体制に関する行政は、都道府県が入院に係る医療を提供する一体の医療圏としての二次医療圏や、三次医療圏を対象として考えてきたが、在宅医療・介護の連携については、介護に係る施策が市町村主体であることや、モデル事業を進めてきた在宅医療連携拠点事業の取組を踏まえ、市町村が地域包括ケアシステムを構築する一つの手法として、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ、取り組むことが必要である。
- また、市町村が中心となって取組を進めるため、都道府県と市町村の役割分担、関係者との連携や調整を行う等の市町村の権限を明確にしていく必要がある。円滑な事業の実施のために平成27年度から施行し、市町村の準備期間を考慮して順次実施することとし、平成30年度には全ての市町村で実施することとするほか、小規模市町村では事業の共同実施を可能とすることが求められる。

出典：介護保険制度の見直しに関する意見（平成25年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

- 平成23・24年度に実施した在宅医療連携拠点事業では、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したなどの効果が得られている。さらに、平成25年度から実施している在宅医療推進事業の成果も踏まえ、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における在宅医療・介護の連携拠点としての機能の構築といった医療と介護の連携の推進について、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととする方向で議論が進められている。
- 市町村が主体となった取組を進めるためには、国、都道府県においては、これまで在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村への支援として、これまでの在宅医療連携拠点事業で蓄積されたノウハウや地域の先駆的事例を情報提供すること等が必要である。なお、都道府県は広域的に対応する必要がある調整等について保健所を通じて市町村の支援を行うことも重要である。また、市町村や地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等において、医療と介護の連携体制の構築を進めるにあたり、各市町村で中心的役割を担うリーダーや医療と介護に精通した連携のコーディネーターとなる人材育成等が必要であり、その支援を行っていくことが求められる。

出典：医療法等改正に関する意見（平成25年12月27日社会保障審議会医療部会） 4

介護保険制度改革案について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が**住み慣れた地域で生活を継続**できるようにするため、**介護、医療、生活支援、介護予防を充実**。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

※介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
※介護職員の処遇改善は、27年介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

※段階的に移行（～29年度）
※介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
※見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定（既入所者は除く）

※要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、**保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す**。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

（保険料見通し） 現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
軽減例） 年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
軽減対象） 65歳以上高齢者の約30%

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

・2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%を対象とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
・医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案 ※不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

在宅医療・介護の連携推進

- 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～）の成果を踏まえ、在宅医療・介護の連携推進について、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組むこととしてはどうか。
- 具体的には、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における医療と介護の連携の推進について介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととしてはどうか。
- その際、現行制度では包括的支援事業を委託する場合、事業の全てにつき一括して行うことと規定されているが、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨に鑑み、在宅医療・介護の連携推進に係る事業については、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要ではないか。

地域支援事業(現行)

包括的支援事業

- ・介護予防ケアマネジメント業務
- ・総合相談支援業務
- ・権利擁護業務
- ・包括的・継続的マネジメント支援業務

地域包括支援センターに一括して委託

介護予防事業

任意事業

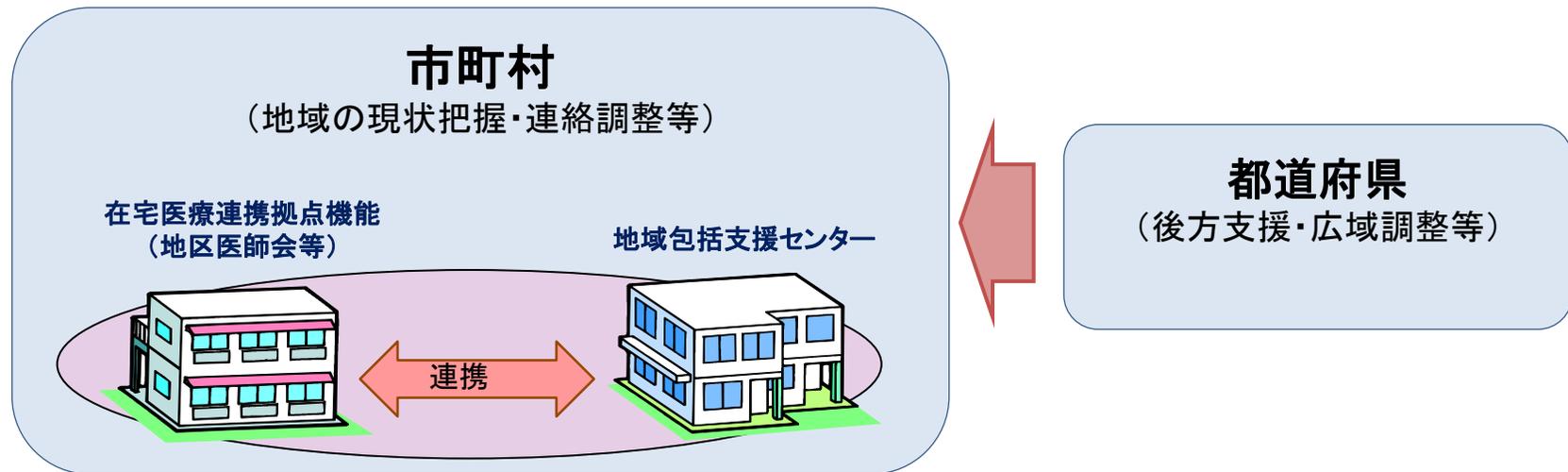
在宅医療・介護の連携推進に係る事業を追加



他の事業とは別に委託可能

在宅医療・介護の連携の推進

- 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでもモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 具体的には、介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。



【参考】医療計画の見直しについて(医療法)

- 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方針に即して、国が定める医療計画の基本方針と介護保険事業支援計画の基本指針を整合的なものとして策定。
- 医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分については、中間年(3年)で必要な見直しを行う。
- 地域医療ビジョンの中で市町村等ごとの将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、在宅療養患者の病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込む。

在宅医療・介護連携推進事業について（イメージ）

○事業の概要

医療と介護の両方を必要とする状態に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に、住民に身近な市町村が中心となって、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療・介護連携の推進に取り組む

○事業の主な内容(案)

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援
- ⑥退院支援に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制を構築するための支援
- ⑦在宅医療・介護サービスに関する地域住民への普及啓発

可能な市町村は平成27年4月から取組を開始
すべての市町村で平成30年4月から取組を開始
複数市町村による共同実施も可能

① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査した結果を、関係者間で共有、公表 等



② 多施設連携のための協議会

- ◆ 在宅医療・介護サービス提供施設の関係者が集まる会議を開催し、情報共有のための様式の統一、ケアマネタイム等を検討し、合意形成を図る 等



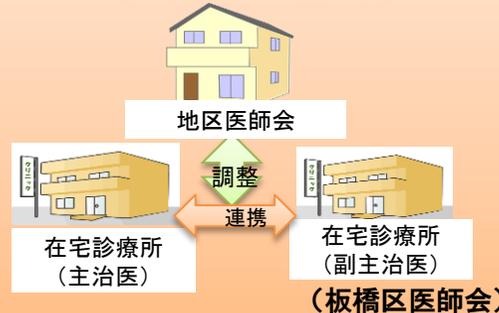
③ 多職種連携のための研修

- ◆ グループワーク等の多職種参加型研修
- ◆ 訪問診療同行研修
- ◆ 介護職種を対象とした医療教育に関する研修 等

④ 24時間365日の提供体制の構築

- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート 等

【主治医・副主治医制】



⑤ 地域包括支援センター・ケアマネ等への支援

- ◆ 地域包括支援センターやケアマネ等からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

⑥ 退院支援ルールの方針

- ◆ 病院・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなどの関係者が集まる会議を開催し、円滑な退院に資する情報共有のための様式・方法の統一等を検討し、合意形成を図る
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成 等

⑦ 地域住民への普及啓発

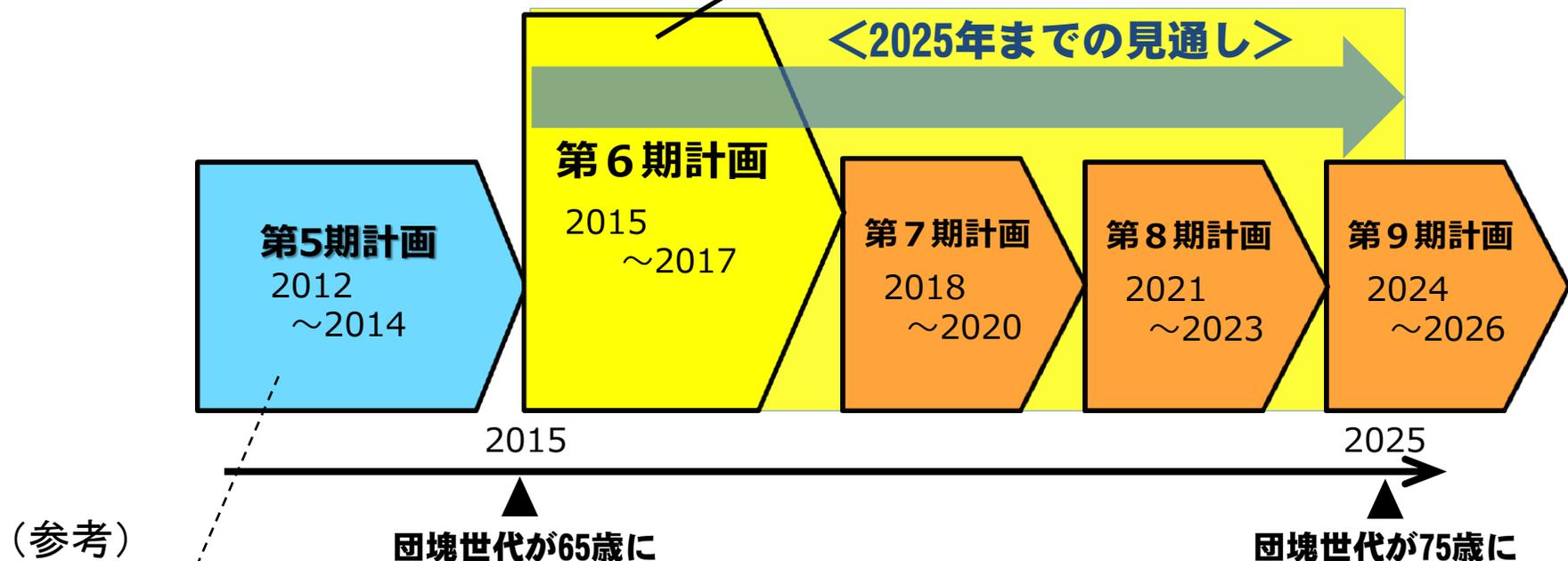
- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 等



2. 平成26年度における在宅医療・介護連携を 推進する取組の進め方について

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



(参考)

団塊世代が65歳に

団塊世代が75歳に

第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

都道府県医療介護連携調整実証事業

●目的

本事業は、モデル二次医療圏において、退院支援ルールの策定と第6期介護保険事業計画における在宅医療・介護連携を推進する準備を、都道府県と連携しながら技術的支援をする。

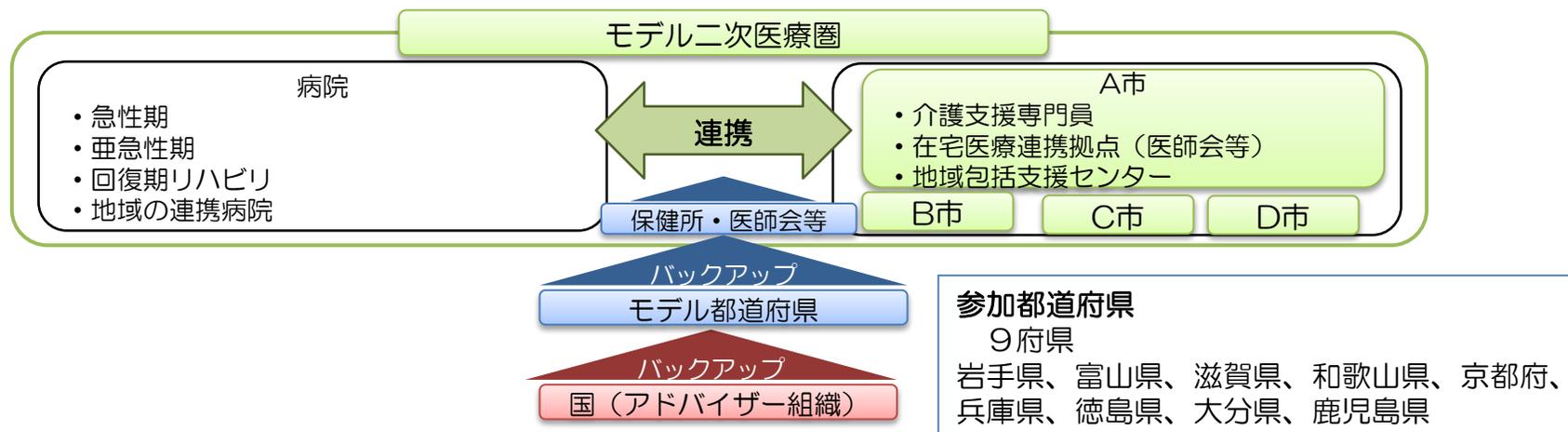
●事業内容

(1) 退院支援ルールの策定の支援

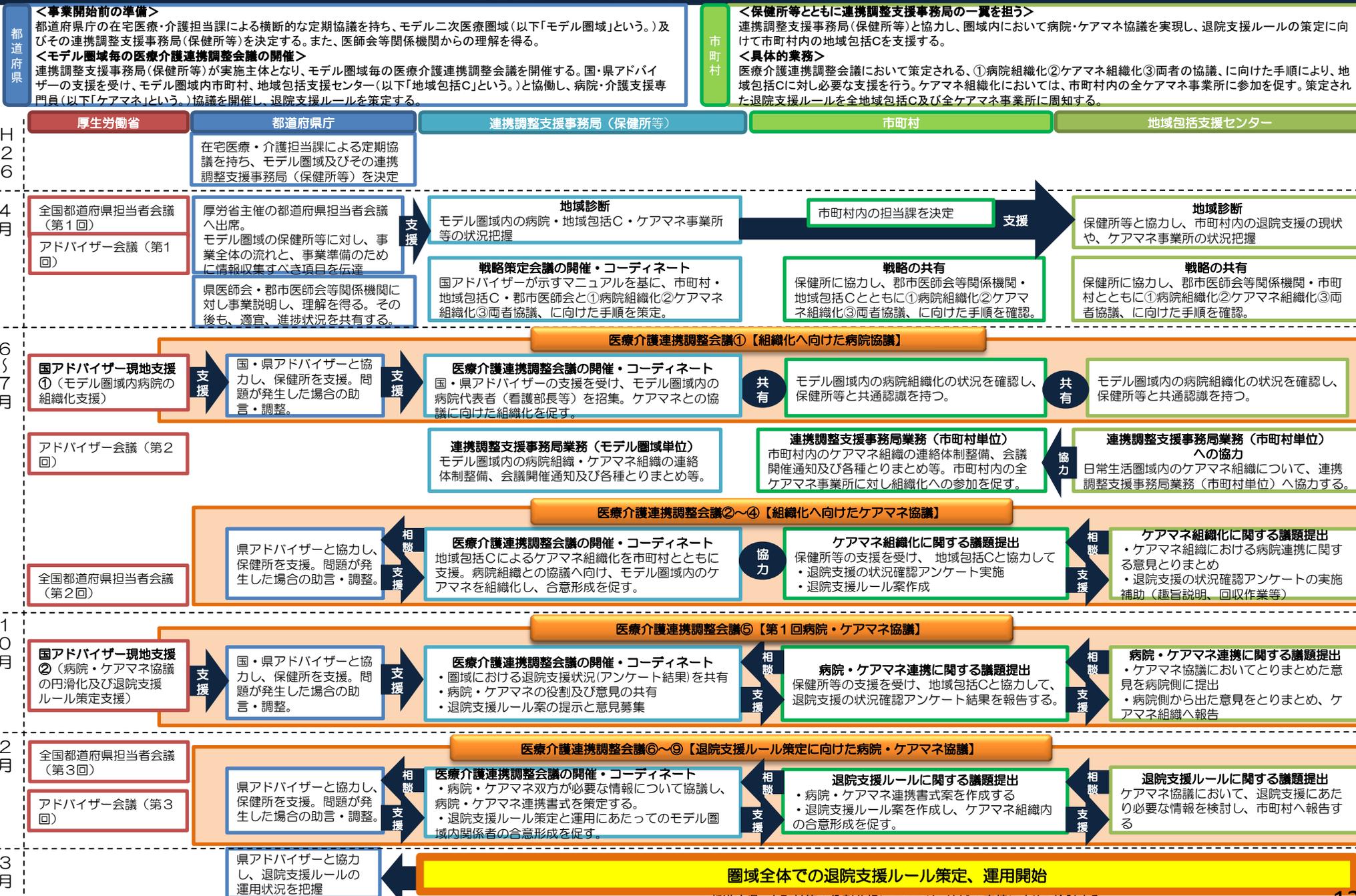
(2) 第6期介護保険事業計画における在宅医療・介護連携を推進する準備の支援

<想定される在宅医療・介護連携を推進する取組の例>

- ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
- ② 在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
- ③ 在宅医療・介護連携に関する研修の実施
- ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
- ⑤ 地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援
- ⑥ 退院支援に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制を構築するための支援
- ⑦ 在宅医療・介護サービスに関する地域住民への普及啓発



平成26年度 都道府県医療介護連携調整支援実証事業（モデル事業） 退院支援ルールの策定における都道府県及び市町村の役割



平成26年度 都道府県医療介護連携調整支援実証事業（モデル事業）
 平成27年度からの在宅医療・介護連携を推進する取り組みにおける都道府県及び市町村の役割

都道府県

＜在宅医療・介護連携を推進する取り組みにおける準備＞

都道府県は本庁内の在宅医療・介護担当課による横断的な定期協議を持ち、都道府県医療介護連携調整支援実証事業（以下「モデル事業」という。）におけるモデル二次医療圏域（以下「モデル圏域」という。）及びその連携調整支援事務局（保健所等）を決定する。また、モデル事業と並行して、平成27年度からの在宅医療・介護連携を推進する取り組み（以下、「連携推進策」という。）の準備を進めることについて、モデル圏域内の市町村及び医師会等関係機関からの理解を得る。

＜保健所等への支援＞

モデル圏域内市町村が、連携推進策の検討及び準備作業を行うために、適切な支援を保健所等が行うこととし、都道府県庁はそれを支援する。

市町村

＜市町村：在宅医療・介護連携を推進する取り組みの実施主体としての準備＞

市町村は、連携推進策の実施主体として、担当課を決定する。保健所等の協力のもと、介護保険事業計画策定の過程において、市町村の在宅医療・介護の将来推計に基づき、連携推進策を検討する。この検討にあたっては、目標と進め方について、郡市医師会等関係機関と協議する。地域によっては複数市町村が合同で取り組む。

＜地域包括支援センター＞

地域包括支援センターは、モデル事業において病院・介護支援専門員（以下「ケアマネ」という。）協議によりケアマネ事業所を組織化するとともに、保健所等・市町村・郡市医師会・ケアマネ等関係機関との信頼関係を構築する。また、平成27年度以降の連携推進策の実施へ向けて、保健所等・市町村と協力して、介護サービス事業所の組織化へ向けた戦略を検討する。

H26

厚生労働省

都道府県庁

連携調整支援事務局（保健所等）

市町村（複数市町村の合同も可）

地域包括支援センター

モデル圏域内の市町村説明
 モデル圏域内の市町村に対し、連携推進策の検討及び準備作業について説明を行い、同意を得る

【都道府県・保健所等から市町村等に対する説明内容】
 平成26年度のモデル圏域内の病院・ケアマネ協議に引き続き、平成27年度からは各市町村において在宅医療・介護連携の推進策を開始し、これを都道府県（保健所）が支援すること。そのための準備を平成26年度中から始めること。

4月

全国都道府県担当者会議（第1回）
 アドバイザー会議（第1回）

医師会等への説明
 県医師会、郡市医師会等関係機関に対し、連携推進策とその準備作業について趣旨説明し理解を得る。

医師会等への説明
 郡市医師会等に対し、連携推進策とその準備作業について趣旨を説明し理解を得る。その後も、適宜、進捗状況を共有する。

資源分析
 管轄の日常生活圏域の高齢者の状況、医療機関、介護サービス事業所等の状況を把握する。

保健所の介護保険事業計画参画
 モデル圏域の市町村に対して、介護保険事業計画策定会議の委員として保健所を加えるように依頼する。

市町村の合意形成を支援
 モデル圏域内市町村における連携推進策とその準備作業について、合意形成を支援する。

担当部署を決定
 市町村行政として連携推進策の準備に取り組む合意を形成するとともに本事業の担当課を決定する。

介護保険事業計画策定への参画
 市町村の介護保険事業計画に参加し、市町村の在宅医療・介護の計画立案の過程を共有する。

相親
 支援

支援

共有

7~8月

国アドバイザー現地支援①
 アドバイザー会議（第2回）
 全国都道府県担当者会議（第2回）

制度、予算措置等について助言
 連携推進策に関する制度、予算措置等についてモデル圏域の保健所に助言

市町村の予算要求を支援
 市町村における平成27年度当初予算編成作業において、連携推進策実施へ向けた予算要求を支援する。

予算要求
 平成27年度当初予算編成作業において、連携推進策実施へ向けた予算を要求する。

関係機関との信頼関係構築
 モデル事業における病院・ケアマネ協議において保健所・市町村、医師会、ケアマネ等関係機関との信頼関係を構築する。

相親
 支援

支援

共有

10月

国アドバイザー現地支援②

モデル圏域での圏域全体としての連携推進策開始へ向けて保健所への助言、情報提供及び他圏域との調整

圏域における連携推進策の戦略検討
 広域的な立場から、連携推進策について圏域で実施すべきもの（病診連携等）/各市町村あるいは複数市町村が合同で実施すべきものを検討し、各市町村の取組を支援する。

各市町村における連携推進策の戦略検討
 保健所の支援のもと、在宅医療・介護の将来推計に基づき、市町村あるいは複数市町村が合同で取り組む連携推進策を検討する。

市町村における戦略策定への参画
 市町村での戦略検討に参加し、管轄の日常生活圏域における状況について情報提供するとともに、平成27年度の介護保険サービス事業所の組織化へ向けた戦略を検討する。

モデル圏域での圏域全体としての連携推進策開始へ向けて保健所への助言、情報提供及び他圏域との調整

圏域における連携推進策準備協議
 圏域で実施すべき連携推進策開始へ向け、目標及び進め方について市町村・地域包括C及び郡市医師会等の関係機関と検討するための準備協議を開催する。

各市町村における連携推進策の準備協議
 保健所の支援のもと、市町村あるいは複数市町村が合同で実施すべき連携推進策開始に向け、目標及び進め方について地域包括C及び郡市医師会等の関係機関と検討するための事前協議を開催する。

市町村における準備協議への参画
 準備協議に参加し、保健所・市町村・郡市医師会等の関係機関と目標及び進め方を共有する。

相親
 支援

支援

共有

2月

全国都道府県担当者会議（第3回）
 アドバイザー会議（第3回）

モデル圏域での圏域全体としての連携推進策開始へ向けて保健所への助言、情報提供及び他圏域との調整

圏域における連携推進策の開始準備
 各市町村あるいは複数市町村が合同で実施する連携推進策の開始を支援するとともに、圏域全体として実施する連携推進策の準備を行う。

各市町村における連携推進策の開始準備
 保健所の支援のもと、市町村あるいは複数市町村が合同で取り組む連携推進策開始の準備を行う。

在宅医療・介護連携を推進する取り組みを開始

* 都道府県、市町村等の役割分担については、地域の実情に応じて検討する

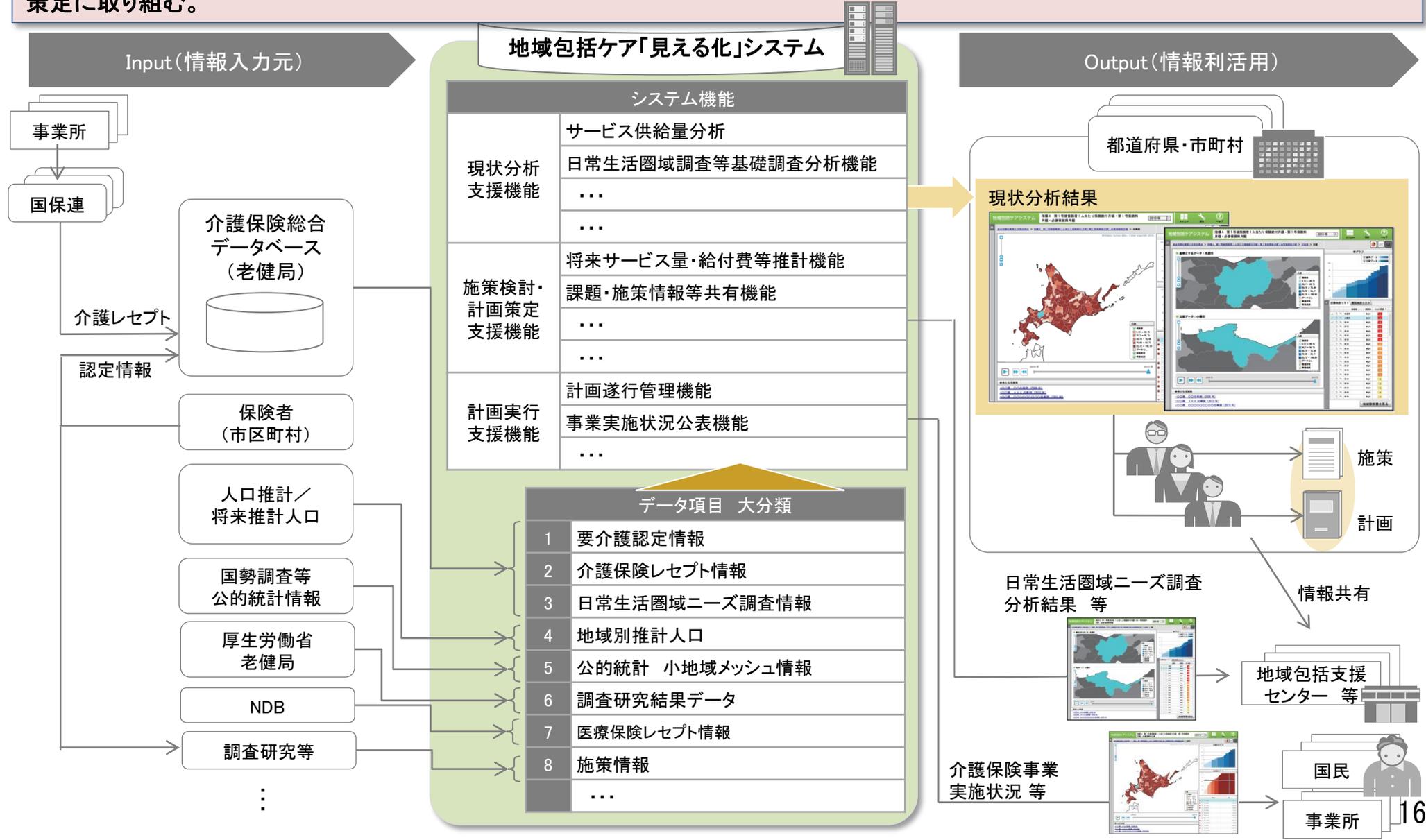
平成26年度のスケジュール

年月	会議名	開催場所	概要
平成26年 4月24日(第1回)	都道府県担当者等会議	東京	[目的] 在宅医療・介護連携に関する共通認識の醸成とモデル事業の説明 [内容] ①国から政策等に関する情報提供 ②先進地からの事例報告(都道府県、保健所、市区町村等) ③在宅医療・介護連携を推進する取り組み(以下、「連携推進策」という。)の準備及び退院支援ルール策定に関する進め方を事業関係者間で共有する
同日	アドバイザー会議(第1回)		[目的] モデル二次医療圏域における方針の共有 [内容] ①連携推進策準備支援における県アドバイザーの役割と具体的業務の確認 ②退院支援ルール策定マニュアルの活用法を共有
6月頃	国アドバイザー実地支援(第1期)	モデル圏域	[目的] モデル圏域内の病院を組織化する [内容] モデル圏域内の病院へ組織化を直接的に働きかけ、関係者へ必要な助言を行う
夏頃	都道府県担当者等会議(第2回)	東京	[目的] 在宅医療・介護連携に係る最新の情報を共有する [内容] ①国から政策等に関する情報提供 ②各モデル圏域の連携推進策の準備及び退院支援ルール策定の進捗状況を共有
同日	アドバイザー会議(第2回)	東京	[目的] 各モデル圏域の連携推進策の準備及び退院支援ルール策定の進捗状況を共有 [内容] ①モデル圏域における市町村の連携推進策準備状況を確認 ②モデル圏域内市町村の予算要求、戦略策定、準備協議開催への支援方法を確認 ③退院支援ルール策定の進捗状況を共有
10～11月	国アドバイザー実地支援(第2期)	モデル圏域	[目的] 第1回病院・ケアマネ協議の実施 [内容] ①圏域における退院支援状況(アンケート結果)を共有 ②病院・ケアマネの役割及び意見・要望の共有 ③退院支援ルール案の提示と意見募集
平成27年 2月頃(第3回)	都道府県担当者等会議	東京	[目的] 平成26年度の成果報告、平成27年度の進め方共有 [内容] ①国から政策等に関する情報提供 ②モデル事業及び連携推進策準備の進捗状況を報告 ③平成27年度以降の連携調整の進め方検討
同日	アドバイザー会議(第3回)	東京	[目的] 各モデル圏域における平成26年度の成果報告、平成27年度の進め方共有 [内容] ①モデル圏域における連携推進策の準備状況の報告及び平成27年度の活動計画の共有 ②退院支援ルール策定の進捗状況の報告及び平成27年度の活動計画の共有

3. 在宅医療・介護連携を推進する際に 活用できるツールの紹介

(1)「介護・医療関連情報の見える化」の活用

全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるように、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有（「見える化」）するためのシステムの構築等を推進している。市町村は、このデータを活用し、計画策定に取り組む。



地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）①

都道府県・保険者

都道府県・保険者担当者

地域包括支援センター

保健所

都道府県・保険者介護保険以外の担当者

介護保険事業（支援）計画策定委員

介護保険事業の現状分析

地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）が提供する機能

都道府県・保険者間比較

高齢化率等の属性、要介護認定、介護サービスの給付状況等の実績、日常生活圏域ニーズ調査結果を全国の他の保険者等と容易に比較可能

日常生活圏域間比較

高齢化率等の属性、日常生活圏域ニーズ調査結果、介護サービス施設・事業所の所在地・定員等を日常生活圏域間で容易に比較可能

施策情報の検索・閲覧

国が調査研究等によって収集した都道府県・保険者が実施する地域包括ケアシステム構築に向けた施策・取組情報を検索・閲覧可能

データ登録

日常生活圏域
境界情報及び日常生活
圏域ニーズ調査結果
【保険者が任意
に登録するデータ】

【国が登録するデータ】

施策事例情報等
・地域包括ケアシステム構築
へ向けた取組事例 等

介護保険総合DB

- ・要介護認定情報
- ・介護給付費請求情報

公的統計情報

- ・国勢調査
- ・介護保険事業状況報告 等

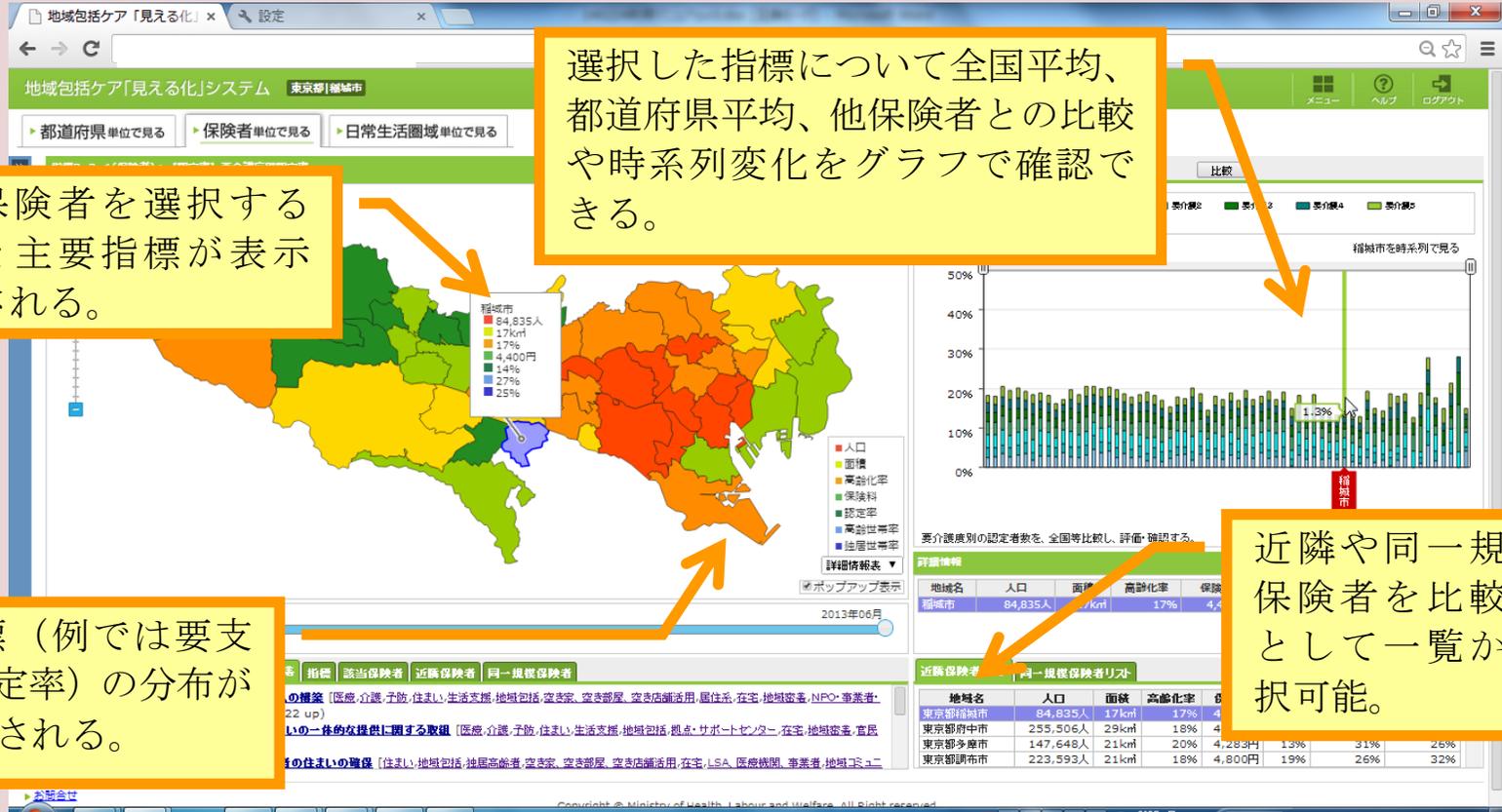
○国が登録するデータを基にして、保険者はデータの準備等の負担なく、都道府県・保険者間比較をしながら介護保険事業の現状分析を直感的に実施することが可能である。

○保険者が日常生活圏域に関する情報を別途登録すれば日常生活圏域別の分析も可能である。

○地域包括ケアシステムの構築に向けた他の保険者等の取組を検索・閲覧が可能であり、現状分析に基づいて取り組むべき施策等の情報を得ることが可能である。

地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）②

- 地理情報システム及びグラフ等を活用して介護保険事業の現状等を「見える化」することで、保険者間の比較を容易にし、自治体における現状分析を支援する。
- 介護保険総合データベースの情報を基に、介護保険政策評価支援システム等で提供している各種指標を統合し、「見える化」して提供する。
- 介護保険総合データベース以外に、国勢調査等の公的統計調査の情報を活用して提供することで、介護保険給付以外の保険者特性を考慮した現状分析を支援する。
- 提供される情報の時系列の変化も「見える化」され、保険者が実施する分析に「過去のトレンド」の視点を加えることも容易である。



保険者を選択すると主要指標が表示される。

選択した指標について全国平均、都道府県平均、他保険者との比較や時系列変化をグラフで確認できる。

選択した指標（例では要支援・要介護認定率）の分布が地図上に表示される。

近隣や同一規模の保険者を比較対象として一覧から選択可能。

地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）③

- 介護保険総合データベース及び各種公的統計情報を活用して日常生活圏域別の介護保険事業の現状について「見える化」を行う。
- 日常生活圏域ニーズ調査の結果を提供いただく自治体については、日常生活圏域ニーズ調査結果の全国、都道府県との比較や日常生活圏域別の分析が可能である。
- 日常生活圏域内の高齢者のリスク特性とサービス基盤との関係性等、従来困難であった分析を容易に可能としている。
- 時系列変化の「見える化」は日常生活圏域単位での集計も提供され、従来困難であった日常生活圏域単位での時系列を考慮した分析も容易に可能としている。

日常生活圏域内に所在する施設・事業所の種類・位置等を重ね併せて表示が可能。

選択した指標の値を圏域間で比較可能なグラフで表示される。

日常生活圏域ニーズ調査の集計結果等を圏域別に閲覧可能。

選択した指標（例では高齢化率）の分布が地図上に表示される。

圏域名	脆弱リスクの高齢者				運動器機能リスクの高齢者				要介護改善リスクの高齢者			
	一般・二次子助	要支援1・2	要介護1	2・3・4・5	一般・二次子助	要支援1・2	要介護1	2・3・4・5	一般・二次子助	要支援1・2	要介護1	2・3・4・5
まがえ	0.19%		1.66%		0.45%		2.11%		0.03%			
やましな	0.18%		1.71%		0.45%		2.23%		0.06%			
あまのり	0.19%		1.70%		0.45%		2.11%		0.03%			

地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）④

- 表示している指標や比較対象として選択した保険者に関連する地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み事例等閲覧し、現状分析の結果から参考となる取組事例の情報を得ることが可能。
- 地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み事例等は、現状分析を行いながら閲覧するほか、キーワードで自由に検索することも可能。

The screenshot displays the '地域包括ケア「見える化」システム' (Regional Inclusive Care Visualization System) interface. It features a map of Tokyo with various districts color-coded by indicators. A search bar is visible, and a table of case studies is shown at the bottom.

選別した指標や保険者と関連する、他の保険者の取り組み事例を閲覧することができる。

任意のキーワードで検索することが可能。

地域名	タイトル	閲覧回数	作成日付	タグ
世田谷区	都市部の世田谷らしい地域包括ケアシステムの構築	2回	2014/02/22up	医療・介護、予防、住まい、生活支援、地域包括、空き家、空き部屋、空き店舗活用、居住系、在宅、地域医療、NPO・NCS
具向市	小地域での医療・介護・予防・生活支援・住まいの一体的な提供に関する取組	0回	2014/02/22up	医療・介護、予防、住まい、生活支援、地域包括、拠点・サポートセンター、在宅、地域医療、国民共済、小地域連携型
南部町	既存資源を活用した共同住宅による低所得者の住まいの確保	0回	2014/02/22up	住まい、地域包括、高齢者施設、空き家、空き部屋、空き店舗活用、在宅、LSA、医療機関、事業費、地域コミュニティの活用
柏市	行政と医師会の協働による在宅医療の推進と医療介護連携	0回	2014/02/22up	医療・介護、地域包括、大型団地、拠点・サポートセンター、在宅、高齢者、在宅医療、医師会、薬剤師会、病院、訪問看護ステーション、介護支援専門員協議会、在宅リハビリテーション連携、在宅医療推進、在宅医療推進、医師会、医師会連携
四日市市	社会福祉法人と地域団体の協働による日常生活支援体制の構築	0回	2014/02/22up	予防、生活支援、地域包括、大型団地、空き家、空き部屋、空き店舗活用、在宅、社会福祉法人、日常生活支援
竹田市	介護保険外のサービスの開発とそれを活用した介護予防と自立生活支援	0回	2014/02/22up	予防、生活支援、地域包括、拠点・サポートセンター、在宅、住居、介護予防強化推進事業、地域雇用創出推進事業
上天草市	離島における在宅生活の基盤づくり	0回	2014/02/22up	介護、予防、地域包括、拠点・サポートセンター、在宅、住居、ヘルパー養成
川崎市	認知症施策と地域支援	0回	2014/02/22up	医療・介護、生活支援、地域包括、認知症・高齢者、居住系、在宅、地域医療、社会福祉協議会、認知症高齢者グループホーム
大和村	住民自ら考える互助の地域づくり	0回	2014/02/22up	予防、生活支援、地域包括、在宅、住居、互助、地域交流、いマップ
境港市	持業等の施設機能を地域に展開	0回	2014/02/22up	医療・介護、生活支援、地域包括、近隣住居、拠点・サポートセンター、施設、居住系、在宅、地域医療、複業・介護施設
米子市	持業等の施設機能を地域に展開	0回	2014/02/22up	医療・介護、生活支援、地域包括、近隣住居、拠点・サポートセンター、施設、居住系、在宅、地域医療、複業・介護施設

(2) 多職種研修を企画する際の支援ツールの活用

- 事例検討などのグループワークを多用した多職種参加型の研修会を地域単位で開催することにより、医師を含む多職種の連携の機運を高め、地域包括ケアシステムを支える人材を養成する
- 多職種研修の実施は、市町村単位の連携推進の準備段階における郡市医師会・市町村行政・各職種団体の呼吸合わせ(チーム意識の醸成)の方法としても有効

○ 推奨される開催構造

- ー 郡市医師会と市町村による共催:
医師の参加を得るためには医師会の協力は必須
- ー 地域の関係団体による受講者推薦:
団体代表としての参加により責任感が生まれる
- ー 概ね同一市町村内の従事者を受講対象に:
地域包括ケアシステムの単位ごとの結束の強化



○ 推奨される内容

- ー 多職種によるグループワークを多用:
講義による学習は最小限度とする
- ー 医師である受講者は同行実習に参加(任意):
体験型プログラムの教育効果は高い



多職種によるグループワーク(事例検討、地域資源マッピングなど)



同行実習(訪問診療)



地域単位の連携の機運の醸成

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



ホームページ上で公開中
随時活用可能

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ます



【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。

○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)を掲載
 - － 事務局使用様式(依頼状など)も一式掲載
 - － 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



○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

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

○実際の開催例

一 多職種研修1.5日＋同行実習2回(千葉県柏市など)

1日目(午後半日)	同行実習	2日目(終日)
在宅医療が果たすべき役割(講義、30分)	訪問診療同行(実習、2～3時間)	在宅医療の導入(講義、20分)
在宅療養を支える医療・介護資源(講義、20分)		訪問診療の実際と同行研修の意義(講義、20分)
医療・介護資源マップの作成(GW、40分)	多職種同行(実習、2～3時間) ※訪問看護、ケアマネジャーなど	在宅医が知っておくべき報酬や制度(講義、20分)
なぜIPW(専門職連携協働)が必要なのか?(講義、20分)		認知症(講義＋GW、100～120分)注
がん緩和ケア(講義＋GW、100～120分)注		在宅医療を推進する上での課題とその解決策(GW、90分)
		目標設定、発表(その他、20～30分)
		修了証書授与(その他、10分)

実際の研修場面の見学をご希望の場合は、条件が合えば最寄りの開催地域／開催日程の研修会を傍聴いただく等の調整が可能です

○受講者の声(柏市第一期研修会を受講した医師の場合)

- 一 もともと訪問診療を多数行っていた医師
「実践を系統的に振り返る機会になった」「診療所運営やスタッフの動きといった点で学びを得た」
- 一 臨時往診や少数の訪問診療は行っていた医師
「訪問診療の枠を拡大しつつ、外来とのバランスを考えていきたい」「午後から診療所を出て在宅へ行く」
- 一 これまでほぼ往診をすることのなかった医師
「外来患者が通院困難となったときに訪問診療を提供したい」「(自分は往診をしないとしても)頼める相手(医師や多職種など)がいるということが分かった」

一 多職種研修1.0日＋同行実習(神奈川県横須賀市など)

2日目(終日)	同行実習
在宅医療が果たすべき役割(講義、30分)	訪問診療同行(実習)
なぜIPW(専門職連携協働)が必要なのか?(講義、20分)	
認知症(講義＋GW、100分)注	
がん緩和ケア(講義＋GW、100分)注	
在宅医が知っておくべき報酬や制度(講義、20分)	
訪問診療の実際と同行研修の意義(講義、20分)	
在宅医療を推進する上での課題とその解決策(GW、90分)	
目標設定、発表(その他、20～30分)	
修了証書授与(その他、10分)	

講師は自地域で調達する形でも他地域から招聘する形でも可



○研修開催事務局(開催予定の地域を含む)の声

- 一 「資料が揃っているので、一から作らなくて済む。」
- 一 「全部を真似しなくても一部だけでも活用できる」
- 一 「(研修運営ガイドについて)関係団体を集めて研修会について議論を始める材料として活用できそう」
- 一 「『全国的にこういう流れがあるから』と言えるので地元関係者への説明がしやすい」
- 一 「多職種の会合に、医師に出てきていただけるきっかけとして活用できそう」

注：地域のニーズに応じて、摂食嚥下、栄養、リハビリテーション、褥瘡などに置換可能