

保険・年金 フォーカス 「在宅医療・介護連携推進事業」 はどこまで定着したか？

医師会の関心を高めた成果、現場には「研修疲れ」の傾向も

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1——はじめに～「在宅医療・介護連携推進事業」はどこまで定着したか？～

自宅で暮らす高齢者などに対し、切れ目のない医療・介護サービスの提供を目指す「在宅医療・介護連携推進事業」が発足して概ね10年になる。これは2015年度改正（法改正は2014年）を通じて発足した事業であり、▽地域の医療・介護の資源の把握、▽医療・介護関係者の情報共有の支援、▽医療・介護関係者の研修、▽地域住民への普及啓発——など8つの取り組みを市町村に義務付けることで、医療と介護の一体的な提供を目指している。

この事業が創設された頃と比べると、報酬改定における加算の誘導と相俟って、現場では多職種連携が一般的になりつつある。特に同事業の成果として、地区医師会が医療・介護連携に関心を持つ契機になったと考えられ、関係者や専門職による「顔の見える関係づくり」の形成に向けて、同事業は一定程度の効果を果たしたと考えられる。

一方、多職種連携の交流会や研修の実施が目的化している結果、市町村や医療・介護の現場では「研修疲れ」「事業疲れ」の傾向も見受けられる。さらに、人工呼吸器などを付けて暮らす「医療的ケア児」に対する支援など、在宅ケアや多職種連携の対象は高齢者にとどまらない広がりを見せており、筆者は同事業について、「これまでの蓄積を踏まえつつ、一段の工夫が必要になっている」と考えている。本稿では、在宅医療・介護連携推進事業に着目し、目的や経緯を考察するとともに、想定される現場の改善策などを探る。

2——在宅医療・介護連携推進事業の内容や経緯、内容

1 | 在宅医療・介護連携推進事業の内容

まず、在宅医療・介護連携推進事業の内容を簡単に整理する。同事業は介護保険料を高齢者福祉分野に「転用」する「地域支援事業」¹の一つとして、2015年度改正で創設された。その内容は図表1の

¹ 地域支援事業は2006年度改正で創設され、中学校区単位に設置されている地域包括支援センターの運営経費に充当された。さらに、2015年度改正では本稿のメインテーマである在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業の枠内で創設されたほか、軽度な要支援者の通所介護（デイサービス）や訪問介護を移管させた「介護予防・日常生活支援総合事業」、認知症施策に充当できる「認知症総合支援事業」、地域の支え合いづくりに向けて関係者を繋ぐ「生活支援体制整備整備事業」などが組み込まれた。しかし、介護保険料は要介護認定を受けた被保険者の給付に充てるのが基本であり、広く薄く受益が行

通り、(1) 地域の医療・介護の資源の把握、(2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、(3) 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、(4) 医療・介護関係者の情報共有の支援、(5) 在宅医療・介護連携に関する相談支援、(6) 医療・介護関係者の研修、(7) 地域住民への普及啓発、(8) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携——という8つの取り組みで構成している。

このうち、1つ目の地域の医療・介護の資源の把握では、地域の医療機関の分布、医療機能を把握してリスト化またはマッピングし、在宅医療の取り組み状況などを共有することに力点が置かれている。

2 つ目では、地域の医療・介護関係者などが参画する会議を開くことで、在宅医療・介護連携の取り組みの現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討するとしている。

3 点目は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であり、4 番目の「医療・介護関係者の情報共有の支援」では、多職種が情報を共有する際のシート作成とか、円滑な入退院支援などを図る「地域連携パス」を作成することで、関係者の意思疎通を密にすることが重視されている。

さらに、5 点目の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」では、相談窓口の設置とか、関係者を繋ぐ「在宅医療介護連携コーディネーター」の配置などが想定されている。6 番目の「医療・介護関係者の研修」では関係者のグループワークや研修会の開催などが企図されており、7 つ目では看取りや在宅ケア、将来の医療やケアについて患者を中心に関係者が議論する ACP (Advance Care Planning) などについて、住民を対象にしたシンポジウムや講演会の開催とか、パンフレットやチラシの作成などを通じた普及啓発が重視されている。

最後の「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」では、人口 20～30 万人程度で区切られる「2 次医療圏」という仕組みが関係する。ここで言う 2 次医療圏とは、都道府県を中心とする医療

図表1：在宅医療・介護連携推進事業で求められている8つの取り組み

事業の内容	事業の内容
地域の医療・介護資源の把握	➢ 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集。 ➢ これらの情報を整理し、リストやマップなど必要な媒体を選択して共有・活用。
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・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	➢ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進。
医療・介護関係者の情報共有の支援	➢ 情報共有シート、地域連携パスなどの活用により、医療・介護関係者の情報共有支援。 ➢ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	➢ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置などによる在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。
医療・介護関係者の研修	➢ 地域の医療・介護関係者がグループワークなどを通じ、多職種連携の実際を習得。 ➢ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催。
地域住民への普及啓発	➢ 地域住民を対象にしたシンポジウムなどの開催。 ➢ パンフレット、チラシ、HPなどを活用した在宅医療・介護サービスに関する普及啓発。 ➢ 在宅での看取りについての講演会の開催。
在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	➢ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村などが連携し、広域連携が必要な事項について検討。

出典：厚生労働省資料を基に作成

き渡る事業には公費（税金）を充てるのがスジである。こうした運用が続いている背景として、公費（税金）の投入が予算査定で縛られている中、新しい課題に対応する必要に迫られているため、保険料の「転用」と使途拡大が相次いでいる。この点に関しては、2021 年 7 月 6 日拙稿「[20 年を迎えた介護保険の足取りを振り返る](#)」を参照。

行政の基本単位。例えば病床再編や医師偏在是正では2次医療圏を基本に議論が進められている²。

一方、介護保険財政は市町村単位で原則として運営されており、同じ2次医療圏に属する市町村が連携しないと、2次医療圏単位で医療・介護連携が図れなくなるリスクがあるため、同事業では関係市町村の連携が意識されている。要するに、「医療行政＝都道府県（最小単位は2次医療圏）」「介護行政＝市町村」という役割分担を橋渡しする目的が込められていると言える。

2 | 在宅医療・介護連携推進事業の背景

こうした仕組みが生まれた背景として、在宅ケアの充実には医療・介護連携が欠かせない点を指摘できる。一般的に医療・介護連携では、(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——という4つの場面が想定されるケースが多く、それぞれの場面で情報共有などが強化されれば、切れ目のない提供体制を構築できると期待されている。

こうした連携の重要性については、高齢者や家族の立場で考えれば一層、明瞭になる。例えば、自宅での療養生活で言うと、午前10時から医師が訪問診療に来て、体調などを尋ねられ、その30分後に自宅を訪ねた訪問看護師からも同じことを聞かれた後、介護保険サービスの調整などを担うケアマネジャー（介護支援専門員）が午後イチに来た時、患者や家族は「同じことを何回話せばいいのか」とウンザリするだろう。このため、専門職の間で療養生活における留意点などが共有されれば、患者や家族の負担は減る。

さらに、医師や看護師は医学的な側面、薬剤師は服薬指導、ケアマネジャーは高齢者の生活面での配慮や家族関係、リハビリテーション職は体力面など、それぞれの専門職が気付いた点などを共有することで、複雑で多面的な暮らしを支えることが可能になる。

3 | 在宅医療・介護連携推進事業の経緯

こうした観点の下、介護保険のケアマネジメントでは多職種の意見を取り入れる「サービス担当者会議」が制度創設時から組み込まれていたが、5年ほど経った時点で「（筆者注：ケアマネジメントはチームワークと）当初から言われてきましたが、実際にはそれをうまく機能していませんでした」といった評価が多く出ていた³。

このため、医療・介護が同時期に見直された2006年度改正では、訪問診療を中心に手掛ける診療所を対象とした「在宅療養支援診療所」が診療報酬改定で制度化されたほか、介護報酬改定でも医療・

² このうち、病床再編では「地域医療構想」という政策が進められており、2017年3月までに都道府県が作成した。これには人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上になる2025年をターゲットに、医療提供体制改革を進めようという意図が込められている。具体的には、急性期病床の削減と回復期機能の充実、慢性期病床の削減と在宅医療の充実が必要と理解されており、基本的には2次医療圏単位で議論が進められている。さらに、医師偏在是正では「医師確保計画」「外来医療計画」という政策も進められており、前者では医師養成プロセスにおける偏在是正、後者では診療所の医師が多い地域での開業規制が想定されており、いずれも2次医療圏がベースとなっている。地域医療構想の概要や論点、経緯については、2017年11～12月の拙稿「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く\(1\)](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。医師確保計画などについては、2020年2月17日拙稿「[医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か](#)」（全2回、リンク先は第1回）を参照。

³ 2006年7月号『月刊介護保険』における池田省三龍谷大教授のコメント。

介護を必要とする中・重度者向け報酬で加算措置などが講じられた。

その後、医療・介護同時見直しとなった 2012 年度を厚生労働省は「新生在宅医療介護元年」と位置付けるとともに、医療・介護の連携を促すテコ入れ策を制度改正と報酬改定の両面で講じた。具体的には、市町村や地区医師会などを中心に関係職種の連携を図るモデル事業として、「在宅医療連携拠点事業」が創設されるとともに、報酬改定でも医療機関と介護事業所の情報共有を促す見直しなどが実施された。こうした国の動きに合わせる形で、現場でも「顔の見える関係づくり」が一つのキーワードとなり、多職種の交流会や研修会などが開かれるようになった。

さらに、2015 年度改正（法改正は 2014 年）でも、消費増税のタイミングと重なったことで、医療・介護両面に渡って大幅な見直しが入った⁴。この時、介護保険財源を「転用」して関連分野に充当する地域支援事業の使途が大幅に拡大されることになり、在宅医療連携拠点事業を恒久化する仕組みとして、在宅医療・介護連携推進事業が創設されるに至った。

その後、市町村や同事業を受託する地区医師会、地域包括支援センターを対象に、事業の進め方や評価方法などを解説する「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」（以下、「手引き」）が 2015 年 3 月に策定され、PDCA サイクルを明確にする観点などに立ち、2020 年 9 月までに 2 回改定された。さらに、民間シンクタンクや大学を通じた調査研究事業とか、都道府県や市町村の職員、地区医師会関係者などに対する研修事業も展開されている⁵。

一方、最近の報酬改定でも「連携」はキーワードとなっており、2020 年からの新型コロナウイルスへの対応でも、自宅療養患者への対応に関して、医療・介護連携が問われた。2006 年度改正以降の医療・介護連携に関わる主な経緯については、末尾の「参考資料」で掲げた年表を参照して頂きたい⁶。

3——在宅医療・介護連携推進事業の効果

1 | 地区医師会を対象とした調査

では、在宅医療・介護連携推進事業がスタートして概ね 10 年が経過する中、どんな効果が得られたのだろうか。いくつかの調査を総合すると、地区医師会が医療・介護連携に関心を持つ契機になったことは間違いないと思われる。例えば、2023 年度に実施された国の調査では、市町村による同事業の協議体に参加している地区医師会は 92.2%に上る（有効回答数は 1,110）。

さらに、国の委託研究による地区医師会に対するアンケート結果⁷では、同事業に対する認知度を問う質問に対し、「よく知っている」「事業の趣旨については一通り理解している」という回答が合計で

⁴ ここでは詳しく触れないが、消費増税分を用いた「地域医療介護総合確保基金」が都道府県単位に設置され、病床再編や医療・介護従事者の確保に予算が使えるようになった。

⁵ 最近の成果物や動向として、富士通総研（2024）「在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書」、同（2023）「在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書」、埼玉県立大学（2023）「PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的方策に関する調査研究事業報告書」（老人保健健康増進等事業）など。

⁶ 最近の改定については、2024 年 7 月 29 日拙稿 [「2024 年度トリプル改定を読み解く（中）」](#)、2022 年 5 月 27 日拙稿 [「2022 年度診療報酬改定を読み解く（下）」](#)、2021 年 5 月 14 日拙稿 [「2021 年度介護報酬を読み解く」](#)、2021 年 5 月 14 日拙稿 [「2018 年度介護報酬改定を読み解く」](#) を参照。

⁷ 未来研究所臥龍（2024）「かかりつけ医と多職種連携に関する調査研究事業報告書」（老人保健健康増進等事業）を参照。同事業の認知度に関する有効回答数は 187 であり、「よく知っている」の答えが 45.5%、「事業の趣旨については一通り理解している」という回答が 31.0%だった、一方、同事業の評価に対する有効回答数は 163 であり、「非常に良い取り組みである」の回答が 36.8%、「まあ良い取り組みである」の答えが 41.7%だった。

76.5%に上った。さらに、同事業に参加していると答えた地区医師会に同事業の評価を聞いたところ、「非常に良い取り組みである」「まあ良い取り組みである」の合計は78.5%だった。

もちろん、全ての地域で順調に進んでいるわけではなく、調査での自由記述では「(筆者注：地区医師会に)任せきりで自治体の関与はほとんどない」という答えが出ているし、そうした声は筆者自身も見聞きしているが、それでも連携を促す累次の報酬改定による効果と相俟って、医療・介護連携の重要性などを地区医師会に周知できた効果は前向きに評価できる。

さらに、市町村が在宅医療や医療・介護連携について、地元医師会との関係を構築した点も成果の一つとして理解できる。それまで市町村は公立病院を運営している自治体を除けば、在宅医療や医療・介護連携に関わる機会が少なかった。さらに、健診・検診や要介護認定などについて、地区医師会の協力を仰いでいるため、管見の限り、市町村が地区医師会に遠慮している様子も垣間見えた。

しかし、同事業を通じて、市町村が在宅医療や医療・介護連携に関心を持ったり、地区医師会と連携したりする意味合いがあったと思われる。特に、市町村が「在宅医療介護資源マップ」といった冊子を住民向けに作ったり、看取りやACPなどをテーマに講演会を開いたりするようになった変化は分かりやすい効果と言えるかもしれない。同事業を活用しつつ、市医師会を中心に自治体や関係機関との連携を強化している新潟市など、好事例も数多く報告されるようになった。

2 | 市町村に対する調査

一方、市町村に対する調査では、ノウハウや人材の不足が主な課題として挙げられている。例えば、2022年度に実施された民間シンクタンクの受託調査⁸では、同事業を実施する際の課題を複数回答可で尋ねており、上位の回答には「本事業を総合的に進めることができるような人材の育成」が71.8%、「事業実施のためのノウハウの不足」が70.7%、「指標設定等の事業評価のしにくさ」が66.1%、「地域の医療・介護資源の不足」が64.7%となっていた。

こうした回答の傾向は余り変わっておらず、同じシンクタンクによる2021年度調査⁹では、「事業実施のためのノウハウ不足」が72.8%でトップ、「指標設定等の事業評価のしにくさ」が70.1%、「本事業を総合的に進めることができるような人材の育成」が69.7%だった。2019年度調査¹⁰でも指標設定の問題が70.6%で1位、ノウハウ不足が68.9%で2位、資源の不足が66.9%で3位を占めていた。

このほか、2018年に実施された別の調査結果¹¹でも、列举された「課題」の項目に対し、市町村が「1位＝5点」「2位＝4点」「3位＝3点」「4位＝2点」「5位＝1点」という重み付けで各課題の深刻度をスコア化した結果が出ており、資源の不足が1位、ノウハウの不足が2位だった。

ただ、これらの論点を解決する上では、日頃の積み重ねや実践、改善の努力が重要であり、何かクリアカットな解決策が存在するわけではない。このため、市町村が地区医師会や介護事業者、住民など関係者との連携の下、「地域の実情」に応じて、事業の内容や進め方を具体的に検討する必要がある。

例えば、多職種連携の会議が自発的に開かれているような地域では、市町村が働き掛けなくてもい

⁸ 富士通総研（2023）「在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書」を参照。有効回答数は1,741。

⁹ 同上（2022）「在宅医療介護連携推進事業全国実施状況」を参照。有効回答数は1,717。

¹⁰ 同上（2020）「在宅医療・介護連携推進事業全国実施状況」を参照。有効回答数は1,739。

¹¹ 野村総合研究所（2019）「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報告書」（老人保健健康増進等事業）を参照。有効回答数は1,741。

いかかもしれないし、多職種連携の促進などを目指す「地域ケア会議」¹²が市町村や地域包括支援センターで頻繁に開催されている地域では、わざわざ同事業を大々的に展開する必要はないだろう。

しかし、4つの場面について専門職の関心が高まった場合、同事業の枠組みを活用する方策も考えられる。要するに、市町村が地域の状況や住民の意識、専門職の関心事などを踏まえ、優先順位を付けつつ、同事業を進めることが望ましい。

その際には、国や都道府県が提供するデータだけでなく、現場の事例などを加味し、「地域の実情」を立体的に把握した上で、日常的な療養支援など4つの場面に応じたケースをイメージしつつ、市町村が戦略的に施策を立案、推進する必要がある¹³。

さらに、筆者は現場における同事業の運用について、(1)市町村や現場の「研修疲れ」「事業疲れ」、(2)多職種連携の対象が高齢者にとどまらない範囲に拡大——という2つの理由で、「過去の成果を生かしつつ、一段の工夫が必要」と考えている。以下、2つに関して、今後の運用改善策を考える。

4——工夫が求められる理由(1)～市町村や現場の「研修疲れ」「事業疲れ」～

1 | 国の手引きで例示された「残念なできごと」では…

1番目の「研修疲れ」「事業疲れ」とは、研修や事業の実施が自己目的化することで、市町村や現場職員が疲弊している点である。これまで述べた通り、在宅医療・介護連携推進事業などを通じて、多職種が集まる機会が増え、関係者との間で「顔の見える関係」が構築されたのは事実である。

しかし、担当者の人事異動などで当初の目的が引き継がれず、研修や事業の実施が自己目的化している傾向が見られる。しかも集まるメンバーも固定化しており、現場では「何のために集まっているのか分からない」といった悩みを頻繁に耳にする。その一例として、先に触れた「手引き」では「残念なできごと」として興味深い一節が出ている（文章は一部を加筆修正）。

○ 在宅医療・介護連携推進事業の担当部署が「認知症」をテーマに、医療・介護関係者の研修を実施した。数日後、認知症総合支援事業を所管する部署が関係者を集めて研修を行ったことを知り、内容を確認すると、こちらも「認知症」「医療と介護の連携」をテーマにしていたことが判明。テーマが似通っていたため、現場の参加者も同じであった。

○ 毎年、住民への啓発や医療・介護関係者への研修を数多く実施し、アンケートは「概ね好評」なので、事業評価は「良好」としていたが、実は啓発や研修内容が参加者に浸透していなかった。

つまり、前者の事例では、同事業による研修が実施された後、ほぼ同趣旨の研修が認知症総合支援事業でも開かれ、招かれた医療・介護専門職は同じ顔触れだったというオチである。後者では、何度も研修を実施し、アンケートでは好結果なのに、内容が伝わっていなかったという話である。

¹² 2015年度見直しで制度化された仕組みであり、▽個別課題解決、▽ネットワーク構築、▽地域課題発見、▽地域づくり・資源開発、▽政策形成——の5つの機能が想定されている。

¹³ データと事例の融合の重要性などについては、審議会資料で多用されている「地域の実情」という言葉に着目したコラムの第5回で触れたので、詳述を避ける。

いずれも現場サイドで聞いた話を匿名化した上で、少し加工していると考えられ、筆者が市町村支援のプログラム¹⁴などで見聞きしている話と一致している。こうした会議に何度も呼ばれる専門職にはいい迷惑だし、形式主義的な研修を運営している職員の疲労感も増すことになる。

しかも、KPI（Key Performance Indicator）に基づく国の事業評価では、数字上は「研修◎回」「事業実施済み」といった形で集計されるため、こうした内実が見えにくくなっている面がある。むしろ、市町村の事業実施を定量的に評価する国の「介護保険保険者努力支援交付金」（保険者機能強化推進交付金と併せて、「インセンティブ交付金」と総称される）では、同事業に関して研修会や検討会を開催すると、国の採点結果が上乘せされ、インセンティブ交付金も増えるカラクリとなっている。このため、形式主義的な会議が開催されやすい構造を内在させており、「研修疲れ」「事業疲れ」の傾向に拍車を掛ける要因となっている¹⁵。

さらに言えば、しばしば論じられる「好事例の横展開」も「研修疲れ」「事業疲れ」に影響している可能性がある。具体的には、国の会議で地域の好事例が紹介される際、その背景や当事者の思い、試行錯誤などが説明されないまま、「会議の開催」「事業の実施」など表面的な内容が語られがちである。その結果、好事例を「輸入」（国の視点で見れば「横展開」）しようとした市町村では、背景や経緯などが考慮されないまま、その「地域の実情」に合わない会議や研修が実施される危険性を伴う。

2 | 想定される現場の改善策

そこで、想定される現場の改善策として、市町村が研修や事業の目的を「そもそも論」から考え直すことが考えられる。その上で、研修や事業の優先順位が低いと判断できる場合、開催頻度を減らすとか、他の研修と一体的に運用するといった工夫を通じて、負担を最小化しつつ、事業の効果を最大限にする努力が求められる。

さらに、見直しに際しては、市町村職員だけでなく、地域包括支援センターや地区医師会、医療・介護専門職などの関係者の意見を聞くのも一案である。もし事業や研修の見直しに対して、反対意見が聞かれた場合でも、従来の事業名などを維持しつつ、後述する新たな課題に内容を実質的に変えてしまう工夫も検討して欲しいところである。

このほか、他の部署との連携も欠かせない。もし「残念なできごと」のような形で、多職種連携の研修が他の部署で企画されているのであれば、在宅医療・介護連携推進事業の研修では「看取り対応」

¹⁴ 藤田医科大、愛知県豊明市を中心とした市町村支援プログラム（老人保健事業推進費等）。2022年度以降、政策形成支援、組織開発にシフトした内容となった。

<http://www.fujita-hu.ac.jp/~chuukaku/kyouikushien/kyouikushien-96009/index.html>

¹⁵ インセンティブ交付金のうち、保険者機能強化推進交付金が2018年度に創設された際、介護予防の取り組みを通じて、要介護認定率を下げたと言われる埼玉県和光市の事例を広げることが重視された。経緯は2017年12月20日拙稿『『治る』介護、介護保険の『卒業』は可能か』を参照。一方、保険者努力支援制度は2019年3月、安倍晋三首相が「高齢者の集いの場の整備や高齢者の就労促進を図ります」と述べた点から始まった。2019年3月20日未来投資会議議事録を参照。だが、鈴木亘（2023）「保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の政策評価に関する基礎的研究」『学習院大学経済論集』第59巻第4号では、交付金の指標が給付削減に繋がっていないと指摘されている。さらに、当初は採点を通じて市町村の差異を明らかにすることで、市町村の意欲を引き出すことが重視されていたが、厚生労働省は「自治体の取組の適否を表すものではありません」としつつ、関係者間の対話ツールである点を強調しており、創設時の意図と食い違いが生じている。筆者はインセンティブ交付金に関して、「段階的な縮減、廃止が必要」という意見を持っている。

「中・重度者への対応」に特化するなど、様々な工夫が必要である。

5——工夫が求められる理由(2)～多職種連携の対象が高齢者にとどまらない範囲に拡大～

第2の理由として、多職種連携の対象が高齢者にとどまらない範囲に拡大している点である。例えば、人工呼吸器などを付けて暮らす子どもを指す「医療的ケア児」の支援では、医療職による支援に加えて、子ども家庭福祉や障害福祉、教育、雇用など子どもの発達に応じて連携先を変える必要がある¹⁶。さらに、過度に親などの介護に従事する子どもを指す「ヤングケアラー」の支援でも、連携先の一つとして医療機関が挙げられているし、分野・属性にとらわれずに支え合いをつくる「重層的支援体制整備事業」では既存のネットワークを拡大、深化させることが重視されている。このように多職種連携の幅は医療・介護に限らず、子ども家庭福祉や障害福祉、雇用、教育など幅広くなっている。

もちろん、既存の8つの取組も含めて在宅医療・介護連携推進事業のコンセプトは重要だし、これまでの蓄積を生かす必要があるが、市町村や地域包括支援センター、地区医師会が「地域の実情」に応じて、進め方や優先順位を変えつつ、新しいテーマに対応する必要がある。

6——おわりに

本稿では、制度創設から約10年が経過した在宅医療・介護連携推進事業に着目し、その成果と展望を論じた。同事業を通じて、地区医師会が医療・介護連携に関心を持った点とか、市町村が在宅医療に関わる機会を持てた点は確実に成果と言える。制度創設時の頃と比べると、累次の報酬改定によるテコ入れ策などと相俟って、「顔の見える関係づくり」に向けた研修や会議が開催されるようになり、多職種連携は医療・介護現場に定着しつつある。さらに、在宅医療や看取りなどの講演会や資源マップの作成など、住民がメリットを受けている面もある。

しかし、現場では事業や研修の実施が自己目的化しているような事象が見られ、国のインセンティブ交付金が拍車を掛けている。こうした状況は誰かの不作為で生まれているのではなく、むしろ関係者がマジメに施策や事業、研修に取り組んでいる分、深刻かもしれない。さらに、医療的ケア児など新しいテーマへの対応も求められており、過去の蓄積を生かしつつ、多職種連携の幅を広げるような工夫も必要となっている。

このため、市町村や地域包括支援センターには「何のための事業や研修なのか」「その目的のため、今の事業や研修は必要なのか」といった形で一度、事業や研修の進め方を考え直す機会が求められる。少なくとも「8つの事業をどう回すか」「好事例をどうやって『横展開』するか」という発想だけでは、「事業疲れ」「研修疲れ」に対応できるとは思えない。地区医師会を含めた現場の一層の工夫に期待したい。国としても、インセンティブ交付金の見直しも含めて、こうした現場の工夫を後押しするような支援（例：人材育成、情報提供など）が求められるし、都道府県による市町村支援とか、医療計画との整合性確保も一層、必要になる。

¹⁶ 例えば、2021年9月に施行された医療的ケア児・家族支援法では、連携機関として、医療、保健、福祉、教育、労働の団体が示されており、診療報酬改定でも情報共有などについて加算が創設または拡充されている。2024年9月11日拙稿「[2024年度トリプル改定を読み解く（下）](#)」、2022年5月16日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く（上）](#)」を参照。

参考資料：医療・介護連携に関わる主な制度改正や報酬改定の経緯

年	医療・介護連携に関わる医療計画制度、介護保険改正など		医療・介護連携に関わる主な報酬改定	
	医療制度の主な改正	介護保険制度の主な改正	診療報酬改定の主な項目	介護報酬改定の主な項目
2006年		➢ 地域包括支援センター創設	➢ 診療報酬改定。「在宅療養支援診療所」創設	➢ 介護報酬改定。施設系に「在宅復帰支援機能加算」創設
2008年			➢ 診療報酬改定。「在宅療養支援病院」創設	
2009年	➢ 地域医療再生基金の創設			
2011年	➢ 「在宅医療介護連携拠点事業」の開始。モデル地域を指定して財政支援（～2012年度）			
2012年	➢ 「新生在宅医療介護元年」と位置付け、部局横断的な「在宅医療介護推進プロジェクトチーム」が厚生労働省に設置。		➢ ダブル改定。在宅医療の機能強化、入退院支援、看取り強化に対応	
2013年	➢ 医療計画に「在宅医療の達成すべき目標、医療連携体制」を規定 ➢ 在宅医療推進事業			
2014年	➢ 医療介護総合確保推進法が制定 ➢ 地域医療介護総合確保基金が創設（介護は2015年度） ➢ 厚生労働省に「医療介護連携政策課」が創設		➢ 診療報酬改定。「地域包括ケア病棟」「在宅療養後方支援病院」の創設	
2015年		➢ 介護保険改正。「在宅医療・介護連携推進事業」の制度化		➢ 介護報酬改定。看取り対応の充実など
2016年			➢ 診療報酬改定。重症度や住まいに応じた在宅医療強化など	
2017年	➢ 地域医療構想が本格始動			
2018年		➢ 介護保険制度改正	➢ ダブル改定。24時間在宅医療への対応や入退院支援、看取り対応の強化など	
2020年	新型コロナウイルスの自宅療養患者への対応などで医療・介護連携が必要に		➢ 診療報酬改定	
				➢ 介護報酬改定。入退院支援強化など
2022年			➢ 診療報酬改定。地域包括ケア病棟の基準厳格化など	
2024年	➢ 在宅医療を積極的に担う拠点などを医療計画に規定		➢ ダブル改定。高齢者の救急や入退院支援、看取り対応の強化などが焦点に	

出典：厚生労働省資料を基に作成