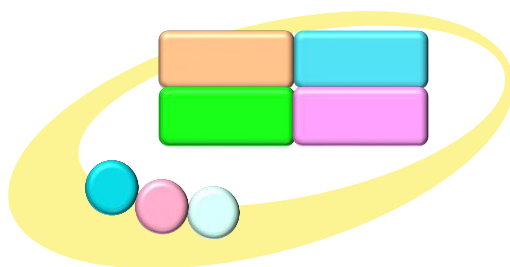


在宅医療・介護連携推進事業の手引き

Ver. 3

＜市町村の事業推進のために＞
＜都道府県の市町村支援のために＞



厚生労働省老健局老人保健課

令和2年9月

【表紙の図について】

地域の住民を中心に、医療・介護・行政が連携し、地域全体で支えていくイメージである。中心は高齢者のライフサイクルの4つの場面に置きかえ、それを中心に○印が医療・介護・行政、輪が地域であり、地域全体で支えていく構想としている。(P6.24)。

目次

第1章 事業概要

1. はじめに…………… 1
2. 事業趣旨 …… 3
3. 在宅医療・介護連携推進事業の構成…………… 5

第2章 市町村における事業の進め方

1. 取組を始める前に…………… 9
2. 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル……………13
3. 4つの場면을意識したPDCAサイクルの考え方と展開例……………23
4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項……………48

第3章 都道府県の市町村に対する支援

1. 都道府県の役割について……………65
2. 市町村に対する支援の進め方……………67

第4章 参考

1. 都道府県・市町村の取組事例について……………73
2. 参考資料……………73

手引きの活用にあたって

この手引きは、実施主体である「市町村担当者用」です。さらに、都道府県の役割についても記載しました。

第7期介護保険事業計画期間までの8つの事業項目を踏まえた上で、第8期介護保険事業計画期間ではPDCAに沿った取組ができるよう、事業をマネジメントする視点を盛り込みました。

手引きの構成は、第1章は事業概要、第2章は事業の進め方です。今回は、手順と留意事項を分け、医療と介護が共通する4つの場面の取組例を追加しました。なお、取組の手順や留意事項については、手引き Ver. 2からは大きな変更はありません。

「行政や医療・介護関係者の連携」と一口に言ってもイメージがわからないのも事実。その際は、ぜひ他市町村の事例を参考にしてください。連携の形は一つではありません。地域の実情に応じて柔軟な取組ができるように、そして、その連携の中心には、いつも地域住民がいることを意識して、本事業を推進していただきたいです。

(介護保険法施行規則第140条の62の8に記載されており、本手引きで用いる略称は以下のとおり)

- 医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下「医療・介護関係者」という。）
- 地域における在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）

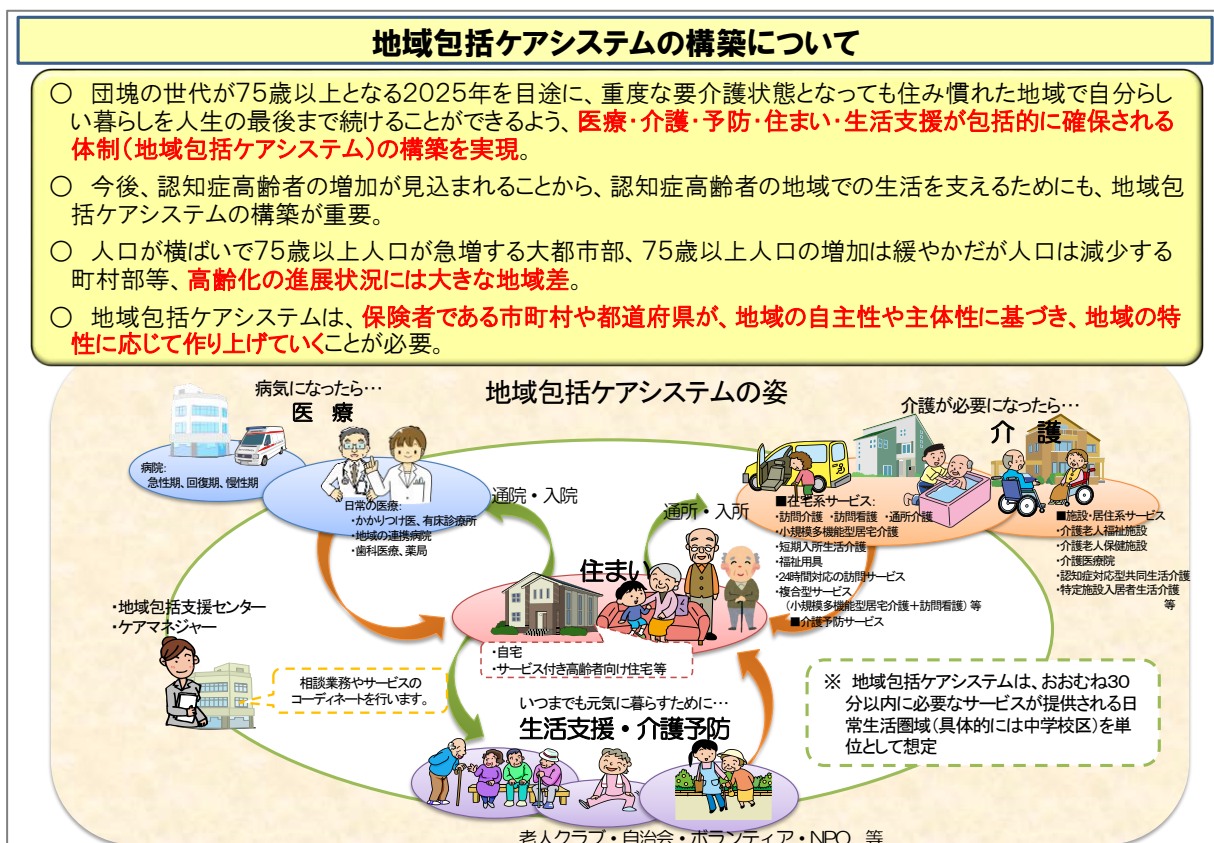
第1章 事業概要

1. はじめに

ポイント（改訂の経緯）

- ❖ 平成 26 年に介護保険法が改正され、平成 27 年度から市町村が行う事業として、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられた。
- ❖ 現在、8つの事業項目に限らず、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある一方で、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかとの指摘もある。
- ❖ 今般、本事業の見直しが図られ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ PDCA サイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、本手引きを改訂する。

図 1 地域包括ケアシステムの構築について



- 厚生労働省では、これまで団塊の世代が 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期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の実現を目指した取組を推進してきた。

- 高齢化が進展し、医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加が予想される中で、これまで制度改正や介護報酬改定において、住まいや予防、生活支援に加え、医療や介護が一体的に提供され、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができる地域包括ケアシステムの構築の実現を目指し、取組が進められてきた。
- また、昨今の動向として、令和元年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」の柱の1つに「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」が位置付けられ、認知症医療・介護等に関わる者が、伴走者として支援していくことの重要性が記載されたところであり、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、医療と介護の連携の推進が求められている。
- 在宅医療・介護連携推進事業（以下「本事業」という。）は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されるなど、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、本手引きの改訂に至ったところである。

今までの、在宅医療・介護の連携に関する事業の主な動き

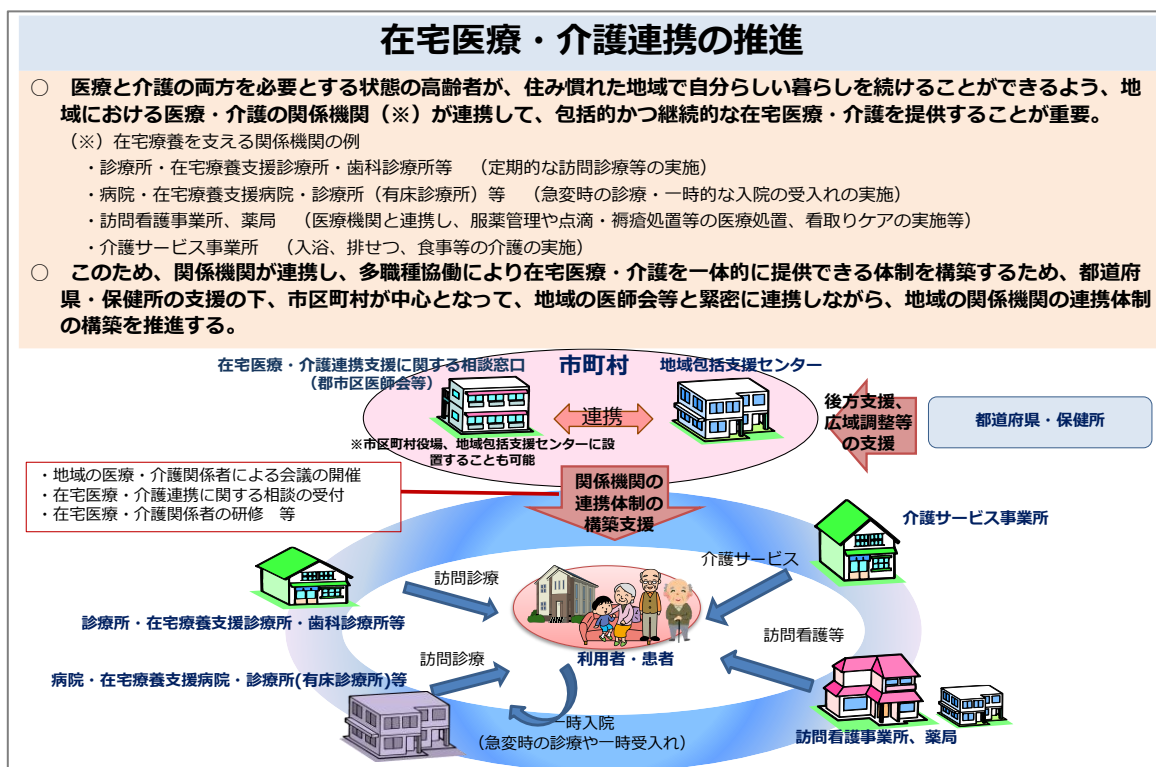
- 医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成 23・24 年度）により設置された拠点で、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取組を推進
- これらの知見を参考に、平成 25 年から、地域医療再生基金（平成 25～27 年度）及び地域医療介護総合確保基金（平成 26 年度～）等を活用し、地方自治体や医師会等の関係機関が連携して、地域の実情に応じた医療及び介護の提供体制を構築
- 平成 26 年に介護保険法が改正され、平成 27 年度から、市町村が行う事業として、地域支援事業の中に8つの事業項目で構成される本事業を位置づけ
- 平成 27 年度、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」において、地域包括ケアシステムの構築のために重点的に取り組む事項として、在宅医療・介護連携の推進が盛り込まれ、平成 30 年度からの、第7期介護保険事業計画においては、同時スタートとなる医療計画等との整合をとりながら推進
- 平成 30 年度には、全ての市町村で本事業を実施

2. 事業趣旨

ポイント

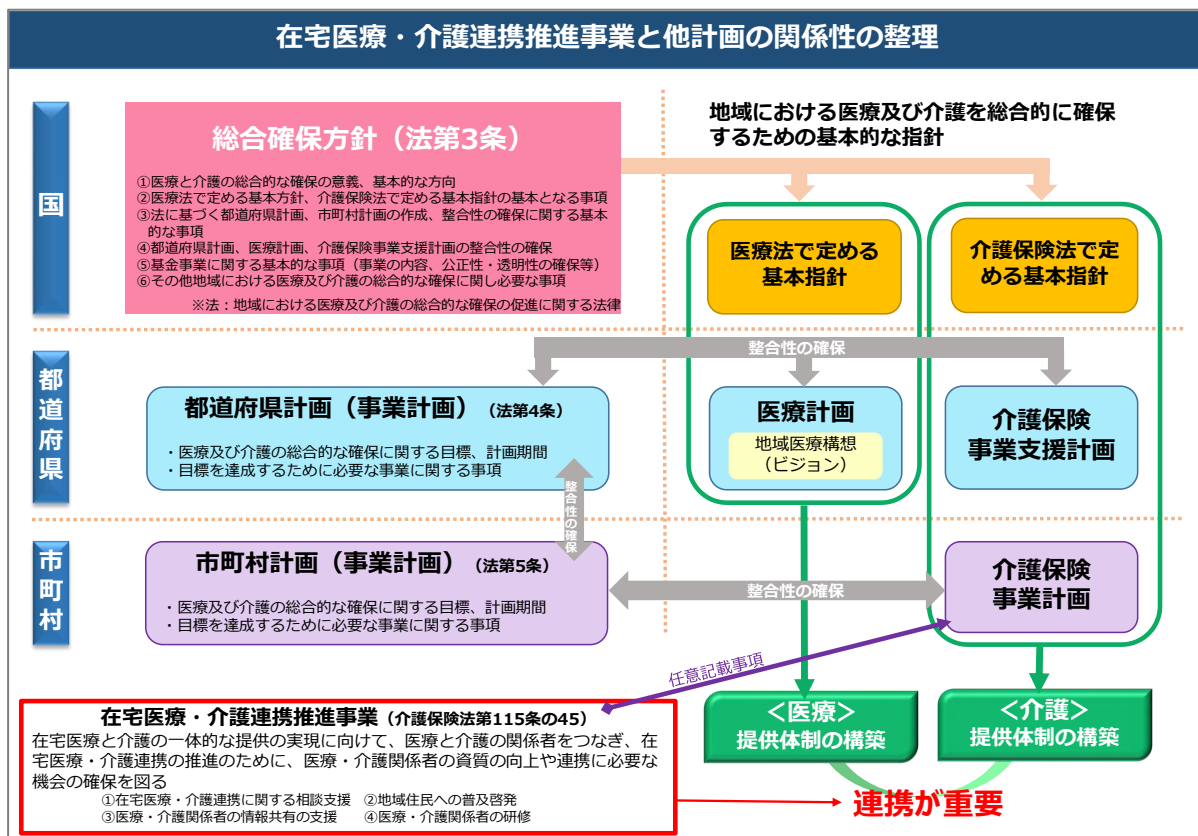
- ❖ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的とする。
- ❖ PDCA サイクルに沿った取組を行う中で必要なサービスの整備等に関する課題が浮上する場合もあるが、都道府県の医療計画や市町村の介護保険事業計画等に基づく、医療提供や介護サービスの提供体制そのものを評価し、整備を進めることを目的とするのではなく、地域における現状の社会資源を正確に理解し、住民のニーズに基づき、地域のめざすべき姿はどのようなものかを考えた上で、医療・介護関係者との協働・連携を円滑に進めることで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進する。

図 2 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人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、地域の実情を把握・分析したうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的とする。
- 医療提供体制の構築及び介護施設等の整備に向けては、「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（平成元年法律第 64 号）」第 3 条において規定された、「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（総合確保方針）」に基づく
 - ・ 都道府県計画（事業計画）や市町村計画（事業計画）
 - ・ 医療法で定める基本方針に基づく医療計画や地域医療構想
 - ・ 介護保険法で定める基本方針に基づく介護保険事業（支援）計画等を踏まえ、都道府県及び市町村において進められているところである。

図 3 在宅医療・介護連携推進事業と他計画の関係性の整理



- 本事業においては、こうした施設整備等の状況を踏まえつつ、在宅医療と介護の一体的な提供の実現に向けて、
- ・ 在宅医療・介護連携に必要な機会の確保（例：相談窓口の設置、会議、研修等）
 - ・ 適切なサービス選択につながる地域住民の在宅医療と介護の理解の促進（例：住民への普及啓発等）
 - ・ 医療・介護関係者の資質向上・相互理解と在宅医療・介護連携の理解の深化（例：人材育成等の研修）
 - ・ 在宅療養を支えるための医療・介護関係者間における円滑な情報共有等を実施、あわせて医療・介護関係者の意識の醸成を図ること等により、医療・介護関係者の協働・連携を円滑に進め、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進するものである。

医療計画や地域医療構想における在宅医療とは

在宅医療とは、「医療を受ける者の居宅等」において提供される保健医療サービスのことをいい、在宅医療と介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画や介護保険法に規定する都道府県介護保険事業支援計画・市町村介護保険事業計画との整合性を確保することが必要とされている。なお、在宅医療の需要は、2025年に向け、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込みであり、こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体等が一体となって構築していくことが重要である。

- ・病床の機能分化・連携に伴い生じる介護施設や在宅医療等の新たなサービス必要量は、2025年に約30万人（介護施設や外来で対応する分を含む）
- ・訪問診療を利用する患者の高齢化の影響による増加見込みは、2025年に約100万人

なお、ここでいう在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の構成

ポイント

- ❖ これまでの8つの事業を踏まえつつも、次のステップに向け、市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れるよう、また、最近の動向を踏まえ、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるように事業構成の見直しを行った。

(1) 事業の見直し

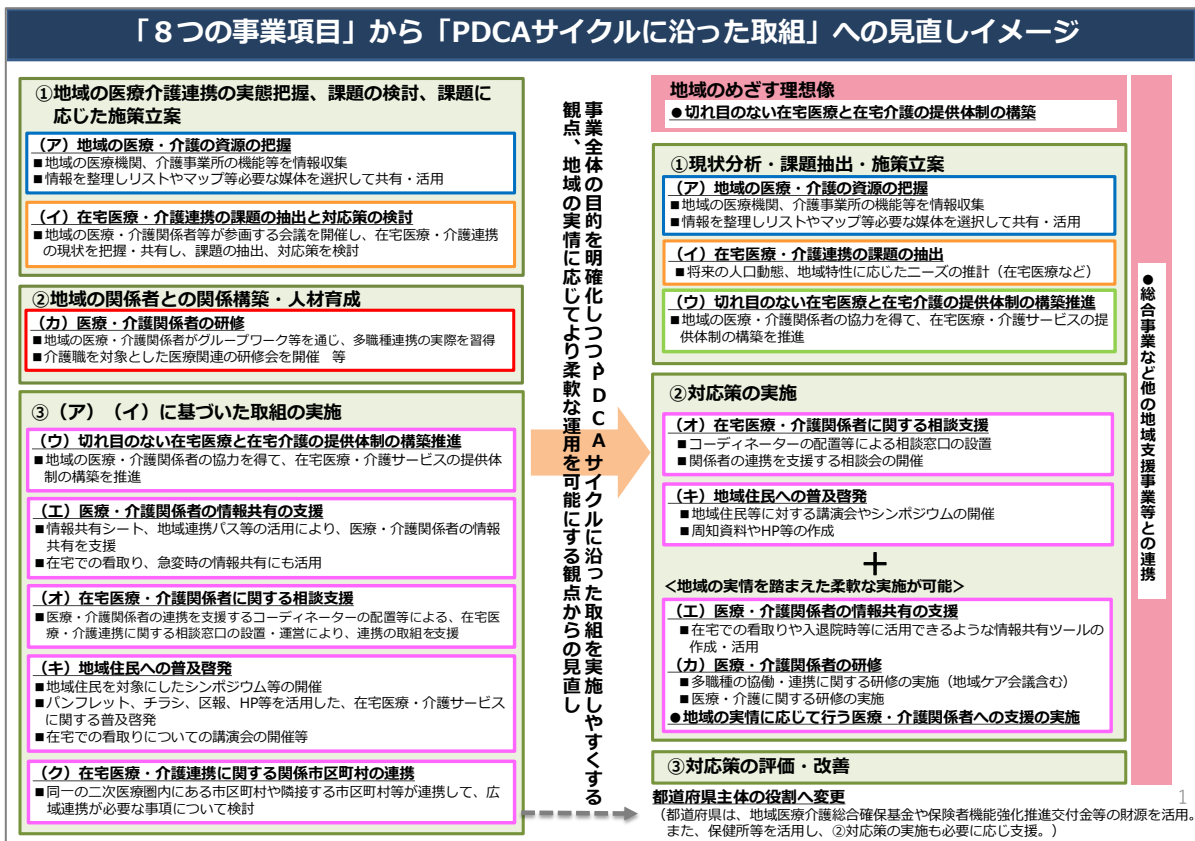
- 8つの事業項目は本事業の推進を図るため、必要な基本的事項を提示したものであり、平成30年度には全ての市町村で事業を実施しているものの、課題も生じている（「第1章 1. はじめに」参照）。そこで、今までの8つの事業を踏まえつつも、次のステップとして、
 - ・ 市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れるよう、
 - ・ また、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、

以下の考え方で見直しを実施した。

- ・ 現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業を整理し、取組趣旨を明確化
- ・ 地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に
- ・ 他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化

さらに、最近の動向（看取りや認知症への取組の強化）の観点を踏まえることや都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）を明確にした。

図4 8つの事業項目の見直しイメージ（介護保険法施行規則改正イメージ）

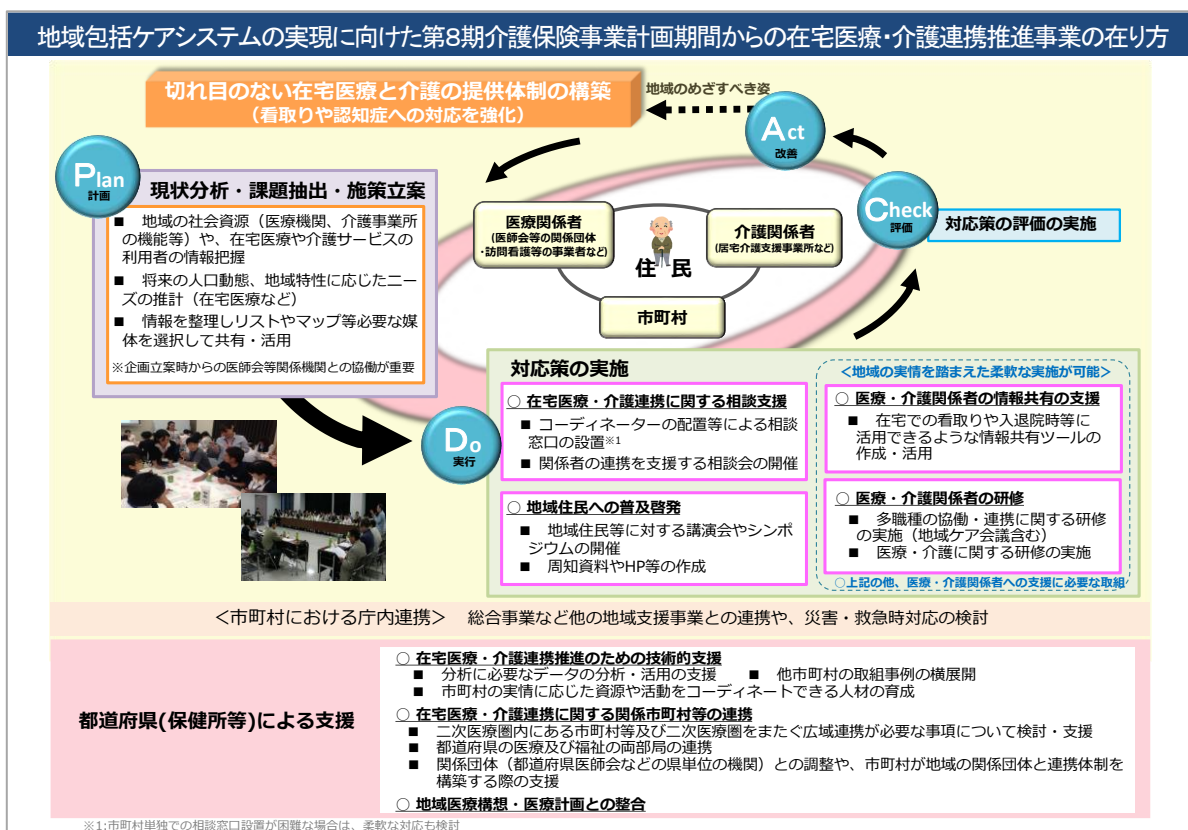


※上記図4は、あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語句イメージは、図5参照。なお、「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

(2) 主な内容

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿（地域の理想像）を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進するために、以下の内容を中心に地域の実情に応じて実施する。

図5 第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方



ア. 現状分析・課題抽出・施策立案

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、現状の分析、課題の抽出、施策の立案を行う。

➤ 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所の機能等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握、整理したうえで、医療・介護関係者の連携を支援する施策の立案等に活用するとともに、医療・介護関係者がそれぞれの役割等について、理解を深める。また、医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにする。さらに、把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援する。

➤ **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、解決策の検討を行う。将来の人口動態や地域特性に応じた在宅医療などのニーズの推計を算出し、課題の抽出を行い、これに対応する施策を立案する。

なお、立案時には、事業の評価・見直し時期も合わせて設定し、目標に向けた取組の評価・改善を行うことが重要である。

イ. 対応策の実施

上記で検討した対応策の実施を行う。具体的には、医療・介護関係者が在宅医療・介護連携について相談できる窓口の設置や、住民や医療・介護関係者が在宅医療と介護に関する理解を深め、在宅療養を必要とする人（家族）が適切なサービスを選択できるように普及啓発を実施することが考えられること。さらに、医療・介護関係者との協働・連携を深めるため、地域の実情に応じて情報共有や知識の習得等のための研修などの支援を柔軟に実施することも考えられること。

ウ. 対応策の評価及び改善の実施

実施した対応策については、立案時に設定した評価時期に、地域の実情に応じて設定した指標等を用いて評価を行う。

その評価結果を踏まえ、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等について、再度検討し、取組の選択と集中を繰り返しながら、地域包括ケアシステムの実現に向けて、さらなる改善を行う。

＜第7期介護保険事業計画期間から引き続き実施する取組＞

➤ 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支援を行う。そのため、地域の在宅医療・介護関係者の連携を支援するための相談窓口を設置し、さらに、その運営を行うために、在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）を配置する。また、必要に応じて、地域の医療・介護関係者の連携を支援する相談会の開催や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、患者、利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。

※市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、都道府県（保健所等）と協議の上、複数の市町村による広域での設置や、窓口のコーディネーターを専従としない等の柔軟な対応可能

➤ 地域住民への普及啓発

地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係者（関係団体）の連携だけではなく、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要である。そのため、在宅医療・介護連携に関する講演会やシンポジウム等の開催、在宅医療・介護サービスに関するパンフレットの作成・配布、ウェブサイトの作成等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

なお、地域住民が人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取りについて熟知することも、適切な在宅療養を継続するために重要であることから、地域住民を対象とした講演会やシンポジウム等を行うにあたっては、看取りや認知症に関する取組等の最近の動向を踏まえた内容で行われることが望ましい。

＜地域の実情に応じた柔軟な取組＞

➤ 医療・介護関係者の情報共有の支援

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われることが必要である。そのため、在宅での看取り、急変時、入退院時の情報共有にも活用できるような情報共有の手順等を定めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。情報共有ツールの整備については、既存の様式を有効活用する、広域連携で行う等、地域の実情に応じて行うことが望ましい。

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

➤ 医療・介護関係者の研修

事業への理解と相互の理解を深め、地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の協働・連携に関する研修を行う。なお、必ずしも新たな研修・会議等を立ち上げる必要はなく、既存の地域ケア会議等を活用することが望ましい。また、必要に応じて、相互の理解を深めるために、医療や介護の保険制度等について、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に対して、医療に関する研修会の開催等の研修を行うことも望ましい。

➤ 上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

第2章 市町村における事業の進め方

1. 取組を始める前に

ポイント

- ❖ 地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制を構築し、維持、充実していくためには、地域のめざすべき姿を考えた上で、連続性をもった継続的な向上を図る、いわゆるPDCAサイクルに沿って事業をマネジメントすることが求められる。
- ❖ そのためには、普段からの医療・介護関係者及び都道府県との関係性も重要であるとともに、市町村が主体的に検討し、事業を実施するために、事業の継続性、質の確保の観点から、職員のキャリアパスや、継続性を持った人員配置等に配慮することで、介護保険部門のみならず、診療報酬を含めた医療制度の観点とその他の施策にも専門性を持つ人材を養成し、継続的に配置していくこと等が重要である。

(1) 医療・介護関係者との連携

- 企画立案時からの郡市区等医師会などの医療関係機関や介護サービス施設・事業所等との協働が重要であり、医療・介護関係者や都道府県（保健所等）と緊密に連携し、将来的な在宅医療と介護の連携の在り方の検討が必要である。そのためには、普段から行政と医療・介護関係者が良好な関係（顔の見える関係、話が出来る関係等）を築くとともに、企画立案の前に、顔合わせも含めて簡単な意見交換（ヒアリング）を行うことも、市町村と地域の医療・介護関係者の連携のハードルを下げることにつながり、その後の事業推進も円滑に進むことが考えられる。
- 医療・介護の関係団体が連携し、多職種協働により在宅医療と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（保健所等）の支援のもと、市町村が中心となって、地域の郡市区等医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等と緊密に連携しながら、地域の関係団体の連携体制を構築する。（検討・共有する協議の場の設置・運営については、「4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」参照）。

(2) 庁内の組織づくり（実施体制）

- 本事業は、介護保険部門のみならず、市町村全体で取り組むことが重要である。
（「介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月社会保障審議会介護保険部会）」参照）

<庁内連携>

- 行政組織内は、担当部署のみならず、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、データや情報の共有を進めるとともに、定期的な会議の開催や研修の企画も重要
- その際、保健や医療、福祉など地域の課題を横断的に把握し、医療・介護の各専門職や保健所等の調整をする保健師等の参画を得ることで効果的な事業の実施につなげる。
- 近年の災害・感染症の流行を踏まえ、日頃から庁内の介護保険部門のみならず、障害福祉部門、防災部門との連携を深め、医療と介護の救急時・災害時の連携が円滑に行われることが必要
- 特に消防機関（救急）とは、急変時等の救急搬送ルールの策定等においてメディカルコントロール協議会（地域における救急業務について協議・調整する消防機関（救急）、医療機関、医師会等で構成される協議会）における議論に参加する等、連携を図る。

- さらに、高齢者の背景は様々であり、ライフスタイルは多様かつ連続的であることを念頭におき、在宅療養を支える地域の見守り、権利擁護に関する成年後見制度、生活困窮者への自立支援、認知症の方への支援等の社会資源の活用も検討できるよう、介護保険部門を含めた高齢・福祉部門における連携・情報共有も必要

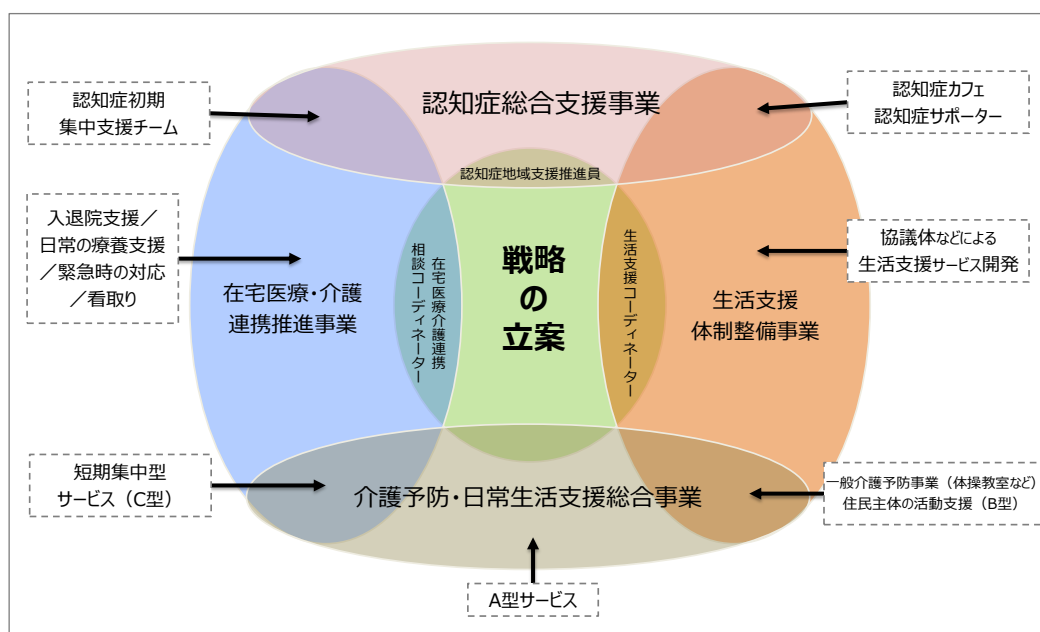
<人材育成>

- 本事業は地域包括ケアシステムを推進する重要な要素であり、業務継続や長期的な成果の評価を行うために、担当課長や係長に、本事業を総合的に進める人材を長く置くことも重要
- 事業の継続性、質の確保の観点から、職員のキャリアパスや、継続性を持った人員配置等に配慮することで、介護保険部門のみならず、医療費（診療報酬）を含めた医療制度や福祉の観点など保健医療福祉の横断的な知識と専門性を持つ人材を養成し、継続的に配置していくことが重要。その際、行政内において医療の知識を有し、地域アセスメント、医療・介護の関係団体との調整、健康施策の企画・立案等を行う保健師等の専門職を活用するなど、総合的に地域包括ケアシステムを推進することができる人材を育成・配置していくことが望ましい。
- なお、医療制度については、都道府県と連携して人材を養成していくことが望ましい。

<事業間連携>

- 他の地域支援事業に基づく事業、例えば認知症総合支援事業・生活支援体制整備事業等の他の施策との連携・調整を進め、会議や研修の合同開催などで一体的な運用を図ることで、高齢者には効果的に、そして市町村には効率的な事業実施を行う。
- 近年の災害や感染症の発生の動向も踏まえ、災害・救急時の対応を含めて検討を行う。
- 市町村介護保険事業計画や都道府県の医療計画・地域医療構想との整合性を意識し、都道府県と連携を図りながら実施する。なお、市町村内の他の計画（例えば、総合計画や地域福祉計画等）との整合性も意識する。

図 6 地域支援事業の4つの事業の連動性



出典) 地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業
 (平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング)

<近隣市町村との広域連携>

- 本事業の取組は、地域の社会資源や人材の不足により、市町村単独での実施が困難な場合や複数の市町村による実施が効果的・効率的であると考えられる場合は、共同実施が可能である。
(「4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項(4) 近隣市町村との連携」参照)

(3) 都道府県との連携

- 都道府県が、地域医療介護総合確保基金等を活用して、在宅医療と介護連携に関する取組を実施している場合には、本事業の取組を開始する前に、当該都道府県との役割分担を整理しておくことが必要である。
- その上で、本事業の実施に関して、当該市町村単独で実施可能なことと、当該市町村単独では十分な実施が困難なことを明確にし、後者に関しては、都道府県と情報共有しつつ、実施に向け、都道府県の必要な協力を得ることが重要である。
- また、本事業の実施に当たっては、郡市区等医師会等の医療に係る専門的な知識を有する団体のみならず、都道府県、医療機関、介護サービス施設・事業所、消防機関(救急)等と協力体制を構築しておくことが望ましい。さらに、日頃からの感染症対策や流行時の対応など、都道府県からの助言を受けることが望ましく、感染拡大防止に努めることが重要である。
- 二次医療圏内にある関係市町村等における広域連携、都道府県又は医療圏単位の医療・介護の関係機関との調整や地域の関係団体との連携体制の構築、地域医療構想・医療計画との連携や整合性、他市町村の取組事例やデータの分析・活用については、都道府県の広域的な視点による助言を求め、緊密な調整を図ることが重要である。

【事例】 高齢者が可能な限り住み慣れた地域で暮らすための体制づくり～庁内連携と医療・介護の多職種連携の推進～<北海道札幌市>

札幌市では、事業の目的を達成するために、どのような順序で、誰が何をどのように取り組めばよいか、根拠に基づき検討することが重要であると考え、地域包括支援センターとともに地域課題の把握を行った。

事業運営にあたっては、認知症施策、介護予防など他の施策や事業との連動性・整合性を図りながら、地域住民の課題解決につながるものとなるよう、介護部門と関連部門が連携して組織横断的な体制を構築してきた。例えば、認知症サポート医の養成にあたっては、専門医・在宅医等のバランスを重視し地域偏在をなくすほか、一般介護予防事業においては回復期・リハビリ病床を持つ医療機関との連携体制を構築した。

これに加え、札幌市では、多職種連携の推進と在宅医療の推進を両輪で本事業を進めており、

- ・医療と介護の専門職からみた、連携上の課題を明らかにするとともに、連携の不備が住民の療養生活にどのような影響を与えているか把握、そしてどの方向に向かうかの議論の実施に「医療・介護の資源把握」「医療・介護関係者の情報共有支援」を活用
- ・専門職からみた課題と解決の方向性が、地域住民のニーズと合致しているか、多様なニーズに対してどのような受け皿を用意するかは、自治体のビジョンの発信が重要であるため、住民と専門職をつなぎ、両者の信頼と合意形成する場として「医療・介護関係者の情報共有支援」「地域住民への普及啓発」を活用
- ・上記の取組を経て、次年度事業を企画、予算の確保や他団体等との調整を継続。事業を効果的・効率的に実施するため、「在宅医療・介護連携の課題の抽出・対応策の検討」「地域住民への普及啓発」を活用して関連する事業部門との調整とともに、住民や関係者に分かりやすく周知
- ・事業の進捗管理は、庁内を含めた関係団体等と定期的に情報交換し、軌道修正

これらの手順を踏まえ、市では地域ケア推進会議等で関係団体と情報を共有した結果、

在宅医・訪問看護師・ケアマネジャーなどから、在宅療養者の情報の一元管理が必要との課題が示され、療養者宅に置いて本人や家族も専門職も共有できるツールを札幌市医師会とともに開発。一定のルールのもとに病状の変化や看取りに向けた情報共有を行い、本人が望む療養生活の継続を支援している。



- 在宅医療・介護連携手帳(A5版)**
- ★ファスナー付ポケット
(保険証や診察券等を一括保管)
 - ★情報の一元化
(診断名や検査データ、服薬、緊急連絡先)
 - ★わかりやすい場所にぶらさげ、救急搬送時に持ち出し可能

残念なできごと例 他の部署で同じ内容の研修会を実施していた！？

最近の動向に合わせて、「認知症」をテーマに、本事業の担当部署が医療・介護関係者の研修を実施した。数日後、認知症を所管する部署が、医療・介護関係者を集めて研修を行ったことを知り、内容を確認してみると、

在宅医療・介護連携推進事業では、「医療と介護の連携」を切り口に、「認知症」をテーマに、認知症総合支援事業において、「認知症」を切り口に、「医療と介護の連携」をテーマに実施していたことが判明、どちらも多職種連携も視野に入れていたため、参加者も同じであった。

「医療と介護の連携」「認知症」「多職種連携」「災害」など、最近の動向の観点をつまえた施策は、どの部署も着目しやすく、また、話題性もあるため、切り口を変え多くの研修が実施されています。しかしながら、講演会・研修等の参加者は、同じ対象であることが多く、同じ地域でいろんな担当部署から声がかかって大変です。

そのため、事業を企画する際に、他の地域支援事業を担当している部署や医療・介護関係者から事業計画をヒアリングし、同じような取組の場合は合同開催するなど、効果的・効率的な取組を意識しましょう。また、関係部署や関係団体の範囲が広がると、参加者の呼びかけ範囲も広がります。さらに、経年的な事業計画を立てておくことで、自分たちがどこをめざして、何をするのかを事前に伝えることができ、相手から「ならば一緒に行いましょう」と相談がくるようにすることも必要です。

<見直しポイント例>

関係部署や関係団体の取組を把握し、効果的・効率的な事業実施を検討

残念なできごと例 一部の医療・介護関係者が疲弊。市町村職員も人事異動が……

過疎地における医療・介護関係者の高齢化、急速に進む「在宅医療と介護の提供体制の構築」に一部の関係者に負担がかかり、そもそもの地域包括ケアシステムが成り立たなくなりました。また、市町村職員も人事異動により本事業を把握している人がいなくなってしまい、行き詰まってしまった。

在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進していくことは、一部の医療・介護関係者だけが支えられる仕組みではありません。かかりつけ医や介護サービス事業所が在宅療養者を支援し、それを後方から支援するバックアップ体制も必要です。広域連携も視野に入れ、都道府県（保健所等）に相談しながら支援体制を整えましょう。また、市町村職員についても、事業の継続性を考慮した人事異動の配慮や保健・医療・介護・福祉など施策全体を見渡して、総合的に事業を進めることのできる人材の配置・育成も必要です。

<見直しポイント例>

一部の関係者に負担が偏らないように、あらゆる関係者を巻き込んで地域の課題を共有、他市町村の取組事例の確認や都道府県の支援を得ながら、在宅療養者を24時間支える仕組みづくりを構築

また、市町村職員の人事異動については、事業の継続性と質の担保に配慮

2. 在宅医療・介護連携推進事業における PDCA サイクル

ポイント

- ❖ PDCA サイクルに沿って事業をマネジメントするためには、PDCA サイクルの方法論を体系的に理解し実践することで、地域の実情にあった在宅医療と介護の連携に関するめざすべき姿を具体的に設定し、その理想像に近づけるプロセスを確立することが重要である。

※PDCA サイクルに沿って事業をマネジメントするためには、研修等を通じて PDCA サイクルの方法論を体系的に習得し、実践することが重要である。従来から、体系的に実践している手法がある場合等は、本手法を参考に、方法論の向上を図っていただきたい。

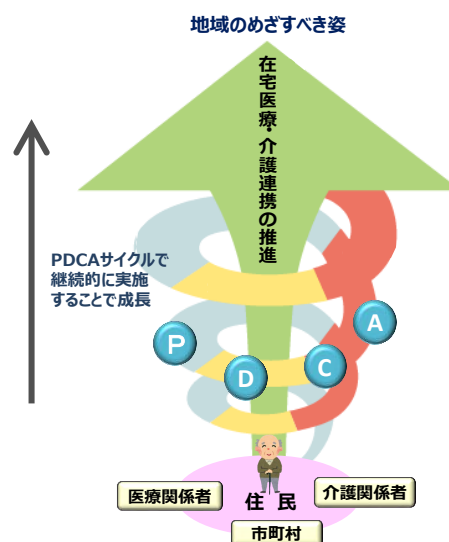
(1) 総論

- 地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制を構築し、維持、充実していくためには、地域の医療と介護の連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案、実施に至る過程を意識して取り組むことが重要である。そのため、地域のめざすべき姿はどのようなものかを考えた上で、現状の把握、課題の整理、目標を設定し、課題解決に向けた取組（手段）を実施し、評価を行い、理想とする地域のめざすべき姿へ向かって改善を講ずることで、連続性をもった継続的な向上を図る、いわゆる PDCA サイクルに沿って事業をマネジメントすることが求められる。
- PDCA サイクルとは、Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)を繰り返すことで、業務を継続的に実施・改善していく手法である。実施にあたっては、本事業の趣旨を踏まえた上で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、地域の実情にあった在宅医療と介護の連携の、地域のめざすべき姿を設定し、その理想像に近づけるために、

- ・ 現状を把握したうえで、現状の分析、課題の抽出を行い、施策立案（目標の設定、対応策の検討、効果の確認指標の設定）を実施 — Plan(計画)
- ・ 計画に沿った、具体的な取組の実施 — Do (実行)
- ・ 施策立案の際に設定した、評価時期に、地域の実情に応じて設定した指標を用いて効果の確認を実施 — Check(評価)
- ・ 地域のめざすべき姿の理想に近づけるために、業務内容を見直し、次の目標を設定し、更なる対応策を検討 — Act(改善)

を繰り返し、現状を理想へと継続的に近づけていき、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最期まで続けることができるよう、本事業を推進していくことが必要である。

- このため、Plan だけに時間をかけず、PDCA サイクルに沿った取組をきめ細かに進めることに加え、長期的視点と短期的視点を持ちながら、在宅医療と介護の連携の推進によって、いつ、何を実現したいのか、という目的に対し、実現までの過程で目標を設定し、それを達成するための手段を検討する必要がある。施策は目標を達成していくための手段であり、これを目的化しないように注意する。



- PDCA サイクルは第 7 期介護保険事業計画期間における実施状況を評価・改善し、次の第 8 期介護保険事業計画へつなげていくことが必要である。その際、取組の選択と集中も必要であり、実施の過程でさらに注力すべき取組、新たに着手すべき取組も生じると考えられるため、漫然と事業を行わず、適切に効果を確認して継続して実施すべきかを考えることも重要である。
- 地域によって人材を含めた医療と介護の資源は異なるため、PDCA サイクルのいずれの場面においても前提として、『地域の医療機関、介護事業所等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握することが重要であるが、その際には、医療提供や介護サービス整備の提供体制そのものの多寡を評価し、更なる整備を進めることを目的とするものではなく、地域の特性に応じた最適な仕組みを考えていくことが重要』と認識する。

図 7 PDCA サイクルのイメージ

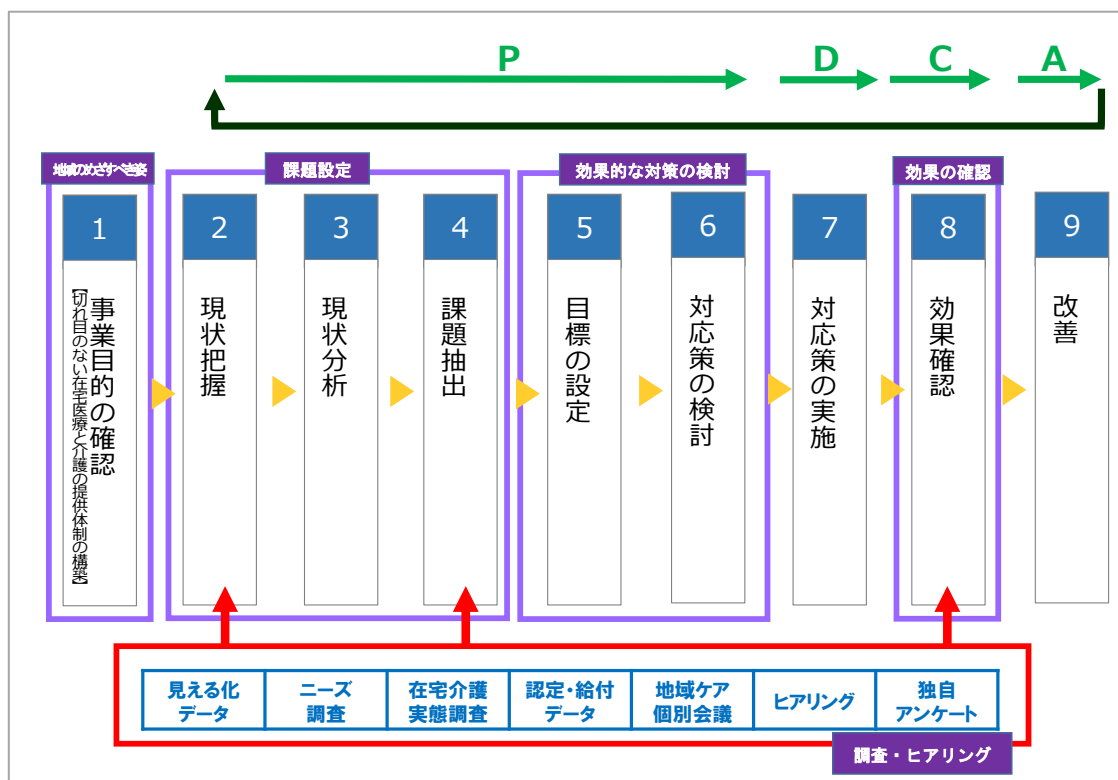


表 1 在宅医療・介護連携の推進のための手順

	主な項目
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケアシステムの実現に向けて、地域の在宅医療と介護の連携は、どのような姿が理想であるのかを常に意識する ○ 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継続できるために必要な、医療と介護が連携するイメージを意識する ○ 在宅療養者の生活場面のうち、医療と介護が共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識する
準備	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療や介護・健康づくり部門など庁内連携の体制を整える（事前相談、情報共有等） ○ 行政と医療・介護関係者が良好な関係（顔の見える関係、話ができる関係等）をつくる ○ 医療・介護関係者で協議する環境が整備されている
現状把握	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の在宅医療と介護の提供状況を把握するため、地域包括ケア「見える化」システムなどを活用し、公表データをもとに、医療・介護に関する基礎データを収集・整理する (収集項目の参考例は、表2～表10参照) ○ 医療と介護の現場の視察、関係者へのヒアリングなどを通じて、在宅医療・介護の現状や専門職の課題、既に実施している取組等を把握する ○ 住民の意識・意向を把握する ○ 最近の動向（医療の動向、介護給付の動向、要介護認定者の推移、認知症の有病率等の認知症に関する数値 など）を把握する ○ 既にある地域資源の活用も視野に入れ、将来の人口推計に基づくニーズの把握を行う ○ 既存のデータ等から必要な事項が得られない場合は、調査等を実施する ○ 地域ケア会議の事例検討から現状と課題を把握する ○ 地域の社会資源、在宅医療と介護の提供状況、在宅医療・介護連携の取組の現状や市町村及び各関係団体の既存の取組、住民の意向等の情報を収集したのち、情報を整理する
現状分析・課題抽出・施策立案	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療・介護連携の課題（情報共有のルール策定、医療・介護のネットワークづくり、医療・介護関係者や、その連携担当者等の顔の見える関係づくり、住民啓発等）を、重要度及び優先順位を意識して抽出する ○ めざす姿と現状の差（課題）を確認し、目標を設定、課題を解決するための対応策（取組）を検討する（どの程度の量にするか、対象をどうするかなど、具体的に検討） ○ 医療・介護関係者に対して会議等で、在宅医療・介護連携の現状や課題、対応策の案について、検討・共有する ○ 検討された対応策は、優先順位、短期又は中長期で取り組む等を明確にし、市町村や医療・介護関係者が「いつまでに」「誰が」実施するのかのスケジュールと役割分担する ○ 立案時には、事業の評価・見直し時期もあわせて検討する
実行	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画の内容を踏まえて事業を実行する ○ 目標の達成状況、対策の実施状況を定期的に確認する ○ 進捗状況をもとに、取組の振り返りする
評価	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施策立案時に設定した項目・見直し時期をもとに、取組の評価を行う ○ 必要に応じて、地域住民や医療・介護関係者等への調査を実施する
改善	<ul style="list-style-type: none"> ○ 評価後の課題を抽出し、めざす姿に近づくための改善策（目標の再設定等）を検討する ○ 取組の選択と集中を行い、さらに注力する取組や新たに着手する取組等の検討する

※対策の取組の手順は、「第2章2. 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル（2）具体的取組について」参照

※留意事項は、「第2章4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」参照

PDCA サイクルに沿った取組イメージ

<目標> 認知症高齢者の円滑な入院の受入を可能とする（入退院支援の例）

<課題> 骨折・がん・肺炎などで入院を希望した高齢者が、認知症を理由に受入を断られる事例が相次ぐ

<プロセスイメージ> 事業計画途中に課題が発生、次の PDCA サイクルに沿った取組へ反映（必ずしも、全ての Plan を立て直す必要はなく、小刻みに PDCA サイクルをまわすことも必要な例）

C (評価)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受入が出来ない医療機関の現状と課題を把握 ○ 入院を要するまでの医療・介護体制に課題がなかったかを検証 (例：かかりつけ医がなく介護サービスのみで経過していなかったか、BPSD への対応が十分であるか等) ○ 類似の事例について、認知症の患者団体・家族会・ケアマネジャー等に確認 ○ 医療計画等で認知症医療の整備、人材育成・確保計画の確認[※] ○ 医療従事者向け認知症対応力向上研修の受講状況を確認 ○ 認知症専門医・サポート医・認知症看護の専門性が高い看護師がいる医療機関を把握
A (改善) ・ P (計画)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村内に受け入れ可能な医療機関がなければ、二次医療圏内の状況について、他市町村や都道府県と情報交換して改善策を検討 ○ 認知症高齢者数、骨折・がん・肺炎等の発症率から入院を要する認知症高齢者数を推計し、病床数の過不足を検討[※] ○ 現状と課題について医療・介護関係者、住民と共有し、認知症高齢者が急性疾患を合併した場合の医療の選択について検討 ○ 住民ニーズや需要に応じた入院先の選定、かかりつけ医から入院先への連絡体制、相談窓口のあり方、共有すべき情報など、今後の取り組み内容とその対象、実施方法などを計画（地域ケア会議などの既存の会議体の活用）
D (実行)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 関係団体とともに認知症高齢者の入院受け入れ先の調査と診療科目別のリスト化を取組 ○ 認知症専門医・サポート医や専門看護師等と連携し、医療機関における認知症ケアのあり方についてスタッフ向けの研修を実施 ○ 各医療機関の病床機能と医療体制の現状、搬送時の留意点、入院期間の目安とその間に可能なこと、日頃の医療の受け方等について、住民・かかりつけ医・訪問看護師・ケアマネジャー等がともに学ぶ機会の設定 ○ 入退院時の連携方法・相談窓口のあり方について議論し、各職種が互いに役割発揮できる体制・ルールを策定 ○ 認知症高齢者数、骨折・がん・肺炎等の発症率から入院を要する認知症高齢者数を推計し、病床数の過不足について都道府県へ伝達[※]
C (評価)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下を評価指標としてモニタリングしながら事業を継続 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症ケア加算・入退院時連携加算等の算定医療機関数が増えているか[※] ・ 医療機関における認知症高齢者への身体拘束が増えてはいないか ・ 認知症専門医・サポート医・専門性の高い看護師の数[※] ・ 認知症に関する研修受講者数とその認識の変化 ・ 認知症高齢者の入院受け入れ医療機関数[※] ・ 家族介護者やケアマネジャー等の相談のしやすさ、安心感 など ○ 目標（値）の達成状況を確認
A (改善) ・ P (計画)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 住民や医療・介護関係者の意識・医療機関との連携体制をみながら、入院受け入れ先リストの一般公表、認知症ケアパスへの記載 ○ 都道府県や近隣市町村との情報交換により、医療人材の確保・育成計画の過不足について協議、認知症関連の予算の増額について都道府県に要請[※]

※印は、医療と介護の体制整備（施設整備・人材確保等）を示しており、本事業で解決というよりは、医療の体制整備であれば都道府県、介護の体制整備であれば市町村所管課等への提言になる。

(2) 具体的取組について

在宅医療・介護連携に関する相談支援

※留意事項は、「第2章4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」参照

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援する。

—手順—

- ア. 在宅医療と介護の連携に関する支援を行うため、地域の在宅医療と介護の関係者（又は関係団体）が連携について困った際に、相談する先（窓口）が、医療・介護関係者に明示的にわかるよう、相談窓口の設置を行う。なお、相談窓口については、地域の実情に応じて、既存の窓口に機能を付与することも可能である。
- イ. 相談窓口配置する人材は、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、介護支援専門員資格を持つ者など介護に関する知識も有し、実務経験がある者が望ましい。このような人材を配置することが難しい場合等においては、相談の対応について郡市区等医師会等と連携しながら対応する体制が必要である。
- ウ. 地域の医療・介護関係者等に対して、相談窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知する。医療関係者への周知には郡市区等医師会等、介護関係者への周知には地域包括支援センター等の協力を得ることが望ましい。なお、高齢者が利用する介護サービス事業所や医療機関は、当該市町村内とは限らないため、市町村内の関係者のみならず、当該市町村外の医療・介護関係者に対しても相談窓口（連絡先）がわかるように、実施主体である市町村のホームページなどに掲載することが必要である。
- エ. 相談窓口の運営については、地域における在宅医療・介護の連携を支援・促進する拠点としての役割も期待されることから、市町村や郡市区等医師会及び看護・介護等の職能団体（事業者団体）等の地域における医療・介護関係者との会議の活用等により運営方針を策定・共有し、それに基づいて実施計画を策定した上で相談を受付ける。
- オ. 定期的に相談内容等を取りまとめ、医療・介護関係者間で共有し、実施計画を見直していく。

【事例】在宅医療と介護の連携を推進するため専任のコーディネーターを配置<大阪府大阪市>

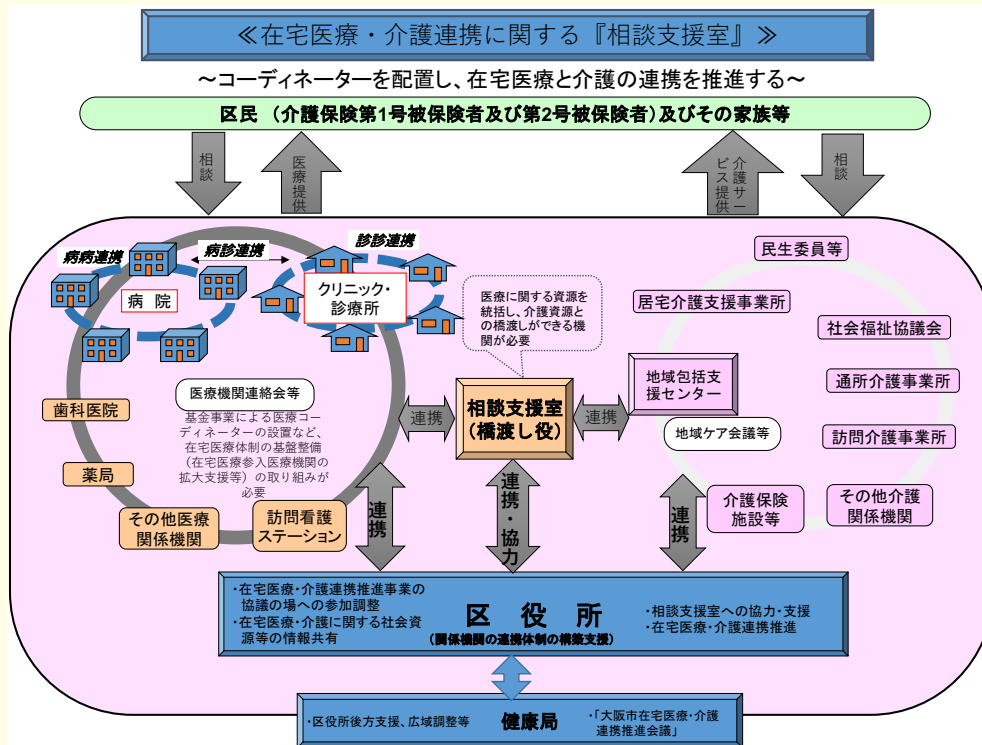
大阪市では、国が定める取組事業を区役所・地区医師会等・健康局との3者で体制を構築し、連携しながら取組みを進めている。特に専門性の高い取組み内容については、地区医師会等に業務委託して、医療と介護の「橋渡し役」となる相談支援室を設置し、専任のコーディネーターを配置している。

《在宅医療・介護連携相談支援室の設置》

医療・介護関係者等からの在宅医療・介護連携に関する相談を受けるとともに、連絡調整・情報提供等の支援を行い、多職種間の円滑な相互理解や情報共有が行えるよう、関係者間の「橋渡し役」となり、「顔の見える関係」を構築する。平成27年度東成区でモデル事業を実施し、以降、段階的に市内24区すべてに相談支援室を設置。

以下の取組を実施し、コーディネーターのスキルアップと連携強化につなげている。

- ・在宅医療・介護連携支援コーディネーター手引き書作成
- ・在宅医療・介護連携支援コーディネーター連絡会開催
- ・在宅医療・介護連携相談支援室活動報告会開催
- ・在宅医療・介護連携支援コーディネーター・区役所実務者合同研修会開催
- ・多職種研修会（市内基本保健医療圏単位）開催



出典) 大阪府大阪市

地域住民への普及啓発

※留意事項は、「第2章4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」参照

地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係職種の連携だけでなく、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要である。また、地域住民が人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取りについて理解することも、適切な在宅療養を継続するために重要であるため、これらの理解を促進する。

—手順—

- ア. 普及啓発にかかわ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した上で、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する。その際、優先して啓発すべき内容や効果的な啓発場所等、「誰」に対して「何を」「どこで」「どのように」啓発することが効果的・効率的であるのか、また、住民の意識を変えていくためには、どのような計画的な啓発が必要なのかを、医療・介護関係者間で十分議論することも重要である。
- イ. 在宅医療や介護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する。また、在宅医療、介護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、リーフレット等を作成し、配布するとともに、市町村等のホームページ等で公表する。
- ウ. 作成したパンフレット、リー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。
- エ. 実施後については、地域の実情に応じた手法で、対象者や医療・介護関係者（関係団体）の行動変容・意識の醸成等、普及啓発の効果について確認する。

【事例】広報誌を効果的に活用した地域住民への普及啓発

特集 自分らしく生きる～在宅療養という選択～〈奈良県生駒市〉

生駒市では、在宅医療・介護連携を推進する場として「生駒市在宅医療介護推進部会」があり、在宅療養について、「地域住民への普及啓発が不足しているのではないか」という課題が浮上した。

そこで、地域住民への普及啓発の重要性を感じ、推進部会において以下の取組を実施。

- ・在宅療養に関するリーフレットの作成
- ・市広報誌において特集「自分らしく生きる～在宅療養という選択～」の掲載

表紙は、実際にその選択をされた夫婦が飾り、A3用紙4枚にチームで支える自宅での療養や医療・介護の専門職が連携し患者をサポートする内容、本人・家族へのインタビューを始め、在宅療養に関する相談窓口や備えなどを紹介した。

実際に在宅療養をしている人達の声が住民の心に届き、新たに在宅療養の選択を考える人や先々のこととして、かかりつけ医に相談する人など、紙面やリーフレットからの情報を受け止める人が生まれた。複数の方々が生駒市で在宅療養についてありのままの暮らしを伝えてくれたことで、日常生活に医療と介護がつながり暮らしを支えてくれていることが伝わり、とても大きな反響があった。

地域住民への普及啓発は、継続して伝えていくことが重要で、生駒市では市民フォーラム等も生駒地区医師会や一般社団法人生駒市医師会とも協力し合い、毎年継続している。



医療・介護関係者の情報共有の支援

※留意事項は、「第2章4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」参照

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有を実施する。

—手順—

<情報共有ツールの確認・作成>

- ア. 地域の医療・介護関係者と協力して、既存で使用されている情報共有ツールを収集、活用状況を確認し、地域で充実又は作成するべきツールを検討する。
- イ. 情報共有ツールが既に作成されているが、十分に活用されていない場合は、共有する情報の内容や活用方法等について、医療・介護関係者の双方の理解が得られるよう十分に意見を聴取し、より多くの関係者に利用されるように改善する。
- ウ. 情報共有ツールを新たに作成する場合は、作成するツールの用途を明確にし、医療・介護関係者が利用しやすい様式等を具体的に検討した上で、情報共有の方法、（情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス、認知症ケアパス、ファックス、電子メール等）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扱いを含む）等を策定する。なお、これらの決定に当たっては、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。

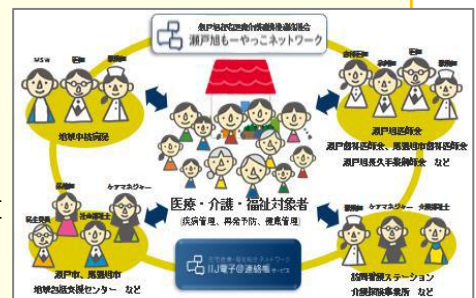
<情報共有ツールの導入・活用>

- ア. 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するとともに、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地域の医療・介護関係者に配布する。
- イ. 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を行う。また、必要に応じて、情報共有ツールの内容、手引き等を改定する。なお、改定等で変更が生じた場合には、関係者に十分周知する。

【事例】地区医師会と協働した情報共有・相談支援<愛知県瀬戸市・尾張旭市>

医療資源は比較的豊富な地域であり、入院医療がしっかり確立している反面、これまで在宅医療のニーズが高くなかった。そのため、在宅医療・介護連携の取組を進めるに当たり、

- ・ 瀬戸市・尾張旭市・瀬戸旭医師会・関係団体で構成した「瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会」を設置
- ・ 下部組織として実行委員会を設置し、4つの部会（連携推進部会、ネットワーク部会、研修部会、広報部会）を配置
- ・ 在宅医療介護連携推進協議会では、課題を整理し対応策を検討。その結果、在宅医療・介護連携に関する相談支援については、医師会に窓口を一本化し、平成30年度から「もーやっこダイヤル」において、医療・介護従事者や市民からの相談の受付を開始。在宅医の選任依頼や医療と介護の連携に関する相談等について対応している。なお、相談内容については、協議会に定期的に報告し、行政や医療・介護関係者にフィードバックすることで、地域の課題を共有し、次の取組につなげている。さらに、情報連携システム「瀬戸旭もーやっこネットワーク」により、在宅医療と介護が一体的に提供される体制を推進。地域の医療・介護資源の情報を一元的に掲載し、「市民向け」「在宅医療介護従事者向け」に分けるなど、対象者や用途に合わせて充実させている。この他、統一した申請様式の掲載や、電子@連絡帳による医療・介護関係者の情報共有支援にも役立っている。なお、医療・介護関係者の意見を踏まえ、電子@連絡帳以外の情報共有（統一様式を活用したFAXなど）も、状況に応じて柔軟に活用している。



医療・介護関係者の研修

※留意事項は、「第2章4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」参照

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。

—手順—

<市町村や医療・介護関係団体が既存で実施している研修の整理>

- ア. 新規で在宅医療・介護連携に関する研修を企画する前に、地域で行われている既存の研修についての情報を収集し、活用していくことを検討する。
- イ. 特に、市町村では、担当部署以外で同様の研修が存在していないかを確認し、他の地域支援事業に基づく事業、例えば認知症施策・地域ケア会議など、他の施策との連携を図り、効率的な開催を行う。この際、例えば認知症施策の一環で多職種連携の研修を開催した場合、本事業と同様な医療・介護関係者の連携の内容と見込むことができる場合は、本事業を実施したと考えて差し支えない。
- ウ. 研修の開催については、医療・介護関係者へヒアリング等を実施しニーズを把握して企画する、関係団体が実施する研修について他の関係団体への周知に協力する等、適宜、方法を検討する。

<研修の実施>

- ア. 事業への理解と相互の理解を深め、本事業でめざす姿の実現に向けた体制を強化するための研修によるアプローチは複数あることから、適切と考えられる研修内容・方法を検討する。
(例として①多職種が連携するためのグループワーク等を活用した研修②地域の医療・介護関係者に対する研修③地域の医療・介護関係者による同行訪問研修④多職種連携が必要な事例検討による研修などがあるが、手順は「第2章4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項(参考)医療・介護関係者の研修の例」参照)。
- イ. 実施にあたっては、研修で得たい結果、研修対象、結果を得るための内容や方法を考えて全体の研修計画を作成する。その上で、市町村が直接実施するもの、委託して団体等に行わせるもの等を整理する。
- ウ. 研修計画の検討等にあたっては、市町村だけではなく、郡市区等医師会や看護・介護等の職能団体(事業者団体)等の地域の医療・介護の関係者から成る研修委員会やワーキンググループを組成し、一緒に検討することが重要である。
- エ. 研修の実施においては、アンケート等を実施し、その実施効果を確認すること。この場合、感想等を求めるのではなく、研修前後での意識の変化、研修終了後一定期間をおいての変化の確認を行うことが有効である。

このほか、医療・介護関係者への支援に必要な取組

【事例】地域の弱みを強みに変えた他施策との連携＜静岡県川根本町＞

自然災害により地域が孤立、停電により電動ベッドのギャッチアップが作動せず、身体に負担のかかる姿勢のまま長時間にわたり体位変換が困難、また、酸素吸入等の医療機器も維持困難になる恐れを経験。社会資源が少ない町で、昔ながらの「自助共助」を生かし、住民と力を合わせて「協働」の実現を目指す。

まさに、地域包括ケアシステムと多職種連携チームによる共同事業体制の構築を実施。

①在宅医療・介護連携の基盤の整備

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

②認知症施策など他事業との効果的な連携

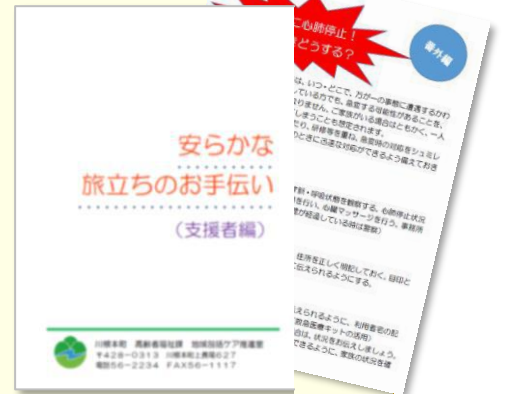
- ・介護予防教室では「認知症予防」と「在宅医療」を一緒に情報発信。
- ・ほとんどの会議の出席者は重複しているため、一度に効率的に開催。
これにより全ての事業の共有・連携の意識が強化。
- ・県歯科医師会・県社会福祉士会で「認知症・虐待等チェックシート」を作成。歯科医院で認知症を疑う場合は、主治医へ速やかに連絡が可能。

③災害時などを含めた消防署や他部署との連携

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

④在宅での看取りの意識の醸成と支援体制の整備

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



【事例】医療・介護・消防との切れ目のない連携～日南安心キット～＜鳥取県日南町＞

日南町は、高齢化率（50.9%：R2.3 時点）が高く、医療・介護資源も少ない地域のため、医療圏内にある病院に受診しながら、在宅療養を選択する高齢者が多い地域である。また、80 歳以上の独居や高齢者夫婦も多く、介護力の弱い在宅療養者を支援するための医療と介護の連携は不可欠。

切れ目のない在宅医療と介護を提供するため、町立病院医師等・介護事業所職員・地域包括支援センター職員等の多職種で「在宅支援会議」を開催（週1回）、この中で、「平成22年時点で要支援1.2、要介護1.2の在宅療養者が、なぜ町での生活を維持できず、他市のサービス付き高齢者住宅等に転居を余儀なくされたか」を検証し、5つの生活課題としてまとめた。そして、令和元年度、再検証を行い、6つの生活課題を抽出し、新たな支援を開始した。

課題への対応策の1つとして、「支え愛ネットワーク」活動（地域防災、地域福祉、介護予防等）を推進。全戸配布アンケートを実施し、災害時の支援希望を回答した場合には、地域役員や地域包括支援センター等職員が訪問し、身体・生活状況を確認、有事の際の支援に役立てている。なお、「在宅支援会議」の中で、風水害の警戒時に、医療・介護サービスを受けることができない事態が想定される要援護者の対応や、その者の受入先の事前調整等を行い、医療・介護の継続的な提供を検討している。

- 在宅支援会議・地域包括ケア会議等からみえてきた高齢者の6つの生活（地域）課題への支援
1. 薬がきちんと飲めない。自分自身や家族で健康管理が出来にくい事への支援
 2. 食生活（材料を買う、3食作る、食事回数や量などが不規則になりがち、孤食）が困る事への支援
 3. 認知症を理解して安心して暮らせる地域づくりへの支援
 4. 自分の終末期をどう迎えたいか伝えておく事、本人の意思を尊重する家族、地域である事への支援
 5. 日南町で暮し続けられるために、どんな住まいが必要かをみんなで考えていく事ができる支援
 6. 離れて暮らす家族への支援



また、救急時に備えた消防との連携として、高齢者の自宅には、「日南安心キット」の設置を実施、具体的には、

- ・救急情報シート（医療・介護の情報を記載）を記入
- ・救急情報シートと薬剤情報提供書を筒に入れて冷蔵庫に保存
- ・冷蔵庫のドアにシールを貼付

高齢者が体調の急変時、救急搬送において救急隊が活用し、消防（救急）・医療・介護の連携の仕組みを実施している。

3. 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例

ポイント

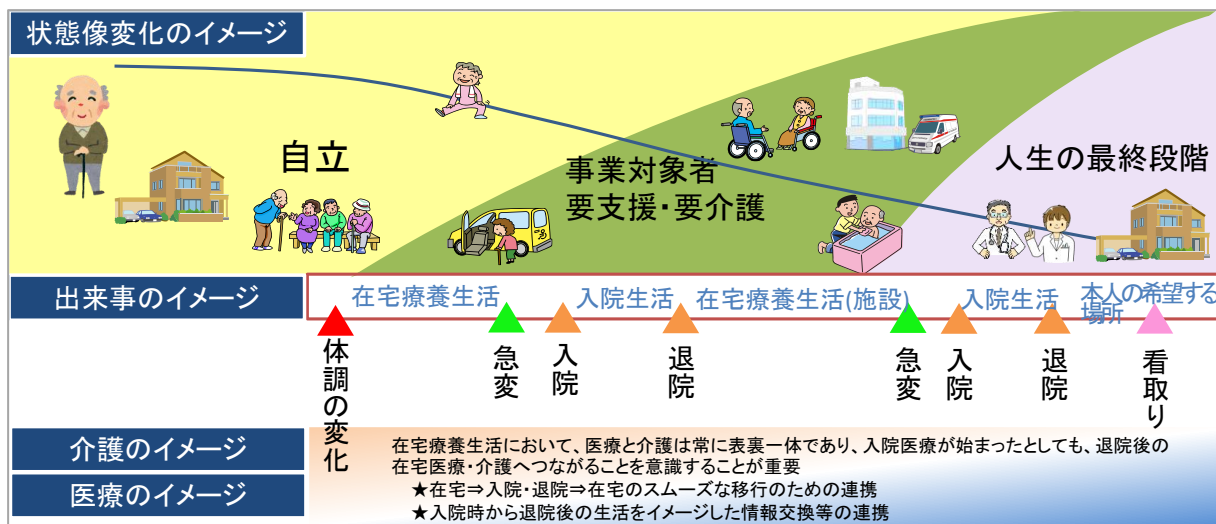
- ❖ 在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）を意識した取組が必要である。
- ❖ 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。

※以降に記載する、4つの場面に示す目標等については、あくまで例示であり、この限りではないので、適宜、地域の実情や目的に沿って変更すること。

(1) 4つの場面について

- 人生において常に健康状態は変化するが、特に、高齢期になると、加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療や介護が必要となることや、容態が急変して入院することもある。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、あるいは在宅療養中に容態が急変し、看取りに至ることも想定される。ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるように支援していく必要がある。

図 8 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ



- このため、切れ目のない在宅医療と介護の連携体制を構築するためには、ライフサイクルの中で起こりうる節目となる場面を意識した取組が必要であり、さらにこれらを取り巻く環境にも着目する必要がある。
- なお、医療計画の一部である地域医療構想においても、「地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある」とされているところである。また、在宅医療の体制構築に係る指針^{*}の充実のために、
 - ・ 在宅医療に必要な医療機能は、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り

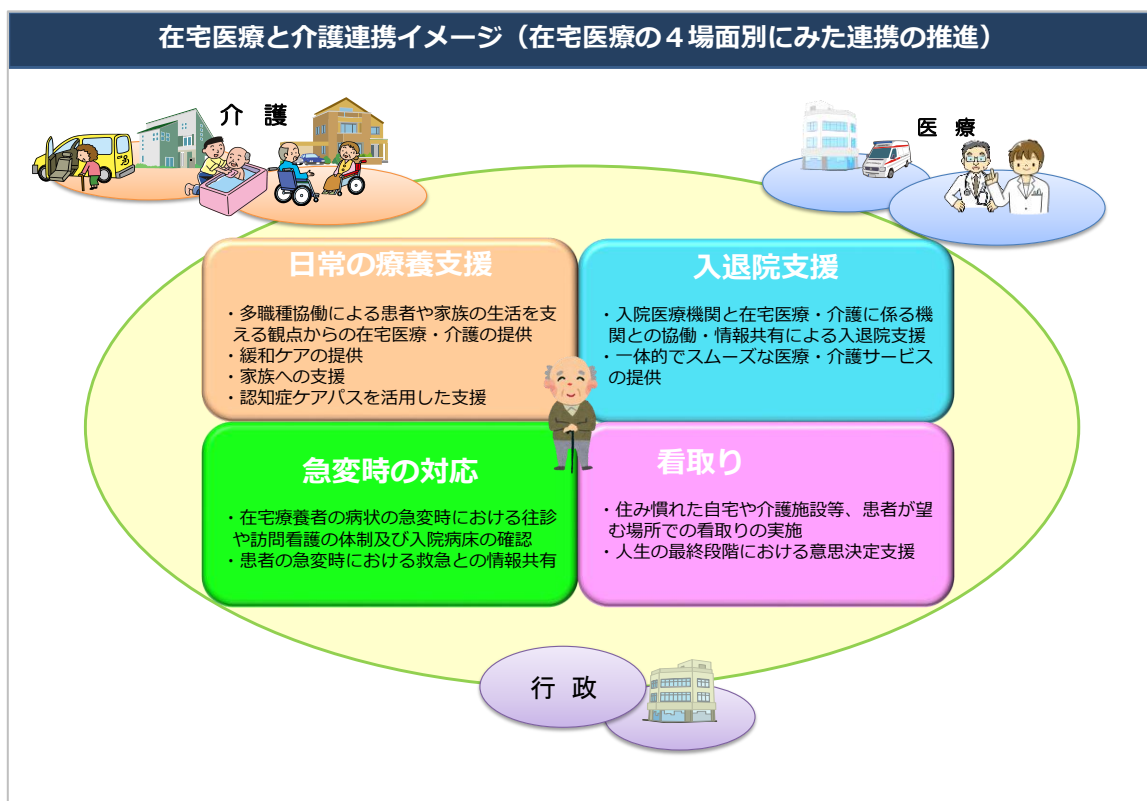
- ・ 患者の生活の場においてこれらの医療を提供していくためには、多様な機関（職種）が相互に連携することが重要

とされており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等や医療・介護の現場での多職種連携の必要性についても記載されている。

※「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知）

- これらを踏まえ、在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。

図9 在宅医療と介護連携イメージ



(2) 日常の療養支援の場面の考え方

※『日常の療養支援』の場面における PDCA サイクルに沿った考え方は、以下のとおり。主な手順（例）は「2（1）」参照

	<p>① めざすべき姿</p>
	<p>医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、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場所で生活が出来るようにする。</p>
	<p>② 現状把握</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 日常の療養支援のめざすべき姿は、「医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活が出来るようにする」ことであり、切れ目のない医療・介護連携の体制を整えることが必要である。その際、介護については、在宅療養者の日常生活を訪問介護等が十分に支えていくことが在宅療養を継続していくことの鍵となっている。 ○ 切れ目のない医療・介護連携の体制を整えるためには、住民や医療・介護関係者等から現状を把握することが必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察、ヒアリング等を通じて把握 ・ 住民のニーズの把握 ・ 地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、利用可能なデータ等から把握（表 2、3 参照） ○ 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた場所で在宅療養を継続していくためには、特に、地域における訪問介護や訪問看護、訪問診療等の医療・介護資源の状況に応じた持続可能な仕組みを検討していくことが重要である。なお、この際、訪問介護事業所数や診療所数といった数値を全国平均等と比較してその多寡を評価しないように留意する。 ○ 在宅において、昼夜を問わず 24 時間発生する医療・介護ニーズに、医療・介護関係者が対応するためには、例えば、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養者が受診を必要とした時に、直ぐに医療機関への受診・搬送ができるバックアップ体制が整っていること ・ 夜間は、訪問看護事業所や医療機関と介護施設等の看護師が、お互いに連携していること などと合わせて、総合的に日常の療養生活を支援する体制が整っているかをみることが重要である。 ○ そのためには、単に訪問介護事業所や訪問看護事業所の数を増やすなど、24 時間対応が担える機能強化型訪問看護ステーションや在宅の中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズに対応した看護体制強化加算等の取得状況を増やすことのみが対応策にならないように留意が必要である。 ○ 訪問看護や訪問介護等のサービスの患者・利用者数を要介護度別で把握し、支援の対象の特定を試みることも重要である。また、訪問介護の技量等も把握し、看取りや医療ニーズの高い患者・利用者の支援がどのくらい対応可能であるかの把握も重要である。
	<p>③ 現状分析・課題抽出・施策立案</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現状分析と課題抽出、目標設定、対応策の検討にあたっては、住民や医療・介護関係者がどのようなニーズや課題を持っているかをベースとして、在宅において 24 時間発生する医療・介護ニーズへの対応が可能かを評価し、医療・介護の有機的な連携を検討していく必要があ

	<p>る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ さらに、在宅のみ 24 時間を通じた医療・介護ニーズに対応するのではなく、訪問・通所・短期入所を組み合わせる在宅療養を継続できるような仕組みを医療・介護関係者が一体となって構築していくことに留意が必要である。そのためには、 <ul style="list-style-type: none"> ア. 在宅医療・介護の連携状況等を、利用可能なデータ等から分析（表 3 参照） イ. ①で設定しためざすべき姿とアで把握した現状との差を検討 ウ. 事業としての課題を抽出 ○ その上で、地域の実情に応じた、具体的な目標を設定するとともに、目標を達成し、課題を解決するための具体的手段について検討を行う。例えば、以下のようなものが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有：ICT 等の情報ツールを活用した情報共有の推進 ・ 同じ職種同士の理解：専門職としての課題・方向性の合意形成（意識合わせ） ・ 異なる職種同士の理解：地域ケア会議のケアプラン確認、事例検討の活用 ・ 住民の理解：住民の集まる場で在宅での療養生活や認知症ケアパスを説明、在宅の療養生活を支える地域の社会資源等の紹介（リーフレット、リスト、マップ等）、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援に関する説明など
④ 評価	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 具体的な取組を踏まえ、目標と現状との差がどの程度改善したか、といった実際にどのような効果が出たのかを、施策立案時に用いたデータや医療・介護関係者や住民からの意見聴取等により検討する（在宅医療・介護の連携状況等について、利用可能なデータ等は表 3 参照）。 ○ その際には、②と同様に、日常の療養支援のめざすべき姿は、「医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活が出来るようにする」であり、在宅において 24 時間発生する医療・介護ニーズに医療・介護関係者が対応するためには、例えば、在宅療養者が受診を必要とした時に、直ぐに医療機関への受診・搬送ができるバックアップ体制が整っていることや、夜間においては、訪問看護事業所や医療機関と介護施設等の看護師が、お互いに連携していること等と合わせて、総合的に日常の療養生活を支援する体制が整っているかをみるのが重要である。
⑤ 改善	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ④を踏まえ、目標設定や課題抽出、具体的取組が妥当であったかを、再度、検討を行う。

<表の見方の留意事項>

単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域のニーズを把握した上で、用いることが必要である。また、連携に関する報酬の加算は、連携の実態をそのまま反映しているわけではないことに注意が必要である。

表 2 PDCA サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）

	項目	考え方
体制整備	居宅介護支援事業所数	在宅療養患者へ在宅介護を供給できる介護資源量を把握する。供給側の現状把握には必須となる。
	介護老人保健施設数	施設の総量の把握により、地域において在宅療養患者の受入先のキャパシティを把握する。現状を把握する上で必須となる。
	指定介護老人福祉施設数	
	地域密着型介護老人福祉施設数	
	介護療養型医療施設数	
	介護医療院数	
	通所介護の事業所数	
	訪問介護の事業所数	
	通所リハビリテーション事業所数	
	訪問リハビリテーション事業所数	
	在宅療養支援診療所・病院数（医）	在宅療養患者に医師による診察・診断を供給できる医療資源量を把握する。訪問診療や往診等を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際に訪問診療や往診の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。「在宅医療サービスの実績」や「連携に係る診療報酬」の項目とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。
	訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	
	訪問看護事業所数（医）	在宅療養患者へ訪問看護を供給できる医療資源量を把握する。
	看護小規模多機能型居宅介護事業所数	多様なサービス（通い、泊まり、訪問（看護・介護））を24時間提供する資源量を把握する。
	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	地域における口腔健康管理や栄養管理のサービスを提供できる医療資源量を把握する。
	在宅療養支援歯科診療所数（医）	
	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数（医）	
	在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数（医）	
	薬局数	地域における薬剤の供給および薬剤管理サービスを提供できる医療資源量を把握する。
	訪問薬剤指導を実施する薬局数（医）	在宅療養患者に対して積極的に在宅療養患者の薬剤管理を担うことが可能な薬局数を把握する。訪問薬剤指導を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際の訪問薬剤指導の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。
認知症疾患医療センター数	地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、医療・ケア体制の整備等を実施、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関との連携、診断の際に地域の当事者組織の連絡を紹介するなどの施設数を把握する。	
認知症初期集中支援チーム数	医療・介護関係者が、認知症の人を伴走者として支援していく体制等の評価に活用する。ただし、チーム数は、市町村の規模等や社会資源の量により大きく影響されるので注意が必要である。	

項目	考え方
認知症短期集中リハビリテーション加算	医療・介護関係者が、認知症の人を伴走者として支援していく体制等の評価に活用する。
医療従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数 (認知症サポート医等)	
介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数 (認知症介護実践リーダー等)	
認知症地域支援推進員数	
訪問診療の実績回数	地域における在宅療養患者への幅広い医療サービスの供給量を把握することで、医療サービスの提供実態を把握する。 「在宅医療」の診療所・病院数や事業所数とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。
訪問歯科診療の実績回数	
訪問薬剤指導の実績回数	
訪問看護（医療・介護）の実績回数	
通所介護の実績数	地域における在宅療養患者への幅広い医療サービスの供給量を把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。
訪問介護の実績数	
通所リハビリテーションの実績数	
訪問リハビリテーションの実績数	
要介護高齢者の在宅療養率※	要介護高齢者が在宅で療養している割合を把握することで、地域における在宅療養の普及状況を把握する。

(医)：在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表 11（令和 2 年 4 月 13 日医政局地域医療計画課長通知より））

※：独自調査が必要

<補足> 介護サービス施設・事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。

在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。

表 3 PDCA サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）

項目	考え方	
診療報酬	機能強化型訪問看護管理療養費	24 時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、医療サービスの提供実態を把握する。
	緊急訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、医療サービスの提供実態を把握する。
連携	居宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）	専門職と（主任）介護支援専門員の利用者の情報提供の連携の量を把握することができる。また、居宅療養管理指導料は、職種別に着目することで、訪問栄養指導や訪問口腔衛生指導などの提供状況を把握することができる。
	特定事業所加算	主任介護支援専門員を複数配置し、支援困難ケースへの積極的な対応や、医療・介護連携への積極的な取組を総合的に実施する指定居宅介護支援事業所を把握する。
	看護体制強化加算	24 時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。
	緊急時訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、介護サービスの提供実態を把握する。
	医療連携強化加算	短期入所生活介護において、看護職員の定期的な巡回などの手厚い体制を取っている事業所を把握する。
	医療連携体制加算	認知症対応型共同生活介護で、医療機関との連携をし、看護師を配置している体制の事業所を把握する。
	看護・介護職員連携強化加算	看護職員等が痰吸引等業務を実施している場合に、訪問看護ステーションの看護師または准看護師が、介護職員等の支援（助言、実施状況の確認など）を行ったときに算定する加算であり、訪問看護と介護の連携状況を把握できる。
	リハビリテーションマネジメント加算（II 以上）	施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制、また利用者の環境を測ることができる。
かかりつけ医が認知症疾患医療センターを紹介した割合 ※	在宅医療・かかりつけ医におけるセンターの認知度ををはかる指標として利用する。	

	<p>認知症疾患医療センター受診後の情報提供の割合 ※</p>	<p>受診後に、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護サービス事業所等へ情報提供した数とセンターを鑑別診断した数を比較すると、診断のみでその後に必要なサービスにつながっていない数の把握が可能であり、空白期間の解消の指標に利用できる。</p>
	<p>初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合 ※</p>	<p>初期集中支援チームが医療機関等につなげた者の割合により、かかりつけ医と支援チームの連携の度合いを測ることができる。ただし、地域包括支援センターが同じような患者を取り扱った場合、初期集中支援チームにつながらず、直接医療機関につなげることができれば、初期集中支援チームのみならず、地域全体の連携は評価できる場合もあることに留意が必要である。</p>

※ : 独自調査が必要

(3) 入退院支援の場面の考え方

※『入退院支援』の場面における PDCA サイクルに沿った考え方は、以下のとおり。主な手順（例）は「2（1）」参照

①	めざすべき姿
	入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。
②	現状把握
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入退院支援のめざすべき姿は、「一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする」ことであり、医療機関と介護事業所等の協働・情報共有により、スムーズな入退院支援を行うことである。 ○ 切れ目のない医療・介護連携の体制を整えるためには、住民や医療・介護関係者等から現状を把握することが必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察、ヒアリング等を通じて把握 ・ 住民のニーズの把握 ・ 地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、利用可能なデータ等から把握（表 4、5 参照） ○ 入退院の際には、入院時、ケアマネジャーから医療機関へ、速やかに患者・利用者の在宅療養状況を共有することで、退院を見据えた入院計画の策定が可能となるなど、スムーズな入退院が可能となることが重要である。さらに、入退院カンファレンスにおいて、例えばケアマネジャーや地域包括支援センターだけでなく、訪問看護・訪問介護担当者等も参加をし、療養にあたってのノウハウが共有されることが重要である。
③	現状分析・課題抽出・施策立案
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現状分析と課題抽出、目標設定、対応策の検討にあたっては、住民や医療・介護関係者がどのようなニーズや課題を持っているかをベースとして、入退院時には、具体的にどのような医療と介護の連携を実施することが可能であるかを評価し、医療・介護の有機的な連携を検討していく必要がある。 ○ さらに、単に、切れ目のない入退院が可能ということに留めず、例えば、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時に介護事業所等から患者・利用者の日常状態や在宅療養の状況を共有 ・ これにより退院後の在宅療養まで見据えた計画を医療機関が立案 ・ 退院後の初回訪問の際には、医療機関の担当看護師が訪問看護事業所の担当看護師と一緒に訪問 <p>など、一連の流れの中で、医療と介護の有機的な連携を行うことが重要である。そのために、</p> <ul style="list-style-type: none"> ア. 在宅医療・介護の連携状況等を利用可能なデータ等から分析（表 5 参照） イ. ①で設定しためざすべき姿とアで把握した現状との差を検討 ウ. 事業としての課題を抽出 ○ その上で、地域の実情の応じた、具体的な目標を設定するとともに、目標を達成し、課題を解決するための具体的手段について検討を行う。例えば、以下のようなものが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有：入退院フロー（手順書等）の作成・活用 ・ 異なる職種同士の理解：相談窓口の活用、地域の病院・診療所の合同研修

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民の理解：住民向け説明資料の開発（共通パンフレット等） ・ その他：市町村による広域連携の取組
④ 評価	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 具体的な取組を踏まえ、実際にどのような効果が出たのかを、施策立案時に用いたデータや医療・介護関係者や住民からの意見聴取等により検討する（在宅医療・介護の連携状況等について、利用可能なデータ等は表 5 参照）。 ○ その際には、②と同様に、入退院支援のめざすべき姿は、「入退院の際に、一体的でスムーズに必要な医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする」ことであり、医療・介護の有機的な連携が進むことで、実際に、退院後の在宅療養における課題が改善したかを評価することが重要である。
⑤ 改善	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ④を踏まえ、目標設定や課題抽出、具体的取組が妥当であったかを、再度、検討を行う。

<表の見方の留意事項>

単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域のニーズを把握した上で、用いることが必要である。また、連携に関する報酬の加算は、連携の実態をそのまま反映しているわけではないことに注意が必要である。

表 4 PDCA サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）

	項目	考え方
体制整備	退院支援担当者を配置している診療所・病院数（医）	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整を供給する側の数を把握する。
	退院支援を実施している診療所・病院数（医）	
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数（医）	
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数（医）	
	退院時訪問指導を実施している診療所・病院数（医）	
	退院支援（退院調整）を受けた患者数（医）	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整を行った実績を把握する。
	介護支援連携指導を受けた患者数（医）	
	退院時共同指導を受けた患者数（医）	
退院時訪問指導を受けた患者数（医）		

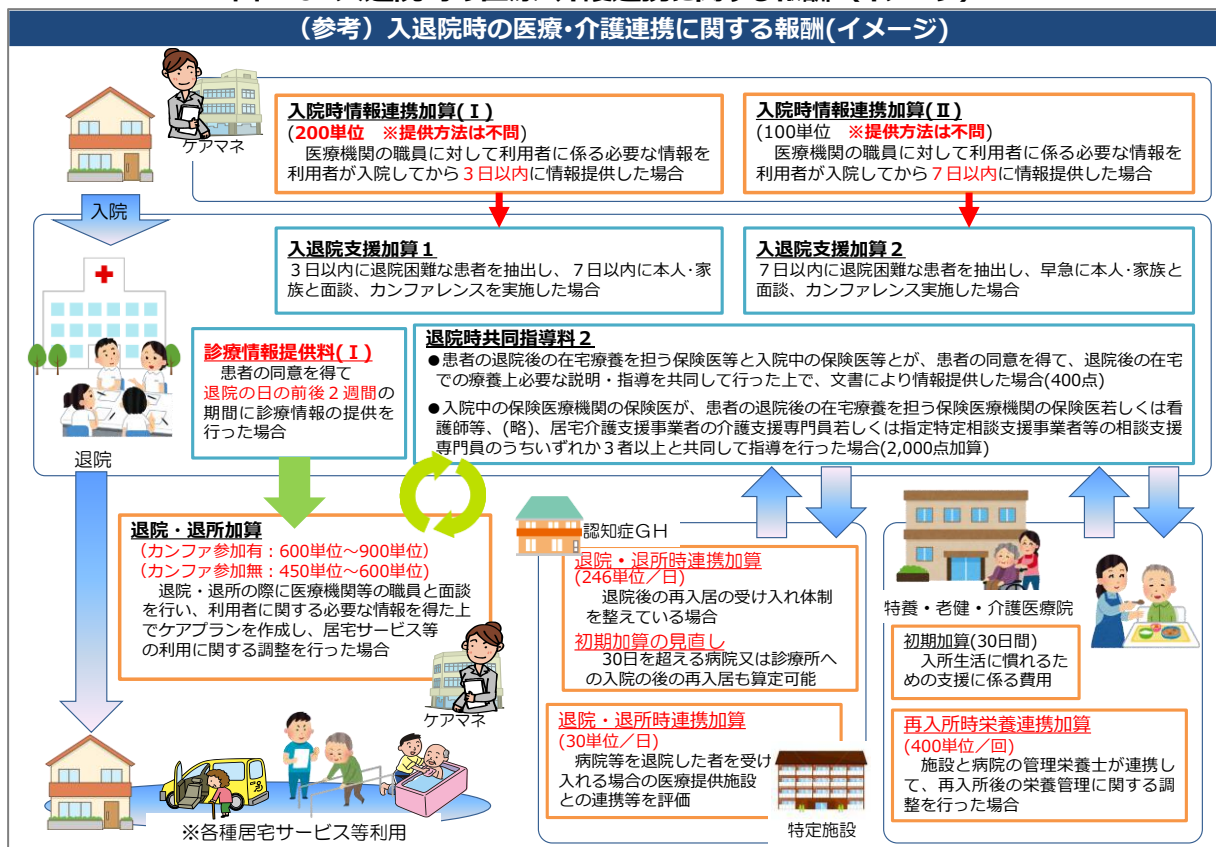
（医）：在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表 11（令和 2 年 4 月 13 日医政局地域医療計画課長通知より））

表 5 PDCA サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）

	項目	考え方	
連携	診療報酬	入退院支援加算	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整量を把握する。さらに介護支援連携指導料や退院時共同指導料とは関係が深く、あわせてみることで病院からの退院時の連携状況を把握できる。
		介護支援連携指導料	入院中の患者の退院後の介護サービスの導入に向けた調整・取組状況を把握する。入退院支援加算とは関係が深く、あわせてみることで、病院からの退院時の連携状況を把握できる。
		退院時共同指導料	
		退院前訪問指導料	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整量を把握する。在宅を支える多職種が関わり、退院患者が在宅での療養生活が可能になるよう検討するため、病院から退院時の連携状況を把握することができる。
		診療情報提供料	医療・介護の両サービスを利用する利用者の調整・取組状況を把握する。（H30 改定より、保険医療機関が、当該患者の居住を管轄する市町村、又は指定居宅介護（予防）支援事業者、介護老人保健施設、介護医療院に対して情報提供した場合も算定可能となった。）
	介護報酬	入院時情報連携加算	介護支援専門員から病院等への利用者の情報共有等の連携の量を把握することができる。退院・退所加算は、病院等から得た情報で、介護支援専門員が居宅サービス利用等の利用に関する調整を行った実績となる。
		退院・退所加算	
		退院・退所時連携加算	
		入院時情報提供率 ※	介護支援専門員が、入院した利用者のうち病院等へ情報提供できた率を把握する事で、入院時の情報連携の実態やルールがある場合、ルールの履行状況等を評価するのに活用する。
		退院調整率 ※	病院から在宅療養に移る患者を支える地域の連携基盤の状態および連携の質を把握するために活用することが可能。退院調整についてルール等がある場合、ルールの履行状況等を評価するのに活用できる。

※：独自調査が必要

図 10 入退院時の医療・介護連携に関する報酬（イメージ）



※実際の診療報酬や介護報酬の単位については、最新の情報を取得すること

(4) 急変時の対応の場面の考え方

※『急変時の対応』の場面における PDCA サイクルに沿った考え方は、以下のとおり。主な手順（例）は「2（1）」参照

①	めざすべき姿
	医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。
②	現状把握
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急変時の対応のめざすべき姿は、「在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われる」ことであり、急変時における、医療・介護・消防（救急）の円滑な連携である。 ○ 切れ目のない医療・介護連携の体制を整えるためには、住民や医療・介護関係者等から現状を把握することが必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察、ヒアリング等を通じて把握 ・ 住民のニーズの把握 ・ 地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、利用可能なデータ等から把握（表 6、7 参照） ○ 急変時の対応においては、単に、24 時間連絡を受ける体制があり、往診・訪問看護が可能な在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の整備状況等を、全国平均と比べて資源数の多寡等を評価するのではなく、地域における社会資源の状況を踏まえ、例えば、医療や介護の従事者が一人で 24 時間対応を行うことは、持続性の観点からも現実的ではないため、働き方改革等の観点も踏まえて、実際に、住民が在宅療養を継続していくことができる仕組みかどうかをみていくことが重要である。 ○ また、従事者の継続性の観点だけでなく、在宅療養者の状態が悪化し、緊急で入院するほどではないが一時的に在宅での療養が困難な場合等においても、短期入所療養介護等に受け入れられる体制かどうか、というような観点も重要である。 ○ 実際の急変時の対応に関して、住民のニーズや医療・介護関係者からの意見を聞く等により、実際に急変時の対応がうまくいかなかった事例等、どのような課題が生じているかを把握することが重要である。
③	現状分析・課題抽出・施策立案
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現状分析と課題抽出、目標設定、対応策の検討にあたっては、住民や関係者がどのようなニーズや課題を持っているかということをもととして、地域において、例えば、患者・利用者が急変した場合等に、介護職員がどこに連絡をしたらよいか等、急変時の連携体制が十分であるか、持続可能性が十分か、といった観点から評価し、医療・介護・消防（救急）の有機的な連携を検討していく必要がある。 ○ さらに、状態の不安定な患者・利用者について、在宅においてのみ急変時を含めた 24 時間医療・介護ニーズに対応するのではなく、訪問・通所・短期入所を組み合わせる在宅療養を継続できるような仕組みを関係者が一体となって構築していくことに留意が必要である。そのため、 <ul style="list-style-type: none"> ア. 在宅医療・介護の連携状況等を利用可能なデータ等から分析（表 7 参照） イ. ①で設定しためざすべき姿とアで把握した現状との差を検討

	<p>ウ. 事業としての課題を抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ その上で、地域の実情の応じた、具体的な目標を設定するとともに、目標を達成し、課題を解決するための具体的手段について検討を行う。例えば、以下のようなものが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有：在宅療養者の急変時の対応ルールの作成、患者・利用者本人の意向の共有 ・ 異なる職種同士の理解：消防（救急）を交えた情報交換会の開催 ・ 住民の理解：住民の集まる場での説明、意思決定ノート等とあわせた説明資料の作成、 ・ その他：救急医療情報キット（かかりつけ医療機関、緊急時連絡先、薬の情報等）整備等の既存の仕組みとあわせた検討
④ 評価	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 具体的な取組を踏まえ、実際にどのような効果が出たのかを、施策立案時に用いたデータや医療・介護関係者や住民からの意見聴取等により検討する（在宅医療・介護の連携状況等について、利用可能なデータ等は表7参照）。 ○ その際には、②と同様に、急変時の対応のめざすべき姿は、「在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われる」ことであり、持続可能性の観点も含め、医療・介護・消防（救急）の有機的な連携が進むことにより、実際に住民への不都合が改善したかを評価することが重要である。
⑤ 改善	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ④を踏まえ、目標設定や課題抽出、具体的取組が妥当であったかを、再度、検討を行う。

＜表の見方の留意事項＞

単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域のニーズを把握した上で、用いることが必要である。また、連携に関する報酬の加算は、連携の実態をそのまま反映しているわけではないことに注意が必要である。

表 6 PDCA サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）

	項目	考え方
体制整備	在宅療養支援診療所・病院数（医）	在宅療養患者に医師による診療・診断を供給できる医療資源量を把握する。訪問診療や往診等を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際に訪問診療や往診等の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。
	訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	
	往診を実施している診療所・病院数（医）	
	在宅療養後方支援病院数（医）	「在宅医療サービスの実績」や「連携に係る診療報酬」の項目とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。
	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数（医）	地域における口腔健康管理や栄養管理のサービスを提供できる医療資源量を把握する。
	在宅療養支援歯科診療所数（医）	

（医）：在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表 11（令和 2 年 4 月 13 日医政局地域医療計画課長通知より））

＜補足＞ 介護サービス事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。
在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。

表 7 PDCA サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）

	項目	考え方	
連携	診療報酬	往診料（夜間、日祝）／全体	在宅療養者の急変時に対応した医療提供の実績として把握する。
		機能強化型訪問看護管理療養費	24 時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、医療サービスの提供実態を把握する。
		緊急訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、医療サービスの提供実態を把握する。
	介護報酬	配置医師緊急時対応加算	介護老人福祉施設の配置医師が早朝又は深夜に訪問し診療を行った実績を把握する。介護老人福祉施設における看取りに関する医療機関と施設の連携の量を測ることができる。
		緊急時訪問介護加算	訪問介護事業所が介護支援専門員と連携し、利用者又はその家族等の要請で、居宅サービス計画外の訪問介護を行った実績を把握する。
		看護体制強化加算	24 時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。
		緊急時訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、介護サービスの提供実態として把握する。
		緊急時等居宅カンファレンス加算	利用者の状態の急変に伴い、利用者宅を医師等と訪問し、カンファレンスへ参加した場合に算定できる居宅介護支援費の加算であり、介護サービスの提供実態を把握できる。

(5) 看取りの場面の考え方

※『看取り』の場面における PDCA サイクルに沿った考え方は、以下のとおり。主な手順（例）は「2（1）」参照

① めざすべき姿	
	地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人（意思が示せない場合は、家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。
② 現状把握	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 看取り時の対応のめざすべき姿は、「人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人等と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できる」ことであり、在宅療養生活を主として支える介護職員等を中心に医療・介護の全ての関係者が、本人のしっかりとした「人生の最終段階において送りたい生活」の意思に寄り添いながら、看取り時に、医療・介護・消防（救急）の円滑な連携が行われることである。 ○ 切れ目のない医療・介護連携の体制を整えるためには、住民や医療・介護関係者等から現状を把握することが必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察、ヒアリング等を通じて把握 ・ 住民のニーズの把握 ・ 地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、利用可能なデータ等から把握（表 8、9 参照） ○ また、その前提として、住民が在宅での看取り等について十分に認識・理解されることが重要であるため、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りに関する認識・理解の程度 ・ 様々な理解促進等のための取組の状況 ・ 実際に人生の最終段階における意思が十分に共有されている状態であるか 等についても把握する必要がある。なお、看取りを行う場所は、病院や自宅に加えて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、サービス付き高齢者向け住宅や老人ホームなど多岐に渡ること留意する。 ○ その上で、看取り時における課題等は後から本人から聴取することはできないため、特に、家族や介護関係者からの意見を聞く等により、実際に、看取り時の対応に関して、本人の意思を踏まえた対応ができなかった事例等、どのような課題が生じているかを把握することが重要である。 ○ その際には、本人の意思を踏まえた対応が可能となるよう、消防機関（救急）との間で、地域における地域包括ケアシステムや意思決定に関する議論の場への参画を求め、また、継続的な取組に資するようメディカルコントロール協議会における議論に参加する等、連携を図っていることが重要である。
③ 現状分析・課題抽出・施策立案	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現状分析と課題抽出、目標設定、対応策の検討にあたっては、地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解しているか、実際に人生の最終段階における意思が十分に共有されている状態であるか等を踏まえ、看取り時の対応に関して、本人の意思を踏まえた対応ができなかった事例等どのような不都合が生じているかを把握し、医療・介護・消防（救

	<p>急)の連携を検討していく必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ その際には、在宅での看取り等に係る十分な認識・理解を前提としつつ、看取りの場所については、本人や家族の多様な希望があることを踏まえ、例えば、基本的には在宅での看取りを希望しつつも、最期は、医療機関、施設等での看取りを希望するような場合があること等も踏まえる必要がある。そして、住民のニーズを踏まえ、現状分析をし、課題抽出、目標設定、対応策の検討が必要である。そのために、 <ul style="list-style-type: none"> ア. 在宅医療・介護の連携状況等を利用可能なデータ等から分析（表9参照） イ. ①で設定しためざすべき姿とアで把握した現状との差を検討 ウ. 事業としての課題を抽出 ○ その上で、地域の実情に応じた、具体的な目標を設定するとともに、目標を達成し、課題を解決するための具体的手段について検討を行う。例えば、以下のようなものが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民への普及啓発（意思決定ノート作成） ・ 周囲支援者の情報共有 ・ 情報共有：患者・利用者本人の意向の共有 ・ 異なる職種同士の理解：セミナー、研修会等による病院、介護保険施設も含む理解の醸成、意思決定支援のための勉強会の開催 ・ 住民の理解：住民の集まる場での説明、在宅での療養生活とあわせた説明資料の作成 ・ その他：本人だけではなく、家族の意向も重要であることから、それも含む理解醸成を図る
④ 評価	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 具体的な取組を踏まえ、実際にどのような効果が出たのかを、施策立案時に用いたデータや医療・介護関係者や住民からの意見聴取等により検討する（在宅医療・介護の連携状況等について、利用可能なデータ等は表9参照）。 ○ その際には、②と同様に、看取り時の対応のめざすべき姿は、「人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人等と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できる」ことであり、本人の意思を踏まえた対応ができなかった事例など住民が実際に感じる課題が改善したかを評価することが重要である。
⑤ 改善	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ④を踏まえ、目標設定や課題抽出、具体的取組が妥当であったかを、再度、検討を行う。

<表の見方の留意事項>

単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域のニーズを把握した上で、用いることが必要である。また、連携に関する報酬の加算は、連携の実態をそのまま反映しているわけではないことに注意が必要である。

表 8 PDCA サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）

項目		考え方
体制整備	在宅療養支援診療所・病院数（医）	在宅療養患者に医師による診察・診断を供給できる医療資源量を把握する。訪問診療や往診等を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際に訪問診療や往診の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。 「在宅医療サービスの実績」や「連携に係る診療報酬」の項目とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。
	訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	
	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数（医）	
	在宅ターミナルケアを受けた患者数（医）	在宅療養者の看取りに取り組んでいる実績を把握する。この指標例において、看取り数（死亡診断のみの場合を含む）は、看取り加算及び死亡診断加算の数、在宅死亡者数は人口動態統計による「死亡したところの種別」の介護医療院・介護老人保健施設、老人ホーム及び自宅で死亡した者の数を指す。 ※老人ホーム：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム ※自宅：自宅の他、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅（賃貸住宅をいい、有料老人ホームは除く）
	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）（医）	
	在宅死亡者数（医）	

（医）：在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表 11（令和 2 年 4 月 13 日医政局地域医療計画課長通知より））

<補足> 在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。

表 9 PDCA サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）

項目		考え方	
連携	介護報酬	配置医師緊急時対応加算	介護老人福祉施設の配置医師が早朝又は深夜に訪問し診察を行った実績を把握する。介護老人福祉施設における看取りに関する医療機関と施設の連携の量を測ることができる。
		看取り介護加算	介護老人福祉施設（地域密着型含む）や認知症グループホーム、特定施設での看取りに関する医療機関と施設の連携の量を把握する。
		ターミナルケア加算	介護老人保健施設、訪問看護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所で行われたターミナルケアを評価する加算であり、医師・看護師・介護職員等の連携の量を把握できる。
		ターミナルケアマネジメント加算	居宅介護支援費の加算であり、末期がん患者の状況における主治医や居宅介護事業所に情報提供した連携の実績を把握する。

みなさんは、「看取り」についてどのようなイメージがあるのだろうか。

以前、厚生労働省は「終末期医療」という表現は、一般的に余命幾ばくもないと誤解され、本人の視点で表現した場合に相応しくないと判断し、「人生の最終段階における医療」と表記を改めた。これに伴い、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」から「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」へ改訂、さらに、在宅や介護施設でも普及を促進するため、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に改められ、これまでの「患者」を「本人」に変更し、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である等が追記修正された。

現在、地域の療養病棟入院患者の退棟先では、死亡退院が最も多く4割を占めている。そのため、介護療養病床や介護医療院においても、看取りは重要な役割となり、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」は、より重要となる。

さてここで、少し視点を変え、医療機関や介護施設を取り巻く環境から、看取りについて考えてみる。

地域包括ケアシステムは、誰もが障害や認知症があっても住み慣れた地域で住み続けることのできるシステムである。このシステムの構成要素には、「本人・家族の選択と心構え」、「住まいと住まい方」、「生活支援」、「医療・介護・予防の一体的な提供」がある。このうち、「医療・介護・予防の一体的な提供」では、介護予防、重度化防止、急変時への対応、入院・退院支援、看取りが挙げられている。その際、介護職は「医療的マインド」を持ち、医療職は「生活を支える視点」をもって連携することが大切となる。

さらに、地域包括ケアの基本理念は、介護保険の目的である「尊厳の保持」、「自立生活の支援」に合致し、その実現に向けて「規範的統合」が重要となる。高齢者の「尊厳の保持」とは、高齢者が自ら住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所を選択する社会の在り方であり、本人の意思を尊重するための支援・サービス提供体制構築に関する適切な情報提供、意思決定支援が不可欠となる。意思決定については成年後見人や家族であっても代理できないため、今後、認知症の初期段階あるいは認知症を発症する前からの家族などによる本人の意思確認の必要性も高まる。

在宅医療・介護連携推進事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療・介護関係者の連携を推進することを目的としている。高齢者本人の「人生の最期をどうありたいか」が最大限尊重され、本人の最善の選択を支援するために、医療・介護関係者自身がどうあるべきか、よく考える必要がある。

そこで、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）と「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」について少し触れてみる。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」は、本人の意思を最大限に尊重するために、医療・ケアチームが合意を形成する意思決定支援プロセスである。話し合いのスタンスとしては、「Shared Decision Making: 相互参加型モデル」が推奨されている。本人の意思を推定する家族等と共に、医療・ケアチームは、本人の推定意思を尊重し最善の方針をとることとなる。

このガイドラインにおける意思決定を行う上で、倫理的な規範からみた根拠としては、「自立尊重の原則」「与益最大化の原則」「不加害原則」「正義・公正原則」の『4つの倫理原則』に基づいている。これらの原則に基づく意思決定支援のあり方は、最善の選択を行う上で重要な根拠となる。医学的最善が本人の最善と限らず、医学的に無益が本人に無益とは限らず、本人の選択が本人にとって最善の選択肢では必ずしもないことに留意する必要がある。

なお、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」のポイントとしては、①医療・ケアチームで考え、1人の医療者で独善的な判断をしないこと、②徹底した合意形成主義で、何より本人の意思を尊重し、家族の気持ちに寄り添うこと、③心身の苦痛が少ない状態でなければ、人生の最終段階における医療において意思決定は難しくなるため、緩和ケアが重要であること。

「本人の意思が確認できる場合」には、本人の意思決定能力の評価や本人の理解を高める説明方法を考慮する。「してほしいこと」のみならず、「してほしくないこと」に留意する。「本人の意思が確認できない場合」は、事前指示やACPの有無について、家族、かかりつけ医等に確認する。

一方、ACPは、今後の治療・療養について本人・家族と医療・介護従事者が予め話し合う自発的なプロセスと定義され、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、関係者と共有されることが望ましく、QOLの向上、余命延長等の研究成果も多く、本人の意向を尊重し、質の高いケアを実践するために重要な手段となっている（但し、海外での医学的研究が多く、今後、日本人の哲学・文化・風習に馴染んだACPの蓄積が期待されている）。

ACPは本人に帰属するものであり、本人の意思が確認できない場合にACPは実施できない。基本的に本人の意思や価値観が最優先される。狭義には、意思決定能力を失った時の話し合いであり、広義には、生活全般を含む現在も踏まえた話し合いと捉えられ、いざという時の本人の意思の代理決定者を定めることが重要となる。ACPの実施に当たっては、次期が早すぎると失敗し、遅すぎると役に立たないと言われ、

- ・医療や介護が具体的に想像できる時期（例えば、初めての入院加療や介護サービスを利用する時等）に話し合う
- ・本人が1年以内に亡くなられても周囲が驚かない時期に、本人の病状の理解のもと、病状の共有が一致してから話し合う
- ・週単位で人生の最期が差し迫っている時期に、揺れ動く気持ちに対して頻回に話し合う

などが想定されている。

本人の意思が確認できない場合は、家族等の代理決定者が本人にとってふさわしいかどうかを踏まえ、医療・ケアチームで慎重に判断するプロセスにおいて、チームの全職種が『本人の幸せ』を願っていることが肝要となる。病態などにより医療内容の決定が困難な場合や家族の中で意見がまとまらない場合には、複数の専門家で構成された委員会から治療方針の決定や助言を得ることとなる。

求められるべきは、一連の意思決定支援プロセスにおいて、本人の意思決定を周囲の皆で支え、本人の価値観、人生観に寄り添い共に考える姿勢である。

繰り返しになるが、看取りにおいて極めて重要なことは、「意思決定支援」である。

医療専門職が本人や家族に対して説明する際に、提供された情報について本人や家族が理解を深めているかどうかについての確認が重要となる。一方で、本人が医療に対して素人であると同様に、医療専門職は本人の人生に対して素人であり、医療専門職には、本人自身から最善の選択にかなうための情報を教えてもらう姿勢が求められる。改めて、その際に医学的最善が本人にとって最善とは限らず、医学的に無益なことが必ずしも本人にとって無益とは限らないことは留意すべきである。

(6) 事業全体

- 4つの場面に加えて、PDCA サイクルに沿った取組が円滑に行われているか、事業全体を評価する必要がある。

表 10 PDCA サイクルに沿った取組をするための事業全体に活用できる項目（例）

	項目
全体	住民からのニーズを把握する取組の実施
	医療・介護関係者（関係団体）の課題を把握する取組の実施
	医療・介護関係者の協力を得ながら、目標を設定し、必要とされる具体的取組の企画・立案
	認知症や災害等、政府全体の方針等を踏まえた取組の内容
	在宅での看取りや入退院時等に活用できるような医療・介護関係者間の情報共有ツールを作成し、具体的な取組の実施
	地域住民が人生の最終段階における在り方や在宅での看取り等について理解を促す取組の実施
	看取りにおいて、本人の意思を踏まえた対応ができていないかを把握する取組の実施
	事業の持続性などを踏まえ、休日・夜間の対応において、複数の医療機関・介護施設・介護事業所等の協力体制を調整する取組の実施
	在宅医療・介護連携に係る分野横断的・統合的かつ参加型の研修会を開催（支援）し、効果測定の実施
	医療・介護関係者向け研修等の実施回数 ※
	医療・介護関係者向け研修等の内容に関するアンケート ※
	住民向け普及啓発の実施回数 ※
	住民向け普及啓発の内容に関するアンケート ※
	在宅療養・介護の希望割合 ※
	在宅看取りの希望割合 ※
	行政内の他部門（医療や健康づくり部門等）との連携
	医療制度や診療報酬、福祉などその他の施策にも専門性をもつ総合的人材を養成し、継続的に配置
	他の地域支援事業に基づく、事業と連携し、効率的・重層的な取組の実施
	地域医療構想や医療計画等について、都道府県との協議の場の設定
	地域の医療・介護関係団体、医師会等の各専門職団体の課題を把握・共有する場の設定
消防（救急）等との救急搬送ルールの策定等に関する協議の機会の確保	
参	患者・利用者の QOL（患者・利用者の生活の質） ※
考	従事者の QWL（勤労従事者の労働生活の質） ※

※：独自調査が必要

留意点

- ・単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域のニーズを把握した上で、用いることが必要。
- ・地域住民に対して、人生の最終段階における在り方や看取り等に関する意思決定の調査を行う際は、対象者（またはその家族）に対して、尊厳の保持や倫理的配慮が重要である。
- ・在宅療養・介護の希望割合、在宅看取りの希望割合については、独自調査でなく、ニーズ調査等に盛り込むことも考えられる。
- ・患者・利用者の生活の質を評価する際は、ニーズ調査や基本チェックリスト等の質問項目を参考とすることも考えられる。

表 11 (参考) 他の地域支援事業 (地域ケア会議) との効率的な実施の取組例

例 1) 個別地域ケア会議で 4 つの場面に課題を持つ事例の検討

【C (評価)】在宅介護体制が整わないうちに退院を迎えてしまった

【A (改善)・P (計画)】

MSW とケアマネジャーの連携、看護師とケアマネジャーの連携など、連携の弱い職種・場面・機関を特定して、実践者レベルで課題解決を試みる

「入院中に在宅療養に向けた体制を整える」ことをめざして、退院時カンファレンスの強化、地域連携パスの普及を今年度の在宅医療・介護連携推進事業の主要テーマとし、対象者ごとの具体的な事業内容に反映する

【D (実行)】退院時カンファレンスのルールづくり、地域連携パスの普及

【C (評価)】事業の対象となった職種や住民へのアンケート調査による評価と併せて、退院時連携加算の算定件数、退院時共同指導を受けた患者数などを指標として、医療機関とケアマネジャーの連携状況の推移をみる

【A (改善)・P (計画)】

退院時共同指導を実施している医療機関を中心に事業内容を強化し、入退院時連携のすそ野を広げる

- ・住民には医療機関ごとの医療機能と医療のかかり方を啓発
- ・医療・介護関係者は共有すべき情報の範囲について検討・活用・意見交換
- ・行政は情報連携のためのツール作成、関係団体を通じて普及

地域ケア推進会議 (多職種の代表者レベル) で、個別事例の実践成果と事業の評価結果を報告するとともに、地域全体の規模に応じた取り組みを推進するための体制づくりや、次年度の事業内容について検討する

【事例】医療と介護のざっばらんな交流からスムーズな支援をモットーに！～医療と介護のお互いの専門性の理解を通して～<岡山県倉敷市>

倉敷市では、「市民が可能な限り地域で適切な医療・介護を安心して受けられる地域包括ケアシステム」を目指し、倉敷市連合医師会と協働して、『在宅医療をすすめるための研修会』を定期開催している。

倉敷の在宅医療推進に向け、開催への思い (目的) として、

- 市民の求めに応じてスムーズに在宅医療が提供できるように、知識や体験をみんなで共有し、在宅医療のハードルを下げ、すそ野を広げていく
- 在宅医療を実践するためには、医師・訪問看護師・介護支援専門員等多職種が顔の見える関係を構築し、スムーズな情報共有や同じ気持ちで連携していく

をかね、令和元年度の研修会 (3 回/年) では、医師、訪問看護師、介護支援専門員、薬剤師など多職種総勢 344 名の参加があった。

研修の企画は、医療・介護関係者にも希望を聞き、参加者についても「この会を通じて交流が必要と考える職種」のアンケートを実施、参加者の範囲も柔軟にしている。



その結果、研修会開催後の参加者アンケートでは、「講話内容」「情報交換」「今後の活動への参考」のいずれも 9 割以上は高評価であった。さらに、

- ・もっと横のつながり、顔の見える関係を築いていきたいと感じた。医療・介護・福祉の連携の重要性を再認識した
- ・医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーの豊富な事例は薬剤師にとっても大変知りたい情報が詰まっていた
- ・多職種交流は職種間で感じている垣根をどんどん低くして、連携も強固なものになるとよいと思う。
- ・他職種の役割、実際の対応事例を聞くことで、それぞれの職種の専門性の理解や視点の持ち方、強みを理解できた

などの意見も多かった。医療と介護の垣根を越えて、お互いの分野を知り興味を持つことで、次の活動につながる。さらに、他の職種の専門性を理解し、その視点を生かし、効果的な連携をすることで、在宅療養者が住み慣れた場所で、望む生活を少しでも長く、安心して過ごすことができるように、今後もつなげていきたい。

ここでは、A市の展開例を手順に沿って紹介します。

【手順 1：目指す姿の設定（何のために入退院支援を行うのか）】

当市では、関係者を交えた会議を設けて、入退院支援をそもそも何のために行うのかを議論し、その目指す姿を「本人の望む場所に戻り、支援を受けながら、不安なく生活を再開することができる」としました。

【手順 2：現状把握】

- 目指す姿を意識しながら、入退院支援に関する現状把握を実施しました。把握する対象は、①医療・介護サービス提供体制、②サービス利用状況、③連携の実施状況、④患者や家族が期待していることや困っていること、連携や支援に対する評価などです。これらを、①関係者（住民、医療・介護職、関係機関・団体等）へのヒアリング、②既存データ、③独自アンケート、④事例検討から把握しました。特に、市職員は、医療・介護連携の現場のイメージが持ちにくいので、ヒアリングを重視、その結果、表 1 のような現状を知ることができました。また、現状を聞くプロセスを通じて、入退院支援のどこに課題があるのか、どんな課題がありそうかをイメージすることができました。
- ヒアリングをしながら、①退院後に訪問診療を行ってくれる医療機関は何か所あるのか、②どこが訪問診療を行っているのか、③24 時間対応可能な訪問看護ステーションは何か所あるのか、④どれ位の人が 24 時間の支援を受けているのかなどの疑問がわき、既存データを確認しました。

表 1. ヒアリングから見てきた「現状」の一例

【住民の声から】

- 退院患者や家族は、退院時に、様々な不安（体調のこと、再発のこと、今後の過ごし方、家族に負担をかけること、費用のことなど）を感じていた
- 治療に関すること、薬の飲み方、今後起こり得る症状などの説明は受けていたが、その内容が十分には理解できていなかった
- 急変が起こった場合の対処方法も聞いていたが、出来るかどうか不安を感じていた
- 緊急入院で、自宅から離れた病院に入院した。今後、この病院に通院することになるが、通院時の移動手段など、どうしたらよいか困っていた など

【専門職の声から】

- 患者や家族の不安などの話をじっくり聞ける状況やそのための時間を、病院ではなかなか作りにくい（病院関係者）
- 自宅に退院できるかどうかの判断が、病院と在宅関係者では異なっている。病院は、より難しいと判断しがちである（在宅関係者）
- 病院によっては、退院前ケアカンファレンスが開催されない場合がある。また、開催の連絡が遅くて参加できない場合がある（在宅関係者） など

【手順 3：課題の対象を絞り込む】

- 次に、手順 2 の現状分析から見てきた課題の対象を、以下の 4 点に絞り込みました。
 - ① 本人や家族の希望の把握
 - ② 関係者間での、現状・退院後の生活のイメージの共有
 - ③ 関係者間の連携による円滑な退院と生活再開
 - ④ 提供体制の整備

【手順 4：課題と原因を絞り込む】

- ここでは、2 番目の「病院と在宅関係者間の退院後の生活イメージの共有」の進め方について解説します。
- これが課題として挙げられたのは、医療・介護職へのヒアリングで、「病院と在宅の関係者間の退院後の生活イメージが合わないために、自宅退院を希望され、また、それが可能と思われる人が、実際には自宅

退院できない場合がある」との指摘があったからです。このことは、目指す姿の「本人の望む場所に戻り、…」という部分を阻害していることとなります。だから、課題として挙げたのです。

- 次に、「病院と在宅関係者間で、退院後の生活イメージが共有できないのはなぜなのか？（背景や原因は何か？）」を考えました。ただし、市職員は連携の現場にいないのでイメージできません。だから、医療・介護職にヒアリングしました。その結果、
 - ・ 病院の看護師は、病院からキャリアがスタートする人がほとんどで、病院でしか勤務したことがない人も多い。そのため、在宅での生活イメージをそもそも持ちにくい。
 - ・ 入院前の生活に関する情報はなかなか把握できない。また、病気を発症した状態から関わるため、入院患者のできない部分に目が行きがちである。
 - ・ 退院後の地域資源に対する知識も理解も不足しているため、入院患者の状態像から自宅退院が可能かどうかを判断する機会が多い。この判断は、地域資源を知っている訪問看護師や介護支援専門員の判断とは異なる場合もある（在宅関係者からみると自宅退院可能と判断するが、病院側は無理と判断してしまう）などの実態を知ることができました。背景や原因がわかったので、具体的な対策を考えるヒントになりました。
- これらヒアリングなどから、「退院先が適切に選択されるためには、退院支援に関わる病院関係者が、退院後の生活がイメージでき、かつ地域資源を知っている必要があること。しかしながら、現実には、そのイメージ化が弱く、かつ、地域資源に対する知識も不足している。その結果、在宅関係者からみれば自宅退院が可能と思われる人でも、自宅退院が選択されず、介護施設等への入所につながってしまうことがあること」がわかりました。

【手順 5：対策を検討し、実施する】

- これまでの検討から、当市の解決すべき課題を「病院の退院支援に関わるスタッフが、退院後の生活イメージが弱いこと。また、地域資源に関する知識が不十分であること」とし、それに対する対策を考えてみました。
- 上記の解決すべき課題には、2つの要素「生活イメージが弱いこと」と「地域資源に対する知識が不十分であること」が含まれていますが、前者がより重要であるとの専門職の意見を受けて、主たる対策を「退院後の生活イメージを持てる状況を作ること」としました。
- 委員会でこうした取組みがないか聞いたところ、公益社団法人日本看護協会の取組みを紹介されました（<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2017/homonkangojissen.pdf>）。
- 同調査は、病院の看護師が地域の訪問看護ステーションに一定期間出向し、訪問看護に従事しながら退院支援・在宅療養支援のスキルアップを図ることを目的としたものです。出向者が訪問看護実践を通じて得た成果としては、
 - ① 在宅療養可能な患者像が広がった
 - ② 在宅で患者（利用者）を支えるサービスや他職種への理解が深まった
 - ③ 患者（利用者）本位のケアを行うための看護師の役割の理解が深まったなどが挙げられていました。また、課題としては、自院の退院支援体制の見直しが挙げられ、訪問看護の視点から自院の退院支援システムや看護師による退院支援の課題を見出し、出向終了後に改善に取り組みたい意向などが示されていました。
- こうした先行研究から、
 - ・ 病院関係者が、在宅での業務（本調査では訪問看護業務）を実体験することで、患者の退院後の生活のイメージが高まること
 - ・ 実体験することで、地域資源に関する知識や他の職種に対する理解が深まること
 - ・ 病院の入退院支援の課題も見えてきて、病院内のプロセス改善を図る動きが生じる可能性があることなどがわかりました。そこで、A市では、同様の取組みを始めることとしました。以上の展開プロセスを整理すると、次のようになります。

<課題解決に向けた展開プロセス>

**入退院支援の
目指す姿** 本人の望む場所に戻り、支援を受けながら、不安なく生活を再開することができる。



**課題の対象
(目指す姿の達成に
必要なこと)**

- ① 本人や家族の希望の把握
- ② 関係者間での、現状・退院後の生活のイメージの共有
- ③ 関係者間の連携による円滑な退院と生活再開
- ④ 提供体制の整備

以下、②について展開します。



現状 病院と在宅関係者間の、退院後の生活イメージの共有できていないために、本来は自宅に退院可能な人が、自宅退院が選択されず、施設入所などにつながっているケースがある。



課題 病院関係者による退院先の選択が適切でない場合がある。



**課題が生じている
背景や原因**

- ・ 病院の看護師は、病院からキャリアがスタートする人がほとんどで、病院でしか勤務したことがない人も多い。そのため、在宅での生活イメージをそもそも持ちにくい。
- ・ 入院前の生活に関する情報はなかなか把握できない。また、病気を発症した状態から関わるため、入院患者のできない部分に目が行きがちである（強みを見にいっていない。理解していない）。
- ・ 退院後の地域資源に対する知識も理解も不足しているため、入院患者の状態像から自宅退院が可能かどうかを判断する機会が多い。この判断は、地域資源を知っている訪問看護師や介護支援専門員の判断とは異なる場合もある。



**解決すべき課題
(課題の具体化)** 病院の退院支援関係者の退院後の生活イメージが弱いこと。また、地域資源に関する知識が不十分であること。



**対策の対象の
具体化** 病院の退院支援関係者が、退院後の生活イメージを持てる状況を作ること。



具体策 病院の看護師に、訪問看護業務に一定期間従事してもらう。

4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項

(1) 事業委託

- 本事業の実施主体は市町村であるものの、地域の実情やそれぞれの取組の専門性に鑑みて委託も可能である。ただし、課題に応じて適切な委託先を選定することが重要である。
- 委託する場合においても、地域のめざすべき姿は、市町村が設定し、医療・介護関係者とともに実現するという観点から、市町村は委託先と目標と課題を共有し、目標を達成するために効果的な取組が行われているか、事業の全体の取組を市町村が管理・調整していくことが必要である。

残念なできごと例 事業を委託したのはよいけれど・・・。

事業を業者へ丸ごと委託したところ、専門職が勉強したい内容が優先されてしまい、住民ニーズや地域のめざすべき方向性が一致しないまま、毎年同じ取組が継続され、研修の参加者も固定メンバーになってしまった。

「誰のために」「何のために」「何を行うのか」を改めて整理しましょう。地域のめざす姿に近づけるための目標設定や取組を整理し、課題に応じて適切な委託先を選定することが重要です。市町村は、医療と介護が連携することにより、地域（住民）がどのような姿になることが理想なのかを意識したうえで、委託先と必ず目標などを共有し、事業全体の取組を定期的に管理・調整することが必要になります。事業の委託をする際には、行政と委託先だけでなく、医療・介護関係者も含めた定期的な打合せや報告などを計画に入れ込むとよいでしょう。

<見直しポイント例>

委託先に事業を丸投げせず、地域のめざす姿を意識しながら、進捗管理を実施。その際、医療・介護関係者とも情報を共有し、必要に応じて計画を見直す

(2) 既に実施されている取組事例

- 市町村において、既に本事業の取組内容のそれぞれについて、同様の取組が実施されている場合は、以下のような場合等に限り、市町村がその取組を実施していると考えて差し支えない。
- なお、当該取組の継続が困難になった場合は、それに替えて、当該市町村が速やかに本事業の取組を開始する。

<市町村が本事業の取組を実施していると考えられる場合>

- ア. 市町村以外の関係団体・関係機関等が、在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施している場合
- ① 当該取組の成果が、特定の関係団体・関係機関等の利益だけでなく、当該市町村における在宅医療・介護連携の推進に寄与すること。
 - ② 在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施する関係団体・関係機関等が、当該取組の目的・内容・方法等について定めた実施要綱の提出、及び定期的な実施状況の報告等を、市町村に対して行うこと。
- イ. 市町村が他の市町村から委託（依頼等含む）を受けて実施している場合
- ① 委託を受けて実施している取組が、本事業の趣旨に合致していること。
 - ② 市町村自らが在宅医療・介護連携についての課題と対応を検討するとともに、本事業の各取組に係る目的・内容・方法等について定めた実施要綱を明確にすること。

(3) PDCA サイクルに沿った取組を実施する上でのポイント

ア. 地域の社会資源、利用者の情報や利用状況、住民の意向等の情報収集

- 定期的な情報を把握し、最新の情報に更新する。
- 協議に参画する関係団体等が有する資源情報について、可能な限り情報提供を受けることが望ましい。
- 情報収集については、地域包括ケア「見える化」システムや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。専門的な事項が必要な場合は、必要に応じて地域の医療・介護関係者の意見を参考にして調査する。

<調査を行う場合>

- 医療機関・介護事業所等の調査を実施する場合には、調査を円滑に実施するため、事前に関係団体等に説明し、協力を得るとともに、情報提供の可否、提供する情報内容については、提出先から同意を得ておく。なお、調査の際には、調査対象者となる住民や事業者等の負担等を十分に考慮する。
- 調査をする際には、医療・介護関係者や住民の施策への理解度についても留意が必要である。

= 現状把握の考え方 =

- ・ 医療機関数等地域の医療・介護の資源量や人口動態等の定量的な情報把握をすることは、地域の現状把握だけでなく、課題の抽出や今後の施策の検討の基礎資料として活用することができる。
- ・ 将来推計にあたっては、いわゆる団塊世代が75歳以上となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年などの高齢人口のピークを見据え、市町村における将来の人口動態や地域特性に応じたニーズの推計を行う。
- ・ 最近の動向として、医療の動向、介護給付の動向、要介護認定者の推移、認知症の有病率等、認知症に関する数値にも注視していく必要がある。
- ・ 医療・介護関係者が普段感じていたり抱えていたりする課題、住民の在宅療養や介護に対する思いや満足度等の把握により、定量的な現状把握の数値としては現れない連携の実態や住民のニーズ等を掴むことで、課題の抽出や今後の施策の検討に資する資料となる。

イ. 地域の医療・介護の資源の情報整理（リストやマップ等の作成）及び活用

- 把握した情報は、医療・介護関係者、住民等への提供も想定して整理をし、提供の対象者ごと（市町村等の行政機関及び地域の医療・介護関係者等向け、地域住民向け等）に提供する内容を検討する。提供する内容や方法、情報の整理方法については地域の医療・介護関係者と協議の上、決定する事が望ましい。
- 医療・介護関係者や住民に提供する情報の内容については、事前に関係団体等に事実関係の確認を求めるなど、地域の医療・介護の関係各者に内容を確認してもらうことが望ましい。
- 地域住民に対して提供する情報は、医療・介護関係者へ提供する情報と異なる場合があるため、地域住民にとって必要な情報に限定する。

<医療・介護関係者に対する情報提供>

把握した情報が在宅医療・介護連携の推進に資する情報かどうか精査した上で、医療・介護関係者と情報共有が図れる効果的な媒体（リストやマップ等）を選択・作成し、医療・介護関係者や地域包括支援センター等と共有する。なお、在宅医療・介護連携に関する相談支援の窓口等で、実際に連携支援を担う担当者の把握と連絡方法、及びそれらを情報提供することも有効であることに留意する。

<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、住民向けのリストやマップ等必要な媒体を作成し、住民に配布する。必要に応じて、市町村等の広報誌、ホームページに掲載して、住民に情報提供する。なお、この際、最近の動向として認知症に関する情報（認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム等の社会資源）の提供も必要である。

- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）の情報は、医療・介護関係者にとっては自らの事業を行う上で、住民にとっては地域で生活をしていく上での基本情報である。そのため、定期的に見直しを行いながら、マップやリスト等で情報提供を行う等、情報の使用目的を明確にした上で情報の整理方法や媒体を選択し、取りまとめる。

ウ. 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

<現状分析・課題抽出>

- データの活用にあたっては、
 - ・ 現状の把握（定量的な現状把握）で得られた情報は、視覚的に経時的な変化、地域間比較等の解釈ができるように整理する。
 - ・ 現状の把握（定性的な現状把握）で得られた情報は、医療関係や介護関係者などの職種ごとにまとめたり課題を類型化したり等、医療・介護関係者と共有しやすくまとめる。
- 共有された情報を元に医療・介護関係者と、市町村における強みや弱みを整理し、課題の抽出を行う。

<会議の設置>

- 協議の場を設置する際、検討体制や検討内容、検討方法などを関係団体等に事前に相談する。
- 検討・共有する際の会議の構成員については、郡市区等医師会等の医療関係者、介護関係者、地域包括支援センター等に加え、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、在宅への訪問薬剤管理指導を行う薬局等の参加を求めることが望ましい。
- 検討する議題に応じて、在宅医療・介護連携に関する有識者、医療機関等の入退院支援の担当者、都道府県関係部局、保健所等の担当者等の参加を求めることが望ましい。

<会議の運営>

- 会議は定期的で開催する。ただし、開催頻度は地域の実情に応じて決定することで差し支えない。なお、感染症の流行状況や医療・介護関係者の実態に合わせ、Web 会議等の実施も差し支えない。
- 医療・介護関係者が参画する会議を開催し、地域の在宅医療・介護連携の課題とその対応策について検討することが主旨であるため、地域の実情に応じて既存の会議を活用することも差し支えない。
- 特に、地域ケア会議については、議題、出席者の職種、回数等が当該事業の主旨を満たすものであれば、活用を検討していただいて差し支えない。ただし、その場合であっても、医療・介護関係者が参画する会議を開催する前に、市町村が課題の整理や対応策について検討することが必要である。
- 必要に応じて、在宅医療や介護を提供している者等からヒアリングを行うことも考えられる。
- 会議の進行等に当たっては、特定の関係者に発言が偏ることがないよう、関係者の専門性の違い等に配慮しつつ広く関係者の発言を求める。
- 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、市町村が主体的に取り組む必要がある。

Ⅱ. 在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）

<相談窓口の設置・運営>

- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営に当たっては、郡市区等医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等との連携体制を確保するとともに、地域の在宅医療・介護連携を支援する人材（コーディネーター）を配置し、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・介護連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等の機能を確保し、在宅医療・介護連携の取組を支援することが必要である。なお、適宜、在宅医療と介護連携を支援するための相談会の実施も望ましい。
- 介護関係者からの相談については、既存の地域包括支援センターの役割を前提として、当該地域包括支援センターとの連携により対応することが望ましい。また、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。
- 既に在宅医療・介護連携を支援する機能が設けられている場合には、既存の組織等を活用して差し支えない。また、必ずしも、新たな建物の設置を求めるものではなく、相談窓口の事務所は、既存の会議室や事務室等の空きスペース等を活用することで差し支えない。ただし、相談対応の窓口（問合せ先）やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、関係者等に周知する。
- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営は、市町村や地域包括支援センターが実施する以外に、医療に関する専門的知識と地域の在宅医療関係者との関係を有する郡市区等医師会等に委託することも可能である。ただし、委託を行う場合は、市町村・委託先事業者・相談窓口を担当する人材の役割分担もあわせて行う。なお、地域の実情に応じて、地域の医療機関等や医療関連団体に委託することでも差し支えないが、運営の公平性に留意する。
- 市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、都道府県（保健所等）と協議の上、複数の市町村による広域での設置や、窓口のコーディネーターを専従としない等の柔軟な対応が可能である。

<相談窓口の人材>

- 在宅医療・介護連携に関する相談を受付けて支援する人材は、市町村等が実施する地域の課題を扱う会議（例えば、生活支援体制整備事業や認知症総合支援事業や地域ケア会議などの他の地域支援事業や救急時の連携に関する会議（メディカルコントロール協議会等））等に出席し、在宅医療・介護連携の観点からの助言や情報提供を行うなど、地域の様々な在宅医療・介護連携を推進する取組に積極的に関与し、地域の医療・介護関係者との緊密な関係の構築に取り組むことが重要である。
- 在宅医療・介護連携の取組を支援する人材については、都道府県が地域医療介護総合確保基金等を活用して、その育成に取り組んでいる場合があるので留意する。

<情報の共有・活用>

- 相談対応で情報提供する可能性のある医療機関等や介護サービス事業所等の社会資源の情報は、現状分析のために把握した地域の医療・介護の資源の結果等を参考にする。なお、医療機関等の情報提供についての可否は、事前に確認しておくことが必要である。
- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口は、受け付けた相談内容や地域の在宅医療・介護連携に関する現状についての情報共有等、市町村及び地域包括支援センターと緊密な連携を図る。なお、相談窓口が対応する区域に所在する、全ての地域包括支援センターと連携を図ることが重要である。

オ. 在宅医療・介護連携の対応策の実施（②地域住民への普及啓発）

- 地域住民向けの講演会は、例えば、在宅医療や介護で受けられるサービス内容や利用方法等について分かりやすく解説するなどの内容を工夫する。また、介護を取り巻く福祉についても意識し、在宅療養を支える地域の見守りや、権利擁護に関する成年後見制度、生活困窮者への支援制度等の社会資源の活用や認知症ケアパス、認知症の方への対応等について、高齢者を取り巻く生活環境を意識した一貫的な説明ができると効果的である。
- 高齢者虐待の未然防止や早期発見の観点から、高齢者虐待に対する地域住民の理解を深めるような内容について検討することも考えられる。
- 地域特有の情報発信ツールを活用するなど、地域の実情に応じた方法で理解を促進することが望ましい。
- 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や地域包括支援センター単位での講座等も効果的である。そのため、地域包括支援センター、社会福祉協議会や市町村の生涯学習担当等が実施している講演会等、既に行われている場合、連携して企画・運営、実施することも考えられる。
- 講演会等の実施の際は、地域住民からの質疑等に柔軟に対応できるよう、可能であれば、行政関係者だけでなく医療・介護関係者も一緒に実施することが効果的である。
- 単にパンフレットを配布するのではなく、地域住民への普及啓発として、優先して配布するパンフレット等が何であるかを医療・介護関係者間で議論することも必要である。その中で、在宅療養をしている本人、それを支えている家族や地域、医療・介護関係者等へ取材した特集記事（広報誌）の掲載や DVD 等の配布など、さまざまな手法を目的別に検討し、作成していくことも重要である。
- 必ずしも市町村単独で行う必要はなく、効果的・効率的な実施方法を検討し、隣接する市町村との広域連携や都道府県との連携による実施も差し支えない。
- 最近の動向として、看取りや認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの趣旨について、あわせて啓発することも重要である。

残念なできごと例 住民ニーズと医療・介護サービスが本当に合っていますか？

以前の知識のまま、住民が「社会的入院を肯定し、終末期は入院するもの」と医療・介護関係者が認識しており、関係者のみが集まって「サービス利用者」の最期を話し合っている。そのため、在宅療養者が人生の最終段階における望む場所とは、必ずしも一致していない。

誰のための医療と介護の連携なのでしょう。最近の動向を注視、看取りに関しては意思決定支援の重要性がいわれています。必ずしも、最期の場所は、施設とも自宅とも決められるものではありません。本人や家族を交え、医療・介護関係者や消防（救急）とも連携しながら、本人の意思を最大限尊重することが大切です。また、療養生活を送る中で、希望する最期の場所は変化していくことも念頭に置く必要があります。

<見直しポイント例>

意思決定支援について学び、本人の意思を最大限尊重できる連携体制を整える（例えば、サービス利用時から関係者間での情報共有、急変時の連絡先や段取りのルールのづくりなど）
人生の最終段階における在り方などについて、住民への啓発を行い、エンディングノート等を活用するなど、住民自らが意識し、さらに意思決定について医療・介護関係者と情報共有する意識が根付くように働きかける

カ. 在宅医療・介護連携の対応策の実施（③医療・介護関係者の情報共有の支援）

<情報共有ツールの確認・作成>

- 医療・介護関係者間で共有すべき情報には、具体的には、表 12 のような内容が考えられる。なお、医療・介護関係者間で、患者・利用者とその家族が、どのような療養生活を希望しているのかについて、まず、共通認識を得ることが重要である。
- 医療・介護関係者間で共有すべき情報を検討する際には、迅速かつ適切な対応が可能になるよう、高齢者虐待の未然防止や早期発見の観点からも検討することが重要である。
- 作成した情報共有ツールの成果物だけを関係者に周知するのではなく、情報共有ツールの検討段階においても可能な限り情報提供し、関係者間で作成の経過を共有する。それによって、情報共有ツールの利活用を促す（情報共有ツールを活用する意欲や愛着を高める）ことが期待できる。

<情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握>

- 情報共有ツールの活用状況を把握する方法として、例えば、利用している医療機関等及び介護事業所の数（人数、事業所数など）を集計する等、可能な限り利用状況を数値化することが重要である（数値化することで、使用状況の評価や改善が容易となる）。
- ICT を活用した情報共有ツールの導入を検討する際には、ICT 導入や活用による費用対効果、その地域の多くの医療・介護関係者にとって実際に使いやすいツールであるか等について慎重に検討する。さらに、ICT 導入後、継続させていくためには、定期的に活用状況をモニタリングし、多くの医療・介護関係者間で活用・参加できるような取組（啓発や研修会等）が重要である。
- なお、情報共有の支援については、情報共有の方法やツール等を検討する際の会議、情報共有ツールの使用方法等の説明会の開催、情報共有の使用状況の把握と改善の検討に係る費用を想定しており、情報共有のための PC やモバイル機器等の購入費用、システム使用料や保守点検料等のいわゆるランニングコストについては対象にならない。
- 関係する医療機関等や介護事業所で実際に従事する地域の医療・介護関係者は、職員の交代が頻繁にありえることから、情報共有ツールに関して、定期的な周知や事業所内での利活用を奨励する。
- 情報共有ツールに記載された利用者の個人情報の取扱いには、十分な注意が必要である旨を周知する。また、職場外での業務に係る個人情報の持ち出し等についても十分な注意が必要である。

表 12 医療・介護関係者間で共有すべき情報の例〔手引き Ver.2 記載例〕

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 主治医や担当の介護支援専門員に関する情報（氏名・連絡先）○ 患者・利用者とその家族の今後の療養や生活についての希望○ 介護提供時等に得られた患者・利用者の状況や体調の変化、服薬状況○ 患者・利用者の食事摂取状況、排泄状況等の ADL○ 患者・利用者の家屋の状況○ 家族による介護の対応可能性○ 患者・利用者の疾病、使用薬剤等に関する情報○ 患者・利用者とその家族への病状の説明内容と受け止め方○ 予測される体調の変化及び対応方法、急変時に対応する医療機関（医療機関が決まっている場合）、急変時の医療処置等に関する希望（希望が明確になっている場合）○ 在宅療養における注意点○ 在宅生活支援や介護の際の留意点○ 入院前の在宅医療の状況 等 |
|---|

キ. 在宅医療・介護連携の対応策の実施（④医療・介護関係者の研修）

- 目的にあわせた研修方法や講師を選択する。その際、他事業で実施されている研修も確認して整理し、効率的な運用を図る。

＜検討する主な内容＞

- ・ 研修を行う際は、必ず以下のことを検討の上、研修の目的達成のために適切な手法を選択する。
 どのような課題があるのか／研修の目的はなにか／誰を対象に研修を行うのか
 実施後に受講者はどのような状態になっているのか／期待する成果は何か（何ができるようになっているのか）
 - ・ これらを実現するために、どのような研修方法が適切か
 （例）講義、レクチャー、グループディスカッション、同行研修等
 - ・ この研修方法を、誰が実施することが適切か
 （例）開催は誰か（委託も想定）、講師は誰か（内部職員、外部講師）
- 認知症や看取りなど、最近の動向に注視した内容も大切ではあるが、地域の実情に応じた課題解決のための目的に沿った企画を立案する。
 - 医療と介護の関係者の多職種連携も必要ではあるが、同じ職種同士の理解や問題意識の共有も重要である。
 - 市町村や医療・介護関係団体が既存で実施している研修の整理は研修実施までの過程であることから、整理だけでは事業を実施しているとはみなされない。

表 13 研修形態の参考例

例	内容・方法等	期待される効果等
1. 多職種が連携するためのグループワーク等を活用した研修	多職種の理解の醸成のため、テーマや課題を設定し、グループで検討・協議する方法を用いた研修	・入退院支援、看取り等の課題やテーマへの検討や理解の促進 ・顔の見える関係づくり、取組に向けた機運の醸成
2. 地域の医療・介護関係者に対する研修	連携する相手についての知識を獲得するため、講義等の座学を用いた研修	・医療の報酬体系や介護サービス等、互いの事業に係る知識を増やすことで相互の理解の促進
3. 地域の医療・介護関係者による同行訪問研修	訪問現場での見学や実習、その後の意見交換等で、多職種間の連携や在宅療養への理解を促進する研修	・互いの取組に対する理解の深化と感染防護などの技術の伝達、連携による効果的な支援等の検討できる環境整備
4. 多職種連携が必要な事例検討による研修	具体的な事例をもとに、グループワークの手法等も用いて多職種で検討を行う研修	・事例を通じた課題や対応策等の検討 ・各専門職の役割、期待される役割等を理解

※具体的内容は、「第2章4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項（参考）医療・介護関係者の研修の例」参照

残念なできごと例 事業評価は良好！？でも、啓発が進まないのはなぜ……。

毎年、住民への啓発や医療・介護関係者への研修も、たくさん実施して、啓発や研修後にはアンケートを実施している。アンケート結果は「概ね好評」なので、事業評価は「良好」としているが、実は住民や医療・介護関係者に、啓発や研修内容が浸透していなかった。

研修等の実施回数・参加人数・アンケート結果だけを積み重ねて評価し、同じような事業を繰り返していることや、研修等に参加していない住民や医療・介護関係者には情報が還元されないまま事業が経過していることが考えられます。住民への普及啓発はとても重要です。チラシを作成するだけ、フォーラムや講演会を実施するだけでは普及啓発とはいえません。チラシを配布したことだけを評価せず、どの年齢層に何を重点的に啓発し、どの手順で行うかを計画的に、地道に行うことが必要です。チラシを配布の際は、チラシの内容の説明やパンフレットの活用方法なども伝えること、また、研修に参加できなかった人へは、研修参加者へ職場内伝達研修のお願いや、例えば同じ研修を2回実施するなど、研修の時間帯・回数等を考慮しましょう。

なお、研修に限らず、施策立案時には、どの程度、量の目標や対象、〇%など、具体的に考えることが大切です。

<見直しポイント例>

住民や医療・介護関係者のニーズをヒアリング等で把握、効果的な普及啓発や研修方法を検討、具体的な評価項目を設定

(4) 近隣市町村との連携

- 市町村における弱みや地域の関係団体等から出されている広域な取組を要する課題についてまとめ、市町村だけでは解決しない課題や複数市町村による連携が必要な事項については、関係市町村・都道府県・郡市区等医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等と連携し、複数の関係市町村と一緒に、広域的な連携が必要な事項について協議する。
- 複数の市町村の連携を検討する際には、まず、同じ二次医療圏[※]内の市町村による連携を考慮することが望ましいが、二次医療圏が1市のみの場合や、広域連合の圏域と異なる場合もあるため、広域的な連携については、都道府県と十分に協議・検討することが必要である。
※二次医療圏とは、地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位をいう。
- 関係市町村の連携は、例えば、取組の一つとして、表14のような都道府県と市町村が連携して実施する取組が考えられるため参考にされたい。ただし、必要な取組は、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、表14の取組例に限らず、二次医療圏域と日常生活圏域が異なる場合にも留意し、医療の動向に応じた市町村間の連携も意識するなど、地域の実情に応じて実施することが重要である。

表 14 (参考) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携に向けた取組例 (手引き Ver.2 記載例)

例 1) 広域的な入退院時の医療介護連携を推進するための取組

病床の整備は、二次医療圏を単位として行われており、入退院時には市町村を越えた患者の移動が見込まれることから、入退院時の入院医療機関と居宅介護支援事業所等との医療介護連携は、市町村にまたがる連携については、複数市町村による広域的な対応が必要となる場合がある。

入退院時の医療介護連携に課題がある等の地域の実情によっては、都道府県、市町村、医療に精通した都道府県医師会等と密接に連携した上で、保健所等を活用しつつ、入退院時の医療機関と居宅介護支援事業所間の共通様式や簡単なルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供率の向上、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連絡率の向上を目的とした取組が考えられる。

例 2) 広域的な在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する協議の取組

医療・介護資源が十分ではない市町村においては、当該市町村が単独で在宅医療・介護の連携の取組を進めることは困難な場合があることから、周辺市町村や、都道府県、特に医療部局の協力を得ながら、当該市町村で実現可能な在宅医療・介護の提供体制や、実現に向けた医療・介護サービスの整備目標等について十分に検討し、関係者間で考え方を共有した上で、それを踏まえた在宅医療・介護連携の取組を進めていくことが考えられる。

(5) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の推進について

- 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と介護が夜間・休日、容態急変時の対応等、切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を行うにあたり、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・実施にあたっては関係団体等に委託することも可能である。
- 提供する体制は、表 15 のような取組が例として考えられるため参考にされたい。ただし、必要な取組は、患者・利用者の状態や、その家族、介護者の状況、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、例示の取組に限らず、地域の実情に応じて必要な体制を構築することが重要である。なお、検討した仕組みや取組が救急体制に関わる場合は、救急搬送を行う消防（救急）組織と情報共有を行うことも効果的である。
- 地域支援事業交付金の対象となる本事業項目の支出は、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築を推進する取組についての検討に係る費用を対象とする。例えば、主治医・副主治医制の運営のための経費（医師への手当等）、夜間・休日に医療機関が診療体制を確保するための経費（医療機関の協力金等）は、本事業項目の対象経費とならないので注意すること。

表 15 （参考）切れ目のない在宅医療と介護が提供される体制の構築推進に向けた取組例

〔手引き Ver.2 記載例〕

例 1) 主治医・副主治医制の導入による体制の構築

- ① 切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、主治医・副主治医制の導入の検討について、郡市区等医師会に説明し、検討について協力を得られるよう働きかける。
- ② 導入についての検討後、市町村及び郡市区等医師会の協働の呼びかけにより、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関が参画する会議を設け、郡市区等医師会の先導の下、主治医・副主治医制の導入に係る以下の事項等について検討する。
 - ・ 賛同する医療機関の対応可能な曜日・時間帯・疾患等を考慮した副主治医の決定方法及び対応順の決定方法について
 - ・ 患者情報及び緊急時の対応について、主治医・副主治医で共有するためのカンファレンスの開催について
 - ・ 介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法について※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、患者・利用者及び家族に主治医・副主治医制について説明し、同意を得た上で、副主治医への連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護支援専門員等の介護関係者とも共有する。

例 2) 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

- ① 切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、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体制の導入の検討について、郡市区等医師会に説明し、検討についての協力を得られるよう働きかける。
- ② 導入についての検討後、市町村及び郡市区等医師会の共同の呼びかけにより、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関が参画する会議を設け、郡市区等医師会の先導の下、急変時診療医療機関の確保の導入に係る以下の事項等について検討する。
 - ・ 緊急時の診療希望患者の登録方法や、主治医と急変時診療医療機関との連絡方法、診療希望患者についての事前の情報共有の方法等の運用や書式について
 - ・ 地域の病院・診療所等の医療関係者等及び介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法について

※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、患者・利用者及び家族に急変時の診療医療機関の確保について説明し、同意を得た上で、急変時診療医療機関への連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護事業所等の介護関係者とも共有する。

例 3) 訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護ステーションとの連携体制の構築

- ① 切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護ステーションとの連携体制について、郡市区等医師会に説明し、検討について協力を得られるよう働きかける。
- ② 導入についての検討後、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関及び訪問看護ステーションが参画する会議を設け、連携体制の構築に向け、以下の事項等について検討する。
 - ・ 訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護ステーションの連携により対応する患者情報の共有方法について
 - ・ 夜間・休日及び容態急変時等の対応について
 - ・ 介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法について
 ※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、訪問看護ステーションとの連携体制について説明し、同意を得た上で、夜間休日等における連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護支援専門員等の介護関係者とも共有する。

【事例】 限られた人材で在宅医療・介護の体制整備 <熊本県玉名市・玉東町・和水町・南関町・長州町>

「人口が減少する地域では、資源を増やすことは、かなり難しい」・・・これは、医療・介護に係る全ての職種での共通課題であった。そのため、“一人でも多くの方に、一日でも長く「わが家」での生活を続けるために、『だれもが気負わず関わられる在宅医療』の実現を目指す取組を開始した。

<たまな在宅ネットワーク>

医師会に、選任のコーディネーターを配置し、以下の取組を実施

① 医師不在時補完システム

主治医だけでなく他の医師も連携し、在宅生活を支える仕組みを構築。主治医不在時に対応が必要になった場合は、出来る範囲で対応可能な医師が対応。これにより、医師の在宅医療に参加するハードルを低下。
→ ネットワーク加入の医療機関が6から36に増加。

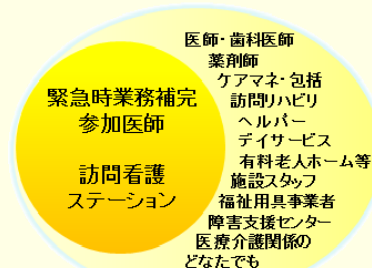
② 在宅医療資源紹介・仲介システム

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

③ 多職種が情報共有・学びあえる場の設定

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

たまな在宅ネットワーク構成図



有志の集まり

機会均等
事情に応じて手をあげる



<平成 30 年度厚生労働省在宅医療・介護連携推進支援事業>

発表資料掲載先 URL: <https://www.jmar-form.jp/data/hc-fukuoka-tamana.pdf>

残念なできごと例 社会資源が不足してなんとまらない……。

地域包括ケアシステムを推進したくても、在宅医療を行ってくれる診療所も、介護人材も不足しており、資源がないことで本事業が行き詰まっている。

施設等の提供体制の不足が本事業を進めていく上で、真の課題なのでしょうか。確かに、必要な社会資源（人・物）は充足していた方がよいでしょう。しかしながら、本事業は医療と介護の連携です。資源を増やすことは一朝一夕でできるものではありません。その充足を目指しつつ、現状にあっても医療と介護を必要とする高齢者が、住み慣れた場所で過ごすことができるための、施策立案に意識を切り替えましょう。

小規模な市町村では、医療・介護の資源は充足されているとは限りません。例えば、介護資源のスキルアップでカバーする等で現状より良い状況を作れないか、近隣市町村と連携してできることはないか等、まずは課題を拾い上げ、現状の中で取り組めることや解決の方法を考えて、庁内で共有していくことが重要です。また、市町村の提供体制の課題については、都道府県が保健所単位で課題を吸い上げ、医療計画や地域医療構想、介護保険事業支援計画に反映させていく必要があります。市町村と都道府県が話し合い、課題と解決方法を一緒に考えることも必要です。なお、市町村の介護保険事業計画にも反映させていけるよう、課題を庁内で共有していくことが重要です。

<見直しポイント例>

全国の平均と市町村の社会資源を比べるのではなく、住民ニーズを満たすために医療と介護の連携において何が必要なかを検討することが重要。提供体制については、都道府県の医療計画・地域医療構想や市町村における介護保険事業計画・地域福祉計画等との整合性を図ることや広域連携も視野に入れて検討

(参考) 医療・介護関係者の研修の例

1. 多職種が連携するためのグループワーク等を活用した研修

(1) 目的

医療と介護は、それぞれを支える制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や、情報共有が十分にできていないなどの課題がある。このため、多職種が連携するためのグループワーク等を活用した研修を通じて、地域の医療・介護関係者が、お互いの業務の現状、専門性や役割等を知り、忌憚のない意見が交換できる関係を構築するなど、現場レベルでの在宅医療と介護の連携が促進されるような研修を提供する。

(2) 実施内容・実施方法

- ア. 研修の目標、内容等を含む実施計画案を作成し、医療・介護関係者の理解と協力を得る。
- イ. 医療・介護関係者を対象にグループワーク等を活用した多職種研修を開催する。なお、研修の具体的な内容には、例えば自己紹介やそれぞれが勤務している医療機関等・介護サービス事業所等の地域における役割・特徴等を共有するとともに、「現状分析・課題抽出・施策立案」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など、参加者が取り組みやすい内容や構成となるように配慮する。

(3) 実施する上でのポイント（留意事項）

- ア. 地域の医療・介護関係者が多職種でグループワーク等を活用した研修を行う主旨は、専門性等の異なる多職種が共通の課題や困難な状況を理解し、かつ解決のプロセスを共有しながら同じ方向に向かっていく手法を体得することにある。この意味で、それぞれが抱える現状の課題を単に共有するための情報交換会とは異なるものである。
- イ. 地域の医療・介護関係者による情報交換の場が既に設けられている場合には、それらを活用して、更に多職種でのグループワーク等を活用した研修に発展させる。
- ウ. グループワーク等のメンバー構成の検討においては、医療系職種と介護系職種の配分に留意する。
- エ. グループワークでは、必要に応じて、司会進行とは別に意見交換を円滑に進めるための調整役を配置することやグループワークを事務局で試行した上で実施することを検討する。また、ディスカッションに慣れるまでは、調整者が議論の状況を見守り、円滑な意見交換になるよう支援することが重要である。
- オ. 研修参加者の選定については、医療・介護の資源の充足状況等を鑑み、連携が必要と考えられる職種の参加を求めることや、医療・介護の関係団体を通じて募集し、新規参加者が定期的に参加できる機会を設けるなど、適宜工夫することも重要である。
- カ. 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド<第2版>（平成30年3月 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）の活用を検討することも有効である。

URL http://homecarenetwork.umin.jp/ipw/files/outline/uneiguide2_all.pdf

2. 地域の医療・介護関係者に対する研修

(1) 目的

医療・介護関係者間での連携を円滑にするため、それぞれの職種が、お互いの分野についての知識等を身につける。

(2) 実施内容・実施方法

ア. 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・整理した上で、研修内容、目標等を含む実施計画を作成する。なお、研修の実施計画については、「現状分析・課題抽出・施策立案」時の会議や、関係団体等において説明することにより、研修の周知や講師の確保等について協力を得る。

イ. 新たな研修が必要である場合は、既存の研修との位置づけを整理する。なお、具体的な研修の内容としては以下のような事項が考えられる。

<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、介護支援専門員の業務、地域の社会資源の活用等に関する研修、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）、認知症ケアパスを活用した連携の取組、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン等に関する研修

<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、在宅医療を受ける患者・利用者に必要な医療処置や療養上の注意点、終末期の介護のポイントなど技術的变化、褥瘡や状態変化の見極め方、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等に関する研修

ウ. 研修会の開催に際しては、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。

(3) 実施する上でのポイント（留意事項）

ア. 研修の実施計画については、関係団体等に説明し、研修の周知や講師の確保等について理解と協力を得る。

イ. 実施計画の策定の際には、職能団体、事業所団体、都道府県等による医療・介護の関係職種を対象とした既存の研修を活用し、必要に応じて、既存の研修では達成できない事項を中心に新たな研修を企画する。市町村以外の関係団体・関係機関等による研修が既に実施されている場合は、可能な限りそれらを活用するとともに、市町村による新たな取組の必要性について判断すること。

ウ. 講師については、医師・看護師等の医療系資格に加え、介護支援専門員の資格を有するなど、研修内容に応じて、適切な知識を有する人材を考慮する。

エ. 多職種でグループワーク等を活用した研修を行うことを基本とし、必要に応じて、医療関係者に介護等に関する研修会、介護関係者に医療等に関する研修会を行う。ただし、多職種でのグループワーク等を活用した研修の開催が困難な場合は、まず、医療・介護関係者に対する研修を行うことから始めても差し支えない。

3. 地域の医療・介護関係者による同行訪問研修

(1) 目的

医療・介護関係者間での連携を円滑にするため、訪問診療や訪問指導に多職種が同行し、実際の訪問現場の見学や意見交換を行い、多職種間の連携や在宅療養への理解を促進する。

(2) 実施内容・実施方法

- ア. 医療介護関係団体等へのヒアリング等を通じて把握された多職種連携に関する課題を検討した上で、医師—歯科医師、医師—薬剤師、看護師—介護支援専門員、介護支援専門員—リハ職等の同行訪問研修の実施計画を作成する。
- イ. 同行訪問研修は、少人数の見学者を募集して実施する方法や互いの訪問診療等の日程を調整して実施する方法等、研修に協力する専門職と協議の上、地域の実情に応じた方法で行う。

(3) 実施する上でのポイント（留意事項）

- ア. 研修の実施計画については、関係団体等に説明し、同行訪問研修に協力する専門職の確保等について理解と協力を得る。
- イ. 地域の実情に応じて、在宅医療の経験がない医師等を対象に、訪問診療や在宅介護の現場を見学できる同行訪問研修など、在宅療養の理解の促進を目的とした同行訪問研修についても実施して差し支えない。
- ウ. 地域の実情に応じて、感染症対策に関する知識・技術について介護サービス事業所等を対象に、訪問診療や訪問看護等の医療関係者が、介護サービス事業所職員とサービス提供社宅に同行して、現場に即した手技・手法の習得のための同行訪問を実施しても差し支えない。

4. 多職種連携が必要な事例検討による研修

(1) 目的

医療・介護関係者間での連携を円滑にするため、多職種連携が必要な事例検討会を開催し、具体的な事例に則した各専門職の役割分担の検討を行うなど実践的な研修を行う。

(2) 実施内容・実施方法

- ア. 事例検討会に用いる事例については、地域の課題に応じて、特に多職種の円滑な連携を図る必要がある事例を選定する。事例検討会の参加者や事例の選定に際しては、現場の問題点等を把握している医療介護関係団体と協議しながら実施することが望ましい。
- イ. 事例検討については、実際の多職種チームを構成すると考えられる参加者を対象に実施する方法や比較的規模の大きい多職種研修によるグループワーク等の際に実施する方法がある。

(3) 実施する上でのポイント（留意事項）

- ア. 事例検討において、架空事例ではなく実際の患者・利用者の事例を研修に用いる場合は、個人情報保護に厳重な注意を払うこと。
- イ. 地域ケア会議については、議題、出席者の職種、回数等が本事業の主旨を満たすものであれば、活用を検討する。ただし、その場合であっても、医療・介護関係者が参画する会議を開催する前に、市町村が課題の整理や対応策について検討することが必要である。

第3章 都道府県の市町村に対する支援

ポイント

- ❖ 本事業の市町村の取組状況を把握し、本事業が円滑に推進されるように支援を行う。その際、市町村が抱える課題を整理した上で、課題解決のための対応策を一緒に考えるとともに、都道府県は市町村に対して何を、どのように支援するかを検討する必要がある。
- ❖ 市町村が効率的・効果的な取組を行うために、広域連携や都道府県単位での実施が必要な場合は、適宜、関係機関と調整を行う。

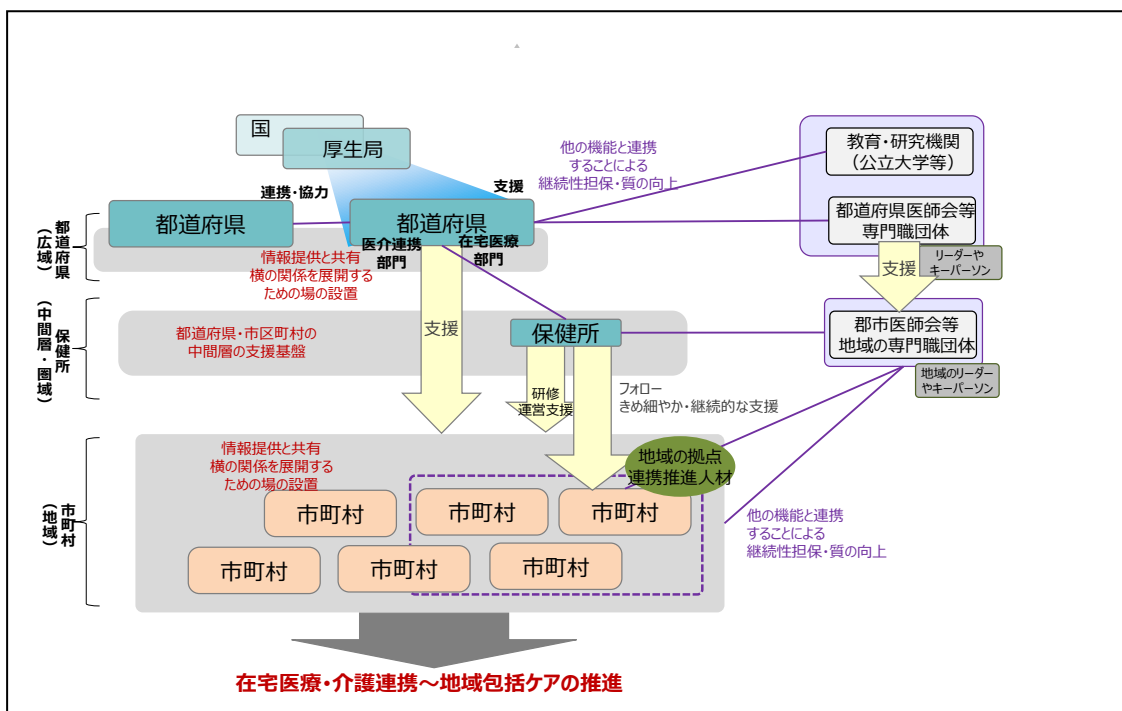
1. 都道府県の役割について

- 地域における在宅医療と介護の連携を推進するためには、市町村の積極的な取組が不可欠であるが、これまで医療提供体制の確保等に係る施策は、保健所の参画等も含め、都道府県が中心となって二次医療圏や三次医療圏を対象として対応してきたため、政令指定都市等の大都市を除き、一般的に市町村には医療施策に係る取組の実績が少なく、在宅医療と介護の連携に係る取組についてのノウハウの蓄積は、市町村の実情により様々である。また、市町村によって地域資源も異なるため、市町村が本事業を進めていく際の課題も一律ではない。
- 市町村における第8期介護保険事業計画からの本事業については、市町村が地域のめざすべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れるよう、事業構成の見直しを行ったところである（「第1章3. 在宅医療・介護連携推進事業の構成について」参照）。これに伴い、都道府県の役割についても、「介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月社会保障審議会介護保険部会）」を踏まえ、市町村の切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の整備を支援するため、市町村の取組状況を確認、「市町村の事業マネジメント力の向上」の視点・支援を踏まえた上で、在宅医療を始め広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析とともに、
 1. 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等について
 - ・在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
 - ・他市町村の取組事例の横展開
 - ・必要なデータの分析・活用支援
 - ・市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
 - ・市町村で事業を総合的に進める人材の育成
 2. 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携について
 - ・二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
 - ・関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
 - ・入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整
 3. 地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について等を更に進めていくことが必要である。特に医療人材の確保・育成や地域資源の偏在の解消に関し

ては、地域医療介護総合確保基金等の活用によって、都道府県の主導により課題解決をしていく必要があるとともに、市町村の現状や課題に応じた支援が重要である。

- そのため、都道府県は、市町村が本事業に対して積極的に取り組み、主体的に推進していくことができるよう、各市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、各市町村の実情に応じた市町村支援を積極的に検討し、必要に応じて支援内容の見直しをすることが重要である。また、都道府県が策定する医療計画や地域医療構想との整合性を図るため、当該会議や打合せ等で、市町村と情報共有をすることも必要である。
- なお、日頃からの感染症対策や感染症流行時の対応など、都道府県が所管する業務において、市町村にノウハウがないため助言が必要な場合は、適宜支援する必要がある。
- 本事業のそれぞれと同様の取組が、都道府県事業として既に実施されている場合は、既存の取組と市町村が本事業として新たに取組む内容とを整理するとともに、双方の取組の調整を行うことにより、市町村が、本事業を効果的・効率的に実施できるよう支援することが重要である。
- 市町村への支援体制として、都道府県は保健所を含む重層的な支援体制を構築し、二次医療圏域単位での支援、複数市町村による取組を行う等して、市町村の実情や地域の社会資源の状況、課題に応じた支援や広域的な連携が必要な事項についての検討を行う。なお、当初は都道府県が市町村を牽引するような支援であったとしても、推進の度合いに応じて、併走支援、そして後方支援へと移行できるよう、段階に応じた支援を行うことを目指していく必要がある。
- なお、都道府県が策定する介護保険事業支援計画に、本事業に対して都道府県の介護部局及び医療部局の双方が連携を密にして市町村支援に取り組むことするとともに、住宅部局をはじめとした関係部局との連携を進めていくことが重要である。そして、本事業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り、同様に、市町村支援の一環としても、市町村職員のうち、総合的に進める人材を育成することも必要である。なお、本事業の業務継続や長期的な成果の評価を行うために、担当課長や係長に、本事業を総合的に進める人材を長く置くことも重要である。

図 11 都道府県の市町村支援体制（例）



出典) 都道府県個別支援型在宅医療・介護連携等推進調査研究事業（平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 株式会社富士通総研）の「図表-3 都道府県の推進支援体制（例）の状況」を一部改変

2. 市町村に対する支援の進め方

(1) 概要

- 市町村が主体的に本事業を進めることができるよう、都道府県は推進の進捗度合いを確認しながら、市町村の状態・課題に応じた支援を行う。その際、複数の市町村による事業の共同実施、複数の自治体を対象とする郡市区等医師会と市町村との関係等、二次医療圏を対象とした支援方法の検討も必要なため、保健所を含む市町村の重層的な支援体制を構築し、個別課題に対してきめ細かな支援を行っていく。
- なお、支援の実施にあたっては、都道府県医師会等の都道府県単位の団体とも密に連携をとりながら進めることが重要であり、市町村に向けた研修の実施、データ分析等の支援には、地域の医療・福祉の専門人材の育成機関である大学等の教育・研究機関の協力を得る等して、支援体制の充実を図りながら進める。

(2) 実施内容・実施方法

市町村だけでは解決できない課題、市町村や医療・介護関係者等から出されている広域的な取組を要する課題の検討を支援する。複数の市町村で生じている課題や実施している取組で類似するものがある場合には、情報や意見交換をするための共通の場を設けるなど、市町村が自ら解決していくための場と機会を提供する。

<実施内容（例）>

- ・ 管内市町村への情報提供
- ・ 市町村職員や相談窓口コーディネーターの意見交換の機会の確保
- ・ 本事業の分析に必要なデータ活用と提供（その提供方法や解釈が必要）
- ・ 事業評価方法の検討会の開催
- ・ 市町村の本事業にかかわる職員の人材育成支援

<実施方法（例）>

- ・ 本庁：研修実施（全体研修等集合、テーマ別）、データ提供、情報交換や交流の基盤
- ・ 保健所（圏域単位）：研修後・データ提供後のフォロー、コンサルテーション等の併走型支援

(3) 実施する上でのポイント（留意事項）

- 市町村が本事業を主体的に進め、めざす姿を実現するためには、そこに至るまでの段階、必要な支援体制と方法を考えて取り組んでいく必要がある。なお、市町村職員には定期的な異動があるため、市町村の事業の質の維持や継続についても留意して支援を行う。
- 市町村が抱える課題も多様かつ具体的な内容と変化しているため、都道府県による伴走型支援も検討し、当該市町村が含まれる圏域の状況にも精通している保健所が都道府県の支援体制に含まれるよう、地域の実情に応じた重層的な支援体制をつくることも必要である。
- 市町村が用いる指標は市町村のみで確保することが難しい場合もあるため、都道府県が地方厚生(支)局、国民健康保険団体連合会等の協力を得ながらデータを収集し、市町村に提供する。

(参考) 市町村に対する支援例

1.各取組に関する市町村支援の取組例

(1) 在宅医療・介護連携に係るデータの提供及び分析に対する市町村支援

市町村の在宅医療・介護連携における現状把握及び課題分析に対する支援として、市町村で収集が困難な在宅医療等に関する情報の提供や分析の支援を行う。

【取組内容】

- ・ 在宅医療・介護資源や診療報酬・介護報酬のデータの提供

本事業を効果的に展開するためには、地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施することが必要であり、地域の現状把握、課題分析に際して、地域の在宅医療・介護に関するデータは極めて重要である。

しかし、市町村においては、介護事業者等の介護に関するデータは比較的入手しやすいが、医療機関や診療報酬等の医療に関するデータについては入手が難しい。このため、都道府県においては、在宅医療を担う医療機関に関する情報や在宅医療・介護に関する診療報酬・介護報酬の算定状況、死亡者数・死亡場所等の人口動態に関する情報等、地域の在宅医療・介護に関するデータを集約し提供することが望ましい。また、可能なデータについては、市町村別に整理し提供することが重要である。

- ・ 地域の課題分析に向けたデータの活用方法に対する指導・助言

在宅医療・介護に関するデータの提供に加えて、保健所の活用や大学等と連携しながら、提供したデータの活用及び分析方法に関する市町村担当職員等を対象とした説明会や研修の実施、また必要に応じて個別の市町村に対する支援等、地域の実情に応じた支援を実施することが望ましい。

【事例】在宅医療・介護連携の推進における医療・介護データ等の活用支援<静岡県>

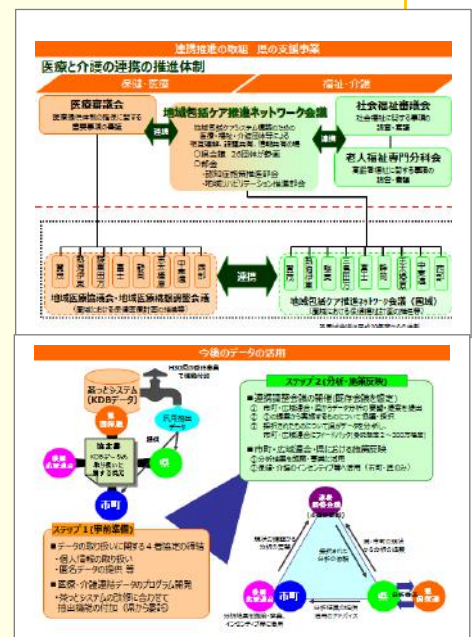
2017 年度第 7 期介護保険事業（支援）計画策定時、多職種連携の会議等において、構成員から、看取り・リハビリテーション・認知症等についてデータによる実態把握の要望があった。

このため、在宅医療・介護データの集計の目的として

- ・ 医療：入院医療から在宅医療への流れ（地域医療構想）
⇒在宅療養者の増加＝それを支える介護需要の増加
- ・ 介護：在宅療養者の増加に伴う介護需要の増加を加味して、
介護保険事業計画においてサービス見込み量を適切に推計等を行うため、
- ・ 地域医療構想の背景の説明
- ・ 介護保険事業計画と医療計画の整合性の確保
- ・ 訪問診療利用者の要介護認定状況
- ・ 認定者の訪問診療の利用場所
- ・ 自宅等における訪問診療利用者の介護サービス利用状況
- ・ 計画における訪問診療の見込み量と進捗管理
- ・ 在宅医療等に対する介護サービスの見込み量の推計における課題などの分析結果を市町村へ提示し、計画策定に活用を促した。

<平成 30 年度厚生労働省在宅医療・介護連携推進支援事業>

発表資料掲載先 URL: <https://www.jmar-form.jp/data/hcpr-ref3shizuoka.pdf>



(2) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進に対する支援

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制整備を図るため、地域の実情に応じて、広域的視点で連携に取り組むべき関係団体（例えば都道府県医師会などの県単位の機関）と密接な調整・連携をとった上で広域的に体制整備に取り組むなど、市町村や郡市区等医師会に対する支援を行う。

【取組内容】

- ・ 広域的な在宅医療の体制整備の取組による支援

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制整備を図るためには、地域の病院や訪問看護ステーション等の医療機関や介護事業所が連携し、休日夜間や容態急変時の対応を含めた体制整備を図ることが重要である。

地域により、かかりつけ医と在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の連携体制の構築や在宅医療を担う医師によるグループ制や後方病床確保等の取組が必要と考えられるが、このような在宅医療の体制整備に対する取組については、郡市区等医師会単位など広域的に実施した方が効率的な場合がある。このような地域の取組については、都道府県が都道府県医師会と密接に連携しつつ、郡市区等医師会や市町村に対する支援を行うことが重要である。

- ・ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制整備に関する情報提供

休日夜間や容態急変時の対応を含めた多職種連携チームの構築例等、効果的な取組事例の収集及び情報提供を行う。

(3) 在宅医療・介護連携に関する相談窓口に対する支援

都道府県単位で実施した方が効果的、効率的な医療介護連携の取組については、市町村との役割分担を確認の上、都道府県が関係団体と連携しながら実施する。

【取組内容】

- ・ 広域的な相談窓口の設置等への支援

複数市町村が共同して郡市区等医師会や医療機関に広域的な相談窓口を設置する場合、関係市町村と郡市区等医師会や医療機関との調整等、都道府県が設置に向けた支援を行うことが重要である。

また、相談窓口において、医療と介護のコーディネートを担う人材の育成については、広域で実施した方が効果的、効率的であることから、都道府県が積極的に取り組むことが望ましい。

この他、都道府県医師会や都道府県歯科医師会等に広域的な在宅医療の相談窓口として設置されている在宅医療連携室や在宅歯科医療連携室について、市町村や介護関係者に周知を行う等連携を促進する取組も重要である。

(4) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村連携に対する支援

市町村をまたがる入退院時の医療機関と介護事業所との連携の充実を図るため、都道府県が都道府県医師会と密接な連携の上、保健所等を活用しつつ、入退院に関わる医療介護専門職の人材育成や地域の医療介護関係者の協議等の取組により、市町村支援を行う。

【取組内容】

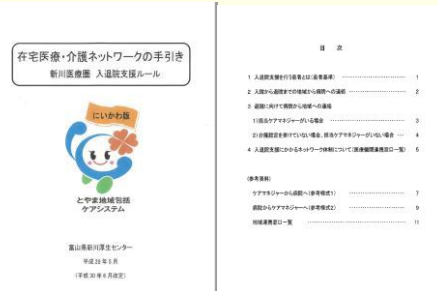
- ・ 市町村をまたがる入退院時の連携等
 - 地域の実情に応じて、都道府県と都道府県医師会が密接に連携し、保健所等活用しつつ、入退院に関する地域ルールを作成に全県又は複数の市町村と共同で取り組むことにより、入退院時の医療介護連携を促進する。
 - 地域の郡市区等医師会、入院医療機関、居宅介護支援事業所、市町村等による協議を通じて、地域の入退院連携に必要な共通様式やルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供率の向上、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連絡率の向上を図る。
- ・ 入退院に関わる医療介護専門職の人材育成等
 - 入退院において連携を担う看護師、MSW 等の医療専門職及び在宅介護のサービス調整を担う介護支援専門員を対象に、医療専門職に対しては退院支援や介護との連携に関する研修、介護支援専門員に対しては在宅医療に関する基本的な知識や医療との連携に関する研修を全県又は二次医療圏等を単位として実施する。
 - その他、地域の実情に応じて、入退院連携のための専門職向けのマニュアル作成や通所リハなど介護事業所との連携を含めた連携パスの普及等の取組による支援も考えられる。

【事例】医療・介護情報のスムーズな入退院調整をめざして〈富山県〉

富山県では、県庁本課・厚生センター（保健所）・市町村の組織横断による連携・協働、職能団体・拠点施設との連携・協働が重要と認識。県では、医療と介護の部局間での連携、さらに市町村に身近な厚生センターが郡市医師会との調整や管内市町村との関係性を築くことで、より現場の声を聞くことができています。

その声を受けて、医療・介護連携に関する現状と課題を整理したところ、以下の課題がみえてきた。

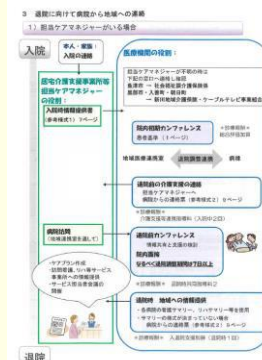
- ・ 連携の窓口や体制を整えて欲しい
- ・ 「患者が在宅生活が可能かどうか」の見極めが十分でない
- ・ 個人情報が絡むと連携が取りにくい
- ・ 家族・本人がケアマネジャーの名前を把握していない
- ・ 連携のツールがない、伝える必要のある情報がわからない
- ・ 病院の敷居が高い
- ・ 病院職員に自宅に帰す意識が乏しい



このため、「入退院調整ルール」の作成に着手、4つの二次医療圏のうち、順次、取組を開始。医療・介護ネットワーク関係者連絡会において、管内全病院の看護部長及び地域連携室・地域包括支援センター・在宅医療支援センター・ケアマネジャー協議会役員・介護保険組合等と、

- ・ 病院や関係施設の連携体制整備状況
- ・ 退院調整に関する現状と課題
- ・ よりよい連携を推進するための退院時等の引継ぎ手順

などの協議を行い、入退院支援ルールの作成や改定を実施している。



<平成 30 年度厚生労働省在宅医療・介護連携推進支援事業>
発表資料掲載先 URL: <https://www.jmar-form.jp/data/hcpr-ref1toyama.pdf>

2.広域的に実施する市町村支援の取組例

(1) 在宅医療・介護連携推進事業の充実に向けた支援

【取組内容】

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業に関する技術的支援

本事業の効果的な展開について、都道府県内外における先行事例や好事例について整理し、市町村や委託事業者の事業担当職員を対象とした研修や情報交換の機会を設ける等の支援を行う。

また、必要に応じて、個別の市町村を対象に事業のノウハウや課題分析について技術的な助言を行う等の市町村支援を行う。

- ・ 複数市町村との共同実施に向けた関係市町村や郡市区等医師会等との調整

郡市区等医師会の管轄地域に比較的小規模な市町村が多く市町村単独での実施が困難な取組については、必要に応じて、都道府県が保健所等を活用して、共同実施に向けた関係者の調整の支援を行う。

- ・ 小規模市町村における「医療・介護関係者の研修」や「地域住民への普及啓発」の共同実施

小規模市町村等に対する支援として、保健所等を活用しつつ、事業のノウハウの提供や課題分析等について個別に支援を実施する他、単独で実施することが難しい取組については、複数市町村との共同実施に向けた関係市町村、郡市区等医師会、医療機関等との調整を行う。

複数市町村による共同実施が望ましいが、それも困難な場合については、都道府県と複数市町村との共同実施による事業展開の検討も必要である。具体的には、「医療・介護関係者の研修」や「地域住民への普及啓発」について保健所等を活用しつつ、都道府県と市町村との役割分担を協議の上、市町村と共同で広域的に実施する等の支援などが考えられる。

(例えば、テーマの選定は共同で実施、会場の確保や講師の手配等は都道府県が担い、市町村内の関係者への周知等は市町村が担うなど)

(2) 広域的に実施する医療介護連携の環境整備

都道府県単位で実施した方が効果的、効率的な医療介護連携の取組（人材育成、個別テーマに関する医療介護連携、普及啓発等）については、市町村との役割分担を確認の上、都道府県が関係団体と連携しながら実施する。

【取組内容】

- ・ 個別の医療介護専門職に対する人材育成等

都道府県においては、医療介護連携を担う医療、介護の各専門職の人材育成に取り組むことが重要である。

具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等の医療職、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、介護保険施設職員等の介護職について、それぞれの職種毎に医療介護連携に必要な詳細かつ個別専門性の高い研修を実施することが望ましい。

また、個別の疾患等に関する医療介護連携の人材育成については、個別テーマに関して専門的な知識や経験等を有する有識者の確保や個別テーマと関わりの深い地域の医師会、歯科医師会等の関係団体の関与が必要となる場合があるため、都道府県が広域的に取り組むことが必要となる場合がある。

例えば、誤嚥性肺炎の発症リスクが高い摂食嚥下障害を有する要介護高齢者に対して、摂食嚥下障害に関わる医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員等の多職種連携を推進するための人材育成を含めた様々な取組を実施している事例がある。

このような個別の疾患等に特化した専門職に対する研修や連携ツールの作成等の医療介護連携の取組を都道府県が医師会、歯科医師会等の関係団体と連携しながら、保健所等を活用して広域的に実施することが考えられる。

- ・ 全県的な普及啓発

地域住民への普及啓発については、例えば、在宅療養や在宅での看取りについての普及啓発に係るパンフレット等を都道府県が統一して作成し、各市町村がそれを活用して普及啓発するなどの役割を分担することも一つの方法である。

第4章 参考

1. 都道府県・市町村の取組事例について

- 地域包括ケア「見える化」システム <http://mieruka.mhlw.go.jp/>



- 厚生労働省ホームページ「医療と介護の連携に関する報告書等」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

2. 参考資料

<データ把握に関すること>

- 地域包括ケア「見える化」システム <http://mieruka.mhlw.go.jp/>
- 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革【在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目一覧（参考例）】
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>
- 厚生労働省ホームページ 在宅医療の推進について【在宅医療にかかる地域別データ集】
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

<最近の動向に関すること>

- 厚生労働省ホームページ 認知症施策推進大綱について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html
- 厚生労働省ホームページ 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>
- 厚生労働省ホームページ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 厚生労働省ホームページ 医療計画【医療計画関連通知】
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html
- 厚生労働省ホームページ 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html