

「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4」の作成にあたって

びわこリハビリテーション専門職大学

(在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会委員長)

学長 角野 文彦

在宅医療・介護連携推進事業「手引き」改訂の流れ

バージョン	作成年月	背景 医療体制)	背景 介護サービス)	特徴
Ver.1	平成27年3月 (2015年)	<ul style="list-style-type: none"> ・団塊世代の後期高齢化に向け、慢性疾患・認知症の増加 ・かかりつけ医機能・訪問診療・急変対応・在宅看取りの必要性 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活支援需要が増大 ・ケアマネ、地域包括、訪問看護、福祉用具などの連携が不可欠 	初版。市町村が連携体制を構築するための出発点。 8事業項目 を提示。
Ver.2	平成29年10月 (2017年)	<ul style="list-style-type: none"> ・Ver.1後、「やることリスト化」に偏る課題 ・場面ごと（入退院・急変等）の医療連携を強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援・研修・情報共有の標準化ニーズ ・退院支援の整理、ケアマネ連携の重要性 	PDCAサイクルを明確化 。成果志向へ転換。
Ver.3	令和2年9月 (2020年)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性が求められる ・地域医療構想と在宅医療の位置づけを整理 	<ul style="list-style-type: none"> ・ICT・情報連携の実需増 ・多職種研修・住民啓発の強化 	市町村推進＋都道府県支援の役割を明確化。 4場面（入退院・日常・急変・看取り） を整理。
Ver.4	令和7年3月 (2025年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第8次医療計画との整合 ・かかりつけ医機能報告制度、災害・感染症時の在宅連携強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・第9期介護保険事業（支援）計画との整合 ・認知症・ヤングケアラーなど横断課題対応 	PDCA継続・標準化・可視化を重視。 災害・感染症・認知症連携パス も明記。

73. 在宅医療・介護連携事業の有効的なあり方にかかる調査研究事業

座長

角野 文彦 びわこリハビリテーション専門職大学 学長

委員

飯野 雄治	東京都稲城市	市民協働課 (前高齢福祉課地域支援係長)
今村 英仁	公益社団法人	日本医師会 常任理事
小黑 佳代子	公益社団法人	日本薬剤師会 理事
川越 正平	一般社団法人	松戸市医師会 会長
齋川 克之	一般社団法人	新潟市医師会 地域医療推進室長
齊藤 正身	一般社団法人	日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
坂上 陽一	公益社団法人	肝属郡医師会 肝属郡医師会立病院 地域医療室長
高嶺 公子	沖縄県保健医療介護部	地域包括ケア推進課 課長
田母神 裕美	公益社団法人	日本看護協会 常任理事
西村 一弘	公益社団法人	日本栄養士会 常任理事
野村 圭介	公益社団法人	日本歯科医師会 常任理事
服部 真治	一般財団法人	医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
	政策推進部	研究事業担当部長 兼 研究部 主席研究員
福地 裕仁	埼玉県深谷市	福祉健康部長寿福祉課 課長補佐
牧野 和子	一般社団法人	日本介護支援専門員協会 常任理事

本事業の背景

- 2040年にかけて人口・世帯構成が変化することに伴い、**医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加**する。
- その結果、介護保険サービスを利用する高齢者の入院、退院後に介護保険サービスを利用する高齢者や医療と介護双方のサービスを利用する地域・施設の高齢者が今後更に増えることが想定されるため、**医療と介護の関係者間や関係機関間の情報提供や情報共有を効率的に行うことが益々重要**となる。
- 特に、在宅患者数の増加が見込まれる中、**在宅医療の推進、ならびに在宅医療・介護連携を推進していくことの重要性**が高まっている。
- 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・介護を一体的に提供できる体制を構築**するためには、**都道府県や保健所の支援のもと、市町村が中心となり、地域の郡市区医師会等と緊密に連携**することが今以上に重要となる。

- 平成26年介護保険法改正により、市町村が実施する事業として、地域支援事業の一つに「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられてから約10年が経過。
- 令和6年4月1日より開始した第8次医療計画の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」において、本事業が実施する取組との連携について記載された。
- 令和6年4月1日より開始した第9期介護保険事業計画に係る基本指針においては、医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しながら、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である旨が記載された。
- 本事業が、介護保険法のみならず、医療法の観点等からも様々な施策に横断的に関連する事業であることがあらためて明確にされた。
- 本事業の手引きは、令和2年9月にVer.3が作成されて以降、改訂されていない。

手引き作成の前提

主な想定読者	市町村職員をはじめとする在宅医療・介護連携推進事業に係る全ての人材
記載内容の特徴	<p>(市町村)</p> <ul style="list-style-type: none">● 実施主体である市町村が事業の理解を深めより推進できるように、実施要綱に基づくPDCAサイクルの流れや4つの場面、認知症、感染症、災害対応の全体像を整理・提示した上で各論を紹介する。● 各論では4つの場面、認知症、感染症、災害対応を行っている市町村の好取組事例を掲載し、好取組に至るプロセスや工夫を記載することで、他の地域でも再現・応用ができるようにする。 <p>(都道府県)</p> <ul style="list-style-type: none">● 市町村を支援する都道府県が事業の理解を深めより支援ができるように、支援の進め方の概要や実施方法・内容等の全体像を整理・提示するとともに、都道府県の好取組事例等の具体例を記載する。
想定活用例	<p>(市町村)</p> <ul style="list-style-type: none">● 市町村職員が、PDCAサイクルの流れや、4つの場面、認知症、感染症、災害対応の考え方などの概要を理解するために活用する。 <p>(都道府県)</p> <ul style="list-style-type: none">● 都道府県職員が、市町村に対する支援の進め方や支援をする上での留意事項などの概要を理解するために活用する。
手引きVer.3との変更点	<ul style="list-style-type: none">● 前回の手引改定以降に医療計画、介護保険事業（支援）計画の基本指針など様々な改定が実施された。改定を踏まえた記載とするとともに、事業実施者にとってわかりやすい記載に変更する。

手引き作成の5つの方針

01. 手引きの構造化

本事業を体系的に理解できる手引きとするため、全体の構造はVer 2 を基準（冒頭で本事業の全体像を提示した上で、各論に入る構成）とし、PDCAに関する詳細な記載等細かい内容には踏み込まない。

02. 実施要綱に即した内容構成

地域支援事業実施要綱に即した手引きとするため、基本的に同要綱の書き下しとして整理可能な範囲内での記載とする。

03. 重点取組事項への言及

下記について、適切な項目にて言及する。

①在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）②地域の多様な関係者の参画による協議体③介護報酬改定における高齢者施設と協力医療機関の連携強化④看護小規模多機能型居宅介護の広域利⑤かかりつけ医機能報告が発揮される制度整備との関わり⑥「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携⑦医療情報ネット（ナビイ）

04. 最新の好事例を踏まえた記載

令和5年度の在宅医療・介護連携推進支援事業の実態調査結果より、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等それぞれの好事例を抽出し、ヒアリング結果を踏まえて各場面について記載する。

05. システマティックレビューを踏まえた記載

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しが行われた令和3年度以降の老人保健健康増進等事業及び厚生労働科学研究を中心にシステマティックレビューを実施し、必要に応じて研究結果へ言及もしくは参考資料として成果物を紹介する。

市町村における事業の進め方

I. 取組を始める前に（手引きP.9-）

- 各地域において、あるべき在宅医療・介護提供体制の姿を共有
- 地域の実情に応じ、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な実施時期や評価指標等を定める
- PDCAサイクルに沿った取組を進める
- 各場面・局面において地域における関係者の連携を推進するための整備を図る
- 高齢者の意向を踏まえた生活が可能となるよう検討及び対応

(I) 医療・介護関係者等との連携

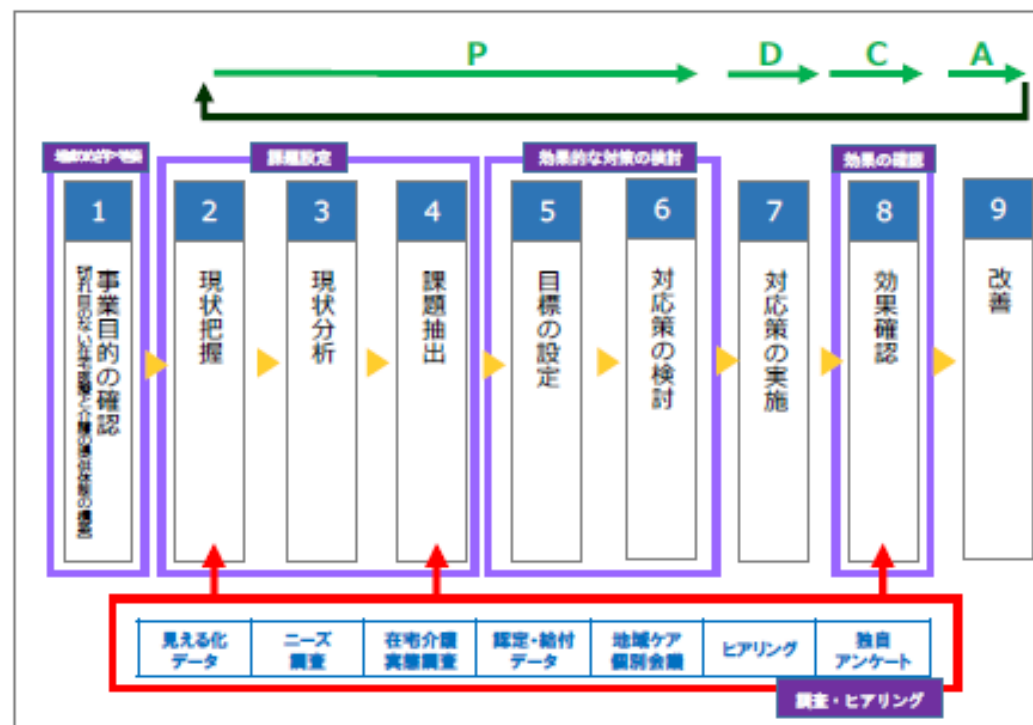
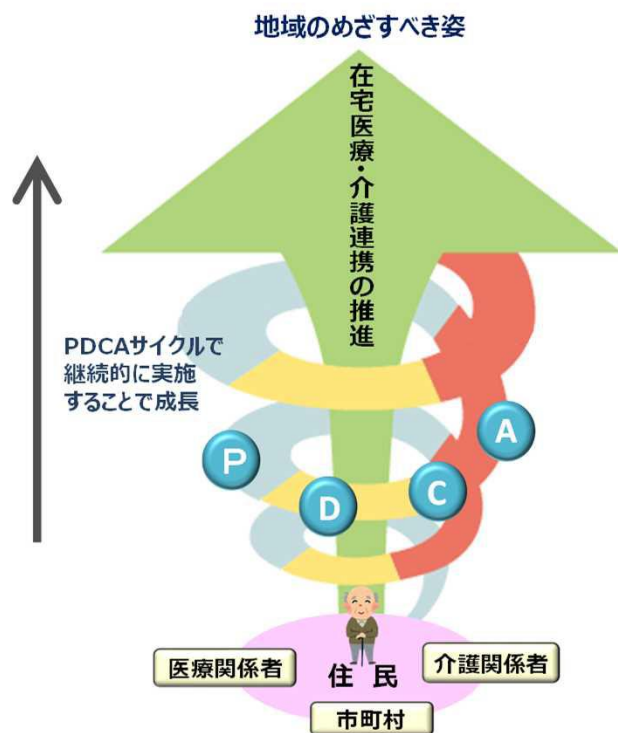
- 医療の関係職種と介護の関係職種の連携が重要、その他医療ソーシャルワーカーなど地域の実情も踏まえて必要な人材も含めて対応
- 市町村が主体となって連携の核となる人材の育成、地域の医師会等と協働し推進を図る
- 企画立案時から関係機関との協働が重要であり、医療・介護関係者や都道府県（保健所等を含む）と緊密に連携し、事業の推進を図る
- 多種多様な高齢者のライフスタイルに対応するためには、医療・介護・障害福祉の幅広い知見と関係者との連携が重要

(2) 庁内の組織づくり（実施体制）

- **市町村全体**で取り組むことが重要
- 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、本事業を総合的に進める人材の育成・配置も重要
- 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
- **保健師等の専門職**を活用
- 在宅医療・介護の連携を支援する人材として**コーディネーター**等の配置も可能
- 自治体の介護保険事業計画や都道府県の介護保険事業支援計画、地域医療構想、医療計画等との整合性を意識し、**都道府県と連携**を図りながら実施
- 本事業の取組は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等は、**近隣市町村が連携又は共同して実施することも可能**である。なお、広域での実施においては、**都道府県（保健所等を含む）と協議**することが重要である。

2. PDCA サイクルに沿った取組（手引きP.14-）

- 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
- ①地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を検討、**関係者と共有**⇒②現状分析、課題抽出⇒③対応策（具体的な実施時期や**評価指標**等を定める）を実施⇒④評価指標等に基づき評価⇒⑤実施事項の効果検証⇒⑥理想とする姿へ向かって再度の目標設定や課題抽出、**対応策と実施内容等の改善**を講ずることで、PDCA サイクルに沿った取組の推進



都道府県の市町村に対する支援

在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

国の取組み

- ①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供
- ②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援
 - ・ 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）
- ③好事例の横展開
 - ・ 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

都道府県の取組み

- ①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等
 - ・ 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
 - ・ 他市町村の取組事例の横展開
 - ・ 必要なデータの分析・活用支援
 - ・ 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
 - ・ 市町村で事業を総合的に進める人材の育成
- ②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
 - ・ 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
 - ・ 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
 - ・ 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整
- ③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について

市町村の取組み

在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組

- ①現状分析・課題抽出・施策立案
 - ・ 地域の医療・介護の資源の把握
 - ・ 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 - ・ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- ②対応策の実施
 - ・ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
 - ・ 地域住民への普及啓発
 - 加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

I. 都道府県の役割について（手引きP.88-）

- 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**となって実施されている現状がある
- 都道府県は医療計画の推進に際して、市町村との連携と役割分担について明確にし、**在宅医療提供体制の基盤整備**を実施することとされている
- そのうえで、在宅医療・介護連携の推進に際しては、都道府県として実施する在宅療養・介護連携の推進のための**取組の発信**、在宅医療・介護連携の関係者の**会議の設置**、市町村とも連携した在宅医療・介護を総合的に進める**人材の育成に寄与**する等の取組も重要。高齢者施設等と医療機関の連携の実態把握と連携推進に係る取組等も検討
- 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第4条第3項において、「都道府県は、都道府県計画を作成するに当たっては、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならない。」とされており、**地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合を検討し、医療・介護の医療・介護の提供体制や連携について検討**することが必要
- 第8次医療計画において「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることとされており、**在宅医療・介護連携推進事業と、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が効率的・効果的に連携し、実施できるよう検討**

2. 市町村に対する支援の進め方（手引きP.89-）

- 都道府県が保持する広域的な医療資源に関する情報や医療と介護の連携に関する情報の市町村への提供
- 市町村が主体的に本事業を進めることができるよう、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、各市町村の課題に対して丁寧な支援を実施
- 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
- 都道府県においても、市町村と同様に**庁内連携**に取り組むことが重要
- 管内の**保健所等も活用**しつつ、現状把握や課題分析等について実施し、必要に応じ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**を行うことが望ましい。
- 都道府県による**伴走型支援**も検討し、**管内の保健所による支援**等も含めて、地域の実情に応じた重層的な支援体制を検討
- 市町村のみで確保することが難しいデータは、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収集し、市町村に提供