

第Ⅶ章 參考資料

令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業 都道府県調査票

- 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、必要に応じて関連部署（医療部局）、保健所、関連団体等とも御相談ください。
- 回答欄は薄いセルです。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。
- 「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。
- 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。
- 調査時点は、令和6年8月1日とします。

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。

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
-------------	----	-------	--------------------

半角数字2桁(全角数字は不可)

II. 貴都道府県の体制について

問1 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。

未回答 設問あり	問1
	1. 設置している
	2. 設置していない

1-1. 問1で「2. 設置していない」と回答した方に伺います。具体的な設置していない理由や課題を教えてください。（自由記載）

⇒

1-2. 問1で「1. 設置している」と回答した方に伺います。在宅医療・介護連携推進事業の協議会はどのような圏域で開催されていますか。（複数回答）

⇒	問1-2
	1. 都道府県
	2. 都市区医師会単位
	3. 2次医療圏
	4. 保健所単位
	5. その他（記述）

あてはまる場合「1」を選択

1-3. 引き続き問1で「1. 設置している」と回答した方に伺います。協議会は、昨年(2023年)度の何月に開催しましたか。（複数回答）

⇒	問1-3
	1. 2023年 4月
	2. 2023年 5月
	3. 2023年 6月
	4. 2023年 7月
	5. 2023年 8月
	6. 2023年 9月
	7. 2023年 10月
	8. 2023年 11月
	9. 2023年 12月
	10. 2024年 1月
	11. 2024年 2月
	12. 2024年 3月

あてはまる場合「1」を選択

1-4. 引き続き問1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1-4
	1. 都道府県医師会
	2. 都市区医師会
	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
	6. 都道府県訪問看護（ステーション）連絡協議会
	7. 都道府県介護支援専門員協会
	8. 都道府県栄養士会
	9. 都道府県リハビリテーション協議会
	10. 都道府県理学療法士協会
	11. 都道府県作業療法士協会
	12. 都道府県言語聴覚士協会
	13. 都道府県歯科衛生士会
	14. 都道府県社会福祉士会
	15. 都道府県社会福祉協議会
	16. 都道府県介護福祉士会
	17. 都道府県医療ソーシャルワーカー協会
	18. 都道府県老人保健施設協会
	19. 都道府県老人福祉施設協議会
	20. 都道府県介護医療院協会
	21. 都道府県介護付きホーム協会・高齢者住宅協会
	22. 都道府県認知症グループホーム協会
	23. 都道府県訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会
	24. 都道府県通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会
	25. 地域包括支援センター
	26. 管轄の市町村
	27. 保健所（都道府県）
	28. 保健所（市・特別区設置）
	29. 消防署（救急）
	30. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
	31. 大学等の教育機関
	32. 民間企業
	33. その他（記述）

あてはまる場合「1」を選択

1-5. 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会での議事はどのように設定していますか。（複数回答）

問1-5	
1. 市町村からの提案	
2. 住民アンケートからの抽出	
3. 住民相談からの抽出	
4. 協議会参加者からの提案	
5. 各団体等からの情報共有・課題の抽出	
6. 専門職の相談からの抽出	
7. 地域の対応困難な事例から抽出	
8. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

1-6. 引き続き問1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。下記それぞれで選択してください。（複数回答）

	問1-6-1. 都道府県が管轄市町村 を支援する上での検討 事項	問1-6-2. 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・介護間の情報共有		
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. 地域医療構想との整合性		
13. 医療計画との整合性		
14. その他（記述）		
⇒問1-6-1の「その他」		
⇒問1-6-2の「その他」		

あてはまる場合「1」を選択

1-7. 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。効果的・効率的な議論を行う為の工夫があれば教えてください。（自由記載）

⇒

1-8. 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会における課題を教えてください。（自由記載）

⇒

問2 貴都道府県は高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援について取り組みを実施していますか。

※令和6年度介護報酬改定において、高齢者施設等について、診療等の対応を行う協力医療機関を定めることの義務化するなどの対応が行われました。

未回答
設問あり

問2	
1. 実施している	
2. 実施していない	

2-1. 問2で「1.実施している」と回答した方に伺います。どのような取り組みを実施していますか。（複数回答）

問2-1	
1. 高齢者施設等向けの窓口を設置している。	
2. 医療機関が見つからない高齢者施設等に対して、医療機関の紹介を行っている。	
3. 地域の医療関係団体に協力の依頼を行っている。	
4. 法人間の協定や契約締結の支援を行っている。	
5. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合
「1」を選択

問3 高齢者施設等と協力医療機関との連携状況を把握し、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用していますか。

未回答
設問あり

問3	
1. 高齢者施設等からの届出により把握し、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用している。（予定含む）	
2. 高齢者施設等からの届出により把握しているが、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用はしていない。	
3. 把握していない。	

問4 貴都道府県では「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいますか。

※医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理（以下、「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」）

未回答
設問あり

問4	
1. 取り組んでいる	
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。「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる場合の実施内容を教えてください。（複数回答）

問4-1	
1. 専門職等の関係者の協議の場の設定	
2. 専門職等の関係者のネットワークの形成	
3. 専門職等の関係者の情報共有に係るツールの作成	
4. 専門職等の研修の実施	
5. 医療および介護関係者への情報提供	
6. 管轄の市町村への研修や周知	
7. 地域住民への研修や周知	
8. 誤嚥性肺炎のリスクマネジメント及び対応	
9. 摂食嚥下障害や食支援のマネジメント及び対応	
10. 嚥下マネジメント及び対応	
11. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合
「1」を選択

問5 管轄の市町村で「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる事例があれば市町村名と内容を具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

問6 貴都道府県における「誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応」、「摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応」及び「褥瘡マネジメントおよび対応」に関し、連携している職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

未回答
設問あり

	問6-1 誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応	問6-2 摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応	問6-3 褥瘡マネジメントおよび対応
1. 医師			
2. 歯科医師			
3. 薬剤師			
4. 保健師			
5. 看護師			
6. 理学療法士			
7. 作業療法士			
8. 言語聴覚士			
9. 管理栄養士			
10. 栄養士（管理栄養士を除く）			
11. 歯科衛生士			
12. 社会福祉士			
13. 介護福祉士			
14. 介護支援専門員			
15. 地域包括支援センター職員			
16. 医療ソーシャルワーカー			
17. 都道府県職員			
18. 市町村職員			
19. その他（記述）			
⇒問6-1誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応			
⇒問6-2摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応			
⇒問6-3褥瘡マネジメントおよび対応			

あてはまる場合
「1」を選択

問7 地域リハビリテーション体制の構築のために、貴都道府県ではどのような取り組みを実施していますか。設置されている協議会等で行われている取り組みも含めて教えてください。（複数回答）

未回答
設問あり

	問7
1. リハビリテーション協議会の設置	
2. 都道府県リハビリテーションセンターの設置	
3. 都道府県全域のリハビリテーション資源の把握	
4. リハビリテーション連携指針の策定	
5. 地域リハビリテーションに係る自治体担当者・関係団体との連絡調整	
6. 地域住民への研修や周知	
7. 地域リハビリテーション体制の構築・推進のための研修・人材育成の実施	
8. 地域リハビリテーション体制の構築・推進のための市町村支援の実施	
9. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合
「1」を選択

Ⅲ. 市町村への支援状況、市町村の取組状況について

問8 管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業において、過疎地域、小規模自治体、中山間地域等で有効な取組を実施していると思われる自治体はありますか。

※ 過疎地域とは、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法 第二条第二項」示す定義でご回答ください。

小規模市町村とは、当該調査では人口1万人未満の市町村としてご回答ください。

中山間地域等とは、食料・農業・農村基本法第四十七条における、「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域」としてご回答ください。

https://www.maff.go.jp/j/nousin/tyusan/sihara/seido/s_about/cyusan/ (左記のHPには食料・農業・農村基本法第35条とありますが、改定により47条となっております。)

未回答
設問あり

問8	
1. ある	
2. ない	

8-1. 問8で「1.ある」と回答した方に伺います。その効果的な取組について、具体的に教えてください。(複数回答・自由記載)

問8-1-1. 市町村名(自由記載)	問8-1-2. 該当する地域特性		問8-1-3. 取組みテーマ		問8-1-4. 内容(自由記載)(※関係団体等との効果的な取組みでもよい)
	1.過疎 3.小規模 5.過疎、小規模 7.過疎、中山間地、小規模	2.中山間地 4.過疎、中山間地 6.中山間地、小規模	1.日常の療養支援 3.急変時の対応 5.認知症に係る対応 7.災害に係る対応	2.入退院支援 4.看取り 6.感染症に係る対応 8.その他	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

問9 過疎地域、中山間地域、小規模の自治体に対して支援を実施していますか。(複数回答)

未回答
設問あり

問9	
1. している	
2. していない	

9-1. 問9で「1.している」と回答した方に伺います。支援内容について、具体的に教えてください。(複数回答・自由記載)

問9-1-1. 市町村名(自由記載)	問9-1-2. 該当する地域特性		問9-1-3. 取組みテーマ		問9-1-4. 内容(自由記載)(※関係団体等との効果的な取組みでもよい)
	1.過疎 3.小規模 5.過疎、小規模 7.過疎、中山間地、小規模	2.中山間地 4.過疎、中山間地 6.中山間地、小規模	1.日常の療養支援 3.急変時の対応 5.認知症に係る対応 7.災害に係る対応	2.入退院支援 4.看取り 6.感染症に係る対応 8.その他	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

問10 管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業において、多職種連携において効果的な取組をされていると思われる市町村はありますか。

未回答
設問あり

問10	
1. ある	
2. ない	

10-1. 問10で「1.ある」と回答した方に伺います。その効果的な取組について、具体的に教えてください。(複数回答・自由記載)

問10-1-1. 市町村名(自由記載)	問10-1-2. 取組みテーマ		問10-1-3. 内容(自由記載) (※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における取組)
	1.日常の療養支援 3.急変時の対応 5.認知症に係る対応 7.災害に係る対応	2.入退院支援 4.看取り 6.感染症に係る対応 8.その他	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

IV. 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」（定義は参照）と呼ばれる人はいますか。

⇒コーディネーターの定義についてはこちら

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。配置されている都道府県単位のコーディネーターの予算確保について教えてください。（複数回答）

問11-2	
1. 地域医療介護総合確保基金（医療分）	
2. 地域医療介護総合確保基金（介護分）	
3. その他（記述）	
⇒	

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職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

問11-3	
1. 医師	
2. 歯科医師	
3. 保健師	
4. 看護師	
5. 歯科衛生士	
6. 介護支援専門員	
7. 管理栄養士	
8. 栄養士（管理栄養士を除く）	
9. 理学療法士	
10. 作業療法士	
11. 言語聴覚士	
12. 社会福祉士	
13. 介護福祉士	
14. 精神保健福祉士	
15. 医療ソーシャルワーカー	
16. 自治体担当職（行政職）	
17. 自治体担当職（専門職）	
18. その他（記述）	
⇒	
19. 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配置場所を教えてください。（複数回答）

問11-4	
1. 病院(大学病院)	
2. 病院(大学病院以外)	
3. 診療所	
4. 薬局	
5. 訪問看護事業所	
6. 都道府県医師会	
7. 都道府県歯科医師会	
8. 都道府県薬剤師会	
9. 都道府県看護協会	
10. 都道府県栄養士会	
11. 都道府県栄養ケア・ステーション	
12. 都道府県理学療法士会	
13. 都道府県作業療法士会	
14. 都道府県言語聴覚士協会	
15. 都道府県リハビリテーション協議会	
16. 都道府県	
17. 保健所	
18. その他（記述）	
⇒	
19. 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活動拠点を教えてください。（複数回答）

問11-5	
1. 都道府県	
2. 都市区医師会単位	
3. 2次医療圏	
4. 保健所単位	
5. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

11-6. 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11-6	
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. 官報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. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加	
16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加	
17. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営	
18. 地域医療構想調整会議への参加	
19. 医療計画に係る会議等への参加	
20. その他（記述）	
⇒	
21. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

11-7. 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を統括する基幹的コーディネーター（別紙参照）はいますか。

問11-7	
1. いる	
2. いない	
3. わからない	

⇒基幹的コーディネーターについてはこちら

11-8. 問11-7で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている基幹的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、合計した人数を記載）

	問11-8
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	

11-9. 引き続き問11-7で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位の基幹的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11-9
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. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
7. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
8. 地域住民への普及啓発	
9. 地域住民への相談支援	
10. 他都道府県のコーディネーターとの連携	
11. 管轄市町村のコーディネーターとの連携	
12. 自治体職員との連携	
13. 現場のコーディネーターの育成	
14. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加	
15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加	
16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営	
17. 地域医療構想調整会議への参加	
18. 医療計画に係る会議等への参加	
19. その他（記述）	
⇒	
20. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

11-10. 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により効果があった取組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。）

⇒

問12 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。

	問12
未回答 設問あり	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

問13 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教えてください。（複数回答）

	問13
未回答 設問あり	1. コーディネーターの必要性がわからない
	2. コーディネーターの適任者がわからない
	3. 予算が確保できない
	4. コーディネーターを配置する人的余裕がない
	5. 市町村単位のコーディネーターとの役割分担がわからない
	6. 知識やノウハウの蓄積方法がわからない
	7. 具体的な連携手法がわからない
	8. コーディネーターの育成方法がわからない
	9. その他（記述）
	⇒
	10. 特になし

あてはまる場合「1」を選択

問14 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。

	問14
未回答 設問あり	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

14-1. 問14で「1.実施している」と回答した方に伺います。市町村支援の内容・工夫について教えてください。（複数回答）

	問14-1
	1. 市町村のコーディネーター資質向上のため研修会の開催
	2. 専門職や市町村担当者を含む意見交換会の開催
	3. 市町村コーディネーターの課題解決のための相談支援
	4. 県内のコーディネーターの交流の場を設定
	5. ICTを用いた連携ツールの提供
	6. その他（記述）
	⇒
	7. 把握していない

あてはまる場合「1」を選択

V. 「在宅医療の圏域」・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について

問15 「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療の圏域」について伺います。

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>

貴都道府県における「在宅医療の圏域」の設定単位を教えてください。

未回答 設問あり	問15
	1. 二次医療圏単位
	2. 市町村単位
	3. 保健所単位
	4. その他（記述） ⇒

問16 貴都道府県における「在宅医療の圏域」数を教えてください。（記述）

未回答 設問あり	問16
在宅医療の圏域数	

問17 「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」の設定について伺います。

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>

貴都道府県における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」数を教えてください。（記述）

未回答 設問あり	問17
在宅医療に必要な連携を担う拠点数	

問18 貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」ではどのようなことに取り組んでいますか。下記それぞれで選択してください。（複数回答）

未回答 設問あり	問18	あてはまる場合 「1」を選択
	1. 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の定期的な開催による連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等の実施 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	
	2. 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、関係機関との調整の実施	
	3. 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	
	4. 関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や参画権による情報共有の促進	
	5. 在宅医療に関する地域住民への普及啓発	
6. その他（記述） ⇒		

問19 「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19
	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

19-1. 問19で「4. 状況を把握していない」と回答した方に伺います。把握していない理由を教えてください。（自由記載）

⇒

19-2. 問19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19-2
	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

19-2-1. 19-2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19-2-1
	1. 都道府県医師会
	2. 都市区医師会
	3. 市町村
	4. 保健所
	5. 医療機関
	6. 訪問看護事業所
	7. 介護事業所
	8. 地域包括支援センター
	9. その他（記述） ⇒

19-2-2. 19-2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19-2-2-1
	1. 都道府県医師会
	2. 都市区医師会
	3. 市町村
	4. 保健所
	5. 医療機関
	6. 訪問看護事業所
	7. 介護事業所
	8. 地域包括支援センター
	9. 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」の運営主体

	問19-2-2-2
	1. 都道府県医師会
	2. 都市区医師会
	3. 市町村
	4. 保健所
	5. 医療機関
	6. 訪問看護事業所
	7. 介護事業所
	8. 地域包括支援センター
	9. その他（記述） ⇒

19-3. 引き続き問19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。（複数回答）

問19-3	
1. 在宅医療の提供状況の把握	
2. 災害時対応の医療、介護及び障害福祉の連携上の課題の抽出及びその対応策の検討	
3. 急変時対応の医療、介護及び障害福祉の連携上の課題の抽出及びその対応策の検討	
4. 地域における個別事例（ケースカンファレンス）の検討	
5. 講演会の開催	
6. 研修会の開催	
7. 情報共有システムの活用	
8. 小児や障害者についての課題の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」への情報提供	
9. 高齢者に関する課題の抽出、その対応策の検討及び実施	
10. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

問20 「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定について伺います。
 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
 貴都道府県内の「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」数と種類を教えてください。（記述）

問20	
1. 総数	
2. 在宅療養支援病院（機能強化型を含む）	
3. 在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）	
4. その他（記述）	
⇒	

問21 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定にあたり、指針に記載されている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を評価したかを教えてください。

問21	
1. 全ての「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」において、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を評価した。	
2. 一部の「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」において、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を評価した。	
3. 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を評価していない。	

VI. かかりつけ医機能報告制度について

問22 かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めていますか。

問22	
1. 始めている	
2. 始めていない	

22-1. 問22で「1. 始めている」と回答した方に伺います。具体的にどのようなことを準備していますか。（自由記載）

⇒

問23 かかりつけ医機能報告制度の報告項目のうち、特に重要（課題）だと考えるものはどれですか。（複数回答）

問23	
1. 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能	
2. 通院診療時間外の診療	
3. 入院支援	
4. 在宅医療の提供	
5. 介護サービス等と連携した医療提供	
6. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

23-1. 問23について、重要と認識している課題及び、当該課題に対して取り組んでいることを記載ください。（自由記載）

⇒

VII. ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する研修について

問24 貴都道府県では、医療従事者向けにACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する研修を実施していますか。

問24	
1. 実施している	
2. 実施していないが、今後実施予定である	
3. 実施しておらず、今後も実施予定はない	

24-1. 問24で「1. 実施している」と回答した方に伺います。研修の内容について、昨年度（2023年度）の実施頻度を教えてください。

問24-1	
1. 定期的に実施（年1回）	
2. 定期的に実施（年2回）	
3. 定期的に実施（年3回以上）	
4. 不定期に実施	

24-2. 引き続き問24で「1. 実施している」と回答した方に伺います。講師の依頼先を教えてください。（複数回答）

問24-2	
1. 医師会	
2. 医療機関	
3. 介護サービス施設・事業所	
4. 行政機関	
5. 教育機関	
6. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

24-3. 24-2で依頼した講師はACPIに関する研修会の修了者ですか。（複数回答）

問24-3	
厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備 1. 備（医療・ケアチーム向け普及啓発）事業」における指導者研修修了者	
2. その他の研修会修了者	
⇒（研修会名： ）（主催： ）	
3. いいえ	

あてはまる場合「1」を選択

未回答・エラーのある設問があります。再度ご確認ください。

令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業 市町村調査票

○ 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。
 ○ 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、複数を選んでいた場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。
 ○ 「記述」については必須回答、「自由記述」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、それ以上入力いただいた場合もデータ上で確認できます。
 ○ 記述及び自由記述部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。
 ○ 調査時点は、令和6年8月1日とします。

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。

F1	F1
----	----

半角数字5桁（全角数字は不可）

※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。

未回答 設問あり	問1	
	1. 設置している	
	2. 設置していない	

1-1. 問1で「2. 設置していない」と回答した方に伺います。具体的な設置していない理由や課題を教えてください。（自由記述）

⇒

1-2. 問1で「1. 設置している」と回答した方に伺います。在宅医療・介護連携の推進に係る協議会はどのような圏域で開催されていますか。（複数回答）

	問1-2	
	1. 市町村	
	2. 都市区医師会単位	
	3. 2次医療圏	
	4. 保健所単位	
	5. その他（記述）	
	⇒	

あてはまる場合「1」を選択

1-3. 引き続き問1で「1. 設置している」と回答した方に伺います。協議会は、昨年(2023年)度の何月に開催しましたか。（複数回答）

	問1-3	
	1. 2023年 4月	
	2. 2023年 5月	
	3. 2023年 6月	
	4. 2023年 7月	
	5. 2023年 8月	
	6. 2023年 9月	
	7. 2023年 10月	
	8. 2023年 11月	
	9. 2023年 12月	
	10. 2024年 1月	
	11. 2024年 2月	
	12. 2024年 3月	

あてはまる場合「1」を選択

1-4. 引き続き問1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）

	問1-4	
	1. 医師会	
	2. 歯科医師会	
	3. 薬剤師会	
	4. 看護協会	
	5. 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会	
	6. 介護支援専門員協会または地域の連絡会	
	7. 栄養士会	
	8. リハビリテーション協議会	
	9. 理学療法士協会	
	10. 作業療法士協会	
	11. 言語聴覚士協会	
	12. 歯科衛生士会	
	13. 社会福祉士会	
	14. 社会福祉協議会	
	15. 介護福祉士会	
	16. 医療ソーシャルワーカー協会	
	17. 老人保健施設協会	
	18. 老人福祉施設協議会	
	19. 介護医療院協会	
	20. 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会	
	21. 認知症グループホーム協会	
	22. 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会	
	23. 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会	
	24. 地域包括支援センター	
	25. 都道府県	
	26. 保健所（都道府県）	
	27. 保健所（市・特別区設置）	
	28. 消防署（救急）	
	29. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター	
	30. 大学等の教育機関	
	31. 民間企業	
	32. その他（記述）	
	⇒	

あてはまる場合「1」を選択

1-5. 引き続き問1で「1. 設置している」と回答した方に伺います。協議会での議事はどのように設定していますか（複数回答）

	問1-5	
	1. 地域包括支援センターの提案	
	2. 地域ケア会議の課題	
	3. コーディネーターからの提案	
	4. 住民からの意見・アンケートからの抽出	
	5. 住民相談からの抽出	
	6. 協議会参加者からの提案	
	7. 各団体等からの情報共有・課題の抽出	
	8. 専門職の相談からの抽出	
	9. 地域の対応困難な事例から抽出	
	10. その他（記述）	
	⇒	

あてはまる場合「1」を選択

1-6. 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会でどのようなことを検討していますか。（複数回答）

問1-6	
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. 地域医療構想との整合性	
13. 医療計画との整合性	
14. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

1-7. 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。効果的・効率的な議論を行う為の工夫があれば教えてください。（自由記載）

⇒

1-8. 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会における課題を教えてください。（自由記載）

⇒

問2 問1で回答した協議会の他に、在宅医療・介護連携の実務担当者や中心となる関係者に限定して協議する場を設置していますか。

未回答
設問あり

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。具体的な内容（名称、回数、協議内容）について下記にご記入ください。（自由記載）

	名称	回数		協議内容
		(2023年度実施回数)		
1				
2				
3				
4				
5				

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。上記会議に参加している団体等を教えてください。（複数回答）

		2-1の1の会議	2-1の2の会議	2-1の3の会議	2-1の4の会議	2-1の5の会議
		⇒				
1. 医師会						
2. 歯科医師会						
3. 薬剤師会						
4. 看護協会						
5. 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会						
6. 介護支援専門員協会または地域の連絡会						
7. 栄養士会						
8. リハビリテーション協議会						
9. 理学療法士協会						
10. 作業療法士協会						
11. 言語聴覚士協会						
12. 歯科衛生士会						
13. 社会福祉士会						
14. 社会福祉協議会						
15. 介護福祉士会						
16. 医療ソーシャルワーカー協会						
17. 老人保健施設協会						
18. 老人福祉施設協議会						
19. 介護医療院協会						
20. 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会						
21. 認知症グループホーム協会						
22. 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会						
23. 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会						
24. 地域包括支援センター						
25. 都道府県						
26. 保健所（都道府県）						
27. 保健所（市・特別区設置）						
28. 消防署（救急）						
29. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター						
30. 大学等の教育機関						
31. 民間企業						
32. その他（記述）						
⇒						
	2-1の1のその他					
	2-1の2のその他					
	2-1の3のその他					
	2-1の4のその他					
	2-1の5のその他					

あてはまる場合
「1」を選択

Ⅲ. 貴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あるべき在宅医療・介護提供体制の姿※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」）

※地域支援事業の実施について（老発第0609001号 平成18年6月9日 最終改正 老発0805第3号 令和6年8月5日）

別紙「地域支援事業実施要綱 別記3 包括的支援事業（社会保険充実分）1 在宅医療・介護連携推進事業（法第115条の45第2項第4号）参照
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001284389.pdf

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。あるべき在宅医療・介護提供体制の姿の共有の状況を教えてください。

未回答 設問あり	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留まる	
	5. 特に共有していない	

問4 在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて、下記の場面で取り組んでいる場を教えてください。（複数回答）

未回答 設問あり		問4
	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	
	5. 認知症に係る対応	
	6. 感染時に係る対応	
	7. 災害に係る対応	
	8. 取り組んでいるものはない	

あてはまる場合「1」を選択

問5 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいるかを教えてください。

※医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理（以下、「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」）

未回答 設問あり		問5
	1. 取り組んでいる	
	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。「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる場合の実施内容を教えてください。（複数回答）

未回答 設問あり		問5-1
	1. 専門職等の関係者の協議の場の設定	
	2. 専門職等の関係者のネットワークの形成	
	3. 専門職等の関係者の情報共有に係るツールの作成	
	4. 専門職等の研修の実施	
	5. 医療および介護関係者への情報提供	
	6. 地域住民への研修や周知	
	7. 誤嚥性肺炎のリスクマネジメント及び対応	
	8. 摂食嚥下障害や食支援のマネジメント及び対応	
	9. 褥瘡マネジメント及び対応	
	10. その他（記述）	
⇒		

あてはまる場合「1」を選択

5-2. 貴自治体で「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる事例があれば内容を具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組に関わらず、市町村が次の対応を行っていない、把握していない場合は、「19.その他」に1を選択し、「取組なし」等と記入してください。

問6 「誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応」、「摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応」及び「褥瘡マネジメントおよび対応」に関し、連携している職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

未回答 設問あり		問6-1	問6-2	問6-3
		誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応	摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応	褥瘡マネジメントおよび対応
	1. 医師			
	2. 歯科医師			
	3. 薬剤師			
	4. 保健師			
	5. 看護師			
	6. 理学療法士			
	7. 作業療法士			
	8. 言語聴覚士			
	9. 管理栄養士			
	10. 栄養士（管理栄養士を除く）			
	11. 歯科衛生士			
	12. 社会福祉士			
	13. 介護福祉士			
	14. 介護支援専門員			
	15. 地域包括支援センター職員			
	16. 医療ソーシャルワーカー			
	17. 都道府県職員			
	18. 市町村職員			
19. その他（記述）				
⇒	問6-1誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応	問6-2摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応	問6-3褥瘡マネジメントおよび対応	

あてはまる場合「1」を選択

問7 地域リハビリテーション支援体制の構築など、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下リハビリテーション専門職）を地域に派遣し、地域の方の自立支援や介護予防を支援する取り組みを行っているかを教えてください。

未回答 設問あり		問7
	1. 取り組んでいる	
	2. 取り組んでいない	

7-1. 問7で「1. 取り組んでいる」と回答した方に伺います。リハビリテーション専門職の派遣はどのように行っていますか。（複数回答）

未回答 設問あり		問7-1
	1. リハビリテーション専門職個人に市町村から直接依頼し、派遣を行っている	
	2. リハビリテーション専門職が所属している病院や施設等に市町村から直接依頼し、派遣を行っている	
	3. 職団体など関連団体に市町村から直接依頼し、派遣を行っている	
	4. リハビリテーション支援センター等、派遣調整を担う機関が設置されており、その機関に依頼をしている	
	5. 市町村や地域包括支援センター（委託先も含む）に所属しているリハビリテーション専門職を派遣している	
	6. その他（記述）	
⇒		

あてはまる場合「1」を選択

7-2. 引き続き問7で「1. 取り組んでいる」と回答した方に伺います。取り組みを行うにあたって、関連団体・関係機関（群市区医師会等）との定期的な協議の場を設けているかを教えてください。

未回答 設問あり		問7-2
	1. 設けている	
	2. 設けていない	

問8 貴市町村は高齢者施設と医療機関との連携のための取り組みを実施していますか。
 ※令和6年度介護報酬改定において、高齢者施設等について、診療等の対応を行う協力医療機関を定めることの義務化するなどの対応が行われました。

未回答 設問あり	問8	
	1. 実施している	
	2. 実施していない	

8-1. 問8で「1.実施している」と回答した方に伺います。どのような取り組みを実施していますか。（複数回答）

未回答 設問あり	問8-1	
	1. 高齢者施設等向けの窓口を設置している	
	2. 医療機関が見つからない高齢者施設等に対して、医療機関の紹介を行っている	
	3. 地域の医療関係団体に協力の依頼を行っている	
	4. 法人間の協定や契約締結の支援を行っている	
	5. その他（記述） ⇒	

あてはまる場合「1」を選択

問9 高齢者施設等と協力医療機関との連携状況を把握し、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用していますか。

未回答 設問あり	問9	
	1. 高齢者施設等からの届出により把握し、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用している（予定含む）	
	2. 高齢者施設等からの届出により把握しているが、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用はしていない	
	3. 把握していない	

問10 貴市町村の管内は、過疎地域、小規模自治体、中山間地域等に該当しますか。（複数回答）

※ 過疎地域とは、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法 第二条第二項」示す定義でご回答ください。
 小規模市町村とは、当該調査では人口1万人未満の市町村としてご回答ください。
 中山間地域等とは、食料・農業・農村基本法第四十七条における、「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域」としてご回答ください。
https://www.maff.go.jp/j/nousin/tyusan/siharai_seido/s_about/cyusan/（左記のHPには食料・農業・農村基本法第35条とありますが、改定により47条となっております。）

未回答 設問あり	問10	
	1. 過疎地域に該当	
	2. 中山間地域に該当	
	3. 小規模自治体に該当	
	4. 該当しない	

10-1. 問10で「1~3」と回答した方に伺います。過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療・介護連携の課題を教えてください。（自由記載）

⇒

10-2. 問10で「1~3」と回答した方に伺います。過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療で都道府県に支援を期待することは何ですか。（自由記載）

⇒

問11 貴市町村が在宅医療・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 (3つまで)
	問11-1-1. あてはまる事項 (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)		
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」				

K列は少なくとも1つ選んでください。

あてはまる場合「1」を選択

IV. コーディネーターについて

問12 貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する相談支援は実施していますか。

未回答 設問あり	問12	問12
	1. 実施している	
	2. 実施していない	
	3. わからない	

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」と呼ばれる人はいますか。

未回答 設問あり	問13	問13
	1. いる	
	2. いない	
	3. わからない	

[コーディネーターの定義についてはこちら](#)

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、合計した人数を記載)

問13-1	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。配置されているコーディネーターの予算確保について教えてください。(複数回答)

問13-2	問13-2
1. 地域医療介護総合確保基金(医療分)	
2. 地域医療介護総合確保基金(介護分)	
3. 地域支援事業交付金(在宅医療・介護連携推進事業として)	
4. 地域支援事業交付金(在宅医療・介護連携推進事業以外の事業分)	
5. その他(記述)	
⇒	

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職種または保有資格を教えてください。(複数回答)

問13-3	問13-3
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. 管理栄養士	
9. 栄養士(管理栄養士を除く)	
10. 理学療法士	
11. 作業療法士	
12. 言語聴覚士	
13. 社会福祉士	
14. 介護福祉士	
15. 精神保健福祉士	
16. 医療ソーシャルワーカー	
17. 自治体担当者(行政職)	
18. 自治体担当者(専門職)	
19. その他(記述)	
⇒	
20. 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配置場所を教えてください。(複数回答)

問13-4	問13-4
1. 病院(大学病院)	
2. 病院(大学病院以外)	
3. 診療所	
4. 薬局	
5. 訪問看護事業所	
6. 医師会	
7. 歯科医師会	
8. 薬剤師会	
9. 看護協会	
10. 栄養士会	
11. 栄養ケア・ステーション	
12. 理学療法士会	
13. 作業療法士会	
14. 言語聴覚士協会	
15. リハビリテーション協議会	
16. 都道府県	
17. 保健所	
18. 地域包括支援センター	
19. 社会福祉協議会	
20. 自治体内の部署	
21. その他(記述)	
⇒	
22. 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。コーディネーターの活動領域を教えてください。(複数回答)

問13-5	問13-5
1. 市町村	
2. 都市区医師会単位	
3. 2次医療圏	
4. 保健所単位	
5. その他(記述)	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

13-6. 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13-6	問13-6
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. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会(市町村実施)への参加	
17. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会(市町村実施)の運営	
18. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会(都道府県実施)への参加	
19. 地域医療構想調整会議への参加	
20. 医療計画に係る会議等	
21. その他(記述)	
⇒	
22. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

13-7. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位のコーディネーターを統括する基幹的コーディネーター（別紙参照）はいますか。

[⇒基幹的コーディネーターについてはこちら](#)

	問13-7
1. いる	
2. いない	
3. わからない	

13-8. 問13-7で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている基幹的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13-8
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	

13-9. 問13-7で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位の基幹的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13-9
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. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	
7. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	
8. 地域住民への普及啓発	
9. 地域住民への相談支援	
10. 自都道府県のコーディネーターとの連携	
11. 他市町村のコーディネーターとの連携	
12. 自治体職員との連携	
13. 現場的コーディネーターの育成	
14. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加	
15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営	
16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加	
17. 地域ケア会議への参加	
18. 地域医療構想調整会議への参加	
19. 医療計画に係る会議等	
20. その他（記述）	
⇒	
21. 把握していない	

あてはまる場合「1」を選択

13-10. 問13で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位のコーディネーターの配置により効果があった取組があれば具体的に教えてください。
また、都道府県との効果的な連携が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。）

⇒

13-11. 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を計画・立案・管理等（マネジメント）している人はいますか。（複数回答）

	問13-11
1. 行政職員	
2. 基幹的コーディネーター	
3. 大学職員等の有識者	
4. その他（記述）	
⇒	
5. 把握していない	
6. マネジメントしている人はいない	

あてはまる場合「1」を選択

13-12. 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活動計画や活動報告はありますか。（複数回答）

	問13-12
1. 活動計画を作成している	
2. 活動報告を作成している	
3. 活動報告の内容をコーディネーターの活動計画に活用している	
4. 活動報告の内容を地域のケア会議等に活用している	
5. 活動計画は作成していない	
6. 活動報告は作成していない	

あてはまる場合「1」を選択

13-13. 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や取り組みにおいて課題を教えてください。（複数回答）

	問13-13
1. 人材の不足により、適切な人材を確保できない	
2. 業務によりコーディネーター業務に時間を割くことができない	
3. 研修等の能力向上の為の仕組みを提供できない	
4. コーディネーター業務が不明確である	
5. 市町村担当者との役割分担が明確でない	
6. コーディネーターが関係機関や市民等に認知されていない	
7. 医療と介護の連携が不足しており、活動が進まない	
8. コーディネーター間での情報共有や連携が不十分	
9. 予算が確保できない	
10. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

13-14. 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を教えてください。（複数回答）

	問13-14
1. 人材の不足により、適切な人材を確保できない	
2. 地域包括支援センターで対応しており、不要である	
3. 予算がない	
4. 育成のための研修等を開講できない	
5. コーディネーターの有効性や活用場面がわからない	
6. コーディネーターを知らない	
7. 必要性を感じない	
8. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

V. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」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「4. 状況を把握していない」と回答した方に伺います。把握していない理由を教えてください。（自由記載）

⇒

14-2. 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 ver.3（P53）」
 URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666650.pdf>

	問14-2
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	

14-2-1. 問14-2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14-2-1
1. 都道府県医師会	
2. 都市区医師会	
3. 市町村	
4. 保健所	
5. 医療機関	
6. 訪問看護事業所	
7. 介護事業所	
8. 地域包括支援センター	
9. その他（記述）	
⇒	

14-2-2. 問14-2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14-2-2-1
1. 都道府県医師会	
2. 都市区医師会	
3. 市町村	
4. 保健所	
5. 医療機関	
6. 訪問看護事業所	
7. 介護事業所	
8. 地域包括支援センター	
9. 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14-2-2-2
1. 都道府県医師会	
2. 都市区医師会	
3. 市町村	
4. 保健所	
5. 医療機関	
6. 訪問看護事業所	
7. 介護事業所	
8. 地域包括支援センター	
9. その他（記述）	
⇒	

14-3. 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。（複数回答）

	問14-3
1. 在宅医療における提供状況の把握	
2. 災害時対応の医療、介護及び障害福祉の連携上の課題の抽出及びその対応策の検討	
3. 急変時対応の医療、介護及び障害福祉の連携上の課題の抽出及びその対応策の検討	
4. 地域における個別事例における検討（ケースカンファレンス）の実施	
5. 講演会の開催	
6. 研修会の開催	
7. 情報共有システムの活用	
8. 小児や障害についての課題の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」への情報提供	
9. 高齢者に関する課題の抽出、その対応策の検討及び実施	
10. その他（記述）	
⇒	

あてはまる場合「1」を選択

VI. かかりつけ医機能報告制度について

問15 かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めていますか。

未回答 設問あり	問15	
	1. 始めている	
	2. 始めていない	

15-1. 問15で「1. 始めている」と回答した方に伺います。具体的にどのようなことを準備していますか。(自由記載)

⇒

問16 市町村として、かかりつけ医機能を含めた地域の医療提供体制にどのように取り組んでいますか。(自由記載)

⇒

問17 かかりつけ医機能報告制度の報告項目のうち、特に重要(課題)だと考えるものはどれですか。(複数回答)

未回答 設問あり	問17	
	1. 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能	
	2. 通常診療時間外の診療	
	3. 入退院支援	
	4. 在宅医療の提供	
	5. 介護サービス等と連携した医療提供	
	6. その他(記述)	

あてはまる場合「1」を選択

17-1. 問17について、重要と認識している課題及び、当該課題に対して取り組んでいることを記載ください。(自由記載)

⇒

VII. その他

問18 貴市町村の管内には、看護小規模多機能型居宅介護事業所はありますか。

未回答 設問あり	問18	
	1. ある	
	2. ない	

問19 貴市町村は、看護小規模多機能型居宅介護事業所の広域利用を実施していますか。

未回答 設問あり	問19	
	1. 実施している	
	2. 実施していない	

19-1. 問19で「2.実施していない」と回答した方に伺います。実施していない理由を教えてください。(複数回答)

	問19-1	
	1. ニーズがない	
	2. 手続きが煩雑	
	3. 方法が分からない	
	4. その他(記述)	

未回答・エラーのある設問があります。再度ご確認下さい。

令和6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

○ 本調査は、コーディネーターの方が御回答ください。
 本調査票における「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター」とは、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連携推進や人材育成）を果たす方です。なお、「コーディネーター」という名称を使用していなくても、定義に該当している場合には回答をお願いします。コーディネーターの定義等については、参考資料を参照してください。
 ⇒**コーディネーターについて(参考資料はこちら)**
 ○ 回答欄は青い枠です。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。
 ○ 「記述」については必須回答、「自由記述」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。
 ○ 記述及び自由記述部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。
 ○ 調査時点は、令和6年8月1日とします。

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。	F1-1 半角数字5桁(全角数字は不可)	市町村名 ↑市町村名が正しいか御確認ください
	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。	F1-2 半角数字2桁(全角数字は不可)	都道府県名 ↑都道府県名が正しいか御確認ください

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	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」を選択された方に伺います。勤務時間を教えてください。(記述)

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	1. 病院(大学病院以外)	問2
	2. 病院(大学病院)	
	3. 診療所	
	4. 薬局	
	5. 訪問看護事業所	
	6. 医師会	
	7. 歯科医師会	
	8. 薬剤師会	
	9. 看護協会	
	10. 栄養士会	
	11. 栄養ケア・ステーション	
	12. 理学療法士会	
	13. 作業療法士会	
	14. 言語聴覚士協会	
	15. リハビリテーション協議会	
	16. 都道府県	
	17. 保健所	
	18. 市町村	
	19. 地域包括支援センター	
	20. 社会福祉協議会	
	21. その他(記述)	
=f		

問3 職種または保有資格等を教えてください。(複数回答)

未回答 設問あり	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. 管理栄養士	
	9. 栄養士(管理栄養士を除く)	
	10. 理学療法士	
	11. 作業療法士	
	12. 言語聴覚士	
	13. 社会福祉士	
	14. 介護福祉士	
	15. 精神保健福祉士	
16. 医療ソーシャルワーカー		
17. 自治体担当職(行政職)		
18. 自治体担当職(専門職)		
19. その他(記述)		
=f		

あてはまる場合
「1」を選択

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	○年	○ヶ月
-------------	----	-----

問5 コーディネーターとしての活動圏域を教えてください。(複数選択)

未回答 設問あり	1. 市町村	問5
	2. 都市区医師会単位	
	3. 2次医療圏	
	4. 保健所単位	
	5. 都道府県	
	6. その他(記述)	
=f		

あてはまる場合
「1」を選択

問6 業務について教えてください。

6-1. 業務の実施形態を教えてください。

未回答 設問あり	問6-1	
	1. 直営	
	2. 委託	

6-2. 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	問6-2	
	1. 常勤(週5・フルタイム勤務)・専従	
	2. 常勤・兼務	
	3. 非常勤	

6-3. 業務内容を教えてください。(複数回答)

未回答 設問あり	問6-3	
	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. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会(市町村実施)への参加	
	16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会(市町村実施)の運営	
	17. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会(都道府県実施)への参加	
	18. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会(都道府県実施)の運営	
	19. 地域ケア会議への参加	
	20. 地域医療構想調整会議への参加	
	21. 医療計画に係る会議等への参加	
22. その他(記述)		
	⇒	

あてはまる場合
「1」を選択

6-4. 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、地域の情報収集・分析し政策立案を助力することを想定して)

未回答 設問あり	問6-4	
	1. はい	
	2. いいえ	

6-4-1. 問6-4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。

	問6-4-1	
	1. はい	
	2. いいえ	

6-4-2. 引き続き問6-4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)

⇒

6-5. コーディネーターの配置が有効な取り組みを具体的に教えてください。(自由記載)

⇒

6-6. 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。(複数回答)

未回答 設問あり	問6-6	
	1. 医療部局や介護部局等の部門を超えた連携が進まない	
	2. コーディネーターの役割が関係者に認識されていない	
	3. 業務量に見合った人数が確保されていない	
	4. 現場の情報収集方法がわからない	
	5. 地域課題の分析・把握方法がわからない	
	6. 関係団体等との連携が難しい	
	7. 医療と介護の知識の両方の取得が難しい	
	8. 自治体や事業所等の利用しているICTツールが異なり、連携が難しい	
	9. 地域の深層や介護の関係機関の協力が得られない	
	10. 地域に医療や介護の両者が少ない	
	11. スキルアップの方法がわからない	
	12. 知識やノウハウ等の習得に係る研修プログラムがない	
	13. コーディネーター同士の情報共有や連携が不十分である	
14. その他(記述)		
	⇒	

あてはまる場合
「1」を選択

6-7. コーディネーターとして活動する上で、受けてみたい研修はありますか。(複数回答)

未回答 設問あり	問6-7	
	1. 在宅医療・介護連携に関連する制度に関すること	
	2. 在宅医療・介護連携コーディネーターの機能や役割に関すること	
	3. 在宅医療連携拠点との連携や協働に関すること	
	4. 利用者の状態に応じた事例に関すること	
	5. コミュニケーションスキルに関すること	
	6. 共通認識醸成のための取組に関すること	
	7. 地域資源の活用に関すること	
8. その他(記述)		
	⇒	

あてはまる場合
「1」を選択

6-8. 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、要望先を対象を明記の上、具体的に教えてください。(自由記載)

⇒

Ⅲ.多職種連携について

問7 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいるかを教えてください。
 ※医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理（以下、「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」）

未回答
設問あり

1. 取り組んでいる	問7
2. 取り組んでいない	
3. わからない	

問8 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる場合の実施内容を教えてください。（複数回答）

1. 専門職等の関係者の協議の場の設定	問8
2. 専門職等の関係者のネットワークの形成	
3. 専門職等の関係者の情報共有に係るツールの作成	
4. 専門職等の研修の実施	
5. 医療および介護関係者への情報提供	
6. 地域住民への研修や周知	
7. 誤嚥性肺炎のリスクマネジメント及び対応	
8. 摂食嚥下障害や食支援のマネジメント及び対応	
9. 褥瘡マネジメント及び対応	
10. その他	

あてはまる場合
「1」を選択

問9 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる事例があれば自治体名と内容を具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

問10 「誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応」、「摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応」及び「褥瘡マネジメントおよび対応」に関し、連携している職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

未回答
設問あり

	問10-1 誤嚥性肺炎のリスクマネジメント および対応	問10-2 摂食嚥下障害や食支援のマネジメント および対応	問10-3 褥瘡マネジメントおよび対応
1. 医師			
2. 歯科医師			
3. 薬剤師			
4. 保健師			
5. 看護師			
6. 理学療法士			
7. 作業療法士			
8. 言語聴覚士			
9. 管理栄養士			
10. 栄養士（管理栄養士を除く）			
11. 歯科衛生士			
12. 社会福祉士			
13. 介護福祉士			
14. 介護支援専門員			
15. 地域包括支援センター職員			
16. 医療ソーシャルワーカー			
17. 都道府県職員			
18. 市町村職員			
19. その他（記述）			
⇒			
問10-1誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応			
問10-2摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応			
問10-3褥瘡マネジメントおよび対応			

あてはまる場合
「1」を選択

未回答・エラーのある設問があります。再度ご確認ください。

在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等一式

研修会議Ⅰ 研修資料

令和6年10月21日（月）

研修会議Ⅰのプログラム

所要時間	目的	プログラム	実施内容	登壇者
10:00~10:05		開会挨拶		厚生労働省
○第1部 行政説明：国の施策を詳しく聞いてみよう！				
10:05~10:25	国の最新の施策動向を知る	①「在宅医療・介護連携推進事業の概要について」		厚生労働省老健局老人保健課
10:25~10:45		②「かかりつけ医機能報告の創設について」		厚生労働省医政局総務課
10:45~11:05		③「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
11:05~11:20		事前質問への回答	* 事前質問を受け付け、それに回答する形。	
○第2部 基調講演：事業マネジメントの方法を学ぼう！				
11:20~12:00	事業マネジメントの展開方法を学ぶ	基調講演「事業マネジメントの基本とその進め方」	自治体の具体的な悩みより、具体的な取組事例を踏まえ上手くいった点等を示しながら事業マネジメントの方法を理解する * 個別支援と地域支援についても触れる	川越委員長
12:00~13:00		昼休憩		
○第3部 事例紹介：事業を実際に回しているところはどのようなやり方をしているのかを学んでみよう！				
13:00~13:30	関係者それぞれの役割を知る。そして、自分の役割を再認識する	事例報告①：在宅医療・介護連携の関係者・機関の取組「在宅医療・介護連携の関係者・機関の役割を知る①」	市町村と医師会のエリアが同じ市町村の展開事例（市町村職員(事務系)がコーディネーターを担っている事例） * 個別ケースから地域課題への展開、コーディネーターとどう連携しているか	市町村+コーディネーター * 東京都稲城市+コーディネーター
13:30~14:00		事例報告②：在宅医療・介護連携の関係者・機関の取組「在宅医療・介護連携の関係者・機関の役割を知る②」	市町村と医師会のエリアが異なる市町村の展開事例（複数市町村と1医師会が連携する事例） * 複数市を跨ぐ事業運営体制の中でのコーディネーターの役割、取組内容、行政とコーディネーターの連携方法	市町村+コーディネーター * 新潟県新発田市 医師会所属のコーディネーター +新潟県胎内市
14:00~14:30		事例報告③：在宅医療・介護連携の関係者・機関の取組「在宅医療・介護連携の関係者・機関の役割を知る③」	小規模地域での展開事例（市町村職員(保健師)がコーディネーターを担っている事例） * 複合的な機能を担う拠点の紹介、コーディネーターの取組活動、地域との連動、他地区への展開取組	市町村兼コーディネーター * 広島県廿日市市の吉和地区
14:30~15:00			質疑応答	
15:00~15:15		休憩		
○第4部 意見交換：今日学んだことをどう活かすかを考えてみよう！				
15:15~15:45		意見交換（グループディスカッション） * 参加者数の関係よりグループはランダム設定	それぞれの取組や、今日感じたことについて皆で共有するアウトプットする	WG委員はグループ巡回
15:45~15:55		講師総括・研修会議Ⅰの紹介		WG委員
15:55~16:00		閉会・事務連絡		事務局

在宅医療・介護連携推進事業の概要について

厚生労働省老健局老人保健課

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6年度介護報酬改定について
4. その他情報共有

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6年度介護報酬改定について
4. その他情報共有

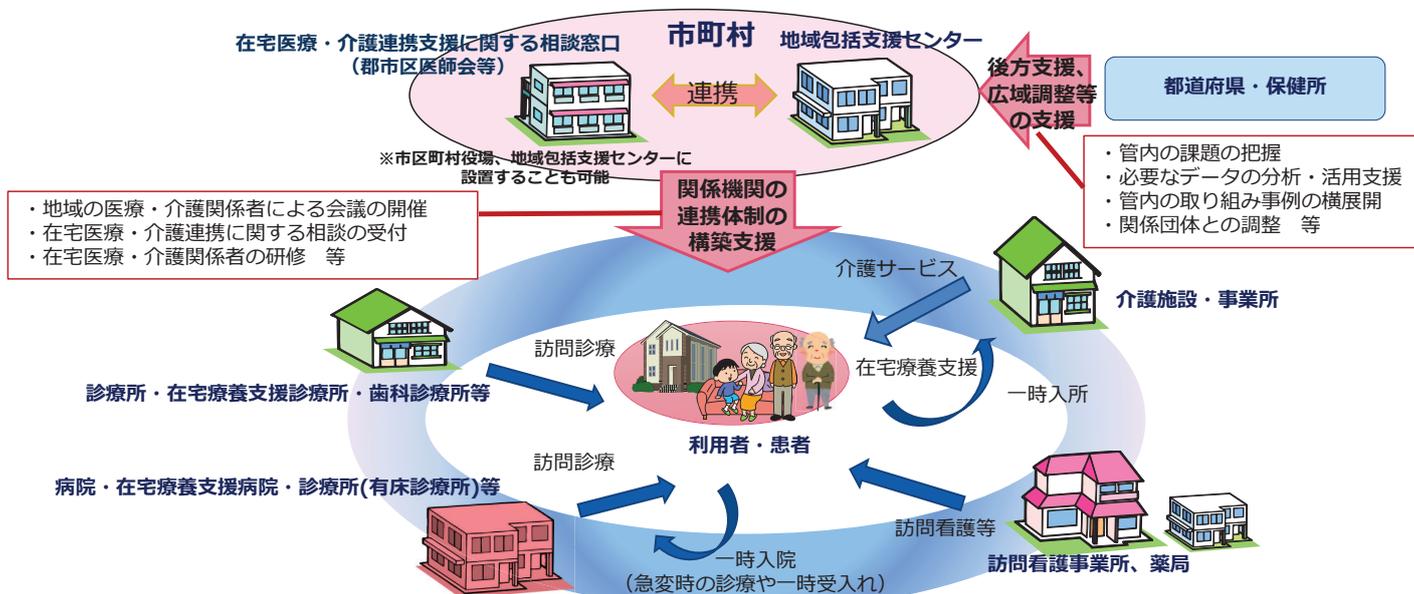
在宅医療・介護連携の推進

- 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。



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)

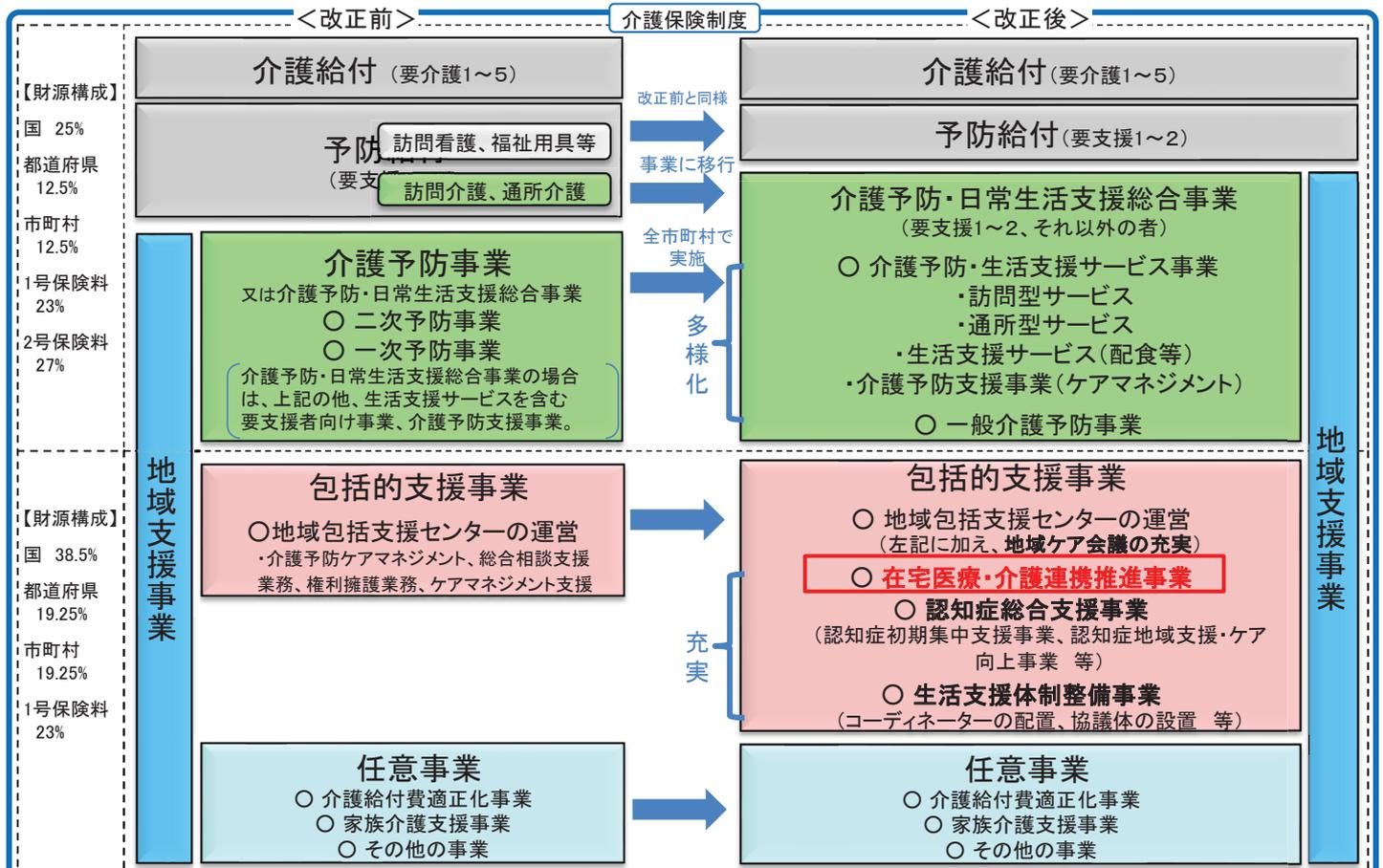
施設サービス

(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

新しい地域支援事業の全体像 (平成26年改正前後)



○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

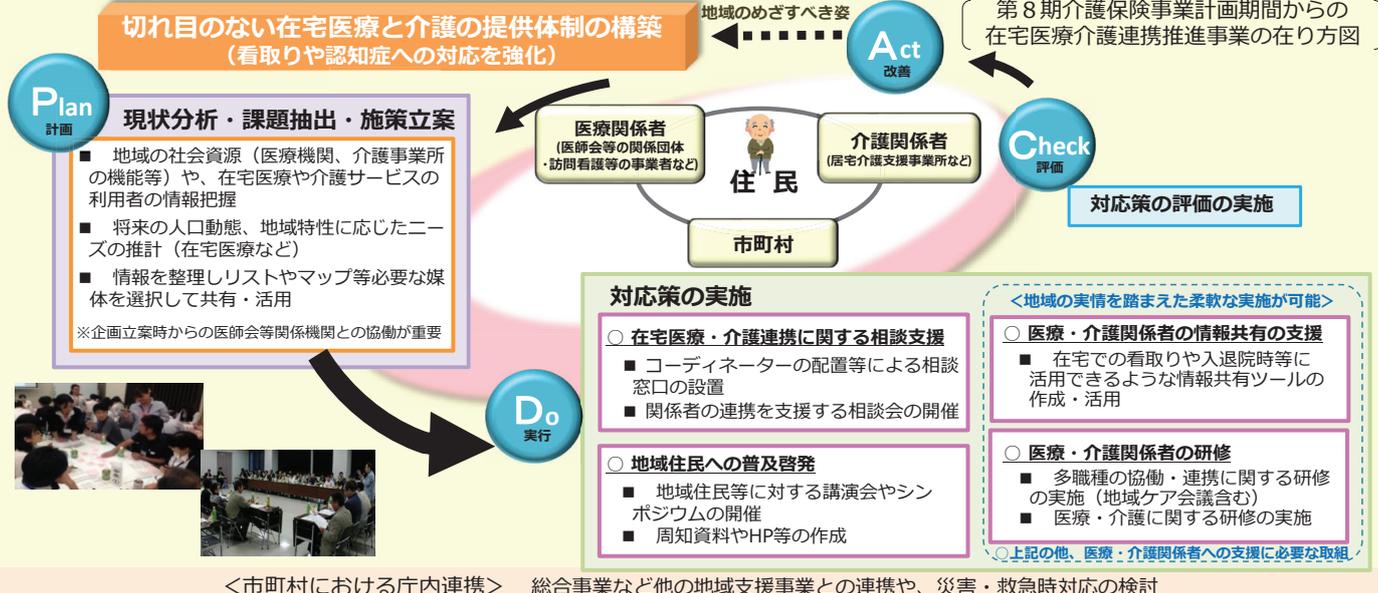
三 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

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。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築
（看取りや認知症への対応を強化）



都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

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

8

介護保険事業（支援）計画について

社会保障審議会 介護保険部会（第107回） 令和5年7月10日	参考資料1-1
---------------------------------------	---------

- 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。

9

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・推進のための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も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。

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6年度介護報酬改定について
4. その他情報共有

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

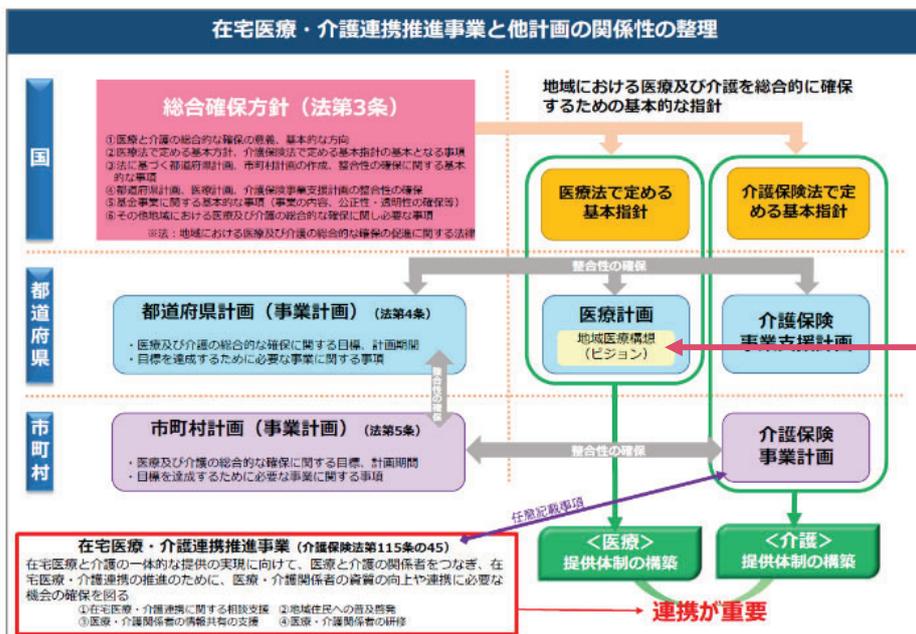
- （1）～（4）結果及び検討結果等の取りまとめ
- 次年度以降への提言

厚生労働省のHPで全文公開しております。 12

令和5年度第2回医療政策研修会
第1回地域医療情報アドバイザー会議
令和5年9月15日
資料4

「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（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

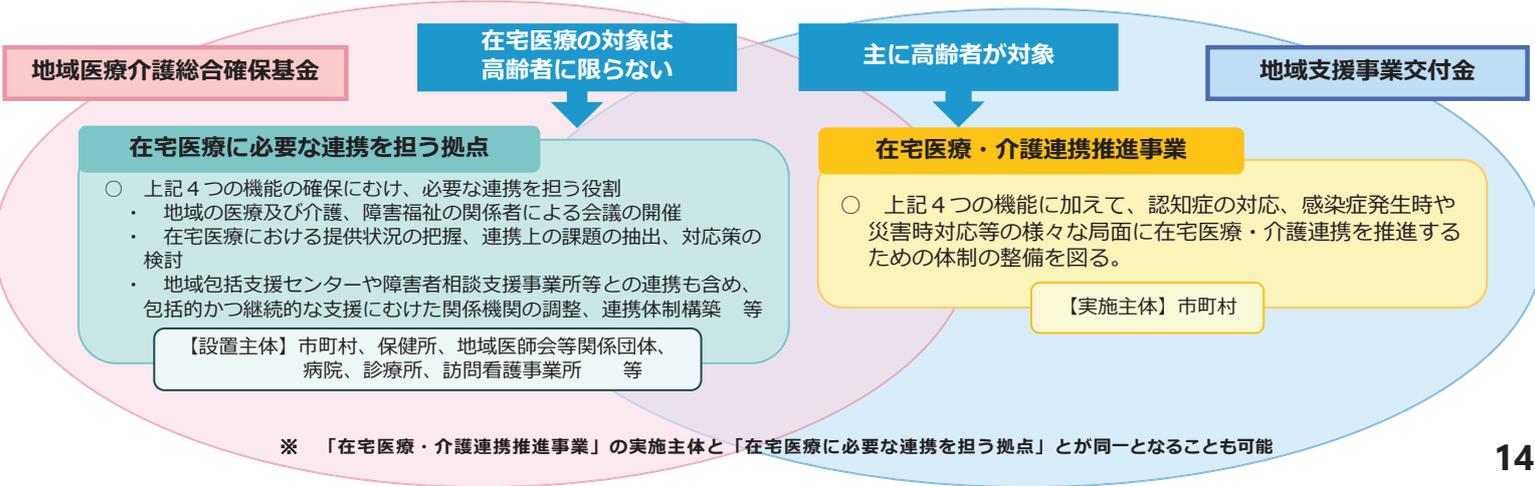
- 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援の実施
- 一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

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



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

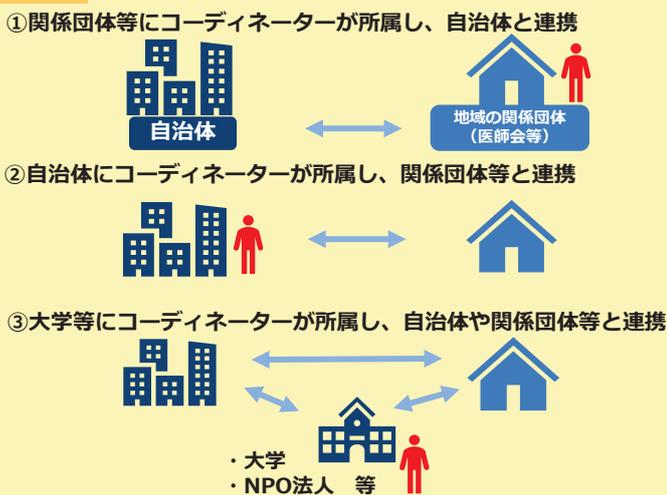
- 自治体内外の多機関との組織横断的な連携
- 専門的側面及び技術的側面からの多職種連携・協働
- 人材育成への寄与

コーディネーターに期待される能力の例

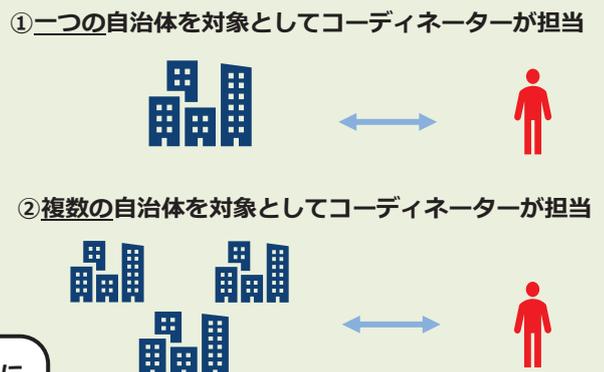
- **組織横断的な連携や協働を行い、在宅医療・介護連携推進事業を推進する能力**
 - ・ 自治体と連携・協働し、自治体内外の関係機関・関係者との合意形成を図るとともに、効果的な連携・協働体制を構築することができる。
- **コーディネーターとしての専門的知識・技術を推進する能力**
 - ・ 各自治体のあるべき姿を理解し、求められる役割等を実践することができる。
 - ・ 専門職や地域住民等からの相談支援等に対する分析及び検討を実施した上で、地域の実情に応じた必要な支援につなげることができる。
 - ・ コーディネーター間の連携・協働を推進することができる。
- **在宅医療・介護連携推進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。

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>



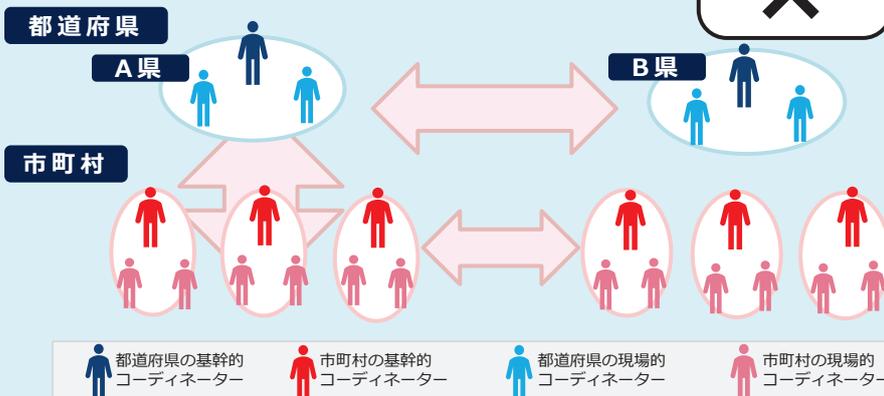
<対象自治体>



地域の実情に
応じた体制



<ネットワーク>



【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。

【1例】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

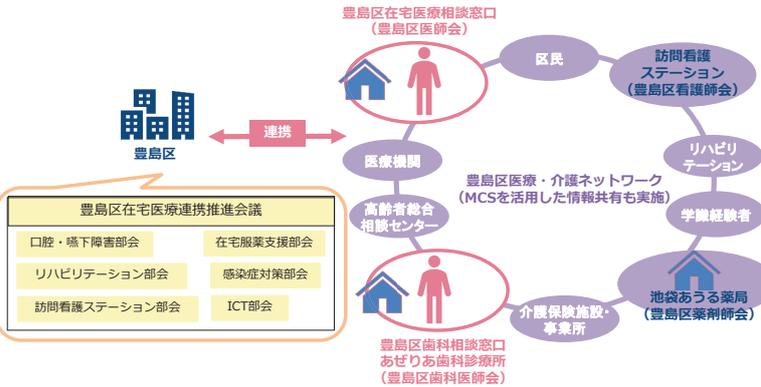
- ◆平成20・21年度に豊島区医師会をはじめとする三師会にて都のモデル事業である「在宅医療ネットワーク事業」を実施し、行政と三師会との関係性を構築。
- ◆モデル事業後は実施主体を区に移行したが、「豊島区在宅医療連携推進会議」を基として、四師会（医歯薬看）を中心に医療・看護・介護等の多職種連携による取組を実施。
- ◆具体的な多職種連携は「豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業」により、豊島区医師会が中心となって推進し、包括圏域毎に取組を実施。

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、豊島区の特性に応じ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。



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所 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。

【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。

20

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6年度介護報酬改定について
4. その他情報共有

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

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

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

5. その他

- ・ 「書面揭示」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

22

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

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。

23

1. (3) ② 協力医療機関との定期的な会議の実施

概要	【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、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】
<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、<u>入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算を創設する。</u> ○ また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】 	

単位数	
【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】	
< 現行 > なし	< 改定後 > 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①～③の要件を満たす場合 100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～) (新設) (2)それ以外の場合 5単位/月 (新設)
【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】	
< 現行 > 医療機関連携加算 80単位/月	< 改定後 > 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 100 単位/月 (変更) (2)それ以外の場合 40 単位/月 (変更)
【認知症対応型共同生活介護】	
< 現行 > なし	< 改定後 > 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 100単位/月 (新設) (2)それ以外の場合 40単位/月 (新設)
(協力医療機関の要件) ① 入所者等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 高齢者施設等からの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 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等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。	

算定要件等	○ 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。 (新設) 24
--------------	--

令和6年度診療報酬改定（令和6年2月20日時点）

医療機関と介護保険施設の連携の推進

協力医療機関の入院の受け入れ等に関する加算の新設

- 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下、「介護保険施設等」という。）の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、**当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合**の評価を新設する。

(新) 協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

- | | |
|-------------|------|
| 1 往診が行われた場合 | 600点 |
| 2 1以外の場合 | 200点 |

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の**病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点

医療機関と介護保険施設の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

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）

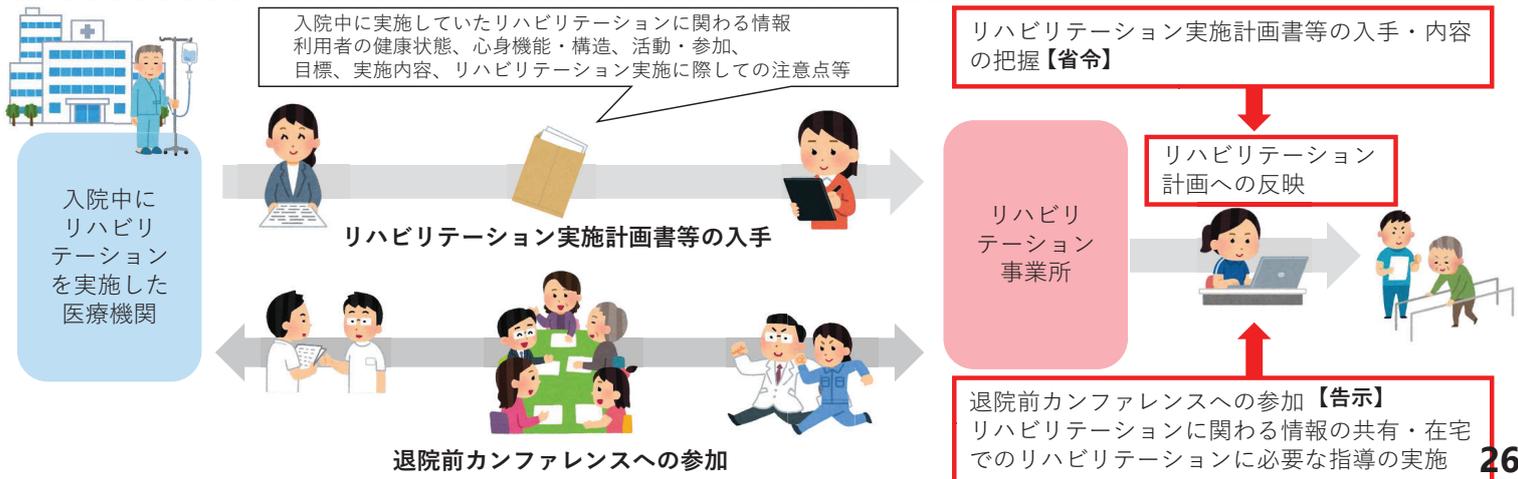
- 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【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。

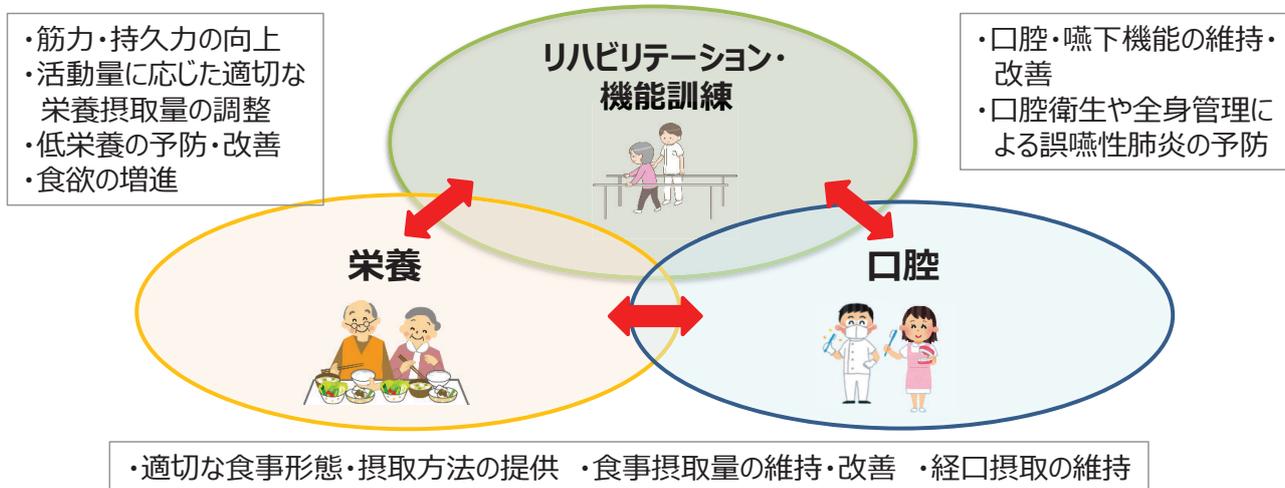


自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審－介護給付費分科会
第178（R2.6.25） 資料1

リハビリテーション、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- ・ リハビリテーションの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組

施設	介護老人保健施設	<p>＜リハビリテーションマネジメント計画書情報加算＞</p> <p>I : 53単位/月 II : 33単位/月 ※加算（I）、（II）は併算定不可</p> <p>Iの主な算定要件：口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。</p>	<p>一体的な実施計画書</p> <p>【リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）】</p> <p>【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）】</p>
	介護医療院	<p>＜理学療法、作業療法、言語聴覚療法＞</p> <p>理学療法注6、作業療法注6、言語聴覚療法注4 33単位/月の算定に加えて、 各々、理学療法注7、作業療法注7、言語聴覚療法注5 20単位/月を更に算定可能</p> <p>理学療法注7、作業療法注7、言語聴覚療法注5の算定要件：口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。</p>	
	介護老人福祉施設	<p>＜個別機能訓練加算＞</p> <p>I : 12単位/日、II : 20単位/月、III : 20単位/月</p> <p>算定要件：口腔衛生管理加算（II）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出している場合にI、IIに加えて更にIIIを算定可。</p>	
	地密介護老人福祉施設		
通所	通所リハビリテーション	<p>＜リハビリテーションマネジメント加算＞ （6月以内） イ : 560単位/日、ロ : 593単位/月、ハ : 793単位/月 （6月以上） イ : 240単位/日、ロ : 273単位/月、ハ : 473単位/月</p> <p>ハの算定要件：管理栄養士の配置（外部連携可）、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の配置。口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを実施し、関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。</p>	<p>一体的な実施計画書</p> <p>【リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】</p>
	介護予防通所リハビリテーション		
訪問	訪問リハビリテーション		<p>【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】</p>
	介護予防訪問リハビリテーション	<p>赤字：R6改定で新設又は大規模な改定事項</p>	

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

告示改正

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分を設ける。
- また、介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。

通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等

【単位数】（通所リハビリテーションの場合）

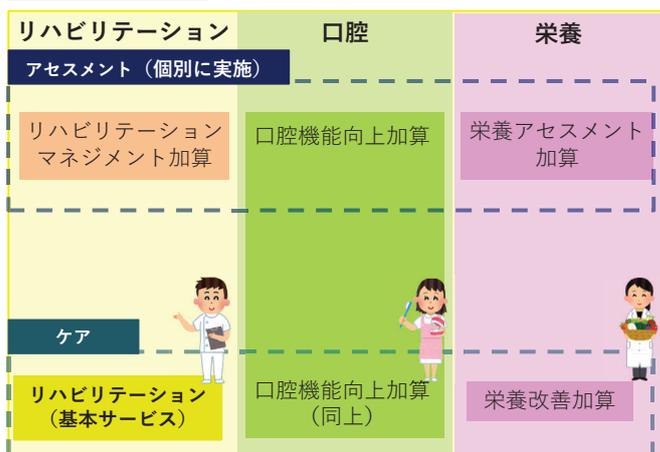
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	同意日の属する月から6月以内	560単位/月、6月超	240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	同意日の属する月から6月以内	593単位/月、6月超	273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ) (新設)	同意日の属する月から6月以内	793単位/月、6月超	473単位/月

※ 事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算
(新設・現行の要件の組み替え)

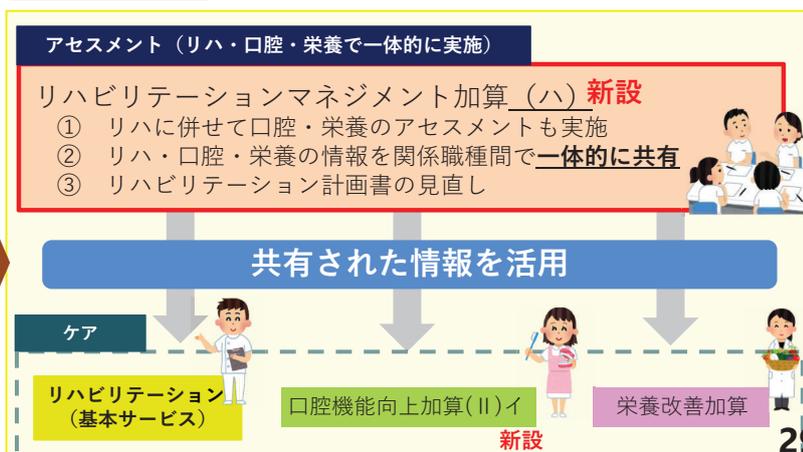
【ハの算定要件】

- ア 口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。
- イ リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。
- ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

現行（一体的に実施した場合の評価なし）



改定後（一体的に実施した場合の評価の新設）

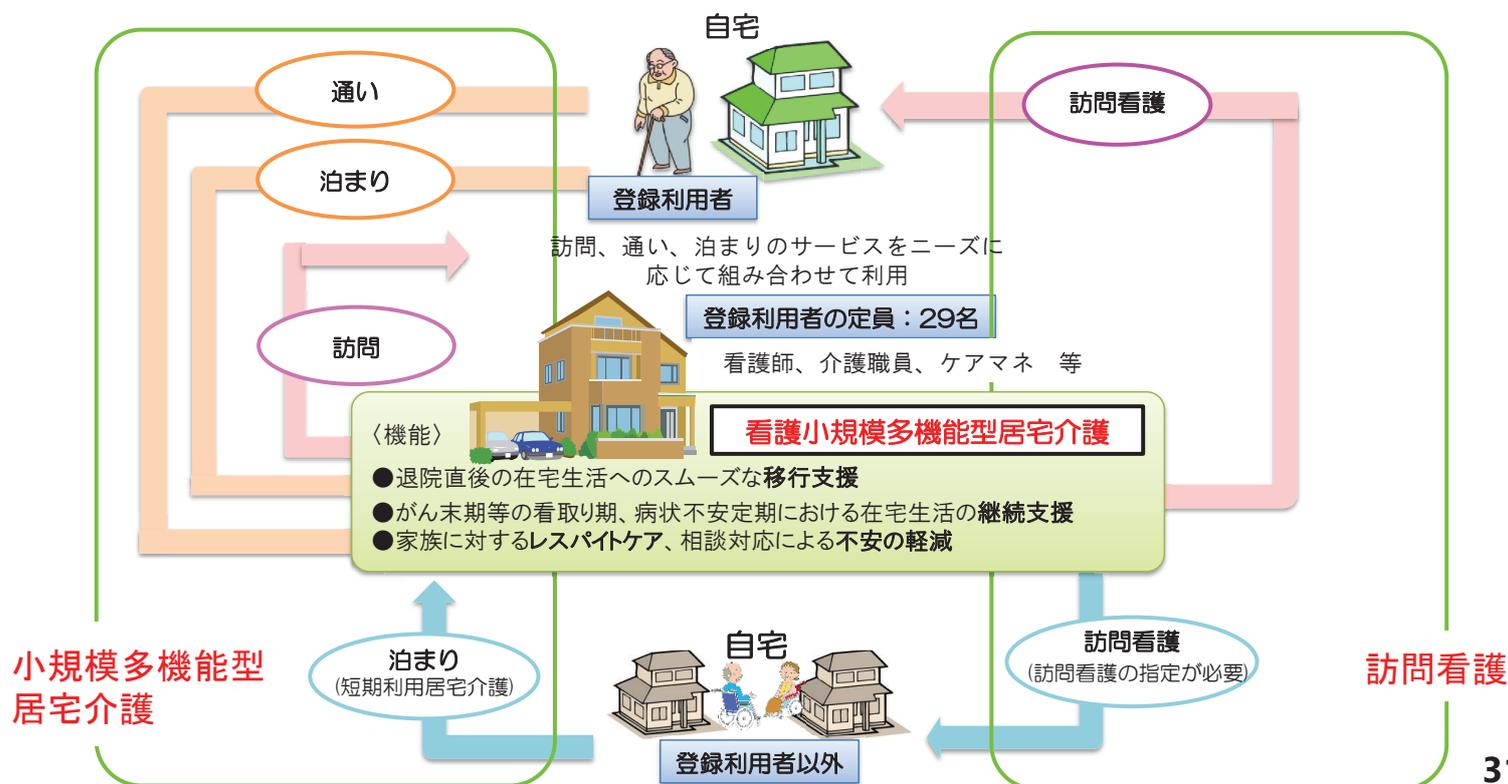


1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. 令和6年度介護報酬改定について
4. その他情報共有

ひと、くらし、みらいのために

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。



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）

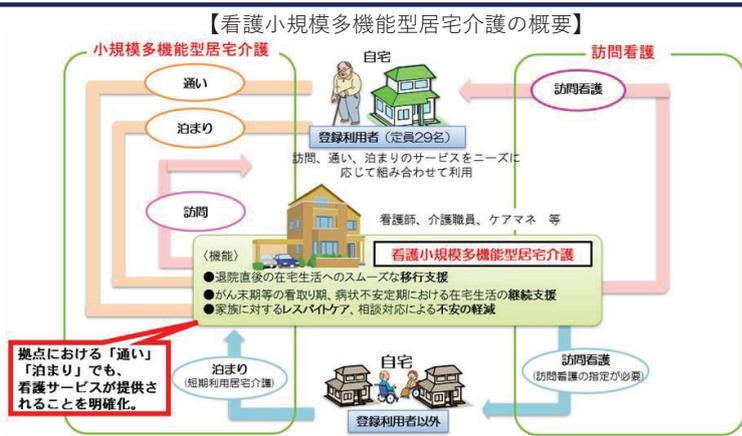
- 看多機では、サービス拠点での「通い」「泊まり」においても看護サービスを一体的に提供可能であり、医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進めていく必要がある。

※：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

社会保障審議会
介護保険部会（第107回）
令和5年7月10日

資料1-1

見直しの方針案

市町村	都道府県	
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	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	○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)】 ○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)】
(一)関係者の意見の反映	(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	
(二)公募及び協議による事業者の指定	(二)ユニット型施設の整備に係る計画に関する事項	
(三)都道府県が行う事業者の指定への関与	(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	
(四)報酬の独自設定		
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		
(一)地域支援事業に要する費用の額		
(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		
(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		
(四)総合事業の実施状況の調査、分析及び評価		

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

手引きの内容（概要）

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」

- 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>

34

本研修会議 I はアーカイブ配信を実施いたします。

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

研修会議 I のアーカイブ配信は
申し込み時のサイトにて実施します。

<https://www.jmar-form.jp/renkeisem2024.html>



令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
の報告書は厚生労働省ホームページに掲載しています。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001243806.pdf>



お時間頂きありがとうございました



35

かかりつけ医機能報告の創設について

厚生労働省 医政局 総務課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

令和6年10月18日

かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会資料

人口動態・医療需要・マンパワーの変化の概要

人口動態

- 2025年以降、85歳以上を中心に高齢者が増加し、現役世代が減少する。
- 地域ごとに65歳以上の人口が増減し、生産年齢人口が減少。

医療需要

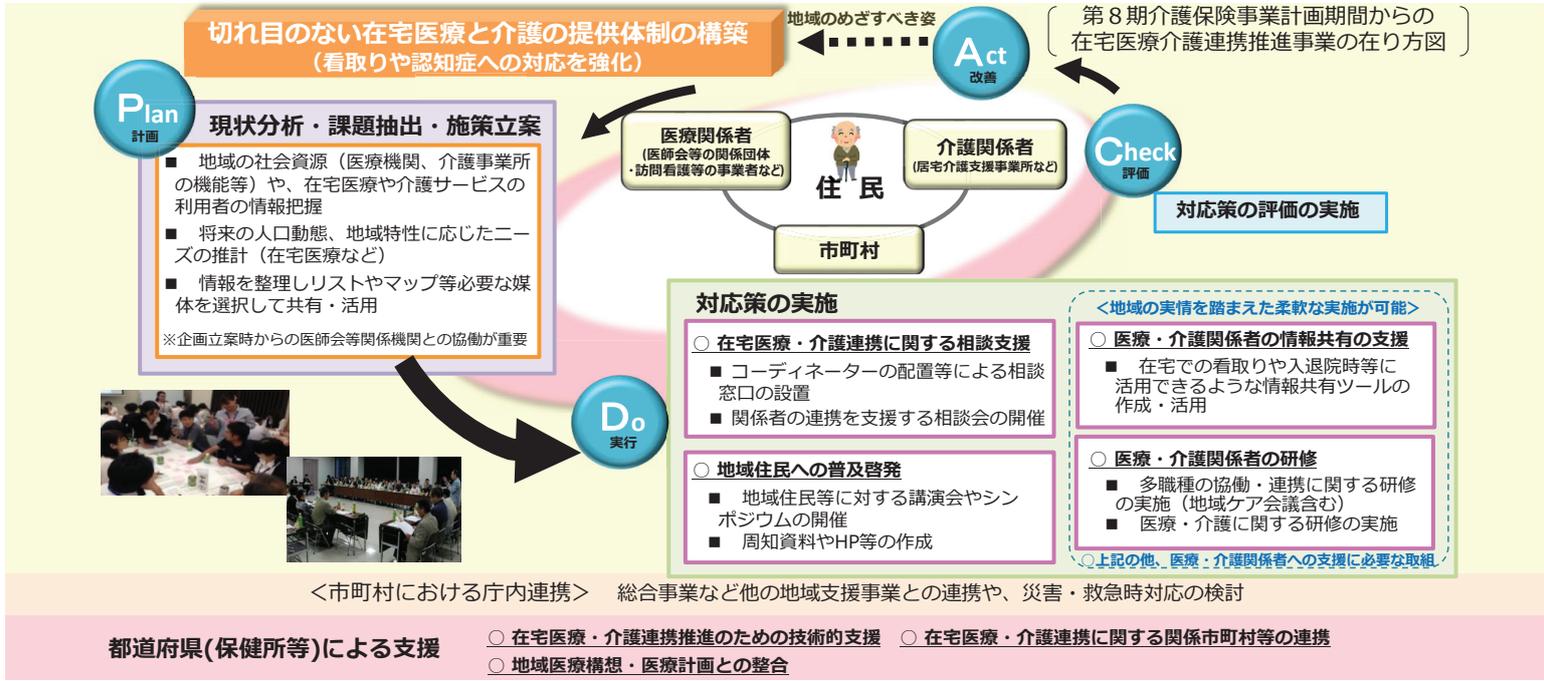
- 全国の入院患者数は2040年ごろにピークを迎える。
- 外来患者数は2025年ごろにピークを迎えることが見込まれ、65歳以上の割合が増加する。
- 在宅患者数は2040年以降にピークを迎え、要介護認定率は85歳以上で高くなることから、医療・介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。
- 死亡数は2040年まで増加傾向にあり、年間約170万人が死亡すると見込まれている。

マンパワー

- 2040年には医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。
- 病院や診療所に従事する医師の平均年齢が上昇しており、60歳以上の医師の割合も増加している。

(参考) 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。



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9月29日 第102回社会保障審議会医療部会 資料1

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。

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）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

令和5年9月29日 第102回社会保障審議会医療部会 資料1

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取り組まれてきた。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。

今回の法改正による制度整備の目的

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。

今回の法改正による制度整備の枠組み

かかりつけ医機能報告の創設

令和5年9月29日 第102回社会保障審議会医療部会 資料1

- **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】

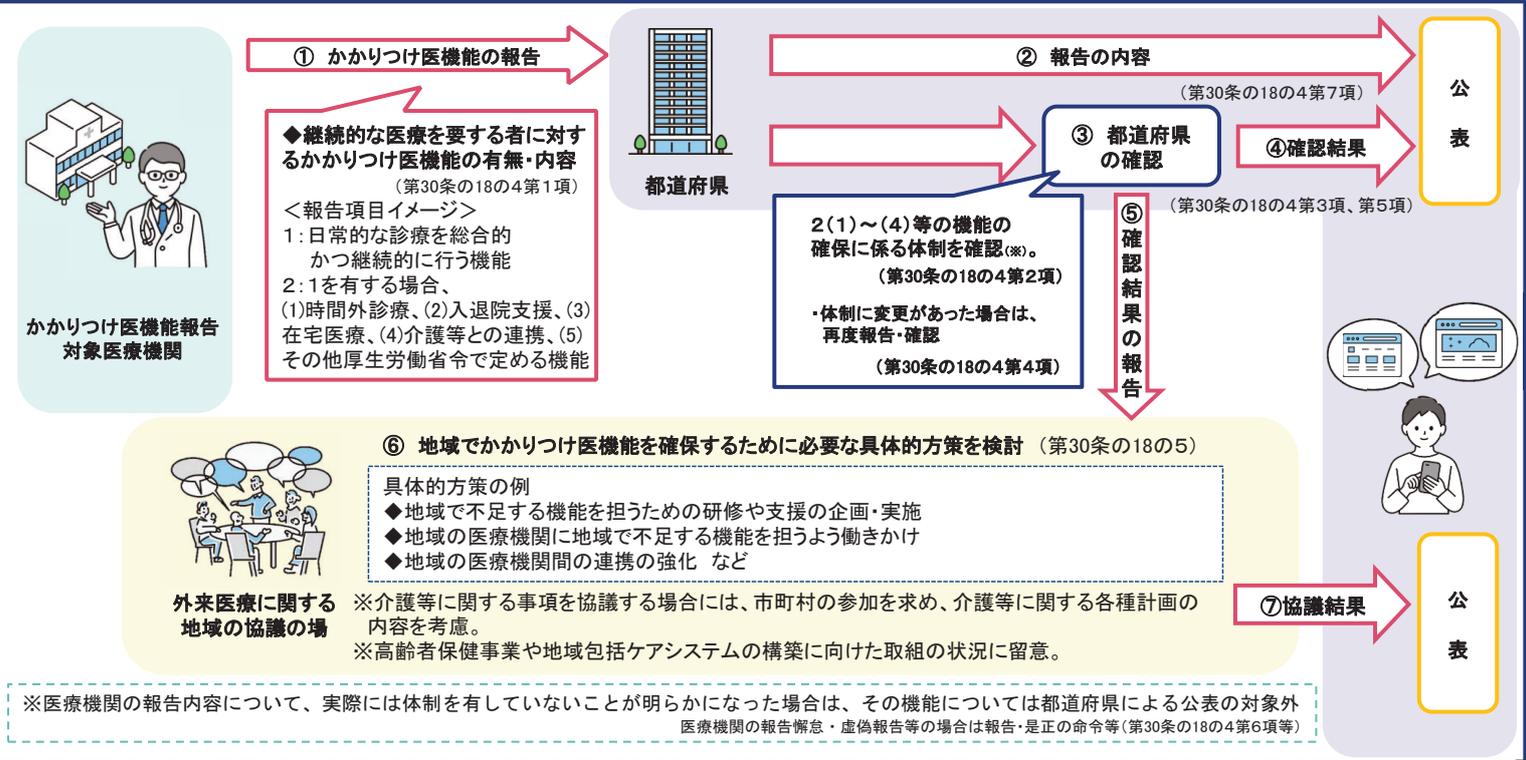
- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
 - ①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の**日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**（厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ②：①を有する場合は、(1)通常診療時間外の診療、(2)入退院時の支援、(3)在宅医療の提供、(4)介護サービス等と連携した医療提供、(5)その他厚生労働省令で定める機能（(1)～(4)は厚生労働省令で定めるものに限る）
 ・ 連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容

- 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

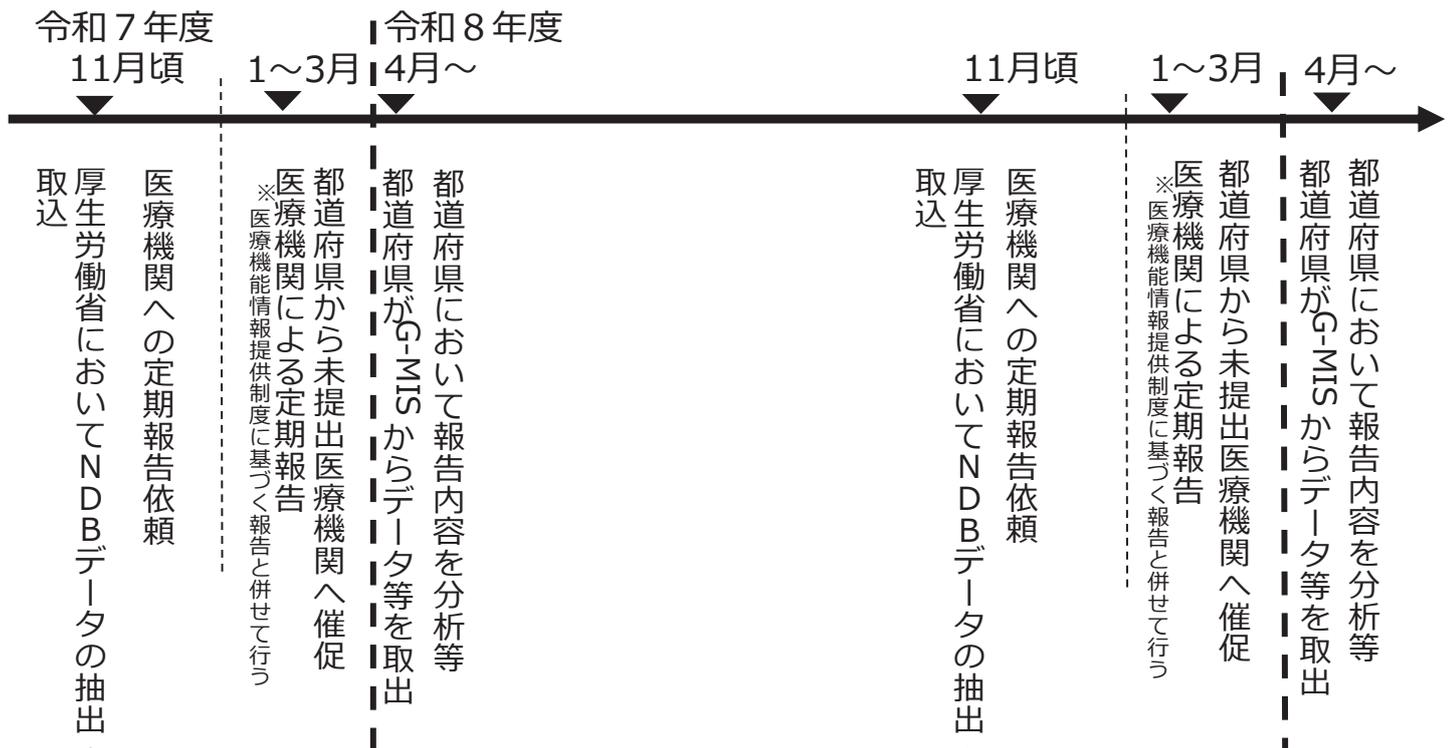
- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



令和6年5月24日 第5回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会資料 (一部改変)

令和7年度以降の実施スケジュール

- かかりつけ医機能報告について、医療機能情報提供制度に基づく報告と併せて行えるよう、以下のようなスケジュールとする。



かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会について

令和6年9月5日 第110回社会保障審議会医療部会（資料3）

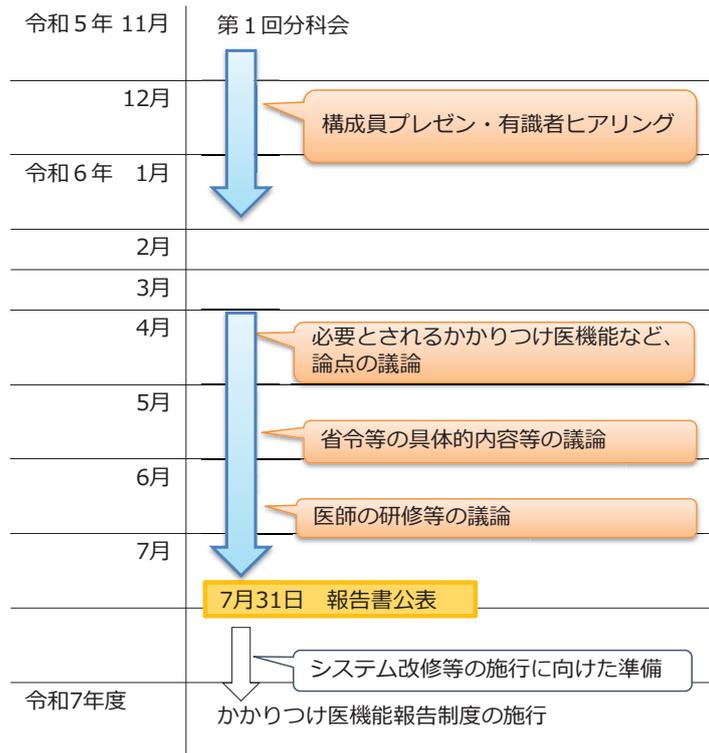
かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

（敬称略、五十音順）

阿部 一彦	日本障害フォーラム(JDF) 代表
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長
石田 光広	稲城市副市長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／ 医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所龍代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授
角田 徹	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会委員長
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
永井 良三	自治医科大学学長
長谷川 仁志	秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授
服部 美加	新潟県在宅医療推進センター基幹センターコーディネーター
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

座長

かかりつけ医機能報告の施行に向けた検討スケジュール



9

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要） 令和6年7月31日

令和6年9月5日 第110回社会保障審議会医療部会（資料3）

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- 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
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供
- ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

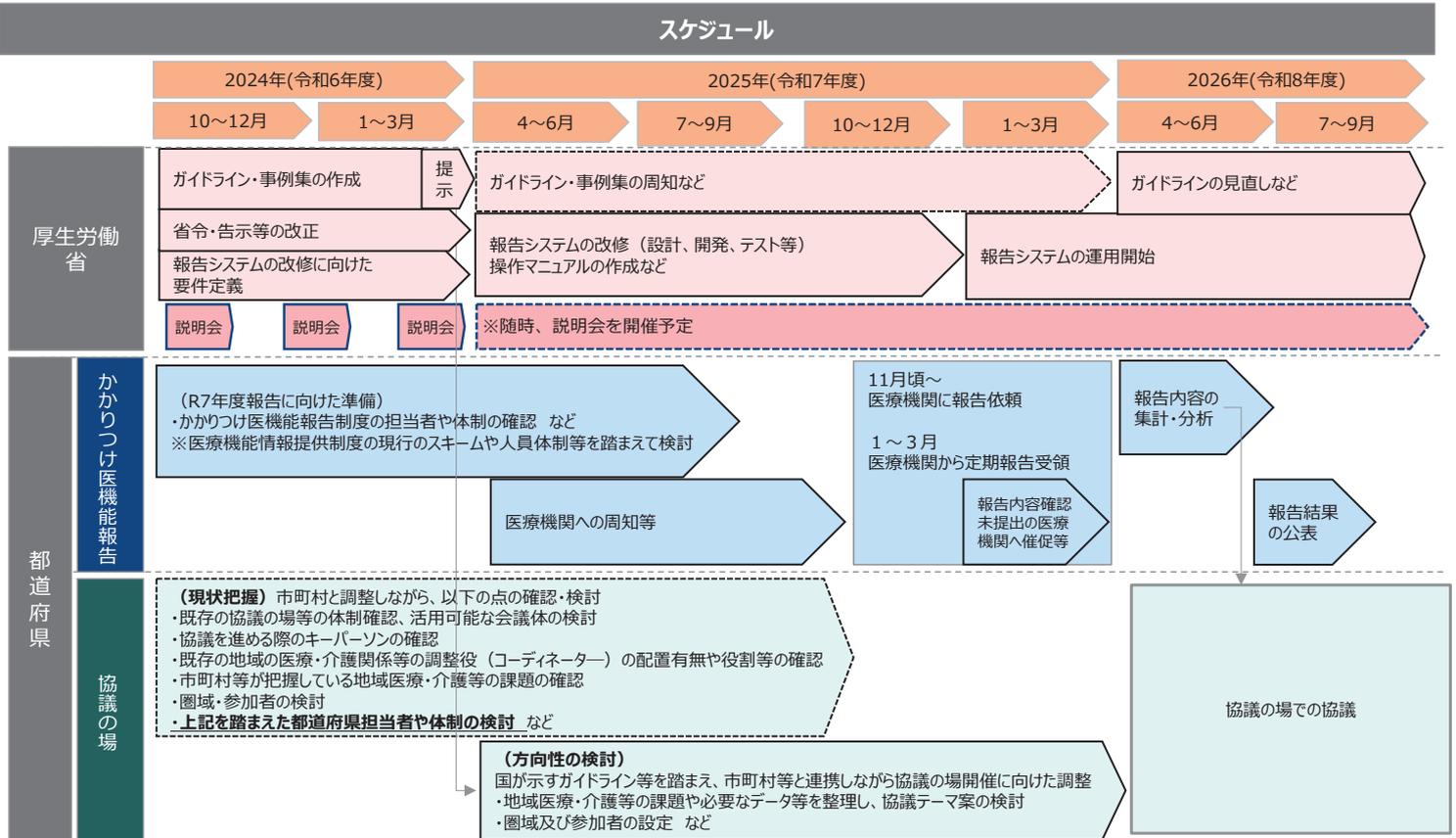
- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

都道府県における今後のスケジュールイメージ

○ 今後のスケジュール（現時点の想定）は以下のとおり。



協議の場のイメージ（例：時間外対応）

令和6年5月24日 第5回かかりつけ医機能が發揮される制度の施行に関する分科会資料（一部改変）

【目指すべき姿】

○ 地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制を構築し、患者が時間外に体調の悪化等があった場合にも、身近な地域で適切な診療や相談を受けられるようにする。

市町村等（協議の場の基本的な圏域）

<参加者の例>

- ※協議内容に応じて参加者は異なることに留意
- ・郡市区医師会
- ・都道府県・保健所
- ・市町村
- ・関係する診療所
- ・関係する病院
- ・薬剤師会
- ・看護協会 など

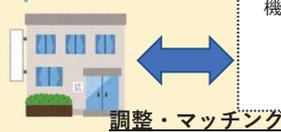
【協議の場】



時間外対応の連携先を見つけたい

【課題解決の具体策の例】

- ・時間外対応の連携先の確保
- ・休日夜間急患センターの参加調整・促進

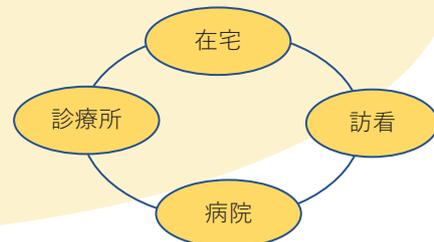


<協議事項>

- ・かかりつけ医機能報告により得られた情報を基に、地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制の構築状況を把握
- ・在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加している医療機関
- ・自院の連絡先を渡して随時対応している医療機関
- ・他の医療機関と連携して随時対応している医療機関 等
- ・地域において連携体制が構築できていない場合は、その課題を把握（例えば、連携先の不足、患者情報の共有が不十分 等）
- ・課題を踏まえ、連携体制の構築についての具体策を検討

【課題解決の具体策の例】

- ・ICTの活用による患者情報の共有



協議の場における議論の進め方のイメージ（例：時間外対応）

（1）地域の具体的な課題

- 休日夜間に在宅療養中の高齢者が肺炎等で発熱した場合、日常的に訪問診療を受けている医師、看護師等に連絡・相談できる体制がなく、その結果、大病院に搬送され、寛解後の在宅復帰が遅れる、ないし、ADLの低下を招いているのではないか。

（2）様々な視点から考えられる原因

（ex：医療側、介護側、住民側・・・）

【原因①】：地域の医師全体の高齢化もあり、24時間対応が困難となっている。

【原因②】：在宅医療の意向がないわけではないが、在宅患者の急変時対応等の経験が少なく、心理的な不安から連携体制に積極的に参加できていない医師がいる。

（3）地域で目指すべき姿

- 在宅療養中の高齢者が急変した場合に備え、医療機関間の役割分担の明確化や連携体制について地域で話し合い、多職種間で在宅患者の情報を共有しながら、24時間の往診体制や緊急電話相談体制、訪問看護体制を確保する。

（4）対策と役割分担（誰に誰が何をするか）

【対策①】：地域の医療提供者全体で、在宅患者の24時間対応を行うための連携体制について見える化し、24時間体制が困難な地域で在宅医療を提供可能な医療機関があるかどうか、連携体制でカバーできないか等について検討する。

⇒連携体制構築、個々の在宅患者ごとの緊急時連絡先リストの整備 など

【対策②】：24時間対応体制を訪問看護師やヘルパー、消防等も含めた多職種連携で支える観点から、関係者間でのタイムリーな情報共有を行うためのICT導入

⇒ICT情報共有ツール導入 など

【対策③】：在宅医療の現実や課題、ノウハウ、事例等の共有による、在宅医療に参加する医師の不安感の解消

⇒在宅現場経験の少ない医師に対する同行研修や事例等の共有 など

（5）対策により期待できる効果

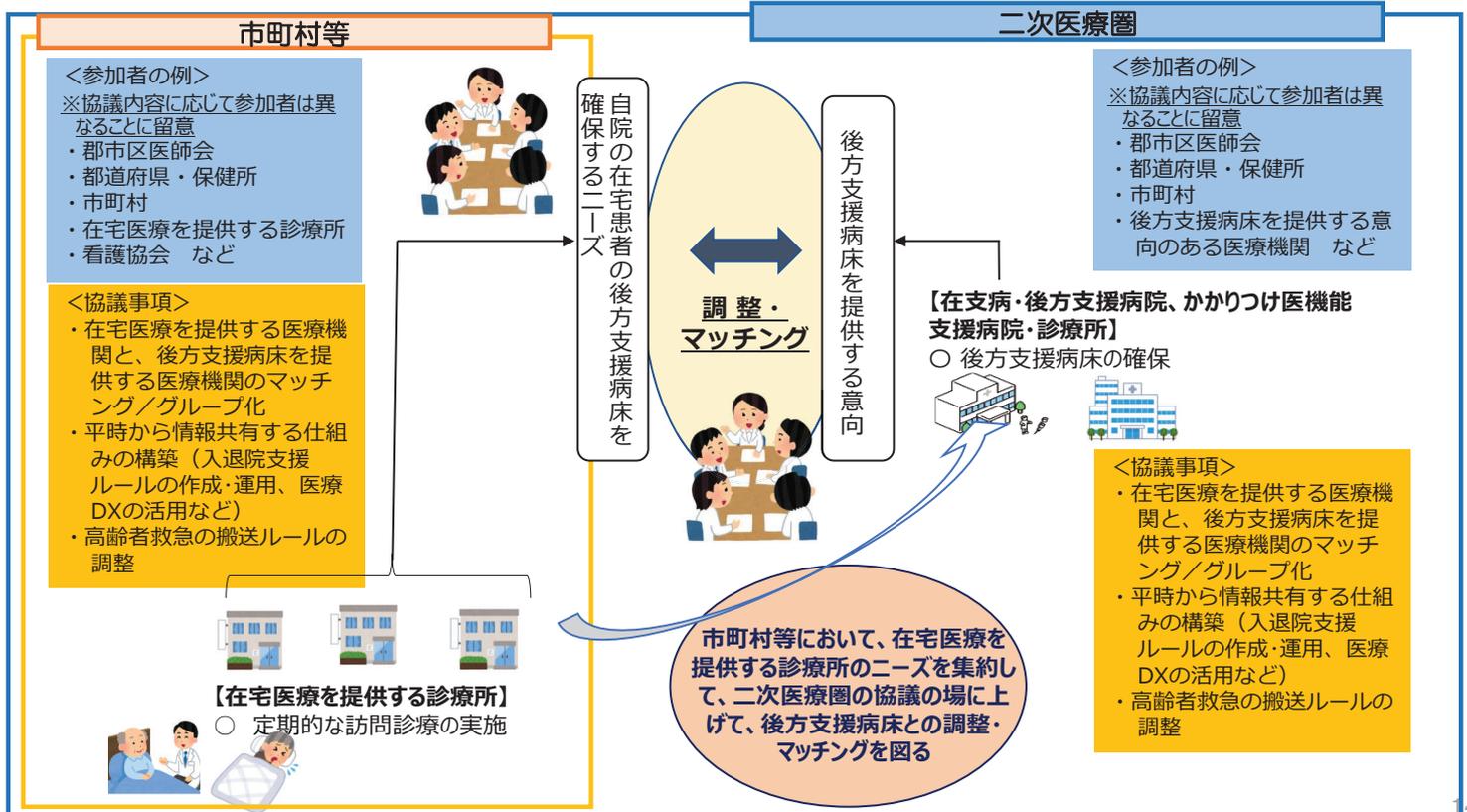
【効果】：在宅患者が急変した場合も、家族が緊急相談することができ、身近な地域において24時間の往診や訪問看護を受けることができる。

13

協議の場のイメージ（例：入退院支援）

【目指すべき姿】

- 地域の在宅療養中の高齢者が、病状の急変等により突発的入院が必要となった場合に受け入れられる後方支援病床を地域で確保する。入院しても早期に在宅復帰して住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前から在宅療養を担う医療機関と後方支援を担う医療機関との情報共有を強化する。



14

協議の場における議論の進め方のイメージ（例：入退院支援）

（1）地域の具体的な課題

- 在宅療養中の高齢者が状態悪化により入院を要する場合も、受け入れる後方支援病床の確保ができていないため、入院まで時間がかかり、状態が悪化する。その結果、寛解までに時間がかかる。また、入院から退院に至るまで関係者間で十分な情報共有ができていないため、在宅復帰が遅れ、在宅療養の継続が難しくなっているのではないか。

（2）様々な視点から考えられる原因

（ex：医療側、介護側、住民側・・・）

- 【原因①】：地域で後方支援病床の確保ができていない。
- 【原因②】：地域で在宅療養中の高齢者の状態が悪化した場合の対応方法が不明確。
- 【原因③】：入院から退院に至るまでの情報共有の仕組みが地域にない、もしくは機能していない。

（3）地域で目指すべき姿

- 在宅療養中の高齢者の状態が悪化した場合に、入院できる後方支援病床を地域で確保する。入院から退院に至るまでの円滑な情報共有のルール（入退院支援ルール）を作成する。ルール作り、運用、修正を通じて、地域の関係者間の関係強化を図り、「顔の見える関係」を広げていく。

（4）対策と役割分担（誰に誰が何をするか）

- 【対策①】：地域で後方支援病床を確保し、運用する。
⇒圏域ごとの一定数の後方支援病床の確保、マッチング、後方支援病床を確保するニーズの把握 など
- 【対策②】：入退院支援のルール作り、活用する参加者を広げていく。
⇒入退院支援の標準ルール作成とフォロー、地域性に沿った入退院支援ルール作成の場作りと支援 など

（5）対策により期待できる効果

- 【効果】：後方支援病床の確保と入退院支援ルールが広がることで、地域の医療関係者がつながり、在宅患者の状態変化時に迅速に入院対応、その後の早期在宅復帰ができることで、在宅を中心とした療養生活を継続できるようになる。

令和6年10月18日

かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会資料

協議の場立ち上げにあたっての流れとポイント

- 既存の場（都道府県、市町村、医師会等主体は問わず）で**同様の趣旨・内容を協議している、または協議可能な会議体がないか確認**する。
（例）地域医療構想調整会議、地域ケア会議、在宅医療・介護連携会議 など
※医療分野だけではなく、**都道府県・市町村の介護・福祉分野を含めた会議体の現状把握が重要**となる
- 同様の会議体がある場合は協議の場として活用できないか検討する。その場合、参加者についても追加・変更する必要があるか検討する。
※既存の会議をそのまま活用する場合、地域の具体的な課題や具体的方策について協議が可能かどうか精査することが必要。
（協議が進まない事例）
・会議に全市町村の参加を呼びかけたところ、関係者が多くなり、形式的な会議となって協議が進まない など
- かかりつけ機能を協議するにあたって適切な会議体がない場合は、**都道府県の介護部局、市町村や医療・介護関係者等と相談しながら、協議の場の在り方を検討し、新たな協議の場の立ち上げを含め、検討する。**

協議を円滑に進めるにあたっては協議の目的・内容に応じた**「地域のキーパーソンが誰か」ということを都道府県介護部局、市町村、医療・介護関係者等と相談し、協議の場に参加してもらうことが重要。**

（地域のキーパーソンの例）

- ・24時間往診体制を検討する場合：地域医師会の在宅担当理事、在宅医療を行う診療所、訪問看護ステーションなど
- ・入退院支援の場合：後方支援病院の病院長・地域連携室長、在宅医療を提供する医師 など

報告制度の開始に伴い必要となる事項

- かかりつけ医機能報告制度における業務体制等を確認いただき、計画的な取組を進めていただくようお願いします。
- かかりつけ医機能の協議の場の開催・運営においては、地域の実情をこまやかに把握している市町村等との連携が重要**になります。都道府県は市町村をはじめとする関係者と情報交換を行うなど、都道府県内においてどのように協議の場を設定するか、体制の確認と役割分担等の検討を始めていただくようお願いします。

都道府県の取組事項

- システムを用いたかかりつけ医機能報告業務における庁内体制等の確認・検討をお願いいたします。
 - かかりつけ医機能の協議の場の開催・運営においては、地域の実情をこまやかに把握している市町村の積極的な参加が重要となるため、都道府県におかれては、市町村との緊密な連携を進めていただくようお願いします。
 - 協議の場については、既存の場（都道府県、市町村、医師会等主体は問わず）で同様の趣旨・内容を協議している、または協議可能な会議体がないか確認を進めていただくようお願いします。
その際は、医療分野だけではなく、都道府県・市町村の介護・福祉分野を含めた会議体の現状把握が重要となる点にご留意ください
- ※現時点の詳細はP23のスケジュールを参考にして、必要な準備等を進めていただくようお願いします。

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

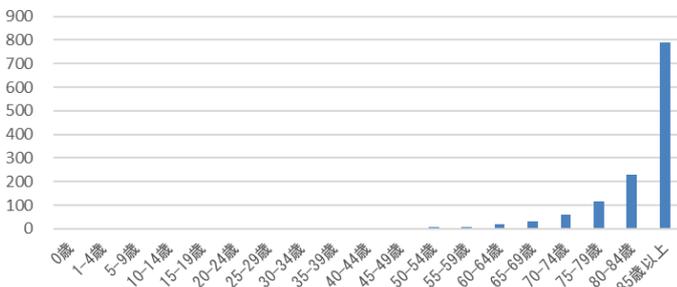
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

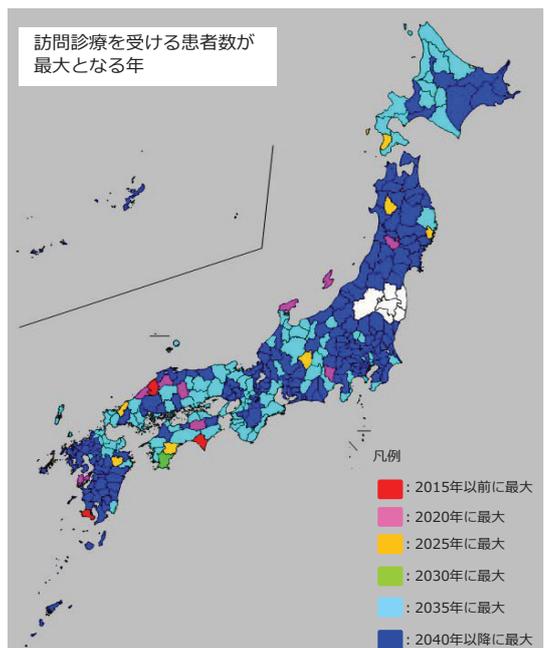
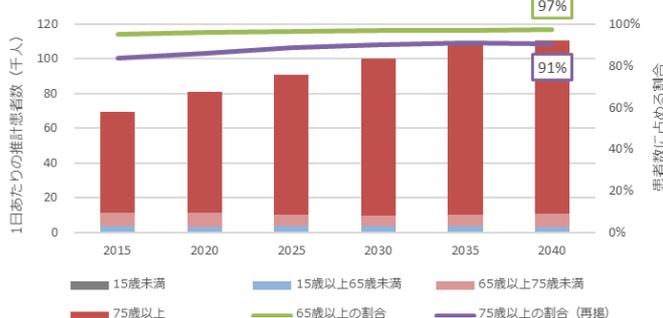
第7回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年3月4日 資料1改

- 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。

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



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。

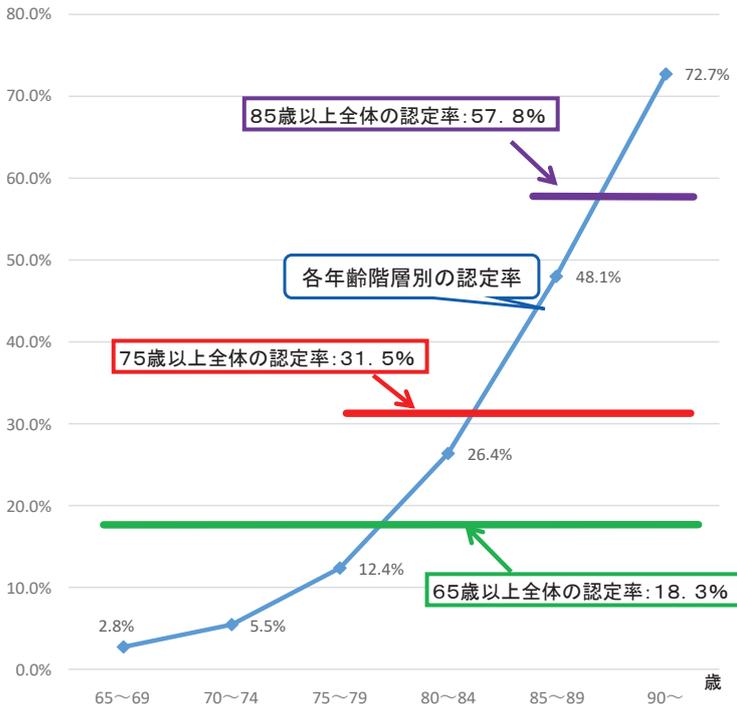
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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。

医療需要の変化② 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

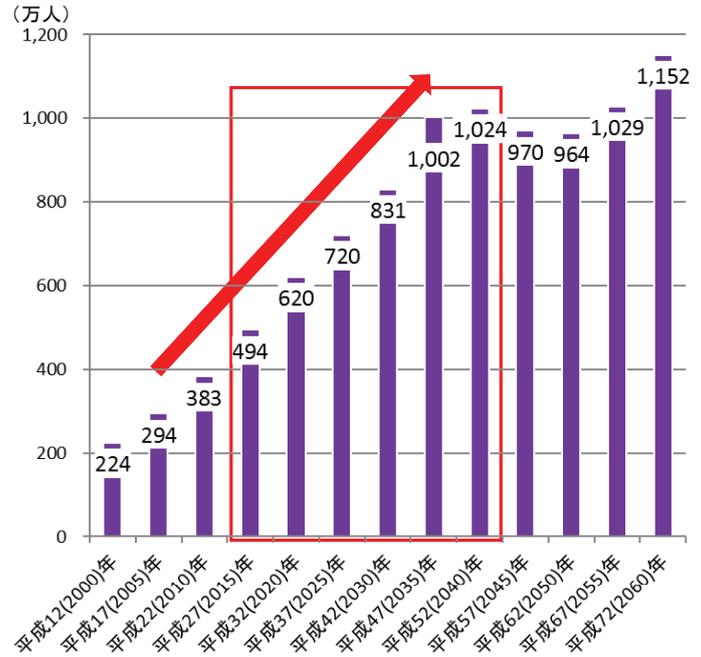
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



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

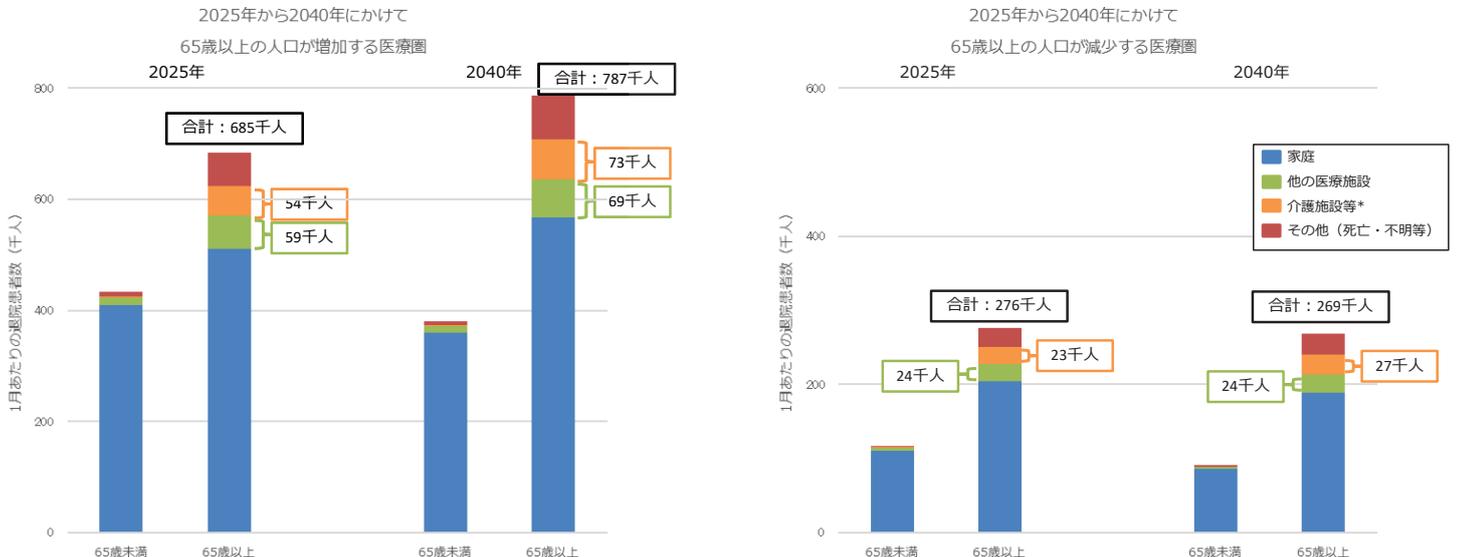


出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

医療需要の変化③ 介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数が増加する

- 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

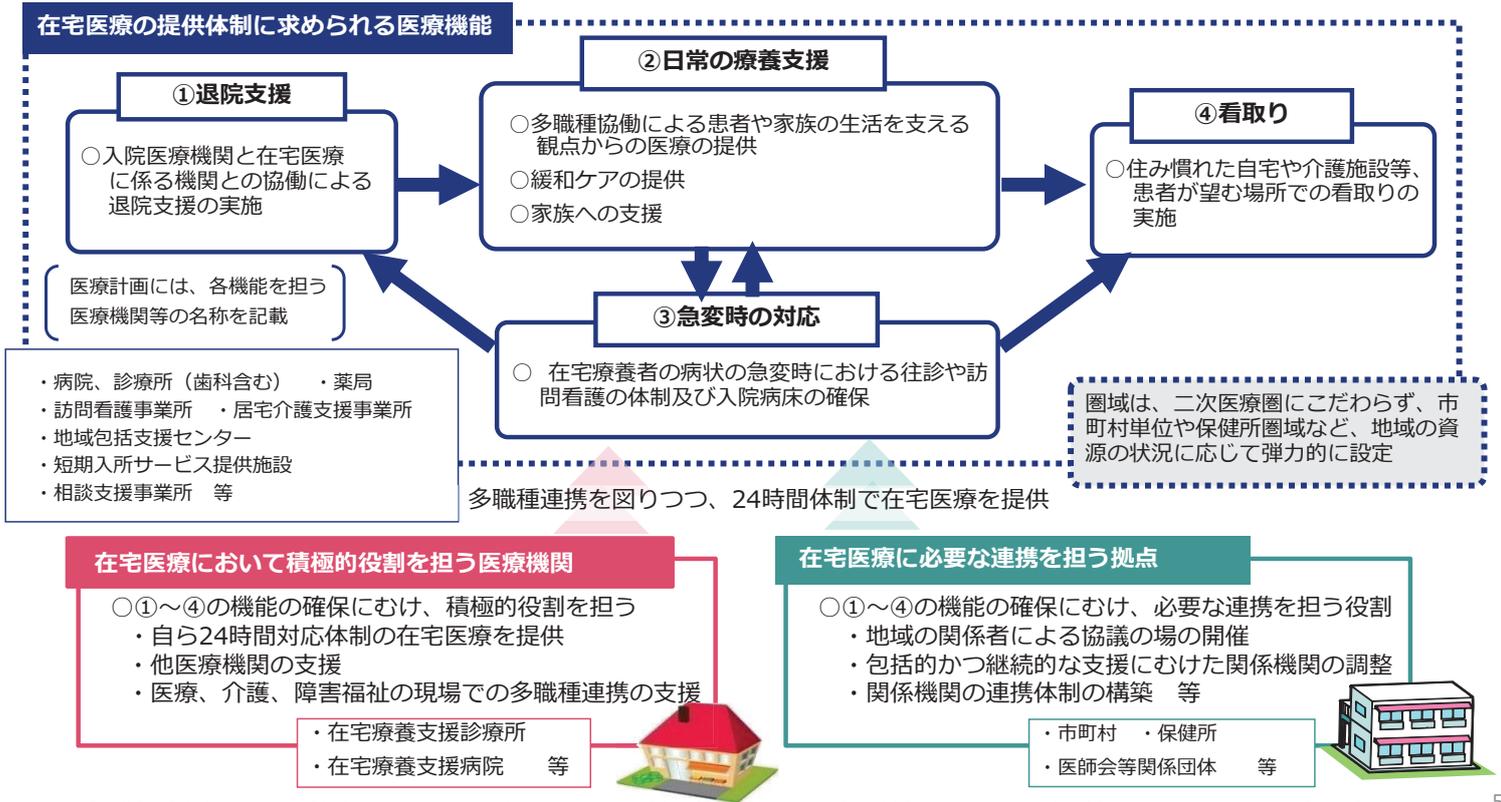
※退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。

※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 ～



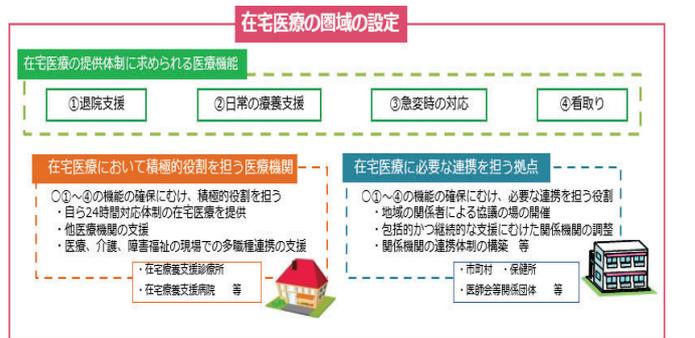
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

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、地域の実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。

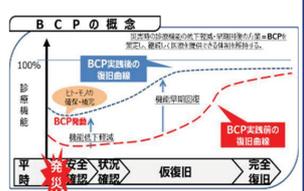
在宅医療の提供体制



- ◆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。**

7

<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。**

8

<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関わり**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・維持を図る観点から、**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

9

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

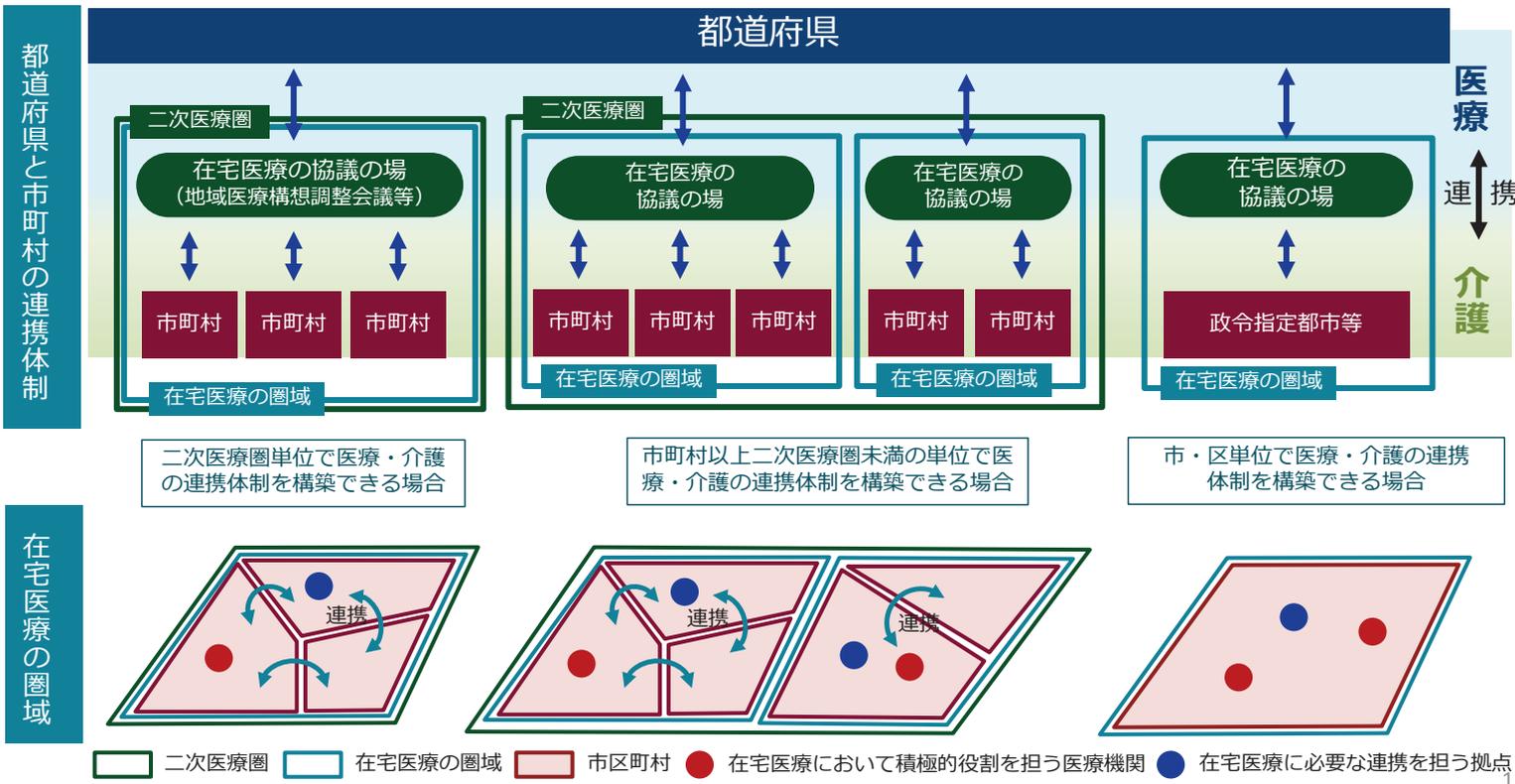
2 圏域の設定

- (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

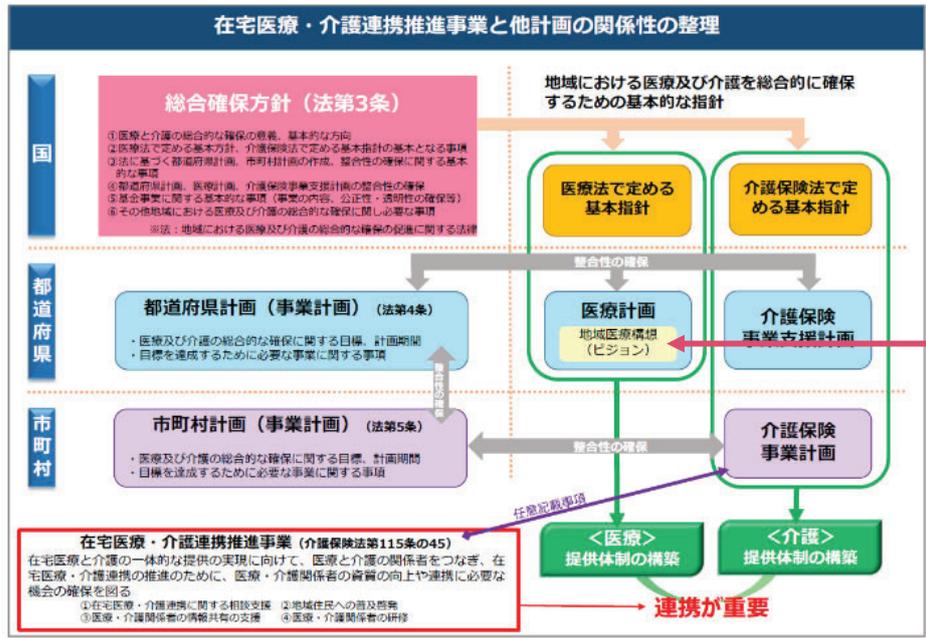
② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- 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

「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

【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

新潟県における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の取組

第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年9月28日

取組の背景

- ・ 高齢化が進展する中、在宅医療の需要増が見込まれている
- ・ 在宅医療に係る多職種連携が十分でなく、医師の負担が大きい
- ・ 地域の実情に合った在宅医療提供体制を構築する必要がある

事業概要（取組の特長）

1. 令和4年度予算：85,419千円（特財・地域医療介護総合確保基金）
2. 事業目的
 住み慣れた自宅や地域での療養を希望する人が在宅医療を受けられるよう、医療従事者等の負担軽減の仕組みづくりや多職種連携の仕組みづくりなどを通じて、地域における在宅医療の受け皿の拡充を図る。
 （在宅医療推進センター設置・運営及び在宅医療ICT構築に対し補助、平成27年10月～）
3. 取組の特長（特に工夫している部分に下線）
 ・ 県全域をカバーする県医師会と各地域の実情に応じた対応が可能な各都市医師会がそれぞれ「在宅医療推進センター」を設置
 ・ 多職種間で患者情報等の共有を行う在宅医療ICTシステムを整備

事業の成果等

- ・ 県医師会及び県内全16都市医師会に計17か所の在宅医療推進センターを設置済み
 - ・ 16都市医師会のうち、12都市医師会で在宅医療ICTシステムを整備・運用中
 - ・ 各都市医師会在宅医療推進センター主導で地域の入退院支援推進のための取組を実施
- （令和4年3月末現在）

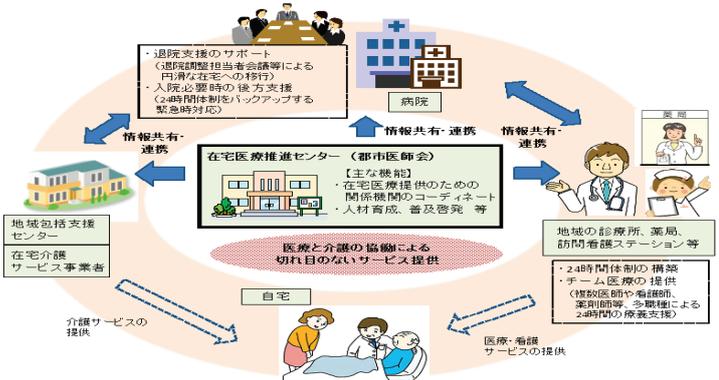
在宅医療・介護連携推進事業との連携

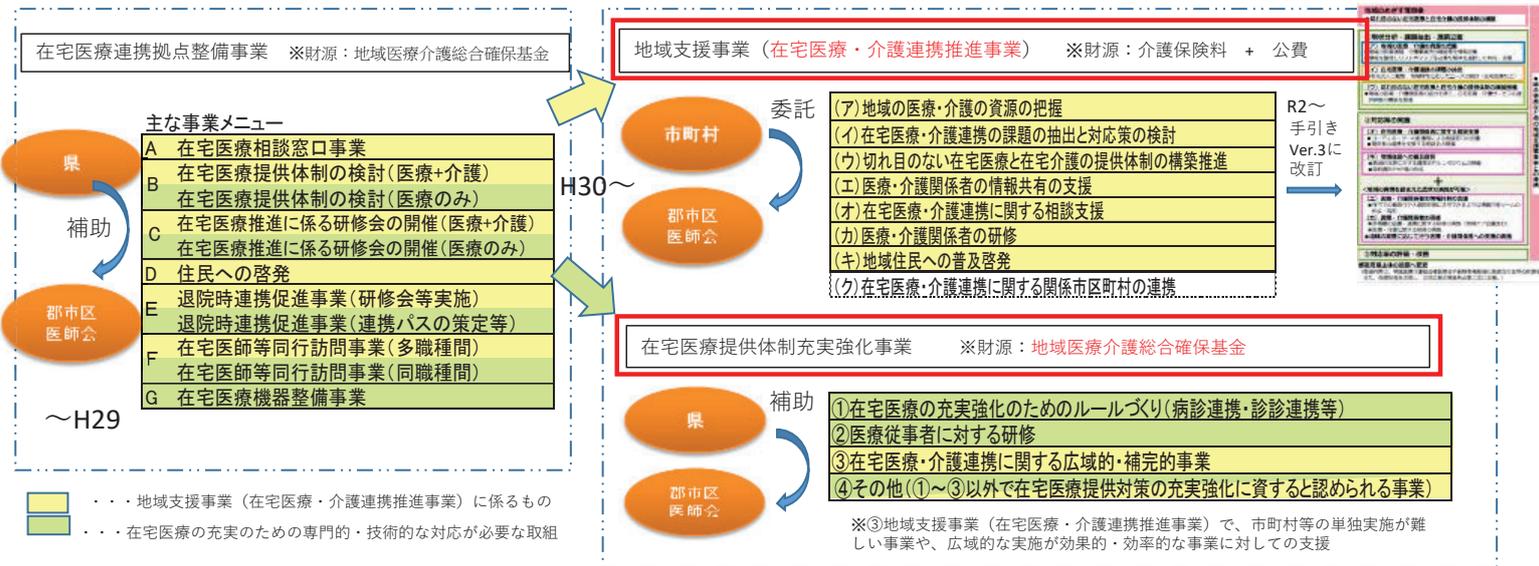
- ・ 在宅医療・介護連携事業の一部または全部を推進センターに委託し、事業を展開している市町村もあり、事業全体を精査し効率的な計画、実施をしている。



事業推進上の課題等

- ＜事業推進上の課題＞
- 各在宅医療推進センターの更なる体制強化が必要
 - 各市町村の在宅医療・介護連携推進事業との更なる連携
 （現在、30市町村のうち15ヶ所が拠点へ業務委託。それ以外は拠点と各支町村が月に一回の会議を開催）
- ＜横展開に向けての提言＞
- 規制緩和：ICTに係る患者情報の利用に関する手続きの簡素化
 - 財政支援：事業の安定実施に向け、地域医療介護総合確保基金の都道府県要望額満額交付





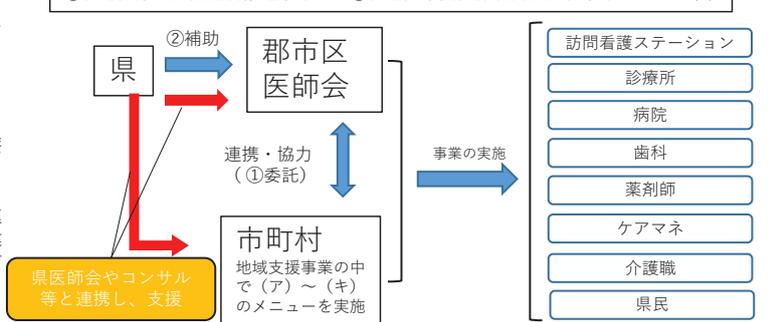
・H29まで郡市区医師会に連携拠点事業として、補助していたが、H30から、市町村においては、在宅医療と介護の連携推進が介護保険法の地域支援事業として位置づけられたため、市町村と県での事業のすみわけを整理した。

・拠点整備事業の実施により、在宅医療・介護の連携体制は徐々に構築されつつあるが、さらなる受け皿の拡大のため、充実強化事業として、県が市町村(郡市区医師会)に広域的・補完的な取組の支援を実施。

・市町村が地域支援事業の中でどの程度の役割を委託しているか、マンパワーや医療資源等の違いから、市町村と郡市区医師会の事業の役割分担は地域により差がある。

・福岡県は、ほぼすべての市町村で郡市区医師会に在宅医療・介護連携事業の委託を行っており、原則として、郡市区医師会が中心となり、在宅医療・介護連携を推進しているところだが、県としては、在宅医療・介護連携従事者として、市町村・保健所の職員にも研修会等を通じて、事業の推進を呼び掛けている。郡市区医師会・市町村・保健所等が協議の場等で話し合い、地域の役割分担の中で協力して事業を推進していくのが望ましいと考えている。

①在宅医療・介護連携推進事業・②在宅医療提供体制充実強化事業 スキーム図



地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ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」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。

都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

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 居宅等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・支援体制の整備に資する事業

- ・ **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、在宅患者の日常療養生活の支援・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、医療側から介護側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整備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働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・養成に資する事業

- ・ **在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成**
 (事業例) かかりつけ医の普及定着を推進するため、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な経費を支援。

3. その他在宅医療の推進に資する事業

- ・ **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、都道府県歯科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な経費を支援。
- ・ **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、地域で使用される衛生材料等の供給拠点となる薬局の設備整備に必要な経費を支援。

※ 記載の事業例は、「地域医療介護総合確保基金(医療分)に係る標準事業例及び標準単価の設定について」(平成29年1月27日付け医政局地域医療計画課長通知)に定める標準事業例から引用

事前質問への回答について

厚生労働省 老健局老人保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

在宅医療・介護連携推進事業の概要について

ご質問の概要

- ① 国、都道府県、市町村のそれぞれの役割と連携について
- ② 都道府県と市町村の連携が上手くいっている事例について
- ③ 「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
- ④ コーディネーターに必要な能力について

※事前に頂いた質問を抽出し、主旨が同一の事項はまとめておりますのでご了承ください。

① 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

② 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

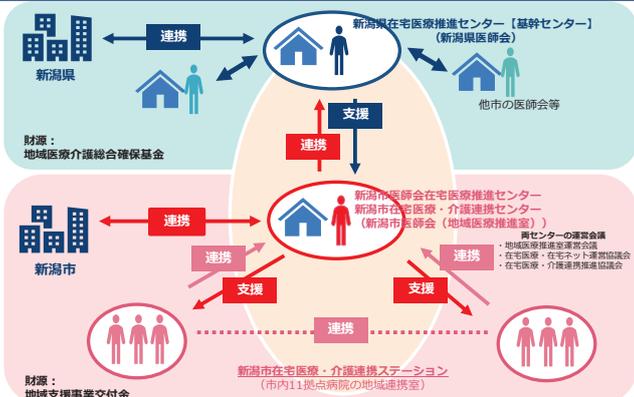
- 在宅医療の推進を目的として、平成28年に新潟県医師会内に地域医療介護総合確保基金により設置・運営される「新潟県医師会在宅医療推進センター【基幹センター】」を設置。合わせて、県内全ての市医師会に在宅医療の連携拠点となる「在宅医療推進センター（新潟市は「新潟市医師会在宅医療推進センター」（以下、「推進センター」））を設置。
- 市は、在宅医療・介護連携推進事業を新潟市医師会へ委託し「新潟市在宅医療・介護連携センター（以下、「連携センター」））を設置。さらに新潟市8区11病院の地域連携室に「在宅医療・介護連携ステーション（以下、「連携ステーション」））を設置。
- 現在、委託の有無に関わらず、市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

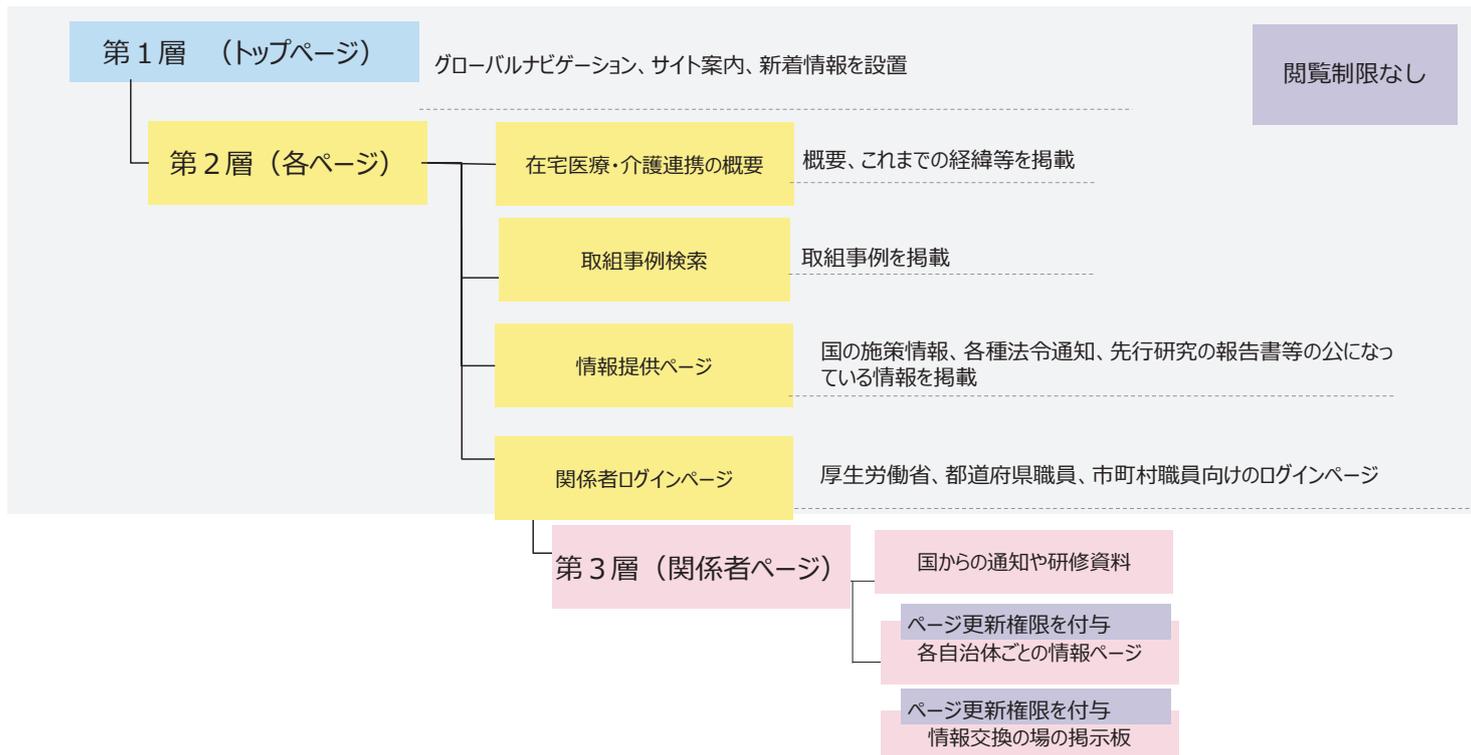
- ◆ 体系的なコーディネーター体制
 - 県（基幹的）一市（基幹的）一市（現場的）の体系的なコーディネーター体制により、全県的なコーディネーター間のネットワーク化及びノウハウの蓄積に寄与。
 - 統一化されたフォーマットやマニュアル等を全県的に活用することにより、一定の質担保に寄与。
- ◆ 在宅医療・介護連携ステーション配置による効果
 - 病院の地域連携室にコーディネーターを配置することにより、地域の入院の実情や課題把握を得やすく、「入院支援」の円滑な連携に寄与。また、兼務でコーディネーター業務を実施しているため、継続的な人材確保や育成も期待される。



② 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（予定）

プラットフォーム掲載概要：

在宅医療・介護連携推進事業の各通知や研修資料等及び各都道府県及び市町村の取組に係る資料を一括で掲載、検索可能なシステム。分類ごとに閲覧権限や更新権限を自治体等に制限付与する。自治体間での情報共有システムも搭予定。（令和7年4月-稼働予定）



※ 詳細については現在検討中になります。自治体の皆様には事例収集にご協力をお願いすることがございます。

4

③ 「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

5

④ 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具体的な役割等

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。

6

④ 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

【研修会議Ⅱ】（基礎演習）

日時：(東京)令和6年11月15日(金)、(大阪)令和6年11月21日(木)、(福岡)令和6年11月22日(金)
各日10:00～16:45

会場：(東京)ビジョンセンター新橋1801(東京都千代田区内幸町1-5-2 17F)
(大阪)グランキューブ大阪特別会議場(大阪府大阪市北区中之島5-3-51 12F)
(福岡)TKP エルガーラ大ホール(福岡県福岡市中央区天神1-4-2 8F)

対象者：市町村、都道府県、保健所及び厚生局の職員、在宅医療・介護連携推進のコーディネーター、地域包括支援センターの職員、医師会等の関連団体の方々等 ※研修会議Ⅰに参加、または後日視聴いただける方、1自治体から複数名の参加を推奨
研修の狙い：市町村とコーディネーターが協働しながら、個別課題から地域課題に展開する手法等を身につける課題解決のシナリオを考える力を高める。

※申込締切：東京開催令和6年11月8日(金)17:00、大阪・福岡開催令和6年11月15日(金)17:00

【研修会議Ⅲ】（応用演習）

日時：令和6年12月2日(月)10:00～16:30

会場：(東京)AP 虎ノ門会議室A(東京都港区西新橋1-6-15 11F)

対象者：市町村、都道府県、保健所及び厚生局の職員、在宅医療・介護連携推進のコーディネーター、地域包括支援センターの職員、医師会等の関連団体の方々等

※研修会議Ⅱに参加していなくても参加可能です。

※対象者として想定している参加いただきたい方は、地域課題解決に関わっている方となります。

研修の狙い：コーディネーター支援を行う上での課題を共有し、課題解決となる対策を考える全国の事例を知る、仲間を作る

※申込締切：令和6年11月25日(月)17:00

特設サイト（申し込み）



7

① 在宅医療・介護連携事業の有効的なあり方にかかる調査研究事業

平成26年介護保険法改正により、市町村が実施する事業として、地域支援事業の一つに「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられてから約10年が経過する。

この間、地域の実情を踏まえた取り組みが実施されるよう、取り組み状況等の実態把握等を踏まえ、省令改正や手引き等を改訂した。

一方、介護保険行政を取り巻く状況は大きく変化しており、今後の更なる事業推進のためには、これまでの知見等も元に、現在の社会ニーズ等も踏まえた上で整理が必要である。

そのため、本事業では、以下を実施する。

・ 在宅医療・介護連携推進事業に係る厚生労働科学研究や老健事業、調査研究等についてシステマティックレビュー等を行う。また、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それぞれの好事例について取りまとめる。さらに、今後の施策への提言を報告書にとりまとめる。

・ 学識者や有識者、実施主体である市町村をはじめとする行政職等からなる検討委員会を設置し、成果物として、令和5年介護保険法改正や令和6年介護報酬改定事項等を踏まえた「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」の改訂（案）を作成する。

⇒最終成果案：「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」の改訂

② 在宅医療・介護連携推進事業における都道府県・市町村連携及びコーディネーターの有効な在り方に関する事業

在宅医療・介護連携推進事業において地域の実情に応じた取り組みを進めている一方事業の実施に課題を抱える市町村も多い状況にある。また、「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、「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」や「総合的に進める人材の育成・配置」を進める必要性について指摘されているが、都道府県や、在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターがどのような働きかけを行うべきか等について特化して示した媒体はない。

そのため、本事業では、都道府県が管内市町村の連携支援を行う際の参考とし、事業の進捗管理や効果測定等も実施できるよう、一連のプロセスを体系化・構築するため、以下を実施する。

- ① 過去の「在宅医療・介護連携推進支援事業」及び在宅医療・介護連携推進事業及び類似事業に係る老人保健健康増進等事業等の成果等の分析
- ② 実施主体である市町村や、支援する都道府県、在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターへのヒアリング調査等を行い、効果的な支援及び取り組みに資するプロセスをそれぞれ体系化
- ③ ①～②による成果をそれぞれハンドブックとしてまとめ、市町村及び都道府県に周知

⇒最終成果案：都道府県が管内市町村の連携支援を行う際のハンドブック、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ハンドブック

③ 在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討

在宅医療・介護連携推進事業の一層の推進に向けては、各市町村がその進捗状況を自己評価し、自らの施策を顧みることができる評価指標や評価スキームが求められるが、当該事業は地域の実情に応じて構築されていくものであり、定量的な評価が困難な側面もある。

そのため、令和4年度～5年度の厚生労働科学研究（医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究（研究代表者：国立保健医療科学院 赤羽学））において、既存指標の妥当性の評価や新たな指標の必要性の検討のための基礎データの収集及び提案等がなされたところである。

本事業は、これらを踏まえた上で、以下を実施する。

- ① 検討委員会を設置し、市町村及び都道府県においてより活用可能な指標案と、実際 に評価を行う際のポイント等を整理
 - ② 市町村におけるモデル事業の実施
 - ③ ①、②の成果も踏まえ、指標案の更なる精査を実施し「指標集ないし手引き」を策定
- また、得られた結果等は、保険者機能強化推進交付金等の評価指標等の検討に活用することも見据えて整理を行い、報告書にまとめる。

⇒最終成果案：在宅医療・介護連携推進事業の指標集ないし手引き

④ 在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（医政地発0331第14号令和5年3月31日）において、「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が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。」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。」とされている。「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に訪問看護事業所を位置づけている自治体や、訪問看護事業所に在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターを配置している自治体もあることから、訪問看護事業所は「在宅医療に必要な連携を担う拠点」及び「在宅医療・介護連携推進事業」において一定の役割が求められる。そのため、本事業では、訪問看護事業所を対象に、医療・介護連携における訪問看護事業所の連携の在り方や役割等を調査して実態把握を行う。また、効果的・効率的な連携を行っている訪問看護事業所に係る事例集を作成する。さらに、これらの調査結果を踏まえ、今後、医療・介護連携において訪問看護事業所が更なる連携や役割を発揮するために必要な方策等を提案する。

⇒最終成果案：訪問看護事業所に係る事例集

⑤ 在宅医療・介護連携に係る認知症の人を含む高齢者の口腔管理体制の構築の検討

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・介護の関係機関連携は重要である。特に認知症の方においては、認知機能の低下に伴い、口腔清掃自立度の低下や歯科治療の必要性の把握が困難となることが課題として把握されている。そのため、介護事業者と歯科医療機関は早期に連携する必要がある。認知症の人を含む高齢者の口腔管理体制の構築の取組について、自治体、歯科医療機関等に調査を実施するとともに、先進事例についてはヒアリングを実施する。特に在宅医療・介護連携推進事業における取組を調査検討する。その上で、効果的な取組事例をホームページ等で公開できるようデータを作成する。なお、調査及びヒアリング結果や効果的な取組について検討委員会で検討し、報告書にまとめること。

⇒最終成果案：自治体向けの手引き

主なご質問への回答

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

主なご質問への回答

1. 総論

Q1. かかりつけ医機能報告制度の目的や報告を行うことによる行政や医療機関におけるメリットは何か。

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、地域で必要となる時間外診療体制や、在宅医療、入退院支援などのかかりつけ医機能を確保していくことが不可欠であると考えています。

現在も医療機能情報提供制度などに基づく報告が実施されているところですが、本制度は、それらとは趣旨目的が異なる報告制度であり、今後在宅医療等を担う意向の有無なども含めて、医療機関におけるかかりつけ医機能の取組状況が分かるようになるものです。

その情報をもとに、地域のかかりつけ医機能の確保状況を可視化することができ、その上で、不足するかかりつけ医機能の協議に活用し、地域で必要な対策を検討してもらうことが重要と考えております。

主なご質問への回答

2. 行政の役割

Q2. かかりつけ医機能報告制度における都道府県や市町村の主な業務や役割は何か。

かかりつけ医機能報告制度における都道府県の業務については、大きく報告関連の業務と協議の場関連の業務があります。

また、市町村においても、地域における協議の場について、特に在宅医療や介護連携等の協議に当たっては、それらの実情をこまやかに把握する市町村の積極的な関与・役割が重要となります。

従って、都道府県におかれては、市町村をはじめとする関係者と情報交換を行うなど、都道府県内においてどのように協議の場を設定するか、体制の確認や役割分担などについて検討を始めていただくようお願いします。

※以下、現時点において、都道府県及び市町村にお願いしたい主な事項。

【都道府県】

- かかりつけ医機能報告業務(G-MISにより報告)における庁内体制等の確認・検討すること。
- かかりつけ医機能の協議の場の開催・運営においては、地域の実情をこまやかに把握している市町村の積極的な参加が重要であり、市町村との緊密な連携をお願いしたいこと。
- 協議の場については、既存の場(都道府県、市町村、医師会等主体は問わず)で同様の趣旨・内容について協議している、または、協議可能な会議体がないか確認を始めること。その際は、医療分野だけではなく、都道府県・市町村の介護・福祉分野を含めた会議体の現状把握が重要となる点に留意すること。

【市町村】

- かかりつけ医機能の協議の場の開催・運営においては、地域の実情をこまやかに把握している市町村等の積極的な参加が重要になるため、協議の場における圏域の設定及び参加者の検討等に関して、都道府県や地域関係者との積極的な情報交換をお願いしたいこと。

3

主なご質問への回答

3. 報告業務

Q3. 具体的な報告方法を知りたい。

報告対象医療機関は、特定機能病院と歯科を除く全ての医療機関となります。かかりつけ医機能報告制度は、医療機関等情報支援システム(G-MIS)を活用して報告対象機関からの報告業務を実施することを予定しています。また、報告業務に関しては、医療機能情報提供制度と同時期に実施し、業務スキームについても同様のものとしていく想定です。

4. その他

Q4. 先進事例を知りたい。

今後、国において、地域におけるかかりつけ医機能に関する取組事例をまとめ、様々なモデルを示していきたいと考えています。

各都道府県においては、そうしたモデルも参考としながら、各地域ごとの特性も踏まえて、かかりつけ医機能の確保に向けた取組についてご検討いただきたいと考えています。

Q5. かかりつけ医機能報告を踏まえた、在宅医療や介護との連携についてどのような対応を想定していますか。

在宅医療や介護連携については、既存事業等においても取り組んでいただいているところではございますが、これらの取組をさらに推進していく観点からも、医療側からの更なる取組が重要と考えております。

したがって、令和5年改正医療法において、かかりつけ医機能報告制度が創設されたところであり、本制度は、医療機関が有するかかりつけ医機能を報告いただき、地域で必要となる機能の確保状況について見える化した上で、不足するかかりつけ医機能を確保するための具体的方策を検討する仕組みとなります。

既存の取組に加え、今般のかかりつけ医機能報告制度に基づくデータ等も活用しながら、在宅医療や介護との連携に向けた更なる取組の推進にご協力をお願いいたします。

ご質問の概要

- ① 在宅医療の圏域について
- ② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」における障害福祉への対応について
- ③ 在宅医療における情報共有・情報伝達に対する認識、それに対する施策や方向性について

※事前に頂いた質問を抽出し、主旨が同一の事項はまとめておりますのでご了承ください。

ご質問の概要

- ① 在宅医療の圏域について
- ② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」における障害福祉への対応について
- ③ 在宅医療における情報共有・情報伝達に対する認識、それに対する施策や方向性について

※事前に頂いた質問を抽出し、主旨が同一の事項はまとめておりますのでご了承ください。

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

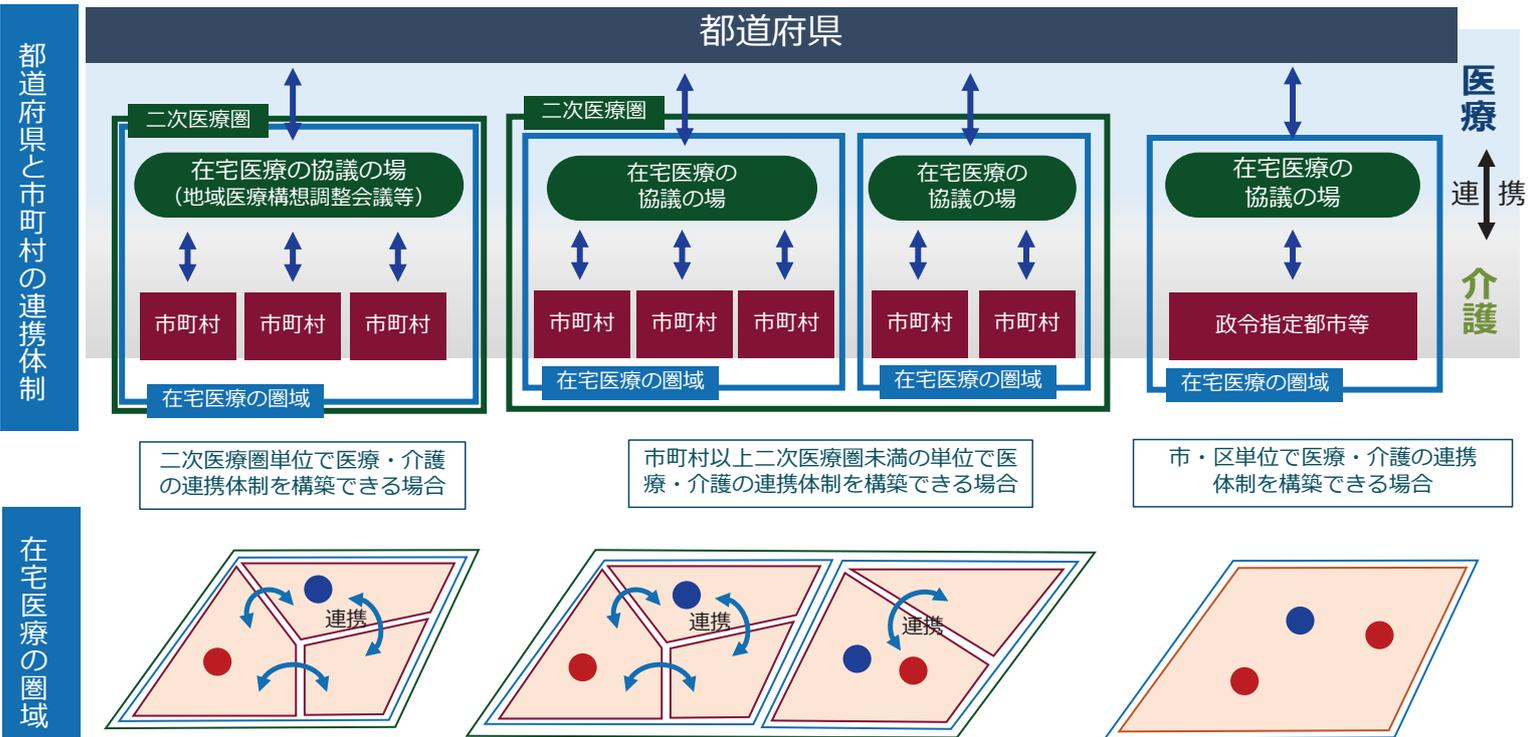
- 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。
- 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備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。
- 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。



ご質問の概要

- ① 在宅医療の圏域について
- ② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」における障害福祉への対応について
- ③ 在宅医療における情報共有・情報伝達に対する認識、それに対する施策や方向性について

※事前に頂いた質問を抽出し、主旨が同一の事項はまとめておりますのでご了承ください。

令和5年度第2回医療政策研修会
第1回地域医療構想アドバイザー会議
令和5年9月15日

資料
4

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。

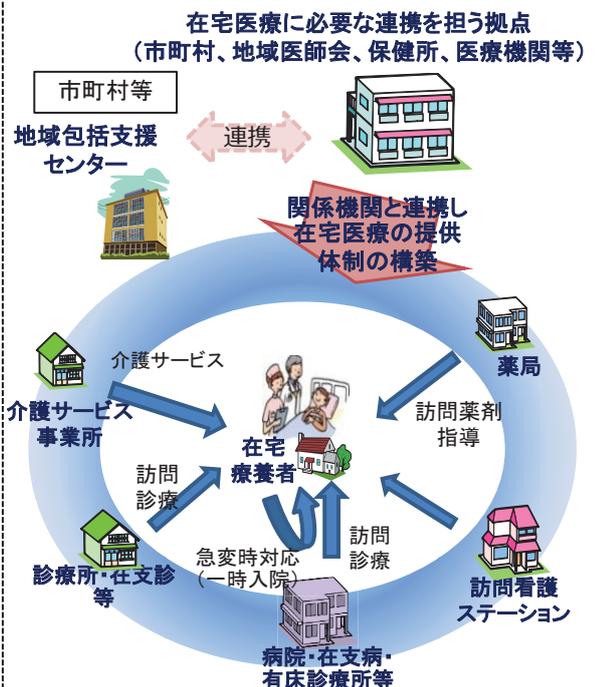
① 目標

- ・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

※ 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))⁶

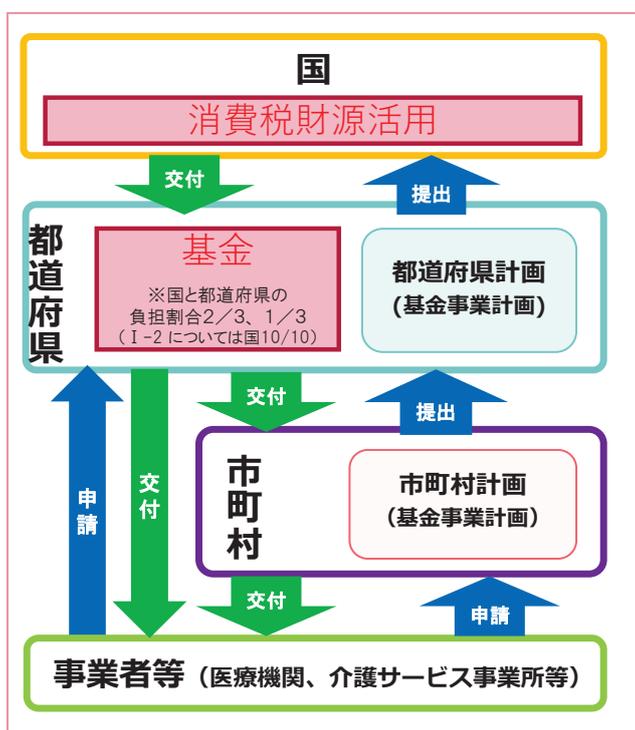
ご質問の概要

- ① 在宅医療の圏域について
- ② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」における障害福祉への対応について
- ③ 在宅医療における情報共有・情報伝達に対する認識、それに対する施策や方向性について

※事前に頂いた質問を抽出し、主旨が同一の事項はまとめておりますのでご了承ください。

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ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」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

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 居宅等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・支援体制の整備に資する事業

- **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、在宅患者の日常療養生活の支援・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、医療側から介護側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整備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働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・養成に資する事業

- **在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成**
 (事業例) かかりつけ医の普及定着を推進するため、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資する事業

- **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、都道府県歯科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、地域で使用される衛生材料等の供給拠点となる薬局の設備整備に必要な経費を支援。

※ 記載の事業例は、「地域医療介護総合確保基金(医療分)に係る標準事業例及び標準単価の設定について」(平成29年1月27日付け医政局地域医療計画課長通知)に定める標準事業例から引用

事業マネジメントの基本とその進め方 －在宅医療・介護連携推進事業を例に－

（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
－Plan・Check部分を中心に－
5. 協議体を活用した事業の展開例

(株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長
認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員
川越雅弘

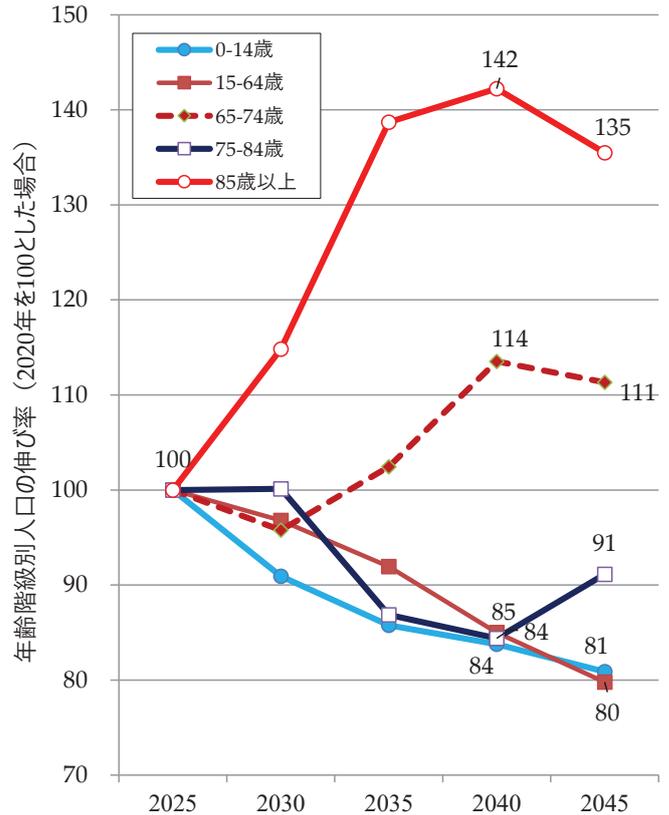
1. 在宅医療・介護連携が求められる背景とは
－85歳以上高齢者の増加によるニーズの変化－

2025～2040年間の人口構造の変化（全国） -85歳以上人口の急増と生産年齢人口減少の同時進行-

2020年と2040年の年齢階級別人口の変化

	2025		2040		変化量
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	
総数	123,262	100.0	112,837	100.0	-10,425 (-8.5%)
0-14歳	13,633	11.1	11,419	10.1	-2,213 (-16.2%)
15-64歳	73,101	59.3	62,133	55.1	-10,968 (-15.0%)
65-74歳	14,982	12.2	17,010	15.1	2,028 (13.5%)
75-84歳	14,473	11.7	12,215	10.8	-2,259 (-15.6%)
85歳以上	7,073	5.7	10,060	8.9	2,987 (42.2%)
再掲) 65歳以上	36,529	29.6	39,285	34.8	2,756 (7.5%)
再掲) 75歳以上	21,547	17.5	22,275	19.7	728 (3.4%)

年齢階級別人口の伸び率の推移



出所) 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年推計）より自作

3

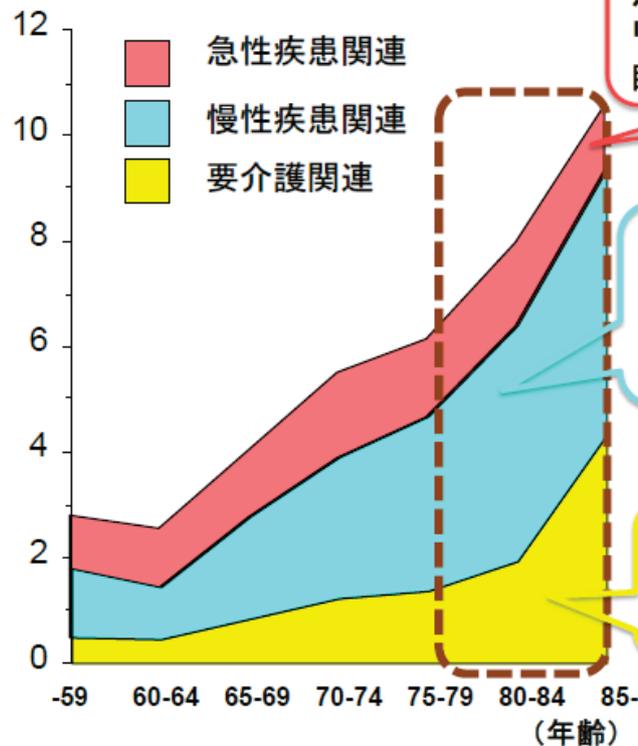
人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響とは (在宅医療・介護連携に関連する部分を中心に)

人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響①

(複数疾患と介護のニーズを持つ高齢者の増加 ⇒ 医療マネジメント、医療・介護連携の強化)

図. 年齢階級と老年症候群の保有数の関係

老年症候群数



めまい、息切れ、腹部腫瘤、胸・腹水、頭痛
意識障害、不眠、転倒、骨折、腹痛、黄疸
リンパ節腫脹、下痢、低体温、肥満、
睡眠時呼吸障害、喀血、吐血・下血

急性疾患症状

認知症、脱水、麻痺、骨関節変形、視力低下
発熱、関節痛、腰痛、喀痰・咳嗽、喘鳴
食欲不振、浮腫、やせ、しびれ、言語障害
悪心・嘔吐、便秘、呼吸困難、体重減少

慢性疾患症状

ADL低下、骨粗鬆症、椎体骨折、嚥下困難
尿失禁、頻尿、せん妄、抑うつ、褥そう、難聴
貧血、低栄養、出血傾向、胸痛、不整脈

廃用症候群

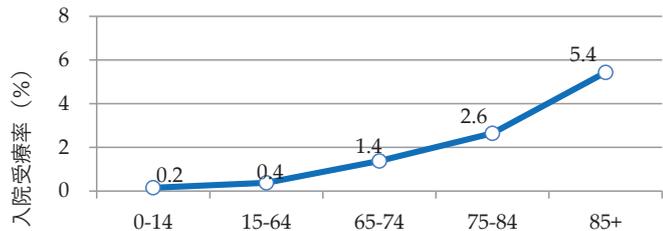
出所) 鳥羽研二: 高齢者のニーズに応える在宅医療、平成25年度在宅医療・介護連携推進事業研修会 (国立長寿医療研究センター主催、2013年10月22日開催)、資料より引用

人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響②

(85歳以上入院患者の増加 ⇒ 継続的ケアマネジメントによる円滑な退院と再発防止の強化)

年齢階級別にみた入院受療率

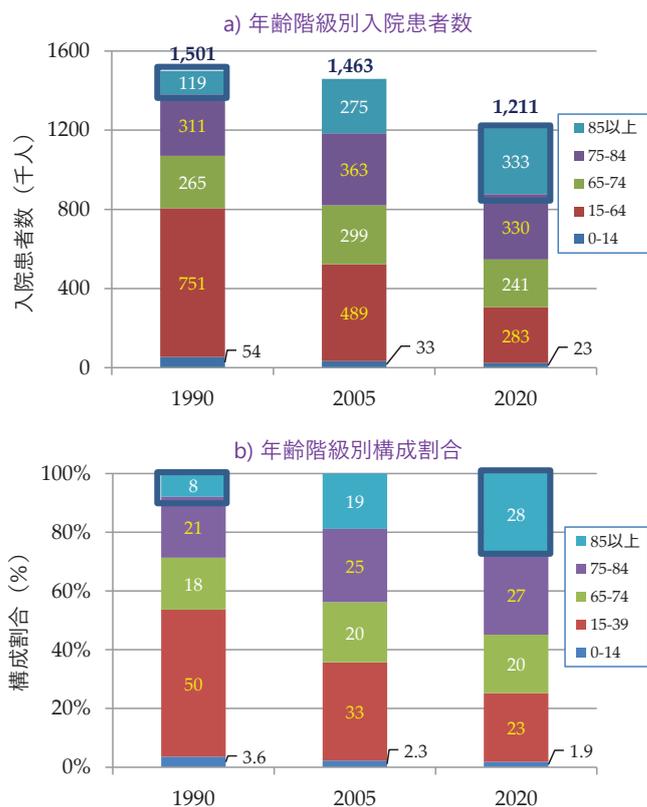
図. 年齢階級別にみた入院受療率



出所) 厚生労働省「2020年患者調査」より自作

年齢階級別にみた入院患者数及び構成割合

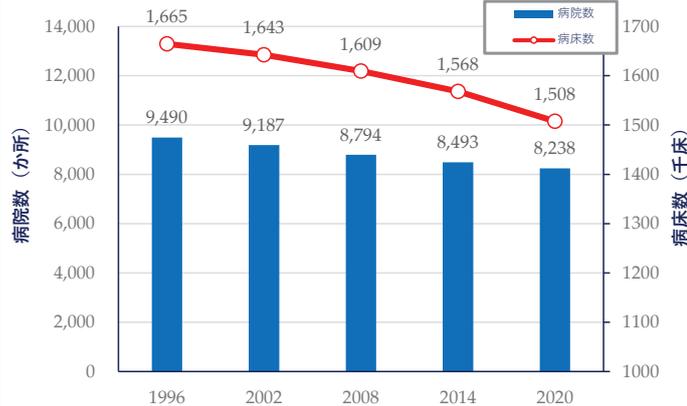
図. 年齢階級別入院患者数／構成割合の推移



出所) 厚生労働省「患者調査」より自作

病院数／病床数の推移

図. 病院数／病床数の推移



出所) 厚生労働省「医療施設調査・病院報告」より自作

人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響③

(多様な場所での看取りの増加 → ACPの推進、居住系・施設系と在宅関係者の連携強化)

死亡場所別死亡者数の推移

図. 場所別にみた死亡者数及び伸び率の推移

a) 場所別死亡者数 (万人)

	2000	2005	2010	2015	2019
総数	96.2	108.4	119.7	129.1	138.1
医療機関	77.9	89.3	96.1	98.8	100.7
自宅	13.4	13.3	15.1	16.4	18.8
老健	0.5	0.7	1.6	2.9	4.1
老人ホーム	1.8	2.3	4.2	8.2	11.8
その他	2.7	2.8	2.8	2.8	2.6

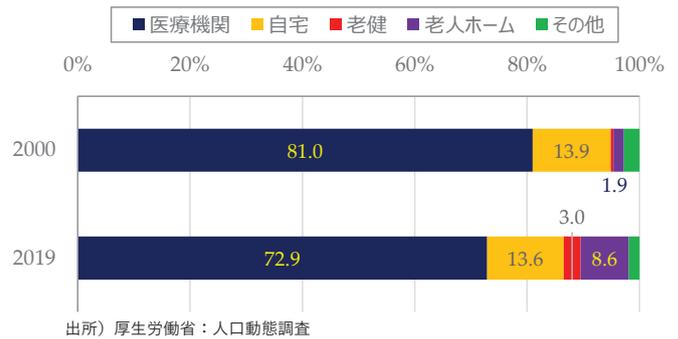
b) 場所別死亡者数の伸び率 (2000年を100とした場合)

	2000	2005	2010	2015	2019
総数	100.0	112.7	124.5	134.2	143.6
医療機関	100.0	114.7	123.4	126.9	129.4
自宅	100.0	99.4	112.9	122.8	140.9
老健	100.0	152.5	324.8	604.6	856.1
老人ホーム	100.0	130.7	236.4	458.7	664.1
その他	100.0	102.7	103.3	102.8	97.3

出所) 厚生労働省：人口動態調査

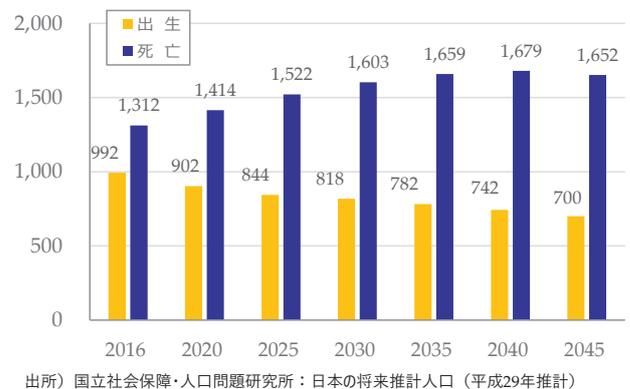
死亡場所別死亡者構成割合

図. 死亡場所別にみた死亡者構成割合の推移



出生数・死亡数の将来推計 (単位：千人)

図. 出生数・死亡数の将来推計



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／看取り期)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だしが推進される。
- 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。

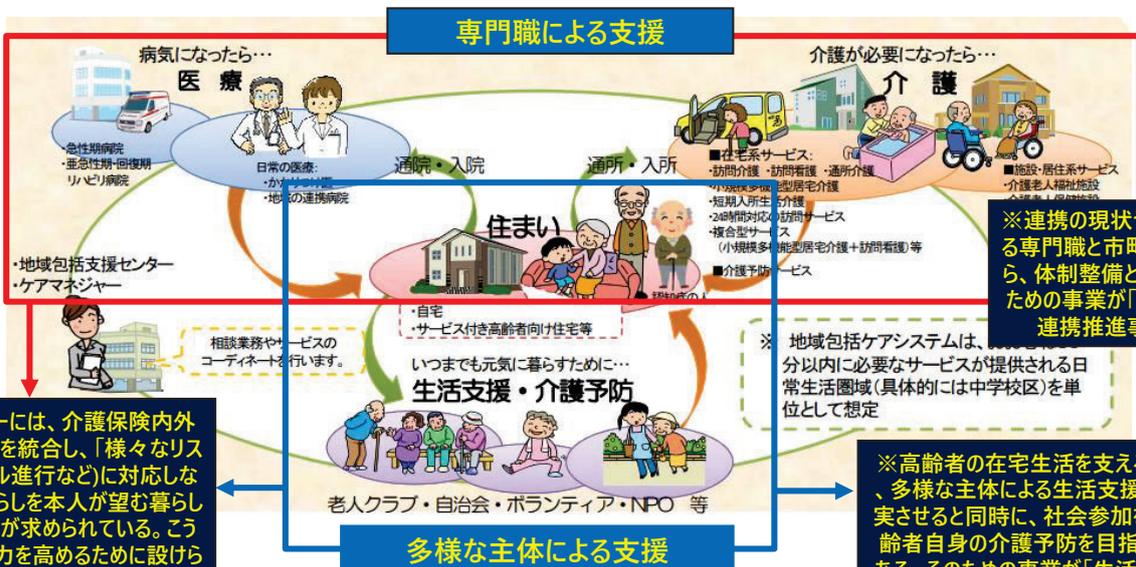
2. 在宅医療・介護連携推進事業の目的と求められる機能

－4場面別にみた提供体制構築と連携強化－

地域包括ケアシステムの「目的」と各種事業の関係

(各事業は目的達成のための手段。目的達成に向け、事業間連携も必要となる)

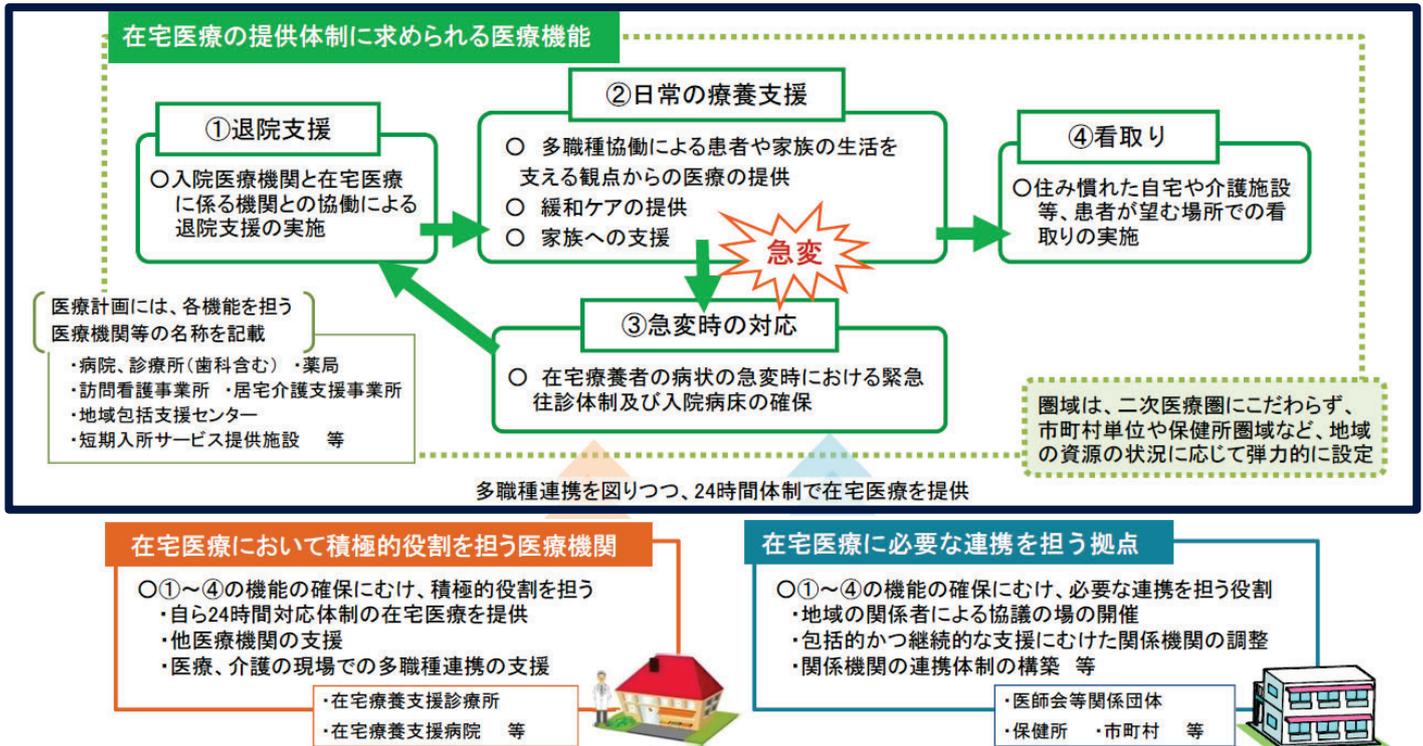
- 地域包括ケアシステムの目的は、「**認知症や重度の要介護者になったとしても、住み慣れた自宅や地域で、本人が望む暮らしが続けられるようにする**」こと。各種事業の目的も同様。
- ただし、これを実現するためには、「**専門職による支援**」と「**多様な主体による支援**」を統合し、**機能化させる**必要がある。そのための手段として、各種事業の創設、コーディネーターの配置などの施策がこれまで展開されてきたのである。
- なお、地域包括ケアとは、「サービス・支援を地域単位で包括的に提供すること」を意味する。したがって、高齢者に限らず、子ども・子育て家庭、生活困窮者、障害者なども当然対象となる（**現在構築しているのは、「高齢者向け地域包括ケアシステム」である。今後、子ども・子育て家庭向けの地域包括ケアシステムなども構築していくことになる**）。



【期待されること】場面別にみた提供体制の構築及び連携の質の向上

- 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。
- 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 ～



出所) 厚生労働省：在宅医療の現状、第1回全国在宅医療会議（平成28年7月6日）参考資料2より引用

11

3. マネジメントの基本を理解する

【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目指す事柄のこと、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・なぜ(Why)行うのか」に、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

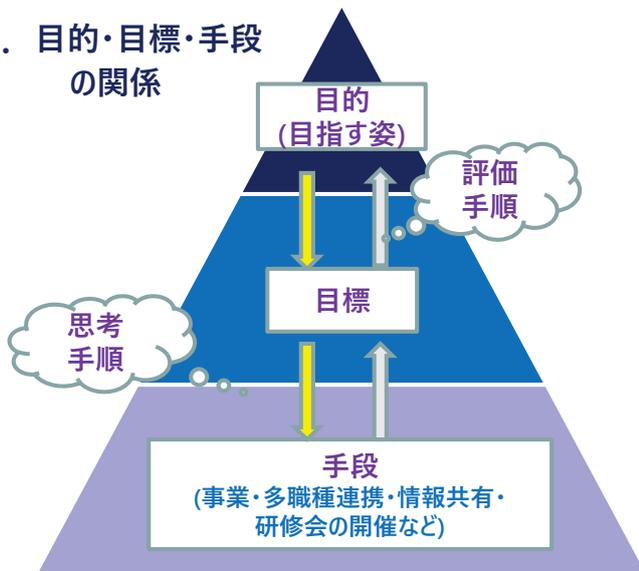
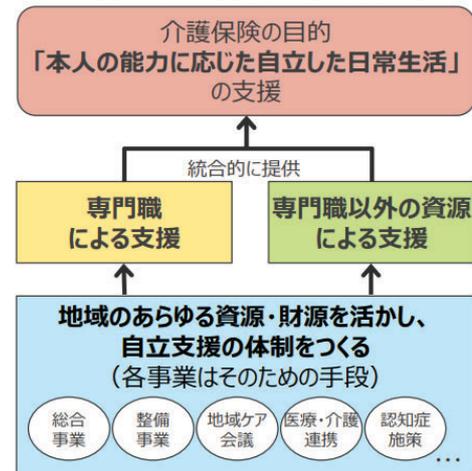


図. 介護保険の目的と手段の関係



出所) 株式会社NTTデータ経営研究所：介護予防・日常生活支援総合事業／生活支援体制整備事業 これからの推進に向けて～伴走型支援から見えてきた事業推進の方策～、平成30年度老人保健健康増進等事業補助金老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する研究事業」報告書（2019年3月）を一部改変

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】成し遂げようと目指す事柄のこと

- 「**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、人生の最期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こと**」自体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)。

【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・F・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・F・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)】

- たとえ要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/解決策の検討と各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

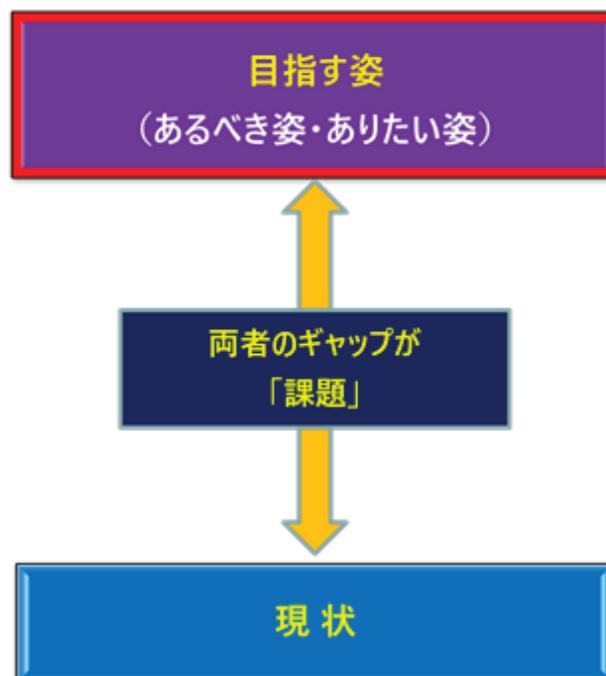
15

【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

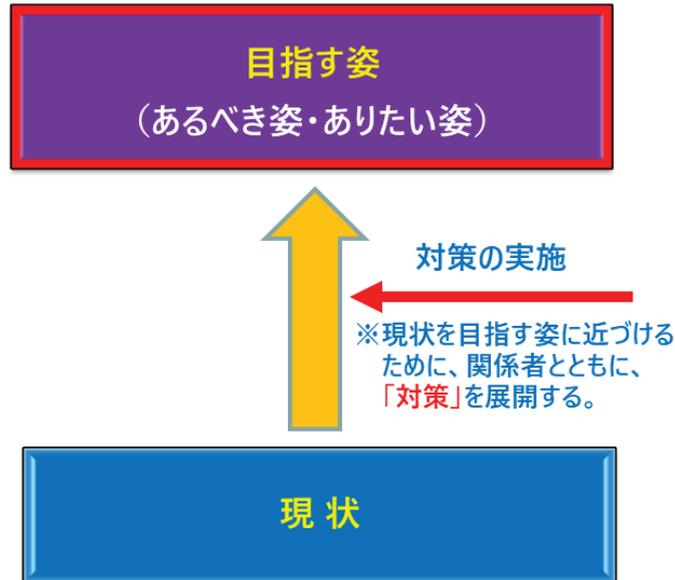


【ポイント4】 対策とは、「現状」を「目指す姿」に近づけるために行う

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られ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う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】

- 課題を生じさせた要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る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、デイサービスをケアプランに入れて、デイで入浴ができるようにした。

【例2】医療職と介護職の連携が弱いので、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】

- 課題を生じさせた要因を分析し、真の原因に対して対策をとろうとするアプローチのこと。
- 【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分からないため(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。

4. 在宅医療・介護連携推進事業の進め方

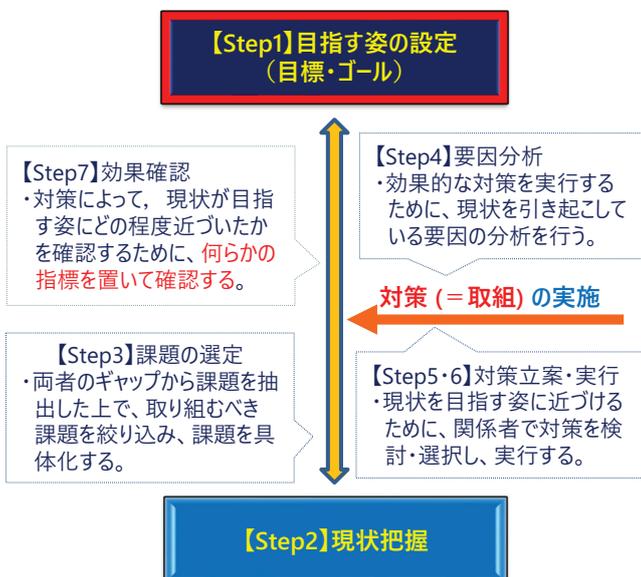
—Plan・Check部分を中心に—

事業のあるべき展開方法と必要な要素

—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」—

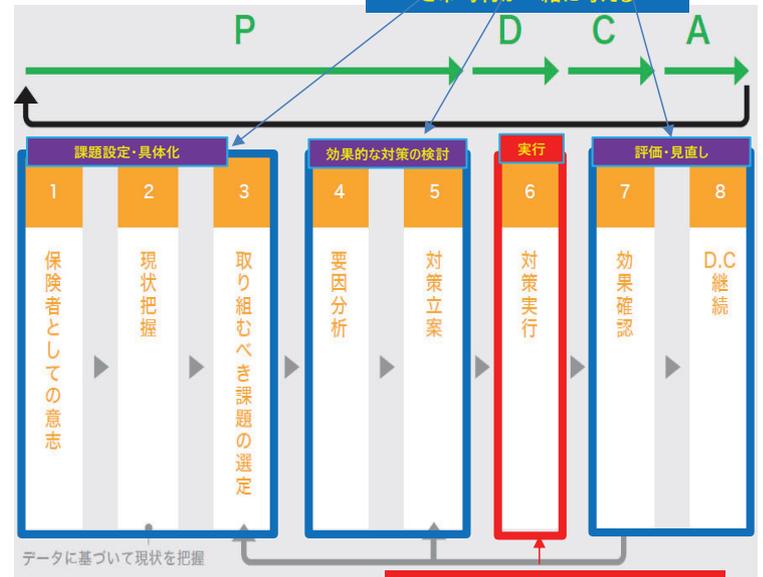
- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること（＝課題を解決すること）である。
- 様々な対策の中から、効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは



出所) 川越作成

図. あるべき展開方法



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引き(2018.7.30)を一部改変

協議体などを活用し、関係団体・関係者の意見をまとめあげながら、対策を進めていく

主なStep別に見た具体的な進め方

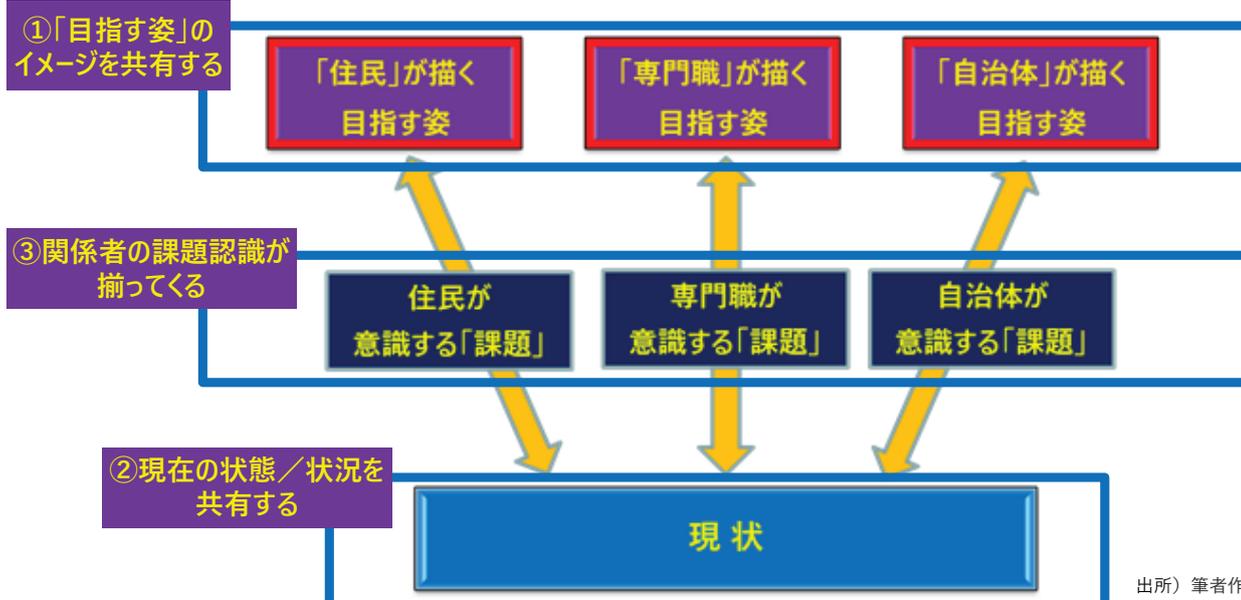
21

【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る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



出所) 筆者作成

22

【Step2】目指す姿を意識しながら、現状を把握しにいく

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. ヒアリングを通じて現状を把握する (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、通院時の移動手手段など、どうしたらよいか困っていた。

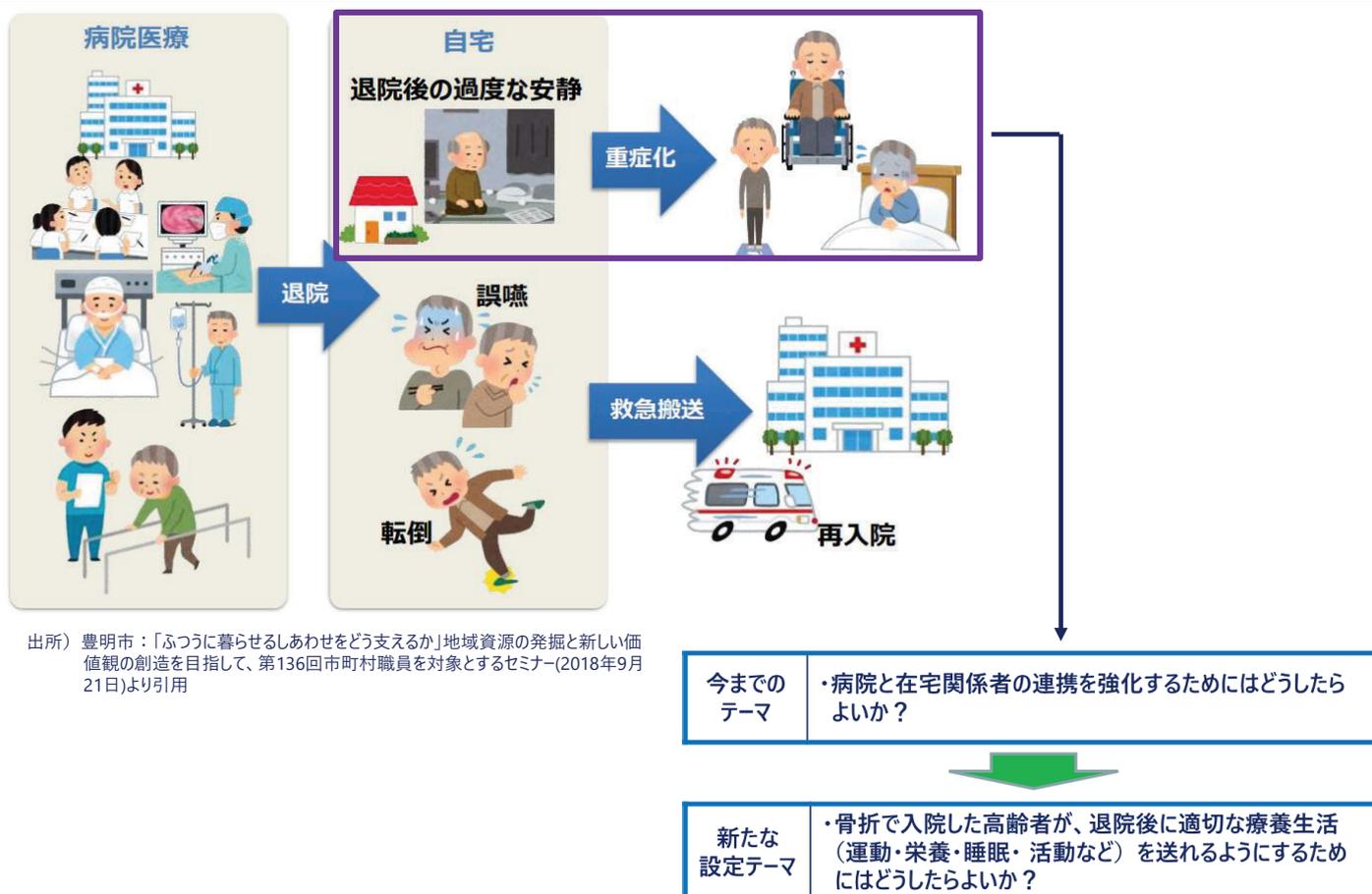
<専門職の声から>

- 患者や家族の不安などの話をゆっ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、より難しいと判断しがちである（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）。

出所) 厚生労働省老健局老人保健課「在宅医療・介護連携推進事業筆の手引き Ver.3」より引用

23

【Step3】取り組むべき課題を、関係者と一緒に具体化する (テーマ：切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築)

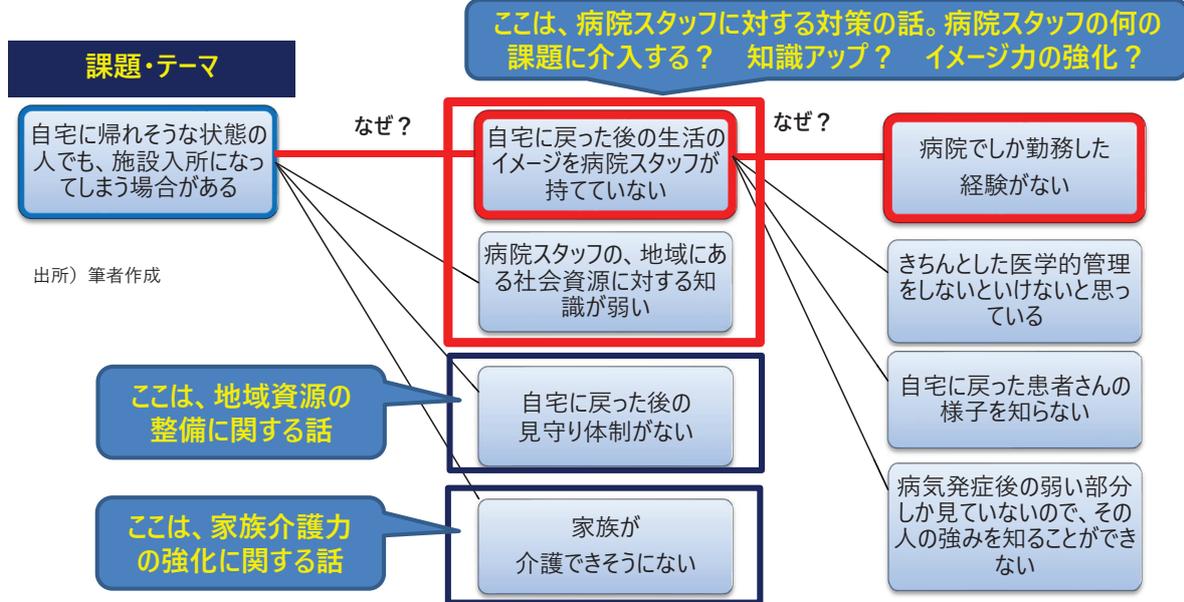


出所) 豊明市：「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」地域資源の発掘と新しい価値観の創造を目指して、第136回市町村職員を対象とするセミナー(2018年9月21日)より引用

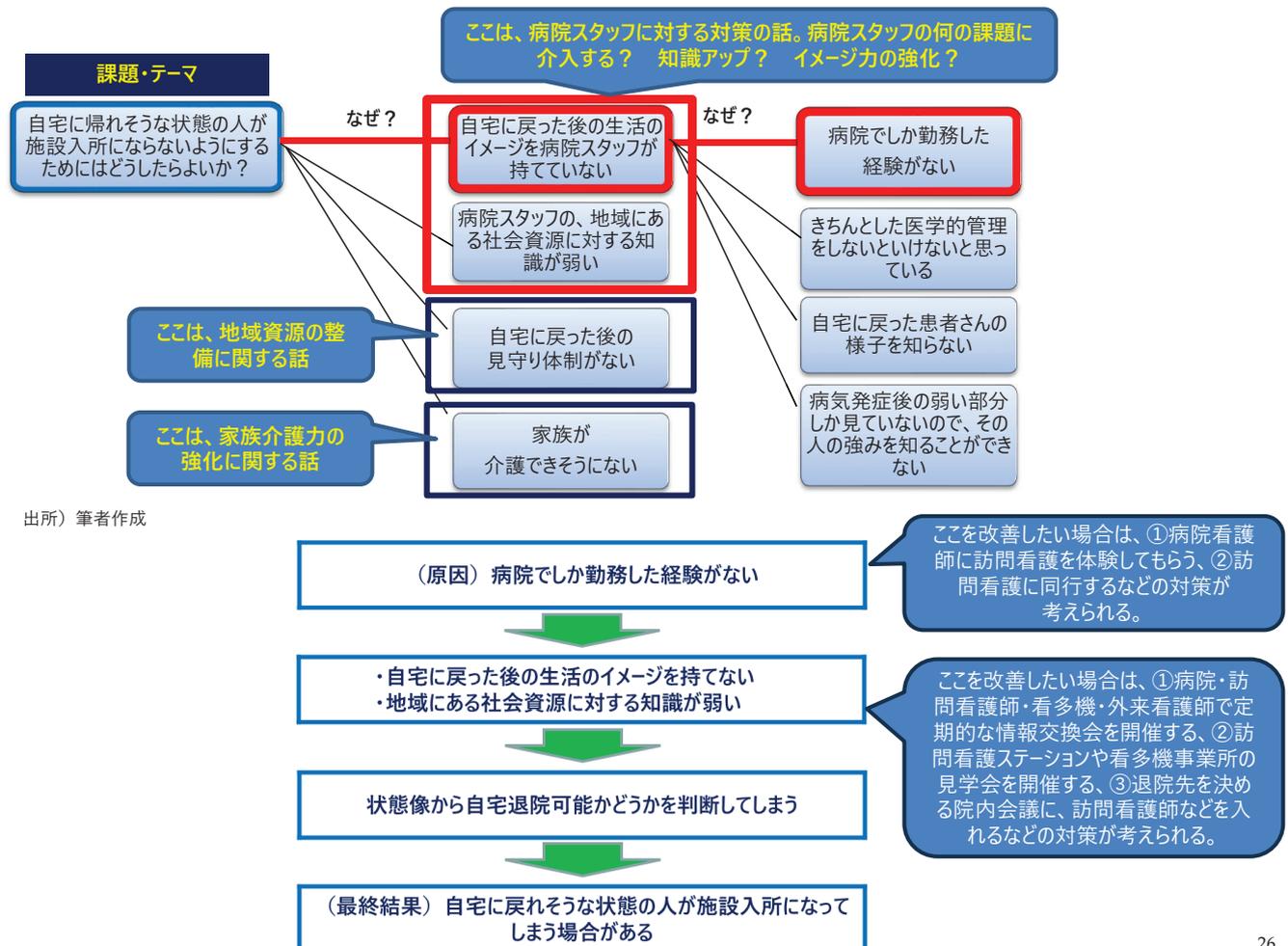
【Step4】現状を引き起こしている真因は何かを、関係者と一緒に検討する

ポイント

- A市では、自宅に帰れそうな状態にも関わらず、施設入所になってしまう例が多い状況にあります。その要因としては、①病院スタッフが、自宅に戻った後の生活のイメージを持っていない、②病院スタッフが、地域にある社会資源に対する知識が弱いなどが考えられました。このうち、どの要因の可能性が高いかを考え、①が原因である可能性が高いなどと判断するわけです。
- 次に、同様の手順で、なぜ病院スタッフが在宅生活をイメージできないかを考えます。その結果、病院でした勤務経験がないことが原因だと思えば、この原因をどうやって改善するかを視点で、対策を考えていくこととなります（訪問看護を体感する、看多機を見学するなど）。



【Step5】真の原因を推察した上で、関係者と一緒に対策の内容を検討する

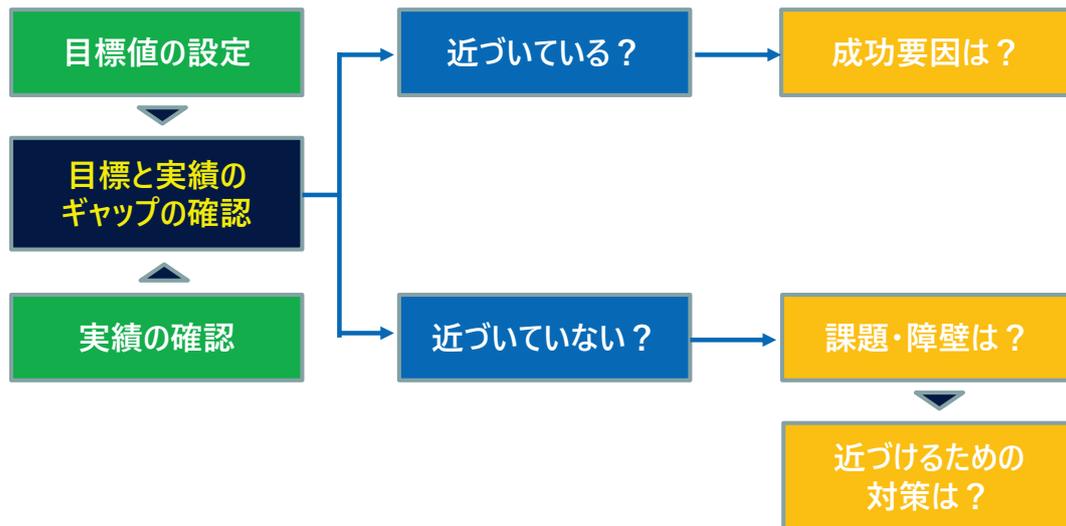


【Step7】 対策によって何がどうなることを期待したかを整理した上で、 講じてきた対策による「効果」を確認する

ポイント

- 評価とは、「事業に期待したこと」と「事業で達成できたこと」のギャップを確認する作業のこと。したがって、事業を実施することで、「何がどうなることを期待したか」「目標をどこに設定したか」をまずは整理する。
- その上で、目標（期待したこと、期待したレベル）と現状を比較し、「何がどこまで達成できたか（現状が目指す姿に近づいているのかどうか、どの程度近づいたのかなど）」を確認する。
- 効果確認は、現在の事業のどの部分をどのように改善するかヒントを得るために行うもの。効果があったかどうかの確認だけが目的ではない。

図. 評価方法のイメージ



27

市担当者と在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)

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	・不安になると在宅医でなく救急車に連絡

主たる原因

結果

根本原因	専門職が看取るプロセスを十分説明しきれていないため、家族の不安が高まってしまっている
------	---

【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、訪看	・痩せる等、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

出所) 埼玉県立大学：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-（令和5年3月31日）、p.28を一部改変
<https://www.spu.ac.jp/research/results/tabid613.html>

5. 協議体を活用した事業の展開例

解決シナリオ案を協議会に諮りながら事業を展開している例 (東京都稲城市)

第3回在宅医療・介護連携推進協議会

次 第

1 開会のあいさつ

2 議事

(1) 事業報告

- ① 第2回専門職向け研修
- ② 令和4年度市民向けシンポジウム
- ③ 医師会主催の市民健康教育講座
- ④ いなぎ在宅医療・介護相談室に寄せられた相談(8月~12月)から見える課題等
- ⑤ エンディングに向けた準備に関する住民意識調査
- ⑥ 令和5年度多職種連携研修会(予定)

(2) 第9期介護保険事業計画の作成に向けた議論について

- ① 令和5年度のスケジュール(案)
- ② 現時点での「4つの場面」ごとの目標や課題
- ③ 当協議会に設置されている部会の在り方
- ④ 「稲城市民のための訪問診療ガイド」や稲城在宅医療介護連携マップの更新や活用

配布資料

資料1 令和4年度 第2回医療・介護職向け研修会 開催報告

資料2 令和4年度 市民向けシンポジウム「医師に自宅に来てもらうという選択肢」 開催報告

資料3 市民健康教育講座「心不全に負けず健康長寿を目指す」チラシ

資料4 相談室に寄せられた相談(令和4年8~12月)から見える課題等

資料5 エンディングに向けた準備に関する住民意識調査について

資料6-1 令和4年度 在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携研修会(案)

資料6-2 令和4年度多職種研修アンケート(回答はwebアンケートで)(案)

資料6-3 グループワーク用シート「連携の目的を考える」

資料7 第9期介護保険事業計画の作成に向けた議論について

解決したい具体的なテーマを決めて、原因・対策・評価方法を考えてみる

【問1】解決し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)と根本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	・不安になると在宅医でなく救急車に連絡

根本原因

根本原因	専門職が看取るプロセスを十分説明しきれていないため、家族の不安が高まってしまっている
------	--

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、根本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、訪看	・痩せる等、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

出所) 埼玉県立大学：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- (令和5年3月31日) より一部改変

既存の会議にて、現場の声を聞きながら、現状・課題と対策を検討している例 (埼玉県熊谷市)

2023.5月の熊谷市医療介護連携推進会議



市の職員が
板書を担当

出所) 熊谷市医療介護連携推進会議 体制構築部会よりご提供

司会進行は、熊谷市医師会地域連携担当理事の大塚先生が担当。

令和6年10月21日

(都道府県・市町村担当者等研修会議Ⅰ)

在宅医療・介護連携の関係者・機関の役割を知る

稲城市 前高齢福祉課地域支援係長 飯野雄治

いなぎ在宅医療・介護連携室（稲城市医師会内）山田佳子



本日の内容：協働の仕方と効果

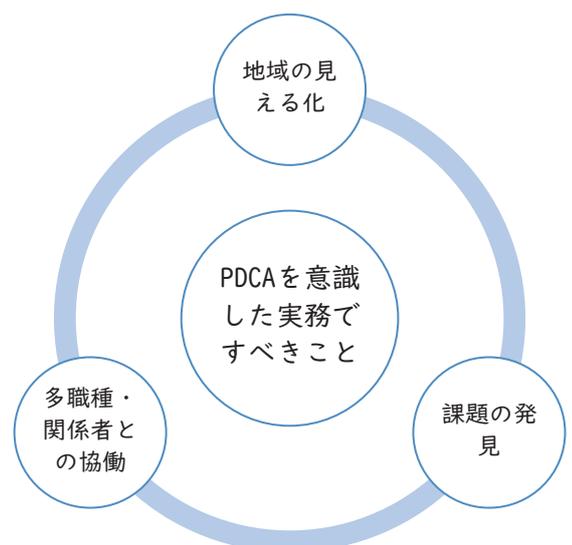
- 市（保険者）と在宅医療コーディネーターとの協働の仕方
- 在宅医療コーディネーター業務は、在宅医療介護支援センター業務として委託することが多いが、委託したとしても業務の在り方や方向性を注視し、関わり続けることが必要。
- 関わり続け方（協働の仕方）の実例を示し、市だけではできなかった課題抽出等の様子を紹介するとともに、コーディネーターの変化や学びについて、コーディネーターから紹介させていただく。

1. 市（保険者）

- ① どういった方法で個別課題を拾えばよいのか
- ② 個別課題から地域で解決しないといけない課題にどのように展開しているのか
- ③ その際、コーディネーターとどのようなやり取りをしていたのか

2. コーディネーター

- ① 市とどのように連携しているのか
- ② 市担当者とのようなコミュニケーションをとっていたのか
- ③ 市と一緒に課題や対策を整理していった中で感じたこと
- ④ 「市とこういったやり取りをすればよいのか」と感じたことやコツ



稲城市の紹介



ガンダム&シャアザク

稲城市公式イメージキャラクター
稲城なしのすけ

特産品の梨とぶどう

人口 93,486人

高齢者人口 20,452人

高齢化率 21.9%

要介護認定者数 3,368人、 認定率 16.5%

(令和5年4月1日現在)

★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。

1



行政職員から見たコーディネーターとの協働の歴史

- ① 平成31年度に着任した際、在宅医療相談員(コーディネーター)は配置され、事業は開始させていたが、「ア)~ク)はやれてるので安心ください」と言っていたことから、事業の目的化が気になった。
- ② 稲城市の現状を把握したいと考えていたので、相談員からの月に1回の報告は興味深く聞かせてもらおうとしたが、当初は理解できなかった(相談内容、対応の是非等)。一定の関係性ができた後に、個々の相談内容を詳しく聞くようにした。
- ③ 月に一度の相談内容の報告は、医師会執務室内にて事務局長の同席のもと行われるため、局長の負担を気遣い、相談内容を簡素化しようと相談員が試みていることが分かった。
- ④ このことから、月に一度、市役所に来ていただき、相談内容をじっくり聞かせていただく機会を別に設けることとし、それとは別に局長を交えて報告することとした。
- ⑤ 報告では、相談員の対応方法をチェックしたり、批判する雰囲気にならないよう配慮しつつ、素朴な疑問を問い続けるようにした。それでも質問することで、当初は対応方法等に文句をつけていると勘違いいただいたかのような反応があったため、質問することの趣旨を説明し続けた。
- ⑥ 個々の相談に対して宿題(相談者に確認する等)を両者で見出し、そのことについても報告いただき、現状把握に努めるうちに稲城市の課題等が見えてきた。
- ⑦ 毎月の相談の報告だけでなく、立ち話や研修の参加時も活用し、現状と課題の把握を協働することで、相談への対応だけでなく、さらにやるべき業務や作業を相談員自らが見出し、自発的に取り組んでいただくことが増えた。この結果、相談への対応だけでなく、関係機関の情報収集や周知などコーディネート機能を果たしていくようになった。



コーディネーターから見た行政職員との協働の歴史

- ① 寄せられた相談への対応だけが相談員の仕事だと理解していた。
 - ◆ 電話相談に対応する相談員として着任し、相談を受けたら連携先を探すなどして対応していた。
 - ◆ 同僚の相談員はいない「1人職場」なので、その対応で「良かった」「他の対応が合ったのでは?」と思うことがあっても、特に深堀することもなかった。
 - ◆ 相談内容は、報告書としてまとめて毎月月初に実績報告書と共に提出していた。
- ② 担当者(飯野さん)に相談内容を分析され始めるようになった。
 - ◆ はじめは同じように報告するだけで、担当者が分からないところを質問してくる程度だった。
 - ◆ しばらくして、「せっかくだから、相談内容の振り返りをしませんか?」と言われ、「相談室が無かったら、この相談者はどうしていたと思いますか?」等と各報告に質問されるようになり正直、(何で急に?いちいち面倒…)と思い、(辞めようかな…)と反発心さえあった。
- ③ 分析される理由やねらいを理解できるようになった。
 - ◆ 一つ一つの相談内容を分析していると、自分の中で「よくある相談」「たまにある相談」「レアケース」などが見えてくるようになった。その中から、地域課題として取り組めることは何か等がみえてくるようになった。
 - ◆ 『相談員』としての業務だけではなく『コーディネーター』としての業務も期待していることが分かった。
- ④ 飯野さんが異動した後もコーディネーターを継続している。
 - ◆ 相談件数も着実に増えた。週5日での対応となり、昨年度の相談件数を超えている。
 - ◆ 多くの方と『顔の見える関係づくり』を進めることで、より連携強化できるように業務している。

行政職員とコーディネーターとの議論の様子

続いてはケアマネからの相談でした。「パーキンソンに強い市外の訪問診療は遠くて訪問できない」とのことで、パーキンソンに強い訪問診療医は市内にはいないので、調べて市外の●●クリニックさんを紹介しました。

それって、市内にもパーキンソンに強い訪問診療医が必要ってことですか?訪問診療って専門性より「なんでも診れること」が大切って前の協議会会長によく言われたんですけど。

在宅療養する本人も家族も、病気の専門性が高い訪問診療医を希望することは、よくあるみたいで、ケアマネから問合せありますよ。

そうかもしれませんが、各疾病の専門性が高い訪問診療医を市内にそろえるのは難しいですよ。一般的な訪問診療医もパーキンソンは分かっていますよね。それじゃだめなんですかね。

さあ、そこまではケアマネさんから聞きませんでしたので、聞いてみますね。

それから、協議会でこの相談から見える地域課題について、医師や看護師に聞いてみましょうか。

協議会で議論したところ、パーキンソン病の患者を退院させるにあたり、専門医として在宅療養のめどが立っているはずだから、症状に困ったらケアマネや訪問診療医が専門医に相談しやすい関係性を広げることが地域課題ではないかと議論された。

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(稲城市)

概要

○ 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場所はどこか、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。

相談内容の考察、課題や対応	相談内容(抜粋)
<p>(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おらず、専門性があっても訪問での診療行為に大きな違いはないとも考えられる。 【課題はどれか】 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. 日内変動や疾患の進行に応じた小まめな薬の調整等がさらに必要</p>	<p>(ケアマネ)パーキンソンに強い市外の訪問診療は遠くて訪問できない。 (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づらい。</p>
<p>(皮膚科へ対応する往診) 皮膚科の在宅医療に関する問合せがあるが、往診できる市内の皮膚科は足りていない(ない)のではないかと。</p>	<p>(ケアマネ)往診できる皮膚科は?(市外2カ所を紹介)</p>
<p>(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。</p>	<p>(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。</p>
<p>(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</p>	<p>(家族)配偶者が認知症を否認し、地域包括支援センターも拒否するが、持病の治療も途絶え、通院先以外に相談先がない。</p>
<p>(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</p>	<p>(医療機関)受診でなく、何度も悩み相談に来る高齢患者への対応</p>
<p>(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</p>	<p>(本人)転入した後に、かかりつけ医がいないので、作りたい。 (ケアマネ)かかりつけ医と考えていた医師が主治医意見書を拒否</p>
<p>(調剤薬局との連携) 介護保険サービス等の基本的な利活用について薬局に情報提供</p>	<p>(薬局)(ガイド手渡し時)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。</p>

【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

研修受講時に作成したものの。市の認識等を示したのではない。

【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】現状を目標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	・代理受診が続く方向け講座を企画し、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

行政と支援者との思考の違いを知ったうえで、対話して連携すべき

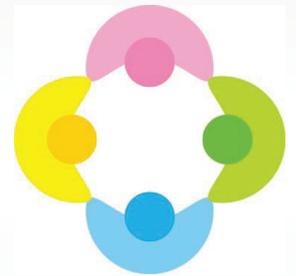
- 現場の支援者は、個々の高齢者等が今すぐに、よりよい生活を送るための手段を考え、調整することに興味があり、訓練されている。
 - 「この人」に特有の情報しか頭に入らない。➡俯瞰する機会はない
 - 情報を一つでも見落としたくない。➡抽象化するのは怖い
 - すぐに解決できないのであれば役立たない。➡資源の創出を考える機会が少ない
- 行政の担当者は、圏域の高齢者「全体」が近い将来、よりよい生活を送るための手段を考えるために、地域に共通する課題等に興味がある。
- 現場の支援者から「教えて」もらった話を俯瞰して整理して、理解しやすいよう単純化して「地域を見える化」するスキルと勇気が必要。

令和6年10月21日

令和6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1 事例報告

複数市町村と1医師会が 連携する取り組み

一般社団法人新発田北蒲原医師会
しばた地域医療介護連携センター
コーディネーター 平野 真弓



しばた地域医療介護連携センター
ロゴマーク

3市1町と当センターのご紹介

新潟県

新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町

&

新発田北蒲原医師会

しばた地域医療介護連携センター

しばた地域医療介護連携センター 〈所在地〉

新潟県新発田市本町4丁目16番83号
下越総合健康開発センター
訪問看護ステーション事務所内

〈事業対象地域〉

新発田北蒲原医師会管内

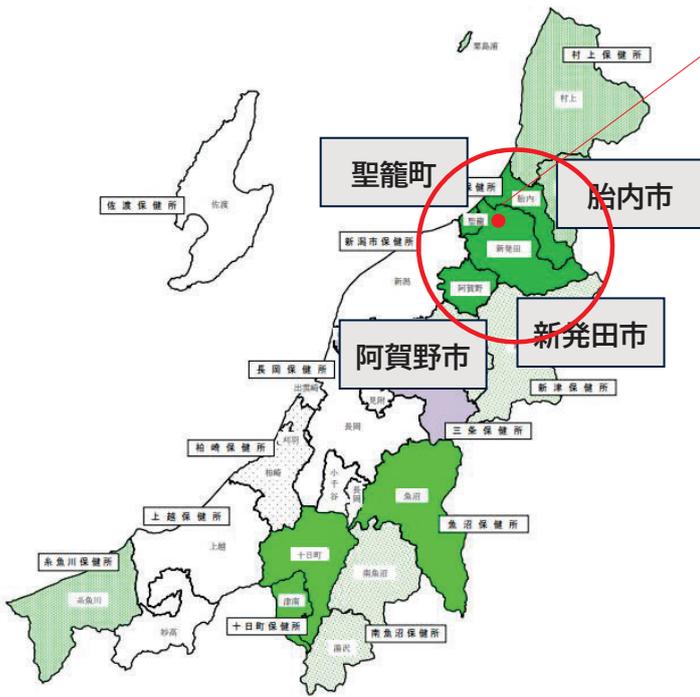
新発田市、阿賀野市、胎内市、聖籠町

新発田保健所管轄

新発田市、阿賀野市、胎内市、聖籠町

二次保健医療圏

(下越医療圏) 新発田市・胎内市・聖籠町
村上市・関川村・粟島浦村
阿賀野市は(新潟医療圏)



市町名	新発田市	阿賀野市	胎内市	聖籠町
人口(人)	92,276	39,584	27,069	13,987
高齢化率(%)	33.5	35.5	37.5	26.4

R6.3.31現在

3

新発田市について

将来都市像：住みよいまち日本一健康田園文化都市・しばた



人口：92,276人
世帯数：37,385世帯
(R6.3.31現在)

新発田市は、越後平野（新潟平野）の北部に位置し、県都新潟市に隣接する都市。北西には美しい海岸が広がり、山岳地帯には胎内二王子県立自然公園があります。東洋一といわれた堤桜を有する加治川の水系によって潤う肥沃な土地が広がっており、県内有数の良質米コシヒカリの産地です。



市の木：さくら



新発田城三階櫓

江戸時代末期には10万石の城下町として栄えた新発田。国の重要文化財、日本百名城にも選ばれている新発田城など、城下町新発田の文化遺産をまちの随所にとどめています。

【基本理念】

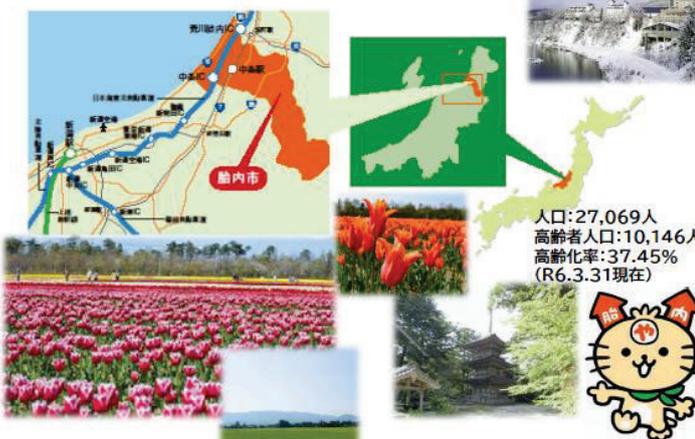
住み慣れた地域で生きがいを持って暮らし続ける健康長寿のまち
城下町の歴史と文化、全国的にも有名な月岡温泉、山から海までの豊かな自然など、たくさんの魅力にあふれた街です。

阿賀野市の概要



- ・人口 39,584人(R6.3.31現在)
- ・高齢化率 35.5%(同)
- ・平成16年に2町2村が合併。就業人口の55%が製造、建設業従事。市の中心部以外は田園地帯で山々と一体化した素晴らしい景色が広がる。一方、高齢化等により第1次産業人口は1割弱である。新潟市に隣接していることからベッドタウンとして若い世帯が多い地域もある。
- ・白鳥飛来地として有名な「瀬湖」があり、飛来の季節には市内の所々に飛び交う白鳥の美しい姿がみられる。

新潟県胎内市の概要



人口:27,069人
高齢者人口:10,146人
高齢化率:37.45%
(R6.3.31現在)



聖籠町の概況

人口：13,987人 うち高齢者3,691人 ※令和6年3月末現在
高齢化率：26.4%
世帯：5,032世帯
面積：37.58km²
産業：果樹(主にさくらんぼ、ぶどうなど)をはじめとする農業
新潟東港工業地帯(エネルギー、食品、半導体など)
主な医療資源：新潟聖籠病院、新潟手の外科研究所病院
聖籠町国民健康保険診療所及び1の開業医、5の歯科医療機関
主な介護資源：居宅介護支援事業所4事業所、特養2施設、老健1施設、グループホーム1施設、有料老人ホーム1施設、小規模多機能1施設(休止中)、訪問介護2事業所、通所介護3事業所、通所型サービスC1事業所(地域包括支援センター直営)
地域包括支援センター1事業所(行政直営)
第1号保険料：6,500円

聖籠町の特産品



生産量県内1位!!

生産量県内2位!!



国際拠点港湾「新潟港(東港区)」

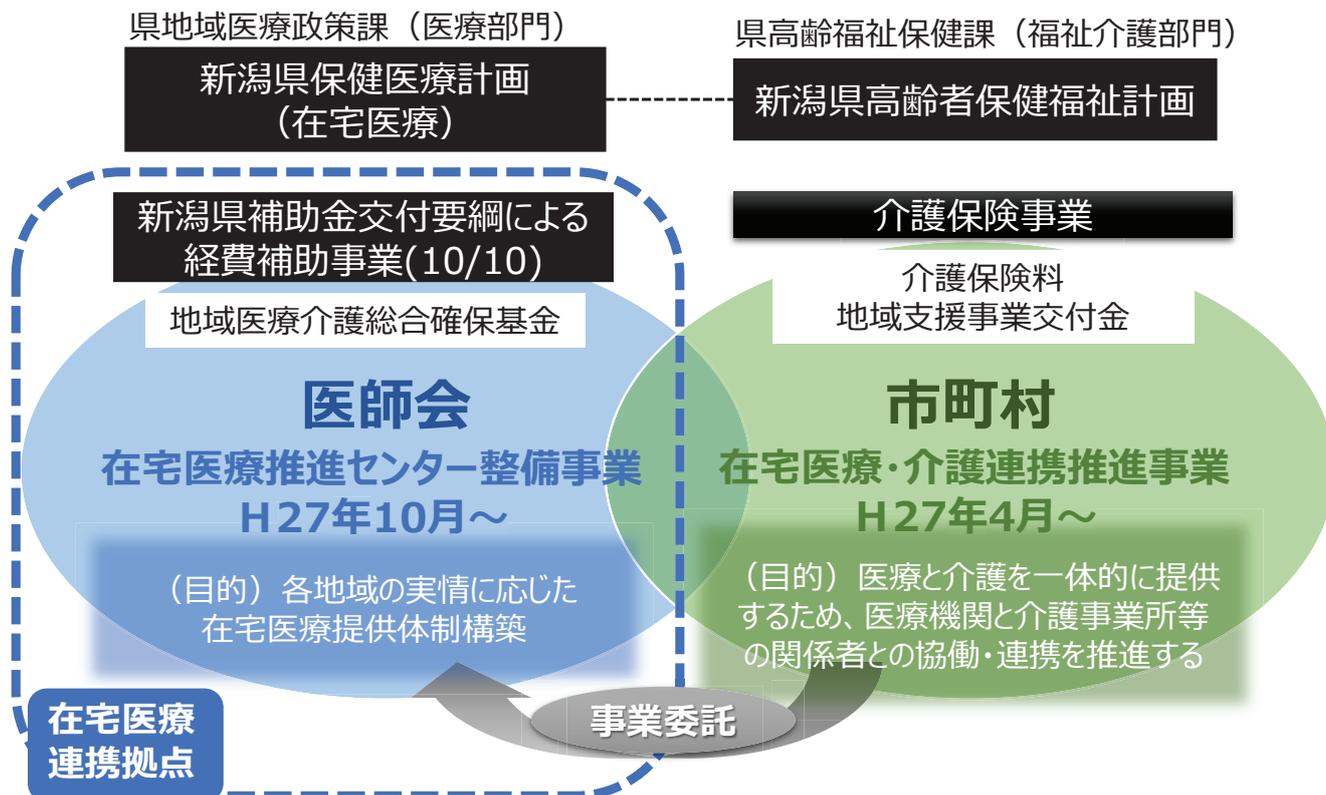


3市1町 医療・介護資源情報

新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町の市・町の概要			(令和6年3月31日現在)			
項目			新発田市	阿賀野市	胎内市	聖籠町
人口 (人)	総人口		92,276	39,584	27,069	13,987
	65歳以上人口	65歳～74歳	14,453	6,822	4,627	1,860
		75歳～84歳	10,472	4,491	3,558	1,198
		85歳以上	6,011	2,725	1,961	633
人口推計 (人)	2040年	総人口	73,280	30,772	20,825	13,385
		65歳～74歳	11,417	4,812	3,226	1,662
		75歳～84歳	9,909	4,262	5,858	1,309
		85歳以上	6,890	3,891	1,076	1,076
世帯数(世帯)			37,385	14,930	10,860	5,032
市町面積(km ²)			533.11	192.7	264.89	37.58
高齢化率			33.52	35.5	37.45	26.4
介護保険認定率			16.8	18.4	17.33	17.1
医療資源・介護資源一部を掲載			(令和6年1月1日現在)			
医療資源 (事業所数)	病院		6	2	2	2
		※訪問診療可能な病院	3	1	0	0
	診療所	医科	53	13	13	2
		※訪問診療・往診可能な診療所	23	6	9	2
		歯科	45	15	12	4
	薬局		54	17	11	3
		※在宅訪問可能な薬局	45	11	9	2
	訪問看護(※訪問看護ステーションを含む)	9	3	2	0	
介護資源 (事業所数)	地域包括支援センター		5	2	4	1
	居宅介護支援事業所		20	10	7	4
	在宅	訪問介護	9	4	2	2
		訪問入浴介護	2	1	0	0
		通所介護	24	9	3	3
		通所リハビリ	4	4	4	1
		短期入所生活介護・短期入所療養介護	14	7	7	2
		小規模多機能型居宅介護	5	1	2	0
	地域密着型	<small>通所介護・認知症対応型共同生活介護・介護老人福祉施設入所者生活介護等</small>	25	13	10	1
	施設	介護老人福祉施設	8	8	2	2
介護老人保健施設		4	2	3	1	
介護医療院		1	1	0	0	

5

新潟県在宅医療推進センター整備事業と在宅医療・介護連携推進事業の関係



(委託の有無にかかわらず) 市町村と医師会が各地域で目指す姿を共有し協働する



(一社)新発田北蒲原医師会

しばた地域医療介護連携センター

センター長 1名 (医師)
コーディネーター 3名 (看護師・社会福祉士・事務職)

*在宅医療推進センター整備事業 (平成27年度～)

(地域医療介護総合確保基金事業 / 新潟県・新潟県医師会)

*在宅医療・介護連携推進事業 (平成30年度～)

(介護保険制度地域支援事業 / 新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町)

7

一般社団法人新発田北蒲原医師会しばた地域医療介護連携センター

センター長

地域医療介護総合確保基金事業
新潟県在宅医療推進センター整備事業※1

介護保険制度地域支援事業在宅医療・介護連携推進事業※2
新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町より委託
(委託内容：新発田市・胎内市・聖籠町ア～キ、阿賀野市ア～ウ)

在宅医療推進センター運営事業	
(ア)	在宅医療提供体制のコーディネート (複数医師によるバックアップ体制、 退院支援、後方支援病院との連携 等)
(イ)	運営会議の開催 (関係職種間での課題整理等)
(ウ)	講演会等による在宅医療普及啓発
(エ)	実技研修等による人材育成
(オ)	その他必要な取り組み
ICT連携システム整備事業	
(ア)	ICTシステム構築
(イ)	タブレット端末購入費

在宅医療・介護連携推進事業	
【地域の目指す理想像】 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築	
① 現状分析・課題抽出・施策立案	
(ア)	地域の医療・介護の資源把握
(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在宅介護の提供体制の構築推進
② 対応策の実施	
(オ)	在宅医療・介護連携に関する相談支援
(キ)	地域住民への普及啓発
《地域の実情に合わせた柔軟な実施が可能》	
(エ)	医療・介護関係者の情報共有の支援
(カ)	医療・介護関係者の研修
③ 対応策の評価・改善	

【人員配置】

- (医師会副会長 医師)
- 平野 真弓 (コーディネーター 看護師) ※2
- (コーディネーター 社会福祉士) ※2
- (コーディネーター・ときネット事務室 事務職) ※1
- (ときネット事務室 事務職)

新潟県在宅医療推進センターコーディネーター活動指針参考

介護保険制度地域支援事業 在宅医療・介護連携推進事業(※2)

複数市町からの委託事業の取り組み

3市1町 広域の取り組み

- ・ 在宅医療・介護連携施策・指標マップ
- ・ 基幹病院と3市1町の情報共有の場
- ・ 連絡ツール・パンフレット作成・運用
- ・ 入退院支援場面 連携ガイドの取り組み(R6～)
- ・ 住民普及啓発「これからのいきかたを考える講演会」 など

3市1町 個別の取り組み

- 新発田市・・・在宅医療介護連携推進部会協議の場企画、
地域包括支援センターと共同した在宅チームと病院の連携
- 胎内市・・・看取りのヒアリング、エンドオブライフ・ケア普及啓発
- 聖籠町・・・地域の病院と共同した「在宅医療と人生会議」の住民普及啓発
- 阿賀野市・・・医療・介護職へのアドバンス・ケア・プランニング普及啓発
- 各市町の地域ケア会議への参加 など

9

3市1町 広域の取り組み

在宅医療・介護連携施策・指標マップ 取り組みのご紹介

ロジックモデルを活用した「在宅医療・介護連携施策指標マップ」は、
地域の目指す姿とそれを実現するための取り組みを双方向矢印でつないだ
在宅医療・介護連携に関する地域の設計図です。

在宅医療・介護連携はなぜ必要？

コーディネーターの悩み

* 医療・介護連携は何のためにするのか。

* 医療・介護連携を推進するには
在宅医療・介護関係専門職は
何を目標とすればよいのか。

* 関係者の視点を共有し、進めるには
どうしたらよいか。

11

3市1町広域の取り組み

ロジックモデルを活用した

「新発田地域の在宅医療・介護連携推進に向けた施策・指標マップ」 作成のながれ

6月12日（胎内市）
12日（聖籠町）
13日（新発田市）
新発田市・胎内市・聖籠町在宅医療・介護連携多職種研修会

8月1日（新発市）
6日（聖籠町）
7日（胎内市）
【ワーキング1】

9月26日（聖籠町）
10月3日（新発田市）
10日（胎内市）
【ワーキング2】

11月9日
新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町4市町合同多職種研修会

数年後のゴール

・地域の目指す姿を言語化する
・4つまたは3つの場面毎に現状と課題を洗い出し、地域の目指す姿を達成するために必要な体制を言語化する

市・町、連携センター
によるまとめ

・地域の目指す姿（A 最終アウトカム）と、地域の目指す姿を達成するために必要な体制（B 中間アウトカム）を言語化し、共有する
・サービス目標（C 初期アウトカム）を共有し、追加修正をするとともに、目標（B 中間アウトカム）との整合性を確認する。

市・町、連携センター
によるまとめ

・地域の目指す姿を達成するために必要な体制の具体的な取り組み（D 具体的な取り組み）を検討する
・評価指標を検討する

市・町、連携センター
によるまとめ

・各市町で作成した『在宅医療・介護連携の目指す姿』を共有する
・近隣市町の取り組みを知り、意見交換をする

医療と介護の連携が進み、住民が住み慣れた地域で最期を迎えることができる体制ができている

最終ゴール

住民が地域で大往生できる



新発田地域4市町
ロジックツリー
（暫定）完成

・新発田市・胎内市・聖籠町が市町ごとにロジックモデルに取り組みました。
・阿賀野市は目指す姿～個別施策ができていたので、合同多職種研修会から参加し、R2～ロジックモデルに取り組みました。

目的：他市町のロジックモデルを共有して、
自市町のロジックモデルをブラッシュアップ



令和元年度

在宅医療介護多職種研修会

日時：令和元年11月9日(土)

場所：月岡温泉ホテル清風苑

在宅医療・介護連携
目指す姿
3市1町合同発表会

【参加者】117名

新発田市43名 阿賀野市12名 胎内市18名
聖籠町18名 新潟県9名 他市12名 事務局5名
(コーディネーター含む)

新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町担当課長・事業担当者、新潟県保健福祉保健福祉部、新発田地域振興局健康福祉環境部、病院・診療所医師、歯科診療所医師、薬局薬剤師、歯科医療連携センター歯科衛生士、訪問看護ステーション管理者、介護支援専門員、地域包括支援センター職員、介護事業所管理者・職員、入所施設管理者・職員、病院地域連携部署担当者、社会福祉協議会職員



13

私たちの街で最期まで

～ロジックモデルを活用して、目指す地域の姿を共有しよう～

【オープニングリマークス】

新発田北蒲原医師会 会長 「当地域の在宅医療等の現状と今後？」

【講義】

「新発田地域はロジックモデルで”わがまちで最期まで生き生き人生”を達成」

～ ロジックモデルのチェックポイント ～

東京大学高齢社会研究機構 松本 佳子 氏

【研修会の主旨説明】

在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター 平野 真弓

【3市1町在宅医療・介護連携推進施策・指標マップ発表】

新発田市・胎内市・聖籠町・阿賀野市の在宅医療・介護連携推進事業担当者

【グループディスカッション】

3市1町への質問・感想・協力したいアウトプット・あったらいいなと思うアウトプット

【インタビュー】

ワーキング参加者へのインタビュー

【閉会】

代表市担当課課長

医師会報に掲載して
いただきました。

新発田市・胎内市・聖籠町・阿賀野市
各市町の在宅医療・介護連携施策・指標
マップを3市1町の医療介護専門職で共有

14

しばたロジックモデルミーティング

- 日 時: 令和4年10月27日(木曜日) 午前9時～12時 新発田市
令和4年10月27日(木曜日) 午前1時～ 4時 阿賀野市
令和4年11月 9日(水曜日) 午前9時～12時 聖籠町
令和4年11月 9日(水曜日) 午後1時～ 4時 胎内市
- 会 場: 一般財団法人下越総合健康開発センター
- 講 師: 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構
政策推進部 松本 佳子 氏
- 内 容: 在宅医療・介護連携施策・指標マップの指標の作成、PDCAの回し方
- 対 象: 在宅医療・介護連携推進事業担当者、コーディネーター

市町担当者とコーディネーターで共有
在宅医療・介護連携推進事業のPDCAを回すとは

15

しばたロジックモデルミーティング

評価とは

調査などで判明した因果関係を含む物事の価値を判断し、体系的に明らかにすること

評価 = 事実特定 + 価値判断

データで現実を表しただけでは「評価」にならない。
→ 施策や事業の関係者による協議・熟議も含めた「価値判断」が必要。

※ 龍慶昭, 佐々木亮 (2000). 「政策評価」の理論と技法. 多賀出版.

市町担当者とコーディネーターで
「評価」を共通に

在宅医療・介護連携推進施策・指標マップを使ってPDCAを回す

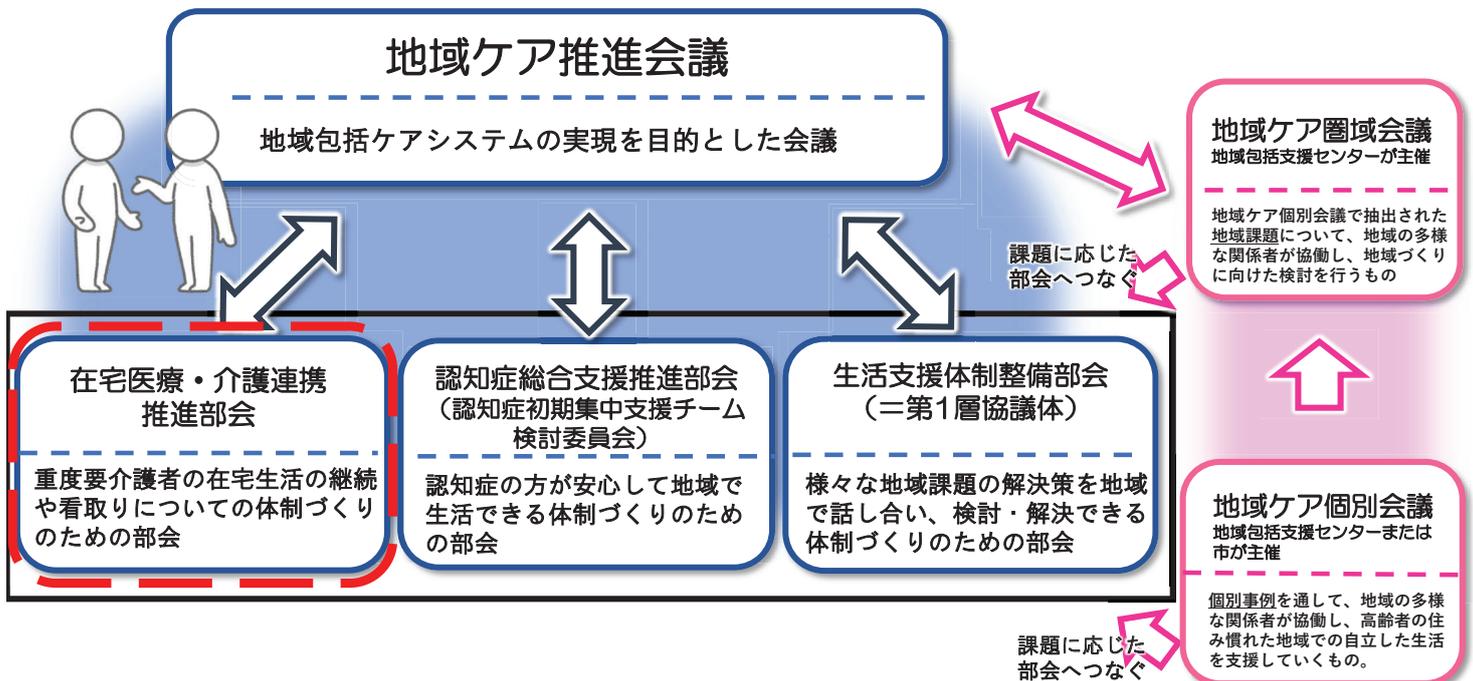
新発田市の取り組みをご紹介します

在宅医療・介護連携推進部会を利用して価値判断を実施している事例の報告
「価値判断」は、事業をやったことの価値(効果があったのか、あまり効果がなかったのか)を協議会で意見出しすることです。

17

在宅医療・介護連携推進施策・指標マップを使ってPDCAを回す

新発田市 地域ケア推進会議の組織体系について



新発田市在宅医療介護連携推進部会 ロジックモデルを活用

価値判断を加えて
評価

【部会メンバー】=在宅医療・介護連携推進事業施策・指標マップワーキングメンバー

医師会 医師、病院 地域連携部署 医師、薬剤師会 薬剤師、訪問看護ステーション協議会
訪問看護師、居宅介護支援事業者連絡協議会 介護支援専門員、在宅歯科医療連携室 歯科衛生士、
地域包括支援センター 保健師、看護師、地域振興局 地域保健課 職員、新発田市健康推進課 職員、
新発田市保健年金課 職員

【事務局】新発田市高齢福祉課、しばた地域医療介護連携センター

事実特定と価値判断(体感)を部会で協議



新発田市ロジックモデルの全体像 (新発田市在宅医療・介護連携推進施策・指標マップ)

D 前期アウトカム (アウトカム達成のために取り組むこと)		C 前期アウトカム (中間アウトカムを達成するために必要な状態)		B 中間アウトカム (中間アウトカムを達成するために必要な状態)		A 最終アウトカム (市民の目指す姿)	
番号	指標	番号	指標	番号	指標	番号	指標
1	在宅医療連携の体制構築 【1】内は、実施を前提とする関係機関との連携を指しているが、関係機関との連携が完了している状態	1	(体制) 入退院時の必要な地域のニーズが整えられている。(D2)	B101	入退院支援を必要とする高齢者の割合が減少している。	1	高齢者の健康状態が改善している。
2	在宅医療連携の体制構築 【2】内は、実施を前提とする関係機関との連携を指しているが、関係機関との連携が完了している状態	2	(人材) 病院と在宅の専門職が本人の望む連携体制を整えられる。(D2.3.4.5)	B102	退院時共同連携体制が構築されている。	2	退院時の連携体制が構築されている。
3	在宅医療連携の体制構築 【3】内は、実施を前提とする関係機関との連携を指しているが、関係機関との連携が完了している状態	3	(連携) 入退院時に、本人の意向や状態を関係機関間で共有できる。(D2.4.6)	B103	介護支援連携体制が構築されている。	3	介護支援連携体制が構築されている。
4	在宅医療連携の体制構築 【4】内は、実施を前提とする関係機関との連携を指しているが、関係機関との連携が完了している状態	4	(普及啓発) 本人が入退院後の療養について、自分の希望する生活を支えられる。(D2.5.8)	B104	退院・退院後ケアが構築されている。	4	退院・退院後ケアが構築されている。
5	在宅医療連携の体制構築 【5】内は、実施を前提とする関係機関との連携を指しているが、関係機関との連携が完了している状態	5	(普及啓発) 本人が入退院後の療養とファーストコールを受けられる。(D2.5.8)	B105	退院・退院後ケアが構築されている。	5	退院・退院後ケアが構築されている。
6	在宅医療連携の体制構築 【6】内は、実施を前提とする関係機関との連携を指しているが、関係機関との連携が完了している状態	6	(普及啓発) 本人が入退院後の療養とファーストコールを受けられる。(D2.5.8)	B106	退院・退院後ケアが構築されている。	6	退院・退院後ケアが構築されている。
7	在宅医療連携の体制構築 【7】内は、実施を前提とする関係機関との連携を指しているが、関係機関との連携が完了している状態	7	(普及啓発) 本人が入退院後の療養とファーストコールを受けられる。(D2.5.8)	B107	退院・退院後ケアが構築されている。	7	退院・退院後ケアが構築されている。

アウトプット
具体的な取り組み

初期アウトカム
サービスの必要な状態

中間
アウトカム
サービスの体制
4場面の目標

最終
アウトカム
市民の目指す姿

在宅医療・介護連携推進施策・指標マップを使ってPDCAを回す

入退院連携ガイド（ルール）の検討

入退院時の必要な地域のルールが整えられている。

本人の意思を尊重した入退院支援ができています。

D個別連携アウトプット（入退院支援）				
項目	令和元年	令和2年	令和3年	結果
D1 入退院連携ガイド（ルール）の検討 ガイド検討会議開催	-	-	-	-
D2 社会福祉情報の活用	2,642	16,052	66,811	1回/82人
D3 連携前カンファレンス・担当者会議の開催	-	-	-	124件
D4 ACPの普及啓発（研修や講演など） 回数・参加人数と理解度	1回/262人	0回/183人	1回/183人	6回/69人

C中期アウトカム（入退院支援）				
項目	令和元年	令和2年	令和3年	結果
C1 (本体制) 入退院時の必要な地域のルールが整えられている。(D1)	-	-	-	-
C2 (地域と在宅の専門職が本人の意思を尊重した入退院支援が実現している。)(D2)	34.5	-	-	-
C3 (連携体制) 同時に、本人の意向や状況を関係者間で共有できている。(D3)	7.9	-	-	-
C4 (普及啓発) 本人の意向や状況を関係者間で共有できている。(D4)	7.9	-	-	-

B中間アウトカム（入退院支援）				
項目	令和元年	令和2年	令和3年	結果
B1 【入退院支援】 本人の意思を尊重した入退院支援が実現している。	161.1	184.6	193.3	0.5
B2 【入退院支援】 本人の意思を尊重した入退院支援が実現している。	33.0	20.5	15.4	0.4
B3 【入退院支援】 本人の意思を尊重した入退院支援が実現している。	16.8	7.5	18.8	0.4

入退院支援

ケアマネの協力を得て、モノサシをアンケートとした

インパクト評価（効果評価）

モノサシ

アンケート
ヒアリング

インパクト評価（効果評価）

モノサシ

客観的データ
レセプトデータ

プロセス評価（実行評価）

実績・結果

指標を定めず評価できていなかった
ので検討した

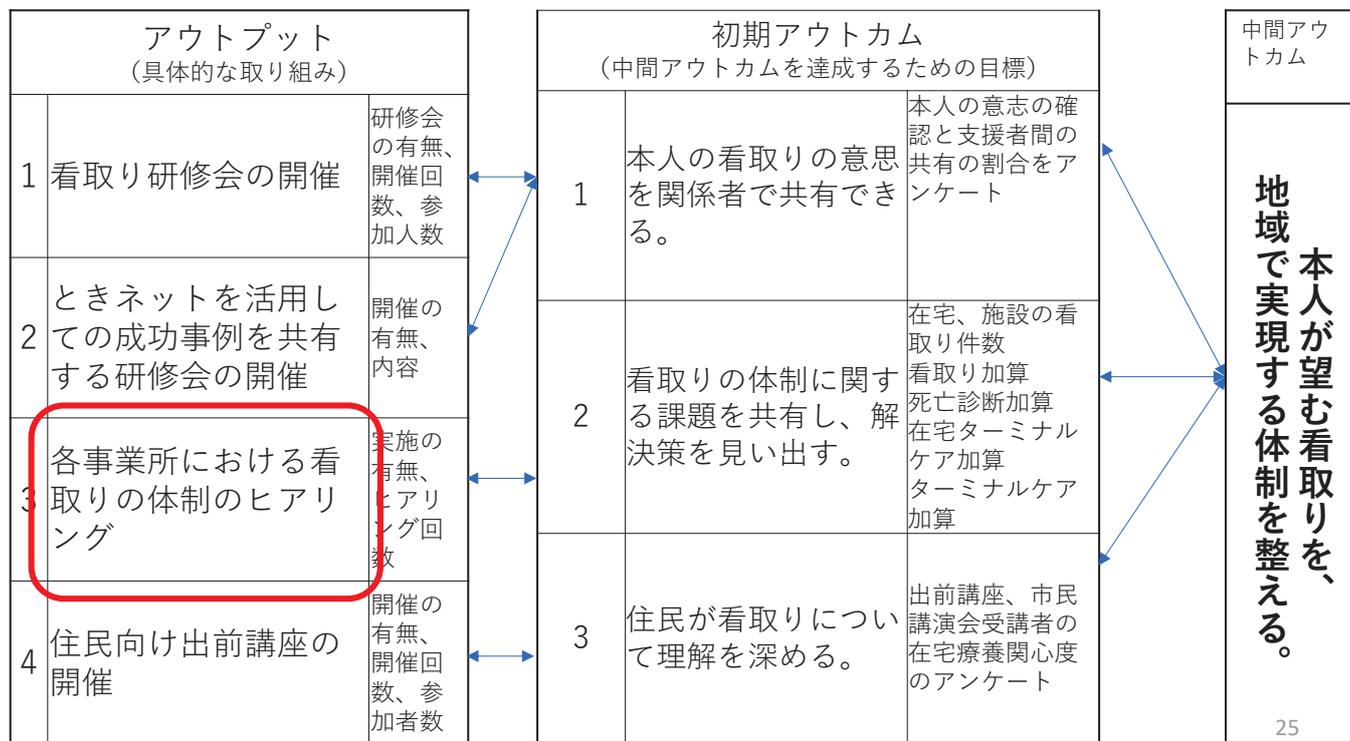
価値判断を加えて評価

在宅医療・介護連携推進施策・指標マップに3市1町で取り組んでいるのは

❖ 在宅医療・介護連携の目的を言語化して共有する。
センターと行政とで目的を共有すること。
そして、地域の関係者と目的を共有すること。

❖ PDCAを回していきやすくする。
「データを見ること」だけではなく、
今の取組みが効果があるのか、続けて良いのか（インパクト評価 PDCAのC）、どう見直すのか（PDCAのA）を現場の専門職に協議の場で意見を出してもらいながら、進めていける。
このことを行政と一緒にやっていける。

胎内市 中間アウトカム 【看取り】



看取り場面 アウトプット3 各事業所における看取り体制のヒアリング

令和3年度

・特別養護老人ホーム、老人保健施設、小規模多機能型居宅介護

令和4年度

・居宅介護支援事業所 介護支援専門員

看取り場面だけではなく、日々の医療との連携の困りごともしっかりキャッチ

(介護職)

看取りの経験がなく、夜間一人で看取るのが怖い。

(ケアマネ)

苦しんでいる人(本人・家族)への関わりに自信がない。

(施設)

医師とどのように連携してよいか分からない。

何をどのように言葉かけたらよいか……
足が遠のく

etc…

個別の取り組み

ヒアリングを踏まえて

- ・人生の最終段階の人へのコミュニケーション力をつけよう。
- ・在宅看取りの関わりを多職種で考えてみよう。

令和4年度～

- ・エンドオブライフ・ケアの研修
コミュニケーション技術向上の研修開催

令和5年度～

- ・在宅看取り事例の検討開催

令和6年度

胎内市内の主任介護支援専門員が主体となり、継続するために準備中

本人の思いを聴く。
そして関係者と共有することしていきたい。

はっとした。今まで本人がどうしたいかよりも、解決策を考えてしまいサービスありきになっていた。

無関心にならない。
聴くことから関わりたい。

胎内市での在宅看取りの可能性

令和4年 在宅看取り 17件
令和5年 在宅看取り 29件
(訪問看護ステーションへのヒアリングより)

令和4年 医療介護専門職27人
令和5年 医療介護専門職47人

3市1町 個別の取り組み⇒広域の取り組みへ

ヒアリングを踏まえて

- ・人生の最終段階の人へのコミュニケーション力をつけよう。
- ・在宅看取りの関わりを多職種で考えてみよう。

令和4年度～

**エンドオブライフ・ケアの研修
コミュニケーション技術向上の研修開催**

令和5年度～

- ・在宅看取り事例の検討開催

胎内市の取り組み効果を、新発田市・阿賀野市・聖籠町にも広げよう！⇒ 令和5年度～広域で開催

センターコーディネーター取り組みの拠り所

しばた地域医療介護連携センター事業計画 3市1町の4場面アウトカムをベースに

新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町 在宅医療介護連携4場面 中間アウトカム		しばた地域医療介護連携センター事業計画 (在宅医療介護連携センター整備事業 在宅医療・介護連携推進事業)			
4市町在宅医療介護連携4場面の中間アウトカム		最終アウトカム	初期アウトカム	整備事業	医介事業
日常の療養支援	(新) 日常の療養生活において、本人の意思と状態に応じた医療・介護の支援ができています。	【日常の療養支援】 重症度に応じた医療と介護が、多職種協働により提供できる体制がある。 医療・介護関係者が、意思決定・表明・実現の支援を行っている。	①地域の在宅医療介護連携の現状と課題について情報共有できる。	イ、ア	イ①、イ②-1、イ②-2
	(阿) 毎日の生活を送る上で、必要な療養支援が整っている		②病院と地域の専門職がお互いの窓口を活用し、利用者・患者の意思、療養生活を共有できる。	ア	ア①、ア②-1、ア②-2、イ③-2、イ③-3、イ③-4
	(胎) 地域で見守られながら、本人の望む療養支援体制を整える。		③互いの役割を知り、連携が円滑になっている。	ア、ウ、オ	ウ①-2、イ③-4
	(聖) 地域で、本人・家族がその人らしい暮らしを選択できるための支援体制が整っている。		④医療依存度の高い利用者の療養生活を支えるサービスがある。		カ②-3、カ②-1
入退院支援	(新) 本人の意思を尊重した入退院支援ができています。	【入退院支援】 病院と地域の医療介護関係者が協働して、切れ目のない入退院支援が構築されている。	①病院と地域の専門職がお互いの窓口を活用できる。	ア	イ③-2、イ③-3
	(阿) 入退院に際して、医療と介護の切れ目のない支援体制が整っている		②病院と地域の専門職がそれぞれの役割や機能を理解し、自分の役割を果たすことができる。		カ①-1、イ①-3
	(胎) 本人の意思を尊重した、生活が見える入退院支援ができる。		③利用者(患者)のACPプロセスを関係者で共有できる。	ア、オ	キ②-3、カ①-4
	(聖) 退院後にできる限り家で安心して暮らすことができるための支援体制が整っている		④利用者(患者)の療養生活を関係者で共有できる。	オ	エ①-3
急変時の対応	(新) 急変時に本人の意思が尊重された対応ができています。	【急変時の対応】 急変時に対応できる連携体制が構築されている。	①急変の対応をする医療体制が整っている。	オ、ア	イ③-4、ウ①-2
	(阿) 本人の意思が尊重された急変時の対応のできる体制が整っている		②予測される状態変化と急変について対応ができています。	オ、ア	カ②-3、カ②-1
	(胎) 急変時に取るべき対応が、本人・家族・支援者で共有されている。		③ACPプロセスを関係者間で共有できている。	イ、ア、	エ①-2、カ①-4
	(聖) 日頃の備えがあり、本人がどこにいても急変時に速やかな対応がとれる体制が整っている。				
看取り	(新) 本人の意思に沿った看取りの支援ができています。	【看取り】 終末期における症状や不安を解消した看取りの体制が構築されている。	①看取りをする医師がいて、居宅でも施設でも看取りをする医師のサポート体制が整う。	ア、イ	ウ①-1、ウ①-2、イ③-4
	(阿) 在宅でも施設でも本人が望む看取りの体制が整っている		②人生の最終段階の人に穏やかなエンドオブライフケアの支援ができる。		カ②-2、キ②-2、エ①-2
	(胎) 本人が望む看取りを、地域で実現する体制を整える。		③住民が人生の最終段階における意思決定・表明の大切さを理解し、人生会議を行っている。		キ①-1、キ①-2、キ②-1、キ②-3
	(聖) 検討中		④終末期に関わる関係者が人生の最終段階のACPプロセスを共有している。		カ①-4、ウ①-2
		【全般】PDCAサイクルに沿った事業運営ができています。	①医療介護連携状況を俯瞰してみる事ができる。	イ、オ	イ④、イ③-1、イ①①、イ②-1、イ②-2、オ①、オ②
		【ICT】安全安心で効率的な情報を共有できる。	①ときネットの利活用が推進される。	ア、イ、オ	エ①④、エ①①-1

センターコーディネーター取り組みの拠り所

4市町在宅医療介護連携4場面の中間アウトカム	
日常の療養支援	(新) 日常の療養生活において、本人の意思と状態に応じた医療・介護の支援ができています。
	(阿) 毎日の生活を送る上で、必要な療養支援が整っている
	(胎) 地域で見守られながら、本人の望む療養支援体制を整える。
	(聖) 地域で、本人・家族がその人らしい暮らしを選択できるための支援体制が整っている。
入退院支援	(新) 本人の意思を尊重した入退院支援ができています。
	(阿) 入退院に際して、医療と介護の切れ目のない支援体制が整っている
	(胎) 本人の意思を尊重した、生活が見える入退院支援ができる。
	(聖) 退院後にできる限り家で安心して暮らすことができるための支援体制が整っている
急変時の対応	(新) 急変時に本人の意思が尊重された対応ができています。
	(阿) 本人の意思が尊重された急変時の対応のできる体制が整っている
	(胎) 急変時に取るべき対応が、本人・家族・支援者で共有されている。
	(聖) 日頃の備えがあり、本人がどこにいても急変時に速やかな対応がとれる体制が整っている。
看取り	(新) 本人の意思に沿った看取りの支援ができています。
	(阿) 在宅でも施設でも本人が望む看取りの体制が整っている
	(胎) 本人が望む看取りを、地域で実現する体制を整える。
	(聖) 検討中

新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町
在宅医療介護連携4場面の中間アウトカム
(サービスの体制の目標)

- (新) 新発田市
- (阿) 阿賀野市
- (胎) 胎内市
- (聖) 聖籠町

❖市町担当者

3市1町担当者間の広域展開の目線合わせ
各市町個別展開を地域の実情にあわせて実施

❖医師会

理事役員会と在宅医療・福祉対策委員会への相談・助言
医師会医師の講演等の協力
医師会報への事業掲載

❖新潟県医師会在宅医療推進センター(基幹センター)

在宅医療推進センターコーディネーターの育成
県内在宅医療連携拠点コーディネーターの繋がり

31

複数市町と1医師会コーディネーター

【メリット】

◆センター長が在宅医療に熱心な医師なので、医師の立場の情報や適格な教示をいただける。

(3市1町と医師会エリアが同じなので現状に即した取り組みを考えられる。医師会と事業の繋がりを強めてくださる。)

◆各市町の実情に合わせた企画にも参画させていただける。

(横展開・広域展開ができる。)

◆3市1町の事業担当者が代わっても、取り組みを進めることができる。

◆多職種連携を、市町村単位のみならず広域で交流し、考えることができる。

◆複数市町の専門職で構成されている職能団体とは、協働のハードルが低いと感じる。

◆医師会・保健所エリアが同じなので、保健所との協働のハードルは低いと感じる。

32

【デメリット】

◆現場をもたないコーディネーターなので、職能団体や医師、専門職等から現場の声をいただき、現状・課題を知る事は大事だと思う。

⇒これは複数市町からの委託コーディネーターでなくても？…

◆研修会等は大きな市で開催しがちなので、オンラインの活用や各市町で開催できるように意識する必要がある。

⇒市町の実情をよく知る医師等に参画していただき、地元開催を細やかに…

◆隣同士の市町であっても、地域の実情は違うので、足並みをそろえて取り組みができないこともある。

⇒3市1町の事業担当者と共に話し合い、個別で実施することも…

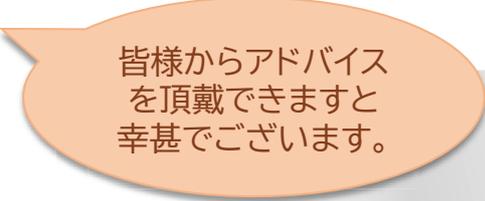
◆3市1町にコーディネーター2人の体制なので慌ただしい。

⇒3市1町の事業担当者と一緒に事業を進めるチャンス…

今後も、事業担当者と共に、広域または個別に
3市1町の実情に合った事業を、
進めて参りたいと思います。



ご清聴いただきまして
ありがとうございました



皆様からアドバイスを頂戴できると
幸甚でございます。

複合的な機能を担う拠点を中心とした 医療・介護・生活を支える活動について —事例から得たヒントを他の地区で展開するには—

広島県

廿日市市在宅医療・介護連携相談室

在宅医療・介護連携コーディネーター(保健師) 阿部 朱美

本日はお話しすること

- 1 廿日市市の在宅医療・介護連携推進事業について
廿日市市の概要、事業の運営体制
事業・施策マップと評価指標、展開のプロセスについて 令和6年度
の取組
- 2 中山間地域における課題と取組 ほっと吉和の紹介
- 3 吉和地域から得たヒント
- ①複合的な機能を担う拠点
- ②医療につながる安心感 浅原市民センターの紹介
- 4 他の地区へ展開するイメージ
- 5 中山間地域で在宅医療・介護連携を進めるポイント 令和6年度
の取組

廿日市市の概要



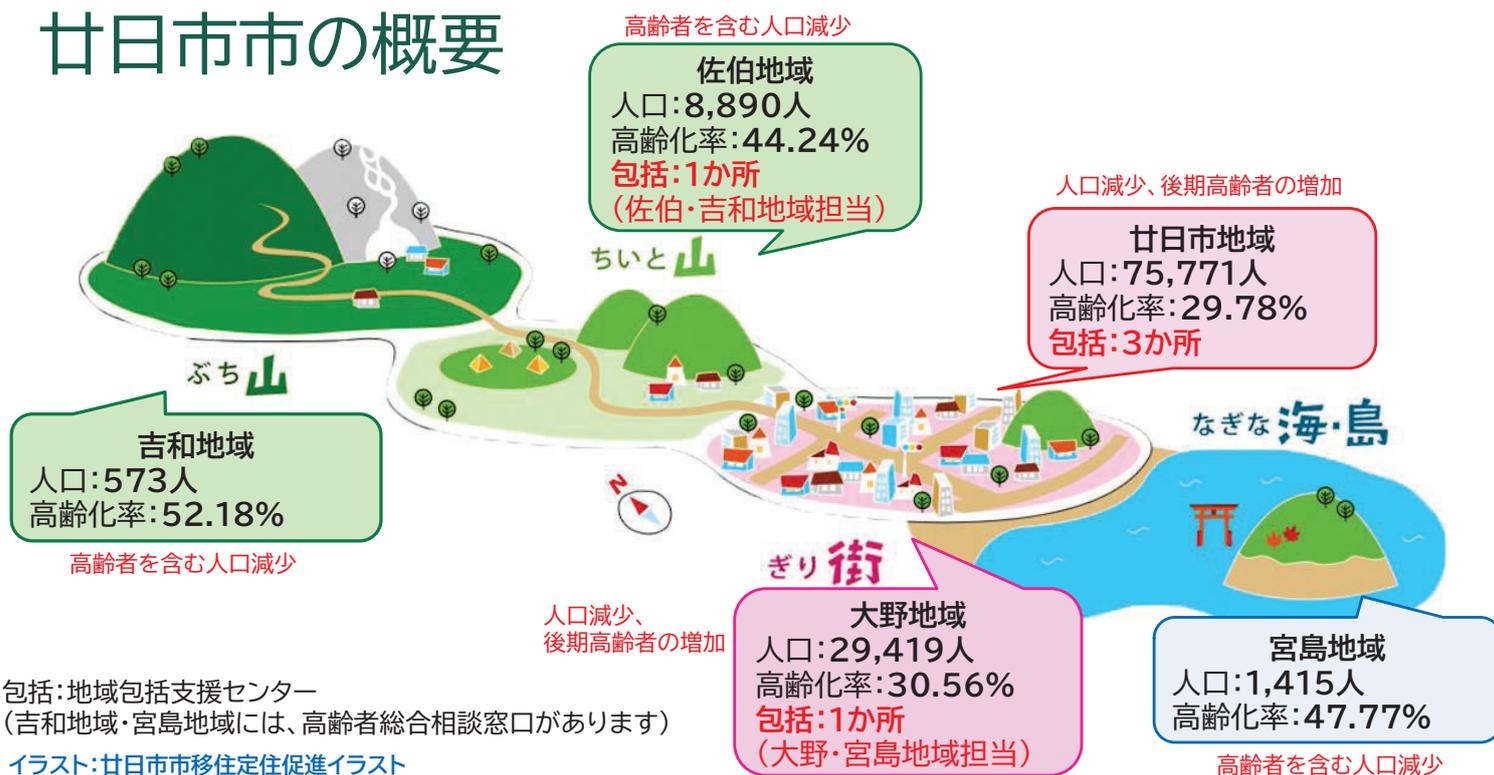
市全体	
人口※1	116,068人
世帯数※1	53,473世帯
高齢化率※1	31.4%
要支援・要介護認定率※2	18.0%

※1 令和5年10月1日現在

※2 令和5年9月末時点

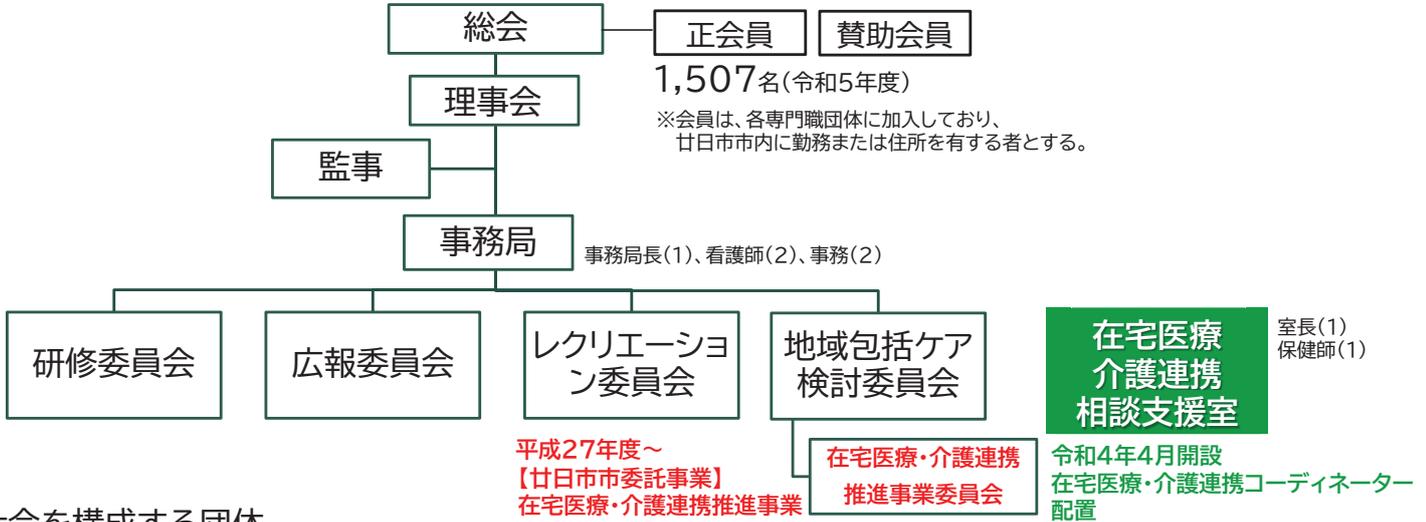


廿日市市の概要



在宅医療・介護連携推進事業の運営体制

廿日市市五師士会(平成17年発足、平成27年NPO法人化)

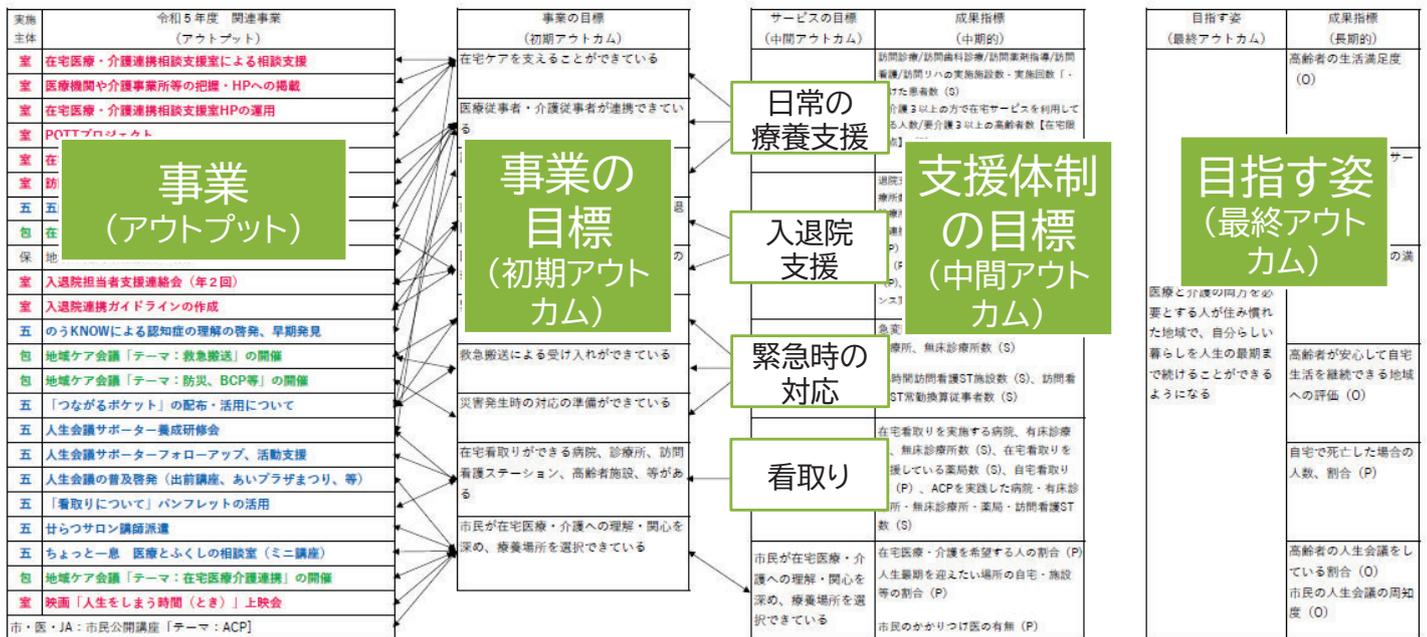


五師士会を構成する団体

佐伯地区医師会、佐伯歯科医師会廿日市支部、廿日市市薬剤師会、広島県看護協会廿日市支部、廿日市市福祉士会(社会福祉士・精神保健福祉士)、廿日市市リハビリ士会(PT・OT・ST)、廿日市市介護支援専門員連絡協議会、廿日市市栄養士会、**歯科衛生士会廿日市地区会(R6～)**

事業・施策マップ

廿日市市在宅医療・介護連携推進事業 施策・指標マップ(令和5年度)
(廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室作成)



評価指標(人生会議の普及啓発)

令和5年度事業 (アウトプット)	事業の目標 (初期アウトカム)	支援体制の目標 (中間アウトカム)	目指す姿 (最終アウトカム)
人生会議サポーター養成研修会 修了者28人	人生会議(ACP)についての意識が深まり、これからの治療・ケアに関する家族等との話し合いが進む	市民が在宅医療・介護への理解・関心を深め、療養場所を選択できている	誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまちはつかいち
人生会議サポーターフォローアップ研修会 受講者44人	人生会議(ACP)の認知度 人生の最期を迎えたい場所の自宅・施設等の割合 今後の治療・ケアに関する医療について家族との話し合いの割合	12.4%(R4) 55.2%(R5) 62.1%(R5)	医療体制満足度 50.3%(R5) 介護保険サービス満足度 33.6%(R5) 在宅看取り率 12.3%(R3) 在宅療養率※ 34.5%(R4)
人生会議の出前講座 17回開催・延391人			
在宅医によるトークセッションと上映会「人生をしまう時間(とき)」 来場者232人			
市民公開講座「はじめませんか 人生会議」 来場者339人			



もしバナゲーム

※ 要介護認定3以上の高齢者の在宅サービス利用者の割合

プロセス(人生会議の普及啓発)

時期	主な内容	
平成27年度	(五師士会が在宅医療・介護連携推進事業を受託) 研修会「豊かな人生を目指して—アドバンス・ケア・プランニングの実践に向けて—」開催	初動期
令和元年度	研修会「はじめよう～人生会議～ACPの理解に向けてやさしい解説」開催	
令和2年度	在宅医療・介護連携推進事業委員会で、委員長の 医師 (在宅療養支援診療所医師、厚生労働省委託事業・人生の最終段階における医療体制整事業「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)」指導者)より「医療と介護の両方を要する後期高齢者が増え、その先には多死社会が訪れる。 誰もが人生の最終段階について考えられるようになるために、まずは五師士会会員がACP(人生会議)を理解し、啓発 できたらどうだろうか。」と提案があり、委員全員一致で賛同し、五師士会でACP(人生会議)を啓発することになる。 「第1回 人生会議サポーター養成研修 」開催	拡充期
令和3年度	「人生会議サポーター養成研修」を企画するが、コロナのため中止	
令和4年度	「第2回人生会議サポーター養成研修」開催 ※ 人生会議サポーター による市民向けの「 人生会議 」出前講座を開始	中山間地域では、玖島(R3~4)、浅原(R5)で開催。R6は吉和で行う予定。
令和5年度	「第3回人生会議サポーター養成研修」「人生会議サポーターフォローアップ研修」開催 ※研修を 会員外の専門職等にも周知	洗練期

民生委員を対象とした人生会議サポーター養成研修、有料老人ホームやサ高住での「人生会議」出前講座、「人生会議カード」の開発、など → 人生会議は特別なことではなく、自然なことに...

人生会議サポーター

令和6年度

養成研修(4回目)

※講師は「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)」指導者(医師)です

【研修会の内容】

- 1 講座(60分)
- 2 ロールプレイ(60分)



ロールプレイの様子



養成研修の修了者には認定証を発行しています！
現在、**160**名です！

フォローアップ研修 テーマ:緩和ケア



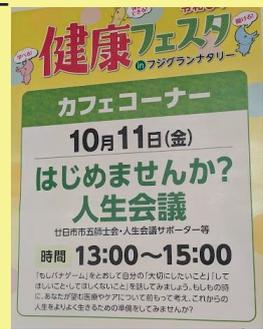
人生会議の出前講座

令和6年度

吉和地域での様子



ショッピングモールでの様子



その他、市民センター(公民館)、集会所などで行っています。

評価指標(入退院連携)

令和5年度事業 (アウトプット)	事業の目標 (初期アウトカム)	支援体制の目標 (中間アウトカム)	目指す姿 (最終アウトカム)
<p>入退院連携ガイドラインの作成 (3月完成)</p> <ul style="list-style-type: none"> 入退院連携ガイドライン策定委員会の開催(2回) 入退院連携ワーキングの開催(2回) リハビリテーションに関する入退院連携ワーキングの開催(2回) 関連団体への説明・聞き取り(訪問看護ステーション管理者連絡会、訪問介護事業所連絡会介護保険部会、介護支援専門員連絡協議会、等) <p>入退院担当者連絡会 年2回開催 (市内の病院・有床診療所、行政が参加)</p>	<p>病院とケアマネジャーを中心とした入退院時の連携が強化されている</p> <p>在宅医療・介護サービスの適切な導入支援が図れている</p>	<p>円滑な入退院支援の体制が構築されている</p> 	<p>誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまち はずかしい</p> <p>医療体制満足度 50.3%(R5) 介護保険サービス満足度 33.6%(R5) 在宅看取り率 12.3%(R3) 在宅療養率※ 34.5%(R4)</p> 
	<p>退院調整率 92.0%(R4) 退院前カンファレンス実施率 23.8%(R4) 退院支援加算を実施している病院・有床診療所の割合 60.0%(R3) 介護支援等連携指導料の算定をしている病院・有床診療所の割合 70.0%(R3) 入院時情報連携加算を実施している居宅の割合 78.4%(R3)</p>		

※1 要介護認定3以上の高齢者の在宅サービス利用者の割合

プロセス(入退院連携)

時期	主な内容	
平成21年度	<p>地域包括ケア検討委員会で、次の取組を行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所、訪問歯科診療を行っている歯科医療機関、訪問薬剤管理指導等の在宅医療サポートを行っている薬局の把握 退院前カンファレンス実施要領の作成 	初動期
平成22年度	<p>【退院前カンファレンス実施要領の検証】</p> <p>実施報告(162件)から、退院前カンファレンスの課題は、在宅主治医の参加が少ないこと、在宅主治医がいない患者がいること、などであった。</p>	拡充期
平成23年度	市内で、退院前カンファレンスの標準化が進んできたので、実施報告の終了	
令和2～4年度	コロナの影響で、退院前カンファレンスの実施率の低下	
令和4年度	<p>在宅医療・介護連携相談支援室で、医療機関や居宅、事業所へヒアリングを実施した。</p> <p>「以前は行っていたが、最近、地域医療連携室の連絡会をしていない」「広域的には難しいかもしれないが、市内の入退院連携のルールが必要では?」「退院サマリーが統一化されているといいな…」等</p>	停滞・見直し
令和5年度	<p>入退院担当者連絡会の開催</p> <p>入退院連携ガイドラインの作成</p>	初動期
	<p>今後:入退院連携ガイドラインの活用とモニタリング、病院・有床診療所ごとの入退院時の流れの把握と一覧作成、退院時サマリーの統一化に向けた検討、など</p>	拡充期

入退院連携ガイドライン第1版

令和6年度

廿日市市入退院連携ガイドライン

第1版



令和6(2024)年3月

廿日市市在宅医療・介護連携推進事業委員会

目次

I はじめに	
1. 作成の経緯	1
2. 文書の対象者	2
3. 用語の定義	2
II 普段から心がけておくこと	
1. 人生会議(ACP)の実施について	4
2. かかりつけ(医・歯科・薬局)との連携について	7
3. 急変時の対応の確認(急変時への備え)	11
III 入退院連携のポイント	
1. 入院前に要介護認定を受けている場合(担当ケアマネあり)	13
2. 入院前に要介護認定を受けていない場合(担当ケアマネなし)	19
IV 看取りについて	22
V 資料編	
1. 救急中の要請について(廿日市市消防本部)	24
2. 緊急連絡票推進事業(廿日市市民生委員児童委員協議会)	26
3. リハビリテーション時期とADLの評価方法	27
4. 高齢者の自立支援に向けたサービスについて	30
5. 社会資源情報について	32
6. 入退院連携ガイドラインの作成体制について	34

500部の
配布先

- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会
- ・地域医療連携室
- ・居宅介護支援事業所
- ・訪問看護ステーション
- ・訪問介護事業所
- ・介護施設・福祉施設
- ・行政(市、保健所)

住宅政策課より

「職員が、市営住宅入居者(高齢者)を支援するときに役立つ！」

病院より

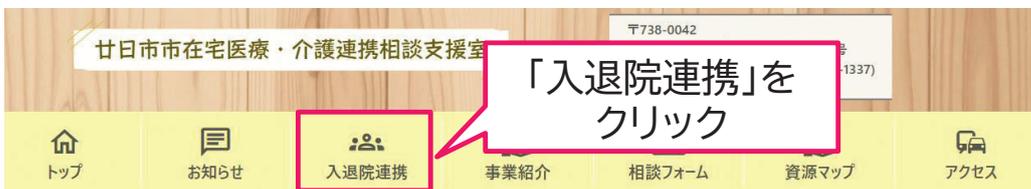
「各病棟の師長が退院調整するときに役立つ！」

500部増刷！

入退院連携ガイドラインの入手方法

令和6年度

廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室のホームページから入手できます



入退院連携ガイドライン

ダウンロード・印刷可能

- > 入退院連携ガイドライン (PDF)
- > 情報提供に関する様式
(必要に応じて、下記の様式をご使用ください)
 - ・入院時情報提供書 (Excel、PDF)
 - ・利用者基本情報 (PDF)
 - ・訪問看護情報提供書 (Excel、PDF)
- > 入退院支援に係る診療報酬及び介護報酬 (準備中)
- > 病院機能の説明 (準備中)
- > 市内病院・有床診療所における入退院時の流れ (PDF)

各病院の

- ・連携窓口
- ・入院前や入院時の連絡
- ・入院時の情報提供
- ・病状説明・退院時期の連絡
- ・入院中の歯科治療
- ・介護支援連携指導
- ・家屋調査
- ・退院前カンファレンスなどを掲載した一覧です

【URL】 <http://h-goshi.org/Soudan>

在宅医療・介護への理解・関心を深める

令和5年度廿日市市在宅医療・介護連携推進事業

上映会

人生をしまう時間

患者と家族と向かい合い、最後の日々をともに過ごす
—小堀誠一郎医師と在宅医療チームに密着した200日の記録—

とき **12月1日** 金 入場料 無料

第1部(昼) 13:30開場 14:00~16:10 定員150人
第2部(夜) 18:00開場 18:30~20:40 定員150人
(第1部と第2部の内容は同じです)

ところ **ウッドワンさくらびあ 小ホール**
(はつかいち文化ホール 廿日市市下平良一丁目11-1)

プログラム

- 1 勝谷・小笠原クリニック 院長 小笠原 英敬 医師
「廿日市市で在宅医療を行い、思うこと」(15分)
- 2 上映会「人生をしまう時間」(110分)

申込方法

申込
石の二次元コード又は
代表者1名につき、5名
まで
廿日市市五旗士
廿日市市在宅医療
共 廿日市市健康課
共 廿日市市健康課
共 廿日市市健康課



東大病院の名外科医がたどりついた最後の現場
それは、「在宅」の終末期医療だった。

人生をしまう時間、
人は、家族は、
何を望むのか。

令和5年度
上映会

令和6年度廿日市市在宅医療・介護連携推進事業
特別講演会

テーマ

どんな時でも命は輝く

～最期まで暮らし続けられる地域を目指して～

講師

現場の訪問看護師であり
地域包括ケアの先駆者

株式会社ケアーズ
白十字訪問看護ステーション統括所長

あきやま まさこ
秋山 正子さん

日時

12月14日 土

13:00開場 14:00~15:30

場所

ウッドワンさくらびあ 大ホール
(はつかいち文化ホール 廿日市市下平良一丁目11-1)
※ご来場は、公共交通機関をご利用ください。

プログラム

- 13:00~ 開場(受付開始)
- 14:00~ 特定非営利活動法人廿日市市五旗士会理事長 挨拶
- 14:05~ 講演
- 15:20~ 質疑応答
- 15:30~ 終了

注 廿日市市五旗士会 在宅医療・介護連携推進事業委員会
廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室
廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室 **0829-30-9026**

令和6年度 特別講演会

令和7年度
上映会(予定)



中山間地域の紹介

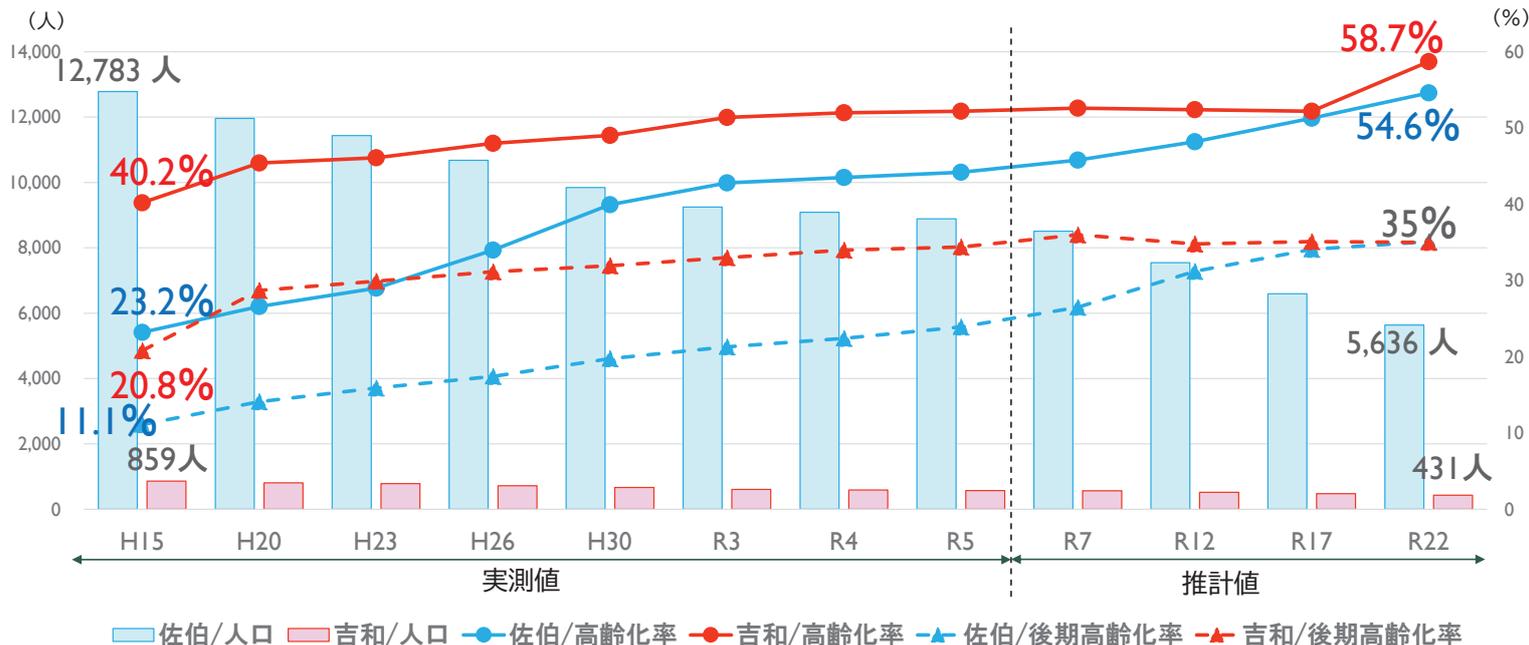
中山間地域の概要

地区名	人口	高齢化率	後期高齢者の割合	要介護認定率
吉和	525人	52.2%	34.4%	25.5%
浅原	527人	56.0%	34.0%	24.1%
玖島	801人	49.6%	26.8%	20.5%
津田	2,380人	47.6%	26.8%	20.5%
友和	5,182人	40.7%	21.0%	15.8%



人口・高齢化率・後期高齢者の割合:廿日市市の町丁字別年齢別人口(5歳階級)及び世帯数(令和5年10月1日現在)
要介護認定率:令和5年9月末時点(高齢介護課)

中山間地域の人口・高齢化率・後期高齢率の推移・推計



資料:平成15年から令和5年住民基本台帳人口(10月1日現在)・令和7年から住民基本台帳人口を基として推計した圏域別人口割合を市全体の推計値に按分して算出

プロセス(吉和地域の在宅医療・介護連携)

時期	主な内容
平成14年度	3月1日 廿日市市と合併
平成15年度	吉和診療所の常設化(県から医師派遣、2年更新) 個別ケース会議(保健師、社協、医師、ヘルパー、ボランティア、等)開催
平成16年度	デイサービスセンターよしわせせらぎ園(社会福祉法人さつき会)開始
平成18年度	地域包括支援センターはつかいち設置(佐伯・吉和地域担当者を配置)
平成19年度	吉和診療所に3代目の医師派遣(以降、現在まで更新)
平成21年度	佐伯支所に地域包括支援センターさいきの設置 よしわせせらぎ園にランチ(高齢者の総合相談窓口)を設置
令和24年度	「将来住み続けられる環境づくりの検討会」開始 地域ケア会議(保健師、社協、医師、包括、ランチ、ヘルパー、ボランティア、等)開始
令和26年度	「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」が住民の創意で結成 「泊まりの施設」の建設を市へ要望⇒第6期介護保険事業計画へ反映
平成28年度	ほっと吉和設立
平成29年度	【ほっと吉和】人材センター事業(生活支援サービスの提供)ゴミ出し、草取り・草刈り、食事の準備、等 泊まりの見守り事業(一時的な泊まり場所と見守りの提供)
令和3年度	【ほっと吉和】福祉バス運行事業(巡回バス・デマンドカーの運行)

人口減少、高齢化率・後期高齢化率のさらなる増加
⇒在宅医療と介護の充実

ひとり暮らしの高齢者等が最期まで住み慣れた地域で生活するには限界がある⇒限界を少しでも延ばそう!

初動期

拡充期

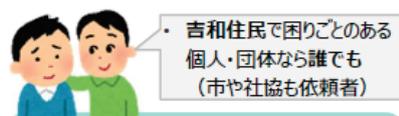
洗練期

成熟期

プロセス整理(ほっと吉和に至るまで・・・)

Step-0 目指す姿について	今後、人口減少、高齢化率・後期高齢化率のさらなる増加が見込まれるため、在宅医療と介護の充実を目指す。
Step-1 現状の把握	吉和診療所は他病院から医師が週2～3回、来所し、診察にあたっていた。社会福祉協議会がヘルパー、デイサービス業務を行っていた。
Step-2 検討の場づくり	行政(市)が中心となり、社協、社会福祉法人、県(医師確保について)と協議を重ねる。
Step-3 課題の抽出 ・整理・共有	診療所が週数回しか開いていない。近隣の病院まで、救急車でも20～40分以上かかる。常勤医師が必要では。また、ヘルパー派遣やデイサービスの運営を社会福祉法人に委ね、サービス提供を充実させてはどうか。
Step-4 対策の検討・実施	吉和診療所に常勤の医師を派遣。社会福祉法人によるデイサービス開設。
Step-5 状況の確認	地域内では、地域ケア会議等を開催し、高齢者の生活の質の向上を目指す。市としては、医療体制の満足度の把握や介護保険事業計画で確認を行う。
Step-6 課題の再確認	さらに進む人口減少、後期高齢化率の増加。ひとり暮らしの高齢者等が最期まで住み慣れた地域で生活するには限界がある。
Step-7 今後に向けて	生活限界点をできるだけ延ばすための検討が必要。

ほっと吉和の3つのサービス



・吉和住民で困りごとのある個人・団体なら誰でも(市や社協も依頼者)

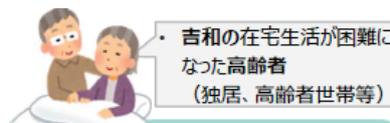
人材センター事業

生活支援サービスの提供

550円～

- ・30分以内の簡易作業：550円～
- ・30分～1hの簡易作業：770円～
- ・草取り、葬儀等：1h 880円～
- ・草刈り、雪かき等：1h 1,265円

- ✓ 八子の巢駆除など、メニューにない作業にも対応
- ✓ 登録会員29人(R2実績)が対応
- ✓ 個人利用は年間延べ71件(R2年実績)うち44件は草刈り
- ✓ 団体利用では、配食を毎月13回、市庁舎や社協の清掃など



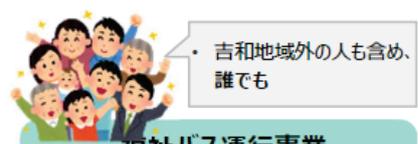
・吉和の在宅生活が困難になった高齢者(独居、高齢者世帯等)

泊りの見守り事業

一時的な泊まり場所と見守り

り1泊(2食付き) 2,700円

- ・利用時間は17:00～翌日8:30
- ・1人部屋3室・2人部屋1室(福祉センター内)
- ・見守り者と利用者が一緒に食事
- ✓ 登録した地域住民17人が見守り。1晩2人体制で、謝礼5,000円/人を支給
- ✓ 同一敷地内の診療所の医師、地域のデイサービス事業所と連携。場合により医師が診療所に泊まる。また、見守り者による自宅・デイ間の送迎あり
- ✓ 年間延べ207人(実人数3人)利用(R2実績)



・吉和地域外の人も含め、誰でも

福祉バス運行事業

巡回バス・デマンドカー運行

1回150円

- ・巡回バス(12人乗り)：月～金、1日6便(定期運航)
- ・デマンドカー(4人乗り)：月～土、1日8便(予約制)
- ・運賃は1回150円(障がい者・小学生は100円、障がい児は50円、就学前は無料)
- ✓ R3.4月運行開始(以前は市が予約制のデマンドバスを交通会社に委託して運行)
- ✓ 従業員6人体制(R3計画)

(出所)平成30年度老人保健事業推進費等補助金「中山間地域等の高齢者に対する行政の居住支援、移動支援のあり方に関する調査研究」報告書(三菱総合研究所)、ほっと(バス)のチラシ、ほっと吉和(人材センター、泊りの見守り)のチラシ、R3年度ほっと吉和総会資料、R2年度ほっと吉和実績報告、R2年度人材センター作業表を参考にMURC作成

ほっと吉和の紹介



吉和複合施設との連絡通路から見た
ほっと吉和



吉和福祉センター
(社会福祉協議会吉和事務所)

高齢者施設「ほっと吉和」
(泊りの施設)

「よしわせせらぎ園」
通所介護デイサービス

吉和診療所
(内科・歯科)



←民間商店
「NAKAZAWA」



←吉和複合施設
(令和5年～)

ほっと吉和の紹介

外観



一人部屋



二人部屋



居間とキッチン



各部屋にあるトイレ



吉和地域から得たヒント

①複合的な機能を担う拠点

吉和の場合



吉和地域から得たヒント

①複合的な機能を担う拠点

ポイント

高齢化と人口減少が進む中で、ひとり暮らしの高齢者等が最期まで住み慣れた地域で生活するには限界がある。限界を少しでも延ばしていこう！

- ▶ **住民たちの話し合いの場**（「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」等）に住民だけでなく、**行政や専門職が参加した。**
- ▶ **住民たちで結成した話し合いの場**（「生涯暮らし続けられる吉和地域をつくる会」等）で、“**自分たちがほしい**”モノを**明確**にして、市へ交渉した。

- ➡ **話し合っ、つくることで、使いたい機能を持った拠点に！**
- ➡ **話し合いの場がなければ、つくる
あるなら、乗っかる！！**

吉和地域から得たヒント

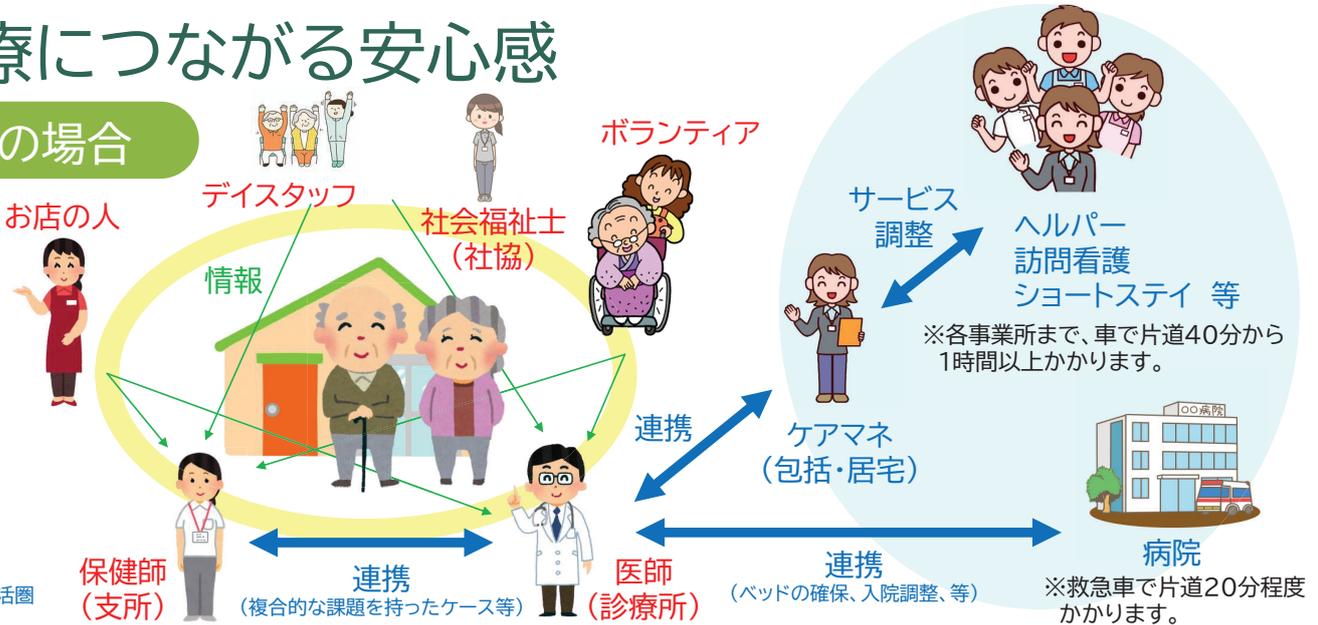
②医療につながる安心感

吉和の場合

吉和の
医療体制
への満足度

63.8%

市全体は50.3%
【R5市介護予防・日常生活圏
域ニーズ調査より】



吉和地域から得たヒント

②医療につながる安心感

ポイント

- 気にかけてくれる、いつでも相談できる、顔見知りの関係の医療従事者(医師)がいる。
- 入院やサービスにどのようにつながっていくか、説明を受けることで、安心して任せることができる。

- ➡ 医療知識や技術を持つコーディネーターが地域内に必要
- ➡ 看護師、保健師、コミュニティナースが、その地区にいないだろうか

他の地区へ展開するイメージ

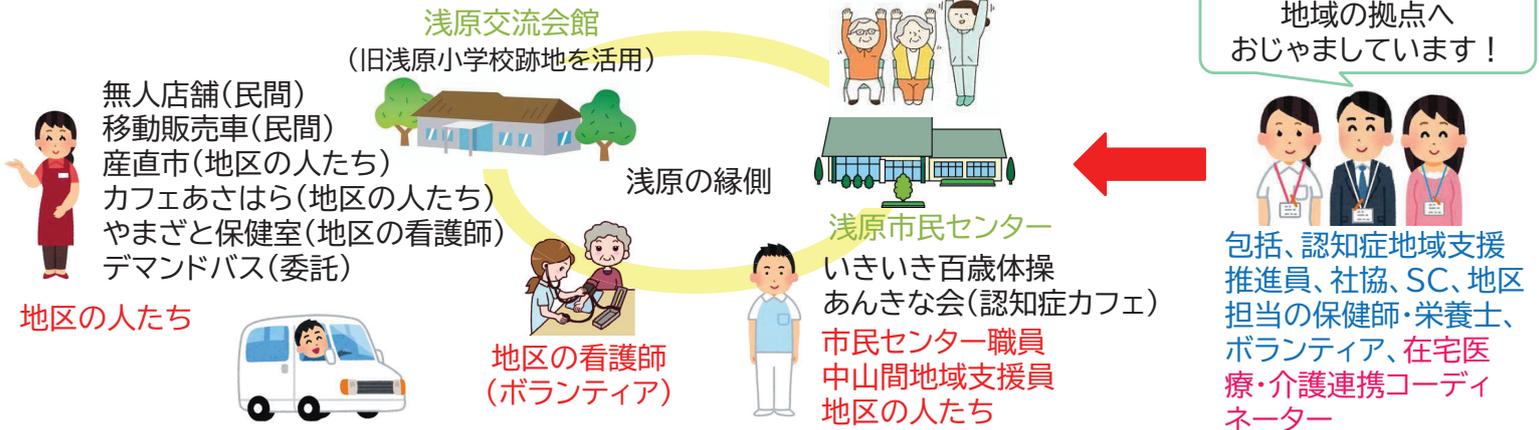
①複合的な機能を担う拠点

浅原の場合

ワークショップにより
「あさはらビジョン2023」を策定

6つのテーマごとに月1回円卓会議を継続
高齢者支援は「健康ウェルビーイング」

地域の拠点へ
おじゃましています！



浅原市民センター

令和5年度優良公民館表彰！
優秀館！！

まちづくり活動の中心に浅原市民センターを位置づけ、誰もが安心して暮らし続けられる「みんなでつくったあさはらビジョン2023」を地域住民と共に作成していくワークショップの運営を支援

健康ウェルビーイング 元気な長生きの秘訣はさっさと〇〇！
みんながなりたい浅原らしいいいちゃん、ばあちゃんの姿とは？

みんなで仲良くワイワイ100歳まで歩こう！！

その心は、浅原の人の元気が秘訣はさっさと〇〇。
「未来で写真を撮ったら、こんな感じ！」と、心も体も、生活も、ワクワクしながら前向きで暮らしている姿を描いています。



あさはらビジョン -ビッグピクチャー-

あなたは浅原で何したい？

「ビジョン」とは？

- ・こんな街のなかでやりたい
- ・こんな地域でやりたい
- ・こんな暮らしでやりたい
- ・「健康」をやるための環境がほしい

【人々の声】

「健康も暮らしも仕事も何でもしたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。」

「健康も暮らしも仕事も何でもしたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。」

「健康も暮らしも仕事も何でもしたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。」

「健康も暮らしも仕事も何でもしたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。」

「健康も暮らしも仕事も何でもしたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。それだけ働かせたい。」



6つのテーマのワークショップ

拠点づくり「みんな顔見知りの浅原にしていこう！車に乗れなくても楽しく集えるように」

農地・山林「来てもらえる浅原にしたい！」

防災「助け合いのできる浅原にしていこう！」

健康ウェルビーイング「みんなで仲良くワイワイ100歳まで歩こう！」

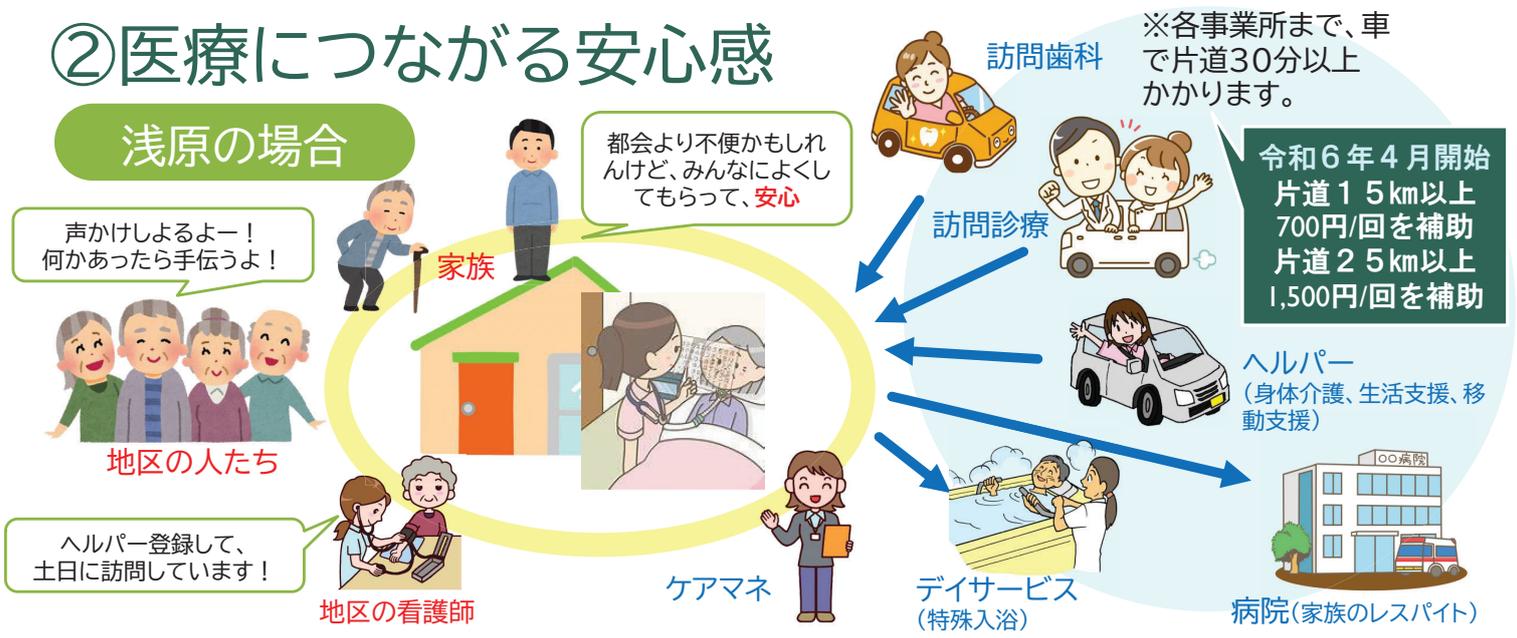
子ども・子育て「蛭・ヤマメ・ウナギなどがたくさんいる川川の復活！！」

インターネット「インターネットで豊かな浅原暮らし」

令和6年4月から、浅原市民センターはNPOあさはらが指定管理を受けて運営するあさはらまちづくり交流センターになりました！

他の地区へ展開するイメージ

②医療につながる安心感



中山間地域で在宅医療・介護連携を進めるポイント

吉和で得たヒントを他の地区に活かすために…

①複合的な機能を担う拠点と一緒に動く

- 住民、専門職、行政が一緒に話し合う
⇒ 本当に必要なものは何なのか明確にする
- 実現可能な計画を立てる
⇒ 事業化？ 予算化？ 市や外部からの助成？

3年以上かかる…

行政

②医療につながる安心感を生み出す ←中山間地域に限らない

- 地区の中で身体のことや医療のことを相談できる場所や人がいる
⇒ 浅原の場合、“やまざと保健室の看護師さん”

ボランティア？ 運営費は？ どこにつなぐ？
責任の所在は？ 持続可能な体制するには？

行政

←中山間地域では特に必要？

①複合的な機能を担う拠点

⇒将来的には・・・？

令和6年度

歯科講座



お口からはじめる
健康づくり



出張型
歯科診療所
??



歯科相談会



②医療につながる安心感を生み出す

⇒身近な医療従事者の存在

令和6年度



無人店舗(民間)
移動販売車(民間)
産直市(地区の人たち)
カフェあさはら(地区の人たち)
デマンドバス(委託)

浅原地区で・・・
(まずは2～3の集落で)



カフェスペースの片隅で・・・



やまざと保健室
血圧測定・健康相談



NPOあさはらのスタッフとして
民生委員と高齢者を訪問

悩んだときは・・・



個別に相談

- ・地域包括支援センター
- ・支所保健師
- ・在宅医療・介護連携相談支援室

定期的な話し合い

- ・NPOあさはら
- ・地域包括支援センター
- ・支所保健師
- ・在宅医療・介護連携相談支援室



ご清聴ありがとうございました

グループに分かれたのち、Zoomに●がある方：進行役です。

参加いただいている皆さんが発言できるように、時間配分いただきながら発言者を指名ください。

<1接続あたり3分目安>

- ・ 自己紹介（自治体名、業務内容や役割など）
- ・ 既存の取組や取り組む中でうまくいったこと、難しいと感じたこと
- ・ 本日の研修で感じたことや気づいたこと

在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等一式

研修会議Ⅱ 研修資料

東京開催：令和6年11月15日（金）

大阪開催： 11月21日（木）

福岡開催： 11月22日（金）

研修会議Ⅱのプログラム

所要時間	目的	プログラム
9:30～		受付開始
10:00～10:05		開会挨拶
第1部：地域課題の抽出方法／評価の考え方について学ぶ		
10:05～10:20		【講義①】事業マネジメントのあるべき展開方法と現状・課題 ○ 事業マネジメントのあるべき展開方法を理解する ○ 効果的な事業展開には、医療・介護の現場を知るコーディネーターと施策を考える市町村担当者の協働が必要であることを理解する
10:20～11:10	市町村とコーディネーターが協働しながら相談内容を振り返り、個別課題から地域課題に展開する方法・手法等を身につける	【演習①】個別課題から地域課題への展開方法を体感しよう！ ○ 「患者・家族にとっての課題（困っていること、不利益なこと）」をコーディネーター等から複数挙げてもらい、グループ内で共有する（4場面別） ○ 挙がってきた課題をもとに、「地域で解決しないといけな課題は何か（＝地域課題）」を検討する（4場面別） ○ 挙がってきた地域課題について、参加者全員で共有する（数Gr発表）
11:10～11:55		【演習②】評価の考え方を学ぼう！ ○ 演習①で挙がってきた地域課題から1つを選択する ○ もし、地域課題が解決したら、何がどうなることを期待するかを考える ○ 「期待したこと」について、参加者全員で共有する（数Grから発表）
11:50～12:50		昼休憩
第2部：課題解決に向けたシナリオを考えてみよう		
12:50～13:00		【オリエンテーション】演習③の進め方
13:05～15:50 * 休憩含む	地域課題の解決に向けてシナリオを考える力を高める	【演習③】課題解決に向けたシナリオを考えてみよう！ ○ テーマは午前中に選定した地域課題とする ○ 課題を生じさせている原因と主原因、対策、評価指標までをシートを使って考える ○ 解決シナリオを参加者全員で共有する（数Grから発表） 感想・コメント
15:50～16:05		
16:05～16:25		【講義】まとめ ○ 事業マネジメントの進め方をおさらいする ○ 検討事例・活用事例を紹介する
16:25～16:45		在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームについて
16:45		閉会・事務連絡

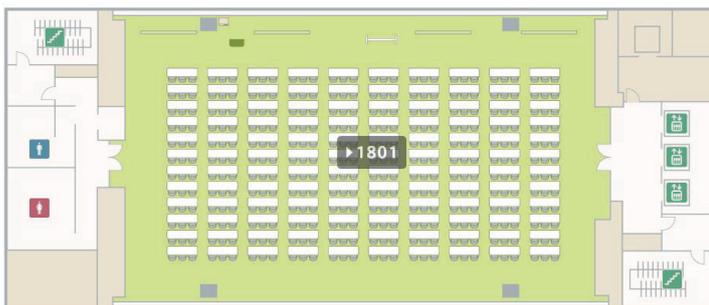
【参考】研修会議Ⅱ：開催場所

研修会議Ⅱ:11/15(金):東京開催

開催場所：ビジョンセンター新橋 1801
 住所：東京都千代田区内幸町1-5-2 18F
 会場URL：
<https://www.visioncenter.jp/shimbashi/access/>

最寄り駅
 <東京メトロ銀座線・都営地下鉄 浅草線をご利用の場合>
 「新橋駅」から7番出口から徒歩3分、徒歩8分
 <JR線をご利用の場合>
 「新橋駅」日比谷口から徒歩5分
 <都営三田線をご利用の場合>
 「内幸町駅」A5出口から徒歩4分

18階フロア図



【参考】研修会議Ⅱ：開催場所

研修会議Ⅱ：11/21(木)大阪開催

開催場所：グランキューブ大阪 特別会議場
 住所：大阪府大阪市北区中之島5-3-51 12階
 会場URL：<https://www.gco.co.jp/visitor/access/>
 JR大阪駅より無料シャトルバスあり

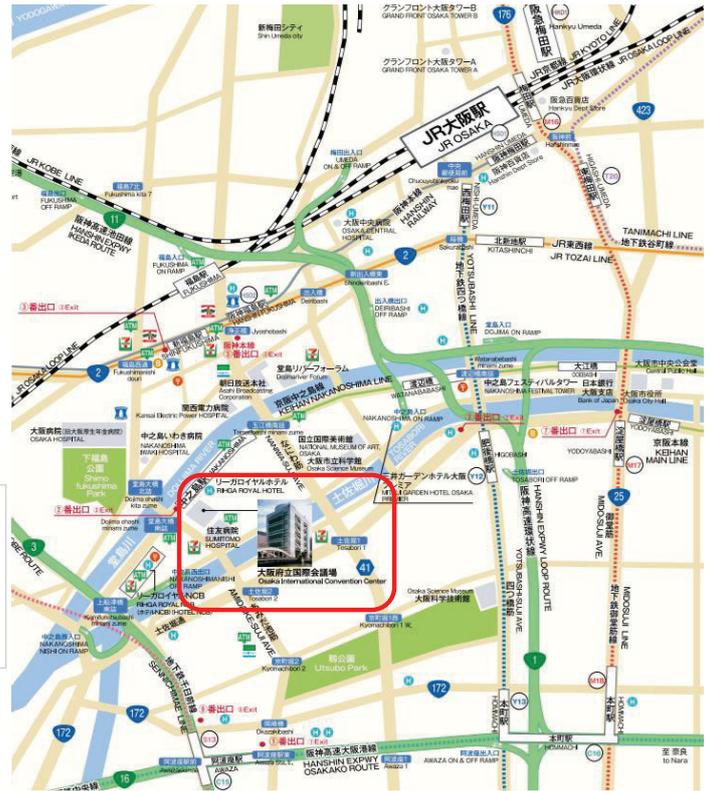
最寄り駅

- <京阪電車中之島線をご利用の場合>
- 「中之島駅」からすぐ
- <JR線をご利用の場合>
- 東西線「新福島駅」3番出口から徒歩10分、
- 大阪環状線「福島駅」から徒歩15分
- <阪神本線をご利用の場合>
- 「福島駅」3番出口から徒歩10分
- <大阪メトロをご利用の場合>
- 「阿波座駅」中央線1号出口・千日前線9号出口より徒歩15分
- *詳細はホームページをご覧ください

JR大阪駅シャトルバス乗り場
 (7:45~22:30 毎時15分間隔)



12階フロア図



【参考】研修会議Ⅱ：開催場所

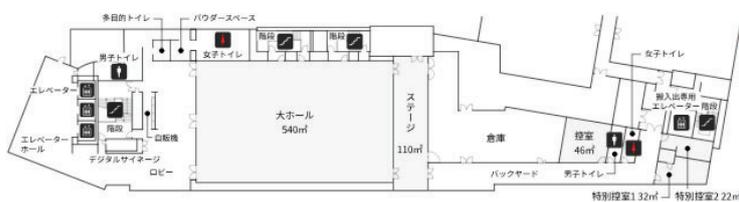
研修会議Ⅱ：11/22(金)福岡開催

開催場所：TKPエルガラ 大ホール
 住所：福岡県福岡市中央区天神1-4-2
 最寄り駅：地下鉄空港線 天神駅徒歩5分
 会場URL：<https://www.elgalahall.jp/access/>

最寄り駅

- <地下鉄をご利用の場合>
- 「地下鉄空港線天神駅」から徒歩約5分
- 「地下鉄七隈線天神南駅」から徒歩約1分
- <西鉄電車をご利用の場合>
- 「西鉄福岡(天神)駅」徒歩約3分

8階フロア図



事業マネジメントのあるべき展開方法と現状・課題 －在宅医療・介護連携推進事業を例に－

(内容)

1. 在宅医療・介護連携推進事業の「目的」とは
2. 事業のあるべき展開方法と現状
3. 現状をあるべき展開方法に近づけるための改善ポイントとは

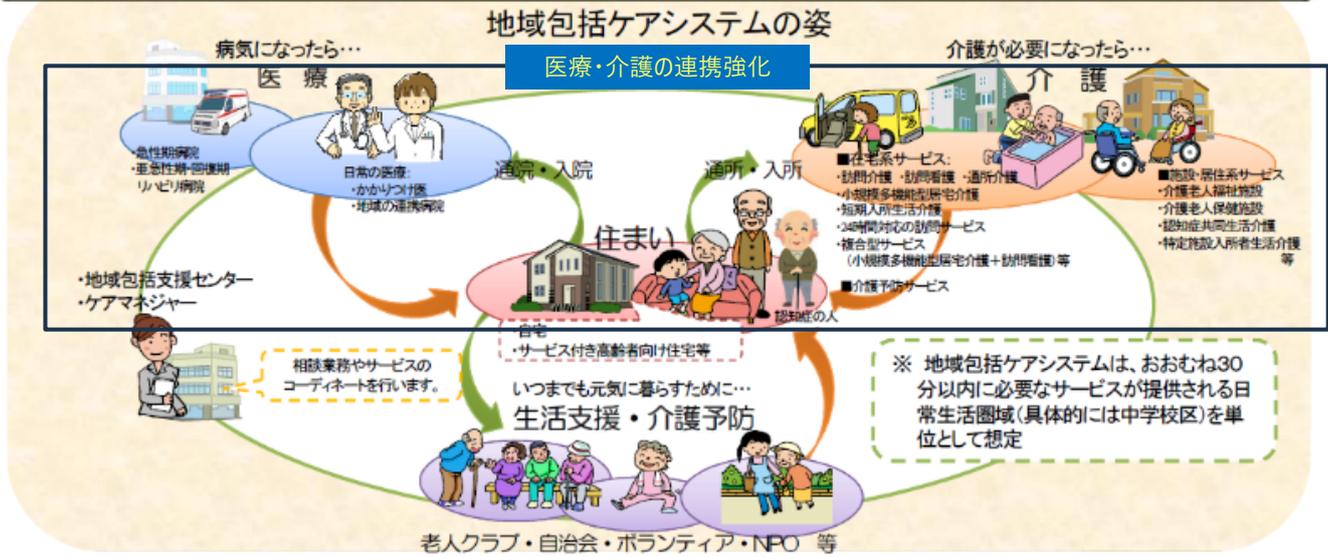
(株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長
認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員
川越雅弘

1. 在宅医療・介護連携推進事業の「目的」とは

地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携の位置づけと目的

- 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・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 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です。
- 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**が生じています。
- 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**ことが必要です。

ここが目的



出所)「地域包括ケアシステムの構築に向けて」、第46回介護保険部会 資料3 (2013/8/28) に加筆

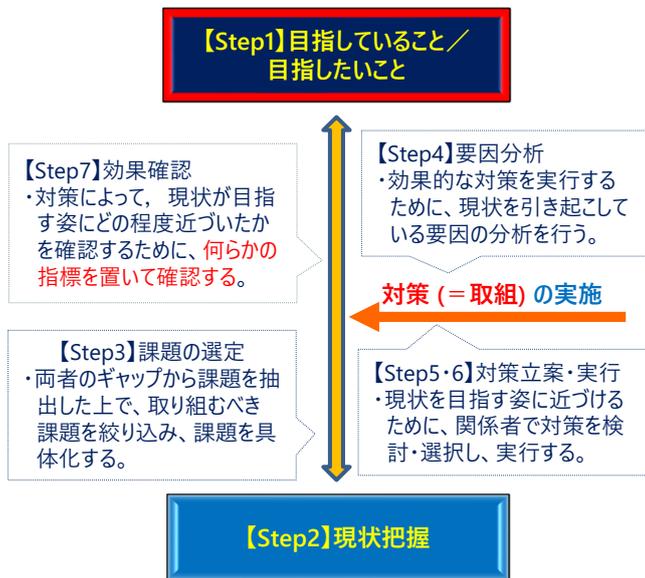
2. 事業のあるべき展開方法と現状

事業のあるべき展開方法とは

－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」－

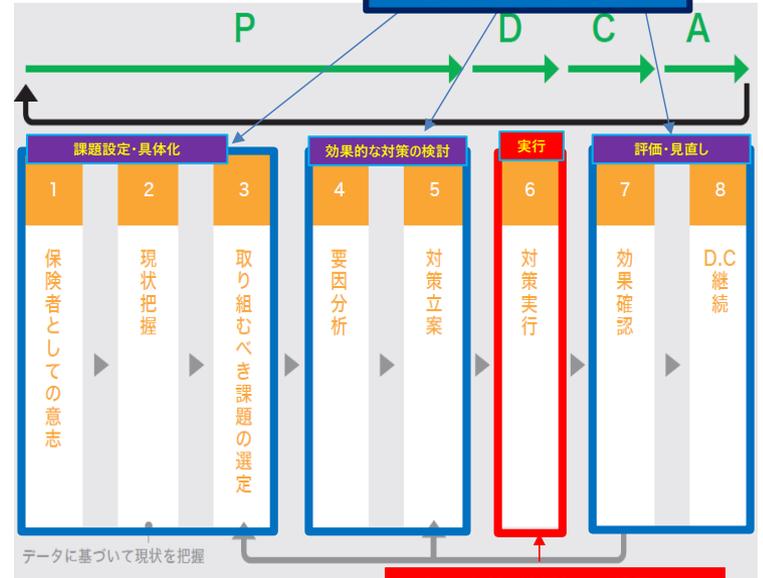
- **課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること（＝課題を解決すること）である。**
- 様々な対策の中から、**効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。**これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは



出所) 川越作成

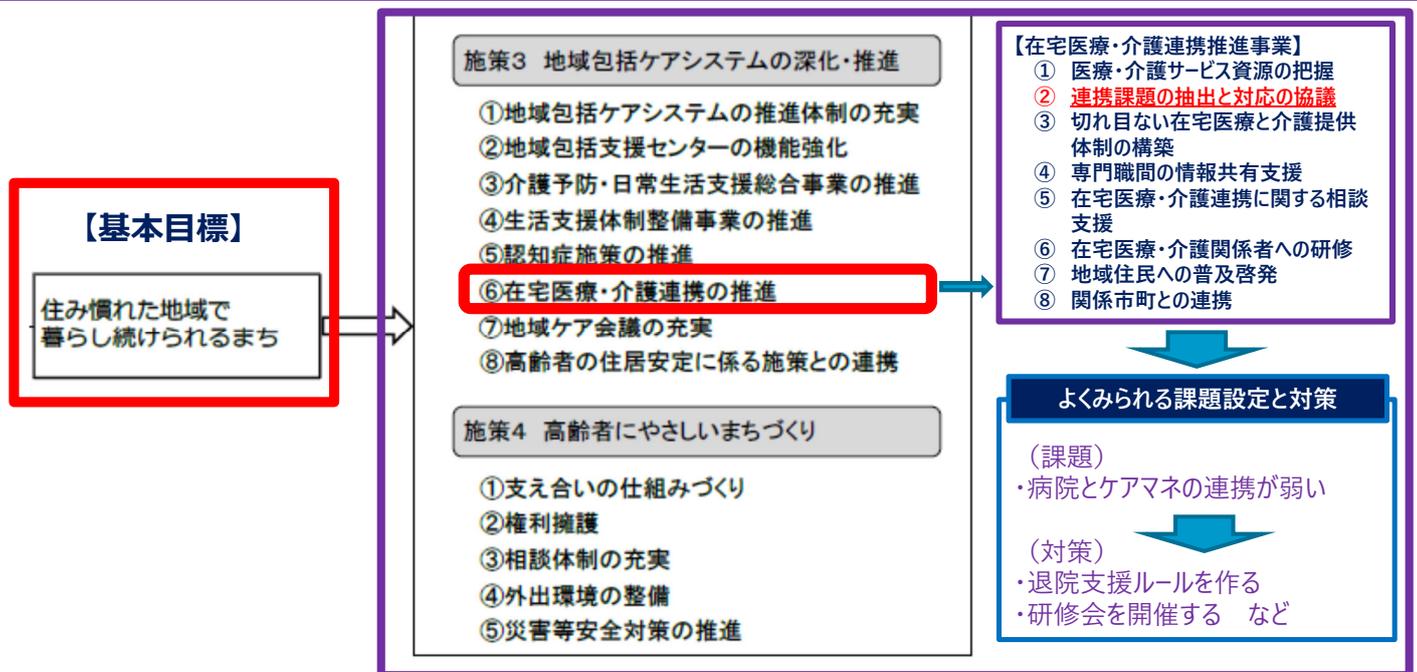
図. あるべき展開方法



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）を一部改変

5

事業計画の策定例からみた事業マネジメントの現状・課題



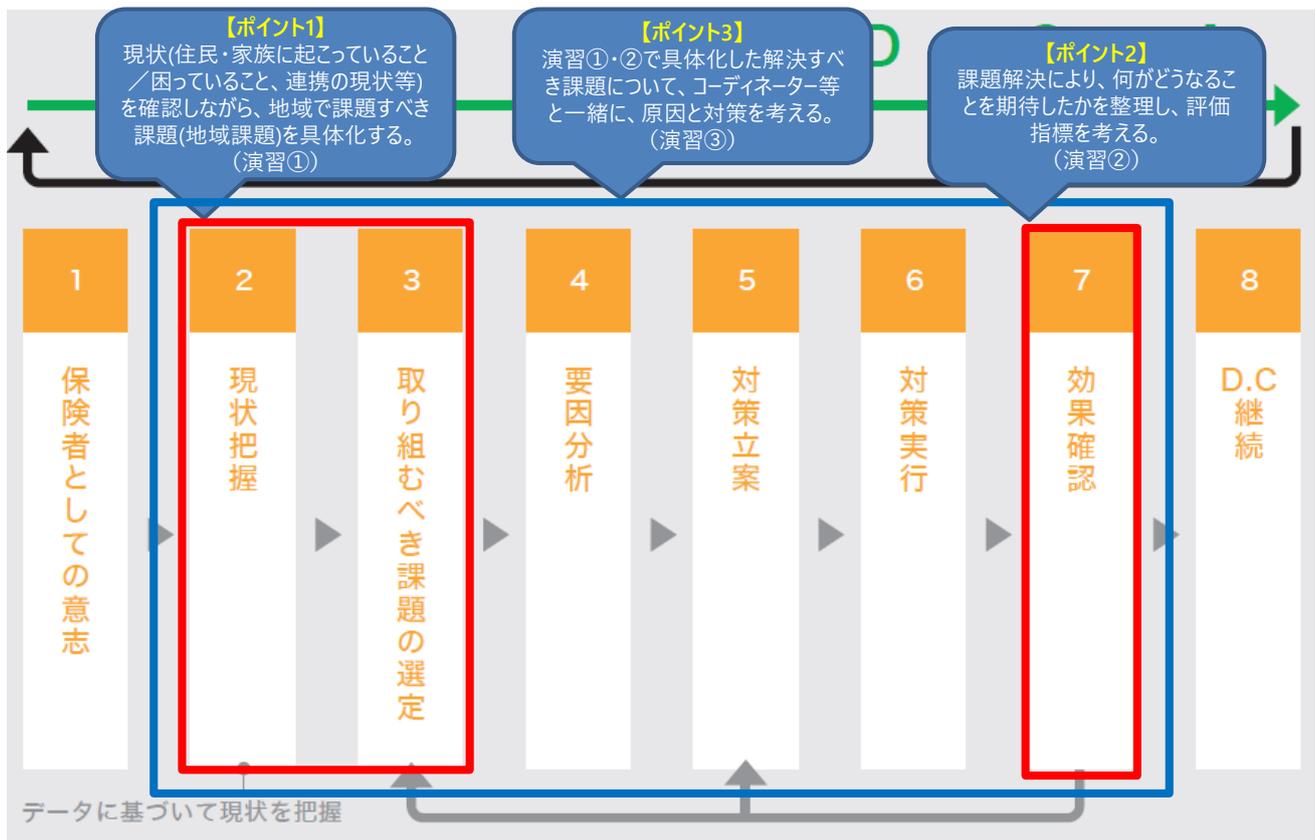
国の手順とどこが違うのか？

- ・目指す姿を置いているが、抽象的なままで、目標達成に何が必要かが検討されていない（**目的意識が弱い**）。
- ・目指す姿の達成よりも、事業や施策をどう展開するか意識が向いている（**手段から考えるくせが付いている**）。
- ・効果的対策を講じるためには、病院とケアマネの連携が弱い部分の絞り込みや要因分析（どこが弱い？なぜ弱い？）を把握する必要があるが、こうした分析は行われていない（**要因分析がないまま対策が検討されている**）。
- ・対策により「何がどうなることを期待したか」が設定されていない。そのため、①何で効果を確認するのか、②どうやって確認するのか、③確認するためのデータをどうやって入手するのかなども検討できていない（**評価が出来ない**）。

3. 現状をあるべき展開方法に近づけるための改善ポイント

7

あるべき事業展開方法に近づけるための強化ポイント



【演習①：個別課題から地域課題への展開方法を体感しよう！】

<個人ワークシート> 本人・家族に起こっている不利益なことを挙げてみよう！

【問1】看取りに関して、「本人・家族にとって不利益なこと」が起こっていませんか？ あれば挙げてみて下さい。

(例1) がんの看取りを行ってくれる医師がなかなか見つからず、家族が困っていた

(例2) 自宅で看取る予定であったが、家族が救急車を呼んでしまい、病院で亡くなってしまった

1		2	
3		4	

【問2】入退院に関して、「本人・家族にとって不利益なこと」が起こっていませんか？ あれば挙げてみて下さい。

1		2	
3		4	

【問3】急変時対応に関して、「本人・家族にとって不利益なこと」が起こっていませんか？ あれば挙げてみて下さい。

1		2	
3		4	

【問4】日常療養に関して、「本人・家族にとって不利益なこと」が起こっていませんか？ あれば挙げてみて下さい。

1		2	
3		4	

【演習①：個別課題から地域課題への展開方法を体感しよう！】

<グループワークシート> 本人・家族に起こっている不利益なことを整理しよう！

【問1】看取りに関して、メンバーから挙げてきた「本人・家族にとって不利益なこと」を整理してください（最大12まで）。
その中から、「地域で最も解決したいと思うもの」の番号に○をつけてください。

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	

【問2】入退院に関して、メンバーから挙げてきた「本人・家族にとって不利益なこと」を整理してください（最大12まで）。
その中から、「地域で最も解決したいと思うもの」の番号に○をつけてください。

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	

【演習①：個別課題から地域課題への展開方法を体感しよう！】

＜グループワークシート＞ 本人・家族に起こっている不利益なことを整理しよう！

**【問3】急変時対応に関して、メンバーから挙げてきた「本人・家族にとって不利益なこと」を整理してください（最大12まで）。
その中から、「地域で最も解決したいこと」の番号に○をつけてください。**

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	

**【問4】日常療養に関して、メンバーから挙げてきた「本人・家族にとって不利益なこと」を整理してください（最大12まで）。
その中から、「地域で最も解決したいこと」の番号に○をつけてください。**

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	

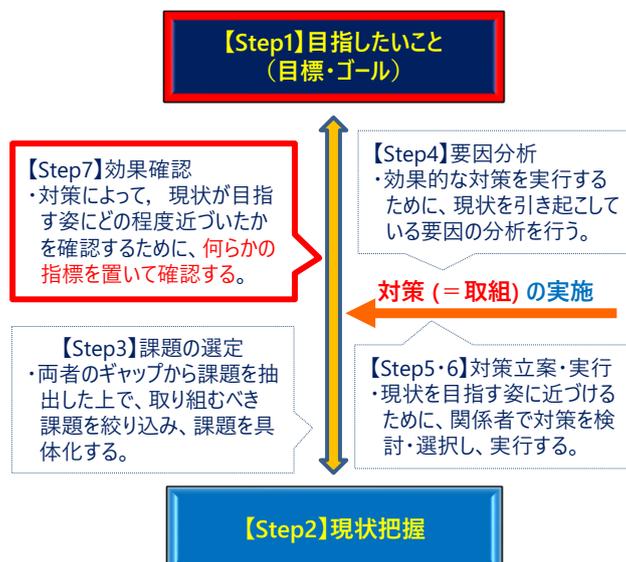
演習②（評価の考え方を学ぼう！）を 行うに当たって

1

事業マネジメントの構造と評価の位置づけ

- 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、現状を目指す姿に近づけること（＝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」という。これら分析を通じて、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効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

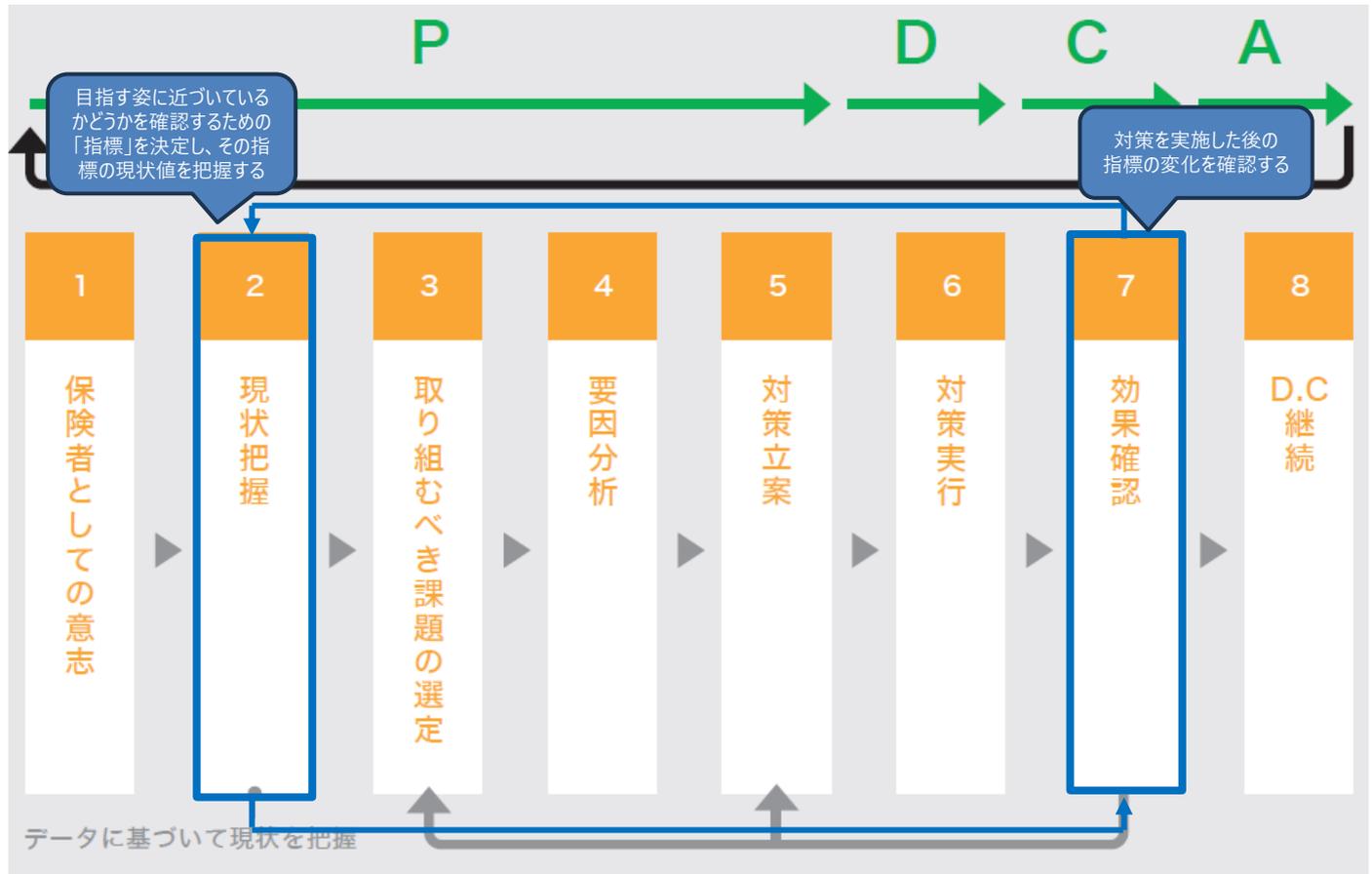
図. マネジメントの構造と評価の位置づけ



出所) 川越作成

2

「指標の現状値」の把握と「対策実施後の変化」の把握の流れ



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018/7/30）より引用

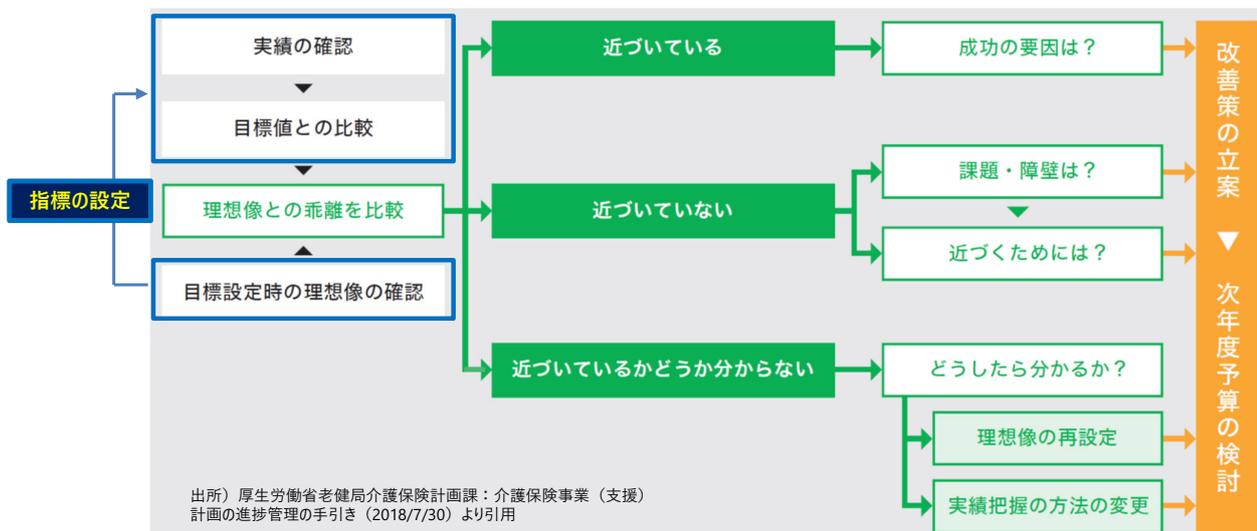
3

「評価」とは、期待した効果・成果の達成状況を確認する作業のこと

ポイント

- 評価とは、「期待したこと」と「現状」を比較し、何がどこまで達成できたか（現状が目指す姿に近づいているのかどうか、どの程度近づいたのかなど）を確認する作業のこと。
- したがって、まずは、施策や事業に対して「何を期待したか」「目標をどう設定したか」を確認・整理しましょう！
- 効果確認は、「現在の施策や事業のどの部分をどのように改善するか」のヒントを得るために行うもの。効果確認自体が目的ではありません！

図.評価の手順



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018/7/30）より引用

4

演習シート

5

【演習②：評価の考え方を学ぼう！】

＜個人ワークシート＞ 対策の成果として期待することを挙げてみよう！

演習①で挙げた「地域で解決したいこと（地域課題）」

地域課題の解決に向けて、あなたは様々な対策をとっています。
もし、演習①で挙げた地域課題が解決したら、何がどうなることを期待しますか？

患者／家族に 対する成果	1		2	
	3		4	
専門職に 対する成果	1		2	
	3		4	
地域住民に 対する成果	1		2	
	3		4	
その他の 成果	1		2	
	3		4	

【演習②：評価の考え方を学ぼう！】

<グループワークシート> 対策の成果として挙げてきたことを整理しよう！

演習①で挙げた「地域で解決したいこと（地域課題）」

.

演習①で挙げた地域課題が解決したら、何がどうなることを期待しますか？

その上で、全体の中から、特に期待することを3つ選び、番号に○をつけてください。

患者／家族に 対する成果	1		2	
	3		4	
	5		6	
専門職に 対する成果	1		2	
	3		4	
	5		6	
地域住民に 対する成果	1		2	
	3		4	
	5		6	
その他の 成果	1		2	
	3		4	
	5		6	

演習③（課題解決に向けたシナリオを考えてみよう！） を行うに当たって

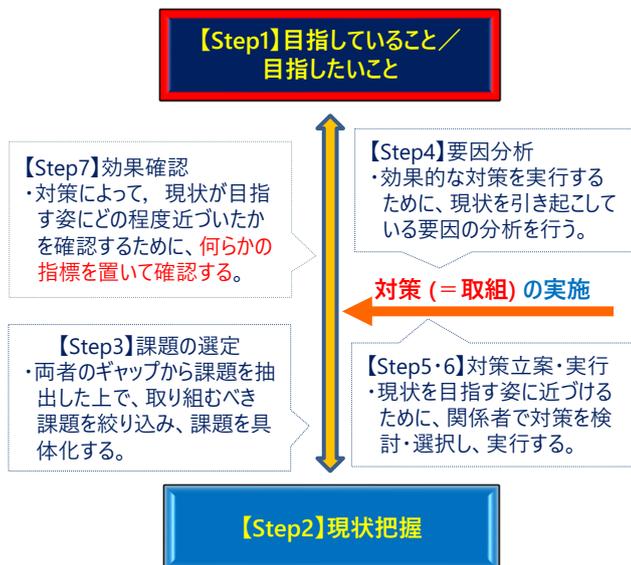
1

事業のあるべき展開方法とは

－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」－

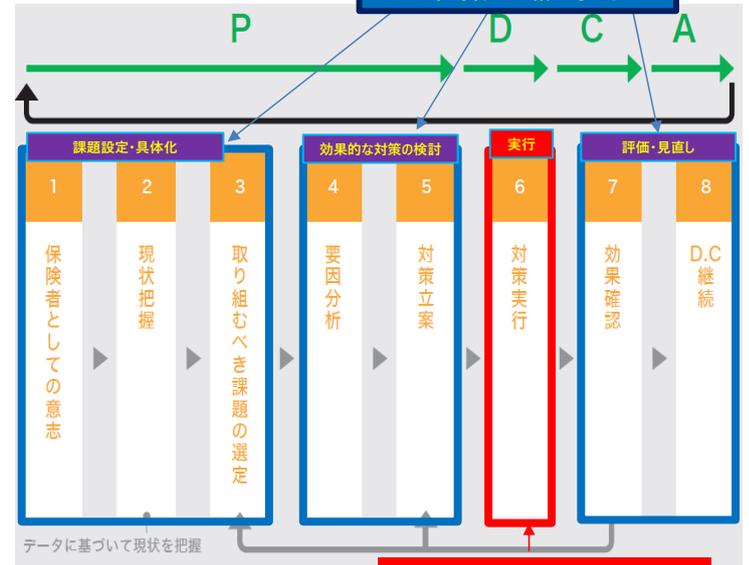
- **課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること（＝課題を解決すること）である。**
- 様々な対策の中から、**効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる**必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは



出所) 川越作成

図. あるべき展開方法



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）を一部改変

協議体などを活用し、関係団体・関係者の意見をまとめあげながら、対策を進めていく

2

演習シート

3

【演習③】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記載下さい（午前中の演習で設定した地域課題を転記）。

テーマ	・
-----	---

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？（※地域課題を「できる」表現に変えるイメージ）

目指す姿	・
------	---

【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	・	原因2	・
原因3	・	原因4	・



対処すべき原因	・
---------	---

【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	・	・
対策2	・	・
対策3	・	・

【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	・	・
期待値2	・	・
期待値3	・	・

在宅医療・介護連携推進事業の進め方 (おさらい)

(内容)

1. マネジメントの基本構造とPDCAサイクル
2. 現在の展開方法があるべき展開方法に近づけるための改善ポイント

(株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長
認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員
川越雅弘

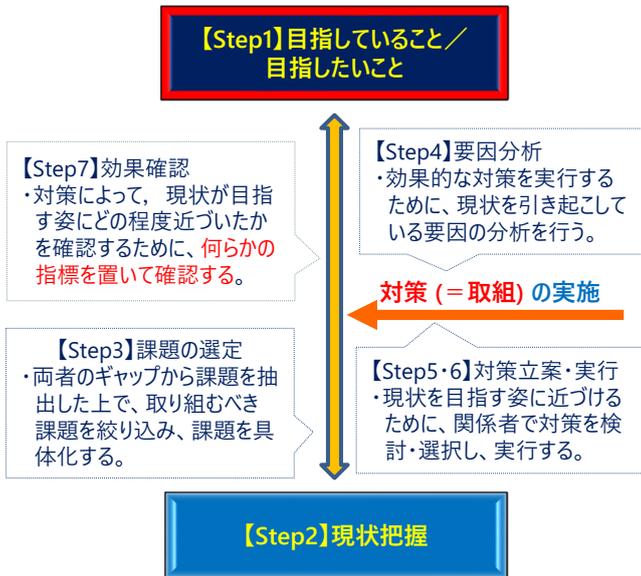
1. マネジメントの基本構造とPDCAサイクル

事業のあるべき展開方法とは

－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」－

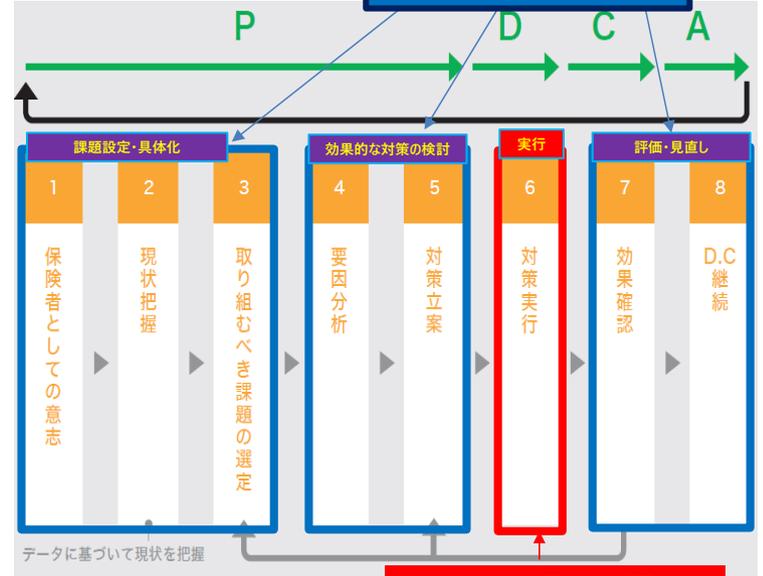
- **課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を**目指す姿**に近づけること（＝課題を解決すること）である。**
- 様々な対策の中から、**効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。**これを「**要因分析**」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは



出所) 川越作成

図. あるべき展開方法



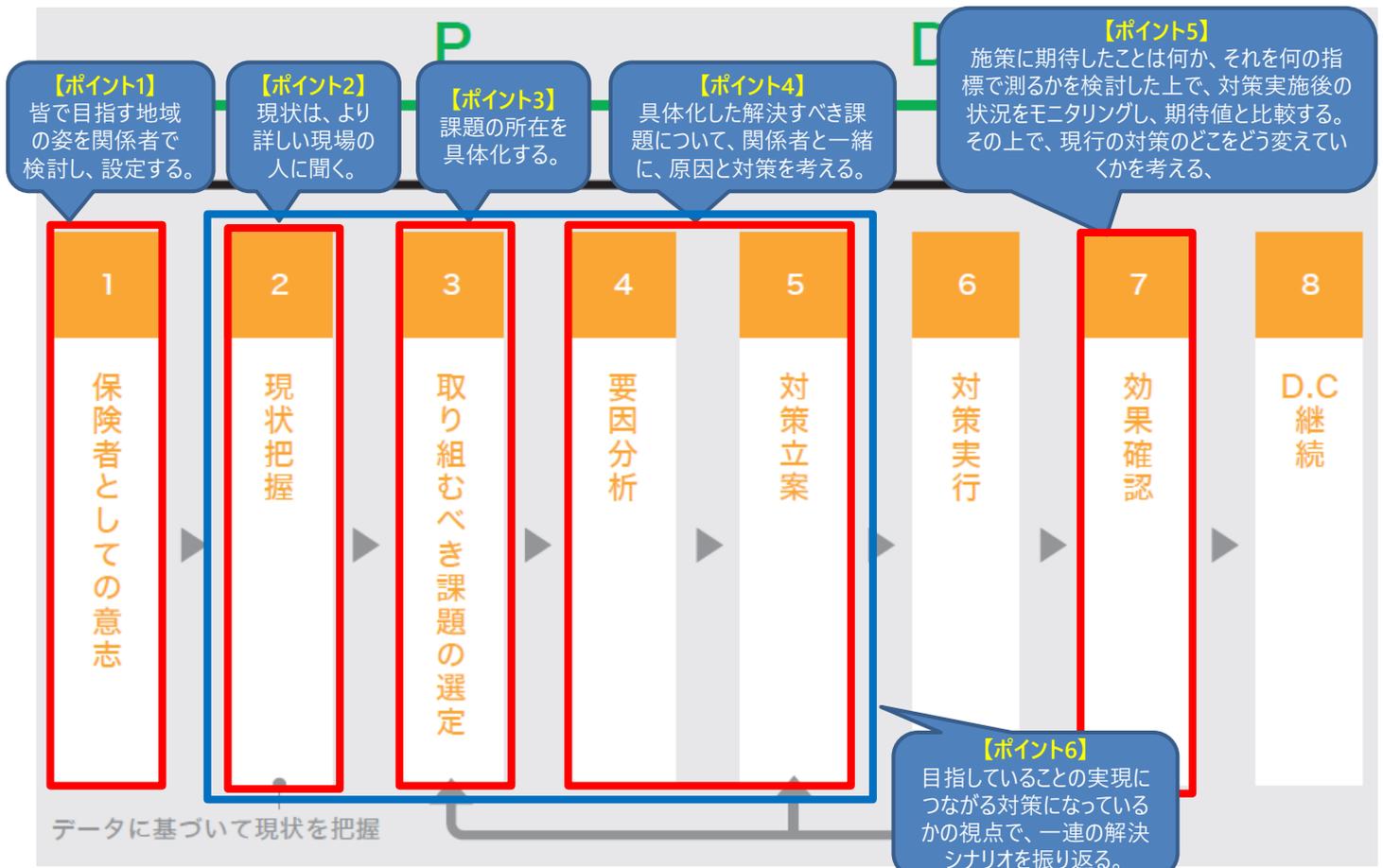
出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）を一部改変

協議体などを活用し、関係団体・関係者の意見をまとめあげながら、対策を進めていく

3

2. 現在の展開方法があるべき展開方法に近づけるための改善ポイント

現状をあるべき展開方法に近づけるための強化ポイントとは



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018/7/30）より引用

5

【ポイント1】

事業・施策の目的を
あなたが意識する／関係者に意識させる



その結果

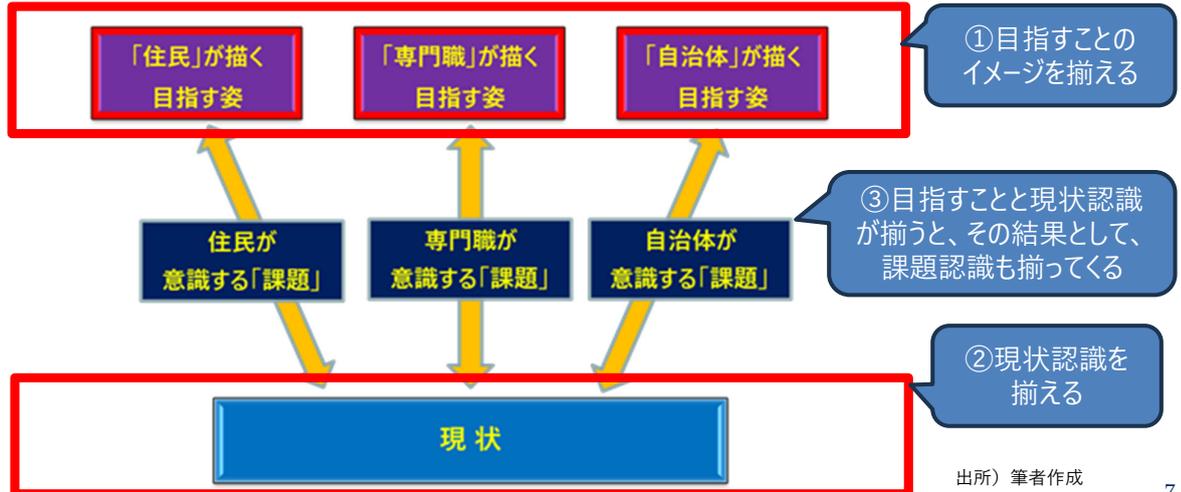
- 関係者のゴールのイメージが揃ってくる。
- 何のために、何を期待して対策を講じてきたのかが意識されるようになる。
- 評価指標を考えやすくなる。

なぜ、目指す姿(=目的)を関係者で検討・共有する必要があるのか？

ポイント

- 例えば、在宅医療・介護連携推進事業では、住民・家族・専門職・行政等の関係者が、同じゴールを目指して協働することが求められていますが、各関係者の「目指す姿」のイメージも「現状認識」も違います。したがって、両者のギャップである課題認識も、当然異なることになります。
- 課題を共有するため、まず、関係者と一緒に「どのような地域を目指すのか」を検討・共有しましょう。同事業の目的は、「**認知症や重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられる**」でしたので、この文言を参考に検討するとよいでしょう。
- また、同事業では、4つの場面(日常療養支援／入退院支援／急変時対応／看取り)ごとに提供体制の構築や連携の質向上を図ることになっています。入退院支援であれば、「何のために入退院時に連携するのか？」の視点から、目指す姿を検討してみましょう。

図. まずは、関係者間で、「目指す姿」のイメージを揃えましょう！



出所) 筆者作成

入退院支援における目指す姿の設定イメージ

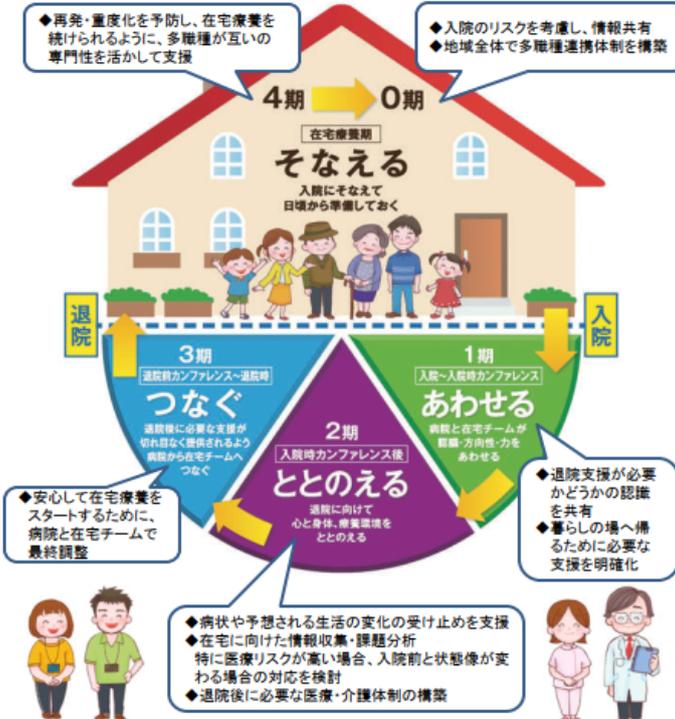
病院と在宅チームが協働した入退院支援のステージ

【入退院支援の目指すべき姿】

複数疾患を抱える高齢者が入院した場合、その人らしい暮らしの場に帰れるようにするためには、病院と在宅チームとの協働が不可欠です。
また、退院後、再発・重度化を予防し、安定的に在宅での生活を継続するためには、病院と在宅チームが、互いの強みを活かしながら、連携して支援を行うことが大切です。

【入院を経てまた暮らしの場へ帰る間、各期ごとに大切にしたい視点】

円滑な入退院支援を行うためには、ステージ(0~4期)に応じて適切に協働していく必要があります。



出所) 大阪府入退院支援の手引き：病院から住み慣れた暮らしの場へ～地域みんなで取り組む入退院支援～(2018年3月)を一部改変

【ポイント2】

現状・課題、解決策は、現場に詳しい人に聞く



その結果

- 現状や課題を正しく認識できるようになる。
- 業務を効率的かつ効果的に回すことができるようになる。
- 行政と専門職の得意分野を生かした連携ができるようになる。

9

ヒアリングを用いた現状・課題把握の例

ポイント

- 現状把握の方法としては、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ります。知りたいこと、知りたいレベルに応じて、最適な方法を選択しましょう。
- 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す(下図参照)。

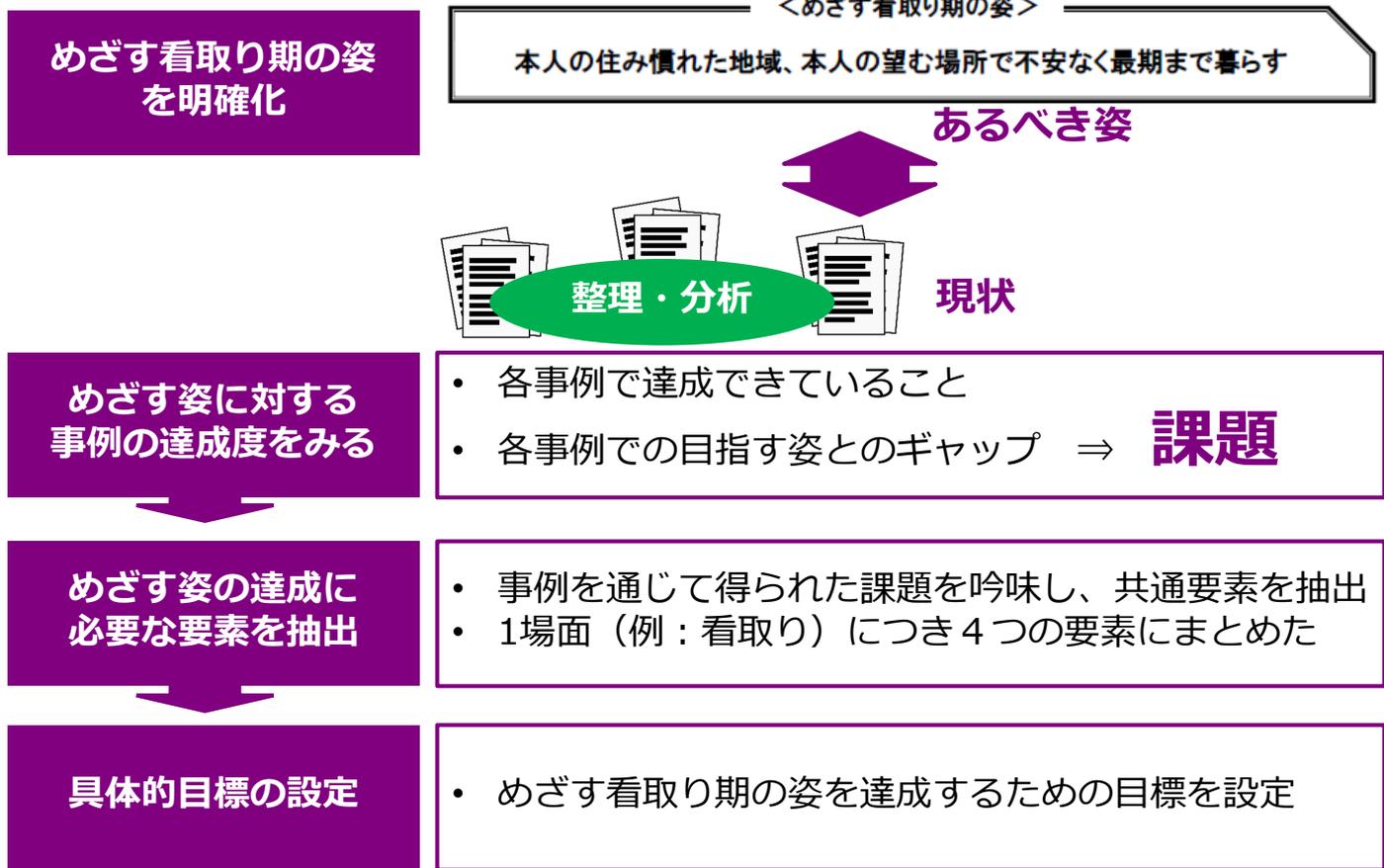
図. ヒアリングを通じて現状を把握する (入退院支援の例)

< 住民の声から > ※住民の声も、住民と接している専門職に聞いてもらえばよい

- 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、通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っ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、より難しいと判断しがちである（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）。



事例分析の具体例（看取りの場面）
①

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ていた。最期は検査や延命処置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にサインし承知してはいたが、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、病院で亡くなられた。同居の家族は本人の意思に沿う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
- かかりつけ医の役割
- か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

めざす姿の達成に必要な要素

- 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

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

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

*ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：年齢や病期を問わず、本人が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセス（2019年現在、ACPの愛称は「人生会議」となっています）。

【ポイント3】

解決したいテーマを具体化する

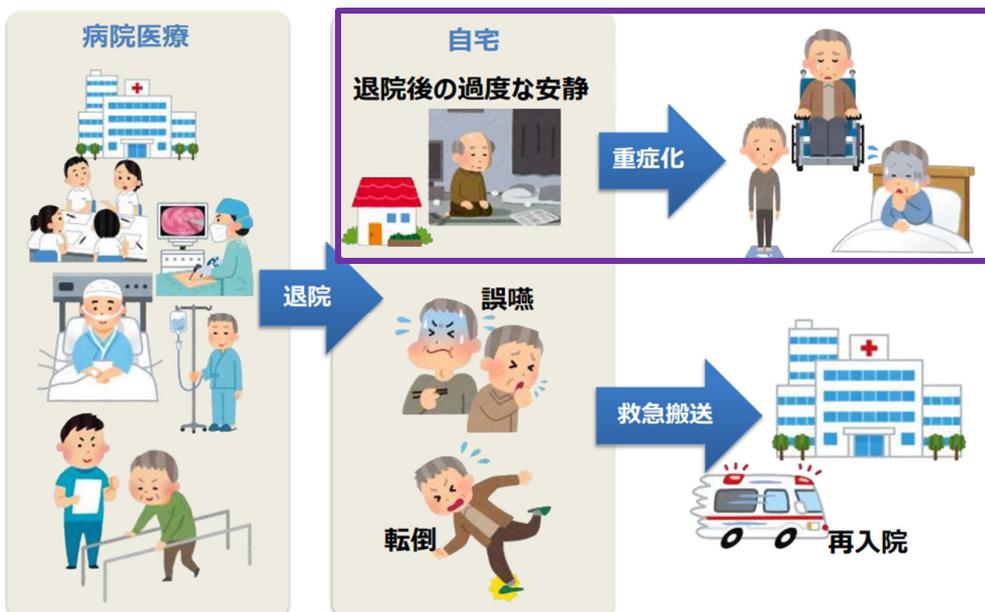


その結果

- 原因や対策を検討しやすくなる。
- 検討内容、検討結果が具体的になる。
- 一連のPDCAサイクルを展開しやすくなる。

13

「(ウ) 切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築」に関してあなたが解決が必要だと思っている具体的テーマは何ですか？



出所) 豊明市：「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」地域資源の発掘と新しい価値観の創造を目指して、第136回市町村職員を対象とするセミナー(2018年9月21日)より引用

今までの
テーマ

・病院と在宅関係者の連携を強化するためにはどうしたら
よいか？

新たな
設定テーマ

・骨折で入院した高齢者が、退院後に適切な療養生活
(運動・栄養・睡眠・活動など) を送れるようにするため
にはどうしたらよいか？

【ポイント4】

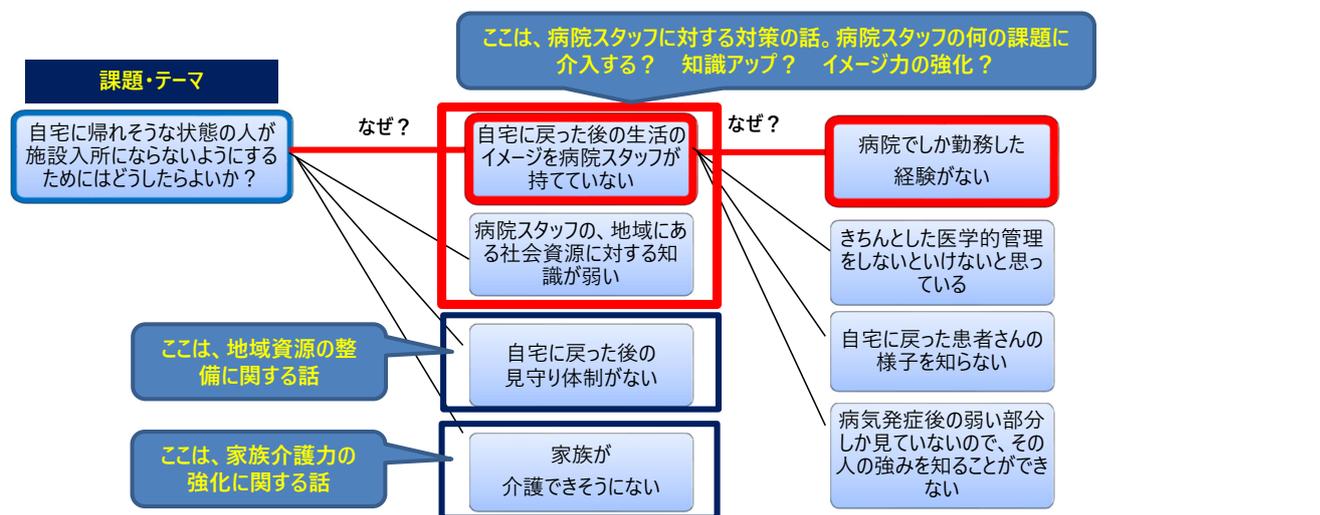
根本原因を関係者を交えて検討した上で、対策を検討する
 (誰に対してどんな対策を打つのか?)



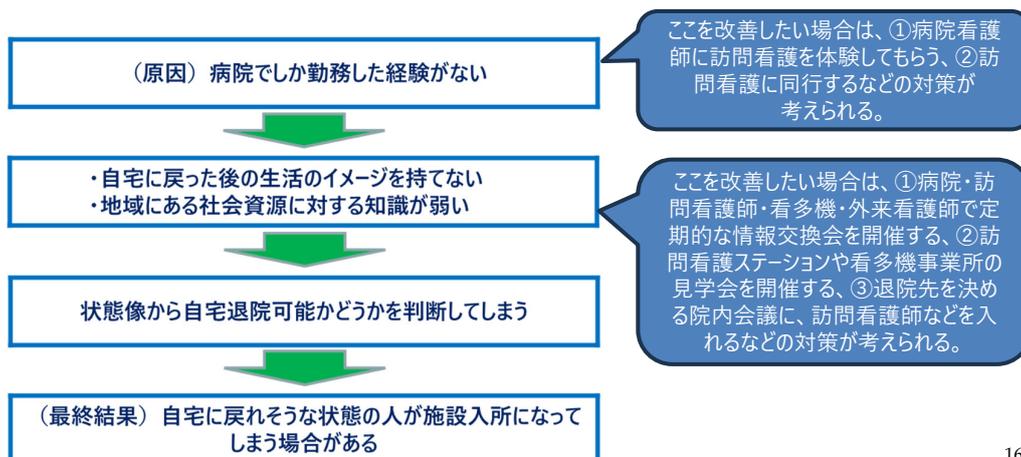
その結果

- 誰・何に対して対策を打つのか、その対象が明確になる。
- 対策の内容が具体的になる。
- 効果的な対策をうつことができる。

ロジックツリーを使って、真の原因を推察し、対策の内容を考える



出所) 筆者作成



【ポイント5】

目的を意識した上で、対策に期待したことを整理し、
現状と比べる



その結果

- 対策に期待したことを再認識できる。
- 何の現状を見に行けばよいかのイメージを持つことができる。
- 何が達成できたのか、できなかったのかを整理することができる。

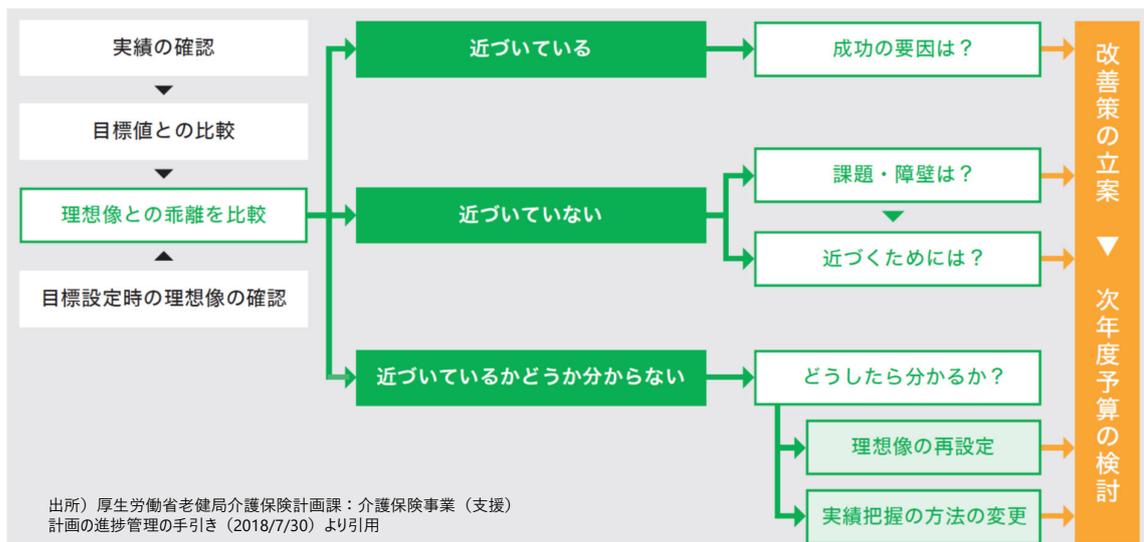
17

「評価」とは、期待した効果・成果の達成状況を確認する作業のこと

ポイント

- 評価とは、「期待したこと」と「現状」を比較し、何がどこまで達成できたか（現状が目指す姿に近づいているのかどうか、どの程度近づいたのかなど）を確認する作業のこと。
- したがって、まずは、施策や事業に対して「何を期待したか」「目標をどう設定したか」を確認・整理しましょう！
- 効果確認は、「現在の施策や事業のどの部分をどのように改善するか」のヒントを得るために行うもの。効果確認自体が目的ではありません！

図.評価の手順



【ポイント6】

目指していることの解決につながるような対策になっているかの視点で、現在の解決シナリオを振り返る



その結果

- 目的や目標達成に向けた効果的な対策を検討することができる。

19

東京都稲城市の検討例

【問1】解決し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	・不安になると在宅医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、訪看	・痩せる等、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するようになる	・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

在宅医療・介護連携推進事業
～研修会議Ⅱ（基礎演習）～

在宅医療・介護連携推進支援事業に係るプラットフォームについて

株式会社日本能率協会総合研究所

社会イノベーション研究事業本部

研究員 **遠藤 慧一郎**

〒105-0011

東京都港区芝公園3-1-22 日本能率協会ビル5階



在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの開発の概要

- 本事業では、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より一層の推進・充実を図ることを目的として、在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査、研修、プラットフォームの開発等行う。
- プラットフォームでは、全自治体の在宅医療・介護の連携に関する情報を一元化することで、それぞれの自治体の情報をいつでも参照できるようにする。また、関係者がプラットフォーム上で交流できる機能を搭載予定である。

2024年度

2025年度以降

概要	<ul style="list-style-type: none">在宅医療・介護連携を進めるにあたって、有用な情報を一元化するとともに、情報交換の掲示板を構築し、プラットフォームのたたき台を構築	<ul style="list-style-type: none">プラットフォームを実際に運用し、必要な改修を行い、事業担当者等がプラットフォームを効果的に活用
掲載する情報	<ul style="list-style-type: none">過年度に作成された成果物を集約し掲載本事業の各種WGと連動し、情報を収集し掲載	<ul style="list-style-type: none">2024年度以降に作成された成果物を掲載する事業担当者にとって有用な教材の開発・掲載
搭載する機能	<ul style="list-style-type: none">プラットフォームの基本となる機能を搭載するユーザビリティ向上の機能は優先的に搭載する	<ul style="list-style-type: none">プラットフォームのユーザーを増やす、活用いただけるような機能を搭載2024年度に搭載できなかったユーザビリティの向上のための機能を追加
その他	<ul style="list-style-type: none">プラットフォームの運用状況を適切に評価するために、必要な評価機能をプラットフォームに搭載	<ul style="list-style-type: none">2024年度に搭載した機能を用いて、プラットフォームの評価を行い、その結果に応じて必要な改修を行う

プラットフォームに掲載するコンテンツの基本方針

- プラットフォームには、有用な情報ツールを集約に加え、在宅医療介護連携推進事業の担当者間での情報交換の場とすることで、切れ目のない在宅医療・介護連携推進の実現を目指す。
- 具体的な期待される効果としては、国からの効果的な情報発信・周知、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等が想定される

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・取組掲載

事業担当者等を対象とした研修ツールの提示

既存データ及びツールの活用方法の提示

事業担当者間での情報交換の場(Q&A)

期待される効果

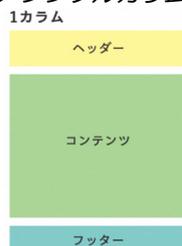
- 国からの効果的な情報発信・周知が可能
- 在宅医療・介護連携推進事業に係る関係者間の認識の統一化
- 同規模自治体等の取組収集や事業展開への活用
- 動画や支援ツール蓄積等による研修教材としての活用(新任の担当者向けを含む)
- 地域住民への在宅医療・介護連携推進事業に関する情報提供
- 事業者担当者の困りごとの解決の一助

2

プラットフォームの主な仕様

区分	内容
HP公開場所	厚生労働省ホームページ上
閲覧予定者	都道府県職員、市町村職員、関係団体職員、在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター、国民
レイアウト	シングルカラムレイアウトとし、PC、スマホでも表示可能なレイアウト
アクセシビリティ	厚生労働省ウェブアクセシビリティ方針に準拠 (URL: https://www.mhlw.go.jp/accessibility/)
文字サイズ変換機能及びページ内検索を搭載	高齢者等も見やすいよう文字サイズ変換機能を搭載 Webページ内をキーワードから検索出来る機能を搭載
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・今後もコンテンツを追加できるよう、拡張可能な仕様とする ・将来的に別ホームページ等との統合も視野に入れたものとする ・閲覧者別に3段階のページ更新権限等の強度が設ける 第1段階(厚生労働省) : 全頁編集可 第2段階(都道府県・市町村) : 関係者ログインページに都道府県及び市町村が内容のアップロード権限(1,788箇所権限) 第3段階(国民) : 編集権限なし

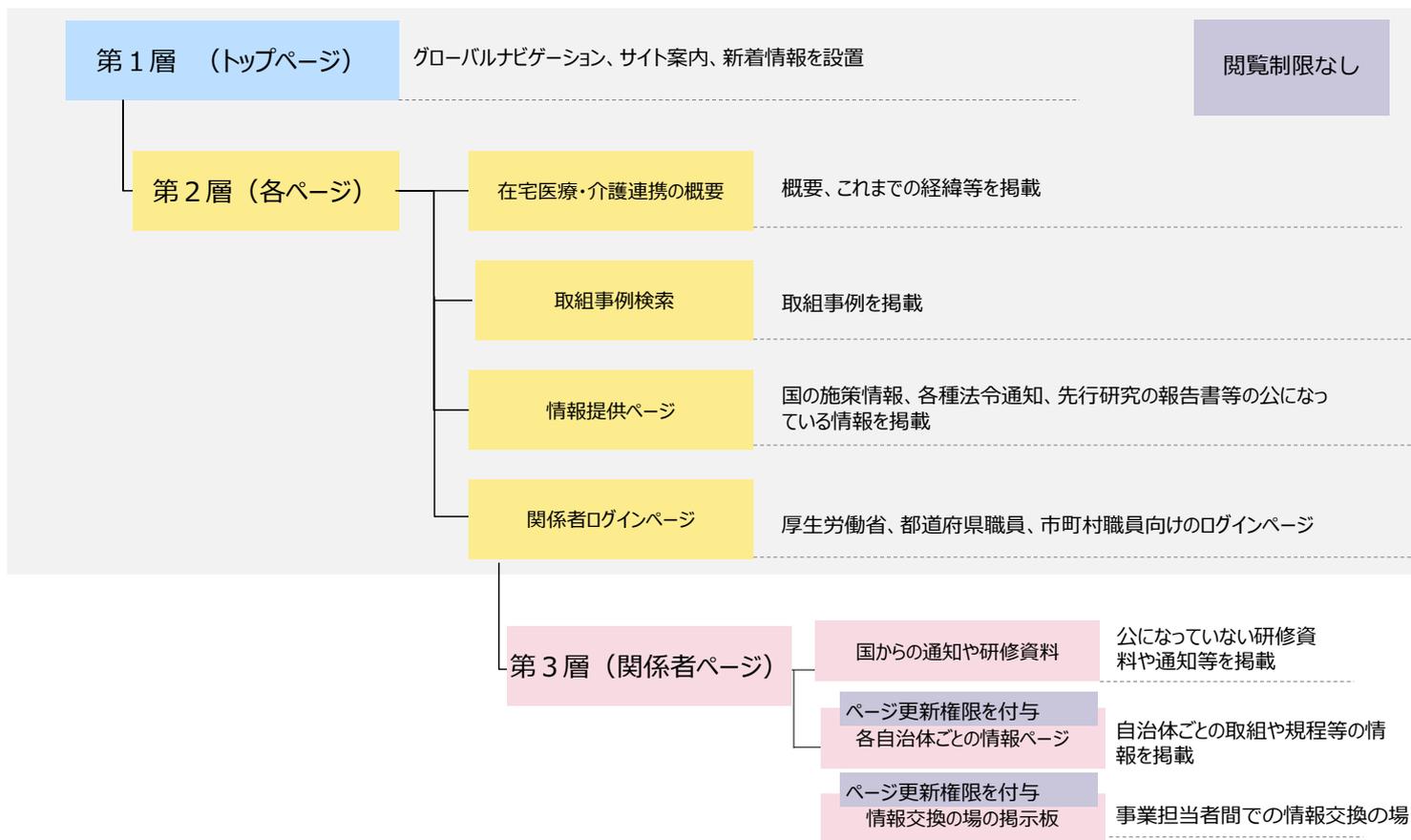
<参考> シングルカラムレイアウトとは



- ・シングルカラムレイアウトは、上からヘッダー・ナビゲーション・コンテンツ・フッターの順に縦に長く配置させるパターンのこと
- ・シングルカラムレイアウトのメリットは以下の通り
 - ・パソコンからスマートフォンまで、どんなサイズのデバイスでも共通のレイアウトを保てる
 - ・サイドバーがなくすっきりとした印象
 - ・ユーザーの目線が分散しないためコンテンツに集中しやすい

3

プラットフォームの構成（予定）



4

掲載する情報コンテンツ（予定）

第2層（各ページ）

第3層（関係者ページ）

第2層 情報提供ページ・事例検索	厚生労働省 会議資料	<ul style="list-style-type: none"> 医療介護総合確保促進会議の概要・会議資料掲載URL
	地域医療介護 総合確保基金	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療介護総合確保基金の概要、病床機能再編支援事業、勤務医の労働時間短縮の推進 都道府県計画
	医療と介護の連携 に関する報告書等	<ul style="list-style-type: none"> 過年度の調査研究事業の報告書など 都道府県担当者会議等の資料
	地域包括ケアシ ステムに関する資料	<ul style="list-style-type: none"> 事例集や調査研究事業の報告書
	事例	<ul style="list-style-type: none"> 各市町村の事例 <ul style="list-style-type: none"> 場面ごとの選択式の検索、キーワード検索を可
第3層 閲覧制限あり	国からの通知 研修資料	<ul style="list-style-type: none"> 公になっていない厚生労働省からの通知や研修案内、研修資料、アーカイブ動画等を掲載
	役立つ情報	<ul style="list-style-type: none"> 自市の取組を検討する際に、参考となる情報を各事業担当者がデータをアップロードして掲載
	情報交換 Q&A	<ul style="list-style-type: none"> 事業担当者間の疑問に対して、他市町村の担当者が回答できる仕組みを搭載（※搭載する場合）

関係者ログインページ

ユーザーID :

パスワード :

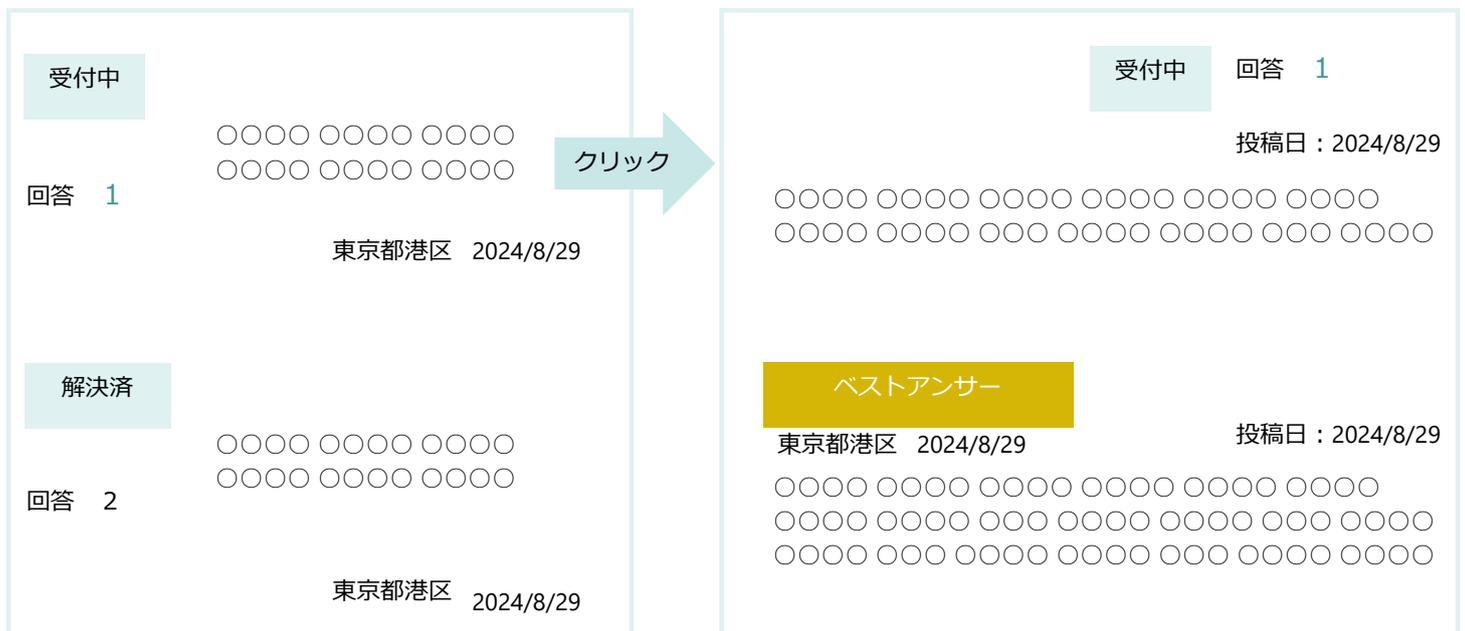
ログイン



<第3層> 事業者担当者間の情報交換掲示板のイメージ

情報交換の場の掲示板

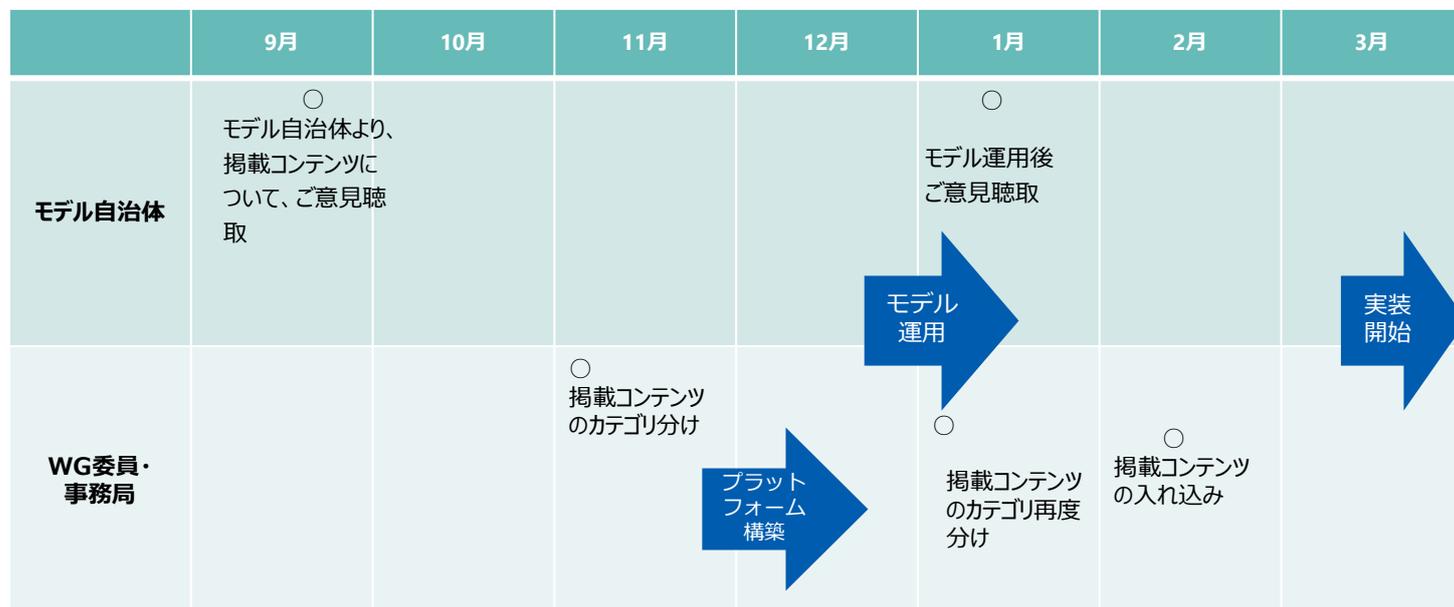
- 事業担当者間での交流の場として掲示板機能を想定している。取組のノウハウや事例に関する疑問にピンポイントで答えることができ、早期の疑問解決及び情報の蓄積による取組の質向上が見込まれる。
- 都道府県担当者及び市町村担当者、厚生労働省が投稿可能とする。ベストアンサー機能や「受付中/回答済」機能を実装することで利用を促す。



モデル運用の進め方

- モデル運用では、プラットフォームに掲載する情報や使い勝手等についてご意見いただくことを想定している。
- モデル運用後に必要なプラットフォームの改修を行い、3月にプラットフォームを公開予定である。

■今後の進め方について



8

令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業 プラットフォームワーキンググループ

氏名	所属及び職名
ワーキンググループ委員	
石川 遼一郎	長野県健康福祉部医療政策課医療係 主任
小澤 文乃	長野県健康福祉部介護支援課計画係 主査保健師
川野 達也	株式会社DIGITAL LIFE ヘルスケアIT事業 ディレクター
杉澤 孝久	北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課 医療参事
田上 幸輔	北海道在宅医療推進支援センター コーディネーター
服部 真治	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部 研究事業担当部長 研究部 主席研究員
福地 裕仁	深谷市 福祉健康部長寿福祉課 課長補佐
事務局	
厚生労働省	
(株)日本能率協会総合研究所	

9

御静聴ありがとうございました。

モデル運用へのご参加をぜひ！
事務局までよろしく申し上げます！

取組事例のご提供もぜひ！
事務局までよろしく申し上げます！

在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等一式

研修会議Ⅲ 研修資料

令和6年12月2日（月）

研修会議Ⅲのプログラム

所要時間	目的	プログラム
9:30~10:00		入室開始時間
10:00~10:05		開会挨拶
10:05~10:30		講演「在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能」
第1部：お互いの取組を知ろう！		
10:30~12:00	お互いの取組を知る	お互いの取組を共有する ○お互いの取組を共有する ※自己紹介 ※自身の取組を発表する ※他地域の取組を知る ○全体発表
12:00~13:00		昼休憩
第2部：課題と解決アイデアを出し合おう！		
13:00~15:15	事業運営するうえで抱えている課題を出し合い、解決策を考える	意見交換：課題の共有・解決策の検討 ○事業運営に関わる上での課題を出し合い、解決方法を話し合う
15:15~16:05		発表共有・講評 ○発表内容 ※挙がってきた課題について ※課題解決策について
16:05~16:25		在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームについて
16:25~16:30		閉会・事務連絡（事後課題）

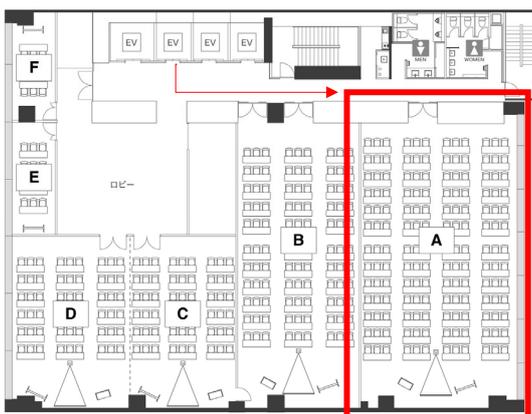
【参考】研修会議Ⅲ：開催場所

研修会議Ⅲ：12/2(月)：東京開催

開催場所：AP虎ノ門 会議室A
 住所：東京都港区西新橋1-6-15 日本酒造虎ノ門ビル11F
 会場URL：
<https://www.tc-forum.co.jp/ap-shinbashi-toranomon/access/>

最寄り駅
 <東京メトロ銀座線をご利用の場合>
 「虎ノ門駅」9番・1番出口から徒歩3分、「新橋駅」から徒歩8分
 <JR線をご利用の場合>
 「新橋駅」日比谷口から徒歩8分
 <都営三田線をご利用の場合>
 「内幸町駅」A4a出口から徒歩3分
 <東京メトロ千代田線をご利用の場合>
 「霞ヶ関駅」C3出口から徒歩4分

11階フロア図



**在宅医療・介護連携推進支援事業
研修会議Ⅲ**

令和6年12月2日（月） 10:00～16:30

1

在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能

**釜石市 地域包括ケア推進本部 事務局長 小田島 史恵
一般社団法人新潟市医師会 地域医療推進室 室長 齋川 克之**

意見交換①：お互いの取組を知ろう！

<グループ共有>

- 自己紹介及び自身の取組の共有（～11:30）
 - * 他地域でどのように取り組まれているかを知ろう！
（グループ内で発表役を決めてください）
- 全体共有（11:30～12:00）

3

課題と解決アイデアを出し合おう！

<グループ共有>

- 課題を出し合い、困りごとに対してどのような解決策があるか話し合おう
（13:00～15:15）
 - * どのような課題があるか（個人ワーク5分目安）
 - * グループ内で課題を共有ください
 - * それぞれの課題に対して、どのような解決策があるか、
グループ内でアイデアを出し合ってください。
（グループ内で発表役を決めてください）
- 全体共有（15:15～15:55）

4

【意見交換②個人ワークシート】 事業を運営する上での課題を出してみよう！

【問】在宅医療・介護連携推進事業に関わるなかで、あなたが困っていることや課題と感じていることはありますか？

【コーディネーターとしてのスキルに関すること】		【市町村とコーディネーターの連携に関すること】	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

【医師会などの団体、病院などとの連携に関すること】		【協議体の運営に関すること】	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

【コーディネーターに対する支援に関すること】		【その他】	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

【意見交換②グループワークシート】 事業を運営する上での課題を出してみよう！

【問】在宅医療・介護連携推進事業に関わるなかで、あなたが困っていることや課題と感じていることはありますか？

【コーディネーターとしてのスキルに関すること】		【市町村とコーディネーターの連携に関すること】	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

【医師会などの団体、病院などとの連携に関すること】		【協議体の運営に関すること】	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

【コーディネーターに対する支援に関すること】		【その他】	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

【意見交換③グループワークシート】課題解決のアイデアを出してみよう！

【問】意見交換②で出てきた課題に対する解決策を挙げてみて下さい。

【コーディネーターとしてのスキルの向上に向けて】		【市町村とコーディネーターの連携強化に向けて】	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

【医師会などの団体、病院などの連携強化に向けて】		【協議体の効果的な運営に向けて】	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

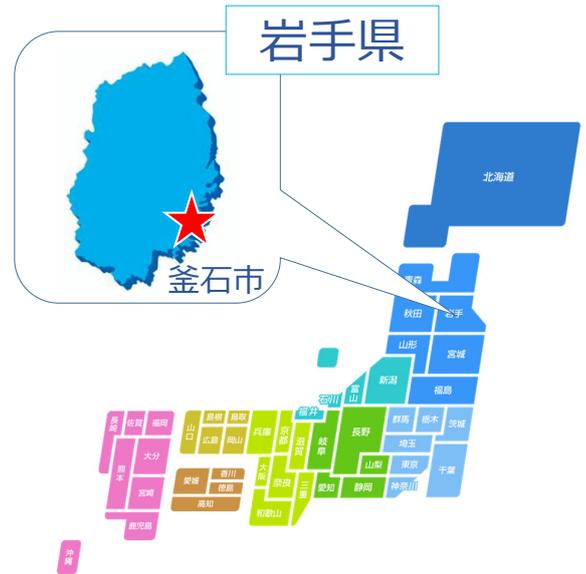
【コーディネーターに対する支援策について】		【その他】	
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

釜石市の在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療連携拠点チームかまいしの取組から考える

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と求められる機能

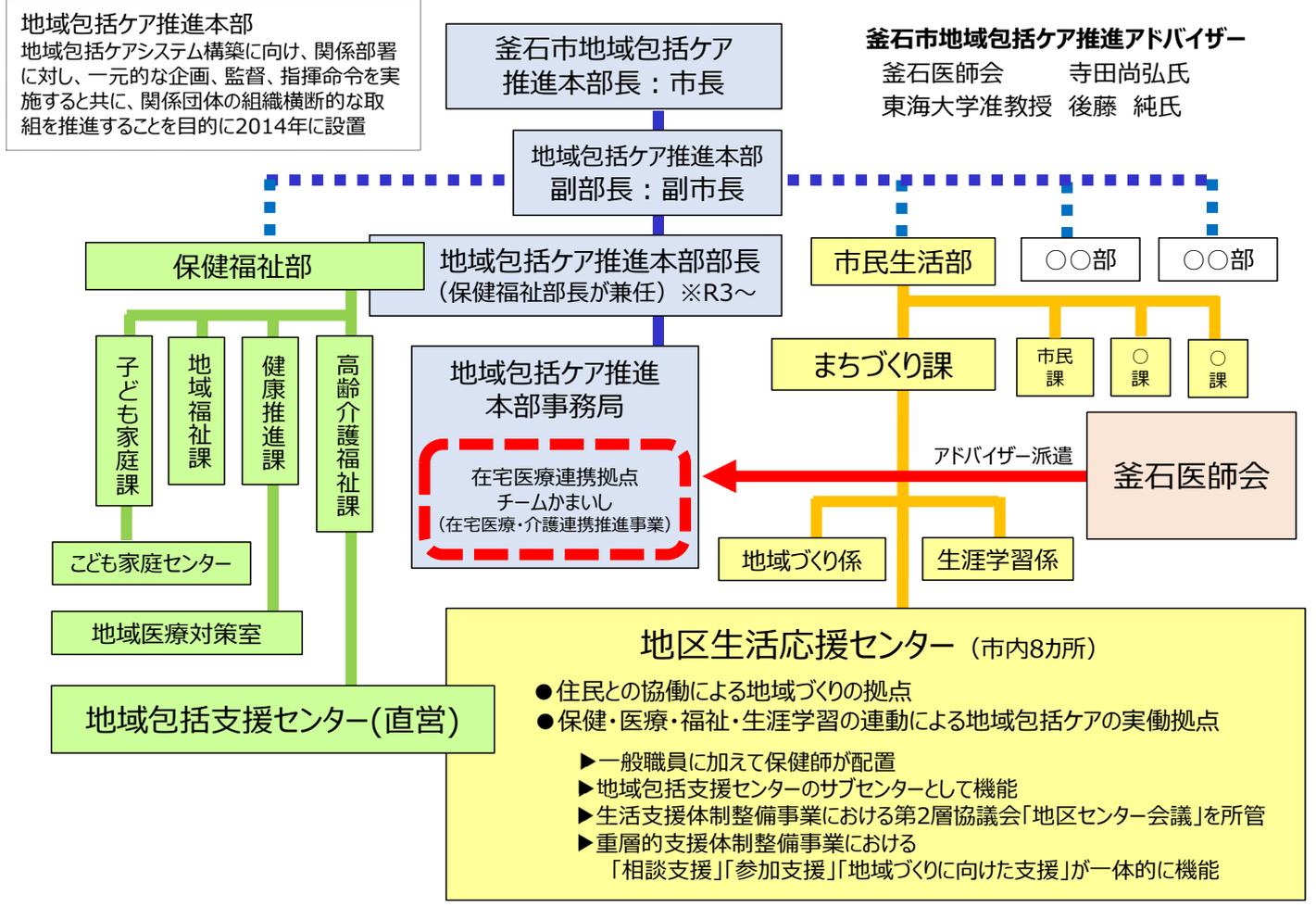
令和6年12月2日
釜石市地域包括ケア推進本部
事務局長 小田島史恵
(チームかまいし医療介護連携コーディネーター
改め 地域包括ケア連携コーディネーター)



自治体のプロパー事務職員です。
コーディネーターは自称でやってます！

わんにきょうだい
そばっち

釜石市地域包括ケア推進本部



<p>背景</p>	<p>◆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、 コンセンサス形成、 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</p>	 <p>県立釜石病院</p>
<p>開始</p>	<p>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、<u>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</u></p>	 <p>医師会</p>
<p>特徴</p>	<p>①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 ②一次～三次の階層別・職種別の連携手法 ③連携資源(ケアの担い手団体等)の設立や、職能団体などが主体となった多職種連携推進の取組（課題解決）支援</p>	 <p>R6～連携コーディネーター×4</p>
<p>目的</p>	<p>地域包括ケアシステムの充実にに向けた 切れ目のない医療と介護の提供体制の構築 ※包括ケアの5つの要素…<u>医療・介護・予防・生活支援・住まい</u> 患者・利用者の生活の質の向上のため</p>	
<p>連携コーディネーターの役割</p>	<p>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</p>	

チームかまいしの「ア～ク」 ～主な取組みの位置づけ～

<p>【ア】地域の医療・介護の資源の把握</p>	<p>医療・介護資源リスト&マップの作成と公開（随時更新）、各種調査の実施、社会的処方実践に向けた参加資源（インフォーマルサービス等）の把握とリスト化、地域連携だより発行に伴う取材</p>
<p>【イ】在宅医療・介護連携の課題の抽出</p>	<p>職能団体毎の打ち合わせ会（一次連携） 【オ】に寄せられた相談内容の積み上げ、地域ケア会議の活用、将来の人口動態等データの活用、各種アンケート調査の実施、事業実施後の反省会</p>
<p>【ウ】切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築</p>	<p>《目指す姿》患者・利用者の生活の質の向上のための【ウ】 地域のコンセンサス形成 & 共有の機会となる各種会議等の開催（三次連携）、【イ】で把握した課題解決支援</p>
<p>【エ】医療・介護関係者の情報共有支援</p>	<p>地域医療情報ネットワーク「OKはまゆりネット」構築・運用支援 【取組の見える化】市広報・HP活用、地域連携だよりの発行、Facebookの活用</p>
<p>【オ】在宅医療・介護連携に関する相談支援</p>	<p>多職種向け連携に関する相談窓口設置 主に職種間・組織間等の連携に関する相談に対応</p>
<p>【カ】医療・介護関係者の研修</p>	<p>チームかまいし多職種連携推進支援事業など、ニーズのマッチングによる課題解決策の実施(二次連携、三次連携)</p>
<p>【キ】地域住民への普及啓発</p>	<p>在宅医療普及啓発パンフ作成・活用、市HP & 広報誌の活用、ACP等市民公開講座、生涯学習まちづくり出前講座、地域づくりフォーラム、等</p>
<p>【ク】在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携</p>	<p>釜石・大槌定住自立圏構想ほか市町を構成員とする会議等に資する担当者レベルの情報共有・意見交換の推進</p>

釜石市
4つの場面
目指す姿

- ① 日常の療養支援
 医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた場所で安心して暮らすことができる。
- ② 入退院支援
 一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする本人が希望する場所で望む日常生活が過ごせる。
- ③ 急変時の対応
 医療・介護・消防(救急)が円滑に連携することにより、本人の意思を尊重したうえで急変時に適切な対応ができる。
- ④ 看取り
 人生の最終段階における本人が望む場所での看取りが実施される。

目指すを念頭に
【ア】から【ク】を稼働

※令和2年9月に改訂された「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver3」では、【ク】は都道府県の役割に変更されていますが、当市では引き続き取組み項目としています。

チームかまいしの連携手法

～一次～三次の階層別連携コーディネートと課題解決支援～

【一次連携①】

連携拠点と一職種の連携

- ・ヒアリング ・**顔（腹・腕）の見える関係づくり**
- ・連携の課題共有 ・課題解決策検討
- ・事業の打合せ・実施・反省会
～連携の土壌づくりとタネまき～
- ➔職種内課題解決のための取組支援

連携の課題解決支援

一次連携等※の結果、様々な主体が実施する課題解決策の支援を①②③等の場を活用して実施
～解決策・手法・場などの提案と協働～

※連携に関する相談窓口設置

【二次連携②】

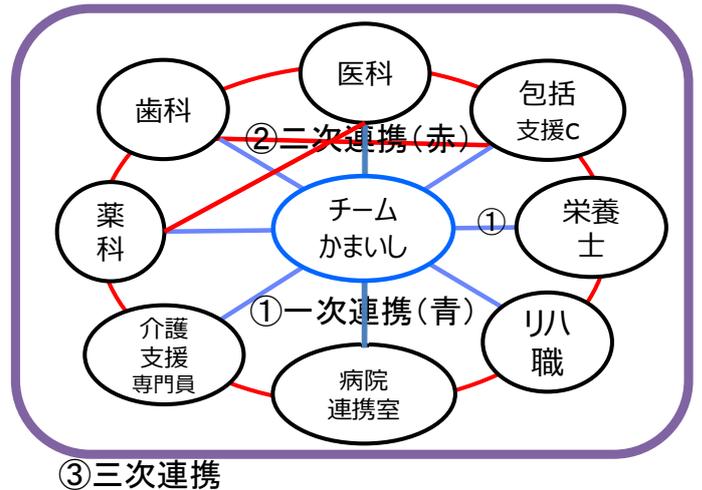
連携拠点が仲介する連携

- ・ニーズのマッチング ・相互理解の場
ex.情報交換会、同行訪問
- ➔協働に基づく、課題解決のための連携支援

【三次連携③】

多職種による連携・理解促進の場

- ➔地域のコンセンサス形成・理解促進



《三次連携》多職種が一堂に会する機会 ～コンセンサス形成・共有の場～

地域包括ケアの担い手となる職能団体や施設の代表等が集まる会議等の開催

◆釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会

◆釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会
(釜石医師会との合同開催)

◆連携拠点設置当初◆
多職種連携の第一歩

顔の見える関係づくり

【課題!!!】

多職種が一堂に会しても

課題解決のための
現場レベルの連携
プロジェクトは進まない



《一次連携》職能団体等との打ち合わせ会 ～連携の土壌づくりとタネまき～

各職種の事情を言い出せる顔の見える関係づくり
会議ではなく**打ち合わせ**。笑いも絶えません (^_^)b

スタンスは、
「わからないので教えてください」

一次連携は連携の基盤です。
事業推進の土台となります。

H24_ 歯科医師会と



H25_ リハ士会と



H25_ 介護支援専門員
連絡協議会と



H27_ 栄養士会と



- ・H24_ 薬剤師会
- ・H25_ 訪問看護ステーション
- ・H26_ 病院連携室（急性期）
- ・H26_ 病院連携室（慢性期）
- ・H27_ 地域包括支援センター
- ・H29_ 介護認定係（市・町）
- ・H29_ 介護施設連絡協議会
- ・R02_ 生活支援コーディネーター（社協）
- ・R02_ 保健師（市）
- ・R02_ 消防本部（市町行政事務組合）
- ・R03_ 地区生活応援センター所長
- ・R03_ 市社会福祉協議会
- ・R06_ 生活保護係（市）

※冒頭の数字は初回年度

連携コーディネーターの
顔と腕の知ってもらう機会です。

チームかまいしの連携コーディネート手法・一次連携

✓ 一次連携は、連携拠点と一職種の「打ち合わせ会」です。

「会議」とせず、ざっくばらんに意見交換できる場となるよう努めます。

一職種に絞ることで、他職種の目を気にせず発言しやすいです。

✓ 一次連携の目的は、

① 職種が抱える「連携の課題」を抽出・見える化

段階を経て、課題を共有し、解決策を検討する場ともなります。

② 連携拠点と職能団体等の**顔の見える関係を作ること**

拠点担当者にとっては、各職種のキーパーソン発掘の場となります。

✓ 抽出した課題は、リスト化するなどして職能団体等と共有します。

課題は、自らの職種、団体、職場にある場合も多く、

職能団体等が主体的な取組みを行うきっかけにもなっています。

✓ リストは、基本的には非公開（部外秘）としています。

チームかまいしの連携コーディネート手法・二次連携

- ✓ 二次連携は、一次連携で抽出された課題の解決のために複数職種をつなげる連携です。連携のフレームづくりを行っています。
- ✓ 連携拠点が、「場」と「手法」を提案し、必要に応じて協働しています。



同行訪問



視察対応

◆ 課題の内容に応じた様々な連携手法 ◆ ◆

- ・医科歯科または医科薬科在宅医療同行訪問研修
- ・2職種または多職種合同研修会
ケアマネジャー & 薬剤師、リハ士 & 薬剤師、保健師 & 薬剤師 等
- ・2職種または多職種情報交換会、意見交換会
- ・他自治体等からの視察対応 ・学会等共同発表



研修会



情報交換会



共同発表

チームかまいしの連携コーディネート手法・三次連携

- ✓ 三次連携は、多職種が一堂に会する機会です。
- ✓ 当地域の包括ケアに関するコンセンサス形成の場であり、共有の場でもあります。
 - ①各職能団体や施設の代表等が集まる会議を開催(開催支援も含む)しています。
 - ②多職種を対象とした研修会(※1)を開催しています。

※1 地域の連携推進に関するコンセンサスや取組み等を共有する場

～主な「三次連携」の機会～

◆ 釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会
(事務局：地域包括ケア推進本部)

◆ 釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会
※現在休止中 (事務局：釜石医師会+地域包括ケア推進本部)

◆ (特非)釜石・大槌地域医療連携推進協議会 ～OKはまゆりネット運用主体～
※事務局運営会議構成員として各種会議、主催事業に参画 (事務局：釜石医師会)

◆ 釜石・大槌地域医療介護福祉多職種連携の会 ～通称：OKスクラムねっと～
※世話人として各種会議・主催事業開催に参画 (事務局：県立釜石病院)

その他 多職種対象〇〇事業報告会など
例：歯科医師会主催多職種対象「歯科×他職種」連携推進研修会



◆チームかまいし多職種連携推進支援事業

一次連携で抽出された課題や相談窓口寄せられた課題の解決策など、職能団体等が主催する研修会等の開催を支援しています。

メリット①	ニーズに基づいた研修を実施できる。
メリット②	経費、労力の負担軽減、有効活用
メリット③	連携拠点と職能団体等との連携の推進
デメリット？	単独主催と比べて関係者の調整等に労力を要する。

◆連携拠点の主な役割◆

解決策の場と手法の提案
持ち込み企画に対する相談対応
講師派遣、他職種への周知、
参加者とりまとめ、当日運営、
アンケートとりまとめ、ほか

- ・事前打ち合わせにより役割を分担
- ・要所要所で進捗共有、再調整



リハ一次連携



事前打ち合わせ



薬科・リハ合同研修会

【開催支援の例】

- ・医科歯科連携推進セミナー (講師派遣、ほか) ★二次 これをデメリット(負担)ととるか、投資ととるか?
- ・三師会学術講演会 (周知、投資ととるか?)
- ・薬科・リハ合同研修会 (周知)
- ・介護支援専門員研修会 (周知、運営、ほか) ☆相談支援
- ・患者のための薬局ビジョン推進事業 ★二次・三次連携 (検討会・報告会運営協力、連絡調整、ほか) ☆二次・三次連携 ☆相談支援

チームかまいしの相談支援【オ】

チームかまいしでは、一次連携等で抽出した課題を分類し、フィードバックすることで、課題を抱える当事者(包括ケアの担い手)自らが主体的に解決策を検討・実施するお手伝いをしています。さらに、課題解決の「場」や「手法」を検討して提案すること、あるいは共に検討したり共に実施することで、課題解決の支援を行っています。

◆◆チームかまいしの課題抽出の場◆◆

一次～三次連携の場(特に一次連携)、
資源把握、調査、相談窓口、等

◆チームかまいしの相談窓口機能

- ・ケース対応は基本行っていません。
包括支援センター等と役割分担済み。
既にある機能は奪わず活かす。
- ・職種間、病院・施設間などの連携に関する相談に対応

研修会でよくある質問

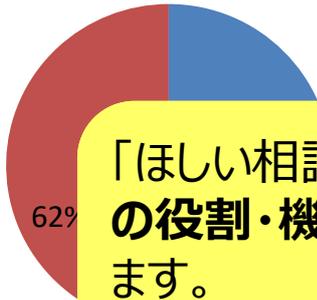
- 👏 相談窓口は設置したが、どんな相談をうけたらよいかわからない。
- 👏 既存の相談窓口との違いは？

《課題解決支援を実施した相談事例》

相談者	内容	相談	解決策実施
薬剤師会	薬剤師会が受託した国のモデル事業実施に係るチームかまいしの参画依頼	H27	H28
NPO法人	釜石医療圏のICT利用促進を目的とした課題抽出・分類に関する依頼	H28	H29
病院看護部	病院職員対象「退院支援」に関する研修開催に関する相談	H28	H28
病院連携室	患者家族等が介護申請を受け付けてもらえないことがある	H29	H29
薬剤師会	地域包括支援センターの保健師との連携を推進する事業を実施したい	H29	H29
病院連携室	連携実務者の多職種連携の会を結成したい(OKスクラムねっと)	H29	H29

平成29年度問い合わせ & 相談概要

①相談者の所在 n=58



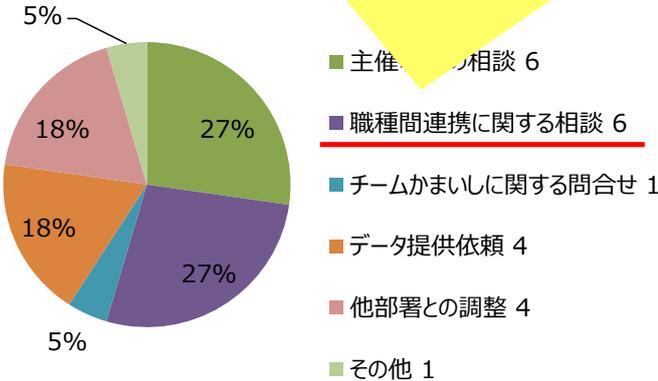
②相談者の所属 (圏域内) n=22



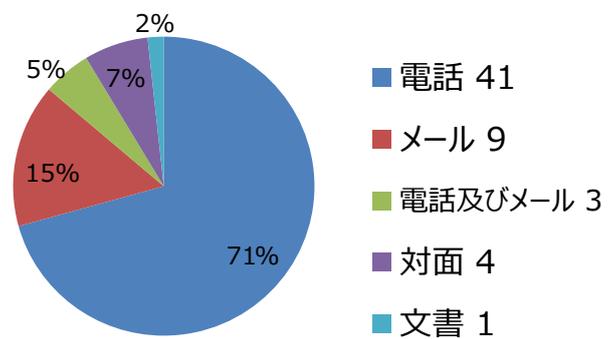
「ほしい相談」がいただけるようになるには、**連携拠点の役割・機能を関係者に理解してもらう必要があります。**

チームかまいしでは、一次～三次連携の場が理解を得る場の一つであり、また、研修会等の事業を協働で実施することが最適な周知の機会と実感しています。

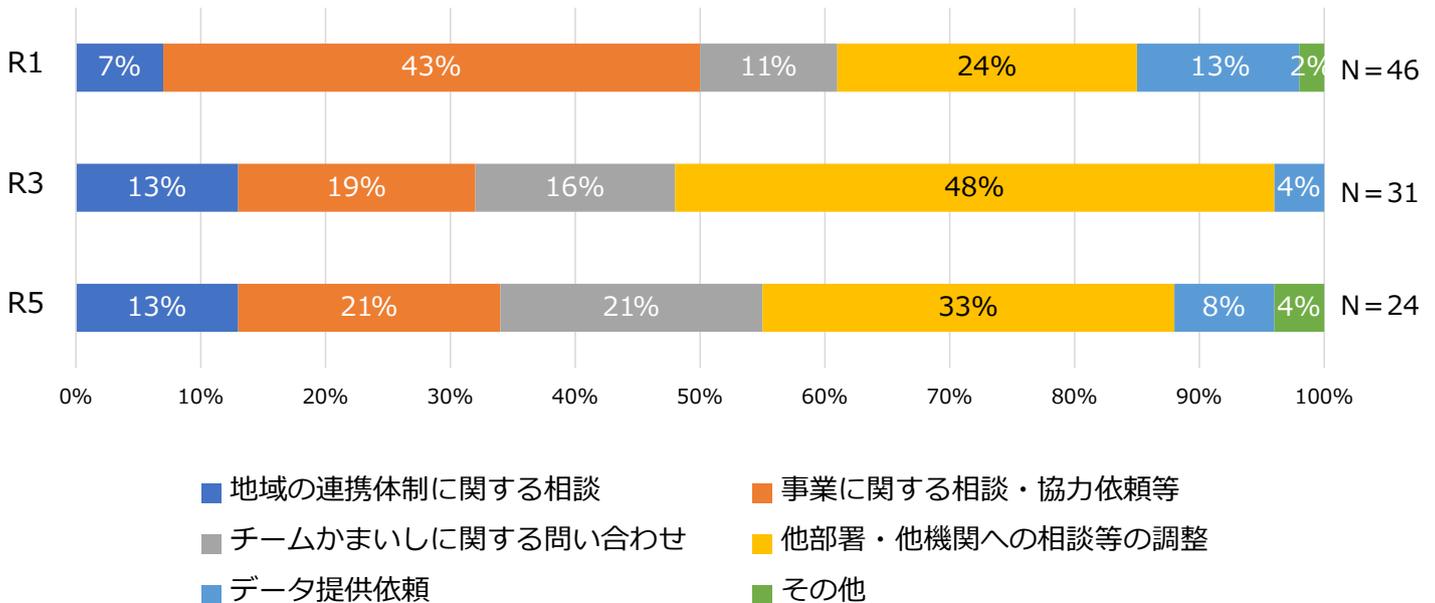
③相談・問合せの内容 n=22



④照会・問合せの方法 n=58



相談内容の推移

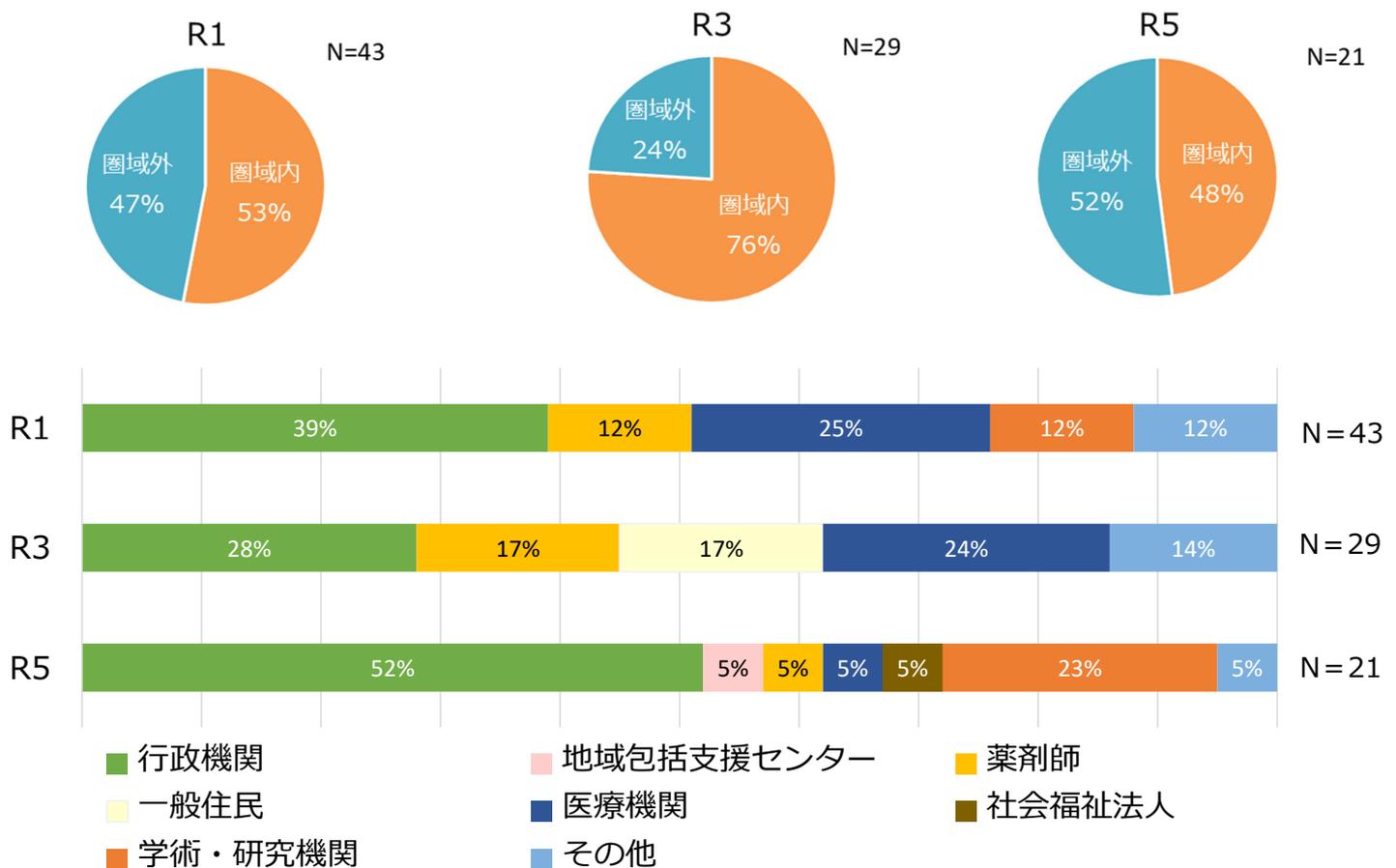


以前、多職種研修会等で、他地域の医療や介護関係者から、自治体は敷居が高い、自治体の担当部署がわからない、**自治体担当者の顔が見えない**等という意見がだされたことがありました。

それを踏まえてチームかまいし（釜石市の連携担当部署）では、他部署・他機関の案件であっても、可能な限り担当部署に関する情報提供を行うなど、確実につながるようお手伝いしています。



相談者の属性の推移



岩手県立釜石病院職場研修会《チームかまいし連携支援事業》 ～なるほど!そうか!地域連携～

日時：平成28年10月24日（金）18時～20時
参加者：49名（医師6、リハ2、看護師17、事務18、MSW2）

主催：県立釜石病院（研修委員会&地域医療情報ネットワーク委員会）

目的：地域連携の必要性和圏域の実情を理解する。
シームレスな医療・介護の提供のため県立釜石病院の
地域の中での役割を意識する。

- ①講演「地域包括ケア時代の連携」 講師：寺田尚弘
- ②グループワーク「健康を支える連携を考える」
ファシリテーター：小田島史恵

- ☆開催のきっかけは連携室からの相談・依頼
- ☆院内の医療介護連携に対する温度差解消の支援



《病院連携室との連携の歩み》

H25 9月	地域連携だより「Face to Face」 連携室について取材及び記事掲載
H26 8月	病院連携室との一次連携 課題①・・・ケアマネとの連携
H27 2月	⇒解決策①'二次連携「連携室&ケアマネ意見 交換会」実施
H28 5月	第2回一次連携 課題②病院間連携室連携 相談③地域医療に関する院内教育
8月	⇒解決策②'入退院に関わる圏域6病院の職員 情報交換会開催
10月	⇒解決策③'職場研修会「なるほど!そうか!地域 連携」開催 相談④職員研修開催に協力してほしい・・・
H29 3月	⇒解決策④'職員対象「退院支援アクションミー ティング」及び多職種対象「地域包括ケア研修会」 開催 講師：宇都宮宏子氏
6月	相談⑤要介護認定の申請時期等について
8月& 3月	⇒解決策⑤'介護認定係との二次連携 「情報交換会」

平成24年度	9/3、12/、1/16
平成25年度	7/30、1/15
平成26年度	7/25、1/29
平成27年度	8/31、9/16
平成28年度	4/21
平成29年度	4/13、4/20（第1回病院薬剤師）
平成30年度	4/5
令和2～4年度	R2…8/4 R3…5/6
令和5年度	6/27、9/13、10/6
令和6年度	4/24、9/9



①生活応援センターや
②地域包括支援センターに、
本当に相談してもいいの？
※①②の共通点は、
市の保健師が配置されていること

- A** ケアマネジャーの顔が分からない
- B** 認知症？虐待？なんか心配 どこに相談すればよいの？
- C** ケアカンファレンスに呼ばれない
- D** 訪問のきっかけがつかめない



平成24年度抽出課題

- E** 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携
- F** 「訪問指示」の処方箋が来ない
- G** 薬剤師の職能が認知されていない

チームかまいしと釜石薬剤師会の連携による課題解決に向けた事業

年度	H24課題	～課題解決策～	二次連携・・・◆、ほか協働事業・・・◇
H24		◇薬剤師居宅療養管理指導見学研修 実施（対象：チームかまいし）	
H25	C D F G G E ★ C D F G ★ A B C D G	◆医科薬科在宅医療同行訪問研修実施 計3回 ◇釜石薬剤師会主催(多職種対象)研修協力 ◇三師会学術講演会協力 ◆ケアマネ薬科合同研修会実施	薬剤師×市保健師 連携推進の取組 患者宅への同行訪問
H26	C D F G G ★	◆医科薬科在宅医療同行訪問研修実施 計4回 ◆国立長寿主催「在宅医療先進地域情報フェスタ」シンポジウム（薬・リハ・かま）	
H27	G ★ C D E F G	◇日本在宅薬学会 ポスター発表 ◆医科薬科在宅医療同行訪問研修実施 計4回	
H28	G G ★ B D G	◆薬リハ合同研修会実施 ◆滋賀県高島市主催研修対応（薬・リハ・かま） ◆患者のための薬局ビジョン推進事業検討会実施協力 計4回	
H29	B D G	◆多職種研修会「地域包括ケアにおける薬剤師の役割」実施	
H30	E B D E G E G ★	◆薬業意見交換会実施 ◆患者のための薬局ビジョン推進事業検討会・報告会実施協力 計6回 ◇厚労省主催「在宅医療・介護連携推進事業意見交換会」事例紹介	
R01	G ★ E G	◇日本老年薬学会学術大会 ポスター発表 ◆多職種対象「薬業連携の現状」実施	
R03	G ★	◇「楽しく学ぼう！薬剤師さんのお薬教室」 市の生涯学習まちづくり出前講座メニューに掲載	
R05	B G B G	◆薬剤師×市保健師「脳卒中発症リスク軽減の普及啓発キャンペーン」 ◆薬局を起点とした社会的処方連携の取組	保健師 薬剤師



医×薬在宅医療同行訪問研修



保健師 薬剤師

★…チームかまいしの役割周知、薬剤師会と行政の連携による取組、及び周知 等

※その他、視察対応への協力多数あり

地域連携だより
Face to Face 第45号
役職等はすべて取材日時点のものです

令和3年度第3回・令和4年度第1回
釜石市地域ケア推進会議開催

当市の地域ケア推進会議は、▶日常生活圏域の課題を共有するための事例検討▶前回までの課題分析結果の共有と提言案の検討▶提言後の進捗確認とフォローアップの、3本柱で議事が構成されています。
特に、「事例検討」は、事例アセスメントシートを使用した事前課題も踏まえて、多様な立場（専門性）の委員が、各々の視点で課題を捉える重要なプロセスとなっており、地域に何が不足しているのか、自らの専門性で何ができるのか、様々な職種や立場の連携によって解決策となる可能性はないのかな等を念頭に、話し

令和3年度
釜石市地域ケア推進会議が「住民の生活と健康を支えるつながり支援」を提言

釜石市：提言に対応する事業の一つとして「釜石市包括的支援の仕組みづくり事業」を実施へ

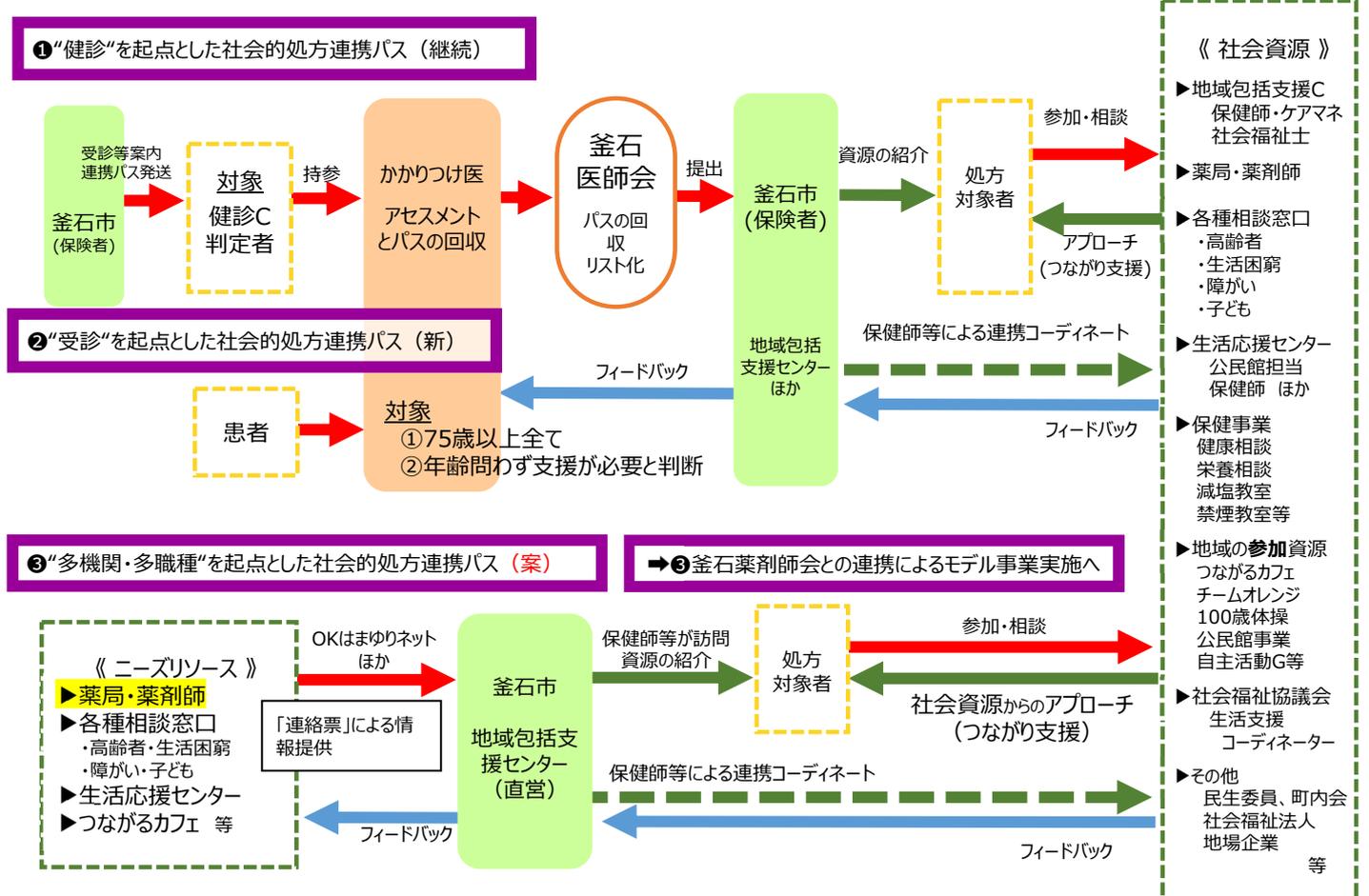
【課題分析の手法】
・共通のアセスメントシートによる事例報告
・アセスメントシートは以下のとおり分類した

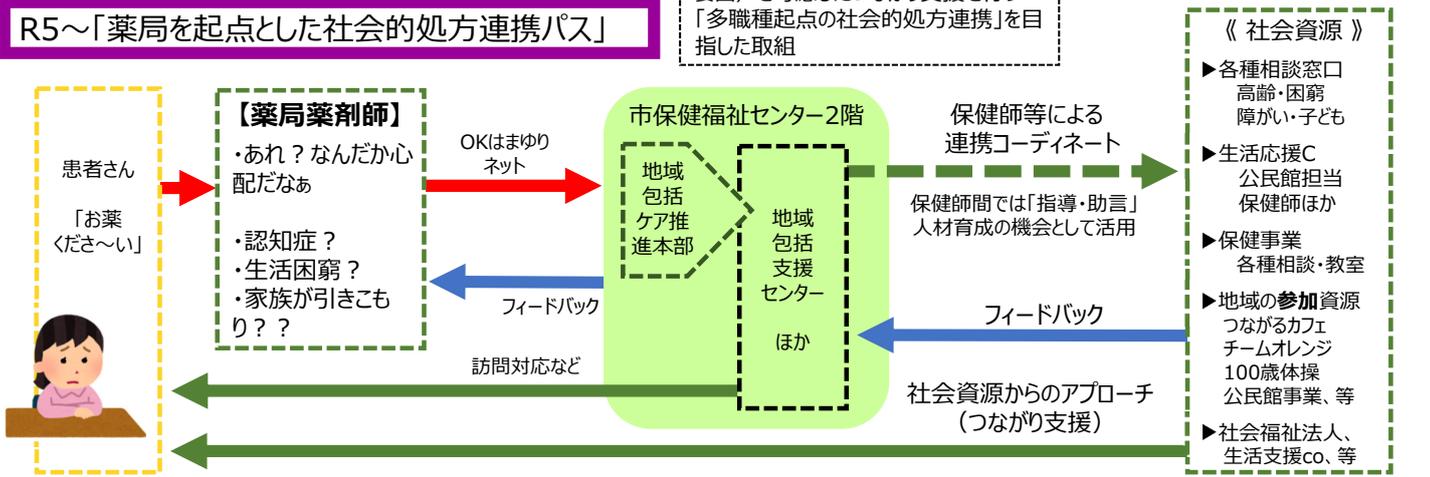
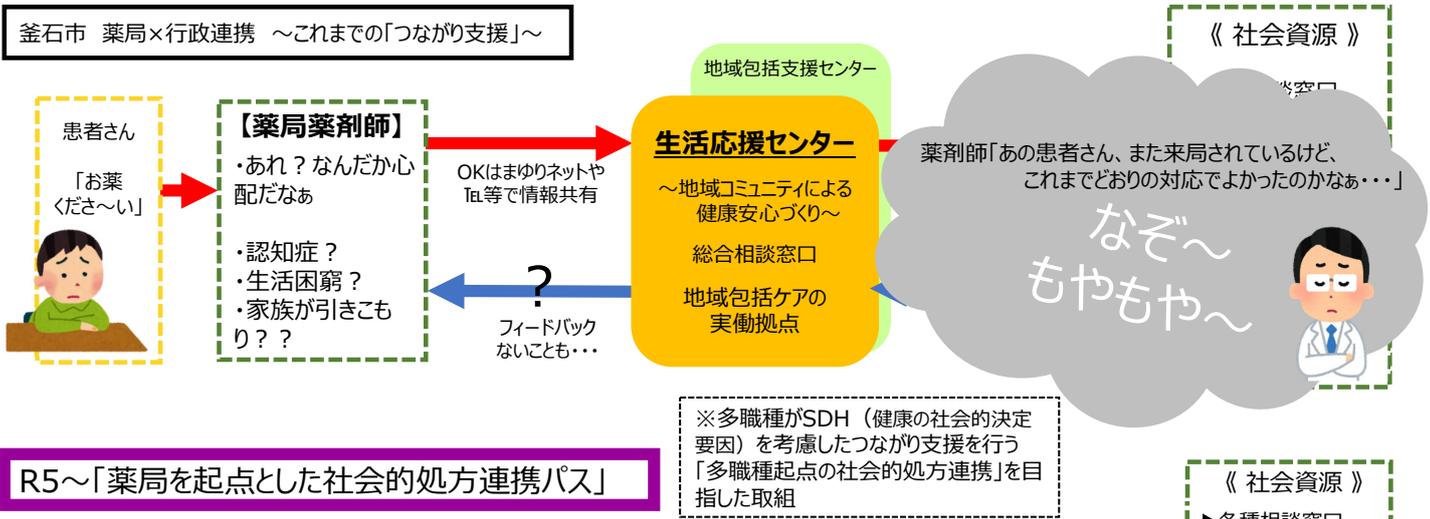
孤立・孤独・不安 ~薬だけでは治せないこともあります~

※社会的処方とは、医師が患者に薬を処方するように、課題を抱える方に対して、「薬（地域の活動やサービスなど）」を処方（つながりの支援）をする事で、本人の健康や幸福度の向上を目指しサポートする取組です。



3つの社会的処方連携パス（つながるパス）の運用 R5釜石市包括的支援の仕組みづくり事業





地域連携だより「Face to Face」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
- コンセプトは、情報誌版「顔の見える会議」
- 紙ベースで圏域の関係機関に送付のほか、釜石市HPに掲載

<https://www.city.kamaishi.iwate.jp/docs/2019121900159/>



市HP・地域連携
だよりのページ

《主な掲載内容》

チームかまいし主催・共催事業、新規オープン施設等・職員紹介、
職能団体主催研修の周知、地域包括ケアの充実に向けた地域の活動紹介、等



「取材」～拠点が資源を把握するためのツールとして有効～

『支えられる側(一般住民)』には見えにくい『支え手』の取組の見える化



チームかまいしの取組から考えた 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 期待される役割と求められる機能



コーディネーターの機能・所在等の発信

どこにいるの?どんな機能を持ってるの?相談したくなる人なの?

※自治体直営の場合は、ダレがコーディネーター(連携担当)かわかりにくい



顔(腕・腹)の見える関係性づくり「場の設定」

コーディネーター(自治体連携担当) ↔ 某職種

例:一次連携

職種A ↔ (コーディネーター) ↔ 職種B

例:二次連携(情報交換会、研修会ほか)

自治体担当者 ↔ 委託先コーディネーター

例:事業の協働実施、下記等のための作戦会議など

▶組織・会議体を動かすためのネゴシエーション

▶ケアの担い手等をフィールドとしたコミュニティワーク的な…

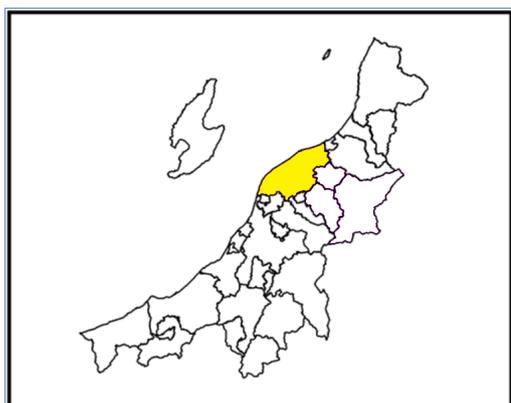
コミュニティワークとは、地域住民がその地域生活上に生ずる様々な問題(①)に主体的・組織的に取り組むとともに、問題解決に必要な資源の調達やそのネットワークを図ることを援助する社会福祉の方法(出典:百科事典マイペディア)

上記の①の部分を「医療や介護などのケアの担い手が、患者や利用者を切れ目なく支えようとする際に生じる連携に関する様々な課題」と読み替えたい。

在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能 — 新潟市のコーディネーターの取り組みから —

一般社団法人 新潟市医師会 地域医療推進 室長 齋川 克之

新潟市の概要



総人口	764,193人	(前年比△6,670人)
うち65歳以上人口	234,272人 (30.7%)	(前年比+157人、0.3%↑)
うち後期高齢者人口 (75歳以上)	128,518人 (16.8%)	(前年比+4,072人、0.7%↑)
要支援・要介護認定者／認定率	45,648人 / 19.5%	
一般診療所	519	
病院数	42	
地域包括支援センター数	30	

※診療所・病院数 関東信越厚生局

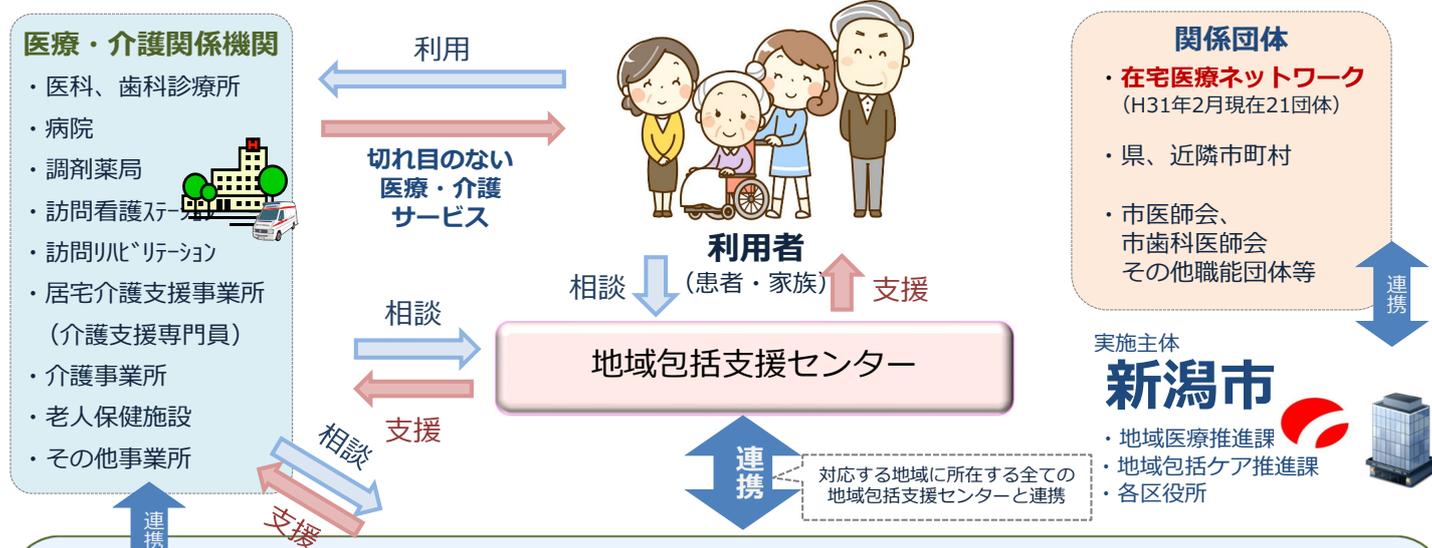
※人口 R6.3.31現在 ※要介護認定者／認定率 R6.4現在

新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション一覧

センター/ステーション名	医療機関名
新潟市在宅医療・介護連携センター	新潟市医師会
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 北	豊栄病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東	新潟臨港病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東第二	木戸病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央	新潟南病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央第二	みどり病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 江南	亀田第一病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 秋葉	新津医療センター病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 南	新潟白根総合病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西	済生会新潟病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西第二	信楽園病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西蒲	西蒲中央病院

	MSW	保健師・看護師	理学療法士	介護支援専門員	事務
センター	1	1			1
ステーション	19	8	1	1	1
計	20	9	1	1	2

新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション事業



在宅医療・介護連携ステーション (新潟市在宅医療・介護連携推進事業)

- ◆ 各区単位に設置
- ◆ 基幹型として新潟市医師会内に「在宅医療・介護連携センター」を設置

<職員>

介護保険の知識を有する看護師・医療ソーシャルワーカー

<主な機能・役割>

- 地域の医療・介護関係者等からの在宅医療・介護サービスに関する相談を受け付ける (市民からの相談は原則、地域包括支援センターが対応)
- 地域包括支援センターや在宅医療ネットワーク等と連携し、医療と介護の『顔の見える関係づくり』をサポートする

<具体的な取り組み>

- 多職種の顔の見える関係づくり
- 各種研修・勉強会の開催
- 市民啓発
- 医療・介護関係者への相談支援、情報提供



～医療と介護の連携をサポート～

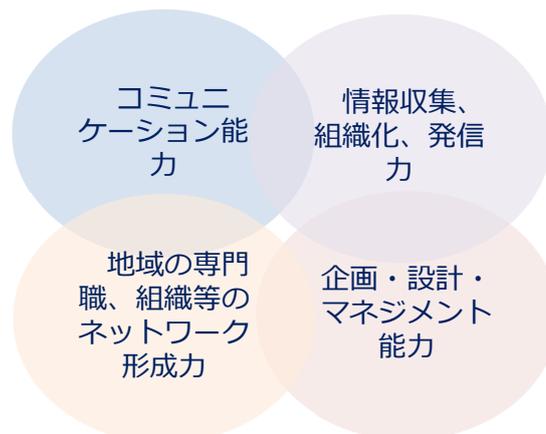
事業項目	令和6年度	実施基準回数	実施主体			備考	
			センター	ステーション	市		
P 現状分析・課題抽出・ 施策立案(計画)	(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	1 医療資源調査、医療資源マップ管理	○				
		2 地域医療提供体制に関する実態・意識調査	○				
		3 介護施設等における医療的ケア提供体制調査	○				
	C 対応策の評価の実施、 改善の実施	(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	4 ステーション業務の統括・調整、業務マニュアル更新管理	○			
			5 関係機関との連携調整・連携のしくみづくり	○			
		(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築の推進	6 センター・ステーション会議	8回	○		
			7 在宅医療・介護連携推進協議会			○	
D 対応策の実施	(ア) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	8 医療・介護関係者の相談支援		○			
		9 地域包括支援センターとの連携・支援	随時		○		
		10 地域ケア会議など関係会議等への参加・情報提供			○		
	(イ) 地域住民への普及啓発	11 在宅医療・介護連携センターホームページ運営		○			
		12 働く人のための医療・介護セミナー	2回	○		* 動画、冊子「よくわかる医療と介護」「もしもシート」等の活用	
		13 医療と介護の市民講座	年6~8回 (×11ST)		○		
		14 医療と介護の出前スクール			○	* ACP、認知症の対応についての普及啓発を重点とする	
	(ウ) 医療・介護関係者の情報の共有支援、知識の習得等のための研修などの実情に応じた医療・介護関係者の支援	15 在宅医療ネットワーク情報交換会	1回	○			
		16 地域医療連携強化事業	1回	○			
		17 入退院連携のあり方検討会	2回	○			
		18 CanCanミーティング	1回	○			
		19 意思決定支援研修会【新規】	年1回 (×11ST)		○		
		20 ご当地連携研修会	年1~3回 (×11ST)		○	* CHAINと連携した感染対策研修	
		21 地域看護連携強化事業	年1回 (×11ST)		○		
		22 病院と在宅との連携強化事業【新規】	年1回 (×11ST)		○		
		23 病院看護管理者研修	1回			○	
		24 「にいがた救急連携シート」運用				○	

在宅医療におけるコーディネーターとは（新潟の事例から）

「coordinator」は、人々や物事を組織し、調整し、一緒に働くことを可能にする人物を指す英単語である。
出典「実用日本語表現辞典」



地域の目指す姿を見据え、専門職でこそその能力を活かし、相談窓口、研修会等の連携推進の場の設置、市民講座等を行い、そこから得た事柄を顕在化し（言葉や文書等で発し）、自治体とともに目的実現のため活動する人物。



地域の声を業務計画に反映する（連携ステーション）

新潟市の事業目標をイメージし、連携センター/連携ステーションは業務計画を作成
 ①年度末に実績をまとめる。②次年度の計画作成と共に新潟市と連携センターが連携ステーションにヒアリングを行う。

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										
年度		今年度の年度								形式1
名称		在宅医療・介護連携〇〇								作成日
										年度日
										評価日
<p>【注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レポートは4半端に収まるようにしてください。 ・文字が小さくなる場合は、行高または列高を変更してください。 ・目標値に赤字が既にある場合は、赤字に訂正を付けてください。 ・目標が達成された場合は、赤字を削除してください。 ・赤字で訂正する場合は、セルの色を赤にしてください。 ・赤字は半端、半端の赤字は半端を削除してください。 ・赤字は、半端の赤字は半端を削除してください。 ・フォント、フォントサイズは変更しないでください。 										
No.	項目	目標	項目(単位)	R4実績	R4目標	R5目標	達成・改善指標	達成・改善指標	目標達成状況	評価
1	相談支援	医療・介護関係者から在宅医療・介護連携センター機能に関する相談が件数増加する。	相談窓口及び相談対応業務の件数増加率(%)	200	250	250	アンケートは、地域連携推進委員会・連携強化事業推進委員会等からのアンケート調査結果を参考に実施する。	アンケートは、地域連携推進委員会・連携強化事業推進委員会等からのアンケート調査結果を参考に実施する。	連携ステーションに相談したことがある割合は、連携強化事業推進委員会等からのアンケート調査結果を参考に実施する。	達成
2	連携支援	医療・介護関係者からの相談内容が、相談窓口から相談窓口へ移行した相談件数を増加させる。	相談窓口からの相談件数増加率(%)	3	5	4	相談窓口からの相談件数増加率(%)	相談窓口からの相談件数増加率(%)	相談窓口からの相談件数増加率(%)	未達成
3	連携支援	医療・介護関係者から在宅医療・介護連携センター機能に関する相談が件数増加する。	連携センターからの相談件数増加率(%)	0	1	0	アンケートは、地域連携推進委員会・連携強化事業推進委員会等からのアンケート調査結果を参考に実施する。	アンケートは、地域連携推進委員会・連携強化事業推進委員会等からのアンケート調査結果を参考に実施する。	アンケートは、地域連携推進委員会・連携強化事業推進委員会等からのアンケート調査結果を参考に実施する。	一部達成
4	地域連携の普及拡大	在宅医療・介護関係者からの相談内容が、相談窓口から相談窓口へ移行した相談件数を増加させる。	相談窓口からの相談件数増加率(%)	2	3	4	相談窓口からの相談件数増加率(%)	相談窓口からの相談件数増加率(%)	相談窓口からの相談件数増加率(%)	達成
5	連携支援	連携強化事業推進委員会等からの相談内容が、相談窓口から相談窓口へ移行した相談件数を増加させる。	相談窓口からの相談件数増加率(%)	7	10	9	相談窓口からの相談件数増加率(%)	相談窓口からの相談件数増加率(%)	相談窓口からの相談件数増加率(%)	未達成
取り組みについて(今年度重点的に取り組む内容や目標設定の考え方)					取り組みの結果について(計画内容と評価結果を踏まえた今後の方針など)					

新潟市の今年度の事業計画との連動

他地域支援事業との関連を意識

地域で見聞きしている情報を次年度計画に反映



連携ステーションのコーディネーターが意識していること

コミュニケーション能力

情報収集、組織化、発信力

地域の専門職、組織等のネットワーク形成力

企画・設計・マネジメント能力

7

多職種連携の体制構築と支援（連携ステーション）

在宅医療ネットワーク

新潟市内には、20か所の多職種連携の会があり、多くの多職種連携の会は、「多職種が集い、職種の役割の理解、地域の課題抽出、課題解決に向けた取り組み」を行っている。



多職種連携の会の風景



専門職の声や現場で起っている臨場感を顕在化する

ニーズの合った職種間での情報共有と連携促進

終わった後の飲み会の会場予約せねば！



連携ステーションのコーディネーターが意識していること

コミュニケーション能力

情報収集、組織化、発信力

地域の専門職、組織等のネットワーク形成力

企画・設計・マネジメント能力

専門職種対象の各種研修会（連携ステーション）

連携ステーションが地域のニーズを聞き取り、地域の特性に応じて企画・実施

みんなで学ぶ みんなで教える 新潟市在宅医療・介護連携ステーション東 「ご当地連携研修会」 **参加 無料 未定稿**

医療と介護 リレー学習会

新潟市在宅医療・介護連携ステーション東と山の地域包括ケアネットでは、2017年度より共同で「医療と介護リレー学習会」を年4回の予定で開催します。この学習会では、地域の医療・介護関係者が交替（リレー）で講師になり、ご自身の専門・得意分野について約20分のミニレクチャーを行います。地域の専門職の皆さんでリレーを重ねて「みんなで学ぶ、みんなで教える」会にしましょう！

1時間目 19:00～19:30 医療（おもに医師）の時間
看取りについて
阿部胃腸科内科医院 院長 / 山の下ねっと 代表 阿部 行宏 先生

2時間目 19:30～20:00 医療（医師以外）または行政の時間
「要支援」の方のサービスは4月からどうなったの？ 介護予防総合事業について
東区役所 健康福祉課 高齢介護係 係長 北村 明弘 先生

3時間目 20:00～20:30 介護・福祉
多様化した通所介護について
介護報酬改定が迫るなかで、秋葉デイサービスセンターを
藤田 剛史 先生

日時 2017年 6月 8日（木）
時間 19:00～（20:30終了予定）
会場 東区プラザ 多目的ルーム2（区役所2階）
定員 60名（登録先着）
※参加費・交通費の負担は各自となりますが、全時間参加を原則とします

参加登録 インターネットでの登録制です
以下のURLを入力するか、右のQRコード*を読み取って専用フォームのページにアクセスし、必要事項を送信してください。
URL <https://goo.gl/forms/pThySM3SuPJ0UKOZ2> ※必ず印刷してください
締切 | 5月31日（水）但し定員に達し次第締切

主催 | 新潟市在宅医療・介護連携ステーション東 共催 | 山の地域包括ケアネット（山の下ねっと www.yamanashita.net）
問合せ先 | 新潟市在宅医療・介護連携ステーション東（新潟臨港病院 地域連携センター内） TEL 364-7321 / E-mail higashi-station@rinko-hp.com

多職種連携の会での声をもとに、企画運営

できるだけ地域の専門職を表に出せる企画を（他職種への理解）！

市で推しのテーマを区内で企画運営



連携ステーションのコーディネーターが意識していること ⁹

コミュニケーション能力

情報収集、組織化、発信力

地域の専門職、組織等のネットワーク形成力

企画・設計・マネジメント能力

医療と介護の市民講座（連携ステーション）

対象者	内容	講師
地域の茶の間	地域包括ケアシステムにおける医療体制・かかりつけ医について	病院長
老人クラブ	大切なお口の健康、在宅医療・介護について	歯科医師
コミュニティ協議会	薬の正しい飲み方について（副作用について）	薬剤師
サロン	施設より在宅を望まれるあなた～在宅で受けられる医療について～	訪問看護師
市民団体	～住み慣れた地域で暮らすために～「在宅医療って何？」	MSW



民生委員・団体・学校からの声を聴き、講師選定と企画調整

市で推しのテーマを区内で企画運営



連携ステーションのコーディネーターが意識していること ¹⁰

コミュニケーション能力

情報収集、組織化、発信力

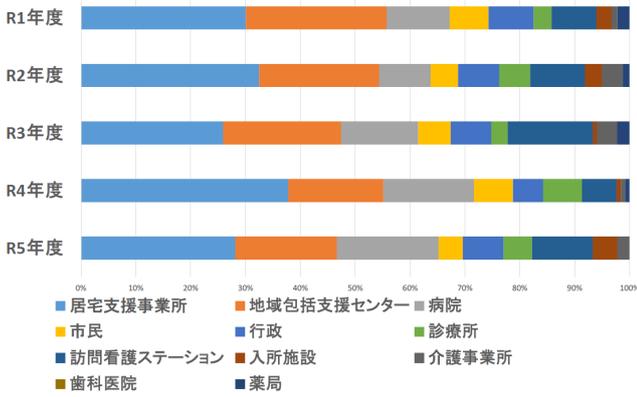
地域の専門職、組織等のネットワーク形成力

企画・設計・マネジメント能力

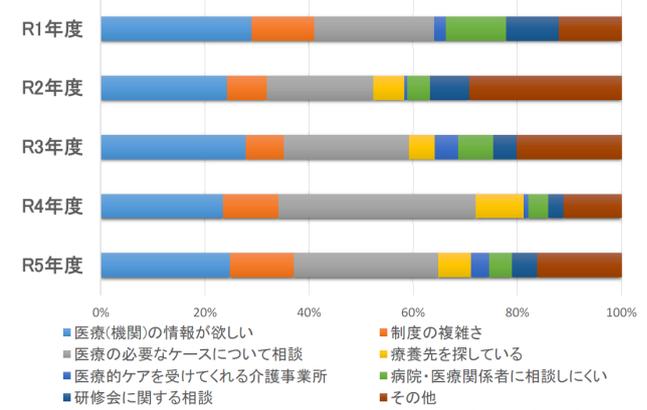
関係機関からの相談支援窓口機能（連携センター・ステーション）

各連携ステーションは地域課題を意識し、事業計画へ反映。各連携ステーションでの相談事例は、サイボウズへの報告書経由でセンター/ステーション会議に提示。

相談者内訳



相談内容別



相談者する職種、内容がかわって来た。包括支援センターと共有してみよう

地域で何度も相談される内容は他地域と共有しよう



連携ステーションのコーディネーターが意識していること

コミュニケーション能力

情報収集、組織化、発信力

地域の専門職、組織等のネットワーク形成力

企画・設計・マネジメント能力

コーディネーターと自治体それぞれの思い（よくある話）

私の悩みを聴いてもらいたい

事業について学ぶ場がない

入退院の場面でどのような専門職がどう連携しているのか

自治体から具体的に何を求められているんだろ



コーディネーター

どうしたら現場の連携がよりよくなるのか

専門職の方はどういう考えをもて業務をおこなっているのか



自治体担当者

他のコーディネーターはどんな風にやっているのだろうか

在宅の専門職間の連携はどのようにやっているのか

基幹的なコーディネーターが何をしているか

コーディネーターのまとめ役である、連携センターのコーディネーターは、下記の**場**を設けたり、事業運営のための関連**様式等**を利用して連携ステーションと新潟市との間をとりもっています

会議・研修会

在宅医療・介護連携センター会議

在宅医療・介護連携センター/ステーション会議

コーディネーターのための研修会



連携センター
コーディネーター

様式

業務計画書

事業運営
マニュアル

各種事業
報告書

関東信越厚生局 令和6年度 第2回 地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研修会（令和6年11月19日）改編

在宅医療・介護連携センター会議（連携センター）

開催目的

新潟市と連携センターが在宅医療・介護連携推進事業の目的の共有を図りながら、事業の進捗管理と各種事業の企画を行う。

概要

- 1) 頻度：月1回程度（同館内の2階新潟市地域医療推進課にて）
- 2) 参加者：新潟市地域医療推進課（係長：事務、保健師 2名）
新潟市医師会地域医療推進室コーディネーター（3名）
- 3) 内容：在宅医療・介護連携推進事業の事業項目の進捗報告と議論
研修会、センター/ステーション会議の内容 等

各種事業の開催企画書・報告書から見える、各区の連携ステーションの事業展開のバラつきを新潟市と共有

自治体担当者の異動に際しての視点合わせ



医師会内の医師の動向等や連携センターのコーディネーターの様子を伝える

連携センターのコーディネーターが意識していること

在宅医療・介護連携センター/ステーション会議

開催目的

在宅医療・介護連携推進事業の目的の共有と事業進捗の確認を行うと共に、コーディネーター間の情報共有の場として開催。

概要

- 1) 頻度：2か月に一度（同館内会議室）
- 2) 参加者：新潟市地域医療推進課（係長、課員2名）
新潟市医師会地域医療推進室（3名）
市内11か所の連携ステーション担当者
- 3) 内容：①新潟市関連事業のセミナー
②新潟市からの報告
③連携ステーション委託項目を中心とした実績報告と議論
④その他（その時々の特ピックス）



新潟市から言えないことを代弁する

新潟市全体の事業の底上げを図る

コーディネーター個々の悩みをみんなと共有してほしい

他連携ステーションの取り組みを真似てほしい

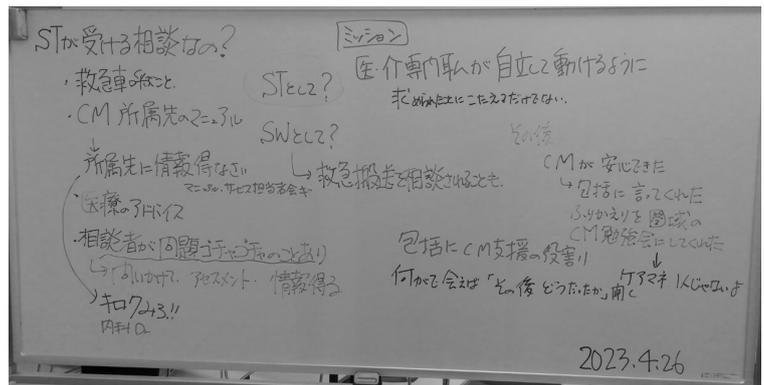
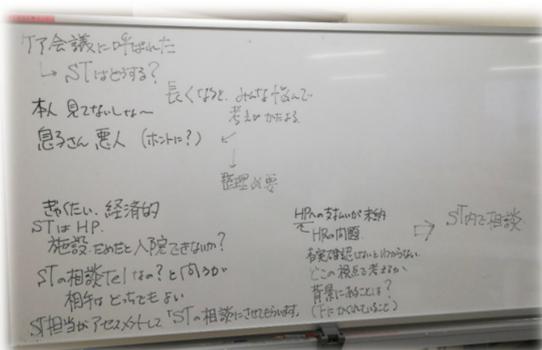


いつでも応援できる体制であることを意識してもらう

連携センターのコーディネーターが意識していること

関係機関からの相談内容の振り返り（連携センター）

各連携ステーションでの相談事例の振り返りから、地域課題を意識。事業実施の本質は、関係機関からの相談の中にある。



連携ステーションに寄せられる相談が事業にどういう意味を持つのか理解してもらう



ステーションの担当者の職性の違いによっても受け止め方に違いがあることを意識

連携センターのコーディネーターが意識していること

関係機関からの相談内容の振り返り（連携センター）

様式1

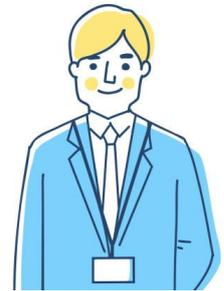
相談記録シート

No.

相談種別	相談記録シート「連携の課題としての気づき」
受付年月日	
相談者名	【相談の内容：日常の療養支援】
相談者の主業務	<ul style="list-style-type: none"> ・普段の様子を知る人が、本人の変化を感じ取る確率が高く、特に医療機関（外来）はその役割を多く担っていると推察する。ちょっとした【おかしい?】、【どうした?】等の疑念を吸い上げ、支援を要請していく必要があると改めて認識した。※しかしながら、【どこまで?】を対象として線引きし、課題も多いか?（なんでもかんでも呼ばれては、マンパワーにも限界が…）
相談方法	医療へのつながり方は、当然のことながらその方の意向が尊重されなければならないが、家族に意向が強く反映される場合もある。本人にとっての最善策は何になるのか話し、主治医との連携が重要。地域関係者と医師とが、気軽に相談し合えるような関係構築が必要。
相談経路	
主訴（求め）	【相談の内容：入退院支援】 医療側の都合、在宅側の都合。どちらも譲れないところがあり、その場合に連携ステーションが間に入ることが橋渡しとなれるのだと再確認した。
支援内容	【相談の内容：看取り】 相談内容の対応のみにとらわれていないと感じた。
支援結果	【相談の内容：急変時の対応】 ・救急搬送された日が【3連休前の金曜日】であり、対応できる時間がない。医師、看護師、との判断に至ったのも屋前であり、尚拍車をかけていた。システム上致し方ない部分ではあるが…本来であれば【関係機関との情報共有、支援体制の構築】を入院中に行うことが望ましい状況であったが、開催できなかったことが悔やまれる。・連携、協働といった視点から言えば円滑に且つ適切にやっていたのではないかと、と考察する。日頃からの関係性づくりを行い、良好な関係を構築していくことを目標とし、対応していきたい。
連携の課題	

このトレーニングで得た思考を各区で展開してもらいたい！

在宅医療の4分野ごとに1例ずつ事例を提示してわかりやすく



連携センターのコーディネーターが意識していること

17

連携ステーションへのヒアリング（連携センター）

新潟市の事業目標をイメージし、連携センター/連携ステーションは業務計画を作成
①年度末に実績をまとめる。②次年度の計画作成と共に新潟市と連携センターが連携ステーションにヒアリングを行う。

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											
年度	令和6年度	目標									
名称	在宅医療・介護連携の〇	連携センター/ステーション業務									
No.	項目	目標	主な取組（事業）	項目（単位）	計画値	R4実績	R4目標	達成率	達成・未達成	目標達成状況	評価
1	相談支援	医療・介護関係者から在宅医療・介護連携に関する相談を受け、相談件数を増やす。	・相談窓口及び相談対応業務を分担する。上記の分担状況を、区内医療・介護関係者等に周知する。	連携ステーション相談した相談件数（件）	200	250	260	105%	達成	連携ステーション相談した相談件数は、令和5年度に比べて増加した。相談件数増加の要因は、相談窓口の拡充によるものと考えられる。	達成
2	連携支援	医療・介護関係者からの相談内容に基づき、関係機関との連携を促進する。	・相談窓口の拡充による相談件数の増加。関係機関との連携を促進する。関係機関との連携を促進する。	関係機関との連携支援実施回数（回）	3	3	4	75%	未達成	関係機関との連携支援実施回数は、令和5年度に比べて減少した。関係機関との連携を促進する。関係機関との連携を促進する。	未達成
3	連携支援	医療・介護関係者から在宅医療・介護連携に関する相談を受け、相談件数を増やす。	・ケアマネージャーから相談を受け、相談件数を増やす。相談件数を増やす。	連携センターを利用した相談件数（件）	0	1	2	50%	未達成	ケアマネージャーから相談を受け、相談件数を増やす。相談件数を増やす。	未達成
4	連携支援	在宅医療・介護関係者からの相談内容に基づき、関係機関との連携を促進する。	・関係機関との連携を促進する。関係機関との連携を促進する。	関係機関との連携支援実施回数（回）	2	3	4	50%	未達成	関係機関との連携支援実施回数は、令和5年度に比べて減少した。関係機関との連携を促進する。関係機関との連携を促進する。	未達成
5	連携支援	相談件数の増加による相談件数の増加。相談件数を増やす。	・相談件数の増加による相談件数の増加。相談件数を増やす。	相談件数増加による相談件数の増加（件）	500	510	520	102%	達成	相談件数の増加による相談件数の増加。相談件数を増やす。	達成

新潟市と共に業務計画作成後、連携ステーションごとにヒアリングを実施

連携ステーションごとの課題を共有し、次年度計画に反映

連携センター/ステーション会議で全体共有していいとこどり



連携センターのコーディネーターが意識していること

18

新任（現任）者研修（連携センター）

【研修スケジュール】

○ 1日目 令和5年5月9日（火）9:30～16:20 / オンライン（Zoom ミーティング）

所要時間	内容	講師
9:30～9:45	15 開会・オリエンテーション	
9:45～11:05	80 講義①「地域包括支援センターの存在意義・求められる役割」	新潟医療福祉大学社会福祉学部 准教授 渡邊 豊
11:15～12:20	65 講義②「新潟市地域包括支援センターの業務について」	新潟市福祉部地域包括ケア推進課 主査 末田麻里子
12:20～13:20	昼食休憩（60分）	
13:20～13:50	30 講義③「新潟市における介護予防・日常生活支援総合事業について」	新潟市福祉部地域包括ケア推進課 主査 桂平 拓
13:50～14:30	40 講義④「新潟市における認知症対策について」	新潟市福祉部地域包括ケア推進課 係長
14:40～15:10	30 講義⑤「新潟市における在宅医療・介護連携について」	新潟市保健衛生部地域包括ケア推進課 係長
15:10～15:30	20 「SWANネット」について	新潟市医師会 業務課長兼地域医療推進課長
15:40～16:10	30 新潟市成年後見支援センターについて	新潟市成年後見支援センター
16:10～16:20	10 事務連絡	

地域包括支援センターの新任者研修1日目に合同参加してもらって、顔をうってもらう

○ 2日目 令和5年5月10日（水）10:00～16:30 / オンライン（Zoom ミーティング）

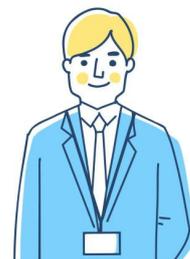
所要時間	内容	講師
10:00～11:00	60 講義⑥「総合相談支援業務とネットワーク構築」	社会福祉法人 新潟市社会福祉協議会 新潟市地域包括支援センターしるね南 管理者 竹石こずえ
11:10～12:10	60 講義⑦「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務および介護支援専門員に対する支援」	社会福祉法人新潟市社会事業協会 新潟市地域包括支援センター赤塚
12:10～13:10	昼食休憩（60分）	
13:10～14:10	60 講義⑧「権利擁護業務」	
14:20～16:20	120 講義⑨「高齢者虐待の対応について」	
16:20～16:30	事務連絡	

総論として地域支援事業を学んでもらう

○ 3日目 令和5年5月15日（月）10:00～16:30 / 会場：横越地区公民館

所要時間	内容	講師
10:00～12:00	120 講義⑩「介護予防ケアマネジメント」	医療法人社団敬成会 新潟市地域包括支援センターあじかた 介護予防課長
12:00～13:00	昼食休憩（60分）	
13:00～14:40	100 講義⑪「地域包括支援センターの役割と連携」	
14:50～16:30	90 講義⑫「地域包括支援センターの業務と連携」	

各論として、新潟市と連携センターがした連携センターステーション事業を学んでもらう



連携センターのコーディネーターが意識していること

現場的なコーディネーターの役割と期待

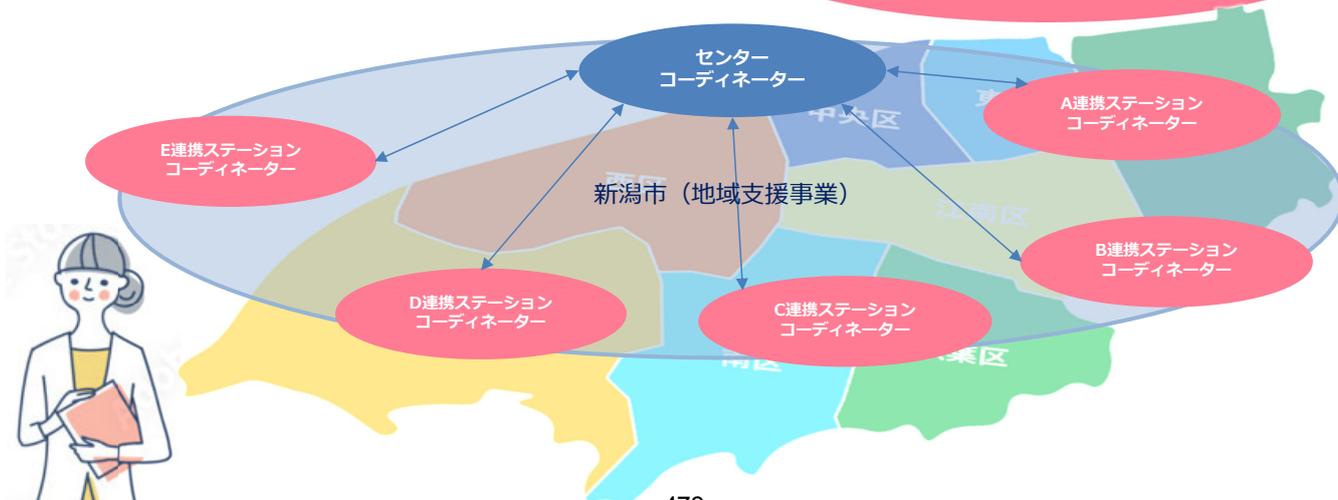
コーディネーターの役割（厚労省資料一部改編）

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て、実施主体である自治体と連携して、コーディネーターの専門職が現場で何を感じ、どうありたいか知る強みを活かし、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（主に相談窓口機能や多職種の連携推進、人材育成等）を果たす。

新潟市における現場的なコーディネーターの役割（連携ステーション）

- ・地域ニーズ（地域住民の声、多職種の声）を把握するために、地域へアウトリーチする（出向く）。
- ・地域住民の安心につながるため、医療と介護の関係者間が気軽につながるネットワーク（顔の見える関係）をつくる。
- ・地域住民の声、多職種の声を自治体・連携センターと共有し事業につなげる。

地域住民の意向に沿った支援ができるよう、区内での医療と介護の専門職間の連携を推進する



基幹的なコーディネーターの役割と期待

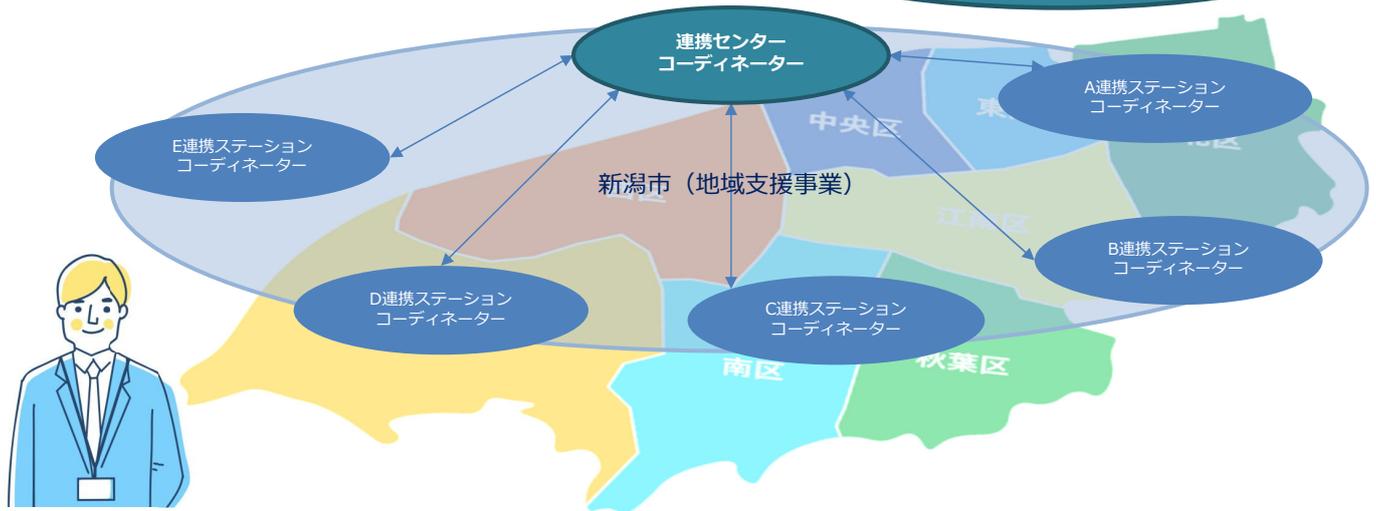
コーディネーターの役割（厚労省資料一部改編）

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て、実施主体である自治体と連携して、コーディネーターの専門職が現場で何を感じ、どうありたいか知る強みを活かし、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（主に相談窓口機能や多職種の連携推進、人材育成等）を果たす。

新潟市における基幹的なコーディネーターの役割（連携センター）

- ・現場的なコーディネーター間のネットワーク化を図り、個々のノウハウの共有とコーディネーター間の関係性を図る。
- ・コーディネーター向け研修会開催等を通じ、コーディネーターの力量アップを図る。
- ・コーディネーター活動指針等のツールの整備し、目指す姿を共有する。
- ・自治体とコーディネーター間をとりもつ。

新潟市と共に事業の企画と運営を行うこと、またコーディネーターのまとめ役を担いコーディネート機能を強化すること



ご清聴ありがとうございました

在宅医療・介護連携推進事業
～研修会議Ⅲ～

在宅医療・介護連携推進支援事業に係るプラットフォームについて

株式会社日本能率協会総合研究所
社会イノベーション研究事業本部

研究員 **遠藤 慧一郎**

〒105-0011
東京都港区芝公園3-1-22 日本能率協会ビル5階



在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの開発の概要

- 本事業では、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より一層の推進・充実を図ることを目的として、在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査、研修、プラットフォームの開発等行う。
- プラットフォームでは、全自治体の在宅医療・介護の連携に関する情報を一元化することで、それぞれの自治体の情報をいつでも参照できるようにする。また、関係者がプラットフォーム上で交流できる機能を搭載予定である。

2024年度

2025年度以降

概要	<ul style="list-style-type: none">在宅医療・介護連携を進めるにあたって、有用な情報を一元化するとともに、情報交換の掲示板を構築し、プラットフォームのたたき台を構築	<ul style="list-style-type: none">プラットフォームを実際に運用し、必要な改修を行い、事業担当者等がプラットフォームを効果的に活用
掲載する情報	<ul style="list-style-type: none">過年度に作成された成果物を集約し掲載本事業の各種WGと連動し、情報を収集し掲載	<ul style="list-style-type: none">2024年度以降に作成された成果物を掲載する事業担当者にとって有用な教材の開発・掲載
搭載する機能	<ul style="list-style-type: none">プラットフォームの基本となる機能を搭載するユーザビリティ向上の機能は優先的に搭載する	<ul style="list-style-type: none">プラットフォームのユーザーを増やす、活用いただけるような機能を搭載2024年度に搭載できなかったユーザビリティの向上のための機能を追加
その他	<ul style="list-style-type: none">プラットフォームの運用状況を適切に評価するために、必要な評価機能をプラットフォームに搭載	<ul style="list-style-type: none">2024年度に搭載した機能を用いて、プラットフォームの評価を行い、その結果に応じて必要な改修を行う

プラットフォームに掲載するコンテンツの基本方針

- プラットフォームには、有用な情報ツールを集約に加え、在宅医療介護連携推進事業の担当者間での情報交換の場とすることで、切れ目のない在宅医療・介護連携推進の実現を目指す。
- 具体的な期待される効果としては、国からの効果的な情報発信・周知、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等が想定される

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・取組掲載

事業担当者等を対象とした研修ツールの提示

既存データ及びツールの活用方法の提示

事業担当者間での情報交換の場(Q&A)

期待される効果

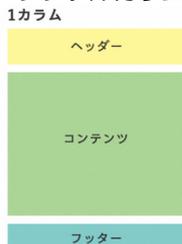
- 国からの効果的な情報発信・周知が可能
- 在宅医療・介護連携推進事業に係る関係者間の認識の統一化
- 同規模自治体等の取組収集や事業展開への活用
- 動画や支援ツール蓄積等による研修教材としての活用(新任の担当者向けを含む)
- 地域住民への在宅医療・介護連携推進事業に関する情報提供
- 事業者担当者の困りごとの解決の一助

2

プラットフォームの主な仕様

区分	内容
HP公開場所	厚生労働省ホームページ上
閲覧予定者	都道府県職員、市町村職員、関係団体職員、在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター、国民
レイアウト	シングルカラムレイアウトとし、PC、スマホでも表示可能なレイアウト
アクセシビリティ	厚生労働省ウェブアクセシビリティ方針に準拠 (URL: https://www.mhlw.go.jp/accessibility/)
文字サイズ変換機能及びページ内検索を搭載	高齢者等も見やすいよう文字サイズ変換機能を搭載 Webページ内をキーワードから検索出来る機能を搭載
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・今後もコンテンツを追加できるよう、拡張可能な仕様とする ・将来的に別ホームページ等との統合も視野に入れたものとする ・閲覧者別に3段階のページ更新権限等の強度が設ける 第1段階(厚生労働省) : 全頁編集可 第2段階(都道府県・市町村) : 関係者ログインページに都道府県及び市町村が内容のアップロード権限(1,788箇所権限) 第3段階(国民) : 編集権限なし

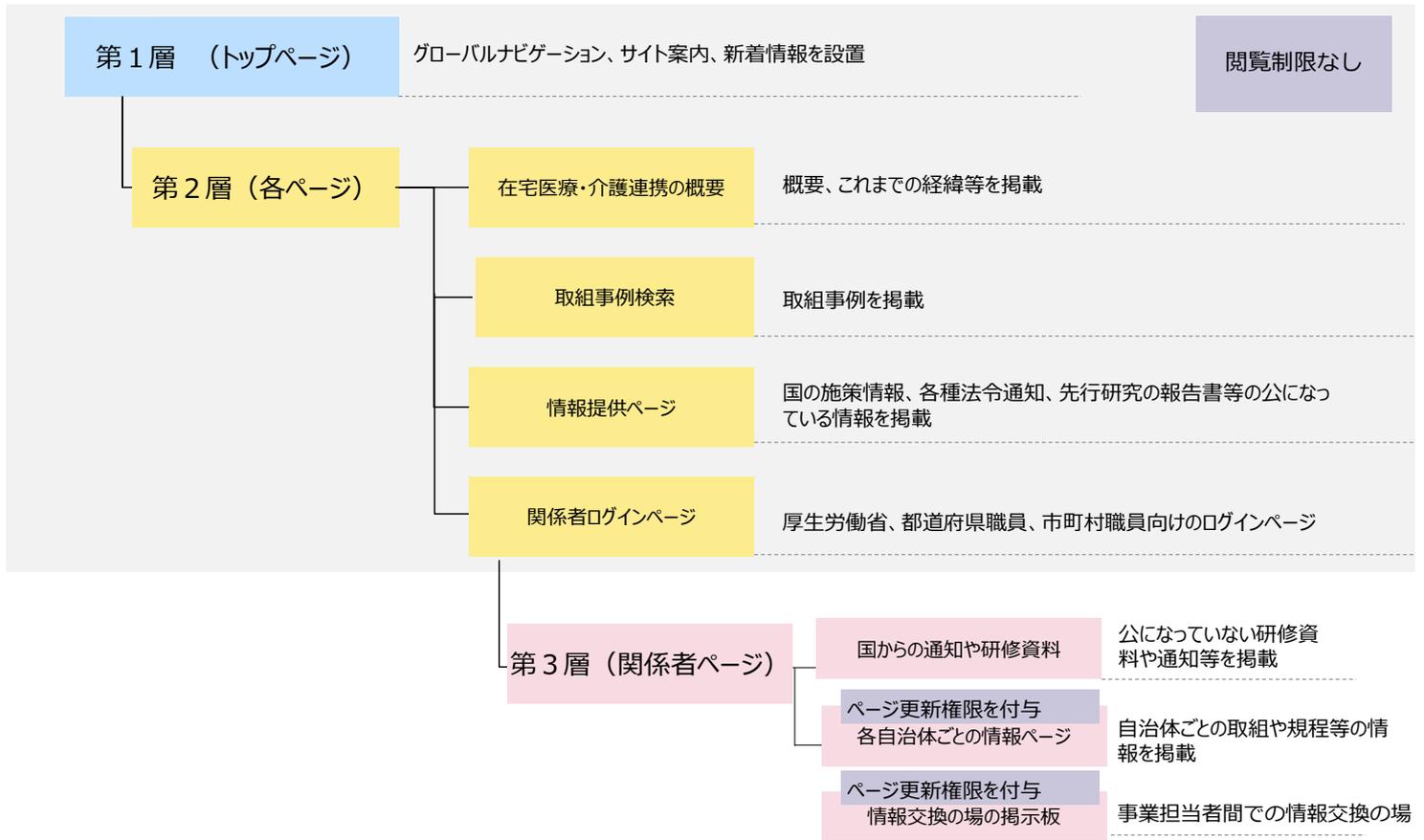
<参考> シングルカラムレイアウトとは



- ・シングルカラムレイアウトは、上からヘッダー・ナビゲーション・コンテンツ・フッターの順に縦に長く配置させるパターンのこと
- ・シングルカラムレイアウトのメリットは以下の通り
 - ・パソコンからスマートフォンまで、どんなサイズのデバイスでも共通のレイアウトを保てる
 - ・サイドバーがなくすっきりとした印象
 - ・ユーザーの目線が分散しないためコンテンツに集中しやすい

3

プラットフォームの構成（予定）



4

掲載する情報コンテンツ（予定）

第2層（各ページ）

第3層（関係者ページ）

第2層
情報提供ページ・事例検索

厚生労働省
会議資料

- 医療介護総合確保促進会議の概要・会議資料掲載URL

地域医療介護
総合確保基金

- 地域医療介護総合確保基金の概要、病床機能再編支援事業、勤務医の労働時間短縮の推進
- 都道府県計画

医療と介護の連携
に関する報告書等

- 過年度の調査研究事業の報告書など
- 都道府県担当者会議等の資料

地域包括ケアシ
ステムに関する資料

- 事例集や調査研究事業の報告書

事例

- 各市町村の事例
 - 場面ごとの選択式の検索、キーワード検索を可

第3層
閲覧制限あり

国からの通知
研修資料

- 公になっていない厚生労働省からの通知や研修案内、研修資料、アーカイブ動画等を掲載

役立つ情報

- 自市の取組を検討する際に、参考となる情報を各事業担当者がデータをアップロードして掲載

情報交換
Q&A

- 事業担当者間の疑問に対して、他市町村の担当者が回答できる仕組みを搭載（※搭載する場合）

関係者ログインページ

ユーザーID :

パスワード :

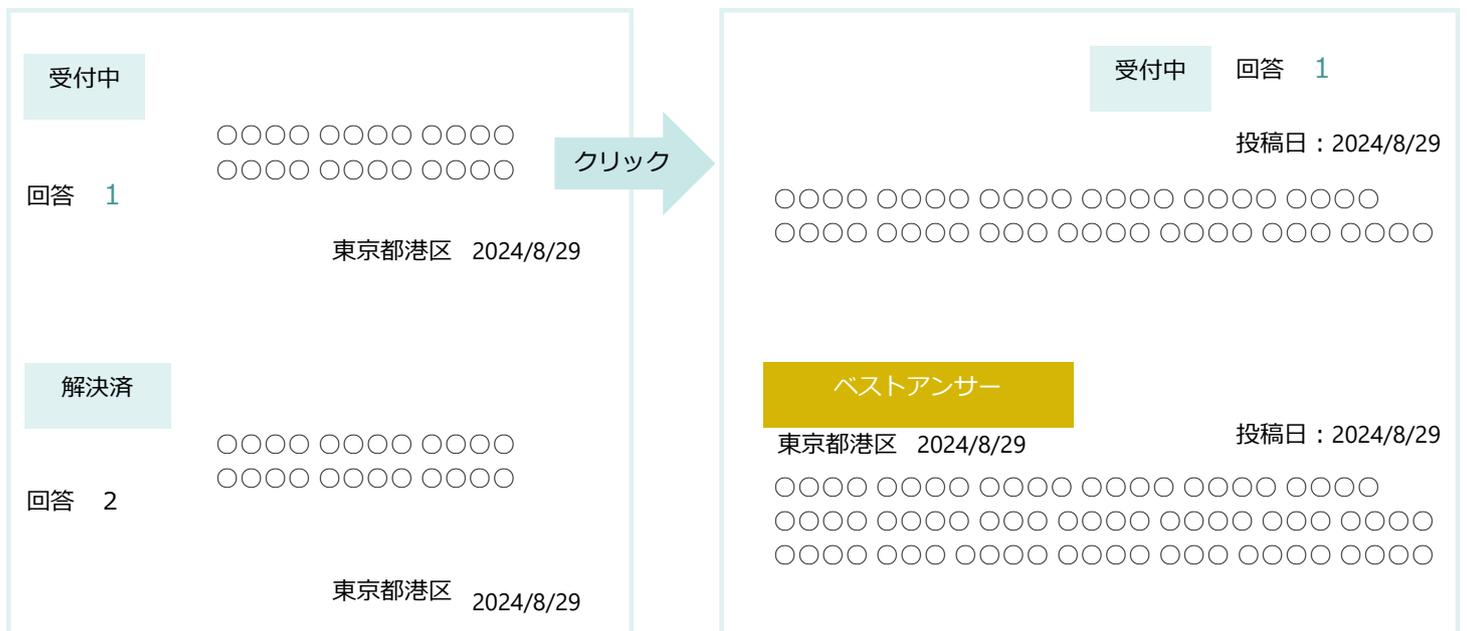
ログイン



<第3層> 事業者担当者間の情報交換掲示板のイメージ

情報交換の場の掲示板

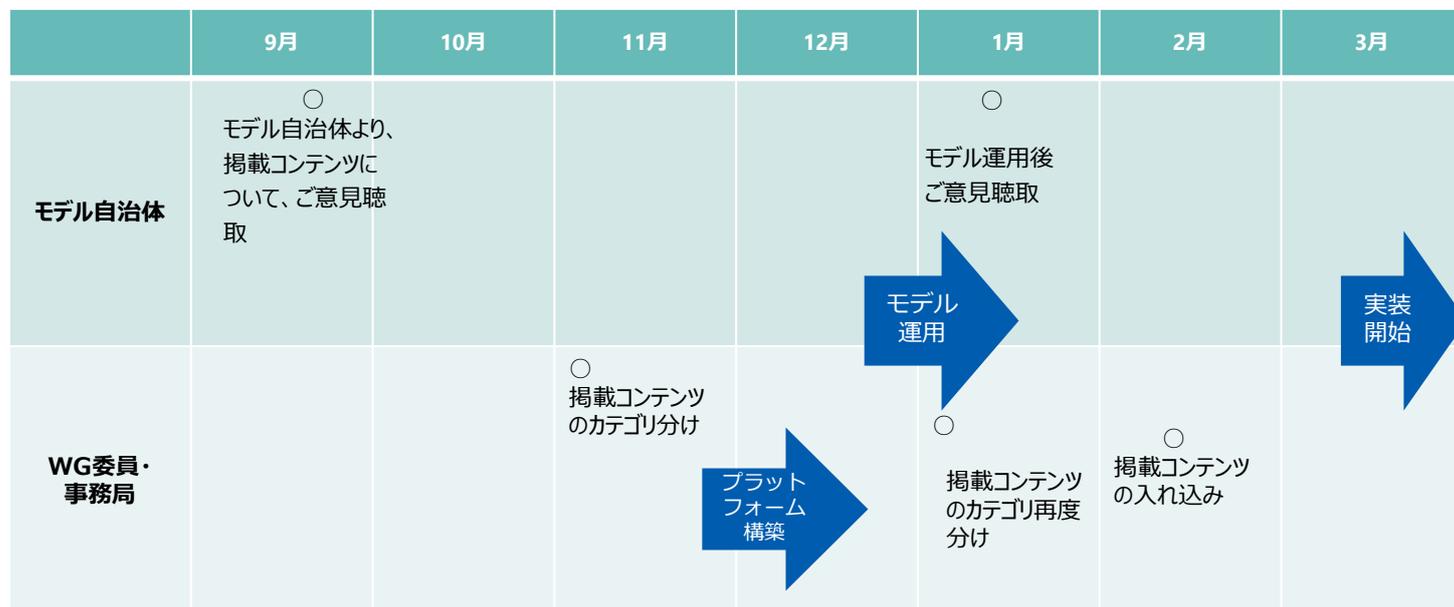
- 事業担当者間での交流の場として掲示板機能を想定している。取組のノウハウや事例に関する疑問にピンポイントで答えることができ、早期の疑問解決及び情報の蓄積による取組の質向上が見込まれる。
- 都道府県担当者及び市町村担当者、厚生労働省が投稿可能とする。ベストアンサー機能や「受付中/回答済」機能を実装することで利用を促す。



モデル運用の進め方

- モデル運用では、プラットフォームに掲載する情報や使い勝手等についてご意見いただくことを想定している。
- モデル運用後に必要なプラットフォームの改修を行い、3月にプラットフォームを公開予定である。

■今後の進め方について



8

令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業 プラットフォームワーキンググループ

氏名	所属及び職名
ワーキンググループ委員	
石川 遼一郎	長野県健康福祉部医療政策課医療係 主任
小澤 文乃	長野県健康福祉部介護支援課計画係 主査保健師
川野 達也	株式会社DIGITAL LIFE ヘルスケアIT事業 ディレクター
杉澤 孝久	北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課 医療参事
田上 幸輔	北海道在宅医療推進支援センター コーディネーター
服部 真治	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部 研究事業担当部長 研究部 主席研究員
福地 裕仁	深谷市 福祉健康部長寿福祉課 課長補佐
事務局	
厚生労働省	
(株)日本能率協会総合研究所	

9

御静聴ありがとうございました。

**モデル運用へのご参加をぜひ！
事務局までよろしくお願ひします！**

**取組事例のご提供もぜひ！
事務局までよろしくお願ひします！**

