

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局振興課

介護保険最新情報

今回の内容

「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」

の公表について

計54枚（本紙を除く）

Vol.349

平成25年12月25日

厚生労働省老健局振興課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう、よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3986）
FAX：03-3503-7894

事 務 連 絡
平成25年12月25日

各都道府県 介護保険担当主管部（局）
各市区町村 介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局振興課

「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」の公表について

日頃、介護保険制度の運営にご尽力をいただいていることに感謝いたします。このたび、厚生労働省科学研究費補助金による地域医療基盤開発推進研究事業の成果として「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」（独立行政法人 国立長寿医療研究センター作成）が公表されましたので、お知らせいたします。



独立行政法人国立長寿医療研究センター

National Center for Geriatrics and Gerontology

平成 25 年 12 月 25 日

【照会先】独立行政法人

国立長寿医療研究センター

在宅連携医療部

部長 三浦 久幸 (内線 6204)

代表電話 0562-46-2311

直通電話 0562-46-5270

報道関係者 各位

「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」

の公表について

国立長寿医療研究センターでは、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の中で医療と介護の連携を推進していくため、今後、国、都道府県の支援のもと市町村が主体となって、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療と介護の連携を進めていくための具体的な手法について、平成 23 年、24 年度在宅医療連携拠点事業より得られた知見をもとに、日本医師会等の有識者から助言を得つつ、厚生労働省と協議の上、「在宅医療・介護連携のためのハンドブック」を作成いたしました。

国立長寿医療研究センターホームページに掲載いたしましたので、お知らせいたします。

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/handbook/index.html>

※厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業

「在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究」

の成果として取りまとめたものです。

在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック（概要）

【作成の趣旨】

地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の中で医療と介護サービスが一体的に提供されることが必要であり、そのためには医療と介護の連携をさらに推進していく必要があります。このハンドブックは、今後、国、都道府県の支援のもと市町村が主体となって、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療と介護の連携を進めていくにあたって、その具体的な手法について平成 23、24 年度に実施された在宅医療連携拠点事業の成果等をもとにまとめられたものです。

ハンドブックの内容については、多くの市町村でご活用いただけるよう配慮しておりますが、市町村の状況は様々であり、それぞれの地域における将来的な在宅医療・介護連携のあり方を見据えた上で、地域の実情にあった取組を実施していただきたいと思っております。

【対象者】

市町村職員

在宅医療・介護連携を市町村と協働で実施する医師会等の団体の職員

【目次】

- 1 在宅医療・介護連携の必要性について
 - (1) 地域包括ケアシステムの構築がますます重要に
 - (2) 在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素
 - (3) まずは、自らの市町村で課題の確認を
- 2 在宅医療・介護連携の進め方
 - (1) はじめに — それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を
 - (2) 市町村での事業の取り組みのフローチャート
 - (3) 市町村における担当課の決定
 - (4) 郡市医師会との協働
 - (5) 地域包括支援センターの位置づけ
- 3 具体的取り組み
 - A. 会議の開催（会議への医療関係者の参加の仲介を含む）
 - B. 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - C. 研修の実施
 - D. 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築
 - E. 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施
 - F. 効率的な情報共有のための取り組み
（地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など）
 - G. 地域住民への普及・啓発
 - H. 年間事業計画
- 4 今後に向けて
 - (1) 市町村事業のさらなる向上のために
 - (2) 制度改正の動向

在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック

平成25年12月



独立行政法人

国立長寿医療研究センター

目 次

1	在宅医療・介護連携の必要性について	1
(1)	地域包括ケアシステムの構築がますます重要に	1
(2)	在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素	1
(3)	まずは、自らの市町村で課題の確認を	2
2	在宅医療・介護連携の進め方	3
(1)	はじめに ― それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を	3
(2)	市町村での事業の取組みのフローチャート	4
(3)	市町村における担当課の決定	6
(4)	郡市区医師会との協働	9
(5)	地域包括支援センターの位置づけ	10
3	具体的取組み	11
A.	会議の開催（会議への医療関係者の参加の仲介を含む）	12
B.	地域の医療・福祉資源の把握及び活用	17
C.	研修の実施	20
D.	24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築	24
E.	地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施	29
F.	効率的な情報共有のための取組み （地域連携パスの作成の取組み、 地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式や方法の統一など） ..	31
G.	地域住民への普及・啓発	33
H.	年間事業計画	35
4	今後に向けて	39
(1)	市町村事業のさらなる向上のために	39
(2)	制度改正の動向	41
	資料 1) 各市町村の取組みに関する図表等の出典一覧	42
	資料 2) 地域包括ケアシステム構築への取組みにおいて参考にされたい情報紹介	45

1 在宅医療・介護連携の必要性について

(1) 地域包括ケアシステムの構築がますます重要に

- 2025 年に向け高齢化がさらに進展することが予想されている。

	2012 年 8 月		2025 年
65 歳以上の高齢者	3,058 万人	→	3,657 万人
75 歳以上の後期高齢者	1,511 万人	→	2,179 万人

- 独居の高齢者世帯や高齢者のみの世帯が増加し、さらに首都圏をはじめとする都市部において急速に後期高齢者人口が増えることが予測されている。
- そのような中、多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいることから、できる限り住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す必要がある。

そのためには、介護、医療、住まい、生活支援、予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することがますます重要となる。

「市町村が中心となって介護、医療、住まい、生活支援、予防にわたる支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進める」

「経済財政運営と改革の基本方針」（平成 25 年 6 月）

(2) 在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素

- 医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、居宅等において提供される訪問診療等の医療（在宅医療）の提供が、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素となる。
- 今後 2025 年までに団塊の世代が 75 歳以上となり、地域において疾病や要介護状態にある高齢者数が大きく増加することは避けられない状況である。このような中で、在宅医療の提供を含む包括ケアシステムを日常生活圏域の中でこれまでの生活との継続性をもって実現するためには、各々のかかりつけ医がその力を在宅医療の分野で十分に発揮することが重要であり、多くのかかりつけ医の参画を得られるよう、市町村が地域医師会等と協働することにより、面的な提供体制を整えることを目標とする。
- また、従来の在宅医療連携拠点事業の主体をはじめ、それぞれの地域で従前から在宅医療に取り組んでいる医療機関等の豊富な経験は、各地域における事業展開にとって大変貴重であるので、これらの医療機関等の協力を得られるような体制を考慮することが望ましい。

- 在宅医療は、医師に加え、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ関係職種等多くの職種によって提供される。これに介護関係職種を加えた多職種による真に包括的なケアのための協働・連携の体制を整えることが必要である。
- 市町村は、このようなシステムの扇の要として、積極的にその役割を果たしていくことが期待されている。

「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。」

「これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。」

「地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。」

社会保障制度改革国民会議報告書(平成 25 年 8 月)

- なお、政府においては、社会保障制度改革国民会議の報告書等をうけて、在宅医療・介護の連携が市町村の介護保険法における地域支援事業の中に位置づけられるよう、あるいは医療計画の中で市町村の在宅医療に向けた取組みを反映させるための制度改革の検討が進められている。
今後は、この改革の動向にも十分留意をしながら、事業を進めていく必要がある。

(3) まずは、自らの市町村で課題の確認を

- 事業の開始に当たっては、上記の事項が自らの市町村で具体的にどのような現状にあり、何が課題となっているのかを担当者が確認することがその第1歩となる。

例えば、市町村の年齢別人口や死亡数等は今後どのように推移するのか、在宅医療に携わる医師、看護師等は充足している状況か、医療と介護の連携は十分図られているか、在宅医療について医療介護関係者そして何より住民の十分な理解は得られているかなどの基本的事項について、統計の活用や現場からの聞き取りなど多様な手法で確認しておくことが重要である。

このことは、その後の市町村内の調整や、関係団体に協力を求める際にも有益である。

{3-A (会議の開催) の項参照}

2 在宅医療・介護連携の進め方

(1) はじめに — それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を

- 言うまでもなく、市町村における状況は一様ではない。人口の状況や地勢、医療・介護資源、これまでの取組み等に応じて、取りうる施策は変わってくる。
- 市町村においては、各種の研修、先行市町村の視察等を通じて様々な実施例を学びながら、地域包括ケアシステムの実現というゴールは踏まえつつ、自らの市町村らしいシステムの構築について検討し、将来的な在宅医療・介護連携のあり方を見据えた上で、実施していくことが基本である。

※ これまでの取組みについては、

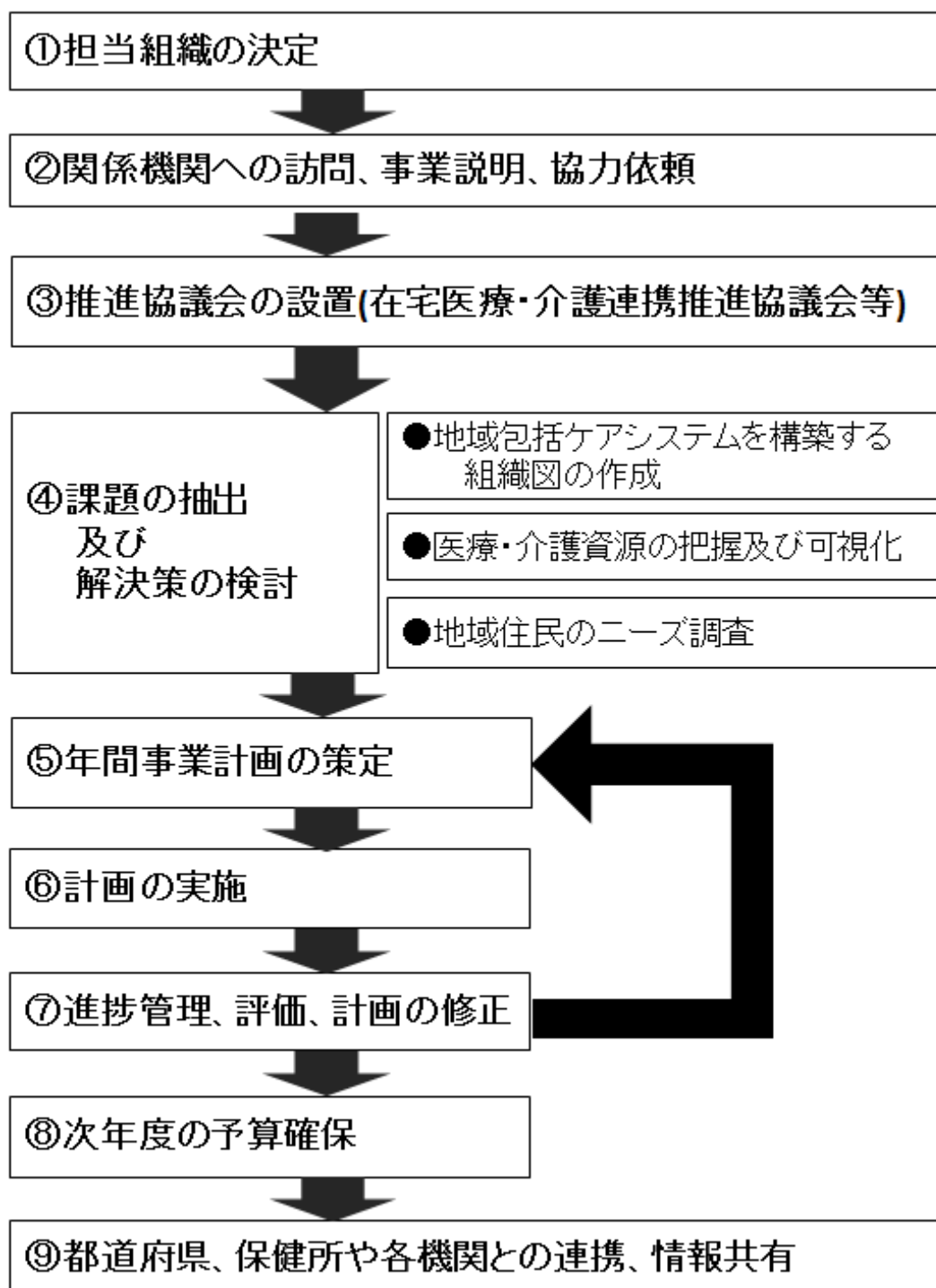
(独)国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部のウェブサイト

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/index.html>

にまとめているので、参考にされたい。

※ 今後、在宅医療の推進、医療・介護連携を市町村中心で進めていくに当たっては、ノウハウの提供や研修の支援等が一層求められているところであり、国立長寿医療研究センターとしては、これまでも厚生労働省から在宅医療に係る人材育成事業の進捗管理等の委託を受けてきたナショナルセンターとして、厚生労働省とともに、市町村等の支援にさらに努力していくこととしている。

(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート



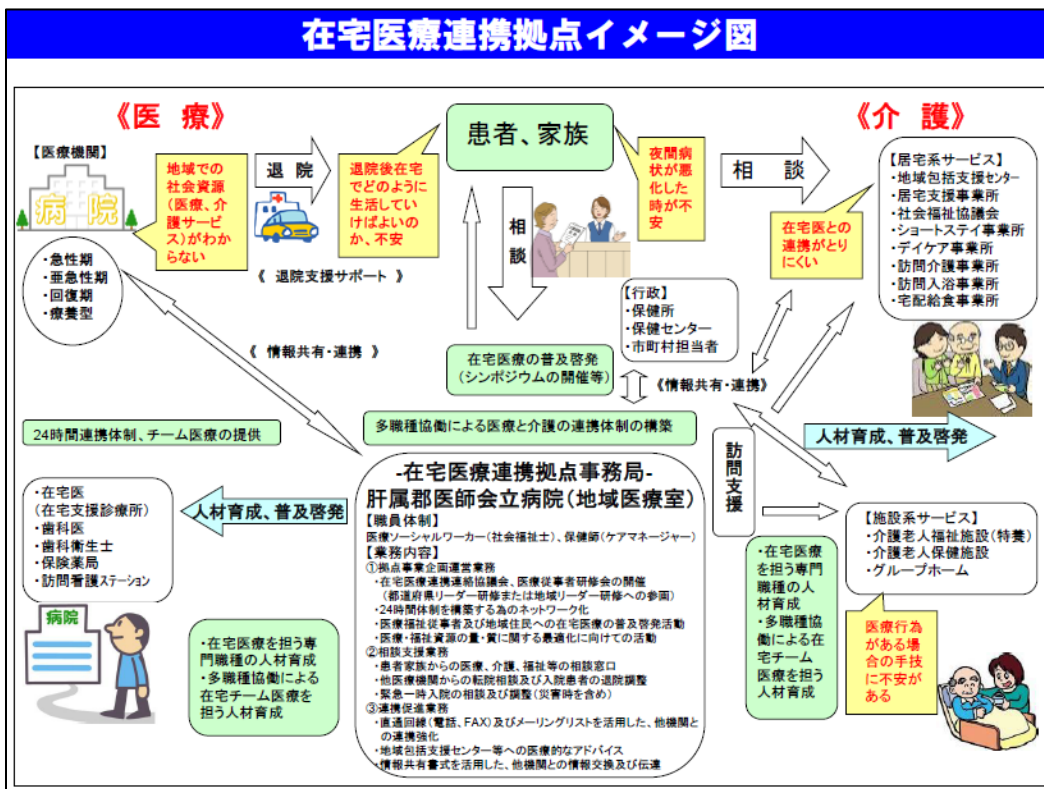
※ 地域包括ケアシステムを構築する組織図とは、地域を構成する資源やつながりを可視化させたものである。

現状においても組織図を作成することで連携状況が把握しやすくなる。

例) 愛知県 津島市における地域の組織図 (図1)



例) 鹿児島県 肝属郡医師会立病院における地域の組織図 (図2)

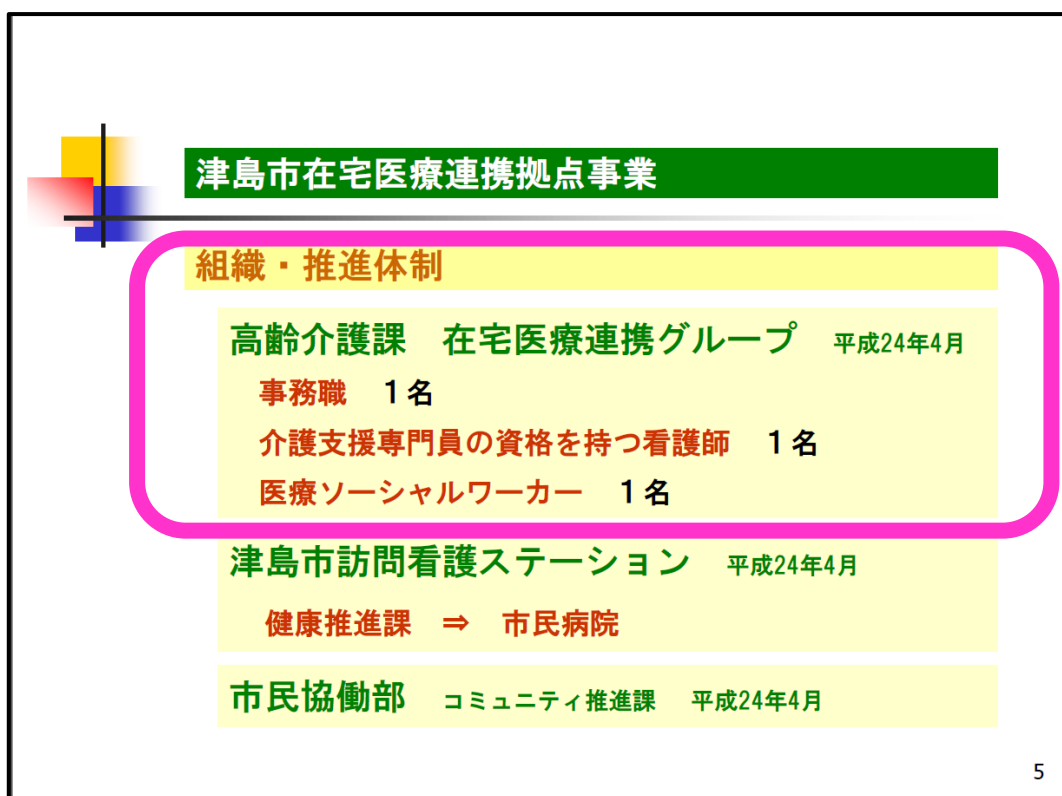


※地域のどの機関や部署がどのような役割を担い、どのように繋がっているのかを示す

(3) 市町村における担当課の決定

- 在宅医療の推進に関しては、これまで市町村になじみが小さく、担当課が決まっていないケースが多い。
地域包括ケアシステムや在宅医療推進を所管する部門を新設する方法や現行の組織体制で行う際には、保健、国保、介護等の関係部門が連携協議のうえ担当部署を決定することが望ましい。
現行の組織体制を活用する場合には、地域包括ケアシステムの体制構築において中心的役割を担う介護保険担当課が所管することが考えられる。なお、担当部局と関係部局との庁内横断的な連携体制をつくることが重要である。
- 自治体によっては、これまで医療関係機関との関係が深い健康関係所管部局や国保担当部局などが担当することも想定されるが、その際においても介護保険担当部局との連携を十分にとれる体制を整えることが重要である。
- 新たな業務であるので、担当者の育成や組織としての知見・ノウハウの集積のため、十分な体制の構築や異動時の配慮をお願いしたい。

例) 愛知県 津島市 (図3)



※ 津島市では、高年齢介護課内に在宅医療連携グループを作り、事務職、介護支援専門員の資格を持つ看護師、医療ソーシャルワーカー各1名を配置。事務職のコーディネートののもと、専門職は、医療機関や施設へのアウトリーチ等の場で、その専門性を十分に発揮し、地域の顔の見える関係作りに貢献した。