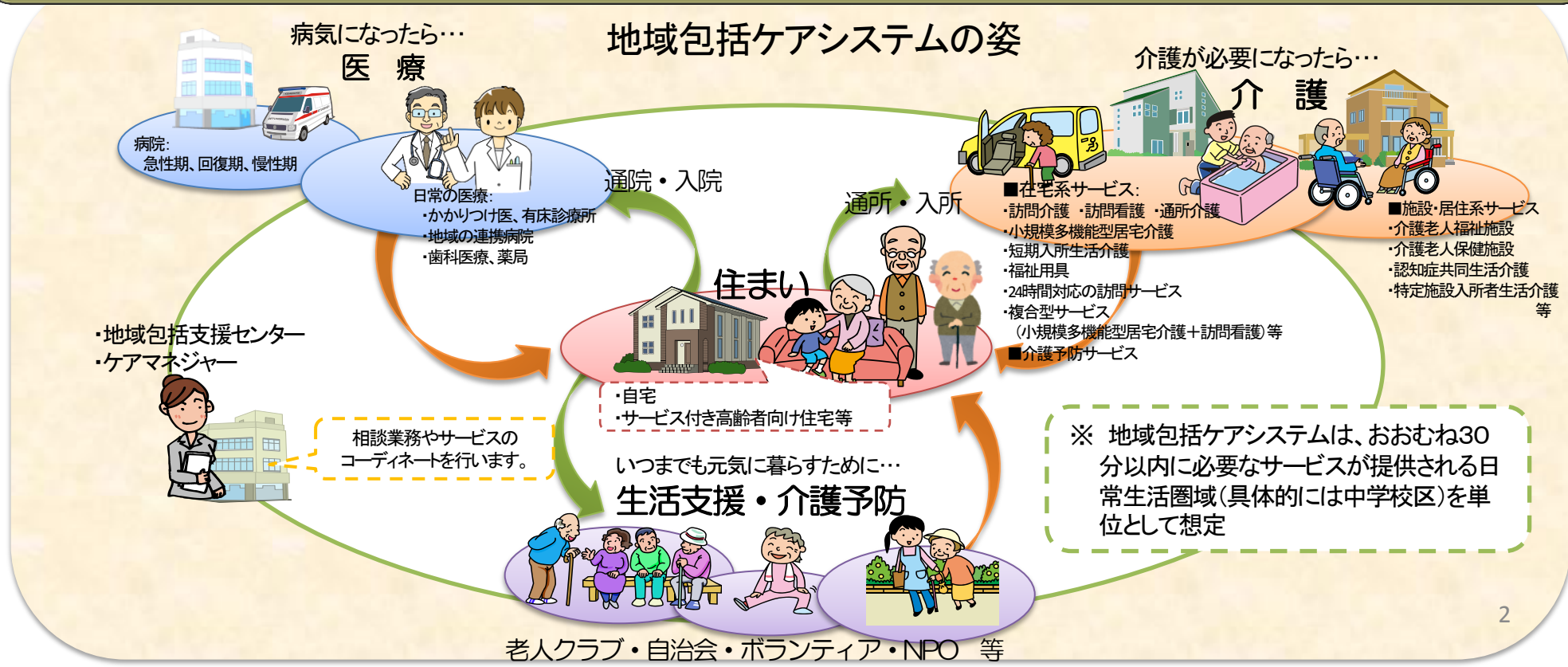


在宅医療・介護連携推進事業の効果的な展開について

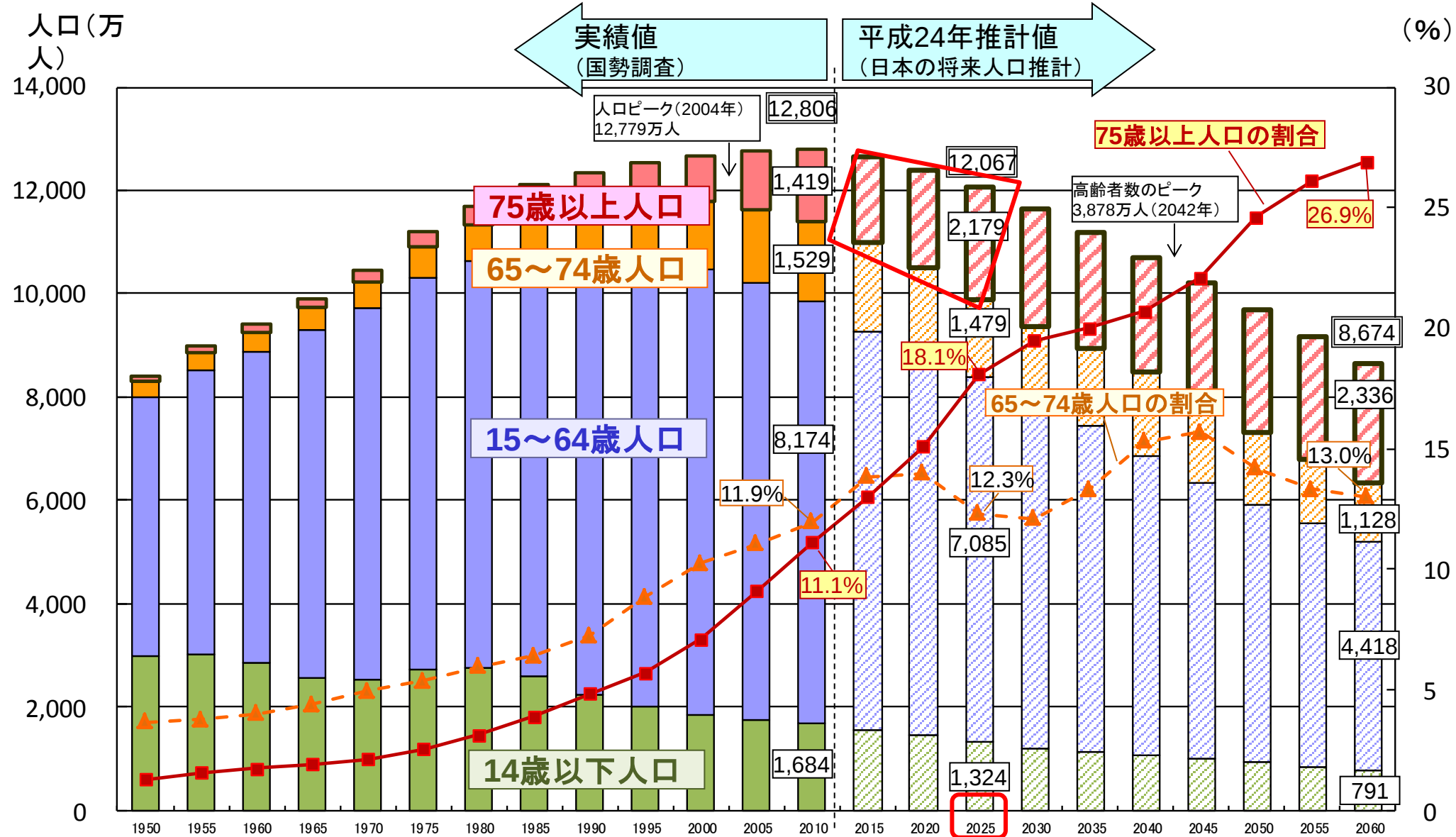
厚生労働省老健局老人保健課
医療・介護連携技術推進官 秋野 憲一

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

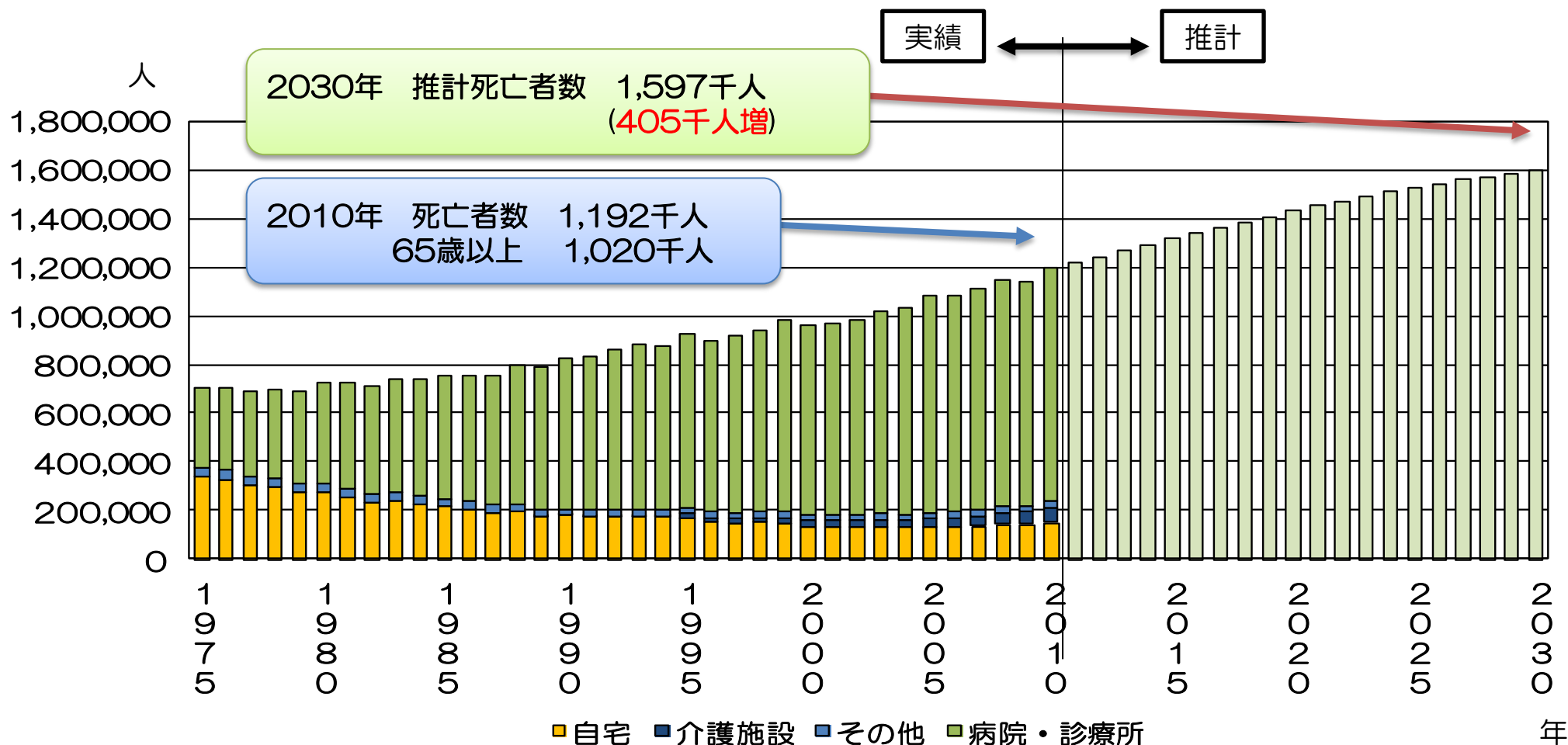


75歳以上の高齢者数の急速な増加



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

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



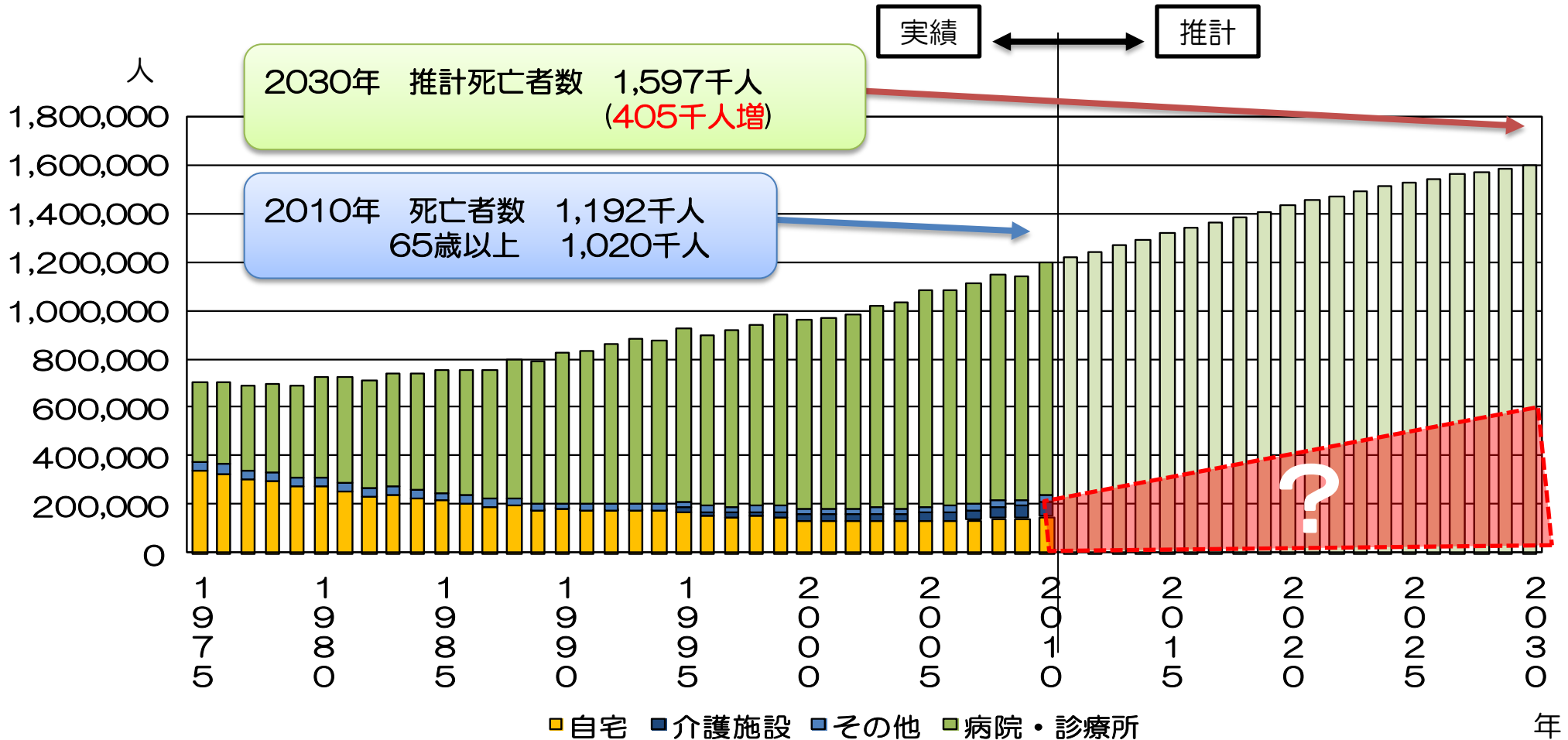
課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】

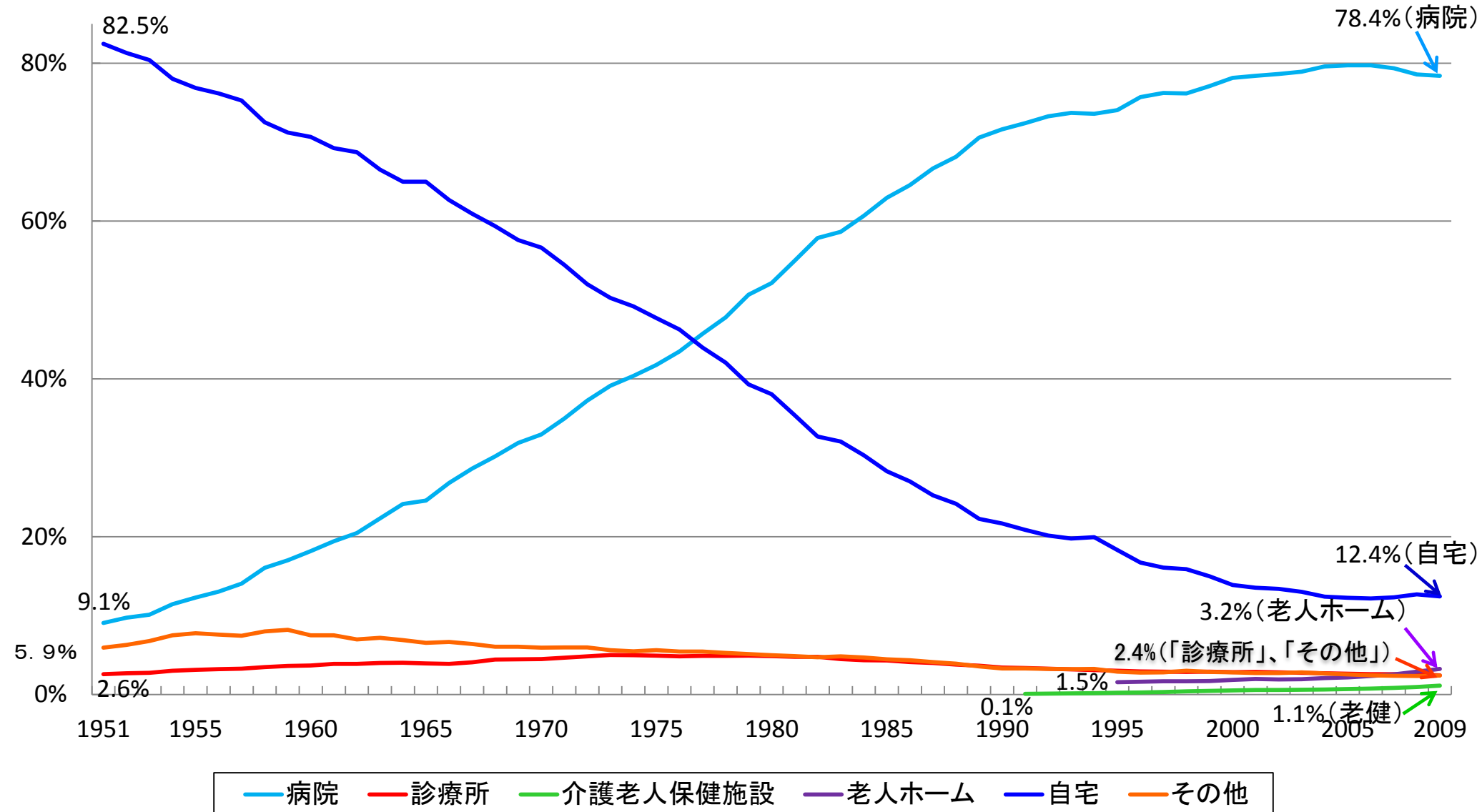
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

死亡場所の推移

○20世紀半ばには自宅で死亡する者が8割超であったが、現在では8割近くの者が病院で死亡している。



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

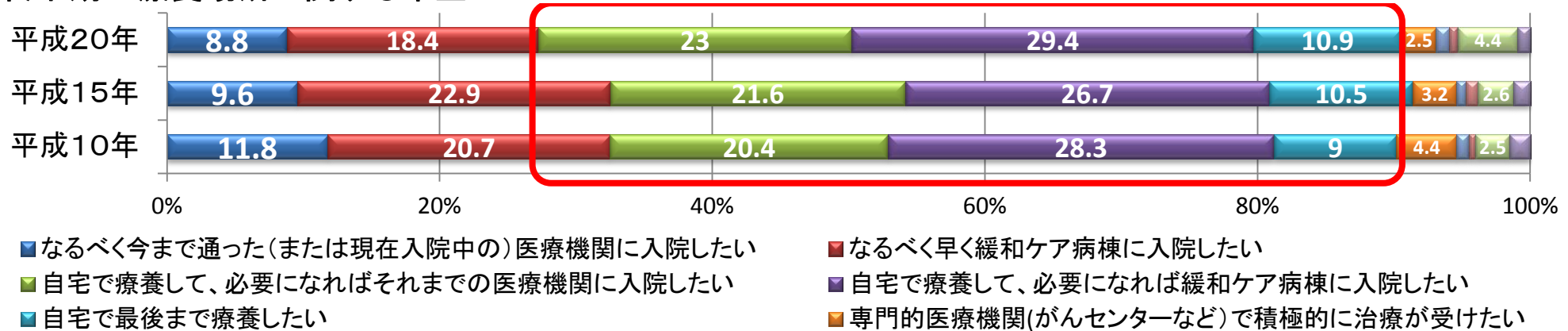
出典)厚生労働省「人口動態調査」

終末期医療に関する調査

○60%以上の国民が「自宅で療養したい」と希望。

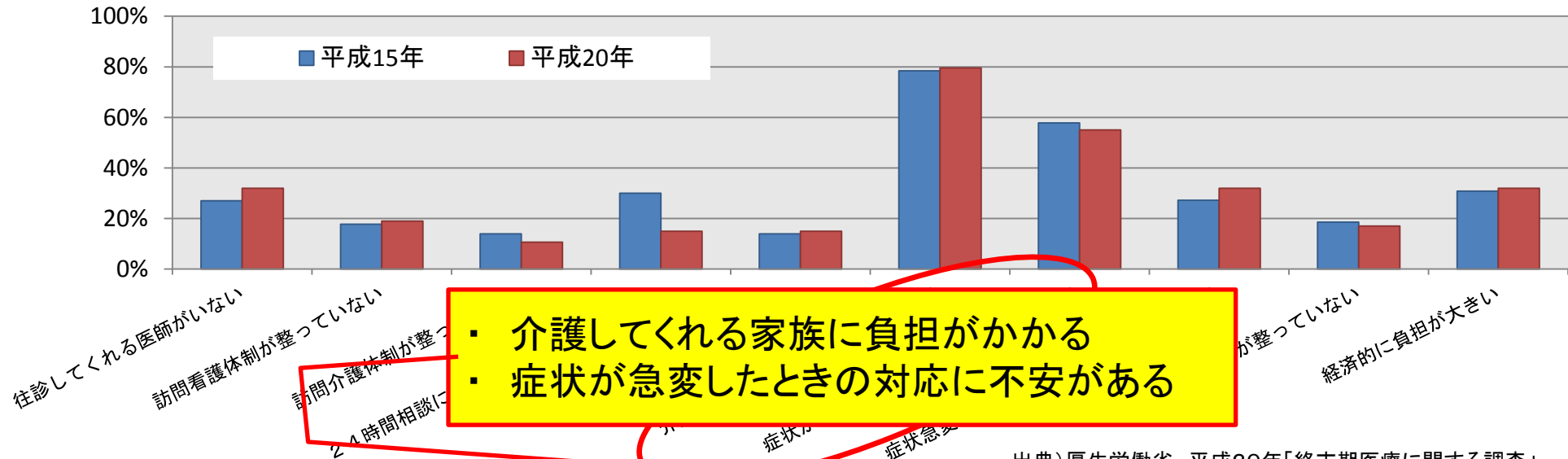
○自宅で最期まで療養するには、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じる。

■終末期の療養場所に関する希望



■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)

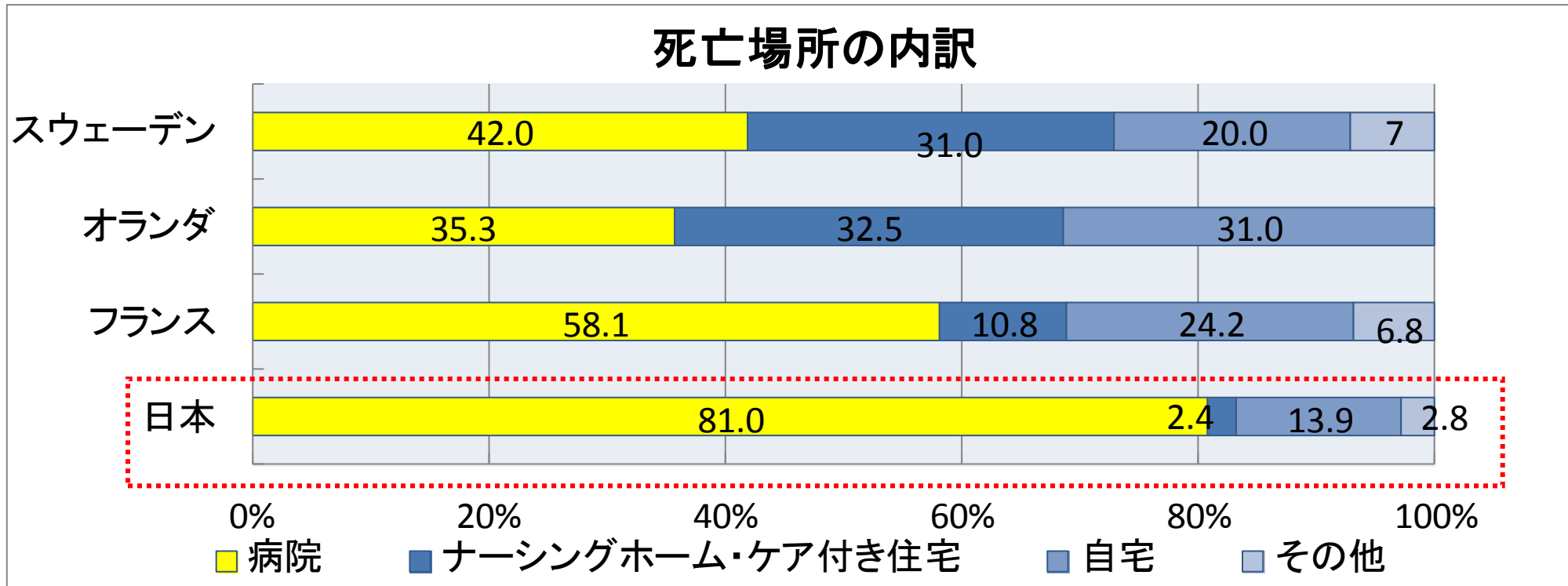
出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)



出典)厚生労働省 平成20年「終末期医療に関する調査」



死亡の場所(各国比較)



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

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

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

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

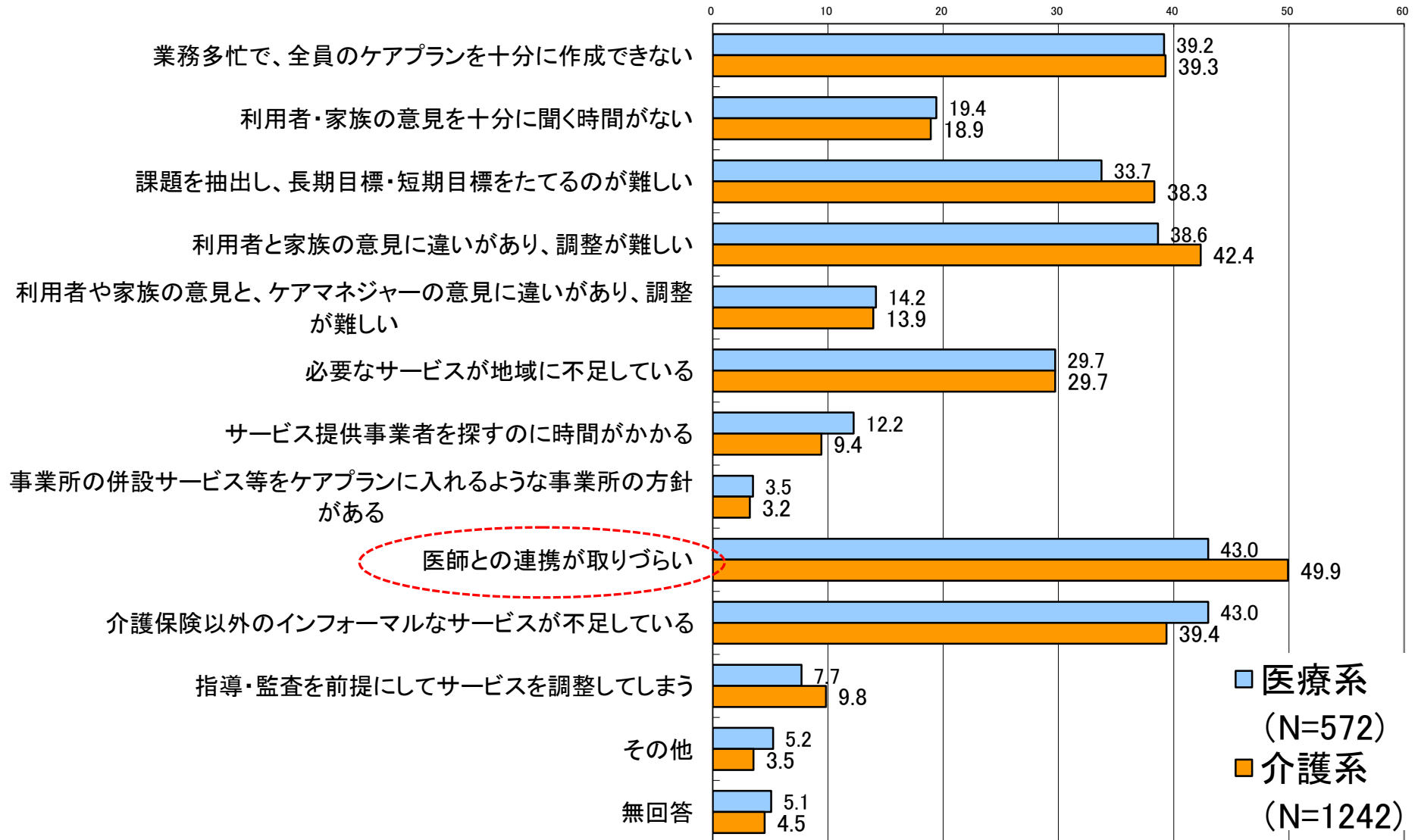
フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

在宅医療・介護の推進に当たっての課題

ケアマネジャーが困難に感じる点



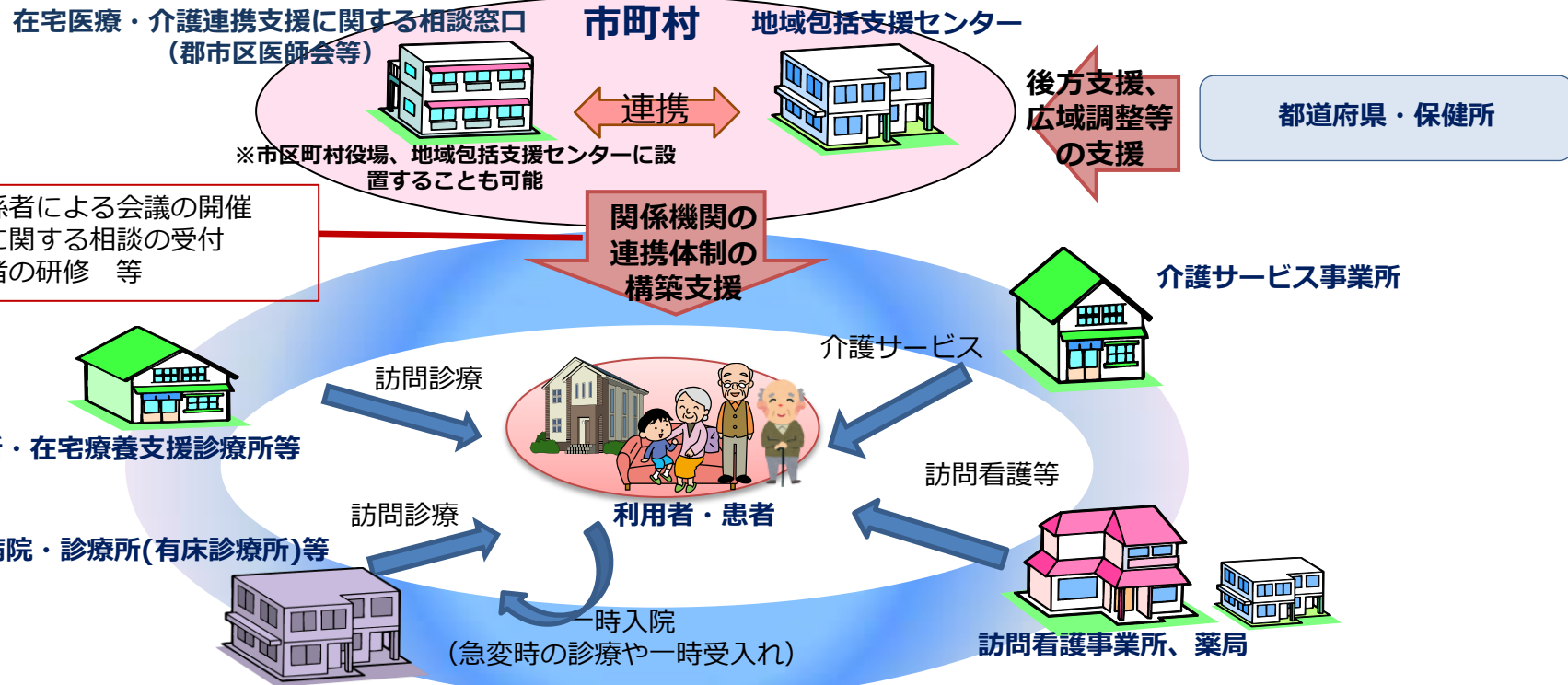
在宅医療・介護連携の推進

- 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。

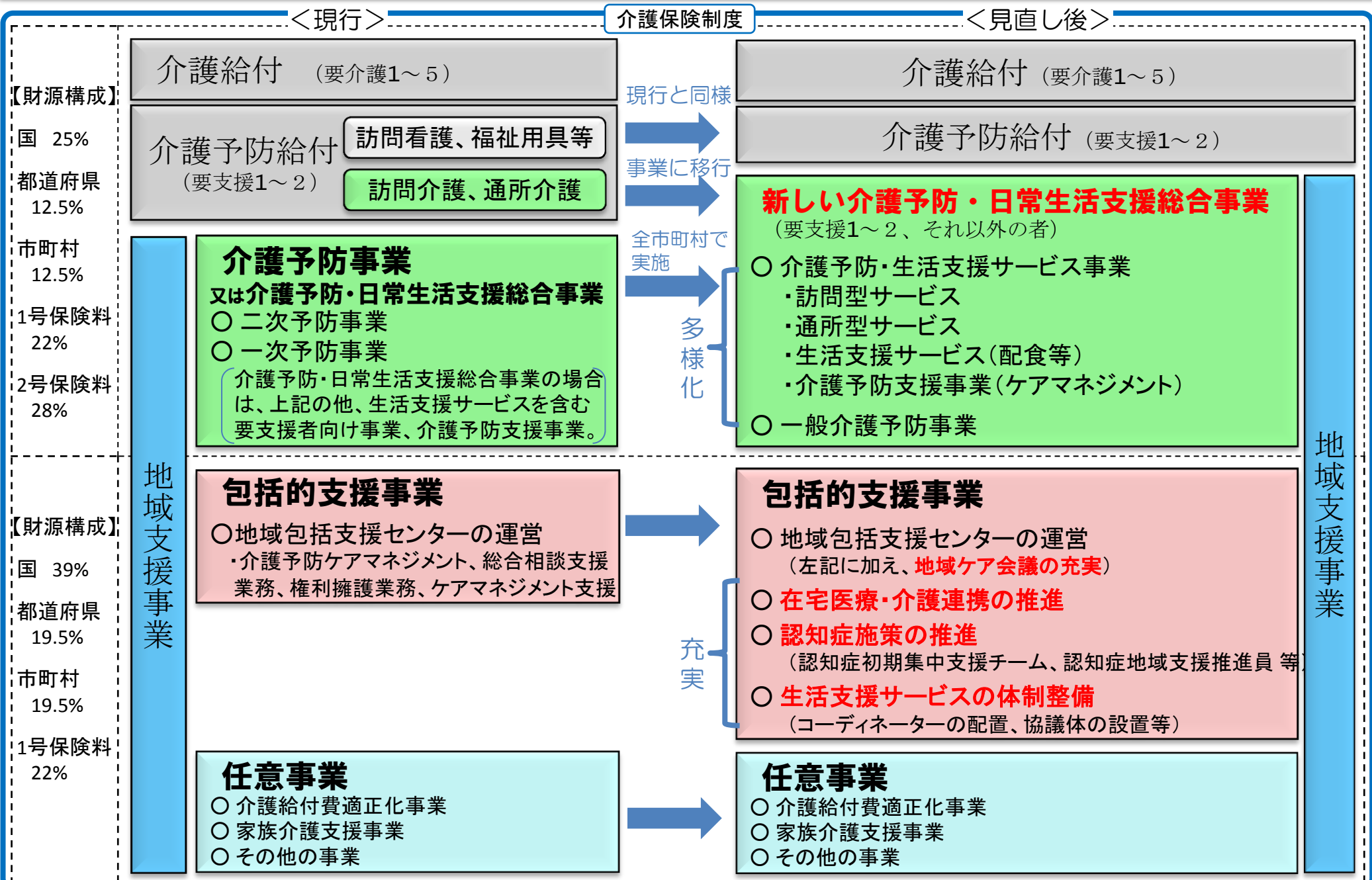
（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・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。



【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 平成28年度195億円(公費:390億円)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。

※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携 34億円(公費:68億円)

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策 57億円(公費:113億円)

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議 24億円(公費:47億円)

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化 81億円(公費:162億円)

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)

※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%

※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため、合計額は一致していない。

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。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（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

地域包括ケアシステムと地域マネジメント



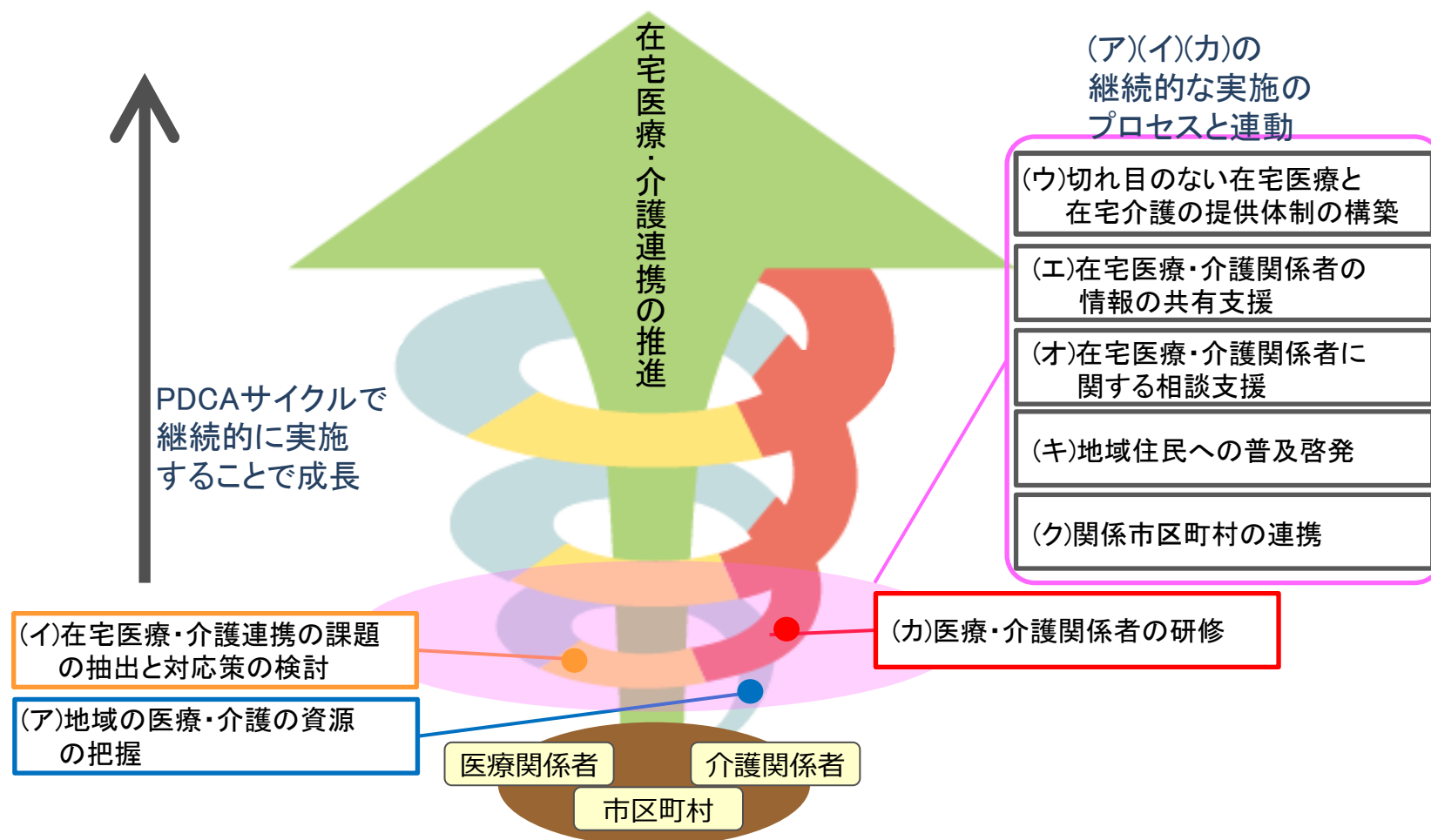
<地域マネジメント>

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

在宅医療・介護連携推進事業の進め方のイメージ

出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変
(平成27年度老人保健健康増進等事業)

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



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】

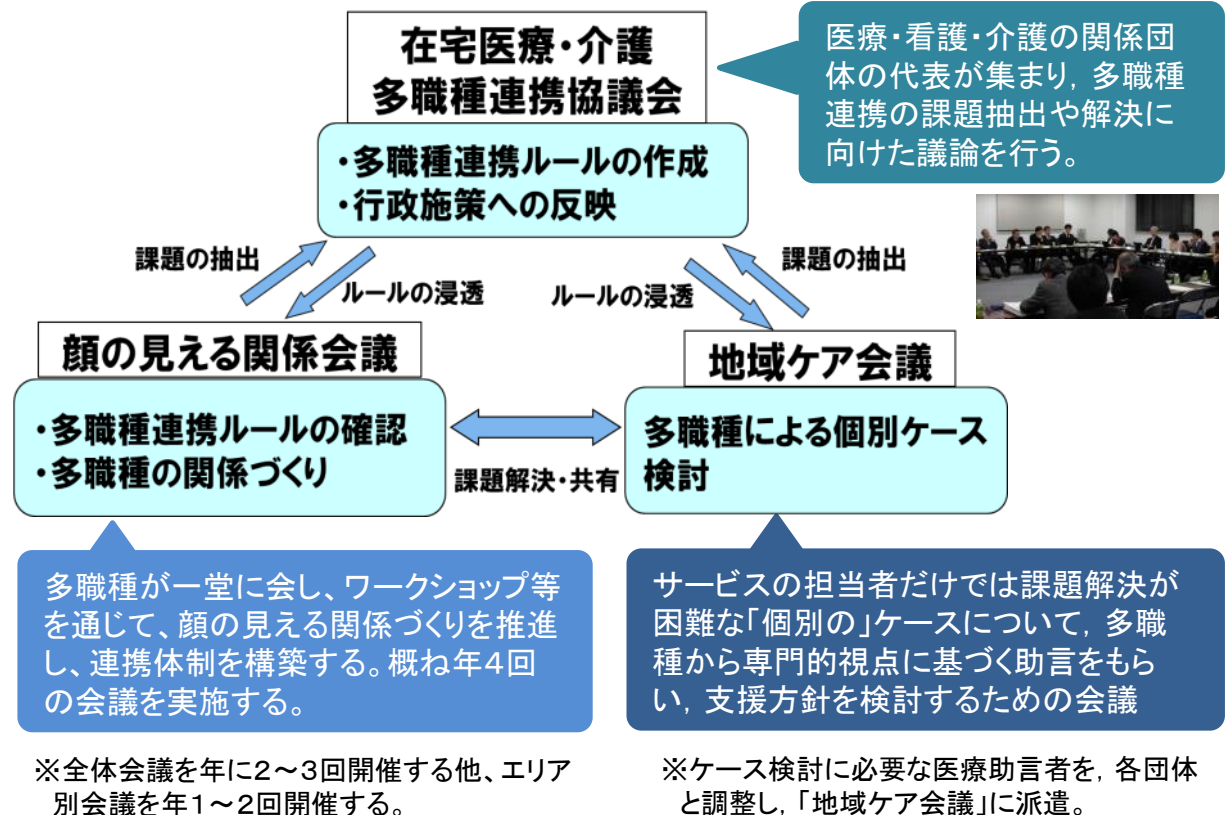
- ・柏市医師会
(会長【座長】・副会長・在宅プライマリケア担当理事, 介護保険担当理事)
- ・柏歯科医師会(会長・担当理事)
- ・柏市薬剤師会(会長・担当理事)
- ・病院関係者(2病院の院長とMSW)
- ・柏市訪問看護連絡会(会長・副会長)
- ・柏市介護支援専門員協議会(会長・副会長)
- ・地域包括支援センター(センター長)
- ・東葛北部在宅栄養士会(会長・副会長)
- ・柏市在宅リハビリテーション連絡会(会長・副会長)
- ・介護サービス事業者協議会
- ・ふるさと協議会
- ・千葉大学
- ・東京大学
- ・都市再生機構
- ・柏市福祉政策課(事務局)

⇒ 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】



＜医療助言者のメンバー＞

- ◆ 医師(医学的な助言)
- ◆ 歯科医師(口腔機能・口腔ケア等の助言)
- ◆ 薬剤師(薬剤に関する助言)
- ◆ 看護師(在宅療養に関する助言)
- ◆ 理学療法士等(リハビリに関する助言)
- ◆ 管理栄養士(栄養・食事に関する助言)

多職種研修の実施による在宅医療・介護連携の推進

1 多職種研修におけるグループワーク等を通して、

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

2 多職種によるグループワークの企画・運営の経験により、

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



<事例検討等グループワーク等の実施>

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

在宅医療に
取り組んでみようかな

この前一緒に研修した〇〇先生や看護師の△△さんに相談してみよう

あのケアマネさんに相談してみよう



<在宅医療と介護の連携の推進>

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

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



<多職種研修で実施されるグループワークの例>

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

○研修運営ガイド

- ー 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
- ー 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- ー 開催日程に応じていくつかのパターンを例示

柏市の成果

○平成23年度在宅医療研修の受講医師

⇒「**主治医・副主治医制**」を**試行** (H25.1月～H26.3月)

主治医6名, 副主治医2名により, 試行WGで65症例を試行

○ 在宅医療研修 修了者数 (通算6回)

・300人(うち, 医師50人)

○ 在宅療養支援診療所数

・15箇所(H22年11月)→**27箇所(H27年3月)**

○ 柏市の在宅診療所による年間自宅看取り数

・53件(H22年度)→**174件(H25年度)**

○ 年間10人以上自宅で看取った市内の在宅診療所数

・1箇所(H22年度)→5箇所(H24年度)→**8箇所(H25年度)**

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】

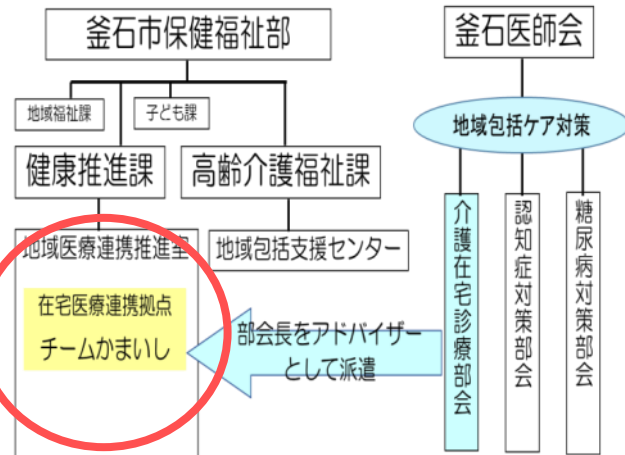
【面積】 441.32K㎡
 【人口】 36,096人
 【高齢化率】 35.8%
 （H27.6月末現在）



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

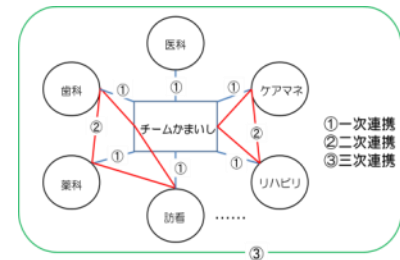
【チーム釜石関連組織図】



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）

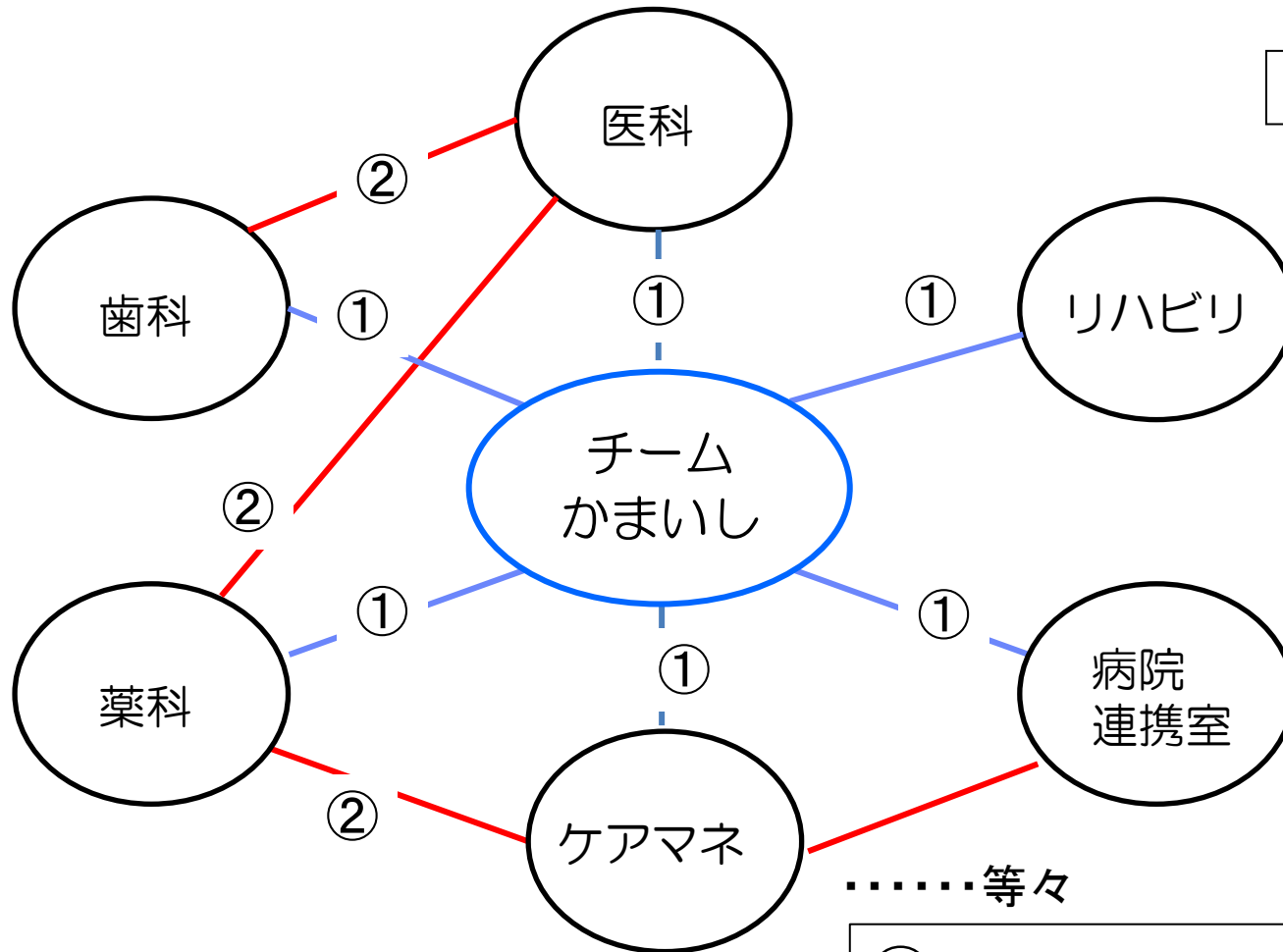
- 職種間で解決困難な地域全体の課題を抽出・検討
- ⇒ 釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会
 釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会



チームかまいしの連携コーディネート

連携の段階と役割

イメージ図



- ①一次連携
- ②二次連携
- ③三次連携

③地域全体のコンセンサス形成の場

一次連携

チームかまいしと一職種による詳細な課題の抽出



歯科連携（一次）（10）



薬科連携（一次）（10）



ケアマネ連携（一次）



「釜石リハ士会」の設立を支援

リハ連携（一次）

一次連携で抽出された課題リスト

ケアマネ

病院

第1回ケアマネ連携に関する打ち合わせ会議 (1次連携)

第1回連携室連携(看護)に関する打ち合わせ会議 (1次連携)

2014/8/8

退院調整以外の業務(医療ソーシャルワーカーのほかに、医療費、制度)

No	職種	発言者	備考
1	ケアマネ	斎藤	がん相談 院内
2	医師	寺田	ケアマネ
3	医師	寺田	てほし ケアマネ
4	ケアマネ	岩崎	呉るん 院内
5	ケアマネ	岩崎	院は分 ケアマネ
6	ケアマネ	岩崎	ケアマネ
7	医師	寺田	ケアマネ
8	医師	寺田	イスはす ケアマネ
9	医師	寺田	希望はす ケアマネ
10	医師	寺田	
11	医師	寺田	ケアマネ
12	ケアマネ	澤田	と家族に ケアマネ
13	医師	寺田	まり効 ケアマネ
14	ケアマネ	澤田	ケアマネ
15	ケアマネ	澤田	看護師等)
16	医師	寺田	る。 慢性期病院
17	医師	寺田	ッドが空 慢性期病院
18	医師	寺田	とりあえ 診療所
19	医師	寺田	診療所、歯科
20	ケアマネ	松田	薬局も 薬科
21	ケアマネ	松田	ケアマネ
22	医師	も山	組織の強化 院内

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

チームかまいし

多彩な現場レベルの連携企画



同行訪問



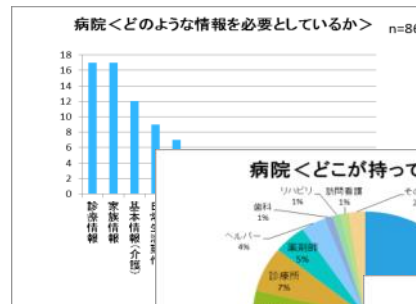
出前講座



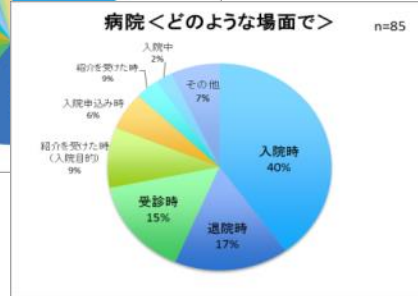
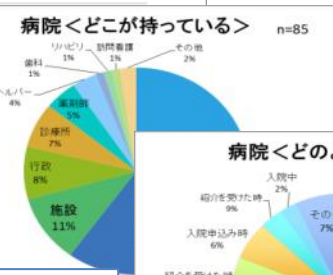
同行訪問



セミナー



実施事業の
データ化



広報



「かまいし・おおつち医療情報ネットワーク」運用開始
5月1日【オープンセミナー】金沢市立総合医療センター



成果③

在宅医療が市内全域に

Phase II

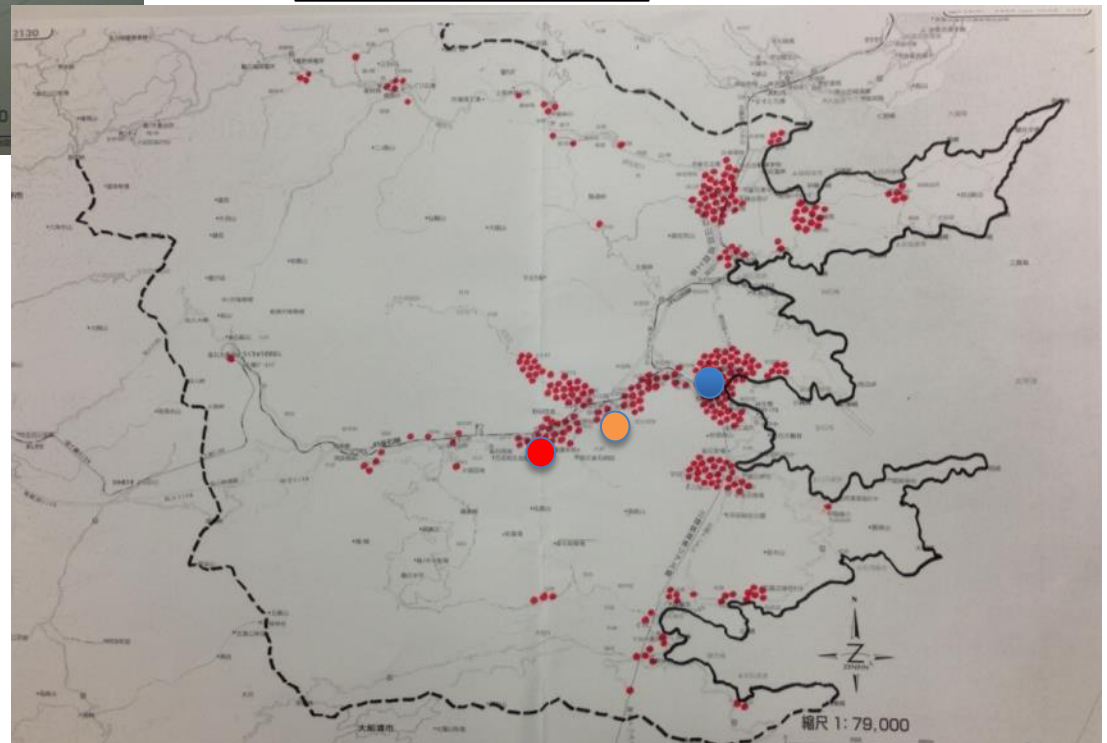
平成23年2月

患者数：306名

Phase I
平成17年

患者数：202名

- 釜石市民病院
釜石のぞみ病院
- せいてつ記念病院
- 県立釜石病院



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】

1 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。

2 在宅療養シンポジウムの開催(市民対象)

【平成24年度】

1 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。

2 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。

3 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】

1 在宅療養ブロック会議・ブロック連携拠点の設置

2 医師会に在宅療養センター連携拠点を設置

3 **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。

4 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

5 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】

1 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



2 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】

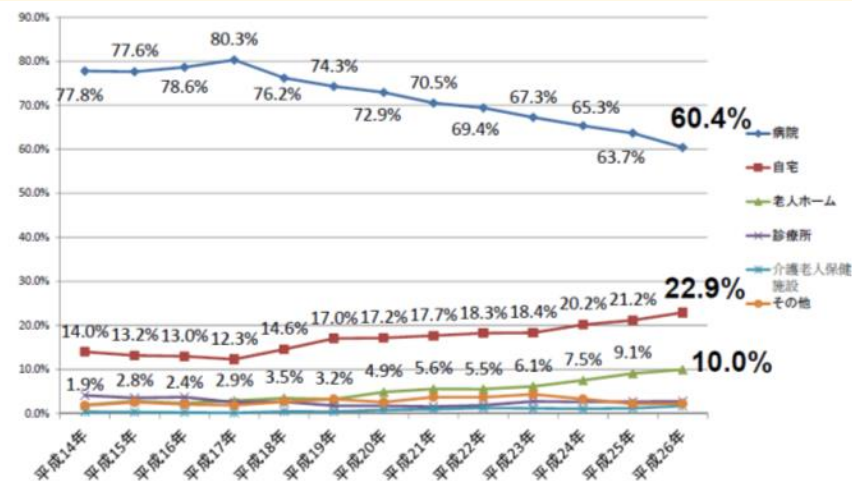
1 連携のためのルールづくり

- 退院調整ルール、サービス担当者会議のルールづくり

2 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

(キ) 地域住民への普及啓発の取組事例

～横須賀市在宅療養ガイドブック～



最後までおうちで暮らそう

エピソード① おうちに帰りたかったおじいちゃん 1

在宅療養とははじめ 3

在宅療養と在宅看取り 4

あなたの意思を伝える“リビング・ウィル” 6

在宅療養を支えるスタッフと自宅でできる医療と介護 7

エピソード② 住み慣れた我が家へ帰るために
～退院前カンファレンス～ 11

在宅療養に関わる保険制度と費用負担 13

. . . 15

. . . 17

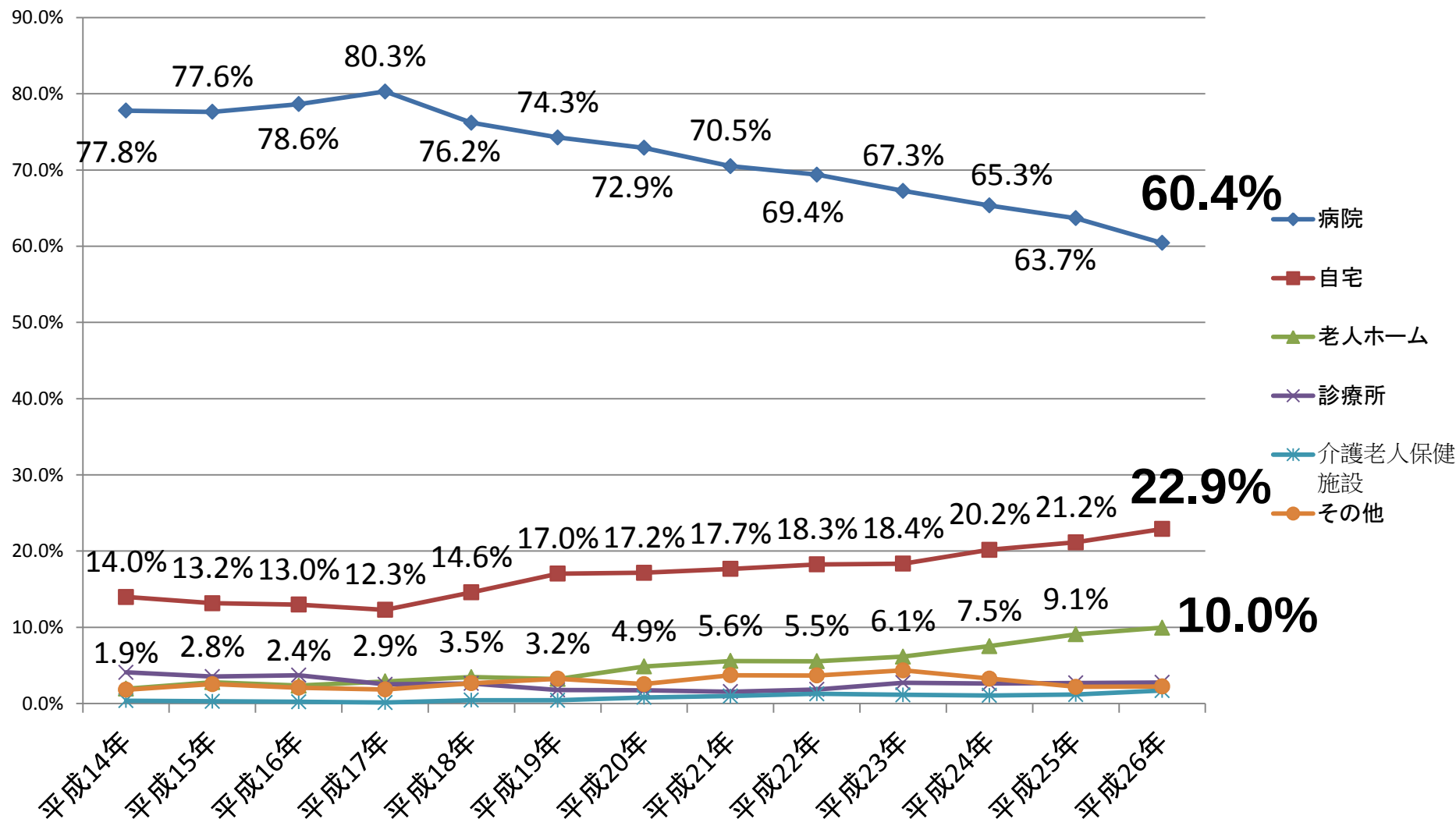
. . . 19

. . . 21

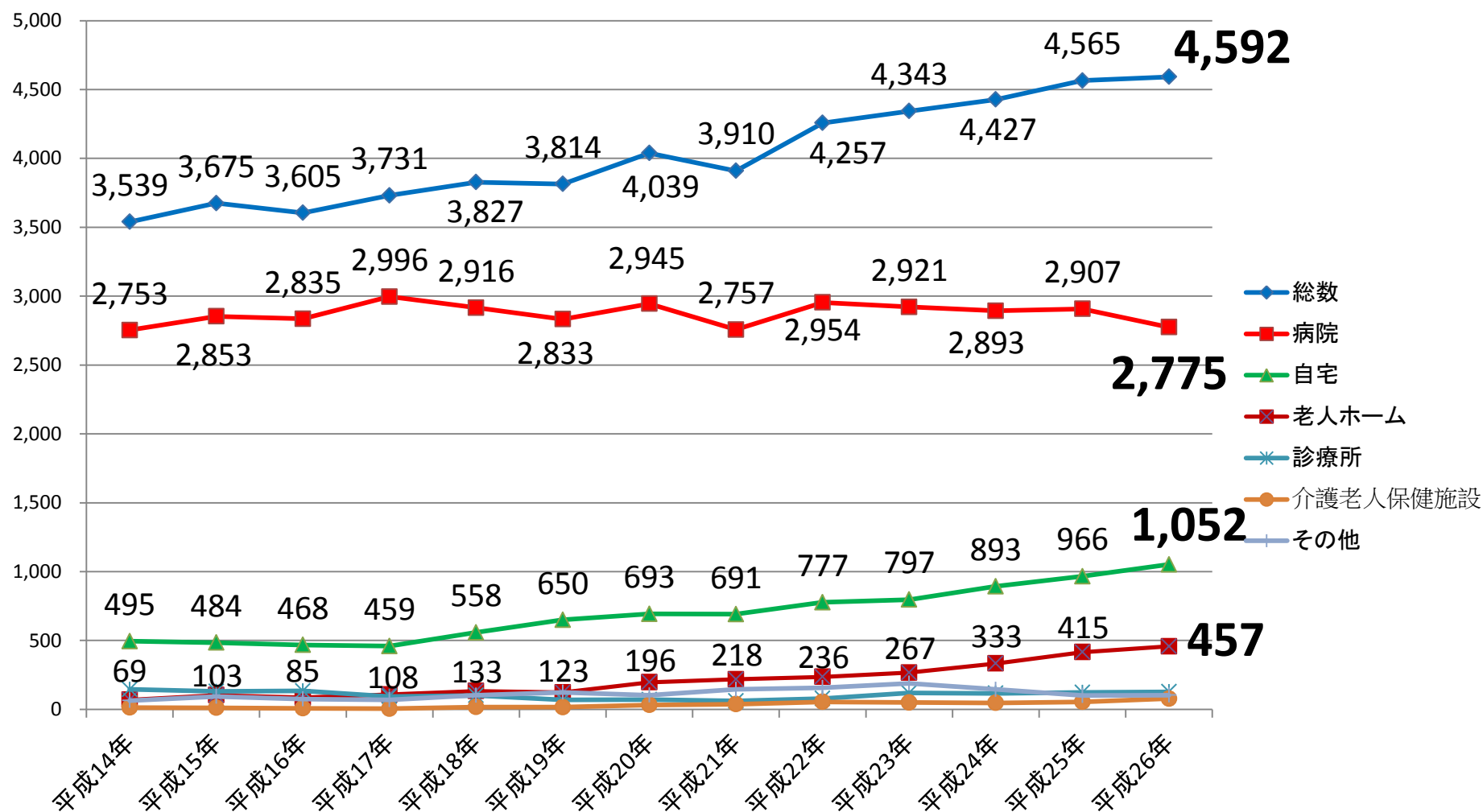
. . . 24

あなたが望むなら、住み慣れた我が家で最後まで暮らすことも可能です。人生の最期のあり方は多様でしょう。でも、後悔しないように、あなたとあなたのご家族のために、医療と介護が連携する在宅療養という選択肢があることを、どうぞご理解ください。そのために、この冊子がお役に立てば幸いです。

横須賀市の、死亡場所構成比の推移



横須賀市の 死亡場所別 死亡数の推移





剣岳
KATSUMIYAMA

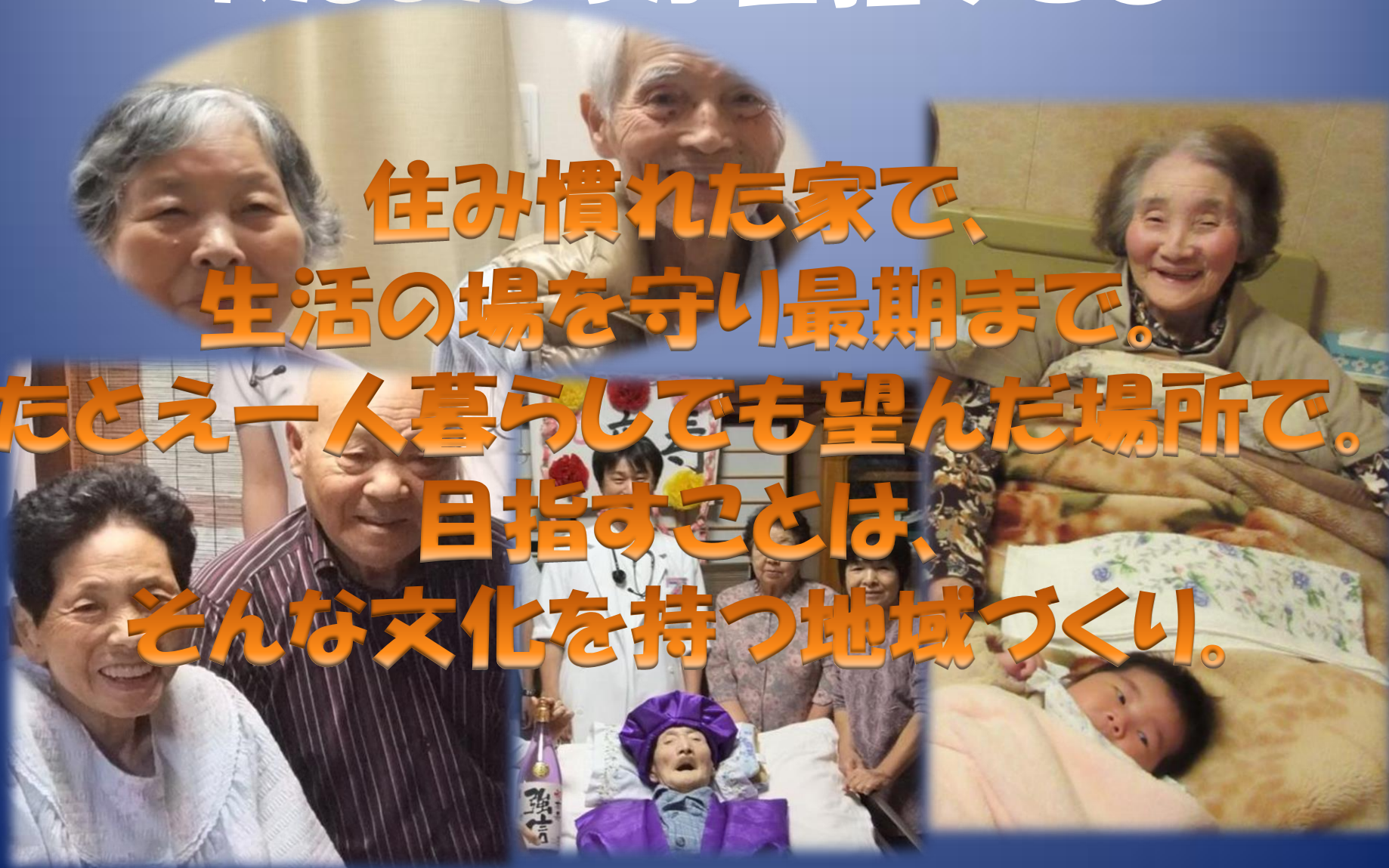


- ・ 人口21,431人、高齢化率33.7%の
上市町に位置する公立病院
- ・ 病床数219床
(一般111床、回復期48床、精神科60床)
- ・ 平成25年に回復期リハビリテーション
病棟が開設され、急性期から回復期、
在宅医療まで切れ目のない支援体制に
取り組んでいる。



わたしたちが目指すこと

住み慣れた家で、
生活の場を守り最期まで。
たとえ一人暮らしでも望んだ場所で。
目指すことは、
そんな文化を持つ地域づくり。

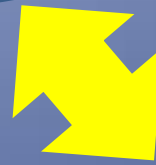


在宅療養を支える取組み

家庭医療センター
訪問診療

たてやまつるぎ
在宅ネットワーク

ナイト
スクール



(ア)～(ク)のといくみにあてはめると

(ア) 地域の医療・介護資源の把握

医療支援マップ、介護資源マップの作製および住民
関係者への配布

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

たてやまつるぎ在宅ネットワークで多職種による
(参加施設による)会議にて検討

支援体制部会、多職種連携部会

ナイトスクールでの住民の声のひろいあげ

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

たてやまつるぎ在宅ネットワークでの連携

主治医、副主治医制

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

医療介護連携シート(入院時、退院時)

多職種での退院カンファレンス、担当者会議の開催

- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援**
病院、地域包括支援センターがおこなっているが
郡医師会と調整中
- (カ) 医療・介護関係者の研修**
多職種連携研修の企画、開催
IPE研修、とやまいびー
(富山大学総合診療部との共催)
みえる事例検討会
- (キ) 地域住民への普及啓発**
在宅医療に関するリーフレットの作製
住民向け講演会、出前講座の開催
ナイトスクール
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携**
地域連携パス

訪問診療の推移

(件、人)

1000

800

600

400

200

0

■ 患者数

■ 訪問診療件数

627

22

131

40

241

64

384

70

568

70

650

110

880

H21年度

H22年度

H23年度

H24年度

H25年度

H26年度

H27年度

在宅看取りが可能になった！

(人)

60

40

20

0

■ 在宅看取り ■ 在宅以外での看取り



(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・介護関係者に対しての情報提供

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

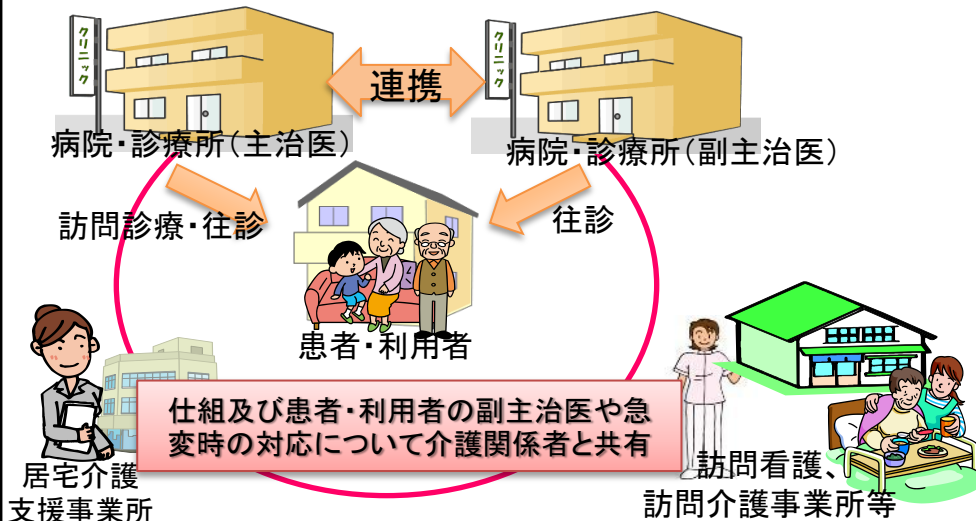
- (1) 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

留意事項

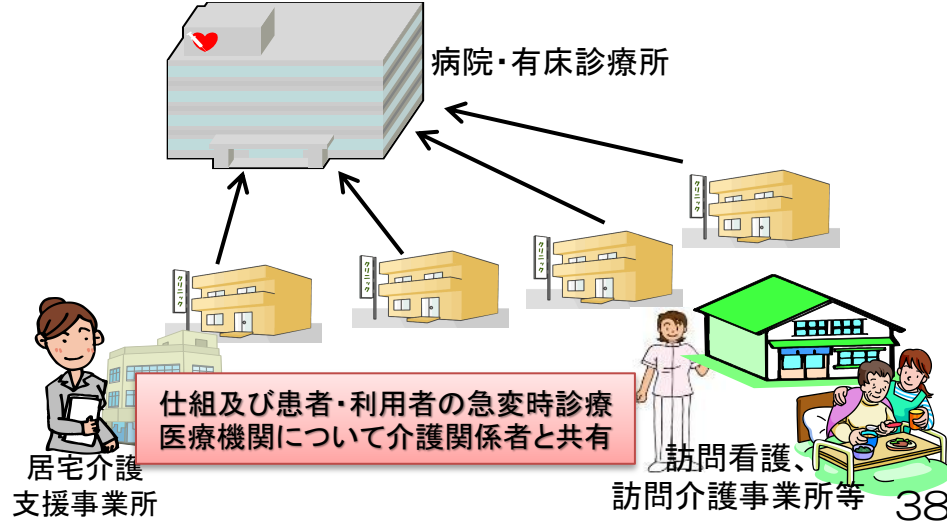
- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

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



診療所と訪問看護ステーションの連携による24時間365日の切れ目のない 在宅医療と在宅介護の連携体制整備の事例（長野県川上村）

- 長野県川上村では、限られた医療資源の有効活用を目指し、かかりつけ医の指示のもと、診療所看護師と訪問看護ステーション看護師の連携により24時間365日の訪問体制を構築している。

H10

連絡ノートの活用

H11

H12

毎夕の多職種連絡会

H18

H21

関係市町村間の毎月の
連絡会議

H23

H24

遺族訪問調査

H25

看取りカンファ

H28

実務者会議

ウ：切れ目のない体制構築

診療所で訪問看護開始

訪問ステーション開始

診療所看護師と訪問看護ス
テーション看護師で24時間
365日訪問体制

訪問看護ステーション、
診療所、デイサービスで
看護師ローテーション
勤務（H18～H22）

地域包括支援センターに
看護師配置

佐久総合病院の後方支援

15年の取組みにより住民に在宅医療が浸透



<実践効果分析>

訪問看護統計

- ・ 訪問看護利用実人数
- ・ 訪問回数
- ・ 自宅死亡率
- ・ 時間外緊急訪問回数

介護費・医療費

- ・ 施設・在宅別介護費
- ・ 医療費総額の推移
- ・ 訪問看護に関する医療費総額

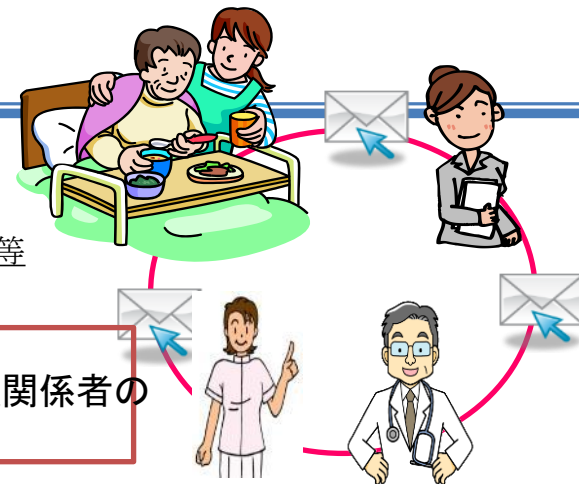
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。

※情報共有ツール:情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等

ポイント

- 既存の情報共有ツールの改善や、情報共有ツールを新たに作成する場合は、医療・介護関係者の双方が利用しやすい様式等になるよう考慮する。



実施内容・方法

1. 情報共有ツールの作成

- (1) 地域における既存の情報共有ツールとその活用状況を把握し、その改善等や新たな情報共有ツール作成の必要性について、関係する医療機関や介護サービス事業者の代表、情報共有の有識者等からなるWGを設置して検討(※地域の実情に応じて、既存の情報共有ツールの改善でも可)。
- (2) 作成又は改善を行う場合、WGにおいて、情報共有の方法(連絡帳、連絡シート、地域連携クリティカルパス、ファックス、電子メール等)や内容等を検討し、情報共有ツールの様式、使用方法、活用・手順等を定めた手引き(利用者の個人情報の取り扱いを含む)等を策定。
※ 実際に情報共有ツールを使用する地域の医療・介護関係者等の意見を十分に踏まえること。

2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

- (1) 地域の医療・介護関係者を対象に、使用方法の説明等、情報共有ツールの導入を支援するための研修会を開催や、情報共有ツールの使用方法や情報共有の手順等を定めた手引き等を配布。
- (2) アンケート調査、ヒアリング等によって、情報共有ツールの活用状況とその効果、うまく活用できた事例やできなかった事例等について把握し、改善すべき点がないかなどについて検討。
- (3) 必要に応じて、情報共有ツールの内容や手引き等を改定し、関係者に対し、十分周知。

留意事項

- 職員の交代時期を考慮し、例えば、定期的に医療機関等や介護事業所で実際に従事する職員に対して手引きを周知するよう配慮する。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行う。

また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、利用者・患者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護事業者相互の紹介を行う。



実施内容・方法

- (1) 地域の在宅医療と介護の連携を支援する人材を配置。
- (2) (イ)の会議の活用等により運営方針を策定する。
- (3) 郡市区医師会、地域包括支援センター等の協力を得て、地域の医療・介護関係者に対して、窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知。
- (4) 地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療と介護の連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等を実施。

留意事項

- (1) 介護関係者からの相談は、地域包括支援センターとの連携により対応する。地域住民からの相談等は、原則として引き続き地域包括支援センターが受け付けることとするが、実情に応じて、直接地域住民に対応することも差し支えない。
- (2) 必ずしも、新たな建物の設置を求めるものではなく、相談窓口の事務所は、既存の会議室や事務室等の空きスペース等を活用することで差し支えない。ただし、相談窓口の名称を設定し、関係者等に周知すること。
- (3) 看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、ケ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。

(カ) 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、他職種でのグループワーク等の研修を行う。
また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。



実施内容・方法

1. 多職種連携についてのグループワーク

- (1) 研修の目標、内容等を含む実施計画案を作成し、医療・介護関係者等の理解と協力を得る。
 - (2) 医療・介護関係者等を対象にグループワーク等の多職種研修を開催する。
- ＜研修例＞ 医療機関・介護事業所等の地域における役割・特徴等の共有、(イ)で抽出した地域課題の優先度を踏まえたテーマや事例等に対し、グループで意見交換等を行う 等

2. 医療・介護関係者に対する研修

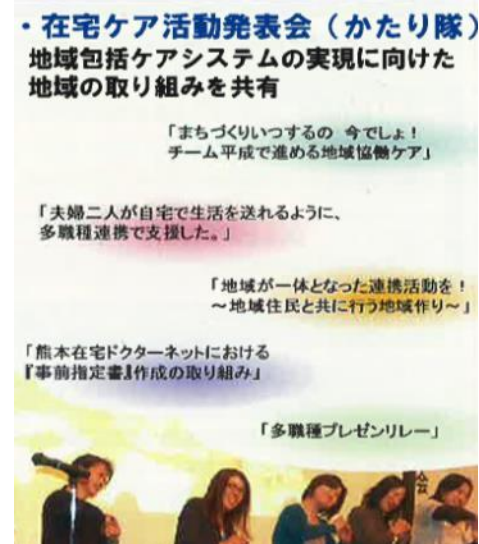
- (1) 既存の研修の内容・回数等を確認し、新たな研修の必要性について検討。
- (2) 新たに研修する場合は、研修内容、目標等を含む実施計画を作成と、既存の研修との位置づけを整理。
- (3) 参加者に対するアンケートやヒアリング等を実施し、研修の評価・改善につなげる。

＜医療関係者に対する研修の例＞

介護保険で提供されるサービスの種類と内容、
ケアマネジャーの業務、
地域包括ケアシステム構築を推進するための取組
(地域ケア会議等)等に関する研修

＜介護関係者に対する研修の例＞

医療機関の現状等、予防医学や栄養管理の考え方、
在宅医療をうける利用者・患者に必要な医療処置や療養上の
注意点等に関する研修



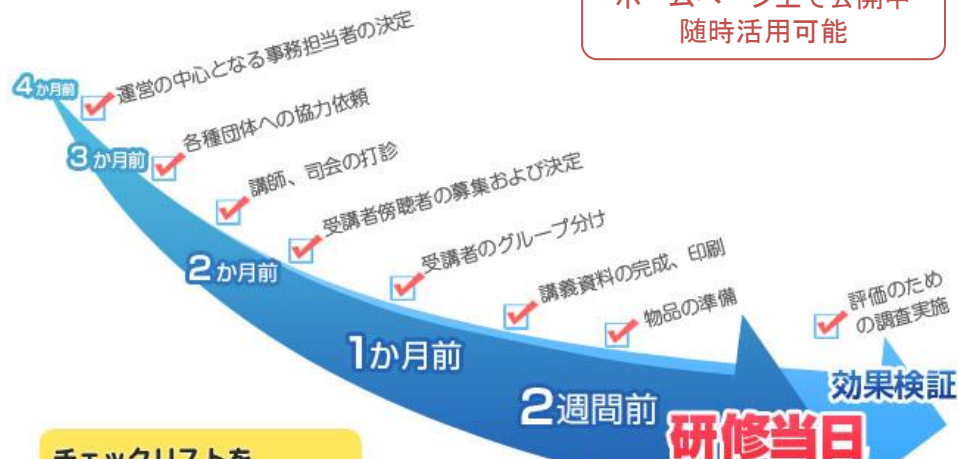
出典:「地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究事業」(熊本市提供資料)
(平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

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

- ー 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
- ー 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- ー 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

- ー 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
 - ー 事務局使用様式(依頼状など)も一式収載
 - ー 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**

かかりつけ医の動機づけ

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

- ー 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)
- ー 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

(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】



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



「在宅医療・介護について」の作成に関する調査研究事業」(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。

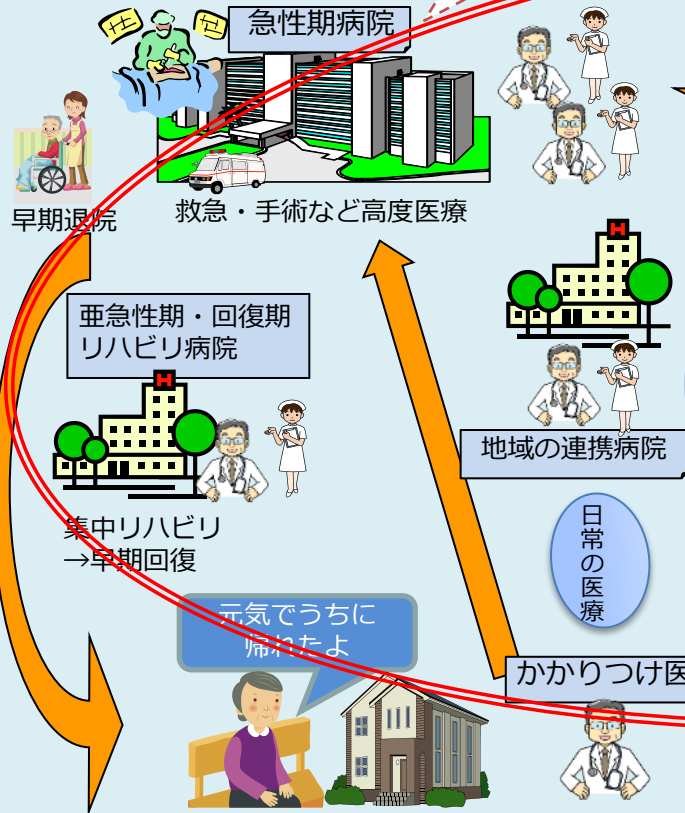
在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

病気になったら



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

包括的 マネジメント

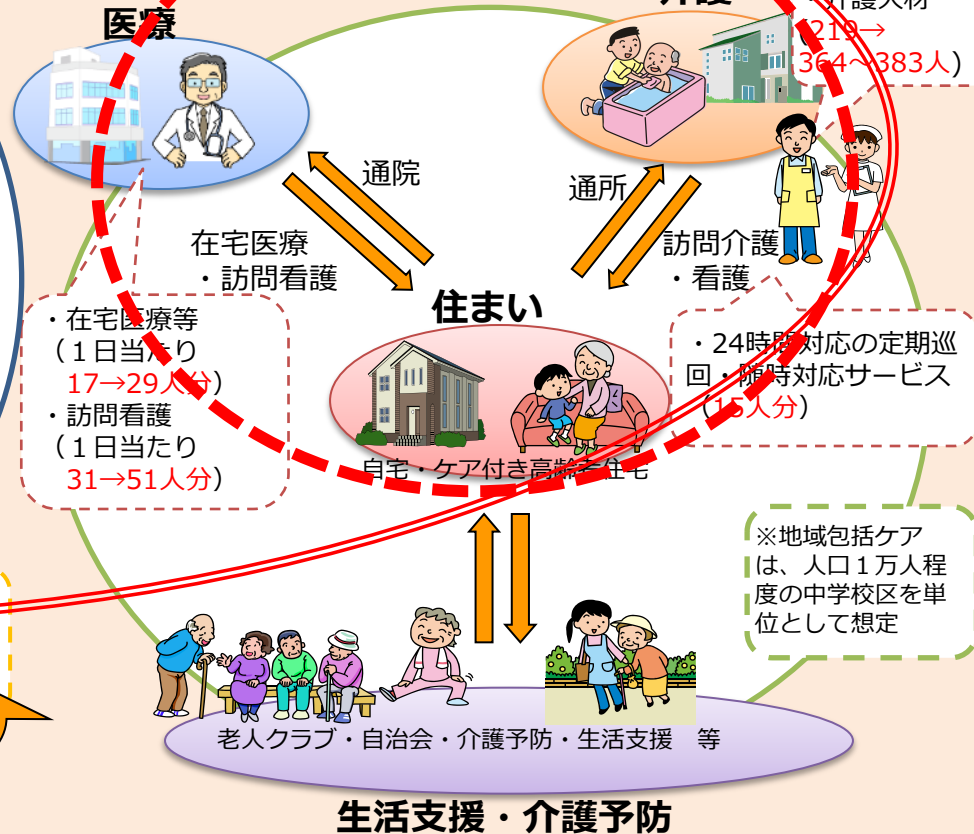
- ・在宅医療連携拠点
- ・地域包括
支援センター
- ・ケアマネジャー



- ・医療から介護への円滑な移行促進
- ・相談業務やサービスのコーディネート

退院したら

<地域包括ケアシステム> (人口1万人の場合)



※地域包括ケア
は、人口1万人程
度の中学校区を単
位として想定

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

■ 福井県における退院支援ルール策定の取組

取組開始時の現状と課題

- 入院時、介護支援専門員から医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。
- 退院時、医療機関から介護支援専門員への連絡は約2割で情報提供がなく、その2割以上が退院直前だった。

ケアマネジャーから病院への 病院からケアマネジャーへの

情報提供（入院時）

情報提供（退院時）



- 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていなかった。

医療・介護関係者の意見調整

県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認。

全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。

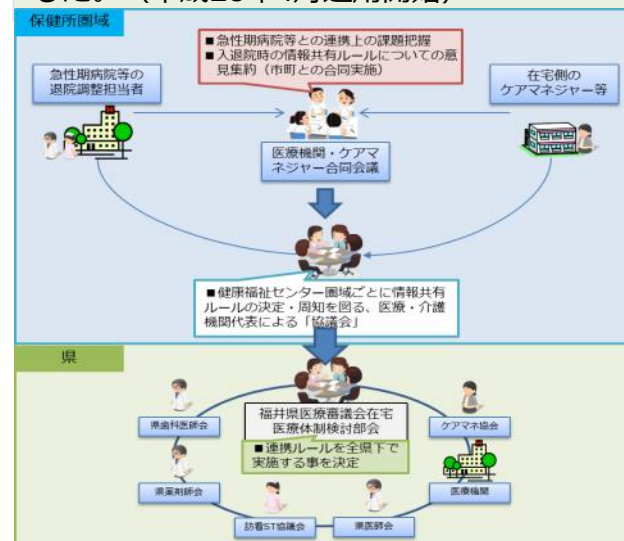
県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。

医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ。

市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、**ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。**

福井県退院支援ルールの策定

退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県統一のルールを策定した。（平成28年4月運用開始）



県の役割

- 事業の企画・予算の確保
- 市町への参加要請（介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等）
- 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。
- 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善

連携

県医師会の協力

- 事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言
- 郡市区医師会に対する連絡調整や協力要請
- 病院、有床診療所、介護支援専門員協会等の関係機関に対する協力要請

取組の成果

- 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる
 - 入院時情報提供がなかった割合：約5割→約2割
うち要支援者：約7割→約4割
 - 退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合：約2割→約1割
- 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる
- ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる

福井県において運用されている退院支援ルール

	病院	介護支援専門員（ケアマネ）
入院 ↓	②ケアマネの有無、介護保険サービスの確認 ○ 患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、ケアマネの有無や介護保険サービスの確認 ○ 担当ケアマネがいる場合は、速やかに入院を連絡 ※要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。 ④要介護認定を受けていない場合、退院調整の必要性を判断し、家族等の介護保険申請を支援 ○ 「介護保険申請の目安」に基づき、退院調整や要介護認定の申請の要不要を判断→担当ケアマネが決まり次第連携	①日頃の工夫 ◇ 利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネの名刺を挟んでおく、入院が決まったらケアマネに伝えるよう本人・家族に説明しておく等 ③入院時情報提供書の提出 病院や家族等からの連絡により、利用者（要介護・要支援とも）の入院を把握した場合は速やかに、入院期間の見込みや患者の状態等について、「入院時情報提供シート」（県参考様式）等を提出し、入院時から連携して情報共有に努める。
退院の見込 ↓	⑤サービス調整に必要な日数を考慮して、ケアマネへ退院見込日を連絡 ○ 患者が「在宅退院ができそうと判断する目安」により退院できると判断した場合、介護支援専門員が退院準備に必要な期間（ケアプラン作成、事業所との調整等）を考慮して、退院支援開始の連絡をする	⑥ケアプラン作成準備 ○ 病院から退院の時期、必要となりそうな支援を確認し、サービス調整の上、ケアプランの素案を作成
	⑦共通様式に基づきケアプラン作成に必要な情報収集 ○ 介護支援専門員がケアプラン作成等に必要な情報を、カンファレンス等の面談日までに院内関係者から収集 ※「退院支援情報共有シート」を活用する	
	⑧退院前カンファレンスの実施 ○ 退院支援に必要な情報を共有する。 ※「退院支援情報共有シート」を活用する ○ 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者と介護支援専門員で調整し、病院が決定する	
退院時・退院後の情報共有	○ 看護・介護の引継書（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等）を介護支援専門員に提供	○ 原則、ケアプランの写しを病院に提供する

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

＜開催報告サイト＞

https://www.jmar-form.jp/_2809.html と入力

または、

<http://www.jmar.co.jp/> と入力していただくか、検索サイトで「JMAR」と入力し、(株)日本能率協会総合研究所のホームページへ

ホームページの「トピックス&ニュース」または「お知らせ」に記載されている

厚生労働省主催 在宅医療・介護連携推進支援事業

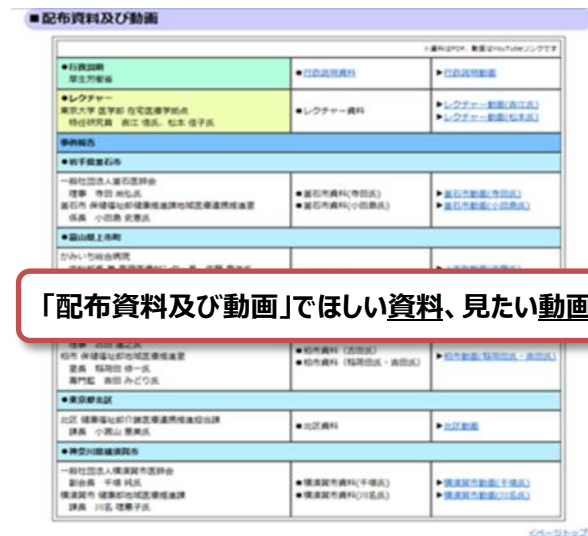
「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」の資料及び動画を掲載しました！

をクリックし、開催報告サイトへ

(開催報告サイト)



「配布資料及び動画」をクリック



「配布資料及び動画」でほしい資料、見たい動画をクリック

<掲載資料及び動画一覧>

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

まとめ

1. 在宅医療・介護連携の取組の目的は、終末期を含めて在宅療養を地域住民が選択できる地域づくり。
2. 市町村行政と地域の医療介護関係者が地域の解決すべき課題について真剣に協議し、役割を分担しつつも一体となって取り組んでいくことが不可欠。
3. (ア)～(ク)の取組は、あくまでも手段であるが、先進事例において、様々な課題を解決しようとする中で、おおむね共通して実施されていた標準的な対策。
4. 在宅医療・介護連携の取組は、在宅医療の体制整備(訪問診療を担う医師の確保や急変時診療医療機関の確保の仕組み等)と表裏一体であり、医師会、歯科医師会等の関係団体や医療機関との連携が不可欠。

- ▼ 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。

「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」

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

（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。

「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」

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

（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」**

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

（平成27年3月 三菱総合研究所）

- ▼ **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>

（平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 富士通総研）

- ▼ **「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムに関する調査研究事業 報告書」**

URL： http://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=278

（平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 全国国民健康保険診療施設協議会）

ご清聴ありがとうございました。



まとめ

1. 在宅医療・介護連携の取組の目的は、終末期を含めて在宅療養を地域住民が選択できる地域づくり。
2. 市町村行政が地域の医療介護関係者と解決すべき連携上の課題について真剣に協議し、役割を分担しつつも一体となって取り組んでいくことが不可欠。
3. (ア)～(ク)の取組は、あくまでも手段であるが、先進事例において、様々な課題を解決しようとする中で、おおむね共通して実施されていた標準的な対策。
4. 在宅医療・介護連携の取組は、在宅医療の体制整備(訪問診療を担う医師の確保や急変時診療医療機関の確保の仕組み等)と表裏一体であり、郡市区医師会(地域によっては中核的な医療機関)との連携が不可欠。

- 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

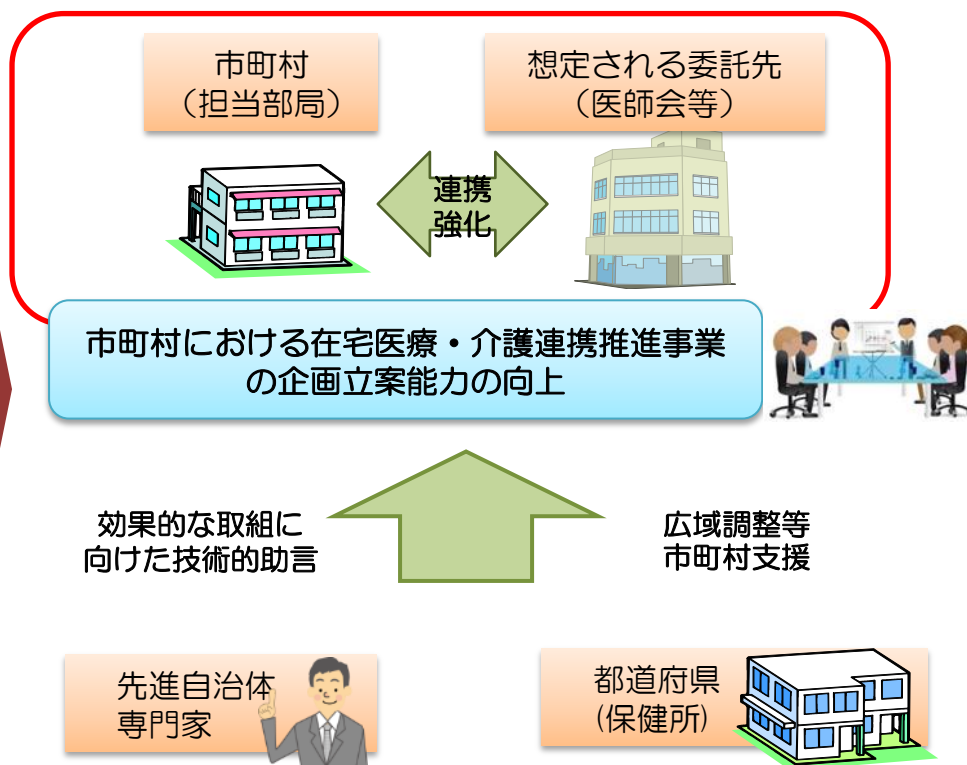
市町村における効果的な在宅医療・介護連携推進事業が実施されるように、市町村、市町村が想定している委託先（郡市区医師会等）、都道府県・保健所等を対象として、事業の企画立案能力の向上を図る「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」の実施や市町村に対する技術的助言などの支援を行う。

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実施状況調査結果について

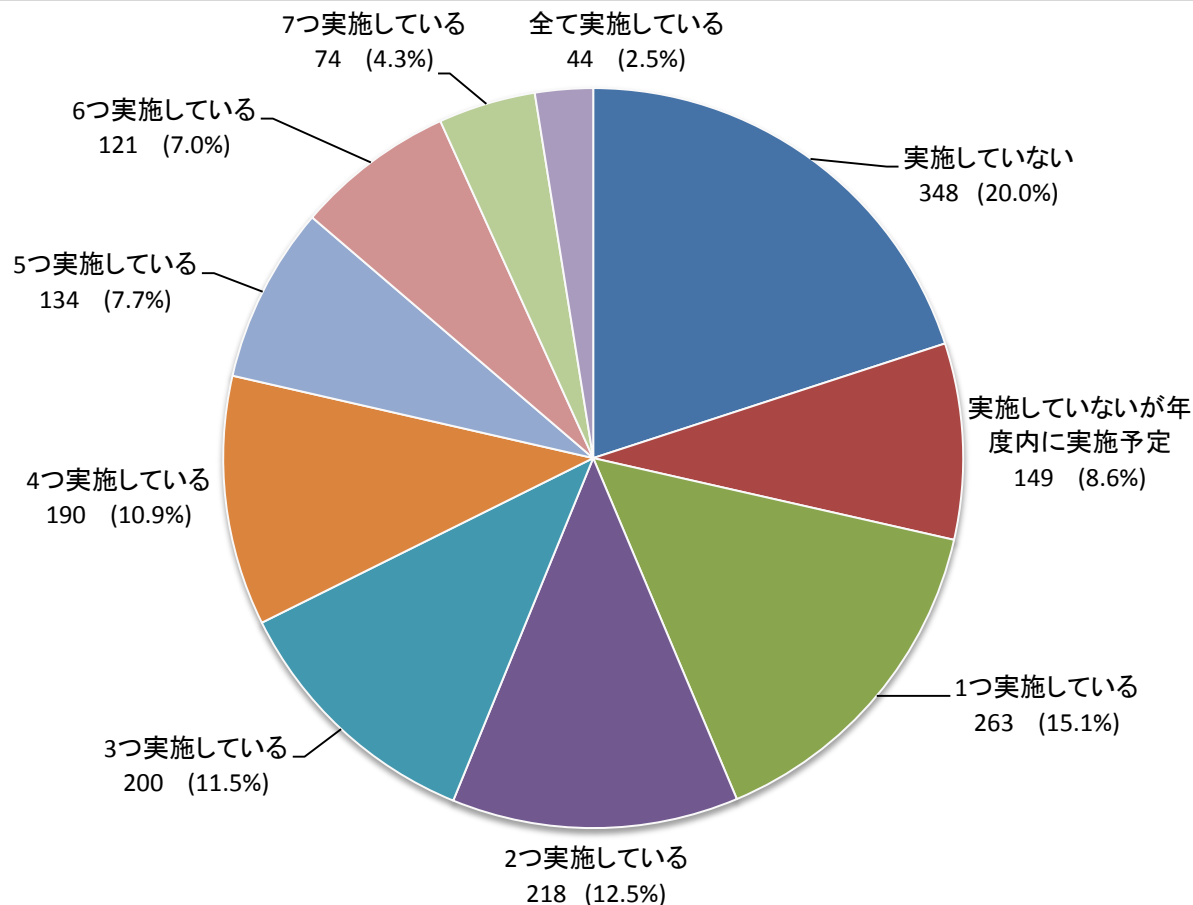
○調査目的 在宅医療・介護連携推進事業については、介護保険の地域支援事業に位置付けられ、実施可能な市町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市町村で実施することとしている。

このため、全国の市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を把握し、事業の円滑な導入及び充実に向けて必要な基礎資料を得ることを目的とした。

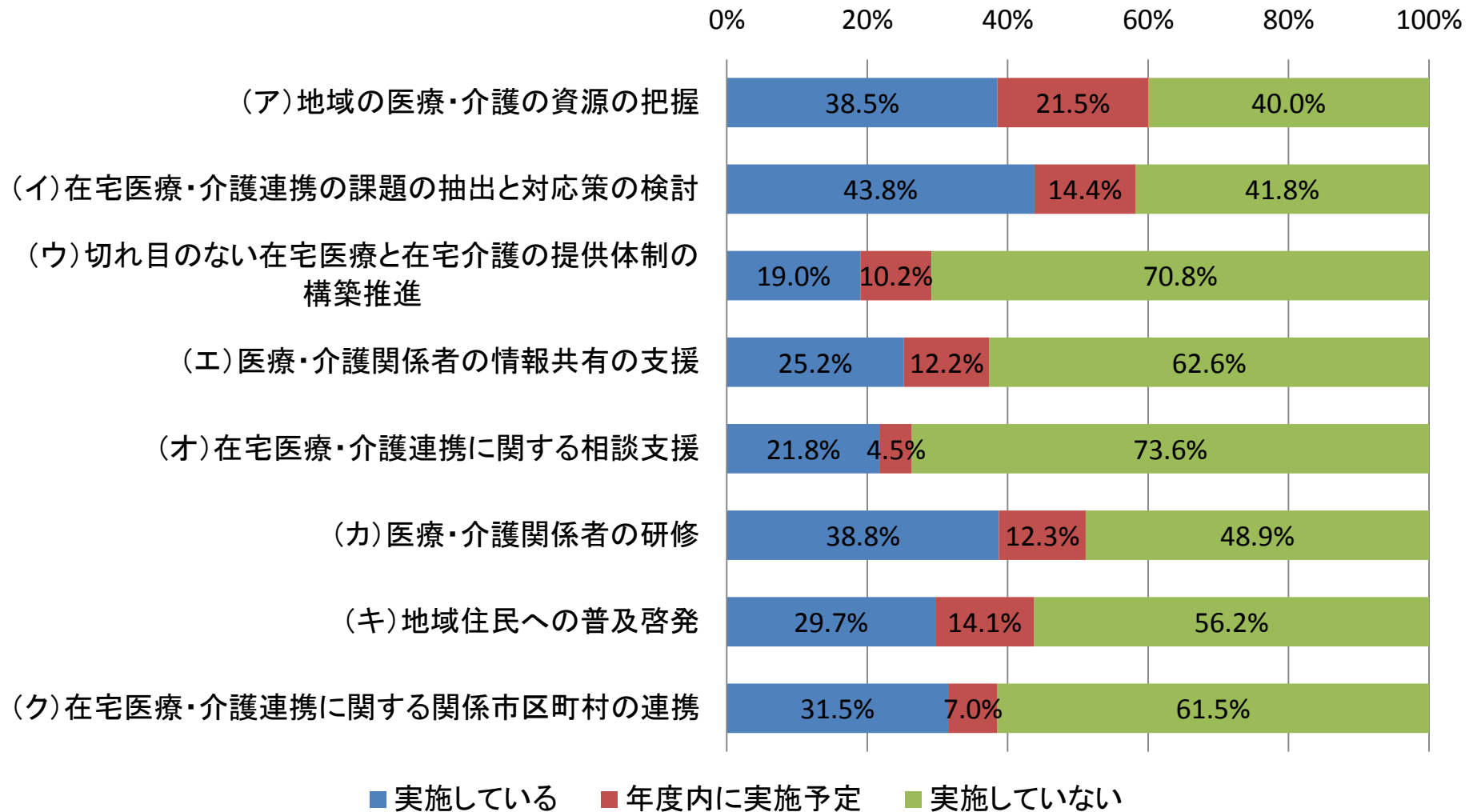
○調査対象 全国1,741市町村

○調査時期 平成27年9月（平成27年8月1日現在の状況）

○市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況 (n=1,741)



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

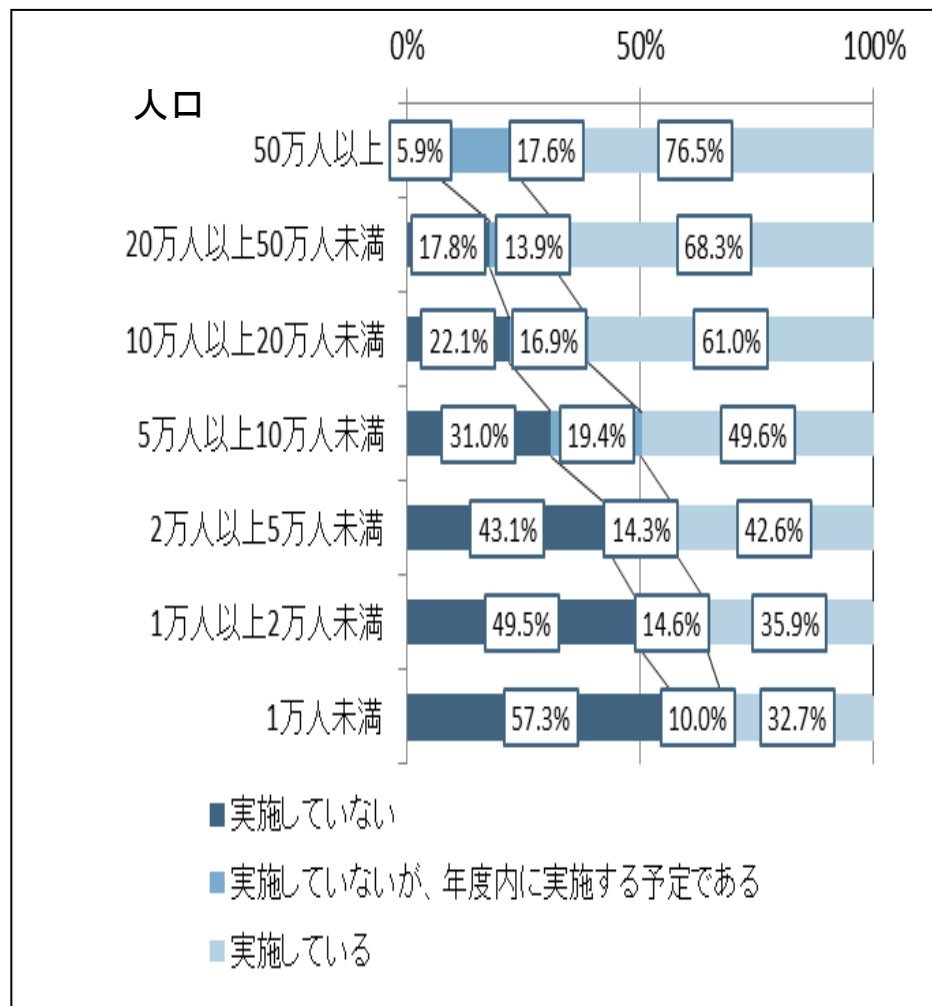


(n=1,741)

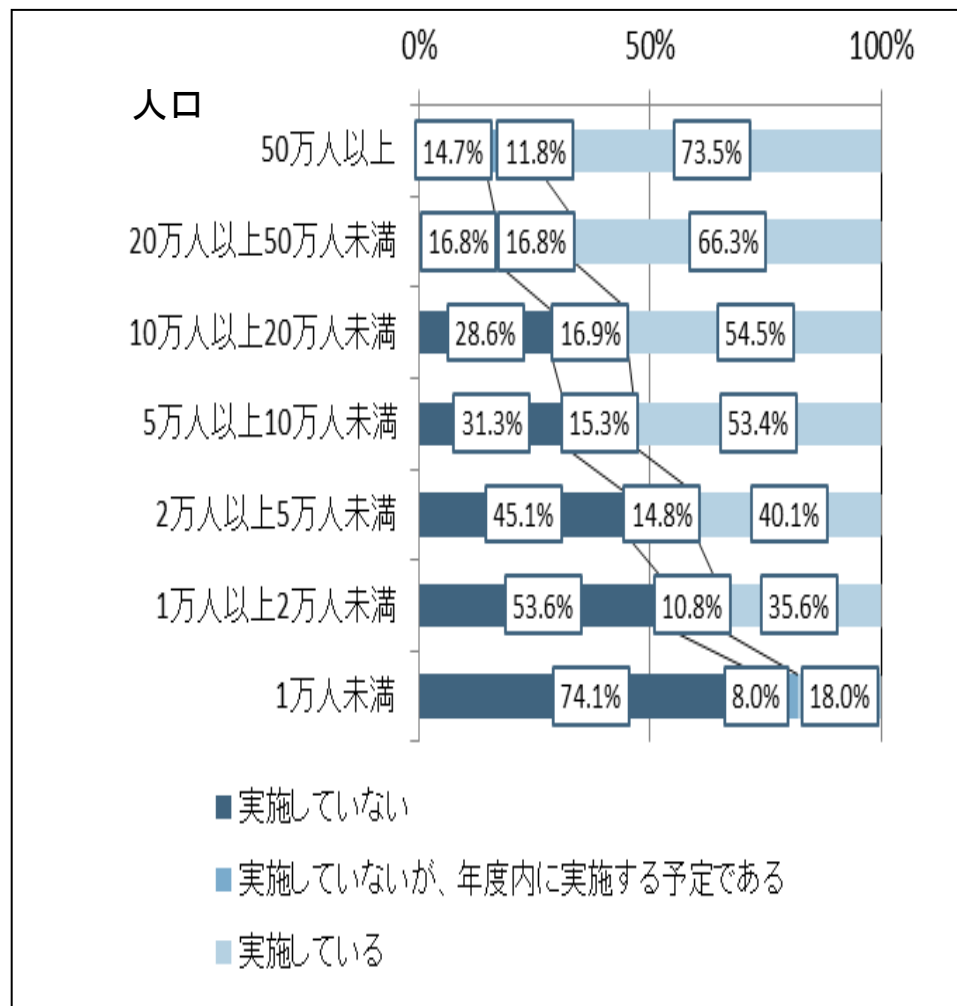
人口規模別の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

※特に顕著な差がある(イ)と(カ)について例示

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



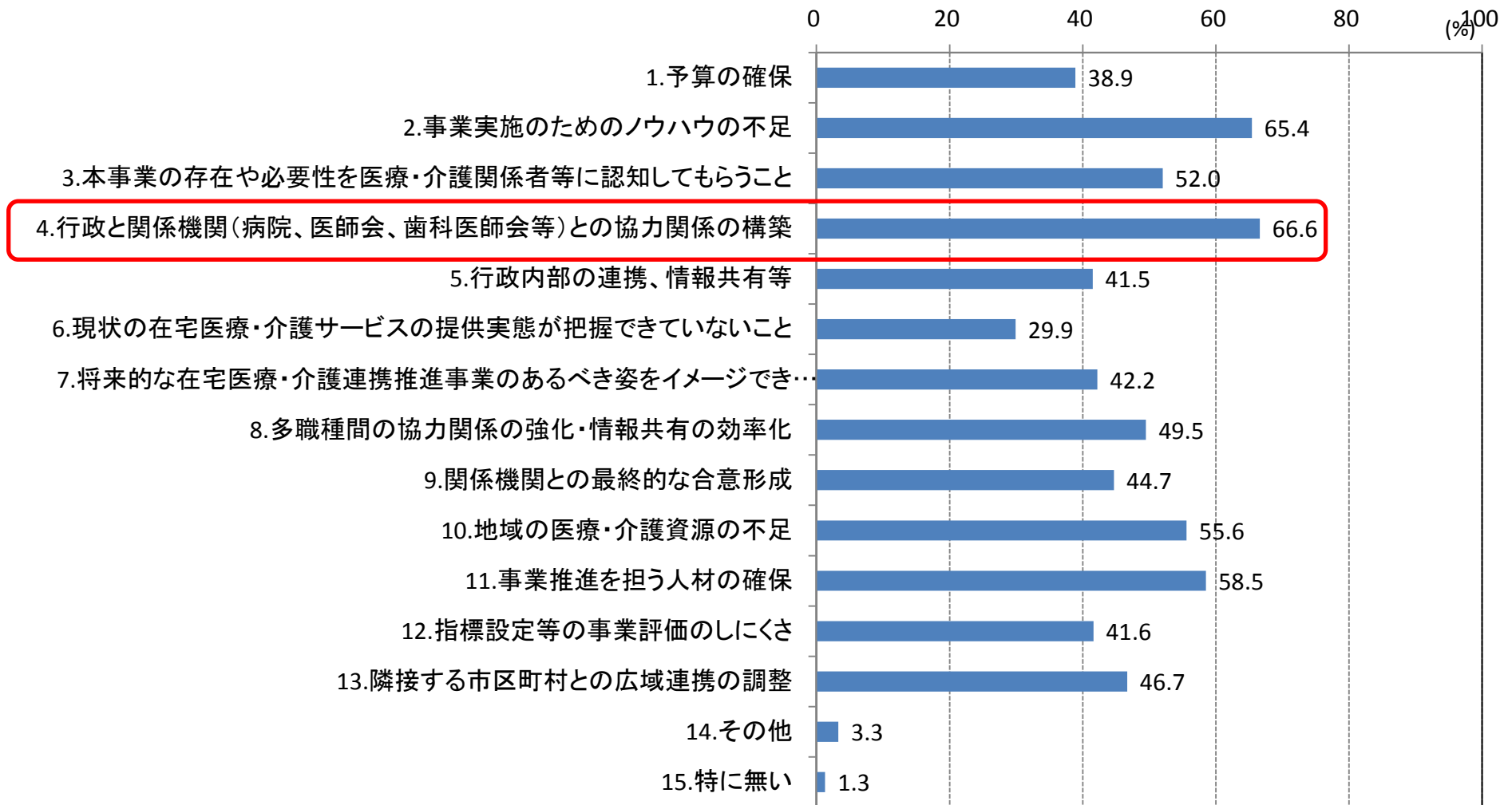
(カ) 医療・介護関係者の研修



小規模な市町村ほど取組が遅れている傾向

(n=1,741)

在宅医療・介護連携推進事業を実施する上での課題



出典 平成27年度老人保健健康増進等事業

「地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査研究事業」(野村総合研究所)(速報値)

在宅医療・介護連携推進事業を促進するための国の主な支援策

- 在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたっては、
 - ・ 市町村が主体的に、地域の医療・介護関係者の協力を得つつ、在宅医療・介護連携に関する課題の抽出と対応策について検討すること
 - ・ 市町村が事業実施に係る検討段階から、郡市区医師会等の地域における医療・介護の関係団体等と緊密に連携しながら取り組むことが重要である。
- 医療施策に関する取組は、これまで主に都道府県が対応してきたため、事業実施に必要なノウハウの蓄積は、市町村により様々である。そのため、地域の実情に応じた取組を支援するため、国は主に以下の取組により支援。

在宅医療・介護連携推進事業の計画作成の支援

①在宅医療・介護連携推進支援事業(平成28年度予算(案)事業) ～在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー～

- ・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)



②地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究 ～地域における医療・介護の連携に関する実践的なモデルの作成～

- ・対象 医療・介護連携に取り組む市町村職員
- ・内容 地域資源の実情に応じ、これから医療介護連携に関する取組を進めようとしている市町村にも応用可能な一般化した医療介護連携の取組モデルを作成、提示予定

現状分析のための支援

①「見える化」システムへの在宅医療・介護連携に関するデータ掲載

- ・地域包括ケア「見える化」システム(平成27年7月稼働)に、在宅医療・介護連携に関するデータを掲載し、都道府県及び市区町村が地域の現状分析等に活用できる機能を平成28年6月にリリース予定

②「在宅医療・介護連携推進事業」の継続的な進捗管理

- ・平成28年度においても、「在宅医療・介護連携推進事業」の取組毎に実施状況を調査し、全国の取組状況を周知する。

好事例の横展開

①地方自治体の意見交換の場の設定

- ・在宅医療・介護連携推進支援事業等の場を活用しつつ、好事例の横展開を推進する。

②地方自治体の取組事例の収集と情報提供

- ・取組事例を収集し、地方自治体を対象とする会議や市町村セミナー等の研修、ホームページを活用して好事例の横展開を推進する。

(Ⅱ-3) 在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査結果について

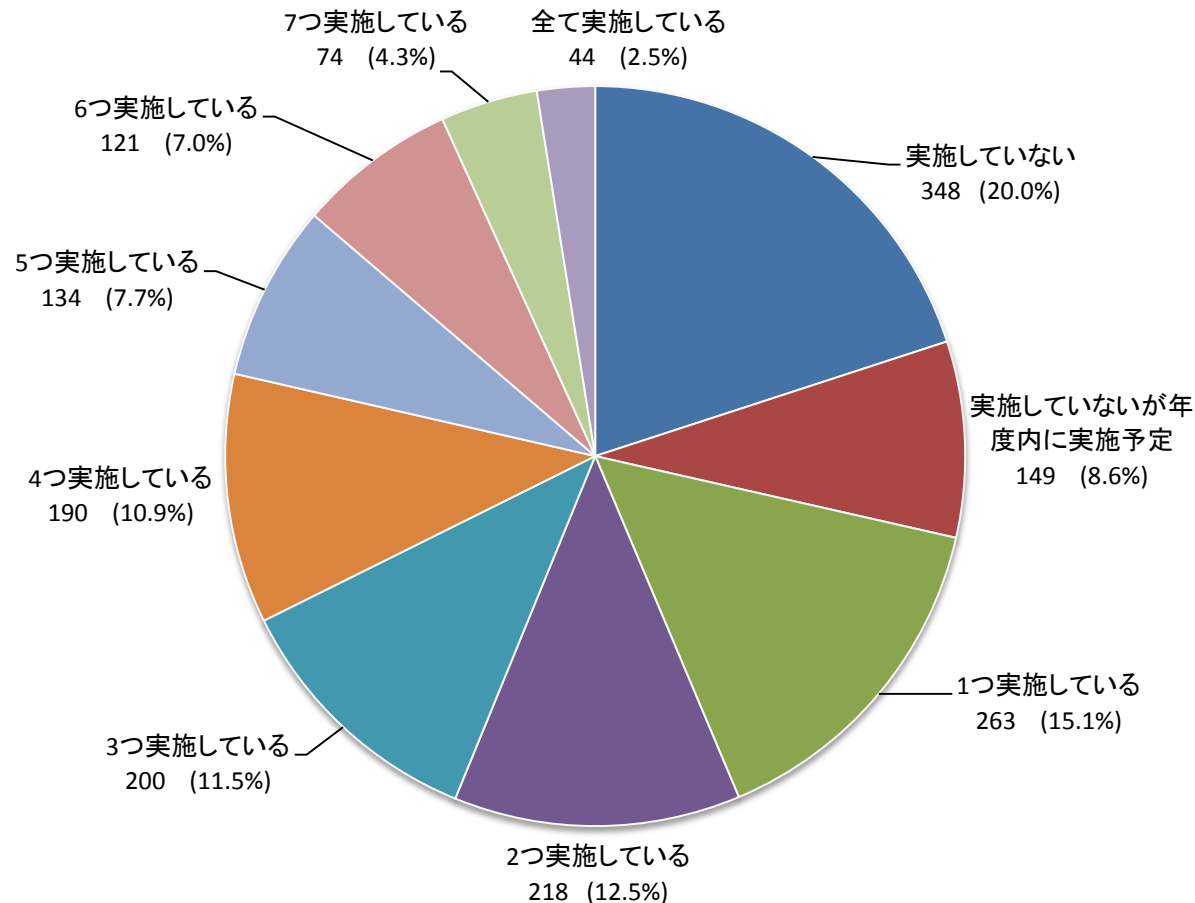
○調査目的 在宅医療・介護連携推進事業については、介護保険の地域支援事業に位置付けられ、実施可能な市町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市町村で実施することとしている。

このため、全国の市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を把握し、事業の円滑な導入及び充実に向けて必要な基礎資料を得ることを目的とした。

○調査対象 全国1,741 市町村

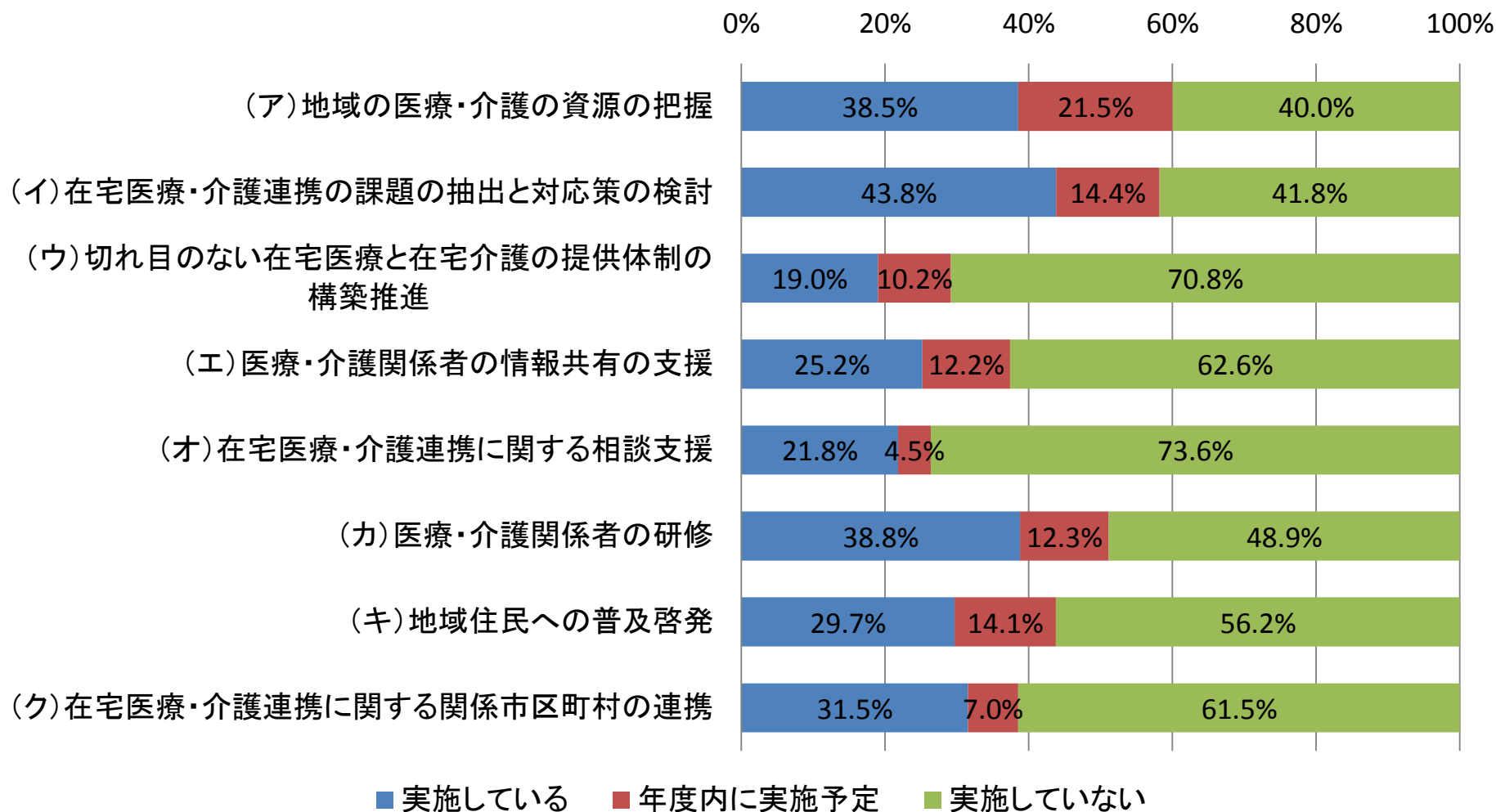
○調査時期 平成27年9月 （平成27年8月1日現在の状況）

○ 市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況 (n=1,741)



(Ⅱ-3) 市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の各取組

(ア)～(ク) 毎の実施状況



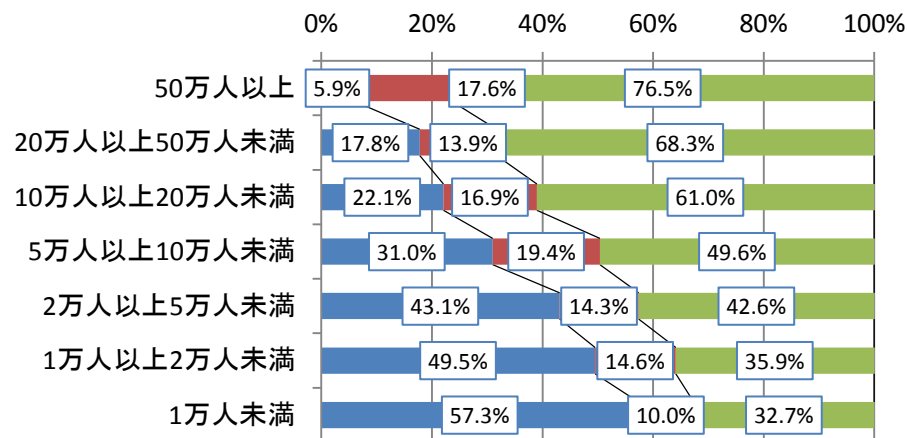
(n=1,741)

(Ⅱ-3)

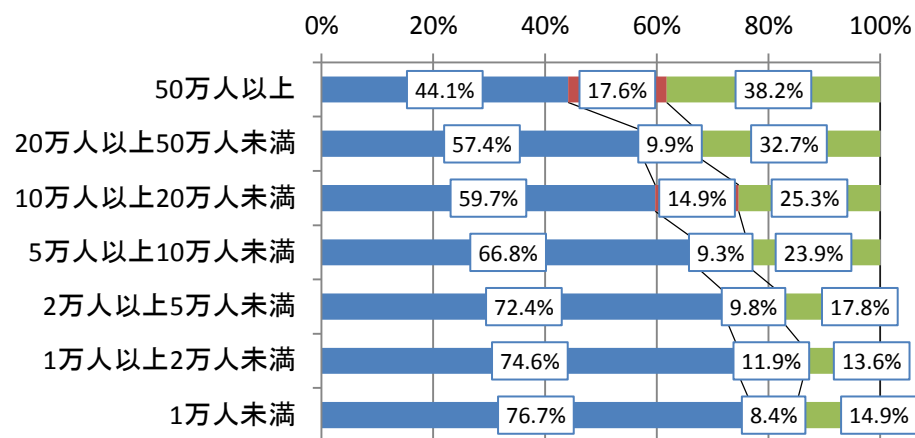
人口規模別の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

※主な取組として、(イ)、(ウ)、(オ)、(カ)を例示

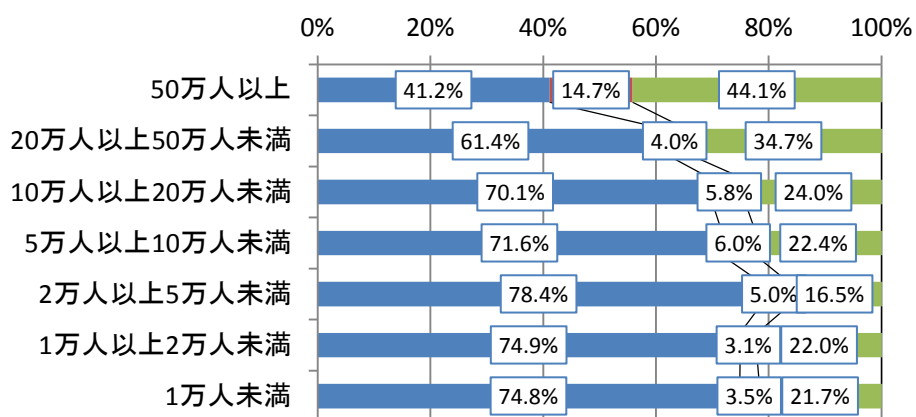
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討



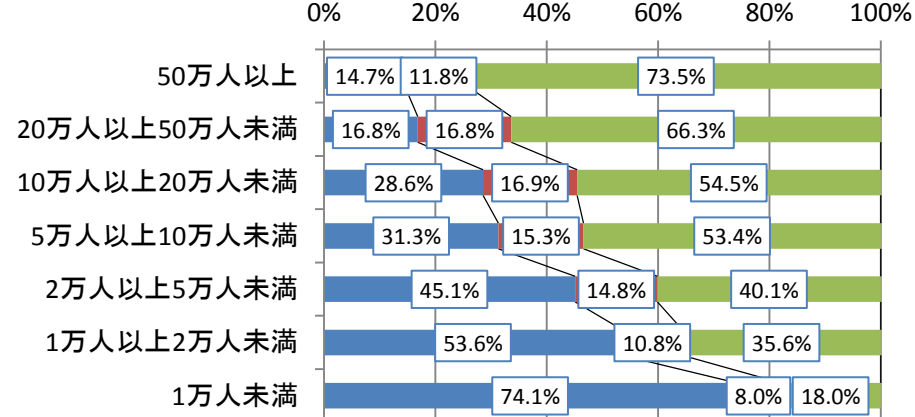
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進



(オ) 在宅医療・在宅介護に関する相談支援



(カ) 医療・介護関係者の研修



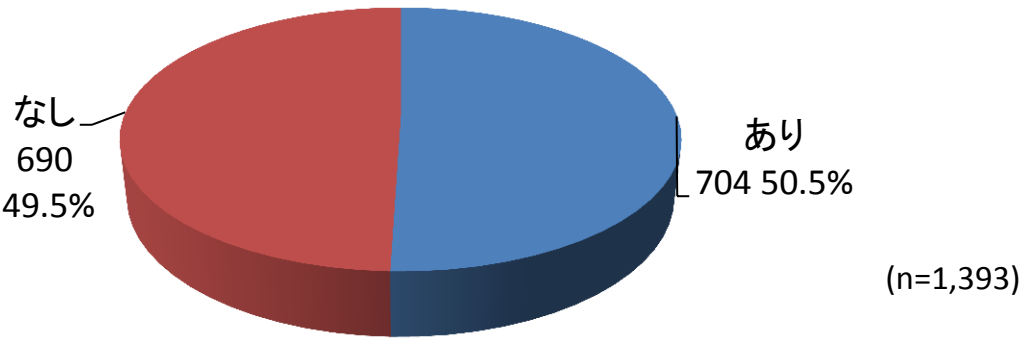
■ 実施していない ■ 実施していないが、年度内に実施する予定である ■ 実施している

(n=1,741)

市町村の規模によって進捗に違いがある

(Ⅱ-4) 市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の都道府県の支援状況

○ 在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)の取組のうち、都道府県(保健所)の支援の有無について ※(ア)～(ク)の取組のうち、1つ以上該当した市町村数

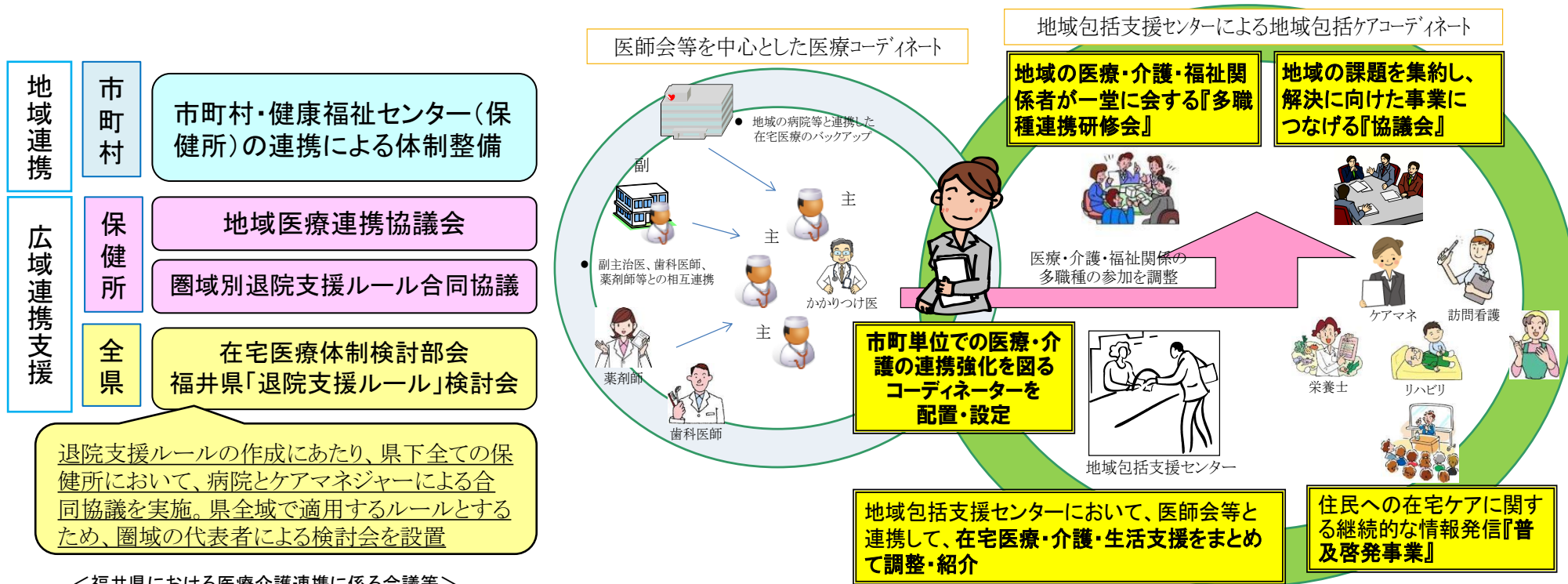


(参考)在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)の取組の平均実施数が多かった上位3県の市町村のうち、都道府県・保健所による市町村支援があったと回答した割合

	平均実施数	都道府県・保健所による支援の割合
福井県	5.6	94.1% (17市町村中16市町村)
滋賀県	5.5	94.7% (19市町村中18市町村)
岡山県	4.8	74.1% (27市町村中20市町村)

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



＜福井県における医療介護連携に係る会議等＞

＜福井県における市町単位での在宅ケア体制整備の方向性＞

(Ⅱ-4) 都道府県（保健所）による市町村支援の取組事例

滋賀県の取組事例

○県が目指す在宅医療推進の方向性や保健所、市町、医師会等の関係機関の役割を明示

⇒市町が事業を推進しやすい環境づくり

○県が(ア)～(ク)の取組毎に市町村への具体的な支援策 とスケジュールを提示

○医療介護連携や在宅医療に関する数値目標を設定

⇒退院調整体制整備病院数、地域連携クリティカルパス実施病院等の連携に関する目標や在宅医療に関する目標を設定

○保健所が積極的に市町を支援

⇒地域医師会との調整や地域の退院支援ルール作成など市町域を超える体制整備や市町担当職員対象の会議を開催



滋賀県19市町 平均実施数5.5個(47都道府県中福井県に次いで多い実施数)

県

- ・県が目指す在宅医療推進の方向性
- ・保健所、市町、医師会等の関係機関の役割明示⇒市町が事業を推進しやすい環境づくり

保健所

- ・地域医師会と市町との連絡調整
- ・今まで保健所が行ってきた在宅医療推進事業と今後市町が行う事業の整理、役割分担
- ・市町に伴走し、事業推進に関する提案や実施
- ・病院バックアップ機能、退院支援ルールなど市町域を超える体制整備
- ・郡市医師会や病院等関係機関に対する市町事業への協力要請
- ・市町担当部課長等を対象とした在宅医療・介護推進のための会議

市町

- ・事業の実施主体
- ・開業医や介護事業者など地域に根差した在宅医療・介護人材との関係性の構築

ア) 地域の医療・介護の資源の把握 ◎ 在宅医療提供機関〔診療所（医科、歯科）、訪問看護、病院、薬局等〕情報 ◎ 在宅看取り実施機関に関する情報集約と提供 ◎ その他、県（保健所）が把握しているデータ及び資料提供	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調整・支援する人材の育成を行う ◎ 県内の連携調整実践者による情報共有の場を設ける
イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 ○ 地域の医療機関・介護事業者等の参画が得られやすいよう関係団体への協力依頼 ◎ 市町間の情報交換の場を設置し、自市町の特徴（課題）の明確化を支援する ○ 県内各地の多職種研究会等の情報提供	カ) 医療・介護関係者の研修 ○ 地域リーダー活動の推進を目的に情報交換会を行う ◎ 成人病センター及び滋賀医科大学が実施する人材育成研修への参加、出前講座の活用 ◎ 上記研修受講者を市町の実践者として活躍してもらえるよう連携する ◎ 県と医師会共催で開催する在宅医療セミナープログラムの提供と活用の促進を図る
ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 ◎ 先行事例や好事例を把握し、そのノウハウを情報提供する	キ) 地域住民への普及啓発 ○ 県（保健所）作成の啓発紙等の情報提供 ○ 市町と県が役割分担をおこなった上で啓発に取組む
エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 ◎ 三次及び二次圏域における既存の情報共有のためのルールの運用状況の評価検討 ○ 地域連携クリティカルパスの活用 ○ 多職種・他施設の情報共有を実現する在宅療養支援システム「淡海あさがおネット」の活用	ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村間の連携 ○ 二次および三次医療圏内の病院から退院する事例に関して、県、保健所等は積極的に関係機関との調整を行い、情報共有の方法等に関する協議検討を行う

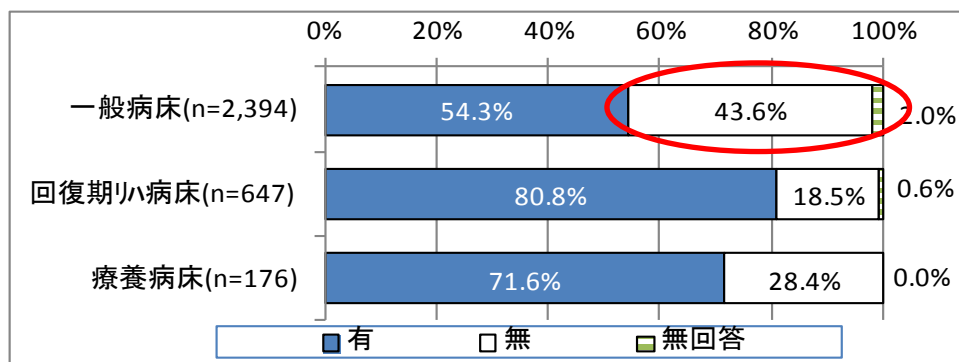
滋賀県（保健所）が実施している支援内容 ◎：H27強化 ○：継続

(Ⅲ-1,2,3) 入退院時における医療と介護の連携の現状と課題

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。

市町村における在宅医療・介護連携と 病院の入退院時における医療介護連携の関係について

① 病院の入退院時における医療介護連携

・複数市町村にまたがる医療介護連携

例えば広域的な医療を担っている病院の入退院時における医療介護連携の場合、複数市町村にまたがる広域的な医療介護連携の取組が求められる。

・入退院に関わる病院等職員と介護支援専門員等との連携

退院支援を担う病院等職員（病棟看護師や地域連携室のMSW等）と在宅介護サービスの調整を担う介護支援専門員等との連携が求められる。

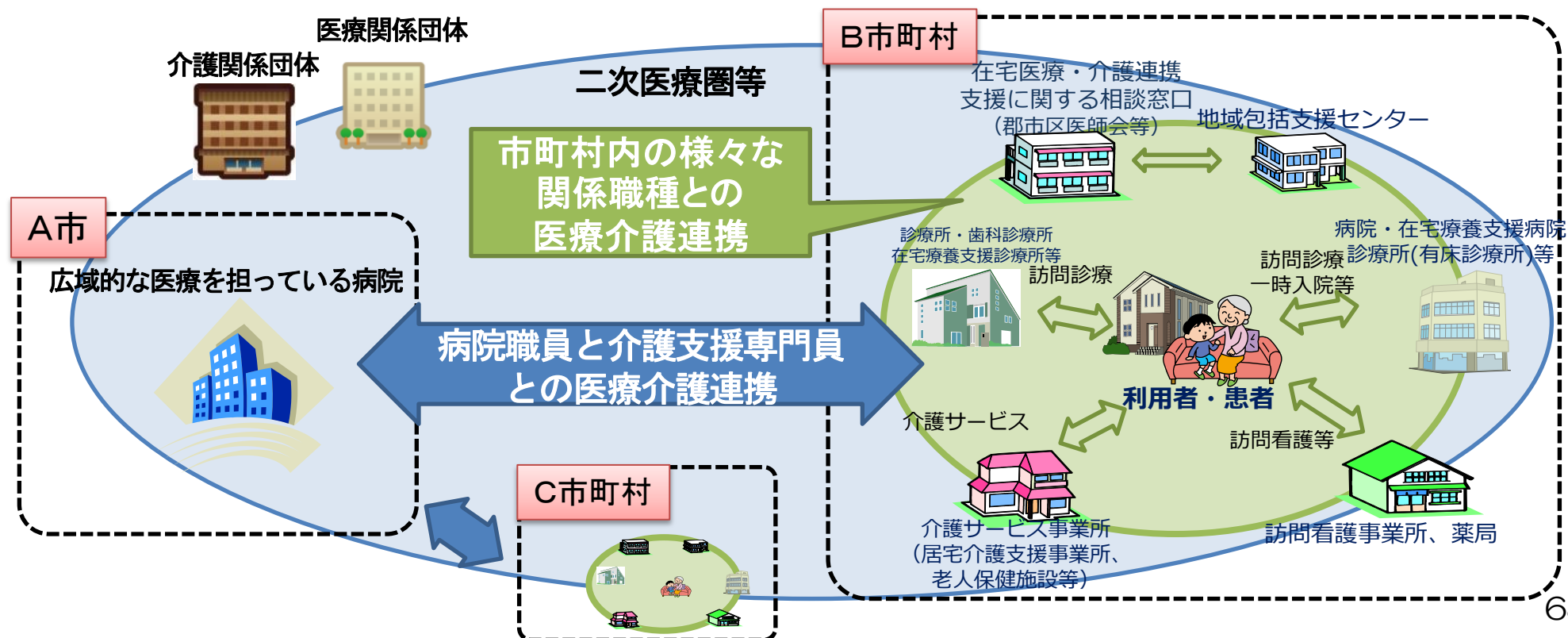
② 市町村における在宅医療・介護連携

・市町村（保険者）内の在宅医療と介護の連携

在宅療養に直接関わる関係者の連携の促進が目的であり、市町村内の医療介護連携の取組が求められる。

・在宅療養に関わる様々な医療介護関係職種との連携

在宅医療を担う医師、歯科医師、看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、在宅介護を担う介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、さらには地域包括支援センター、市町村職員など、様々な関係職種との連携が求められる。

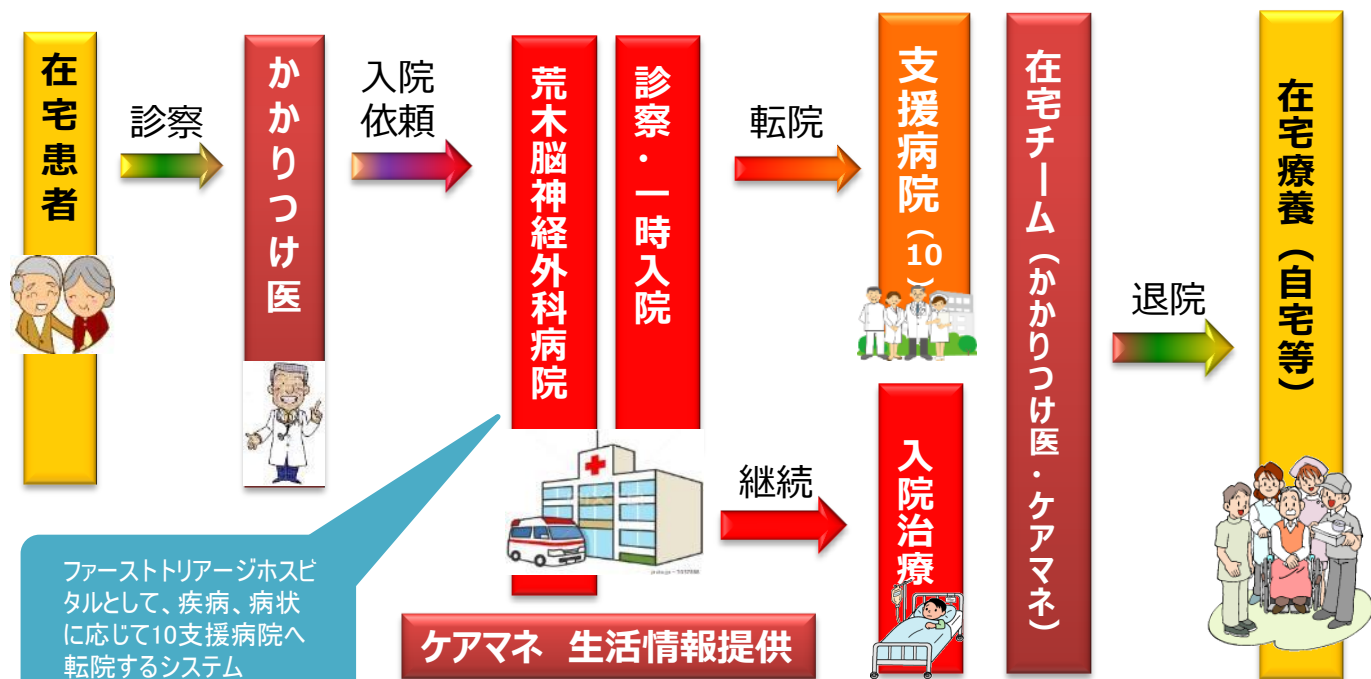


西区在宅あんしん病院システム（広島市西区医師会の取り組み）

西区在宅あんしん病院とは、

- 広島市西区で「かかりつけ医」の診療を受けており、自宅で療養中の者とその家族のための、広島市西区医師会が中心となった医療と介護のネットワーク。
- かかりつけ医と西区内の11病院が24時間365日連携して、広島市西区内の方の在宅療養・在宅介護をバックアップする、地域完結型医療の仕組み。
- 在宅療養中に、一時的に緊急入院や短期入院が必要になった者をかかりつけ医の要請により、拠点病院及び支援病院が連携して受け入れる。また、退院後も引き続きかかりつけ医による在宅療養を継続することができる。

【西区在宅あんしん病院システム フロー図】



【顔の見える関係の構築】

◆平成26年2月25日
第1回 バックアップ後方支援病院検討会議
行政・消防局参加
場所：広島医師会館

◆平成26年7月1日
第2回 バックアップ後方支援病院
キックオフ会議
場所：西区地域福祉センター

◆平成27年2月12日
第3回 バックアップ後方支援病院検討会議
場所：広島医師会館

