

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
に係る調査等

報告書

令和6年（2024年）3月
厚生労働省老健局老人保健課

〈目次〉

1. 令和5年度在宅医療・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
2. 令和5年度在宅医療・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
成果物一式
3. 在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見
4. 在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見
(参考資料)

1. 令和5年度在宅医療・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

令和5年度在宅医療・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

令和6年3月

厚生労働省老健局老人保健課

〈目次〉

I.在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会.....	1
1. 拡充の視点.....	1
2. 実施事項.....	1
(1) 趣旨・目的.....	1
(2) 委員構成.....	2
(3) 議事内容.....	3
II.在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査.....	5
1. 拡充の視点.....	5
2. 実施事項.....	7
(1) 実施目的.....	7
(2) 調査概要.....	7
(3) 調査結果.....	8
III.都道府県・市町村担当者等研修会議.....	65
1. 拡充の視点.....	65
2. 実施事項.....	65
(1) 開催概要.....	65
(2) 実施内容.....	68
(3) 都道府県・市町村担当者等研修会議後のアンケート.....	140
IV.都道府県・市町村連携支援.....	153
1. 拡充の視点.....	153
2. 実施事項.....	153
(1) 実施目的.....	153
(2) 実施概要.....	153
(3) 実施結果.....	157

I. 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会

1. 拡充の視点

市町村が地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組の推進・充実を図ることを目標として、国においては、平成 28 年度より在宅医療・介護連携推進支援事業を実施している。

在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会の位置づけや検討事項は年度により様々であるが、いずれにおいても在宅医療・介護連携推進事業の検証及び充実の検討、都道府県・市町村への連携支援に係る事項を基盤に検討が進められてきた。

本年度は、有識者、医師会をはじめとする関係団体、自治体で在宅医療・介護連携推進事業を担当する者等により構成した検討委員会を設置し、在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業（以下、「在宅医療・介護連携推進（支援）事業」という。）をより推進するため、

- ・ 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査
- ・ 都道府県・市町村担当者等研修会議
- ・ 都道府県・市町村連携支援

に係る事項について議論を行い、各事項の充実及び拡大を図った。

また、新たに、

- ① 在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター
- ② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携について議論を行った。

2. 実施事項

(1) 趣旨・目的

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることを目指す地域包括ケアシステムの構築のためには、在宅医療・介護連携を推進することが重要である。平成 26 年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられ、平成 30 年 4 月以降、全ての市町村において事業が実施されている。また、令和 2 年介護保険法改正により、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 P D C A サイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等の見直しが行われた。

現在、「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和 4 年 12 月 20 日 社会保障審議会介護保険部会）や、「第 8 次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和 4 年 12 月 28 日 第 8 次医療計画等に関する検討会）等において、在宅医療・介護の更なる連携や、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携の有効性の観点から、同一の実施主体となりう

ることも含め、両者の関係について次期指針に記載すること等が求められている。

これらの経緯等を踏まえ、在宅医療・介護連携事業に関する取組のより一層の推進・充実につながるよう、現状を調査するとともに、今後の在宅医療・介護連携推進事業の在り方等に関する検討を行うことを目的とする。

(2) 委員構成

本検討委員会の委員については下記のとおりである。

(令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会 構成員名簿)

氏名	役職
今村 英仁	公益社団法人 日本医師会 常任理事
内田 由紀子	愛知県東浦町健康福祉部 ふくし課長
角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
○ 川越 雅弘	公立大学法人 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究所 研究開発センター 教授
齋藤 訓子	学校法人関東学院大学看護学部 高齢者・在宅看護学 教授
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
寺田 尚弘	一般社団法人 釜石医師会 理事
服部 美加	一般社団法人 新潟県医師会 新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター
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

(○は委員長 五十音順、敬称略)

(事務局)

株式会社 富士通総研

厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐 増田 絵美奈

主査 白井 麗

(オブザーバー)

厚生労働省 医政局地域医療計画課

国立保健医療科学院 (厚生労働科学研究班 赤羽班)

東京都健康長寿医療センター

(3) 議事内容

全4回検討委員会を開催した。各回の議事等は下記のとおりである。

(第1回検討委員会)

開催日	令和5年7月11日(火)	開催時間	18:00~20:00
開催場所	オンライン		
議題	1. 在宅医療・介護連携推進事業について 2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について 3. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「コーディネーター」について 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会 開催要綱 資料2(別紙) 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会 委員一覧 資料2 第1回在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会資料 参考資料1-1 都道府県実態調査票(案) 参考資料1-2 市町村実態調査票(案) 参考資料2 令和5年度都道府県・市町村連携支援募集要綱(案) 参考資料2(別添1) 令和5年度都道府県・市町村連携支援のご案内(案) 参考資料2(別添2) 令和5年度都道府県・市町村連携支援申込書(案) 参考資料3 「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査検討委員会 開催要綱(案) 参考資料3(別紙) 「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査検討委員会 委員一覧(案) 参考資料4 在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3		

(第2回検討委員会)

開催日	令和5年8月2日(水)	開催時間	10:00~12:00
開催場所	オンライン		
議題	1. 在宅医療・介護連携推進事業について 2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について 3. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「コーディネーター」について 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 第2回在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会資料 参考資料1-1 都道府県実態調査票(案) 参考資料1-2 市町村実態調査票(案) 参考資料1-3 コーディネーター調査票(案)		

(第3回検討委員会)

開催日	令和5年12月7日(木)	開催時間	10:00~12:00
開催場所	オンライン		
議題	1. 都道府県・市町村連携支援について(御報告) 2. 都道府県・市町村担当者等研修会議について(御報告) 3. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「コーディネーター」について 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 第3回在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会資料 参考資料1-1 【事務連絡】令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業における都道府県・市町村連携支援の実施について 参考資料1-2 【〇〇市】(〇〇県)シート集 参考資料2-1 【事務連絡】令和5年度都道府県・市町村担当者等研修会議の開催について 参考資料2-2 令和5年度都道府県・市町村担当者等研修会議まとめ 参考資料2-3 令和5年度都道府県・市町村担当者等研修会議参加者アンケート 参考資料3-1 都道府県実態調査票 参考資料3-2 市町村実態調査票 参考資料3-3 コーディネーター調査票		

(第4回検討委員会)

開催日	令和6年2月27日(火)	開催時間	10:00~12:00
開催場所	オンライン		
議題	1. 報告書の方向性について 2. 次年度の在宅医療・介護連携推進支援事業について 3. その他		
配付資料	議事次第 資料1 第4回在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会資料 資料2 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業報告書(案) 資料3 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業報告書(参考資料)(案) 資料4 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業報告書(業務実施報告書)(案)		

Ⅱ. 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

1. 拡充の視点

国においては、在宅医療・介護連携推進事業の開始以降、毎年実態調査等を実施している。調査項目は年度により様々であるが、いずれの年度においても在宅医療・介護の連携を実施する上での現状や課題、先進事例等の抽出に係る事項を基盤に調査を実施してきた。

一方、

- ・ 調査項目に相互連携がないため、経年変化が追えず継続性に乏しい
- ・ 実態を把握するまでに留まっており、例えば効果的な事業実施に係る手法等、今後の展開につながる調査項目が乏しい

等の課題があった。

そのため、本年度は、在宅医療・介護連携推進事業の開始から数年が経過したことを踏まえ、

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業に係るモニタリングに資する項目：現在の実施状況等の実態を的確に把握することにより、今後の在宅医療・介護連携推進事業に関する様々な施策を検討・実施するための基礎データを得る
- ・ 自治体の課題や効果的な取組内容等の実態を量的に把握するための項目：今後の介護保険事業（支援）計画の改定、保険者機能強化交付金に係る整理・検討、手引きの改訂等を見据え、経年的な取組状況の把握のみならず、各都道府県・市町村における課題抽出や好事例に至る有効性、評価指標等の検討に資するデータを得る
- ・ コーディネーターの実態をより把握するため、都道府県票・市町村票に加え、コーディネーター票を追加

という視点に基づき、調査項目の見直しを行った。

さらに、実態調査等を踏まえ、取組等の詳細に係る実態を的確かつ具体的に把握するため、①先進的な取組を実施していると思われる都道府県及び市町村、②過去に都道府県・市町村連携支援を行った自治体に対してのヒアリング等も実施した。

図1 在宅医療・介護連携推進事業における「コーディネーター」の実態（実態調査前）

在宅医療・介護連携推進事業における「コーディネーター」の実態

- 現在、在宅医療・介護推進事業において、「コーディネーター」が重要な役割を担っている自治体もある。
- 一方、コーディネーターの定義や役割については自治体により様々であると考えられる。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携の有効性の観点から、同一の実施主体となりうることも含め、両者の関係について次期指針に記載することとしている。（令和4年11月24日第19回第8次医療計画等に関する検討会）

介護保険事業（支援）計画【都道府県】
 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び介護現場の生産性の向上の推進等
 在宅医療・介護連携の推進において、これまで市町村は在宅医療の提供体制等への関与が少なかったことから、市町村の人材育成の支援が重要である。医療と介護の連携体制の構築を進めるために、各市町村で中心的役割を担うリーダーや医療と介護の両分野に精通し、各分野の連携を推進する**コーディネーター**となる人材育成等について記載することが重要である。

2. コーディネーターの役割

コーディネーターは、在宅医療・介護連携に関する「相談支援室」の**専任の従事者**として、具体的な取り組みを進めていきます。
 求められる役割としては、次のようなことが考えられます。

コーディネーターの役割

- ① 医療と介護の「橋渡し役」
- ② 医療・介護関係者や、関係各機関との「顔の見える関係」の構築
- ③ 切れ目のない医療・介護の提供体制構築のための「医療・介護分野における課題抽出と解決に向けた相談支援」
- ④ 医療・介護関係者のスムーズな「情報共有」の支援
- ⑤ 在宅医療・介護連携推進事業担当の区役所職員との連携

コーディネーターの資格要件

(以下いずれかの要件を満たす専門職にて構成)

(ア)保健師、看護師などの医療に関する国家資格を有する者で、地域において訪問看護及び保健師出向に関する経験の実務経験を有する者

(イ)医療ソーシャルワーカー業務指針(厚生労働省健康局長通知(平成14年11月29日健康発第1129001号))に基づく実務経験1年以上を有する者

(ウ)介護支援専門員資格をもつなど介護に関する知識・有、保健福祉に関する相談などの実務経験1年以上を有する者
 なお、相談窓口開設時期は、最低1名を本業務のみ従事すること

(3) 地域医療再生基金を活用した鹿児島県医師会の事業展開（点から面展開）
 平成25年度から平成27年度は地域医療再生基金を活用し、在宅医療推進拠点機能強化事業を展開した。また同時期に平成25年度からは鹿児島県医師会が地域医療再生基金を活用し、当医師会のモデル事業に習い、平成25年度は5実践医師会(始良地区医師会、いちき串木野市、薩摩郡、曾於、大島郡)平成27年度は2実践医師会(出水郡、肝属郡:垂水中央病院)が加わり、その他都市医師会において事業活動が始まった。7実践医師会においてはそれぞれ看護師や社会福祉士等のコーディネーターを配置し、連絡協議会、作業部会、多職種連携推進研究会、地域住民への普及啓発活動等の事業を実施された。事業展開する中においては都市医師会が拠点となった活動に地域の行政機関やかかりつけ医、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等に対してどのように理解を促し、事業展開していけば良いのかポイントになると感じた。実践医師会におけるコーディネーターが中心となり、作業班や連絡協議会等のメンバーと目標や課題解決に向けた地道な活動が必要となる。このような活動の中で、地域関係者とのネットワーク形成に発展し、コーディネーター自身も今までにない活動を通し、多くの人材と出会い、顔の見える関係から風通しのいい関係に発展したことはコーディネーター自身が実感していると推察する。このように、鹿児島県医師会が基金を活用し、県下の都市医師会へ事業展開したことは大きく、平成27年度に介護保険の改正における地域支援事業への移行は大きな意味があったといえる。

出典：大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業
コーディネーター手引き書(Ver. 4)

出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き(第11版)
公益社団法人肝属郡医師会 肝属郡医師会立病院令和5年3月

図2 在宅医療・介護連携推進事業における「コーディネーター」に係る仮説

【参考】在宅医療・介護連携推進事業における「コーディネーター」の効果的な在り方

○ **下記にて実態調査前の仮説を設定**

(案) ○ **コーディネーターに期待される役割**

- ・ 自治体や地域の関係団体等（地域の医師会等）と連携し、事業の推進に寄与する者
- ・ 在宅医療・介護の連携体制構築において各市町村等で中心的役割を担う者
- ・ その他市町村から委託された業務に対応する者（専門職からの相談窓口対応等）

○ **コーディネーターに期待される機能**

- ・ 地域のニーズや資源等の実態把握及び課題抽出等
- ・ 自治体のめざす姿の共有と地域の関係団体等を含めた意見の集約・調整等
- ・ 自治体における課題解決に係る企画立案・助言等
- ・ 地域の関係団体等との連携体制構築等

○ **コーディネーターに期待される専門性**

- ・ 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、保健師、歯科衛生士等の医療に係る国家資格を有し、介護分野に関する知識を有する者
- ・ 医療ソーシャルワーカーの実務経験等を有する者
- ・ 介護支援専門員資格を有する等、介護分野に関する知識を有する者

○ **コーディネーターと「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との関係性**

- ・ コーディネーターは「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、在宅医療・介護連携の推進を促すことが望ましい

○ **コーディネーターの体制（イメージ）**

例1)

自治体

⇄

関係団体（医師会等）
コーディネーター

例2)

自治体

コーディネーター

⇄

関係団体（医師会等）

例3)

自治体

⇄

関係団体（医師会等）

⇄

コーディネーター

⇄

関係団体（医師会等）

2. 実施事項

(1) 実施目的

在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等の実態を的確に把握することにより、今後の在宅医療・介護連携推進事業に関する様々な施策を検討・実施するための基礎データとする。

(2) 調査概要

本調査の実施期間、対象等については下記のとおりである。

実施期間	令和5年8月23日～令和5年9月20日
調査対象 ^{※1}	都道府県、市町村、コーディネーター ^{※2} ※1 在宅医療・介護連携推進事業担当者による回答。 ※2 「地域の在宅医療・介護連携推進を支援する人材（コーディネーター）」等を想定。 なお、「コーディネーター」という名称を使用していなくとも、相談室を設置し人員を配置（相談業務の委託を含む）している場合においては回答を依頼。
主な調査項目	都道府県：実施体制、協議会の実施状況、市町村支援状況、都道府県が把握しているコーディネーターの状況、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況 等 市町村：実施体制、協議会の実施状況、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）及び認知症に係る対応・感染症に係る対応・災害に係る対応への取組状況、市町村が把握しているコーディネーターの状況、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況 等 コーディネーター：勤務状況、所属先、有する資格等、経験年数、業務内容、コーディネーターに係る工夫・課題・展望 等
回収方法	・いずれの対象も電子メールに添付された Excel に回答。 ・都道府県より管下市町村及び都道府県に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに送付し回答を依頼。（複数名いる場合には、コーディネーター毎に回答を依頼。） ・市町村より市町村に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに送付し回答を依頼。（複数名いる場合には、コーディネーター毎に回答を依頼。）
回収数及び回収率	都道府県：47（100%） 市町村：1,741（100%） コーディネーター：1,697（都道府県コーディネーター21、市町村コーディネーター1,676） ※3 設問によっては未回答があるため、設問ごとに集計対象回答数は異なる。 ※4 市町村コーディネーターについて、複数市町村を担当する者による重複提出の可能性はある。

(3) 調査結果

調査票については図3-1～図3-3を参照されたい。また、結果については図4-1～図4-3を参照されたい。

図3-1 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査 都道府県調査票

令和5年度 在宅医療・介護連携推進事業 都道府県調査票																																																																						
<p>○ 本調査は、管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業の支援を行っている都道府県担当者が御回答ください。また、内容に応じて医療部局等とも御相談ください。</p> <p>○ 回答例は問いせしめず。原則1問につき回答はひとつですが、複数を選んでもいただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。</p> <p>○ 「記述」については必須回答、「自由記載」については任意回答です。概ね200字程度が見える大きさですが、それ以上入力していただいた場合もデータ上で確認できます。</p> <p>○ 記述及び自由記載部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。</p> <p>○ 調査時点は、令和5年8月1日とします。</p>																																																																						
I. 基本情報																																																																						
F1 貴都道府県の「都道府県コード」(2桁)を記入してください。	<table border="1"> <tr> <td>未回答 設問あり</td> <td>F1</td> <td>都道府県名</td> <td>←都道府県名が正しいか御確認ください</td> </tr> </table> <p>半角数字2桁(全角数字は不可)</p>	未回答 設問あり	F1	都道府県名	←都道府県名が正しいか御確認ください																																																																	
未回答 設問あり	F1	都道府県名	←都道府県名が正しいか御確認ください																																																																			
II. 貴都道府県の体制について																																																																						
問1 貴都道府県(本庁)における在宅医療・介護連携推進事業の実施体制を教えてください。	<table border="1"> <tr> <td>未回答 設問あり</td> <td>問1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. 介護部局と医療部局が連携して取り組んでいる</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 介護部局のみが行っている</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. 医療部局のみが行っている</td> </tr> </table>	未回答 設問あり	問1		1. 介護部局と医療部局が連携して取り組んでいる		2. 介護部局のみが行っている		3. 医療部局のみが行っている																																																													
未回答 設問あり	問1																																																																					
	1. 介護部局と医療部局が連携して取り組んでいる																																																																					
	2. 介護部局のみが行っている																																																																					
	3. 医療部局のみが行っている																																																																					
問2 貴都道府県における在宅医療・介護連携推進事業に係る市町村への支援体制を教えてください。	<p>2-1. 本庁</p> <table border="1"> <tr> <td>未回答 設問あり</td> <td>問2-1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. 関わっている</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 関わっていない</td> </tr> </table> <p>2-2. 保健所(県型)</p> <table border="1"> <tr> <td>未回答 設問あり</td> <td>問2-2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. 管内保健所全てが関わっている</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 一部保健所が関わっている</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. 関わっていない</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. 把握していない</td> </tr> </table> <p>2-3. 管轄の地方厚生(支)局</p> <table border="1"> <tr> <td>未回答 設問あり</td> <td>問2-3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. 関わっている</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 関わっていない</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. 把握していない</td> </tr> </table>	未回答 設問あり	問2-1		1. 関わっている		2. 関わっていない	未回答 設問あり	問2-2		1. 管内保健所全てが関わっている		2. 一部保健所が関わっている		3. 関わっていない		4. 把握していない	未回答 設問あり	問2-3		1. 関わっている		2. 関わっていない		3. 把握していない																																													
未回答 設問あり	問2-1																																																																					
	1. 関わっている																																																																					
	2. 関わっていない																																																																					
未回答 設問あり	問2-2																																																																					
	1. 管内保健所全てが関わっている																																																																					
	2. 一部保健所が関わっている																																																																					
	3. 関わっていない																																																																					
	4. 把握していない																																																																					
未回答 設問あり	問2-3																																																																					
	1. 関わっている																																																																					
	2. 関わっていない																																																																					
	3. 把握していない																																																																					
問3 貴都道府県では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。	<table border="1"> <tr> <td>未回答 設問あり</td> <td>問3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. 設置している</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 設置していない</td> </tr> </table> <p>3-1. 問3で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会は委託していますか。</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>問3-1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. 委託している</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 委託していない</td> </tr> </table> <p>3-2. 引き続き問3で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会の開催頻度を選択してください。</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>問3-2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. 年に1回</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 半年に1回</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. 四半期に1回</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. 月に1回</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. その他</td> </tr> </table> <p>3-3. 引き続き問3で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会ではどのようなことを検討していますか。下記それぞれを選択してください。(複数回答)</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>問3-3-1. 都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項</td> <td>問3-3-2. 都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. 医療・介護の資源確保や活用</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. 在宅医療・介護連携の情報共有</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. 多職種間の連携やネットワーク体制構築</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. 都道府県と市町村との連携</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>8. 市町村間の連携</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>11. 地域住民への周知啓発</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>12. その他(記述)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">⇒問3-3-1の「その他」</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">問3-3-2の「その他」</td> </tr> </table> <p>あてはまる場合「1」を選択</p>	未回答 設問あり	問3		1. 設置している		2. 設置していない		問3-1		1. 委託している		2. 委託していない		問3-2		1. 年に1回		2. 半年に1回		3. 四半期に1回		4. 月に1回		5. その他		問3-3-1. 都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項	問3-3-2. 都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項		1. 医療・介護の資源確保や活用			2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出			3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討			4. 在宅医療・介護連携の情報共有			5. 多職種間の連携やネットワーク体制構築			6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携			7. 都道府県と市町村との連携			8. 市町村間の連携			9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保			10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保			11. 地域住民への周知啓発			12. その他(記述)			⇒問3-3-1の「その他」			問3-3-2の「その他」	
未回答 設問あり	問3																																																																					
	1. 設置している																																																																					
	2. 設置していない																																																																					
	問3-1																																																																					
	1. 委託している																																																																					
	2. 委託していない																																																																					
	問3-2																																																																					
	1. 年に1回																																																																					
	2. 半年に1回																																																																					
	3. 四半期に1回																																																																					
	4. 月に1回																																																																					
	5. その他																																																																					
	問3-3-1. 都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項	問3-3-2. 都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項																																																																				
	1. 医療・介護の資源確保や活用																																																																					
	2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出																																																																					
	3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討																																																																					
	4. 在宅医療・介護連携の情報共有																																																																					
	5. 多職種間の連携やネットワーク体制構築																																																																					
	6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携																																																																					
	7. 都道府県と市町村との連携																																																																					
	8. 市町村間の連携																																																																					
	9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保																																																																					
	10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保																																																																					
	11. 地域住民への周知啓発																																																																					
	12. その他(記述)																																																																					
	⇒問3-3-1の「その他」																																																																					
	問3-3-2の「その他」																																																																					

3-4. 引き続き問3で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会に参加している団体等を選択してください。（複数回答）

問3-4	
1. 都道府県医師会	
2. 都市医師会	
3. 都道府県歯科医師会	
4. 都道府県薬剤師会	
5. 都道府県看護協会・都道府県訪問看護協議会	
6. 都道府県介護支援専門員協会	
7. 都道府県栄養士会	
8. 都道府県理学療法士協会	
9. 都道府県作業療法士協会	
10. 都道府県言語聴覚士協会	
11. 都道府県歯科衛生士会	
12. 都道府県医療ソーシャルワーカー協会	
13. 地域包括支援センター	
14. 保健所（都道府県）	
15. 保健所（市・特別区設置）	
16. 消防署（救急）	
17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター	
18. 大学等の教育機関	
19. 民間企業	
20. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合
「1」を選択

- 本調査票における「在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター」とは、「地域の在宅医療・介護連携推進を支援する人材（コーディネーター）」等を想定しています。なお、「コーディネーター」という名称を使っていなくとも、相談室を設置し人員を配置（相談業務の委託を含む）している場合においては回答ください。
参考：「在宅医療・介護連携推進事業に係る手引きver.3」
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
(3)PDCAサイクルに沿った取組を実施する上でのポイント
エ・在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）（P53）
URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000565660.pdf>

3-5. 引き続き問3で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会の効果的な運営にあたり工夫している点等があれば具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

問4 在宅医療・介護連携の推進に係る各取り組みを都道府県として実施していますか。

	問4-1.取り組み		問4-2.「1.実施している」と回答した方のみ	
	1.実施している 2.実施していない	問4-2-1. 介護部局と医療部局 の連携 1.連携している 2.連携していない	問4-2-2.	問4-2-3.
			効果的だと思われる連携や役割分担について具体的に教えてください。（自由記載）	効果的だと思う事業内容について具体的に教えてください。（自由記載）
日常の療養支援				
入退院支援				
急変時の対応				
看取り				
認知症に係る対応				
感染症に係る対応				
災害に係る対応				
その他				

問5 貴都道府県では各交付金を在宅医療の推進及び在宅医療・介護連携推進のためにどのように活用されていますか。効果的な活用事例について具体的に記載ください。（自由記載）

保険者機能強化推進交付金	
地域医療介護総合確保基金（医療分）	
地域医療介護総合確保基金（介護分）	

Ⅲ. 市町村への支援状況について

問6 市町村の在宅医療・介護連携の推進に向けた取り組み状況や支援ニーズをどのように把握されていますか。

	問6-1. 取り組み状況 （複数回答）	問6-2. 支援ニーズ （1つだけ）
1. 地域医療介護総合確保基金等の実績報告		
2. 検討会等の設置		
3. 見える化データ等を含む公的データ等		
4. 各市町村への調査、視察等		
5. 保健所への調査、視察等		
6. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等		
7. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等		
8. 市町村間の連携		
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		
11. 地域住民への周知啓発		
12. その他（記述）		
⇒問6-1の「その他」		
⇒問6-2の「その他」		

あてはまる場合
「1」を選択

V. コーディネーターについて

問11 貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（地域の在宅医療・介護の連携を支援する人材）と呼ばれる人はいますか。

未回答
設問あり

問11	
1. いる	
2. いない	
3. わからない	

11-1. 問11で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている都道府県単位のコーディネーターの人数を教えてください。（記述）（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）

問11-1	
1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	
2. 常勤・兼務	
3. 非常勤	
4. 不明	

11-2. 引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの職種を教えてください。（複数回答）

問11-2	
1. 医師	
2. 歯科医師	
3. 薬剤師	
4. 保健師	
5. 看護師	
6. 歯科衛生士	
7. 介護支援専門員	
8. 医療ソーシャルワーカー	
9. 自治体担当者（行政職）	
10. 自治体担当者（専門職）	
11. その他（記述）	
⇒	
12. 把握していない	

あてはまる場合
「1」を選択

11-3. 引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）

問11-3	
1. 病院	
2. 診療所	
3. 薬局	
4. 都道府県医師会	
5. 都道府県歯科医師会	
6. 都道府県薬剤師会	
7. 訪問看護事業所	
8. 都道府県	
9. 保健所	
10. 地域包括支援センター	
11. その他（記述）	
⇒	
12. 把握していない	

あてはまる場合
「1」を選択

11-4. 引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

問11-4	
1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出	
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	
4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	
7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
9. 地域住民への普及啓発	
10. 医療・介護に係る専門職等(地域の関係団体等含む)への相談支援	
11. 地域住民への相談支援	
12. 他都道府県のコーディネーターとの連携	
13. 管轄市町村のコーディネーターとの連携	
14. 自治体職員との連携	
15. その他（記述）	
⇒	
16. 把握していない	

あてはまる場合
「1」を選択

11-5. 引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの配置や取り組みにおいて工夫されていることがあれば具体的に教えてください。また、管轄市町村との効果的な連携もあれば合わせて教えてください。（自由記載）（※コーディネーターに係る資料等のURL等があれば記載ください。）

⇒

11-6. 都道府県単位のコーディネーターの育成を行っていますか。

未回答
設問あり

問11-6	
1. 実施している	
2. 実施したいと考えている	
3. 実施していない	

11-7. 都道府県単位のコーディネーターの配置や取り組みにおいて課題があれば具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

問12 貴都道府県では管轄市町村において在宅医療・介護連携に係るコーディネーターの育成支援を行っていますか。

未回答
設問あり

問12	
1. 実施している	
2. 実施したいと考えている	
3. 実施していない	

12-1. 実施している支援内容を教えてください。また、特に工夫している点等について教えてください。（自由記載）

⇒

VI. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について

問13 「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業との連携について伺います。

貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について教えてください。

参考：「在宅医療の体制構築に係る指針」（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正）））

URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf>

未回答
設問あり

問13	
1. 全て連携している	
2. 一部について連携している	
3. 連携していない	
4. 状況を把握していない	

13-1. 問13で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。

在宅医療・介護連携推進事業では、「在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）」を通じて在宅医療・介護連携の取り組みの支援を行うこととしています。
「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。

参考：「在宅医療・介護連携推進支援事業の手引き ver.3（P53）」

URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>

問13-1	
1. 同一の主体である	
2. 同一の主体ではないが連携している	

13-1-1. 問13-1で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。

問13-1-1	
1. 医師会	
2. 市町村	
3. 保健所	
4. 医療機関	
5. 訪問看護事業所	
6. 介護事業所	
7. その他（記述）	
⇒	

13-1-2. 問13-1で「2.同一の運営主体ではないが連携している」を選択した方に伺います。それぞれの運営主体について教えてください。

1. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体

問13-1-2-1	
1. 医師会	
2. 市町村	
3. 保健所	
4. 医療機関	
5. 訪問看護事業所	
6. 介護事業所	
7. その他（記述）	
⇒	

2. 在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体

問13-1-2-2	
1. 医師会	
2. 市町村	
3. 保健所	
4. 医療機関	
5. 訪問看護事業所	
6. 介護事業所	
7. その他（記述）	
⇒	

13-2. 引き続き問13で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（自由記載）
（記載例：定期的に協議を行い、双方の課題を把握することで進捗管理を行っている。）

--

図3-2 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査 市町村調査表

令和5年度 在宅医療・介護連携推進事業 市町村調査票																																											
<p>○ 本調査は、市町村の在宅医療・介護連携推進事業を行っている市町村担当者が御回答ください。</p> <p>○ 回答欄は青いセルです。原則1問につき回答はひとつですが、複数を選んでいただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。</p> <p>○ 「記述」については必須回答、「自由記載」については任意回答です。概ね200字程度が見える大きさですが、それ以上入力していただいた場合もデータ上で確認できます。</p> <p>○ 記述及び自由記載部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。</p> <p>○ 調査時点は、令和5年8月1日とします。</p>																																											
I. 基本情報																																											
F1 貴市町村の「市町村コード」(5桁)を記入してください。	<table border="1"> <tr> <td>F1</td> <td>※市町村コードを入れると自動で入力されます</td> </tr> <tr> <td></td> <td>都道府県名 → 都道府県名が正しいか御確認ください</td> </tr> <tr> <td></td> <td>市町村名 → 市町村名が正しいか御確認ください</td> </tr> </table> <p>半角数字5桁(全角数字は不可)</p>	F1	※市町村コードを入れると自動で入力されます		都道府県名 → 都道府県名が正しいか御確認ください		市町村名 → 市町村名が正しいか御確認ください																																				
F1	※市町村コードを入れると自動で入力されます																																										
	都道府県名 → 都道府県名が正しいか御確認ください																																										
	市町村名 → 市町村名が正しいか御確認ください																																										
II. 貴市町村の体制について																																											
問1 貴市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施体制を教えてください。	<table border="1"> <tr> <td>問1</td> <td>1. 介護部門と医療部門が連携して取り組んでいる</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 介護部門のみが行っている</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. 医療部門のみが行っている</td> </tr> </table>	問1	1. 介護部門と医療部門が連携して取り組んでいる		2. 介護部門のみが行っている		3. 医療部門のみが行っている																																				
問1	1. 介護部門と医療部門が連携して取り組んでいる																																										
	2. 介護部門のみが行っている																																										
	3. 医療部門のみが行っている																																										
問2 貴市町村では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。	<table border="1"> <tr> <td>問2</td> <td>1. 設置している</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 設置していない</td> </tr> </table>	問2	1. 設置している		2. 設置していない																																						
問2	1. 設置している																																										
	2. 設置していない																																										
2-1. 問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会は委託していますか。	<table border="1"> <tr> <td>問2-1</td> <td>1. 委託している</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 委託していない</td> </tr> </table>	問2-1	1. 委託している		2. 委託していない																																						
問2-1	1. 委託している																																										
	2. 委託していない																																										
2-2. 引き続き問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会の開催頻度を教えてください。	<table border="1"> <tr> <td>問2-2</td> <td>1. 年に1回</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 半年に1回</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. 四半期に1回</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. 月に1回</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. その他</td> </tr> </table>	問2-2	1. 年に1回		2. 半年に1回		3. 四半期に1回		4. 月に1回		5. その他																																
問2-2	1. 年に1回																																										
	2. 半年に1回																																										
	3. 四半期に1回																																										
	4. 月に1回																																										
	5. その他																																										
2-3. 引き続き問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会ではどのようなことを検討していますか。(複数回答)	<table border="1"> <tr> <td>問2-3</td> <td>1. 医療・介護の資源確保や活用</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. 在宅医療・介護間の情報共有</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. 多種多様な連携やネットワーク構築の推進</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. 都道府県と市町村との連携</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8. 市町村間の連携</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11. 地域住民への周知啓発</td> </tr> <tr> <td></td> <td>12. その他(記述)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>⇒</td> </tr> </table> <p>あてはまる場合「1」を選択</p>	問2-3	1. 医療・介護の資源確保や活用		2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出		3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討		4. 在宅医療・介護間の情報共有		5. 多種多様な連携やネットワーク構築の推進		6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携		7. 都道府県と市町村との連携		8. 市町村間の連携		9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		11. 地域住民への周知啓発		12. その他(記述)		⇒																
問2-3	1. 医療・介護の資源確保や活用																																										
	2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出																																										
	3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討																																										
	4. 在宅医療・介護間の情報共有																																										
	5. 多種多様な連携やネットワーク構築の推進																																										
	6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携																																										
	7. 都道府県と市町村との連携																																										
	8. 市町村間の連携																																										
	9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保																																										
	10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保																																										
	11. 地域住民への周知啓発																																										
	12. その他(記述)																																										
	⇒																																										
2-4. 引き続き問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会に参加している団体等を教えてください。(複数回答)	<table border="1"> <tr> <td>問2-4</td> <td>1. 医師会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 歯科医師会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. 薬剤師会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. 看護協会・訪問看護協議会または地域の連絡会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. 介護支援専門員協会または地域の連絡会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6. 栄養士会または地域の連絡会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. 理学療法士協会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8. 作業療法士協会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9. 言語聴覚士協会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10. 歯科衛生士会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11. 医療ソーシャルワーカー協会</td> </tr> <tr> <td></td> <td>12. 地域包括支援センター</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13. 都道府県</td> </tr> <tr> <td></td> <td>14. 保健所(都道府県)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>15. 保健所(市・特別区設置)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>16. 消防署(救急)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター</td> </tr> <tr> <td></td> <td>18. 大学等の教育機関</td> </tr> <tr> <td></td> <td>19. 民間企業</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20. その他(記述)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>⇒</td> </tr> </table> <p>あてはまる場合「1」を選択</p>	問2-4	1. 医師会		2. 歯科医師会		3. 薬剤師会		4. 看護協会・訪問看護協議会または地域の連絡会		5. 介護支援専門員協会または地域の連絡会		6. 栄養士会または地域の連絡会		7. 理学療法士協会		8. 作業療法士協会		9. 言語聴覚士協会		10. 歯科衛生士会		11. 医療ソーシャルワーカー協会		12. 地域包括支援センター		13. 都道府県		14. 保健所(都道府県)		15. 保健所(市・特別区設置)		16. 消防署(救急)		17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター		18. 大学等の教育機関		19. 民間企業		20. その他(記述)		⇒
問2-4	1. 医師会																																										
	2. 歯科医師会																																										
	3. 薬剤師会																																										
	4. 看護協会・訪問看護協議会または地域の連絡会																																										
	5. 介護支援専門員協会または地域の連絡会																																										
	6. 栄養士会または地域の連絡会																																										
	7. 理学療法士協会																																										
	8. 作業療法士協会																																										
	9. 言語聴覚士協会																																										
	10. 歯科衛生士会																																										
	11. 医療ソーシャルワーカー協会																																										
	12. 地域包括支援センター																																										
	13. 都道府県																																										
	14. 保健所(都道府県)																																										
	15. 保健所(市・特別区設置)																																										
	16. 消防署(救急)																																										
	17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター																																										
	18. 大学等の教育機関																																										
	19. 民間企業																																										
	20. その他(記述)																																										
	⇒																																										
<p>○ 本調査票における「在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター」とは、「地域の在宅医療・介護連携推進を支援する人材(コーディネーター)」等を想定しています。なお、「コーディネーター」という名称を使っていなくても、相談室を設置し人員を配置(相談業務の委託を含む)している場合においては回答ください。</p> <p>参考:「在宅医療・介護連携推進事業に係る手引きver.3」</p> <p>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 (3)PDCAサイクルに沿った対応を実施する上でのポイント 工・在宅医療・介護連携の対応策の実施 (①在宅医療・介護連携に関する相談支援) (P53)</p> <p>URL: https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf</p>																																											
2-5. 引き続き問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会の効果的な運営にあたり工夫している点等を具体的に教えてください。(自由記載)	<p>⇒</p>																																										

Ⅲ. 真市町村の取り組みについて

問3 「4つの場面」において、在宅医療・介護連携の推進によってめざすべき姿（目的）を設定していますか。（※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」）

未回答
設問あり

1. 4つの場面全てで設定している		問3
2. 4つの場面のいずれかで設定している		
3. 4つの場面全てにおいて設定していない		

3-1. 問3で「1.4つの場面全てで設定している」と回答した方に伺います。めざすべき姿の共有の状況を教えてください。

1. 在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）で共有し地域住民にも周知している		問3-1
2. 在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）で共有している		
3. 在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）の一部で共有している		
4. 自治体内での共有に限る		
5. 特に共有していない		

問4 「日常の療養支援」について伺います。

未回答
設問あり

1. 取り組んでいる		問4
2. 取り組んでいない		

4-1. 問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。「日常の療養支援」においてめざすべき姿は設定していますか。

1. 設定している		問4-1
2. 設定していない		

4-2. 引き続き問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出をどのように行いましたか。（複数回答）

1. 地域支援事業交付金等の実績報告		問4-2
2. 検討会等の設置		
3. 見える化データ等を含む公的データ等		
4. 地域ケア会議		
5. サービス担当者会議		
6. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査・視察等		
7. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査・視察等		
8. 地域住民への意識調査（利用者・家族からの意識聴取を含む）		
9. 医療・介護連携の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報		
10. 地域連携支援センター（地域住民による相談）で得た情報		
11. その他（記述）		
⇒		

4-3. 引き続き問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

1. 設定している		問4-3
2. 設定していない		

4-4. 引き続き問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。評価指標は策定していますか。

1. 策定している		問4-4
2. 策定していない		

4-5. 引き続き問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。策定した指標のうち、効果的と考えられる指標を教えてください。（自由記載）（※公表資料があればURL記載でも可）

⇒

4-6. 引き続き問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

4-6-1. 「日常の療養支援」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）

4-6-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	問4-6-1. 関連付けた取り組み	問4-6-2. 課題となった部分
1. 現状把握と問題点の抽出（データを活用含む）		
2. 体制の構築及び推進		
3. ルール等の策定		
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等		
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進		
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携		
7. 超過府県と市町村間の連携		
8. 市町村間の連携		
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		
11. 地域住民への周知啓発		
12. 認知症初期集中支援チームとの連携		
13. 認知症カフェ		
14. 遠い場における地域住民への周知啓発		
15. 歯科医療提供体制の構築等		
16. 地域リハビリテーション活動支援事業		
17. その他（記述）		
⇒	問4-6-1の「その他」	
⇒	問4-6-2の「その他」	

4-7. 問4で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

1. 現状把握ができていない		問4-7
2. 課題抽出ができていない		
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組み始めようか分からない		
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない		
6. 検討の必要性が分からない		
7. その他（記述）		
⇒		

問5 「入退院支援」について取り組んでいますか。

未回答
設問あり

1. 取り組んでいる		問5
2. 取り組んでいない		

5-1. 問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。「入退院支援」においてめざすべき姿は設定していますか。

1. 設定している		問5-1
2. 設定していない		

5-2. 引き続き問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出をどのように行いましたか。（複数回答）

	問5-2
1. 地域支援事業交付金等の実績報告	
2. 核村会等の設置	
3. 見える化データ等を含む公的データ等	
4. 地域ケア会議	
5. サービス担当者会議	
6. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	
7. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	
8. 地域住民への意識調査（利用者・家族からの意識聴取を含む）	
9. 医療・介護連携の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報	
10. 地域包括支援センター（地域住民による相談）で得た情報	
11. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

5-3. 引き続き問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

	問5-3
1. 設定している□	
2. 設定していない□	

5-4. 引き続き問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。評価指標は策定していますか。

	問5-4
1. 策定している	
2. 策定していない□	

5-5. 引き続き問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。策定した指標のうち、効果的と考えられる指標を教えてください。（自由記載）（※公表資料等があればURL記載でも可）

⇒

5-6. 引き続き問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

5-6-1. 「入退院支援」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）

5-6-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	問5-6-1. 関連付けた取り組み	問5-6-2. 課題となった部分
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）		
2. 体制の構築及び推進		
3. ルール等の設定		
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等		
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進		
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携		
7. 都道府県と市町村間の連携		
8. 市町村間の連携		
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		
11. 地域住民への周知啓発		
12. 地域における退院支援フロー等の作成		
13. 退院調整カンファレンス		
14. 在宅移行に向けたコーディネート		
15. 施設入所に向けたコーディネート		
16. その他（記述）		
⇒ 問5-6-1の「その他」		
⇒ 問5-6-2の「その他」		

あてはまる場合「1」を選択

5-7. 問5で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

	問5-7
1. 現状把握ができていない	
2. 課題抽出ができていない	
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない	
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
6. 核村の必要性が分からない	
7. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

問6 「急変時の対応」について取り組んでいますか。

未回答
設問あり

	問6
1. 取り組んでいる□	
2. 取り組んでいない□	

6-1. 問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。「急変時の対応」においてめざすべき姿は設定していますか。

	問6-1
1. 設定している□	
2. 設定していない□	

6-2. 引き続き問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出をどのように行いましたか。（複数回答）

	問6-2
1. 地域支援事業交付金等の実績報告	
2. 核村会等の設置	
3. 見える化データ等を含む公的データ等	
4. 地域ケア会議	
5. サービス担当者会議	
6. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	
7. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	
8. 地域住民への意識調査（利用者・家族からの意識聴取を含む）	
9. 医療・介護連携の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報	
10. 地域包括支援センター（地域住民による相談）で得た情報	
11. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

6-3. 引き続き問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

	問6-3
1. 設定している□	
2. 設定していない□	

6-4. 引き続き問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。評価指標は策定していますか。

	問6-4
1. 策定している	
2. 策定していない□	

6-5. 引き続き問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。策定した指標のうち、効果的と考えられる指標を教えてください。（自由記載）（※公表資料等があればURL記載でも可）

⇒

6-6. 引き続き問6で「1.取り組んでいる」と回答した方へ伺います。
 6-6-1. 「急変時の対応」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）
 6-6-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	問6-6-1. 関連付けた取り組み	問6-6-2. 課題となった部分
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）		
2. 体制の構築及び推進		
3. ルール等の設定		
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等		
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進		
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携		
7. 都道府県と市町村間の連携		
8. 市町村間の連携		
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		
11. 地域住民への周知啓発		
12. 在宅医療支援病院との連携		
13. 地域包括ケア病院等、後方支援の医療機関との連携		
14. 情報共有ツール・システムを介した救急との情報連携・運用		
15. 看取り実施に向けた救急との体制整備・協力関係の構築		
16. その他（記述）		
⇒ 問6-6-1の「その他」		
⇒ 問6-6-2の「その他」		

あてはまる場合「1」を選択

6-7. 問6で「2.取り組んでいない」と回答した方へ伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

	問6-7
1. 現状把握ができていない	
2. 課題抽出ができていない	
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組みばよいか分からない	
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
6. 検討の必要性が分からない	
7. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

問7 「看取り」について取り組んでいますか。

	問7
1. 取り組んでいる	
2. 取り組んでいない	

未回答
設問あり

7-1. 問7で「1.取り組んでいる」と回答した方へ伺います。「看取り」においてめざすべき姿は設定していますか。

	問7-1
1. 設定している	
2. 設定していない	

7-2. 引き続き問7で「1.取り組んでいる」と回答した方へ伺います。めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出をどのように行いましたか。（複数回答）

	問7-2
1. 地域支援事業交付金等の実績報告	
2. 核対会等の設置	
3. 見える化（データ等を含む）的データ等	
4. 地域ケア会議	
5. サーチデスク推進会議	
6. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	
7. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	
8. 地域住民への意識調査（利用者・家族からの意識聴取を含む）	
9. 医療・介護連携の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報	
10. 地域包括支援センター（地域住民による相談）で得た情報	
11. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

7-3. 引き続き問7で「1.取り組んでいる」と回答した方へ伺います。めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

	問7-3
1. 設定している	
2. 設定していない	

7-4. 引き続き問7で「1.取り組んでいる」と回答した方へ伺います。評価指標は策定していますか。

	問7-4
1. 策定している	
2. 策定していない	

7-5. 引き続き問7で「1.取り組んでいる」と回答した方へ伺います。策定した指標のうち、効果的と考えられる指標を教えてください。（自由記載）（※公表資料等があればURL記載でも可）

⇒

7-6. 引き続き問7で「1.取り組んでいる」と回答した方へ伺います。
 7-6-1. 「看取り」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）
 7-6-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	問7-6-1. 関連付けた取り組み	問7-6-2. 課題となった部分
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）		
2. 体制の構築及び推進		
3. ルール等の設定		
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等		
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進		
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携		
7. 都道府県と市町村間の連携		
8. 市町村間の連携		
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		
11. 地域住民への周知啓発		
12. 人生の最終段階における意思決定支援等（ノート、パンフレットの作成、記入支援等を含む）		
13. 人生の最終段階にあるがん患者のコーディネーター		
14. その他（記述）		
⇒ 問7-6-1の「その他」		
⇒ 問7-6-2の「その他」		

あてはまる場合「1」を選択

7-7. 問7で「2.取り組んでいない」と回答した方へ伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

	問7-7
1. 現状把握ができていない	
2. 課題抽出ができていない	
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組みばよいか分からない	
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
6. 検討の必要性が分からない	
7. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

問8 「認知症に係る対応」について、在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて教えてください。

未回答
設問あり

1. 取り組んでいる	問8
2. 取り組んでいない	

8-1. 問8で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。どのような場面において取り組んでいますか。(複数回答)

1. 日常の療養支援	問8-1
2. 入退院支援	
3. 急変時の対応	
4. 看取り	
5. 感染症に係る対応	
6. 災害に係る対応	

8-2. 引き続き問8で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

8-2-1. 「認知症に係る対応」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。(複数回答)

8-2-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。(複数回答)

1. 現状把握と問題点の抽出(データの活用含む)	問8-2-1.	問8-2-2.
2. 体制の構築及び推進		
3. ルール等の設定		
4. ツール(システム・ガイドライン含む)等の策定等		
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進		
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携		
7. 都道府県と市町村間の連携		
8. 市町村間の連携		
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		
11. 地域住民への周知啓発		
12. 認知症カフェ		
13. 歯科医療提供体制の構築等		
14. 受け入れ可能な急性期病院等の情報提供		
15. 急変時対応ルール等の設定		
16. 入退院支援における情報提供文書の作成等		
17. 看取りに対する意思決定の支援		
18. 看取り以外の意思決定の支援		
19. 健康危機(感染症・災害)に係る対応の検討		
20. その他(記述)		
⇒ 問8-2-1の「その他」		
⇒ 問8-2-2の「その他」		

8-3. 問8で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。(複数回答)

1. 現状把握ができていない	問8-3
2. 課題抽出ができていない	
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない	
4. 医療に係る専門職等(地域の関係団体等含む)の協力が得られない	
5. 介護に係る専門職等(地域の関係団体等含む)の協力が得られない	
6. 検討の必要性が分からない	
7. その他(記述)	
⇒	

問9 「感染時に係る対応」について、在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて教えてください。

未回答
設問あり

1. 取り組んでいる	問9
2. 取り組んでいない	

9-1. 問9で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。どのような団体等と連携をしていますか。(複数回答)

1. 医師会	問9-1
2. 歯科医師会	
3. 薬剤師会	
4. 看護協会・訪問看護協議会または地域の連絡会	
5. 介護支援専門員協会または地域の連絡会	
6. 栄養士会または地域の連絡会	
7. 理学療法士協会	
8. 作業療法士協会	
9. 言語聴覚士協会	
10. 歯科衛生士会	
11. 医療ソーシャルワーカー協会	
12. 地域包括支援センター	
13. 都道府県	
14. 保健所(都道府県)	
15. 保健所(市・特別区設置)	
16. 消防署(救急)	
17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター	
18. 大学等の教育機関	
19. 民間企業	
20. その他(記述)	
⇒	

9-2. 引き続き問9で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

9-2-1. 「感染症に係る対応」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。(複数回答)

9-2-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。(複数回答)

1. 現状把握と問題点の抽出(データの活用含む)	問9-2-1.	問9-2-2.
2. 体制の構築及び推進	関連付けた取り組み	課題となった部分
3. ルール等の設定		
4. ツール(システム・ガイドライン含む)等の策定等		
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進		
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携		
7. 都道府県と市町村間の連携		
8. 市町村間の連携		
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保		
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保		
11. 地域住民への周知啓発		
12. その他(記述)		
⇒ 問9-2-1の「その他」		
⇒ 問9-2-2の「その他」		

9-3. 問9で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

問9-3	
1. 現状把握ができていない	
2. 課題抽出ができていない	
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない	
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
6. 検討の必要性が分からない	
7. その他（記述）	
⇒	

問10 「災害に係る対応」について、在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて教えてください。

問10	
1. 取り組んでいる	
2. 取り組んでいない	

10-1. 問10で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。どのような団体等と連携をしていますか。（複数回答）

問10-1	
1. 医師会	
2. 歯科医師会	
3. 薬剤師会	
4. 看護協会・訪問看護協議会または地域の連絡会	
5. 介護支援専門員協会または地域の連絡会	
6. 栄養士会または地域の連絡会	
7. 理学療法士協会	
8. 作業療法士協会	
9. 言語聴覚士協会	
10. 歯科衛生士会	
11. 医療ソーシャルワーカー協会	
12. 地域包括支援センター	
13. 都道府県	
14. 保健所（都道府県）	
15. 保健所（市・特別区設置）	
16. 消防署（救命）	
17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター	
18. 大学等の教育機関	
19. 民間企業	
20. その他（記述）	
⇒	

10-2. 引き続き問10で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

10-2-1. 「災害に係る対応」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）

10-2-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

問10-2-1. 関連付けた取り組み	問10-2-2. 課題となった部分
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	
2. 体制の構築及び推進	
3. ルール等の設定	
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	
7. 都道府県と市町村間の連携	
8. 市町村間の連携	
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
11. 地域住民への周知啓発	
12. その他（記述）	
⇒問10-2-1の「その他」	
⇒問10-2-2の「その他」	

10-3. 問10で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

問10-3	
1. 現状把握ができていない	
2. 課題抽出ができていない	
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない	
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	
6. 検討の必要性が分からない	
7. その他（記述）	
⇒	

問11 貴市町村で在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題等を教えてください。

11-1. 課題だと感じている事項を選択してください。また、その中で課題解消に係る優先順位が最も高いと考える事項を選択してください。

11-2. 国・都道府県に支援を期待する事項を選択してください。

	問11-1. 課題だと感じている事項		問11-2. 国・都道府県に支援を期待する事項
	問11-1-1. 最も優先順位が高い事項（複数回答）	問11-1-2. 最も課題解消の優先順位が高い事項（1つだけ）	（3つまで）
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）			
2. 体制の構築及び推進			
3. ルール等の設定			
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等			
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進			
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携			
7. 都道府県と市町村間の連携			
8. 市町村間の連携			
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保			
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保			
11. 地域住民への周知啓発			
12. 他地域支援事業、認知症関連施策等との一体的支援の検討			
13. 他市町村の取り組み状況等の収集			
14. アドバイザーや有識者等の活用			
15. その他（記述）			
⇒問11-1-1の「その他」			
⇒問11-1-2の「その他」			
⇒問11-2の「その他」			

問12 貴市町村で在宅医療・介護連携推進事業を進めるにあたりお困りのことがあれば記載ください。（自由記載）

⇒

IV. コーディネーターについて

問13 貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（地域の在宅医療・介護の連携を支援する人材）と呼ばれる人はいますか。

未回答
設問あり

問13	
1. いる	
2. いない	
3. わからない	

13-1. 問13で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されているコーディネーターの人数を教えてください。（記述）（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）

問13-1	
1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	
2. 常勤・兼務	
3. 非常勤	
4. 不明	

13-2. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの職種を教えてください。（複数回答）

問13-2	
1. 医師	
2. 歯科医師	
3. 薬剤師	
4. 保健師	
5. 看護師	
6. 歯科衛生士	
7. 介護支援専門員	
8. 医療ソーシャルワーカー	
9. 市町村担当者（行政職）	
10. 市町村担当者（専門職）	
11. その他（記述）	
⇒	
12. 把握していない	

あてはまる場合
「1」を選択

13-3. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）

問13-3	
1. 病院	
2. 診療所	
3. 薬局	
4. 医師会	
5. 歯科医師会	
6. 薬剤師会	
7. 訪問看護事業所	
8. 都道府県	
9. 保健所	
10. 地域包括支援センター	
11. その他（記述）	
⇒	
12. 把握していない	

あてはまる場合
「1」を選択

13-4. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

問13-4	
1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出	
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	
4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	
7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
9. 地域住民への普及啓発	
10. 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援	
11. 地域住民への相談支援	
12. 都道府県のコーディネーターとの連携	
13. 他市町村のコーディネーターとの連携	
14. 自治体職員との連携	
15. 地域ケア会議への参加	
16. その他（記述）	
⇒	
17. 把握していない	

あてはまる場合
「1」を選択

13-5. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村におけるコーディネーターの配置や取り組みにおいて工夫されていることがあれば具体的に教えてください。また、都道府県と連携して効果的な取り組みを行っている場合、併せて教えてください。（自由記載）（※コーディネーターに係る資料等のURL等があれば記載ください。）

⇒

13-6. 問13で「2.いない」と回答した方に伺います。コーディネーターを配置していない理由について教えてください。（自由記載）

⇒

13-7. コーディネーターの配置や取り組みにおいて課題があれば具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

V. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について

問14 「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業との連携について伺います。
 貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について教えてください。
 参考：「在宅医療の体制構築に係る指針」（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正）））
 URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf>

未回答
設問あり

	問14
1. 全て連携している	
2. 一部について連携している	
3. 連携していない	
4. 状況を把握していない	

14-1. 問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。
 在宅医療・介護連携推進事業では、「在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）」を通じて在宅医療・介護連携の取り組みの支援を行うこととしています。
 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。
 参考：「在宅医療・介護連携推進支援事業の手引き ver3（P53）」
 URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/00066660.pdf>

	問14-1
1. 同一の主体である	
2. 同一の主体ではないが連携している	

14-1-1. 問14-1で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。

	問14-1-1
1. 医師会	
2. 市町村	
3. 保健所	
4. 医療機関	
5. 訪問看護事業所	
6. 介護事業所	
7. その他（記述）	
⇒	

14-1-2. 問14-1で「2.同一の主体ではないが連携している」を選択した方に伺います。それぞれの運営主体について教えてください。

1. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体

	問14-1-2-1
1. 医師会	
2. 市町村	
3. 保健所	
4. 医療機関	
5. 訪問看護事業所	
6. 介護事業所	
7. その他（記述）	
⇒	

2. 在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体

	問14-1-2-2
1. 医師会	
2. 市町村	
3. 保健所	
4. 医療機関	
5. 訪問看護事業所	
6. 介護事業所	
7. その他（記述）	
⇒	

14-2. 引き続き問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（自由記載）
 （記載例：定期的な協議を行い、双方の課題を把握することで進捗管理を行っている。）

--	--

図3-3 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査 コーディネーター調査票

令和5年度 在宅医療・介護連携推進事業 コーディネーター調査票															
<p>○ 本調査は、コーディネーターの方が御回答ください。</p> <p>○ 本調査票における「在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター」とは、「地域の在宅医療・介護連携推進を支援する人材（コーディネーター）」等を想定しています。なお、「コーディネーター」という名称を使っていなくても、相談室を設置し人員を配置（相談業務の委託を含む）している場合においては回答ください。</p> <p>参考：「在宅医療・介護連携推進事業に係る手引きver.3」</p> <p>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</p> <p>(3)PDCAサイクルに沿った取組を実施する上でのポイント</p> <p>エ・在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）（P53）</p> <p>URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf</p> <p>○ 回答欄は青いセルです。原則1問につき回答はひとつですが、複数を選んでいただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。</p> <p>○ 「記述」については必須回答、「自由記載」については任意回答です。概ね200字程度が見える大きさですが、それ以上入力していただいた場合もデータ上で確認できます。</p> <p>○ 記述及び自由記載部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。</p> <p>○ 調査時点は、令和5年8月1日とします。</p>															
I.基本情報															
F1 本調査票の提出先となる自治体の「市町村コード」または「都道府県コード」を記入してください。															
未回答 設問あり	F1-1. 市町村に提出される場合 「自治体コード」シートの「市町村コード」（5桁）を参照し、記入してください。														
	F1-2. 都道府県に提出される場合 「自治体コード」シートの「都道府県」（2桁）を参照し、記入してください。														
II.コーディネーターについて															
問1 勤務状況を教えてください。															
未回答 設問あり	<table border="1"> <tr> <td>1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従</td> <td rowspan="3">問1</td> </tr> <tr> <td>2. 常勤・兼務</td> </tr> <tr> <td>3. 非常勤</td> </tr> </table>	1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	問1	2. 常勤・兼務	3. 非常勤										
	1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	問1													
2. 常勤・兼務															
3. 非常勤															
1-1. 「3.非常勤」を選択された方にのみ。勤務時間を教えてください。（記述）	<table border="1"> <tr> <td>1週あたりの出勤日数を入力</td> <td>1日あたりの勤務時間を入力 (例：4.5時間)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1週あたりの出勤日数を入力	1日あたりの勤務時間を入力 (例：4.5時間)												
1週あたりの出勤日数を入力	1日あたりの勤務時間を入力 (例：4.5時間)														
問2 所属先を教えてください。															
未回答 設問あり	<table border="1"> <tr> <td>1. 病院</td> <td rowspan="12">問2</td> </tr> <tr> <td>2. 診療所</td> </tr> <tr> <td>3. 薬局</td> </tr> <tr> <td>4. 医師会</td> </tr> <tr> <td>5. 歯科医師会</td> </tr> <tr> <td>6. 薬剤師会</td> </tr> <tr> <td>7. 訪問看護事業所</td> </tr> <tr> <td>8. 都道府県</td> </tr> <tr> <td>9. 保健所</td> </tr> <tr> <td>10. 市町村</td> </tr> <tr> <td>11. 地域包括支援センター</td> </tr> <tr> <td>12. その他（記述）</td> </tr> <tr> <td>⇒</td> </tr> </table>	1. 病院	問2	2. 診療所	3. 薬局	4. 医師会	5. 歯科医師会	6. 薬剤師会	7. 訪問看護事業所	8. 都道府県	9. 保健所	10. 市町村	11. 地域包括支援センター	12. その他（記述）	⇒
	1. 病院	問2													
	2. 診療所														
	3. 薬局														
	4. 医師会														
	5. 歯科医師会														
	6. 薬剤師会														
	7. 訪問看護事業所														
	8. 都道府県														
	9. 保健所														
	10. 市町村														
	11. 地域包括支援センター														
12. その他（記述）															
⇒															
問3 有している資格等を教えてください。（複数回答）															
未回答 設問あり	<table border="1"> <tr> <td>1. 医師</td> <td rowspan="11">問3</td> </tr> <tr> <td>2. 歯科医師</td> </tr> <tr> <td>3. 薬剤師</td> </tr> <tr> <td>4. 保健師</td> </tr> <tr> <td>5. 看護師</td> </tr> <tr> <td>6. 歯科衛生士</td> </tr> <tr> <td>7. 介護支援専門員</td> </tr> <tr> <td>8. 医療ソーシャルワーカー</td> </tr> <tr> <td>9. 自治体担当者（行政職）</td> </tr> <tr> <td>10. 自治体担当者（専門職）</td> </tr> <tr> <td>11. その他（記述）</td> </tr> <tr> <td>⇒</td> </tr> </table>	1. 医師	問3	2. 歯科医師	3. 薬剤師	4. 保健師	5. 看護師	6. 歯科衛生士	7. 介護支援専門員	8. 医療ソーシャルワーカー	9. 自治体担当者（行政職）	10. 自治体担当者（専門職）	11. その他（記述）	⇒	
	1. 医師	問3													
	2. 歯科医師														
	3. 薬剤師														
	4. 保健師														
	5. 看護師														
	6. 歯科衛生士														
	7. 介護支援専門員														
	8. 医療ソーシャルワーカー														
	9. 自治体担当者（行政職）														
	10. 自治体担当者（専門職）														
11. その他（記述）															
⇒															
問4 コーディネーターとしての経験年数を教えてください。（記述）（※前職でも実施の場合は通算年数を入力してください）															
未回答 設問あり	<table border="1"> <tr> <td>○年</td> <td>○ヶ月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	○年	○ヶ月												
	○年	○ヶ月													
問5 業務について教えてください。															
未回答 設問あり	5-1. 業務の実施形態を教えてください。														
	5-2. 御自身を含む所属先のコーディネーターの人数を教えてください。（記述）														
未回答 設問あり	<table border="1"> <tr> <td>1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従</td> <td rowspan="3">問5-1</td> </tr> <tr> <td>2. 常勤・兼務</td> </tr> <tr> <td>3. 非常勤</td> </tr> </table>	1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	問5-1	2. 常勤・兼務	3. 非常勤										
	1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	問5-1													
	2. 常勤・兼務														
3. 非常勤															
5-2.	<table border="1"> <tr> <td>1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従</td> <td rowspan="3">問5-2</td> </tr> <tr> <td>2. 常勤・兼務</td> </tr> <tr> <td>3. 非常勤</td> </tr> </table>	1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	問5-2	2. 常勤・兼務	3. 非常勤										
1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従	問5-2														
2. 常勤・兼務															
3. 非常勤															

5-3. 業務内容を教えてください。（複数回答）

未回答 設問あり	1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	問5-3
	2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出	
	3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	
	4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	
	5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	
	6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	
	7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
	8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
	9. 地域住民への普及啓発	
	10. 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援	
	11. 地域住民への相談支援	
	12. 都道府県内のコーディネーターとの連携	
	13. 他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携	
	14. 自治体職員との連携	
	15. 地域ケア会議への参加	
	16. その他（記述）	
⇒		

あてはまる場合
「1」を選択

5-4. 貴方の所属先を管轄する自治体においては、現場的なコーディネーターと併せて基幹的なコーディネーターの配置がなされていますか。
（※基幹的なコーディネーターとは、コーディネーターの教育や統括等を実施する方を想定しています。）

未回答 設問あり	1. はい	問5-4
	2. いいえ	

5-4-1. 問5-4で「1.はい」と回答した方に伺います。貴方は基幹的なコーディネーターですか。

	1. はい	問5-4-1
	2. いいえ	

5-4-2. 引き続き問5-4で「1.はい」と回答した方に伺います。基幹的なコーディネーターと現場的なコーディネーターとの関わりについて、各々の配置場所等を含めて具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

5-5. コーディネーターとして活動する上で、工夫されていることがあれば具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

5-6. コーディネーターとして活動する上で、課題があれば具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

5-7. コーディネーターとして活動する上で、市町村や都道府県、国に支援してほしいこと等があれば、要望先の対象を明記の上、具体的に教えてください。（自由記載）

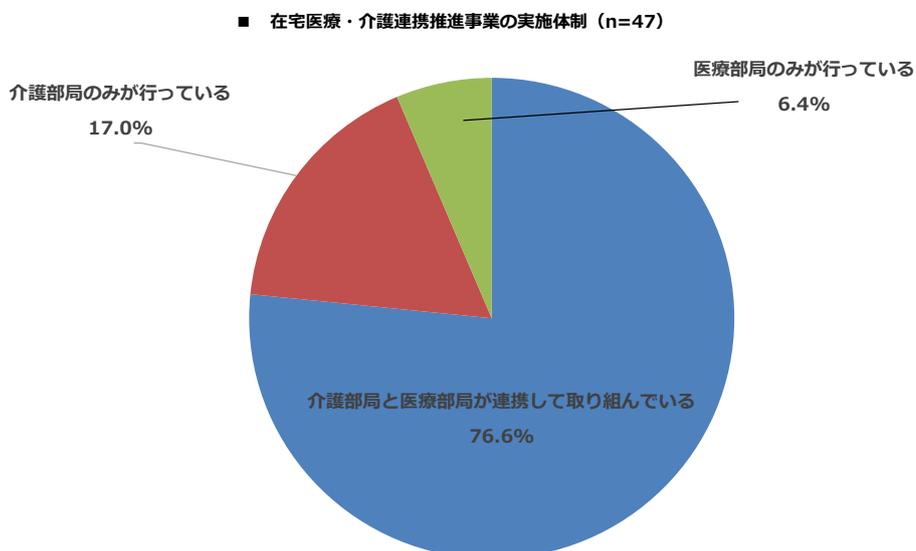
⇒

図4-1 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査 都道府県結果

在宅医療・介護連携推進事業の実施体制

都道府県票

- 都道府県における在宅医療・介護連携推進事業の実施体制は、「介護部局と医療部局が連携して取り組んでいる」が76.6%、「介護部局のみが行っている」が17.0%、「医療部局のみが行っている」が6.4%である。



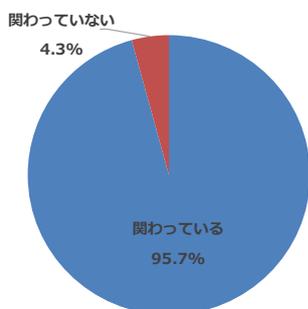
在宅医療・介護連携推進事業の実施体制

都道府県票

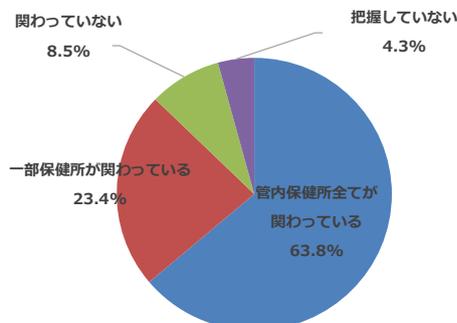
- 都道府県における在宅医療・介護連携推進事業に係る市町村への支援体制（本庁）は「関わっている」が95.7%、「関わっていない」が4.3%である。
- 都道府県における在宅医療・介護連携推進事業に係る市町村への支援体制（保健所（県型））は「管内保健所全てが関わっている」が63.8%、「一部保健所が関わっている」が23.4%、「関わっていない」が8.5%、「把握していない」が4.3%である。
- 都道府県における在宅医療・介護連携推進事業に係る市町村への支援体制（管轄の地方厚生（支）局）は「関わっている」が27.7%、「関わっていない」が55.3%、「把握していない」が17.0%である。

各n=47

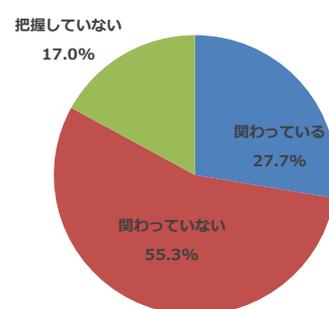
■ 在宅医療・介護連携推進事業に係る市町村への支援体制（本庁）



■ 在宅医療・介護連携推進事業に係る市町村への支援体制（保健所（県型））



■ 在宅医療・介護連携推進事業に係る市町村への支援体制（管轄の地方厚生（支）局）

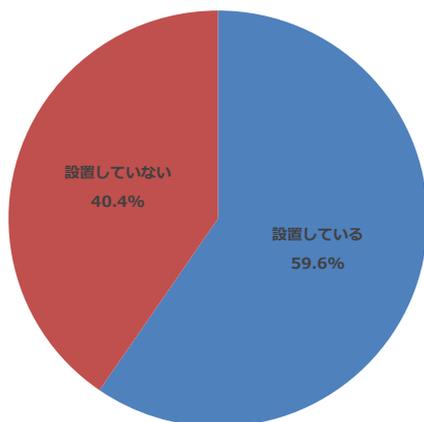


在宅医療・介護連携の推進に係る協議会

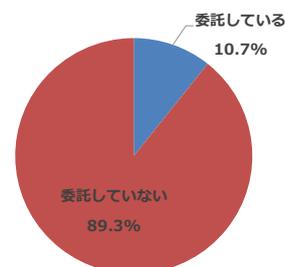
都道府県票

- 都道府県の59.6%が在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置している。
- 協議会を設置している都道府県のうち、委託しているのは10.7%、委託していないのは89.3%である。
- 協議会を設置している都道府県のうち、協議会の開催頻度は「年に1回」及び「半年に1回」がそれぞれ32.1%で最も多く、次いで「その他」が21.4%、「四半期に1回」が14.3%である。

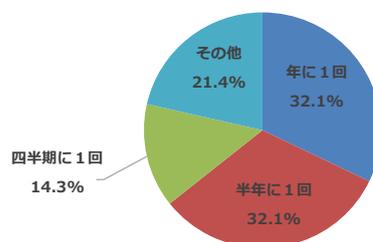
■ 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の設置 (n=47)



■ 協議会の委託状況 (n=28)



■ 協議会の開催頻度 (n=28)

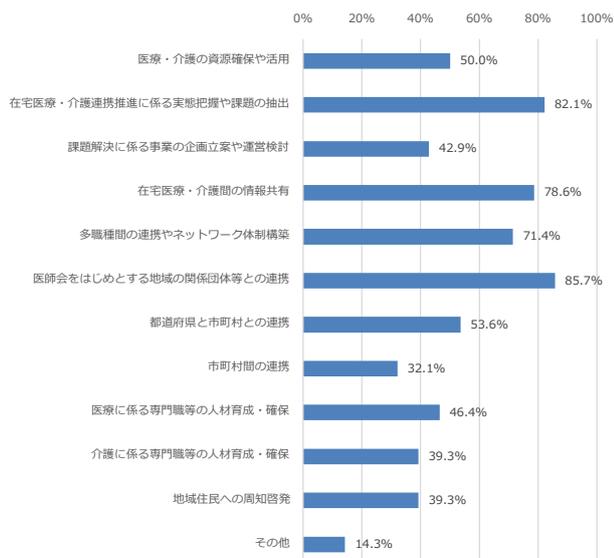


協議会での検討事項

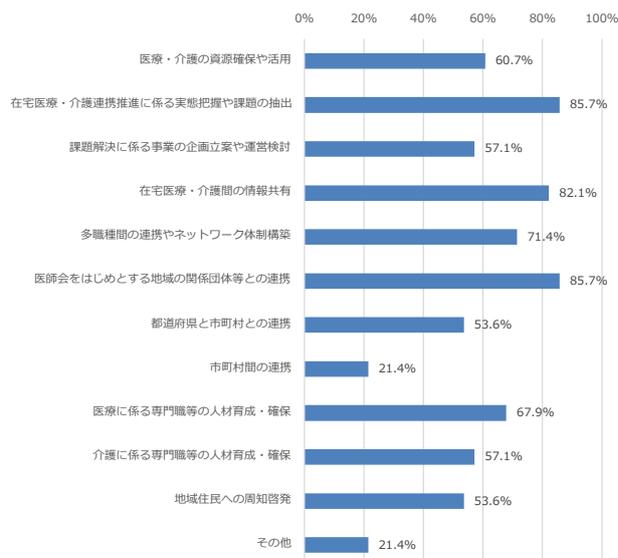
都道府県票

- 協議会での検討事項について、都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項は「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が85.7%で最も多く、次いで「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が82.1%、「在宅医療・介護間の情報共有」が78.6%である。
- 協議会での検討事項について、都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項は「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」及び「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が85.7%で最も多く、次いで「在宅医療・介護間の情報共有」が82.1%、「多職種間の連携やネットワーク体制構築」が71.4%である。

■ 都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項 (複数回答) (n=28)



■ 都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項 (複数回答) (n=28)

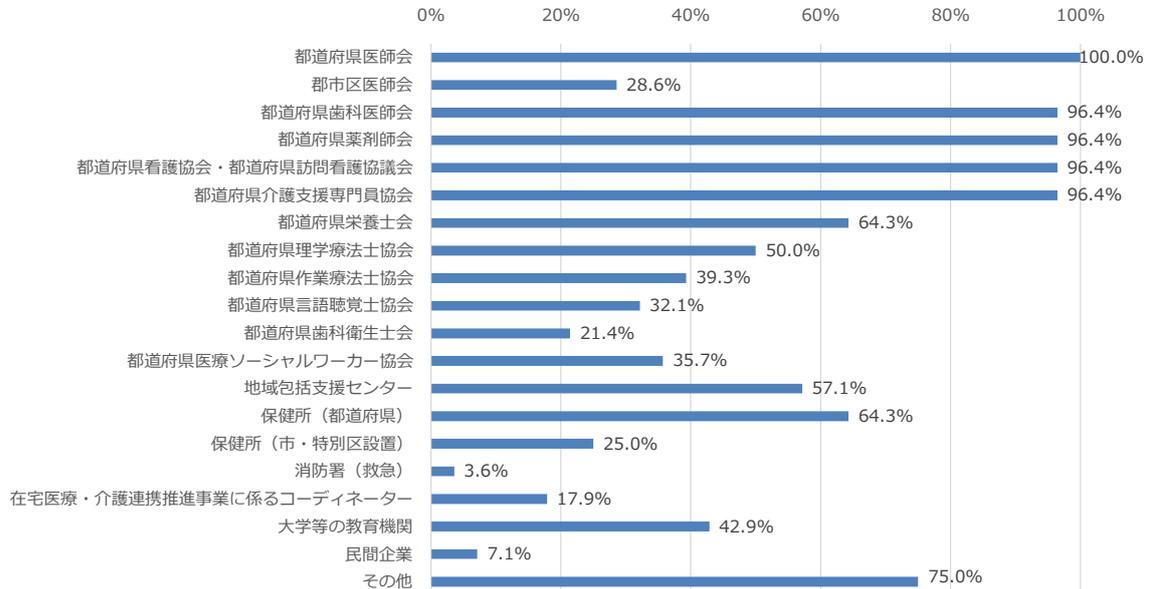


協議会に参加している団体等

都道府県票

- 協議会に参加している団体等は「都道府県医師会」が100.0%で最も多く、次いで「都道府県歯科医師会」、「都道府県薬剤師会」、「都道府県看護協会・都道府県訪問看護協議会」、「都道府県介護支援専門員協会」が96.4%である。

■ 協議会に参加している団体等（複数回答）（n=28）

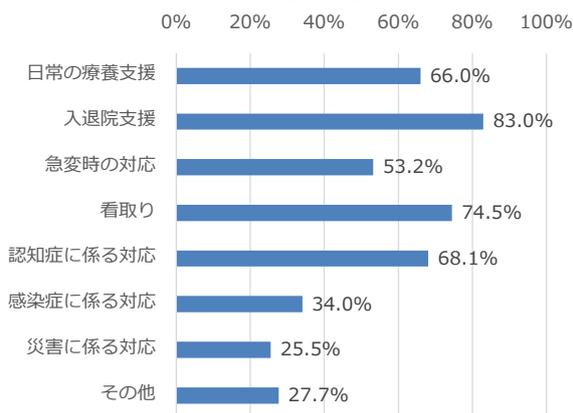


在宅医療・介護連携推進事業に係る取り組み

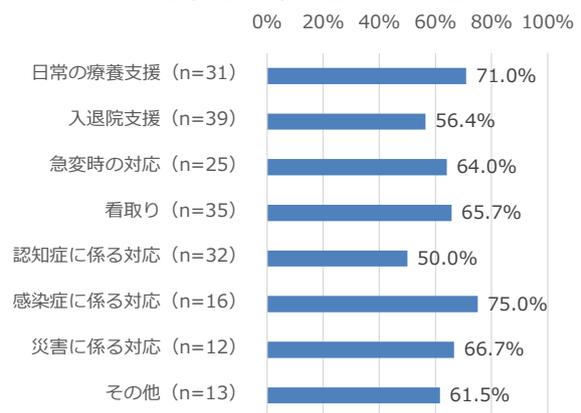
都道府県票

- 都道府県における在宅医療・介護連携の推進に係る各取り組みについて、「入退院支援」が83.0%で最も多く、次いで「看取り」が74.5%、「認知症に係る対応」が68.1%である。
- 都道府県における在宅医療・介護連携の推進に係る各取り組みを実施しているうち、介護部局と医療部局の連携について「感染症に係る対応」が75.0%で最も多く、次いで「日常の療養支援」が71.0%、「災害に係る対応」が66.7%である。

■ 都道府県における在宅医療・介護連携の推進に係る実施状況（各n=47）



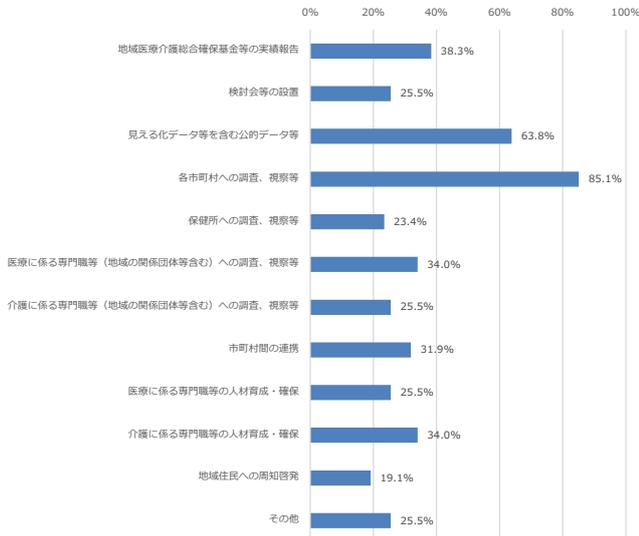
■ 左記にて「取り組みを実施している」うち、介護部局と医療部局が連携している割合



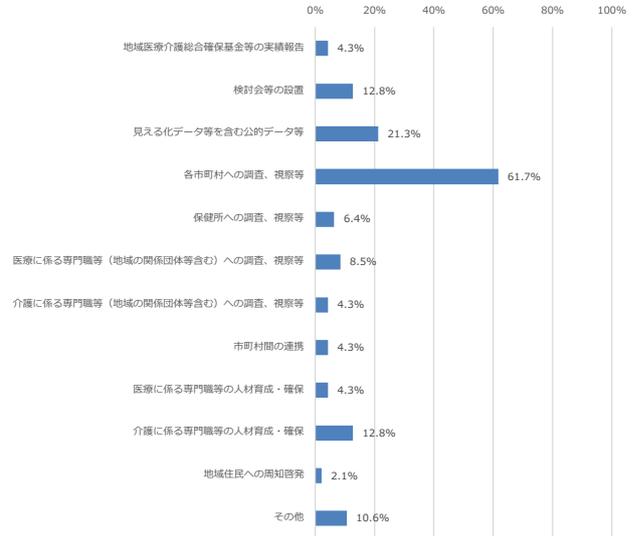
市町村の在宅医療・介護連携の推進に向けた取り組み状況や支援ニーズの把握 都道府県票

- 市町村の在宅医療・介護連携の推進に向けた取組状況の把握について「各市町村への調査、視察等」が85.1%で最も多く、次いで「見える化データ等を含む公的データ等」が63.8%、「地域医療介護総合確保基金等の実績報告」が38.3%である。
- 市町村の在宅医療・介護連携の推進に向けた支援ニーズの把握について「各市町村への調査、視察等」が61.7%で最も多く、次いで「見える化データ等を含む公的データ等」が21.3%、「検討会等の設置」、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が12.8%である。

■ 市町村の在宅医療・介護連携の推進に向けた取組状況の把握（複数回答）（n=47）



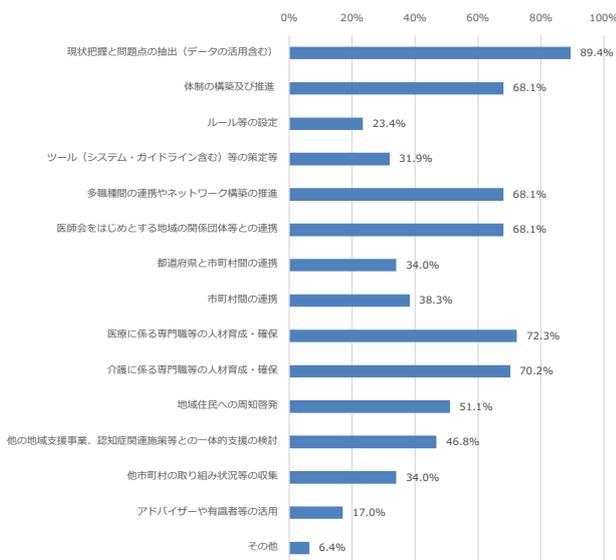
■ 市町村の在宅医療・介護連携の推進に向けた支援ニーズの把握（一つだけ）（n=47）



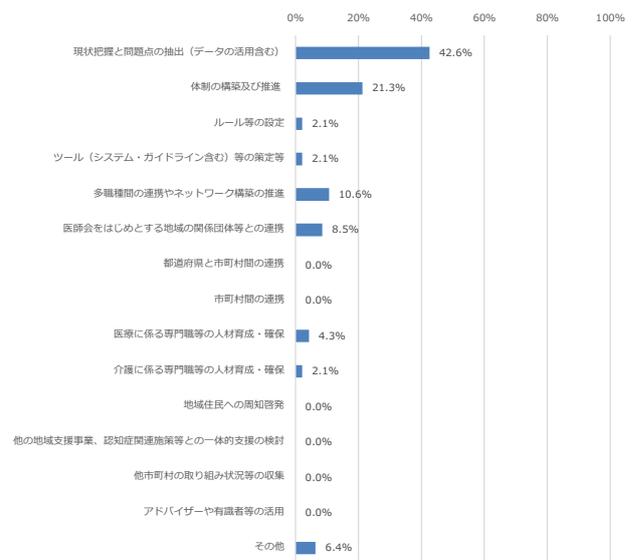
都道府県が在宅医療・介護連携の推進に向けた市町村の課題と感じている事項 都道府県票

- 把握した取組状況や支援ニーズの状況から、都道府県が在宅医療・介護連携の推進に向けた市町村の課題と感じている事項として「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が89.4%で最も多く、次いで「医療に係る専門職等の人材育成・確保」が72.3%、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が70.2%である。
- また、最も課題解消の優先順位が高い事項として「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が42.6%で最も多く、次いで「体制の構築及び推進」が21.3%、「多職種間のネットワーク構築の推進」が10.6%である。

■ 把握した取組状況や支援ニーズの状況から、都道府県が在宅医療・介護連携の推進に向けた市町村の課題と感じている事項（複数選択）（n=47）



■ 左記のうち、最も課題解消の優先順位が高い事項（一つだけ）（n=47）

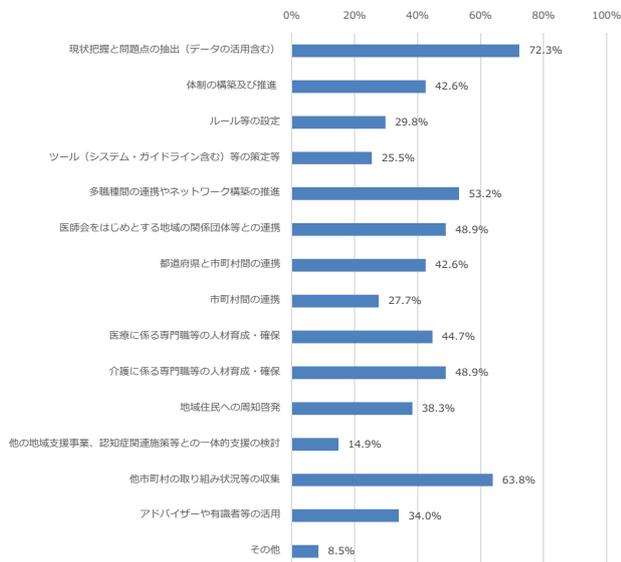


都道府県及び保健所で行っている支援

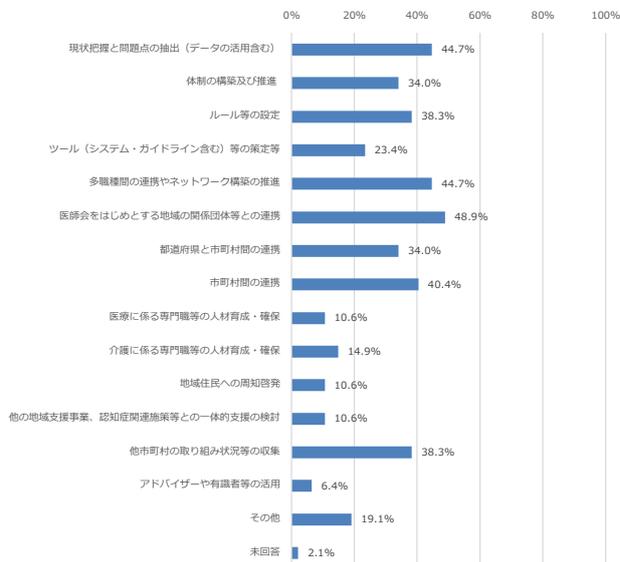
都道府県票

- 都道府県で行っている支援として「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が72.3%で最も多く、次いで「他市町村の取組状況等の収集」が63.8%、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が53.2%である。
- 保健所で行っている支援として「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が48.9%で最も多く、次いで「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」及び「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が44.7%である。

■ 都道府県で行っている支援（複数選択）（n=47）



■ 保健所で行っている支援（複数選択）（n=47）

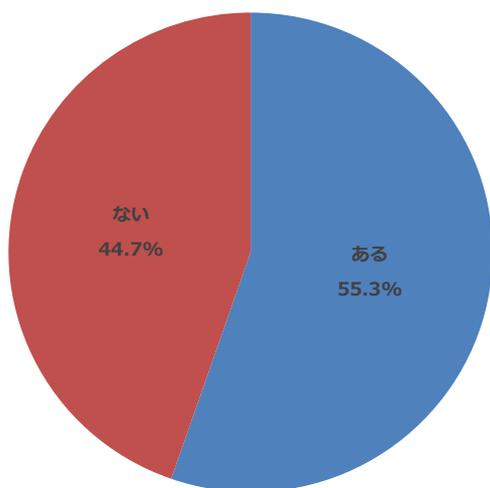


都道府県において効果的だと感じた市町村支援

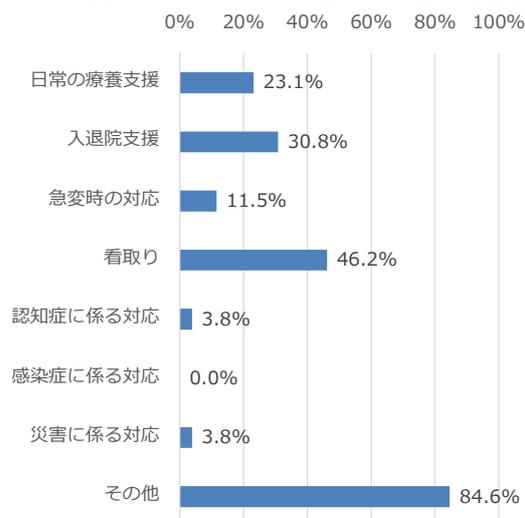
都道府県票

- 都道府県において効果的だと感じた市町村支援実施について「ある」が55.3%、「ない」が44.7%である。
- 効果的だと感じた市町村支援実施のうち、「その他」が84.6%で最も多く、次いで「看取り」が46.2%、「入退院支援」が30.8%である。

■ 都道府県において効果的だと感じた市町村支援の割合（n=47）



■ 効果的だと感じた支援内容の内訳（n=26）（複数回答・自由記載）

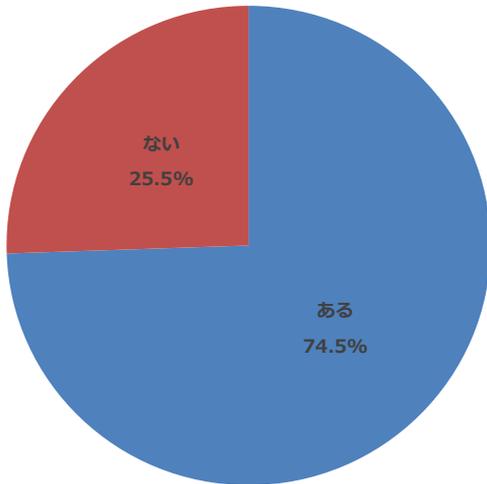


管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業における効果的な取り組み

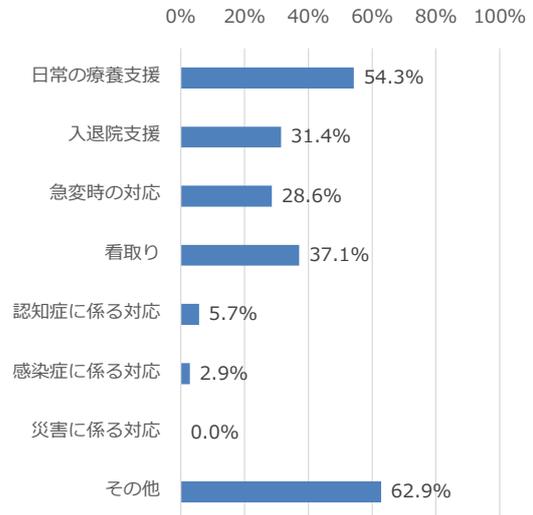
都道府県票

- 管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業において効果的な取り組みをしていると思われる市町村について「ある」が74.5%、「ない」が25.5%である。
- 効果的な取り組みをしていると思われる市町村のうち、「その他」が62.9%で最も多く、次いで「日常の療養支援」が54.3%、「看取り」が37.1%である。

■ 管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業において、効果的な取り組みをしていると思われる市町村の割合 (n=47)



■ 効果的な取り組みをしていると思われる市町村の内訳 (n=35) (複数回答・自由記載)

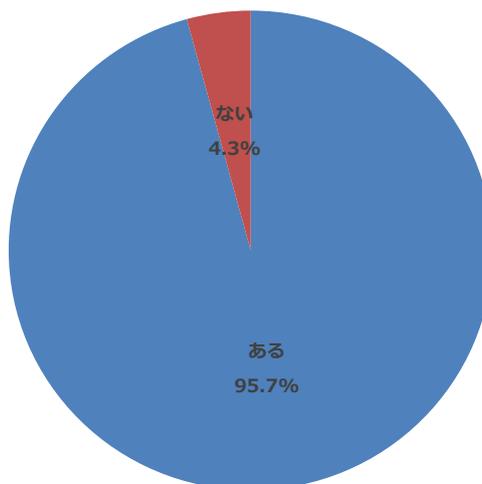


管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業における課題

都道府県票

- 管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業において取り組みへの課題を有していると思われる市町村について「ある」が95.7%、「ない」が4.3%である。

■ 管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業において、取り組みへの課題を有していると思われる市町村の割合 (n=47)

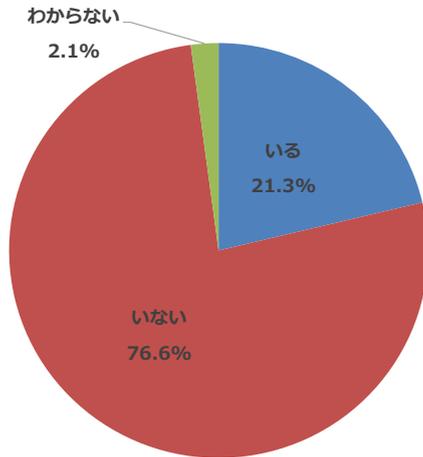


都道府県コーディネーターについて

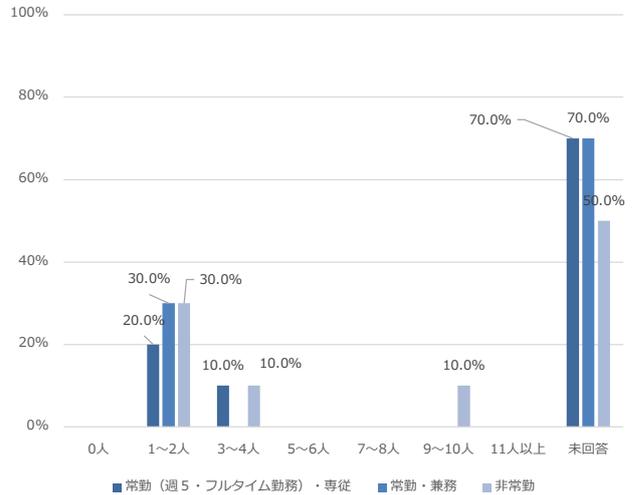
都道府県票

- 都道府県コーディネーターの配置について「いる」が21.3%、「いない」が76.6%、「わからない」が2.1%である。
- 配置されている都道府県コーディネーターの人数については下記のとおり。

■ 都道府県コーディネーターの配置 (n=47)



■ 都道府県コーディネーターの人数
(※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載) (n=10)

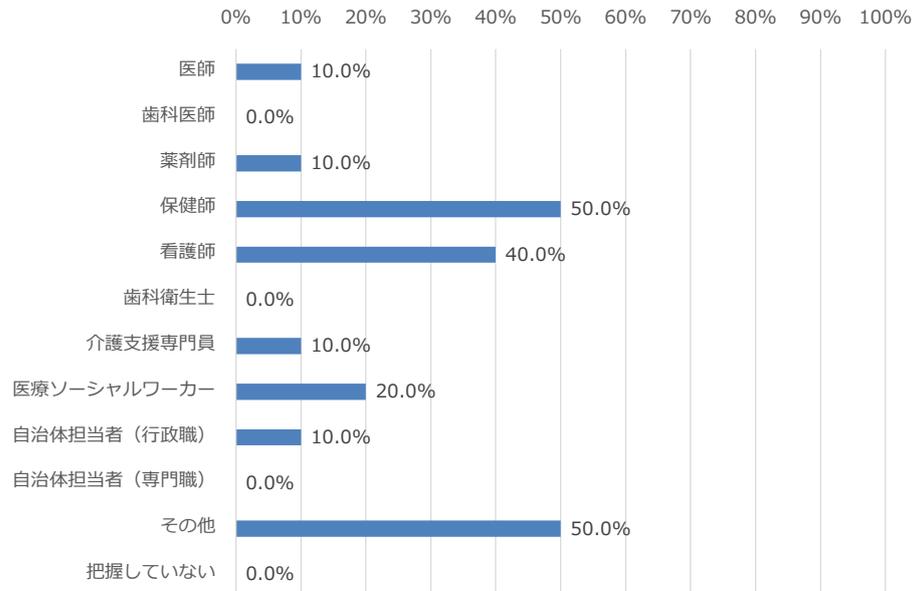


都道府県コーディネーターの職種

都道府県票

- 都道府県コーディネーターの職種は「保健師」及び「その他」が50.0%で最も多く、次いで「看護師」40.0%、「医療ソーシャルワーカー」が20.0%である

■ 都道府県コーディネーターの職種 (複数回答) (n=10)

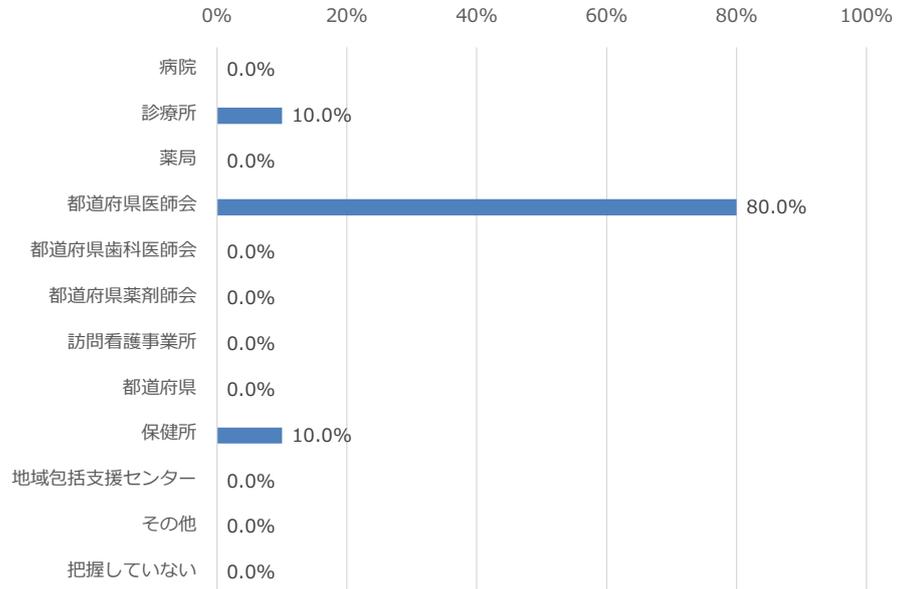


都道府県コーディネーターの配置場所

都道府県票

○ 都道府県コーディネーターの配置場所は「都道府県医師会」が80.0%で最も多く、次いで「診療所」及び「保健所」が10.0%である。

■ 都道府県コーディネーターの配置場所（複数回答）（n=10）

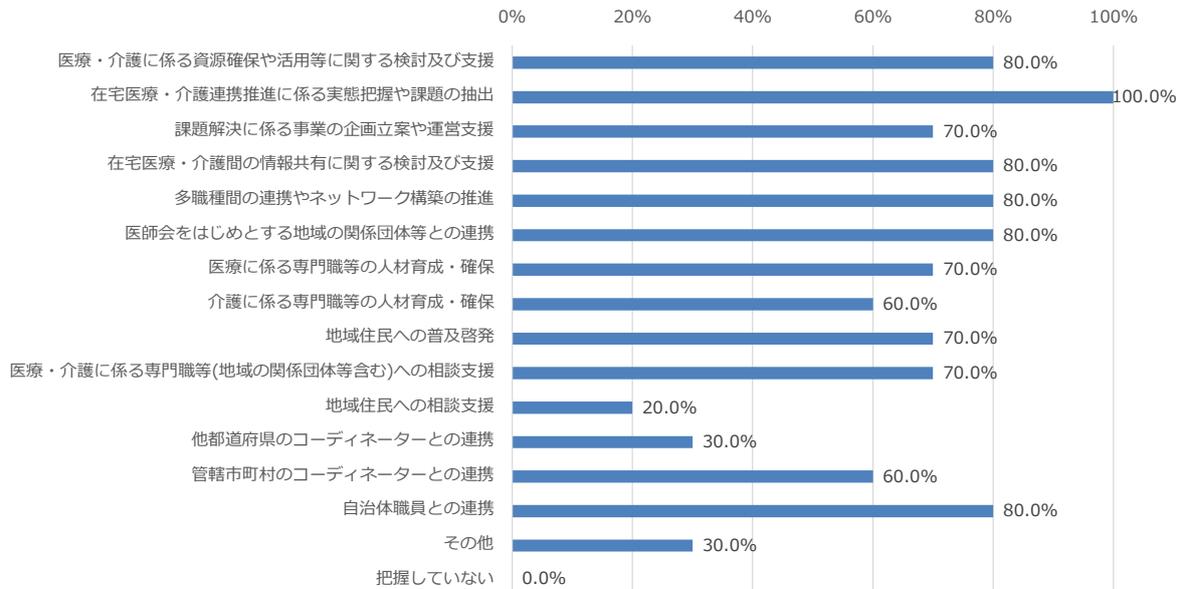


都道府県コーディネーターの業務

都道府県票

○ 都道府県コーディネーターの業務として「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が100.0%で最も多く、次いで「医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援」、「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」、「多職種間の連携やネットワーク構築の提供」、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」、「自治体職員との連携」がそれぞれ80.0%である。

■ 都道府県コーディネーターの主な業務（複数回答）（n=10）

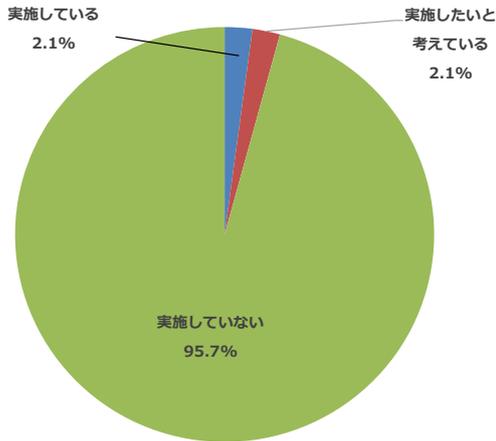


コーディネーターの育成状況

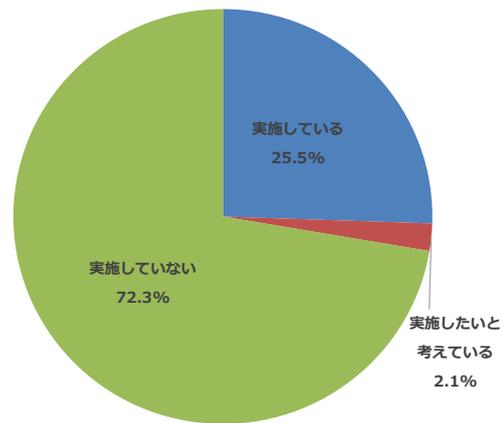
都道府県票

- 都道府県コーディネーターの育成について「実施していない」が95.7%で最も多く、次いで「実施している」、「実施したいと考えている」が2.1%である。
- 都道府県による管轄市町村コーディネーターの育成支援について「実施していない」が72.3%で最も多く、次いで「実施している」が25.5%、「実施したいと考えている」が2.1%である。

■ 都道府県コーディネーターの育成状況 (n=47)



■ 都道府県による管轄市町村コーディネーターの育成支援状況 (n=47)

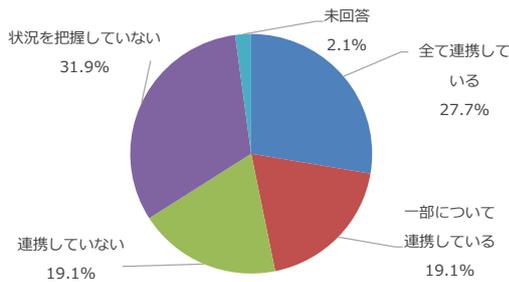


「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携

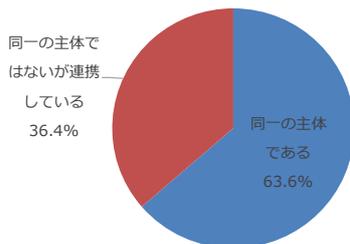
都道府県票

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況について「状況を把握していない」が31.9%で最も多く、次いで「全て連携している」が27.7%、「一部について連携している」及び「連携していない」が19.1%である。
- 「全て連携している」、「一部について連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体は「同一の主体である」が63.6%、「同一の主体ではないが連携している」が36.4%である。
- 「同一の主体である」うち、運営主体は「医師会」及び「市町村」が35.7%で最も多く、次いで「その他」が28.6%である。

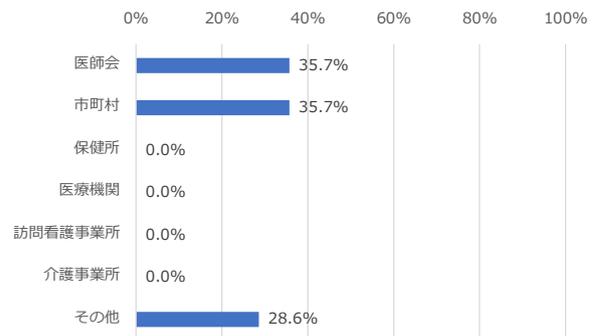
■ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況 (n=47)



■ 「全て連携している」、「一部について連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体 (n=22)



■ 「同一の主体である」うち、運営主体 (n=14)



「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携 都道府県票

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体が「同一の主体ではないが連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体は「その他」が62.5%で最も多く、次いで「医師会」が25.0%、「保健所」が12.5%である。
- 「同一の主体ではないが連携している」うち、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体は「その他」が50.0%で最も多く、次いで「市町村」が37.5%、「保健所」が12.5%である。

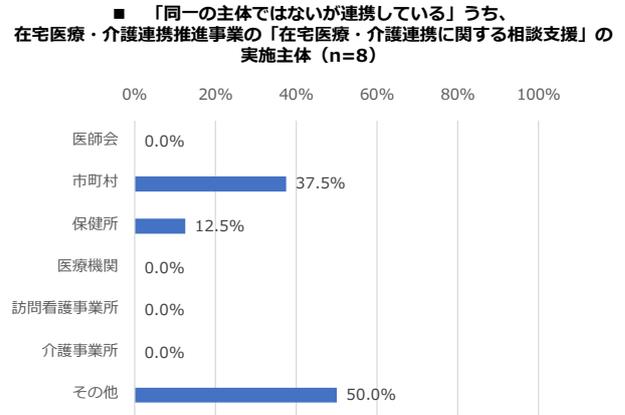
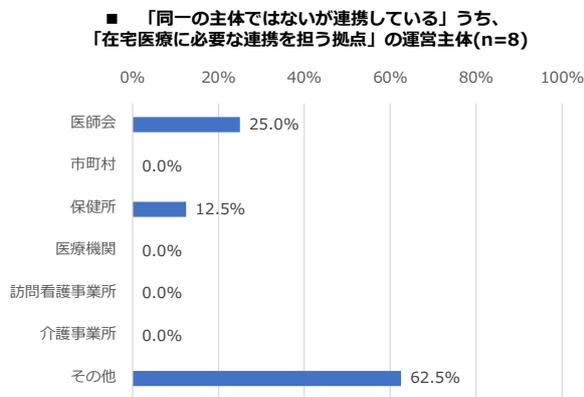


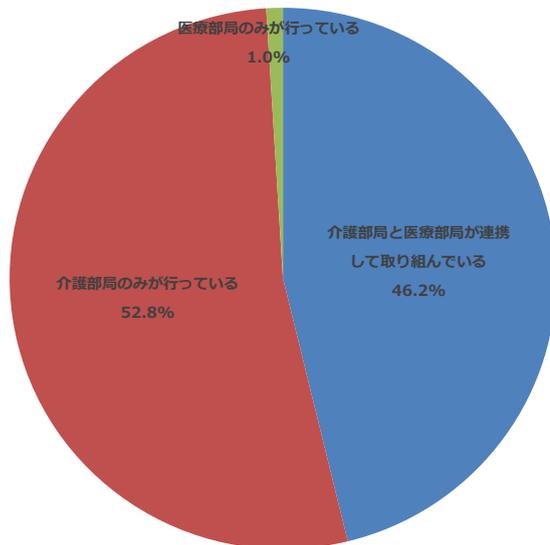
図4-2 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査 市町村結果

在宅医療・介護連携推進事業の実施体制

市町村票

- 市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施体制は、「介護部局と医療部局が連携して取り組んでいる」が46.2%、「介護部局のみが行っている」が52.8%、「医療部局のみが行っている」が1.0%である。

■ 在宅医療・介護連携推進事業の実施体制 (n=1,741)

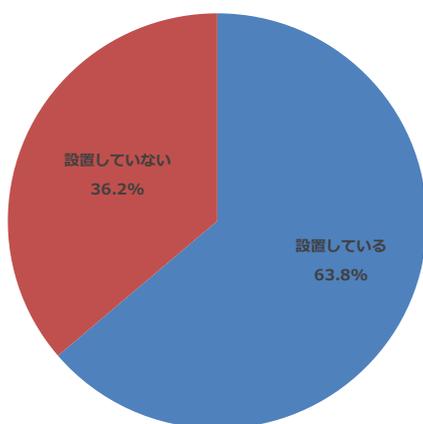


在宅医療・介護連携の推進に係る協議会

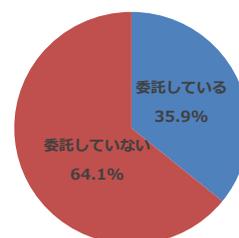
市町村票

- 市町村の63.8%が在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置している。
- 協議会を設置している市町村のうち、委託しているのは35.9%、委託していないのは64.1%である。
- 協議会を設置している市町村のうち、協議会の開催頻度は「半年に1回」が32.6%で最も多く、次いで「年に1回」が25.2%、「その他」が21.3%である。

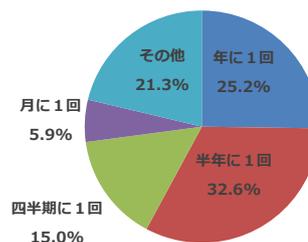
■ 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の設置 (n=1,741)



■ 協議会の委託状況 (n=1,110)



■ 協議会の開催頻度 (n=1,110)

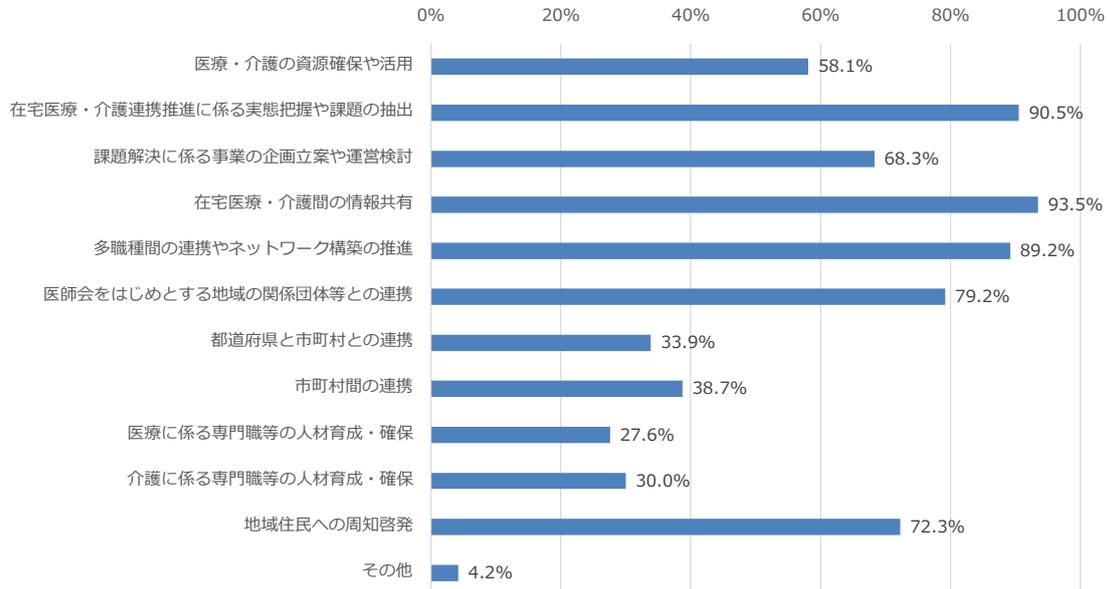


協議会での検討事項

市町村票

○ 協議会での検討事項について、「在宅医療・介護間の情報共有」が93.5%で最も多く、次いで「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が90.5%、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が89.2%である。

■ 協議会での検討事項（複数回答）（n=1,110）

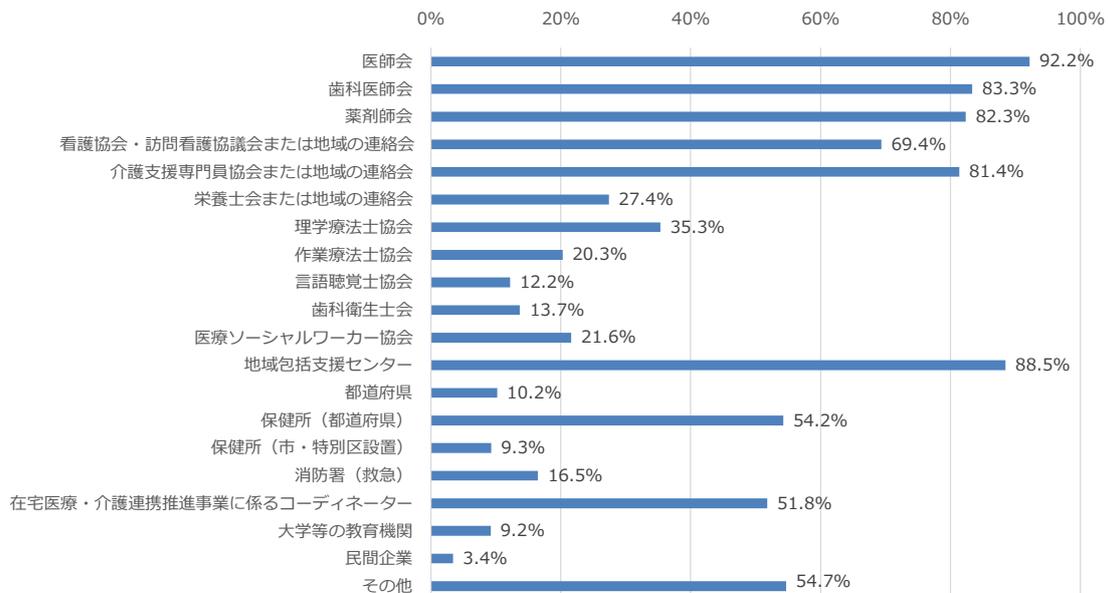


協議会に参加している団体等

市町村票

○ 協議会に参加している団体等は「医師会」が92.2%で最も多く、次いで「地域包括支援センター」が88.5%、「歯科医師会」が83.3%である。

■ 協議会に参加している団体等（複数回答）（n=1,110）

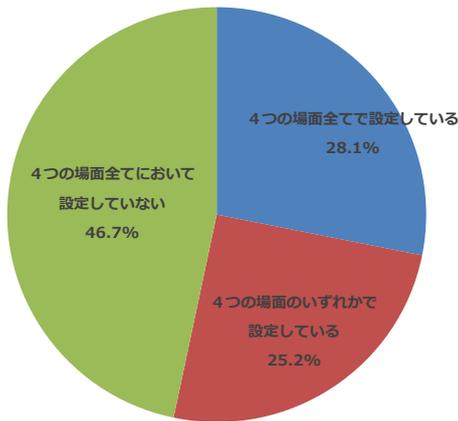


在宅医療・介護連携推進事業に係る取り組み

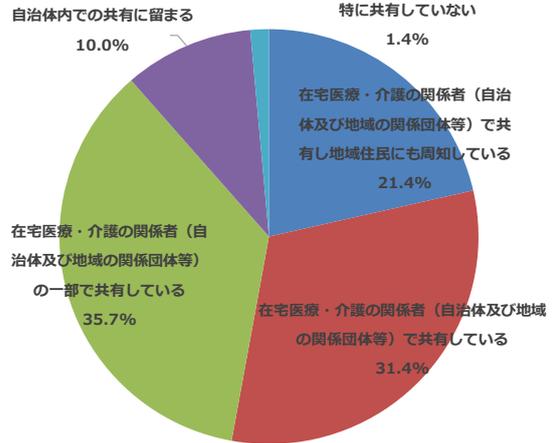
市町村票

- 「4つの場面」における、在宅医療・介護連携の推進によってめざすべき姿（目的）の設定は、「4つの場面全てにおいて設定していない」が46.7%で最も多く、次いで「4つの場面全てで設定している」が28.1%、「4つの場面のいずれかで設定している」が25.2%である。
- 「4つの場面全てで設定している」市町村における、めざすべき姿の共有状況は「在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）の一部で共有している」が35.7%で最も多く、次いで「在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）で共有している」が31.4%、「在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）で共有し地域の住民にも周知している」が21.4%である。

■ 「4つの場面」における在宅医療・介護連携の推進によってめざすべき姿（目的）の設定状況（n=1,741）



■ 「4つの場面全てで設定している」市町村における、めざすべき姿の共有状況（n=490）

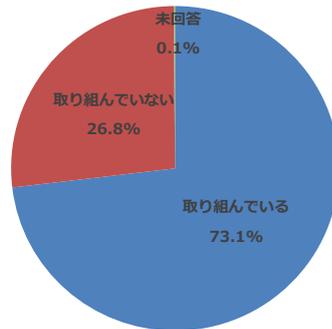


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（日常の療養支援）

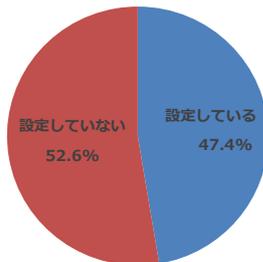
市町村票

- 市町村における日常の療養支援への取り組み状況について、「取り組んでいる」は73.1%である。
- 日常の療養支援に「取り組んでいる」うち、「めざすべき姿を設定している」は47.4%である。
- 日常の療養支援に「取り組んでいる」うち、「めざすべき姿の実現に向け目標を設定している」は32.1%である。
- 日常の療養支援に「取り組んでいる」うち、「評価指標を策定している」は21.0%である。

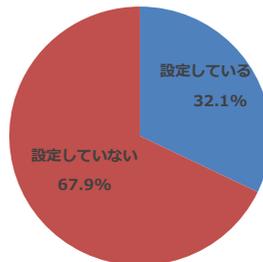
■ 取組状況（n=1,741）



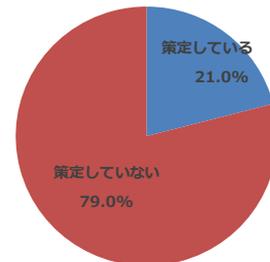
■ めざすべき姿の設定



■ めざすべき姿の実現に向けた目標の設定



■ 評価指標の策定



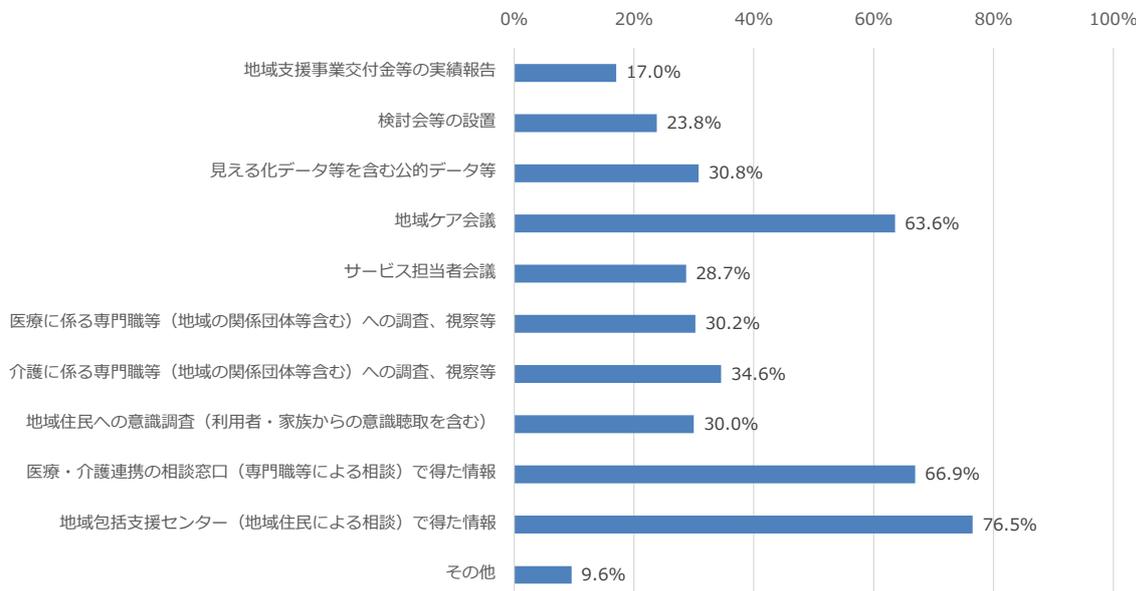
各（n=1,273）

在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（日常の療養支援）

市町村票

- 日常の療養支援に取り組んでいるうち、めざすべき姿の実現のための現状把握や課題抽出方法は「地域包括支援センター（地域住民による相談）で得た情報」が76.5%で最も多く、次いで「医療・介護連携の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報」が66.9%、「地域ケア会議」が63.6%である。

■ 取り組んでいるうち、めざすべき姿の実現のための現状把握や課題抽出方法（複数回答）（n=1,273）

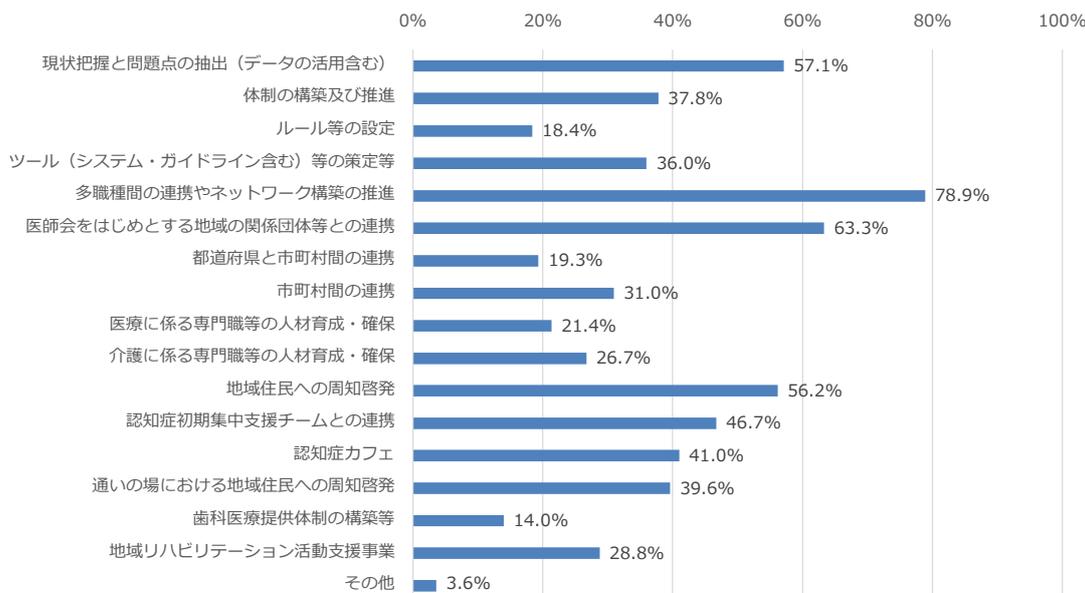


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（日常の療養支援）

市町村票

- 日常の療養支援に取り組んでいるうち、「日常の療養支援」と関連つけた取り組みは「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が78.9%で最も多く、次いで「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が63.3%、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が57.1%である。

■ 「日常の療養支援」と関連つけた取り組み状況（複数回答）（n=1,273）

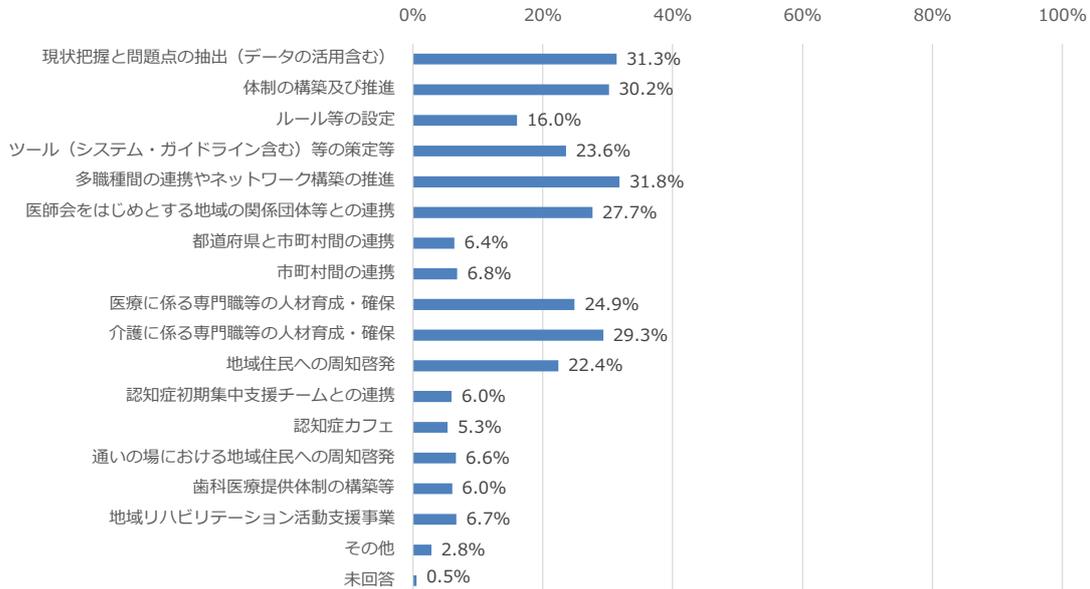


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（日常の療養支援）

市町村票

○ 日常の療養支援に取り組んでいるうち、取り組みの実施における課題は「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が31.8%で最も多く、次いで「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が31.3%、「体制の構築及び推進」が30.2%である。

■ 取り組みの実施における課題（複数回答）（n=1,273）

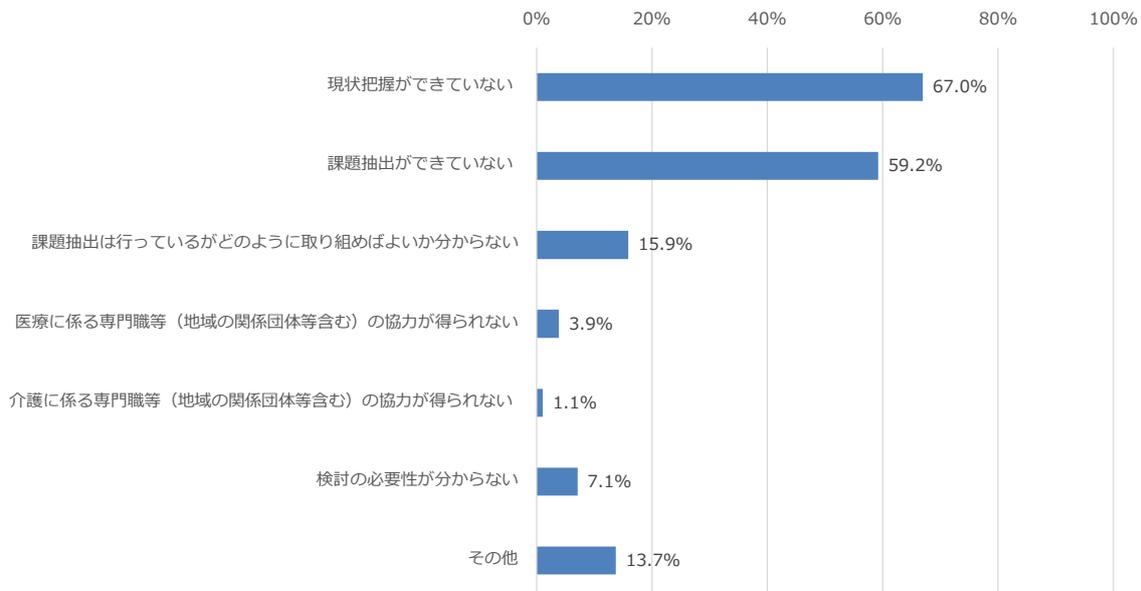


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（日常の療養支援）

市町村票

○ 日常の療養支援に現在取り組んでいない理由として「現状把握ができていない」が67.0%で最も多く、次いで「課題抽出ができていない」が59.2%、「課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない」が15.9%である。

■ 現在、取り組んでいない理由（複数回答）（n=466）

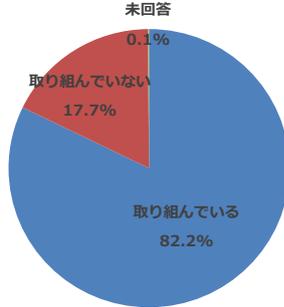


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（入退院支援）

市町村票

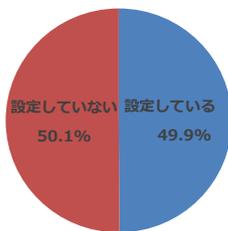
- 市町村における入退院支援への取り組み状況について、「取り組んでいる」は82.2%である。
- 入退院支援に「取り組んでいる」うち、「めざすべき姿を設定している」は49.9%である。
- 入退院支援に「取り組んでいる」うち、「めざすべき姿の実現に向け目標を設定している」は33.5%である。
- 入退院支援に「取り組んでいる」うち、「評価指標を策定している」は21.0%である。

■ 取組状況（n=1,741）

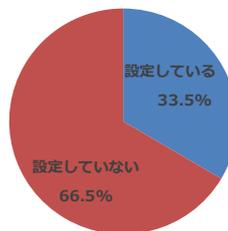


各（n=1,431）

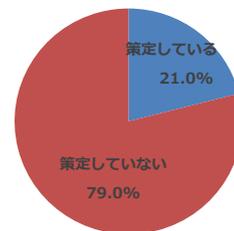
■ めざすべき姿の設定



■ めざすべき姿の実現に向け目標の設定



■ 評価指標の策定

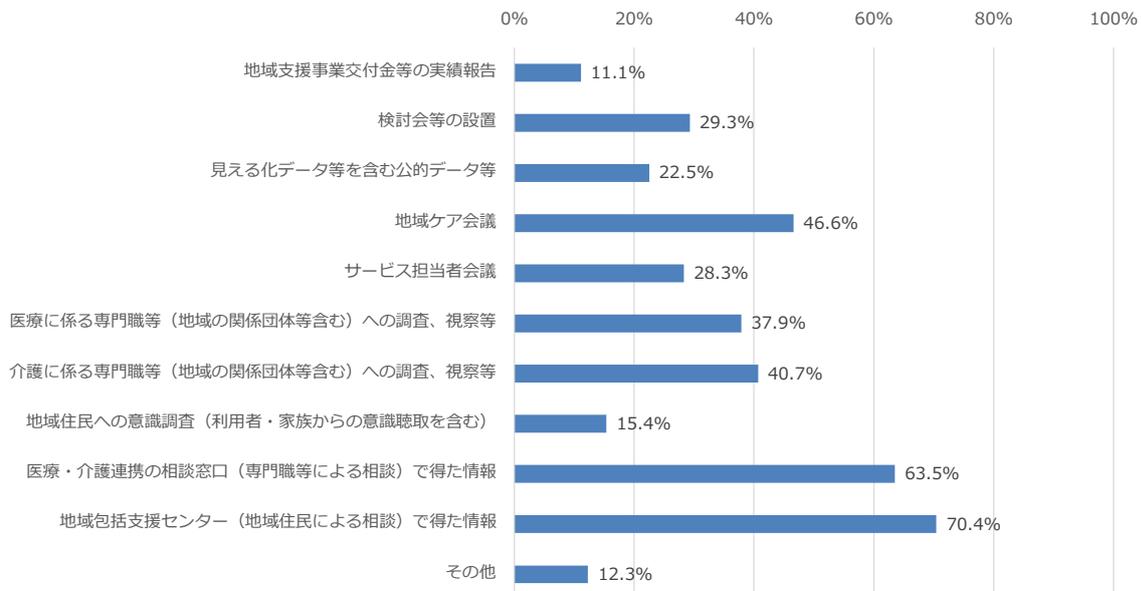


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（入退院支援）

市町村票

- 入退院支援に取り組んでいるうち、めざすべき姿の実現のための現状把握や課題抽出方法は「地域包括支援センター（地域住民による相談で得た情報）」が70.4%で最も多く、次いで「医療・介護の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報」が63.5%、「地域ケア会議」が46.6%である。

■ 取り組んでいるうち、めざすべき姿の実現のための現状把握や課題抽出方法（複数回答）（n=1,431）

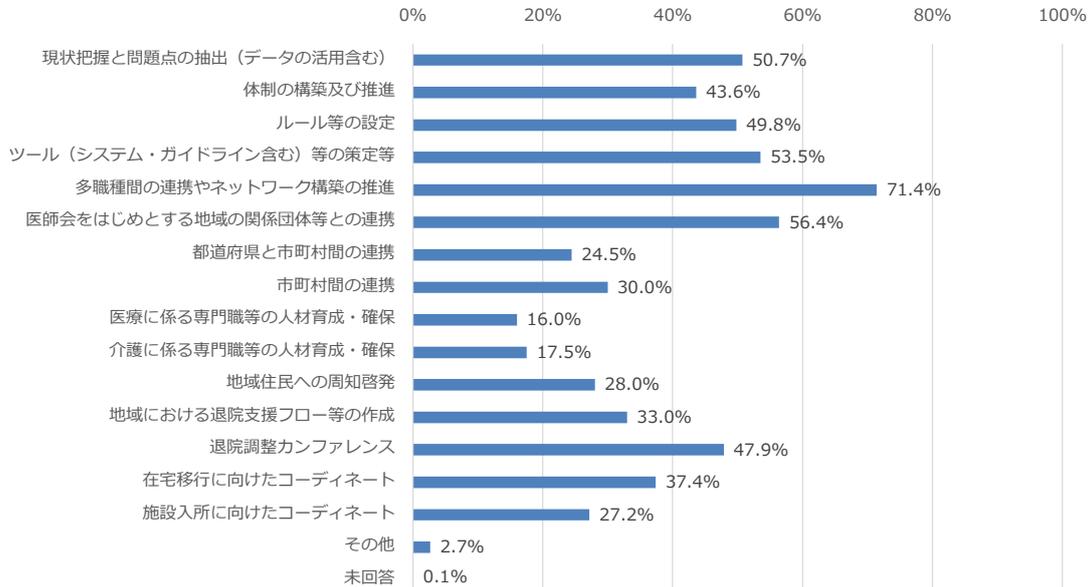


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（入退院支援）

市町村票

○ 入退院支援に取り組んでいるうち、「入退院支援」と関連付けた取り組みは「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が71.4%で最も多く、次いで「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が56.4%、「ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等」が53.5%である。

■ 「入退院支援」と関連つけた取り組み状況（複数回答）（n=1,431）

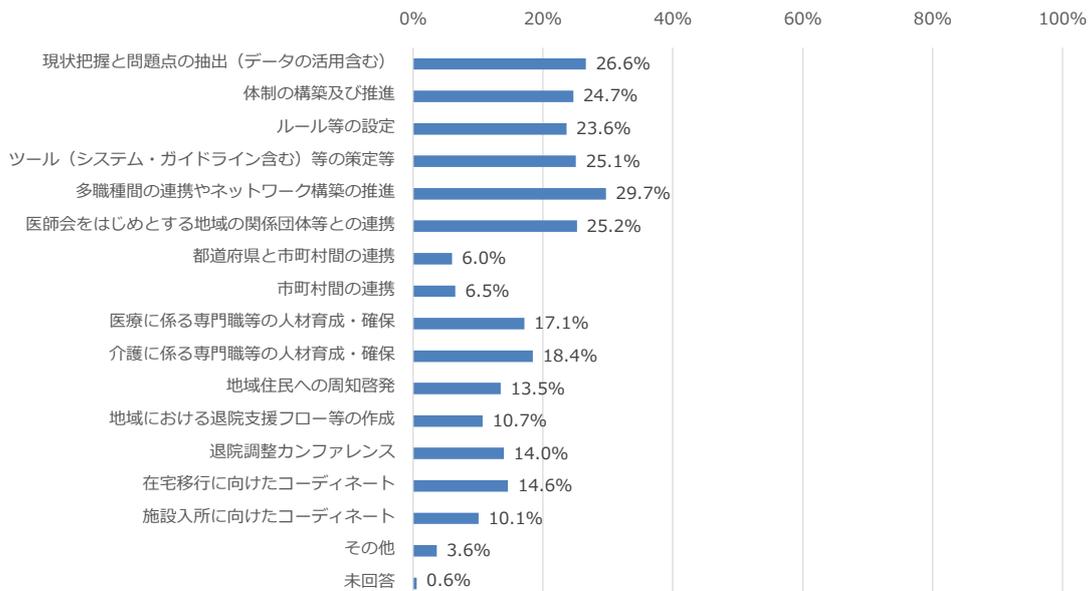


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（入退院支援）

市町村票

○ 入退院支援に取り組んでいるうち、取り組みの実施における課題は「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が29.7%で最も多く、次いで「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が26.6%、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が25.2%である。

■ 取り組みの実施における課題（複数回答）（n=1,431）

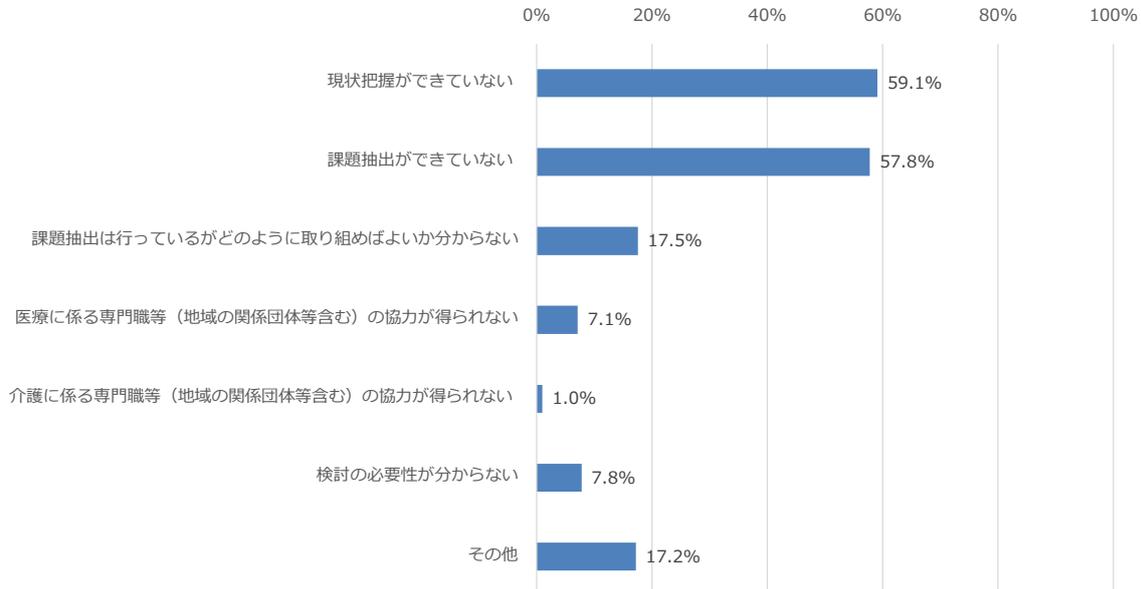


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（入退院支援）

市町村票

- 入退院支援に現在取り組んでいない理由として「現状把握ができていない」が59.1%で最も多く、次いで「課題抽出ができていない」が57.8%、「課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない」が17.5%である。

■ 現在、取り組んでいない理由（複数回答）（n=308）

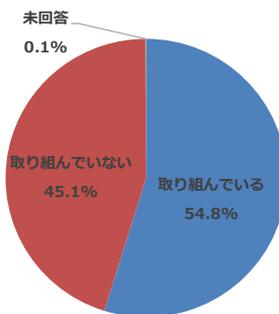


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（急変時の対応）

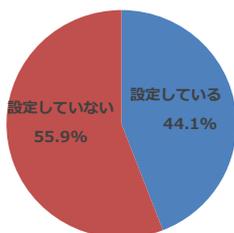
市町村票

- 市町村における急変時の対応への取り組み状況について、「取り組んでいる」は54.8%である。
- 急変時の対応に「取り組んでいる」うち、「めざすべき姿を設定している」は44.1%である。
- 急変時の対応に「取り組んでいる」うち、「めざすべき姿の実現に向け目標を設定している」は32.6%である。
- 急変時の対応に「取り組んでいる」うち、「評価指標を策定している」は17.7%である。

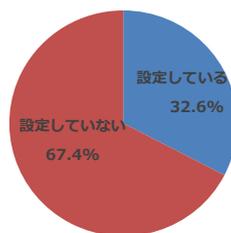
■ 取組状況（n=1,741）



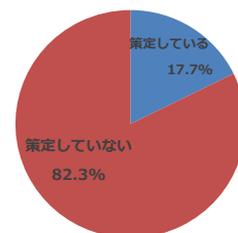
■ めざすべき姿の設定



■ めざすべき姿の実現に向け目標の設定



■ 評価指標の策定

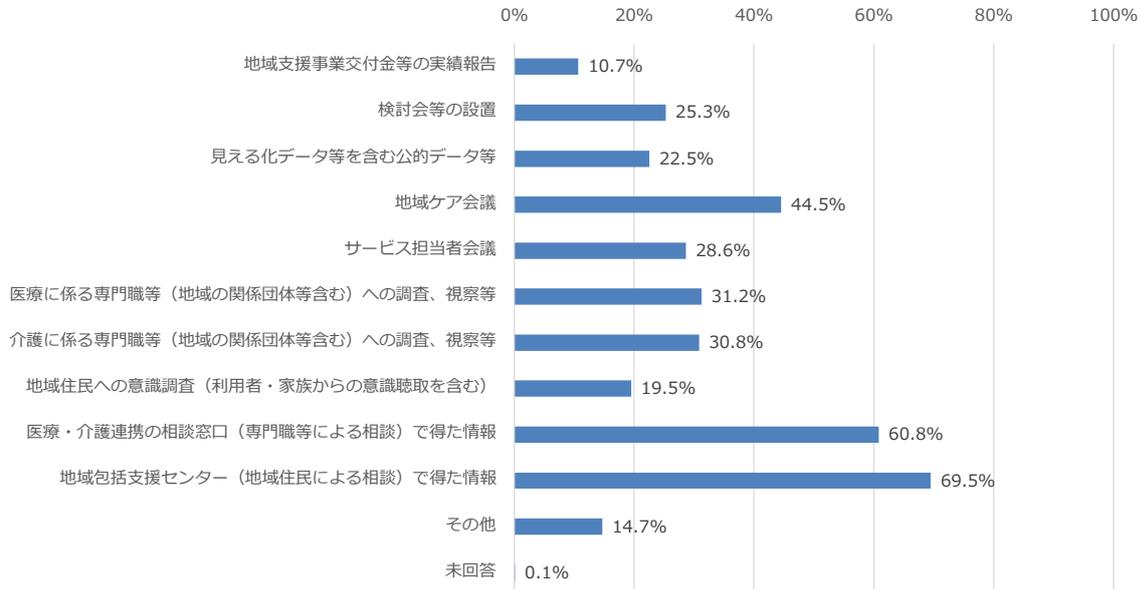


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（急変時の対応）

市町村票

- 急変時の対応に取り組んでいるうち、めざすべき姿の実現のための現状把握や課題抽出方法は「地域包括支援センター（地域住民による相談で得た情報）」が69.5%で最も多く、次いで「医療・介護の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報」が60.8%、「地域ケア会議」が44.5%である。

■ 取り組んでいるうち、めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出方法（複数回答）（n=954）

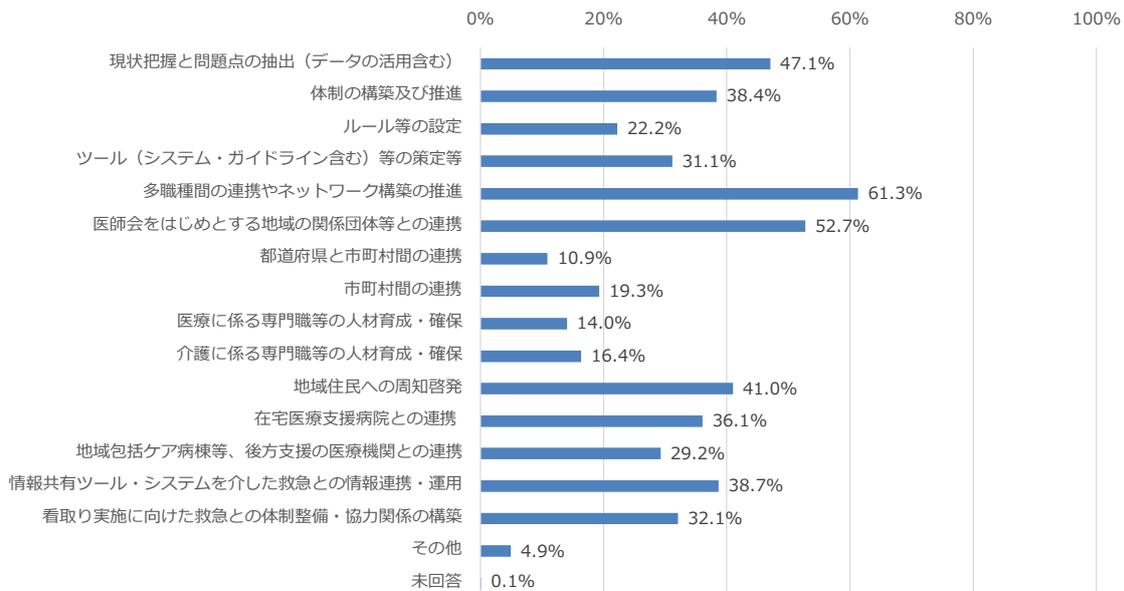


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（急変時の対応）

市町村票

- 急変時の対応に取り組んでいるうち、「急変時の対応」と関連つけた取り組みは「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が61.3%で最も多く、次いで「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が52.7%、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が47.1%である。

■ 「急変時の対応」と関連つけた取り組み状況（複数回答）（n=954）

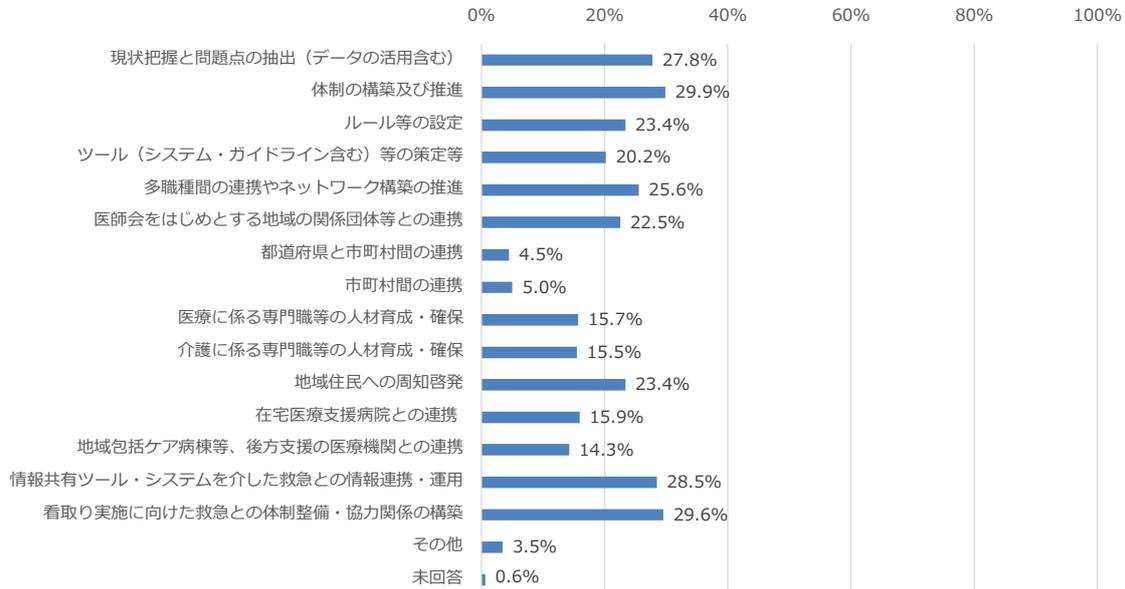


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（急変時の対応）

市町村票

- 急変時の対応に取り組んでいるうち、取り組みの実施における課題は「体制の構築及び推進」が29.9%で最も多く、次いで「看取り実施に向けた救急との体制整備・協力関係の構築」が29.6%、「情報共有ツール・システムを介した救急との情報連携・運用」が28.5%である。

■ 取り組みの実施における課題（複数回答）（n=954）

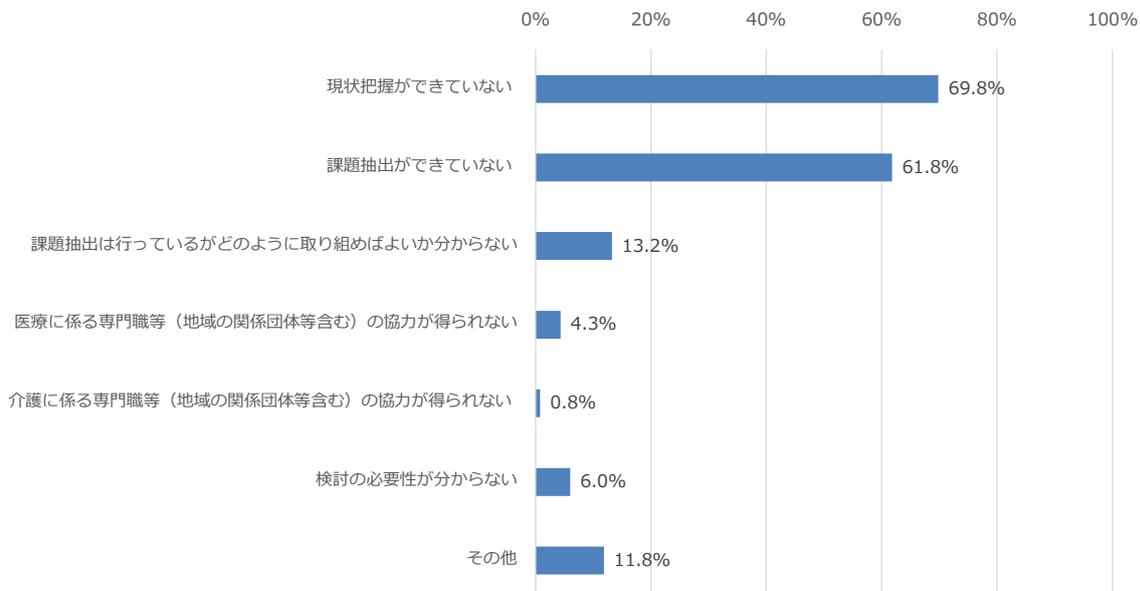


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（急変時の対応）

市町村票

- 急変時の対応に現在取り組んでいない理由として「現状把握ができていない」が69.8%で最も多く、次いで「課題抽出ができていない」が61.8%、「課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない」が13.2%である。

■ 現在、取り組んでいない理由（複数回答）（n=796）

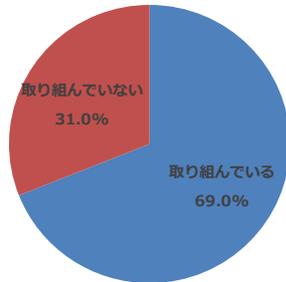


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（看取り）

市町村票

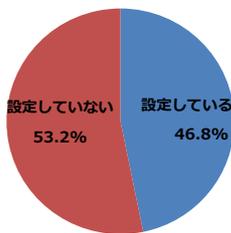
- 市町村における看取りへの取り組み状況について、「取り組んでいる」は69.0%である。
- 看取りに「取り組んでいる」うち、「めざすべき姿を設定している」は46.8%である。
- 看取りに「取り組んでいる」うち、「めざすべき姿の実現に向け目標を設定している」は33.8%である。
- 看取りに「取り組んでいる」うち、「評価指標を策定している」は22.5%である。

■ 取組状況（n=1,741）

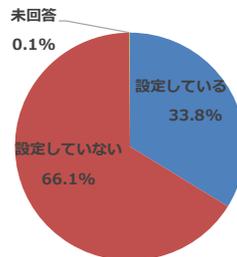


各（n=1,201）

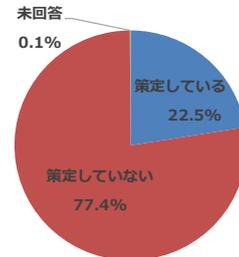
■ めざすべき姿の設定



■ めざすべき姿の実現に向けた目標の設定



■ 評価指標の策定

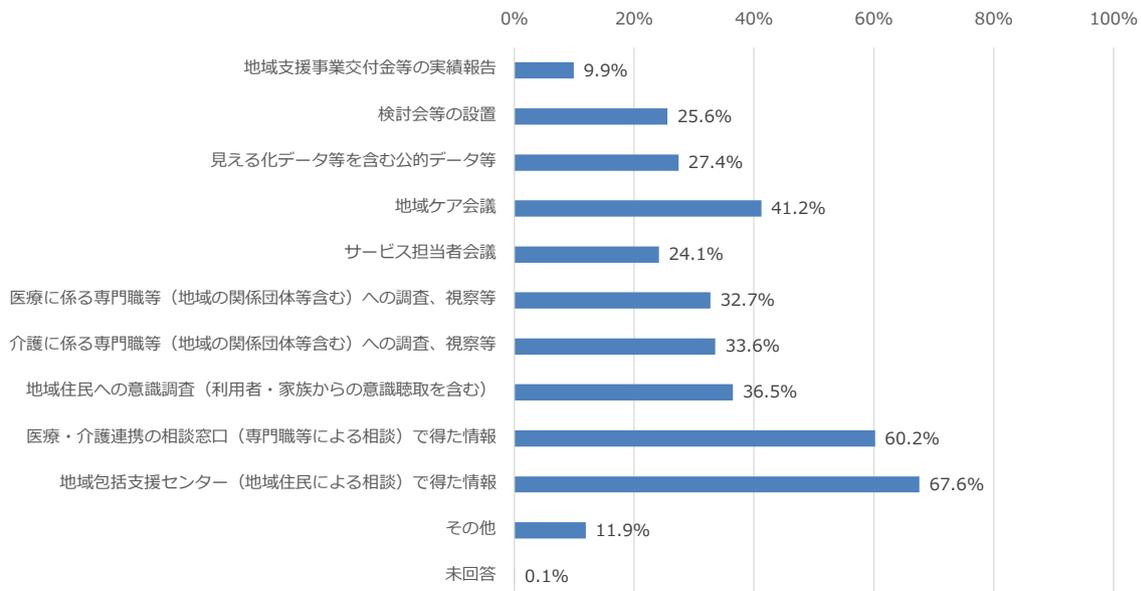


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（看取り）

市町村票

- 看取りに取り組んでいるうち、めざすべき姿の実現のための現状把握や課題抽出方法は「地域包括支援センター（地域住民による相談で得た情報）」が67.6%で最も多く、次いで「医療・介護の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報」が60.2%、「地域ケア会議」が41.2%である。

■ めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出方法（複数回答）（n=1,201）

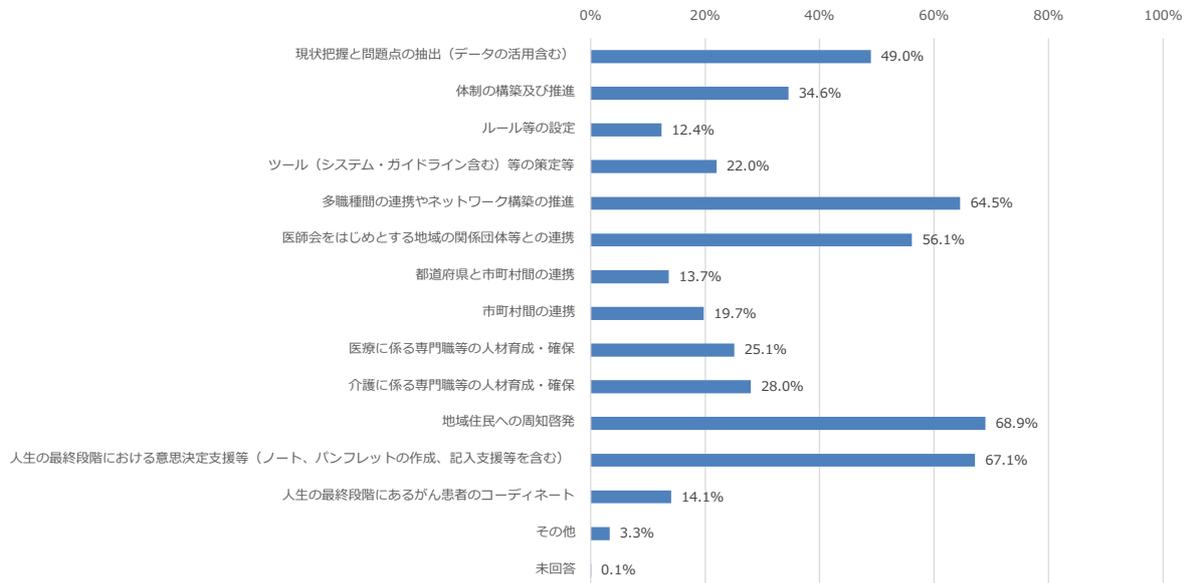


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（看取り）

市町村票

○ 看取りに取り組んでいるうち、「看取り」と関連つけた取り組みは「地域住民への周知啓発」が68.9%で最も多く、次いで「人生の最終段階における意思決定支援等（ノート、パンフレットの作成、記入支援等を含む）」が67.1%、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が64.5%である。

■ 「看取り」と関連つけた取り組み状況（複数回答）（n=1,201）

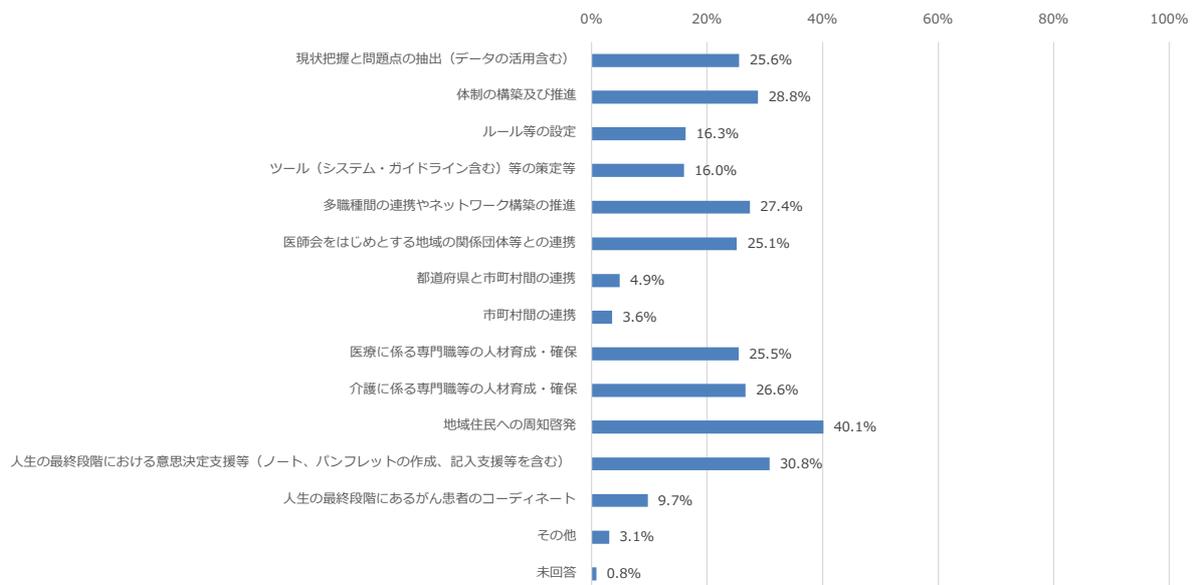


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（看取り）

市町村票

○ 看取りに取り組んでいるうち、取り組みの実施における課題は「地域住民への周知啓発」が40.1%で最も多く、次いで「人生の最終段階における意思決定支援等（ノート、パンフレットの作成、記入支援等を含む）」が30.8%、「体制の構築及び推進」が28.8%である。

■ 取り組みの実施における課題（複数回答）（n=1,201）

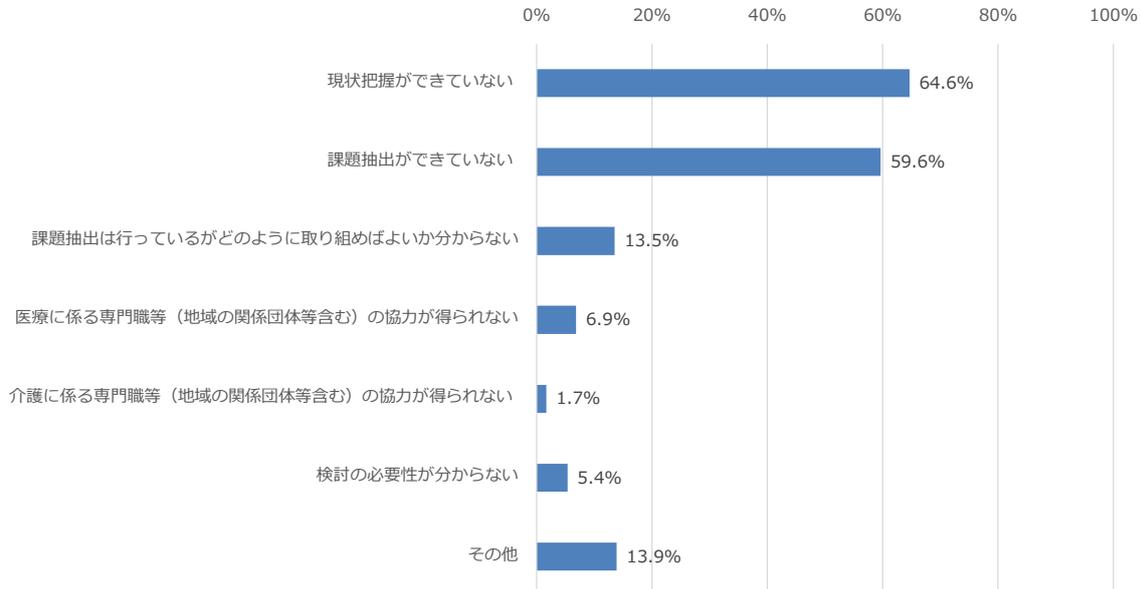


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（看取り）

市町村票

- 看取りに現在取り組んでいない理由として「現状把握ができていない」が64.6%で最も多く、次いで「課題抽出ができていない」が59.6%、「その他」が13.9%である。

■ 現在、取り組んでいない理由（複数回答）（n=540）

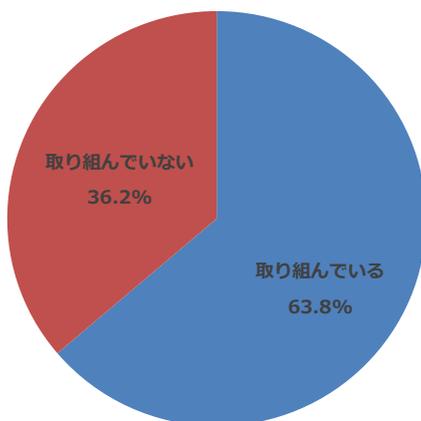


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（認知症に係る対応）

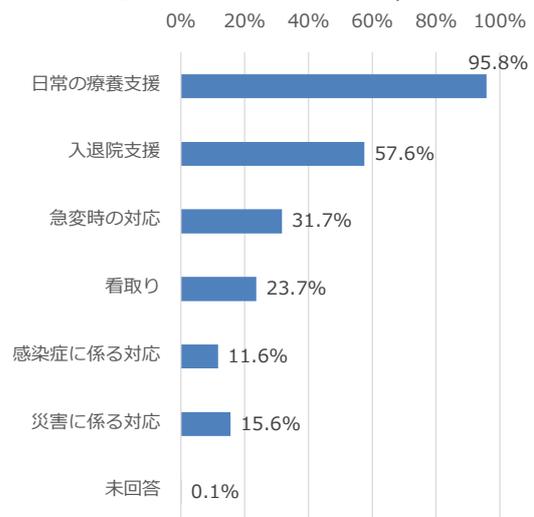
市町村票

- 市町村における認知症に係る対応への取り組み状況について、「取り組んでいる」は63.8%である。
- 認知症にかかる対応に「取り組んでいる」うち、取り組み場面においては「日常の療養支援」が95.8%で最も多く、次いで「入退院支援」が57.6%、「急変時の対応」が31.7%である。

■ 在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえた認知症に係る対応への取り組み状況（n=1,741）



■ 取り組んでいる場面（複数回答）（n=1,110）

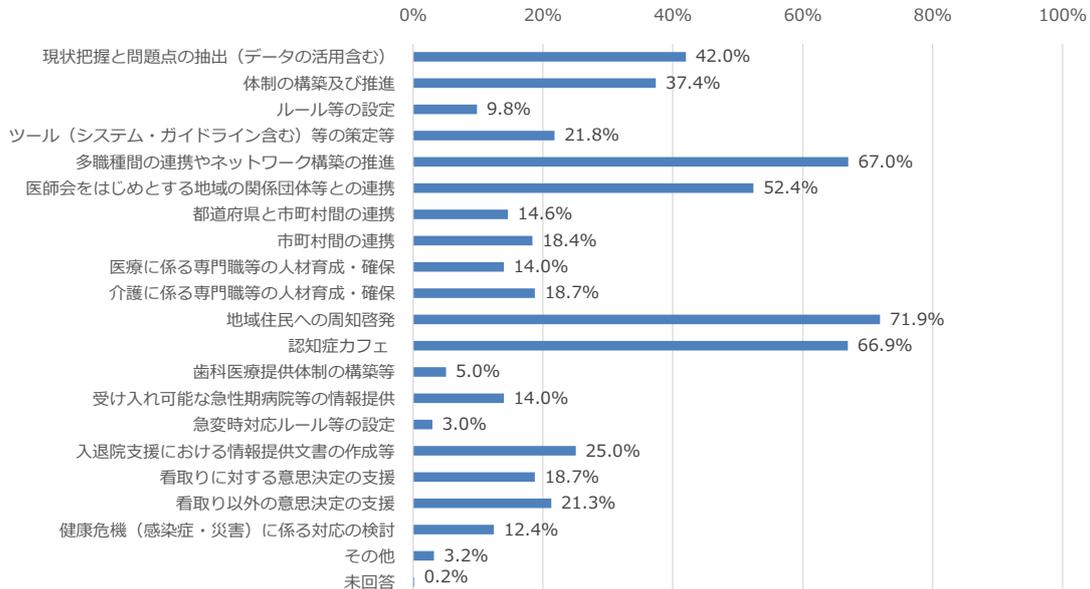


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（認知症に係る対応）

市町村票

○ 認知症に係る対応に「取り組んでいる」うち、「認知症に係る対応」と関連つけた取り組みは「地域住民への周知啓発」が71.9%で最も多く、次いで「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が67.0%、「認知症カフェ」が66.9%である。

■ 「認知症に係る対応」と関連つけた取り組み状況（複数回答）（n=1,110）

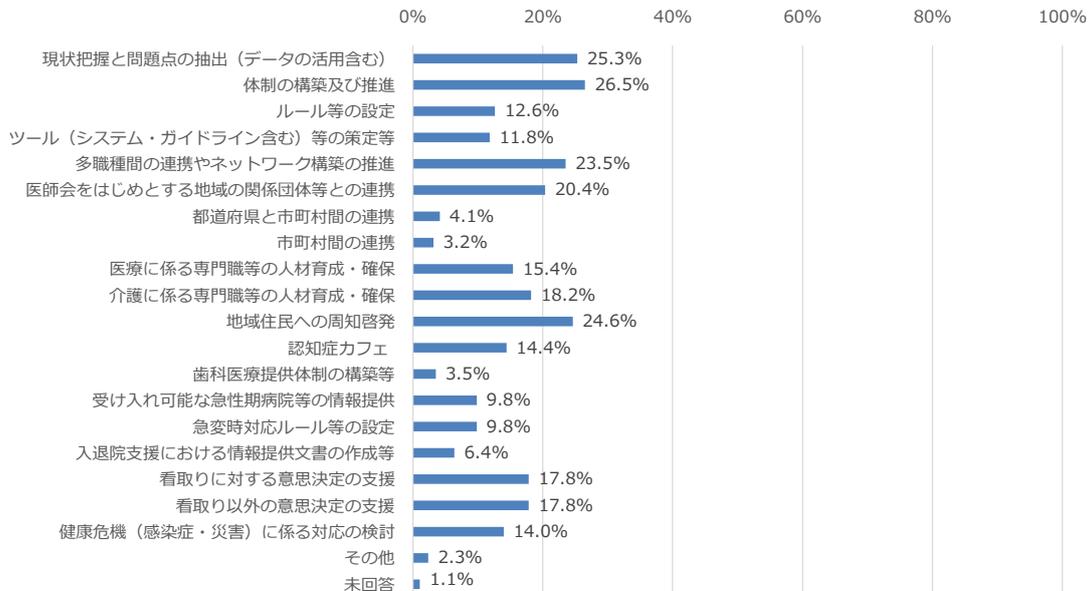


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（認知症に係る対応）

市町村票

○ 認知症に係る対応に「取り組んでいる」うち、取り組みの実施における課題は「体制の構築及び推進」が26.5%で最も多く、次いで「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が25.3%、「地域住民への周知啓発」が24.6%である。

■ 取り組みの実施における課題（複数回答）（n=1,110）

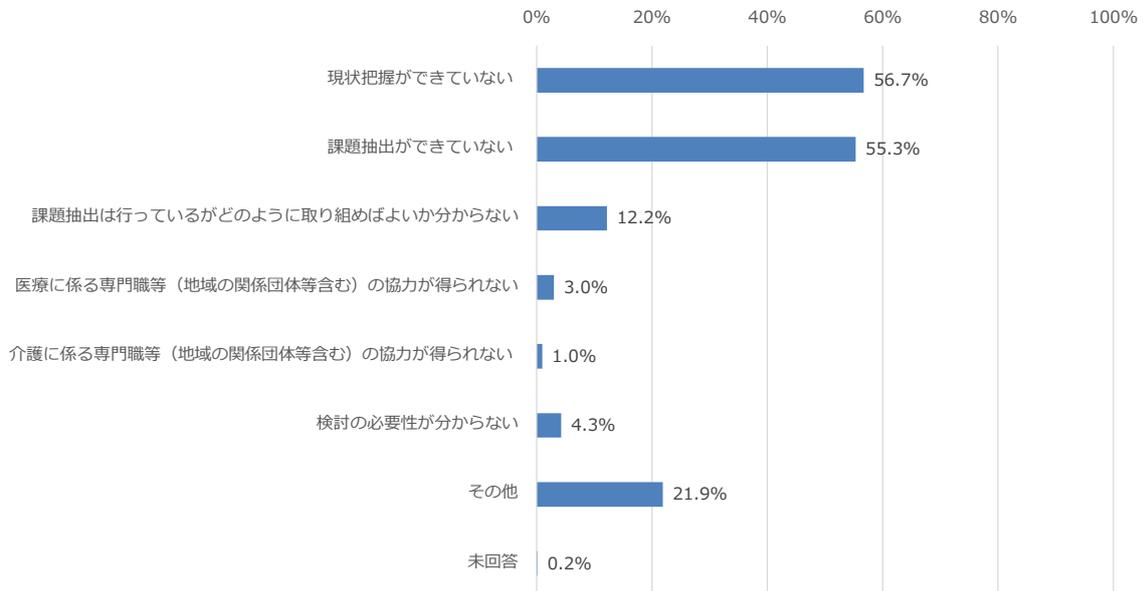


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（認知症に係る対応）

市町村票

○ 認知症に係る対応に現在取り組んでいない理由として「現状把握ができていない」が56.7%で最も多く、次いで「課題抽出ができていない」が55.3%、「その他」が21.9%である。

■ 現在、取り組んでいない理由（複数回答）（n=631）

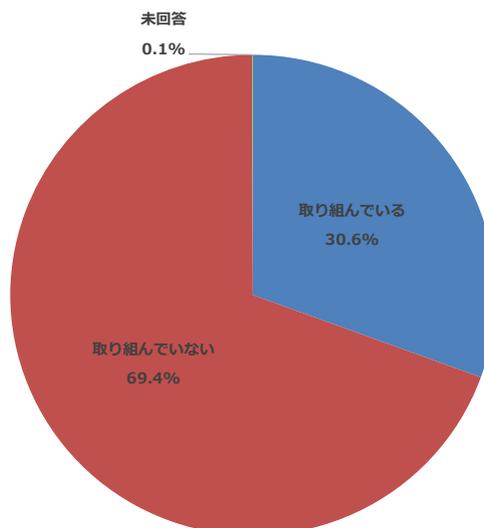


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（感染症に係る対応）

市町村票

○ 市町村における感染症に係る対応への取り組み状況について、「取り組んでいる」は30.6%である。

■ 在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえた感染症に係る対応への取り組み状況（n=1,741）

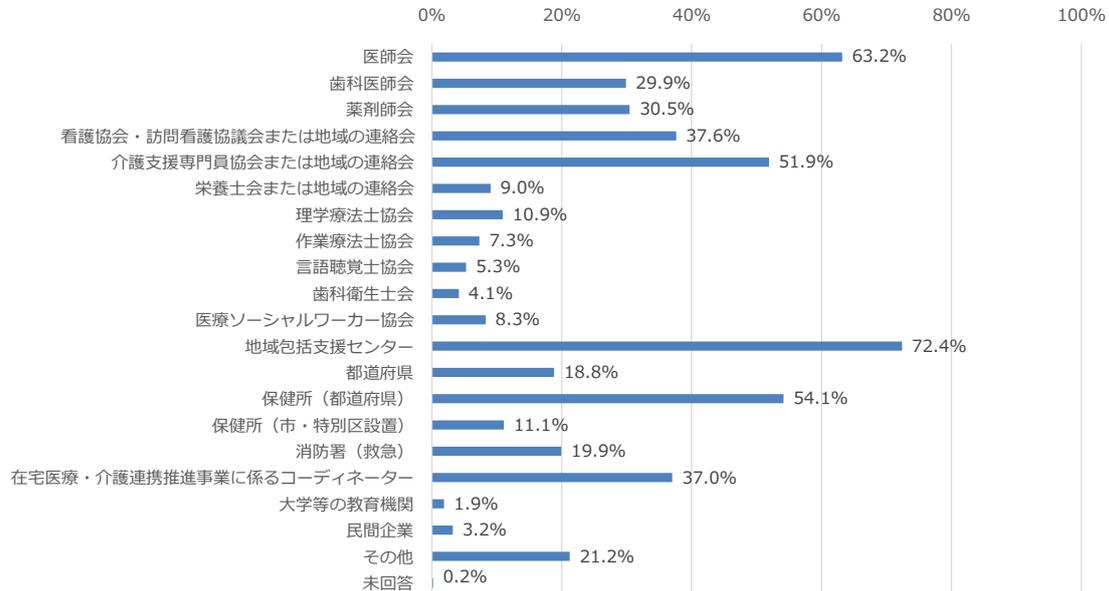


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（感染症に係る対応）

市町村票

○ 感染症に係る対応に連携している団体等は「地域包括支援センター」が72.4%で最も多く、次いで「医師会」が63.2%、「保健所（都道府県）」が54.1%である。

■ 連携している団体等（複数回答）（n=532）

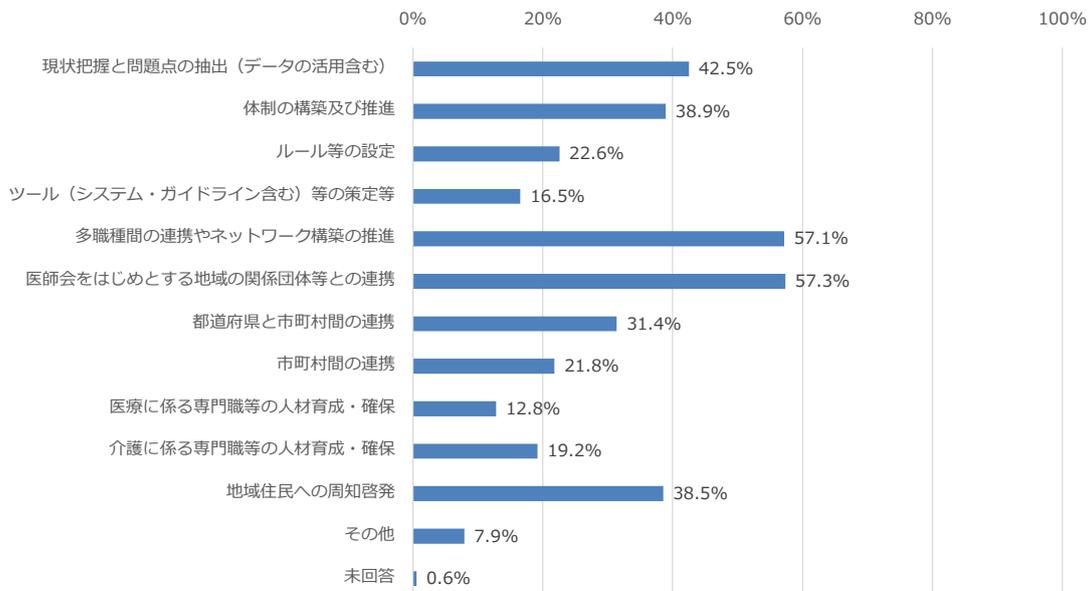


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（感染症に係る対応）

市町村票

○ 感染症に係る対応に取り組んでいるうち、「感染症に係る対応」と関連つけた取り組みは「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が57.3%で最も多く、次いで「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が57.1%、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が42.5%である。

■ 「感染症に係る対応」と関連つけた取り組み状況（複数回答）（n=532）

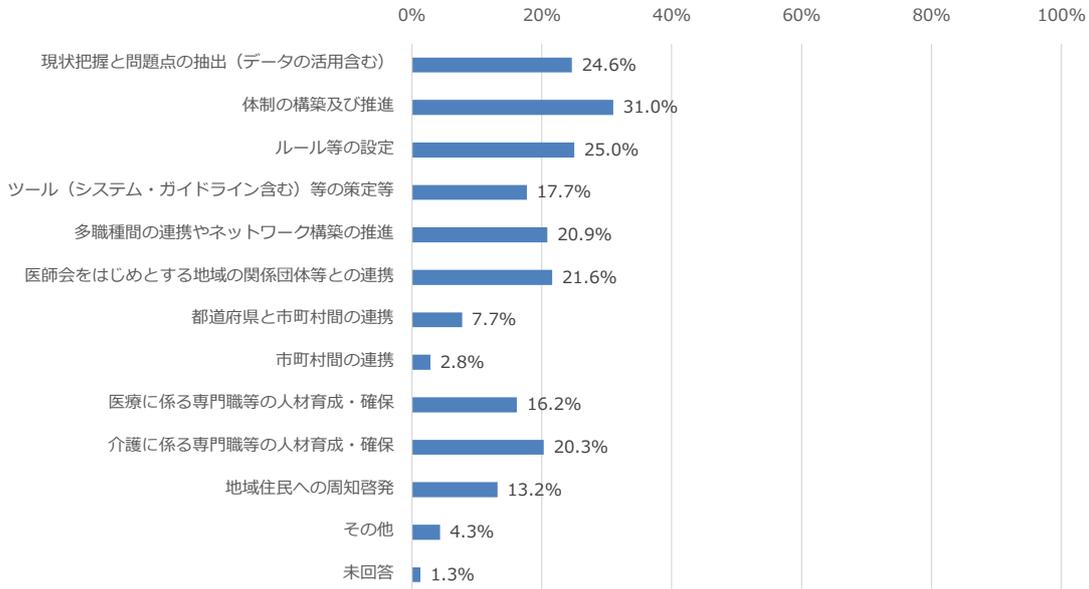


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（感染症に係る対応）

市町村票

○ 感染症に係る対応に取り組んでいるうち、取り組みの実施における課題は「体制の構築及び推進」が31.0%で最も多く、次いで「ルール等の設定」が25.0%、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が24.6%である。

■ 取り組みの実施における課題（複数回答）（n=532）

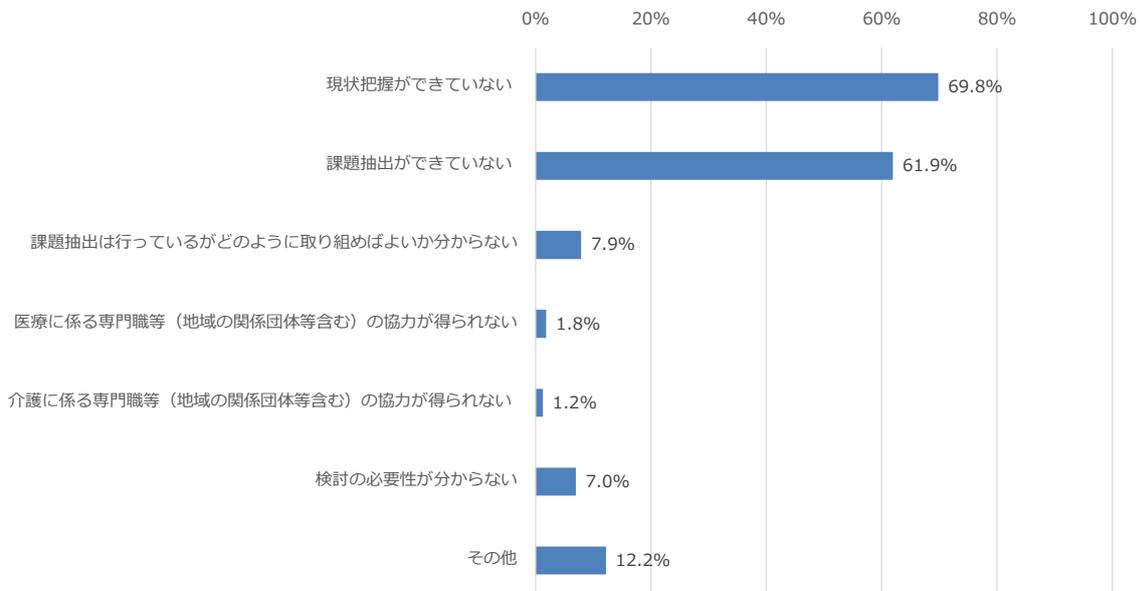


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（感染症に係る対応）

市町村票

○ 感染症に係る対応に現在取り組んでいない理由として「現状把握ができていない」が69.8%で最も多く、次いで「課題抽出ができていない」が61.9%、「その他」が12.2%である。

■ 現在、取り組んでいない理由（複数回答）（n=1,208）

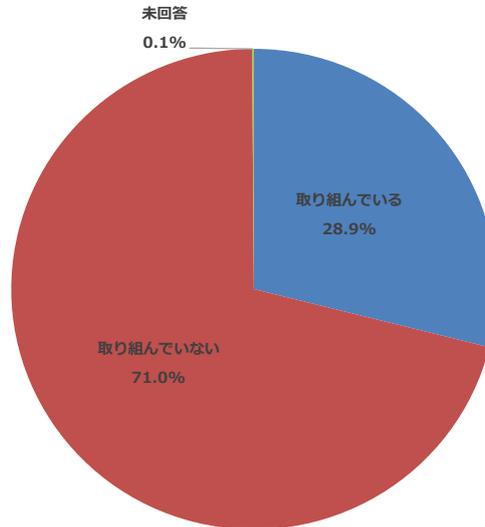


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（災害に係る対応）

市町村票

○ 市町村における災害に係る対応への取り組み状況について、「取り組んでいる」は28.9%である。

■ 在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえた災害に係る対応への取り組み状況（n=1,741）

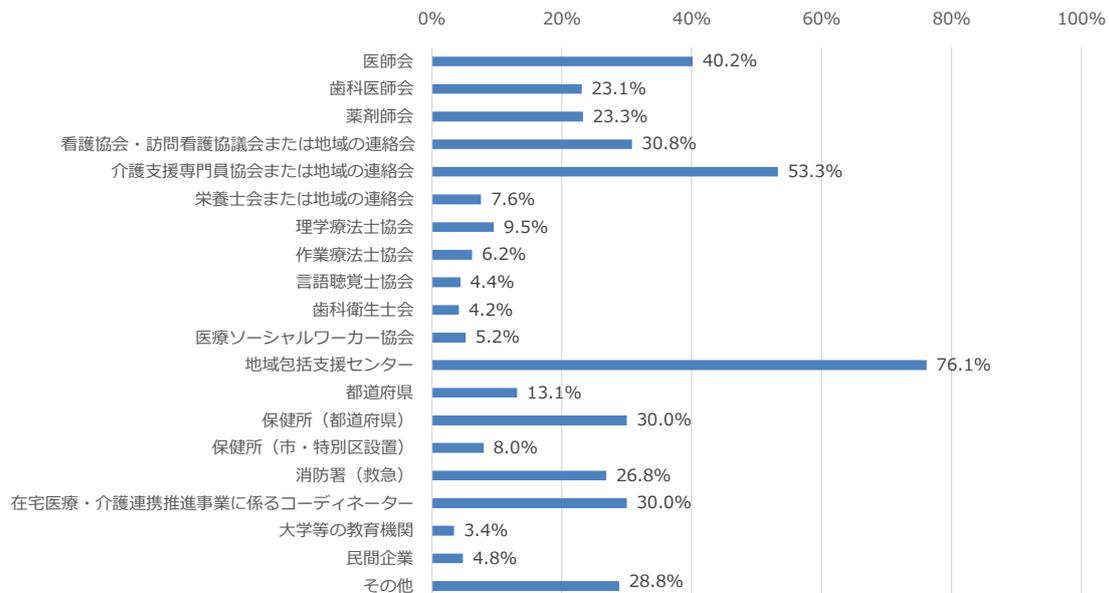


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（災害に係る対応）

市町村票

○ 災害に係る対応に連携している団体等は「地域包括支援センター」が76.1%で最も多く、次いで「介護支援専門員協会または地域の連絡会」が53.3%、「医師会」が40.2%である。

■ 連携している団体等（複数回答）（n=503）

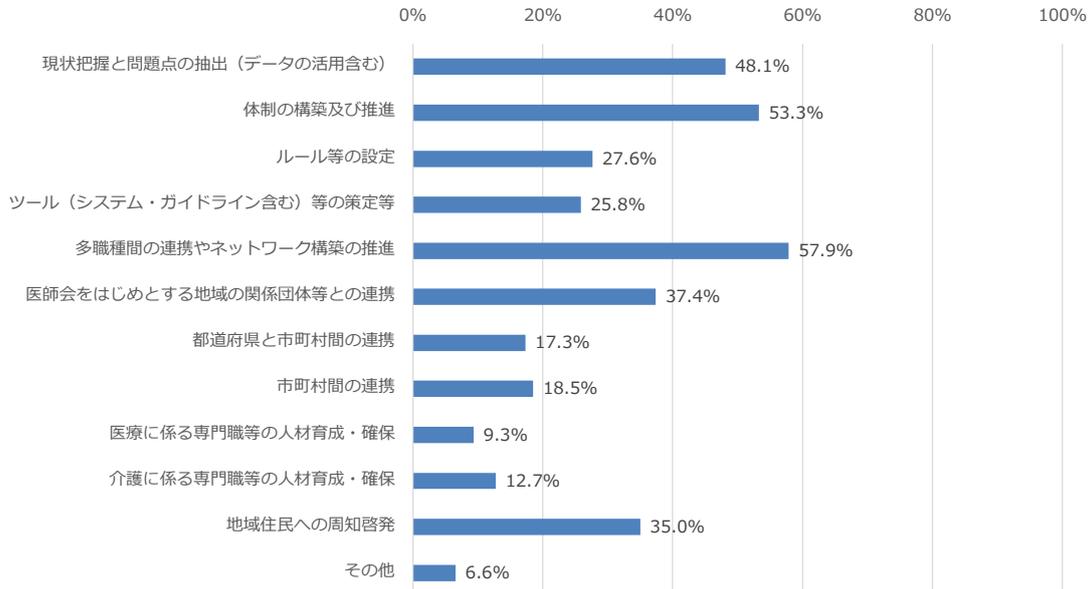


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（災害に係る対応）

市町村票

○ 災害に係る対応に取り組んでいるうち、「災害に係る対応」と関連付けた取り組みは「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が57.9%で最も多く、次いで「体制の構築及び推進」が53.3%、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が48.1%である。

■ 「災害に係る対応」と関連づけた取り組み状況（複数回答）（n=503）

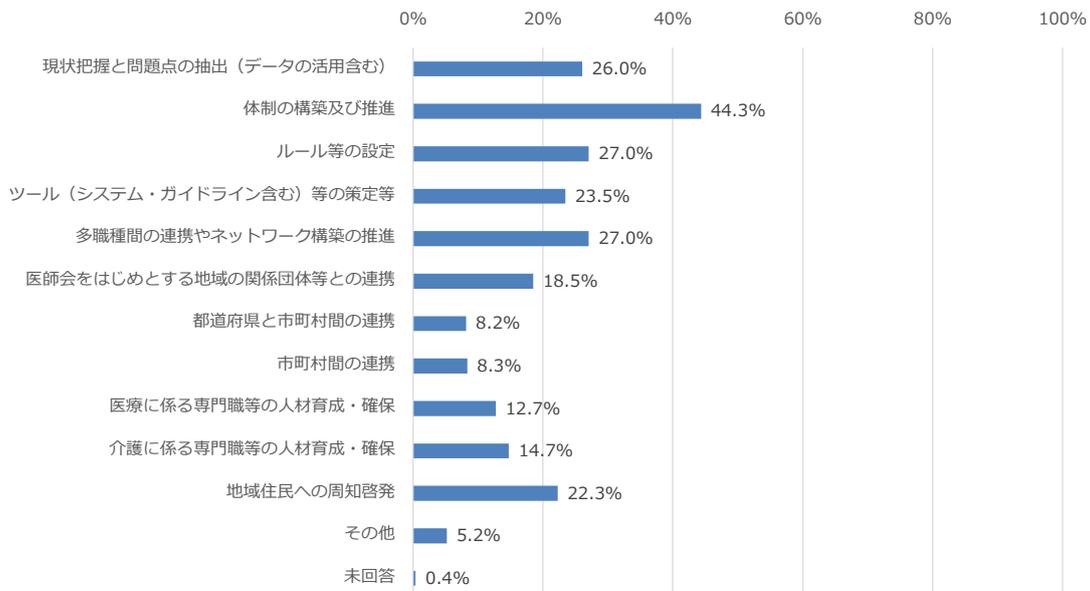


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（災害に係る対応）

市町村票

○ 災害に係る対応に取り組んでいるうち、取り組みの実施における課題は「体制の構築及び推進」が44.3%で最も多く、次いで「ルール等の設定」、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が27.0%である。

■ 取り組みの実施における課題（複数回答）（n=503）

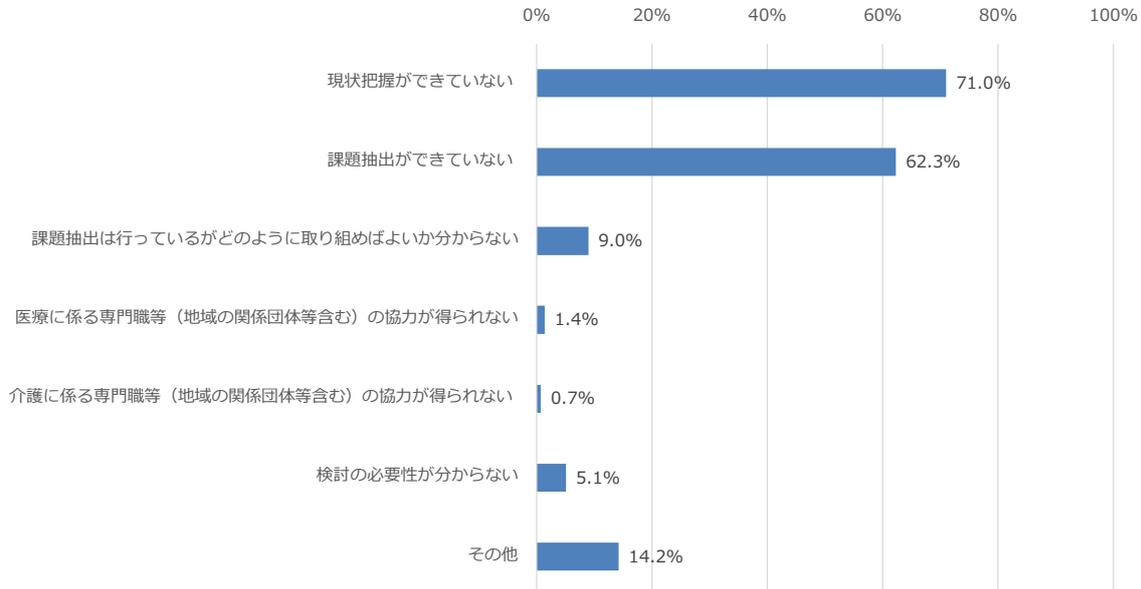


在宅医療・介護連携推進事業の取り組み（災害に係る対応）

市町村票

- 災害に係る対応に現在取り組んでいない理由として「現状把握ができていない」が71.0%で最も多く、次いで「課題抽出ができていない」が62.3%、「その他」が14.2%である。

■ 現在、取り組んでいない理由（複数回答）（n=1,236）

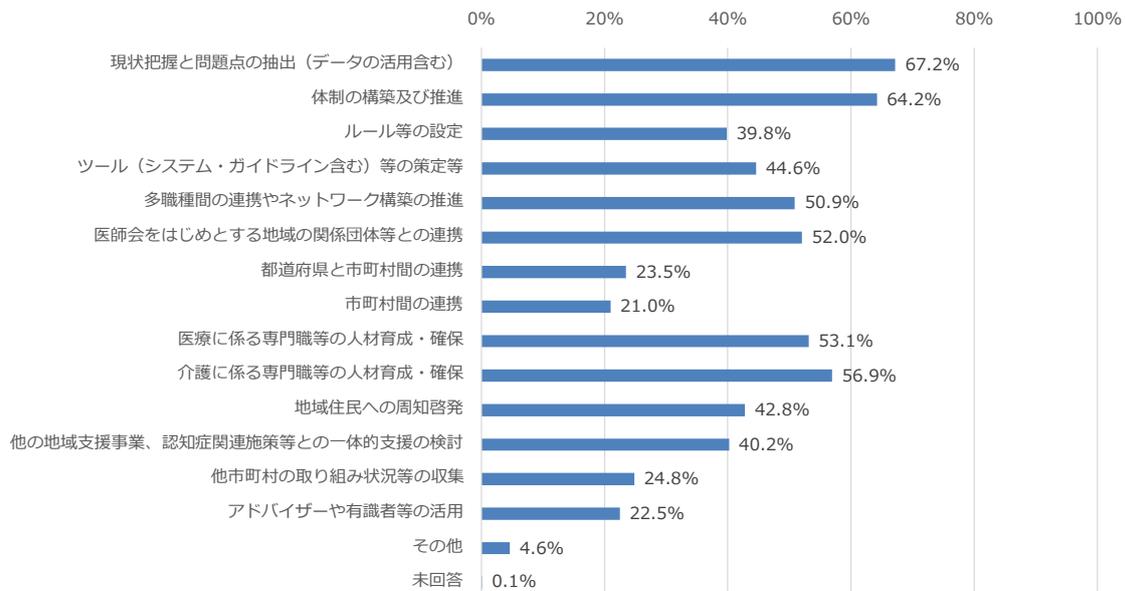


在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題等

市町村票

- 市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題等は「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が67.2%で最も多く、次いで「体制の構築及び推進」が64.2%、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が56.9%である。

■ 市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題等（複数回答）（n=1,741）

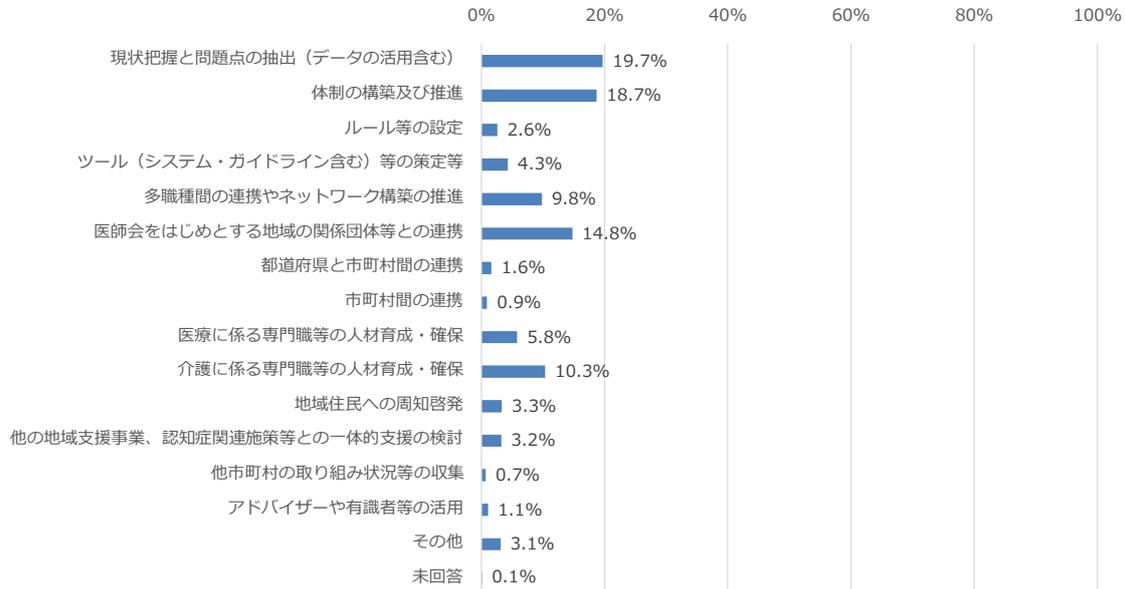


在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題等

市町村票

○ 課題解消に係る優先順位が最も高いと考える事項は「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」19.7%で最も多く、次いで「体制の構築及び推進」が18.7%、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が14.8%である。

■ 課題解消に係る優先順位が最も高いと考える事項（n=1,741）

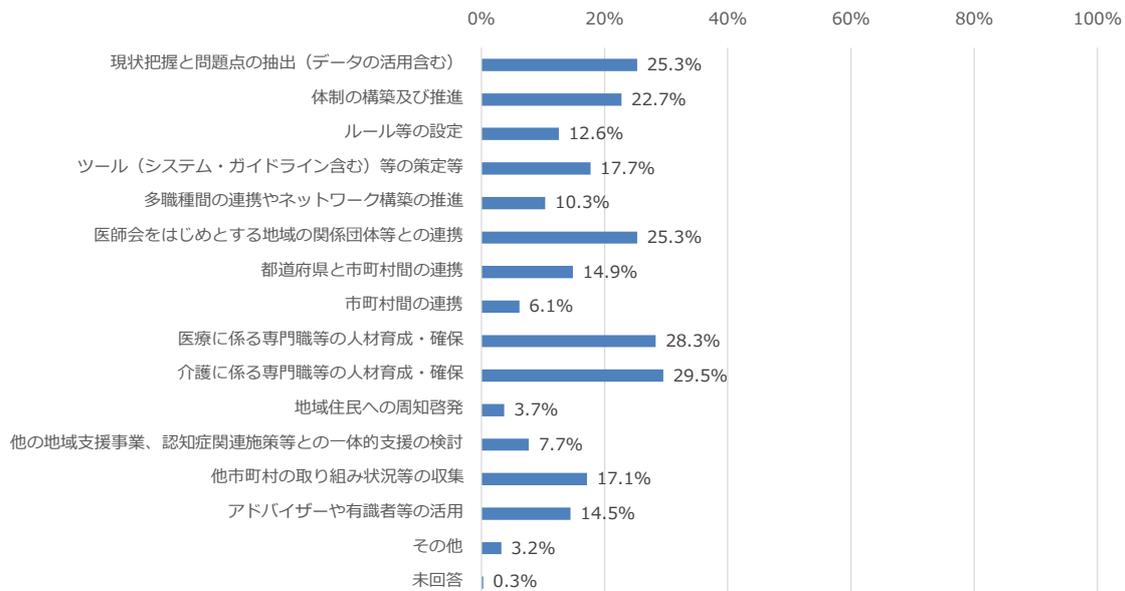


国・都道府県に支援を期待する事項

市町村票

○ 国・都道府県に支援を期待する事項は「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が29.5%で最も多く、次いで「医療に係る専門職等の人材育成・確保」が28.3%、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」及び「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が25.3%である。

■ 国・都道府県に支援を期待する事項（n=1,741）

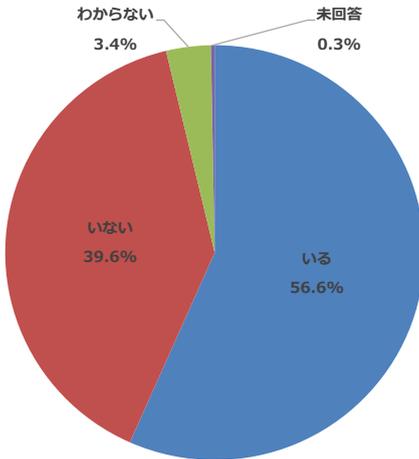


市町村コーディネーターについて

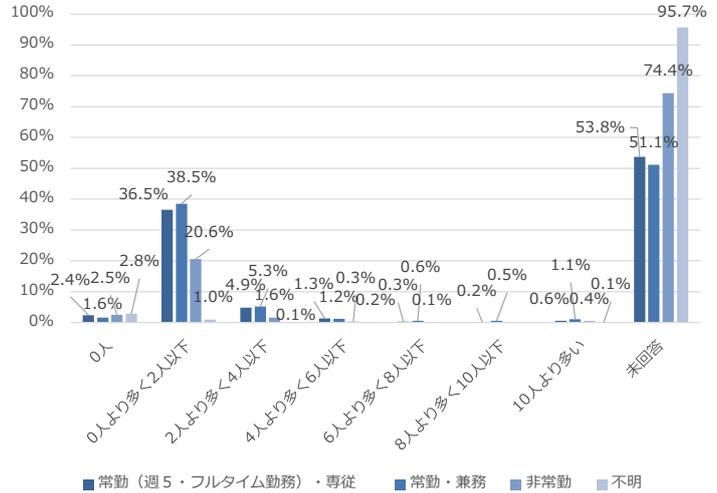
市町村票

- 市町村コーディネーターの配置について「いる」が56.6%、「いない」が39.6%、「わからない」が3.4%である。
- 配置されている市町村コーディネーターの人数については下記のとおり。

■ 市町村コーディネーターの配置 (n=1,741)



■ 市町村コーディネーターの人数 (記述)
(※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載) (n=986)

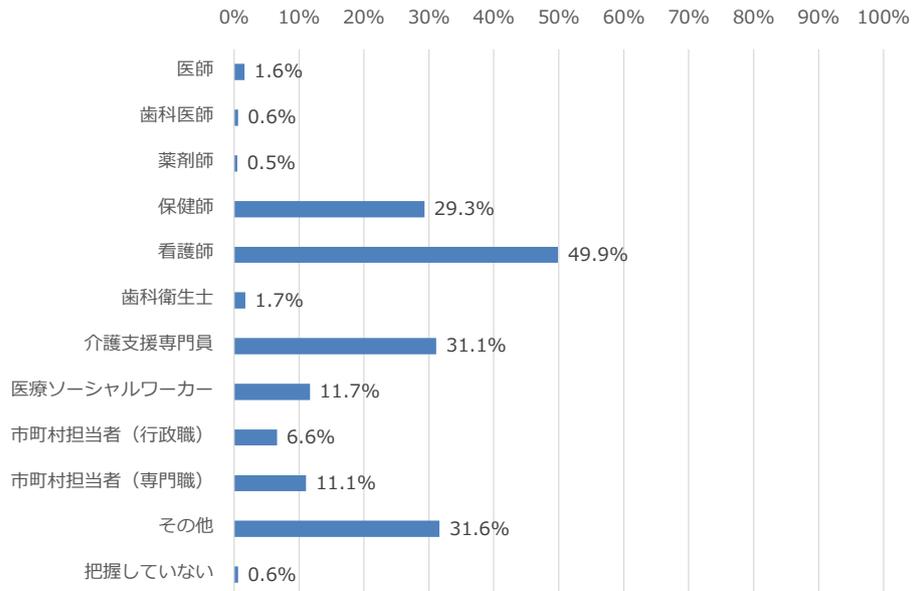


市町村コーディネーターの職種

市町村票

- 市町村コーディネーターの職種は「看護師」が49.9%で最も多く、次いで「その他」が31.6%、「介護支援専門員」が31.1%である。

■ 市町村コーディネーターの職種 (複数回答) (n=986)

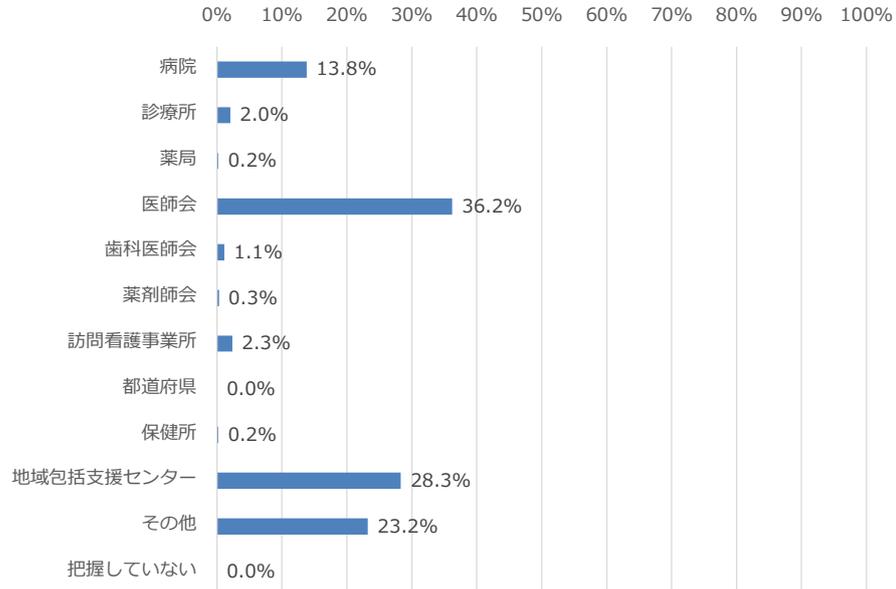


市町村コーディネーターの配置場所

市町村票

○ 市町村コーディネーターの配置場所は「医師会」が36.2%で最も多く、次いで「地域包括支援センター」が28.3%、「その他」が23.2%である。

■ 市町村コーディネーターの配置場所（複数回答）（n=986）

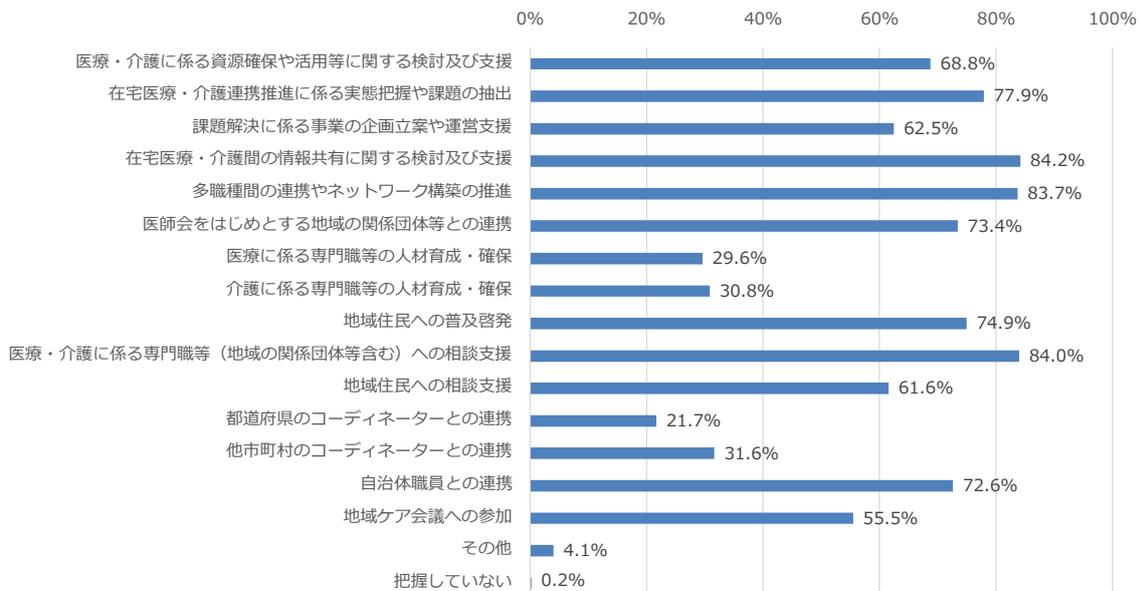


市町村コーディネーターの業務

市町村票

○ 市町村コーディネーターの業務として「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」が84.2%で最も多く、次いで「医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援」が84.0%、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が83.7%である。

■ 市町村コーディネーターの業務（複数回答）（n=986）

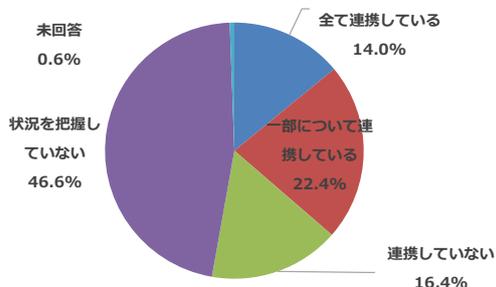


「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携

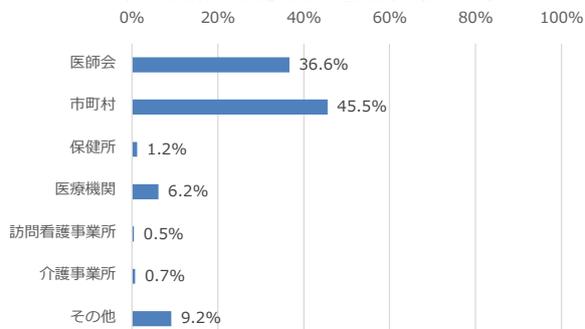
市町村票

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況について「状況を把握していない」が46.6%で最も多く、次いで「一部について連携している」が22.4%、「連携していない」が16.4%である。
- 「全て連携している」、「一部について連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体は「同一の主体である」が63.7%、「同一の主体ではないが連携している」が36.3%である。
- 「同一の主体である」うち、運営主体は「市町村」が45.5%で最も多く、次いで「医師会」が36.6%、「その他」が9.2%である。

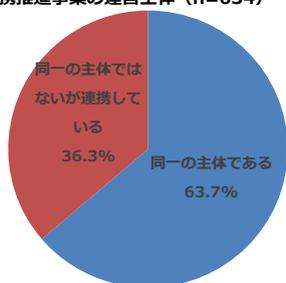
■ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況 (n=1,741)



■ 「同一の主体である」うち、運営主体 (n=404)



■ 「全て連携している」、「一部について連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体 (n=634)

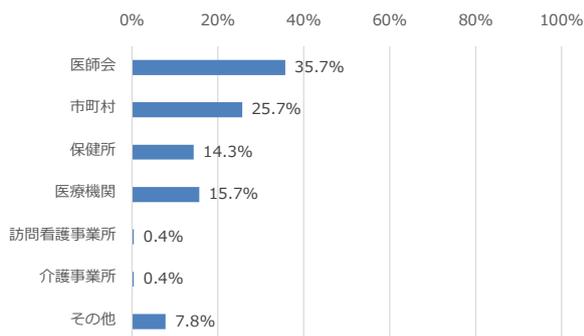


「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携

市町村票

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体が「同一の主体ではないが連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体は「医師会」が35.7%で最も多く、次いで「市町村」が25.7%、「医療機関」が15.7%である。
- 「同一の主体ではないが連携している」うち、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体は「市町村」が48.3%で最も多く、次いで「医師会」が23.9%、「その他」が14.8%である。

■ 「同一の主体ではないが連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体 (n=230)



■ 「同一の主体ではないが連携している」うち、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体 (n=230)

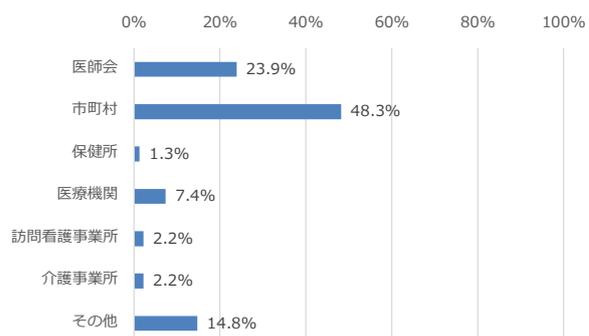


図4-3 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査 コーディネーター結果

都道府県コーディネーターの回答状況 **コーディネーター票**

○ 都道府県に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター（以下「都道府県コーディネーター」という。）における回答状況は下記のとおり。

都道府県名	回答数	都道府県名	回答数
北海道	2	滋賀県	0
青森県	0	京都府	0
岩手県	0	大阪府	0
宮城県	0	兵庫県	0
秋田県	0	奈良県	0
山形県	0	和歌山県	0
福島県	3	鳥取県	0
茨城県	1	島根県	1
栃木県	0	岡山県	0
群馬県	0	広島県	0
埼玉県	0	山口県	0
千葉県	0	徳島県	0
東京都	0	香川県	0
神奈川県	0	愛媛県	0
新潟県	1	高知県	0
富山県	1	福岡県	9
石川県	0	佐賀県	1
福井県	1	長崎県	0
山梨県	0	熊本県	0
長野県	0	大分県	0
岐阜県	0	宮崎県	0
静岡県	1	鹿児島県	0
愛知県	0	沖縄県	0
三重県	0	合計値(n値)	21

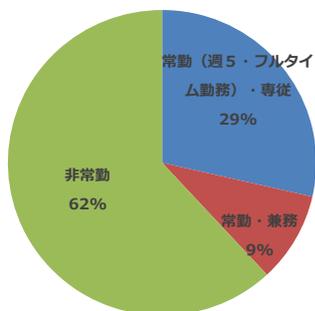
都道府県コーディネーターの勤務状況等 **コーディネーター票**

○ 都道府県コーディネーターの勤務状況は「非常勤」が61.9%で最も多く、次いで「常勤（週5・フルタイム勤務）・専従」が28.6%、「常勤・兼務」が9.5%である。

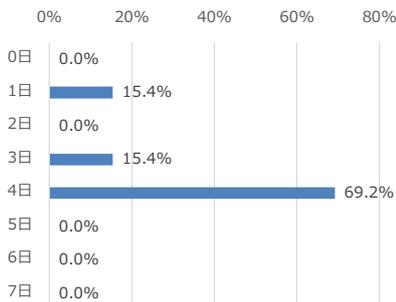
○ 都道府県コーディネーター（非常勤）の勤務時間（週あたり）は「4日」が69.2%で最も多く、次いで「1日」、「3日」が15.4%である。

○ 都道府県コーディネーター（非常勤）の勤務時間（1日あたり）は「6時間より長く8時間以下」が76.9%で最も多く、次いで「2時間より長く4時間以下」が15.4%、「4時間より長く6時間以下」が7.7%である。

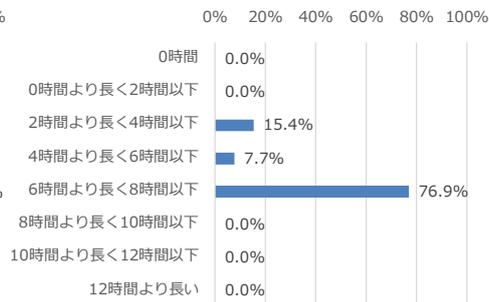
■ 都道府県コーディネーターの勤務状況 (n=21)



■ 都道府県コーディネーター（非常勤）の勤務時間（週あたり） (n=13)



■ 都道府県コーディネーター（非常勤）の勤務時間（1日あたり） (n=13)

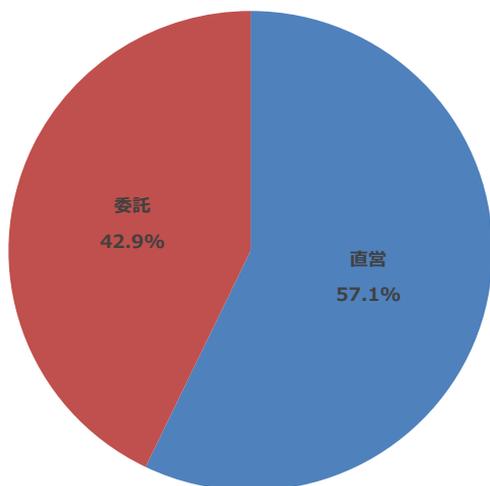


都道府県コーディネーターの勤務状況等

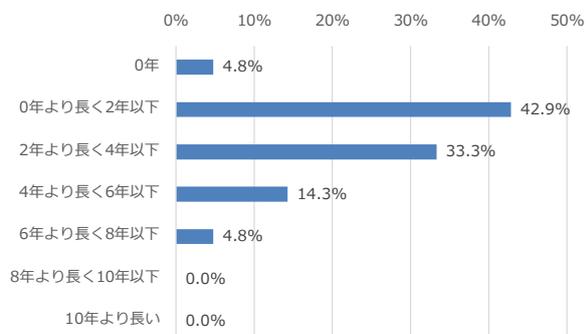
コーディネーター票

- 都道府県コーディネーターの業務の実施形態は「直営」が57.1%、「委託」が42.9%である。
- 都道府県コーディネーターとしての経験年数は「0年より長く2年以下」が42.9%で最も多く、次いで「2年より長く4年以下」が33.3%、「4年より長く6年以下」が14.3%である。

■ 業務の実施形態 (n=21)



■ 都道府県コーディネーターとしての経験年数 (※前職でも実施の場合は通算年数) (n=21)

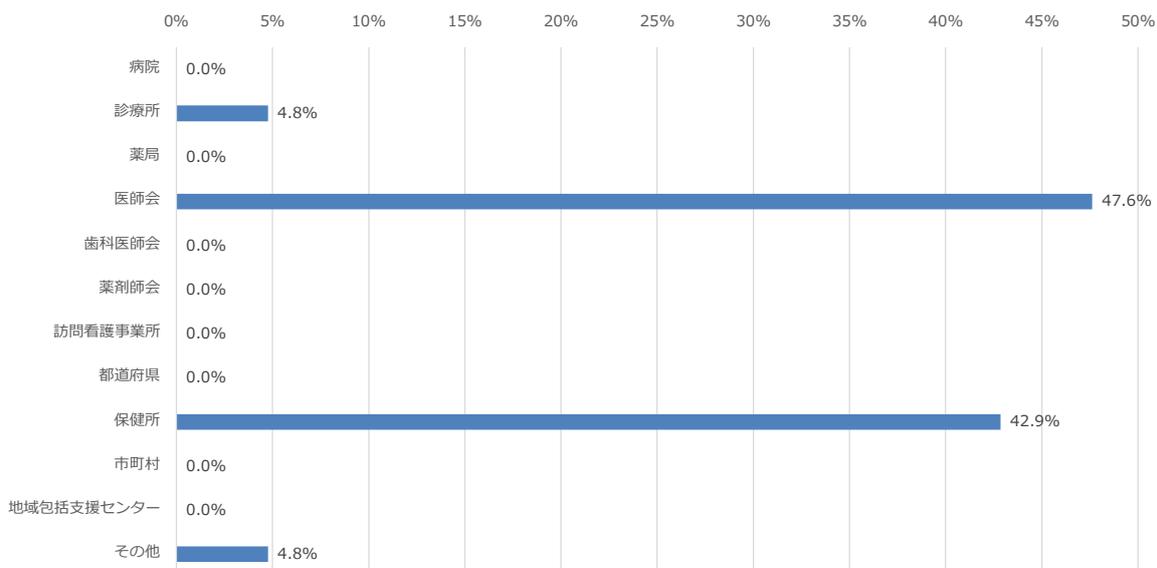


都道府県コーディネーターの所属先等

コーディネーター票

- 都道府県コーディネーターの所属先は「医師会」が47.6%で最も多く、次いで「保健所」が42.9%、「診療所」及び「その他」が4.8%である。

■ 都道府県コーディネーターの所属先 (n=21)

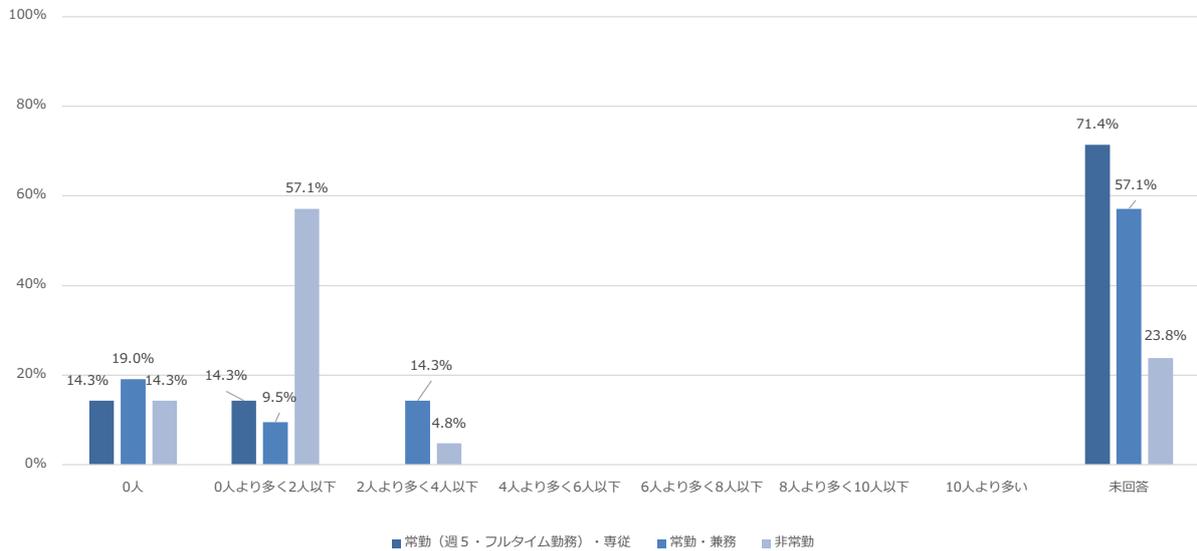


都道府県コーディネーターの所属先等

コーディネーター票

- 所属先の都道府県コーディネーターの人数は「未回答」を除くと、常勤（週5・フルタイム勤務）・専従は「0人」、「0人より多く2人以下」が14.3%で最も多い。
- 常勤・兼務は「0人」が19.0%で最も多く、次いで「2人より多く4人以下」が14.3%、「0人より多く2人以下」が9.5%である。
- 非常勤は「0人より多く2人以下」が57.1%で最も多く、次いで「0人」が14.3%、「2人より多く4人以下」が4.8%である。

■ 所属先の都道府県コーディネーターの人数 (n=21)

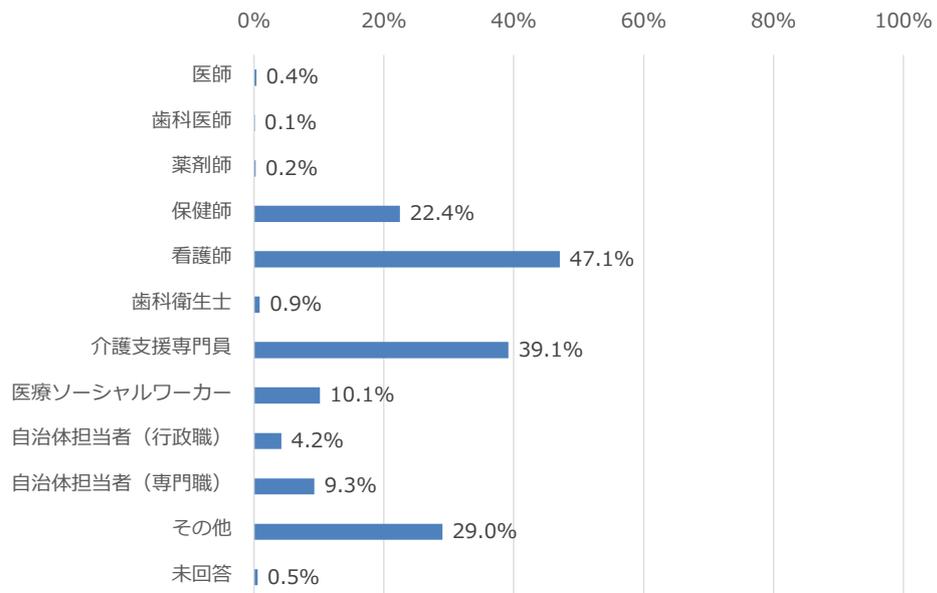


市町村コーディネーターの有している資格等

コーディネーター票

- 市町村コーディネーターの有している資格等は「看護師」が47.1%で最も多く、次いで「介護支援専門員」が39.1%、「その他」が29.0%である。

■ 有している資格等（複数回答） (n=1,676)

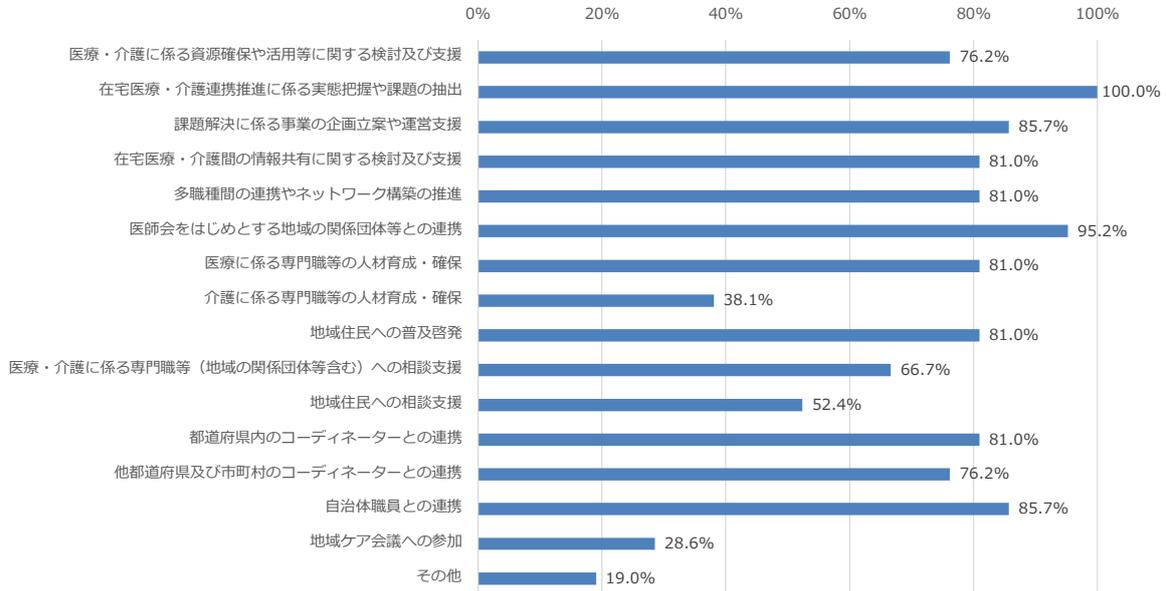


都道府県コーディネーターの主な業務

コーディネーター票

○ 都道府県コーディネーターの主な業務は「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が100.0%で最も多く、次いで「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が95.2%、「課題解決に係る事業の企画立案や運営支援」が85.7%である。

■ 都道府県コーディネーターの主な業務（複数回答）（n=21）

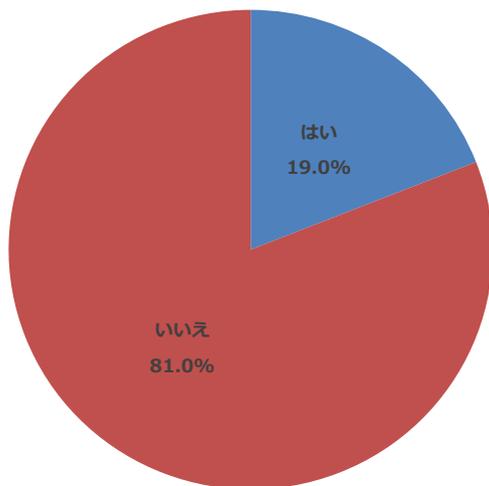


都道府県における基幹的コーディネーター

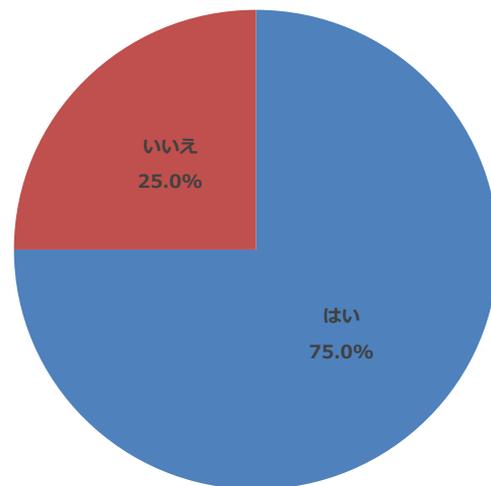
コーディネーター票

○ 都道府県における基幹的コーディネーターの配置の有無は「はい」が19.0%、「いいえ」が81.0%である。
○ 配置されているうち、回答者が基幹的コーディネーターである者について「はい」が75.0%、「いいえ」が25.0%である。

■ 都道府県における基幹的コーディネーターの配置有無
（※基幹的コーディネーター：コーディネーターの教育や統括等を実施する者を想定）（n=21）



■ 「配置されている」うち、回答者が基幹的コーディネーターである者
（n=4）



市町村コーディネーターの回答状況

コーディネーター票

- 市町村に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター（以下「市町村コーディネーター」という。）における回答状況は下記のとおり。

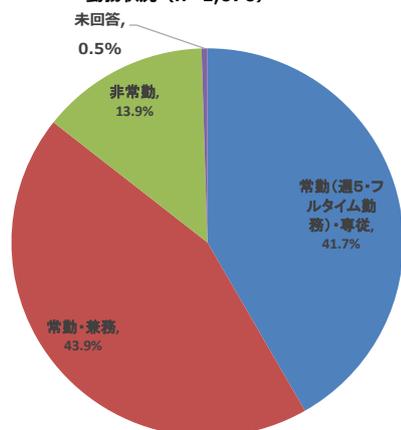
都道府県名	回答数	都道府県名	回答数
北海道	124	滋賀県	25
青森県	17	京都府	49
岩手県	24	大阪府	83
宮城県	47	兵庫県	67
秋田県	13	奈良県	19
山形県	49	和歌山県	26
福島県	25	鳥取県	6
茨城県	29	島根県	9
栃木県	17	岡山県	19
群馬県	24	広島県	36
埼玉県	68	山口県	23
千葉県	37	徳島県	15
東京都	96	香川県	18
神奈川県	80	愛媛県	15
新潟県	75	高知県	21
富山県	5	福岡県	54
石川県	26	佐賀県	11
福井県	9	長崎県	21
山梨県	14	熊本県	32
長野県	32	大分県	34
岐阜県	43	宮崎県	10
静岡県	53	鹿児島県	24
愛知県	61	沖縄県	64
三重県	27	合計値(n値)	1,676

市町村コーディネーターの勤務状況等

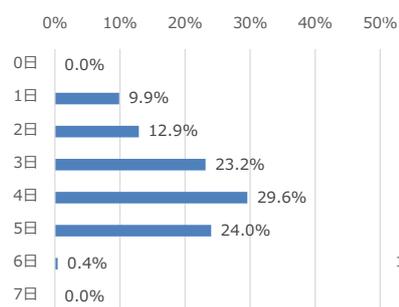
コーディネーター票

- 市町村コーディネーターの勤務状況は「常勤・兼務」が43.9%で最も多く、次いで「常勤（週5・フルタイム勤務）・専従」が41.7%、「非常勤」が13.9%である。
- 市町村コーディネーター（非常勤）の勤務時間（週あたり）は「4日」が29.6%で最も多く、次いで「5日」が24.0%、「3日」が23.2%である。
- 市町村コーディネーター（非常勤）の勤務時間（1日あたり）は「6時間より長く8時間以下」が54.5%で最も多く、次いで「4時間より長く6時間以下」が23.6%、「2時間より長く4時間以下」が17.6%である。

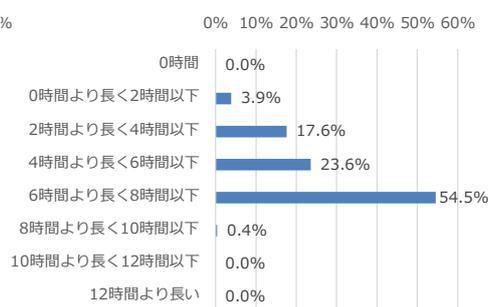
■ 市町村コーディネーターの勤務状況 (n=1,676)



■ 市町村コーディネーター（非常勤）の勤務時間（週あたり） (n=233)



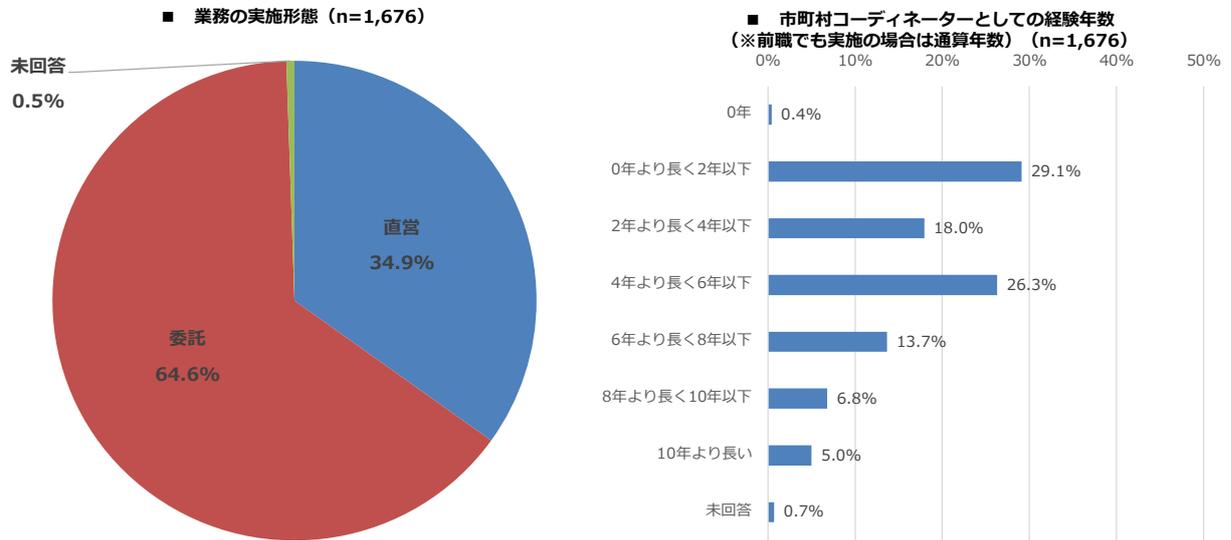
■ 市町村コーディネーター（非常勤）の勤務時間（1日あたり） (n=233)



市町村コーディネーターの勤務状況等

コーディネーター票

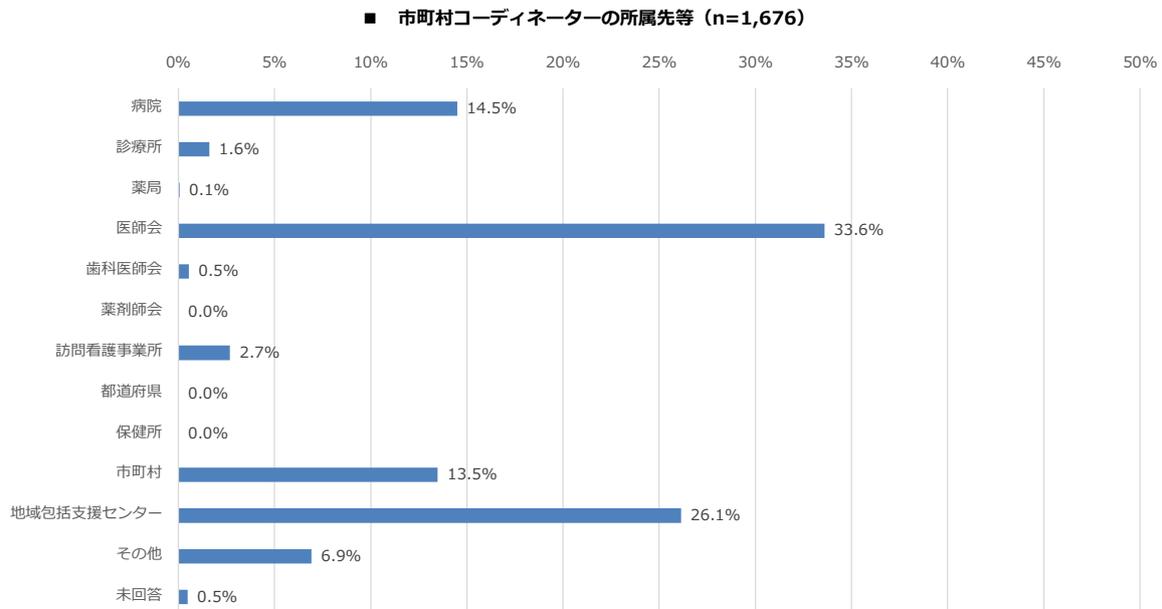
- 市町村コーディネーターの業務の実施形態は「直営」が34.9%、「委託」が64.6%である。
- 市町村コーディネーターとしての経験年数は「0年より長く2年以下」が29.1%で最も多く、次いで「4年より長く6年以下」が26.3%、「2年より長く4年以下」が18.0%である。



市町村コーディネーターの所属先等

コーディネーター票

- 市町村コーディネーターの所属先等は「医師会」が33.6%で最も多く、次いで「地域包括支援センター」が26.1%、「病院」が14.5%である。

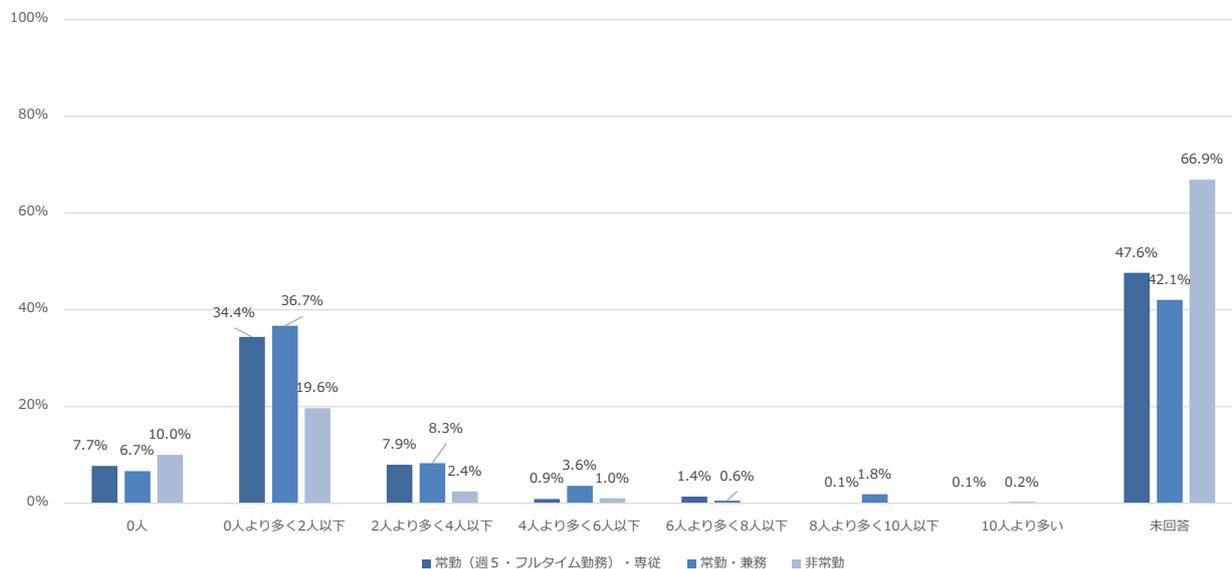


市町村コーディネーターの所属先等

コーディネーター票

- 所属先の市町村コーディネーターの人数は「未回答」を除くと、常勤（週5・フルタイム勤務）・専従は「0人より多く2人以下」が34.4%で最も多く、次いで「2人より多く4人以下」が7.9%、「0人」が7.7%である。
- 常勤・兼務は「0人より多く2人以下」が36.7%で最も多く、次いで「2人より多く4人以下」が8.3%、「0人」が6.7%である。
- 非常勤は「0人より多く2人以下」が19.6%で最も多く、次いで「0人」が10.0%、「2人より多く4人以下」が2.4%である。

■ 所属先の市町村コーディネーターの人数 (n=1,676)

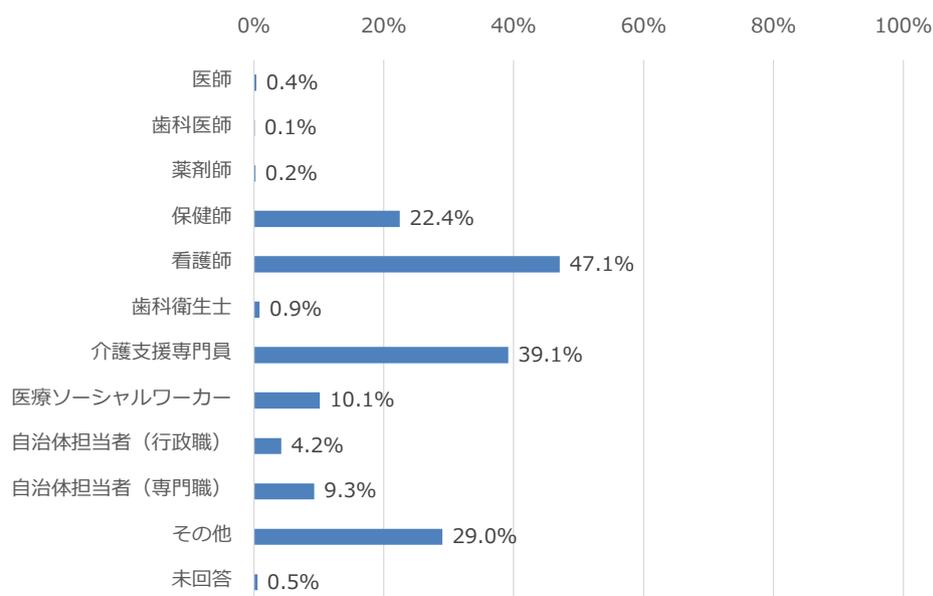


市町村コーディネーターの有している資格等

コーディネーター票

- 市町村コーディネーターの有している資格等は「看護師」が47.1%で最も多く、次いで「介護支援専門員」が39.1%、「その他」が29.0%である。

■ 有している資格等（複数回答） (n=1,676)

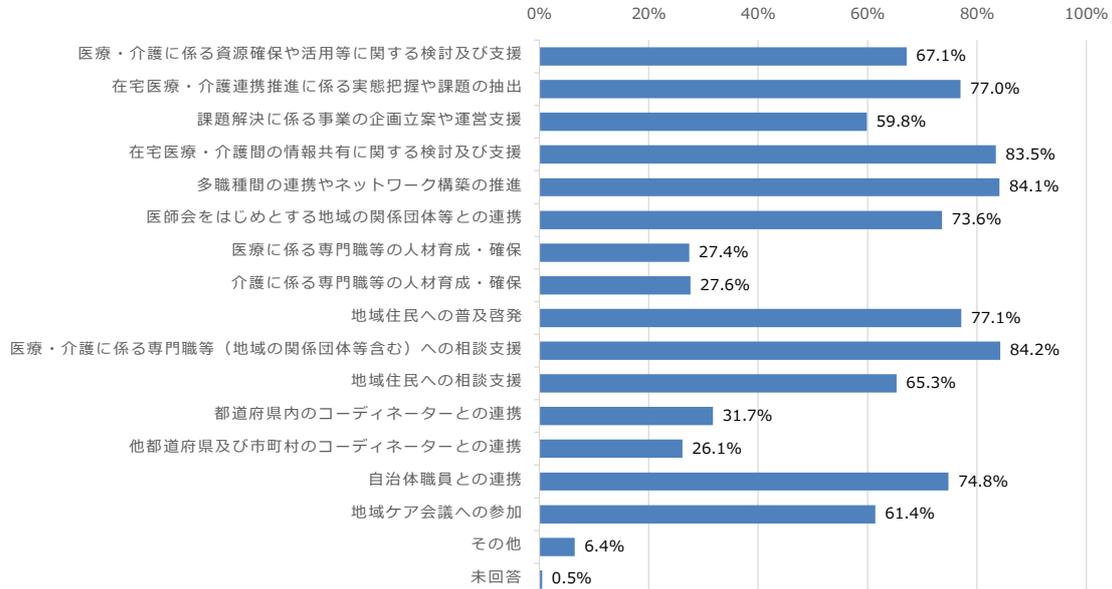


市町村コーディネーターの主な業務

コーディネーター票

- 市町村コーディネーターの主な業務は「医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援」が84.2%で最も多く、次いで「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が84.1%、「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」が83.5%である。

■ 市町村コーディネーターの主な業務（複数回答）（n=1,676）

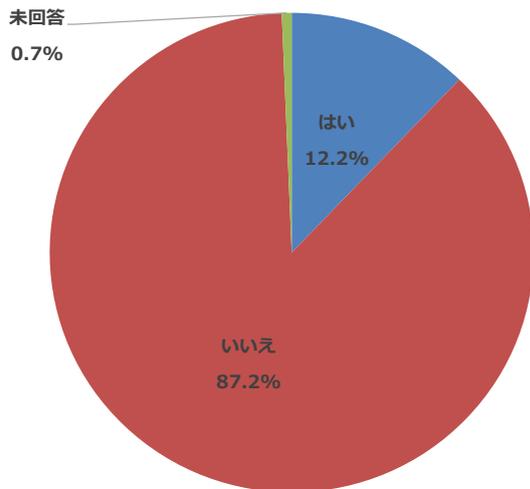


市町村における基幹的コーディネーター

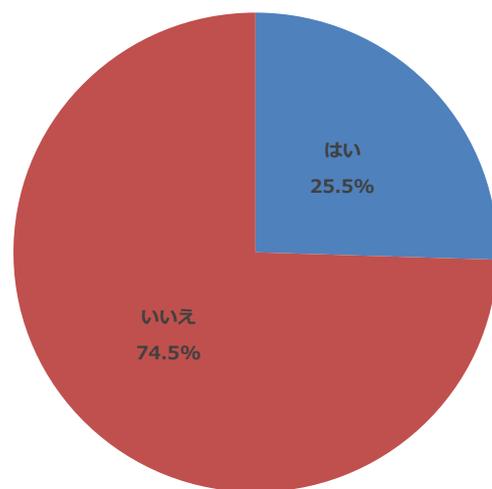
コーディネーター票

- 市町村における基幹的コーディネーター配置の有無は「はい」が12.2%、「いいえ」が87.2%である。
- 配置されているうち、回答者が基幹的コーディネーターである者について「はい」が25.5%、「いいえ」が74.5%である。

■ 市町村における基幹的コーディネーター配置の有無
（※基幹的コーディネーター：コーディネーターの教育や統括等を実施する者を想定）（n=1,676）



■ 「配置されている」うち、回答者が基幹的コーディネーターである者
（n=204）



Ⅲ. 都道府県・市町村担当者等研修会議

1. 拡充の視点

国においては、在宅医療・介護連携推進事業の開始以降、自治体に対する研修等を実施してきた。テーマや内容等は年度により様々であるが、いずれの年度においても自治体の在宅医療・介護連携推進事業の担当者が、国の動向や在宅医療・介護の連携推進に必要な知識・技術等を習得し、在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上に資すること、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資するための研修会議を実施してきた。

一方、一貫した研修内容ではないことから、国の事業としての蓄積や継続性が不十分であることや、特にこの数年間においてはコロナ禍等の影響にて規模や対象が制限され、全市町村への介入がなされていないことから、効果的な研修となっていない可能性があった。

そのため、本年度は研修会議を通じて各自治体における取組推進が可能となるよう、より効果的・効率的な研修会議の在り方について検討し、下記の事項等にて内容の見直し及び拡充を図った。

- ・ 各々実施していた都道府県等担当者研修会議及び市町村担当者研修会議について、双方の理解促進や、更なる連携を図る観点から「都道府県・市町村担当者等研修会議」として一元化
- ・ 多職種連携の観点から、厚生局担当者や地域の関係団体等も参画できる仕組みに見直し
- ・ 座学的事項を中心とする研修会議Ⅰと、実践的事項（グループワーク等）を中心とする研修会議Ⅱに分類する形に見直し
- ・ 多職種連携の観点から、研修会議Ⅰ・Ⅱともに厚生局担当者や地域の関係団体等も参画できる仕組みに見直し

さらに、研修会議Ⅰはオンライン化にて参加者の拡大を図るとともに、アーカイブ化し長期閲覧可能とすることで、都道府県・市町村における新規担当者研修等にも活用できる仕組みに見直し

研修会議Ⅱは事前に参加自治体に対して事前課題及びテーマを募集し、テーマを元に検討・討論することにより、PDCA サイクルを回す手法を身につける手法へ見直し

- ・ 行政職員及び関係団体への窓口等の周知に係るパンフレットを作成

2. 実施事項

(1) 開催概要

(目的)

都道府県・市町村担当者等研修会議は、都道府県及び市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者が、国の動向や在宅医療・介護の連携推進に必要な知識・技術等を習得し、在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上に資すること、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資することを目的とする。

(主催)

厚生労働省老健局老人保健課

(日時)

研修会議Ⅰ：令和5年10月19日(木) 10:00～16:00

研修会議Ⅱ：令和5年10月20日(金) 10:30～16:30 (東京会場)

令和5年10月27日(金) 10:30～16:30 (大阪会場)

(開催方法)

研修会議Ⅰ：オンライン開催(ウェビナー参加・YouTubeライブ配信)

研修会議Ⅱ：集合開催

東京会場：TKP新橋カンファレンスセンター ホール14D

大阪会場：AP大阪茶屋町D+Eルーム

※ウェビナー参加は都道府県(及び保健所)担当者、市町村担当者のみ

※研修会議Ⅱは東京会場及び大阪会場と同内容。アーカイブ等配信なし。

(対象)

在宅医療・介護連携推進事業に係る下記担当者等

都道府県(及び保健所)担当者、市町村担当者、地方厚生(支)局担当者、地域の関係団体の担当者、医療及び介護の専門職、コーディネーター、委託業者等

(申込方法)

令和5年度都道府県・市町村担当者等研修会議に係る特設サイト(以下「特設サイト」という。)にて、参加方法等を選択の上、令和5年9月4日より申込みとした。特設サイトの周知にあたっては、厚生労働省老健局老人保健課より都道府県に事務連絡を通知し、都道府県より管内市町村(特別区を含む。)へ展開した。

なお、研修会議Ⅰ及び研修会議Ⅱに係る資料についても特設サイトに掲載した。

また、パンフレットを作成し、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本栄養士会、全国訪問看護事業協会、日本介護支援専門員協会等の団体や、日本在宅医療連合学会等の学会、その他の関係機関等に周知した。

1) 研修会議Ⅰ

①ウェビナー参加

- ・ 定員450名(※都道府県(及び保健所)担当者、市町村担当者のみ。)
- ・ 一部のプログラムにおいて質疑を可能とした。
- ・ 個別での申込み、また1自治体内における申込上限は設けないこととした。
- ・ 申込者多数となった場合は、YouTubeライブ配信による参加での案内とした。
- ・ 申込締切：令和5年10月6日(金) 17:00

②YouTube ライブ配信による参加

- ・ 定員上限なし。
- ・ 傍聴のみ。
- ・ 個別での申込み。
- ・ 申込締切：令和5年10月17日（火）17：00

2) 研修会議 II

- ・ 東京会場、大阪会場共に50名程度。
- ・ 東京会場又は大阪会場を選択の上、市町村担当者が参加者を取りまとめの上、申込みとした。
- ・ より効果的・効率的な事業実施につなげることを目的に、申込みいただいた「市町村単位」でのグループワークを実施。そのため、「5. 対象」を参照いただき、市町村担当者のみならず都道府県担当者や地域の関係者等を含めた複数人での参加（1自治体上限6名）とした。
- ・ 申込者多数となった場合、事務局による選定及び人数調整等を実施することとした。
- ・ 申込締切：令和5年10月6日（金）17：00

3) 特設サイト URL

<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2023homecareseminar1a.html>

図5 特設サイト

富士通ホームへ お問い合わせ 検索

FUJITSU 富士通総研

コンサルティング 公共政策研究センター ナレッジ イベント・セミナー 企業情報 プレスリリース

ホーム > 都道府県・市町村担当者等研修会議の実施について

主催 厚生労働省 老健局老人保健課 令和5年度 在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県・市町村担当者等研修会議 ～在宅医療・介護連携推進の更なる可能性を目指して～

都道府県・市町村担当者等研修会議は、都道府県及び市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者が、国の動向や在宅医療・介護の連携推進に必要な知識・技術等を習得し、在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上に資すること、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資することを目的としています。

今年度におきましては、都道府県・市町村をはじめとして、在宅医療・介護に係る関係者の方々を対象に開催することといたしました。是非、多くの皆様の御参加をお待ちしております。

- ・ [パンフレットはこちら](#) (0.8MB)
- ・ [当日のプログラムはこちら](#) (0.4MB)

(2) 実施内容

(プログラム)

全体テーマを「在宅医療・介護連携推進の更なる可能性を目指して」と設定した。具体的なプログラム構成は図6-1及び図6-2のとおりである。

パンフレットについては図7のとおりである。

また、研修会議Ⅱにおいては図8-1～図8-5のとおり、事前周知及び事前課題を設けた。

各プログラム資料は図9-1～図9-8及び図10-1～図10-3を参照されたい。

図6-1 令和5年度都道府県・市町村担当者会議プログラム（研修会議Ⅰ）

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県・市町村担当者等研修会議 プログラム 研修会議Ⅰ		
日時：令和5年10月19日（木）		
会場：オンライン開催		
テーマ：在宅医療・介護連携推進の更なる可能性を目指して		
時間	プログラム	説明者
9：45～	受付（Web入室受付）	
10：00～10：05	開会挨拶	厚生労働省老健局老人保健課 課長 古元 重和
10：05～10：30	【行政説明】 地域における在宅医療・介護連携推進事業の更なる 推進に向けて	厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐 増田 絵美奈
10：30～10：55	【行政説明】 在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて	厚生労働省医政局地域医療計画課 外来・在宅医療対策室 室長 谷口 倫子
10：55～11：00	休憩	
11：00～12：00	【基調講演】 PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事 業の具体的方策について	公立大学法人埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授 川越 雅弘 氏
12：00～13：00	休憩	
13：00～13：30	【基調講演】 在宅医療・介護連携を通じた行政と医師会の連携推 進への期待	公益社団法人日本医師会 常任理事 今村 英仁 氏
13：30～13：35	休憩	
13：35～16：00	【シンポジウム】 テーマ： 「多職種による在宅医療・介護連携の更なる推進」 【事例発表】（13：35～14：55） ①市町村の立場から：PDCA サイクルを意識した稲 城市の在宅医療・介護連携推進事業の実際 ②都道府県の立場から：多職種による在宅医療・介 護連携の更なる推進（埼玉県） ③コーディネーターの立場から：北海道における在宅 医療コーディネーターの取り組み ④医師会の立場から：医師会から発信する在宅医 療・介護連携 パネルディスカッション（15：00～16：00）	【コーディネーター】 公立大学法人埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授 川越 雅弘 氏 【シンポジスト】 ①東京都稲城市高齢福祉課 地域支援係長 飯野 雄治 氏 ②埼玉県保健医療部医療整備課 在宅医療推進担当 主幹 吉川 和義 氏 ③北海道在宅医療推進支援センター コーディネーター 田上 幸輔 氏 ④一般社団法人大阪市東淀川区医師会 副会長 岡部 登志男 氏
16：00	閉会	

図6-2 令和5年度都道府県・市町村担当者会議プログラム（研修会議Ⅱ）

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県・市町村担当者等研修会議 プログラム
研修会議Ⅱ

東京会場

日時：令和5年10月20日（金）10時00分受付

会場：TKP 新橋カンファレンスセンター ホール14D

大阪会場

日時：令和5年10月27日（金）10時00分受付

会場：AP 大阪茶屋町 D+Eルーム

時間	プログラム	説明者
10:00～	受付	
10:30～10:35	開会挨拶	厚生労働省老健局老人保健課 課長 古元 重和
10:35～11:00	【研修会議Ⅱ要旨】 在宅医療・介護連携推進事業における研修会議等の 在り方について	厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐 増田 絵美奈
11:00～11:20	【ミニレクチャー】 ①自治体担当者の役割について～滋賀県在宅医療等推 進協議会における取組を例として～ ②在宅医療・介護連携におけるコーディネーターの役割	【アドバイザー】 ①滋賀県健康医療福祉部 理事 角野 文彦 氏 ②一般社団法人新潟県医師会 新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター 服部 美加 氏
11:20～12:00	【参加自治体による紹介】	参加自治体
12:00～13:00	休憩	
13:00～15:30 (途中休憩含む)	グループワーク ～地域の実情に応じた事業マネジメントの検討～	
15:30～16:20	【発表】	
16:20～16:30	【講評】	【アドバイザー】 ①滋賀県健康医療福祉部 理事 角野 文彦 氏 ②一般社団法人新潟県医師会 新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター 服部 美加 氏
16:30	閉会	

図7 令和5年度都道府県・市町村担当者研修会議パンフレット

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業

都道府県・市町村担当者等研修会議

～在宅医療・介護連携推進の更なる可能性を目指して～



令和5年度の都道府県・市町村担当者等研修会議は、在宅医療・介護連携に係る多くの
の方々に向けて開催します。是非御参加ください。



研修会議Ⅰ

オンライン開催

令和5年10月19日(木)

ウェビナー参加：定員450名
(締切：令和5年10月6日(金)17:00)
YouTubeライブ配信による参加：定員上限なし
(締切：令和5年10月17日(火)17:00)



研修会議Ⅱ

集合開催

東京：令和5年10月20日(金)
大阪：令和5年10月27日(金)

各会場共に50名程度
(締切：令和5年10月6日(金)17:00)

プログラム

10:00	開会挨拶
10:05	行政説明 地域における在宅医療・介護連携推進事業の 更なる推進に向けて 厚生労働省老健局老人保健課
10:30	行政説明 在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて 厚生労働省医政局地域医療計画課
10:55	休憩
11:00	基調講演 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ついて 公立大学法人埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授 川越 雅弘氏
12:00	休憩
13:00	基調講演 在宅医療・介護連携を通じた行政と医師会の 連携推進への期待 公益社団法人日本医師会 常任理事 今村 英仁氏
13:00	休憩
13:35	シンポジウム 多職種による在宅医療・介護連携の更なる 推進 (コーディネーター) 公立大学法人埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授 川越 雅弘氏
	(シンポジスト) ○東京都稲城市高齢福祉課 地域支援係長 飯野 雄治氏 ○埼玉県保健医療部医療整備課 在宅医療推進担当 主幹 吉川 和義氏 ○北海道在宅医療推進支援センター コーディネーター 田上 幸輔氏 ○一般社団法人大阪市東淀川区医師会 副会長 岡部 登志男氏
16:00	閉会

プログラム (東京・大阪共通)

10:30	開会挨拶
10:35	アイスブレイク 在宅医療・介護連携推進事業における研修会議等 の在り方について 厚生労働省老健局老人保健課
11:00	研修会議Ⅱ 要旨 ○滋賀県健康医療福祉部 理事 角野 文彦氏 ○一般社団法人新潟県医師会 新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター 服部 美加氏
11:20	参加自治体による紹介
12:00	休憩
13:00	グループワーク ～地域の実情に応じた事業マネジメントの検 討～
16:00	発表
16:20	講評
16:30	閉会

御申込・御問合せは特設サイトまで！

特設サイトURL
<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2023homecareseminar1a.html>




参加費無料

【御問合せ先】
都道府県・市町村担当者等研修会議事務局
株式会社富士通総研行政経営グループ 担当：竹内・中島
E-mail: fri-homecare-seminar@dl.jp.fujitsu.com

図8-1 令和5年度都道府県・市町村担当者研修会議 研修会議Ⅱに係るご案内（東京会場）

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議 研修会議Ⅱに係るご案内（東京会場）

資料1

会場までのご案内

○日時

2023年10月20日(金) 10:30~16:30（開場10:00）

○会場

TKP新橋カンファレンスセンター ホール14D

〒100-0011 東京都千代田区内幸町1-3-1 幸ビルディング 14階

URL :

<https://www.kashikaigishitsu.net/facilitys/ccshimbashiuchisaiwaicho/access/>



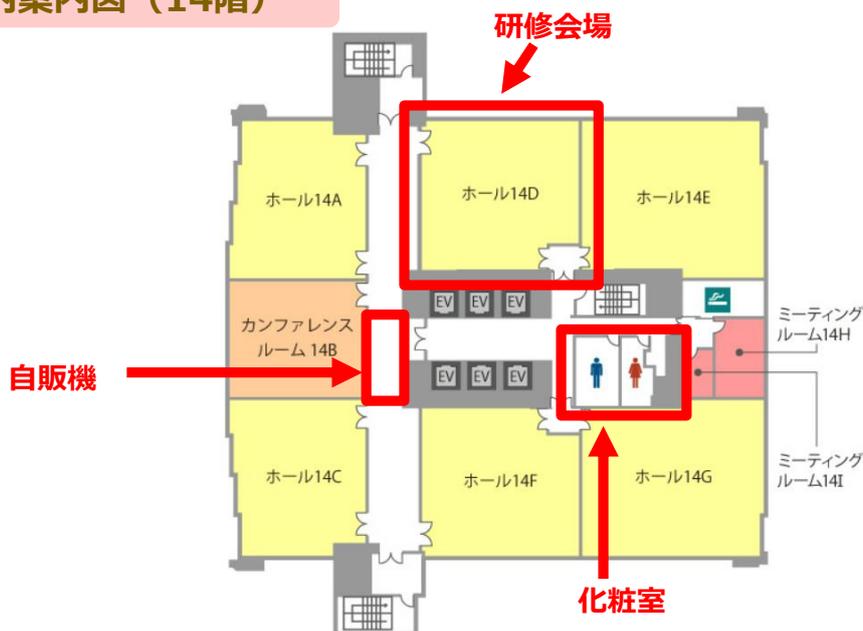
○交通

- ・ 都営三田線「内幸町駅」 A5出口 徒歩1分
- ・ JR「新橋駅」 日比谷口 徒歩7分
- ・ 地下鉄銀座線「新橋駅」 7番出口 徒歩7分
- ・ 地下鉄日比谷線他「霞が関駅」 C4出口 徒歩8分

○会場周辺マップ



会場内案内図（14階）



会場内に係る留意事項

1. 会場入り口付近に、手指消毒薬及び除菌シートを配置しておりますので適宜ご利用下さい。
2. 事務局の指定した場所以外の場所に立ち入ることはできません。
3. 携帯電話など音の出る機器については、電源を切るか、マナーモードに設定してください。
4. 事務局にて研修会議中の記録（写真撮影、ビデオ撮影、録音）を予定しています。記録に係る拒否等希望がございましたらお声がけください。
5. 参加者においては写真撮影、ビデオ撮影、録音はできません。
6. 会場での食事及び喫煙は御遠慮ください。また、ゴミはお持ち帰り頂くようお願いいたします。
 - ※持ち込みを含み、会場内での食事は不可となります。
 - 飲水についてはこの限りではありません。自動販売機は14階カンファレンスルーム14B前にございます。
 - ※昼食については、周辺の飲食店等をご利用ください。（下記御参考）
 - 日比谷シティ グルメ&ショップ情報：https://www.hibiyacity.com/shop_info/
 - 富国生命ビル shop & restaurant：<https://fukoku-bldg.jp/shop/>
 - 西新橋スクエアビル：<https://ns-square.tokyo/shop/#floor02>
7. その他、秩序を乱し、会議の議事運営に支障となる行為を禁止します。

当日の緊急連絡先について

都道府県・市町村担当者等研修会議事務局

株式会社富士通総研行政経営グループ 担当：金

TEL:070-3159-6309（※対応時間 10月20日（金）8：30～17：00）

※当日以外の連絡につきましては、下記メールアドレスまでお願いします。

E-mail: fri-homecare-seminar@dl.jp.fujitsu.com 担当：金、藤原、名取

研修会議Ⅱの概要について

研修会議Ⅱのねらい

研修会議全体の目的

- ・ 在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上に資すること、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資することを目的とする

事前資料

- ・ 個人において現状把握、課題抽出及び事業全体の見直しを図る

研修会議中

- ・ 事前提出課題の記載内容等も踏まえ、自治体担当者及び地域の関係団体等とが連携して課題を抽出し、対応策を検討することで、地域の実情に応じた実践的な事業マネジメント及びPDCAサイクルを学ぶ
- ・ 当研修会議で検討していない場面においても、上記の対応が可能となる方策を学ぶ
- ・ 他自治体の検討内容を踏まえ、より多角的な視点にて事業マネジメント及びPDCAサイクルを学ぶ

研修会議後

- ・ 自自治体において、目的～効果確認までを再度検討することにより、当該事業の更なる推進に向けた体制強化がなされる
- ・ 定期的な事業の見直し等への活用
- ・ 自自治体の研修等に活用

<当日までの流れ①事前課題等>

- 事務局より代表者に事前課題に係る資料一式を送付（詳細は各資料参照のこと）
 - ・ 資料1：本資料
 - ・ 資料2：検討希望場面
 - ・ 資料3：事前課題
 - ・ 資料4：自治体概要資料提供依頼
- 代表者より、申込フォームにて記載の他参加者へ資料一式を転送
- 代表者より下記を事務局へ提出
 - ・ 資料2、：10月12日（木）12：00まで
 - ・ 資料3及び資料4：10月17日（火）17：00まで ※資料3は代表者にて取りまとめのこと

<当日までの流れ②>

- 資料2の提出を元に、事務局にてグループ（司会・書記）／座席表を決定
- 10月12日（木）を目処に特設サイトに一部資料掲載（予定）
代表者へ、上記及び座席表等の関連資料等を代表者へ情報共有
- 代表者より、適宜申込フォームにて記載の他参加者へ転送

<当日の流れ> ※事務局にて資料一式を印刷配布します

- グループワーク実施に向けた座学：目的や方向性、進め方等を共有
- 自治体による紹介：資料4を元に他自治体に係る情報を共有
- グループワーク：事前課題（個人）を踏まえ、1場面をグループ（全体）で検討
 - (1) 選択したテーマにおけるめざすべき姿（目的）を検討
 - (2) めざすべき姿（目的）に対する現状を検討
 - (3) めざすべき姿（目的）と現状の乖離を検討
 - (4) めざすべき姿（目的）と現状が乖離している原因（課題）を検討
 - (5) (4)の課題を解決するための短期目標及び長期目標を検討
 - (6) (4)の課題を解決するために実施すべき事項を検討
 - (7) (5)を図るための指標を検討
 - (8) 検討に係るまとめの共有等
- ※「まとめ」は事務局にて回収します。また、特設サイト等を含むHP上での公開はせず、全グループ分を資料化の上、後日代表者に送付します。

図8-2 令和5年度都道府県・市町村担当者研修会議 研修会議Ⅱに係るご案内（大阪会場）

資料1令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議 研修会議Ⅱに係るご案内（大阪会場）

会場までのご案内

○日時
2023年10月27日(金) 10:30~16:30（開場10:00）

○会場
AP大阪茶屋町 D+Eルーム
〒530-0013 大阪府大阪市北区茶屋町1-27 ABC-MART梅田ビル 8階
※1階入り口は、サンマルクカフェの左横です
URL: <https://www.tc-forum.co.jp/ap-umedachayamachi/access/>
(JR大阪駅から会場までの写真付き案内図)
https://www.tc-forum.co.jp/ap-umedachayamachi/assets/AP_OsakaChayamachi_routeMap.pdf



○交通

- ・ JR「大阪駅」御堂筋口 徒歩3分
- ・ 阪急「大阪梅田駅」中央改札口 徒歩1分
- ・ 地下鉄御堂筋線「梅田駅」北改札口 徒歩3分
- ・ 地下鉄谷町線「東梅田駅」北改札口（北東・北西改札口）※出口専用 徒歩5分
- ・ 阪神「大阪梅田駅」東改札 徒歩5分

○会場周辺マップ



会場内案内図（14階）



会場内に係る留意事項

1. 会場入り口付近に、手指消毒薬及び除菌シートを配置しておりますので適宜ご利用下さい。
2. 事務局の指定した場所以外の場所に立ち入ることはできません。
3. 携帯電話など音の出る機器については、電源を切るか、マナーモードに設定してください。
4. 事務局にて研修会議中の記録（写真撮影、ビデオ撮影、録音）を予定しています。記録に係る拒否等希望がございましたらお声がけください。
5. 参加者においては写真撮影、ビデオ撮影、録音はできません。
6. 会場での食事及び喫煙は御遠慮ください。また、ゴミはお持ち帰り頂くようお願いいたします。

※持ち込みを含み、会場内での食事は不可となります。

飲水についてはこの限りではありません。エレベーターホール 受付前、喫煙室前の2か所にございます。

※昼食については、周辺の飲食店等をご利用ください。（下記御参考）

本ビル1階サンマルクカフェ、本ビル(ABC-MART梅田ビル)直結Whityうめだ地下街

Whityうめだ地下街：<https://whity.osaka-chikagai.jp/common/images/floor.pdf>

7. その他、秩序を乱し、会議の議事運営に支障となる行為を禁止します。

当日の緊急連絡先について

都道府県・市町村担当者等研修会議事務局

株式会社富士通総研行政経営グループ 担当：金

TEL:070-3159-6309（※対応時間 10月27日（金）8：30～17：00）

※当日以外の連絡につきましては、下記メールアドレスまでお願いします。

E-mail: fri-homecare-seminar@dl.jp.fujitsu.com 担当：金、藤原、名取

研修会議Ⅱの概要について

研修会議Ⅱのねらい

研修会議全体の目的

- ・ 在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上に資すること、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資することを目的とする

事前資料

- ・ 個人において現状把握、課題抽出及び事業全体の見直しを図る

研修会議中

- ・ 事前提出課題の記載内容等も踏まえ、自治体担当者及び地域の関係団体等とが連携して課題を抽出し、対応策を検討することで、地域の実情に応じた実践的な事業マネジメント及びPDCAサイクルを学ぶ
- ・ 当研修会議で検討していない場面においても、上記の対応が可能となる方策を学ぶ
- ・ 他自治体の検討内容を踏まえ、より多角的な視点にて事業マネジメント及びPDCAサイクルを学ぶ

研修会議後

- ・ 自自治体において、目的～効果確認までを再度検討することにより、当該事業の更なる推進に向けた体制強化がなされる
- ・ 定期的な事業の見直し等への活用
- ・ 自自治体の研修等に活用

<当日までの流れ①事前課題等>

- 事務局より代表者に事前課題に係る資料一式を送付（詳細は各資料参照のこと）
 - ・ 資料1：本資料
 - ・ 資料2：検討希望場面
 - ・ 資料3：事前課題
 - ・ 資料4：自治体概要資料提供依頼
- 代表者より、申込フォームにて記載の他参加者へ資料一式を転送
- 代表者より下記を事務局へ提出
 - ・ 資料2、：10月12日（木）12：00まで
 - ・ 資料3及び資料4：10月20日（金）中 ※資料3は代表者にて取りまとめのこと

<当日までの流れ②>

- 資料2の提出を元に、事務局にてグループ（司会・書記）／座席表を決定
- 10月12日（木）を目処に特設サイトに一部資料掲載（予定）
代表者へ、上記及び座席表等の関連資料等を代表者へ情報共有
- 代表者より、適宜申込フォームにて記載の他参加者へ転送

<当日の流れ> ※事務局にて資料一式を印刷配布します

- グループワーク実施に向けた座学：目的や方向性、進め方等を共有
- 自治体による紹介：資料4を元に他自治体に係る情報を共有
- グループワーク：事前課題（個人）を踏まえ、1場面をグループ（全体）で検討
 - (1) 選択したテーマにおけるめざすべき姿（目的）を検討
 - (2) めざすべき姿（目的）に対する現状を検討
 - (3) めざすべき姿（目的）と現状の乖離を検討
 - (4) めざすべき姿（目的）と現状が乖離している原因（課題）を検討
 - (5) (4)の課題を解決するための短期目標及び長期目標を検討
 - (6) (4)の課題を解決するために実施すべき事項を検討
 - (7) (5)を図るための指標を検討
 - (8) 検討に係るまとめの共有等
 - ※「まとめ」は事務局にて回収します。また、特設サイト等を含むHP上での公開はせず、全グループ分を資料化の上、後日代表者に送付します。

図 8 - 3 令和 5 年度都道府県・市町村等研修会議（研修会議Ⅱ事前課題：検討希望場面）

資料 2

令和 5 年度在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議 研修会議Ⅱ 検討希望場面

自治体名	
代表者名	
代表者の 部署名	
研修会議Ⅱで 検討したい場面 ※①～④の いずれかで 回答ください	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 第 1 希望： 第 2 希望：
その他連絡事項 (あれば記載)	

1. 検討希望場面について

- 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 のうち、研修会議Ⅱで検討したい場面について、第 1 希望、第 2 希望を回答してください。
- なお、第 2 希望場面にて検討いただく可能性もございますので御了承ください。

2. 提出方法等

- 提出日： 10月12日(木) 12:00まで
- 提出方法：代表者にて、下記送付先アドレス（事務局）まで当ワードファイルをメール送付のこと。
送付先アドレス： fri-homecare-seminar@dl.jp.fujitsu.com
なお、ワードファイル名は「(市町村名)【資料 2】検討希望場面（研修会議Ⅱ）」とすること。

3. その他

- 提出を踏まえ、事務局にて座席及びグループを決定します。
※（グループ編成における想定）
多人数で申込の自治体については、自動的に 1 グループとします。
少人数（2 人等）で申込の自治体については、検討希望場面毎にグループ編成します。
各グループの司会及び書記は、事務局にて指定させていただきますので御了承ください。

図 8 - 4 令和 5 年度都道府県・市町村担当者等研修会議
(研修会議Ⅱ事前課題：現在の取組状況等)

資料 3

令和 5 年度在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議 研修会議Ⅱ 事前課題

★事前課題は、研修参加にあたり、参加者各自が取り組むものとなります。
取り組み後は代表者が取りまとめの上、資料 3 とあわせて事務局へ提出ください。

東京会場：10 月 17 日（火）17：00 まで

大阪会場：10 月 20 日（金）中

自治体名		部署名等 ※関係団体の方は 団体名を記載	
氏 名		職 種	

○ 自治体の概要

管内人口	人 (高齢化率 %)	構成市町村数：都道府県担当者のみ記載ください () 市、() 町、() 村
組織図 (自治体担当者) ・所掌の分担関係がわかるように ・組織図内でのご自身の位置も記して下さい (関係団体) ・自治体との所掌の分担関係がわかるように ・組織図内でのご自身の位置も記して下さい		
貴自治体の組織構成、取り組みなどから感じる在宅医療・介護連携推進事業に係る長所と短所を記入下さい。	(ア) 長所 (良さ・強み) (イ) 短所 (違和感、難しい部分、課題など)	
上記の長所・短所をふまえて、今後より在宅医療・介護連携推進事業を進めるためには、貴方の所属する組織においてどのような取り組みが求められると思いますか。		

○ 4つの場面を踏まえた取り組み等について

	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
<p>(1)【目的】 めざすべき姿※1 (目的)について 記載ください。</p> <p>自身で設定※1 ()</p>				
<p>(2)【現状把握】 めざすべき姿※1 (目的)に対する 現状を記載くださ い。</p>				
<p>(3) めざすべき姿※1 (目的)に向け て、現状におい て、貴方の所属す る組織はどのよう な取り組みを行っ ていますか。</p>				
<p>(4) (2)のめざすべ き姿における現状 の課題は何だと思 いますか。</p>				

※1：「めざすべき姿」について自治体で定められているものがない場合は、各種資料やヒアリング等の機会に収集している情報、地域の関係団体等と関わっている状況等を参考に、あなたの考えるめざすべき姿を記載して下さい。なお、自身で設定した場合には、自身で設定の欄に○を記載下さい。

○ その他（記載自由）

<p>本研修で知りた いことは何です か。</p>	
-----------------------------------	--

(備考)：研修会議Ⅱにおいて検討する上で必要と思われる資料については、当日ご持参ください。

図8-5 令和5年度都道府県・市町村担当者等研修会議
(研修会議Ⅱ事前課題：自治体概要資料)

資料4

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議 研修会議Ⅱ 自治体概要資料提出依頼

1. 依頼の目的

- 他市町村の概要及び取り組み状況について共有を図ることにより、自自治体における取り組み内容の振り返りや、当該事業における新たな視点を得る。

2. 依頼内容

- 自治体（市町村）における在宅医療・介護連携推進事業に係る概要や取り組み状況についての資料の提供。（※県担当者より「県としてのとりくみ」に係る概要や取り組み状況についての資料を提供いただけるようであれば合わせて共有ください。）
- 新たに作成いただく必要はなく、既存資料で可。
- 資料の形式（ワード、PPT、Excel 等）及び枚数は問わない。複数形式の資料提出でも可。
（事例の横展開をイメージ）

3. 資料の取扱について

- 事前に提供された資料を事務局にて取りまとめる。
- 特設サイト等を含むホームページ上での公開はせず、参加者限り（当日印刷配布のみ）とする。
- 当日は5分程度にてグループ代表者より下記事項等について説明いただくことを想定。（プログラムにおける「自治体紹介部分」）なお、説明者は後日配付の座席表に記載にて、事務局にて指定予定。
 - ✓自治体名
 - ✓市町村数：○市町村（○市・○町・○村）
 - ✓県人口
 - ✓市町村人口
 - ✓圏域数
 - ✓高齢化率
 - ✓在宅医療・介護連携推進事業における取り組みやお悩みごと 等

4. 提出方法等

- 提出日：東京会場 10月17日（火）17：00まで
大阪会場 10月20日（金）中まで
- 提出方法：代表者にて、下記送付先アドレス（事務局）までメール送付のこと
※資料3の事前課題と合わせて送付ください。
送付先アドレス： fri-homecare-seminar@dl.jp.fujitsu.com
なお、当依頼に係るファイル名は「（市町村名）自治体概要資料」とすること。

参考文献

○介護保険法（平成9年法律第123号）
 地域支援事業
 第百十五條の四十五（略）
 2 市町村は、介護予防、日常生活支援総合事業のほか、被保険者が介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。
 四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前項に掲げる事業を除く。）
 3～5（略）
 （市町村の連携推進）
 第百十五條の四十五の十 市町村は、介護予防、日常生活支援総合事業及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互の連携調整を行うことができる。
 2 市町村が行う介護予防、日常生活支援総合事業及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。
 3 都道府県は、市町村が行う介護予防、日常生活支援総合事業及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業に關し、情報の提供その他市町村に対する支援に努めるものとする。

○介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）
 （第百十五條の四十五第二項各号の厚生労働省令で定める事業）
 第百十五條の六十一の九 法第百十五條の四十五第二項各号の厚生労働省令で定める事業は、市町村が、同号に規定する連携を推進するに当たり、在宅医療及び介護に提供される仕組みの構築を目的として行うことに掲げる事業であつて、地域支援事業（同号に規定する事業を除く。）その他の在宅医療及び介護に関する関係者の連携を図るものとする。
 一 地域における在宅医療及び介護の提供に必要な関係者に係るその他の関係者の連携（以下「在宅医療、介護連携」という。）に關して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、在宅医療、介護連携に関する施策の企画及び立案（医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下この条において「医療、介護関係者」という。）と共同して行うものとする。）、並びに医療、介護関係者に対して研修を行う事業
 二 地域の医療、介護関係者からの在宅医療、介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業
 三 在宅医療、介護連携に関する地域性のある施策を策定するための調査及び評価を行う事業
 四 医療、介護関係者の間の連携を促進する事業、医療、介護関係者に対し、在宅医療、介護連携に必要な知識の習得及び当該知識の向上のために必要な研修を行う事業その他地域の実情に応じて医療、介護関係者を支援する事業

12

在宅医療・介護連携推進事業

○在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
 ○平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
 ○令和2年介護保険法改正において、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り目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。

＜市町村における庁内連携＞ 総合事業などの地域支援事業との連携や、災害・救急対応の連携
 都道府県（保健所等）による支援 在宅医療・介護連携推進事業のための情報的支援、在宅医療・介護連携に関する関係者間での連携
 地域性に応じた取組

13

在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

○平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
 ○本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成。具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知を行う。
 ○さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたこと。
 ○そして、本事業の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するなど、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」を課題としてあげている等、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指摘もある。
 ○このようなかた、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り、本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」として、令和2年9月に発行。

1 改訂のポイント

- PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるような構成に再編
- 目標の設定の必要性や事業マネジメントの考え方、都道府県の役割の明確化
- 高齢者の状態像の変化と出来事イメージに沿った、4つの場面を意識した考え方
- 好事例の横展開を図るため、事例の掲載

★在宅医療・介護連携推進事業の手引き（Ver.3）
<https://www.mhlw.go.jp/content/2480200/000666680.pdf>

14

在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨（抜粋）

4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

● 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23

○ ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるもの、地域において在宅医療者が医療と介護を必要とする場合は、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるような支援が必要である。
 ○在宅医療者の生活の場面で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かすつつ、さらに、入院時から退院後の生活を支援した取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを捉えたうえで、本事業においては、医療と介護が生じ共通する4つの場面（日常の療養支援、入院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。
 ○4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。

在宅医療・介護連携推進事業の手引き（Ver.3）
 ★在宅医療・介護連携推進事業の手引き（Ver.3）
 ★入院時から退院後の生活をイメージした取組等の連携

15

在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別に見た連携の推進）

○日常の療養支援
 ・多職種連携による患者や家族の生活を支える観点からの在宅医療、介護の提供
 ・緩和ケアの提供
 ・家族への支援
 ・認知症ケアバスを活用した支援

○入院支援
 ・入院医療機関と在宅医療、介護に係る機関との連携、情報共有による入院支援
 ・一体的でスムーズな医療、介護サービスの提供

○急変時の対応
 ・在宅医療者の病状の急変時における住診や訪問診療の体制及び入院治療の確保
 ・患者の急変時における緊急対応の体制共有

○看取り
 ・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
 ・人生の最終段階における意思決定支援

行政

16

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コーディネーターによる人材の育成
 - ・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者間での連携
 - ・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
 - ・入院退院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連携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、地域の実情に応じた在宅医療・介護関係者への支援

17

在宅医療・介護連携推進事業等に係る交付金及び今年度の研究・調査等

【交付金に係る通知等】

- ・保険者機能強化推進交付金及び介護保険者努力支援交付金に係る指標（インセンティブ交付金評価指標）
- ・地域支援事業交付金交付要綱、地域支援事業実施要綱
- ・地域医療介護総合確保基金に関する各通知等

【厚生労働科学研究補助金等】

- ・医療および介護シナジーデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適性な評価指標等の提案のための研究（令和5～6年度厚労科研 研究代表者：国立保健医療科学院）

【令和5年度者健事業】

- ・「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業（株式会社 富士通総研）
- ・認知症患者の口設管理体制に関する調査研究事業（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター）
- ・医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方に係る調査研究事業（株式会社 NTTデータ経営研究所）
- ・かかりつけ医と多職種連携に関する調査研究事業（一般社団法人未来研究所医療、公益社団法人全日本病院協会）等

【令和4年度者健事業 成果物】厚生労働省HP公開中

- ・「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な推進方策に関する調査研究事業」報告書（公立大学法人 埼玉医科大学）
- ・「効果的な計画を策定するための考え方マニュアル～在宅医療・介護連携の推進に向けて～」（公立大学法人 埼玉医科大学）
- ・「自宅や介護保険施設等における要介護高齢者の急変時対応の負担軽減及び円滑化するための調査研究事業」報告書等（株式会社 三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

24

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. 令和5年度在宅医療・介護連携実態調査について

厚生労働省 25

在宅医療・介護連携推進支援事業

令和5年度当初予算 22億円（22億円）※0.1%増（前年度比増減率）

1 事業の目的・概要

- ・在宅医療・介護連携推進事業の検証及び充実の検討、都道府県・市町村への連携支援を実施。
- ・具体的な事業内容は以下のとおり。
 - ・在宅医療・介護連携推進事業の充実に向けた検討
 - ・在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査
 - ・在宅医療・介護連携推進に向けたデータ活用等に関する研修会
 - ・都道府県担当者会議の開催
 - ・都道府県・市町村への連携支援の実施

2 事業の概要・スキーム

概要目標
市町村/地域の事情に合わせて在宅医療・介護連携に関する取組を推進、充実を図ることを目標とする。

要介護認定調査委託費：210万円
職員旅費：100万円

事業スキーム

厚生労働省 → 委託 → 実施主体（株式会社等）

- ・検討・調査
- ・都道府県等への支援

3 実施主体等

26

在宅医療・介護連携推進支援事業

○ 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業の詳細は下記のとおり。

(1) 実態調査

- 全都道府県及び市町村の事業担当者を対象に実態調査（アンケート調査）（回収率100%）
- 実態調査結果を踏まえ、課題等や今後の方策等について検討委員会等で検討

(2) 都道府県・市町村連携支援

- 「4つの場面」等のテーマにて募集し、都道府県・市町村連携支援等を実施
- 本年度は4自治体で実施予定
- 都道府県・市町村連携支援の結果等を踏まえ、全国的な展開につなげるための有効性等検討委員会等で検討

(3) 都道府県・市町村担当者等研修会議（本年度の変更点）

- 検討委員会の議論を踏まえ、多職種が参加できる仕組みに変更
- 研修会議Iについては、アーカイブとして残すことにより、自治体担当者及び今後異動等に伴い担当者変更した際における研修媒体としての対応も想定

【令和4年度在宅医療・介護連携推進支援事業 成果物】厚生労働省HP公開中

- 令和4年度在宅医療・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

27

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. 令和5年度在宅医療・介護連携実態調査について

厚生労働省 28

令和5年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

1. 調査の目的

在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等の実態を的確に把握することにより、今後の在宅医療・介護連携推進事業に関する様々な施策を検討・実施するための基礎データとする。

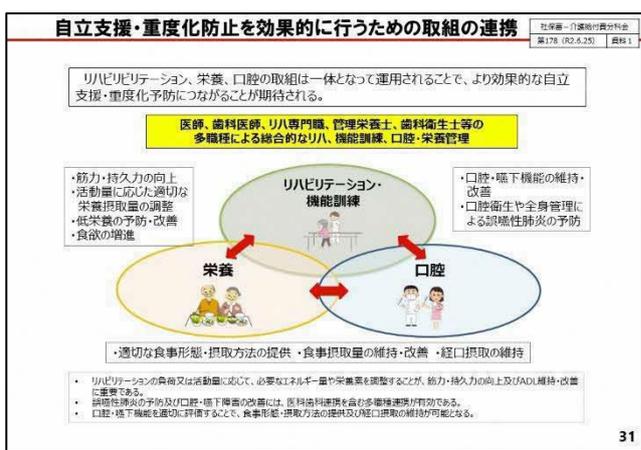
2. 調査方法

- いずれの対象も電子メールに添付されたExcelに回答。
- 都道府県より市町村及び都道府県に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに送付し回答を依頼。（複数名いる場合には、コーディネーター毎に回答を依頼。）
- 市町村より市町村に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに送付し回答を依頼。（複数名いる場合には、コーディネーター毎に回答を依頼。）
- 調査は、令和5年8月23日～令和5年9月20日に実施した。

調査対象※1	母集団	抽出方法	回収数	回収率
都道府県	47	悉皆	47	100%
市町村	1,741	悉皆	1,741	100%
コーディネーター※2			1,697	

※1 在宅医療・介護連携推進事業担当者による回答。
 ※2 「地域の在宅医療・介護連携推進を支援する人材（コーディネーター）」等を想定。
 ※3 「コーディネーター」という名称を使用していなくとも、相談室を設置し人員を配置（相談業務の委託を含む）している場合においては回答を依頼。
 ※4 段階によっては未回答があるため、段階ごとに集計対象回答数は異なる。

注：以降に記載の結果はデータ収集前の速報値です。データ収集後の最終値においては年度末を目処に公開予定の報告書をご参照ください。 29



3. (1)① リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

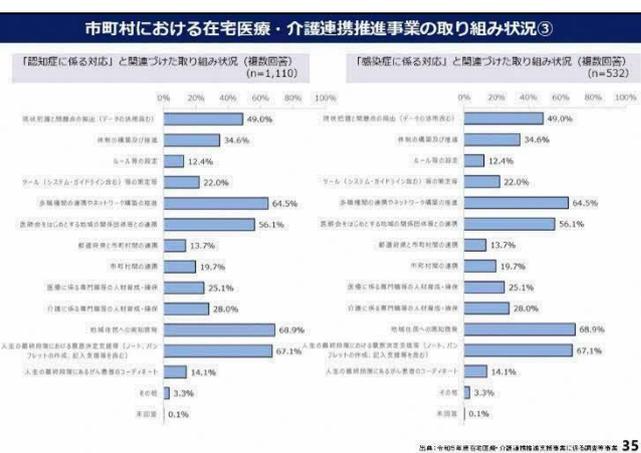
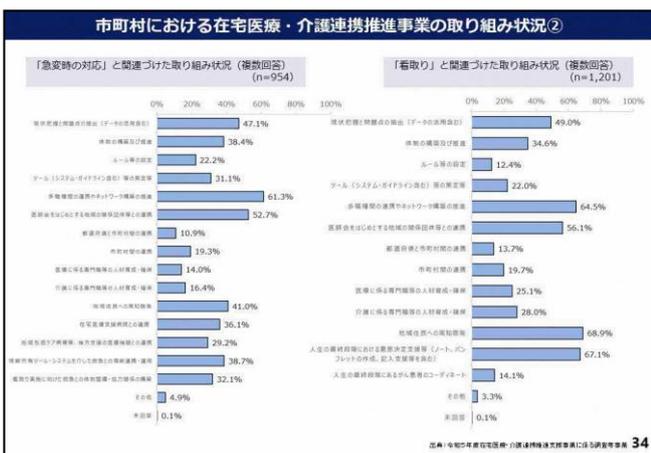
【概要】

○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】

【算定要件等】

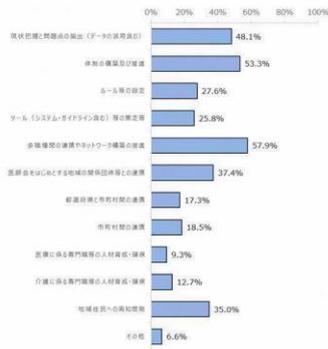
○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。

○ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。



市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況④

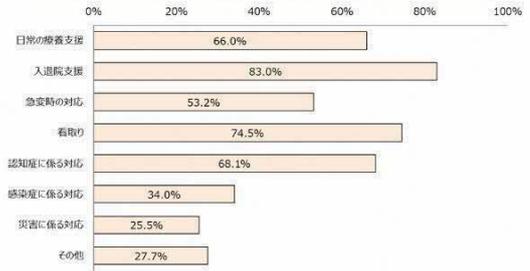
「災害に係る対応」と関連づけた取り組み状況（複数回答）（n=503）



出典：令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業 36

都道府県における在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況①

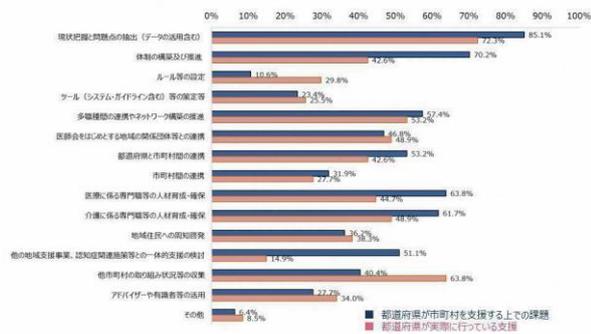
都道府県における在宅医療・介護連携の推進に係る各取り組みの実施割合（各n=47）



出典：令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業

都道府県における在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況②

都道府県が市町村を支援する上での課題及び、実際に行っている支援（複数回答）（n=47）



出典：令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業 38

地域医療介護総合確保基金を活用した在宅医療の推進

令和5年度予算額:327億円(公費491億円)
(令和4年度予算額:327億円(公費491億円))
※事業費に占める国庫等事業費の割合は約5割

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援など、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。

事業区分Ⅱ 居宅における医療の提供に関する事業

都道府県や市町村は、地域の在宅医療の推進のため、下記のような事業を、地域の実情に合わせて個別・具体的に計画し、地域医療介護総合確保基金(事業区分Ⅱ)を通じて、事業者に対する支援を実施している。

1. 在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備に関する事業

- 在宅医療の実施に係る拠点の整備
(事業例) 市町村及び地域の医師会が主体となって、在宅患者の日常生活支援の支援・看取りのために、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師が連携し、医療従事者から介護職へ支援するための在宅医療連携拠点を整備することにかかる経費を支援。
- 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援
(事業例) 在宅患者の退院調整や急変時の入院受入調整等に資する病院との医療連携体制の運営に係る経費を支援。
- 在宅医療推進協議会の設置・運営
(事業例) 県内の在宅医療の推進を図るため、在宅医療関係者等で構成する多職種協議による在宅医療推進協議会を開催するための経費を支援。

2. 在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・育成に関する事業

- 在宅医療の家事やかわりつけ医の育成
(事業例) かわりつけ医の普及促進を図るため、地域医師会等における、医師に対する研修や、住民に対する広報活動に対する経費を支援。
- 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施
(事業例) 訪問看護の安定的な提供体制を整備するための機能強化型訪問看護ステーションの設置や訪問看護の人材育成の研修等に必要経費を支援。

3. その他在宅医療の推進に関する事業

- 在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備
(事業例) 在宅歯科医療を推進するため、都道府県医師会等に在宅歯科医療連携室を設置し、在宅歯科相談事業等の運営等に必要経費を支援。
- 在宅医療における衛生材料等の円滑供給の体制整備
(事業例) 在宅医療における衛生材料等の供給を円滑に行うため、地域で使用する衛生材料等の供給拠点となる薬局の設置整備に必要な経費を支援。

※ 資料の事業例は、「地域医療介護総合確保基金(国庫等)に係る標準事業例及び標準事業の取次について(平成28年1月2日付)」「国庫等標準事業例(国庫等)に定める標準事業例」が利用

18

図9-3 令和5年度都道府県・市町村等研修会議（研修会議I：資料3）

令和5年度在宅医療・介護連携推進事業
都道府県・市町村担当等研修会議
令和5年10月19日

資料3

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ついて

(内容)

1. 在宅医療・介護連携が求められる背景とは
2. 在宅医療・介護連携推進事業の目的と求められる機能
3. マネジメントの基本を理解する
4. 在宅医療・介護連携推進事業の進め方とは

埼玉県立大学大学院／研究開発センター
川越雅弘

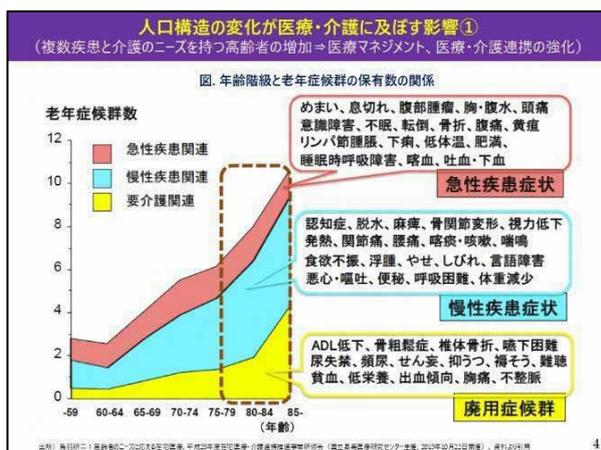
1. 在宅医療・介護連携が求められる背景とは

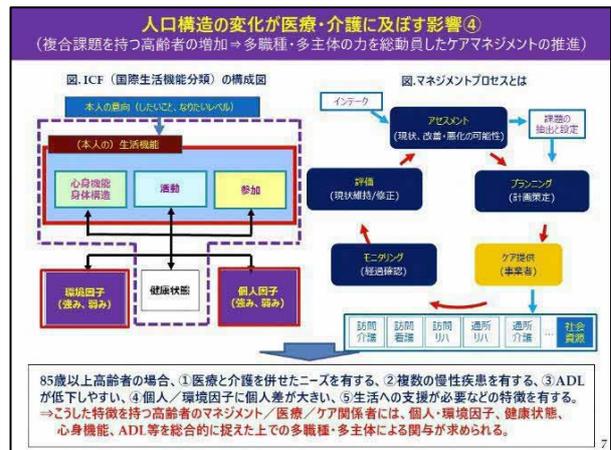
- 85歳以上高齢者の増加によるニーズの変化 -



人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響とは

(在宅医療・介護連携に関連する部分を中心に)





在宅医療・介護を取り巻く状況の変化

～人口構造の変化とそれに伴うニーズの変化の視点から～

人口構造の変化

- 2040年にかけて85歳以上人口が増加する (その結果、独居や認知症の高齢者が増加していく)。
- 他方、多くの自治体で、生産年齢人口が減少していく。

ニーズの変化

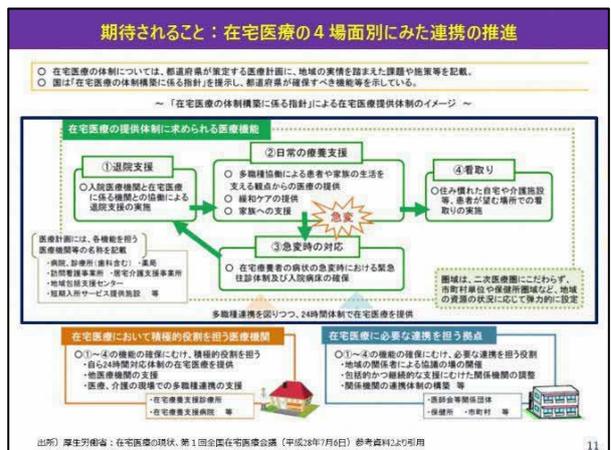
- 複数疾患を有する高齢者、医療と介護のニーズを有する高齢者が増加していく。
- 85歳以上の入院患者が増加していく (病床数の減少、入院期間の短縮化の中で)。
- 死亡者数も2040年頃まで増加していく (病床数が減少する中で)。
- 生活支援を含む多様なニーズを有する高齢者が増加していく。

医療・介護への影響

- 医療マネジメントの機能強化が図られる。
- 多様な場面 (日常療養/急変時/入退院時/着取り期)での医療・介護連携が促進される。
- 人材不足のなか、効果的なサービス提供と専門領域の幅が推進される。
- 医療と介護の連携促進、地域資源の有効活用を促すためのコーディネート機能が強化される。
- 専門職と専門職以外が有する力を統合し、課題解決に結び付けていくことが求められる。

2. 在宅医療・介護連携推進事業の目的と求められる機能

～4場面別みた提供体制構築と連携強化～



3. マネジメントの基本を理解する

12

【ポイント1】マネジメントでは、常に「目的」を意識しながら「手段」を考える

ポイント

- **目的とは成し遂げようとする事柄のこと、目標とは目的を達成するための目印のこと**です。目的では、「何のために(Why)行うのか」、目標では「何(What)を目指すのか」にポイントが置かれます。
- 他方、**手段とは目的や目標を達成するための方法のこと**で、「どのように(How)行うのか」にポイントが置かれます。介護サービス、多職種連携、アセスメント、情報収集などは、この手段に位置づけられます。当然、目的や目標によって、どのような連携を図るか、どのような情報を共有するかは変わることになります。
- マネジメントでは、通常、**目的⇒目標⇒手段の順に思考を展開**します。他方、手段によって目的や目標が達成できたかどうかを評価する場合は、手段⇒目標⇒目的の順に確認していきます。

図. 目的・目標・手段の関係

図. 介護保険の目的と手段の関係

13

なぜ、手段から考えてはいけないのか？

目的・目標・手段の関係性とは

【目的】 成し遂げようとする事柄のこと

- 「何のために行うのか」に重点が置かれる。

例) 在宅医療・介護連携の目的例 (※誰(何)を意識しているか?)
「住民が、住み慣れた地域や望む場所で、不安なく、人生の最後まで暮らし続けられる地域にすること」

【目標】 目的を達成するために設けた目印・道筋のこと

- 目指す地点、数値などに重点が置かれた、**より具体的なもの**
- **何に対する目標かを意識する。**

- ・事業所数に対する目標 ・利用者数に対する目標
- ・住民/患者の意識や気持ち等に対する目標 (目的に対する目標) 等

【手段】 目標を達成するための方法のこと (※目的や目標により手段は変わる)

例: 退院支援ルールを作る、情報共有を図る、多職種連携を強化する、...)

⇒何のために退院支援ルールを作るのか?
目的を意識しないと、「退院支援ルールを作る」と**自身が目的となりやすい**
(※これを一般的に、「手段の目的化」という)。

14

【ポイント2】マネジメントとは、課題を解決するために行うものである

ポイント

- マネジメントの提唱者であるピーター・ドラッカーは、マネジメントのことを、「**人と組織を活かして成果を上げること**」と定義している。これを言い換えれば、**マネジメントとは、課題を解決し、目的・目標を達成すること**と言える。
- 医療では「病気を対象に、病気や様々な症状を生じさせている原因を究明し、原因を解決して病気を治す(これが目的・目標)ために「治療」を行う。これに対し、マネジメントでは、「**課題を対象に、課題を生じさせている原因を究明し、原因の解決に向けて、関係者が協働しながら、「効果的な対策」を展開すること**となる。

図. マネジメントの定義・目的・担当者の役割について

【マネジメントとは】

- ・ピーター・ドラッカーは、マネジメントのことを「**人と組織を活かして成果を上げること(=課題を解決すること)**」と定義している。

【介護保険における各種事業の目的(=目指す姿)】

- ・たとえ介護状態や認知症になっても、可能な限り、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にすること。

【事業担当者の役割とは】

- ・事業に期待される役割を理解した上で、①事業を通じて「目指す地域の姿」と「現状」のギャップの評価(課題の抽出)、②解決すべき課題の絞り込みと具体化、③それら課題を生じさせている原因の追求(課題分析)、④課題改善/解決策の検討と関係者による取組を通じて、**課題の改善・解決を図り、事業の目的・目標を達成すること。**

出所) 筆者作成

15

【ポイント3】課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのことである

ポイント

- **課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと**です。したがって、課題を明らかにするためには、「目指す姿」を設定した上で、「現状」と比較する必要があります。

図. 課題とは何か

16

【ポイント4】対策とは、「現状」を「目指す姿」に近づけるために行う

ポイント

- **対策とは、「現状」を「目指す姿」に近づけるために行うこと**です。どのようにすれば、現状を「目指す姿」に近づけるかの展開シナリオを考え、必要な要素を出し、各々の要素を誰が担当かを関係者間で検討し、実行に移していく。こうした展開を促すことが、マネジメント担当者には求められます。
- 現状を「目指す姿」に近づけるための対策としては、多様なものが考えられます。その中から、**課題を解決する可能性が高いと思われる対策(効果的な対策)をマネジメント担当者は選択すること**になります。

図. 対策とは何か

17

【ポイント5】効果的な対策をうつためには、現状ではなく、原因にアプローチする

ポイント

- 対策には、①**対症療法的アプローチ**、②**真因へのアプローチ**があります。
- マネジメントの目的は、課題を解決することです。したがって、対症療法的アプローチではなく、**真因へのアプローチを図る**必要があります。

図. 対症療法的アプローチと真因へのアプローチの違い

【対症療法的なアプローチとは】

- 課題を生じた原因や真因を追究しないまま、**現在の状態に対して解決策を考えたといったアプローチ**のこと。目指す姿をきちんと設定していない場合も多く、その場合は、**現状が目指す姿に近づいたかどうか評価できない**。
- 【例1】入浴ができないので、サービスケアプランに入れて、デイで入浴できるようにした。
- 【例2】医療職と介護職の連携が弱いため、多職種研修会を開催することにした。

【真因へのアプローチとは】

- 課題を生じた原因を分析し、**真の原因に対して対策をとるというアプローチ**のこと。
- 【例1】自宅で入浴ができなくなったのは、コロナ禍での活動性の低下(これが真因に伴う下肢筋力低下(真因に伴うもの)が原因と考えられた。そこで、再開した通いの場に誘って、通う機会を増やし、活動量の増加を図った。
- 【例2】医療職と介護職の連携が弱い理由として、介護職が具体的に何を確認したらよいかかわからない(これが真因)、コミュニケーションがうまくとれていない(真因に伴うもの)と考えられた。そこで、主な疾患別に、医療職への確認事項を整理したチェックシートを作成した。

18

4. 在宅医療・介護連携推進事業の進め方とは

19

マネジメントの基本構造と厚生労働省が推奨するPDCAサイクルの関係
-厚生労働省「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引きより-

- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状が目指す姿に近づくと(=課題を解決すること)である。
- 様々な対策の中から、効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。これを「要因分析」とし、これら分析を通して、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1~3)、②効果的対策の検討・実施(Step4~6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは

図. PDCAサイクルとは

20

主なStep別みた具体的な進め方

21

【Step1】目指す姿・目標・期待することを関係者で共有する

ポイント

- 保険者(事業担当者)として、以下のことを確認する。
 - ✓ 事業を通じて、**どんな地域にしたいですか？どんな連携を目指していますか？**
 - ✓ **事業のゴールや短期目標をどこに設定しましたか？**
 - ✓ **事業を実施することで何がどう変わってことを期待していましたか？**
(事業参加者、家族、地域住民、介護保険運営、費用、...)

図. 各関係者が描く「目指す姿」のイメージ、「現状・課題認識」は異なっている

①「目指す姿」のイメージを共有する

- 「住民」が描く「目指す姿」
- 「専門職」が描く「目指す姿」
- 「自治体」が描く「目指す姿」

②現在の状態/状況を共有する

③関係者の課題認識が揃ってくる

- 住民が「意識する」課題
- 専門職が「意識する」課題
- 自治体が「意識する」課題

現状

22

参考) 目指す姿の設定例 (入退院支援の場合)

病院と在宅チームが協働した入退院支援のイメージ

【入退院支援の目指す姿への条件】

医療従事者と住民が協働して、その人らしい暮らしの場を築けるようにする。また、退院後、再発・悪化を予防し、安定的に在宅での生活を継続するために、病院と在宅チームが協働して、その人らしい暮らしの場を築けるようにする。

【入退院を繰り返す暮らしの場へ帰る際、各職に大切にしたい理由】

円滑な入退院支援を行うためには、ステップ(0~4期)に応じて適切な役割を担っていただく必要があります。

4期 0期

「支えあえる」
「支えあえる」
「支えあえる」

3期 「支えあえる」
「支えあえる」
「支えあえる」

2期 「支えあえる」
「支えあえる」
「支えあえる」

1期 「支えあえる」
「支えあえる」
「支えあえる」

0期 「支えあえる」
「支えあえる」
「支えあえる」

23

【Step2】 目指す姿を意識しながら、現状を把握する

ポイント

- 施策や事業に関し、保険者として「**知りたいことは何か**」をまず整理しましょう！
その上で、目的意識をもってデータを収集しましょう！
- 知りたいことには幾つかのレベルがある。あなたの知りたいことはどのレベルですか？
 - ✓ 現状がわからないので、**現状をまずは知りたい！**
 - ✓ 課題があることは漠然と知っている。より具体的な対策を検討するために、**課題の具体的な内容を知りたい！**
 - ✓ これまでの施策や事業の**効果を知りたい！** など



24

現状把握方法とヒアリングの例

ポイント

- 現状を把握する方法としては、①既存データ分析、②アンケート、③事例検討、④ヒアリングなどがある。
知りたいこと、知りたいレベルに応じて、最適な方法を選択する。
- 連携の現状を把握する方法としては、住民や専門職へのヒアリングも有効な手法である(下図参照)。

図. ヒアリングを通して現状を把握する(入退院支援の例)

<住民の声から>

- 退院患者や家族は、退院時に、様々な不安(体調のこと、再発のこと、今後の過ごし方、家族に負担をかけること、費用のことなど)を感じていた。
- 治療に関すること、薬の飲み方、今後起こり得る症状などの説明は受けていたが、その内容が十分には理解できていなかった。
- 急変が起こった場合の対処方法も聞いていたが、出来るかどうか不安を感じていた。
- 緊急入院で、自宅から離れた病院に入院した。今後、この病院に通院することになるが、退院時の移動手段など、どうしたらよいか困っていた。

<専門職の声から>

- 患者や家族の不安などの話をゆくり聞ける状況やそのための時間を、病院ではなかなか作りにくい(病院関係者)。
- 自宅に退院できるかどうかの判断が、病院と在宅関係者では異なっている。病院は、より難しい判断がちである(在宅関係者)。
- 病院によっては、退院前ケアカンファレンスが開催されない場合がある。また、開催の連絡が遅くて参加できない場合がある(在宅関係者)。

25

事例検討を活用した現状把握・課題抽出の例 (東京都国立市)

26

事例検討による現状・課題把握の例

めざす看取り期の姿を明確化

本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らす

あるべき姿

整理・分析 現状

めざす姿に対する事例の達成度をみる

- 各事例で達成できていること
- 各事例での目指す姿とのギャップ ⇒ **課題**

めざす姿の達成に必要な要素を抽出

- 事例を通じて得られた課題を吟味し、共通要素を抽出
- 1場面(例:看取り)につき4つの要素にまとめた

具体的目標の設定

- めざす看取り期の姿を達成するための目標を設定

27

事例分析の具体例(看取りの場面)

事例1 本人が自宅での最期のときの迎え方について同意をしていたが、看取り時に本人の意思が家族に伝わらない事例

(概要) 90歳代、女性、最期を過ごすために家族と同居、大腸がんの末期

(経過)

- 同居家族(娘夫婦・夫)とかりつけ医とでACP(医師を含む、家族全員のサイン入り)に取り組み、看取りについて家族で決めた。最期は検査や生命維持は行わないことを希望していた。別居の息子が帰省中、状態の変化(下血)があり、同居家族が不在だったため、かりつけ医と連絡が取れないまま救急搬送される。別居の息子もACPにサインし承認していたが、普段生活をともにしていなかったこともあり動揺して対応に追われ、救急搬送依頼をしてしまった。その後、ご本人は自宅に帰れず、病院で亡くなった。同居の家族は本人の意思に前うることができなかったことを後悔している。

(本事例で達成できていること)

- 関係者全員でACPに取り組み、本人と家族の意思を明確にしている

(本事例から見える課題)

- 本人の意思の決定と共有(家族及び支援チーム)
- 家族及び支援チーム間での複数回の確認
- かりつけ医の役割
- かりつけ医と病院の連携
- がん末期の搬送における判断基準及び救急搬送先の対応
- 看取り後の家族支援

めざす姿に対する事例の達成度をみる

めざす姿の達成に必要な要素を抽出

- 家族や医療・介護専門職及び近隣関係者(ボランティアなど)間での、本人の意思の適宜把握かつ共有
- 本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備

注:人物像の一部を脚色するなど、人物が特定されないよう配慮

28

【Step3】 取り組むべき課題を選定するとともに、課題の具体化を行う

ポイント

- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。
- 課題は通常複数ある。複数ある課題の中で、下記の視点から取り組むべき課題の優先順位を決めていく。
 - ✓ 課題としての**緊急性**
 - ✓ 課題の**重要性(自的や目標達成に直結する課題かどうか)**
 - ✓ 課題としての**取り組むやすさ(緊急性や重要性を鑑みたら)**
- 課題が抽象的だと対策も抽象的になる。そのため、取り組むべき課題を具体化することが重要となる。SWIthを使って、課題を具体化する。

図. PDCAサイクルにおける「課題選定」の位置づけ



図. 課題の具体化の例

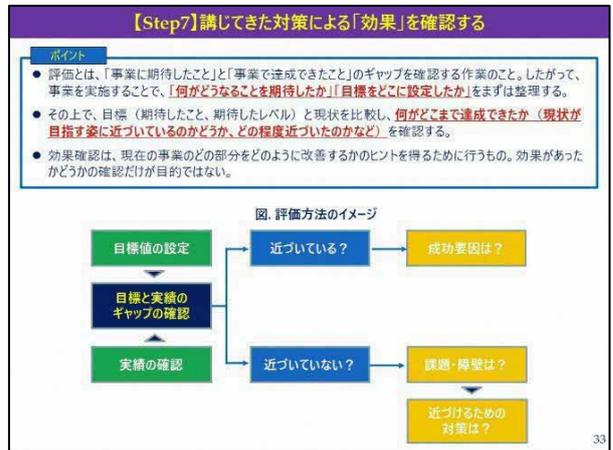
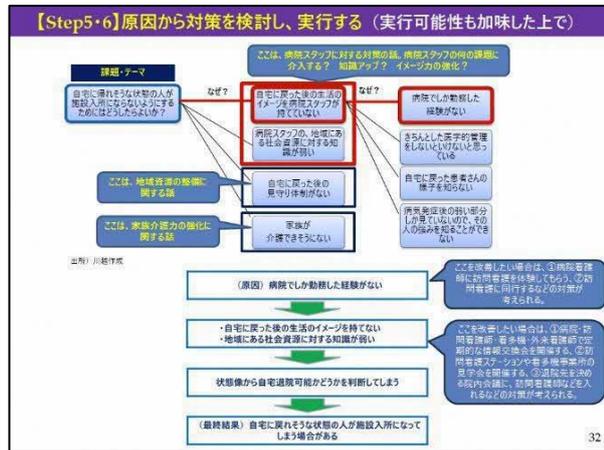
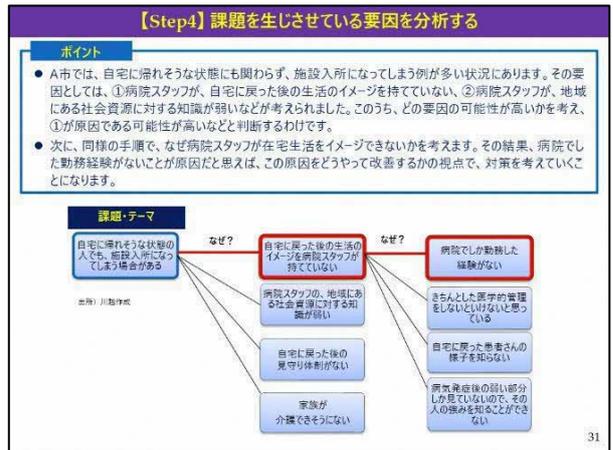
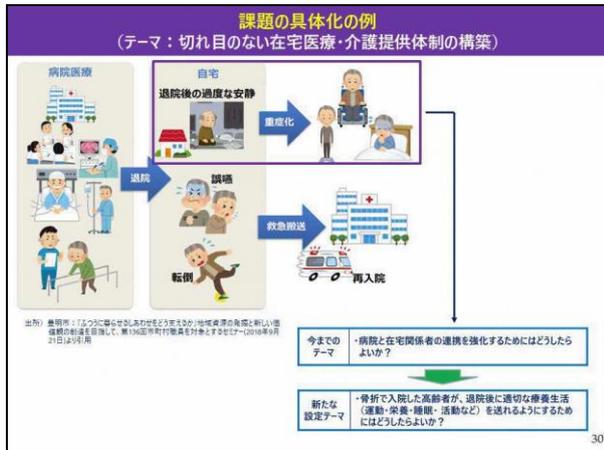
よくみられる課題

(課題) 病院とケアマネの連携が弱い

SWIthで課題を具体化する

- いつどの時点の連携が弱いのか?
例) 入院中の連携
- 何のための連携が弱いのか?
例) 退院後のケアプランを検討するための連携
- 誰と誰の連携が弱いのか?
例) 退院調整看護師とケアマネジャーの連携

29



市担当者宅医療コーディネーターの協働による課題解決シナリオの検討例 (東京都稲城市)

34

(1) 解決したい具体的なテーマをどう設定したか

- 研修では、4場面うち「看取り」を選択し、演習シート(図表4-10)を使って、「解決したいテーマの設定⇒目指す姿の設定⇒原因と対策の検討⇒評価方法の検討」を行った。研修会終了後、協議会での活用を視野に、残り3場面についても演習シートを使って検討した。
- 具体的なテーマの決定には少し時間がかかった。まず、小職(事務職)から、現場を知っている在宅医療コーディネーターに対し、「看取り期にある本人や家族にとって、解決した方がよいテーマって何かありますか?」と質問、それに対して、感じている課題を在宅医療コーディネーターに回答してもらった。その内容に対してさらに質問しながら、テーマを具体化していった。最終的には、「本人の意向に沿えずに、家族が入院を選ぶことがある」をテーマとした。残り3場面についても、同様の方法でテーマを決めていった。

【日常療養支援】

- 家族が代理で外来受診し続けており、訪問診療に切り替えられていない。

【入退院支援】

- 家族介護力を生かすことができずに退院できない事例がある。また、在宅サービスに依存した事例もある。

【急変時】

- 急変時に救急隊がケアマネジャーを頼るため、対応が遅れる場合がある(情報を把握したいときにケアマネジャーに連絡がいく、呼び出される場合もある)。

【看取り】

- 本人の意向に沿えずに、家族が入院を選ぶことがある。

出所) 埼玉医科大学「結果的に課題を特定するための考え方で2」(在宅医療・介護連携の推進に向けて(令和4年3月1日)、p.24より引用
<https://www.sapac.go.jp/research/result/ku1601013.html>

35

(2) 目指す姿をどう設定したか

- 上記テーマに対して、目指す姿を在宅医療コーディネーターと一緒に検討し、看取りに関しては、「**終末期であっても、在宅サービスを使うことで、本人の意向を尊重した在宅生活を送ることができる**」とした。残り3場面についても、同様の方法で目指す姿を決めていった。

【日常療養支援】

- 訪問診療を必要とする患者に対し、訪問診療を提供することができる。

【入退院支援】

- 退院時に必要かつ十分なサービスが提供されることで、再発が予防でき、安心した療養生活を送ることができる。

【急変時】

- 急変時に必要な情報が救急隊や入院先と共有されることで、本人の意向に沿った救急対応をすることができる。

【看取り】

- 終末期であっても、在宅サービスを使うことで、本人の意向を尊重した在宅生活を送ることができる。

出典) 埼玉医科大学：結果的に計画を策定するための考え方を7つの在宅医療・介護連携の推進に向けて（令和4年3月31日）、p.242(9)頁
<https://www.spu.ac.jp/research/results/tabid/133.html>

(3) 原因/解決すべき原因（根本原因）をどう設定したか（看取り場面）

- 看取りの目指す姿を「**終末期であっても、在宅サービスを使うことで、本人の意向を尊重した在宅生活を送ることができる**」としたが、実際には、本人は在宅での看取りを希望されているにもかかわらず、様々な理由により、病院への入院や施設への入所になってしまう場合がある。

- 「こうした現状・課題を生じさせている原因として何が考えられるか？」を質問したところ、在宅医療コーディネーターから、

- ① 本人の意向を確認できていない/意向を具体化できていない
- ② 看取り経験が少ないケアマネジャーも多く、自身も不安を感じている
- ③ 本人が衰弱してくると家族は不安になる
- ④ 家族は、不安が強くなると、在宅ではなく、救急車を呼んでしまう

- さらに、「解決が必要な原因は何だかと思う？」と質問したところ、在宅医療コーディネーターから、「ケアマネジャーの資力の問題、本人の意向確認の問題もあるが、**キーとなるのは「家族の不安の軽減」だ**と思う」との意見が出された。

- さらに、「なぜ、家族は不安になるの？」と聞いたところ、「原因としては、①本人の状態の変化、②ケアマネジャーの経験値や説明・対応力の低さなどが考えられる。ただ、家族は、想定していたことが起こる分には慣れていないが、想定していないことが起こると慣れて、不安が増強したりする。その結果として救急車を呼んでしまっているのではないかと」の考えであった。

- そこで、解決すべき原因を、「**家族に対し、専門職が看取りに関するプロセスを十分説明しきれていないために、家族の不安が高まってしまっている**」とした。

出典) 埼玉医科大学：結果的に計画を策定するための考え方を7つの在宅医療・介護連携の推進に向けて（令和4年3月31日）、p.242(9)頁
<https://www.spu.ac.jp/research/results/tabid/133.html>

(4) 対策をどう設定したか

- これまでの在宅医療コーディネーターとのやりとりから、「**専門職の看取りプロセスに対する説明能力をいかに高めるか**」が対策のポイントだと考えた。今後の見直しを含めた説明能力が高まれば、結果的に家族の心理的準備性（想定範囲や内容の拡大）も高まり、慌てることも減り、不安の軽減、救急車を呼ぶ機会の減少につながるのではないかと考えた。

- ただし、説明能力が高まるまでには時間を要するので、家族に対して、心理的準備性を高めるための対策も必要と考えた。

- そこで、第9期計画では、【対策1】専門職の説明能力向上、【対策2】家族の看取りプロセスに対する知識やイメージ力の向上を重点テーマに設定した。

- 対策1に関しては、①説明スキルを高めるための研修会の開催（ロールプレイを中心としたもの）、②説明に使用するための資料作成（演習資料を含む）が必要と考えた。後者に関しては、医師・訪問看護ステーションの看護師・ケアマネジャーをメンバーとした作業部会で作成していくこととした。また、研修会の内容に関しても、同作業部会で案を考えたこととした。

- 対策2に関しては、看取りプロセスを知るための家族向け研修会を開催することにした。その際の資料として、対策1で作成予定の資料を活用することとした。

- 本年度は家族向け研修会を開催するが、来年度は、ケアマネジャー、在宅・居住系・施設で看取りにかかわる可能性のあるケア職員等を対象に、同様の研修会を開催する予定である。

出典) 埼玉医科大学：結果的に計画を策定するための考え方を7つの在宅医療・介護連携の推進に向けて（令和4年3月31日）、p.274(9)頁
<https://www.spu.ac.jp/research/results/tabid/133.html>

(5) 対策に期待したこと/評価指標をどう設定し、どう把握しようと考えたか

- 対策を実施することで、

- ① ケアマネジャー等が家族に看取りプロセスを説明する機会が増える
- ② ケアマネジャー等の看取りに対する知識が上がる
- ③ ケアマネジャー等の看取りプロセスに対する説明スキルが上がる
- ④ ケアマネジャー等の看取りに対する不安が減少する
- ⑤ 家族の不安が減少する
- ⑥ 家族が「もっとこうしてあげればよかった」などと後悔することが減る
- ⑦ 救急車が呼ばれる回数ないし率が下がる
- ⑧ 看取りに関する報酬の算定回数が増える

などが期待されると考えた。

- このうち、①～④に関してはケアマネジャーを対象としたアンケートなどで、⑤～⑥に関しては、家族向けアンケート（ケアマネジャーが家族に聞き取りながら記載するもの）で、⑦に関しては救急隊へのヒアリングや公表データなどで、⑧に関しては地域包括ケア見える化システムのデータや介護報酬の算定回数などでモニタリングしていきたいと考えている。

出典) 埼玉医科大学：結果的に計画を策定するための考え方を7つの在宅医療・介護連携の推進に向けて（令和4年3月31日）、p.274(9)頁
<https://www.spu.ac.jp/research/results/tabid/133.html>

東京都稲城市の検討例（テーマ：看取り）

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ **【看取り】終末期に本人の意向に沿えず、家族が入院を選ぶことがある**

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿 ・終末期であっても、在宅サービスを使うことで本人の意向を尊重した在宅生活を継続できる

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1 ・本人の意向を具体的に確認できていない 原因2 ・衰弱すると家族が不安になる
 原因3 ・看取り経験少ないケアマネも不安になる 原因4 ・不安になると在宅でなく救急車に連絡

最も大きな原因 ・専門職が家族に看取りのプロセスを説明していないため、家族の不安が高まり入院へ

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えて下さい。

誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1 ・家族	・看取りのプロセスを知り、在宅看取りの心理的準備性を高める
対策2 ・ケアマネ、訪看	・慶せる等、在宅看取りまでのプロセスを家族に説明するスキル獲得支援
対策3 ・ケアマネ、訪看、医師	・在宅看取りプロセスを家族に説明する演習や資料の作成

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1 ・ケアマネ等が説明できるスキルがあがる	・説明スキルのアンケート、試験
期待値2 ・ケアマネ等が家族に実際に説明できるようになる	・説明した経験等の確認(アンケート)
期待値3 ・説明により家族等が理解し、安心する	・家族の安心感等のヒアリング、アンケート

出典) 埼玉医科大学：結果的に計画を策定するための考え方を7つの在宅医療・介護連携の推進に向けて（令和4年3月31日）、p.283(9)頁
<https://www.spu.ac.jp/research/results/tabid/133.html>

5. 事業のあるべき展開プロセスとは



図9-4 令和5年度都道府県・市町村等研修会議（研修会議Ⅰ：資料4）

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議
令和5年10月19日 資料4

在宅医療・介護連携を通じた 行政と医師会の連携推進への期待

公益社団法人 日本医師会
常任理事 今村 英仁



日本医師会キャラクター
「日医君（にちいくん）」

本日のお話

- ・医師会について
- ・介護保険制度と在宅医療・介護連携について
- ・在宅医療・介護連携推進事業を通じた地域連携の深化・推進への期待



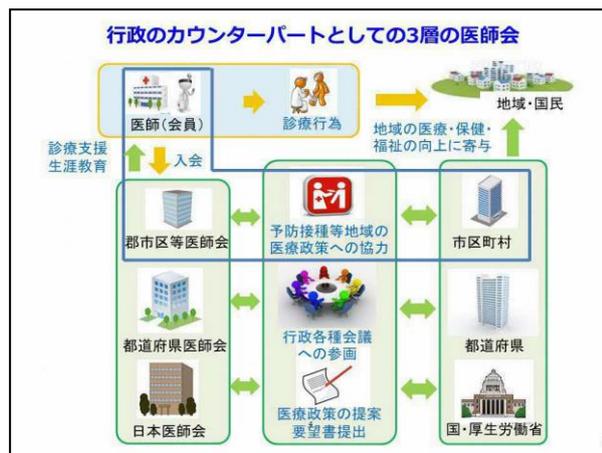
医師会について



3層構造の医師会組織

公益社団法人 日本医師会 会員数 173,761人 (令和4年12月1日現在)
都道府県医師会 (47) 会員数 191,146人 (令和4年11月1日現在)
郡市区等医師会 (889) (令和5年8月7日現在) 郡市区医師会：813 大学医師会：65 その他：11 会員数 206,213人 (令和4年11月1日現在)

・3層の医師会は、それぞれ独立して運営されています
 ・現在の規約では、都道府県医師会に入会するためには郡市区等医師会員であること、日本医師会に入会するためには都道府県医師会員であることが必要



医師会の役割

**国民の生命と健康を守る！
医師の医療活動を守る！**



地域に根差した医師会の活動

1. 地域・時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間患者センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出稼など自らの地域を守る活動）
2. 行政・医師会等の公益活動	医師会・専門医会・自治会・保健所関連の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3. 地域	地域における医療・介護連携は、 医師会活動の一つの柱！！
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど
5. その他	看護師・准看護師養成所、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX、医療GX、学術活動、高齢者・障害者施設への対応など

それぞれの医師会が医療現場を代表して、対応する行政に協力・折衝をしています

新型コロナワクチン

全国の郡市区等医師会、都道府県医師会が各地区の行政と協力

政府目標の1日100万回を突破！

2021年6月9日

- 集団的接種（集団接種）**
 - 接種場所と時間を設定して集団的に接種
- かかりつけ医による個別接種**
 - かかりつけ医がかかりつけ患者に接種
- 高齢者施設での接種**
 - 常勤医、嘱託医等が行う場合
 - 巡回接種を行う場合

医師会は、引き続き在宅医療・介護連携を推進していきます！

郡市区医師会が、医師会活動の根幹！

↓

市区町村に協力・協働して、地域の医療・保健・福祉の向上のため、地域で活動しています。

日本医師会は、こうした地域の医師会活動を支援しています。

介護保険制度と在宅医療・介護連携について

日本医師会と介護保険制度との関わり

介護保険制度の動き（審議会等）	日本医師会	委員（肩書は当時）
制度創設以前（1993年）	・高齢者施策の基本方向に関する懇談会 ・高齢社会福祉ビジョン懇談会	委員として参画 ※北沢正吉常任理事 ※佐上正通副会長（北里大学客員教授）
平成8年（1994年）10月	老人保健福祉審議会	委員として参画 岸谷栄吉副会長、高木吉吉常任理事 ※第1回より
平成9年（1997年）12月	介護保険法成立	
平成9年（1997年）12月	医療保険福祉審議会老人保健福祉部会	委員として参画 青柳俊彦任理事（給付費部会～1.2.1.） ※第1回より
平成10年（1998年）4月	医療保険福祉審議会介護給付費部会	
平成10年（1998年）12月	医療保険福祉審議会 合同部会	
平成12年4月（2000年）	介護保険制度移行	
平成13年（2001年）10月～	社会保障審議会介護給付費分科会	委員として参画 青柳俊彦任理事（第1回～19回） 福島繁中任理事（第20回～21回） 岸谷栄吉任理事 野中博孝任理事（第22回～40回） 元木忠生任理事（第41回～50回） 村上裕司任理事（第51回～89回） 藤村俊久任理事（第90回～103回） 鈴木邦彦任理事（第104回～140回） 江津和彦任理事（第141回～現在） 高橋真由任理事（第1回～3回） 青柳俊彦任理事（第4回～11回） 野中博孝任理事（第12回～21回） 元木忠生任理事（第22回～24回） 藤村俊久任理事（第25回～41回） 高橋和久任理事（第42回～84回） 鈴木邦彦任理事（第85回～73回） 江津和彦任理事（第74回～現在）
平成15年（2003年）5月～	社会保障審議会介護保険部会	委員として参画
その他	各種検討会、老人保健健康増進等事業（調査研究事業）、介護報酬改定の効果検証及び検証研究に係る調査研究事業、厚生労働省委託事業等への参画	

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

出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3

日本医師会と在宅医療・介護連携推進事業について

【在宅医療拠点事業】

・平成23年度～ 事業実施に当たり、都道府県医師会等へ周知

【在宅医療・介護連携推進事業】

◆老人保健健康増進等事業(調査研究)への参画(役職はその時点)

- ・鈴木邦彦常任理事 平成28年度
- ・市川朝洋常任理事 平成29年度
- ・江澤和彦常任理事 平成30年度
- ・今村英仁常任理事 令和4年度

◆在宅医療・介護連携推進事業に関する厚労省委託事業への参画

- ・江澤和彦常任理事(令和2～4年度)
- ・今村英仁常任理事(令和5年度)

12

平成30年度調査より(市町村)

在宅医療・介護連携推進事業の課題(n=1,734 最大5項目優先順位回答)

在宅医療・介護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」等の回答が多かった。

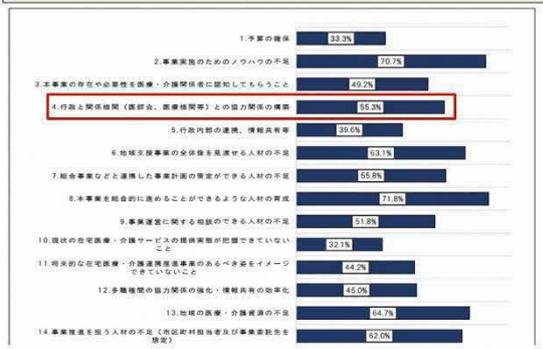


出典: 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業(産科婦人科) (平成30年度老人保健健康増進等事業 老人保健健康増進等事業 在宅医療・介護連携推進事業)

13

令和4年度調査より(市町村)

市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中で課題だと感じているもの(複数回答)(n=1741)



出典: 令和4年度在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査報告(富士通総研)

14



他の項目に比べて、高くも低くもない(まだまだ課題と感じている?)

出典: 令和4年度在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査報告(富士通総研)

15

市町村が都道府県に支援を期待する課題(5つまで)

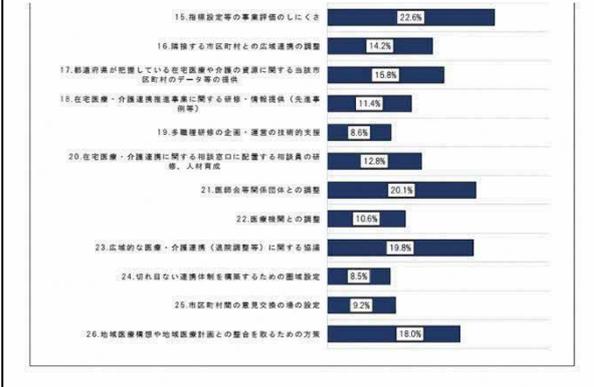
(複数回答)(n=1741)



他の項目に比べ、まあまあ高い。都道府県医師会と都道府県行政も連携して、市町村を支援することも重要!

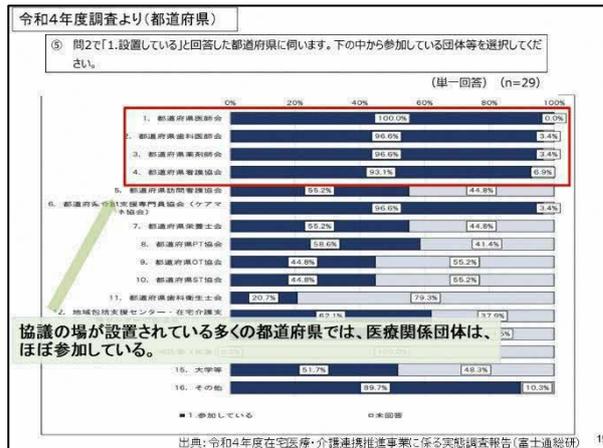
出典: 令和4年度在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査報告(富士通総研)

16



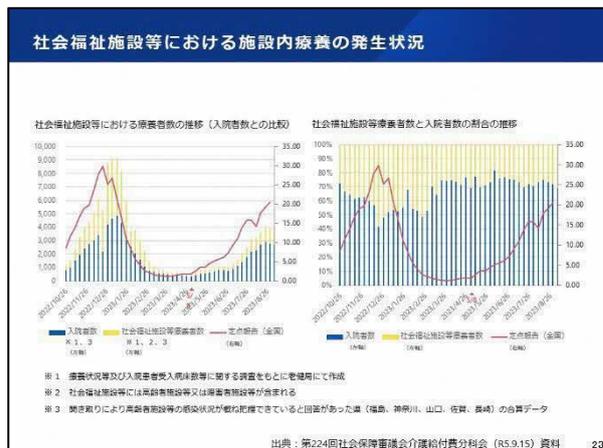
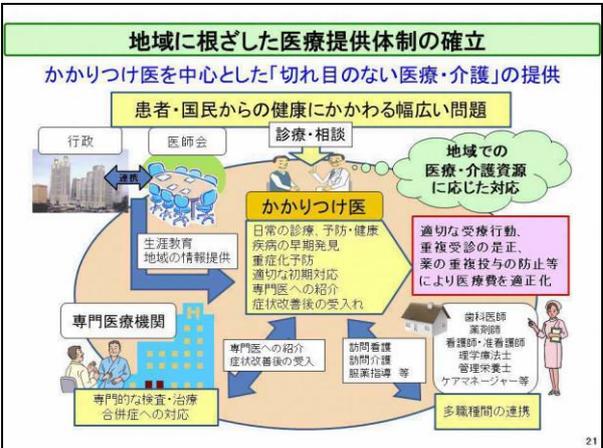
出典: 令和4年度在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査報告(富士通総研)

17



在宅医療・介護連携推進事業を通じた地域連携の深化・推進への期待

20



高齢者施設等における医療機関との連携状況等にかかる調査結果（施設類型別）①

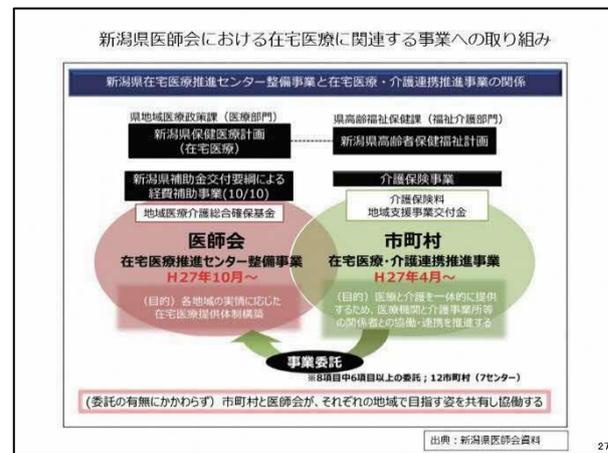
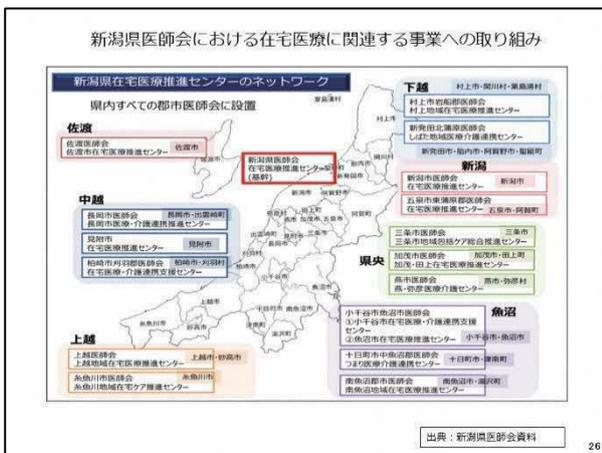
2023年5月7日時点	全施設数	回着施設数	回着率	医療機関との連携		緊急時手配の連携	
				実施率	実地率	実施率	実地率
全体	73,926	67,898	91.8%	83,150	93.1%	63,928	86.5%
介護老人福祉施設	8,339	8,168	97.9%	7,884	96.5%	7,943	97.2%
地域密着型介護老人福祉施設	2,456	2,364	96.3%	2,281	96.5%	2,307	97.6%
介護老人保健施設	4,183	4,084	97.6%	4,000	97.7%	3,983	97.3%
介護医療院	781	756	96.8%	750	99.2%	728	96.3%
介護療養型医療施設	236	213	90.3%	205	96.2%	198	93.0%
認知症対応型共同生活介護事業所	14,306	13,055	91.3%	12,111	92.8%	12,128	92.9%
養護老人ホーム	920	887	96.4%	823	92.8%	837	94.4%
軽費老人ホーム	2,324	2,213	95.2%	1,867	84.4%	2,069	93.5%
有料老人ホーム	16,340	14,417	88.2%	13,113	91.0%	13,215	91.7%
サービス付き高齢者向け住宅	7,884	6,970	87.3%	6,223	89.3%	6,289	90.2%
短期入所生活介護事業所	11,252	10,381	92.3%	9,839	92.0%	9,989	94.2%
短期入所療養介護	4,805	4,380	91.2%	4,284	97.8%	4,242	96.8%

出典：第224回社会保険審議会介護給付費分科会（RS.9.15）資料 24

高齢者施設等における医療機関との連携状況等にかかる調査結果（施設類型別）②

2023年5月7日時点	ワケテン（1項目）の連携		実地率	ワケテン（2項目）の連携		実地率	全ての事項を連携	
	施設内連携	住居内連携		施設内連携	住居内連携		実地率	実地率
全体	58,261	7,426	96.7%	53,535	11,178	95.0%	54,781	80.7%
介護老人福祉施設	7,016	165	99.9%	7,438	471	96.8%	7,198	89.0%
地域密着型介護老人福祉施設	2,283	49	98.6%	2,126	161	96.7%	2,037	86.2%
介護老人保健施設	3,843	111	99.0%	3,759	273	98.5%	3,681	89.9%
介護医療院	708	49	99.6%	683	60	98.3%	648	85.7%
介護療養型医療施設	178	32	98.6%	178	32	97.2%	174	81.7%
認知症対応型共同生活介護事業所	11,562	1,171	97.5%	10,411	2,080	95.7%	10,143	77.7%
養護老人ホーム	846	22	97.9%	797	59	96.5%	738	82.9%
軽費老人ホーム	1,854	307	97.7%	1,728	410	96.5%	1,662	79.1%
有料老人ホーム	11,802	1,932	95.4%	10,459	2,973	93.2%	10,851	75.3%
サービス付き高齢者向け住宅	5,338	1,322	95.6%	4,566	1,916	93.0%	5,219	74.8%
短期入所生活介護事業所	7,864	1,834	94.4%	7,433	2,250	93.4%	8,563	82.5%
短期入所療養介護	3,969	312	97.7%	3,784	470	97.3%	3,882	88.6%

出典：第224回社会保険審議会介護給付費分科会（RS.9.15）資料 25



大分県臼杵市医師会における在宅医療に関する事業への取り組み

臼杵市医師会コスモス病院

医療を通じて地域から信頼と笑顔を

地域医療支援施設
二次救急医療機関
感染症指定医療機関
全県急病対応一歩地区医療支援病院

高専全病棟にて、29カ所の医療機関との連携を重視した在宅医療

総合率 82%
病床数 268床
一般病棟 108床
地域包括ケア 90床
職員数 約470名（実働医師数118名）
看護職員数 150名（診療看護員4名、認定看護員4名）
検査科～新型コロナウイルス感染症
感染症対策室、感染症対策センター
検査科～検査科

2016年 若い人も、病んでも自分らしく暮らせる地域作りを
在宅医療推進推進事業
臼杵市Z会議

自分らしい生き方を選択しましょう

生きる 生きる 生きる

市民が選ぶ 暮らしを支える ことができる様

誰の見える関係 から 信頼しあえる 協働できる関係へ

更に 進化しよう

出典：令和3年度 在宅医療・介護連携推進支援事業「市町村等担当者研修会議」臼杵市医師会講演資料 28

大分県臼杵市医師会における在宅医療に関する事業への取り組み

これまでの医療・介護連携推進事業の取組概要について

事業項目	実施内容	事業項目	実施内容
(1) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2012年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2012年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(2) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2013年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2013年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(3) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2014年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2014年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(4) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2015年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2015年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(5) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2016年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2016年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(6) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2017年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2017年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(7) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2018年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2018年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(8) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2019年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2019年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(9) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2020年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2020年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(10) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2021年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2021年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設
(11) 在宅医療推進事業	2012年 在宅医療推進センターの開設 在宅医療推進センターの開設	2022年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設	2022年 ケース「人生最後の旅」 在宅医療推進センターの開設

専門職研修 42回
市民講座 16回

出典：令和3年度 在宅医療・介護連携推進支援事業「市町村等担当者研修会議」臼杵市医師会講演資料 29

若手県釜石市における在宅医療に関連する事業への取り組み

在宅医療連携拠点チームかまいし

背景

- ◆当圏域の地域医療全体の中心的な合意事項
「県立釜石病院（地域の基幹病院）を守る！」
- ◆医師会が連携拠点の役割を担ってきた
H19年4月 県立釜石病院と釜石市民病院の統廃合
H19年6月 釜石医師会主催
「釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会」設置
在宅療養の推進に向けた医療と介護の連携体制の構築、コンサル形成、医療機能の分担と明確化、連携の課題抽出と解決策の検討

開始

厚労省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機として、平成24年7月、医師会との連携体制による釜石市役所の所管業務としてスタート

特徴

- ・医師会の介護在宅診療部会長がアドバイザーとして派遣
- ・一次～三次の階層的連携手法
- ・連携資源(ケアの担い手団体等)の設立や取組み等に直接・間接的に支援することで多様な主体の取組みの推進に寄与

目的

地域包括ケアシステムの充実に向けた
切れ目のない医療と介護の提供体制の構築
患者・利用者の生活の質の向上
→包括ケアの5つ要素…医療・介護・予防・生活支援・住まい

連携COの役割

ケアの担い手となる各職種専門性が発揮できる環境や関係性を整えること
・職種間の連携に関するストレスを軽減すること・職種内の温度差解消のお手伝い など

出典：令和3年度 在宅医療・介護連携推進支援事業「市町村等担当者研修会議」釜石市講演資料

若手県釜石市における在宅医療に関連する事業への取り組み

チームかまいしの取組みのポイント まとめ

- 釜石市では、釜石医師会との連携によって地域包括ケアシステム充実に向けた取組みを推進しています。
- チームかまいしでは、連携コーディネーターの役割を各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えることと考え、一次連携等により職種毎に課題・ニーズを抽出し、解決のための「手法」や「場」を検討・提案・協働しています。
- 解決策の1つとして「二次連携」の実施による連携のフレームづくりを行っています。
- 一方、抽出した課題をフィードバックすることで、団体自らも解決策を検討し、主体的な取組みを実践しています。
- 連携の土壌づくりとタナマキを行ってきた結果、釜石保健医療圏では、連携当事者(ケアの担い手)の主体的な取組みが推進されています。
- チームかまいしでは、各主体の取組みを地域の関係者や一般住民に共有する場を設けることで、相互理解推進に努めています。(三次連携、連携だより、Facebook)

出典：令和3年度 在宅医療・介護連携推進支援事業「市町村等担当者研修会議」釜石市講演資料

在宅医療・介護連携を推進する目的は・・・？

◆ 事業を行うこと、医療・介護関係者の連携が目的ではない

医師会などの医療関係者、介護関係者は、それぞれ地域住民を支えている。この事業を通じて繋がることで何ができるのか、何をすべきか、関係者が一緒に考えることができる。

- ・地域住民のニーズがどこにあるのか、行政とともに、医療・介護関係者も認識・共有する必要がある。
→受託者に「丸投げ」はNG。
- ・在宅医療だけを進めようとしても無理！在宅医療を行うには、生活支援(介護サービス)も必須。
- ・地域の特性(人口、地理的要因等)や医療・介護・福祉資源によっても、在宅医療の在り方は異なる。
- ・地域住民が自身も考えることも重要！→周知・啓発

出典：令和3年度 在宅医療・介護連携推進支援事業「市町村等担当者研修会議」釜石市講演資料

よく言われる「顔の見える関係」の構築とは

「在宅医療・介護連携推進事業」をきっかけに、地域の関係者が連携することで、他の施策に活用可能となる。

→災害時の対応(地域BCPの策定)、新興感染症(ワクチン接種やクラスター対策)、介護予防事業、認知症関連事業 等

平時からの連携体制構築が、有事の際の迅速な対応に繋がっていく。

在宅医療・介護連携を推進することで、住民が求める医療や介護を提供できるのか。

住民が望む生活を支援できているか。

その結果、地域で暮らし続けることが可能となったのか。

地域を面で支える

出典：令和3年度 在宅医療・介護連携推進支援事業「市町村等担当者研修会議」釜石市講演資料

JMA

ご清聴ありがとうございました

地域医療を面で支えます

図9-5 令和5年度都道府県・市町村等研修会議（研修会議Ⅰ：資料5）

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
 都道府県・市町村担当者等研修会議
 令和5年10月19日

資料5

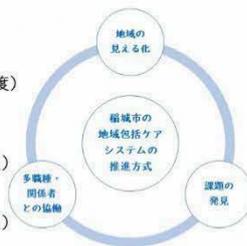
PDCAサイクルを意識した稲城市の 在宅医療・介護連携推進事業の実践

稲城市高齢福祉課 飯野雄治



本日、紹介する工夫や取り組み

- 現状把握と分析
 - 相談室への相談内容の考察（半年に1度）
 - ケアマネ向けアンケート（3年に1度）
 - 診療所向けアンケート（3年に1度）
 - レセプトデータ分析/救急搬送先（5年に1度）
- 議論、検討
 - 協議会（4カ月に1度）
 - 研修（グループワーク）の活用（1年に1度）
- 対策
 - 訪問診療医ガイドの作成・改訂（3年に1度）



1

稲城市の紹介



東京都

稲城市




人口	93,486人	認定率	16.5%
高齢者人口	20,452人		(令和5年4月1日現在)
高齢化率	21.9%		
要介護認定者数	3,368人		

★東京都心の新宿から西南に約25km、南多摩地区の東端に位置しています。
 ★面積は17.97km²(東西、南北とも約5.3km)です。
 ★日常生活圏域4か所です。

2

1. 現状把握と分析

- 相談内容の報告時に、課題等を考察すべく議論する。(コーディネーターと月に1回、医師会と月に1回、議論する)
- 訪問診療の利用者を持つケアマネを対象にアンケートを採取。
- 市内のクリニックを対象にアンケートを採取。
- レセプトデータ等から高齢者の救急搬送先や転院先等を把握。

3

相談室に寄せられた相談(令和4年8~12月分)から見える課題等	
相談内容の考察、課題や対応	相談内容(抜粋)
○ 個々の相談内容について、①なぜ、そのような相談が生じたのか、②相談室以外に相談できるところはどこか、③相談せずに済むようにするにはどうしたらよいか、を定期的に事務局と議論している。在宅医療や医療資源、コロナ対応に関する基本的な問合せは、省略した。	
(パーキンソン病へ対応する訪問診療)パーキンソン病の専門性を有する訪問診療医に関する問合せが多い。ただし、パーキンソン病がある高齢者を診ない訪問診療医は少なく、専門性がある訪問診療医が高齢者に多い。	(ケアマネ)パーキンソンに強い市外の訪問診療は通って訪問できない。(ケアマネ)同居するパーキンソン病の親と一時的に距離を取りたい。(家族)同居するパーキンソン病の親の夜間訴えが強く、ショートステイも利用できなくなりつらい。
a. パーキンソン病の専門性が高い訪問診療医が必要(専門性の高い治療が必要だが、通院が難しい患者が増えている) b. 訪問診療医は一定の専門性を有していることを関係者が知らない c. 日内的変動や疾患の進行に応じた小まな家の調整等がさらに必要	(ケアマネ)住診できる皮膚科は？(市外2か所を紹介)
(皮膚科へ対応する住診)皮膚科の在宅医療に関する問合せがあるが、住診できる市内の皮膚科は足りない(ない)のではないかと。	(ケアマネ)身体的に精神科への通院が難しくなってきた高齢者の訪問診療 (家族)精神的に不安定な親が老健でも昼夜逆転が治らず精神科訪問診療に相談したい (ケアマネ)市内の精神科、心療内科を知りたい (本人)自律神経失調症だが、母を介護しているため通院できない
(精神疾患へ対応する訪問診療、医療機関)精神疾患がある高齢者へ対応できる訪問診療が求められている。 高齢者に限らず、身近な市内に精神科や心療内科クリニックも必要ではないか。市外を頼るなら、市外クリニックに多職種連携研修に参加いただく等、連携を深める必要があるのではないかと。	(家族)配偶者が認知症を否認し、地域包括支援センターにも届出するが、持病の治療も途絶え、通院先以外に相談先がない (医療機関)受診できなく、何度も悩む相談に来る高齢患者への対応に悩む
(認知症がある患者への対応)医療機関が受診に課題ある認知症患者を相談室に相談しやすい関係作り	(本人)転入した後に、かかりつけ医がないので、作りたいたい(ケアマネ)かかりつけ医と考えていた医師が主治医見解を拒否
(外来患者への対応)医療機関が抱える高齢の患者を相談室に相談しやすい関係作り	(薬局)ガイド(半導体)高齢で薬を取りに来るのが大きく負担になっている患者がいるが、介護サービス等は使えるか
(かかりつけ医、主治医の紹介)かかりつけ医に関する市民への普及啓発	
(調剤薬局との連携)介護保険サービス等の基本的な活用について薬局に情報提供	

要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関する調査結果から分かったこと

- 在宅医療の活用状況や課題を把握するため、市内のケアマネを対象に、利用者の在宅医療の利用状況を調査している。
 - 1回目は平成27年、2回目は平成30年、3回目は令和2年1月に実施。
 - 3回目は、特に在宅医療を開始した際の状況を把握し、在宅医療の普及啓発等に関する対策を講ずることを目的とした。

経時的な傾向

- 在宅医療(訪問診療・住診)を利用する要介護者、提供する機関は年々増加している。
 (H27:訪197人住4人、H31:訪235人住17人)
- 既往に大きな変化はなく、認知症、心臓血管疾患、整形外科疾患、糖尿病、神経内科疾患も上位を占めた。
- 受けている医療行為に大きな変化はなく、投薬処方、在宅酸素、尿道カテーテル、吸引、胃ろう、腸ろうが上位を占めた。

在宅医療の開始に係る状況

- 在宅医療を開始する理由は「身体機能の低下」「介護者の負担増大」が多くを占めた。
- 在宅医療の開始の提案、開始する際の情報収集は「ケアマネジャー」が担っている場合が多く、いずれもケアマネジャーが担っている場合は1/3を占めた。
- 1/3が過去1年間に入院を経験していたが、その多くは「発熱等、見る見込みがある疾患に一時に罹患したため」だった。

在宅での看取りの希望と実現(平成30年調査)

- 在宅での看取りを希望した方の7割がそれを実現するとともに、在宅での看取りを希望しない方の9割がそれを実現していた。希望する看取り場所が分からない人の9割は在宅以外で看取られていた。

人生会議の実施に係る状況

- 3/4が受たい/受けない医療・療養について、本人・家族や支援者らと「一応」または「話し合」話し合っていた。
- 看取りの場所として、本人の4割、家族の3割が自宅を希望していたが、本人・家族ともに自宅を希望しているのは1/4だった。
- 受けたい/受けたくない医療・療養を話し合っていた場合は、そうでない場合より本人・家族ともに自宅での看取りを希望する割合が高いととも、自宅に限らず希望する看取り場所について本人と家族とが一致する割合が高かった。

5

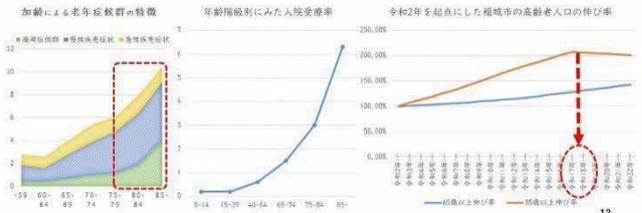
2. 議論、検討

- 委員や専門職が意見を出しやすいよう、具体的な議題を提示する。
- ・ 稲城市の人口推計結果を報告し、課題認識を共有。
 - ・ 現場の課題の仮説を提示し、現場感覚での賛同を問う。
 - ・ 研修時のグループワークで4つの場面の目標や課題を議論いただいた内容を回収し、市の目標設定等へ活用。
 - ・ 「現状把握と分析」で把握したことについて、現場感覚で賛同を問う。

12

85歳以上の人口について

- 一般的に、加齢による老年症候群は年齢とともに増え、75歳以上になると慢性疾患症状や廃用症候群が占める割合が高くなる(下図)。
- 日本全体の病院病床数は1993年の168万床をピークに減少し、2017年には155万床に至っており、入院患者数も1990年の150万人から2017年の131万人に減少している。
- 一般的に入院受療率は、75-84歳の3.0%に対し、85歳以上は6.3%と、2倍以上入院しやすい状況にある(下図)。
- 高齢化の進展により、入院患者に占める85歳以上の割合は、1990年の8%から2017年の26%に急増している。
- 稲城市の65歳以上の人口は2040年には1.5倍程度になることが見込まれているが、介護と医療の両方が必要になるだろう85歳以上の人口は今から15年後には2倍になることが予想される(下図)。
- これらのことから、在宅療養を提供し、自宅を含めてあらゆる場所で看取れる体制を早急に整備する必要がある。



13

【演習4】 目指す姿 ⇒ 原因と対策 ⇒ 評価までの一連のプロセスを考える

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ：【日常療養】家族が代理で通院し続け、訪問診療に切り替えられていない

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿：訪問診療を必要とする患者には、訪問診療が利用できる

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1：代理受診でまかなえている 原因2：本人・家族が代理受診で十分と認識
原因3：外来医が本人受診の重要性を認識せず 原因4：外来医が代理受診の理由を把握していない

最も大きな原因：代理受診のリスク、弊害を理解していない

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1：医師会	・長期の代理受診は好ましくないことを外来診療所に説明・案内
対策2：外来診療所	・代理受診の場合、理由(通えないor単に面倒)を確認する
対策3：家族	・代理受診が狭く方向性講座を企画し、訪問診療を紹介

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1：代理受診の理由を聞く医師の増加	・外来診療所向けアンケート、ヒアリング
期待値2：代理受診の減少	・外来診療所向けアンケート、ヒアリング
期待値3：訪問診療へ切り替える患者の増	・訪問診療所へのアンケート、ヒアリング

14

【演習4】 目指す姿 ⇒ 原因と対策 ⇒ 評価までの一連のプロセスを考える

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ：【入退院】家族の介護力が活かされず、退院できない、あるいは在宅サービス頼りの事例が多い

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿：退院時に、必要かつ十分なサービスが提供され、再発が予防でき安心して療養生活を送れる

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1：家族の介護力が把握できていない 原因2：ケアマネはサービス不足での悪化防止を重視
原因3：老々介護や8050等、介護力低い家族増 原因4：病院スタッフは在宅療養のイメージ乏しい

最も大きな原因：家族に療養生活の介護を説明し、体験しながら介護力を把握する機会や視点が乏しい

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1：病院スタッフ	・ケアマネや訪者だけでなく、家族に療養生活を説明する機会を作る
対策2：ケアマネ、訪者	・退院後、1カ月以内は家族に介護/看護(吸引等)を教える期間とする
対策3：病院	・体調の悪化時は、優先して再入院できる体制を取る

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1：家族に介護方法を説明する事例の増	・ケアマネ向けアンケート
期待値2：退院事例の増	・病院向けアンケート、ヒアリング
期待値3：介護に参加する家族の増	・ケアマネ向けヒアリング、介護する家族へのヒアリング

15

【演習4】 目指す姿 ⇒ 原因と対策 ⇒ 評価までの一連のプロセスを考える

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ：【急変時】急変時に救急隊がケアマネを頼り、対応が遅れる不安が多い事例が増えている

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿：身寄りがなくとも、急変時に必要な情報が救急隊や入院先と共有できる

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1：必要な情報をケアマネのみが保有している 原因2：個人情報として厳重に扱われている
原因3：必要十分な情報が整理されていない 原因4：予後予測できず、情報が絞られている

最も大きな原因：急変時に必要な情報が分らず、精査されていない

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1：ケアマネ	・必要な情報を例示し、急変時を具体的に想定して情報を精査
対策2：本人	・情報の共有について同意し、玄關に貼っておく
対策3：救急隊	・救急時に貼られた情報を活用し、迅速に医療機関と調整

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1：必要な情報が玄關に貼られた事例の増	・ケアマネ向けアンケート
期待値2：ケアマネの呼出し件数・心理負担の減	・ケアマネ向けアンケート
期待値3：救急時に必要情報が活用された例増	・救急隊へのアンケート

16

【演習4】 目指す姿 ⇒ 原因と対策 ⇒ 評価までの一連のプロセスを考える

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ：【看取り】終末期に本人の意向に沿えず、家族が入院を選ぶことがある

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿：終末期であっても、在宅サービスを使うことで本人の意向を尊重した在宅生活を継続できる

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1：本人の意向を具体的に確認できていない 原因2：衰弱すると家族が不安になる
原因3：看取り経験少ないケアマネも不安になる 原因4：不安になると在宅でなく救急車に連絡

最も大きな原因：専門職が家族に看取るプロセスを説明していないため、家族の不安が高まり入院へ

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1：家族	・看取るプロセスを知り、在宅看取りの心理的準備性を高める
対策2：ケアマネ、訪者	・優せる等、在宅看取りまでのプロセスを家族に説明するスキル獲得支援
対策3：ケアマネ、訪者、医師	・在宅看取りプロセスを家族に説明する演習や資料の作成

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1：ケアマネ等が説明できるスキルある	・説明スキルのアンケート、試験
期待値2：ケアマネ等が家族に実際に説明する	・説明した経験等の確認(アンケート)
期待値3：説明により家族等が理解し、安心する	・家族の安心感等のヒアリング、アンケート

17

令和4年度「在宅医療・介護を連携するための多職種連携研修会」開催報告

○ 本年度、市立病院の協力により、稲城市の高齢者に多い心不全に関する専門職向けおよび市民向けの講座を開催していることから、多職種連携研修でも心不全をテーマに設定。
 ○ 4つの場ごとの目標の設定、退院時や急変時の課題の抽出を目的に、グループワークを実施するとともに議論したことを採録。
 ○ 新型コロナウイルス感染拡大に配慮し、オンラインで開催。

「心不全の高齢者を多職種で支える」
 日時 令和4年2月19日(日)13-16時
 会場 Cisco Webex Meetings(オンライン開催)
 A) 心不全高齢者の退院時に、地域につなげる支援
 ・ 市立病院 特定看護師 山村智高
 B) 演習①退院後の生活に必要な情報や連携を考える
 C) 演習②急変時の対応に必要な情報や連携を考える
 ・ 症例提供 市立病院 医師 柚須悟
 D) 4つの場ごとの連携の目的を考える
 ・ 事務局(高橋裕祉課)



グループワークで採録したシードに基づき構成した「場面ごとの目的」(案)

入退院	疾病の自己管理や家族の介護力の向上を支援するとともに、必要なサービスを導入することで、安定・安心した自宅での療養生活を実現し、再発や再入院を防止する。
日常療養	訪問頻度が高い介護職等が把握する本人等の希望や小さな変化を医師等とも共有して悪化を早期に発見し、必要なサービスを調整することで再発を予防し、本人や家族が望む生活を維持・拡大するとともに、急変に備える。
急変時	介護職等でも急変を察知して迅速に搬送・対応できるよう事前に想定した連絡・連携体制に沿って医療機関につなぎ、本人や家族の希望に沿った療養生活を実現することで、在宅生活の可能性を高めるとともに望まない治療を提供しない。
看取り	本人の死生観を尊重し、苦痛を軽減して本人や家族が不安なく最期の時間を過ごしていただくことで、悔いのない看取りを実現し、家族のグリーフケアにも貢献する。

【参加者】
 市内医療・介護職 47名
 医師7名・医療相談員2名・
 ケアマネ7名・管理栄養士2名・
 歯科医師4名・介護職員6名・
 公営職員4名
 看護師7名(うち病院2名訪問5名)・
 薬剤師4名・リハビリ職3名・
 柔道整復師2名

多職種連携研修会やケアマネアンケートから抽出した課題等

○ 令和4年2月19日(日)に開催した多職種連携研修会では、4つの場面ごとの目標の設定、退院時や急変時の課題の抽出を目的に、グループワークを実施するとともに議論したことを採録した。

グループワークで採録したシードに基づき構成した「場面ごとの目的」(案)

入退院	疾病の自己管理や家族の介護力の向上を支援するとともに、必要なサービスを導入することで、安定・安心した自宅での療養生活を実現し、再発や再入院を防止する。
日常療養	訪問頻度が高い介護職等が把握する本人等の希望や小さな変化を医師等とも共有して悪化を早期に発見し、必要なサービスを調整することで再発を予防し、本人や家族が望む生活を維持・拡大するとともに、急変に備える。
急変時	介護職等でも急変を察知して迅速に搬送・対応できるよう事前に想定した連絡・連携体制に沿って医療機関につなぎ、本人や家族の希望に沿った療養生活を実現することで、在宅生活の可能性を高めるとともに望まない治療を提供しない。
看取り	本人の死生観を尊重し、苦痛を軽減して本人や家族が不安なく最期の時間を過ごしていただくことで、悔いのない看取りを実現し、家族のグリーフケアにも貢献する。

【参加者】
 市内医療・介護職 47名
 医師7名・医療相談員2名・
 ケアマネ7名・管理栄養士2名・
 歯科医師4名・介護職員6名・
 公営職員4名
 看護師7名(うち病院2名訪問5名)・
 薬剤師4名・リハビリ職3名・
 柔道整復師2名

退院時の課題

◆ 退院前カンファレンスに関する課題

- 退院までの期間が短いと適切に実施できない。
- 命を争う医療職と日々の日常を支える介護職との視点異なるため本人の意向を基に調整する必要があるが、本人の意向が不明確な場合はまだ少ない。
- 本人はもとより、家族の意向と介護力を把握することが必要だが、難しい。
- 在宅「チーム」を形成する必要があるが、難しい。

◆ 退院後の変化や調整での課題

- 退院し、在宅生活を送るに本人や家族の意識が「変化」することも。
- 退院後に起こる想定外の現実への対応が難しい。

急変時を見据えた日常療養の課題

□ 日常療養の時から必要なこと

- 個々の「急変」症状の増減・確定(医療関係者が中心)
- ①を関係者間で共有(特に医療的側面を介護関係者や家族で理解する)
- ③④が見られた場合の本人の意向の確認(急変時ACP、延命・心肺蘇生の希望)
- ③に沿った急変時対応ルールの策定(救急車・ベッドを活用するのいかなる連絡網等、庶民共有ノット等)
- ⑤の実践、運用と適宜修正

◆ 課題

- 情報共有の課題→介護職から医師・説明、手段
- 本人の意向確認の課題→面接・説明スキル
- 急変時ルールの策定の課題→ルールのポイントの明示→ルー19作成

3. 対策

必要な人に在宅医療を活用いただくためには、イ)地域の医療・介護の資源の把握だけでは足りない判断し、大学病院の総合案内等に掲示されている医師の顔写真等をヒントに、「稲城市民のための訪問診療医ガイド」を作成することとした。

診療所の所在地に関わらず、稲城市民に訪問診療している診療所と医師の個性が分かるよう取材し、紹介することを通じて関係機関とのネットワーク作りも進めている。

顔が見える訪問診療医ガイドの作成と配布

○ 外来通院できていた患者が通院できなくなった場合に、かかりつけ医やケアマネジャーが円滑に訪問診療を提供する在宅医を紹介できるよう、在宅医を紹介するパンフレットを作成した。

○ 診療所の概要や特徴、医師の顔写真や専門、医師になった経緯やコメントを掲載。

○ 作成したパンフレットは市民、市内の医療機関、ケアマネジャー等に配布し、在宅医療が必要になってきた高齢者に円滑に提案しやすい環境作り役立てている。

配布先

- 市内の診療所・歯科・薬局・病院
- 市外の病院
- 市内の地域包括支援センター
- ケアマネ事業所
- その他、高齢者が集う場等

掲載機関数 →11機関
 市内4、市外7
 掲載医師数 →17人

PR

有床診療所(19床)のため、入院・外来診療もできます。24時間365日対応しております。外科・皮膚科・泌尿器科・泌尿器科など、専門医や女性医師も在籍しています。法人内に訪問看護ステーショングループホーム、総合介護支援事業所等があるので、トータルサポートが出来ます。不安な顔も生活が流れるように、クリニックで対応できるようにサポートします。

関係 秀明 医師(院長)
 稲城市立大学医学部卒業
 専門: 日本科学会認定救命救急科専門医、日本救急学会認定救命専門医

「医師・訪問診療を目指したきっかけ」
 やりがいのある仕事をしたかった。救急にも医療がいたので目指しました。救急科で勤務していた頃、救急科で働くことがしたいという夢を抱きました。救急科で勤務する中で、救急科で働くことがしたいという夢を抱きました。救急科で勤務する中で、救急科で働くことがしたいという夢を抱きました。

「訪問診療に心がけている事、やりがい」
 患者様との信頼関係の構築。救急科で働くことがしたいという夢を抱きました。救急科で勤務する中で、救急科で働くことがしたいという夢を抱きました。

「ストレス発散方法」
 釣りをすることが好きです。釣りの日は、家でんびりTVを見たり、美味しいものを食べたりしています。

「先生からのひとこと」
 「専門医の領域」医師は専門が深くと進まないと思っています。気軽に連絡してください！(相談の線)「思ったことがあったら、いつでもご相談下さい。」

作成を通じた関係作り

- 市医師会に配属する在宅医療コーディネーター市との協働での取材
- 市内外の訪問診療所へ伺い、医師を目指した経緯等を取材することでの関係作り
- 診療所の事務担当者や看護士等とも通交、意図を伝えることでの関係作り
- ガイドの校正を通じた、対応できる診療行為や検査等の詳細な現状の把握

配布を通じた関係作り

配布は、在宅医療コーディネーターができるだけ手渡し、顔が見える関係作りの機会としている。

- 市内の外来診療所→通院が難しくなった患者の相談等へ
- 市内の調剤薬局→薬を取りに来るのが難しい患者の対応の相談等へ
- 市外の急性期病院等→退院後の在宅療養体制の相談等へ

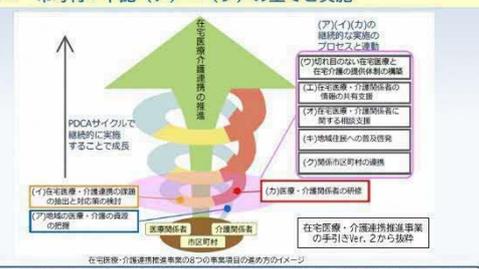
図9-6 令和5年度都道府県・市町村等研修会議（研修会議Ⅰ：資料6）

<p>令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県・市町村担当者等研修会議 令和5年10月19日</p> <p>資料6</p>	<p>目次</p> <p>1 市町村支援の取組について</p> <p>1-1 在宅医療連携拠点の整備</p> <p>1-2 ACP人材バンク登録制度</p> <p>1-3 入退院支援ルール標準例の策定</p> <p>2 県の取組について</p> <p>2-1 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成</p> <p>2-2 ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る医療・介護従事者の育成</p> <p>2-3 介護施設等看取り体制の強化</p>
<p>多職種による在宅医療・介護連携の更なる推進（埼玉県）</p>  <p>埼玉県保健医療部医療整備課 在宅医療推進担当 主幹 吉川 和義</p>	

彩の国 埼玉県

<p>1 市町村支援の取組について</p>	<p>1 市町村支援の取組について</p> <p>1-1 在宅医療連携拠点の整備</p> <p>1-2 ACP人材バンク登録制度</p> <p>1-3 入退院支援ルール標準例の策定</p>
------------------------------	--

彩の国 埼玉県

<p>在宅医療・介護連携の整備 ～平成30年4月までに介護保険の地域支援事業として市町村が実施～</p> <p>○在宅医療の充実のためには、在宅医療・介護連携の推進が不可欠 ⇒市町村：下記（ア）～（ク）の全てを実施</p>  <p>特に「（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築」及び「（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援」については、医療現場との密接な連携が不可欠</p>	<p>在宅医療・介護連携の整備 ～埼玉県医師会と埼玉県の共同プロジェクトの実施～</p> <p>○在宅医療と介護の連携は、介護保険を所管する市町村が実施することとされたが、多くの市町村は在宅医療を担当するセクションがないため市町村から都市医師会にアプローチすることが難しいとの声があった。</p> <p>⇒医師会と調整し、医師会側から市町村にアプローチする仕組みづくりが必要。</p> <p>【埼玉県医師会と埼玉県の共同プロジェクト】 「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」を実施</p>
--	--

彩の国 埼玉県

在宅医療・介護連携の整備（推進手順）

～ 3ステップにより県全域で推進～

STEP1 在宅医療提供体制の充実 【H27:15都市医師会 ⇒ H28:29都市医師会 ⇒ H29:30都市医師会】

- ① **在宅医療連携拠点**
 - 県内30ある都市医師会ごとに拠点を設置し、ケアマネジャー資格を持つ看護師など医療や福祉に精通した専門職を配置 30都市医師会 33か所
- ② **往診医登録制度**
 - 拠点に協力していただける医師を登録 ⇒ 登録情報をもとに紹介
- ③ **在宅看護支援ベッド**
 - 必要な時にスムーズに入院できるベッドを都市医師会ごとに常時1床確保（※令和2年度まで実施）
※埼玉医師会と埼玉県共同プロジェクトとして「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」を実施

STEP2 ICTで連携の輪を広げる 【H28:各地で運用ルールなどを検討 ⇒ H29:順次導入】

- 医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどの多職種が連絡を取り合えるよう、「ICTによる医療・介護連携ネットワーク」を導入
- 全ての都市医師会が利用
 - ⇒ 平成28年から各拠点において、それぞれの地域の運用ルールについて多職種で議論を開始
 - ⇒ 準備ができた地域から順次導入し、全県で本格導入

STEP3 市町村に移行 【H29:市町村に積極的な働きかけ ⇒ H30年4月に移行】

- 在宅医療連携拠点の運営について介護保険の地域支援事業として、平成30年4月に市町村からの委託事業に移行

彩の国 埼玉県 6

在宅医療・介護連携の整備（在宅医療連携拠点の概要）

～県内どこに住んでいても必要な医療・介護サービスを受けられます～

- 県内に30ある都市医師会ごとに拠点を33か所設置
- ケアマネジャー資格を持つ看護師など医療・福祉にも精通した専門職を配置

【主な役割】

- 在宅医療を希望する患者を関係職種につなぐ
- 本人・家族、地域包括支援センターやケアマネジャーなどからの医療相談に対応

ケアマネジャーとの連携事例

【ケアマネジャーの対応】

- ケアマネジャーは、介護サービスを受ける方のケアプランを作成
- ケアプランを作成する際、介護だけでなく医療のことも相談される

【拠点コーディネーターの対応】

- 医療的知見や実務経験に基づき必要なケアを助言
- 複雑な病状の患者には担当医から情報収集し、個別に対応

在宅医療と介護の一体的ケアの実現

彩の国 埼玉県 7

在宅医療・介護連携の整備（ICTによる医療・介護連携）

～ 多職種がいつでも患者の情報を共有～

全ての都市医師会が利用できる在宅医療・介護連携ネットワークシステムを構築

- 医療・介護の多職種が訪問時の様子を書き込んだり、画像を添付することで、チーム全員が最新の患者の状況を把握でき、一体的に質の高い治療やケアを提供できる。
- 医師はメンバーが書き込んだ内容を空いた時間に確認するだけで患者の状態を確認・予測できるため、計画的に訪問診療できる。

彩の国 埼玉県 8

1 市町村支援の取組について

1-1 在宅医療連携拠点の整備

1-2 ACP人材バンク登録制度

1-3 入退院支援ルール標準例の策定

彩の国 埼玉県 9

ACP人材バンク登録制度①

～県民へのACP普及の取組について～

課題

(1) 住民に対するACP普及啓発が課題

人生の最終段階における医療について家族等や医療介護関係者と話し合ったことがない割合 ⇒ **55.1%**

※人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(19年3月)

- 地域の会などで、高齢者の生活の場所に医師などが向かい、人生の最終段階の医療やケアをどうしていくかについて、住民に語りかけながらじっくり広げていく必要がある。
- ⇒ 大規模な講演会と地域に出向く講演を組み合わせACPを広く浸透させていく必要がある。

事業概要

(1) ACP普及啓発講師人材バンク登録制度の整備

- 都市医師会ごとに、小規模な会場で住民に語りかけながらACPを普及する講師の人材バンク登録制度を整備し、地域の会などで講演

(2) 登録講師によるネットワーク会議の開催

- 登録講師の情報交換や課題への対応策の検討等をする会議を開催（年2回）

※令和3～5年度の3年間で仕組みを構築し、令和6年度から市町村の在宅医療・介護連携推進事業への移行に向けて調整中

彩の国 埼玉県 10

ACP人材バンク登録制度②

～県政世論調査の結果及びACP普及の取組について～

結果 県政世論調査結果

- ACPを知っている: 16.7% (全国 22.5% ※金年代)
- (年代別) 10-20代: 10.3% 30代: 11.1% 40代: 12.9% 50代: 15.5% 60代: 20.2% 70代以上: 23.7%
- 話し合ったことがある: 29.2% (全国 39.5%)
- (年代別) 10-20代: 18.8% 30代: 21.8% 40代: 23.5% 50代: 25.8% 60代: 31.6% 70代以上: 42.8%
- 話し合ったことがない理由: きっかけがない 52.7% (全国 56.0% ※複数回答)
- 人生の期を迎えたい場所: 自宅 48.9% 70代以上 58.2% (全国 54.6% 55歳以上)

全国調査の金年代平均値より、70代以上は若干上回るが、他世代は下回っている。

現状 今までのACP普及の取組の状況

- DVD、私の意思表示ノートの配布等による普及啓発
- 市町村等による講演会
- ACP普及啓発講師人材バンク事業の開始
- 医療・介護従事者への研修

主に対象は高齢者となり、**家族(現役世代)向けのアプローチは少なく届きづらい**

※ACP実践に関する現場医師からの意見

- 実際ACPを進める中で家族(患者の子世代)の理解が不可欠
- 本人の意思決定者として家族の役割が重要

今後の取組

高齢者に加えて、高齢者以外の幅広い世代に対して考えるきっかけを提供していく。

彩の国 埼玉県 11

2 県の取組について

2 県の取組について

2-1 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

2-2 ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る医療・介護従事者の育成

2-3 介護施設等看取り体制の強化

在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

- 課題**
- ・ 新任コーディネーターの育成機会の創出
 - ・ コーディネーターの孤立を防ぐ、コーディネーター同士のネットワークの必要性

- 在宅医療連携拠点コーディネーター及び事務担当者を集めた研修会を年2回開催
先進事例や成功事例の発表や在宅医療を推進する上での課題をテーマとするグループワーク等を実施し、拠点スタッフの能力及び業務意欲の向上を図り拠点機能を強化
- 拠点からの在宅医療・介護連携に関する相談を受けたり、希望する拠点に対し、県事業を直接説明する等、伴走型支援をしている。

【在宅医療連携拠点コーディネーター研修】

時期	研修内容
R4年度 (第1回)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療の課題について(購下機能、認知症について) ○ 在宅現場における暴力等に対する相談と通報について
R4年度 (第2回)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 埼玉県の在宅医療及び在宅医療連携拠点における課題と取組 ○ グループワーク(地域で感じる課題(医療資源・多職種連携・拠点業務))
R5年度 (第1回)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療・介護連携推進事業に関する施策動向と在宅医療コーディネーターに期待されること ○ 在宅医療連携拠点の取組紹介 ○ グループワーク(多職種連携を意識した相談対応)



【コーディネーター研修会の様子】

2 県の取組について

2-1 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

2-2 ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る医療・介護従事者の育成

2-3 介護施設等看取り体制の強化

ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る医療・介護従事者の育成

① ACP(人生会議)に係る医療・介護従事者の育成

- 課題**
- ・ 患者の意思決定を支援するには、医療介護従事者の専門的知識の取得や技術の向上が必要

地域の医師、看護師などの医療従事者やケアマネジャーなどの介護従事者等を対象とした人生の最終段階における医療・ケア等に関する研修会や会議を実施し、専門的な知識の習得、技術の向上を図り、関係職種がチームとなって患者や家族を支える体制を構築



【ACPチラシ】

② 在宅緩和ケアに係る医療・介護従事者の育成

- 課題**
- ・ 在宅療養の支援においては、適切に患者の痛み等を取り除く、緩和ケアが必要不可欠
 - ・ 一方で、緩和ケアに対し知識面や診療体制等の不安を感じる医療機関が多い。

都市医師会・在宅医療連携拠点によるがん拠点病院等と地域の医療機関や介護事業所との連携体制の構築・強化や、地域において在宅緩和ケアを担う人材の育成に関する研修会の実施



【がん拠点病院等と地域の医療機関や介護事業所との連携体制】

2 県の取組について

2-1 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

2-2 ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る医療・介護従事者の育成

2-3 介護施設等看取り体制の強化

介護施設等看取り体制の強化

今後、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、介護施設の看取り体制を強化する必要がある。しかし、看取りの経験が少ないことなどから看取りに不安を感じる施設がある。

① 看取りケア研修

介護施設等で看取りを実践する人材を育成するため、看取りケア研修を実施

○対象

介護施設の管理者、実務職員等
※特養、老健、グループホーム、特定施設、サ高住など

○研修種別

管理者向け研修 実務者向け研修

○研修内容

・看取りに必要な基礎知識、看取りケアの手順、施設における看取りの体制づくり、ゲレアワーク など

▼看取りケア研修申込

【管理者向け】

【実務者向け】



② 看取りケア講師派遣

「これから看取りを始めたい」、「始めただけどうまくいかない」、「加算を取る体制は整ったけども、経験がなくて不安」など、看取りケアについて悩みのある県内介護施設等に対して、看取りケアを実践している施設職員を講師として派遣

○内容

・管理者向け講師派遣、実務者向け講師派遣

○対象

・介護施設等（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症グループホーム、特定施設）

▼看取りケア講師派遣申込



多職種による在宅医療・介護連携の更なる推進（埼玉県）

患者・利用者

のために

医療と介護の

切れ目ない

連携を目指して



図9-7 令和5年度都道府県・市町村等研修会議（研修会議Ⅰ：資料7）

令和5年度在宅医療・介護連携推進事業
都道府県・市町村等研修会議
令和5年10月19日

資料7

北海道における 在宅医療コーディネーターの取り組み

北海道在宅医療推進支援センター コーディネーター
医療法人財団 老蘇会 静明館診療所 地域連携課 課長
医療ソーシャルワーカー 田上 幸輔

在宅医療コーディネーターの取り組み

- 1, 北海道の現状と課題
- 2, 北海道在宅医療推進センターの取り組み
- 3, 札幌市在宅ケア連絡会の取り組み

1,北海道の現状と課題

数字でみる北海道の現状

項目	北海道	全国	年次
市町村数(2020年10月1日)	179	1,718	2021
過疎市町村数(2021年4月1日)	152	885	2022
総人口(万人)	522 [うち札幌市195]	12.615	2021
うち65歳以上人口(万人)	166 [うち札幌市54]	3.558	2021
一般世帯数(万世帯)	280 [うち札幌市108]	5.950	2021



出典：総務省(2021年)「令和3年度新全国市町村変革」
総務省(2022年)「過疎地域市町村等一覧」
総務省(2021年)「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

北海道の在宅医療整備に向けた課題

- 1, 在宅医療・介護の整備を検討するには2次医療圏では広すぎ、市町村ごとでは狭すぎ(社会資源不足や過疎)。
- 2, 広大な面積を有する北海道では、地域の実情も様々。把握しきれていない地域の課題も多い。
- 3, 同じ課題を抱えていたり、同じ取り組みを行っているところも多く、効率的な取り組みが必要。

在宅医療の提供体制を考える39地域単位①

第二次医療圏	地域単位	地域単位の市町村
南 道	函 館 市	函館市
	渡 島 支 部	北斗市、七軒町、鹿部町、森町
	渡 島 西 部	札幌市、札幌市、札幌市、札幌市、札幌市
	渡 島 東 部	札幌市、札幌市、札幌市、札幌市、札幌市
札 幌	札 幌 市	札幌市
	江 別 市	江別市、当別町、新穂津村
	石 狩 市	石狩市
	千 歳 市	千歳市、寿都市、北広島市
後 志	小 樽 市	小樽市
	小 樽 支 部	小樽市、小樽市、小樽市
	小 樽 支 部	小樽市、小樽市、小樽市
	小 樽 支 部	小樽市、小樽市、小樽市
南 支 部	南 支 部	南支部、南支部、南支部、南支部、南支部
	南 支 部	南支部、南支部、南支部、南支部、南支部
	南 支 部	南支部、南支部、南支部、南支部、南支部
	南 支 部	南支部、南支部、南支部、南支部、南支部
北 支 部	北 支 部	北支部、北支部、北支部、北支部、北支部
	北 支 部	北支部、北支部、北支部、北支部、北支部
	北 支 部	北支部、北支部、北支部、北支部、北支部
	北 支 部	北支部、北支部、北支部、北支部、北支部
西 支 部	西 支 部	西支部、西支部、西支部、西支部、西支部
	西 支 部	西支部、西支部、西支部、西支部、西支部
	西 支 部	西支部、西支部、西支部、西支部、西支部
	西 支 部	西支部、西支部、西支部、西支部、西支部
東 支 部	東 支 部	東支部、東支部、東支部、東支部、東支部
	東 支 部	東支部、東支部、東支部、東支部、東支部
	東 支 部	東支部、東支部、東支部、東支部、東支部
	東 支 部	東支部、東支部、東支部、東支部、東支部
日 本 海	日 本 海 支 部	日本海支部、日本海支部、日本海支部、日本海支部、日本海支部
	日 本 海 支 部	日本海支部、日本海支部、日本海支部、日本海支部、日本海支部
	日 本 海 支 部	日本海支部、日本海支部、日本海支部、日本海支部、日本海支部
	日 本 海 支 部	日本海支部、日本海支部、日本海支部、日本海支部、日本海支部

図9-8 令和5年度都道府県・市町村等研修会議（研修会議Ⅰ：資料8）

令和5年度在宅医療・介護連携推進事業
 都道府県・市町村担当者等研修会議
 令和5年10月19日

資料8

医師会から発信する 在宅医療・介護連携

大阪市東淀川区医師会
副会長
岡部 登志男

本日の内容

1. 東淀川区の概要
2. 大阪市東淀川区医師会の取り組み
3. 大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業について
(在宅医療・介護連携推進事業)
4. 地区医師会の役割について(私見)

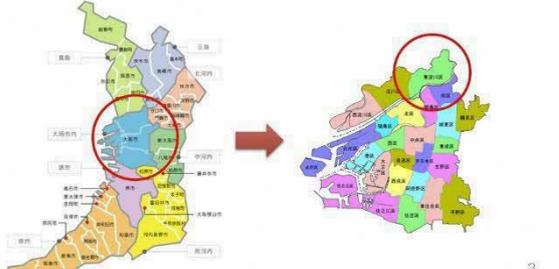
1

1. 東淀川区の概要

2

東淀川区の概要

人口 177,120人(大阪市内で3番目に多い)
 高齢者人口 44,049人
 高齢化率 24.9%(大阪市 25.5%)
 2020年国勢調査より



3



東淀川区の統計データ（大阪市24区中の順位）

項目	数値	市内順位	出典
人口総数	176,121人	3番目に多い	推計人口
世帯数	101,908世帯	2番目に多い	
1世帯あたりの人員	1.75人	18番目に多い	国勢調査
単独世帯率	58.3%	6番目に多い	
高齢者のいる一般世帯のうち単独世帯率	45.8%	4番目に多い	国勢調査
高齢者人口(65歳以上)の割合	24.9%	14番目に多い	
年少人口(15歳未満)の割合	9.9%	21番目に多い	大阪府
要支援・要介護認定者数総数	11,588人	4番目に多い	
認知症高齢者数	3,620人	3番目に多い	大阪市
身体障がい者手帳所持者数	8,620人	4番目に多い	
療育手帳所持者数	2,197人	2番目に多い	大阪市
精神障がい者保健福祉手帳所持者数	3,439人	3番目に多い	
生活保護率	6.0%	6番目に多い	令和元年
平均寿命(男性)	79.1歳	19番目に高い	厚生労働省 生命表
平均寿命(女性)	86.5歳	21番目に高い	
健康寿命(男性)	77.56歳	20番目に高い	大阪市
健康寿命(女性)	82.95歳	17番目に高い	
死亡率	12.2%	13番目に高い	令和4年

大阪市の中での東淀川区民の課題

- 1世帯あたりの人員が少ない
 - 独居高齢者(高齢者二人暮らし)が多い
- 社会的弱者が多い
 - 介護認定者
 - 認知症高齢者
 - 身体障がい者
 - 精神障がい者
 - 生活保護
- 平均寿命・健康寿命が短い＝健康状態がよくない

6

東淀川区の医療・介護施設 (令和5年現在)

医療		介護	
・ 病院数	4か所	・ 地域包括支援センター	4か所
・ 淀川リリスト救病院、淀川平成病院		・ 総合相談窓口(プランチ)	5か所
・ 成仁会病院、淀川若葉会病院		・ 介護老人福祉施設	11か所
・ 一般病床数	829床	・ 介護老人保健施設	4か所
・ (回復期リハビリ病床76床)		・ グループホーム	17か所
・ 療養病床数	52床	・ 介護付き有料老人ホーム	10か所
・ 地域医療支援病院	1か所	・ 住宅型有料老人ホーム	17か所
・ 淀川リリスト救病院		・ サービス付き高齢者向け住宅	21か所
・ 在宅療養支援病院	2か所	・ 看護小規模多機能型居宅介護	2か所
・ 成仁会病院、淀川平成病院		・ 小規模多機能型居宅介護	5か所
・ 診療所数	139か所	・ 訪問介護	110か所
・ 在宅療養支援診療所	25か所	・ 通所介護	70か所
・ 訪問看護ステーション	44か所	・ 地域密着型通所介護施設	45か所
・ 訪問リハビリステーション	4か所	・ 認知対応型通所介護施設	2か所
・ 歯科診療所	83か所	・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0か所
・ 在宅療養支援歯科診療所	17か所		
・ 調剤薬局数	81か所		
・ 地域支援体制加算算定薬局	42か所		

東淀川区における医療・介護の提供体制

偏差値	全国と比べた判定	偏差値	全国と比べた判定
人口あたりの一般病床	48 平均	総高齢者施設・住宅定員数	63 多い
回復期病床	—	介護保険施設定員数	50 平均
地域包括ケア病床	0 非常に少ない	介護職員数	0 非常に少ない
療養病床	45 やや少ない	老健施設	50 平均
在宅療養支援病院	50 平均	特別養護老人施設	52 平均
人口あたりの診療所数	51 平均	高齢者住宅定員数	70 非常に多い
在宅療養支援診療所	50 平均	グループホーム	52 平均
総医師数	30 平均	特定施設	85 多い
病院医師数	50 平均	サ高住	74 非常に多い
診療所医師数	50 平均	居宅サービス	
		訪問介護事業所数	77 非常に多い
		訪問看護事業所数	60 多い
		通所介護事業所数	54 やや多い
		通所リハビリ事業所数	52 平均
		訪問入浴事業所数	49 平均
		短期入所事業所数	48 平均
		居宅介護支援事業所数	61 多い
		サービス利用者(75歳以上千人あたり)	
		介護施設・高齢者住宅利用者数	55 やや多い
		訪問看護利用者数	81 多い
		介護職員数	61 多い
		高齢者施設・住宅等に勤務	53 やや多い
		在宅介護に勤務	82 非常に多い
		介護サービスに従事する看護師数	64 多い
		高齢者施設・住宅等に勤務	49 平均
		訪問看護に従事	84 多い
		薬法士数	52 平均
		介護支援専門員数	58 多い

東淀川区では

- 回復期・慢性期を担う病床が少なく
- 高齢者住宅(特にサ高住)と
- 訪問介護サービスが多い

日医総研ワーキングペーパー(2023年4月第6版)より

2. 大阪市東淀川区医師会の取り組み

9

大阪市東淀川区医師会のご紹介



1975年設立
会長、副会長2名、理事19名
事務局職員4名
A会員/124名(平均年齢63.5歳)
B会員/196名

在宅医療・介護連携相談支援室

平成28年8月開設
人員:常勤1名・非常勤1名
職種:看護師

10

- ### 東淀川区医師会の在宅医療・高齢者対策の三つの柱
- 平成20年頃からの在宅医療関連事業
 - 平成20年より始まった認知症関連事業
 - 平成25年に発足した「こぶしネット」事務局の運営
- 11

1. 在宅医療関連事業について

2008	・淀川キリスト教病院と東淀川区医師会の在宅医療に関する意見交換
2009	・医師会員に対する在宅医療に関するアンケート調査 ・東淀川区の在宅医療連携を考える会の発足
2010	・淀川キリスト教病院との在宅医療連携に関する取り決め ・在宅医療のメーリングリスト 在宅医療サポートチーム 医療材料の小分け販売
2011	・淀川キリスト教病院が寄附者在宅医療推進拠点事業を受託 ・東淀川医師会が大阪府在宅医療推進協議会 在宅医療門診ネットワーク事業を受託(1年目)
2012	・大阪府転送施設調整 在宅医療門診ネットワーク事業(2年目) ・こぶしネットの発足
2013	・大阪府在宅医療推進拠点支援事業 ・大阪府在宅医療推進事業(1年目)
2014	・大阪府在宅医療推進事業(2年目)
2015	・大阪府在宅医療推進事業(3年目) ・大阪市高齢者等在宅医療 介護連携に関する相談支援事業(1年目)
2016	・大阪府在宅医療推進事業(4年目、最終年度) ・大阪市高齢者等在宅医療 介護連携に関する相談支援事業(2年目) 大阪府在宅医療移行支援事業(1年目)
2017	・大阪市高齢者等在宅医療 介護連携に関する相談支援事業(3年目) ・大阪府在宅医療移行支援事業(2年目)
2018	・大阪市高齢者等在宅医療 介護連携に関する相談支援事業(4年目) ・大阪府在宅医療移行支援事業(3年目)
2019	・大阪市高齢者等在宅医療 介護連携に関する相談支援事業(5年目) ・大阪府在宅医療移行支援事業(4年目)
2020	・大阪市高齢者等在宅医療 介護連携に関する相談支援事業(6年目) ・大阪府在宅医療移行支援事業(5年目)

2. 認知症関連事業について

2008	・認知症高齢者支援ネットワーク連絡会議(地域包括支援センター) ・認知症診療ネットワーク検討部会(東淀川区医師会)
2009	・認知症地域ケア多職種共同研修事業
2010	・認知症高齢者地域ケア推進強化事業
2011	・認知症等高齢者支援地域連携事業
2012	・「かかりつけ医認知症相談マップ」の発刊
2013	・認知症初期集中支援事業
2014	・認知症強化型地域包括支援センターモデル事業(地域包括支援センター)
2015	・「かかりつけ医認知症相談マップ」改訂版の発刊

3. こぶしネット（2013年発足）について

構成団体

- 東淀川区医師会
- 区内病院
- 東淀川区歯科医師会
- 東淀川区薬剤師会
- 訪問看護ステーション連絡会
- 理学療法士会
- 地域包括支援センター
- 在宅介護支援事業者
- 介護協会
- 協がし系団体協議会
- 民生委員児童委員協議会
- 訪問介護事業所
- 通所介護事業所

こぶしネットの目的

- 地域での医療・介護・福祉の連携のあり方を考える
- 各職種における技量の向上、人材育成をめざす
- 地域における社会資源の発掘・活用に取り組む
- 地域住民に対して、在宅医療・介護に関する啓発を行う
- 在宅医療連携における課題を検討し、高齢者や障がい者が住み慣れた地域で暮らすことができるようなまちづくりを区に提言する

顧問 東淀川区長
東淀川区医師会長

毎月第4木曜日
・実行委員会 14時～15時(メンバー80名)
・コアメンバー会議 15時～16時(メンバー22名)



ワーキンググループの活動内容

企画・学術	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療における多職種連携に関するアンケート調査 「東淀川区の在宅医療連携を考える会」(年4回)の企画
連携ツール	<ul style="list-style-type: none"> 認知症患者のための情報共有ツールと啓発にかかるパンフレット作成 「誤嚥性肺炎の予防」パンフレット作成 ICTの活用を検討 (Medical Care Station)
地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> 区民向けの啓発講演会 (地域学習会、市民公開講座) 在宅医療に関するパンフレット作成 『あなたの家にかえろう～ご存知ですか？在宅医療～』
ACP	<ul style="list-style-type: none"> 住民へのACP普及活動
社会資源	<ul style="list-style-type: none"> 各施設・事業所の情報を集約 こぶしネットのHP作成と情報検索システム構築
災害対策	<ul style="list-style-type: none"> 大災害時における多職種連携の活動について検討 応急処置や予防処置など地域への啓発、区役所と協働し避難訓練の実施
感染症対策	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症等の感染予防対策の普及・啓発



多職種連携構築の過程

- 東淀川区で多職種連携が取れたのは、医師会、行政、基幹病院がうまくタッグを組めたから。
- 東淀川区医師会では、地域医療支援病院である淀川キリスト教病院との間で在宅医療に関する協議を行っていた。
- また、東淀川区医師会では、認知症関連事業に早期に取り組んでおり、行政や地域包括支援センターとの関係も良好であった。
- 平成24年度に東淀川区医師会では大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業を受託、淀川キリスト教病院では厚生労働省在宅医療連携拠点事業を受託し、このときに行われた多職種連携会議に、医師会や行政、地域包括支援センターの声かけもあり、医療・介護や地域の関係者が参加し、この会議が「こぶしネット」に発展していった。特に区長の全面的な協力を得たことが大きく、区内の多くの職種の参加につながった。
- 「こぶしネット」代表と事務局は医師会が担っており、多職種連携をうまく運営するには、医師会の強いリーダーシップと行政・基幹病院のサポートが必要。

18



19

3. 大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業 (在宅医療・介護連携推進事業) について

20

市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業の8項目

- (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
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

21

事業開始時におけるコーディネーター支援

- 地域の各方面への周知と調整(医師会)
 - 地域包括支援センター
 - こぶしネット
 - 区役所 etc
- 大阪市のコーディネーター支援
 - コーディネーター手引き書
 - コーディネーターの活動指針が具体的に書かれている
 - コーディネーター研修会
 - コーディネーターのスキルアップ
 - コーディネーター連絡会
 - 各区のコーディネーター同士の連携

22

平成28年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

- 平成28年8月
 - 在宅医療・介護連携相談支援室 開設
 - 人員:常勤1名 非常勤1名
 - 職種:看護師
- 平成28年度 取組み内容
 - 相談支援室パンフレット作成
 - ホームページの開設
 - 東淀川区における医療・介護の地域資源の把握
 - 関係機関への訪問
 - 在宅医療・介護連携相談実務者会議(区役所担当者・医師会)
 - 介護職のための在宅医療連携研修会(歯科医師会との共催)
 - 地域医療連携を考える会(区内4つの病院、近隣2つの病院)
 - 次年度病院勤務医へのアンケート調査実施につながる

23

平成29年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

連携に関するアンケート調査: 病院(勤務医・地域連携室)・医師会・薬剤師会
 ・歯科医師会・訪問看護ステーション・地域包括
 ・在宅介護支援事業者・訪問介護・介護施設
 ・入居系介護施設等

多職種連携のための研修会(お互いの職種に対する理解)
 ・在宅医療連携研修会(年3回)
 ・歯科医師会・医師会との合同研修会
 ・在宅介護支援事業所・医師会との合同研修会
 ・在宅介護支援事業者・訪問看護ステーションとの合同研修会
 ・介護職のための在宅医療連携研修会

連携体制の構築に向けた会議・意見交換会
 ・在宅医療病診連携協議会
 ・地域医療連携を考える会(病院地域連携室・訪問看護)
 ・**居住系施設との意見交換会**
 ・保健福祉センター保健師と訪問看護師との交流会
 ・クリニックや施設で働く看護師と訪問看護師との交流会

区民への啓発活動 広報誌への掲載

24

平成29年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

東淀川区の多職種連携の輪に入っていない団体
 居住系施設: サービス付き高齢者向け住宅
 有料老人ホーム

平成29年3月から10施設とグループホーム連絡会代表と話し合いを開始(毎月1回)
 話し合いの中で出てきた意見、他の施設の情報が入ってこない
 東淀川区の多職種連携を知らない
 介護の質を上げたいがそうしたらいいか
 悩みや課題を共有する場がない

↓

平成30年 東淀川区「住まいとケアの連絡会」住まいるネット誕生

東淀川区在宅医療連携研修会
 テーマ
 「介護施設ってどんなところ」



平成30年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

在宅医療・介護連携に関するアンケート調査: 医療・介護従事者
 訪問看護ステーション
 医師会会員へのアンケート

多職種連携のための研修会(お互いの職種に対する理解)
 ・在宅医療連携研修会(年3回)
 ・歯科医師会・医師会との合同研修会
 ・在宅介護支援事業所・医師会との合同研修会
 ・在宅介護支援事業者・訪問看護ステーションとの合同研修会
 ・在宅介護支援事業所と訪問看護師ステーションとの交流会
 ・介護職のための在宅医療連携研修会
 ・病院地域連携室と訪問看護師との交流会

連携体制の構築に向けた会議・意見交換会
 ・在宅医療病診連携協議会
 ・地域医療連携を考える会(病院地域連携室・訪問看護)
 ・入居系介護施設との意見交換会
 ・**保健福祉センター保健師と訪問看護師との交流会**
 ・クリニックや施設で働く看護師と訪問看護師との交流会

区民啓発
 ・広報誌への掲載

26

平成30年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

訪問看護師と保健福祉センター保健師との橋渡し
 ・小児から高齢者・障がい者等へのケアを提供する訪問看護師と地域全体の健康を守る
 保健福祉センター保健師との連携が必要

**平成30年度から情報交換会、交流会、事例検討会を毎年企画し開催
 顔の見える関係づくりの構築**

- 平成30年度 情報交換会:「訪問看護の情報提供書についての意見交換」
 交流会:「お互いの役割について知ろう」
- 令和元年度「地域住民の健康を守り、地域医療を支える担い手として、
 今我々が果たすべき役割とは」
- 令和2年度 中止
- 令和3年度「コロナウイルス陽性自宅療養者についての情報交換会」4回開催
- 令和4年度「第7波到来 今後の連携のとり方について」
- 令和5年度「災害時の連携について」
 →「災害時における人工呼吸器等在宅ケアを考える会」の発足 27

平成30年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

訪問看護師と保健福祉センター保健師との連携

コロナ自宅療養者への支援のしくみ



感染症対策DVD作成



「災害時における人工呼吸器等在宅ケアを考える会」訪問看護師が講師(R19.9)




平成31年・令和元年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

在宅医療・介護連携に関するアンケート調査
 ・各団体における医療・介護連携課題と対応策に関するアンケート調査
 ・医師会会員へのアンケート調査

多職種連携のための研修会(お互いの職種に対する理解)
 ・在宅医療連携研修会(年3回)
 ・歯科医師会・医師会との合同研修会
 ・在宅介護支援事業所・医師会との合同研修会
 ・在宅介護支援事業者・訪問看護ステーションとの合同研修会
 ・介護職のための在宅医療連携研修会

連携体制の構築に向けた会議・意見交換会
 ・保健福祉センター保健師と訪問看護師との交流会
 ・24区病院窓口一覧作成(24区コーディネーターで作成)

区民啓発
 ・介護経験者(区民)と専門職の対話研修会
 ・広報誌への掲載

29

令和2年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

コロナ禍 医療と介護の連携が途切れないうちに取組んだ。
 ・Zoom体験会を開催
 ・これまで継続してきた会議・研修会をZoomで開催
 ・介護職の不安や疲弊を軽減するための取組み

介護職対象研修会

- ・第1回「かかりつけ医に聞く 新型コロナ対策～基本的知識とQ&A」
- ・第2回「コロナ禍における在宅看取りを考える」

在宅医療連携を考える会(こぶしネット)

- ・「ヘルパーステーションからみた新型コロナウイルス感染症対策の提案書」
- 「訪問看護師からお伝えしたいこと」

居宅介護支援事業所・医師会合同研修会

- ・「新型コロナウイルス感染症の最近の話題とインフルエンザシーズンに向けての取組み」
- 「区内入院医療機関MSWより病棟の取組みと対応について」

コーディネーター通信発行(3回)

在宅医療・介護連携に関するアンケート調査
 ・新型コロナウイルス感染症に関するアンケート調査
 ・医療機関における衛生用品に関する緊急アンケート調査
 ・医師会会員へのアンケート調査

30

令和3年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

在宅医療・介護連携に関するアンケート調査

- ・「入院時情報提供用紙」に関するアンケート調査

多職種連携のための研修会(お互いの職種に対する理解)

- ・在宅医療連携研修会(年3回)
- ・居宅介護支援事業所・医師会との合同研修会(中止)
- ・在宅医療におけるPPE実践研修会
- ・精神疾患のケアを考える研修会
- ・在宅医療における多職種連携研修会

連携体制の構築に向けた会議・意見交換会

- ・保健福祉センター保健師と訪問看護師との交流会(3回)
- ・24区病院窓口一覧更新
- ・地域支援事業関係者会議(3回)
- ・コーディネーター通信発行(3回)

区民啓発

- ・広報誌への掲載
- ・わくわく!いきいき百歳体操サポート講演会

31

令和3年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

介護職対象研修会

- ・在宅医療におけるPPE実践研修会 5回開催
- ・在宅医療における多職種研修会
- 「介護職によるチームケアと多職種によるチームケア」



32

令和4年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

在宅医療・介護連携に関するアンケート調査

- ・「ケアプラン終了者」に関するアンケート調査
- ・「認知症」に関するアンケート調査(連合振興町会長・町会長対象)

多職種連携のための研修会(お互いの職種に対する理解)

- ・在宅医療連携研修会(年4回)
- ・居宅介護支援事業所・医師会との合同研修会
- ・介護職のための在宅医療連携研修会

連携体制の構築に向けた会議・意見交換会

- ・訪問介護事業所連絡会との研修会「サ責の会」(4回)
- ・保健福祉センター保健師と訪問看護師との交流会(2回)
- ・24区病院窓口一覧更新
- ・地域支援事業関係者会議(5回)
- ・感染予防対策ビデオ作成
- ・「ひだまり事例集」作成 ・コーディネーター通信発行(3回)

区民啓発

- ・地域ACP講演会
- ・なにわ元気塾18地域においてACP啓発(こぶしネット)
- ・広報誌への掲載
- ・わくわく!いきいき百歳体操サポート講演会(5回)

33

令和4年度 東淀川区在宅医療・介護連携推進事業の取り組み

訪問介護事業者連絡会からの意見

ヘルパーが一番利用者の近くにいるにもかかわらず、医療の情報が伝わらない、自分が気づいたことや心配が、ケアマネジャー経由でしか伝わらない。

「サ責の会」

介護職対象研修会
「サ責の会」
 中心となる事業所「サ責」(サ責)事業所を核として、サ責事業所が連携する事業所、訪問介護事業者、医師会、薬剤師、看護師、介護士、福祉士、福祉ボランティア、福祉NPO等が参加する。サ責の会は、サ責事業所が中心となり、サ責の会を運営する。サ責の会は、サ責事業所が中心となり、サ責の会を運営する。

日時 令和4年9月21日(水) 17:00~18:00
 場所 南西部地域包括支援センター
 (東平町3-14-24 電話0320-664602)

演題 1.「サ責に求められる役割とサ責の会について」
 中心となる事業所の役割 支配人、看護士
 2.情報交換

下記に連絡先をFAXにて9月15日(月)までにお申し込みください。
 「介護職対象研修会「サ責の会」参加します。」
 FAX:06-4862-6134

実施団体: 東淀川区
 〒105-8501 東淀川区東平町3-14-24 南西部地域包括支援センター

- ・第1回 9月21日(水)南西部地域包括支援センター一圏域
- ・第2回 10月19日(水)東淀川1区地域包括支援センター一圏域
- ・第3回 12月21日(水)中部地域包括支援センター一圏域
- ・第4回 R5年2月20日(月)北部地域包括支援センター一圏域



34

在宅医療・介護連携相談支援室の現状と課題

- ・在宅医療・介護連携相談支援室がこぶしネットの事務局も担うようになり、現在は東淀川区の医療・介護連携の中心的な役割を担うようになっている。
- ・多職種連携の協議の中で出てきた課題に対して取り組みを行っているが、必ずしもPDCAサイクルに沿って行っているわけではない。
- ・既存の開業医の高齢化が進む中、新規開業医は自分の専門領域に特化する傾向があり、在宅療養支援診療所がなかなか増えない。
- ・職域の団体に入らず、連携の輪の中に入っていない事業所との連携が難しい。

35

4. 地区医師会の役割について (私見)

36

地区医師会が地域において果たすべき役割

- 地区医師会が地域に対して果たすべき役割は地域の住民の健康を守ること。
- 高齢者や障害者に対しては、その人たちの生活を医療面から支えることが必要であり、医療だけ行えばよいというものではない。
- 介護・福祉・保健・行政などと連携をしながら住民の生活を支援する必要がある。
- 地区医師会は地域包括ケアシステム・地域医療構想に基づく地域に必要な医療提供体制の構築や、医療以外の介護・福祉・保健・行政などとの連携に積極的に関与することが望まれる。

37

在宅医療・介護連携には医師会の協力が不可欠

- 地区医師会ではこれまで病診連携、診診連携、医・歯・薬連携や在宅医療を推進してきた。
- 医療と介護の連携に関しても医療を代表する団体である医師会を抜きにして行うことはできない。
- 医師会が医介連携に積極的にリーダーシップをとり、介護側と対等に協調連携すれば「連携を担う拠点」となりうる。
- 「連携を担う拠点」が行う業務は在宅医療・介護連携推進事業でコーディネーターが行う内容と重なるので、「連携を担う拠点」はコーディネーターと協調連携しながら、活動を進めていくことが重要である。

38

都道府県、市町村担当者の皆様に

- この事業の目的は地域住民の生活を守るために医療・介護・行政などの専門職がどのように連携すればよいのかを検討することにあります。
- そのためには専門職同士が顔の見える関係を築き、お互いの職務を理解したうえで協議する必要があります。
- 医療・介護連携に正解はなく、手探りの状況で進めている状態で、これまでいろいろな部署を経験している担当の方の視点を変えた意見が貴重なものとなってきますので、積極的かつ前向きな発言を期待しております。
- 医師会等の各団体への連絡や調整もコーディネーターを介することによってスムーズに運びます。
- この事業を進めて行くには、担当者の熱意・熱量が重要と考えています。

39

ご清聴ありがとうございました。



東淀川区の花「こぶし」



東淀川区の花「こぶし」の
デザインマーク



東淀川区のキャラクター
「こぶしのみりちゃん」

在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨 (抜粋)

4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

- 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23

○ ライフサイクルにおいて、場面に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるもの、地域において在宅医療者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で長期まで生活することができるような支援が必要である。

○ 在宅医療者の生活の場と医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面に生かすつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する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）を目標として取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。

○ 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前段階として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。

状態変化のイメージ

自立 → 事業対象者 要支援・要介護 → 人生の最終段階

出来事イメージ: 在宅療養生活 → 入院生活 → 在宅療養生活(施設) → 入院生活 → 本人の希望する

介護イメージ: 在宅療養生活 → 入院 → 退院 → 在宅療養生活(施設) → 入院 → 退院 → 看取り

医療イメージ: 在宅療養生活 → 入院 → 退院 → 在宅療養生活(施設) → 入院 → 退院 → 看取り

在宅医療と介護連携イメージ (在宅医療の4場面別にみた連携の推進)

日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの在宅医療・介護の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援
- 認知症ケアを活用した支援

入退院支援

- 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働、情報共有による入退院支援
- 一時的でスムーズな医療・介護サービスの提供

急変時の対応

- 在宅医療者の現状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保
- 患者の急変時における救急との情報共有

看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- 人生の最終段階における意思決定支援

行政

PDCAサイクルのイメージ (在宅医療・介護連携推進事業の手引き P14)

1 事業目的の確認 (目的・ゴールの明確化)

2 現状把握

3 現状分析

4 課題抽出

5 目標の設定

6 対応策の検討

7 対応策の実施

8 効果確認

9 改善

見える化データ、ニーズ調査、在宅介護実態調査、認定・給付データ、地域ケア個別会議、ヒアリング、独自アンケート

在宅医療・介護連携の推進のための手順 抜粋 (在宅医療・介護連携推進事業の手引き P15)

主な項目	内容
主として事前課題で実施	<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・管理する 医療・介護の現場の現状、関係者へのヒアリングなどを進捗し、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、将来の人口増加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
主として当日課題で実施	<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考慮して抽出する めざす姿と現状の差（課題）を把握し、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（どの程度の面にするか、対象を絞り込むかなど、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組む取組等を明確にし、市町村や医療・介護関係者がいつまでに「誰が」実施するかのスケジュールと役割を分担する 立案時には、事業の評価・見直し時期もあわせて検討する
評価	<ul style="list-style-type: none"> 施策立案時に設定した項目・見直し時期もも、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

Plan(計画) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。

ポイント

1. 地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能等の情報収集
 - ・医療機関等に関する事項については、医療機能情報提供制度（医療情報ネット、薬局機能情報提供制度）等の、既に公表されている事項を活用し、既存の公表情報等で把握できない事項については、必要に応じて調査を行う。
2. 地域の医療・介護資源のリスト又はマップの作成と活用
 - ・把握した情報は、情報を活用する対象者の類型ごと（市町村等の行政機関及び地域の医療・介護関係者等向け、地域住民向け等）に提供する内容を検討する。

実施内容・方法

1. 地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能等の情報収集
 - (1) 地域の医療・介護の資源に關し、把握すべき事項・把握方法を検討。
 - (2) 既存の公表情報から把握すべき事項を抽出。
 - (3) 公表情報以外の事項が必要な場合、追加調査を実施することを検討。
 - (4) 追加調査を実施する場合は、調査事項・調査方法・活用方法等について、地域の医療・介護関係者と検討した上で、協力を得つつ医療機関・介護サービス事業者を対象に調査を実施。
 - (5) 調査結果等をもとに、地域の医療・介護の資源の現状を取りまとめ。
2. 地域の医療・介護資源のリスト又はマップの作成と活用
 - (1) 医療・介護関係者に示しての情報提供
 - 把握した情報が在宅医療・介護連携の推進に資する情報かどうか精査したうえで、地域の医療・介護関係者向けのリスト、マップ、冊子等を作成し、地域の医療・介護関係者に提供。
 - (2) 地域住民に対する情報提供
 - 把握した情報が住民にとって必要な情報かどうか、更に住民に対する提供が医療・介護関係者の連携の支障とならないか精査した上で、住民向けのリスト、マップ、冊子等を作成し、住民に配布するとともに、必要に応じて市町村等の広報紙、ホームページに掲載。

Plan(計画) 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、対応策等の検討を行う。

ポイント

- (1) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催事務について委託することは、差し支えないが、課題等、会議の開催前後に検討が必要となる事項については、市区町村が主体的に取組む。
- (2) 課題及び対応策についての検討の結果、それぞれの事項について更なる検討が必要とされた場合は、ワーキンググループ等を設置。
- (3) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議のワーキンググループ等は、他の取組に係る検討の場としても活用。

実施内容・方法

- (1) 在宅医療及び介護サービスの提供状況、在宅医療・介護連携の取組の現状を踏まえ、市区町村が在宅医療・介護連携の課題（※）を抽出。
 - (※) 情報共有のルール策定、顔の見える在宅医療・介護の提供体制の構築、主治医・副主治医制導入の検討、医療・介護のネットワーク作り、顔の見える関係作り、住民啓発等
- (2) 抽出された課題や、その対応策等について、市町村が検討し、対応策を作成。
- (3) 医療・介護関係者の参画する会議を開催し、市町村が検討した対応策等について検討。

留意事項

- (1) 会議の構成員は、郡市区医師会等の医療関係者等、介護サービス事業者の関係団体等、地域包括支援センターに加え、地域の実情に応じて、訪問看護事業所、訪問歯科診療を行う歯科医療機関、在宅への訪問を行う薬局等の参加を求めることが望ましい。
- (2) 本事業の主旨を満たす議論を行う場合には、地域ケア会議の場で本事業の会議を代替しても差し支えない。

事前課題の役割及び活用②

- 自治体の在宅医療・介護推進事業におけるめざすべき姿を確認する。
- 4つの場面別に、めざすべき姿との現状及び乖離、課題を認識・検討する。
- 4つの場面別に、めざすべき姿に対して現在実施している事項や推進している事項を確認する。
- 4つの場面別に、課題に係る解決策を検討する。
- 上記を他者に伝えられる様に整理・確認する。

	日常の療養支援	入退院支援	高度時の対応	看取り
(1) めざすべき姿(目的)について記載ください。				
(2) めざすべき姿(目的)に対する現状及び課題を記載ください。				
(3) めざすべき姿(目的)に対して、どのような取り組みを行っていますか。				
(4) 上記の課題に係る解決策は何かと思いませんか。				

他者に伝えられる様に整理・確認

- 自治体の在宅医療・介護推進事業におけるめざすべき姿を確認
- 4つの場面別に、めざすべき姿との現状及び乖離、課題を認識・検討
- 4つの場面別に、めざすべき姿に対して現在実施している事項や推進している事項を確認
- 4つの場面別に、課題に係る解決策を検討

24

1. 総論

2. 研修目標

3. 事前課題について

4. 当日課題について

厚生労働省

25

当日課題の役割及び活用①

今回の当日課題の役割は下記である。

- 目的～課題抽出までの工程を段階的に検討する。
- 事前課題の個人意見を他者と共有し、共通認識をつくる。
- 課題を抽出し、解決すべき事項を明確化する。

(1) 【目的】めざすべき姿(目的)について記載ください。	目的から課題抽出までの工程を段階的に検討
(2) 【現状把握】めざすべき姿(目的)に対する現状を記載ください。	
(3) 【現状分析】めざすべき姿(目的)と現状の乖離は何ですか。	
(4) 【課題抽出】めざすべき姿(目的)と現状の乖離している原因(課題)は何ですか。	

事前課題(個人の考え)から、他者との情報共有を経て、グループとしての意見(自治体の共通認識)を作成

解決すべき事項の明確化

26

当日課題の役割及び活用②

- 目的設定～効果確認までの工程を段階的に検討する
- 課題を解決するための短期目標及び長期目標を立案する
- 課題を解決するための対応策を検討する
(可能であれば、実施担当者、対象、必要関係者、必要事項、予算枠組み等を検討)
- 実行による効果検証を実施するための指標も併せて検討する
- 他の自治体の事例や意見も踏まえ、更なる検討に活用する

(5) 【目標設定】(4)の課題を解決するための短期目標及び長期目標を記載ください。	(短期目標) 例：今年度中 (長期目標) 例：令和8年度まで	目標設定から効果確認までの工程を段階的に検討
(6) 【対応策】(4)の課題を解決し、(5)の目標を達成するために何を実施すべきですか。		
(6) 【効果確認】(5)の達成状況を確認するための指標は何ですか。		

課題を解決するための短期目標及び長期目標を立案

課題を解決するための対応策を検討(可能であれば、実施担当者、対象、必要関係者、必要事項、予算枠組み等を検討)

実行による効果検証を実施するための指標も併せて検討

発表→他自治体の事例や意見も踏まえ、更なる検討活用(研修会終了後の実務に活用)

27

【参考】

- 在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver. 3 (厚生労働省老健局老人保健課令和2年9月)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>
- 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な推進方策に関する調査研究事業報告書(公立大学法人埼玉医科大学)
<https://www.mhlw.go.jp/content/001103267.pdf>
- 効果的な計画を策定するための考え方マニュアル—在宅医療・介護連携の推進に向けて—(公立大学法人埼玉医科大学)
<https://safe.menlosecurity.com/doc/docview/viewer/doc/NF7814AC1A8925c62b0e3d1aea2e93fee605aeeede172bda2285c641a60dc835cc4666743461>
<https://safe.menlosecurity.com/doc/docview/viewer/doc/NF7814AC1A892950c7576053c65a49f02a5346e59626e586b74485f8ecb4c9699bf1a2d030868>

28

【謝辞】

本研修の実施においては、研修内容の作成にあたり、国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部の皆様に適切なご助言を賜りました。感謝申し上げます。

厚生労働省

29

図 10-2 令和5年度都道府県・市町村等研修会議（研修会議Ⅱ：資料2）

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議
資料2
令和5年10月20日・27日

Mother Lake 滋賀県

自治体担当者の役割について

～滋賀県在宅医療等推進協議会における取組を例として～

滋賀県健康医療福祉部
理事 角野文彦

養正荘の風景

本日も話すること

1. 滋賀県の在宅医療の現状
2. 滋賀県の在宅医療推進施策について

1

Mother Lake 滋賀県

1. 滋賀県における在宅医療の現状

2

二次保健医療圏と高齢化率

2年後

区分	構成市町村数	総人口(65歳以上)	高齢化率	2025年高齢化率推計
大津圏域	1市	343,100人(93,467人)	27.5%	28.5%
湖南圏域	4市	349,907人(76,591人)	22.2%	22.9%
甲賀圏域	2市	141,631人(39,538人)	28.1%	28.9%
東近江圏域	2市2町	226,000人(63,443人)	28.1%	28.9%
湖東圏域	1市4町	153,852人(40,372人)	26.5%	27.6%
湖北圏域	2市	148,640人(43,693人)	29.4%	29.8%
湖西圏域	1市	46,174人(16,778人)	37.2%	36.4%
全県域	13市6町	1,407,304人(373,882人)	26.8%	27.6%
		*75歳以上人口:189,122人 割合:13.6%		
全国(概算)		12,477万人(3,621万人)	29.0%	

(令和5年(2023年)1月1日現在) 3

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官報による形での提供(見える化)
- ③好事例の構築
 - 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の構築を推進

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提供
 - 必要なデータの分析・活用支援
 - 市町村の実情に応じた業務プロセスをコーディネートできる人材の育成
 - 市町村で事業を創出・推進する人材の育成
- 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・介護の現状の把握
 - 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・介護連携に関する相談支援
 - 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

滋賀県民の看取り 理想と現実のギャップ

人生の最期をどこで迎えたいか？ 実際に最期を迎える場所

県民の約4割が「自宅」の最期を望んでいるが、約7割が「病院」で亡くなっています

(左グラフ) 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(令和4年度)
(右グラフ) 令和3年滋賀県死亡(場所別)厚生労働省人口動態統計を元に作成

2. 滋賀県の在宅医療推進施策について

6

● 滋賀の在宅医療の推進

- ・ 在宅医療推進のための協議の場の設置
- ・ 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針
- ・ 在宅医療・介護連携の推進に向けた市町
の取組支援の現状

7

在宅医療等推進協議会①

目的

平成18年に設置

滋賀県における在宅医療の推進に向け、関係機関および行政機関が協力して検討・協議を行い、具体的な取組みを推進することを目的として設置

協議・検討内容

3～4回/年

- ・ 保健医療福祉に関する現状に関すること
- ・ 『滋賀県における在宅医療推進のための基本方針』に関すること
- ・ 在宅医療等の推進のためのシステムに関すること 等

ポイント

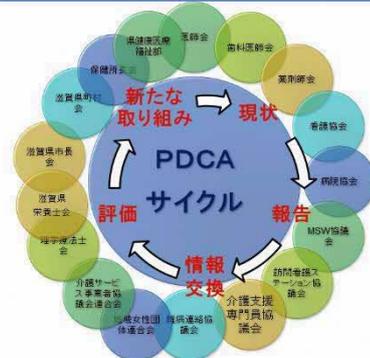
- ◆ 基本方針は、「滋賀県保健医療計画」「滋賀県レイカディア高齢者福祉プラン(老人福祉計画/介護保険事業計画)」の「在宅医療」分野を詳細に記載したものであるとして整理をしています。

ポイント

- ◆ 基本方針をベースとし、各団体が現状や課題を共有し、自らがやれることを前向きに提案し、PDCAサイクルと一室で回すための検討の場となっています。
- ◆ 互いの取組を知り、協力・協働するきっかけとなり、好循環をうむ会議の場となっています。

8

在宅医療等推進協議会②



9

【第1版】平成20年7月

【第2版】平成25年3月

【第3版】平成30年3月

滋賀県における在宅医療推進のための基本方針

- 【内容】
- 1 滋賀県における在宅医療等の現状
 - 2 滋賀県における在宅医療の課題
 - 3 基本的な方向および目標、施策の内容
 - 4 推進体制と評価

10

在宅医療推進のための基本方針の新たな視点 暮らしを中心とした在宅療養支援サイクル

基本方針第3版
平成31年4月～令和6年3月



11

滋賀県における在宅医療推進のための基本方針改定(第4版)に向けて

【目指す姿】

県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を向かえることができる
・【QOLの維持・向上】 ・【QODの実現】

生活を中断しないケア
QOL・QOD

日常の
療養

看取り

退院支援

急変時の
対応

災害時・新興感染症発生時

多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点

在宅医療ニーズ

19

市町

- ①地域共生社会の推進
- ②保健・医療・福祉事業の推進
- ③暮らしを支える地域づくりを目的とした施策化
- ④看取り体制強化。在宅医療の適正活用。地域資源情報提供。在宅医療看取りの住民啓発
- ⑤在宅医療・介護の切れ目のない連携体制の推進
- ⑥関係機関との連携による在宅医療の推進
- ⑦在宅医療・介護連携を推進するコーディネーター設置と多職種連携拠点の充実
- ⑧県への制度提案・提言

住民

(難病連絡協議会)

- ①難病理解のための啓発
- ②専門医の確保と医療連携の促進
- ③まちづくりモデル事業の発展
- ④医療を受けやすくなるための仕組みづくり
- ⑤現状把握、分析、施策への反映

(住居)

- ①自ら健康づくりや介護予防に取り組む
- ②かかりつけ医(看護師、薬剤師等)を持つ
- ③意思表示ができるように、エンディングノート等の活用を行う
- ④“おひささん”の関係づくり
- ⑤在宅医療福祉に関する研修会への参加
- ⑥在宅医療チームを活用できる関係を持つ

(保健所：二次医療圏)

- ①地域課題の分析・整理情報の発信と解決案の提案
- ②地域の事業推進、進行管理と評価
- ③市町、関係機関・団体との連携による医療福祉の推進
- ④医療資源の連携ネットワークづくりや協議の場(多職種プラットフォーム)の確保
- ⑤医療・介護従事者の人材育成
- ⑥地域医療介護連携におけるICT利用促進
- ⑦在宅看取り体制の整備推進(県庁)
- ⑧関係機関が活用できる情報収集と分析
- ⑨保健医療計画の策定と進捗状況把握、評価
- ⑩在宅医療・介護の推進に向けた事業実施、団体間の調整、人材研修、市町・団体への支援
- ⑪ICTを活用した情報連携の基盤づくり支援と利用促進
- ⑫在宅医療を担う医師、歯科医師を増やすための施策を行う
- ⑬医療人材確保・育成・支援
- ⑭新たなニーズ把握と施策化
- ⑮国への制度見直し提言

保健所・県庁

18

多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能の充実

在宅医療・介護連携については、

- 定期的な各市町へのヒアリング
- 市町・圏域に対する個別支援と集合研修
- 全体研修会

等をニーズに応じて実施

令和4年度は、

- 入退院・日常療養・急変時・看取りの4つの場面
- 新興感染症発生時等の対応体制
- 3コーディネーターの協働を意識したヒアリング

および取組を共有する全体研修会を実施。

滋賀県医療福祉推進アドバイザー3名に協力いただいています！

20

我が町の地域包括ケアを考える研修会の実施

令和4年度研修会

市町ヒアリングで把握した、共通する課題について、特徴的な取組みを実施している市町の取組の共有とグループワークを実施

- ◆「職種間連携」
- ◆「多職種連携」
- ◆「3コーディネーターの連携」
- ◆「住民への普及啓発」
- ◆「ロジックモデルの活用」

21

我が町の地域包括ケアを考える研修会 実践報告の1例

1)実践報告:守山市
多職種連携とエンディングノートの普及啓発

D)多職種で共有・周知、キーとなる人たちに戦略的に啓発

C)当日アンケートの分析、対象者の追跡調査

A)Dの活動やCの結果をふまえた活動の展開・評価

P)協議会の部会で作成・改訂

自分のSNSに載せたい

出前講座にきてほしい

22

在宅医療等推進協議会運営にあたっての県の役割

- 協議会の場の設定
- 協議会の場、ヒアリング等をとおして各団体が感じている現状や思いを把握し見える化(現状、あるべき姿、役割、...)
- 協議の場における意見交換につなげる
 - の現状⇒○○についてどんなことができそうか
 - ◎◎について、他団体にどんなことが期待されるか

◆現状や目指す方向性を共有する場に
◆各団体がやれることを前向きに提案し、実践するPDCAサイクルへ
◆互いの取組や役割を知り、協力・協働するきっかけに

23



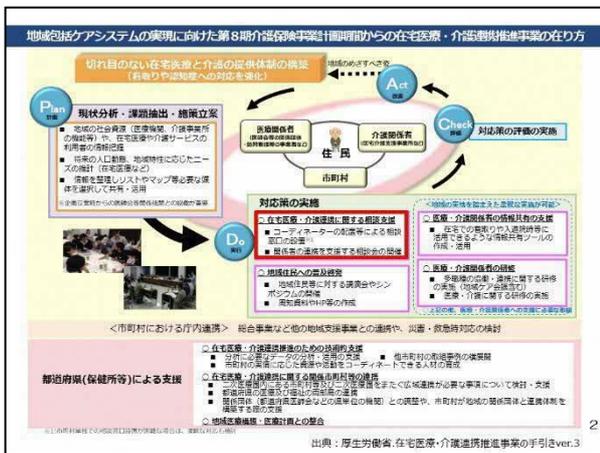
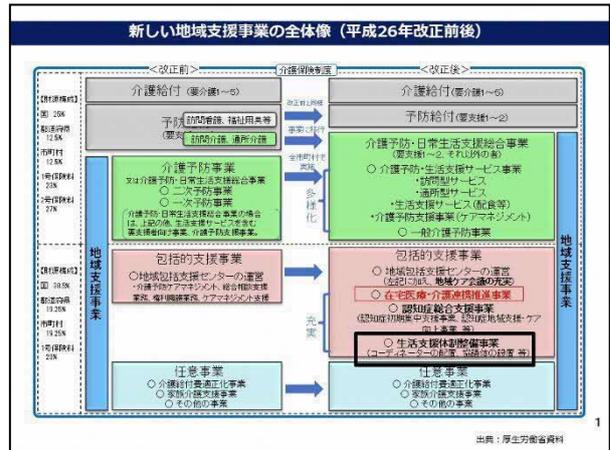
図 10-3 令和 5 年度都道府県・市町村等研修会議（研修会議 II：資料 3）

令和 5 年度在宅医療・介護連携推進支援事業
 都道府県・市町村担当者研修会議
 令和 5 年 10 月 20 日・27 日

資料 3

在宅医療・介護連携におけるコーディネーターの役割

新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター
 厚労省老健局在宅医療・介護連携推進支援事業
 検討委員会委員/支援アドバイザー
 服部 美加



在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3 で示されたコーディネーターの役割

> 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。

- ・ 現在、在宅医療・介護連携推進事業において、「コーディネーター」が重要な役割を担っている自治体もある。
- ・ コーディネーターの定義や役割については自治体により様々であると考えられる。

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官製による形で提供（見える化）
- ③ 好事例の構築
 ・ 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の構築を推進

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構築
 ・ 必要なデータの分析・活用支援
 ・ 市町村の実態に応じた業務内容やコーディネーターできる人材の育成
 ・ 市町村で事業を協力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

- ① 現状分析・課題抽出・施策立案
 ・ 地域の医療・介護の質の把握
 ・ 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

新潟県在宅医療推進センターの取組み

- 在宅医療推進センター事業担当者の役割の明確化を目的に、コーディネーター全員で活動指針を作成
- 指針運用の成果【コーディネーターの質の担保】
 ・ スムーズな事業承継 ・ 作成プロセスがコーディネーター間の連携を強化 ・ 他機関との相互理解

目次

- 1 本活動指針について
- 2 在宅医療推進センターの運営
- 3 地域支援事業との関係
- 4 コーディネーターに必要な視点
- 5 コーディネーターの基本的な業務
- 6 最新センターの役割
- 7 本活動指針作成経緯
- 8 参考資料
- 9 別用・参考通知文庫等

在宅医療推進センター
 コーディネーター活動指針
 ver.1

在宅医療・介護連携推進事業において求められているもの

- 医療計画や地域医療構想における在宅医療を意識すること
- 4 場面にそって「目的を意識した」PDCA思考
- “地域の特性に応じた”仕組みを考える＝地域の関係者の協議の場づくり

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の役割

PDCAサイクルのイメージ (在宅医療・介護連携推進事業の手引き P14、15)

コーディネーターと自治体職員の協働のあり方

目指す姿を共有した上で、互いの強みを生かしたパートナーシップが重要

【コーディネーターの強み】

保健師、訪問看護、病院連携室、ケアマネジャー等の勤務経験者、医師会等専門職団体に所属する人が多い

↓

- ・患者をとりまく在宅医療・介護連携の現場で何が起きているか、課題についての肌感覚がある
- ・専門職の言葉がわかる、橋渡しができる
- ・医師会等所属組織内の理解や協力を得やすい
- 等

【自治体職員の強み】

- ・他の地域支援事業や地域ケア会議等から、地域包括ケアシステム全体を俯瞰している
- ・地域の住民ニーズ調査、資源量や保険データ等の収集ができる
- ・会議体の設置、多様な価値観を持つ人々の協議の場を運営することができる
- ・事業マネジメントを学んでいる
- 等

4 場面に沿ったコーディネーターと自治体職員の協働イメージ

在宅医療と介護連携イメージ (在宅医療の4場面別みた連携の推進)

がん末期の方の在宅療養の希望が叶えられているか？

身寄りのない方の救急搬送はどうか行われているのか？

日常の移動支援

・多職種協働による患者や要介護者のニーズを把握し、在宅医療・介護連携の推進を図る

入退院支援

・退院支援センターや在宅医療・介護連携推進事業との連携

救急対応

・在宅医療・介護連携推進事業との連携

図) 厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」ver.3

コーディネーターの肌感を基に、データ、アンケート、事例検討、ヒアリング等を通じて、共に現状を整理

地域の関係者による協議の場へ

コーディネーター育成に向けた支援の必要性

“地域特性に応じた”取組が求められ、地域で適切な人材確保が難しい現状

- コーディネーター間で取組事例共有、情報交換ができるネットワーク構築支援
- 研修によるスキルアップ支援

(参加人数) (※事前申込者数)

研修会議Ⅰ：1,533名

(内訳) ウェビナー：452名(都道府県担当者90名、市町村担当者362名)

YouTube：1,081名(都道府県担当者159名、市町村担当者391名、厚生局4名、地域の関係団体81名、医療・介護の専門職180名、コーディネーター180名、委託業者29名、その他57名※¹)

※1 大学、国立保健医療科学院、コンサルティング会社、全国連携実務者ネットワーク等

研修会議Ⅱ：65名(東京会場)

研修会議Ⅱ：38名(大阪会場)

(研修会議の様子)

研修会議Ⅰ：基調講演



研修会議Ⅰ：シンポジウム



研修会議Ⅱ：東京会場



研修会議Ⅱ：大阪会場



(3) 都道府県・市町村担当者等研修会議後のアンケート

今後の研修会議充実の観点より、都道府県・市町村担当者等研修会議後に、アンケートを実施した。アンケートの対象等については下記のとおりである。なお、調査票は図 11「令和 5 年度都道府県・市町村等研修会議 参加者アンケート」、調査結果は図 12「令和 5 年度都道府県・市町村担当者等研修会議 参加者アンケート結果」のとおりである。

調査対象	研修会議 I 及び II の参加者
主な調査項目	<ul style="list-style-type: none">○ 研修会議 I 及び研修会議 II への御意見○ 今後期待される開催時期、開催方法、研修会議の在り方○ 今後期待される研修会議の内容 ※アンケートは研修会議 I 及び II 参加者にて同様
回収方法	下記、いずれかの方法にて回答。 <ul style="list-style-type: none">① 研修会議 I 後に表示された QR コードを読み取り回答② 研修会議 I 終了後にチャットにて送付された URL より回答③ 研修会議 I 終了後にメールにて送付された QR コード、URL、Excel シートのいずれかにて回答④ 研修会議 II 終了後に配付された用紙にて回答
回収数及び回収率	737

問1-1-1.研修会議Ⅰへの御意見・御感想がございましたら記入ください。（自由記載）

（各内容に対する御意見・御感想の場合、上記1～9のいずれに対するものか明記いただけますと幸いです。）

問1-2.研修会議Ⅱ（※研修会議Ⅱに参加された方のみ御回答ください）

（選択肢共通：以下から選択し、問1-2の回答欄に記入してください）

①内容について：1.参考になった 2.やや参考になった 3.どちらでもない 4.あまり参考にならなかった 5.参考にならなかった
②時間について：1.長い 2.やや長い 3.適切 4.やや短い 5.短い

	問1-1	
	①内容について	②時間について
上の選択肢から番号を選択→		
1. 研修会議Ⅱ 要旨		
2. ミニレクチャー①		
3. ミニレクチャー②		
4. 参加自治体による紹介		
5. グループワーク		
6. 講評		

問1-2-1.研修会議Ⅱへの御意見・御感想がございましたら記入ください。（自由記載）

（各内容に対する御意見・御感想の場合、上記1～6のいずれに対するものか明記いただけますと幸いです。）

Ⅲ. 今後の研修会議に期待することについて

問2. 研修会議（Ⅰ・Ⅱ）の開催時期について、何月を希望しますか。

		問2
1. 実施を希望する月（月を記載してください）		
2. その理由（自由記載）		

問3. どのような開催方法を希望しますか。（それぞれ1つだけ・番号選択）

		問3
1. 研修会議Ⅰ （講演・事例発表中心）	1. 対面 2. オンライン 3. ハイブリッド	
2. 研修会議Ⅱ （グループワーク中心）	1. 対面 2. オンライン 3. ハイブリッド	

問4. 研修会議の在り方について（1つだけ・番号選択）

		問4
1. 都道府県担当者等研修会議、市町村担当者等研修会議それぞれで開催してほしい		
2. 都道府県・市町村担当者等研修会議としてほしい		

問5. 対象者について（1つだけ・番号選択）

	問5
1. 自治体担当者のみがよい	
2. 自治体担当者に加え地域の関係団体も含めた方がよい	

問6. 今後希望される研修会議 I はどのようなものですか。（自由記載）

1. 全体テーマについて	
2. 行政説明について	
3. 基調講演について	
4. 事例発表について	
5. その他	

問7. 今後希望される研修会議 II はどのようなものですか。（自由記載）

1. グループワークの テーマについて	
2. 行政説明について	

問8. その他、御意見・ご要望がございましたら記入ください。（自由記載）

--

～ 御回答ありがとうございました ～

図 12 令和 5 年度都道府県・市町村担当者等研修会議 参加者アンケート結果

令和 5 年度都道府県・市町村担当者等研修会議 参加者アンケート結果

都道府県・市町村担当者等研修会議の概要

概要

都道府県及び市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者が、国の動向や在宅医療・介護の連携推進に必要な知識・技術等を習得し、在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上に資すること、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資することを目的に開催。

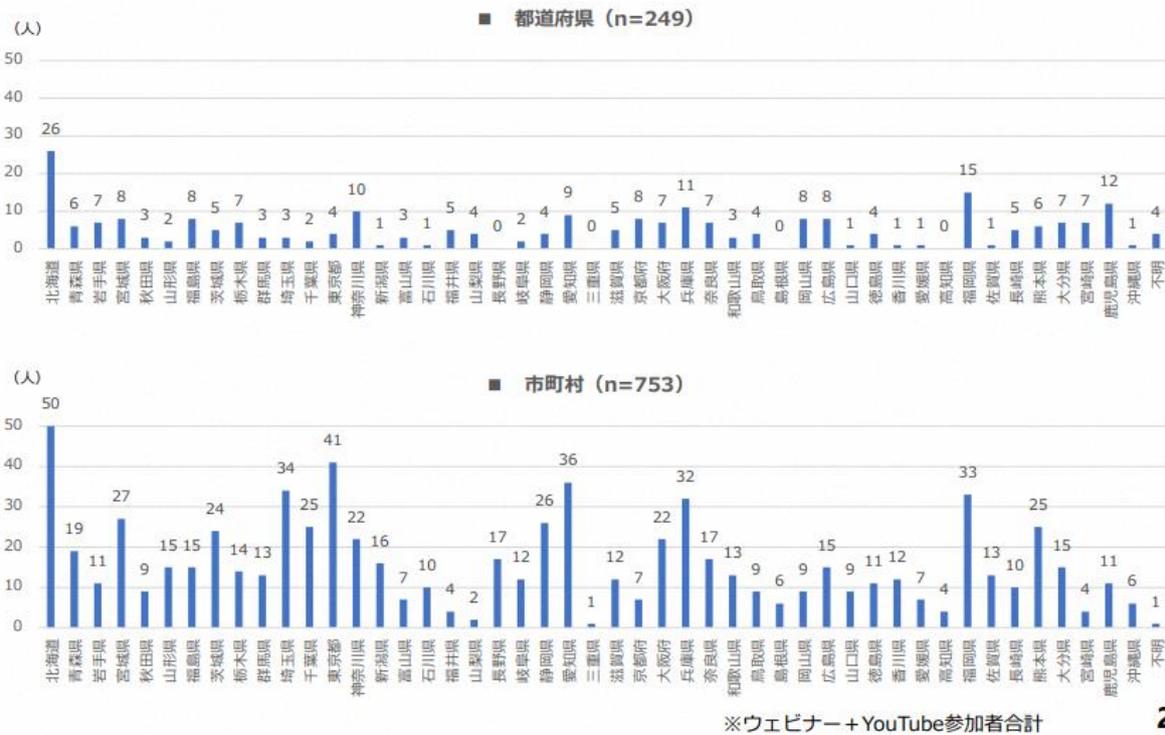
実施内容

	研修会議 I	研修会議 II
開催日時	令和 5 年 10 月 19 日 (木) 10 : 00 ~ 16 : 00	令和 5 年 10 月 20 日 (金) 10 : 30 ~ 16 : 30 (東京会場) 令和 5 年 10 月 27 日 (金) 10 : 30 ~ 16 : 30 (大阪会場)
開催方法 場所	オンライン開催 (ウェビナー参加 ^{※1} ・YouTubeライブ配信) ※ 1 都道府県 (及び保健所) 担当者、市町村担当者のみ	集合開催 (東京会場・大阪会場)
対象	在宅医療・介護連携推進事業に係る下記担当者等 都道府県 (及び保健所) 担当者、市町村担当者、地方厚生 (支) 局担当者、地域の関係団体の担当者、医療及び介護の専門職、コーディネーター、委託業者 等	
参加者数 (事前登録数)	1533名 ウェビナー 452名 (都道府県担当者90名、市町村担当者362名) YouTube 1081名 (都道府県担当者159名、市町村担当者391名、厚生局4名、 地域の関係団体81名、医療・介護の専門職180名、 コーディネーター180名、委託業者29名、その他57名)	65名 (東京会場) 38名 (大阪会場)
(参考) 実施後アンケート 回答数	737名 研修会議 I 及び II の参加者を対象に、研修会議後にアンケート ^{※2} を実施 回収方法：下記、いずれかの方法にて回答 ①研修会議 I 後に表示されたQRコードを読み取り回答 ②研修会議 I 終了後にチャットにて送付されたURLより回答 ③研修会議 I 終了後にメールにて送付されたQRコード、URL、Excelシートのいずれかにて回答 ④研修会議 II 終了後に配付された用紙にて回答 ※ 2 研修会議 I 及び II 参加者にて同様	

1

都道府県・市町村担当者等研修会議 研修会議Ⅰの参加者①

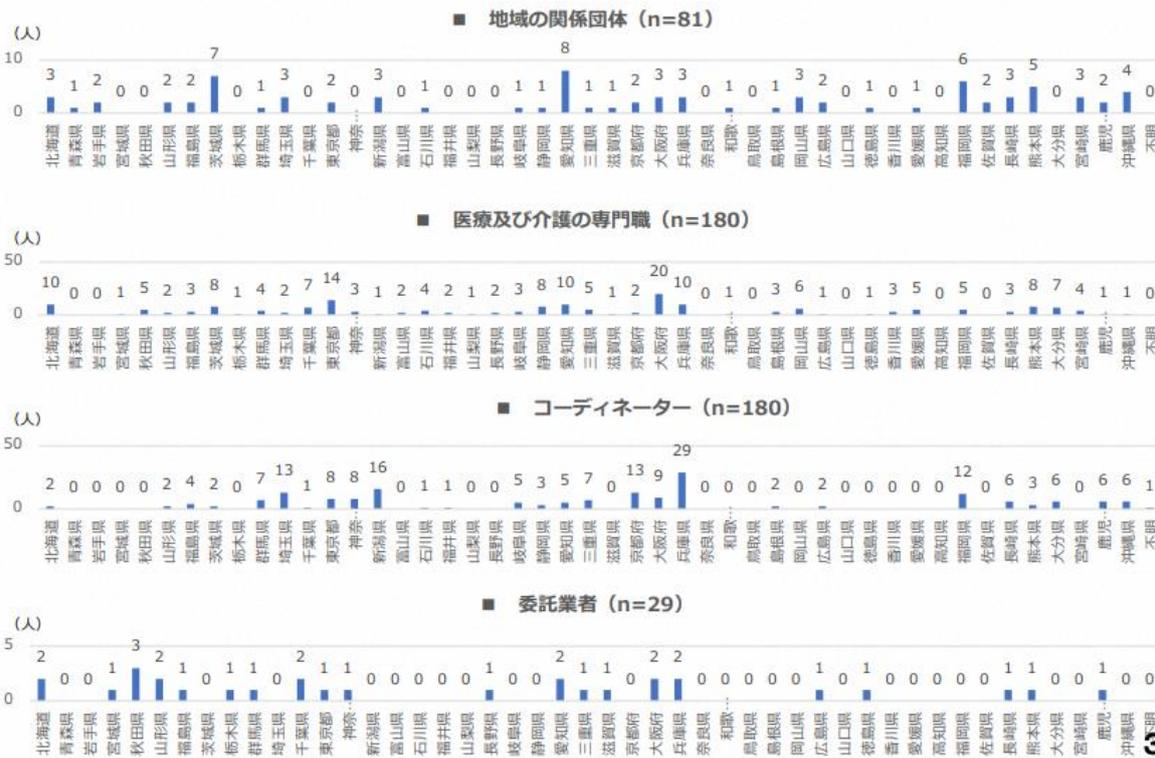
- 都道府県は、43/47県からの参加があった。
- 市町村は、全都道府県内からの参加があった。



2

都道府県・市町村担当者等研修会議 研修会議Ⅰの参加者②

- 都道府県（及び保健所）担当者、市町村担当者以外の参加者（都道府県別）は下記のとおり。

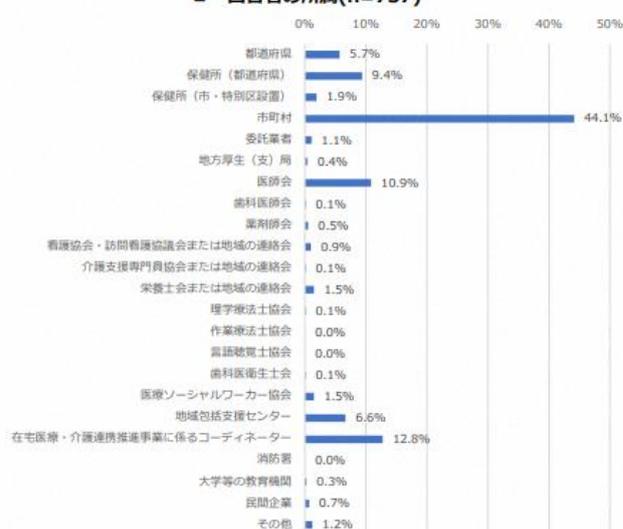


3

回答者の所属等

- 回答者の所属は「市町村」が44.1%で最も多く、次いで「在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター」が12.8%、「医師会」が10.9%である。
- 回答者の有している資格は「保健師」が42.3%で最も多く、次いで「その他」が35.7%、「看護師」が31.5%である。

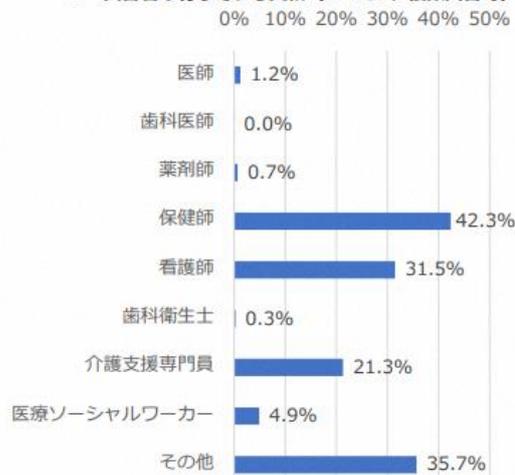
■ 回答者の所属(n=737)



<その他（9）>

- ・ 病院（3）
- ・ 訪問介護事業所（1）
- ・ 介護老人保健施設協会（1）
- ・ 広域連合（1）
- ・ 無回答、不明（3）

■ 回答者の有している資格 (n=737、複数回答可)



<その他（277）>

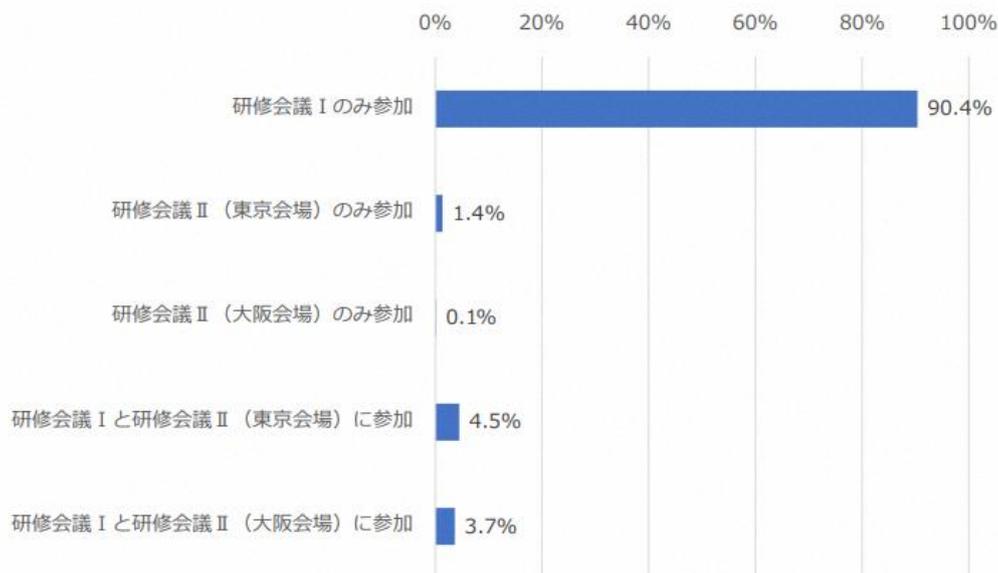
- ・ 事務職（資格なし）（137）
- ・ 社会福祉士（62）
- ・ 管理栄養士・栄養士（18）
- ・ 精神保健福祉士（11）
- ・ 作業療法士（7）
- ・ 理学療法士（6）
- ・ 介護福祉士（6）
- ・ 助産師（4）
- ・ 公認心理師（2）
- ・ 救急救命士（1）
- ・ 看護教諭（1）
- ・ 司書（1）
- ・ 無回答、不明、選択肢にある資格を記載（11）

4

参考：研修会議の参加状況

- 研修会議の参加状況は「研修会議Ⅰのみ参加」が90.4%で最も多く、次いで「研修会議Ⅰと研修会議Ⅱ（東京会場）に参加」が4.5%、「研修会議Ⅰと研修会議Ⅱ（大阪会場）に参加」が3.7%、「研修会議Ⅱ（東京会場）のみ参加」が1.4%、「研修会議Ⅱ（大阪会場）のみ参加」が0.1%であった。

■ 研修の参加状況 (n=737)



5

研修会議Ⅰへの主なご意見

(プログラム)

- 行政説明による総論的事項を踏まえ、基調講演、様々な立場等からの事例発表、シンポジウム等のプログラム構成にて効果的な事業展開に係るイメージを把握しやすかった

(行政説明)

- 今後も様々な連携が必要である観点等から、老健局と医政局双方から行政説明いただきたい
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との効果的な連携等を踏まえる観点から、国としての方針や実施例等を示していただきたい

(自治体担当者以外等からのご意見)

- コーディネーターの立場から
 - ・ 自治体担当者と一緒に参加することは事業の共通理解及び今後の更なる事業推進につながり有意義
 - ・ 県や医師会等からアプローチいただくことは事業推進への影響も大きく今後も参画をお願いしたい
- 医師会の立場から
 - ・ 医師会としても、身近な存在となるよう対応を検討していきたい
- 関係職能団体の立場から
 - ・ 当該事業において職能としての知識・技術発揮が不足していると認識した、今後参画の機会を増やしたい

(運営)

- 他都道府県の担当者同士の意見交換等を設けていただきたい
- YouTube視聴では質問ができないため、ウェビナー枠を増やしていただきたい
- 継続性の観点から、今後もいつでも聴講できる環境づくり（アーカイブ）をお願いしたい
- 研修時間は適切であったが、内容量の観点から複数日の開催を検討してもよいのではないか
- 土日開催も検討いただけるとありがたい

6

研修会議Ⅱへの主なご意見

(全体構成)

- 各プログラム内容が運動しており分かりやすかった
- 県や関係機関等との合同参加の推奨により、各関係者と関わる機会となった

(ミニレクチャー)

- ミニレクチャーに対する質疑応答時間を設けていただきたい

(参加自治体による紹介)

- 資料を取りまとめいただけるのであれば参加自治体による紹介（説明）は不要ではないか、時間配分及び内容を検討いただきたい

(GW：内容)

- 場面を選択し具体的な検討を実施することにて、今後の協議体の立ち上げや事業見直しに係る参考となった
- 県や関係団体等と様々な立場及び視点にて検討できた、他自治体の発表等により更なる検討を深められた
- アドバイザーからの助言にて更なる視点を得ることができた

(GW：構成)

- 同都道府県・市町村のグループ配置にて、互いの共通認識や理解促進につながり検討を進めやすかった

(GW：運営)

- 意見共有や修正等を効率的に行う観点から、各グループにPC等を設置いただきたい

(全体運営)

- 事前課題等に係る事項は代表者のみならず参加者全員に連絡いただきたい
- 各事例毎に複数のグループ配置となるよう検討いただきたい
- 昼食場所確保の観点から、会場内飲食が不可の場合は時間を長めに設定いただきたい

(その他ご意見)

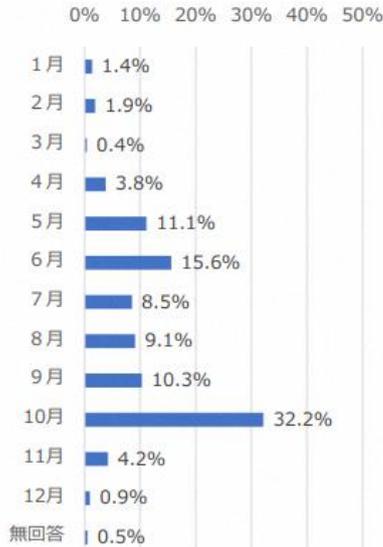
- ネットワーク構築の観点から、参加自治体の連絡先、担当窓口一覧等を提供いただきたい
- 事例の横展開という観点から、他自治体の取り組みや悩み事等、意見交換の時間を設けていただきたい
- 対面開催で遠方から参加の場合は、前泊となる可能性も高いことから開始時間を早めてはどうか
- 研修会議Ⅱも動画配信（アーカイブ等）いただきたい
- 研修前後の変化を評価する観点から、単発ではなく複数回プログラムとしていただきたい

7

今後期待される研修会議について：開催時期

○ 研修会議を希望する時期は「10月」が32.2%で最も多く、次いで「6月」が15.6%である。

■ 研修会議を希望する月 (n=737)



<6月を希望する主な理由>

- ・ 業務等が落ち着いている
- ・ 改正事項等の施行や「骨太の方針」が示される時期でもあり年度当初に事業の概要や展望を把握したい
- ・ 引継や前年度評価等を踏まえ、異動者や新任者が基礎的事項や最新動向、他地域の取り組み等の理解を早期に深めることができる
- ・ 当該年度事業が本格的に開始する前にて年度内の計画追加や修正、事業展開に反映できる
- ・ 予算要求前にて次年度予算要求や事業計画策定の参考となる

<10月を希望する主な理由>

- ・ 本年度と同時期の開催がよい、時期を統一いただきたい
- ・ 業務等が落ち着いている、議会等と重複しない（年度初め、年末、年度末は調整が困難）
- ・ 異動者や新任者等がある程度業務を進めた時期であり、課題等も踏まえ、理解が進みやすい
- ・ 年度の中間であり、上半期の振り返りや評価を踏まえ、当該年度後半に向けた見直し及び検討に反映できる
- ・ 年度の中間であり、次年度に向けた事業計画立案等の検討に反映できる
- ・ 次年度予算の策定前・編成時期であり検討に反映できる
- ・ 集合開催の場合、台風や雪等の影響が少ない

<その他>

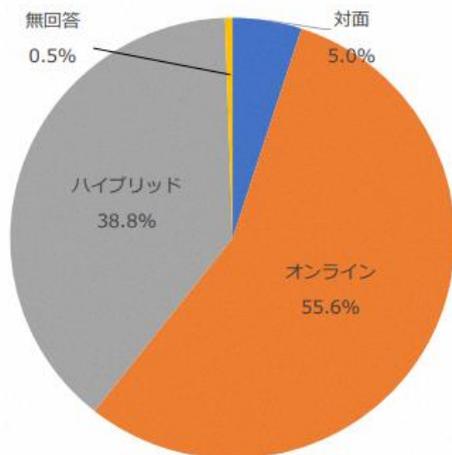
- ・ 年2回程度の開催を希望（上半期と下半期）
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業に係る大規模な研修会議は多くないため、毎年実施いただきたい
- ・ 研修会議Ⅰは年度当初に実施しⅡはある程度理解が深まった下半期に開催いただきたい

8

今後期待される研修会議について：開催方法

- 研修会議Ⅰで希望する開催方法は「オンライン」が55.6%で最も多く、次いで「ハイブリッド」が38.8%、「対面」が5.0%である。
- 研修会議Ⅱで希望する開催方法は「ハイブリッド」が36.9%で最も多く、次いで「対面」が36.1%、「オンライン」が25.6%である。

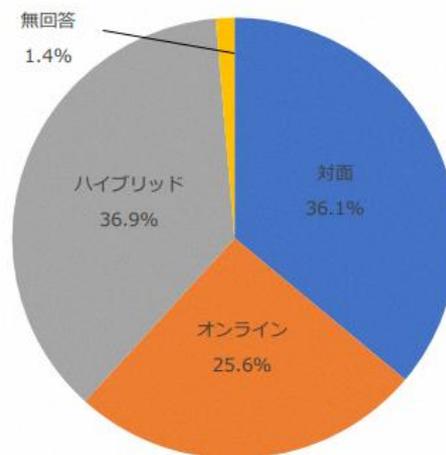
■ 研修会議Ⅰ（講演・事例発表中心）（n=737）



<研修会議Ⅰの開催方法に係るご意見>

- ・ 今後もオンライン開催及びアーカイブ配信としていただきたい
- ・ 今後も座学的内容を研修Ⅰ、GWや意見交換会等を研修Ⅱとしていただきたい

■ 研修会議Ⅱ（グループワーク中心）（n=737）



<研修会議Ⅱの開催方法に係るご意見>

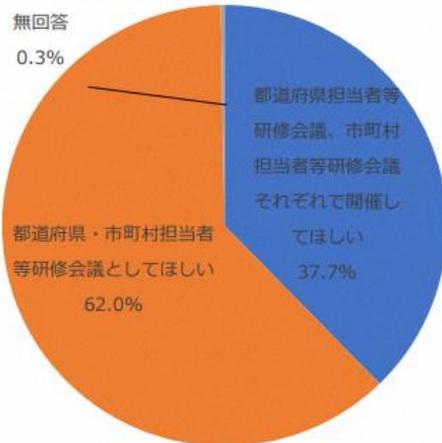
- ・ 対面の場合、開催場所を増やしていただきたい
- ・ 対面かつ複数人参加は予算や都合が確保しにくいいため、ハイブリッド開催等、希望する自治体が十分参加できるような方法としていただきたい

9

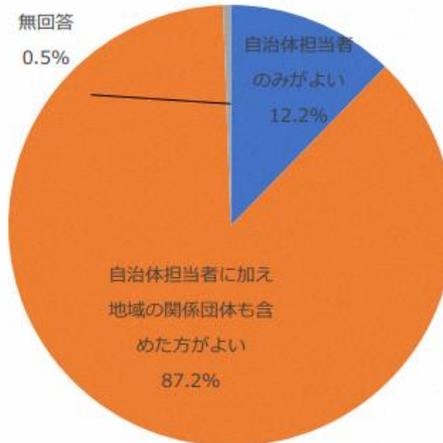
今後期待される研修会議について：研修会議の在り方

- 研修会議の在り方について「都道府県・市町村担当者等研修会議としてほしい」が62.0%、「都道府県担当者等研修会議、市町村担当者等研修会議それぞれで開催してほしい」が37.7%である。
- 対象者について「自治体担当者に加え地域の関係団体も含めた方がよい」が87.2%、「自治体担当者のみがよい」が12.2%である。

■ 研修会議の在り方について (n=737)



■ 対象者について (n=737)



<研修会議の在り方に係るご意見>

- ・ 都道府県/市町村それぞれで開催した場合にも、それぞれに参加できるような仕組みとしていただきたい

<対象者に係るご意見>

- ・ 目的等の足並みを揃える観点から、今後も自治体と関係団体等と一緒に参加することを国から推奨いただきたい

10

今後期待される研修会議Ⅰについて：全体テーマ

(在宅医療・介護連携推進事業に係る今後の展望)

- 地域包括ケアシステム及び2040年を見据えた在宅医療・介護連携推進事業
- 生涯を通じた在宅医療・介護の推進
- 高齢化の進展や地域差を踏まえた在宅医療・介護連携（広域連携含む）

(効果的な事業展開（事業マネジメント/PDCAサイクル）)

- 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進
 - ・ 効果的な地域マネジメント
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業に係る事業評価及び指標（データ活用、課題分析、具体的な方策、手法 等）

(多職種連携)

- (参考：令和5年度テーマ) (全体) 在宅医療・介護連携推進の更なる可能性を目指して (シンポジウム) 多職種による在宅医療・介護連携の更なる推進

(自治体への期待)

- 自治体（都道府県（保健所）・市町村）に期待する役割や連携

(コーディネーター)

- コーディネーターと自治体、関係機関等の連携
- コーディネーターに期待される役割、育成等

(他事業との連携)

- 在宅医療・介護連携推進事業と他施策、関連事業（他地域支援事業）との連携

(「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携)

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の効果的な連携

(その他)

- 4つの場面、認知症に係る対応、災害・感染症に係る対応の1つに特化したテーマ
- 医療と介護の情報共有、ICT活用・推進 等
- 令和6年度トリプル改定を踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の方向性や在り方

11

今後期待される研修会議Ⅰについて：行政説明

(総論)

- 地域包括ケアシステム及び2040年を見据えた在宅医療・介護連携推進事業の在り方
- 在宅医療・介護の動向、医療・介護連携の必要性

(基礎的事項)

- 制度概要（当該事業の法的事項、制度の位置づけ、財源、施策 等）
- 介護保険制度からみた在宅医療・介護連携の現状と課題

(国の最新動向、方針等)

- 国の最新動向、方針及び指針、取組状況、最新データ等
- 事業の変更点や注意して取り組む必要があること等のポイント

(自治体の役割)

- 各自治体への支援体制
- 国が期待する自治体（都道府県・保健所・市町村等）の役割及び自治体間等の連携、関係機関等との連携 等

(医療計画等との連携等)

- 医療計画と介護事業（支援）計画の連動、医療・介護連携に係る説明事項

(次期計画、報酬改定等)

- 第9期介護保険計画に係るポイント等
- 在宅医療・介護連携に関連する診療報酬及び介護報酬（総論）
- 令和6年度トリプル改定を踏まえた医療・介護の連携推進に係るポイント

(具体的な取り組み)

- 4つの場面及び認知症に係る対応、災害・感染症に係る対応への課題や国の方向性、具体的な取り組みや評価
- 医療と介護の情報共有システム、ICT化の推進

(他事業との連携)

- 在宅医療・介護連携推進事業と他施策、関連事業（他地域支援事業）との連携

12

今後期待される研修会議Ⅰについて：基調講演

(総論)

- 地域包括ケアシステムに係る今後の展望

(事業マネジメント/PDCAサイクル（総論）)

- 在宅医療・介護連携推進事業に係るデータ（アンケートの内容等含む）及び活用方法
- 在宅医療・介護連携推進事業に係る有効な指標及び事業評価、評価手法（評価時期含む）
- 地域特性を踏まえた事業推進の具体的な方策
- 医師会やコーディネーター、関係機関等との連携、多職種連携に係る手法

(4つの場面、認知症に係る対応、災害・感染症に係る対応)

- 高齢者救急、ACP、DNAR、消防との連携
- DMAT、医師会・行政との連携、災害医療

(自治体に期待される役割等)

- 都道府県（保健所）が担う役割、人材育成
- 行政と関係機関との協働

(医師会をはじめとする地域の関係機関等からの発信)

- 医師会と行政、関係機関等との更なる連携

(コーディネーター)

- コーディネータの立場からみる体制整備、コーディネーターの人材確保・育成

(その他)

- 令和6年度トリプル改定を踏まえた医療・介護連携
- 医療と介護の情報共有、ICT化の推進
- 最新情報や把握すべきトピックス等に係る事業や調査結果報告

(他事業との連携)

- 在宅医療・介護連携推進事業と他施策、関連事業（他地域支援事業）との連携

(「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携)

- 第8次医療計画と在宅医療・介護連携推進事業との整合性に係る、県・市町村との連携

13

今後期待される研修会議Ⅰについて：事例発表

(自治体種別)

- 都道府県：都道府県による支援事例（保健所への支援、ネットワーク構築、地域差に対する支援 等）
- 保健所：保健所支援による支援事例（県型/保健所設置市）
- 市町村：人材育成・継続性、委託元と委託先との役割分担や連携、効果的な予算獲得 等
- 小規模自治体：複数自治体での医療資源の共有連携や、広域連合加盟市町村（複数）に関する取り組み 等
- 規模別：保健所設置市/一般市町村、政令市と区役所の連携 等

(4つの場面、認知症に係る対応、災害（被災地の取り組み）・感染症に係る対応)

- シンポジウム（各立場・職種によるPDCAサイクルに沿った事例+ディスカッション）
- 取り組みの工夫や多職種連携、うまくいかなかった事例・失敗事例・困難事例

(医師会をはじめとする多機関・多職種連携)

- 多職種間での事例検討等に係る仕組みづくりや地域間のネットワーク
- 各立場や施設等の多職種連携に係る事例（内容、役割分担、効果、課題等）
- 地域ケア会議を活用した多職種、医療介護連携の推進

(コーディネーター)

- 立場や役割別（都道府県/市町村、直営/委託 等）
- 内容、工夫、継続性（人材確保・育成等）、コーディネーターと自治体・医師会等の関係機関との連携及び役割分担
- コーディネーター未配置自治体による事例

(他事業との連携)

- 在宅医療・介護連携推進事業と他施策、関連事業（他地域支援事業）との連携

(「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携)

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」や「積極的役割を担う医療機関」等に係る事例

(その他)

- ICT化の推進、医療と介護の情報共有システム
- 地域住民と協働した在宅医療・介護連携推進事業に係る事例
- データの効果的な活用方法

14

今後期待される研修会議Ⅱについて

(行政説明)

- 在宅医療・介護連携推進事業における研修会議等の在り方
- 地域の実情に合わせた取り組みに対する支援状況
- 国が自治体に求める方向性や役割等
- 在宅医療・介護連携推進事業を実施する上での具体的課題
- 財源及び執行状況等
- 直営/委託の実情等
- 最新動向や新たな取り組み

(レクチャー)

- 予算が限られている自治体が多いため、活用等も踏まえ、より具体的なレクチャーをお願いしたい

(GW)

(4つの場面における事業マネジメント/PDCAサイクルの実践)

- 地域アセスメント
- 地域課題の抽出、目指すべき姿や評価指標の設定

(分析手法)

- 課題や現状を整理に係る様々な手法（ロジックモデル等）

(データ活用)

- データ活用について

(その他)

- 在宅医療・介護連携推進事業と他施策、関連事業（他地域支援事業）との連携
- 4つの場面における医療・介護関係者との役割分担の在り方

(その他)

- 意見交換等、共有の時間を設けていただきたい。各立場、配属場所における実情や悩み等に係る意見交換等を行うことで、連携の在り方等についてより理解・検討を深めることができるのではないかと

15

その他の御意見（研修に係るご意見等）

（その他運営に係るご意見）

- 受講者からの相談等を受け付ける窓口を一定期間設けていただきたい
- 資料印刷に時間を要するため、もう少し早期に掲載いただきたい

（今後開催してほしい研修会議等）

- 小規模自治体向けの研修（人員不足により兼務を重ねている小規模市町村担当者も多く支援いただきたい）
- コーディネーターに係る研修
- 各所属ごとの（行政、県、コーディネーター等）研修
- 事業マネジメントに係る研修（マネジメントに係る研修の機会がない、データや数値等を用いて事業展開を行う必要性は理解しているが、実践のための知識等が不足している）

16

その他の御意見（在宅医療・介護連携推進事業に係る国へのご意見等）

（体制）

- 「地域の実情に応じた取り組み」のみならず、都道府県・市町村の取り組みを的確に把握した上で事業全体の評価や、中長期的な施策展開を実施いただきたい
- 市町村がどのように事業を推進していくべきか、中長期的なロードマップを示していただきたい
- 地域住民への効果等に資する実態調査等、更なるエビデンス開拓やデータを示すことも必要ではないか
- 都道府県・市町村連携支援について、その後のフォローアップ体制等を設けていただきたい

（財源）

- 基金・財源について安定的な基盤体制や制度の充実（例えばコーディネーターの配置等にも影響が大きい）を期待する

（継続性）

- 自治体のみならず、委託先側も担当者の変更に伴い、方針等が変化し苦慮する現状もある。医師会との連携や拠点整備等も含め、市町村のみならず、県による総合的な方針・支援がより一層必要ではないか

（「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携）

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との効果的な連携や国としての方針等を明確にお示しいただきたい。経験の浅い者やこれまで医療計画策定等を把握していない者には理解しにくい部分もあり、県と市双方を対象とした研修や説明会等が必要ではないか

（在宅医療・介護連携推進事業に係る周知）

（全体）在宅医療・介護連携推進事業の重要性について情報発信不足・周知不足ではないか
関係機関等においても、自治体や団体の医療・介護連携の取り組み等に係る情報が届かない実情もあり、事業が推進されることによる地域社会への利点等をより一層発信すべきではないか

（自治体間）各自治体の長の方針等により、支援体制や取り組み等に偏りが生じているのではないか。上司等の理解を得られないことや、担当者が専門職でないことにより苦慮している現状もある。事業に係る重要性や他自治体の取り組み等を把握する観点から、研修等への参加をより促進する方策等も検討すべきではないか

（コーディネーター）

- コーディネーターへの支援体制が全国的に程度担保されることを期待する

17

IV. 都道府県・市町村連携支援

1. 拡充の視点

国においては、令和3年度在宅医療・介護連携推進支援事業より都道府県・市町村連携支援を実施してきた。（※令和3年度及び令和4年度は、都道府県による市町村支援を目的として実施。）

令和3年度：岩手県、神奈川県、大分県、鹿児島県

令和4年度：熊本県、鹿児島県

一方、都道府県・市町村連携支援への応募自治体が少ないことや、国として都道府県・市町村連携支援を踏まえた成果物（事例集の作成や全自治体で活用可能性のあるポイントの提示等）を示せていないという課題があった。

そのため、本年度は、より地域の実情に応じた支援の拡充及び今後、手引き等の改正等も見据え、都道府県及び市町村が「4つの場面」等において具体的な活用ができるよう、効果的な要素を抽出し提言することを目指し、下記の事項等について見直しを実施した。

- ・ 都道府県による応募形式から、市町村が応募する形式へ見直し（支援時には都道府県の参画を原則化）
- ・ 実態調査等も踏まえ、全国的な横展開にもつながるよう「4つの場面」等の切り口にて、多くの市町村で課題であると想定される箇所に焦点を当て、具体的なテーマを設定
- ・ 事務連絡に加え、支援による効果等を記載したリーフレットを作成することにより、より効果的な周知の実施

2. 実施事項

(1) 実施目的

在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる「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）」等について、PDCAサイクルに沿って取り組みを推進していくことが求められている。

上記を踏まえ、「4つの場面」等に取り組む市町村は増加しているが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと推測される。こうした実情を踏まえ、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、有識者（アドバイザー）及び事務局による連携支援を行うことで、より効果的・効率的な取り組みの推進につなげるとともに、第9期介護保険事業計画策定への一助となることを目指し、都道府県・市町村連携支援を実施した。

(2) 実施概要

申込期間：令和5年8月7日～令和5年9月1日（金）

支援対象：在宅医療・介護連携推進事業に係る課題を有しており、連携支援を希望する市町村

※ 当該事業は都道府県との連携支援となるため、応募に際して管轄都道府県に事前承諾を得よう通知。

※ 同一の都道府県内における複数市町村による共同応募も可とした。（その場合、「1市町村」として計上。）

図 13-1 令和5年度都道府県・市町村連携支援リーフレット

令和5年度 在宅医療・介護連携推進支援事業

在宅医療・介護連携に向けた 市町村支援のご案内

**申込締切
9月1日(金)**
まずはお気軽に
ご相談ください！

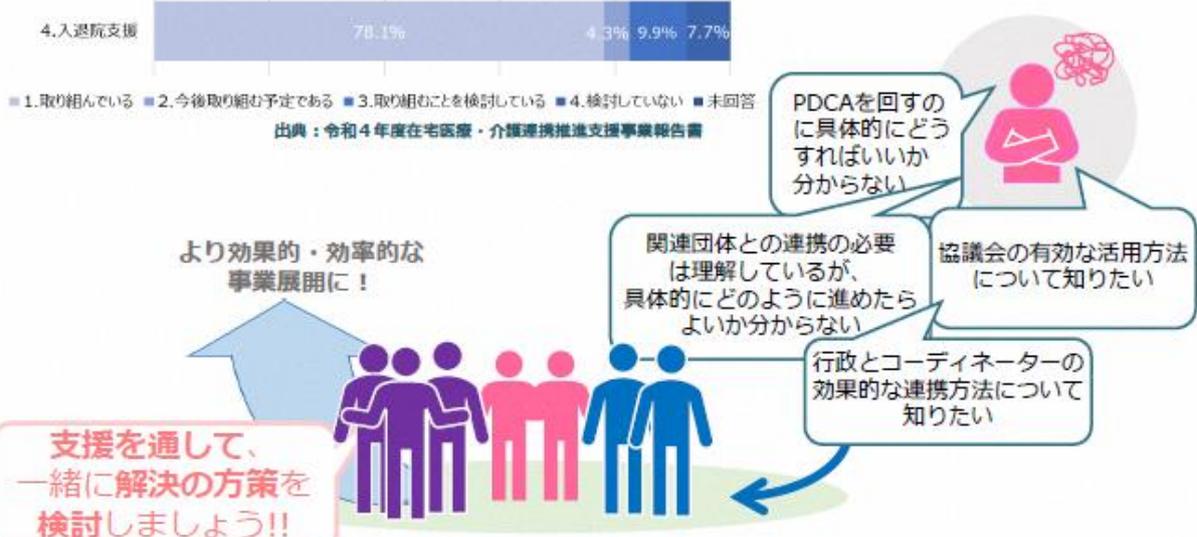
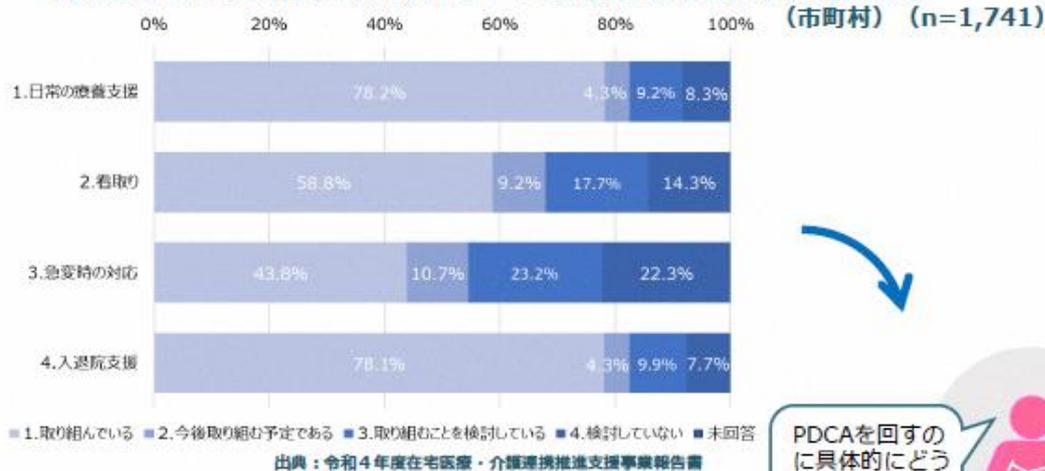
● 在宅医療・介護連携に向けた市町村支援について

在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる「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）」等について、PDCAサイクルに沿って取り組みを推進していくことが求められています。

上記を踏まえ、「4つの場面」等に取り組む市町村は増加しているところですが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと考えられます。

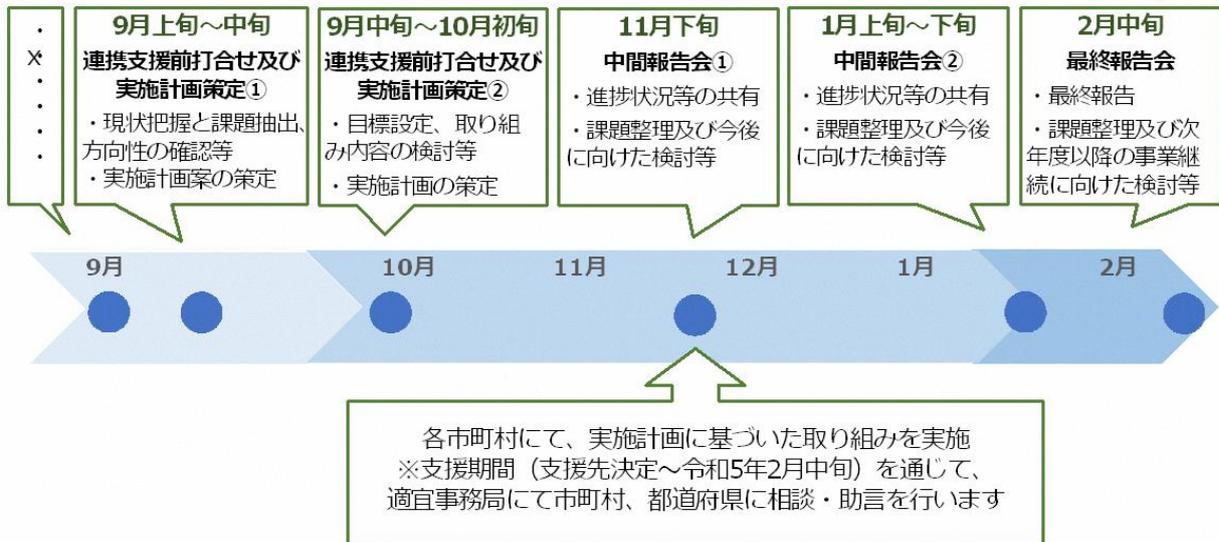
こうした実情を踏まえ、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、有識者（アドバイザー）及び事務局による連携支援を行うことで、より効果的・効率的な取り組みの推進につなげるとともに、第9期介護保険事業計画策定への一助となることを目指します。

在宅医療・介護連携推進事業において「4つの場面」を意識した取り組み状況



- ✓ アドバイザー派遣に関する費用について、市町村及び都道府県で負担いただく必要はありません
 - ✓ 多くの応募をいただいた場合は、市町村の現状や課題認識をもとに事務局にて支援先を選定します
- ※詳細は、別添の事務連絡をご確認ください

● 都道府県・市町村連携支援の進め方



● 4つの場面を実施する上で、このようなことにお困りではないですか？（テーマ例）

PDCAサイクル	<ul style="list-style-type: none"> ・PDCAサイクルの回し方がわからない（課題抽出から評価手法の立案）
協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・協議会を効果的に活用できない ・検討の場の活性化を図りたい
コーディネーターの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・行政とコーディネーターとの連携を深めたい ・コーディネーターをどのように活用したらよいか分からない
関係団体との調整	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医師会との連携や消防など関係団体との連携が進まない
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・各市町村の実情に応じた課題

● 過去に連携支援を受けた自治体からの御意見

- ・実際にPDCAを回す経験をしたことで、支援終了後においても、中長期的な展望も含めて自分たちがどのように事業を進めていくべきか分かった
- ・効果的な検討の場の構築や運営方法等、都道府県として市町村を後方支援するための方策を得られた
- ・庁内の連携のみならず、外部の関係機関及び関係者等との連携促進につながり、効果的な事業実施体制を構築することができた
- ・継続的な支援により、誰に聞いたらよいか分からないことや困りごとにも気軽に相談することができ、具体的な事業の取り組みにつながった



お問い合わせ先

株式会社 富士通総研 行政経営グループ

担当：金・高宮・藤原・名取

E-mail : fri-homecare-rs@cs.jp.fujitsu.com

電話番号 : 080-7137-5828 (令和5年8月7日～9月1日限定)

※受付時間 月～金 9:30～17:00

図 13-2 令和5年度都道府県・市町村連携支援申込書

(別添2)

**令和5年度 在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村連携支援 申込書**

※色のついたセルについて入力してください。

基本情報（複数の場合は代表市町村）

市町村情報	市町村名	
	担当課名	
	担当者名	
	連絡先（電話番号）	
	連絡先（e-mail）	
都道府県情報	都道府県名	
	担当課名	
	担当者名	
	連絡先（電話番号）	
	連絡先（e-mail）	

複数市町村の場合（単独市町村の場合は記入不要）

市町村1	市町村名	
	担当課名	
	担当者名	
市町村2	市町村名	
	担当課名	
	担当者名	
市町村3	市町村名	
	担当課名	
	担当者名	
以上で不足する場合、枠内に記載してください		

支援を希望する内容について

テーマの例：PDCAサイクル、協議会、コーディネーターの活用、関係団体との調整、その他

本支援において、取り組みたいテーマを記載してください。（複数回答可）	
上に記載した取り組みたいテーマについて、認識されている現状及び課題を記載してください。（150字以内）	
連携支援において、どのような支援を受けたいか・またはどのような取り組みを行いたいかなど、具体的に記載してください。（150字以内）	

(3) 実施結果

(支援自治体)

選定基準として、①過去に（県として）支援を実施していない、②地域区分、③テーマや取組要望内容、④厚生局による意見（関東甲信越）等を総合的に検討し、水戸市、伊豆市、福知山市、平戸市の4自治体を選定した。

(支援スケジュール)

4自治体ともに、連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①、連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②、市町村による取組実施を踏まえた中間報告会①、中間報告会②、最終報告会を実施した。

また、支援開始にあたり、支援自治体への概要説明及び継続的な検討が可能となるチェックリストを作成した。

さらに、管轄の厚生局及びアドバイザーの活用により、効果的な支援を図った。

図 14 令和5年度都道府県・市町村連携支援の概要

都道府県・市町村連携支援

概要

- 在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる「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）」等について、PDCAサイクルに沿って取り組みを推進していくことが求められている。
- 上記を踏まえ、「4つの場面」等に取り組む市町村は増加しているが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと推測される。
- こうした実情を踏まえ、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、有識者（アドバイザー）及び事務局による連携支援を行うことで、より効果的・効率的な取り組みの推進につなげるとともに、第9期介護保険事業計画策定への一助となることを目指し、都道府県・市町村連携支援を実施。

支援内容

- 継続的な連携支援（9月上旬から順次実施）の実施
 - ・ 支援開始に当たり、支援自治体への概要説明及び継続的な検討が可能となるチェックリストを作成
 - ・ 複数回（連携前支援①、連携前支援②、中間報告会①、中間報告会②、最終報告会）にて、市町村担当者との意見交換や相談支援の他、実践を通じた継続的な支援を実施
 - ・ 支援に際しては、有識者（アドバイザー）に加え、都道府県等も同席

都道府県	市町村	有識者（アドバイザー）
茨城県	水戸市	服部 美加（一般社団法人 新潟県医師会 新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター）
静岡県	伊豆市	川越 雅弘（公立大学法人 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授） 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）
京都府	福知山市	角野 文彦（滋賀県 健康医療福祉部 理事）
長崎県	平戸市	大内田 由香（福岡県 嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所 参事兼健康増進課長（職種：保健師））

※①過去に（県として）支援を実施していない、②地域区分、③テーマや取組要望内容、④厚生局による意見（関東甲信越）等を総合的に検討し、上記4自治体を選定。

図 15 都道府県・連携支援の流れ

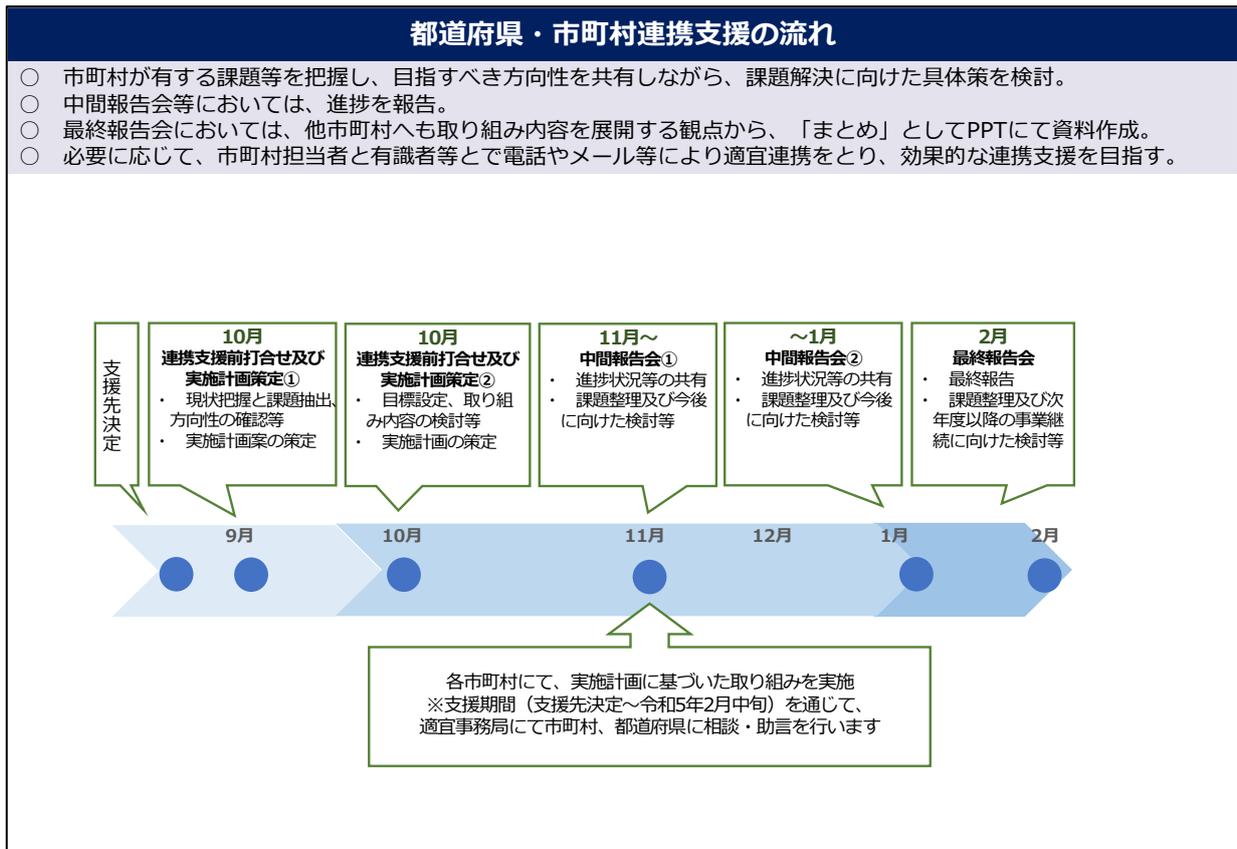


図 16 PDCA サイクルのイメージ

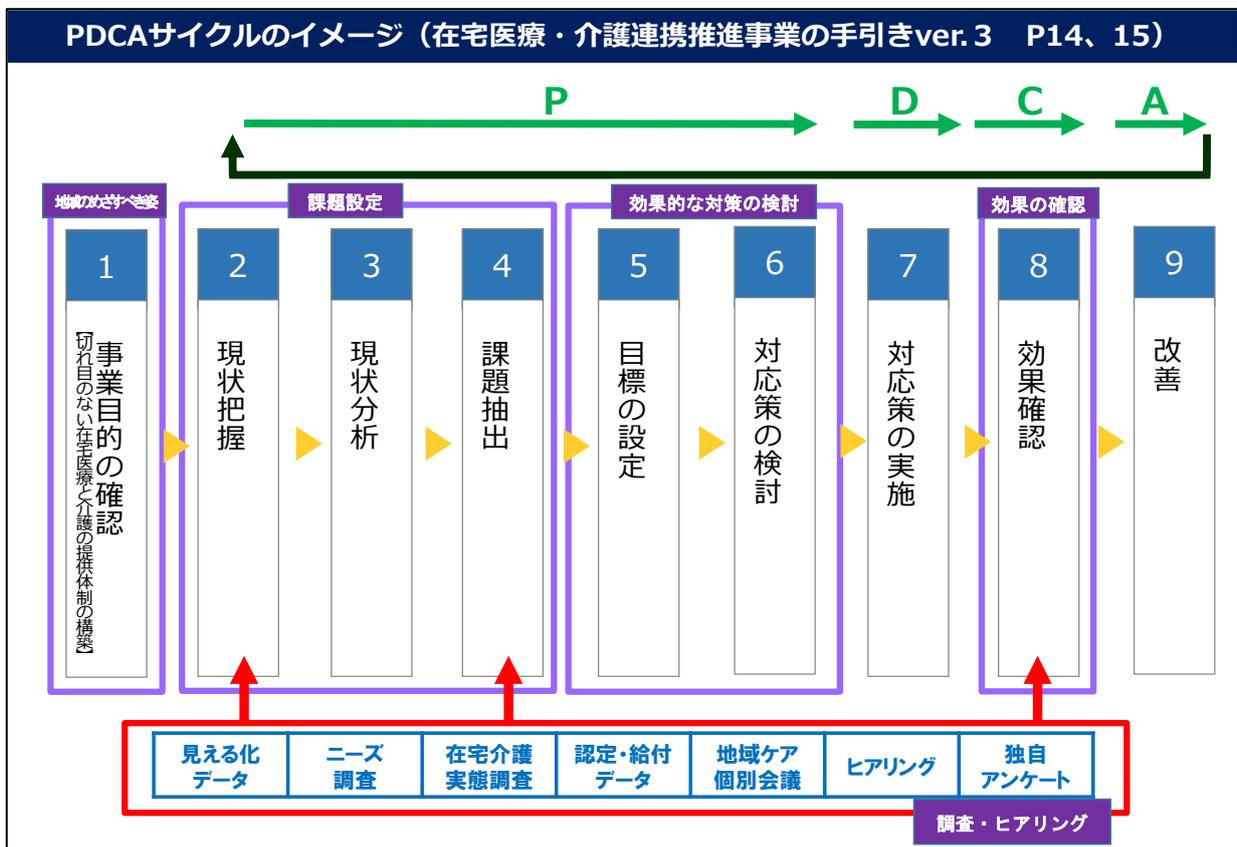


図 17 都道府県・市町村連携支援時に使用するチェックリスト

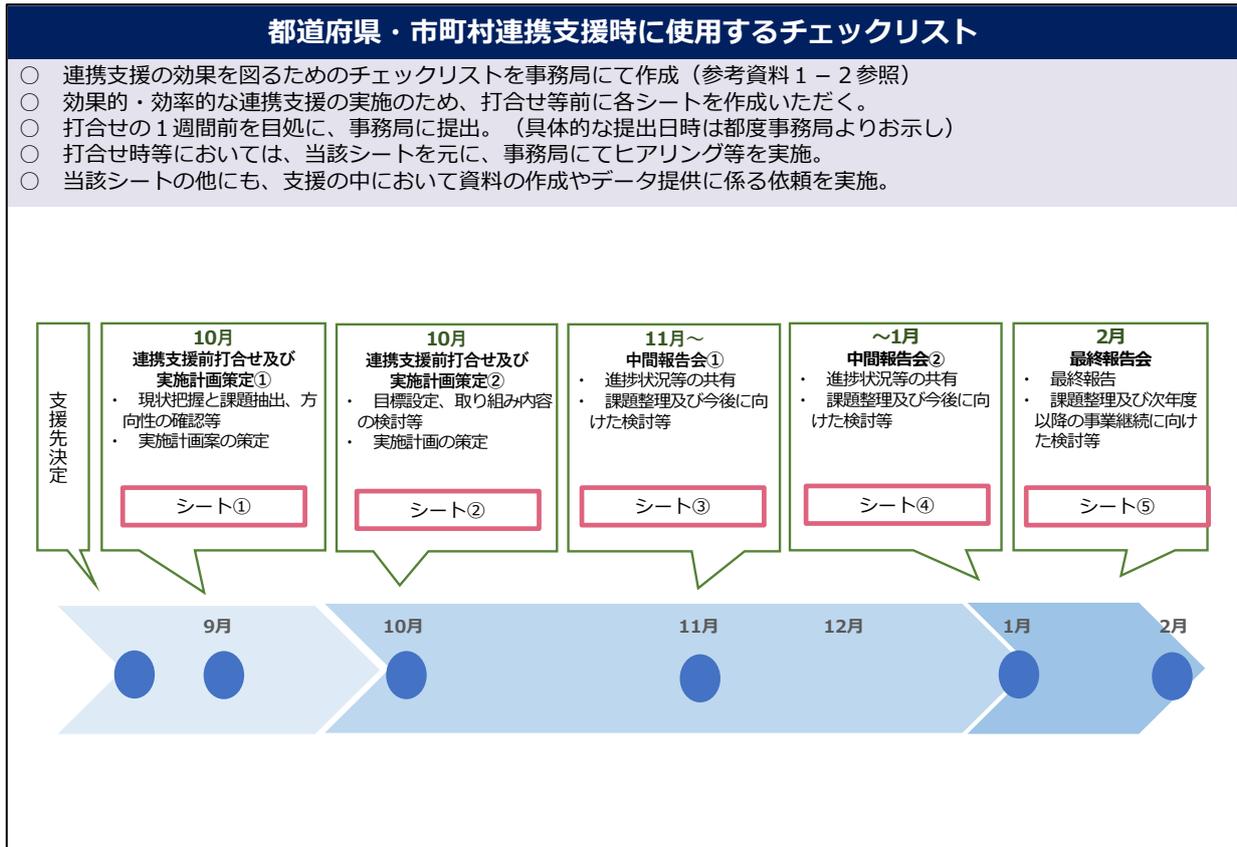


図 18-1 シート集：基礎情報①、基礎情報②、基礎情報③

<p style="color: red; font-weight: bold;">黄色に着色したセルに入力してください。</p> <p style="font-size: small;">※枠は適宜増やしていただいて構いません。 ※Excel幅も増やしていただいて構いません。</p>	
基礎情報	
1. 関係する計画、通知等	
2. 在宅医療・介護連携推進事業に係るURL等	
オンライン環境等	
1. メールによるデータ受取の最大容量	
	MB（メールによるデータ受取の最大容量）
	市町村で使用可能な大容量データ送受信サービスあり
	MB（送受信サービスの最大容量）
2. 業務用PCでのUSBの読み込み	
3. 外部PCのネットワーク接続 ※支援者がPCを持ち込んだ場合、Wi-fi等によりインターネット接続が可能か	
4. プロジェクターの準備	
5. プロジェクター接続端子	
	HDMI（推奨）
	D-Sub15ピン
	その他
6. オンライン会議用に使用可能なソフト（例：ZOOM、Teams、Webex 等。複数記載可）	
7. 対面開催の場合、想定される会議室の場所（〇〇市役所、〇〇センター 等。想定で可。）	
基礎情報	
1. 関係する計画、通知等	
2. 在宅医療・介護連携推進事業に係るURL等	
差し支えなければ、機構図を添付ください	
差し支えなければ、事務分掌を添付ください	

図 18-2 シート集：シート 1（連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①）

＜シート1＞ 連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①						
日時等						
実施日時						
場所						
参加者		氏名	部署	役職	メールCC希望	備考
	市町村（代表者）					
	市町村					
	都道府県					
	保健所					
	関係団体等					
	厚生局					
	アドバイザー 事務局 厚生労働省					
連携支援に向けて						
1. 市における在宅医療・介護連携推進事業の目指すべき姿(目的)						
2. 4つの場面における目指すべき姿（目的）						
日常の療養支援						
入退院支援						
急変時の対応						
看取り						
3. 本支援において取り組みたいテーマ						
4. 取り組みたいテーマにおいて目指すべき姿（目的）						
5. 「1.」にて記載したテーマについて、現状を記載してください						
6. 「1.」にて記載したテーマに対する課題を記載してください						
7. 課題解決に係る具体的な方策等について、貴市の考える内容を記載ください						
長期アウトカム	成果目標					
	定量的な成果目標					
	長期アウトカムを設定した理由					
	目標値の根拠として用いた統計・データ名（出典）／定性的なアウトカムに関する成果実績					
短期アウトカム	成果目標					
	定量的な成果目標					
	短期アウトカムを設定した理由					
	目標値の根拠として用いた統計・データ名（出典）／定性的なアウトカムに関する成果実績					
活動内容						
8. 今回の支援において、アドバイザー等に望むこと、期待すること						
9. 連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②までに市町村が準備する資料等						
10. その他（確認したい事項や連絡事項があれば記入してください）						
議事メモ ※事務局にて作成						

図 18-3 シート集：シート 2（連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②）

＜シート 2＞ 連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②						
日時等						
実施日時						
場所						
参加者		氏名	部署	役職	メールCC希望	備考
	市町村（代表者）					
	市町村					
	都道府県					
	保健所					
	関係団体等					
	厚生局					
	アドバイザー					
事務局						
厚生労働省						
連携支援に向けて						
1. 本支援において取り組みたいテーマ						
2. 取り組みたいテーマにおいて目指すべき姿（目的）						
3. 「1.」にて記載したテーマについて、現状を記載してください						
4. 「1.」にて記載したテーマに対する課題を記載してください						
5. 課題解決に係る具体的な方策等について、貴市の考える内容を記載ください						
長期アウトカム	成果目標					
	定量的な成果目標					
	長期アウトカムを設定した理由					
	目標値の根拠として用いた統計・データ名（出典）／定性的なアウトカムに関する成果実績					
短期アウトカム	成果目標					
	定量的な成果目標					
	短期アウトカムを設定した理由					
	目標値の根拠として用いた統計・データ名（出典）／定性的なアウトカムに関する成果実績					
活動内容						
6. 中間報告会①までに市町村が準備する資料等						
7. その他（確認したい事項や連絡事項があれば記入してください）						
議事メモ ※事務局にて作成						

図 18-4 シート集：シート 3（中間報告会①）

＜シート3＞ 中間報告会①						
日時等						
実施日時						
場所						
参加者		氏名	部署	役職	メールCC希望	備考
		市町村（代表者）				
		市町村				
		都道府県				
		保健所				
		関係団体等				
		厚生局				
		アドバイザー				
	事務局					
	厚生労働省					
取り組みに係る中間報告①						
1. 活動内容（進捗状況）						
2. 現在困っていることとその原因						
課題						
原因						
3. 支援の中で得られた気づき等						
4. 今後の方針・次回の議題						
5. 中間報告会①までに市町村が準備する資料など						
6. その他（確認したい事項や連絡事項があれば記入してください）						
議事メモ ※事務局にて作成						

図 18-5 シート集：シート 4（中間報告会②）

＜シート4＞ 中間報告会②						
日時等						
実施日時						
場所						
参加者		氏名	部署	役職	メールCC希望	備考
		市町村（代表者）				
		市町村				
		都道府県				
		保健所				
		関係団体等				
		厚生局				
		アドバイザー				
	事務局					
	厚生労働省					
取り組みに係る中間報告②						
1. 活動内容（進捗状況）						
2. 現在困っていることとその原因						
課題						
原因						
3. 支援の中で得られた気づき等						
4. 今後の方針・次回の議題						
5. 最終報告会までに市町村が準備する資料など						
6. その他（確認したい事項や連絡事項があれば記入してください）						
議事メモ ※事務局にて作成						

図 18-6 シート集：シート 5（最終報告会）

＜シート5＞ 最終報告会						
日時等						
実施日時						
場所						
参加者		氏名	部署	役職	メールCC希望	備考
	市町村（代表者）					
	市町村					
	都道府県					
	保健所					
	関係団体等					
	厚生局					
	アドバイザー					
	事務局					
厚生労働省						
取り組みに係る最終報告						
1. 取り組みの結果						
長期アウトカム	成果目標					
	定量的な成果目標					
	成果実績					
	目標値の根拠として用いた統計・データ名（出典）／定性的なアウトカムに関する成果実績					
短期アウトカム	成果目標					
	定量的な成果目標					
	成果実績					
	目標値の根拠として用いた統計・データ名（出典）／定性的なアウトカムに関する成果実績					
活動内容						
2. 今後（次年度以降）の課題						
3. 支援の中で得られた気づきや認識を深めたこと						
4. その他						
取り組みのまとめ ※事務局にて作成						
実施結果						
今後の方向性						
効果測定に関する評価						
議事メモ ※事務局にて作成						

(各支援の実際)

1) 水戸市

(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①)

開催日	令和5年10月4日(水)	開催時間	15:00~17:00
開催場所	オンライン		
議題	1. 都道府県・市町村連携支援について 2. 水戸市の状況について 3. 本連携支援で取り組む内容について 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①(事務局作成) 資料2 シート1:(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①)及び機構図等 (水戸市作成) 資料2(別添1) 水戸市在宅医療・介護連携推進事業の概要(水戸市提供) 資料2(別添2) 水戸市在宅医療・介護連携支援拠点運営等業務委託契約書(水戸市提供) 資料2(別添3) 水戸市在宅医療・介護連携支援拠点運営等業務委託仕様書(水戸市提供) 資料2(別添4) 令和5年度水戸市地域包括支援センター事業実施方針(水戸市提供) 資料3 在宅医療・介護連携推進事業 実施状況の確認(事務局作成) 参考資料1 水戸市基本データ(事務局作成) 参考資料2 水戸市第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画(水戸市提供) (https://www.city.mito.lg.jp/uploaded/attachment/11526.pdf) 参考資料3 水戸地域医療構想区域(水戸市提供) 参考資料4 茨城県保健医療計画(茨城県提供)		

(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②)

開催日	令和5年10月12日(木)	開催時間	14:00~16:00
開催場所	オンライン		
議題	1. 前回の振り返り 2. 協議体について 3. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート1:(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①)(事務局作成) 資料2 シート2:(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②)(水戸市作成) 資料3 豊島区事例「口腔保健センターを活用した地域医療連携」(豊島区歯科医師会提供) 資料4 坂戸市事例(出典:令和2年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体内の有機的連携・役割分担等に係る調査研究事業一報告書」) 資料5 協議会等設置に係る事例まとめ(事務局作成) 参考資料1 豊島区在宅医療連携推進会議設置要綱(豊島区提供) 参考資料2 坂戸市・鶴ヶ島市地域包括ケアシステム推進協議会設置要領 (坂戸市・鶴ヶ島市提供) 参考資料3 豊中市「虹ねっと」連絡会規約(豊中市提供)		

(中間報告会①)

開催日	令和5年12月21日(木)	開催時間	10:30~15:00
開催場所	水戸市役所 4階政策会議室		
議題	1. 前回の振り返り 2. 目指す姿と課題の検討について 3. 協議体設立に向けた今後の取り組みについて 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート2: (連携支援前打合せ及び実施計画策定②) (事務局作成) 資料2 シート3: (中間報告会①) (水戸市作成) 資料3-1 水戸市地域包括支援センター連絡会議 説明資料 (水戸市提供) 資料3-2 水戸市地域包括支援センター連絡会議 事前課題まとめ (水戸市提供) 資料3-3 水戸市地域包括支援センター連絡会議 議事録 (水戸市提供) 資料4 「在宅医療における積極的役割を担う医療関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」 (水戸市作成) 資料5 令和4年度在宅医療・介護連携推進事業アンケート結果報告書 (水戸市提供) 資料6 令和5年度入退院時の連携に関するアンケート集計結果 (水戸市作成) 資料7 令和5年度水戸市第9期高齢者福祉計画介護保険事業計画策定に係るアンケート結果 (水戸市作成) 資料8 令和5年度水戸市在宅医療介護連携推進事業に関するヒアリング資料 (水戸市作成) 資料9 在宅医療・介護連携推進支援事業について (水戸市作成) 資料10 既存の会議体について (水戸市作成) 資料11 水戸市要保護児童及びDV対策地域協議会構成機関一覧 (水戸市作成) 参考資料1 新潟市の地域医療に係る会議体系図 (新潟市) (服部アドバイザー提供) 参考資料2 地域包括ケアシステム推進体制 (長岡市) (服部アドバイザー提供) 参考資料3 地域ケア会議イメージ図 (最終R2年版) (燕市) (服部アドバイザー提供)		

(中間報告会②)

開催日	令和6年2月1日(木)	開催時間	9:00~11:30
開催場所	オンライン		
議題	1. 前回の振り返り 2. 現在の検討状況について 3. 協議体設立に向けた検討 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート3:(中間報告会①)(事務局作成) 資料2 シート4:(中間報告会②)(水戸市作成) 資料3-1 自治体規模別データからの考察(水戸市作成) 資料3-2 自治体別データ一覧(水戸市作成) 資料4 水戸市の現状整理概要(水戸市作成) 資料5 理想の進め方(表1)(水戸市作成) 資料6 水戸市の現状(表2)(水戸市作成) 資料7 協議会イメージ図(水戸市作成) 資料8 ロードマップ案(水戸市作成) 資料9 東浦町の在宅医療介護連携 (出典:令和4年度在宅医療・介護連携推進支援事業 市町村担当者研修会議) 資料10 協議会開催に向けた事前準備の流れ(水戸市作成)		

(最終報告会)

開催日	令和6年2月28日(水)	開催時間	13:30~16:00
開催場所	水戸市役所会議室 602		
議題	1. 前回の振り返り 2. 連携支援を通じての振り返り 3. 今後の取り組みについて 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート4:(中間報告会②)(事務局作成) 資料2 シート5:(最終報告会)(水戸市作成) 資料3 水戸市在宅医療・介護連携推進事業これまでとこれから(水戸市作成)		

2) 伊豆市

(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①)

開催日	令和5年10月5日(水)	開催時間	10:00~12:00
開催場所	オンライン		
議題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 都道府県・市町村連携支援について 2. 伊豆市の状況について 3. 本連携支援で取り組む内容について 4. その他 		
配付資料	<p>議事次第</p> <p>資料1 連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①(事務局作成)</p> <p>資料2 シート1:(連携支援前打合せ及び実施計画策定①)(伊豆市作成)</p> <p>資料2(別添1) 伊豆市在宅医療連携推進協議会設置規則(伊豆市提供)</p> <p>資料2(別添2) 伊豆市在宅医療連携拠点事業業務委託契約書(伊豆市提供)</p> <p>資料2(別添3) 2市1町指標(伊豆市提供)</p> <p>参考資料1 伊豆市基本データ(事務局作成)</p> <p>参考資料2 伊豆市高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画(伊豆市提供) (https://www.city.izu.shizuoka.jp/soshiki/1008/5/639.html)</p> <p>参考資料3 静岡県地域医療構想(静岡県提供) (https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/fukushicenter/tobukenkofukushi/1033406.html)</p> <p>参考資料4 第8次静岡県保健医療計画(静岡県提供) (https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/iryoyoyoseisaku/1039973/1044654/index.html)</p>		

(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②)

開催日	令和5年10月16日(月)	開催時間	15:00~17:00
開催場所	オンライン		
議題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 前回の振り返り 2. 相談支援窓口について 3. 病院との対話について 4. その他 		
配付資料	<p>議事次第</p> <p>資料1 シート1:(連携支援前打合せ及び実施計画策定①)(事務局作成)</p> <p>資料2 シート2:(連携支援前打合せ及び実施計画策定②)(伊豆市作成)</p> <p>資料3 医療と介護の連携ハンドブック~新潟市民の生活を支えるための多職種連携 (新潟市在宅医療・介護連携推進協議会 Ver1)(新潟市提供)</p>		

(中間報告会①)

開催日	令和5年11月24日(金)	開催時間	13:00~16:30
開催場所	伊豆市役所 会議室		
議題	(その1) 1. 前回の振り返り 2. 相談支援窓口について 3. 病院との対話について 4. その他 (その2) 1. 在宅医療・介護連携推進事業について 2. 今後の伊豆市在宅医療・介護連携推進に向けて		
配付資料	議事次第 資料1 「地域における在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進に向けて」 (出典：令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県・市町村担当者等研修 会議I 資料1) 資料2 令和5年度都道府県・市町村連携支援のご案内(事務局提供) 資料3 在宅医療・介護連携の取り組みについて(坂上アドバイザー作成) 資料4 伊豆市在宅医療連携委託契約書(伊豆市提供) 資料5 伊豆市協議会設置規則(伊豆市提供) 参考資料1 大阪市相談支援事業概要(大阪市提供) 参考資料2 大阪市相談支援事業 募集要項(大阪市提供)		

(中間報告会②)

開催日	令和6年1月31日(水)	開催時間	9:30~12:00
開催場所	オンライン		
議題	1. 前回の振り返り 2. 現在の状況について 3. 次年度の在宅医療連携委託仕様書について 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート3：(中間報告会①)(事務局作成) 資料2 シート4：(中間報告会②)(伊豆市作成) 資料3 伊豆市在宅医療連携委託仕様書(案)(伊豆市作成) 資料4 伊豆市在宅医療連携拠点事業の概要(伊豆市提供) 資料5-1 在宅医療介護連携推進事業に関するアンケート調査シート(伊豆市作成) 資料5-2 在宅医療介護連携推進事業に関するアンケート調査集計結果(伊豆市作成) 資料6-1 新潟市在宅医療・介護連携センター委託業務仕様書(新潟市提供) 資料6-2 新潟市在宅医療・介護連携推進事業 令和5年度業務計画書(新潟市提供) 資料6-3 新潟市在宅医療・介護連携センターステーション業務 目標管理シート(新潟市提供)		

(最終報告会)

開催日	令和6年2月14日(水)	開催時間	9:30~12:00
開催場所	生きいきプラザ 談話室		
議題	1. 前回の振り返り 2. 連携支援を通じての振り返り 3. 今後の取り組みについて 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート4: (中間報告会②) (事務局作成) 資料2 シート5: (最終報告会) (伊豆市作成) 資料3 ワークシート (出典: 令和4年度老人保健健康増進等事業 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) 資料4 都道府県・市町村連携支援最終成果物様式 (事務局作成)		

3) 福知山市

(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①)

開催日	令和5年10月17日(火)	開催時間	16:00~18:00
開催場所	オンライン		
議題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 都道府県・市町村連携支援について 2. 福知山市の状況について 3. 本連携支援で取り組む内容について 4. その他 		
配付資料	<p>議事次第</p> <p>資料1 連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①(事務局作成)</p> <p>資料2 シート1:(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①)(福知山市作成)</p> <p>資料2(別添1) 福知山市行政機構図・福祉保健部事務分担表(福知山市提供)</p> <p>資料2(別添2) 福知山市地域包括ケア推進課新体制図・事務分担表(福知山市提供)</p> <p>資料3 市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況(事務局作成)</p> <p>参考資料1 ふくちやま医療・介護・福祉総合ビジョン(福知山市提供) (https://www.city.fukuchiyama.lg.jp/soshiki/16/2550.html)</p> <p>参考資料2 まちづくり構想 福知山(福知山市提供) (https://www.city.fukuchiyama.lg.jp/soshiki/1/46128.html)</p> <p>参考資料3 第9次福知山市高齢者保健福祉計画(第8期介護保険事業計画) (福知山市提供)(https://www.city.fukuchiyama.lg.jp/soshiki/15/35034.html)</p>		

(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②)

開催日	令和5年10月26日(木)	開催時間	9:00~11:00
開催場所	オンライン		
議題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 前回の振り返り 2. ロジックモデルについて 3. 市内病院との連携体制の強化について 4. その他 		
配付資料	<p>議事次第</p> <p>資料1 シート1:(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①)(事務局作成)</p> <p>資料2 シート2:(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②)(福知山市作成)</p> <p>資料3 地域支援事業の評価について (出典:平成29年度老人保健健康増進等事業 地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究事業(抜粋))</p> <p>資料4-1 滋賀県保健医療計画(案)抜粋-1(角野アドバイザー提供)</p> <p>資料4-2 滋賀県保健医療計画(案)抜粋-2(角野アドバイザー提供)</p> <p>資料5 京都府医療計画ロジックモデル(案)(京都府提供)</p>		

(中間報告会①)

開催日	令和5年12月8日(金)	開催時間	9:15~12:45
開催場所	福知山市民交流プラザ ふくちやま 会議室3-1		
議題	1. 前回の振り返り 2. ロジックモデルについて 3. 協議体構築に向けた取り組みについて 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート2:(連携支援前打合せ及び実施計画策定②)(事務局作成) 資料2 シート3:(中間報告会①)(福知山市作成) 資料3 福知山市ロジックモデル(案)(福知山市作成) 資料4 福知山市医療介護連携現状と課題(福知山市作成) 資料5 グループワークシート(令和5年度都道府県・市町村担当者等研修会議Ⅱ資料) 参考資料1 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針(第3版)(角野アドバイザー提供)		

(中間報告会②)

開催日	令和6年1月25日(木)	開催時間	9:15~12:45
開催場所	福知山市防災センター2階 研修室		
議題	1. 前回の振り返り 2. 令和5年度第1回医療介護福祉連携にむけた多職種協議 3. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート3:(中間報告会①)(事務局作成) 資料2 シート4:(中間報告会②)(福知山市作成) 資料3 令和5年度第1回在宅医療・介護連携に向けた多職種協議(福知山市作成) 資料3-1 令和5年度第1回医療介護福祉連携にむけた多職種協議プログラム(福知山市作成) 資料3-2 令和5年度第1回医療介護福祉連携にむけた多職種協議名簿(福知山市作成) 資料3-3 地域支援事業の評価について(ロジックモデルによる事業の進め方) 資料3-4 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針(第3版)(角野アドバイザー提供) 資料3-5 令和5年度第1回医療介護福祉連携にむけた多職種協議グループワークシート (福知山市作成) 資料4-1 医療介護福祉連携部会の開催状況(福知山市作成) 資料4-2 ビジョン看取り資料(福知山市作成) 資料4-3 第10次福知山市高齢者保健福祉計画(第9期福知山市介護保険事業計画(案) (福知山市提供)		

(最終報告会)

開催日	令和6年2月15日(木)	開催時間	9:15~12:45
開催場所	福知山市民交流プラザ ふくちやま3F 会議室3-3		
議題	1. 前回の振り返り 2. 連携支援を通じての振り返り 3. 今後の取り組みについて 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート4:(中間報告会②)(事務局作成) 資料2 シート5:(最終報告会)(福知山市作成) 資料3 都道府県・市町村連携支援を受けて(福知山市作成) 資料4 事業マネジメントについて (出典:令和4年度老人保健健康増進等事業 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) 資料5 ワークシート (出典:令和4年度老人保健健康増進等事業 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) 資料6 都道府県・市町村連携支援最終成果物様式(事務局作成) 参考資料1 中間報告会②グループワークの結果(福知山市作成)		

4) 平戸市

(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①)

開催日	令和5年10月17日(火)	開催時間	13:30~15:30
開催場所	オンライン		
議題	1. 都道府県・市町村連携支援について 2. 平戸市の状況について 3. 本連携支援で取り組む内容について 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定①(事務局作成) 資料2 シート1:(連携支援前打合せ及び実施計画策定①)(平戸市作成) 資料2(別添1)平戸市行政機構図(平戸市提供) 資料2(別添2)平戸市職員事務分担表(平戸市提供) 資料3 市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況(事務局作成) 参考資料1 第8期平戸市高齢者福祉計画・平戸市介護保険事業計画(平戸市提供) (https://www.city.hirado.nagasaki.jp/kurashi/health/kaigo/kaigo/kaigo05.html)		

(連携支援前打ち合わせ及び実施計画策定②)

開催日	令和5年11月15日(水)	開催時間	10:00~12:00
開催場所	オンライン		
議題	1. 前回の振り返り 2. 在宅医療・介護連携推進事業における認知症対応 3. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート1:(連携支援前打合せ及び実施計画策定①)(事務局作成) 資料2 シート2:(連携支援前打合せ及び実施計画策定②)(平戸市作成) 資料3-1 見える化・認知症自立度(平戸市作成) 資料3-2 高齢者相談件数(平戸市作成) 資料3-3 勉強会アンケート(平戸市作成) 資料4 在宅医療・介護連携推進事業における認知症対応(千代田区・武蔵野市提供) 資料5-1 令和5年度第1回千代田区在宅医療・介護連携推進協議会認知症連携推進部会 (千代田区提供) 資料5-2 千代田区在宅医療・介護連携推進協議会認知症連携推進部会設置要綱 (千代田区提供) 資料5-3 千代田区在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱(千代田区提供) 資料6-1 武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業令和4年度活動報告書(武蔵野市提供) 資料6-2 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱(武蔵野市提供) 資料6-3 令和5年度第1回武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会(武蔵野市提供) 資料6-4 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会通信13号(武蔵野市提供) 資料7 「我がまちの地域包括ケアの目指す姿の実現に向けたアクションプラン」(高島市提供) 資料8 大牟田市認知症ケアコミュニティ推進事業について(大内田アドバイザー提供)		

(中間報告会①)

開催日	令和5年12月6日(水)	開催時間	10:30~15:00
開催場所	平戸市役所 3階A会議室		
議題	1. 前回の振り返り 2. 認知症に係る調査の計画と取りまとめ方について 3. 多職種勉強会の企画について 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート2: (連携支援前打合せ及び実施計画策定②) (事務局作成) 資料2 シート3: (中間報告会①) (平戸市作成) 資料3-1 アンケート調査(医療機関) (平戸市作成) 資料3-2 アンケート調査(居宅介護支援事業所) (平戸市作成) 資料3-3 アンケート調査(包括支援センター・集計結果) (平戸市作成) 資料3-4 専門職聞き取り調査(平戸市作成) 資料4 勉強会企画ワークシート(平戸市作成) 参考資料1 令和4年度認知症連携部会報告書(武蔵野市提供) 参考資料2 令和5年度認知症連携部会説明資料(武蔵野市提供)		

(中間報告会②)

開催日	令和6年1月16日(火)	開催時間	10:00~12:00
開催場所	オンライン		
議題	1. 前回の振り返り 2. 多職種勉強会の企画について 3. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート3: (中間報告会①) (事務局作成) 資料2 シート4: (中間報告会②) (平戸市作成) 資料3-1 令和5年度平戸市多職種連携勉強会②開催要項(平戸市作成) 資料3-2 令和5年度平戸市多職種連携勉強会②研修会レジュメ(平戸市作成) 資料3-3 令和5年度平戸市多職種連携勉強会②アンケート(平戸市作成) 資料3-4 令和5年度平戸市多職種連携勉強会②(グループワーク用)(平戸市作成) 資料3-5 令和5年度平戸市多職種連携勉強会②(グループワーク用)回答結果(平戸市作成) 資料4-1 令和5年度平戸市多職種連携勉強会開催要項・タイムスケジュール(平戸市作成) 資料4-2 令和5年度平戸市多職種連携勉強会ワークシート(平戸市作成) 参考資料1 令和5年度第2回認知症連携部会次第(武蔵野市提供) 参考資料2 令和5年度第2回認知症連携部会説明資料(武蔵野市提供) 参考資料3 令和5年度第2回認知症連携部会各職能団体の質問への回答(武蔵野市提供)		

(最終報告会)

開催日	令和6年2月26日(月)	開催時間	13:00~15:30
開催場所	オンライン		
議題	1. 前回の振り返り 2. 連携支援を通じての振り返り 3. 今後の取り組みについて 4. その他		
配付資料	議事次第 資料1 シート4: (中間報告会②) (事務局作成) 資料2 シート5: (最終報告会) (平戸市作成) 資料3 医療介護連携推進事業アンケート(医療機関)まとめ(平戸市作成) 資料4 アンケート集計(多職種研修会平戸ピア③)研修前(平戸市作成) 資料5 アンケート集計(多職種研修会平戸ピア③)研修後(平戸市作成) 資料6 都道府県・市町村連携支援最終成果物様式(事務局作成)		

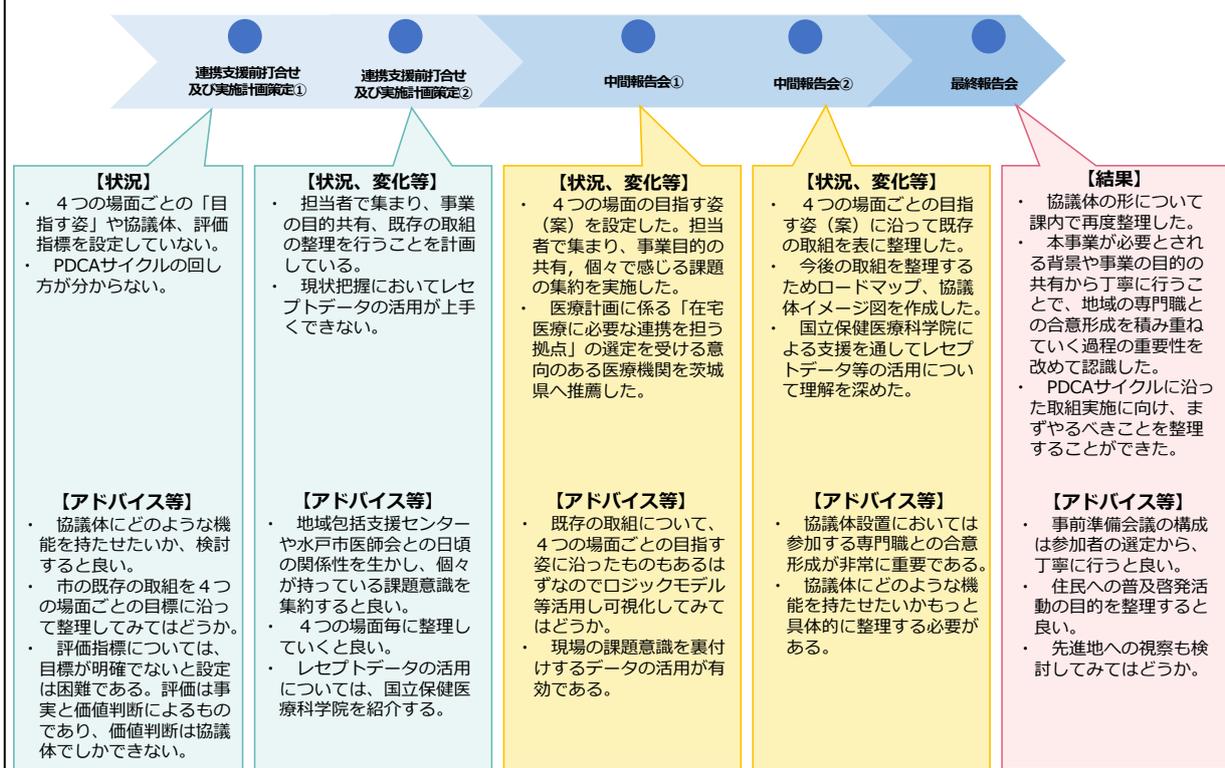
(令和5年度都道府県・市町村連携支援に係る成果物)

令和5年度都道府県・市町村連携支援に係る成果物一式を図19に示す。

図19-1 結果報告(茨城県水戸市)



茨城県水戸市 都道府県・市町村連携支援（詳細①）



茨城県水戸市 都道府県・市町村連携支援（詳細②）

支援前の課題

- 4つの場面ごとの目指す姿を設置せずに、ア～キの事業項目に沿って取組を実施している。
- 協議体を設置しておらず、地域の関係団体と協議する体制がない。
- 評価指標を設置しておらず、取組による効果を図ることができていない。
- 水戸市医師会への委託内容が4つの場面ではなくア～キの事業項目に沿った取組内容となっている。

支援前後の変化（支援の効果）

- 4つの場面ごとの目指す姿（案）を設定した。
- 在宅医療・介護連携推進事業が必要とされる背景や目的への理解を深めることができ、それを水戸市医師会、地域包括支援センター職員と共有し、現在の取組を見直すことができた。
- レセプトデータ等の活用方法や、既存の取組を数値としてみていくことの必要性について理解を深めることができ、PDCAサイクルに沿った取組に向けて、まず行うべきことを整理することができた。
- 既存の取組を、4つの場面ごとの目指す姿（案）に沿って表に整理し、水戸市の取組の現状を可視化し整理することができた。
- 水戸市医師会、高齢者支援センターへの委託内容を見直すことができた。
- 協議体設置に向け、取り組むべきことや、協議体の形を検討することができた。

今後について（予定、方向性等）

- PDCAサイクルに沿った取組に向け、現状把握を進める。（市として把握すべきデータの整理、既存の取組の整理、庁内の関係課との情報共有等）
- 既存の取組について、4つの場面ごとの目指す姿を意識した取組となるよう、事業計画や実績報告の方法を検討する。
- 協議体設置に向け、事前準備会議の開催準備を行う。事前準備会議の構成員の検討は丁寧に行う。事前準備会議においては、在宅医療・介護連携推進事業が必要とされる背景や目的の共有を行うこと、協議体の必要性について合意を得ることから始め、その上で協議体の機能や構成員について協議を深めていけるようにしたい。
- 令和6年度は事前準備会議を重ね、令和6年度末には協議体を設置できるようにすることを目標に取組んでいきたい。

水戸市 在宅医療・介護連携に係る協議体設置に向けた準備

① コアメンバーによる事前準備会議を開催する

【構成メンバー】

- ・水戸市
- ・水戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター
- ・事前準備会議について、合意が得られた地域の専門職団体

【会議開催目的】

- ・コアメンバー間での在宅医療・介護連携推進事業の背景や目的の共通理解
- ・協議体の在り方を検討（名称・機能・構成員）
- ・関係団体への働きかけの方法について検討



② 関係団体への働きかけ

在宅医療・介護連携推進協議体（仮）

全体会（年2～4回程度）

コアメンバー

- ・水戸市
- ・水戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター
- ・事前準備会議の必要性について、合意が得られた地域の専門職団体



- ※協議体からメンバー候補団体において決める
- ・茨城県看護協会
 - ・訪問看護師連絡会
 - ・茨城県ケアマネジャー協会水戸地区会
 - ・在宅支援診療所・病院
 - ・後方支援病院
 - ・水戸市薬剤師会
 - ・県央地区ソーシャルワーカー協会
 - ・水戸市歯科医師会
 - ・茨城県歯科衛生士会水戸支部
 - ・茨城県リハビリテーション専門職協会
 - ・茨城県栄養士会
 - ・高齢者施設関係者
 - ・介護サービス事業者
 - ・高齢者支援センター

【全体会の機能】

- (1) 事業全体の目的の共有=目線合わせ
- (2) 4つの場面の目指す姿に対する現状・課題の整理
- (3) 課題に対する取組を実践するWGの在り方検討
 - ① WGのテーマについて
 - ② WGの重点目標（長期・短期）について
 - ③ 一緒に取り組みたい関係団体について
- (4) WGによる取組の評価



テーマ例

① 専門職向け研修会WG

② ルール・ツール作成WG

③ 住民向け普及啓発WG

今後の水戸市在宅医療・介護連携推進事業

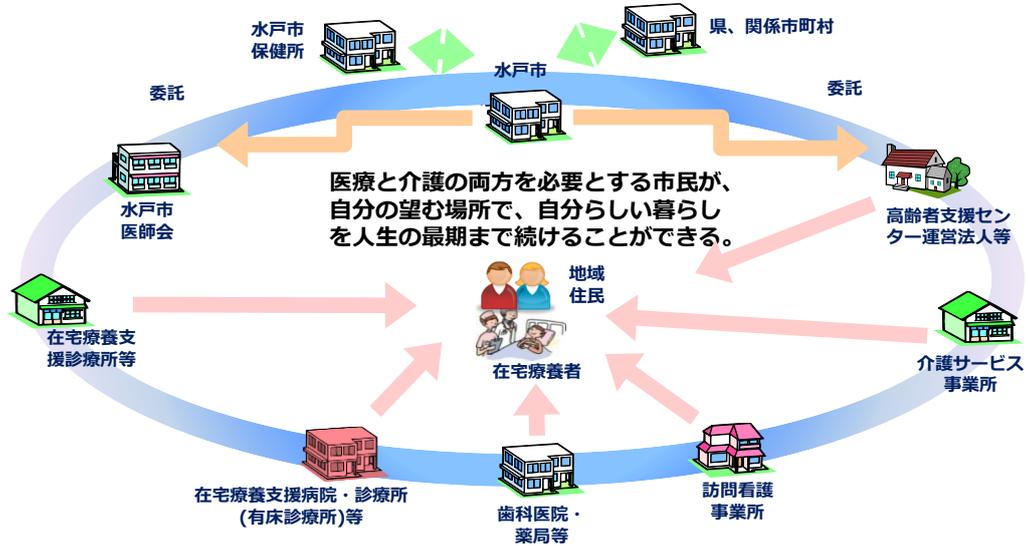


図 19-2 結果報告（静岡県伊豆市）

静岡県伊豆市について

自治体概要		特徴	
人口※1	28,190人	利点	地域住民のささえ合い活動が盛ん、通いの場90か所
高齢化率※1	42.6% (65歳以上)、22.8% (75歳以上)	医療の特徴	5病院、11診療所 療養病床が多い
要介護認定率※2	15.3%	介護の特徴	特別養護老人ホームが4か所あり、日本医師会のJMAP（地域医療情報システム）より、入所定員は全国と比較して多い
担当部署	伊豆市健康長寿課	在宅医療・介護連携推進事業の現況	事業項目（ア）（オ）（カ）（キ）を医療機関へ一部委託して実施している
委託先	伊豆赤十字病院		
その他の参加者	東部保健所、静岡県福祉長寿政策課		

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合） ※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

平成16年に4町が合併して誕生 海・山・川 自然豊か

令和4年度 高齢者等実態調査
『最期を自宅で過ごしたい一般高齢者』51.0%
『医療・介護が必要になったとき、在宅生活を継続することが可能だと思っている一般高齢者』31.2%

ささえ合い活動ガイドブック

東西約25km
南北約20km

天城連山

浄蓮の滝

わさび田

土肥海水浴場

自然・歴史・文化が薫る 誇りと活力に満ちた「伊豆半島の新基軸(クロスロード)」・伊豆市
～いつまでも住み続けたい 次世代に笑顔をつなぐ礎づくり～

静岡県伊豆市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 他自治体の好事例を把握し、分析する。
- ② あるべき姿を確認し、中長期的な目標なども設定し、関係者に共有。
- ③ 互いに利点がある連携関係の構築を念頭に、互いの役割分担と実施事項を確認。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法、指標の設定方法に係る研修。
- ③ 効率的・効果的な連携推進のための手法の共有。

【取組の方針】

- ① 自治体と委託先（病院）の、双方の強みを活かした役割分担の明確化及び連携の推進。
- ② 事業に係る評価指標の明確化。

【成果等】

実施主体としての市のマネジメント力の強化のため、

- ・ 委託先（地域の関係団体）との効果的な連携のために必要な情報の整理
- ・ 市と委託先との役割分担に係る事項の整理
- ・ 委託先のみならず、他の地域の関係団体や専門職、地域住民への事業周知・情報共有の実施 等を実施

【アドバイザーとの検討①】

- 好事例を踏まえ、効果的な連携に係る方策を検討する。
- ロジックモデルの活用検討等も含め、市のあるべき姿に向けた課題を整理する。
- 委託先への利点等も伝えることが必要。

【アドバイザーとの検討②】

- 委託先への利点等は引き続き整理し、伝えることが必要。
- 関係者に共有できるように、市の事業実施計画等を明確にする。
- 指標の設定方法についても整理し、検討。

【自治体の考える課題と現状】

- 在宅医療・介護連携推進事業の一部を病院へ委託しているが、市が実施してほしい事項と現在の実施事項とに乖離があり、役割分担及び連携が不十分。
- 資源情報の活用や相談窓口の周知不足、実施前後の評価共有等が不十分。
- 事業項目を実施することが目的となっており、成果がみえない。

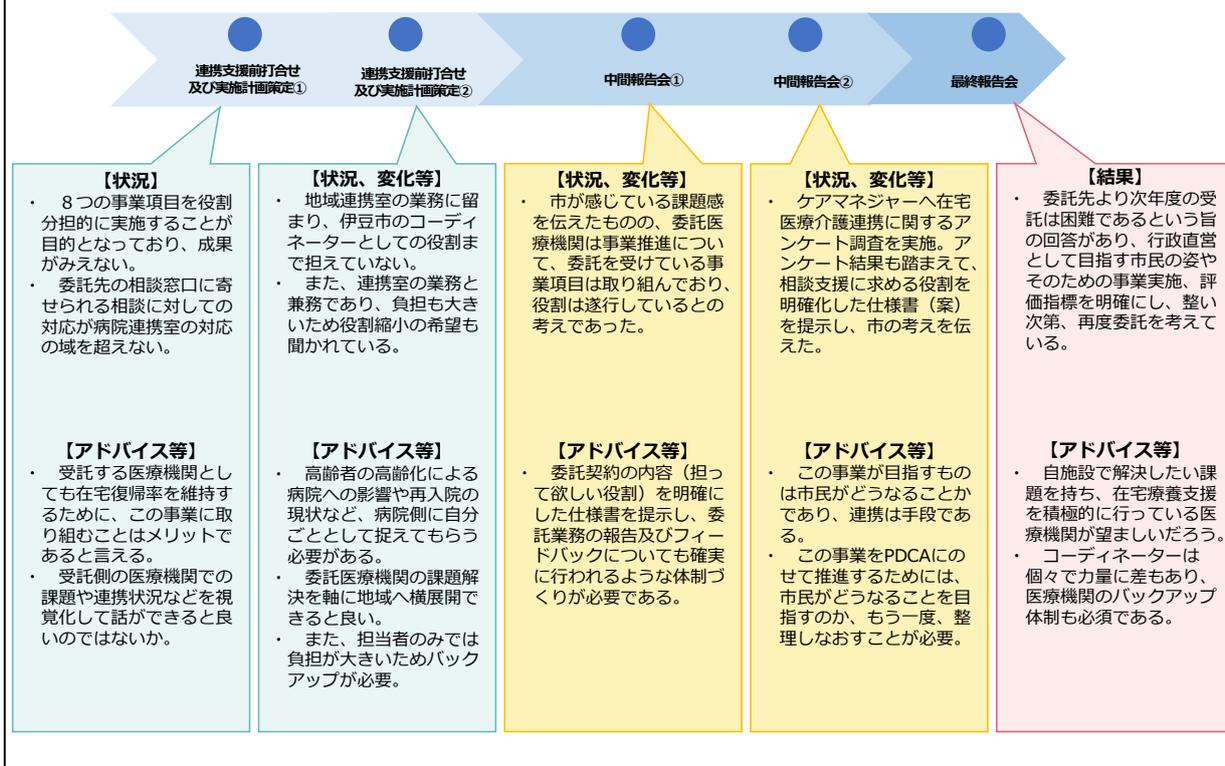
【中間報告】

- 在宅医療・介護連携推進事業に係る中長期的展望の検討及び事業の再構築及び整理が必要。
- 事業の成果指標も適切な設定が必要。
- 相談窓口の利活用に向けた市内事業所への調査が必要。
- 委託先との意見交換会等を実施し、双方の現状認識や課題を明確化。
- 市の中長期的展望を委託先とも共有することが重要。

【最終報告】

- 委託先の人員体制および事業推進のための役割を担うことが困難であることから、委託契約を終結。
- 一旦、行政直営とし、事業の目指すこと、実施計画と評価指標を明確にする。
- 市の役割と委託先の役割を整理し、連携体制について共有した上で改めて委託しなおすこととする。

静岡県伊豆市 都道府県・市町村連携支援（詳細①）



静岡県伊豆市 都道府県・市町村連携支援（詳細②）

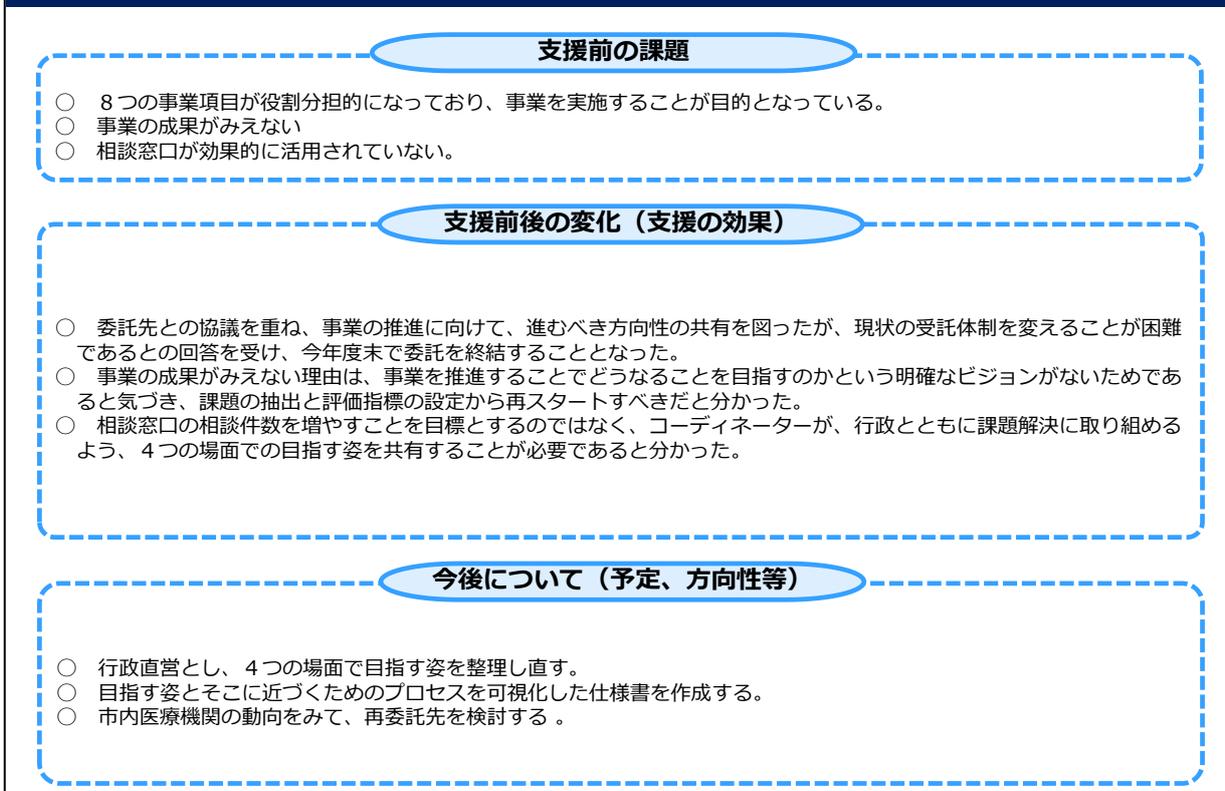
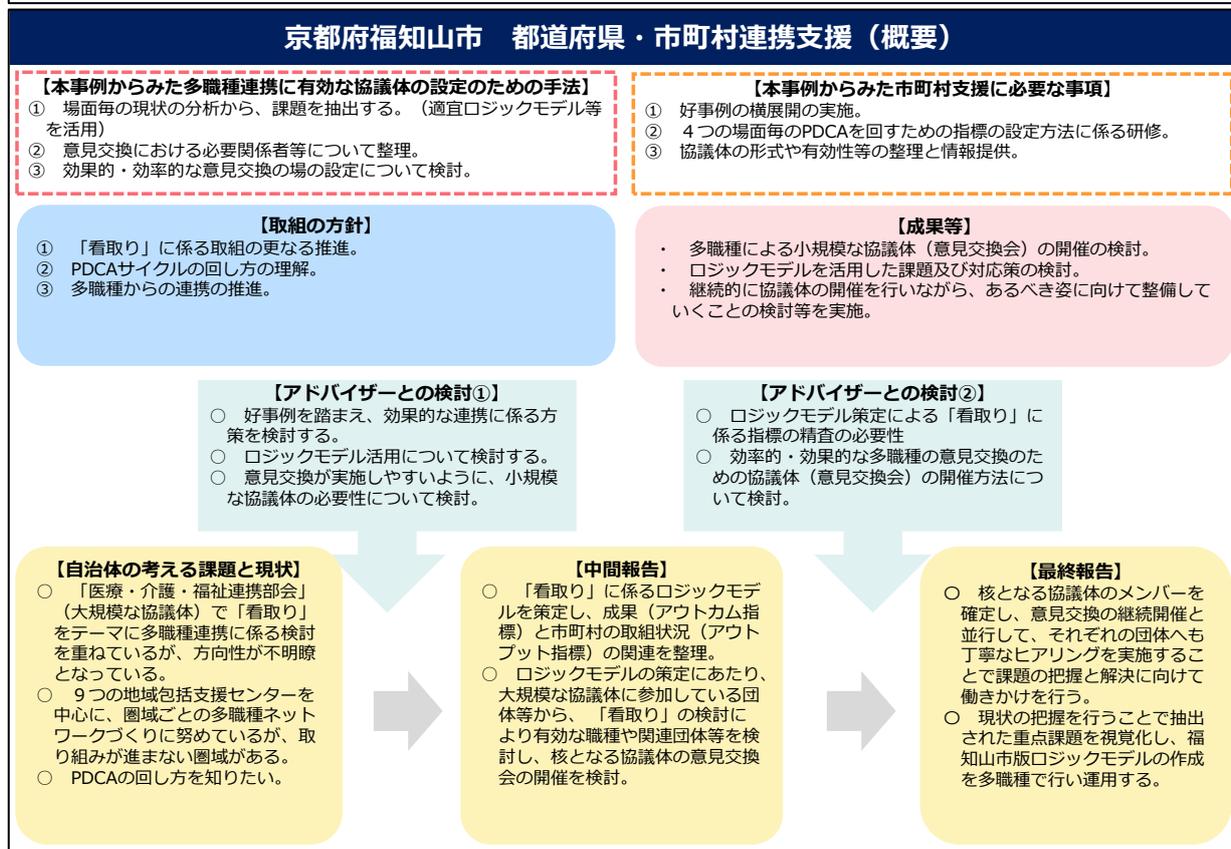
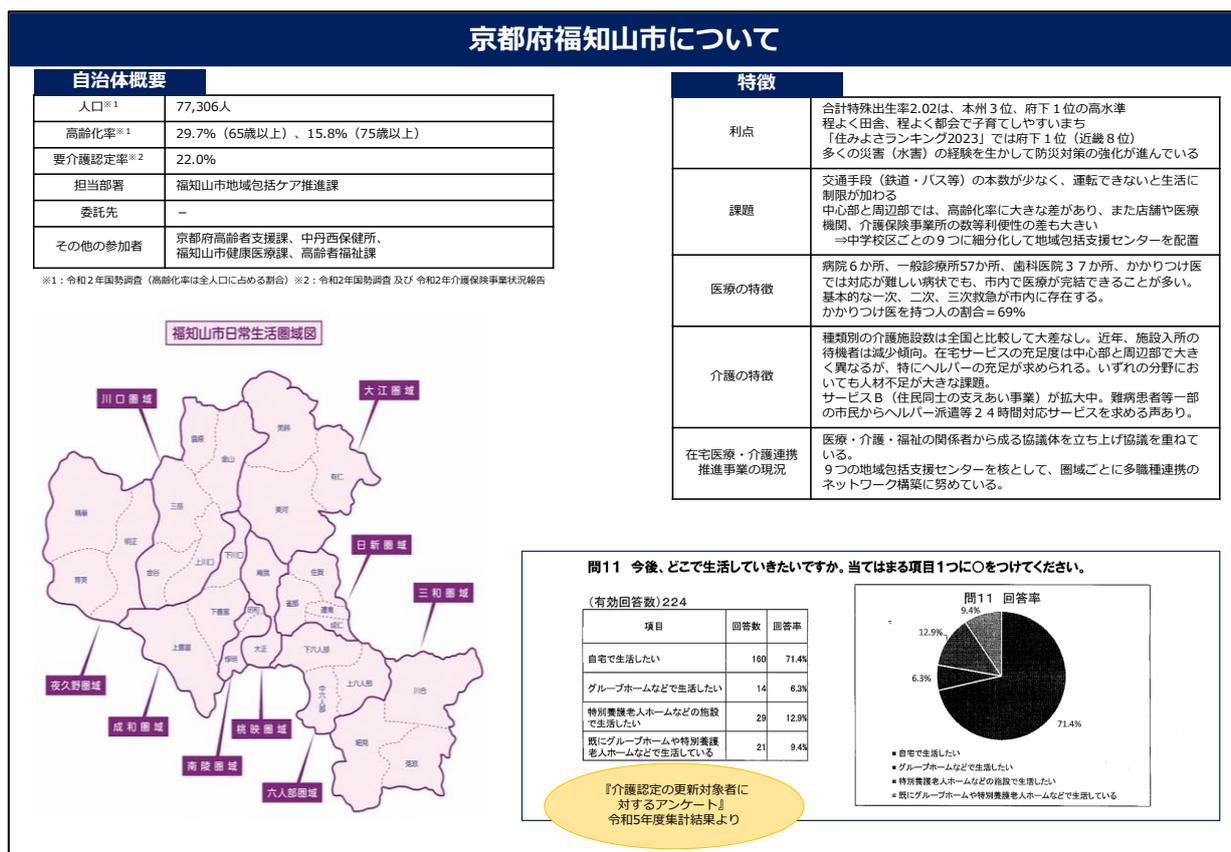
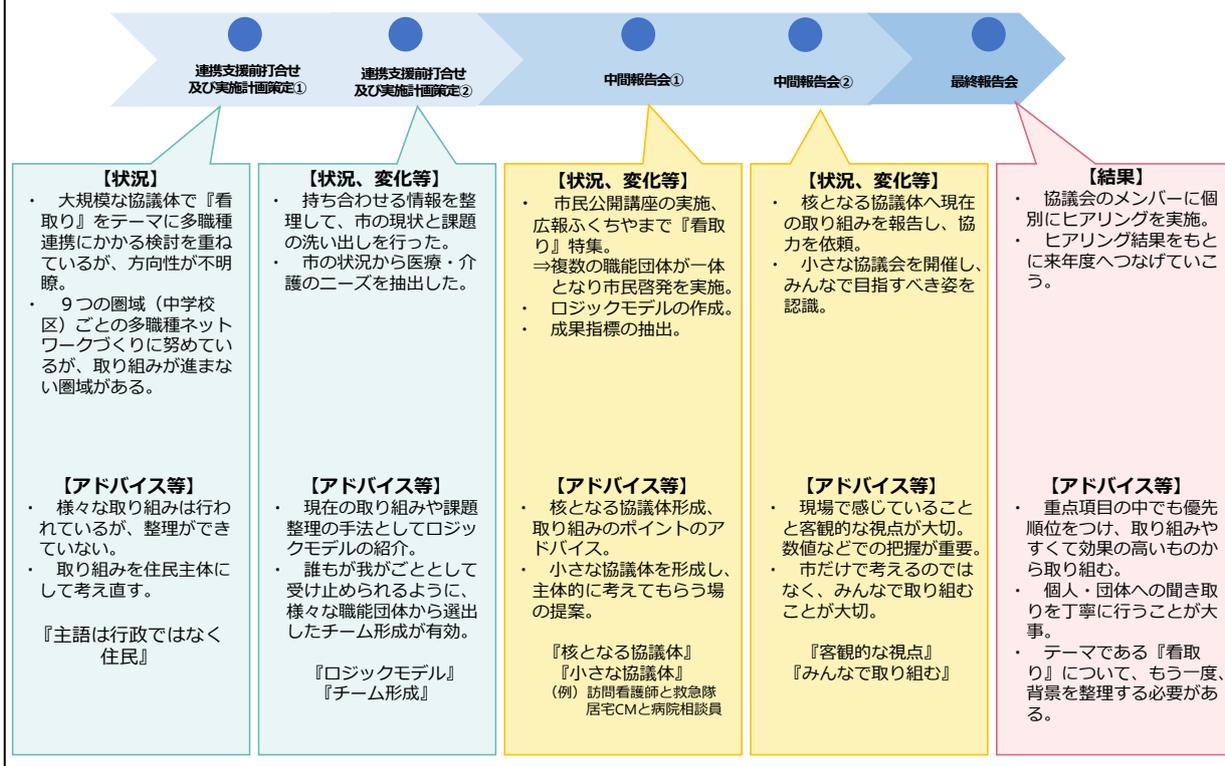


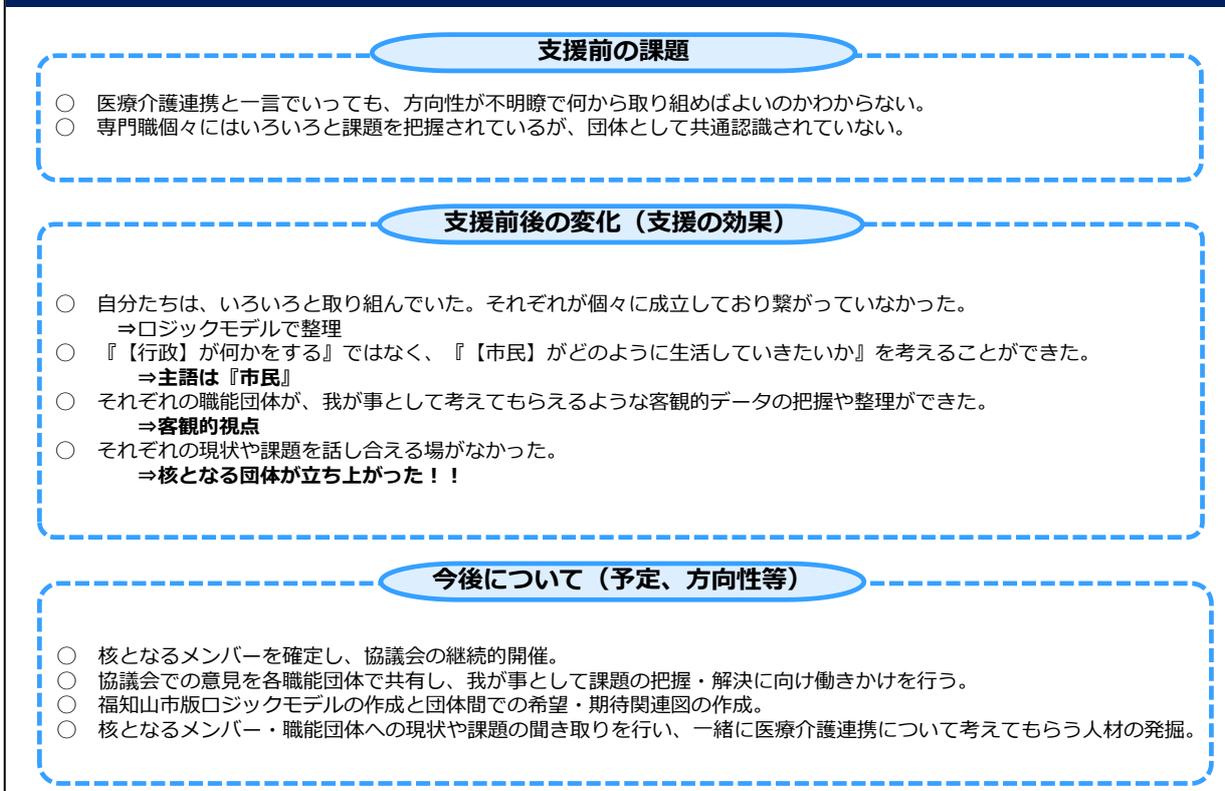
図 19-3 結果報告（京都府福知山市）



京都府福知山市 都道府県・市町村連携支援（詳細①）



京都府福知山市 都道府県・市町村連携支援（詳細②）



京都府福知山市 都道府県・市町村連携支援 (その他成果物①)

《ロジックモデル》

協議体の中でこれから改めて作成予定

【目指す姿】

全ての福知山市民が、人生の最終段階まで、住み慣れた地域で自分らしく、安全に、安心して暮らすことができる。

	具体的な施策	成果指標	取り組みの方向性 (中間アウトカム)
1	入退院・外来支援窓口の明確化と、関係機関の情報共有のための窓口一覧の作成・普及	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院・外来支援を受けた患者数 ・京あしんネットで連携された患者数(登録者数) ・退院カンファレンス実施回数 	病院、在宅療養の移行に向けて、切れ目のない入退院・外来支援を受けることができる
2	同職種、多職種間連携の検討の場の設定		
3	多職種が参画する研修の実施		
4	多職種協働による人材育成研修等の実施		
5	多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり		
6	入退院時における病院と在宅支援者の書面における情報共有の推進		
7	退院前カンファレンスへの在宅支援者参画の推進		
8	京あしんネットを活用した多職種連携の推進		
9	訪問診療を行う医師増加を目指した研修会等の実施(※医師会に要相談)	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を受けた患者数 ・訪問診療実施医師数 ・訪問歯科診療を受けた患者数 ・訪問歯科診療実施歯科医師数 ・訪問看護を受けた患者数 ・訪問介護を受けた患者数 ・訪問薬剤管理指導を受けた患者数 ・訪問リハビリを受けた患者数 	望む形で在宅療養を行うことができるよう、必要な支援が受けられる
10	訪問診療医のネットワークの構築(※医師会に要相談)		
11	在宅歯科医療の推進を目指した研修会等の実施(在宅歯科医師会に要相談)		
12	在宅療養に関わる専門職(医師、看護師、ケアマネジャー、訪問介護員、理学療法士、薬剤師、栄養士等)の育成を目指した研修会の実施		
13	医療的ケアが提供できる介護人材の育成		
14	圏域ごとの課題を明らかにし、対策を話し合う地域ケア会議の開催		
15	(再)同職種、多職種間連携の検討の場の設定(※各職種に要相談)		
16	(再)多職種が参画する研修の実施		
17	(再)多職種協働による人材育成研修等の実施		
18	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり		
19	(再)京あしんネットを活用した多職種連携の推進		
20	レスパイト入院、緊急ショートにかかる連携推進		
21	地域包括支援センターをはじめ、在宅療養に関する各種相談窓口の周知と相談機能の充実		
22	住民が、かかりつけ医をもつことの大切さの理解する機会の確保		
23	住民が、在宅療養や看取りについて理解を深めるための機会の確保		

京都府福知山市 都道府県・市町村連携支援 (その他成果物②)

	具体的な施策	成果指標	取り組みの方向性 (中間アウトカム)
24	在宅を支える病院のバックアップ体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・急変時、多職種(医師、訪問看護師、ケアマネジャー、救急隊等)が連携したケース数 	病状急変時に、必要な支援を受けられる。
25	24時間薬剤調整体制の構築(※薬剤師会に要相談)		
26	(再)同職種、多職種間連携の検討の場の設定		
27	(再)多職種が参画する研修の実施		
28	(再)多職種協働による人材育成研修等の実施		
29	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり		
30	(再)京あしんネットを活用した多職種連携の推進		
31	急変時の医療職と介護職の情報共有体制の推進		
32	患者や家族が病状急変に備えた対応を知る機会の提供		
33	(再)訪問診療医のネットワークの構築(※医師会に要相談)		
34	(再)同職種、多職種間連携の検討の場の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取り数 ・施設看取り数 	人生の最期まで、自分の望む形で安心して暮らすことができる
35	(再)多職種が参画する研修の実施		
36	(再)多職種協働による人材育成研修等の実施		
37	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり		
38	(再)京あしんネットを活用した多職種連携の推進		
39	施設看取り体制の充実		
40	多職種が参画する意思決定支援や緩和ケアのための研修の実施		
41	(再)ケース検討を目的とした地域ケア会議に加え、圏域ごとの多職種連携、課題解決を目指した地域ケア会議の開催		
42	住民が、自分や家族の終末期のあり方について話し合うことの大切さを知る機会の提供		
43	医療介護連携体制に関する市の現状把握、課題分析、取り組みの方向性の検討		
44	多職種が医療介護連携に関する取り組みについての情報・意見交換をする場の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携機能充実に向けて意見交換に関わった職種数 ・情報共有、意見交換をする場の開催回数 	多職種・多機関が連携した支援をうけることができる
45	市内の病院、医師会、関係機関等との連携の体制づくり		
46	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり		
47	BOPの作成と具体的な活用に向けた検討の推進		
48	災害、感染症の発生に備えた事業所間ネットワークの構築		
49	要配慮者を対象とした、地域の個別避難計画作成の推進		
50	災害時ケアプラン(公助の要配慮者個別避難計画)の作成の推進		
51	専門職と地域が一体となった災害訓練の推進		
52	新興感染症の発生に備えた訓練の実施		
53	災害時に活躍できる人材の確保、育成		
54	感染症流行時に支援を継続するための人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時ケアプラン作成件数 ・感染症発生時に多職種連携し在宅療養支援をした数 	健康危機(災害発生時や新興感染症罹患時)が発生した際にも、必要な医療や介護が受けられる
55	災害・感染症に対する正しい知識や対応方法の普及啓発		

協議体の中でこれから改めて作成予定

在宅医療における現状と課題

市の現状を改めて確認 (一部抜粋)

(1) 入院支援にかかるとの支援の状況

ア 入院調整部署の明確化

○市内5病院(市立福知山市民病院、京都ルネス病院、松本病院、渡邊病院、もみじが丘病院)には、それぞれ「地域医療連携室」といった部署が設置されていたり、担当者が明確になっている。
⇒全ての支援者に浸透しているかは不明なため、窓口一覧が作成できるとよい。

イ 病院と在宅療養を支える多職種との連携状況

○京都府医師会の情報共有ツール「京あんしんネット」を広く活用いただけるよう、市を中心に、京都府や福知山医師会とともに普及啓発を実施してきたことから、一定浸透している。京あんしんネット登録事業所数は、令和4年度末現在、235事業所中82事業所。変化の大きい患者(がん末期、急性期、難病等)の情報共有には有効であるが、登録医師が少ない上に登録医師稼働率が低い点や、法人として京あんしんネット利用体制が整わない、対面での情報共有を好み利用の必要性を感じない等、利用率の伸び悩みが課題となっている。
⇒連携ツールとして、京あんしんネットに加えて、地域ケア会議、電話・対面・書面等についても取り組みを推進する必要がある。

○入院時のサマリーによる情報共有が不十分。入院時は、担当ケアマネジャーがいれば一定の様式で病院に情報提供を行う場合が多い。退院時、病院からは訪問看護師の関りがあれば看護サマリーを提供されるが、医師や介護職には渡らない場合が多い。可能な範囲で、在宅療養チームの中で看護サマリーを共有することはある。

⇒特に、福知山市民病院との連携が困難との声が、市内外から聞かれることからケアマネジャーと福知山市民病院相談員の意見交換の場を設ける等して要望を伝えていくが、具体的な解決策は見いだせず。(相談員から看護職に提案するにはハードルが高い)中丹西保健所と共に、今後も要望を続ける予定。

○退院カンファレンスは、顔の見える情報共有の場として非常に有効であるが、「ケアマネジャーはカンファレンスに呼んでももらえない」「相談員によって、呼んでももらえたりもらえなかったりする」「リモートでの退院カンファレンス時、画面上のケアマネジャーは一言も話せず、速くから様子を伺うだけだった」

「退院カンファレンスの日程調整にケアマネジャーは都合を聞いてもらえない等といった課題の声が多く聞かれる。一方で、市民病院サイドからは、「限られた日程(2~3日以内)の中、家族・院内スタッフの調整がやっとな」「質問事項があれば、カンファレンスの場でなくても相談員に直接聞いてほしい」「入院時の情報提供があれば、担当ケアマネジャーには連絡を入れるよう心がけているつもり」等の意見が聞かれる。なお、病院からは、必要に応じて、医師・看護師・介護士・リハビリスタッフ・相談員等が出席。

⇒病院、在宅、それぞれの実情を知った上で、可能な限り有効な情報共有が行えるよう、今後も病院チームと在宅療養チームが検討できる場を設ける。

《参考》

市立福知山市民病院

病床数：354床 相談員数：11人(内相談員7人、ナースプランナー4人)
入院件数：730人程度/月 内介入は300~400人/月

○多職種を対象としたアンケート結果より、退院調整時の課題について「本人や家族の意向が確認されていない」「医療者同士の情報共有のみで、介護関係者に情報が提供されていない」「在宅での受け入れ準備が整う前に退院された」「医療機関側の情報提供不足」等が上げられた。(詳細は別紙1のとおり)
⇒病院、在宅がこれらの課題を共有し、対応策が検討できる場を設ける。

(2) 望む場所での日常療養支援の推進

ア 在宅ニーズの状況

○高齢者保健福祉計画作成にあたって実施した、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果」結果より、要介護1~5を除く65歳以上の高齢者のうち、「希望する生活場所」に「自宅」を選んだ人は40.3%と最も多く、次いで「特別養護老人ホームなどの介護施設」で21.6%であった。「在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスは何ですか」の問いでは、「移送サービス」が最も多く25.4%、次いで「外出同行」「見守り・声掛け」「掃除・洗濯」「配食」「ゴミ出し」の順が多かった。「気軽に相談できる、かかりつけ医がいますか」の問いでは、「いる」と回答した人が58.3%、「いないが、いつも受診する医療機関は決まっている」が31.8%であった。「治療中または後遺症のある病気」については、「高血圧」が42.6%で最も多く、次いで「ない」23.0%、「目の病気」13.0%、「糖尿病」12.7%、「高脂血症」11.9%であった。

(詳細は別紙2のとおり)

⇒介護保険サービスだけでは対応が難しい生活支援(ゴミ出し、草引き、雪かき、見守り等)について、地域の支え合いが有効に活用できるような仕組みづくりが

図 19-4 結果報告（長崎県平戸市）

長崎県平戸市について

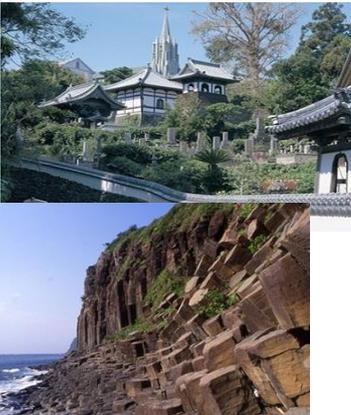
自治体概要	特徴
人口※1	29,365人
高齢化率※1	41.4%（65歳以上）、22.5%（75歳以上）
要介護認定率※2	19.1%
担当部署	平戸市長寿介護課
委託先	—
その他の参加者	長崎県長寿社会課、長崎県県北保健所
利点	自然豊かで平戸牛やひらめ、ウチワエビ、トビウオなどおいしいものがたくさん。地域のつながりも強い。
医療の特徴	—
介護の特徴	高齢化率は高い水準で推移している中、要介護認定率は令和5年度は上昇傾向にある。市民の通いの場の参加率は県内で最も高い。
在宅医療・介護連携推進事業の現況	定期的な勉強会を実施し、顔の見える関係づくりを進めている。

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合） ※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

○ 平戸市は、九州本土の最西端、平戸瀬戸を隔てて南北に細長く横たわっている平戸島と、その周辺に点在する生月島、大島、度島など大小およそ40の島々から構成されています。また、1550年にポルトガル船が来航してから国際交流の拠点として栄え、現在も数多くの史跡が残る街並みを見ることができます。



平戸市





平戸市の総人口は減少傾向で推移しており、65歳未満が減少している一方で、高齢者人口（65歳以上）は継続的に増加となっていました。令和4（2022）年から高齢者人口の減少が始まっています。

▼ 年齢3区分別人口の推移



年	総人口	65歳以上	15~64歳	0~14歳
平成30年 2018年	31,831	12,211	16,016	3,604
令和元年 2019年	31,223	12,239	15,431	3,553
令和2年 2020年	30,641	12,264	14,898	3,479
令和3年 2021年	30,082	12,285	14,416	3,381
令和4年 2022年	29,509	12,208	13,994	3,307
令和5年 2023年	28,910	12,057	13,656	3,197

資料：住民基本台帳（各年3月末）

長崎県平戸市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- 現状の分析から、課題を抽出する。
- 課題の詳細やニーズを把握するために有効な手法を検討する。（アンケート調査、ヒアリング等）
- 調査結果等を分析し、研修手法の選択やより有効な研修の検討。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- 好事例の横展開の実施。
- PDCAを回すための手法の研修。
- 認知症、感染症、災害などの局面におけるPDCAを回すための、指標の設定方法に係る研修。

【取組の方針】

- 多職種連携の推進。
- 医療・介護連携に有効な勉強会の開催。
- 認知症に関する取組の推進。

【成果等】

- 医療・介護の多職種連携の課題を整理し、必要な取組を検討。
- 課題を整理し、介護事業所及び医療機関等へアンケート調査を実施、その結果等も踏まえて、必要な勉強会を整理し、勉強会の対象者について検討。
- 認知症の取組の課題を整理し、必要な取組を検討。

【アドバイザーとの検討①】

- 現状を分析し、原因を明確にする。
- アンケート調査を実施する上で、今後の方向性を明確にし、その為の分析に資する設問を設定する。
- アンケートのみでなく、詳細を拾うためのヒアリングも検討する。

【アドバイザーとの検討②】

- アンケート、ヒアリング等の結果を分析し、勉強会の具体的なテーマ設定が必要。
- グループワークの参加者の立場や職種を踏まえた、グループ分けと内容の設定が必要。

【自治体の考える課題と現状】

- 医療と介護の連携について情報共有等が不足していると思われる事例がある。
- アンケート調査をニーズの把握に役立てたい。
- 認知症の人が増加しており、認知症の人における医療と介護の連携が不足している。
- 多職種の勉強会を開催したいが、多職種連携や課題解決の認識共有に通じる勉強会にしたい。

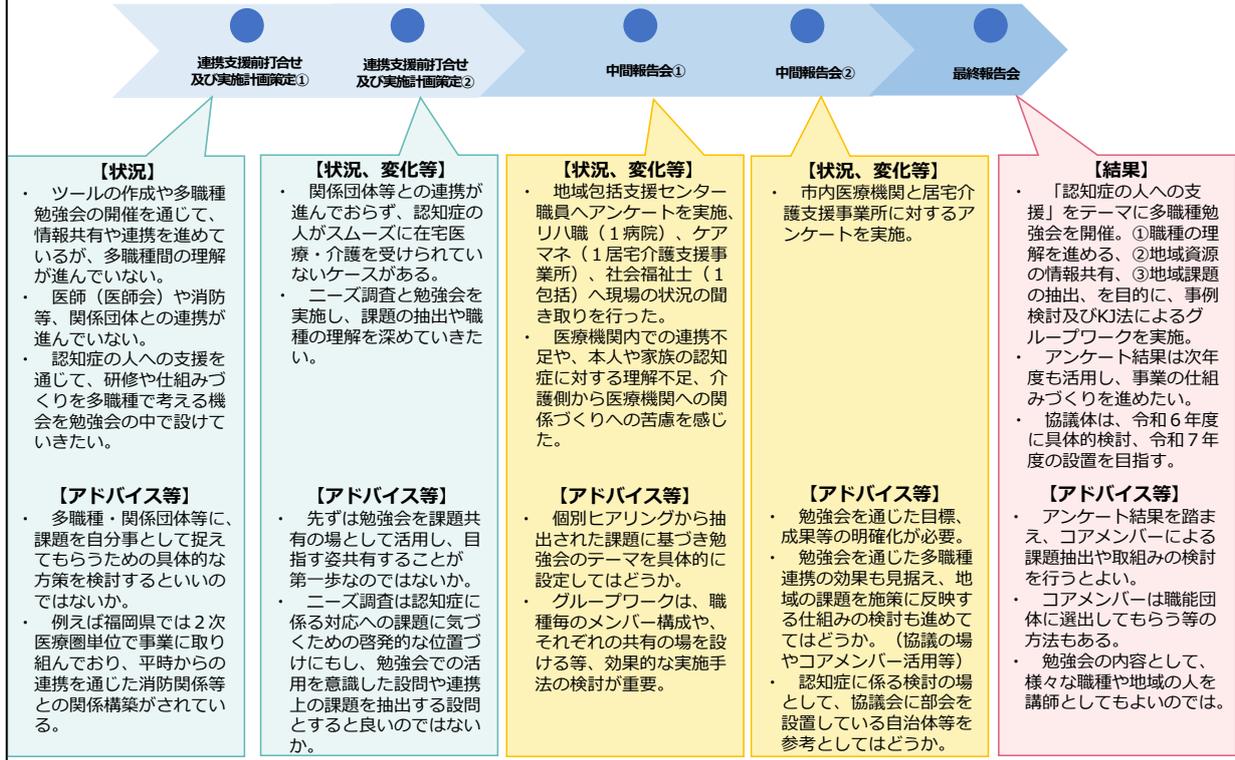
【中間報告】

- 医療の介護への理解不足と連携のツール（入院情報提供文書等）の活用不足が原因で医療と介護の連携が不足。
- アンケート調査項目について、課題と対応策の仮説を踏まえ設定。
- 認知症の人へのニーズの把握と多職種と住民への周知が必要。
- アンケートに加えて、ヒアリングも実施し、ニーズを踏まえた勉強会の検討及びグループワークの実施。

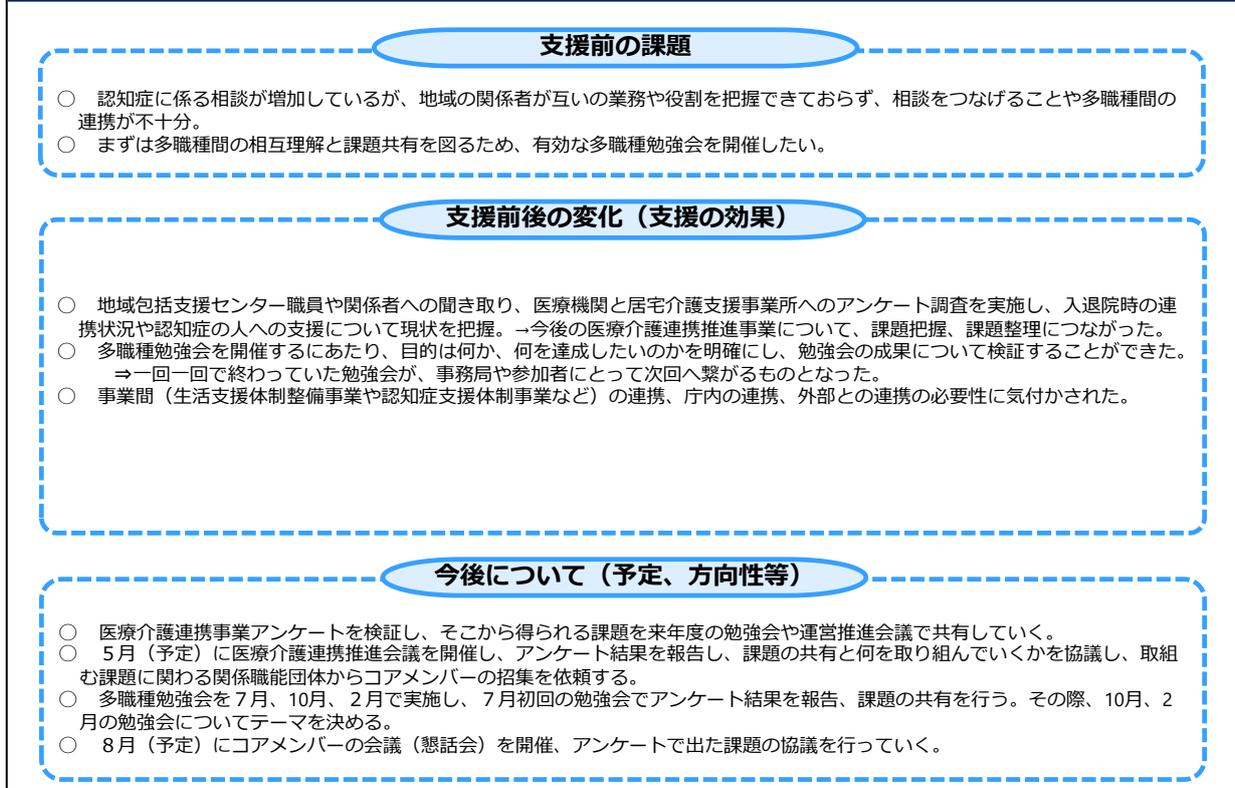
【最終報告】

- アンケート結果を、次年度の勉強会で活用していく。
- アンケート結果より、退院時情報提供書の活用が進んでいない、認知症の人の支援の際、家族の無理解や本人の支援拒否の問題が確認できた。
- 前回の勉強会で検討した事例を、更に深掘りするためKJ法によるグループワークを実施。
- 勉強会後のアンケート結果より、勉強会の効果が見られた。

長崎県平戸市 都道府県・市町村連携支援（詳細①）



長崎県平戸市 都道府県・市町村連携支援（詳細②）



長崎県平戸市 都道府県・市町村連携支援 (その他成果物①)

○ 多職種連携勉強会 (平戸ピア③)

日時：令和6年2月19日(月) 18時30分～20時20分

目的：認知症のある人が、住み慣れた地域で、それぞれの希望に応じた自分らしい暮らしが人生の最後まで続けられるために、各職種ができること、どういった資源があればそれを実現できるかを関係者で共有する。

内容：認知症の人への支援について事例検討会 (KJ法を使用したグループワーク)

参加者：49人

要介護1 88歳 一人暮らしの男性 認知症あり

事例

3年ほど前に妻が死亡後、認知症の進行が著明。
 経済的には月7万円の年金収入、県外の不動産収入あり。
 家族は全員遠方におり、支援は見込めない。
 ☆支援の状況
 ・通所介護：4回/週 ・訪問介護(家事援助)：2回/週
 ・配食弁当(夕食)：1回/日 ・訪問型ボランティア：1回/週
 ・日常生活自立支援事業を利用 ・民生委員による訪問、電話安否確認(ほか)
 ☆最近の変化
 ・夏頃まで行っていた調理をほとんど行えなくなった。
 ・趣味の畑仕事に興味なくなり、ベッドでテレビを見て過ごす時間が増えた。
 ・年末・年明けと意識消失、転倒、救急搬送された。
 医師からは・・・「そろそろ施設入所がよいのでは」
 本人は・・・「死んでいるのを発見されても自宅で過ごしたい」
 ⇒目指すべき姿：人生最期まで住み慣れた自宅で過ごしたい

内容

- ・グループワークによる事例検討
- ・KJ法(模造紙、付箋を使った作業による情報整理の方法)を使用
- ・1グループ5名程度とし、職種はバラバラに配置、発表者は事前にお願ひし、書記を当日決める。
- ・ファシリテーターは包括支援センター職員とする。
- ・事例の資料は勉強会の1週間前に参加者へ送付した。

【グループワークの構成】

- ☆この人にとってはどういう状態を目指すべきか。(目指す姿)
 - ① 在宅or施設
 - ② 自分の職種であれば何が出来るか。
 - ③ 何があれば目指すべき姿を実現できるのか。(地域課題)
(今はないけどあったらよいサービス、地域資源、連携先など)
 - ④ ②③の話聞いて、再度在宅or施設

参加者職種内訳

職種	人数
歯科医	2人
保健師	3人
介護支援専門員	17人
事務	7人
MSW	1人
薬剤師	2人
看護師	2人
訪問看護師	1人
社会福祉士	2人
警察官	1人
弁護士	1人
理学療法士	2人
作業療法士	1人
介護認定調査員	1人
生活支援コーディネーター	2人
歯科衛生士	1人
生活相談員	1人
認知症地域支援推進員	1人
在宅医療連携コーディネーター	1人
合計	49人

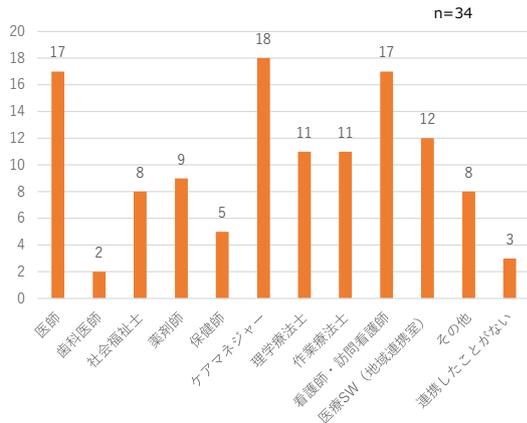
長崎県平戸市 都道府県・市町村連携支援 (その他成果物②)

○ 勉強会の効果(勉強会前後のアンケートにより、勉強会の効果を測定)：

勉強会受講後、連携してみたい職種について全体的に増えており、特に歯科医師、社会福祉士、薬剤師、保健師との連携については増加していることから、相互理解を深め、顔の見える関係づくりの推進等、勉強会の効果がみられた。

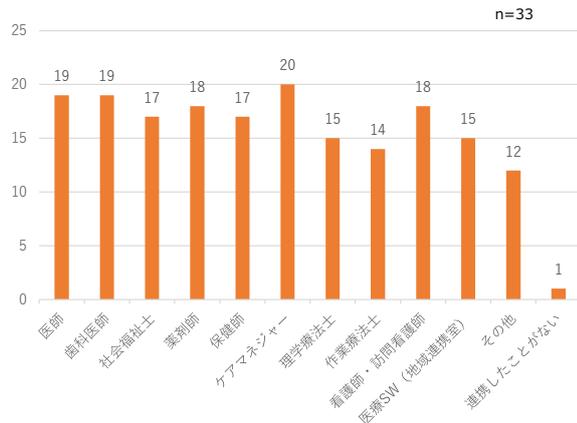
受講前

- 認知症の人の支援で、連携したことのある職種はありますか。(※複数選択可)



受講後

- 今日の勉強会を終えて、認知症の人の支援で、連携してみたいと思った職種はありますか。(※複数選択可)

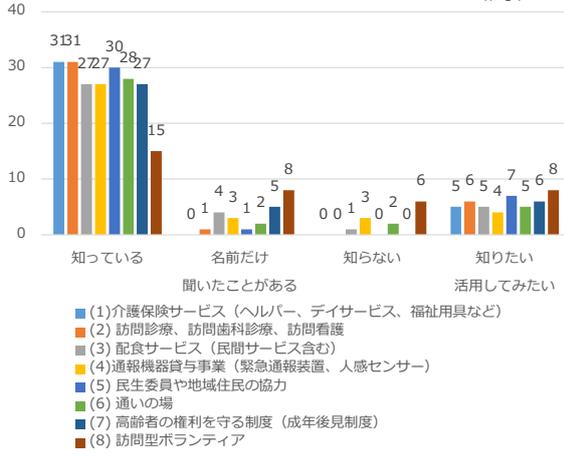


長崎県平戸市 都道府県・市町村連携支援 (その他成果物③)

○ 勉強会の効果 (勉強会前後のアンケートにより、勉強会の効果を測定) :
 勉強会受講前は、配食サービスや通信機器貸与事業、訪問型ボランティア等の地域資源について、「名前だけ聞いたことがある」や「知らない」が多かったが、受講後は、「知らない」と答えた地域資源が減っていることから、地域資源の情報を共有することができ、勉強会の効果がみられた。

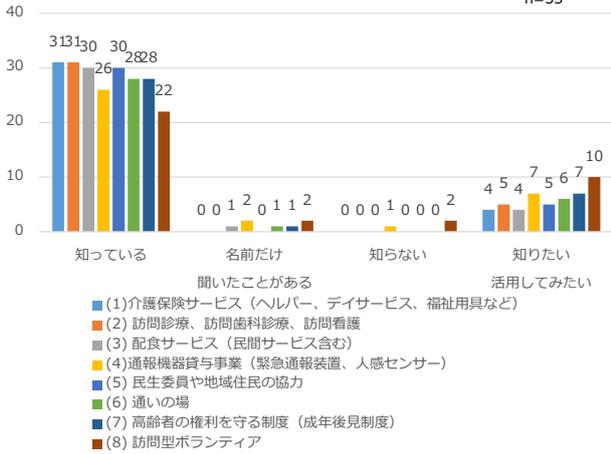
受講前

- 認知症の人が、住み慣れた地域で、それぞれの希望に応じた自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるために、どういった地域資源があると思いますか。
 (※1〜3で最も近そうだと感じる内容に✓。
 4は知りたい・活用してみたい場合に✓。)



受講後

- 認知症の人が、住み慣れた地域で、それぞれの希望に応じた自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるために、どういった地域資源があると思いますか。
 (※1〜3で最も近そうだと感じる内容に✓。
 4は知りたい・活用してみたい場合に✓。)



長崎県平戸市 都道府県・市町村連携支援 (その他成果物④)

○ 勉強会の効果 (勉強会前後のアンケートにより、勉強会の効果を測定) :
 「訪問型ボランティアなどの地域資源について内容を知ることができた」という意見があり、地域資源の情報共有ができた。また、認知症の人の支援について困難さを感じながらも、「多職種でのグループワークで新たな意見や方向性が出た」「歯科的なフォローがおろそかになっていた」と新たな気づきが生まれ、勉強会の効果が見られた。

- 認知症の人の支援を行う中で、困難さを感じるものがあれば教えてください。(自由記述)

職種	自由記述
歯科医師	歯科領域であればそれぞれ口腔内の清潔を保っていたのが、認知症の進行と共に口腔の清掃に興味・注意がなくなる。歯周病が進行していくのとおまじって、歯磨きの不具合などが起こり、最終的には咬合の崩壊が起きてくる。歯医者に連れていってほしいという声も出てくる。
歯科医師	歯科訪問診療では認知症が進行した患者の治療には限界があり、家族は入れ歯を作ってほしいという声も出てくる。入れ歯が壊れることも多い。患者の協力がなければ入れ歯はできない。
薬剤師	薬の服用、投薬及びお薬手帳の管理は上手にこなさなければならぬ。抗認知症薬は週1や月1の薬はありますが毎日服用させるのは困難です。
薬剤師	服薬指導が困難 (実際に訪問して確認しないと正しく服用することは難しい)。
保健師	認知症の方の支援に際し、遠方に居住している家族や親類に現状を伝えるも、サービス等の導入が進まない場合があること。
看護士	認知症がある状態の方にサービスの受け入れを拒否することがあり、在宅へ送迎をすすめる困難。
理学療法士	家族の方々の理解。
作業療法士	関わり方を家族や支援者へ伝える場面で難しさを感じる。(個々に関わり方、声かけ等異なるので)
社会福祉士	本人の状況の波が大きい、受け入れが困難なタイミングがある。
社会福祉士	権利擁護 (目下、成年後見など) の導入のタイミングの見極め (分かる時と分からない時の差が大きいため)
社会福祉士	投薬であったり、家族が同居していたり近く近くで生活している中で連携の大切さを痛感しています。
介護支援専門員	地域住民を巻き込める見守りが大切であるが難しい問題である。
介護支援専門員	過所拒否され、訪問型のサービスも拒否される時。
介護支援専門員	ご本人の意志や希望と現実の間で、可能か不可能か、命を守るが、一番であると考え、むずかしい。
介護支援専門員	投薬の場合家族の支援 (関わり方の調整) への関わりをしてくれるが、中間役としての役割に困難を感じる。本人が必要であるサービスを受け入れてくれないなど。
介護支援専門員	家族の認知症に対する理解が深く説明しても受け入れられず、結局ひとりで介護入居... というパターンがある。申し対応でヘルパーやSSの活用ができていけばもう少し長く在宅で生活できたのでは... というケースがある。
介護支援専門員	物忘れや体力が低下している場合における、死後の対応 (後見との関係で、葬儀、埋葬、遺体保管、引取り等) 又認知という言葉を言われると嫌う。家族の精神的負担と生活上の色々な課題が生じている。
介護支援専門員	訪問型ボランティアさんについて詳しく知りたいです。(活動内容・内容について)
介護支援専門員	介護者の負担が大きいが、介護サービスを拒否する。通所サービスにも行かなくなっている。
弁護士	親族等身寄りが多い場合における、死後の対応 (後見との関係で、葬儀、埋葬、遺体保管、引取り等) 山林等不動産が多くなる場合における、当該不動産の管理 (後見人) 後見人が、身の回りの家事をしなければならぬことがある。
事務	家族や支援者がいない認知症のかたが、本人の意思で相談や依頼を希望される場合の対応。
事務	相談がない相談人について、医療行為の同意、身元引受人などの、後見人ではできないことが必要な場合の対応。
無記名	同居家族であっても理解がなかったり、支援がないと対応が難しい。
無記名	入院治療になった時一般病院での受け入れが困難な、精神科をもち病院への転院を余儀なくされることがある。

- 本日の勉強会について、ご自由に記述してください。(自由記述)

職種	自由記述
保健師	他職種の意見が聞くことができとても貴重な時間だった。来年も是非参加したい。
保健師	医師や歯科医師との連携があまりできていないように感じるので来年は研修会へ呼びかけたいと思った。
看護士	様々な意見や方向性が出た。地域や多職種の連携が期待されていると思いました。
歯科衛生士	研修会お疲れ様でした。グループワーク、欠席の方が4〜5人でしたが、1人ずつそれぞれの意見が出やすく、ちょうど良かった感じがしました。
MSW	ボランティアさん様々な職種で活用出来るようになることとサービス(フォーマル) ばかり頼らず、ケアプランが作成できるとあって感じました。地域を巻き込んだ支援が自然と出来るようになることを期待しています。
民生委員	民生委員、訪問型ボランティア等社会資源があるのは分かるが、実際にどうやって連携のしきまをききたいと思えます。
社会福祉士	他職種のMSWにももっと参加してほしいです。
社会福祉士	前回の事例をさらに検討を深め、職種の違いによる角度からの意見を聞き取りになりました。
社会福祉士	勉強会を通じてつながりが出来、実際の支援ではチームとして情報共有や協力体制を築いていけると感じました。
介護支援専門員	連携・情報共有がすべてにリンクします！(4月より) ケース対応の基本をもう一度確認できました。
介護支援専門員	自宅生活を支えるために民生委員や地域の方々の協力を頼むようにしていきたい。又地域を考えた時、事例に該当するような方がたくさんいる中であって長く継続していくことの難しさを感じました。
介護支援専門員	前回はもうグループワークのテーマが具体的に提示されていたので作業がしやすかったです。
介護支援専門員	メンバー全員が支援チームとして関係の見える関係の大切さを再確認できた事は大きな成果と思えます。(具体的支援を目指して)
介護支援専門員	多職種がグループワークをする事で新たな意見や方向性が出てくることを感じた。
介護支援専門員	訪問型ボランティアの内容を知ったことは良かった。社会資源が増えるといいと思います。(訪問型)
介護支援専門員	他の職種の方と話ができて参考になりました。
介護支援専門員	歯科的なフォローがおろそかになっていた。
介護支援専門員	食べることは生きる中で一番大切なことで積極的に関わり、又、Drへ対してはアプローチや質問や依頼を依頼していきたいです。
介護支援専門員	多職種の方々の意見が勉強になった。
介護支援専門員	このような勉強会で出た案を今後活かしていきたい。行政の方も課題に対しての答えを出してもらいたいです。
農業者	行方不明な事例は早期把握等準備し立ち上がり重要です。早期の通報をお願いします。
弁護士	もっと勉強をすすめてほしいことを希望します。
事務	多職種の方々と色々な話しができて色々な情報を得ることがいい勉強になりました。
事務	研修前は本人の希望を最大限、尊重することが絶対だと思っていたが、現実的な議論になると、正解はないことに気づかされた。より良い方向に進むために、多職種の連携がますます必要だと感じる。
事務	通報機器貸与事業や通いの場などこれまで知らなかった地域資源について勉強会を通じて知ることができた。
事務	普段の仕事では医療・福祉の職種のことと関わることがほとんどないので、面識を得ることの出来る貴重な機会だった。
無記名	いろいろな意見が出ておもしろかった。多職種との連携は以前比比べると随分進んできたのではないかと思えます。あとは医師も1人でできるものが増えてくれるといいですね。

2. 令和5年度在宅医療・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

成果物一式

**令和5年度在宅医療・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**

成果物一式

**令和6年3月
厚生労働省老健局老人保健課**

令和5年度都道府県・市町村連携支援

茨城県水戸市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 他自治体の好事例を把握し、分析する。
- ② 現状の分析から、課題を抽出し、協議体の役割と検討テーマを明確にする。
- ③ 協議体に必要な関係者等を整理する。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法の研修。
- ③ 協議体の形式や有効性等の整理と情報提供。

【取組の方針】

- ① 関係者と同意形成に有効な協議体の設置の実施。
- ② PDCAサイクルの回し方の理解。
- ③ 関係者（医師会等）との効果的な連携方法の理解。

【成果等】

- ・ 他の自治体の事例を通じて協議体の在り方を分析するとともに、関係者（医師会等）との効果的な連携を図るため、まずは自治体の課題抽出を実施。
- ・ 課題抽出の手法として、PDCAサイクルに沿ったロジックモデル等についても整理し、その上で協議体の参加者やテーマ等を検討。

【アドバイザーとの検討①】

- 他の自治体の事例の分析から水戸市に適した事例を分析する。
- まずは、現状と課題を明確にすることが重要。

【アドバイザーとの検討②】

- 課題を更に明確にし、優先順位も含めて検討する。
- 協議体で誰と何を検討すべきかまで検討する。

【自治体の考える課題と現状】

- 協議体が未設置であるため、関係者と課題や対応策を話し合う場面がない。
- PDCAサイクルを回すことが難しく、課題抽出、事業評価が不十分。
- 関係団体等委託先についても4つの場面ではなくア～キの事業項目に沿った取組の委託内容となっている。

【中間報告】

- 4つの場面毎に現状、課題、あるべき姿を整理。
- 上記の課題も踏まえて協議体のテーマを選定。
- 医療計画に記載された「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携についても検討。

【最終報告】

- 都道府県・市町村連携支援を通しての気づきや学び、今後の展望について共有。
- 協議体の在り方について整理。
- 協議体設置に向けた事前準備会議の構成メンバーについて検討。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定①

連携支援前打合せ 及び実施計画策定②

中間報告会①

中間報告会②

最終報告会

【状況】

- ・ 4つの場面ごとの「目指す姿」や協議体、評価指標を設定していない。
- ・ PDCAサイクルの回し方が分からない。

【アドバイス等】

- ・ 協議体にどのような機能を持たせたいか、検討すると良い。
- ・ 市の既存の取組を4つの場面ごとの目標に沿って整理してみてもどうか。
- ・ 評価指標については、目標が明確でないと設定は困難である。評価は事実と価値判断によるものであり、価値判断は協議体でしかできない。

【状況、変化等】

- ・ 担当で集まり、事業の目的共有、既存の取組の整理を行うことを計画している。
- ・ 現状把握においてレセプトデータの活用が上手くできない。

【アドバイス等】

- ・ 地域包括支援センターや水戸市医師会との日頃の関係性を生かし、個々が持っている課題意識を集約すると良い。
- ・ 4つの場面毎に整理していくと良い。
- ・ レセプトデータの活用については、国立保健医療科学院を紹介する。

【状況、変化等】

- ・ 4つの場面の目指す姿（案）を設定した。担当で集まり、事業目的の共有、個々で感じる課題の集約を実施した。
- ・ 医療計画に係る「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の選定を受ける意向のある医療機関を茨城県へ推薦した。

【アドバイス等】

- ・ 既存の取組について、4つの場面ごとの目指す姿に沿ったものもあるはずなのでロジックモデル等活用し可視化してみてもどうか。
- ・ 現場の課題意識を裏付けするデータの活用が有効である。

【状況、変化等】

- ・ 4つの場面ごとの目指す姿（案）に沿って既存の取組を表に整理した。
- ・ 今後の取組を整理するためロードマップ、協議体イメージ図を作成した。
- ・ 国立保健医療科学院による支援を通してレセプトデータ等の活用について理解を深めた。

【アドバイス等】

- ・ 協議体設置においては参加する専門職との合意形成が非常に重要である。
- ・ 協議体にどのような機能を持たせたいかもっと具体的に整理する必要がある。

【結果】

- ・ 協議体の形について課内で再度整理した。
- ・ 本事業が必要とされる背景や事業の目的の共有から丁寧に行うことで、地域の専門職との合意形成を積み重ねていく過程の重要性を改めて認識した。
- ・ PDCAサイクルに沿った取組実施に向け、まずやるべきことを整理することができた。

【アドバイス等】

- ・ 事前準備会議の構成は参加者の選定から、丁寧に行うと良い。
- ・ 住民への普及啓発活動の目的を整理すると良い。
- ・ 先進地への視察も検討してみてもどうか。

支援前の課題

- 4つの場面ごとの目指す姿を設置せずに、ア～キの事業項目に沿って取組を実施している。
- 協議体を設置しておらず、地域の関係団体と協議する体制がない。
- 評価指標を設置しておらず、取組による効果を図ることができていない。
- 水戸市医師会への委託内容が4つの場面ではなくア～キの事業項目に沿った取組内容となっている。

支援前後の変化（支援の効果）

- 4つの場面ごとの目指す姿（案）を設定した。
- 在宅医療・介護連携推進事業が必要とされる背景や目的への理解を深めることができ、それを水戸市医師会、地域包括支援センター職員と共有し、現在の取組を見直すことができた。
- レセプトデータ等の活用方法や、既存の取組を数値としてみていくことの必要性について理解を深めることができ、PDCAサイクルに沿った取組に向けて、まず行うべきことを整理することができた。
- 既存の取組を、4つの場面ごとの目指す姿（案）に沿って表に整理し、水戸市の取組の現状を可視化し整理することができた。
- 水戸市医師会、高齢者支援センターへの委託内容を見直すことができた。
- 協議体設置に向け、取り組むべきことや、協議体の形を検討することができた。

今後について（予定、方向性等）

- PDCAサイクルに沿った取組に向け、現状把握を進める。（市として把握すべきデータの整理、既存の取組の整理、庁内の関係課との情報共有等）
- 既存の取組について、4つの場面ごとの目指す姿を意識した取組となるよう、事業計画や実績報告の方法を検討する。
- 協議体設置に向け、事前準備会議の開催準備を行う。事前準備会議の構成員の検討は丁寧に行う。事前準備会議においては、在宅医療・介護連携推進事業が必要とされる背景や目的の共有を行うこと、協議体の必要性について合意を得ることから始め、その上で協議体の機能や構成員について協議を深めていけるようにしたい。
- 令和6年度は事前準備会議を重ね、令和6年度末には協議体を設置できるようにすることを目標に取組んでいきたい。

水戸市 在宅医療・介護連携に係る協議体設置に向けた準備

①コアメンバーによる事前準備会議を開催する

【構成メンバー】

- ・水戸市
- ・水戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター
- ・事前準備会議について、合意が得られた地域の専門職団体

【会議開催目的】

- ・コアメンバー間での在宅医療・介護連携推進事業の背景や目的の共通理解
- ・協議体の在り方を検討（名称・機能・構成員）
- ・関係団体への働きかけの方法について検討



②関係団体への働きかけ

在宅医療・介護連携推進協議体 (仮)

全体会 (年2~4回程度)

コ
ア
メ
ン
バ
ー

- ・水戸市
- ・水戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター
- ・事前準備会議の必要性について、合意が得られた地域の専門職団体



※
〔協議体メンバー候補団体〕
これから事前準備会議において決める

- ・茨城県看護協会
- ・訪問看護師連絡会
- ・茨城県ケアマネジャー協会水戸地区会
- ・在宅支援診療所・病院
- ・後方支援病院
- ・水戸市薬剤師会
- ・県央地区ソーシャルワーカー協会
- ・水戸市歯科医師会
- ・茨城県歯科衛生士会水戸支部
- ・茨城県リハビリテーション専門職協会
- ・茨城県栄養士会
- ・高齢者施設関係者
- ・介護サービス事業者
- ・高齢者支援センター

【全体会の機能】

- (1) 事業全体の目的の共有=目線合わせ
- (2) 4つの場面の目指す姿に対する現状・課題の整理
- (3) 課題に対する取組を実践するWGの在り方検討
 - ①WGのテーマについて
 - ②WGの重点目標 (長期・短期) について
 - ③一緒に取り組みたい関係団体について
- (4) WGによる取組の評価



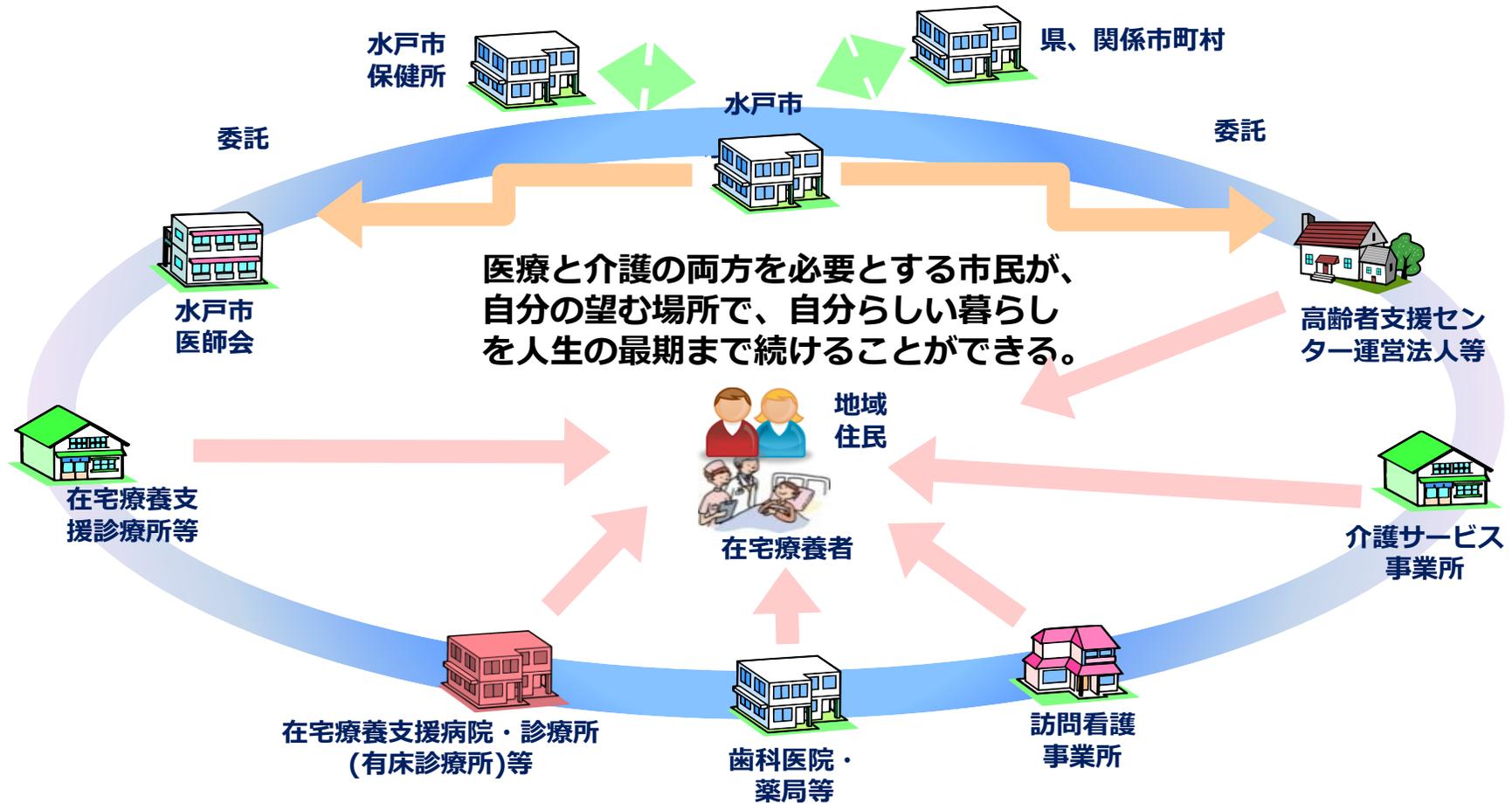
テーマ例

①専門職向け研修会WG

②ルール・ツール作成WG

③住民向け普及啓発WG

今後の水戸市在宅医療・介護連携推進事業



静岡県伊豆市について

自治体概要

人口※1	28,190人
高齢化率※1	42.6% (65歳以上)、22.8% (75歳以上)
要介護認定率※2	15.3%
担当部署	伊豆市健康長寿課
委託先	伊豆赤十字病院
その他の参加者	東部保健所、静岡県福祉長寿政策課

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

特徴

利点	地域住民のささえ合い活動が盛ん、通いの場90か所
医療の特徴	5病院、11診療所 療養病床が多い
介護の特徴	特別養護老人ホームが4か所あり、日本医師会のJMAP（地域医療情報システム）より、入所定員は全国と比較して多い
在宅医療・介護連携推進事業の現況	事業項目（ア）（オ）（カ）（キ）を医療機関へ一部委託して実施している

平成16年に4町が合併して誕生 海・山・川 自然豊か

令和4年度 高齢者等実態調査

『最期を自宅で過ごしたい一般高齢者』51.0%

『医療・介護が必要になったとき、在宅生活を継続することが可能だと思っている一般高齢者』31.2%

ささえ合い活動ガイドブック



天城連山



浄蓮の滝



土肥海水浴場

自然・歴史・文化が薫る 誇りと活力に満ちた「伊豆半島の新基軸(クロスロード)」・伊豆市
～いつまでも住み続けたい 次世代に笑顔をつなぐ礎づくり～

わさび田



静岡県伊豆市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 他自治体の好事例を把握し、分析する。
- ② あるべき姿を確認し、中長期的な目標なども設定し、関係者に共有。
- ③ 互いに利点がある連携関係の構築を念頭に、互いの役割分担と実施事項を確認。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法、指標の設定方法に係る研修。
- ③ 効率的・効果的な連携推進のための手法の共有。

【取組の方針】

- ① 自治体と委託先（病院）の、双方の強みを活かした役割分担の明確化及び連携の推進。
- ② 事業に係る評価指標の明確化。

【成果等】

実施主体としての市のマネジメント力の強化のため、

- ・ 委託先（地域の関係団体）との効果的な連携のために必要な情報の整理
- ・ 市と委託先との役割分担に係る事項の整理
- ・ 委託先のみならず、他の地域の関係団体や専門職、地域住民への事業周知・情報共有の実施 等を実施

【アドバイザーとの検討①】

- 好事例を踏まえ、効果的な連携に係る方策を検討する。
- ロジックモデルの活用検討も含め、市のあるべき姿に向けた課題を整理する。
- 委託先への利点等も伝えることが必要。

【アドバイザーとの検討②】

- 委託先への利点等は引き続き整理し、伝えることが必要。
- 関係者に共有できるよう、市の事業実施計画等を明確にする。
- 指標の設定方法についても整理し、検討。

【自治体の考える課題と現状】

- 在宅医療・介護連携推進事業の一部を病院へ委託しているが、市が実施してほしい事項と現在の実施事項とに乖離があり、役割分担及び連携が不十分。
- 資源情報の活用や相談窓口の周知不足、実施前後の評価共有等が不十分。
- 事業項目を実施することが目的となっており、成果がみえない。

【中間報告】

- 在宅医療・介護連携推進事業に係る中長期的展望の検討及び事業の再構築及び整理が必要。
- 事業の成果指標も適切な設定が必要。
- 相談窓口の利活用に向けた市内事業所への調査が必要。
- 委託先との意見交換会等を実施し、双方の現状認識や課題を明確化。
- 市の中長期的展望を委託先とも共有することが重要。

【最終報告】

- 委託先の人員体制および事業推進のための役割を担うことが困難であることから、委託契約を終結。
- 一旦、行政直営とし、事業の目指すこと、実施計画と評価指標を明確にする。
- 市の役割と委託先の役割を整理し、連携体制について共有した上で改めて委託しなおすこととする。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定①

【状況】

- ・ 8つの事業項目を役割分担的に実施することが目的となっており、成果がみえない。
- ・ 委託先の相談窓口に寄せられる相談に対する対応が病院連携室の対応の域を超えない。

【アドバイス等】

- ・ 受託する医療機関としても在宅復帰率を維持するために、この事業に取り組むことはメリットであると言える。
- ・ 受託側の医療機関での課題や連携状況などを視覚化して話ができるの良いのではないかと。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定②

【状況、変化等】

- ・ 地域連携室の業務に留まり、伊豆市のコーディネーターとしての役割まで担えていない。
- ・ また、連携室の業務と兼務であり、負担も大きいため役割縮小の希望も聞かれている。

【アドバイス等】

- ・ 高齢者の高齢化による病院への影響や再入院の現状など、病院側に自分ごととして捉えてもらう必要がある。
- ・ 委託医療機関の課題解決を軸に地域へ横展開できると良い。
- ・ また、担当者のみでは負担が大きいためバックアップが必要。

中間報告会①

【状況、変化等】

- ・ 市が感じている課題感を伝えたものの、委託医療機関は事業推進について、委託を受けている事業項目は取り組んでおり、役割は遂行しているとの考えであった。

【アドバイス等】

- ・ 委託契約の内容（担って欲しい役割）を明確にした仕様書を提示し、委託業務の報告及びフィードバックについても確実に行われるような体制づくりが必要である。

中間報告会②

【状況、変化等】

- ・ ケアマネジャーへ在宅医療介護連携に関するアンケート調査を実施。アンケート結果も踏まえて、相談支援に求める役割を明確化した仕様書（案）を提示し、市の考えを伝えた。

【アドバイス等】

- ・ この事業が目指すものは市民がどうなることかであり、連携は手段である。
- ・ この事業をPDCAにのせて推進するためには、市民がどうなることを目指すのか、もう一度、整理しなおすことが必要。

最終報告会

【結果】

- ・ 委託先より次年度の受託は困難であるという旨の回答があり、行政直営として目指す市民の姿やそのための事業実施、評価指標を明確にし、整次次第、再度委託を考えている。

【アドバイス等】

- ・ 自施設で解決したい課題を持ち、在宅療養支援を積極的に行っている医療機関が望ましいだろう。
- ・ コーディネーターは個々で力量に差もあり、医療機関のバックアップ体制も必須である。

支援前の課題

- 8つの事業項目が役割分担的になっており、事業を実施することが目的となっている。
- 事業の成果がみえない
- 相談窓口が効果的に活用されていない。

支援前後の変化（支援の効果）

- 委託先との協議を重ね、事業の推進に向けて、進むべき方向性の共有を図ったが、現状の受託体制を変えることが困難であるとの回答を受け、今年度末で委託を終結することとなった。
- 事業の成果がみえない理由は、事業を推進することでどうなることを目指すのかという明確なビジョンがないためであると気づき、課題の抽出と評価指標の設定から再スタートすべきだと分かった。
- 相談窓口の相談件数を増やすことを目標とするのではなく、コーディネーターが、行政とともに課題解決に取り組めるよう、4つの場面での目指す姿を共有することが必要であると分かった。

今後について（予定、方向性等）

- 行政直営とし、4つの場面で目指す姿を整理し直す。
- 目指す姿とそこに近づくためのプロセスを可視化した仕様書を作成する。
- 市内医療機関の動向をみて、再委託先を検討する。

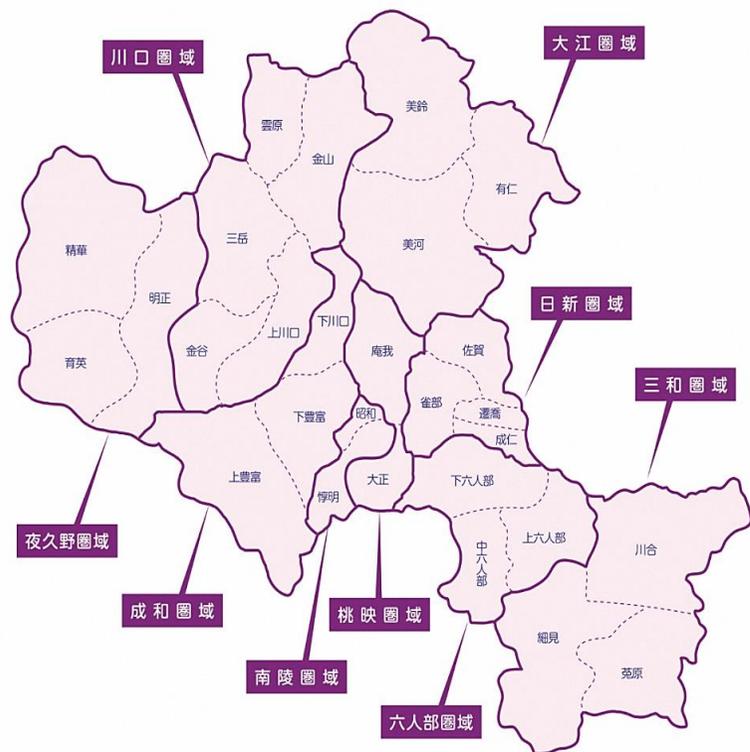
京都府福知山市について

自治体概要

人口※1	77,306人
高齢化率※1	29.7% (65歳以上)、15.8% (75歳以上)
要介護認定率※2	22.0%
担当部署	福知山市地域包括ケア推進課
委託先	-
その他の参加者	京都府高齢者支援課、中丹西保健所、福知山市健康医療課、高齢者福祉課

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

福知山市日常生活圏域図



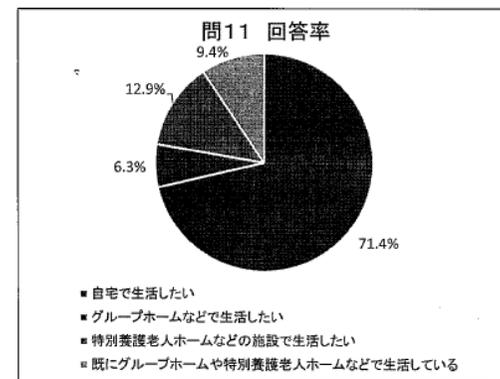
特徴

利点	合計特殊出生率2.02は、本州3位、府下1位の水準 程よく田舎、程よく都会で子育てしやすいまち 「住みよさランキング2023」では府下1位（近畿8位） 多くの災害（水害）の経験を生かして防災対策の強化が進んでいる
課題	交通手段（鉄道・バス等）の本数が少なく、運転できないと生活に制限が加わる 中心部と周辺部では、高齢化率に大きな差があり、また店舗や医療機関、介護保険事業所の数等利便性の差も大きい ⇒中学校区ごとの9つに細分化して地域包括支援センターを配置
医療の特徴	病院6か所、一般診療所57か所、歯科医院37か所、かかりつけ医では対応が難しい病状でも、市内で医療が完結できることが多い。 基本的な一次、二次、三次救急が市内に存在する。 かかりつけ医を持つ人の割合=69%
介護の特徴	種類別の介護施設数は全国と比較して大差なし。近年、施設入所の待機者は減少傾向。在宅サービスの充足度は中心部と周辺部で大きく異なるが、特にヘルパーの充足が求められる。いずれの分野においても人材不足が大きな課題。 サービスB（住民同士の支えあい事業）が拡大中。難病患者等一部の市民からヘルパー派遣等24時間対応サービスを求める声あり。
在宅医療・介護連携推進事業の現況	医療・介護・福祉の関係者から成る協議体を立ち上げ協議を重ねている。 9つの地域包括支援センターを核として、圏域ごとに多職種連携のネットワーク構築に努めている。

問11 今後、どこで生活していきたいですか。当てはまる項目1つに○をつけてください。

(有効回答数) 224

項目	回答数	回答率
自宅で生活したい	160	71.4%
グループホームなどで生活したい	14	6.3%
特別養護老人ホームなどの施設で生活したい	29	12.9%
既にグループホームや特別養護老人ホームなどで生活している	21	9.4%



『介護認定の更新対象者に対するアンケート』
令和5年度集計結果より

京都府福知山市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 場面毎の現状の分析から、課題を抽出する。（適宜ロジックモデル等を活用）
- ② 意見交換における必要関係者等について整理。
- ③ 効果的・効率的な意見交換の場の設定について検討。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② 4つの場面毎のPDCAを回すための指標の設定方法に係る研修。
- ③ 協議体の形式や有効性等の整理と情報提供。

【取組の方針】

- ① 「看取り」に係る取組の更なる推進。
- ② PDCAサイクルの回し方の理解。
- ③ 多職種からの連携の推進。

【成果等】

- ・ 多職種による小規模な協議体（意見交換会）の開催の検討。
- ・ ロジックモデルを活用した課題及び対応策の検討。
- ・ 継続的に協議体の開催を行いながら、あるべき姿に向けて整備していくことの検討等を実施。

【アドバイザーとの検討①】

- 好事例を踏まえ、効果的な連携に係る方策を検討する。
- ロジックモデル活用について検討する。
- 意見交換が実施しやすいように、小規模な協議体の必要性について検討。

【アドバイザーとの検討②】

- ロジックモデル策定による「看取り」に係る指標の精査の必要性
- 効果的・効果的な多職種の意見交換のための協議体（意見交換会）の開催方法について検討。

【自治体の考える課題と現状】

- 「医療・介護・福祉連携部会」（大規模な協議体）で「看取り」をテーマに多職種連携に係る検討を重ねているが、方向性が不明瞭となっている。
- 9つの地域包括支援センターを中心に、圏域ごとの多職種ネットワークづくりに努めているが、取り組みが進まない圏域がある。
- PDCAの回し方を知りたい。

【中間報告】

- 「看取り」に係るロジックモデルを策定し、成果（アウトカム指標）と市町村の取組状況（アウトプット指標）の関連を整理。
- ロジックモデルの策定にあたり、大規模な協議体に参加している団体等から、「看取り」の検討により有効な職種や関連団体等を検討し、核となる協議体の意見交換会の開催を検討。

【最終報告】

- 核となる協議体のメンバーを確定し、意見交換の継続開催と並行して、それぞれの団体へも丁寧なヒアリングを実施することで課題の把握と解決に向けて働きかけを行う。
- 現状の把握を行うことで抽出された重点課題を視覚化し、福知山市版ロジックモデルの作成を多職種で行い運用する。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定①

【状況】

- ・ 大規模な協議体で『看取り』をテーマに多職種連携にかかる検討を重ねているが、方向性が不明瞭。
- ・ 9つの圏域（中学校区）ごとの多職種ネットワークづくりに努めているが、取り組みが進まない圏域がある。

【アドバイス等】

- ・ 様々な取り組みは行われているが、整理ができていない。
- ・ 取り組みを住民主体にして考え直す。

『主語は行政ではなく住民』

連携支援前打合せ 及び実施計画策定②

【状況、変化等】

- ・ 持ち合わせる情報を整理して、市の現状と課題の洗い出しを行った。
- ・ 市の状況から医療・介護のニーズを抽出した。

【アドバイス等】

- ・ 現在の取り組みや課題整理の手法としてロジックモデルの紹介。
- ・ 誰もが我がごととして受け止められるように、様々な職能団体から選出したチーム形成が有効。

『ロジックモデル』
『チーム形成』

中間報告会①

【状況、変化等】

- ・ 市民公開講座の実施、広報ふくちやまで『看取り』特集。
⇒複数の職能団体が一体となり市民啓発を実施。
- ・ ロジックモデルの作成。
- ・ 成果指標の抽出。

【アドバイス等】

- ・ 核となる協議体形成、取り組みのポイントのアドバイス。
- ・ 小さな協議体を形成し、主体的に考えてもらう場の提案。

『核となる協議体』
『小さな協議体』
(例) 訪問看護師と救急隊
居宅CMと病院相談員

中間報告会②

【状況、変化等】

- ・ 核となる協議体へ現在の取り組みを報告し、協力を依頼。
- ・ 小さな協議会を開催し、みんなで目指すべき姿を認識。

【アドバイス等】

- ・ 現場で感じていることと客観的な視点が大切。数値などでの把握が重要。
- ・ 市だけで考えるのではなく、みんなで取り組むことが大切。

『客観的な視点』
『みんなで取り組む』

最終報告会

【結果】

- ・ 協議会のメンバーに個別にヒアリングを実施。
- ・ ヒアリング結果をもとに来年度へつなげていこう。

【アドバイス等】

- ・ 重点項目の中でも優先順位をつけ、取り組みやすく効果の高いものから取り組む。
- ・ 個人・団体への聞き取りを丁寧に行うことが大事。
- ・ テーマである『看取り』について、もう一度、背景を整理する必要がある。

支援前の課題

- 医療介護連携と一言でいっても、方向性が不明瞭で何から取り組めばよいのかわからない。
- 専門職個々にはいろいろと課題を把握されているが、団体として共通認識されていない。

支援前後の変化（支援の効果）

- 自分たちは、いろいろと取り組んでいた。それぞれが個々に成立しており繋がっていなかった。
⇒ロジックモデルで整理
- 『【行政】が何かをする』ではなく、『【市民】がどのように生活していきたいか』を考えることができた。
⇒主語は『市民』
- それぞれの職能団体が、我が事として考えてもらえるような客観的データの把握や整理ができた。
⇒客観的視点
- それぞれの現状や課題を話し合える場がなかった。
⇒核となる団体が立ち上がった！！

今後について（予定、方向性等）

- 核となるメンバーを確定し、協議会の継続的開催。
- 協議会での意見を各職能団体で共有し、我が事として課題の把握・解決に向け働きかけを行う。
- 福知山市版ロジックモデルの作成と団体間での希望・期待関連図の作成。
- 核となるメンバー・職能団体への現状や課題の聞き取りを行い、一緒に医療介護連携について考えてもらう人材の発掘。

《ロジックモデル》

協議体の中でこれから改めて作成予定

【目指す姿】

全ての福知山市民が、人生の最終段階まで、住み慣れた地域で自分らしく、安全に、安心して暮らすことができる。

	具体的な施策	成果指標	取り組みの方向性 (中間アウトカム)
1	入退院・外来支援窓口の明確化と、関係機関の情報共有のための窓口一覧の作成・普及	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院・外来支援を受けた患者数 ・京あんしんネットで連携された患者数(登録者数) ・退院カンファレンス実施回数 	病院、在宅療養の移行に向けて、切れ目のない入退院・外来支援を受けることができる
2	同職種、多職種間連携の検討の場の設定		
3	多職種が参画する研修の実施		
4	多職種協働による人材育成研修等の実施		
5	多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり		
6	入退院時における病院と在宅支援者の書面における情報共有の推進		
7	退院前カンファレンスへの在宅支援者参画の推進		
8	京あんしんネットを活用した多職種連携の推進		
9	訪問診療を行う医師増加を目指した研修会等の実施 (※医師会に要相談)	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を受けた患者数 ・訪問診療実施医師数 ・訪問歯科診療を受けた患者数 ・訪問歯科診療実施歯科医師数 ・訪問看護を受けた患者数 ・訪問介護を受けた患者数 ・訪問薬剤管理指導を受けた患者数 ・訪問リハビリを受けた患者数 ・個別地域ケア会議実施ケース数、圏域地域ケア会議開催回数 ・(再)京あんしんネットで連携された患者数(登録者数) 	望む形で在宅療養を行うことができるよう、必要な支援が受けられる
10	訪問診療医のネットワークの構築 (※医師会に要相談)		
11	在宅歯科医療の推進を目指した研修会等の実施 (在宅歯科医師会に要相談)		
12	在宅療養に関わる専門職(医師、看護師、ケアマネジャー、訪問介護員、理学療法士、薬剤師、栄養士等)の育成を目指した研修会の実施		
13	医療的ケアが提供できる介護人材の育成		
14	圏域ごとの課題を明らかにし、対策を話し合う地域ケア会議の開催		
15	(再)同職種、多職種間連携の検討の場の設定(※各職種に要相談)		
16	(再)多職種が参画する研修の実施		
17	(再)多職種協働による人材育成研修等の実施		
18	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり		
19	(再)京あんしんネットを活用した多職種連携の推進		
20	レスパイト入院、緊急ショートにかかる連携推進		
21	地域包括支援センターをはじめ、在宅療養に関する各種相談窓口の周知と相談機能の充実		
22	住民が、かかりつけ医をもつことの大切さの理解する機会の確保		
23	住民が、在宅療養や看取りについて理解を深めるための機会の確保		

京都府福知山市 都道府県・市町村連携支援 (その他成果物②)

	具体的な施策	成果指標	取り組みの方向性 (中間アウトカム)		
24	在宅を支える病院のバックアップ体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・急変時、多職種(医師、訪問看護師、ケアマネジャー、救急隊等)が連携したケース数 	病状急変時に、必要な支援を受けられる。		
25	24時間薬剤調整体制の構築 (※薬剤師会に要相談)				
26	(再)同職種、多職種間連携の検討の場の設定				
27	(再)多職種が参画する研修の実施				
28	(再)多職種協働による人材育成研修等の実施				
29	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり				
30	(再)京あんしんネットを活用した多職種連携の推進				
31	急変時の医療職と介護職の情報共有体制の推進				
32	患者や家族が病状急変に備えた対応を知る機会の提供				
33	(再)訪問診療医のネットワークの構築 (※医師会に要相談)			<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取り数 ・施設看取り数 	人生の最期まで、自分の望む形で安心して暮らすことができる
34	(再)同職種、多職種間連携の検討の場の設定				
35	(再)多職種が参画する研修の実施				
36	(再)多職種協働による人材育成研修等の実施				
37	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり				
38	(再)京あんしんネットを活用した多職種連携の推進				
39	施設看取り体制の充実				
40	多職種が参画する意思決定支援や緩和ケアのための研修の実施				
41	(再)ケース検討を目的とした地域ケア会議に加え、圏域ごとの多職種連携、課題解決を目指した地域ケア会議の開催				
42	住民が、自分や家族の終末期のあり方について話し合うことの大切さを知る機会の提供				
43	医療介護連携体制に関する市の現状把握、課題分析、取り組みの方向性の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携機能充実に向けて意見交換に関わった職種数 ・情報共有、意見交換をする場の開催回数 	多職種・多機関が連携した支援をうけることができる		
44	多職種が医療介護連携に関する取り組みについての情報・意見交換をする場の設定				
45	市内の病院、医師会、関係機関等との連携の体制づくり				
46	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり				
47	BCPの作成と具体的な活用に向けた検討の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時ケアプラン作成件数 ・感染症発生時に多職種連携し在宅療養支援をした数 	健康危機(災害発生時や新興感染症罹患時)が発生した際にも、必要な医療や介護が受けられる		
48	災害、感染症の発生に備えた事業所間ネットワークの構築				
49	要配慮者を対象とした、地域の個別避難計画作成の推進				
50	災害時ケアプラン(公助の要配慮者個別避難計画)の作成の推進				
51	専門職と地域が一体となった災害訓練の推進				
52	新興感染症の発生に備えた訓練の実施				
53	災害時に活躍できる人材の確保、育成				
54	感染症流行時に支援を継続するための人材育成				
55	災害・感染症に対する正しい知識や対応方法の普及啓発				

協議体の中でこれから改めて作成予定

在宅医療における現状と課題

市の現状を改めて確認 (一部抜粋)

(1) 入退院支援にかかる支援の状況

ア 入退院調整部署の明確化

○市内5病院(市立福知山市民病院、京都ルネス病院、松本病院、渡邊病院、もみじが丘病院)には、それぞれ「地域医療連携室」といった部署が設置されていたり、担当者が明確になっている。
⇒全ての支援者に浸透しているかは不明なため、窓口一覧が作成できるとよい。

イ 病院と在宅療養を支える多職種との連携状況

○京都府医師会の情報共有ツール「京あんしんネット」を広く活用いただけるよう、市を中心に、京都府や福知山医師会とともに普及啓発を実施してきたことから、一定浸透している。京あんしんネット登録事業所数は、令和4年度末現在、235事業所中82事業所。変化の大きい患者(がん末期、急性期、難病等)の情報共有には有効であるが、登録医師が少ない上に登録医師稼働率が低い点や、法人として京あんしんネット利用体制が整わない、対面での情報共有を好み利用の必要性を感じない等、利用率の伸び悩みが課題となっている。
⇒連携ツールとして、京あんしんネットに加えて、地域ケア会議、電話・対面・書面等についても取り組みを推進する必要がある。

○入退院時のサマリーによる情報共有が不十分。入院時は、担当ケアマネジャーがいれば一定の様式で病院に情報提供を行うことが多い。退院時、病院からは訪問看護師の関りがあれば看護サマリーを提供されるが、医師や介護職には渡らない場合が多い。可能な範囲で、在宅療養チームの中で看護サマリーを共有することはある。
⇒特に、福知山市民病院との連携が困難との声が、市内外から聞かれることからケアマネジャーと福知山市民病院相談員の意見交換の場を設ける等して要望を伝えているが、具体的な解決策は見いだせず。(相談員から看護職に提案するにはハードルが高いよう)中丹西保健所と共に、今後も要望を続ける予定。

○退院カンファレンスは、顔の見える情報共有の場として非常に有効であるが、「ケアマネジャーはカンファレンスに呼んでももらえない」「相談員によって、呼んでもらえたりもらえなかったりする」「リモートでの退院カンファレンス時、画面上のケアマネジャーは一言も話せず、遠くから様子を伺うだけだった」

「退院カンファレンスの日程調整にケアマネジャーは都合を聞いてもらえない等といった課題の声が多く聞かれる。一方で、市民病院サイドからは、「限られた日程(2~3日以内)の中、家族・院内スタッフの調整がやっと」「質問事項があれば、カンファレンスの場でなくても相談員に直接聞いてほしい」「入院時の情報提供があれば、担当ケアマネジャーには連絡を入れるよう心がけているつもり」等の意見が聞かれる。なお、病院からは、必要に応じて、医師・看護師・介護士・リハビリスタッフ・相談員等が出席。

⇒病院、在宅、それぞれの実情を知った上で、可能な限り有効な情報共有が行えるよう、今後も病院チームと在宅療養チームが検討できる場を設ける。

《参考》

市立福知山市民病院

病床数：354床 相談員数：11人(内相談員7人、ナースプランナー4人)

入退院件数：730人程度/月 内介入は300~400人/月

○多職種を対象としたアンケート結果より、退院調整時の課題について「本人や家族の意向が確認されていない」「医療者同士の情報共有のみで、介護関係者に情報が提供されていない」「在宅での受け入れ準備が整う前に退院された」「医療機関側の情報提供不足」等が上げられた。(詳細は別紙1のとおり)
⇒病院、在宅がこれらの課題を共有し、対応策が検討できる場を設ける。

(2) 望む場所での日常療養支援の推進

ア 在宅ニーズの状況

○高齢者保健福祉計画作成にあたって実施した、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果」結果より、要介護1~5を除く65歳以上の高齢者のうち、「希望する生活場所」に「自宅」を選んだ人は40.3%と最も多く、次いで「特別養護老人ホームなどの介護施設」で21.6%であった。「在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスは何ですか」の問いでは、「移送サービス」が最も多く25.4%、次いで「外出同行」「見守り・声掛け」「掃除・洗濯」「配食」「ゴミ出し」の順で多かった。「気軽に相談できる、かかりつけ医がいますか」の問いでは、「いる」と回答した人が58.3%、「いないが、いつも受診する医療機関は決まっている」が31.8%であった。「治療中または後遺症のある病気」については、「高血圧」が42.6%で最も多く、次いで「ない」23.0%、「目の病気」13.0%、「糖尿病」12.7%、「高脂血症」11.9%であった。

(詳細は別紙2のとおり)

⇒介護保険サービスだけでは対応が難しい生活支援(ゴミ出し、草引き、雪かき、見守り等)について、地域の支え合いが有効に活用できるような仕組みづくりが

長崎県平戸市について

自治体概要

人口※1	29,365人
高齢化率※1	41.4%（65歳以上）、22.5%（75歳以上）
要介護認定率※2	19.1%
担当部署	平戸市長寿介護課
委託先	—
その他の参加者	長崎県長寿社会課、長崎県北保健所

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合） ※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

特徴

利点	自然豊かで平戸牛やひらめ、ウチワエビ、トビウオなどおいしいものがたくさん。地域のつながりも強い。
医療の特徴	—
介護の特徴	高齢化率は高い水準で推移している中、要介護認定率は令和5年度は上昇傾向にある。市民の通いの場の参加率は県内で最も高い。
在宅医療・介護連携推進事業の現況	定期的な勉強会を実施し、顔の見える関係づくりを進めている。

- 平戸市は、九州本土の最西端、平戸瀬戸を隔てて南北に細長く横たわっている平戸島と、その周辺に点在する生月島、大島、度島など大小およそ40の島々から構成されています。また、1550年にポルトガル船が来航してから国際交流の拠点として栄え、現在も数多くの史跡が残る街並みを見ることができます。



平戸市の総人口は減少傾向で推移しており、65歳未満が減少している一方で、高齢者人口（65歳以上）は継続的に増加となっていました。令和4（2022）年から高齢者人口の減少が始まっています。



資料：住民基本台帳（各年3月末）

長崎県平戸市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 現状の分析から、課題を抽出する。
- ② 課題の詳細やニーズを把握するために有効な手法を検討する。
（アンケート調査、ヒアリング等）
- ③ 調査結果等を分析し、研修手法の選択やより有効な研修の検討。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法の研修。
- ③ 認知症、感染症、災害などの局面におけるPDCAを回すための、指標の設定方法に係る研修。

【取組の方針】

- ① 多職種連携の推進。
- ② 医療・介護連携に有効な勉強会の開催。
- ③ 認知症に関する取組の推進。

【成果等】

- ・ 医療・介護の多職種連携の課題を整理し、必要な取組を検討。
- ・ 課題を整理し、介護事業所及び医療機関等へアンケート調査を実施、その結果等も踏まえて、必要な勉強会を整理し、勉強会の対象者について検討。
- ・ 認知症の取組の課題を整理し、必要な取組を検討。

【アドバイザーとの検討①】

- 現状を分析し、原因を明確にする。
- アンケート調査を実施する上で、今後の方向性を明確にし、その為の分析に資する設問を設定する。
- アンケートのみでなく、詳細を拾うためのヒアリングも検討する。

【アドバイザーとの検討②】

- アンケート、ヒアリング等の結果を分析し、勉強会の具体的なテーマ設定が必要。
- グループワークの参加者の立場や職種を踏まえた、グループ分けと内容の設定が必要。

【自治体の考える課題と現状】

- 医療と介護の連携について情報共有等が不足していると思われる事例がある。
- アンケート調査をニーズの把握に役立てたい。
- 認知症の人が増加しており、認知症の人における医療と介護の連携が不足している。
- 多職種の勉強会を開催したいが、多職種連携や課題解決の認識共有に通じる勉強会にしたい。

【中間報告】

- 医療の介護への理解不足と連携のツール（入院時情報提供文書等）の活用不足が原因で医療と介護の連携が不足。
- アンケート調査項目について、課題と対応策の仮説を踏まえ設定。
- 認知症の人へのニーズの把握と多職種と住民への周知が必要。
- アンケートに加えて、ヒアリングも実施し、ニーズを踏まえた勉強会の検討及びグループワークの実施。

【最終報告】

- アンケート結果を、次年度の勉強会で活用していく。
- アンケート結果より、退院時情報提供書の活用が進んでいない、認知症の人の支援の際、家族の無理解や本人の支援拒否の問題が確認できた。
- 前回の勉強会で検討した事例を、更に深掘りするためKJ法によるグループワークを実施。
- 勉強会後のアンケート結果より、勉強会の効果が見られた。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定①

【状況】

- ・ ツールの作成や多職種勉強会の開催を通じて、情報共有や連携を進めているが、多職種間の理解が進んでいない。
- ・ 医師（医師会）や消防等、関係団体との連携が進んでいない。
- ・ 認知症の人への支援を通じて、研修や仕組みづくりを多職種で考える機会を勉強会の中で設けていきたい。

【アドバイス等】

- ・ 多職種・関係団体等に、課題を自分事として捉えてもらうための具体的な方策を検討するといいいのではないか。
- ・ 例えば福岡県では2次医療圏単位で事業に取り組んでおり、平時からの連携を通じた消防関係等との関係構築がされている。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定②

【状況、変化等】

- ・ 関係団体等との連携が進んでおらず、認知症の人がスムーズに在宅医療・介護を受けられていないケースがある。
- ・ ニーズ調査と勉強会を実施し、課題の抽出や職種の理解を深めていきたい。

【アドバイス等】

- ・ まずは勉強会を課題共有の場として活用し、目指す姿共有することが第一歩なのではないか。
- ・ ニーズ調査は認知症に係る対応への課題に気づくための啓発的な位置づけにもし、勉強会での活用を意識した設問や連携上の課題を抽出する設問とすると良いのではないか。

中間報告会①

【状況、変化等】

- ・ 地域包括支援センター職員へアンケートを実施、リハ職（1病院）、ケアマネ（1居宅介護支援事業所）、社会福祉士（1包括）へ現場の状況の聞き取りを行った。
- ・ 医療機関内での連携不足や、本人や家族の認知症に対する理解不足、介護側から医療機関への関係づくりへの苦慮を感じた。

【アドバイス等】

- ・ 個別ヒアリングから抽出された課題に基づき勉強会のテーマを具体的に設定してはどうか。
- ・ グループワークは、職種毎のメンバー構成や、それぞれの共有の場を設ける等、効果的な実施手法の検討が重要。

中間報告会②

【状況、変化等】

- ・ 市内医療機関と居宅介護支援事業所に対するアンケートを実施。

【アドバイス等】

- ・ 勉強会を通じた目標、成果等の明確化が必要。
- ・ 勉強会を通じた多職種連携の効果も見据え、地域の課題を施策に反映する仕組みの検討も進めてはどうか。（協議の場やコアメンバー活用等）
- ・ 認知症に係る検討の場として、協議会に部会を設置している自治体等を参考としてはどうか。

最終報告会

【結果】

- ・ 「認知症の人への支援」をテーマに多職種勉強会を開催。①職種の理解を進める、②地域資源の情報共有、③地域課題の抽出、を目的に、事例検討及びKJ法によるグループワークを実施。
- ・ アンケート結果は次年度も活用し、事業の仕組みづくりを進めたい。
- ・ 協議体は、令和6年度に具体的検討、令和7年度の設置を目指す。

【アドバイス等】

- ・ アンケート結果を踏まえ、コアメンバーによる課題抽出や取組みの検討を行うとよい。
- ・ コアメンバーは職能団体に選出してもらう等の方法もある。
- ・ 勉強会の内容として、様々な職種や地域の人を講師としてもよいのでは。

支援前の課題

- 認知症に係る相談が増加しているが、地域の関係者が互いの業務や役割を把握できておらず、相談をつなげることや多職種間の連携が不十分。
- まずは多職種間の相互理解と課題共有を図るため、有効な多職種勉強会を開催したい。

支援前後の変化（支援の効果）

- 地域包括支援センター職員や関係者への聞き取り、医療機関と居宅介護支援事業所へのアンケート調査を実施し、入退院時の連携状況や認知症の人への支援について現状を把握。→今後の医療介護連携推進事業について、課題把握、課題整理につながった。
- 多職種勉強会を開催するにあたり、目的は何か、何を達成したいのかを明確にし、勉強会の成果について検証することができた。
⇒一回一回で終わっていた勉強会が、事務局や参加者にとって次回へ繋がるものとなった。
- 事業間（生活支援体制整備事業や認知症支援体制事業など）の連携、庁内の連携、外部との連携の必要性に気付かされた。

今後について（予定、方向性等）

- 医療介護連携事業アンケートを検証し、そこから得られる課題を来年度の勉強会や運営推進会議で共有していく。
- 5月（予定）に医療介護連携推進会議を開催し、アンケート結果を報告し、課題の共有と何を取り組んでいくかを協議し、取り組む課題に関わる関係職能団体からコアメンバーの招集を依頼する。
- 多職種勉強会を7月、10月、2月で実施し、7月初回の勉強会でアンケート結果を報告、課題の共有を行う。その際、10月、2月の勉強会についてテーマを決める。
- 8月（予定）にコアメンバーの会議（懇話会）を開催、アンケートで出た課題の協議を行っていく。

○ 多職種連携勉強会 (平戸ピア③)

日時：令和6年2月19日(月) 18時30分～20時20分

目的：認知症のある人が、住み慣れた地域で、それぞれの希望に応じた自分らしい暮らしが人生の最後まで続けられるために、各職種ができること、どういった資源があればそれを実現できるかを関係者で共有する。

内容：認知症の人への支援について事例検討会 (KJ法を使用したグループワーク)

参加者：49人

要介護1 88歳 一人暮らしの男性 認知症あり

事例

3年ほど前に妻が死亡後、認知症の進行が著明。
 経済的には月7万円の年金収入、県外の不動産収入あり。
 家族は全員遠方におり、支援は見込めない。

☆支援の状況

- ・通所介護：4回/週 ・訪問介護(家事援助)：2回/週
- ・配食弁当(夕食)：1回/日 ・訪問型ボランティア：1回/週
- ・日常生活自立支援事業を利用 ・民生委員による訪問、電話安否確認(ほか)

☆最近の変化

- ・夏頃まで行っていた調理をほとんど行えなくなった。
- ・趣味の畑仕事に興味がなくなり、ベッドでテレビを見て過ごす時間が増えた。
- ・年末・年明けと意識消失、転倒、救急搬送された。

医師からは・・・「そろそろ施設入所がよいのでは」

本人は・・・「死んでいるのを発見されても自宅で過ごしたい」

⇒目指すべき姿：人生最期まで住み慣れた自宅で過ごしたい

内容

- ・グループワークによる事例検討
- ・KJ法(模造紙、付箋を使った作業による情報整理の方法)を使用
- ・1グループ5名程度とし、職種はバラバラに配置、発表者は事前にお願ひし、書記を当日決める。
- ・ファシリテーターは包括支援センター職員とする。
- ・事例の資料は勉強会の1週間前に参加者へ送付した。

【グループワークの構成】

☆この人にとってはどのような状態を目指すべきか。(目指す姿)

- ① 在宅or施設
- ② 自分の職種であれば何が出来るか。
- ③ 何があれば目指すべき姿を実現できるのか。(地域課題)
(今はないけどあったらよいサービス、地域資源、連携先など)
- ④ ②③の話聞いて、再度在宅or施設

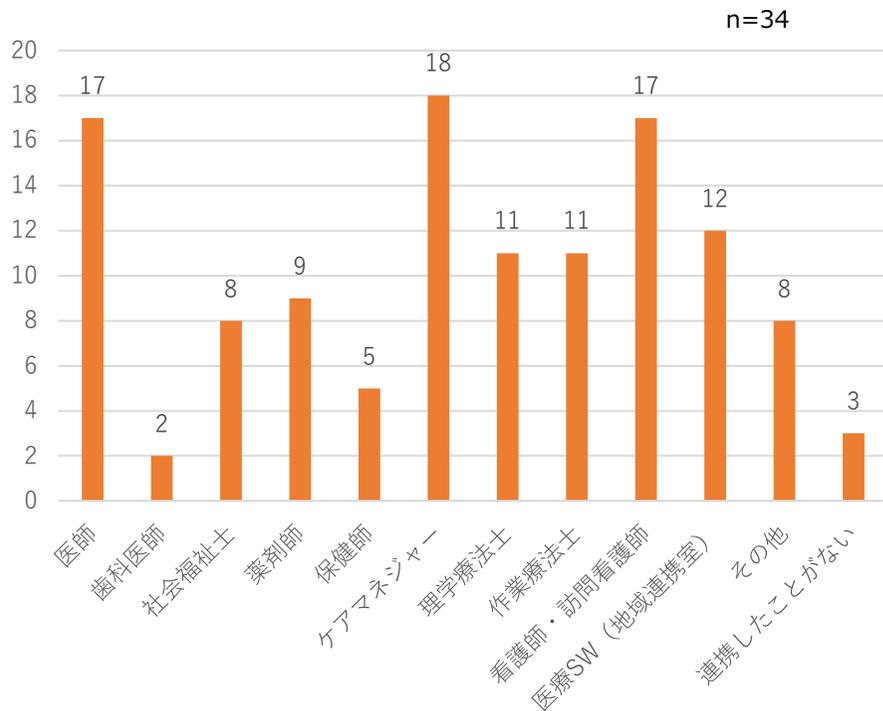
参加者職種内訳

職種	人数
歯科医	2人
保健師	3人
介護支援専門員	17人
事務	7人
MSW	1人
薬剤師	2人
看護師	2人
訪問看護師	1人
社会福祉士	2人
警察官	1人
弁護士	1人
理学療法士	2人
作業療法士	1人
介護認定調査員	1人
生活支援コーディネーター	2人
歯科衛生士	1人
生活相談員	1人
認知症地域支援推進員	1人
在宅医療介護連携コーディネーター	1人
合計	49人

○ **勉強会の効果（勉強会前後のアンケートにより、勉強会の効果を測定）：**
 勉強会受講後、連携してみたい職種について全体的に増えており、特に歯科医師、社会福祉士、薬剤師、保健師との連携については増加していることから、相互理解を深め、顔の見える関係づくりの推進等、勉強会の効果がみられた。

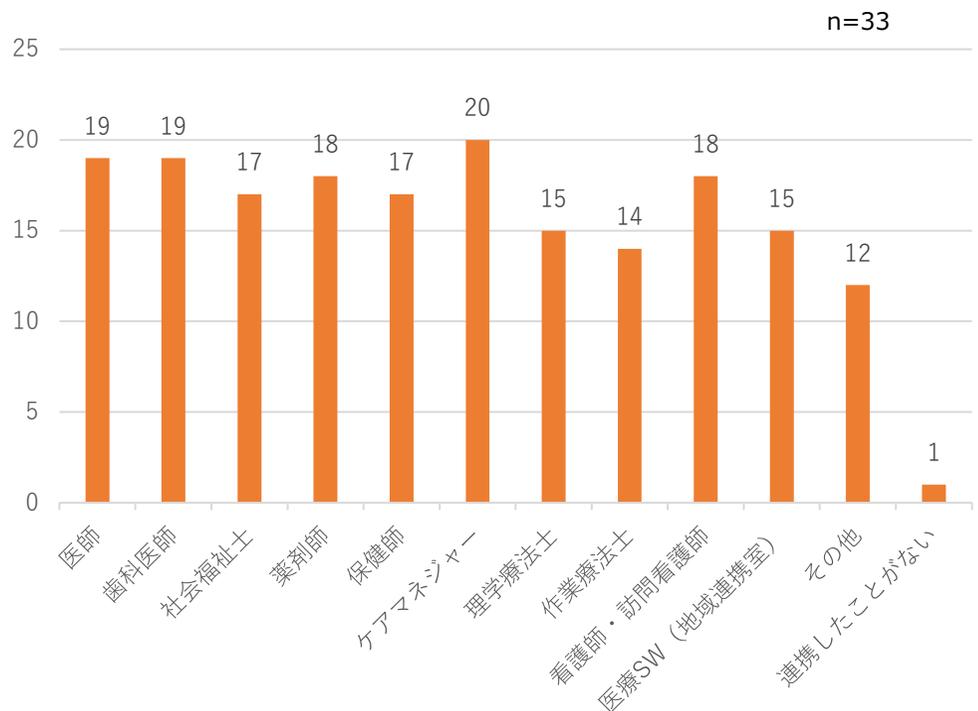
受講前

■ 認知症の人の支援で、連携したことのある職種はありますか。（※複数選択可）



受講後

■ 今日の勉強会を終えて、認知症の人の支援で、連携してみたいと思った職種はありますか。（※複数選択可）



○ 勉強会の効果（勉強会前後のアンケートにより、勉強会の効果を測定）：

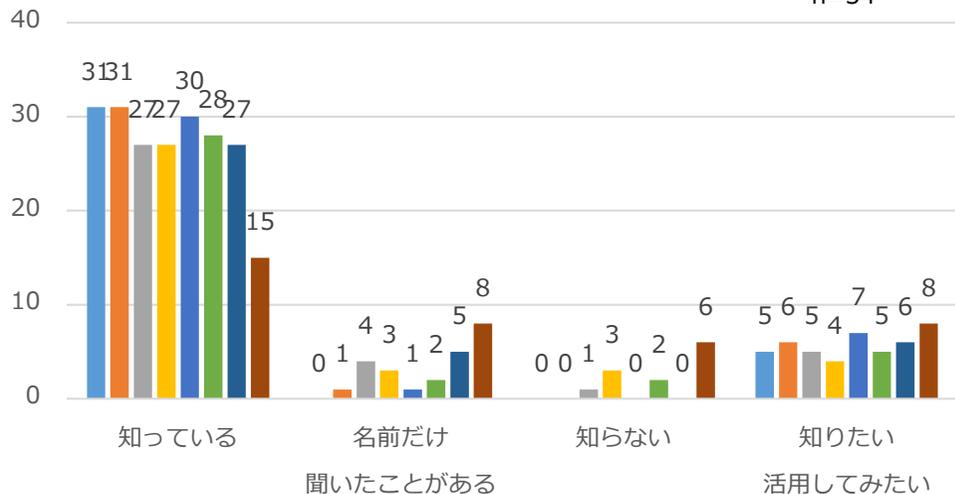
勉強会受講前は、配食サービスや通信機器貸与事業、訪問型ボランティア等の地域資源について、「名前だけ聞いたことがある」や「知らない」が多かったが、受講後は、「知らない」と答えた地域資源が減っていることから、地域資源の情報を共有することができ、勉強会の効果がみられた。

受講前

- 認知症の人が、住み慣れた地域で、それぞれの希望に応じた自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるために、どういった地域資源があると思いますか。

(※1~3で最も近そうだと感じる内容に✓。
4は知りたい・活用してみたい場合に✓。)

n=34



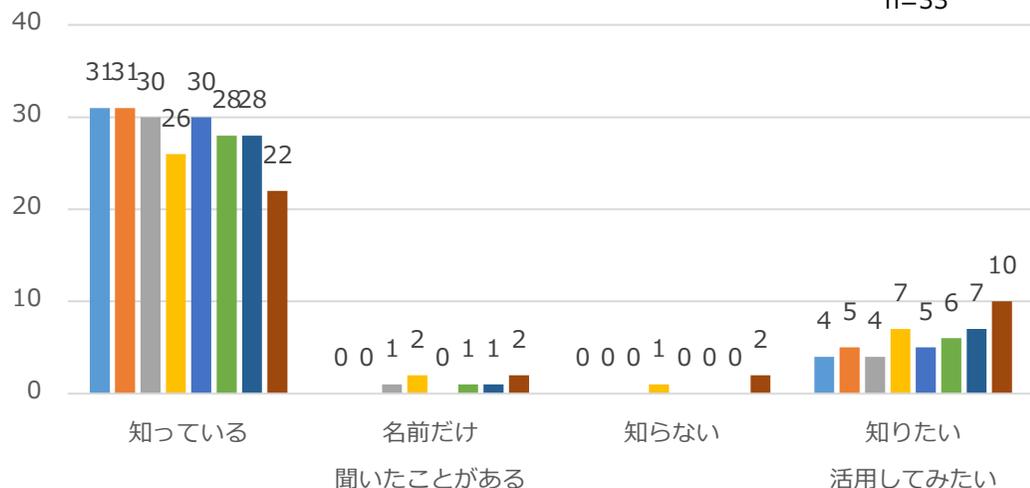
- (1) 介護保険サービス（ヘルパー、デイサービス、福祉用具など）
- (2) 訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護
- (3) 配食サービス（民間サービス含む）
- (4) 通報機器貸与事業（緊急通報装置、人感センサー）
- (5) 民生委員や地域住民の協力
- (6) 通いの場
- (7) 高齢者の権利を守る制度（成年後見制度）
- (8) 訪問型ボランティア

受講後

- 認知症の人が、住み慣れた地域で、それぞれの希望に応じた自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるために、どういった地域資源があると思いますか。

(※1~3で最も近そうだと感じる内容に✓。
4は知りたい・活用してみたい場合に✓。)

n=33



- (1) 介護保険サービス（ヘルパー、デイサービス、福祉用具など）
- (2) 訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護
- (3) 配食サービス（民間サービス含む）
- (4) 通報機器貸与事業（緊急通報装置、人感センサー）
- (5) 民生委員や地域住民の協力
- (6) 通いの場
- (7) 高齢者の権利を守る制度（成年後見制度）
- (8) 訪問型ボランティア

○ 勉強会の効果 (勉強会前後のアンケートにより、勉強会の効果を測定) :

「訪問型ボランティアなどの地域資源について内容を知ることができた」という意見があり、地域資源の情報共有ができた。また、認知症の人の支援について困難さを感じながらも、「多職種でのグループワークで新たな意見や方向性が出た」「歯科的なフォローがおろそかになっていた」と新たな気づきが生まれ、勉強会の効果が見られた。

■ 認知症の人の支援を行う中で、困難さを感じる如果能够あれば教えてください。(自由記述)

職種	自由記述
歯科医師	歯科領域でいえばそれまで口腔内の清潔を保っていたのが、認知症の進行と共に口腔の清掃に興味・注意がなくなる。歯周病が進行していくのとあわせて、補綴物の不具合などが起こり、最終的には咬合の崩壊が起こってくる。抜歯して総入れ歯にした方がいいのかと悩む事例がある。
歯科医師	歯科訪問診療では認知症が進行した患者の治療には限界があり、家族は入れ歯を作ってほしいというが、型を取れば入れ歯ができるものと勘違いしている。患者の協力がなければ入れ歯はできない。
薬剤師	薬の服用。独居及び老々介護で完全な服用は上手くいった例がありません。
薬剤師	抗認知症薬は週1や月1の薬はありませんので毎日服用させるのは超困難です。
保健師	服薬指導が困難(実際に訪問して確認しないと正しく服用することは難しい。)
保健師	認知症の方の支援に関し、遠方に居住している家族や親類に現状を伝えるも、サービス等の導入が進まない場合があること。
看護師	認知症がある独居の方にサービスの受け入れを拒否することがあり、在宅へ退院をすすめる際難しい。
理学療法士	家族の方々の理解。
作業療法士	関わり方を家族や支援する人へ伝える場面で難しさを感じます。(個々に関わり方、声かけ等異なるので)
社会福祉士	本人の状態の波が大きく、受け入れが困難なタイミングがある。
社会福祉士	権利擁護(日自、成年後見など)の導入のタイミングの見極め(分かる時と分からない時の差が大きい人ほど)
社会福祉士	独居であったり、家族が同居していたり近くに居ても協力が得られず思うような支援が繋がらず困難さを感じることがあります。本人の理解がだんだん難しくなる中で連携の大切さを痛感しています。
介護支援専門員	地域住民を巻き込んでの見守りが大切であるが難しい問題である。
介護支援専門員	通所拒否され、訪問型のサービスも拒否される時。
介護支援専門員	ご本人の意志や希望と現実の間で、可能か不可能か、命を守ることが、一番であると考えため、むずかしい。
介護支援専門員	独居の場合家族の支援(関わり方の頻度)←どのくらい関わりをしてくれるか。中間役としての役割に困難を感じたりする。本人が必要であろうサービスを受け入れてくれないなど…。
介護支援専門員	家族の認知症に対する理解がなく説明しても受け入れられず、結局ひとくなって施設入居…。というパターンがある。早い段階でヘルパーやSSの活用ができていけばもう少し長く在宅で生活できたのでは…というケースがある。
介護支援専門員	物忘れや体力の低下は認識(感じている)していても「まだ大丈夫」と思っている事が多い。又認知という言葉が言われると嫌う。家族の精神的な負担と生活上の色々な課題が生じている。
介護支援専門員	訪問型ボランティアさんについて詳しく知りたいです。(活動内容・内容について)
介護支援専門員	介護者の負担が大きいのが、介護サービスを拒否する。通所サービスにも行かなくなった。
弁護士	親族等身寄りがない周囲にいない場合における、死後の対応(後見との関係で、葬儀、埋葬、遺骨保管、引取り等)山林等不動産が多くある場合における、当該不動産の管理(後見人)後見人が、身の回りの家事をしなければならぬことがある。
事務	家族や支援者がいない認知症のかたが、本人の意思で相談や依頼を希望される場合の対応。親族がない相続人について、医療行為の同意、身元引受人などの、後見人ではできないことが必要な場合の対応。
無記名	同居家族はいても理解がなかったり、支援がないと対応が難しい。
無記名	入院治療になった時一般病院での受け入れが困難となる。精神科をもつ病院への転院を余儀なくされることがある。

■ 本日の勉強会について、ご自由に記載してください。(自由記述)

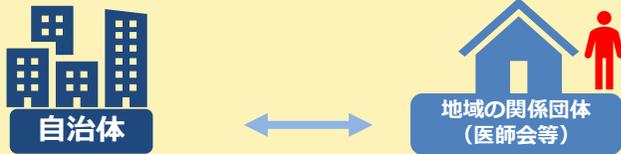
職種	自由記述
保健師	他職種の意見が聞くことができとても貴重な時間だった。来年も是非参加したい。
保健師	医師や歯科医師との連携があまりできていないように感じるので来年は研修会へ呼ぶことができないかと思った。
看護師	様々な意見をうかがえ楽しかったです。地域力や各職種の発信力が問われていると思いました。
歯科衛生士	多職種の意見や関わりが聞けてよかったです。勉強になりました。
MSW	研修会お疲れ様でした。グループワーク、欠席の方が4~5人でしたが、1人ずつそれぞれの意見が出やすく、ちょうど良かった様な気がしました。
社会福祉士	ボランティアさん様々な種類で活用が出来るようになるとサービス(フォーマル)にばかり頼らず、ケアプランが作成できるとあらためて感じました。地域をまき込んだ支援が自然と出来るようになることを期待したいです。
社会福祉士	民生委員、訪問型ボランティア等社会資源があるのは分かるが、実際やっている人達の話しをききたいと思います。他病院のMSWにももっと参加してほしいです。
介護支援専門員	前回の事例をさらに検討を深め、職種の違ういろいろな角度からの意見を聞き勉強になりました。勉強会を通じてつながりが出来、実際の支援ではチームとして情報共有や協力体制を築いていけると心強いと思いました。
介護支援専門員	連携・情報共有がすべてにリンクします!(4班より)ケース対応の基本をもう一度確認できました。
介護支援専門員	自宅生活を支えるために民生委員や地域の方々の協力体制づくりをどのようにしていけば良いか?又地域を考えた時、事例に該当するような方がたくさんいる中であって長く継続していくことの難しさを感じました。
介護支援専門員	前回よりもグループワークのテーマが具体的に指示されていたので作業がしやすかったです。
介護支援専門員	メンバー全員が支援チームとして顔の見える関係の大切さを再確認できた事は大きな成果と思います。(具体的支援を目指して)
介護支援専門員	多職種がグループワークをすることで新たな意見や方向性が出てくることを感じた。
介護支援専門員	訪問型ボランティアの内容を知ったことは良かった。社会資源が増えると良いと思います。(訪問型)
介護支援専門員	他の職種の方と話ができ参考になりました。
介護支援専門員	歯科的なフォローがおろそかになっていた。
介護支援専門員	食べることは生きる中で一番大切なので積極的に関わり、又、Drへ対してもアプローチや質問や対応を依頼していきたいです。
介護支援専門員	多職種の方々の意見が勉強になった。
警察官	このような勉強会で出た案を今後活かしていきたい。行政の方も課題に対しての答えを出してもらいたいです。
弁護士	行方不明事案は早期把握等素早い立ち上がり重要です。早期の通報をお願いします。
事務	もっと回数を増やして開催されることを希望します。
事務	多職種の方々色々な話しができて色々な情報を得ることがいい勉強になりました。
事務	研修前は本人の希望を最大限、尊重することが絶対だと思っていたが、現実的な議論になると、正解はないことに気づかされた。より良い方向に進むために、多職種の連携がますます必要だと感じる。
事務	通報機器貸与と事業や通いの場などこれまで知らなかった地域資源について勉強会を通じて知ることができた。普段の仕事では医療・福祉の職種のかたと関わることはほとんどないので、面識を得ることのできる貴重な機会だった。
無記名	いろいろな意見がでておもしろかった。
無記名	準備から色々お疲れ様でした。多職種との連携は以前に比べると随分進んできたのではないかと思います。あとは医師も1人でもいいので入ってくれてくれるといいですね。

コーディネーターの体制 事例集

在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの体制（イメージ）

<所属>

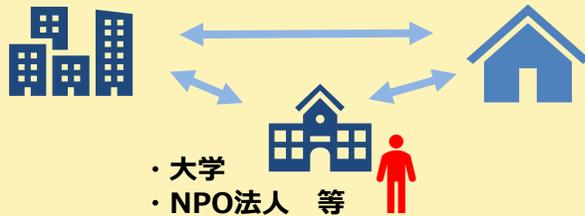
① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



② 自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携



③ 大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携



・大学
・NPO法人 等

地域の実情に
応じた体制

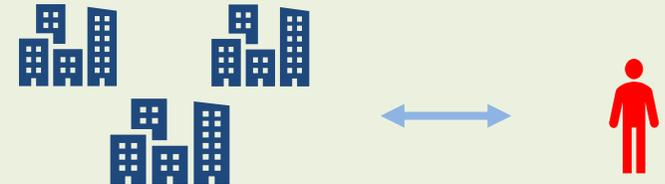


<対象自治体>

① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当

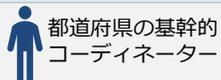
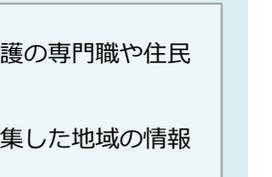
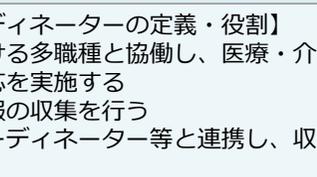
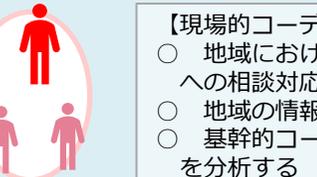
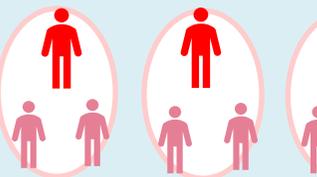
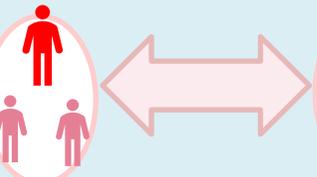
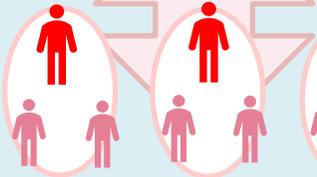


<ネットワーク>

都道府県



市町村



都道府県の基幹的
コーディネーター



市町村の基幹的
コーディネーター



都道府県の現場的
コーディネーター



市町村の現場的
コーディネーター

【基幹的コーディネーターの定義・役割】

- 現場的コーディネーターの総括的な役割を担う者であり、コーディネーターの教育や統括等を実施する
- 現場的コーディネーター等から地域の情報を収集・分析を実施し、市町村における政策立案に助力する

【現場的コーディネーターの定義・役割】

- 地域における多職種と協働し、医療・介護の専門職や住民への相談対応を実施する
- 地域の情報の収集を行う
- 基幹的コーディネーター等と連携し、収集した地域の情報を分析する

※自治体においては、必ずしも基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターについて明確に整理する必要はなく、あくまで調査分析上の名称及び定義であることに留意する。

コーディネーターの体制の具体例：豊島区（東京都）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携

×

① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当

×

市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	301,599人
高齢化率※1	65歳以上：19.4% 75歳以上：10.1%
要介護認定率※2	1号被保険者：20.0% 2号被保険者：0.2%
担当部署	豊島区地域保健課
委託先	在宅医療相談窓口：豊島区医師会 歯科相談窓口：豊島区歯科医師会
コーディネーターの人数・資格等	在宅医療相談窓口：4名（常勤・専従2名、非常勤・専従2名/いずれも医療ソーシャルワーカー） 歯科相談窓口：1名（常勤・専従/歯科衛生士）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

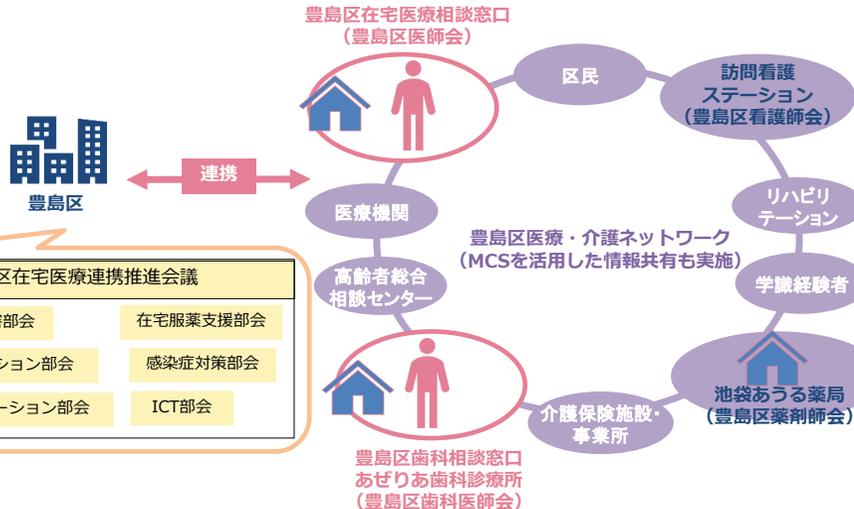
- ◆ 平成20・21年度に豊島区医師会をはじめとする三師会にて都のモデル事業である「在宅医療ネットワーク事業」を実施し、行政と三師会との関係性を構築。
- ◆ モデル事業後は実施主体を区に移行したが、「豊島区在宅医療連携推進会議」を基点として、四師会（医歯薬看）を中心に医療・看護・介護等の多職種連携による取組を実施。
- ◆ 具体的な多職種連携は「豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業」により、豊島区医師会が中心となって推進し、包括圏域毎に取組を実施。

コーディネーターの主な取組内容等（歯科医師会の例）

- ◆ **多職種の連携づくり**
 - ・ 学識経験者、地域医療関係者、四師会、リハビリテーション職、介護事業者、高齢者総合相談センター、地域住民、行政等で構成された「豊島区在宅医療連携推進会議」及び、個別の検討課題を行うことを目的として部会の下に設置された6つの専門部会等に参画。
- ◆ **専門的知見からの相談対応**
 - ・ 「豊島区歯科相談窓口」（あぜりあ歯科診療所）として、区内の一般歯科診療が困難な有病者や障がい者に対する歯科・口腔ケアに係る相談対応及び関係機関への連絡調整等を実施。また、医療機関や介護事業所からの相談にも対応。
- ◆ **在宅医療・介護に係る関係者及び地域住民への育成、周知・普及啓発**
 - ・ 地域の関係機関・専門職等への研修や、訪問歯科診療・居宅療養管理指導、老人保健施設訪問歯科診療・口腔ケア、介護施設でのミールラウンドへの参加等を通じた、他職種との協働した取組を実施。
 - ・ 区民向け講演会等での講演。
- ◆ **MCS※を活用した情報共有**
 - ・ SNS（「メディカルケアステーション」）を活用し、チームでの情報共有、対応を実施。
※利用者とその医療・介護に携わる者を連携するための完全非公開型医療介護専用SNS。

効果

- ◆ **四師会と区との緊密な連携（多職種連携・地域医療の拠点）**
 - ・ 四師会が中心となり地域のニーズを把握できる体制づくりが構築されており、属人的な業務に寄らない。
 - ・ コーディネーターを基盤として、各会員診療所との連携につながる等、多職種連携及び地域の在宅医療・介護連携に係るネットワーク構築に寄与。
- (行政との連携)
 - ・ コーディネーターは在宅医療連携推進会議の委員でもあり、相談件数、相談方法、主な事例、他機関との連携状況等を報告。また支援に向けた課題を共有し、豊島区の特性に合わせた多職種連携を検討。
- (啓発活動・教育的役割)
 - ・ 地域医療・介護連携の核となる人材の育成及び場の提供に寄与する他、研修会等を通じ、専門的知見にて住民への効果的な啓発が可能。
- ◆ **MCSの活用による効果**
 - ・ 迅速な情報共有により、利用者や家族の負担軽減につながる他、コーディネーターを含めた多職種間の連携・情報共有の円滑化につながる。



コーディネーターの体制の具体例：横浜市（神奈川県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携

×

① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当

×

市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	3,777,491人
高齢化率※1	65歳以上：24.4% 75歳以上：12.8%
要介護認定率※2	1号被保険者：18.7% 2号被保険者：0.3%
担当部署	横浜市医療局地域医療課
委託先	横浜市医師会
コーディネーターの人数・資格等	43名（常勤・専従12名、常勤・兼務22名、非常勤9名／看護師、保健師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー等）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

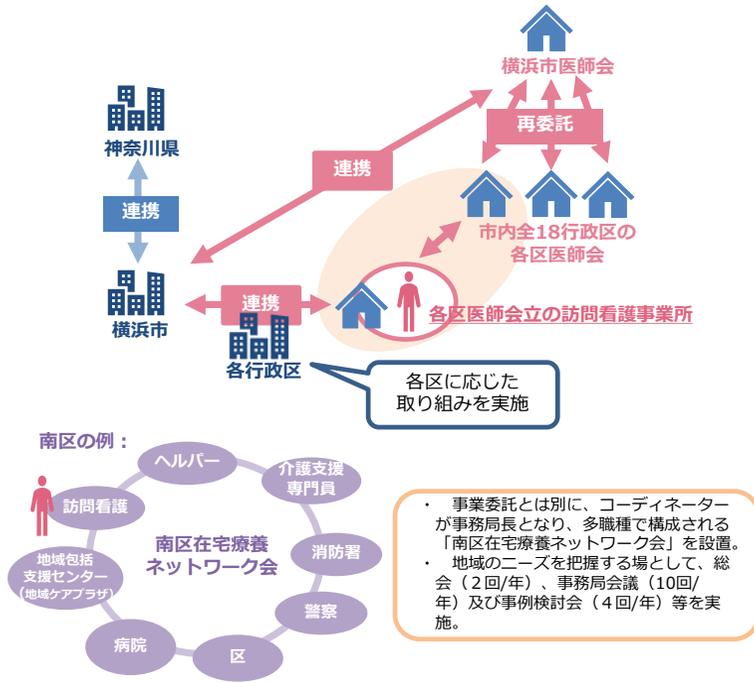
- ◆ 令和4年度まで、横浜市から市内18行政区それぞれに「在宅医療連携拠点事業」を委託。
- ◆ 運営の安定化等に伴い、令和5年度より、横浜市から横浜市医師会へ委託、さらに、横浜市医師会より市内18行政区の各医師会に再委託する形へ移行。
- ◆ 現在、18行政区の各区医師会立の訪問看護事業所に併設し、コーディネーター2名・事務員1名（いずれも兼務）を標準的に配置。

コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ **在宅医療・介護連携推進に資する取り組みの実施**
 - ・ 多職種連携会議の開催（2回/年）。
 - ・ 事例検討会の開催（4回/年）や研修の実施。
 - ・ 市民啓発に係る事項の実施（1回/年）。
 - ・ 多職種からの相談支援、市民からの相談対応。等
- ◆ **地域包括支援センターとの連携**
 - ・ 区域に応じ、地域包括支援センターの担当医を「エリアリーダー」として配置し、困難事例等が生じた際は「エリアリーダー」に相談できる体制を構築。
- ◆ **在宅医療に関わる医師との連携**
 - ・ 在宅医療に関わる医師を中心とした部会に参画し、地域の課題や具体的な相談事項等を定期的に情報共有し、運営会議を開催（11回/年）。

効果

- ◆ **重層的な連携体制構築**
 - ・ 在宅医療・介護の連携推進において、市—各区—市医師会—各区医師会という、重層的な連携体制が構築されている。
 - ・ 各区にコーディネーターを配置することにより、コーディネーター間のネットワーク体制が構築されているとともに、それぞれの特性・実情を踏まえた事業実施が可能。
- ◆ **医師会立の訪問看護事業所の関わりによる効果（南区）**
 - ・ 相談支援等を訪問看護師等が担うことにより、医療・介護双方の視点による支援が可能。
 - ・ 日頃から医師会が行政や地域の医療機関、介護事業所等と連携体制を構築しており、円滑な連携ができる。
 - ・ 在宅や訪問診療に係る医師の関心や理解が深まり、訪問診療を行う医師が増加。
- ◆ **円滑な相談支援体制の構築**
 - ・ 地域包括支援センターとの連携により、スムーズな相談支援事業の実施や、地域ケア会議参加等に係る円滑な調整が可能。



コーディネーターの体制の具体例：新潟市（新潟県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



都道府県の基幹的コーディネーター
市町村の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター

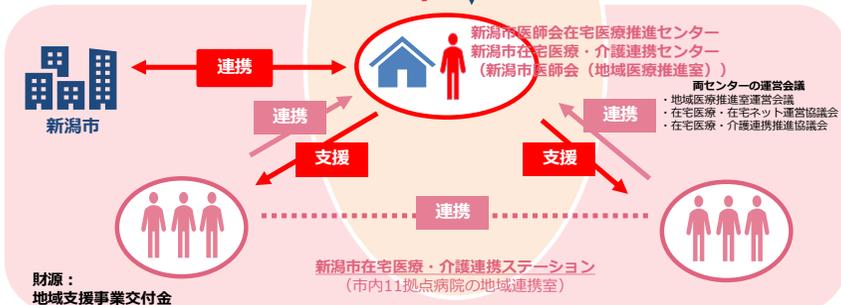
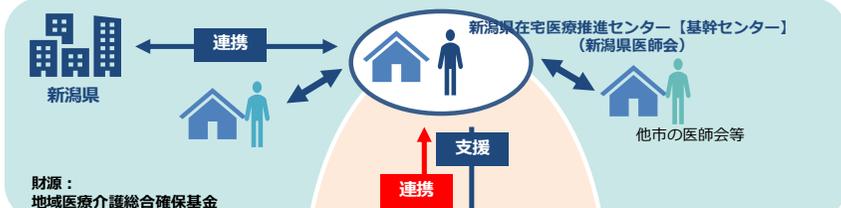
自治体概要

人口※1	789,275人
高齢化率※1	65歳以上:29.3% 75歳以上:14.9%
要介護認定率※2	1号被保険者:19.4% 2号被保険者:0.3%
担当部署	新潟市保健衛生部地域医療推進課
委託先	新潟市医師会地域医療推進室
コーディネーターの人数・資格等	都道府県の基幹的コーディネーター1名（常勤・兼務／看護師） 市町村の基幹的コーディネーター3名（いずれも兼務／保健師・看護師、医療ソーシャルワーカー・社会福祉士、事務職） 市町村の現場的コーディネーター30名（いずれも常勤・兼務／保健師、看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、歯科衛生士、介護福祉士、社会福祉士等）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 在宅医療の推進を目的として、平成28年に新潟県医師会内に地域医療介護総合確保基金により設置・運営される「新潟県医師会在宅医療推進センター【基幹センター】」を設置。合わせて、県内全ての郡市医師会に在宅医療の連携拠点となる「在宅医療推進センター（新潟市は「新潟市医師会在宅医療推進センター」（以下、「推進センター」。））を設置。
- ◆ 市は、在宅医療・介護連携推進事業を新潟市医師会へ委託し「新潟市在宅医療・介護連携センター（以下、「連携センター」。）」を設置。さらに新潟市8区11病院の地域連携室に「在宅医療・介護連携ステーション（以下、「連携ステーション」。）」を設置。
- ◆ 現在、委託の有無に関わらず、市町村と医師会がそれぞれの地域で目指す姿を共有し協働した一体的な取組を実施。



コーディネーターの主な取組内容等

（基幹的コーディネーター：基幹センター）

- ◆ 県下のコーディネーターのネットワーク形成（研修開催等）
 - ・ 県内のコーディネーター対象の研修会開催や情報交換会の開催。
- ◆ 県下のコーディネーターの支援・育成
 - ・ 「在宅医療推進センターコーディネーター活動指針」の策定。
 - ・ 事業計画フォーマットの統一による進捗把握・介入、評価等。

（基幹的コーディネーター：連携センター）

- ◆ 市内コーディネーターのマネジメント
 - ・ 「多職種連携の会」の推進や「新潟医療圏地域連携会議」等、市全体に関わる事業の推進や各種研修会等の開催。
 - ・ 市とともに業務計画書を策定し、連携ステーションへの業務計画遂行を支援。
 - ・ 連携ステーションの相談内容等を取りまとめ、課題抽出及び解決に向けた働きかけ。
- ◆ 市内コーディネーターのネットワーク形成
 - ・ 「在宅医療・介護連携センター/ステーション会議」（年6回程度）の実施。
- ◆ 市内コーディネーターの支援・育成
 - ・ 新任（現任）者研修の実施や、相談対応事例の振り返りを通じた取組の標準化。
 - ・ 「新潟市在宅医療・介護連携推進事業運営マニュアル」のとりまとめと更新。

（現場的コーディネーターの取組：連携ステーション）

- ◆ 地域の実情に応じた活動展開
 - ・ 医療・関係者等への相談支援等の実施及び得られた地域課題等を事業計画へ反映するとともに会議等で共有。
- ◆ 多職種連携の体制構築
 - ・ 区内の多職種連携の会や関係機関、団体等と連携し「顔の見える関係づくり」を支援することにより地域内の連携強化を推進。
- ◆ 多職種の研修体制（各種研修・勉強会の開催）
 - ・ 「多職種連携の会」での研修会開催や、ニーズに応じた各種連携研修会の開催。
- ◆ 市民啓発
 - ・ 「医療と介護の市民講座」や「医療と介護の出前スクール」等の実施。

効果

- ◆ 体系的なコーディネーター体制
 - ・ 県（基幹的）—市（基幹的）—市（現場的）の体系的なコーディネーター体制により、全県的なコーディネーター間のネットワーク化及びノウハウの蓄積に寄与。
 - ・ 統一化されたフォーマットやマニュアル等を全県的に活用することにより、一定の質担保に寄与。
- ◆ 在宅医療・介護連携ステーション配置による効果
 - ・ 病院の地域連携室にコーディネーターを配置することにより、地域の入退院の実情や課題把握を得やすく、「入退院支援」の円滑な連携に寄与。また、兼務でコーディネーター業務を実施しているため、継続的な人材確保や育成も期待される。

コーディネーターの体制の具体例：豊中市（大阪府）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	401,558人
高齢化率※1	65歳以上:26.2% 75歳以上:14.2%
要介護認定率※2	1号被保険者:23.1% 2号被保険者:0.3%
担当部署	福祉部長寿安心課、長寿社会政策課 健康医療部医療支援課
委託先	専門団体：医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会
コーディネーターの人数・資格等	29名（いずれも非常勤・兼務／医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生等）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

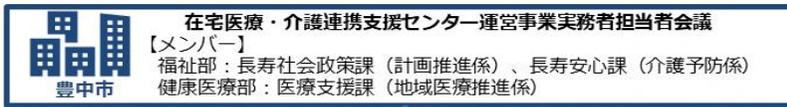
- ◆ 平成18年度頃より、現場の医療・介護関係者と保健所が「密接に連携できる仕組みづくり」が必要と感じ、医療・介護関係者で構成される多職種連携の会「虹ねっと」を構築。
※「虹ねっと」に参画する団体は、医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会・介護事業者連絡会・地域包括支援センター連絡協議会・病院連絡協議会・理学療法士会・市町村（保健所）。
- ◆ 平成26年度には「在宅医療に向けた提言書」を策定。虹ねっとの参画団体の代表者で構成される「虹ねっと連絡会」という会議体を設定。虹ねっと連絡会の下部組織として課題別にワーキンググループ（WG）を設置し、それぞれの課題解決に向けて取り組んだ。
※「虹ねっと連絡会」では、医療・介護連携の仕組みを作り、「虹ねっと」では、その仕組みを広げるという役割を担う。
- ◆ 令和3年度より、虹ねっと連絡会で設置したWGを、「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」として引継ぎ、豊中市から専門団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会）へ委託する現在の体制に移行した。

コーディネーターの主な取組内容等

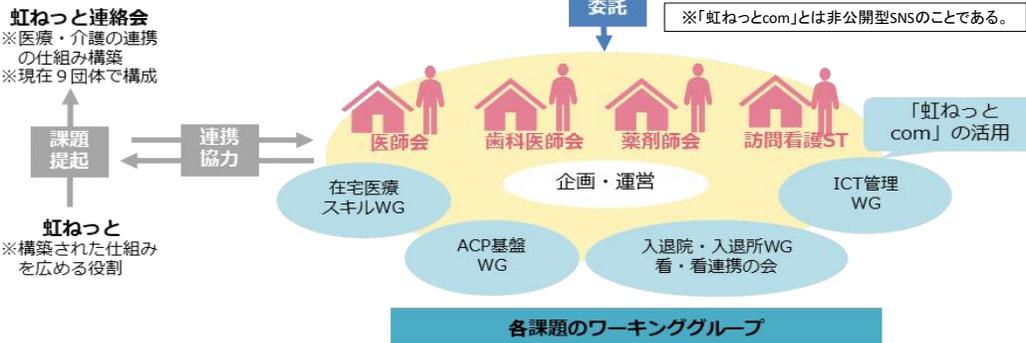
- ◆ 「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」の事業展開
 - ・ 各専門団体にコーディネーターとして地域医療に精通している理事等を7-8名配置。
 - ・ 配置されたコーディネーターは、それぞれの専門性を活かし、WGや事業内容に応じた企画・運営を実施。
例：在宅医療・介護スキル向上に向けた取組（研修会等）について、「リハビリ・栄養」は医師会、「口腔ケア」は歯科医師会、「服薬管理」は薬剤師会が実施。看護職の交流会や意見交換会・勉強会は訪問看護ステーション連絡会が実施。等
- ◆ 行政との連携
 - ・ 豊中市は医療・介護の関連部署で実務担当者が検討する場を設けている。豊中市は委託先の専門団体に配置されたコーディネーター向けに説明会を実施後、各委託内容ごとのWGを立ち上げ取り組んでいる。
 - ・ 行政職員は、オブザーバーという立場で各WGの活動に参加し、情報収集、課題抽出の一助としている。

効果

- ◆ 重層的な多職種連携
 - ・ 多職種の特徴や専門性の発揮により、課題解決に向け円滑な取組が可能。
 - ・ 各専門団体のコーディネーターが、それぞれ中心となって業務を担うことにより、多職種連携の促進やネットワーク構築に寄与。
 - ・ 複数のコーディネーターの配置により、コーディネーター間の役割分担や負担軽減に寄与。
- ◆ 「虹ねっと・虹ねっと連絡会」との連携による効果
 - ・ 虹ねっとの参画団体との協力体制が取りやすい。
 - ・ また、地域の現状や多職種多機関の医療・介護関係者が抱える課題について、共通認識を統一し、課題解決に取り組むことが可能。
- ◆ 行政との効果的な連携
 - ・ 医療・介護の両部署によるマネジメントにより、両側面にてコーディネーター業務の把握及びマネジメントがなされ、質の担保が図られている。
 - ・ 虹ねっと・虹ねっと連絡会と在宅医療・介護連携支援センター運営事業を繋ぐ役割を行政が担うことにより、虹ねっとの取組みによって得られた課題提起及び情報を、在宅医療・介護連携支援センター運営事業へ反映することが可能。
 - ・ 各専門団体において地域医療に精通している理事等がコーディネーターの役割を担うことで、市からの在宅医療等に関する情報を各専門団体へ効果的に周知できる。



※「虹ねっとcom」とは非公開型SNSのことである。



コーディネーターの体制の具体例：飯塚市・嘉麻市・桂川町（福岡県）

①関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



②複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



都道府県の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター
市町村の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター

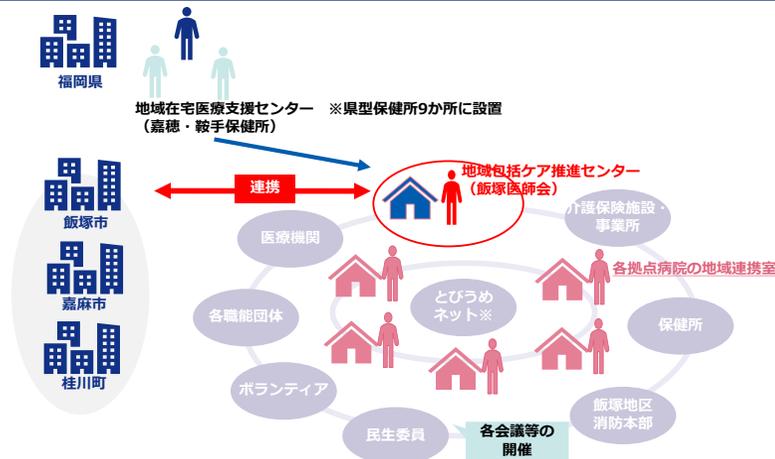
自治体概要

	飯塚市	嘉麻市	桂川町
人口※1	126,364人	35,473人	12,878人
高齢化率※1	65歳以上:31.4% 75歳以上:15.6%	65歳以上:40.4% 75歳以上:20.4%	65歳以上:35.1% 75歳以上:16.0%
要介護認定率※2	1号被保険者:22.2% 2号被保険者:0.2%	1号被保険者:21.2% 2号被保険者:0.4%	※広域連合のため不明
担当部署	飯塚市高齢介護課	嘉麻市高齢者介護課	桂川町健康福祉課
委託先	飯塚医師会地域包括ケア推進センター		
コーディネーターの人数・資格等	都道府県の基幹的コーディネーター1名(常勤・兼務/事務職) 都道府県の現場的コーディネーター9名(いずれも非常勤/保健師、看護師) 市町村の基幹的コーディネーター1名(非常勤/医療ソーシャルワーカー・社会福祉士) 市町村の現場的コーディネーター8名(いずれも常勤・兼務/医療ソーシャルワーカー・社会福祉士)		

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 飯塚医療圏では医療・介護事業者同士の連携が乏しく、顔の見える関係の深化・多職種連携、医療・介護の連携強化及び推進体制づくりを地域課題としていたことから、飯塚医師会と2市1町が協働してシステム構築を目指した。
- ◆ 平成28年より、5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会を発足。日常生活圏域毎に、住民目線の地域完結型医療・介護提供体制を構築することを目的とし、2市1町が各医療・介護連携拠点病院のもと、5つのブロックに分かれて各地域の医療・介護連携を推進（現在7つの拠点病院配置）。
- ◆ 飯塚医師会に配置されたコーディネーターを中心に、各連携拠点病院にもコーディネーターを配置。



コーディネーターの主な取組内容等

(基幹的コーディネーターの役割：福岡県)

- ◆ 管内市町村の広域的支援

(基幹的コーディネーターの役割：地域包括ケア推進センター)

- ◆ 飯塚地域在宅医療・介護連携推進会議の開催（年2回）、各WGの開催
 - ・ 教育研修・住民啓発WG（1回/月）。
 - ・ 社会資源広報・成果指標WG（1回/月）。
 - ・ 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会WG（2回/年）。

◆ 現場的コーディネーターの支援

- ・ 継続した事業推進が図られるよう、業務マニュアルの作成。
- ・ あるべき姿の実現に向け、コーディネーターに求められる能力を段階的に設定した「地域包括ケア推進コーディネーター コンピテンシー目標」を作成中。
- ・ 各ブロックに配置されているコーディネーターの支援を実施するとともに、圏域全体に係る事業推進の中心として機能。

(現場的コーディネーターの役割)

- ◆ 各ブロックの実情に応じた取組の実施
 - ・ 地域資源の把握・課題分析、地域課題に向け各ブロック毎に事業計画及び評価を策定。
- ◆ 基幹的コーディネーターとの連携
 - ・ 各事業の情報共有、会議・WG等への参画。

効果

◆ブロック毎のコーディネーター配置による効果

- ・ 地域内の医療・介護関係者で協議を行うことにより、ブロック毎に抱えている課題の抽出が可能。また、各ブロック毎に取組や評価等を数値化することにより、事業の達成状況を視覚的に把握できる他、多角的な視点での検討が可能。
- ・ コーディネーターの連携調整により、専門職のみならず、住民等多様な関係者・機関との多職種連携が促進され、ネットワークづくりの進展、事業の推進体制に寄与。
- ・ WG参加者に別の協議会・WGで講師としての役割を担ってもらう等、コーディネーターを通じてWGで地域の人材育成を進め、協議体企画側の底上げにも寄与。

◆ コーディネーターと医師会との連携

- ・ コーディネーターを通じて、多職種連携の場に医師を巻き込むことや、治療領域以外の知見を提供することにつながり、よりよい医療提供体制に寄与。
- ・ 各連携拠点病院においても、地域連携室を通じて地域住民の生活に密着した関わりが増加。

◆ コーディネーター間の連携

- ・ 基幹的コーディネーターを基盤として、コーディネーター同士の情報共有や取組を通じたネットワーク体制が構築されている。
- ・ コンピテンシーを掲げることにより、質の担保や継続性に寄与。

コーディネーターの体制の具体例：坂戸市・鶴ヶ島市（埼玉県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

	坂戸市	鶴ヶ島市
人口※1	100,275人	70,117人
高齢化率※1	65歳以上:29.4% 75歳以上:14.4%	65歳以上:28.9% 75歳以上:13.5%
要介護認定率※2	1号被保険者：14.0% 2号被保険者：0.3%	1号被保険者：12.8% 2号被保険者：0.4%
担当部署	坂戸市高齢者福祉課	鶴ヶ島市健康長寿課
委託先	坂戸鶴ヶ島医師会 在宅医療相談室	
コーディネーターの人数・資格等	3名（常勤・専従1名、常勤・兼務1名、非常勤1名／看護師、社会福祉士）	

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 平成27年頃より、県は県内30ある都市医師会ごとに「在宅医療連携拠点」を設置し、ケアマネージャー資格をもつ看護師など、医療や福祉に精通した専門職を配置（30都市医師会33か所）。
- ◆ 坂戸市と鶴ヶ島市は医師会（及び歯科医師会、薬剤師会）の圏域がまたがっていることから、従前より医師会の働きかけを通じて2市で協働した取組を実施していた経緯あり。在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられた際、上記拠点の運営についても2市協働での委託事業に移行し、現在の体制が整備された。

コーディネーターの主な取組内容等

◆ 3者共同の事務局機能

- ・ 地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所等の多職種・多機関による関係団体を構成員とした「坂戸市・鶴ヶ島市地域包括ケアシステム推進協議会」にて、地域の実情に応じた検討を実施。
- ・ なお、上記協議会は下記を特色とする。
 - ・ 2つの自治体と1つの医師会による協働、3者事務局による協働した運営。
 - ・ オブザーバー参加できる開かれた会議。
 - ・ 現場の最前で働く専門職等の参画。
 - ・ 専門職による出前講座の実施主体。
 - ・ 他地域支援事業と連動した取組も実施。

◆ 両市の担当者との緊密な連携

- ・ 坂戸市・鶴ヶ島市の担当職員とコーディネーターにて定期的に打ち合わせを行い、常に両市と連携して課題解決を図る体制を構築。
- ・ 上記の協議会には、両市より高齢福祉主管課、保健主管課、国民健康保険主管課、市民協働推進主管課が参画し、部局を横断した連携体制を構築。

◆ コーディネーターを支援する県の取組

- ・ 30都市医師会33か所のコーディネーターに対する研修実施（2回/年）。

効果

◆ 2市を支援対象とする効果

- ・ 2市で委託事業者・医療圏が重なるため、ノウハウや知見の共有により足並みを揃えた効果的な事業推進が可能。

◆ 協議会活用による効果

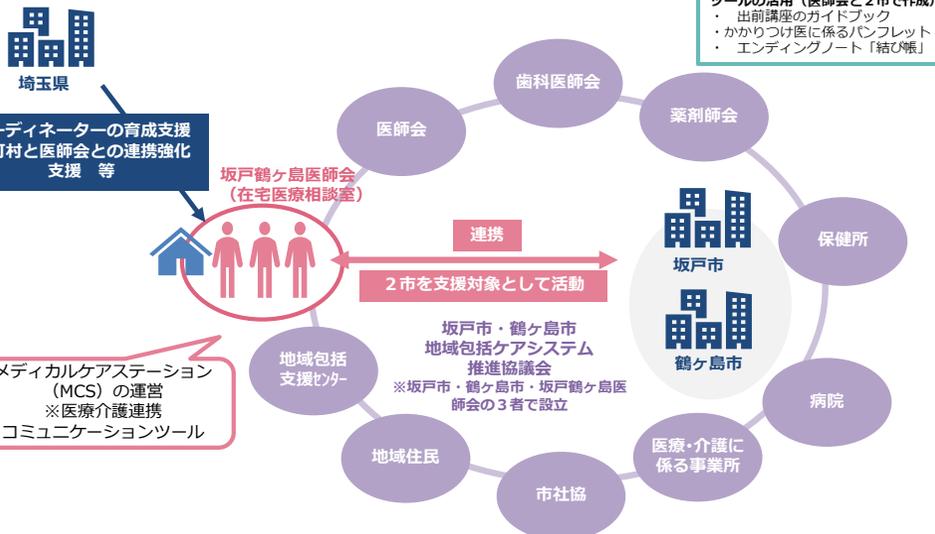
- ・ コーディネーターの参画により、所属や職種を超えた、各関係機関や専門職の効果的な理解促進を担うことに寄与。また、介護部署を主とする両市と医療とを仲介する役割も実施。
- ・ コーディネーターを中心に多職種が協働することにより、多角的な視点にて、優先順位を踏まえた上で地域の課題に応じた検討が可能。

◆ 医師会委託による効果

- ・ ACPの普及、在宅緩和ケア推進等、医療的側面に係る効果的な連携が可能。
- ・ 医療的側面以外についても、コーディネーターを通じて事業を通じて医師会へのアプローチが可能となり、生活支援等への理解促進に寄与。
- ・ 医師の地域共生社会構築の理解が促進。

◆ 県による支援の効果

- ・ 全県的な支援により、統一的な質が確保されるとともに、コーディネーター間のネットワーク構築にも寄与。



コーディネーターの体制の具体例：釜石市（岩手県）

②自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携



①一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

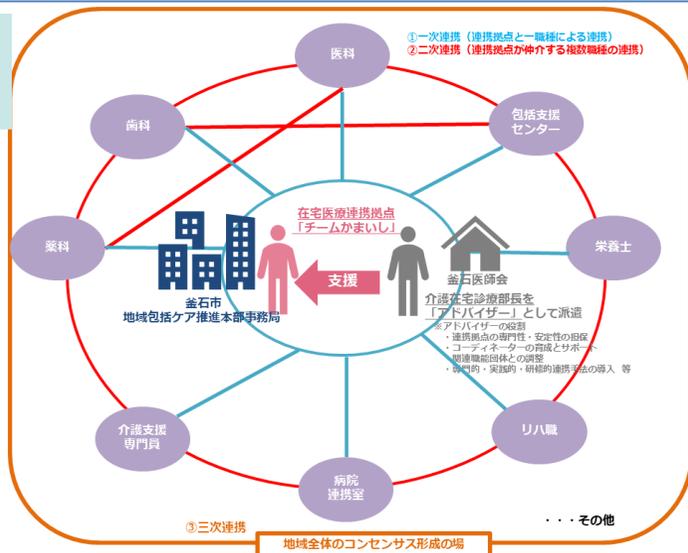
人口※1	32,078人
高齢化率※1	65歳以上:39.8% 75歳以上:22.4%
要介護認定率※2	1号被保険者:20.1% 2号被保険者:0.4%
担当部署	地域包括ケア推進本部事務局
委託先	-
コーディネーターの人数・資格等	3人(常勤・兼務2人、非常勤・専従1人/事務職)

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合） ※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 平成19年に県立釜石病院に釜石市民病院を統合したことにより、県立釜石病院の医療機能の確保、負担軽減を目的に、行政・医師会・市内の関係機関等の多職種・多機関の役割分担の明確化と連携体制の構築が推進。
- ◆ 厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機に、平成24年に釜石医師会との連携により、地域包括ケアシステム構築全体への連続性と整合性を図る観点にて釜石市保健福祉部内に「チームかまいし」を設置。
- ◆ モデル事業終了後、在宅医療・介護連携推進事業が制度化された後も体制を継続し、アドバイザーとして医師が派遣されている他、事業の担当者が連携コーディネーターとなり取組を推進。

狭義のチームかまいし
在宅医療連携拠点「チームかまいし」
広義のチームかまいし
連携拠点と志を同じくする
医療・介護関係多職種



コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ **階層別の連携コーディネート（連携の課題解決支援）**
 - ・ 医師会から派遣されたアドバイザー（医師）を交えた「チームかまいし定例会」の開催（月1～2回）。
 - ・ 一次連携：コーディネーターと一職種（または組織）にて、課題共有、課題解決策検討、事業の打ち合わせ、及び顔の見える関係づくりを実施。
 - ・ 二次連携：コーディネーターが仲介する複数職種の連携のフレームづくり。連携の課題解決策の実施または実施の支援（研修会、情報交換会、共同発表、同行訪問、視察対応等の協働実施）。
 - ・ 三次連携：多職種が一堂に会する機会として、各職能団体や関係機関の代表等が参画する会議の開催や、多職種を対象とした研修会議を開催し、地域全体の連携推進に関するコンセンサスや取組等を共有。
- ◆ **コーディネーターに関するマニュアルの作成**
 - ・ 他自治体への展開として、在宅医療・介護連携推進事業の自治体担当者及びコーディネーター向けに、「チームかまいしの連携手法」を作成、市HPで公開。
- ◆ **地域連携だよりの発行**
 - ・ 相互理解を目的とした医療や介護の専門職向け情報誌として、「情報誌版顔の見える会議」をコンセプトに地域連携だよりの「Face to Face」を発行。
 - ・ 紙媒体にて圏域の関係機関に送付している他、釜石市HPへも掲載。

効果

- ◆ **ケアの担い手となる連携当事者の主体的な取組を促進**
 - ・ 患者や利用者のQOLの向上に向けて、コーディネーターの役割を「ケアの担い手となる各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えること」、「職種内の温度差解消のお手伝い」と位置づけて、一次連携～三次連携の場を活用して連携当事者の課題解決支援に取り組んだ結果、職能団体の主体的な取組が促進されたほか、主体的に多職種連携推進に取り組む新たな資源が創出。
- ◆ **医師会との連携体制**
 - ・ アドバイザー（医師）と連携することにより、コーディネーター（行政）と医師会の双方が得意分野を補完し合う、効果的な事業推進が可能。
- ◆ **先進自治体としての発信**
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業の先進事例として多くの研修会や視察を受けている他、マニュアルを作成し広く公開する等、他自治体のコーディネーター支援・育成にも寄与。
- ◆ **庁内連携の推進**
 - ・ 釜石版地域包括ケアシステムの構築のため、部局横断的に企画の調整し、具体的な取組の推進を図る部署として平成26年に設置された釜石市地域包括ケア推進本部の取組の方向性等に影響を与えた。平成31年(令和元年)からは、本部事務局が事業を所管。

コーディネーターの体制の具体例：豊明市・東郷町（愛知県）

③大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携



②複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

	豊明市	東郷町
人口※1	69,295人	43,903人
高齢化率※1	65歳以上:26.2% 75歳以上:13.7%	65歳以上:23.2% 75歳以上:11.8%
要介護認定率※2	1号被保険者:15.3% 2号被保険者:0.3%	1号被保険者:15.0% 2号被保険者:0.3%
担当部署	豊明市長寿課	東郷町高齢者支援課
委託先	学校法人藤田学園 藤田医科大学（配置先は豊明東郷医療介護サポートセンター「かけはし」）	
コーディネーターの人数・資格等	2名（いずれも常勤・専従／社会福祉士、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカーの実務経験） ※状況に応じて他の地域医療室のコーディネーターも参加	

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合） ※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

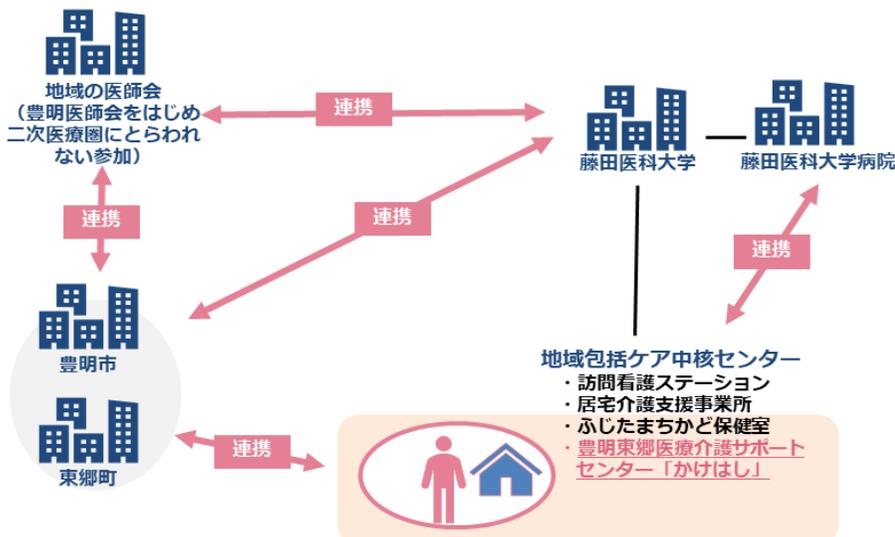
- ◆ 藤田医科大学にて「藤田医科大学地域包括ケア中核センター※」を設立。
※地域の人材育成を主とした「大学」に所属する部署。大学病院とは人事交流等、連携協力関係にある。
- ◆ 行政（豊明市・東郷町）と大学（藤田医科大学）による包括協定を締結。医師会（東名古屋医師会）の協力を得て、全国初となる学校法人による運営として、研究機能も有する「豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし」を設置。

コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ **退院サポート事業（豊明市）**
 - ・ 入院中に新規で要介護（要支援）認定申請した者に対し、申請者・家族へ初回電話訪問及び退院後のモニタリングを実施。在宅医療や介護保険・介護予防・日常生活支援総合事業に関する説明を補足。入院先の医療ソーシャルワーカーと、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携して、在宅復帰を側面的に支援。
- ◆ **職能団体の立ち上げ・連携（豊明市）**
 - ・ これまで事業所外の連携が少なかった看護師、リハビリ職、社会福祉士等が地域組織を設立（看護連絡協議会、リハビリテーション連絡協議会、介護支援専門員連絡協議会、ソーシャルワーカー連絡協議会、栄養士連絡協議会）。
 - ・ 三師会及び上記の各職能団体、行政が「豊明市地域包括ケア連絡協議会」にて連携。
- ◆ **多職種連携ネットワークの構築**
 - ・ 「同職種会合同研修会」、「多職種人材育成研修会」、「かけはし一歩塾」等にて各連絡協議会の活動報告や合同研修会を実施する他、地域活動を支援。
- ◆ **在宅医療・介護に関わる人材育成や調査研究**
 - ・ 非常勤コーディネーターの多くは大学教員との兼務であり、学生教育と一体的な取組を実施。
 - ・ 多職種人材育成に係る研修、ケース分析研究等の実施。
- ◆ **高齢者以外の取組**
 - ・ 高齢者以外に医療的ケア児・重症心身障がい児も、訪問診療や訪問看護を利用。医療介護の専門職や行政、教育関係者等と医療的ケア児や重症心身障がい児とその家族との情報交換会（「かけはなしキッズ」）を開催して、実際の生活や小児在宅医療のニーズ、取り巻く地域課題を共有。

効果

- ◆ **大学運営による効果**
 - ・ 公益性の高い事業実施展開が可能。
 - ・ 大学病院の退院調整を担う医療連携福祉相談部と、地域の医療・介護関係機関等や専門職との緊密な連携により、地域住民のニーズに応じたタイムリーかつシームレスな対応が可能。
 - ・ 地域の医療・介護職、地域住民の教育、活動支援に寄与。また、特に将来の在宅医療・介護連携の現場を担う教職員や学生に対する人材育成や実践の場としても大きく寄与。



「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携

- 医療計画に定められた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」では、在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施する。対象は高齢者に限らない。
- 地域支援事業（介護保険法）に定められた「在宅医療・介護連携推進事業」では、地域の実情に応じ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のための取組を実施する。対象は主に高齢者である。
- いずれにおいても日常の療養支援、入院・退院支援、急変時の対応、看取りの機能が求められる。
- 地域医療介護総合確保基金及び地域支援事業交付金については、併用も含めた活用が可能。

日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療(在宅医療を含む)・介護の提供の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援
- 認知症ケアパスを活用した支援

入院・退院支援

- 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援の実施
- 一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保
- 患者の急変時における救急との情報共有

看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- 人生の最終段階における意思決定支援

地域医療介護総合確保基金

在宅医療の対象は
高齢者に限らない

主に高齢者が対象

地域支援事業交付金

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 上記4つの機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催
 - ・ 在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出、対応策の検討
 - ・ 地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等との連携も含め、包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整、連携体制構築 等

【設置主体】市町村、保健所、地域医師会等関係団体、病院、診療所、訪問看護事業所 等

在宅医療・介護連携推進事業

- 上記4つの機能に加えて、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面に在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図る。

【実施主体】市町村

※ 「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とが同一となることも可能

3. 在宅医療・介護連携推進事業及び
在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見

在宅医療・介護連携推進事業及び
在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見

令和6年3月31日

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会

〈目次〉

I. 背景	3
1. 総論	3
2. 「在宅医療・介護連携推進事業」に係る基本的な考え方	4
3. 医療・介護連携に係る近年の方策	5
II. 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討	9
1. コーディネーターに係る定義や役割等	10
1-1. 定義等	10
1-2. 都道府県内における自治体間の連携	13
1-3. コーディネーターの量と質の充実	15
2. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携	17
3. 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体	20
III. 在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進にむけて	22
1. 検討を要する事項	22
2. 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査	25
3. 在宅医療・介護連携推進事業に係る研修	25
4. 都道府県等における市町村支援	25
IV. 終わりに	27

(令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会 構成員名簿)

氏名	役職
今村 英仁	公益社団法人 日本医師会 常任理事
内田 由紀子	愛知県東浦町健康福祉部 ふくし課長
角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
○ 川越 雅弘	公立大学法人 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授
齋藤 訓子	学校法人関東学院大学看護学部 高齢者・在宅看護学 教授
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
寺田 尚弘	一般社団法人 釜石医師会 理事
服部 美加	一般社団法人 新潟県医師会 新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター
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

(○は委員長 五十音順、敬称略)

(令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会 開催日時と検討事項)

第1回検討委員会 令和5年7月11日(火) (18:00~20:00)

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「コーディネーター」について
4. その他

第2回検討委員会 令和5年8月2日(水) (10:00~12:00)

1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「コーディネーター」について
4. その他

第3回検討委員会 令和5年12月7日(木) (10:00~12:00)

1. 都道府県・市町村連携支援について(御報告)
2. 都道府県・市町村担当者等研修会議について(御報告)
3. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「コーディネーター」について
4. その他

第4回検討委員会 令和6年2月27日(火) 10:00~12:00

1. 報告書の方向性について
2. 次年度の在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. その他

I. 背景

1. 総論

(人口・世帯構成の変化) (参考資料 P 2～10)

- 団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年、更にはその先の 2040 年にかけて、85 歳以上の人口が急増するとともに、高齢単独世帯や夫婦のみ世帯が増加することが見込まれている。85 歳以上高齢者の増加に伴い、要介護度が中重度の人、医療・介護双方のニーズを有する人、認知症が疑われる人および認知症の人が大幅に増加し、また、様々な生活支援や住まいに対する支援を要する人や世帯も増加することが見込まれている。
- 2040 年に向けて、全国的に生産年齢人口の急激な減少が生じるが、同傾向は、現役世代が流出する地方でより顕著となる。増大する介護ニーズを限りある資源で支えていくためには、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要であり、医療・介護の質を維持・向上させながら、今より少ない職員でも医療・介護を提供できるようなサービス・支援体制の在り方に変えていくことが必要となる。
- これら人口構造の変化は全国一律ではない。都市部では 75 歳以上人口が急増する一方で、既に高齢化が進んだ地方ではその伸びが緩やか、あるいは減少していくなど、地域の置かれている状況や課題は全く異なる。そのため、今まで以上に、地域の特性に応じた対応を、住民を含めた関係者で議論していくことが重要となる。

(地域包括ケアの深化の必要性) (参考資料 P11～20)

- 介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けたいということは、国民の共通の願いである。その願いを実現させるためには、介護や介護予防、医療はもとより、住まい、生活支援、そして社会参加・役割づくりまでもが包括的に確保される地域を、各地域の実情に応じて構築し、維持し続けていくことが必要であり、「地域包括ケアシステム」を更に深化させていかなければならない。

(地域包括ケアシステムと地域共生社会) (参考資料 P11～20)

- 「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。
- また、地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、

生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会をいう。)の実現に向けた中核的な基盤となり得るものである。

- 包括的支援を必要とするのは高齢者だけではない。子ども・子育て家庭、障害者、生活困窮者も包括的な支援を必要としている。本稿では、高齢者向け地域包括ケアシステムの構築・深化について主に議論するが、全世代を対象とした地域包括ケアシステムへと深化していくことを念頭に置いておく必要がある。

2. 「在宅医療・介護連携推進事業」に係る基本的な考え方

(医療・介護連携) (参考資料 P21~26)

- 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、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と想定される。したがって、相互の顔の見える関係を土台とした上で、医療と介護の関係者間、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・介護の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下、市町村が中心となって、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。

(在宅医療・介護連携推進事業) (参考資料 P27~36)

- 在宅医療と介護を一体的に提供するため、平成23・24年度に、厚生労働省在宅医療連携拠点事業委託費を活用した在宅医療連携拠点事業を実施、同事業で設置された105ヶ所が地域拠点となり、医療と介護の連携促進を図る取組が進められてきた。さらに、同事業で得られた知見を参考に、地域医療再生臨時特例交付金を活用した在宅医療連携推進事業(平成25年度~平成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の構築に取り組んできた。
- これらの成果を踏まえ、平成26年度介護保険法改正により、市町村が実施主体である

地域支援事業のなかの包括的支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、翌年4月から一部市町村で、平成30年4月から全市町村で同事業が開始された。さらに、これら市町村の取組を支援するため、平成29年介護保険法改正（地域包括ケア強化法）により、都道府県による市町村支援が明記された。

- こうした経過を経て、同事業はスタートしたものの、8つの事業項目を行うこと自体が目的化している、事業マネジメントの考え方に対する理解が不足しているなどが問題点として指摘されてきた。そこで、令和2年度介護保険法改正において、取組内容の充実を図りつつ、PDCA サイクルに沿った継続的な取組がなされるよう省令改正が行われるとともに、事業を実施する上で期待される役割や留意すべき事項等を具体的に示した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き（Ver.3）」（厚生労働省老健局老人保健課令和2年9月）（以下「手引き」という。）が公開された。
- 現在に至るまで、各市町村では、市町村が主体となり、都道府県（保健所等）や医師会を始めとする関連団体等と協働しながら、在宅医療・介護連携推進事業への取り組みが進んでいる。

3. 医療・介護連携に係る近年の方策

（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））

（参考資料 P37～45）

- 「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条に基づき、「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）」が定められているが、医療介護総合確保促進会議の議論を踏まえ、令和5年3月に同法の改正が行われた。
- 改正された総合確保方針では、基本的な方向性として、①「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築、②サービス提供人材の確保と働き方改革、③限りある資源の効率的かつ効果的な活用、④デジタル化・データヘルスの推進、⑤地域共生社会の実現の5つが示されている。
- さらに、総合確保方針の別添として、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」がとりまとめられ、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならないことが明記された。
 - ① 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
 - ② 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確

保され、さらにそれを自ら選ぶことができること

- ③ 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けることができること

（第9期介護保険事業計画の策定に向けた取組）（参考資料 P46～48）

- 市町村及び都道府県は、保険給付を円滑に実施するため、3年を1期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。
- 国においては、介護保険法第116条第1項に基づき総合確保方針（「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」に規定する総合確保方針をいう。以下同じ。）に即して、国が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指針を定めることとしており、令和6年から開始する第9期介護保険事業計画期間に向けて、社会保障審議会介護保険部会等において議論が行われてきた。
- また、令和6年1月19日付告示にて、主な改正内容として、中長期的な目標、介護サービス基盤の計画的な整備、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組、地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性状況等が盛り込まれた「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」（令和6年厚生労働省告示第18号）（以下「基本指針」という。）が示された。
- なお、基本指針においては、在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備として、「市町村は、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対応等の様々な局面において、地域における在宅医療及び介護の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。）を推進するための体制の整備を図ることが重要である。」等が示されている。

（第8次医療計画の策定に向けた取組）（参考資料 P49～61）

- 都道府県は、当該都道府県における良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制（以下「医療提供体制」という。）の確保を図るため、6年を1期とする医療計画を策定している。
- 国においては、医療法第30条の3に基づき、総合確保方針に則して、国が医療提供体制の確保を図るための基本的な方針を定めることとしており、令和3年6月より「第8次医療計画等に関する検討会」において、議論が行われてきた。
- 具体的には、令和6年度から、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）による改正後の医療法（昭和23年法律第205号）に、新たに医療計画において定める6事業目として追加される新興感染症発生・まん延時における医療を含め、第8次医療計画（2024

(令和 6) 年度～2029 (令和 11) 年度) の策定に向けた検討が開始された。また、当該検討会でとりまとめられた「第 8 次医療計画等に関する意見のとりまとめ (令和 4 年 12 月 28 日第 8 次医療計画等に関する検討会)」を踏まえ、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和 5 年 3 月 31 日医政局地域医療計画課長通知 (令和 5 年 6 月 29 日一部改正)) が示された。

(在宅医療の推進) (参考資料 P49～61)

- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和 5 年 3 月 31 日医政局地域医療計画課長通知 (令和 5 年 6 月 29 日一部改正)) 別紙にて「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」が示されている。
- そのうち「在宅医療の体制構築に係る指針」においては、第 8 次医療計画において、適切な在宅医療の圏域を設定し、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置づけ、在宅医療における各職種の間を明確化するなど、今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進めることとされている。

(かかりつけ医機能が発揮される制度整備) (参考資料 P62～72)

- 「新経済・財政再生計画改革工程表 2021」において、かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について検討を進めることとされたことを受け、全世代型社会保障構築会議等において、かかりつけ医機能が発揮される制度整備に関する議論が行われた。また、「医療提供体制の改革に関する意見」(令和 4 年 12 月 28 日社会保障審議会医療部会)を踏まえ、かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映することを内容として、第 211 回通常国会にて「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律 (令和 5 年法律第 31 号)」が成立した。
- かかりつけ医機能報告制度には、2号機能として、①時間外診療、②入退院支援、③居宅医療、④医療介護連携、⑤その他、として報告項目が設定されている。これらは基本指針及び「在宅医療と介護連携イメージ (在宅医療の 4 場面別にみた連携の推進)」等で示されている 4 つの場面と関連するものである。かかりつけ医機能報告制度は令和 7 年 4 月施行であるが、令和 6 年夏頃を目途に、実施に向けての検討がなされる予定であるが、在宅医療・介護連携推進事業においては、こうした検討状況も踏まえながら、連携を進めていくことが重要であるとされている。

（共生社会の実現を推進するための認知症基本法）（参考資料 P73～75）

- 令和5年6月、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とした「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（令和6年1月1日施行）が成立した。同法では、基本理念のなかで、全ての認知症の人が基本的人権を享受する（生まれながらに持つ）個人として、自らの意思によって日常生活と社会生活を営むことができるようにするとしたほか、認知症の人の意思表示や社会参画の機会の確保、家族らへの支援も記されている。

（医療・介護連携に係る報酬上の評価）（参考資料 P76～91）

- 累次の改定では、医療と介護の連携について、以下のような視点で様々な評価を行っている。また、双方間の情報提供にあたっては、必要な様式等を定めているものもある。
 - ① 入退院等により患者・利用者の療養場所が移ることに伴う情報提供・連携に係る評価
 - ② 在宅療養中の者を支える医療機関と介護保険の居宅サービス等との連携に係る評価
 - ③ 関係者・関係機関間の日頃からの顔の見える連携体制構築に係る評価
- 令和6年度介護報酬改定においても、基本的な視点の一つに「（1）地域ケアシステムの深化・推進」があげられ、「医療と介護の連携の推進」として、在宅における医療ニーズへの対応強化、高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、在宅における医療・介護の連携強化、高齢者施設等と医療機関の連携強化の観点から、必要な見直しが行われた。

II. 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討

(参考資料 P92~103)

- 国においては、市町村が地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組の推進・充実を図ることを目標として、平成28年度より「在宅医療・介護連携推進支援事業」を実施している。
- 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会の位置づけや検討事項は年度により様々であるが、いずれにおいても在宅医療・介護連携推進事業の検証及び充実の検討、都道府県・市町村への連携支援に係る事項等を基盤に検討が進められている。
- 本年度は、**I. 背景**にて記載した事項等を踏まえ、有識者、医師会をはじめとする関係団体、自治体で在宅医療・介護連携推進事業を担当する者等により構成した検討委員会を設置し、在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業（以下「在宅医療・介護連携推進（支援）事業」という。）をより推進するため、
 - ・ 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査
 - ・ 都道府県・市町村担当者等研修会議
 - ・ 都道府県・市町村連携支援に係る事項について議論を行い、各事項の充実及び拡大を図ってきた。
- なお、令和5年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査（（以下「令和5年度実態調査」という。）において、全市町村のうち、以下の各取組に「取り組んでいる」と回答したのは、「入退院支援」で82.2%、「日常の療養支援」で73.1%、「急変時の対応」で54.8%、「看取り」で69.0%、「認知症に係る対応」で63.8%、「感染症に係る対応」で30.6%、「災害に係る対応」で28.9%であったと報告されている。
- さらに、本年度は新たに、
 - ① 在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）
 - ② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携に関する議論を行ってきた。当該事項については、次項でそれぞれ（1）令和5年度実態調査より把握された事項、（2）提言、として整理する。

（※ 令和5年度実態調査では「コーディネーター」を「地域の在宅医療・介護連携推進を支援する人材」等と定義した。また、「コーディネーター」という名称を使用していなくとも、相談室を設置し人員を配置（相談業務の委託を含む）している場合においても回答を依頼した。）

- なお、検討においては、これまでの在宅医療・介護連携推進事業に関する法制度や厚生労働科学研究、老人保健健康増進等事業等による調査研究の結果等も踏まえるとともに、厚生労働省関係者及び厚生労働科学研究班及び関係団体等をオブザーバーとして、より多角的な視点にて検討を進めた。各実施内容の詳細については、「在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見書（参考資料）」及び「令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業 報告書」を参照されたい。

1. コーディネーターに係る定義や役割等

- 「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）において、在宅医療・介護連携の推進に向け、「都道府県や市町村における医療や介護・健康づくり部門の庁内連携、総合的に進める人材の育成・配置」などを進めていく必要があると指摘されている。
- 令和4年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査においては、「在宅医療・介護連携推進事業を総合的に進めることができるような人材の確保・育成を意識して事業を実施しているか」との問いに対し、「実施したいと考えているが難しい」（57.8%）が最も多く、次いで「実施の予定はない」（37.0%）であった。
- なお、「実施したいと考えているが難しい」理由として、自治体の担当者は数年毎に異動を伴うため、「総合的に進めることができるような人材」の育成が困難である可能性が高いことが示唆された。
- 一方、これまでのヒアリング等を通じて、在宅医療・介護連携推進事業に係る取組において、相談窓口等に「コーディネーター」と呼ばれる者の配置により、市町村担当者や地域の医療・介護に係る関係団体や専門職等と連携し、当該事業の推進に寄与しているという実態があることも把握されていたものの、「コーディネーター」に係る数量的な実態把握はこれまで行われていなかったことから、本検討委員会において整理を行った。

1-1. 定義等（参考資料 P104～106）

（1）令和5年度実態調査より把握された事項

- 令和5年度実態調査より、
 - ・ コーディネーターのうち、都道府県単位で配置されている在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター（以下「都道府県コーディネーター」という。）は全都道府県のうち約2割、市町村に配置されている在宅医療・介護連携推進事業コーディネ

ーター（以下「市町村コーディネーター」という。）は全市町村のうち約6割に配置されていた。

- ・ 取組項目や実施割合に差が見られる項目もあるが、都道府県コーディネーター・市町村コーディネーターともに多くの業務内容を実施していた。特に、都道府県コーディネーターは「在宅医療・介護連携に係る実態把握や課題の抽出」、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」、「課題解決に係る事業の企画立案や運営支援」、「自治体職員との連携」を実施している割合が高く、市町村コーディネーターは「医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援」、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」、「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」を実施している割合が高い。
 - ・ 都道府県コーディネーター・市町村コーディネーターともに、勤務状況、勤務時間、実施形態、経年年数は様々である。
 - ・ 都道府県コーディネーター・市町村コーディネーターともに、有している資格等については「保健師」、「看護師」に占める割合が高い。また、「介護支援専門員」、「社会福祉士」、「理学療法士」、「精神保健福祉士」の他、「事務職（資格なし）」も一定数存在した。
- 以上の調査から、市町村コーディネーターの配置は、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」および「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」の取組の実施に有効である可能性が示唆された。

（2）提言

- コーディネーターに期待される定義等を下記に整理した。なお、コーディネーターの有効性等については、今後も引き続き実態調査及び検討を行う必要がある。

（コーディネーターの定義）

- 自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的とし、実施主体である市町村と連携して在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に多機関に所属する多職種の連携推進や人材育成）を果たす者を「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）」とする。
- ※ 連携の対象として、例えば「医療機関と介護事業者」、「事業に関わる関係団体と市町村」、「事業に関わる医療及び介護専門職と市町村」等が挙げられる。また、その質を高めることもコーディネート機能の一部である。

(コーディネーターに期待される役割)

- 自治体における関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、コーディネート業務を実施することにより、在宅医療・介護連携推進事業の体制整備に向けた取組を推進することが期待される。

(コーディネーターの配置方針)

- 自治体毎の配置人数や配置先は限定せず、地域の実情に応じた多様な配置を可能とする。
- また、配置においては「コーディネーターに求められる要件」を有する者であることを前提とし、勤務形態（常勤・非常勤）、契約形態（直営・委託）等を規定するものではない。
- なお、在宅医療・介護連携推進事業を推進するうえでは必ずしも配置を求めるものではないが、配置を検討することが望ましい。
(※ コーディネーターの体制や具体的な取組については、「在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見（参考資料）」に掲載しているため、参照されたい。)

(コーディネーターに求められる要件)

- 自治体においてコーディネート機能を適切に担うことができる者であること。
- 医療分野かつ介護分野に関する知識を有する者が望ましい。
 - ※ 特定の資格要件は定めないが、医療分野においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または歯科衛生士等の医療に係る国家資格を有する者や、医療ソーシャルワーカーの実務経験等を有する者であるとより望ましい。また、介護分野においては、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等の介護に係る国家資格や、介護支援専門員資格を有する等の介護分野に関する知識を有する者であるとより望ましい。
 - ※ 在宅医療・介護連携推進事業への理解があり、地域の関係団体や専門職等と連絡調整できる立場の者であることが望ましい。
 - ※ コーディネーターが属する地域の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが適当である。また、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、在宅医療・介護連携の推進を促す者であることが望ましい。

(コーディネーターに期待される具体的役割の例)

- 自治体内外の多機関との組織横断的な連携
- 専門的側面及び技術的側面からの多職種連携・協働
- 人材育成への寄与

(コーディネーターに期待される能力の例)

- 組織横断的な連携や協働を行い、在宅医療・介護連携推進事業を推進する能力
 - ・ 自治体と連携・協働し、自治体内外の関係機関・関係者との合意形成を図るとともに、効果的な連携・協働体制を構築することができる。
- コーディネーターとしての専門的知識・技術を推進する能力
 - ・ 各自治体のあるべき姿を理解し、求められる役割等を実践することができる。
 - ・ 専門職や地域住民等からの相談支援等に対する分析及び検討を実施した上で、地域の実情に応じた必要な支援につなげることができる。
 - ・ コーディネーター間の連携・協働を推進することができる。
- 在宅医療・介護連携推進におけるあるべき姿に基づき、人材育成を推進する能力
 - ・ 資格の有無を問わず、社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新することができる。
 - ・ 自治体の組織目標や施策の展望等を踏まえ、組織内での理解・共有を図り、コーディネーターとしての実施体制を整備することができる。
 - ・ コーディネーターの人材確保・育成に寄与することができる。

1-2. 都道府県内における自治体間の連携 (参考資料 P107~127)

(1) 令和5年度実態調査より把握された事項

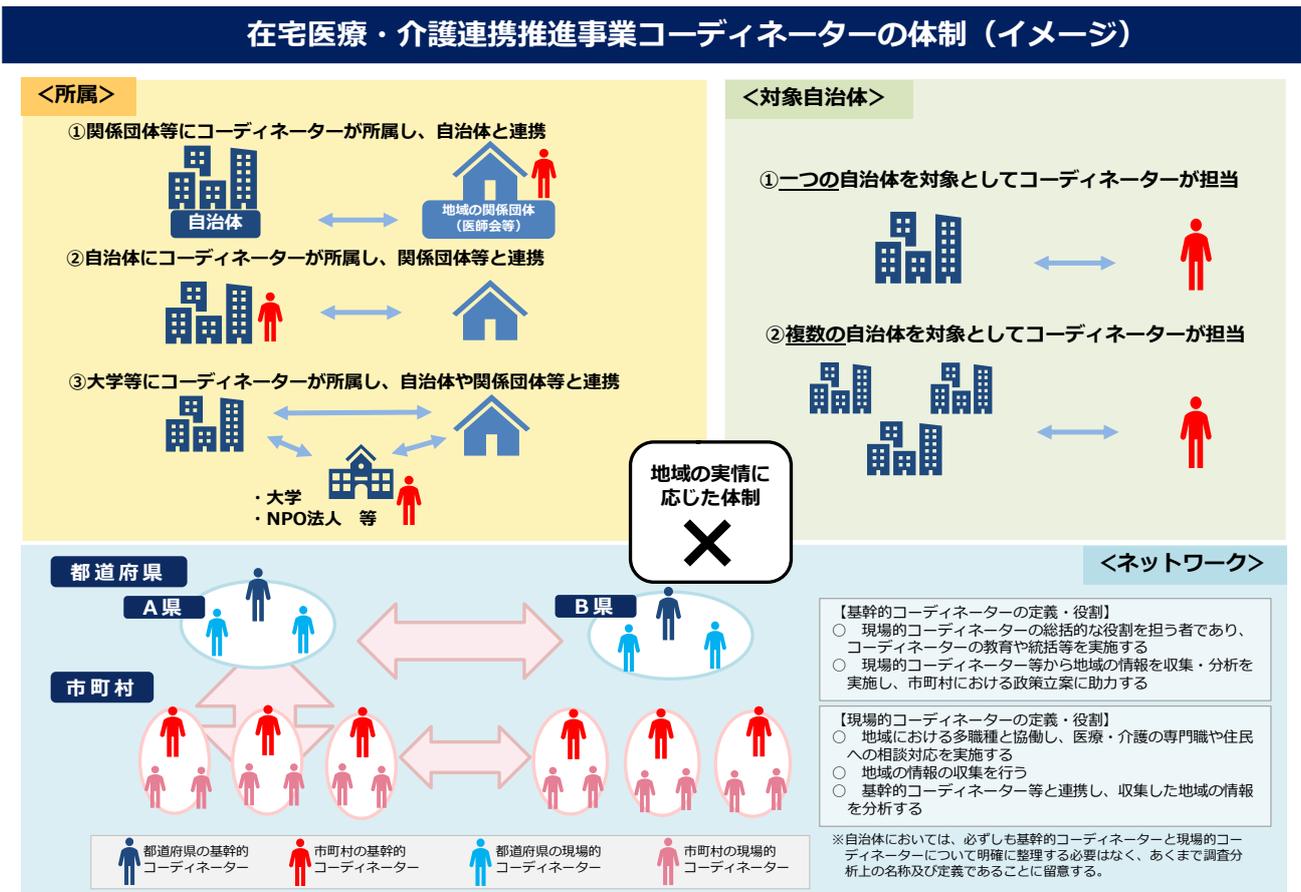
- コーディネーターの<所属>として3つのパターンが示唆された。
 - ① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携
 - ② 自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携
 - ③ 大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携
- <対象自治体>として2つのパターンが示唆された。
 - ① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当
 - ② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当
- <ネットワーク>として、都道府県、市町村のそれぞれにコーディネーターが配置されている自治体や、さらに基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターが配置されている自治体があることが示唆された。

- コーディネーターの主な業務内容について、都道府県コーディネーターと市町村コーディネーターの比較においては、「医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援」、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」、「課題解決に係る事業の企画立案や運営支援」、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」、「医療に係る専門職等の人材育成・確保」、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」、「地域住民への普及啓発」、「都道府県内のコーディネーターとの連携」、「他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携」及び「自治体職員との連携」については都道府県コーディネーターの方が高い実施割合であった。これらの取組においては、都道府県コーディネーターの配置が推進の一助となる可能性がある。
- また、基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターの比較においては、「医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援」、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」、「課題解決に係る事業の企画立案や運営支援」、「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」、「多職種間の連携やネットワーク体制の構築支援」、「医療に係る専門職等の人材育成・確保」、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」、「地域住民への相談支援」、「都道府県内のコーディネーターとの連携」、「他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携」及び「自治体職員との連携」については基幹的コーディネーターの方が高い実施割合であった。
- これらにより、基幹的コーディネーターは人材育成や他自治体のコーディネーターとの連携に係る役割を担っている可能性が高く、また、基幹的コーディネーターの配置や有効活用により、自治体間連携の推進の一助となる可能性がある。

(2) 提言

- 各都道府県及び市町村において、コーディネーターの配置が既に一定程度あること、それらのコーディネーターの多くが様々な業務を担っており、その配置についても様々な工夫がなされていることなどの実態が明らかとなった。令和5年度実態調査から得られた結果をもとに分析・整理したコーディネーターの体制（イメージ）を以下に示す（図1）。

(図1) 在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの体制 (イメージ)



- 今後、コーディネーターについては、配置場所や配置場所における役割等も考慮し、その役割が推進されるような体制づくりも重要である。在宅医療・介護連携推進事業を推進するうえで、これまでも地域におけるネットワークを構築してきたと考えられるが、その役割を今後より一層発揮できるよう、都道府県、市町村、地域の関係団体等との連携強化を促進し、横断的なネットワーク機能を構築させることが重要である。

1-3. コーディネーターの量と質の充実 (参考資料 P128~129)

(1) 令和5年度実態調査より把握された事項

- 都道府県コーディネーターの育成について「実施していない」が大多数を占めていた。また、都道府県による管轄市町村におけるコーディネーターの育成支援について「実施していない」が72.3%で最も多く、次いで「実施している」が25.5%、「実施したいと考えている」が2.1%であった。

(2) 提言

- 今後、コーディネーターをより活用するためには、支援に係る質の担保が必要であり、研修カリキュラムや教材等の整備の推進、研修の実施等、人材の育成・確保に向けた取組を進めることが重要である。

(市町村の役割)

- 市町村においては、地域資源の状況や地域のニーズ等を把握したうえで、在宅医療・介護連携推進事業の推進を図る一つの方策としてコーディネーターの活用を認識されるときともに、すでに配置している市町村においては引き続き効果的な活用について検討されたい。

(都道府県等の役割)

- 都道府県等においては、管轄市町村の事業体制等を把握し、配置状況の偏在や地域の実情等を考慮しながら保健所等とも連携し、計画的かつ継続的な体制整備や人材育成を支援することが求められる。
- 具体的には、
 - ・ 管轄自治体における事例やノウハウ等の情報収集及びそれらの情報の発信
 - ・ 研修等の実施
 - ・ 都道府県内のコーディネーターのネットワークづくり等、コーディネーターを活用した在宅医療・介護連携推進事業の推進に資する取組についても検討されたい。
- また、研修等の実施においては、コーディネーターに加えて、自治体の担当職員、多職種を含めた実施等、地域において重層的な展開が可能となる研修体系の仕組みづくりの工夫や検討も必要である。

(国の役割)

- 国においては、実態調査等の結果を踏まえ、コーディネーターの活用等について都道府県及び市町村、地域の関係団体等に対する普及啓発等を行うべきである。また、手引き等にコーディネーターに係る体制整備やそれらの育成の重要性、都道府県等による支援の重要性を明記することで、コーディネーターを必要とする自治体が効果的に活用できるような体制整備を検討すべきである。
- 国で実施している研修等において、コーディネーターの効果的な活用やその連携の在り方、担う人材の育成の重要性等に関する内容を含めるよう検討を進めるべきである。
- また、今後、コーディネーターに係る更なる事例収集や分析、調査研究等によるデー

タの蓄積等も必要である。

(留意事項)

- 国及び都道府県がこうした役割を果たすに当たっては、コーディネーターの配置に関する各市町村の直面する状況が非常に多様であることを理解し、市町村が必要としている支援を柔軟に提供することに留意する。
- また、コーディネーターの活用は、在宅医療・介護連携推進事業を効果的に実施する方策の一つであり、実施主体である市町村がマネジメントの主体であることに留意する。
- すでにコーディネーターを配置している都道府県及び市町村については、引き続きより有効的な活用について検討すること。また、今後配置を希望する都道府県及び市町村においては、配置に係る体制整備も含めて検討されたいが、必ずしも在宅医療・介護連携推進事業において配置を必須とするものではないことに留意する。

2. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携

(参考資料 P130～138)

- 「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）において、「○ 医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性を図るため、計画策定の際に、都道府県や市町村における医療・介護の担当部局間で協議を行い、緊密な連携を図ることが重要であり、国としても両計画の整合性を図るための支援を行うことが適当である。」ことが指摘されている。
- また、第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を圏域内に少なくとも1つは設定することとされた。さらに、「地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。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が重要である。また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。」（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））ことが明記され、今後、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進めることが求められている。

(1) 令和5年度実態調査より把握された事項

- 令和5年度実態調査から、
 - ・ 都道府県・市町村ともに、都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の「在宅医療・介護連携推進事業」との連携状況について「状況を把握していない」、「連携していない」が半数を占める。また、「全て連携している」、「一部について連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体は「同一の主体である」が約6割を占め、その運営主体の多くは「市町村」、「医師会」である。
 - ・ 都道府県コーディネーターは主に診療所、医師会、保健所に配属されており、市町村コーディネーターは主に病院、医師会、市町村、地域包括支援センターに配属されていることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の設置主体にコーディネーターが多く配属されている可能性がある。
 - ・ また、都道府県及び市町村コーディネーターの多くが、「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」、及び「自治体職員との連携」の業務を担っている。

などがわかった。

- 上記より、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」において求められる事項の一つである「在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと」について、コーディネーターは一定の役割を担うことが可能であることが示唆された。

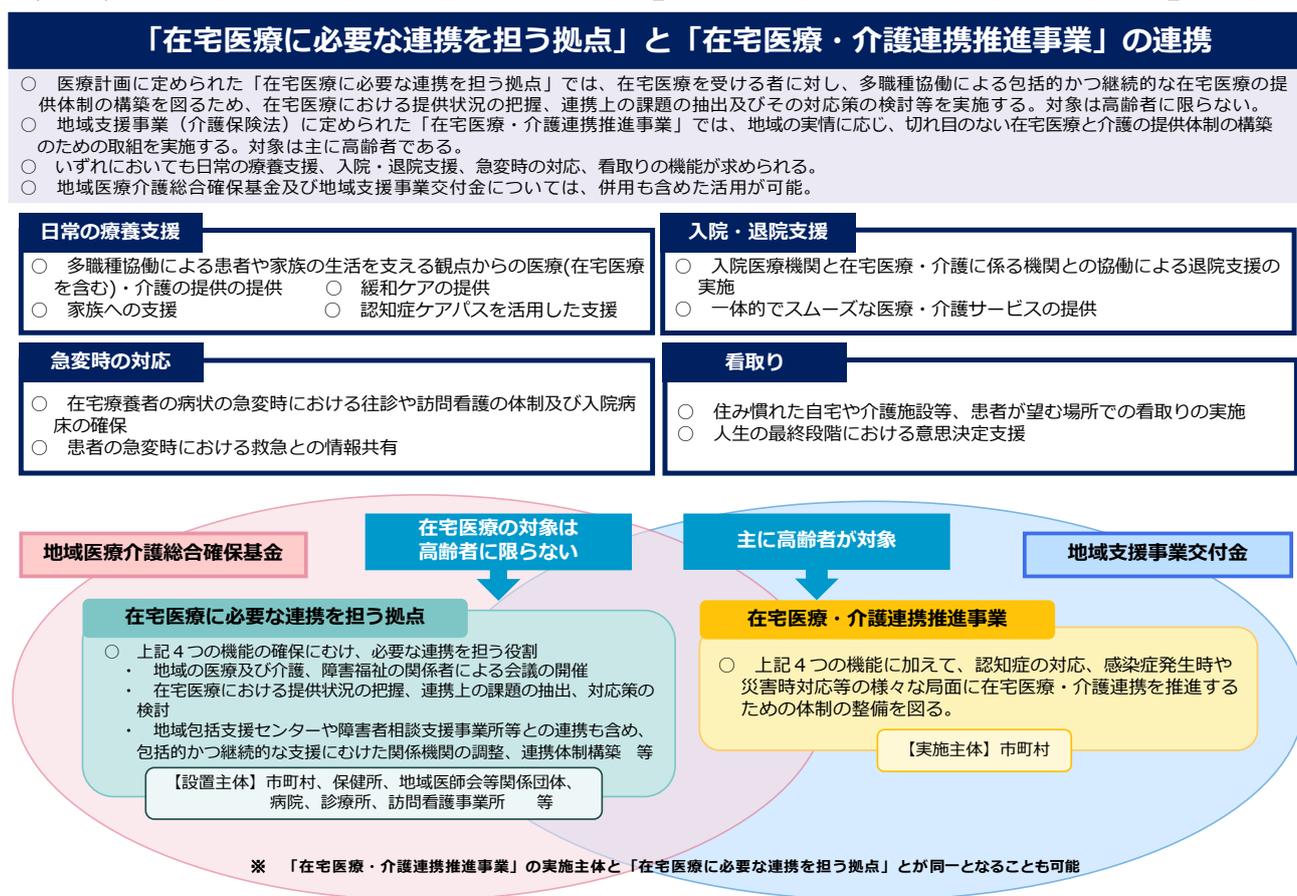
(2) 提言

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の設置主体に、コーディネーターが多く配属されている可能性があることから、コーディネーターは「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、在宅医療・介護連携の推進を促す者であることが望ましい。
- 一方、現在、自治体において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」が十分に連携されていないことを踏まえ、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関わりについて更なる周知等に係る方策を検討すべきである。なお、その方策の一つとして、本検討委員会で整理した結果（図2）を今後、自治体に対して周知すべきである。
- また、第8次医療計画及び第9期介護保険計画の開始を踏まえ、次年度以降、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況について明確に把握すべきである。その際、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の設置主体が

担うべき具体的な機能、体制や役割、効果的な連携の在り方等についても更なる把握を行うべきである。

- さらに、地域における連携強化を推進する観点から、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」に求められる関わりについて、例えば次期基本指針や地域支援事業実施要綱、手引き等へ記載する等についても検討すべきである。

(図2) 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携



【コーディネーターに係る令和5年度実態調査の限界】

- 令和5年度実態調査においては、コーディネーターに係る定義の策定等も含め現状把握に係る実態調査を行った。コーディネーターに対する定義を文面で記載したものの、回答状況を見る限り、回答者間で認識に違いがあった可能性が否定できない。
- これらについては、令和5年度実態調査の限界であり、本検討委員会で整理した定義等に基づくコーディネーターの在り方等検討等について、引き続き実態調査を行う必要があると考える。

3. 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体（参考資料 P139～144）

（1）令和5年度実態調査より把握された事項

- 令和5年度実態調査から、
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体を設置している割合は、都道府県で59.6%、市町村で63.8%であった。また、都道府県・市町村ともに開催頻度は「年に1回」または「半年に1回」が半数以上を占めていた。
 - ・ 協議体における検討内容は、都道府県では「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が最も検討されており、次いで「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が多かった。
 - ・ また、市町村では「在宅医療・介護間の情報共有」が最も検討されており、次いで「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が多かった。
 - ・ 都道府県と市町村との比較においては、都道府県の方が「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」や「都道府県と市町村との連携」、「医療に係る専門職等の人材育成・確保」及び「介護に係る専門職等の人材育成・確保」に係る割合が高かった。
 - ・ 協議体に参画している団体等は、都道府県、市町村ともに「医師会」が最も多く、次いで都道府県では「歯科医師会」、「薬剤師会」、「訪問看護協会・協議会」、「介護支援専門員協会」、市町村では「地域包括支援センター」であり、自治体担当職員のみならず、多くの関係団体が参画している実態があった。
 - ・ 協議体に参画している団体等は、都道府県、市町村ともに「医師会」が最も多く、次いで都道府県では「歯科医師会」、「薬剤師会」、「訪問看護協会・協議会」、「介護支援専門員協会」、市町村では「地域包括支援センター」であり、自治体担当職員のみならず、多くの関係団体が参画している実態があった。
- などがわかった。
- これらの結果から、都道府県では医療に係る検討や、市町村支援、各種人材の育成・確保に係る検討を多く実施していることが示唆された。
- また、ヒアリング等を通じ、協議体を多機関・多職種による意見交換等を踏まえた関係者の合意形成の場として機能させている自治体や、協議体と多職種連携ネットワークや地域ケア会議との連携、ワーキンググループ等を設置している自治体等、効果的な体制構築や工夫がなされている例もあった。

（2）提言

- 多機関による協働や多職種連携の充実においては、多機関・多職種が集い情報共有や協議を行う場（協議体や地域ケア会議等）の機能を確立させることが重要である。

- その際、介護支援専門員をはじめとする各職種が、地域の課題を共有し、効果的・効率的な方策について、高齢者を含む地域住民の意向も踏まえて検討する場となることが望ましい。
- 今後、より一層市町村が主体となり、定期的な情報共有及び連携強化の場の中核となるための協議体及び地域ケア会議等の実態を踏まえた有効的な在り方等について引き続き検討すべきである。

Ⅲ. 在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進にむけて

(参考資料 P145～149)

- 令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業においては、継続的な事業評価等を行う観点から、本年度の実施事項を基盤とするとともに、実態調査結果やアンケート等も踏まえ、更なる充実・拡充を図る必要がある。
- また、国においても在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの作成及びコーディネーターの育成に資する研修の拡充が示されたことも踏まえ、在宅医療・介護連携推進支援事業の更なる推進にむけた検討が必要である。具体的な検討事項等と課題及び方向性を以下に示す。

1. 検討を要する事項

(1) 医療計画と介護保険事業（支援）計画実施の開始を踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の在り方

- 第8次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」において、在宅医療・介護連携推進事業が実施する取組との連携について記載された。また、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つつ、在宅医療・介護連携の推進を図ることが重要である旨が記載された。
- 上記等を踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業は、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改めて明確となった。
- 令和5年度は基本指針の改正や令和6年度診療報酬改定及び介護報酬改定も実施されたところであり、これらも踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の今後の在り方について引き続き検討されたい。また、特に高齢者施設と医療機関の連携の強化等については在宅医療・介護連携推進事業の効果的・効率的な活用等を含めて検討することが望ましい。
- また、社会保障審議会（介護保険部会）や直近における議論の進捗、課題の整理状況等も踏まえ、次期介護保険法改正や、医療計画の中間見直し、第10期介護保険事業（支援）計画等を見据えた、在宅医療・介護連携推進（支援）事業の総合的な在り方について、更なる検討及び整理を行うべきである。

(2) 多職種連携の更なる推進

- 複雑多様化する医療・介護ニーズの高まりに対応するために、市町村が都道府県・保健所及び地域の関係団体等とこれまで以上に幅広く連携することが重要である。さらに、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法

士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の連携が重要であり、このような多機関・多職種との連携・協働にて、自治体ぐるみで各自治体の実情に応じた事業を進めることが重要である。

- 多職種が在宅医療・介護連携推進事業により参画しやすくするための取組についても検討するとともに、地域における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、医療関係者及び介護関係者の相互理解の深化に資する方策等についても検討すべきである。

(3) 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

- 多機関による協働や多職種連携の充実においては、多機関・多職種が集い情報共有や協議を行う場（協議体や地域ケア会議等）の機能が重要である。
- 今後、より一層市町村が主体となり、定期的な情報共有及び連携強化の場の中核となるための協議体及び地域ケア会議の実態を踏まえた有効的な在り方等について検討すべきである。また、これにより、在宅医療・介護連携推進事業の推進や、個別事例の検討が積み重なることで地域の課題が明らかになり、その解決に向け、例えば、参加支援の充実の検討を進めるなど、市町村の取組の充実や質（機能）の向上が期待される。

(4) 在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直し

- 在宅医療・介護連携推進事業の開始から約10年が経過することから、これまでの成果等も踏まえ、実施主体である市町村においてより実用的な活用がなされるよう、現状に応じた手引きの改定も求められる。

(5) 在宅医療・介護に関する事例の幅広い共有

- 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業において、事例の横展開に係る重要性が改めて明確化されたとともに、自治体においては人事異動等により事業の継続性が乏しくなる実情もあることから、それらに対する支援の必要性も明らかとなった。
- そのため、令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業で実施予定の「在宅医療・介護に関するプラットフォームの作成」においては、在宅医療・介護連携を展開する関係者自身の知識の拡充や継続性、更には多様な事例の共有及び収集等を可能とするプラットフォームとなるよう検討されたい。
- また、プラットフォームの作成により、国から行政及び地域の関係団体等への迅速な情報共有や理解促進等を図ると共に、例えば大学等の教育機関や民間企業、さらには地域住民等へもより一層の周知啓発を可能とする。また、地域の実情の的確な把握や分析を

通じた施策の検討及び実施へ寄与することも期待する。

(6) 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

- 在宅医療・介護連携推進事業における各自治体の取組状況は様々であり、自治体規模や高齢化率等、地域によっておかれている状況や課題も異なる。
- 既に効果的・効率的な事業展開等が困難となっている自治体もあると推測されることや、今後、生産年齢人口の急激な減少が生じ、現役世代が流出する地域ではますますこうした問題が深刻になるとされている。限りある資源で増大する介護ニーズを支えていくため、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要であり、特に小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等における実態把握や事例収集等を踏まえ、そのような自治体においても効果的・効率的な医療・介護の推進に資する取組がなされるよう、その対応や方策等について検討すべきである。

(7) コーディネーターの育成

- 令和5年度実態調査等により、コーディネーターに係る実態が明らかになったとともに、定義等についても改めて整理を行った。
- コーディネーターの育成について、国においては平成29年度に研修を実施しているが、その後、新型コロナウイルス感染症等の影響もあり実施されていない現状がある。また、都道府県においても管轄市町村におけるコーディネーターの育成支援に係る取組が少ないことから、コーディネーターの育成支援は喫緊の課題である。
- 令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業で実施予定の「事業コーディネーターの育成」については、検討委員会において効果的かつ体系的な研修の在り方等について議論するとともに、コーディネーター及び在宅医療・介護連携推進事業の関係者に対する研修を実施すべきである。
- 令和5年度は基本指針の改正や令和6年度診療報酬改定及び介護報酬改定も実施されたところであり、これらも踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の事業コーディネーターの育成や都道府県や市町村の理解の推進についても検討すべきである。

(8) 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業を踏まえ引き続き検討を要する事項

- 令和5年度在宅医療・介護連携推進事業に係る検討委員会における議論を踏まえ、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況、コーディネーターの有効性、コーディネーターのネットワーク構築、協議体及び地域ケア会議等、都道府県による市町村支援等については引き続き検討が必要な事項が存在する。これらの事項については、今後令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る

検討委員会等を用いて検討することが望ましい。

2. 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

- 令和5年度実態調査結果を踏まえ、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況、コーディネーターの有効性、コーディネーターのネットワーク構築、協議体及び地域ケア会議、都道府県による市町村支援等については引き続き検討を要する事項が存在する。
- 令和6年度在宅医療・介護連携推進事業においても、各自治体の在宅医療・介護連携推進事業における実態把握及びモニタリングに資する調査とするとともに、引き続き検討を要する事項についても検討し、令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る基礎データに資する実態調査とすべきである。

3. 在宅医療・介護連携推進事業に係る研修

- 令和5年度都道府県・市町村担当者等研修会議の受講者アンケート結果等を踏まえ、令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業においても、引き続き講義的事項を中心とした研修会議Ⅰ及び実践的事項を中心とした研修会議Ⅱの形式を基盤とした研修実施を検討すべきである。
- また、在宅医療・介護連携推進事業における効果的・効率的な研修の在り方について検討委員会等で議論するとともに、議論の結果を基に、令和6年度の研修実施において更なる拡充を行うことも検討すべきである。

4. 都道府県等における市町村支援

- 実施主体である市町村が在宅医療・介護連携推進事業をより効果的に実施することができるよう、その実情に応じた市町村への支援が重要であることから、管轄の都道府県及び保健所、医師会等関係機関・医師等専門職等が緊密に連携しながら実施することが適当である。特に、都道府県及び保健所においてはより一層の積極的な関与がなされるよう検討すべきである。
- 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業と同様に、令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業においても、同様の課題を抱える他の自治体の参考に資する取組となるよう、支援方法の更なる検討や支援事例の分析を通じた課題への介入手法を共有することが必要である。

- また、地域の大学等の研究機関と連携・協働し、データ分析や事例検討の積み重ねを行うことによる、地域に根付いた有識者や人材との連携も検討すべきである。

IV. 終わりに

- 平成 26 年度介護保険法改正から約 10 年が経過し、この間、介護保険行政を取り巻く社会環境が大きく変化するとともに、医療・介護関連制度の見直しや新たな事業の創設等により、在宅医療・介護連携推進事業に求められる事項も変化し、業務は拡大してきた。
- また、介護保険法改正や介護事業（支援）実施計画等の一連の見直しの中で、在宅医療・介護連携推進事業の在り方や、事業推進に係る有効な方策の一つとしてコーディネーターが果たす役割にも期待が寄せられている。
- そのため、本年度は、今後の在宅医療・介護連携推進（支援）事業の更なる推進を前提とし、その充実・拡充に向けた方策について検討を行うとともに、特にコーディネーターについて整理を行い、提言を行った。なお、コーディネーターの在り方については、議論が十分に尽くせていない部分もある。このため、国、都道府県、市町村等の人材育成に関する取組状況等をみながら、今後も継続的に検討していく必要がある。
- 今後、より地域の実情に応じた真に実効ある在宅医療・介護連携推進事業が整備され、質の高い取組や支援の活性化が求められる。
- 国においては、本報告書の内容を踏まえ、今後より一層の事業の充実等に取り組むとともに、市町村や関係団体等に積極的に発信し、都道府県に対しても市町村支援に対する一層の充実を促していくべきである。
- さらに、現状の社会ニーズ等も踏まえ、自治体や地域の関係機関、専門職等の声を十分に聞いた上で、これまでの取組等も十分に尊重しながら、在宅医療・介護連携推進（支援）事業が取り組むべき事業の在り方や、更なる仕組みの構築について、関係法令の改正や予算の拡充等も含めて総合的に検討し、取り組まれることを期待する。

4. 在宅医療・介護連携推進事業及び
在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見

(参考資料)

**在宅医療・介護連携推進事業及び
在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見**

(参考資料)

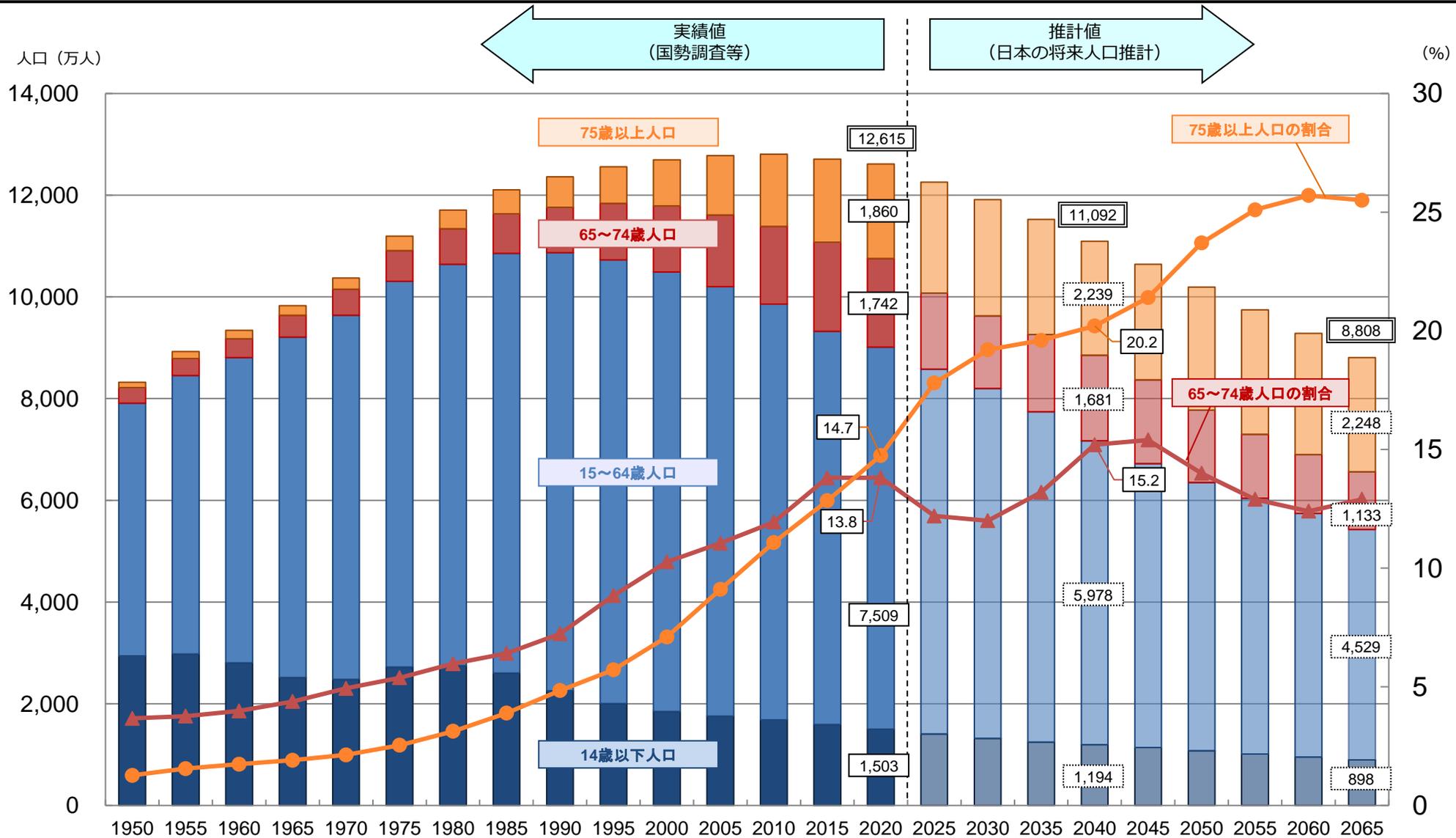
I. 背景

1.総論

(人口・世帯構成の変化)

日本の人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



資料：2020年までは総務省「人口推計」（各年10月1日現在）等、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

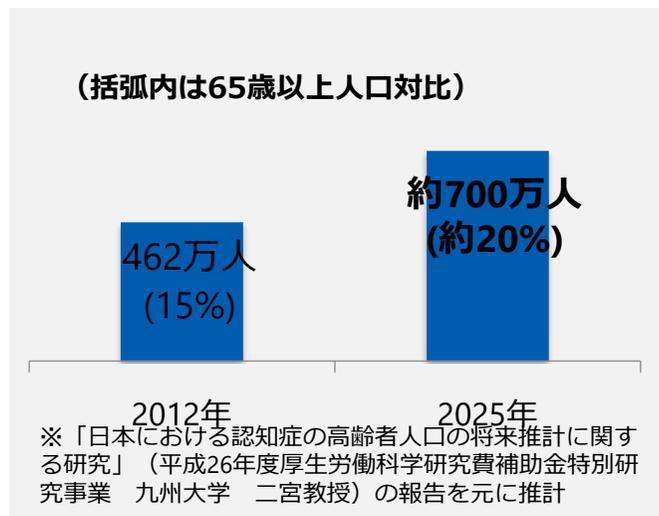
今後の介護保険をとりまく状況(1)

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

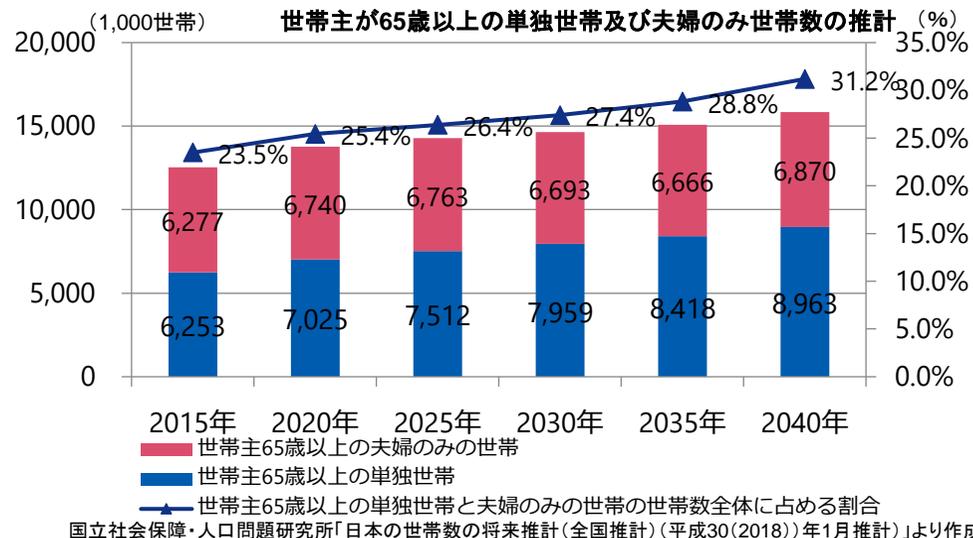
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(266%)	3,619万人(289%)	3,677万人(300%)	3,704万人(380%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(128%)	1,872万人(149%)	2,180万人(178%)	2,446万人(25.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

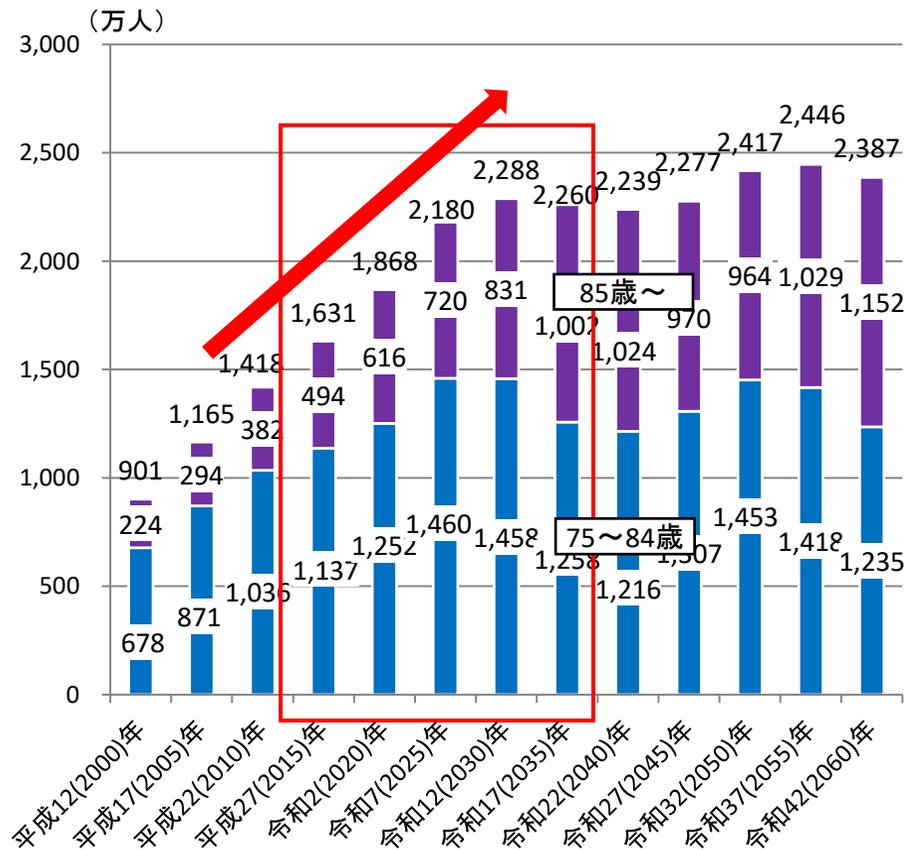
※都道府県名欄の()内の数字は倍率の順位

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	～	東京都(17)	～	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合	77.3万人 <10.6%>	70.7万人 <11.4%>	99.3万人 <10.9%>	80.8万人 <10.8%>	105.0万人 <11.9%>		146.9万人 <10.9%>		26.5万人 <16.1%>	18.9万人 <18.4%>	19.0万人 <16.9%>	1632.2万人 <12.8%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (1.52倍)	146.7万人 <16.2%> (1.48倍)	116.9万人 <15.7%> (1.45倍)	150.7万人 <17.7%> (1.44倍)		194.6万人 <14.1%> (1.33倍)		29.5万人 <19.5%> (1.11倍)	20.9万人 <23.6%> (1.11倍)	21.0万人 <20.6%> (1.10倍)	2180.0万人 <17.8%> (1.34倍)

今後の介護保険をとりまく状況(2)

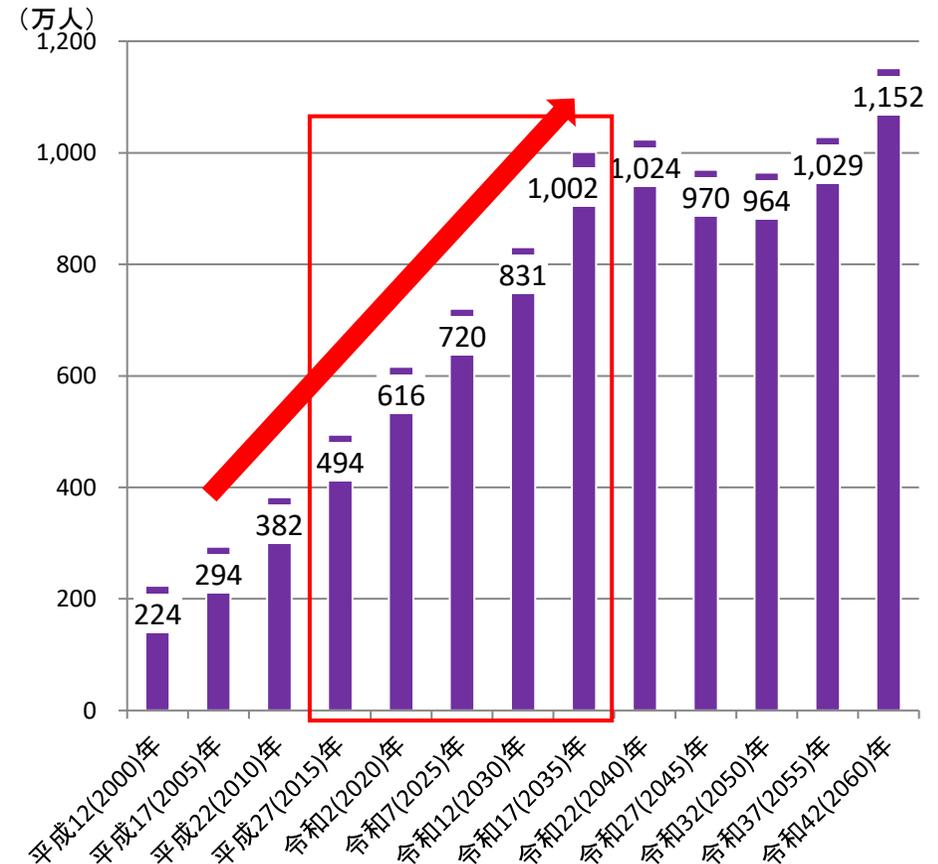
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間も、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

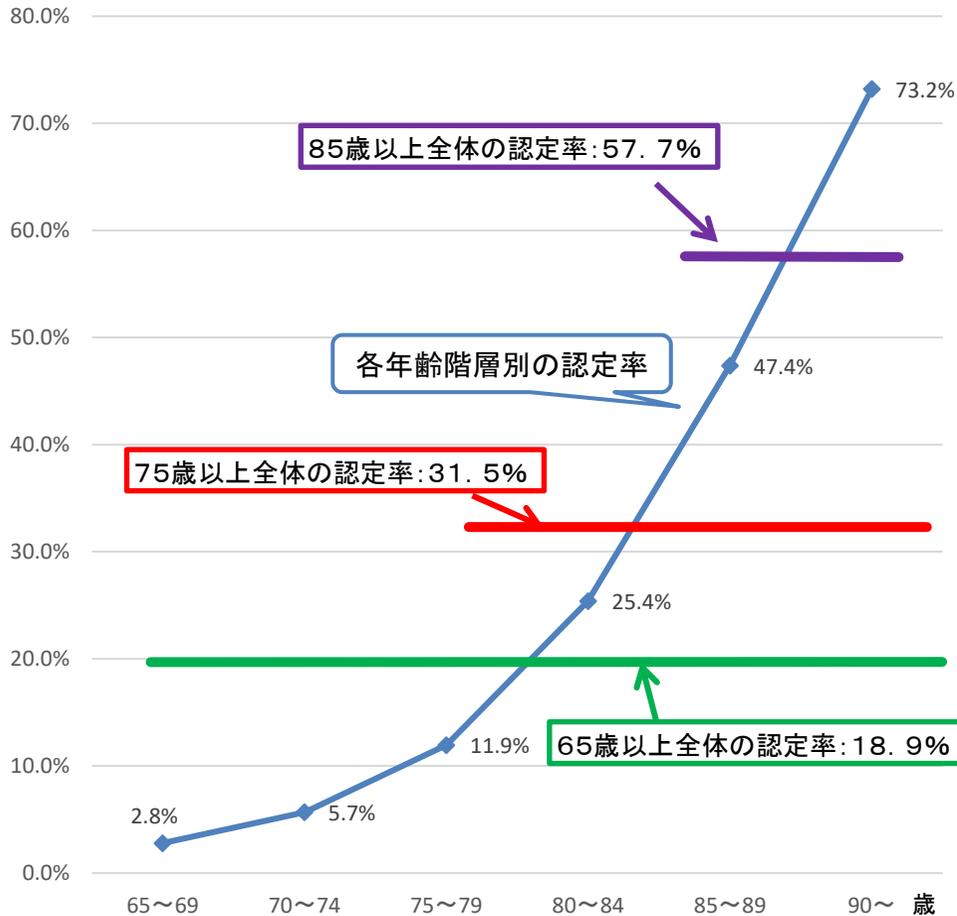


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

今後の介護保険をとりまく状況(3)

年齢階級別の要介護認定率

○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。

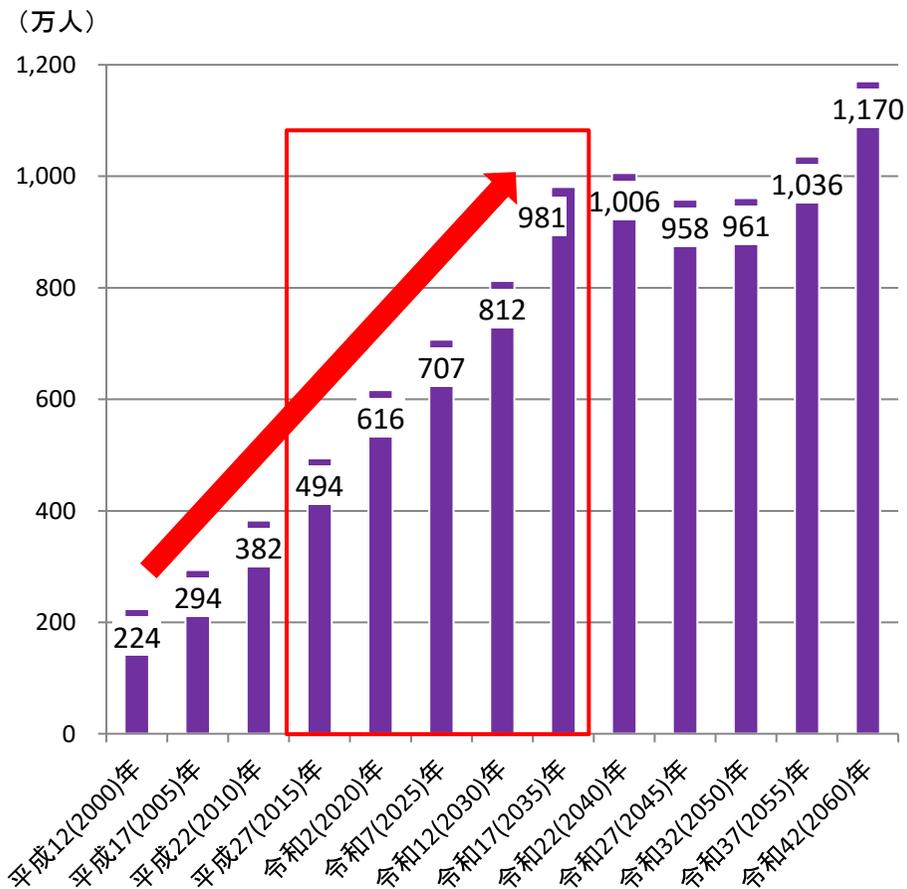


出典:

○ 2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）

85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間で、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

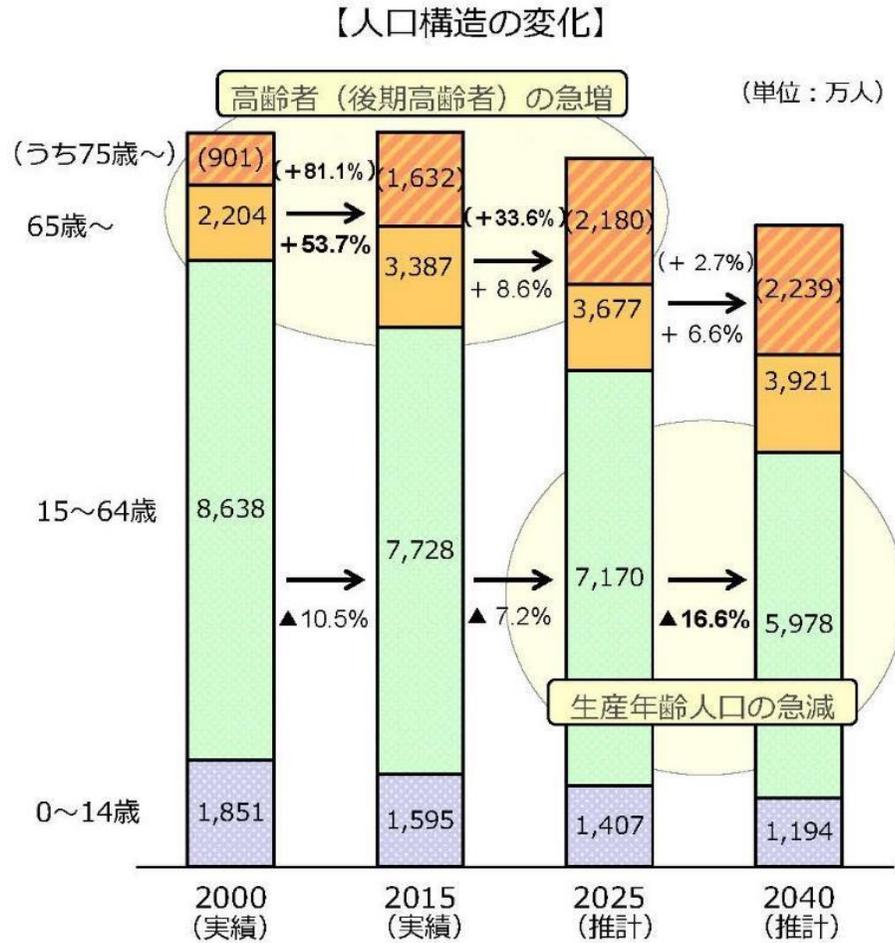


出典:

○ 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
○ 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

今後の介護保険をとりまく状況(4)

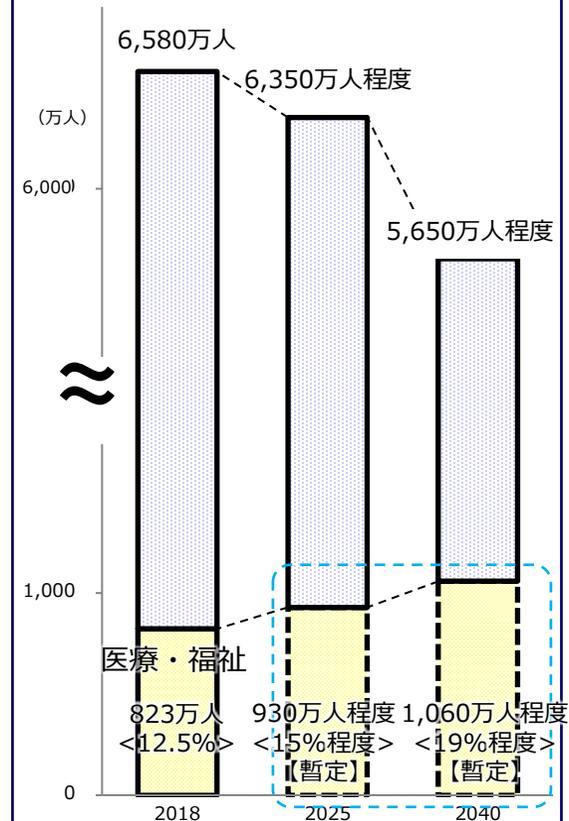
○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。



(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

(出典) 平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)

《就業者数の推移》



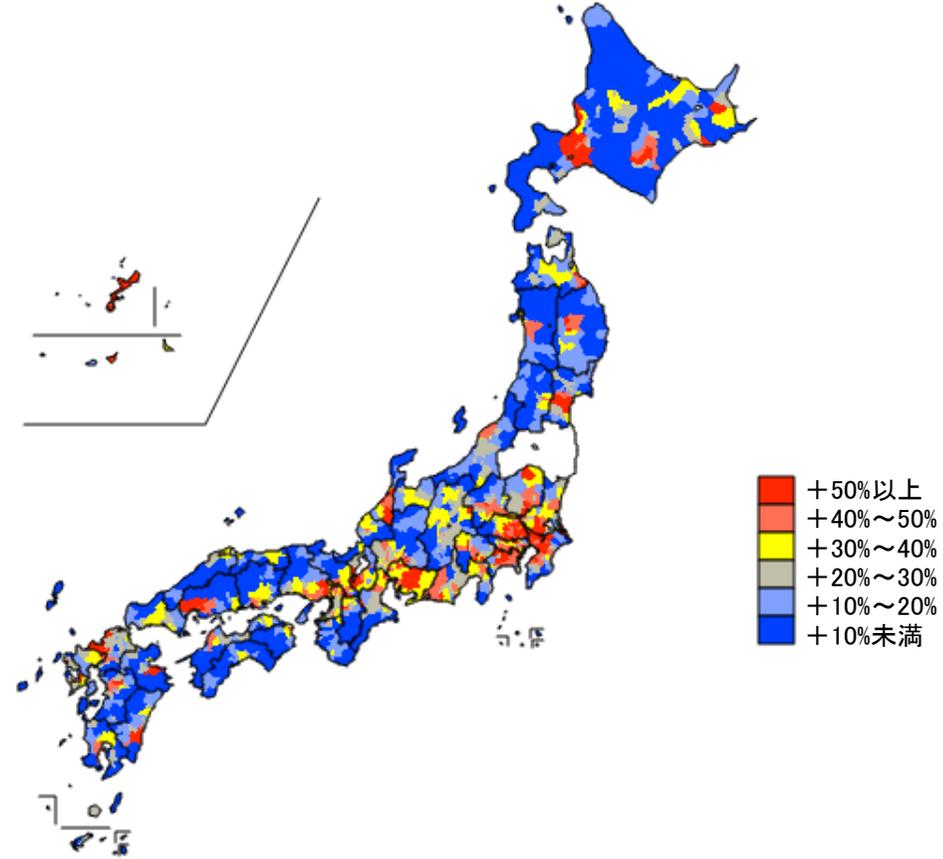
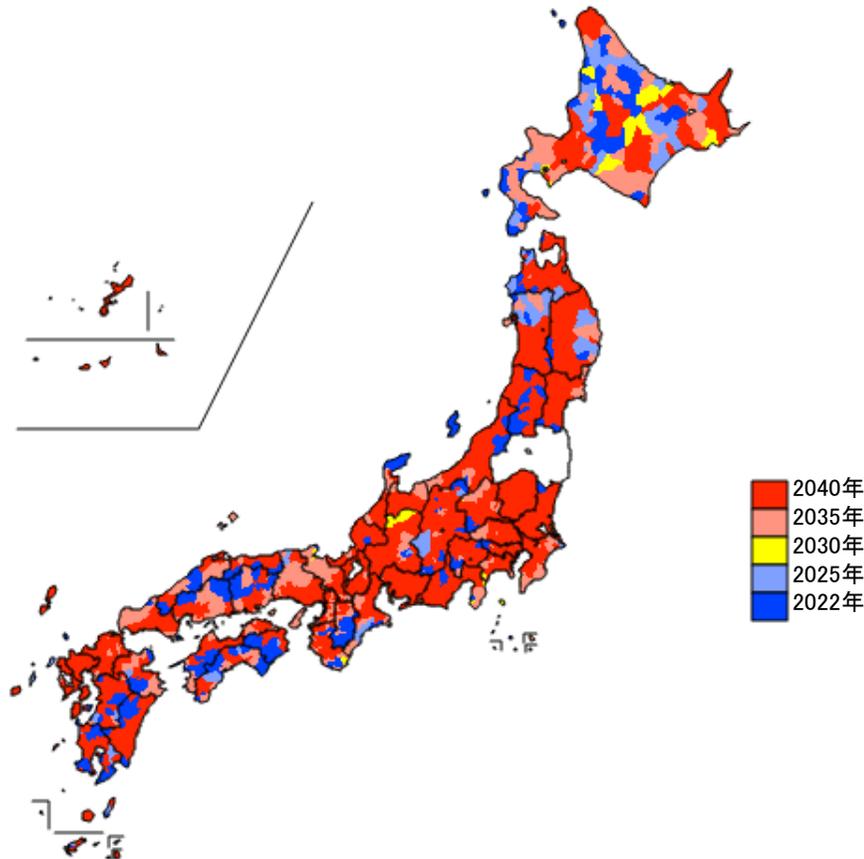
(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者（福島県内の保険者を除く）における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2022年の利用者数との比（増加率）をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、+50%以上となる保険者も存在する。

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年】

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】



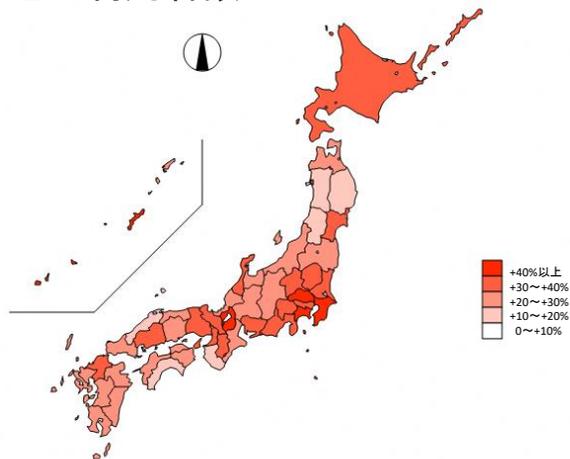
※ 2022年12月(10月サービス分)介護保険事業状況 月次報告(厚生労働省)、2021年度介護給付費等実態調査(厚生労働省・老健局特別集計)から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口(日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)を乗じて、2022年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成(推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く)。

介護需要の変化 サービス種別の介護保険利用者数（増加率）

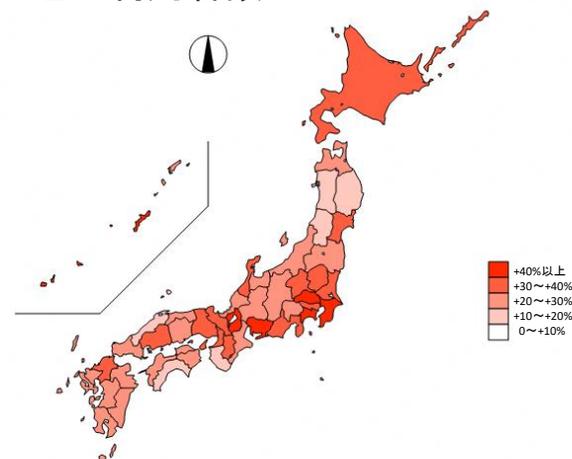
令和5年7月10日

2025年利用者数に対する2040年の利用者数（増加率）

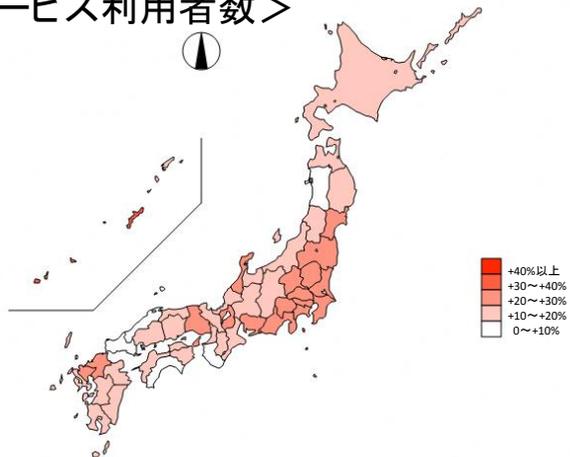
＜施設系サービス利用者数＞



＜居住系サービス利用者数＞



＜在宅系サービス利用者数＞



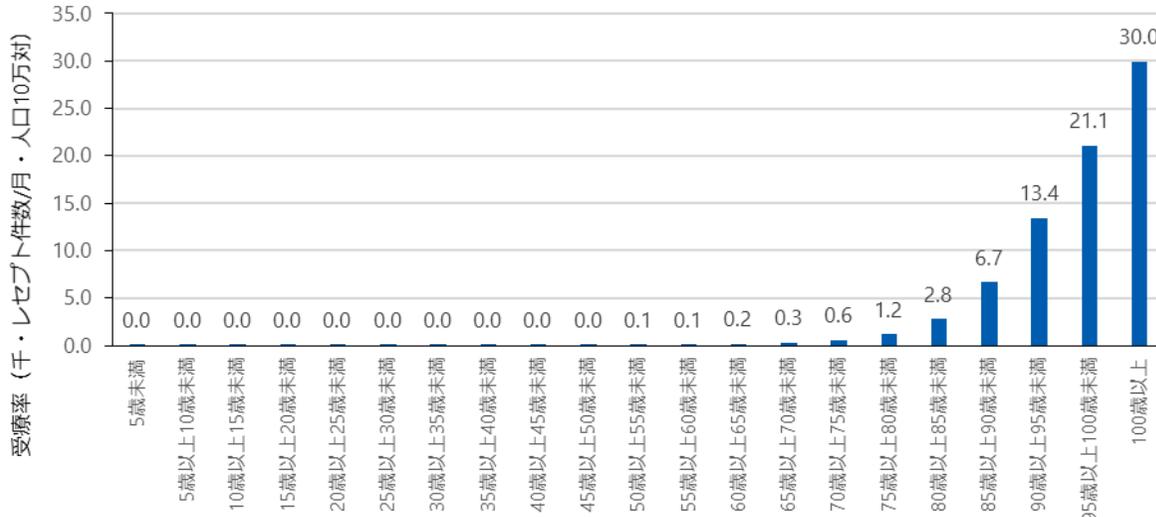
出典)内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(2018年5月)を基に推計

※ 2040年の介護サービス利用者数は、7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降は年齢階級別のサービス利用率を2025時点で固定し、将来推計人口による被保険者数見込みに乗じて機械的に算出。

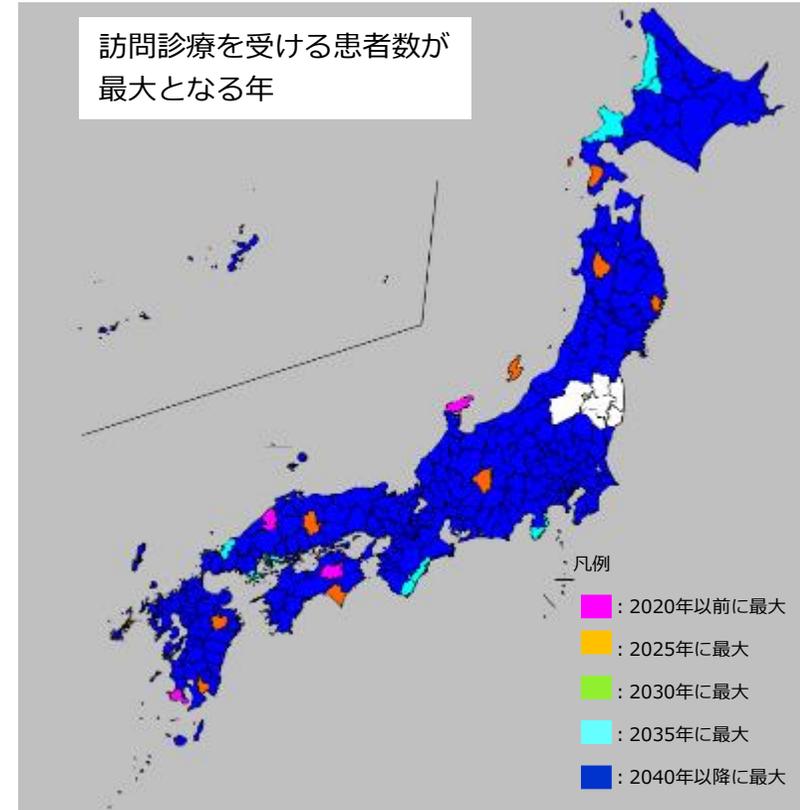
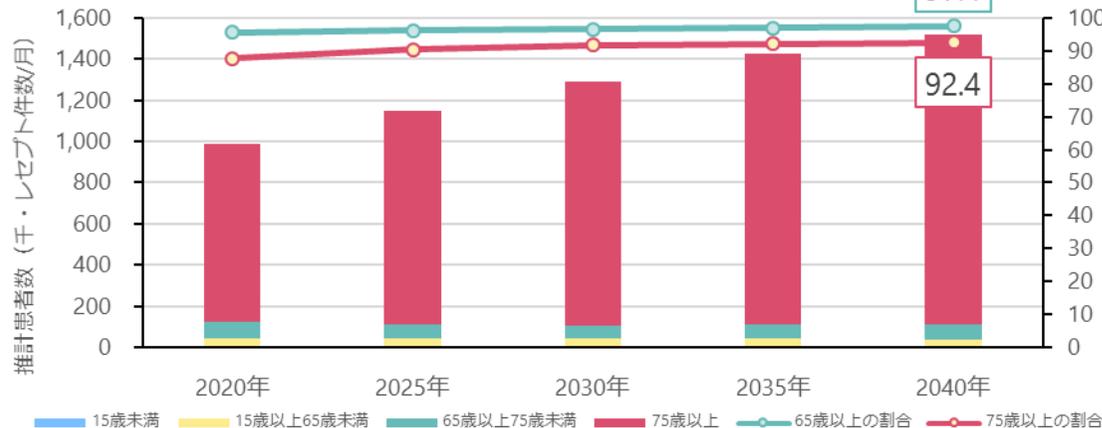
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることを見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることを見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】

受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。

推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。

※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

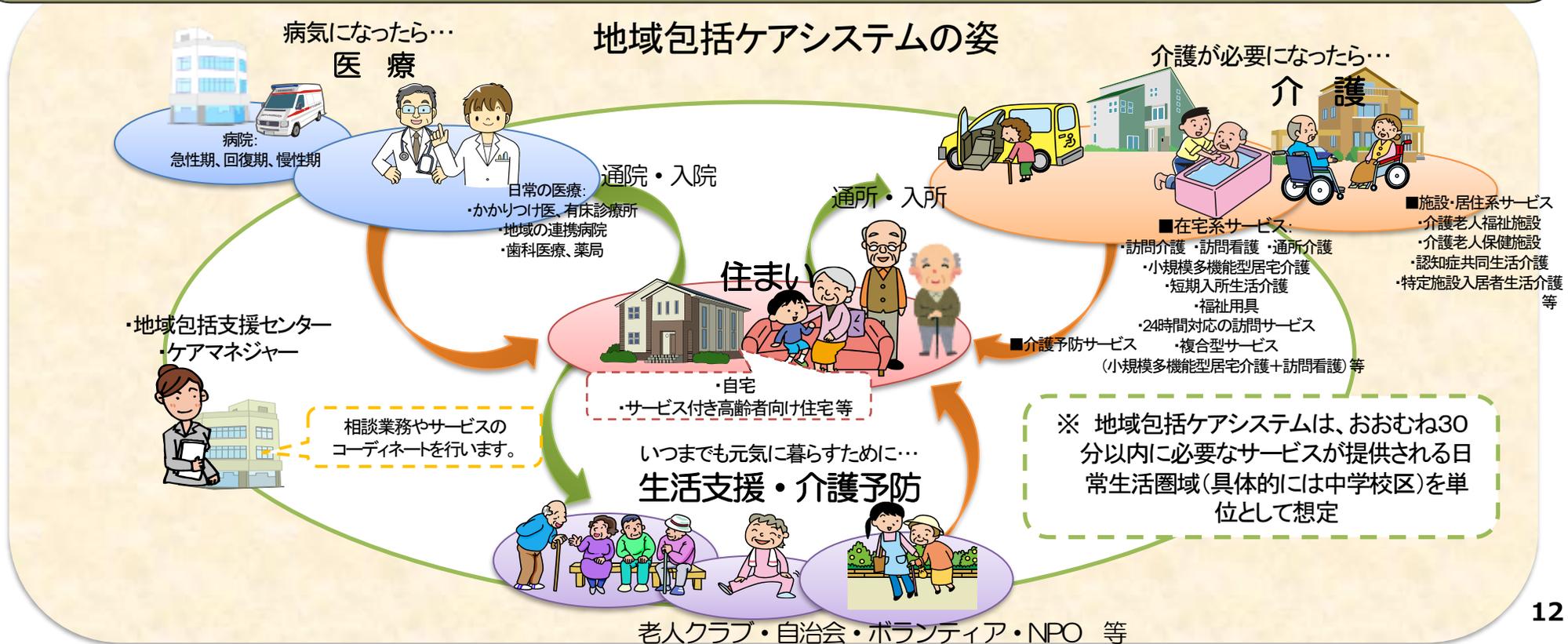
※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

1.総論

**(地域包括ケアの深化の必要性)
(地域包括ケアシステムと地域共生社会)**

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。**



地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「まじわる」取組

資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせることで多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

(国及び地方公共団体の責務)

第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

4 国及び地方公共団体は、前項の規定により同項に掲げる施策を包括的に推進するに当たっては、障害者その他の者の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めるとともに、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現に資するよう努めなければならない。 ※太字部分が令和2年法律第52号で追加(令和3年4月施行)

(目的)

第一条 この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まつて、福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉(以下「地域福祉」という。)の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もつて社会福祉の増進に資することを目的とする。

(地域福祉の推進)

第四条 **地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行われなければならない。** ※本項は令和2年法律第52号で追加(令和3年4月施行)

- 2 地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者(以下「地域住民等」という。)は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が確保されるように、地域福祉の推進に努めなければならない。
- 3 地域住民等は、地域福祉の推進に当たっては、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での各般の課題(以下「地域生活課題」という。)を把握し、地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関(以下「支援関係機関」という。)との連携等によりその解決を図るよう特に留意するものとする。

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6月30日法律第64号)

社会保障審議会
介護保険部会（第102回）

資料3
一部改変

令和4年11月24日

(目的)

第一条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。 ※本項は平成26年法律第83号で追加（公布日（平成26年6月25日施行））

地域共生社会の実現

- 人々の暮らしや地域の在り方が多様化している中、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現が目指されている。
- 平成29年には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法の改正とあわせて、「地域共生社会」の実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備を行うための社会福祉法等の改正が行われた。また、高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける改正が行われた。
- 現在、地域共生社会の実現に向けて、必要となる社会福祉基盤の整備を一層進めるため、
 - ・ 8050世帯（高齢の親と働いていない独身の50代の子とが同居している世帯）等の地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、①断らない相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を市町村が一体的に実施し、それに対する国の財政支援を行う新たな事業の創設、
 - ・ 地域の課題や福祉サービスの提供のための課題に対し、社会福祉法人等の連携により対応する選択肢の1つとして、社会福祉法人を中核とする非営利連携法人制度の創設、
 - ・ 介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験合格義務付けの経過措置等の在り方等について、検討が進められている。
- 地域共生社会とは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、
「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会である。今後高齢化が一層進む中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る。
- これまで、介護保険制度においても、地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきたが、今後、地域共生社会の実現に向けた地域づくりや社会福祉基盤整備の観点からも、介護保険制度について見直しを進め、前述の社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備とあわせて一体的に改革に取り組み、地域共生社会の実現を図っていくことが必要である。

※下線部が令和3年度から追加

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

…

また、今後高齢化が一層進展する中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会(高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会をいう。以下同じ。)の実現に向けた中核的な基盤となり得るものである。

こうした地域共生社会の実現に向けて、平成二十九年の法改正により社会福祉法(昭和二十六年法律第四十五号)が改正され、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援とあいまって、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制を整備することが市町村の努力義務とされたところである。

これまで、介護保険制度においても、地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきたが、地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(令和二年法律第五十二号。以下「令和二年の法改正」という。)においては、二千四十年を見据えて、また、地域共生社会の実現を目指して、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の促進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人の創設など社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しが行われたところであり、今後は包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていくことが必要である。

地域共生社会の実現と2040年への備え

社会福祉・介護保険制度改革

社会福祉制度改革

1. 包括的な支援体制の構築

- ① 相談支援
- ② 参加支援
- ③ 地域づくりに向けた支援

～ 一体的に実施するための体制整備 ～

2. 社会福祉連携推進法人の創設

社会福祉法人の経営基盤強化、連携強化により、人材確保や地域貢献活動を後押し

介護保険制度改革

1. 介護予防・地域づくりの推進

～健康寿命の延伸～

／「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進

2. 地域包括ケアシステムの推進

～地域特性等に応じた介護基盤整備
・質の高いケアマネジメント～

3. 介護現場の革新

～人材確保・生産性の向上～

保険者機能の強化

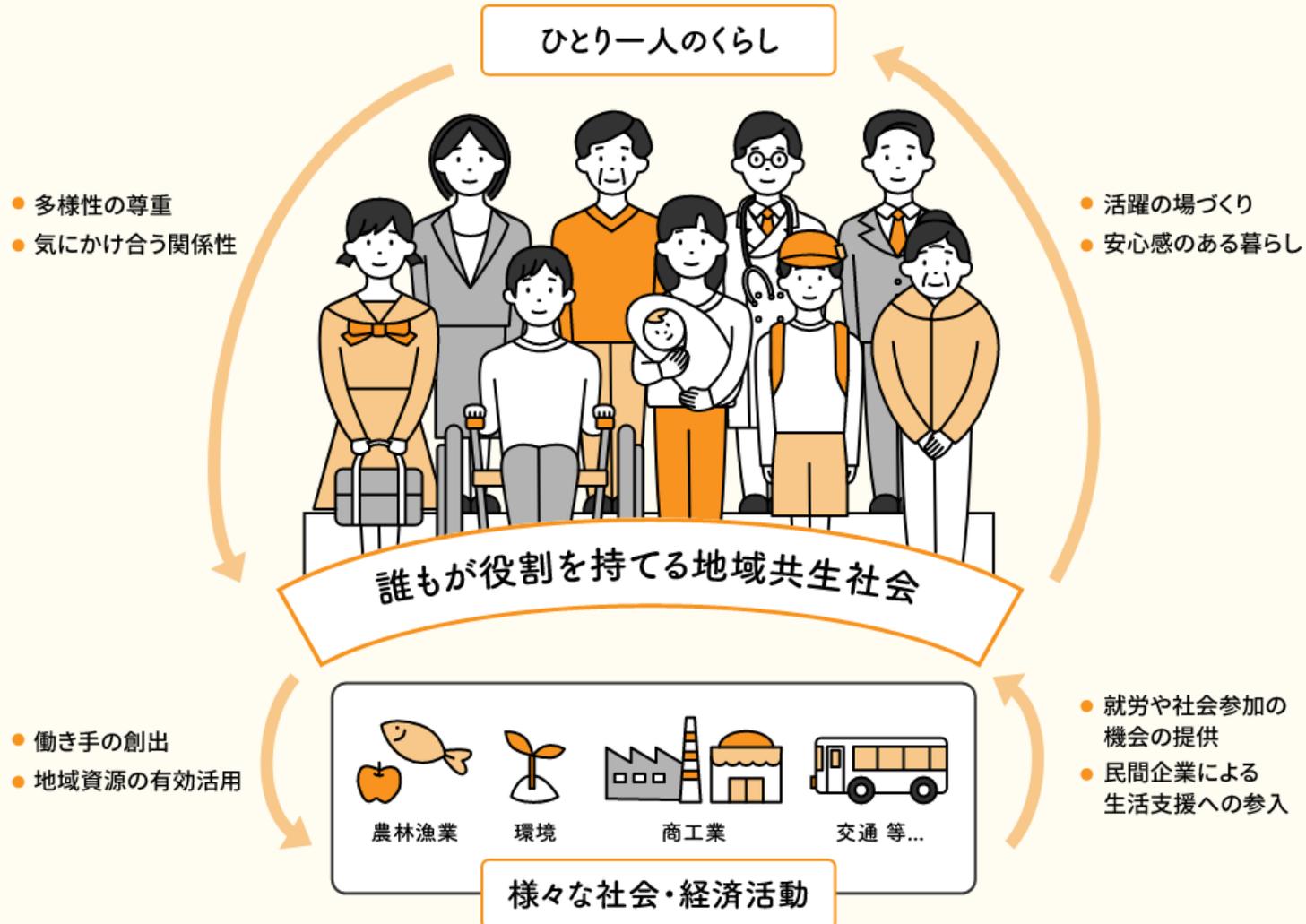


データ利活用のためのICT基盤整備

制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施

地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、
地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が
世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。



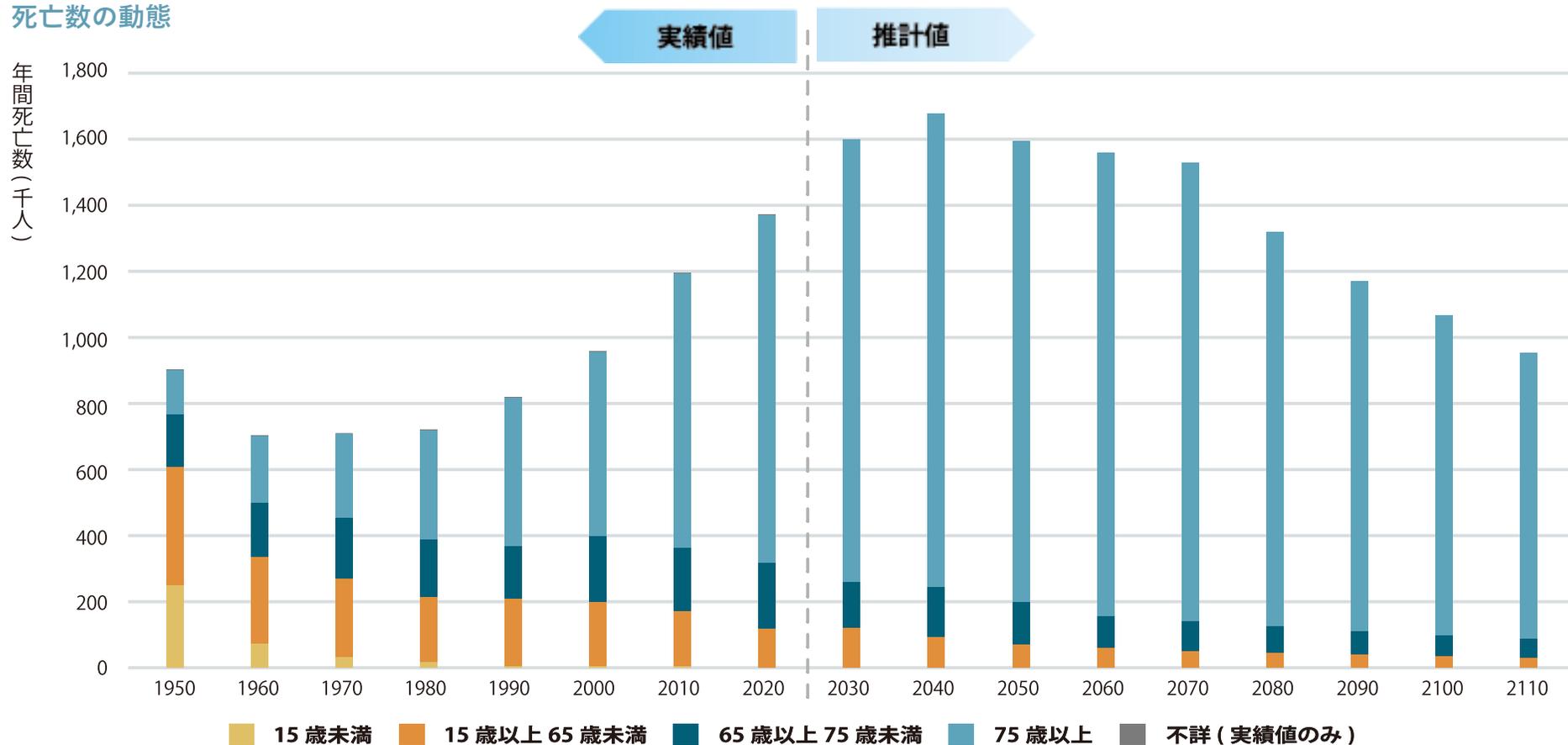
2. 「在宅医療・介護連携推進事業」に係る 基本的な考え方

(医療・介護連携)

死亡数が一層増加する

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

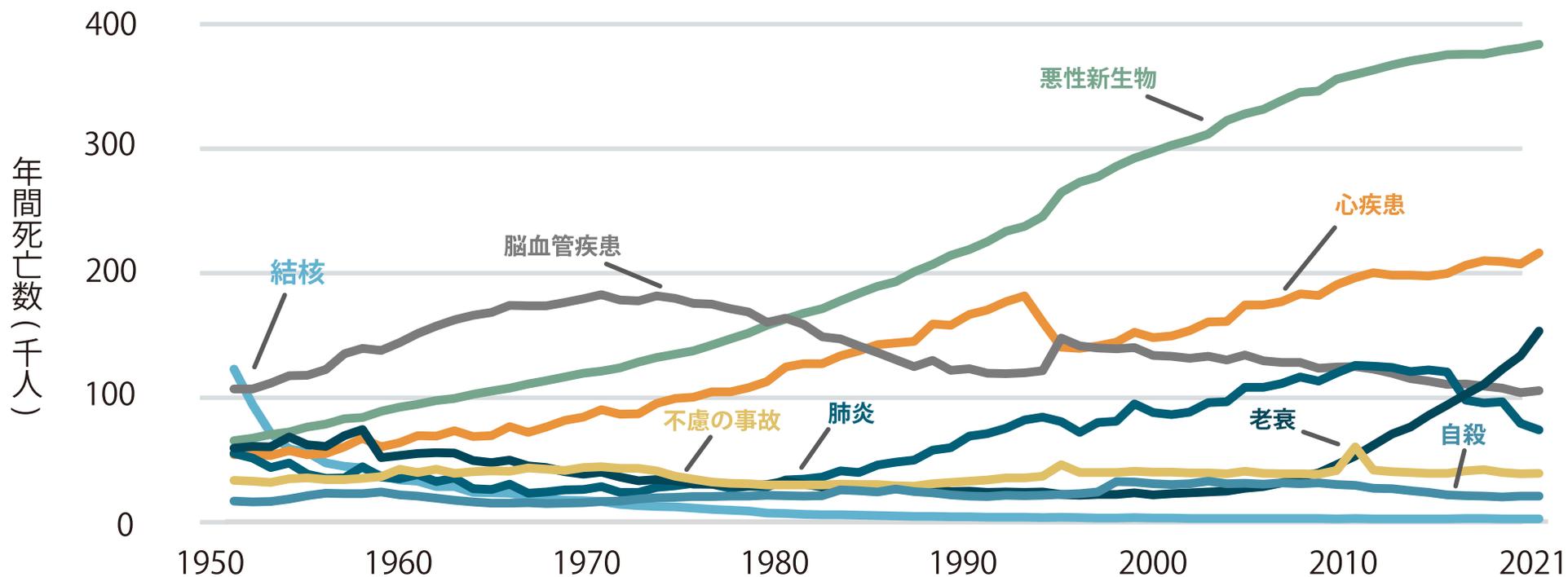
死亡数の動態



死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

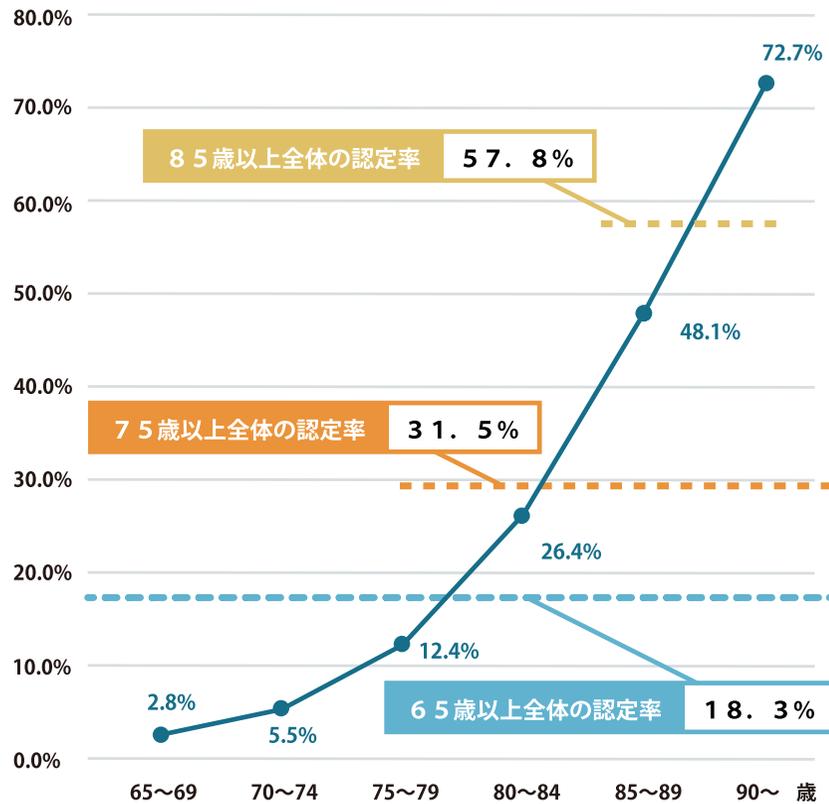
死因の推移



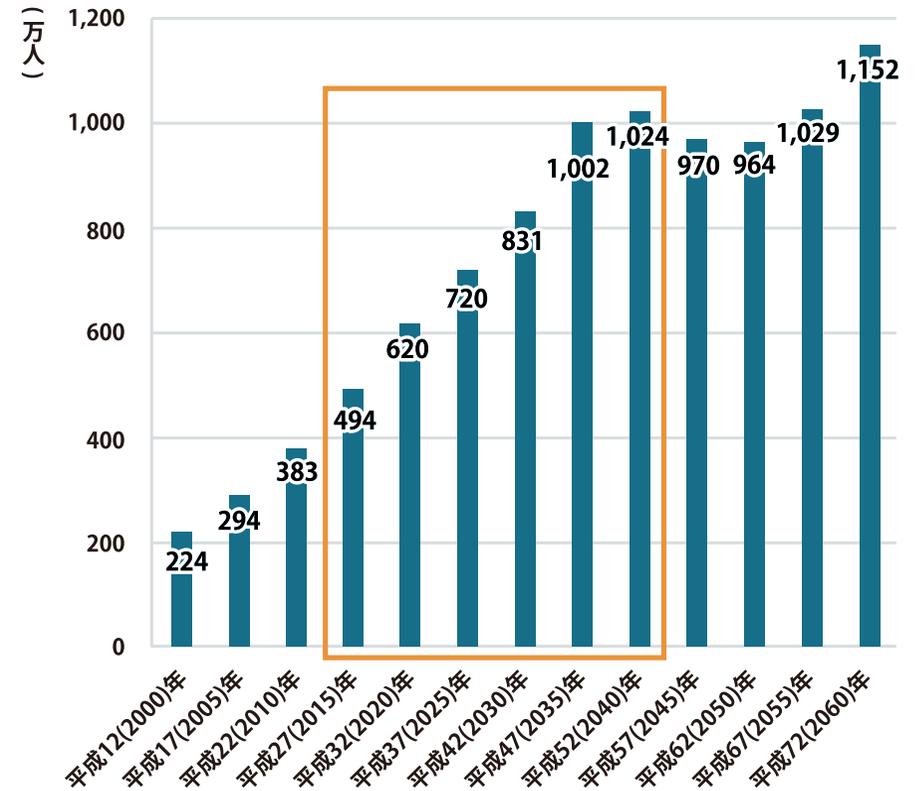
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



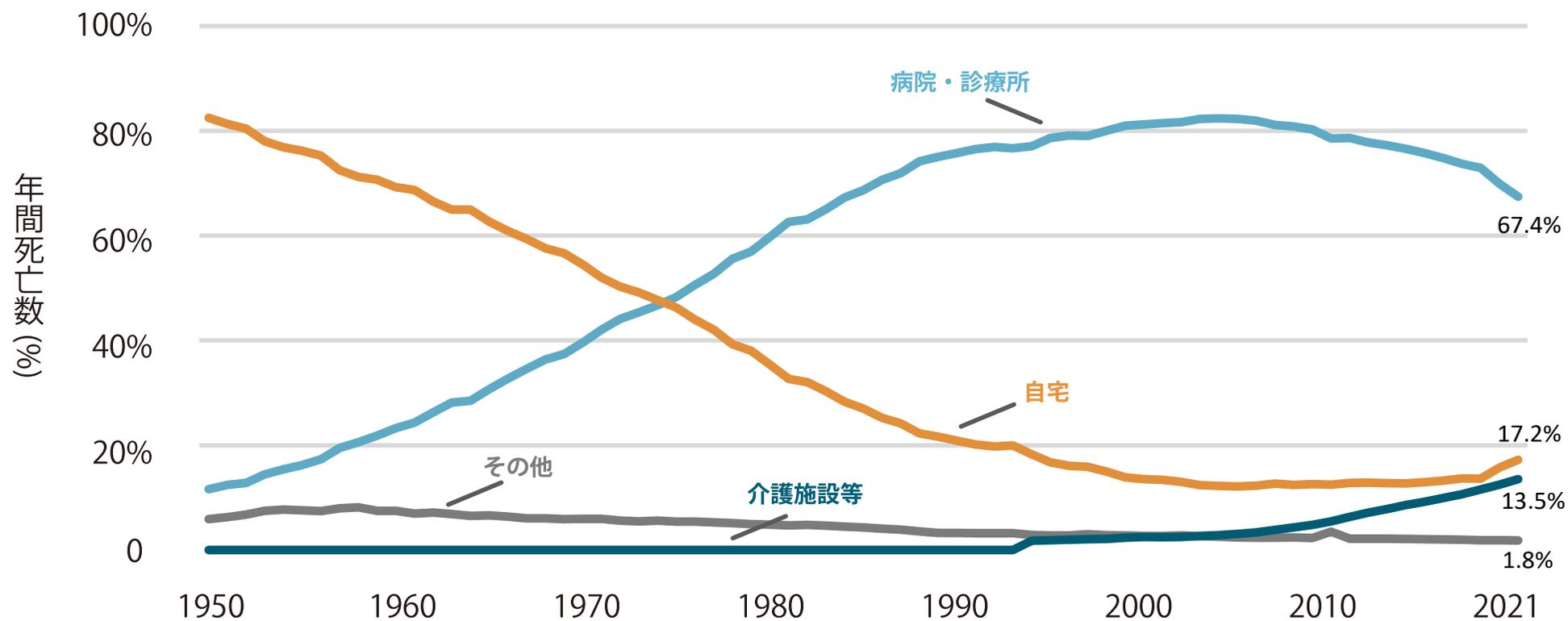
出典

2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



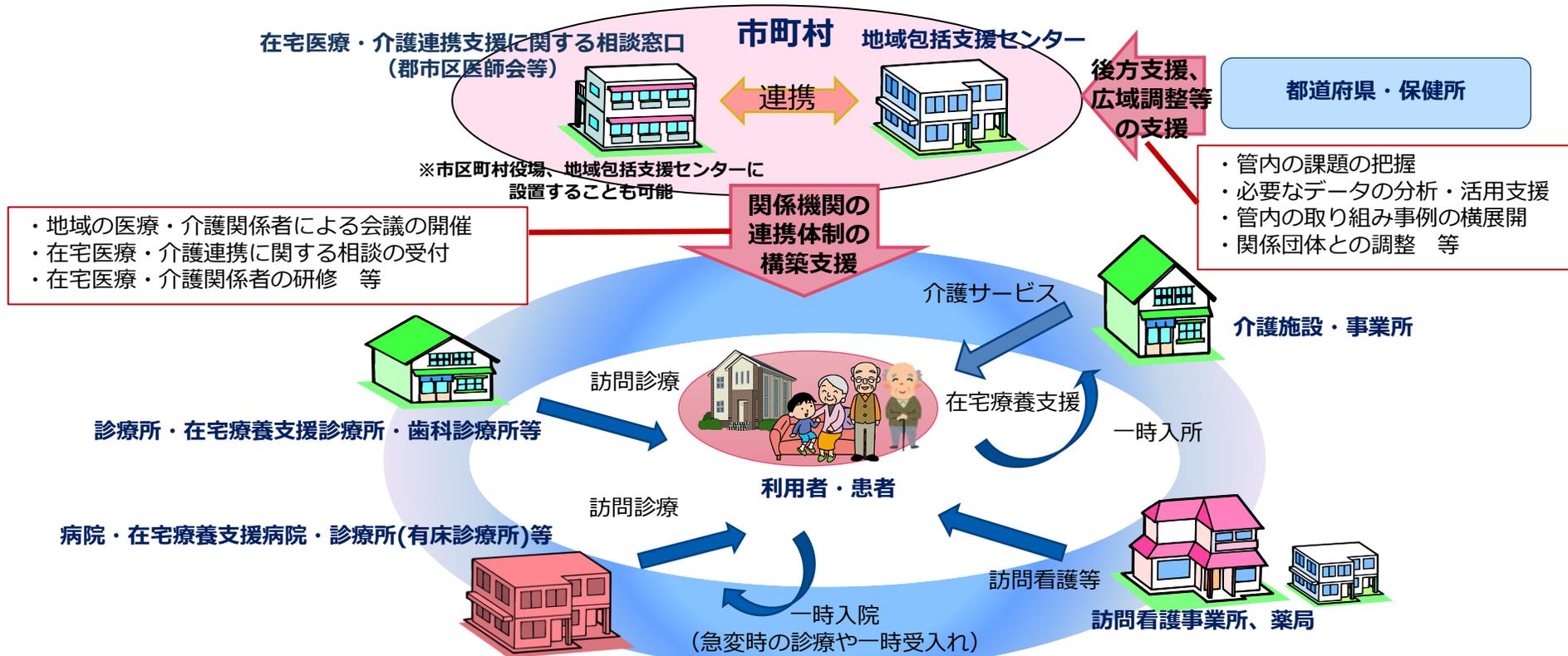
在宅医療・介護連携の推進

- 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）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- 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。



2. 「在宅医療・介護連携推進事業」に係る 基本的な考え方

(在宅医療・介護連携推進事業)

介護保険

保険給付

在宅サービス

(ホームヘルプ、デイサービス等)

施設サービス

(特別養護老人ホーム等)

※ 上記の他、ケアプランの作成等に対して保険給付が行われる。

地域支援事業

地域支援事業とは

地域支援事業とは、介護保険法第百十五条の四十五の規定に基づき、介護保険制度の円滑な実施の観点から、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業である。

地域支援事業の目的及び趣旨について

地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進する。

介護保険給付・地域支援事業の全体像

【財源構成】

国：25%

都道府県：12.5%

市町村：12.5%

1号保険料：23%

2号保険料：27%

【財源構成】

国：38.5%

都道府県：19.25%

市町村：19.25%

1号保険料：23%

地域支援事業

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1～2）

介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1～2、それ以外の者）

- **介護予防・生活支援サービス事業**
 - ・ 訪問型サービス
 - ・ 通所型サービス
 - ・ 生活支援サービス（配食等）
 - ・ 介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- **一般介護予防事業**

包括的支援事業

- **地域包括支援センターの運営**
（介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援、地域ケア会議の充実）
- **在宅医療・介護連携推進事業**
- **認知症総合支援事業**
（認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等）
- **生活支援体制整備事業**
（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

任意事業

- **介護給付費適正化事業**
- **家族介護支援事業**
- **その他の事業**

○介護保険法（平成9年法律第123号）

（地域支援事業）

第百十五條の四十五（略）

2 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三（略）

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

五・六（略）

3～5（略）

（市町村の連絡調整等）

第百十五條の四十五の十 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

2 市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3 都道府県は、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五條の四十五第二項各号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する支援に努めるものとする。

○介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

（法第百十五條の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業）

第百四十條の六十二の八 法第百十五條の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、市町村が、同号に規定する連携を推進するに当たり、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築を目的として行う次に掲げる事業であって、地域支援事業(同号に規定する事業を除く。)その他の在宅医療及び介護に関する施策との連携を図るものとする。

一 地域における在宅医療及び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。)に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、在宅医療・介護連携に関する施策の企画及び立案(医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者(以下この条において「医療・介護関係者」という。))と共同して行うものとする。)、並びに医療・介護関係者に対して周知を行う事業

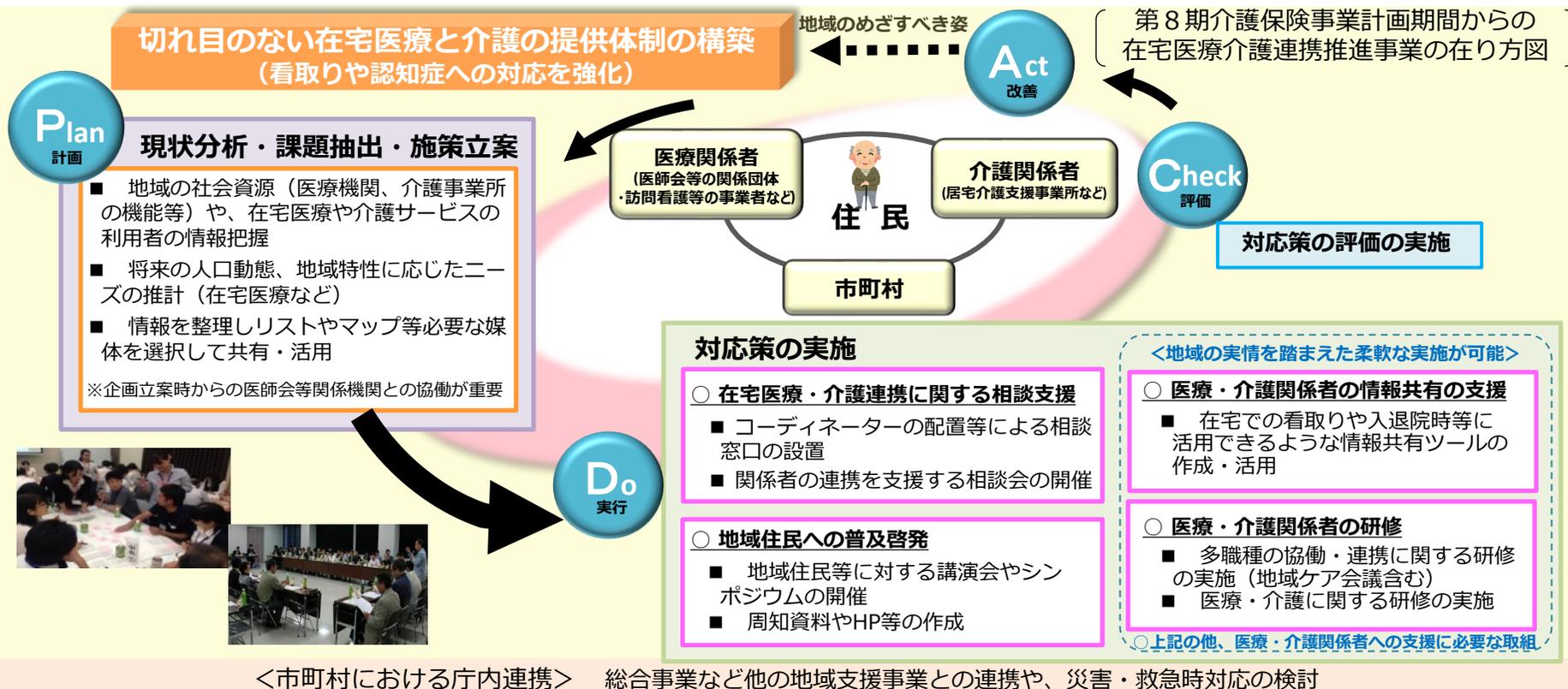
二 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

三 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得及び当該知識の向上のために必要な研修を行う事業その他の地域の実情に応じて医療・介護関係者を支援する事業

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、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目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知を行う。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。
- そして、本事業の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するなど、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、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」として、令和2年9月に発出。

1 改訂のポイント

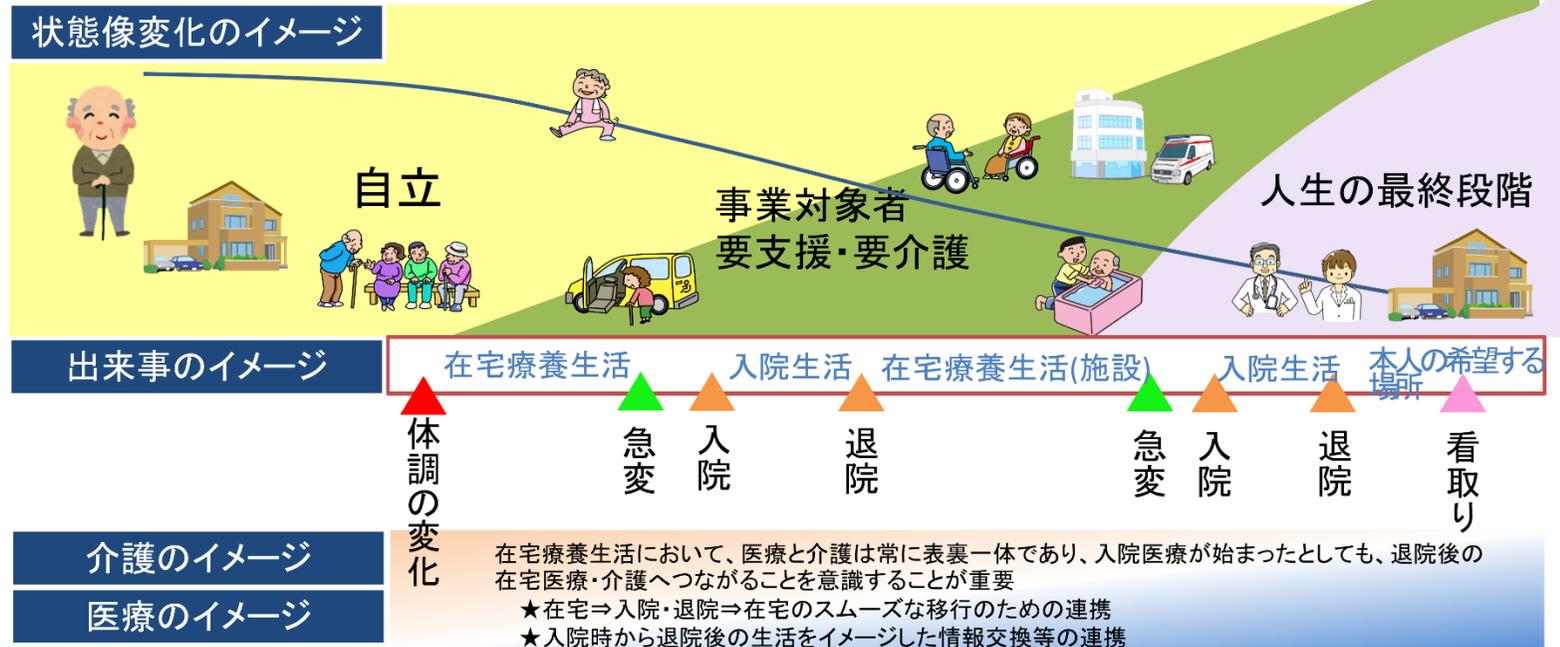
- PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるような構成に再編
- 目標の設定の必要性や事業マネジメントの考え方、都道府県の役割の明確化
- 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージに沿った、4つの場面を意識した考え方
- 好事例の横展開を図るため、事例の掲載



4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

● 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23

- ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるような支援が必要である。
- 在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する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）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。
- 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。



在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



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

3.医療・介護連携に係る近年の方策

(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）)

総合確保方針の意義・基本的方向性の見直し（案）

【現行】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現

【見直し案】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

基本的方向性

- (1) 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
- (2) 地域の創意工夫を活かせる仕組み
- (3) 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- (4) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- (5) 情報通信技術（ICT）の活用

基本的方向性

- (1) 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
 - (2) サービス提供人材の確保と働き方改革
 - (3) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
 - (4) デジタル化・データヘルスの推進
 - (5) 地域共生社会の実現
- (別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

総合確保方針の意義の見直し案

1. 意義

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年（2025年）にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年（2040年）に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速する。
- 全国で見れば、65歳以上人口は令和22年を超えるまで、75歳以上人口は令和32年（2050年）を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や1人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は令和7年まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年（2035年）頃まで一貫して増加する。外来患者数は令和7年（2025年）頃、入院患者数は令和22年（2040年）頃、在宅患者数は令和22年（2040年）以降に最も多くなる。一方で、都道府県や2次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。
- 生産年齢人口が減少していく中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なる。こうした地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。その際、中山間地域や離島では、地理的要因によって医療や介護の資源が非常に脆弱な地域も存在することに留意する必要がある。また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。
- 特に、認知症への対応については、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人やその家族の視点を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策を推進していく必要がある。
- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その1）

（1）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築

- 医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、今般の新型コロナウイルス感染症対応において、地域における医療・介護の提供に係る様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした課題にも対応できるよう、平時から医療機能の分化と連携を一層重視して国民目線で提供体制の改革を進めるとともに、新興感染症等が発生した際にも提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えることができるような体制を確保していくことが必要である。
- 入院医療については、まずは令和7年に向けて地域医療構想を推進し、その上で、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、更に医療機能の分化・連携を進めていくことが重要である。外来医療・在宅医療については、外来機能報告制度を踏まえ紹介受診重点医療機関の明確化を図るとともに、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行っていくことが重要である。これらについては、地域医療構想を更に推進する中で対応を進めるとともに、医療従事者の確保と働き方改革を一体的に進めていくことが重要である。また、医薬品の安定供給や提供体制の確保を図っていくことが必要である。
- 地域包括ケアシステムについては、介護サービスの提供体制の整備、住まいと生活の一体的な支援、医療と介護の連携強化、認知症施策の推進、総合事業、介護予防、地域の支え合い活動の充実等を含めた地域づくりの取組を通じて、その更なる深化・推進を図っていくことが重要である。
- 人口構成の変化や医療・介護需要の動向は地域ごとに異なることから、医療及び介護の総合的な確保を進めていくためには、地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組みを目指すことが必要である。
- 国民の行動変容を促す情報発信、人生の最終段階において本人が望む医療やケアについて家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発等、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制の整備を進めていくことが重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その2）

（2）サービス提供人材の確保と働き方改革

- 令和22年に向けて生産年齢人口が急減する中で、医療・介護提供体制の確保のために必要な質の高い医療・介護人材を確保するとともに、サービスの質を確保しつつ、従事者の負担軽減が図られた医療・介護の現場を実現することが必要となる。
- 医療従事者については、働き方改革の取組を進めるとともに、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の整備やタスク・シフト／シェア、チーム医療の推進、復職支援等を進めていくことが重要である。介護従事者については、これまでの処遇改善の取組に加え、ICTや介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等により介護現場の生産性向上の取組を推進し、専門性を生かしながら働き続けられる環境づくりや復職支援、学校等と連携した介護の仕事の魅力発信に取り組むとともに、いわゆる介護助手の導入等の多様な人材の活用を図ることで、必要な人材の確保を図っていくことが重要である。
- このような取組を通じて、患者・利用者など国民の理解を得ながら、医療・介護サービス提供人材の確保と働き方改革を地域医療構想と一体的に進めることが重要である。

（3）限りある資源の効率的かつ効果的な活用

- 人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくことが必要である。急速に少子高齢化が進む中、医療及び介護の提供体制を支える医療保険制度及び介護保険制度の持続可能性を高めるためには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある。
- こうした観点からも、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供、介護サービスの質の向上、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上を推進することが重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その3）

（4）デジタル化・データヘルスの推進

- オンライン資格確認等システムにおいては、患者の同意の下に、医療機関・薬局において特定健診等情報や薬剤情報等を確認し、より良い医療が提供される環境の整備が進められている。
- 介護についても、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、介護情報を集約し、医療情報とも一体的に運用する情報基盤の全国一元的な整備を進めることとしている。
- オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等に加え、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む。）全般にわたる情報について共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を創設する方向が示されている。
- 医療・介護連携を推進する観点から、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、患者・利用者自身の医療・介護情報の標準化を進め、デジタル基盤を活用して医療機関・薬局・介護事業所等の間で必要なときに必要な情報を共有・活用していくことが重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に向けた施策の立案に当たり、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）、公的データベース等やこれらの連結解析等を通じ、客観的なデータに基づいてニーズの分析や将来見通し等を行っていくEBPM（エビデンス・ベスト・ポリシー・メイキング）の取組が重要である。

総合確保方針の基本的な方向性を見直し案（その4）

（5）地域共生社会の実現

- 孤独・孤立や生活困窮の問題を抱える人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送ることができるようにするため、地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる「社会的処方」の活用など「地域共生社会」の実現に取り組む必要がある。現に、従来からの地域包括ケアシステムに係る取組を多世代型に展開し、地域共生社会の実現を図る地方自治体も現れてきている。
- 医療・介護提供体制の整備については、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に当たっては、地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じて、こうした「地域共生社会」を目指していく文脈の中に位置付けていくことが重要である。

（別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの

※このほか、市町村計画の共同策定の明確化など所要の見直し

(別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

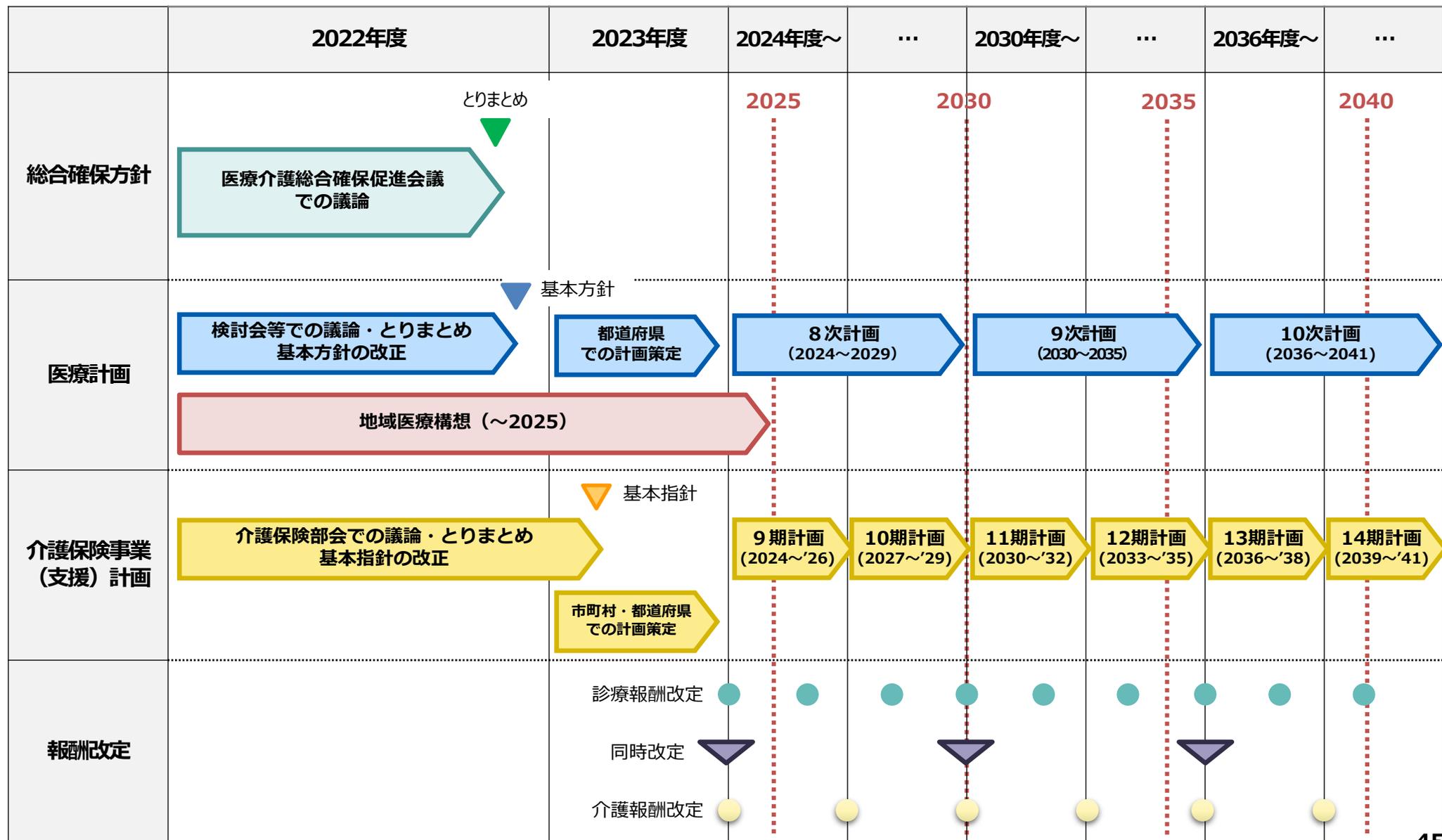
- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

(参考) 今後のスケジュール



3.医療・介護連携に係る近年の方策

(第9期介護保険事業計画の策定に向けた取組)

介護保険事業（支援）計画について

- 保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。

国の基本指針（法第116条、8期指針：令和3年1月厚生労働省告示第29号）

- 介護保険法第116条第1項に基づき、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に規定する総合確保方針に即して、国が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指針を定める
※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画（法第117条）

- 区域（日常生活圏域）の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

- 区域（老人福祉圏域）の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
- 各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
- 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標
- その他の事項

基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

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（令和6年厚生労働省告示第18号）

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、在宅医療・介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、国又は都道府県の支援の下、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要である。今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市町村は、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の様々な局面において、地域における在宅医療・介護の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。）を推進するための体制の整備を図ることが重要である。

そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が主体となって、医療・介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和五年法律第三十一号。以下「令和五年の健保法等改正」という。）によって創設された医療法（昭和二十三年法律第二百五号）におけるかかりつけ医機能報告等も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。その際には、医療や介護、健康づくり部局の庁内連携を密にするとともに、取組を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。

また、市町村でPDCAサイクルに沿った事業展開を行うことができるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等が重要である。

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

1 地域包括ケアシステムの深化・推進のため重点的に取り組むことが必要な事項

（一）在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携の推進により、在宅医療・介護が円滑に提供される仕組みを構築し、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、医療計画に基づく医療機能の分化と並行して、令和五年の健保法等改正によって創設された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つつ、市町村が主体となって、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要である。市町村は、地域の医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、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した上で、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、PDCAサイクルに沿って取組を推進していくことが重要である。また、推進に当たっては、看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく観点からの取組を進めていくことが重要である。さらに、感染症発生時や災害時においても継続的なサービス提供を維持するため、地域における医療・介護の連携が一層求められる中、在宅医療・介護連携推進事業を活用し、関係者の連携体制や対応を検討していくことが望ましい。

なお、市町村は、地域住民に対して、医療・介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及びわかりやすく丁寧な説明を行っていくことや関連施策との連携を図っていくことが重要である。

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

1 地域包括ケアシステムの深化・推進のための支援に関する事項

（一）在宅医療・介護連携の推進

在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。

在宅医療・介護連携を推進し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備を支援するため、保健医療部局とも連携しながら、令和五年の健保法等改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しつつ、在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための情報発信、好事例の横展開及び人材育成等の研修会の開催、市町村で事業を総合的に進める人材の育成、都道府県医師会等の医療・介護関係団体その他の関係機関との連携及び調整や市町村が地域の関係団体と連携体制を構築するための支援、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及び調整、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援、保健所の活用を含めた市町村への広域連携が必要な事項に関する支援や、各市町村へのデータの活用・分析を含めた具体的な支援策を定めることが重要である。

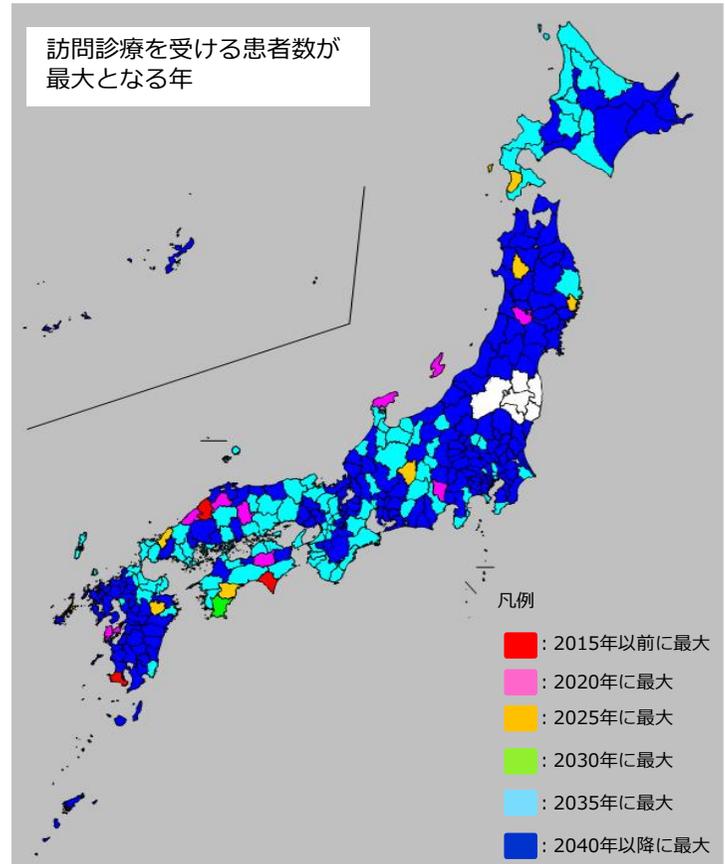
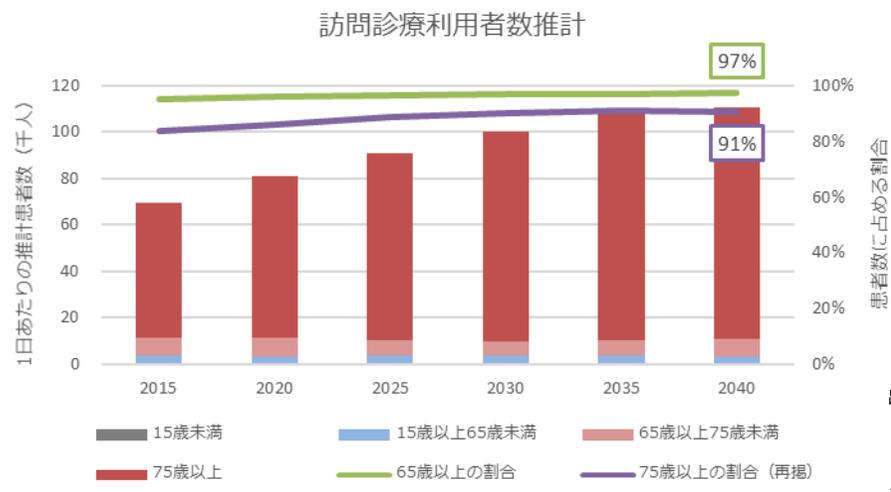
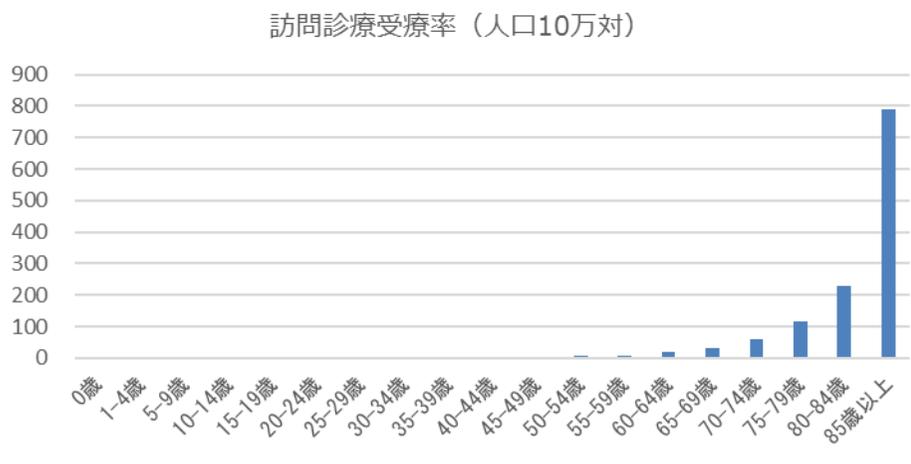
3.医療・介護連携に係る近年の方策

(第8次医療計画の策定に向けた取組)

(在宅医療の推進)

医療需要の変化① 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

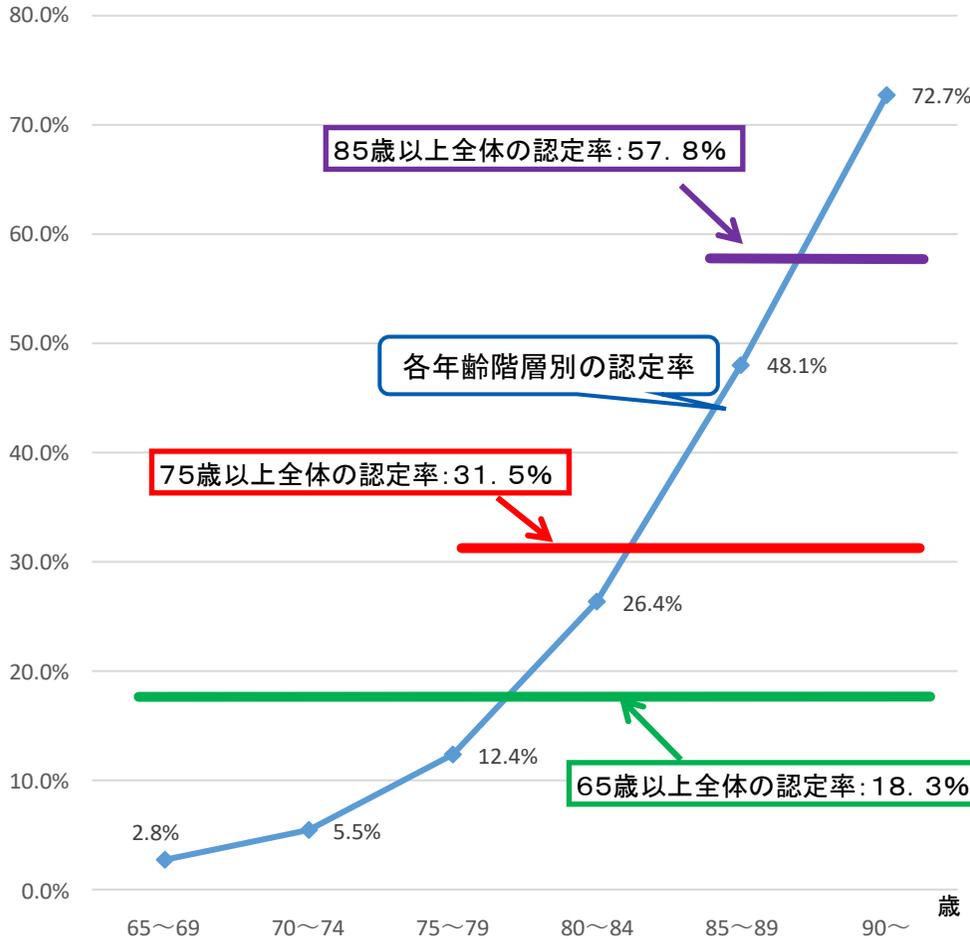


出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種別・入院—外来の種別別」
 「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

- ※ 病院、一般診療所を対象に集計。
- ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の実受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

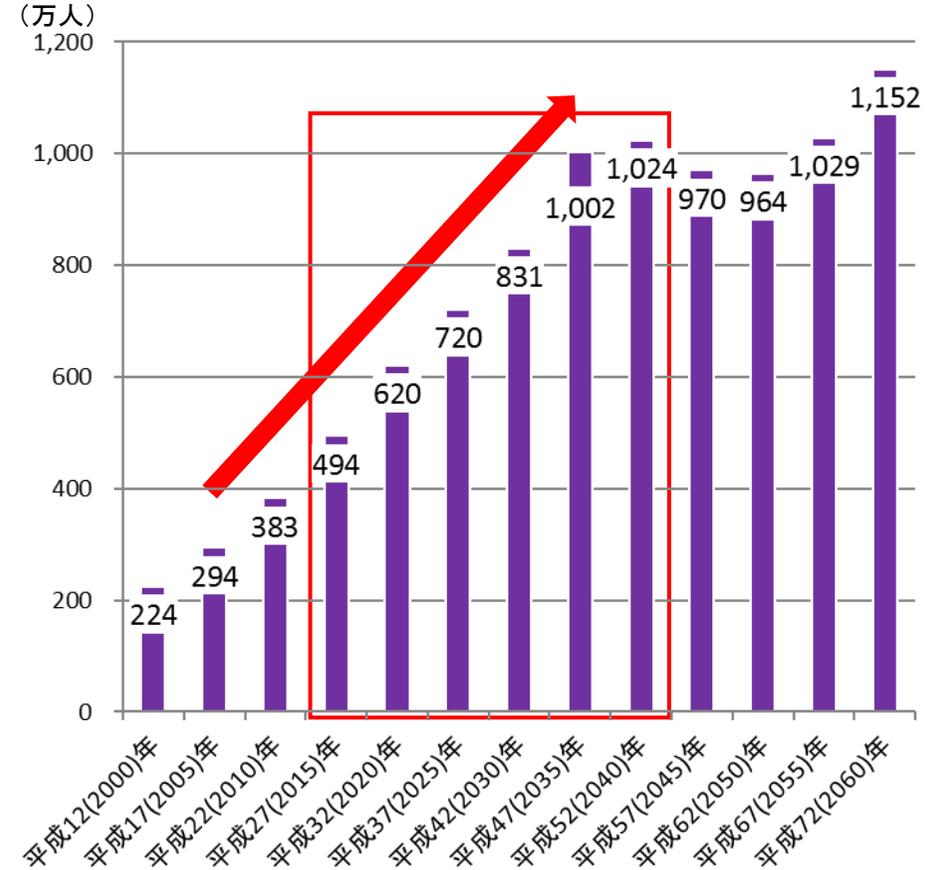
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

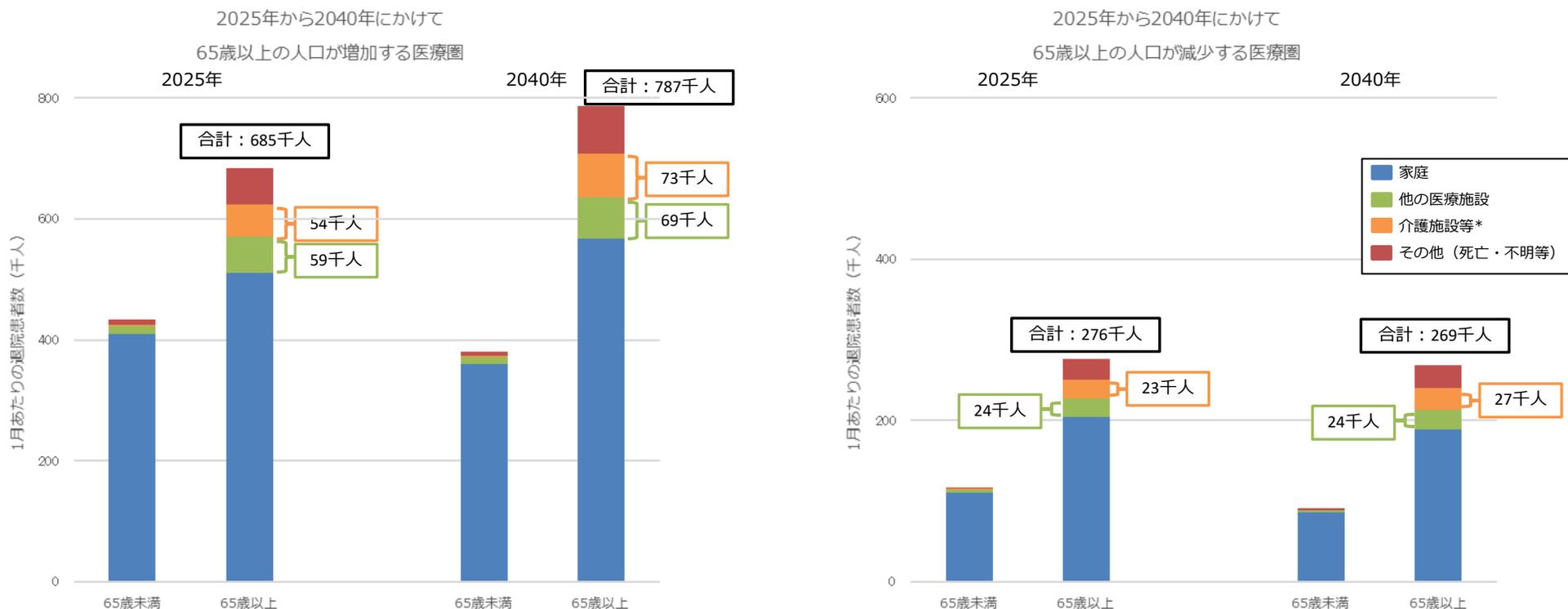
85歳以上の人口の推移



出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が増加する医療圏(135の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて15%増加するが、そのうち、介護施設等(介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設)へ退院する患者数は34%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は18%増加すると見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が減少する医療圏(194の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて減少するが、そのうち、介護施設等へ退院する患者数は16%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は微増すると見込まれる。

退院患者の退院先の推移



出典：患者調査（平成29年）「推計退院患者数、入院前の場所×性・年齢階級別」「推計退院患者数、退院後の行き先×性・年齢階級別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

*介護施設等：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設

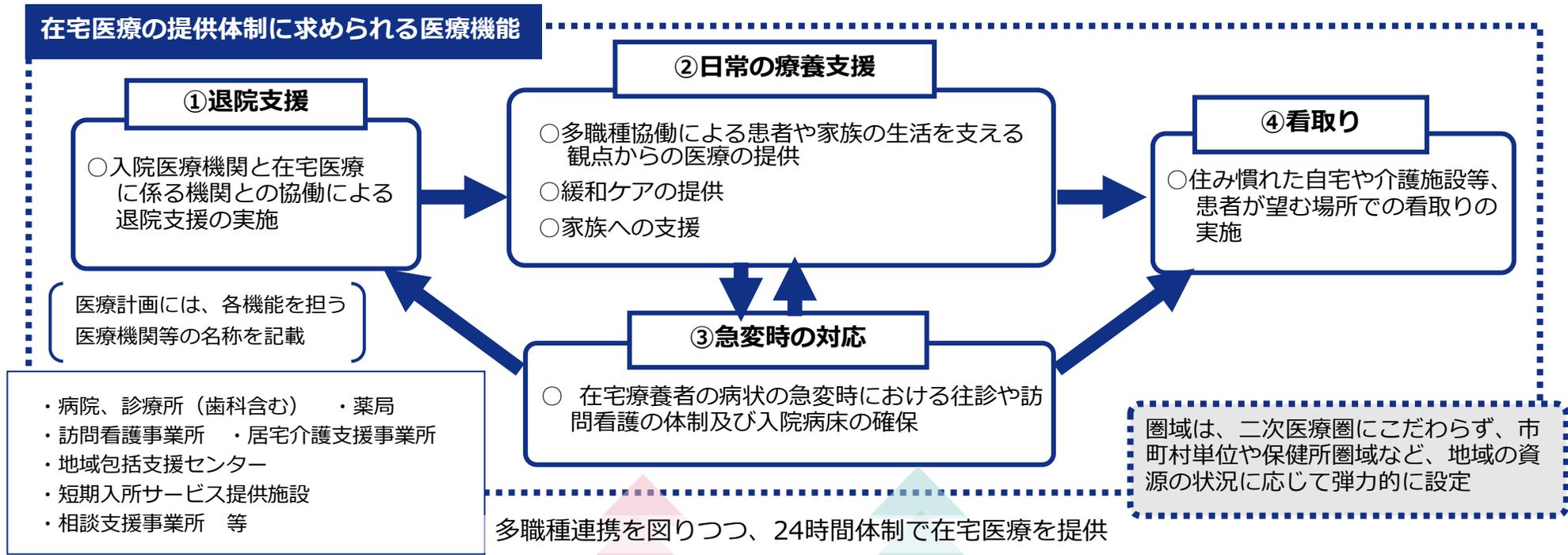
※ 退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う

- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

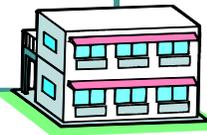
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割

- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

・市町村 ・保健所
・医師会等関係団体 等



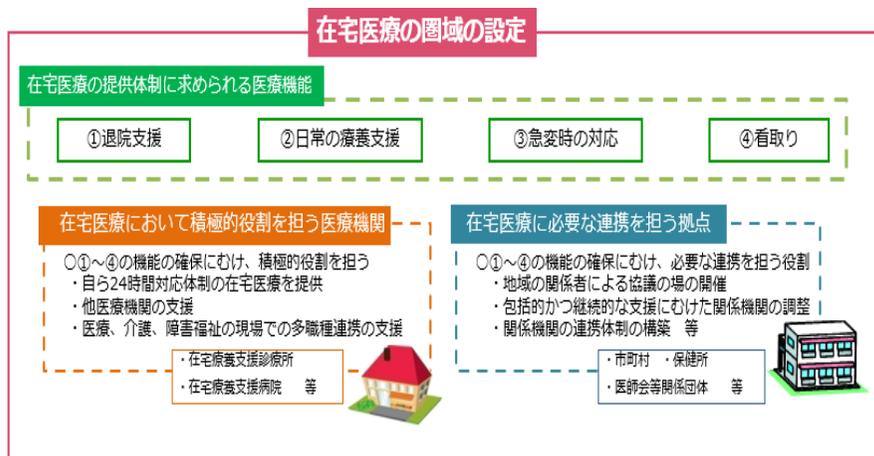
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の实情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「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、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

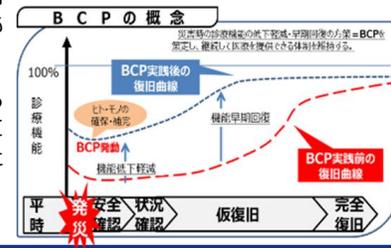
在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

<在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

（5）在宅医療において積極的役割を担う医療機関

自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。**

また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、**在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。**

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。**

（6）在宅医療に必要な連携を担う拠点

地域の実情に応じ、**病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。**

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**を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

（3）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、**従来の二次医療圏にこだわらず**、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、**市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**なお、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。**

<在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

（3）急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、**事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等**、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、**消防関係者も含め連携体制の構築を進めることが望ましい**

③ 入院医療機関に求められる事項

- ・ 特に、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院**においては、**地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携**することで、円滑な診療体制の確保に努めること

（4）患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、**医療と介護の両方を視野に入れ**、利用者の状態の変化に対応し、**最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること**
- ・ **麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること**

第3 構築の具体的な手順

3 連携の検討

- （4）災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、**業務継続計画（BCP）の策定を推進すること**。

<在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋>

第1 在宅医療の現状

2 在宅医療の提供体制

（2）日常の療養生活の支援

③ 訪問歯科診療

近年、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔の管理の重要性が高まっている。こうした観点から、歯科医師だけでなく、**歯科衛生士の口腔の管理へのより一層の間わり**が期待されている。今後は地域の実情を踏まえ、**歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携**や**医科歯科連携**を更に推進していくことが求められている。

④ 訪問薬剤管理指導

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、**麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備**が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

⑤ 訪問リハビリテーション

今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、**医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備**が求められる。

なお、医療計画においては病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院から提供される訪問リハビリテーションについて検討することとする。

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

（2）日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 身体機能及び生活機能の維持向上のための**口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理**を適切に提供するために、関係職種間で**連携体制**を構築すること
- ・ 日常生活の中で、**栄養ケア・ステーション等と連携**し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
- ・ 在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、**医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供**される必要がある

第8次医療計画における在宅医療の圏域について

二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること

【出典】医療法施行規則 第三十条の二九（昭和二十三年厚生省令第五十号）

在宅医療の圏域について

5 疾病・6 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

【出典】「医療計画について」（令和5年3月31日 厚生労働省医政局長通知（令和5年6月15日一部改正））

<在宅医療の体制構築に係る指針>

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

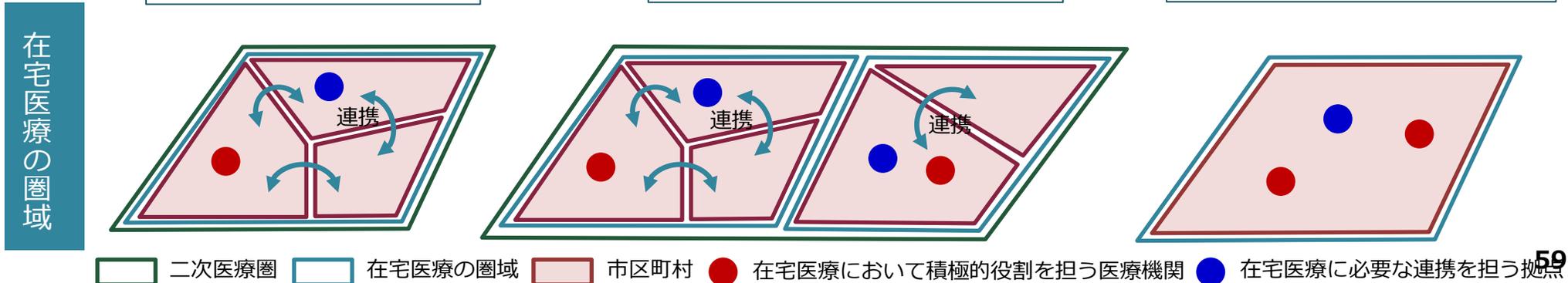
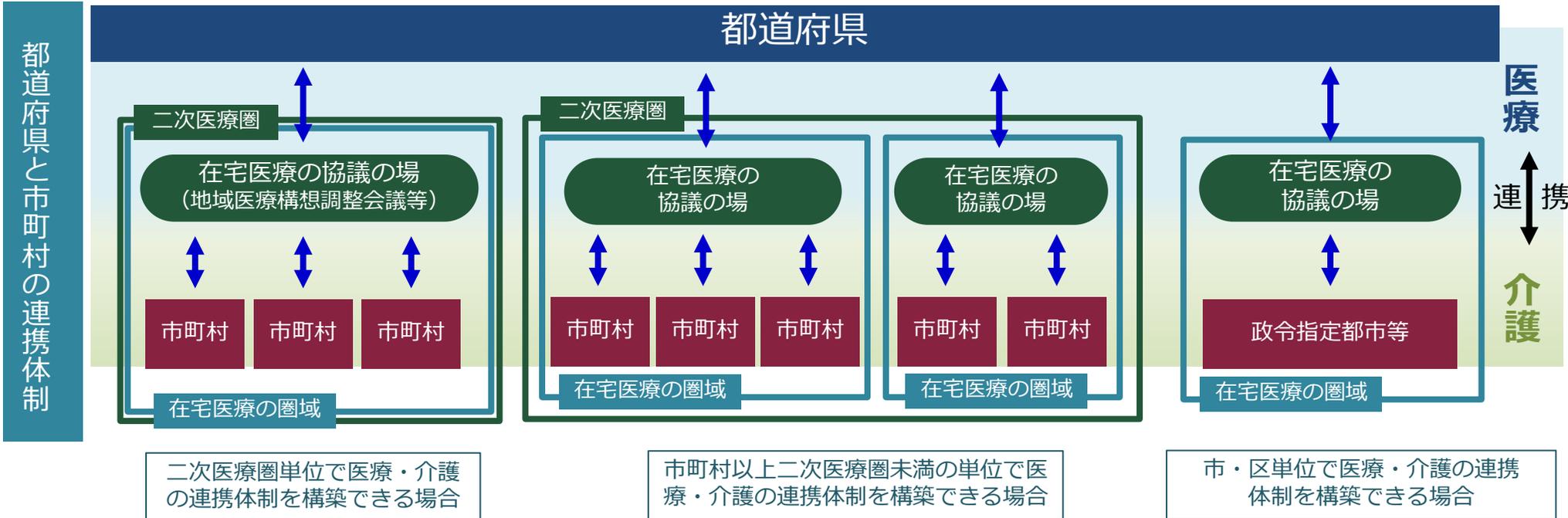
- (1) 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実にを行うことが望ましい。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

在宅医療の圏域の設定単位の考え方

- 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。



第8次医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能との連携

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

① 目標

- ・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・患者の家族への支援を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

第8次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「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こととし、記載内容について整理した。また、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について記載した。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

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が重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

① 目標

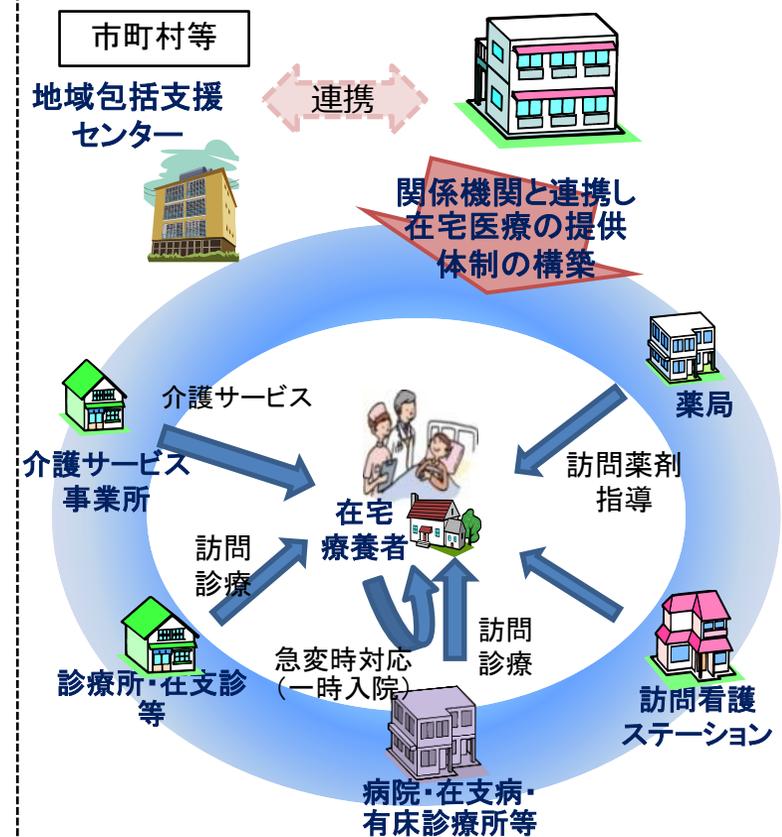
- ・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的で開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

在宅医療に必要な連携を担う拠点 (市町村、地域医師会、保健所、医療機関等)



3.医療・介護連携に係る近年の方策

(かかりつけ医機能が発揮される制度整備)

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

令和5年5月12日成立、5月19日公布

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【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、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律 における介護保険関係の主な改正事項

I. 介護情報基盤の整備

- **介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施**
 - 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け
 - 市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする
※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。

II. 介護サービス事業者の財務状況等の見える化

- **介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備**
 - 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け
※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。
 - 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

III. 介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

- **介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進**
 - 都道府県に対し、介護サービス事業所・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設 など

IV. 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

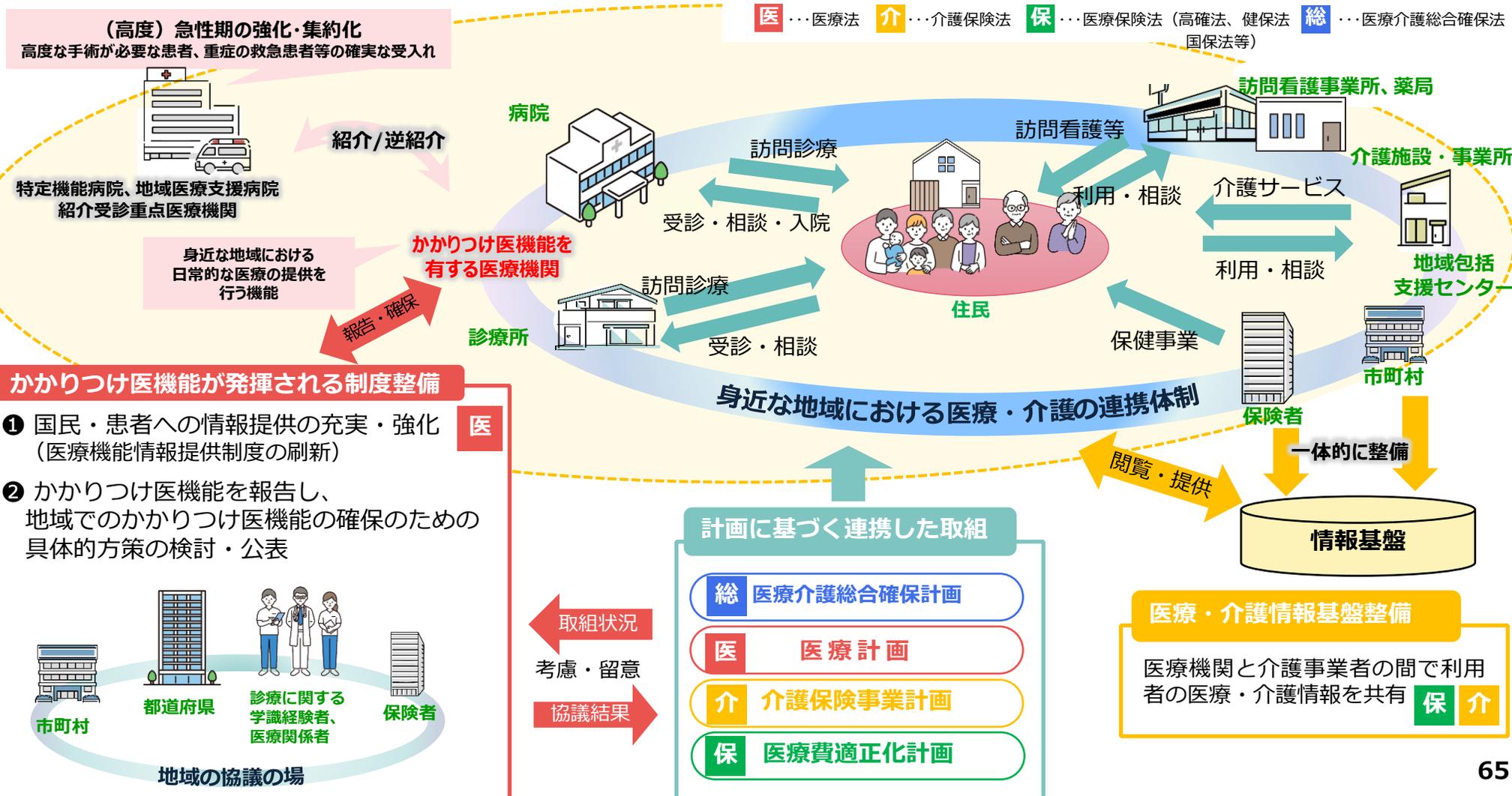
- **看多機について、サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める**
 - 看多機のサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化 など

V. 地域包括支援センターの体制整備等

- **地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備**
 - 要支援者に行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする など

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



（参考）関連附帯決議、閣議決定

全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（令和3年6月3日 参議院厚生労働委員会）（抜粋）

十二、2022年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

経済財政運営と改革の基本方針2022（令和4年6月7日 閣議決定）（抜粋）

（少子化対策・こども政策）

結婚・妊娠・出産・子育てに夢や希望を感じられる社会を目指し、「希望出生率1.8」の実現に向け、「少子化社会対策大綱」等に基づき、結婚、妊娠・出産、子育てのライフステージに応じた総合的な取組の推進、結婚新生活立上げ時の経済的負担の軽減や出会いの機会・場の提供など地方自治体による結婚支援の取組に対する支援、妊娠前から妊娠・出産、子育て期にわたる切れ目ない支援の充実、「新子育て安心プラン」の着実な実施や病児保育サービスの推進等仕事と子育ての両立支援に取り組む。妊娠・出産支援として、不妊症・不育症支援やデジタル相談の活用を含む妊産婦支援・産後ケアの推進等に取り組むとともに、出産育児一時金の増額を始めとして、経済的負担の軽減についても議論を進める。流産・死産等を経験された方への支援に取り組む。

（全世代型社会保障の構築）

全世代型社会保障は、「成長と分配の好循環」を実現するためにも、給付と負担のバランスを確保しつつ、若年期、壮中年期及び高齢期のそれぞれの世代で安心できるよう構築する必要がある。そのために、社会保険を始めとする共助について、包括的で中立的な仕組みとし、制度による分断や格差、就労の歪みが生じないようにする。これにより、我が国の中間層を支え、その厚みを増すことに寄与する。給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障をバランスよく確保する。その際、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げを含む保険料負担の在り方等各種保険制度における負担能力に応じた負担の在り方等※の総合的な検討を進める。全世代型社会保障の構築に向けて、世代間の対立に陥ることなく、全世代にわたって広く基本的な考え方を共有し、国民的な議論を進めていく。

（略）

※これまでの経済財政運営と改革の基本方針や新経済・財政再生計画改革工程表に掲げられた医療・介護等に関する事項を含む。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

医療機能情報提供制度 (H18)

入院	病床機能報告 (H26)
外来	有床診・病院 外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認)
	無床診 かかりつけ医機能報告 (新設)
在宅	

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表 (※)**。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を**確保する具体的方策を検討・公表**。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

➤ 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」(※)の充実・強化を図る。

(※) 医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報(診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等)について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

【見直しのポイント】

① 医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

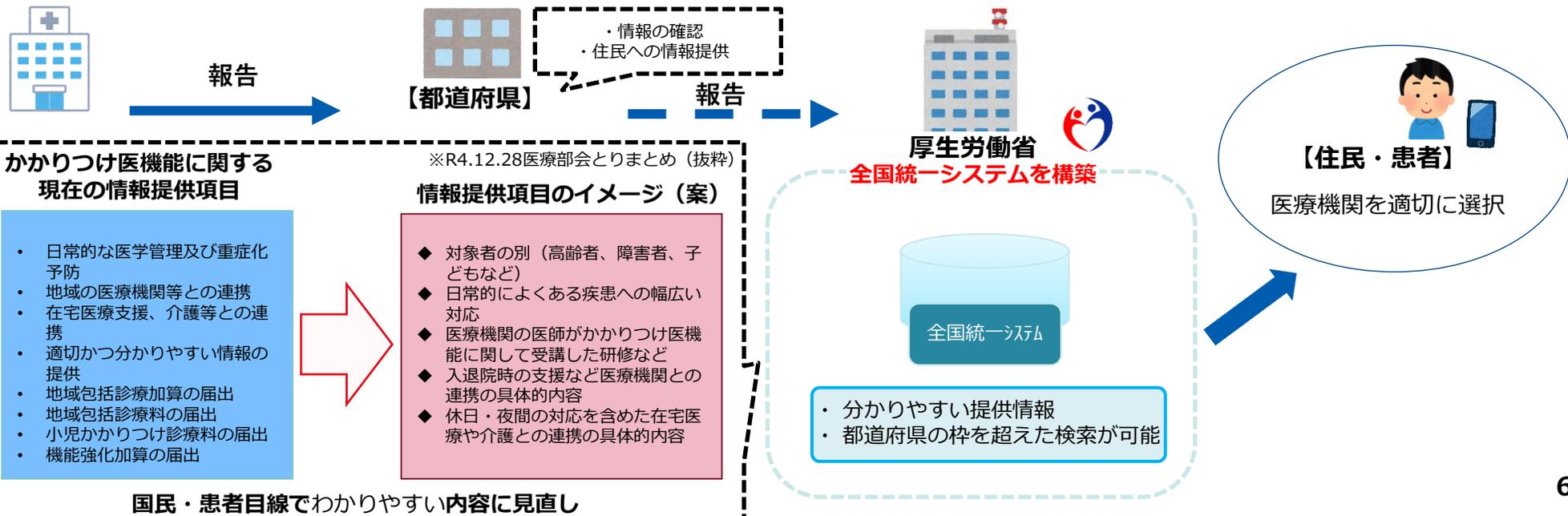
<かかりつけ医機能>

身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義

② 全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供

③ 国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**(厚生労働省令)

(具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。)



- **慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。**

- **慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。**（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告対象となる医療機関】

- 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な**病院又は診療所**として厚生労働省令で定めるもの
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

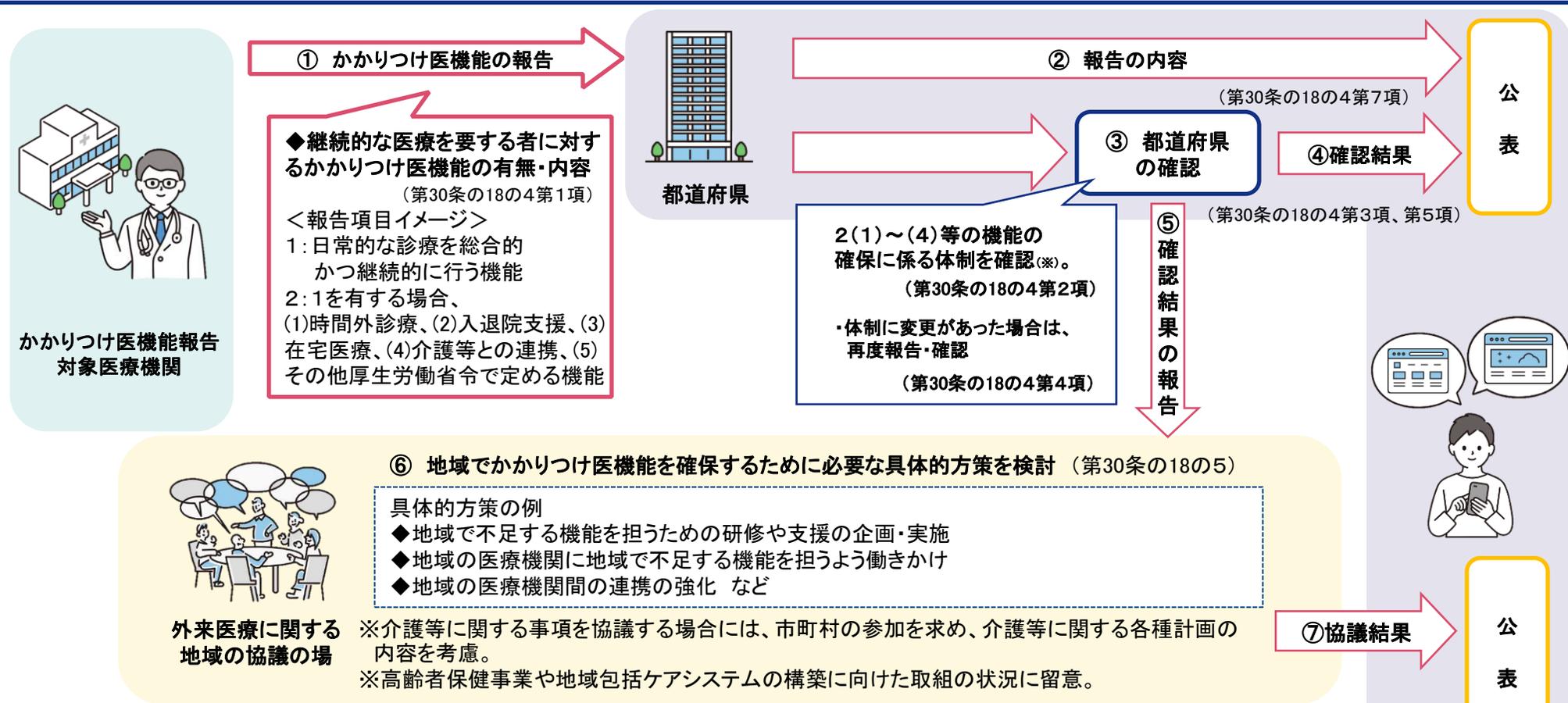
【報告事項】

- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
 - ①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の**日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**（厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ②：①を有する場合は、(1)**通常診療時間外の診療**、(2)**入退院時の支援**、(3)**在宅医療の提供**、(4)**介護サービス等と連携した医療提供**、(5)**その他厚生労働省令で定める機能**（(1)～(4)は厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容

- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした**医療機関がその機能の確保に係る体制**として厚生労働省令で定める要件に該当するものを**有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより公表する。**
- 都道府県知事は、**医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。**

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

介護保険制度の見直しに関する意見 (令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会)

(医療・介護連携)

- 在宅医療・介護連携の推進に向けて、
 - ・ 市町村と医師会等関係機関・医師等専門職の緊密な連携
 - ・ 施設・居住系サービスをはじめとする介護事業者と地域の医療機関等との連携
 - ・ 都道府県や市町村における医療や介護・健康づくり部門の庁内連携、総合的に進める人材の育成・配置
 - ・ 広域的な調整やデータの活用・分析など、都道府県による市町村支援の推進
 - ・ 国による自治体支援などを進めていく必要がある。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、これまでの事業を踏まえつつも、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られるとともに、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サイクルに沿って運用することが重要である。令和2年介護保険制度改正において見直した省令や手引き等について、国としても引き続きその周知を図っていくことが適当である。また、各自治体の取組状況や課題を把握し、国による自治体支援の内容を検討していくことも重要である。
- 自治体がPDCAサイクルに沿った事業展開を確立していくため、地域包括ケア「見える化」システムも含むデータの活用方法を分かり易く整理し、周知することが適当である。加えて、事業の好事例を横展開することも重要である。
- 地域の介護サービス基盤の整備に当たっては、介護保険事業（支援）計画と地域医療構想の整合も含め、医療提供体制の在り方と一体的に議論を行いながら進めていくことが必要である。
- 医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性を図るため、計画策定の際に、都道府県や市町村における医療・介護の担当部局間で協議を行い、緊密な連携を図ることが重要であり、国としても両計画の整合性を図るための支援を行うことが適当である。
- なお、介護保険事業（支援）計画の作成に当たっては、地域福祉計画、障害福祉計画その他要介護者の保健、医療、福祉等に関する事項を定める計画との調和を図ることが重要である。

(かかりつけ医機能との連携)

- 社会保障審議会医療部会において、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が検討されている。かかりつけ医機能には、在宅医療の提供、介護との連携が含まれることから、医療と介護の連携を更に強化するため、こうした検討状況を踏まえて必要な対応を検討することが適当である。

3.医療・介護連携に係る近年の方策

**(共生社会の実現を推進するための
認知症基本法)**

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

→ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進**

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思**によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁**となるものを**除去**することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員**として、**地域において安全にかつ安心して自立した日常生活**を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会**及び社会のあらゆる分野における活動に**参画する機会**の確保を通じて**その個性と能力を十分に発揮**することができる。
- ④ 認知症の人の**意向を十分に尊重**しつつ、**良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービス**が切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が**地域において安心して日常生活**を営むことができる。
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法**、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果**を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野**における**総合的な取組**として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、**基本理念**にのっとり、認知症施策を**策定・実施する責務**を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深め、共生社会の実現に**寄与**するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な**法制上又は財政上の措置**その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

5. 基本的施策

①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】

国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】

- ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
- ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】

- ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
- ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】

認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】

- ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
- ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
- ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

⑥【相談体制の整備等】

- ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

⑦【研究等の推進等】

- ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
- ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等

⑧【認知症の予防等】

- ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする**認知症施策推進本部**を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、**認知症の人及び家族等**により構成される**関係者会議**を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

3.医療・介護連携に係る近年の方策

(医療・介護連携に係る報酬上の評価)

令和6年度介護報酬改定の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 医療と介護の連携の推進
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

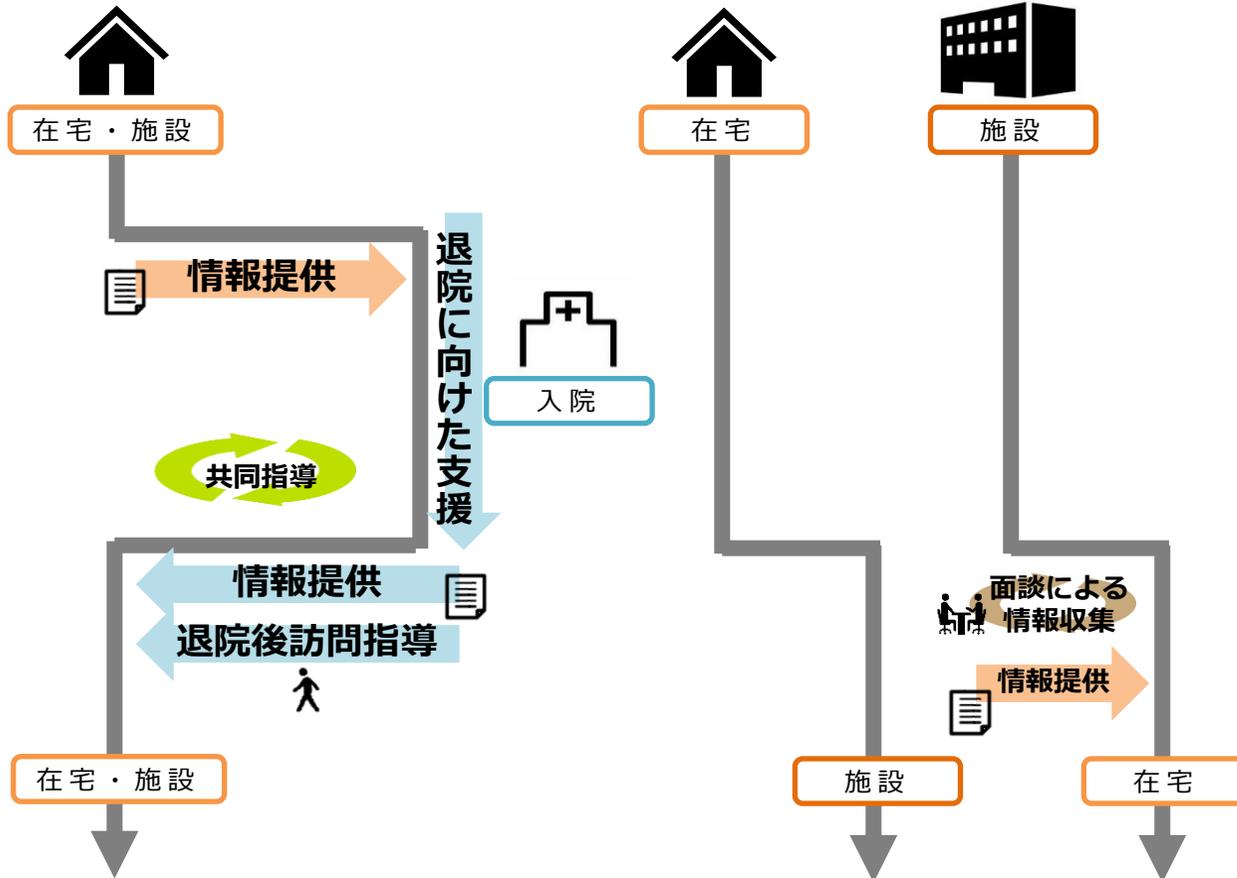
- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

5. その他

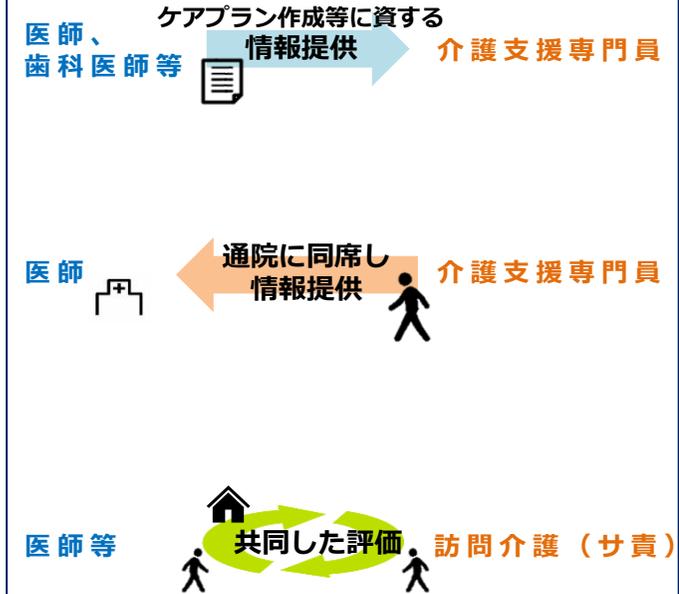
- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分

医療と介護の連携に関する評価（イメージ）

療養場所が移行することに伴う情報提供・連携等の主な評価



在宅療養中の者を支える医療と介護の連携の主な評価



関係者・関係機関間の日頃からの連携体制構築の評価

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

医療と介護の連携の推進

※各事項は主なもの

<在宅における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 医療ニーズの高い利用者が増える中、適切かつより質の高い**訪問看護**を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

<高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化>

- ・ 所定疾患施設療養費について、**介護老人保健施設**の入所者に適切な医療を提供する観点から、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。

<在宅における医療・介護の連携強化>

- ・ 退院後早期に連続的で質の高い**リハビリテーション**を実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書を入手し、内容を把握することを義務付ける。

<高齢者施設等と医療機関の連携強化>

- ・ **高齢者施設等**について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しを行う。

質の高い公正中立なケアマネジメント

- ・ **居宅介護支援**における特定事業所加算の算定要件について、ヤングケアラーなどの多様な課題への対応を促進する観点等から見直しを行う。

感染症や災害への対応力向上

- ・ **高齢者施設等**における感染症対応力の向上を図る観点から、医療機関との連携の下、施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止するための医療機関との連携体制の構築や感染症対策に資する取組を評価する加算を新設する。
- ・ 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、特定の場合を除き基本報酬を減算する。（1年間の経過措置）

高齢者虐待防止の推進

- ・ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

認知症の対応力向上

- ・ 平時からの認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防及び出現時の早期対応に資する取組を推進する観点から、認知症のチームケアを評価する加算を新設。

福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

- ・ 利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、**福祉用具**の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明や多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組

- ・ **訪問介護**における特定事業所加算について、中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点等から見直しを行う。

看取りへの対応強化

- ・ 各種サービスにおける、看取り・ターミナルケア関係の加算の見直し等を行う。

- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】



① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・ 医療連携体制加算の見直し
【認知症対応型共同生活介護】
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

② 高齢者施設等と医療機関の連携強化

■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

(1) 平時からの連携

- ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
- ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※¹（運営基準）

(4) 入院調整

- ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※²（運営基準）
- ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

(5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

在宅医療を支援する地域の医療機関等



- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定



※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。

※2 介護保険施設のみ。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。「経過措置3年間」
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

1. (3) ⑩ 入院時情報連携加算の見直し

概要

【居宅介護支援】

- 入院時情報連携加算について、入院時の迅速な情報連携をさらに促進する観点から、現行入院後3日以内又は入院後7日以内に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合に評価しているところ、入院当日中又は入院後3日以内に情報提供した場合に評価するよう見直しを行う。その際、事業所の休業日等に配慮した要件設定を行う。
【告示改正】

単位数・算定要件等

※ (I) (II) いずれかを算定

<現行>

入院時情報連携加算 (I) 200単位/月

利用者が病院又は診療所に入院してから3日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。



<改定後>

入院時情報連携加算 (I) **250**単位/月 (変更)

利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※ 入院日以前の情報提供を含む。

※ 営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

<現行>

入院時情報連携加算 (II) 100単位/月

利用者が病院又は診療所に入院してから4日以上7日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。



<改定後>

入院時情報連携加算 (II) **200**単位/月 (変更)

利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※ 営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

1. (3) ⑦ 円滑な在宅移行に向けた看護師による退院当日訪問の推進

概要

【訪問看護★】

- 要介護者等のより円滑な在宅移行を訪問看護サービスとして推進する観点から、看護師が退院・退所当日に初回訪問することを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

< 現行 >
初回加算 300単位/月



< 改定後 >
初回加算 (Ⅰ) 350単位/月 (新設)
初回加算 (Ⅱ) 300単位/月

算定要件等

- **初回加算 (Ⅰ) (新設)**
新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、(Ⅱ)を算定している場合は、算定しない。
- **初回加算 (Ⅱ)**
新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日の翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、(Ⅰ)を算定している場合は、算定しない。

医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

省令改正、告示改正

- 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。
- リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設ける。

訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★

【基準】（義務付け）

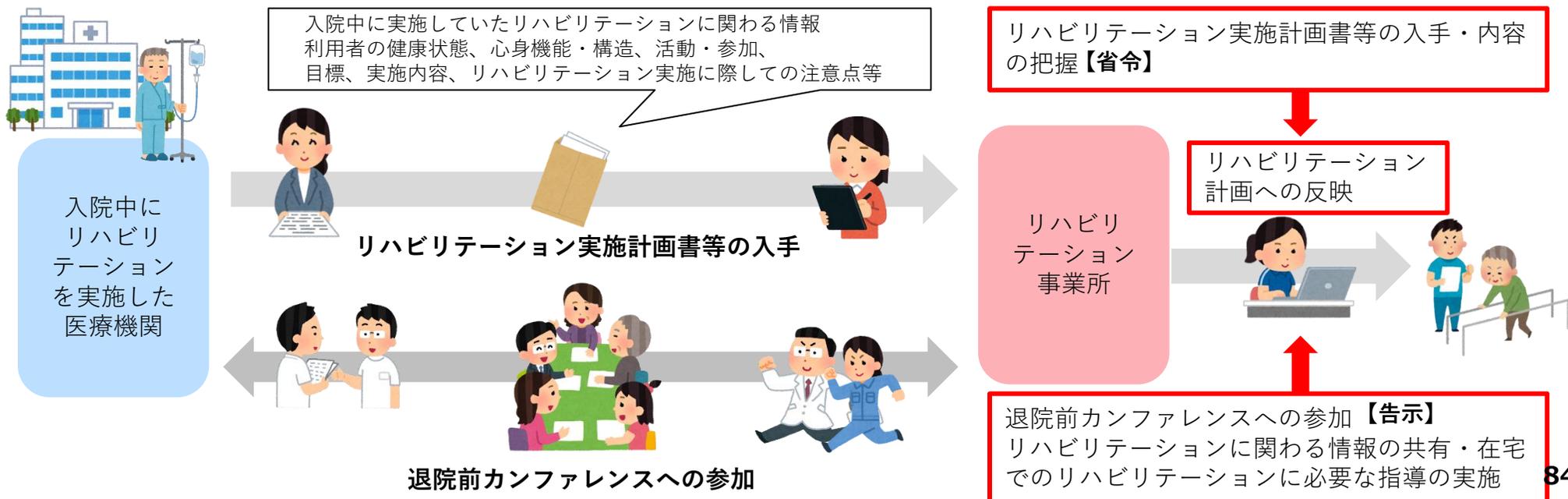
- 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【単位数】

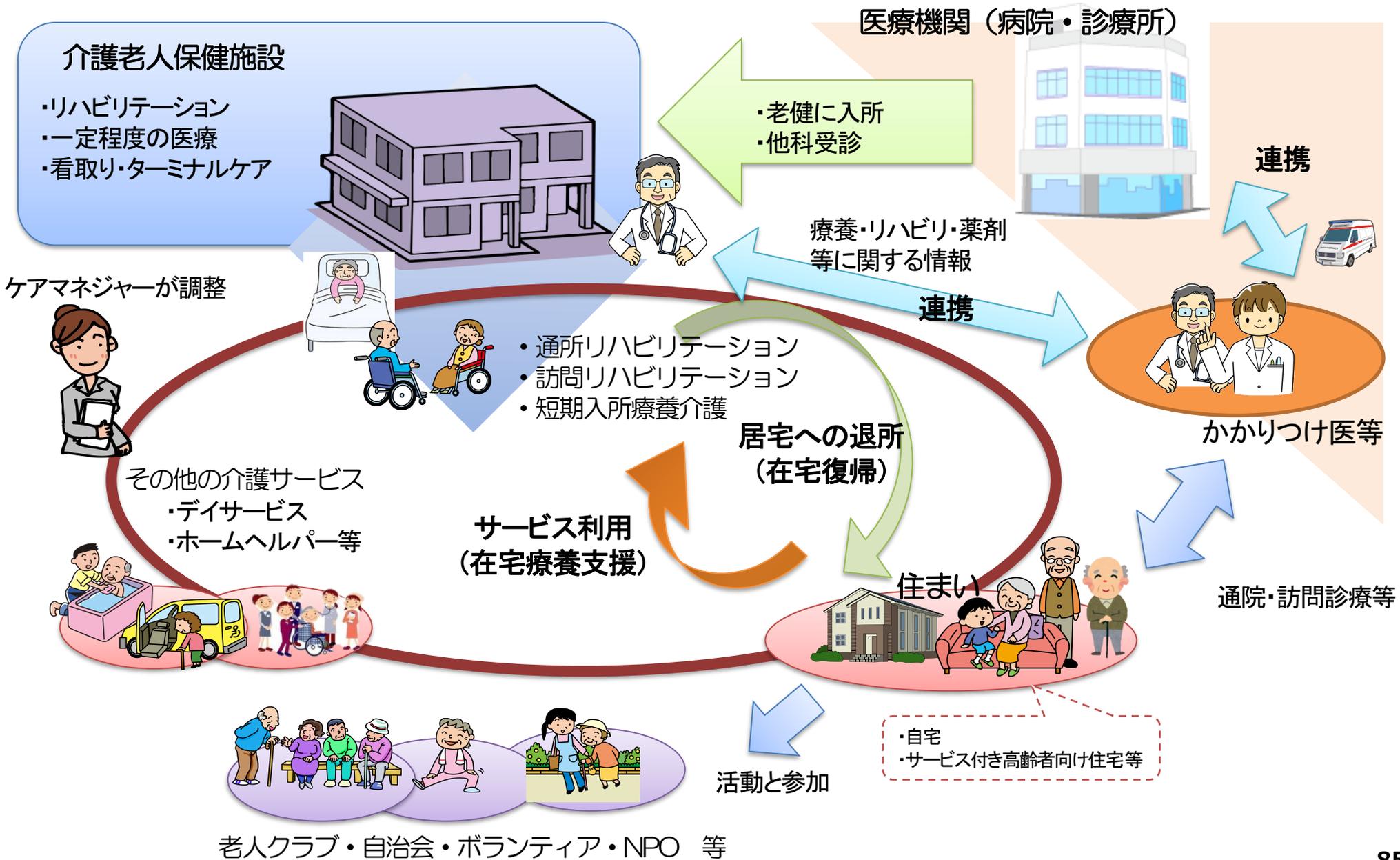
退院時共同指導加算 600単位/回（退院時1回に限る） **（新設）**

【算定要件等】

- リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う。



地域包括ケアシステムにおける介護老人保健施設のイメージ

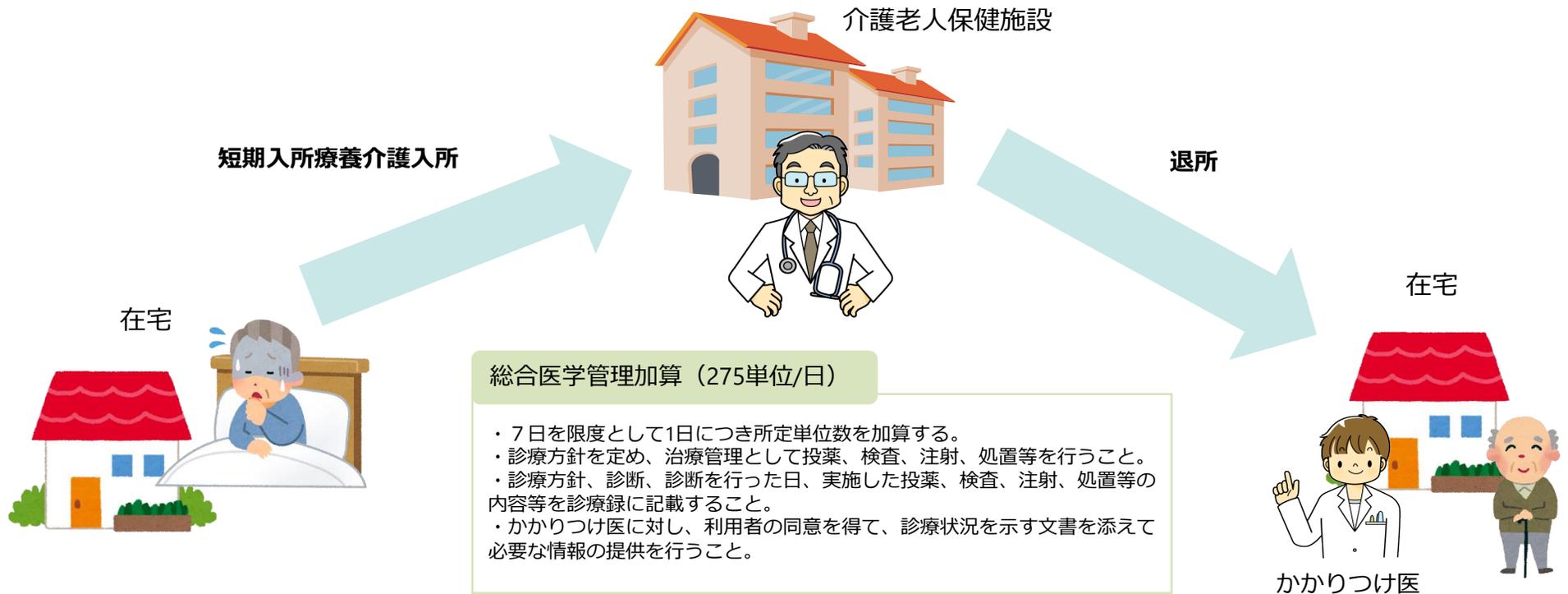


介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算(短期入所療養介護)を新設。

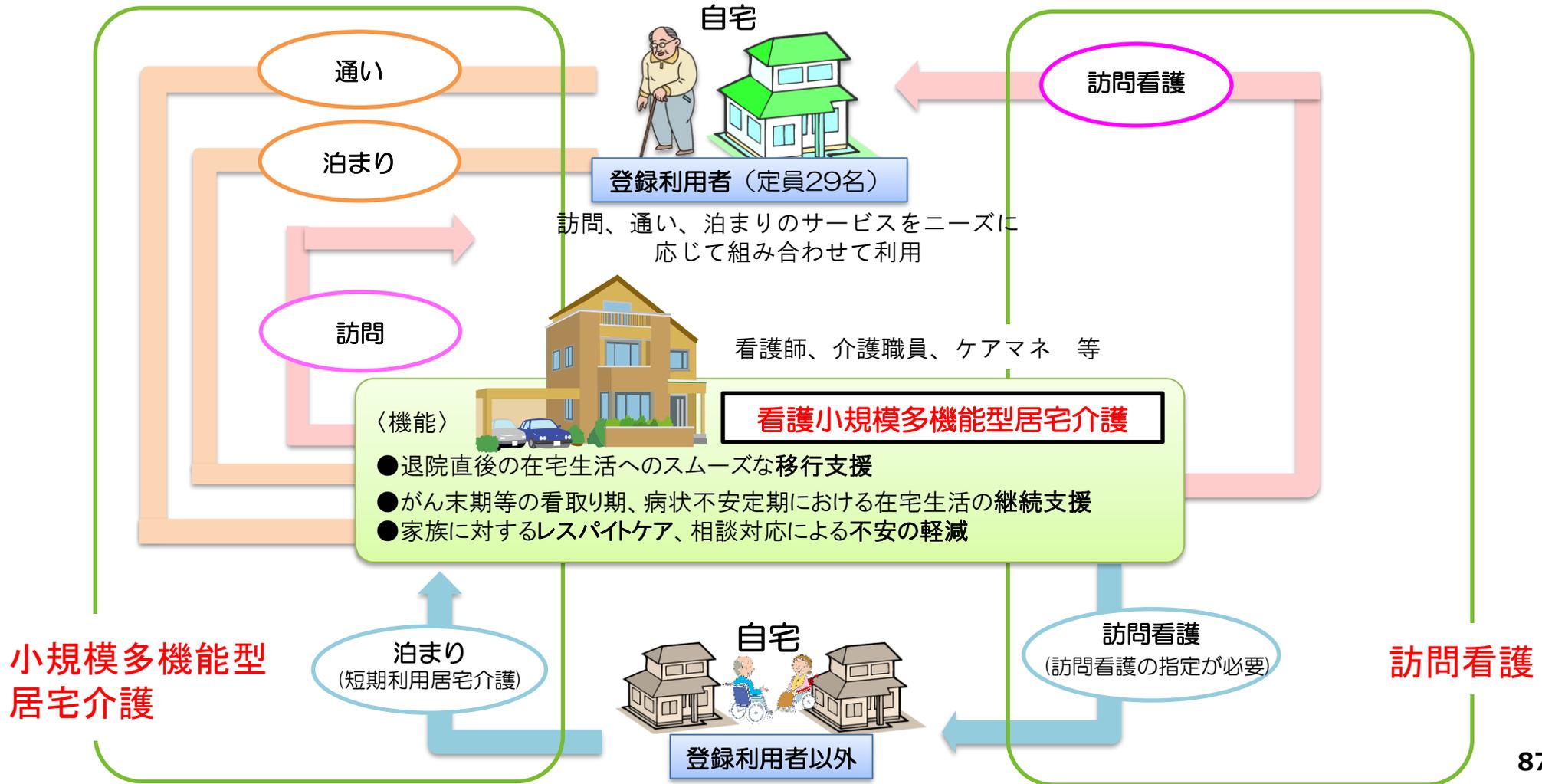
概要

- 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。



看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を一体的に24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



介護保険制度の見直しに関する意見(令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会) 抜粋

- 看護小規模多機能型居宅介護は、主治医との密接な連携の下、通い・泊まり・訪問における介護・看護を利用者の状態に応じて柔軟に提供する地域密着型サービスとして、退院直後の利用者や看取り期など医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。今後、サービス利用機会の拡充を図るため、地域密着型サービスとして、どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるような方策や提供されるサービス内容の明確化など、更なる普及を図るための方策について検討し、示していくことが適当である。

看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律
(令和5年5月19日公布)

改正の趣旨

- 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）は、訪問看護※¹と小規模多機能型居宅介護※²とを組み合わせ、多様なサービスを一体的に提供する複合型サービス。

※1：自宅での看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）

※2：自宅に加え、サービス拠点での「通い」「泊まり」における、**介護サービス**（日常生活上の世話）

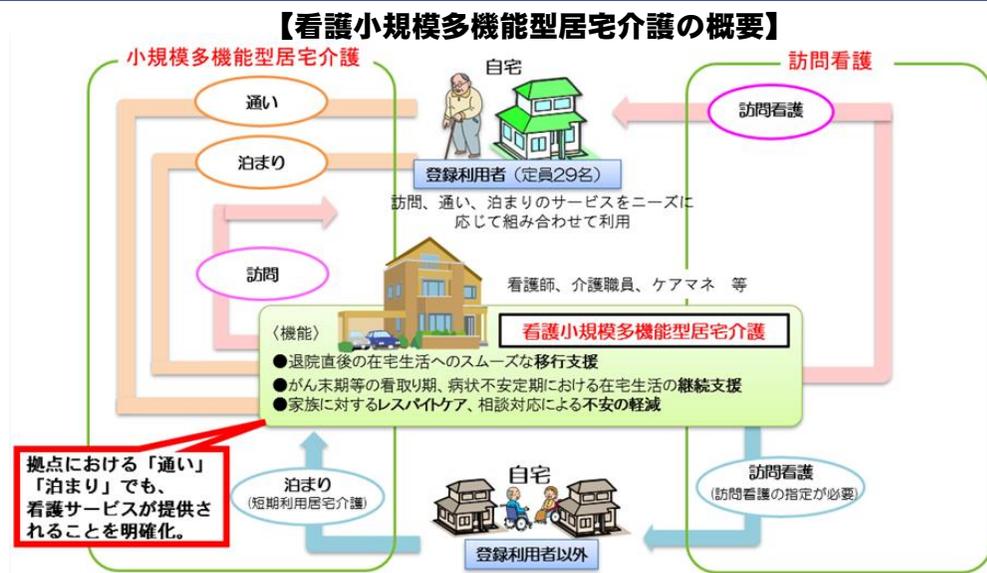
- 看多機では、サービス拠点での「通い」「泊まり」においても看護サービスを一体的に提供可能であり、医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進めていく必要がある。

※：看多機の請求事業所数は740箇所。看多機サービスの利用者は要介護3以上が62.8%。（いずれも令和3年）

改正の概要・施行期日

- 看多機を、複合型サービスの一類型として、法律上に明確に位置付けるとともに、そのサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化する。

- 施行期日：令和6年4月1日



基本指針の構成について

市町村	都道府県	見直しの方針案
<p>2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策</p>	<p>2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項</p>	<p>○現行の「中長期的な人口構造や介護ニーズの変化を見据えた的確なサービス量の見込み及び見込量確保のための方策」は、介護ニーズの変化だけでなく医療ニーズの変化も追記。【市(P50)】</p> <p>○地域密着型サービスについて、指定の事前同意等による広域利用等に係る検討について記載。【市(P50)】</p>
<p>(一)関係者の意見の反映</p>	<p>(一)介護保険施設その他の介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備に関する事項</p>	
<p>(二)公募及び協議による事業者の指定</p>	<p>(二)ユニット型施設の整備に係る計画に関する事項</p>	
<p>(三)都道府県が行う事業者の指定への関与</p>	<p>(三)ユニット型施設の整備の推進のための方策に関する事項</p>	
<p>(四)報酬の独自設定</p>		
<p>3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策</p>		
<p>(一)地域支援事業に要する費用の額</p>		
<p>(二)総合事業のうち、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス(以下「訪問型サービス等の総合事業」という。)の種類ごとの見込量確保のための方策</p>		
<p>(三)地域支援事業及び予防給付の実施による介護予防の達成状況の点検及び評価</p>		
<p>(四)総合事業の実施状況の調査、分析及び評価</p>		

看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引きについて

令和6年2月22日付け事務連絡

令和5年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図る方策に関する事業」

手引きの内容（概要）

- 1 本手引きの使い方
- 2 看護小規模多機能型居宅介護の概要
- 3 看多機の広域利用について
 - (1) 看多機のサービス利用機会拡充の必要性
 - (2) 広域利用が必要な場合
 - (3) 広域利用に関する方策
 - ・どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるよう、広域利用に関する方策は以下のような取組が考えられる。
 - ・区域外指定における所在地市町村長の同意を事前に得る（事前同意）
 - ・区域外指定に係る申請を簡略化する
 - ・定員数を増やす（条例改正（※1）、過疎地域等における登録定員超過の特例活用（※2））等
 - ※1 厚生労働省令で定める看多機の登録定員及び利用定員は、市町村が定める上での「標準基準」である。
 - ※2 登録定員及び利用定員を超えてサービス提供はできない。ただし、過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は、一定の期間に限り、登録定員及び利用定員を超えてサービス提供が出来る。（令和3年度介護報酬改定）
- 4 区域外指定における取組の具体
 - (1) 区域外指定に関係する都道府県及び隣接する市町村と協議の場を設置する
 - (2) 協議で定める事項を検討する
 - (3) 区域外利用の条件（当該サービス事業所がない、当該事業所の登録定員充足率、利用可能な距離等）
 - (4) 同意の確認方法（同意の確認不要、担当者に都度要確認等）
 - (5) 区域外指定申請で簡略化できる事項（所在地の指定通知書による申請等）
 - (6) 協議で定めた事項について協定等を締結する
 - (7) 介護サービス事業所及び地域住民へ周知を図る

※ 他の地域密着型サービスの広域利用においても同様

○看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引き（厚生労働省HP）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001213668.pdf>



Ⅱ. 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業 における検討

令和5年度当初予算 22百万円（22百万円） ※（）内は前年度当初予算額

- ## 1 事業の目的・概要
- 在宅医療・介護連携推進事業の検証及び充実の検討、都道府県・市町村への連携支援を実施。
 - 具体的な事業内容は以下のとおり。
 - 在宅医療・介護連携推進事業の充実に向けた検討
 - 在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査
 - 在宅医療・介護連携推進に向けたデータ活用等に関する研修会
 - 都道府県担当者会議の開催
 - 都道府県・市町村への連携支援の実施

2 事業の概要・スキーム

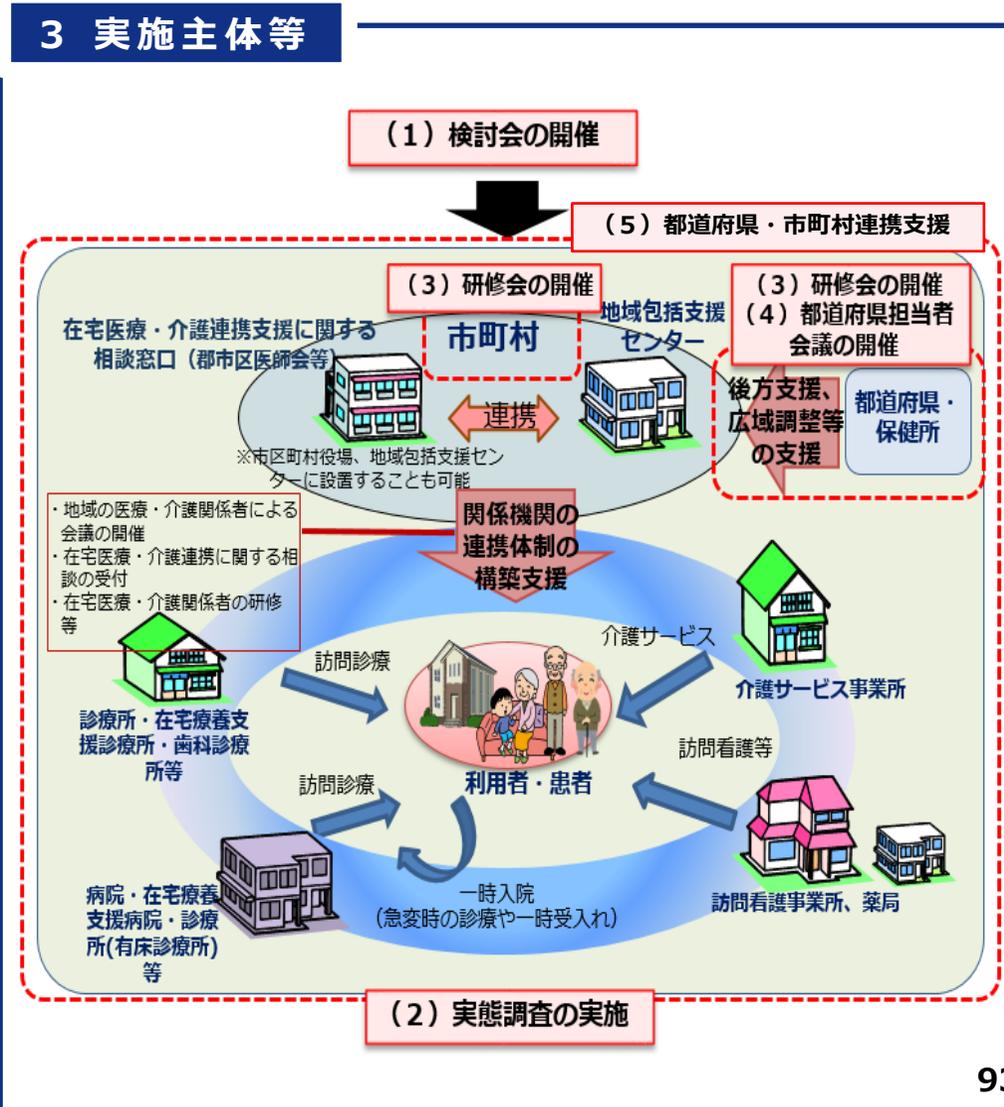
成果目標
市町村が地域の実情にあわせて在宅医療・介護連携に関する取組を推進・充実を図ることを目標とする。

所要額
要介護認定調査委託費：21百万円
職員旅費：1百万円

事業スキーム

厚生労働省 → 委託 → 実施主体（株式会社等）

- 検討
- 調査
- 都道府県等への支援



令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会

趣旨

- 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることを目指す地域包括ケアシステムの構築のためには、在宅医療・介護連携を推進することが重要である。
- 平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられ、平成30年4月以降、全ての市町村において事業が実施されている。また、令和2年介護保険法改正により、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目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等の見直しが行われた。
- 現在、「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会）や、「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和4年12月28日 第8次医療計画等に関する検討会）等において「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」が同一の実施主体となりうることも含め、両者の関係について次期指針に記載すること等も求められており、在宅・医療介護の更なる連携が期待されている。
- これらの経緯等を踏まえ、在宅医療・介護連携事業に関する取組のより一層の推進・充実につながるよう、現状を調査するとともに、今後の在宅医療・介護連携推進事業の在り方等に関する検討を行うことを目的とする。

検討事項

- 在宅医療・介護連携推進事業の在り方等について
- 在宅医療・介護連携推進支援事業の在り方等について
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携の有効性について
- その他

開催経緯

- 令和5年7月 第1回：現状及び課題、今後の検討の進め方
- 令和5年8月 第2回：各実施事業に係る検討
- 令和5年12月 第3回：「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」について
- 令和6年2月 第4回：本検討委員会報告書（案）

構成員（○は委員長 五十音順、敬称略）

今村 英仁	公益社団法人 日本医師会 常任理事
内田 由紀子	愛知県東浦町健康福祉部 ふくし課長
角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
○ 川越 雅弘	公立大学法人 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学 研究開発センター 教授
齋藤 訓子	学校法人 関東学院大学看護学部 高齢者・在宅看護学 教授
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
寺田 尚弘	一般社団法人 釜石医師会 理事
服部 美加	一般社団法人 新潟県医師会 新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター
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

（オブザーバー）

厚生労働省 医政局地域医療計画課
国立保健医療科学院（厚生労働科学研修費 赤羽班）
東京都健康長寿医療センター

令和5年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

調査の目的

在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等の実態を的確に把握することにより、今後の在宅医療・介護連携推進事業に関する様々な施策を検討・実施するための基礎データとする。

調査方法

- いずれの対象も電子メールに添付されたExcelに回答。
- 都道府県より管下市町村及び都道府県に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに送付し回答を依頼。（複数名いる場合には、コーディネーター毎に回答を依頼。）
- 市町村より市町村に所属する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに送付し回答を依頼。（複数名いる場合には、コーディネーター毎に回答を依頼。）
- 調査は、令和5年8月23日～令和5年9月20日に実施した。

調査対象※1	母集団	抽出方法	回収数	回収率
都道府県	47	悉皆	47	100%
市町村	1,741	悉皆	1,741	100%
コーディネーター※2			1,697 (都道府県コーディネーター21 市町村コーディネーター1,676)	

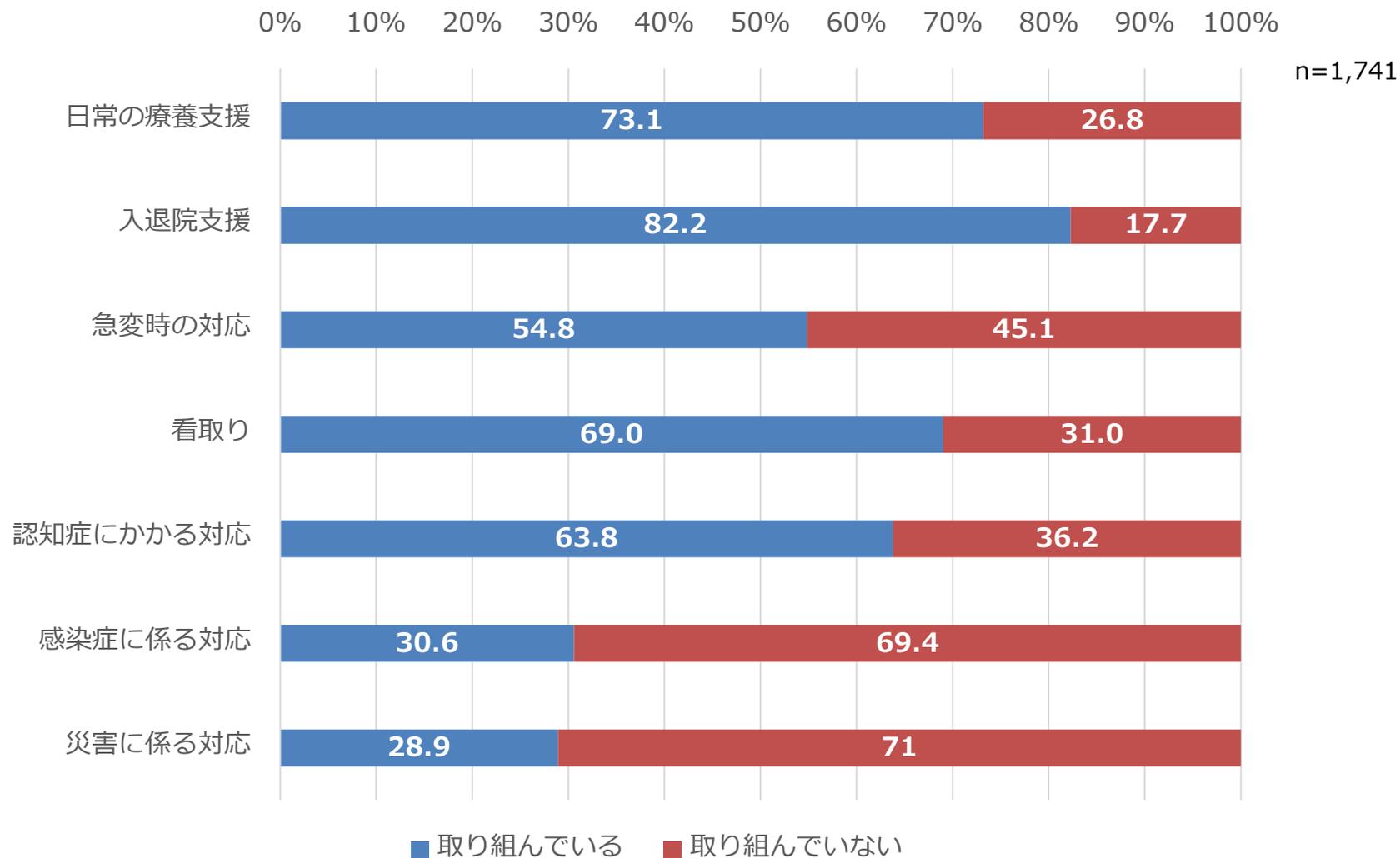
※1 在宅医療・介護連携推進事業担当者による回答。

※2 「地域の在宅医療・介護連携推進を支援する人材（コーディネーター）」等を想定。

なお、「コーディネーター」という名称を使用していなくとも、相談室を設置し人員を配置（相談業務の委託を含む）している場合においては回答を依頼。

※3 設問によっては未回答があるため、設問ごとに集計対象回答数は異なる。

※4 市町村コーディネーターについて、複数市町村を担当する者による重複提出の可能性がある。



都道府県・市町村担当者等研修会議

概要

都道府県及び市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者が、国の動向や在宅医療・介護の連携推進に必要な知識・技術等を習得し、在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上に資すること、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資することを目的に開催。

実施内容

	研修会議Ⅰ	研修会議Ⅱ
開催日時	令和5年10月19日（木）10：00～16：00	令和5年10月20日（金）10：30～16：30（東京会場） 令和5年10月27日（金）10：30～16：30（大阪会場）
開催方法 場所	オンライン開催（ウェビナー参加※1・YouTubeライブ配信） ※1 都道府県（及び保健所）担当者、市町村担当者のみ	集合開催（東京会場・大阪会場）
対象	在宅医療・介護連携推進事業に係る下記担当者等 都道府県（及び保健所）担当者、市町村担当者、地方厚生（支）局担当者、地域の関係団体の担当者、医療及び介護の専門職、コーディネーター、委託業者 等	
参加者数 （事前 登録数）	1533名 ウェビナー 452名 （都道府県担当者90名、市町村担当者362名） YouTube 1081名 （都道府県担当者159名、市町村担当者391名、厚生局4名、 地域の関係団体81名、医療・介護の専門職180名、 コーディネーター180名、委託業者29名、その他57名）	65名（東京会場） 38名（大阪会場）
（参考） 実施後ア ンケート 回答数	737名 研修会議Ⅰ及びⅡの参加者を対象に、研修会議後にアンケート※2を実施 回収方法：下記、いずれかの方法にて回答 ①研修会議Ⅰ後に表示されたQRコードを読み取り回答 ②研修会議Ⅰ終了後にチャットにて送付されたURLより回答 ③研修会議Ⅰ終了後にメールにて送付されたQRコード、URL、Excelシートのいずれかにて回答 ④研修会議Ⅱ終了後に配付された用紙にて回答 ※2 研修会議Ⅰ及びⅡ参加者にて同様	

概要

- 在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる「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）」等について、PDCAサイクルに沿って取り組みを推進していくことが求められている。
- 上記を踏まえ、「4つの場面」等に取り組む市町村は増加しているが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと推測される。
- こうした実情を踏まえ、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、有識者（アドバイザー）及び事務局による連携支援を行うことで、より効果的・効率的な取り組みの推進につなげるとともに、第9期介護保険事業計画策定への一助となることを目指し、都道府県・市町村連携支援を実施。

支援内容

- 継続的な連携支援（9月上旬から順次実施）の実施
 - ・ 支援開始に当たり、支援自治体への概要説明及び継続的な検討が可能となるチェックリストを作成
 - ・ 複数回（連携前支援①、連携前支援②、中間報告会①、中間報告会②、最終報告会）にて、市町村担当者との意見交換や相談支援の他、実践を通じた継続的な支援を実施
 - ・ 支援に際しては、有識者（アドバイザー）に加え、都道府県等も同席

都道府県	市町村	有識者（アドバイザー）
茨城県	水戸市	服部 美加（一般社団法人 新潟県医師会 新潟県医師会在宅医療推進センター コーディネーター）
静岡県	伊豆市	川越 雅弘（公立大学法人 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 研究開発センター 教授） 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）
京都府	福知山市	角野 文彦（滋賀県 健康医療福祉部 理事）
長崎県	平戸市	大内田 由香（福岡県 嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所 参事兼健康増進課長（職種：保健師））

※①過去に（県として）支援を実施していない、②地域区分、③テーマや取組要望内容、④厚生局による意見（関東甲信越）等を総合的に検討し、上記4自治体を選定。

茨城県水戸市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 他自治体の好事例を把握し、分析する。
- ② 現状の分析から、課題を抽出し、協議体の役割と検討テーマを明確にする。
- ③ 協議体に必要な関係者等を整理する。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法の研修。
- ③ 協議体の形式や有効性等の整理と情報提供。

【取組の方針】

- ① 関係者と同意形成に有効な協議体の設置の実施。
- ② PDCAサイクルの回し方の理解。
- ③ 関係者（医師会等）との効果的な連携方法の理解。

【成果等】

- ・ 他の自治体の事例を通じて協議体の在り方を分析するとともに、関係者（医師会等）との効果的な連携を図るため、まずは自治体の課題抽出を実施。
- ・ 課題抽出の手法として、PDCAサイクルに沿ったロジックモデル等についても整理し、その上で協議体の参加者やテーマ等を検討。

【アドバイザーとの検討①】

- 他の自治体の事例の分析から水戸市に適した事例を分析する。
- まずは、現状と課題を明確にすることが重要。

【アドバイザーとの検討②】

- 課題を更に明確にし、優先順位も含めて検討する。
- 協議体で誰と何を検討すべきかまで検討する。

【自治体の考える課題と現状】

- 協議体が未設置であるため、関係者と課題や対応策を話し合う場面がない。
- PDCAサイクルを回すことが難しく、課題抽出、事業評価が不十分。
- 関係団体等委託先についても4つの場面ではなくア～キの事業項目に沿った取組の委託内容となっている。

【中間報告】

- 4つの場面毎に現状、課題、あるべき姿を整理。
- 上記の課題も踏まえて協議体のテーマを選定。
- 医療計画に記載された「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携についても検討。

【最終報告】

- 都道府県・市町村連携支援を通しての気づきや学び、今後の展望について共有。
- 協議体の在り方について整理。
- 協議体設置に向けた事前準備会議の構成メンバーについて検討。

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 他自治体の好事例を把握し、分析する。
- ② あるべき姿を確認し、中長期的な目標なども設定し、関係者に共有。
- ③ 互いに利点がある連携関係の構築を念頭に、互いの役割分担と実施事項を確認。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法、指標の設定方法に係る研修。
- ③ 効率的・効果的な連携推進のための手法の共有。

【取組の方針】

- ① 自治体と委託先（病院）の、双方の強みを活かした役割分担の明確化及び連携の推進。
- ② 事業に係る評価指標の明確化。

【成果等】

- 実施主体としての市のマネジメント力の強化のため、
- ・ 委託先（地域の関係団体）との効果的な連携のために必要な情報の整理
 - ・ 市と委託先との役割分担に係る事項の整理
 - ・ 委託先のみならず、他の地域の関係団体や専門職、地域住民への事業周知・情報共有の実施 等を実施

【アドバイザーとの検討①】

- 好事例を踏まえ、効果的な連携に係る方策を検討する。
- ロジックモデルの活用検討も含め、市のあるべき姿に向けた課題を整理する。
- 委託先への利点等も伝えることが必要。

【アドバイザーとの検討②】

- 委託先への利点等は引き続き整理し、伝えることが必要。
- 関係者に共有できるよう、市の事業実施計画等を明確にする。
- 指標の設定方法についても整理し、検討。

【自治体の考える課題と現状】

- 在宅医療・介護連携推進事業の一部を病院へ委託しているが、市が実施してほしい事項と現在の実施事項とに乖離があり、役割分担及び連携が不十分。
- 資源情報の活用や相談窓口の周知不足、実施前後の評価共有等が不十分。
- 事業項目を実施することが目的となっており、成果がみえない。

【中間報告】

- 在宅医療・介護連携推進事業に係る中長期的展望の検討及び事業の再構築及び整理が必要。
- 事業の成果指標も適切な設定が必要。
- 相談窓口の利活用に向けた市内事業所への調査が必要。
- 委託先との意見交換会等を実施し、双方の現状認識や課題を明確化。
- 市の中長期的展望を委託先とも共有することが重要。

【最終報告】

- 委託先の人員体制および事業推進のための役割を担うことが困難であることから、委託契約を終結。
- 一旦、行政直営とし、事業の目指すこと、実施計画と評価指標を明確にする。
- 市の役割と委託先の役割を整理し、連携体制について共有した上で改めて委託しなおすこととする。

京都府福知山市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 場面毎の現状の分析から、課題を抽出する。（適宜ロジックモデル等を活用）
- ② 意見交換における必要関係者等について整理。
- ③ 効果的・効率的な意見交換の場の設定について検討。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② 4つの場面毎のPDCAを回すための指標の設定方法に係る研修。
- ③ 協議体の形式や有効性等の整理と情報提供。

【取組の方針】

- ① 「看取り」に係る取組の更なる推進。
- ② PDCAサイクルの回し方の理解。
- ③ 多職種からの連携の推進。

【成果等】

- ・ 多職種による小規模な協議体（意見交換会）の開催の検討。
- ・ ロジックモデルを活用した課題及び対応策の検討。
- ・ 継続的に協議体の開催を行いながら、あるべき姿に向けて整備していくことの検討等を実施。

【アドバイザーとの検討①】

- 好事例を踏まえ、効果的な連携に係る方策を検討する。
- ロジックモデル活用について検討する。
- 意見交換が実施しやすいように、小規模な協議体の必要性について検討。

【アドバイザーとの検討②】

- ロジックモデル策定による「看取り」に係る指標の精査の必要性
- 効果的・効果的な多職種の意見交換のための協議体（意見交換会）の開催方法について検討。

【自治体の考える課題と現状】

- 「医療・介護・福祉連携部会」（大規模な協議体）で「看取り」をテーマに多職種連携に係る検討を重ねているが、方向性が不明瞭となっている。
- 9つの地域包括支援センターを中心に、圏域ごとの多職種ネットワークづくりに努めているが、取り組みが進まない圏域がある。
- PDCAの回し方を知りたい。

【中間報告】

- 「看取り」に係るロジックモデルを策定し、成果（アウトカム指標）と市町村の取組状況（アウトプット指標）の関連を整理。
- ロジックモデルの策定にあたり、大規模な協議体に参加している団体等から、「看取り」の検討により有効な職種や関連団体等を検討し、核となる協議体の意見交換会の開催を検討。

【最終報告】

- 核となる協議体のメンバーを確定し、意見交換の継続開催と並行して、それぞれの団体へも丁寧なヒアリングを実施することで課題の把握と解決に向けて働きかけを行う。
- 現状の把握を行うことで抽出された重点課題を視覚化し、福知山市版ロジックモデルの作成を多職種で行い運用する。

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 現状の分析から、課題を抽出する。
- ② 課題の詳細やニーズを把握するために有効な手法を検討する。
（アンケート調査、ヒアリング等）
- ③ 調査結果等を分析し、研修手法の選択やより有効な研修の検討。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法の研修。
- ③ 認知症、感染症、災害などの局面におけるPDCAを回すための、指標の設定方法に係る研修。

【取組の方針】

- ① 多職種連携の推進。
- ② 医療・介護連携に有効な勉強会の開催。
- ③ 認知症に関する取組の推進。

【成果等】

- ・ 医療・介護の多職種連携の課題を整理し、必要な取組を検討。
- ・ 課題を整理し、介護事業所及び医療機関等へアンケート調査を実施、その結果等も踏まえて、必要な勉強会を整理し、勉強会の対象者について検討。
- ・ 認知症の取組の課題を整理し、必要な取組を検討。

【アドバイザーとの検討①】

- 現状を分析し、原因を明確にする。
- アンケート調査を実施する上で、今後の方向性を明確にし、その為の分析に資する設問を設定する。
- アンケートのみでなく、詳細を拾うためのヒアリングも検討する。

【アドバイザーとの検討②】

- アンケート、ヒアリング等の結果を分析し、勉強会の具体的なテーマ設定が必要。
- グループワークの参加者の立場や職種を踏まえた、グループ分けと内容の設定が必要。

【自治体の考える課題と現状】

- 医療と介護の連携について情報共有等が不足していると思われる事例がある。
- アンケート調査をニーズの把握に役立てたい。
- 認知症の人が増加しており、認知症の人における医療と介護の連携が不足している。
- 多職種の勉強会を開催したいが、多職種連携や課題解決の認識共有に通じる勉強会にしたい。

【中間報告】

- 医療の介護への理解不足と連携のツール（入院時情報提供文書等）の活用不足が原因で医療と介護の連携が不足。
- アンケート調査項目について、課題と対応策の仮説を踏まえ設定。
- 認知症の人へのニーズの把握と多職種と住民への周知が必要。
- アンケートに加えて、ヒアリングも実施し、ニーズを踏まえた勉強会の検討及びグループワークの実施。

【最終報告】

- アンケート結果を、次年度の勉強会で活用していく。
- アンケート結果より、退院時情報提供書の活用が進んでいない、認知症の人の支援の際、家族の無理解や本人の支援拒否の問題が確認できた。
- 前回の勉強会で検討した事例を、更に深掘りするためKJ法によるグループワークを実施。
- 勉強会後のアンケート結果より、勉強会の効果が見られた。

令和5年度 在宅医療・介護連携推進支援事業 報告書（概要）

- 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業では、市町村が地域の实情にあわせて更なる在宅医療・介護連携の推進・充実を図るため、（1）検討委員会在宅医療・介護連携推進事業の検証および充実の検討のため検討会を実施するとともに、（2）在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査、（3）都道府県・市町村担当者等研修会議、（4）都道府県・市町村連携支援を実施し、（5）報告書の作成にて取りまとめた。

（1）在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会（全4回（全オンライン）開催）

- 今後の在宅医療・介護連携推進（支援）事業のあり方について整理
- 実態調査等を踏まえ、都道府県及び市町村における課題の明確化
- 都道府県・市町村連携支援を踏まえ、課題解決に係る方策等を検討
- 在宅医療・介護連携推進事業に関するコーディネーターについて整理
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」について整理

（2）在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

- 全都道府県、市町村への実態調査を実施
- 都道府県コーディネーター、市町村コーディネーターへの実態調査を実施
- 先進的な取り組みを行っている都道府県及び市町村へのヒアリングを実施
- 実態調査結果を踏まえ、課題等や今後の方策等について、検討委員会にて検討

（3）都道府県・市町村担当者等研修会議

- 在宅医療・介護連携推進事業に係る各担当者等（都道府県（及び保健所）、市町村、地方厚生（支）局、地域の関係団体、医療及び介護の専門職、コーディネーター、委託業者等）を対象として、研修会議（研修会議Ⅰ、研修会議Ⅱ）を実施
- 研修会議（Ⅰ）は、オンラインにて行政説明、基調講演、シンポジウム等を実施
- 研修会議（Ⅱ）は、集合開催（東京会場/大阪会場）にてミニレクチャー、グループワーク等を実施

（4）都道府県・市町村連携支援

- 「4つの場面」等のテーマにて募集し、4市町村に対し、都道府県・市町村連携支援等を実施
- 都道府県・市町村連携支援の結果等を踏まえ、全国的な横展開につなげるための有効性等を検討委員会にて検討

（5）報告書の作成

- （1）～（4）結果及び検討結果等の取りまとめ
- 次年度以降への提言

1. コーディネーターに係る定義や役割等

1 - 1. 定義等

在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される役割等

コーディネーターの定義

- 自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的とし、実施主体である市町村と連携して在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に多機関に所属する多職種の連携推進や人材育成）を果たす者を「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター」（以下「コーディネーター」という。）とする。

コーディネーターに期待される役割

- 自治体における関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、コーディネート業務を実施することにより、在宅医療・介護連携推進事業の体制整備に向けた取組を推進することが期待される。

コーディネーターの配置方針

- 自治体毎の配置人数や配置先は限定せず、地域の実情に応じた多様な配置を可能とする。
- また、配置においては「コーディネーターに求められる要件」を有する者であることを前提とし、勤務形態（常勤・非常勤）、契約形態（直営・委託）等を規定するものではない。
- なお、在宅医療・介護連携推進事業を推進するうえでは必ずしも配置を求めるものではないが、配置を検討することが望ましい。

コーディネーターに求められる要件

- 自治体においてコーディネート機能を適切に担うことができる者であること。
- 医療分野かつ介護分野に関する知識を有する者が望ましい。
 - ※ 特定の資格要件は定めないが、医療分野においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または歯科衛生士等の医療に係る国家資格を有する者や、医療ソーシャルワーカーの実務経験等を有する者であるとより望ましい。また、介護分野においては、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等の介護に係る国家資格や、介護支援専門員資格を有する等の介護分野に関する知識を有する者であるとより望ましい。
 - ※ 在宅医療・介護連携推進事業への理解があり、地域の関係団体や専門職等と連絡調整できる立場の者であることが望ましい。
 - ※ コーディネーターが属する地域の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが適当である。また、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、在宅医療・介護連携の推進を促す者であることが望ましい。

コーディネーターに期待される具体的役割の例

- 自治体内外の多機関との組織横断的な連携
- 専門的側面及び技術的側面からの多職種連携・協働
- 人材育成への寄与

コーディネーターに期待される能力の例

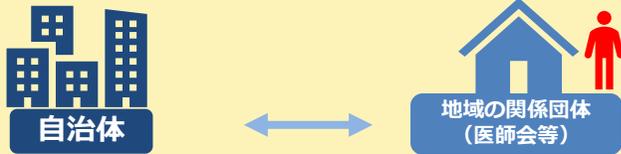
- **組織横断的な連携や協働を行い、在宅医療・介護連携推進事業を推進する能力**
 - ・ 自治体と連携・協働し、自治体内外の関係機関・関係者との合意形成を図るとともに、効果的な連携・協働体制を構築することができる。
- **コーディネーターとしての専門的知識・技術を推進する能力**
 - ・ 各自治体のあるべき姿を理解し、求められる役割等を実践することができる。
 - ・ 専門職や地域住民等からの相談支援等に対する分析及び検討を実施した上で、地域の実情に応じた必要な支援につなげることができる。
 - ・ コーディネーター間の連携・協働を推進することができる。
- **在宅医療・介護連携推進におけるあるべき姿に基づき、人材育成を推進する能力**
 - ・ 資格の有無を問わず、社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新することができる。
 - ・ 自治体の組織目標や施策の展望等を踏まえ、組織内での理解・共有を図り、コーディネーターとしての実施体制を整備することができる。
 - ・ コーディネーターの人材確保・育成に寄与することができる。

1 - 2. 都道府県内における自治体間の連携

在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの体制（イメージ）

<所属>

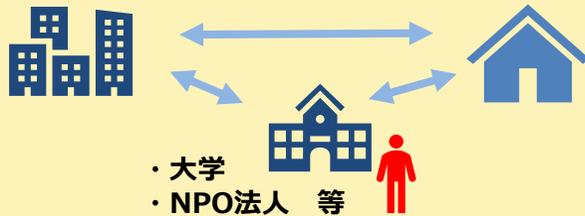
① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



② 自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携



③ 大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携



・大学
・NPO法人 等

地域の実情に
応じた体制

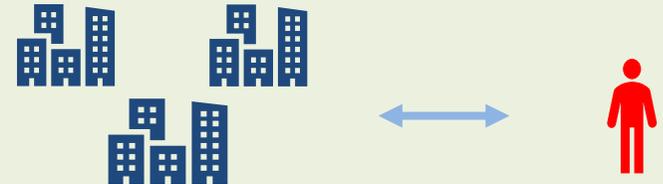


<対象自治体>

① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



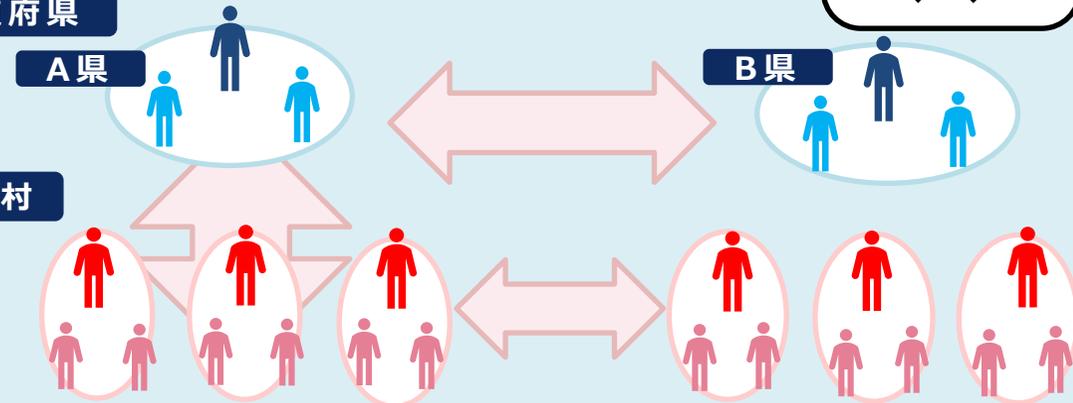
<ネットワーク>

都道府県

A県

B県

市町村



都道府県の基幹的
コーディネーター

市町村の基幹的
コーディネーター

都道府県の現場的
コーディネーター

市町村の現場的
コーディネーター

【基幹的コーディネーターの定義・役割】

- 現場的コーディネーターの総括的な役割を担う者であり、コーディネーターの教育や統括等を実施する
- 現場的コーディネーター等から地域の情報を収集・分析を実施し、市町村における政策立案に助力する

【現場的コーディネーターの定義・役割】

- 地域における多職種と協働し、医療・介護の専門職や住民への相談対応を実施する
- 地域の情報の収集を行う
- 基幹的コーディネーター等と連携し、収集した地域の情報を分析する

※自治体においては、必ずしも基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターについて明確に整理する必要はなく、あくまで調査分析上の名称及び定義であることに留意する。

コーディネーターの体制の具体例：豊島区（東京都）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	301,599人
高齢化率※1	65歳以上：19.4% 75歳以上：10.1%
要介護認定率※2	1号被保険者：20.0% 2号被保険者：0.2%
担当部署	豊島区地域保健課
委託先	在宅医療相談窓口：豊島区医師会 歯科相談窓口：豊島区歯科医師会
コーディネーターの人数・資格等	在宅医療相談窓口：4名（常勤・専従2名、非常勤・専従2名/いずれも医療ソーシャルワーカー） 歯科相談窓口：1名（常勤・専従/歯科衛生士）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

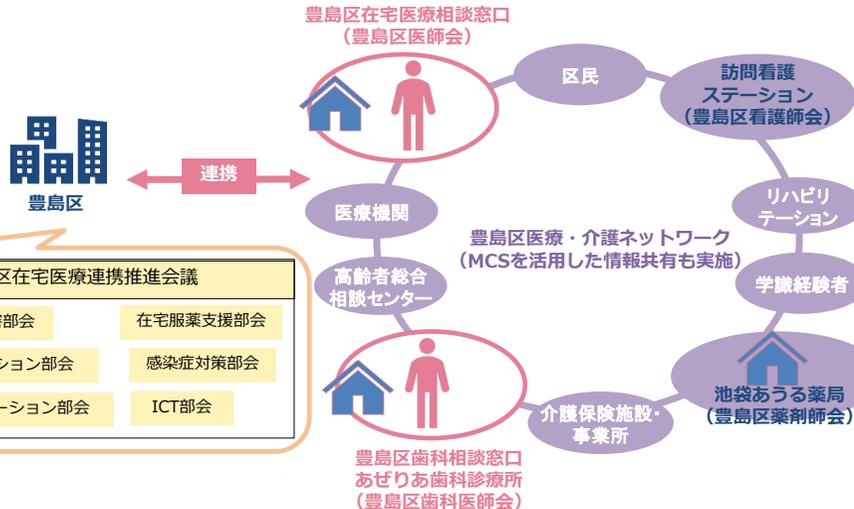
- ◆ 平成20・21年度に豊島区医師会をはじめとする三師会にて都のモデル事業である「在宅医療ネットワーク事業」を実施し、行政と三師会との関係性を構築。
- ◆ モデル事業後は実施主体を区に移行したが、「豊島区在宅医療連携推進会議」を基点として、四師会（医歯薬看）を中心に医療・看護・介護等の多職種連携による取組を実施。
- ◆ 具体的な多職種連携は「豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業」により、豊島区医師会が中心となって推進し、包括圏域毎に取組を実施。

コーディネーターの主な取組内容等（歯科医師会の例）

- ◆ **多職種の連携づくり**
 - ・ 学識経験者、地域医療関係者、四師会、リハビリテーション職、介護事業者、高齢者総合相談センター、地域住民、行政等で構成された「豊島区在宅医療連携推進会議」及び、個別の検討課題を行うことを目的として部会の下に設置された6つの専門部会等に参画。
- ◆ **専門的知見からの相談対応**
 - ・ 「豊島区歯科相談窓口」（あぜりあ歯科診療所）として、区内の一般歯科診療が困難な有病者や障がい者に対する歯科・口腔ケアに係る相談対応及び関係機関への連絡調整等を実施。また、医療機関や介護事業所からの相談にも対応。
- ◆ **在宅医療・介護に係る関係者及び地域住民への育成、周知・普及啓発**
 - ・ 地域の関係機関・専門職等への研修や、訪問歯科診療・居宅療養管理指導、老人保健施設訪問歯科診療・口腔ケア、介護施設でのミールラウンドへの参加等を通じた、他職種との協働した取組を実施。
 - ・ 区民向け講演会等での講演。
- ◆ **MCS※を活用した情報共有**
 - ・ SNS（「メディカルケアステーション」）を活用し、チームでの情報共有、対応を実施。
※利用者とその医療・介護に携わる者を連携するための完全非公開型医療介護専用SNS。

効果

- ◆ **四師会と区との緊密な連携（多職種連携・地域医療の拠点）**
 - ・ 四師会が中心となり地域のニーズを把握できる体制づくりが構築されており、属人的な業務に寄らない。
 - ・ コーディネーターを基盤として、各会員診療所との連携につながる等、多職種連携及び地域の在宅医療・介護連携に係るネットワーク構築に寄与。
- (行政との連携)
 - ・ コーディネーターは在宅医療連携推進会議の委員でもあり、相談件数、相談方法、主な事例、他機関との連携状況等を報告。また支援に向けた課題を共有し、豊島区の特性に合った多職種連携を検討。
- (啓発活動・教育的役割)
 - ・ 地域医療・介護連携の核となる人材の育成及び場の提供に寄与する他、研修会等を通じ、専門的知見にて住民への効果的な啓発が可能。
- ◆ **MCSの活用による効果**
 - ・ 迅速な情報共有により、利用者や家族の負担軽減につながる他、コーディネーターを含めた多職種間の連携・情報共有の円滑化につながる。



豊島区在宅医療連携推進会議

口腔・嚥下障害部会	在宅服薬支援部会
リハビリテーション部会	感染症対策部会
訪問看護ステーション部会	ICT部会

コーディネーターの体制の具体例：横浜市（神奈川県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携

×

① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当

×

市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	3,777,491人
高齢化率※1	65歳以上：24.4% 75歳以上：12.8%
要介護認定率※2	1号被保険者：18.7% 2号被保険者：0.3%
担当部署	横浜市医療局地域医療課
委託先	横浜市医師会
コーディネーターの人数・資格等	43名（常勤・専従12名、常勤・兼務22名、非常勤9名／看護師、保健師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー等）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

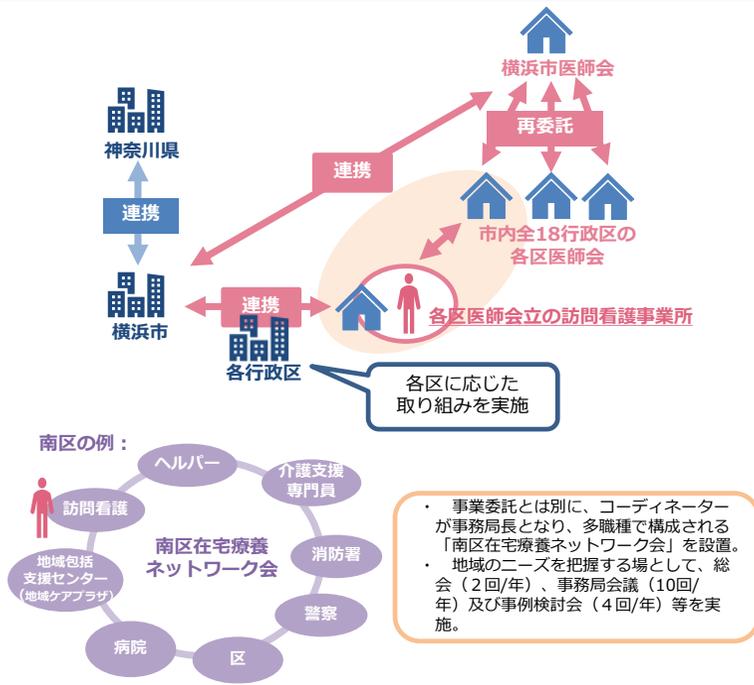
- ◆ 令和4年度まで、横浜市から市内18行政区それぞれに「在宅医療連携拠点事業」を委託。
- ◆ 運営の安定化等に伴い、令和5年度より、横浜市から横浜市医師会へ委託、さらに、横浜市医師会より市内18行政区の各医師会に再委託する形へ移行。
- ◆ 現在、18行政区の各区医師会立の訪問看護事業所に併設し、コーディネーター2名・事務員1名（いずれも兼務）を標準的に配置。

コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ **在宅医療・介護連携推進に資する取り組みの実施**
 - ・ 多職種連携会議の開催（2回/年）。
 - ・ 事例検討会の開催（4回/年）や研修の実施。
 - ・ 市民啓発に係る事項の実施（1回/年）。
 - ・ 多職種からの相談支援、市民からの相談対応。等
- ◆ **地域包括支援センターとの連携**
 - ・ 区域に応じ、地域包括支援センターの担当医を「エリアリーダー」として配置し、困難事例等が生じた際は「エリアリーダー」に相談できる体制を構築。
- ◆ **在宅医療に関わる医師との連携**
 - ・ 在宅医療に関わる医師を中心とした部会に参画し、地域の課題や具体的な相談事項等を定期的に情報共有し、運営会議を開催（11回/年）。

効果

- ◆ **重層的な連携体制構築**
 - ・ 在宅医療・介護の連携推進において、市—各区—市医師会—各区医師会という、重層的な連携体制が構築されている。
 - ・ 各区にコーディネーターを配置することにより、コーディネーター間のネットワーク体制が構築されているとともに、それぞれの特性・実情を踏まえた事業実施が可能。
- ◆ **医師会立の訪問看護事業所の関わりによる効果（南区）**
 - ・ 相談支援等を訪問看護師等が担うことにより、医療・介護双方の視点による支援が可能。
 - ・ 日頃から医師会が行政や地域の医療機関、介護事業所等と連携体制を構築しており、円滑な連携ができる。
 - ・ 在宅や訪問診療に係る医師の関心や理解が深まり、訪問診療を行う医師が増加。
- ◆ **円滑な相談支援体制の構築**
 - ・ 地域包括支援センターとの連携により、スムーズな相談支援事業の実施や、地域ケア会議参加等に係る円滑な調整が可能。



コーディネーターの体制の具体例：新潟市（新潟県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



都道府県の基幹的コーディネーター
市町村の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター

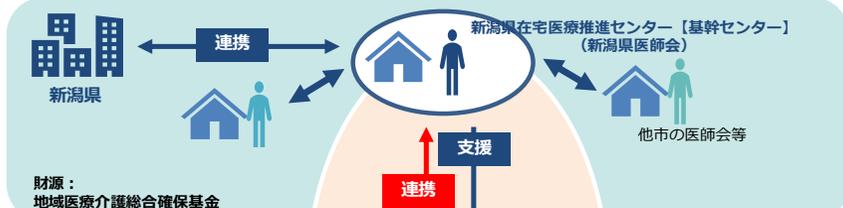
自治体概要

人口※1	789,275人
高齢化率※1	65歳以上:29.3% 75歳以上:14.9%
要介護認定率※2	1号被保険者:19.4% 2号被保険者:0.3%
担当部署	新潟市保健衛生部地域医療推進課
委託先	新潟市医師会地域医療推進室
コーディネーターの人数・資格等	都道府県の基幹的コーディネーター1名（常勤・兼務／看護師） 市町村の基幹的コーディネーター3名（いずれも兼務／保健師・看護師、医療ソーシャルワーカー・社会福祉士、事務職） 市町村の現場的コーディネーター30名（いずれも常勤・兼務／保健師、看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、歯科衛生士、介護福祉士、社会福祉士等）

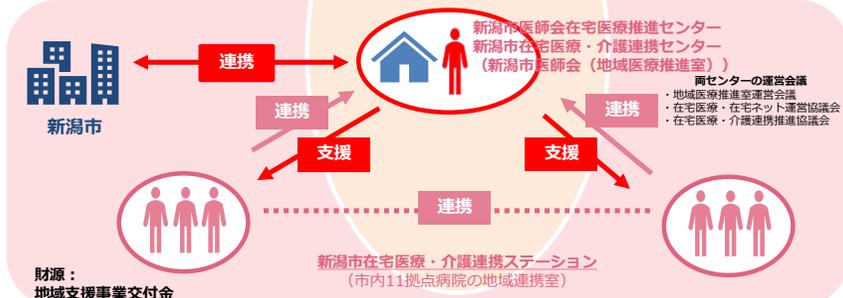
※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 在宅医療の推進を目的として、平成28年に新潟県医師会内に地域医療介護総合確保基金により設置・運営される「新潟県医師会在宅医療推進センター【基幹センター】」を設置。合わせて、県内全ての郡市医師会に在宅医療の連携拠点となる「在宅医療推進センター（新潟市は「新潟市医師会在宅医療推進センター」（以下、「推進センター」。））を設置。
- ◆ 市は、在宅医療・介護連携推進事業を新潟市医師会へ委託し「新潟市在宅医療・介護連携センター（以下、「連携センター」。）」を設置。さらに新潟市8区11病院の地域連携室に「在宅医療・介護連携ステーション（以下、「連携ステーション」。）」を設置。
- ◆ 現在、委託の有無に関わらず、市町村と医師会がそれぞれの地域で目指す姿を共有し協働した一体的な取組を実施。



財源：
地域医療介護総合確保基金



財源：
地域支援事業交付金

コーディネーターの主な取組内容等

（基幹的コーディネーター：基幹センター）

- ◆ 県下のコーディネーターのネットワーク形成（研修開催等）
 - ・ 県内のコーディネーター対象の研修会開催や情報交換会の開催。
- ◆ 県下のコーディネーターの支援・育成
 - ・ 「在宅医療推進センターコーディネーター活動指針」の策定。
 - ・ 事業計画フォーマットの統一による進捗把握・介入、評価等。

（基幹的コーディネーター：連携センター）

- ◆ 市内コーディネーターのマネジメント
 - ・ 「多職種連携の会」の推進や「新潟医療圏地域連携会議」等、市全体に関わる事業の推進や各種研修会等の開催。
 - ・ 市とともに業務計画書を策定し、連携ステーションへの業務計画遂行を支援。
 - ・ 連携ステーションの相談内容等を取りまとめ、課題抽出及び解決に向けた働きかけ。
- ◆ 市内コーディネーターのネットワーク形成
 - ・ 「在宅医療・介護連携センター/ステーション会議」（年6回程度）の実施。
- ◆ 市内コーディネーターの支援・育成
 - ・ 新任（現任）者研修の実施や、相談対応事例の振り返りを通じた取組の標準化。
 - ・ 「新潟市在宅医療・介護連携推進事業運営マニュアル」のとりまとめと更新。

（現場的コーディネーターの取組：連携ステーション）

- ◆ 地域の実情に応じた活動展開
 - ・ 医療・関係者等への相談支援等の実施及び得られた地域課題等を事業計画へ反映するとともに会議等で共有。
- ◆ 多職種連携の体制構築
 - ・ 区内の多職種連携の会や関係機関、団体等と連携し「顔の見える関係づくり」を支援することにより地域内の連携強化を推進。
- ◆ 多職種の研修体制（各種研修・勉強会の開催）
 - ・ 「多職種連携の会」での研修会開催や、ニーズに応じた各種連携研修会の開催。
- ◆ 市民啓発
 - ・ 「医療と介護の市民講座」や「医療と介護の出前スクール」等の実施。

効果

◆ 体系的なコーディネーター体制

- ・ 県（基幹的）ー市（基幹的）ー市（現場的）の体系的なコーディネーター体制により、全県的なコーディネーター間のネットワーク化及びノウハウの蓄積に寄与。
- ・ 統一化されたフォーマットやマニュアル等を全県的に活用することにより、一定の質担保に寄与。

◆ 在宅医療・介護連携ステーション配置による効果

- ・ 病院の地域連携室にコーディネーターを配置することにより、地域の入退院の実情や課題把握を得やすく、「入退院支援」の円滑な連携に寄与。また、兼務でコーディネータ業務を実施しているため、継続的な人材確保や育成も期待される。

コーディネーターの体制の具体例：豊中市（大阪府）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	401,558人
高齢化率※1	65歳以上:26.2% 75歳以上:14.2%
要介護認定率※2	1号被保険者:23.1% 2号被保険者:0.3%
担当部署	福祉部長寿安心課、長寿社会政策課 健康医療部医療支援課
委託先	専門団体：医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会
コーディネーターの人数・資格等	29名（いずれも非常勤・兼務／医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生 等）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査 及び 令和2年介護保険事業状況報告

背景

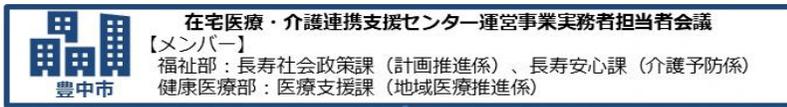
- ◆ 平成18年度頃より、現場の医療・介護関係者と保健所が「密接に連携できる仕組みづくり」が必要と感じ、医療・介護関係者で構成される多職種連携の会「虹ねっと」を構築。
※「虹ねっと」に参画する団体は、医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会・介護事業者連絡会・地域包括支援センター連絡協議会・病院連絡協議会・理学療法士会・市町村（保健所）。
- ◆ 平成26年度には「在宅医療に向けた提言書」を策定。虹ねっとの参画団体の代表者で構成される「虹ねっと連絡会」という会議体を設定。虹ねっと連絡会の下部組織として課題別にワーキンググループ（WG）を設置し、それぞれの課題解決に向けて取り組んだ。
※「虹ねっと連絡会」では、医療・介護連携の仕組みを作り、「虹ねっと」では、その仕組みを広げるという役割を担う。
- ◆ 令和3年度より、虹ねっと連絡会で設置したWGを、「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」として引継ぎ、豊中市から専門団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会）へ委託する現在の体制に移行した。

コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ 「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」の事業展開
 - ・ 各専門団体にコーディネーターとして地域医療に精通している理事等を7-8名配置。
 - ・ 配置されたコーディネーターは、それぞれの専門性を活かし、WGや事業内容に応じた企画・運営を実施。
例：在宅医療・介護スキル向上に向けた取組（研修会等）について、「リハビリ・栄養」は医師会、「口腔ケア」は歯科医師会、「服薬管理」は薬剤師会が実施。看護職の交流会や意見交換会・勉強会は訪問看護ステーション連絡会が実施。 等
- ◆ 行政との連携
 - ・ 豊中市は医療・介護の関連部署で実務担当者が検討する場を設けている。豊中市は委託先の専門団体に配置されたコーディネーター向けに説明会を実施後、各委託内容ごとのWGを立ち上げ取り組んでいる。
 - ・ 行政職員は、オブザーバーという立場で各WGの活動に参加し、情報収集、課題抽出の一助としている。

効果

- ◆ 重層的な多職種連携
 - ・ 多職種の特徴や専門性の発揮により、課題解決に向け円滑な取組が可能。
 - ・ 各専門団体のコーディネーターが、それぞれ中心となって業務を担うことにより、多職種連携の促進やネットワーク構築に寄与。
 - ・ 複数のコーディネーターの配置により、コーディネーター間の役割分担や負担軽減に寄与。
- ◆ 「虹ねっと・虹ねっと連絡会」との連携による効果
 - ・ 虹ねっとの参画団体との協力体制が取りやすい。
 - ・ また、地域の現状や多職種多機関の医療・介護関係者が抱える課題について、共通認識を統一し、課題解決に取り組むことが可能。
- ◆ 行政との効果的な連携
 - ・ 医療・介護の両部署によるマネジメントにより、両側面にてコーディネーター業務の把握及びマネジメントがなされ、質の担保が図られている。
 - ・ 虹ねっと・虹ねっと連絡会と在宅医療・介護連携支援センター運営事業を繋ぐ役割を行政が担うことにより、虹ねっとの取組みによって得られた課題提起及び情報を、在宅医療・介護連携支援センター運営事業へ反映することが可能。
 - ・ 各専門団体において地域医療に精通している理事等がコーディネーターの役割を担うことで、市からの在宅医療等に関する情報を各専門団体へ効果的に周知できる。



委託 ※「虹ねっとcom」とは非公開型SNSのことである。



各課題のワーキンググループ

コーディネーターの体制の具体例：飯塚市・嘉麻市・桂川町（福岡県）

①関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



②複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



都道府県の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター
市町村の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター

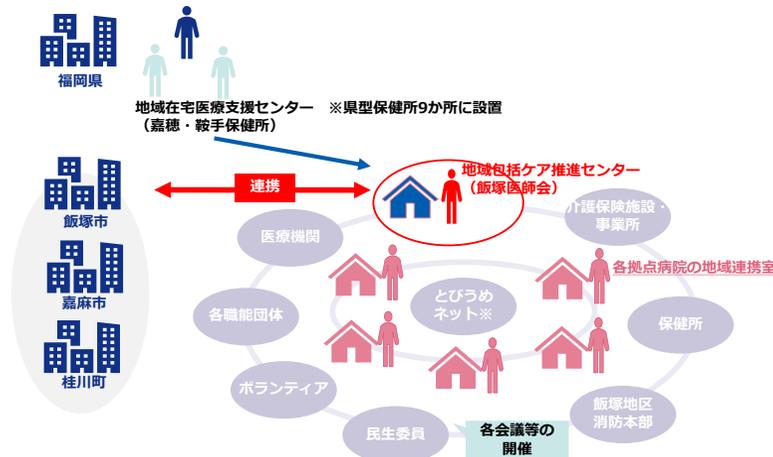
自治体概要

	飯塚市	嘉麻市	桂川町
人口※1	126,364人	35,473人	12,878人
高齢化率※1	65歳以上:31.4% 75歳以上:15.6%	65歳以上:40.4% 75歳以上:20.4%	65歳以上:35.1% 75歳以上:16.0%
要介護認定率※2	1号被保険者:22.2% 2号被保険者:0.2%	1号被保険者:21.2% 2号被保険者:0.4%	※広域連合のため不明
担当部署	飯塚市高齢介護課	嘉麻市高齢者介護課	桂川町健康福祉課
委託先	飯塚医師会地域包括ケア推進センター		
コーディネーターの人数・資格等	都道府県の基幹的コーディネーター1名(常勤・兼務/事務職) 都道府県の現場的コーディネーター9名(いずれも非常勤/保健師、看護師) 市町村の基幹的コーディネーター1名(非常勤/医療ソーシャルワーカー・社会福祉士) 市町村の現場的コーディネーター8名(いずれも常勤・兼務/医療ソーシャルワーカー・社会福祉士)		

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 飯塚医療圏では医療・介護事業者同士の連携が乏しく、顔の見える関係の深化・多職種連携、医療・介護の連携強化及び推進体制づくりを地域課題としていたことから、飯塚医師会と2市1町が協働してシステム構築を目指した。
- ◆ 平成28年より、5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会を発足。日常生活圏域毎に、住民目線の地域完結型医療・介護提供体制を構築することを目的とし、2市1町が各医療・介護連携拠点病院のもと、5つのブロックに分かれて各地域の医療・介護連携を推進（現在7つの拠点病院配置）。
- ◆ 飯塚医師会に配置されたコーディネーターを中心に、各連携拠点病院にもコーディネーターを配置。



コーディネーターの主な取組内容等

(基幹的コーディネーターの役割：福岡県)

- ◆ 管内市町村の広域的支援

(基幹的コーディネーターの役割：地域包括ケア推進センター)

- ◆ 飯塚地域在宅医療・介護連携推進会議の開催（年2回）、各WGの開催

- ・ 教育研修・住民啓発WG（1回/月）。
- ・ 社会資源広報・成果指標WG（1回/月）。
- ・ 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会WG（2回/年）。

- ◆ 現場的コーディネーターの支援

- ・ 継続した事業推進が図られるよう、業務マニュアルの作成。
- ・ あるべき姿の実現に向け、コーディネーターに求められる能力を段階的に設定した「地域包括ケア推進コーディネーター コンピテンシー目標」を作成中。
- ・ 各ブロックに配置されているコーディネーターの支援を実施するとともに、圏域全体に係る事業推進の中心として機能。

(現場的コーディネーターの役割)

- ◆ 各ブロックの実情に応じた取組の実施

- ・ 地域資源の把握・課題分析、地域課題に向け各ブロック毎に事業計画及び評価を策定。

- ◆ 基幹的コーディネーターとの連携

- ・ 各事業の情報共有、会議・WG等への参画。

効果

- ◆ ブロック毎のコーディネーター配置による効果

- ・ 地域内の医療・介護関係者で協議を行うことにより、ブロック毎に抱えている課題の抽出が可能。また、各ブロック毎に取組や評価等を数値化することにより、事業の達成状況を視覚的に把握できる他、多角的な視点での検討が可能。
- ・ コーディネーターの連携調整により、専門職のみならず、住民等多様な関係者・機関との多職種連携が促進され、ネットワークづくりの進展、事業の推進体制に寄与。
- ・ WG参加者に別の協議会・WGで講師としての役割を担ってもらう等、コーディネーターを通じてWGで地域の人材育成を進め、協議体企画側の底上げにも寄与。

- ◆ コーディネーターと医師会との連携

- ・ コーディネーターを通じて、多職種連携の場に医師を巻き込むことや、治療領域以外の知見を提供することにつながり、よりよい医療提供体制に寄与。
- ・ 各連携拠点病院においても、地域連携室を通じて地域住民の生活に密着した関わりが増加。

- ◆ コーディネーター間の連携

- ・ 基幹的コーディネーターを基盤として、コーディネーター同士の情報共有や取組を通じたネットワーク体制が構築されている。
- ・ コンピテンシーを掲げることにより、質の担保や継続性に寄与。

コーディネーターの体制の具体例：坂戸市・鶴ヶ島市（埼玉県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

	坂戸市	鶴ヶ島市
人口※1	100,275人	70,117人
高齢化率※1	65歳以上:29.4% 75歳以上:14.4%	65歳以上:28.9% 75歳以上:13.5%
要介護認定率※2	1号被保険者：14.0% 2号被保険者：0.3%	1号被保険者：12.8% 2号被保険者：0.4%
担当部署	坂戸市高齢者福祉課	鶴ヶ島市健康長寿課
委託先	坂戸鶴ヶ島医師会 在宅医療相談室	
コーディネーターの人数・資格等	3名（常勤・専従1名、常勤・兼務1名、非常勤1名／看護師、社会福祉士）	

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 平成27年頃より、県は県内30ある都市医師会ごとに「在宅医療連携拠点」を設置し、ケアマネージャー資格をもつ看護師など、医療や福祉に精通した専門職を配置（30都市医師会33か所）。
- ◆ 坂戸市と鶴ヶ島市は医師会（及び歯科医師会、薬剤師会）の圏域がまたがっていることから、従前より医師会の働きかけを通じて2市で協働した取組を実施していた経緯あり。在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられた際、上記拠点の運営についても2市協働での委託事業に移行し、現在の体制が整備された。

コーディネーターの主な取組内容等

◆ 3者共同の事務局機能

- ・ 地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所等の多職種・多機関による関係団体を構成員とした「坂戸市・鶴ヶ島市地域包括ケアシステム推進協議会」にて、地域の実情に応じた検討を実施。
- ・ なお、上記協議会は下記を特色とする。
 - ・ 2つの自治体と1つの医師会による協働、3者事務局による協働した運営。
 - ・ オブザーバー参加できる開かれた会議。
 - ・ 現場の最前で働く専門職等の参画。
 - ・ 専門職による出前講座の実施主体。
 - ・ 他地域支援事業と連動した取組も実施。

◆ 両市の担当者との緊密な連携

- ・ 坂戸市・鶴ヶ島市の担当職員とコーディネーターにて定期的に打ち合わせを行い、常に両市と連携して課題解決を図る体制を構築。
- ・ 上記の協議会には、両市より高齢福祉主管課、保健主管課、国民健康保険主管課、市民協働推進主管課が参画し、部局を横断した連携体制を構築。

◆ コーディネーターを支援する県の取組

- ・ 30都市医師会33か所のコーディネーターに対する研修実施（2回/年）。

効果

◆ 2市を支援対象とする効果

- ・ 2市で委託事業者・医療圏が重なるため、ノウハウや知見の共有により足並みを揃えた効果的な事業推進が可能。

◆ 協議会活用による効果

- ・ コーディネーターの参画により、所属や職種を超えた、各関係機関や専門職の効果的な理解促進を担うことに寄与。また、介護部署を主とする両市と医療とを仲介する役割も実施。
- ・ コーディネーターを中心に多職種が協働することにより、多角的な視点にて、優先順位を踏まえた上で地域の課題に応じた検討が可能。

◆ 医師会委託による効果

- ・ ACPの普及、在宅緩和ケア推進等、医療的側面に係る効果的な連携が可能。
- ・ 医療的側面以外についても、コーディネーターを通じて事業を通じて医師会へのアプローチが可能となり、生活支援等への理解促進に寄与。
- ・ 医師の地域共生社会構築の理解が促進。

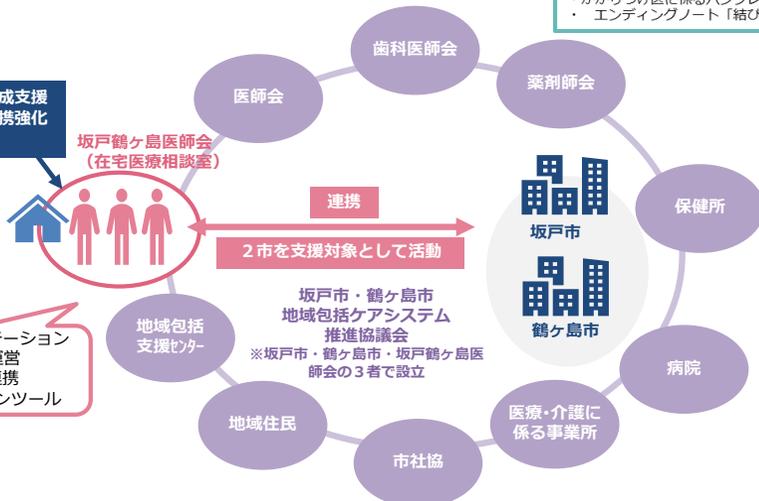
◆ 県による支援の効果

- ・ 全県的な支援により、統一的な質が確保されるとともに、コーディネーター間のネットワーク構築にも寄与。



埼玉県

ツールの活用（医師会と2市で作成）
 ・ 出前講座のガイドブック
 ・ かかりつけ医に係るパンフレット
 ・ エンディングノート「結び帳」



メディカルケアステーション（MCS）の運営
 ※医療介護連携
 コミュニケーションツール

コーディネーターの体制の具体例：釜石市（岩手県）

②自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携



①一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

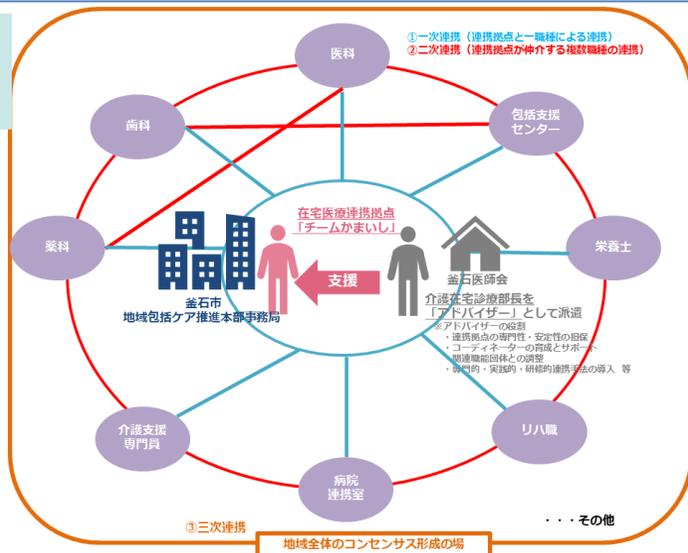
人口※1	32,078人
高齢化率※1	65歳以上:39.8% 75歳以上:22.4%
要介護認定率※2	1号被保険者:20.1% 2号被保険者:0.4%
担当部署	地域包括ケア推進本部事務局
委託先	-
コーディネーターの人数・資格等	3人(常勤・兼務2人、非常勤・専従1人/事務職)

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合） ※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 平成19年に県立釜石病院に釜石市民病院を統合したことにより、県立釜石病院の医療機能の確保、負担軽減を目的に、行政・医師会・市内の関係機関等の多職種・多機関の役割分担の明確化と連携体制の構築が推進。
- ◆ 厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機に、平成24年に釜石医師会との連携により、地域包括ケアシステム構築全体への連続性と整合性を図る観点にて釜石市保健福祉部内に「チームかまいし」を設置。
- ◆ モデル事業終了後、在宅医療・介護連携推進事業が制度化された後も体制を継続し、アドバイザーとして医師が派遣されている他、事業の担当者が連携コーディネーターとなり取組を推進。

狭義のチームかまいし
在宅医療連携拠点「チームかまいし」
広義のチームかまいし
連携拠点と志を同じくする
医療・介護関係多職種



コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ **階層別の連携コーディネート（連携の課題解決支援）**
 - ・ 医師会から派遣されたアドバイザー（医師）を交えた「チームかまいし定例会」の開催（月1～2回）。
 - ・ 一次連携：コーディネーターと一職種（または組織）にて、課題共有、課題解決策検討、事業の打ち合わせ、及び顔の見える関係づくりを実施。
 - ・ 二次連携：コーディネーターが仲介する複数職種の連携のフレームづくり。連携の課題解決策の実施または実施の支援（研修会、情報交換会、共同発表、同行訪問、視察対応等の協働実施）。
 - ・ 三次連携：多職種が一堂に会する機会として、各職能団体や関係機関の代表等が参画する会議の開催や、多職種を対象とした研修会議を開催し、地域全体の連携推進に関するコンセンサスや取組等を共有。
- ◆ **コーディネーターに関するマニュアルの作成**
 - ・ 他自治体への展開として、在宅医療・介護連携推進事業の自治体担当者及びコーディネーター向けに、「チームかまいしの連携手法」を作成、市HPで公開。
- ◆ **地域連携だよりの発行**
 - ・ 相互理解を目的とした医療や介護の専門職向け情報誌として、「情報誌顔顔の見える会議」をコンセプトに地域連携だよりの「Face to Face」を発行。
 - ・ 紙媒体にて圏域の関係機関に送付している他、釜石市HPへも掲載。

効果

- ◆ **ケアの担い手となる連携当事者の主体的な取組を促進**
 - ・ 患者や利用者のQOLの向上に向けて、コーディネーターの役割を「ケアの担い手となる各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えること」、「職種内の温度差解消のお手伝い」と位置づけて、一次連携～三次連携の場を活用して連携当事者の課題解決支援に取り組んだ結果、職能団体の主体的な取組が促進されたほか、主体的に多職種連携推進に取り組む新たな資源が創出。
- ◆ **医師会との連携体制**
 - ・ アドバイザー（医師）と連携することにより、コーディネーター（行政）と医師会の双方が得意分野を補完し合う、効果的な事業推進が可能。
- ◆ **先進自治体としての発信**
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業の先進事例として多くの研修会や視察を受けている他、マニュアルを作成し広く公開する等、他自治体のコーディネーター支援・育成にも寄与。
- ◆ **庁内連携の推進**
 - ・ 釜石版地域包括ケアシステムの構築のため、部局横断的に企画の調整し、具体的な取組の推進を図る部署として平成26年に設置された釜石市地域包括ケア推進本部の取組の方向性等に影響を与えた。平成31年(令和元年)からは、本部事務局が事業を所管。

コーディネーターの体制の具体例：豊明市・東郷町（愛知県）

③大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携



②複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

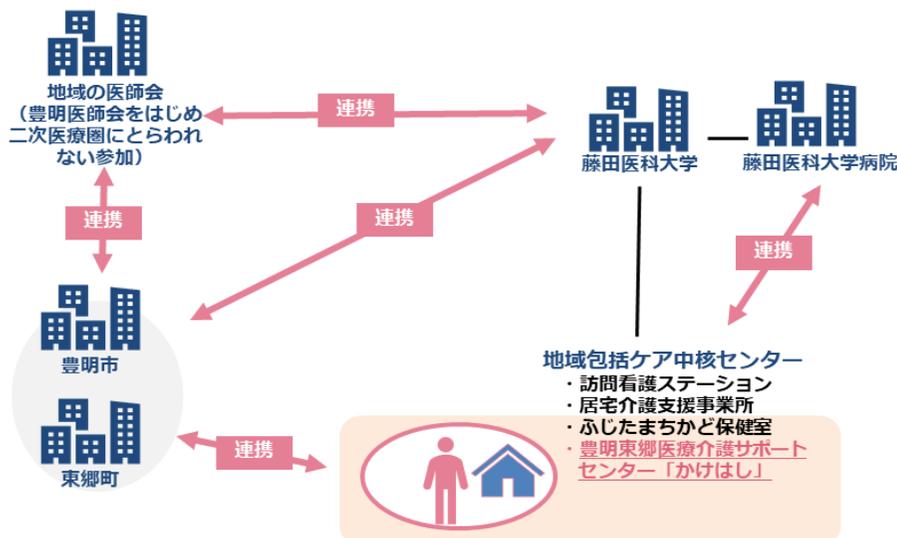
自治体概要

	豊明市	東郷町
人口※1	69,295人	43,903人
高齢化率※1	65歳以上:26.2% 75歳以上:13.7%	65歳以上:23.2% 75歳以上:11.8%
要介護認定率※2	1号被保険者:15.3% 2号被保険者:0.3%	1号被保険者:15.0% 2号被保険者:0.3%
担当部署	豊明市長寿課	東郷町高齢者支援課
委託先	学校法人藤田学園 藤田医科大学（配置先は豊明東郷医療介護サポートセンター「かけはし」）	
コーディネーターの人数・資格等	2名（いずれも常勤・専従／社会福祉士、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカーの実務経験） ※状況に応じて他の地域医療室のコーディネーターも参加	

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合） ※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 藤田医科大学にて「藤田医科大学地域包括ケア中核センター※」を設立。
※地域の人材育成を主とした「大学」に所属する部署。大学病院とは人事交流等、連携協力関係にある。
- ◆ 行政（豊明市・東郷町）と大学（藤田医科大学）による包括協定を締結。医師会（東名古屋医師会）の協力を得て、全国初となる学校法人による運営として、研究機能も有する「豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし」を設置。



コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ **退院サポート事業（豊明市）**
 - ・ 入院中に新規で要介護（要支援）認定申請した者に対し、申請者・家族へ初回電話訪問及び退院後のモニタリングを実施。在宅医療や介護保険・介護予防・日常生活支援総合事業に関する説明を補足。入院先の医療ソーシャルワーカーと、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携して、在宅復帰を側面的に支援。
- ◆ **職能団体の立ち上げ・連携（豊明市）**
 - ・ これまで事業所外の連携が少なかった看護師、リハビリ職、社会福祉士等が地域組織を設立（看護連絡協議会、リハビリテーション連絡協議会、介護支援専門員連絡協議会、ソーシャルワーカー連絡協議会、栄養士連絡協議会）。
 - ・ 三師会及び上記の各職能団体、行政が「豊明市地域包括ケア連絡協議会」にて連携。
- ◆ **多職種連携ネットワークの構築**
 - ・ 「同職種会合同研修会」、「多職種人材育成研修会」、「かけはし一歩塾」等にて各連絡協議会の活動報告や合同研修会を実施する他、地域活動を支援。
- ◆ **在宅医療・介護に関わる人材育成や調査研究**
 - ・ 非常勤コーディネーターの多くは大学教員との兼務であり、学生教育と一体的な取組を実施。
 - ・ 多職種人材育成に係る研修、ケース分析研究等の実施。
- ◆ **高齢者以外の取組**
 - ・ 高齢者以外に医療的ケア児・重症心身障がい児も、訪問診療や訪問看護を利用。医療介護の専門職や行政、教育関係者等と医療的ケア児や重症心身障がい児とその家族との情報交換会（「かけはなしキッズ」）を開催して、実際の生活や小児在宅医療のニーズ、取り巻く地域課題を共有。

効果

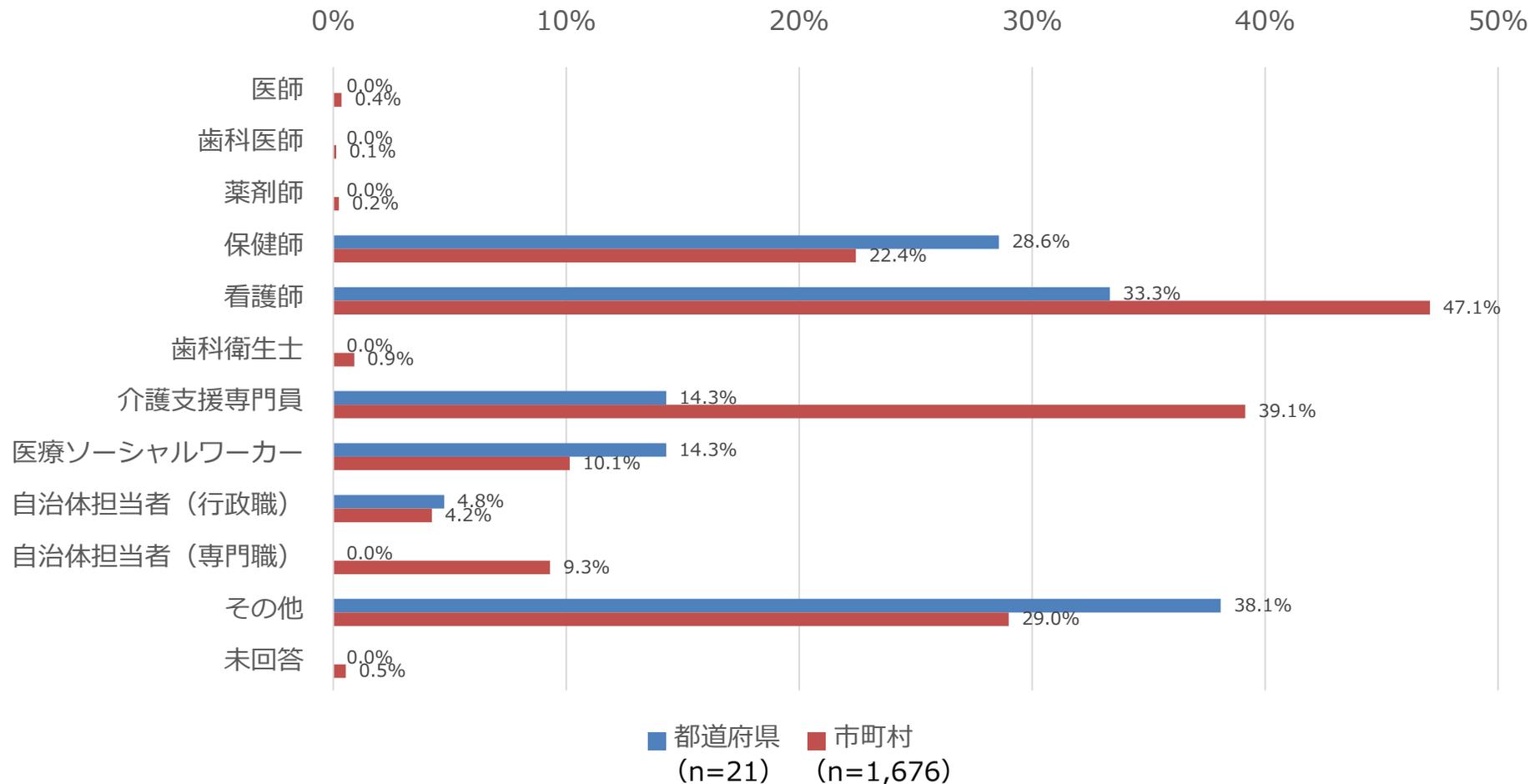
- ◆ **大学運営による効果**
 - ・ 公益性の高い事業実施展開が可能。
 - ・ 大学病院の退院調整を担う医療連携福祉相談部と、地域の医療・介護関係機関等や専門職との緊密な連携により、地域住民のニーズに応じたタイムリーかつシームレスな対応が可能。
 - ・ 地域の医療・介護職、地域住民の教育、活動支援に寄与。また、特に将来の在宅医療・介護連携の現場を担う教職員や学生に対する人材育成や実践の場としても大きく寄与。

令和5年度実態調査：コーディネーターの有している資格等

コーディネーター票

- 都道府県コーディネーターの有している資格等は「その他」が38.1%で最も多く、次いで「看護師」が33.3%、「保健師」が28.6%である。
- 市町村コーディネーターの有している資格等は「看護師」が47.1%で最も多く、次いで「介護支援専門員」が39.1%、「その他」が29.0%である。

■ コーディネーターの有している資格等



その他の主な項目

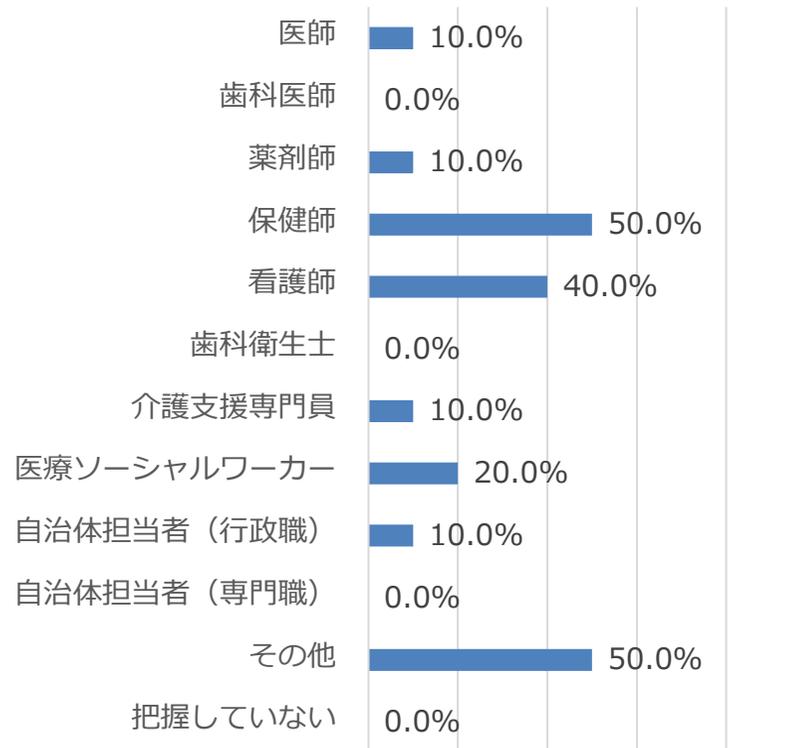
都道府県：理学療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、管理栄養士、事務職（資格なし）等

市町村：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、管理栄養士・栄養士、事務職（または資格なし）等 **117**

- 都道府県が把握している都道府県コーディネーターの有している資格等は「保健師」、「その他」が50.0%で最も多く、次いで「看護師」が40.0%、「医療ソーシャルワーカー」が20.0%である。
- 市町村が把握している市町村コーディネーターの有している資格等は「看護師」が49.9%で最も多く、次いで「その他」が31.6%、「介護支援専門員」が31.1%である。

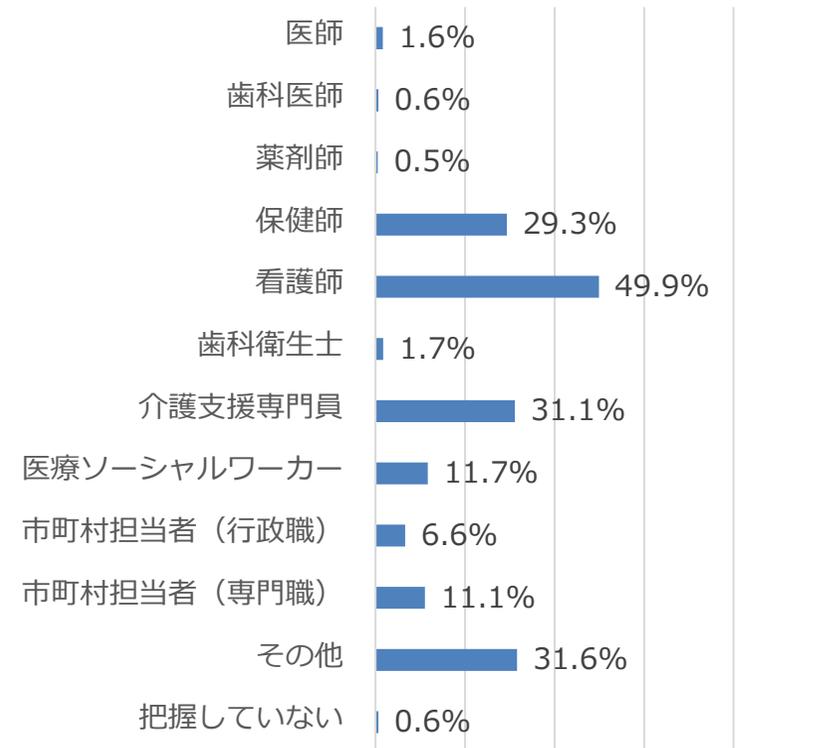
■ 都道府県コーディネーターの有している資格等 (n=10)

0% 20% 40% 60% 80% 100%



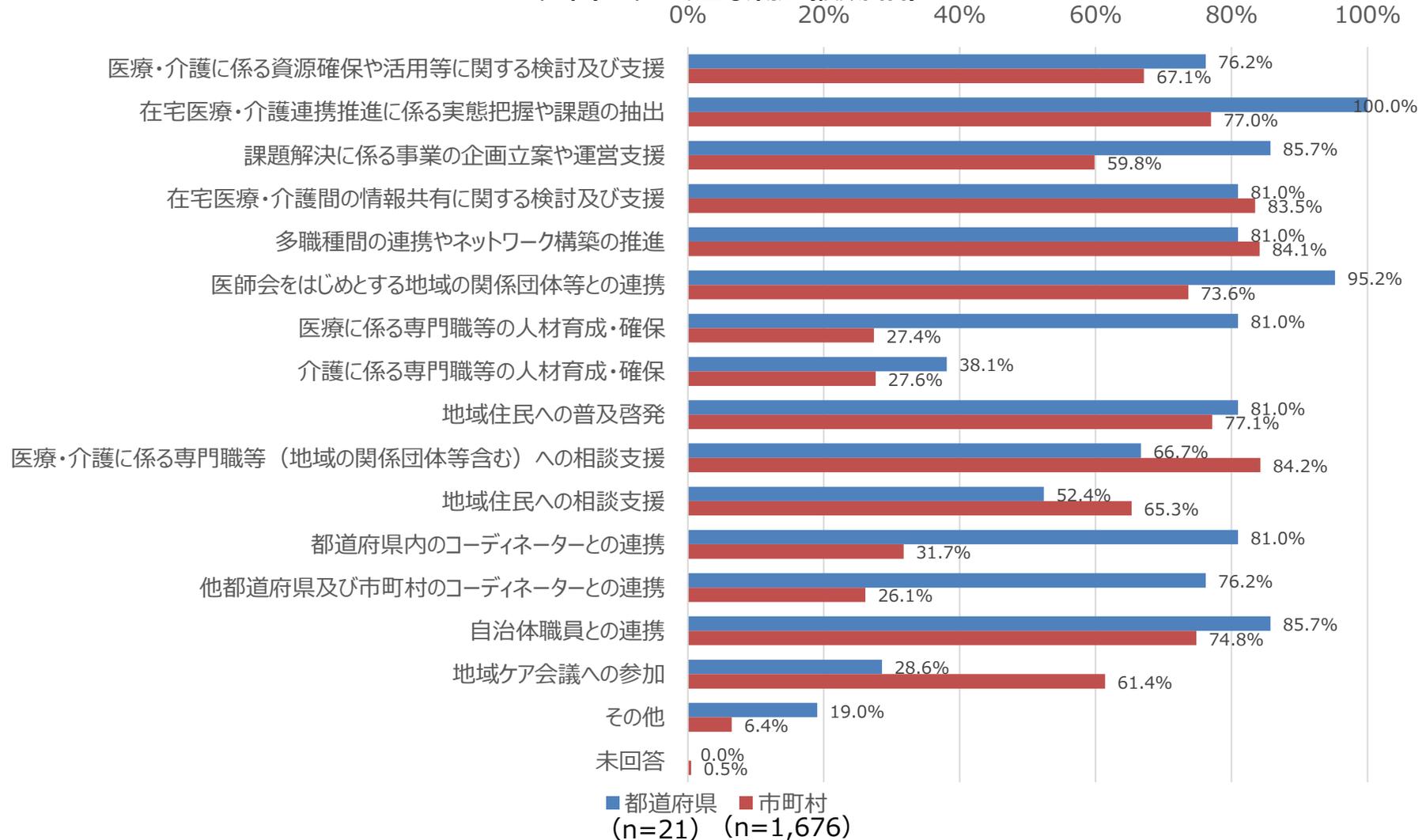
■ 市町村コーディネーターの有している資格等 (n=986)

0% 20% 40% 60% 80% 100%



- 都道府県コーディネーターの主な業務は「在宅医療・介護連携に係る実態把握や課題の抽出」が100%で最も多く、次いで「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が95.2%、「課題解決に係る事業の企画立案や運営支援」及び「自治体職員との連携」が85.7%である。
- 市町村コーディネーターの主な業務は「医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援」が84.2%で最も多く、次いで「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が84.1%、「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」が83.5%である。

■ コーディネーターの主な業務（複数回答）



- コーディネーターの配置の有無による差を解析した結果、全場面で自治体にコーディネーターがいる方が有意に多かった取組は、「ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等」、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」であった。
- コーディネーター票においても市町村コーディネーターの取組に、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が多くみられた。
- 市町村へのコーディネーターの配置は、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」及び「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」の取組の実施に有効である可能性が示唆された。

場面	取組															
「日常の療養支援」	1.現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	2.体制の構築及び推進	3.ルール等の設定	4.ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	5.多職種間の連携やネットワーク構築の推進	6.医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	7.都道府県と市町村間の連携	8.市町村間の連携	9.医療に係る専門職等の人材育成・確保	10.介護に係る専門職等の人材育成・確保	11.地域住民への周知啓発	12.認知症初期集中支援チームとの連携	13.認知症カフェ	14.通いの場における地域住民への周知啓発	15.歯科医療提供体制の構築等	16.地域リハビリテーション活動支援事業
p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	0.012	<.001	<.001	<.001	<.001	0.022	0.141	0.019	<.001	0.032

「入退院支援」	1.現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	2.体制の構築及び推進	3.ルール等の設定	4.ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	5.多職種間の連携やネットワーク構築の推進	6.医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	7.都道府県と市町村間の連携	8.市町村間の連携	9.医療に係る専門職等の人材育成・確保	10.介護に係る専門職等の人材育成・確保	11.地域住民への周知啓発	12.地域における退院支援フロー等の作成	13.退院調整カンファレンス	14.在宅移行に向けたコーディネート	15.施設入所に向けたコーディネート
p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	0.002	<.001	<.001	<.001	<.001	0.379	0.006	0.958

「急変時の対応」	1.現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	2.体制の構築及び推進	3.ルール等の設定	4.ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	5.多職種間の連携やネットワーク構築の推進	6.医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	7.都道府県と市町村間の連携	8.市町村間の連携	9.医療に係る専門職等の人材育成・確保	10.介護に係る専門職等の人材育成・確保	11.地域住民への周知啓発	12.在宅医療支援病院との連携	13.地域包括ケア病棟等、後方支援の医療機関との連携	14.情報共有ツール・システムを介した救急との情報連携・運用	15.看取り実施に向けた救急との体制整備・協力関係の構築
p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	0.037	0.009	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	0.002

「看取り」	1.現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	2.体制の構築及び推進	3.ルール等の設定	4.ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	5.多職種間の連携やネットワーク構築の推進	6.医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	7.都道府県と市町村間の連携	8.市町村間の連携	9.医療に係る専門職等の人材育成・確保	10.介護に係る専門職等の人材育成・確保	11.地域住民への周知啓発	12.人材の最終段階における意思決定支援等（ノートパンフレットの作成、記入支援等を含む）	13.人生の最終段階にあるがん患者のコーディネート
p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	0.043	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	0.008

検定：Pearsonのχ²
 有意水準 <0.05
 X²、dfは省略

場面		取組																		
「認知症に係る対応」	1.現状把握と問題点の抽出(データの活用含む)	2.体制の構築及び推進	3.ルール等の設定	4.ツール(システム・ガイドライン含む)等の策定等	5.多職種間の連携やネットワーク構築の推進	6.医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	7.都道府県と市町村間の連携	8.市町村間の連携	9.医療に係る専門職等の人材育成・確保	10.介護に係る専門職等の人材育成・確保	11.地域住民への周知啓発	12.認知症カフェ	13.歯科医療提供体制の構築等	14.受け入れ可能な急性期病院等の情報提供	15.急変時対応ルール等の設定	16.入退院支援における情報提供文書の作成等	17.看取りに対する意思決定の支援	18.看取り以外の意思決定の支援	19.意思決定の支援情報提供	20.健康危機(感染症・災害)に係る対応の検討
p-value	0.003	0.056	0.536	0.006	0.023	<.001	0.106	0.053	<.001	<.001	<.001	0.351	0.223	0.169	0.133	0.2	<.001	<.001	0.993	0.487

「感染症に係る対応」	1.現状把握と問題点の抽出(データの活用含む)	2.体制の構築及び推進	3.ルール等の設定	4.ツール(システム・ガイドライン含む)等の策定等	5.多職種間の連携やネットワーク構築の推進	6.医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	7.都道府県と市町村間の連携	8.市町村間の連携	9.医療に係る専門職等の人材育成・確保	10.介護に係る専門職等の人材育成・確保	11.地域住民への周知啓発
p-value	<.001	0.001	0.009	0.005	0.036	<.001	0.684	0.268	<.001	<.001	0.134

検定：Pearsonの χ^2
有意水準<0.05
 χ^2 、dfは省略

「災害に係る対応」	1.現状把握と問題点の抽出(データの活用含む)	2.体制の構築及び推進	3.ルール等の設定	4.ツール(システム・ガイドライン含む)等の策定等	5.多職種間の連携やネットワーク構築の推進	6.医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	7.都道府県と市町村間の連携	8.市町村間の連携	9.医療に係る専門職等の人材育成・確保	10.介護に係る専門職等の人材育成・確保	11.地域住民への周知啓発
p-value	0.201	0.112	0.226	0.014	0.017	<.001	0.997	0.41	0.271	0.388	0.254

都道府県コーディネーター

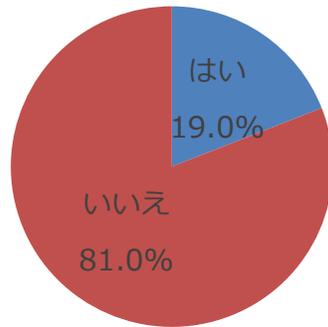
都道府県名	回答数	都道府県名	回答数
北海道	2	滋賀県	0
青森県	0	京都府	0
岩手県	0	大阪府	0
宮城県	0	兵庫県	0
秋田県	0	奈良県	0
山形県	0	和歌山県	0
福島県	3	鳥取県	0
茨城県	1	島根県	1
栃木県	0	岡山県	0
群馬県	0	広島県	0
埼玉県	0	山口県	0
千葉県	0	徳島県	0
東京都	0	香川県	0
神奈川県	0	愛媛県	0
新潟県	1	高知県	0
富山県	1	福岡県	9
石川県	0	佐賀県	1
福井県	1	長崎県	0
山梨県	0	熊本県	0
長野県	0	大分県	0
岐阜県	0	宮崎県	0
静岡県	1	鹿児島県	0
愛知県	0	沖縄県	0
三重県	0	合計値(n値)	21

市町村コーディネーター

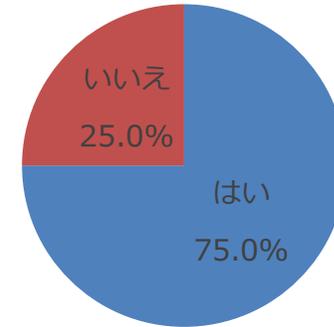
都道府県名	回答数	都道府県名	回答数
北海道	124	滋賀県	25
青森県	17	京都府	49
岩手県	24	大阪府	83
宮城県	47	兵庫県	67
秋田県	13	奈良県	19
山形県	49	和歌山県	26
福島県	25	鳥取県	6
茨城県	29	島根県	9
栃木県	17	岡山県	19
群馬県	24	広島県	36
埼玉県	68	山口県	23
千葉県	37	徳島県	15
東京都	96	香川県	18
神奈川県	80	愛媛県	15
新潟県	75	高知県	21
富山県	5	福岡県	54
石川県	26	佐賀県	11
福井県	9	長崎県	21
山梨県	14	熊本県	32
長野県	32	大分県	34
岐阜県	43	宮崎県	10
静岡県	53	鹿児島県	24
愛知県	61	沖縄県	64
三重県	27	合計値(n値)	1,676

- 都道府県における基幹的なコーディネーター（※コーディネーターの教育や統括等を実施する者を想定）の配置の有無は「はい」が19.0%、「いいえ」が81.0%である。また、配置されているうち、回答者が基幹的コーディネーターである者について「はい」が75.0%、「いいえ」が25.0%である。
- 市町村における基幹的なコーディネーターの配置の有無は「はい」が12.2%、「いいえ」が87.2%である。また、配置されているうち、回答者が基幹的コーディネーターである者について「はい」が25.5%、「いいえ」が74.5%である。

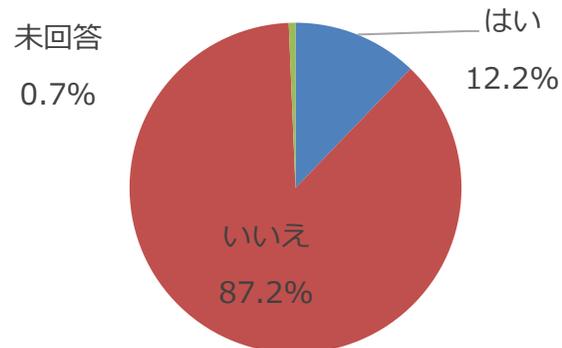
■ 都道府県における基幹的なコーディネーターの配置の有無 (n=21)



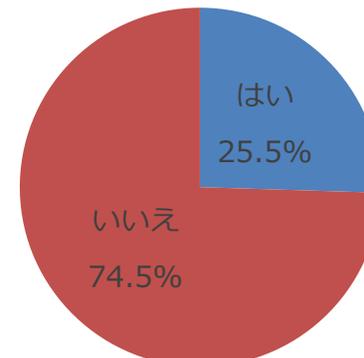
■ 都道府県に「配置されている」うち、基幹的コーディネーターである者 (n=4)



■ 市町村における基幹的なコーディネーターの配置の有無 (n=1,676)

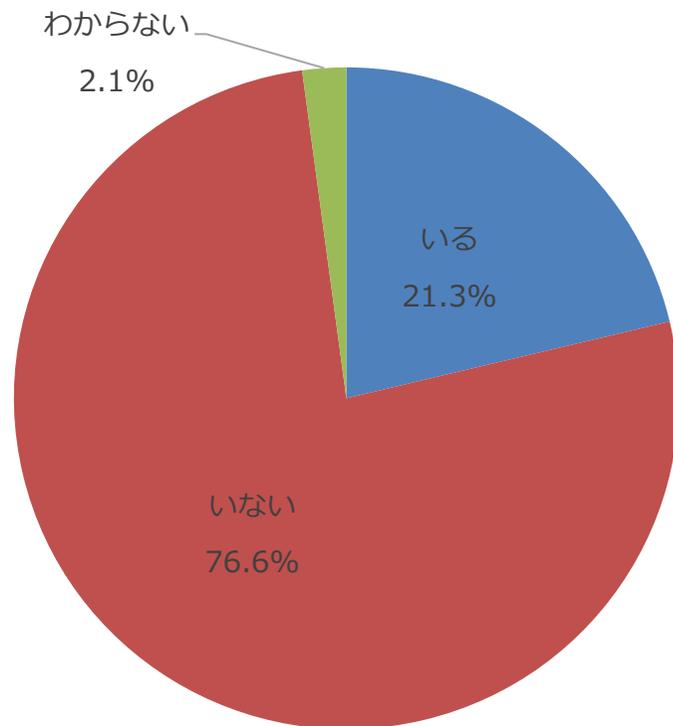


■ 市町村に「配置されている」うち、基幹的コーディネーターである者 (n=204)

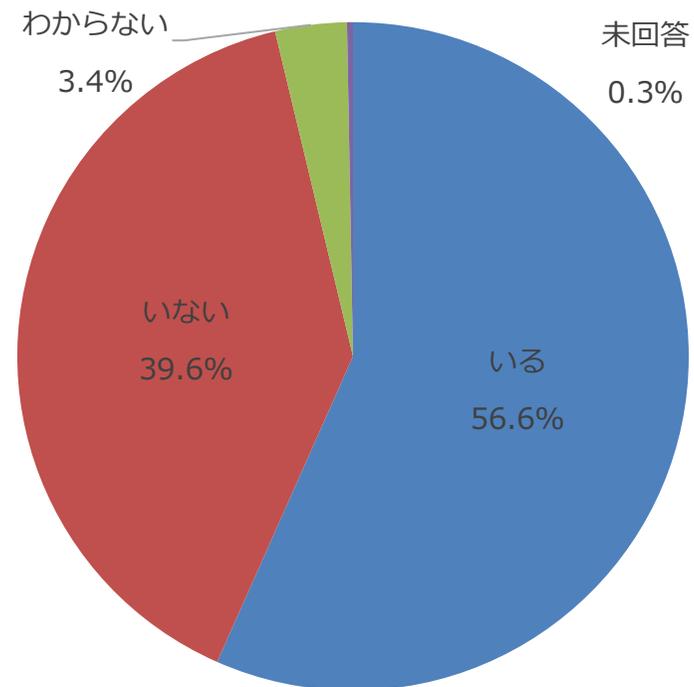


- 都道府県コーディネーターの配置について「いる」が21.3%、「いない」が76.6%、「わからない」が2.1%である。
- 市町村コーディネーターの配置について「いる」が56.6%、「いない」が39.6%、「わからない」が3.4%である。

■ 都道府県コーディネーターの配置 (n=47)



■ 市町村コーディネーターの配置 (n=1,741)

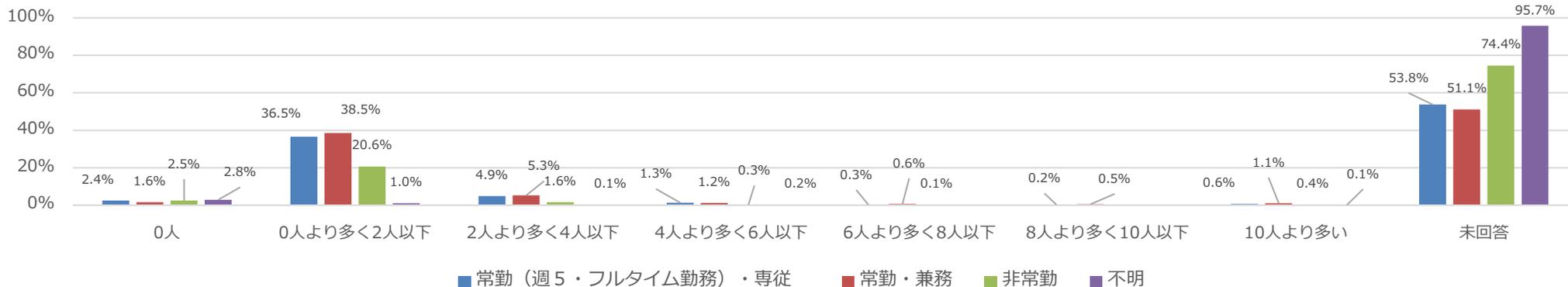


○ 配置先における都道府県コーディネータ及び市町村コーディネーターの人数は下記のとおり。

■ 都道府県コーディネーターの人数（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）（n=10）

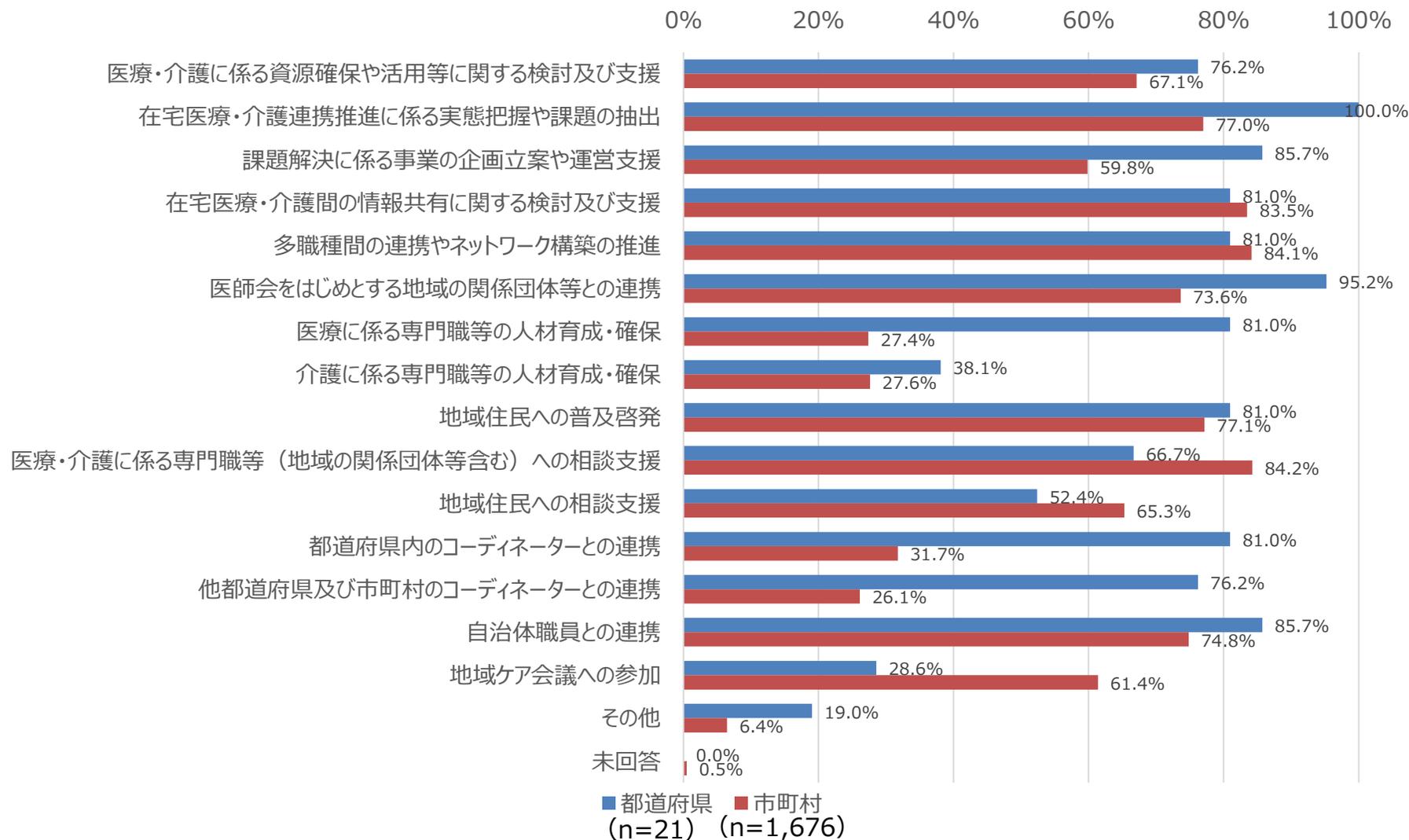


■ 市町村コーディネーターの人数（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）（n=986）



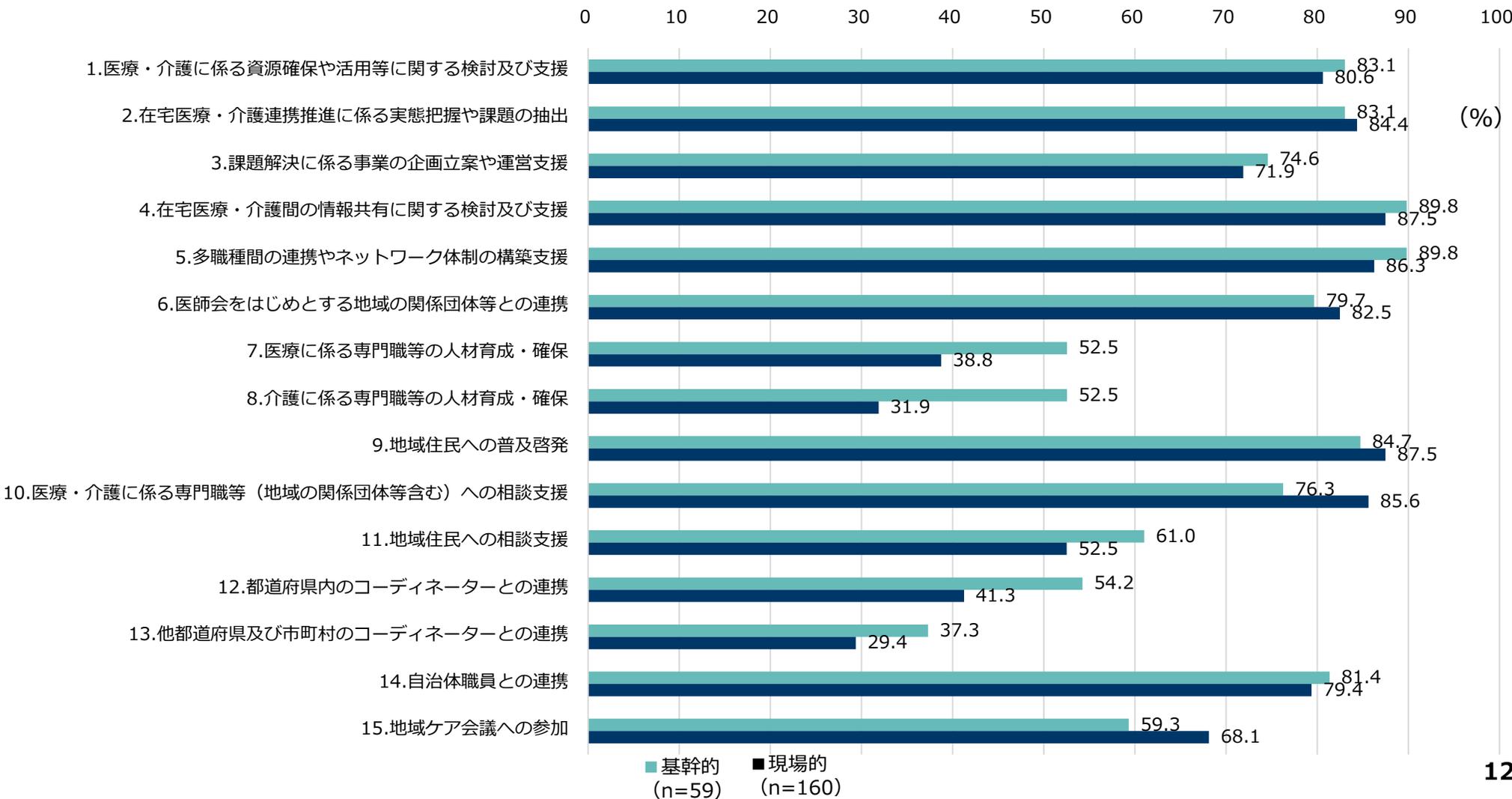
- 「医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援」、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」、「課題解決に係る事業の企画立案や運営支援」、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」、「医療に係る専門職等の人材育成・確保」、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」、「地域住民への普及啓発」、「都道府県内のコーディネーターとの連携」、「他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携」及び「自治体職員との連携」については都道府県コーディネーターの実施割合の方が多かった。

■ コーディネーターの主な業務（複数回答）



○ 「医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援」、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」、「課題解決に係る事業の企画立案や運営支援」、「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」、「多職種間の連携やネットワーク体制の構築支援」、「医療に係る専門職等の人材育成・確保」、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」、「地域住民への相談支援」、「都道府県内のコーディネーターとの連携」、「他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携」及び「自治体職員との連携」については基幹的コーディネーターの実施割合の方が多かった。

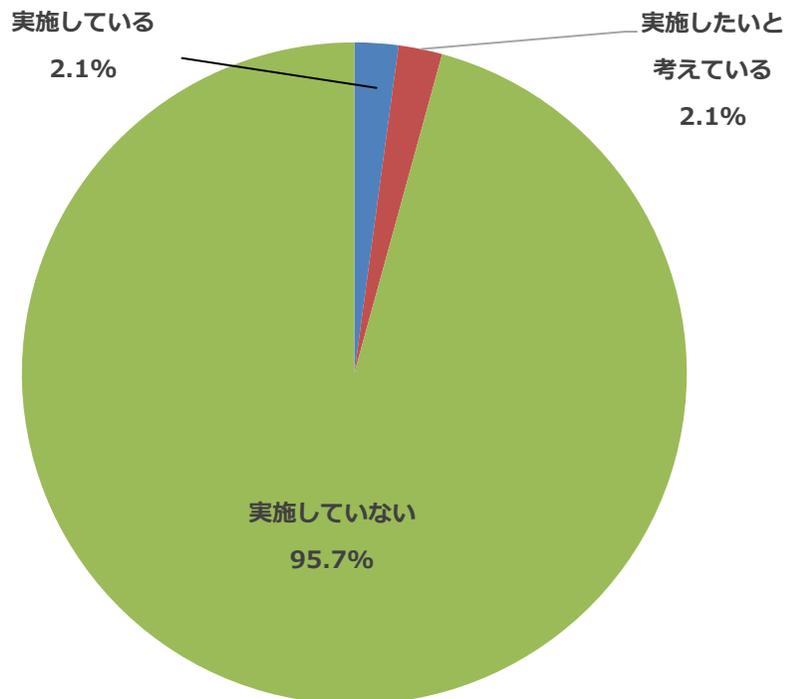
■ コーディネーターの主な業務（複数回答）



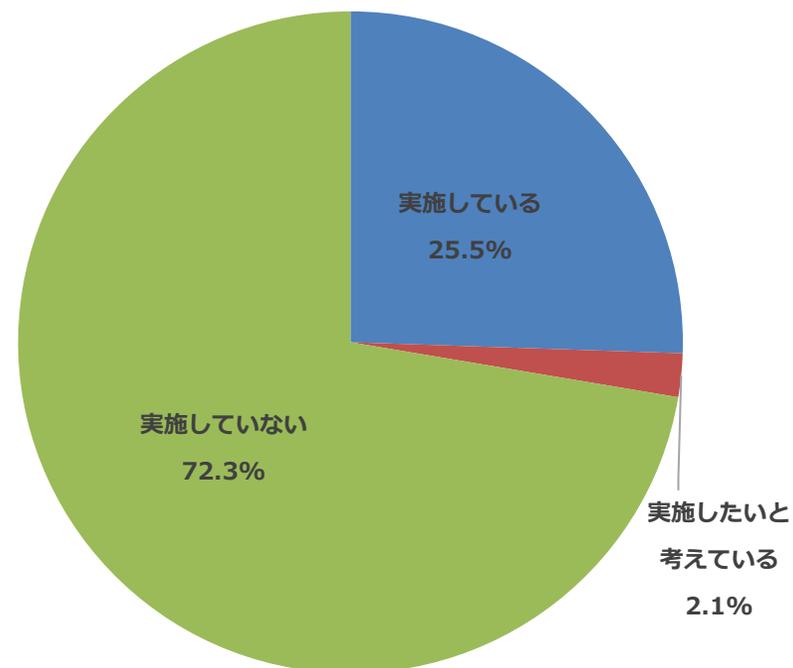
1 - 3. コーディネーターの量と質の充実

- 都道府県コーディネーターの育成について「実施していない」が95.7%で最も多く、次いで「実施している」、「実施したいと考えている」が2.1%である。
- 都道府県による管轄市町村コーディネーターの育成支援について「実施していない」が72.3%で最も多く、次いで「実施している」が25.5%、「実施したいと考えている」が2.1%である。

■ 都道府県コーディネーターの育成状況 (n=47)



■ 都道府県による管轄市町村コーディネーターの育成支援状況 (n=47)



2. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と 「在宅医療・介護連携推進事業」との連携

第8次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「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こととし、記載内容について整理した。また、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について記載した。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

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が重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点が同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

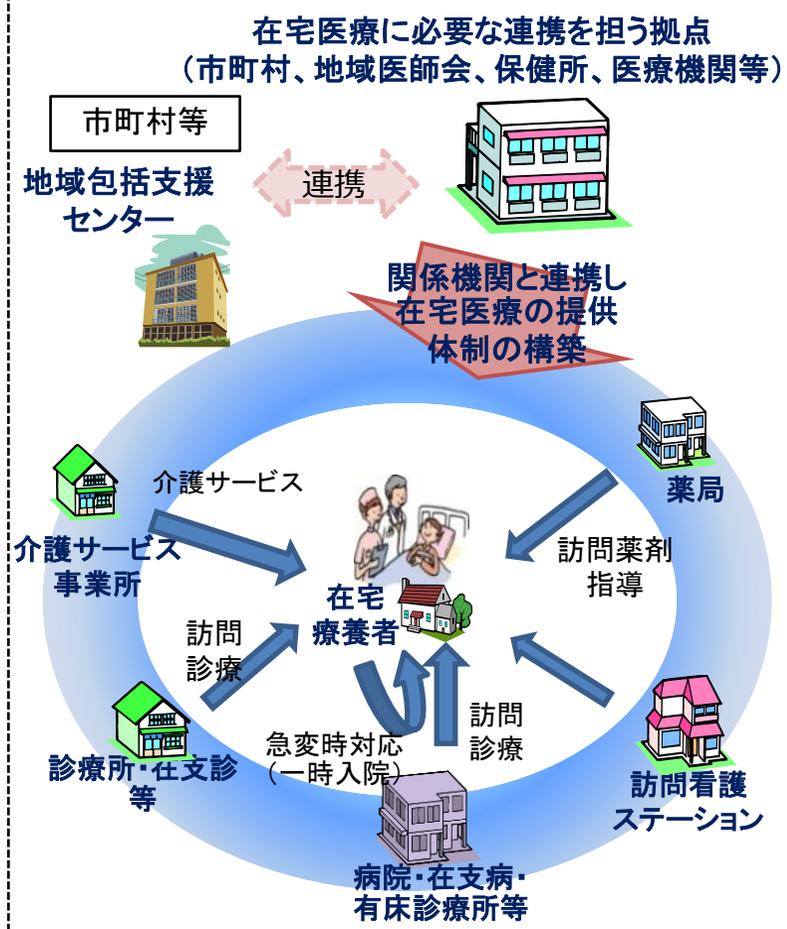
① 目標

- ・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点到に求められる事項

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的で開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

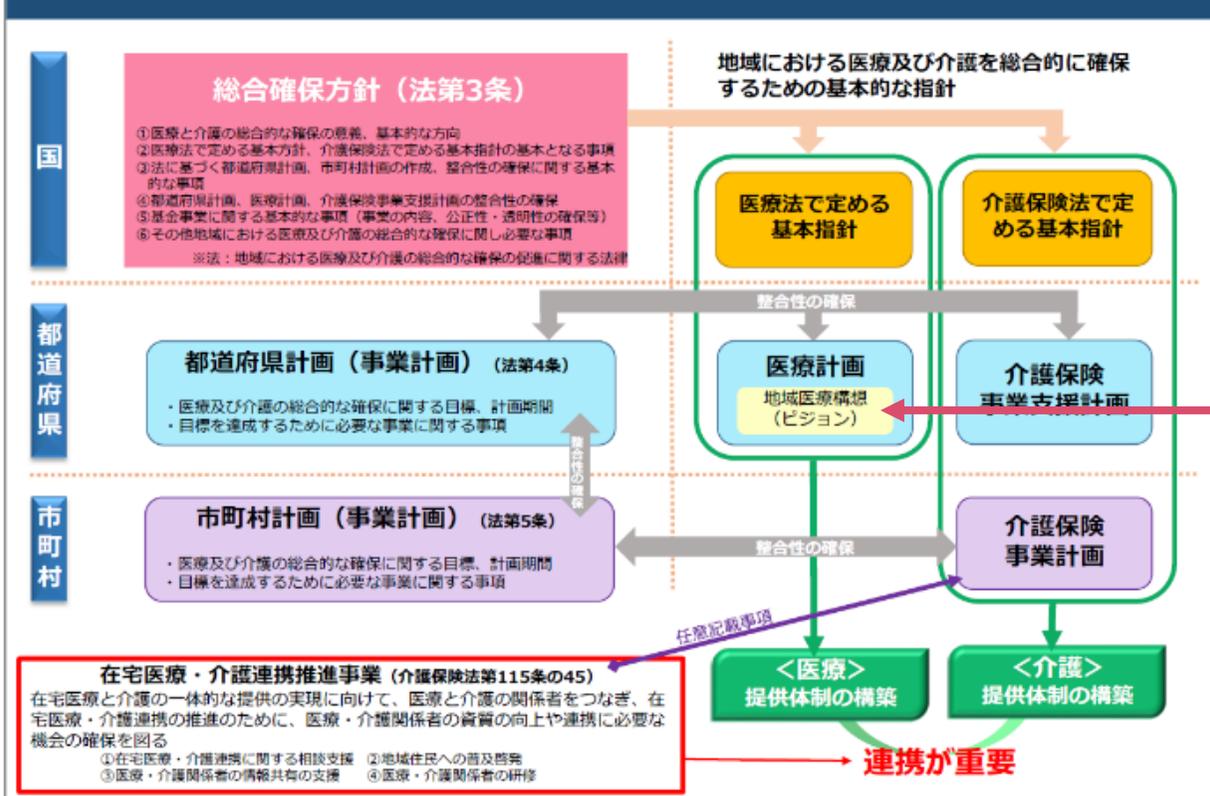
※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容



「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関わり

- 第8次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」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が重要である」と記載されている。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。

在宅医療・介護連携推進事業と他計画の関係性の整理



在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】病院、診療所、訪問看護事業所、
地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること（関係機関の例）
 - ・ 病院・診療所
 - ・ 薬局
 - ・ 訪問看護事業所
 - ・ 居宅介護支援事業所
 - ・ 訪問介護事業所
 - ・ 介護保険施設
 - ・ その他の介護施設・事業所
 - ・ 地域包括支援センター
 - ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
 - ・ 消防機関

※ 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3（令和2年9月）

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携

- 医療計画に定められた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」では、在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施する。対象は高齢者に限らない。
- 地域支援事業（介護保険法）に定められた「在宅医療・介護連携推進事業」では、地域の実情に応じ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のための取組を実施する。対象は主に高齢者である。
- いずれにおいても日常の療養支援、入院・退院支援、急変時の対応、看取りの機能が求められる。
- 地域医療介護総合確保基金及び地域支援事業交付金については、併用も含めた活用が可能。

日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療(在宅医療を含む)・介護の提供の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援
- 認知症ケアパスを活用した支援

入院・退院支援

- 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援の実施
- 一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保
- 患者の急変時における救急との情報共有

看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- 人生の最終段階における意思決定支援

地域医療介護総合確保基金

在宅医療の対象は
高齢者に限らない

主に高齢者が対象

地域支援事業交付金

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 上記4つの機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催
 - ・ 在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出、対応策の検討
 - ・ 地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等との連携も含め、包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整、連携体制構築 等

【設置主体】市町村、保健所、地域医師会等関係団体、
病院、診療所、訪問看護事業所 等

在宅医療・介護連携推進事業

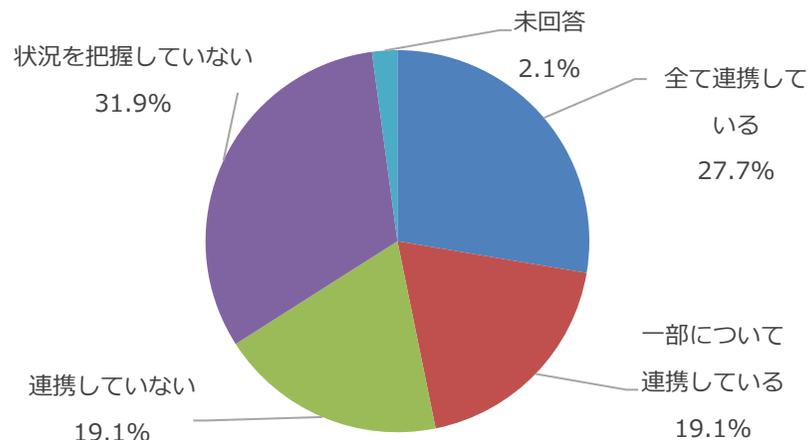
- 上記4つの機能に加えて、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面に在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図る。

【実施主体】市町村

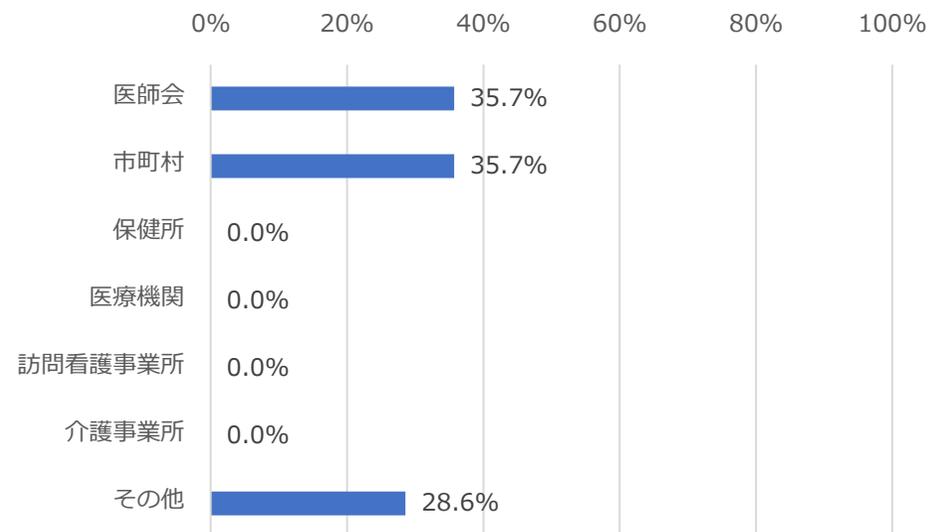
※ 「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とが同一となることも可能

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況について「状況を把握していない」が31.9%で最も多く、次いで「全て連携している」が27.7%、「一部について連携している」及び「連携していない」が19.1%である。
- 「全て連携している」、「一部について連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体は「同一の主体である」が63.6%、「同一の主体ではないが連携している」が36.4%である。
- 「同一の主体である」うち、運営主体は「医師会」及び「市町村」が35.7%で最も多く、次いで「その他」が28.6%である。

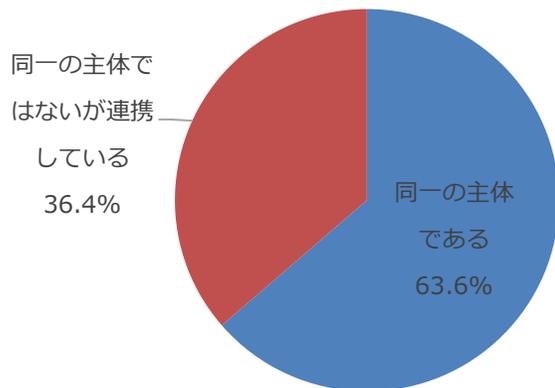
■ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況 (n=47)



■ 「同一の主体である」うち、運営主体 (n=14)

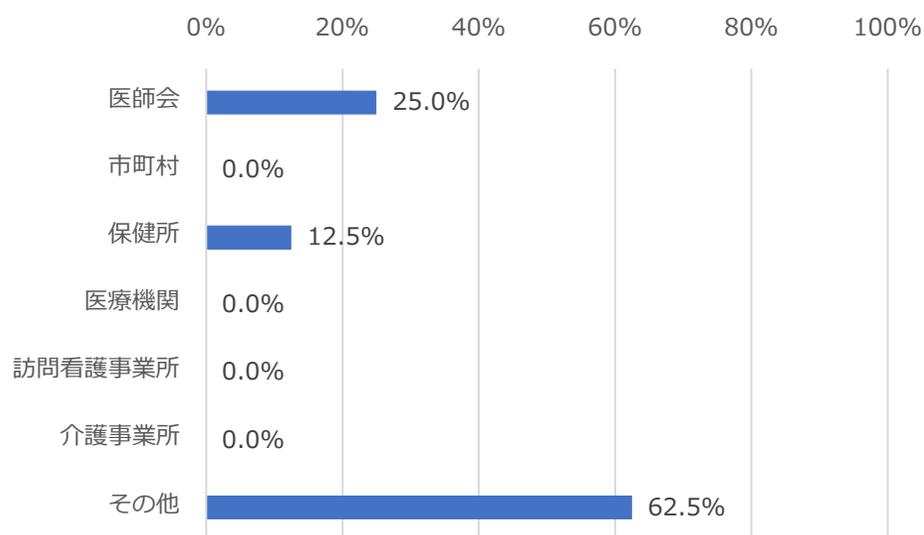


■ 「全て連携している」、「一部について連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体 (n=22)

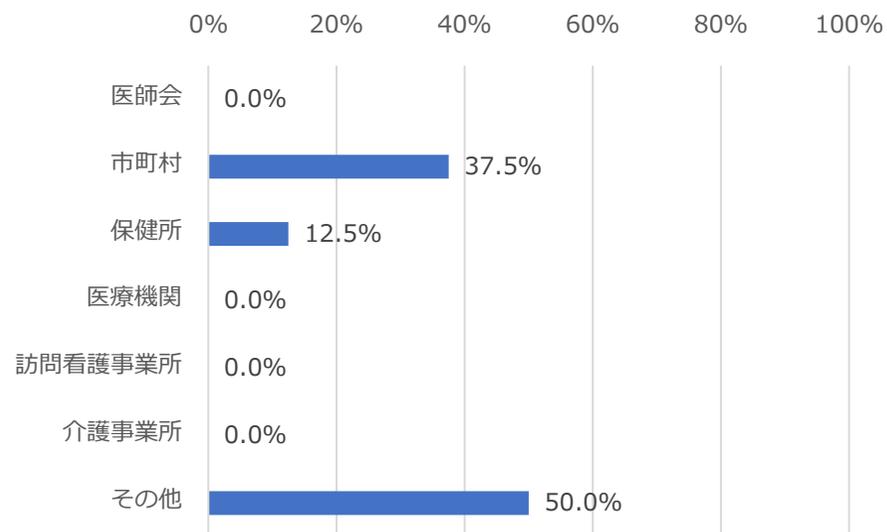


- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体が「同一の主体ではないが連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体は「その他」が62.5%で最も多く、次いで「医師会」が25.0%、「保健所」が12.5%である。
- 「同一の主体ではないが連携している」うち、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体は「その他」が50.0%で最も多く、次いで「市町村」が37.5%、「保健所」が12.5%である。

■ 「同一の主体ではないが連携している」うち、
「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体(n=8)

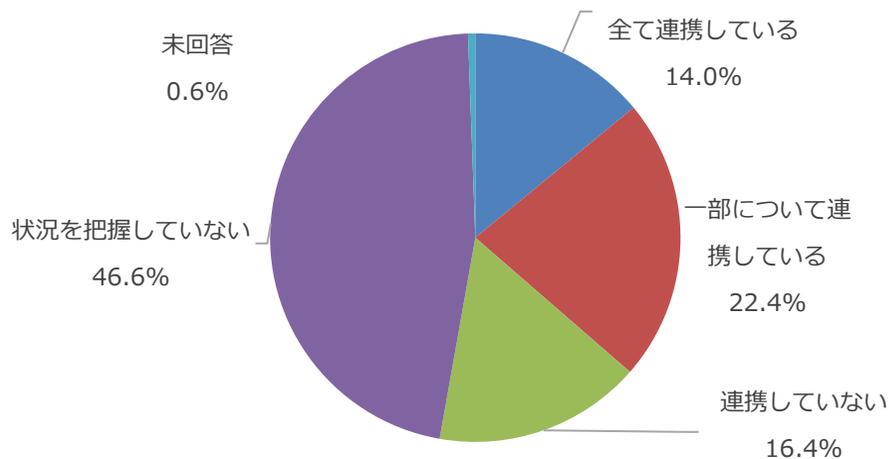


■ 「同一の主体ではないが連携している」うち、
在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の
実施主体 (n=8)

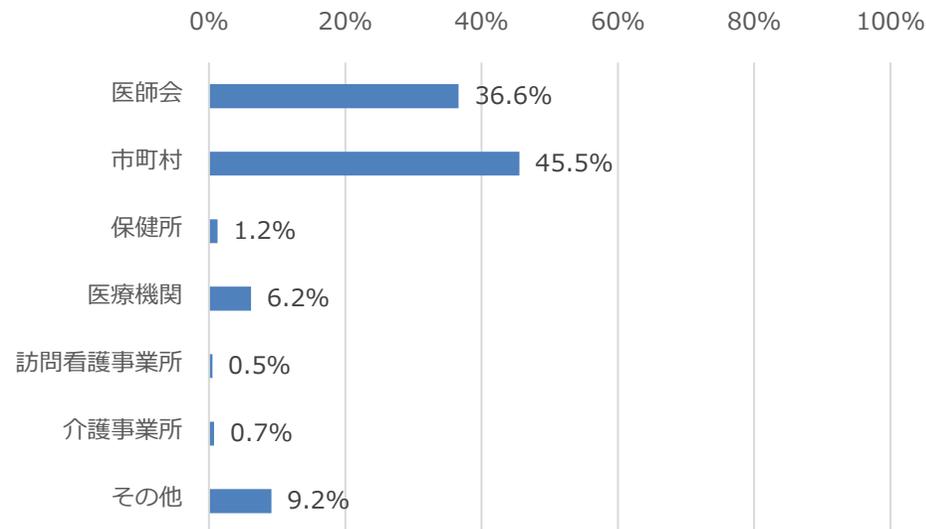


- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況について「状況を把握していない」が46.6%で最も多く、次いで「一部について連携している」が22.4%、「連携していない」が16.4%である。
- 「全て連携している」、「一部について連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体は「同一の主体である」が63.7%、「同一の主体ではないが連携している」が36.3%である。
- 「同一の主体である」うち、運営主体は「市町村」が45.5%で最も多く、次いで「医師会」が36.6%、「その他」が9.2%である。

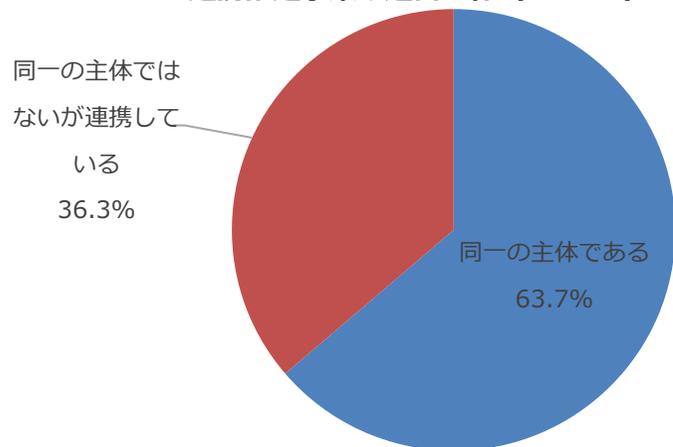
■ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況 (n=1,741)



■ 「同一の主体である」うち、運営主体 (n=404)

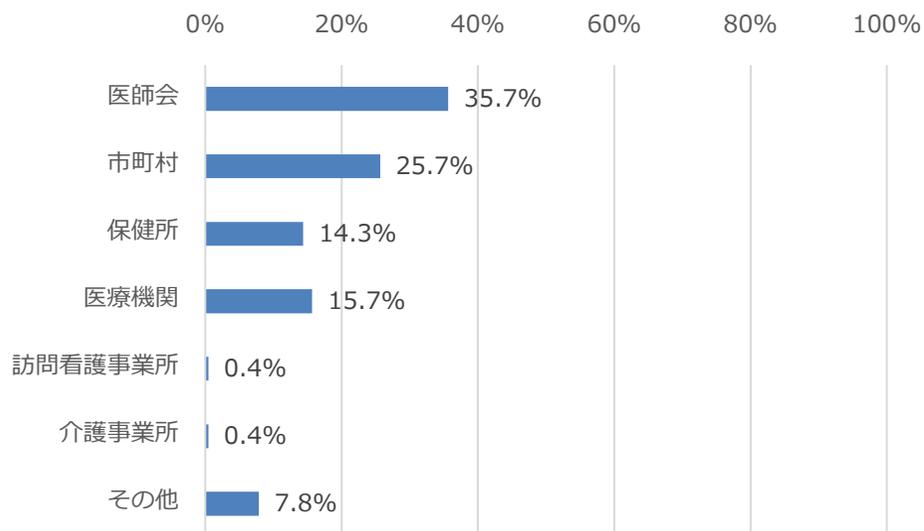


■ 「全て連携している」、「一部について連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の運営主体 (n=634)

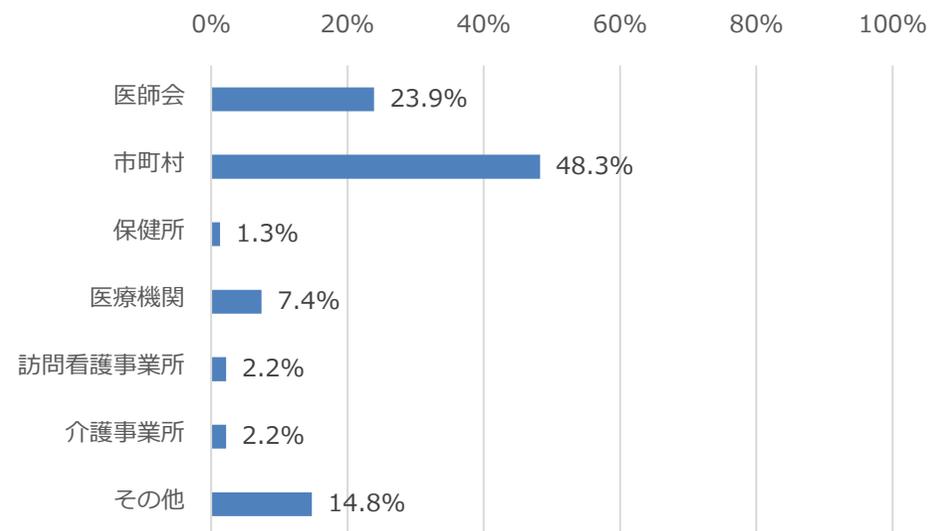


- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、「在宅医療・介護連携推進事業」の運営主体が「同一の主体ではないが連携している」うち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体は「医師会」が35.7%で最も多く、次いで「市町村」が25.7%、「医療機関」が15.7%である。
- 「同一の主体ではないが連携している」うち、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体は「市町村」が48.3%で最も多く、次いで「医師会」が23.9%、「その他」が14.8%である。

■ 「同一の主体ではないが連携している」うち、
「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体 (n=230)

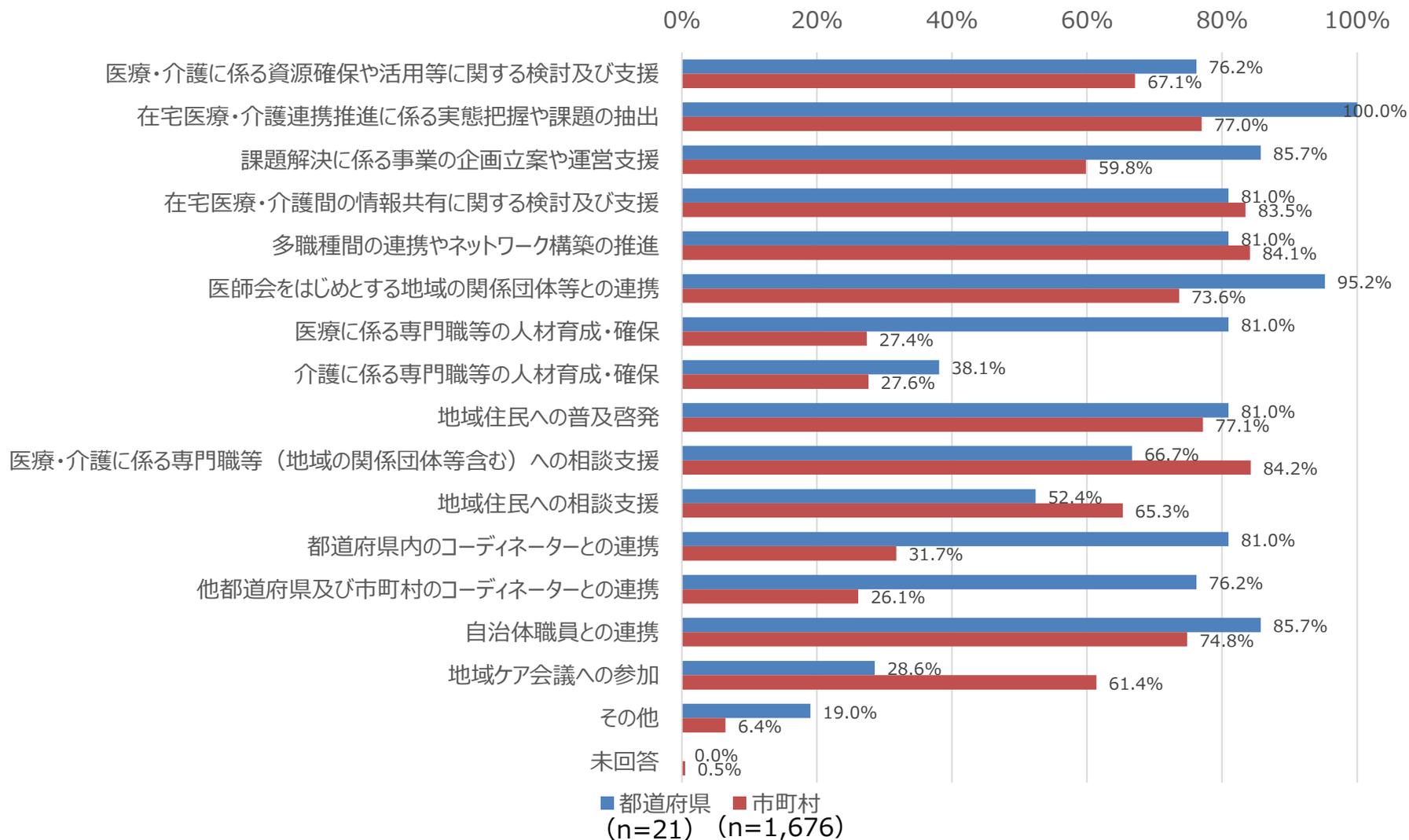


■ 「同一の主体ではないが連携している」うち、
在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の
実施主体 (n=230)



- 都道府県及び市町村のコーディネーターの多くが、「医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援」、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」、「課題解決に係る事業の企画立案や運営支援」、「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」、及び「自治体職員との連携」の業務を担っていた。

■ コーディネーターの主な業務（複数回答）

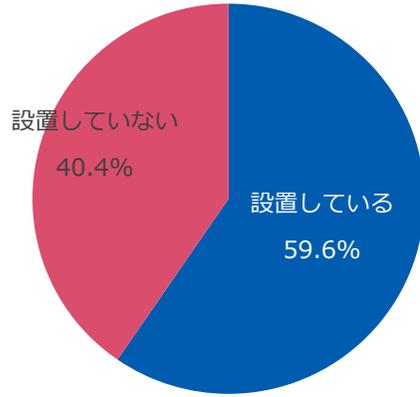


3. 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体

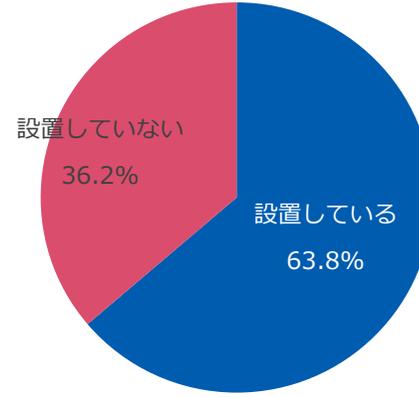
- 協議体を設置している割合は、都道府県で59.6%、市町村で63.8%であった。
- 都道府県・市町村ともに開催頻度は「年に1回」または「半年に1回」が半数以上を占めていた。

■ 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の設置状況

■ 都道府県 (n=47)

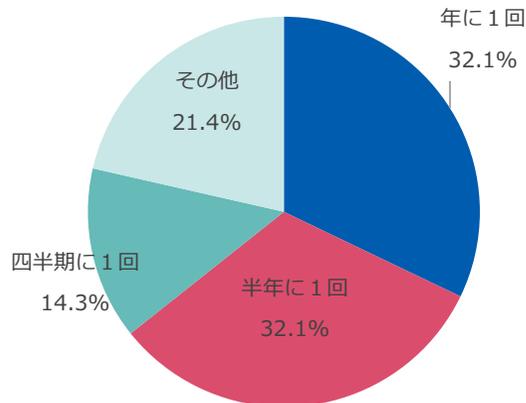


■ 市町村 (n=1,741)

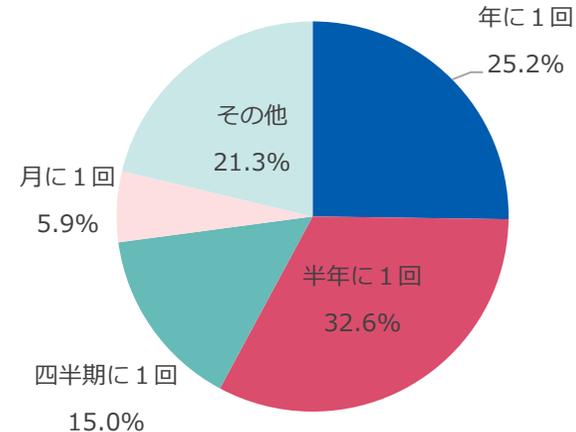


■ 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の開催頻度

■ 都道府県 (n=28)

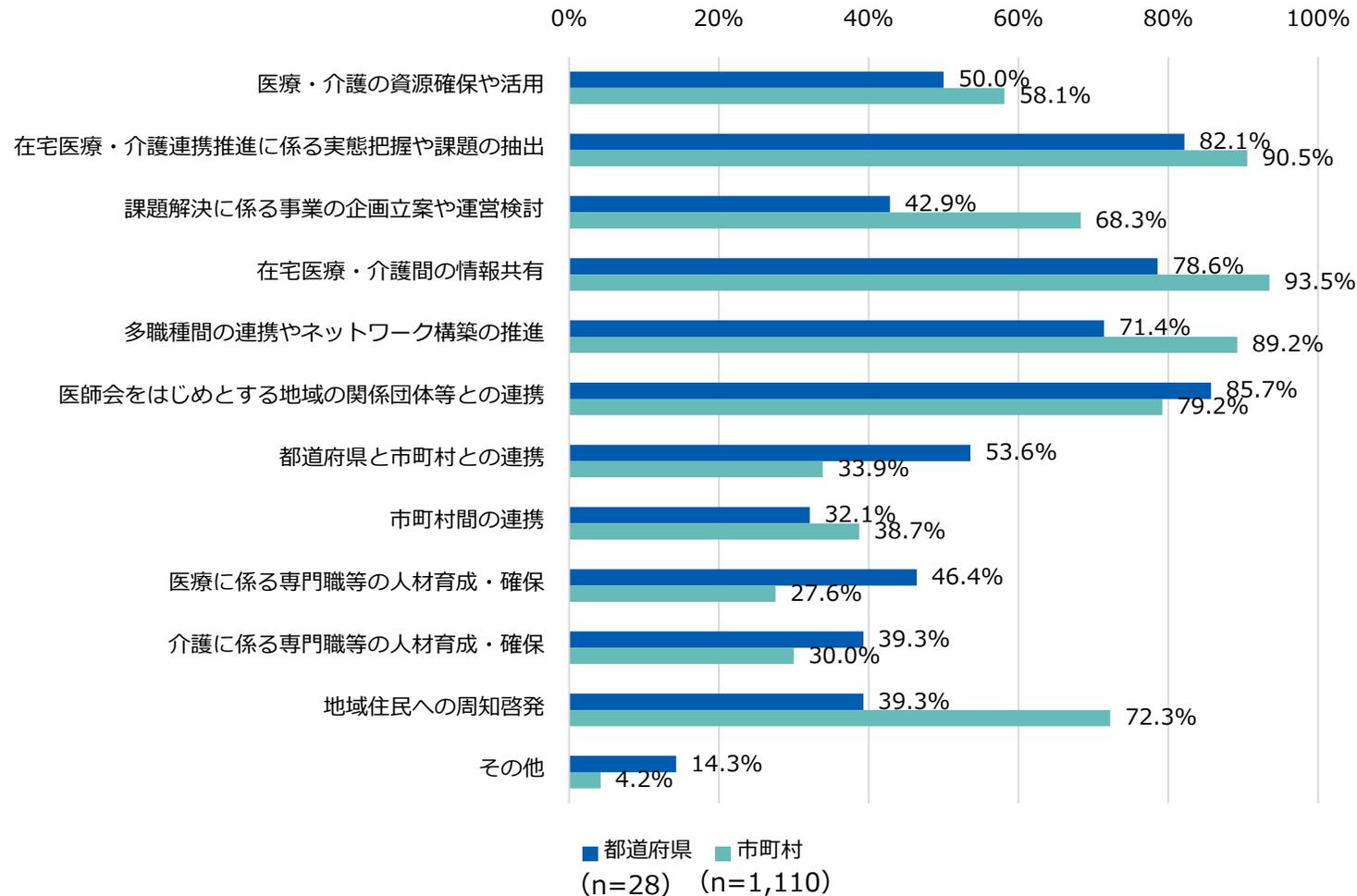


■ 市町村 (n=1,110)



- 協議体における検討内容は、都道府県では「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が85.7%で最も多く、次いで「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が82.1%、「在宅医療・介護間の情報共有」が78.6%であった。
- 市町村では「在宅医療・介護間の情報共有」が93.5%で最も多く、次いで「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が90.5%、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が89.2%であった。
- 「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」や「都道府県と市町村との連携」、「医療に係る専門職等の人材育成・確保」及び「介護に係る専門職等の人材育成・確保」に係る割合は都道府県の方が高く、都道府県においては医療に係る検討や、市町村支援、各種人材の育成・確保への検討が多くなされていることが示唆される。

■ 協議会における検討内容（複数回答）

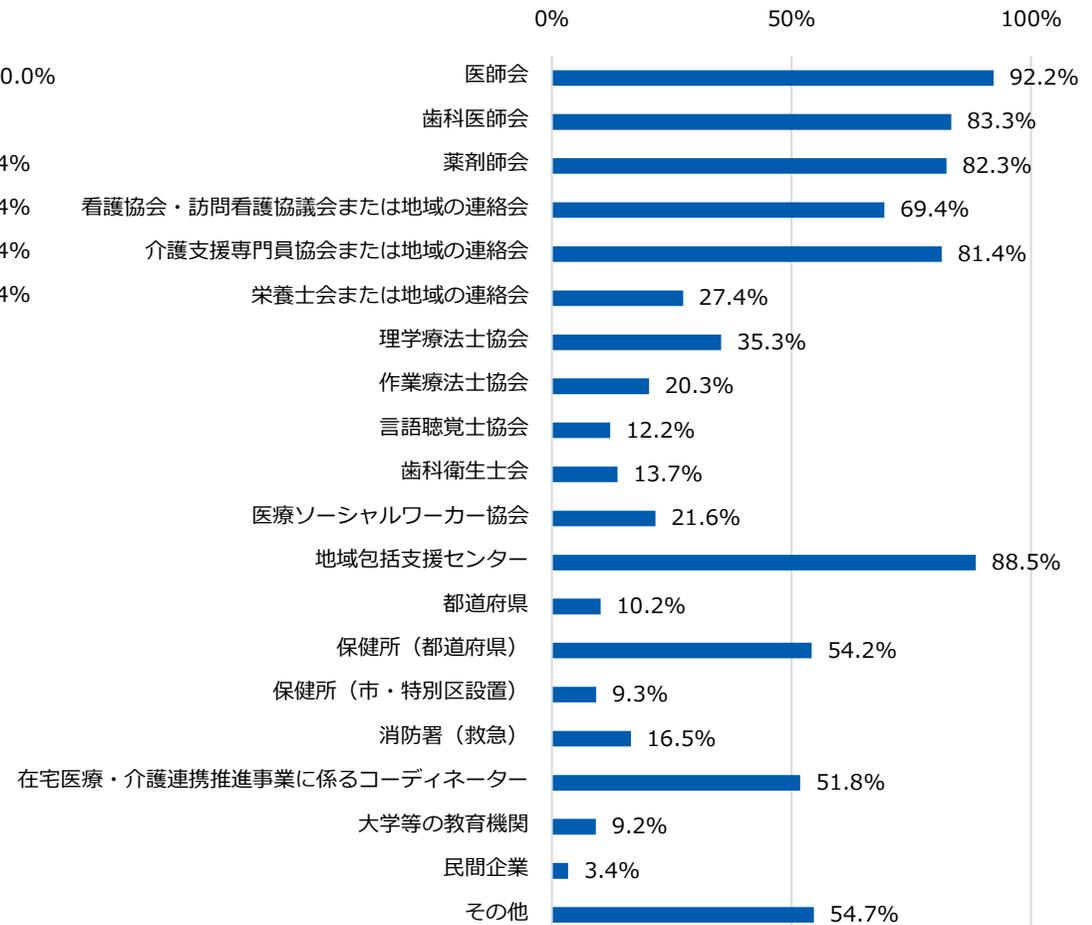
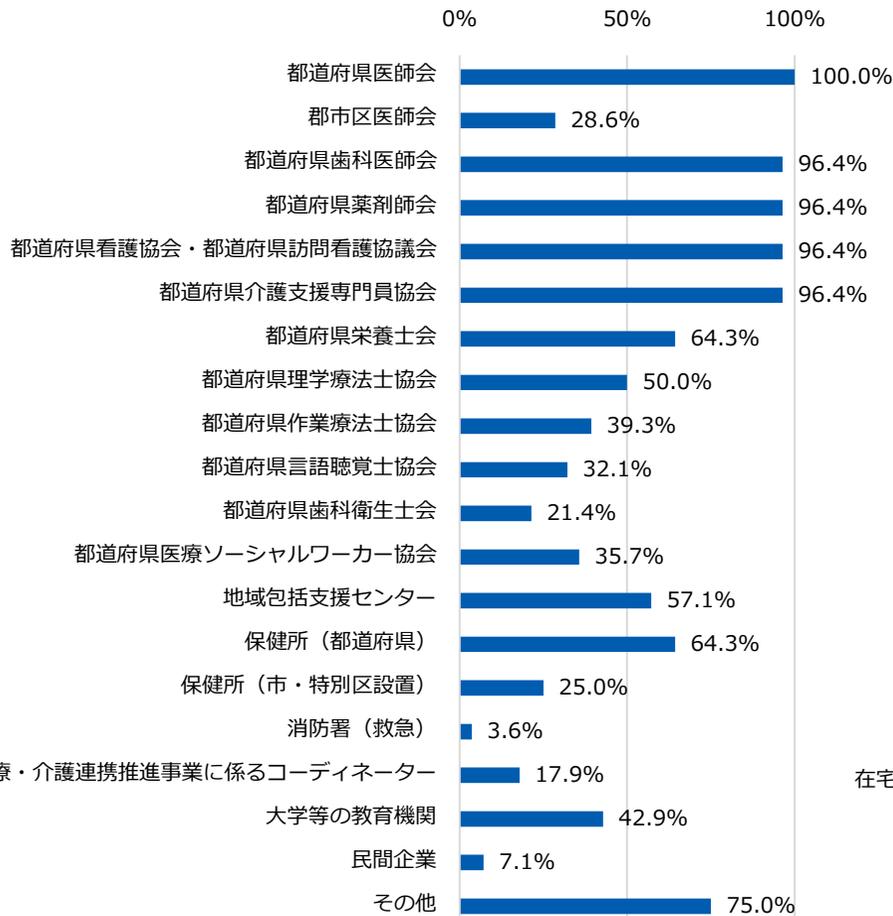


○ 協議会に参加している割合は、都道府県、市町村ともに「医師会」が最も多く、次いで都道府県では「歯科医師会」、「薬剤師会」、「訪問看護協会・協議会」、「介護支援専門員協会」であり、市町村では「地域包括支援センター」であった。

■ 協議会に参加している団体等（複数回答）

■ 都道府県（n=28）

■ 市町村（n=1,110）



【参考】在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体①

市町村	協議会等	構成員	開催頻度	部会・WG	協議会等の特徴
稲城市 (東京都)	在宅医療・介護連携推進協議会	医師会 調剤薬局 医師 歯科医師 薬剤師 介護支援専門員 地域包括支援センター 在宅医療・介護相談室 市町村 消防隊員 保健所職員	3回/年	・急変時ルール検討部会 ・在宅医療施策担当者連絡会	<p>【医療機関向けアンケートから課題を抽出し、医療計画を作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関や患者の利用の実態を独自のアンケートやレセプト分析等で把握し、課題を分析して講ずべき対策を協議会で議論し、市の医療計画として提示。 <p>【在宅医療・介護相談室の相談事項から課題を抽出】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療施策担当者連絡会にて、在宅医療・介護相談室に寄せられた相談内容を分析して協議会に報告し、構成員にて課題抽出・対応策を検討する仕組みを構築。 <p>【多職種連携研修の事例検討から課題を抽出】</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修で顔の見える関係を構築するだけでなく、演習の事例検討を地域ケア会議のように活用し、4つの場面の連携の目的や課題を抽出する場として活用し、協議会で議論。
豊中市 (大阪府)	虹ねっと連絡会	医師会 歯科医師会 薬剤師会 訪問看護ステーション連絡会 介護事業者連絡会 地域包括支援センター連絡協議会 病院連絡協議会 理学療法士会 市町村 保健所	1回以上/年	・認知症支援部会	<p>【多職種連携ネットワークとの連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療、介護従事者等からの在宅医療と介護の連携における地域の課題を、多職種の代表者で検討し、仕組み等を企画立案。また「虹ねっと^{※1}」と連携した取組を実施。 (※1 医療・介護の多職種が参加する顔が見える関係を構築するための団体) 「在宅医療・介護連携推進連携支援センター運営事業^{※2}」と連携し市施策等に反映。 (※2 介護保険事業計画に基づき、市施策を実行するための研修会や意見交換会を実施する事業専門分野に特化した各団体に委託し、在宅医療・介護スキルアップWG、入退院・入退所支援WG、看-看連携の会、ICT推進WGなど) 虹ねっと連絡会に付随した認知症支援部会にて、中長期的な視点にて認知症施策に係る検討を実施。
北上市 (岩手県)	在宅医療介護連携推進協議会	医師会 歯科医師会 薬剤師会 看護協会 療法士会 老人福祉施設連絡会 ケアマネジャー連絡協議会 病院 訪問看護事業所 地域包括支援センター 在宅医療介護連携支援センター 消防組合 市町村 県振興局・保健所	3回/年	・入退院支援作業部会 ・わたしのきぼうノート作成班	<p>【地域ケア会議と連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議と連携し、課題と対策の検討を実施。 医療・介護及び行政関係者が、医療と介護の連携の課題の共有と新たな仕組みの構築を行う会議。 情報収集から課題の抽出、対応策の検討を実施するとともに、多職種への事業計画の協議・承認の場としても機能。 具体的には、国や県の施策の共有、医療・介護関係者への調査結果の共有・検討、在宅医療・介護連携推進事業の取組の進捗管理等を実施。 令和6年度から、高齢化が著しい障がい者ケアの観点から、障がい福祉関係者も構成員として加わる予定。
豊島区 (東京都)	豊島区在宅医療連携推進会議	有識者 医師会 歯科医師会 薬剤師会 看護協会 病院 リハビリテーション職 介護保険施設 介護事業者 介護支援専門員 在宅医療相談窓口 歯科相談窓口 高齢者総合相談センター 保健所 区民	3回/年	・口腔・嚥下障害部会 ・在宅服薬支援部会 ・訪問看護ステーション部会 ・リハビリテーション部会 ・ICT部会 ・感染症対策部会	<p>【部会を有効活用した協議体の形成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 6つの部会の活用 <ul style="list-style-type: none"> 口腔・嚥下障害部会：主に歯科医師・歯科衛生士を中心に、医師・管理栄養士・介護支援専門員等とともに、在宅医療における歯や口腔に関する情報提供や課題を協議・検討。 在宅服薬支援部会：薬剤師が主体、医療ソーシャルワーカーや居宅介護支援専門員とともに在宅での服薬支援の現状報告を実施し、多職種とのスムーズな連携体制構築のための課題を協議・検討。 訪問看護ステーション部会：訪問看護ステーション管理者と在宅医で構成。意見交換会（近隣病院、高齢者総合相談センター、リハビリテーション職等）や病院看護師の訪問看護体験研修等を実施。 リハビリテーション部会：リハビリテーション職を中心に、医師、歯科医師、看護師等、多職種が参加し意見交換を行うとともに、病院リハスタッフによる訪問リハ体験研修を実施。 ICT部会：多職種での連携・情報共有に係るICT活用の促進やICTを活用した在宅医療・介護連携や病診連携等について、協議・検討。 感染症対策部会：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護職による多職種で構成。感染症が流行する中でも在宅医療・ケアの継続をできるよう、地域に根差した対策を協議・検討。 上記部会の報告等を連携推進会議で共有し、課題を協議・検討。

【参考】在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体②

市町村	協議会等	構成員	開催頻度	部会・WG	協議会等の特徴
<p>坂戸市 鶴ヶ島市 (埼玉県)</p>	<p>坂戸市・鶴ヶ島市 地域包括ケアシス テム推進協議会</p>	<p>医師会 歯科医師会 薬剤師会 歯科衛生士会 社会福祉協議会 介護事業所連絡会 病院 訪問看護事業所 管理栄養士 理学療法士 病院医療相談室 地域包括支援センター 在宅医療相談室 市町村 保健所 地域住民 独立行政法人</p>	<p>3回/年</p>	<p>・住まいWG ・介護予防WG</p>	<p>【WGを有効活用した協議体の形成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 協議会での検討事項 <ul style="list-style-type: none"> 全体会では、各WGで検討した取組の共有や周知を実施。 テーマについては毎年事務局の打合せで意見を聴取。(令和5年度：生活支援体制整備事業との連動) 医療や介護、生活支援等、多岐にわたる課題の洗い出しや、課題解決に向けた体制の整備に係る検討を実施。また、構成員による地域住民向けの出張講座を実施。 WGの効果的な活用 <ul style="list-style-type: none"> 医療・介護・介護予防・生活支援・認知症施策のテーマから具体的な取組の検討を実施。 現場の意見聴取と多職種の意見交換の場として機能。
<p>飯塚市 嘉麻市 桂川町 (福岡県)</p>	<p>飯塚地域在宅医 療・介護連携推 進会議</p>	<p>医師会 歯科医師会 薬剤師会 看護協会 訪問看護ステーション連絡協議会 介護支援専門員協会 居宅介護支援事業所連絡協議会 医療ソーシャルワーカー協会 社会福祉士会 介護福祉士会 PT・OT・ST連絡協議会 福岡県歯科衛生士会 栄養士会 柔道整復師会 針灸マッサージ師会 児童・民生委員連絡協議会 在宅医療介護連携拠点病院 (8病院) 消防本部 市町村 保健所</p>	<p>①1回/月 ②1回/月 ③各2回/年</p>	<p>①教育研修・住民啓発WG ②社会資源広報・成果指標WG ③5ブロック地域包括ケアシ テム推進協議会WG</p>	<p>【WGを有効活用した協議体の形成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 教育研修・住民啓発WG、社会資源広報・成果指標WGの効果的な活用 <ul style="list-style-type: none"> 毎月開催し、具体的な取組の検討、評価等を実施。 各職能団体の意見聴取と多職種の意見交換の場として機能。 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会WGの活用 <ul style="list-style-type: none"> 構成員に民生委員が参画し、様々な研修の周知を依頼するとともに、地域の課題をWGに共有する仕組 みを構築。 ハイブリット開催にて多数(80名程度)の参加があり、医療や介護に係る課題を検討。 WG終了後にアンケート調査を実施し、ACPや災害等、様々なテーマにて更なる検討課題を決定。 推進会議(2回/年)で方針決定 <ul style="list-style-type: none"> 職能団体、消防本部、市町、保健所の代表で構成する推進会議で、各WGの取組結果を報告し、課題の 共有、方針決定を実施。
<p>錦江町 南大隈町 (鹿児島県)</p>	<p>在宅医療連携連絡 協議会</p>	<p>医師会 歯科医師会 薬剤師会 大隈地域振興局 社会福祉協議会 地域包括支援センター 訪問看護事業所 訪問介護事業所 居宅介護支援事業所 肝属郡医師会立病院 等</p>	<p>2、3回/年</p>	<p>・在宅医療WG ・認知症ケアWG ・口腔栄養WG ・薬剤WG ・入退院支援WG</p>	<p>【WGを有効活用した協議体の形成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 協議会は公益社団法人 肝属郡医師会に委託。 <ul style="list-style-type: none"> 各WGの報告等を協議会で共有し、検討するとともに、各職能団体等からの情報共有等からさらに課題 を抽出し、在宅医療連携拠点連絡協議会※にて意見交換を実施。 ※ 在宅医療連携拠点連絡協議会：各職能団体の代表者のみならず、医師、訪問看護師、介護支援専門 員等の実務担当者が参加し、課題を検討する会議体 各WGの取組：在宅医療連携拠点事務局と情報や意見交換を実施 ※WG開催頻度：2、3回/年 <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療WG：かかりつけ医間の連携(在宅療養者合同支援カンファレンス)、訪問看護事業所、介護 支援専門員等との連携、24時間体制の構築(肝属郡医師会立病院との連携)の実施 認知症WG：認知症初期支援チームによる早期診断と対応、地域における認知症ケアの取組、地域住民、 関係機関への普及活動の実施 口腔栄養WG：口腔ケアの取組、口腔関連研修会の企画、開催、栄養関連研修会の企画、開催、地域に おける栄養関連の課題抽出 薬剤WG：在宅訪問薬剤指導の取組、研修会の企画、開催、薬局サポート体制の充実の検討 入退院支援WG：地域の医療、介護施設における看護職が一堂に会する場を設け、連携上の課題 で協議。地域で統一した「入退院時情報共有シート」を活用し、医療と介護の連携を推進。

Ⅲ. 在宅医療・介護連携推進支援事業の 更なる推進にむけて

令和6年度当初予算案 1,804億円（1,933億円） ※（）内は前年度当初予算額

令和4年度予算額 : 1,928億円
交付決定額 : 1,759億円（執行率91.3%）

1 事業の目的

地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築する。



咲かそう、地域包括ケアの花！

2 事業費・財源構成

事業費

政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容・事業費を定めることとなっている。

【事業費の上限】

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業
「事業移行前年度実績」×「75歳以上高齢者の伸び率」
※ 災害その他特別な事情がある場合は、個別協議を行うことが可能
- ② 包括的支援事業・任意事業
「26年度の介護給付費の2%」×「65歳以上高齢者の伸び率」

財源構成

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業
1号保険料、2号保険料と公費で構成（介護給付費の構成と同じ）
- ② 包括的支援事業・任意事業
1号保険料と公費で構成（2号は負担せず、公費で賄う）

	①	②
国	25%	38.5%
都道府県	12.5%	19.25%
市町村	12.5%	19.25%
1号保険料	23%	23%
2号保険料	27%	-

3 実施主体・事業内容等

実施主体 市町村

事業内容

高齢者のニーズや生活実態等に基づいて総合的な判断を行い、高齢者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう、継続的かつ総合的にサービスを提供する。

① 介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者等の支援のため、介護サービス事業所のほかNPO、協同組合、社会福祉法人、ボランティア等の多様な主体による地域の支え合い体制を構築する。あわせて、住民主体の活動等を通じた高齢者の社会参加・介護予防の取組を推進する。

ア 介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント

イ 一般介護予防事業

介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業

② 包括的支援事業

地域における包括的な相談及び支援体制や在宅と介護の連携体制、認知症高齢者への支援体制等の構築を行う。

ア 地域包括支援センターの運営

介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

イ 社会保障の充実

在宅医療・介護連携の推進、生活支援の充実・強化、認知症施策の推進、地域ケア会議の開催

③ 任意事業

地域の実情に応じて必要な取組を実施。

介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

令和6年度当初予算案 37百万円（22百万円） ※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

○地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組の推進・充実を図るため、在宅医療・介護連携推進事業に係る検討委員会の設置、実態調査、プラットフォームの作成、担当者会議等を実施するとともに、事業コーディネーターの育成を実施する。また、都道府県・市町村への連携支援を行う。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

事業の概要

在宅医療・介護連携推進事業の検証及び充実の検討、都道府県・市町村への連携支援を実施。具体的な事業内容は以下のとおり。

- ・在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの作成
- ・在宅医療・介護連携に係る検討委員会の設置
- ・在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査
- ・都道府県・市町村担当者等会議の開催
- ・在宅医療・介護連携推進に向けた事業コーディネーターの育成
- ・都道府県・市町村への連携支援の実施

所要額

要介護認定調査委託費 36百万円
職員旅費 1百万円

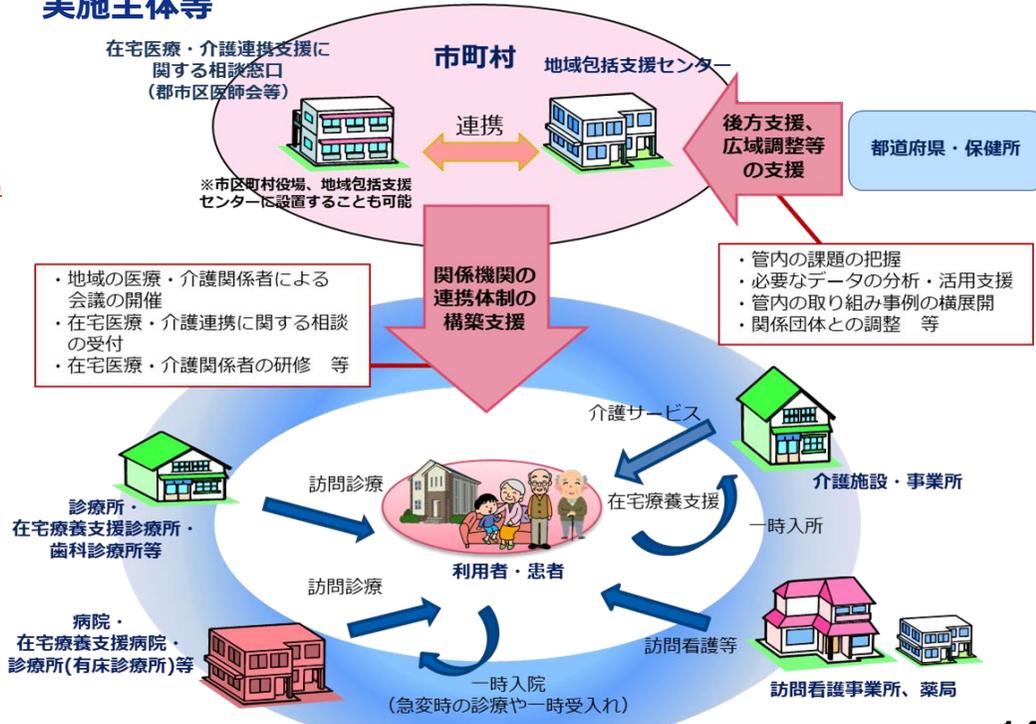
事業スキーム



成果目標

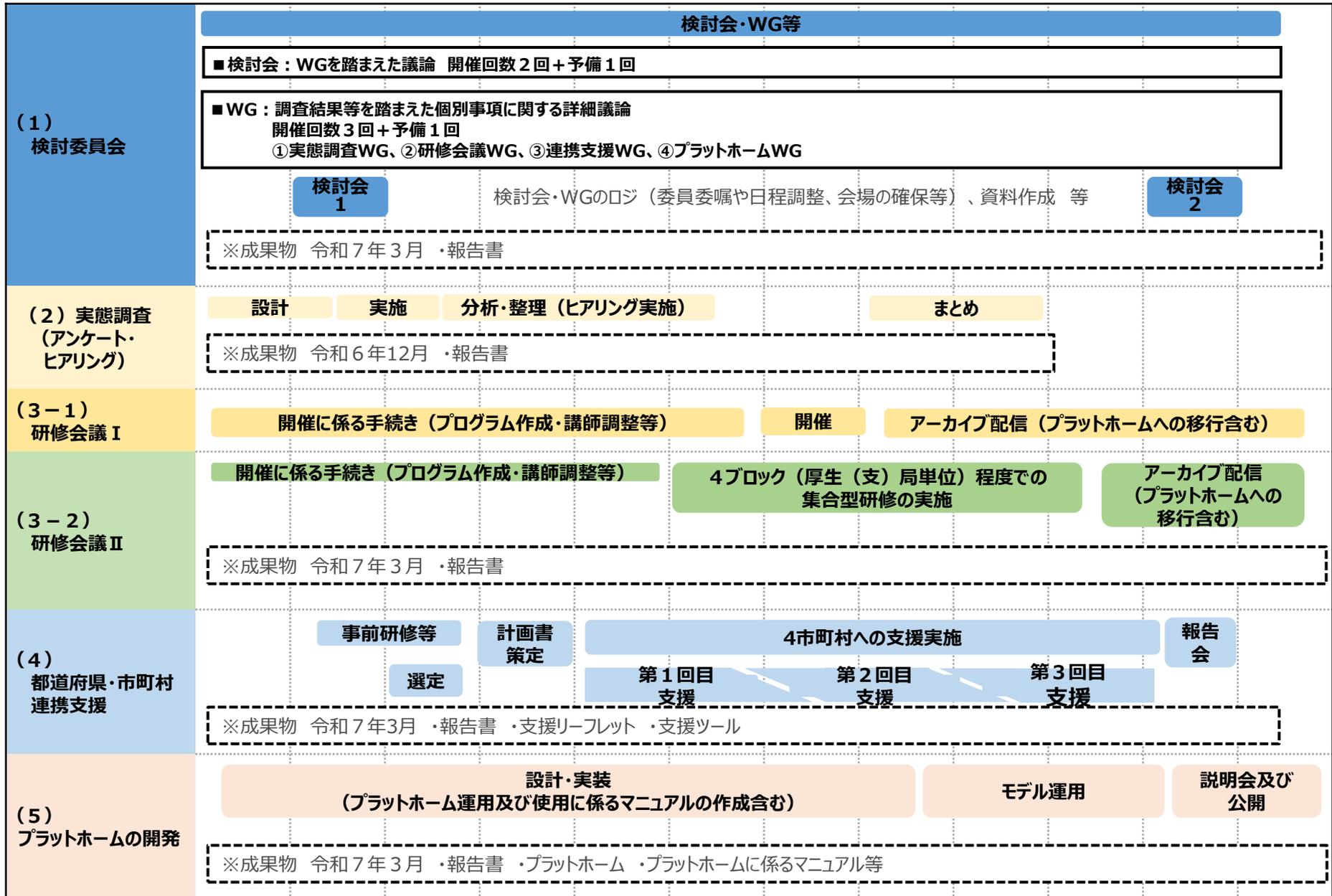
市町村が地域の実情にあわせて在宅医療・介護連携に関する取組を推進・充実を図ることを目標とする。

実施主体等



令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業 スケジュール（案）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----	----



検討体制（案）

在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会

- ・ 有識者や職能団体、関係団体、自治体担当者等から構成される検討委員会を設置

実態調査WG

- ・ 現状や課題等を把握するため、全都道府県・市町村を対象とした実態調査を実施

研修会議WG

- ・ 知識・技術等を習得し、企画立案能力及び実践能力の向上に資すること、効果的・効率的な事業の推進に資するための研修会議の実施

連携支援WG

- ・ 市町村に対して有識者を派遣し、効果的・効率的な事業が遂行できるように連携支援を実施

プラットフォームWG

- ・ 情報の一元化のため、在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットフォームを作成

各WGにおいて実務的な事項の検討・実施・分析・次年度以降の提言検討等を実施

<プラットフォームのイメージ（案）>

切れ目のない在宅医療・介護連携推進の実現

- 在宅医療・介護連携推進事業担当者等による活用を目的として、有用な情報・ツールを集約

関係法令・通知・手引き等の整備

これまでの成果物等の整備

各自治体の事例掲載等

既存データ及びツールの活用方法の提示

事業担当者等を対象とした研修ツールの提示

期待される効果

- 国からの効果的な情報発信・周知が可能
- 在宅医療・介護連携推進事業に係る関係者間の認識の統一化
- 同規模自治体等の取組収集や事業展開への活用
- 動画や支援ツール蓄積等による研修教材としての活用
- 地域住民へのアプローチ

等