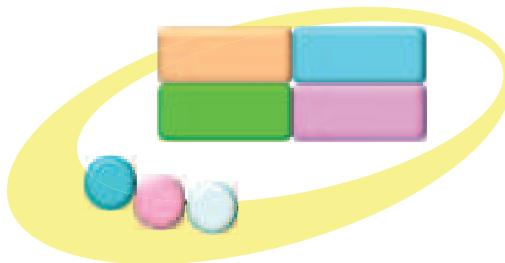


在宅医療・介護連携推進事業の手引き

V e r . 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つの場面を意識した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思います。

(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

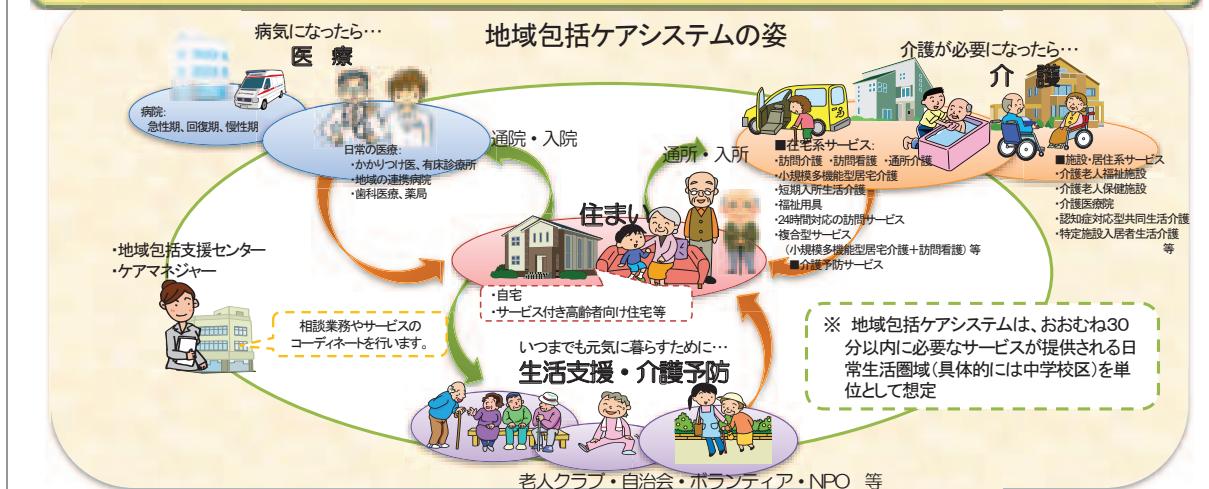
ポイント（改訂の経緯）

- 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

地域包括ケアシステムの構築について

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



- 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年を目指し、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の指摘もある。
- 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

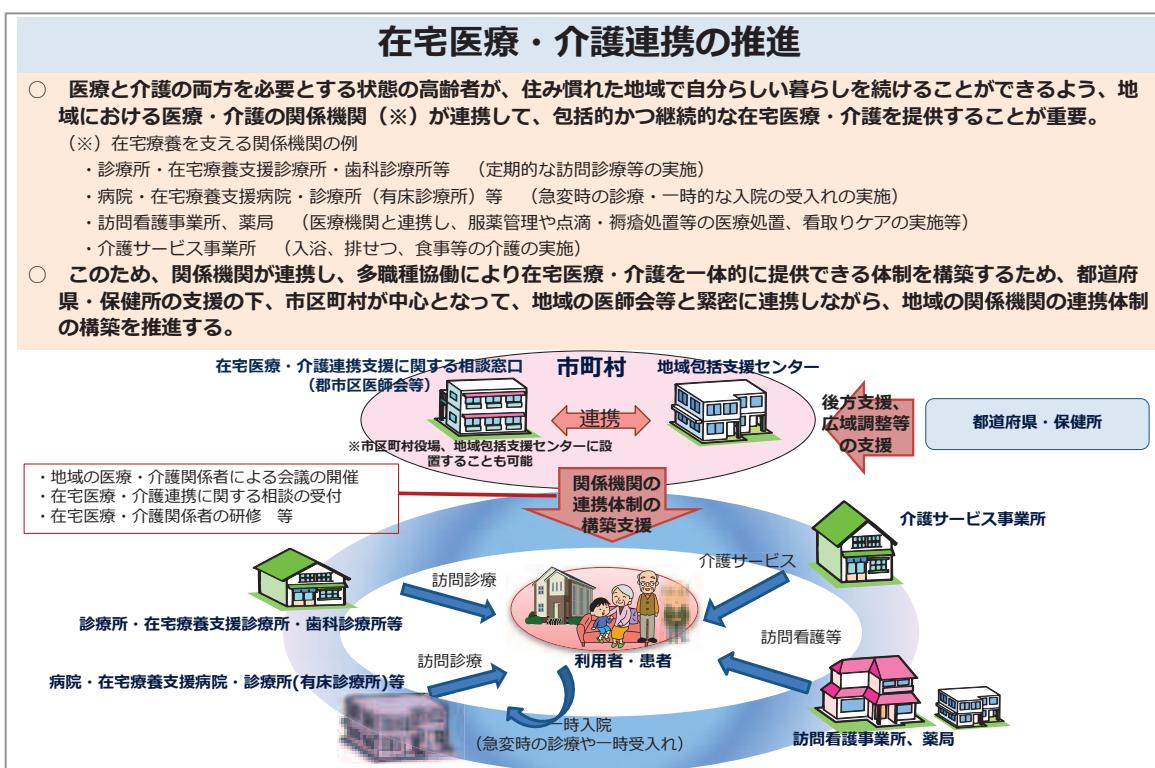
- 医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成 23・24 年度）により設置された拠点で、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取組を推進
- これらの知見を参考に、平成 25 年から、地域医療再生基金（平成 25～27 年度）及び地域医療介護総合確保基金（平成 26 年度～）等を活用し、地方自治体や医師会等の関係機関が連携して、地域の実情に応じた医療及び介護の提供体制を構築
- 平成 26 年に介護保険法が改正され、平成 27 年度から、市町村が行う事業として、地域支援事業の中に 8 つの事業項目で構成される本事業を位置づけ
- 平成 27 年度、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施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

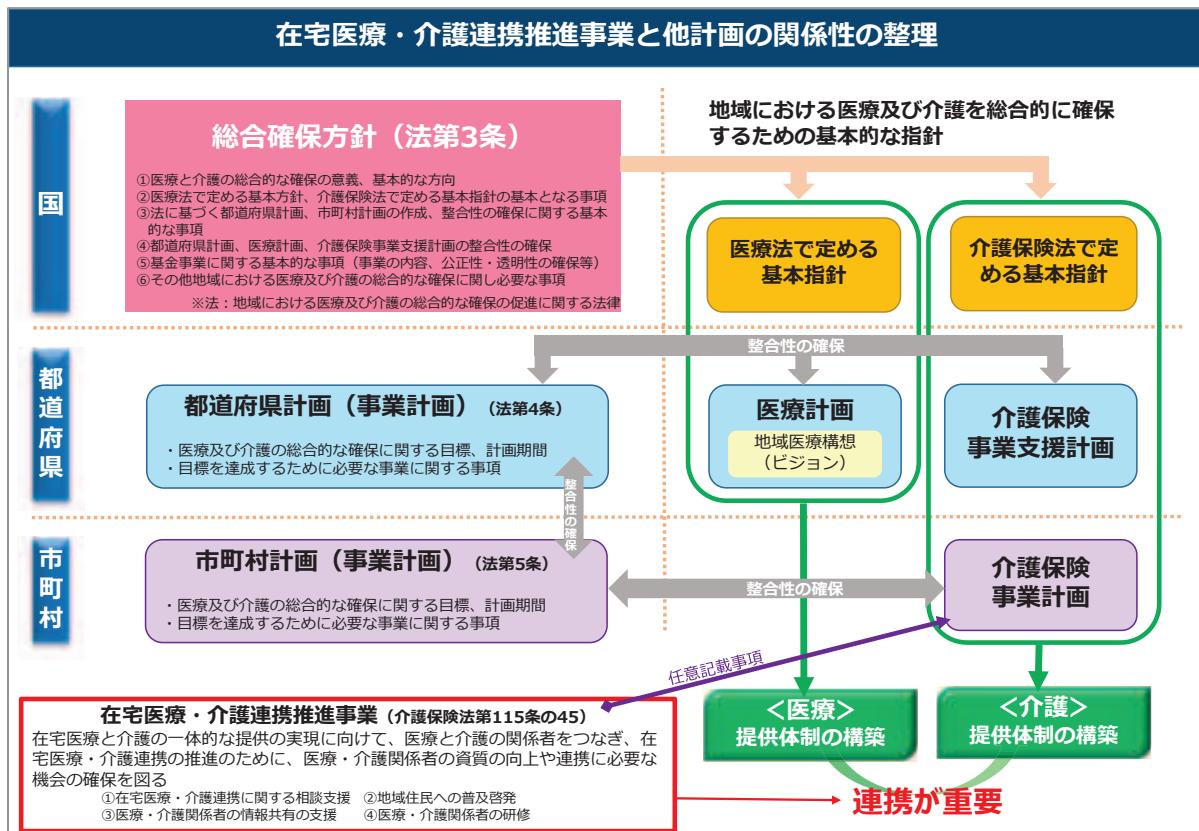
- ✿ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的とする。
- ✿ PDCAサイクルに沿った取組を行う中で必要なサービスの整備等に関する課題が浮上する場合もあるが、都道府県の医療計画や市町村の介護保険事業計画等に基づく、医療提供や介護サービスの提供体制そのものを評価し、整備を進めることを目的とするのではなく、地域における現状の社会資源を正確に理解し、住民のニーズに基づき、地域のめざすべき姿はどのようなものかを考えた上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

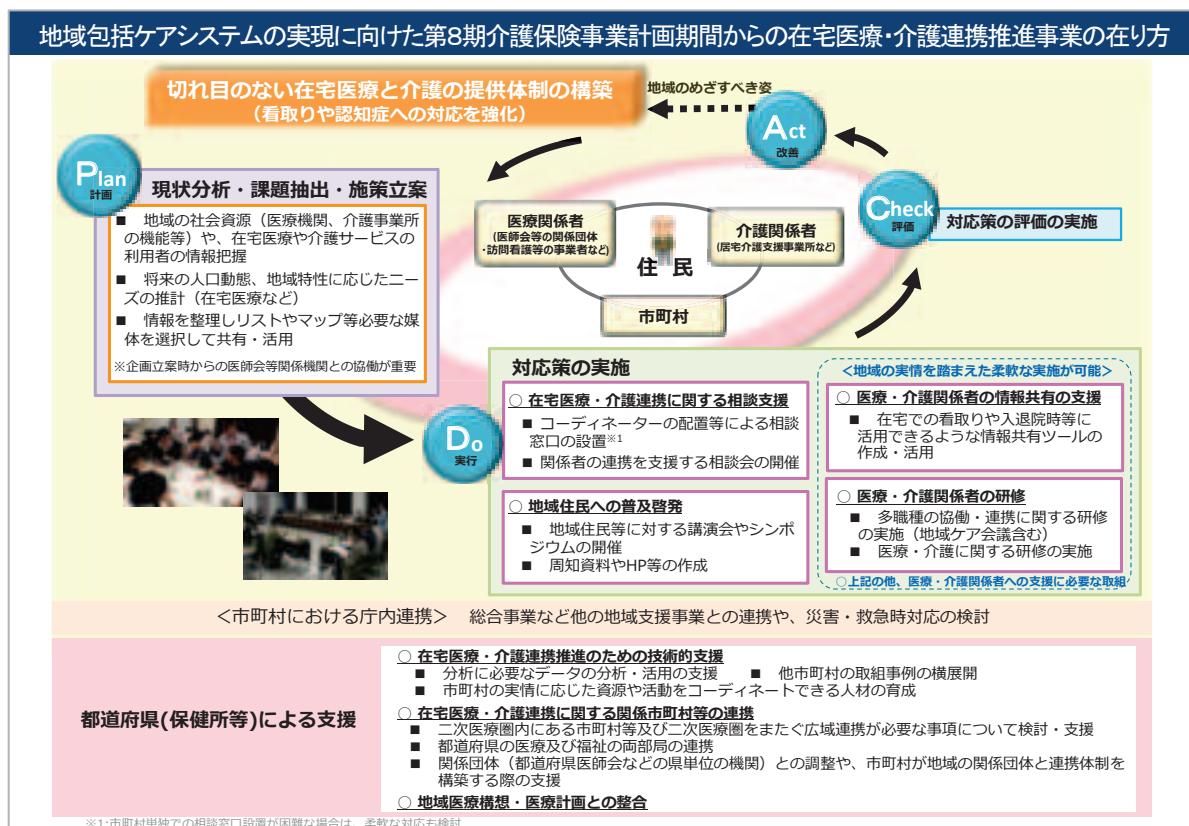


※上記図4は、あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語句イメージは、図5参照。なお、「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があつたため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

(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



A. 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探すことにより、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。

「イ. 対応策の実施」の具体的な取組

＜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なことから、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、連續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、話ができる関係等）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・福祉部門においての連携・情報共有も必要

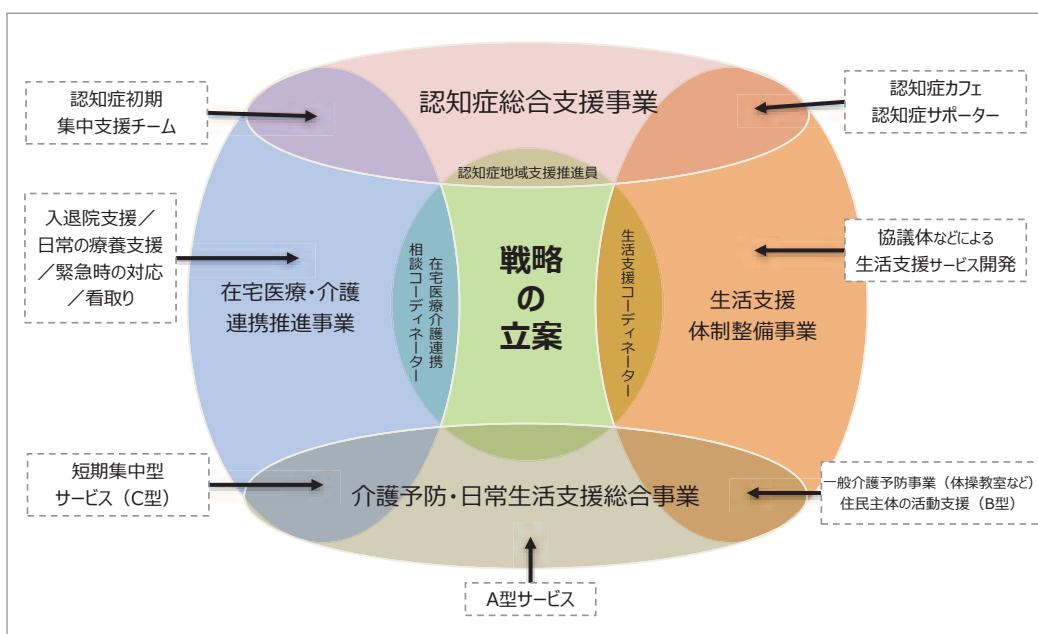
<人材育成>

- 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體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～府内連携と医療・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、府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下げ、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ふまえた施策は、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、そもそも地域包括ケアシステムが成り立たなくなってしまった。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、切れ目が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。

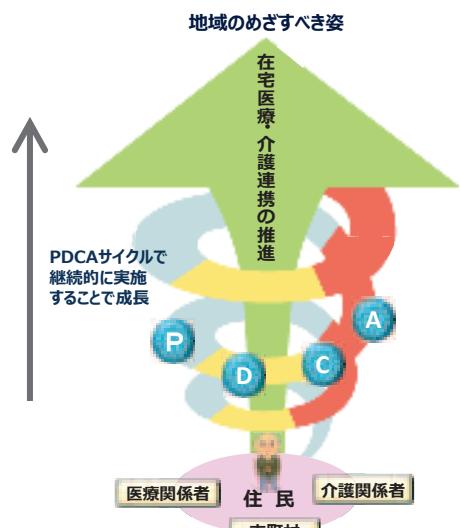
(1) 総論

- 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

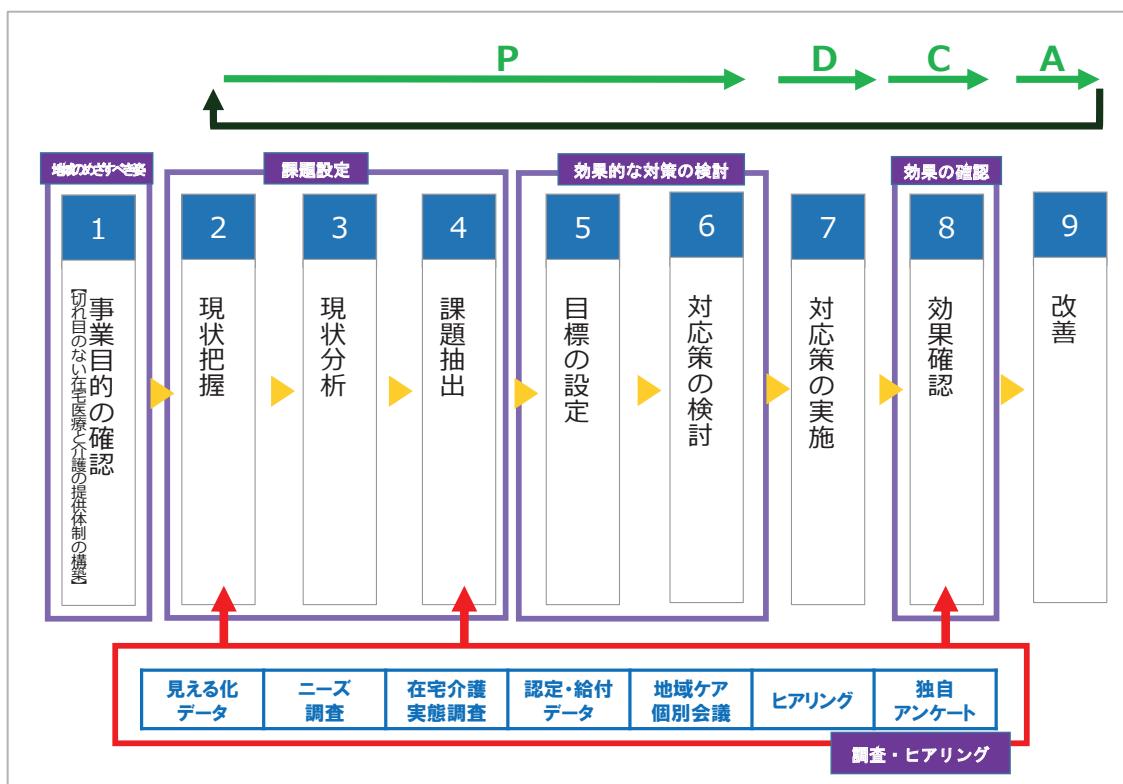


表 1 在宅医療・介護連携の推進のための手順

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府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観察、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。

一手順一

- 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. 相談窓口に配置する人材は、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>

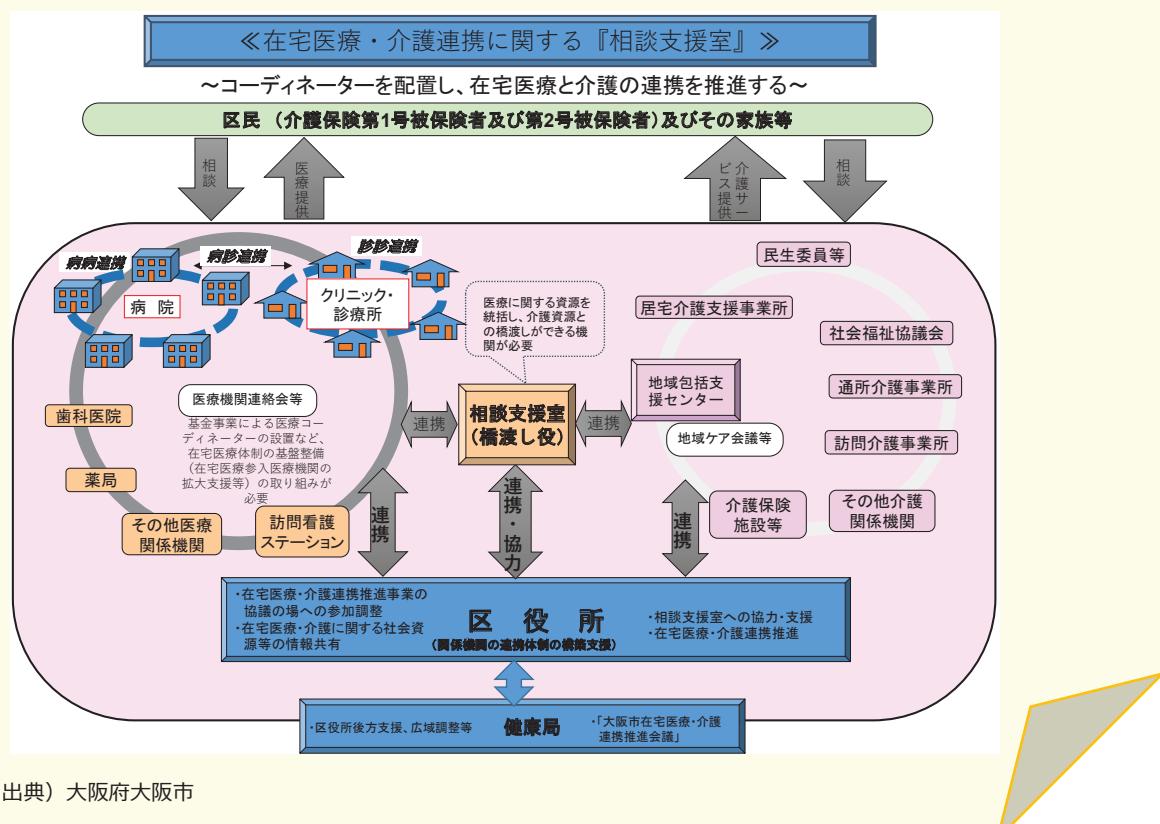
大阪市では、国が定める取組事業を区役所・地区医師会等・健康局との3者で体制を構築し、連携しながら取組みを進めている。特に専門性の高い取組み内容については、地区医師会等に業務委託して、医療と介護の「橋渡し役」となる相談支援室を設置し、専任のコーディネーターを配置している。

«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、日常の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と確立している反面、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、結果を得るために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・介護の関係者からな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い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ヤーチップが作動せず、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

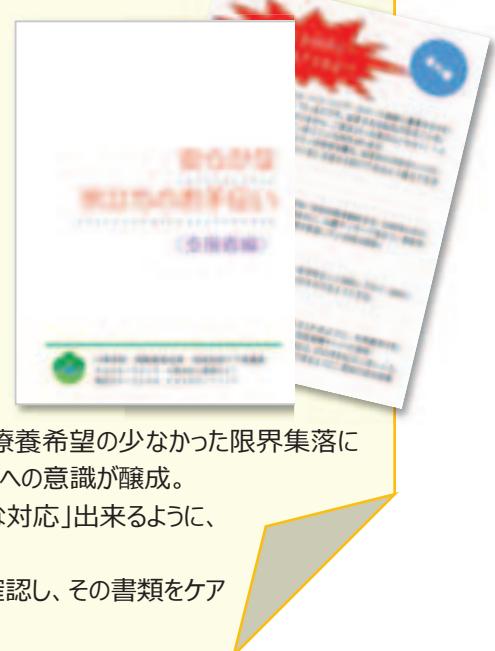
- ・介護予防教室では「認知症予防」と「在宅医療」を一緒に情報発信。
- ・ほとんどの会議の出席者は重複しているため、一度に効率的に開催。
これにより全ての事業の共有・連携の意識が強化。
- ・県歯科医師会・県社会福祉士会で「認知症・虐待等チェックシート」を作成。歯科医院で認知症を疑う場合は、主治医へ速やかに連絡が可能。

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。
- ・「安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。

在宅医療・介護連携ケア実践手帳
みえてきた高齢者のやつの生活・施設・課題への支援
1. まちどく者の方へ、自分自身や家族で
2. 駅前が出来ない事への支援
3. お年寄りの方をお預かりする、公共交通機関や車など
4. 記録を理解しておいて暮らしを地理づけへの支援
5. 自身の健康管理をどうおこなうか教えておける、高山の登山
6. 日南町で暮らすことができるための、どんな支援
7. みんなで考え方ができるできる支援
8. 駅前への移動への支援



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

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。