

令和3年度 厚生労働省委託事業

在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

～高齢者を対象とした在宅医療分野～

【日 時】

事前学習：2021年10月8日（金）～

ワークショップ：2021年10月24日（日）13:00～16:30

【形 式】

事前学習：オンライン学習

ワークショップ：Zoomを用いたオンライン開催

【主 催】

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

【共 催】

公益社団法人 日本医師会

はじめに

はじめに、本研修会には、日頃の診療に加え、発熱外来やワクチン接種へのご協力など、多岐にわたり地域医療を支えていただいている先生が多くご参加されていらっしゃるものと存じます。先生方のごこうしたご尽力に対しまして、多大なる敬意を表しますとともに、心より御礼を申し上げます。

さて、皆さまご承知のとおり、我が国は人生100年時代ともいわれる超高齢社会を迎え、団塊の世代の方々が75歳以上となる2025年から先の将来を見据え、全世代型の地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが進められております。現在、国をあげて取り組んでおります地域包括ケアシステムは、たとえ医療や介護が必要な状態となったとしても、住み慣れた地域で尊厳を持ち自分らしく暮らし続けたいというご本人の希望に応えるためのものであります。

地域包括ケアシステムを支える「在宅医療」は、地域のかかりつけ医が行ってきた「患者を最期まで責任を持って診る」ことを信条としており、住民の皆様が大きく期待を寄せていらっしゃいます。地域の特性を踏まえ、外来医療・在宅医療・入院医療をそれぞれ適切に提供できる体制整備を行うことが、住み慣れた地域で暮らす患者さんの安心と安全を守ることに繋がるものと考えております。

また、地域包括ケアシステムの本質は、まちづくりであり、地域の特性に応じた取り組みが重要となります。この「まちづくり」は、関係者間での目標や考え方を共有し、住民を主人公として、あらゆる関係者との連携・協働が欠かせません。

こうした状況からも、今年度より本研修会に行政職員の方々もご参加いただいておりますことは、大変有意義なことであると考えております。

本日の研修会にご参画いただいている皆様方におかれましては、かかりつけ医が地域の中で在宅医療に取り組んでいただけるようご指導いただきますと共に、益々のご尽力をお願いし、本日の研修内容が少しでもご参考となれば幸いです。

あらためまして、本資料の作成及び研修会の開催にあたり、ご執筆・ご講演いただきました先生方をはじめ、日本在宅ケアアライアンス及び公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団のご関係者の皆様方に深く感謝申し上げます。

令和3年10月

公益社団法人日本医師会

会長 中川 俊男

開催にあたって

現在わが国が直面している急速な高齢化の進展は、急性疾患中心から慢性疾患中心への疾病構造の変化を通して、求められる医療の在り方に変化をもたらしました。

「治す医療」から「治し・支える医療」へという医療の質や、役割そのものの転換が重要課題となっています。そこで、国の医療・介護に通ずる政策は、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいを継続的で包括的なネットワークで支える「地域包括ケアシステム構築」が、市区町村を主体として推進されているところです。

とりわけ在宅医療を始めとする、多職種協働による在宅ケアの普及が喫緊の課題となり、地域のかかりつけ医がリーダーシップを発揮し、地域包括ケアシステムの一翼を担うことが重要との認識のもと、2015年度より本研修会を開催してまいりました。

勇美記念財団とともに本研修を主催する日本在宅ケアアライアンス（JHHCA: Japan Home Health Care Alliance）は、昨年11月からは一般社団法人となり、在宅ケアの普及・推進・向上のために、国との情報交換も積極的に行いながら、多職種連携による各種事業にさらに積極的に取り組んでおります。

一昨年には、在宅ケアを支える多職種間の課題を明確にしなが、課題の共有と解決に向けて必要な概念やスキームのなどを整理した「基本文書」を取りまとめ、公表しました。このような様々なとりまとめ文書は新たにホームページで広く多くの方に見ただけするようにしています。これにより、アライアンス加盟の在宅ケアに関わる各団体間での情報の共有や意見交換、在宅ケアに関わる従事者の間での認識や理解の促進が図られるようになっていきます。

昨年来の新型コロナウイルス感染症に対しては、在宅ケアを守るためにいち早く活動を立ち上げ、「行動方針」「対処方針」などを示すとともに、具体的な診療の場におけるプロトコールなども作り上げ、多くの自宅療養者を守ることができました。このプロトコールは国の診療の手引きの一部となっております。さらに、首都圏において最前線の在宅医、訪問看護ステーション、行政担当者、保健所関係者などによるネットワークを組織し、最新情報の共有と困難事例対応への情報交換なども行っています。

今年度の研修事業も、引き続き新型感染症がもたらす大きな影響と、社会的に甚大な被害に鑑み、Withコロナ時代を見据えたテーマを中心に開催することとなりました。また研修形式も、昨年同様にWeb開催といたしました。また、本年は行政の方にも参加いただき、Webでのワークショップでの議論にも参加いただくことにしております。

このように新しい形の企画となっておりますが、ご参加の先生がたが、それぞれの地域で同様の研修会等企画される際のご参考にしていただければ、幸いです。

本年の研修が、実り多きものとなりますことを心から願っております。

令和3年10月

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス

理事長 新田 國夫

開催にあたって

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により各地に出されていましたが緊急事態宣言はようやく解除され、ワクチン接種も進んでまいりましたが、未だ第6波が起こる可能性も否定できない状況下、今年度もリアルでの集合研修を行うことができません。その様な中、日本医師会、日本在宅ケアアライアンスの皆様はじめ、関係者の皆様のご尽力によりWebによる「在宅医療関連講師人材養成事業」研修会を無事に開催することができますことを大変嬉しく思います。

この度の研修会開催に際し、厚生労働省の皆様はじめ企画及び準備を頂き、本日も運営頂きます関係者の皆様には心より感謝を申し上げます。また、日本の在宅医療、地域医療の更なる推進、発展に欠かせない非常に重要な役割を果たすこの研修事業に取り組むことができ、財団を代表致しまして深く感謝を申し上げます。

コロナ禍での研修会開催の為、昨年に引続き、参加者の皆様にはWebによる参加となりますが、Webを活用した事前学習、同じくWebを活用したワークショップと、全てをWeb上で行うことにより、以前より課題となっておりました遠距離等により、リアルでの研修会参加が難しい地域、エリアからのご参加につきましても、多くの先生方にご参加頂けやすい研修となっています。

今年度は厚生労働省からのご意向もあり、より実効性の高い研修を目指し、プログラム、カリキュラムの準備を進めてまいりました。その1つには初めての試みとなりますが、各地域の行政の皆様にもご一緒にご参加いただき、在宅医療、地域医療に関する情報の共有と研修後の地域における人材養成の促進につながる研修とさせていただきます。また、これからも地域における在宅医療の課題、問題点の解決にさらに連携を高め、取り組む機会となることを願っています。

新型コロナ感染拡大を含め、近年多発する災害時における在宅医療の対応についてのテーマも盛り込みました。より充実した内容の研修となり、地域における在宅医療の推進、発展に大きく寄与することを期待致します。

新型コロナウイルス感染症が拡大したことにより、未来が早く来たところもあり、あらゆる分野で課題が浮き彫りとなり、改革を迫られることとなりました。我々の取り組む在宅医療につきましても同様の状況と考えます。一方、ターミナルケアにおいて、病院での医療では面会もできず、ご本人にとりましても、ご家族にとりましても大変寂しいお別れとなるケースも多く、在宅での看取りの必要性、重要性が高まっています。また、新型コロナウイルスに感染された患者さんが自宅で療養する「自宅療養」という言葉が使われるようになりましたが、在宅における医療が一気に身近な存在となり、在宅医療を充実させることが不可欠な状況から、これまで推進してまいりました我々にとって、在宅医療、地域医療の充実、強化に向け、大きく前進するチャンスでもあるのではないかと考えます。

今回の研修会がその様な時代の要請に対しても貢献できることを心より期待申し上げます。

令和3年10月24日

公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団

理事長 住野 耕三

令和3年度 厚生労働省委託事業 在宅医療関連講師人材養成事業 研修会 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

プログラム [事前学習]

第1部 総論 (1講義30分、計120分) ※必須学習

- 1 在宅医療におけるかかりつけ医の役割
江澤 和彦 (日本医師会)
- 2 在宅医療における都道府県医師会の役割 ～福井県医師会の取り組みから～
池端 幸彦 (福井県医師会)
- 3 行政から見た地域の様々な取り組み
田中 明美 (厚生労働省)
- 4 在宅医療に関する諸費用 ～医療費、介護費用、その他社会保障制度など～
島田 潔 (全国在宅療養支援医協会)

第2部 テーマ別学習 (1講義20分、計120分) ※必須学習

- 1 災害時における在宅医療
～国の取り組みと日本在宅ケアアライアンスの取り組み～
武田 俊彦 (日本在宅ケアアライアンス)
- 2 Covid-19への対応 ～自宅療養における診療プロトコール～
石垣 泰則 (日本在宅医療連合学会)
- 3 郡市医師会での事例
～在宅医療・介護連携推進事業をてこに地域包括ケアを次のステージに進める～
川越 正平 (松戸市医師会)
- 4 市民が選ぶケアの選択 ～ACP(意思決定支援)、「看取り」への対応～
稲葉 一人 (中京大学法務総合教育研究機構)
- 5 フレイル・オーラルフレイル・ロコモティブシンドローム
飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター)
- 6 看取りを念頭においた在宅医療(地域緩和ケア)の実際
蘆野 吉和 (日本在宅医療連合学会)

第3部 各論 (1講義20分、計120分) ※選択学習

- 1 在宅ケアにおける薬剤師の役割
雑賀 匡史 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会)
- 2 在宅ケアにおける管理栄養士の役割
前田 佳予子 (日本在宅栄養管理学会)

日時 事前学習：2021年10月8日（金）～
ワークショップ：2021年10月24日（日）13:00～16:30

形式 事前学習：オンライン学習
ワークショップ：Zoomを用いたオンライン開催

目的 全国都道府県医師会から推薦された受講者の先生方が、地域において在宅医療に関する地域の実情を踏まえ、推進活動をするためのリーダー役、そして様々な研修会の講師役となれるように本研修を位置付ける。

総合司会：鶴岡 優子（日本在宅医療連合学会）

- 3 在宅ケアにおける訪問看護の役割 ～医師との連携～**
高砂 裕子（全国訪問看護事業協会）
- 4 在宅歯科医療 現状とその問題点**
三木 次郎（全国在宅療養支援歯科診療所連絡会）
- 5 介護支援専門員の役割 ～その人らしい生活を支える～**
坪根 雅子（日本介護支援専門員協会）
- 6 在宅ケアにおけるリハビリテーションの役割**
堀田 富士子（東京都リハビリテーション病院）
- 7 病院と在宅医療のシームレスな連携**
織田 正道（全日本病院協会）

プログラム [ワークショップ] 2021年10月24日（日）13:00～16:30

13:00～13:06	開会挨拶 新田 國夫（日本在宅ケアアライアンス）
13:06～13:09	当事業および受講者に期待すること 鷺見 学（厚生労働省）
13:09～13:12	研修会の開会にあたって 江澤 和彦（日本医師会）
13:15～14:35	総論① 地域医療構想における在宅医療 中西 浩之（厚生労働省）
13:35～14:05	総論② 地域における在宅医療・介護の推進のために ～コロナを経験して～ 武田 俊彦（日本在宅ケアアライアンス）
14:05～16:25	ワークショップ 座長：石垣 泰則（日本在宅医療連合学会） 大橋 博樹（日本プライマリ・ケア連合学会） (14:20～15:45) グループディスカッション テーマ「コロナで見た地域の課題と目指すべき方向」 (15:45～16:10) 発表 (16:10～16:25) 総括
16:25～16:30	閉会挨拶 住野 耕三（在宅医療助成勇美記念財団）

目次

ご挨拶	1
はじめに	1
開催にあたって	2
プログラム	4
事前学習 第1部	7
総論	
1 在宅医療におけるかかりつけ医の役割	8
2 在宅医療における都道府県医師会の役割 ～福井県医師会の取り組みから～	38
3 行政から見た地域の様々な取り組み	72
4 在宅医療に関する諸費用 ～医療費、介護費用、その他社会保障制度など～	98
事前学習 第2部	119
テーマ別学習	
1 災害時における在宅医療 ～国の取り組みと日本在宅ケアアライアンスの取り組み～	120
2 Covid-19への対応 ～自宅療養における診療プロトコール～	136
3 郡市医師会での事例 ～在宅医療・介護連携推進事業をてこに地域包括ケアを次のステージに進める～	144
4 市民が選ぶケアの選択 ～ACP(意思決定支援)、「看取り」への対応～	170
5 フレイル・オーラルフレイル・ロコモティブシンドローム	182
6 看取りを念頭においた在宅医療(地域緩和ケア)の実践	194
事前学習 第3部	223
各論	
1 在宅ケアにおける薬剤師の役割	224
2 在宅ケアにおける管理栄養士の役割	234
3 在宅ケアにおける訪問看護の役割 ～医師との連携～	250
4 在宅歯科医療 現状とその問題点	266
5 介護支援専門員の役割 ～その人らしい生活を支える～	280
6 在宅ケアにおけるリハビリテーションの役割	292
7 病院と在宅医療のシームレスな連携	300
ワークショップ	319
1 総論1 地域医療構想における在宅医療	320
2 総論2 地域における在宅医療・介護の推進のために ～コロナを経験して～	336
参考資料	369
◆団体紹介 一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス	370
◆JHHCA加盟団体および有識者委員の紹介	372
◆プロフィール	374
◆「令和3年度在宅医療関連講師人材養成事業」委員名簿	383

総論

- 1 在宅医療におけるかかりつけ医の役割**
- 2 在宅医療における都道府県医師会の役割**
～福井県医師会の取り組みから～
- 3 行政から見た地域の様々な取り組み**
- 4 在宅医療に関する諸費用**
～医療費、介護費用、その他社会保障制度など～

1 在宅医療におけるかかりつけ医の役割

江澤 和彦

目 標

在宅医療のニーズは、今後の人口推移や社会資源の状況により、各地域によって異なるため、地域の実情に応じて提供体制を構築する必要がある。その際に、1人の医師が年365日の全てを対応する等の過度な負担を生じることのないように、自治体や医師会との協議も含めて、近隣の在宅医療を担う医療機関、在宅からの入院を受け入れる医療機関等との連携による提供システムの構築が不可欠となっていく。また、本人の意思を最大限に尊重する意思決定支援を踏まえた在宅医療は、今後の我が国の高齢社会において、極めて重要な視点となる。

Keyword

地域包括ケア、在宅医療提供体制、在宅医療・介護連携推進事業、かかりつけ医機能、意思決定支援、尊厳の保障

内 容

1. 高齢者社会に伴う我が国の現状と今後
2. 在宅医療に関わる政策と提供状況
3. 在宅医療提供体制のシステム構築
4. 訪問リハビリテーションと日医かかりつけ医機能研修制度
5. 本人の意思決定支援を踏まえた在宅医療
6. かかりつけ医機能への期待

令和3年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第1部
【総論1】

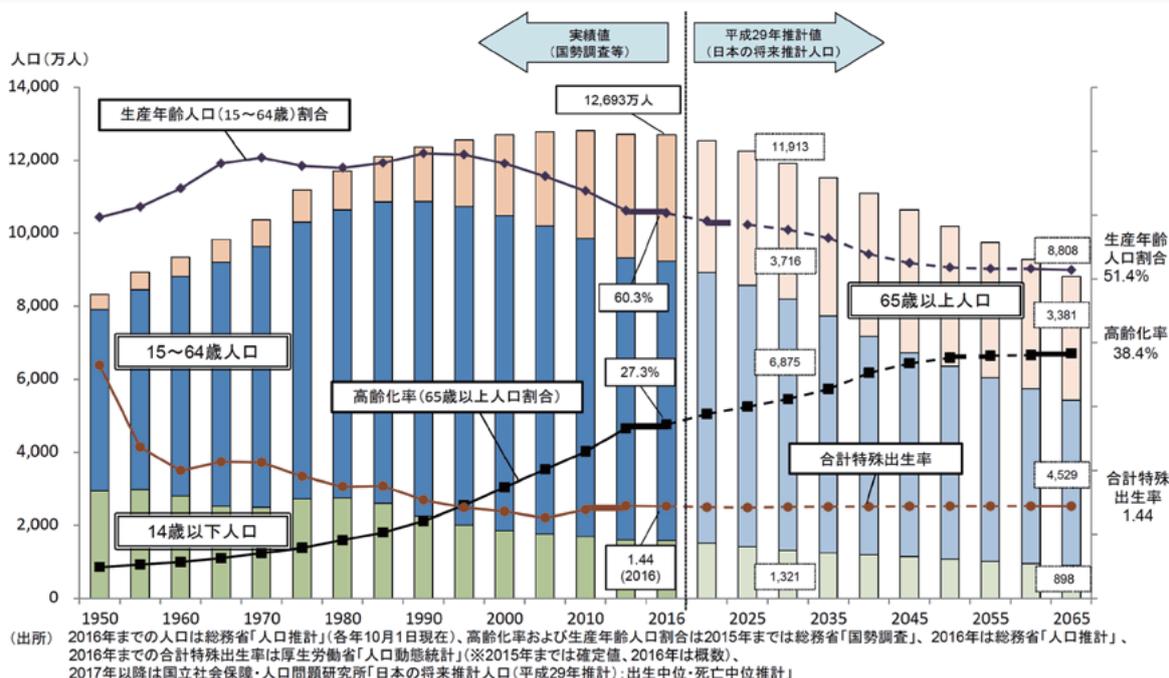
在宅医療におけるかかりつけ医の役割

公益社団法人 日本医師会 常任理事

江澤 和彦

1 日本の人口の推移

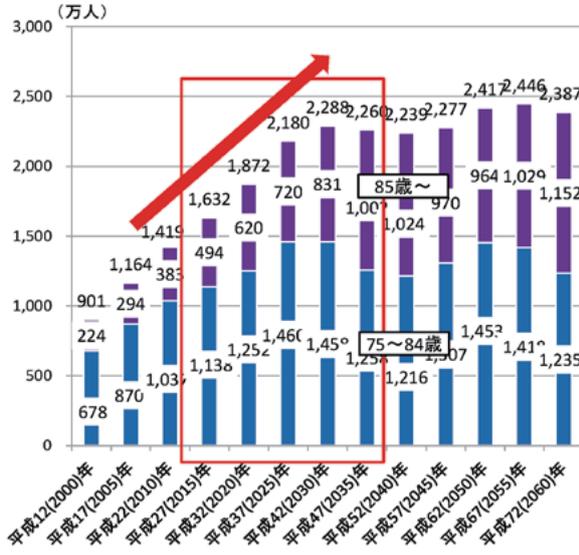
●日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



2 今後の介護保険をとりまく状況 (2)

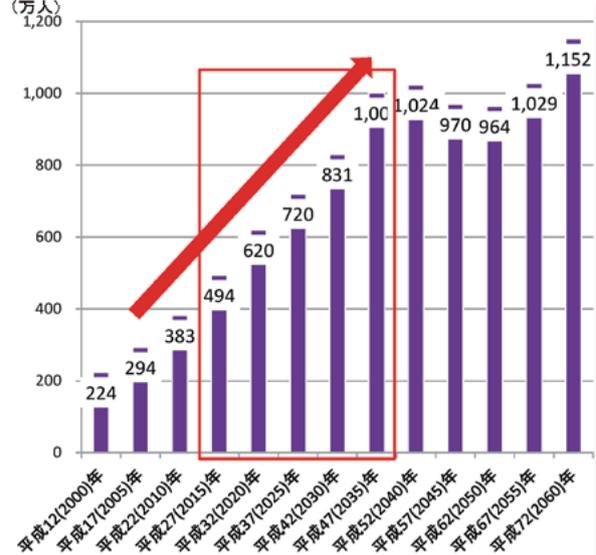
75歳以上の人口の推移

●75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

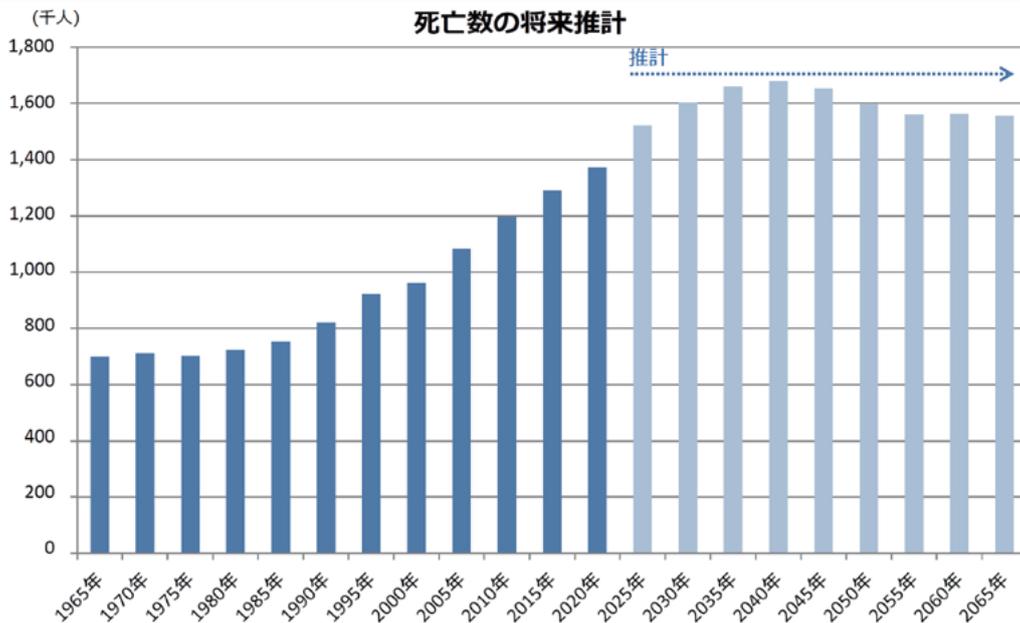
●85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
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)

3 看取りに関わる状況 死亡数の将来推計

●今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。

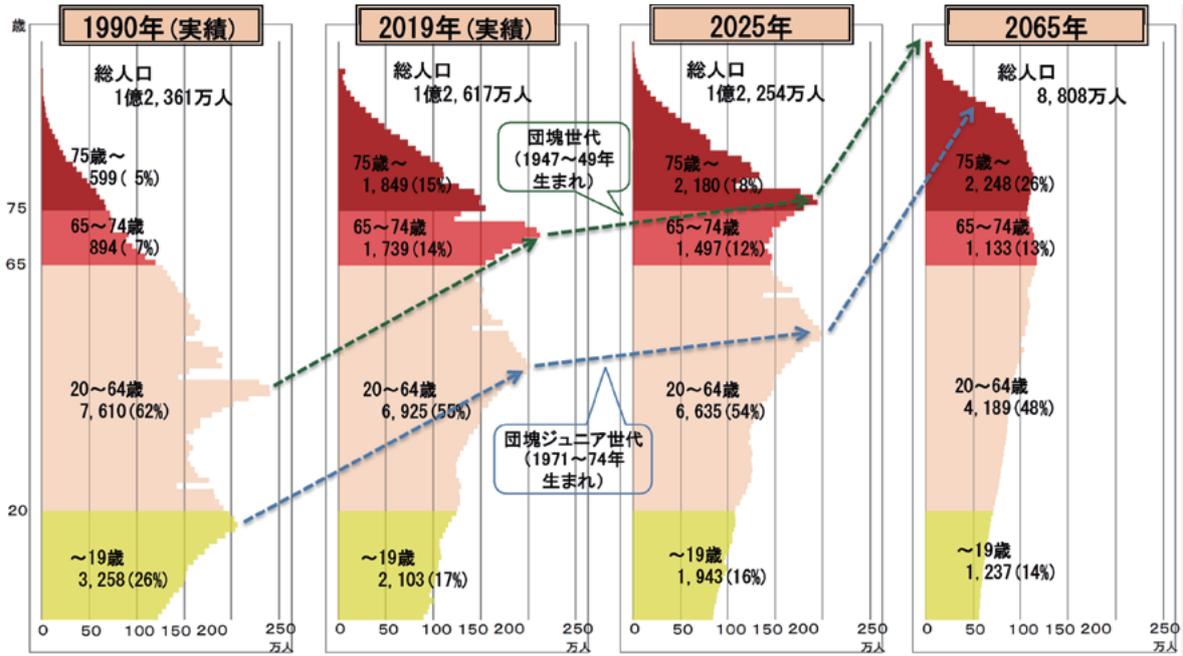


出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数(日本人)
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年4月推計)」の死亡中位仮定による推計結果

4 日本の人口ピラミッドの変化

中医協 総-3
3.7.7

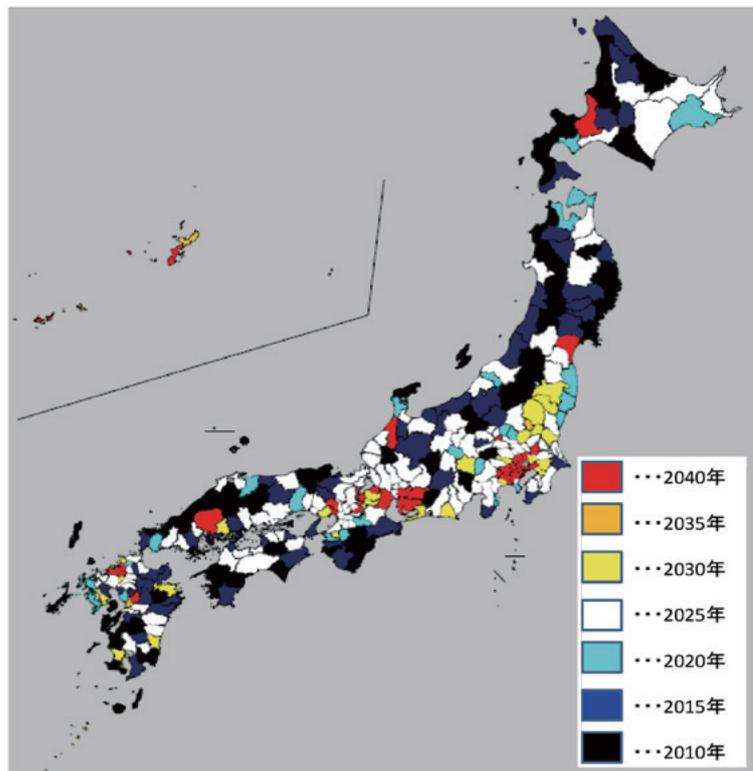
- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



(出所) 総務省「国勢調査(年齢不詳をあん分した人口)」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

5 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期が
大きく異なる



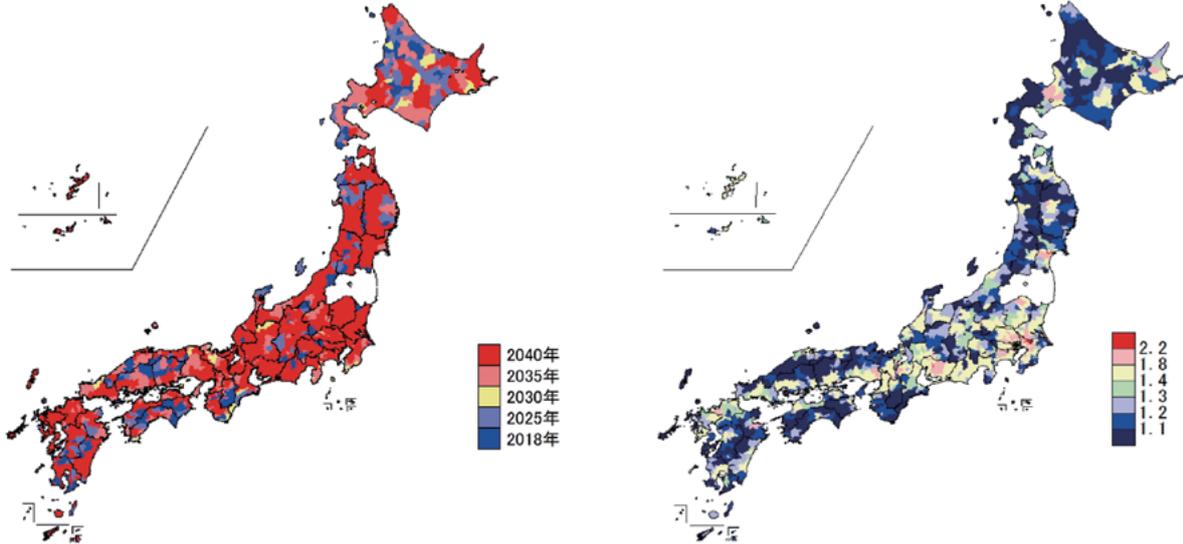
出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回 資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

6 保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者（福島県内の保険者を除く）における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2018年の利用者数との比（増加率）をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、2倍超となる保険者も存在する。

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年】

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】

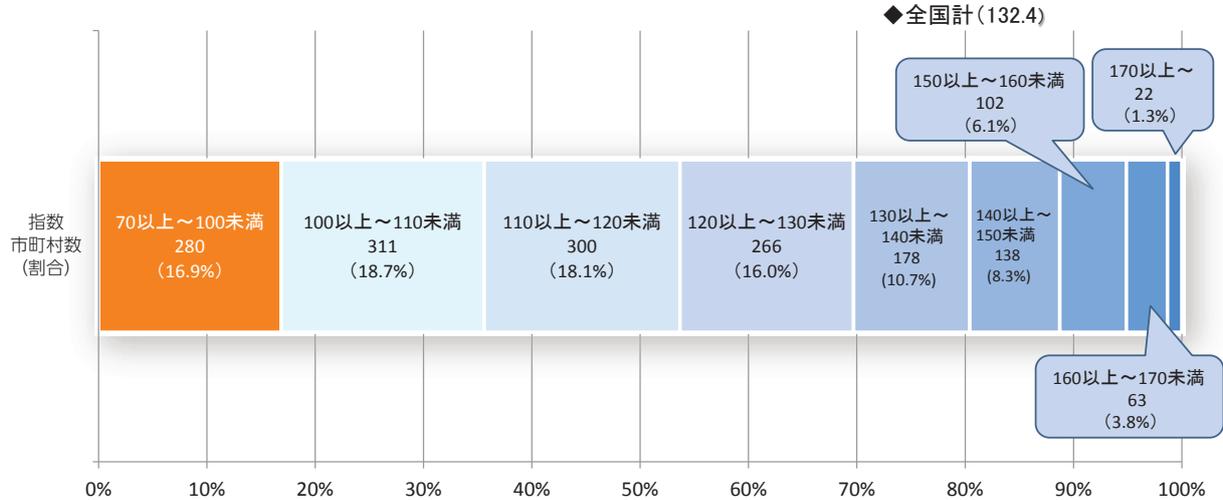


※ 2018年度介護保険事業状況報告（厚生労働省）、2017年度介護給付費等実態調査（厚生労働省）から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口（日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）を乗じて、2025年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成（推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く）。

7

- 75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある

75歳以上人口について、平成27（2015）年を100としたときの平成37（2025）年の指数

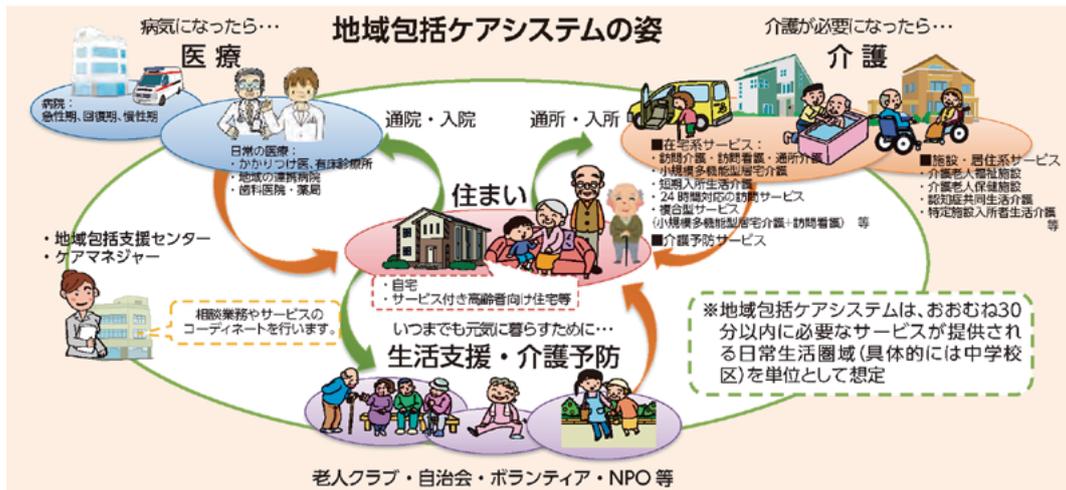


注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

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25（2013）年3月推計）」より作成

8 地域包括ケアシステムの構築について

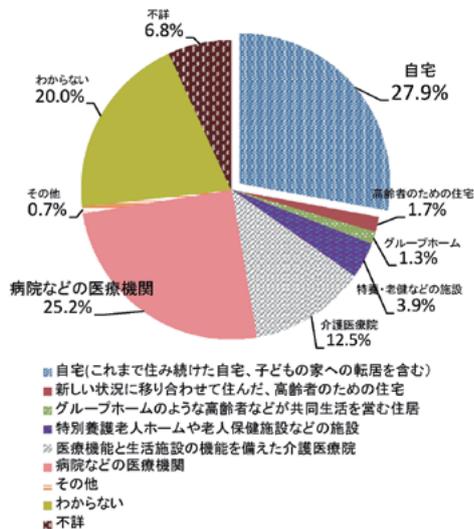
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、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



9 死亡場所の推移

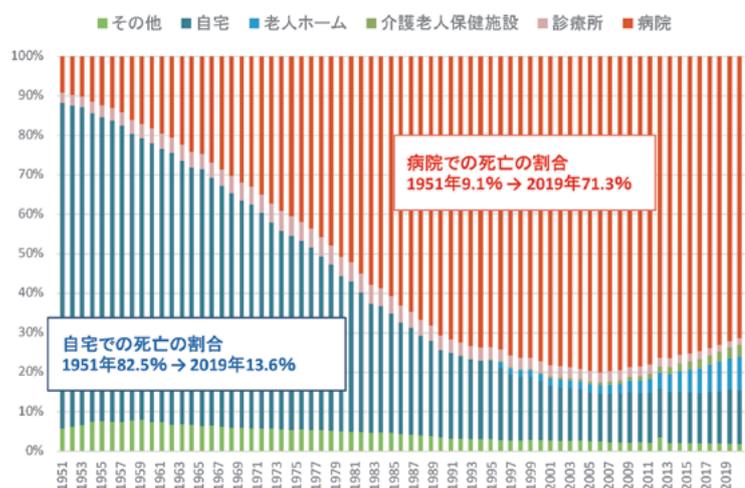
- 国民の約3割は、「最期をむかえるときに生活したい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている。

人生の最期をむかえるとき生活したい場所



出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

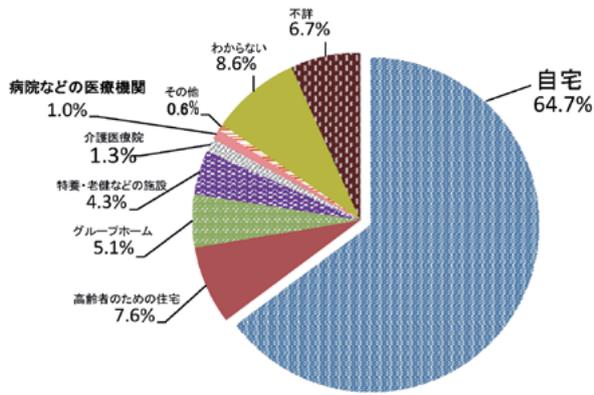
死亡の場所の推移



出典：厚生労働省人口動態調査(令和元年度)

10 年をとって生活したい場所（状況別）

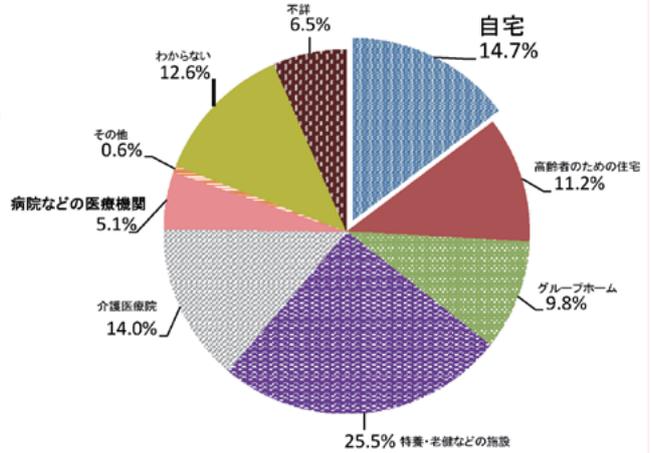
配偶者がいなくなり一人となった場合



- 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)
- 新しい状況に移り合わせて住んだ、高齢者のための住宅
- グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設
- 医療機能と生活施設の機能を備えた介護医療院
- 病院などの医療機関
- その他
- わからない

出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

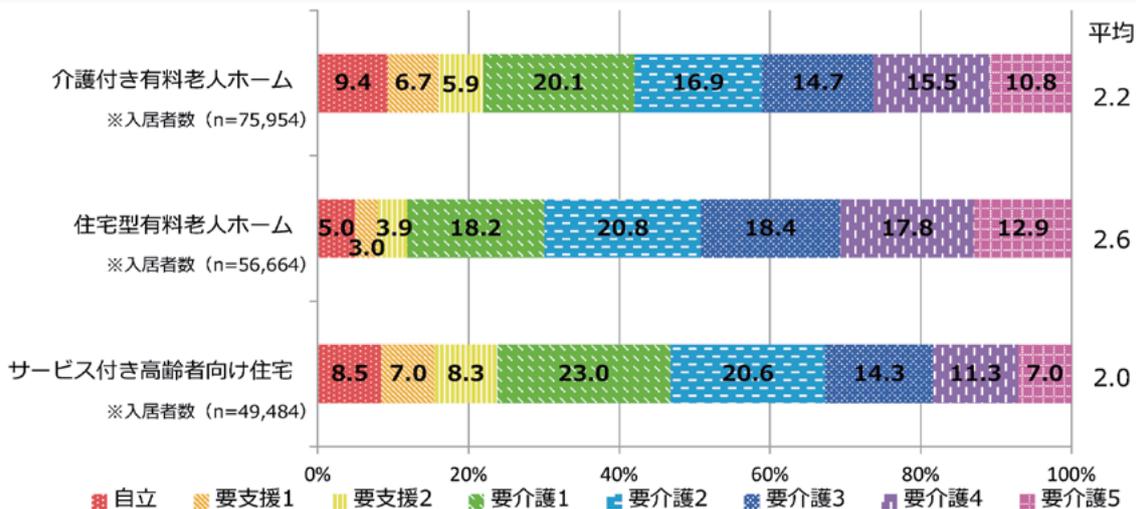
介護を必要とする場合



- 自宅(これまで住み続けた自宅、子どもの家への転居を含む)
- 新しい状況に移り合わせて住んだ、高齢者のための住宅
- グループホームのような高齢者などが共同生活を営む住居
- 特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設
- 医療機能と生活施設の機能を備えた介護医療院
- 病院などの医療機関
- その他
- わからない
- 不詳

11 高齢者向け住まいの役割等について ①（入居者の要介護度）

- 介護付き有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約59%、要介護3～5までの重度要介護者は約41%。
- 住宅型有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約50%、要介護3～5までの重度要介護者は約50%。
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約67%、要介護3～5までの重度要介護者は約33%。



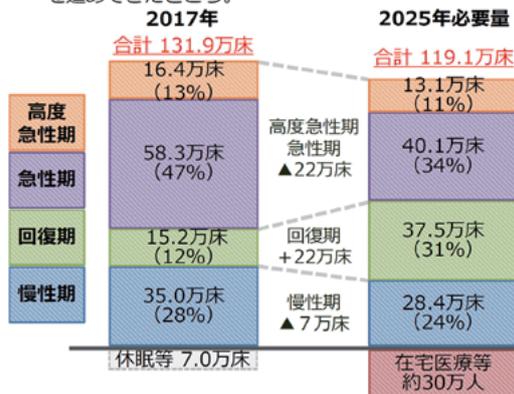
※「不明・申請中」は除く。
 ※ 自立はゼロ、要支援1・2は0.375として平均要介護度を算出。
 (出典) 平成30年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

12 地域医療構想の推進

- 厚生労働省は公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的な対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表。**遅くとも2020年9月までの再検証を要請。**
- 2025年に実現すべき姿に向け、**KPIを設けて中間的な達成状況を評価**するとともに、その達成状況が不十分な場合には、**都道府県知事の権限の在り方を含むより実効性が担保される方を検討**すべき。また、都道府県に対する地域医療介護総合確保基金の配分については、一定の基準を設けた上で、**積極的に取り組む地方団体に対して支援できるよう大胆にメリハリ付け**をすべき。

◆ 地域医療構想における病床の機能分化等

- 地域医療構想は、都道府県が概ね二次医療圏単位で策定したもの。将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示すガイドライン等に基づき推計。
- これまで、個々の医療機関が、2025年に持つべき医療機能ごとの病床数などを盛り込んだ計画の策定を進めてきたところ。



◆ 具体的な対応方針の再検証が求められた医療機関

- 公立・公的病院等については、2018年度末までに具体的な対応方針の策定を概ね終えたものの、その内容は2025年に実現すべき姿に沿ったものとなっておらず、再検証を要請。

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車でも20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院 (Aに該当する先を除く)

(注) Bタイプの6領域は「がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期」であり、Aの9領域はこれらに「災害・へき地・医師派遣機能」を加えたもの。

◆ 地域医療介護総合確保基金（医療分・公費ベース）の交付状況（億円）

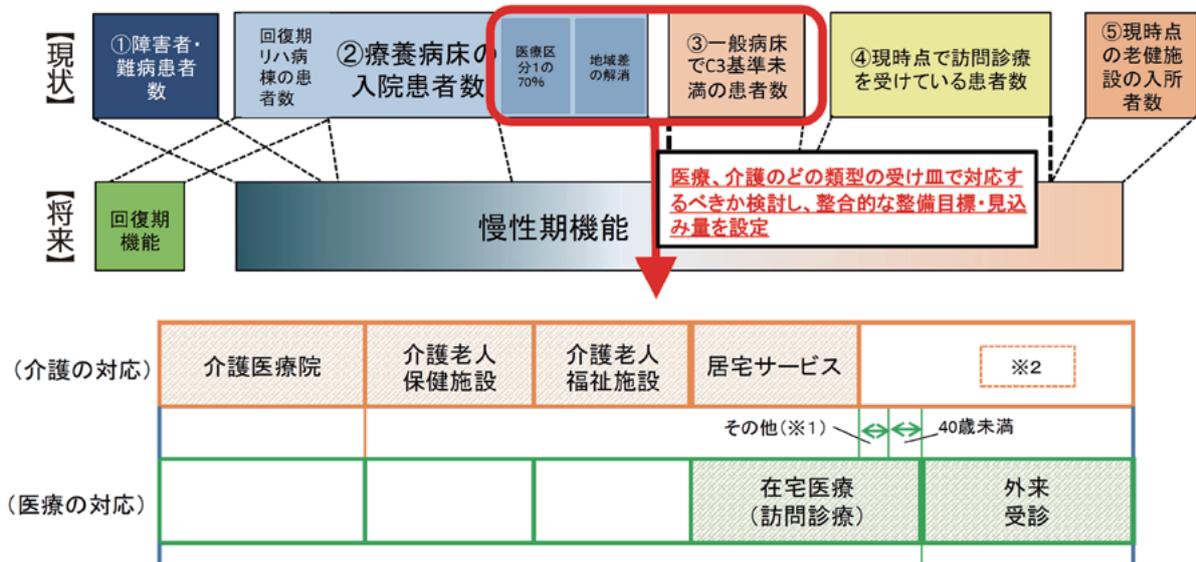


- 事業区分Ⅰ：地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 事業区分Ⅱ：居宅等における医療の提供に関する事業
- 事業区分Ⅲ：医療従事者の確保に関する事業

13 介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

第10回 医療計画の見直し等に関する検討会
平成29年3月8日 資料 1改

- 都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における統合的な整備目標・見込み量を設定する。



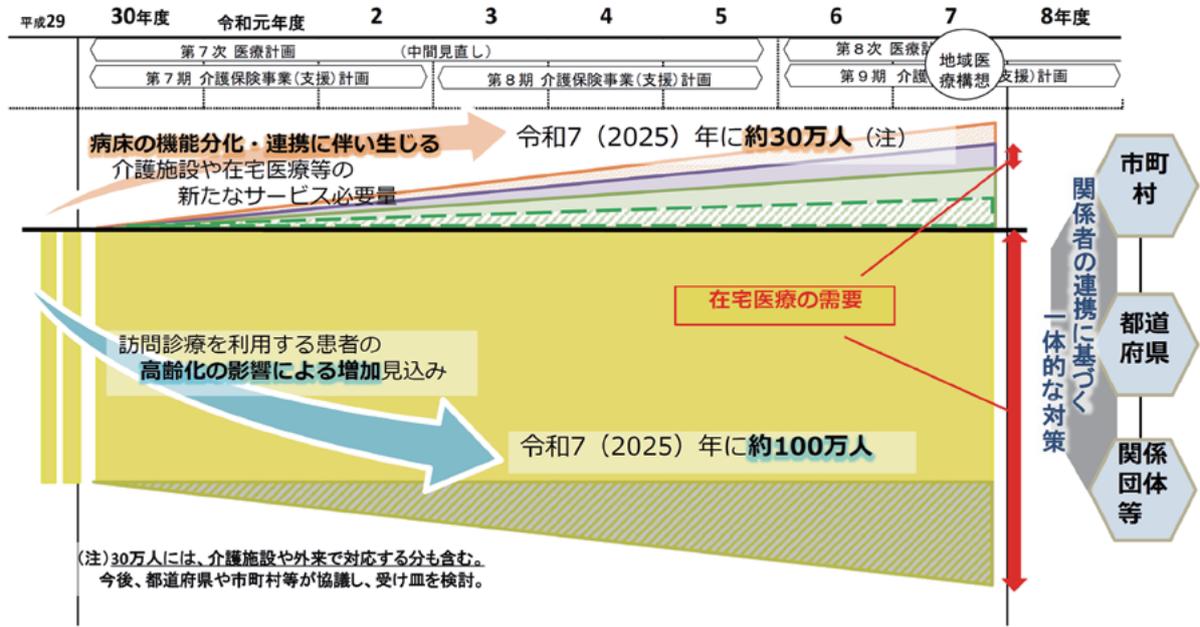
(※1) その他：介護保険の要介護被保険者等が訪問看護等の提供を受ける場合、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに、医療保険の給付が行われる。

(※2) 外来サービスを利用する者の一部には、居宅サービスを利用する者もあり

14 2025年に向けた在宅医療の体制構築について

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
資料 1改
平成30年5月23日

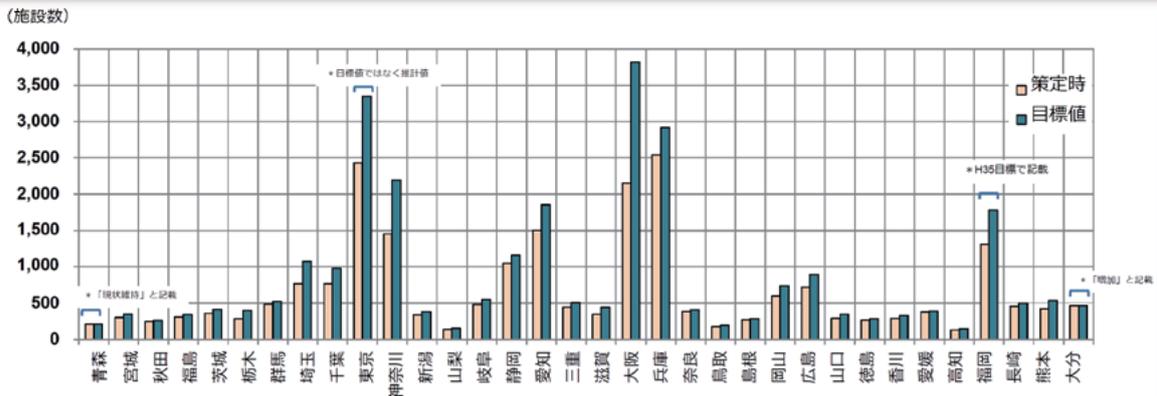
- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築してることが重要。



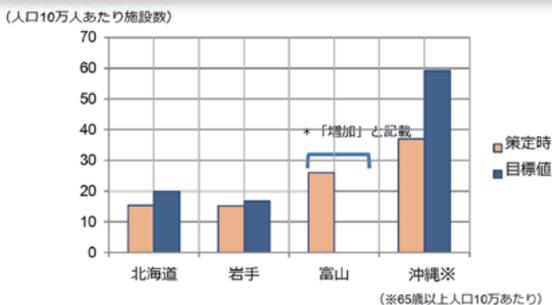
15 訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
資料 1
平成30年5月23日

施設数で目標設定を行った都道府県



人口10万人あたりの施設数で目標設定を行った都道府県



施設数の増加率で目標設定を行った都道府県

	策定時	目標値
鹿児島	30.7%	35.7%

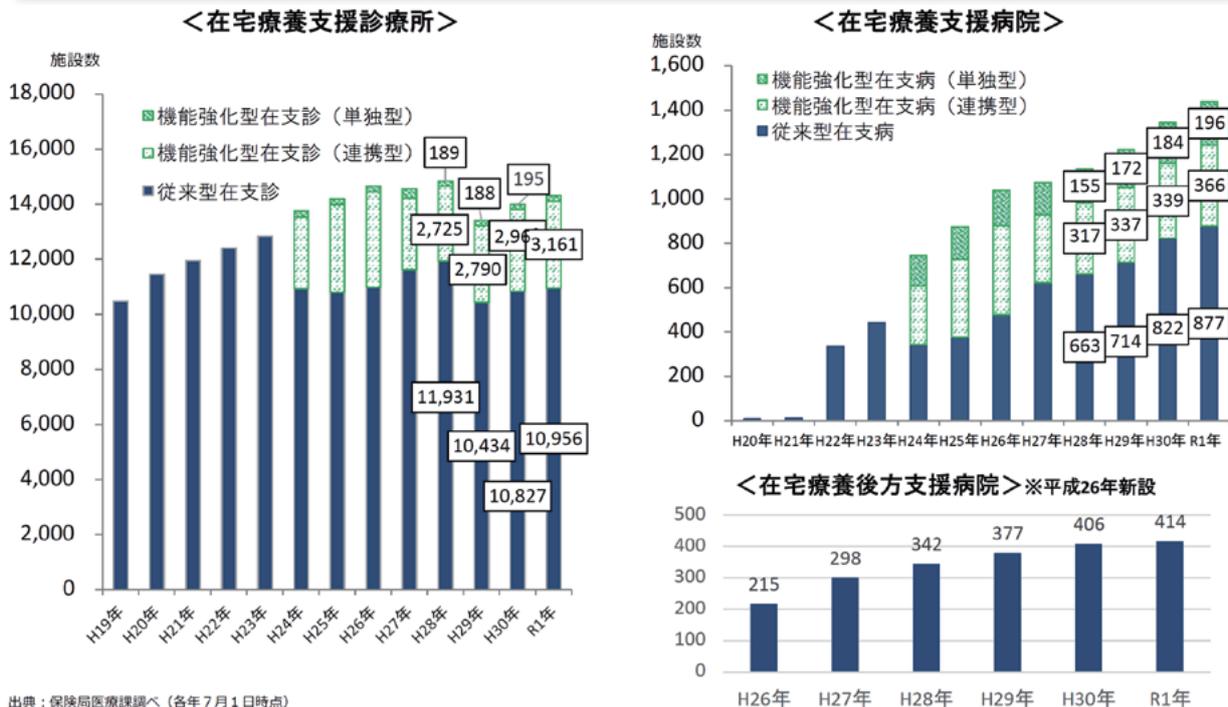
(再掲) 提出資料(参考資料3)において「訪問診療を実施している診療所、病院数」に関する目標項目の記載のなかった都道府県:山形、石川、福井、長野、京都、和歌山、佐賀、宮崎

16 在宅療養支援診療所及び在宅支援病院の施設基準の概要

	機能強化型在支診・在支病		在支診・在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型	連携型		
全ての在支診・在支病が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している			○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
全ての在支病が満たすべき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満			
機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上各医療機関で4件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上		

17 在宅療養支援診療所等の届出数

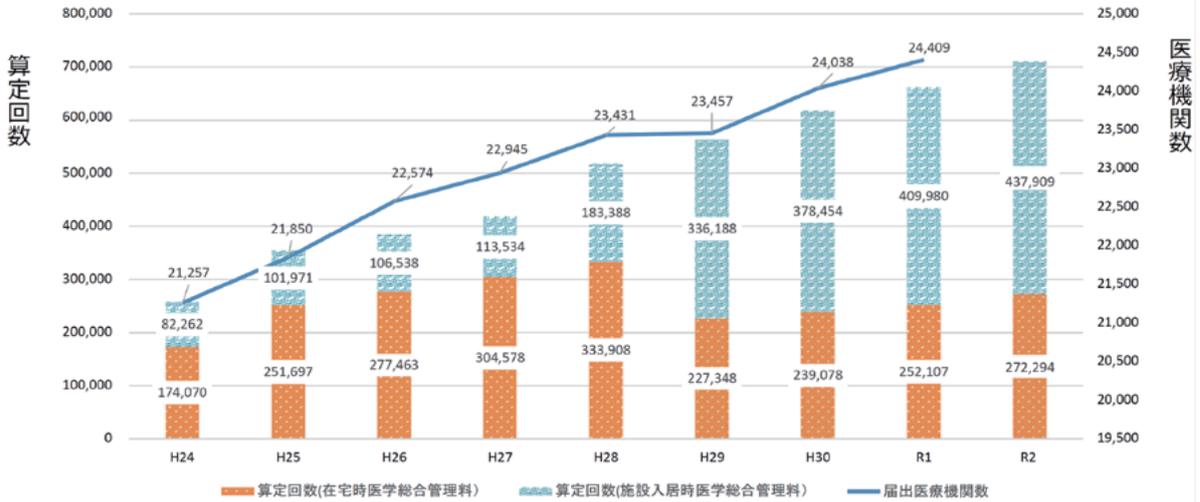
●在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばいであり、在宅療養支援病院は、増加傾向である。



18 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等総合管理料の算定状況

●在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向である。

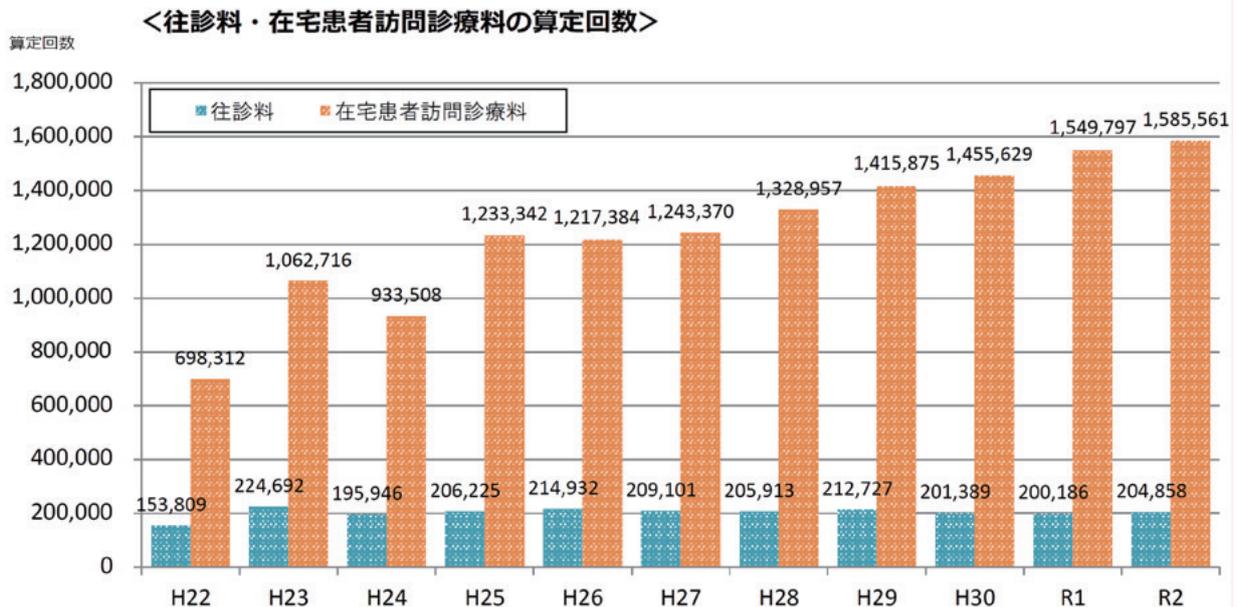
C002	在宅時医学総合管理料	在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るもの。 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画を作成し総合的な医学管理料を行った場合の評価。
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査
保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

19 往診料・在宅患者訪問診療料の算定状況

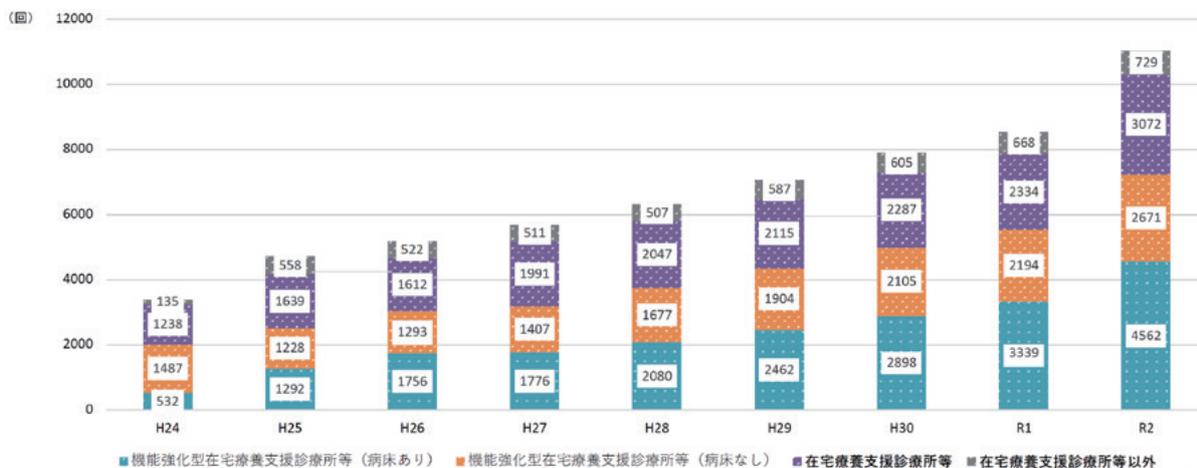
●往診料の算定回数は横ばいであり、在宅患者訪問診療料の算定回数は増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

20 在宅ターミナルケア加算の算定状況

●在宅ターミナルケア加算の算定回数は、増加傾向であり、特に、機能強化型在宅支援診療所等における算定回数が増加傾向である。



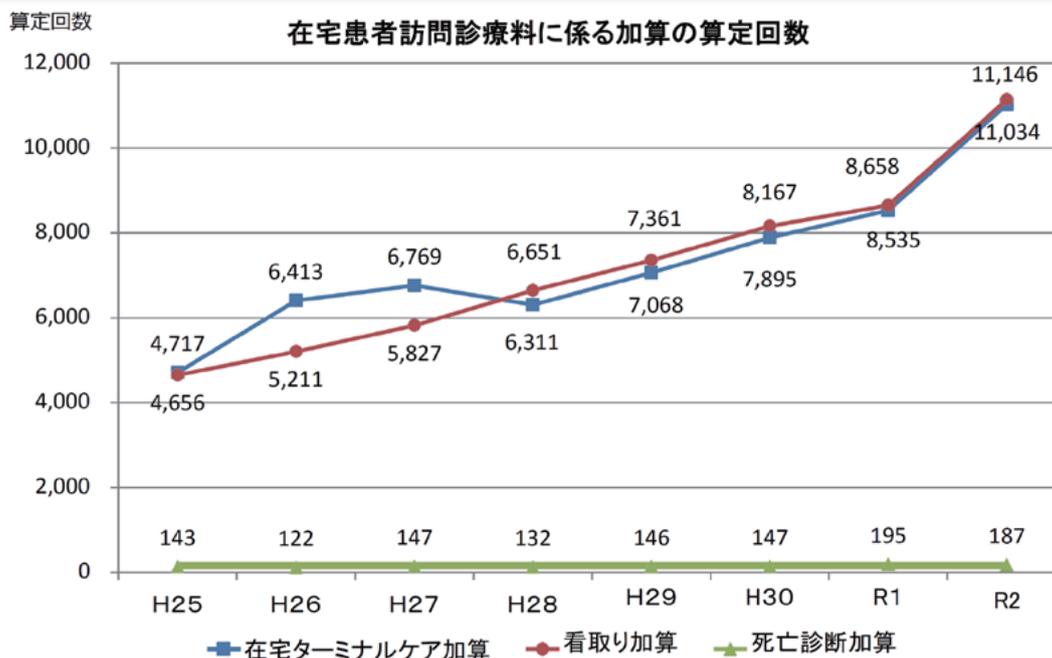
参考：（平成27年）
 死亡者数：約129万人、死亡場所：自宅12.7%、老人ホーム6.3%
 →自宅＋老人ホームでの死亡者数は約24.5万人
 →1ヶ月当たり2.0万人

出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
 ※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査
 ※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

出典：厚生労働省「人口動態統計」

21 在宅ターミナルケア加算等の算定状況

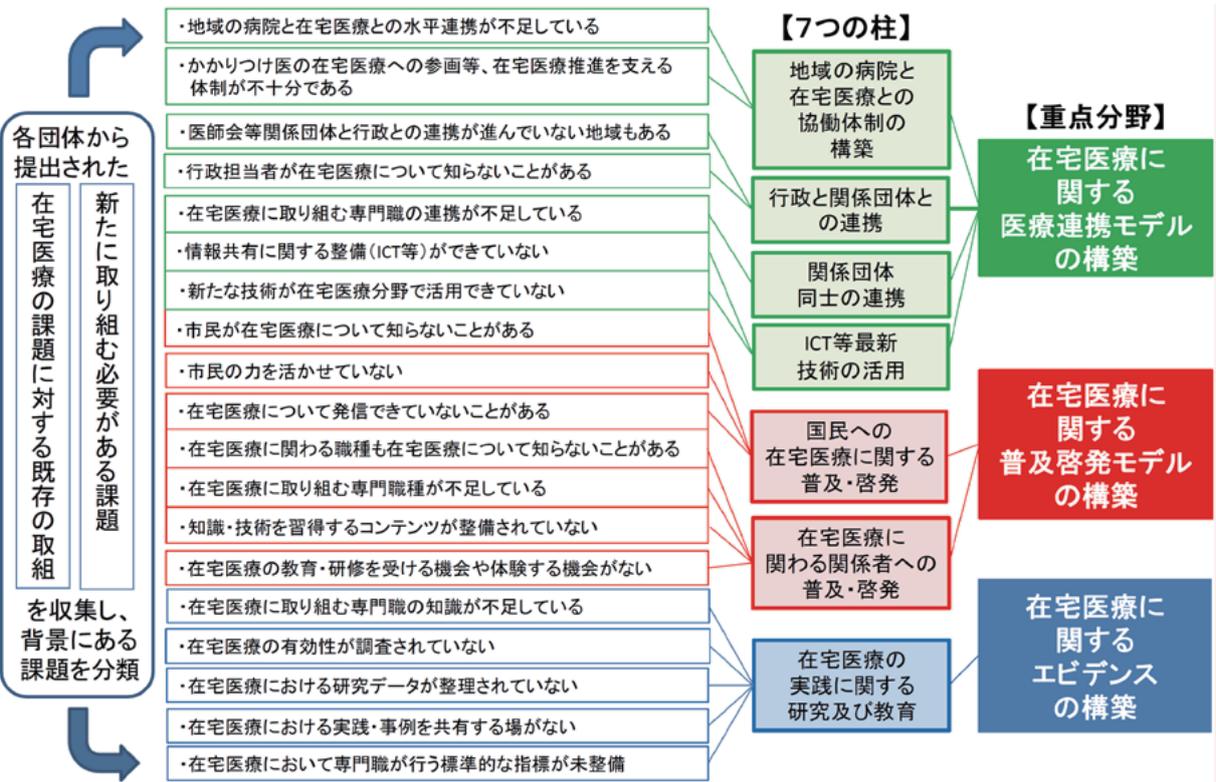
●在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

22 重点分野に対応していくための課題整理と「7つの柱」の策定

第4回 全国在宅医療会議 資料
平成30年4月25日 1-2



23 在宅医療・介護連携推進事業

●平成26年に介護保険法が改正され、平成27年度から市町村が行う事業として、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置付けられた。切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組が継続的に行われるよう取り組みが進められている。

「8つの事業項目」「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ



※あくまでも8つの事業項目のイメージであることを留意。実際の運用やイメージは、次のスライドを参照。なお、「(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」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のみぎす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

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

- 在宅医療・介護連携推進事業においては、市町村は、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を行うこととされている。

(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

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。



実施内容・方法

- (1) 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
- (2) 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

留意事項

- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められることから、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
- (2) 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組みに限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

取組例

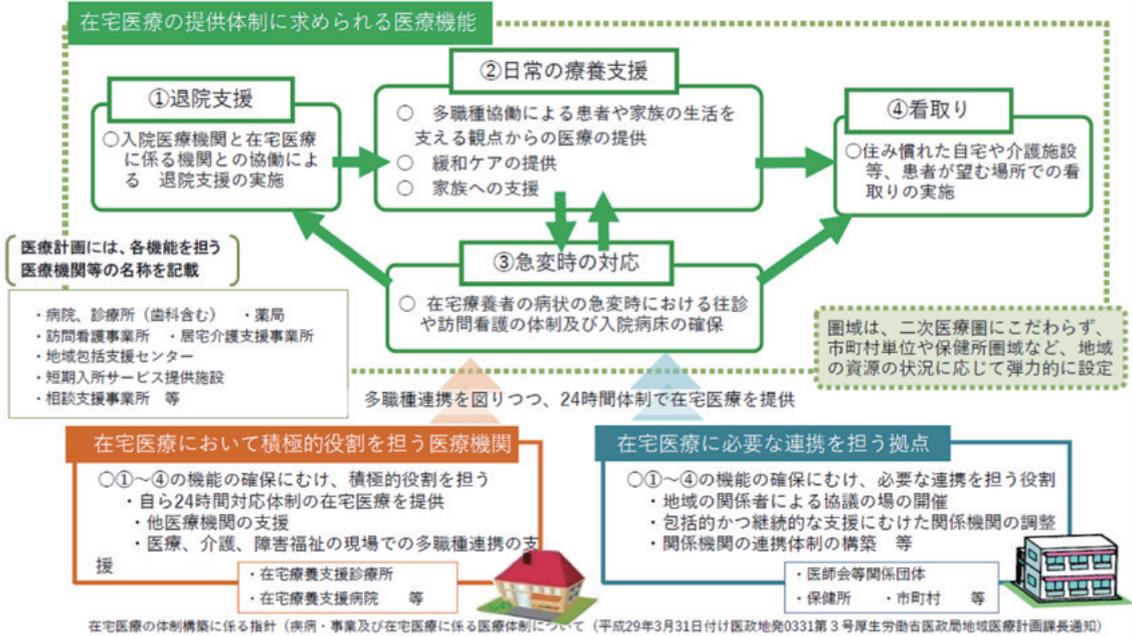


出典：老健局作成資料

26 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。
- 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～



27 在宅医療の体制

第13回 医療の見直し等に関する検討会
平成30年9月28日
資料1-2
一部改変

【概要】

- 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- 多様な職種・事業者を想定した取組、市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施する。

実効的な整備目標の設定

○医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、**都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場**を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。

都道府県
・医療計画

協議の場

市町村
・市町村介護保険事業計画

○地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応する、**具体的な診療所・病院の数値目標を記載することを原則化**。

多様な職種・事業者を想定した取組

○在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。

(例)・地域住民に対する普及啓発

- ・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
- ・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定 等

入院医療機関
在宅医療の研修
かかりつけ医
入退院時の患者情報の共有ルール策定
居宅介護支援事業所

地域支援事業と連携した取組

○医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。

特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。

(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援

○広域的な連携が必要な事項については、都道府県の支援のもと、複数の関係市町村、関係者等と連携し、協議・検討を実施。

28 在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

平成30年度診療報酬改定I-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

- 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築し、在宅医療を提供した場合の評価を新設する。

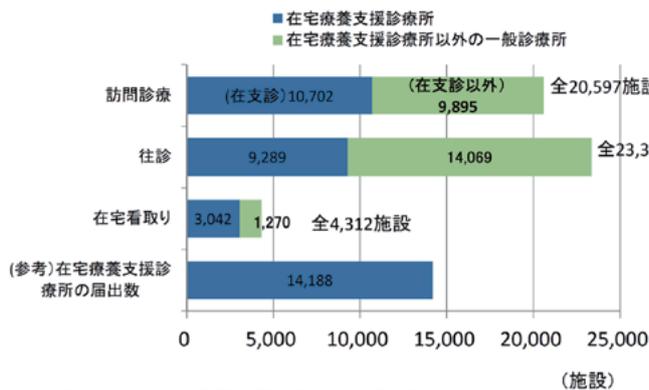
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 継続診療加算 **216点 (1月に1回)**

[算定要件]

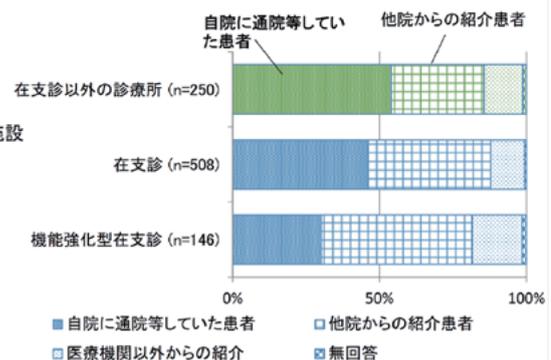
- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

[在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数]



出典:平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

29 継続診療加算について

平成30年度診療報酬改定I-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料 (平成30年度診療報酬改定において新設)

継続診療加算 **216点 (1月に1回)**

在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価。

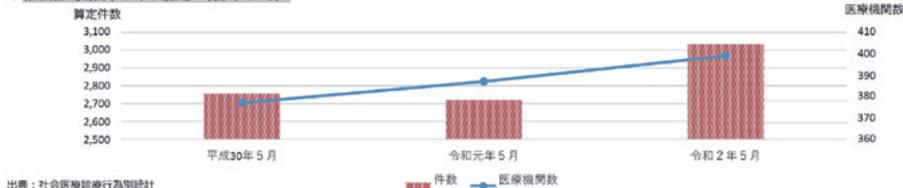
[主な算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

● 継続診療加算等の算定状況 (令和2年5月診療分)



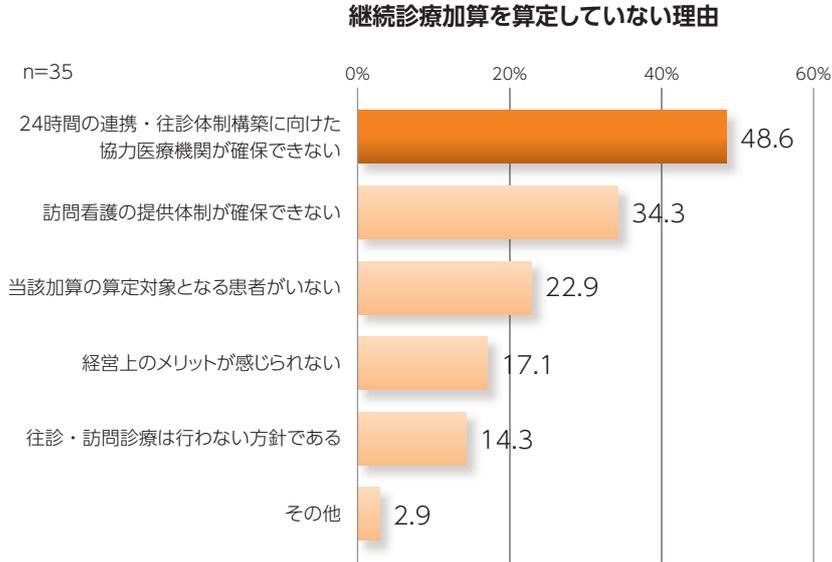
● 継続診療加算の年次推移 (各年5月)



出典:社会医療診療行為別統計

30 継続診療加算について

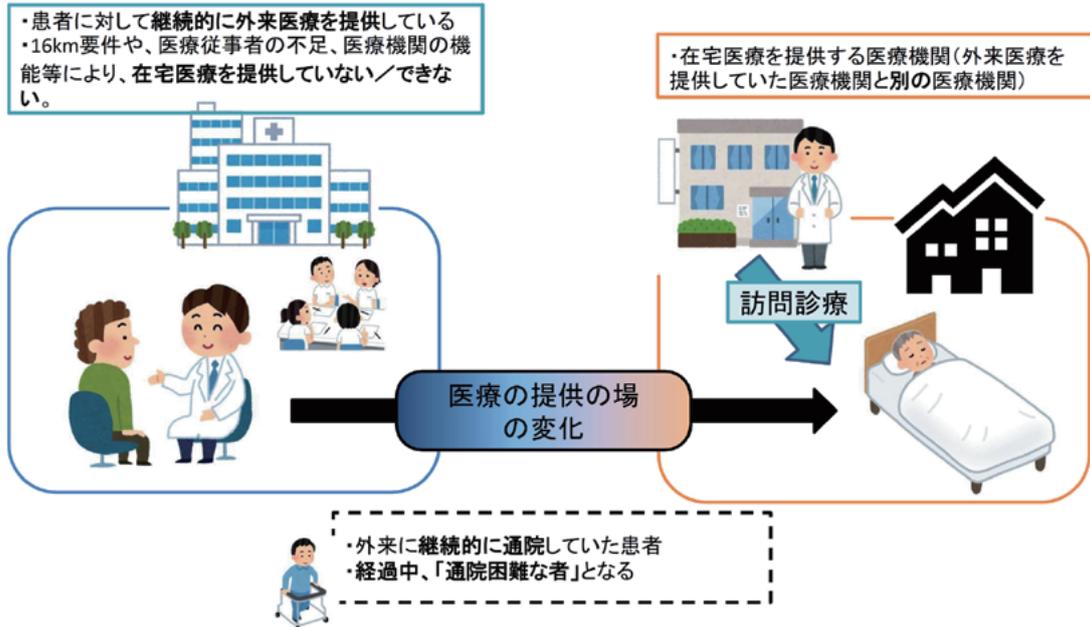
- 継続診療加算を算定していない理由は以下のとおりであり、最も多いものは、「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」であった。



出典：令和2年度診療報酬改定の結果に係る特別調査

31 外来から在宅への移行について

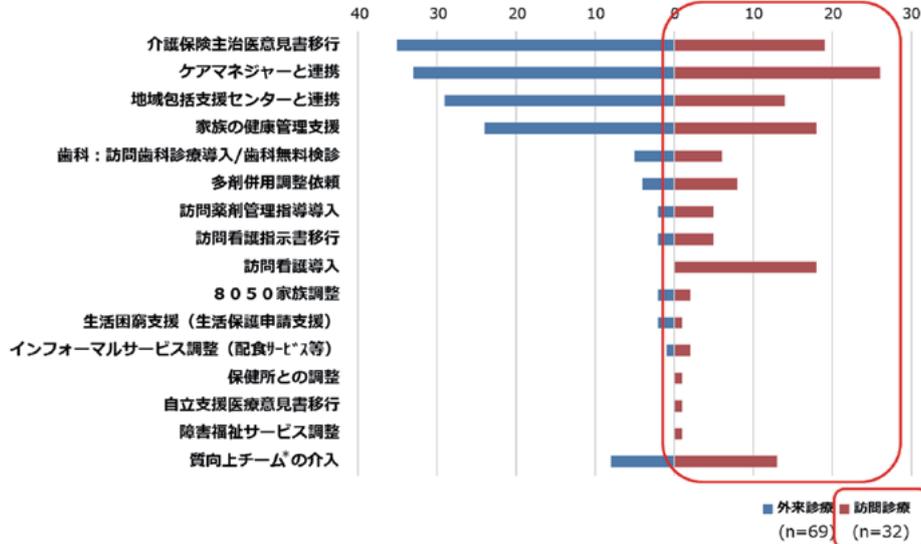
- 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
- 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。



32 外来から在宅への移行について

● 外来から在宅への移行に当たっては、以下のような調整が具体的に必要となりうる。その調整内容は外来・在宅いずれの場合においても求められている内容である。

調整内容（重複あり）



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター All Rights Reserved

*センター所属の歯科衛生士、管理栄養士、リハビリ専門職による、口腔、栄養、身体・高次機能障害の把握またはアセスメント

33

【医療介護連携の推進（日常的な連携）】

- 訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像について、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから主治の医師等に対する情報提供は、看取りを行った利用者に関しては「服薬管理」が69.3%と最も多く、次いで「褥瘡の状況」が67.9%であった。
- 利用者に対する医療系サービスの提供について、主治の医師等に意見を求めた後にケアプランを提出したことによる効果については、居宅介護支援事業所では、「ケアプランを提出したが、活用されていない/活用されていることが不明」が46.5%と最も多く、次いで「ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった」が28.1%であった。

※利用者調査票：4（13）アセスメントやモニタリングの際の、利用者の状態の確認
ケアマネジャー調査票：5（4）主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携

訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像についての主治の医師等への情報提供（利用者調査票）

項目	提供している	提供していない	無回答
入院、退院、看取りのいずれにも該当しない利用者 (有効回答数= 2,391)	服薬管理 36.2%	49.8%	14.0%
	口腔や嚥下の機能 31.1%	54.6%	14.3%
	褥瘡の状況 29.1%	55.5%	15.5%
入院した利用者 (有効回答数= 194,565)	服薬管理 45.0%	44.8%	10.2%
	口腔や嚥下の機能 39.8%	49.3%	10.9%
	褥瘡の状況 39.3%	49.5%	11.2%
退院した利用者 (有効回答数= 139,582)	服薬管理 45.4%	44.8%	9.8%
	口腔や嚥下の機能 40.4%	48.9%	10.7%
	褥瘡の状況 39.9%	49.0%	11.0%
看取りを行った利用者 (有効回答数= 74,085)	服薬管理 69.3%	26.4%	4.3%
	口腔や嚥下の機能 34.4%	61.0%	4.6%
	褥瘡の状況 67.9%	27.5%	4.6%

注) 居宅介護支援事業所のみを集計している。

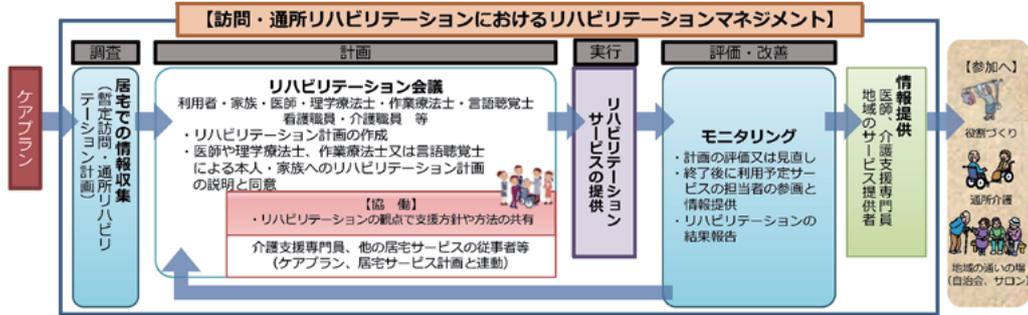
主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携（複数回答可）（ケアマネジャー調査票）

	全体	ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった	ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった	ケアプランを提出したが、活用されていない/活用されていることが不明	その他	無回答
居宅介護支援事業所	3,489	980	657	1,621	184	593
	100.0%	28.1%	18.8%	46.5%	5.3%	17.0%
介護予防支援事業所	3,354	779	426	1,127	445	902
	100.0%	23.2%	12.7%	33.6%	13.3%	26.9%

出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）
(3) 居宅介護支援事業所及び介護支援等専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

【概要】

●リハビリテーションマネジメントは調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段の日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に関与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。



主な改正点 (従来との差)

【医師の詳細な指示の明確化】

●利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。

【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】

●テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。

【利用者、家族へのリハビリテーション計画等の説明】

●リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明

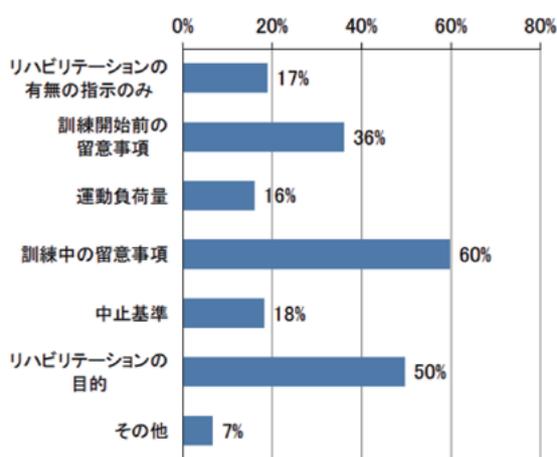
●リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → 医師が説明

【データ提出・フィードバック】

●リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) → VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

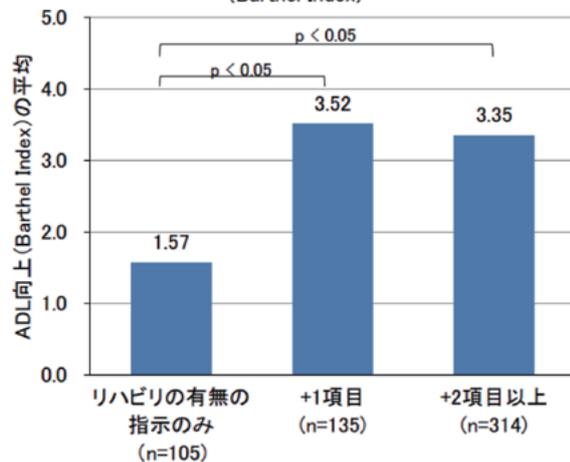
- 指定訪問リハビリテーション事業所で医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、リハビリテーション実施の有無のみのこともあれば、リハビリテーション実施上の留意点や運動負荷量、中止基準、目的等が含まれることもあった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のもの、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示の内容 (n=554)



注)
・平成28年6月～8月に訪問リハビリテーションを開始した554例を対象として集計した。
・「リハビリテーションの有無のみ」にチェックしつつ、他の項目にもチェックをした回答については、「リハビリテーションの有無のみ」に該当しなかったものと扱った。

医師からの指示の種類別訪問リハビリテーション開始時からのADL向上の平均 (Barthel Index)



(出典)平成27年度介護報酬改定検証調査(平成28年度調査)の結果をもとに事務局で集計

36 5. (1)⑤ 事業所医師が診療しない場合の減算（未実施減算）の強化

概要 【訪問リハビリテーション★】

- 訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化（減算）した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から、以下の見直しを行う。【告示、通知改正】
- 事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和3年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。
- 未実施減算の単位数の見直しを行う。

単位数

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

<現行> <改定後>
20単位/回減算 ⇒ 50単位/回減算

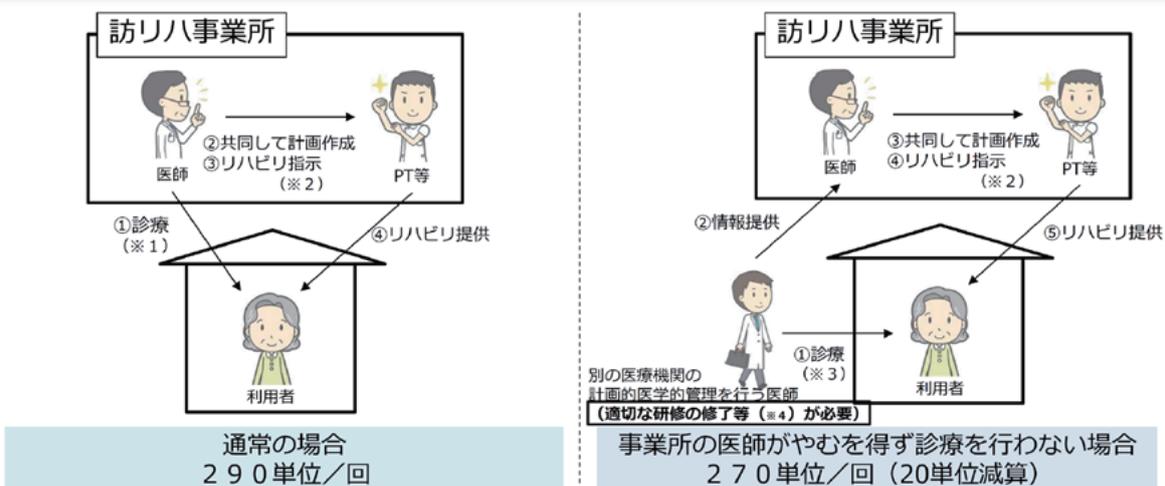
算定要件等

- 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として以下を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとされているが、要件にある「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を令和6年3月31日まで延長。
- 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること
- 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
- 当該情報の提供を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。

37 訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化

指訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療に係る取り扱い【訪問リハ】

- 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



- ※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。
- ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
- ※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可
- ※4 「適切な研修の修了等」については、令和3年3月31日まで適用猶予。
- ※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修。

38 日医かかりつけ医機能研修制度

応用研修

●日医かかりつけ医機能研修制度は3年を1区切りとしており、2019年度から2021年度までの期間の応用研修講義項目は下記のとおり予定。

	2019年	2020年	2021年
1. 専門医共通講習	(1) かかりつけ医の感染対策	(2) かかりつけ医の倫理	(3) かかりつけ医の質・医療安全
2. 専門外も含めた幅広い知識	(1) かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際	(2) かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応	(3) メタボリックシンドロームからフレイルまで
3. 地域での連携	(1) 医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築	(2) 在宅医療、多職種連携	(3) 地域医療連携と医療・介護連携
4. 社会的機能を発揮するためのスキル	(1) かかりつけ医の社会的処方	(2) かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル	(3) 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割
5. 高齢者特有の問題や認知症の知識	(1) 終末期医療、褥瘡と排泄	(2) 認知症、ポリファーマシーと適正処方	(3) リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害
6. 症例検討	(1) 多疾患合併症例	(2) 在宅リハビリテーション症例	(3) 地域連携症例

(平成31年2月一部変更)

39 日医かかりつけ医機能研修制度 現在の進捗状況（令和3年10月現在）

応用研修受講者数（延べ人数）合計：47,668名

第1期

H28年度受講者：9,391名
 (研修開催回数：日医中央研修1回、22都道府県42回)
 H29年度受講者：9,712名
 (研修開催回数：日医中央研修1回、27都道府県47回)
 H30年度受講者：10,609名
 (研修開催回数：日医中央研修1回、31都道府県46回)

第1期 合計：29,712名

第2期

R元年度受講者：9,361名
 (研修開催回数：日医中央研修1回、30都道府県53回)
 R2年度受講者：6,571名
 (研修開催回数：43都道府県138回 ※日医中央研修未開催)
 R3年度受講者：2,024名
 (研修開催回数：日医中央研修1回 ※R3.7.18時点)

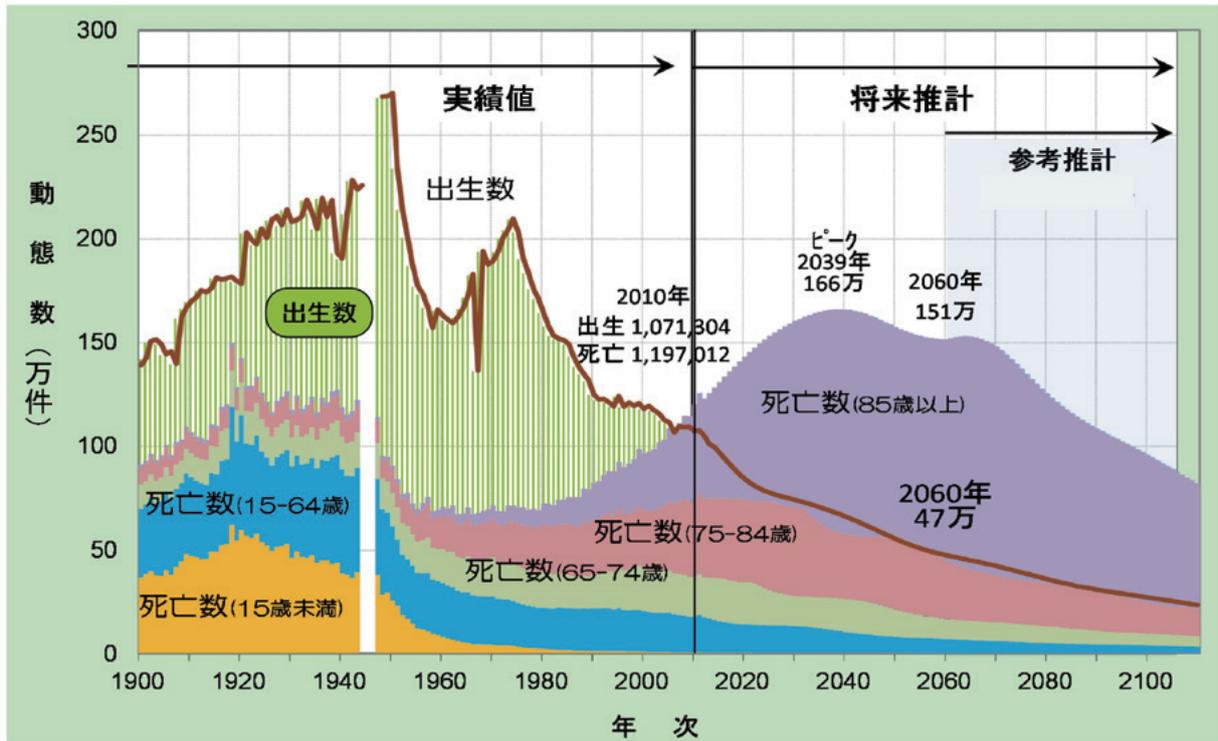
第2期 合計：17,956名

修了者数 認定期間有効実人数 (H30年～R2年)：6,099名 累計：9,967名

H28年度修了者：1,196名 H29年度修了者：2,672名 H30年度修了者：2,051名

R元年度修了者：2,501名 R2年度修了者：1,547名

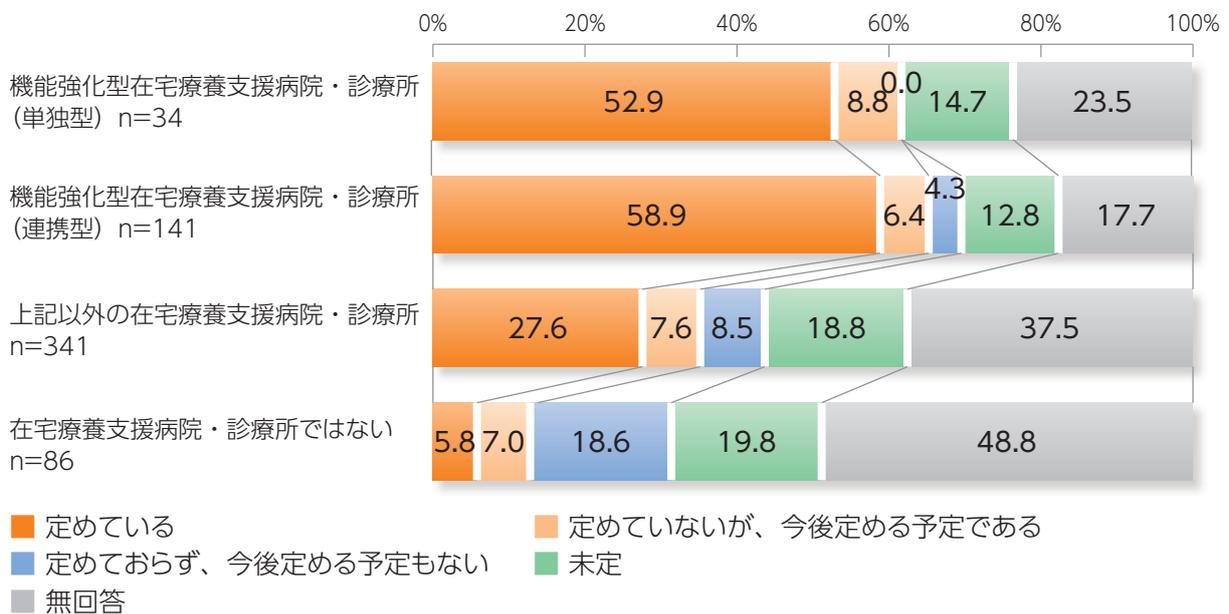
40 出生数と死亡数の推移：1900～2110年



提供：国立社会保障・人口問題研究所 森田朗所長

41 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応について

● 看取りに対する指針の有無についてみると、機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）、機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）、在宅療養支援病院・診療所（単独型）でそれぞれ52.9%、58.9%、27.6%、在宅療養支援病院・診療所以外では「未定」19.8%が最も多かった。



出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

42 適切な意思決定の支援について

平成30年度診療報酬改定

- ターミナルケアに関連する報酬において、「**人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン**」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】

（有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分）

機能強化型在宅診・在宅病（病床あり）	6,500点
機能強化型在宅診・在宅病（病床なし）	5,500点
在宅診・在宅病	4,500点
その他の医療機関	3,500点

【訪問看護ターミナルケア療養費】※

訪問看護ターミナルケア療養費1	25,000円
訪問看護ターミナルケア療養費2	10,000円

【算定要件】

ターミナルケアの実施については、「**人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン**」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

令和2年度診療報酬改定

- 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料**について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

43 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）：定義

advance care planning: ACP

advance： 前もって

care： 医療やケアについて

planning： 計画すること

人生の最終段階の治療・療養について、（話し合いの時期は人生の最終段階に限ることなく、）患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

- 患者の同意のもと、**話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい**

- ACPの話し合いは以下の内容を含む

患者本人の気がかりや意向

患者の価値観や目標

病状や予後の理解

治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

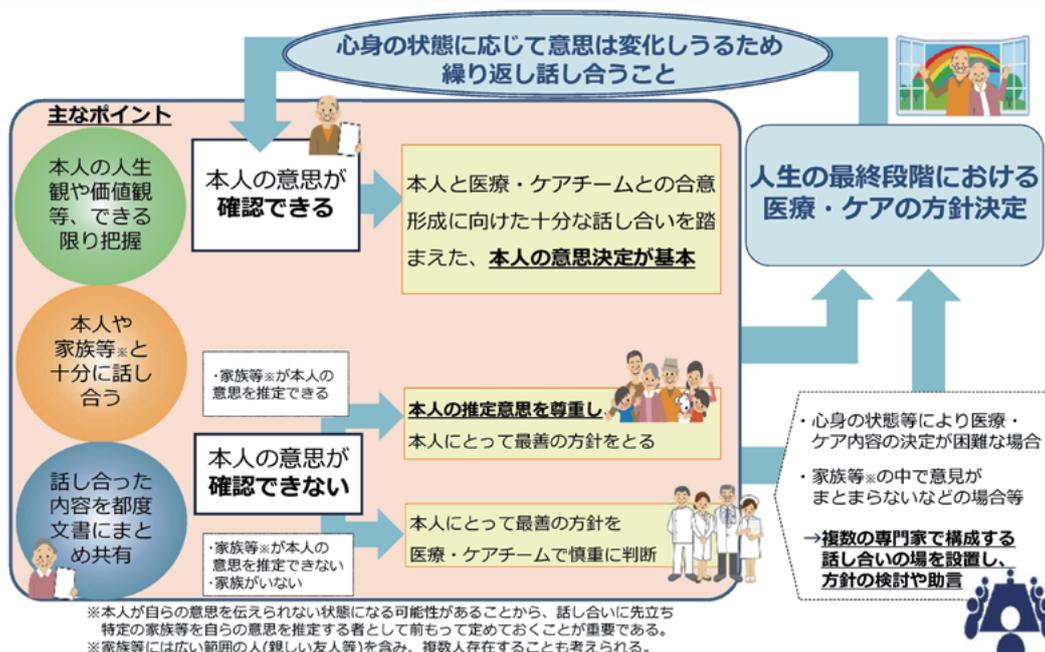
<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

44 ACP (アドバンス・ケア・プランニング)

- ACPは、人生の最終段階の治療・療養について、家族や医療従事者と予め話し合う自発的なプロセスと定義される。話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、関係者と共有されることが望ましい。
- 海外の医学研究において、ADよりACPの有用性が示され、今後、日本人の文化・風習・宗教・哲学に馴染んだACPの蓄積により、「日本版ACP」の概念が必要と思われる。
- ACPは本人に帰属するものであり、本人の意思が確認出来ない場合にACPは実施出来ないこととなり、基本的に本人の意思や価値観が尊重される。狭義的には、意思決定能力を失った時の話し合いであり、広義的には、生活全般を含む現在も踏まえた話し合いと捉えられ、代理決定者を決めることが重要となる。

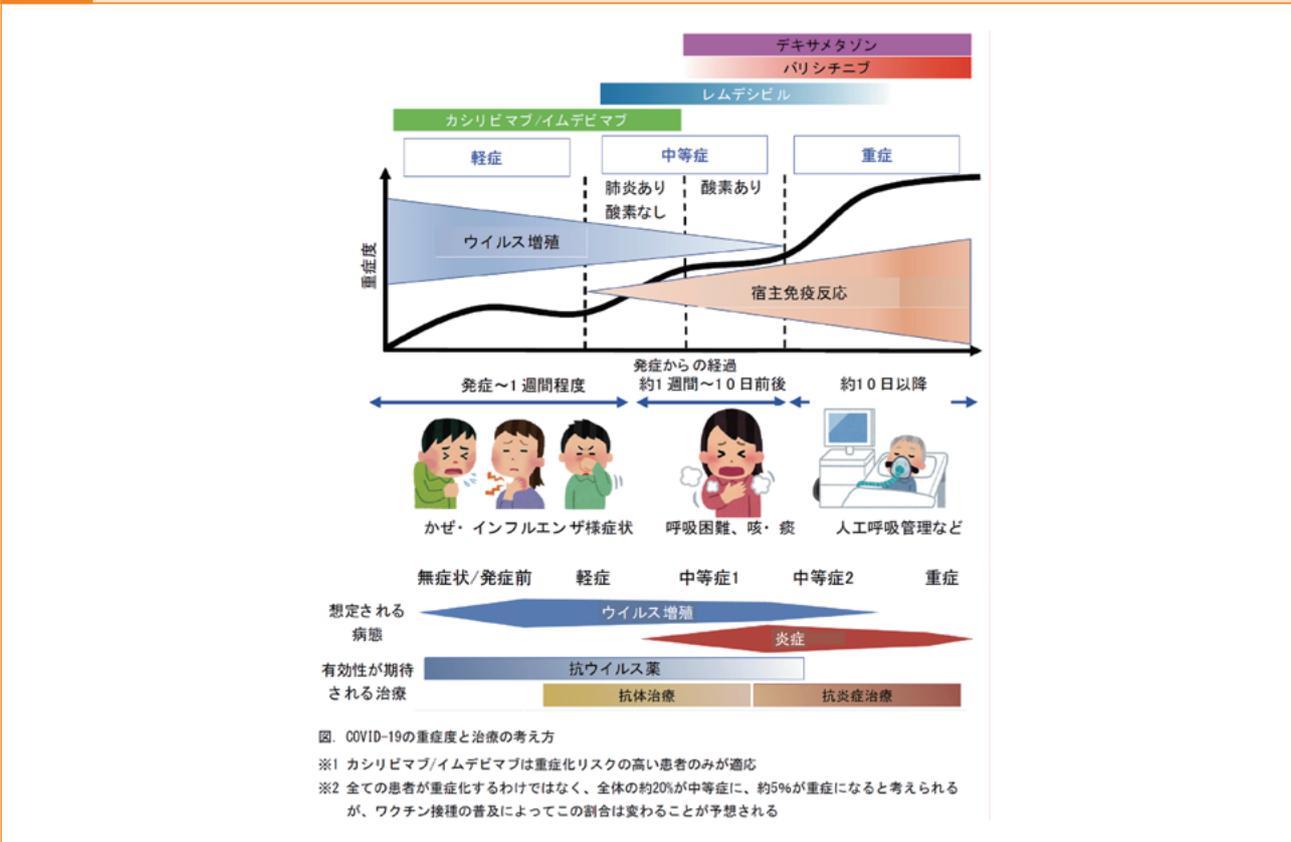
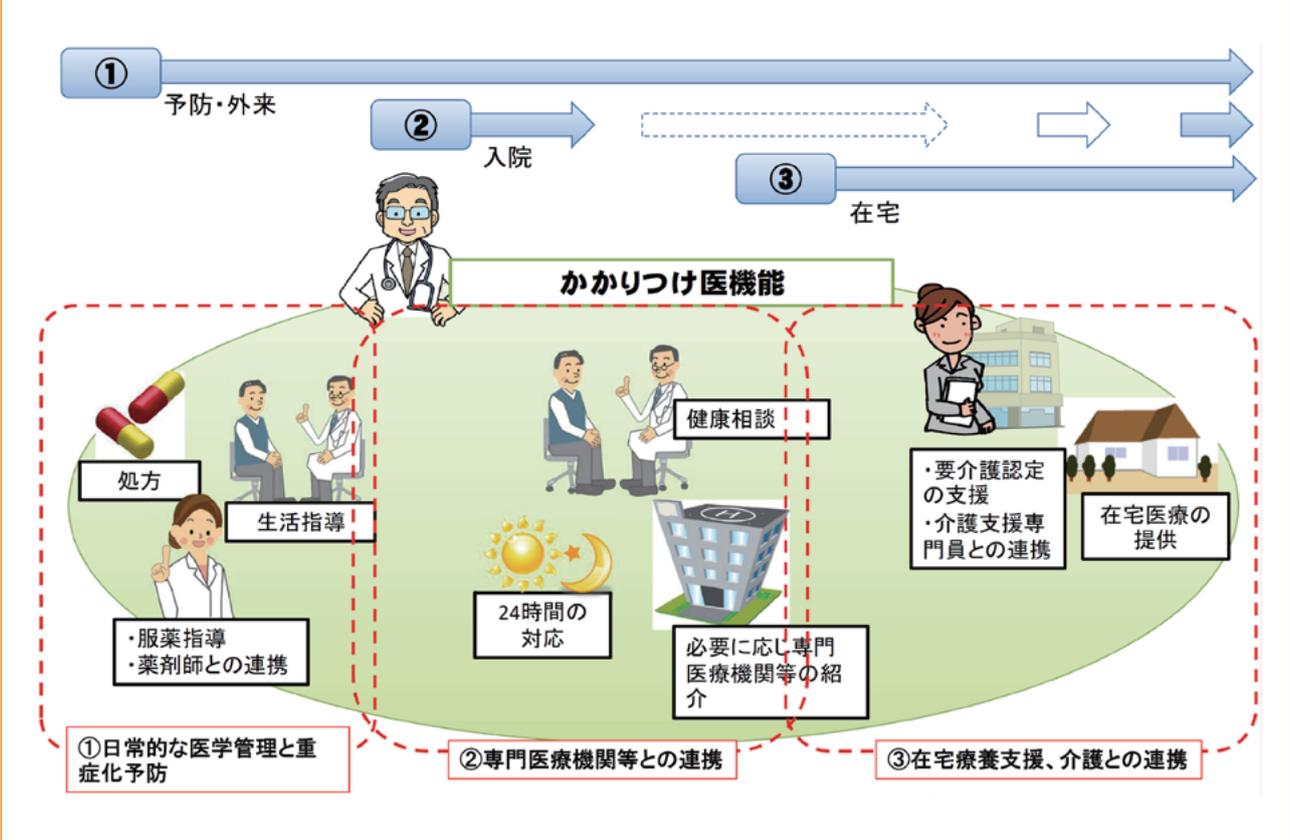
45 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ (イメージ図) (平成30年版)

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



- 「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン」は、本人の意思を最大限に尊重するために、医療・ケアチームが合意を形成する意思決定支援プロセスである。話し合いのスタンスとしては、パターナリズムでもなく、情報提供型でもなく、「Shared Decision Making：相互参加型モデル」が推奨されている。本人の意思が確認出来ない場合は、事前指示やACPIについて確認の後、本人の意思を推定する家族等と共に、医療・ケアチームは、本人の推定意思を尊重し最善の方針をとることとなる。

- 「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定を行う上で倫理的な規範から見た根拠としては、「自立尊重の原則」・「与益最大化の原則」・「不加害原則」・「正義・公正原則」の4つの倫理原則に基づいており、これらの原則に基づく意思決定支援のあり方は、最善の選択を行う上で重要な根拠となる。
- 医学的最善が本人の最善とは限らず、医学的に無益が本人に無益とは限らず、本人の選考が本人にとって最善の選択肢では必ずしもないことに留意する必要がある。



50 かかりつけ医の機能

かかりつけ医は、就業形態や診療科を問わず、「医療的機能」及び「社会的機能」の両方を有する。

医療的機能

日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。

自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、なんでも相談できる医師として全人的視点から対応する。

社会的機能

日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。

また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療に理解を示す。

51 居宅療養管理指導の基本方針

2. (3)①

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準
(平成11年厚生省令第37号) (抄)

(基本方針)

第八十四条 指定居宅サービスに該当する居宅療養管理指導(以下「指定居宅療養管理指導」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士(歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下この章において同じ。)又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。

かかりつけ医／かかりつけ診療所に期待される役割と求められる機能：国立市での取組みから（抜粋）

事例1 認知症となり、薬の管理ができなくなる事例

(概要) 70歳代、男性、脳梗塞、高血圧、一人暮らし
(経過) 退職後は外出の機会が減り、たばこを吸っている(20本/日)が多かったが、脳梗塞の再発予防のための定期的な通院と内服はできていた。70歳代前半から認知機能が低下し、通院ができなくなり、薬の内服ができなくなった。自宅で昏睡状態となったところを近隣の友人に見送られ、緊急入院となり、脳梗塞の再発と診断された。

(本事例から見える課題)
 ・受診が途切れたときのフォロー体制
 ・地域での仲間づくり、見守りの目
 ・認知症の方の支援体制

めざす家の達成に必要な要素

○継続的な受診が必要な市民の、見守りを含めた支援体制

事例2 迅速な対応により救命できた事例

(概要) 80歳代、男性、心不全、一人暮らし
(経過) 妻を病院で亡くして以来、病院嫌いとなり、通院をしていない。「全身倦怠感があり、歩けない」と本人から地域包括支援センターに相談が入り、往診を依頼した。往診した医師より、血圧168/98、顔色不良、心音の異常、全身にむくみ等があり、心不全と診断された。2回目の往診時に本人が転倒しており、同行していた地域包括支援センターの職員と在宅医療相談窓口職員が発見した。心不全の状態がさらに悪化し、往診医より入院治療の必要があると判断され、緊急入院となった。治療の結果、退院となる。現在、自宅で在宅医療を受けながら暮らすことができています。

(本事例で達成できていること)
 ・地域包括支援センターの依頼により、迅速な往診が行われた

(本事例から見える課題)
 ・かかりつけ医を持ち、日常療養を行う

めざす家の達成に必要な要素

○かかりつけ医への受診と、適切な治療・療養の継続
 ○再発を予防するための、医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握及び支援

※往診：本人の要望により、必要に応じて医師が自宅に診察に出向くこと。なお、「訪問診療」も医師が自宅に診察に出向くことを指すが、定期的に訪問する点に違いがある

事例3 かかりつけ医と訪問診療医の連携により、早期に介護保険サービスを利用できた事例

(概要) 80歳代、女性、高血圧、軽度認知症、一人暮らし
(経過) 夫の他界後、広い自宅で好きな本を読んで過ごし、外出はほとんどなし。高血圧のための定期的な通院はできていた。別居の家族が毎日薬の管理を行っていた。夕食は配食サービスを利用。本人は、自身の栄養不足を心配し、地域包括支援センターに相談していた。徐々に体力が低下し、通院が困難となった。高血圧の管理をしていた医療機関から訪問診療医に依頼があり、在宅療養が開始された。また、介護保険を申請し、リハビリサービスの利用が開始された。本人の体力が回復し、近所に買い物に行けるまで回復した。

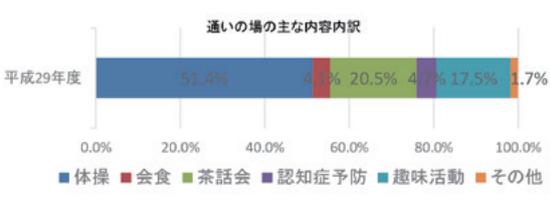
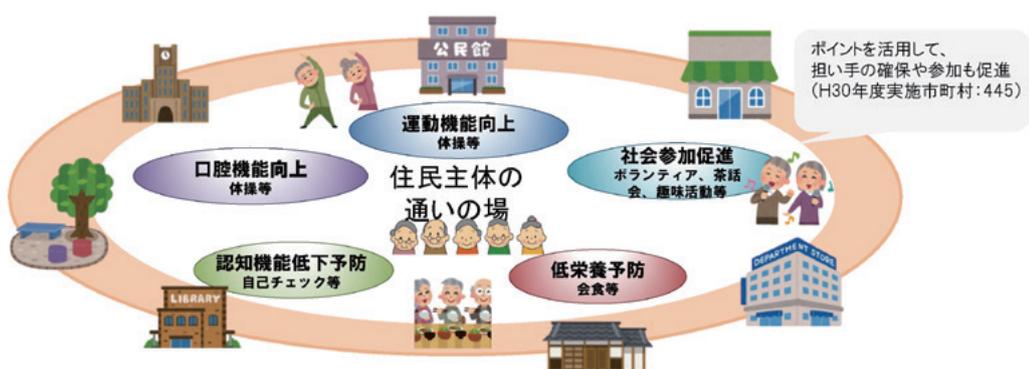
(本事例で達成できていること)
 ・家族による服薬管理、サービスの利用等、見守り体制の確立

(本事例から見える課題)
 ・早期の介護保険サービスの利用
 ・栄養管理
 ・体力低下の予防
 ・地域包括支援センターの対応

めざす家の達成に必要な要素

○医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握、かかりつけ医との情報共有
 ○診療所同士の連携

(出典) 高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業（令和元年度老人保健事業推進費等補助金）



(参考) 事業の位置づけ：介護予防・日常生活支援総合事業
 ○ 介護予防・生活支援サービス事業 ○ 一般介護予防事業
 ・ 地域介護予防活動支援事業
 ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】
 国：25%、都道府県：12.5%、市町村12.5%
 1号保険料：23%、2号保険料：27%

※ボランティアポイント制度を活用した介護支援ボランティア活動実施市町村 397市町村(平成29年度介護保険事務調査) 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与 445市町村(平成30年度(平成29年度実施分)介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査)

54 地域包括ケアシステム構築10か条

1. 本質は「地域づくり」「まちづくり」
2. 「住民」が主人公として取り組む総力戦
3. 課題を踏まえ住民共に築く「ご当地システム」
4. 「医療介護連携」から「異業種・異分野連携」へ
5. 「自助」「互助」は不可欠
6. 「全世代対応型」システムの構築
7. 若者や子供たちの「住み慣れた地域」の視点
8. 医療も介護も「生活の視点」の重視
9. 地域の一員として「地域づくり」へ参画
10. 地域力を左右する地域への「愛着」「想い」

55 尊厳の保障へ向けて

好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち **尊厳の保障** を実行することが我々の役割である。

2 在宅医療における都道府県医師会の役割 ～福井県医師会の取り組みから～

池端 幸彦

目 標

コロナ禍において日本の医療提供体制が大きく見直されようとしている今、改めて地域包括ケアや地域医療構想におけるかかりつけ医機能の意義を考えつつ、できるだけ住み慣れた地域で住み続けたいという国民の願いに寄り添い在宅医療を推進する必要がある、そのための医療介護連携・多職種協働の重要性もますます高まってきている。今回は、福井県・福井県医師会の「在宅医療サポートセンター事業」や「福井県版入退院支援ルール」等の取り組みを紹介し、行政との連携の中での在宅医療における都道府県医師会の役割の理解を深め、さらには都道府県医師会をはじめとする医師会との連携の在り方の修得を目標とする。

Keyword

医療介護連携、多職種協働、入退院支援、地域包括ケア、かかりつけ医機能

内 容

1. 医師会の役割（日本医師会・都道府県医師会・郡市区医師会）
2. 福井県における在宅医療サポートセンター事業の概要と意義
3. 福井県版入退院支援ルールの概要と意義
4. 小児在宅医療推進の課題と今後
5. 在宅医療・介護連携促進の課題と秘訣
6. 在宅医療・地域医療に必要な三大機能と3種の神器
7. Act Now for the Future ～未来のための今～

令和3年度 厚生労働省委託事業
 在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第1部

【総論2】

在宅医療における都道府県医師会の役割
 ～福井県医師会の取り組みから～

福井県医師会 会長

池端 幸彦

1 幸福度日本一ふくい ～福井県は「日本一幸せな県」と評価されています～

「幸福度ランキング(2018年版)」において、3回連続、福井県は総合1位



順位	2014年版 (60指標)	順位	2016年版 (65指標)	順位	2018年版 (70指標)
1位	福井県	1位	福井県	1位	福井県
2位	東京都	2位	東京都	2位	東京都
3位	長野県	3位	富山県	3位	長野県

東京をおさえ総合1位！
 2回連続の総合1位！
 3回連続の総合1位！

「仕事」、「教育」、「生活」、「健康」の各分野の充実が総合1位の原動力となっている

仕事分野 1位		教育分野 1位		生活分野 5位		健康分野 8位	
大卒者進路未定者率(低い方から)	1位	学力状況調査	1位	待機児童率(低い方から)	1位	健康寿命	4位
インターンシップ実施率	2位	社会教育費	1位	生活保護受給率(低い方から)	3位	スポーツの活動時間	7位
正規雇用者比率	3位	社会教育学級・講座数	1位	持ち家比率	4位	高齢者ボランティア活動比率	9位

一般社団法人 日本総合研究所「全国47都道府県幸福度ランキング2018年版」

2 「幸福度日本一ふくい」の基盤

県民が健康で、家族のつながりがあり、子育てがしやすく、働く場が豊富で経済的に安定していることが「幸福度日本一ふくい」の基盤

健康

- ・子どもの運動能力 216.0点 (1位)
- ・介護を要しない元気生活者の割合 (元気生活率) 97.7% (1位)
- ・平均寿命 84.4歳 (3位)

子どもから高齢者まで元気

つながり

- ・三世帯同居割合 15.0% (2位)
- ・持ち家住宅の延べ面積 173.3m² (2位)

三世帯同居が多く、子どもは祖父母にも見守られて育つ

子育て教育

- ・保育園の待機児童率の低さ (1位)
- ・小中学生の学力 102.7点 (1位)

子育て世帯への支援が手厚く、教育環境も充実

働く場

- ・女性有業率 53.0% (1位)
- ・共働き率 58.7% (1位)
- ・正規就業者割合 69.8% (3位)

正規就業者割合や女性の有業率が高く、雇用環境が安定

3 「幸福度日本一ふくい」を支える健康づくり

食、運動、社会参加・つながりの3本柱で健康づくりを推進

主な現状		I 食	II 運動	III 社会参加・つながり
子ども世代	・体力、学力ともトップレベル	○食育 ・幼少時から、食への興味、関心を向上	○一県民一スポーツ ○みんなでラジオ体操	○体力づくり ・小中学校での運動の推進 ・学校と地域が共同して運動、スポーツ活動を実施
	若者／働き世代	○低塩分でのバランスのとれた食事を各世代に普及 ～「ふくい健幸美食」の推進～ ・働き世代のメタボ対策 ・高齢者の低栄養対策		
	高齢世代	・元気生活率はトップレベル ・65歳以上の低栄養傾向 (BMI20以下) の割合が増加	○フレイル予防	○一市町一健康づくり ・各市町の特色に応じた健康づくりへの支援 ・わがまち健康推進員 (約5,000人) が主体となって推進 ○在宅ケア体制の全県展開

さらなる健康長寿のために

4 高齢者の暮らしの安心を支える在宅ケア体制の整備

東京大学とのジェロントロジー共同研究に基づき、坂井市・あわら市をモデル地区として在宅において介護と医療を切れ目なく受けられる仕組みを整備し、更に全県に普及・展開

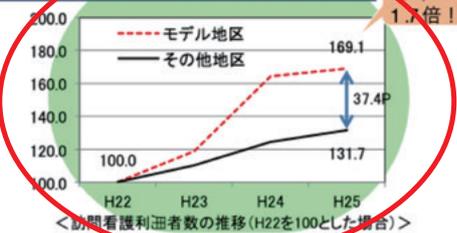
体制の特徴

- ① 医療機関の連携による24時間対応の実現**
主治医・副主治医の選任や緊急時受け入れ病院の設定により、容体が急変した際の24時間対応体制を確保
- ② 多職種間での患者情報の共有**
病院や診療所、訪問看護師、ケアマネジャーなどが診療記録や投薬情報等をICTを用いて共有
- ③ 医療・介護の総合相談窓口の設置**
介護サービスに加えて、医療サービスもワンストップで相談できる窓口を市町の地域包括支援センターに設置

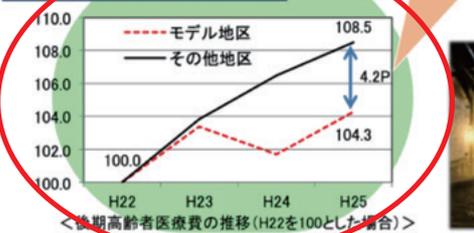
国も先進事例として紹介！
(H28.7.4 第7回医療介護総合確保促進会議等)



在宅で医療・介護を受ける方が増えた



医療費の伸びが抑制された



5 高齢者の暮らしの安心を支える在宅ケア体制の整備

在宅ケア体制の整備・全県展開は、
県・市町と医師会が緊密にタッグを組んで推進



県・県医師会の事業

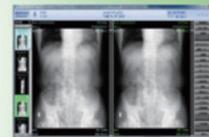
□ 「在宅ケアサポートセンター」の運営

在宅ケアに携わる人材の育成と県民に対する啓発を行うセンターを県医師会等と合同で運営



□ 「ふくいメディカルネット」の構築・運用

ICTを用いた医療・介護情報の共有一元化システムを県医師会と合同で構築・運用



県単位では全国初！
国も先進事例として紹介！
(H29.11.22 第152回社会保障審議会
介護給付費分科会等)

□ 「福井県入退院支援ルール」の策定・運用

退院後の在宅ケアへのスムーズな移行を促す、医療・介護関係者間の情報提供ルールを策定
県下の全病院で入退院支援ルールが運用されているほか、医療・介護関係者の協議により定期的に改定

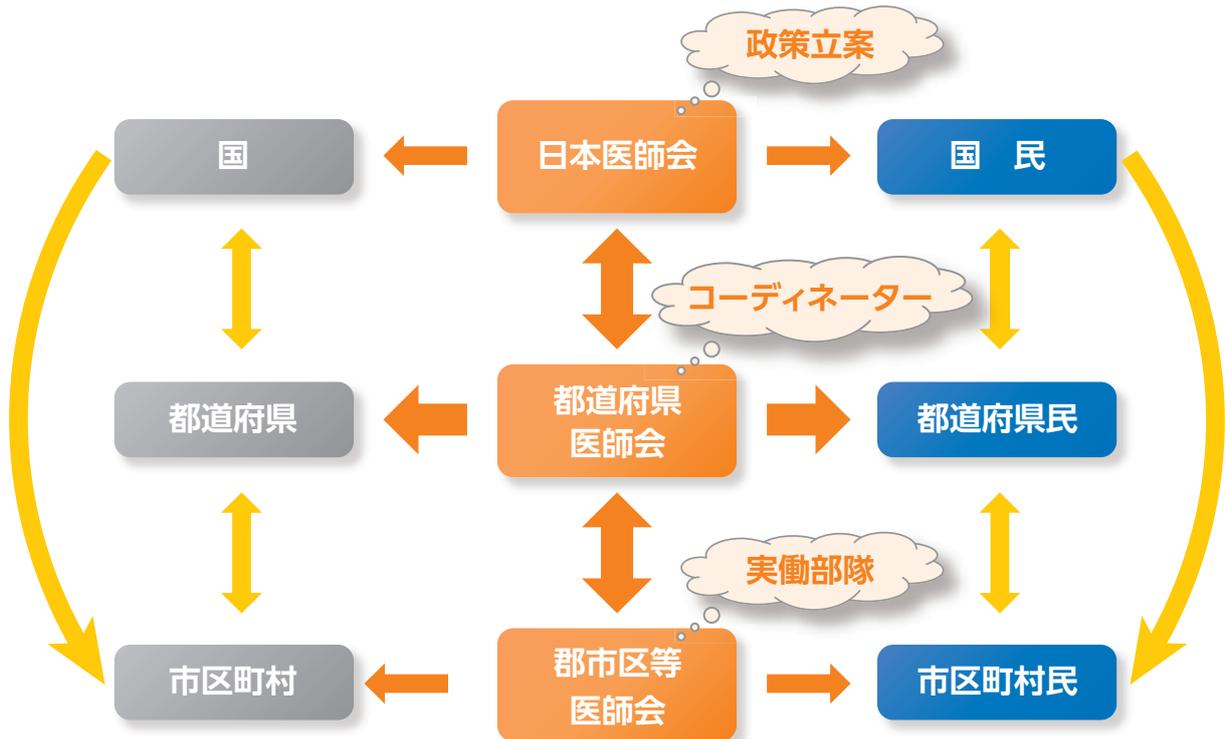
市町・地区医師会の事業

□ 地域の実情に応じた在宅ケア体制の構築

県下全域において市町と地区医師会との協議を実施し、地域の医療資源に応じた体制を構築

両者の間を
県が調整

6 各医師会の役割



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

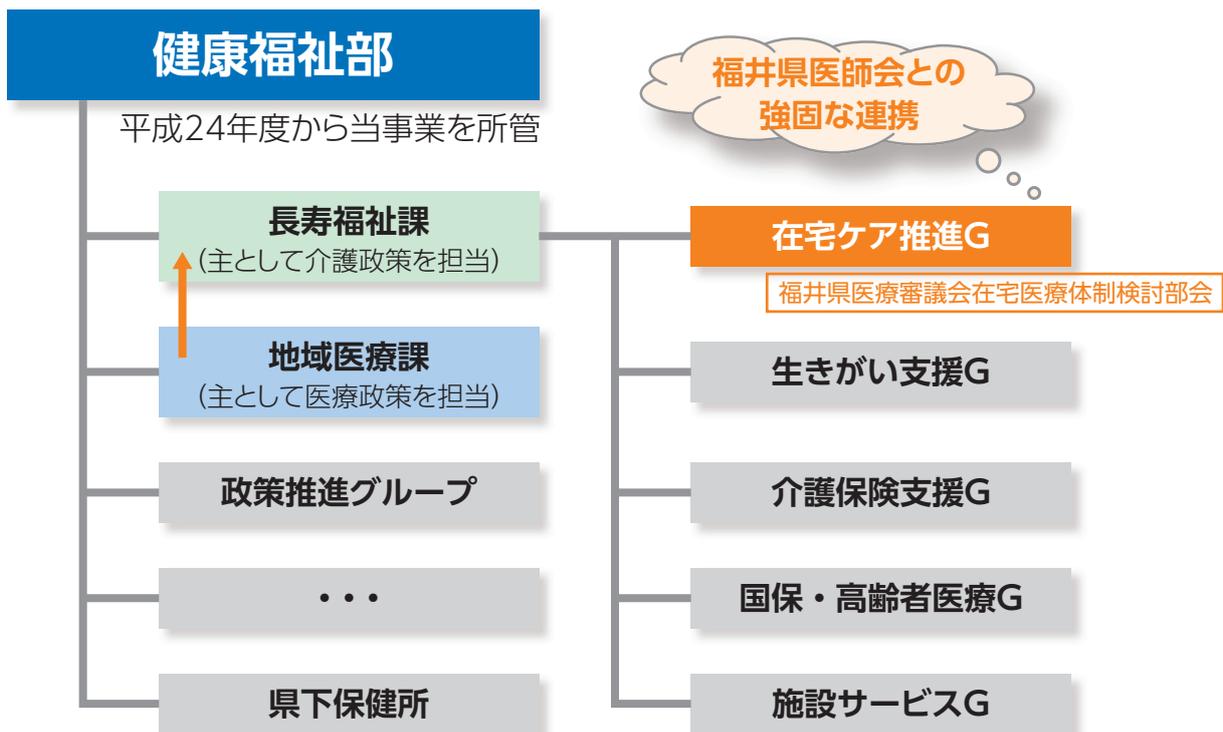
7 福井県医師会・郡市区医師会の在宅医療推進に関する取り組み

1. 福井県在宅医療サポートセンター事業について
2. 福井県版入退院支援ルール of 取り組み
3. 多職種間で利用可能なICT整備事業
4. 認知症対策への新たな取り組み
5. 先進的事例の紹介
 - (1) 坂井地区 在宅ケア体制モデル整備事業
 - (2) 武生医師会 在宅コーディネーター医体制
 - (3) 福井市医師会 地域包括ケアサポート医体制

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

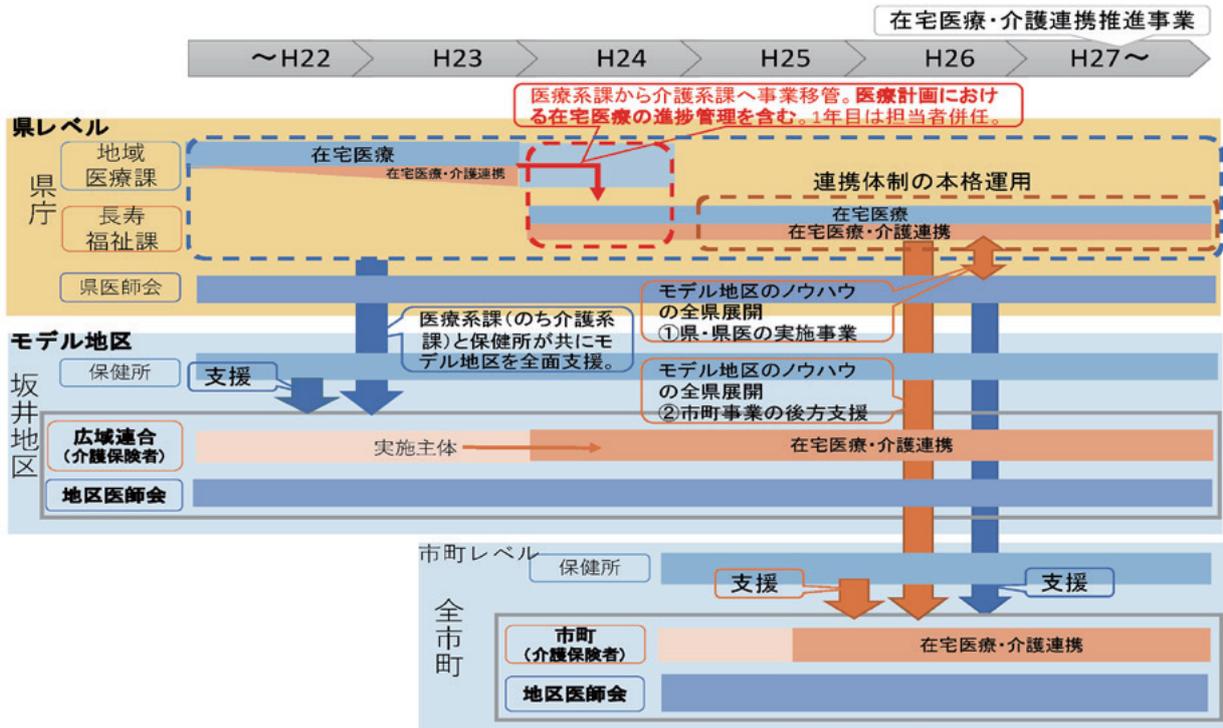
1. 福井県在宅医療サポートセンター事業について
2. 福井県版入退院支援ルールへの取り組み
3. 多職種間で利用可能なICT整備事業
4. 認知症対策への新たな取り組み
5. 先進的事例の紹介
 - (1) 坂井地区 在宅ケア体制モデル整備事業
 - (2) 武生医師会 在宅コーディネーター医体制
 - (3) 福井市医師会 地域包括ケアサポート医体制

医療法人池慶会 池端幸彦 作成



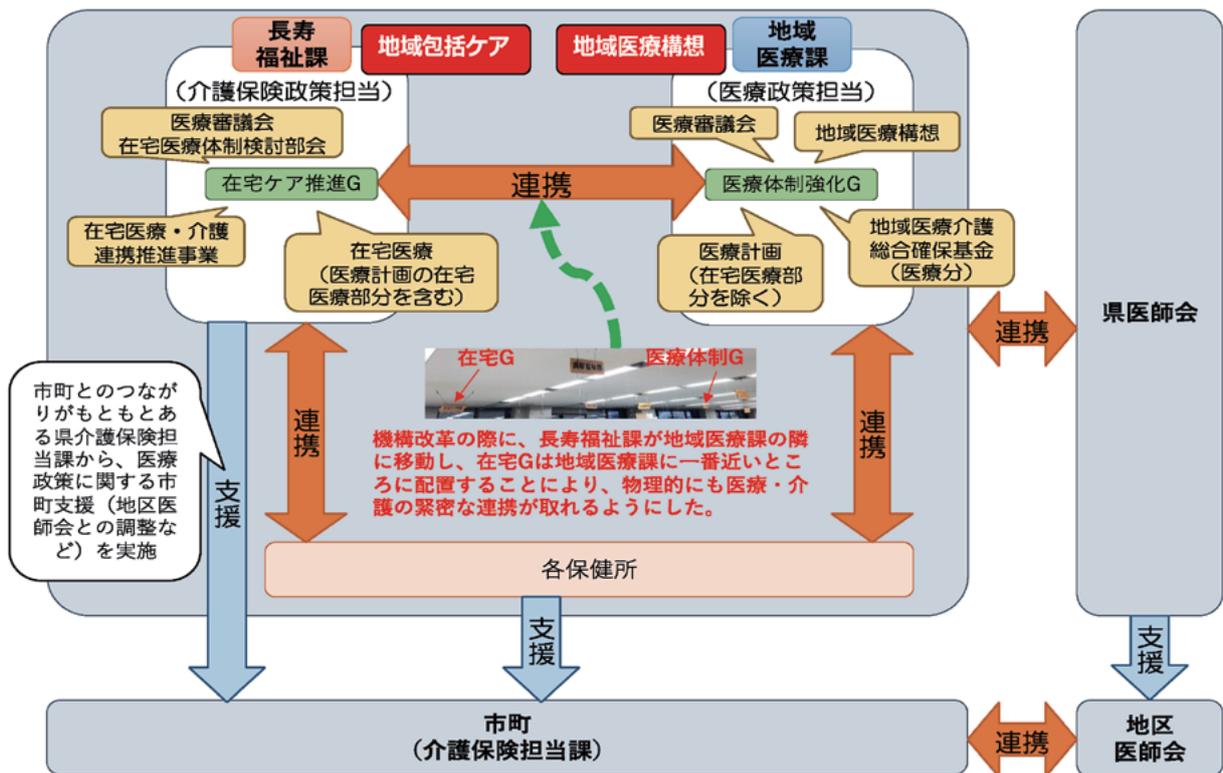
医療法人池慶会 池端幸彦 作成

10 福井県の在宅医療・介護連携推進事業所管と分掌の経過



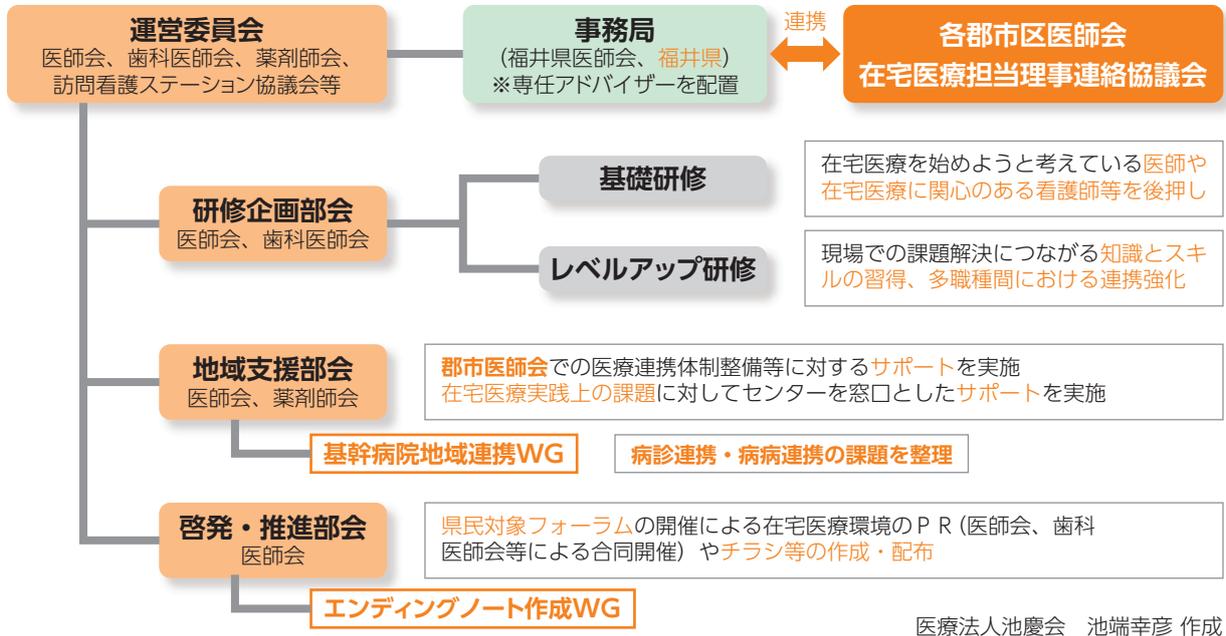
図：東京大学と福井県長寿福祉課により作成

11 福井県の在宅医療・介護連携推進事業 現在の体制

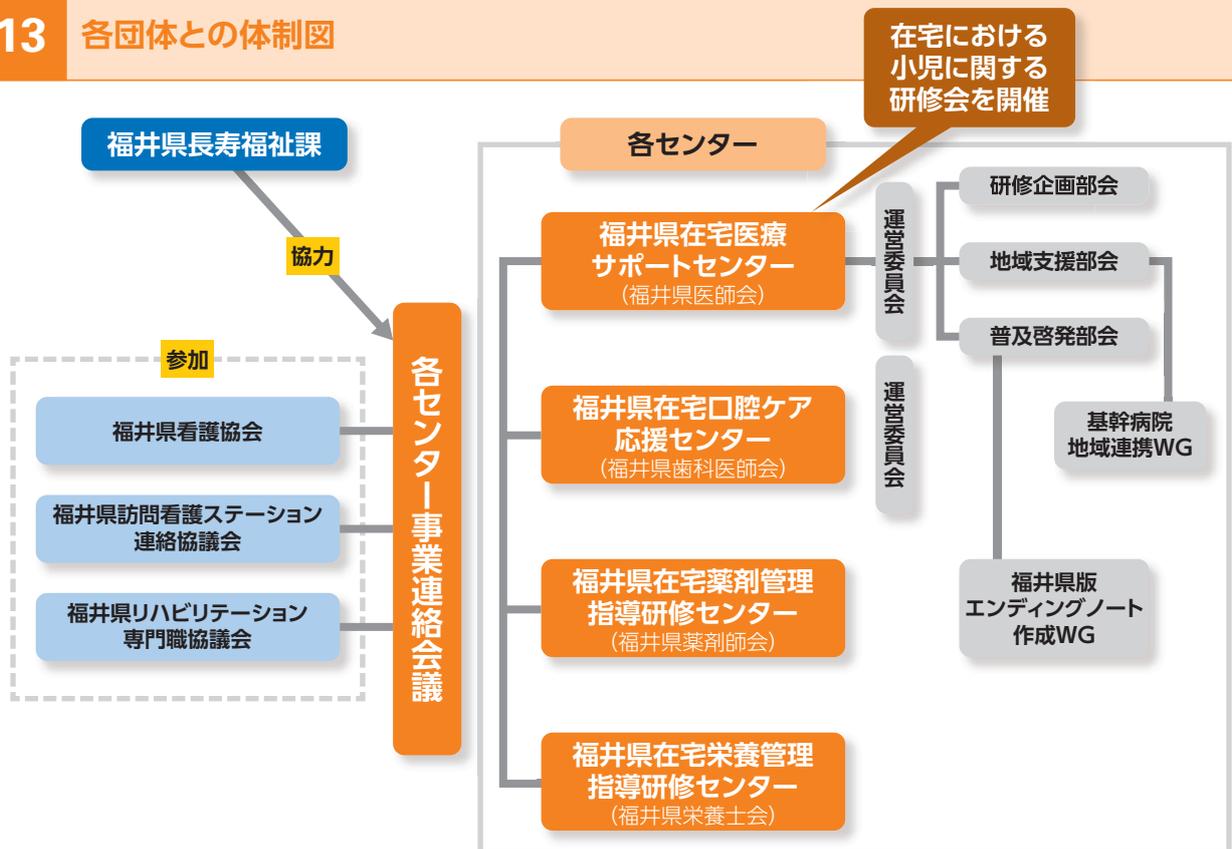


12 福井県在宅医療サポートセンターの体制の概要

- ・センターの運営に関する事項（事業計画の検討および実施事業の評価等）を協議することを目的として運営委員会を設置
- ・個別事業の協議については、運営委員会の下部組織として部会を設置して検討
- ・坂井地区医師会の在宅医療コーディネーター（看護師）をセンターのアドバイザーとして配置



13 各団体との体制図



14 医師も交えた基幹病院地域連携室と多職種連携ワークショップ



顔の見える連携から
腹の底がわかる連携へ !!



15 福井県在宅医療サポートセンター事業について

三本柱にて事業を展開

- (1) 情報の収集・発信
- (2) 在宅医療の実践研修
- (3) 地域の体制整備支援



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

16 福井県在宅医療サポートセンター事業（研修企画部会）①

平成29年度研修企画部会の活動

日 時：平成29年7月27日

研修項目：「褥瘡・疥癬等の管理に関する実践研修会」

研修内容：講義・実技研修

研修概要：まず疥癬について各グループごとに医師、看護師、患者、患者家族役を決定し、患者さんの設定内容に基づき意見を出し合い、ロールプレイ形式にて受講者の前で演じていただいた。そして全ての演技が終了してから講師より各グループの演技に関するコメントをいただいた。その後、褥瘡モデルを用いた実技研修も行った。非常に好評であった。

<疥癬・設定内容>

- ・脳梗塞後遺症でほぼ寝たきり状態。
- ・近隣の老人施設でショートステイ・入浴サービス・デイケアなどを利用している。
- ・ここ最近、掻破行動が顕著になり、以前どこかの皮膚科で処方された老人性保疹の塗り薬を塗っているがだんだんと酷くなってきていると家族が感じている。
- ・老人施設ではかゆみを訴える入所者が増えているらしい（疥癬が流行しているとの噂がある）。

看護師役

家族役

患者役



医師役



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

17 福井県在宅医療サポートセンター事業（研修企画部会）②

平成29年度研修企画部会の活動

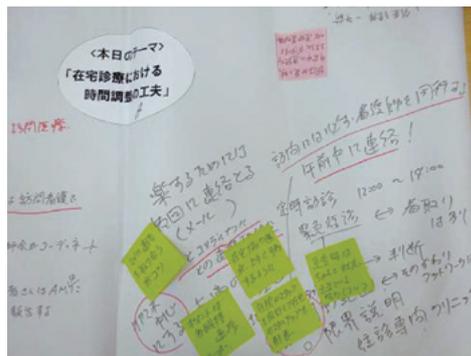
日 時：平成29年9月14日

研修項目：「在宅医療実践研修会（ワールド・カフェ形式）」

研修内容：「在宅診療における時間調整の工夫」

研修概要：自由に意見を出し合い、お互いの思いや考えの背景について探求し、相互理解を深めることを目的とした。医師並びに訪問看護師より約22名の参加があり、「気づき」、「新たな発見」、「大切に思ったこと」については、在宅診療の時間調整の課題においては、訪問看護師との効果的な連携が重要な鍵であることを改めて感じさせる研修会であった。

詳細な内容は、本センターホームページに掲載中。



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

18 福井県在宅医療サポートセンター事業（研修企画部会）③

平成29年度研修企画部会の活動

日 時：平成29年11月9日

研修項目：「**口腔ケアに関する在宅医療実践研修会**」（福井県口腔ケア応援センターに協力依頼）

研修内容：「在宅における口腔機能の維持・向上への管理、及び口腔清掃の実際」

研修方式：講 演・実技研修

研修概要：まず「在宅における口腔機能の維持・向上への管理」について明海大学歯学部機能保存回復学講座摂食嚥下リハビリテーション学分野准教授 大岡貴史先生より講義が行われ、その後、口腔モデルを活用した口腔清掃について歯科医師ならびに歯科衛生士より実技研修を学んだ。当日は27名の出席があり、医師以外にも看護師、理学療法士なども参加した。

アンケート結果：

- ・今後の様々なアドバイスをできると思うので、とても有意義であった。
 - ・このような研修が各地で受けられる体制があると良いと思う。
 - ・何度も見る、聞く、触るが重要だと感じた。
 - ・今まで知識がなかった内容で、どこまで現場で活かせるかが少し不安。
 - ・今後も口腔の研修会を行ってほしい。
- 等の意見を多くいただいた。



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

19 福井県在宅医療サポートセンター事業（研修企画部会）④

平成30年度研修企画部会の活動

在宅医療実践研修会（ワールド・カフェ形式）

第1回：平成30年5月24日（福井県医師会館）受講者数：51名（うち医師30名）

「在宅看取りにおける関係機関との連携」

第2回：平成31年1月31日（福井県医師会館）受講者数：27名（うち医師19名）

「意思決定支援 地域でACP（アドバンス・ケア・プランニング）を紡ぐには」

緩和ケア病棟実地研修

- ・一昨年、昨年度は福井県済生会病院の協力により緩和ケア病棟実地研修を開催。
- ・今年度は研修先を福井赤十字病院の緩和ケア病棟にし、実際の病室での麻薬交換や処置の見学ならびに緩和ケアの座学、入棟カンファレンスの参加。

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

20 福井県在宅医療サポートセンター事業（研修企画部会）⑤

令和元年度研修企画部会の活動

在宅医療実践研修会（ワールド・カフェ形式）

第1回：令和元年7月25日（福井県医師会館）受講者数：52名（うち医師14名）

「患者・家族の意志を支援する緩和ケアの実際」

第2回：令和元年10月30日（福井県医師会館）受講者数：35名（うち医師17名）

「栄養管理の理解と経管栄養のケア」

在宅医療に関する実践研修会（ロールプレイング）

第1回：令和元年9月26日（福井県医師会館）受講者数：35名（うち医師10名）

「地域で患者の意思決定を支えるには～ACPを模擬体験しよう～」

第2回：令和2年1月22日（福井県医師会館）受講者数：25名（うち医師9名）

「地域で患者の意思決定を支えるには～本人の意思が確認できないケース～
APCを模擬体験しよう！」

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

21 福井県在宅医療サポートセンター事業（研修企画部会）⑥

令和2年度研修企画部会の活動

在宅医療に関する実践研修会

テーマ：「地域の食を支える多職種連携～在宅NSTに向けて何が障害になっているのか～」

受講者：42名（うち医師11名）

同行訪問研修 薬剤師1名

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

22 福井県在宅医療サポートセンター事業（地域支援部会）①

平成29年度地域支援部会の活動

研修会名：『在宅医療実技研修会』

日 時：平成29年8月10日

演 題 名：「在宅・外来で明日から使えるPoint-of-care 超音波【基礎編】」

研修内容：講義・超音波エコー検査の実技

講 師：1名（救急医）、インストラクター3名（救急医）

受講者数：30名（医師）

総 評：講義と実技の二本立てでの医師向け研修で、超音波装置の操作などの習得を行った。
大変好評だったので、本研修と同じ内容を郡市区医師会においても今年度始めて開催した。
非常に好評を得た研修であった。



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

23 福井県在宅医療サポートセンター事業（地域支援部会）②

平成30年度以降の地域支援部会の活動

在宅医療に関する実践研修会

演題名：「在宅患者の嚥下評価と実際の方法について」

「高齢者に生じやすい皮膚疾患」

小児在宅医療実践研修会

演題名：「在宅における気管切開児の管理+実技研修（カニューレ抜去時の対処法）」

「在宅における小児の経管栄養管理及び吸引管理の実際」

「小児医療の在宅管理の実際」

在宅医療における診療報酬等に関する研修会

内 容：在宅部分に係る診療報酬の実際について、在宅医療における幾つかの事例を取り上げ説明ならびに演習をし、習得をすることを目的に研修会を開催。

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

24 福井県在宅医療サポートセンター事業（地域支援部会）③

平成30年度以降の地域支援部会の活動

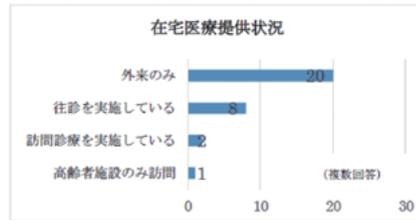
皮膚科との連携に関する調査

在宅医療においては、皮膚疾患を有する高齢患者の割合は高く、皮膚科医による専門的な立場からのサポートにより、早期治癒を目指すことが重要であり、皮膚科医との連携は不可欠であることから福井県皮膚科医会（35医療機関）の協力のもと皮膚科医療機関の現状を把握するとともに、連携に向けた課題を検討する目的で調査を実施した。

（2）在宅医療（訪問診療・往診）のサービス提供状況（複数回答可）

在宅医療提供状況	医療機関数
訪問診療を実施している	2
往診を実施している	8
高齢者施設のみ訪問	1
外来診療のみ	20

往診を実施している機関のうち3機関が高齢者施設への訪問も実施していた。



在宅医療についての課題や問題点

- ・診療時間内でも、患者さんの混み様によっては対応できない場合もある。
- ・マンパワー不足から往診できていない。
- ・当科のマンパワーでは、現状の外来、救急、病棟診療を勘案して院外の訪問診療実施は不能。
- ・休診日に老人施設に行っているが、個人宅への往診は時間的になかなか難しい。
- ・保険点数にも問題があるかと思う。

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

25 福井県在宅医療サポートセンター事業（地域支援部会）④

平成30年度以降の地域支援部会の活動

1. 在宅医療材料の共同購入

年度	販売医療機関数	医療材料販売品目数
平成28年度	107	145
平成29年度	132	192
平成30年度	121	204
令和元年度	95	165
令和2年度	87	126

2. 各地区にて開催される講師の紹介事業 実績：2名

3. 在宅医療研修用備品の貸出

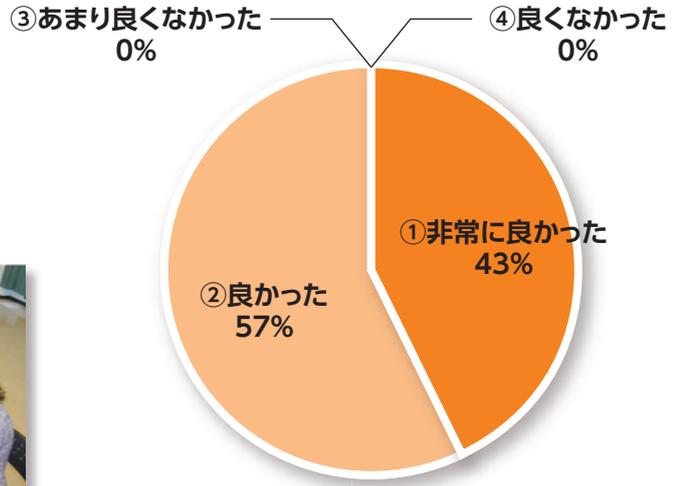
会員医療機関 計10回、郡市医師会 計8回

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

26 福井県在宅医療サポートセンター事業（地域支援部会）⑤

備品貸出の一例

「もしバナカード」について市民を対象とした研修会にて使用した。病気になる前のものための話し合いを行っていただいた。カードを使用することで難しい話題を考えた話し合うことができ有効なツールであった。



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

27 福井県在宅医療サポートセンター事業（啓発・推進部会）①

啓発・推進部会の活動

研修会名：平成27年度在宅医療フォーラム in 福井

日時：平成28年2月28日

場所：フェニックスプラザ

参加者数：223名

テーマ：～在宅で楽しく過ごそう～



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

啓発・推進部会の活動

在宅医療に関する県民公開講座

日 時：平成29年2月26日（日）（フェニックスプラザ）
 参加者数：268名（一般155名、関係者113名）
 テーマ：「人生最期をどう生きるのか 死ぬことから考える生き方」
 内 容：寸劇を交えた講演

第1部：特別シアター
 テーマ「わが家での看取り ～自分と向きあい、
 家族と向きあい、死と向き合う～」
 体験談「患者家族によるわが家での看取り体験談」
 第2部：討論会 テーマ「みんなで支えるわが家での看取り」



啓発・推進部会

講座名：県民公開講座
 日 時：平成30年3月4日（日）（AOSSA県民ホール）
 参加者数：244名（一般197名、関係者47名）
 テーマ：「あなたの想いを大切な家族と!!
 ～人生の終わりは自分で決める～」
 内 容：【基調講演】
 演題：「『い（生・逝）きかた』は、自分で決める」
 講師：ライフ・ターミナル・ネットワーク代表・
 終活ジャーナリスト 金子 稚子 氏
 【パネルディスカッション】
 「その人の望む生き方（逝き方）を支えるには」



30 福井県在宅医療サポートセンター事業（啓発・推進部会）④

啓発・推進部会

講座名：県民公開講座
 日時：平成31年2月24日（日）（フェニックスプラザ）
 参加者数：345名（一般 196名、医療関係者 149名）
 テーマ：「さいごまで自分らしく
 ～いまからすること、しなければならないこと～」
 内容：【パネルディスカッション】
 「死は終わりではなくてはじまり！
 ～理解しておきたいポイント～」
 ◆「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）ってなあに？」
 ◆「思いを伝えるエンディングノート」
 ◆「財産相続に関して」
 ◆「最期の治療の選択に関して（救急医療の立場から）」



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

31 福井県在宅医療サポートセンター事業（啓発・推進部会）⑤

令和2年度の啓発推進部会の活動

講座名：県民公開講座
 日時：令和2年3月1日（日）（フェニックスプラザ）
 ⇒ **開催中止（新型コロナウイルス感染症の影響にて）**
 参加者数：
 テーマ：「しあわせのカタチは十人十色～それぞれの思いだっている！～」
 内容：【在宅医療に関する事例紹介（ミニ寸劇）】
 在宅医療の重いイメージを変えてみませんか!!
 テーマ「それぞれの思いを大切に！」
 ①病院としっかり連絡を取り合った一例
 ②家に帰ってよかった一例
 ③どうしたらいい?財産相続!

【パネルディスカッション】

テーマ「あなたも家族も気軽に家で過ごすには」

◆座長 福井県医師会理事・福井県在宅医療サポートセンター運営委員会委員長 伊部晃裕 氏

◆パネリスト

「あなたも家族も頑張らない!を皆で支えます」 福井県在宅医療サポートセンター啓発・推進部会長 山本雅之 氏
 「[[頑張らない!]を支える訪問看護の話」 福井県訪問看護ステーション連絡協議会会長 山崎雪代 氏
 「ケアマネージャーのお仕事って？」 福井県介護支援専門員協会理事 紘谷洋幸 氏
 「笑ってハッピー財産相続」 ふくい相続・終活連絡協議会代表 青木克博 氏

◆コメンテーター 福井県健康福祉部長寿福祉課長 境勝利 氏

<相談コーナー> 口腔ケア相談、服薬相談、栄養相談、訪問看護相談、終活相談

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

32 福井県在宅医療サポートセンター事業（啓発・推進部会）⑥

【在宅医療の実践状況・課題把握に係る調査】の概要

【在宅医療の実践状況・課題把握に係る調査】（平成27年度から平成29年度）

年度	発送機関数	回答機関数	回収率
平成27年度	493	380	77.1%
平成28年度	489	350	71.6%
平成29年度	482	358	74.3%



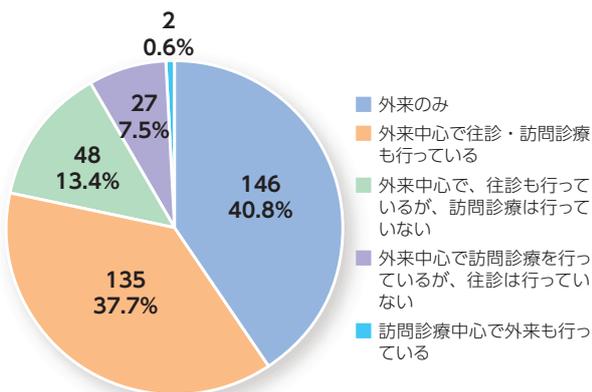
- ・「新型コロナウイルスに感染して思うこと」をテーマに新型コロナウイルス感染者（重症であった方）へのインタビューを行った。
- ・令和2年度実施：人生の最終段階における意思表示について各市町において住民基本台帳より無作為抽出1,000人を対象に県民アンケートを実施。（回収率：69.9%）
- ・令和3年度実施：エンディングノートに関する医療・介護の項目内容に関する調査
- ・コロナワクチン集団接種に来られた65歳以上の高齢者400名に実施

内 訳：福井市200名、越前町100名、大野市100名
回収率：39%

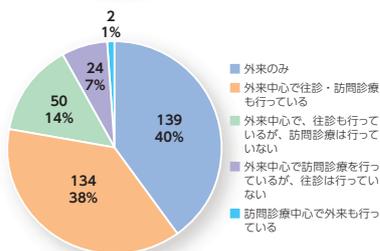
医療法人池慶会 池端幸彦 作成

33 「在宅医療の実践状況・課題把握に係る調査」の結果（平成28・29年度）

在宅医療の取り組み



【外来のみ】が約4割、往診・訪問診療と何らかの形で在宅医療を実施している医療機関は6割。病院では5割にあたる25機関が訪問診療を実施。



平成28年度・平成29年度調査、ともに回答いただいた医療機関（285機関）を抽出し突合分析した結果、訪問診療を担っている医療機関は、ともに142機関であり変化なし。

一方、「往診・訪問診療も行う」が、平成29年度は7機関減少しており、逆に「訪問診療は行っているが、往診は行かない」が7機関増加しており、休日・夜間の時間外の往診が負担になっていることがうかがわれた。

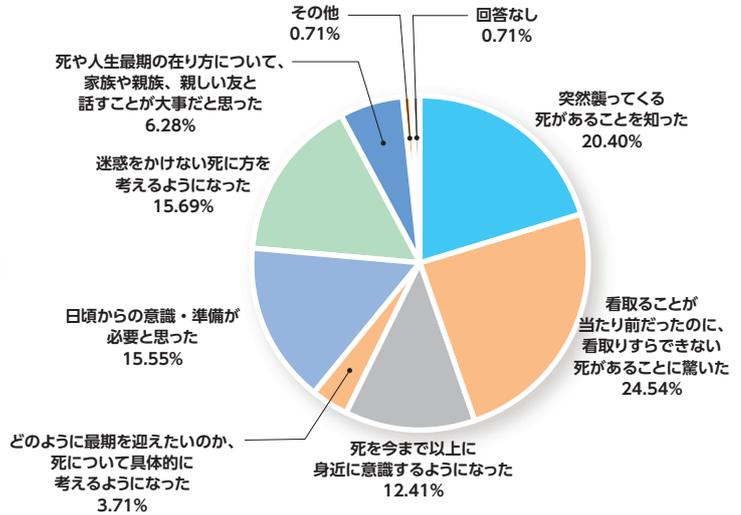
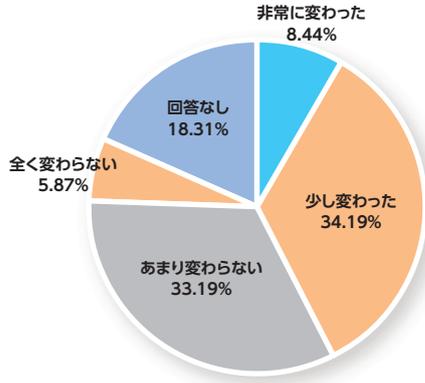
医療法人池慶会 池端幸彦 作成

34 「在宅医療の実践状況・課題把握に係る調査」の結果（平成29年度）

人生の最終段階における意思表示についてアンケート調査結果（抜粋）

新型コロナウイルス感染拡大を経験して、
あなたの「死」に対する意識は変わりましたか。

どのように変わりましたか



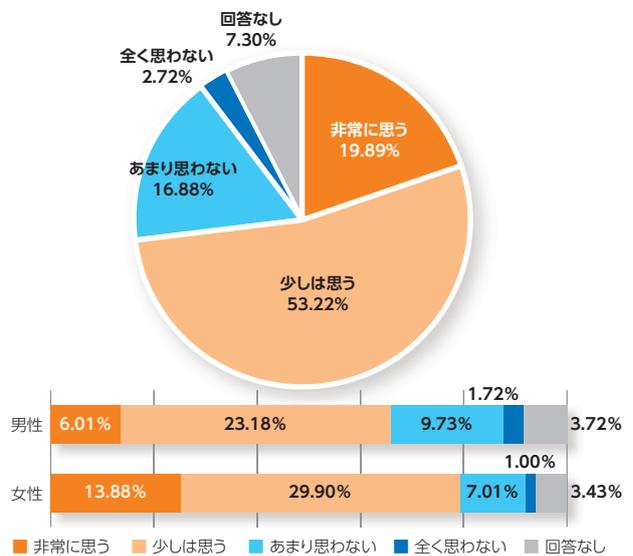
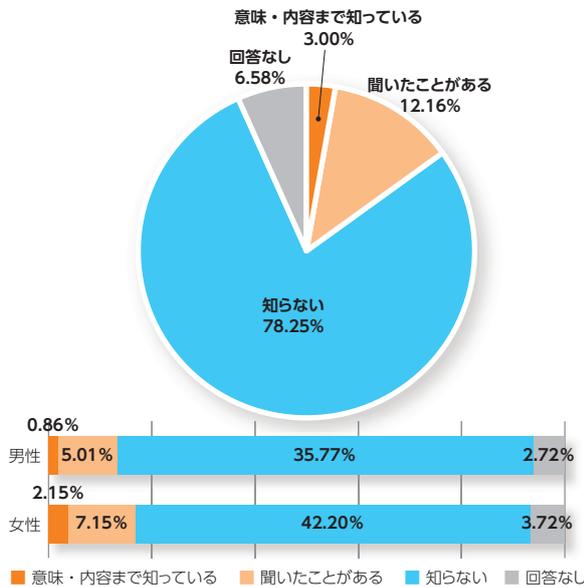
医療法人池慶会 池端幸彦 作成

35 「在宅医療の実践状況・課題把握に係る調査」の結果（平成29年度）

人生の最終段階における意思表示についてアンケート調査結果（抜粋）

「人生会議（ACP）」について
どの程度ご存知ですか。

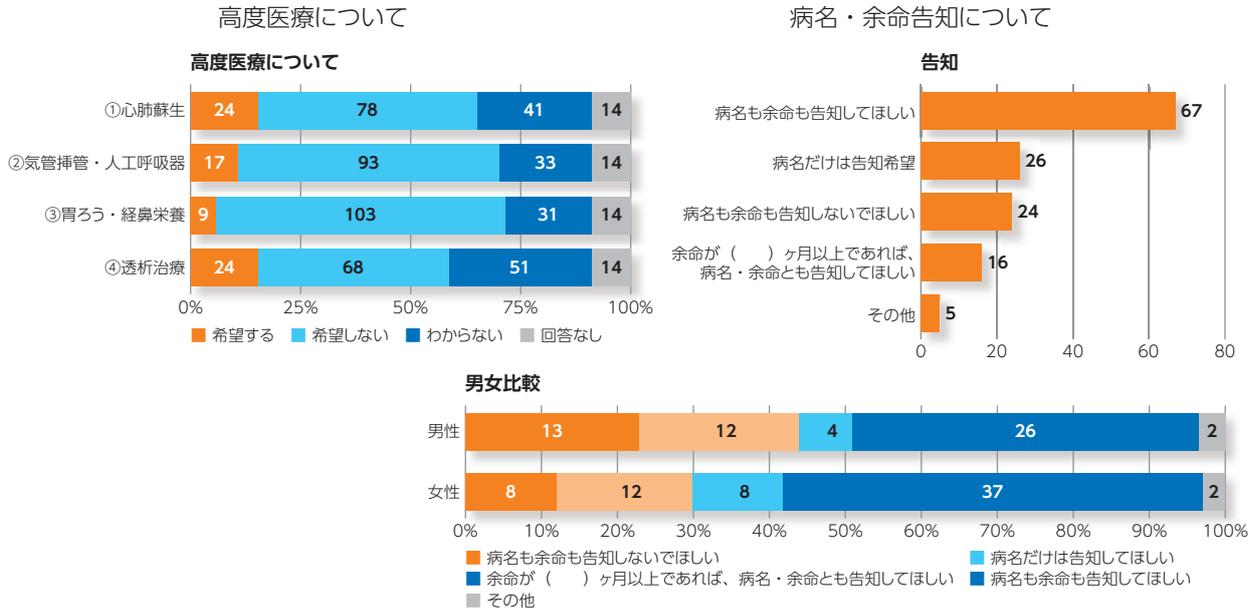
新型コロナウイルス感染拡大状況において
「人生会議」の話合いが大事だと思いましたか。



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

36 「在宅医療の実践状況・課題把握に係る調査」の結果（平成29年度）

エンディングノートに関する医療・介護の項目内容に関する調査（抜粋）No.1



※上記の意見をもとに、福井県版のエンディングノート作成の検討を実施中

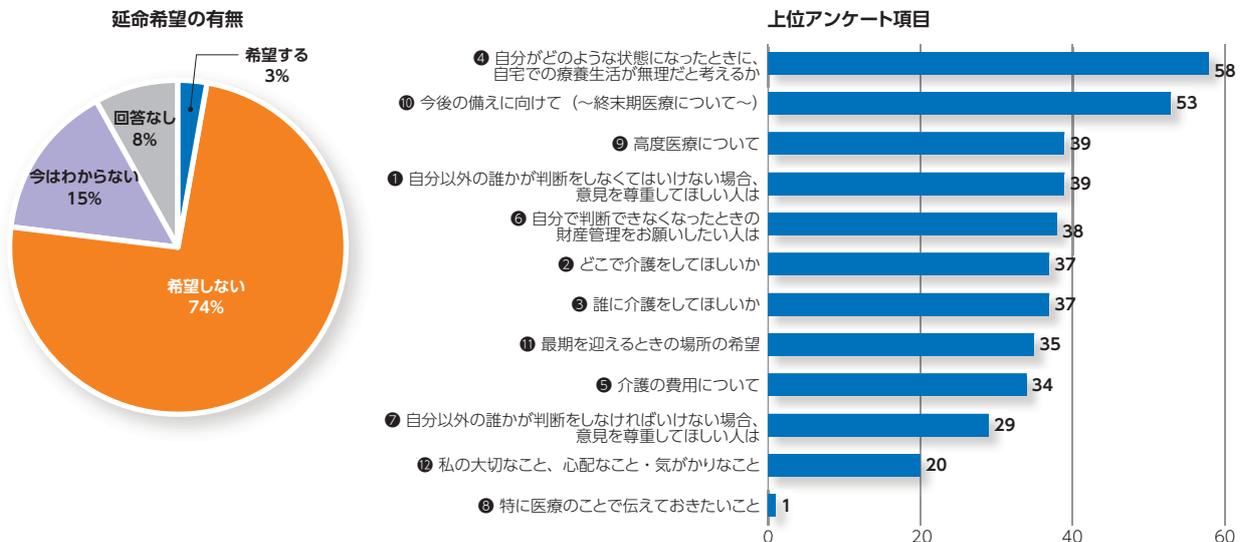
医療法人池慶会 池端幸彦 作成

37 「在宅医療の実践状況・課題把握に係る調査」の結果（平成29年度）

エンディングノートに関する医療・介護の項目内容に関する調査（抜粋）No.2

あなたが回復の見込みがなくて死期が迫った時に、
延命治療を希望しますか

一番大切と思う番号上位5つご記入ください



※上記の意見をもとに、福井県版のエンディングノート作成の検討を実施中

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

38 かかりつけ医・在宅医療に係る普及啓発研修事業（1）

県民を対象の市民公開講座を実施（平成30年度、令和元年度）

演題名：『かかりつけ医を持つ大切さ』～住み慣れた地域で暮らしていくために～

講師：福井県医師会副会長（当時） 池端幸彦

開催日	開催会場	受講者数
平成31年3月2日（土）午後2時より	ニューサンピア敦賀 2階「気比の間」	34名
平成31年3月16日（土）午後2時～	武生医師会館 3階「講堂」	80名
令和元年11月2日（土）午後2時～	勝山市福祉健康センター すこやか「多目的ホール」	26名
令和元年11月23日（土・祝）午後2時～	福井県医師会館 2階「大ホール」	52名



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

39 かかりつけ医・在宅医療に係る普及啓発研修事業（2）

令和2年度は
WEB配信

福井県 オンライン市民公開講座

講師・テーマ

テーマ：『新型コロナウイルス感染症の正しい知識とかかりつけ医の役割』～今だからこそ、かかりつけ医をもとう！～

講師：福井県医師会副会長 池端 幸彦 先生
【プロフィール】
池端病院理事長・院長、中央社会保険医療協議会委員、社会保障審議会医療保険部会構成員 等

更新情報

2021/2/1 市民公開講座のチラシを掲載しました。
2021/1/22 市民公開講座のサイトをアップしました。
2021/1/22 公開講座の動画を掲載しました。

掲載開始日	掲載・開催方法	アクセス数 (2021/3/31現在)
令和3年1月22日 (金) より	<ul style="list-style-type: none"> ■掲載方法：県医師会ホームページ上にサイトを開設 ■開催方法：オンライン形式での動画視聴ならびにアンケートへの回答 	第1部：240回 第2部：114回 第3部：125回

①「福井県の新型コロナウイルス感染症～第1波～」

②「福井県の新型コロナウイルス感染症～第2波から現在～」

③「かかりつけ医とは」

画面をクリックすると再生が開始されます。（Youtube動画：約20分）

画面をクリックすると再生が開始されます。（Youtube動画：約15分）

画面をクリックすると再生が開始されます。（Youtube動画：約10分）

40 福井県版入退院支援ルール

高齢者（特に介護が必要な方）が入退院する際に、病院とケアマネ間でスムーズに引継ぎをするための情報共有ルール
(県全域で適用するルールは全国初)

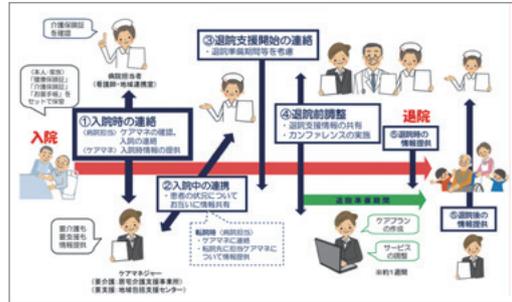
構成

- (1)退院支援フロー（情報共有の基本的な流れ）
- (2)窓口一覧等（病院・有床診療所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町介護保険担当部署）
- (3)入院時情報提供シート、退院支援情報共有シート

取組み

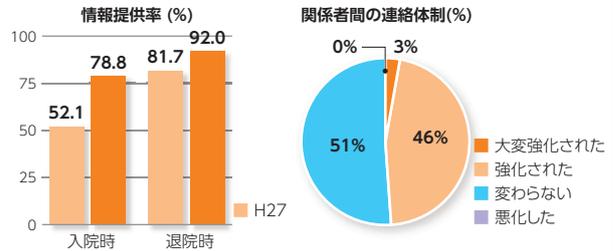
- ・27年7月
居宅介護支援事業所に対する医療と介護の連携状況に関するアンケートの実施
(27年6月に退院した患者736人分のケースを分析)
- ・27年9～28年3月
各保健所圏域ごとに、病院の地域連携室、居宅介護支援事業所、県・保健所・市町担当者による合同協議を各圏域2回実施。
その後、各圏域の代表者による全県会議および医療審議会在宅部会により、ルール策定
- ・28年4月～ ルール運用
- ・28年7月～ アンケートの実施・集計
- ・28年度中 各圏域ごとの合同協議、圏域代表者全県会議を開催しルール改定予定

退院支援フロー



【参考】ルール運用開始後のアンケート結果（速報値）

入院時・退院時の情報提供率がともにルール運用開始後に上昇
 約半数のルール使用者が関係者間の連絡体制が強化されたと回答



41 入退院時の医療介護連携の推進に向けた取り組み事例

福井県における退院支援ルールの策定の取組

取組開始時の現状と課題	保健所単位での意見調整	福井県退院支援ルールの策定
<ul style="list-style-type: none"> 入院時、ケアマネから医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。 退院時、医療機関からケアマネへの連絡は3割弱で情報提供がなく、2割以上が退院直前だった。 <p>ケアマネジャーから病院への情報提供（入院時） 病院からケアマネジャーへの情報提供（退院時） </p> <ul style="list-style-type: none"> 病院とケアマネの連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていなかった。 	<p>県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認</p> <p>全県のケアマネジャーを対象に入退院時連携の実態を調査</p> <p>県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置</p> <p>医療機関、ケアマネジャー、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ</p> <p>市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。</p>	<p>退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県統一のルールを策定した。（平成28年4月運用開始）</p>

県の役割	県医師会の協力	期待される成果
<ul style="list-style-type: none"> 事業の企画・予算の確保 市町への参加要請（介護保険担当部署、地域包括支援センター、居宅介護事業所等） 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善 	<ul style="list-style-type: none"> 事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言 都市医師会に対する連絡調整や協力要請 病院、有床診療所、ケアマネ協会等の関係機関に対する協力要請 	<ul style="list-style-type: none"> 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる ○入院時情報提供がなかった割合：約5割→約2割 うち要支援者：約7割→約4割 ○退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合：約2割→約1割 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる

42 医療情報ネットふくいの医療機関検索（地域連携）

- 在宅医療に対応しているか、どんな処置ができるか、介護サービスと連携しているかといった、在宅療養患者の逆紹介をするための条件で医療機関を検索できる。
- 任意の場所（患者の居宅等）を指定すると、指定場所から近い順に医療機関を並び替えて表示できる。



医療機関検索（地域連携）

在宅医療に関する項目、介護サービス、診療科、所在地（中心点）、名称など地域連携に関する項目から、医療機関を検索することができます。（連携条件設定可能）

基本情報 場所指定 診療科目 対応できる在宅医療 介護サービス等

対応できる診療 受け入れ可能な患者 人員配置 設備・機器 血液・医薬品

※地域指定を選択した場合、指定された地域内にある医療機関を検索します。
中心点指定を選択した場合、地図で指定した場所（患者の居宅等）を中心として近い順に医療機関を検索します。

○ 地域指定 ● 中心点指定

※地図上のピンが現在指定している中心点です。
※地図を動かすと指定する中心点を移動できます。
※地図下側のキーワード（郵便番号や住所、施設名）を入力し、「移動する」ボタンを押すと該当した場所に中心点が移動します。

中心点: 〒910-8580 福井県福井市大字3丁目17-1

キーワード: (入力例) 910-8580/福井市大字3丁目17番1号/福井県福井市

<http://www.qq.pref.fukui.jp>

↓

「医療関係者ページ」

↓

「医療機能検索（地域連携）」

医療機関検索（地域連携）

検索結果: 202件

場所指定: 福井県福井市 福井市大字3丁目-1 ?

設備・機器: 車椅子対応

※この内容は一部変更されている場合もあります。受診される場合は直接医療機関へご確認ください。
※表示されている医療機関情報は、情報提供に協力いただいた機関のみのため、表示されていない場合があります。

距離	医療機関情報	距離	医療機関情報
1.7km	市 29 (建) 4321	1.7km	市 16-1 (部・病) 3101
1.8km	市 2丁目10番25-108号 (建) 9015	1.8km	市本宮2-9-9 (建) 4607
1.8km	市 2丁目番38号	1.9km	市本宮2-9-9

43

福井県在宅医療サポートセンターの 小児在宅に関する取り組み



44 調査結果よりの主な課題・要望

- 医療的ケア児に**対応できる機関が少ない**。
- 医療に対応できる**人材（スタッフ）が不足**。
- **地域の病院**でも、障害児の対応をしてほしい。
- **レスパイト入院、短期入所や緊急時の受け入れ先**を確保してほしい。
- **18歳以上への受け入れ先がない**。
- 通院などの**移動支援、入浴サービス**などの生活支援を充実してほしい。
- 地域において、**福祉、医療、教育などが連携**してほしい。

45 福井県における取り組み状況

令和元年度の取り組みについて

<今後の進め方>

【人材育成】

- ・ **医師向け研修（啓発）**⇒ **県医師会を通じて啓発研修の実施**
- ・ 看護師研修 ⇒ 在宅医療サポートセンターなどにおいて、医療的ケア児への対応研修を実施
- ・ 介護職員研修 ⇒ 医療的ケア児に対する喀痰吸引等の研修の充実
- ・ **コーディネーター養成研修** 対象：相談支援専門員、保健師、訪問看護師等
- ・ 支援者養成研修 対象：看護職員、介護職員、リハビリスタッフ、学校関係者等

【連携体制の構築】

- ・ 地域（保健所圏域または市町ごと）における**協議会の設置**
⇒ 2019年8月時点においては福井市のみ設置済み、越前市は設置予定となっている。

【レスパイトの充実】

- ・ 医療機関の**レスパイト入院の充実**（既実施医療機関の機能強化等）
- ・ 受け入れ福祉事業所の拡充
- ・ 在宅レスパイトの実施

【その他】

- ・ **移動支援、入浴サービス**については、現行制度の見直しを検討
- ・ **18歳以上への受け入れ先**についても併せて検討

令和2年11月11日
福井県小児在宅医療
推進研修会

令和2年2月20日
福井県医療的ケア児等
支援者養成研修

令和2年2月18日
医療的ケア児の
レスパイトに関する
意見交換会

46 福井県在宅医療サポートセンター事業での取り組み（1）

小児をテーマとした研修会（平成29年度）

平成29年度より、多職種を対象とし研修会を開催している。

<平成29年度>

在宅医療研修会

平成29年12月14日（福井県医師会館）

「医療的ケアの対象児(者)の在宅医療～安全に在宅で管理するには～」

医療的ケアの対象児(者)における在宅医療のネットワークづくりが重要との視点からグループワークにて課題・問題点の抽出を行った。

<課題>

①制度、社会資源について

- ・制度を正しく理解している人が少ない 行政サービスとつなぐやり方は？
- ・教育機関（学校・保育園）との連携が難しい。
- ・コーディネーターは誰？

②在宅診療所・訪問看護

- ・小児の経験が少ない（医師も看護師も） 日常的に医療的ケア児を見ていない。
- ・症状悪化時、在宅でどこまでするのか。小児科医（病院）との連携が必要。
⇒小児を受け入れてくれる医療機関・訪問看護が少ない。

③小児の医療的ケア児の特徴

- ・医療ケアが多い。
- ・症状の変化がダイナミック。

47 福井県在宅医療サポートセンター事業での取り組み（2）

小児をテーマとした研修会（平成30年度）

<平成30年度>

在宅医療研修会

平成30年8月30日（福井県医師会館）

「在宅における気管切開児の管理」～在宅でよくあるトラブルの対処法について～

在宅における気管切開児の管理 や気管切開児のトラブル時の対応について・気管切開カニューレ抜去時の対処法・気管カニューレ交換時のポイントの実技研修を実施した。

<研修後の意見>

- ・カニューレを実際に入れたことがなかったので、**実技でよい研修**になった。
- ・側彎の児の場合とても難しいと感じました。
- ・側彎の強い児の挿入について、実際見て理解できた。訪問の現場で、もしもの時に役立つ。
- ・カニューレ挿入がこんなに難しいのかと思うくらい入りにくく気持だけ焦りました。**とても良い経験**だった。
- ・**実際に入れる感覚**がわかった。Yガーゼで気道の向きを理解するということを初めて知った。



※令和元年度についても、引き続き小児の経鼻カテーテルの管理及び吸引等についての実技研修を行う予定にしている。

しかし、それでも医療的ケア児の在宅医療を担う医師は 広がらない・・・

- 小児専門医との連携の困難さ
- 成人の在宅医療との違い
 - ・ 症状の重症度が高く、変化が早い
 - ・ 母親の存在
 - ・ 本人の意思表示の困難さ
 - ・ 教育機関との対応
 - ・ 疾患の希少性
 - ・ 在宅での予防接種だけでも、どれだけ助かるか・・・。
- 研修の困難さ
- 障害福祉諸制度の複雑性と煩雑さ
- 急性増悪時やレスパイト時の受入体制確保の困難さ



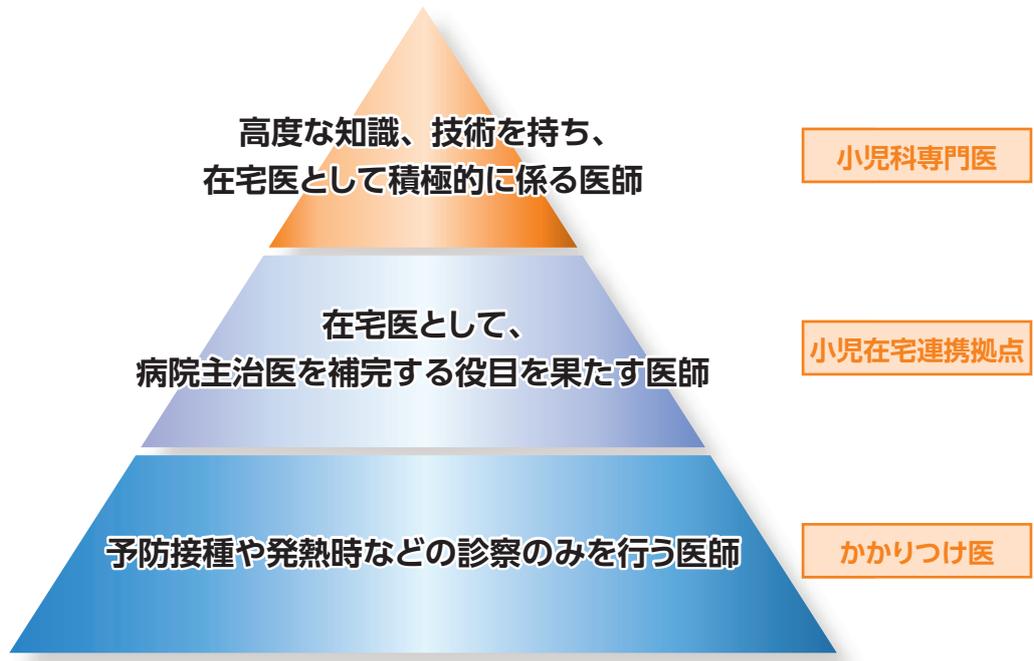
医療法人池慶会 池端幸彦 作成

49 小児在宅医療に関わる際の小児科医と在宅医の違い

	小児科医が在宅医となる	在宅医が小児を診る
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児に慣れている ・ 母親の対応に慣れている ・ 教育機関、病院とのつながりが強い ・ 予防接種が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 時間の確保が容易 ・ 24時間365日対応可能 ・ 在宅医療に慣れている ・ デバイスに対する抵抗感が少ない
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来が忙しい ・ 24時間対応への抵抗がある ・ 在宅医療の経験が少ない ・ デバイスに対する抵抗感がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児に不慣れ ・ 母親の対応が苦手 ・ 教育機関、病院とのつながりが薄い ・ 予防接種ができないことがある

平成29年度 小児在宅医療に関する人材講習会より

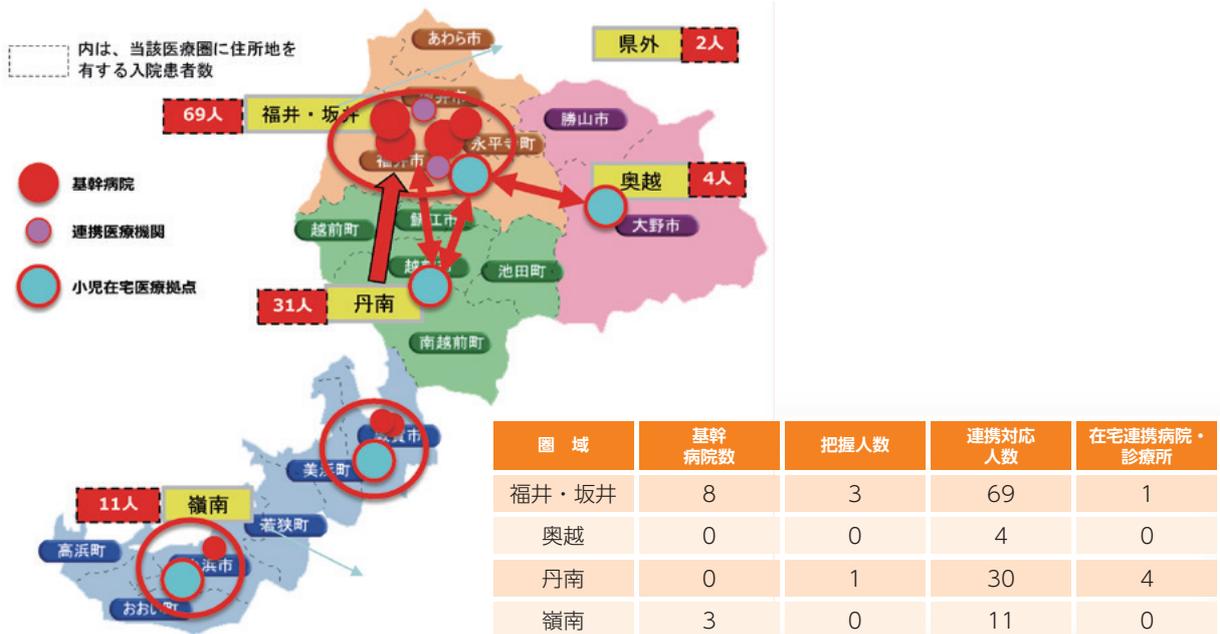
50 地域で小児在宅医療に係る医師の質と量の確保



平成29年度 小児在宅医療に関する人材講習会より

51 県内二次医療圏の医療的ケア児の現状（平成30年度）

福井市内の4病院（県立、大学、日赤、循環器）で、全体の8割を占める。

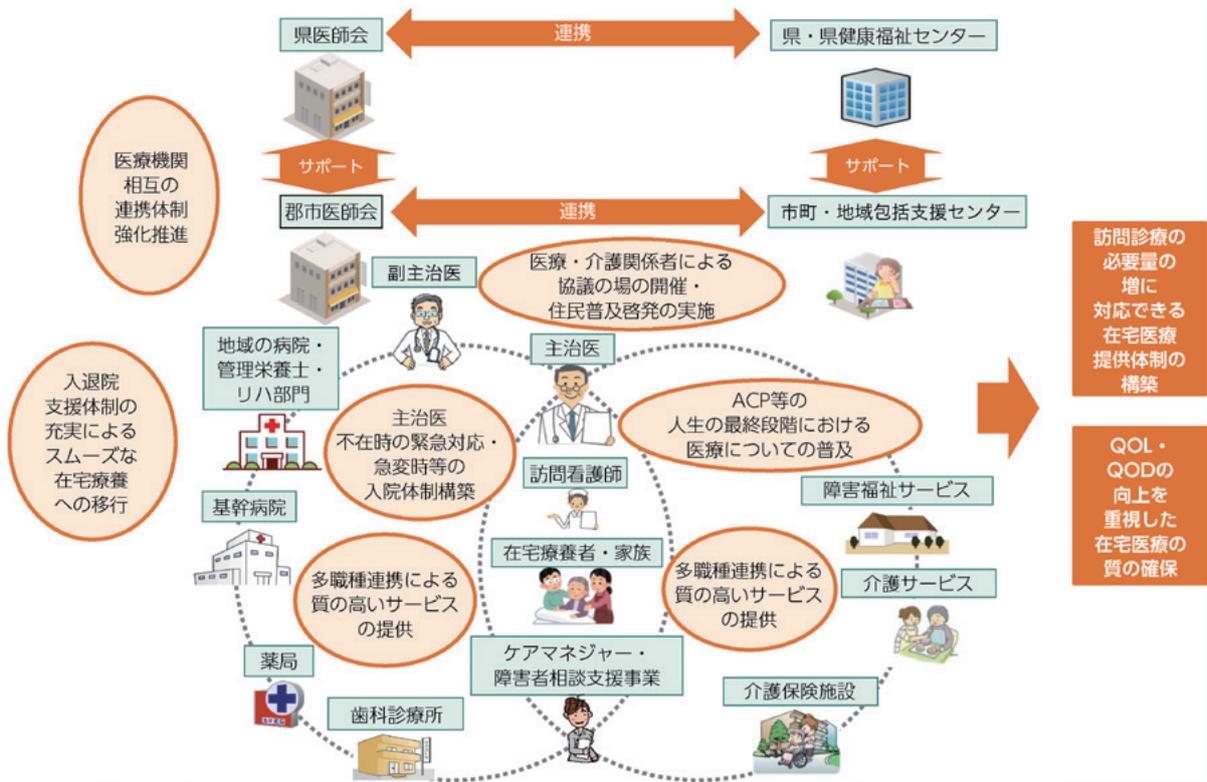


医療法人池慶会 池端幸彦 作成

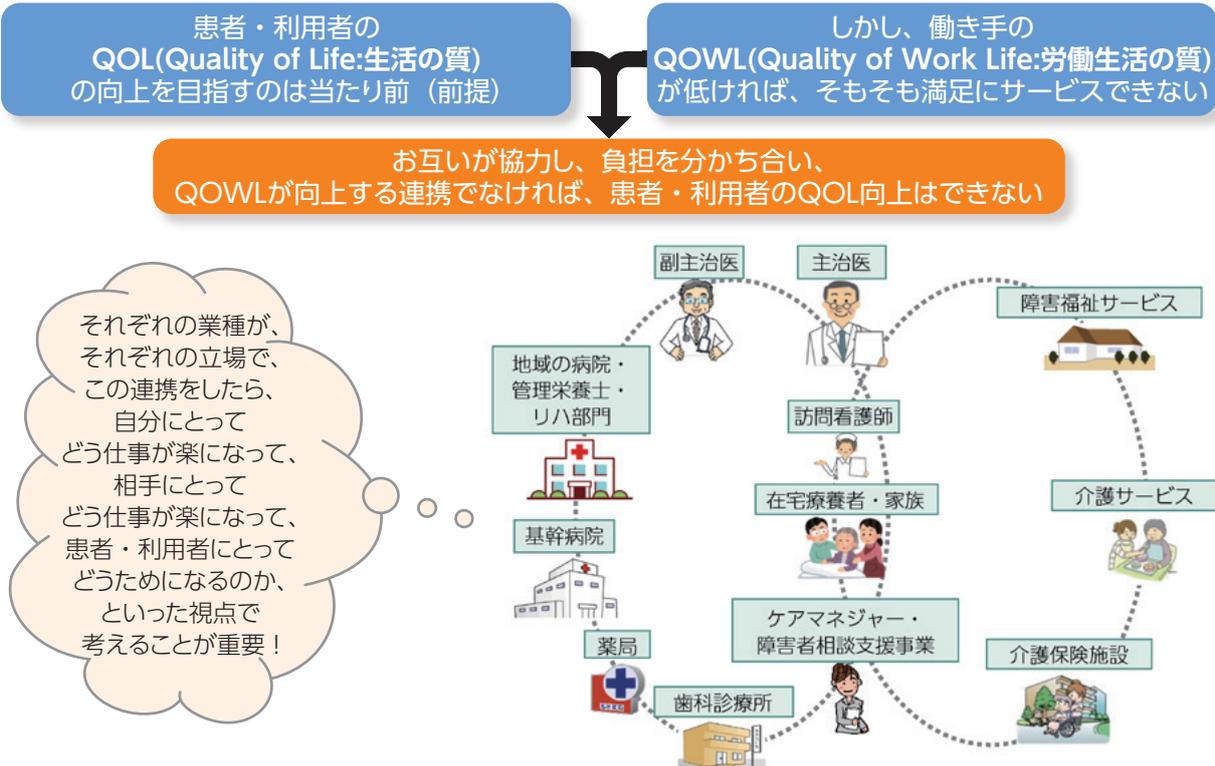
- 病診・診診連携
- コーディネーター

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師

54 福井県の在宅医療体制概念図（『第7次福井県医療計画』より）



55 医療・介護における多職種連携の必要性



56 在宅医療・介護連携促進の課題（行政側）

- 縦割り行政の弊害
- 公的予算措置事業の弊害
- 国・県・市町村の位置関係
- ストラクチャー・プロセスの重視（反成果主義）
- 画一的（非戦略的）人事異動
- 行政マンの悲哀
- **国民・県民・市民目線の弱さ**

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

57 在宅医療・介護連携促進の課題（医師会側）

- ワンマン主義（お山の大将!?)
- 予算措置が脆弱
- 日医・県医・郡市区医の位置関係
- 保守的成果主義
- 硬直的（非戦略的）人事
- 中小零細産業の悲哀
- **国民・県民・市民目線の弱さ**

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

- **まず始めること、始めたら続けること**
- **上を見てもキリがないけど、下を見ていては始まらない**（2：6：2の法則） **人財：人材：人罪**
- **相手の言語**を少しでも学ぶ努力を！
- **認知症・コロナ**対策は、連携構築の絶好のチャンス！
- 相手から**声がかかったらチャンス**と思え！
- **苦情はチャンス**、無視は最悪

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

そして最後に

- 地域包括ケアと地域医療構想は車の両輪連携三部作のすすめ
(県と県医師会、県医師会と郡市区医師会、郡市区医師会と市区町村)
- 多職種連携のすすめ (県単位、郡市区単位)
- 情報の一元化
- 先進的取組事例の利用
- 地域特性を活かす
- **コロナ禍**は絶好のチャンス (成功体験の共有)



医療法人池慶会 池端幸彦 作成

少しのお金と3種の神器

(3種の神器)

- ① 信頼出来るかかりつけ医
- ② 信頼出来るケアマネジャー
- ③ 頼りになる地域包括支援センター

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

- ①在宅復帰・在宅医療支援機能
- ②リハビリテーション機能
- ③終末期医療機能（看取りを含めて）

+3種の神器

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

Act Now for the New Normal

～ウィズコロナ時代のための今～

医療法人池慶会 池端幸彦 作成

3 行政から見た地域の様々な取り組み

田中 明美

目 標

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である。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ことへの理解を深めることを目標とする。

Keyword

在宅医療・介護連携推進事業の内容、在宅医療・介護連携推進事業の手引き (vol. 3)、認知症総合支援事業や総合事業等との連動

内 容

1. 第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進事業の手引き書の見直しについて
3. 地域での様々な取り組みについて

令和3年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第1部

【総論3】

行政から見た地域の様々な取り組み

厚労省老健局認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進室 室長補佐

田中 明美

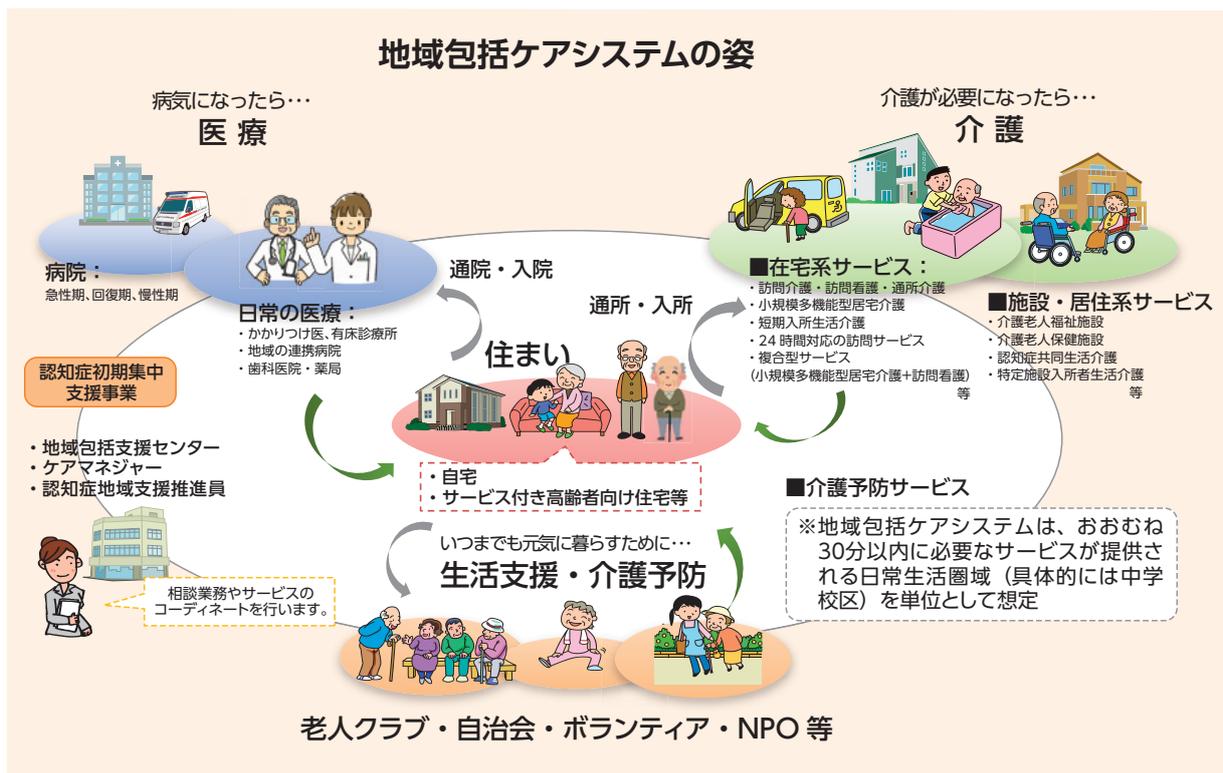
1 本日 お話すること

- 1 第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業について
- 2 在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直しについて
- 3 地域での様々な取り組みについて

1

第8期介護保険事業計画期間からの 在宅医療・介護連携推進事業について

3 地域包括ケアシステムの姿



4 【参考】「地域包括ケアシステム」に係る規定

介護保険法 第5条第3項（地域包括ケアの理念規定）

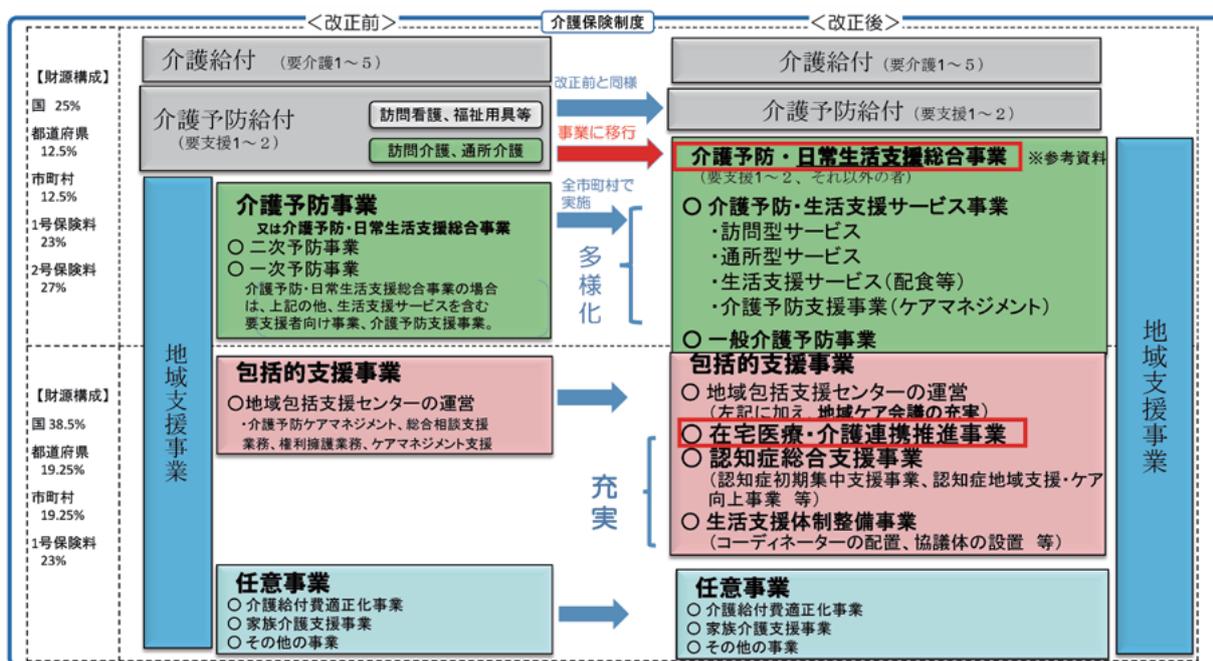
国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

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

第2条（定義）

この法律において、「**地域包括ケアシステム**」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

5 新しい地域支援事業の全体像（平成26年改正前後）



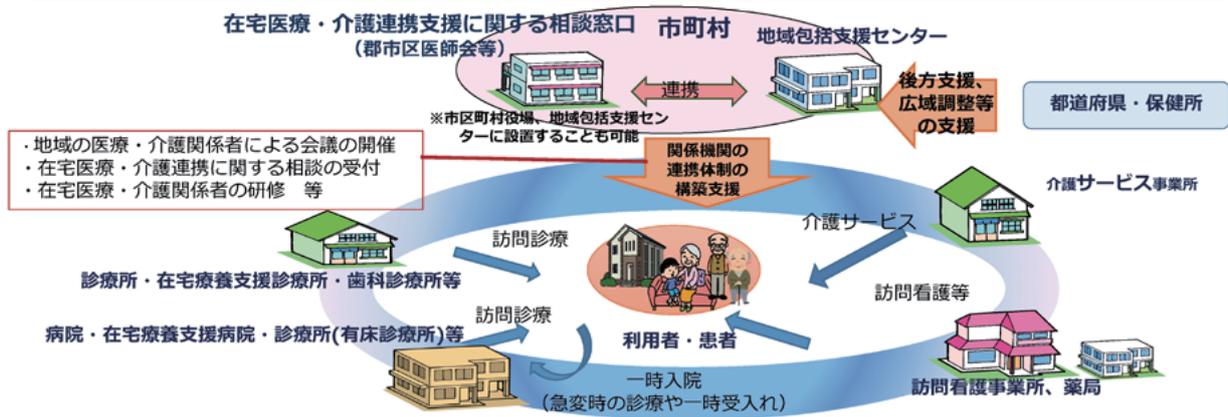
6 在宅医療・介護連携の推進

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

（※）在宅療養を支える関係機関の例

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

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



7 在宅医療・介護連携推進事業の見直しについて

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料(抜粋)
令和2年7月31日

○在宅医療・介護連携推進事業については、平成30年度から全ての市町村で実施されており、約6割の市町村では、事業で定められた項目以外が地域の実情に応じて実施されるなど、取組が定着するとともに広がりが出てきている。

一方で、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる市町村がくあるとともに、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘もある。

○このような状況を踏まえ、第8期介護保険事業（支援）計画期間から、地域の実情に応じた柔軟な取組を可能としつつ、取組の更なる充実が図れるよう、以下の通り見直しを予定している。

在宅医療・介護連携推進事業に関する見直し

①現状規定する8つの事業について、PDCAサイクルに沿った取組を更に実施できるよう、以下の考え方で介護保険法施行規則等を見直す。

- 現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業を整理し、趣旨を明確化する
- 地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に
- 他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化

②手引き等の中で、以下の内容を明確化する。

- 認知症施策や看取りに関する取組を強化すること
- 都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）

③PDCAサイクルに沿った取組を後押しできるよう、評価項目例をお示しする予定。あわせて、地域包括ケア「見える化」システムを活用し、見える化を推進する。

在宅医療・介護連携推進事業の省令改正イメージ (介護保険法施行規則 令和3年4月施行予定)

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料 (改) 令和2年7月31日

Table with 2 columns: '改正後' (After Amendment) and '改正前' (Before Amendment). It details changes to Article 45 of the Nursing Insurance Act Enforcement Regulations regarding the provision of home medical and care services.

○介護保険法施行規則 (平成十年厚生省令第三十六号) (案) (抄) (令和三年四月日施行)

(青線部分は改正部分)

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直し

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料 令和2年7月31日

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案. (ア) 地域の医療・介護の資源の把握. (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討. ②地域の関係者との関係構築・人材育成. (カ) 医療・介護関係者の研修. ③(ア)(イ)に基づいた取組の実施. (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. (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援. (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援. (キ) 地域住民への普及啓発. (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携.

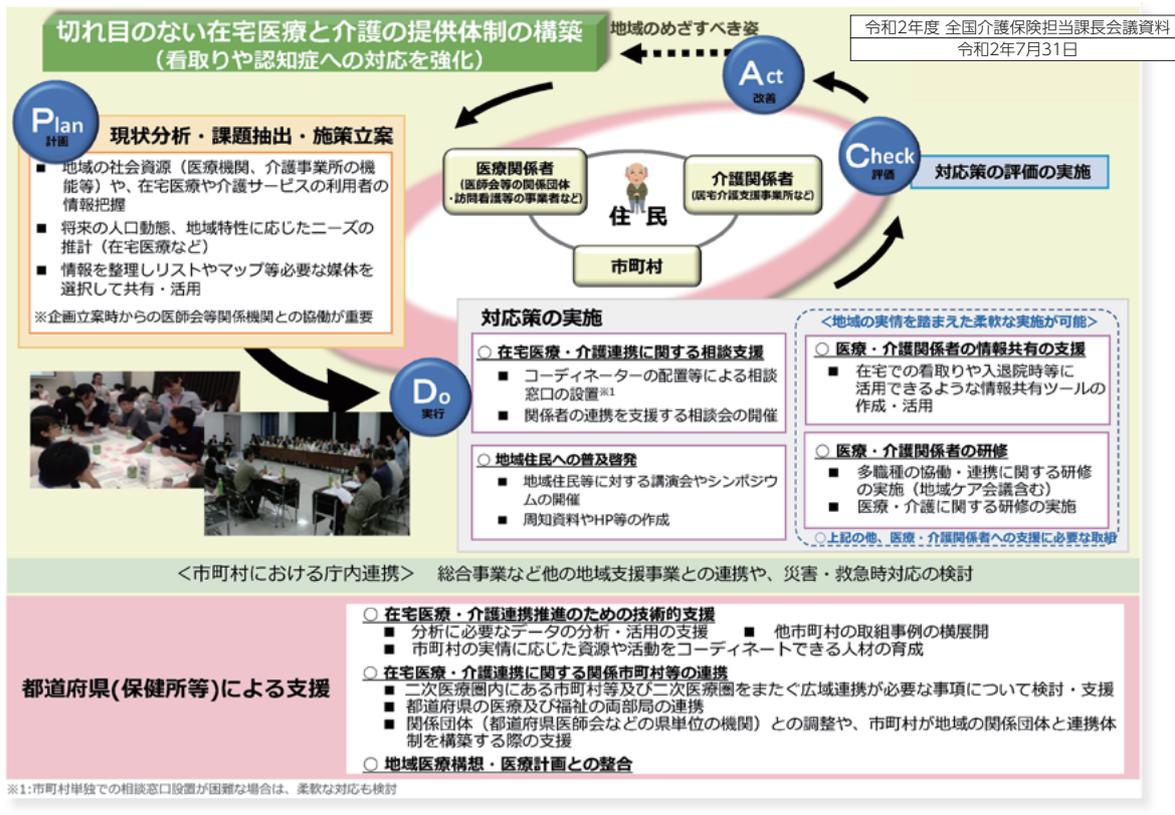
事業全体の目的を明確化した上でPDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする. 観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し.

地域のめざす理想像. ●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・介護の資源の把握. (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出. (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・介護関係者に関する相談支援. (キ) 地域住民への普及啓発. (カ) 医療・介護関係者の研修. ③対応策の評価・改善.

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

都道府県主体の役割へ変更 (都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。)

※あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることを留意。実際の運用は前記イメージは、次のスライドを参照。なお、「(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」と「企画立案」の要素があつたため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記



2

在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直しについて

12 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。
- そして、本事業の開始から数年が経過し、現在では、8つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある。一方で、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる等、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘もあった。
- このような中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3（介護保険最新情報vol.871）」として、令和2年9月に発出。

1 改訂のポイント

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

★在宅医療・介護連携推進事業の手引き (Ver.3)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>



13 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

2 手引きの構成

- 「第1章 事業概要」「第2章 市町村における事業の進め方」「第3章 都道府県の市町村に対する支援」「第4章 参考」の4部構成
- 第7期介護保険事業計画期間までの8つの事業項目を踏まえた上で、PDCAに沿った取組ができるように事業マネジメントの視点を入れて再編
- 取組の手順と留意事項の混在を少なくするため、記載箇所をわけ、医療と介護が共通する4つの場面の取組を追加

【現行】手引きVer.2

- 一 在宅医療・介護連携推進事業の基本的な考え方 1
 - (1) 事業の背景および改訂の趣旨 1
 - (2) 事業の進め方 4
 - ・進め方のイメージ
 - ・在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクル
 - ・在宅医療・介護連携推進事業における評価指標の考え方
- 二 在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取組について 13
 - (ア) 地域の医療・介護の資源の把握 15
 - (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 19
 - (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 21
 - (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 24
 - (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 27
 - (カ) 医療・介護関係者の研修 29
 - (キ) 地域住民への普及啓発 34
 - (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 36
- 三 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項 38
- 四 都道府県の役割について 40

【改訂】手引きVer.3

- 第1章 事業概要 1
 - 1. はじめに 1
 - 2. 事業趣旨 3
 - 3. 在宅医療・介護連携推進事業の構成 5
- 第2章 市町村における事業の進め方 9
 - 1. 取組を始める前に 9
 - 2. 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル 13
 - 3. 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 23
 - 4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項 46
- 第3章 都道府県の市町村に対する支援 65
 - 1. 都道府県の役割について 65
 - 2. 市町村に対する支援の進め方 67
- 第4章 参考 73
 - 1. 都道府県・市町村の取組事例について 73
 - 2. 参考資料 73

ポイント

- ・改訂の経緯
- ・本事業と他計画の整理
- ・事業の構成
- ・庁内の組織づくり
- ・PDCAサイクルに沿った取組
- ・地域のめざすべき姿の設定
- ・4つの場面を意識した考え方と把握データの例
- ・事業推進のための技術的助言
- ・関係市町村等の連携
- ・地域医療構想・医療計画との整合

14 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

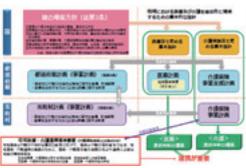
3「第1章 事業概要」の要旨

●はじめに（改訂の経緯） P1



- 現在、8つの事業項目に限らず、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある一方で、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘がある。
- 今般、本事業の見直しを図られ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、本手引きを改訂する。

●事業趣旨 P3



- 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人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的とする。
- 医療提供や介護サービスの提供体制そのものを評価し、整備を進めることを目的とするのではなく、地域における現状の社会資源を正確に理解し、住民のニーズに基づき、地域のめざすべき姿はどのようなものかを考えた上で、医療・介護関係者との協働・連携を円滑に進めることで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進する。

●事業の構成 P5



- 第7期介護保険事業計画期間までの8つの事業を踏まえつつも、次のステップに向け、市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れるよう、また、最近の動向を踏まえ、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるように事業構成の見直しを行う。
 「現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業整理／地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に／他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化」
- 都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）を明確にする。

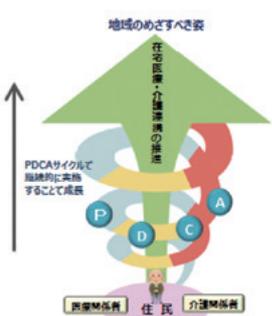
15 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

4「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

●取組を始める前に P9

- 地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制を構築し、維持、充実していくためには、地域のめざすべき姿を考えた上で、連続性をもった継続的な向上を図る、いわゆるPDCAサイクルに沿って事業をマネジメントすることが必要である。
- 普段からの医療・介護関係者及び都道府県との関係性も重要であるとともに、市町村が主体的に検討し、事業を実施するために、事業の継続性、質の確保の観点から、職員のキャリアパスや、継続性を持った人員配置等に配慮することで、介護保険部門のみならず、診療報酬を含めた医療制度の観点とその他の施策にも専門性を持つ人材を養成し、継続的に配置していくこと等が重要である。
- 他の地域支援事業に基づく事業、例えば認知症総合支援事業・生活支援体制整備事業等の他の施策との連携・調整を進め、会議や研修の合同開催などで一体的な運用を図ることで、高齢者には効果的にそして市町村では効率的な事業実施を行う。

●在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル P13



- PDCAサイクルに沿って事業をマネジメントするためには、PDCAサイクルの方法論を体系的に理解し実践することで、地域の実情にあった在宅医療と介護の連携に関するめざすべき姿を具体的に設定し、その理想像に近づけるプロセスを確立することが重要である。
- Planだけに時間をかけず、PDCAサイクルに沿った取組をきめ細かに進めることに加え、長期的視点と短期的視点を持ちながら、いつ、何を実現したいのか、という目的に対し、実現までの過程で目標を設定し、それを達成するための手段を検討する（取組の選択と集中も必要）。
- 地域によって人材を含めた医療と介護の資源は異なるため、PDCAサイクルのいずれの場面においても前提として、『地域の医療機関、介護事業所等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握することが重要であるが、その際には、医療提供や介護サービス整備の提供体制そのものの多寡を評価し、更なる整備を進めることを目的とするものではなく、地域の特性に応じた最適な仕組みを考えていくことが重要』と認識する。

16 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

●4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23



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

○在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。

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

●事業の実施に当たっての留意事項 P48

○事業委託、既に実施されている取組事例、PDCAサイクルに沿った取組を実施する上でのポイント など

17 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

5 「第3章 都道府県の市町村に対する支援」の要旨

●都道府県の役割 P65

市町村が地域のめざすべき姿に向かってPDCAサイクルに沿った取組ができているかなど、市町村の取組状況を確認することが重要である。そして、市町村が本事業を実施する上での課題を認識、課題を整理した上で、課題解決のための対応策と一緒に検討するとともに、必要に応じて広域的な支援体制の基盤をつくることなどが求められる。

「市町村の事業マネジメント力の向上」の視点・支援を踏まえた上で、在宅医療を始め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とともに、以下についてさらに進めていく必要がある。

なお、本事業を行うに当たり、都道府県の介護保険部局及び医療部局の双方が連携を密にして市町村支援に取り組むとともに、事業の業務継続や長期的な成果の評価を行うために、総合的に進める人材を長く配置することも重要である。

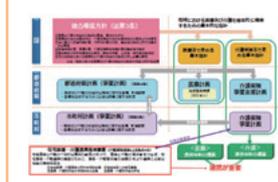
1. 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等について

- 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

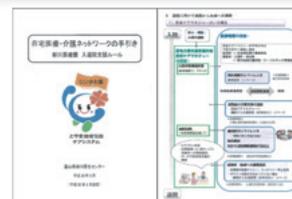
2. 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携について

- 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



○会議や打合せ等で、市町村と情報共有の実施



出典)富山県新川厚生センター

18 在宅医療・介護連携推進事業の手引き等の見直しに関する検討会

◎令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業（予算事業）において開催

目的・検討事項

- 在宅医療・介護連携推進事業については、地域包括ケアシステムの構築に資するため、平成26年の介護保険法改正により、平成27年度から市町村が行う事業として、地域支援事業の中に位置付けられ、平成30年度からは全ての市町村で実施されたところ。
- このような中で、「介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）」を踏まえ、第8期の介護保険事業計画に向けて、取組の更なる充実が図られるよう、より具体的な在り方等について検討を行う。

<主な検討事項>

- (1) 在宅医療・介護連携推進事業の手引き
- (2) その他

検討スケジュール

- 令和2年4月24日 第1回検討会（持ち回り）
- 令和2年5月22日 第2回検討会（持ち回り）
- （令和2年7月 委員意見聴取）
- 令和2年9月 1日 手引き(Ver.3)等公表

構成員（計8名） ○：座長	
岩井 里美	鳥取県日野郡日南町福祉保健課地域包括支援センター長
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
大矢 達也	愛知県瀬戸市健康福祉部高齢者福祉課 専門員兼地域支援 係長
岡島さおり	公益社団法人日本看護協会 常任理事
角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
○川越 雅弘	公立大学法人埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科研究開発センター 教授
寺田 尚弘	医療法人兼山会せいいつ記念病院病院長 (岩手県釜石医師会理事)
牧野 和子	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長

19

3

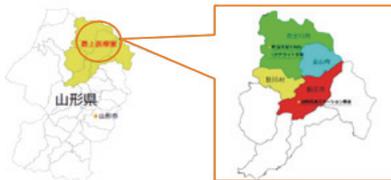
地域での様々な取り組みについて

都道府県から県看護協会へ働きかけ、各町村、地元医療関係者等を巻き込んだ、「訪問看護空白地域」の解消の実現を目指す取組。住み慣れた地域で過ごす「高齢者の日常の療養生活」を守るため、**県と関係機関・団体等との広域的な連携・調整** ～サテライト事業所の開設に向けて～

＜二次医療圏内にある市町村等における広域連携＞

①訪問看護空白地域

- 県の最上医療圏の北部の一部地域（金山町、真室川町、鮭川村）では、訪問看護ステーションが存在せず、サービスを受けることが困難な地域が存在。各町村では訪問看護ステーションの必要性を感じつつも、単独での開設は困難。
- 平成28年に、県から県看護協会へ、訪問看護ステーションの設置について検討を依頼。
- 最上医療圏の北部地域は、「訪問エリアの広さ」「冬の豪雪」「看護師確保の困難」等の課題が多く、各町村の協力、財源確保等の具体的な検討を踏まえたサービスの安定性・継続性の担保が必要。



②サテライト事業所の開設

- 県、県看護協会、各町村、地元医療関係者等による協議を重ね、
 - ・ 町立真室川病院内にサテライトを設置（看護師は町立病院から出向）
 - ・ 約5年間は赤字を各町村で補填
 - ・ 県による補助事業の活用により運営体制を構築。
- 町立病院内に設置したことで、主治医や看護師とスムーズな連携が実現。各町村の地域包括支援センターとの「報告」「連絡」「相談」も円滑に行われ、医師の紹介やケアマネジャーからの依頼も増加、がん患者の在宅看取りが実現する等の成果につながる。
- 病院看護師がサテライトに出向することで、病院看護師の在宅療養のイメージが明確化し、病院における入退院支援等にも好影響を及ぼす。

出典：令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県担当者会議 資料

要支援（介護）状態になっても介護サービス等を利用して在宅療養する高齢者が多い地域における、地域包括ケアシステムの推進に向けた、『在宅医療・介護連携の仕組みづくり』と『医療・介護関係者との関係づくり』の取組

平成27年度、医療や介護の関係団体等で構成した「尼崎市医療・介護連携協議会」を設置。医療・介護連携に係る様々な課題について、「人づくり」「ものづくり」「市民の意識づくり」の3つの視点で対応策を検討。その対策を実行する機関として、平成30年、尼崎市医療・介護連携支援センター（呼称：あまつなぎ）を開設（尼崎市医師会への委託）。

①人づくり ～医療・介護連携を実践する人材の育成～

- 多職種を対象に、多職種が共に学び、顔の見える関係を構築しながら情報交換する「あまつなぎ研修会」「あまつなぎ事例発表会」の開催、そして、医師会との共催により在宅医療に取り組む医師を増やすと共に、多職種の在宅医療に関する理解を深める「あまがさき在宅医療介護塾」の3種類の勉強会を開催。

②ものづくり ～医療・介護連携を効率的に行うための仕組みづくり～

- 平成30年に、在宅医療にかかわる医師の負担軽減を目指して医師会が「あまつなぎ在宅システム」を導入。
- 「在宅医紹介システム^{*1}」と「看取り代診医紹介システム^{*2}」の2種類の仕組みで構成。
 - ※1：在宅医療を行っていないかかりつけ医が、その患者に在宅医療を提供する必要が生じた場合に適切な在宅医を探したり、在宅医が、その患者に自分では対応できない専門性の高い診療を提供する必要が生じた場合に専門医に往診や訪問診療を依頼するシステム
 - ※2：在宅主治医が予定している不在時に、その間の看取りのための代診医を紹介するシステム

③市民の意識づくり ～「生き方・逝き方」「介護予防・重度化防止」の意識づくり～

- 安心して在宅療養の啓発のために、多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を含む多職種連携）協働による「尼崎市在宅療養ハンドブック」を作成。
- 病院・診療所や介護事業所などで在宅療養の説明に活用。専門職による出前講座等を通じた啓発の実施。
- 医療と介護の連携もふまえた多職種連携による「介護予防・重度化防止」の市民啓発も実施（他の地域支援事業等との連携と効果的な啓発の実施）



出典：令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県担当者会議 資料

行政だけではなく、医療・介護関係者で医療・介護連携業務を見直すことで、**職種を超えた地域全体の連携業務が最適・効率的となる取組をパッケージにし、他の自治体でも導入しやすいプロジェクトの体制を構築**

<北九州医療・介護連携プロジェクト（とびうめ@きたきゅう ほか）の取組>

平成30年に、医療・介護関係者と行政が対等な立場で医療・介護連携の地域共通ルールやツールを考え、作り、実行し、効果検証・改善するためのプラットフォームとして、市内医療・介護関係団体13団体で構成する北九州医療・介護連携プロジェクト会議を発足。

この会議において、本市の医療・介護連携の現状分析を詳細に行い、各医療機関や介護事業所で取り組むべきプロジェクトを策定。

特に、プロジェクトの起点となる「とびうめ@きたきゅう」は、**市の保有する医療・介護・健診のレセプト情報を市全体の医療現場で本格的に活用する全国初の取組**。「市内すべての医療・介護関係者が市民への説明・登録窓口となる」[共有される市民の情報も毎月自動更新される]という持続性の高い事業で、**スタート以来10か月で1万人を超える市民が新規に登録している**。

①「とびうめ@きたきゅう」の導入 ※143医療機関導入、1万人以上新規登録

■医療・介護・健診レセプト情報（KDBデータ）の一部を医療機関等に提供し、医療・介護連携事業や救急医療に活用する情報ネットワークの構築。（令和元年から八幡東区・八幡西区においてモデル実施を開始し、令和2年6月より市内全体で本格運用）。

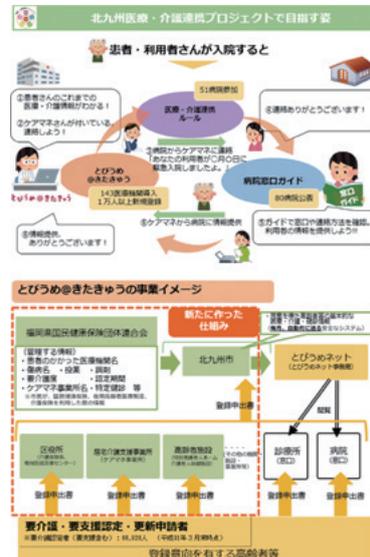
②医療・介護連携ルールの作成 ※51病院参加

■とびうめ@きたきゅうとともに、入院・転院の情報をスムーズに医療・介護関係者で共有する連絡ルールを作成

③病院窓口ガイドの作成 ※80病院公表

■入院後に、医療・介護関係者が病院と連携する際の窓口や連携方法を病院毎にまとめ、市のHPで公表。また、検索しやすく工夫。

◆①から③をパッケージとして、令和2年6月から全市展開を開始。



出典：令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県担当者会議 資料

奈良県生駒市の取組紹介

24 生駒市の将来推計人口

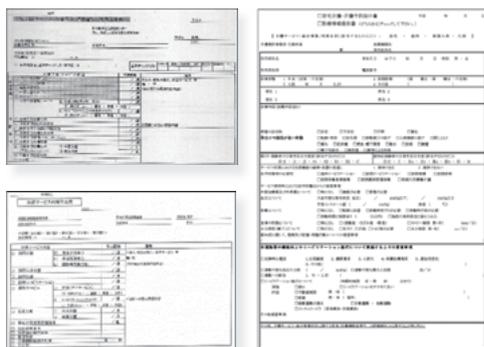
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
総数	118,233	117,138	114,500	110,719	106,254	101,594	97,098
0～19歳	23,427	22,820	21,542	20,045	18,751	17,644	16,970
20～74歳	82,227	77,805	72,241	69,008	66,563	63,634	59,216
75～84歳	9,068	11,951	14,979	14,031	11,337	10,939	12,283
85歳以上	3,511	4,562	5,738	7,635	9,603	9,377	8,629

上表は、男女・年齢（5歳）階級別データにグループ化し集計したものです。

出典：国立社会保障・人口問題研究所、男女・年齢（5歳）階級別データ『日本の地域別将来推計人口』（平成30（2018）年推計）

25 医療介護連携の始まり

(1) 診療情報提供書の作成（H14年度～）



狙い

自立支援に向けたケアマネジメントの質の向上を目指して、介護支援専門員と主治医との連携促進のため、医師会と協議し、【生駒市オリジナル診療情報提供書】を作成。

- 介護保険制度の周知
- 医師とケアマネジャーとの連携促進
- 市と医師会との連携強化

(2) 二次アセスメントツール（H26年度～）

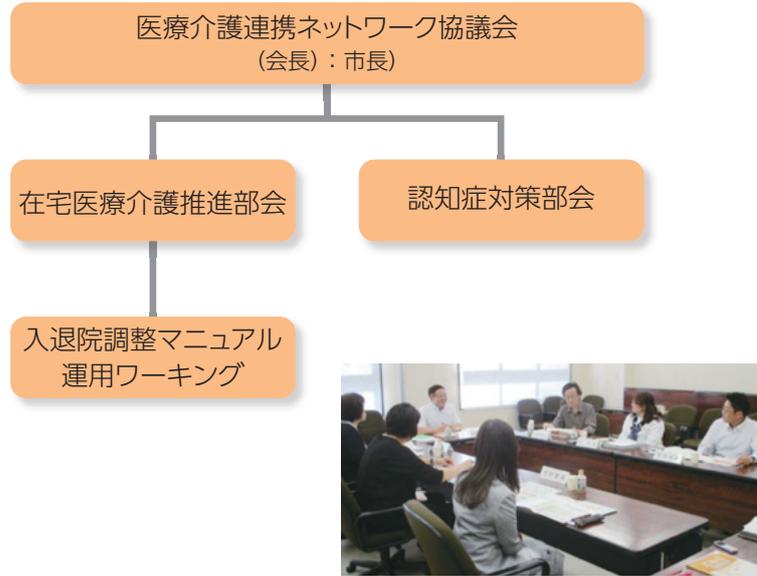


狙い

総合事業への早期移行を目指し、要支援者等の医療・介護・生活の多角的な視点から本人をアセスメントするため【二次アセスメントシート】を医療介護関係者で作成。

- 軽度認定者の特性を理解
- アセスメント能力向上
- 生駒市オリジナル帳票の開発
- 医療・介護連携強化の土台作り

26 生駒市医療介護連携ネットワーク協議会



「医療・介護・予防」の分野に係る包括的かつ継続的なサービスの提供体制の構築を目指し、平成28年3月にネットワーク協議会を立ち上げるとともに、2部会で協議。令和元年5月から**市内6病院の院長が委員**として参加。

27 相談支援体制の充実に向けて



生駒市在宅医療・介護連携支援センター
H30.4(設置)
一般財団法人生駒メディカルセンターに委託

意思決定支援

本人の意思の過去・現在・未来を辿ることは容易いことではない

その時々で状況で意思も変化

その声をしっかりと受け止めるには、技術も患者や利用者向き合う時間も必要

ACPIについて、広く医療・介護従事者に知ってもらうこと、現場で感じる変化をキャッチしてもらうことが大切！

行政が担う部分(市民啓発)と役割分担を行いながら連携強化

連携

在宅医療介護推進部会

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



方針策定に向けた意見交換



ワーキンググループ

認知症対策部会

認知症の普及啓発や認知症ケアの向上促進



普及啓発に向けて協議



ラン伴スタートイベント

名刺交換
NO.1!を
競いあつ。
顔の見える
関係構築



多職種連携研修会



ワールドカフェ形式の合同研修開催予定



多職種連携研修会



29 医療介護連携の促進



【生駒市医療介護連携ネットワーク協議会】



【在宅医療介護推進部会】



【認知症対策部会】

平成29年度実績

- ◆入退院支援マニュアル作成
- ◆医療介護関係資源集更新 (ホームページ上に掲載) TOTEC
- ◆市民向けフォーラムの開催
- ◆多職種連携研修 (認知症をテーマに3回開催)
- ◆認知症フォーラム開催
- ◆認知症施設見学 (グループホームを委員見学)
- ◆認知症初期集中支援チーム
- ◆認知症ケアパス作成



令和元年度

- 【ACP】をテーマに多職種連携研修
- 【ACP】をテーマに市民フォーラム開催
- 【ACP】をテーマに街頭での普及啓発・成人式での啓発等
- 入退院調整マニュアルの活用促進 (市内病院への出前講座)
- 入退院支援マニュアルの検証 (PDCA)
- 認知症初期集中支援チームの評価指標作成

平成30年度

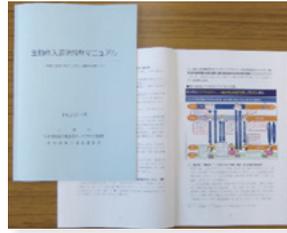
- 【看取り】をテーマに多職種連携研修
- 【看取り】をテーマに市民フォーラム開催
- 入退院支援マニュアルの検証
- 初期認知症対応事例集作成等

※令和2年度は、コロナ禍でもあり、1回開催のみ
※令和3年度は、医療・介護データ分析の実施

30 在宅医療介護推進部会での気付き (PDCA)



**入退院調整マニュアル
ワーキンググループ**
○部会の下にワーキンググループを設置
○H29年度に説明会3回、ワークショップ4回、合同会議3回開催



入退院調整マニュアル
○H30年4月から運用開始
アンケート調査から、病院内での利用促進が課題に！次年度、市内6病院へ普及啓発兼ねた「出前講座」の展開を計画 (PDCA)

病院への周知に向けて

病院に出向き、講話の展開



- 令和元年度 出前講座開催に向け調整・実施
- 事前のアンケート調査も実施



- 出前講座開催 (医師・看護師・リハ職、検査技師・ワーカー・事務職等)
- 開催後の反応 (アンケート調査)

発展

- 入退院調整マニュアル運用に関する説明
- 地域包括ケアの説明
- 介護保険制度の周知
- 認知症施策の説明
- 総合事業等の啓発

さらに発展



- 認知症サポーター養成講座開催 (病院スタッフ向け)

総合事業の理解促進

認知症施策の理解促進

31 認知症対策部会と地域包括支援センター等との連携

認知症初期対応事例集の作成 (認知症対策部会で作成)

事例集のテーマ
医療
◆定期受診・疾病管理に上手くつながることができたケース
◆認知症の症状を理解し、居宅療養管理指導や服薬の工夫など、疾病管理に工夫ができたケース
介護
◆サービス利用拒否からサービス利用にうまくつなげたケース
◆地域ケア会議の活用により、インフォーマルサポート支援が得られたケース
包括
◆受診拒否から認知症の確定診断につなげたケース
◆認知症の理解の促進や見守りネットワークを強化するため、地域住民を触発し、認知症カフェ設立につなげたケース
行政
◆家族支援を通じて、社会交流の場に参加できるよう動悸付けの結果、認知症状及びうつ症状の改善につながったケース
住民
◆認知症であることを地域・関係者に告げたことにより、多数の応援者が得られたケース



認知症対策部会により、地域包括支援センターやケアマネジャー、初期集中支援チーム等と事例を出し合い、作成

多職種研修会の実施

成功事例の振り返りを通して多職種で具体的な支援方法を共有

質の向上



本人・家族・ケアマネ・包括・事業所・病院・地域等に分類して整理

包括の権利擁護部会による「認知症時期別対応マニュアル」を作成

初期～終末期まで

項目	初期	中期	後期	終末期
認知症の診断				
認知症の理解				
認知症の対応				
認知症の予防				
認知症のケア				
認知症の支援				
認知症の啓発				
認知症の連携				
認知症のその他				

自分らしく生きる
～在宅療養という選択～

住み慣れた家で受ける医療と介護 いざというときの選択肢「在宅療養」

医療や介護のニーズが高まるにつれて、在宅療養の重要性がますます高まっています。在宅療養とは、自宅や介護施設などで生活しながら、必要に応じて医療や介護を受けることです。在宅療養のメリットは、住み慣れた家で生活できること、家族や地域と接することができること、医療や介護のニーズが高まるにつれて、在宅療養の重要性がますます高まっています。

図1 本市の人口・高齢化率の推移

図1は、本市の人口と高齢化率の推移を示しています。2010年から2040年までの期間、人口は減少傾向にあり、高齢化率は増加傾向にあります。これは、在宅療養の重要性が高まることを示しています。

図2 身の回りのことを自分でできなくなったときの生活支援

図2は、身の回りのことを自分でできなくなったときの生活支援の割合を示しています。在宅療養が57.6%、介護施設が42.4%となっています。

介護者が介護をするうえで不安に感じる点

- 日中の排洩・夜間の排洩
- 外出の付き添い、送迎など
- 入浴・洗身

自宅で介護をするにあたって、排泄のケアや外出時の送迎など多くの家族が不安に感じている点があります。介護はホームヘルパーによる身体介護を、日常生活は通所介護（デイサービス）などを利用すれば、介護をする側も負担を軽減しながら自宅での介護に取り組みます。

2018.15 いこまち 6

生駒市 地域包括ケア推進大会
～人生100年時代あなたはどう生きますか～
～いつか迎える「その時」のために～
～家に居る選択、病院に行く選択～

西和メディカルケアセンター
医療法人 西和会 西和佳診クリニック
尾崎 誠重



医療・介護の専門職が連携し患者をサポート

多くの専門職が自宅を訪問し、患者や家族をサポートする「在宅療養」の関わりを深いた代表的な職種を紹介いたします。

医師
患者を訪問し、日頃の診療や健康診断を行います。定期的に行う訪問診療だけでなく、急な病状に備え「在宅診療」や「訪問看護」などにも対応します。

訪問看護師
医師の指示に基づいた医療ケアを自宅に訪問して実施。血圧測定や血糖測定、患部の観察やケアや日常生活の援助に合わせたケアを行います。

歯科医師・歯科衛生士
自宅での歯や歯肉の診療を実施。入れ歯調整、口腔ケアや「訪問歯科」機能を提供する訪問診療も実施。おしりケアなども実施できるように訪問診療に力を入れています。

薬剤師
患者の自宅で薬の飲み方の指導や薬剤服用の指導を行っています。薬に関する相談や投薬の指導もサポートし、患者の生活をサポートします。

**理学療法士・作業療法士
言語聴覚士**
医師の指示で、身体機能の維持や日常生活の自立を促すための指導や訓練を行います。身体機能の低下を防ぎ、自立した生活を促します。

介護支援専門員
ケアマネジャー。介護が必要になったとき、本人や家族と話し合い、ケアプランを作成し、必要なサービスを手配します。相談とケアプラン作成を行います。

訪問介護員
ホームヘルパー。ケアマネジャー作成したケアプランに基づき、患者をサポートします。食事の準備、入浴、排泄ケアなど、日常生活における身体介護や生活援助を実施。

5 2018.15 いこまち



自分らしく生きる
～在宅療養という選択～

病状を想定したり介護施設に預けたりすると元気がなくなり、介護生活が突然地獄になります。今この時点で、医師や看護師、薬剤師、ホームヘルパーなどが自宅を訪れ、医療や介護サービスを提供する「在宅療養」を選択した家族を訪問し、最期まで自宅で安心して暮らすために必要なことを考えます。

2018.15 いこまち 4

生きる喜びを伝えて 家での看取りを実現

住み慣れた家で療養生活を実現するために、患者や家族、医療・介護関係者には何が必要か。本市の在宅医療介護推進部会で初代会長を務めた有山武志さんに話を聞きました。



有山 武志
ありやま たけし（男）有山 有山地区事務所兼山形県で初の在宅医療推進部会・住居、在宅医療部会、在宅医療推進部会。本市の在宅医療介護推進部会の立ち上げに関わり、事務局に在籍中。

「サビ」を減らすために在宅医療を推進

社会を高齢者で溢らせた。70代の高齢者が、100歳まで生きるとしたら、平均寿命よりも長い期間を過ごすことになる。この期間を「サビ」と呼ぶ。この「サビ」を減らすために、在宅医療を推進する必要がある。在宅医療は、患者や家族、医療・介護関係者が協力して行う。在宅医療は、患者や家族、医療・介護関係者が協力して行う。在宅医療は、患者や家族、医療・介護関係者が協力して行う。

在宅医療・介護の連携を考えるプロジェクトがスタート

平成28年12月、在宅医療・介護連携の促進を図るために医療と介護に携わる多職種で構成する「生駒町在宅医療介護推進部会」が結成されました。本部が伝える在宅医療の現状や課題、解決方法を紹介し、よりよい在宅医療を進めようとの思いで、協議と検討を進めています。

生駒町リハビリの連携マニュアルを作成

部会では本市の課題として「認知症や寝たきりなど」が課題となり、そのために、認知症や寝たきりなどに関する協議や相談の場を設けました。そのために、認知症や寝たきりなどに関する協議や相談の場を設けました。そのために、認知症や寝たきりなどに関する協議や相談の場を設けました。

介護者が介護をするうえで不安に感じる点

- 日中の給食・夜間の排便
- 外出の付き添い、送迎など
- 入浴・洗身

自宅で介護をするにあたって、給食のケアや外出時の送迎などは多くの家族が不安に感じているとされています。生駒はホームヘルパーによる身体介護を、日常生活は連携介護（デイサービス）などを利用すれば、介護をする側も負担を軽減しながら自宅で介護に取り組みます。

自立できる環境を整備するため 手すりの設置やデイサービスを利用

相手を家族



▲左から相模原さん、長谷川さん、山本さん、山本さん、山本さん

手すりの設置やデイサービスを利用

「手すりの設置やデイサービスを利用」は、高齢者が自立できる環境を整備するための重要な取り組みです。手すりの設置は、歩行時の安定性を高め、転倒のリスクを減らします。また、デイサービスを利用することで、日常生活のサポートを受け、社会参加の機会を増やすことができます。



家族の負担は訪問看護で減少 できるだけ長く父を介護する

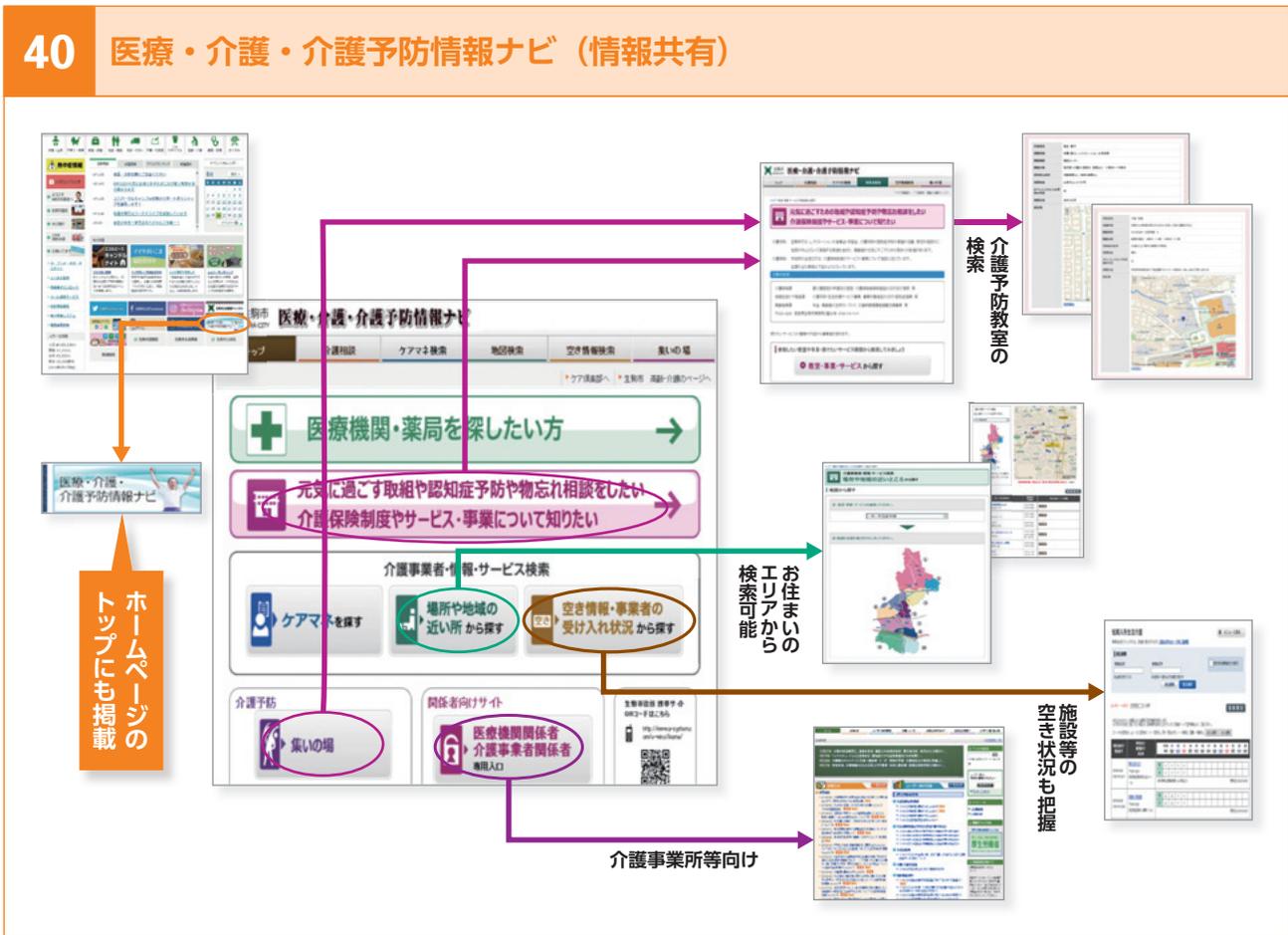
西田さん家族

訪問看護を利用することで、家族の負担が軽減され、高齢者の生活の質が向上しました。訪問看護は、医師や看護師が自宅に訪問し、必要なケアを提供します。これにより、家族は安心して介護を行うことができ、高齢者は自立した生活を送ることができます。

介護保険制度を利用するとさまざまな支援が受けられます

介護保険制度を利用すると、さまざまな支援が受けられます。例えば、訪問看護、訪問介護、訪問診療、訪問リハビリテーションなどがあります。また、介護用品の貸与や、介護者の研修などにも参加できます。介護保険制度は、高齢者の生活を支える重要な制度です。

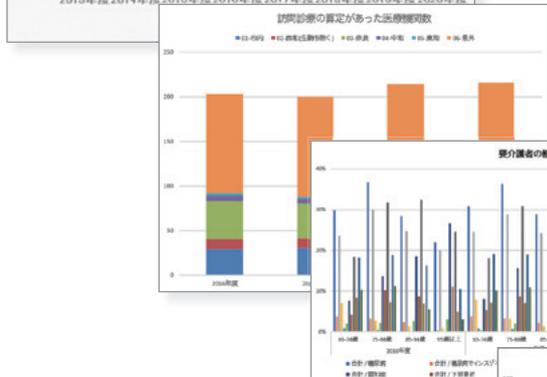
40 医療・介護・介護予防情報ナビ（情報共有）



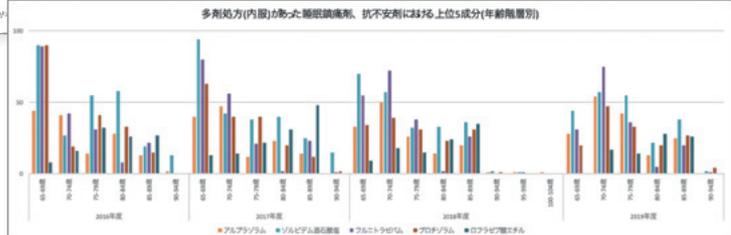
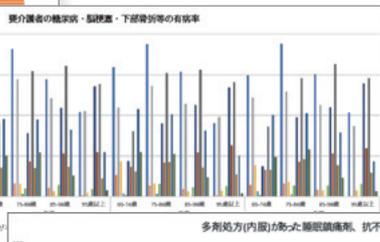
41 令和3年度 医療レセプトデータ(国保・後期高齢者)に係る分析



- 保険者機能強化推進交付金を活用して京都大学と連携しながら、**データ分析**を実施
- 市の救急データも併せて活用する
⇒主要5疾病の分析、高齢者に多い多剤服用、誤嚥性肺炎、心肺停止後の救急搬送件数、看取り加算やターミナル加算などETC・・・



- 健康寿命の延伸に向け、一体的な分析を行う
⇒住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な医療機関の連携、医療介護連携について検討。個別アプローチにも活用する。



介護予防・日常生活支援総合事業

43 介護予防・日常生活支援総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1) 介護予防・生活支援サービス事業 (サービス事業)

●対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。

- ①要支援認定を受けた者
- ②基本チェックリスト該当者（事業対象者）

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

(2) 一般介護予防事業

●対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

通所型
C

(短期集中予防サービス 通所型C+訪問型Cの様子)

訪問型
C



- ①**集団プログラム**
筋力増強運動
(マシン・セラバンド)
持久力・バランスアップ
(ステップ運動等)
- ②**個別プログラム**
坂道歩行の確認、セルフ
ケアの提言、階段昇降の
確認の他、個別課題に沿
う支援
※**体力測定等実施**



生駒市ではパワー
アップPLUS教室に
通われる方には必ず
訪問型も実施

活動性を上げるため
には、家庭内の環境整備や
近隣の環境を把握した外
出方法の検討が必要であ
る。

モニタリングの徹底

地域ケア会議 (I)
自立支援型ケアマネジメントの検討



通所型サービスCの
利用者は地域ケア会議に
必ずエントリー!

動機付け

体力・気力向上

社会参加する場の
イメージ作り

初回会議

中間会議

終了会議

課題や目標設定、
支援内容に於いて
の妥当性を
多職種で検討!

3ヵ月後の目標に向けてどの程度、
達成できているか?
残りの課題に対して、
目標設定の見直しや具体的な取り組み
内容の是非について検討!

目標達成状況の確認!
上手くいったケースは共有!
未達成については、未達成になった
そのプロセスを振り返り、今後に生かす。
支援の再検討。

POINT

自立支援に必要な要素について確認。
本人・家族の強みを活かす支援。
リスク管理の徹底。

POINT

終了した人々の追跡を
地域包括支援センターで展開!

介護予防ケアマネジメント点検 (確認) 支援マニュアル

介護予防ケアマネジメントで最も重要な鍵を握るアセスメント

市販二次アセスメントシート作成の経緯

市販二次アセスメントシートの構成

質問	確認ポイント
自分のことを十分に説明し、理解を得ていますか?	◆利用者、家族に対して、自身がどのような方か、担当する方を説明している。
利用者・家族の話をきちんと受け止めていますか?	★利用者・家族の話を積極し積極関係を築く、先約に考え、受容的態度で接している。
介護保険制度の目的について説明している。	▼介護保険制度の目的について説明している。
◆総合事業について説明している。	◆総合事業について説明している。
事業対象者・要支援認定の進い説明している。	◆事業対象者・要支援認定の進い説明している。
◆介護予防ケアマネジメントの意義と役割を説明している。	◆介護予防ケアマネジメントの意義と役割を説明している。
計画作成者の「職能」と「役割」について説明し、理解を得ていますか?	□計画作成者の「職能」と「役割」について説明し、理解を得ていますか?
アセスメントの方法について説明している。	□アセスメントの方法について説明している。
サービス担当者会議や地域ケア会議を開くことについて説明し、同意を得ている。	□サービス担当者会議や地域ケア会議を開くことについて説明し、同意を得ている。
利用者や家族の理解の重要性について説明している。	□利用者や家族の理解の重要性について説明している。
サービスや事業の費用について説明している。	□サービスや事業の費用について説明している。
インフォームドコンセントについて説明している。	□インフォームドコンセントについて説明している。
◆必要に応じて、高齢者福祉サービスや障害者サービスについて説明している。	◆必要に応じて、高齢者福祉サービスや障害者サービスについて説明している。
□自らの指定介護予防支援事業所の運営規定を説明している。	□自らの指定介護予防支援事業所の運営規定を説明している。
指定介護予防支援事業所の勤務体制について説明している。	□指定介護予防支援事業所の勤務体制について説明している。
事前保持 (個人情報) の管理方法について、その使用目的や使用範囲、管理方法を説明している。	□事前保持 (個人情報) の管理方法について、その使用目的や使用範囲、管理方法を説明している。
苦情への対応方法について説明している。	□苦情への対応方法について説明している。
事故発生の防止策・事故発生時の対応方法について説明している。	□事故発生の防止策・事故発生時の対応方法について説明している。
説明内容を、利用者・家族は理解され、同意を得ていますか?	□説明内容を、利用者・家族は理解され、同意を得ていますか?
□利用者・家族の同意を得ている。	□利用者・家族の同意を得ている。

マニュアルを基に
ケアプラン点検を実施

点検後の
振り返りも実施し、
気づきを共有した

介護予防支援や第1号介護
予防支援を皮切りに、
介護給付のプラン点検 (確
認) にも拡充していき、
自立支援と重度化予防に
取り組む!!

地域ケア会議
(自立支援型)



ケアプラン点検支援員の
派遣
(任意事業：介護給付費適正化事業)

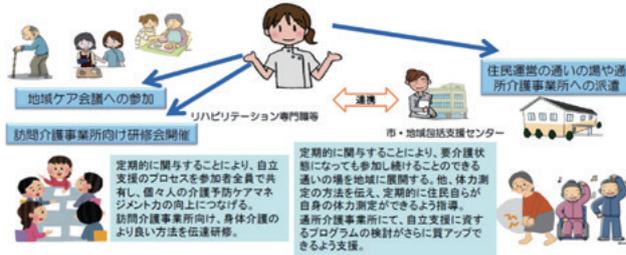
ケアマネジメント
適正化委員会を立ち上げ、
マニュアル作成!

ケアマネジメントにおける重要なことや
点検項目を保険者・プランナーと
チェックできるように作成

平成24年度から、要支援認定者および相当者を対象とした自立支援型地域ケア個別会議を開催。令和元年度より新たに、要介護1、2の認定者まで対象範囲に広げ、自立支援型地域ケア個別会議を展開。

46 地域リハビリテーション活動支援事業の活用

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、地域ケア会議や住民運営の通いの場等へリハビリテーション専門職等の関与を実施。平成29年度より、通所介護事業所へのリハ職派遣や訪問介護事業所向け実技研修開催。



重度化防止の取組
支援者の為の
研修会



自立支援の為の取組を事業所内で考える
きっかけづくりとして、デイサービスに理学療法士を派遣!

自立支援・重度化予防について、考える機会を作るため、リハビリ専門職を通所事業所に派遣!

訪問介護事業所には、腰痛予防を含めた介護技術の向上や利用者に負担の少ない介護方法の技術指導のための研修会を開催!



在宅療養を行う要介護度の高い利用者の安楽な姿勢を提供する介助の技術は重要!
訪問介護員の介護技術の向上のためには、こうした事業を有効活用し、本人・家族の安心へ!



スライディングシートの活用



スライディングボードの活用

4 在宅医療に関する諸費用

～医療費、介護費用、その他社会保障制度など～ 島田 潔

目 標

外来・入院医療に次いで“第三の医療”である『在宅医療』の報酬体系を理解するために、必要な基礎知識の習得を行う。往診と訪問診療の違い、在宅療養支援診療所/病院など医療機関の体制と実績に基づいた診療報酬上の評価、在宅時/施設入居時等医学総合管理料、などの基本的な収入構成を学ぶ。また、ターミナルケアや訪問看護、介護保険による居宅療養管理指導費、障害者総合支援法などの医療費助成制度の概略を理解する。高額になりやすい在宅医療について、医療/介護の保険財源と患者の自己負担への配慮とともに適切かつ必要な医療が提供できることを目標とする。

Keyword

往診、訪問診療、在宅時医学総合管理料、在宅療養支援診療所、居宅療養管理指導費

内 容

1. 在宅医療の報酬算定（大きく3種類）
2. “患者の居場所”と往診・訪問診療
3. “在宅療養支援診療所”のあらまし
4. “往診料”とさまざまな加算点数
5. “在宅時医学総合管理料”と加算点数
6. 患者1人あたりの算定例（居宅と施設）
7. “ターミナルケア”に関する加算点数
8. “介護保険”から支給される報酬
9. “訪問看護”の報酬
10. さまざまな医療費助成制度

令和3年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第1部

【総論4】

在宅医療に関する諸費用
～医療費、介護費用、その他社会保障制度など～

全国在宅療養支援医協会 常任理事

島田 潔

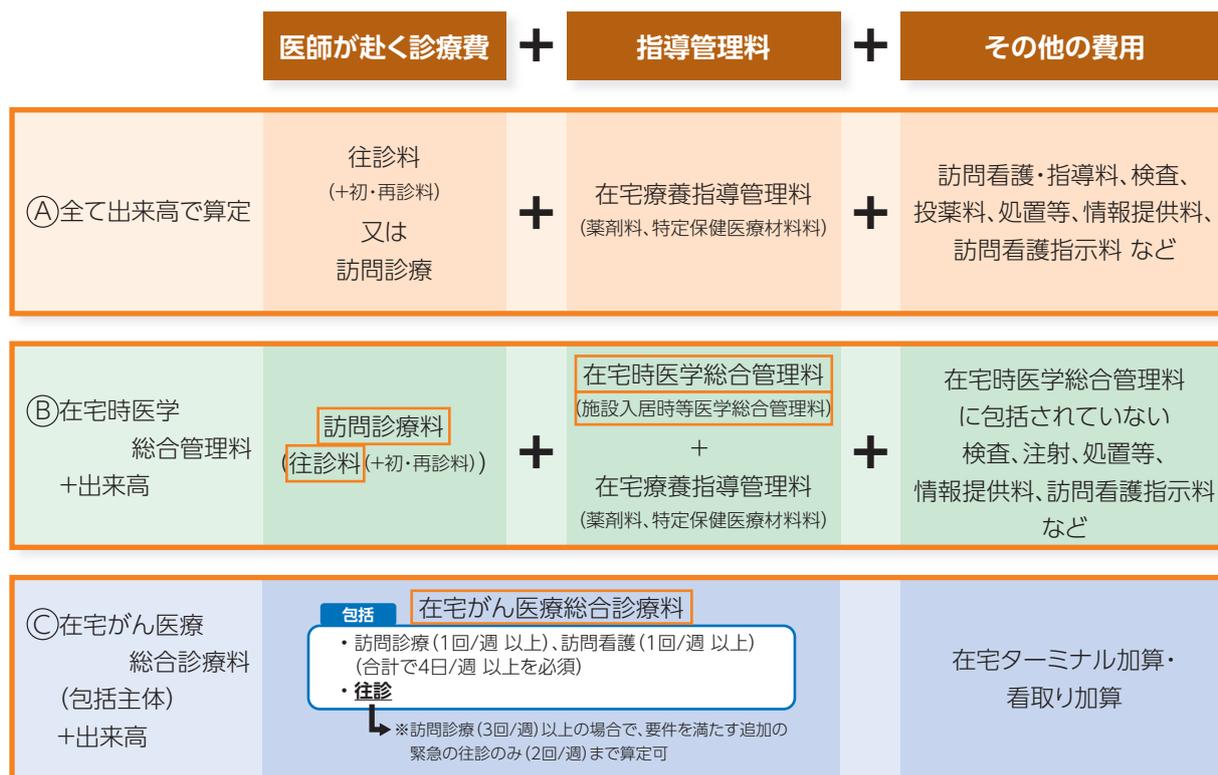
1 板橋区役所前診療所



2 本日の大まかな内容

1. 在宅医療の報酬算定 (大きく3種類)
2. “患者の居場所” と 往診・訪問診療
3. “在宅療養支援診療所” のあらまし
4. “往診料” と いろいろな加算点数
5. “在宅時医学総合管理料” と加算点数
6. 患者1人あたりの算定例(居宅と施設)
7. “ターミナルケア” に関する加算点数
8. “介護保険” から支給される報酬
9. “訪問看護” の報酬
10. いろいろな医療費助成制度

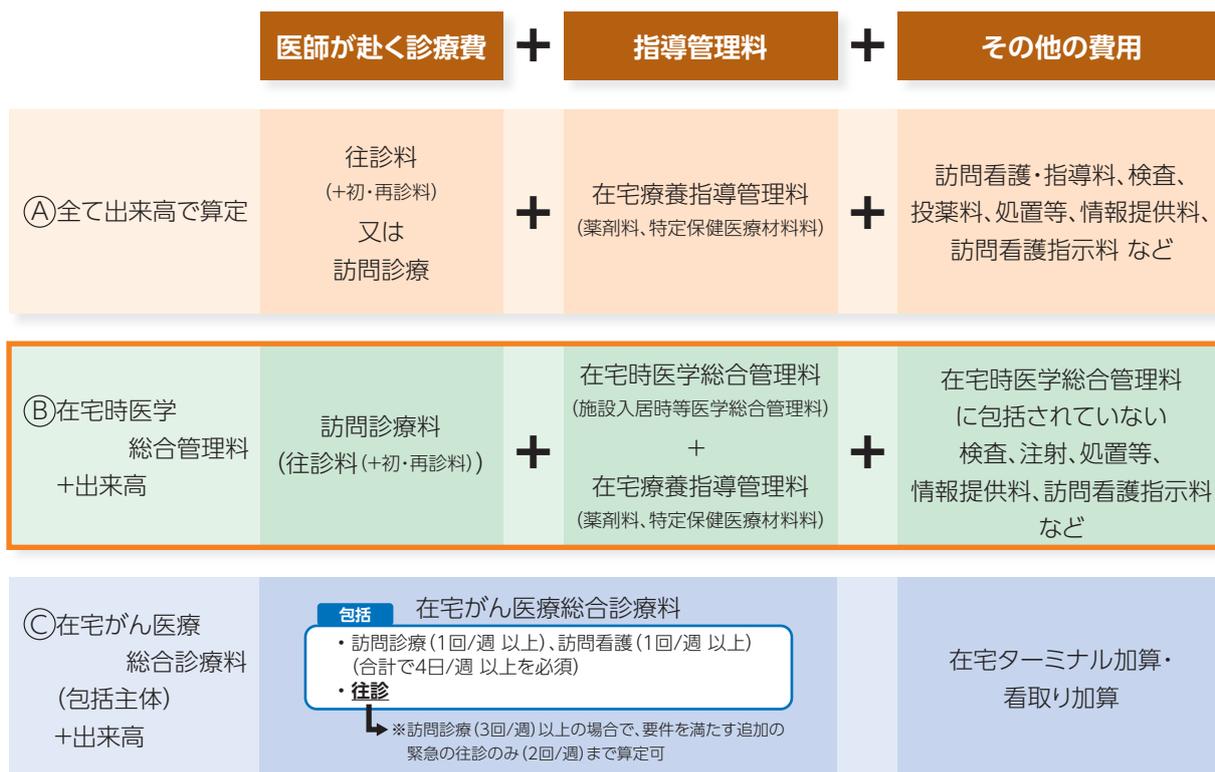
3 在宅医療の算定パターン



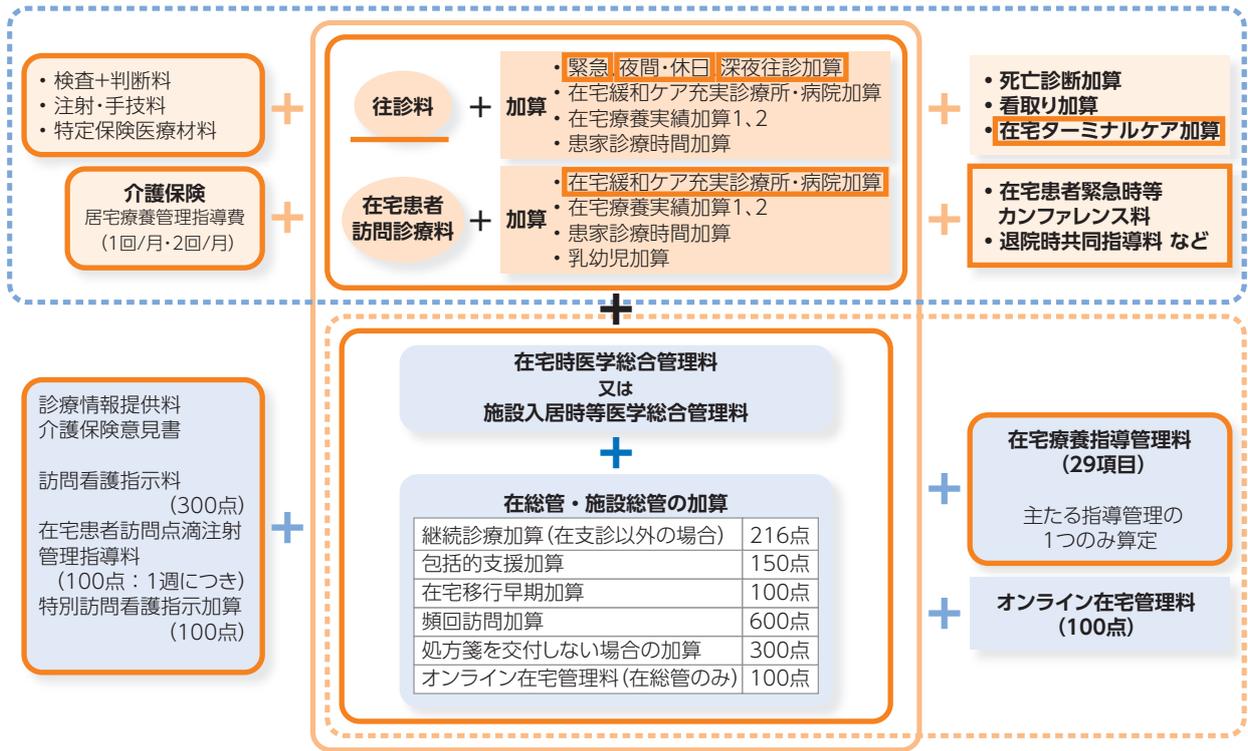
4 在宅医療を受ける場所と算定可能な主な診療報酬

場所	管理料	在宅がん医療 総合診療料	往診	訪問診療	備考
自宅	在医総管	○	○	○	2人目以降は在宅患者訪問診療料の代わりに初・再診料を算定
小規模多機能型居宅介護、 看護小規模多機能型居宅介護	在医総管	○	○	○	宿泊日のみ算定可。サービス利用前30日以内に訪問診療等を算定した患者に限る
サ高住・有料老人ホーム (特定施設)	施医総管	○	○	○	
グループホーム	施医総管	○	○	○	
サ高住・有料老人ホーム (特定施設以外)	施医総管	×	○	○	
特別養護老人ホーム	施医総管	×	○	○	末期の悪性腫瘍、死亡日から遡って30日以内の患者に限る
ショートステイ (短期入所生活介護)	施医総管	×	○	○	サービス利用前30日以内に訪問診療等を算定した患者に限る
ショートステイ (老健施設における短期入所療養介護)	×	×	○	×	併設の医療機関は算定不可
デイサービス	×	×	×	×	生活の場ではないため算定不可

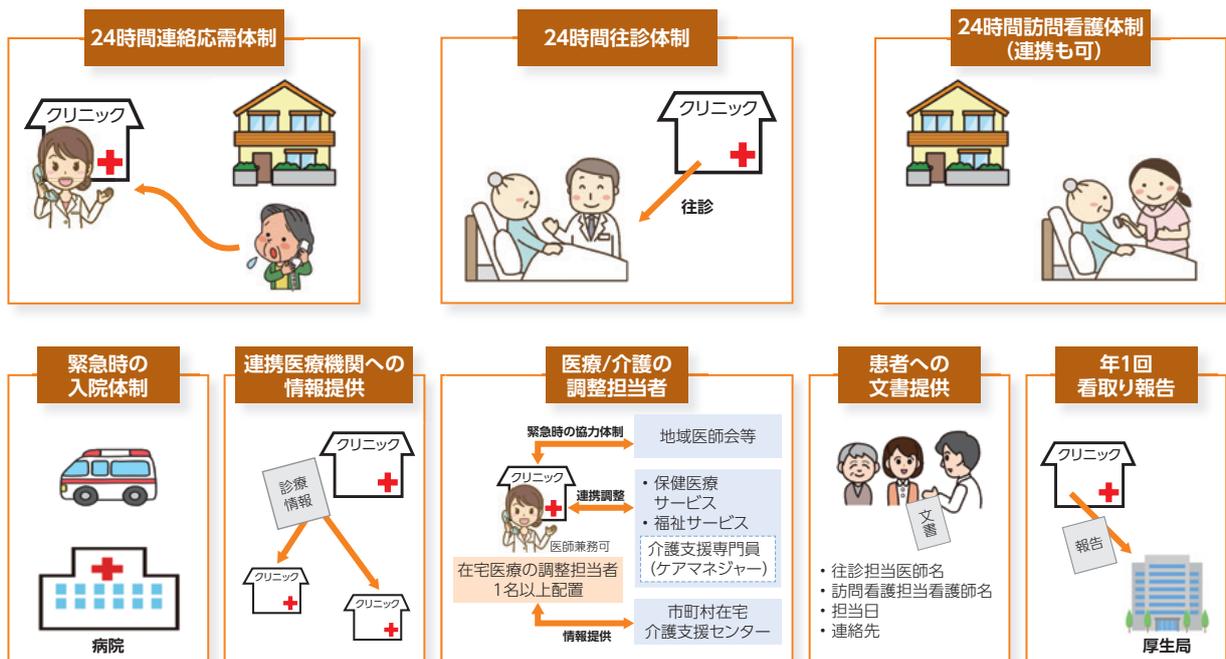
5 在宅医療の算定パターン



6 在宅医療の収入構成



7 全ての在支診・在支病が満たすべき事項



在宅療養支援診療所（在支診）及び在宅支援病院（在支病）の施設基準の概要（平成30年度～）

	機能強化型在支診・在支病		在支診・在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型	連携型		
全ての在支診・在支病が満たすべき基準	①24時間連絡を受ける体制の確保 ②24時間の往診体制 ③24時間の訪問看護体制 ④緊急時の入院体制	⑤連携する医療機関等への情報提供 ⑥患者へ文書提供(担当医師/看護師名・担当日・連絡先) ⑦医療/介護等への調整担当者配置 ⑧年に1回、看取り数等を報告している		●許可病床数200床以上 ●在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ●連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ●連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準	⑨在宅医療を担当する常勤の医師3人以上 ⑩過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ⑪過去1年間の看取りの実績または超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上	⑨在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上 ⑩過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上各医療機関で4件以上 ⑪過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上		
全ての在支病が満たすべき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師とは別であること ※医療資源の少ない地域に所在する保健医療機関にあっては240床未満			

往診料と加算点数

在宅患者訪問診療料には加算なし

項目	算定要件	機能強化型 在支診・病		在支診・病	それ以外
		病床あり	病床なし		
往診料	医師が患者の求めに応じて、非定期的、非計画的に患家に赴いた場合	720点			
緊急往診加算	緊急に行うもの (AM8:00 ~ PM1:00の間の診療時間(午後の診療時間も含む)の緊急往診)	850点	750点	650点	325点
夜間・休日往診加算	夜間・休日 (PM6:00 ~ PM10:00)	1,700点	1,500点	1,300点	650点
深夜往診加算	深夜 (PM10:00 ~ AM6:00)	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点
加算点数	患者診療時間加算 1時間以上(30分毎)	100点			
併算不可	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	100点	100点	-	-
	在宅療養実績加算1	-	-	75点	-
	在宅療養実績加算2	-	-	50点	-

往診に要した交通費は患家の負担とする

10 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

緊急、夜間・休日または深夜の往診	100点
在宅ターミナルケア加算	1,000点
在宅時医学総合管理料	
単一建物患者数が1人	400点
単一建物患者数が2～9人	200点
単一建物患者数が10人以上	100点
施設入居時医学総合管理料	
単一建物患者数が1人	300点
単一建物患者数が2～9人	150点
単一建物患者数が10人以上	75点
在宅がん医療総合診療料	150点

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の主な施設基準

- 機能強化型在支診または在支病（連携型を含む）
- 過去1年間の緊急往診の実績15件以上かつ在宅看取りの実績20件以上
- 末期の悪性腫瘍等の患者で、鎮痛薬の経口投与では疼痛が改善しない場合に、オピオイド系鎮痛薬の患者自己注射を指導・実施した実績が過去1年間に2件以上、または過去に5件以上経験のある常勤医師が配置され、適切な方法によりオピオイド系鎮痛薬を投与した実績（投与経路は問わない）が過去1年間に10件以上
- 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」または「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了した常勤医師の配置
- 緩和ケア病棟または在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において3カ月以上の勤務歴がある常勤医師（在宅医療を担当する医師に限る）がいる

11 往診料と加算点数

在宅患者訪問診療料には加算なし

項目	算定要件	機能強化型 在支診・病		在支診・病	それ以外	
		病床あり	病床なし			
往診料	医師が患者の求めに応じて、非定期的、非計画的に患家に赴いた場合	720点				
加算点数	緊急往診加算	緊急に行うもの（AM8:00～PM1:00の間の診療時間（午後の診療時間内も含む）の緊急往診）	850点	750点	650点	325点
	夜間・休日往診加算	夜間・休日（PM6:00～PM10:00）	1,700点	1,500点	1,300点	650点
	深夜往診加算	深夜（PM10:00～AM6:00）	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点
	患者診療時間加算	1時間以上（30分毎）	100点			
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	緊急往診15件/年以上かつ看取り20件/年以上の実績	100点	100点	—	—
	併算不可	在宅療養実績加算1	緊急往診10件/年以上かつ看取り4件/年以上の実績	—	—	75点
併算不可	在宅療養実績加算2	緊急往診4件/年以上かつ看取り2件/年以上の実績	—	—	50点	—

往診に要した交通費は患家の負担とする

12 在宅療養実績加算（在支診・在支病以外の加算）

在宅療養実績加算の施設基準	在宅療養実績加算1	在宅療養実績加算2
過去1年間の緊急往診の実績	10件以上	4件以上
過去1年間の在宅看取りの実績	4件以上	2件以上
緩和ケアにかかる研修	—	がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める研修（※）を修了した常勤医師がいること
在宅療養実績加算 点数	在宅療養実績加算1	在宅療養実績加算2
緊急、夜間・休日または深夜の往診	75点	50点
在宅ターミナルケア加算	750点	500点
在宅時医学総合管理料		
単一建物患者数が1人	300点	200点
単一建物患者数が2～9人	150点	100点
単一建物患者数が10人以上	75点	50点
施設入居時医学総合管理料		
単一建物患者数が1人	225点	150点
単一建物患者数が2～9人	110点	75点
単一建物患者数が10人以上	56点	40点
在宅がん医療総合診療料	110点	75点

※[がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会]または「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」

13 在宅療養支援診療所等とそれ以外の医療機関の主な診療報酬の比較

主な診療報酬		主機能強化型在支診・在支病 (病床あり)			機能強化型在支診・在支病 (病床なし)			在支診・在支病			その他		
在宅時 医学総合管理料	単一建物患者数 (自院で在宅医学管理を 行っている患者数)	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月2回以上訪問 (重症患者)	5400点	4500点	2880点	5000点	4140点	2640点	4600点	3780点	2400点	3450点	2835点	1800点
	②月2回訪問	4500点	2400点	1200点	4100点	2200点	1100点	3700点	2000点	1000点	2750点	1475点	750点
	③月1回訪問	2760点	1500点	780点	2520点	1380点	720点	2300点	1280点	680点	1760点	995点	560点
施設入居時等 医学総合管理料	単一建物患者数 (自院で在宅医学管理を 行っている患者数)	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月2回以上訪問 (重症患者)	3900点	3240点	2880点	3600点	2970点	2640点	3300点	2700点	2400点	2450点	2025点	1800点
	②月2回訪問	3200点	1700点	1200点	2900点	1550点	1100点	2600点	1400点	1000点	1950点	1025点	750点
	③月1回訪問	1980点	1080点	780点	1800点	990点	720点	1640点	920点	680点	1280点	725点	560点
在宅患者訪問診療料(Ⅰ) 在宅ターミナルケア加算		6500点			5500点			4500点			3500点		
在宅がん 診療料	院外処方	1800点			1650点			1495点			—		
	院外処方	2000点			1850点			1685点			—		

※注射、処置、医療材料、臨床検査は総合管理料の包括点数に含めない ※処方箋を交付しない場合は300点加算

疾病等に罹患

- 末期の悪性腫瘍
- 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病
- 真皮を越える褥瘡
- 脊髄損傷
- 後天性免疫不全症候群
- スモン

下記に挙げる状態

- ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- 在宅酸素療法を行っている状態
- 在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- 在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
- 気管切開を行っている状態
- 気管カニューレを使用している状態
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- 在宅自己導尿を行っている状態
- 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態
- 在宅血液透析を行っている状態
- 在宅人工呼吸を行っている状態
- 植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- 肺高血圧症であって、プロスタグランジン²製剤を投薬されている状態

包括されている処置

- 留置カテーテル設置
- 導尿
- 膀胱洗浄
- 鼻腔栄養
- 喀痰吸引
- 創傷処置
- 皮膚科軟膏処置
- 消炎鎮痛等処置
- 爪甲除去
- 穿刺排膿後薬液注入
- 干渉低周波去痰器による喀痰排出
- ストーマ処置
- 後部尿道洗浄
- 介達牽引
- 矯正固定
- 変形機械矯正術
- 腰部または胸部固定帯固定
- 低出力レーザー照射
- 肛門処置

包括される在宅点数・投薬

- 投薬費用 (処方箋料・外来受診時の投薬費用含む)
- 衛生材料等提供加算
- 在宅寝たきり患者指導管理料

包括される点数

- 特定疾患療養管理料
- 小児特定疾患カウンセリング料
- 小児科療養指導料
- てんかん指導料
- 難病外来指導管理料
- 皮膚科特定疾患指導管理料
- 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- 糖尿病透析予防指導管理料
- 生活習慣病管理料

16 在宅医療の収入構成

在宅時医学総合管理料
又は
施設入居時等医学総合管理料



在総管・施設総管の加算

継続診療加算(在支診以外の場合)	216点
包括的支援加算	150点
在宅移行早期加算	100点
頻回訪問加算	600点
処方箋を交付しない場合の加算	300点
オンライン在宅管理料(在総管のみ)	100点

17 包括的支援加算(在総管・施設総管の加算)

包括的支援加算 150点(月1回)

「厚生労働大臣が定める状態」(「特掲診療料の施設基準等」別表第8の3)

- 要介護2以上または障害支援区分2以上
- 認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡb以上
- 週1回以上の訪問看護を受けている
- 訪問診療又は訪問看護時に注射、喀痰吸引、胃瘻・腸瘻、鼻腔栄養を行っている
- 家族などが次の処置を行っている

創傷処置	爪甲除去
穿刺排膿後薬液注入	喀痰吸引
干渉低周波去痰器による喀痰排出	皮膚科軟膏処置
ストーマ処置	後部尿道洗浄
膀胱洗浄	尿道拡張を要する導尿
留置カテーテル設置	矯正固定
介達牽引	消炎鎮痛等処置
変形機械矯正術	低出力レーザー照射
腰部・胸部固定帯固定	鼻腔栄養・胃瘻/腸瘻
肛門処置	

- 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群などに該当する状態である15歳未満の患者
- 出生時体重1500g未満の1歳未満の患者
- 「超重症児・準超重症児の判定基準」(4-7参照)の判定スコア10以上の患者

18 在宅医療の収入構成

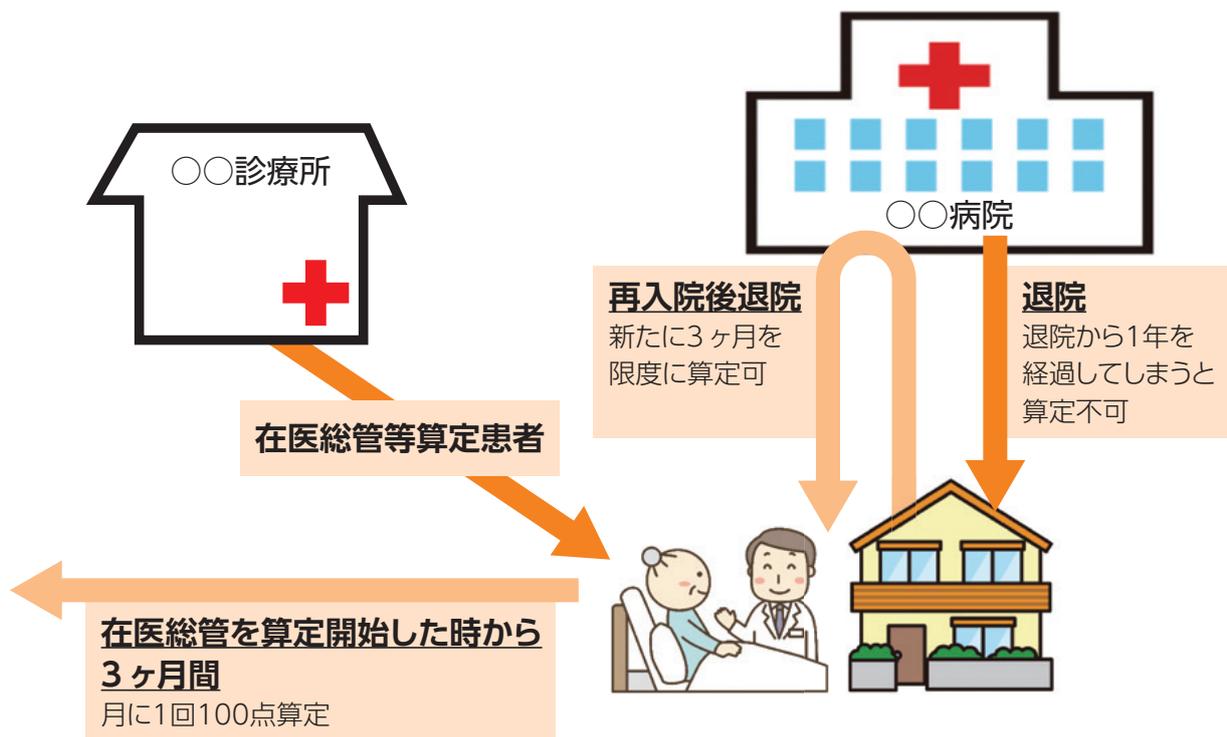
在宅時医学総合管理料
又は
施設入居時等医学総合管理料

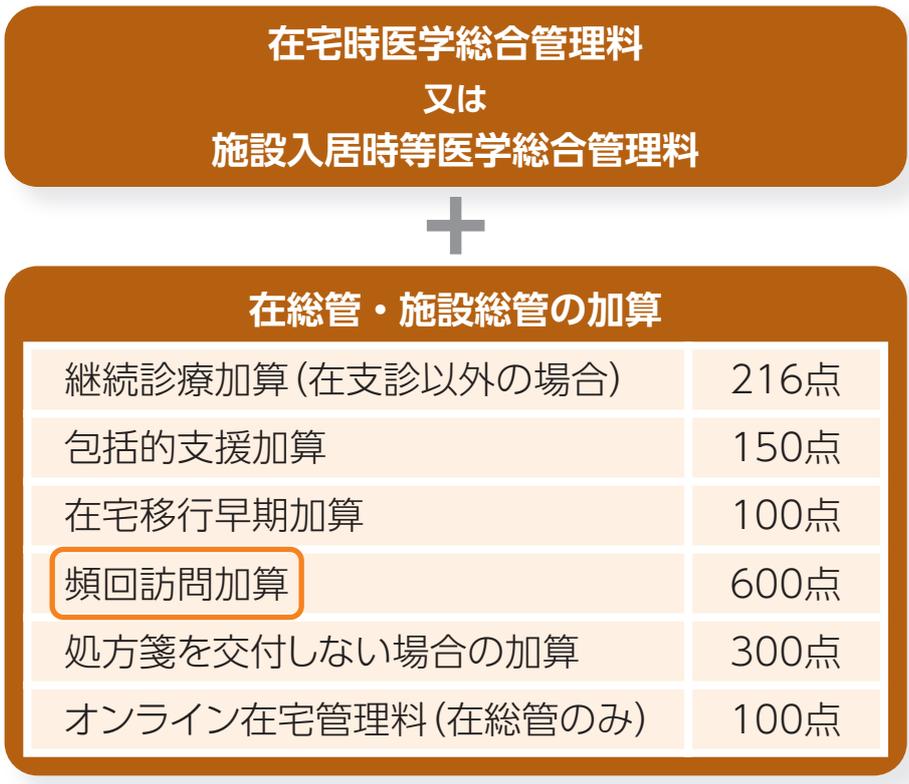
+

在総管・施設総管の加算

継続診療加算(在支診以外の場合)	216点
包括的支援加算	150点
在宅移行早期加算	100点
頻回訪問加算	600点
処方箋を交付しない場合の加算	300点
オンライン在宅管理料(在総管のみ)	100点

19 在宅移行早期加算





21 頻回訪問加算 (在医総管)

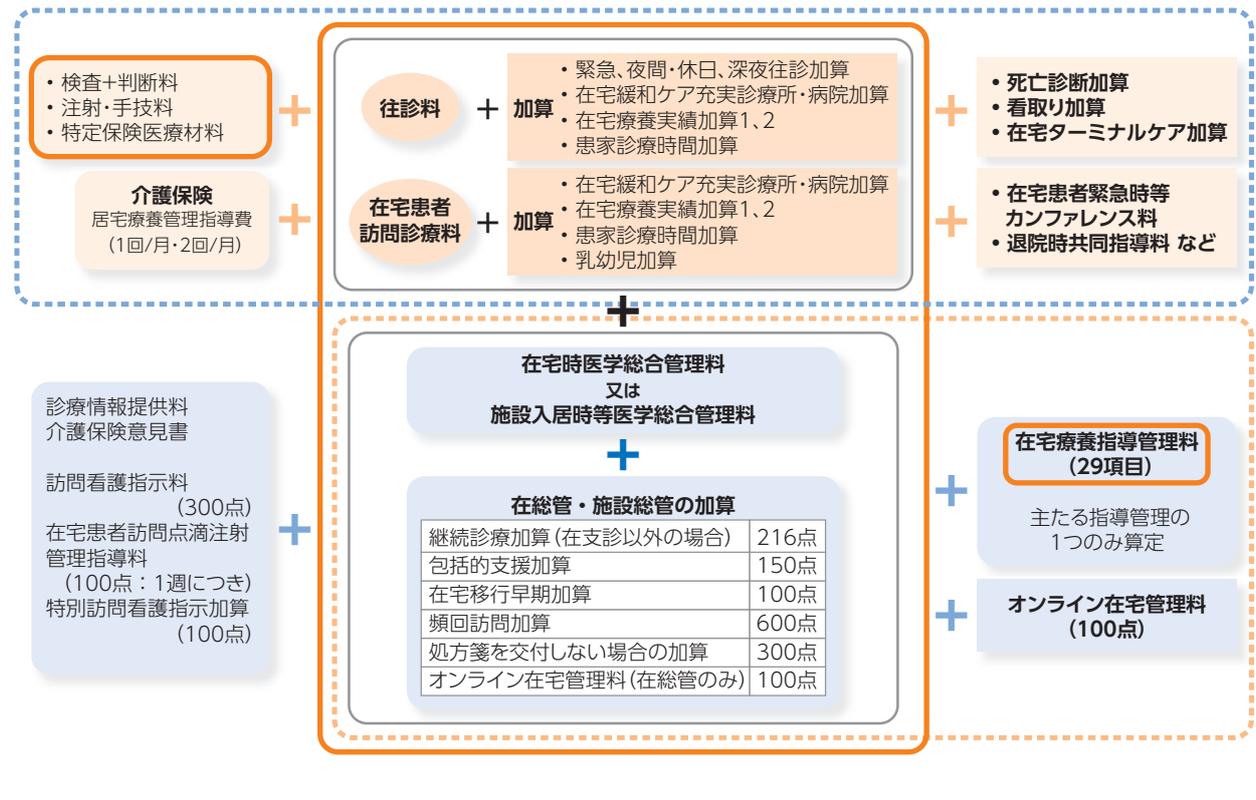
特別な管理を必要とする者に月4回以上の往診又は訪問診療を行った場合に、
600点(1回/月)を算定できる。

特別な管理を必要とする者 (別表3の1の3)

1. 末期の悪性腫瘍の患者 (在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く)
2. 下表の指導管理を行っていて、かつ下記のいずれかの状態である患者
 - ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用
 - ・人工肛門または人工膀胱を設置
3. 下表の指導管理を2つ以上行っている状態

在宅酸素療法指導管理	在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅人工呼吸指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅悪性腫瘍等患者指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理	在宅気管切開患者指導管理

22 在宅医療の収入構成

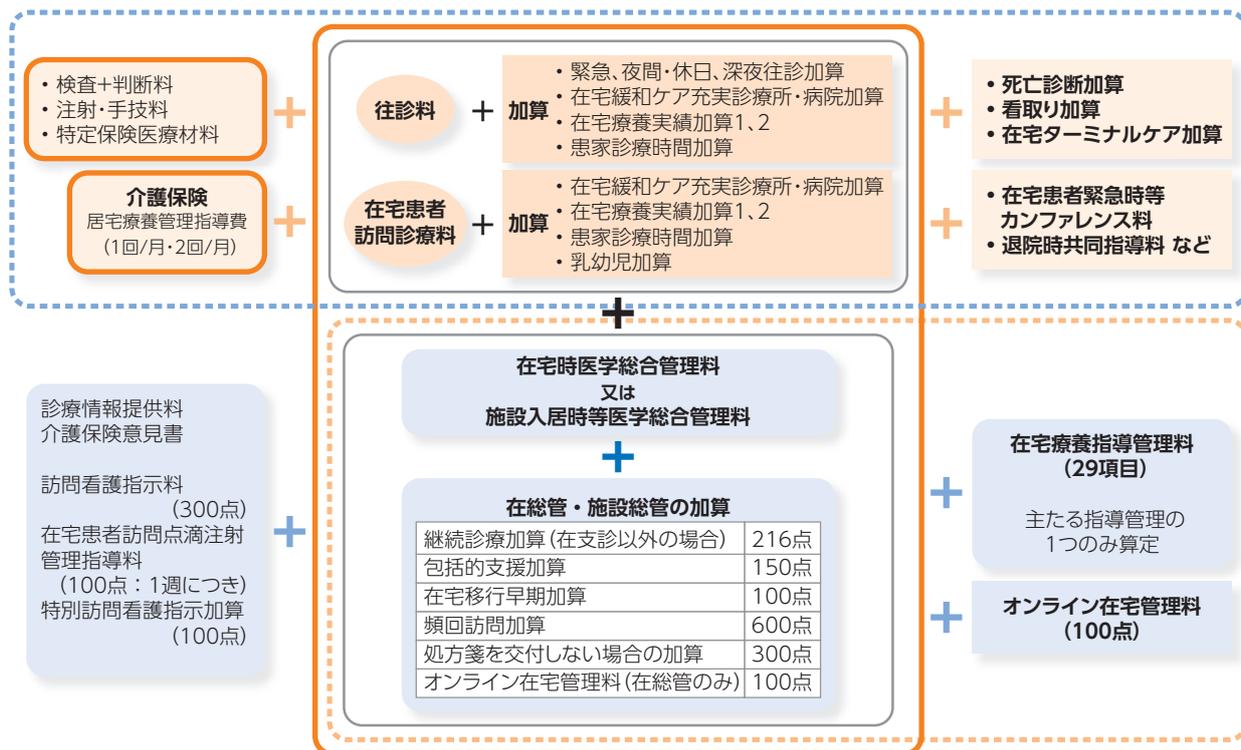


23 在宅療養指導管理料

2つ以上の在宅療養指導管理を行う場合は、**主たる指導管理1つの点数のみ算定する**

①退院前在宅療養指導管理料(外泊時1回)	120点	⑫在宅自己導尿指導管理料	1,400点
②在宅自己注射指導管理料		⑬在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
1 複雑な場合(間歇注入シリンジポンプを用いる場合)	1,230点	⑭在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
2 1以外の場合		1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1	2,250点
イ 月27回以下の場合	650点	2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2	250点
ロ 月28回以上の場合	750点	⑮在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1,500点
情報通信機器を用いた場合	100点	⑯在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1,500点
③在宅小児低血糖症患者指導管理料	820点	⑰在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050点
④在宅妊娠糖尿病患者指導管理料		⑱在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300点
1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1	150点	⑲在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2	150点	⑳在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
⑤在宅自己腹腔灌流指導管理料	4,000点	㉑在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810点
⑥在宅血液透析指導管理料	8,000点	㉒在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500点
⑦在宅酸素療法指導管理料		㉓在宅気管切開患者指導管理料	900点
1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点	㉔在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000点
2 その他の場合	2,400点	㉕在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	45,000点
⑧在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点	㉖在宅経腸投薬指導管理料	1,500点
⑨在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500点	㉗在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	2,800点
⑩在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050点	㉘在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	800点
⑪在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	2,500点	㉙在宅中耳加圧療法指導管理料	1,800点

24 在宅医療の収入構成



25 居宅療養管理指導費 (介護報酬)

居宅療養管理指導費 イ (医師が行う場合)

(1) 居宅療養管理指導費 (I) →	医科点数 在医総管、施医総管算定外患者
(一)	単一建物居住者が1人の場合 514単位
(二)	単一建物居住者が2人以上9人以下の場合 486単位
(三)	(一) 及び (二) 以外の場合 445単位
(2) 居宅療養管理指導費 (II) →	医科点数 在医総管、施医総管算定患者
(一)	単一建物居住者が1人の場合 298単位
(二)	単一建物居住者が2人以上9人以下の場合 286単位
(三)	(一) 及び (二) 以外の場合 259単位

医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学管理に基づき、**介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供を行った場合**に、所定単位数を算定できる。

(書式例)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書 (医師)

情報提供先事業所 令和 年 月 日

提供先 施設 医療機関名
診療科目(夜間)
電話番号
FAX番号
医師氏名

基本情報

利用者氏名 (ふりがな) 男 女
〒 -
 期・次・期 年 月 日生(歳) 連絡先 ()

利用者の病状、経過等

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直障の原因となっている疾患名については1に記入)及び発症年月日
 1. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日曜)
 2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日曜)
 3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日曜)

(2) 生活機能低下の直障の原因となっている疾病または特定疾病の経過及び処置内容を含む治療内容
 (前回の診療情報より変化があった事項について記入)

(3) 日常生活の自立度等について
 ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 I II A1 A2 B1 B2 C1 C2
 ・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対応方針
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心臓機能の低下 認知こもり 意欲低下 徘徊
眩暈 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()
 → 当地分別 ()

(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
期待できる 期待できない 不明

(3) サービスの必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。季節給付により提供されるサービスを含みます。)
訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養指導
通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 特になし あり ()・移動 特になし あり ()
 ・摂食 特になし あり ()
 ・嚥下 特になし あり ()・その他 ()

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
 社会生活面の課題 特になし あり
 ()
 → 必要な支援 ()

(2) 特記事項

27 自宅の場合の患者1人あたりの算定例 (一般在支診の場合)

一般家屋の要介護2の患者に 月2回訪問診療を実施した場合 (在支診) ※院外処方	点数・単位数
在宅患者訪問診療料 I (同一建物以外) 1回目	888点
在宅患者訪問診療料 I (同一建物以外) 2回目	888点
在医総管 (月2回以上訪問：別に厚生労働大臣が定める状態の患者以外) (単一建物患者1人の場合)	3,700点
包括的支援加算	150点
居宅療養管理指導費 II (単一建物居住者1人の場合) 1回目	298単位
居宅療養管理指導費 II (単一建物居住者1人の場合) 2回目	298単位
合計 (1単位10円で計算)	62,220円

28 老人ホームの患者1人あたりの算定例（一般在支診の場合）

有料老人ホームの要介護2の患者に 月2回訪問診療を実施した場合（在支診）※院外処方	点数・単位数
在宅患者訪問診療料 I（同一建物以外）1回目	213点
在宅患者訪問診療料 I（同一建物以外）2回目	213点
施医総管 （月2回以上訪問：別に厚生労働大臣が定める状態の患者以外）（単一建物患者10人の場合）	1,000点
包括的支援加算	150点
居宅療養管理指導費 II（単一建物居住者10人の場合）1回目	259点
居宅療養管理指導費 II（単一建物居住者10人の場合）2回目	259点
合計（1単位10円で計算）	20,940円

29 保険診療と別に請求できるもの・できないもの

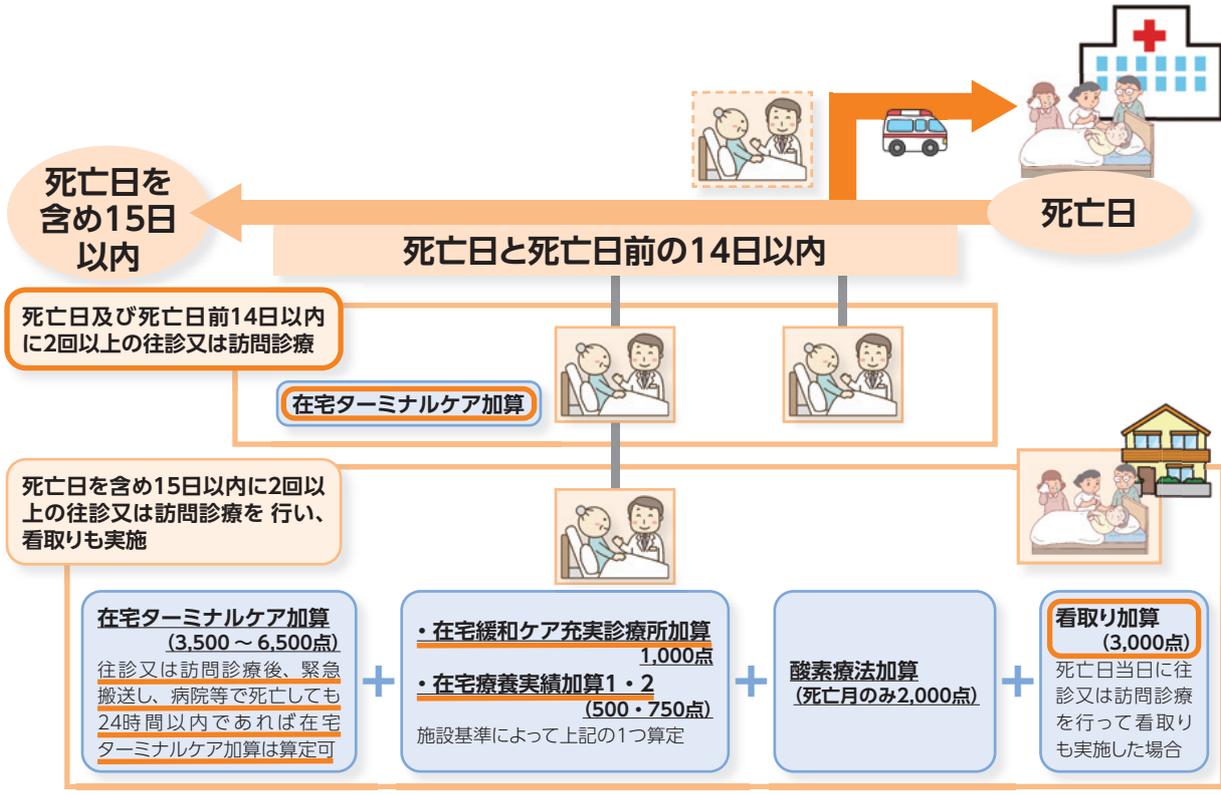
請求できるもの ○

- ①在宅医療に掛かる交通費
- ②インフルエンザなどの予防接種費用
- ③証明書代
- ④画像・動画情報の提供にかかる費用
- ⑤退院から借りたフィルムの返却時の郵送料
- ⑥公的な手続き等の代行にかかる費用
- ⑦診療録の開示手数料

請求できないもの ×

- ①医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等
- ②ウロバッグ
- ③おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋
- ④食事時のとろみ剤やフレーバーの費用
- ⑤骨折やねん挫などの際に使用するサポーターや三角巾
- ⑥保険適用となっていない治療方法（先進医療をのぞく）

30 ターミナルケアに関する加算



31 医療機関による訪問看護の報酬（在宅患者の場合）

【医療保険】

基本の報酬(5-1)

在宅患者訪問看護・指導料	週3日目まで	週4日目以降
保健師、助産師、看護師による場合	580点	680点
准看護師による場合	530点	630点
悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア、または人工肛門ケア、人工膀胱ケアにかかる専門の研修を受けた看護師による場合	1,285点 (月1回)	

+

加算

難病等複数回訪問加算	長時間訪問看護・指導加算
複数名訪問看護・指導加算	在宅移行管理加算
訪問看護・指導体制充実加算	在宅ターミナルケア加算
緊急訪問看護加算	在宅患者連携指導加算
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	乳幼児加算
夜間・早朝、深夜訪問看護加算	看護・介護職員連携強化加算

【介護保険】

基本の報酬(5-1)

訪問看護費	要介護者	要支援者
保健師、看護師による場合 20分未満	264単位	254単位
30分未満	397単位	380単位
30分以上60分未満	571単位	550単位
60分以上90分未満	839単位	810単位
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合	2,945単位/月	—

※准看護師の場合、「保健師、看護師による場合」の所定単位数の90%に相当する単位数、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合」の所定単位数の98%に相当する単位数をそれぞれ算定する。

+

加算

長時間訪問看護加算	複数名訪問加算
特別管理加算	ターミナルケア加算
緊急時訪問看護加算	早朝・夜間、深夜の訪問看護の加算
サービス提供体制強化加算	看護体制強化加算
初回加算	看護・介護職員連携強化加算

32 介護保険 支給限度基準額

要介護状態区分	1ヶ月の支給限度基準額
要支援1	5,032単位
要支援2	10,531単位
要介護1	16,765単位
要介護2	19,705単位
要介護3	27,048単位
要介護4	30,938単位
要介護5	36,217単位

5,032単位 → +5,499
 10,531単位 → +6,234
 16,765単位 → +2,940
 19,705単位 → +7,343
 27,048単位 → +3,890
 30,938単位 → +5,279

33 機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出+休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者or複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> ターミナル前年度20件以上 ターミナル前年度15件以上+重症児 常時4人以上 重症児 常時6人以上 	以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> ターミナル前年度15件以上 ターミナル前年度10件以上+重症児 常時3人以上 重症児 常時5人以上 	地域における人材育成等 以下のいずれも満たす <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関や訪看STを対象とした研修年2回 地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 地域の医療機関の介護職員の一定期間の勤務実績
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置+特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画作成 特定相談支援事業所or障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置+サービス等利用計画書or障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画作成 		医療機関との共同 以下のいずれも満たす <ul style="list-style-type: none"> 退院時共同指導の実績 併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上

※1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出ていない場合は、7,440円

※2 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和3年3月末までの経過措置あり。

※3 重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

- 末期の悪性腫瘍
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 進行性筋ジストロフィー
- パーキンソン病関連疾患
(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る))
- 多系統萎縮症
(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- ライソゾーム病
- 副腎白質ジストロフィー
- 脊髄性筋萎縮症
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群
- 頸髄損傷
- 人工呼吸器を使用している状態

35 いろいろな医療費助成制度

在宅患者には、高齢者が多く、また収入の低い方や難病の方も多いため、いろいろな助成制度に該当するケースがある。

障害者総合支援法	自己負担額1割、収入に応じて負担上限額あり
生活保護法	医療費の自己負担額の免除
高額療養費制度	高額な医療費に対して、上限額に設定あり
合算医療費療養費制度	医療保険と介護保険の合算により、低所得者の方は一定上限を超えた金額を後の申請で返還される
難病法	自己負担額に上限額の設定あり
公害	
自立支援医療（精神通院医療）	
戦傷者特別援護法や原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	100%公費負担医療
感染症法	

その他、都道府県・市町村によるものなど

ご清聴ありがとうございました

