

特別講演 1 在宅医療介護連携推進事業の今後と I C T 活用



厚生労働省老健局老人保健課
医療・介護連携技術推進官
田上真理子

2020年6月13日



2020年6月13日 全国医療介護連携ネットワーク研究会 第13回全国大会
「地域包括ケア構築の現在とこれから」(Webライブ配信)

特別講演1： 在宅医療・介護連携推進事業の今後とICT活用



厚生労働省老健局 老人保健課
医療・介護連携技術推進官

田上真理子

I. 地域包括ケアシステムと在宅医療・ 介護連携推進事業の現状

①事業の概要

②課題

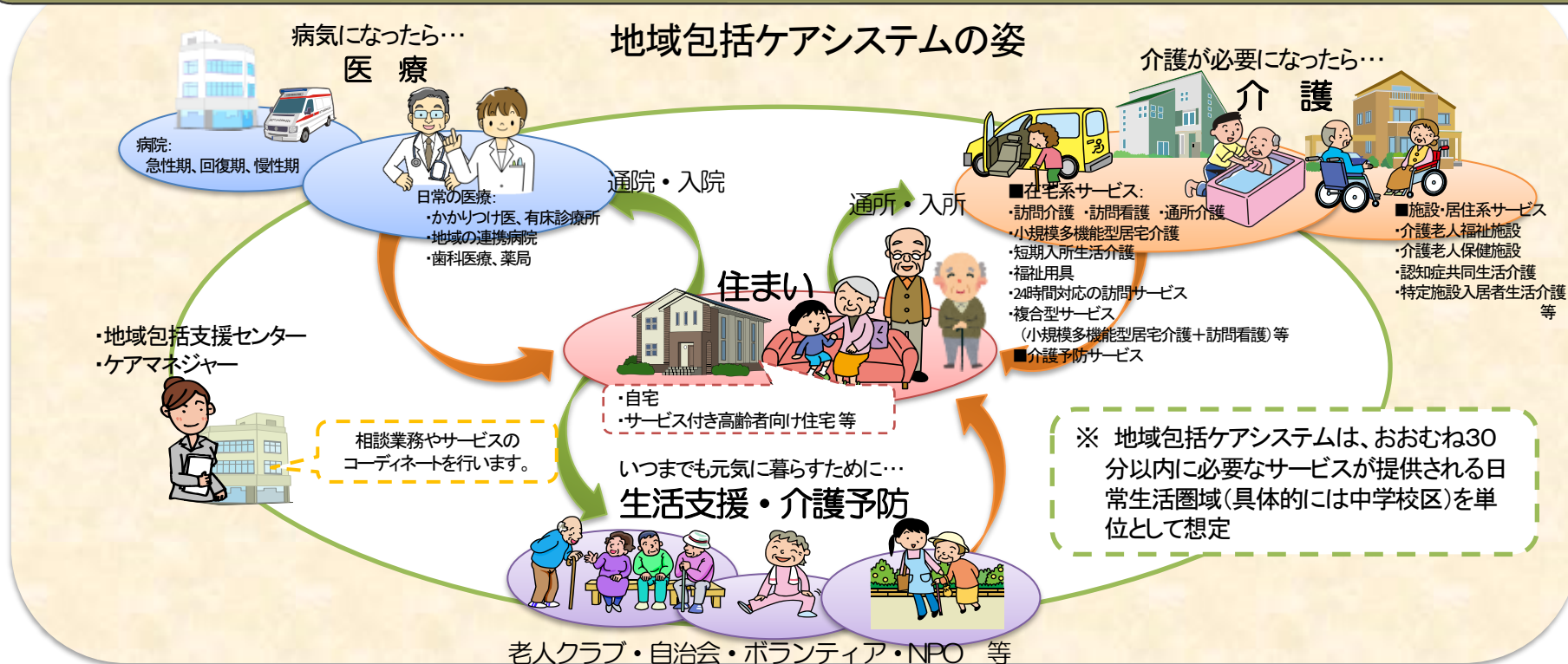
③関連する施策の動向

II. 在宅医療・介護連携推進事業 に関する今後について

III. 介護記録のデータ化、標準化

地域包括ケアシステムの構築について

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



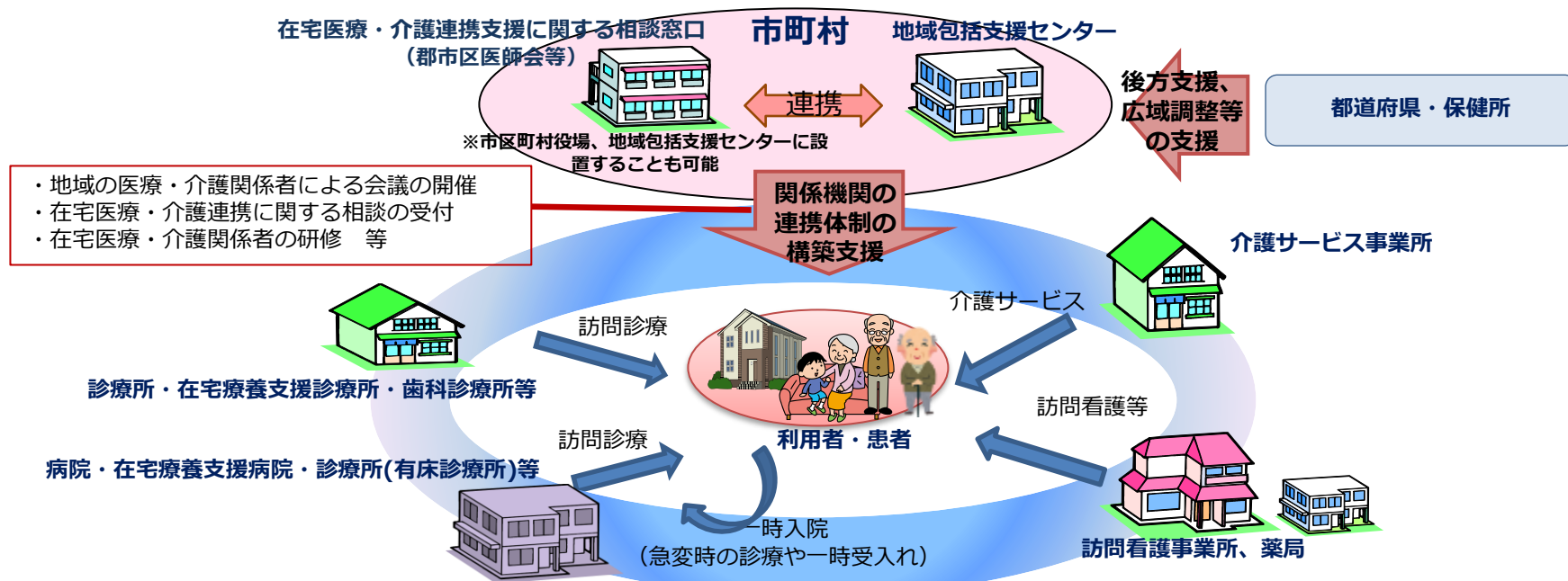
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

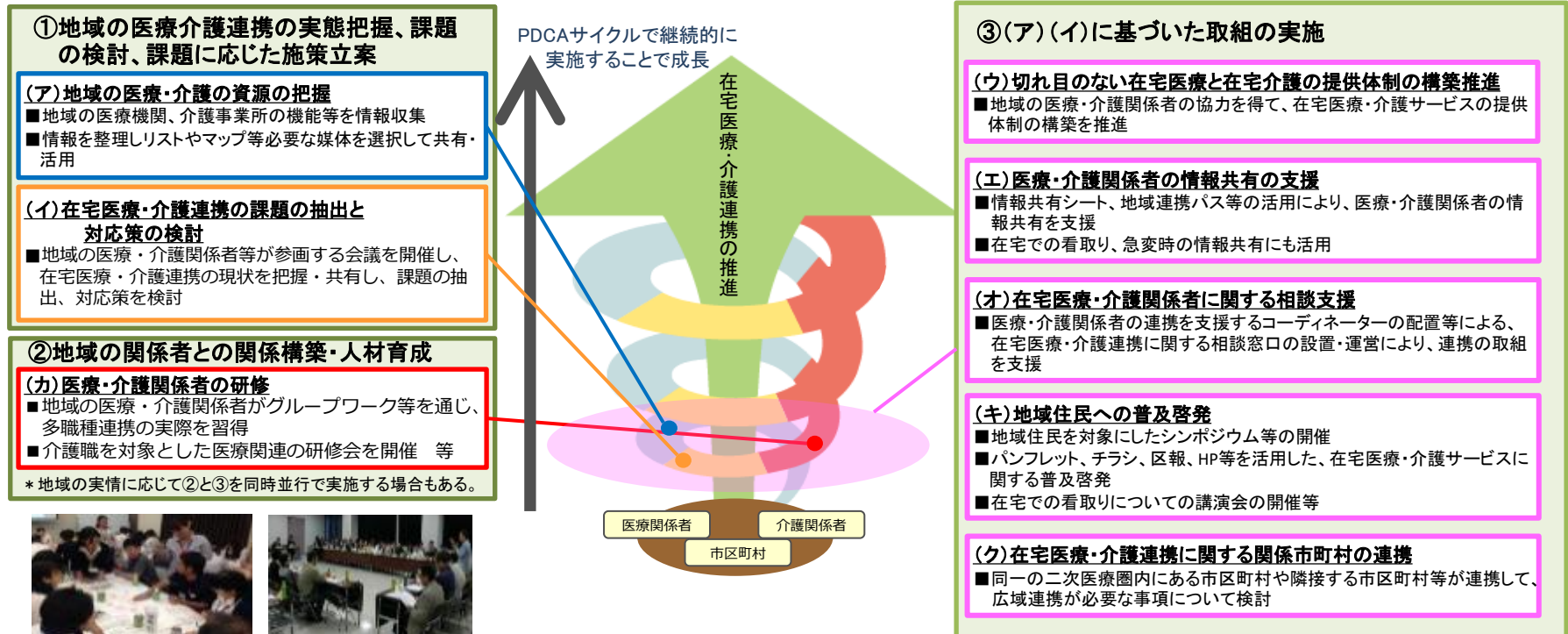
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ

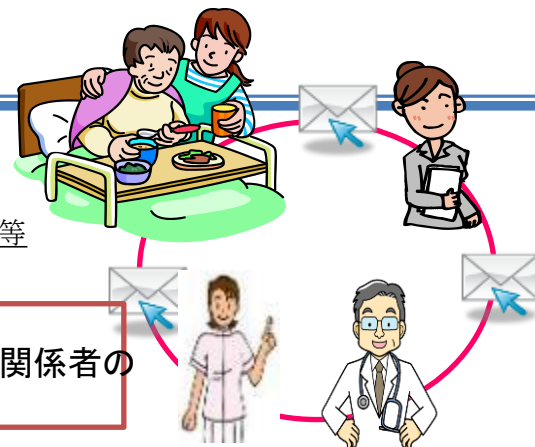


* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

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

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



ポイント

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

実施内容・方法

1. 情報共有ツールの作成

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

2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

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

留意事項

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

在宅医療・介護連携推進事業

【事例①】熊本県玉名市・玉東町・和水町・南関町・長洲町

—限られた人材で在宅医療・介護の体制整備—

医療・介護従事者の高齢化と人材不足の中、限られた資源を有効活用した、「誰もが気負わず関われる在宅医療」の実現を目指す取組

<たまな在宅ネットワーク>

■医師会に、専任のコーディネーターを配置し、以下の取組等を実施。

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



機会均等
事情に応じて手をあげれる



在宅医療・介護連携推進事業

【事例②】滋賀県大津市 ー入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境整備ー

役割分担したエリア別在宅医療連携拠点による相談支援や連携の強化と、入退院支援ルール
の運用による入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境の整備

<在宅医療連携拠点機能>

1つの拠点：全体総括

- ・保健所、医師会、歯科医師会、薬剤師会
拠点事業の方針決定、情報収集発信

3つの拠点：医療介護関係者への相談支援の中核

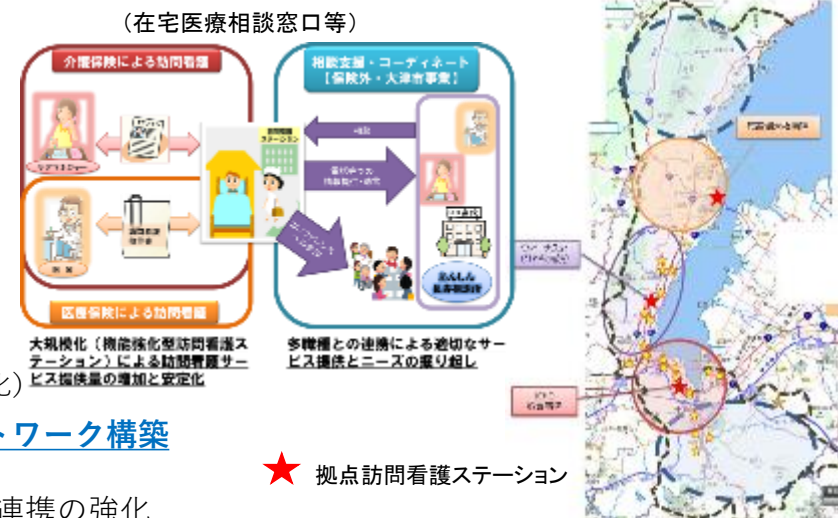
- ・医療機関に併設した訪問看護ステーションに
相談・支援機能を付加（委託事業）
⇒医療介護関係者からの相談対応
医療と介護の連携と訪問看護の体制の強化
（地域の訪問看護ステーション支援や24時間対応の強化）

7つの拠点：市民相談・啓発の中核、多職種ネットワーク構築

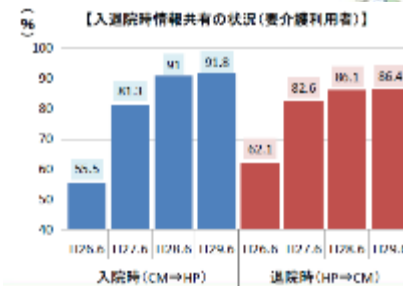
- ・あんしん長寿相談所、すこやか相談所
⇒市民からの相談対応・小地域における多職種連携の強化

<入退院支援連携>

- ・入退院支援ルール及び『大津保健医療圏域における病院と
ケアマネジャーの入退院支援の手引き』運用（R1改訂）
- ・入退院支援に関する情報交換会（2回／年）
- ・入退院支援に関する連携状況調査（1回／年）
- ・病院関係者・退院調整担当看護師会議



★ 拠点訪問看護ステーション



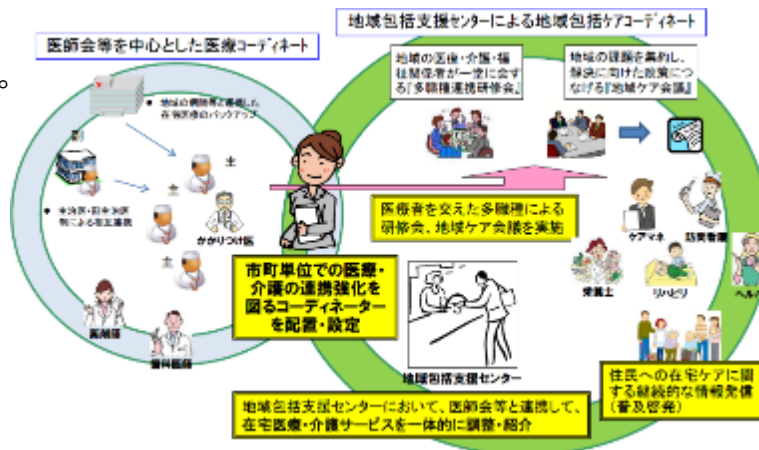
在宅医療・介護連携推進事業

【事例④】福井県 ―県下全ての市町における在宅ケア体制整備の展開―

在宅ケア体制整備を目指したモデル事業（平成22年）の成果を生かし、県下全ての市町で地域の实情に応じた在宅ケア体制づくり（24時間対応の在宅医療体制等）を拡大

<市町と地区医師会を中心とした体制整備>

- 平成22年から、他の地方都市のモデルとなるような在宅ケア体制整備を目指した研究事業を推進。
- 平成25年度から、全市町に、医療・介護の連携強化を図るコーディネーター（保健師または看護師）を育成・配置し、市町単位での体制づくりを推進。
- 平成26年度から、市町が在宅医療・介護連携推進事業の実施主体となり、地区の医師会等と協力して実施。県下に、研究事業で実施した在宅ケア体制モデルが展開できるよう、市町の取組を支援。



全県に展開するにあたってのポイントは、以下の3つ。

- ・ワンストップでの医療・介護サービスの提供（医療・介護の総合相談窓口の設置）
- ・多職種・機関とのスムーズな連携を図るためのICTによる患者情報の共有化
- ・地域の医療機関の連携による24時間対応の在宅医療

I. 地域包括ケアシステムと在宅医療・ 介護連携推進事業の現状

①事業の概要

②課題

③関連する施策の動向

II. 在宅医療・介護連携推進事業 に関する今後について

III. 介護記録のデータ化、標準化

在宅医療・介護連携推進事業と連携した取組

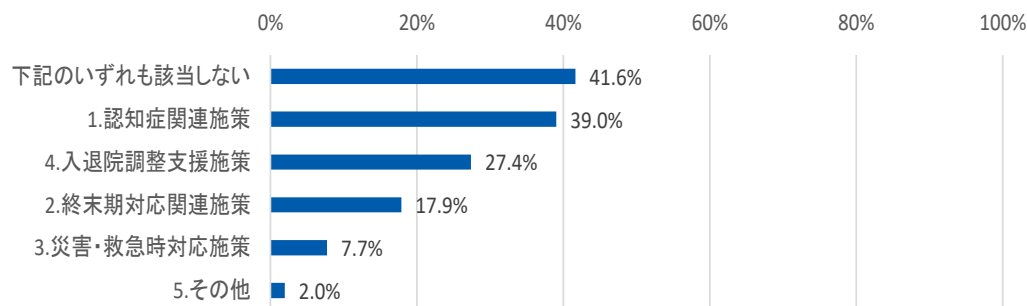
社会保障審議会介護保険部会（第85回）

令和元年11月14日

参考
資料 1

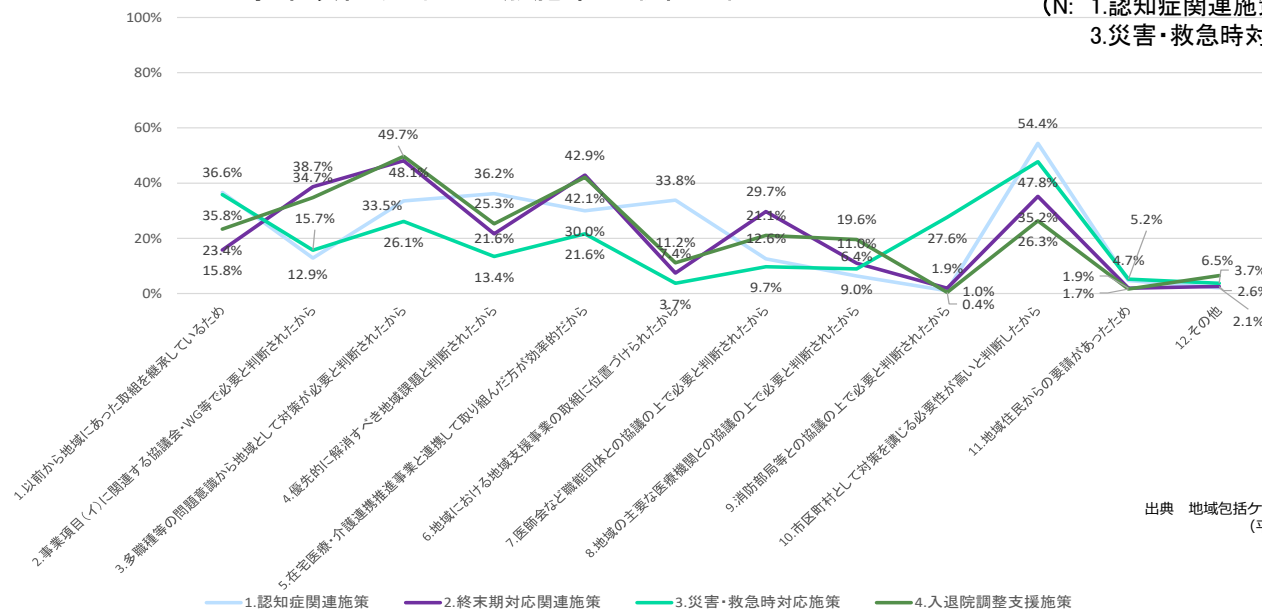
- 8つの事業項目以外の施策に取り組んでいるという自治体は約6割程度であり、取り組んでいる施策は「認知症関連施策」が最も高く、次いで「入退院調整支援施策」、「終末期対応関連施策」となっている。
- 施策を実施した理由は「市区町村として対策を講じる必要が高いと判断したから」、「多職種等の問題意識から地域として対策が必要と判断されたから」、「医師会など職能団体との協議の上で必要と判断されたから」という回答が多くなっている。

8つの事業項目以外の重層的・補完的な取組の実施状況(n=1,734 複数回答)



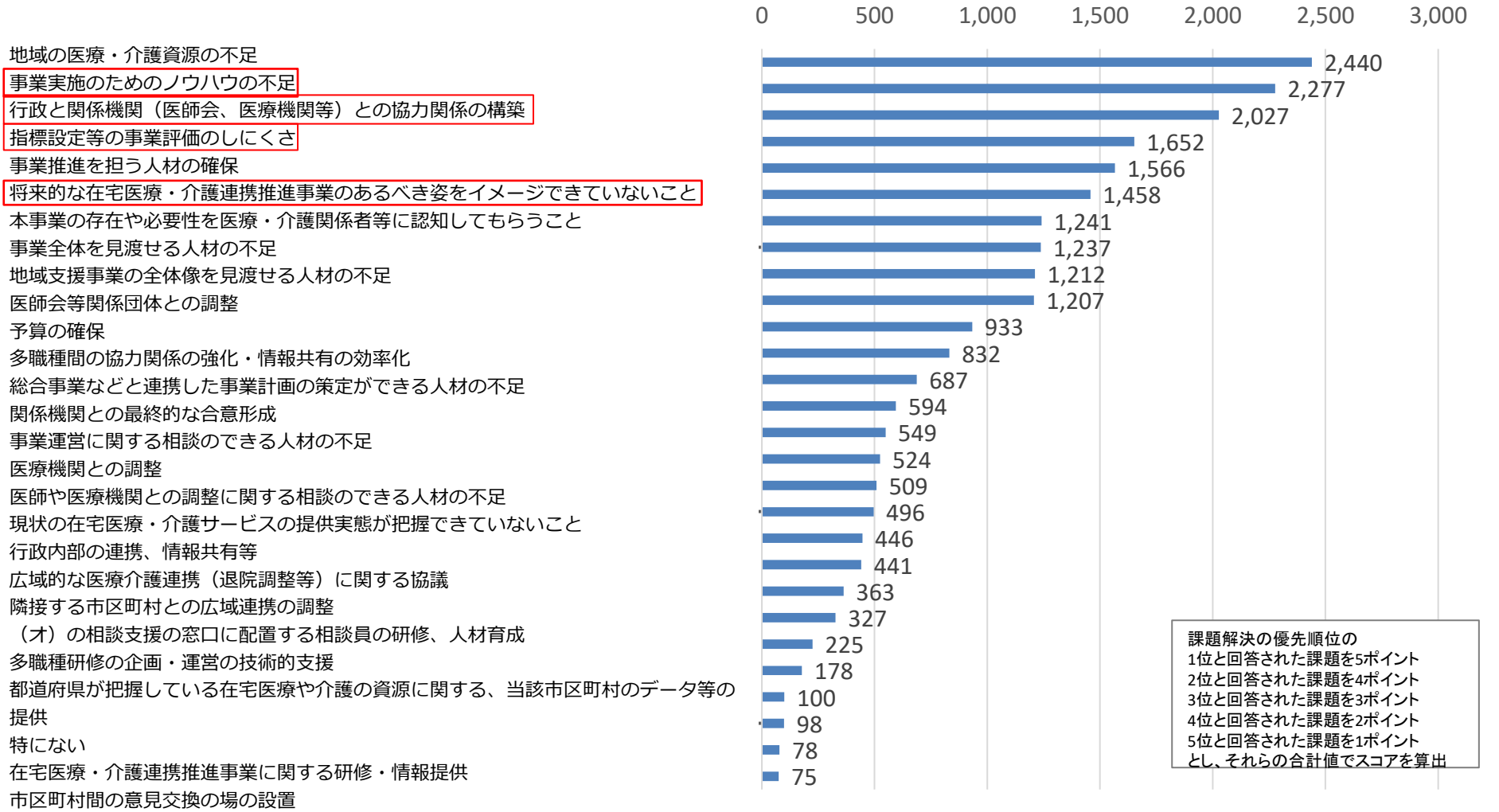
8つの事業項目以外の重点施策の取組理由

(N: 1.認知症関連施策=672, 2.終末期対応関連施策=310, 3.災害・救急時対応施策=134, 4.入退院調整支援施策=475)



出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業
(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 野村総合研究所)

○ 在宅医療・連携推進事業の課題については、「事業実施のためのノウハウの不足」、「指標設定等の事業評価のしにくさ」、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」等の回答が多い。



出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業
（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 野村総合研究所）

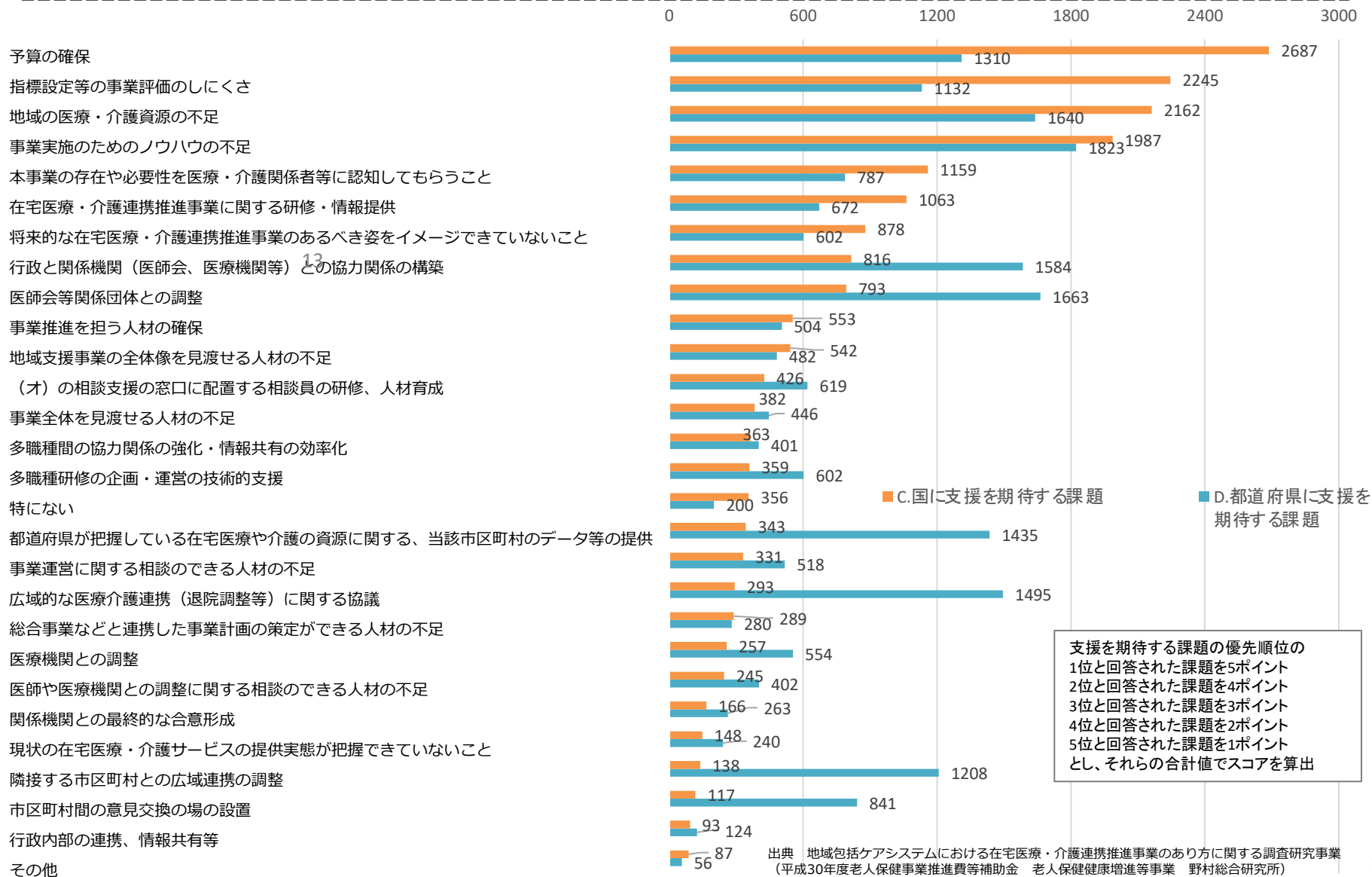
在宅医療・介護連携推進事業において支援を期待する課題(n=1,734 最大5項目優先順位回答)

社会保障審議会介護保険部会（第85回）

令和元年11月14日

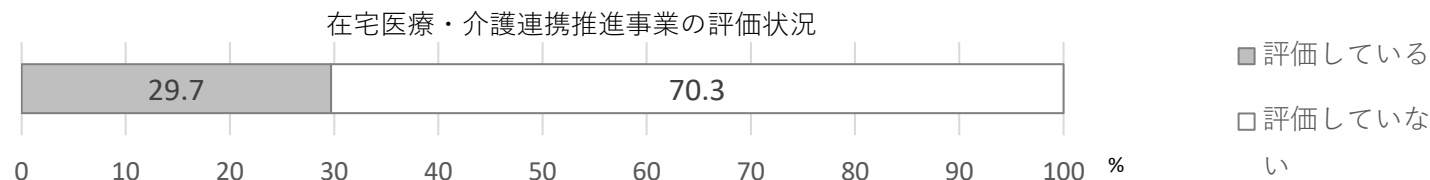
参考資料1

○ 全ての都道府県で、何らかの在宅医療・介護連携推進事業に関する市町村支援が行われているが、「事業実施のためのノウハウの不足」、「都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供」、「広域的な医療介護連携（退院調整等）に関する協議」等、引き続き市町村が都道府県に支援を期待する声がある。

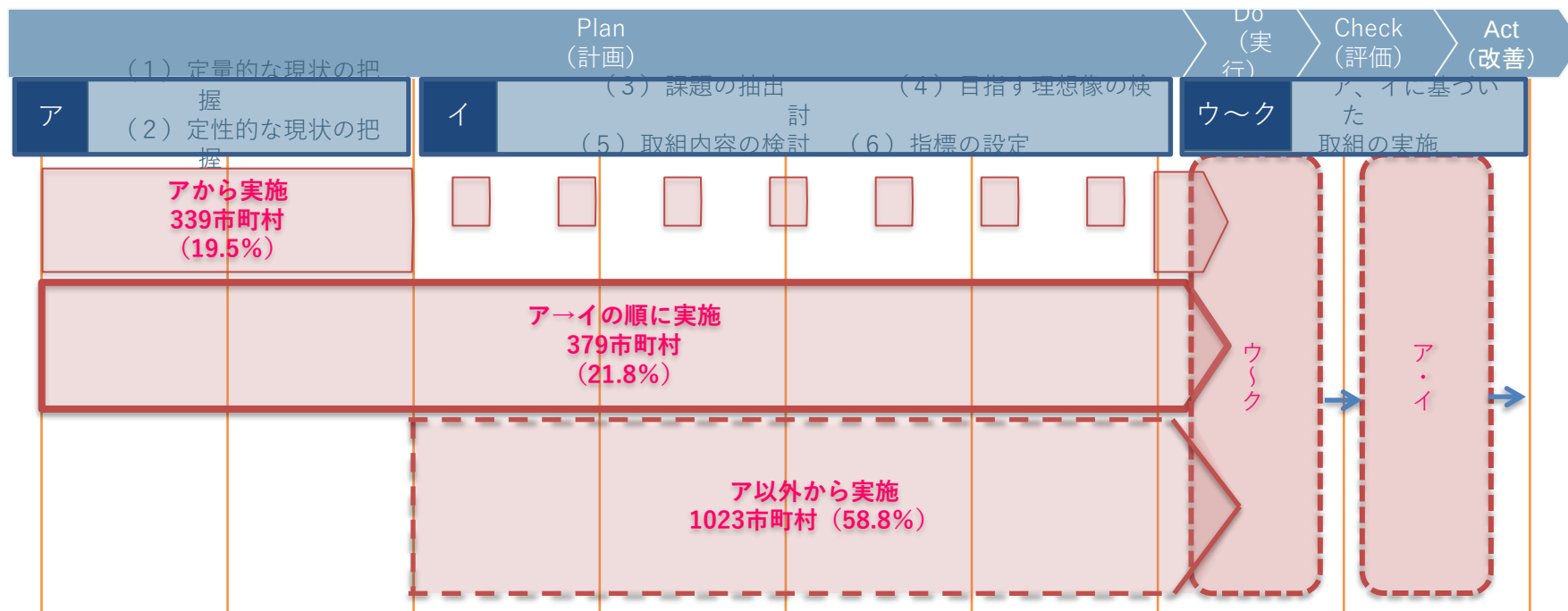


PDCAを踏まえた事業展開の現状(n=1,741)

- 在宅医療・介護連携推進事業の評価状況について、「評価している」自治体は約3割にとどまる。
- PDCAのP<計画>に相当するア（地域の医療・介護の資源の把握）→イ（在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討）の順に実施した市町村は379（21.8%）であり、多くの市町村でPDCAサイクルに基づく事業が展開されていない現状にある。



出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業（速報値）
（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 野村総合研究所）



出典 平成29年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査（8月1日時点確定値）

I. 地域包括ケアシステムと在宅医療・ 介護連携推進事業の現状

①事業の概要

②課題

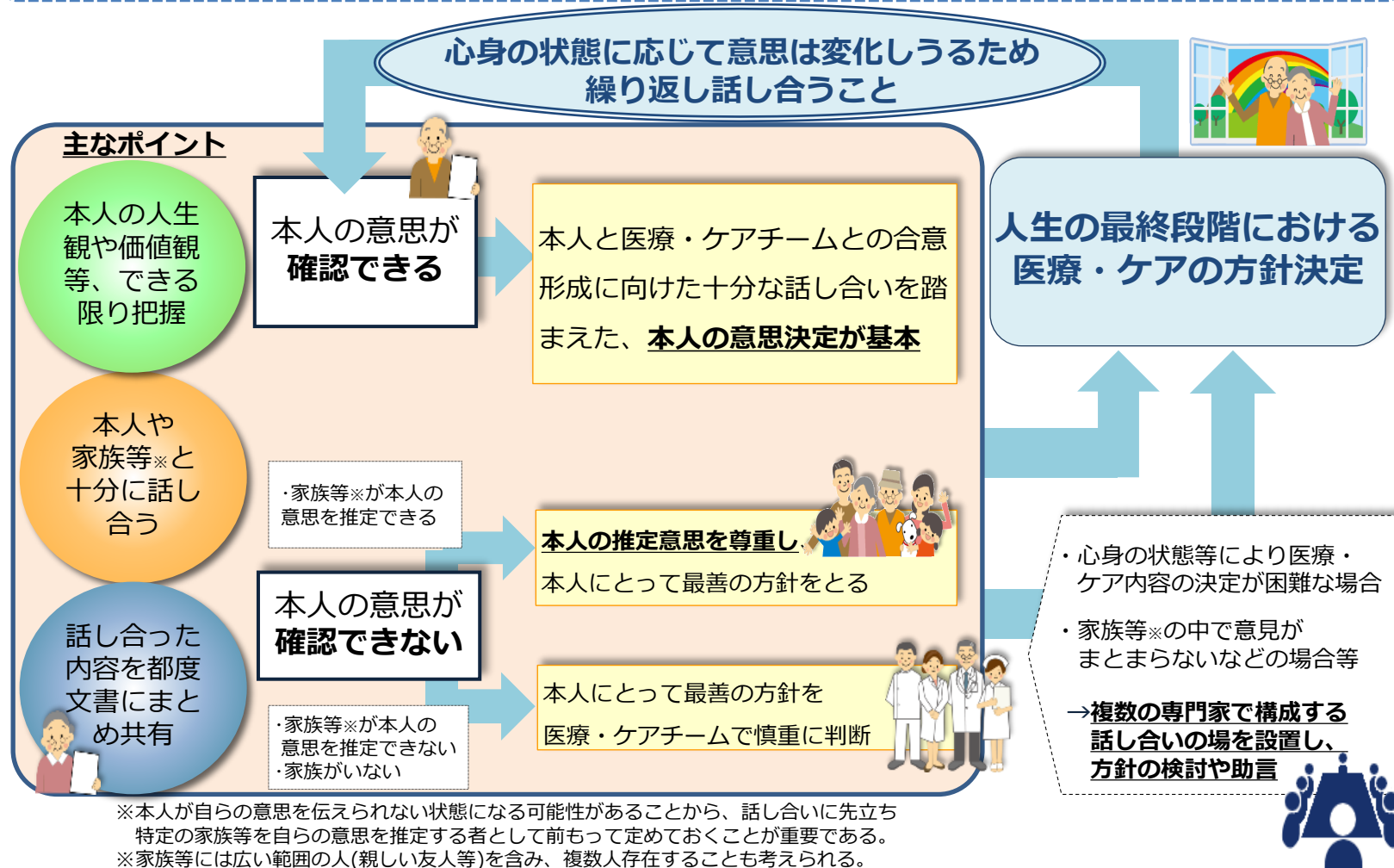
③関連する施策の動向

II. 在宅医療・介護連携推進事業 に関する今後について

III. 介護記録のデータ化、標準化

「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



社会保障審議会 介護保険部会（第78回） 令和元年6月20日	参考資料 2-2
--------------------------------------	-------------

17

I. 地域包括ケアシステムと在宅医療・ 介護連携推進事業の現状

①事業の概要

②課題

③関連する施策の動向

II. 在宅医療・介護連携推進事業 に関する今後について

III. 介護記録のデータ化、標準化

在宅医療・介護連携推進事業に関連した「介護保険制度の見直しに関する意見」 抜粋(社会保障審議会介護保険部会令和元年12月27日公表)

- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての自治体において事業が実施されている中で、市町村において、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、現行の事業体系の見直しが必要である。「認知症施策推進大綱」や看取りに関する取組等の最近の動向も踏まえることが重要である。各市町村においては、単に事業を実施するだけでなく、地域課題や取組内容の見える化を進め、目的をもって事業を進めていくことが重要である。医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること、認知症等への対応を強化すること、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的实施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。地域包括ケアシステムの理念達成に向けて取り組まれるようにすることが重要である。この理念の達成に向けて、都道府県や市町村において、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、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る。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整、研修会等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援等を更に進めることが必要である。
- 国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体がPDCAサイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることが適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。

I. 地域包括ケアシステムと在宅医療・介護連携推進事業の現状

①事業の概要

②課題

③関連する施策の動向

II. 在宅医療・介護連携推進事業に関する今後について

III. 介護記録のデータ化、標準化

介護×ICTにおける厚生労働省と総務省の連携(H30年度)

両省が連携し、データ項目、形式等の共通化を図りながら効果的に取組を推進

厚生労働省

- ① 科学的介護の実現に向けたデータベース構築
- ② 介護事業所における生産性向上ガイドラインの作成
- ③ 介護事業所間連携におけるICT標準仕様の作成

総務省

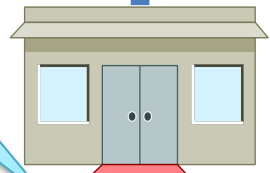
- ① 医療・介護連携のデータ標準化に向けた実証
→ 厚労省の医療・介護データ標準化の取組に反映
- ② 介護分野における先導的ICT利活用モデルの構築
→ 構築したモデルを全国に普及展開

連携

- ① 科学的な裏付けに基づく介護の実現に向け、収集すべきデータを具体化



データ
収集



介護事業所

- ② 介護事業所が作成文書の見直しやICT化等に取り組みやすくするためのガイドラインを作成・普及

- ③ 介護事業所間の情報連携に関して、今後求められる情報の内容やセキュリティ等のあり方を検討するなど、ICTの標準仕様の作成に向けて取組を実施
(厚労省事業の検討会に総務省もメンバーとして参加)

医療機関等の地域包括ケアに関わる多職種



病院・診療所



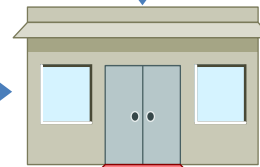
薬局



歯科診療所

...

データ
連携



介護事業所

- ① 医療・介護連携におけるデータ標準化を推進するための実証を実施
(総務省事業の検討会に厚労省もメンバーとして参加)

- ② 先導的ICT利活用モデル構築に向けた実証を実施
 - ・ 介護業務支援IoTモデル
 - ・ 認知症対応IoTモデル
 - ・ 介護予防PHRモデル

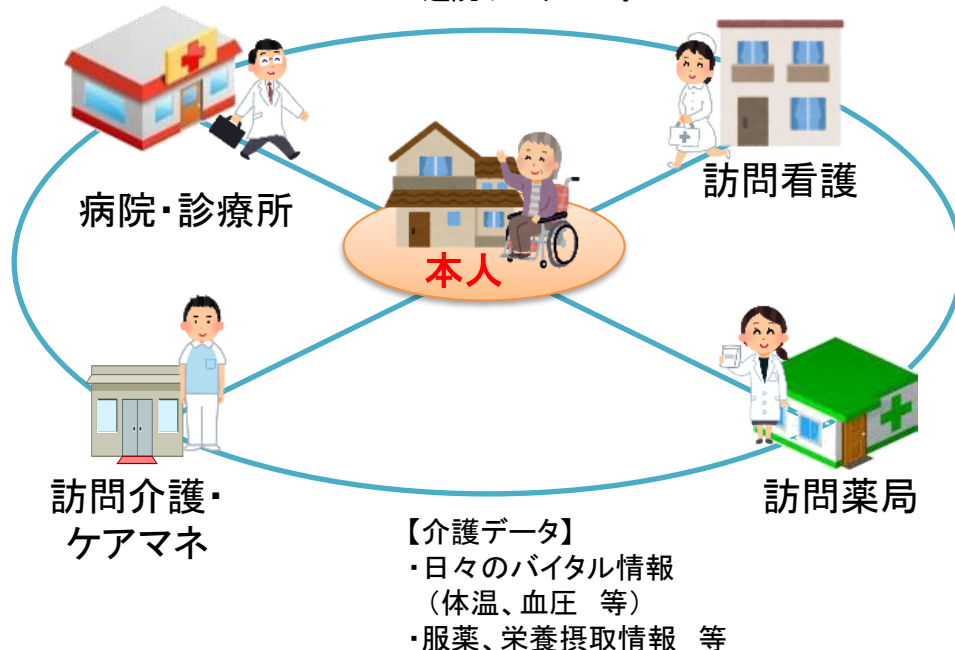
データ連携

医療・介護データ標準化の推進について（H30）

これまで進めてきた医療機関間の連携に加え、厚生労働省と協力し、医療機関と介護施設の連携（医療・介護連携に必要なデータ標準化の推進）に関する実証を行い、2020年度の「全国的な保健医療情報ネットワーク」本格稼動等に成果を反映。

【医療データ】

- ・病名、アレルギー情報
- ・調剤情報
- ・退院サマリー 等



課題

- 医療機関・介護施設間で情報をやりとりする際のデータ標準がない（データ項目、形式等がバラバラ）。
- ⇒ 効果的な施設間の連携を阻害するとともに、データ連携やシステム更新にかかるコストが高くなっている。

取組

- ・ データ流通の標準化に向けた実証を実施。（実証成果は一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）や厚生労働省にインプットすることを想定。）

※総務省資料

介護事業所におけるICTを活用した情報連携に関する調査研究（平成30年度実施）

<課題>

- 介護事業所における業務効率化を図るために、ICTを活用した情報連携が重要であるが、異なるベンダーの介護ソフトを使用している介護事業所間ではデータのフォーマットが不統一であること等から、円滑な情報連携が行えないという課題があった。

<調査研究における取組>

- 居宅介護支援事業所と訪問介護事業所等との間でケアプランのデータ連携を行うために必要なデータのフォーマットの統一等※について、実証研究を実施し、標準仕様を作成した。

<効果>

- 標準仕様の活用により、異なる介護ソフト間でもケアプランのデータでの交換が可能となり、情報共有にかかるケアマネジャーの負担が軽減されるといったメリットがある。

※ 現在はケアプランの内容をFAX等でやりとりした上で、ケアマネジャーがその内容を事業所のシステムに再入力しているが、その作業が不要となる。

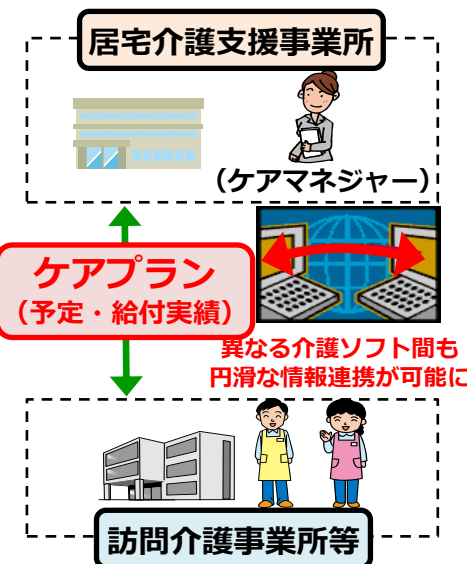
<イメージ図>

(ケアプラン)

フォーマットの統一

第1表データ項目標準化案		
No.	日本語名称	書式、選択肢など
1	保険者番号	要介護者が属する自治体のコード
2	被保険者番号	被保険者番号
3	居宅サービス計画作成年月日	YYYYMMDD
4	利用者氏名	フリーテキスト
5	利用者生年月日	YYYYMMDD
6	利用者郵便番号	XXX-XXXX
7	利用者住所1	フリーテキスト
8	利用者住所2	フリーテキスト
9	居宅サービス計画作成者氏名	フリーテキスト
...		
25	総合的な援助の方針	フリーテキスト
26	生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他
27	その他理由	フリーテキスト

標準仕様による効果



ソフトごとにデータのフォーマットが異なり
円滑な情報連携が行えないという課題

共通化

介護事業所におけるICTを活用した情報連携に関する調査研究（令和元年度実施）

これまでの厚生労働省、総務省での検討内容を踏まえ、より一層のICT化を促進するために以下の取り組みを実施した。

① 入退院時における医療機関と介護事業所間の情報連携に係る標準仕様の作成等に向けた検討

過去事業で標準項目案を作成した様式は標準仕様案を作成し、PDFファイルでの情報連携の有効性が確認された様式は標準項目案を作成した。また、各様式について技術的に連携が可能かを技術実証を通して検証した。

様式名	標準様式	標準仕様／標準項目の作成	技術実証内容
入院時情報提供書	有	標準項目案を受けた標準仕様案の作成	標準仕様案に従ったCSVデータによる連携を実施
退院・退所情報記録書	有	標準項目案を受けた標準仕様案の作成	標準仕様案に従ったCSVデータによる連携を実施
訪問看護の情報提供書	有	標準項目案の作成	標準項目案に従ったJSONデータによる連携を実施
訪問看護計画書	有	標準項目案の作成	標準項目案に従ったJSONデータによる連携を実施
訪問看護報告書	有	標準項目案の作成	対象外
訪問看護記録書Ⅰ	有	標準項目案の作成	対象外
訪問看護記録書Ⅱ	有	標準項目案の作成	標準項目案に従ったJSONデータによる連携を実施

② 介護現場におけるセキュリティ基準の検討

介護事業者向けに、対策する意義や検討の全体像を説明する小冊子として「介護事業所における介護情報の連携に関する安全管理について」を作成した。

■ 小冊子の章構成と文書量

・ 第1章	本書の位置付けと活用方法	・・・	3頁
・ 第2章	情報連携における事業経営者の責任	・・・	3頁
・ 第3章	情報連携における安全管理の考え方	・・・	6頁
・ 第4章	事故発生を想定した対策	・・・	3頁
・ 付録A	情報連携における安全管理の考え方（解説編）	・・・	11頁
・ 付録B	クラウドサービス等のチェック項目	・・・	1頁
			計27頁